

연구보고서 2008-20-5

노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안

A Study on the Improvement of Long-Term Care System for
the Elderly

선우 덕
이 수 형
손 창 균
유 근 춘
신 호 성
최 영
최 혜 지
오 지 선

한국보건사회연구원

노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안

연구보고서 2008-20-5

발행일	2008년 12월
저자	선우 덕 외
발행인	김 용 하
발행처	한국보건사회연구원
주 소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가 격	9,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-515-2 93330

머 리 말

우리나라의 노인장기요양보험제도는 금년도 7월부터 시행중에 있다. 지난 2000년부터 정부에 의한 정책연구가 시작된 이래 만 8년 만에 제도가 도입되었는데, 아직도 적지 않은 부분에서 개선하여야 할 내용들이 있다. 그동안 저소득, 빈곤노인을 대상으로 공적 요양서비스를 제공해 왔었고, 중산층이상의 고령자에게는 제공해본 적이 없었기 때문에, 과연 제도가 어떠한 양상으로 운영될지를 예측하기가 쉽지만은 않다. 다시 말하면, 현행제도가 우리나라의 실정에 부합되는 형태를 띄고 있는 것인지, 현행제도가 가져다 줄 수 있는 우리나라의 사회복지제도의 변화는 어떠한 형태로 나타날 것인지 등등에 대해서 예측하기가 쉽지 않다는 것이다.

이제 도입된 지 채 반년이 되지 않았는데, 아직까지는 큰 문제가 제기되지 않고 있는 것으로 보인다. 그렇다고 이 제도가 성공적으로 잘 운영되고 있다고 판단하기에는 이르고, 아직 초기단계이기 때문에 제도의 미성숙으로 인한 인식부족에 의해서 문제들이 제기되지 못하고 있을 수도 있다. 예를 들면, 장기요양서비스의 미이용률(장기요양대상자로 인정을 받았지만, 실제로 서비스를 이용하지 않은 경우)이 3~40%를 차지하고 있다는 점, 재가서비스사업자의 난립으로 서비스이용행태의 왜곡이나 서비스 질이 확보되고 있지 못하다는 점, 장기요양대상자의 증가 및 이로 인한 보험재정의 지출증대가 나타나고 있다는 점 등등이 제도모형에 대한 시범사업기간동안에는 심각하게 발생하지 않았다는 것이다.

이미 사회보험방식으로 제도를 도입, 운영하고 있는 독일이나 일본에서는 인구고령화의 심화 및 가족부양환경의 변화로 보험재정지출이 급증하여 제도개혁을 단행하고 있는 시점에서 우리나라가 장기요양보험제도를

도입하였다는 것이 다소 빠르지 않았나 싶은 느낌도 있다. 선진국가들이 겪고 있는 경험을 되풀이하지 않도록 주의를 기울일 필요가 있다는 관점에서 보다 이론적이고 규범적인 맥락에서 현행 장기요양보장제도를 검토, 분석할 필요성이 있다.

이상과 같은 배경 하에 본 연구가 진행되었으며, 본 보고서는 선우덕 박사의 총괄적인 책임아래 손창균·유근춘·신호성 박사, 이수형 선임연구원, 오지선 연구원, 그리고 중앙대학교 최영 교수, 서울여자대학교 최혜지 교수에 의해 공동집필되었다. 특히, 바쁜 일정 속에서도 보고서내용을 읽고 유익한 의견을 제시해 준 본원의 변용찬·강혜규 박사와 보험개발원 보험연구원 오영수 박사에게도 깊은 감사를 전하는 바이다.

끝으로, 본 보고서에 수록된 내용은 본 연구원의 공식적인 입장이 아니라 연구자 개개인의 견해를 밝히고자 한다.

2008년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 하

목 차

ABSTRACT	13
요 약	15
제1장 서론	20
제1절 연구의 배경과 목적	20
제2절 연구의 방법과 내용	22
제2장 노인장기요양서비스의 개관	24
제1절 장기요양서비스의 개념 및 범위	24
제2절 장기요양서비스의 전달체계	40
제3절 장기요양서비스의 공급자원	56
제4절 장기요양서비스의 재원조달방식	66
제3장 현행 노인장기요양보장체계의 검토	72
제1절 노인장기요양보험제도의 전반적 내용 검토	72
제2절 노인장기요양보험제도의 요양등급 평가판정방식 검토	77
제3절 노인장기요양보험제도의 급여수가 검토	104
제4절 노인장기요양보험제도의 서비스이용 지원방식 검토	137
제5절 노인 지역보건복지 지원서비스의 검토	165
제4장 주요 선진국의 노인장기요양보장제도의 운영실태와 재정 안정화방안	200
제1절 독일	200

제2절 일본	237
제3절 시사점	259
제5장 노인장기요양보장정책의 중장기 개선방안	265
제1절 기본방향	265
제2절 개선방안	270
제6장 결론	276
참고문헌	277
부 록	285

표 목 차

〈표 2- 1〉	시정촌의 개호수당 지급사례	37
〈표 2- 2〉	독일 수발보험대상자 선정항목	42
〈표 2- 3〉	국가 간 수발보험대상자 선정항목	43
〈표 2- 4〉	주요 OECD국가의 장기요양필요상태에 대한 방문조사자 유형	49
〈표 2- 5〉	주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능	56
〈표 2- 6〉	비공식적 수발자를 위한 수당(payments for informal care) 현황 ·	60
〈표 2- 7〉	요양시설(nursing home) 서비스 내용	62
〈표 2- 8〉	국가 간 장기요양대상자의 시설보호율 비교	64
〈표 2- 9〉	주간보호모형별 서비스내용 비교	65
〈표 2-10〉	장기요양서비스를 위한 주요 공공재원 조달방식	71
〈표 3- 1〉	노인장기요양보험제도의 주요내용	76
〈표 3- 2〉	신체기능의 기존평가항목에 대한 내적 타당도 분석	80
〈표 3- 3〉	기존평가항목 + 2개 평가항목에 대한 내적 타당도 분석 ...	81
〈표 3- 4〉	문제행동 평가항목에 대한 내적 타당도 분석	81
〈표 3- 5〉	인지기능평가 항목에 대한 내적 타당도 분석	82
〈표 3- 6〉	기존평가 항목 + 1개 항목 에 대한 내적 타당도 분석	83
〈표 3- 7〉	재활욕구 평가 항목에 대한 내적 타당도 분석	83
〈표 3- 8〉	간호욕구 평가 항목에 대한 내적 타당도 분석	84
〈표 3- 9〉	신체기능 항목의 환산점수	86
〈표 3-10〉	문제기능 항목의 환산점수	87
〈표 3-11〉	인지기능 항목의 환산점수	87

〈표 3-12〉	재활욕구 항목의 환산점수	87
〈표 3-13〉	간호욕구 항목의 환산점수	87
〈표 3-14〉	5개 기능 평가 항목의 가중치	88
〈표 3-15〉	기존의 등급판정기준	92
〈표 3-16〉	서비스군별, 욕구기능의 주요항목분류	93
〈표 3-17〉	서비스군별, 욕구기능의 항목별 요양점수의 일부 분포	94
〈표 3-18〉	등급별 빈도수 및 비율	99
〈표 3-19〉	선형 판별 함수값	100
〈표 3-20〉	분류결과 및 오분류율	101
〈표 3-21〉	노인장기요양보험 시범사업 및 현행 수가 비교	105
〈표 3-22〉	가산율을 적용한 방문요양수가	108
〈표 3-23〉	가산율을 적용한 방문간호수가	109
〈표 3-24〉	차등수가 개발을 위한 분석자료	111
〈표 3-25〉	각 년도별 기능평가 및 Time Study	112
〈표 3-26〉	요양시설 자원소모량에 영향을 미치는 요소분석	114
〈표 3-27〉	문제행동군1을 이용한 서비스 분류기준 I	116
〈표 3-28〉	문제행동군2를 이용한 서비스 분류기준 II	117
〈표 3-29〉	서비스 난이도 조사결과	119
〈표 3-30〉	임금가중치	120
〈표 3-31〉	난이도를 고려한 등급 내 서비스별 평균서비스 제공시간 ...	125
〈표 3-32〉	난이도와 임금가중치를 고려한 등급 내 서비스별 평균서비스 제공시간	125
〈표 3-33〉	서비스 난이도 및 임금가중치를 고려한 등급 내 서비스군별 평균서비스제공시간	133
〈표 3-34〉	서비스군별 case-mix	133
〈표 3-35〉	전문요양시설 수가 직·간접비용 및 수가 산출과정(Group1)	134

〈표 3-36〉	최종 차등수가(1안)	135
〈표 3-37〉	등급 내 서비스군별 발생확률	135
〈표 3-38〉	최종 차등수가(2안)	136
〈표 3-39〉	인정·육구조사표	139
〈표 3-40〉	공단소속 요양관리요원의 전공분포	140
〈표 3-41〉	표준장기요양이용계획서 활용도	142
〈표 3-42〉	재가시설별 사회복지사 배치 기준	144
〈표 3-43〉	표준장기요양이용계획서 요구도 투입도 숙련도	148
〈표 3-44〉	영국의 지역사회보호 서비스	156
〈표 3-45〉	가사간병서비스 대상자 선정기준_건강	169
〈표 3-46〉	가사간병도우미 사업 서비스내용	170
〈표 3-47〉	노인돌보미 서비스 대상자 선정기준_소득	171
〈표 3-48〉	노인돌보미 서비스 인정시간 및 본인부담금	172
〈표 3-49〉	노인돌보미 서비스 내용	173
〈표 3-50〉	맞춤형방문건강관리사업 대상자 우선순위	177
〈표 3-51〉	노인복지관의 주요 서비스내용	181
〈표 3-52〉	사회복지관사업 대상자 우선순위	183
〈표 3-53〉	사회복지관 사업의 내용	183
〈표 3-54〉	등급 외 C형을 위한 지역보건복지서비스 종류	184
〈표 3-55〉	생애주기별 건강증진사업 추진과제	185
〈표 3-56〉	등급 외 판정자를 위한 국민건강보험공단의 건강증진 예방 서비스	186
〈표 3-57〉	경로당 활성화 프로그램 내용	189
〈표 3-58〉	지역보건복지서비스의 주요내용	195
〈표 4- 1〉	독일의 사회적 장기요양보험의 피보험자(피보험자그룹과 성별기준) ·	208
〈표 4- 2〉	독일의 사회적 장기요양보험에서의 요양신청과 등급판정 처리 ·	210

〈표 4- 3〉 인정된 신청(요양등급기준)	211
〈표 4- 4〉 독일 사회적 장기요양보험의 급여개관(2007년)	216
〈표 4- 4〉 독일 사회적 장기요양보험의 급여개관(2007년)(계속)	217
〈표 4- 5〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자수(요양등급과 연말기준) ..	219
〈표 4- 6〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자 (급여종류와 연평균기준, 급여일수로 계산)	222
〈표 4- 7〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(연령그룹과 연말기준)	223
〈표 4- 8〉 외래와 입원 장기요양 서비스제공자와 인력의 구조(2005년) ·	227
〈표 4- 9〉 독일 사회적 장기요양보험의 재정	232
〈표 4-10〉 피보험자유형별 요개호 인정자수의 추이	242
〈표 4-11〉 요개호등급별 인정자수의 추이	243
〈표 4-12〉 개호서비스 유형별 이용자비율의 추이	244
〈표 4-13〉 개호서비스 유형별 이용자수의 추이	245
〈표 4-14〉 개호서비스 유형별 보험급여액의 추이	246
〈표 4-15〉 재가서비스의 평균이용률의 추이	247
〈표 4-16〉 서비스 공급자(사업자)수의 추이	250
〈표 4-17〉 재가서비스사업자의 주체별 추이	250
〈표 4-18〉 개호보험 재정수지 추이	252

그림 목차

[그림 2- 1]	미국 장기요양 서비스의 범위	32
[그림 3- 1]	개선된 등급판정 절차	103
[그림 3- 2]	1등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	121
[그림 3- 3]	2등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	122
[그림 3- 4]	3등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	122
[그림 3- 5]	난이도와 임금을 고려한 1등급내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	123
[그림 3- 6]	난이도와 임금을 고려한 2등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	124
[그림 3- 7]	난이도와 임금을 고려한 3등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)	124
[그림 3- 8]	미네소타 환자분류체계 및 서비스 난이도	127
[그림 3- 9]	RUG 환자분류 개념도	129
[그림 3-10]	장기요양서비스 체계도	138
[그림 3-11]	표준장기요양이용계획서 작성과정	141
[그림 3-12]	제안된 장기요양 서비스	147
[그림 3-13]	사회서비스 제공체계 내에서 사례관리의 위치	154
[그림 3-14]	사례관리의 과정	157
[그림 3-15]	개호보험체계내에서 사례관리	159
[그림 3-16]	모체중심 연계에 의한 사례관리	163
[그림 3-17]	다자연계에 의한 사례관리	164
[그림 3-18]	장기요양보험과 지자체의 보건복지·예방서비스 연계업무 절차 ..	167

[그림 4- 1]	독일 사회보장 체계	201
[그림 4- 2]	독일의 장기요양위험에 대한 보장과 장기요양보험의 종류	202
[그림 4- 3]	독일 장기요양의 기본조직: 급여와 계약관계	204
[그림 4- 4]	독일 사회적 장기요양보험의 급여	214
[그림 4- 5]	장기요양필요와 장기요양의 제공(2005년)	226
[그림 4- 6]	독일 사회적 장기요양보험의 요양서비스 종류에 따른 지출(2005년)	231
[그림 4- 7]	독일 사회적 장기요양보험의 수입과 지출 변화(1995-2006)	233
[그림 4- 8]	개호보험제도의 전반적인 구조	239
[그림 4- 9]	개호서비스의 이용절차	241
[그림 4-10]	서비스유형별 이용자 본인부담액 비교(2003년)	249
[그림 5- 1]	지역사회중심의 노인장기요양보장체계의 구축방향	269
[그림 5- 2]	장기요양인정체계의 개선(안)	271
[그림 5- 3]	장기요양서비스 이용지원체계의 개선(안)	272
[그림 5- 4]	장기요양서비스수가의 차등지원(안)	273

Abstract

A Study on the Improvement of Long-Term Care System for the Elderly

This report was written to review the current LTC system for the elderly in Korea and to reconstruct the desirable scheme from a practical point of view of long-term sustainability. This report contains basic conceptions (for example, scope of beneficiary or services, delivery procedure, infrastructures and funding method etc.) of LTC, re-analysis of beneficiary recognition system, service support system and cost-remuneration system, besides community-based health and social service system.

Policy issues to develop the current system of long-term care for the elderly can be suggested as follows.

Firstly, although it is disabled persons, service delivery system should be developed toward strengthening the remained functional ability or complementing the lost function. Social supports should be delivered to have a independent living continuously for mild-disabled persons.

Secondly, it is necessary to simplify beneficiary recognition procedure of deciding the status of functional ability and to specialize assessment team which is comprised of physician, nurse, social worker, etc.

Thirdly, it is necessary to improve contents of the standard care plan sheet toward applying compulsorily to public medicare beneficiaries in order to

control the needless quantity of LTC services. This is because public medicare beneficiaries have no co-payment in receiving the LTC services and therefore no cost-consciousness.

Fourthly, it is necessary to remunerate suppliers for their costs in consideration of level of beneficiary's status. This is because beneficiaries with behaviour problems or dementia are harder to care than with any other cases.

Fifthly, it is necessary to control new entry into a scheme in advance to maintain the proper number of beneficiary. Health promotion services and social activities for the elderly should be prepared in public health center or adult day senior center(tentative) as a program for preventing functional disability.

Finally, the various programs for preventing functional disability should be performed, centering around local government by central government's budget supports.

요 약

- 본 연구는 우리나라의 장기요양보장정책을 다시 조명해보고, 현행 장기요양보험제도에서 개선되어야 할 부분을 재분석하여 그 대안을 제시하는데 주 목적을 두고 있음.
- 구체적인 연구목적은 다음과 같음.
 - 첫째, 장기요양보호(long-term care)에 대한 기본적인 개념을 비롯한 개관을 서술하고,
 - 둘째, 현행 장기요양보장체계와 관련하여 장기요양보험제도와 동 제도를 지원하는 지역사회의 보건복지제도에 대한 내용과 향후 역할에 대해서 기술하였고,
 - 셋째, 장기요양보험제도에서 재검토할 필요성이 높은 세 분야를 선정하여 심층적인 재분석을 단행하였고,
 - 넷째, 독일 및 일본의 장기요양보험재정의 안정화 노력을 분석하여 우리나라에 주는 시사점을 도출하였고, 마지막으로 향후 중장기 및 단기 과제를 제시하는 것으로 하였음.
- 본 연구의 주요 내용과 방법은 다음과 같음.
 - 본 연구는 문헌고찰과 기존 장기요양보험 관련 자료를 바탕으로 재 분석하는 것으로 하였음.
 - 주요 연구내용은 장기요양보호(long-term care)와 관련한 개념 및 서비스 범위, 전달체계, 공급자원 및 재원조달방식(이상 제2장), 장기요양보험제도 지원의 지역보건복지제도, 장기요양등급평가판정체계와

서비스비용지불체계, 서비스이용지원체계에 대한 재분석(이상 제3장), 독일 및 일본의 사회보험방식 국가에서의 장기요양보험재정 안정화방안(제4장), 향후 정부가 추진하여야 하는 중장기 정책과제(제5장)로 하고 있음.

□ 본 연구의 주요 결과는 같음.

- 첫째, 장기요양인정을 위한 등급평가판정체계에서는 간호처치영역에서 실효성이 떨어지는 항목이 발견되었고, 이를 바탕으로 한 평가판정절차의 개선이 필요한 것으로 나타남. 즉, 이를 개선하기 위해 1단계로 장기요양 신청자의 자가진단 또는 조사요원의 진단을 통해 각 서비스군 별 인정요양점수를 계산하여 신청여부를 결정하도록 하며, 2단계에서는 신청자에 대해서는 총점을 환산하고, 판별분석을 통해 등급판정의 적절성을 평가한 후 등급이 일치된 경우 최종 등급을 부여하고, 등급이 불일치한 대상자에 한하여 전문가의 체크를 통해 요양인정 점수를 재계산하여 최종 판정 과정을 거치도록 하는 것임. 이때 각 서비스군 별 산정 점수는 자동적으로 시스템화하여 한 단계에서 자동적으로 판정기준에 따라 등급을 부여하도록 함으로써 결과적으로 보다 엄밀한 판정 체계를 구축할 수 있고, 1단계와 2단계로 분류된 판정 절차를 1단계로 개선하는 효과와 함께 행정력의 낭비를 최소화 할 수 있을 것으로 판단됨.
- 둘째, 장기요양서비스 이용지원체계에서는 의료급여제도의 대상자에 대한 비용관리방안이 필요한 것으로 제기되었음.
- 셋째, 장기요양서비스 비용지불체계에서는 고령자의 기능 상태에 따라서 수발시간의 차이가 발생하고 비용원가의 차이도 발생하는 것으로 나타나 비용의 차등지원대책이 필요한 것으로 제기되었음.
- 넷째, 지역사회에서 제공되고 있는 각종 보건복지서비스를 통해서

장기요양상태의 예방을 사전적으로 지원할 수 있는 제도적 환경이 마련되어 있는 것으로 나타나, 이를 최대한 활성화시킬 수 있는 방안이 필요한 것으로 나타났음.

