



■ 연구보고서 2013-31-18

## 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구

- 연계방안을 중심으로 -

김진수 · 선우덕 · 이기주 · 최인덕 · 이호용 · 김경아

**【책임연구자】**

김진수 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요저서】**

보험자 내부경쟁을 통한 효율화방안 연구

한국보건사회연구원, 2012(공저)

북한 경제의 시장화에 따른 노동·복지분야 법제도 통합방안

통일부·한국노동연구원,2012(공저)

**【공동연구진】**

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

이기주 한국보건사회연구원 연구위원

최인덕 국립공주대학교 사회복지학과 조교수

이호용 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원

김경아 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 주임연구위원

연구보고서 2013-31-18

**요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구  
- 연계방안을 중심으로 -**

발행일 2013년

저자 김진수 외

발행인 최병호

발행처 한국보건사회연구원

주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)

전화 대표전화: 02)380-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 한디자인

가격 7,000원

## 발간사 <<

노인장기요양보험이 도입되기 이전에는 노인성 질환자의 서비스 수요가 전적으로 국민건강보험에 의해서만 충족되었다. 그러나 2008년 7월 노인장기요양보험이 도입 되면서 노인성 질환자의 서비스 수요가 상당 부분 노인장기요양보험 시설 및 재가 급여서비스로 흡수 되는 성과를 거두었다.

이와 같은 성과에도 불구하고 요양시설의 경우 입소 후에도 의료적 서비스를 필요로 하는 이용자가 지속적으로 발생하고 있다. 요양병원 역시 노인장기요양보험 도입 이후 노인성 질환자의 서비스 수요가 어느 정도는 노인장기요양보험 시설 및 재가 급여 등으로 상당 부분 흡수되었음에도 불구하고 입원 환자 수가 계속 증가하는 기 현상이 나타나고 있다.

노인인구와 요양병원 입원환자 증가를 비교한 통계자료를 보면 65세 이상 노인인구가 2005년 432만 명에서 2010년 551만 명으로 27.5%(연평균 5.0%)가 증가한 것에 비하여 65세 이상 노인이 80% 이상을 차지하는 요양병원 입원환자는 같은 기간 3만 661명에서 17만 2,809명으로 463.6%(연평균 41.3%) 증가하는 것으로 밝혀졌다.

요양시설의 경우 노인성 질환자의 비율이 높아 의료적 처치가 필요하고, 요양시설에서 관리할 수 있음에도 불구하고 가족의 소득정도나 부양 정도에 따라 부득이하게 요양병원을 이용하는 경우가 발생하고 있다. 반대로 요양병원의 경우는 간호 처치가 필요하지 않은 환자에게 필요이상의 서비스를 제공하는 행태나 과도한 경쟁에 따른 서비스 질 저하 문제가 제기되고 있는 실정이다.

이와 같은 현상과 관련해서 다양한 원인 분석이 이루어지고 있는데 가

장 큰 원인은 요양서비스와 의료서비스의 연계 체계가 제대로 확립돼 있지 않은 데에서 찾을 수 있다. 이론적으로 노인대상의 의료적 치료와 요양서비스는 분절적 서비스 제공보다는 상호 연계되어 서비스가 제공되어야 함에도 불구하고 현실적으로는 유기적으로 연계가 되지 않고 있는 것이 사실이다. 본 연구에서는 제기된 문제점을 고려하여 요양병원 과 요양 시설 간 의료 서비스 연계방안을 모색하고자 하였다.

본 연구는 김진수 연구위원의 책임 하에 선우덕 연구위원, 이기주 연구원 그리고 최인덕 국립공주대학 교수, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원(연구 수행: 이호용 부연구위원, 김경아 주임 연구원)과의 공동연구로 수행되었다. 연구진은 연구진행과정에서 많은 도움을 주신 한림대학교 윤종률 교수, 상지대학교 송현종 교수에게 감사의 뜻을 전한다. 그리고 본 보고서를 세심히 읽고 많은 조언을 해준 최현수 연구위원, 이윤경 부연구위원에게도 사의를 표한다. 또한 본 보고서 관련 자문위원으로 많은 조언을 해주신 인천 은혜병원 가혁 원장, 한림대학교 노용균 교수, 경희대학교 원장원 교수에게도 감사를 표한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2013년 11월

한국보건사회연구원장

**최 병 호**

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	5
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>17</b>
제1절 연구의 필요성 .....	19
제2절 연구의 목적 및 방법 .....	21
<b>제2장 선행연구 고찰 및 운영 체계현황 .....</b>	<b>25</b>
제1절 선행연구 고찰 .....	27
제2절 요양병원·요양시설의 운영 체계 및 현황 .....	48
<b>제3장 주요국의 장기 요양서비스와 의료 서비스 연계 현황 .....</b>	<b>59</b>
제1절 장기요양 제도 서비스 연계의 필요성 .....	62
제2절 장기요양 서비스의 통합적 케어(Integrated Care) 정의와 운영 현황 .....	68
제3절 장기요양서비스와 케어 매니지먼트(Care management) .....	92
<b>제4장 요양병원 및 장기요양시설 급여실적 분석 .....</b>	<b>105</b>
제1절 분석 자료 및 분석방법 .....	107
제2절 분석결과 .....	108
제3절 시사점 .....	141

---

<b>제5장 설문 및 심층 면접 분석</b> .....	<b>143</b>
제1절 요양시설 종사자 및 입소자 대상 설문조사 .....	145
제2절 요양시설 대상 심층 면접조사 .....	174
<b>제6장 결론 및 정책제언</b> .....	<b>193</b>
제1절 결론 .....	195
제2절 정책제언 .....	198
<b>참고문헌</b> .....	<b>203</b>
<b>부 록</b> .....	<b>215</b>
〈부록 1〉요양기관 역할 정립에 관한 설문지(시설 종사자) .....	215
〈부록 2〉요양기관 역할 정립에 관한 설문지(시설 이용자) .....	223

## 표 목차

〈표 2- 1〉 OECD 국가의 요양병원 병상수 .....	33
〈표 2- 2〉 요양병원 입원일수 상위 10위 상병(진료연도 기준) .....	34
〈표 2- 3〉 요양병원에 입원중인 장기요양수급자 비중 .....	35
〈표 2- 4〉 요양병원에 입원자중 장기요양서비스 필요자 비중 .....	35
〈표 2- 5〉 요양병원, 시설 간 본인부담 비교 .....	36
〈표 2- 6〉 요양병원, 시설 간 본인부담 비교 사례(서울 성동구 소재 2개의 요양병원) ..	36
〈표 2- 7〉 장기요양수급자 요양병원 이용사유 .....	37
〈표 2- 8〉 선행연구 결과 요약 .....	44
〈표 2- 9〉 요양시설과 요양병원의 역할과 서비스 내용 .....	51
〈표 2-10〉 요양 시설급여 1일당 금액 .....	53
〈표 2-11〉 요양병원과 요양시설 운영체계 비교(2011년기준) .....	54
〈표 2-12〉 요양병원 환자 세부 분류군 기준 .....	55
〈표 2-13〉 노인장기요양 인정조사 평가 항목 .....	56
〈표 2-14〉 연도별 요양기관수(요양병원 포함) .....	57
〈표 2-15〉 연도별 장기요양기관수(시설) .....	58
〈표 3- 1〉 케어의 연속체 관점에서 본 뇌졸중(stroke)과 치매환자를 위한 필요서비스 ..	65
〈표 3- 2〉 통합적 케어 구축을 위한 주요국 전략 .....	74
〈표 3- 3〉 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어 매니지먼트 비교 .....	96
〈표 4- 1〉 연도별 요양병원 입원 환자 현황 .....	110
〈표 4- 2〉 연도별 요양병원 입원 환자 현황(장기요양 등급자) .....	113
〈표 4- 3〉 연도별 요양병원 환자(전체이용자와 등급인정자) 다빈도 상병 비교 .....	116
〈표 4- 4〉 연도별 요양시설 이용자 현황 .....	119
〈표 4- 5〉 연도별 각 기관별 진료비 현황 비교(연간 1인당 총비용) .....	123
〈표 4- 6〉 연도별 각 기관별 진료비 현황 비교(연간 1인당 본인부담금) .....	127
〈표 4- 7〉 이용자의 이용 행태 비교 .....	130
〈표 4- 8〉 등급인정자별 이용 행태 .....	131

〈표 4- 9〉 요양시설만 이용한 환자 현황 .....	133
〈표 4-10〉 요양시설에서 요양병원으로 이동한 환자 현황 .....	135
〈표 4-11〉 요양병원만 이용한 환자 현황 .....	137
〈표 4-12〉 요양병원에서 요양시설로 이동한 환자 현황 .....	138
〈표 4-13〉 요양기관 이동 특성에 따른 다빈도 질환 비교 (2012년 기준) .....	140
〈표 5- 1〉 기관 규모 .....	146
〈표 5- 2〉 입소자 판정 등급 비율 .....	147
〈표 5- 3〉 입소자의 질병구조 .....	148
〈표 5- 4〉 시설 입소 비용 .....	148
〈표 5- 5〉 본 시설의 장점(중복응답) .....	149
〈표 5- 6〉 의료서비스에 대한 선호 .....	150
〈표 5- 7〉 요양시설도 일정한 수준의 의료서비스를 제공 .....	150
〈표 5- 8〉 요양시설을 요양병원으로 전환 .....	151
〈표 5- 9〉 입소자의 의료이용 .....	152
〈표 5-10〉 요양병원 및 병의원 주요 이송 사유 .....	153
〈표 5-11〉 시설 입소자가 요양병원으로 이송을 원하는 경우 .....	154
〈표 5-12〉 요양병원 및 병의원 이송 기준 마련시 고려사항 .....	155
〈표 5-13〉 요양시설 이송 기준 마련시 고려사항 .....	156
〈표 5-14〉 요양병원과 요양시설간의 효율적 서비스 연계 구축을 위한 개선방안 .....	157
〈표 5-15〉 요양시설의 수가를 적정수준으로 인상 .....	158
〈표 5-16〉 시설에서 제공되는 서비스가 다양화 .....	158
〈표 5-17〉 요양시설의 시설과 인력에 대한 정부 지원 필요 .....	159
〈표 5-18〉 요양시설 운영에 대한 규제를 완화 .....	159
〈표 5-19〉 성별 연령별 특성 .....	160
〈표 5-20〉 혼인상태 .....	161
〈표 5-21〉 입소 전 생활 장소 .....	162
〈표 5-22〉 비용에 대한 만족도 .....	162
〈표 5-23〉 시설만족도(요양병원 대비) .....	163



〈표 5-24〉 가족부담 감소 .....	164
〈표 5-25〉 요양병원에 대한 필요성 감소 .....	165
〈표 5-26〉 비용 부담 감소 .....	165
〈표 5-27〉 편리성 확충 .....	166
〈표 5-28〉 시설 인력의 질 향상 .....	167
〈표 5-29〉 이용 서비스 .....	168
〈표 5-30〉 비용부담 .....	168
〈표 5-31〉 서비스에 대한 전반적인 만족도 .....	169
〈표 5-32〉 다양한 서비스 필요 .....	170
〈표 5-33〉 의료서비스 이용 여부 .....	170
〈표 5-34〉 의료서비스를 이용하지 못하는 이유 .....	171
〈표 5-35〉 요양병원 이용 용이성 .....	172
〈표 5-36〉 요양시설이 요양병원으로 변경에 대한 생각 .....	172
〈표 5-37〉 이용시설에서 병원처럼 진료나 치료 가능 여부 .....	173
〈표 5-38〉 이용시설과 병원이 같이 운영되는 것에 대한 선호 .....	174
〈표 5-39〉 일본의 요양병원 입원 환자의 질환, 상태 및 의료처치 관련 구분 .....	176
〈표 5-40〉 요양병원에 입원 또는 전원 해야 할 대상자에 대한 의견 .....	176
〈표 5-41〉 시설 입소기준판정조사표에 의한 통상적인 간호, 의료처치 영역 .....	177
〈표 5-42〉 요양병원 입소 및 전원에 대한 의료적 상황(제시) .....	179
〈표 5-43〉 요양시설 심층면접조사 결과 요약표 .....	182
〈표 5-44〉 요양시설 심층면접조사 자문회의 결과 요약표 .....	188

---

## 그림 목차

[그림 1-1] 연구 수행 체계도 .....	23
[그림 3-1] 장기요양 모델과 대상자의 역할 .....	67
[그림 6-1] 장기요양 인정자 서비스 이용 체계 .....	200

---

## Abstract <<

In Korea, population of the aged over 65 increased from 4,320,000 person in 2005 to 5,510,000 person in 2010, showing an increase of an average of 5.0% per year. In view of the increasing population of the aged, in case of a health care institute where most of patients are the aged over 65, the number of patients would be expected to increase to some extent. However, it is being reported that the increasing number is too high. According to materials, it was revealed that the number of inpatients of health care institute increased from 30,661 person in 2005 to 172,809 in 2010, up by an annual average of 41.3%. If we take the fact into consideration that, owing to influence of Long-term care insurance for the aged introduced in July, 2008, the certain portion of service demand for the geriatric patients is met through the aged nursing home facility, community care benefits, etc., this phenomenon is deemed to be a special one.

For such a cause, various analytical results are being proposed. First of all, in relation to a nursing home facilities, in case of inmates in a nursing home facilities, it seems to be because that proper medical service linkage system has not been prepared in spite of high ratio of geriatric patients. Also, be-

cause the status of a relevant old person is not so bad, that even if he/she is classified into a nonrated person from the long-term care insurance for the aged, it would be possible that he/she must use a hospital according to the degree of income or support of his/her family. Another cause can be found in that, in case of a health care institute, too many hospitals are operated in consideration of medical demand of increasing patients and such excessive competition is inclined to excessive service to patients who do not need medical treatment or care.

Theoretically, in spite that, in medical treatment and long-term care service for the aged, mutually linked service must be provided instead of segmental service, but it is true that actually organic linkage has not been realized.

Considering problems proposed above, the author, in this report, intended to seek a method for reinforcing medical service linkage between nursing home facilities and health care institutes. The study was conducted through study of literature, analysis of foreign cases, analysis by NHIC of basic statistics related to health care institutes and nursing home facilities, a survey targeting managers and users, and in-depth interview related to medical situations of nursing home facilities users per diseases.

To put analytical result together, first, it is judged, in view of the fact that about 32% of patients admitted to health care institutes per year are the subjects for the aged long-term care,

the aged need to be screened prior to their entering a nursing home facilities whether or not they really need long-term care at the time of decision of their degrees, even if they received decision of a relevant degree. Second, according to results obtained through in-depth interview, the situation of inmates who need to receive medical service at a nursing home facilities can be classified into three cases: ① In case medical service is provided at a nursing home facilities in spite that medical treatment is unavailable at a nursing home facilities. ② In case inmates are transferred to health care facilities owing to lack of expert nursing manpower in spite that management is possible at a nursing home facilities. ③ In case inmates must receive treatment at an acute hospital for an urgent disease and return to a nursing home facilities. So, it is judged that a decision basis related to medical treatment for dividing inmates in a nursing home facilities and health care institutes is urgent. Also, on the basis of such a decision basis, in case of a health care institutes, it is necessary to positively examine a way for expanding fee differences between the highest medical degree and the light medical degree according to a medical demand degree. In addition to that, establishment of integrated information system, and expansion of urgent medical system, etc. seem to be necessary.



## 1. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라는 65세 이상 노인인구가 2005년 432만 명에서 2010년 551만 명으로 연평균 5.0% 이상 증가하였고 이렇게 증가하는 노인 인구를 감안할 때 65세 이상 노인환자가 대부분을 차지하고 있는 요양병원의 경우 어느 정도의 환자증가를 예상할 수 있음.
- 그러나 국민건강보험공단의 자료에 따르면 65세 이상 노인이 80% 이상을 차지하는 요양병원의 입원환자 수는 2005년 3만 661명에서 2010년 17만 2,809명으로 연평균 41.3% 증가한 것으로 나타남.
  - 요양 병원 입원진료비는 2005년 1,251억원에서 2010년 1조 6,262억원으로 13배나 증가하여, 상대적으로 동일기간 전체 요양기관 입원진료비 증가율 2.2배와 비교할 때, 매우 큰 폭으로 증가
  - 요양병원 기관수역시 동일기간 동안 202기관에서 866기관으로 4.3배 증가하여 동일기간 요양기관 전체 기관수 증가 1.1배에 비해 증가폭이 높음.
- 요양시설에 입소한 대상자의 경우 노인성 질환자의 비율이 높아 의료 처치나 관리 필요성이 높은 경우가 발생할 수 있고, 기능 상태가 나쁘지 않아 노인장기요양보험에서 등급외자로 구분되었다 하더라도 가족의 소득정도나 부양정도에 따라 부득이하게 병원을

이용해야하는 경우가 발생

- 반면에 요양병원의 경우는 증가하는 환자의 의료적 필요도를 감안 필요이상으로 많은 병원을 운영하고 있고 이러한 과대경쟁은 과도한 서비스를 제공하려는 도덕적 해이를 유발하고 있음.

○ 이론적으로 노인대상의 의료적 치료와 요양서비스는 분절적 서비스제공보다는 상호 연계되어 서비스가 제공되어야함에도 불구하고 현실적으로는 유기적으로 상호 연계되지 못하고 각각 분절된 상태에서 운영되고 있는 것이 사실임.

- 양 기관의 서비스가 분절되고 중복된 상태에서 제대로 서비스가 연계되지 못한 채 운영되다 보니 요양이 필요한 노인이 요양병원에 입원하고, 의료적 처치가 필요한 노인이 요양시설에 입소하는 기이한 현상이 발생하고 있음.

□ 본 연구에서는 연계체계 강화에 목적을 두고 문헌고찰, 외국사례분석, 실증분석을 위한 국민건강보험공단의 요양시설, 요양병원 관련 기초통계 분석, 요양시설 관리자, 이용자 대상 설문조사, 그리고 질 환별 시설 이용자의 의료적 처치 관련 심층면접조사(In-Depth Interview)를 통해 요양시설과 요양병원의 연계체계와 관련된 구체적인 대안을 제시하고자 함.

## 2. 주요 연구결과

□ 요양병원 및 장기요양 급여실적 분석

○ 2009년 요양병원 입원환자 수는 201,226명에서 2012년 294,728명으로 매년 13.6% 수준의 이용자 증가 경향을 보이고



있음. 특히 요양병원 입원환자 중 노인장기요양 등급인정을 받은 대상자의 연평균 증가율은 매년 6.1% 수준으로 나타남.

- 진료비 부담 측면에서는 2012년 기준 요양시설만 이용한 환자의 경우 1인당 연간 총 요양비는 11,705천원, 본인부담금은 1,677천원으로 나타났고, 2012년 기준 요양병원 만 이용한 입원환자의 1인당 연간 총 진료비는 14,695천원, 1인당 본인부담금은 2,979천원 수준임.
- 2012년 기준 노인장기요양 등급판정을 받고 요양시설에서 요양병원으로 이동한 집단은 4.5%수준인 8,968명으로 이용일수가 229일 이었고, 1일 평균 비용은 60,522원, 본인부담률은 18.2% 수준으로 분석됨.
  - 요양병원에서 요양시설로 이동한 집단의 평균 이용일수는 241일 이었으며, 1일 평균 비용은 84,667원, 본인부담률은 17.2%로 나타남.
  - 노인장기요양등급을 받고 요양병원만 이용한 경우는 등급인정자의 33.7%를 차지하며, 연간 1인 평균 입원일수가 194일로 가장 낮았으나 1일 평균 본인부담금은 15,378원으로 시설만 이용한 사람보다 약 2.3배 높았으며 본인부담률은 26.6% 수준으로 나타남.

8 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

구분	이용자수 (명)	비중 (%)	연간 1인 평균			이용일수 1일 평균		
			이용 일수	총비용 (천원)	본인부담 (천원)	총비용 (원)	본인 부담 (원)	본인 부담률 (%)
요양시설만 이용	113,459	57.0	248	11,705	1,677	47,144	6,753	14.3
요양시설- 요양병원이동	8,968	4.5	229	13,834	2,514	60,522	10,998	18.2
요양병원- 요양시설이동	9,499	4.8	241	13,890	2,385	84,667	14,538	17.2
요양병원만 이용	67,039	33.7	194	14,695	2,979	57,851	15,378	26.6

○ 노인장기요양 등급 대상자별 이용 행태를 살펴보면, 요양시설만 이용한 1등급자는 20,953명으로 전체 113,459명 중 18.5%를 차지하였으며, 요양시설에서 요양병원으로는 약 7.7%가 이동함.

- 등급인정자별로 볼때는 노인장기요양 3등급자가 시설만 이용하는 비중이 46%로 가장 높은 비중을 차지하였고, 시설에서 병원으로 이동한 대상자도 43.8%로 높음.
- 노인장기요양 1등급자가 요양병원에서 시설로 이동한 비중은 17.1%이며, 2등급자의 이동 비중은 약 21.9% 수준임.

구분	1등급		2등급		3등급		합계	
	이용자 (명)	비중 (%)	이용자 (명)	비중 (%)	이용자 (명)	비중 (%)	이용자 (명)	비중 (%)
요양시설만 이용	20,953	18.5	40,267	35.5	52,239	46.0	113,459	100
요양시설- 요양병원이동	1,742	19.4	3,298	36.8	3,928	43.8	8,968	100
이동 비중*	7.7%		7.6%		7.0%		-	
요양병원- 요양시설이동	2,156	22.7	3,642	38.3	3,701	39.0	9,499	100
요양병원만 이용	10,472	15.6	14,649	21.9	41,918	62.5	67,039	100
이동 비중*	17.1%		19.9%		8.1%		-	

## □ 설문 및 심층 면접조사 및 분석

## ○ 요양시설 입소자가 요양병원으로 전원을 원하는 경우

- 요양시설 입소자가 요양병원으로 전원을 원하는 경우는 의료적 처치가 필요한 상황이 가장 많았으며, 환자 및 보호자가 높은 수준의 의료서비스를 원할 경우(생활보다 치료가 우선이 되거나 응급상황이 자주 발생될 위험이 있을 경우 즉각적인 대응이 가능하기 때문, 요양시설은 의사가 상주하지 않기 때문에 불안감을 가지고 있으며 치료목적이 아님에도 치료에 대한 욕구가 많음 등)도 주요원인으로 분석됨.
- 의료적인 서비스와 관련하여서는 반복적인 병원 이용으로 경제적인 부담이 클 경우 요양병원으로 이송을 하는 것으로 나타났으며, 요양시설에 대한 보호자의 불신도 주요 원인으로 작용하고 있음.

주요 이송 사유
----------

## ○ 건강상의 문제

- 갑자기 오는 폐렴 및 장염 등으로 병원치료가 장기간 필요할 경우 입원 치료 필요
- 건강상태 악화로 인한 지속적인 의료처치의 필요

## ○ 높은 서비스의 질(치료)

- 생활보다 치료가 우선이 되거나 응급상황이 자주 발생될 위험이 있을 경우 즉각적인 대응이 가능
- 의료적 서비스가 우선적으로 필요
- 입원치료가 필요한 경우(주사, 집중치료, 검사 등)
- 장기적인 치료가 필요
- 주된 이유는 의사부재로 인한 불안감을 가지고 있으며 치료목적이 아님에도 치료에 대한 욕구가 많음(의사가 상주하지 않기 때문)

주요 이송 사유

- 집중치료의 필요
- 복합적인 질환으로 급성질환 발생시 의료적인 치료가 더 필요
- 반복적인 병원진료에 대한 경제적인 부담
  - 입퇴원 반복하는 경우 번거로움도 있고 불안해서
  - 병원진료의 어려움(어르신 이동에 도움 필요, 시간을 내야 하는 문제 등)
- 보호자들에 대한 외부의 요양원에 대한 불신
- 요양시설의 의료적인 욕구를 충족시킬 수 있는 한계 존재, 시설은 입소하여 생활하는 시설이고, 요양병원은 말 그대로 치료를 하는 곳임
- 임종 전 의료서비스
  - 말기환자는 요양보다 전문적인 치료

□ 요양시설 조치 가능 행위 여부

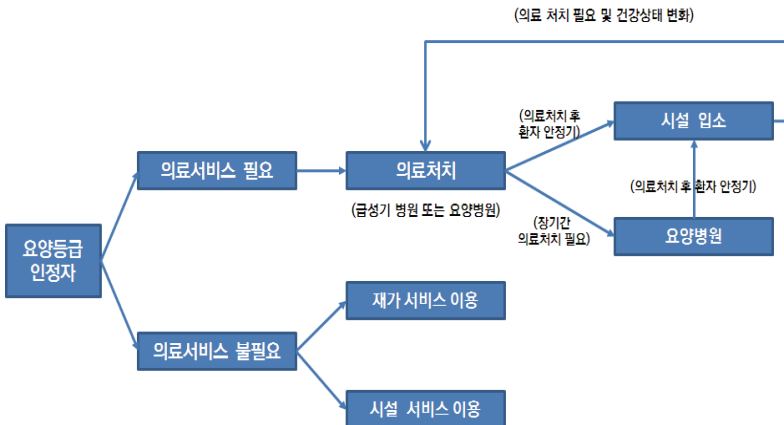
- 요양시설에서 의료적 처치가 필요한 관련 질환을 추출하기 위해 기존 문헌 및 외국자료를 활용해 요양병원관련 입원가능성이 있는 의료적 상황을 8개 항목으로 구분해서 각 항목별로 의사만이 가능한 행위여부, 의사의 지시에 의한 행위여부, 과거 아래 항목과 관련해서 입소자가 있었는지, 있었다면 당시상태, 관련 조치, 조치이유, 전원기관, 전원이유 등을 분석함.
  - 요양시설에서 조치가 가능한 가능 여부에 대해서는 관련 규제 로 인한 제한 사항을 고려하였을 때와 고려하지 않았을 경우 가능한 행위, 할 수 있는 행위에 대해서 포괄적으로 면접조사를 진행하였으며 심층면접 조사를 통해 얻어진 결과를 바탕으로 전문가 자문을 거쳐 최종적으로 요양시설 조치 가능 행위 (안)을 제시함.

요양시설 조치 가능 여부		병원 (급성기)	요양 병원	요양 시설
의료처치	(24 시간 지속) 정맥수액주사(수분, 영양 공급용 주사)	○	○	△
	객담 흡인(1일 8회 이상)			○
	발열을 수반하는 경우의 기관절개, 기관내삽관의 케어 (발열을 수반하지 않은 경우)기관절개기관내 삽관 케어	○	○	
	복강, 흉강내 관(drain) 삽입 상태		○	
	당뇨환자 드레싱(고도)	○	○	
	- 당뇨환자가 발 이외의 부위에 드레싱 받는 경우			○
	수술창상이나 열린상처 치료 드레싱	○	○	
	- 기타 처치로 인해서 드레싱을 하는 경우			○
	욕창 간호(경도)			○
	3단계 이상의 욕창 또는 피부궤양	○	○	
	중심 정맥영양(소화관으로 영양섭취가 곤란한 경우)		○	
	경관영양			○
	말초정맥영양		○	
	위루 관리를 받고 있는 경우			
	요루 관리를 받고 있는 경우			
	장루 관리를 받고 있는 경우			○
	혈당 체크(1일 3회 이상의 혈당 체크를 7일중 2일이상 실시)			○
	화상	○		
급성부종, 혹은 최근에 심해짐	○			
신체측정	혈압변동이 큰 경우_현재 혈압에서 20mmHg 정도의 변화가 있을 경우)	○		
	- 혈압조절제로 관리가 안되는 환자	○		
	38.3도 이상의 발열이 2일 이상	○		
정신과적 문제	비자발적 체중감소(5%/1개월, 10%/6개월)			
	새로 발생한 환각, 정신, 의식 상태 변화 (헛소리 등)	○		△
	방화, 폭행 등 예기치 않은 위험 행동이나 통제 불능 상태 기타 치매로 인한 문제행동?	○		○
신경과적 문제	심한 우울증(자주 울고 있는 환자, 자살 시도)	○		
	뇌졸중 발생 3개월 이내인 자(발생 이후)	○	○	
	- 발생 후 치료 완료 후			○
	사지마비			○
근육- 골격계	혼수 상태			○
	파킨슨병이나 파킨슨증 (심한 사지 떨림)			○
통증	골절(수술 처치 이후)	○		△
	난치성 근육병(루게릭병 등)	○	○	
소화기 계통	심한 통증 (VAS 7점, 얼굴통증척도 4점 이상)	○		
	3일 이상 지속되는 복통	○		
호흡기 계통	여러차례의 구토(1일 1회 이상을 7일중 3일 이상)	○		
	혈변이나 토혈	○		
기타	잠을 못 이룰 정도의 호흡곤란	○		
	객혈	○		
기타				

### 3. 결론 및 시사점

- 본 연구는 의료서비스 연계를 중심으로 요양병원과 요양시설의 역할 정립방안을 모색하기 위한 목적으로 진행되었으며 주요 분석결과를 살펴보면, 2009년부터 2012년까지 연도별로 평균 요양병원에 입원해 있는 환자의 약 32%가 노인장기요양 등급인정자(1~3등급)로 판정을 받은 자로, 비록 노인장기요양보험 등급 인정자이지만 많은 요양시설 입소자가 의료적 처치가 필요한 이용자임을 증명하는 결과라고 할 수 있음.
- 노인장기요양보험 질환 특성이 대부분 만성질환임을 감안하면 시설 입소 후 발생한 경우는 많지 않을 것으로 보여짐.
  - 따라서 노인장기요양보험 등급인정(1~3등급)을 받았더라도 요양시설 입소 전에 요양병원으로 전원이 필요한 환자인지 등급판정 시 사전 스크리닝이 필요함을 보여주고 있음.
- 주요 설문조사 결과를 보면 요양시설 입소자들은 대부분 의료서비스가 필요할 경우 병원 이용에는 제약이 없으나, 의료서비스를 적절히 받지 못하는 이유에 대해서는 치료 가능 인력이 시설내에 없다는 응답이 가장 많은 것으로 나타남.
- 요양시설 관리자의 설문 조사 분석결과 또한 간호사에 대한 기초적인 처치 범위에 대한 기준 및 요양병원 이송에 관한 구체적인 기준 제시가 시급한 것으로 나타났으며 효율적 서비스 연계 구축을 위한 방안 역시 입소자의 기준을 명확히 할 수 있어야 하고, 요양병원과 요양시설간의 정보 공유가 쉽게 이뤄질 수 있어야 한다는 의견이 많은 것으로 분석됨.

- 심층면접 조사 결과를 보면 요양시설에서 의료서비스가 필요한 입소자는 크게 3가지 유형으로 분류가 가능
  - 첫째는 요양시설에서 의료적 처치가 가능하지 않음에도 불구하고 요양시설에서 의료적 서비스를 제공하는 경우이고, 두 번째는 요양시설에서 관리가 가능함에도 불구하고 전문간호인력의 부족 등으로 요양병원으로 전원을 하는 경우 그리고 마지막으로 단발성 응급성 질환으로 급성기 병원에서 치료를 받고 요양시설로 복귀해야하는 환자임에도 불구하고 요양병원에 입원하는 형태로 구분 할 수 있음.
  - 요양시설 내에서 조치 가능한 행위에 기준(안)을 바탕으로 아래의 그림과 같이 장기요양 등급 판정 단계에서 의사가 의료적 처치가 필요한 환자인지 구분하여 요양시설에서 조치가 가능하지 않은 상태이라면 노인장기요양 등급인정자(1~3등급) 이지만 요양병원에서 치료 후 시설로 이송하고 요양시설 입소 후에도 관련 기준을 판단 근거로 활용하여서 필요할 경우 요양병원 전원 상병, 급성기 상병, 요양시설에서 관리가 가능한 이용자를 구분해서 의료적 서비스를 제공하는 방안과 관련해서 검토가 필요함.



14 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

- 이를 위해 급성기 병원에서 치료를 받고 복귀한 시설 이용자가 일부 질환의 경우 요양시설에서 충분히 관리가 가능함에도 불구하고 협력병원, 촉탁의 제도 운영, 간호사 인력의 전문성에 따라 시설별로 편차가 심한 것을 감안하면, 일본에서와 같이 주치의(왕진)제도 도입을 검토할 필요가 있음.
- 또한 전문간호사를 많이 보유하고 있는 시설에 대해서는 현행 입소자 25명당 1명씩 두고 있는 간호(조무)사 비율을 개정해서 운영하는 방안 혹은 시설평가 시 가산점을 부여하는 방안과 관련해서 논의가 필요함. 또한 숙련된 간호사의 활용을 위해서 장기적으로 요양시설을 일정 규모 이상으로 재편하는 것도 방안을 검토할 필요가 있음.
- 또한 드레싱, 욕창 간호 등의 행위들은 고도로 소독(단순히 물을 끓여서 소독하는 방식이 아닌, 고압증기멸균이나 가스소독 등 필요)된 소독 기구를 사용하여야 제대로 된 감염관리가 이루어지는 것으로, 시설 내에서 어느 정도 수준의 소독시설 등과 같은 자원 확보가 가능한지 등도 사전에 정리되어야 할 필요가 있음.

□ 다음으로 국민건강보험공단 내부자료 분석한 결과를 보면 요양시설과 요양병원의 이용자가 부담하는 비급여를 포함한 본인부담 수준이 요양병원이 40~60만원, 요양시설이 43~49만원으로 큰 차이가 없음을 보여주고 있음. 이러한 결과는 기초통계자료를 분석한 결과로 뒷받침 되고 있는데 연도별로 요양시설과 요양병원 이용자의 1인당 총진료비 중 환자본인부담 비율이 요양시설과 병원에서 큰 차이가 없는 것으로 나타남.



○ 요양병원의 경우 의료서비스 제공시 환자군을 의료 요구도에 따라 7개군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)으로 구분하고 있는데, 의료요구도에 따른 최고도와 경도 간에 수가 차이를 확대해서 요양병원이 경도환자를 입원시키지 않는 방안 마련이 필요함.(일본에서는 중증의 경우 경증과의 수가차이를 확대하는 정책을 펴서 현재 요양병상에는 요양시설에 있어야 하는 환자를 10%미만으로 줄임)

□ 요양시설과 요양병원의 역할을 정립하고 효율적인 연계방안 마련을 위해서 본 연구는 급여실적 분석, 입소자 및 관리자 설문조사, 요양시설 심층 면접 조사 등 다양한 연구방법을 활용하여서 기초적이거나 마 욕구 파악 및 연계 기준안을 마련함. 향후 의료적 처치 관련 심층적인 분석을 통한 명확한 기준 마련을 위해 추가 연구를 제안함.





# 제1장 서론

제1절 연구의 필요성

제2절 연구의 목적 및 방법



## 제1절 연구의 필요성

우리나라는 65세 이상 노인인구가 2005년 432만 명에서 2010년 551만 명으로 연평균 5.0% 이상 증가하였다. 이렇게 증가하는 노인인구를 감안할 때 65세 이상 노인환자가 대부분을 차지하고 있는 요양병원의 경우 어느 정도의 환자증가를 예상할 수 있을 것이다. 그러나 그 증가 폭이 매우 높은 것으로 보도되고 있다. 국민건강보험공단의 자료에 따르면 65세 이상 노인이 80% 이상을 차지하는 요양병원의 입원환자 수는 2005년 3만 661명에서 2010년 17만 2,809명으로 연평균 41.3%증가한 것으로 나타나고 있다(국민건강보험공단, 2012).<sup>1)</sup> 2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험의 영향으로 노인성 질환자의 서비스 수요가 노인장기요양보험 시설 및 재가 급여 등으로 상당 부분 흡수되고 있음에도 불구하고 요양병원 입원 환자 수는 계속 증가하고 있음을 보여주는 결과이다.

이러한 환자수의 증가는 진료비나 요양기관수 측면에서도 많은 변화를 보여주고 있는데 요양병원 입원진료비는 2005년 1,251억원에서 2010년 1조 6,262억원으로 13배나 증가하여, 상대적으로 동일기간 전체 요양기관 입원진료비 증가율 2.2배와 비교할 때, 매우 큰 폭으로 진료비가

1) 의료법 제 3조에서는 의료기관의 종류를 의원급 의료기관, 조산원, 병원급 의료기관으로 분류하고 병원급 의료기관은 다시 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분하고 있으며, 요양병원은 장기입원이 필요한 환자를 위한 것이라고 규정하고 있음. 또한, 의료법 시행규칙 제36조에서는 요양병원을 노인성질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자 중 주로 요양이 필요한자로 규정하고 있음.

증가하고 있음을 보여주고 있다. 요양병원 기관수역시 동일기간 동안 202기관에서 866기관으로 4.3배 증가한 것으로 나타나고 있다. 이에 반해 요양기관 전체 기관수는 2005년 7만2,921개소에서 2010년 8만1,681개소로 1.1배 밖에 증가하지 않아 요양병원의 기관 수 역시 진료비 증가와 마찬가지로 비 정상적으로 급격하게 증가하고 있음을 보여주고 있다(국민건강보험공단, 2012).

이러한 현상은 요양시설에 입소한 대상자의 경우 노인성 질환자의 비율이 높아 의료 처치나 관리 필요성이 높은 경우가 발생할 수 있고, 기능 상태가 나쁘지 않아 노인장기요양보험에서 등급외자로 구분되었다 하더라도 가족의 소득정도나 부양정도에 따라 부득이하게 병원을 이용해야 하는 경우가 발생할 수 있음에도 불구하고 이와 관련해서 제대로 된 의료서비스 연계체계가 마련되지 않은데서 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

반면에 요양병원의 경우는 증가하는 환자의 의료적 필요도를 감안 필요이상으로 많은 병원을 운영하고 있고 이러한 과대경쟁은 의료나 간호 처치가 필요하지 않은 환자에게도 과도한 서비스를 제공하려는 도덕적 해이를 유발 할 수 있다. 그리고 이러한 현상은 궁극적으로 의료서비스의 질 저하 문제를 야기할 수 있는 것이다.

이론적으로 노인대상의 의료적 치료와 요양서비스는 분절적 서비스제공보다는 상호 연계되어 서비스가 제공되어야함에도 불구하고 현실적으로는 유기적으로 상호 연계되지 못하고 각각 분절된 상태에서 운영되고 있는 것이 사실이다. 이렇게 양 기관의 서비스가 분절되고 중복된 상태에서 제대로 서비스가 연계되지 못한 채 운영되다 보니 요양이 필요한 노인이 요양병원에 입원하고, 의료적 처치가 필요한 노인이 요양시설에 입소하는 기이한 현상이 발생하고 있는 것이다.

위에서 제기된 문제를 고려할 때 요양시설에서는 의료서비스 연계를

강화하고, 요양병원은 본래의 의료적 서비스 제공 기능을 충실히 수행하는 역할 정립방안이 필요한 것으로 판단된다.

## 제2절 연구의 목적 및 방법

이론적으로 노인의료관점에서 보면 요양병원은 급성기 병원과 노인장기요양시설사이에 위치하는 기관으로 노인장기요양시설 그리고 급성기 병원과의 연계는 필수적으로 요구되고 역할 역시 매우 중요한 기능을 담당하고 있다고 볼 수 있다. 일반적으로 노인의 경우 급성 혹은 만성질환으로 인한 의료적 욕구(medical needs)와 신체적 기능의 저하로 인한 요양(care)에 대한 욕구가 공존하는 특성을 보이고 있다. 따라서 노인의 의료적 욕구와 요양을 명확하게 별개로 명확하게 분리하여 적용하는 것은 현실적으로 많은 어려움이 존재한다고 볼 수 있다.

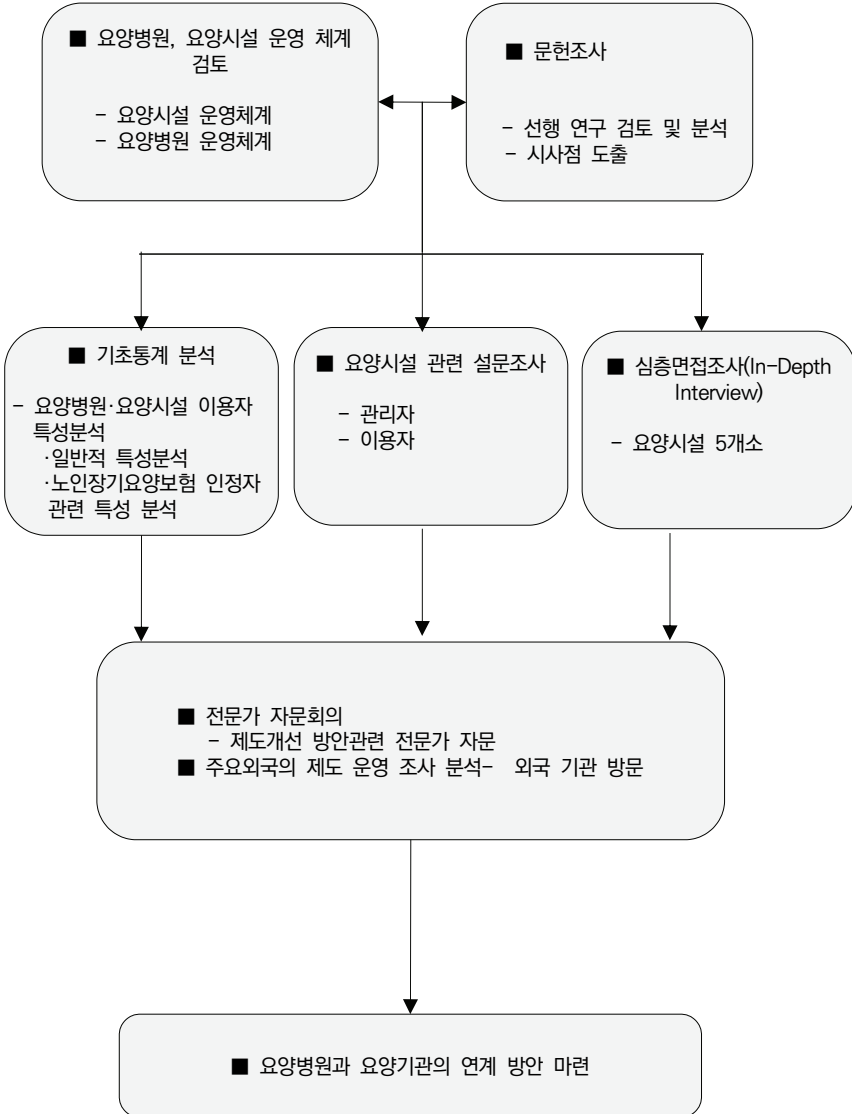
급성기 병원에서 치료를 받고 치료 이후에 지속적인 의료적 치료가 필요한 환자 혹은 노인요양시설에 있지만 만성질환 등으로 장기적인 입원이 필요한 시설 입소자를 입원시켜 치료를 담당하는 역할도 할 수 있고 이와는 반대로 요양병원에서 치료가 종료된 입원환자를 가급적 빠른 시일 내에 요양시설이나 지역사회로 복귀시키는 역할도 중요한 업무이다.

이러한 관점에서 본 연구에서는 기존의 일상적인 범주의 정책 제안보다는 연계체계 강화에 목적을 두고 연구를 추진하고자 하며 연구방법도 문헌고찰, 외국사례분석, 실증분석을 위한 국민건강보험공단의 요양시설, 요양병원 관련 기초통계 분석, 요양시설 관리자, 이용자 대상 설문조사, 그리고 질환별 시설 이용자의 의료적 처지 관련 심층면접조사(In-Depth Interview)를 통해 요양시설과 요양병원의 연계체계와 관련된 구체적인 대안을 제시하고자 한다.

앞서 말한 것처럼 본 연구는 이용자의 의료적 욕구 파악을 통해 요양병원과 요양시설의 의료적 욕구 관련 효율적인 연계방안을 제시하고자 다양한 연구 방법을 통해 진행하였다. 하지만 본 연구의 진행과정에서 관리자 및 이용자 대상 설문조사 및 심층면접조사는 요양시설 만을 대상으로 진행하였다. 요양시설 뿐 아니라 요양병원 관리자 및 입원환자를 대상으로 설문조사 및 심층면접조사를 통해 요양병원과 요양시설의 양측의 입장을 반영하여 연계방안을 제시하여야 하지만 본 연구는 요양시설로 한정하여 조사를 진행하였다. 요양병원과 요양시설의 역할과 관련하여서는 많은 문제제기와 논의가 이뤄지고 있지만 의료적 욕구에 따른 연계방안을 통한 역할정립 방안과 관련된 연구는 거의 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 탐색적 관점에서 요양시설의 입소자의 의료적 욕구를 판정하고 요양시설 내에서 처치 가능한 수준의 행위를 사전적으로 검토하는 수준으로 한정하여 진행하였다.



[그림 1-1] 연구 수행 체계도







## 제2장 선행연구 고찰 및 운영 체계·현황

제1절 선행연구 고찰

제2절 요양병원·요양시설의 운영체계 및 현황



# 2

## 선행연구 고찰 및 운영 << 체계 현황

노인장기요양보험제도가 도입(2008년 7월)되기 이전에도 제도 도입관련 문제점과 개선방안을 모색한 연구 자료가 많이 있다. 그러나 본 연구에서는 노인장기요양보험 제도 도입 이후 요양시설과 요양병원 제도운영과 관련된 문제점과 개선방안을 제시한 자료를 중심으로 선행연구를 고찰해보고 본 연구와 관련된 연구목적과 연구방법 그리고 연구방향 설정을 모색하고자 하였다.

### 제1절 선행연구 고찰

#### 1. 요양시설 및 요양병원 관련 문제점 검토

윤희숙 외(2010)는 요양병원에 국한된 연구보다는 노인장기요양보험제도 관련 전반적인 문제점을 살펴보았으며 연구에서는 크게 3가지 관점에서 문제에 접근하고 있다. 첫 번째는 노인장기요양보험 서비스의 질 관리와 관련해서 요양시설의 지정취소, 영업정지 등의 권한이 지방자치단체의 시장, 군수, 구청장에게 부여되어있어 관련사업 수행 주체인 국민건강보험공단이 평가결과를 재계약과 연동시키지 못하고 있는 점을 지적하고 있다.

두 번째는 의료적 서비스를 제공받을 필요가 거의 없는 환자나 의료적 서비스가 불필요한 환자임에도 요양병원을 이용하거나 이와는 반대로 의료서비스가 필요한 환자임에도 불구하고 요양병원 서비스를 이용하지 않

고 요양시설에 머무르는 경우가 발생하는 것을 문제로 제기하고 있다. 이러한 원인과 관련해서 연구자들은(윤희숙 외, 2010) 제도 도입초기에 요양병원과 요양시설의 기능구분이 제대로 이루어지지 않았기 때문에 판단하고 있다. 특히 요양시설과 요양병원이 공통으로 이용할 수 있는 환자 평가도구가 부재하기 때문에 소비자는 어떤 서비스가 자신에게 더 필요하고 효율적인지를 판단하지 못하는 점을 개선이 필요한 과제로 보고 있다.

세 번째는 노인장기요양보험의 특성을 고려하면 치료도 중요하지만 예방적 차원의 서비스제공도 필요한데 우리나라의 경우 개별 노인의 예방적 필요도를 적절하게 판단할 수 있는 평가도구가 부재하여 맞춤형 예방 차원의 서비스제공이 미흡하다는 점을 문제로 들고 있다. 이외에도 연구자들은(윤희숙 외, 2010)서비스 공급자의 과잉 경쟁, 서비스 질관리를 위한 질 관리 모니터링 시스템 부재, 국민건강보험공단과 지방자치단체, 요양병원과 요양시설간의 이해관계 등으로 인해서 제기될 수 있는 문제점을 해결할 수 있는 중앙부처의 리더쉽 부재, 의견수렴과 환류(feedback) 메커니즘 부재 등을 들고 있다.

최인덕 외(2009, 2010)는 요양시설 192개소, 요양병원 168개소에 대한 시설관계자 및 이용자를 대상으로 한 설문조사를 실시하였고 조사를 통해 관리운영 측면, 서비스 제공자 측면, 이용자 측면에서 문제점을 도출하였다. 연구자들(최인덕 외, 2009, 2010)이 조사를 통해 제기하고 있는 문제점은 다음과 같이 기술할 수 있는데 첫 번째로 요양시설과 요양병원의 역할 및 기능 중복 그리고 서비스 연계의 미흡을 들고 있다. 이와 관련해서 먼저 운영 측면에서는 노인장기요양보험을 이용할 수 있는 등급을 받았지만 요양병원을 이용하고 있는 환자가 존재하는 점, 이와 반대로 요양병원이나 병원 등에서 의료적 치료가 필요함에도 불구하고 요양시설에 입소하여 서비스를 받고 있는 수급자가 존재하는 점을 문제로 들

고 있다. 서비스 이용자와 관련해서는 자신의 건강상태, 경제적 부담, 그리고 보호자의 선택에 따라 요양시설과 요양병원을 혼용하고 있는 점을 해결이 필요한 과제로 보고 있다.

서비스 제공자와 관련해서는 요양시설, 요양병원 서비스 제공자가 재정적 영향을 고려해서 입소자나 환자를 시설이나 병원에 오래 입소시키거나 입원시키려는 경향이 있다는 점을 문제로 제기하고 있다. 이와 관련해서 특히 요양병원의 경우 환자의 본인부담을 차감하거나 면제하여 환자를 병원에 오래 머물게 하는 도덕적 해이도 나타나는 것으로 보고 있다. 연구자들은(최인덕 외, 2009, 2010) 요양병원의 경우 입원과 관련해서 적절한 통제장치가 없어 노인장기요양보험에서 등급 외 판정을 받은 대상자들이 많이 입원하는 경향이 있다고 기술하고 있다. 또한 요양병원의 시설, 인력, 서비스등과 관련해서 제대로 평가할 수 있는 기전이 마련되어있지 않은 점을 문제로 제기하고 있다. 연구자들이(최인덕 외, 2010) 제시한 기관별 현황은 아래와 같다.

