

노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안에 관한 연구

A Research on the Problems and their Improvement Plans
regarding the Long-term Care Insurance System
for the Elderly

정 영 진*
Jung, Young-Jin

목 차

- I. 서론
- II. 노인장기요양보험제도의 이론적 고찰
- III. 노인장기요양보험제도에 대한 주요국가의 입법례
- IV. 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안
- V. 결론

국문초록

지금 세계 대부분의 선진 국가들은 노인인구의 증가에 따른 고령화현상 때문에 자국의 사회복지 문제에 대한 여러 가지 정책적 방안을 마련하여 대처하고 있다. 우리나라도 예외는 아니다. 산업화 과정을 거치면서 사회적 변화가 나타나고 출산과 사망률이 낮아지면서 노인인구의 절대적·상대적 비율이 높아져 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 이러한 현상

논문접수일 : 2016. 06. 30.

심사완료일 : 2016. 07. 25.

게재확정일 : 2016. 07. 25.,

* 법학박사·사회복지학 박사과정(대구대학교 대학원), 제주대학교 법학부 강사

은 치매·중풍 등 노인성 질환에 따른 일상생활이 어려운 노인들의 수를 날로 증가시키는 결과로 나타나면서 그에 따른 사회적 위험성 또한 크게 증가하게 되었다. 이러한 사회적 위험구조는 다양하면서 장기간에 걸쳐 지속하게 된다. 특히 고령화 사회의 사회적 위험에 따른 노인의 장기요양문제는 의료비 증가와 더불어 노인 부양문제 등 한 가정의 문제를 넘어, 국가의 개입이 필요한 우리 사회가 시급히 해결해야 할 심각한 사회문제로 대두되고 있는 실정이다.

고령화에 따른 사회적 위험을 먼저 경험한 독일은 노인장기요양보호의 사회화를 통해 급속히 증가하는 장기요양에 정책적으로 대응하고자 사회연대원리에 기초한 사회보험방식의 수발보험을 제정하여 대처하고 있다. 일본 역시 급증하는 노인장기요양의 수요에 대한 대응책으로 기초지방자치단체인 시정촌(市町村)을 법적·공식적 복지정책 결정자로 규정한 분권지향적 사회복지제도인 사회보험원리와 사회연대성을 원용한 개호보험제도를 제정하여 대처하고 있다. 이 시점에서 제도시행 만 8년에 이른 우리나라의 노인장기요양보험제도의 공·과를 살펴보지 않을 수 없다. 그동안 많은 성과를 내면서 등급조정 등 혜택범위가 대폭 확대되면서 많은 수급자가 노인장기요양서비스를 받고 있지만, 사회적 변화에 따른 제도의 여러 가지 문제점이 나타나고 있는 것도 사실이다.

따라서 본 연구에서는, 제도를 시행하면서 문제점을 개선하고 개혁하는 독일과 일본의 제도와 비교분석하여 시사점을 모색하고 문제점을 도출하여 몇 가지 개선방안을 제시하고자 한다. 첫째, 재원조달방식의 문제에 대한 해결방안을 모색하여야 하고, 둘째, 요양관련 정보부재의 문제를 적극적으로 구체화시켜 나가야 한다. 이러한 개선방안은 수요자 중심의 서비스 개발과 제공을 통한 지속적인 제도의 유지와 발전을 위한 길이고, 고령화 사회에 따른 사회적 위험에 대처하는데 그 함의를 두고자 함이다.

주제어 : 고령화사회, 노인장기요양보험제도, 사회적 위험성, 수발보험, 개호보험

I. 서론

1. 문제의 제기

일반적으로 사람은 노령화되면서 그에 따른 사회적 위험성은 크게 증가하게 마련이고, 사회적 위험구조는 다양하면서 장기간에 지속하게 된다. 노인이 갖는 사회적 위험구조가 다양하다는 것은 그만큼 보장수단 역시 다원화되어야 한다는 것을 의미한다.

지금의 세계 주요 선진국의 노인인구 비율¹⁾을 보면 그 증가속도가 매우 빠르게 증가하고 있음을 알 수 있다.²⁾ 우리나라 역시 산업화 과정을 거치면서 노인인구의 증가를 유발하는 사회적 변화가 본격적으로 나타나고 출산율과 사망률이 낮아지면서 노인인구의 절대적·상대적 비율이 높아지고 있다.³⁾ 이러한 현상은 유병장수 하는 형태로 나타나⁴⁾ 치매·중풍 등 노인성 질환에 따른 일상생활이 어려운 노인들의 수를 날로 증가시키는 결과로 나타난다. 이는 보건·의료분야의 발전, 건강에 대한 관심과 관련 서비스 증가, 식품영양과 위생환경 개선 등 생활수준의 전반적 향상으로 수명이 연장될지라도 어쩔 수 없는 현상이다. 그에 따른 노인의 장기요양문제는 우리 사회가 시급히 해결해야 할 심각한 사회문제로 대두되고 있는 실정이다.

과거 우리나라는 노인에 대한 요양서비스는 전적으로 가족구성원(주로 여

1) 저출산·고령화기본법 제3조 1호에 의하면 “인구의 고령화”라 함은 전체인구에서 노인의 인구 비율이 증가하는 현상을 말한다.

2) 60세 이상 노인 인구수는 2005년 기준 선진국의 경우 전체인구 21%, 개도국은 8%이다. 2050년이 되면 선진국은 32%, 개도국은 20%가 될 전망이다. 2050년경 노인인구의 80%(약16억 명)는 현재 개도국으로 분류된 국가에서 생활할 것으로 예상하고 있다.(UN DESA, *World Economic and Social Survey 2007-Development in an Ageing World*, E/2007/50/Rev.1, ST/ESA314, 2007).

3) 2016년도 통계청 노인인구 통계: 2015년도 노인인구 비율 13.1%, 2030년도 24.3%, 2050년도 37.4%로 급증 예상.

4) 2016년도 통계청 발표: 한국인의 기대수명은 1970-1975년 62.7세에서 2010-2015년 81.3세, 2060년 88.6세로 늘어날 전망.

성)의 책임 아래 있었고, 국가에 의한 서비스를 받을 권한은 잔여적 개념에 근거한 저소득층으로 제한되어 있었다. 그러나 인구고령화와 함께 가족구조의 변화, 그리고 여성의 노동시장 진출증가 등에 따라 노인요양서비스의 사회적 역할분담을 위한 좀 더 포괄적인 사회보장제도의 필요성이 제기되었다.⁵⁾ 이러한 사회적 욕구에 따라 장기요양대상노인의 삶의 질 향상과 가족의 부양부담을 완화하는 것을 목적으로 2008년 7월 노인장기요양보험제도가 도입되어 시행되고 있다. 이 제도는 사회보험재정을 기반으로 하는 국가주도의 요양서비스 민간창출이라는 점에서 시행한지 만 8년에 이르렀고 그동안 많은 성과를 내면서 등급조정 등 혜택범위가 대폭 확대되면서 많은 수급자가 노인장기요양서비스를 받고 있다.⁶⁾ 아울러 이 제도의 시행으로 인해 노인들은 더 이상 자식들에게 부담을 주지 않고 계획적이고 전문적인 장기요양서비스를 받을 수 있어 보다 질 높은 노후를 보낼 수 있게 되고, 장기요양을 직접 담당하던 중장년층은 정신적·육체적·경제적 부담에서 벗어나 경제·사회활동에 전념할 수 있게 되었다. 또한 다른 선진국들과 마찬가지로 노인의 보건의료와 복지문제에 대하여 국가적인 책임인식과 더불어 사회적 책임인식으로 전환하게 되었다는 점에서 우리나라 노인복지정책에 있어 큰 의의를 찾을 수 있겠다. 하지만 공공기관이 운영하고 있는 복지기관과 지역공동체 및 가정의 협력을 통한 효과적인 노인장기요양서비스 제공이라는 세계적인 추세를 고려해 볼 때, 우리나라도 고령사회에 관한 선진국들처럼 보다 여러 종류로 확대된 수요자 중심의 서비스 개발과 제공을 위한 법률적 제도보완이 필요하다고 생각된다.⁷⁾

한 연구보고서⁸⁾에 따르면 인구 고령화문제에 맞서는 우리나라의 정책 대응 수준이 OECD 국가 가운데 가장 낮게 나타났다고 보고되어 있다. 1990년대

5) 이진숙·박진화, “시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가”, 「보건사회연구」, 제31권 제4호, 한국보건사회연구원, 2011, 6면.

6) 2016년 2월 말, 국민건강보험 발표: 전국 노인장기요양보험 등급판정현황(2015년 12월 말 기준): 총 누적신청자 1,474,727명 중 사망자 685,703명 제외 생존자 중 각 등급 인정자 합계 789,024명(1등급 37,921명, 2등급 71,260명, 3등급 176,336명, 4등급 162,763명, 5등급 19,472명, 등급 외 163,005명).

7) 김인철·견진만·윤광진, “노인장기요양보험법에 대한 입법평가”, 한국법제연구원, 2009, 27면.

8) 한국보건사회연구원(보건복지부 의뢰), 「인구 고령화 경제적 영향 분석 및 고령화 대응지수 개발 보고서」, 2013.

이후 20여 년 동안 상황이 거의 개선되지 않은 것으로 나타나, 거시적으로는 고령화와 출산율 감소로 인한 부양가족 감소는 물론, 장기요양 비용의 급속한 증가가 나타나고 있으며, 미시적으로는 노인인구 대비 낮은 이용자 비중, 전문성이 결여된 장기요양 인력과 장기요양 제공 서비스의 질 문제 등 선진국이 제도도입 이후 경험하였던 여러 가지 문제가 발생하고 있어 큰 우려가 아닐 수 없다.

이에 본 연구에서는 선진국들의 사례에서 시사점을 얻고, 우리 제도의 적용 현황을 분석하여 현행 노인장기요양보험제도의 문제점을 도출하고, 수요자 중심의 서비스 개발과 제공을 위한 개선방안을 마련하고자 한다.