□ 본 연구결과를 통한 정책과제는 다음과 같음.

- 향후 노인장기요양보험제도가 운영되기 위해서 필요한 기본운영방침에 대해서 제시하면 다음과 같음.
 - 노인장기요양보험제도의 급여대상자는 기능회복이 불가능한 생활기능 장애로 한정시켜야 할 것임.
 - 생활기능의 장애자라 하더라도 모든 활동에 타인의 도움지원이 필요한 경우가 아니라고 한다면, 부족한 부분만을 지원받을 수 있고, 이를 지원해 줄 수 있는 방법을 중심으로 서비스가 전달되어야 한다는 것임.
 - 장기요양보험운영체계의 행정적 간소화가 이루어질 필요가 있고, 서비스수급자나 제공자(공급자) 양측의 서비스 질 유지 및 수급을 위해서 서비스지원방식의 개선이 이루어질 필요가 있음
 - 장기요양서비스관련 인프라측면에서는 재가요양서비스공급체계를 준비하여야 할 것임. 특히, 치매와 관련해서는 지역사회를 중심으로 다양한 치매성노인을 보호해줄 수 있는 재가장기요양기관의 모형개발과 확충을 준비하여야 할 것임.
 - 장애를 보이기 이전상태, 또는 경미한 장애를 보이고 있는 상태에 놓여 있는 고령자를 대상으로 한 사회적 자립지원대책을 구축하여야 할 것임.
- 제도개선을 위한 정책과제로 우선 제도 내적인 측면에서는 다음과 같음.
 - 첫째, 장기요양등급판정절차의 간소화 및 전문화에 대한 검토가 이루어질 필요가 있음. 제도시행초기에는 국민들의 제도에 대한 인식이 아무

래도 부족할 것이고, 많은 양의 신청건수를 주어진 시간 내에 처리하여야 하기 때문에 비전문가에 의한 판정이 효율적일 것으로 판단되나, 향후 제도에 대한 인식제고 및 판정절차의 신뢰성을 담보하기 위해서는 전문가집단의 면밀한 분석 및 판단이 필요하게 될 것임(본문의 그림 5-2 참조).

- 둘째, 장기요양서비스 이용지원에 대한 재검토가 이루어질 필요가 있음. 현행 제도에서는 장기요양서비스에 대한 정보제공차원에서 이루어지고 있는 가이드라인 수준이어서 이용자나 서비스공급자(제공자) 모두에게 강제성이 없다는 것임. 그래서 이용자나 공급자 모두 자의적인 판단으로 서비스를 이용하거나 제공하고 있는 실정이다. 만약에 양자 모두 합리적인 행동으로 서비스를 취급한다고 하면 문제가 발생하지 않을 것인데, 실제적으로는 그렇지 못할 가능성이 높다는 것임(본문의 그림 5-3 참조).
 - 셋째, 장기요양대상자의 상태를 감안한 장기요양서비스수가의 차등지원에 대한 배려가 있을 필요가 있음. 다만, 고령자의 상태를 감안하여 장기요양시설을 구분하고, 각 시설에 대한 차등수가의 적용을 고려함(본문의 그림 5-4 참조).
 - 치매질환자의 장기요양보호를 지속적으로 유지할 수 있는 재가요양시설의 개발이 시급함. 이에선 일반가정과 같은 환경을 지닌 소규모의 경증치매노인을 중점으로 하는 그룹홈, 간병수발주택(예, assisted living facilities, sheltered housing facilities, care house 등) 등의 모형개발이 필요함.
- 제도개선을 위한 정책과제로 제도 외적인 측면에서는 다음과 같음.
- 적절한 급여대상자의 유지를 위해서 신규 장기요양인정자수를 통제하는 대책을 수립함. 이에선 보건소중심의 건강증진사업과 지역단위 소규모

형태의 주간노인센터(안)를 중심으로 한 사회적 활동참여지원대책을 수립함.

- 가능한 한 저비용 상태의 지속화를 위해서 총량의 장기요양기간이 일정하게 정해져 있다는 전제하에 가능한 한 낮은 요양등급에 장기간 동안 머물게 하고, 중증의 요양등급에서는 단기간 머물게 함으로써 비용지출을 효율적으로 관리하게 하는 대책을 수립함.
- 이상과 같은 장기요양예방적 접근은 중앙단위에서보다는 지역단위로 추진하는 것이 바람직할 것이고, 이를 위해서는 지방자치단체의 적극적인 참여와 이를 활성화시킬 수 있도록 하는 중앙단위에서의 지원이 요구된다고 하겠음.

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 목적

노인장기요양보험제도가 지난 3차례에 걸친 시범사업 끝에 금년도 7월부터 시행되고 있다. 본 제도는 법에 명시되어 있듯이 간병수발의 비용으로 인한 가족부담을 완화시키는데 그 목적을 지니고 있다¹⁾. 이는 가족의 경제적 부담은 제도를 이용하는 경우에 완화되는 것만은 틀림이 없겠고, 제도도입에 따른 장기요양서비스의 이용량은 제도도입이전과 비교해 보더라도 크게 증가할 것으로 보이기 때문에 언뜻 보면 제도의 성공적인 운영으로 비쳐질 수 있겠다. 그러나 더 나아가, 경제적 부담이 아닌 수발에 따른 실제적인 가족의 부담, 다시 말하면 수발부담으로 인한 수발자의 사회적 활동이 단절되는 부담이 경감되는가를 놓고 제도의 성공여부를 파악해 볼 수 있다.

그동안 노인장기요양보험제도의 시범사업을 평가한 바 있는데(선우덕 외, 2006, 2007; 최병호 외, 2007), 당시에는 제도모형을 구축하는데 우선순위를 두고 있었기 때문에 시범사업에서 수행된 평가내용은 모형이 현실적으로 어느 정도 적응성이 있는가, 그리고 그 적응성이 떨어지거나 신규로 필요한 부분을 발굴하여 개선된 모형을 개발하는데 중점을 두고 있었다. 따라서 제도도입의 목적에 대한 평가는 이루어지지 않았고, 제도가 나아갈 방향도 심도있게 논의하지 않은 채 제도가 시행되고 있는 것으로 판단된다.

그동안 각종 사회복지, 의료, 보건관련 학회나 단체에서 장기요양보험제도에 대한 세미나가 개최되었고, 한결같이 제도의 미진한 부분에 대한 개

1) 노인장기요양보험법 제1조 참조.

선내용을 제시하고 있는 것으로 분석되고 있다. 예를 들면, 전체노인대비 장기요양인정자수비율이 너무 낮다는 의견을 비롯하여 등급판정항목 및 절차, 장기요양서비스이용지원체계, 장기요양서비스의 내용 및 급여수준, 비용지불단가 이외에 장기요양시설 및 인력에 대한 인프라의 확충관련 등, 다양한 분야에 걸쳐서 의견을 제시하고 있다는 것이다.

참고로 독일과 일본의 장기요양보험제도에 대한 최근 동향을 소개하면, 독일은 지난 1995년도부터 제도를 시행하고 있는데, 제도도입의 목적을 지방재정의 압박 완화에 두고 있었고, 최근 자료를 보면, 그 목적을 달성하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그 반면에 일본은 제도도입의 실제적인 목적을 노인의료비의 절감에 두고 있었지만, 2005년도까지의 실적을 토대로 분석한 결과를 보면 그 목적을 달성하지 못한 것으로 나타나, 2006년도에 제도개혁을 단행하였다. 따라서 독일은 치매고령자의 장기요양급여 인정이나 서비스 질의 향상을 위한 방향으로 제도를 개선하고 있으며, 일본은 경증에 해당하는 고령자에 대한 급여축소 및 예방지원서비스의 강화를 통해서 재정의 안정을 도모하려고 추진하고 있다(和田 편, 2007).

본고에서는 상기에서 지적한 내용들을 감안하여 우리나라의 장기요양보장정책을 다시 조명해보고, 현행 장기요양보험제도에서 개선되어야 할 부분을 재분석하여 그 대안을 제시하는데 주목적을 두고 있다. 즉, 본 연구의 목적은 첫째, 장기요양보호(long-term care)에 대한 기본적인 개념을 비롯한 개관을 서술하고, 둘째, 현행 장기요양보장체계와 관련하여 장기요양보험제도와 동 제도를 지원하는 지역사회의 보건복지제도에 대한 내용과 향후 역할에 대해서 기술하였고, 셋째, 장기요양보험제도에서 재검토할 필요성이 높은 세 분야를 선정하여 심층적인 재분석을 단행하였다. 넷째, 독일, 일본 및 네덜란드의 장기요양보험재정의 안정화 노력을 분석하여 우리나라에 주는 시사점을 도출하였고, 마지막으로 향후 중장기 및 단기 과제를 제시하는 것으로 하였다.

제2절 연구의 방법과 내용

본 연구는 문헌고찰과 기존 장기요양보험 관련 자료를 바탕으로 분석, 정리하였다.

먼저, 서론에 이어 2장의 노인장기요양서비스의 개관에서는 장기요양보호(long-term care)와 관련한 개념 및 서비스 범위, 전달체계, 공급자원 및 재원조달방식에 대해서 문헌고찰을 통해서 정리하였다. 이 때, 우리나라와 유사한 제도를 가지고 있는 독일, 일본 등 사회보험방식의 국가에서 시행하고 있는 제도를 고려하는 것으로 하였다.

3장에서는 노인장기요양보험제도와 이를 지원하는 지역보건복지제도에 대해서 정리하였는데, 노인장기요양보험제도에서는 모든 부문에 대해서 검토하기 보다는 현행제도의 핵심부문이라 할 수 있는 장기요양등급평가판정체계와 서비스비용지불체계, 서비스이용지원체계를 선정하여 재분석하는 것으로 하였다. 그 이유는 장기요양등급평가판정체계에서 현행 1, 2차에 걸쳐서 진행되고 있는 장기요양등급의 결정절차가 현재까지의 본 사업의 시행결과를 보면, 2차 등급판정평가위원회에서의 등급조정이 거의 이루어지고 있지 않다는 것이 지적되고 있기 때문이다. 또한, 서비스비용지불체계에 대해서는 서비스를 제공하는 장기요양시설의 입장에서 볼 때 케어가 용이한 이용자와 그렇지 못한 이용자에 대한 고려가 필요하다는 것인데, 이는 장기요양서비스단가(수가)를 산정할 때 단순히 기능상의 중증도(등급별 차등)나 서비스제공시간대를 기준으로 조정하는 수준에 머무르고 있어 이용자의 서비스욕구를 제대로 반영하고 있지 못하기 때문이다. 그리고 서비스이용지원체계에 대해서는 이용자의 대부분이 치매나 중풍 등의 질환노인이어서 서비스이용에 대한 자기결정능력이 떨어지는 계층이다보니, 공급자로부터 필요이상의 서비스가 유도될 가능성이 높기 때문이고, 실제적으로도 의료급여대상 노인이 일반노인에 비해서 서비스가

용률이 훨씬 높게 나타나고 있는 실정이다.

4장에서는 독일과 일본을 선정하여 사회보험방식 국가에서의 장기요양 보험재정을 어떻게 안정화시키고 있는가를 검토해 보고 우리나라에 도움이 될 수 있는 시사점을 도출해 보고자 하였으며, 5장에서는 향후 정부가 추진하여야 하는 중장기 정책과제를 정리, 제시하였다.

따라서, 본 연구의 전반적인 절차를 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 현행 노인장기요양보험제도가 장기요양보호의 기본개념 및 이념을 충실하게 반영하고 있는가를 검토하였다. 둘째, 현행 장기요양보험체계가 지니고 있는 제도 내외적인 문제점을 정리하고 그 중에서도 제도의 근간이 되는 핵심적인 부분에 대한 검토를 하여 그 대안을 제시하였다. 셋째, 우리나라와 유사한 사회보험방식으로 제도를 운영하고 있는 독일과 일본을 선정하여 그동안의 개호보험 운영실태와 개선방안을 검토하여 우리나라의 제도개선 방향을 모색해 보았다. 마지막으로 향후 제도개선의 기본방향과 추진과제를 정리하여 제시하였다.

제2장 노인장기요양서비스의 개관

제1절 장기요양서비스의 개념 및 범위

1. 장기요양보호(long-term care)의 개념정의

장기요양보호의 용어는 ‘long-term care’를 한글로 번역한 것인데, 이에 대한 개념을 살펴보면, 각국마다 또는 연구자간 조금씩 차이가 있음을 알 수 있다. 다시 말하면, 장기적(long term)이라는 개념자체도 언제부터 언제 까지인지가 정해져 있는 것이 아니고, 보호²⁾(care)라는 용어도 각국의 재정적, 사회문화적 배경에 따라 그 내용이 상당한 차이를 나타내고 있기 때문이다.

먼저, Doty 등(1985)에 의한 개념정의³⁾를 보면, 장기요양보호란, “시간의 연장된 기간(extended period of time)에 걸쳐서 만성적으로 장애를 입은 자에게 제공된 보건, 사회적 및 주거서비스”로 정의하고 있다. 이 때 장기요양보호의 필요여부는 특정한 임상적(의료적) 진단이 아니라 일상적 생활에 필요한 활동기능에 손상을 주는 신체적 및 정신적 장애로 판단된다는 것이다. 특히, 그러한 장애상태가 단기간이라기보다는 일정한 기간 동안 유지되어야 한다는 것을 의미하고 있다.

Evashwick(1996)의 개념정의⁴⁾를 보면, 장기요양보호는 “독립성을 최대화

2) care를 번역할 때, 그 의미하는 내용을 정확하게 전달할 수 있는 단어는 없는 것으로 보고 있기 때문에 여기에서는 보호, 간병수발, 수발과 같은 용어로 표현하고자 하며, 참고로 일본에서는 케어(ケア)、또는 개호(介護)라는 용어를 사용하고 있음.

3) Doty, P., Liu, K., Weiner, J., "Special report: An overview of long-term care", *Health Care Financing Review*, 6(3), 1985. 참조.

4) Evashwick, Connie J., *The continuum of long term care: an integrated systems approach*,

시키려는 목적을 가지고 시간의 연장된 기간(extended period of time)에 걸쳐서 기능적 장애(functional disabilities)를 가진 자에게 비공식적 또는 공식적 방법으로 제공되는 폭넓은 건강 및 건강관련의 지지서비스(support services)”로 정의하고 있다. 여기에서 건강 및 건강관련의 지지서비스는 건강, 정신건강, 사회적 및 지지서비스를 포함하고, 특정질환이나 상태가 아니라 기능적 장애(functional disabilities)가 장기적 케어의 일차적인 이유인데, 그 기능은 기본적 일상생활동작(basic ADL) 및 도구적 일상생활동작(instrumental ADL) 수행능력을 지칭하고 있다. 그는 시간의 연장된 기간은 90일 이상을 가리키는 것으로 설명하고 있는데, 이는 미국에서 만성적인 상태(chronic conditions)를 정의할 때 이용되는 기간이다. 그리고 장기요양보호의 목적은 대상자로 하여금 기능적 자립(functional independence)을 가능한 한 최대한의 수준으로 유지할 수 있도록 하게 하는데 두고 있으며, 치유(cure)는 회복의 개념이 포함되어 있기 때문에 급성적 케어(acute care)가 목표로 하는 대상이지만, 장기요양보호는 치유의 개념이 아니기 때문에 회복 불가능한(irrevocable) 경우를 대상으로 하는 것으로 인식하고 있다.

Kane 등(1998)의 개념정의⁵⁾를 보면, 장기요양보호는 “장애(disability)로 인하여 장기간의 기능상 불능(inabilities)이나 어려움(difficulties)을 겪고 있는 자에게 시간의 지속된 기간(sustained periods of time)에 걸쳐서 제공된 원조(assistance)”로 정의하고 있다. 여기에서 장기요양보호서비스는 개개인의 기능적 손상을 보충하기 위해서 필요한 서비스로 정의하고, 이에는 기능능력을 회복하거나 개선하기 위해서 고안된 서비스로 설명하고 있다. 즉, 단순히 ADL이나 IADL의 지원뿐만 아니라 가능한 한 장애 및 기능적 손상을 줄이기 위한 기능사정평가(assessment), 재활(rehabilitation) 및 치료

Delmar Publishers, 1996. 참조.

5) Kane, Rosalie A., Kane, Robert L., and Ladd, Richard C., *The Heart of Long-term care*, Oxford University Press, 1998. 참조

(treatment)도 포함하고, 환경적 평가 및 주거환경수리개선, 장비 및 기구 제공도 포함하고 있다. 그들은 요양시설(nursing home)은 본래 병원의 축소모형(miniature)으로 생성되었기 때문에 병원의 많은 속성을 모방하고 채택한 것으로 설명하고 있다. 따라서 과거에 병원에서 입원, 케어받던 환자의 회복을 위해서 운영되고 있기 때문에 병원과 같은 치료철학이 요양시설 내에 확산되어 왔다는 것이다.

Binstock(1998)의 개념정의⁶⁾를 보면, 장기요양보호의 필요는 “신체적 또는 정신적 제한으로 인하여 장기간에 걸쳐서 기능적으로 의존적인 자에게서 발생” 되는 것으로 정의하고, 기능적 제한(functional limitation)은 기본적인 ADL과 도구적 ADL의 의존성을 기준으로 범주화하고 있다.

Pratt(1999)의 개념정의⁷⁾를 보면, 장기요양보호체계(long-term care system)를 설명하는 가운데에서 장기요양보호가 필요한 자를 “신체적이나 정신적인 (기능의) 제한(limitation)으로 장기간의 보호에 의존적인 자”로 기술하고 있다. 또한 장기요양보호의 소비자(대상자)는 (장기적으로) 지속된 시간기간(sustained periods of time)에 걸쳐서 보건의료서비스, 대인적 케어(personal care), 사회적 및 지지적 서비스를 요구하는 자로 설명하고 있다.

