

《패 널 디 스 커 션》
《パネルディスカッション》

지역복지와 노인장기요양보험
地域福祉と老人長期療養保険

안 향림
安 香林

한국 케어복지협회 회장
韓国 ケア福祉協会 会長

지역복지와 노인장기요양보험



안 향 립

한국 케어복지협회 회장
수원여자대학 교수

I. 연구의의

2000년 고령화 사회를 맞이하여 정부는 지역사회주민의 피부에 와닿는 장기요양보장제도도입을 발표하여 6년만에 2007년 4월 2일 노인장기요양보험법이 국회를 통과하였고, 2008년 7월 1일부터 시행예정이다. 노인장기요양보험법의 도입에 대비하여 문제점을 살펴보고 이를 위한 정책적 준비를 하기 위하여 이 연구를 한다.

II. 노인장기요양보험법

노인장기요양보험법은 총 12장 70조 부칙 3조로 이루어져 있다. 노인장기요양보험법의 내용을 총칙 및 노인장기요양보험, 관리운영의 주체, 장기요양급여 이용의 절차, 장기요양급여의 종류, 장기요양보험의 재원조달을 중심으로 살펴보려한다.

1. 노인장기요양보험법의 총칙

1) 목적

이 법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기

어려운 노인들에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다(법 제1조).

2008년 7월 노인 장기요양보험법이 시행되면 고령이나 치매, 중풍 등으로 혼자서는 일상생활이 어려운 노인들을 위한 방문요양, 방문목욕, 방문 간호 등이 장기요양 보험에 적용받게 된다.

장기요양보험제도는 장기요양 상태로 인한 사회경제적 부담, 수발자의 부양 부담과 경제활동 위축, 부양부담으로 인한 가족체계의 붕괴, 노인의료비 급증에 따른 국민부담 등 다양한 분야에서 제기되는 사회문제를 사회연대 논리로 해결하려는 획기적인 제도이다.

지금까지 노인복지서비스를 통해 저소득층 중심으로 일부 제한적으로 선별 적용받아 왔던 장기요양서비스가 65세 이상 노인을 대상으로 보편화되고, 장기요양보호를 필요로 하는 노인에 대한 장기요양서비스를 가족과 개인책임에서 사회적 책임으로 제도화함으로써 장기요양에 따른 사회문제를 해결하려는 데 법제정의 의미가 있다 하겠다. 사회적 책임의 가치관은 사회복지 철학이고 민주주의 철학이다.

2) 법명칭

법 명칭은 노인장기요양보험법으로 명명되었다. 법 명칭을 통해 본 제도의 주 대상자가 노인이라는 것과 급여의 내용이 목욕, 간병 등의 일상생활 지원에 집중되어 있음을 강조하고 있다. 또한 보험법으로 명명함으로써 본 제도가 사회보험의 원리를 근간으로 하고 있음을 명확히 하고 있다.

3) 적용 대상 및 급여 대상

노인장기요양보험의 가입자는 국민건강보험법의 가입자와 동일하며, 장기요양보험료를 부담한다. 단 의료급여수급권자의 장기요양보험료는 국가가 부담하도록 규정하고 있다. 장기요양인정 신청대상자는 65세 이상의 노인이나 노인성 질병을 가진 64세 이하의 자이다.

4) 장기요양급여의 기본원칙

노인장기요양보험법의 장기요양급여의 원칙을, 첫째 장기요양을 요하는 상태와 정도에 맞는 적정 급여, 둘째 노인이 생활하는 곳에서 서비스를 제공받는

재가 장기요양급여의 우선, 셋째 의료서비스와의 연계로 정하고 있다.

5) 국가,지방자치단체의 의무

노인장기요양보험법은 국가와 지방자치단체의 의무를 다섯 가지로 규정하고 있다. 첫째, 노인이 독립적인 생활을 영위하도록 지원하는 장기요양예방사업의 실시이다. 둘째, 국가는 장기요양예방사업에 소요되는 비용을 지원해야 한다. 셋째, 지방자치단체는 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하는 의무를 갖는다. 넷째, 국가와 지방자치단체는 제도 시행을 위한 행정적, 재정적 지원을 해야 한다. 다섯째, 노인장기요양 기본계획과 세부시행계획의 수립 및 의무를 갖는다.

2. 노인장기요양 사업의 관리운영

1) 주체: 사업의 관장은 보건복지부가 관할하나 실제 관리운영주체는 국민건강보험공단이 한다. 심의과정에서 지자체에서 해야 한다는 의견이 복지계를 중심으로 주장되어 논쟁이 되었다. (공단의 경우는 보험사무의 경험자로 기존 조직과 보험관리능력을 활용할 수 있다는 장점이 있고, 지자체는 현재 보건소와 노인복지시설 및 서비스연계체계를 관할하고 있어, 이것과 연계하여 지역밀착형 서비스를 실시할 수 있는 장점이 있음이 주장되었다.)

(1)국민건강보험공단

노인장기요양보험법은 국민건강보험공단을 노인장기요양사업의 관리운영기관으로 정하고 있다. 국민건강보험공단은 가입자, 피부양자, 의료급여수급권자의 자격관리, 보험료의 부과, 징수, 신청인에 대한 조사와 장기요양등급판정등의 업무를 관장한다.

(2)등급판정위원회

노인장기 요양보험법은 노인장기요양등급판정위원회를 운영한다.

장기요양등급판정위원회는 시, 군, 구 단위로 설치하며, 장기요양인정 신청인의 장기요양인정과 장기요양등급 판정을 담당한다.

1차 등급이 결정되면 등급해당자에 대해 의사소견서를 받게 되고, 이를 기초로 '등급판정위원회'가 열려, 1차 판정 내용과 의사소견서 등을 기초로 '2차 판정'을 하게 된다. 위원회에서는 특히 1차판정과 의사소견이 불일치한 경우 등급판정위원회의 전문가들의 의견을 들어 최종결정을 하게 된다. 등급판정위원회는 보건, 복

지, 의료에 관한 학식과 경험이 있는 자로 구성되게 되어있는데, 현재 의사회, 간호사회, 사회복지사회, 물리치료사회, 지방자치단체로부터 추천을 받아 26-36인 이하로 국민건강보험공단 이사장이 위촉하며, 매회 판정위원회는 각 단체에서 1인씩 참가하여 5-7인으로 구성하여 실시되고 있다. 이들은 비상근형태로 심의사항 발생 시 소집되며 최종적인 장기요양인정여부 및 등급을 확정한다.

3. 장기요양급여 이용절차

1) 장기요양인정 신청과 조사

장기요양인정을 받고자 하는 자는 장기요양인정 신청서를 국민건강보험공단에 제출해야 한다. 국민건강보험공단은 해당 직원이 장기요양인정 신청인의 심신상태, 필요한 장기요양급여의 종류와 내용 등을 조사하게 한다.

● 지자체 또는 해당 시범지사 노인장기요양보험지원센터

- 신청대상(3차시범사업)

※ 07.5.1이전부터 시범지역에 거주하는 65세 이상 노인 중 장기요양보호가 필요한 자

※ 07.5.1 이후 시범지역 전입자는 전입일로부터 6개월 이후 장기요양인정신청 가능

-신청방법

- 본인, 가족, 대리인(지자체 및 노인장기요양보험지원센터)이 신청서 등 구비서류를 갖춰 해당 건보공단 지원센터 및 시·구·동에 신청
- 단, 요양(전문)시설 입소자 또는 재가시설 이용자의 경우 해당 시설장이 일괄 신청 가능

장기요양신청이 들어오면, 건보공단에 소속한 조사원은 신청자가 있는 곳을 방문하여 장기요양인정에 필요한 조사를 실시한다. <표1> 에서처럼 신체기능, 인지기능, 문제행동, 간호처치욕구, 재활욕구 등에 대해(52개항목) 조사하고 이 결과는 원점수에 가중치가 부여되어 컴퓨터에서 점수로 환산되고 이를 <표2> 과 같은 8개 서비스 군별 수형분석도에 적용하여 요양필요도를 시간개념으로 산출한 '요양인정시간'(요양인정점수)을 근거로 1차적으로 등급이 결정된다(1차 컴퓨터 판정). 즉, 장기요양서비스는 노인의 요양필요도의 수준에 따라 차등하여 실시되는데, 요양필요도는 위에서 계산된 '요양인정점수'를 기준으로 하여 <그림1>와 같이 등급이 결정된다.

<표1> 요양심의 항목

신체기능역역(12)	옷벗고입기/세수하기/양치질하기/목욕하기/식사하기/체위변경하기/일어나앉기/옮겨앉기/보행/화장실사용하기/대변조절하기/소변조절하기
인지기능(7), 행동변화영역(14)	인지기능(7항목) 단기기억장애/시간불인지/장소불인지/지시불인지/ 상황판단력 감퇴/나이, 생년월일 불인지/의사소통, 전달장애 행동변화 영역(12항목) 망상/길을 잃음/환청/폭언, 위협 행동/우울상태 울기도함 /밖으로나가려함/돈, 물건감추기/불규칙수면, 주야혼돈 /부적절한옷입기/서성거림, 안절부절못함/도움에저항/물건망 가뜨리기/의미없거나 부적절한 행동/대소변불결행위
간호처치욕구(9)	기관지절개관간호/경관영양/흡인/도뇨관리/산소요법/ 장루간호/욕창간호/투석간호/암성통증간호
재활욕구(10)	마비(4항목) 좌우측상지, 좌우측하지 구축(6항목)어깨, 팔꿈치, 손목 및 수지 고관절, 무릎, 발목관절

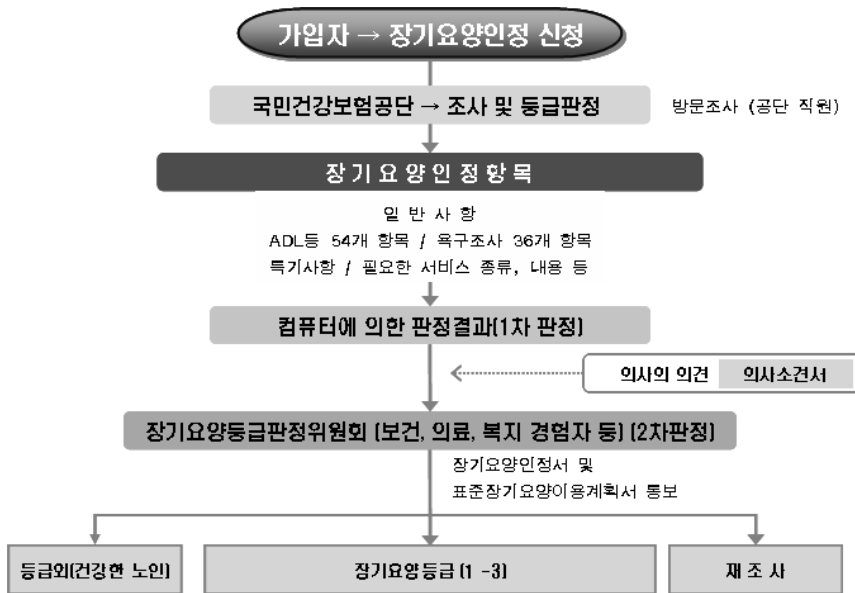
2) 장기요양인정 여부 및 등급의 판정

장기요양등급판정위원회는 6개월이상 타인의 도움 없이 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 경우, 심신 상태와 장기요양이 필요한 정도에 따라 장기요양등급을 판정한다.

<표2> 8개 서비스 군

신체수발	개인위생	세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기, 몸 단장 옷 갈아 입히기, 배설(화장실 사용), 기타 청결관련 서비스
	배설	이동보조, 배뇨보조, 배변도움, 기저귀 교환, 기타 배설관련 서비스
	식사	상차리기, 식사보조, 음료수 준비, 기타 식사관련 서비스
	기능보조	일어나 앉기 서있기 연습운동, 기구사용 운동보조, 이동도움, 체위변경, 신체기능 유지 등
	간접지원	청소 세탁, 설거지, 요리 및 식사준비, 의사소통, 침구 린넨교환, 환경관리, 주변정돈, 물품, 장보기, 산책, 외출시 동행, 기타 가사지원서비스
행동변화대응	배회, 불결행위, 폭언, 폭행 등 행동변화에 대한 대처, 그 밖의 행동변화에 대응	
간호처치	관찰 및 측정, 투약 및 주사, 호흡기간호, 피부간호, 영양간호, 온냉요법, 배설간호, 의사진료 보조, 기타 간호처치	
재활훈련	신체기능훈련, 기본동작훈련, 일상생활동작훈련, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 기타 기능훈련	

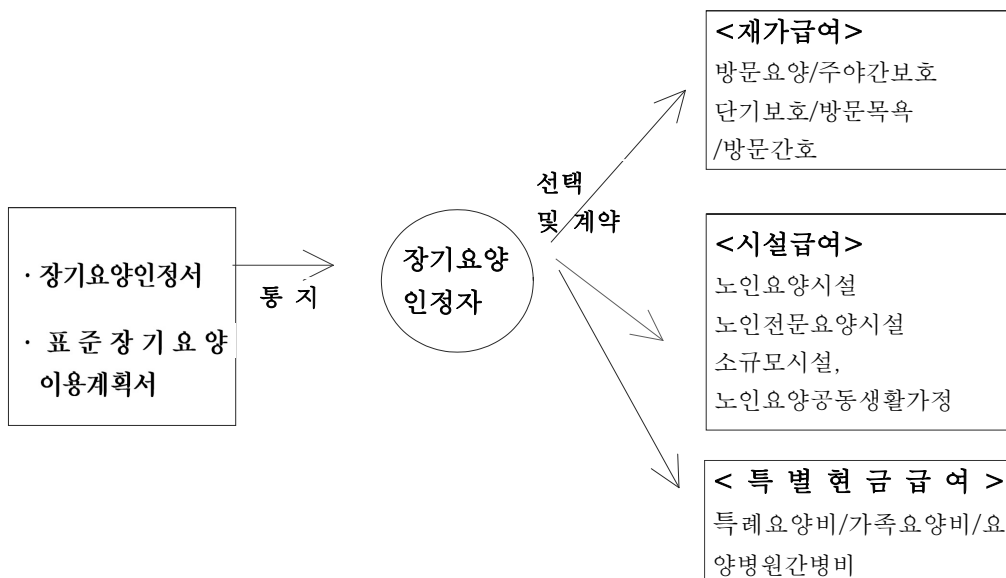
<그림1> 등급결정과정



3) 표준장기요양이용계획서의 작성과 장기요양급여 제공

등급판정위원회에서 최종적인 장기요양인정과 등급이 결정되면, 건보공단 관할 지사장은 '장기요양인정서'를 대상자 및 시군구에 통지하며, 장기요양인정서 통지와 함께 '표준장기요양이용계획서'를 함께 수급자에게 송부하여 서비스를 받게 하고 있다. 서비스 실시구조는 <그림2>와 같다.