2. 연구의 방법

본 연구의 방법은 선행연구를 중심으로 한 문헌연구이다. 따라서 노인장기요양보험제도와 관련된 국내외의 단행본, 학술논문, 정기간행물, OECD 통계 자료를 이용하여 분석하였다. 특히 우리나라 제도에 관한 법리의 논의를 위해 독일과 일본의 입법례를 고찰하여 비교법적 분석을 통하여 그 시사점을 얻는 등, 현행 제도의 문제점을 파악하고 그에 따른 개선방안을 마련하는데 그 함의를 찾고자 하였다.

3. 선행연구

국내에서도 제도가 시행된 이후 장기요양보험제도의 성과에 대한 논의가 진행되고 있다. 우선 독일의 수발개혁을 통한 질 강화의 문제(김욱, 2010), 요양의 질 확보의 법률제정 문제(김명용, 2014), 독일·일본·한국의 장기요양보험제도를 비교한 연구(나용선, 21011), 일본의 노인부양과 주거환경의 문제(조문기·문유미, 2013), 정부의 예방적 서비스개발·보급을 통한 생활기능 자립성 유지의 문제(선우덕, 2015)를 비롯하여 요양보험제도의 정책결정과정 분석에 대한 연구(이진숙·조은영, 2012), 장기요양서비스 종사자의 근로조건 변화의 문제(조영훈·이상욱·박지영, 2013), 요양의 질 향상을 위한 인센티브제도 개선의

문제(이정석·이호용·한은정·임진범, 2012) 등 앞으로 해결되어야 할 많은 문제들이 도출될 것으로 보인다.

위와 같은 선행연구들을 간략히 종합해보면, 시행 이후 그 성과를 속단할 수는 없으나 대체적으로 긍정적 조사결과가 많이 나오고 있는 반면, 세부적으로는 제도적 문제점 또한 다수 지적되고 있는 상황이어서 좀 더 지속적이고 구체적인 연구가 필요하다고 볼 수 있다.

II. 노인장기요양보험제도의 이론적 고찰

1. 노인장기요양보험제도의 개념과 역할

1) 개념

각 국의 재정·사회·문화적 배경에 따라 차이가 있지만, 노인장기요양보험제도의 개념과 관련하여 살펴보면, 독일의 수발(Pflege)과 일본의 개호(介護)는 Care 또는 Long-term Care를 한국어로 번역하면 “장기보호”라고 하겠지만, 명확한 의미의 전달을 위하여 “장기요양보호”로 지칭하는 것이 적합하다고 하겠다.⁹⁾ 영국왕립 장기요양보호위원회보고서에 의하면, 의존적 상태가 진행되고 영속적인 기간 동안 제공되는 여러 유형의 보건의료 및 복지서비스로 정의되고 있으며, 또한 애취레이(Atchley)는 장기요양보호를 만성적인 질환이나 장애가 있는 사람들에게 여러 종류의 제공 주체가 여러 종류의 장소에서 지속적인 원조를 제공해주는 것으로 정의하고 있다.¹⁰⁾ 즉, 장기요양보호대상이 되는 노인은 허약·노쇠·만성질환·기능장애 등 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.¹¹⁾

9) 박원태, “노인장기요양보험법의 개정 방향”, 부산외국어대학교 대학원 박사학위논문, 2012, 35면.
10) Atchley, Robert C., *Social Forces and Aging*, (Belmont, Calif: Wadsworth Pub. Co, 1994), 179p.

이렇듯 우리나라 노인장기요양보험제도의 개념은 고령으로 인한 치매, 노인 질환, 거동이 불가능하거나 보호가 필요한 노인에 대한 제반 공식·비공식 지원을 의미한다고 하는 OECD의 개념을 준용하고 있으며, 법 제1조에서 “고령이나 노인성질환 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고, 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.”고 규정하고 있다. 아울러 이 법률을 뒷받침하고 있는 헌법 전문 그리고 헌법 제31조 제1항 및 제2항 그리고 제34조 제2항 및 제36조 제3항 등 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 국가의 국민에 대한 사회보장·사회복지 증진의무를 비롯하여 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다고 규정하고 있다.¹²⁾

따라서 우리나라는 국민의 기본적 복지를 위한 합법적·공식적·명시적으로 책임지는 제도적 결과인 복지국가를 지향하고 있음을 명백히 하고 있다.¹³⁾

2) 역할

노인장기요양보험 급여의 관리운영의 중요한 사항은 주로 국민건강보험공단을 비롯하여 지방자치단체인 시·군·구에서 담당하고 있으며, 각각의 역할에 대하여 간략하게 살펴보면 다음과 같다.¹⁴⁾

(1) 국민건강보험공단의 업무수행

첫째, 노인장기요양보험의 보험자가 되어 노인장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격을 관리하며, 노인장기요양보험료의 부과 및 징수와 신청인에 대한 조사를 실시한다. 둘째, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급을 판정하고 장기요양인정서의 작성 및 표준장기이용계획서를

11) 강희갑 외, 「사회복지법제론(제4판)」, 양서원, 2014, 224면.

12) 박원태, 전계논문, 18면.

13) Herry K. Girveta, “Welfare State”, D. L. Sills International Encyclopedia of the Social Service Vol.16, (New York: The Macmillan Company & The Free Press, 1979), 512p.

14) 윤희숙 등, “노인장기요양보험의 현황과 과제”, KDI, 2010, 31면.

제공한다. 셋째, 장기요양급여의 관리 및 평가와 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여와 관련된 이용 지원에 관한 사항을 담당하고 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여를 지급한다. 넷째, 장기요양급여 제공 내용을 확인하고 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보를 실시한다. 다섯째, 노인성질환예방사업, 부당이득의 부과 및 징수, 장기요양급여의 제공기준을 개발하고 장기요양급여비용의 적정성을 검토하기 위한 노인장기요양기관의 설치 및 운영 등의 업무를 수행하고 있다.¹⁵⁾

(2) 지방자치단체인 시·군·구의 업무수행

첫째, 노인장기요양기관의 지정 및 취소와 영업정지 및 폐쇄명령을 담당하고 노인장기요양기관의 확충 및 설립지원 등과 같은 시설의 지도·감독기능을 한다. 둘째, 중앙정부인 보건복지부에서 5년 단위로 수립하고 있는 노인장기요양기본계획에 따른 세부적인 시행계획을 수립하여 시행한다. 셋째, 노인장기요양등급판정위원회에 참여하고 의료급여수급권자의 노인장기요양급여비용 및 관리운영비용을 일부 지원하며 노인장기요양급여 관련 자료의 제출요청 및 관계서류 검사 등의 업무를 수행하고 있다.¹⁶⁾

2. 노인장기요양보험제도의 연혁 및 특성

1) 연혁

우리나라는 저출산·고령화의 영향으로 65세 이상 노인 인구의 비율이 2015년에 약 13.1%, 2018년에 14%(고령사회), 2026년에 20% 이상(초고령사회)으로 예상되는 등, 2050년에는 세계에서 유례가 없을 정도로 빠르게 고령화가 진행되어 최고수준의 노인 인구를 갖게 될 것으로 예상되고 있다. 이러한 노인 인구의 급격한 증가에 따른 사회적인 수요를 반영하기 위하여 노인을 위한 노인장기요양정책을 추진하게 되었고, 그에 따른 노력의 결과는 2007년 4

15) 박석돈 외, 「사회복지법제론(개정판)」, 양서원, 2015, 672-676면.

16) 이혜승·유승현, “노인장기요양보험 운영실태 분석”, 감사원 감사연구원, 2012, 29-30면.

월 27일 법률 제8403호로 제정된 노인장기요양보험법을 통하여 구체화되었다. 독일이나 일본과 같은 고령화 선진국은 오래전부터 고령사회에 대비하여 노인의 보건의료와 복지문제에 대하여 사회적인 책임으로 인식하고 그에 따른 보건복지정책을 시행하여 오고 있다.¹⁷⁾

우리나라 노인장기요양보험법의 제정 과정을 살펴보면, 2001년 8월 15일 대통령 경축사에서 노인수발보험제도 도입을 제시하였고, 이듬해 7월 노인보건 복지종합대책에 공적노인수발체계 구축·시행을 제시하였으며, 2003년 3월 17일 공적노인수발보장추진기획단을 설치·운영하였다. 이어서 2004년 11월에 노인수발보장제도 도입에 대한 대국민 여론조사를 실시하고 제도 운영체제의 검증을 위한 1차 시범사업을 실시·2005년 7월에서 2006년 6월까지 65세 이상 국민기초생활수급권자 중 수발을 필요로 하는 적용대상자를 선정하여 2차 시범사업을 실시하여 2007년 4월에 국회의 본회의를 통과하게 되었다. 따라서 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 실시하게 되었다.¹⁸⁾

2) 특성

첫째, 노인장기요양보험은 사회보험취지에 따라 전 국민 대상의 보편적 성격으로 설계하였으나, 최근 정부는 수급 대상을 선별적 성격으로 중증대상자(등급수급자)만을 위한 제도로 조정하여 실시하고 있다. 둘째, 건강보험은 급여가 단기적 성격을 갖고 있어 단기적 수지상 등의 원칙을 적용할 수 있으나, 노인장기요양보험의 수급자가 되면 대부분이 사망할 때까지 급여서비스가 지속적으로 제공되는 특징을 가지고 있다. 셋째, 노인장기요양보험은 사회보험제도를 통하여 가족 사이 내 위험분산과 재분배 기능을 가지고 있으며, 적용대상과 급여대상이 불일치하고 있는 세대간 계약인 사회적 합의에 의한 특징이 있다. 넷째, 노인장기요양보험은 사회보험제도로서의 성격을 가지며 국민건강보험공단이 국가로부터 위탁운영을 받아 운영하며, 기존의 국민건강보험제도

17) 박원태, 전계논문, 4면.

18) 현외성, 「한국사회복지법제론(제7판)」, 양서원, 2013, 316면; 이윤경, “노인장기요양보험 서비스 이용형태 연구”, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 2009, 15면.