Bishop(2003)의 개념정의⁸⁾를 보면, 장기요양보호서비스(long term care services)는 “기능적 제한(functional limitations)을 지닌 자의 일상생활활동을 지지하는 것”으로 보고 있으며, 가장 엄밀하게 말하면, 장기요양보호는 질

6) Binstock, Robert H., "The financing and organization of Long-term care", *Public and Private responsibilities in long-term care: finding the balance* (edited by Walker, Leslie C., Bradley, Elizabeth H., Wetle, T.), The Johns Hopkins University Press, 1998. 참조.

7) Pratt, John R., *Long term care: managing across the continuum*, An aspen publication, 1999. 참조.

8) Bishop, C., "Long-term care needs of Elders and persons with disability", *Long-term care and Medicare policy: can We Improve the Continuity of Care?* (edited by Blumenthal, D., Moon, M., Warshawsky, M., Boccuti, C.), National Academy of Social Insurance, Washington D.C., 2003. 참조.

병 그 자체가 아니라 질병이나 상해로 인하여 야기된 만성적인 기능장애(functional disability)를 보완하는데 있고, 그 목적은 질병의 개선이나 치유라기보다는 일상적인 생활의 기능(everyday living functions)에 대한 원조에 두고 있다. 여기에서 일상적인 생활기능은 ADL 및 IADL을 의미하고 있다.

이상과 같이 학자 또는 연구자들의 개념정의를 살펴보았는데, 장기요양보호의 대상은 신체적이든 정신적이든지 간에 ADL 및 IADL의 지표를 통해서 측정되는 일상적인 생활기능에 제한 또는 장애상태에 있는 자이고, 그러한 상태가 장기간 지속되는 경우에만 서비스의 대상으로 인정하고 있다는 점이 공통적인 견해로 정리할 수 있겠다.

이번에는 특정국가 또는 조직체에 의해 정의되고 있는 개념을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 캐나다의 연방/주/지역정부의 시설프로그램가이드라인 소위원회(1988)의 개념정의⁹⁾를 보면, 장기요양보호는 “신체보호(self-care) 기능의 일부를 상실하였거나 전혀 개선여지가 없는 자가 지닌 보건, 사회적 및 대인보호욕구를 해결하기 위해서 제공되는 일련의 서비스”로 정의하고 있다. 아울러 캐나다의 「건강 캐나다」기관(Health Canada)의 보고서(Health Canada, 1999)에서는 장기요양보호를 “장기요양보호시설 내에서 제공되는 서비스로 보고, 재가에서의 보호서비스를 총칭하는 용어로 연속적 보호서비스(continuing care)라는 개념을 사용하고 있다.

OECD(1996a, 1996b, 2005)의 개념정의¹⁰⁾를 보면, 장기요양보호를 “사전에 정해져 있지 않은 기간 동안에 장기간 지속되고 있는 장애를 지닌 자, 또는 방치나 재해를 입을 수 있는 자에게 제공되는 각종 서비스”로 정의하고 있다. 이는 OECD회원국들을 대상으로 조사된 설문결과를 정리

9) Canada Federal/Provincial/Territorial Subcommittee on Institutional Program Guidelines, 1988 참조.

10) OECD, *Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paries, 1996a; OECD, *Caring for Frail Elderly People: policies in evolution*, Paries, 1996b; OECD, *Long-term care for older people*, Paries, 2005. 참조.

한 것으로, 결국 상기한 대상자들은 일상적인 생활자체가 의존적일 수밖에 없다는 점이다. 좀 더 구체적으로 장기요양보호는 ①허약한 노인 또는 이미 의존적인 상태에 빠져 있거나, 생활상의 장애를 지닌 노인에게 ②(사전적으로 정해져 있는 종료시점이 없이) 장시간에 걸쳐서 ③일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 모든 형태의 보호서비스로 간주하고 있다. 또한, 최근의 보고서에서는 장기요양보호란, “기본적인 일상생활 활동(basic ADLs)의 도움에 의존하는 자에게 필요한 일련의 서비스”로 정의하고 있다(OECD, 2005). 여기에서 중심적인 서비스는 대인적 케어(personal care)이지만, 기본적인 의료적 서비스, 즉 상처치료, 통증관리, 투약, 건강모니터링 및 예방, 재활, 완화케어서비스 등도 결합적으로 제공하는 것으로 하고 있다.

영국의 장기요양보호왕립위원회(UK Royal Commission on Long Term Care, 1999)의 개념정의¹¹⁾를 보면, 장기요양보호는 “의존적(비자립적)인 상태가 진행되고 영속적인 기간 동안에 제공되는 여러 유형의 (보건의료 및 복지)서비스”로 정의하고 있다.

미국의 의회예산청(US Congressional Budget Office, 1999)의 보고서(USA CBO, 1999)를 보면, “만성질환이나 상태로 인하여 자신의 신체보호(self-care)의 일부기능을 상실한 자에게 필요한 의학적, 사회적 및 대인적 서비스(personal care) 및 지원서비스”로 정의하고 있다. 역시 이 개념에서도 알 수 있듯이 질병 또는 장애로 인한 기능상실자를 대상으로 하고 있기 때문에 의존적인 상태에 있는 자라 볼 수 있다.

WHO(2000)의 개념정의¹²⁾를 보면, 장기요양보호는 “자기 자신의 신체를

11) UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: Long term care - Rights and Responsibilities*, 1999; UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: The Context of Long term care policy*, 1999. 참조.

12) WHO and the Milbank Memorial Fund, *Towards an International Consensus on Policy for Long-term Care of the Ageing*, 2000. 참조.

스스로 완전하게(fully) 돌보지 못하는 자가 자립(independence), 자율(autonomy), 참여(participation), 개인적 성취(personal fulfillment) 및 인간적 위엄(human dignity)을 최대한도록 가능하게 유지하면서 개인적 선호에 따라서 가능한 한 최상의 삶의 질을 유지할 수 있도록 하기 위하여 비공식 수발자(informal care-givers), 즉 가족, 친구나 이웃, 또는 전문직 종사자에 의해서 수행되는 활동”으로 정의하고 있다. 여기에서 노인들의 장기요양 보호욕구는 신체적, 정신적 및 인지적 기능능력의 하락에 의해 영향을 받는데, 연령의 증가에 따라서 기능능력이 점진적으로 상실되어 가는 경향을 보이고는 있지만, 노인의 장애율은 감소하고 있으며, 기능능력의 하락이나 상실도 회복될 수 있다는 점을 유념하여야 한다고 하였다. 그리고 장기요양보호를 필요로 하는 노인은 급성적 의료서비스와 같이 다른 유형의 서비스도 받을 수 있도록 하여야 하고, 비공식적 수발자도 지지적 서비스¹³⁾(supportive services)를 받을 수 있도록 하여야 할 것이라는 점도 강조하고 있다.

아일랜드 사회가족부(Ireland Department of social & family Affairs)의 개념정의¹⁴⁾를 보면, 장기요양보호는 “장기간의 신체적 장애나 인지적 손상 장애로 인하여 도움 없이 자신을 돌볼 수 없는 자에게 제공된 케어”로 정의하고 있다.

그리고 사회보험방식으로 장기요양보험제도를 운영하고 있는 독일과 일본의 사례를 기초로 그 개념정의를 살펴보면, 일본의 공적개호보험법(제5조)에서는 “요개호상태란 신체상 혹은 정신상 장애로 인하여 목욕, 배설, 식사 등 일상생활에서 기본적으로 필요한 동작의 전부 혹은 일부가 불가능하여 일정 기간 동안 항상 개호를 필요로 한다고 여겨지는 상태”를 의

13) 예를 들면, 수발정보, 돌봄, 수발훈련 및 휴식 등을 포함하는 서비스를 말한다.

14) Ireland Department of social & family Affairs, *Study to examine the future financing of long-term care in Ireland*, MERCER Ltd., 2002. 참조

미하고 있다. 독일의 사회적 수발보험제도에서 장기요양보호는 “신체적, 지적 또는 정신적인 질병이나 장애로 일상생활과정 중에서 보통 정기적으로 반복되는 동작이 장기간 -적어도 6개월- 중등도 또는 중도의 수발을 필요로 하는 자에게 제공되는 서비스”로 정의하고 있다.

이상과 같이 특정 국가 또는 국제기관 등의 사례를 들어 장기요양보호의 개념을 정리해 보면, 약간씩 차이를 보이고는 있지만, 제시하고자 하는 의미는 유사하다는 것을 알 수 있다. 다만, 장기요양보호대상자가 되기 위해서 필요한 일상적인 생활기능의 제한 또는 장애상태기간에 대해서는 독일과 일본의 제도에서 구체적으로 6개월 이상으로 제시하고 있다는 것이다.

2. 장기요양보호(long-term care)서비스의 내용

장기요양보호대상자에게 제공되는 서비스의 내용(범주)은 큰 틀 안에서 보면, 보건의료 및 복지서비스로 요약할 수 있겠는데, 그 내용을 좀 더 세분해 보면, 의사진료에서부터 간호, 재활뿐만 아니라 간병이나 수발이외의 각종 복지상담까지도 포함하고 있다는 것이다.

Binstock(1998)의 개념정의에 의한 서비스의 내용은 정리하면, 보건의료적 서비스내용으로는 ①의사진단, ②급성기 의료서비스, ③지속적인 의료적 감시, ④복합적인 의료상태의 치료, ⑤정신보건서비스, ⑥투약 및 과도한 장애유발성 투약제거, ⑦다차원적 사정평가, ⑧전문적 간호요양, ⑨물리치료, ⑩작업치료, ⑪언어치료, ⑫시각케어, ⑬청각치료, ⑭치과케어, ⑮재택의료지원, ⑯영양상담 등이 있고, 복지서비스내용으로는 ①주간보호서비스, ②단기보호, ③가족 또는 수발자에 대한 교육 및 훈련, ④가족 또는 수발자에 대한 상담, ⑤환자상담, ⑥보장구 서비스(protective services), ⑦가사지원서비스, ⑧신체수발서비스, ⑨쇼핑, ⑩식사배달서비스, ⑪잡심부름서비스, ⑫전화서비스, ⑬대인적 응급상담서비스, ⑭레크리에이션 및 운동, ⑮이송서비스, ⑯특정 복지기기, ⑰가족지지집단, ⑱호스피스, ⑲사체검사,

⑳법률서비스 및 재정상담 등을 열거하고 있다.

OECD에 의한 케어(care)의 내용으로는, ①의사, 간호사 등 의료전문가에 의해 제공되는 보건의료적 서비스(health care), ②정규 간호사에 의해 제공되는 보건의료서비스의 일종인 간호서비스(nursing care), ③개인기능, 가사 유지, 사회활동을 포함하는 정상적인 일상생활수행능력에 대한 지원서비스(social care), ④거주를 기반으로 장기요양보호를 제공하는 병원 이외의 시설서비스를 포함하는 주거서비스(residential care)를 열거하고 있다.

영국의 왕립장기요양보호위원회(Royal Commission on Long Term Care)의 보고서(UK; 1999a)에 의하면, 장기요양서비스의 내용으로 ①재정적 지원(financial support), ②주거지원(housing), ③요리, 청소의 가사지원서비스(domestic support services), ④건강유지서비스(health maintenance services), ⑤질병 및 손상의 치료(treatment of disease and impairment), ⑥세면, 옷 갈아입기와 관련한 대인적 서비스(personal care), ⑦오락 및 여가서비스(recreation and leisure services)를 제시하고 있다.

WHO(2000)에서는 장기요양보호의 중요요소로 다음과 같이 제시하고 있다. 즉, ①지역사회 및 가족생활 참여의 유지, ②하락된 기능을 대신할 수 있는 주거 및 보조적 장치의 활용, ③적합한 전문가에 의한 케어플랜과 지속적인 지도관찰에 필요한 사회적 및 보건의료적 상태의 사정평가, ④위험 감소 및 서비스 질 보증을 통한 장애축소 또는 악화예방 프로그램, ⑤필요시의 시설입소보호, ⑥정신적, 정서적 및 심리적 욕구에 대처할 수 있는 서비스제공, ⑦필요시의 완화케어(palliative care) 및 사망위로 지원, ⑧가족, 친구 및 비공식 수발자 지원, ⑨문화적 차이를 고려한 케어 제공 등이다.

아일랜드의 사회가족부에서는 장기요양보호가 필요한 자에게 제공되는 서비스의 내용으로 ①요리하기, 청소하기, 쇼핑하기 등과 같은 IADL 원조(실천적 도움), ②식사하기, 옷입기, 목욕하기 등과 같은 ADL 원조(대인적 케어), ③발치료, 물리치료, 작업치료 및 언어치료 등과 같은 준의료적

(paramedical) 서비스, ④전문간호케어, GP 치료 등과 같은 의료적 서비스를 제시하고 있다.

끝으로, 미국 국립건강·고령화연구소에 의한 장기요양보호서비스의 내용을 정리하면 그림과 같다. 즉, 시설서비스와 재가 및 지역사회기반서비스로 구분하고 있는 가운데에 보건의료적 서비스와 복지서비스를 총망라하는 형태로 제시하고 있다.

[그림 2-1] 미국 장기요양 서비스의 범위

시설서비스	지역기반서비스 (의료적)	지역기반서비스 (사회적)	기타서비스
- 전문요양시설 - 일반요양시설 - 주립병원 - 주거시설 - 발달장애센터 - 등의 시설 제공 서비스	- 성인주간의료보호 - 재가보건의료보조 - 호스피스 - 재활서비스 - 전문요양서비스 - PT, OT, ST - 진단센터, 예방의료서비스 - 의료기기서비스	- 사례관리 - 재정금전관리 - 정보제공 - 가사지원 - 신체수발 - 집단급식 - 수발가족휴식 - 노인친교 - 주간보호 - 취업지원 - 이송	- 시청각지원 - 치과진료 - 안경처방 - 안과진료 - 의약품처방 - 보철 - 한방의료

자료: National Institute for Health and Aging, US, 2005; 김찬우 외, 2008. 1에서 재인용

궁극적으로 장기요양서비스는 대체적으로 서비스의 성격에 따라 보건의료인력에 의해서 제공되는 보건의료서비스(health care services)와 복지인력에 의한 신체적·가사지원서비스(personal care and domestic support services)로 구분할 수 있고, 서비스가 제공되는 장소를 기준으로 하여 시설서비스(institutional care)와 재가서비스(home and community care)로 구분할 수 있으며, 서비스의 형태를 기준으로 현물(in-kind)서비스와 현금(cash)서비스로 구분할 수 있고, 마지막으로 제공자의 전문성을 기준으로 공식적 서비스

(formal services)와 가족, 이웃, 친구 등에 의한 비공식적 서비스(informal services)로 구분할 수 있다.

첫째, 보건의료서비스와 복지서비스의 구분측면에서 보면, 우선적으로 장기요양보호상태의 개념적 정의부터 살펴보면, 일상생활동작의 장애로 장기적인 간병수발이 필요한 자를 대상으로 하고 있기 때문에 기본적으로 간병수발과 관련한 복지적 및 사회적 서비스가 일차적인 서비스내용이 되겠고, 그 다음으로 장기요양보호대상자가 지니고 있는 질병처치나 의료적 관리에 대한 보건의료서비스에 대한 제공은 어느 부문에서 담당하게 되는가 하는 점이 남는다. 유럽 선진국의 경우에는 장기요양보호상태에 있는 자에게 필요한 모든 보건의료복지서비스가 제공되고 있는데, 다만 보건의료서비스와 복지서비스의 제공주체와 비용부담자가 서로 상이하다는 점이다. 예를 들면 독일의 경우에는 장기요양보험자가 지불하는 급여는 간병수발 및 가사지원서비스에 한정되어 있으나, 일본은 방문간호, 방문재활, 통원재활 등은 보건의료서비스에 해당하지만, 개호보험제도에서 지불하고 있다는 점이 다르다. 그런데, 우리나라의 노인요양보장제도에서는 방문간호서비스에 한해서만 노인요양보장에서 지불하는 것으로 되어 있다. 따라서 방문간호를 제외한 보건의료서비스는 건강보험제도에서 지불하는 것으로 보아야 한다.

둘째, 서비스가 제공되는 장소를 기준으로 해 보면, 장기입소시설, 통원시설 및 재가로 구분할 수 있다. 장기입소시설이라고 한다면, 양로원이든 요양원이든, 또는 장기요양서비스를 제공할 수 있도록 개조된 연립주택이든 간에 모든 복지시설을 의미하고, 그 시설에서 제공되는 서비스를 시설서비스로 보고 있는데, 일본의 경우에는 특별양호노인홈(너싱홈), 노인보건시설 및 요양병장에서 제공되는 서비스를 시설서비스로 보고 있다.

그런데, 선진국의 사례를 검토해 보면, 우리나라와 유사한 요양시설이외에 일반주택에 가까운 의료주택(예: sheltered housing, assisted living house)

에서도 장기요양시설서비스를 받을 수 있는 실정이다. 우리나라의 노인요양보장제도에서는 노인요양시설(노인전문요양시설 포함)과 소규모 그룹홈에서 제공되는 서비스만을 시설서비스로 보고 있다. 여기에서 우리나라에는 의료주택과 같은 시설이 어떠한 형태이든지 간에 개발, 보급되어야 하겠고, 양로시설에서도 적극적으로 장기요양대상자를 보호해 줄 수 있는 환경을 만들어야 하겠다. 그 이유는 우리나라의 양로시설은 과거 요양시설이 법에 규정되기까지 요양이 필요한 노인까지 수용보호하였고, 입소당 시에는 요양이 필요한 상태가 아니었더라도 자연적인 노화로 요양상태에 놓이게 된 노인이 상당수 수용되어 있는 경우가 많다.

그리고, 요양병상에서의 의료적 서비스뿐만 아니라 간병수발서비스도 노인요양보장제도에서 일단 제외하고 있는데, 이는 의료적 서비스비용을 건강보험제도에서 지불한다는 것으로 풀이된다.

한편, 일반주택과 통원시설(ambulatory facility)간 이루어지는 통원서비스(services used outside the home)가 있는데, 통원시설은 낮 동안, 야간 또는 단기간 동안에만 체류하면서 서비스를 제공하는 주간보호센터, 야간보호센터 또는 단기보호센터 등이 있는데, 그러한 통원시설에서 제공되는 서비스에는 송영(transportation)을 포함하여 영양·급식서비스(nutrition, congregate meals), 여가서비스(recreation and socialization), 이외에 재활이나 간호 등 의료서비스도 포함되어 있다.