<그림2> 서비스 실시구조



국민건강보험공단은 장기요양 수급자가 장기요양급여를 원활히 이용할 수 있도록 표준장기요양이용계획서를 작성, 제공한다. 장기요양급여는 장기요양 등급, 장기요양급여의 종류를 고려하여 산정된 월 한도액의 범위 내에서 제공된다.

4. 노인장기요양급여의 종류

1) 재가급여

재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 및 대통령이 정한 기타재가급여로 이루어져 있다

- ①방문요양 - 요양보호사가 가정을 방문하여 목욕, 배설, 가사 등 일상생활 지원
- ②방문목욕 - 목욕 장비를 갖추어 가정을 방문하여 목욕서비스 제공
- ③방문간호 - 의사의 지시를 받은 간호사나 간호조무사가 노인을 방문하여 간호 서비스 제공
- ④주야간보호 - 하루 중 일정시간동안 주야간보호시설에서 노인을 일시 보호
- ⑤단기보호 - 단기간동안 노인을 입소시켜 보호
- ⑥복지용구 - 휠체어, 지팡이 등 일상생활 신체활동지원에 필요한 용구를 제공.

<표3> 재가급여

1 회 당	방문목욕	50,110			
	방문간호	31,000			
	방문요양	9,650(30분)	14,430(60분)	19,120(90분)	23,900(120분)

<표4> 재가서비스 : 방문간호

시간	2차	3차
30분 미만	31,000	25,430
30~60분		32,900
60분 이상		40,500

→ 방문간호기관 소속간호사 혹은 간호조무사가 의사의 간호수발 지시서에 따라 서비스 제공. 시행령에 의하면 간호조무사는 700시간 교육을 받은 후

방문간호서비스를 할 수 있다.

※ 2차 수가는 방문당 정액제였으나 3차는 시간당 수가로 세분화 되었다.

<표5> 간호수발지시서 발급비용

구분	의료기관	보건소(지소)
대상자가 기관을 방문하는 경우	15,000 원	4,000 원
의사가 가정을 방문하는 경우	35,000 원	9,000 원

※간호수발지시서 발급권을 간호사에게도 준것에 대하여 의사협회의 반발이 크다.

<표6> 재가서비스 : 방문목욕

시간	2차	3차
차량 이용	50,110	52,780
차량 미이용		39,590

※차량 미이용은 이동목욕차량이 아닌 이동식 욕조 등의 장비만을 활용하여 목욕 서비스를 제공하는 경우를 의미

재가서비스 : 복지용구

- 시범사업중에는 각 품목별 신고가격을 기준으로 수가를 산정
⇒ 본사업시 에는 적정수가 고시 예정

<표7> 복지용구품목

구분	구입 전용 품목	구입 및 대여 품목
품목	이동형 좌변기	휠체어[수동형]
	목욕의자	전동형 침대
	보행보조기	수동형 침대
	안전손잡이	욕창방지 매트리스
	미끄럼 방지용품[매트, 양말등]	욕창방지 방석
	휴대용 배변기[대·소변기]	이동 욕조
	지팡이	목욕 리프트

2) 시설급여

시설급여는 노인의료복지시설에 수급자를 입소시켜 신체활동 지원과 기능회복훈련 등을 제공하는 급여이다.

-1일, 1회당 기준(단위:원)

<표8> 시설급여

구분		1등급	2등급	3등급
1 일 당	요양시설	33,450	27,880	25,280
	전문요양시설	40,850	37,610	31,890
	노인요양공동생활가정	34,050	31,830	27,910
	단기보호	34,980	31,410	26,490
	주간보호	32,610	26,280	23,830

3) 특별현금급여

특별현금급여에는 가족장기요양비, 특례장기요양비, 요양병원장기요양비 등이 있다.

(1) 현금급여(보완적 안정)

- ①가족요양비 - 도서벽지 지역, 신체 정신상 특별한 사유등으로 인해 수급자가 가족등으로부터 방문요양에 상당한 요양급여를 받은 때 지급
- ②특례요양비 - 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 장기요양급여를 받은 경우 비용의 일부를 지급
- ※ 요양병원간병비는 대통령령이 정하는 바에 의해 금년 하반기 장기요양위원회 심의를 거쳐 결정

<표9> 시설급여 -월간 기준(단위:원)

구분		1등급	2등급	3등급	
월 기 준	요양시설	1,003,500	836,400	758,400	
	전문요양시설	1,225,500	1,128,300	956,700	
	재가서비스한도액	975,120	796,260	707,480	
	특별현금급여	가족요양비	150,000	120,000	110,000
		요양병원간병비	200,000	부산북구, 안동, 부여 시범실시	
복지용구 구입 및 대여		900,000 (연간)수원시, 부산북구, 광주남구 시범실시			

- 이용자 실제 부담액(법정급여액의 20% + 비급여액)

- 요양시설 이용 : 현재 월평균 100~170만원 ⇒ 30~70만원
- 재가서비스: 월12~16만원

5. 노인장기요양보험의 재원조달

1) 노인장기요양보험료

노인장기요양보험료는 건강보험료액에 4.7%를 곱하여 노인장기요양보험료를 곱하여 산정한다. 노인장기요양보험료와 건강보험료는 통합하여 징수하나 각각 독립회계로 관리된다.

2) 국가 및 지방자치단체의 부담

국가는 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입의 20%를 부담토록 규정하고 있다. 또 한 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 장기요양급여비용 중 일부와 관리운영비 전액을 부담하도록 되어 있다.

3) 본인 일부부담금

노인장기요양보험법은 재가급여비용의 15%, 시설급여비용의 20%를 이용자가 부담하도록 규정하고 있다.

6.요양인력

요양보호사의 법적 근거(노인복지법)제 39조의 2(요양 보호사의 직무·자격증 교부 등)

- ① 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 요양보호사를 두어야 한다.
- ② 요양보호사가 되려는 자는 제 39조의 3에 따른 요양보호사 교육기관에서 교육과정을 마쳐야 한다.
- ③ 시·도지사는 제 2항에 따라 요양보호사 교육과정을 마친 자에게 요양보호사의 자격을 검정하고 자격증을 교부하여야 한다.
- ④ 요양보호사의 등급, 등급별 교육과정, 자격증 교부 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

* 현행 가정봉사원, 생활지도원은 '09.8.2까지만 유예조치

[전문개정 2007.8.3]

1) <표10> 요양보호사 등급별 직무

종류	1급	2급
방문요양	- 장기요양급여수급자(1-3등급의 중증)노인에게 신체활동, 일상생활 지원 등 <u>모든 요양서비스 제공</u>	1. 장기요양급여수급권자가 아닌 (경증) 노인에게 신체활동, 일상생활 지원서비스 제공 2. 중증환자(보험 수급자)에게 가사지원 서비스 제공
방문목욕	보험수급자(중증)대상	비보험자(경증) 대상
주·야간 보호	보험수급자(중증)대상	비보험자(경증) 대상

2) <표11> 요양보호사 수요추계

구분	2007	2008	2009	2010	2011
시설 서비스	23,980	26,386	28,686	30,563	37,731
재가 서비스	21,035	22,045	22,971	23,767	18,455
계	45,015	48,431	51,657	54,330	56,186

- 산출근거 : '08 시설수요 61,784명, 재가수요 98,952명
시설2.8명/1인, 재가 5.6명/1인
- 주,야간(휴일)교대근무를 고려하여 30% 추가소요인력 추정
- '08 신규양성인력 34,000명 예상(기존 14,000명)

Ⅲ.시범사업 추진과정 및 현황

1. 시범사업실시

<표12> 시범지역

	1차 시범사업 (05.7~06.3)	2차 시범사업 (06.4~07.4)	3차 시범사업 (07.5~08.6)
대상지역	광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주 (6개 지역)	1차 지역+ 부산북구, 완도 (8개 지역)	2차 지역+인천부평, 익산, 대구남구, 청주, 하동 (13개 지역)
서비스 대상	기초생활보장 수급권자 (1~5등급)	기초생활수급권자+ 일반노인(1~3등급)	기초생활수급권자+ 일반노인(1~3등급)
주안점	판정도구 개발, 수가 의 적정성 등 기술적 측면	-본사업과 유사한 형 태로 실시 •등급판정도구.수가보완, 범(안)상 모든 급여 종 류 확대실시 *이용절차, 급여에 대한 만족도, 서비스 전달체 계 등 전반적 사항 점 검	-08.7월 시행에 대비, 최종 점검기회로 활용 *대상자 수 재추정, 재정추계 정교화, 서비스의 질 확보방안 강구 등 모든 절차에서 이용노인들의 불편사항 을 최소화

○2차 시범사업 현황

○시범지역 선정 ... 수원시(대도시 類型) 등 8개 지역

<표13> 이용신청현황

07.04.30(단위 : 명, %)

지역	총인구(A)	대상자(65세 이상)(B)			요양 신청자(C)		
		계	(B/A)%	일반 노인(B)	기초 수급자	계	(C/B)%
계	2,243,377	203,905	9.1	186,965	16,940	35,305	17.30
수원시	1,070,715	61,913	5.8	58,683	3,230	9,555	15.43
부산북구	331,646	23,135	6.9	19,933	3,202	4,252	18.38
광주남구	213,225	19,159	9.0	17,842	1,317	3,424	17.87
강릉	222,863	26,270	11.8	24,396	1,874	4,491	17.10
안동	170,677	27,030	15.8	24,772	2,258	4,777	17.67
부여	80,526	17,483	21.7	15,965	1,518	3,551	20.31
완도	57,851	12,993	22.5	10,714	2,279	1,894	14.58
제주	95,874	15,922	16.6	14,660	1,262	3,361	21.11

※신청대상 확대 : 당초 (일반인)

→ 추가(기초수급자, 06.9.15일부터 신청)

○3차 시범사업 실시

-기간 : 07.5.1~08.6.30 (14개월)

-지역 : 대구시 남구, 인천시 부평구, 청주시, 익산시, 하동군 등
13개 지역

-대상자 : 65세 이상 노인 중 중증 이상

2. 등급인정 및 서비스 이용현황

- '07. 6월말 현재, 3등급 이내 요양인정률은 전체 시범지역 65세 이상 노인의 3.3% (청 202,592명 중 6,912명)

※ 보사연 연구 推定値인 3.1% 수준을 다소 상회

○ 장기요양인정자 중 66%(4,547명)가 서비스 이용 중

- 유형별로는 시설급여 2,081명(45.8%), 재가급여 1,759명(38.7%), 가족요양비 등 현금급여 707명(15.5%)

· 기타 요양병원에 입원한 경우 간병비용 일부(월20만원) 지원 및 재가급여 이용자에 대해 복지용구(휠체어, 전동침대 등 14종) 대여 및 구입비 지원

사업 등 실시 중

* 요양병원 간병비(부산, 안동, 부여), 복지용구(부산, 광주, 수원)는 일부 지역에서 실시 중

IV. 노인 장기요양보험법의 주요쟁점

법안 주요 쟁점사항을 살펴보면 첫째, 법안명칭, 둘째 재원부담 중 국가부담과 본인부담, 셋째 관리운영주체, 넷째 장기요양급여대상자, 다섯째 서비스전달체계, 여섯째 장기요양서비스 인력, 일곱째 이용사각지대에 대한 대책, 여덟째 제도 환경 등이다.

1. 명칭

첫째, 법 명칭으로 장기요양보호를 받아야 하는 대상이라면 연령, 질병, 장애, 부담능력 등과 관계없이 누구나 국가제도로부터 보편적 보호를 받아야 하고 장기요양보호가 필요한 국민이 인간다운 삶을 유지한 국가가 의무를 다하는 이념적 의미를 담아서 장기요양보험법으로 결정하였다. 그러나 노인은 의료적인 요양이 아니라 생활에서 수발을 받아야 하므로 2005년 9.15 프레스센터에서 발표한대로 노인수발보장법이어야 보다 복지적이고 적극적인 법의 기틀이 마련될 수 있었다.

각 당이 제출한 법안에서는 모든 장애인을 포함하여 전 국민을 적용대상으로 하고 있음에도 불구하고 정부안은 65세 이상 노인과 64세 이하 노인성 질환자 만으로 장기요양 대상을 제한하고 장애인은 불투명한 장애인종합대책으로 해결하겠다는 정부입장만을 관철시킴으로써 노인 장기요양보험법은 보편적 가치를 실현하는 사회보장제도로서는 실패한 것이라고 볼 수 있다. 또한 정부안은 보험이라는 용어를 사용함으로써 주요 재원조달을 보험료로 한정하여 국민들에게 전가할 가능성이 농후하고 장기요양에 대한 국가의 책임을 가급적 회피하거나 축소하려는 의도를 가지고 있었다고 보아야 한다. 결과적으로 노인 장기요양보험제도이지 보장제도가 아니다.

보장이라는 명칭을 사용하여 주재원을 국가부담으로 하며 국가의 의무를 분명히 할 필요가 있었으며 사회보험 방식으로 도입하더라도 장기요양보호 상태는 사회적 위험이 아닌 나이가 들면 자연스럽게 발생하는 보편적 위험으로 보험료 부담능력에 관계없이 서비스를 받아야 하며 수급대상 역시 기초생활수급권자 뿐만 아니라 저소득층과 차상위 계층, 차차 상위까지 포괄하여야 함으로써 법의 제정목적, 제도의 실시와 보장범위 등 제반여건을 고려

해 볼 때 보장이라는 표현을 사용했어야 했다.