먼저 요양시설의 경우 전체적으로 경영수지가 적자로 나타나고 있으며 (월 평균 176만원, 월평균 입소율은 75.8%) 요양시설 입소자수에 있어서도 시설 간 편차가 매우 큰 것으로 나타났다(0%~100%). 의료적 서비스 제공과 관련해서는 응급상황 시 시설 입소자를 의뢰할 협력기관은 최대 5개소까지 협력기관이 있는 곳으로 나타났으며 평균 1.73개소의 협력기관이 있는 것으로 분석되고 있어 비교적 응급상황과 관련한 협력체계는 잘 구축되어있는 것으로 분석되고 있다. 요양시설입소자를 질환별로 구분해보면 치매질환자가 42.7%로 가장 높고, 노인성 질환자와 중풍환자가 다음으로 나타났으며 암질환자가 가장 낮게 분포되어있는 것으로 나타났다.

서비스 비용과 관련해서는 비용을 할인 받아 본적이 있는 대상자가 75%에 달해 요양병원 간 과대경쟁으로 인한 환자유인 등 도덕적해이가

많이 발생하고 있음을 유추할 수 있다.

서비스 제공자에 대한 조사에서는 요양시설을 요양병원으로 전환하자는 의견에는 87.1%가 반대하는 것으로 나타났으며 요양시설에서 의료서비스의 필요성을 보통이상으로 느끼는 제공자가 89%로 높게 나타나 요양시설에서 의료서비스가 매우 필요함을 보여주고 있다.

요양병원과 관련해서는 요양시설과 마찬가지로 재정운영상태는 대체적으로 적자로 나타나고 있으나(월 평균 1,390만원) 시설보다 가동률은 높은 것으로 조사되었다. 월평균 병상 가동률은 87.26%에서 130%까지 운용하는 것으로 나타나 요양병원 간 편차역시 요양시설과 같이 높은 것으로 분석되고 있다.

요양병원 입원환자의 질환 상태를 보면 가장 많은 질병은 증풍이며 다음으로 치매환자 순으로 나타나 요양시설과 요양병원 공히 치매와 증풍환자가 2/3이상 차지하는 것으로 나타났다. 치료비용과 관련해서 서비스 비용을 할인 받아 본적이 있는 환자가 55.6%정도로 요양병원에서 역시 환자 유인과 관련된 도덕적해이가 많이 발생하고 있음을 간접적으로 보여주고 있다.

다음으로 이지윤 외(2008)는 노인장기요양보험 서비스가 필요한 환자 및 보호자 대부분이 요양시설보다는 요양병원을 선호하는 문제와 관련해서 요양병원환자의 요양시설 이동의사여부에 어떤 점이 영향을 미치는지를 분석하였다. 분석은 2007년 8월 현재 전국 476개 요양병원 중 간호인력 수준, 지역을 고려 비례층화 무작위 추출한 50개 기관과 기관의 입원환자를 대상으로 하였다.

분석결과를 보면 이동의사가 있다고 응답한 경우는 32.4%, 이동의사가 없다고 응답한 경우는 67.6%로 나타났으며 중등도 이상의 통증이 있는 경우, 입원비용 주부담자와 동거하는 경우가 동거하지 않는 경우보다 이



동의사가 높은 것으로 보고 있다. 이러한 결과는 질환의 정도와 비용부담 등이 이동과 관련해서 중요한 요인으로 작용하고 있음을 보여주고 있다.

입원비용 부담이 환자의 이동의사에 영향을 주는지를 살펴보기 위해 환자 본인부담금액, 비급여 본인부담금, 간병비를 이용하여 분석하였으며 비급여 비용부담이 많을수록 이동하려는 의지가 높게 나타났고 건강보험 급여본인부담금, 간병비는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 요양병원의 특성 중 요양병원 위치, 병상규모, 병상가동률 정도를 고려하여 이동의사를 분석한 결과 도시에 위치했거나, 병상규모가 적거나, 병상가동률이 낮은 경우 요양시설로 이동하려는 의사가 높게 나타났다.

권용진(2011)은 노인장기요양보험이 도입되기 전에는 요양병원이 요양시설의 역할을 수행해왔는데 이러한 문제점을 그대로 방치한 상태에서 노인장기요양보험이 도입되었고 현재까지 지속되다보니 이러한 영향으로 요양병원과 요양시설 간에 중복과 비효율이 존재하고 있다는 점을 지적하고 있다. 실증분석을 통해 서비스 제공자의 비용 할인 등을 통한 환자 유인으로 요양병원에 입원하는 것이 부적절한 환자임에도 불구하고 요양병원에 입원하는 경우가 발생하는 것으로 분석하고 있다. 최인덕 외(2010)연구결과를 인용 비용할인 등을 받아본 적이 있는 환자가 요양시설은 15.1%, 요양병원은 24.2%정도 있는 것으로 분석하고 있다. 권용진(2011)의 연구에서 제기하고 있는 두 번째 문제점으로는 요양병원의 경우 입원의 적절성과 관련해서 제대로 된 평가기준이 마련되어있지 않음을 지적하고 있다. 이와 관련해서 연구자는 요양보호 대상자의 건강상태와 처치의 필요성을 파악할 수 있는 3개영역, 건강상태(16개), 간호처치(10개), 의료처치(12개) 영역에서 건강상태에 문제가 없고 의료처치가 필요하지 않은 비율이 요양시설에서는 83.5%인 반면 요양병원에서는 43.2%로 나타나 요양시설과 요양병원 간 판정에 있어 편차가 매우 심한

것을 문제로 제기하고 있다. 윤종률 외(2009) 연구는 이러한 분석결과를 뒷받침하고 있는데 요양병원에 입원해 있는 환자 중 의료서비스가 필요하지 않는 환자는 약 10~30%정도로 추정하고 있다. 노용균(2010)의 연구에서는 동일하게 요양병원 입원환자의 1/3이상에 대해서는 입원의 적절성에 대한 평가가 필요하다고 주장하고 있다.

세 번째로는 인력, 장비, 그리고 경제적 문제 등으로 인해 요양시설에서 입소자에 대한 적절한 의료서비스가 제공되지 않는 것을 문제점으로 지적하고 있다. 네 번째로는 환자의 선택권 문제를 거론하면서 요양병원 환자가 1,2등급을 받고 질병상태가 호전된 경우라도 환자/보호자가 원치 않는 경우 강제퇴원이 불가능한 점을 들고 있다.

송현중(2011)은 요양병원의 인력 및 병상 공급현황, 요양병원 이용현황, 지출현황 분석을 통해 현재 우리나라의 노인장기요양보험제도가 지니고 있는 문제점을 도출하고자 하였다. 이와 관련 첫 번째로 2008년 기준 우리나라와 유사하게 의료기관에 장기요양병상을 가지고 있는 경제협력개발기구 소속(Organisation for Economic Cooperation and Development:OECD) 10개국을 비교 분석하였고 우리나라의 요양병원 인구 천명 당 병상 수가 다른 OECD국가에 비해 높아 이러한 원인이 지출증가로 이어지는 점을 문제로 들고 있다(표 2-1 참조).

〈표 2-1〉 OECD 국가의 요양병원 병상수

(단위: 병상)

구분	인구 천명당	노인인구 천명당
오스트리아	0.3	1.7
벨기에	0.2	1
핀란드	2.3	14
프랑스	1.5	9.6
아이슬란드	1	9
아일랜드	1.6	13.7
이스라엘	0.9	9.2
이탈리아	0.2	0.9
일본	2.8	12.6
스페인	0.3	1.9
10개국평균	1.1	7.4
한국	1.6	15.3

자료: 송현중, 요양병원의 현황과 정책과제, HIRA 정책동향, 2011.

두 번째로 송현중(2011)은 요양병원 이용자의 특성을 분석하였는데 결과를 살펴보면 요양병원에 입원하는 환자와 요양시설 입소자의 상병이 거의 유사한 것을 제시하면서 이러한 결과를 토대로 요양병원에 의학적 치료가 필요하지 않은 환자가 많이 입원해 있을 개연성이 존재한다고 보고 있다. 송현중(2011)은 요양병원의 경우 입원일수관련 가장 입원일수가 높은 상병으로 주로 치매, 뇌혈관질환, 편마비, 고혈압, 당뇨 순으로 예를 들면서 특히 치매의 경우 전체 입원일수의 30%를 차지하고 있는 것으로 분석하였다. 이와 같은 현상은 노인장기요양보험 대상자에게도 동일한 현상으로 나타나고 있는데 노인장기요양보험 인정자중 가장 많은 주 상병으로 나타나는 질환은 치매로 인정자중 23.3%, 뇌졸중은 25.5%, 치매+뇌졸중은 8%순으로 나타났다.

34 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

〈표 2-2〉 요양병원 입원일수 상위 10위 상병(진료연도 기준)

	2008			
	상병명	ICD-10	입원일수	
			일	비율
1	알츠하이머 치매	F00	2,876,552	14.65
2	뇌경색증	I63	2,854,474	14.54
3	상세불명 치매	F03	1,791,045	9.12
4	대뇌혈관질환후유증	I69	1,611,431	8.21
5	고혈압	I10	938,347	4.78
6	뇌내출혈	I61	703,260	3.58
7	편마비	G81	568,223	2.89
8	파킨슨병	G20	551,123	2.81
9	당뇨병	E11	544,441	2.77
10	치매	F01	523,174	2.66
	2009			
	상병명	ICD-10	입원일수	
			일	비율
1	알츠하이머 치매	F00	4,182,358	16.99
2	뇌경색증	I63	3,229,695	13.12
3	상세불명 치매	F03	1,996,599	8.11
4	대뇌혈관질환후유증	I69	1,764,112	7.17
5	고혈압	I10	1,494,220	6.07
6	뇌내출혈	I61	846,333	3.44
7	편마비	G81	766,297	3.11
8	당뇨병	E11	727,426	2.95
9	파킨슨병	G20	711,293	2.89
10	치매	F01	568,930	2.31

자료: 건강보험심사평가원 내부 자료, 송현중(2011)에서 재인용.

다음으로 국민건강보험공단의 내부자료(2013)에서는 요양시설과 요양병원의 역할정립과 관련해서 제기되고 있는 문제점을 크게 네 가지 측면에서 살펴보았는데 첫 번째 문제로는 공급과잉을 들고 있다. 자료에서는 2008년에서 2011년 사이에 요양병원과 요양시설의 증가현황을 제시하고 있는데 요양병원의 경우 2008년 689개소(75천 병상)에서 2011년 992개소(133천 병상)로, 요양시설의 경우는 동일기간 1,700개소(69천 병상)에서 4,063개소(124천병상)로 요양병원과 요양시설의 병상수가 지나치게 증가하는 점을 문제로 들고 있다. 병상수를 기준으로 볼 때 2008

년 이후 요양병원은 177%, 요양시설은 179% 증가하여 그 증가 폭이 우려할 정도로 심각한 수준임을 보여주고 있다.

두 번째로는 요양시설과 요양병원에 입소하거나 입원한 환자가 각 기관의 설립목적에 적합한 대상자인가를 살펴보았는데 국민건강보험공단의 내부자료(2013)에서는 요양병원 입원자 중 약 39.5%는 (아)급성이 아닌 노인장기요양 상태 환자로 밝혀졌으며 요양병원에 입원 중인 장기요양수급자의 47.2%(9,806명)는 요양목적으로 입원해 있는 것으로 분석되었다. 즉, 양 기관에 설립목적에 맞지 않게 이용자가 분포되지 않고 있다는 사실을 문제로 들고 있다(표 2-3, 2-4 참조)

〈표 2-3〉 요양병원에 입원중인 장기요양수급자 비중

(단위: 명, %)

요양병원 입원자	치료 목적	요양 목적	비 고
20,796명 (100%)	10,990명 (52.8%)	9,806명 (47.2%)	※ 2012.3월 통계월보 자료, 미이용자 47,534명 중 43.7%인 20,796명이 요양병원 이용

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 요양병원과 요양시설 역할정립방안, 2013.

이중 2010년 기준 요양병원 입원자 중 노인장기요양서비스 필요자는 15~20%로 보고되고 있다.

〈표 2-4〉 요양병원에 입원자중 장기요양서비스 필요자 비중

(단위: 명, %)

구분	의료 최고	의료 고도	의료 중도	의료 경도	문제행동	인지장애	신체기능 저하	정액수가 제외
76,217 (100%)	3,081 (4.04%)	19,037 (24.98%)	28,985 (38.03%)	1,022 (1.34%)	6,102 (8.01%)	6,527 (8.56%)	1,803 (2.37%)	9,660 (12.67%)

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 요양병원과 요양시설 역할정립방안, 2013.

세 번째로는 진료비용 측면에서 문제를 제기하고 있는데 자료에서는 요양시설과 요양병원의 월 평균 환자 본인부담금(비급여포함)은 50만원 전후로 비슷한 것으로 분석하고 있다. 그러나 요양병원의 간병비와 본인 부담상한액을 초과하는 금액(\*연한도 200만원인자의 월평균 본인부담 한도는 약 17만원 임)에서 요양시설과 차이가 발생하고 있고 이러한 비용 차이가 요양시설과 요양병원간 정상적인 역할 정립에 장애요인으로 작용 하는 것으로 분석하고 있다(표 2-5, 2-6 참조).

〈표 2-5〉 요양병원, 시설 간 본인부담 비교

구분	급여항목	비급여포함 <sup>1)</sup>	간병비
요양병원	32~51만원	40~60만원	* 집중간병수(7~9인)에 따라 비용상이(30~50만원)
요양시설	24~29만원	43~49만원	-

주: 비급여는요양병원 경우 검사료, 식대의 50%, 상급병실 차액 등을 요양시설의 경우 식재료대, 이미용료, 상급침실 차액 등을 의미함.

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 요양병원과 요양시설 역할정립방안, 2013.

〈표 2-6〉 요양병원, 시설 간 본인부담 비교 사례(서울 성동구 소재 2개의 요양병원)

요양병원	본인부담	장기요양 수급자수
서울효사랑병원 (혈액투석물리치료 가능, 중환자실 갖춤)	150만원 전후	1~3등급자 43명 ※ 등급외자 10명
은혜요양병원 (혈액투석 가능하나 이용자 거의 없음)	50~70만원	1~3등급자 3명 ※ 등급외자 3명

자료: 국민건강보험공단, 요양병원과 요양시설 역할정립방안 내부자료, 2013.

마지막으로 의료적 처치가 필요한 환자와 관련해서 노인장기요양 입소자가 요양병원을 이용하는 이유는 요양시설에서의 의료서비스 연계미흡, 가족이 살고 있는 도심과 가까운 곳에 요양시설이 없거나 부족하기 때문인 것으로 나타났다.

〈표 2-7〉 장기요양수급자 요양병원 이용사유

등급	사유	기능상태 등
1등급 (남)	만성신부전증에 의한 정기 혈액투석	- 하지근력 저하로 주로 침상생활 및 휠체어 이동 - 시설입소 희망, 정기투석으로 시설 이용 어려움
1등급 (남)	요양시설로 전원불편 (*본인부담 없음)	- 기초생활수급자(독거) - '10년 뇌경색 발병, 치료 종결 후 계속 입원
1등급 (남)	응급상황 대비	- 뇌졸중 이후 무의식 외상상태 - 기관지절개, 흡인, 경관영양 등 간호서비스 필요
2등급 (여)	가족 인근 요양병원 이용	- 골절 후유증으로 침상생활·치매증상 동반
2등급 (남)	본인부담의 차이가 없음	- 지역별 요양시설과 본인부담액의 차이가 거의 없음
3등급 (여)	3등급으로 요양병원 입원	- 노환으로 인한 기력저하로 독립보행 어려움, 인지기능 저하(요양병원 장기 입원 중)
3등급 (여)	돌봄가족이 있어 시설급여 불인정	- 부양가족(며느리)이 있으나 재가에서 부양 거부
3등급 (여)	치료 후 시설이용계획	- 치매, 기력저하로 재활치료 중 이후 시설입소예정

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 요양병원과 요양시설 역할정립방안, 2013.

다음으로 노용균(2011)은 “노인장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할정립 필요성”에서 “입소기준 판정조사표”(8개영역, 86개 항목)(대구한의대, 한국보건산업진흥원, 2008)를 이용하여 요양시설과 요양병원의 입소자 및 입원환자 상태 분석을 실시하였고 관련해서 문제점을 도출하였다. 분석결과에 따르면 3개(건강상태, 간호처치, 의료처치)영역에서 건강상태에 문제가 없고 처치가 필요하지 않은 비율이 요양시

설에서는 83.5%인데 반하여 요양병원에서는 43.2%로 나타나 환자가 혼재되어 있음을 문제로 들고 있다. 이러한 결과는 요양시설에 보다는 요양병원에 기관 특성상 부합되지 않는 환자가 많이 입원하였음을 보여주는 결과이다.

이렇게 양 기관 간 대상자가 혼재하여 존재하는 이유와 관련해서 연구자(노용균, 2011)는 요양시설에서 입소자의 건강관리나 의료기관과의 협력체계가 적절하게 이루어지지 않는 점을 문제로 기술하고 있다. 그리고 요양병원에서는 요양시설로 전원이 가능한 요양보호 대상자들이 요양시설로 전원이 제대로 이루어 이루어지지 않고 있다는 점도 문제로 지적하고 있다. 또한 요양시설과 요양병원 간 대상자 구분기준이 명확하지 않은 점, 요양병원과 요양시설 간 본인부담 차이가 거의 없는 점을 부가적인 원인으로 들고 있다.

선우덕(2011)은 요양병원에 요양시설 우선 입소대상자인 장기요양등급이 1, 2등급인 자가 다수 입원해 있는데 이는 사회복지시설에 대한 국민들의 낮은 인식으로 인하여 특별한 치료가 필요한 질병이 없어도 요양병원을 선호하는 경향으로 분석하고 있다.

이러한 결과는 기타 연구에서도 일부 입증되고 있는데 베이비붐 세대를 중심으로 이용자의 선택권(선호도)에 어떤 요소가 영향을 주는지 조사 분석한 결과에 따르면 소득이나 교육수준이 높을수록 상근의사가 있으면서 양질의 케어를 제공하는 요양병원을 선택하겠다는 응답이 높은 것으로 나타났다(정경희 외, 2010).



## 2. 요양시설, 요양병원 역할정립 방안 검토

현행 노인장기요양보험제도의 문제점과 관련하여 선행연구에서는 제도개선을 위한 많은 정책제언을 하고 있는데 윤희숙(2010)은 요양시설과 요양병원의 역할 재정립과 관련해서 요양병원과 요양시설에서 공통으로 적용되는 평가 도구를 사용하여 정기적으로 의료적 필요와 이송 필요성을 평가하도록 강제하는 것이 필요하다고 주장하고 있다.

최인덕 외(2009, 2010)연구에서는 요양병원과 요양시설의 입원 및 입소 규정을 명확하게 설정하여 대상자를 구분하는 것이 필요함을 강조하고 있다. 진료비 부담 측면에서는 의료적 치료가 필요함에도 요양시설을 이용하는 입소자의 경우 대부분 간병비 부담으로 인해 요양시설에 머무는 경향이 있는 것으로 보고 있으며 이러한 문제를 개선하기 위해서는 요양시설에서 간병비를 급역화하는 방안이 필요하다고 제안하고 있다.

재정지출 증가문제를 해결하기 위한 방안으로는 지출의 관리 운영체계를 일원화하는 것이 필요하다고 하면서 특히 요양과 치료의 경계(중간)에 해당되는 대상자와 관련 지출관리를 일원화하는 것이 우선되어야함을 강조하고 있다. 그리고 요양시설의 경우 노인장기요양보험이 도입되기 이전에는 중앙정부와 지방정부로부터 관리운영비 및 인건비 등을 지원받던 비영리기관이었으나 현재는 정부지원이 없는 병의원과 다른 비영리기관으로 운영되고 있어 요양시설에 대한 정부지원을 통해 역할을 재정립할 필요가 있다고 보고 있다. 다음으로 요양시설 입소자 및 요양병원 입원환자에 대한 지속적인 관리를 통해 요양시설과 요양병원이 자연스럽게 연계될 수 있는 방안을 고민해볼 필요가 있음을 제안하고 있다. 요양시설의 의료필요도를 충족하는 문제와 관련해서는 촉탁이나 협력기관의 문제점을 보완하거나 정비하는 방안으로 전담주치의제를 도입하는 방안

에 대한 검토가 필요하다고 제안을 하고 있다.

최인덕 외(2009, 2010)연구에서는 위에서 제안한 정책대안 외에도 요양병원을 노인장기요양보험에서 관리하도록 하며 요양병원을 노인전문병원으로 변화시키고 소요되는 재원은 건강보험에서 충당하며 기준에 미달되는 요양병원은 전문요양시설로 전환하는 방안, 적정수가 인상(수가 현실화), 요양병원과 요양시설이 공간을 공유해서 통합서비스를 제공하는 방안(integrated care system)에 대한 검토 필요성을 정책대안으로 제시하고 있다.

이지운 외(2008)는 요양병원과 요양시설의 대상자 기준과 서비스 내용에 대한 명확한 구분이 필요함을 강조하면서 노인요양시설의 의료서비스를 강화하고 요양시설과 요양병원의 차별화된 수가정책이 필요함을 주장하고 있다. 의료서비스의 연계차원에서는 요양병원 입원환자를 대상으로 요양시설에 대한 정보제공과 조정 및 연계방안이 필요함을 대안으로 제시하면서 요양병원과 지역 내 요양시설과의 연계체계가 제대로 구축될 필요성이 있음을 강조하고 있다.

권용진((2011)은 공급자의 인센티브 구조를 현행 일당정액제에서 포괄수가제로 전환시키고 요양병원 이용시 간병비를 보조하는 방안을 제안하고 있다.

또한 요양시설의 기능 강화를 위해서는 요양시설 입소자의 의료적 필요를 파악하고 일부 치료를 담당할 수 있는 의료전문인력을 배치하는 방안, 의사의 지도감독 하에 제한적 의료서비스를 전문 간호사 및 물리치료가 수행하는 방안, 그리고 입소자의 의료적 필요정도를 정기적으로 평가하는 시스템을 구축하는 것이 우선되어야 할 것으로 보고 있다. 이외에도 요양병원을 전문요양시설로 전환시키는 방안 혹은 동시 운영하는 방안에 대한 검토(복건복지 복합체 도입)가 필요함을 강조하고 있다. 마치

막으로 치료의 연속성(continuum of care)을 확보하기 위한 방안으로 통합케어(integrated care) 도입, 케어메니저와 케어플랜제도 도입이 필요하다고 보고 있다.

송현중(2011)은 요양병원의 역할정립을 위한 정책제안으로 의료수요에 기초한 요양병상 수급정책, 장기입원환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 기관에 알맞는 인력 및 시설 관련 자격 요건의 강화를 강조하고 있다. 또한 요양병원에 입원하는 환자와 요양시설에 입소하는 입소자의 상병정도가 매우 유사함 점을 고려 요양시설과 요양기관이 고유한 역할을 적절하게 수행할 수 있는 기능정립이 필요하고 이러한 점에서 고민이 필요하다고 보고 있다. 재정지출 증가문제와 관련해서는 진료비 지불제도를 포괄수가제로 변경하고 의료서비스 제공현황, 자원소모량 등에 대한 상시적인 모니터링 시스템 구축이 필요하다는 점을 제안하고 있다.

국민건강보험공단 내부자료(2013)에서는 의료와 장기요양의 기능정립 방안과 관련해서 다양한 정책안을 제시하고 있는데 그 주요 내용은 다음과 같다.

- 1) 의료와 요양서비스는 병원과 요양시설에서 제공하되, 요양시설에서 제공된 의료서비스의 비용은 건강보험에서 부담하는 방안
- 2) 요양병원은 의료처치를 필요로 하는 자((아)급성질환자)를 대상으로 서비스제공하고 요양시설은 생활시설로서 요양서비스를 제공하는 역할로 기능을 재설정하고, 의료기관과의 의료서비스 연계체계를 강화하는 방안
- 3) 요양시설에서의 의료서비스 연계 강화를 위해 요양시설 전담의(專擔醫)제를 도입(축탁의 대체)하고 지역의 시설입소자 수를 감안하여 2인 이상의 전담의를 지정 하며 시설 전담의에 대한 적절한 보상 체계 마련 (1인당 월정액 수가 등)

- 전담의 : 가정의학과, 내과, 재활의학과, 신경과, 정신과, 한방내과, 한방신경정신과 및 한방재활의학과목을 진료하는 의사, 그 밖의 노인성 질환에 대한 진료경험이 풍부한 의사
- 전담의 역할
  - ① 1인의 전담의가 담당하는 입소자 수 200인 이하
  - ② 전담의는 요양시설을 주1회 이상 방문
  - ③ 수급자 장기요양인정·갱신신청시 의사소견서 발급

4) 요양시설에 전문간호사를 배치하여 적절한 의료처치를 할 수 있도록 전담의의 권한과 책임을 부여하는 방안

노용균(2011), 노용균 외(2010)는 요양시설입소자에 대한 입소 전 영양병원에서와 같은 건강 및 기능상태에 대한 평가가 필요하고 의학적 처치가 필요한 환자들은 요양병원 등 의료기관에서 먼저 적절한 치료를 받고 시설에 입소하는 방안이 필요하다고 강조하고 있다. 그리고 요양시설에서의 의료서비스 제공 강화를 위해서 요양시설의 경우 지역사회에서 전문의 1명을 담당 주치의로 지정하거나 촉탁의 등에 대한 규정을 강화하는 것이 필요하다고 제안을 하고 있다.

다음으로 요양시설과 협력의료기관간의 협력체계를 강화하고 협력의료기관 및 의료인에 대한 적절한 보상체계 마련의 필요성을 강조하고 있다.

진료비 부담완화 차원에서는 장기간의 간병으로 인한 입소자 가족의 진료비 부담 완화가 필요하고 이를 위해 간병비를 지급하는 것이 필요하지만 도덕적 해이를 방지하기 위해 일정기간 만 지급하는 방안을 대안으로 제시하고 있다.

또한 현재 우리나라에는 요양병원 환자를 위한 환자 평가표와 노인장

기요양보험의 장기요양판정도구가 있으나 요양병원과 요양시설의 연계 체계강화를 위해서는 요양시설 입소자를 위한 새로운 판정도구의 개발이 필요함을 제안하고 있다. 즉 요양병원과 요양시설에서 관리해야할 대상자의 범위와 기준이 명확하게 마련되어야하고 이를 위해 노인장기요양보호대상자 중 요양시설에 입소하여야 할 기준, 요양시설 입소자중 요양병원으로 전원해야할 대상자의 기준, 요양시설 입소자중 요양병원으로 입원해서 치료를 받아야할 대상자, 요양병원 입원환자 중 요양시설로 전원이 가능한 대상자의 기준 마련이 필요하다고 강조하고 있다.

선우덕(2011)은 요양시설과 요양병원의 기능정립은 의료요구의 증등도를 감안하여 환자에게 선택권이 부여되는 제도로 개편되어야하는 점을 강조하고 있다. 또한 대규모 요양시설의 경우에는 의료적 케어가 어려우면서도 병세가 불안정한 장기요양대상자에 한하여 일정기간 간병비를 지원해 줄 수 있는 방안에 대한 검토가 필요하다고 보고 있다. 아래 <표 2-8>은 현재까지 선행연구 검토에서 제기된 문제점과 제도 개선방안을 요약해서 정리한 결과이다.

(표 2-8) 선행연구 결과 요약

구분	문제제기		정책제안
서비스 질 관리	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 요양시설의 지정취소, 영업정지 등의 권한이 지방자치단체의 시장, 군수, 구청장에게 부여되어있어 관련사업 수행 주체인 국민건강보험공단이 평가결과를 재계약과 연동시키지 못하고 있는 점</li> <li>2. 질 관리 모니터링 부재</li> <li>3. 국민건강보험공단과 지방자치단체, 요양병원과 요양시설간의 이해관계 등과 관련해서 부문 간의 역할을 재정립하고 방향을 제시할 수 있는 중앙부처의 리더십 부재</li> <li>4. 의견수렴과 환류(feedback)메커니즘 부재</li> <li>5. 공급자 난립. 특히 우리나라와 유사하게 의료기관에 장기요양병상을 가지고 있는 10개국을 비교 분석한 결과에 의하면 2008년 기준 우리나라의 요양병원 인구 천명 당 병상 수는 다른 OECD국가에 비해 높게 나타남.</li> <li>6. 요양병원의 시설, 인력, 서비스등과 관련하여 제대로 평가할 수 있는 기전이 마련되어있지 않음.</li> </ol>	서비스 질 강화	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료서비스 제공현황, 자원소모량 등에 대한 상시적인 모니터링 시스템 구축이 필요</li> </ol>

구분	문제제기	기 능 정 립 을 위 한 적 절 한 평 가 도 구 마 련	정책제안
기 능 중 복	<p>1. 노인장기요양보험을 이용할 수 있는 등급을 받았지만 요양병원을 이용하고 있는 환자가 있는 점. 이와는 반대로 요양병원이나 병원 등의 치료가 필요함에도 불구하고 노인장기요양시설에 입소하여 서비스를 받고 있는 수급자가 존재하는 점</p> <p>2. 요양시설, 요양병원 서비스 제공자 모두 수입자원에서 환자를 묶어두려고 하는 경향이 존재함. 특히 요양병원의 경우 환자의 본인부담을 함인하거나 면제하여 환자를 병원에 머물게 하는 방법도 사용하고 있는 것으로 나타남.</p> <p>3. 요양병원의 경우 입원환자 중 가장 많은 질병은 중풍이며 다음으로 치매환자 순으로 나타남. 요양시설과 요양병원 공히 치매와 중풍 환자가 2/3 이상을 차지</p> <p>4. 요양병원의 경우 이동의사가 있다고 응답한 경우는 32.4%, 이동의사가 없다고 응답한 경우는 67.6%로 나타남. 이동의사가 없는 경우는 동반질환의 개수가 많은 사람, 중등도 이상의 통증이 있는 경우, 독거가 아닌 경우가 독거에 비해 이동의사가 높게 나타남. 입원비용 부담과 외와 동거하는 경우 동거하지 않는 경우보다 이동의사가 높게 나타남.</p> <p>5. 입원비용 부담이 환자의 이동의사에 영</p>	기 능 정 립 을 위 한 적 절 한 평 가 도 구 마 련	<p>1. 요양병원과 요양시설의 역할 재검립과 관련하여서는 요양병원과 요양시설에서 공통으로 적용되는 평가 사정도구를 사용하여 정기적으로 의료적 필요와 이용 필요성을 평가하도록 강제하는 것이 필요</p> <p>2. 요양병원과 요양시설의 입원 및 입소 규정을 명확하게 설정하여 대상자를 구분</p> <p>3. 요양시설입소자에 대한 입소 전 요양병원에서의 같은 기간 및 기능상태에 대한 평가가 필요하고 의학적 처치가 필요한 환자들은 요양병원 등 의료기관에서 적절한 치료를 받고 시설에 입소하는 방안</p> <p>4. 현재 우리나라에는 요양병원 환자를 위한 환자 평가표와 노인장기요양보험의 장기요양판정도구가 있으나 요양병원과 요양시설의 연계체계강화를 위해서는 요양시설 입소자를 위한 새로운 판정도구의 개발이 필요</p> <p>5. 노인장기요양 보호대상자 중 요양시설에 입소하여야 할 기준, 요양시설 입소자 중 요양병원으로 전원해야 할 대상자의 기준, 요양시설 입소자중 요양병원으로 입원해서 치료를 받아야 할 대상자, 요양병원 입원환자 중 요양시설로 전원이 가능한 대상자의 기준 마련이 필요</p>
		기 능 정 립 을 위 한 적 절 한 평 가 도 구 마 련	<p>1. 서비스 공급주체를 요양시설, 전문요양시설, 요양병원으로 다양화 하여 요양시설에는 전문요양시설보다 단순한 요양이 필요한 수급자를 전문요양시설에는 치매 재활 간호등을 구분하여 인지치로 물리치료 재활치료 등을 수행하고 요양병원은 전문요양시설보다 난이도가 높은 수급자를 담당하게 함</p> <p>2. 의료와 요양서비스는 병원과 요양시설에서 제공하되, 요양시설에서 제공된 의료 서비스의 비용은 건강보험에서 부담하는 방안</p> <p>3. 요양병원을 전문요양시설로 전환시키는 방안 혹은 동시 운영하는 방안에 대한 검토 필요(보건복지 부합체 도입)</p>

구분	문제제기	연계체계강화	정책제안
	<p>향을 주는지를 살펴보기위해 급여본인 부담금, 비급여 본인부담금, 간병비를 이용하여 분석한 결과 비급여 비용부담이 많을수록 이동하려는 의지가 높게 나타났다.</p> <p>6. 요양병원의 경우 임원의 직결성과 관련 된 평가가 부재함. 요양보호 대상자의 건강상태와 처치의 필요성을 파악할 수 있는 3개영역, 건강상태(167개), 간호처치(10개), 의료처치(12개) 영역에서 건강상태에 문제가 없고 의료처치가 필요하지 않은 비율이 요양시설에서는 83.5%인 반면 요양병원에서는 43.2%로 나타나 요양시설과 요양병원 간 판정에 있어 편차가 심함. 요양병원에 임원 해 있는 환자 중 의료서비스가 필요하지 않는 환자가 약 10~30%정도로 추정하고 있으며 요양병원 환자의 1/3이상에 대해서는 임원의 적절성에 대한 평가가 필요하다고 주장</p> <p>7. 환자의 선택권 문제를 지론하면서 요양병원 환자가 1.2등급을 받고 질병상태가 호전된 경우라도 환자/보호자가 원치 않는 경우 강제퇴원이 불가능한 점들 들고 있음.</p>	<p style="text-align: center;"><b>연계체계강화</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 요양병원과 요양시설이 공간을 공유해서 통합서비스를 제공하는 방안도임 (integrated care system)</li> <li>2. 노인요양시설의 의료서비스를 강화, 요양시설에서의 의료서비스 연계 강화를 위해 요양시설 전담의(専擔醫)제를 도입(축탁의 대제)하고 지역의 시설입소자를 감안하여 2인 이상의 전담의 지정 하며 시설 전담의에 대한 적절한 보상체계 마련(1인당 월정액 수가 등)</li> <li>3. 요양병원 임원자를 대상으로 요양시설에 대한 정보제공과 조정 및 연계방안 구축</li> <li>4. 요양시설과 협력의료기관간의 협력체계를 강화하고 협력의료기관 및 의료인에 대한 적절한 보상체계 마련</li> <li>5. 요양시설의 기능 강화를 위해서는 요양시설 입소자의 의료적 필요를 파악하고 일부 치료를 담당할수 있는 의료전문 인력을 배치하는 방안, 의사의 지도 감독 하에 제한적 의료서비스를 전문간호사 및 물리치료사가 수행하는 방안, 그리고 입소자의 의료적 필요정도를 정기적으로 평가하는 시스템 구축</li> <li>6. 케어네트워크와 케어플랜제도 도입</li> <li>7. 요양시설에 전문간호사를 배치하여 적절한 의료처치를 할 수 있도록 전담의의 권한과 책임부여 등</li> <li>8. 요양시설과 요양병원의 연계강화를 위한 복지와 보건의료가 통합된 (가칭) 노인 보건복지법 마련</li> </ol>



구분	문제제기		정책제안
기 타	<p>1. 인력, 장비, 그리고 경제적 문제 등으로 인한 요양시설에서 입소자에 대한 적절한 의료서비스가 제공되지 않고 있음</p> <p>2. 치료를 위한 환자의 지출 부담 문제로 요양병원과 시설의 월 평균 본인부담금(비급여포함)은 50만원 전후로 비슷함. 다만, 신체차이는 요양병원의 간병비와 본인부담상한액을 초과하는 금액(*연한도 200만원인자의 월평균 본인부담 한도는 약 17만원 임)</p>	진료비 부담 완화, 경영지원 강화	<p>정책제안</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의료적 치료가 필요함에도 요양시설을 이용하는 입소자의 경우 대부분 간병비 부담으로 인해 요양시설에 머무는 것으로 나타나 시설에서 간병비 문제를 급여화하는 방안에 대한 검토가 필요</li> <li>2. 재정지출의 관리 운영체계를 일원화, 요양과 치료의 경계(중간)에 해당되는 대상자와 관련 지출관리를 일원화</li> <li>3. 요양시설의 경우 노인장기요양보험이 도입되기 이전에는 중앙정부와 지방정부로부터 관리운영비 및 인건비 등을 지원받는 비 영리기관이었으나 현재는 정부 지원이 없는 영의원과 다름없는 비영리기관으로 운영되고 있음. 요양시설에서에 대한 정부지원이 필요</li> <li>4. 적정수가 인상, 요양시설과 요양병원의 차별화된 수가정책이 필요</li> <li>5. 공급자의 인센티브 구조를 현행 일당정액제에서 포괄수가제로 전환시키고 요양병원 이용시 간병비를 보조하는 방안</li> </ol>

### 3. 시사점

기존 선행연구를 보면 문제제기는 거의 동일한 수준이고 관련 정책도 대부분 구체적이지 못한 일상적임 범주의 정책제안에 그친 것으로 판단된다. 문제를 해결하기 위한 정책제안은 크게 2가지로 분류할 수 있는데 첫 번째는 어떻게 하면 평가도구나 전달체계문제를 재정립해서 요양병원은 요양병원에 적절한 환자만 받고 요양시설은 요양시설에만 적합한 입소자만 받는 것인데 이와 관련해서는 적절한 평가도구가 만들어져야 하는데 구체적인 대안제시가 없는 것으로 보여진다.

두 번째로는 기관에 적절한 환자나 입소자만 받는 것이 어려우니 적절한 연계체계를 구축해서 서비스가 필요한 대상자가 필요한 서비스를 제대로 받을 수 있도록 하자는 안으로 볼 수 있으며 이 또한 구체적인 대안제시가 없이 원론수준의 대안만 제시하고 있는 상태로 볼 수 있다.

연구 방법도 대부분 기본적인 문헌연구나 설문조사를 통해 이루어지고 있는데 설문조사 역시 이용자나 관리자의 일반적인 특성을 파악하는데 그치고 있는 것으로 판단된다.

## 제2절 요양병원·요양시설의 운영 체계 및 현황

### 1. 법적근거

우리나라에서는 요양이 필요한 노인에게 의료와 요양서비스를 제공하는 기관으로 의료법(의료법 제3조, 의료법시행규칙 제36조)<sup>2)</sup>에 근거한

2) <의료법>

제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위

요양병원, 노인복지법(노인복지법 제31조~39조, 시행규칙 제30조의 2, 제14조~제29조)에 근거한 노인의료복지시설로 노인요양공동생활가정, 노인요양시설이 존재하고 있다.

하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30, 2011.6.7>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료 행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육상당을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

제3조의2(병원등) 병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

의료법 시행규칙

제36조(요양병원의 운영) ① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다. <개정 2010.1.29>

1. 노인성 질환자

2. 만성질환자

3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자

② 제1항에도 불구하고 전염성 질환자는 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니하며, 정신질환자(노인성 치매환자는 제외한다)는 정신병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신병원을 말한다) 외의 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. <신설 2010.1.29>

③ 각급 의료기관은 제1항에 따른 환자를 요양병원으로 옮긴 경우에는 환자 이송과 동시에 진료기록 사본 등을 그 요양병원에 송부하여야 한다. <개정 2010.1.29>

④ 요양병원 개설자는 요양환자의 상태가 악화되는 경우에 적절한 조치를 할 수 있도록 환자 후송 등에 관하여 다른 의료기관과 협약을 맺거나 자체 시설 및 인력 등을 확보하여야 한다. <개정 2010.1.29>

## 2. 운영목적

요양병원과 요양시설의 운영목적은 보면 요양병원은 의사(또는 한의사)가 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양이 필요한 노인성 질환과 장애가 있는 자에 대한 입원, 외래 및 재활 치료 등의 의료서비스 제공을 목적으로 하고 있다. 주요업무는 급성기 치료 이후 회복기에 있는 환자나 신체기능을 회복시키는 재활치료 환자, 호스피스 제공이 필요한 환자, 요양시설이나 집에 있는 노인 환자 중 급성질환 치료가 필요한 환자, 뇌졸중 등 뇌혈관 질환으로 인해 발생하는 재활치료 환자, 아급성기 노인환자들의 입원 치료이다.

요양시설은 치매, 중풍 등의 노화 및 노인성질환으로 인한 신체, 정신 기능의 쇠퇴로 거동이 불편한 자에 대한 신체활동 및 일상 가사지원 등의 복지 서비스제공을 목적으로 하고 있다. 2007년 기존의 전문요양시설·요양시설, 유료·실비·무료 시설 등 구분을 없애고, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문병원으로 통합 조정하여 노인복지법을 개정하였고 이러한 과정을 거치면서 요양시설이 태동하게 되었다. 노인장기요양보험법에 의한 노인요양시설도 노인복지법에 명시된 노인의료복지시설의 종류 중 노인전문병원을 제외하고 노인복지법에 따르도록 규정되어있다.<sup>3)</sup>

---

3) 관련근거: 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류)

(표 2-9) 요양시설과 요양병원의 역할과 서비스 내용

구 분	요양병원	요양시설
서비스 내용	- 노인성 질병을 치료하거나 예방	- 노화 현상에 의한 신체, 정신 기능의 쇠퇴로 인해 거동이 불편한 자에게 세면, 배설, 목욕 등의 신체활동 지원과 조리, 세탁 등 일상 가사지원
서비스를 받을 수 있는 자	- 질병이나 장애가 발생한 자가 본인 및 의사의 판단에 따라 의료서비스 제공	- 장기요양 인정등급을 받은 자가 급여 이용 계약시 서비스 실시
서비스 한도	- 의학적으로 질병이나 부상의 치료 종결 시	- 장기요양보험의 한정된 자원을 효율적으로 집행하기 위해 월 한도액 범위내에서 서비스 실시
서비스 제공인력	- 의료인(의사, 간호사, 약사등)	- 사회복지사, 간호(조무)사, 요양보호사, 물리치료사 등

자료: 노용균 외, 노인장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할정립필요성, Health Insurance Review & Assessment Service, 2011.

### 3. 지불체계와 수가

#### 가. 요양 병원

요양병원의 급여비용은 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 요양병원(단, 「정신보건법」 제3조 제3호에 따른 정신병원「장애인복지법」, 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설은 제외)이 국민건강보험법령의 규정에 의하여 입원 진료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 적용하고 있다.

상대가치점수는 입원일당정액으로 하고 있으며 정액수가는 행위점수에 국민건강보험법 제45조 제3항과 동법 시행령 제21조 제1항에 따른 점수 당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료금액을 합하여 산정하고 있다.

정액수가는 요양기관 종별 가산율의 금액, 각종 가산제도에 의해 가산

한 금액, 요양병원 입원료를 포함한다. 또한, 이외에 고시된 약제·치료재료급여목록에 해당하는 약제 및 치료재료를 포함하고 있으며 정액수가에 포함되지 않는 항목인 식대, MRI, 전문재활치료, 혈액투석 및 혈액 투석액 복막 투석액 등은 별도 산정하고 있다.

정액수는 1일당으로 산정하며, 1일은 12시 정오부터 다음날 12시 정오 까지를 의미하며 0~6시 사이에 입원하거나 18~24시 사이에 퇴원한 경우 소정점수의 50%를 별도 산정하고 있다. 입원 181일째부터 360일째까지는 정액 수가 소정 점수에서 요양병원 입원료 소정점수의 5%를 감산하여 산정하며, 입원361일째부터는 요양병원 입원료 소정 점수의 10%를 감산하여 적용하고 있다.

## 나. 요양 시설

노인장기요양급여비용 등에 관한 고시(2013, 국민건강보험공단)에 따르면 요양시설 급여비용은 장기요양등급 및 급여제공 일수를 기준으로 산정하고 있다. 단, 개인위생, 목욕 등 신체활동지원, 간병·수발 등의 일상생활지원, 요양관리, 취미, 오락, 운동, 간호, 생활지도, 일상동작훈련, 기능훈련, 기타 복지서비스 등 요양시설에서 생활하는데 필요한 제반 비용은 별도 산정하지 않고 있다.

요양시설의 급여비용은 1일당으로 산정하며 1일은 0시부터 24시까지를 의미한다. 입·퇴소 당일 급여제공 시간이 12시간 이상인 경우에는 해당 급여비용의 100%, 12시간 미만인 경우에는 50%만 산정하고 있다.

〈표 2-10〉 요양 시설급여 1일당 금액

분 류	금액1(원)	금액2(원)
	'13.1.1~2.28까지 적용	'13.3.1부터 적용
노인요양시설(구 노인복지법) <sup>1)</sup>		
① 장기요양 1등급	40,290	41,190
② 장기요양 2등급	36,500	37,370
③ 장기요양 3등급	32,700	33,550
노인요양시설(단기보호에서 전환) <sup>2)</sup>		
① 장기요양 1등급	45,180	-
② 장기요양 2등급	41,320	-
③ 장기요양 3등급	37,460	-
노인전문요양시설(구 노인복지법) <sup>1)</sup>		
① 장기요양 1등급	51,020	52,420
② 장기요양 2등급	47,260	48,630
③ 장기요양 3등급	43,480	44,830
노인요양시설		
① 장기요양 1등급	51,020	52,640
② 장기요양 2등급	47,260	48,850
③ 장기요양 3등급	43,480	45,050
노인요양공동생활가정		
① 장기요양 1등급	48,900	50,190
② 장기요양 2등급	45,290	46,570
③ 장기요양 3등급	41,670	42,930

주: 1) 보건복지부령 제2008-437호(2008.1.28) 노인복지법 시행규칙 일부개정령 부칙 제2조 및 제3조의 경과규정을 적용받는 노인요양시설.

2) 보건복지가족부령 제2010-161호(2010.2.24) 노인복지법 시행규칙 일부개정령에 따라 단기보호를 제공하는 장기요양기관에서 노인요양시설로 전환한 기관.

자료: 국민건강보험공단, 장기요양급여비용 등에 관한 고시, 2013.

#### 4. 운영체계

요양병원과 요양시설의 운영체계를 비교해보면 기관수는 2011년 기준 요양병원이 977개, 요양시설은 4,061개소로 나타났으나 연간 실이용자수에서는 요양병원이 708,462명으로 요양시설의 131,590명에 비해 상대적으로 매우 높게 나타나고 있다. 1인당 평균 급여비용에 있어서는 요양병원이 3배 정도 높은 것으로 분석되고 있으며 본인부담은 비슷한 수준이다. 요양병원과 요양시설의 환자 세부 분류군 기준과 인정조사 평가항목은 아래 표와 같다.

54 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

〈표 2-11〉 요양병원과 요양시설 운영체계 비교(2011년기준)

구분	요양병원	요양시설
연혁	1994년 1월	2008년 7월
법률	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법
재원	건강보험	노인장기요양보험
기관수(병상수) -정원	977개소(132,662 병상) - 입원실 정원 없음, - 다인실인 경우 1인당 4.3㎡ 확보	4,061개소 (123,712 병상) - 침실 정원 4인
연간 실이용자수	708,462 (명)	131,590 (명)
1개 기관당 월평균 청구액	181,781 (천원)	32,290 (천원)
연간 총 급여 비용 지급액	2,131,204,628 (천원) - 공단부담 1,610,799,229 (천원) - 본인부담 520,405,399 (천원)	1,411,760 - 공단부담 1,129,408 (천원) - 본인부담 282,352 (천원)
1인당 급여 비용 공단부담금 본인부담금	○ 평균 3,008,213 원 - 2,273,656 원 - 734,557 원	○ 평균 1,309,069 원 - 1,047,255 원 - 261,814 원
시설기준	- 30병상 이상 입원실, 의무 기록실, 소독시설, 식당, 휴게실 등 - 물리치료실이 갖춰진 경우 92.2%(‘09)	- 침실(1실4인이하), 식당, 조리실, 세면장 및 목욕실 등 ※ 10인 이상 시설에는 의료 및 간호 사실, 프로그램실, 물리치료실 갖춘
인력기준	- 의사 : 환자 40명당 1인 - 간호사 : 환자 6명당 1인 - 기타인력(인센티브) : 약사, 방사선사, 물리치료사, 임상병리사, 사회복지사, 의무기록사	- 촉탁의(월 2회 방문) - 간호(조무)사 : 입소자 25명당 1인 - 물리(작업)치료사 : 입소자 30명 이상인 경우 1인 - 사회복지사 : 입소자 30명 이상인 경우 1인 - 요양보호사 : 입소자 2.5명당 1인
이용절차	환자의 선택	등급판정위원회: 등급판정(1~3등급)
환자군 분류	의료서비스 요구도에 따라 7개군 (의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문 제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신 체기능저하군) ※ 요양필요도에 따른 고려 없음	기능상태 및 요양필요도에 따라 3등급 분류(1등급(最重症), 2등급(重症), 3등급 (中等症)) ※ 의료필요도의 평가활용 미흡
급여 내용	노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있 는 자에 대한 치료 및 간병	신체활동지원(개인위생, 목욕 등), 일상 생활지원(간병, 수발 등), 일상동작훈련, 기능훈련, 간호, 취미, 오락, 운동 등 프 로그램 운영
본인부담	- 월 평균 40~50만원 · 기본 20%(신체기능저하군 40%) · 식대 50% - 간병비 30~50만원 ※ 집중간병수준에 따라 차이(7~8인)	- 월 평균 40~50만원 · 기본 20%(26만원, 등급에 따라 차등) · 식재료대, 이미용료 등 비급여

자료: 2012 건강보험주요통계, 국민건강보험공단, 2013.