우리나라의 노인요양보장제도에서 인정하고 있는 통원시설은 주야간보호시설과 단기보호시설에 국한되어 있다. 이러한 주·단기보호시설에서 제공되는 서비스는 간병수발서비스 이외에 간단한 기능훈련이나 간호서비스가 포함되어 있다.

그리고 장기요양대상자의 일반주택에 방문하여 제공되는 서비스(in-home services)가 있는데, 이에는 홈헬프서비스, 방문형의 간호 및 재활서비스가 중심적이다. 이 중에서 홈헬프서비스는 신체수발, 목욕서비스와

가사지원서비스로 나누는 것이 일반적이고, 재활서비스는 물리치료사나 작업치료사의 방문을 통한 재활치료서비스가 일반적이다. 특히, 재활서비스는 신체적 기능의 유지에 필요한 서비스로 선진국에서는 중요하게 다루어지고 있는데, 우리나라에서는 그러하지 못한 점이 있다. 즉, 우리나라의 노인요양보장제도에서 인정하고 있는 방문서비스는 방문요양, 목욕 및 간호서비스에 국한되어 있다.

그런데, 이러한 재가요양지원서비스를 제공하는 기관은 일반적으로 사회복지관이나 장기요양시설에 부속물로 운영되고 있는 것이 보편적이고, 어느 시설에 병설되어 있지 않고 재가서비스만을 제공하는 단독기관은 많지 않은 실정이다.

그러면, 이상과 같은 시설서비스나 재가서비스를 이용하는데 있어서 비용의 부담에 대해 살펴보면, 다음과 같다. 우리나라의 국민기초생활보장수급권노인과 같이 빈곤노인의 경우 이용자의 본인부담이 전혀 없는 실정이고, 그 이상의 소득계층에 대해서는 그 비용의 일정비율을 부담하거나, 소득수준을 감안하여 차등부담하도록 한 경우도 있다.

그리고 세 번째의 분류방법에는 서비스의 형태를 기준으로 한 것으로 현물급여(in-kind benefit)방식과 현금급여(cash benefit)방식이 있다. 이러한 두 가지 방식에 대한 이론적 특성을 보면, 후자의 현금방식은 장기요양서비스욕구의 충족을 금전을 통해서 해결하려는 방식인데, 이러한 서비스를 어떠한 형태로 제공하느냐 하는 것은 기본적으로 욕구의 성격과 종류 또는 인간의 속성에 의해 규정된다고 하겠다. 그런데, 현금방식이 그 효과를 극대화시키기 위해서는 금전의 사용방식에 대해 잘 알고 있는 경우인데, 이 방식의 특징이라고 한다면, 수급자가 금전을 본인의 의지나 재량으로 처분할 수 있다는 것을 전제로 하고 있기 때문에 대상자의 자유를 확보할 수 있겠지만, 지급된 현금으로 욕구충족에 필요한 재화를 구입하지 않고 다른 용도로 유용할 가능성이 있다는 단점도 있다. 이를 장기요양서비스에

관련지어 말하면, 현금서비스방식은 장기요양대상자 본인에게, 또는 가족에게 지급하고, 그 비용으로 장기요양서비스의 공급자로부터 서비스를 구입하게 하는 방식이다. 이러한 경우에는 가족 수발자가 서비스를 구입하지 않고, 수발서비스의 대가로 인정하여 수발자가 가지는 경우가 있다.

이와는 반대로 현물방식은 해당하는 서비스요구 충족에 필요한 서비스가 제공되기 때문에 다른 형태의 서비스가 제공될 우려가 없겠지만, 이미 정해진 서비스 이외의 욕구에 대해서는 임의적으로 제공받을 수 없다는 단점이 있다. 그러나 이 방식이 필요한 것은 욕구충족에 필요한 서비스나 재화를 자유롭게 구입할 수 없는 경우나 현금을 받아도 자유롭게 사용할 수 있는 능력을 지니지 못한 아동이거나 치매노인과 같이 인지적 장애를 지닌 자일 경우가 되겠다.

결국, 전자의 현금방식에서는 필요한 양의 자금을 확보하는 것이 필요하겠고, 후자의 현물방식에서는 현물을 제공할 수 있는 필요한 양만큼의 시설이나 인력의 인프라구축, 그리고 인프라에의 접근성이 확보되어 있어야 할 것이다. 따라서 현금 또는 현금서비스방식 중에서 어느 방식을 택할 것인가 하는 것은 인프라의 확보 및 접근도, 이용자(대상자)의 서비스 정보나, 인지 기능적 상태 등에 좌우될 것으로 보인다.

한편, 장기요양대상자 본인의 입장에서 보면, 현물의 형태로 서비스를 제공받거나, 현금을 받아서 현물의 서비스를 구입하여 제공받는 것이나 모두 동일하겠지만, 장기요양대상자를 간병 수발하는 가족의 입장에서는 어떠한 형태의 서비스가 제공되느냐에 따라서 이해관계가 크게 발생할 수 있는 것이 현실이다. 선진국의 경험을 보면, 현금급여제도가 없어서 가족이 가정 내 간병수발을 포기하여 장기요양시설이나 병원에 입소시키는 도덕적 위해(moral hazard)가 크게 발생하여 장기요양비용 지출의 폭등이 나타나기도 하였다. 이러한 문제점을 감안하여 세계 최초로 장기요양보험제도를 도입하여 현물급여만을 실시해온 네덜란드는 최근에 현금급여제도를

도입하였고(De Boer, eds., 2006), 독일은 처음부터 네덜란드의 경험을 인식하여 현금급여방식을 가미시키고 있으며, 최근 2000년도부터 개호보험을 도입한 일본은 현금급여제도가 마련되어 있지 못하여 가족의 시설입소 조치경향이 나타나고 있는 것으로 지적되고 있다(増田, 2003, 2004).

그런데, 분명한 것은 현금급여가 현물급여를 대체하는 것이 아니라 보완적인 성격에서 제공된다는 것이다. 따라서 현금은 가족 수발자가 제공하는 간병수발에 대한 노동보수(임금)가 아니라 간병수발의 동기부여나 물질적인 보상의 차원에서 지급되는 것으로 고려되고 있다. 여기에서 현금급여방식이 지니고 있는 문제는 대상자에게 서비스가 제대로 제공되었느냐 하는 서비스의 질 확보 문제이다. 우리나라의 노인요양보장제도에서는 일본과 같이 현물급여만을 원칙으로 하되, 특별한 경우에 한하여 제한적으로 현금을 지급하고 있다. 참고로 일본에서는 공적개호보험제도에서는 현금급여를 실시하고 있지는 않지만, 각 시정촌의 재량에 의해 제공되는 개호위로금 또는 개호수당이 개호보험제도에서의 특별급여의 일환으로 지급되고 있는데, 일부 시정촌의 사례를 정리하면 <표 2-1>과 같다.

마지막으로 공식적 서비스(formal service)와 비공식적 서비스(informal service)가 있다. 여기에서 비공식적 서비스라고 함은 무급의 가족, 친구나 이웃에 의한 서비스를 말하는 경우가 기본인데, 때때로 이러한 비공식서비스의 이용가능성 정도가 장기생활시설 이외의 비시설적 장소에서 장기요양서비스욕구가 해결될 수 있는지를 좌우하는데 크게 작용하고 있고, 시설입소를 사전적으로 방지하는 데에도 큰 역할을 지니고 있다는 것이다.

<표 2-1> 시정촌의 개호수당 지급사례

지역	급여명	대상자	지급액
佐野市	재택개호자 개호수당	- 와상, 치매성고령자와 동거하면서 6개월이상 개호하는 경우	월 10,000엔
카와베町	재택 개호수당	- 요개호도 3등급이상을 인정받은 자를 개호하는 자	월 8,000엔

〈표 2-1〉 시정촌의 개호수당 지급사례(계속)

지역	급여명	대상자	지급액
모카市	개호수당 개호수당	- 6개월 이상 외상상태인 자, - 치매상태가 6개월 이상인 자 - 1, 2 등급의 신체장애자로 양상지, 양하지, 체간기능, 시각 중에 어느 한 개라도 현격한 장애로 단독행위가 불가능한 자 - 아동상담소에서 정신박약정도가 중증으로 판정된 자 등을 동거 하면서 개호하는 자	월 8,000엔
		- 재택에서 6개월이상 외상노인을 개호하는 자 - 재택에서 6개월이상 치매증 노인을 개호하는 자 - 재택에서 6개월이상 중증장애자를 개호하는 자	월 5,000엔
코타町	재택 개호수당	- 65세 이상으로 요개호도 3이상인 요개호자를 개호하는 동거가족	월 5,000엔
	가족 개호수당 (가족개호 위로금)	- 65세 이상으로 요개호도 4이상인 요개호자를 개호하는 주민세 비과세 세대로 지난 1년간 개호보험서비스를 이용하지 않은 동거가족	연간 10만엔
후지사와市	개호수당	- 65세 이상의 외상노인 또는 인지 증고령자를 개호하는 자 ○ 자립보행이 어려워 외상상태가 많고 일상생활에 항상개호가 필요한 상태가 6개월 이상 지속되는 경우 ○ 일상생활에 개호가 필요하고 의사가 치매성고령자로 판정한 경우	월 7,000엔
마츠모토市	고령자개호 수당	- 65세 이상의 중도 요개호고령자로 1년이상 요개호도 2 (중도 인지증), 3, 4, 5로 인정받은 요개호고령자를 상시 동거하여 개호하는 개호자에게 요개호도에 따라 지급 ○ 입원 등으로 재택개호가 중단된 경우라도 연간 180일 이상 개호한 경우에는 12개월지급	요개호도 2: 연 10만엔 요개호도 3: 연 10만엔 요개호도 4: 연 18만엔 요개호도 5: 연 20만엔

자료: 각 일본 지자체(시정촌) 인터넷 홈페이지에서 발취, 정리

만약, 장기요양서비스정책을 재가서비스에 무게중심을 둔다고 한다면, 이를 지원해 줄 수 있는 시설의 확대와 더불어 간병인, 가정간호사 등 방문

서비스인력의 확보가 뒤따라야 할 것이다. 이와 같은 전문적인 보건복지 인력(공식적 서비스제공자)이 필요한 것도 사실이지만, 장기요양정책에서는 가족 수발자나, 친척·친구·이웃 등과 같은 비공식적 수발자(informal care-giver)의 역할도 매우 중요하게 다루어지고 있음을 알 수 있겠다. 물론 비공식적 수발자가 전문적인 보건의료서비스를 제공할 수 없겠지만, 옷 입기, 목욕시켜주기, 몸단장하기, 식사 도와주기 등과 같은 신체적 수발(personal care, self-care)서비스는 교육훈련을 통하여 충분히 제공해 줄 수 있다는 것이다.

그런데, 비공식 인적자원에 대한 문제 중에서 큰 것은 서비스제공에 따른 탈진이나, 질병, 부상, 사고, 심리적 스트레스 등이 발생한다는 것인데, 특히, 대상자의 장애정도나 질환의 중증도가 심하게 진행되어 감에 따라 심리적인 스트레스가 가중된다는 것이므로, 이를 완화 내지는 경감시켜주기 위해서는 보완적인 사회적 제도가 뒷받침되어야 할 것이다.

또한, 비공식적 서비스를 활성화시키기 위해서 독일이나 스웨덴, 호주, 영국 등에서는 재가요양서비스를 선택한 가정에서 대해서는 수발자수당(carer's allowance) 등의 명칭으로 현금급여서비스를 지급할 수 있도록 하고 있는 실정이다¹⁵⁾.

어쨌든 간에, 장기요양서비스에는 직업적인 전문인력(의사, 간호사, 재활치료사, 사회복지사, 직업간병인, 가정봉사원 등)에 의한 공식적 서비스(formal care)와 비전문적이고 직업인이 아닌 인력(가족, 친척, 친구, 이웃 등)에 의한 비공식적 서비스(informal care)로 구성되어 있는데, 비공식서비스가 공식적 서비스만에 의존할 때보다도 대상자의 서비스욕구를 더욱 유연하고, 믿을 수 있고, 인간적일 수 있고, 공식적 서비스와 결합될 때에는 그 효과는 극대화될 수 있다는 지적도 있기 때문에, 이러한 양대 서비스의 적절한 조화가 비용 효율적이고 효과적인 장기요양보장제도를 구축할

15) 보다 구체적인 것은 제3절을 참조하기 바람.

수 있는 지름길이라 생각한다. 즉, 방문간호나 방문간병수발과 같은 공식적 서비스를 통하여 가정에서 생활을 유지하기 위해서는 정기적이고 지속적으로 제공되지 않으면 안된다는 선진국의 경험을 비추어 볼 때 비공식적 서비스의 충분한 제공이 장기요양보장정책의 수립 시 중요하게 고려되어야 할 것이다.

종합적으로 고려해 보면, 장기요양서비스를 시설서비스와 재가서비스로 구분하여 볼 때, 시설서비스는 그 성격상 현물급여의 형태로만 제공되는 것이 일반적인데, 재가서비스의 경우에는 전문인과 가족과 같은 비공식적 인력에 의한 서비스가 혼재되어 있고, 더구나 가족 수발자에 의한 서비스가 중심이 되고 있기 때문에 현금형태의 급여방식을 가미시켜 현물과 현금의 혼합방식으로 운영하는 것이 필요하겠다.

제2절 장기요양서비스의 전달체계

장기요양서비스는 사업자 또는 공급자에 의해서 생산되어 최종적으로 이용자(소비자)에게 전달된다. 여기에서 사업자(공급자)는 서비스를 생산하여 제공하는 장기요양시설 및 종사자를 포함하고 중간에서 서비스를 모니터링하고 관리하는 정부나 보험자도 포함된다. 이러한 장기요양서비스가 이용자(소비자)에게 전달되기 위해서는 기본적으로 갖추어야 할 절차가 있는데, 첫째, 장기요양서비스 수급대상자를 사전적으로 어떻게 선정하는가, 둘째, 서비스수급대상자로 선정된 자에게 서비스를 효과적 이용하도록 하기 위해서 어떠한 방식으로 지원하는가, 셋째, 장기요양서비스 수급대상자에게 어떠한 급여형태로 제공하는가 하는 것을 결정하여야 할 것이다.

1. 장기요양서비스 수급대상자의 선정방식

장기요양서비스 수급대상자를 선정하는 방식에는 일반적으로 선정도구가 필요하고, 누가 어떠한 절차를 밟아서 최종적으로 장기요양등급이나 서비스량을 결정하는가가 포함되어 있다. 먼저, 첫째, 선정도구는 사전적으로 구조화된 방문조사표를 사용하는 것이 일반적이고 조사표에 포함되어 있는 항목은 국가마다 상이한데, 크게 나누어서 (1)기본적 일상생활동작(ADL)과 도구적 일상생활동작(IADL) 관련 항목만을 포함하는 경우, (2)이에 치매관련 문제행동 관련 항목을 추가하는 경우, 그리고 (3)보건의료 욕구 관련 항목까지 고려하는 경우로 분류할 수 있다. 둘째, 선정절차는 일회의 방문조사로 등급을 결정하는 경우와 2회의 걸친 등급인정체계를 갖춘 경우로 나눌 수 있다. 셋째, 선정주체는 전문가 개개인의 책임 하에 등급을 결정하는 경우와 관계 전문가들이 모인 팀에서 등급을 결정하는 경우로 나눌 수 있다.

먼저, 장기요양대상자를 선정하는 방법에 대해서 검토해 보면 다음과 같다. 대체적으로 사회보험방식의 국가들에서는 급여대상자를 선정하기 위해서 명백하고 객관적인 선정도구를 활용하지만¹⁶⁾, 그와는 달리 조세방식의 국가들에서는 전문가의 판단에 맡겨두는 경향이 있는데, 이는 확보된 예산범위 내에서 급여를 제공해주어야 하기 때문에 대략적인 급여기준은 있지만, 구체적이고 자세한 도구는 없는 실정이다.

독일 수발보험에서 대상자(장기요양 의존상태 자)를 선정하기 위해 고려하고 있는 항목은 일상적이고 규칙적으로 반복되는 생활상의 활동과 관련된 것으로 총 21개 항목이고, 이 중에서 15개 항목이 기본적 신체수발, 6개 항목이 가사지원에 대한 것이다. 이와 같은 항목 중에서 수발등급을

16) 그런데, 네덜란드의 경우에는 사회보험방식의 국가임에도 불구하고 특정한 평가도구가 없이 오히려 전문가팀(간호사, 사회복지사, 기타 전문직 등)이 장애수준, 주거환경, 비공식수발자의 이용가능성 등을 참고로 하여 주관적인 평가를 실시하고 있음.

결정하는데 이용되는 요소는 기본적 신체수발항목¹⁷⁾이고 가사지원항목은 고려는 하되 결정적으로 영향을 미치지 못하는데, 이는 모든 등급해당자는 가사지원을 받을 필요성이 있다는 것을 전제로 하고 있기 때문이다. 예를 들면, 수발등급이 1등급이 되기 위해서는 1일 평균 최저 90분~3시간 미만이 필요하지만, 이 중에서 기본적 신체수발 소요시간이 반드시 45분을 초과하여야 한다는 것이다. 따라서 가사지원 소요시간이 50분이 필요하다면 수발등급을 받지 못한다는 의미이다¹⁸⁾.

〈표 2-2〉 독일 수발보험대상자 선정항목

구분	내용	
기본적 신체수 발	개인위생	①세정, ②샤워, ③목욕, ④양치질, ⑤이발, ⑥면도, ⑦화장실사용
	음식섭취	①음식물 짧게 자르기, ②섭취 가능하도록 하기
	이동	①기상/취침, ②옷 갈아입기, ③일어서기, ④보행, ⑤계단 오르내리기, ⑥집밖 출입
가사 지원	①물건사기, ②식사준비, ③방청소, ④설거지, ⑤세탁, ⑥난방	

룩셈부르크는 독일과 유사하게 개인위생, 음식섭취 및 이동 이외에 가사 원조와 기타지원 중, 한개 또는 2개 이상의 영역에서 1주일에 최저 3시간 반 이상의 지원 및 수발을 필요로 하는 상태에 있는 자를 의존상태에 있는 자로 판정하며, 수발소요시간은 그들이 서비스필요량을 기준으로 결정된다.

17) 즉, 개인위생, 음식섭취 및 이동관련 항목의 내용, 빈도 및 소요시간을 기준으로 등급을 결정함.

18) 참고적으로 수발등급 2에서는 1일평균 3~5시간미만 중에서 신체적 수발시간이 2시간 이상이어야 하고, 수발등급 3에서는 1일평균 5시간이상 중에서 신체적 수발시간이 4시간이상이어야 함.

