

제3차 장기요양 제도발전 세미나

일시 : 2014년 5월 28일(수) 14:00~17:00

장소 : 한국보건사회연구원 대회의실

제3차 장기요양 제도발전 세미나 일정

13:30~14:00	등록
14:00~14:05	개회 및 참석자 소개 좌 장 : 김미혜 교수(이화여자대학교)
14:05~14:50	주 제 발 표 발 표 자 : 이태화 교수(연세대학교)
14:50~15:20	패 널 토 론 I
15:20~15:30	휴 식
15:30~16:30	패 널 토 론 II 토론 : 남현주 교수(가천대학교, 경제정의실천시민연합) 박현순 연구이사(한국장기요양정보나눔회) 석명옥 지부장(민주노총 공공운수노조 돌봄지부) 이윤경 부연구위원(한국보건사회연구원) 정가원 연구위원(한국여성정책연구원) 정성배 원장(장흥노인전문요양원)
16:30~17:00	종합토의 및 총평
17:00	폐 회



발표문

장기요양제도발전 3차 세미나

효과적인 케어매니지먼트, 장기요양기관 의료서비스 연계 강화, 효율적인 평가체계 구축

2014년 5월 28일 (수)
연세대학교 간호대학 이태화 교수

1

OECD 국가의 최근 장기요양보호 동향

- 2010년 OECD 국가들은 LTC 재정에 전체 GDP의 1.6%를 평균적으로 썼고, LTC 지출은 년 평균 9% 정도 (보건의료 4%)로 상승하고 있음.
- 재가 LTC 서비스 비용이 지속적으로 증가하고 있음. 2010년에는 65세 이상 노인의 8%가 재가에서 서비스를 받았고, 4%가 시설서비스를 이용함.
- 요양보호인력에 대한 자격기준 강화되고 있음
- 노인학대 예방 시스템의 구축: 국가차원의 캠페인 (예, 아일랜드), 요양보호인력에 대한 노인학대 예방교육 (아일랜드, 캐나다, 이스라엘, 미국), 신고 체계 (캐나다, 독일, 미국, 네델란드, 일본, 영국등)

3



OECD LTC (2013)

2

양질의 장기요양서비스란 무엇인가?

“만성질환과 신체 장애로 인해 허약한 노인의 기능적, 건강적 측면의 성과를 향상시키는 것”

1. 안전하고 효과적인 케어
2. 노인중심의, 노인의 문제에 반응하는 케어
3. Care-coordination

4

양질의 장기요양서비스를 제공하는 3가지 접근

- 규제기준의 적용 : 시설이나 인력, 인프라등에 초점을 맞춘 최소기준
- 케어 제공과정의 표준화: 케어 제공과정의 질을 높이기 위하여 시도되며 질 지표에 대한 정기적 모니터링
 - 표준화된 기능평가지구의 사용 (Resident Assessment Instrument: 미국, 캐나다, 호주, 이태리, 핀란드등/ CQ Index : 네델란드/ KATZ: 벨기에 /AGGIR Scale: 프랑스)
 - 케어 프로토콜 적용: 장기요양노인의 문제를 효과적이고 안전하게 관리할 수 있는 지침
 - Care co-ordination (사레관리 또는 일차케어 코디네이터 활용: 일본/스웨덴/다학제간 협력 (interdisciplinary care): 벨기에, 프랑스/ 각 서비스간 데이터를 연결한 통합적 정보시스템활용:포르투갈/다학제간 평가팀, single entry points: 네델란드/스웨덴)
- 수요자와 공급자에게 다양한 인센티브 부여

5

1 효과적인 케어매니저먼트

2 장기요양기관 의료서비스 연계강화

3 효율적인 평가체계 구축

7

양질의 장기요양서비스를 추구하는 방향성에 대한 논의

- 속성에 대한 고민 필요
- 서비스 제공과정에 질이 반영
 - OECD에 따르면 노인의 기능평가는 표준화 된 틀에 따라, 케어플랜은 개별화된 방향으로.....
- 노인의 건강문제에 반응하는 의료서비스와의 효율적 연계
- 성과에 있어서는 과정보다는 결과에 초점을 맞춘 질지표 관리시스템 개발 (노인의 기능상태, 삶의 질, 가족의 부담감등)

6

효과적인 케어매니저먼트 구축방안

◆ 검토배경

- 현행 장기요양제도 하에서는 케어매니저먼트 체계가 미흡하여 이용자 중심의 서비스 제공 및 이용지원 등에 한계가 있음.
 - ✓ 서비스 질 모니터링 미비 : 재가서비스 질적 수준에 대한 모니터링체계미비
 - 이용자 상태에 맞춘 서비스 제공 한계
 - ✓ 서비스 이용지원 미흡 : 공단인력 업무가 인정조사 및 기관평가 등에 집중
 - 이용자 및 제공자에 대한 이용지원 미흡
 - ✓ 지역자원 연계 부재 : 재가노인의 의료서비스, 기타 사회복지 서비스 및 비공식수발기능 등 자원 간의 의뢰, 정보제공 등 미작동

* 장기요양서비스가 이용자 중심에서 효과적으로 제공되도록 서비스 적정 이용 및 제공에 관한 총체적인 관리체계 재편 필요

8

효과적인 케어매니지먼트 구축방안

◆ 추진현황

- 이용지원체계 운영
 - ✓ 표준장기요양이용계획서를 제공하여 급여계획 수립 시 참고하도록 유도
 - ✓ 효과적인 장기요양서비스 이용을 위한 관련 정보 제공 및 상담 실시 [공단지사]
 - ✓ 이용지원 업무를 통해 서비스 이용의 전 과정을 지원
- 인력추가배치체계 구축
 - ✓ 수급자 15명 이상인 방문요양기관에 사회복지사 1명 이상 추가배치시 가산지급(7.1~)
 - ✓ 부분적 케어매니저 역할 수행
- 서비스관리자 교육 실시
 - ✓ 치매특별등급 신설에 따른 서비스제공 기관의 관리자 교육 실시
 - ✓ 케어매니저 역할 제고

국외 사례

- 일본
 - ✓ 사례관리(Care Management) 실시
 - 대상자 서비스 만족도 제고 및 재정부담 억제
 - ✓ 재가케어플랜
 - 개호지원전문원 [케어매니저]
 - 수급자에 대한 케어플랜 작성 및 모니터링 실시
 - 욕구사정, 서비스담당자회의 개최, 케어플랜 작성
 - 케어매니저 1인이 35명의 수급자 관리, 월 1회 이상 대상자 방문
 - 간호사, 사회복지사 등 자격증 소지자로서 보건, 의료, 복지 분야에 5년 이상 실무경험이 있는 자가 국가자격시험을 통과하여 자격취득

효과적인 케어매니지먼트 구축방안

◆ 문제점

- 한정된 케어매니지먼트 업무 수행
 - ✓ 표준장기요양이용계획서 실효성 부재 → 급여의 적정 이용 및 효율적 재정운용 미흡
 - ✓ 인건관리 부분의 업무 집중 → 서비스 이용에 관한 적절한 지원 미흡
 - ✓ 서비스 전개과정 불명확 : 급여제공 이행여부 확인, 급여조정, 수급자 지원 업무 및 모니터링, 서비스 제공에 대한 피드백 제공 등
- 추가 배치된 사회복지사의 명확한 역할부여 미흡
 - ✓ 관리책임자와의 명확한 업무분담 지침 부재 **직무교육 필요**
 - ✓ 전문성 확보 미흡

국외 사례

- 독일
 - ✓ 사례관리(Care Management) 실시
 - 대상자 서비스 만족도 제고 및 효과적 보험재정 운용
 - ✓ 지자체 소관의 장기요양센터 설립 ('08. 7월-)
 - 인구 2만명 단위, 주거지역에 설치
 - 지방정부, 질병금고의료지원단(MDK), 보험자(AOK) 세 기관에서 공동 담당
 - 간호사, 사회보험 전문가, 사회복지사 등의 장기요양 상담사 3명 이상 배치
 - 장기요양 상담사 1인당 100여명의 대상자 관리
 - 법률규정에 근거한 장기요양상담, 사례관리, 연계 및 증재 등의 업무 담당

장기요양시설의 증개 및 연계 실시

개 선 방 안

**표준장기요양이용계획서의 실효성 확보
&
수요자 중심의 장기요양서비스 제공 및 이용체계 구축**

<p>1안</p> <p>보험자가 급여종류 및 횟수 등을 구체적으로 제시하고, 그에 따라 서비스 제공기관이 체계적인 급여 제공</p>	<p>2안</p> <p>새로운 급여유형으로 개발하여 전문 인력에게 케어플랜 작성 및 관리업무를 위탁·운영하는 방안</p>
--	--

13

효과적인 케어매니지먼트 구축방안

15

효과적인 케어매니지먼트 구축방안

14

개 선 방 안

< 케어매니지먼트체계 구축안 비교 검토 >

	제1안 [보험자 중]	
<p>개별케어플랜 작성/제공</p>	<p>보험자 : 급여종류 및 횟수만 제시 서비스제공기관 : 개별서비스제공계획 수립</p>	<p>전문인력(케어매니저)이 전담</p>
<p>급여제공 모니터링</p>	<p>서비스제공기관이 서비스 제공여부 및 주기적인 대상자의 상태 변화와 서비스만족도 등 파악</p>	<p>전문인력이 월 1~2회 수급자 및 가족방문 → 서비스만족도 등 모니터링 실시</p>
<p>급여비용지급</p>	<p>공단이 급여제공내용 통보서(급여제공계획)와 청구기관에 급여비용 지급</p>	<p>급여제공의 수행 적절성을 확인 후</p>
<p>장점</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 기존 조직을 활용한 효율적 제도운영 가능 • 효율적인 재정관리를 통한 서비스 제공의 지속성 확보 	<ul style="list-style-type: none"> • 전담인력 확충으로 인한 수급자의 접근용이성 확보 • 수급자의 케어매니저 선택권 확보
<p>단점</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 인정관리 체계 재편이 수행되어야만 담당인력 확충 가능 → 접근용이성 저하 • 보험자적 관점에서의 제도 확대로 인한 한계점 내포 	<ul style="list-style-type: none"> • 신규자격 신설 및 운영에 따른 도입초기 혼란 우려 • 재정누수 등의 문제점 발생 우려