2. 재원

둘째, 정부가 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액(제 58조)으로 관철함으로써 전체 재원의 약 16% 정도만 국가가 부담하게 되었고 보험료를 포함한 본인부담 20%와 함께 84%정도를 국민이 부담하게 된다. 과도한 인구고령화로 인한 장기요양 비용이 증가할 것으로 예상되어 부담계층의 부담비율이 더 더욱 높아지는 반면에 저급한 장기요양서비스로 인한 제도불신은 높아질 가능성이 많아지고 더 나아가 사회보험제도 전체에 대한 신뢰가 낮아져 사회보장 안전망이 국민으로부터 외면당할 수 있는 악순환의 위험성을 내포하고 있다 하겠다.

본인일부부담금(제40조 1항)을 시설 100분의 20, 재가는 100분의 15로 하되 국민기초생활보장 수급권자는 무료로 본인일부부담 경감(제40조 3항), 의료급여수급권자(기초수급자 제외), 소득 재산 등이 일정 금액(장관고시) 이하인 자, 천재지변 등으로 생계곤란자 등은 경감률을 100분의 50 정도로 정하였다. 실제 시범지역에서 높은 본인부담으로 장기요양서비스 등급판정을 받고도 경제적인 이유를 들어 서비스를 이용하지 못하는 비율이 늘어나고 있다. 시범사업에서 등급판정을 받고 서비스를 이용하는 사람이 48%이며 이중 42%는 재가서비스를 받고 있었다.

3. 관리운영주체

셋째, 관리운영주체 결정에 있어서 지자체의 경우 시설 및 인원 등 인프라 구축이 용이하고 지역건강증진 사업과 연계가 용이하며 지방분권화 및 지역 복지체계의 지자체 역할을 강화할 수 있는 장점은 있으나 사회보험 사업수행에 따른 별도 인력충원과 일본 개호보험에서 나타난 문제처럼 지자체 간의 재정력 격차에 따른 서비스의 형평성 문제가 있었다. 또한 지방재정과 단체장의 의지에 따라 인프라구축과 서비스 질 불평등이 심화되어 서비스 질에 따라 지역 간 이동을 조장하고, 계층 간 사회연대감을 훼손할 가능성을 우려할 수 있다.

국민건강보험공단과 지자체의 장단점이 상존하는바 내부에서도 수없이 많은 논의를 하였으며 시설운영자나 사회복지단체나 시민연대는 국민건강보험공단이 관리운영을 맡는 것에 대해 여러 가지 이유로 극구 반대하였다. 공단은 기존 인력의 활용, 보험료 부과 징수, 방문조사 등 행정관리 운영을 중심으로 하고 지방자치단체는 장기요양급여서비스 전달에 있어서 지역사회

중심의 제공체계를 구축하는 것이 필요하므로 시군구에 장기요양센터를 설립. 운영하여 케어플랜 작성, 사례관리, 서비스 안내 및 상담 등 보건 사회복지 통합 서비스를 담당하게 함으로써 공단과 지자체의 고유 역할을 부여하여 제도운영의 균형을 맞추는 것으로 하였다.

2006년 10월 전국시군구청장협의회 명의로 장기요양 관리운영과 관련하여 시군구에서는 인력 부족으로 노인요양보험제도의 관리운영을 맡기가 어렵다는 의견서를 발표하고 국회에 입장을 전달함으로써 관리운영주체에 대한 논란이 실질적으로 일단락되었다.

그러나 과도한 관리운영 비용 집중을 피하고자 국민건강보험공단에 새로운 업무를 부여하여 노동 강도를 강화시키고 시군구에 장기요양센터 설치를 제도화하지 못하게 함으로써 지자체는 장기요양기관 지정취소권한과 등급판정위원회 추천권한만 갖게 되어 실제 서비스는 장기요양기관에 일임하는 정도의 역할부여로 실제 이용자 중심의 케어매니지먼트 부재로 균형 잃은 장기요양서비스전달체계를 갖게 되었다.

4. 요양급여대상자

넷째, 노인장기요양보험의 적용 대상자에 대한 쟁점은 장애인 배제와 수발 인정 범위의 제한성 문제로 수렴된다. 노인장기요양보험법은 요양에 대한 높은 욕구를 보여 온 장애인을 장기요양제도의 대상에서 제외하고 있다. 장기요양보험에서의 장애인 배제는 제도의 형평성 등 적지 않은 논란을 지속시킬 것으로 보인다. 또한 노인장기요양보험에 대한 정부 계획에 의하면 수발 인정등급은 1등급부터 3등급까지의 등급으로 제한된다. 이 경우 65세 이상 노인인구의 3.3%만이 제도의 적용을 받아, 실질적으로 제도의 혜택을 받는 노인은 극히 일부로 제한된다. 이와 같은 대상자 제한성 문제로 인해 제도 무용화 등의 비난을 피하기 어려울 것으로 보인다. 장기요양급여 대상자로 2008년 7월 실시 초에 최소 3등급(노인인구의 3.1%) 16만 5천 명 정도로 확대해야 하며 2010년에는 5등급까지의 확대계획을 법안에 명시하자는 주장이 있었으나 법안에 담기 어렵다는 보건복지부 입장으로 무산되었다. 이로써 장기요양 필요인구인 전체 노인인구의 12.1%(보건사회연구원 연구결과)까지 확대하는 것은 물론 4~5등급에 대한 장기요양 서비스 확충계획도 담보할 수 없게 되었다.

장애인 포함문제는 부대의견으로 법적 효력은 없지만 장애인 특성에 적합하도록 활동보조인 지원 등 각종 서비스를 제공하도록 하고 2010년 6월 30일까지 장애인복지정책 시행결과를 검토한 후에 포함 여부를 결정하는 내용

을 국회에 보고하도록 하며 2009년 7월부터 1년간 장애인을 대상으로 시범 사업을 실시하도록 법안에 담게 되었다.

5. 서비스전달체계

다섯째, 공적 서비스전달체계로 건강보험에서 공공의료의 거의 전무하고 민간의존형 의료공급체계로 인하여 비급여 양산과 비용 상승, 비용 통제기능을 상실하여 사회안전망 기능을 하기 어려운 것처럼 장기요양보장제도에서도 마찬가지로 민간에 과도하게 허용할 경우 사회복지서비스 전달체계의 혼란과 공적, 사적의 과도한 장기요양 비용부담을 초래할 가능성이 많아지고 현재처럼 지자체가 전혀 운영하지 않고 전부 위탁운영을 하는 체계에서는 부작용이 많다고 판단하여 장기요양센터를 시군구마다 구축하여 장기요양보장제도의 공공성을 확보하기 위한 노력을 하였지만 무산되었다.

6. 요양인력

여섯째, 요양서비스의 질은 대상자를 직접 요양하는 요양인력에 의해 좌우된다. 요양보험의 대상은 병원치료를 필요로 하는 환자가 아니라 치매, 중풍 등 만성적 질병이나 장애를 안고 가정이나 시설에서 도움을 받으며 계속 살아가는 생활인이다. 따라서 환자를 다루는 의료적 접근이 아닌 일상생활의 장애를 가진 생활인에 대한 신체, 심리, 사회적인 복지접근이 필요하다. 그러므로 요양인력을 1급은 240시간교육, 2급은 120시간 교육으로 교육시간만 차이나는 대등소이한 질이 아니라 전문적 교육을 받은 요양인력에 관하여 시행령 속에 담아야 한다. 기성국가자격증인 사회복지사, 간호사, 간호조무사를 50시간, 40시간, 50시간 추가교육으로 요양보호사자격증을 주는 단순한 체계가 아니라 요양전문 교육을 충분한 교육시간과 질이 전제되는 체계로 시작을 하지 못함이 노인요양보험제도의 가장 큰 오점이라고 할 수 있다.

1) 케어전공사회복지사를 사장시키지 말아야 한다.

이미 충분히 교육(200시간~700시간 이상)된 민간자격증(케어복지사)이 있음에도 민간자격증이라고 인정하지 않으므로 인력과 교육비용, 시간 낭비를 가져온 보건복지부의 비전문적인 행정도 짚지 않고 넘어갈 수가 없다. 특히 교육인적자원부가 허가한 교과과정으로 2년제 및 4년제 정규대학 사회복지과에서 양성된 케어전공사회복지사도 요양인력이 되려면 대학보다 수준이 낮은 교육기관에서 추가의 교육을 받아야 한다는 일괄적 시행규칙은 행정편의 주의이다. 케어를 전공한 사회복지사를 인정하면 간호사도 인정해야한다

는 논리인데 모든 사회복지사를 인정하라는 것이 아니고 대학에서 케어를 700시간 이상 공부한 사람에게 240시간을 인정하라는 것이 타당한 주장이 아니겠는가? 그리고 케어를 대학의 평생교육원, 여성인력센터, 복지관등에서 200시간(이론20, 실습 40)을 공부할 때 민간협회이지만 철저히 관리하는 한국케어복지협회에서 감독하여 교육시키고 철저한 시험 관리 하에 배출한 케어복지사를 법인이 아니라 민간협회라는 이유로 인정하지 못한다면 이사회는 민관 협조없이 국가만이 다하는 전제국가란 말인가? 대학이나 여성인력센터, 사회복지시설 및 대학평생교육기관에서 이미 잘 훈련된 인력을 무용지물로 만든다면 이 나라의 모든 교육은 국가가 맡지 또 다른 교육기관을 허가해서 무엇하겠는가?

요양인력을 단순히 요양보호사 1급, 2급으로 나누어 무학력의 요양보호사 2급도 120시간만 더 교육받으면 요양보호사 1급이 될 수 있고 요양시설은 무학력의 사회복지 마인드가 되어있지 않은 요양보호사로도 충분히 운영할 수 있도록 법이 규정하고 있으니 노인 장기요양보험법의 서비스 질을 보장할 수 없는 것이다. 특히 사회복지 노인 시설에 관리책임자는 간호사여도 되며 별도로 사회복지사를 두지 않아도 되므로 사회복지사 한명도 없는 요양시설이 생길 수 있는 서비스인력체제이다.

2) 재가 장기요양기관의 인력기준에 문제가 있다.

2007년 보건복지부 노인장기요양보험법의 시행령 입법예고 내용에 의하면 사회복지사를 필요수로 명시하였다.

<표14> 재가장기요양기관 - 방문요양(안)

관리책임자(겸직)	사회복지사	요양보호사 1급	사무원	보조원
1인	필요수	3인 이상	필요수	필요수

<표15> 재가장기요양기관 - 방문목욕(안)

관리책임자(겸직)	사회복지사	요양보호사 1급	사무원	보조원
1인	필요수	2인 이상	필요수	필요수

방문요양사업에 관리책임자(사회복지사, 의료인등)가 1인 배치되므로 추가적으로 사회복지사 1인을 두도록 하는 것은 인력운영의 탄력성을 제고하기 어렵고 관리책임자의 역할과 중복되는 사회복지사를 필수인력으로 규정할 수 없다고 보건복지부는 주장하지만 이용자의 욕구와 환경에 대한 이해와 이를 바탕으로 이용자와 가족의 욕구를 정확하게 파악하고 이에 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 지원하기 위해서는 인간 행동과 사회 환경에 대한

전문지식과 기술을 갖추고 있을 뿐 아니라 상담 및 지역사회 자원과의 연계 조정 등을 통하여 이용자의 욕구변화에 적절히 대응할 수 있는 사회복지사가 반드시 배치되어야 하는데 이번 시행령 시행규칙에서 사회복지사를 필요수로 언급하고 있다. 추후라도 이를 시정하여 이용자의 입장에서 질 높은 서비스가 주어지도록 제도가 수정되어야 한다.

왜냐하면

- 관리책임자가 ‘사회복지사’로만 규정된 것이 아닌 상태에서 사회복지사 역할이 중복된다는 논리는 타당하지 않으며, 민간시설 등에서 이윤을 창출하기 위해 인력을 하향 조정함으로써 서비스의질을 저하시킬 우려가 있을 수 있다.
- 기존 재가노인시설에서 사회복지사들이 사례관리자의 역할을 수행한 것을 모두 무시하고 노인 장기요양 보험제도에서는 사례관리를 통한 통합적인 서비스를 제공하지 않겠다는 것으로, 이는 서비스 이용자들이 권리를 무시하는 정책이다.
- 또한, 사회복지시설의 자율성 침해에 있어서 제도 초기에는 각 직종별로 적정 인력에 대해 정수로 규정하고 제도가 정착된 이후에 시설의 재량을 인정하는 것이 타당하며 서비스 조직의 특성상 양질의 인력과 적정인력 배치는 필수적임에도 불구하고, 경영효율성만을 따지는 것은 근시안적인 태도이다.

그러므로 사회복지계는 방문요양·방문목욕의 인력배치기준에 “이용자 40인당 사회복지사 1인”으로 규정해야 한다. 라고 요구하고 있다.

3) 관리책임자에 ‘요양보호사 1급’을 규정한 부분은 잘못됐다. 모든 사람에게 동등한 기회를 준다고 한다면 전문가가 왜 필요하겠는가?

입법예고 내용에 의하면 방문요양과 방문목욕사업, 주·야간, 단기보호시설의 관리책임자는 사회복지사, 요양보호사 1급 또는 의료인 중에서 상근(1일 8시간, 월 20일 이상 근무, 이하 같다)하는 자로 한다.

- 요양보호사 1급
 - 중증노인의 신체수발 등 모든 요양서비스를 제공한다.
 - 신규과정(안) : 요양보호사 1급(240시간) / 요양보호사 2급(120시간)
 - 보수과정 : 기존 근무자, 유사업무 국가자격증 소지자(간호조무사, 사

회복지사)는 보수 교육 50시간을 통해 요양보호사 자격을 인정 한다.
간호사는 40시간의 보수교육을 통해 요양보호사 자격을 갖는다.