의 가입자들이 정기적으로 납부하는 장기요양보험료를 기반으로 하고, 일부 국가부담(정부지원)과 장기요양급여 이용자가 부담하는 본인일부부담금으로 재원을 충당하는 보험료에 의한다. 다섯째, 시설 및 인프라 구축으로 시설 확충을 위해 민간의 적극적인 참여를 유도하였으며, 인력인프라 구축을 위해 전문적인 서비스를 제공하기 위해 요양보호사제도를 도입하여 적용하고 있다.¹⁹⁾ 여섯째, 일본의 개호보험제도와는 달리 우리의 노인장기요양보험제도는 보험자가 지방자치단체가 아닌 국민건강보험공단으로 되어 있다. 따라서 동 제도의 운영과정에 있어서 지방자치단체의 역할은 매우 제한되어 있다. 특히 광역 지방자치단체와 기초지방자치단체 간의 역할 구분에 대해서는 구체적 내용조차 사실상 없는 상태이다. 이러한 노인장기요양보험의 특징은 주로 일본의 개호보험제도를 차용하는 과정에서 나타난 특징이라고 볼 수 있다.²⁰⁾

Ⅲ. 노인장기요양보험제도에 대한 주요국가의 입법례

노인인구의 증가에 따른 제반 문제점을 먼저 경험한 선진국에서는 노인장기요양보호의 사회화(Socialization of Long-Term Care)를 통해 급속히 증가하는 장기요양의 필요에 정책적으로 대응하고 있는데, 사회연대원리에 기초한 사회보험방식으로 운영하고 있는 대표적인 제도가 독일의 수발보험(Pflege-Versicherungsgesetz : Pflege-VG)과 일본의 개호보험(介護保險)이 있다.²¹⁾ 우리나라의 노인장기요양보험제도에 관한 법리의 논의를 위해서 다양한 입법례를 고찰하고 비교법적 분석을 하는 것이 중요한 일이다. 그러나 여기에서는 독일과 일본의 법제에 한정하여 살펴보기로 한다.

19) 광정국, “사회적 사회복지사업법과 노인장기요양보험제도의 관계성 연구”, 「한국사회복지지원학회」, 제6권 제1호, 2011. 2, 203면.

20) 서영희·김미원, “노인장기요양보험제도 시행에 따른 방문요양의 개선방안에 관한 고찰”, 「21세기사회복지연구」, 제7권 제2호, 21세기사회복지학회, 2010. 10, 215면.

21) 박원태, 전계논문, 43면.

1. 독일

1) 도입배경

독일의 노인수발제도의 도입배경을 살펴보면, 먼저 가족수발기능의 약화를 들 수 있다. 제2차 세계대전 이후 사회 구조적 변화로 사회보험으로서 수발보험이 등장하였으며, 수발의 의미는 '보살피고 도움을 준다'라는 뜻으로서 독일의 'Pfleger'라는 단어는 일본의 개호(介護)와 동일한 의미로 사용되고, 영국·미국에서는 'Long-Term Care'로 사용하며 우리의 경우는 수발이라고 통상적으로 사용된다.²²⁾

독일의 수발보험은 육체적·정신적·정서적 질병 및 장애로 인해 일상생활의 통상적, 반복적인 일을 행함에 있어 최소 6개월간 지속적으로 타인의 도움을 필요로 하는 자에게 요양급여를 제공하는 제도이다. 이것은 1991년 헬무트 콜(Helmut Kohl)수상이 이끄는 연방정부가 공식적으로 장기요양보험 법안을 제출하였으며, 1994년 4월 22일에 법안이 통과되었다. 1995년 1월부터 보험료를 징수하여 4월부터 재가서비스가 실시되었으며 1996년 7월부터는 시설서비스가 실시되었다. 즉 연방사회법전(SGB: Sozialgesetzbuch) 제XI권(사회적 개호보험법: Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit)이다. 이 법률은 수발보험을 탄생시키는 입법이 되었으며 독일의 5번째 사회보험제도로 등장하게 된 것이다.²³⁾ 이 제도의 도입 이전의 사회보조재정에서 충당되는 노인성만성질환의 요양을 위해 소요되는 비용은 1994년 기준으로 그 비율이 35%에 이르렀고, 3년 뒤인 1997년에도 33%로 여전히 높은 수치를 보여주고 있었으며²⁴⁾ 일반적인 현상이었다. 그것은 구 동독노인의 88%, 구 서독노인의 69%가 공공부조에 재정적 의지를 하고 있어서 지방정부의 재정악화에 체계적인 돌봄 서비스에 대한 사회적 문제로 야기되었으며, 노인인구의 증

22) 이준복, "노인장기요양보험에 대한 법적 연구", 『세계헌법연구』, 제14권 제3호, 국제헌법학회, 2008, 340면.

23) 최봉석, "독일의 노인복지법제 연구", 한국법제연구원, 2004, 7, 5면.

24) Statistisches Bundesamt(ed)(1997), Statistisches Jahrbuch 1991 für das Ausland, Wiesbaden.

가와 공공부조의 재정증대에 대한 대안으로 제기되었다.²⁵⁾

2) 운영주체

독일수발보험의 운영주체는 질병보험에 의해서 운용되는데, 질병과 수발은 밀접한 연관성이 있으며, 피보험자가 동일할 뿐만 아니라 이미 수발에 대한 많은 경험을 가지고 있으므로 수발보험을 위해 새로운 조직을 형성하지 않고도 운영에 효율성과 효과성을 가지고 올 수 있다. 또한 하나의 조직에 의해서 운영됨으로써 피보험자에 의한 상담, 급여신청, 보험료의 결정, 급여공급자와 계약의 체결 등을 효과적으로 수행할 수 있다. 이러한 운영방식 하에서 질병보험에 모든 가입자는 수발보험에 의무적으로 적용되고, 민간질병보험 가입자는 민간수발보험에 가입할 의무가 있다. 따라서 질병보험가입자는 별도의 절차 없이 수발보험에 의무적으로 가입된다. 그러므로 질병보험과 통합된 조직체로서 직원 및 장소와 시설을 구성하여 수발보험의 업무를 담당한다. 그리고 수발보험의 관리주체는 독립법인인 질병보험금고²⁶⁾에 소속되어 있다. 그러나 자체적으로 정관을 작성하고 그에 따라 운영되기 때문에 권한과 책임, 재정 등이 독립되어 있고 고유한 명칭으로 사업계획을 수립하고 집행하게 되어 있다.²⁷⁾

25) 유호선, “독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급체계에 대한 복지혼합 분석 : 역사제도주의적 관점에서”, 「사회보장연구」, 제23권 제3호, 2007, 23면.

26) 공공건강보험의 운영기관은 일명 ‘질병금고’라고 불리는데, 1989년 독일통일 당시 1,200여개였던 질병금고가 2011년 기준으로 155개가 운영되고 있다. 이들은 자치운영의 원칙에 따라 조직할 수 있지만 최종적으로 연방보건부(Bundesgesundheitsministerium)의 지휘와 감독을 받도록 되어 있다. 또 이들 질병금고는 사회보장법(SGB) 제5편 제217조의 규정에 근거하여, 독일연방건강보험협회(Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)를 조직하여, 건강보험에 대한 품질이나 경제성에 대한 수요증대에 대응하도록 하고 있다. ‘질병금고’는 지역별, 직종별로 조합의 종류가 다원적이며, 또 각 종류별로 다수의 조합이 구성되어 있다. 독일 질병금고의 종류는 6가지로 구성되어 있는데 지역질병금고, 수공업자질병금고, 대체질병금고, 농민질병금고, 광부질병금고가 그것이다. 이에 대한 자세한 내용은; 황도경, “독일의 의료보험 개혁 동향”, 최신외국법제정보 2013년 제3호, 한국법제연구원, 2013, 62면.

27) 박병호 외, “노인장기요양보험제도에 관한 정책적 대안”, 「복지행정논총」, 제17집 제1권, 2007, 6, 114-115면.

3) 재원조달

수발보험의 재정은 전적으로 보험료로 충당한다. 즉 피용자 및 사용자에게 부과되는 보험료와 정부보조금 및 기타수입으로 구성되나 대부분은 보험료로 충당된다. 2008년 7월 이전까지는 월 총수입의 1.7%였으나, 2008년 7월부터 1.95%로 인상하여 적용하고 있다.²⁸⁾ 단 자녀가 없는 경우는 0.25%를 추가한 2.2%를 부담하며, 근로자는 가입자 및 사용자가 각각 50%씩 보험료를 부담한다(〈표 3-1〉 참조). 다시 말해서, 국가의 공비부담이 없는 자립적 제도로 설계되어 있다. 그러나 수입이 일정수준 이하인 사람은 보험료가 면제된다. 여기에서 보험료를 면제받는 자는 가입자의 부양가족, 연금지급을 받는 시점까지의 연금신청자, 자녀출산급여수급자, 특별법에 의해 사회급여를 수급 받는 자 등이다. 보험료는 기존의 공적의료보험에서와 같이 소득상한선 이내의 소득에 대해 부과한다. 한편 노인요양시설의 경우 재정부담을 경영주체가 누구인가에 따라 공립, 비영리사회복지단체, 사립 등의 세 분야로 나뉜다. 다만 어떤 형태를 취하든 요양시설의 사용은 원칙적으로 계약에 의하여 입소하는 방식이기 때문에 입소가 개인의 부담부분에는 일정 정도 차이가 있다.²⁹⁾

〈표 3-1〉 직업별 장기요양 보험료 부담률

구 분	부과소득	보험료율	부담 주체별 부담률	
			개인부담률	3자 부담
근로자	총임금	1.95%	50%	50%(사용자)
자영업자	총소득	1.95%	100%	-
실업자	실업급여/보조금	1.95%	-	100%(연방노동사무소)
노령연금생활자	연금소득	1.95%	50%	50%(연금보험료)

* 자료: 이용갑(2009) 참조하여 재구성

28) 손창숙, “노인장기요양보험제도의 평가 및 발전방안 연구”, 한성대학교 대학원 박사학위논문, 2013, 65면.

29) 김명엽, “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안”, 『입법정책』 제5권 제2호, 2011, 43면.