16

개선 방안

◆ 공통 추진사항

법령개정	노인장기요양보험법 개정을 통해 표장기 실효성 확보
인정조사 항목 보완	표준장기요양이용계획서의 전문적 작성을 위해 인정조사 외에 생활실태 등 욕구조사 항목 추가 필요
전문성 함양	케어플랜 작성 인력의 전문성 함양을 위한 체계적인 전문교육과정 등 운영 필요
관련 연구용역	한국형 케어매니지먼트 모델 개발 연구용역 추진 검토

17

기대 효과

체계적인 계획 수립 및 모니터링으로 서비스 효과성 극대화

1안 2안

이용자 중심의 질 높은 서비스 제공을 위한
효과적인 케어매니지먼트체계 구축 필요

19

주요 쟁점사항

- 표준장기요양이용계획서(케어플랜)의 법적 실효성 확보 여부
 - ✓ 수급자의 급여 이용 시 의무화 VS 자율화
- 실효성 확보가 필요한 경우 적절한 관리주체
 - ✓ 보험자[공단]와 서비스제공기관 VS 별도 급여유형(전문인력 양성)

18

- 1 **효과적인 케어매니지먼트**
- 2 **장기요양기관 의료서비스 연계강화**
- 3 **효율적인 평가체계 구축**

20

장기요양기관 의료서비스 연계강화

◆ 검토배경

- 의료서비스 제공 여건
 - ✓ 장기요양보험의 입소시설 : 노인복지법 상 의료복지시설
 - ✓ But,, 의료서비스의 수준 : 심신상태 등의 악화방지 정도에 불과함.
- 방문간호 이용 저조
 - ✓ '장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다'
[장기요양급여 제공의 기본원칙(법 제3조)]
 - 재가급여 중 방문간호는 의료서비스 연계를 구체화 한 것!!
 - ✓ But,, 방문간호 급여이용 인원은 2.0%로 다른 재가급여에 비해 낮음.

국내외 사례

- 독일
 - ✓ 의료와 복지(장기요양) 구분 명확
 - ✓ 2008년 독일의 수발보험 개혁
 - 예방과 재활 서비스 제공, 의료 및 수발급여간의 연계
 - ✓ 방문간호
 - 장기요양급여 제공자의 약 50%가 간호사(간호조무사 포함시 60%)임.
 - 의사의 처방없이 기본적인 요양지도 및 간호를 장기요양급여로 제공함.
 - 의료적 처치 필요시, 의사 지시를 받아 처치 후
질병금고(건강보험)에 급여비 청구

국내외 사례

◆ 국외 사례

전반적으로 의료와 요양을 구분하고, 이 둘 간에 상호연계를 통해 필요한 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 체계화 하는 추세

- 일본
 - ✓ 일상생활에서 의료-개호-예방-거주-생활지원서비스가 유기적, 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템의 실현 노력
 - ✓ 보건·의료·복지 복합체
 - ✓ (2012년 개호보수 개정) 의료와 개호의 연계·기능분담
 - ✓ 방문간호지시서에 따른 방문간호 서비스 제공
 - ✓ 거택요양관리지도
 - ✓ 중증질환의 경우 의료보험의 방문간호 적용

국내외 사례

- 네덜란드의 의료서비스 연계 체계
 - ✓ 신체질환 병동과 노인성 질환 병동을 분리 운영
 - ✓ 시설내에서 의료와 관련된 다양한 서비스 제공
 - 준의료서비스 및 의료서비스와 간호서비스 통합
 - ✓ 급성치료 등을 포함하는 광범위한 의료서비스 제공
 - 뇌성마비에서 급성기 질환도 관리되므로 불필요한 의료이용을 예방가능
- 스웨덴의 방문간호 이용체계
 - ✓ 방문간호를 제공하고자 하는 기관은 의사와 연계시스템이 있어야 함.
 - 환자의 방문간호 요청시 방문간호사가 가정을 방문하여
환자상태를 파악하고 의료적 문제가 있을 경우 의사에게 의뢰함.

국내외 사례

◆ 국내 연구현황 및 결과

개선 방안

2. 재가급여 의료서비스 연계 강화 방안

- 방문간호 활성화 방안
 - ✓ 재가 1등급 수급자 방문간호 이용 유도 방안
 - ✓ 시범사업 중 5(치매)등급 수급자 방문간호 이용
 - ✓ 지역내 의료기관과 협약체결 의무화 → 의료기관 연계 강화
- 방문간호 이용절차 간소화
- 재가-재활서비스 등 다양화 검토
 - ✓ 방문간호 서비스 내용에 물리(작업)치료 추가
 - ✓ 방문재활 급여 신설 검토 [중장기]
- (전문)간호사 수가 차등 검토

개선 방안

1. 입소시설 의료서비스 연계강화 방안

- 촉탁의 활동 내실화
 - ✓ 촉탁의 활동기준 마련
 - 입소자 진찰시 점검사항 등 촉탁의사 입소자를 대상으로 수행해야 할 역할을 구체적으로 명시
 - 의료기관 전원 기준 마련
 - ✓ 간호인력의 촉탁의 지원 강화
 - ✓ 촉탁의 범위에 의사, 한의사 이외 치과 의사 포함 및 교육 방안 마련
 - (교육 프로그램) 촉탁의의 활동에 필요한 기본지식으로 구성, 교재내용, 교육시간, 재교육 주기 등 제시
 - (교육기관) 각 학회나 협회 주관으로 자체 교육
- 노인요양공동생활가정 촉탁의 배치 의무화
 - ✓ 노인복지법 시행규칙 인력기준 개정

주요 쟁점

1. 입소시설 의료서비스 연계 강화 관련

- ✓ 촉탁의 등록제 시행을 위한 관리방안 마련
 - 촉탁의 교육 이수자 관리 등
- ✓ 치과 촉탁의 도입 여부

2. 재가급여에서 의료서비스 활성화 관련

- ✓ 방문간호 의무 이용 관련
 - 1등급 수급자에 대한 방문간호 무료제공 시 본인부담 면제에 따른 법령 저촉 여부, 타 급여 및 타 수급자와 형평성 문제
 - 5(치매)등급 방문간호 의무 이용 여부 및 적정 이용 횟수

기대 효과

- > 수급자의 삶의 질 향상
: 장기요양 급여와 의료서비스 연계강화
- > 건강보험 재정 절감
: 건강유지·관리, 질병의 조기발견 등
- > 재가 급여 원칙 준수
: 방문간호 활성화, 방문재활 급여 신설 등

29

효율적인 평가체계 구축

◆ 평가 개요

- 목적
 - ✓ 공급자: 장기요양서비스 질 향상 촉진
 - ✓ 수요자: 시설 선택권 지원
- 평가대상: 전체 장기요양기관('11~)
- 평가주기: 입소시설과 재가기관별로 2년마다 정기평가('09~)
- 평가지표: 5개영역 98개 지표 (*재가기관 35~76개 지표)

구분	시설	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
지표수	98	60	59	58	76	65	35

- 평가주관: 국민건강보험공단 [장기요양기관평가위원회 설치]
- 평가근거: 노인장기요양보험법 제54조(장기요양급여의 관리·평가)

평가지표 사전 공개,
평가결과공개,
우수기관 가산금 지급,
우수기관 마크부착,
하위기관 사후관리 등

31

- 1 효과적 케어매니저먼트
- 2 장기요양기관 의료서비스 연계강화
- 3 **효율적인 평가체계 구축**

30

효율적인 평가체계 구축

◆ 현황 및 문제점

- 평가지표: 지표 결정시 현장의견 반영 부족, 서류중심 평가지표, 잦은 지표 및 평가 매뉴얼의 변경, 평가수 과다 등 주로 피평가 기관을 중심으로 불만 제기
- 사후관리: 평가결과에 대한 feed back 장치 강화 필요성
 - ✓ 하위기관에 대해 방문 사후관리는 권고 수준
 - ✓ 평가결과에 부과되는 강제수단 결어로 평가의 최대 관심사가 인센티브 대상기관이 될 수 있는지 여부로 변질, 평가 포기나 무관심 기관 발생
- 평가등급 방식: 시설규모별 또는 재가급여 종류별로 A, B, C, D, E 5개 등급으로 결정

32

효율적인 평가체계 구축

※ 등급결정 단위

- 시설규모(3분류) : 10인 미만, 10~30인 미만, 30인 이상
- 재가급여(6종) : 방문요양, 복욕, 간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구
- 등급별 점유율

	A등급	B등급	C등급	D등급	E등급
2012년	10%	20%	40%	20%	10%
2013년	10%	10%	50%	20%	10%

→ 규모와 상관없이 동일한 지표로 평가하면서도 등급은 상대평가방식으로 결정함에 따라 시설의 경우 같은 점수임에도 규모별로 등급이 다르게 나타남.

예) 평가점수 90점인 경우 30인 이상에서는 B등급, 10인 미만은 A등급

33

국내외 사례

◆ 국외 사례

- 독일
 - ✓ 장기요양보험의 서비스 질 개선을 위해 전문가표준을 개발
 - 공급자와 이용자에게 케어의 가이드라인을 제공 [의무적 행위]
 - ✓ 질 평가를 할 때 과정평가와 결과평가에 반영

▪ 일본

- ✓ 도도부현 및 시정촌의 지도·감독, 개호서비스 정보공개제도, 제3자평가 등이 있음.
- ✓ 적극적인 질 관리는 지도·감독을 통해 이뤄짐.

* 지도·감독은 개호서비스를 제공하는 사업자가 최저기준의 급여수준 준수여부를 평가하며, 필요에 따라 행정처분을 내리기도 함.

35

효율적인 평가체계 구축

- 평가주기 : 시설과 재가로 구분하여 2년 주기로 실시하고 있으나 걱정평가를 위한 평가주기 확대필요성 제기

- ✓ 시설과 재가를 복합적으로 운영하는 경우 매년 평가를 받아야 하며, 이에 따른 기관의 불안과 피로감 증가
- ✓ 평가대상기관수가 많고 평가기간이 길어 평가 후 하위기관 수시평가 등 체계적 질 관리에 부담

- 가산금액 : 기관당 지급하는 가산금 최고금액이 2억원을 넘고 있어 기관 간 과다경쟁 및 가산금을 위한 평가 등 문제점 발생

34

국내외 사례

◆ 국외 사례

▪ 영국

- ✓ 모든 공공장기요양서비스의 질 보장과 의료 및 성인사회 보장서비스에 대한 규제·점검을 목적으로 16개 필수기준에 대한 충족 여부를 평가

▪ 미국

- ✓ 주정부의 표준 준수여부 조사와 연방정부의 질 모니터링 제도로 구분
- ✓ 상세한 규정(Regulation)과 이에 대한 확인, 소비자 정보 공개로 요약됨.