〈표 2-3〉 국가 간 수발보험대상자 선정항목

내용	독일	룩셈부르크	일본
1. 개인위생			
○ 몸청결	○ 세정	○ 세정	○ 욕창유무
○ 목욕	○ 샤워 ○ 목욕	-	○ 욕조출입 ○ 몸씻기
○ 머리감기	-		○ 머리손질
○ 세수하기	-		○ 세수하기
○ 양치질	○ 양치질	○ 양치질	○ 구강청결
○ 몸단장	○ 이발 ○ 면도	○ 피부손질	○ 한팔 가슴에 들기 ○ 손발톱깎기
○ 화장실 사용	○ 화장실사용	○ 배설	○ 대소변 조절
○ 대변조절	-		○ 배뇨처리
○ 소변조절	-		○ 배변처리
2. 음식섭취			
○ 식사하기	○ 음식물 잘게 자르기 ○ 먹기 좋게 하기	○ 먹기 좋게 음식물조리 ○ 영양섭취	○ 연하기능 ○ 식사섭취
○ 음료수마시기	-		
3. 이동			
○ 일어나 앉기	○ 기상/취침	○ 기상/취침	○ 일어나 앉기(I)
○ 체위변경	-		○ 체위변경
○ 옮겨앉기	-		○ 일어나 앉기(II)
○ 일어서기	○ 일어서기	○ 적절한 자세취하기	○ 일어서기
○ 방밖으로 나오기	○ 집밖 출입 ○ 보행	○ 집밖 출입 ○ 전진이동	○ 걷기(보행) ○ 옮겨타기
○ 옷 갈아입기	○ 옷 갈아입기	○ 옷 갈아입기	○ 옷갈아입기 ○ 앉은 자세에서 일어나기
	○ 계단 오르내리기	○ 계단 오르내리기	○ 한발서기

〈표 2-3〉 국가 간 수발보험대상자 선정항목(계속)

내용	독일	룩셈부르크	일본
4. 인지기능영역			
○ 단기기억장애	-	-	○ 생년월일 등
○ 시간지각력 장애	-	-	○ 면접직전 한 일
○ 장소지각력 장애	-	-	○ 자기이름
○ 장기기억 장애	-	-	○ 장소말하기
○ 이해능력 장애	-	-	○ 계절대기
○ 상황판단력 장애	-	-	○ 하루일과 이해
○ 의사소통 전달장애	-	-	
5. 행동변화(문제행동)			
○ 망상	-	-	○ 피해망상
○ 환각, 환청	-	-	○ 환각, 환청
○ 우울	-	-	○ 거짓말하기
○ 불면증	-	-	○ 주야간 역전
○ 도움저항	-	-	○ 조인, 개호 저항
○ 심리적 불안정	-	-	○ 정서 불안정
○ 길 잃음	-	-	○ 외출후 귀가불안
○ 위협적 행동	-	-	○ 폭언, 폭행
○ 외출충동	-	-	○ 항상 지켜보기
○ 물건 망가트리기	-	-	○ 물건부수기
○ 부적절한 행동	-	-	○ 감정불안정
○ 돈/물건 숨기기	-	-	○ 말 반복
○ 부적절한 옷입기	-	-	○ 큰소리 내기
○ 불결행동	-	-	○ 불결행위
			○ 불처리 미숙
			○ 배회
			○ 물건모으기
			○ 이물질 먹기
			○ 성적행동

〈표 2-3〉 국가 간 수발보험대상자 선정항목(계속)

내용	독일	룩셈부르크	일본
6. 간호처치욕구			
○ 기관지질환 간호	-	-	○ 기관절개 처치
○ 흡인	-	-	○ 중심정맥영양
○ 산소요법	-	-	○ 산소요법
○ 욕창간호	-	-	○ 욕창처치
○ 경관영양	-	-	○ 경관영양
○ 암성통증간호	-	-	○ 통증간호
○ 도뇨관리	-	-	○ 카테타 처치
○ 장루간호	-	-	○ 인공항문 처치
○ 투석간호	-	-	○ 투석
			○ 모니터측정
			○ 인공호흡기
			○ 점적관리
7. 재활욕구			
○ 마비(좌우측상지)	-	-	○ 마비(6개 항목)
○ 마비(좌우측상지)	-	-	○ 관절동범위 제한
○ 관절제한(어깨, 팔꿈치, 손목/수지)	-	-	(7개 항목)
○ 관절 무릎, 발목	-	-	-
8. 기타			
	○ 물건사기		○ 거실청소
	○ 식사준비		○ 약복용
	○ 방청소		○ 금전관리
	○ 설거지		○ 건망증
	○ 세탁하기		○ 주위 무관심
	○ 난방		○ 시력, 청력
			○ 의사전달
			○ 개호지시 반응

일본의 경우에는 장기요양대상자를 선정하는데 필요한 조사항목으로는 총 74개가 있는데, 이중에서 마비 및 구축에 관한 항목으로 2개(총 13개 구분), 신체기능관련 항목으로 28개, 도구적 일상생활기능관련 항목으로 3개, 시청력관련 항목으로 2개, 인지기능관련 항목으로 6개, 행동대처관련 항목으로 19개, 의료적 처치관련 항목으로 12개, 그리고 기타 4개로 구성되어 있다¹⁹⁾. 특히, 일본의 대상자 선정도구를 보면, 독일이나 룩셈부르크와 달리 인지기능이나 정신장애 등에 따른 행동변화상태를 조사하는 항목이 포함되어 있어서 치매노인에 대한 사회적 배려가 제공되고 있다는 점, 간호행위나 재활처치관련의 항목도 포함하고 있어서 일본의 선정도구는 일상생활상의 기능 지원이라기보다는 의료적 욕구에 대한 대처도 아울러 포함하고 있다는 특징이 있다.

이상과 같이 선정도구에 대해서는 사회보험방식의 장기요양서비스재원 조달 국가들에게서는 공통적으로 일상생활동작(activities of daily living)의 기능상태를 측정하는 항목을 기본적으로 포함하고 있는데, 이는 장기요양보장제도가 어디까지나 의료적 욕구보다는 일상생활기능의 보조적 지원욕구에 대처하기 위해서 구축된 제도라는 것에 일치한다고 볼 수 있다. 다만, 특이하게 일본의 경우에만 의료보험제도의 급여사유로 볼 수 있는 간호 및 재활과 관련한 의료적 행위에 대한 필요상태를 조사하고 있어서 장기요양보장제도의 기본적인 이념에서 벗어나 있는 것으로 보여진다.

두 번째로 장기요양대상자를 선정하는 절차에 선정도구 이외의 요소들을 검토해 보면 다음과 같다. 장기요양의존상태를 결정할 때 고려하고 있는 것이 그러한 상태의 기간이다. 다시 말하면, 장기요양필요상태가 교통사고와 같이 일시적인 현상으로 발생되어 일정시간이 지나면 정상적인 상태로 되돌아 갈 수 있는 경우라면 장기요양서비스의 대상자에 포함되지

19) 이외에도 요개호인정조사에는 장애노인 및 치매성노인에 대한 일상생활자립도, 특기 사항 등을 별도로 조사하는 것으로 되어 있음.

못한다는 것이다. 그래서 독일, 일본, 룩셈부르크 등 국가들에서는 그 상태의 기간을 6개월 이상으로 상정하고 있는데, 만약에 6개월 미만의 의존 상태가 예견될 경우에는 서비스수급대상자로 선정되지 않는 것으로 되어 있다. 따라서 장기요양인정대상자로 선정될 때에는 거의 회복 불가능한 상태에 놓여 있는 자만이 해당되기 때문에 장기요양인정대상자로 선정된 자가 의존상태가 회복되는 경우는 당초부터 대상자로 잘못 선정되었다는 것을 의미한다고 볼 수 있다.

급여대상자를 선정할 때, 비공식 수발의 대체를 막기 위해서 장애조건에 가족 수발자의 이용가능성을 고려하는 경우가 있다. 즉, 장애수준이 높지만, 가족과 동거하는 경우에는 부분적으로 서비스를 요구할 수도 있고, 독거자인 경우에는 비록 장애정도가 낮더라도 도움을 필요로 할 수 있다는 것이다. 그러나 이러한 체계에서는 재정압박이 가족수발자의 부담증가로 전가될 가능성이 있다²⁰⁾.

전술한 바와 같이 장기요양서비스를 공급하기 위해서는 일차적으로 그 필요상태를 입증받아야 하는 절차가 필요하다. 즉, 장기요양대상자 선정도구가 마련되어 있으면, 이를 누가 어떻게 취급하고 장기요양필요상태의 정도를 어떻게 결정하느냐 하는 것이다. 여기에서 선진국가들의 사례를 검토해 보면 다음과 같다. 독일의 경우에는 선정도구를 가지고 방문조사가 장기요양신청자의 거주장소에 방문하여 상태를 측정하는 것으로 되어 있고, 문제가 발생하는 대상자에 한하여 재방문을 통한 재심사를 수행하는 것으로 되어 있다. 이 때 의학적 관점뿐만 아니라 재택에서의 장기요양상태, 서비스공급 상태 및 수발자의 사회적 환경도 동시에 파악하는 것으로 되어 있다²¹⁾. 룩셈부르크의 경우, 장기요양상태의 판정을 위해서

20) 예를 들면, 스웨덴은 대부분의 지자체들이 남편을 케어하는 여성노인에게는 지원하지 않고 있음.

21) 특히, 상황을 종합적으로 파악하되, 어떤 간병활동에서 특히 부담이 큰 지를 보고, 재활 조치에 따라 수발자의 부담경감이 가능한지를 고려하면서 조사하는 것으로 되어 있음.

일차판정(기본판정)과 추가판정으로 구분되어 있다. 일차판정은 기능상태의 판정을 위해 활용되는 설문조사표와 필요한 급여내용을 파악하기 위해 활용되는 급여표를 기준으로 실시하고 있다. 추가판정은 보완적인 조치로 의학적 심사, 심리학적 심사, 복지용구 및 기타 용구에 관한 기술적 심사, 주거개조와 관련한 기술적 심사 등에 대한 내용을 파악하는 것으로 이는 반드시 거쳐야 하는 단계가 아니고 필요한 경우에 한하여 시행되고 있다는 것이다. 이는 장기요양대상자가 아동 및 일반 장애인도 포함될 수 있기 때문에 일반노인에게서 발생되지 않는 요소들을 고려하기 위해서 필요한 것으로 보인다. 그리고 일본의 경우는 방문조사원에 의한 일차방문조사를 수행한 후 기계적인 프로그램에 의해 장기요양필요상태를 가판정, 구분하고 나서 2차적으로 장기요양인정심사회에서 의사소견서 등을 고려하여 최종적으로 판정, 장기요양상태를 확정하는 것으로 되어 있다.

결국, 일본을 제외한 독일과 룩셈부르크는 1회의 방문조사로 장기요양 필요상태를 판정하고, 필요한 경우에 한하여 추가방문조사 또는 재심사를 거치는 것으로 되어 있다. 이들 국가들의 선정절차와 관련된 과제는 방문조사자간의 편차 축소, 지역 간 인정율의 편차 축소, 최종 판정소요기간의 단축, 객관적인 인정기준의 확보 등으로 거론되고 있다(和田(編), 2007).

여기에서 장기요양필요상태의 정도를 국가마다 다르게 정하고 있는데, 독일과 룩셈부르크는 3개 등급, 일본은 7개 등급으로 구분하고 있다. 한편, 사회보험방식은 아니지만, 오스트리아의 사례를 보면 장기요양수당급여의 필요도를 측정하기 위해서 요개호상태의 정도를 7단계별로 구분하고, 그 기준은 장기요양에 필요하다고 인정되는 수발 및 원조의 내용과 그에 필요한 1개월간의 평균시간으로 되어 있다(단, 간호재활서비스는 제외).

그리고 장기요양대상자를 선정하는 주체에 대해서 살펴보면 다음과 같다. 장기요양필요상태를 결정하는 주체는 국가마다 차이가 있다. 독일의 장기요양대상자의 등급결정은 주정부차원의 질병보험 메디칼서비스(MDK)

에 소속된 전문의사, 수발전문직 직원이 담당하고 있고, 연방정부차원에서 는 질병보험 메디칼서비스중앙본부(MDS)가 담당하고 있는데, 중앙본부에 서는 주정부차원의 메디칼서비스를 지원하고, 지속적인 품질보증지침에 따라 통일성있는 심사가 이루어지도록 서비스질의 심사를 보증하는 역할 을 지니고 있다²²⁾. 룩셈부르크의 경우, 기본판정은 간호사, 정신의학간호 사, 심리학자, 운동요법사, 치료제조지도사, 사회복지사들이 수행하는 것으 로 되어 있는데, 일단 담당의의 의학적보고서와 신청서가 수발보험급여평 가지도실로 전달되면, 동 지도실에 소속된 의사가 의학적 소견을 검토하 고, 간호사가 방문조사결과를 바탕으로 급여수준을 결정하게 되어 있다. 그리고 일본의 장기요양대상자를 선정하는 주체는 일차방문자와 최종등급 결정자가 구분되어 있다. 전자는 케어매니저라고 하는 별도의 전문가가 수행하고, 최종적으로 장기요양인정심사회에서 의사, 간호사, 사회복지사 등의 위원들 간의 협의로 장기요양상태가 결정된다.

〈표 2-4〉 주요 OECD국가의 장기요양필요상태에 대한 방문조사자 유형

국가	수급자격 평가자	평가항목
오스트리아	의사가 단독적으로 수행	ADL, IADL
이스라엘	간호사가 단독적으로 수행	ADL, 일정한 보호욕구의 필요성
독일	의사 또는 간호사가 수행	ADL
일본	별도의 전문직종이 수행	ADL, IADL, 인지상태, 문제행 동, 간호재활욕구 등
네덜란드	다직종의 전문가 팀이 수행	건강문제, 기능장애상태

자료: WHO, *Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*, 2000

22) 다시 말하면, 중앙본부(MDS)는 주정부차원의 질병보험 메디칼서비스가 수행하는 방문 요양서비스 및 시설요양서비스의 품질검사에 대한 지도를 실시하고 있음. MDS는 지 난 2003년 7월에 고령자의 식사 및 수분공급에 대한 지침, 2004년 11월에 방문요양 및 시설요양에 대한 질 보고서를 발표한 바 있음.

2. 장기요양서비스 수급대상자의 서비스이용지원방식

장기요양보장에서 서비스의 이용은 케어매니지먼트라는 일련의 과정을 통해서 지원되고 있는데, 그러한 장기요양서비스이용을 지원하는 방식에는 장기요양인정기관(보험자)에 종사하는 직원이 케어플랜을 작성하여 제공하는 경우와 장기요양서비스기관의 종사자나 제3자가 케어플랜을 작성하여 제공하는 경우로 나눌 수 있다. 이를 기준으로 장기요양인정기관(보험자)이나 장기요양서비스기관의 종사자가 작성하는 경우를 일반 케어플랜작성방식, 제3자의 전문직에 의해 작성되는 경우를 전문 케어플랜작성방식이라고 부를 수 있다. 여기에서 케어매니지먼트는 장기요양서비스의 이용이 적절하고 효과적으로 이용되도록 지원하는 방식이고, 이러한 케어매니지먼트의 기초가 되는 것이 장기요양인정절차라고 볼 수 있는데, 케어매니저는 장기요양인정조사를 통해서 파악된 이용자의 심신의 상태나 욕구수준을 고려하여 케어플랜을 작성, 제시하고 서비스이용의 실태 및 조정까지도 담당하는 것으로 볼 수 있다.

여기에서 케어매니지먼트모형에 대해서 정리하면 다음과 같다.

첫째, 집중관리모형(intensive case management model)은 노인의 욕구에 적합한 서비스를 다양한 시간과 장소에서 제공하여 맞춤형 서비스를 제공하는 것을 목표로 한다. 집중사례관리는 복합적이고 심각한 욕구를 지닌 고위험집단 노인을 대상으로 한다. 사례관리자는 주로 자원연계자로서의 역할을 담당하며, 자신의 인생이 어떻게 개선되기를 희망하는가에 대한 노인의 시각에 초점을 둔다. 노인이 문제를 명료화하도록 돕고, 개입계획을 세우며, 지지체계를 정비하고, 서비스 제공을 점검하며, 결과와 평가의 과업을 수행한다. 집중사례관리 모델은 사회복지사와 지역간호사 사이의 긴밀한 협업을 바탕으로 이루어진다는 특징을 갖는다(Carrier, 2002).

둘째, 공유된 핵심과제모형(the shared core tasks model)에서는 사례관리

의 단계별 과업이 두 사람 이상에 의해 수행된다. 따라서 공유된 핵심과제 모델은 사정, 개별화된 사례계획의 수립, 계획의 실행 및, 정기적 모니터링 등 분리된 과업이 담당자에 의해 적절히 수행되고 있는가를 확인하는 조직적 절차가 존재한다. 공유된 핵심과제 모델은 1990년대 초기 영국의 여러 지방자치단체에 의해 적용된 사례관리 모델로, 사례관리의 각 과업마다 사회서비스국 직원의 개입이 일관성 있게 이루어지지 않는다는 특징을 갖는다(Bank, 2004). 집중사례관리는 복합적인 욕구를 가진 노인마다 담당 사례관리자를 지정하는 반면 공유된 핵심과제 모델은 사정, 계획수립, 계획실행 등 개별과업마다 담당자가 있고 이들 담당자는 모든 서비스 이용자를 대상으로 과업을 수행하며 각 과제의 단계별 진행을 효과적으로 통제하는 조직적 절차가 존재한다(Challis, 1999).

셋째, 연대기관모형(the joint agency model)은 다학제적 사례관리팀에 의해 수행된다. 다학제적 사례관리팀에 소속된 구성원들은 서로 다른 기관으로부터 추출된다. 사례관리팀 구성원중의 한 사람이 노인의 주 사례관리자 역할을 수행한다(Bank, 2004). 다학제적 서비스에 대한 접근성이 뛰어나다는 장점이 있으나 주 사례관리자는 사례관리자로서의 역할과 전문적 서비스를 전달하는 역할 사이에서 균형을 잡기가 어렵다는 단점이 있다(Bank, 2004).

넷째, 독립적 중개모형(the independent brokerage model)에서의 사례관리자는 독립된 기관에 고용되어 있다. 사례관리자는 노인과 가족의 옹호자로서 강력한 힘을 갖지만 서비스 체계 내에서의 결정권은 약하다. 이들의 역할은 주로 서비스 연계 및 정보 제공으로 제한되어 있다(Bank, 2004).