4) 적용대상자

독일에서 수발보험의 가입의무는 질병보험법상의 규정을 따라 대상범위는 6개월 이상 요양이 필요한 자로서 보편주의에 입각하여 연령이나 원인에 관계 없이 전 국민이 적용된다는 점이 특징이다. 하지만 사회보험의 특성상 보험료 미납자는 급여대상에서 제외된다.³⁰⁾ 한편 의무적인 민간장기요양보험의 경우 보험료는 계약체결 당시의 연령을 기준으로 환산하고 가장 높은 공공장기요양보험료 수준을 초과할 수 없으며 자녀들은 추가 부담 없이 자동적으로 가입된다. 요양급여를 받기 위해서는 지역단위별로 설치된 의료평가위원회의 등급판정을 받아야 하며 판정결과는 개별 요양보험금고에 전달되어 요양서비스를 받을 수 있게 한다. 독일의 장기요양보험법은 도움이 필요한 사람으로서 “최소 6개월 이상 육체적·심리적·정신적 질병으로 인해 일상생활을 영위하는데 도움이 필요한 사람”으로 정의하고 있다. 또한 요양서비스 분야는 개인위생, 영양섭취, 이동성 및 가사지원 관련의 4가지 분야이고, 요양등급은 1~3등급이 있으며 제3등급은 24시간 도움이 필요한 최중증 요양 필요등급을 의미하고 요양등급에 따라 급여에 차이가 있다. 사회보장법상의 수발보험은 제1조 제2항 2문에 의해 질병보험에 가입하는 자는 법률규정으로 수발보험에도 가입하게 된다. 이때 가입자가 질병보험의 법률에 의해 가입하거나 또는 임의로 가입하거나를 묻지 않고, 법정수발보험에 가입하게 된다.³¹⁾ 또한 연방보호법에 의해 국가로부터 치료청구권이 있는 사람이나 전쟁부상자, 원호대상자 등에게 수발보험 가입의무를 부과할 수 있는 한 모든 사람이 법정수발보험에 가입하도록 한다는 입법취지를 보여주는 것이다. 한편 민간질병보험에 가입한 자는 민간수발보험에 가입하여야 한다. 이 규정은 임의로 민간보험에 가입한 자 뿐만 아니라, 국가보조청구권이 있어 법정질병보험에 가입이 면제된 공무

30) 장두순, “노인장기요양보험제도에 대한 비교법적 연구”, 「노동법논총」, 제16권, 한국비교노동법학회, 2009, 13면.

31) 독일의 장기요양보험은 2009년 현재 7,360만명이 가입하고 있는 공공장기요양보험과 925만명이 임의적으로 가입하고 있는 민간장기요양보험으로 구성되고 있으며 거의 모든 국민이 가입하고 있다. 공공장기요양보험은 215개의 장기요양보험기금으로 운영되고 있으며, 민간장기요양보험은 50개의 민간장기요양보험사에 의한 민간의료보험기금으로 운영된다.

원도 함께 보호하고자 하는 의미를 갖는다. 질병보험에 가입한 가족도 수발보험에 동일하게 가입하게 됨을 규정하고 있다. 이때, 가족들은 의료보험에서와 같이 보험료가 면제된다.³²⁾

5) 수발보험개혁

2008년 7월부터 시작된 독일의 수발개혁은 수발보험의 구조적 개선을 위한 법개정을 통해 수발보험구조를 대상자 욕구에 보다 잘 맞추기 위한 것이다. 개혁을 통해 수발에 대한 질을 더욱 개선하여 수급자를 위해 시설의 투명성을 높이고, 사용가능한 급여를 시설간에 잘 비교할 수 있도록 하였다. 또한 수발 필요자가 원하는 대로 거주하고 보호받는 생활을 할 수 있도록 기여했다.³³⁾ 즉 장기요양보험 개혁 2008의 목적은 그동안 논의된 장기요양보험제도 자체에 대한 개혁이 아니라 수급자를 위한 급여수준의 현실화와 급여제공과정의 개선이었다.³⁴⁾

수발개혁의 내용을 보면, 수발급여의 점진적인 인상과 취업수발가족을 위한 지원방안도입, 상담가는 강화를 통한 사례관리 제공과 이를 위해 수발지원저점센터 설립, 수발 질 강화를 위한 정기적인 수발시설 검사와 그 결과를 공개하였다.

주요 개선내용을 보면 ① 급여개선으로 수발급여인상이 2008년 7월부터 점진적으로 진행되어 이후 2년마다 급여액이 증가하고, 2015년부터는 물가상승률에 연동되도록 하였다. ② 재가급여 확대로 재가서비스의 활성화와 장려를 위하여 재가급여에서 주야간보호의 급여개선이 상당히 이루어졌다.³⁵⁾ 이를 위

32) 김덕환, “노인복지와 공적요양보험: 독일의 수발보험 도입배경을 중심으로”, 『신홀매드사이언스』, 2005, 133면.

33) 김육, “독일수발보험개혁(2008)과 정책적 시사점”, 『한독사회과학논총』, 제20권, 한국사회과학회, 2010, 91면.

34) 이용갑, “독일의 공적 장기요양보험 개혁 논의와 2008년 개혁: 우리나라 노인장기요양보험의 안정적 적립을 위한 시사점”, 『사회복지정책』, 제36권 제4호, 한국사회복지정책학회, 2009, 312면.

35) 예컨대, 재가현금급여의 경우 장기요양등급이 1등급이면 205유로에서 2012년 235유로까지 인상된다.; 이용갑, 상계논문, 306면.

해 재가급여 인상이 2008년 7월 이후 지속적으로 이루어짐과 동시에 현물급여와 현금급여를 같이 받을 수 있는 주야간수발 급여의 경우 총급여액이 이전보다 1.5배 증가하였다. ③ 입소시설의 개선으로 의료서비스와의 연계가 강화되어 의사에 의한 수발보호가 효과적으로 이루어지게 되었다. ④ 취업수발가족 지원으로 그 가족을 위한 수발시간(Pflegezeit)제도가 도입되었다. 수발시간은 수발대상자가 생긴 가족의 집이나 거주지 근처에서 이들을 수발하는 경우 요구할 수 있고, 최소한 15인 이상 종사하는 사업장의 취업자인 경우 6개월까지 수발시간을 가질 수 있으며, 이 기간 동안 수발을 조직하고 수발할 수 있다. 이 기간 동안 임금은 지급되지 않으나 사회보험은 보장된다.³⁶⁾

위와 같은 수발개혁은 수발필요자, 가족수발자의 욕구와 수발효과를 높이는 등 기존의 수발제도구조를 변화시키는 계기를 마련하게 되었다.

2. 일본

1) 도입배경

일본은 OECD국가 중에서도 고령화 속도가 가장 빠르게 진행되었다.³⁷⁾ 동시에 와상이나 치매노인 등과 같은 노인성 질환자가 급증함으로써 노인장기요양이 사회적 현안 과제로 등장하였다.³⁸⁾ 이에 일본은 급증하는 노인장기요양의 수요에 대한 새로운 대응책의 일환으로서 중앙정부가 아닌 기초지방자치단체인 시정촌(市町村)을 법적·공식적 복지정책 결정자로 규정한 분권지향

36) 가족수발인을 위하여 수발금고는 사회보험료를 부담한다. 연금의 경우 수발시간과 수발등급에 따라 월 133.73유로에서 401.18유로까지 지불하고, 수발시간을 신청한 가족수발자는 월 실업보험료 7.06유로, 건강보험료와 수발보험료는 각각 125.16유로, 16.38유로까지 보조한다.

37) 일본, 닛세이 기초연구소(ニッセイ基礎研究所) : 2015년 7월 17일에 의하면, 1970년에 고령화사회(고령화율 7.1%)에 진입하여 1994년에는 고령사회(고령화율 14.0%), 2014년 고령화율이 26%에 이르러 초고령사회에 직면해 있다고 하고 있으며, 2060년도의 고령화율은 39.9%에 이르는 것으로 예상하고 있다(한국도 2060년도 고령화율은 39.9%로 예상).

38) 김정순, “일본의 노인복지법제”, 한국법제연구원, 2004, 69면 : 개호보험제도의 필요성은 고령자의 증가뿐만 아니라 가족의 개호기능약화, 가족개호의 한계, 노인복지법과 노인보건법에 의한 기존의 개호제도의 기능으로는 불충분하다는 점에 있다.

적 사회복지제도를 도입하게 되었는데, 이것이 사회복지분야에 사회보험원리와 사회연대성을 원용한 개호보험제도이다. 특히 1990년대에 들어서면서 국민 의료비는 매조 1조엔 정도씩 증가하였고, 의료보험재정은 심각하게 악화되었다. 노인 의료비증가는 고령자와 저소득자가 많은 시정촌의 의료보험 재정난을 더욱 심화시켰고, 1990년대 불황으로 인한 보험료 납부율 저하로 악순환이 계속됨으로써 개호보험 도입의 필요성은 더욱 높아졌다.³⁹⁾ 이에 1948년 8월 후생성 내의 개호문제검토 프로젝트 팀에 의하여 처음 제안된 가칭 “고령자 자립지원 보험제도(시안)”를 후에 후생성 대신 자문기구인 노인보건복지심의회가 1995년 1월에 제도 도입을 위한 구체화 작업에 착수하여 동년 7월에 제1차 보고서, 1996년 1월에 제2차 보고서, 동년 4월에 최종 보고서를 제출하였다. 이것을 기본 골격으로 1996년 6월에 “개호보험제도 대강”이 만들어졌다. 뿐만 아니라 개호보험에 대한 각계각층으로부터 제안과 이견이 제시되고, 반대를 표명하는 기관·단체는 약 30기관·단체에 이르렀지만, 1997년 12월 9일에 국회를 통과하여 제정되었고, 2000년 4월에 본격적으로 시행되었다. 이 법에서는 개호대상 노인을 둘러싼 복지서비스 및 보건의료서비스 제공체계, 보험급여에 소요되는 비용, 국민부담 추이, 사회경제 등을 감안하여 5년마다 제도 전반에 대한 재검토를 하도록 하는 규정을 두고 있다. 이에 따라 개호보험제도 도입 5년을 평가한 결과 경증대상자의 급증으로 인한 급여비용 증가, 재가와 시설비용의 공평성 확보, 인지증노인 및 독거노인 등이 지역사회에서 인간의 존엄성을 확보하면서 생활할 수 있는 환경 만들기 등에 대한 과제가 대두되었고, 국민건강보험재정의 적자로 허덕이고 있는 지방자치단체를 적자체질이 예상되는 개호보험의 보험자로 하는 것이 과연 적절한가 등에 대한 의문들도 생기게 되었다.⁴⁰⁾

2) 운영주체

39) 김남석·홍석자, “한일장기요양보험 시행초기 비교와 시사점”, 『21세기 사회복지연구』, 제5권 제1호, 21세기사회복지학회, 2008, 27면.