36

국내외 사례

◆ 국내 사례 [국내 평가제도]

구분	의료기관	검진기관	사회복지시설	장기요양기관
시작년도	2011년	2010년	1998년	2009년
평가주기	4년	3년	3년	2년
평가방법	인증	평가	평가	평가
등급결정	-	절대평가	절대평가	상대평가
평가결과	공표, 인증마크	공표	공표, 인센티브	공표, 인센티브
평가주체	의료기관 평가인증원	공단	한국사회복지협의회 (사회복지시설평가원)	공단

* 의료기관에 대해서는 건강보험심사평가원에서 요양기관별, 진료과목별, 상병별로 매년 실시하는 '요양급여의 적정성 평가'가 별도로 있음.

37

개선 방안

4. 가산·감액제도 변경

- 가산지급기관 확대 및 가산금액 하향 조정 [2013.5.15.고시개정]

변경 전

변경 후

상위 10%기관
-> 전년도 공단부담금의
5% 지급

- 하위기관 감액기준 마련

- 2회 연속 최하위등급 기관(절대평가방식으로 변경후 추진)
- 평가전년도 공단부담금의 1~3% 감액(가산비율 수준)

39

개선 방안

1. 평가지표 개선

- 평가지표의 객관성, 수용성 제고
 - 모니터링 결과, 수급자 상태정보 등 평소 수집한 정보를 평가에 활용
 - 이용지원이나 급여제공내용 확인자료 등 빅데이터를 활용한 평가체계 구축

2. 평가주기 변경 및 수시평가 실시

- 평가주기를 2년 → 3년으로 늘림.
- 하위기관에 대한 체계적 수시평가 실시

3. 등급결정방식 개선

- 절대평가 방식의 등급결정
 - 장기요양기관 서비스 수준의 상향평준화 유도

38

기대 효과

절대평가 방식에 따라
기관의 목표 설정 용이

서비스 개선 유도 효과

장기요양기관의 서비스 수준 향상
및 상향평준화

효율적인
평가체계구축

40

쟁점 사항

평가주기 3년으로 변경

장점] 평가준비 부담 해소
수시평가를 통한 하위기관 집중 질 관리 가능
단점] 3년간의 평가 공백으로 인한 전반적 질 관리 부실초래

절대평가방식으로 등급 결정

규모별 등급 결정 방법 및 최하위 등급 기준

2회 연속 최하위등급 감액지급

감액 세부 기준 마련

인증제 검토

전부평가를 통한 상향평준화 이후 검토 가능 41

Thank You



투표문

“효과적인 케어매니지먼트, 장기요양기관 의료서비스 연계 강화, 효율적인 평가체계 구축”에 관한 토론

남현주 교수(가천대학교, 경실련)

1. 장기요양서비스의 품질 향상 방안 - 누구를 위하여?

□ 양질의 장기요양서비스란?

“만약”이나 “그러나”가 없는 노인의 욕구를 충족할 수 있는 요양서비스

□ 장기요양등급판정도구는 적절한가?

□ 장기요양서비스를 필요로 하는 노인과 비공식수발자를 위한 제도:

「노인장기요양보험법」 제1조(목적): “이 법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.”

□ 요양대상자의 상태와 주변 환경은 요양서비스를 결정하는 주요 요인이기 때문에 노인요양시설과 재가기관에서의 요양서비스 품질은 각각 다른 관점에서 논의되어야 할 것임

□ 요양대상자와 비공식수발자가 공식적인 요양서비스를 원하지 않을 경우, 비공식수발자를 위한 지원체계를 마련할 필요가 있음.

□ 비공식수발자의 요양서비스 품질관리는?

2. 케어매니지먼트

□ 케어매니지먼트에 대해서는 지금까지 계속 논의되어 왔지만, 아직 제도화되지 못함

□ 2012년 발표된 제1차 장기요양기본계획에서 케어매니지먼트의 주요 내용은 다음과 같음:

- ① 이용자의 욕구를 사정하고 평가함
- ② 평가된 근거에 따라 어떤 서비스를 어떤 식으로 이용자에게 연결할 것인지를 계획하는 케어플랜 작성
- ③ 케어플랜에 따라 서비스와 자원을 이용자에게 연결함
- ④ 서비스의 연결 상황을 점검하고 이용자의 상황 변화를 모니터링하여 필요시에는 케어플랜을 변경함

□ 추가: 지방자치단체를 통해 돌봄서비스를 제공받는 등급외자를 위해 건강보험공단과 지자체를 연계해줄 전문관리자가 필요함

□ 케어플랜 작성과정에서 지켜야 할 여러 원칙이 있음. 이 중 중요한 것은 이용자 본인과 그의 가족이 함께 이 과정에 참여하여야 한다는 것임. 특히 케어플랜은 정형화된 문서로 기술되어야 하며, 대상자의 욕구와 해결되어야 할 문제 등 구체적인 내용이 포함되어야 함

⇒ 개별 케어플랜은 케어매니저와 노인 그리고 가족이 함께 작성하여 공식적 서비스와 비공식적 서비스의 적절한 역할분담이 고려되어야 할 것임

□ 케어매니저의 전문성 보장을 위한 질 높은 교육과정 개발이 필요함

□ 특히 요양기관과 전문병원이나 요양병원 등 의료시설에서 제공되는 의료서비스의 연계를 강화하기 위해서는 케어매니지먼트는 필수임

3. 장기요양기관 의료서비스 연계 강화

- 장기요양기관과 의료서비스의 원활한 연계는 필수
- 독일은 2007년 의료보험 개혁과 2008년 장기요양보험 개혁을 통해 장기요양서비스와 보건의료서비스 간의 연계를 강화하고자 함
- 독일의 사례 1: 병원환자의 퇴원관리(Entlassungsmanagement)
 - 2008 개혁에서는 입원치료를 받던 환자가 퇴원과 동시에 장기요양급여를 필요로 할 경우, 재가급여나 재활치료 및 기타 장기요양서비스를 받을 수 있도록 병원의 경험 있는 건강관리사(Gesundheitspfleger)나 간호사(Krankenpfleger)가 퇴원환자들의 회복기치료관리를 위한 퇴원관리를 하도록 함
 - 이때 건강관리사나 간호사는 이미 환자가 병원에 있을 때부터 관리를 시작하여 원활하게 병원에서 장기요양서비스로 이전할 수 있도록 도움. 이러한 퇴원관리가 이루어질 경우, 병원과 (장기요양지원센터의) 장기요양상담사는 밀접하게 협력하여야 함.
- 독일의 사례 2: 의료보험과 장기요양보험의 재가서비스
 - "2007 의료보험 개혁"에 따르면 재가장기요양을 통해 병원입원을 피할 수 있거나 병원입원기간을 줄일 수 있는 경우, 의료보험금고는 질병치료를 위한 재가급여의 비용을 최장 4주간(특별한 경우 그 이상) 지불하도록 함
 - 의료보험금고가 지불하는 재가급여에는 기본장기요양서비스(Grundpflege)와 치료장기요양서비스(Behandlungspflege)뿐만 아니라 가사서비스까지도 포함됨
 - 환자가 퇴원하여 재가서비스를 받는 경우 계약의사(Vertragsarzt)나 병원의사(Krankenhausarzt)는 퇴원환자에게 최장 3일간의 재가치료장기요양서비스와 약을 처방할 수 있음. 이러한 새로운 조치는 장기요양보험의 입장에서 보면 재가급여의 비용부담을 덜게 하는 중요한 의미를 지님

- 이처럼 재가급여의 비용을 의료보험이 지불하도록 하는 새로운 의료보험개혁의 내용은 재가급여의 지원 및 강화라는 조치를 통해 환자들의 병원입원기간을 최소화 한다는 효율화의 측면에서 해석할 수 있음

□ 독일의 사례: 입소시설 안에서 보건의료 서비스의 강화

- 시설입소자에 대한 보건의료서비스의 제공문제는 장기요양보험과 의료보험간의 제도적 갈등문제(공동경제선 문제)와 의사부족 및 의료욕구 과다 등의 복합적인 이유로 장기요양대상자들에게 커다란 불만의 요소였음
- 입소시설이 지역 내 의사와 협력하여 입소자에게 충분한 의료서비스를 제공하지 못할 경우, 외래진료의사나 외래진료센터와 보건의료서비스 제공 계약을 체결하거나 자체적으로 상근할 의사를 고용할 수 있도록 함
- 2008년 개혁에서는 시설 소재지의 건강보험이 시설과 의사의 협조계약을 우선할 의무를 지게 됨

4. 평가체계

- 평가에 대한 비판적 내용:
 - 공단의 장기요양기관평가가 요양서비스 품질 향상에 기여하지 못한다는 비판이 있음
 - 서비스의 품질을 보장하는, 이용자를 위한 개별서비스에 대한 평가가 충분히 이루어지지 않음
 - 평가기준에서 보건의료적인 부분이 너무 큰 부분을 차지함
- 요양서비스의 품질 개선을 강제하기 위해서 최소한의 수준을 충족하지 못하는 평가를 받은 기관에 대해서는 강력한 행정조치를 취할 필요가 있음
- 상대평가보다는 절대평가
- 인증방식으로서의 전환도 고려할 필요가 있음

장기요양제도발전 3차 세미나 토론자료

박현순 연구이사(한국장기요양정보나눔회)

앞서 발표 자료를 준비해 주신 이태화교수님과 장기요양발전을 위해 이와 같은 세미나를 추진해 주신 보건사회연구원 및 장기요양보험제도 관계자 여러분께 진심으로 감사드립니다.

I. 들어가면서

장기요양보험제도도 6년차가 되어 어느덧 다방면에서 조금은 숙성(Ripening)되어져가고 있음을 현장에서 함께 느끼고 있을 것이며, 나 또한 의료인으로서 20년차의 경력 속에서 요즘 장기요양에 바라는 것이 있다면, 그동안 장기요양보험제도가 성장(Growth)하는데 분주하였다면 이즈음 해서는 장기요양보험제도의 질 향상(Quality of Development)이 절실히 필요하다고 본다. 짧지만 지나온 6년간의 장기요양제도의 역사(History)를 다시금 점검해 보는 측면에서 이번 세미나가 매우 의미가 있다고 본다. 일단 발표자의 내용을 검토한 결과 토론자의 한사람으로서 효과적인 케어매니지먼트, 장기요양기관 의료서비스 연계 강화, 효율적인 평가체계 구축3가지 방안으로 접근해보고자 한다.