다섯째, 사례관리기관모형(the case management agency model)은 사회보장기구에서 자주 사용되는 모델로, 사례관리기관은 대상자의 보호계획을 포함한 일체의 서비스를 서비스 제공자와 계약한다. 기관은 서비스 제공자와의 선택적 계약을 통해 보호비용을 조절한다(Bank, 2004).

한편, 독일에서는 전문적인 케어플랜전문가가 있는 것이 아니고, 주정부 차원의 질병보험메디칼서비스(MDK)에서 방문조사에 의한 장기요양등급을 결정함과 아울러 케어플랜까지도 작성하는 것으로 되어 있는데, 이에 는 기본적 신체수발 및 가사지원에 대한 필요한 원조, 보조구, 기술적 원조정보, 재활조치의 가능성, 영양상태의 향후 추이예측, 재조사의 필요성 등이 포함되고 있다. 이와 같이 독일에서는 전문적인 케어플랜작성자가 없는데, 그 이유를 제도의 특성에서 찾아볼 수 있다. 즉, 독일의 보험급여의 형태는 현물급여와 현금급여로 나누어지고 있지만, 실제로 보험급여 수급자는 현금 또는 현물과 현금의 혼합급여를 선호하고 있어서 7~80%의 수급자는 어떠한 형식이든지 간에 현금을 수급하고 있기 때문에 전문적인 케어플랜작성자가 존재할 필요성이 적다는 것이다.

일본의 경우에는 장기요양서비스의 지원은 케어매니저(개호지원전문원)에 의해 제공되고 있는데, 그 역할을 보면 요개호인정 신청 대행, 요개호인정의 방문조사 등 요개호인정과 관련된 업무이외에, 이용과제분석(assessment), 서비스담당자회의, 케어플랜 작성, 서비스의 조정 및 중재, 서비스 모니터링 및 평가, 개호서비스계획의 수정보완 등으로 제시하고 있다. 이러한 케어매니지먼트체계를 도입한 것은 일본제도의 특징이 현물급여만을 제공하고 있고, 그 내용도 세부적이고 다양하기 때문에 이용자로써는 자신 스스로가 적절하고 합당한 서비스를 선택하는 것이 쉽지 않다는 점을 감안한 것으로 보인다. 다만, 일본의 케어매니지먼트체계의 한계성이 케어매니저의 업무를 장기요양서비스의 일종으로 그 비용을 보험급여로 인정하고 있고, 거의 대부분이 장기요양시설 내 배치되어 있기 때문에 케어플랜의 작성에 있어서 왜곡이 나타나고 있다.

원래, 케어매니지먼트(care management)는 일정한 지역단위 내에서 이루어지는 케어전달차원(care delivery level)으로 정의²³⁾하고 있기도 한데, 클

23) 여기에서 case management는 기능유지를 위한 케어기관들 간의 케어조정으로 보고 있

라이언트 수준에서 고려되는 모든 케어체계의 조직 및 관리로 언급하고 있다. 따라서 케어매니지먼트의 효과성을 제고시키기 위해서는 서비스를 제공하는 기관들의 정보뿐만 아니라 특정지역에서 이용가능한 모든 형태의 서비스내용에 대한 정보가 공개되어야 할 것이다.

3. 장기요양서비스급여의 지급방식

공적 장기요양프로그램은 재가서비스를 더 많이 제공하고 있는데, 이는 가능한 한 고비용의 시설입소를 억제시키고 지역사회에서 생활할 수 있도록 유도하려는 목적 때문이다. 이러한 재가서비스프로그램은 크게 두 가지의 내용을 지니고 있다. 그 하나는 이용자 개개인이 어떤 서비스를 필요로 하고, 어느 기관에서 구입할 수 있는가를 결정해 주는 특정결정기관 또는 케어매니저의 활용체계를 통해서 소비자위주의 서비스 결정을 유도하는 내용을 포함하고 있고, 또 하나는 현금수당의 경우 그 활용도를 전문장기요양기관으로부터 공식적인 서비스를 구입하는 것으로 규제하는 방식과 활용용도에 특정한 규제가 없는 방식으로 운영하는 내용을 포함하고 있다. 그런데, 현물방식의 급여를 지닌 전통적인 프로그램에서는 장기요양 기관에 의해 작성된 케어플랜으로 서비스를 제공하는 경향이 있는데, 이는 사회보험방식(네덜란드)이든 조세방식(영국)이든지 간에 모두 나타나고 있는 현상이다.

일반적으로 현물급여는 이용자의 서비스선택을 제한하는 단점을 지니고 있는 반면에 필요한 서비스를 필요한 대상자에게 효과적으로 전달할 수 있다는 장점이 있다. 이런 측면에서는 현금급여가 이용자의 서비스선택권

으며, 상대적으로 취약하고, 위험성이 높으며 많은 문제를 지니고 있는 특정개인을 위한 하나의 기능 또는 서비스(프로그램)로 간주하고 있음(Zander, K. (eds), "Responsive restructuring part IV: Care management and case management", *The New Definition*, 9(2), 1994, 참조)

을 보장할 수 있는 것으로 보이지만, 장기요양서비스의 구매와 관련 없는 용도로 사용될 여지가 있을 수 있다는 것이다. 그런데, 여기에서 현금급여를 통한 이용자개인의 선택권이 제대로 작동되려면, 시장의 자원과 서비스의 종류, 서비스 비용과 품질(quality) 등에 대한 정보가 확보되어 있을 필요가 있다(최은영 외, 2005).

독일은 현금급여를 제공하는 반면 일본은 원칙적으로 현금급여를 포함시키지 않고 있는데, 이는 정치적인 측면에서는 현금급여가 여성들로 하여금 간병수발을 위해 가정에 묶어 놓는다는 여성계의 강한 반발이 제기되는 경우가 있지만, 사회적인 측면에서는 독일의 경우, 현금급여에 대한 경험이 있었기 때문에 이를 시행하는 것은 별다른 무리가 없었으나²⁴⁾ 일본의 경우 현금급여에 대한 경험이 일천하여 이를 꺼려한다는 의견이 있었다. 특히, 일본의 경우, 현금급여를 시행함으로써 발생할 수 있는 도덕적 해이를 우려하였고(増田 2004), 네덜란드의 경우는 독일과 같이 현금급여를 인정하고 있으나 독일과의 차이점은 독일의 경우 재가서비스에 한하여 이를 인정하고 있으나 네덜란드는 시설서비스에 대해서는 현금급여를 적용하고 있다는 점이다.

그런데, 독일이 현금급여를 인정하게 된 실제적인 배경에는 ①장기요양서비스의 사회적 기반이 정비되어 있지 못했다는 점, ②저소득층이나 실업자 등에게는 현금급여가 중요한 수입원이 되었다는 점, ③공적부조의 일부기능을 기대하고 있었다는 점 등을 거론하고 있는 반면에, 일본의 현금급여원칙의 배경에는 ①1989년부터 실시된 장기요양인프라확충계획의

24) 독일이 현금급여를 실시하는 이유는 또한 여전히 노인부양은 여성의 몫이라는 전통적인 사고가 남아있기 때문이라는 주장도 있음. 즉, 독일은 전통적으로 가족부양은 여성의 몫으로 인식되었기 때문에 연금 및 의료보험 등의 급여수급에 있어 여성은 남편의 수급권취득에 따른 파생적 수급권이었음. 물론 이러한 사회적 인식은 시간이 변함에 따라 여성의 경제활동참여가 증가됨에 따라 상당한 변화가 있었지만 여전히 과거의 가족부양에 있어 1차적인 책임은 가족이며 그 중에서도 여성이라는 점은 어느 정도 존재한다고 말하고 있음(최은영 외, 2005).

진척에 따라 개호서비스의 기반정비가 충실하게 이루어지고 있다는 점, ②현물급여원칙을 통해서 개호서비스기반의 정비가 강화될 수 있다는 점, ③현금급여가 지니고 있는 단점에 대한 우려와 비판이 강했다는 점 등을 거론하고 있다(和田 편, 2007)

이와 같이 급여방식을 놓고 국가마다 차이가 있는 것은 장기요양보험제도를 통해서 국가가 기대하는 목적을 달성하고자 하는 의도에 의해 좌우된다고 볼 수 있다.

한편, 장기요양서비스의 공급자에 대한 서비스비용지불방식에는 대체적으로 서비스유형별로 사전적으로 정해진 일정액(장기요양서비스수가)을 보상해주는 방식을 채택하고 있다. 예를 들면, 현물급여원칙의 일본의 경우 서비스마다 일정 단위²⁵⁾를 설정해 놓고 있는데, 이러한 수가기준의 산정방법에는 ①서비스제공시간별 차등지불, ②요지원 및 요개호별 차등지불, ③균일점수제 등이 적용되고 있다²⁶⁾. 독일에서의 시설급여는 일당정액제로 지불하고 있는데 보험제도에서 지불하고 있지 않은 숙박 및 식사비용 이외에 필요한 급여이상의 추가비용에 대해서는 장기요양시설에서 이용자에게 징수할 수 있다.

25) 여기에서 단위는 전국적으로 통일된 수치를 적용함. 단, 1단위의 값은 지역마다 약간의 차이를 인정하고 있는 실정임. 즉 1단위의 값은 지역별로 10~10.72엔까지 차이가 있으며, 사업자가 동일한 서비스를 제공하였다고 해도 지역마다 사업자가 수급하는 총 급여액은 달라진다는 것임.

26) 여기에서 (1)서비스제공시간별 차등지불은 방문개호와 방문간호에서 적용하는 방식이고, (2)개호도별지불은 시설서비스, 통소개호, 통소재활, 단기입소, 치매대응형공동생활개호비, 특정시설입소자생활개호비에 적용하고, (3)균일점수방식은 상기한 (1)과 (2) 이외의 모든 서비스에 적용하며, (4)기타에는 원배치별, 기능별, 시설기준별의 가산/감액점수가 적용되고 있음.

제3절 장기요양서비스의 공급자원

서비스공급자원에는 크게 인적자원과 물적자원으로 구분된다. 여기에서 인적자원에는 다시 공식적 자원(formal resources)과 비공식적 자원(informal resources)으로 나눌 수 있고, 물적자원에는 장기입소생활시설과 재가 및 지역사회보호시설, 그리고 보건의료시설과 복지시설로 나눌 수 있겠다.

1. 인적자원

가. 공식적 자원(formal resources)

주요국가의 직접서비스 인력구성과 자격취득 및 인정과정, 각 인력의 기능 및 역할에 대해서 정리하면 다음과 같다. 즉, 일본에는 직접서비스제 공인력으로 개호복지사와 홈헬퍼가 있으며, 이 중에서 개호복지사는 1989년부터 국가자격시험에 의해 자격증이 주어지나 홈헬퍼는 시도지사의 인정하는 자격증이 주어지고 있다. 독일은 노인수발사가 있는데, 이는 주 단위로 실시되는 국가인정자격시험에 의해 자격증이 주어지고, 기타 자격증 중심의 영국, 훈련 및 연수중심의 스웨덴과 미국 등 다양하게 인력을 양성하고 있다.

〈표 2-5〉 주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능

국가	소분류	자격취득·인정	기능 및 역할
스웨덴	hemvardarinna (홈헬퍼 어시스턴트)	6개월 훈련코스	
	hemsamari (헬퍼리더)	160시간 연수	노인, 장애인의 재택케어
	care manager		

자료: 최은영 외(2005)에서 재인용

〈표 2-5〉 주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능(계속)

국가	소분류	자격취득·인정	기능 및 역할
일본	개호복지사	1989년 ‘사회복지사 및 개호복지사법’에 의한 복지전문직으로 국가자격제도가 시행(지정된 개호복지 양성시설을 졸업하거나, 실무경험을 3년 쌓은 후 개호복지사 국가시험에 합격하거나, 고등학교 또는 통신교육으로 소정의 과목을 이수한 후 개호복지사국가시험에 합격)	신체상 또는 정신상의 장애로 인하여 일상생활을 영위하는 데에 지장이 있는 자에게 입욕, 배변, 식사 등의 개호를 행하고, 피개호자 및 개호자에 대하여 개호에 관한 지도를 행하는 자
	홈헬퍼	연수양성과정(각 현 및 시정촌마다 다양한 채용형태)	일상생활에 지장이 있는 고령자, 장애인 등에게 사회생활을 지원하며, 구체적인 내용은 가사지원업무, 신체개호, 상담지원업무 등
	케어매니저	‘개호지원전문원에 관한 성령(1999년 후생성령 제 35호)’에서 규정하는 개호지원전문원 실무연수를 수료한 사람	요개호자로부터의 상담에 응하여 본인이나 그 가족의 의향 등에 기초하여 거택서비스 또는 시설서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 서비스의 종류 내용 등의 계획을 작성하고, 지정거택서비스사업자, 개호보험시설 등과의 연락조정, 기타의 편의를 제공
독일	Altenpfleger (노인수발사)	주 단위의 국가인정자격시험, 2001년 8월 연방정부 차원의 ‘노인수발사직업교육법’의 통합안 통과, 직업학교 2년과 현장실습 1년, 총 3년의 교육과정 요구	신체수발과 재활을 위한 보조, 대외 업무보살핌, 교류유지를 위한 수발, 노인 및 그 가족에 대한 조언, 상실의 경험동반(이웃 친구들의 사별) 및 당사자 임종수발까지
	치유교육수발사	국가시험	
	간호사/간호수발사	전문 자격증 수여	
영국	CSS (Certificate in Social Service)	1975년 이후 국가자격시험	홈 헬퍼 조정
	PCSC (Preliminary Social Care)	국가자격	아동복지시설의 교육자, 성인시설의 케어워커
	ICSC(in-service courses in social care)	국가자격	주거시설과 데이 서비스의 케어워커

자료: 최은영 외(2005)에서 재인용

〈표 2-5〉 주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능(계속)

국가	소분류	자격취득·인정	기능 및 역할
미국	Social workers		질병이나 장애가 있는 개인에게 영향을 미치는 사회적 정서적 요인을 평가하고, 상담을 제공. 환자와 그 가족이 이용 가능한 지역사회 자원을 확인; 다양한 서비스를 조정(coordinate)해야 할 때, 종종 케이스 매니저로 활동
	aides	졸업장보다 훈련과 경력을 중시.	
	psychiatric aides	일부 주(state)에서는 공식적인 training program의 수료를 요구	정신적으로 손상되었거나 정서적으로 불안정한 개인을 케어. 스포츠나 field trip과 같은 그룹 활동에 참가
	personal and home care aides		가족이나 친구가 제공할 수 있는 케어 이상의 폭넓은 서비스를 원하는 클라이언트를 담당
영국	CSS (Certificate in Social Service)	1975년 이후 국가자격시험	홈 헬퍼 조정
	PCSC (Preliminary Social Care)	국가자격	아동복지시설의 보육자, 성인시설의 케어워커
	ICSC(in-service courses in social care)	국가자격	주거시설과 데이 서비스의 케어워커

자료: 최은영 외(2005)에서 재인용

나. 비공식적 자원(informal resources)

전 세계적으로 볼 때 친척, 친구, 가족 등 무임금의 수발자(unpaid caregivers)가 장기요양서비스의 상당한 양을 제공하고 있는 것으로 알려져 있다. 이는 부분적으로는 값비싼 케어비용을 억제시키기도 하는 것으로 나타나고 있기 때문에 많은 국가들이 현금수당(cash allowance), 휴식보호(respite care), 연금가입기간 인정(pension credits) 등 비공식 수발자에 대한 지원정책을 시행하고 있다.

독일이나 프랑스의 현금급여는 가족 수발자에게 지불할 수 있도록 하고

있는데, 특히 독일의 경우에는 가정 내 휴식보호를 4주간 허용하거나 입소 시설에서의 단기간 보호를 허용하고 있고, 가족수발자대상의 수발교육, 장기요양보험기금에서의 공적연금각출료 지급 등의 혜택을 주고 있다. 그리고 호주, 캐나다, 아일랜드, 스웨덴, 영국 등은 수발자의 소득상실을 보완해 주기 위해서 현금지불제를 도입하였는데, 영국은 최소 주당 35시간을 수발하는 가족에게 수발자수당(carer's allowance)을 장애정도에 따라서 차등지불하고 있으며, 또한 수발자수당 수급기간을 소득비례보충연금(earning-based supplement pension)제도의 가입기간으로 인정해주고 있다.

일반적으로 비공식적 자원이라고 하면, 간병수발서비스를 전문으로 제공하는 직업인이 아닌 가족이나 친구, 이웃 등의 저원을 일컫는다. 과거에는 가족원에 의한 케어를 무상상품(free goods)로 간주하였지만, 이제는 가족수발자들에 대한 공적 지원이 필요하다는 인식이 확대되고 있다. 예를 들면, 호주와 영국에서는 근로연령층에 있는 가족수발자는 가족수발 때문에 취업하지 못한 경우에는 이에 대한 사회보장적 보상(사회보장 급여나 이와 유사한 수발자 연금)을 받으며, 오스트리아는 수발수당제도에서 가족수발자를 보상하는데 사용할 수 있는 현금급여를 채택하고 있다.

한편, 비공식 수발자에 대한 현금지원정책을 보면 다음과 같다. 즉, 어떤 방식으로든 현금을 지원하는 국가에는 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴, 영국(UK), 미국 등이 속하는데, 네덜란드는 개인예산상한제방식으로 장기요양기관으로부터 케어를 구입하거나 전문수발자를 직접 고용할 수 있도록 지원하고 있다. 스웨덴은 공적 서비스를 받을 수 없는 오벽지에서 사용할 수 있도록 급여를 제공하고 있으며, 미국은 친척은 허용되나, 배우자는 자격이 없는 등, 주마다 차이가 있다.

한편, 선진국의 경험을 보면, 영국의 경우 노인들은 공식적인 서비스보다는 비공식적인 서비스에 더 많이 의존하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 가사지원을 받은 노인 중에서 80%가 비공식 수발자에 의한 지원을

받았고, 10%는 비공식적 및 공식적 지원을 혼합적으로 받았으며, 나머지 10%정도만이 순수하게 공식적 지원만을 받은 것으로 나타나고 있다(UK, 1999). 그리고 공적장기요양보장제도가 잘 발달되어 있는 스웨덴일지라도, 총 서비스량의 2/3를 비공식 수발자에 의해 제공된 것으로 추정하고 있다(UK, 1999).