40) 石橋敏郎·今任啓治, 「介護保険制度の12年・その主要な改革と変容(上)」, 『アドミニストレーション』 第19卷 第1号, 2012, 62面.

개호보험의 보험자는 시정촌 및 도쿄 23특별구이다. 이는 개호서비스의 지역성 및 노인복지나 노인보전에서 시정촌의 지금까지의 실적을 감안하고, 지방분권의 흐름도 고려하여 주민에게 가장 가까운 행정단위인 시정촌을 개호보험제도의 중심적인 운영주체로 배치한 것이다. 보험자란 보험사업의 경영책임자를 지칭하며, 보험료를 징수하고 신청접수를 받고 필요한 개호서비스를 결정하며 급여가 잘 되고 있는지 등 일련의 흐름을 감독하는 역할을 한다. 개호보험은 각 시정촌이 단독으로 모든 제도를 운영하는 것이 아니라 국가와 도도부현에서 재원을 지원하도록 되어 있다. 시정촌은 개호보험사업의 실사(요개호인정, 보험급여, 제1호 피보험자의 보험료부과·징수 등), 개호서비스의 기반정비, 개호급여비의 일부 공적 비용부담 등을 행하고, 국가는 시정촌의 안정적인 재정운영을 위한 각종 지원 등의 조치를 강구하고, 도도부현은 서비스사업자의 지정, 감독 및 재정안정화기금의 운영, 개호서비스의 기반정비, 심사청구의 처리 등을 실시한다.⁴¹⁾

3) 적용대상자

일본 개호보험제도의 피보험자는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 나뉜다. 제1호 피보험자의 대상자는 65세 이상의 자이며, 수급권자는 요개호자 즉 와상 및 치매상태이거나, 요지원자 허약상태자이다. 제2호 피보험자의 대상자는 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자이며 수급권자는 제2호 피보험자 가운데 초노기 치매, 뇌혈관 장애 등 노화로 인한 질병에 의한 자이다. 제2호 피보험자의 40세 연령은 노화조짐이 시작되는 연령이고, 이 시기에 있는 사람들의 부모가 개호를 받아야 하는 대상자임을 고려하여 제정하였다. 또한 연령을 20세 이상을 피보험자로 하려고 하였으나, 20세 이상은 장애인 복지시책에 근거하여 공비에 의해서 종합적·계획적으로 개호서비스 등을 제공함으로써 제외되었다.⁴²⁾

41) 조추용·박선애·정윤태, “일본의 개호보험평가와 논쟁”, 「GRI연구논총」, 제11권 제2호, 경기개발연구원, 2009, 192면.

42) 장세철·김경민, “일본의 개호보험과 한국의 노인장기요양보험제도에 관한 비교 고찰”, 「일

4) 재원조달

개호보험제도의 재정은 개호급여에 필요한 재정의 50%를 공적부담에 의하고, 나머지 50%를 제1호 피보험자와 제2호 피보험자가 부담하는 보험료로 조달한다. 제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 보험료 부담비율은 각각 전국 기준의 인구비율에 근거해 정해지며 2006~2008년 동안 제2호 피보험자가 개호급여에 필요한 비용 전체의 31%를 부담하고 제1호 피보험자가 19%를 부담하였다. 제1호 피보험자의 보험료에 대해서는 소득단계에 따라 시정촌별로 설정되며 연금액이 일정액 이상인자는 연금에서 공제하고 그 이외의 자는 시정촌에 개별적으로 지불한다. 제2호 피보험자의 보험료의 경우는 가입하고 있는 건강보험의 산정방법에 근거해 설정되고 의료보험료와 함께 의료보험자가 징수하고 있다. 개호보험제도의 재정은 10% 정도의 이용자 부담을 제외하고 50%가 “공적부담”으로 구성되는 바, 그 내역은 국가가 25%, 도도부현 12.5%, 시정촌 12.5%이다. 개호보험이 제공하는 급여에는 개호급여, 신예방급여, 지역지원사업이 있다. 개호급여는 재택서비스, 시설서비스, 지역밀착형서비스의 3가지이고 신예방급여는 개호예방서비스와 개호예방지원으로 구분된다. 시정촌이 실시하는 지역지원사업에서는 개호예방사업, 포괄지원사업, 임의사업이 있다. 서비스는 현물급여의 형태로 제공되고 이용자는 서비스 이용에 있어서 보험급여액의 10%를 본인이 부담한다.

5) 개호보험법의 개정

개호가 필요한 고령자 등에 대한 자립지원과 그들이 필요로 하는 보건, 의료, 사회복지서비스의 종합·체계적 제공 등을 목적으로 도입된 개호보험제도는 주민만족도의 향상을 통한 빠른 속도의 정착을 보이고 있지만 상당한 문제점이 대두하게 되었다. 제도의 시행과정에서 노출되었던 핵심적 내용을 살펴보면, ① 개호서비스에 대한 급속한 이용증대에 비하여 개호서비스의 질적

어일문학, 제42집, 일어일문학회, 2009, 328면.

향상 및 그 확보방안의 부족⁴³⁾ ② 재가개호서비스의 이용 증대에 비하여 이에 효과적으로 대응할 수 있는 재가개호시설의 부족 ③ 여전히 개호시설을 중심으로 한 서비스 이용의 지속화 ④ 재가택개호서비스와 시설개호서비스 이용자 간에 서비스 이용에 따른 비용부담의 불균형 ⑤ 보험자인 시정촌의 권한과 역할의 약점 등이었다.⁴⁴⁾ 따라서 동 제도를 그대로 운영할 경우, 개호서비스의 이용증대와 이에 따른 비용급증으로 개호보험료의 상승은 피할 수 없게 될 것이며, 장기적으로는 개호보험제도의 지속가능성에 대한 의문까지도 제기되었다.⁴⁵⁾ 문제점에 대한 인식은 물론, 개호보험법 부칙 제2조의 규정에 따라 동법 시행 후 5년이 경과한 후 전반적으로 재검토한다는 방침에 의한 개정을 하게 되고, 2006년 4월 1일부터 새로운 개정개호보험법을 시행하게 되었는데 그 주요 내용을 살펴보면, 첫째, 밝고 활력 있는 초고령사회의 구축, 둘째, 제도의 지속가능성 확보, 셋째, 사회보장의 종합화라는 기본적 시점에 입각하여 ① 예방중시형 시스템으로의 전환, ② 시설급여의 개편, ③ 새로운 서비스체계의 확립, ④ 서비스의 질 확보 및 향상, ⑤ 부담방향 및 제도운영의 재편 등 다섯 가지를 중심으로 한 제도개편이 이루어졌으며, 새로운 예방급여와 지역지원 사업이 신설되었고, 시설급여에서는 거주비와 식비가 급여에서 제외되었으며, 지역밀착형서비스의 신설과 지역포괄지원체계 확립 등의 조치가 이루어졌다.⁴⁶⁾ 이를 구체적으로 살펴보면, 급여의 효율화·중점화를 도모하기 위해 새로운 예방급여가 신설되었다.

그 후 2006년 발생하였던 민간기업 주식회사 COMSN사건⁴⁷⁾을 계기로 2011

43) 김남석·홍삭자, 전계논문, 40면.

44) 선우덕, “일본개호보험제도의 개혁동향”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2011. 4. 64-73면.

45) 정재욱, “초고령사회에 즈음한 일본 개호보험제도의 개혁 방향과 시사점- 개정개호보험제도의 개편 내용을 중심으로”, 한국사회복지학회, 2007년도 국제학술대회(창립50주년 기념), 2007.4. 330면.

46) 稻森公嘉, 「介護保険制度改革」, 「論究ジコウリスト 2014年 秋号(No11)」, 18面.

47) 이 사건은, 방문개호업체인 COMSN이 부정을 계기로 후생노동성의 처분을 받아, 최종적으로 분할양도된 일련의 사건을 말한다. 동회사는 후생노동성의 처분을 피하기 위해 해당사업소를 폐쇄하였다. 이에 후생노동성은, 이와 같은 일련의 행위를 악질이라 판단하여, 2007년 6월에, 사업자가 중대한 부정행위를 한 경우, 다른 사업소도 포함해 5년간 신규지정이나 6년 마다의 갱신을 받을 수 없다고 하는 규정에 근거하여 처분하였다(2007년 9월 朝日新聞).

년 6월 22일에 “개호서비스의 기반강화를 위한 개호보호법 등의 일부를 개정하는 법률”이 공포되어 개호보호법, 노인복지법, 사회복지사 및 개호복지사법 등 일련의 법률이 개정되었다. 개호요양병상의 폐지기한(2012년 3월말)을 유예하는 것과 개호복지사의 자격취득방법의 재검토를 연기하는 것은 공포일에 시행되었고, 그 밖의 것은 2012년 4월 1일부터 시행하는 것으로 하였다.

2012년 개정에 대하여, 후생노동성의 개요에 따르면 ① 의료와 개호의 연계 강화 ② 개호인재의 확보와 서비스의 질의 향상 ③ 고령자의 주거정비 ④ 치매대책의 추진 ⑤ 보험자기능의 충실 ⑥ 보험료상승의 완화를 그 내용으로 하고 있으며, 이를 구분해서 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 지역포괄케어를 지탱하는 기초적 서비스로 새롭게 등장한 정기순회·수시대응형 방문간호개호, 둘째, 재택서비스현장에 크게 영향을 미칠 것으로 기대되는 개호예방·일상생활지원사업, 셋째, 사업자가 이용자(요개호자 또는 요지원자)에게 개호서비스를 제공한 경우에 그 대가로서 사업자에게 지불되는 보수를 말하는 개호보수의 개정 등을 말한다.

3. 우리나라에의 시사점

사회연대성의 원리에 따라 국민의 장기요양비용을 공동체적으로 해결하고자 하는데 목적이 있는 장기요양보험제도는 각 국가마다 고유한 특수성이 있다. 따라서 외국의 장기요양보험제도를 우리나라에 그대로 적용하는 데는 여러 가지 한계점이 있을 수 있다. 장기요양도입에 관한 독일, 일본, 우리나라의 배경은 노인인구의 고령화 및 가족기능의 약화와 노인의료비의 증가로 건강보험의 재정악화라는 공통점과 더불어 일본과 우리의 경우에는 저소득층 중심의 기존제도에 대한 한계의 인식이라는 특징을 가지고 있다.⁴⁸⁾ 그러나 독일의 경우, 별도의 사회보험체계로 건강보험과 독립하여 운영하고 있는 사례는 우리에게 많은 시사점을 제시하고 있다. 독일의 경우 1999년 이후 재정적자로

48) 장봉석, “노인장기요양보험 시행 이후 노인복지법의 역할에 관한 소고”, 『법학연구』, 통권 제32집, 전북대학교 법학연구, 2011. 5, 418면.