- 관리책임자는 서비스에 대해 전문적인 지식과 기술을 갖고, 직원들에게 전문 슈퍼비전(지도·감독)의 역할을 수행해야 하며, 무엇보다 윤리적 가치와 기준을 가지고 있어야 하는 전문직이어야 한다.
- 요양보호사의 자격기준 범위는 기존 근무자, 간호사, 간호조무사, 사회복지사 등 매우 다양하며, 240시간의 교육은 최소한의 기준으로 볼 수 있으며 따라서 관리책임자의 기준에 '요양보호사 1급'을 명시한 것은 인력별 역할에 대한 인식 없이 최소의 인력만을 배치하고자 하는 의도이다.
- 또한, 사회복지사를 필요수라고 명시한 상황에서 결국 기관에서는 사회복지사가 없이 반쪽 서비스를 제공 할 수도 있다는 것이다.
- 방문간호사업의 경우 관리책임자를 간호사, 간호조무사로만 규정한 것은 관리책임자의 전문성을 고려한 논리라면, 방문요양·방문목욕·주·야간·단기사업의 경우 사회복지사를 관리책임자로 명시해야 했음에도 사회복지계의 끈질긴 노력에도 현 노인 장기요양 보험법은 의료간호계의 요구에 편승 되었다.

그러므로 사회복지계는 관리책임자의 기준에 “240시간의 단기교육으로 자격을 취득할 수 있는 요양보호사 1급을 삭제” 하고, “대학 이상의 정규교육 과정을 이수하여야만 자격을 취득할 수 있는 사회복지사로만 규정” 해야 한다고 요구하고 있다.

7. 이용사각지대에 대한 대책

그다음으로 제도 사각지대 해소문제로 국민건강보험료에 따라 장기요양보험료(정부안 2008년 건강보험료의 4.7% 정도)가 결정됨으로써 건강보험체납 세대가 장기요양보험료도 체납할 가능성이 높다. 체납으로 인한 장기요양 서비스를 제한받을 가능성은 근본적으로 해소 할 수 없다. 그뿐만 아니라 높은 본인일부부담과 더불어 식대, 위생대 같은 비급여 항목에 대한 부담으로 등급 결정이 나도 이용을 꺼리게 될 일종의 이용 사각지대에 대한 대책 또한 강구되어야 할 것이다.

시범지역에서 나타나듯이 등급에 따라 서비스이용이 많아지는 것이 아니라 장기요양서비스 비용에 대한 본인부담 능력에 따라 서비스가 많아지는 것은 이를 입증하고 있다 하겠다.

시범사업운영평가(2007. 노인수발보험제도 도입을 위한 운영평가대회)에

의하면 미이용 사유중 가족에 의한 직접 수발이 40%로 아직도 가족이 수발 부담을 안고 있다. 또한 일반인이 기초수급자에 비하여 가족수발의 비중이 높으며 다음으로 경제적 부담으로 서비스를 이용하지 못하는 경우가 8.1%이다. 건강상태가 좋은 3등급이 1,2등급에 비해 이용률이 높은 것으로 나타났다. 일본의 경우도 미이용자의 55.6%는 가족에 의존하며 26.6%는 본인이 감당하고 있다고 한다(미야다케다카시 일본개호보험의 재출발)

8. 제도 환경

2007.6말 시도별 시설인프라 충족률은 아래와 같다.

1)<표16>노인요양시설 : 전국 평균 74%

시도	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
충족률	42%	60%	60%	84%	61%	73%	123%	86%
시도	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
충족률	92%	80%	66%	100%	56%	73%	80%	99%

2)<표17>재가노인복지시설 : 전국 평균 67%

시도	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
충족률	19%	87%	88%	54%	211%	64%	137%	54%
시도	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
충족률	92%	44%	52%	145%	95%	53%	60%	131%

노인장기요양보험의 제도 환경에 관한 쟁점은 시설 인프라 부족의 문제에 집중된다. 노인장기요양보험의 적용 대상을 중증노인으로 한정 할 경우, 2008년 입소시설은 1만 5,000명, 재가시설은 40,00명 정도 공급량 부족이 예측된다.(보건복지부,2006). 정부는 노인장기요양 시설의 70%,재가시설은 30%만을 공적 인프라를 통해 공급할 것으로 계획하고 있어 절대적인 시설 인프라의 부족과 함께 공적 인프라 부족의 문제를 해결하기 쉽지 않을 것으로 보인다.

특히 재정자립도가 낮은 지방자치단체를 중심으로 재정부족으로 인한 공적 인프라 확충의 어려움이 클 것으로 예상된다. 따라서 적극적인 투자가 전제되지 않는다면 노인장기요양보험의 원활한 급여 제공과 이용자의 선택권을 보장할 수 있는 적절한 수준의 시설 인프라 구축이 실현되기 어려우며, 시설 인프라의 지역 간 불균형 또는 악화될 것으로 우려된다. (이원필, 복지동향 2007. 5월호 제103호)

시행령, 시행규칙 안에 따르면 재가 장기요양기관의 시설 확충을 위하여 필요인력을 최소화하여 장기요양기관 설립을 쉽게 하고 서비스 시장에 진입

을 허용함으로써 시설 확충보다는 오히려 난립할 가능성이 높아지고 있고 전문적인 서비스보다 단편적인 저급의 서비스를 제공할 가능성이 높아지고 있다. 재가 장기요양기관 설립은 공익성을 담보하는 비영리법인이나 비영리 단체에 허용하여 서비스의 질을 유지하게 하고 시설보다는 재가이용률을 높이기 위하여 복지용구 도입과 주택개보수, 재가재활서비스 등 재가급여의 범위도 확대되어야 한다. 물론 소규모 그룹홈 같은 시설을 쉽게 설립하기 위하여 건축법 등 관련 제도를 하루빨리 정비해야 하는 것은 두말할 필요가 없다.

내년까지(2008년 요양시설 충족률 80%) 모든 시설인프라를 완료한다 하지만 이용자가 좋은 시설을 선택하여 이용할 수 있는 상태는 안 될 것으로 보이며 향후 더 많은 시설이 만들어진다 하더라도 지나치게 민간시설 위주로 구축되거나 운영될 것이 분명해지고 있다. 시설인프라의 지나친 민간의존형 구축과 운영 방향은 서비스경쟁으로 효율성을 높이기보다는 오히려 비용 상승효과를 유발할 가능성이 높고 제도발전에 부정적으로 작용할 개연성이 많아 조절과 통제 가능할 수 있도록 직접운영을 통한 공공비율을 획기적으로 높여야 한다.

이상 논의된 것 외에 전체적으로는 장기요양보험제도하에서 사회공공성을 확보할 수 있는 공적인 인적, 물적 인프라 구축방안과 세부적으로는 등급판정위원회의 공정성 확보와 이용자의 권한 행사에 입각한 지역민사회단체 참여, 불충분한 장기요양급여 확대방안, 장기요양신청 시 의사 소견서의 의무적인 첨부문제, 이용자 중심의 공적 케어매니지먼트 부재에 따른 서비스 전달의 공백, 장기요양기관 질 평가방법 및 참여방안, 보험료 체납으로 인한 사각지대 해소를 위한 정책, 간병노동자의 요양보호사 인정 및 전환, 주수발자의 부양부담개선 프로그램과 급여대상자의 주거환경개선, 지자체의 공공 장기요양기관 의무비율 확보 운영의무화, 사회복지법인의 사외이사 법제화, 장기요양기관 운영의 이용자 대표 참여보장, 이용자 인권확보 구체적 방안 등 노인 장기요양보험에 담겨야 할 수많은 과제들을 고민하여야한다.

장기 요양보장제도를 보편적인 제도로 설정하는 것은 장기요양이 필요한 당사자뿐 아니라 그 개인과 가족의 삶의 질을 결정하는 중요한 요소이며 더 나아가 지역사회, 미래세대와 국가의 미래가 건강성을 유지하고 국가장래를 결정하는 중요한 국가제도라 할 수 있다.

각자가 자기 분야에서 제공할 수 있는 서비스체계를 주장하는 것도 중요하지만 노인 장기요양보험 분야는 보건의료, 사회복지의 새로운 통합적 체계를 만드는 것임에도 한 분야에 치우치는 경향성이 나타났다. 우리 사회에서 익숙하고 접근하기 쉬운 보건의료적인 접근은 수용하는 반면 사회복지적인 접근은 상대적으로 소외되어 장기요양센터 같은 공적 장기요양서비스 전달체계가 비용을 이유로 수용되지 않아 공적으로 제공되어야 하는 근본적인 사회복지서비스 기능이 전무한 제도가 탄생되었다고 볼 수 있다.

V. 노인장기요양보험의 도입에 따른 과제

정부는 현재 시행되고 있는 시범사업을 2008년 7월부터 전국적으로 시행할 계획이다. 노인장기요양보험의 도입은 단지 노인부양문제의 해결차원이 아니라 복지 전반에 걸쳐 대 변화를 가져올 것이며, 이에 대비하여 각 지자체가 시급히 준비해야 할 문제들을 짚어보면 아래와 같다.

1. 장기요양시설 및 인력 인프라 구축

먼저 수발에 대한 사회적 서비스를 사회보험의 형식으로 도입한 것은 지금까지의 저소득층 노인들을 대상으로 한 조세에 의한 복지시스템의 대전환을 의미한다. 장기요양보험의 수발을 받아야 할 상태가 되면 권리로서 서비스를 신청하고 서비스를 선택할 수 있다. 따라서 장기요양보험이 성공적으로 진행되기 위해서는 선택할 수 있는 서비스의 공급이 충분히 이루어져야 한다. 즉 장기요양시설의 충분한 확보와 장기요양서비스를 직접 제공할 수발 전문 인력의 확보가 원활한 보험사업의 수행을 위한 필수적 조건이다.

그러나, 현재 장기요양보험시설인 노인요양시설과 노인전문요양시설, 재가복지시설은 아직까지 상당히 부족하며 시설확충이 우선적으로 요구된다고 할 수 있다.

노인장기요양보험의 도입은 이용자가 시설을 선택하여 서비스를 받는 '이용자중심의 구조'인데, 이용자가 선택할 수 있는 충분한 시설이 없다면, '보험은 있는데 서비스가 없는' 즉, 보험료는 냈는데 이용할 서비스가 없는 황당한 사태가 발생할 수 있다. 미인가시설의 전환이나 양로시설의 요양시설로 전환, 전문요양시설의 설립을 촉진시킬 수 있는 일련의 조치들이 강구되어야 할 것이다. 무엇보다도 비영리법인이 아닌 다양한 공급체계가 쉽게 진입할 수 있도록 제도적 개선과 촉진 방안들이 요구된다.

시설운영자의 입장에서조차 준비가 필요하다. 보험의 도입은 시설이 이전처럼 정부 보조금에 의해 시설이 운영되는 시대가 지나갔음을 의미한다. 시설이용자의 수와 수발상태에 따라 보험에서 비용이 지불되기 때문에 시설의 서비스가 나쁘면 이용자들은 다른 시설을 선택하게 될 것이며 당연히 시설운영은 어렵게 된다. 따라서, 시설을 잘 정비하고 효율적인 운영을 하지 않으면 문을 닫게 되는 사태도 일어날 수 있고, 이러한 사례는 일본의 경우에서도 많이 나타났다. 시설간의 경쟁이 일어나면서 시설서비스의 질도 향상을 가져오지만 시설운영자의 입장에서는 이전처럼 안이하게 노인들을 보호하는 시스템으로는 운영을 지속하기 어려워진다. 복지시설에도 경영의 전문성이 요구된다고 할 수 있다.

시설만 있다고 서비스가 다 이루어지는 것이 아니다. 아무리 좋은 병원이 있어도 의사나 간호사가 없으면 소용없듯이 질 높은 수발서비스를 제공할 수 있는 전문 인력의 양적 질적 확보가 필요하다.

종전과 같이 저소득층에게 한정하여 무료로 서비스를 제공하던 시대가 아니라 보험료를 지불하고 권리로서 받는 장기요양서비스는 당연히 이에 상응하는 서비스의 질을 요구한다. 봉사차원에서 하던 수발이 아니라 수발에 관한 지식과 기술을 갖고 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 수발인력의 확보가 필요하다. 체계적으로 수발인력을 양성하고 교육할 수 있는 수발인력(요양보호사) 양성교육원, 방문간호조무사훈련원 설립 등 다양한 방안이 요구된다. 그리고 대학에서도 사회복지사와 간호사를 배출하는 학과에서 요양보호사 자격을 인정받기 위한 교육과정과 교육 연한 내의 교차 교육으로 효율적인 인력 양성의 제도를 마련해야 한다.

또한 시설의 질 관리를 위해 그 시설의 전문 인력 수, 시설환경 등을 공표하여 서비스 환경의 개선을 이루게 하는 시설정보공개 등의 조치도 앞으로 필요할 것이다.

2. 장기요양보험급여 제외자와 예방사업

현재 실시되고 있는 시범사업에 의하면 신청자의 장기요양정도가 1-3등급에 해당하지 않으면 보험급여를 받을 수 없다. 1-3등급에 해당하는 노인은 전체노인의 3%정도에 불과하다. 즉, 상당히 중증 상태의 노인만이 장기요양보험의 서비스를 받을 수 있으며, 따라서, 경증의 현행 재가복지서비스대상이 되고 있는 많은 노인들이 실질적으로 장기요양보험 대상에서 제외된다

는 점이다.

보편적으로 수발을 원하는 모든 노인들에게 장기요양서비스가 제공될 것이라는 그동안의 홍보는 환상에 지나지 않을 수 있으며, 실제로는 중증의 시설 중심의 보험이라는 왜곡된 모습이 되기 쉽다. 즉, 재정소요문제로 대상을 확대하기는 쉽지 않을 것이며, 따라서, 이 보험에서 제외된 많은 노인들의 수발서비스에 대한 대책이 각 지자체에서 강구하여야 할 과제이다. 재가서비스를 종합적으로 제공하는 재가복지센터(가칭) 등을 각 지역에 두고 보건소 등과 연계하여 서비스를 필요로 하는 경증 노인들에게 종합적인 장기요양서비스를 제공할 수 있는 서비스 체계를 구축해야 할 것이며, 보험에서 커버되지 않는 급여 등에 대한 지역중심(밀착형)의 다양한 서비스의 개발도 필요할 것이다. 또한, 더 이상 중증으로 이환되지 않도록 비교적 건강한 노인들을 위한 예방시스템의 구축도 필요하다.