(표 2-12) 요양병원 환자 세부 분류군 기준

대분류군	분류기준	중분류
의료 최고도	ADL이 11점 이상이면서 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 하나 이상에 해당하는 경우	count 3~6 count1~2
의료 고도	다음 중 어느 하나에 해당 - 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환을 가진 환자가 ADL 18점 이상 - 다발경화증, 사지마비 환자가 ADL 11점 이상 - 2단계 욕창 또는 2단계 울혈성 및 허혈성 궤양이 2개 이상이면서 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있거나 3~4단계 피부궤양이 1개 이상이면서 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있는 경우 - 발열(탈수, 구토, 체중감소, 경관영양 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함) - 2도 이상 화상 - 경관영양 또는 말초정맥영양 - 흡인 - 수혈 - 기관 절개관 관리 - 산소요법 - 결렬하거나 참을 수 없는 통증이 매일 있는 경우 - 당뇨병환자가 발의 감염 또는 발의 개방성 병변이 있는 드레싱을 받고 있는 경우 - ADL이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우	ADL17~20점 ADL 9~16점 ADL 4~ 6점
의료 중도	다음 중 어느 하나에 해당 - 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환을 가진 환자가 ADL 11~17점 - 2단계 욕창 또는 2단계 울혈성 및 허혈성 궤양이 1개이면서 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받는 경우 - 당뇨이면서 매일 주사 필요 -배노훈련을 받고 있는 경우 - 정맥주사에 의한 투약 -네블라이저 요법 - 경미하거나 중등도의 통증이 매일 있는 경우 - 수술창상이 있으면서 이에 대한 치료를 받거나 개방창이 있으면서 이에 대한 드레싱을 받는 경우 - 위루, 요루 또는 장루 관리를 받고 있는 경우	
문제 행동군	망각, 환각, 초조, 공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증세를 1주일에 2일 이상 또는 4주에 일일 이상 보인 경우	ADL 4~20점
인지 장애군	인지 기능검사 결과 0~19에 해당하는 경우	ADL 4~20점
의료 경도	ADL이 6점 이상이고 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있는 경우	ADL13~20점 ADL 6~ 12점
신체 저항군	입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자에게 산정	ADL 13~20점 ADL 6~12점 ADL4~5점

주: 1) ADL은 식사하기, 체위변경하기 옮겨앉기, 화장실사용하기의 점수를 모두 합하여 산정하되, 문항별 점수는 완전자립 1점, 감독필요 2점, 약간의 도움 3점, 상당한 도움 4점, 전적인 도움과 행위발생 안함은 5점을 부여함.

2) count는 의료최고도 조건인 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 해당하는 조건 수에 의료고도 또는 의료중도 해당조건이 존재할 경우 1을 더하고, 모두 존재할 경우 2를 더하여 산정.

자료: 건강보험심사평가원(2010), 권용진(2011) 한국보건행정학회 학술대회에서 재인용.

〈표 2-13〉 노인장기요양 인정조사 평가 항목

영역	항목		
신체기능 (ADL) (12 항목)	·옷 벗고 입기 ·세수하기 ·양치질하기 ·목욕하기	·식사하기 ·체위변경하기 ·일어나 앉기 · 옮겨 앉기	·방 밖으로 나오기 ·화장실 사용하기 ·대변 조절하기 ·소변 조절하기
인지기능 (7항목)	·단기 기억장애 ·상황 판단력 감퇴 ·나이·생년월일 불인지	·날짜불인지 ·장소불인지	·지시불인지 ·의사소통·전달 장애
행동변화 (14항목)	·망상 ·환각, 환청 ·슬픈 상태, 울기도 함 ·불규칙수면, 주야혼돈 ·도움에 저항	·서성거림, 안절부절못함 ·폭언, 위협행동 ·물건 망가트리기 ·의미없거나 부적절한 행동 ·부적절한 웃임기	·길을 잃음 ·밖으로 나가려함 ·돈·물건 감추기 ·대소변불결행위
간호처치 (9항목)	·기관지 절개관 간호 ·흡인 ·산소요법	·욕창간호 ·경관 영양 ·암성통증간호	·도뇨관리 ·장루간호 ·투석간호
재활 (10항목)	운동장애(4항목)		관절제한(6항목)
	·우측상지 ·좌측상지	·우측하지 ·좌측하지	·어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 및 수지 관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절

자료: 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 제5호서식의 「장기요양인정조사표」에서 재인용.

## 5. 기관 현황

기관수 현황을 보면 아래에서 제시된 바와 같이 요양병원 요양시설 모두 2008년에 비해 매우 가파르게 증가하고 있음을 보여주고 있다.

〈표 2-14〉 연도별 요양기관수(요양병원 포함)

(단위: 개)

구분	계	상급 종합병원	중합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	한방 병원	한방 의원	조선원	보건 기관	약국
2003	67,960	42	241	803	68	23,559	103	11,556	152	8,699	70	3,405	19,262
2004	70,394	42	241	857	113	24,301	108	12,083	156	9,176	63	3,416	19,838
2005	72,921	42	249	909	203	25,166	124	12,548	149	9,761	52	3,422	20,296
2006	75,108	43	253	961	361	25,789	136	13,002	145	10,297	51	3,437	20,633
2007	76,803	43	261	1,048	591	26,141	153	13,339	142	10,859	51	3,445	20,730
2008	78,461	43	269	1,193	690	26,528	168	13,750	146	11,334	51	3,456	20,833
2009	80,270	44	269	1,262	777	27,027	183	14,242	158	11,782	49	3,462	21,015
2010	81,681	44	274	1,315	867	27,469	191	14,681	168	12,061	46	3,469	21,096
2011	82,948	44	275	1,375	988	27,837	199	15,058	184	12,401	40	3,468	21,079
2012	83,811	44	278	1,421	1,103	28,033	201	15,365	201	12,705	33	3,469	20,958

자료: 2012 건강보험주요통계, 국민건강보험공단, 2013.

58 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

〈표 2-15〉 연도별 장기요양기관수(시설)

(단위: 개, 명)

구분	계	노인요양 시설	노인전문 요양시설	(구)노인 요양시설	노인요양공동 생활가정	노인요양시설 (단기보호전환)	
08	기관	1,700	375	482	522	321	-
	정원	68,978	17,043	28,478	20,703	2,754	-
09	기관	2,629	725	488	482	934	-
	정원	88,191	31,567	29,159	19,492	7,973	-
10	기관	3,751	1,078	450	415	1,343	465
	정원	116,782	49,073	27,970	17,203	11,304	11,232
11	기관	4,061	1,352	411	334	1,572	392
	정원	123,712	63,017	24,395	13,237	13,325	9,738
12	기관	4,327	1,646	369	244	1,739	329
	정원	131,761	76,936	21,945	9,427	14,951	8,502

자료: 2012 건강보험주요통계, 국민건강보험공단, 2013.



## 제3장 주요국의 장기 요양서비스와 의료 서비스 연계 현황

제1절 장기요양 제도 서비스 연계의 필요성

제2절 장기요양제도와 통합적 케어(Integrated Care)

제3절 장기요양 제도와 케어 매니지먼트(Care management)



# 3

## 주요국의 장기 요양서비스와 << 의료 서비스 연계 현황

본 장에서는 주요국의 장기요양 서비스 연계 체계 사례를 고찰하고자 한다. 우리나라 보다 먼저 고령화를 경험한 국가들은 노인들의 신체적, 질병적 특징에 따라 의료와 요양서비스가 끊임없이 계속하여 연계, 포괄적으로 제공될 수 있도록 장기요양 서비스의 기능을 재정립하기 위해 노력하고 있다. 이러한 노력에 따라 각 국가별로 다양한 발전 방식을 보여주고 있다. 덴마크, 벨기에, 아이슬란드는 만성기 또는 말기 환자의 의료병상을 장기요양병상에 포함시켜 운영하는 형태로 운영하고 있으며, 프랑스와 스웨덴은 노인전문병원이나 일반병원 내 노인치료병상을 장기요양병상에 포함시키는 형태로 운영하고 있다. 우리와 같이 요양병원을 제도화하고 있는 형태로 캐나다, 폴란드, 미국이 있다. 또한 특히 재가서비스 중심으로의 전환을 통해 재정의 지속가능성을 강조하면서 의료서비스의 연계나 조정도 매우 중요한 쟁점으로 논의되고 있다.

이러한 차원에서 본 장에서는 노인을 위한 장기요양서비스에 대해 의료 서비스와의 연계 필요성을 이론적 차원에서 살펴보고자 한다. 둘째, 주요국의 사례를 통해 통합적 케어(integrated care)를 구성하는 요소들에 대해서 비교하고, 케어의 지속성(continuum of care)을 위한 주요 국가들의 노력을 살펴볼 것이다. 셋째, 이러한 통합적 케어의 중요한 기제 케어 매니지먼트 시스템에 대해 살펴보고 통합 케어 및 케어매니지먼트 시스템 사례를 고찰하고자 한다.

## 제1절 장기요양 제도 서비스 연계의 필요성

노인을 대상으로 하는 장기요양 서비스는 노인의 욕구 및 필요에 따라 다양한 영역간의 서비스가 복합적으로 제공되고 있도록 제도가 설계되어 있다. 하지만 많은 국가들이 노인들을 위한 장기요양 서비스 제공에 있어 연계·조정·통합이 적절하게 이루어지지 못해 고민하고 있는 것이 현실이다(박종현 외, 2010). 본 절에서는 장기요양 서비스 연계·조정·통합의 필요성을 서비스의 개념정의 차원에서 살펴보고, 이를 통해 주요국가의 케어의 지속성(continuum of care) 구축과 소비자 중심의 서비스 선택(consumer direction and choice)의 경향에 대해서 살펴보고자 한다.

OECD(2005)에서는 장기요양(long-term care)의 개념을 최소 6개월 이상 장기간에 걸쳐 기본적 일상생활(ADL: Activities of Daily Living)에 도움이 필요한 사람들에게 제공되는 수발 서비스로 정의하고 있다. Kane(1987)는 생활기능에 제한이 있는 사람들에게 제공되는 의료적, 사회적, 개인적 서비스로 정의하며, Morris 외(1998)은 독립적으로 기본 일상생활 동작을 수행하지 못하는 사람들에게 제공되는 다양한 유형의 서비스라 정의하고 있다. 결론적으로 장기요양 서비스의 공통적인 특성은 오랜 기간 동안 일상생활에 대해서 타인의 도움을 받아야 하는 사람들에게 제공되는 서비스로 개념화 할 수 있다. 다시 말해, 장기요양 서비스는 대상자의 의료 및 복지에 대한 욕구와 개인적 수발 욕구를 충족시키기 위한 전문적인 서비스부터 상대적으로 비전문적인 단순 기능 보조를 하는 서비스까지 포괄적인 서비스 제공이 필요한 영역으로 정의할 수 있다. 즉, 노인의 욕구와 필요에 따른 서비스는 의료 또는 요양(Care) 어느 한 가지가 아니라 포괄적인 서비스가 제공되어야 함을 의미한다.

1990년대 이후 주요국들은 장기요양서비스 전달체계나 연계, 통합에



관심을 두기 시작하였다. 서비스 제공 딜레마를 해결함으로써 제도운영의 효율성과 효과성을 높일 수 있다는 취지에서다. 미국의 재정관련 전문가들은 경우 장기요양 수요 증가와 그에 따른 재정지출의 증가추이가 제도의 지속가능성을 저해할 것을 우려하고 있다. 한편, 장기요양 제도의 정책성과 전문가들은 장기요양 대상자들의 고비용 구조의 의료이용, 요양서비스 체계의 분절성 측면에서 비용-효과가 떨어지고 나아가 서비스 질적 수준 역시 저하되고 있음을 우려하고 있다(Kodner, 1996). 유럽 국가들도 고령화에 따른 장기요양 서비스 대상자 증가와 의료 및 요양서비스에 대한 정부의 재정부담을 사회보장제도의 주요 과제로 언급하고 있다(Morris & Caro, 1998). 이를 해결하기 위해 첫째, 요양시설 보다는 대안적 주거 시설의 보급과 확대에 주력하고 있다. 둘째, 지역사회에서 대상 노인들에게 다양한 서비스가 제공될 수 있도록 기반을 조성하고 공동책임을 갖게 하고 있다. 셋째, 보다 효과적이고 포괄적인 서비스를 제공하기 위해 사례관리 또는 케어 매니지먼트를 강화하고 있다(OECD, 1997). 이러한 시도는 결국, 다양한 요양서비스를 연계시킴으로써 대상자의 욕구충족은 물론 서비스 효과성을 향상시켜 시설 및 의료서비스 수요를 억제하려는 데 그 초점이 있다.

효과적인 연계를 위해서 필수적인 요소는 재정 확보가 큰 변수로 작용하고 있다. 미국, 영국, 스웨덴 그리고 노르웨이에서는 의료서비스와 요양서비스 관련 재정과 서비스가 통합되어 있고, 독일, 일본은 별도의 제도로 요양제도가 운영중에 있다. 하지만 장기요양 재원이 별도로 구축되어 있지 않은 경우 중앙정부와 지방정부의 사회복지 예산이나 기금에서 지원을 받게 되는데, 대상자 입장에서는 재원의 출처가 중요한 것이 아니라 필요한 서비스가 동시에 제공되어야 한다는 점이 관건이다. 독립된 재원이 없거나 제도가 폭넓게 재정을 지원하지 않을 경우 제도와 재정의 분절성이

서비스 연속성을 저해할 여지가 있다. 또한 재정 및 서비스가 통합되지 않은 경우 서비스 제공 인적 구성에도 차이가 있는데, 의료서비스 중심의 서비스 제공은 주로 급성기 진료에 있어서 주된 책임을 갖게 되지만 만성기나 말기, 완화기 환자들에게도 수시로 의료적 처치나 간호 또는 투약과 같은 서비스들이 필요하다. 따라서, 이러한 서비스는 의사, 간호사, 약사 등의 전문적인 의학지식이 있는 전문인력으로 구성되어야 한다. 반대로 사회복지적 요양서비스가 중심이 될 경우는 간병이나 가사지원, 상담 등을 담당할 수 있는 사회복지 인력으로 구성될 수 있다. 다시 말해 서비스 종류에 따른 연계 방안은 그 무게 중심에 따라 제도의 운영, 재정의 책임성 뿐 아니라 서비스 전달 인력 구성에까지 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 이러한 분절적인 서비스 구분이 아니라 대상자의 욕구를 충족시킬 수 있는 의료서비스와 요양서비스의 통합적 차원에서 접근이 필요하다.

또 연계와 관련된 다른 차원에서의 논의는 서비스 제공 장소에 따른 연계 방안으로 최근 장기요양 재가서비스 영역에서 방문간호, 방문재활 서비스 등 전통적인 의료영역의 서비스들이 포함되는 경향을 보이고 있다는 점이다. 재가서비스 수급자들이 건강이 악화됨에도 불구하고 병원에 가지 않거나, 반대로 단기간 재가요양 이용 후 건강상태와 상관없이 바로 요양 시설에 입소할 경우에 의료서비스나 불필요한 시설입소 문제 등이 나타나게 되는 것이다. 지금까지 논의는 장기요양 서비스가 일련의 서비스들로 구성되어 있어 대상자에게 서비스 제공의 효과성을 제고하기 위해서는 서비스 연계가 필수적이라는 점을 보여주고 있다.

이러한 문제 인식에 따라서 성공적인 전달전략으로 등장한 것이 케어의 연속체적(continuum of care) 구축이다. 케어의 연속체 개념은 고령화 인구의 복합적 질환 이완과 수발서비스 욕구 증가 등에 따른 것이다. 특히, 유럽 주요국들은 재가서비스 확충을 통해 시설서비스 비용증가를

억제하고자 하였으며, 이 과정에서 지역중심의 포괄적이고 연속적인 서비스 연계를 추구하였다. 또한 대상자들의 다양한 욕구에 대한 충족을 위해서라도 케어의 지속성이 강조되고 있다. 즉, 케어의 연속체를 구축하기 위해서 장기요양 서비스들간 연계는 필수적 기제가 되었던 것이다. 장기요양 대상자의 욕구 측면에서 케어의 연속체적 체계 구축 필요성을 비교하면 아래 표와 같다.

뇌졸중과 치매는 고령과 관련된 장기요양이 필요한 대표적인 질병이다. 뇌졸중 환자는 신체기능 회복을 위해 지속적인 재활서비스가 필요하며, 상태가 경미한 경우는 재가 케어가 가능하다. 특히, 치매와 같은 질환은 의료적 진료보다는 요양서비스를 제공하는 인력의 상담과 교육이 오히려 더 필요한 경우이다. 이때의 케어 지속성은 요양서비스 내의 서비스 조정과 연계를 의미한다고 볼 수 있다.

〈표 3-1〉 케어의 연속체 관점에서 본 뇌졸중(stroke)과 치매환자를 위한 필요서비스

요양서비스기간 내의 필요한 서비스 유형	서비스를 통해 가능한 혜택유무	
	뇌졸중(stroke)	치매
위험관리를 통한 예방	있음	없음
투약을 통한 증세조절	제한적	제함됨
투약을 통한 기능회복	제한적	없음
물리치료를 통한 기능회복	있음	없음
독립생활을 위한 작업치료	있음	없음
자가 회복을 위한 상담·교육	있음	매우 제한적
가족수발자를 위한 상담·교육	있음	필수적
퇴원 후 외래 진료	있음(단, 병원치료가 필요한 경우)	적용되지 않음
재가 대인 서비스	있음(단, 케어제공이 집에서 가능한 경우)	있음(단, 케어제공이 집에서 가능한 경우)
요양시설입소	재가서비스 만으로 부족한 경우	재가서비스나 수발가족의 한계가 있는 경우
호스피스케어	심각한 상태(죽음이 임박한 정도)	있음

자료: OECD(2005) “Long-term care for older people”에서 재인용.

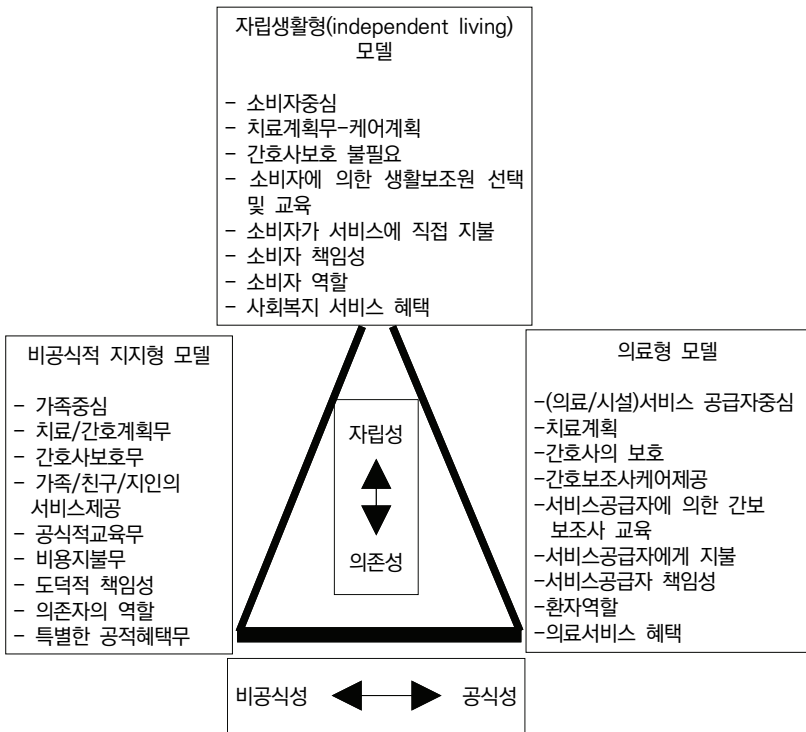
케어 연속체 구축은 첫째, 어떠한 상황이나 상태에서 대상자와 그의 가족이 서비스를 요구하더라도 요양제도 내에서 서비스 이용이 가능하도록 한다는 것이다. 즉, 재가나 시설 대상자 모두 서비스 이용에 문제가 없도록 하지만 특히 재가서비스의 경우에 통합적인 서비스가 제공될 수 있도록 한다는 것이다. 둘째, 케어 지속성 구축으로 통합적인 관리시스템이 만들어지고, 이를 통해 제공되는 서비스는 대상자의 욕구에 맞게 제공될 수 있도록 관리될 수 있다. 이는 대상자의 집, 의료시설 및 요양시설 등에서 연속적으로 서비스가 제공될 수 있음을 의미한다. 셋째, 소비자지향주의이다. 이는 소비자의 선택과 욕구에 맞춘 서비스 제공을 의미하는데 소비자지향(consumer-oriented)에 따른 서비스 선택 확장을 의미한다. 기존에는 요양서비스가 환자 또는 복지수급자로 이원화된 규정의 여겨해서 분절적으로 서비스가 제공되었다. 하지만 최근에는 재가서비스 중심이지만 의료서비스와 시설(주야간 보호, 단기보호 등)서비스가 함께 제공될 수 있는 기전을 마련하고자 하는 것이다. 독일에서도 현금급여(cash benefit) 제공을 보다 확대하는 추세이며 현금으로 서비스를 구매하면서 소비자의 선택폭은 광범위해졌다. OECD(2005)에 따르면 현금급여를 제공하고 있는 국가는 독일, 호주, 오스트리아, 룩셈부르크, 헝가리, 영국 등이 있으며, 일본, 네덜란드<sup>4)</sup>, 미국 등에서도 현금급여를 고려하고 있다.

위와 같은 케어 지속성 구축에 따른 장기요양 대상자의 역할과 장기요양 모델에 대해 정리하면 아래 [그림 3-1]와 같다. 전통적인 장기요양 서비스 체계는 요양 서비스 모델로 비공식적 지지형과 의료형 모델을 유지해왔다. 그러나 점차 자가 생활이 가능한 대상이 증가하면서 자립생활형 모델의 역할이 중요하게 인식되었다. 이러한 자립생활형 모델에서는 서비스 대상자의 선택이 강하며, 케어 플랜 작성에서도 소비자의 역할이 다

4) 네덜란드의 경우 “개인별 예산(personal budget)” 방식을 사용하고 있음(최은영, 2005).

른 두 모형보다 중요하게 된다. 이러한 소비자지향주의를 통해 장기요양 서비스 선택과 함께 필요한 서비스의 연계가 중요하다고 볼 수 있다. 즉, 서비스 대상자의 욕구에 부합한 서비스 패키지를 형성하고 제공하는 것이 무엇보다 중요하며 이를 요구하게 이룬 것이다.

[그림 3-1] 장기요양 모델과 대상자의 역할



자료: Deajong and Wenker, 1981; 최은영 외(2005). "OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의" pp 176.. 한국보건사회연구원에서 재인용

이렇듯 OECD 국가들은 통합적 장기요양 서비스를 위해 노인들의 다양한 복지욕구를 부합할 수 있도록 '통합'의 개념에 의료서비스, 사회복지

지서비스 및 주거보장을 제공하고 있다. 통합적 장기요양 서비스를 제공하기 위한 재정, 행정 및 관리, 조직, 서비스 전달체계, 실천적 수준 등 다양한 차원에서의 통합의 노력과 또 다른 차원에서 서비스 전달의 핵심요소로 케어 매니지먼트 제도 등을 활용하는 다양한 사례를 다음절에서 소개하고자 한다.

## 제2절 장기요양 서비스의 통합적 케어(Integrated Care) 정의와 운영 현황

### 1. 개념과 수준

본 절에서는 장기요양 서비스의 통합적 케어의 정의에 대해서 살펴보고 주요국가에서 실시하고 있는 통합적 케어에 대한 노력을 살펴보고자 한다. 본고에서 정의하는 통합적 케어(integrated care)는 분절적인 서비스가 아니라 장기요양 재정의 급증을 막고, 대상자의 욕구와 필요에 효과적이고 효율적인 서비스를 제공하고자 하는 취지이다.

WHO(2003)에 따르면 통합적 케어(integrated care)는 “치료영역과 영양영역 간 또는 영역 내의 제도운영 및 재정 그리고 서비스 제공의 연결과 조율, 협업을 구축하기 위한 모형이나 정책”으로 정의한다. 통합적 케어의 목적은 첫째, 대상자의 삶과 수발의 질을 향상시키는 것이며, 둘째, 대상자와 가족의 복합적인 문제 해결을 위해 서비스 제공체계의 효율성 증진시키는 것이다(WHO, 2003). 전술한 바와 같이 장기간의 수발이 필요한 사람들은 대부분 의료와 요양서비스에 대한 욕구가 복합적으로 나타나기 때문에 위의 통합적 케어는 매우 필요한 개념이다. 특히 현재 지역사회 또는 재가서비스를 주로 받고 있는 노인들에게는 의료와 요양

서비스의 분절화가 오히려 건강이나 기능을 악화시키는 요인으로 작동할 수 있기 때문에 통합적 케어의 제공은 무엇보다 필요한 것이다(Kodner, 2002).

이러한 통합적 케어의 필요성과 중요성에 불구하고, 주요 국가의 운영 사례를 살펴보면 필요한 서비스에 대한 종합적이고 객관적인 평가체계의 마련, 요양서비스와의 결합 그리고 인력 수급 및 공급자에 대한 조정 등이 아직 해결해야 할 문제들이 많이 있다. 무엇보다 중요한 것은 의료적 치료, 회복, 재활과 요양서비스의 조정 및 연계 그리고 통합이다.

이러한 문제 해결을 위한 주요국의 접근 전략은 크게 3가지로 정리할 수 있다. 첫째, 의료와 장기요양의 통합, 둘째, 제도 및 재정관리 그리고 서비스 전달체계의 통합, 이에 제시한 의료와 장기요양 서비스 통합 그리고 재정 및 전달체계의 통합은 보다 거시적이고 제도적 측면의 통합과 연계를 의미한다고 볼 수 있다(김찬우, 2005). 셋째, 재가 및 시설서비스의 케어의 지속성 구축 등으로 앞서 언급한 것처럼 대상자에게 다양한 욕구 해결을 위한 서비스를 연계하고 조정하는 네트워크이다(Evashwick, 1987; WHO, 2003). Leutz(1999) 역시 통합적 케어에서 통합의 수준을 연계(linkage), 조정(coordination) 및 완전한 통합(full itegration)의 세 가지 차원에서 설명하였다. 연계는 첫 단계의 접근 전략으로 기존의 분절적으로 전달되던 서비스의 단순한 연결을 의미하고, 다음으로 조정은 연계보다 진일보한 실천으로 제도적 또는 행정적으로 서비스 조직의 분절을 없애고 장애를 최소화하는 전략을 사용한다. 하지만 조정 그 자체는 기존 서비스 전달체계에는 큰 변화를 의미하지는 않는다. 마지막으로 완전한 통합이란 장기요양 서비스 대상자 관리와 서비스 제공과 관련된 재정운용, 자원관리 및 책임성 등에 대한 거시적이고 정책적인 모두 개선하여 서비스 전달의 효과성, 효율성을 극대화하는 전략으로 볼 수 있다.

따라서, 케어의 지속 네트워크를 형성하고, 자원과 전달체계를 일원화하는 것은 완전한 통합을 의미한다.

## 2. 통합적 케어(Integrated Care)의 구성요소

통합적 케어의 구성요소에 대해서는 다양한 의견을 제시하고 있는데, WHO(2003)는 크게, 행정조직의 통합, 서비스 제공 장소 및 전달체계 일원화, 요양서비스 네트워크, 케어 또는 케이스 매니지먼트를 구성요소로 제시하였다. 반면, Evashwick(1996)은 통합적 장기요양 체계 구축에 대해 행정 구조 및 조직의 통합, 포괄적 인두제 방식의 재정운용, 통합정보관리 시스템 운영, 케어 코디네이션/매니지먼트 등을 요소로 제시하였다. WHO(2003)의 구성요소가 제도적 차원의 접근전략이라면, Evashwick은 의료와 요양서비스 전달체계의 문제점을 극복하려는 의지를 보여주고 있다. 따라서, 본 연구에서는 WHO가 제시한 통합적 케어의 구성요소 개념을 통해 거시적으로 접근하고, 미시적으로는 서비스 통합 기제를 발굴하기 위해 케어매니지먼트 차원에서 논의를 정리하고자 한다.

거시적 차원의 접근전략에 대해 살펴보면, 첫째, 장기요양 서비스 관련 행정조직의 통합이다. 장기요양 서비스 제공의 책임이 다수의 공급자에 있거나 중앙정부, 지방정부 간에 불분명하게 규정될 경우 요양서비스의 질적 수준 저하는 물론 제도 성과에 대한 회의적 평가가 제시될 수 있다. 따라서 통합적 케어는 서비스 대상과 밀착된 최일선 기관에서 대상자의 욕구를 사정(assessment)하고, 케어플랜을 작성하는 것은 물론 서비스의 조정과 질적 수준을 관리하도록 하는 것이 핵심 사항이며 이는 행정조직의 통합을 통해 이루어질 수 있을 것이다.

둘째, 서비스 제공 장소 및 전달체계의 단일화이다. 접근성 좋도록 다



양한 서비스를 동일 공간에 배치하고, 전달하도록 통일하는 것은 ‘소비자 우선주의’의 전략이다. 즉, 서비스를 한곳에 모아 이용하게 하는 것으로 이 전략은 장기요양서비스의 ‘수직적 통합(vertical integration)<sup>5)</sup>과 관련된다. 서비스의 제공자나 재정 관리자의 입장에서도 동일한 장소 배치는 기관 간 의사소통, 협조 및 팀 접근을 용이하게 만들어 자원에 대한 효율적 이용을 강화하고 재정의 안정을 도모하게 된다.

셋째, 주거와 요양서비스의 통합이다. 재가서비스가 강조되면서 자신의 거주하던 공간에서 필요한 다양한 서비스가 요양서비스와 함께 제공되는 것이 바람직하다는 것이다. 통합적 케어의 중요한 영역으로 주거와 요양서비스의 통합이 자리매김한 것이며, 시설서비스가 우선되던 기존 관행에서 벗어나 자신의 집에서도 중증 서비스를 받을 수 있도록 되겠다는 점에서 그 접근전략의 특징이 있다. 이러한 실천 전략을 수행하고 있는 국가들로 먼저 미국이 있다. 미국의 Assisted lining 공동주거의 확대나 스웨덴, 덴마크의 Sheltered residence가 그 예이다. 주거와 요양서비스 통합을 위해서는 재가서비스에 의료와 요양 그리고 기타 사회복지 서비스가 연계되도록 하는 케어의 지속 네트워크를 구축하는 장기요양 모델을 기본으로 자원, 서비스 규제 및 전달체계의 거시적 연계가 반드시 이루어져야 할 것이다.

넷째, 통합적 케어의 미시적 또는 중범위수준에서의 접근 전략은 케어/케이스 매니지먼트이다. 케어/케이스 매니지먼트는 통합적 케어 논의에 있어 핵심적 요소이다. 왜냐하면, 서비스 의뢰나 조정을 중심으로 한 전통적 케어/케이스 매니지먼트는 재정 및 전달체계의 통합 그 자체에 통합을 의미하는 것이기도 때문이다. 그 중요성이 증가한 만큼 보다 자세한

5) 수직적 통합의 의미는 다양한 욕구에 맞는 복합적 서비스를 통합하여 한 장소에서 제공하는 것을 의미한다(Conrad and Dowling, 1990).

케어/케이스 매니지먼트의 접근 전략을 알아보기 위해 다음 절에서 보다 상세히 다루도록 한다.

### 3. 통합적 케어(Integrated Care) 운영 사례

아래 <표 3-2>는 국가별 통합적 케어의 지속 네트워크 구축을 위한 노력들을 정리한 것이다. 호주는 Aged Care Assessment(ACAT)를 활용하여 시설 요양입소 대상자에게 팀접근에 의한 욕구판정을 실시하고 있다. ACAT는 소비자 입장에서 장기요양체계의 주담당자 역할을 행하며 동시에 정부의 입장에서는 비용 통제기관으로 기여하는 역할을 담당하고 있다.

기본적으로 의료와 요양서비스를 연계하여 제공해온 핀란드, 스웨덴은 1992년부터 지방정부의 책임 하에 1차 의료서비스(primary health care service)를 제공하되, 퇴원 결정이후에도 입원을 지속할 경우 지방정부가 재정부담을 하도록 유도하여 사회적 입원을 줄이도록 유도하였다. 즉, 장기요양 대상자의 요양서비스 이용을 강화하거나 유도하기 위한 것이다. 특히, 스웨덴은 지방정부가 주거, 사회적 서비스 및 보건 간호 서비스 모두를 제공하는 주요 담당기관으로서 시설요양서비스 제공보다는 재가서비스 위주의 주거시설 제공으로 요양병상의 효과적인 감축을 유도하였으며, 이를 위해 성과가 뛰어난 지방정부에 인센티브를 제공하는 방법을 사용하였다. 거주시설 중심의 지역사회 요양서비스는 주간간호, 단기보호, 현금급여 등이 있다.

영국과 뉴질랜드는 1993년부터 지방행정국(local authority)들의 장기요양 관련 재정 일부를 국민연금부(social security department)로부터 충당하도록 하고, Block Grant 유형의 예산지원을 통해 지방정부의 자율적인 재정 운용권한을 강화하였다(OECD, 1996; 최은영 외 2005 pp.183

에서 재인용). 특히 영국은 전통적으로 지역중심 요양이 강조되어온 국가로 1990년에 'The Community Care Act'를 제정해 지방정부가 그 지역 요양시설을 지역사회 관리 하에 두고 지방정부가 중앙정부로부터 예산 지원 및 성과급을 받아 운영의 책임을 질수 있도록 하였다. 그리고 Kent 지방의 Care Management Project는 병원이나 양로시설에 가야하는 중증 노인들의 지역사회 거주를 최대한 연장시키는 것을 목적으로 한 시범사업이 진행되었다. 대상자에게 요양시설의 연간 비용의 2/3 비율정도의 비용 안에서 케어 매니저는 여러 가지 재가 요양서비스를 효율적으로 지원할 수 있었으며 이 후 연구 결과들은 이 시범사업에 참여한 노인들의 사망률이 통제집단보다 유의미하게 낮게 나타났다(Challis, & Davies, 1985).

덴마크의 경우 1980년대 이후 점차 노인 장기요양의 책임을 지방정부로 이전하며, 1987년 "The Housing for the Elderly Act"를 제정하였다. 이 법은 보다 많은 노인들이 가능한 오랫동안 자기 집에서 독립적으로 살 권리를 법으로 보장해주기 위한 것으로 이 후 대대적인 요양시설의 변화가 이루어졌다. 대표적인 예로 Skaevinge라는 소도시에서는 요양시설을 24시간 간호서비스를 제공하는 거주쉼터(Sheltered residence)로 전환하고 서비스도 일괄적으로 제공되는 것에서 수요자의 욕구에 따른 서비스로 변환하였다. 이 외에 Aalborg 지역은 요양시설을 보다 많은 지역주민이 참여하는 Activity Center로 변형하였다.

미국의 장기요양제도에서 Medicaid waiver는 재가 거주 노인들에게 요양서비스를 지원하는 정책으로 주정부가 메디케이드로부터 요양서비스 지원에 대한 수가를 돌려받도록 함으로써 장기요양제도에 큰 변화를 가져왔다. 1990년대 개정된 OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Act)는 재가 및 지역 요양(Home and Community Based Services : HCBS) waiver 조항의 강화를 통해 주 정부들이 재가요양 서비스들에 더

유연한 재정 지원을 지속적으로 할 수 있도록 하였다(Leutz, 1999).

〈표 3-2〉 통합적 케어 구축을 위한 주요국 전략

	장기요양 체계	통합적 케어 구축	
		통합적 서비스 전달체계	장기요양 자원의 재배치
호주	National Strategy for an Aging Australia(2001)	Aged Care Assessment Teams(ACATs) ; Co-ordinatedtriols; 재가요양	재가요양서비스에 대한 욕구 사정과 서비스 지불의 통합(1997)
오스트리아			비공식적 수발자 지원을 위한 long-term care allowances의 통합체계
캐나다	Collaborative strategy for home and community care	CHOICE(Alberta); SIPA(Montreal)	
독일			Long-term care insurance (1995)
일본	Gold Plan2(2000)	케어 매니저를 활용한 서비스 제공	개호보험
네델란드		지방 욕구사정 팀	
뉴질랜드	Health of Older People Strategy (2002)	지역보건수준에서의 급성 케어와 장기요양의 통합 (2003)	통합서비스에 대한 공동 자원
노르웨이	Action Plan for the Elderly (1998)	지방정부차원의 통합적 장기요양 케어 제공 (2002년 후)	지방정부차원의 장기요양 자원
스페인	Gerontological Plan(2000-2005)	지역에서 의료와 복지서비스의 통합	지역에서의 의료 및 복지통합 자원
스웨덴	National Action Plan on Policy for the Elderly	일차의료와 장기요양의 통합(지방정부수준)	통합재정: 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불 신청
영국	National Services Framework for Older People	케어 매니지먼트 (1993이후) Single Assessment Process(요양욕구평가)	지방정부의 재정: 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불신청

자료: OECD(2005), OECD's questionnaire on long-term care p35; 최은영 외(2005; pp.182)에서 재인용.

이후부터는 통합케어 제공의 보다 구체적인 행정조직의 통합측면, 서비스제공 및 인력 배치 측면, 주거와 요양의 통합 측면에서 주요 국가별 특성을 살펴보고자 한다.

## 가. 독일

독일의 장기요양서비스는 행정구조상 서비스의 주책임을 지방정부가 담당하면서 지역수준에 맞는 서비스 전달체계를 구축하였다는 점이다. 둘째, 건강보험과 수발보험의 연계가 높다. 질병금고(sickness funds)에 건강보험과 수발보험을 통합 관리하게 함으로써 의료서비스와 요양서비스의 연계가 자연스럽게 이루어질 수 있는 기전을 마련하고 있다. 하지만, 세 번째 특징으로 장기요양서비스 통합에 대한 입장에서 전달체계의 책임성이나 개인별 기능상태나 선택을 강화하려는 의지가 미흡하다는 점이다.

Schunk(2001)에 의하면 독일의 “법적 사회보장권 문화(entitlement culture)”는 통합적 보험체계를 강조하여왔다. 이러한 특징은 서비스 전달체계를 통합하여 클라이언트에 대한 다양한 서비스 지원을 강화한다기보다 보험체계의 통합과 표준화를 강조하려는 측면이 강하다는 면을 지적하였다(최은영 2005 pp. 185에서 재인용).

의료서비스와 마찬가지로 케이스 매니지먼트의 부재도 오랫동안 독일 사회수발보험 제도의 전달체계 문제점으로 지적되어 왔다. 건강보험 운용과 맥락을 같이 하는 장기요양 서비스 체계는 독일의 요양대상자들이 MDK의 평가판정 조사를 마친 후 건강보험과 동일한 질병금고를 선택하게 한 점에서 특징이 있다. 이러한 점은 의료서비스와 요양서비스 간의 조정 및 통합 체계를 구축한다는 점에서 바람직하다고 볼 수 있으나 양 체계간의 실질적인 연계는 거의 이루어지지 않고 있다(Cuellar & Wiener, 2000; 최은영 외 2005 pp.186에서 재인용). 연계가 부재한 가장 큰 원인으로 건강보험과 수발보험이 각기 다른 법에 의해 운영되고 있고, 혜택과 적용규칙, 재원조달에 있어 서로 상이한 방식을 가지고 있기 때문이다. 이러한 방식으로 인해 오히려 양 제도간 비용전간 문제를 양산

하고 있다.

둘째, 서비스 제공 장소 동일 배치이다. 독일의 요양제도에서 제공 장소 동일배치(co-location) 요소는 크게 '사회수발센터(social station, Sozialstation)'와 '노인지원연대(senior citizen cooperative, Senoren-genossenschaft)' 역할에서 나타난다. 사회수발센터는 간호사와 사회복지사들을 직원으로 고용하면서 이들을 통해 가사지원, 간병, 상담, 일상생활지원, 교통, 보조 장비 대여, 식사배달, 주간보호, 정보 제공 및 의뢰 등 광범위한 재가 요양서비스들을 조정하는 역할을 하고 있다.

최근 독일은 사회보험 인정기관에서 비영리 기관에 대한 우선순위정책의 퇴색과 이에 따른 영리조직들의 참가로 인해 경쟁적 시장으로의 환경변화가 이루어지고 있다. 이러한 조치를 통해 지역 및 재가요양 서비스 구매력을 소비자에게 줌으로써 정부의 재정 지출이 감소하게 되었으며 소비자 중심과 시장 지향성 특성을 강조하면서 공적 지원에 많은 의존을 해오던 사회수발센터들이 어려움을 겪게 되었다. 또 다른 동일배치 모델로 '노인지원연대'가 있는데, 노인참여 연대 활동은 Kane, Kane과 Ladd(1998)가 강조한 '자연발생적 지역사회 지원체계(natural community systems)' 접근 형태를 보이고 있다. 노인지원연대의 활동은 지역별로 차이가 많이 나타나지만 대략적으로 다음과 같은 서비스를 포함한다. 주요 활동 서비스로는 일상생활 및 가사지원 활동관련 주민 조직, 주택개조, 안부전화, 치매노인 수발가족들을 위한 자조모임활동, 교통지원 서비스 등이 있다(최은영 외, 2005).

셋째, 주거와 요양의 통합이다. 독일에서는 일반 가정과 요양시설 사이에 주거와 요양의 통합(service-enriched housing) 시설로 'sheltered housing'이 있다. 이 시설은 경증 노인들에게 제한된 요양서비스를 지원하며, 자신의 거주 지역사회에서 가능한 오랜 기간 삶을 영위하는 것을

목적으로 한다. 또한 고소득층을 위한 거주 및 요양시설은 질 높은 주거 환경, 호텔급의 식사와 레저 활동 등을 포함하며 동시에 요양 및 의료 서비스를 한곳에서 가능하게 하고 있다.

## 나. 네덜란드

네덜란드 장기요양 제도는 의료 서비스 연계가 정부나 비영리, 영리조직간 네트워크를 통해 보다 강화되어 왔다는 평가를 받고 있다. 따라서 노인들의 서비스에 대한 기대가 높고 병원이나 요양시설에 대한 재정 지원이 사회보장차원에서 광범위하게 이루어져왔으며, 현재 요양서비스에 대한 지출은 상대적으로 높은 편으로 보고되고 있다. 이러한 높은 재정 지출의 부담을 감소하고자 1994년 "Care for Older People in the Future"라는 보고서가 발간되었고 지역사회 중심의 요양서비스로 대대적 전환이 이루어졌다(최은영 외, 2005).

노인 장기요양서비스 지원에서 핵심적 역할을 하는 재원은 "특별의료비 보상제도, AWBZ(the Exceptional Medical Expense Act)"이다. 1968년에 이미 실시된 이 제도는 소득에 상관없이 혜택을 주는데 여기서 특별의료비란 요양시설, (이사 1997년부터) 노인주거시설, 장애인 요양시설 및 가정간호(이하 1989년부터), 가사지원 서비스, 정신건강 지원서비스와 1년 이상 장기입원에 대한 서비스 등의 비용을 의미한다(Huijvers & Martin, 1998). 네덜란드는 독일의 MDK처럼 RIO(Regional Indicate Organ, Regional Assessment Organization)에서 담당하며, RIO에 고용된 평가판정 전문가가 평가를 담당하고 있다.

첫째, 행정조직의 통합으로 AWBZ 제도는 질병금고와 민간건강보험회사에서 관리하고 있다. 질병금고는 이러한 책임을 각 지역의 "Care offi-

ces"를 통해 공동으로 담당하도록 하였다. 이러한 care office를 중심으로 한 행정조직의 구축은 의료와 장기요양 서비스간의 조정을 용이하게 하는 것처럼 보이지만 실제 연계에서는 독일과 유사하게 협조활동이 저조한 것으로 평가받고 있다(Nies 외, 2001).

둘째, 서비스 제공 장소 동일 배치에서는 지역 및 재가요양 서비스는 지방정부의 책임하에 재정지원을 받고 있다. 노인복지센터(SWO : Stichting Welzijn Ouderen)는 지역사회에서 서비스 제공의 주체가 된다. SWO들은 여가, 교육 및 문화 활동 지원 서비스 이외에 정보제공, 가정간호 및 가사지원 서비스의 조정(제공은 각 지역별 제공자들이) 및 직접서비스를 제공한다. 이 외에도 기타 주간보호 및 일상생활 지원 등에 대한 서비스도 직접 제공하거나 조정하는 역할을 하며 주변 노인주거시설에 대한 서비스도 함께 제공한다.

셋째, 주거와 요양의 통합(sheltered housing)은 상대적으로 시설거주 노인(1998년 약 10%)을 지역사회에 가능한 오래 거주하도록 하는 목적이 있으며, 지역사회 노인거주 주택은 현장에서 직접 간호나 케어가 필요한 노인들을 위한 주택시설이다. 헤이그시에서는 한 지붕아래 일반 노인가정(independent housing unit), 노인거주시설(residential care unit)과 요양시설의 통합되어 운영되고 있다. 하지만 시정부, 주택건설부, 보건복지부 등 이해 부처 간 충분한 재정연계가 이루어지지 않아 포괄적인 재정지원이 어렵다(OECD, 2005).

## 다. 스웨덴

스웨덴에서 통합적 장기요양 체계의 구축과 관련해 사회보장제도의 주요한 두 가지 변화를 들 수 있는데, 첫째는 1992년 노인복지 개혁법(Elderly



Reform)을 중심으로 한 두 가지 지방분권화 정책 변화이다. 지방이양으로의 특징으로 요양시설과 가정간호에 대한 관리와 재정운영의 책임을 광역자치단체(country)에서 시 중심의 기초자치단체 (municipality)로 이양하였다는 점이다. 이 개혁 이전에도 시 중심의 기초자치단체들은 사회복지 및 주거 서비스를 담당하고 있었다. 둘째는 기초자치단체가 급성기 병원에 장기입원하고 있는 노인들(elderly long-term patients)에 대한 재정적 책임까지 맡게 되었다는 것이다. 이렇게 기초자치단체로 재정 및 운영 책임이 이전된 것은 지역 차원에서 노인에 대한 의료 및 사회복지 통합을 강화하는 경향으로 나타났다. 이를 통해 노인케어에 탈의료화 정책과 서비스들간 조정을 증진시키는 정책을 추진하게 되었다(Anderson & kalberg, 2000).

행정조직의 통합으로 1992년 노인 개혁법의 핵심사항은 기초자치단체 수준(municipal)에서 공적 재정과 프로그램관리를 통합하는 것이었다. 이 개혁법은 기초자치단체에 노인복지와 관련한 재원조달권과 케어계획, 전달체계 및 서비스 조정, 서비스 제공의 전반적인 권한과 의무를 부과하였다. WHO(2003)에 의하면 법안 이후 장기요양제도와 관련된 변화는 다음과 같이 세 가지로 나타났다. 장기입원 노인환자들의 감소인데 한 광역단체는 50% 정도가 감소한 것으로 나타났다(Anderson & Karlberg, 2000). 이러한 효과는 적절한 요양시설과 재가복지시설의 제공에 의해 가능했던 것으로 평가된다. 기초자치단체가 재가복지 관련 요양서비스들의 질과 양을 증가시켰다는 점이다. 광역단체 소속의 재가요양전문 인력을 기초단체로 이전시키고, 간호 인력의 서비스 질 모니터링을 의무화 하는 등의 노력을 하였다.

그러나 이러한 궁극적 변화 노력에도 불구하고 여전히 급성케어와 장기요양 영역간의 서비스 통합 및 조정은 해결되지 않은 과제로 남아있다. 의료영역과 요양 영역간 서비스 단편화나 분절화 현상은 여전히 남아 있

으며 재정적 측면에서도 점차 늘어나는 노인인구와 기초단체의 제한된 조세 징수율은 기초자치단체의 재정을 지속적으로 압박하고 있어 결국 많은 비용을 소비자에게 전가하는 현상이 발생하고 있다.

둘째, 서비스 제공 장소 동일 배치에서는 몇 개의 기초자치단체(municipality)에 소속된 가정간호사들은 지역별로 배치되어 재가요양 서비스를 담당한다. 이러한 지역담당 간호사(district-nurse)들은 주치의나 지역보건센터에서 제공하는 노인케어와 더불어 재가요양 서비스들을 전반적으로 조정하는 역할을 하면서 통합적 서비스를 수행해 나간다(최은영 외 2005). 또한 이 간호사들이 의료와 요양서비스를 동시에 필요로 하는 노인들에 대해서는 야간에도 활동하는 등 노인의 상태를 점검할 수 있는 night patrol 프로그램도 마련되어 있다.