II. 주요 선진국의 효과적인 케어매니지먼트의 동향

[독일]

독일의 요양보호사는 1~2년간(총 1,080시간)의 소정의 과정이수 및 졸업과정을 마쳐야만 노인요양보호원(Altenpflegehelferinnen)으로 노인요양사를 지원하는 역할

을 하며, 주로 신체요양, 식사요양, 의사처방에 따른 복약지도와 같은 노인기초요양을 책임지면서 치료요양을 돕는 역할을 수행하고 있다. 직업활동과 함께 더 심화된 교육 과정을 통해 승급이 가능하며 노인요양보조원→노인요양사(2~3년 과정의 직업전문학교 교육과정 이수)→전문노인요양사(노인요양사로 직업활동 수행+전문적 교육이수자에 한함/이론(720~960시간)+현장실습(920~2,350시간))과정을 통과해야만 전문노인요양사가 될 수 있다. 케어인력의 질 관리는 계속적으로 늘어나고 있는 있지만 인력 확보 차원에서 기존인력을 활용하되 보수교육을 통하여 서비스의 전문성을 제고해 나아가고 있다. 케어인력의 질 관리에서는 케어제공자로 인정된 가족, 자원봉사자에 대한 서비스 질 확보를 위해 대상자모니터링 및 정기적인 평가 실시, 시설운영자들에 RPS 질 향상을 위한 인센티브를 제공하고 있으며, 요양보험조합에서는 필요한 급여를 제공하고 있으며, 시설운영자의 질 확보를 위해 조치 할 의무를 지니고 있고, 케어인력은 상당히 증가 추세이지만 학력수준은 2%정도만 대학 이상 학력이며, 31%가 중등교육 수준, 그 외에는 일반 증명인으로 A-level과정을 이수할 정도로 낮은 편이다.

[영국]

케어전문 인력의 수준은 2,3등급과 관련되어 있지만 1등급~5등급까지 승급이 가능하며 자격선행조건을 폐지해 누구나 접근이 가능하다. 기존 Care work에 대해 일정 비율의 자격증 취득을 명시하고 있다. 경력관리 및 승급체계는 승인된 NVQ(국가직업 자격제도) 사정센터에 후보자 등록을 한 다음 사정센터에 의해 임명된 사정가와 후보자의 능력에 대한 증거, 사정계획에 합의를 통해 후보자 미숙 영역에 대한 학습, 후보자의 능력 증거와 관련한 자료를 수집 후 국가직업자격증 조건에 대한 증거를 판단 할 사정가와 함께 일을 하면서 직장에서의 사정평가를 통해 승급과정 철차가 이루어진다. 케어인력의 질관리는 「영국의 케어인력 질 관리 국가기구」에서 이루어진다.

[일본]

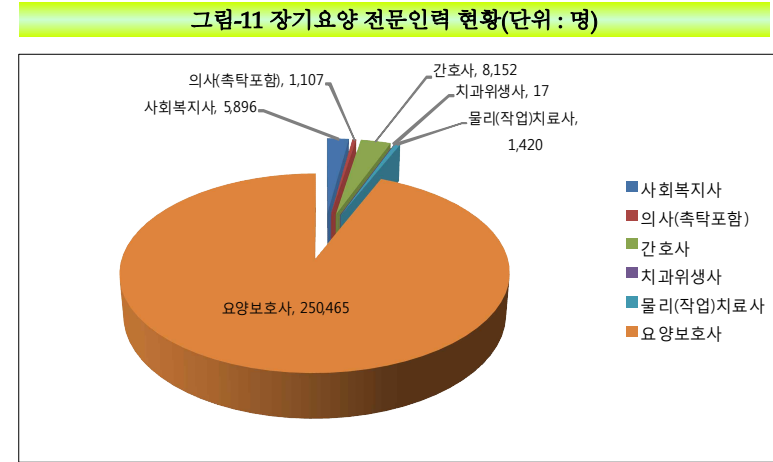
케어서비스 인력의 종류로는 홈헬퍼(방문개호원), 개호복지사, 개호지원전문원(케어매니저)로 인력구성 되어 있으며 홈헬퍼는 2급수료 후 1년 이상의 경험을 통해 1급 과

정(1급:230시간, 2급:130시간, 3급: 50시간)에 진입할 수 있고, 개호복지사는 총 1,650시간(보통 2년제)의 양성학교를 졸업하여야 개호복지사가 될 수 있다. 개호지원 전문원과정은 개호복지사+5년 실무경험→시험합격→실무연수를 통한 양성과정의 절차를 밟게 된다. 직업에 대한 인식은 수요증가는 있지만 열악한 근로조건과 낮은 급여, 개호서비스 전문성에 대한 부정적 인식의 존재로 케어인력에 대한 질 관리가 요구되는 실정이다. 2006년 개호보험개혁에 전문성확보라는 시점에서 개호직원들의 자격요건과 연수강화 및 시설장, 관리자에 대한 연수 강화까지 포함하였다. 개호복지사 취득과정을 국가시험으로 일원화하는 방안과 교과과정 강화를 위해 교육시간을 현재 2년제 1,650시간에서 1,800시간 정도까지 증가시키고 이보다 충실하기 위해 3년제 자율적 도입 등을 장려하였다.

[우리나라]

현재 우리나라의 케어서비스 전문 인력으로는 요양보호사(240시간 소정의 교육 및 국가고시 합격자), 시설장 요양보호사(5년차 시설장 교육 160시간 이수자), 현재 시작 시점에 있는 치매관리사 과정의 인력으로서 주요국가에 비해 상당히 질 관리 측면에서 부족함을 보이는 것은 현저한 사실이다. 요양보호사 근무 실태 및 만족도를 살펴보면 불안정 고용형태가 재가 66.7%, 시설 27.9%가 비정규형태를 보이고 있으며 불충분한 임금수준은 월평균 재가 792천원, 시설 1,364천원이며, 저조한 사회보험 가입율은 재가 61.1%, 시설 93.8%이며, 업무와 관련 없는 업무 수행정도는 48.5%, 직업만족도는 5점 만점에 3.1점을 나타냈다(한국노사관계학회&보건복지부, 장기요양기관종사자 실태조사:2009).

III. 장기요양 전문인력 현황



출처: 보건복지부(2011)

IV. 효과적인 케어매니지먼트 구축방안

1. 수급자 15명 이상인 방문요양기관에 사회복지사 1명 이상 추가인력 배치체계 구축에 대하여 현장에서의 반응은 우려 섞인 고민을 하고 있다. 현재 기관장이 수급가정 모두를 직접관리 해왔는데 추가인력을 현장에 투입하게 되면, 대상자 가정 방문 시 무언가를 바라고 있는 대상자를 보면서 빈손 방문이 예상상 지출을 발생 시키게 되며, 잦은 방문으로 인한 대상자 가족에게 부담감으로 인한 불편감, 사회복지사 방문 이후에 최종적으로 기관장도 채용한 사회복지사 관리측면에서 재가를 반복 방문할 수밖에 없는 것이 현실이다. 사회복지사에게 재가정보 이용 관련한 개인정보를 100% 노출시키게 됨으로써 그 정보를 기반으로 언제든지 창업이 가능하기 때문에 믿고 맡길 수가 없다는 것이 현장의 목소리이다. 추가인력배치 시 사회복지사가 구체적으로 해야 할 일을 구축하는 것이 과제일 것이다.

2. 치매특별등급에 따른 서비스관리자 교육부분이다. 근간 미국, 일본도 우리나라와 같이 '치매와의 전쟁'을 선포할 정도로 치매관련한 과제가 시장을 뜨겁게 달구고 있는 것 또한 사실이다. 이러한 시점에 현장에서 바라보고 있는 기관의 관점은 치매특별등급과 관련한 입장이 조금은 남다르다는 반응이다. 다른 선진국과 같이 소정의 교육을 통해 요양보호사의 질 향상 차원이라면 현재 시행되고 있는 요양보호사국가자격 교육과정 내 치매 부분의 교육시간을 늘려 240시간+80시간=320시간의 교육과정으로 함이 적절하다고 보는 바이다. 요양보호사입장에서의 치매과정은 치료입장도 아니며, 프로그래머 입장도 아닌 요양보호활동에서 치매어르신의 질 관리하는 입장정도라고 보여진다. 그렇다면 재가기관에서 현재 치매교육을 받고 있는 시간에 대한 부담감도 줄어들며, 그 이상의 효과성을 바라는 전문 프로그램의 과정을 요구한다면 80시간의 교육과정으로 부족하다는 것이 현장의 반응이다.

3. 개선방안에서 한국형 케어매니지먼트 모델 개발 연구용역 추진검토 부분에서는 유휴간호사, 유휴간호조무사, 유휴요양보호사를 활용할 수 있는 방안도 검토해 볼 필요가 있다고 본다.

4. 기대효과 부분의 방문간호 활성화 부분에서는 방문간호사들도 재활교육이 추가될 것이라 기대하는 바이다. 수급자 케어에 대한 질 향상을 정말 원한다면 방문간호사들은 재활교육과정을 이수하여 질적인 방문간호사로 거듭남이 필요하다. 왜냐하면 수급자가 방문간호사에게 주로 요구하는 부분이 재활영역이기 때문이다.

V. 장기요양기관 의료서비스 연계 강화 및 효율적인 평가체계 구축

효율적인 평가라 함은 많은 종류의 평가도구 방법들이 있지만 내가 바라본 한국형 장기요양 평가라 함은 아래 4가지 관점의 맥락에서 평가를 분류해 볼 필요가 있다.

모든 평가들은 사정(Assessment)→ 진단(Diagnosis)→ 계획(Plan)→ 수행(Intervention)→ 평가(Evaluation) 혹은 Feed back이란 기본적인 단계를 거쳐야 한다는 것은 누구나 잘 알고 있는 사실이다. 그러나 'Good Evaluation'을 받으려면 사정(Assessment)단계인 시작부터 기반이 튼튼해야 'Good Evaluation'을 만들어 낼

수 있다는 것엔 반론의 여지가 없을 것이다. 그래서 본 토론자는 마지막으로 효율적인 평가체계 구축 방안을 위한 대책방안으로 장기요양보험 안에서 함께 어우러져 있지만 각각 개성이 다른 역할에 대해 다음[Table-1]과 같이 제언하고자 한다.