3. 이용체계의 구축

당초 기본요강에는 케어메니저가 이용자의 니드를 사정하여 케어플랜을 세우고 서비스를 관리해 나가는 일본과 같은 케어메니지먼트 과정을 도입하는 안이 제시되었다. 1차 시범사업기간에는 건강보험관리공단의 요양관리사(케어메니저)가 급여인정을 받은 자를 대상으로 다시 욕구조사를 하고 이에 근거하여 상세한 케어플랜을 세워 시설에 내려 보내 서비스를 받게 하였으나, 2차 시범사업에서는 방문조사자의 케어메니저 역할은 축소되어, 단지, 방문조사를 할 경우 장기요양인정조사와 함께 욕구조사를 병행하여 행하도록 하였다. 즉, 판정결과와 함께 욕구조사를 근거로 한 표준수발계획서를 장기요양인정서와 함께 제공하는 것으로 역할은 축소되었다. 따라서, 실제로 구체적으로 케어계획을 세우고 서비스를 계약하고 조정하는 것은 재가시설의 담당자나 시설의 직원이 수행하게 된다. 시설정보에 어둡고 서비스를 계획하고 조정하는 능력이 적은 노인들에게 적절한 서비스 이용과정을 도울 수 있는 지원체계가 필요하다. 장기요양지원센터 등을 읍면동 사무소등 손쉽게 이용할 수 있는 곳에 설치하여 노인들이 이용한도액을 관리하고 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 서비스 전달체계를 구축해야 할 것이다. 그러나 노인장기요양보험법에서 장기요양지원센터의 설립은 제외되었으므로 이용자의 욕구에 맞는 서비스를 지자체가 수행하기에는 매우 힘든 상황이 되었다. 그러므로 이에 대한 보충적인 제도가 마련되어야 할 것이다.(이해영, 미간행)

<참고자료>

국민건강보험공단 시범사업운영팀 내부자료

보건복지부‘수발인정, 서비스지원 세부매뉴얼’ (2006.7)

국회보건복지위원회‘장기요양보험법 제정에 관한 공청회 자료집’(2006.11.2)

한국사회복지사협회주관 ‘노인수발보험법 관리운영 주체와 수발인력 방안 공청회’(2006.10.13)

국민건강보험공단 ‘장기요양인정,서비스지원 업무 세부매뉴얼’(2007.5)

이해영 노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 과제. 미간행

이원필 장강양 보장제도 쟁취를 위한 연대회의, 복지동향. 2007.5

프로필

안 향림 (安 香林)

한국 케어복지협회 회장
수원여자대학 실무대학 사회복지과 부교수

학력

가톨릭대학교 사회복지학과 졸업
이화여자대학교 대학원 사회사업과(석사)
대구대학교 대학원 "@사회복지학과" i철학박사

주요경력

1972~1972가톨릭의대 부속성모병원 사회사업과 근무
1975~1981상지대학교 사회사업학과 강사
1999~2003한국케어복지협회 회장
2006~현재 한국수발사회복지사협회 회장

저서 및 논문

“케어복지론” 나눔의 집, 2002
“그래도 당신과 나는 다를 뿐이다” 한울출판사, 2002
“가족의 정서적 소원함 (Emotional distance)에 관한 고찰” 서울여자대학교, 1998
“케어프랜 작성을 위한 Komi차트 활용성 연구”(제1권 3호), 대한케어복지학, 2006
“가족놀이치료(Filial Therapy)와 엄마”/ 아이 놀이 프로그램 (32집), 수원여대논문집, 2006

地域福祉と老人長期療養保険



安 香林

韓国 ケア福祉協会 会長

韓国 水原女子大学 教授

I. 研究の意義

2000 年高齢化社会に迎えるにあたって政府は地域住民の身近な長期療養保障制度導入を発表し、6 年ぶりの 2007 年 4 月 2 日老人長期療養保険法が国会を通過しており、2008 年 7 月 1 日より施行予定である。今回の研究は老人長期療養保険法の導入に備え、問題点を確認し、政策的準備のために行うものである。

II. 老人長期療養保険法

老人療養保険法は総 12 章 70 条附則 3 条から成り立っている。老人長期療養保険法の内容を総則及び老人長期療養保険、管理運営の主体、長期療養給付利用の手続き、長期療養給付の種類、長期療養保険の財源調達を中心に述べることにする。

1. 老人長期療養保険法の総則

1) 目的

この法は高齢もしくは老人性疾病の事由により日常生活を営むことが困

難である高齢者等に提供する身体活動または家事活動の支援等の長期療養給付に関する事項を規定するもので、老後の健康増進及び生活安定を図り、家族の負担を軽減することで、国民の生活の質が向上することを目的とする。(法 第1条)

2008年7月老人長期療養保険法の施行により、高齢と認知症等により一人で日常生活を営む事が難しい高齢者のための訪問療養、訪問入浴、訪問看護等が長期療養保険に適用される。

長期療養制度は長期療養状態による社会経済的負担、扶養者の介護負担と経済活動萎縮、介護負担による家族体系の崩壊、老人利用費の急増による国民負担等多様な分野から提議されている社会問題を社会連帯の論理で解決しようとする画期的制度である。

今まで老人福祉サービスを通して低所得層を中心に一部制限的に選別、適用されてきた長期療養サービスが65歳以上の老人を対象に普遍化され、長期療養保護を要する高齢者に対して長期療養サービスを家族と個人の責任から社会的責任へ制度化し、長期療養にともなう社会問題を解決することで法制定の意味があるといえる。社会的責任の価値観は社会福祉の哲学であり、民主主義の哲学である。

2) 法の名称

法の名称は老人長期療養保険法と命名された。法の名称から本制度の主な対象者が高齢者であることと給付の内容が入浴、看病等の日常生活の支援に集中されていることを強調している。又、保険法と命名したことにより本制度が社会保険の原理に基づいていることを明確にしている。

3) 適用対象及び給付対象

老人長期療養保険の加入者は国民健康保険法の加入者であり、長期療養保険料を負担する。ただし、医療給付受給権者の長期療養保険料は国家が負担するよう規定している。長期療養認定申請対象者は65歳以上の高齢者または老人性の疾病がある64歳以下の者である。

4) 長期療養給付の基本原則

老人長期療養保険法の長期療養給付の原則は、①長期療養を要する状態と程度に適した適正給付、②高齢者の生活の場でサービスを提供する在家

長期療養給付の優先、③医療サービスとの連携と定めている。

5) 国、地方自治団体の義務

老人長期療養保険法は国と地方自治団体の義務は五つの項目で規定されている。ひとつ目、高齢者が自立して生活を営む事ができるよう支援する長期療養予防事業の実施である。二つ目、国は長期療養予防事業に必要な費用を支援しなければならない。三つ目、地方長期自治団体は長期療養機関を拡充し、長期療養機関の設立を支援する義務を負う。四つ目は、国と地方自治団体は制度施行のために行政的・財政的支援をしなければならない。五つ目、老人長期療養基本計画は細部施行計画の樹立及び義務を負う。

2. 老人長期療養事業の管理運営

1) 主体：事業の官掌は保健福祉部が管轄するが、実際管理運営主体は国民健康保険公団となる。審議過程では自治体で行うべきであるという意見が福祉界を中心に主張されており、論争された。(公団の場合、保険事務の経験者で既存組織と保険管理能力を活用できるメリットがあり、現在自治体は保健所と老人福祉施設及びサービス連携の体系を管轄しており、これらと連携し地域密着型サービスを実施できるメリットがあると主張した。)

(1) 国民健康保険公団

老人長期療養保険法は国民健康保険公団を老人長期療養事業の管理運営機関として定めている。国民健康保険公団は加入者、被扶養者、医療給付受給権者の資格管理、保険料の賦課、徴収、申請人に対する調査と長期療養等級判定等の業務を管掌する。

(2) 等級判定委員会

老人長期療養保険法は老人長期療養等級判定委員会を運営する。長期療養等級判定委員会は市、郡、区単位で設置し、長期療養認定申請人の長期療養認定と長期療養等級判定を担当する。

1次等級が決定されると等級の該当者に対する医師の所見書をもらい、これに基づいて「等級判定委員会」が開催され、1次判定内容と医師所見書等を

踏まえて「2次判定」を行う。委員会ではとりわけ1次判定と医師の所見に不一致がある場合、等級判定委員会の専門家の意見を参考に最終決定を行う。等級判定委員会は保健、福祉、医療において学識と経験のある者から構成されており、現在医師会、看護師会、社会福祉士会、理学療法士会、地方自治団体より推薦を受け26～36人以下で構成され、実施されている。彼らは、非常勤形態で審議事項が生じた場合招集され、最終的な長期療養認定可否及び等級を確定する。

3. 長期療養給付利用手続き

1) 長期療養認定申請と調査

長期療養認定を望む者は長期療養認定申請書を国民健康保険公団に提出しなければならない。国民健康保険公団は担当職員が長期療養認定申請人の心身状態、必要な長期療養給付の種類と内容等を調査する。

● 自治体または該当モデル支社老人長期療養保険支援センター

- ・ 申請対象（3次モデル事業）

※ 07年5月1日以前からモデル地域に居住する**65歳以上の高齢者のうち、長期療養保護を要する者**

※ 07年5月1日以降モデル地域転入者は転入日から6ヶ月後長期療養認定申請可能

－申請方法

- ・ 本人、家族、代理人（自治体及老人長期療養保険支援センター）が申請書等具備書類を揃えて、該当**健康保険公団支援センター及び市・区・同に申請**
- ・ ただし、療養（専門）施設入所者もしくは、在家施設利用者の場合、該当施設長が一括して申請可能

長期療養申請がされると、健康保険公団に所属する調査員は申請者がいるところを訪問し、長期療養認定に必要な調査を実施する。〈表1〉で示しているように、身体機能、認知機能、問題行動、看護処置ニーズ、リハビリニーズ等について（52項目）調査し、この結果は原点数に加重値が付与され、コンピューターによって点数として換算され、これらを〈表2〉に示

しているような 8 種類のサービス群別樹形図に適用し、療養の必要度を時間概念で算出した「療養認定時間（療養認定点数）」を根拠に 1 次的な等級が決まる（1 次コンピューター判定）。すなわち、長期療養サービスは、高齢者の療養必要度のレベルにより差別化され実施されることになり、療養必要度は先ほど計算された「療養認定点数」に基づき、〈図 1〉で示すような等級が決まる。

〈表 1〉療養審議項目

身体希望領域（12）	衣類の着脱 / 洗面 / 歯磨き / 入浴 / 食事 体位変換 / 起立 / 移乗 / 歩行 / トイレ使用 / 排便 / 排尿
認知機能（7） 行動変化領域（14）	認知機能（7 項目） 短期記憶障害 / 時間失見当 / 場所失見当 / 指示失見当 状況判断力の減退 / 年齢、生年月日が思い出せない / 意思疎 通、伝達障害 行動変化領域（12 項目） 妄想 / 道に迷う / 幻聴 / 暴言、脅威な行動 / 憂鬱な状 態、泣いたりもする / 外に出ようとする / お金、物を隠す / 不規則な睡眠、昼夜混沌 / 不適切な服装 / そわそわする、落 ち着かない / 抵抗する / 物の破損 / 意味のない不適切な 行動 / 排泄物による不潔行為
看護処置ニーズ （9）	気管支切開看護 / 経管栄養 / 吸引 / 導尿管管理 / 酸素療 法 / 腸瘻看護 / 褥瘡看護 / 透析看護 / 癌性痛症看護
リハビリニーズ	麻痺（4 項目）両上肢、両下肢 拘縮（6 項目）肩、肘、手首及び手先、股関節、膝、足首関節

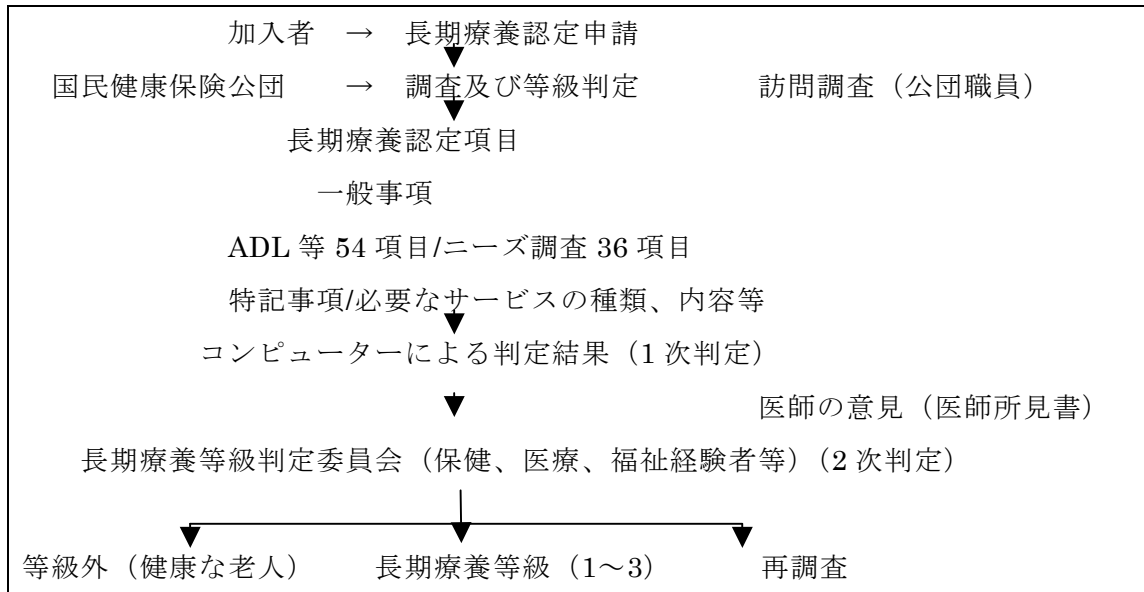
2) 長期療養認定可否及び等級の判定

長期療養等級判定委員会は 6 ヶ月以上他者の援助なしでは日常生活を営むことが難しいと認められた場合、心身状態と長期療養に必要な程度により長期療養等級を判定する。

〈表 2〉8 種類のサービス群

身 体 ス バ ル	個人衛生	洗面、口腔管理、身体の清潔、洗髪、身だしなみ、着替え、排泄（トイレ使用）、その他清潔関連サービス
	排泄	移動補助、排尿補助、排便援助、おむつ交換、その他排泄関連サービス
	食事	配膳、食事摂取補助、飲み物準備、その他食事関連サービス
	機能補助	起きあがって座る・立位を保つための練習運動、器具使用の運動補助、移動援助、体位変換、身体機能維持等
	間接支援	掃除、洗濯、食器洗い、料理及び調理、意思疎通、寝具・リネン交換、環境管理、周辺整頓、物品、買い物、散策、外出同行、その他家事支援サービス
行動変化対応	徘徊、不潔行為、暴言、暴行等行動変化に対する対処、その他の行動変化への対応	
看護処置	観察及び測定、投薬及び注射、呼吸器看護、皮膚看護、栄養看護、温冷療法、排泄看護、医師診療補助、その他看護処置	
リハビリ訓練	身体機能訓練、基本動作訓練、日常生活動作訓練、理学療法、言語療法、作業療法、その他機能訓練	