종합적으로 정리해 보면, 호주, 뉴질랜드, 미국 등은 허약노인에 대한 주 서비스제공자가 동거 가족원이었고, 그들에 의한 서비스량은 전체의 3/4을 차지하고 있는 것으로 나타났고, 일본은 더욱 높아서 80%이상을 차지하고 있다. 그리고 북유럽 국가, 독일, 영국 등은 비동거의 가족에 의한 서비스도 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 다시 말하면, 공식적 인력에 의해 전적으로 서비스를 제공하는 국가는 하나도 없는 실정이고, 가장 공식적 서비스의 네트워크를 잘 갖추고 있는 덴마크일지라도 비공식 서비스의 비중이 전체의 44%나 된다는 것이다(Karlsson etc., 2004, Brodsky etc., 2000).

〈표 2-6〉 비공식적 수발자를 위한 수당(payments for informal care) 현황

국가	비공식적 수발자에게 제공되는 소득지원 프로그램	내용	친척 고용		월 수당	지원 받고 있는 65세 이상 인구 비율%
					저 평균 고	
호주	Carer Payment	수발책임 때문에 스스로를 도울 수 없는 사람들을 위한 것이다.	가능	가능	53% AUD 934 AUD 682	
호주	Carer Allowance	집에 있는 누군가를 돌보면서 함께 사는 사람들을 위한 것이다.	불가능	가능	11% AUD 191 AUD 139	19.3

〈표 2-6〉 비공식적 수발자를 위한 수당(payments for informal care) 현황(계속)

국가	비공식적 수발자에게 제공되는 소득지원 프로그램	내용	친척 고용	월 수당			지원 받고 있는 65세 이상 인구 비율%
				저	평균	고	
				%of private consumption per capita ₁ Monthly amount in nat. currency and USD PPP			
캐나다	Compassionate Care Benefit	치명적인 상태에 있는 누군가를 돌보는 사람을 위한 단기 급여이다.	불가능	가능	정상 고용소득의 55% 지급, 최대 월 CAD 1790 USD 1467		2004 도입
아일랜드	Carer's Allowance	full-time 케어가 필요한 사람들을 돌보고 함께 살고 있는 저소득 수발자를 위한 것이다.	가능	가능	Nil	50% EUR 683 USD 683	
아일랜드	Carer's Benefit	full-time 케어가 필요한 사람들을 돌보기 위해 일시적으로 직장을 떠나는 사람들을 위한 것이다.	불가능	가능	47% EUR 649 USD 649		
일본	Allowance for Families Caring for Elderly	강도높은 수발을 필요로 하는 저소득 가정 중 장기요양보험으로부터 서비스를 지원받지 않는 가정이 대상이다.	가능	가능	5% JPY 8333 USD 60		미정
스웨덴	Care Leave	치명적인 질병을 가진 친척을 돌보기 위해 최고 60일까지 휴가를 낼 수 있는 법적인 권리이다.	불가능	친척 또는 가까운 친구여야 함	정상 고용소득의 80% 지불		
영국	Carer's Allowance	Attendance Allowance을 받고 있는 누군가를 일주일에 35시간이상 돌보는 저소득자를 위한 것이다(B참고)	가능	가능	18% GBP 192 USD 300		

자료: Based on replies to the OECD's questionnaire on long-term care and national sources, *Long-Term Care for Older People*, pp.52~54(최은영 외, 2005에서 재인용)

2. 물적자원

가. 장기입소생활시설(residential care or institutional care facilities)

일반적으로 장기요양 관련한 장기생활시설이라고 하면 요양시설(nursing home)을 들 수 있다. 미국의 국가보건통계센터(National Center for Health Statistics, 1991)에 의하면, 요양시설은 “간호 또는 의료적 케어를 제공하기 위해서 국가 및 의료보장제도에 의해 인정된 3개 이상의 병상을 지닌 시설”로 정의하고 있다. 이러한 요양시설은 그 설치유형이 다양하여 단독형, 병원내의 병동형, 다른 복지시설과의 복합형 등등이 있는데, 대부분의 요양시설은 전문적 간호, 특별케어, 신체적 수발 등을 필요로 하는 입소자가 생활하고 있다. 그래서 입소자의 특성을 보면, 신체적 및 정신적 건강문제, 신체적 기능장애 등으로 인하여 일반가정에서 스스로 생활하기 어려운 자들이고, 이에 따라 의사의 지도감독 하에 전문적인 간호서비스 및 신체수발서비스를 제공받고 있다.

이러한 요양시설에서 제공되는 서비스를 보면, 아래 표와 같은데, 대체적으로 ADL 지원을 비롯하여 기억손실이나 정신적 장애를 지닌 자의 감시에 이르기까지 그 내용이 다양하다.

〈표 2-7〉 요양시설(nursing home) 서비스 내용

서비스구분	내용
기본서비스	- 간호케어 (nursing care) - 신체수발 (personal care) - 식사, 영양상담 (meals and dietary consultation) - 투약 및 모니터링 (medication delivery and monitoring) - 사회서비스 카운슬링 (social services counseling) - 구강케어 (dental care) - 오락 및 친교활동 (recreation and social activities) - 의사진료체크 (physician oversight)

〈표 2-7〉 요양시설(nursing home) 서비스 내용(계속)

서비스구분	내용
특별서비스	- 환기청정 (ventilator care) - 알츠하이머케어 (alzheimer's care) - 재활 (rehabilitation) - 상처케어 (wound care) - 경관영양 (infusion nutrition) - 수발자휴식케어 (respice care) - 호스피스 (hospice)
특별프로그램	- 주간보호 (day care) - 간병주택 생활보호 (assisted living, congregate living) - 재택의료 (home health) - 주간재활클리닉 (rehabilitation outpatient clinic)

자료: Evashwick(1996)

미국의 경향을 보면, 요양시설의 입소자들의 기능상태가 점차적으로 중증수준으로 늘어나고 있고, 그 대신에 기존에 요양시설에 입소해 있을 수 있었던 경증의 기능상태를 지닌 자는 간병주택(assisted living or congregate care facilities)이나 지역사회기반의 재가서비스기관으로부터 서비스를 받는 것으로 전환되어 가고 있다는 것이다(Evashwick, 1996).

장기요양보험제도를 실시하고 있는 독일과 일본을 참고로 하면, 독일의 입소시설에는 노인거주홈(altenwohnung), 노인홈(altenheim), 노인요양홈(altenpflegeheim) 및 노인복합시설(mehrgliedrige alteneinrichtung)이 있는데 이 중에서 노인요양홈은 만성질환자나 장기요양대상자에 대해 포괄적인 간병, 수발을 제공하는 시설로 일본의 특별양호노인홈, 우리나라의 노인전문요양시설에 해당한다고 볼 수 있다. 여기에서 일본의 경우 개호보험시설로 특별양호노인홈, 노인보건시설 및 개호요양형병상군(노인요양병원)이 있지만, 노인요양병원은 2012년부터 개호보험제도에서 제외시킬 예정으로 있다.

최근 OECD의 장기요양시설 관련 정책을 보면, 시설보호중심에서 재가 보호중심으로 전환하는 소위 탈시설화(de-institutionalization)정책을 추진하고 있는데, OECD국가들의 시설보호율을 전체노인인구의 5%수준에서 제어하도록 유도하고 있다. 실제로도 OECD국가들의 평균 시설보호율이 5%수준에 머무르고 있는 것으로 나타나고 있는데, 국가마다 차이가 있어서 스웨덴 7.9%, 스위스 7.0%, 뉴질랜드 5.9%, 노르웨이 6.0% 수준이다.

〈표 2-8〉 국가 간 장기요양대상자의 시설보호율 비교

국가명	호주 (2003)	오스트리 아(2000)	독일 (2003)	아일랜드 (2000)	일본 (2000)	룩셈부르 크(2003)	네덜란드 (2000)
보호율 (%)	5.3	3.6	3.9	4.6	3.2	4.0	2.4

국가명	뉴질랜드 (2000)	노르웨이 (2000)	스웨덴 (2000)	스위스 (2000)	영국 (2000)	미국 (1999)	캐나다 (1998)
보호율 (%)	5.9	6.0	7.9	7.0	5.1	4.3	3.7

자료: OECD, *Long term care for older people*, 2005.

나. 재가 및 지역사회보호시설(home and community care facilities)

장기요양과 관련한 재가서비스제공기관으로는 홈헬프서비스(home-help services)센터, 주간보호(adult day care)센터 및 단기보호(short-stay)센터를 들 수 있다. 홈헬프서비스는 장기요양대상자의 가정에 방문하여 신체수발 및 가사활동을 지원해 주는 서비스로 가장 많은 이용자가 선호하고 있다. 특히, 홈헬프서비스는 가정 내에서의 비공식수발자의 수발부담을 경감시켜주고 있으며, 각 국가들의 탈시설화정책의 영향으로 중증의 장기요양대상자도 가정에서 방문서비스를 받을 수 있도록 유도하고 있는 실정이다.

주간보호센터는 미국 주간보호연구소(National Institute for Adult Day Car

e)에서 제시한 주간보호서비스의 개념을 보면, “기능적 손상자에게 개별적 케어플랜을 통하여 제공되는 지역사회기반의 집단적 프로그램으로, ”낮 동안에 일정한 장소(시설)에서 다양한 보건, 사회 및 관련 지지적 서비스를 제공하는 구조화된 종합적인 프로그램“으로 정의내리고 있다. 원래 주간보호센터는 낮병원(day hospital)의 체계에서 영향을 받은 것으로 되어 있는데(Evashwick, 1996), 그 모형은 보건재활형(health rehabilitative model)의 주간보건케어(day health care)와 사회심리형(social-psychological model)의 주간사회케어(day social care)로 구분되어 있다.

〈표 2-9〉 주간보호모형별 서비스내용 비교

서비스내용	모형	
	사회모형	보건모형
치료적 레크리에이션 (therapeutic recreation)	○	○
간호케어 (nursing care)		○
물리치료 (physical therapy)		○
작업치료 (occupational therapy)		○
언어치료 (speech therapy)		○
신체수발 (personal care)	○	○
정보/의뢰 (information/referral)	○	○
식사 (midday meal)	○	○
심리사회적 서비스 (psycho-social services)		○
영양 (nutrition eval/education)		○
수발자지지 (caregiver support)	○	○
송영 (transportation)	○	○

자료: Evashwick(1996)

전자는 주로 의료적, 간호적 및 재활 서비스를 주로 제공하고 있어 주간재활케어로 통용되고 있으며, 후자는 신체적 기능은 어느 정도 가능하

나 치매와 같은 인지적 장애를 지닌 자에게 적합한 것으로 보편적인 주간 보호서비스로 볼 수 있다. 주간서비스내용에 있어서 가장 중요하게 취급하고 있는 서비스가 집단적 친교서비스(group socialization)와 치료적 레크리에이션으로 거론하고 있는데, 특히, 전자의 서비스가 중요한 이유는 대부분의 장기요양대상자가 우울증의 발현에 영향을 줄 수 있는 외로움, 소외감 및 상실감으로부터 고통을 받고 있기 때문이라는 것이다(Evashwick, 1996).

이와 같이 보전형이든 사회형이든 간에 주간보호서비스는 케어를 관리하고 만성질환자의 복지를 증진시킬 수 있는 저비용의 대체시설로 인식되고 있어 요양시설비용보다 저렴하다는 것이다. 특히, 방문형의 홈헬프서비스는 비록 서비스를 제공받기는 하지만, 하루 중에 일정시간만 서비스가 제공되기 때문에 나머지 시간은 가족 등 비공식 수발자가 담당하여야 하는 반면에, 주간보호서비스는 수발자의 입장에서 볼 때, 개인적인 자유시간을 얻을 수 있기 때문에 수발부담을 상당히 경감시킬 수 있다는 장점을 지니고 있다.

한편, 단기보호는 가족수발자에게 일정기간동안 휴식을 제공해주기 위해서 제공되는 서비스(respite care)로 그 기간도 1~2주간 정도인 것이 일반적이다. 즉, 수발자의 병원입원이나 육체적 피로 등 개인적인 사유로 수발로부터의 일시적인 해방, 휴식을 취할 필요가 있을 때 단기간에 장기요양 생활시설에 입소시켜 돌보게 하는 서비스이다.

제4절 장기요양서비스의 재원조달방식

장기요양서비스는 장애정도 기준에 충족된 자에게 급여를 제공하는 것이 일반적이지만, 공적 장기요양보호프로그램의 적용범위를 전국민 또는 대다수 국민으로 하든가, 아니면 소득이나 자산수준이 일정기준이하인 자

에게만 한정하는 경우가 보편적이다. 따라서 적용범위의 수준에 따라서 재원조달방식이 결정되는 경우도 가능한데, 전자는 사회보험방식, 후자는 조세방식에서 대체적으로 볼 수 있는 유형이다. 그러나 엄밀하게 말하면, 조세방식으로도 전국민이나 대다수의 국민을 적용범위로 하는가 하면, 사회보험방식을 취하되 일정소득수준이하인 자만 적용범위로 하는 경우도 있다.

본 절에서의 재원조달방식에 대한 모형을 사회보험모형, 조세방식의 사회민주주의모형과 자산조사모형, 혼합모형으로 구분하여 정리해보고자 한다.

1. 사회보험방식

사회보험방식의 국가로는 오스트리아, 벨기에, 독일, 이스라엘, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드 등이 있는데, 사회보험방식의 제도는 모든 국민 또는 대부분의 국민을 적용하고 있으며, 보험운영목적의 재원조달구조를 지니고 있다. 독일은 보험료율이 소득의 1.7%이고 노사 또는 연금수급자와 연금기금이 동등으로 분담하고 있고, 2005년부터는 무자녀 근로자는 추가로 소득의 0.25%를 더 부담하여야 하는데, 이는 자녀가 향후에 보험료를 내는 계층이 될 것이기 때문에 자녀양육이 장기요양보험체계를 지탱하는 수단으로 인정하고 있다는 것을 의미하고 있다(Merlis & Van de Water, 2005). 한편, 고소득자는 사회보험체계로부터 강제적용을 받지 않지만, 사회보험 또는 민간보험을 선택할 수 있도록 하고 있다²⁷⁾.

일본은 40세 이상의 국민은 시정촌에서 운영하고 있는 사회보험(즉, 개호보험)에 가입하고 있으며, 총비용의 절반을 가입자로부터 조달되고 나머지 절반은 중앙정부, 도도부현, 시정촌 등의 정부로부터 조달되고 있다. 즉, 근로자의 보험료율은 소득의 0.9%이고 노사가 동등 분담하고 있고, 65

27) 2005년 1월 현재, 사회보험적용인구는 7천명, 민간보험 선택인구는 9백만명 정도의 고소득 근로자와 공무원 등으로 파악되고 있음.

세 이상의 고령자는 소득수준에 비례하는 일정액을 부담하고 있다.

룩셈부르크의 보험료율은 총수입의 1%인데, 이는 직업소득, 자산수입, 운용수입 등을 포함하고 있으며, 다만 보험료부과대상 소득의 상한이 설정되어 있지 않다는 점에서 질병보험과 다르다. 또한 저소득자인 경우에는 최저보증임금이 정한 월급의 1/4을 공제하는 방식을 채택하고 있다.

한편, 재정의 안정화를 위해서 독일과 일본은 장애도수준별로 개인별 급여수준의 상한액을 책정함으로써 무제한의 서비스이용을 허용하지 않고 있다. 프랑스는 비용급증에 대응하기 위해서 수급자격을 엄격하게 통제하고 급여개시이전의 대기기간을 연장시키는 방법을 취하고 있다. 그리고 비용의 이용자 본인일부담방식을 채택하는 경우가 있는데, 일본은 소득수준과 관계없이 총비용의 10%를 부담하고, 독일의 경우는 법정급여에 대한 이용자부담금은 없지만, 법정급여액만으로 실제비용을 충당할 수 없기 때문에 실제적으로는 본인부담금이 존재하고 있다. 프랑스는 장애수준별 현금수당이 소득수준에 따라서 차등이 있기 때문에 독일과 마찬가지로 이용자의 실제비용 부담이 있다.

2. 조세방식

가. 사회민주주의 모형(social democratic model)

사회민주주의모형은 스칸디나비아국가들이 채택하고 있는 것으로 스칸디나비아국가들은 공적 서비스를 통해서 전국민들에게 보편적으로 장기요양서비스를 제공하고 있다. 즉, 모든 국민은 지방세(local and regional tax revenues)로 충당되는 지자체운영의 장기요양프로그램으로부터 서비스를 받을 자격이 있다. 그런데 중앙정부의 재정부담을 보면 스웨덴은 총비용의 15%, 핀란드는 약 30%를 차지하고 있다(Merlis & Van de Water, 2005). 덴마크는 전국민 대상의 보편적인 장기요양프로그램을 가지고 있지만, 중

양정부의 재정부담은 없고 급여수준이나 이용자비용분담수준이 지자체마다 차이가 있다. 그런데 수급자비용, 급여수준 및 이용자부담수준의 지자체별 차이가 스웨덴과 덴마크에서 매우 높다는 것이다.

스칸디나비아국들은 재정안정화 방안으로 가용재원의 범위 내에서 수급 자격조건을 조정하고 있다. 특히 서비스이용에 따른 비용의 부담이 소득 수준에 따라서 차등부과되고 있으며, 대부분의 국가에서 시설에서의 거주 비용²⁸⁾은 사회부조대상자가 아닌 한, 이용자가 부담하여야 하는데, 대체적으로 거주비용은 공적연금수준에서 책정되는 경우도 있다.

나. 자산조사모형(means-tested model)

자산조사모형은 호주, 뉴질랜드, 영국 이외에 대부분의 국가들이 채택하고 있는데, 주로 일반조세로 충당되는 자산조사기반(means-tested)의 장기요양프로그램을 운영하고 있다. 영국에서는 NHS제도에서 요양시설(nursing home) 및 지역사회에서 간호케어를 제공하고 있으며, 비의료성 (non-medical) 장기요양서비스는 자산조사를 기반으로 하여 지자체가 제공하고 있다²⁹⁾. 그렇지만, 재원의 대부분은 중앙정부로부터 조달되고 부분적으로 지방세 및 이용자부담금으로부터 조달되고 있다.

3. 혼합체계모형(hybrid system)

일반적으로 재원조달방식이 조세이든 사회보험료이든 간에 관계없이 수급범위가 전국민인가, 아니면 저소득계층인가 하는 이분법적인 구분이 가능하지만, 구체적으로는 전국민대상의 보편적 프로그램이라고 하더라도

28) 예를 들면, 거실사용, 식사, 개인일용품, 세탁, 기타 일상생활용품 등에 소요되는 비용을 말함.

29) 다만, 스코틀랜드지역은 신체수발서비스(personal care)도 자산조사를 실시하지 않고 있음.