셋째, 주거와 요양의 통합은 앞에서 언급했듯이 스웨덴 장기요양 정책의 중요한 제도 변화이다. 정부는 이러한 제도 변화로 많은 노인들이 지역사회에 오래 거주하는데 관심을 가지고 있다. 특히 정부는 노인전용주거형태(special accommodation : Särskilda Boendeformer)의 다양성을 높여 신체 및 인지기능이 제약된 노인들의 욕구에 부합하는데 관심을 가졌다(스웨덴 보건복지부, 2001:최은영 외 2005 pp.193에서 재인용). 이러한 주거형태의 예로는 요양시설이나 그룹홈 이외에도 서비스 'block' 형태로 나타난다. 스웨덴의 서비스 'block'은 일반 공공주택이나 영구 임대 아파트 단지 안에 노인전용의 아파트나 주택 등을 의미한다(최은영 외 2005).

지방정부는 중앙정부로부터 주거시설의 건설, 리모델링 및 일부 시설 관리 등에 대한 정보보조금을 지원 받고 전반적으로 주거시설들을 소유하여 관리하게 된다. 기초자치단체는 정부보조금을 포함하여 비용의 총 90%를 책임지며, 나머지 10%는 개인들이 부담하도록 하고 있다. 지방정

부에 따라 약간의 차이는 있지만 이 10%의 본인부담금은 임대료, 식대 및 기타 케어 서비스 비용에 사용된다.

주거관리소는 식사나 건물청소, 여가 및 제한된 교통 서비스들을 책임지며 가정간호, 가사지원 및 기타 재가요양 서비스들은 시정부에 의해 지정된 서비스제공자들이 따로 제공한다. 그리고 이들은 가능한 주거시설과 통합적으로 조정되어 지도록 관리되고 있다.

일부 지역은 비영리 단체나 주거조합들이 주거와 요양서비스 뿐 아니라 현장에서 필요한 의료서비스와 가사지원서비스까지를 책임지는 통합 주거요양 타운을 운영하는데 이는 아직까지 시범 운영에 그치고 있다. 스웨덴 정부는 각 지방정부가 지역의 특색에 맞게 종합적 프로그램을 지속해 나가는데 대한 재정 incentives를 구상하고 있다.

## 라. 일본

일본의 경우 행정조직의 통합 형태는 지방자치단체에서의 서비스 전달 체계 통합으로 나타난다. 일본의 의료시설복지복합체란 의료기관의 개설자가 동일법인 또는 관련 계열 법인과 함께 각종 보건, 복지시설 중 몇 개를 개설하여 보건·의료·복지 서비스를 일체적으로 제공하는 것을 일컫는다. 의료시설복지복합체라는 말은 1996년 일본복지대학교 니키 류 교수가 제창한 것으로 1980년대 후반부터 등장하여 1994년 개호보험제도 도입이 공식적으로 논의된 이후 급증하였다. 이러한 의료시설복지복합체가 1980년대 후반부터 급증한 제도적 이유는 다음과 같다. 첫째, 1987년부터 도도부현의「지역의료계획」에 따라 병원 신설이 제한되었다. 1970년대에서 1980년대 중반까지는 경영수완이 있는 민간병원에서 병원의 규모를 확대하고 병원을 체인화 시키는 경영전략을 실시하였으나, 민간병원에

서 이러한 경영전략이 어려워지자, 보건·복지 분야에 적극적으로 진출하게 된 것이다. 둘째, 1989년 후생성의 노인보건시설 도입이다. 노인보건시설은 병원과 시설·재택의 중간시설로 후생성은 당시 의료비 지출을 억제하기 위해 이 제도를 도입하였다. 그러나 병원에서 노인보건시설의 대부분은 신규시설로 설립되어 비용의 증가현상이 발생되었다. 셋째, 1989년 일본의 고령자 보건복지 추진 10개년 계획(골드플랜)의 영향이다. 일본은 이 골드플랜을 통해 국고지원으로 재택복지서비스 제공기관과 복지시설을 대폭적으로 확대하고자 계획하였다. 이에 1989년부터 10년간 6조 엔의 국고를 투입한 사상 최대의 복지서비스를 도입한 것이다.

과거 일본은 의료법인의 모체가 되어 노인보건시설이나 특별양호노인홈을 병설하여 운영하고 있는 보건·의료·복지복합체의 실태조사를 1996년~1998년에 걸쳐 실시하였으며, 조사의 결과를 요약하면 다음과 같다(니키 류, 2008). 첫째, 공립 복합체는 소수며 대부분이 민간복합체로 되어있다. 제도상으로 복지시설에 들어가는 특별양호노인홈도 30%가 민간 의료기관을 모체로 설립되어 있다. 둘째, 복합체는 다양한 형태가 있지만 모체 병원의 기능에 따라 크게 두 가지로 구분된다. 하나는 급성기 병원이 노인케어 분야의 계속성을 유지하기 위해 복합체화 한 그룹 유형이며 다른 하나는 만성기 병원이 노인케어 항목 확대를 위해 복합체화 한 그룹 유형이다. 급성기병원 주체는 40%, 만성기병원은 50%이며 10%는 급성기 병원과 만성기병원의 혼합형으로 나타났다. 셋째, 복합체가 요양시설을 소유하지 않고 재택 및 방문케어를 특화한 미니 복합체도 다수 존재한다. 미니 복합체의 등장에는 주로 대도시지역에 대단위의 시설을 설치할만한 공간 부족이 큰 요인으로 작용하였다. 넷째, 복합체 대부분은 대형병원보다 중소병원이나 의원이 모체로 되었다. 이와 같은 복합체 설립주체가 중소병원이 많은 것은 중소병원의 경영악화에 따른 경영자구책

으로 복합체를 설립한 것으로 판단된다. 다섯째, 일반 급성기병원보다 재활병원이 더 빨리 복합체화 되어가는 양상을 보였다. 특히 개호보험제도 실시 전에 재활병원의 약 40%가 요양시설(특별양호노인홈 또는 노인보건시설)을 병설하고 있었다.

다음으로 서비스제공 장소의 동시배치로, 일본은 1994년 개호보험 도입 이전부터 노령인구의 증가로 인해 노인 특성에 따라 다양한 서비스 인프라들이 복합적 형태를 띠며 보건과 복지서비스가 복합적으로 제공되어 왔다. 이후 개호보험제도가 도입되면서 이러한 복합체는 중소병원이나 의원을 통해 방문간 호스태이션이나 홈헬퍼스테이션, 방문 재활시설 등의 재택·방문케어 시설을 병설하는 ‘미니복합체’의 증가로 그 양상이 변화하고 있다. 특히 미니 복합체는 토지 활용의 제약이 큰 대도시 지역을 중심으로 급속히 증가하였다. 또한 건강일본 21 추진정책으로 예방분야에 진출하는 복합체가 증가하였다. 의료기관의 입장에서 예방서비스는 환자가 전액본인부담하기 때문에 실익이 있으며, 미래의 고객을 확보한다는 장점도 가지고 있기 때문이다. 이 외에도 대기업에서 운영하는 기업형 복합체가 등장하였다. 대기업은 수적으로 계열의 자회사에서 운영하는 사업 전개유형이 대다수를 차지하고 있다.

1994년부터 일본은 개호보험제도 도입으로 복합체가 급증하게 되었으며 병원은 다음과 같은 이유로 경영적 측면에서 복합체를 활성화 하였다. 첫째, 개호보험제도는 재택이용자의 만성기 의료·복지비용에 지급한도액이 설정되어 있다. 따라서 의료시설과 복지시설이 독립적으로 서비스를 제공하는 경우 한정된 파이를 서로 빼앗기 위해 경쟁이 유발되지만, 의료·복지서비스를 일체적으로 제공할 경우 이러한 경쟁이 감소한다는 장점이 있다. 둘째, 개호보험에서는 특별양호노인홈의 성격이 크게 변화하였다. 종래의 국고부담제도 하에서 특별양호노인홈의 입소는 지자체가 결정

권을 가지고 있었지만 개호보험제도에서는 계약시설로 변경되면서 노인들이 독립형 특별양호노인홈보다 의료기관을 모체로 하고 있는 특별양호노인홈을 선호하게 된 것이다. 셋째, 복합체는 일반 사회복지법인 등에 비해 경영능력과 인력이 우수하다는 장점이 있다. 복합체는 사회복지 법인에 비해 경쟁이나 경영합리화에 익숙한 편으로 경영능력이 앞서고 있다. 이와 같은 일본식 복합체는 보건·의료·복지서비스를 수직통합(vertical integration)함으로써 서비스 범위의 확대와 비용 절감 등 서비스 제공의 효율화 측면에서 긍정적 평가를 받고 있다. 또한 현실적인 측면에서도 의료기관의 입장에서는 고령자나 환자 등 이용자에게 계속적이고 포괄적인 서비스의 제공이 가능하다는 마케팅을 통해 큰 효과를 볼 수 있다. 다만 아직까지 이러한 경제적 효과가 완전하게 증명되지는 않고 있다.

실제 일본의 복합체 운영 사례를 살펴보면, 재활중심의 병원형태이다. 대표적으로 코쿠라 병원은 200병상 규모의 아급성기 병원으로 오사카에 위치하고 있다. 우리나라 요양시설에 해당하는 노인보건시설, 데이케어 센터와 특별양호노인홈, 방문재활센터를 모두 가지고 있는 형태로 이는 일본 요양병원의 90% 이상이 운용하고 있는 노인의료·복지 복합체의 전형적인 모습이라고 할 수 있다. 이 병원에서는 고령자가 질병 발생 시 가정으로 복귀할 때까지 모든 과정이 병원 내에서 이루어진다.

환자의 상태에 따라 병원과 시설이 유기적으로 이동할 수 있는 시너지 효과가 있으며 대학병원 규모의 급성기 병원에서 환자가 전원되어 온 경우 회복기를 재활병동에서 담당하고 있다. 병원에서 가장 많은 시설인프라가 재활병동(158병상)에 집중되어 있으며 재활전문의 5명이 재활병동에서 근무하고 있다. 이 외에 내과, 외과, 신경외과 등 각 분야 전문의 12명이 함께 근무하고 있다.

재활병동의 병상은 158개이지만 간호사는 70명, 물리치료사는 50명

정도가 근무하고 있다. 이 외에 작업치료사와 간호보호사들의 수까지 합치면 총 234명이 근무하고 있어, 일본의 병상당 근무인력 기준보다 높은 수준의 인력을 가지고 있다. 현재 이 병동에서 자택으로 돌아가는 환자의 비율은 70% 이상이다. 대부분 3개월 안에 치료를 완료하며 상태가 좋아지지 않을 경우 40병동 규모의 장애인병동으로 전원된다. 여기에서도 치료를 받은 환자의 57%가 자택으로 돌아가며, 치료나 재활이 불완전한 환자는 다시 요양병동으로 이송된다. 요양병동은 150병상을 가지고 있으며 이때부터 개호보험, 우리나라의 장기요양보험의 영역으로 넘어가게 된다. 요양병동에서는 의료진과 간호보호사들이 장기간 문리치료와 작업치료를 병행하며 자택 복귀를 돕는다. 환자의 상태가 나빠져 병원으로 돌아가는 과정도 간단하며, 자택에 돌아가도 케어가 지속된다. 병원의 방문재활, 방문간호센터에서 간호사와 보호사들이 지속적으로 환자를 살피고 필요시 요양동이나 병원으로 이송된다. 즉, 환자의 상태에 따라 최적의 치료환경을 살피 유기적으로 공간을 이동하는 것이다.

이 병원을 포함한 대부분의 복합체들은 환자의 상태에 따라 병원과 시설을 오가는데 불편함이 없다. 별도의 신청이나 양식이 필요 없으며 병원의 신청서 하나만으로 정부도 유동적으로 급여비를 적용해준다. 요양시설에 있다가 상태가 안 좋아져 병원으로 이송된다면 간단한 통보만으로 개호보험 환자에서 건강보험 환자로 전환된다. 병원에서도 같은 그룹 내 환자이므로 환자 이송에 따른 편리성을 제공하는 것이 당연하다고 생각하고 있다.

두 번째, 유형은 심장전문 복합체이다. 오이타현에 위치한 오카병원은 심장질환 전문 급성기 병원이었으나 지역 내 경쟁 병원들이 난립하자 복합체로 전환해 인근 지역에서 가장 인정받는 병원으로 거듭났다. 오카병원은 현재 230개 급성기 병상과 77개 요양병상, 90개 병상의 노인보건

시설로 운영되고 있다. 여기에 고령자들이 그룹을 이루어 재활과 요양을 결합할 수 있는 그룹홈 시스템을 갖추면서 복합체로 재탄생한 경우이다.

이 병원의 가장 큰 장점은 의료진 인프라로 231병상의 급성기 병원이 주축이 되는 만큼 타 복합체에 비해 의료진과 시설의 수준이 높다. 또한 이 병원은 복합체이지만 한 달에 100건 이상의 응급환자를 받고 있으며, 스텐트 등 심장수술만 해도 100여건을 진행하고 있다. 특히 최근에는 사이버나이프 등 방사선 암 치료기를 들여놓으면서 암 치료 인프라까지 구축하였다.

그러나 오카병원은 주 고객인 노인을 위해 복합체의 효용성을 극대화시키기 위한 전략들을 수입하고 있다. 즉, 암 치료를 하더라도 고령자, 심장수술도 고령자에 타깃을 맞추고 있다. 급성기 병원은 지역 내 응급환자에 적극적으로 대응하면서 최대한 외래환자를 줄이고 요양병상과 노인보건시설, 그룹홈 등 그룹 내 환자들에게 편의를 제공하고자 노력하고 있다.

끝으로, 통합시설형태이다. 하쿠아이카이병원은 일본 오이타에 소재한 병원이다. 이 병원은 운영효율성을 극대화하기 위해 병원과 시설을 연결하여 급성기 병상과 요양병상, 요양시설과 재택간호센터를 모두 한 건물 안에 가지고 있다. 이로 인해 요양시설에 입원한 환자들은 응급상황 발생 시 즉각 병상에 누운 채로 병원에 이송될 수 있어 입소 환자들의 만족도가 높은 편이다.



## 마. 호주<sup>6)</sup>

행정조직의 통합 형태는 3control(Free control, Admission control, Bed control)을 기본으로 한다. 반면, 우리나라 장기요양보험은 Free control, Admission control은 제공되고 있지만, Bed control이 어려워 공급자의 재정적 손해는 물론, 재가서비스 위축, 기관 간 과대 경쟁 등이 유발되고 있다.

서비스제공은 retirement village부터 지역사회 요양서비스, day care, low care facility, high care facility, 의료서비스까지 모두 통합적으로 제공하고 있다. 이러한 통합 서비스 제공은 노인의 서비스 이용편의를 도모함은 물론 가족의 수발부담을 경감하는 효과가 있다. 이 서비스는 ACAT라는 전문 평가 팀이 의학적 요구를 포함하여 노인의 상태를 종합적으로 판단하여 제공된다. 이로 인해 판정을 둘러싼 잡음을 최소화하고, 서비스를 보다 비용 효과적으로 이용할 수 있도록 하고 있다. 이러한 전문 평가단 활용은 우리나라에 시사하는 바가 크다.

호주의 장기요양기관은 의료기관과 연계할 때 암 치료·신체기관 이식 등 높은 수준의 전문적 치료 서비스에서부터 가족 사망자에 대한 위로서비스, 지역사회 예방서비스까지 통합적 서비스를 제공하고 있다. 호주의 거의 모든 장기요양기관에서 공통적으로 제공하는 서비스는 다음과 같다.

6) 한국보건산업진흥원 (2011), 고령친화 산업센터에 대한 호주 출장보고서, 한국보건산업진흥원을 기초로 정리함.

- 문 앞까지 교통편 제공
- 주 1회 이상 콘서트나 소풍 등 야외 나들이
- 빙고, 퀴즈, 보드게임 등
- 특별한 날 축하행사, 생일잔치 등
- 발 전문가(전문의, 마사지사 등), 안경사, 미용사, 물리치료사 등
- 큰 활자체 도서관
- 큰 화면 텔레비전
- 기도와 반성을 위한 채플공간, 주 2회 예배의식

이외에도 호주는 ACFI(Aged Care Funding Instrument)라는 급여 체계를 통하여 장기요양기관 이용노인의 급여를 64단계로 세분하고, 질 높은 서비스 제공으로 상태가 호전되더라도 입소시의 등급을 기준으로 급여액을 인정하여 장기요양기관이 보다 질 높은 서비스를 제공하도록 유도한다.

호주정부는 인증을 받은 노인요양시설에만 급여를 지원하고 있다. 노인요양시설의 주요 인증과정은 Accreditation Grant Principles 1999에 기술되어 있는데 요양서비스를 위한 질 관리는 다음의 내용들을 포함한다. 우선 지속적인 관리 감독체계를 가동(Ongoing supervision)한다. 특히 ACSAA(Aged Care Standard and Accreditation Agency)는 Accreditation Standards를 만족시켜 입소자에게 질적 수준의 서비스를 제공하도록 전수의 인증 받은 노인요양시설의 성과(performance)를 지속적으로 모니터링하게 된다. 사례관리(Case management) 접근도 요양시설 운영자가 유형별로 활동을 할 수 있도록 지원하며, 성과 모니터링에는 시설 방문, 불만관련 정보, 케어와 서비스에 영향을 줄 수 있는 정보 등을 포함하고 있다. 시설방문은 사전 고지 방문 또는 사전에 고지하지 않은

불시방문으로 나뉜다. 이외에 모니터링 프로그램을 실시하는데 이는 요양 시설이 케어와 서비스의 질 향상을 높일 수 있도록 그들에게 정보를 제공하는 목적도 가지고 있다.

다음으로 평가단(Support contacts) 구성이다. 평가단은 기본적으로 평가자 1인~3인으로 구성하며, 평가기간은 만나절에서 1일 동안 진행되며, 시설 사정에 따라 결정된다. 평가단은 인증표준(Accreditation Standards)과 연계하여 시설의 성과를 총체적으로 보며, 특히 과거 평가에서 지적받았던 문제에 대해서도 평가받고 있다.

호주의 요양서비스 질 관리기관 ACSAA는 The Aged care Act(1997)에 근거하여 1997년 10월 인증기구 지정으로 설립되었으며, Corporation Act(2001)에 기초한 독립회사로 설립되었다. 이 기관은 호주 연방정부의 Department of Health Ageing (DoHA)에 소속되어 있어 인증 업무 관련사항에 대해 보고해야할 의무를 가지고 있다. 그리고 ACSAA의 CEO는 Ministerial Aged Care Advisory Committee (ACAC)의 위원으로 활동하게 된다.<sup>7)</sup>

호주의 통합적인 서비스 연계사례를 살펴보면, Hoban House는 40년 이상 운영 중인 Low Care 장기요양기관으로 지역사회 내 명성과 입지를 갖추고 있다. 1970년대부터 웨슬리미션(Wesley Mission 재단)이라는 종교법인이 R J Williams Lodge와 함께 운영하였으며 무연고, 노숙자 등을 대상으로 서비스를 제공해오다가 몇 년 전 재정 적자로 문을 닫았다.

7) 인증 표준(Accreditation Standards)에 부합되는 서비스를 인증하고, 지속적인 성과 향상을 유도하는 서비스를 제공함. 이외에도 산업체의 성과정보를 제공하며, 실무증진을 지향하는 교육도 제공하고 있음. 주요 기능은 Accreditation Standards를 활용하여 시설 노인요양서비스의 인증과정을 관리하고 있으며, 인증을 추구하도록 서비스를 전략적으로 관리하고 평가(Assess)함. 특히 Accreditation Standards에 못 미치는 요양기관에 대한 정보는 연방정부(DOHA)와 공유하며 관리하게 됨.

Hoban House는 24시간 내내 편안함을 주는 것을 목표로 한다. 준 원룸형 구조(semi-ensuite)에 작은 가구와 수납공간이 갖추어져 있어 입소시 별도의 준비가 필요 없다. 식사, 청소, 빨래 등 집안일과 목욕, 옷 입기, 약 복용까지 도움을 제공하고 있으며 24시간 비상인력이 대기 중이다. 입소자 전원은 목걸이 형태의 응급벨 콜을 착용하여 만일의 응급상황에 대비하게 된다.<sup>8)</sup>

두 번째, St.Vincent's Community Health service center는 주로 노인을 진료하는 병원으로 여러 사업 중 하나로 재가센터를 운영하고 있다. 암 치료, 심폐프로그램, 이식서비스 내외과 서비스, 응급 및 중환자 관리, 외래, 알코올 및 약물서비스, 정신 건강관리, 지역사회 노인관리(통증관리, 장례, 데이케어센터, 치매상담 등), 재활, 그 외 서비스 연계(청각, 도서관, 의무기록, 영양관리, 작업치료, 약물치료, 물리치료, 발관리 전문가, 사회사업, 언어치료 등), 진단검사 등, 핵의학, 병리학 등 다양한 서비스를 제공하고 있다. St.Vincent's center는 다양한 전문가를 확보하여 비응급 상황에서 서비스를 제공하며, 필요한 경우 건강검진을 통해 건강 문제에 대한 적합한 기관으로 연계의뢰하고 있다.<sup>9)</sup>

8) Hoban House는 다음 서비스를 직접 제공하거나 전문가를 연계하여 제공하고 있다. · 옷  
· 음치료 : 매 일정시간 대에 무지개 룸에서 운영 · 문 앞까지 교통편 제공.

- 주 1회 이상 콘서트나 소풍 등 야외 나들이
- 빙고, 퀴즈, 보드 게임 등
- 특별한 날 축하행사, 생일잔치 등
- 발 전문가(전문의, 마사지사 등), 안경사, 미용사, 물리치료사 등
- 큰 활자제 도서관
- 큰 화면 텔레비전
- 기도와 반성을 위한 채플 공간, 주 2회 예배의식

9) St.Vincent's center에서 운영 중인 서비스는 다음과 같음. 첫째, 가정간호 서비스로 일반의, 치매, 심부전, 노숙자 방문 프로그램, 에이즈 환자와 급성기후기 환자에 대한 서비스가 있음. 둘째 호스피스 서비스로 Sacred Heart Palliative Care의 전문팀이 통증관리, 증상관리, 성직자의 정서적 지원 등을 서비스를 제공하는데 규모는 50병상 수준으로 주 5일간 운영됨. 셋째, 가족 사후 위로 서비스로 St Vincent's 병원의 Sacred Heart Palliative Care에서 가족이 사망한 경우 무료로 슬픔에 적용할 수 있도록 상담, 생리적 치료 등 서비스 제공하고 있음. 넷째, 노인낙상예방 "stepping on" 등 노인건강증진 프

세 번째, Peninsular Nursing Home은 Mona Vale Golf course와 바다를 끼고 있는 전망이 좋은 요양시설이다. 병상은 총 70개로 치매환자용이 38개, High care 병상이 32개가 있으며 이 외에 단기보호 서비스 병상이 운영되고 있다. 제공되는 서비스는 24시간 간호서비스와 정서적 지원 서비스를 제공하고 있다. 균형 잡힌 신선한 식사, 모닝차, 세탁 서비스, 생활지원 및 레크리에이션 서비스를 제공한다. 이동지원 프로그램이나 미용사 및 발전문가의 정기적 방문, 자유로운 면회시간, 교회 등 예배 서비스의 제공, 매월 입소자간, 친지간 만남 추진, 년 4회 뉴스레터 발행 등의 서비스가 제공된다.

지금까지 살펴본 통합적 장기요양 제도 구축에 대한 논의를 정리하면 다음과 같다. 주요 국가들은 통합적 장기요양제도 구축을 위해 노력하고 있으며 노인들의 다양한 복지욕구 중 의료서비스, 사회복지서비스, 주거보장서비스 등이 핵심요소라 할 수 있다. 문제는 실제 다양한 정부의 노력에도 불구하고 의료와 사회복지 영역간 통합이 가시적인 효과로 나타날 만큼 활발하게 이루어지고 있는 나라들이 많지 않다는 것이다.

이것은 통합적 체계의 구축을 위해 재정, 행정 및 관리, 조직, 서비스 전달체계, 실천적 수준 등에서 통합을 위한 변화가 함께 수반되어야 함을 의미한다. 그러나 몇몇 국가들은 여전히 통합적 요양서비스 체계 구축을 핵심 목표로 삼고 의료와 장기요양 서비스들을 실행해나가고 있으며, 이러한 실행을 행정조직간 통합, 서비스 동일배치 및 주거와 요양의 통합이라는 세 가지 영역별로 살펴보았다. 이를 통해 영역별로 진행되고 있는 국가들의 노력과 도전에 대해 고찰함으로써 한국의 장기요양제도에 적합한 통합서비스 체계를 고려해볼 수 있을 것이다. 다음 절에서는 통합적

---

프로그램을 운영하고 있는데. 이 프로그램은 65세 이상 노인을 대상으로 무료로 제공되며 70세 이상 노인을 집중대상으로 하고 있음.

장기요양제도 구축의 중요한 영역의 하나이면서 장기요양 서비스 전달에 핵심 요소인 케어 매니지먼트 체계에 대해 살펴보려고 한다.

### 제3절 장기요양서비스와 케어 매니지먼트(Care management)

케어 매니지먼트(Care management)는 기존의 사회복지 또는 보건의료 분야에서의 운영되어 왔던 사례관리 모델보다 발전된 개념으로 기능과 통합된 재정운용, 일련의 서비스 패키지 전달 및 서비스 개선 등을 특징으로 하며 통합적 장기요양 서비스 전달체계 구축의 핵심요소이다(최은영, 2005 외). 본 절에서는 기존의 사례관리 모형과 비교를 통해 발전된, 확장된 개념을 바탕으로 장기요양체계에서의 케어매니지먼트와의 활용가능성에 대해서 사례를 통해 구체적으로 살펴보도록 한다.

#### 1. 전통적 사례관리(case management) 모델과 개혁

사례관리는 2차 세계대전 이후 정신질환자에 대한 서비스 제공이 시설 중심에서 재가로 이동하면서 사례관리의 개념이 등장했다(Lee et al., 1998). 이후 사례관리는 단편적이거나 중복적 또는 비연계적인 서비스 전달 상의 문제를 극복하기 위해 고안된 프로그램에서 사용되었다. 의료 체계에서의 사례관리는 케어 연계(care coordination)의 개념이 강하여, 재가 환자들에게 적용될 수 있는 급성기 치료, 퇴원 후 계획 등의 확장된 개념으로 인식되었다(White & Lubkin, 1998).<sup>10)</sup>

10) 미국 MCO(managed care organization : 민간의료보험공단)에 고용된 사례관리자(case manager)들은 각 보험에 가입한 가입자들이 자신들의 상품 급여 내용에 맞게 적절한 진료 서비스가 제공되고 있는지 검토하고, 환자의 건강상태 및 관리 내용을 점검하

장기요양 제도에서는 1970년대 이후 욕구사정(need assessment), 케어 플랜 작성, 조정 및 연계 등을 재가서비스에서 적용하면서 사례관리가 이용되었다(Diwan, 1999). 미국 사례관리 협회(Case Management Society of America)도 사례관리를 클라이언트의 의료 및 요양 욕구에 부합하여 질적 수준이 높고, 비용-효과적인 서비스가 제공되도록 가용한 자원을 이용하여 서비스를 제공하는 것으로 케어매니지먼트를 규정하면서, 그 절차는 욕구사정, 계획 수립, 실행, 조정 및 평가 등의 총체적인 과정(collaborative process)이라 정의하였다. 한편, White와 Lubkin (1998)은 사례관리를 각 사례별(case-by-case)로 개인에게 적절한 서비스를 제공하기 위해 현존하는 자원을 연결해주는 서비스 기능(service function)으로 정의하고 있다. 사례관리나 케어연계는 재가 요양 서비스의 효과를 달성을 위한 핵심 기제라 할 수 있다.

하지만, Callahan(1989)은 사례관리를 의료와 장기요양 서비스 제공에서 지역사회 중심의 만병통치적 해결책(panacea)로 간주해서는 안 된다고 지적하고 있다. 그는 사례관리가 재가 서비스를 제공함에 필요한 필수적인 서비스의 연계, 해결하기 힘든 경제, 사회적 욕구를 관리하고 필요한 서비스를 제공하는 하나의 방법 또는 기제정도로 인식하는 것이 중요하다고 강조하고 있다.

최근 영국에서는 전통적 사례관리 개념의 사례관리보다 한층 복잡한 일련의 과정인 케어 매니지먼트를 구분하려는 논의들이 있다. 이 두 가지 개념 정의에 대한 논의는 1990년대 초 Griffiths 보고서와, 백서(White Paper)를 통한 영국정부의 의료 및 사회복지 서비스 개혁 중심 이슈 중 하나로 나타났다(Ghallis, Darton et al., 1995). 이 시기의 개혁안은 케

---

는데 사례관리 개념을 적용하고 있다.

어 매니지먼트를 강조한 재가 요양 제도의 새로운 장을 열었다고 볼 수 있다(Qvertveit, 1993). 영국의 사회복지 감독청(Social Service Inspectorate)과 복지 서비스 관할 당국(Social Work Services Group)에 따르면 케어 매니지먼트는 클라이언트의 다양한 욕구에 부응하기 위한 케어 과정 및 케이스 매니저에 의한 개입행동을 포함하는 체계적인 대응으로 정의할 수 있다(SSI/SWSG, 1991). 또한 Onyette는 사례 관리에 대해 특정 요보호 대상자를 위해 케이스 매니저가 수행하는 서비스 기능을 강조한 반면 케어 매니지먼트는 환자나 클라이언트 수준에서의 서비스와 케어 체계에 대한 조직 및 관리라는 개념을 강조한다고 하였다(Onyett, 1992). 이 외에 Challis 등은(1995) 케어 매니지먼트 사례관리가 케어 제공 지역에 걸쳐 서비스 제공자간 케어 연계를 강조하고 있는 반면, 케어 매니지먼트를 한 케어 지역안의 케어 전달수준과 관련된 개념으로 보았다.

이러한 개념상의 논의 등을 통해 영국 장기요양 정책에 명시된 케어 매니지먼트의 개념은 다음과 같이 정리할 수 있다. 기능상 요양서비스의 연계와 조정이 중요하며, 케어매니지먼트는 클라이언트의 욕구에 부합한 통합적인 케어제공 그리고 재가서비스 증가에 따른 대응 면에 그 실천전략의 목적이 있다. 주요 실천 방법은 지역사회에서 사례발굴과 사정 그리고 케어 플랜을 작성하고 계획한 뒤 모니터링과 평가 그리고 사례종결을 거치게 되는데 기존의 사회복지 서비스 접근 전략과 유사한 측면이 있지만 보다 강화되고 연속되며 통합적인 접근 전략으로 평가되고 있다.

따라서, 케어매니지먼트는 포괄적이고 집중적인 서비스 개입과 서비스 제공 범위와 기간의 절대적 확장을 의미한다고 볼 수 있다. 위와 같은 개념의 정의와 특성을 정리해보면 병원이나 시설위주의 요양서비스와 대비되는 재가 요양 실천에 있어 전통적 사례관리 모형은 오늘날 장기요양 체계



의 한 구성요소(a component)로서의 역할이 강조된 반면 케어 매니지먼트는 케어 지속 네트워크 전체를 대상으로 하는 하나의 체계(a system)로 볼 수 있다. 한편, 의료 및 사회 복지의 다양한 욕구에 보다 유연하게 대처하고 단편적 서비스들을 통합해 보다 지속적 서비스 패키지를 제공하기 위한 케어 매니저로서의 간호사와 사회복지사의 역할도 강조되고 있다.

케어 매니지먼트에 대한 다양한 논의들이 있지만 중증 노인들을 지역 사회에 가능한 오래 거주시키기 위한 집중적 케어 매니지먼트에 대한 각 국가들의 관심은 높아지고 있다. 이와 관련해 Challis(1999)는 아래 다섯 가지 요소들이 케어 매니지먼트의 성공에 영향을 미치는 핵심 요소들로 지정하였다.

첫째, 통합적 재정(integrated funding)으로 재정이 통합되면 케어 계획 수립과 서비스 제공에 있어 재정적 압박을 감소시킬 수 있다. 둘째, 대상자 선정의 명확성이다. 평가판정체계와 더불어 케어 매니지먼트 대상의 명확성은 서비스의 중복성이나 비용 손실을 절감시킬 수 있다. 셋째, 서비스의 명확한 목표 설정이다. 전반적인 과정에서 서비스의 질과 효과에 대한 기반을 제시하는 것으로 욕구충족, 비용절감, 사회복지 및 삶의 질 향상 등의 목표를 설정한다. 넷째, 케어 매니지먼트 개입의 지속성이다. 각 단계별 책임소재와 재정지원의 명확성을 통해 지속성이 보장되어야 한다. 마지막 다섯째, 논리적 연관성이다. 프로그램의 목표와 실천 환경, 실천에 대한 incentive 사이에 논리적 연관성은 전반적 서비스 목표 달성에 필수적인 요소라 할 수 있다. 이러한 특성들이 명확하게 제시되고 제도적으로 뒷받침된다면 케어 매니지먼트는 장기요양제도에 있어 핵심적 요소가 될 수 있다.

결론적으로 통합적 장기요양제도와 케어 매니지먼트 체계에 대한 논의는 아직 한국의 노인요양제도 논의에서 큰 이슈로 보기는 어렵다. 그러나

장기요양제도의 설계와 방향성에 있어서 반드시 필요한 논의라 할 수 있다. 비용통제와 제도의 효과적 실행을 위한 중요한 기제로서 두 가지 요소가 충분히 작동할 수 있는 노인요양제도의 설계가 반드시 우선되어야 할 것이다.

〈표 3-3〉 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어 매니지먼트 비교

구분	전통적 사례 관리 모형	통합적 케어 매니지먼트
통합기제	수평적 통합 육구와 서비스의 연결	수직적 통합 사례관리+조직내·조직간 통합
준거틀	중계체계 모델	통합체계 모델
케어 관리수준	사례관리 실천 클라이언트 수준 의료서비스와 사회서비스의 분리	케어 조정 및 연계 클라이언트 개개인 + 체제수준 의료 서비스와 사회 서비스의 통합
재정 운영방식	행위별 수가제 (fee-for-services)	인두제, 포괄수가제
국가별 사례	서비스 제공 기관의 사례관리	PACE, Social HMO
주요 장점	운영이 용이하며 구조 재조정이 불필요	통합재정운영으로 인한 전체 비용감소급성 케어와 장기요양의 통합
취약점	서비스의 산별성, 단편성 및 남용 무책임성	서비스 대사 제한, 한정된 지역 공급자의 재정 위험 부담

자료: 최은영 외 (2005). OECD국가의 노인장기요양서비스 체계 비교 정책적 함의, 한국보건사회연구원 pp.211에서 재인용.

## 2. 케어매니지먼트의 통합방법

미국에서는 케어매니지먼트 통합방법에 대해서 요양 서비스 전달 체계의 조정과 연계에 대한 접근은 크게 통합체계 모형(consolidated delivery model)과 중계체계 모형(brokered system model)로 구분하고 있다(Estes and Close, 1998). 통합체계 모형은 메디케어에서 인두제 방

식의 수가체계를 통해 재정건전성 관리를 한 개의 기관에서 수행하면서 나타났다(Estes and Close, 1998). Social HMO와 PACE는 이러한 통합체계 모형의 구체적 사례라 할 수 있다(OECD, 2005). 한편, 전통적 사례관리 모형은 서비스나 자원을 클라이언트에게 연계해주는 중계체계 모형으로 규정할 수 있다. 수직적 통합 기제가 케어매니지먼트 모형과 관련하여, 의료서비스 전달체계에서 비용억제 효과를 달성할 수 있는 접근 전략으로 인식되고 있다.

따라서, 케어 매니지먼트는 효과적인 자원활용 차원과 서비스 질향상 그리고 의존성 감소 등을 달성하도록 실천 방법을 전략화 할 필요가 있다. 결국, 효과적인 케어매니지먼트 실천을 위해서는 수직적 통합은 물론 환경적 요인과의 밀접한 연계도 함께 고려해야 할 대상으로 여겨진다. 또한, 앞서 언급한 것처럼 Qvretveit(1993)은 케어 매니지먼트를 수행하는 인력의 전문성이나 예산 집행의 유연성 역시 중요한 요소로 지적하고 있다.

영국의 케어 매니지먼트에 대한 연구들은 케어매니저 역할을 하는 사회복지사들이 예산집행의 권한을 갖게 되면서 전통적인 케이스 매니저보다 효과적인 사회적 케어를 제공할 수 있게 되었다고 주장한다(Challis and Davies 1985; Challis, Darton et al., 1995). 즉, 사회복지사가 예산 집행의 유연성을 가진 케어매니저로서 역할을 수행하면서 대상자에게 제공되는 사회복지서비스는 보다 확대되고, 다양화될 가능성이 커지게 된다는 것이다. 케어매니저로서 사회복지사가 NHS에서의 의료서비스에 함께 한다면 의사, 간호사 등 전문적인 의료서비스와 더불어 인구사회학적, 경제적 욕구에 부합한 서비스까지 확대될 가능성이 보다 커지게 되며, 균형 있는 예산집행을 통해 효과적인 케어가 제공되는 것으로 밝혀졌다(Challis 1992; Challis, Darton et al., 1995).

반면, 미국은 케어매니저에게 이러한 예산집행의 자율권이 최대한 보

장되지 않고 있다. 다만, 관리의료(managed care) 조직에 고용된 경우 예산의 효율적인 관리를 위해 어느 정도의 자율성을 갖기도 한다. 요컨대, 케어 매니지먼트는 여러 재원으로부터 구성된 재정을 개인별 케어플랜을 통해 지출하되, 전체적으로 조정하여 욕구수준에 부합되도록 예산 집행을 유도하는 특징이 있다고 볼 수 있다.

### 3. 케어매니지먼트 적용 방안

WHO(2003)는 케어 매니지먼트의 적용 사례를 검토하면서 분석 범주를 구분하여 제시하였다. 첫 번째로는 케어 매니지먼트의 대상이다. 이와 관련하여 요양시설서비스 위험이 높은 집단, 수발부담으로 인한 스트레스가 큰 수발자와 거주하는 집단, 장기시설입소로부터 재배치(지역사회 복귀 포함)를 원하거나 필요한 집단, 끝으로, 외상이나 증상의 일시적 악화로 인한 집중적 재가의료 및 요양서비스가 필요한 집단으로 구분하였다. 즉, 케어 매니지먼트를 요양서비스에 적용하면서 대상자 집단을 위와 같이 4가지 범주로 구성한 것이다. 한편 미국에서는 대상자 집단을 기능제한 집단과 요양시설 입소위험이 있는 집단, 퇴소가능성이 있는 집단 그리고 퇴원 환자를 케어 매니지먼트의 주요 대상으로 선정하였다. 대상자 선정 방법에 대해 영국에서는 일정한 기준이 사전에 규정되어 있지 않지만 일본과 독일, 우리나라처럼 장기요양보험제도를 운영하면서 대상자의 욕구나 위험 정도를 구분하여 대상자를 선정하는 기준을 사전에 제시하고 있기도 하다.

두 번째는 케어 매니지먼트 대상자 사례의 크기(caseload size)에 대한 내용이다. 사례 크기는 케어 매니지먼트의 서비스 질과 실천 방법 결정에 중요한 요소이기 때문이다. 사례수는 사례관리가 적용되는 대상자 집단의 특성, 지속기간 및 강도 그리고 지리적 장소 등에 따라서 다양해

질 수 있기 때문에 중요하다(Challis et al., 1995). 영국에서 실시한 Thanet, Gateshead, Darlington 시범사업의 케이스 매니지먼트는 매니저 1명당 25~30명의 대상자가 선정되었으며, 미국의 워싱턴 주는 고령자 케어 프로그램(aged care program)에서 매니저 1인당 50명 정도의 대상자가 선정되었다(최은영 외, 2005). 일반적으로 사례수와 효과적인 케어 매니지먼트 실천과는 높은 관련성이 있지만, 정확한 사례 수는 국가별로 차이가 있다. 따라서 국가별로 장기요양 제도의 재원과 전달체계에 따라 탄력적인 적용이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

세 번째 분석범주는 케이스/케어 매니지먼트 담당기관이다. 국가별 케어 매니지먼트를 담당하는 기관은 다양하다. 주요 실행 및 담당 기관은 중앙 및 지방정부의 부서 또는 병원, 정신보건팀, 1차 의료기관과 별도의 개별 케어 매니지먼트 자격을 가진 전문가 등으로 구분할 수 있다. 독일과 일본의 장기요양 분야에서 케어 매니지먼트 담당기관은 각각 독일의 Sozialstation, 일본의 거택개호지원센터 등이 여기에 해당된다(최은영 외, 2005)<sup>11)</sup>.

네 번째 분석범주는 케이스/케어 매니지먼트 실천 유형이다. 특히, 장기요양과 관련된 케어 매니지먼트는 앞서 언급한 것처럼 사례관리 유형을 크게 중계체계 모형(brokered system model)과 통합체계 모형(consolidated delivery model)로 구분하고 있다(Estes and Close, 1998). 우선 중계체계 모델은 앞서 언급되었던 전통적 사례관리 모델을 의미하며 특히 케어 조정과 연결기능에 초점을 둔다. 즉, 산발적으로 흩어져있는 자원들을 효과적이고 효율적으로 대상에게 연결시키는지가 가장 중요한 관심사가 된다. 다음으로 통합체계 모형은 주관 서비스 기관 중심으로 다양한 서비스 통합체를 구성하고, 여기에 가입한 대상이 다양한

11) 단일 담당기관 또는 여러 기관에서 서비스 제공의 모니터링과 질 관리가 이루어지는지에 따라 국가별로 제도운영에 차이점을 갖게 된다.

케어를 자신의 기능 상태나 욕구 정도에 따라 통합적으로 제공받을 수 있도록 하는 제도이다. 미국의 경우 지역사회에서 통합모형의 발달은 고단위 비용의 시설중심 장기요양 서비스의 비용절감 전략으로 대두되었다. 시설 입소 정도의 중증 대상을 재가서비스 통합체계에서 관리하면서 상대적으로 비용절감의 효과를 보게 된 것이다.

다섯 번째 서비스 구매자와 제공자간 역할의 구분에 대한 범주이다. 사실, 상담이나 지지 서비스 등과 같이 서비스의 특성상 구매자와 제공자가 구분하기 어려운 대상이나 서비스 내용이 존재할 때가 있다. 그럼에도 불구하고 담당기관에서 구매하는 서비스 구매방식은 적용방안을 검토하는 중요한 실천 전략 중에 하나이기 때문에 중요하다. 따라서, 서비스 구매 방식에 대해 구분하여 접근할 필요가 있다. 서비스 구매와 관련되어 통합적 구매(macro-purchasing)와 세부적 구매(micro-purchasing)로 구분할 수 있는데, 통합적 구매는 해당 지역에서 지방정부가 서비스를 일괄 구매하는 방식이고, 세부적 구매는 개별 케어 매니저가 필요한 예산안에서 서비스를 구매하여 개인에게 제공하는 것을 의미한다(영국 DOH, 1991). 각각의 구매방식은 장단점이 있으며, 이러한 장단점은 담당기관이 단일인지, 다원화 되어 있는지 또는 케어매니지먼트 제공 지역이나 방법에 어떠한 차이가 있는지에 따라 그 장단점이 변화할 수 있다.

여섯 번째, 전반적인 케어 매니지먼트 실천과정에서 서비스 제공자와의 관계 형성부분이다. 상호간 관계를 어떻게 형성하는가는 장기요양 서비스 전달의 효과성과 효율적 재정운영 및 서비스 만족도 등을 결정짓는 중요한 요소가 되기 때문이다. 케어 매니저가 제공자에게 너무 엄격한 슈퍼비전을 제공하거나 감시하는 관계는 오히려 제공자들의 서비스 제공저항 및 대상자에게 비용부담 전가라는 역효과를 낼 수 있다. 뿐만 아니라 단순한 조정 및 의뢰 역할은 서비스 질이나 비용관리에 도움을 주지 못한다.

## 4. 케어매니지먼트체계 운영 사례

### 가. 미국

미국 재가요양의 대안으로 주목받고 있는 케어 매니지먼트 모델의 대표적 사례로 노인을 위한 종합케어프로그램인 PACE(Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 모델에 대해 살펴보고자 한다.

최근 재가요양과 관련해 많은 연구들이 PACE 모델을 재가 중증노인을 대상으로 하는 가장 성공적인 케어 매니지먼트 프로그램으로 평가하고 있다(Branch, Coulman et al., 1995; Eng, Pedulla et al., 1997; Bodenheimer, 1999). 초기 On-Lok 프로그램으로 알려진 PACE 프로그램은 미국 샌프란시스코 시 지역 거주 중증계 미국 노인들을 주 대상으로 한 주간양로보호(adult day health care) 센터를 중심으로 시범 운영되었다. 1986년 Medicare와 Medicaid waiver의 지원을 받아 PACE 모델로 개정되어 오늘날 미국 전역으로 확대 실시되고 있다. PACE 모델은 그 대상이 시설입소 수준의 중증 대상노인이라는 점이 Medicare 급여 대상의 노인들이 주대상인 Social HMO 프로그램과 차이가 있다(Doyle et al., 1997). PACE 모델은 급성 케어와 장기요양 서비스의 통합 및 유연한 재정운동을 바탕으로 부적절하거나 시기상조적인 시설을 예방하는데 일차적 목적을 가지고 있다. PACE 모델의 특징은 (1) 시설화 수준의 중증 노인들에게 지역 및 재가요양 서비스 제공, (2) Medicare와 Medicaid의 인두제 방식 상환을 통한 통합 재정방식과 공급자 위험 부담, (3) 주간양로보호 센터를 중심으로 한 통합된 서비스 전달체계, (4) 제학문적(multidisciplinary) 요양 전문직으로 구성된 케어 매니지먼트 팀에 의한 사례관리 등이다(Branch, Coulman et al., 1995).

PACE 모델은 Medicare, Medicaid 그리고 개인 부담의 세 가지 재원을 바탕으로 운영된다. PACE 재정 운영방식을 이해하기 위해서는 우선 상환비(reimbursement rate)의 개념부터 살펴보아야 한다. 예를 들어 PACE Medicare 상환액의 계산을 위해 우선 인근지역의 PACE 가입자와 비슷한 건강상태의 비가입 노인들이 일반적인 형태의 Medicare로 연간 지출하는 비용의 평균치를 구한 뒤 이 비용의 몇 %까지를 PACE에 지원할 것인가를 정하는데 이 비율을 상환비라고 한다. PACE Medicare의 경우 95%로 고정되어 있다. 일반적인 Medicare 상환 방식은 행위별 수가제(fee-for-service)를 따르지만, PACE Medicare는 인두제 방식으로 상환되므로 1명의 PACE 서비스 대상자당 최소 5%의 절감까지 기대할 수 있다(Doyle et al., 1997). 주 정부에 의해 집행되는 Medicaid의 경우 각 주의 장기요양 대상 인구비에 따라 주별 상환비가 달리 책정되어 있다. 이 상환비는 변동적이며 약 68%(south carolina)에서 96%(Bronx, NY)로 책정되어 있다. 일반적으로 시설입소 수준 중증 노인들에게 행위별 수가제 방식의 Medicaid로 지불되는 비용보다는 그 차이만큼 비용절감을 기대할 수 있다. 물론 이러한 방식은 서비스 제공자가 재정 위험 부담을 갖게 되지만 재정 관리의 기술에 따라 전체 서비스의 효과성과 효율성을 강화할 수 있는 강력한 유인책의 역할도 기대할 수 있다(Eng, 1997). 적정한 기관의 수익을 위해서 서비스 제공자들은 개인별로 케어 플랜(individual plan of care; IPC)을 지속적으로 모니터링하고 평가하여야 하며, 자원의 효율적 관리에 대한 고민도 필요하다.

#### 나. 덴마크

덴마크는 지역사회 거주 노인들을 위해 종합적인 클라이언트 사정 및



관리체계를 갖추고 있다(Petersen & Rostgaard, 2000). 덴마크의 케어 매니저들은 노인들의 욕구사정과 케어 계획 수립을 위해 75세 이상 모든 노인들에게 예방적 차원에서 일년에 최소 2번 방문을 하고 있다. 대부분의 케어 매니저들은 기초 자치단체(municipalities)에 소속되어 있다. 이 중 공식적 케어가 필요한 대상의 경우 홈케어 매니저에 의해 심도 있는 사정이 이루어지며, 이에 따라 케어 계획을 세우고 서비스 제공자와 특정 계약을 맺게 된다. 클라이언트가 계획된 서비스에 대해 불만이 발생할 경우 이의신청도 가능하다. 간병 인력과 가정간호 인력들 또한 요양서비스 제공을 위해 협력하며, 전반적인 서비스 과정은 홈케어 팀에 의해 모니터링 된다. 의학적 서비스 필요하거나 시설 입소의 위험이 강한 경우에는 그 지역에 위치한 노인의학팀이나 노인전문의사에게 상담을 의뢰하게 된다 (Stetvold et al., 1996).

## 다. 네덜란드

1980년대 후반부터 사례관리나 케어 매니지먼트의 개념을 본격적으로 의료 및 노인복지에 도입한 네덜란드의 케어 매니지먼트는 다양한 케어 네트워크를 연결하고 조정하는 역할에 초점을 두고 있다. 네덜란드는 의료·장기요양 서비스 제공에 있어 특징은 제공영역간 수직적·수평적 통합이라 할 수 있다. 특히 장기요양서비스 제공자들(가정간호, 주간보호 등)과 노인거주시설, 요양시설 및 의료서비스 제공 시설들간 통합이 이루어지고 있다. Venlo Project 시범사업은 가정간호 서비스 기관, SWO, 노인주거 시설 3자를 통합하여 재정을 pooling하고 한 장소에서 intake, 사정, 케어 플랜작성 및 서비스 조정활동을 실행하도록 하였다.