다양한 개혁방안을 제시하고 있으며, 일본 역시 이와 유사한 경험을 하고 있는 것을 확인할 수 있다. 두 나라를 구분하여 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 독일의 그 주된 요인으로는 장기요양기관에 대한 다소 느슨한 관리와, 전적으로 시장기능에 맡겨져 있어 입소시설이 크게 증가하고 재가급여가 줄어들어 결국 재정적자에 이르고 있는 것은 우리에게 시사하는 바가 적지 않다고 볼 수 있다. 재가급여 우선의 원칙이 제대로 정착될 수 있도록 수급자 이용지원을 강화하고, 장기요양기관의 서비스 질 평가를 강화하여 소비자 선택권을 보장하는 등 국민의 신뢰를 구축하기 위한 다양한 접근이 필요하다. 특히 독일의 치매노인에 대한 차등수가제, 홈닥터에 의한 의료서비스 연계체계 등은 도입여부에 대한 면밀한 검토가 필요한 사항이라고 판단된다. 독일의 수발보험의 개혁 중 재가서비스의 점진적 강화는 수발보험의 급여인상에서도 재가급여는 지속적으로 인상되는 반면, 시설급여는 3급만 인상되어 재가수발을 강조하였다. 우리 제도 역시 재가요양을 우선적으로 실시할 것을 원칙으로 하고 있으나 현실은 그와 반대로 진행되고 있는 상태다. 고령화 정도가 급속도로 진행되고 있는 상황에서 재가서비스를 강화하고 지원하는 방안이 강구되어야 함은 물론이고 가족수발자에 대한 지원도 같이 제공되어야 할 것이다.

한편 일본 개호보험의 정책적 시사점을 눈여겨 보면, 일본은 이미 2012년 이후부터 개호요양병상의 신설은 허가하지 않고 있다. 기존의 개호요양병상은 노인보건시설이나 특별양호노인홈으로 전환하도록 유도하고 있으며, 한쪽에서는 중증의 요개호자라도 재택에서 서비스를 받으면서 생활할 수 있도록 지원하는 24시간 수시대응형방문서비스를 개설, 제공하는 등 많은 노력을 기울이고 있는 실정이다. 또한 개호보험재정이 계속적으로 증가하고 있어서 보험재정의 수입확보 차원에서 소비세율의 일부를 개호보험에 투입하거나, 65세 이상의 고령자를 대상으로 한 보험료율을 인상하는 조치를 취하고 있고, 다른 한편으로 재정지출의 억제차원에서 경증의 요지원자를 개호보험제도에서 분리시켜 지자체의 부담으로 전환하여 대상자수 자체를 축소시키고 있으며, 개호서비스수가의 인상을 억제시키고 이용자 본인부담율을 소득수준에 따라서 차등 부과하는 방식을 도입하기에 이르렀음을 알 수 있다.

이와 같은 일본의 보험재정의 안정화대책은 우리나라의 경우 현재 고령화

대비는 물론 향후 베이비붐세대의 노년기 진입에 따른 장기요양수급자의 급증이 예상되기 때문에 우리에게 시사하는 바가 크다 할 것이다.

Ⅳ. 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안

1. 문제점

1) 자원조달방식의 문제

현행 우리나라 노인장기요양보험은 사회보험방식과 조세방식을 합한 재정조달방식을 취하고 있다. 재정수입의 가장 큰 부분을 요양보험료 수입이 차지하고 있다. 즉 노인장기요양보험법 제8조 및 제40조, 제58조에서 노인장기요양보험의 재원은 보험가입자의 보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금, 그리고 수급자 본인의 자기 부담금으로 한다고 규정하고 있다. 또한 국가는 매년 예산의 범위안에서 당해연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%⁴⁹⁾에 상당하는 금액을 국고에서 지원하도록 하였으며 지방자치단체는 장기요양급여비용, 의사소견서발급비용, 방문간호지시서 발급비용 등에 대하여 대통령령이 정하는 바에 따라 중앙정부와 각각 분담하도록 하고 있다. 그리고 장기요양보험료는 건강보험료에 연동되어 현재 6.55%를 장기요양보험료로 징수하고 있다.

하지만 노화에 따른 심신기능의 저하는 비가역적이며 상태가 악화될수록 수급대상자가 되고 비용지급액이 늘어나는 특성상 수요와 공급 양측면에서 비용절감을 위한 경제적 유인의 기전이 미약하다는 제도 내재적인 문제가 있다. 아울러 2017년 말이면 국가에서 건강보험료에 지원되는 부담금이 사라지게 된다. 지금까지는 건강보험이 <표 4-1>과 같이 매년 흑자를 기록하며 노인장기요양보험 재정을 비롯하여 건강보험료 재정이 여유가 있었지만 국가부담금이 끊기게 되면 재정고갈은 불을 보듯 뻔하다. 여기에 고령화의 급진전에 따른 장기요양인정자 수가 지속적으로 증가할 것으로 전망되며 수급대상자가

49) 일반조세에서 14%, 담뱃세에 부과되는 건강진흥기금 6% 포함해서 20% 임.

계속 확대될 경우 이는 노인장기요양보험의 재정불안을 야기할 것이고 제도의 장기적인 지속가능성을 저해할 우려가 있다.⁵⁰⁾

〈표 4-1〉 건강보험재정의 당기흑자 현황

구 분	연 도	규 모	비 고
		2011	6,008억원
	2012	3조 157억원	
	2013	3조 6,446억원	
	2014	4조 5,869억원	
	2015. 8까지	3조 7,740억원	

* 2015년도 건강보험재정 현황(보건복지부 제공)

한편 2016. 5. 29에 있었던 노인장기요양보험법 법령의 일부개정에 있어서, 장기요양 본인부담률의 탄력적 운영근거 마련(안 제35조, 안 제37조, 안 제38조, 안 제40조, 안 제41조, 안 제67조)은 수급자의 장기요양인정서, 표준장기요양이용계획서 등을 고려하여 장기요양급여의 적정한 이용을 위해 필요하다고 대통령령으로 정하는 경우 본인부담률을 100분의 50 범위 내에서 감경 또는 가산할 수 있도록 하고, 수급자가 전부 부담하는 장기요양급여 비용을 본인부담금 범위에 포함되도록 정비하여 본인부담금 범위를 명확화 시켜야 한다는 내용에 대해서는 좀 더 세분화된 명시가 요구된다.

2) 요양관련 정보부재의 문제

현대사회가 고도로 분업화·전문화됨에 따라 경제구조는 보통사람이 가늠하기 힘들만큼 복잡하여졌고, 이에 따라 당사자 간의 정보의 수집·보유·관리·분석 등 모든 면에 있어서 정보의 불균형 내지 비대칭성이 나타나고 있다. 이러한 현실적인 상황에서 제기되는 의문과 같은 맥락에서 등장하게 된 것이 바

50) 사공 진, “노인장기요양보험 시행상의 문제점과 개선방안”, 『디지털경제연구』, 제14권, 2010, 73면.

로 계약당사자의 정보제공의무에 관한 논의이다.⁵¹⁾ 요컨대 소비자계약상 정보 제공의무는, 계약당사자 간에 정보량의 격차가 있을 때 요구되는 것으로, 계약 당사자의 일방이 계약에 필요한 정보를 알고 있거나 알 수 있어야 하며, 정보량에서 우위에 있는 일방당사자가 상대방의 계약체결의 의사결정에 중요한 사정에 대하여 설명하는 등 정보를 알려야 한다는 점이 중요한 지표라고 할 수 있다.⁵²⁾

그렇다면 장기요양과 관련된 정보와 상담에 있어서도 언제든지 정확하고 의사결정을 좌우할만한 중요한 사항에 대하여 그 기능을 강화할 필요가 있다. 실제로 요양과 관련한 정보와 요양실행을 위해 필요한 서비스, 기관과 시설 등에 관한 정보를 구체적으로 구하고 자문받을 수 있는 기회나 공간이 매우 부족한 실정이다. 현행 법 제34조(장기요양기관 정보의 안내 등) 제1항에 의한 장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하도록 하고 장기요양기관이 제공하는 급여의 질을 보장하기 위하여 장기요양기관별 급여의 내용, 시설·인력 등 현황자료 등을 공단이 운영하는 인터넷 홈페이지에 게시하여야 한다고 제도화 되어 있지만, 인터넷활용 등 적합한 시설 및 서비스를 찾는 것 역시 수급대상노인 및 그 가족에게는 매우 어려운 과제일 수 있다.

보건복지부는 2015년 한 해 동안 요양급여비용을 부당하게 청구했다가 적발된 장기요양기관이 774곳, 금액으로는 235억 원에 달하는 것으로 <표 4-2>·<표 4-3>과 같이 나타났다. 이는 장기요양기관 1천28곳을 골라 현지 조사를 한 결과 이 중 75.3%인 774곳에서 총 235억 원의 요양급여비용을 부당청구한 것으로 밝혀졌다.⁵³⁾

현재 우리나라의 경우 요양급여이용은 공단에서 제공하는 장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서에 따라 요양인정자가 장기요양기관을 자율적으로 선택, 계약을 맺고 급여를 이용한다. 즉 장기요양인정자 및 가족의 자율적 선택에 의해

51) 정영진, “소비자계약상의 정보제공의무에 관한 연구”, 제주대학교 대학원 박사학위논문, 2012, 71면.

52) 최상호, “계약상의 정보제공의무에 관한 연구 - 사기와 착오법리의 적용관계를 중심으로”, 채권법에서 자유와 책임(김형배교수화갑기념논문집), 박영사, 1994, 10, 170면; Y. Boyer, L' obligation de renseignements dans la formation du contrat, th. Aix, 1977, no 257.

53) 연합뉴스, 2016. 4. 19(보건복지부 제공).