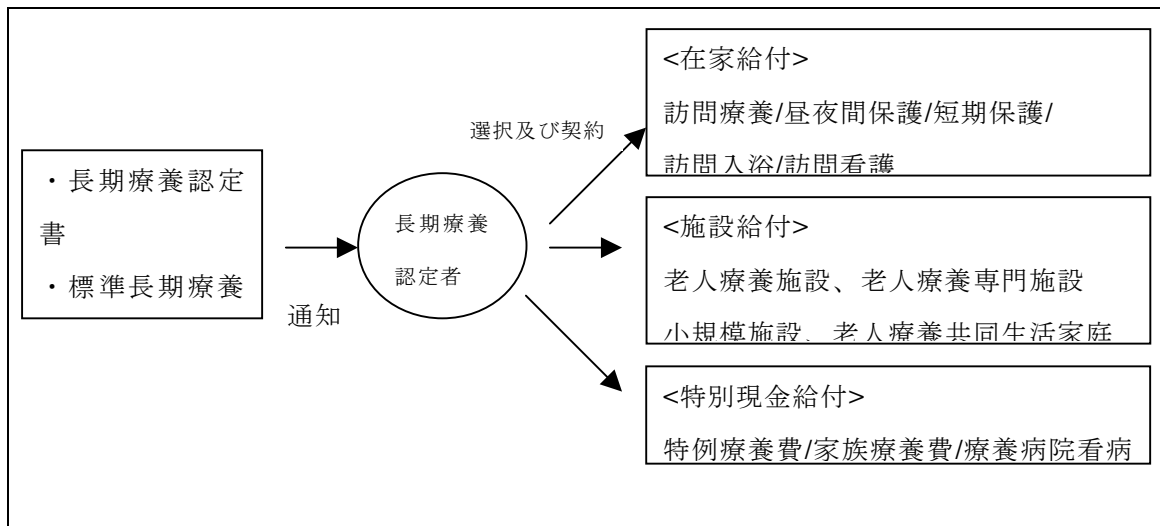
〈図 1〉 等級決定過程



3) 標準長期療養利用計画書の作成と長期療養給付提供

等級判定委員会で最終的に長期療養認定と等級が決定されると、健康保険公団の管轄支社長は「長期療養認証書」を対象者及び市郡区に通知し、長期療養認定書通知とともに「標準長期療養利用計画書」を同封して受給者に送りサービスを受けるようになる。サービスの実施構造は〈図 2〉に示す通りである。

〈図 2〉 サービス実施構造



国民健康保険公団は長期療養受給者が長期療養給付を円滑に利用できるよう標準長期療養利用計画書を作成、提供する。長期療養給付は長期療養

等級、長期療養給付の種類を考慮した上で算定された月の限度額の範囲内で提供される。

4. 老人長期療養給付の種類

1) 在家給付*

在家給付は、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護及び大統領令が定めるその他在家給付と成っている。

- ① 訪問療養－療養保護士が家庭を訪問し、入浴、排泄、家事等日常生活支援
- ② 訪問入浴－風呂装備を備えて家庭を訪問し入浴サービス提供
- ③ 訪問看護－医師の指示を受けた看護師や看護助務師**が老人を訪問し、看護サービスを提供
- ④ 昼夜間保護－一日のうち一定の時間において昼夜間保護施設で老人を一時保護
- ⑤ 短期保護－短期間老人を入所させて保護
- ⑥ 福祉用具－車椅子、杖等日常生活の身体活動支援に必要な用具を提供

〈表 3〉 在家給付

1 回 毎	訪問入浴	50,110			
	訪問看護	31,000			
	訪問療養	9,650 (30分)	14,430 (60分)	19,120 (90分)	23,900(120分)

〈表 4〉 在家サービス：訪問看護

時間	2次	3次
30分未満	31,000	25,430
30～60分		32,900
60分以上		40,500

→訪問看護機関所属看護師もしくは、看護助務師が医師の看護スバル指示書に従い、サービスの提供。施行令によると看護助務師は 700 時間教育を受けると訪問看護サービスを行うことができる。

* 「在宅給付」のこと。以下在家給付という。

** 日本の准看護師に該当する資格

※ 2次酬價は訪問毎定額制であるが、3次は時間毎酬價で細分化された。

〈表5〉看護スバル指示書発給費用

区分	医療機関	保健所（支所）
対象者が機関を訪問する場合	15,000 ウォン	4,000 ウォン
医師が自宅を訪問する場合	35,000 ウォン	9,000 ウォン

※看護スバル指示書発給権を看護師に与えた事に対して医師協会の反発が大きい。

〈表6〉在家サービス：訪問入浴

時間	2次	3次
車両利用	50,110	52,780
車両未利用		39,590

※車両未利用は移動入浴車両ではなく、移動式浴槽等の装備のみを活用し、入浴サービスを提供する場合を意味

在家サービス：福祉用具

- ・モデル事業中には各品目別申告価格を基準に酬價を算定する。
→本事業時には適正酬價を告示予定

〈表7〉福祉用具品目

区分	購入専用品目	購入及び貸与品目
品目	移動型座便器	車椅子 [手動型]
	シャワーチェア	電動型ベッド
	歩行補助器	手動型ベッドマットレス
	安全手すり	褥瘡防止マットレス座布団
	滑り止め用品 [マット、靴下等]	褥瘡防止座布団
	携帯用排便器 [排便・排尿器]	移動浴槽
	杖	入浴リフト

2) 施設給付

施設給付は老人医療福祉施設に受給者を入所させ、身体活動支援と機能訓練回復訓練等を提供する給付である。

－ 1日、1回毎基準（単位：ウォン）

〈表 8〉 施設給付

区分		1 等級	2 等級	3 等級
1 日 毎	療養施設	33,450	27,880	25,280
	専門療養施設	40,850	37,610	31,890
	老人療養共同生活家庭	34,050	31,830	27,910
	短期保護	34,980	31,410	26,490
	昼間保護	32,610	26,280	23,830

3) 特別現金給付

特別現金給付には、家族長期療養費、特例長期療養費、療養病院長期療養費等がある。

(1) 現金給付（補完的安定）

① 家族療養費－島嶼僻地地域、身体精神上的の特別な事由等により受給者が家族等から訪問療養に相当する療養給付を受けた場合支給

② 特例療養費－長期療養機関ではなく老人療養施設等からの機関または施設で長期療養給付を受ける場合、費用の一部を支給

※ 療養病院看病費は大統領令が定めにより今年後半期長期療養委員会の審議を経て決定

〈表 9〉 施設給付一月基準（単位：ウォン）

区分		1 等級	2 等級	3 等級
月 基 準	療養施設	1,003,500	836,400	758,400
	専門療養施設	1,225,500	1,128,300	956,700
	在家サービス限度額	975,120	796,260	707,480
	家族療養費	150,000	120,000	110,000
	特別現金給付 療養病院看病 費	200,000 釜山北区、安東、扶餘モデル実施		
福祉用具購入及び貸与	900.000（年間）水原市、釜山北区、光州南区モデル実施			

－利用者実際負担額（法廷給付額の 20% ＋ 非給付額）

- ・ 療養施設利用：現在月平均 100～170 万ウォン → 30～70 万ウォン
- ・ 在家サービス：月 12～16 万ウォン

5. 老人長期療養保険の財源調達

1) 老人長期療養保険料

老人長期療養保険料は健康保険料に 4.7% をかけ、老人長期療養保険料をかけて算定する。老人長期保険料と健康保険料と統合して徴収するが、各々独立会計で管理される。

2) 国及び地方自治団体の負担

国は予算の範囲内で当該年度長期療養保険料予想収入の 20% を負担するよう規定している。また、国と地方自治団体は医療受給権者の長期療養給付費用のうち一部は管理運営費全額を負担することになっている。

3) 本人一部負担金

老人長期療養保険法は在家給付費用の 15%、施設給付費用の 20% を利用者が負担するよう規定している。

6. 療養人材

療養保護士の法的根拠（老人福祉法）第 39 条の 2（療養保護士の職務・資格証交付等）

- ① 老人等の身体活動または家事活動支援等の業務を専門的に遂行する療養保護士をおかななければならない。
- ② 療養保護士になるためには第 39 条 3 に定める療養保護士の教育機関で教育課程を修了しなければならない。
- ③ 市・道知事は第 2 項に従い、療養保護士の教育課程を修了した者に療養保護士の資格を検定し、資格証を交付しなければならない。
- ④ 療養保護士の等級、高級別教育課程、資格証交付等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

※ 現行、家庭奉仕員、生活指導員は 2009 年 8 月 2 日まで猶予措置 [全文改正 2007.8.3]

1) 〈表 10〉療養保護士等級別職務

種類	1 級	2 級
訪問療養	一長期療養受給権者（1～3 等級の重症）老人に対して身体活動、日常生活支援等すべての療養サービス提供	1. 長期療養給付受給権者ではない（軽症）老人に対して身体活動、日常生活支援サービス提供 2. 重症患者（保険受給者）に対して家事支援サービス提供
訪問入浴	保険受給者（重症）対象	非保険者（軽症）対象
昼夜間保護	保険受給者（重症）対象	非保険者（軽症）対象

2) 〈表 11〉療養保護士需要推計

区分	2007	2008	2009	2010	2011
施設サービス	23,980	26,386	28,686	30,563	37,731
在宅サービス	21,035	22,045	22,971	23,767	18,455
計	45,015	48,431	51,657	54,330	56,186

一算出根拠：2008 年施設需要 61,784 名、在宅需要 98,952 名

施設 2.8 名/1 人、在宅 5.6 名/1 人

一昼、夜間（休日）交替勤務を考慮し、30%追加所要人材推定

一2008 年新規養成人材 34,000 名予想（既存 14,000 名）

Ⅲ. モデル事業推進過程及び現況

1. モデル事業実施

〈表 12〉モデル地域

	1 次モデル事業 (2005.7～2006.3)	2 次モデル事業 (2006.4～2007.4)	3 次モデル事業 (2007.5～2008.6)
対象地域	光州南区、水原、江陵、安東、扶餘、北濟州（6ヶ所）	1 地域+釜山北区、莞島（8ヶ所）	2 次地域+仁川富平、益山、大邱南区、清州、河東（13ヶ所）
サービス対象	基礎生活保障受給権者（1～5 級）	基礎生活受給権者+一般老人（1～3 等級）	基礎生活受給権者+一般老人（1～3 等級）
主眼点	判定道具の開発、酬價の適正性等技術的側面	・本事業と類似な形態で実施 ・等級判定道具、酬價補完、法（案）上すべての伝達体系等全般的事項点検	・2008 年 7 月施行に備え、最終点検の機会として活用 ※対象者数の再推定、財政推計密化、サービスの質の確保法案工夫等すべての手続きで利用老人の不便事項を最小限化

○2 次モデル事業現況

○モデル地域選定・・・水原市（大都市類型）等 8ヶ所

<表 13>利用申請現況

2007年4月30日(単位:名、%)

地域	総人口 (A)	対象者 (65歳以上) (B)				療養申請者 (C)	
		計 (B/A)%	一般 老人	基礎 受給者	計 (C/B)%		
計	2,243,377	203,905	9.1	186,965	16,940	35,305	17.30
水原市	1,070,715	61,913	5.8	58,683	3,230	9,555	15.43
釜山北区	331,646	23,135	6.9	19,933	3,202	4,252	18.38
光州南区	213,225	19,159	9.0	17,842	1,317	3,424	17.87
江陵	222,863	26,270	11.8	24,396	1,874	4,491	17.10
安東	170,677	27,030	15.8	24,772	2,258	4,777	17.67
扶餘	80,526	17,483	21.7	15,965	1,518	3,551	20.31
莞島	57,851	12,993	22.5	10,714	2,279	1,894	14.58
濟州	95,874	15,922	16.6	14,660	1,262	3,361	21.11

※申請対象の拡大：当初（一般人）→追加（基礎受給者、2006年9月15日から申請

○3次モデル事業実施

-期間：2007年5月1日～2008年6月30日（14ヶ月9

-地域：大邱市南区、仁川市富平区、清州市、益山市、河東郡等13箇所

-対象者：65歳以上の老人のうち重症以上

2.等級認定及びサービス利用現況

-2007年6月末現在、3等級以内療養認定率は全体モデル地域における65歳以上老人の3.3%（申請202,592名のうち6,912名）

※韓国保健社会研究院の研究推定値3.1%レベルを多少上回る。

○長期療養認定者のうち66%（4,547名）がサービス利用中

-類型別は施設給付2,081名（45.8%）、在家給付1,759名（38.7%）、家族療養費等現金給付707名（15.5%）

・その他療養病院に入院した場合、看病費用の一部（月20万ウォン）支援及び在家給付利用者に対する福祉用具（車椅子、電動ベッド等14種）貸与及び購入費支援事業等実施中