이러한 통합을 위해 네덜란드는 통합적 케어 매니지먼트 체계를 중요하

게 활용하고 있다. Chain of care의 개념을 활용한 "transmural care" 모델이 그 대표적인 예라 할 수 있다. 이 모델은 시설과 재가요양간 통합을 주된 활동으로 삼고 대상자의 욕구에 맞는 서비스를 제공하고자 하는 움직임의 일환이다. 특히 "transmural care center"를 중심으로 병원과 가정간호 기관과의 통합을 통해 중풍이나 고관절 탈구 등과 같은 노인환자들에게 요양서비스를 제공하고 있다(Nies, 2001). 이 모델 외에 보다 더 사회적 케어 모델에 가까운 통합 서비스 제공도 노인정신건강관련 서비스 센터들을 통해 이루어지고 있다. 그러나 현재 네덜란드의 의료복지 서비스와 사회복지 서비스간 재정의 비통합적 운영으로 이러한 통합적 노력이 지속적으로 확대될 수 있을지 의문이 제기되고 있는 실정이다.

## 라. 스웨덴

스웨덴의 케어 매니지먼트는 최근 노인요양서비스에 있어 서비스 대상자의 선정, 조정과 재가요양서비스의 효과성 증가의 핵심적인 기제로 자리 잡고 있다. 1980년대 이후 대부분의 기초자치단체에서 시작된 다학문적 팀(multidisciplinary team)에 의한 care planning team은 오늘날 사례관리팀(case management team)으로 발전하였다. 1992년 스웨덴의 노인복지개혁법은 팀에서 노인대상자를 위한 주거보장, 사회복지 서비스 및 요양관련 욕구를 관리하게 하였고 동시에 사례관리 팀의 역할도 사례발굴, 욕구사정, 케어 계획수립, 서비스 조정 및 모니터링으로 확대되었다. 몇몇 기초자치단체에서는 서비스 대상자와 이용권을 결정하고 실제 서비스 제공은 민영계약자에게 제공할 수 있도록 하는 등 구매자와 제공자 사이 역할 분담이 이루어지고 있다.



## 제4장 요양병원 및 장기요양시설 급여실적 분석

제1절 분석자료 및 분석 방법

제2절 분석결과

제 3절 시사점



# 4

## 요양병원 및 장기요양시설 << 급여실적 분석

### 제1절 분석 자료 및 분석방법

본 절에서는 요양병원 입원환자와 요양시설관련 이용자의 특성을 분석하고자 하였으며 분석대상 이용자는 2009년부터 2012년까지의 요양병원에 입원하였거나 요양시설 입소자로 한정하였다.

분석에 사용된 자료는 각 연도별 국민건강보험공단의 건강보험 급여지급자료, 건강보험 자격자료, 노인장기요양보험 인정조사자료와 노인장기요양보험 급여지급자료를 이용하였다.

분석과정은 3단계 과정으로 진행하였다. 첫 번째로 요양병원 급여실적과 장기요양 급여 실적을 분석하고 다음단계로 장기요양 인정자를 중심으로 요양병원과 요양시설의 급여실적을 분석하였다. 마지막으로 장기요양 등급인정자를 4집단으로 구분하여 급여비를 분석하였다. 급여비 분석과 함께 각 집단 간 이용자(또는 환자)의 일반적 특성, 각 기관의 이용비용(요양병원은 진료비, 요양시설은 요양비), 그리고 기관별 다빈도 질환을 살펴보았다. 이를 위해 분석집단을 요양병원 입원 환자 전체, 요양병원 입원 환자 중 노인장기요양보험 인정등급(1,2,3등급)이 있는 자, 노인장기요양보험 요양시설 이용자로 구분하여 집단 간 비교분석이 가능하도록 하였다.

## 제2절 분석결과

### 1. 영양병원 급여실적

#### 가. 영양병원 이용자 일반적 특성

연도별로 영양병원에 입원한 환자의 특성을 분석한 결과는 아래 표와 같다. 2009년 영양병원 입원환자수는 201,226명에서 2012년 294,728명으로 매년 이용자가 13.6% 증가하는 것으로 나타났다. 입원환자의 성별차이를 보면 2012년 기준 남성이 36.8%, 여성이 63.2%로 여성 이용자가 더 많은 것으로 분석되었다. 연령별로는 75~84세 이용자가 가장 많았으며, 75~84세 입원환자의 연평균 증가율도 13.4%로 나타나 85세 이상 이용자의 연평균 증가율 19.5% 다음으로 높았다.

거주 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌으로 이용자 비중이 높았고, 연평균 이용자 증가율은 농어촌, 16.6%, 대도시 13.5% 그리고 중소도시 11.7%순으로 나타났다. 건강보장 가입자 형태별로는 직장가입자가 약 50%수준이었으며, 지역가입자가 20% 후반, 의료보호대상자가 20% 초반으로 분석되었으며 연평균 이용자 증가율은 직장가입자가 높았다. 동거여부에 따른 이용자 현황은 이용자 증가율에 있어서는 독거와 동거가 큰 차이를 보이지 않았으나, 2012년 기준으로 전체 대비 이용자수는 동거가 67.0%로 독거 33.0%에 비해 매우 높은 것으로 나타났다. 장애여부에 따른 연평균 이용자 증가율은 비장애와 장애가 각각 13.6%, 13.5%로 큰 차이가 없었으며, 전체 대비 이용자수는 비장애 이용자가 장애 이용자에 비해 더 높았다.

다음으로 소득구간을 5분위로 구분하여 이용자의 특성을 살펴보았다.

2012년 기준으로 요양병원 입원환자 중 소득이 가장 높은 5분위 계층이 평균 31.1%로 가장 많이 병원을 이용하는 것으로 나타났다. 다음으로 의료급여 대상자인 0분위가 25.8%, 중간계층인 2분위, 3분위 대상자의 요양병원 이용이 각각 7.6% 9.6%로 분석되었다. 그러나 소득에 따른 연평균 증가율은 1분위가 19.5%로 가장 높았으며, 다음으로 2분위 18.1%, 3분위 17.4%로 순으로 분석되었다(표 4-1 참조).

〈표 4-1〉 연도별 요양병원 입원 환자 현황

구분	2009년		2010년		2011년		2012년		연평균 증가율	
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율		
성별	진체	201,226	100.0	226,952	100.0	254,791	100.0	294,728	100.0	13.6
	남성	74,290	36.9	83,330	36.7	93,805	36.8	108,497	36.8	13.5
	여성	126,936	63.1	143,622	63.3	160,986	63.2	186,231	63.2	13.6
연령	65세미만	44,397	22.1	48,100	21.2	53,014	20.8	61,397	20.8	11.4
	65~74세	38,590	19.2	41,891	18.5	44,981	17.7	49,365	16.7	8.6
	75~84세	72,323	35.9	82,830	36.5	91,941	36.1	105,565	35.8	13.4
	85세 이상	45,916	22.8	54,131	23.9	64,855	25.5	78,401	26.6	19.5
거주시역	대도시	109,345	54.3	121,922	53.7	119,369	46.8	159,857	54.2	13.5
	중소도시	57,011	28.3	60,165	26.5	59,330	23.3	79,547	27.0	11.7
	농어촌	34,870	17.3	44,865	19.8	76,092	29.9	55,324	18.8	16.6
건강보장형태	의료급여	48,099	23.9	54,790	24.1	59,700	23.4	65,855	22.3	11.0
	직장가입자	97,087	48.2	111,577	49.2	126,652	49.7	149,756	50.8	15.5
	지역가입자	56,040	27.8	60,585	26.7	68,439	26.9	79,117	26.8	12.2
통계여부	특거	67,516	33.6	77,168	34.0	84,360	33.1	97,362	33.0	13.0
	통거	133,710	66.4	149,784	66.0	170,431	66.9	197,366	67.0	13.9
장애여부	비장애	131,060	65.1	147,965	65.2	164,694	64.6	192,132	65.2	13.6
	장애	70,166	34.9	78,987	34.8	90,097	35.4	102,596	34.8	13.5
소득분위	0(의료급여)	63,816	31.7	72,981	32.2	68,462	26.9	76,033	25.8	6.0
	1분위	20,463	10.2	22,780	10.0	28,773	11.3	34,896	11.8	19.5
	2분위	13,677	6.8	15,402	6.8	18,429	7.2	22,534	7.6	18.1
	3분위	17,520	8.7	19,244	8.5	24,504	9.6	28,381	9.6	17.4
	4분위	26,229	13	29,088	12.8	35,278	13.8	41,117	14.0	16.2
	5분위	59,521	29.6	67,457	29.7	79,345	31.1	91,767	31.1	15.5

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

2) 분석기준은 각 연도말 지급 기준임.

(단위: 명, %)



## 나. 요양병원 입소자 중 장기요양 등급 인정자 급여 실적 분석

다음으로 요양병원에서 입원해있는 환자 중 노인장기 요양 등급(1,2,3 등급)을 받은 이용자의 특성을 분석하였다. 분석자료는 각 연도별 요양병원 입원 환자 자료와 노인장기요양보험 인정조사자료를 합하여 요양병원 입원환자 중 인정등급이 있는 환자를 추출하여 분석하였다. 요양병원 입원환자 중 등급 인정자는 2009년 71,826명에서 2012년 85,815명으로 매년 6.1% 증가하는 것으로 나타나 노인장기요양 입소자의 요양병원 이용이 지속적으로 증가하고 있음을 보여주고 있다.

성별로는 남성 이용자보다 여성 이용자가 더 많았으며, 연평균 증가율은 6.1%로 동일하게 나타났다. 연령별로는 75~84세 이용자가 가장 많았으며, 연평균 증가율은 85세 이상 이용자가 12.9%로 가장 높고 다음으로 65세 미만, 65~74세 이용자의 순으로 나타났다. 거주지역별로는 농·어촌, 중소도시, 대도시 순으로 연평균 증가율이 각각 11.7%, 5.0%, 4.9% 나타났으며, 전체 인구 대비 인구 분포는 대도시, 중소도시, 농·어촌 순으로 높았다.

요양병원 입원환자의 경우 2012년 기준 절반 이상인 58.1%가 직장가입자격으로 보장을 받고 있으며, 연평균 이용자 증가율 역시 직장가입자가 8.5%로 가장 높게 나타났다. 동거여부에 따른 연평균 증가율은 독거와 동거가 큰 차이를 보이지 않았으나, 전체 대비 이용자수(2012년 기준)는 동거가 73.9%로 독거 26.1%에 비해 높았다. 장애여부에 따른 연평균 증가율 역시 비장애와 장애가 각각 4.1%, 8.9%로 장애자의 증가율이 높으며 전체 대비 이용자수는 비장애가 장애에 비해 높은 것으로 분석되었다. 소득수준에 따른 분석결과 요양병원 환자 중 소득이 가장 높은 5분위 계층이 가장 많이 이용하였으며, 그 다음으로 의료급여 대상자인 0분위

가 이용이 많은 것으로 나타났다. 연평균 증가율은 1분위가 11.4%로 가장 높았으며, 4분위가 7.9%로 가장 낮은 것으로 분석되었다. 노인장기요양보험 인정등급별로는 요양병원 이용자 중 3등급이 60.3%(2012년 기준)으로 가장 많았으며, 연평균 증가율 역시 3등급이 가장 높았다.

(표 4-2) 연도별 요양병원 입원 환자 현황(장기요양 등급자)

구 분	2009년		2010년		2011년		2012년		연평균 증가율	
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율		
전 체	71,826	100.0	80,026	100.0	83,202	100.0	85,815	100.0	6.1	
성별	남성	22,888	31.9	25,610	32.0	26,604	32.0	27,357	31.9	6.1
	여성	48,938	68.1	54,416	68.0	56,598	68.0	58,458	68.1	6.1
연령	65세미만	5,479	7.6	5,883	7.4	5,718	6.9	5,432	6.3	-0.3
	65-74세	14,639	20.4	15,413	19.3	15,131	18.2	14,319	16.7	-0.7
	75-84세	31,046	43.2	34,431	43.0	35,420	42.6	36,329	42.3	5.4
	85세 이상	20,662	28.8	24,299	30.4	26,933	32.4	29,735	34.7	12.9
거주지역	대도시	40,373	56.2	43,020	53.8	40,783	49.0	46,654	54.4	4.9
	중소도시	19,840	27.6	21,264	26.6	19,910	23.9	22,979	26.8	5.0
	농어촌	11,613	16.2	15,742	19.7	22,509	27.1	16,182	18.9	11.7
간강보장형태	의료급여	13,206	18.4	14,622	18.3	14,285	17.2	14,032	16.4	2.0
	직장가입자	39,070	54.4	44,565	55.7	47,262	56.8	49,881	58.1	8.5
	지역가입자	19,550	27.2	20,839	26.0	21,655	26.0	21,902	25.5	3.9
통거여부	통거	19,075	26.6	21,670	27.1	21,641	26.0	22,385	26.1	5.5
	통거	52,751	73.4	58,356	72.9	61,561	74.0	63,430	73.9	6.3
장애여부	비장애	42,094	58.6	46,159	57.7	46,652	56.1	47,428	55.3	4.1
	장애	29,732	41.4	33,867	42.3	36,550	43.9	38,387	44.7	8.9
소득분위	0(의료급여)	18,721	26.1	21,071	26.3	17,329	20.8	17,225	20.1	-2.7
	1분위	7,218	10.0	7,933	9.9	9,368	11.3	9,976	11.6	11.4
	2분위	4,488	6.2	5,006	6.3	5,488	6.6	5,821	6.8	9.1
	3분위	6,022	8.4	6,609	8.3	7,698	9.3	7,832	9.1	9.2
	4분위	9,958	13.9	10,846	13.6	12,021	14.4	12,518	14.6	7.9
5분위	25,419	35.4	28,561	35.7	31,298	37.6	32,443	37.8	8.5	

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

2) 분석기준은 각 연도별 지급 기준임.

(단위: 명, %)

#### 다. 요양병원 입원환자의 상병 특성

요양병원에 입원한 환자의 주 상병과 노인장기요양 등급 인정자(1,2,3 등급)중에서 요양병원에 입원한 환자는 어떠한 상병으로 요양병원에 입원했는지를 살펴 보았다.

본 분석에서의 다빈도 상병은 요양병원 입원환자의 주상병을 기준으로 분석한 결과이며, 중복 이용을 포함하였으며 분석 결과는 아래 표와 같다. 먼저 연도별 요양병원 전체 입원환자의 10대 다빈도 상병 비중은 2009년 53.1%, 2010년 54.7%, 2011년 53.4%, 2012년 54.2%로 분석되어 전체적으로 50%를 초과하는 것으로 나타났으며 주로 알츠하이머병에서의 치매, 뇌 경색증, 상세불명의 치매, 뇌혈관질환 후유증 등이 주요 상병으로 나타났다. 특이 사항으로는 2009년에는 입술구강암(C06) 질환과 호흡기 질환(인플루엔자, 급성 후두염)이 다빈도 질환의 6-8위를 차지했던 반면, 2010년 이후부터는 다빈도 질환에서 제외되었고 2010년부터는 허리 통증(M54) 및 관절증(M17), 마비(M81) 및 파킨슨병(G20)은 이용 빈도가 높아져 다빈도 상병 순위에 오른 점을 들 수 있다.

요양병원 입원환자 중 등급인정자의 상위 10위 다빈도 상병의 비중은 2009년 65.8%, 2010년 66.7%, 2011년 66.4%, 2012년 66.9%로 분석되었으며 전체적으로 요양시설에서 요양병원으로 입원한 환자의 질병변화가 크지 않은 것으로 나타났다. 주로 알츠하이머병에서의 치매, 뇌 경색증, 상세불명의 치매, 뇌혈관질환 후유증 등이 주요 질병으로 나타났다. 요양병원 입원환자(전체)의 노인성질환 비중은 2009년 34.0%, 2010년 39.4%, 2011년 37.7%, 2012년 35.3%로 나타났으나 요양병원 입원환자 중 노인장기요양등급 인정을 받은 환자의 노인성 질환 비중은 2009년 46.6%, 2010년 46.1%, 2011년 48.3%, 2012년 49.6%로 분석되어 전체적으로 요양병원 전체 이용자 보다 요양병원 등급 인정자가 노인성

질환의 비중이 더 높은 것으로 보여진다. 노인성 질환 이외 일반적인 영양병원 이용자와 등급인정자들 간에 차이를 보이는 다빈도 질병을 살펴보면, 일반적인 영양병원 환자들은 배통(M54), 무릎관절증(M17) 이용이 많은 반면에, 등급인정자는 폐혈증(A41) 환자의 이용빈도가 높았으며 그 외 만성질환인 고혈압(I10), 당뇨병(E11) 환자의 이용 빈도가 높았다.

〈표 4-3〉연도별 요양병원 환자(전체이용자와 등급인정자) 다빈도 상병 비교

연도	2009년			2010년			2011년			2012년		
	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)	요양병원 (전체이용자)	요양병원 (등급인정자)
1	F00(알츠하이머병 에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)	F00(알츠하이머 병에서의 치매)
2	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)	I63(뇌경색증)
3	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)	F03(상세불명의 치매)
4	I69(뇌혈관질환 후유증)	I10(원발성 고혈압)	F03(상세불명의 치매)	A41(폐혈증)	I69(뇌혈관질환 후유증)	A41(폐혈증)	I69(뇌혈관질환 후유증)	G81 (편마비)	I69(뇌혈관질환 후유증)	G81 (편마비)	I69(뇌혈관질환 후유증)	G81 (편마비)
5	I10(원발성 고혈압)	A41(폐혈증)	M54(배통-등, 허리통증)	G81(편마비)	M54(배통-등, 허리통증)	A41 (폐혈증)	M54(배통-등, 허리통증)	A41(편마비)	M54(배통-등, 허리통증)	A41(편마비)	M54(배통-등, 허리통증)	I69(뇌혈관질환 후유증)
6	C06(입술구강암)	I69(뇌혈관질환 후유증)	I10(원발성 고혈압)	원발성 고혈압	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	M17 (무릎관절증)	G20(파킨슨병)
7	J10 (인플루엔자)	G81(편마비)	G81(편마비)	I69(뇌혈관질환 후유증)	I69(뇌혈관질환 후유증)	G81(편마비)	M17(무릎관절 증)	G20(파킨슨병)	M17(무릎관절 증)	G20(파킨슨병)	G81(편마비)	A41(폐혈증)
8	J04 (급성후두염)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	M17 (무릎관절증)	G20(파킨슨병)	G20(파킨슨병)	G20(파킨슨병)	G81(편마비)	I69(뇌혈관질환 후유증)	G81(편마비)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)	I10(원발성 고혈압)
9	I61(뇌 내출혈)	G20 (파킨슨병)	G20 (파킨슨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	G20 (파킨슨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	G20 (파킨슨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)	G20(파킨슨병)	E11(인슐린- 비의존 당뇨병)
10	E11(인슐린-비의 존 당뇨병)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	I61(뇌 내출혈)	M79(기타 연조직 장애)	F01*(혈관성 치매)
다빈도 상병 비중	53.1%	65.8%	54.7%	66.7%	66.7%	66.7%	53.4%	66.4%	54.2%	66.9%	66.9%	66.9%
노인성질환(*) 비중	34.0%	46.6%	39.4%	46.1%	46.1%	46.1%	37.7%	48.3%	35.3%	49.6%	49.6%	49.6%

주: 노인성질환은 노인장기요양보험에서 인정되는 노인성 질환: F00-03(치매), G30(알츠하이머병), I60-69(뇌혈관질환), G20-23(파킨슨병, 운동장애)를 의미함.

## 2. 요양시설 이용자

### 가. 요양시설 이용자 일반적 특성

다음으로 연도별로 노인장기요양보험 요양시설 이용자의 현황을 분석하였으며 그 결과는 아래<표 4-4>와 같다. 연도별로 요양시설 입소자는 2009년 80,025명에서 2012년 132,235명으로 매년 18.2%증가하는 것으로 분석되었다. 성별로는 남성 보다 여성 이용자가 더 많았고 연평균 이용자 증가율은 남성이 17.5%, 여성은 18.5%로 여성이 약간 높은 것으로 나타났다. 연령별로는 85세 이상 이용자가 가장 많았으며, 65세 미만 이용자의 연평균 증가율이 34.5%로 가장 높았다.

거주지역별로는 농·어촌, 대도시, 중소도시 순으로 연평균 증가율이 각각 19.2%, 18.1%, 17.8%로 나타났으며 전체 인구 대비 인구 분포는 대도시, 중소도시, 농·어촌 순이었다.

시설 이용자를 소득기준으로 살펴보면 소득이 가장 높은 최상위계층인 5분위가 가장 많이 이용하는 것으로 나타났으며 그 다음으로 의료급여계층인 0분위가 이용이 많은 것으로 분석되었다. 그러나 이용자의 연평균 증가율은 1분위가 26.6%로 가장 높았으며, 0분위가 5.4%로 가장 낮았다. 수발자에 따른 연평균 증가율은 가족수발자가 주로 보살폈던 이용자가 50.5%로 가장 비중이 높았으며(2012년 기준) 절반 이상을 차지 하고 있다.

노인 장기요양등급별로 보면, 시설 이용자 중 3등급이 45.4%(2012년 기준)으로 가장 많았으며, 다음으로 2등급 35.8%, 1등급 18.9% 순으로 분석되었다.

시설의 경영 주체별로 보면, 법인설립기관 이용자가 51.0%(2012년 기

준)로 가장 높았으며, 개인설립기관 이용자가 42.7% 순으로 나타났다. 연평균 증가율은 기타 설립기관을 제외하고 개인설립기관이 29.2%로 법인설립기관 12.3%, 지방자치단체설립기관 9.7%보다 높은 것으로 분석되었다.

시설 규모별로는 70인 이상 시설이 35.3%(2012년 기준)로 가장 높았으며, 30인~70인 미만, 10인~30인 미만 순으로 나타났다. 그러나 연평균증가율은 공동생활가정이 33.8%로 가장 높았고 다음으로 10인~30인 미만 순으로 정원 규모가 적을수록 증가율은 높은 것으로 나타났다.



〈표 4-4〉 연도별 요양시설 이용자 현황

구분	2009년		2010년		2011년		2012년		연평균 증가율	
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율		
전체	80,025	100.0	107,438	100.0	123,738	100.0	132,235	100.0	18.2	
성별	남성	19,432	24.3	26,348	24.5	30,159	24.4	31,492	23.8	17.5
	여성	60,593	75.7	81,090	75.5	93,579	75.6	100,743	76.2	18.5
연령	65세미만	1,846	2.3	3,017	2.8	3,886	3.1	4,488	3.4	34.5
	65~74세	8,441	10.5	11,868	11.0	14,493	11.7	16,705	12.6	25.6
	75~84세	27,954	34.9	38,895	36.2	46,519	37.6	51,941	39.3	22.9
	85세 이상	41,784	52.2	53,658	49.9	58,840	47.6	59,101	44.7	12.3
거주지역	대도시	39,117	48.9	54,405	50.6	61,869	50.0	64,463	48.7	18.1
	중소도시	25,611	32.0	33,314	31.0	38,695	31.3	41,872	31.7	17.8
	농어촌	15,297	19.1	19,719	18.4	23,174	18.7	25,900	19.6	19.2
소득분위	0(의료급여)	27,635	34.5	29,981	27.9	31,705	25.6	32,361	24.5	5.4
	1분위	9,365	11.7	14,199	13.2	17,235	13.9	19,002	14.4	26.6
	2분위	5,260	6.6	8,021	7.5	9,696	7.8	10,479	7.9	25.8
	3분위	6,936	8.7	10,173	9.5	12,053	9.7	13,189	10.0	23.9
	4분위	10,285	12.9	15,228	14.2	18,164	14.7	19,643	14.9	24.1
5분위	20,544	25.7	29,836	27.8	34,885	28.2	37,561	28.4	22.3	

(단위: 명, %)

구분	2009년		2010년		2011년		2012년		연평균 증가율	
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율		
수발지(*)	가족	19,541	24.4	41,225	38.4	56,619	45.8	66,715	50.5	50.6
	시설	33,398	41.7	39,274	36.6	38,755	31.3	36,695	27.7	3.2
	없음	27,086	33.8	26,939	25.1	28,364	22.9	28,825	21.8	2.1
등급(*)	1등급	32,757	40.9	30,682	28.6	27,659	22.4	24,937	18.9	-8.7
	2등급	34,871	43.6	45,393	42.3	49,032	39.6	47,327	35.8	10.7
	3등급	12,397	15.5	31,363	29.2	47,047	38.0	59,971	45.4	69.1
시설주체(*)	지방자치단체	6,050	7.6	7,254	6.8	7,915	6.4	7,993	6.0	9.7
	법인	47,714	59.6	57,265	53.3	63,378	51.2	67,485	51.0	12.3
	개인	26,195	32.7	42,818	39.9	52,287	42.3	56,526	42.7	29.2
	기타	66	0.1	101	0.1	158	0.1	231	0.2	51.8
시설규모(*)	공동생활가정	7,128	8.9	12,819	11.9	15,748	12.7	17,080	12.9	33.8
	10인~30인미만	12,415	15.5	20,607	19.2	24,631	19.9	26,674	20.2	29.0
	30인~70인미만	26,779	33.5	34,574	32.2	39,558	32.0	41,818	31.6	16.0
	70인 이상	33,703	42.1	39,438	36.7	43,801	35.4	46,663	35.3	11.5

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득 계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.  
 2) (\*) 는 노인장기요양보험 자료이용  
 3) 분석기준은 각 연도말 지급 기준임.

### 3. 기관별 진료비용 비교

다음으로 연도별로 요양병원 전체 입원환자, 노인장기요양 등급인정자 중(1, 2, 3 등급) 요양병원 입원환자 그리고 요양시설 입소자의 연간 1인당 총 진료비용을 비교 분석하였다(표 4-5 참조). 본 분석에 있어서 1인당 총비용은 요양병원의 경우 입원환자가 지출한 총 진료비(비급여를 제외한 본인부담금과 보험자부담금을 합한 금액)이며, 요양시설의 총비용은 장기요양 요양시설을 이용할 때 발생한 연간 총 요양비(비급여를 제외한 본인부담금과 보험자부담금을 합한 금액)를 각각 이용 대상자로 나눈 금액이다.

분석결과를 보면 요양병원 입원환자(전체)는 2009년 연간 1인당 총비용으로 8,533천원을 지출하였고, 요양병원 입원환자 중 등급인정자는 9,552천원, 시설 이용자는 10,054천원을 지출한 것으로 나타났다. 그러나 2009년 이후 요양병원 전체 입원환자의 1인당 총비용은 10.1%, 요양병원 입원환자 중 등급인정자는 10.4%, 시설 이용자는 3.4% 증가한 것으로 나타났고 이러한 증가영향으로 2012년에는 요양병원 입원환자(전체)의 연간 1인당 총비용은 11,392천원, 요양병원 입원환자 중 등급인정자는 12,868천원, 요양시설 이용자는 11,101천원으로 각각 나타났다. 기관별로 볼 때 요양병원 입원환자 중 등급인정자가 가장 많이 지출하는 것으로 분석되었으며 이런 차이가 관련해서는 노인장기요양보험 요양시설 이용자의 경우 일당 정액으로 이용에 한도가 있는 반면 요양병원의 이용에 있어서는 제한이 없는 것이 주요 요인으로 작용했을 가능성이 높다고 판단된다. 성별 차이를 분석한 결과, 요양병원 전체 환자의 연간 1인당 총비용은 여성이 남성 보다 약 1.1배(2012년 기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 각각 10.0%, 10.3%로 큰 차이가 없었다. 요양병원 이용자 중 등급 인정자의 연간 1인당 총비용도 여성이 남성보다 약 1.1배(2012년

기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 각각 10.9%, 9.5%였다. 요양시설의 1인당 총비용 역시 여성이 남성 보다 약 1.2배(2012년 기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 남성이 3.8%, 여성이 3.2%로 남성이 더 높았다. 시설별 차이를 보면 남성의 경우 요양병원 전체, 요양병원 환자 중 등급인정자, 요양시설 순으로 연평균 증가율 차이를 보였고, 여성의 경우 요양병원 환자 중 등급인정자, 요양병원 전체 환자, 요양시설 순으로 연평균 증가율 차이가 나타났다. 연령대별로 보면 요양병원 전체 환자는 75세 이상 이용자의 지출이 높았으며, 요양병원 환자 중 등급인정자는 65세 미만 이용자의 지출이 가장 높은 것으로 분석되었다. 반면, 요양시설 이용자는 연령대별로 큰 차이를 보이지 않았다. 요양병원 전체 환자와 요양병원 환자 중 등급인정자의 진료비 연평균 증가율은 65세 미만이 11.8%, 65~74세가 11.4%로 가장 높았으며 시설 이용자의 경우는 65세 미만이 8.1%로 다른 연령대에 비해 높게 나타났다. 거주지역별 분석결과를 보면 요양병원의 경우 전체 환자나 등급인정자 모두 1인당 총비용은 중소도시, 농어촌 보다 대도시에서 높은 것으로 나타났으나 연평균 증가율에 있어서는 다소 차이를 보이고 있다. 요양병원 전체 이용자의 총비용 연평균 증가율은 농어촌이 10.3%, 요양병원 환자 중 등급 인정자와 시설은 대도시가 각각 11.0%, 3.5% 순이었다.

소득에 따른 1인당 연간 총비용의 경우 요양병원의 환자의 경우 소득이 가장 높은 5분위 대상자가 가장 높은 것으로 분석되었으나 요양시설의 경우 의료급여계층인 0분위 대상자가 가장 높은 지출 행태를 보이고 있다. 노인장기요양보험 등급이 있는 요양병원 환자 중 등급인정자와 요양시설 이용자를 비교한 결과, 두 기관 모두 소득 1분위의 연간 1인당 총비용이 가장 높았으며, 연평균 증가율은 요양병원 입원 환자 중 등급 인정자는 3등급이 14.2%로 가장 높았고, 요양시설은 2등급이 8.2%로 가장 높았다.

〈표 4-5〉 연도별 각 기관별 진료비 현황 비교(연간 1인당 총비용)

(단위: 천원, %)

구분	2009년			2010년			2011년			2012년			연평균증가율			
	요양병원			요양병원			요양병원			요양병원			요양병원			
	전체	등급 인정자	요양 시설	전체	등급 인정자	요양 시설	전체	등급 인정자	요양 시설	전체	등급 인정자	요양 시설	전체	등급 인정자	요양 시설	
전체	8,533	9,552	10,054	9,992	11,096	10,269	10,849	12,132	10,663	11,392	12,868	11,101	10.1	10.4	3.4	
성	남성	7,921	9,204	8,848	9,287	10,536	10,074	11,467	9,513	10,620	12,077	9,905	10.3	9.5	3.8	
	여성	8,891	9,714	10,441	10,401	11,359	10,653	11,301	12,445	11,034	13,238	11,475	10	10.9	3.2	
연령	65세미만	6,912	12,802	9,208	8,346	14,806	9,957	16,133	10,802	9,649	17,539	11,632	11.8	11.1	8.1	
	65~74세	8,778	10,347	9,972	9,987	11,923	10,271	13,351	10,692	11,388	14,315	11,194	9.1	11.4	3.9	
	75~84세	9,089	9,330	10,112	10,548	10,927	11,350	11,970	10,711	11,859	12,786	11,077	9.3	11.1	3.1	
	85세 이상	9,017	8,459	10,070	10,607	9,913	10,269	11,494	10,609	12,131	11,417	11,055	10.4	10.5	3.2	
거주지역	대도시	8,964	10,040	10,007	10,467	11,764	10,304	11,149	10,699	11,958	13,744	11,096	10.1	11	3.5	
	중소도시	8,282	9,261	10,147	9,760	10,740	10,219	10,181	11,569	10,619	11,083	11,115	10.2	10.1	3.1	
	농어촌	7,591	8,349	10,018	9,011	9,752	10,256	10,900	11,512	10,640	10,200	11,054	11,088	10.3	9.8	3.4
보장형태	의료급여	9,126	12,919	9,296	10,683	15,307	9,749	11,644	17,095	10,321	12,220	18,725	10,792	10.2	13.2	5.1
	직장가입자	8,495	13,193	9,476	9,882	14,903	9,823	10,681	16,191	10,306	11,252	16,870	10,803	9.8	8.5	4.5
	지역가입자	8,089	18,404	11,313	9,569	22,224	11,542	10,467	23,363	11,745	10,969	24,947	12,089	10.7	10.7	2.2

구분	2009년			2010년			2011년			2012년			연평균가율		
	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설
	전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자	
0(의료급여)	8,818	9,264	11,250	10,265	10,661	11,492	11,155	11,396	11,692	11,796	11,979	12,029	10.2	8.9	2.3
1분위	8,387	9,321	9,556	9,992	10,984	9,915	10,967	12,036	10,489	11,578	12,837	10,922	11.3	11.3	4.6
2분위	7,529	9,395	9,094	9,058	11,381	9,485	9,870	12,370	10,054	10,485	12,956	10,591	11.7	11.3	5.2
3분위	7,745	9,546	9,169	9,060	10,760	9,582	10,037	12,050	10,081	10,568	13,048	10,622	10.9	11.0	5.0
4분위	8,064	9,683	9,210	9,599	11,288	9,728	10,504	12,284	10,218	10,975	12,994	10,718	10.8	10.3	5.2
5분위	8,946	9,806	9,640	10,345	11,403	9,928	11,174	12,489	10,417	11,650	13,240	10,902	9.2	10.5	4.2
1등급	-	11,356	11,132	-	13,053	11,770	-	14,208	11,972	-	15,082	12,545	-	9.9	4.1
2등급	-	9,771	9,188	-	11,314	10,275	-	12,344	10,955	-	13,040	11,627	-	10.1	8.2
3등급	-	8,201	9,643	-	10,117	8,791	-	11,345	9,590	-	12,223	10,085	-	14.2	1.5

주: 1) 연간 1인당 총비용: 요양병원=총 진료비/입원환자, 시설=총 요양비/이용자

2) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

3) 분석기준은 각 연도말 지급 기준임.

진료비 부담을 구체적으로 파악하기 위해 환자 혹은 입소자가 부담하는 본인부담 수준으로 비교 분석해보았으며 그 결과는 아래 표와 같다. 본 분석에 있어서 1인당 본인부담금은 요양병원의 경우 입원환자가 지출한 총 진료비 중 보험자 부담금을 제외한 금액이며, 요양시설의 경우 장기요양 요양시설을 이용할 때 발생한 연간 총 요양비에서 보험자 부담금을 제외한 금액을 각각 이용 대상자로 나눈 금액이다.

연도별 각 기관별 1인당 연간 본인부담금을 보면, 요양병원 입원환자 전체의 경우 2009년 1,607천원, 2010년 1,804천원, 2011년 1,975천원, 2012년 2,096천원으로 연평균 9.2%가 증가하는 것으로 분석되었다. 요양병원 입원환자 중 장기요양 등급인정자는 2009년 2,000천원, 2010년 2,232천원, 2011년 2,445천원 2012년 2,608천원으로 연평균 9.3%가 증가하는 것으로 나타났다. 요양시설의 이용자는 2009년 1,895천원에서 2010년 1,487천원으로 감소하였고, 2011년 1,559천원, 2012년 1,602천원으로 연평균 5.4% 감소하는 경향을 보이고 있다.

성별 분석결과를 보면 요양병원 전체 환자의 연간 1인당 본인부담금은 여성이 남성 보다 약 1.3배(2012년 기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 각각 9.4%, 9.0%로 큰 차이가 없었다. 요양병원 환자 중 등급 인정자의 연간 1인당 본인부담금은 여성이 남성보다 약 1.1배(2012년 기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 각각 9.7%, 8.2%로 나타났다. 시설의 1인당 총비용 역시 여성이 남성 보다 약 1.1배(2012년 기준) 더 높았으며, 연평균 증가율은 각각 -5.3%, -5.9%로 모두 감소하였다.

연령별 본인부담 현황을 보면, 요양병원 전체 환자는 85세 이상 이용자의 본인부담 지출이 높았으며, 요양병원 환자 중 등급인정자는 65세~74세가 높게 나타났다. 요양시설 이용자는 75~84세 이용자의 본인부담 지출이 가장 높았다.

거주지역별로 보면, 1인당 연간 본인부담금은 대도시에 거주하는 이용자가 중소도시와 농어촌에 비해 모두 높은 것으로 분석되었으나 증가율의 경우는 농어촌이 대도시나 중소도시에 비해 다소 높은 것으로 나타났다. 장애여부에 따른 1인당 연간 본인부담금의 경우, 장애가 있는 이용자가 비장애자보다 모두 높은 것으로 나타났으나, 연평균 증가율은 비장애자가 장애자보다 더 높은 것으로 분석되었다.



(표 4-6) 연도별 각 기관별 진료비 현황 비교(연간 1인당 본인부담금)

(단위: 천원, %)

구 분	2009년			2010년			2011년			2012년			연평균증가율			
	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	
	전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		전체	등급 인정자		
전 체	1,607	2,000	1,895	1,804	2,232	1,487	1,975	2,445	1,559	2,096	2,608	1,602	9.2	9.3	-5.4	
남성	1,389	1,885	1,762	1,544	2,060	1,387	1,694	2,259	1,456	1,798	2,391	1,466	9.0	8.2	-5.9	
여성	1,735	2,054	1,938	1,954	2,312	1,520	2,139	2,533	1,592	2,269	2,709	1,645	9.4	9.7	-5.3	
연령																
65세미만	898	2,060	1,578	1,022	2,245	1,080	1,140	2,441	1,127	1,234	2,678	1,177	11.2	9.1	-9.3	
65~74세	1,647	2,119	1,797	1,760	2,325	1,410	1,922	2,598	1,482	2,008	2,778	1,532	6.8	9.4	-5.2	
75~84세	1,835	2,015	1,922	2,039	2,251	1,524	2,207	2,462	1,606	2,324	2,632	1,643	8.2	9.3	-5.1	
85세이상	1,900	1,876	1,911	2,172	2,141	1,501	2,365	2,338	1,569	2,518	2,483	1,619	9.8	9.8	-5.4	
거주 지역																
대도시	1,833	2,226	2,018	2,009	2,464	1,658	2,494	2,947	1,717	2,295	2,858	1,737	7.8	8.7	-4.9	
중소도시	1,493	1,883	1,877	1,699	2,123	1,389	2,117	2,570	1,474	1,990	2,497	1,542	10.0	9.9	-6.4	
농어촌	1,086	1,411	1,610	1,384	1,744	1,183	1,050	1,425	1,278	1,672	2,044	1,365	15.5	13.1	-5.4	
장애 여부																
비장애	1,472	1,859	1,594	1,676	2,108	1,322	1,835	2,290	1,455	1,958	2,453	1,518	10.0	9.7	-1.6	
장애	1,861	2,199	2,072	2,043	2,400	1,599	2,231	2,642	1,645	2,352	2,800	1,686	8.1	8.4	-6.6	

구분	2009년			2010년			2011년			2012년			연평균증가율			
	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	요양병원		요양 시설	
	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자	전체	등급 인정자		
보장 형태	의료보호	100	115	2,211	100	111	1,757	94	106	1,811	92	92	1,827	-2.8	-7.0	-6.2
	직장가입자	2,170	2,473	2,369	2,419	2,744	2,040	2,631	2,972	2,109	2,755	3,138	2,159	8.3	8.3	-3.0
	지역가입자	1,926	2,328	1,060	2,211	2,625	237	2,402	2,838	165	2,515	3,011	127	9.3	9.0	-50.7
소득 분위	0분위	522	749	1,092	564	811	301	299	445	246	345	516	220	-12.9	-11.7	-41.3
	1분위	1,901	2,160	2,156	2,238	2,496	1,576	2,421	2,682	1,616	2,573	2,852	1,593	10.6	9.7	-9.6
	2분위	1,842	2,339	2,288	2,154	2,739	1,936	2,343	2,944	2,025	2,480	3,068	2,084	10.4	9.5	-3.1
	3분위	1,944	2,405	2,313	2,187	2,613	1,983	2,418	2,909	2,052	2,539	3,122	2,116	9.3	9.1	-2.9
	4분위	2,060	2,476	2,326	2,361	2,786	2,023	2,580	3,010	2,096	2,678	3,159	2,154	9.1	8.5	-2.5
장기 요양 등급	5분위	2,317	2,533	2,399	2,567	2,819	2,073	2,768	3,063	2,144	2,871	3,224	2,195	7.4	8.4	-2.9
	1등급	-	2,421	2,158	-	2,658	1,743	-	2,876	1,766	-	3,051	1,816	-	8.0	-5.6
	2등급	-	2,079	1,829	-	2,325	1,591	-	2,543	1,701	-	2,698	1,758	-	9.1	-1.3
3등급	-	1,664	1,385	-	1,993	1,086	-	2,257	1,289	-	2,456	1,391	-	13.9	0.1	

주: 1) 연간 1인당 총 본인부담금: 요양병원=요양병원 이용 본인부담금 총액/입원환자, 시설=시설 이용 본인부담금 총액/이용자  
 2) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.  
 3) 분석기준은 각 연도말 지급 기준임.

#### 4. 기관 선택에 따른 특성

본 분석에서는 2012년 기준 노인장기요양등급 인정자의 기관 선택에 따른 서비스 이용 행태를 살펴보았다. 분석은 2012년 이전에 노인장기요양 등급을 받은 대상자를 기준으로 첫째 시설만 이용한 경우, 둘째 시설에서 병원으로 이동한 경우, 셋째 병원만 이용한 경우, 넷째 병원에서 시설로 이동한 경우의 4가지 형태로 대상을 구분하였으며 각 집단별 이용자수, 이용일수, 총비용 등을 분석하였다. 분석 시 요양시설과 요양병원을 이동한 집단의 총비용은 총 진료비와 총 요양비를 합하여 분석하였으며, 본인부담금도 두 기관 이동시 발생한 비용을 모두 합하여 분석하였으며 이용일수 또한 동일한 방식으로 합하여 결과를 도출하였다. 요양시설과 요양병원 이동 대상자 분석 시 요양병원과 요양시설을 동일기간에 중복 이용하는자는 분석에서 제외하였다.

##### 가. 이용자의 이동 행태 비교

요양기관의 선택에 따른 각 집단별 이용행태를 분석한 결과를 보면 노인장기요양등급을 받고 시설만 이용한 이용자의 경우가 57% 수준으로 나타났으며, 1인당 평균 입소일수는 248일로 가장 많았으나, 1인당 1일 평균 이용금액은 총비용 47,144원, 본인부담금 6,753원, 본인부담률은 14.3%로 가장 낮았다

2012년 기준 노인장기요양 등급판정을 받고 요양시설에서 요양병원으로 이동한 집단은 4.5%수준인 8,968명으로 이용일수가 229일 이었고, 1일 평균 비용은 60,522원, 본인부담률은 18.2%로 나타났다. 요양병원에서 요양시설로 이동한 집단의 평균 이용일수는 241일 이었으며, 1일 평

균 비용은 84,667원, 본인부담률은 17.2%로 분석되었다. 다음으로 노인 장기요양등급을 받고 요양병원만 이용한 경우는 등급인정자의 33.7%를 차지하며, 연간 1인 평균 입원일수가 194일로 가장 낮았으나 1일 평균 본인부담금은 15,378원으로 시설만 이용한 사람보다 약 2.3배 높았으며 본인부담률은 26.6%로 가장 높았다.

〈표 4-7〉 이용자의 이용 행태 비교

(단위: 명, %, 일, 천원, 원)

구분	이용자수	비중	연간 1인 평균			이용일수 1일 평균		
			이용 일수	총비용 (천원)	본인부담 (천원)	총비용 (원)	본인부담 (원)	본인 부담률
요양시설만 이용	113,459	57.0	248	11,705	1,677	47,144	6,753	14.3%
요양시설-요양병원 이동	8,968	4.5	229	13,834	2,514	60,522	10,998	18.2%
요양병원-요양시설 이동	9,499	4.8	241	13,890	2,385	84,667	14,538	17.2%
요양병원만 이용	67,039	33.7	194	14,695	2,979	57,851	15,378	26.6%

주: 분석자료는 2012년 지급 기준임.

## 나. 등급인정자별 이용 행태

노인장기요양 등급 대상자별 별 이용 행태를 살펴보면, 요양시설만 이용한 1등급자는 20,953명으로 전체 113,459명 중 18.5%를 차지하였으며, 요양시설에서 요양병원으로는 약 7.7% 이동한 것으로 나타났다. 등급인정자별로 볼때는 노인장기요양 3등급자가 시설만 이용하는 비중이 46%로 가장 높은 비중을 차지하였고, 시설에서 병원으로 이동한 대상자도 43.8%로 높았다.

노인장기요양 3등급을 인정받고 요양병원만 이용한 사람은 전체 67,039명 중 41,918명인 62.5%였고, 요양병원에서 요양시설로 이동한 3등급자의 비중은 39.0%로 분석되었다. 노인장기요양 1등급자가 요양병원에서 시설로 이동한 비중은 17.1%이며, 2등급자의 이동 비중은 약 19.9%로 각각 나타났다(표 4-8 참조).

〈표 4-8〉 등급인정자별 이용 형태

(단위: 명, %)

구 분		1등급		2등급		3등급		합계	
		이용자	비율	이용자	비율	이용자	비율	이용자	비율
요양 시설	요양시설만 이용	20,953	18.5	40,267	35.5	52,239	46.0	113,459	100
	요양시설에서 요양병원으로 이동	1,742	19.4	3,298	36.8	3,928	43.8	8,968	100
	이동 비중*	7.7%		7.6%		7.0%		-	
요양 병원	요양병원에서 요양시설로 이동	2,156	22.7	3,642	38.3	3,701	39.0	9,499	100
	요양병원만 이용	10,472	15.6	14,649	21.9	41,918	62.5	67,039	100
	이동 비중*	17.1%		19.9%		8.1%		-	

주: 1) 이동비중은 요양시설 및 요양병원 별 각 이용자 전체 중 요양병원이나 요양시설로 이동한 비중을 의미함.

2) 분석기준은 2012년말 지급 기준임.

#### 다. 요양시설만 이용한 대상자의 특성

2012년 기준 요양시설만 이용한 환자는 113,459명이며, 1인당 연간 입소일수는 248일, 1인당 연간 총 요양비는 11,705천원, 1인당 연간 본인부담금은 1,677천원으로 나타났다. 성별 특성으로는 여성 이용자가 남성에 비해 약 3.4배 더 많았으며, 1인당 입소일수, 총요양비, 보험자부담금 모두 여성이 남성보다 높았다.

연령별 특성을 살펴보면 연령대가 낮아질수록 1인당 입소일수가 높게 나타났고 1인당 연간 본인부담금은 75~84세가 가장 많은 것으로 분석되었다. 거주지역별로 분석 할 경우 대도시에 거주하는 이용자들의 비중은 48.3%로 가장 많았으며, 연간 1인 평균 전체요양비 및 본인부담금 또한 가장 높았다. 1인 평균 본인부담률은 대도시 거주자가 15.6%로 농어촌 거주자 12.1%보다 높게 나타났다. 수발자의 형태별 분석결과, 요양시설로 이동한 대상자의 경우 가족이 수발한 경우가 51.2%로 가장 많았으나, 1인당 평균 입소일수는 224일로 가장 낮았으며 1인당 연간 본인부담금의 경우 주 수발자가 가족인 경우가 1,791천원으로 가장 높았다.

소득분위별 분석결과, 시설 이용자 중 소득이 높은 5분위 계층이 27.9%이며, 의료급여(0분위)계층이 25.2%로 나타났다. 1인당 연간 입소일수는 의료급여 대상자가 272일로 가장 많았으며 2분위 소득계층이 237일로 가장 적었다. 1인당 총 요양비는 의료급여대상자가 12,514천원으로 최상위 계층인 5분위의 11,580천원보다 높게 나타났으나 1인 평균 본인부담률은 약 1.8%(1인 평균 연간 22만원 지출)로 분석되었다. 요양시설만 이용하는 대상자의 장기요양등급 현황을 살펴보면, 3등급자가 46.0%로 가장 많았으나, 1인당 연간 총요양비와 보험자부담금은 1등급이 각각 13,306천원, 11,397천원으로 가장 높게 나타났다.

〈표 4-9〉 요양시설만 이용한 환자 현황

(단위: 명, %, 일, 천원)

구 분	이용자		1인당 연간 입소일수	1인당 연간 총요양비	1인당 연간 본인부담금	
	명	비율				
전 체	113,459	100.0	248	11,705	1,677	
성별	남성	25,892	22.8	224	10,572	1,549
	여성	87,567	77.2	256	12,039	1,714
연령	65세미만	3,636	3.2	266	12,570	1,261
	65~74세	13,979	12.3	251	11,936	1,615
	75~84세	44,133	38.9	247	11,745	1,725
	85세 이상	51,711	45.6	247	11,547	1,681
거주지역	대도시	54,856	48.3	250	11,754	1,830
	중소도시	36,143	31.9	248	11,669	1,608
	농어촌	22,460	19.8	245	11,642	1,413
수발자	가족	58,133	51.2	224	10,690	1,791
	시설	29,542	26.0	283	13,252	1,773
	없음	25,784	22.7	264	12,219	1,309
소득분위	0(의료급여)	28,573	25.2	272	12,514	224
	1분위	16,398	14.5	244	11,487	1,669
	2분위	8,911	7.9	237	11,198	2,202
	3분위	11,209	9.9	238	11,228	2,235
	4분위	16,673	14.7	239	11,360	2,280
	5분위	31,695	27.9	241	11,580	2,328
장기요양 등급	1등급	20,953	18.5	261	13,306	1,908
	2등급	40,267	35.5	257	12,314	1,851
	3등급	52,239	46.0	237	10,593	1,449

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

2) 분석기준은 2012년 연도말 지급 기준임.