〈표 4-2〉 2015년 장기요양기관 부당청구 현황

(단위: 개소, 백만원, %)

구분	현지조사 기관수	부당청구 기관수	조사기관 청구금액	부당금액(%)	기관당 부당금액	
계	1,028	774	541,546	23,501	4.3(%)	30
입소시설	452	310	288,807	16,329	5.7(%)	53
재가시설	576	464	252,739	7,172	2.8(%)	15

* 2015년 장기요양기관 부당청구 현황 [2016년, 보건복지부 제공]

〈표 4-3〉 시설별 부당청구 유형

(단위: 백만원, %)

부당청구 유형		부당금액	부당금액 비율
계	합 계	23,501	100.0
입소시설	소 계	16,329	69.5
	종사자배치 기준위반	12,388	75.9
	종사자추가배치 가산기준 위반	2,177	13.3
	정원초과기준위반	1,122	6.9
	기타	642	3.9
재가시설	소계	7,721	30.5
	허위청구(서비스 미제공·증량 청구)	3,529	49.2
	종사자추가배치 가산기준 위반	1,477	20.6
	방문목록 제공기준 위반	432	6.0
	기타	1,734	24.2

* 2015년 장기요양기관 부당청구 현황 [2016년, 보건복지부 제공]

가장 적합하고 적절한 장기요양급여를 이용하도록 하고 있으며, 필요한 경우 건강보험공단은 객관적으로 수급자가 적합한 장기요양기관을 자율적으로 선택할 수 있도록 관련 정보를 제공·안내·상담하고 있다. 하지만 이 부분에서 요양 인정자의 시설과 급여에 대한 자율적 선택과 최적의 급여결정을 위해서는 무엇보다도 대상자에게 장기요양급여의 종류에 대한 구체적이고 다양한 정보제공이 필수적으로 제공되어야 한다는 것이다. 실제로 수급대상자 판정만 받으면 되는 줄 알고 요양과 관련한 상담 및 정보를 얻을 수 있는 방법이나 장소를 잘 알지

못하는 수급당사자나 그 가족이 태반이라 지적할 수 있다.

2. 개선방안

1) 재원조달방식의 실효성 확보

정부의 재정부담수준을 높이는 것이다. 국가에 따라 다르지만, 일본의 경우 개호보험의 재원은 보험료 50%와 정부의 부담이 50%로 구분된다. 정부보조는 국비가 25%, 도도부현이 12.5%, 시정촌이 12.5% 등을 차지하고 있다. 이에 비해 우리나라는 국가부담으로 국민건강보험에 지원되는 부분이 20%에 불과하다. 그마저도 일반조세에서 14%, 담뭍세에서 부담하는 국민건강진흥기금에서 6%를 합한 금액이다. 하지만 2017년 말이면 지원되는 지원금이 현행법상 종료가 되므로 재정불안에 대한 걱정이 우선되므로 건강보험료에서 부담하고 있는 현행 6.55%를 적정수준까지 상향조정하여 대비할 필요가 있다.

현재 노인장기요양보험에 대한 정부의 재정지원은 기초생활보장수급자 전액, 기초생활보장 수급자 이외의 의료급여자 및 대통령령이 정하는 차상위계층은 본인부담금의 50%, 시설 인프라 비용에 한정하고 있으므로 보편주의적 사회보장제도로 기능하기 위해서는 정부의 부담을 일정수준 이상으로 높여서 전체 국민과 요양급여 이용자에게 혜택이 주어질 수 있도록 하게 하여야 한다. 또한 현재 흑자재정 현황을 보이는 국민건강보험의 재정을 건강보험법 제38조(준비금) 제3항에 의하여 노인장기요양보험법 제58조의 국가의 부담 부분에 사용할 수 있도록 지원하는 방안을 마련하였으면 한다. 또 한 방안으로, 먼저 서비스의 남용에 따른 비용증가를 억제하기 위해서 일정수준 본인부담금을 등급별로 적용하고 있는데, 이에 수급자의 본인부담률 조정을, 예컨대 현행 6.55% 부과는 보편적 적용이고, 수급자 선정 및 등급은 선별적 적용이다. 따라서 수급권자 본인의 자산소득, 부양의무자의 근로소득과 재산소득에 대한 조사를 국민기초생활수급 대상자를 선정하는 방식에 의한 본인 부담금을, 경제적 능력에 기초하여 차등적인 본인부담률을 적용하는 것이 바람직하다. 본인 자산이 많거나 부양의무자의 근로소득과 재산소득이 많은 수급권자는 본

인 부담금을 이미 등급에 적용된 본인 부담금에 일정비율을 가산해서 부과함이 맞는 것으로 생각된다.

다음으로 본인부담률이 높으면 요양이 필요하다더라도 이용을 주저하거나, 본인부담 제도는 노인장기요양보험이 장기적 급여의 성격을 갖고 있기 때문에 수급자의 경제사정에 따라 장기적인 본인부담으로 인한 빈곤문제나 수급권 자체를 포기하는 문제가 발생할 수 있기 때문에⁵⁴⁾ 정부지원을 늘리고 보험료를 높이거나 재정의 효율적 활용을 통해 본인 부담금을 시설은 15%, 재가는 10%로 낮출 수 있는 방법을 강구하여, 보편적 제도로서의 기능을 제대로 수행할 수 있도록 해야 할 것이다.

한편, 입법 개정안 중 하나인 장기요양 본인부담률의 탄력적 운영근거 마련에 대하여서는 이미 소득이 낮은 계층에 대해서는 서비스 이용에 부담이 되지 않도록 경감제도를 도입하고 있다. 이를테면, 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 면제이고, 의료급여수급권자, 기타 본인일부부담 경감자는 본인일부 부담금을 1/2만 부담하고 있다. 다만 가산할 수 있도록 하는 부분은 긍정적이지만, 현재 보건복지가족부령으로 되어 있는 것을 굳이 대통령령으로 격상하는 부분과 수급자가 전부 부담하는 장기요양급여 비용을 본인부담금 범위에 포함되도록 정비하여 본인부담금 범위를 명확히 하는 부분에 대하여서는 좀 더 세분화된 명시가 필요할 것으로 보인다. 이를테면, 현행 노인장기요양보험법 제40조 제2항 1, 2, 3호 내용을 본인부담금에 포함하도록 정비한다면 수급자 누구나 희망하는 보편적 사항이 될 것이기 때문이다.

그밖에 노인장기요양보험에 독립적인 보험료 징수방식의 개발이 필요하며 이를 위한 새로운 재원개발과 아울러 노후의 연금제도와 연계하여 연금수입이 있는 수급자로부터 보험료를 각출하는 방안도 모색해 볼만 하다.

2) 적극적 정보제공의 의무화

경험이 없거나 부족한 소비자가 본래 자기책임에 의해 수행하여야 할 정보

54) 이준우·서문진희, “노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안”, 『한국노년학』, 제 29권 제1호, 한국노년학회, 2009, 168면.

의 수집과 분석을 계약의 상대방인 경제적 강자(사업자)에게 의존하지 않을 수 없는 거래형태가 점차 증가하고 있다. 노인장기요양보험에 관한 여러 제도적 절차적인 내용에 있어서, 위험에 처한 당사자나 그 가족은 일반적으로 해당시설에 문의하거나 인터넷 등을 통하여 정보를 얻을 수 있으나, 노인 당사자가 직접 이러한 방법으로 정보를 얻기에는 특히, 수급대상 당사자인 경우에는 현실적으로 매우 어려운 실정이다. 또한 수급자의 장기요양서비스 이용 가이드 역할과 기능을 하는 표준이용계획서는 실제로 요양시설이나 요양보호사에 의해 임의로 수정될 수 있어서 필요한 서비스제공 여부와 효과도 불투명한 실정이다.⁵⁵⁾ 따라서 수급자의 건강상태, 기능상태, 경제적 상태를 고려한 최적의 서비스 선택을 위한 적극적이고 구체적인 정보제공이 요구된다. 이를 위하여 현재 제공하고 있는 공단의 상담기능을 보다 강화할 필요가 있다. 즉, 신청접수 단계에서부터 수급자 결정단계에 이르는 동안의 과정 설명은 물론이고, 수급자결정 이후의 과정에 있어서는 지금까지는 수동적 자세로 상담에 응하는 정도였다면 수급자에게 적절한 기관 소개와 이들의 급여비교, 가격비교, 특히 허위청구·부당청구 등 불법행위를 저질러 처분을 받았던 기관 등에 대해서도 소상히 알려주어야 한다. 다음에 수급자 본인의 경제적 상태, 심신기능상태, 개인적 욕구 등을 고려한 시설 및 급여를 선택할 수 있도록 체계적인 상담을 통한 정보제공이 이루어져야 한다.

V. 결론

고령이나 질병 등의 사유로 장기간 일상생활을 혼자 수행하지 못하는 노인 인구가 증가함에 따라 그 대비가 절실히 필요하다. 과거 전통적인 가족을 통한 비공식적 수발의 한계에 도달한지 오래다. 빠르게 진행되고 있는 고령화와 현재의 저출산 상태에서는 그 속도가 떨어질 기미가 보이지 않는다. 현재의 장기요양 인정자비율이 그대로 유지된다고 하더라도 장기요양수급자수는 크

55) 권진희·한은정·이정석, 「장기요양서비스 급여관리 개선방안」, 서울: 건강보험공단, 2009, 13-14면.

게 늘어날 전망이다. 그로 인한 재정지출도 급증할 것으로 예상되어 선진국의 겪었던 경험을 눈여겨 볼 필요가 있다. 2008년 7월부터 시행되어 소득수준에 상관없이 전 노인층을 대상으로 하는 노인장기요양보험제도의 재원조달방식은 사회보험방식으로, 신청대상은 65세 이상 노인 및 노인성질병(4대 질환)을 가진 65세 이하 국민으로 하고 있다. 급여대상자는 장기요양등급위원회에서 등급판정을 받은 국민이며, 주요 급여 내용으로는 요양시설, 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 현금급여(특례) 등이 있다.