※療養病院の看病費（釜山、安東、扶餘）、福祉用具（釜山、光州、水原）は一部地域にて実施中

IV. 老人長期療養保険法の主な争点

法案の主な争点をみると、一つ目、法案の名称、二つ目、財源負担のうち国の負担と本人の負担、三つ目、管理運営主体、四つ目、長期療養給付対象者、五つ目、サービス伝達体系、六つ目、長期療養人材、七つ目、利用死角地域に対する対策、八つ目、制度環境である。

1.名称

一つ目、法の名称で長期療養保護を受ける対象であれば、年齢、疾病、障害、負担能力等に関係なく誰もが国の制度により普遍的保護を受けられ、長期療養保護が必要な国民に人間らしい生活を維持できるよう国が義務を果たす理念的意味を込めて長期療養保険法で決定した。しかしながら、老人は医療的療養ではなく、生活におけるスバルを受けなければならないので2005年9月15日プレスセンターにて発表したように老人スバル保障法であった方が福祉的積極的な法の枠組みをしっかりと立てることができる。

各党が提出した法案ではすべての障害者を含む全ての国民を適用対象としているにもかかわらず、政府案は長期療養対象を65歳以上の老人と64歳以下老人性疾患患者のみに制限し、障害者は不透明な障害者総合対策で解決しようとする政府の立場だけを貫くことで老人長期療養保険法は普遍的価値を実現する社会保障制度としては失敗したものとする。

また、政府案は保険という用語を使用しており、重要財源の調達を保険料と限定して国民達に擦り付ける可能性が濃厚であり、長期療養に対する国の責任をできるだけ回避し、もしくは縮小しようとする意図があると思われる。結果的、老人長期療養保険制度であり、保障制度ではないのである。

保障という名称を用いて主財源を国の負担にし、国の義務を明確にする必要があり、社会保険方式を導入しても長期療養保護の状態は社会的リスクではなく、年齢を重ねると事前に生じる普遍的リスクで保険料の負担能力に関係なくサービスを受けられるようにして、受給対象者はもちろん、基礎生活受給権者のみならず、低所得層と準上位階層、徐々に上位まで包括していくことにより、法の制定目的、制度の実施と保障範囲等の諸条件を考慮すると保障という表現が用いるべきであった。

2.財源

二つ目、政府が長期療養保険料の予想収入額の100分の20に相当する金額（第58条）で貫き、全体財源の約16%程度のみが国の負担となり、保険料を含む本人負担20%とともに84%程度を国民が負担することになった。過度な人口の高齢化により長期療養における費用の増加が予想され、負担階層の負担比率がより高くなる一方、低レベルの長期療養サービス制度に対する制度不信は高まる可能性があり、さらに社会保険制度全体に対する信頼が低下し、社会保障セフティネットが国民から疎外される悪循環の危険性を内包しているといえる。

本人の一部負担金（第40条1項）を施設100分の20、在家は100分の15とし、国民基礎生活保障受給権者は無料で本人一部負担軽減（第40条3項）、医療給付受給権者（基礎受給権者は除外）、所得財産等が一定金額（長官告示）以下である者、天災地変等による生計困難者等は軽減率を100分の50程度で定めた。実際モデル地域では、高い本人負担で長期療養サービスの等級判定を受けているにもかかわらず、経済的な理由によりサービスが利用できない割合が増加している。モデル事業で等級判定を受けてもサービスを利用する人々は48%で、このうち42%は在家サービスを利用している。

3.管理運営主体

三つ目、管理運営主体の決定において自治体の場合、施設及び人員等インフラ構築が容易であり、地域健康増進事業と連携が容易で、地方分権化及び地域福祉体系の自治体の役割を強化できるメリットはあるも、社会保険事業遂行による人材補充と日本介護保険において明らかになった問題のように自治体間の財政力の格差によるサービスの公平性の問題となった。または、地方財政と団体長の意思によってインフラ構築とサービスの質の不平等が深化され、サービスの質によって地域間移動を助長し、階層間社会連帯感を毀損される可能性が危惧される。

国民健康保険公団と自治体のメリットとデメリットが持続するため、内部でも絶えず多くの論議をし、施設運営者と社会福祉団体と市民連帯は国民健康保険公団が管理運営することについて様々な理由をあげて強く反

対した。

公団は既存人材の活用、保険料賦課徴収、訪問調査等行政管理運営を中心にしており、地方自治団体は長期療養給付サービスの伝達において地域社会中心の提供提携を構築することが必要であり、市郡区に長期療養センターを設立、運営し、ケアプラン作成、ケースマネジメント、サービス案内及び相談等保健社会福祉統合サービスを担当させることにより公団と自治体の本来の役割を与え、制度運営のバランスをとることとした。

2006年10月全国市郡区庁長協議会も名の下、長期療養管理運営と関連し、市郡区では人材不足による老人療養保険制度の管理運営を委ねることが難しいという意見書を発表して、国会に意向を伝達することにより管理運営主体に対する論争が実質的に一段落した。しかしながら、過度な管理運営費用の集中を避けるため、国民健康保険公団に新たな業務を与え、労働強度を強化させ、市郡区に長期療養センター設置を制度化できなかったことにより自治体は長期療養機関、指定取消権限と等級判定委員会推薦権限のみ与えられ、実際サービスは長期療養機関に一任する程度の役割付与により実際利用者中心のケアマネジメント不在でバランスを失った長期療養サービス伝達体系となった。

4.療養給付対象者

四つ目、老人長期療養保健の適用対象者に対する争点は障害者排除とスバル認定範囲の制限性の問題にまとめられる。老人長期療養保険法は療養に対する高いニーズがみられる障害者を長期療養軌道の対象から除外している。長期療養保険における障害者の排除は制度の公平性等相当の論争を続かせるように思われる。また、老人長期療養保険に対する政府の計画によるとスバル認定等級は1等級から3等級までの等級で制限される。この場合、65歳以上老人人口の3.3%のみが制度に適用され、実質的に制度の恩恵を受ける老人は極一部に限られる。このような対象者制限性の問題により制度の無用化等の非難を避けられないものであるだろう。長期療養給付対象者で2008年7月実施初めの頃、最小3等級（老人人口の3.1%）16万5千名程度に拡大し、2010年には5等級までの拡大計画を法案に明示するという主張もあったが、法案に盛り込むのは難しいという保健福祉部の立場により水の泡になった。これにより、長期療養を要する人口である全

体老人人口の 12.1%（保健社会研究員の研究結果）まで拡大することはもちろん、4～5 等級に対する長期療養サービスの拡充計画も期待できなくなった。

障害者包括問題は附帯意見で、法的効力はないが、障害者の特性に合った活動補助員支援という各種サービスを提供、2010 年 6 月 30 日まで障害者福祉政策施行結果を踏まえた上で包括の可否を決定する内容を国会に報告し、2009 年 7 月から 1 年間障害者を対象にモデル事業を実施することを法案に盛り込むようになった。

5.サービスの伝達体系

五つ目、公的サービス伝達体系で健康保険から公共医療が皆無し、民間依存型医療供給体系により非給付量産と費用の上昇、費用統制機能の喪失し、社会セフティネットとしての機能を担うことが難しいように、長期療養保障制度においても民間に過度に許した場合社会福祉サービス伝達体系の混乱と公的、私的の過度な長期療養費用負担を招く可能性が高まり、現在のように自治体が全く運営せず、全て委託運営している体系においては副作用が大きいと判断し、長期療養センターを市郡区単位で構築し長期療養制度の公共性を確保するための努力は実現できなかった。

6.療養人材

六つ目、療養サービスの質は対象者を直接療養する療養人材によって左右される。療養保険の対象は病院治療を要する患者ではなく、認知症、中風等慢性的疾病より障害の抱え自宅と施設から支援を受けながら生活を営む生活人である。従って、患者を取り扱う医療的アプローチではなく、日常生活の障害を抱える生活人に対する身体、心理、社会的福祉アプローチが必要である。また、療養人材を 1 級は 240 時間、2 級は 120 時間教育で教育時間の差異がある対等小異な質ではなく、専門的教育を受けた療養人材に関して施行令に盛り込まれるべきである。既成の国家資格証である社会福祉士、看護師、看護助務師を 50 時間、40 時間、50 時間追加教育により療養保護者資格証を与える単純な体系ではなく、療養専門教育を十分な教育時間と質が前提となる体系でスタートできなかったのが老人療養保険

制度の最も大きな過ちであるといえる。

1) ケア専攻社会福祉士を

すでに十分な教育（200時間～700時間以上）を受けた民間資格証（ケア福祉士）がいるにもかかわらず、民間資格証ということから認めないため、人材と教育費用、時間を無駄にする保健福祉部の非専門的な行政に対しても批判が浴びられている。とりわけ、教育人的資源部が許可した教科課程で、2年制及び4年制正規大学社会福祉科で養成されたケア専攻社会福祉士を認めれば、看護師も認めなければならないという論理であるが、すべての社会福祉士を認めるということではないので、妥当な主張ではないだろうか。そして、ケアを大学の、女性人材センター、福祉館等にて200時間（理論20、実習40）を学習するが、民間協会とはいえ、徹底して管理する韓国ケア福祉協会で監督し、教育させ、徹底したテスト管理下で養成したケア福祉士を法人ではなく、民間協会という理由で認められないのであれば、理事会は民官の協調なく、国のみが行う専制国家であると思えない。大学や女性人材センター、社会福祉施設及び大学の生涯学習センターで養成した熟練の人材を無用之物にするのであれば、この国のすべての教育は国が担うべきであり、他の教育機関を許可する必要は無いはずである。

療養人材を単に療養保護士1級、2級と区分して無学歴の療養保護士2級も120時間の教育さえ受ければ1級になることができ、療養施設は無学歴の社会福祉マインドのない療養保護士で十分運営することができるよう、法律が規定しており、老人長期療養保険法のサービスの質を保証できないのである。とりわけ、社会福祉老人施設の管理責任者は看護師でも可能であり、別途社会福祉士を置かなくてもいいため社会福祉士が不在の療養施設も考えられるサービス人材体制である。

2) 在家長期療養機関の人材基準に問題がある。

2007年保健福祉部の老人長期療養保険法の施行令立法の予告の内容によると社会福祉士を必要数で明示している。

<表14>在家長期療養機関-訪問療養（案）

管理責任者（兼任）	社会福祉士	療養保護士1級	事務員	補助員
1人	必要数	3人以上	必要数	必要数

<表 15>在家長期療養機関-訪問入浴（案）

管理責任者（兼任）	社会福祉士	療養保護士 1 級	事務員	補助員
1 人	必要数	2 人以上	必要数	必要数

訪問療養事業に管理責任者（社会福祉士、医療スタッフ等）が 1 人配置されるため、追加的に社会福祉士 1 人を置くことは人材運営の弾力性を高めることは期待できず、管理責任者の役割と重複される社会福祉士を必須配置として規定できないと保健福祉部は主張するが、利用者のニーズと環境に対する理解とこれにそった利用者と家族のニーズを正確に把握し、これに適したサービスを利用できるよう支援するためには、人間行動と社会環境に対する専門知識と技術を備え、相談及び地域社会資源との連携調整等を通して利用者のニーズの変化に適切に対応できるような社会福祉士が必ず配置されなければならないが、今回の施行令の施行規則では社会福祉士を必要数で取り上げている。今後、これを改めることにより利用者の立場から質の高いサービスが提供できるよう制度を修正しなければならない。

その理由としては、

- 管理責任者が「社会福祉士」のみ規定されていないまま、社会福祉士の役割が重複されるという論理は妥当ではないし、民間施設等で利益を創出するため人材を下方調整することによりサービスの質を低下させることが危惧される。
- 既存の在家老人施設で社会福祉士がケースマネジメントの役割を遂行したのはすべて無視され、老人長期療養保険制度においてケースマネジメントを通じた統合的なサービスを提供しないということであり、これはサービス利用者の権利を無視する政策である。
- また、社会福祉施設の自律性侵害において、制度初期においては各職種別適正人材について定数として規定し、制度の定着後、施設の裁量を認めることが妥当であり、サービス組織の特性として良質の人材と適正人材配置は必須であるにも関わらず、経営効率性だけを考えるのは近時眼的な態度である。

これに対して社会福祉界は訪問療養、訪問入浴の人材配置基準に「利用者 40 人当たり社会福祉士 1 人」に規定すべきであると求めている。

3) 管理責任者に「療養保護士 1 級」を規定した部分は過ちである。すべての人々に対等な機会を与えるとすれば専門家は必要ではない。

立法予告の内容によると訪問療養と訪問入浴事業、昼・夜間、短期保護施設の管理責任者は社会福祉士、療養保護士 1 級又は医療スタッフのうち常勤（8 時間/1 日、月 20 日以上勤務、以下同様）の者とする。

○療養保護士 1 級

-重症老人の身体スバル等すべての療養サービスを提供する。

-新規課程(案)：療養保護士 1 級（240 時間）/療養保護士 2 級（120 時間）

-補習課程：既存勤務者、類似業務国家資格証所持者（看護助務師、社会福祉士）は補習教育 50 時間を受けることにより療養保護士の資格を認める。看護師は 40 時間の補習教育を受けることにより療養保護士の資格が得られる。

○管理責任者はサービスに対する専門的知識と技術をもち、職員に専門スーパービジョン（指導・監督）の役割を遂行し、何よりも倫理的価値と基準をもつべき専門職でなければならない。

○療養保護士の資格基準の範囲は既存勤務者、看護師、看護助務師、社会福祉士等様々であり、240 時間の教育は最小限の基準として考えられ、管理責任者の基準に「療養保護士 1 級を明示したのは人材別役割に対する認識がなく、最小限の人材のみ配置という意図である。