## 라. 요양시설에서 요양병원으로 이동한 대상자의 특성

2012년 기준 요양시설에서 요양병원으로 이동한 환자는 전체 8,968명이며, 1인당 이용일수는 229일, 1인당 총비용은 13,834천원, 1인당 본인부담금은 2,514천원으로 나타났다. 성별로는 여성 이용자가 남성에게 비해 약 2.3배 더 많았으며, 1인당 이용일수, 총비용, 본인부담금 모두 여성이 남성보다 높은 것으로 분석되었다. 이용자들의 연령대를 살펴보면, 75~84세 이상 노인이 시설에서 요양병원으로의 이동이 가장 많았으나, 65세 미만 이용자의 1인당 이용일수, 총비용, 본인부담금이 각각 264일, 16,792천원, 2,092천원으로 가장 높았다.

요양시설에서 요양병원으로 이동한 사람 중 수발자가 없는 사람은 1,181명이며, 이들의 본인부담률은 15.3%로 평균 본인부담률 18.2%보다 낮은 것으로 나타났다. 소득분위별 분석결과 이용자 중 소득이 가장 높은 5분위 계층 30.6%가 시설에서 요양병원으로 가장 많이 이동 하였으며, 그다음으로 의료급여계층인 0분위가 19.4%로 분석되었다. 본인부담 수준은 차상위 계층의 본인부담률은 2.8%였으며, 그 외 소득 계층에서는 20%를 수준으로 분석되었다. 시설에서 요양병원으로 이동하기 전 이용했던 요양시설 특성으로는 법인시설 53.2%, 개인시설 41.3%를 이용하였으며, 시설규모는 30인 이상 시설이 약 69.4%를 차지하였다(표 4-10 참조).



〈표 4-10〉 요양시설에서 요양병원으로 이동한 환자 현황

(단위: 명, %, 일, 천원)

구분	이용자		1인당 이용일수	1인당 총비용	1인당 본인부담금	
	명	비율				
전체	8,968	100.0	229	13,834	2,514	
성별	남성	2,687	30.0	215	13,274	2,392
	여성	6,281	70.0	234	14,074	2,566
연령	65세미만	465	5.2	264	16,792	2,092
	65~74세	1,401	15.6	229	14,494	2,544
	75~84세	3,840	42.8	227	13,873	2,597
	85세이상	3,262	36.4	225	13,084	2,463
거주지역	대도시	4,317	48.1	231	14,123	2,680
	중소도시	2,861	31.9	227	13,617	2,385
	농어촌	1,790	20.0	225	13,486	2,320
수발자	가족	3,874	43.2	205	12,277	2,375
	시설	3,913	43.6	251	15,531	2,794
	없음	1,181	13.2	231	13,323	2,040
소득분위	0(의료급여)	1,737	19.4	252	14,385	404
	1분위	1,284	14.3	226	13,633	2,644
	2분위	750	8.4	219	13,324	2,964
	3분위	1,004	11.2	221	13,348	2,989
	4분위	1,453	16.2	222	13,685	3,094
	5분위	2,740	30.6	224	13,977	3,186
장기요양 등급	1등급	1,742	19.4	240	15,428	2,810
	2등급	3,298	36.8	236	14,400	2,696
	3등급	3,928	43.8	217	12,653	2,230
운영주체	지방자치단체	479	5.3	247	15,465	2,652
	법인	4,768	53.2	234	14,162	2,524
	개인	3,707	41.3	219	13,206	2,484
	기타	14	0.2	193	12,994	2,353
시설규모	공동생활가정	1,010	11.3	213	12,577	2,261
	10~30인미만	1,738	19.4	219	13,129	2,439
	30~70인미만	3,022	33.7	231	13,911	2,564
	70인이상	3,198	35.7	237	14,542	2,587

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.  
 2) 분석기준은 2012년 연도말 지급 기준임.

## 마. 요양병원만 이용한 대상자의 특성

요양병원만 이용한 환자는 전체 67,039명이며, 1인당 입원일수는 194일, 1인당 총 진료비는 14,695천원, 1인당 본인부담금은 2,979천원 수준으로 나타났다. 성별 특성으로는 여성 이용자가 남성에 비해 약 2.1배 더 많았으며, 1인당 입원일수와 총진료비 또한 모두 여성이 남성보다 높았다. 이용자들의 연령대를 살펴보면, 시설 이용자 중 75~84세 이상의 비중이 가장 높았으나, 65세 미만 이용자는 1인당 입원일수가 227일로 전체 평균 입원일수인 194일 보다 높은 것으로 나타났다. 거주지역별 분석결과를 보면 대도시에 거주하는 이용자들의 비중은 55.7%로 가장 높은 분포를 보였으며, 대도시에 거주하는 요양병원 이용자의 1인당 입원일수와 총진료비, 보험자부담금이 각각 201일, 15,490천원, 12,273천원으로 가장 높았다. 요양병원 이용자 중 가족과 함께 사는(동거) 사람의 비중이 75.2%로 매우 높았으며, 입원일수와 총진료비 또한 높았다. 장애를 가진 이용자와 장애가 없는 이용자의 비율은 각각 53.8%, 46.2%로 큰 차이를 보이지 않았으며, 1인당 입원일수, 총진료비, 본인부담금 모두 장애를 가진 이용자가 더 높았다. 그러나 본인부담률은 장애를 가진 이용자가 19.3%로 장애가 없는 이용자의 본인부담률 21.3%보다 낮았다. 소득분위별 분석결과, 1인당 총 진료비는 3분위가 15,011천원으로 최하소득계층인 의료급여 대상자 13,952천원보다 높은 결과를 보여주고 있다. 노인장기요양보험 등급별 분석결과, 1인당 입원일수와 총진료비, 본인부담금은 1등급이 각각 217일, 17,400천원, 3,525천원으로 가장 높게 나타났다. 그러나 본인부담률은 장기요양등급에 관계 없이 약 20% 수준이었다 (표 4-11 참조).

〈표 4-11〉 요양병원만 이용한 환자 현황

(단위: 명, %, 일, 천원)

구 분		이용자		1인당 입원일수	1인당 총진료비	1인당 본인부담금
		명	비율			
전 체		67,039	100.0	194	14,695	2,979
성별	남성	21,757	32.5	170	13,576	2,687
	여성	45,282	67.5	205	15,232	3,120
연령	65세미만	4,580	6.8	227	19,181	2,941
	65~74세	11,593	17.3	196	15,953	3,100
	75~84세	28,521	42.5	191	14,461	2,976
	85세 이상	22,345	33.3	189	13,421	2,929
거주지역	대도시	37,327	55.7	201	15,490	3,217
	중소도시	17,461	26.0	192	14,351	2,900
	농어촌	12,251	18.3	175	12,762	2,370
동거여부	독거	16,619	24.8	191	13,806	1,496
	동거	50,420	75.2	195	14,988	3,468
장애여부	비장애	36,080	53.8	184	13,286	2,835
	장애	30,959	46.2	204	16,337	3,147
소득분위	0(의료급여)	13,081	19.5	198	13,952	602
	1분위	7,602	11.3	196	14,887	3,289
	2분위	4,524	6.7	192	14,805	3,501
	3분위	6,091	9.1	194	15,011	3,586
	4분위	9,826	14.7	191	14,770	3,587
	5분위	25,915	38.7	192	14,891	3,624
장기요양 등급	1등급	10,472	15.6	217	17,400	3,525
	2등급	14,649	21.9	206	15,717	3,256
	3등급	41,918	62.5	184	13,662	2,746

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

2) 분석기준은 2012년 연도말 지급 기준임.

## 바. 요양시설에서 요양병원으로 이동한 대상자의 특성

요양병원에서 시설로 이동한 환자는 전체 9,499명이며, 1인당 입원일수는 241일, 1인당 총비용은 13,890천원, 1인당 본인부담금은 2,385천원

원 수준이다. 성별로는 여성 이용자가 남성에 비해 약 2.4배 더 많았으며, 1인당 이용일수, 총비용, 본인부담금 모두 여성이 남성보다 높았다. 이용자들의 연령대를 살펴보면, 85세 이상 노인이 요양병원에서 시설로 가장 많이 이동하였으나, 1인당 이용일수, 총비용, 본인부담금 모두 가장 낮았다. 요양병원에서 시설로 이동한 사람 중 수발자가 없는 사람은 1,806명이며, 이들의 본인부담률은 14.9%로 평균 본인부담률 17.2%보다 낮았다. 소득분위별 분석결과, 소득이 가장 낮은 의료급여의 본인부담률은 2.1%였으며, 소득 2분위 계층 이상에서는 본인부담률이 20% 수준으로 나타났다. 요양병원에서 요양시설로 이동한 후 이용했던 요양시설 특성으로는 법인시설 53.5%, 개인시설 40.4%를 이용하였으며, 시설규모는 30인 이상 시설이 약 69.4%를 차지하였다(표 4-12 참조).

〈표 4-12〉 요양병원에서 요양시설로 이동한 환자 현황

(단위: 명, %, 일, 천원)

구 분		이용자		1인당 이용일수	1인당 총비용	1인당 본인부담금
		명	비율			
전체		9,499	100.0	241	13,890	2,385
성별	남성	2,831	29.8	221	13,014	2,281
	여성	6,668	70.2	249	14,262	2,429
연령	65세미만	377	4.0	265	15,887	2,073
	65~74세	1,292	13.6	252	15,042	2,487
	75~84세	3,849	40.5	241	14,172	2,532
	85세 이상	3,981	41.9	234	13,054	2,239
거주 지역	대도시	5,131	54.0	242	14,095	2,547
	중소도시	2,780	29.3	241	13,713	2,232
	농어촌	1,588	16.7	238	13,538	2,129
수발자	가족	4,568	48.1	221	12,970	2,476
	시설	3,125	32.9	261	15,033	2,402
	없음	1,806	19.0	255	14,239	2,124

구 분	이용자		1인당 이용일수	1인당 총비용	1인당 본인부담금	
	명	비율				
소득 분위	0(의료급여)	1,989	20.9	264	14,173	300
	1분위	1,279	13.5	234	13,589	2,506
	2분위	784	8.3	234	13,789	2,951
	3분위	947	10.0	236	13,778	2,983
	4분위	1,468	15.5	234	13,697	3,011
	5분위	3,032	31.9	235	13,985	3,065
장기 요양 등급	1등급	2,156	22.7	250	15,100	2,567
	2등급	3,642	38.3	241	13,994	2,444
	3등급	3,701	39.0	235	13,082	2,221
운영 주체	지방자치단체	538	5.7	251	14,822	2,338
	법인	5,082	53.5	246	14,114	2,304
	개인	3,834	40.4	232	13,459	2,495
	기타	45	0.5	239	14,036	2,674
시설 규모	공동생활가정	1,135	11.9	224	13,103	2,308
	10~30인미만	1,777	18.7	236	13,535	2,475
	30~70인미만	3,111	32.8	242	13,858	2,405
	70인 이상	3,476	36.6	247	14,356	2,347

주: 1) 소득분위: 1분위가 가장 낮은 소득계층이며 5분위가 가장 높은 소득계층임.

2) 분석기준은 2012년 연도말 지급 기준임.

## 사. 이동행태별 상병 특성

이동행태별 주요 상병 특성을 살펴보면 요양시설만 이용한 사람과 요양시설에서 요양병원으로 이동한 사람의 10가지 다빈도 질환의 순위는 동일하게 나타났다. 그러나 요양병원에서 요양시설로 이동한 사람은 요양병원만 이용한 사람과 달리 폐렴(J18)과 패혈증(A41) 질환 이용 빈도가 높은 것으로 분석된다. 요양병원만 이용한 사람은 다빈도 질환 중 노인성 질환 비중이 34.3% 가장 낮았으며, 요양시설이용자가 44.7%로 가장 높았다. 10순위 다빈도 상병 비중은 요양병원만 이용한 집단이 56.8%를 차지하여 가장 낮은 것으로 분석되었다(표 4-13 참조).

〈표 4-13〉 요양기관 이동 특성에 따른 다빈도 질환 비교 (2012년 기준)

요양시설만 이용		시설에서 요양병원으로 이동		요양병원에서 시설로 이동		요양병원만 이용	
주상병	비율(%)	주상병	비율(%)	주상병	비율(%)	주상병	비율(%)
전체	699,035	전체	51,314	전체	46,622	전체	333,311
F00(알츠하이머병에서의 치매)	94,791	F00(알츠하이머병에서의 치매)	7,661	F00(알츠하이머병에서의 치매)	6,743	F00(*)	54,099
I63(뇌 경색증)	75,098	I63(뇌 경색증)	6,035	I63(뇌 경색증)	3,986	I10	51,744
I69(뇌혈관질환, 후유증)	53,685	F03(상세불명의 치매)	3,440	J18(폐렴)	3,355	I63(*)	18,756
G81(편마비)	36,650	I69(뇌혈관질환 후유증)	3,148	I69(뇌혈관질환 후유증)	3,017	F03(*)	14,602
F03(상세불명의 치매)	34,949	G81(편마비)	2,205	F03(상세불명의 치매)	2,963	I69(*)	13,694
G20(파킨슨병)	33,779	G20(파킨슨병)	1,998	G20(파킨슨병)	2,554	E11	9,344
M54(배통 등, 허리통증)	27,090	I10(인플루엔자)	1,951	I10(인플루엔자)	1,722	M54	8,768
M17(무릎관절증)	23,722	M54(배통 등, 허리통증)	1,834	M54(배통 등, 허리통증)	1,236	G20(*)	7,710
I10(인플루엔자)	21,692	M17(무릎관절증)	1,475	G81(편마비)	1,149	F01(*)	5,615
I61(뇌내출혈)	20,172	I61(뇌내출혈)	1,231	A41(패혈증)	1,089	M17	5,004
다빈도상병 비중	421,628	다빈도상병 비중	30,978	다빈도상병 비중	27,814	다빈도상병 비중	189,336
노인성질환(*)비중	312,474	노인성질환(*)비중	23,513	노인성질환(*)비중	19,263	노인성질환(*)비중	114,476

주: 노인장기요양보험에서 인정되는 노인성 질환(\*): F00-03(치매), G30(알츠하이머병), I60-69(뇌혈관질환), G20-23(파킨슨병, 운동장애) 분석기준은 2012년 연도말 지급 기준임.

### 제3절 시사점

2009년 요양병원 입원환자 수는 201,226명에서 2012년 294,728명으로 매년 13.6% 수준의 이용자 증가 경향을 보이고 있다. 특히 요양병원 입원환자 중 노인장기요양 등급인정을 받은 대상자의 연평균 증가율은 매년 6.1% 수준으로 나타나고 있다. 이들은 보통 의료적 욕구가 있어 요양병원을 이용하지만 반대로 생각해보면 노인장기요양보험 등급판정상 요양필요도가 높은 집단이라 할 수 있다.

먼저 진료비 부담 측면에서는 2012년 기준 요양시설만 이용한 환자의 경우 1인당 연간 총 요양비는 11,705천원, 본인부담금은 1,677천원으로 나타났다. 이와는 반대로 2012년 기준 요양병원 만 이용한 입원환자의 1인당 연간 총 진료비는 14,695천원, 1인당 본인부담금은 2,979천원 수준이다. 이러한 결과는 1인당 총비용이나 본인부담측면에서 이용자가 요양병원을 이용하든지 혹은 요양시설을 이용하든지 간에 큰 부담의 차이를 느끼지 않을 수 있다는 점이다. 여러 원인이 있지만 진료비 부담의 차이에서 요양병원 이용자가 증가하고 있다면 이에 대한 대비책이 충분히 마련되어야 할 것이다.

다음으로 기초통계자료 분석에 의하면 요양시설, 요양병원만 이용한 이용자의 다 빈도 주 상병을 보면 거의 대부분 혼재되어있고 이러한 결과는 역설적으로 요양시설에는 요양병원으로 입원해야할 환자가, 요양병원에는 시설에서 관리를 받아야할 환자가 머물고 있다는 것을 반증하는 결과이기도 하다. 단기적으로는 보험자 측면에서 등급판정 시 인정자가 이용가능한 요양시설 형태 및 노인장기요양 서비스의 적절한 이용을 제안하고, 이용자가 적절한 이용을 하는지 이용 상담을 지속적으로 지원 하는 것도 하나의 방안이 될 것이다. 그러나 궁극적으로는 의료적 서비스가 필

요한 요양시설 입소자를 병원 전원이 필요한 입소자, 응급 시 단기적 전원을 위한 입소자, 그리고 제도적 시스템적 보완을 통해서 시설에서 care가 가능한 입소자 등으로 구분할 수 있는 가이드 라인이 마련되어 의료서비스가 연계되고 대상자별로 제대로 된 의료서비스가 공급되는 것이 필요하다고 판단된다.





## 제5장 설문 및 심층 면접 분석

제1절 요양시설 종사자 및 입소자 대상 설문조사

제2절 요양시설 대상 심층 면접조사



# 5

## 설문 및 심층 면접 분석 <<

### 제1절 요양시설 종사자 및 입소자 대상 설문조사

#### 1. 조사 방법 및 분석 방법

요양시설의 서비스 이용형태 및 의료 서비스 욕구, 연계 방안에 대해서 요양시설 종사자 및 입소자를 대상으로 설문 조사를 실시하였다. 표본 추출은 지역과 기관 규모를 고려하여 단계 층화표본을 실시하였으며, 기관별 조사 대상자는 시설 규모에 따라 일정 비율을 부여하여 시설별 인원을 선정하였다. 2012년 기준 전국 2015개의 요양시설 중 2단계 층화표본 추출 방법을 통해 전국 40개 요양시설을 선정하였고, 각 시설별 총 600명을 조사 대상으로 선정하였다. 장기요양시설 입소자들은 각자의 신체 상태에 따라서 의사소통이 불가능한 대상자가 다수 있을 수 있어 본 조사의 대상은 입소자 중에서 의사 소통이 가능한 사람을 대상으로 조사를 진행하였으며, 전문 조사원을 활용하여 일대일 면접 조사를 실시하였다.

설문조사는 요양시설 종사자와 입소자용으로 구분하였으며, 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다. 요양시설 종사자를 대상으로 요양시설의 일반적 특성(설립 주체, 정원 및 입소인원 등 운영형태), 시설 이용 비용, 촉탁의 운영현황 및 의료기관과의 협력 현황, 입소자들의 의료서비스 이용현황 및 연계체계 개선을 위한 내용을 질의하였다. 다음으로 입소자용 주요 설문 내용은 시설 이용형태, 시설 이용과 관련된 만족도, 의료서비스 이용실태 등을 조사하였다(부록 참조).

## 2. 분석결과

### 가. 시설 관리자 대상 설문조사 결과

#### 1) 일반적 특성

본 설문에 응답한 40개 기관의 규모 수준을 살펴보면 다음과 같다. 50~100명 미만의 기관이 15개소(37.5%)로 가장 많았으며, 100~150인 미만의 시설이 32.5%, 50명 미만과 150명 이상 기관은 각각 15%의 비율을 보이고 있다.

기관 규모별 정원 대비 현 인원의 입소율을 살펴보면 150명 이상 기관의 입소율이 95.4%로 가장 높았으며, 100~150인 미만의 시설은 85.8%로 가장 낮았다. 본 설문에 응한 기관의 평균 입소율은 90.4%로 나타났다.

〈표 5-1〉 기관 규모

(단위: 개소, %)

	정원		현 입소인원		입소율
	개소	비율	개소	비율	
50명 미만	6	15.0	6	15.0	88.67
50~100명 미만	15	37.5	20	50.0	93.21
100~150명 미만	13	32.5	10	25.0	85.88
150명 이상	6	15.0	4	10.0	95.44
합계	40	100.0	40	100.0	90.48

시설 규모별 입소자의 특성을 살펴보면, 50명 미만의 시설에서는 3등급의 입소비율이 57.3%로 가장 많았으며, 50인 이상 100인 미만, 100인 이상 규모에서는 3등급의 비율이 약 48%로 유사하게 나타났다. 판정 등급이 높은 1등급 대상자는 100인 이상 기관에서 15.8%로 나타나 기관의 규모가 큰 기관일수록 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있었다.

〈표 5-2〉 입소자 판정 등급 비율

(단위: 명, %)

	1등급		2등급		3등급		기타	
	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율
50명 미만	1.83	6.96	7.00	30.03	13.17	57.38	2.00	5.63
50~100명 미만	8.07	12.16	19.40	29.72	31.13	48.24	6.40	9.87
100명 이상	23.00	15.84	42.89	30.63	63.74	48.76	4.63	4.77
합계	14.23	13.13	28.70	30.20	43.93	49.86	4.90	6.81

시설에 입소한 입소자의 주 질병 상태를 살펴보면, 치매 환자의 비율이 36%로 가장 많았으며, 노인성 질환 23.5%, 뇌졸중 17.9% 으로 나타났다. 또한 뇌졸중과 치매를 함께 앓고 있는 입소자는 17.1% 순으로 분석되었다. 기관의 규모에 따라서 입소자의 주 질병 비율은 다소 차이가 있는 것으로 나타났는데, 특히 대규모 시설(100인 이상)의 경우 뇌졸중과 치매가 동시에 있는 대상자가 상대적으로 높은 비율을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 5-3〉 입소자의 질병구조

(단위: 명(%))

		50명 미만	50~100명 미만	100명 이상	합계
뇌졸중+치매	명	2.17	6.47	35.21	19.48
	(비율)	(8.51)	(8.82)	(20.38)	(17.17)
뇌졸중	명	4.33	8.67	34.74	20.4
	(비율)	(16.98)	(11.82)	(20.11)	(17.98)
치매	명	11.17	31.6	57.58	40.88
	(비율)	(43.80)	(43.09)	(33.33)	(36.02)
암	명	0.33	0.93	0.95	0.85
	(비율)	(1.29)	(1.27)	(0.55)	(0.75)
노인성 질환	명	4.67	22.86	36.47	26.69
	(비율)	(18.31)	(31.17)	(21.11)	(23.52)
기타	명	2.83	2.8	7.79	5.18
	(비율)	(11.10)	(3.82)	(4.51)	(4.56)

입소자의 월평균 식대 및 본인부담금을 살펴보면 기관의 규모에 따라 차이가 있음을 알 수 있다. 입소자의 월평균 식비는 100인 이상 시설에서 21.6만원으로 가장 높게 나타났으며 기관의 규모가 작을수록 월평균 식비가 적은 것으로 나타났다. 입소자의 본인부담금 역시 시설의 규모가 클수록 큰 것으로 나타났고, 중증일수록 부담금이 큰 것으로 나타났다. 이에 반해 국고보조금은 50~100인 미만에서 가장 큰 것으로 분석되었다.

〈표 5-4〉 시설 입소 비용

(단위: 만원)

	입소자 월평균 식비	본인 부담금			국고보조금
		1등급	2등급	3등급	
50명미만	18.0	46.0	44.3	42.3	449.8
50~100명 미만	20.0	47.5	45.4	43.4	1,939.4
100명이상	21.6	52.3	49.8	47.0	1,813.7
합계	20.5	49.6	47.4	45.0	1,635.3

시설 관리자를 대상으로 본인 시설의 장점에 대해서 질문한 결과 시설에 대한 장점은 시설환경의 측면과 요양서비스에 대한 장점이 높은 것으로 나타났다. 이는 시설의 규모와 상관없이 동일하게 나타났다.

〈표 5-5〉 본 시설의 장점(중복응답)

(단위: 명(%))

	50명 미만	50~100명 미만	100명 이상	계
도심과 가깝고, 교통이 편리함	3 (7.5)	3 (7.5)	6 (15.0)	12 (30.0)
대상자와 보호자를 위한 편의시설이 잘 되어 있음	2 (5.0)	6 (15.0)	7 (17.5)	15 (37.5)
건강을 위한 전원생활 및 주거환경이 좋음	2 (5.0)	9 (22.5)	11 (27.5)	22 (55.0)
다른 요양시설에 비해 시설이 좋음	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	5 (12.5)
다른 요양시설에 비해 서비스가 좋음	4 (10.0)	8 (20.0)	8 (20.0)	20 (50.0)
다른 요양시설에 비해 경제적 부담이 적음	0 (0.0)	1 (2.5)	3 (7.5)	4 (10.0)
계	6 (15.0)	37 (37.5)	38 (47.5)	78 (100.0)

## 2) 요양 시설 의료 서비스

### 가) 의료서비스에 대한 일반적 사항

요양시설 내 치료 권한 부여에 대한 시설 관리자의 조사결과를 살펴보면, 기관의 규모가 커질수록 전담의 제도가 촉탁의 제도에 비해 효율적이라고 응답하였으며, 시설내에서 치료권한을 부여하는 것에 대해서도 100인 이상 대규모 시설에서 적극적으로 찬성하고 있었다.

〈표 5-6〉 의료서비스에 대한 선호

(단위: 명(%))

	촉탁의 제도와 전담의 제도 효율성 비교		요양시설의 치료권한 부여		전체
	촉탁의 제도	전담의 제도	찬성	반대	
50명 미만	3 (50.0)	3 (50.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)
50~100명 미만	7 (46.7)	8 (53.3)	10 (66.7)	5 (33.3)	15 (100.0)
100명 이상	6 (31.6)	13 (68.4)	15 (78.9)	4 (21.1)	19 (100.0)
계	16 (40.0)	24 (60.0)	29 (72.5)	11 (27.5)	40 (100.0)

요양시설 내에서 일정한 수준의 의료서비스를 제공할 수 있도록 하여야 한다는 질문에 대해서 100인 이상의 시설에서 적극적으로 찬성하는 응답이 높은 것으로 분석되었다. 50인에서 100인 미만의 시설은 다른 규모의 시설에 비해서 긍정적인 응답(매우 그렇다, 조금 그렇다)이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

〈표 5-7〉 요양시설도 일정한 수준의 의료서비스를 제공

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	6 (40.0)	4 (26.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
100명 이상	10 (52.6)	5 (26.3)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	19 (100.0)
계	19 (47.5)	11 (27.5)	6 (15.0)	2 (5.0)	2 (5.0)	40 (100.0)



요양시설을 요양병원으로 전환하는 것에 대해서 시설 규모에 관계없이 부정적인 응답(아니다+전혀 아니다)이 가장 많이 나타났다. 그러나 100명 이상 규모의 시설에서는 요양병원으로의 전환에 대한 긍정적인 응답도 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-8〉 요양시설을 요양병원으로 전환

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	1 (6.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	10 (66.7)	15 (100.0)
100명 이상	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)	3 (15.8)	12 (63.2)	19 (100.0)
계	3 (7.5)	0 (0.0)	5 (12.5)	7 (17.5)	25 (62.5)	40 (100.0)

입소자의 의료이용 현황 및 병원 이용으로 인한 퇴소건수에 대해서 시설규모가 커질수록 입소자가 많기 때문에 전체 건수 또한 증가하는 것을 알 수 있다. 하지만 외래진료 이용 횟수가 50인 이상 100인 미만과 100인 이상의 시설에서 차이가 크지 않음에도 불구하고 지난 1년간 퇴소 건수를 살펴보면 높은 등급인정자가 상대적으로 많이 입소하고 있는 100인 이상의 시설이 50인 이상 100인 미만 시설에 비해 약 3.5배 이상 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-9〉 입소자의 의료이용

(단위: 횟수, 건)

	지난 1년간 입소자의 외래진료기관 이용횟수(월평균)	입소자의 병원 입원 사유 인한 퇴소 건(지난 1년간)
50명 미만	21.0	2.0
50~100명 미만	73.7	4.8
100명 이상	79.3	17.4
계	68.5	10.4

#### 나) 요양 병원 및 병의원 이송 이유

요양시설에서 요양병원 등 병·의원으로 이송한 경우와 관련해서 요양 시설 종사자의 응답은 다음과 같다. 가장 많은 응답은 요양시설에서 의료적 처치가 불가능 한 경우와 의료적인 처치가 필요한 경우가 가장 많은 것으로 나타났다. 매일 2회 이상 수액 및 진통제 처방 필요시, 시설에서 처방을 받아 치료가 곤란한 분(수액처방이나 욕창 등이 심해서 시설에 입소하는 일보다 병원에 있어야 하는 일수가 많은 경우)등의 사례를 꼽고 있고, 시설내에 판단 기준(입원 권고 사항)에 따라서 케어보다는 간호 영역의 전문적인 의료서비스가 필요할 경우 이송을 한다고 응답하였다. 다음으로 가족이 원하는 경우로 병원으로의 이송은 대부분 보호자의 판단에 의해서 이루어진다고 응답하고 있다. 특별한 기준을 가지고 있지 않다는 응답도 높은 비율을 차지하고 있다.

〈표 5-10〉 요양병원 및 병의원 주요 이송 사유

	주요 이송 사유
의료 처치	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 매일 2회 이상 수액 및 진통제 처방 필요시</li> <li>- 입원 권유 사항, 응급진료사항을 분류하여 보호자 동의를 받음, 의사소견에 의해 건강이 악화되었을 때 옮김</li> <li>- 식사를 못하거나 통증이 심할 때</li> <li>- 염증이나 폐렴 등 건강악화로 항생제 치료 필요시 병원에서 입원 권유시</li> <li>- 의료(주사, 항생제) 목적/ 식사부족등</li> <li>- 장기치료가 필요하여 요양원 체제보다 요양병원의 장기 관리가 필요한 경우 (의료처치가 꼭 필요한 경우) 기관 삽관</li> <li>- 지속적인 항생제 투약 등 치료 필요한 경우 산소흡입 등 24시간 관찰요할 경우</li> <li>- 활력징후이상시에입원치료권유(예/혈압이상,호흡이상,체온 이상 있을때) 의료 행위가 필요한 경우</li> <li>- v/s수치나 증세로 보아 입소자의 건강상태의 저하 정도</li> <li>- 거의 임종이 가깝고 서비스 지원이 힘들때(의료행위)</li> </ul>
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 촉탁의가 진단한 후 병원에 의뢰해서 병원치료 필요하다고 판단되면 보호자와 상담 후 입원</li> <li>- 센터 양식(병원이송동의서)에 기재된 내용을 근거로 안내</li> </ul>

#### 다) 요양시설 입소자가 요양병원 전원 원하는 경우

다음으로 요양시설의 입소자가 요양병원으로 전원을 원하는 경우를 살펴보면 다음과 같다. 입소자가 요양병원으로 전원을 원하는 경우도 의료적 처치가 필요한 상황(갑자기 오는 폐렴 및 장염 등으로 병원치료가 장기간 필요할 경우 입원치료가 필요 등)이 가장 많은 것으로 나타났다. 이와 함께 환자 및 보호자가 높은 수준의 의료서비스를 원할 경우(생활보다 치료가 우선이 되거나 응급상황이 자주 발생될 위험이 있을 경우 즉각적인 대응이 가능하기 때문, 요양시설은 의사가 상주하지 않기 때문에 불안감을 가지고 있으며 치료목적이 아님에도 치료에 대한 욕구가 많음 등)의 사유가 많은 것으로 나타났다. 또한 의료적인 서비스와 관련하여서는 반복적인 병원

이용으로 경제적인 부담이 클 경우 요양병원으로 이송을 하는 것으로 나타났으며, 요양시설에 대한 보호자의 불신도 주요 원인으로 나타났다.

〈표 5-11〉 시설 입소자가 요양병원으로 이송을 원하는 경우

주요 이송 사유
○ 건강상의 문제
- 갑자기 오는 폐렴 및 장염 등으로 병원치료가 장기간 필요할 경우 입원치료 필요
- 건강상태 악화로 인한 지속적인 의료처치의 필요
○ 높은 서비스의 질(치료)
- 생활보다 치료가 우선이 되거나 응급상황이 자주 발생될 위험이 있을 경우 즉각적인 대응이 가능하기 때문
- 의료적 서비스가 우선적으로 필요하기 때문에
- 입원치료가 필요한 경우(주사, 집중치료, 검사 등)
- 장기적인 치료가 필요할 때
- 주된 이유는 의사부재로 인한 불안감을 가지고 있으며 치료목적이 아님에도 치료에 대한 욕구가 많음(의사가 상주하지 않기 때문)
- 집중치료를 받기 위함
- 복합적인 질환으로 급성질환 발생시 의료적인 치료가 더 필요
○ 반복적인 병원진료에 대한 경제적인 부담
- 입퇴원 반복하는 경우 번거로움도 있고 불안해서
- 병원진료의 어려움(어르신 이동에 도움 필요, 시간을 내야 하는 문제 등)
○ 보호자들에 대한 외부의 요양원에 대한 불신
○ 요양시설의 의료적인 욕구를 충족시킬 수 있는 한계 존재, 시설은 입소하여 생활하는 시설이고, 요양병원은 말그대로 병원으로 치료를 하는 곳
○ 임종 전 의료서비스
- 말기환자는 요양보다 전문적인 치료를 요함

## 라) 요양병원 및 병의원 이송 기준 마련시 고려사항

요양병원 및 병·의원으로 이송 관련 된 기준을 마련할 경우 가장 우선적으로 고려되어야 할 것은 전문적 치료가 요구되는 의사의 판단으로 이와 관련된 척도가 필요하다는 응답이 가장 많은 것으로 나타났다. 판단기준으로는 질병의 종류, 합병증, 케어의 중증도 등을 고려할 필요가 있다고 응답하였다. 또한 입원에 대한 명확한 기준을 제시할 필요가 있는데, 당일치료 또는 장기입원치료가 필요로 할 수 있도록 객관적인 기준이 필요하다는 의견 등이 나타났다.

〈표 5-12〉 요양병원 및 병·의원 이송 기준 마련시 고려사항

### 요양병원 및 병·의원 이송 기준 마련시 고려사항

- 건강상태 변화로 전문적인 치료가 요구된다는 의사의 판단
  - 경증과 중증의 분리로 요양시설은 경증을 수용하고 요양병원은 중증을 수용
  - 의료서비스를 받는 항목의 척도가 필요함
  - 입원치료후 복귀에 대한 정확한 기준이 필요함. 최초 진단시 몇주간의 입원기간과 호전 증상에 대한 명시 이후에는 복귀를 전제로 해야함
  - 전문가가 어르신들의 신체적 건강상태를 체크해서 저렴하게 입원치료 받을 수 있는 제도로 개선
  - 질병의 종류
  - 질병이나 상처의 중한 정도
  - 케어하기 어려운 상황의 환자 파악
  - 합병증 고려
  - 질병으로 인한 입원과 관련해서 명확한 기준이 마련되어 당일치료 또는 장기입원치료 관련 객관적인 기준 마련
- 기타 신체 상태
  - 식사량 저조, 기력 저하 등
  - 활력징후 저조

## 마) 요양시설 이송 기준 마련시 고려사항

다음으로는 요양병원 등 병의원에서 요양시설로 이송 관련 기준을 만들 경우 고려해야할 사항에 대해서도 의료적인 서비스의 필요성 및 욕구가 중요한 판단 기준으로 나타났는데, 의료서비스가 아닌 일상 생활적인 측면에서 요양서비스를 더 필요로 하는 상태인지에 대한 객관적 판단에 따라 결정할 필요가 있다는 응답이 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 이와 함께 의료적인 치료가 완료되어 생활 자립 등 케어서비스가 제공될 경우 등 전반적으로 의료 처치가 끝난 상태에서 자리 서비스 등 요양이 필요한 경우에는 요양시설로 입소해야 한다고 응답하였다.

〈표 5-13〉 요양시설 이송 기준 마련시 고려사항

요양시설 이송 기준 마련시 고려사항
○ 의료 처치 치료 이후
- 급성기에서 만성적으로 더 이상 호전은 없으며 적극적인 치료 필요치 않을 때
- 의료적 행위가 없이 일상생활이 약간 가능한 분
- 요양병원에서 더 이상 주사요법 등 치료를 요하지 않을 때
- 일상적인케어(간호서비스포함:건강관리차원)만 필요한 어르신
- 입원치료후 질병이 회복됐거나 회복단계에 있어 병원입원이 필요하지 않는 대상자는 요양시설에서의 생활이 가능
- 지속적인 병원치료가 필요한지 유무
○ 치매(경증호합) 어르신은 요양시설로 입소 (등급완화 필요)
○ ADL수행정도가 어느 정도 가능하여 일상적인 생활에 타인의 지속적인 돌봄이 필요한 정도
○ 전반적 활력경우가 양호할 때
○ 장기요양 등급 유무
- 요양등급을 받은 어르신은 요양시설로 입소,

## 바) 요양병원과 요양시설간의 효율적 서비스 연계 개선방안

요양시설 종사자가 생각하는 효율적 서비스 연계 구축방안과 관련된 주된 의견은 첫 번째로 의료적 처치와 요양서비스의 명확한 기준을 마련하는 것이다. 병원에 입원 치료가 필요한 증세와 정도를 명확히 하고, 치료가 완료된 경우에는 요양서비스를 제공할 수 있는 기준을 마련하고 체계를 구축할 필요가 있다는 응답이 가장 많은 것으로 나타났다. 다음으로는 요양병원과 요양시설간의 정보공유가 필요한 것으로 나타났는데, 효율적인 정보 구축 체계를 마련하여 요양시설에서 요양병원으로 이송시 적절한 조치를 하고, 다시 요양시설로 돌아 왔을 때 어떤 조치가 이뤄졌는지 등을 알 수 있어야 한다는 의견이 제시 되었다. 또한 엠블런스 등 응급이송체계 구축이 필요하며, 위급시 요양시설에서의 간호사의 처치 범위를 확대할 필요도 있다는 응답이 나타났다.

〈표 5-14〉 요양병원과 요양시설간의 효율적 서비스 연계 구축을 위한 개선방안

### 요양병원과 요양시설간의 효율적 서비스 연계 구축을 위한 개선방안

- 병원과 요양시설의 입소 어르신 기준이 명확해져야함
  - 병원 입원하여야 할 증세의 정도를 명확히 할 필요
  - 입원치료가 필요할 경우 요양병원에서 치료 받은 후 일상생활을 위해 요양시설로 전환할 수 있도록 연계
- 요양병원 입원시 주치의와 입소자에 대한 정보공유
  - 요양시설과 지정 요양병원간의 의료정보 공유
  - 통합 전산시스템을 구축
- 요양원에서 간호사의 치료 범위를 위급시 확대
- 응급 이송체계 구축
- 연례협약을 통한 관계성 강화

### 3) 요양시설 운영

요양시설의 수가 인상에 대한 조사결과 시설 규모에 상관없이 매우 그렇다는 응답이 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-15〉 요양시설의 수가를 적정수준으로 인상

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	4 (66.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	12 (80.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	15 (100.0)
100명 이상	14 (73.7)	5 (26.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
계	30 (75.0)	7 (17.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	40 (100.0)

다음으로 시설에서 제공되는 서비스가 다양화되어야 할 필요가 있다는 긍정적인 응답(그렇다+매우 그렇다)이 시설 규모에 관계없이 높은 것으로 나타났다. 그러나 100명 이상 시설에서는 서비스의 다양화가 필요하지 않다는 응답도 있었다.

〈표 5-16〉 시설에서 제공되는 서비스가 다양화

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	7 (46.7)	5 (33.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
100명 이상	8 (42.1)	9 (47.4)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (5.3)	19 (100.0)
계	17 (42.5)	18 (45.0)	3 (7.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	40 (100.0)



요양시설에 대한 정부 지원 필요성에 대해서 시설규모에 관계없이 매우 그렇다는 응답이 높은 것으로 나타났다. 시설 종사자들은 시설에 대한 정부 지원이 매우 필요하다고 인식하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-17〉 요양시설의 시설과 인력에 대한 정부 지원 필요

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	13 (86.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (100.0)
100명 이상	16 (84.2)	3 (15.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (100.0)
계	33 (82.5)	5 (12.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	40 (100.0)

요양시설에 대한 운영은 법적 제도적 규제를 가지고 있다. 실제 시설의 종사자들은 이러한 규제들을 완화할 필요가 있다고 생각하는 비율이 상대적으로 높게 나타나지만, 절대적이지는 않았다. 특히 100인 이상 규모에서는 시설 운영에 대한 규제를 완화할 필요가 없다는 응답이 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 5-18〉 요양시설 운영에 대한 규제를 완화

(단위: 명(%))

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	아니다	전혀 아니다	계
50명 미만	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)
50~100명 미만	6 (40.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	15 (100.0)
100명 이상	9 (47.4)	1 (5.3)	3 (15.8)	3 (15.8)	3 (15.8)	19 (100.0)
계	17 (42.5)	6 (15.0)	7 (17.5)	5 (12.5)	5 (12.5)	40 (100.0)

## 나. 시설 이용자 특성 분석

### 1) 일반적 특성

시설 이용자의 의료적 욕구 판정을 위한 설문조사에 참여한 총 600명의 응답자 중 여성이 78%로 남성에 비해 약 3.5배 이상 많았으며, 연령대 별로는 80세에서 89세(264명), 65세에서 79세(236명) 순으로 나타났다. 입소자들의 성별 연령 분포를 살펴보면 65세 미만 집단에서는 남성이 많았고, 연령이 증가할수록 여성의 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 평균수명이 남성보다 여성이 높은 것과 연관이 있는 것으로 보인다.

〈표 5-19〉 성별 연령별 특성

(단위: 명(%))

	50세 이상 65세 미만	65세 이상 79세 미만	80세 이상 89세 미만	90세 이상	계
남	18 (56.3)	70 (29.7)	32 (12.1)	12 (17.6)	132 (22.0)
여	14 (43.8)	166 (70.3)	232 (87.9)	56 (82.4)	468 (78.0)
계	32 (100.0)	236 (100.0)	264 (100.0)	68 (100.0)	600 (100.0)

입소자들의 혼인상태는 사별이 77.7%로 가장 많았으며, 현재 배우자가 있다는 응답이 17.2%로 나타났다. 사별의 비율은 여성이 남성보다 높았으며, 남성 입소자의 혼인상태는 기혼의 비율이 상대적으로 높았다. 65세 이상에서는 배우자가 사별하였다는 응답이 가장 많았고, 연령이 증가할수록 이러한 응답 비중이 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-20〉 혼인상태

(단위: 명(%))

		기혼(동거)	이혼(별거)	사별	미혼	전체
성별	남	56 (42.4)	6 (4.5)	61 (46.2)	9 (6.8)	132 (100.0)
	여	47 (10.0)	9 (1.9)	405 (86.5)	7 (1.5)	468 (100.0)
연령	50세 이상	16 (50.0)	2 (6.3)	9 (28.1)	5 (15.6)	32 (100.0)
	65세 미만	57 (24.2)	8 (3.4)	165 (69.9)	6 (2.5)	236 (100.0)
	80세 이상	26 (9.8)	4 (1.5)	230 (87.1)	4 (1.5)	264 (100.0)
	89세 미만	4 (5.9)	1 (1.5)	62 (91.2)	1 (1.5)	68 (100.0)
	90세 이상	103 (17.2)	15 (2.5)	466 (77.7)	16 (2.7)	600 (100.0)
전체		103 (17.2)	15 (2.5)	466 (77.7)	16 (2.7)	600 (100.0)

본 요양시설에 입소하기 전에 있던 장소에 대해서는 가족과 함께 있었다는 응답이 36%로 가장 많았으며, 혼자 살고 있었다는 응답이 25%, 병원/종합병원에 있었다는 응답이 19.7%로 나타났다. 입소 전 생활 장소에 대해서 남성이 여성에 비해 가족과 같이 생활하였다는 응답이 높았는데, 이는 앞서 살펴본 혼인상태에 따른 차이로 생각해 볼 수 있다. 또한 여성의 경우 병원에 있었다는 응답이 많았는데, 입소자 중 고령여성의 비율의 많은 점을 고려하였을 때, 고연령 여성의 경우 입소 전 의료적 처치가 많이 필요하였다고 생각해 볼 수 있다.

연령과 관계없이 가족과 함께 있었다는 비중이 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 80세 미만의 연령에서 병원/종합병원 등 의학적 처치가 가능한 곳에 거주한 반면 고연령층에서는 비의학적 거주시설에 있었던 것으로 나타났다. 이는 고연령층 노인들이 노인성 질환으로 의학적 처치보다는 요양서비스의 욕구가 더 강했음을 시사한다.

〈표 5-21〉 입소 전 생활 장소

(단위: 명(%))

	성별		연령별				전체
	남	여	50~65세 미만	65~79세 미만	80~89세 미만	90세 이상	
병원/ 종합병원	18 (13.6)	100 (21.4)	6 (18.8)	56 (23.7)	45 (17.0)	11 (16.2)	118 (19.7)
요양병원	11 (8.3)	27 (5.8)	6 (18.8)	10 (4.2)	18 (6.8)	4 (5.9)	38 (6.3)
다른 요양시설	14 (10.6)	55 (11.8)	3 (9.4)	25 (10.6)	29 (11.0)	12 (17.6)	69 (11.5)
가족과 함께	53 (40.2)	163 (34.8)	14 (43.8)	82 (34.7)	97 (36.7)	23 (33.8)	216 (36.0)
독거	34 (25.8)	116 (24.8)	3 (9.4)	60 (25.4)	70 (26.5)	17 (25.0)	150 (25.0)
기타	2 (1.5)	7 (1.5)	0 (0.0)	3 (1.3)	5 (1.9)	1 (1.5)	9 (1.5)
계	132 (100.0)	468 (100.0)	32 (100.0)	236 (100.0)	264 (100.0)	68 (100.0)	600 (100.0)

## 2) 요양시설 이용

비용에 대한 만족도 역시 성과 연령에 상관없이 긍정적인 응답(매우 그렇다+조금 그렇다)이 높은 것으로 나타났으나 보통이다라는 응답이 다른 문항에 비해서 상당히 높게 나타났다.

〈표 5-22〉 비용에 대한 만족도

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성 별	남	42 (31.8)	47 (35.6)	39 (29.5)	3 (2.3)	1 (0.8)	132 (100.0)
	여	159 (34.0)	149 (31.8)	145 (31.0)	15 (3.2)	0 (0.0)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	9 (28.1)	11 (34.4)	10 (31.3)	1 (3.1)	1 (3.1)	32 (100.0)

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
	65세 이상 79세 미만	72 (30.5)	78 (33.1)	78 (33.1)	8 (3.4)	0 (0.0)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	102 (38.6)	82 (31.1)	71 (26.9)	9 (3.4)	0 (0.0)	264 (100.0)
	90세 이상	18 (26.5)	25 (36.8)	25 (36.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (100.0)
전체		201 (33.5)	196 (32.7)	184 (30.7)	18 (3.0)	1 (0.2)	600 (100.0)

요양병원과 비교하여 본 시설의 만족도를 살펴본 결과 성별과 연령대에 상관없이 긍정적인 응답(매우 그렇다+조금 그렇다)의 비중이 매우 높게 나타났다.

〈표 5-23〉 시설만족도(요양병원 대비)

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성 별	남	56 (42.4)	49 (37.1)	22 (16.7)	4 (3.0)	1 (0.8)	132 (100.0)
	여	172 (36.8)	207 (44.2)	75 (16.0)	12 (2.6)	2 (0.4)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	12 (37.5)	14 (43.8)	5 (15.6)	1 (3.1)	0 (0.0)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	90 (38.1)	98 (41.5)	39 (16.5)	9 (3.8)	0 (0.0)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	100 (37.9)	117 (44.3)	40 (15.2)	4 (1.5)	3 (1.1)	264 (100.0)
	90세 이상	26 (38.2)	27 (39.7)	13 (19.1)	2 (2.9)	0 (0.0)	68 (100.0)
전체		228 (38.0)	256 (42.7)	97 (16.2)	16 (2.7)	3 (0.5)	600 (100.0)

본 시설에 입소한 이후에 가족의 부담이 감소하였는지 여부에 대해서는 90.5%가 긍정적(매우 그렇다, 조금 그렇다)으로 평가하고 있었다. 성별로는 남성이 여성이 비해서 매우 긍정적으로 평가하고 있었으며, 연령대별로는 80세 이상 89세 미만의 연령대에서 가족부담이 감소하였다는 긍정적인 평가가 다른 연령대에 비해 다소 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-24〉 가족부담 감소

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성 별	남	71 (53.8)	47 (35.6)	11 (8.3)	2 (1.5)	1 (0.8)	132 (100.0)
	여	240 (51.3)	185 (39.5)	36 (7.7)	5 (1.1)	2 (0.4)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	17 (53.1)	10 (31.3)	4 (12.5)	1 (3.1)	0 (0.0)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	120 (50.8)	94 (39.8)	18 (7.6)	3 (1.3)	1 (0.4)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	139 (52.7)	104 (39.4)	16 (6.1)	3 (1.1)	2 (0.8)	264 (100.0)
	90세 이상	35 (51.5)	24 (35.3)	9 (13.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (100.0)
전체		311 (51.8)	232 (38.7)	47 (7.8)	7 (1.2)	3 (0.5)	600 (100.0)

본 시설에 입소한 이후에 요양병원에 갈 필요가 없다고 생각하는 점에 대해서는 82.7%가 그렇다고 응답하였으며, 남성과 여성에 따른 응답비율은 크게 차이를 보이지 않았다. 연령별로는 90세 이상에서 가장 요양병원에 대한 필요성이 감소하였다고 평가하였다.