[Table-1] 각 기관 입장에 따른 제언

<p>재가기관의 입장</p>	<p>▣ 재가, 시설협회에서 오픈을 원하는 개업 전 시설장 사전교육 필요 :개업시점에서 공공기관이 인정하는 협회에서 시설장을 위한 소정의 교육 이수과정을 통해 '최우수기관'의 사례를 학습한 다음 현장에 접근하는 것이 절실히 필요하다고 본다. 공단에서 서비스해 줄 수 없는 부분(예: 평가서류 서식, 전산시스템 운영방법, 사회보험관리, 노동부관련 내용, 세무관련 내용, 운영에 따른 급여산정 등)까지 고정된 매뉴얼(지침서)의 이수과정을 의무화하여 앞으로 운영될 기관운영에 불이익 발생을 미연에 방지하자는 것이다. 이것이 바로 'Good Evaluation'을 통해 'Clear하고 품격 있는 장기요양제도'가 되기 위한 기틀이 된다고 본다.</p> <p>▣ 기관 시설장 관리 책임 보수교육 의무화 (예: 사회복지협회)</p>
<p>요양시설의 입장</p>	<p>▣ 시설과 같이 재가기관에서도 촉탁간호사 제도 도입 필요 (예: 1,2,3등급에 따라 1~2회/월 방문 의무화)→의사소견서 촉탁병원과 연계역할 (현재 요양시설 촉탁의사 제도 실시: 2회/월 실시 중).</p> <p>▣ 시설평가는 9인, 10인~30인, 30인 이상 기준에 따른 맞춤형 평가매뉴얼 구축 필요 소규모 시설의 어느 원장님 의견: "평가기준이 규모가 큰 기관에 맞춰지다 보니 처음엔 잘해서 좋은 평가 받아야지? 하는 의욕이 있었으나 아무리 열정을 가지고 평가준비를 해도 낮은 등급이 나오니 "칭찬은 고래도 춤춘다고 하는데 좋은 평가받기가 한해, 두해 지나면서 큰 규모의 시설 따라가기가 벅차다보니 차라리 포기하게 되네요. 평가를 잘 받으려면 시설에 많이 투자를 하면 돼요."라는 안타까운 이야기를 듣고 많은 공감을 하였다.</p> <p>▣ 평가에 따른 과도한 서류 내용을 USB등 전산망을 통한 사전 평가 도입하는 방안도 필요</p> <p>▣ 본인일부부담금을 사회보험과 같이 공단에서 관리함이 질 향상에 일조하리라 본다.</p>

	<p>재가 및 시설협회에 바라는 점: 2년마다 실시하는 기관평가에 상당한 스트레스(과다한 서류, 업무로 인한 어르신 케어 소홀 등)를 지니고 사는 것은 사실이다. 이런 스트레스를 줄이기 위해 매년 협회 내 평가단을 구성하여 간접(Simulation)평가를 실시해, 2년마다 실시하는 공단 의무평가에서 모든 기관들이 좋은 결과를 얻어 기관의 질 향상 및 사기진작에 기여하는 것 또한 필요하리라 본다.</p>
<p>교육기관 협회의 입장</p>	<p>요양보호사 직무교육 및 보수교육 실시 (현, 2013년 하반기부터 공단과 연동된 직무교육 실시)</p> <p>요양보호사 질(Quality) 관련 모든 교육(치매, 재활, 심리, 응급, 호스피스, 근골격계, 안전, 사례관리 등)은 분산되는 것보다 6년간의 운영으로 자리매김한 요양보호사 교육원(전문강사, 도구 및 기반 부자재 완비)에서 질적으로 이루어져야 한다고 본다.</p> <p>재가협회, 시설협회, 요양보호사협회와 서로 연동하여 지리적으로 분포되어 있는 전국 요양보호사들의 교육적 혜택을 부여한다.</p> <p>꾸준한 강사진 관리를 통한 질 향상교육 실시</p> <p>교육기관 협회에 바라는 점: 2013년 하반기부터 시작된 직무교육을 통해 교육원의 이미지는 검증되었으나 현 시장에서 뒤쳐진 교육원 또한 사)교육기관협회에서 이루어지고 있는 교육기관 관리자 교육과정을 통해 기관장 및 강사진, 행정요원들의 교육을 의무화하여 교육원의 질 향상을 구축해 나가는 것이 우선 과제일 것이다. 현 시점 부तर라도 원칙을 준수해 나아가는 교육원 운영에 대한 냉철한 교육마인드가 필요하리라 본다.</p>
<p>요양보호사의 입장</p>	<p>단일화된 공식적인 요양보호사협회 운영이 절실히 요구됨 (사단법인 구축을 통한 공공기관과의 원활한 소통이 필요)</p> <p>요양보호사 DB구축 및 보수교육 추진</p> <p>요양보호사 구인, 구직 시스템 구축</p> <p>요양보호사 고충처리 해소 방안 마련</p> <p>요양보호사의 질 관리 및 권익보호 마련</p> <p>요양보호사의 근골격계질환 및 안전교육 필요</p> <p>요양보호사 협회에 바라는 점: 요양보호사들의 질 향상을 위해 교육기관 및 타 기관과의 연동으로 꾸준한 연구개발이 필요하다고 본다.</p>

위와 같은 시스템이 구축되기 위해서는 각 협회간의 원활한 소통과 연동작용이 공공 기관까지 연결되어야하며 한국형 노인장기요양제도를 함께 꾸준히 연구 개발해 나아가는 것이 효과적일 것이다. 아울러 성숙된 장기요양제도의 발전을 위해 검증된 협회 4개 단체의 통합 학술대회를 통하여 선의의 경쟁을 할 수 있는 소통의 장을 만들어 보는 것 또한 사기진작 및 협회 간 발전 될 수 있는 계기의 장이 마련될 것이라고 제안해 본다.

장기요양 서비스 품질향상을 위한 종사자 노동조건 개선

석명옥 지부장(전국공공운수사회서비스노동조합 의료연대본부 돌봄지부)

1. 장기요양 서비스 품질 향상을 위한 요양보호사 노동조건 개선

1) 저임금, 장시간 노동, 높은 이직률

- 요양시설의 경우 요양보호사의 임금은 120~130만원대로 유사직종 임금보다 턱없이 부족하고 24시간 격일제 근무, 12시간 2교대 근무 등의 장시간 노동이 교대근무의 주를 이루고 있다. 요양보호사의 저임금 장시간 노동은 케어에 대한 동기부여를 절감시키고 있다.
- 재가요양기관의 경우는 월 60만원정도의 임금을 받으며 각종 가사노동까지 겸하고 있다. 요양보호사에 대한 보호자 등 사회적인식이 평가절하되는 경향이 짙다. 즉 요양보호사가 요양보호사로서의 자긍심을 가지고 케어에 임하기에 상당히 어려운 조건에 있다.
- 또한 요양보호사 처우개선비가 지급되고 있지만 처우개선비가 제대로 전달되지 않고 있다. 장기요양기관이 신규입사자에게는 적용하지 않고 최저임금인상분을 처우개선비로 대체하는 사례가 빈번하다. 이에 대한 확실한 관리감독이 필요하다.
- 저임금, 장시간 노동으로 요양보호사의 이직률은 점차 높아지는 추세이며 이는 장기요양 서비스 품질의 저하를 가져온다.

2) 각종 근골격계 질환

- 요양보호사 대부분은 중고령 여성이며 물리적 힘을 요하는 직업의 특성상 각종 근골격계 질환에 시달리고 있다. 하지만 요양보호사 근골격계 질환에 대한 대책이 미흡한 실정이다. 이는 지속가능한 케어의 질을 확보하기에 어려움이 따른다.

2. 요양시설 인력기준 개선 필요

1) 2.5(이용자):1(요양보호사) 총량비율 개선 필요

- 노인장기요양보험법에 따르면 요양시설의 경우 이용자 대 요양보호사 비율이 2.5대 1로 설계되어있다. 이는 총량 비율로 설계되어 상시적인 2.5:1을 담보할 수 없다. 대부분 24시간 격일제 주야 맞교대제를 택하고 있는 요양시설의 요양보호사는 경우에 따라 1명이 20~30명을 돌봐야하는 경우가 허다하다. 제대로 된 케어를 행할 수 없다. 이용자:요양보호사 비율 설계의 취지를 복원하기 위한 제도적 보완이 필요하다.

2) 최저 15% 상시 근무에 대한 개선

- 노인장기요양보험법은 2.5:1의 이용자대 요양보호사의 총량 비율을 명시하며 최소로 요양보호사의 15%이상이 상주하도록 한다. 이에 대한 명확한 기준이 없고 요양시설이 이를 악용하는 경우가 많다. 최저 15% 기준은 이용자를 케어하기에 턱없이 부족한 숫자로 개선이 필요하다.

3. 장기요양기관의 과다경쟁에 따른 서비스 질저하 개선

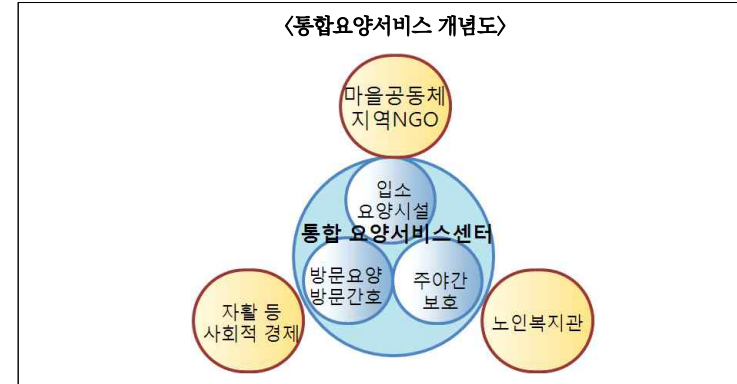
1) 요양기관 관리감독 강화 : 최저기준 미달시 퇴출

- 시설 요양기관은 근로기준법상의 근로시간 제한 규정, 휴게시간 부여, 각종 시간외수당지급 등을 위반하고, 법정 요양보호사 인원 기준을 제대로 지키지 않는 경우도 많다. 이에 따라 요양보호사의 노동강도가 높아지고 피로가 누적되며 서비스의 질도 낮아진다.
- 재가요양기관의 경우는 이용자 본인부담금을 할인, 면제하여 이용자를 유치하는 일이 잦은데 이는 불법이고 기관이익을 위해 요양보호사 임금을 낮춰 운영 하는 경우가 잦다.
- 요양기관 운영기준 및 요양보호사 노동조건에 대한 최저기준을 마련하여 지자체가 지정한 요양기관에게 준수할 것을 지칭화하고, 이에 대한 관리감독을 강화해야 한다. 노인장기요양보험법 제37조(장기요양기관 지정의 취소 등)의 적용을 활성화하여 운영기준을 위반한 기관에 대해서는 퇴출시키는 사례를 만들어야 한다.