노인장기요양보험제도 시행 결과, 제도가 노인의 삶의 질보다 가족의 부담 감소에만 초점을 두고 있다는 점과 시설의 민영화와 난립으로 인해 서비스 제공의 공적 책임성 논란이 지속되고 있고, 시설의 질 제고에 대한 인식부족이 확산되고 있으며, 동시에 저임금 요양인력이 양상, 질 개선에 대한 과제, 지방정부와 국민건강보험공단간의 연계 부재, 등급외 자에 대한 돌봄서비스 제공 등의 과제가 제시되고 있으며 이에 대한 검토가 다각적으로 진행되고 있다.

하지만 이 법이 건전하고 안정적인 정착을 위해서는 무엇보다도 충실하고 질 높은 노인장기요양 서비스가 지속적으로 이루어져야 한다. 우선적으로 재원조달방식에 대한 문제와 요양에 관련한 정보부재에 대한 문제를 해소하는 것이 급선무인 것이다. 이에 독일과 일본의 입법례를 고찰하여 시사점을 모색하고, 현행 우리 제도의 문제점을 가려내어 개선점을 제시하였다. 특히 재원조달에 관련된 개선방안으로서 정부의 적극적인 지원을 건강보험 흑자재정의 활용방안에 착안하여 제시하였으며, 연금수령자에게 보험료를 징수하는 방안을 비롯하여 경제적 능력에 기초하여 차등적인 본인부담률을 적용하는 등의 개선점을 제시하였다. 또한 요양관련 정보부재에 대한 여러 가지 문제를 제시하여 공단의 상담기능을 강화하는 등 수급자에 대한 적극적이고 능동적 정보를 제공함으로써 허위청구·부당청구와 같은 불법행위에 놓이지 않도록 하여야 한다. 앞으로도 노인장기요양보험제도가 장기·지속적으로 유지되고 발전하도록 하기 위해서는 여러 관련 제도의 안정적인 뒷받침이 필수조건으로 따라야 할 것이고, 시대적인 사회환경의 변화에 따라 법·제도적 측면에서 개선방안을 모색하는 것이 더해져야 할 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 강희갑 외, 「사회복지법제론(제4판)」, 양서원, 2014.
- 곽정국, “사회적 사회복지사업법과 노인장기요양보험제도의 관계성 연구”, 「한국사회복지지원학회」, 제6권 제1호, 2011, 2.
- 권진희·한은정·이정석, 「장기요양서비스 급여관리 개선방안」, 서울: 건강보험공단, 2009.
- 김남석·홍석자, “한일장기요양보험 시행초기 비교와 시사점”, 「21세기 사회복지연구」, 제5권 제1호, 21세기사회복지학회, 2008.
- 김덕환, “노인복지와 공적요양보험: 독일의 수발보험 도입배경을 중심으로”, 「신홀매드싸이언스」, 2005.
- 김명엽, “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안”, 「입법정책」, 제5권 제2호, 2011.
- 김 욱, “독일수발보험개혁(2008)과 정책적 시사점”, 「한독사회과학논총」, 제20권, 한국사회과학회, 2010.
- 김인철·견진만·윤광진, “노인장기요양보험법에 대한 입법평가”, 한국법제연구원, 2009.
- 김정순, “일본의 노인복지법제”, 한국법제연구원, 2004.
- 박병호 외, “노인장기요양보험제도에 관한 정책적 대안”, 「복지행정논총」, 제17집 제1권, 2007, 6.
- 박석돈 외, 「사회복지법제론(개정판)」, 양서원, 2015.
- 박원태, “노인장기요양보험법의 개정 방향”, 부산외국어대학교 대학원 박사학위논문, 2012.
- 사공진, “노인장기요양보험 시행상의 문제점과 개선방안”, 「디지털경제연구」, 제14권, 2010.
- 서영희·김미원, “노인장기요양보험제도 시행에 따른 방문요양의 개선방안에

- 관한 고찰”, 『21세기사회복지연구』, 제7권 제2호, 21세기사회복지학회, 2010, 10.
- 선우덕, “일본개호보험제도의 개혁동향”, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2011. 4.
- 손창숙, “노인장기요양보험제도의 평가 및 발전방안 연구”, 한성대학교 대학원 박사학위논문, 2013.
- 유호선, “독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급체계에 대한 복지혼합 분석 : 역사제도주의적 관점에서”, 『사회보장연구』, 제23권 제3호, 2007.
- 윤희숙 등, “노인장기요양보험의 현황과 과제”, KDI, 2010.
- 이용갑, “독일의 공적 장기요양보험 개혁 논의와 2008년 개혁: 우리나라 노인 장기요양보험의 안정적 적립을 위한 시사점”, 『사회복지정책』, 제36권 제4호, 한국사회복지정책학회, 2009.
- 이윤경, “노인장기요양보험 서비스 이용행태 연구”, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 2009.
- 이준복, “노인장기요양보험에 대한 법적 연구”, 『세계헌법연구』, 제14권 제3호, 국제헌법학회, 2008.
- 이준우·서문진희, “노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안”, 『한국노년학』, 제29권 제1호, 한국노년학회, 2009.
- 이진숙·박진화, “시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가”, 『보건사회연구』, 제31권 제4호, 한국보건사회연구원, 2011.
- 이혜승·유승현, “노인장기요양보험 운영실태 분석”, 감사원 감사연구원, 2012.
- 최봉석, “독일의 노인복지법제 연구”, 한국법제연구원, 2004, 7.
- 장두순, “노인장기요양보험제도에 대한 비교법적 연구”, 『노동법논총』, 제16권, 한국비교노동법학회, 2009.
- 장봉석, “노인장기요양보험 시행 이후 노인복지법의 역할에 관한 소고”, 『법학연구』, 통권 제32집, 전북대학교 법학연구, 2011. 5.
- 장세철·김경민, “일본의 개호보험과 한국의 노인장기요양보험제도에 관한 비교 고찰”, 『일어일문학』, 제42집, 일어일문학회, 2009.

- 정영진, “소비자계약상의 정보제공의무에 관한 연구”, 제주대학교 대학원 박사학위논문, 2012.
- 정재욱, “초고령사회에 즈음한 일본 개호보험제도의 개혁 방향과 시사점- 개정개호보험제도의 개편 내용을 중심으로”, 한국사회복지학회, 2007년도 국제학술대회(창립50주년기념), 2007, 4.
- 조추용·박선애·정윤대, “일본의 개호보험평가와 논쟁”, 『GRI연구논총』, 제11권 제2호, 경기개발연구원, 2009.
- 최상호, “계약상의 정보제공의무에 관한 연구 - 사기와 착오법리의 적용관계를 중심으로”, 채권법에서 자유와 책임(김형배교수화갑기념논문집), 박영사, 1994. 10.
- 현외성, 『한국사회복지법제론(제7판)』, 양서원, 2013; 이윤경, “노인장기요양보험 서비스 이용행태 연구”, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 2009.
- 황도경, “독일의 의료보험 개혁 동향”, 최신외국법제정보 2013년 제3호, 한국법제연구원, 2013.

2. 외국문헌

- 稻森公嘉, 『介護保険制度改革』, 『論究ジコウリスト 2014年 秋号(No11)』 18面.
- 石橋敏郎·今任啓治, 『介護保険制度の12年・その主要な改革と變容(上)』, 『アドミニストレーション』 第19卷 第1号, 2012, 62面.
- Atchley, Robert C., Social Forces and Aging, (Belmont, Calif: Wadsworth Pub. Co. 1994), 179p.
- Herry K. Girveta, "Welfare State", D. L. Sills International Encyclopedia of the Social Service Vol.16, (New York: The Macmillan Company & The Free Press, 1979), 512p.
- Statistisches Bundesamt(ed)(1997), Statistisches Jahrbuch 1991 fur das Ausland, Wiesbaden.
- Y. Boyer, L' obligation de renseignements dans la formation 여 contrat, th. Aix, 1977, no. 257.

[Abstract]

A Research on the Problems and their Improvement Plans
regarding the Long-term Care Insurance System
for the Elderly

Jung, Young-Jin

*Doctor of Laws, Doctor's Course in Social Welfare Studies
(Daegu University Graduate School)*

Lecturer in a law department at Jeju National University

Most of the developed countries in the world now are responding and coming up with various policies regarding social welfare within their own countries because of the increase in the aging population. Through the rapid industrialization process, social changes have occurred while birth and death rates have dropped drastically. With this turn of events, the absolute and relative rate of the aging population have sharply increased and one of the world's fastest aging phenomenon is happening in Korea. This phenomenon has resulted in intensifying the number of elderly people on a daily basis who find it difficult to maintain normal lives because they are suffering diseases such as dementia and strokes. As such, the social dangers followed by the aforementioned situation has also risen in multitudes. This kind of social and dangerous structure will inevitably continue on a long-term basis in a variety of ways. The long-term care issue of the elderly followed by the social dangers of the aging society is especially serious along with the growth in medical costs and this is not just a matter of one family taking care of its own senior member. In fact, the magnitude of the problem is not in single units, but is in imperative need of the attention of the state in

a much grander scale and it is indeed a desperate situation where the society must resolve this matter urgently.

Germany has already experienced these dangers of the social aging phenomenon and is responding by enacting a kind of a social insurance method care policy based on the principles of social solidarity to fight against the rapid increase of the elderly people who need long term care through the socialization of the long term care protection system. Japan is also countering the demand for long term care for the rapidly surging number of the elderly population by enacting the long term care insurance system which has been derived from the social insurance principle and social solidarity which is a decentralized tendency social welfare system. Under this system, it places the basic local autonomies, the municipalities of Japan, to be the decisive policymakers in the legal and official capacity.

At this point, we cannot help but take a closer look at the results and problems of Korea's long-term care insurance system for the elderly people which has been in execution for the past 8 years since its enactment. It is true that there have been various successes with the drastic expansion in benefits in terms of modification of the classification level of the elderly in their access to the long term care but it is also true that many problems have been surfacing within the system due to the social changes.

Therefore, attempts have been made in this paper to come up with a few improvement plans by rooting out the problems and coming up with focal issues by comparatively analyzing the systems of Germany and Japan which are both continuously carrying out reforms. First, a solution must be sought out for the problem of the resource procurement method. Second, the problem of lack of information related to the care system must be actively specificized. These kinds of reforms will be the path to the maintenance and improvement of the system through the development and provision of a customer centered service. There will also be a great significance in this in

terms of responding actively to the social dangers of the ever aging society.

Key words : aging society, long term care insurance system, social dangers,
tendance insurance, care insurance