〈표 5-25〉 요양병원에 대한 필요성 감소

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성별	남	58 (43.9)	51 (38.6)	19 (14.4)	2 (1.5)	2 (1.5)	132 (100.0)
	여	195 (41.7)	192 (41.0)	59 (12.6)	17 (3.6)	5 (1.1)	468 (100.0)
연령대	50세 이상	15	11	4	1	1	32
	65세 미만	(46.9)	(34.4)	(12.5)	(3.1)	(3.1)	(100.0)
	65세 이상	99	92	34	10	1	236
	79세 미만	(41.9)	(39.0)	(14.4)	(4.2)	(0.4)	(100.0)
	80세 이상	114	106	31	8	5	264
	89세 미만	(43.2)	(40.2)	(11.7)	(3.0)	(1.9)	(100.0)
	90세 이상	25 (36.8)	34 (50.0)	9 (13.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (100.0)
전체		253 (42.2)	243 (40.5)	78 (13.0)	19 (3.2)	7 (1.2)	600 (100.0)

요양 시설 입소 이후에 비용 부담이 감소하였다는 응답이 57.5%로 과반수가 넘는 것으로 나타났다. 남성이 여성보다 비용부담이 감소하였다고 응답하였으며, 50세에서 65세 미만에서 가장 긍정적으로 비용 부담이 감소한 것으로 평가되었다. 긍정적인 평가는 65세 이상 79세 미만 집단에서 높았다.

〈표 5-26〉 비용 부담 감소

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성별	남	23 (17.4)	55 (41.7)	30 (22.7)	18 (13.6)	6 (4.5)	132 (100.0)
	여	85 (18.2)	182 (38.9)	118 (25.2)	51 (10.9)	32 (6.8)	468 (100.0)
연령대	50세 이상	9	7	8	6	2	32
	65세 미만	(28.1)	(21.9)	(25.0)	(18.8)	(6.3)	(100.0)
	65세 이상	39	101	55	25	16	236
	79세 미만	(16.5)	(42.8)	(23.3)	(10.6)	(6.8)	(100.0)
	80세 이상	46	102	68	33	15	264
	89세 미만	(17.4)	(38.6)	(25.8)	(12.5)	(5.7)	(100.0)
	90세 이상	14 (20.6)	27 (39.7)	17 (25.0)	5 (7.4)	5 (7.4)	68 (100.0)
전체		108 (18.0)	237 (39.5)	148 (24.7)	69 (11.5)	38 (6.3)	600 (100.0)

요양시설 입소자들은 편리성에 대한 확충이 필요하다는 응답에 대해서도 긍정적으로 생각하고 있다. 그러나 이러한 응답은 다양한 서비스의 확충에 대한 욕구만큼 크지 않은 것으로 나타났다.

<표 5-27> 편리성 확충

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성 별	남	25 (18.9)	55 (41.7)	28 (21.2)	16 (12.1)	8 (6.1)	132 (100.0)
	여	85 (18.2)	212 (45.3)	82 (17.5)	45 (9.6)	44 (9.4)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	10 (31.3)	8 (25.0)	2 (6.3)	6 (18.8)	6 (18.8)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	41 (17.4)	115 (48.7)	39 (16.5)	20 (8.5)	21 (8.9)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	51 (19.3)	107 (40.5)	55 (20.8)	33 (12.5)	18 (6.8)	264 (100.0)
	90세 이상	8 (11.8)	37 (54.4)	14 (20.6)	2 (2.9)	7 (10.3)	68 (100.0)
전체		110 (18.3)	267 (44.5)	110 (18.3)	61 (10.2)	52 (8.7)	600 (100.0)

요양시설 입소자들은 시설 종사자들의 질 향상에 긍정적인 응답(매우 그렇다+조금 그렇다)을 보여주고 있으나 그 필요성이 절대적이지 않다. 그럼에도 불구하고 성별로는 남성(73.5%)이 여성(72.6%)보다 높은 것으로 나타났고, 연령대별로는 65세 미만(53.2%)과 90세 이상(51.5%)에서 가장 높은 것으로 나타났다.



〈표 5-28〉 시설 인력의 질 향상

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성 별	남	19 (14.4)	44 (33.3)	34 (25.8)	16 (12.1)	19 (14.4)	132 (100.0)
	여	67 (14.3)	138 (29.5)	135 (28.8)	48 (10.3)	80 (17.1)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	7 (21.9)	10 (31.3)	4 (12.5)	1 (3.1)	10 (31.3)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	35 (14.8)	68 (28.8)	63 (26.7)	29 (12.3)	41 (17.4)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	33 (12.5)	80 (30.3)	80 (30.3)	30 (11.4)	41 (15.5)	264 (100.0)
	90세 이상	11 (16.2)	24 (35.3)	22 (32.4)	4 (5.9)	7 (10.3)	68 (100.0)
전체		86 (14.3)	182 (30.3)	169 (28.2)	64 (10.7)	99 (16.5)	600 (100.0)

### 3) 서비스 이용 현황 및 만족도

본 시설에 입소하여서 이용 중인 서비스에 대해서 전체 입소자의 50% 이상이 음악치료와 미술치료를 이용하고 있는 것으로 응답하였으며 놀이 치료와 작업치료를 이용하고 있다는 응답도 45% 이상으로 나타났다. 남성 입소자는 음악치료, 미술치료, 놀이 치료 순으로 많이 이용하는 것으로 나타났으며, 여성 역시 음악치료, 미술치료를 이용하고 있다는 입소자가 가장 많았다. 남성의 경우 심리치료를 이용하고 있다는 응답도 30.3%로 여성 21.6%에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타나 남성 입소자의 심리치료 욕구가 많은 것으로 나타났다. 연령별로는 50세 이상 65세 미만 입소자의 71%가 음악치료를 이용하고 있었으며, 미술치료를 이용하고 있다고 응답하였다.

〈표 5-29〉 이용 서비스

(단위: 명(%))

	성별		연령별				전체
	남	여	50~65세 미만	65~79세 미만	80~89세 미만	90세 이상	
심리치료	40 (30.3)	101 (21.6)	6 (18.8)	49 (20.8)	72 (27.3)	14 (20.6)	141 (23.5)
음악치료	82 (62.1)	271 (57.9)	23 (71.9)	145 (61.4)	152 (57.6)	33 (48.5)	353 (58.8)
미술치료	68 (51.5)	271 (57.9)	21 (65.6)	136 (57.6)	150 (56.8)	32 (47.1)	339 (56.5)
작업치료	52 (39.4)	220 (47.0)	13 (40.6)	103 (43.6)	128 (48.5)	28 (41.2)	272 (45.3)
놀이치료	55 (41.7)	222 (47.4)	14 (43.8)	108 (45.8)	126 (47.7)	29 (42.6)	277 (46.2)
기타	10 (7.6)	45 (9.6)	0 (0.0)	21 (8.9)	29 (11.0)	5 (7.4)	55 (9.2)
이용안함	18 (13.6)	56 (12.0)	7 (21.9)	23 (9.7)	32 (12.1)	12 (17.6)	74 (12.3)
계	132 (100.0)	468 (100.0)	32 (100.0)	236 (100.0)	264 (100.0)	68 (100.0)	600 (100.0)

이용서비스에 대한 비용부담은 성별과 연령에 관계없이 시설에서 전액 부담하는 비중이 가장 높고, 자원봉사자의 비중이 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-30〉 비용부담

(단위: 명(%))

	성별		연령별				전체
	남	여	50~65세 미만	65~79세 미만	80~89세 미만	90세 이상	
본인 전액부담	12 (10.6)	22 (5.3)	1 (4.0)	18 (8.5)	13 (5.6)	2 (3.6)	34 (6.5)
자원 봉사자	40 (35.4)	146 (35.4)	8 (32.0)	71 (33.5)	86 (37.1)	21 (37.5)	186 (35.4)
시설 전액	74 (65.5)	302 (73.3)	20 (80.0)	149 (70.3)	166 (71.6)	41 (73.2)	376 (71.6)
본인+시설	2 (1.8)	7 (1.7)	1 (4.0)	3 (1.4)	5 (2.2)	0 (0.0)	9 (1.7)
보험 적용	4 (3.5)	16 (3.9)	1 (4.0)	7 (3.3)	10 (4.3)	2 (3.6)	20 (3.8)
모름	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
계	113 (100.0)	412 (100.0)	25 (100.0)	212 (100.0)	232 (100.0)	56 (100.0)	525 (100.0)

요양시설에서 제공하고 있는 서비스에 대해서는 전반적으로 만족하고 있는 것으로 나타났다. 남성에 비해서는 여성이, 연령대별로는 65세 미만과 80세에서 89세 미만에서 긍정적인 응답 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-31〉 서비스에 대한 전반적인 만족도

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성별	남	63 (47.7)	46 (34.8)	18 (13.6)	4 (3.0)	1 (0.8)	132 (100.0)
	여	257 (54.9)	172 (36.8)	32 (6.8)	7 (1.5)	0 (0.0)	468 (100.0)
연령대	50세 이상 65세 미만	19 (59.4)	9 (28.1)	2 (6.3)	2 (6.3)	0 (0.0)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	122 (51.7)	86 (36.4)	20 (8.5)	7 (3.0)	1 (0.4)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	151 (57.2)	93 (35.2)	18 (6.8)	2 (0.8)	0 (0.0)	264 (100.0)
	90세 이상	28 (41.2)	30 (44.1)	10 (14.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (100.0)
전체		320 (53.3)	218 (36.3)	50 (8.3)	11 (1.8)	1 (0.2)	600 (100.0)

요양시설 입소자들은 다양한 서비스에 대한 욕구가 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 이는 앞서 살펴본 문항에서 요양시설 입소자들의 경제적 부담이나 비용 부담 감소는 있으나 서비스의 다양성에 대해서는 다소 실망스러운 상황이라는 것을 반증한다. 다양한 서비스에 대한 욕구는 성과 연령에 상관없이 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-32〉 다양한 서비스 필요

(단위: 명(%))

		매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다	전체
성별	남	33 (25.0)	52 (39.4)	27 (20.5)	8 (6.1)	12 (9.1)	132 (100.0)
	여	93 (19.9)	192 (41.0)	86 (18.4)	62 (13.2)	35 (7.5)	468 (100.0)
연령대	50세 이상	9 (28.1)	10 (31.3)	2 (6.3)	4 (12.5)	7 (21.9)	32 (100.0)
	65세 미만	55 (23.3)	90 (38.1)	46 (19.5)	30 (12.7)	15 (6.4)	236 (100.0)
	65세 이상	47 (17.8)	118 (44.7)	49 (18.6)	30 (11.4)	20 (7.6)	264 (100.0)
	79세 미만	15 (22.1)	26 (38.2)	16 (23.5)	6 (8.8)	5 (7.4)	68 (100.0)
	80세 이상	126 (21.0)	244 (40.7)	113 (18.8)	70 (11.7)	47 (7.8)	600 (100.0)
	89세 미만	15 (22.1)	26 (38.2)	16 (23.5)	6 (8.8)	5 (7.4)	68 (100.0)
90세 이상	126 (21.0)	244 (40.7)	113 (18.8)	70 (11.7)	47 (7.8)	600 (100.0)	
전체		126 (21.0)	244 (40.7)	113 (18.8)	70 (11.7)	47 (7.8)	600 (100.0)

#### 4) 의료 서비스 이용 및 욕구 분석

현재 입소자를 대상으로 의료 서비스가 필요할 경우 진료나 치료를 받는데 어려움이 없는지에 대해서 조사한 결과 응답자의 84.3%가 잘 받고 있다고 응답하였으며, 잘 받지 못한다는 응답은 7.7%로 나타났다.

〈표 5-33〉 의료서비스 이용 여부

(단위: 명(%))

		잘 받고 있다	잘 받지 못한다	아픈 적 없어 모름	전체
성별	남	111 (84.1)	15 (11.4)	6 (4.5)	132 (100.0)
	여	395 (84.4)	31 (6.6)	42 (9.0)	468 (100.0)
연령대	50세 이상	26 (81.3)	4 (12.5)	2 (6.3)	32 (100.0)
	65세 미만	200 (84.7)	18 (7.6)	18 (7.6)	236 (100.0)
	65세 이상	223 (84.5)	19 (7.2)	22 (8.3)	264 (100.0)
	79세 미만	57 (83.8)	5 (7.4)	6 (8.8)	68 (100.0)
	80세 이상	506 (84.3)	46 (7.7)	48 (8.0)	600 (100.0)
	89세 미만	506 (84.3)	46 (7.7)	48 (8.0)	600 (100.0)
90세 이상	506 (84.3)	46 (7.7)	48 (8.0)	600 (100.0)	
전체		506 (84.3)	46 (7.7)	48 (8.0)	600 (100.0)

치료를 잘 받지 못한다고 응답한 입소자가 의료서비스를 제대로 받지 못한다고 생각하는 이유에 대해서는 시설내에 치료 가능한 인력이 없다는 의견이 65.2%로 가장 많았으며, 외부 병원 이용이 어렵거나 질환의 특성상 완치 불가능 등이 이유인 것으로 분석되었다. 남성과 여성 모두 외부병원이용의 어려움과 별도의 비용부담으로 인해 의료서비스를 이용하지 못하는 것으로 나타났다. 그러나 남성은 시설 내 장비부족(22.0%)과 시설내 치료가능자 부재(13.6%)로, 여성은 시설내 장비부족(20.3%)과 완치 불가능(16.9%)에 따른 것으로 나타났다. 연령대별로는 시설 내 치료 가능자 부재가 가장 높은 비중을 보였다.

〈표 5-34〉 의료서비스를 이용하지 못하는 이유

(단위: 명(%))

		시설 내 치료 가능자 부재	시설 내 장비 부족	외부 병원 이용 어려움	별도의 비용 부담	완치 불가능	전체
성 별	남	18 (13.6)	29 (22.0)	36 (27.3)	34 (25.8)	15 (11.4)	132 (100.0)
	여	59 (12.6)	95 (20.3)	133 (28.4)	102 (21.8)	79 (16.9)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	11 (61.1)	1 (5.6)	5 (27.8)	1 (5.6)	0 (0.0)	18 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	11 (57.9)	1 (5.3)	4 (21.1)	1 (5.3)	2 (10.5)	19 (100.0)
	90세 이상	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
전체		30 (65.2)	2 (4.3)	9 (19.6)	2 (4.3)	3 (6.5)	46 (100.0)

본 시설에서 외부 요양병원으로 치료를 받으러 다니시거나 전원이 쉬운지 살펴본 결과 입소자의 75%가 쉽다고 응답한 반면, 어렵다고 생각하는 응답비율은 10.7%로 나타났다.

〈표 5-35〉 요양병원 이용 용이성

(단위: 명(%))

		쉽다	어렵다	모르겠다	전체
성별	남	102 (77.3)	17 (12.9)	13 (9.8)	132 (100.0)
	여	349 (74.6)	47 (10.0)	72 (15.4)	468 (100.0)
연령대	50세 이상 65세 미만	25 (78.1)	3 (9.4)	4 (12.5)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	179 (75.8)	29 (12.3)	28 (11.9)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	196 (74.2)	29 (11.0)	39 (14.8)	264 (100.0)
	90세 이상	51 (75.0)	3 (4.4)	14 (20.6)	68 (100.0)
전체		451 (75.2)	64 (10.7)	85 (14.2)	600 (100.0)

본인이 입소한 시설이 요양병원으로 변경이 된다면 어떻게 생각하는지에 대해서는 부정적인 응답(별로 아니다, 전혀 아니다)이 38.4%로 긍정적 응답 33.5%보다 약간 높게 나타났으며, 연령이 증가할수록 부정적 응답과 긍정적 응답의 비율이 비슷하게 나타나는 것으로 분석되었다.

〈표 5-36〉 요양시설이 요양병원으로 변경에 대한 생각

(단위: 명(%))

		매우 찬성	조금 찬성	보통	조금 반대	매우 반대	전체
성별	남	18 (13.6)	29 (22.0)	36 (27.3)	34 (25.8)	15 (11.4)	132 (100.0)
	여	59 (12.6)	95 (20.3)	133 (28.4)	102 (21.8)	79 (16.9)	468 (100.0)
연령대	50세 이상 65세 미만	7 (21.9)	4 (12.5)	5 (15.6)	11 (34.4)	5 (15.6)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	27 (11.4)	51 (21.6)	70 (29.7)	51 (21.6)	37 (15.7)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	35 (13.3)	54 (20.5)	72 (27.3)	63 (23.9)	40 (15.2)	264 (100.0)
	90세 이상	8 (11.8)	15 (22.1)	22 (32.4)	11 (16.2)	12 (17.6)	68 (100.0)
	전체	77 (12.8)	124 (20.7)	169 (28.2)	136 (22.7)	94 (15.7)	600 (100.0)

본인이 이용하고 있는 시설에서 병원처럼 진료나 치료를 받게 된다면 어떤지에 대한 입소자의 응답은 75% 이상이 긍정적으로 응답하여 의료 서비스를 쉽게 받았으면 좋겠다고 생각하고 있는 것으로 분석되었다. 연령이 증가할수록 의료서비스를 기관내에서 받을 수 있는 것에 대해서 긍정적으로 응답하고 있었다.

〈표 5-37〉 이용시설에서 병원처럼 진료나 치료 가능 여부

(단위: 명(%))

		매우 찬성	조금 찬성	보통	조금 반대	매우 반대	전체
성 별	남	48 (36.4)	55 (41.7)	9 (6.8)	15 (11.4)	5 (3.8)	132 (100.0)
	여	138 (29.5)	210 (44.9)	44 (9.4)	41 (8.8)	35 (7.5)	468 (100.0)
연 령 대	50세 이상 65세 미만	12 (37.5)	7 (21.9)	2 (6.3)	6 (18.8)	5 (15.6)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	71 (30.1)	112 (47.5)	13 (5.5)	21 (8.9)	19 (8.1)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	82 (31.1)	115 (43.6)	29 (11.0)	26 (9.8)	12 (4.5)	264 (100.0)
	90세 이상	21 (30.9)	31 (45.6)	9 (13.2)	3 (4.4)	4 (5.9)	68 (100.0)
전체		186 (31.0)	265 (44.2)	53 (8.8)	56 (9.3)	40 (6.7)	600 (100.0)

본인이 이용하고 있는 시설이 요양병원 등 병원과 같이 운영되는 것에 대한 선호도는 매우 찬성과 조금 찬성의 긍정적인 응답이 약 절반 정도 (51.6%)로 나타나 시설내에서 의료적인 서비스를 받는 것에 비해서 선호도가 낮은 것으로 분석되었다.

〈표 5-38〉 이용시설과 병원이 같이 운영되는 것에 대한 선호

(단위: 명(%))

		매우 찬성	조금 찬성	보통	조금 반대	매우 반대	전체
성별	남	27 (20.5)	40 (30.3)	33 (25.0)	22 (16.7)	10 (7.6)	132 (100.0)
	여	92 (19.7)	151 (32.3)	117 (25.0)	64 (13.7)	44 (9.4)	468 (100.0)
연령대	50세 이상 65세 미만	8 (25.0)	8 (25.0)	4 (12.5)	5 (15.6)	7 (21.9)	32 (100.0)
	65세 이상 79세 미만	53 (22.5)	68 (28.8)	58 (24.6)	35 (14.8)	22 (9.3)	236 (100.0)
	80세 이상 89세 미만	48 (18.2)	89 (33.7)	66 (25.0)	41 (15.5)	20 (7.6)	264 (100.0)
	90세 이상	10 (14.7)	26 (38.2)	22 (32.4)	5 (7.4)	5 (7.4)	68 (100.0)
	전체	119 (19.8)	191 (31.8)	150 (25.0)	86 (14.3)	54 (9.0)	600 (100.0)

## 제2절 요양시설 대상 심층 면접조사

### 1. 면접 대상 및 방법

#### 가. 면접 대상

본 절에서는 노인장기요양시설을 방문하여 의료서비스 연계와 관련된 심층면접 조사를 실시하였다. 앞서 요양시설 종사자를 대상으로 의료 서비스 연계와 관련된 설문조사 결과 효율적인 서비스 연계방안 마련을 위해서는 의료 상태 및 판정을 위한 명확한 기준 마련이 필요하다는 의견이 제시되었다. 이를 위해 노인장기요양시설의 입소자 현황 자료, 시설장 및 담당 간호사를 면담하는 방식으로 의료 처치와 관련된 심층 면접조사를 실시하였다. 심층 면접 조사는 규모를 감안 4개 시설을 추출하였고 시설 별로 의료처치항목, 신체측정, 정신과적 문제, 신경과적 문제, 근육 및 골



격계 질환, 통증, 소화기 계통, 호흡기 계통 질환별로 시설에서 어떻게 대응하고 있는지를 심층 분석하였다. 또한 외부 전문가(대학병원 교수, 전문의)와 동행하여 환자의 상태, 의료 처치의 난이도 등을 전문적으로 파악하고자 하였다.

면접 대상기관의 규모 및 간호 인력현황을 살펴보면, 시설 I은 50인 미만의 시설로 간호인력의 구성은 간호조무사가 4명으로 시설을 운영하고 있다. 시설 II는 현재 입소자가 56명으로 간호인력 구성은 간호사 1명과 간호조무사 2명으로 구성되어 있으며, 간호사는 종합병원 응급실에서 10년 이상 근무 경력이 있었다. 또한 시설 II는 주변에 대학병원이 있어서 전문적 의료 서비스가 필요할 경우 접근 용이성이 높은 것으로 파악되었다. 시설 III은 90인 이상 시설로 간호사 1명과 간호조무사 4인으로 구성되어 있었다. 간호사는 가정전문간호사 과정을 수료하였으며 개소 초기부터 주변 의료 자원을 많이 활용한 것으로 나타났다. 주변에 대학병원 1곳과 공립병원 1곳이 있어서 의료연계가 비교적 잘 이뤄지고 있었다. 시설 IV는 50인 미만 시설로 간호사 1인과 조무사 1인으로 구성되어 있으며, 입소자 중 치매환자 비중이 높았다.

## 나. 면접방법

요양시설에서 의료적 처치가 필요한 관련 질환을 추출하기 위해 일본의 의료보험요양병동의 입원환자 의료필요도 상태 상 구분 기준(한국보건사회연구원 일본출장자료 2013), 요양병원에 입원해야 할 대상자에 대한 의견(설문조사 분석)(노용균 외, 2010), 우리나라의 입소기준 판정표, 요양병원 환자 세부 분류군 기준(건강보험심사평가원, 2010; 권용진 외, 2011(앞선 표 2-4참조)자료를 이용해서 세부 항목별로 요양병원 입원 및 전원에 대한 의견을 수렴하였다.

〈표 5-39〉 일본의 요양병원 입원 환자의 질환, 상태 및 의료처치 관련 구분

구분	의료구분
의료 구분 3	<질환상태> · 스펀 · 의사 및 간호사에 의한 상시감시·관리가 필요한 상태 <의료처치> · 24시간지속적, 다발성 경화증, 인공호흡기 사용, 레스피레터사용, 드레넬법 · 흉복강 세정, 발열을 동반하는 경우의 기관절개, 기관내삽관, 산소요법(산소 필요도 매월 확인), 감염격리실에서의 케어
의료 구분 2	<질환상태> · 근지스트로피, 다발성경화증, 근위축성측색경화증, 파킨슨병관련질환, 기타신경난치병 (스폰제외), 신경난병이외의 난치병, 척수손상, 폐기종, 만성폐쇄성폐질(COPD), 동통콘트롤이 필요한 악성종양, 폐염, 요로감염증, 창감염, 재활이 필요한 질환이 발증하고부터 30일 이내, 탈수, 체내출혈, 다빈도 구토, 욕창, 울혈성괴양, 섬망징후, 우울상태, 폭행이 매일 나타나는 상태 <의료처치> · 투석, 발열 또는 구토를 동반하는 경우의 경관영양, 객담흡인(1일 8회 이상), 기관절개 · 기관내삽관케어, 혈 당체크, 피부궤양케어, 수술창케어, 창상처치, 발케어
의료 구분 1	상기의 의료구분 2·3에 해당하지 않는 자

자료: 김진수 외, 일본출장보고서, 한국보건사회연구원, 2013.

〈표 5-40〉 요양병원에 입원 또는 전원 해야 할 대상자에 대한 의견

- 질병으로 환자의 기능 상태를 향상시키거나 유지하기 위해 일정 기간의 입원 치료가 필요한 경우
- 요양 1, 2 등급자 중 요양병원 의료등급 분류상 의료중도 이상자
- 적절한 치료 후 증상의 호전이 기대되는 경우
- 활력징후 불안정
- 조절되지 않는 질환
- 고열 (38도 이상, 3일 이상 지속), 항생제 투여 필요
- 폐렴, 새롭게 발생한 골절, 수술 필요
- 심한 치매(로 타인에 피해), 교정 안 되는 정신행동
- 의료적 처치가 필요한 경우
- 호흡곤란, 산소호흡기 필요, 저산소증, 기관절개 필요
- 비위관으로 음식 섭취, 식이섭취 장애, 영양섭취불균형, 심한 연하곤란

자료: 노용균 외, 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립방안 연구, 대한노인병학회보건복지부, 2010.

(표 5-41) 시설 입소기준평정조사표에 의한 통상적인 간호, 의료처치 영역

영역		항목	
기본적 일상생활활동 (K-ADL)	K-ADI(12항목): 약화 여부 1개 항목 추가		
	1. 옷 벗고 입기 2. 세수하기 3. 양치질하기, 4. 목욕하기 5. 식사하기 6. 체위 변경하기 7. 일어나 앉기 8. 옮겨 앉기 9. 방 밖으로 나오기 10. 화장실 사용하기 11. 대변 조절하기 12. 소변 조절하기		
인지기능 행동변화	인지기능 영역(7항목)	행동변화 영역(14항목)	
	1. 단기 기억장애 2. 시간 불인지 3. 장소 불인지 4. 나이, 생년월일 불인지 5. 지시 불인지 6. 상황판단력 감퇴 7. 의사소통 장애	1. 망상 2. 환각, 환청 3. 슬픈, 울음 상태 4. 불규칙수면, 주야혼돈 5. 도움에 저항 6. 서성거림, 안절부절못함 7. 길을 잃음	8. 폭언, 위협행위 9. 밖으로 나가려함 10. 물건 망가트리기 11. 의미없는 부적절한 행동 12. 돈/물건 감추기 13. 부적절한 옷입기 14. 대소변 불결행위
특수 처치 영역 (통상적인 간호처치, 의료처치)	간호처치(9항목): 1개항목과 처치 기간 추가, 의료처치 영역 12개 항목 추가		
	<b>&lt;간호처치 영역&gt;</b> 1. 가관지 절개관 간호 2. 흡인 3. 산소요법 4. 욕창 간호 I 5. 경관영양 6. 암성 통증 간호 7. 도뇨 관리 8. 장루 관리 9. 투석 간호 I 10. 당뇨발 간호 - 위의 처치가 30일 이내인 가, 30일 이상 지속되고 있는가.	<b>&lt;의료처치 영역&gt;</b> 1. 정맥주사에 의한 투약 2. 중심정맥 영양 3. 항암요법 4. 수혈 5. 흡입기 요법 6. 인공호흡기 7. 급성 의학적 상황에 대한 감시 8. 욕창 간호 II 9. 수술 후, 개방 창상에 대한 치료 및 드레싱 10. 투석 간호 II 11. 전문재활치료 서비스 12. 문체행동 관리, 정신치료 및 위기 증제	

영역		항목
재활영역	운동장애(4항목)	관절장애(6항목)
	좌/우측 상지 좌/우측 하지	어깨, 팔꿈치, 손목 및 손가락, 엉덩이, 무릎, 발목
건강상태 영역	16개 항목 추가	
	1. 의식 상태 변화 2. 체내(장내) 출혈 3. 지속적인 고열 4. 심한 탈수 5. 급격한 체중변화 6. 불충분한 수분 공급 7. 부종 8. 호흡곤란 9. 골절상 10. 2도 이상의 화상 11. 참을 수 없는 통증이 매일 있는 경우 12. 기타 건강 상태의 급격한 변화 13. 정신 상태 변화 14. 자살이나 타살 의도 15. 병화 등 예기치 않은 위험 행동 16. 심한 우울증	
상태의 안정성	4개 항목 추가	
	1. 입원환자의 인지기능, ADL, 정서행동 등이 불안정하거나 악화됨 (또는 악화되게 하는 상황이나 질병이 발생함) 2. 만성적인 건강 문제가 갑작스럽게 악화됨 3. 말기 질환으로 6개월 이하의 생존이 예측됨 4. 해당 사항 없음	

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2013.

전문가 회의를 통한 의견 수렴결과를 보면 요양병원관련 입원가능성이 있는 의료적 상황을 8개 항목으로 요약할 수 있었고 아래 <표 5-42>의 각 항목별로 의사만이 가능한 행위여부, 의사의 지시에 의한 행위여부, 과거 아래 항목과 관련해서 입소자가 있었는지, 있었다면 당시상태, 관련 조치, 조치이유, 전원기관, 전원이유 등을 면접 조사하였다. 이와 더불어 현재 입소자가 있다면 입소자의 상태, 관련 조치, 조치 이유 그리고 케어에 대한 업무 강도를 살펴보았다.

<표 5-42> 요양병원 입소 및 전원에 대한 의료적 상황(제시)

분	상태	
의료 처리	24 시간 지속 링겔(수분, 영양 공급용 주사)	
	객담 흡인(1일 8회 이상)	
	삽관 케어	발열을 수반하는 경우의 기관절개, 기관내삽관의 케어 (발열을 수반하지 않은 경우)기관절개기관내 삽관 케어 복강, 흉강내 관(drain) 삽입 상태
	드레싱	당뇨환자 드레싱(고도) - 당뇨환자가 발 이외의 부위에 드레싱 받는 경우 수술창상이나 열린상처 치료 드레싱 - 기타 처치로 인해서 드레싱을 하는 경우
	욕창 간호	욕창 간호(경도) 3단계 이상의 욕창 또는 피부궤양
	영양 처리	중심 정맥영양(소화관으로 영양섭취가 곤란한 경우) 경관영양 말초정맥영양
	위루, 요루 또는 장루 관리를 받고 있는 경우	
	혈당 체크(1일 3회 이상의 혈당 체크를 7일중 2일이상 실시)	
	화상	
	급성부종, 혹은 최근에 심해짐	
	기타(위 사항에는 없지만 환자를 케어할 경우 의료적 처치가 필요했던 경우)	

180 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구 -연계방안을 중심으로-

분	상태	
신체 측정	혈압	혈압변동이 큰 경우_현재 혈압에서 20mmHg 정도의 변화가 있을 경우) -혈압조절제로 관리가 안되는환자
	발열	38.3도 이상의 발열이 2일 이상
	체중 변화	비자발적 체중감소(5%/1개월, 10%/6개월)
정신과적 문제	새로 발생한 환각, 정신, 의식 상태 변화 (헛소리 등)	
	방화, 폭행 등 예기치 않은 위험 행동이나 통제 불능 상태	
	기타 치매로 인한 문제행동?	
	심한 우울증(자주 울고 있는 환자, 자살시도)	
신경과적 문제	뇌졸중 발생	뇌졸중 발생 3개월 이내인 자(발생 이후) - 발생 후 치료 완료 후
	사지마비	
	혼수 상태	
	파킨슨병이나 파킨슨증 (심한 사지 떨림)	
근육- 골격계	골절(발생 원인 확인)	
	난치성 근육병(루게릭병 등)	
통증	심한 통증 (VAS 7점, 얼굴통증척도 4점 이상)	
	3일 이상 지속되는 복통	
소화기 계통	여러차례의 구토(1일 1회 이상을 7일중 3일 이상)	
	혈변이나 토혈	
호흡기 계통	잠을 못 이룰 정도의 호흡곤란	
	객혈	
기타		

## 2. 심층면접결과

### 가. 요양시설 심층 면접 결과

요양시설에서 조치가 가능한 가능 여부에 대해서는 관련 규제에 인한 제한 사항을 고려하였을 때와 고려하지 않았을 경우 가능한 행위, 할 수 있는 행위에 대해서 포괄적으로 면접조사를 진행하였다. 관련 규제를 고려하지 않고 각 기관의 현재 상태에서 가능한 행위와 할 수 있는 행위에 대해서 면접을 조사한 진행한 이유는 본 연구는 연계방안 모색을 통해 요양병원과 요양시설의 역할정립을 수립하는 것을 주요 목적으로 하고 있기 때문이다. 연계 방안 모색을 위해서 본 연구는 입소자의 의료적 욕구를 판정하고 이에 따라서 요양시설에서 조치가 가능한 의료적 범위 수준을 현행 가능한 수준을 넘어서 시설에서 판단한 처치 수준까지 함께 조사하여 조치 가능한 처치 수준에 대해서 포괄적으로 검토하였다. 심층면접 조사를 통해 얻어진 결과를 바탕으로 전문가 자문을 거쳐 최종적으로 요양시설 조치 가능 행위(안)을 제시하고자 하였으며 주요면접결과를 요약하면 다음과 같다.

(표 5-43) 영양시설 심층면접조사 결과 요약표

	영양시설 조치 가능 여부	심층면접 조사 결과_요양원 조치 가능 여부			
		시설1	시설2	시설3	시설4
	24 시간 지속 링겔(수분, 영양 공급용 주사)	○	X	X	○
	객담 흡인(1일 8회 이상)	○	○	○	○
	발열을 수반하는 경우의 기관절개, 기관내삽관의 케어	X	X	X	○ (조치 후 변화 상태 파악)
	(발열을 수반하지 않은 경우)기관절개기관내 삽관 케어	○	○ (관리정도 가능)	○	○
	복강, 흉강내 관(drain) 삽입 상태	X	X	X	X
	당뇨환자 드레싱(고도)	○	X	X	X
	- 당뇨환자가 발 이외의 부위에 드레싱 받는 경우	○	○	X	○
	수술창상이나 열린 상처 치료 드레싱	X	X	X	○
	- 기타 처치로 인해서 드레싱을 하는 경우	○	○	○	○
	욕창 간호(경도)	○	○	○	○
	3단계 이상의 욕창 또는 피부궤양	○	X	○	X
	중심 정맥영양(소화관으로 영양섭취가 곤란한 경우)_제외	X	X	X	X
	경관영양	○	X	○	○
	말초정맥영양	X	X	X	X
	위루 관리를 받고 있는 경우	X	X	○(관리는 가능)	X

의료  
처치



	요양시설 조치 가능 여부	심층면접 조사 결과_요양원 조치 가능 여부			
		시설1	시설2	시설3	시설4
	요류 관리를 받고 있는 경우	X	X	O(관리는 가능)	O
	장루 관리를 받고 있는 경우	O	O	O(관리는 가능)	O
	혈당 체크 (1일 3회 이상의 혈당 체크를 7일중 2일 이상 실시) 회상	O	O	O	O
	급성부종, 혹은 최근에 심해짐	X	X	X	O(소독 관리 가능)
	기타(위 사항에는 없지만 환자를 케어할 경우 의료적 처치가 필요했던 경우)				
	혈압변동이 큰 경우_현재 혈압에서 20mmHg 정도의 변화가 있을 경우	X	X	X(신장 질환일 경우)	O(처치 후 지속적인 경우 병원)
신체측정	- 혈압조절제로 관리가 안되는 환자	X	X	X	X
	38.3도 이상의 발열이 2일 이상	X	X	O(초기 조치 후 안정이 안될 경우 병원 진료)	X
	비지발적 체중감소(5%/1개월, 10%/6개월)	O	X	O	O
정신과적 문제	새로 발생한 환각, 정신, 의식 상태 변화(헛소리 등)	O	O	O	O
	방화, 폭행 등 예기치 않은위험 행동이나 통제 불능 상태	O	X	X	O
	기타 치매로 인한 문제행동?	O	O	O	O
	심한 우울증(자주 울고 있는 환자, 자살 시도)	O	X	O	O

	요양시설 조치 가능 여부	심층면접 조사 결과_요양원 조치 가능 여부			
		시설1	시설2	시설3	시설4
신경과적 문제	뇌졸중 발생 3개월 이내인 자(발생 이후)	○		증상 발견시 병원 이송	X
	- 발생 후 치료 완료 후	○	○ (재활 치료 이후)	○ (재활 이후 안정화 당시)	○
	사지마비	○	○	○	○
	혼수 상태	○	X	○	○
	파킨슨병이나 파킨슨증 (심한 사지 떨림)	○	○	○	○
근육-골격계	골절(수술 처치 이후)	○	○	○(골절 여부 확인_병원진료 후)	○
	난치성 근육병(류게리병 등)	○	X	X	X
통증	심한 통증 (VAS 7점, 열감통증척도 4점 이상)	X	○	○	X
	3일 이상 지속되는 복통	X	X	X	X
소화기 계통	여러차례의 구토(1회 이상을 7일중 3일 이상)	X	X	X	X
	혈변이나 토혈	X	X	X	X
호흡기 계통	잠을 못 이룰 정도의 호흡곤란	X	X	X	X
	객혈	X	X	X	X

주: ○는 해당시설에서 처치가 가능하다고, X는 처치가 불가능하다고 답변한 것을 의미함.

## 나. 전문가 면접 결과

지금까지 요양시설 방문을 통해 의료처치 관련 심층면접조사 결과를 분석하였다. 조사결과를 보면 시설별로 인력수준이나 주위여건에 따라 의료처치 관련 일부 의견이 차이가 있는 것을 발견할 수 있었다. 이러한 점을 고려 전문가 그룹 자문회의를 통해 관련 사안별로 의견을 수렴하였다. 주요 논의 내용은 다음과 같다(표 5-44 참조).

24 시간 지속 정맥수액주사(수분, 영양 공급용 주사)에 대해서는 일시적으로 환자의 상태에 따라 링겔이 필요한 경우 촉탁의, 협력의 등의 처방에 의해서 처치가 이뤄지는 것에 대해서는 가능하다는 의견이었다. 그러나, 24시간 지속적으로 링겔이 필요할 경우는 의학적 검사나 진단이 필요하고, 또한 인력구성이 간호조무사만 있을 경우는 가능하지 않다는 의견이 제시되었다. 즉, 정맥 수액주사는 그 지속시간에 무관하게 의사(촉탁의, 협력의, 외부 병원 무관)의 진찰과 처방이 필요하며, 24시간 이내(즉, 일회성 수액 주사)라면 요양원에서 주입한 후 제거해도 되겠지만, 3시간 이상 지속되어야 한다면 병원에 입원하는 것이 바람직하다는 의견이다. 간호조무사에 의한 수행 가능여부에 대해서는 좀 더 논의가 필요한 것으로 보여진다.

삽관케어의 경우 기관내 삽관(intubation)과 기관절개관(T-tube)을 분리하여 제시할 필요가 있으며, 기관내 삽관은 병원에서 관리하여야 하고, 기관절개관 관리는 발열이 없는 경우 요양시설에서 관리가 가능할 것으로 보여진다. 발열이 있을 경우는 발생원인을 파악하기 위해서 검진이 필수적으로 필요하다는 의견이 있었다.

당뇨환자의 드레싱의 경우는 고도인 경우는 의료시설에서 처치가 이뤄지는 것이 적합하고, 경도의 경우는 요양시설에서 드레싱 처치가 가능

한 것으로 판단된다.

욕창관리의 경우 4단계는 '근육까지 침범한 경우'로 처치가 가능한 인력이 어느 정도 배치되어 있는지에 대해서 기관별로 차이가 크다는 점을 고려해야 하고 전문 간호인력이 있다면 처치가 가능하고, 창상 치료 역시 훈련을 받은 간호인력 확보 여부가 관건으로 요구 되었다.

경관영양의 경우는 관리만 필요할 경우 요양시설에도 가능하며 교체 또한 시설을 방문하는 촉탁의를 통해서 가능하다는 의견이 제시 되었다. 위루 및 장루의 경우에도 관리하는 차원에서는 위의 관리를 받는 환자가 요양시설에 입소하는 것은 문제가 되지 않을 것으로 판단되지만, 교체가 필요할 경우는 의료기관을 통해서 조치가 이뤄질 수 있도록 해야한다고 의견이 제시되었다.

신체변화에서 부종의 경우 단순히 부어 있는 것이 문제라고 생각하지는 않지만, 이와 함께 나타날 수 있는 어지러움 등이 같이 수반될 경우, 또는 새롭게 부종이 발생할 경우는 의료시설에서 확인할 필요가 있는 것으로 의견이 제시되었다. 혈압, 발열의 경우에도 변화 하나만이 아니라 기타 다른 상태변화(어지러움 등)가 동반해서 나타날 수 있는데, 이러한 경우에는 종합적인 판단이 필요한 것으로 보여진다. 환자의 상태의 변화에 따라서 적절히 시설내에서 대처할 수 있고 촉탁의 등 의사 등과 연락을 하여 조치가 이뤄질 수 있다면 시설내에서 관찰은 가능하지만, 판단에 대한 요양시설의 부담이 있어 활력증후가 변화하였을 때는 우선적으로 의료기관의 진료가 필요한 것으로 나타났다.

치매로 인한 문제행동의 경우 시설의 장점은 지속적으로 관리할 수 있는 인력과 이동을 할 수 있는 공간이 확보되어 있어 문제행동이 환자에게 위험한 상황을 초래하는 것이 아니라면 시설에서 관리하는 것이 바람직할 수 있다는 의견이 제시되었다.

결론적으로, 심층조사 4개 기관에서 공통적으로 "O"로 체크한 내용들을 보면, 객담흡인, 드레싱, 욕창간호, 혈당 체크 등이 있는데, 이러한 행위들은 공통적으로 고도로 소독(단순히 물을 끓여서 소독하는 방식이 아닌, 고압증기멸균이나 가스소독 등 필요)된 소독기구를 사용하여야 제대로 된 감염관리가 이루어지는 것으로, 시설 내에서 어느 정도 수준의 소독시설 등과 같은 자원 확보가 가능한지 등도 사전에 정리되어야 할 필요가 있다.

(표 5-44) 요양시설 심층면접조사 질문회의 결과 요약표

요양시설 조치 가능 여부	병원 (급성기)	요양 병원	요양 시설	비고
(24 시간 지속) 정맥수액주사(수분, 영양 공급용 주사)	○	○	△	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 일시적으로 환자의 상태에 따라 링겐이 필요한 경우 촉탁의 협력의 등의 처방에 의해서 처치가 이뤄지는 것에 대해서는 가능하다고 생각함.</li> <li>- 24시간 지속적으로 정맥수액이 필요할 경우는 의학적 검사나 진단이 필요함.</li> <li>* 즉, 처음시점에는 그 지속시간에 무관하게 의사(촉탁의, 협력의, 외 부병원무관)의 진찰과 처방이 필요하며, 24시간이내(즉, 인회정수액 주사)라면 요양원에서 주입한 후 제거해도 되겠지만, 3시간 이상 지속되어야 한다면 병원에 입원하는 것이 바람직하다고 봄.</li> <li>- 인력구성이 간호조무사만 있을 경우는 가능하지 않음.</li> </ul>
객담 흡인(1일 8회 이상)			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 객담 흡인의 경우에도 환자의 상태가 안정되었을 경우임</li> </ul>
발열을 수반하는 경우의 기관절개, 기관내삽관의 케어	○	○		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 기관내 삽관(intubation)과 기관절개관(T-tube)을 분리</li> <li>* 기관내 삽관은 병원에서 관리하여야 하고, 기관절개관 관리의 발열이 없는 경우 요양시설에서 관리 가능</li> <li>* 기관삽관(tracheal tube)이 빠졌을 경우 의사에 의한 응급 재삽관이 필요하기 때문임.</li> <li>- 발열이 없다는 것은 환자의 상태가 안정화 된 경우이고, 발열이 있다는 것은 발생 원인을 확인 할 필요가 있음.</li> </ul>
복강, 흉강내 관(drain) 삽입 상태		○		
당뇨환자 드레싱(고도)	○	○		
- 당뇨환자가 발 이외의 부위에 드레싱 받는 경우			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 고도인 경우는 의료시설에서 처치가 이뤄지는 것이 적합하다고 생각되고, 경도의 경우는 요양시설에서 처치가 가능할 것으로 여겨짐.</li> </ul>
수술창상이나 열린상처 치료 드레싱	○	○		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 수술 창상에 대해서는 의료시설에서 이뤄지는 것이 적합</li> </ul>

의료  
처치

요양시설 조치 가능 여부	병원 (급성기)	요양 병원	요양 시설	비고
- 기타 처치로 인해서 드레싱을 하는 경우			○	
욕창 간호(경도)			○	
3단계 이상의 욕창 또는 피부궤양	○	○		- 4단계의 경우 근육까지 침범한 경우로 처치가 가능한 인력이 어느 정도 배치되어 있는지에 대해서 기관별로 차이가 큼.
중심 정맥영양(소화관으로 영양섭취가 곤란한 경우) 제외		○		
경관영양			○	- 교체 등은 의료시설에서 조치, 관리의 경우 요양시설에서 가능 * 촉탁의가 요양시설에서 교체할 수는 있음.
말초정맥영양		○		
위루 관리를 받고 있는 경우				- 관리는 시설내에서 가능 * 물론 교체는 의료기관에서 해야 함.
요루 관리를 받고 있는 경우				- 관리의 시설내에서 가능 * 물론 교체는 의료기관에서 해야 함.
징루 관리를 받고 있는 경우			○	- 관리의 시설내에서 가능 * 물론 교체는 의료기관에서 해야 함.
혈당 체크(1일 3회 이상의 혈당 체크를 7일중 2일 이상 실시)			○	
회상	○			- 소독관리는 앞선 기타상태에 대한 드레싱에 포함되어야 하고, 회상 이발생 하였을 경우는 의료시설에서 조치 - 간강상태에 변화가 생긴 경우는 병원에 가서 검진을 하는 것이 우선 - 부종이 단숨에 부어 있는 것이 문제라고 생각하지는 않음. 이와 함께 나타날 수 있는 어지러움 등이 같이 나타날 경우 또는 새롭게 부종이 발생할 경우는 의료시설에서 확인할 필요가 있음.
급성부종, 혹은 최근에 심해짐	○			

요양시설 조치 가능 여부	병원 (급성기)	요양 병원	요양 시설	비고
신체 측정	혈압변동이 큰 경우, 현재 혈압에서 20mmHg 정도의 변화가 있을 경우	○		-혈압의 변화 하나만이 아니라 기타 다른 상태변화(어지러움등)가 동반해서 나타날 수 있음. 종합적인 판단이 필요함. - 환자의 상태의 변화에 따라서 적절히 시설내에서 대처 할 수 있고 촉탁의 등 의사 등과 연락을 하여 조치가 이뤄질 수 있다면 시설내에서 관찰은 가능함. * 종합적인 판단으로 요양시설에서는 부담이 되므로, 갑자기 혈압이 떨어지면 병원 진료 필요.
	- 혈압조절제로 관리가 안되는 환자	○		- 일주일 이내 등의 급성의 경우 의료시설에서 진단이 필요하지만, 환자의 상태의 변화에 따라서 적절히 시설내에서 대처할 수 있고 촉탁의 등 의사 등과 연락을 하여 조치가 이뤄질 수 있다면 시설내에서 관찰은 가능함.
정신과적 문제	38.3도 이상의 발열이 2일 이상	○		* 채증감소의 원인에 대한 의사의 진찰이 필요.
	비지발적 체중감소(5%/1개월, 10%/6개월) 새로 발생한 환각, 정신, 의식 상태 변화(헛소리 등) 방화, 폭행 등 예기치 않은 위험 행동이나 통제 불능 상태 기타 치매로 인한 문제행동?	○	○	△
신경과적 문제	심한 우울증 (지주 울고 있는 환자, 자살 시도) 뇌졸중 발생 3개월 이내인 자 (발생 이후)	○	○	- 자살 시도 등은 정신과적 응급 상황 - 뇌졸중 발생 3개월은 재활치료가 필요기간(보통 인정기간)으로 의료 시설에서 처치가 필요
	- 발생 후 치료 완료 후 사지마비		○	○



요양시설 조치 가능 여부		병원 (급성기)	요양 병원	요양 시설	비고
근육-골격계	혼수 상태			○	- 환자의 상태가 안정되어 있다면 요양시설에서 가능
	파킨슨병이나 파킨슨증 (심한 사지 떨림)			○	- 환자의 상태가 안정되어 있다면 요양시설에서 가능
통증	골절(수술 처치 이후)	○		△	- 치료 완료이후 관리
	난치성 근육병(류게리병 등)	○	○		
	심한 통증 (VAS 7점, 얼굴증척도 4점 이상)	○			
	3일 이상 지속되는 보통	○			
소화기 계통	여러차례의 구토	○			
	(1일 1회 이상을 7일중 3일 이상)				
호흡기 계통	혈변이나 토혈	○			
	잠을 못 이룰 정도의 호흡곤란	○			
	객혈	○			
	기타				- 심층조사 결과 공통적으로 "O"로 체크한 내용들을 보면, 객담흡인, 드레싱, 욕창간호, 혈당 체크들이 있는데, 이러한 행위들은 공통적으로 고도로 소독(단순히 물을 끓여서 소독하는 방식이 아닌, 고압 증기멸균이나 가스소독 등 필요)된 소독 기구를 사용하여야 제대로 된 감염관리가 이루어짐. 각요양원에서 어느 정도수준의 소독시설등과 같은 자원확보가 가능한지 등도 매우 중요한 고려사항

주: ○는 해당시설에서 처치가 가능, △는 조건에 따라 처치가 가능함을 의미함.