2) 장기요양서비스 지자체가 직접 제공하여 서비스 질 향상

- 현재 공공 요양기관은 4%대로 절대적으로 부족하며 이는 요양서비스가 시장에 맡겨져 있고 이윤논리에서 자유롭지 못하다는 것을 의미한다. 요양기관 난립으로 인한 과다경쟁과 이윤추구는 서비스 질 저하와 함께 종사자의 노동조건이 열악해진 원인이다. 공공기관이 직접 요양서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 필요하다.
- ① 지자체가 직접 고용한 인력이 요양서비스를 제공하는 방식,
- ② 지자체가 사회서비스공단이나 복지재단을 설립하여 요양서비스를 제공하는 방식,
- ③ 시립, 구립 시설 등 지자체 위탁 시설의 기관수를 늘려나가는 방식.

4. 노인돌봄 통합서비스 필요



1) 장기요양 서비스 분리 개선

- 현재 재가서비스, 주야간보호서비스, 입소시설서비스 등이 각각 별도로 수행되고 있는 경우가 대부분이다. 따라서 이용자 입장에서는 정보가 제한되어 있어서 적기에 서비스를 제공받기가 어렵다. 또한 이용자의 건강상태 변화에 따른 적절한 서비스를 받을 수 있는 상담기능이 부재하여 이용자의 질환 악화를 지연시킬 기회를 상실하게 되는 경우가 발생할 수 있고, 이동식 변기 등 일상생활 지원에 필요한 용구를 적기에 사용 못하는 등 자원의 낭비도 초래된다.

2) 장기요양기관이 입소시설, 방문요양, 방문간호, 주야간보호 서비스 통합운영

- 요양서비스 간의 시너지효과를 극대화해야 한다. 서비스 수혜자 입장에서는 질병의 진전 상황에 따라 주야간보호와 방문요양, 입소시설이 순차적으로 필요하게 되고, 따라서 서비스 간의 연계를 통해 노인에 대한 보다 원활한 케어가 가능할 것이다.

장기요양제도발전 3차 세미나 토론문

이윤경 부연구위원(한국보건사회연구원)

1. 장기요양서비스 질 관리체계

□ 장기요양서비스의 궁극적 목표 : “양질의 서비스 제공”

- 장기요양보험의 실행에서의 목표는 대상자 확대(좁은 의미의 보장성 확대)에 초점이 두어졌음. 이러한 욕구는 장기요양인정점수의 하향조정(55점→51점)과 치매특별등급(인정점수 45-51점미만 + 치매) 도입을 통해 일정부분 해소 : 수발부담감소는 상당부분 해소, 노인의 삶의 질 향상 정도는 의문
- 이제는 장기요양서비스를 통한 노인의 삶의 질 향상에 초점을 둘 시기임. 이는 장기요양서비스 제공의 궁극적 목표로서 “양질의 서비스 제공”을 위한 개편요구

□ 서비스 질 영향요인

- 제도적 요인
 - 장기요양시설 허가제도, 서비스 제공의 기준(기관 설치기준, 서비스 제공기준, 서비스 제공기법 등), 시설 및 인력 관리로서 시설 및 인력의 공급량 조정, 인력의 양성 및 관리시스템, 수가체계 요소,
 - 서비스 질 관리체계(평가방식 등)
- 서비스를 제공하는 기관 내부의 요소 : 인력관리, 운영방식 등

〈표 1〉 기존 연구에서 제시한 노인장기요양서비스 질 향상 방안

서비스 질 향상 방안		
제도적 요인	인허가 제도	
	기준 마련	기관설치 기준
		서비스 제공기준 케어매니저먼트 도입
	시설 및 인력	시설공급량 조정
		인력공급 조정, 인력 양성 및 재교육 시설장 자격요건
수가체계	수가 보상수준(낮은 수가) 향상 지불보상방식,요양등급에 따른 차등지원	
서비스 질 관리체계의 법적 근거		
기관 내부 요인	기관 구조적 요인	근로자 근무환경 개선, 근로조건 개선
	과정 요인	시설 운영방식(소규모 vs 대규모)
		대상자별 전문보호 방식
		표준화된 대상자 기록
	다양한 프로그램 운영, 지역사회 네트워크	

출처: 이윤경·김세진(2012), 노인장기요양서비스 품질관리 체계화 방안, 보건사회연구 32권 4호

※ 이러한 여러 가지 요인 중 가장 중요하다고 생각하는 것은 서비스 질 향상을 위해 우선적으로 이루어져야 할 것은 “서비스 제공기준 마련”이라고 생각,

- 어떻게 서비스를 제공할 것인가에 대한 구체적인 기준 마련을 바탕으로, 그에 필요한 서비스 필요인력 기준, 그를 바탕으로 한 평가기준개발, 평가가 실시될 수 있다고 판단됨. 또한 인력양성 교육의 내용으로 활용
 - 이는 발제자가 말씀하신 케어제공과정의 표준화 중 케어프로토콜 적용이라는 부분임.
 - 독일 사례 : ‘전문가 표준’을 개발, 케어가이드라인으로 제공하고 이를 평가 기준으로 활용

2. 케어매니지먼트 구축방안

- 현재 서비스 제공에서의 문제점
 - 서비스 급여종류를 소비자(주로 수급자의 가족)가 직접 선택함으로써 '전문가적 관점에서의 필요한 서비스' 선택이 이루어지는 것의 문제 발생
 - 예를 들어 의료적 서비스 필요함에도 불구하고 방문간호이용 하지 않고, 방문요양만 이용 (방입)
 - 기관에서 적절한 노인의 기능, 욕구에 따른 서비스 계획수립, 수행, 자체적 모니터링(수퍼비전) 기능 부족 → 관리자(사회복지사)의 역량 부족
- 케어매니지먼트의 기능 범위 설정에 따라 운영방식이 달라질 수 있을 것임.
 - 급여종류, 급여량 설정 수준 → 표준장기요양이용계획서 보완 활용 (방문간호 활성화 등)
 - 기능, 욕구에 따른 서비스 제공 계획, 제공의 적절성 모니터링 : 케어매니지먼트의 본래 목적
- 제시된 케어매니지먼트 방안 :
 - 1안 : 보험자 관리 방식
 - 보험자(공단)에서 케어매니지먼트를 실시하기 위해서는, 인력의 전문화가 우선적으로 이루어져야 함. 현 인정조사업무 담당자와 케어매니지먼트 담당자를 분리하고 전문인력 유입(이용지원에 초점) / 기능, 욕구에 따른 서비스 제공 계획 및 실시는 기관에서 실시(기관 관리자급의 역량강화 필요)
 - 2안 : 별도의 케어매니저 방식
 - 케어매니저의 위상에 대한 고려 필요. 이들이 작성한 계획과 모니터링에 대한 신뢰성에 대한 문제제기 가능

3. 의료서비스 연계방안

- 촉탁의 활동 내실화 : 활동기준 마련 등의
- 재가급여 의료서비스 연계 강화 방안
 - 방문간호 서비스에 물리(작업)치료 추가 : 작업치료사, 물리치료사의 영역 ?
- 방문간호 의무화에 앞서 케어매니지먼트 방식을 통해 수급자 개개인의 욕구에 따른 서비스 이용이 가능하도록 하는 방식
 - 치매특별등급자 : 정기적으로 병원 이용을 통해 적절한 약물관리, 건강관리가 이루어지는 경우도 의무적으로 방문간호를 이용할 필요가 있을까?

4. 평가체계 구축

- 평가 내용 : 서비스 제공기준에 따른 평가 기준 제시
 - 시설기준 등의 외형적 조건에 대해서는 시설설치 기준 등에서 규제, 기관평가에서는 서비스 제공에 초점을 둔 평가 필요
- 평가방식 : 서류 중심 평가 → 기존 입력 자료들(전산)을 활용할 수 있는 방안
 - 이를 위해 서비스 과정에 대한 전산관리 필요로 함
- 평가등급방식 : 상대평가 → 절대평가 (인증제도 등)
 - 평가에 의한 인센티브 제도에 대한 재검토 필요
- 평가기관 및 평가자 :
 - 상시적 평가가 이루어질 수 있도록 하는 체계 필요 → 별도의 조직으로 분리
 - 평가자 : 상시 인력 배치, 장기요양 서비스 제공에서의 전문인력으로 구성(사회복지사, 간호사 등)

□ 평가주기 : 기존 2년 유지

- 평가내용과 평가방식 변경을 통해 평가로 인한 행정업무 감소
- 복합시설의 경우 시설과 재가평가를 한번에 받을 수 있도록 조정

“우리나라 장기요양기관 효율적인 평가체계 구축”에 대하여: 미국 Nursing Home 서비스 질 관리 및 측정의 특성을 중심으로

정가원 연구위원(한국여성정책연구원)

□ 비용상환과 규제의 연계

- 1987 Omnibus Budget Reconciliation Act
- “The Nursing Home Reform Act” : 주정부의 시설 방문감독에 대해 규정
- The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)에서 Nursing Home 에 대한 비용상환을 관장함
- CMS는 Department of Health and Human Services의 산하기관임
- 모니터링 및 감독을 실시할 때 사용하는 기준/요구사항은 Social Security Act에도 간략하게 포함되어 있음
- 이 기준/요구사항을 어떻게 구체화하여 실행에 옮길 것인가는 CMS가 담당
- 각 주정부는 CMS와의 계약을 통해 해당 주에 위치한 nursing home(Medicaid와 Medicare를 통해 비용을 지불받는)에 대한 모니터링 및 감독을 실시함

□ 주정부의 inspection

- 각 주정부는 inspection 시 서비스전달과정, 환자와 요양보호사 간의 상호작용, 서비스환경 등의 측면을 “프로토콜”(약 150여개의 기준으로 구성)을 사용하여 모니터링하며 환자, 환자가족, 요양보호사, 행정직원 등에 대해서도 인터뷰를 실시, 환자차트를 검토함
- inspection팀에는 반드시 RN이 한 명 이상 포함되며 특정 기준을 만족시키지