○また、社会福祉士を必要数として明示したまま、結局機関では社会福祉士が不在の欠陥サービスの提供も考えられる。

○訪問看護事業の場合、管理責任者を看護師、看護助務師のみ規定したのは管理責任者の専門性を考慮した論理であれば、訪問療養、訪問入浴、昼・夜間・短期事業の場合、社会福祉士を管理責任者として明示すべきであることを、社会福祉界の根強い努力にもかかわらず、現在老人療養保険法は医療看護界の要求に便乗される形になった。

従って、社会福祉界は管理責任者の基準に“240 時間の短期教育で資格を取得できる療養保護士 1 級を削除”し、“大学以上の正規教育課程を履修しなければ資格を取得できない社会福祉士だけを規定”すべきであると主張している。

7.利用死角地域に対する対策

次は、制度死角地域の解消問題で国民健康保険料によって長期療養保険料（政府案 2008 年健康保険料の 4.7%程度）が決定されることにより、健康保険滞納世帯が長期療養保険料も滞納する可能性が高い。滞納による長期療養サービスと制限される可能性は根本的に解消できない。さらに、高い本人の一部負担とともに食代、衛生代のような非給付項目に対する負担で等級決定が降りても利用をはばかるような、利用死角地域に対する対策も講じられなければならない。

モデル地域で示しているように等級によってサービスの利用が多くなるのではなく、長期利用サービス費用に対する本人負担能力によってサービスが増えていることはこれを裏付けているといえる。

モデル事業運営評価（2007 年、老人スバル保険制度導入をめざした運営評価大会）によると未利用の事由のうち、家族の直接スバルが 40%で、まだ家族がスバルの負担を抱えている。また、一般人が基礎受給者に比べて家族スバルの比重が高く、次に経済的負担によりサービスを利用できない場合が 8.1%である。健康状態が良好な 3 等級は 1、2 等級に比べて利用率が高いという結果であった。日本の場合も、未利用者の 55.6%は家族を頼り、本人が 26.6%負担しているそうである。（宮武 剛、日本介護保険の再出発）

8.制度環境

2007 年 6 月末、市道別施設インフラ充足率は下記のとおりである。

1) <表 16>老人療養施設：全国平均 74%

市道	ソウル	釜山	大邱	仁川	光州	大田	盈山	京畿
充足率	42%	60%	60%	84%	61%	73%	123%	86%
市道	江原	忠北	忠南	全北	全南	尚北	尚南	済州
充足率	92%	80%	66%	100%	56%	73%	80%	99%

2) <表 17>在家老人福祉施設：全国平均 67%

市道	ソウル	釜山	大邱	仁川	光州	大田	盈山	京畿
充足率	19%	87%	88%	54%	211%	64%	137%	54%
市道	江原	忠北	忠南	全北	全南	尚北	尚南	済州
充足率	92%	44%	52%	145%	95%	53%	60%	131%

老人長期療養保険の制度環境に関する争点は施設インフラ不足の問題に集中する。老人長期療養保険の適用対象を重症老人に限定する場合、2008年入所施設は1万5,000名、在家施設は40,000名程度供給量の不足が予測される。(保健福祉部、2006) 政府は老人長期療養施設の70%を、在家施設は30%のみを公的インフラを通して供給する予定であり、絶対的な施設インフラの不足とともに公的インフラ不足の問題を解決することは容易ではないと思われる。

とりわけ、財政自立度の低い地方自治団体を中心に財政不足による公的インフラ拡充にともなう困難は大きいと予想される。従って、積極的な投資が前提されなければ、老人長期療養保険の円滑な給付提供と利用者の選択権を保障できる適切なレベルの施設インフラ構築の実現は難しく、施設インフラの地域間の格差問題は悪化することが危惧される。(イ・ウォンピル、福祉動向2007年5月号第103号)

施行令、施行規則案によると、在家長期療養機関の施設拡充のため必要人材を最小限にし、長期療養機関の設立が容易にできて、サービス市場への参入を許可することにより、施設の拡充というより乱立の可能性が高まりつつあり、専門的なサービスより端的低レベルのサービスを提供する可能性が高まっている。在家長期療養機関の設立は公益性をもつ非営利法人や非営利団体に許可し、サービスの質を維持し、施設より在家利用率を高めるための福祉用具の導入と住宅改補修、在家リハビリサービス等在家給付の範囲も拡大されなければならない。無論、小規模グループホームのような施設を容易に設立できるため、早急に建築法等の関連制度を整備すべきである。

来年まで(2008年療養施設充足率80%)すべての施設インフラを完了するといわれているが、利用者がよい施設を選択して、利用できる状態にはならないと考えられ、今後、より多くの施設が立てられたとしても民間施設を中心に構築され、運営されることに違いない。施設インフラの行過ぎた民間依存型の構築と運営の方向はサービス競争で効率性を高めるより、むしろ費用上昇効果をもたらす可能性が高く、制度の発展に否定的に作用する蓋然性が高く、調整と統制が可能であるよう直接運営による公共比率を画期的に高めるべきである。

その他、全体的に長期療養保険制度下で社会公共性を確保できる公的人材、物的インフラ構築法案と細部的には等級判定委員会の公平性の確保と利用者の権利擁護における地域市民社会団体の参加、不十分な長期療養給付拡大方案、長期療養申請時、意思所見書添付の義務、利用者中心の公的ケアマネジメント不在によるサービス伝達の空白、長期療養機関の質の評価方法及び参加方案、保険料滞納による死角地域解消のための政策、看病労働者である療養保護士の認定及び転換、主介護者の扶養負担改善プログラムと給付対象者の居住環境改善、自治体の公共長期療養機関の義務比率の確保や運営義務化、社会福祉法人の社外理事法制化、長期療養機関運営の利用者代表参加保障、利用者の人権確保における具体的方案等老人長期療養保険に盛り込むべき数多くの課題を解決しなければならない。

長期療養保障制度を普遍的な制度として設定するのは長期療養が必要な当事者のみならず、その個人と家族の生活の質を決定する重要な要素であり、さらに地域社会、未来世代は国の将来が健康性を維持し、国の将来を決定する重要な国家制度であるといえる。

各自が専門分野で提供できるサービス体系を主張することも重要であるが、老人長期療養保険分野は保健医療、社会福祉の新たな統合的体系をめざしたが、結果的に一分野に偏る傾向がみられた。我が社会に馴染んでいるためアプローチしやすい保健医療的なアプローチは受け入れる一方、社会福祉的なアプローチは相対的に疎外され、長期療養センターのような公的長期療養サービス伝達体系が費用を理由にないまま、公的に提供されなければならない基礎的な社会福祉サービス機能が皆無な制度が誕生されたものとする。

V.老人長期療養保険の導入における課題

政府は現在施行されているモデル事業を2008年7月から全国的に施行する計画である。老人長期療養保険の導入は、単なる老人扶養の問題解決の次元ではなく、福祉全般において大変化をもたらし、これに備えて各自治体が早急に準備しなければならない問題をあげると次のようである。

1.長期療養施設及び人材インフラ構築

まず、スバルに対する社会的サービスを社会保険方式で導入したのは、今までの低所得階層老人を対象にする租税による福祉システムの大転換を意味する。長期療養保険のスバルを受ける状態になると権利としてサービスを申請し、サービスを選択することができる。従って、長期療養保険が無事に成功するためには選択できるサービスの供給が十分に成されなければならない。すなわち、長期療養施設の十分な確保と長期療養サービスを直接提供できるスバル専門人材の確保が円滑な保険事業の遂行のために欠かせない条件である。

しかしながら、現在長期療養保険施設である老人療養施設と老人専門療養施設、在家福祉施設は、現在もかなり不足であり、施設の拡充が優先されるべきであると考えられる。

老人長期療養保険の導入は利用者が施設を選択してサービスを利用する「利用者中心の構造」であるが、利用者が選択できる十分な施設がなければ、「保険はあってもサービスが不在」という、換言すると保険料は支払ったのに、利用するサービスがないという理不尽な状況が発生するのである。未認可施設の転換や養老施設の療養施設への転換、専門療養施設の設立を促進させる一連の措置が講じられるべきである。何より非営利法人ではない多様な供給体系が容易に参入できるよう制度的改善と促進方案が必要である。

施設運営者の立場からも準備が必要である。保険の導入は施設が以前から政府の補助金によって施設が運営される時代が終わった事を意味する。施設利用者の人数とスバル状態によって保険から費用が支払われるため、施設のサービスがよくないと利用者は他の施設を選択し、当然施設運営は困難となる。従って、施設をしっかりと整備し、効率的な運営をしないと閉鎖する事態も生じうることであり、このような事例は日本の場合も多く見られている。施設間の競争が生じ、施設サービスの質も向上をもたらすが、施設運営者の立場からすると今までのように安易な気持ちで老人を保護するシステムでは運営を継続することは難しくなる。福祉施設にも経営の専門性が求められると言えよう。

施設があるだけでサービスが成り立つわけではない。大変すばらしい病院であっても医師や看護師がいなければならないように、質の高いサービスを提供できる専門人材の量的確保が必要である。

従来どおり低所得層に限定して無償でサービスを提供するといった時代

ではなく、保険料を支払い、権利として受ける長期療養サービスは当然これに相応するサービスの質を求める。奉仕の次元で提供されたスバルではなく、スバルに関する知識と技術をもって質の高いサービスを提供できるスバル人材（療養保護士）の養成教育院、訪問看護助務訓練院の設立など様々な方案が求められる。そして、大学でも社会福祉士と看護師を養成する学科において、療養保護士資格を認めてもらえるための教育課程と教育年以内の交叉教育により効率的な人材養成制度を作らなければならない。

また、施設の質の管理のため、施設の専門人材に人数、施設環境等を公表し、サービス環境の改善を図るよう、施設情報公開等の措置も今後必要であると考えられる。

2.長期療養保険給付除外者と予防事業

現在実施されているモデル事業によると申請者の長期療養程度が1～3等級に該当しないと保険給付を受ける事ができない。1～3等級に該当する老人は全体老人の3%程度に過ぎない。つまり、かなり重症状態の老人だけが長期療養保険のサービスを受けることができ、従って、現在在家福祉サービスの対象となる多くの軽症の老人が実質的に長期療養保険の対象から除外されるという点である。

普遍的にスバルを求めるすべての老人に長期療養サービスが提供されるという広告は幻に過ぎず、実際は重症の施設中心の保険であるという誤解を招きやすい。すなわち、財政所要問題で対象を拡大することは容易なことではなく、それによって、この保険から除外された多くの老人のスバルサービスに対する対策が各自治体で講じられなければならない課題である。在家サービスを総合的に提供する在家福祉センター（仮称）等を各地域に置き、保健所と連携してサービスを提供できるようサービス体系を構築し、保険から漏れた給付等に対する地域中心（密着型）の多様なサービスの開発も必要であると考えられる。また、これ以上重症が罹患しないよう比較的健康な老人のための予防システムを構築することも必要である。

3.利用体系の構築

当初基本要綱にはケアマネジャーが利用者のニーズをアセスメントし、

ケアプランを立案して、サービスを管理していく日本と同様のケアマネジメント過程を導入する案が提示された。1次モデル事業期間には再度健康保険管理公団の療養管理士（ケアマネジャー）が給付認定を受けた者を対象にモニタリングを行い、これに基づいて詳細なケアプランを立てて施設に送り、サービスを受けるようにしたが、2次モデル事業においては訪問調査者のケアマネジャーの役割は縮小され、訪問調査を行う場合長期療養認定調査とともにニーズ調査を平行して行うようにした。つまり、判定結果と同時に、ニーズ調査に基づいて立てられた標準スバル計画書を長期療養認定書と一緒に提供することでその役割は縮小されたのである。したがって、実際に具体的にケア計画を立てて、サービスを契約し、調整するのは在家施設の担当者や施設の職員が遂行することになる。施設の情報が分からず、サービスの計画し、調整する能力が不十分な老人に適切なサービス利用過程を手助けできる支援体系が必要である。長期療養支援センター等を邑面洞事務所等気軽に利用できる場所に設置し、老人の利用限度額を管理し、適切なサービスが利用できるようサービス伝達体系を構築すべきである。しかし、老人長期老人療養保険法において長期療養支援センターの設立は除外されたため、利用者のニーズに見合ったサービスを自治体が遂行するには大変厳しい状況になった。これらに対する、補充的な制度が講じられなければならない。（イ・ヘヨン、未刊行）

<参考資料>

国民健康保険公団モデル事業運営チーム内部資料

保健福祉部「スバル認定・サービス支援細部マニュアル」（2006年7月）

国会保険福祉委員会「長期療養保険法制定に関する公聴会資料集」（2006年11月2日）

韓国社会福祉士協会主催「老人スバル保険法管理運営主体とスバル人材方案公聴会」（2006年10月13日）

国民健康保険公団「長期療養認定、サービス支援業務細部マニュアル」（2007年5月）

イ・ヘヨン 老人長期療養保険制度の導入における課題、未刊行

イ・ウォンピル チャン・ギンヤン 保障制度争取をめざした連帯会議、福祉動向、2007年5月

プロフィール

安 香林 (アン・ヒャンリム)

韓国 ケア福祉協会 会長

韓国 水原女子大学 実務大学 社会福祉科 副教授

学歴

カトリック大学校 社会福祉学科 卒業

梨花女子大学校 大学院 社会事業科(修士)

大邱大学校 大学院 社会福祉学科 (哲学博士)

主要経歴

1972～1972 カトリック医大 付属聖母病院 社会事業課 勤務

1975～1981 尚志大学校 社会事業学科 講師

1999～2003 韓国ケア福祉協会 会長

2006～現在 韓国スバル社会福祉士(介護福祉士)協会 会長

著書及び論文

「ケア福祉論」分かち合いの家 2002

「それでもあなたと私は異なるだけ」ハヌル出版社 2002

「家族の情緒的疎遠(Emotional distance)に関する考察」ソウル女子大学校 1998

「ケアプラン作成のための Komi チャート活用性研究」(第1巻3号)

大韓ケア福祉学 2006

「家族プレーセラピー(Filial Therapy)と母一子供遊びプログラム」(32集)

水原女子大論文集 2006