## 제6장 결론 및 정책제언

제1절 결론

제2절 정책제언



# 6

## 결론 및 정책제언 <<

### 제1절 결론

본 연구는 의료서비스 연계를 중심으로 요양병원과 요양시설의 역할 정립방안을 모색하기 위한 목적으로 진행되었다. 현재 우리나라는 요양서비스와 의료서비스의 연계 체계가 제대로 확립돼 있지 않고, 요양시설과 요양병원 서비스가 중복되고 있어 부적절한 자원배분으로 인한 비효율과 혼란이 나타나고 있다.

요양시설에 입소한 대상자의 경우 노인성 질환자의 비율이 높아 의료 처치나 입소자의 의료 욕구가 많은 경우가 발생할 수 있다. 이와는 반대로 요양병원에는 긴급한 의료 처치가 필요하지 않지만 가족의 선호나 요양병원간의 과도한 경쟁으로 인해 요양병원을 이용하는 왜곡현상 등이 발생하고 있다. 즉, 노인대상의 치료와 요양서비스는 상호 연계되어야 하나, 현실은 체계적·유기적으로 연계되지 못하고 각각 분절된 상태이다. 이러한 분절과 불명확한 구분으로 인해 시장에서는 요양이 필요한 노인이 요양병원에 입원하고, 치료가 필요한 노인이 요양시설에 입소하는 혼돈 현상이 나타나고 있다.

효율적인 연계방안 모색을 위해 본 연구에서는 문헌연구, 요양병원 급여실적 및 장기요양 급여실적, 요양시설 담당자 및 입소자 설문조사, 요양시설 간호 종사자 심층 면접조사를 실시하였다. 또한, 요양기관 운영현황 및 주요 국가의 요양서비스와 의료서비스의 연계 시스템에 대한 사례 연구를 통해 시사점을 도출하였다.

요양병원 급여실적과 장기요양보험급여실적을 분석하였는데, 분석과정은 3단계에 걸쳐서 진행되었다. 첫 번째로 건강보험에서 요양병원의 전체 급여실적과 노인장기요양보험에서의 요양시설 급여비를 분석하였으며 다음으로 장기요양 등급자를 중심으로 요양병원 급여실적과 요양시설 급여실적을 분석하였다. 마지막으로 2012년 기준으로 요양시설만 이용한 등급자, 요양병원만 이용한 등급자, 요양시설에서 요양병원으로 이동한 등급자, 요양병원에서 요양시설로 이동한 등급자로 구분하여서 통계분석을 실시하였다.

주요 분석결과를 살펴보면, 2009년부터 2012년까지 연도별로 평균 요양병원에 입원해 있는 환자의 약 32%가 노인장기요양 등급인정자(1~3등급)로 판정을 받은 자로 나타났다. 이는 비록 노인장기요양보험 등급 인정자이지만 많은 요양시설 입소자가 의료적 처치가 필요한 이용자임을 증명하는 결과라고 할 수 있다. 노인장기요양보험 질향 특성이 대부분 만성질환임을 감안하면 시설 입소 후 발생한 경우는 많지 않을 것으로 보여진다. 따라서 노인장기요양보험 등급인정(1~3등급)을 받았더라도 요양시설 입소 전에 요양병원으로 전원이 필요한 환자인지 등급판정 시 사전 스크리닝이 필요함을 보여주고 있다.

다음으로 요양시설 관리자 및 입소자를 대상으로 전문 조사원을 통한 설문조사를 실시하였는데, 장기요양 입소자의 특징 상 면접이 쉽지 않은 점을 고려하여 의사소통이 가능한 입소자를 대상으로 진행하였다. 기관 선정 및 입소자 선정은 기관 규모와 지역을 고려한 층화표본 추출방법에 따라서 40개의 요양 기관 총 600명의 입소자를 대상으로 진행하였다.

주요 설문 결과를 시설 관리자와 입소자로 구분하여서 살펴보면 다음과 같다. 우선 요양시설 입소자들은 대부분 의료서비스가 필요할 경우 병원 이용에는 제약이 없으나, 의료서비스를 적절히 받지 못하는 이유에 대

해서는 치료 가능 인력이 시설내에 없다는 응답이 가장 많은 것으로 나타났다. 또한, 본 시설에서 가능하다면 의료처치를 받을 수 있었으면 좋겠다는 응답비율이 높은 것으로 분석되었다. 하지만 요양병원으로 본 시설이 변경되었으면 좋겠다는 질문에 대해서는 부정적인 응답이 약간 높은 것으로 나타났다. 다음으로 요양시설 관리자의 설문 조사 분석결과 또한 간호사에 대한 기초적인 처치 범위에 대한 기준 및 요양병원 이송에 관한 구체적인 기준 제시가 시급한 것으로 나타났다. 또한 효율적 서비스 연계 구축을 위한 방안 역시 입소자의 기준을 명확히 할 수 있어야 하고, 요양병원과 요양시설간의 정보 공유가 쉽게 이뤄질 수 있어야 한다는 의견이 많은 것으로 분석되었다.

주요 설문조사를 통해 시설내에서 기본적인 의료처치에 대한 범위 설정, 체계적인 의료 욕구 및 상태 판정 체계 마련이 필요한 것을 확인할 수 있었다. 이러한 의료 욕구 체계 판정을 위해서 요양시설을 방문하여서 입소자의 건강상태, 의료욕구 그리고 시설내 처치 가능한 행위에 대한 심층면접을 실시하였다.

심층면접은 기존 선행연구를 바탕으로 나타난 질병, 의료처치, 환자 상태 등을 구분하여 정리하였고, 최종 자문회의를 거쳐 조사를 실시하였다. 의료 상태에 정확한 파악을 위해서 대학병원 교수, 노인병원 전문의와 동행하여 심층면접조사를 실시하였다. 심층면접 조사 결과를 보면 요양시설에서 의료서비스가 필요한 입소자는 크게 3가지 유형으로 분류가 가능하였는데, 첫째는 요양시설에서 의료적 처치가 가능하지 않음에도 불구하고 요양시설에서 의료적 서비스를 제공하는 경우이고, 두 번째는 요양시설에서 관리가 가능함에도 불구하고 전문간호인력의 부족 등으로 요양병원으로 전원을 하는 경우 그리고 마지막으로 단발성 응급성 질환으로 급성기 병원에서 치료를 받고 요양시설로 복귀해야하는 환자임에도 불구하고

하고 요양병원에 입원하는 형태이다. 이러한 결과는 요양시설과 요양병원 간 의료적 처치 관련 명확한 구분이 설정되어있지 않은 데에서 발생한 결과로 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 입소자의 상태에 따른 요양시설 내에서 가능한 조치 범위에 대한 기준(안)을 제시하고 이를 통해 요양시설과 요양병원의 효율적인 연계 방안을 제시하고 효율적 연계를 위한 제반사항을 검토하였다.

## 제2절 정책제언

앞서 요양시설에 있는 입소자들의 많은 의료 욕구가 있으며, 의료욕구 판정 및 의료 서비스 연계시 명확한 기준 마련이 필요하다는 것을 확인하였고, 이를 심층면접을 통해 간호인력으로 케어 가능한 환자의 상태 및 처치와 관련된 기준을 제시하고자 하였다. 심층면접은 현재 노인관련 주로 발생하는 의료적 처치, 질환상태 등을 고려하여 이루어 졌으며 그 결과를 종합하여 전문가 자문회의를 거쳐 관련 환자 상태 및 의료처치에 대한 요양시설 조치 가능 여부에 대해서 탐색적으로 검토하였다(표 5- 44 참조). 심층조사 결과 객담 흡인, 드레싱, 욕창간호, 혈당 체크 등의 조치가 가능하였고, 치매환자 등 입소자에게 지속적인 관심 및 관리가 가능한 행위에 대해서 요양시설이 장점이 있는 것으로 나타났다.

이렇게 마련된 요양시설 조치가능 여부(안)에 대한 기준 역시 시설의 환자 구성, 인력, 주변의 의료 자원 등에 따라서 모든 시설에 일괄적으로 적용할 수 없다는 점 또한 알 수 있었다. 그러나 요양보험 및 장기요양보험 자료 분석결과 요양시설 입소자와 요양병원 입원환자의 주 상병이 일부 차이는 있지만 주 상병에 있어 대체적으로 큰 차이를 보이지 않고, 요



양병원과 요양시설에 상당수의 환자가 혼재되어있다는 점을 고려하였을 때, 요양시설과 요양병원의 입소자를 구분하기 위한 의료적 처치 관련 판단기준 마련, 환자의 상태 변화에 따른 연계 기준 마련에 대한 준비가 구체적으로 필요한 것으로 판단된다.

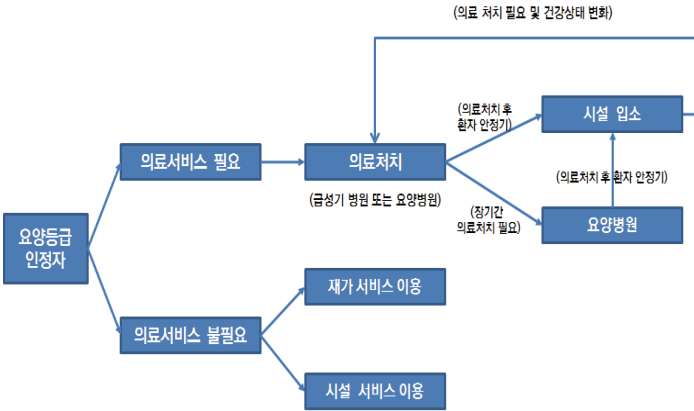
요양시설내 조치 가능한 행위 기준(안)을 바탕으로 입소자의 상태에 따른 차등수가제를 고려해 볼 필요가 있는데, 국민건강보험공단 내부자료 분석한 결과를 보면 요양시설과 요양병원의 이용자가 부담하는 비급여를 포함한 본인부담 수준이 요양병원이 40~60만원, 요양시설이 43~49만원으로 큰 차이가 없음을 보여주고 있다. 이러한 결과는 기초통계자료를 분석한 결과에서도 뒷받침 되고 있는데 연도별로 요양시설과 요양병원 이용자의 1인당 총진료비 중 환자본인부담 비율이 요양시설과 요양병원 간에 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 요양병원의 경우 의료서비스 제공 시 환자군을 의료 요구도에 따라 7개군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)으로 구분하고 있는데, 의료요구도에 따른 최고도와 경도 간에 수가 차이를 확대해서 요양병원이 경도환자를 입원시키지 않는 방안과 관련하여 검토가 필요한 것으로 판단된다. 일본에서는 중증의 경우 경증과의 수가차이를 확대하는 정책을 펴서 현재 요양병상에는 요양시설에 있어야 하는 환자가 10%미만으로 줄었다는 점은 우리나라에 큰 시사점을 주고 있다.

또한 드레싱, 욕창 간호 등의 행위들은 고도로 소독(단순히 물을 끓여서 소독하는 방식이 아닌, 고압증기멸균이나 가스소독 등 필요)된 소독기구를 사용하여야 제대로 된 감염관리가 이루어지는 것으로, 시설 내에서 어느 정도 수준의 소독시설 등과 같은 자원 확보가 가능한지 등도 사전에 정리되어야 할 필요가 있다.

요양시설 내에서 조치 가능한 행위에 기준(안)을 바탕으로 아래의 [그

림 6-1]과 같이 장기요양 판정에 따라서 의료적 욕구를 파악하고 이를 위한 서비스 연계 이용체계를 제안하고자 한다.

[그림 6-1] 장기요양 인정자 서비스 이용 체계



장기요양 등급 판정 단계<sup>12)</sup>에서 의사가 의료적 처치가 필요한 환자인지 구분하여 요양시설에서 조치가 가능하지 않은 상태이라면 노인장기요양 등급인정자(1~3등급) 이지만 요양병원에서 치료 후 시설로 이송하고 요양시설 입소 후에도 관련 기준을 판단 근거로 활용하여서 필요할 경우 요양병원 전원 상병, 급성기 상병, 요양시설에서 관리가 가능한 이용자

12) 현재의 노인장기요양등급 판정 시스템에서도 '의사소견서'를 참조로 하여 등급판정이 이루어지기는 하지만, 이와 같이 '의료적 처치 필요 여부', 즉, 당장 요양원에 입소해도 괜찮은 환자인지, 혹은 일단은 병원에 입원하여 치료를 받아야 할 환자인지, 또한 그러한 근거와 치료 기간 등에 관해 구체적으로 의사에게 질문하여 답을 얻을 수 있는 체계가 필요. 결국은 현재와 같이 의사의 참여도가 떨어지는 상태에서 등급판정위원회의 등급판정 결과만으로 등급판정이 이루어지게 된 것도 요양시설과 요양병원 간 환자 특성의 구분이 모호해지는 결과가 발생하게 된 원인들 중의 하나로 생각할 수 있음. 특히 현재는 '의료적처치가 필요한 급성기질환'의 판정 여부를 등급판정위원회 회의 결과로 판정되는데, 환자를 직접 보지 않고 서류상의 내용만으로 판정하는데에 실제로 어려움이 많고, 최소한 급성기질환 판정 여부만이라도 의사가 많이 관여할 수 있게 한다면 어느 정도 해결책이 될 수 있음.

를 구분해서 의료적 서비스를 제공하는 것이다.

이를 위해 급성기 병원에서 치료를 받고 복귀한 시설 이용자나 일부 질환의 경우 요양시설에서 충분히 관리가 가능함에도 불구하고 협력병원, 촉탁의 제도 운영, 간호사 인력의 전문성에 따라 시설별로 편차가 심한 것을 감안하면, 일본에서와 같이 주치의(왕진)제도 도입을 검토할 필요가 있다. 또한 전문간호사를 많이 보유하고 있는 시설에 대해서는 현행 입소자 25명당 1명씩 두고 있는 간호(조무)사 비율을 개정해서 운영하는 방안 혹은 시설평가 시 가산점을 부여하는 방안과 관련해서 고민이 필요할 필요가 있다. 또한 숙련된 간호사의 활용을 위해서 장기적으로 요양시설을 일정 규모 이상으로 재편하는 것도 검토해볼 필요가 있다.

이밖에도 설문조사와 심층면접을 통해 요양병원과 요양시설의 효율적인 연계방안 마련을 위해서 통합된 정보 공유시스템 구축, 응급의료체계 확충되어야 할 필요가 있다는 의견이 제시되었으며, 기타 요양시설 운영과 관련하여서 입소자 임종시 사망진단서 등 관련 행정 및 기타 이와 관련하여 제반하고 있는 많은 문제들이 해결되었으면 하는 응답이 많은 것으로 나타났다.

요양시설과 요양병원의 역할을 정립하고 효율적인 연계방안 마련을 위해서 본 연구는 급여실적 분석, 입소자 및 관리자 설문조사, 요양시설 심층 면접 조사 등 다양한 연구방법을 활용하여서 기초적이거나 욕구 파악 및 연계 기준안을 마련하였다. 그러나 본 연구는 연구 진행상의 한계로 요양병원 입소자에 대한 분석이 이뤄지지 않았고, 심층면접을 실시한 기관수의 한계 등 제한점을 가지고 있다. 이러한 한계점을 고려하여 대표성 있는 요양병원과 요양시설을 선정하여 보다 심층적인 상태 파악을 통해 의료적 처치 관련 명확한 기준 마련을 위한 추가 연구가 필요하다는 의견과 함께 향후 연구과제로 남기고자 한다.



## 참고문헌 <<

- 가 혁 외(2011). 요양병원에 입원한 치매 환자들의 일상생활기능 변화에 영향을 주는 요인-전향적 6개월 관찰 연구, Korean Geriatr Soc 15(3).
- 국민건강보험공단(2012). 최근 6년간('05~'10년) 요양병원 입원환자 건강보험 진료비 분석.
- 국민건강보험공단(2013). 요양병원과 요양시설 역할 정립방안 내부자료.
- 권기환(2013). 그 어르신들은 다 어디로 가셨을까?\_요양병원과 요양시설간 노인 의료전달체계 구축에 관한 감사사항, 계간감사 여름호, 감사원.
- 권용진(2011). 요양병원과 요양시설의 기능정립방안, 2011년 보건행정학회 추계 학술대회.
- 김용득(2007). 영국의 사회복지서비스의 구조와 서비스 질 관리 체계, 보건복지포럼, 25, pp. 76~91.
- 김원중(2004). OECD 선진국의 노인장기요양보호제도 운영실태, 대한병원협회지, Jul, Aug, pp. 40~52.
- 김진수 외(2013). 개호보험 등급자의 현황 분석을 위한 일본출장보고서, 한국보건사회연구원.
- 김찬우(2004). 장기요양제도와 지방정부의 역할: OECD 국가와 한국 노인요양제도 시안을 중심으로, 사회복지리뷰, 9, pp. 77~99.
- 김찬우(2004). 지역거주 만성질환 노인들의 장기요양 위험수준에 케어매니지먼트 효과연구, 사회복지연구. 23집(겨울), pp.5~41.
- 김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구, 사회복지연구, 26집(겨울). pp. 91~122.
- 김찬우(2006). OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교 연구, 한국사회복지행정학. 8권 2호, pp. 65~103.
- 김찬우(2008). 통합적 케어, 케어매니지먼트와 장기요양제도, 제 7차 노인장기

요양보험 관련 세미나 자료집. 보건복지가족부.

노용균 외(2010). 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립방안 연구, 대한노인병학회, 보건복지부.

노용균(2009). 노인의료복지 서비스 전달체계의 확립-제43차 대한노인병학회 춘계학술대회 연제집; 2009.

노용균(2011). 노인장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할정립 필요성, HIRA정책동향, 건강보험심사평가원.

노용균(2012). 노인장기요양보험 수급자의 의료적 욕구 관리 방안. 국민건강보험공단 2012 한일 국제심포지엄 연제집. 국민건강보험공단.

대한노인요양병원협회(2012). 요양병원 관련 정책 개선 건의안.

마츠다(Matsuda, M)(2004). 일본의 개호보험 4년간의 성과와 과제, 교보헬스케어심포지엄.

박승균(2007.12). 주요국가의 장기요양 재원조달 및 급여방법, 정책동향, 건강보험심사평가원.

박종현 외, (2010). 장기요양과 의료 서비스의 통합케어 모형개발, 국민건강보험공단·건강보험정책연구원

서영준(2009). 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안. 건강보장정책,8(2), pp. 140~53.

서택임(1993). 「개호복지사양성상의 제문제」, 老人問題研究, Vol. 14, No. 1, 醫療と福祉聯合研究會, 후생노동성, 통계정보부 자료.

석재은(2005). 장기요양보호 정책의 한국적 모형에 관한 탐색적 논의: 국가, 시장, 가족의 역할분담과 정책설계, 2005년 한국사회복지학회 추계 공동학술대회 자료집, pp. 217~46.

석재은(2007). 장기요양보험 급여-수가체계 개발, 보건복지포럼, 한국보건사회연구원.

선우덕(2008). 한국 노인장기요양보험제도의 실상과 발전적 모색, 한국사회복지학회 한일사회복지세미나 발표자료.

선우덕(2011). 이용자 입장에서 본 요양병원과 장기요양시설의 선택요인, HIRA

## 정책동향.

- 손용진(2007). 장기요양보험제도에 따른 케어 매니지먼트에 관한 고찰. 한국노년학회, 16, pp. 41~57.
- 송현중(2011). 요양병원의 현황과 정책과제, HIRA정책동향.
- 송현중(2012). 요양병원 기능에 대한 고찰: 외국 사례와의 비교를 중심으로, J Korean Geriatr Soc 16(3).
- 엄기욱(2005a). 일본 개호보험제도 시행 4년간의 평가와 시사점, 사회복지정책, 제21호, pp. 295~318.
- 엄기욱(2006). 일본의 수요자 중심 노인보건복지서비스 전달체계 -개호보험제도 개혁과 지역포괄지원센터 신설을 중심으로-, 국제사회보장동향, 2006년 겨울호, 한국보건사회연구원, pp.2~12.
- 엄기욱(2008). 노인장기요양보험과 일본 개호보험의 비교 및 함의. 노인장기요양보험제도 시행에 따른 전문가 포럼 자료집. 보건복지가족부.
- 연세대학교 의료복지연구소(2011). 지속가능한 노인장기요양보험 발전 방안-제도개선 과제 중심으로. 국민건강보험공단.
- 오세영(2005). 일본의 노인의료비 증가요인으로서의 사회적 입원. 한국노인복지학회, 28, pp. 207~230.
- 윤종률(2008). 노인장기요양보험제도와 의료계의 역할, 41차 춘계학술대회 자료집, 대한노인병학회,
- 윤종률(2009). 노인요양병원의 현황 및 문제점, 노인요양병원의 질적서비스 개선 방안 간담회, 국회의원 간담회.
- 윤희숙 외(2010). 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안, KDI FOCUS.
- 이가옥·우국희(2005). 영국의 케어 제공자에 관한 정책 연구: 보호자 권리와 유급고용의 질 강조, 한국사회복지학.
- 이정렬 외(2007). 각국의 호스피스 법령·수가체계·운영체계 분석 및 국내 도입방안 연구. 보건복지부 암정복추진연구개발사업 보고서.
- 이지윤 외(2008). 요양병원 입원환자의 요양시설 이동의사에 영향을 미치는 요인, 19(2), 지역사회간호학회지.

- 일본총합연구소(2004.3). 개호시설 등의 비용체계에 관한 종합조사.
- 정경희 외(2010). 베이비부머의 생활실태 및 복지욕구, 한국보건사회연구원
- 정형선(2008.9). OECD의 보건계정체계(SAH)에 따른 장기요양 지출의 규모 및 구성, 사회보장연구, 24(3), pp. 145~169.
- 진영란(2011). 진영란 고령친화산업센터, 한국보건산업진흥원, 출장보고서.
- 최성재·김진수·엄기욱(2008). 노인장기요양보험제도 시행의 타당성, 이의성 및 적합성, 보건복지가족부.
- 최은영 외(2005). OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의, 한국보건사회연구원.
- 최인덕 외(2009). 노인의 의료와 장기요양서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안, 국민건강보험공단.
- 최인덕, 이은미(2010). 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안. 한국노년학회, 30(3), pp. 855~869.
- 통계청(2007). 고령자 통계.
- 한국보건산업진흥원 (2011), 고령친화 산업센터에 대한 호주 출장보고서, 한국 보건산업진흥원.
- Aaron, H. J(1991). Serious and unstable condition: Financing America's Health Care. Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Anderson, W., Kalberg, C., Edwards, et al(2000). Effects of polymorphisms in the promoter region of 5-lipoxygenase and ltc<sub>4</sub> synthase on the clinical response to zafirlukast and fluticasone. Eur Respir J, 16(Suppl B), 183s.
- Bodenheimer, T. (1999). Long-term care for frail elderly people—the On Lok model. New England Journal of Medicine, 341, 1324-1328.
- Branch LG and Coulman RF et al.(1995). *The PACE evaluation: Initial findings*. The Gerontologist35(3):349-359



- Brodsky, J. et als.(2003). *Key Policy Issues in Long-term Care, The Cross-Cluster Initiative on Long-term Care*, WHO.
- Callahan, J. J. (1989). Play it again Sam—There is no impact. *The Gerontologist*, 29, 5-6
- Campbell, J and N. Ikegami(2003). "Japan's Radical Reform of Long-term Care," *Social Policy and Administration* 37:1, 21 ~ 34.
- CARES U.K(2002). *The history of carers UK and the carers movement*, [www.carersonline.org.uk](http://www.carersonline.org.uk)
- Challis, & Davies, (1985) Long term care for the elderly: the community care scheme, *British journal of social work* 15(6) 563
- Challis, D. (1992) "Community care of elderly people: Bringing together scarcity and choice, needs and costs." *Financial Accountability and Management* 8(2): 77~95.
- Challis, D., R. Darton, et al(1995). *Care management and health care of older people: The Darlington community care project*. Aldershot, England, Arena Ashgate Publishing Ltd.
- Challis, D., R. Darton, et al. (1995) Care management and health care of older people: *The Darlington community care project*. Aldershot, England, Arena Ashgate Publishing Ltd.
- Clarke, Egerton(2001) *Ageing and Care-giving in Canana*, The Edwin Mellen Press.
- Conrad, D. A. and Dowling(1990). Vertical integration in health services: Theory and managerial implications. *Health Care Management Review*, 15(4), pp.9~22.
- Cuellar, A. and Wiener, J(2000). Can social insurance for long-term care work?: The experience of Germany, *Health Affairs*, 19 (3), pp.8~25.
- de Roo, A., L. Chambaud and B. Guntert(2004). Social health

- insurance systems in western Europe, *European Observatory on Health Care Systems*, pp.281~298.
- Department of Health(2003). *Care home for adults (18-65): national minimum standards, care home regulations*, London: TSO.
- Department of Health: DOH.(1991). *Care programme approach*. London
- Diek, M(1995) Housing elders in Germany, In Pynoos, J., Liebig, P., eds. *Housing frail elders: International policies, perspectives, and prospects*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Diwan, S. (1999). Allocation of case management resources in long-term care: Predicting high use of case management time. *The Gerontologist*, 39, 580-590.
- Doyle A and Masland J(1997).Managed care for the elderly in the United States: Outcomes to-date and potential for future growth. *Health Policy* 41(suppl): S145-S162
- Eng, C. (1997), "On Lok/PACE model of geriatric managed care: an interdisciplinary approach to care of frail elderly", *Current concepts of Geriatric Care*,2(9),
- Estes, C. L. and L. Close (1998) Organization of health and social services for the frail elderly, *Living in the community with disability: Service needs, use, and systems*. S. M.Allen. New York, Springer Publishing Company: Ch.4.
- Evaschwick, C. J(1996). *The Continuum of long-term care: an integrated systems approach*. Albany, N.Y, Delmar Publishers.
- Greene, V. L., & Ondrich, J. I(1990). Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology*, 45(6), S250~258.
- Ham. C(2004). *Health Policy in Britain*, Palgrave.

- Healy, J(2002). The care of older people: Australia and the UK, *Social Policy and Administration* 36:1, pp.1~19.
- Johansson, L. (2000). The Swedish model. Paper presented at the 2nd International Conference on Caring, Brisbane, Australia.
- Kane, R. L. and R. Kane(1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York, Springer Publishing Company.
- Kane, R. L.. R. Kane and. Ladd, R(1998). *The Heart of long-term care*, New York, Oxford University Press.
- Karlsson, M., L. Mayhew, R. Plumb, and B. Rickayzen(2004). *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and Sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States,*" mimeo, 2004.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R. W., et. al(1985). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185. 94.
- Kodner, D(1996). "Foreseeing the future of long-term care: The highlights and implications of a delphi study". In R. Binstock, L. Cluff, & O. Mering, eds., *The Future of Long-term Care: Social and Policy Issues*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Kodner.D. L(2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, Online 14 November.
- Laing & Buisson(2007). *Care of Elderly People: UK Market Survey 2007*, Laing & Buisson, London.
- Lee, D. T .F., Mackenzie, A. E. (1998). Case Management: A review of

- the definitions and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), pp.933-939.
- Lesley Curtis(2007). *Unit Costs of Health and Social Care. Personal Social Services Research Unit*, University of Kent, Canterbury.
- Leutz, W. (1999) "Policy choices for Medicaid and Medicare Waivers." *The Gerontologist* 39(1): 86-93.
- Linden B.A, Spreeuwenberg C., Schrijvers A.J.P(2001). Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994, *Health Policy* 55(2001) 111-120
- MaDonald, M(2007). *Community Packaged Care Guidelines*, Department of Health and Ageing; Australia.
- Morris, R., F. G. Caro, et al. (1998) *Personal assistance: The future of home care*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Nies, Mary Albrecht, and Melanie MacEwen, eds.(2001) *Community health nursing: promoting the health of populations*. WB Saunders Company.
- OECD(1996). *Caring for frail elderly people*. Paris: OECD.
- OECD(1997). *Aging in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paris: OECD.
- OECD(2000). *A System of Health Accounts*, Paris: OECD.
- OECD(2000). *Reforms for an Ageing Society*. Paris: OECD.
- OECD(2005). *Long-term Care for Older People*. Paris: OECD.
- OECD(2007) *Key lessons for the system of health accounts revision from the 'Concepts, definitions and data sources for long-term care expenditure' project*, DELSA/HEALTH/HA(2007)6.
- Onyett, S(1992). *Case management in mental health*. London, Chapman and Hall.
- Pavolini, E, Ranci, C(2008). "Restructuring the welfare state: reforms

- in long-term care in Western European countries". *Journal of European Social Policy*, 18(3).
- Pawson, R. et al(2003). *Knowledge in social care*. The Policy Press.
- Qvertveit, J(1993). *Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*. Philadelphia, Open Book Press.
- RAND Europe, Ernst & Young LLP,(2012). *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*, Department of Health UK.
- Rostgaard, T.,(2003). "Principles of autonomy, continuity and coordination - Longterm care for the elderly in Denmark," presented at the Kyobo Symposium.
- Rothgang, H(2002). "Long-term care in Germany: projections on public long-term care insurance financing," in Conrad and Luetzeler, ed., *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*, Indicum, 251~274.
- Rothgang, H., A. Comas-Herrera, et al(2003). The mixed economy of long-term care in England, Germany, Italy and Spain, *4th International Research Conference on Social Security*, Antwerp, 5~7.
- Scheil-Aldung, X(2003). Towards sustainable health and long-term care schemes in ageing societies: The case for a rethink of policy paradigms in France, Germany, Japan and the Netherlands, *4th International Research conference on Social Security*.
- Schneider, U(1999). Germany's Social Long-term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation, *International Social Security Review* 52:2, 31~74.
- Schunk, M(2001). Empowerment in pathways through care: A

- cross-national comparison of care delivery in Britain and Germany. In Heumann, L., McCall, M., Boldy, D. eds. *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health and support service delivery*. Westport, Connecticut, Praeger.
- Social Services Inspectorate and Social Work Services Group (SSI/SWSG) (1991) *Care Management and Assessment: Managers Guide*, Social Services Inspectorate and Social Work Services Group, London: HMSO.
- Special committee on the ageing, US senate(1991). *Long-term care: Projected needs of the aging baby boom generation* (p.2) (GAO/HRD Publication No. 91-86), Washington, DC: Government Accounting Office.
- Standing, Guy(2001). "Care Work: Overcoming Insecurity and Neglect", Daly Mary(ed), *Care Work: The Quest for Security*, ILO, pp.15~32.
- Stetvold T et al.(1996) Geriatric work-up in the Nordic countries. *Danish Medical Bulletin*, 43(4):3500-359
- Stuart, M(2001). "Home and Community-Based Long-Term care: lessons from Denmark," *Gerontologist*, 474~480.
- Temkin-Greener & Mukamel(2002). *JAGS(Journal of American Geriatrics Society)* 50: 125~135.
- U.S.General accounting office(1998). *Long-term care for the elderly(P.2), Report to the chairman, Subcommittee on Health and Long-Term Care, Select Committee on Aging*, U.S. House of Representatives, Washington D.C.
- US Congressional Budget Office(2004). *Financing Long-term Care for the Elderly*

- Walker et al.(eds.) (1998). *Public and Private Responsibilities in Long-term Care*
- Weisbrod, B.(1975). "Toward a Theory of the Voluntary Non-Profit Sector in a Three Sector Economy," in E. Phelps, ed., *Altruism, Morality, and Economic Theory*.
- Weissert, W.(1978). *Long-term care: An overview health, United States*, 1978 Washington DC: U.S. Government Printing Office, DHEW Publication No. 78-1232 p.93.
- Weissert, W. G., & Hedrick, S. C(1994). Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. *Journal of the American Geriatric Society*, 42(3), 348~353.
- Weissert, W. G., Lesnick, T., Musliner, M., & Foley, K. A(1997). Cost savings from home and community-based services: Arizona's capitated Medicaid long-term care program. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(6), 1329~1357.
- White, N & Lubkin, I.(1998). Illness trajectory. In I.Libkin & P.Larsen(eds.), *Chronic illness: impact and interventions*(4th ed.)(pp.53~76).MA:Jones & Bartlett.
- WHO(1999). *Home-based and Long-term care*.
- WHO(2002). *Responsibilities for Care throughout the Life Span*.
- WHO(2003). *Key policy issues in long-term care*, Geneva, World Health Organization.
- Yamada and Sekiya(2003). "Licensing and Training Requirements for Direct Care Workers in Japan: what can the United States and Japan Learn from each other?", *Journal of Aging & Social Policy* Vol.15(4) 113~129.
- 濱野強·渡邊敏文·Eum Woo Nam·藤沢由和(2006). 介護予防事業の動向に関する研究-新潟県市町村の実態調査より-, 新潟医福誌. 6-1, pp.64~69.

川越雅弘(2008). わが国における地域包括ケアシステムの現状と課題. 海外社会保障研究. 162. 国立社会保障人口問題研究所. pp.4~15.

厚生労働省(2006). 地域支援事業の実施について. 老発第0609001号.

厚生労働省(2007). 地域包括支援センター設置運営について. 老老発第1018001号.

厚生労働省(2007). 地域包括支援センターの運営状況について.

厚生労働省(2007). 地域包括支援センターの運営状況について. る研究-新潟県市町村の実態調査より-.新潟医福誌. 6-1. pp.64~69.



## 〈부록 1〉

## 요양기관 역할 정립에 관한 설문지 (요양시설용)

안녕하십니까?

저희는 『요양시설과 요양병원의 역할정립방안 연구』를 수행하고 있는 총리실 산하 한국보건사회연구원입니다.

노인 장기 요양보호 제도는 노인 어르신의 지속적 건강관리를 위한 제도입니다. 장기 요양보호에서 대상자의 건강이 악화되지 않도록 의료서비스와 연계하는 것이 기본 원칙이나 현재 우리나라에서는 요양서비스와 의료서비스의 연계 체계가 제대로 확립되어 있지 않은 실정입니다.

이에 본 연구에서는 병·의원과 노인요양시설의 효율적인 의료서비스 연계방안을 마련하여 각 기관에서 대상자에게 비용 효과적이고 질 높은 의료 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련하고자 합니다.

본 조사와 관련된 신분 보장 및 비밀엄수 사항은 엄격히 지킬 것이며 본 연구이외의 목적에는 사용하지 않을 것임을 알려드립니다. 귀한 시간을 할애하여 주신다면 바람직한 보건복지 정책수립을 위한 방향을 설정하는데 귀중한 자료가 될 것입니다.

본 설문에 응답해 주셔서 감사드립니다.

한국보건사회연구원 김진수 연구위원(02-380-8364)  
이기주 연구원(02-380-8333)  
(주)인포서치 조사연구본부장 염도훈 이사(02-541-7601)

**한국보건사회연구원**

시 설 명		소 재 지	_____광역시(도) _____구,시,군
응답자 성명		전화번호	
조사원 성명		검증 서명	

**I. 우선 귀 기관의 전반적인 개요에 관해 여쭙겠습니다.**

문1. 우선 귀 시설의 설립 주체는 누구입니까?

- ① 공립(시,도립, 국립)                      ② 사회복지법인, 비영리법인  
③ 개인(영리)                                      ④ 기타

문2. 귀 시설의 정원과 현재 입소 인원은 오늘 기준으로 몇 명인지 적어주십시오.

1) 시설 정원 \_\_\_\_\_명                      2) 현 입소 인원 \_\_\_\_\_명

문3. 전년(2012년) 기준 귀 시설의 경영 수지는 어떤 상태입니까? 전년도 총수입액과 총지출액을 천원 단위로 적어주십시오.

1) 총 수입액 \_\_\_\_\_만원                      2) 총 지출액 \_\_\_\_\_만원

문3-1. (경영수지가 적자인 경우에만 응답해 주십시오. 적자가 아닌 경우는 문4로 가 주십시오.)

위의 총 수입액에 비해 총 지출액의 규모가 커서 경영수지가 적자였다면, 가장 큰 이유가 무엇인지 순서대로 3가지만 골라 번호를 적어주십시오.

1순위\_\_\_\_, 2순위\_\_\_\_, 3순위\_\_\_\_

- ① 수가가 낮아서                                      ② 주변에 경쟁시설 및 병원이 많아서  
③ 요양병원으로 이동이 심해서                      ④ 지리적 여건이 불리해서  
⑤ 경영전략이 없었거나 잘못되어서  
⑥ 기타 \_\_\_\_\_

문3-2. 그럼 경영수지를 개선하기 위해 우선 월평균 입소율을 최소 어느 정도로 유지해야 할까요?

약 \_\_\_\_\_%



문9. 귀 시설이 다른 시설에 비해 지니고 있는 장점이라면 어떤 것을 들 수 있는지, 대표적인 장점을 두 가지만 골라 표시해 주십시오.

- ① 도심과 가깝고, 교통편이 편리함
- ② 대상자와 보호자를 위한 편의(복지, 요양)시설이 잘 되어 있음
- ③ 건강을 위한 전원생활 및 주거환경이 좋음
- ④ 다른 요양시설에 비해 시설이 좋음
- ⑤ 다른 요양시설에 비해 서비스가 좋음
- ⑥ 다른 요양시설에 비해 이용자의 경제적 부담이 적음
- ⑦ 기타:

III. 다음은 귀 시설이 연계하여 제공하는 의료 서비스에 관한 내용입니다.

문10. 진료과목별 촉탁의 이용 실태에 관해 여쭙겠습니다. 아래 표의 해당 칸에 귀 시설의 촉탁의 운영 현황을 적어주시기 바랍니다.

진료 과목	인원	월평균 방문횟수	1회 방문 시 진료시간
1) 내과	_____명	월_____회	회당 _____분
2) 가정의학과	_____명	월_____회	회당 _____분
3) 정형외과	_____명	월_____회	회당 _____분
4) 신경과	_____명	월_____회	회당 _____분
5) 기타1 _____과	_____명	월_____회	회당 _____분
6) 기타2 _____과	_____명	월_____회	회당 _____분
7) 기타3 _____과	_____명	월_____회	회당 _____분

문11. 귀 시설의 촉탁의 제도는 현재 잘 운영되고 있습니까?

- ① 예 ☞문12로  ② 아니오 ☞ 문

11-1로

문11-1. 그렇게 잘 운영되지 않는 가장 큰 이유를 한 가지만 골라 주십시오.

- ① 의료인과 의료기관의 무관심 ☞문12로
- ② 의료인에 대한 적절한 보상 부족 ☞문12로
- ③ 경영개선을 위해 입소자를 보다 많이 확보해야 하기 때문에 ☞문12로
- ④ 입소자 본인이나 가족들이 원하지 않아서 ☞문11-2로
- ⑤ 다른 요양시설에 비해 서비스가 좋음 ☞문12로

- ⑥ 다른 요양시설에 비해 이용자의 경제적 부담이 적음☞문12로
- ⑦ 기타 \_\_\_\_\_☞문12로

**문11-2. 입소자나 그의 가족들이 원하지 않는 가장 많은 이유는 어떤 것입니까?**

- ① 치료가 불가능하다고 생각하고 있어서
- ② 치료할 필요는 알고 있으나 비용을 우려해서
- ③ 더 이상의 삶의 의욕을 포기한 상태라서
- ④ 기타 \_\_\_\_\_

**문12. 귀 시설과 협력관계를 체결한 의료기관은 규모 별로 몇 개씩 되는지 아래 표 해당 칸에 숫자를 적어주십시오.**

규모	종합전문병원	종합병원	병원	의원	기타
수	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개

**문13. 귀 시설에서는 협력의료기관제도가 잘 운영되고 있습니까?**

- ① 잘 운영되고 있다 ☞ 문14로
- ② 잘 운영되지 않는다 ☞ 문13-1로

**문13-1. 그렇게 잘 운영되지 않는 가장 큰 이유를 한 가지만 골라 주십시오.**

- ① 의료인과 의료기관의 무관심☞문14로
- ② 의료인에 대한 적절한 보상 부족☞문14로
- ③ 경영개선을 위해 입소자를 보다 많이 확보해야 하기 때문에☞문14로
- ④ 입소자 본인이나 가족들이 원하지 않아서☞문13-2로
- ⑤ 주변에 마땅한 의료기관이 없어서☞문14로
- ⑥ 별 필요성이 없어서☞문14로
- ⑦ 기타 \_\_\_\_\_☞문14로

**문13-2. 입소자나 그의 가족들이 원하지 않는 가장 많은 이유는 어떤 것입니까?**

- ① 치료가 불가능하다고 생각하고 있어서
- ② 치료할 필요는 알고 있으나 비용을 우려해서
- ③ 더 이상의 삶의 의욕을 포기한 상태라서
- ④ 기타 \_\_\_\_\_

IV. 다음은 귀 시설에 입소하신 분들 중 병원 혹은 의원을 이용하시고 계신 분들에 관한 내용입니다.

문 14. 지난 1년 간 귀 시설 입소하신 분께서 병원이나 의원 등 외래진료기관을 이용하는 총 횟수는 월평균 몇 회나 되나요? 예를 들어 두 분이 각각 5회, 3회 이용하셨을 경우, 총 8회로 합산하는 방식입니다.

월평균 총 \_\_\_\_\_ 회

문 15. 귀 시설을 이용하시는 입소자 분들이 병원이나 의원등에 입원하기 위해 퇴소하는 경우는 월평균 대강 몇 건이나 있습니까? 월평균 총 \_\_\_\_\_ 건

문 16. 귀 시설에서는 입소하신 분들이 요양병원으로 옮겨 입원 치료를 받도록 안내하시는 기준을 어떻게 정하고 계신가요? 나름의 기준이 있다면 간단히 적어주십시오.

① 특별한 기준 없음.

기준 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V. 다음은 요양의료 연계체계 제도에 관한 내용입니다.

문 17. 귀하의 판단으로 '촉탁의제도'와 '전담의제도' 중 어느 것이 더 효과적이라고 생각하십니까? 해당되는 번호에 표시하시고 옆에 그 이유를 간략히 적어주십시오.

① 촉탁의제도 이유 \_\_\_\_\_

② 전담의제도 이유 \_\_\_\_\_

문 18. 요양시설에 적절한 치료를 할 수 있도록 권한을 부여하는 방안에 대해서 어떻게 생각하십니까?

① 찬성 이유 \_\_\_\_\_

② 반대 이유 \_\_\_\_\_

문19. 귀하의 생각으로 요양시설 입소자가 요양병원으로 옮겨 입원하려는 주된 이유는 무엇이라 생각하십니까?

---

---

문20. 일반적으로 요양시설에 입소한 분들을 요양병원으로 보내드려 입원 치료를 받도록 하는 서비스를 좀 더 체계적으로 하기 위해 객관적인 기준을 만든다면, 가장 중요하게 고려해야 할 조건은 무엇인지 간단하게 적어주십시오.

---

---

문21. 반대로 요양병원에 입원한 분들을 요양시설로 이송하기 위한 객관적인 기준을 만든다면, 가장 중요하게 고려해야 할 조건은 무엇인지 간단하게 적어주십시오.

---

---

---

문22. 요양병원과 요양시설간의 연계 서비스를 효율적으로 구축하기 위한 개선방안을 생각하시는 대로 5가지만 간략하게 적어주십시오.

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_

⑤ \_\_\_\_\_

문23. 마지막으로 아래의 표는 요양시설의 활성화를 위해 필요한 내용들입니다. 각 내용에 대한 귀하의 의견을 해당 칸에 표시해 주십시오.

	매우 그렇다	조금 그렇다	보통	별로 아니다	전혀 아니다
1) 요양시설의 수가를 적정수준으로 인상하여야 한다.	①	②	③	④	⑤
2) 시설에서 제공되는 서비스가 다양화되어야 한다.	①	②	③	④	⑤
3) 요양시설을 요양병원으로 전환하여야 한다.	①	②	③	④	⑤
4) 요양시설도 일정한 수준의 의료서비스를 제공할 수 있어야 한다.	①	②	③	④	⑤
5) 요양시설의 시설과 인력에 대한 정부 지원이 필요하다.	①	②	③	④	⑤
6) 요양시설 운영에 대한 규제를 완화해야 한다.	①	②	③	④	⑤
7) 요양시설과 요양병원이 동일 장소에 있어야 한다.	①	②	③	④	⑤

- 응답해주셔서 감사합니다. -



## 〈부록 2〉

## 요양기관 역할 정립에 관한 설문지 (시설 이용자용)

안녕하십니까?

저희는 『요양시설과 요양병원의 역할정립방안 연구』를 수행하고 있는 총리실 산하 한국보건사회연구원입니다.

노인 장기 요양보호 제도는 노인 어르신들의 지속적 건강관리를 위한 제도입니다. 장기 요양보호에서 대상자의 건강이 악화되지 않도록 의료서비스와 연계하는 것이 기본 원칙이나 현재 우리나라에서는 요양서비스와 의료서비스의 연계 체계가 제대로 확립되어 있지 않은 실정입니다.

이에 본 연구에서는 병의원과 노인요양시설의 효율적인 의료서비스 연계방안을 마련하여 각 기관에서 대상자에게 비용 효과적이고 질 높은 의료 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련하고자 합니다.

본 조사와 관련된 신분 보장 및 비밀엄수 사항은 엄격히 지킬 것이며 본 연구이외의 목적에는 사용하지 않을 것임을 알려드립니다. 귀한 시간을 할애하여 주신다면 바람직한 보건복지 정책수립을 위한 방향을 설정하는데 귀중한 자료가 될 것입니다.

본 설문에 응답해 주셔서 감사드립니다.

한국보건사회연구원 김진수 연구위원(02-380-8364)  
이기주 연구원(02-380-8333)  
(주)인포서치 조사연구본부장 염도훈 이사(02-541-7601)

한국보건사회연구원

시 설 명		소 재 지	_____광역시(도) _____구,시,군
응답자 성명		전화번호	
조사원 성명		검증 서명	

**SQ1. 성별 (문지 말고 직접 표시)**

① 남

② 여

**SQ2. 어르신 연령은 올해 만으로 어떻게 되시나요?**

만 \_\_\_\_\_세





문7-1. 바깥의 다른 요양병원을 이용하시기 어려우시다면 이유가 무엇인가요? 가장 큰 이유 한 가지만 골라주십시오.

- ① 이 시설에서 잘 보내주지 않아서
- ② 주변에 치료해줄 병원이 없어서
- ③ 어떻게 해야 갈 수 있는지 몰라서
- ④ 따로 돈을 또 많이 내야해서
- ⑤ 아플 때 바로바로 갈 수 없어서
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_

**IV. 마지막으로 어르신에 대한 질문에 간단히 여쭙겠습니다.**

DQ1. 결혼은 하셨나요?

- ① 기혼(동거)
- ② 이혼(별거)
- ③ 사별
- ④ 미혼

DQ2. 시설에 오시기 전에 함께 사셨던 가족들을 모두 골라주십시오.

- ① 배우자
- ② 아들
- ③ 며느리
- ④ 딸
- ⑤ 사위
- ⑥ 친(외)손자녀
- ⑦ 친척, 친지
- ⑧ 없었음

DQ3. 여기 계시는 동안 어르신을 가장 자주 찾아뵙고 돌봐주는 가족은 누군가요? 한 사람만 말씀해 주십시오.

- ① 배우자
- ② 아들
- ③ 며느리
- ④ 딸
- ⑤ 사위
- ⑥ 친(외)손자녀
- ⑦ 기타 친척
- ⑧ 없었음

DQ4. 여기 오시기 전에 함께 사셨던 가족들의 가구 소득은 한 달에 대략 어느 정도 였나요?

- ① 100만원 안됨
- ② 100~200만원 안됨
- ③ 200~300만원 안됨
- ④ 300~400만원 안됨
- ⑤ 400만원 이상
- ⑨ · 모름/무응답

DQ5. 이 시설에 오시기 전에 사시던 곳은 어디인가요?

\_\_\_\_\_광역시/도 \_\_\_\_\_구/시/군

## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 판매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지([www.kihasa.re.kr](http://www.kihasa.re.kr)) - 발간자료 - 간행물구독안내

### ▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

### ▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원  
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- |   |   |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498   | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900  |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600  | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307   |
| ■ Yes24 <a href="http://www.yes24.com">http://www.yes24.com</a> | ■ 알라딘 <a href="http://www.aladdin.co.kr">http://www.aladdin.co.kr</a> |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건의정확에 필요한 연구근거 현황 및 활용	김남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현용
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박실비아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립	원종욱
연구 2013-13	소득분배 악화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순조세부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현금서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구: 성장배경을 중심으로	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민의식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지패널 연계 질적 연구(3차): 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요·공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 사회복지재정 형평화 연구: 재정분단체계 재구조화를 중심으로	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근춘
연구 2013-29	의료기관의 개인정보 보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산·보육 통계생성 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구·가족의 변동과 정책적 대응방안 연구	김유경
연구 2013-31-09	저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임산부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산·고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	남북한 통합 시 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중·노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다층노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 노인일자리의 현황과 정책과제	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-32-1	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가TWC성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍석표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확충전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS_Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 일반의약품이용, 임신출산, 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상림