못하는 시설에는 deficiency citation이 부과됨

- 이러한 경우 시설에게는 벌금이 부과되거나 일시적으로 외부에서 운영진을 파견하거나 비용상환이 전면적으로 중단될 수 있음
- 문제점을 고치지 못하는 시설과는 CMS가 계약을 해지함으로써 Medicaid와 Medicare를 통해 시설에 거주하던 환자는 새로운 시설로 옮겨지게 됨
- 주정부의 inspection 결과는 각 시설에서 제공되는 quality of care를 어느 정도 반영한다는데 전문가의 의견이 모아짐
- Nursing Home Reform Act를 통해 규제의 내용이 시설의 구조적 측면(structure)에서 환자중심의 결과적 측면(outcome)으로 이동함
- 방문검사의 결과는 연방정부의 Online Survey, Certification and Reporting(OSCAR) 데이터베이스에 저장되며 대중에게도 오픈됨
- 그러나 현재 규제는 시설들이 “minimally acceptable”한 서비스를 제공하는 것에서 한 발 더 나아갈만한 인센티브를 제공하고 있지 못함

□ 서비스 질 측정

- 주정부의 inspection과는 별도로 각 시설에서는 개별 환자에 대한 Minimum Data Set(MDS) assessment를 분기별로 실시하고 결과를 주정부에 전산제출하고 이는 OSCAR에 집결됨
- Quality Indicator를 사용하여 개별 환자의 상태가 어떻게 변하고 있는지에 대해 파악-신체적, 심리적 기능의 변화
- MDS Categories: Cognitive patterns, Communication and hearing patterns, Vision patterns, Physical functioning and structural problems, Continence, Psychosocial well-being, Mood and behavior patterns, Activity pursuit patterns, Disease diagnoses, Other health conditions, Oral/nutritional status, Oral/dental status, Skin condition, Medication use, Treatments and procedures

- MDS의 한계: 추가 설명
- 서비스 질 측정에 있어서 추가 고려사항
 - Donabedian SPO framework
 - QOC: the ability to achieve a desirable state of health
 - 3 different avenues to a judgment on quality NOT as three dimensions or attributes of quality itself
 - criteria vs. predictors
 - SPO 간의 관계는 항상 linear 하거나 causal 하지 않음
 - 두 가지 속성을 가지는 measure 도 있음
 - Table 1 참조
 - MDS QIs 도 Donabedian SPO 모델에 기반을 둬
 - Table 2 참조

Table 1. Summary of traditional measures of quality of care used in previous studies

STRUCTURE	
Exogenous	Endogenous
- profit status - chain affiliation - payment source	- staff ratio, staff turnover - number of beds - operating costs - case mix-adjusted direct care expenditures per resident day - RN hours, LPN hours, NA hours - availability of ancillary services, nursing, social work and support-staff capacity, physician availability
PROCESS	
Technical	Interpersonal
- multiple medication use rates - psychoactive drug use rates - catheter use rates - physical restraint use rates - skin care rates - poor preventive or restorative care practices - poor care planning - certain professionally recommended services provided not - deficiencies related to assessment - deficiencies related to sufficient staff, nursing assistants in training, proficiency of nursing assistants	- staff attitudes to resident - variety and adequacy of resident activities - resident influence in process of care
OUTCOME	
Physical	Psychosocial
- mortality rates - changes in functioning - resident survival, resident improvement - resident discharge from the facility - hospitalization rates - total # of deficiencies issued - conditions considered preventable with good nursing care - tube feeding rates - pressure ulcer rates - catheter use rates - physical restraint use rates - poor skin integrity - medication errors	- deficiencies related to treatment with dignity and respect, needs and preferences accommodated - continuity of lifestyle

* Donabedian's Structure-Process-Outcome Framework has been expanded by allowing each domain to have two categories. The measures in bold are related to nursing assistants. Categorization of shaded measures was not consistent in previous studies.

Table 2. Summary of MDS Quality Indicators & deficiencies: Their relationship with the roles of nursing assistants

S T R U C T U R A L	Related to the role of facility & nursing assistants	Sufficient nursing and related services Facility's yearly review on the performance of nursing assistants Nursing assistants demonstration of competency in necessary skills Facility's training for all employees
	Related to the role of nursing assistants	Clean, safe, comfortable environment Clean bed and bath linens
	Not directly related to nursing assistants	Free of accident hazards Effective pest control program Clinical records maintained on all residents
PROCESSES		
R E L A T E D	Technical	Interpersonal
	Necessary services to maintain ADLs Necessary treatments for pressure sores Appropriate treatment for bladder incontinence Prevalence of physical restraints Comprehensive assessments of resident needs Comprehensive care plan Three meals daily at regular times Prevalence of anti-anxiety or hypnotic drug use Prevalence of antipsychotic or hypnotic drug use in excess of guidelines or as needed	Right to be free of verbal, mental abuse Right to personal privacy, confidentiality Efforts to resolve grievances Care enhancing dignity & respect for individuality Right to make choices about life Right to accommodation of needs & preferences Prevalence of problem behavior toward others Prevalence of depression symptoms Prevalence of depression symptoms with no treatment Recreation activities
NOT	Free from unnecessary drugs Free of medication errors	
OUTCOME		
R E L A T E D	Physical	Psychosocial
	Prevalence of bladder & bowel incontinence Prevalence of urinary tract infections & antibiotic use Prevalence of weight loss, tube feeding, dehydration Prevalence of any injury falls Prevalence of pressure ulcers Worsening locomotion	Worsening depression or anxiety
NOT	None relevant	None relevant

* Donabedian's Structure-Process-Outcome Framework has been expanded by allowing each domain to distinguish items according to its relatedness with the role of nursing assistants.

노인장기요양보험제도 발전 세미나 3차 토론자료

정성배 원장(장흥노인전문요양원)

발표자료 명: 효과적인 케어메니지먼트, 장기요양기관 의료서비스 연계 강화, 효율적인 평가체계 구축(연세대학교 간호대학 이태화 교수)

1. 효과적인 케어메니지먼트

1) 발표자료 내용 요약

* 1안: 보험자(공단)가 급여종류 및 횟수 등을 구체적으로 제시하고, 그에 따라 서비스 제공기관이 체계적인 급여 제공 제시

* 2안: 새로운 급여유형으로 개발하여 전문 인력에게 케어플랜 작성 및 관리업무를 위탁·운영하는 방안 제시

2) 토론 의견

첫째, 1안의 경우 발표자료에서 제시한 케어메니지먼트 체계구축은 본 제도 진행에 있어 큰 개선 보다는 기존 인력과 역할 등의 운영 시스템 활용과 함께 예산도 절감하는 매우 효율적인 제안으로 보인다.

다만, 현재의 운영시스템에서도 개별 케어플랜 작성, 급여제공 모니터링, 급여비용 심사 및 지급 등의 방법을 보험자와 급여제공 시설에서 각각의 방법과 역할을 맡아 시행하고 있는 상황이기 때문에 추후에는 좀 더 구체적인 케어메니지먼트 구축을 위해 기존 역할의 재분배 또는 그에 따른 구체적인 지침 마련이 요구된다 하겠다.

이들테면, 기존의 표준장기이용계획서에서 제시하지 못했던 수급자의 의료, 생활, 식사, 습관 등을 확장해 제시하고 구체적인 케어 계획을 공단의 사회복지사와 간호사

가 전담하여 세운다면, 급여제공 기관은 세워진 케어계획에 의해 현장의 급여제공을 위한 지침자료로 활용될 것이며, 급여제공 평가 시에도 활용될 수 있을 것이다.

둘째, 2안의 경우 새로운 급여유형으로 케어메니저와 같은 전문 인력에게 케어플랜 작성 및 관리업무를 위탁·운영하는 방안은 일본의 사례와 비슷한 제안인데, 매우 획기적인 제안으로 판단된다.

케어플레너와 같은 전문 인력이 확충 된다면, 공단 직원과 급여제공 기관의 업무 부담을 덜어줄 수 있으며, 전문성을 갖춘 인력확보로 전문적 서비스 제공이 혁신될 것으로 보인다. 기왕이면 케어플레너가 지자체에서 담당하거나 독립적인 영역으로 확대 되는 것이 바람직할 것으로 보이며, 무엇보다 서비스 제공과 평가에서도 전문성을 갖춘 객관적인 역할까지 활용될 것으로 기대해 보겠다.

케어플레너 확충 방안에 전적인 동의와 함께 그에 따른 선발기준, 운영주체 등의 역할을 어떻게 선정해야 할지와 무엇보다 예산 마련과 제도 개선에 대한 숙제가 있어 케어플레너와 케어메니지먼트에 대한 심도있는 추가 논의가 필요할 것이다.

2. 장기요양기관 의료서비스 연계강화

1) 발표자료 내용 요약

* 촉탁의: 촉탁의 활동 내실화, 촉탁의 활동 기준 마련, 간호인력을 촉탁의 지원방안, 촉탁의에 치과외사 포함, 노인요양공동생활가정 촉탁의 의무배치 등 제시

* 방문간호: 재가 2등급 수급자 방문간호 유도, 시범 사업 5등급 방문간호 이용, 방문간호 이용 간소화, 방문 물리치료 도입, 전문간호사 수가 차등화 검토 등 제시

2) 토론 의견

첫째, 장기요양기관의 의료서비스를 위한 촉탁의 활동 내실화는 매우 중요한 사안이다. 현재, 촉탁의는 시설의 규모와 여건에 따라 채용 또는 봉사 등으로 이루어져 있어 그 역할도 어디까지인지 모호한 것이 현실이며, 이는 의료복지시설의 역할 규정이 모

호하다는 것이 그 원인으로 지적 할 수 있겠다.

과거 노인장기요양보험이 시행되기 이전(2008년)에는 의료복지시설에 촉탁의가 의무 근무로 되어 있어 의료서비스가 요양서비스와 병행하는데 어느 정도 기여했다는 점이 상기되어진다.

추후에는 의료복지시설의 역할 규정이 좀 더 구체적으로 선행되어야 하겠고, 촉탁의 채용기준 마련도 구체적으로 제시되어야 할 것이다. 이를테면, 요양시설 입소정원 50명 단위로 촉탁의를 의무채용 한다든지, 소규모 시설엔 입소 숫자에 따라 공동 촉탁의 채용 규정(20명 입소 시설 2개당 1명의 촉탁의)을 둔다든지, 촉탁의 임금 가이드 라인 신설과 함께 수가에도 촉탁의가 반영되어야 하는 것은 물론일 것이다.

둘째, 주지한바와 같이 방문간호는 전체 재가 이용 비율의 2%에 불과해 재가서비스가 의료서비스와 연계 하는 것은 거의 이뤄지지 않고 있는 실정이다. 그에 따른 대책으로 재가 2등급 수급자 방문간호 유도, 시범 사업 5등급 방문간호 이용, 방문간호 이용 간소화, 방문 물리치료 도입, 전문간호사 수가 차등화 검토 등의 제시로 방문간호 활성화를 기대하는 것은 바람직한 제안이라 할 수 있겠다.

몇가지 추가 의견을 더하면, 방문간호를 하고 싶어도 할 수 있는 자격자가 부족하거나, 방문간호를 실시하는 기관도 부족한 실정이며, 책임간호사에겐 방문간호를 직접 하지 못하게 하는 현행제도에서 책임간호사를 구하기 어려울 가능성이 있어 이러한 점들도 개선의 여지가 충분할 것이다.

따라서 현재 방문간호 활성화를 위해선 방문간호 인력 양성 교육 확대(광역별 교육 기관 설치), 책임간호사의 직접방문간호 시행 가능, 시·군·구별 설치되지 않은 방문간호기관을 의무 설치할 수 있는 지원규정도 검토할 필요가 있겠다.

셋째, 요양시설과 요양병원간의 고유영역 구분이 필요할 것으로 보인다. 권순만(2013)의 연구 결과에서 보듯이 노인장기요양기관 가운데 노인요양시설(노인전문요양원 포함)입소자의 30%는 높은 의료서비스 필요환자로 나타났고, 노인병원에서도 높은 의료적 서비스가 필요하지 않는 환자도 상당수 입원해 있는 것으로 보고되었다.

사실 요양시설과 요양병원의 역할과 기능이 중복되거나 모호해 그 구분된 개념을 잘 알고 있는 국민들이 많지 않을 것이다. 심지어 요양시설과 요양병원이 경쟁관계가 되

어 환자 유지에 있어 과열양상까지 보이고 있기까지도 한다. 한편, 요양시설이 의료복지시설로 구분되어 있어 간호사, 촉탁의사 등을 사회복지사인 시설장이 지시하고 결제하는 시스템으로 되어 있어 의료적 전문성에 대한 문제점도 지적 될 수 있다.

이러한 점들을 원인으로 하여 요양시설과 요양병원의 역할을 완벽하게 구분하기가 어려울지라도 어느 정도의 역할과 서비스 대상자를 구분할 필요가 있을 것으로 보인다. 이를 위해 요양등급을 세분화해 요양시설 서비스 대상자와 요양병원 입원 대상자를 구분해 환자의 선택권과 환자수급 등을 조절하는 것도 검토할 필요가 있겠다. 또한, 재가시설과 요양시설은 수급자의 생활, 요양, 복지를 중심으로 한 서비스를 제공하고, 요양병원은 의료적으로 가장 심각한 환자를 주 대상으로 하여 수급자의 의료를 중심으로 한 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

3. 효율적인 평가체계 구축

1) 발표자료 내용 요약

* 기존 평가 체계 문제 지적 : 지표 결정시 현장의견 반영 부족, 서류중심 평가지표, 잦은 지표 및 평가 매뉴얼의 변경, 평가 수 과다, 주로 피 평가 기관을 중심 등을 제기하였고, 규모와 상관없이 동일한 지표로 평가하면서도 등급은 상대평가방식으로 결정함에 따라 평가대상 시설의 경우 같은 점수임에도 규모별로 등급이 다르게 나타남(예를 들면, 평가점수 90점인 경우 30인 이상에서는 B등급, 10인 미만은 A등급), 시설과 재가를 복합적으로 운영하는 경우 매년 평가를 받아야 하며 이에 따른 기관의 불만과 피로감 증가, 기관 당 지급하는 가산금 최고금액이 2억원을 넘고 있어 기관 간 과다경쟁 및 가산금을 위한 평가 등 문제 제기

* 평가 체계 개선 제안 : 평가지표의 객관성·수용성 제고, 모니터링 결과와 수급자 상태정보 등 평소 수집한 정보를 평가에 활용, 이용지원이나 급여제공내용 확인자료 등 빅 데이터를 활용한 평가체계 구축, 평가주기 변경 및 수시평가 실시, 평가주기를 2년에서 3년으로 늘림, 하위기관에 대한 체계적 수시평가 실시, 등급결정방식의 상대평가에서 절대평가 방식으로 개선으로 장기요양기관 서비스 수준의 상향평준화 유도,

가산지급기관 확대 및 가산금액 하향 조정

2) 토론 의견

첫째, 다양한 평가체계의 문제점을 지적하였는데, 그 가운데 규모와 상관없이 동일한 지표로 평가하면서도 등급은 상대평가방식으로 결정함에 따라 같은 점수임에도 규모별로 등급이 다르게 나타나는 기이한 현상의 문제와 상대평가 방법을 채택하고 있어 전체적인 질적 수준보다 순위에만 관심을 갖는 현재의 평가 방법 문제 지적에 동의하는 바이다.

또한, 평가지표에 있어 2013년의 경우 평가지표는 5월에 발표 되었는데, 평가점검 시점은 1월부터 실시하는 이상한 평가절차가 이루어졌었다. 따라서 평가지표 발표시기와 점검시기도 검토할 필요가 있다.

둘째, 평가 체계 개선 제안 가운데 평가지표의 객관성·수용성을 제고한 평가체계 구축, 평가주기를 2년에서 3년으로 늘림, 등급결정방식의 상대 평가에서 절대평가 방식으로 개선으로 장기요양기관 서비스 수준의 상향평준화 유도에도 동의하는 바이다.

특히, 서비스 수준의 상향평준화 유도를 위해서는 상대평가에서 절대평가로 전환이 전적으로 필요하다고 본다. 또한, 모든 평가대상기관에 똑같은 평가지표를 적용하는 방법보다 90%의 평가지표는 공통으로 적용하지만, 10%의 경우는 각 기관의 자율적인 프로그램이나 본 받을만한 독창적인 운영방식에 대해 가산점을 부여해 각 기관별 아이디어나 자율적인 방법을 연구하고 활용하는 방법을 채택하는 것이 발전적인 결과로 나타날 것으로 사료된다. 무엇보다 평가지표 발표는 반드시 평가 시행 전에 발표하여 평가지표가 발표된 시기 이후 시점부터 평가가 적용되어야 평가만을 위한 평가라는 병폐 등 행정력 낭비를 예방 할 것이다.

셋째, 객관적인 평가 기관 신설과 평가 인증제 도입도 적극 검토 되어야 한다. 보험 시행자(공단)가 평가기관이 되어 보험급여를 제공하는 노인장기요양기관을 평가하는 시스템의 평가방법이 과연 본 제도에 있어 올바른 평가방법인지 의문이 들지 않을 수 없다. 현행 평가 방법은 더 이상 시간이 가기 전에 조속히 개선되어야 할 것이다.

따라서 독립적이고, 객관적인 평가 기관을 두어 노인장기요양보험 전체를 방향에 두고 평가가 이루어져야 하며, 시설평가에 있어 일정수준(예를 들면 평균 90점 이상)의 평가조건이 갖춰지면 평가 인증을 통과한 것으로 보는 평가 인증제를 검토할 필요가 있다고 본다.

한편, 각 시설에서 평가항목과 조건을 모두 맞추려면 얼마나 많은 행정력과 인력이 필요한지의 조사도 선행되어야 한다. 그 이유는 그에 따른 인력 확충을 각 시설의 정수나 필요수에 반영해야 하기 때문인데, 수급자의 복지와 프로그램을 전담해야 할 사회복지사가 요양시설 입소정원 100명당 1인의 정수로 규정되어 있는 현재의 인력규정을 볼 때 급여대상자의 생활, 상담, 복지 관련 각종 프로그램을 전담하면서 거기에도 그 많은 평가 항목 대부분을 혼자서 담당하기에는 너무나 과한 업무에 시달리는 것은 자명할 것이다.

즉, 평가를 위한 평가가 되기 위해 일시적으로 사회복지사를 가산이라는 수가 계산에 두어 평가준비 기간에만 채용하는 병폐가 있을 수 있고, 심한 경우 평가결과에 따라 평가 담당 직원의 고용 여부에까지 영향을 미치는 바와 같이 너무나 안타까운 일들이 일어날 가능성도 배제 할 수 없다면 평가의 의미가 어디에 있는지 생각해 봐야 할 것이고, 현행 평가 방법은 반드시 개선되어야 하겠다.

※ 종합의견 추가

현재 노인장기요양시설에서는 매일 수급자의 대·소변을 만지는 일을 하고 있으며, 매일 사고 위험에 노출되어 있고, 매일 치매 어르신과 생활하는 것 등을 당연한 일로 여기고 일하고 있다.

2008년 노인장기요양보험 실시 이전 정부에서도 기존의 공공부조 노인요양 사업 때보다 여유있는 사업비를 예상하면서 홍보했었다. 하지만, 지금의 노인장기요양보험 실시 시설 가운데 서비스에 최선을 다하고 이용자나 보호자로부터 인정을 받고 있는 시설의 경우 입소정원이 100% 입소해 있는 시설도 예산과 임금에 허덕이는 경우가 다수로 추정된다.

사실 종사자의 임금과 처우는 갈수록 더 열악해 그 이직율은 심각한 상황이다. 결과적으로 요양서비스의 질을 결정하는 것은 얼마나 유능한 종사자를 확보하느냐가 주요

열쇠일 것임은 자명한 사실일 것이다. 유능한 종사자 확보를 위한 예산 확보 없이는 이 모든 논의가 무용지물이 될 가능성이 크다.

그렇다고 엄청난 예산 확보를 필요치는 않을 것이다. 대기업 직원이나 공무원 수준의 처우도 바라지 않을 것이다. 최소한 대한민국 정부에서 정한 사회복지시설종사자 임금 가이드라인 수준 만큼의 처우 확보가 우선 된 후 그에 따른 서비스 질, 평가, 행정력 등을 논의하는 것이 순서일 것이다.

이 부분에서 사회복지시설종사자 임금 가이드라인 수준만큼 못 미쳤을 때는 정부가 부족한 임금을 보조해주는 공영제도를 떠올려 본다. 물론, 무조건적인 공영제 실시는 불가 할 것이며, 그에 따른 심도 있는 추가 논의는 필수 사항임에 당연할 것이다. 버스 이용도 공공이용물로 보아 준공영제라는 이름하에 부족한 운영비를 정부에서 보조해주는 한국의 상황에서 노인요양사업의 준공영제가 허용된 상상인지 다시 한번 조심스럽게 고민해 본다.



메모

메모 63

64 제3차 장기요양 제도발전 세미나