소득수준에 따라서 급여수준을 차등화하는 경우가 있다. 프랑스는 60세 이상의 국민을 대상으로 장기요양서비스 구입을 위한 현금지불방식을 채택하고 있는데, 최대급여수준이 4개의 장애등급별로 설정되어 있다. 즉, 소득수준에 따라서 차등지급되는데, 최고소득자는 각 장애등급별 최대급여액의 10%만 지급받을 수 있을 뿐이다. 재원은 2002년 이후 중앙정부와 지자체가 공동 부담하고 있다.

이스라엘을 보면, 장애조사에서 선정된 고령자에게 완전급여를 제공하지만 소득수준에 따라서 수급자범위를 책정하고 있는데, 예를 들면 단독가구일 경우에는 평균임금, 노인부부가구일 경우에는 평균임금의 1.5배 미만이어야 한다. 만약에 1.5배 이상의 소득을 지닌 단독노인이거나 2.25배 이상의 소득을 지닌 노인부부일 경우에는 급여를 받지 못한다³⁰⁾.

그리고 독일이나 오스트리아, 벨기에 등은 요양시설이용부담 능력이 결여된 자는 자산조사를 통해서 지자체로부터 지원을 받을 수 있도록 하고 있다.

캐나다도 각 주마다 별도의 장기요양보장체계를 지니고 있는데, 연방정부가 국고보조금(block grant)의 형태로 보건 및 교육제도재원과 함께 공유하도록 하면서 지원하고 있다. 여기에서 재가서비스(home care)는 전주민 대상의 보편적 서비스이지만, 시설서비스(institutional services)는 자산조사를 통해서 선정된 자에게 제공되지만, 주마다 그 수준은 차이가 있다.

참고로 OECD 19개 국가의 장기요양보호 재원조달방식에 대해서 요약, 정리한 것으로 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드를 제외하고는 모두 일반조세를 통해 재원을 마련하고 있으며, 자산조사를 실시하는 나라가 보편적으로 적용하는 나라에 비해 더 많다.

30) 2004년도의 경우, 노령연금수급자는 722,000명인데 비하여 장기요양보험급여 수급자는 113,500명인 것으로 집계하고 있음.

〈표 2-10〉 장기요양서비스를 위한 주요 공공재원 조달방식

국가	서비스	주요재원조달방식	자산조사 여부
호주	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식
오스트리아	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	보편적 보편적
캐나다	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	대부분 주에서 자산조사방식 대부분 주에서 자산조사방식
독일	너싱홈케어 재가케어	보험료 보험료	보편적 보편적
아일랜드	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식
일본	너싱홈케어 재가케어	보험료 및 일반조세 보험료 및 일반조세	보편적 보편적
한국	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식
룩셈부르크	너싱홈케어 재가케어	보험료 및 일반조세 보험료 및 일반조세	보편적 보편적
네덜란드	너싱홈케어 재가케어	보험료 보험료	보편적 보편적
뉴질랜드	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식
노르웨이	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	보편적 보편적
스페인	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식
스웨덴	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	보편적 보편적
영국	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 대부분 주에서 자산조사방식
미국	너싱홈케어 재가케어	일반조세 일반조세	자산조사방식 자산조사방식

자료: OECD, *Long-term Care for Older People*, 2005.7. 최은영 외(2005)에서 재인용

제3장 현행 노인장기요양보장체계의 검토

제1절 노인장기요양보험제도의 전반적 내용 검토

1. 가입자의 범위

우리나라의 경우, 가입자는 연령제한 없이 모든 건강보험가입자 및 의료급여자로 되어 있어 보험료수입의 확대를 도모하고 있지만(독일방식), 서비스수급은 연령 및 질병을 제한(일본방식)하고 있다. 즉, 65세 이상은 질병과 무관하게 일상생활기능상의 장애가 급여조건이지만, 65세 미만은 특정질환(치매, 중풍 등)에 의한 일상생활기능상의 장애가 급여조건으로 되어 있다.

장기요양보험제도의 가입자범위는 보험재정의 운영상 중요한 결정사항이다. 즉, 특정연령 이상만을 가입자로 하는 경우(일본)가 모든 연령을 가입자로 하는 경우(독일)보다 가입자의 보험료부담은 덜어질 것이기 때문에, 재원확보에 용이하다고 볼 수 있다. 그러나 후자의 경우, 장기요양서비스의 주 수요계층이 고령자이기 때문에 보험료부담자의 주 계층인 젊은 계층에게는 고령이나, 중증 만성질환을 가지고 있지 않는 한 서비스를 수급하지 못한다고 볼 수 있다.

2. 보험자의 설정

현행 장기요양보험제도의 보험자는 건강보험 보험자인 국민건강보험공단이다. 장기요양보험제도의 급여내용이 주로 복지서비스로 구성되어 있어서 유럽선진국의 경우에는 지자체가 담당하고 있는 것으로 되어 있는데, 사회보험방식으로 운영하고 있는 독일과 일본을 보면, 건강보험 보험

자가 장기요양보험을 운영하고 있다는 것을 감안하여 우리나라도 국민건강보험공단이 보험자가 된 것으로 보인다. 그 주된 이유는 장기요양서비스의 욕구를 발생시키는 원인이 주로 치매, 중풍으로써 중증의 만성질환에 의한 것이 대부분을 차지하고 있기 때문에 건강보험과 밀접한 관계하에 가입자를 관리하는 것이 효율적이라는 판단에 있다고 볼 수 있다.

3. 보험급여의 내용

현행 노인장기요양보험제도의 급여내용은 현물급여(in-kind benefit)와 현금급여(cash benefit)로 구성되어 있는데, 후자의 현금급여는 일정한 조건에 부합하는 특정대상자에게만 지급되는 것으로 모든 수급대상자가 받을 수 있는 보편적인 급여는 아니다. 이러한 급여내용의 원칙도 현금급여중심의 독일방식이나 현물급여중심의 일본과 다른 혼합된 방식으로 되어 있다고 볼 수 있다.

그러한 보험급여의 원칙은 급여의 유형에도 크게 영향을 미치고 있는 것으로 보여진다. 즉, 독일은 수급대상자가 현금이나 현물급여를 혼합한 현금지급을 선택하고 있는 것으로 알려져 있어서 현물급여의 내용이 다양화되어 있지 않으나, 현물급여만을 인정하는 일본은 그만큼 급여의 내용이 상당히 다양화되어 있다는 것이다³¹⁾. 급여의 내용이 다양화되어 있으면, 소비자(이용자)의 입장으로서는 선택의 다양성을 제공해 줄 수 있지만, 시설을 운영하는 측이나 관리하는 측에서는 상당한 경영·행정상의 복잡함을 발생시킬 가능성이 있다.

우리나라의 보험급여내용을 보면, 복지서비스가 중심이고, 보건의료부문

31) 독일의 보험급여는 재가급여로 주야간보호, 단기보호가 있고, 시설급여로 요양시설급여가 있는 정도이지만, 일본은 재가급여로 방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 방문재활, 주간개호, 주간재활, 단기입소생활개호, 단기입소요양개호, 특정시설입거자생활개호, 복지욕구대여, 특정복지용구판매, 시설급여에는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설급여(단, 2012년 폐지)가 있는데, 여기에 예방급여 및 지역밀착형급여로 다시 세분화되어 있음.

에서의 방문간호서비스가 추가된 상태이다. 여기에서 제외되어 있지만, 중요하다고 판단되는 서비스로 재활과 주거환경개선과 관련된 것이 있다. 요양시설 내에서의 재활서비스는 물리치료이든 작업치료이든 질(quality)을 떠나서 제공되고 있지만, 가정(재가)에 있으면서 받을 수 있는 재활서비스는 주간보호센터³²⁾에 통원해서만 받을 수 있다는 것이다. 참고로 독일은 방문재활서비스가 건강보험제도에서 제공되고 있으며, 일본은 개호보험제도내에서 방문재활, 주간재활서비스가 제공되고 있는 상태이다. 그리고 주거환경개선에 대한 비용지원은 보험급여내용에 포함되어 있지 않은데, 장기요양보험제도의 기본방향이 재가요양에 두고 있다면 고려해보아야 할 서비스이다.

4. 보험급여의 수급절차

현행 보험제도에서 장기요양서비스를 받기 위해서는 선결적으로 요양필요상태의 정도를 인정받아야 한다. 일차적으로 국민건강보험공단에 소속되어 있는 간호사 또는 사회복지사가 방문하여 요양필요상태를 조사하고, 이차적으로 장기요양등급판정위원회에서 일차조사결과, 의사소견서 등을 감안하여 등급조정을 포함한 최종적인 요양필요상태의 정도³³⁾를 결정한다. 여기에서 요양필요상태란, 일상생활수행능력의 장애로 타인의 도움을 필요로 하는 상태로 원칙적으로는 그러한 상태가 6개월 이상 지속되거나 가능성이 있어야 함을 입증하여야 한다.

요양필요상태의 정도를 파악하기 위해서 사용되고 있는 지표(항목)는 총 54개가 개발, 적용되고 있는데, 그 내용이 일상생활동작(ADL)기능, 인

32) 다만, 소규모의 주간보호센터의 경우에는 물리치료사나 작업치료사가 종사하지 않는 곳도 있기 때문에 반드시 재활서비스를 받을 수 있는 것은 아님.

33) 요양필요상태의 정도를 점수로 표현하고 있는데, 55점 이상을 받아야만 장기요양급여를 받을 수 있고, 본인이 생각했던 것보다 낮은 점수를 받았다고 판단되는 경우에는 이의신청을 통해서 조정될 수 있음.

지기능, 행동변화정도, 간호 및 재활필요정도 등을 나타낼 수 있는 것들인데, 장기요양등급을 결정하는데 중심으로 작용하고 있는 지표가 일상생활 동작(ADL)기능과 인지기능에 대한 항목들이다. 이러한 지표항목의 수는 국가마다 상이하고, 항목의 과다가 장기요양등급을 결정하는데 결정적이라기보다는 항목의 내용이 더 중요하다고 보여진다.

요양등급인정자는 장기요양기관과의 서비스수급계약을 통해서 서비스를 받으면 되는데, 서비스이용시 이용자의 본인부담이 사전적으로 책정되어 있다. 원래 이용자본인부담(user's payment)제의 개념은 필요이상의 서비스 이용을 제어하기 위해서 적용되는 것으로 주로 의료서비스이용과 관련되어 적용되고 있는데, 장기요양보험제도와 관련해서는 서비스의 과잉이용보다는 고소득자의 재산보호 회피 때문에 적용되고 있는 것으로 생각된다. 우리나라의 법정 이용자본인부담은 시설서비스비용의 20%, 재가서비스비용의 15%를 적용하고 있는데³⁴⁾, 이는 비율 자체는 높을지 모르겠으나, 비보험서비스비용까지 포함한 실제비용대비 본인부담율은 선진국과 큰 차이가 없는 것으로 분석되고 있다.

5. 재원조달방식

현행 보험제도에서의 재원조달은 정부, 보험료 및 본인일부부담금으로 구성되어 있다. 정부의 지원금은 국민기초소득보장제도의 수급권자를 위한 국가 및 지방정부의 부담금과 제도운영비의 일부로 되어 있고, 대부분이 보험료로 수입으로 충당되고 있다고 말할 수 있다. 보험료는 국민건강보험 보험료에 일정율을 적용하여 산정, 징수하고 있기 때문에 별도의 장기요양보험료 부과소득기준은 없는 상태이다.

34) 저소득계층에 한하여 각각 본인부담율은 10%, 7.5%로 책정되어 있음.

〈표 3-1〉 노인장기요양보험제도의 주요내용

구분	내용
근거법	2007. 4.27 법률 제8403호, 2007. 9.27 대통령령 20287호, 2007.10.17 보건복지부령 418호
가입자 (피보험자)	국민건강보험 가입자, 의료급여수급자
보험자	국민건강보험공단
보험급여 내용	- 현물급여 ○ 시설급여: 노인요양시설급여 및 노인요양공동생활가정급여 ○ 재가급여: 방문요양급여, 방문목욕급여, 방문간호급여, 주야간보호급여, 단기보호급여, 기타급여(재활, 복지용구 제공 등) - 현금급여 ○ 가족요양비: 도서벽지 거주, 천재지변 발생, 신체정신상의 이유 ○ 특례요양비: 비장기요양기관에서의 서비스수급시 ○ 요양병원간병비: 요양병원 입원시
서비스 수급조건	- 65세이상인 경우, 원인불문하고 장기요양 신청 가능 - 65세미만인 경우, 특정의 노인성질환(치매, 중풍 등) 보유조건 - 신체기능 등 장애정도, 비스필요도에 따른 장기요양등급(1, 2, 3등급) 구분(단, 등급외는 복지예방등급으로 분류하여 별도의 서비스제공하고, 1, 2차에 걸쳐서 등급을 결정) - 서비스이용가능의 월 한도 급여액 설정 (노인요양시설급여액: 등급별 일일 29,020 ~ 38,310원) (노인전문요양시설급여액: 등급별 일일 38,970 ~ 48,120원) (노인요양공동생활가정급여액: 등급별 일일 38,970 ~ 48,120원) (방문요양급여액: 1회당 10,680 ~ 39,500원, 시간당 차등, 야간 및 휴일, 심야 가산) (방문목욕급여액: 1회당 39,590 ~ 71,290원, 차량이용 여부 감산) (방문간호급여액: 1회당 27,360 ~ 43,260원, 시간당 차등) (주·야간보호급여액: 등급별 일당 31,140 ~ 40,580원, 시간당 차등) (단기보호급여액: 등급별 일당 35,230 ~ 42,490원) (복지용구 연간 한도액: 1,500,000원) - 특별현금급여: 가족요양비 150,000원 - 재가급여 월 한도액: 등급별 760,000 ~ 1,097,000원 - 이용자본인부담액: 시설급여비용의 20%, 재가급여의 15% (단, 기초생활수급자는 무료이나, 저소득계층의 경우에는 1/2 경감)
재원조달	- 국고부담, 보험료 및 이용자본인부담액 등으로 재원 구성 ○ 국고부담: 보험료예상수입의 20%, 의료급여수급자의 급여비용 등, 관리운영비 ○ 장기요양보험료: 건강보험료액의 4.05%(2008년: 월평균 2,700원) (단, 법정장애인으로 급여 미수급자 결정시 보험료 전액 또는 일부 감면)
비고	- 2008년 장기요양인정자수 추계: 약 20만명

자료: 노인장기요양보험법, 시행령, 시행규칙 등. 보건복지가족부 내부자료

제2절 노인장기요양보험제도의 요양등급 평가판정방식 검토

1. 기능 및 욕구 평가항목에 대한 타당도 분석

가. 구성 타당성 검증을 위한 인자분석

(1) 문항별 인자분석

본 연구는 2007년에 수행한 시범사업의 타임스터디 결과를 바탕으로 신체기능, 문제행동, 인지기능, 재활욕구, 간호욕구 등 각 기능 및 욕구에 대한 평가 자료를 이용하여 기능별 평가항목의 적절성을 평가하기 위해 전통적인 다변량 기법중의 하나인 인자분석(factor analysis)을 통해 기존의 평가항목별 분류의 타당성을 검토하고, 향후 요양인정 평가항목으로 고려할 것인지에 대한 근거를 제시하고자 한다. 통상적으로 인자분석은 각 문항별 구성 타당성을 검증하는 기법으로 사회과학 및 교육학 등에서 많이 활용되는 통계분석 기법중의 하나이다.

본 연구과정에서 도입한 인자분석은 두 가지 전제조건 하에서 수행되었는데, 첫째, 인자 수에 제한을 두지 않고 모든 항목을 투입하여 도출된 결과로부터 해당된 인자를 추출하였고, 둘째, 5개 인자로 제한하여 각 세부 평가항목의 분류 결과를 이용하여 최종적으로 5개 인자에 해당하는 세부 항목을 각 인자의 항목으로 고려하였다.

(2) 인자 수를 제한하지 않은 분석 결과³⁵⁾

먼저 인자 수를 제한하지 않고 전체 측정문항을 투입한 결과 총 12개 인자로 추출되었다. 신체기능평가의 경우 “화장실사용”, “옮겨타기”, “방밖으로 나오기”, “대변조절”, “소변조절”, “세수하기”, “옷벗고 입기”, “체위

35) 〈부록표 2-9〉 참조.

변경”, “일어나 앉기”, “식사하기”, “양치질”, “목욕하기”, “욕창” 등 13개 평가 항목으로 분류되었다.

다음으로 문제행동 평가항목은 “망상”, “서성거림 안절부절 못함”, “의미 없거나 부적절한 행동”, “폭언위협행동”, “밖으로 나가려고 함”, “부적절한 옷입기”, “돈·물건 감추기”, “불규칙수면주야혼돈”, “환청”, “도움에 저항”, “우울상태 울기도 함”, “길을 잃음”, “대소변불결행위” 등 13개 항목으로 분류되었으며, 인지기능 평가항목은 “나이생년월일불인지”, “상황 판단력 감퇴”, “의사소통 전달장애”, “장소불인지”, “지시불인지”, “날짜계절불인지”, “방금전이나 며칠 전 일을 잊음” 등 7개 항목으로 분류되었다.

재활육구 평가항목은 “팔꿈치 관절”, “어깨관절”, “손목 및 수지관절”, “우측상지마비”, “좌측상지마비”, “발목관절”, “우측하지마비”, “좌측하지마비” 등 8개 항목으로 분류되었고, 간호육구항목은 “흡인”, “경관영양”, “기관지절개간호”, “장루간호” 등 4개 항목으로 분류되었다. 이와는 별도로 5가지 기능 군으로 분류되지 않은 세부 항목들로는 “고관절”, “무릎관절”, “통증간호”, “산소요법”, “물건 망가트리기”, “도뇨관리”, “복막투석간호” 등으로 나타났다.

결과적으로 신체기능 평가항목은 기존의 12개 평가항목에 “욕창” 항목이 추가되어 현실적으로 해당 문항의 분류에 대한 검토가 필요하며, 나머지 평가항목들은 전체적으로 기존의 항목을 유지하고 있으나, “물건망가트리기”는 문제행동 으로부터 분리되었고, 그 외 항목은 모두 간호육구에서 분리된 항목으로 간호육구 항목이 다른 인자에 영향을 주고 있는 것으로 나타났다.

(3) 인자수를 제한한 분석 결과³⁶⁾

다음은 인자의 수를 5개로 제한하여 각 인자의 세부 평가항목이 어떻게 분류되는지를 살펴보았는데, 신체기능평가항목에는 기존의 12개 평가항목 이외에 “욕창”, “도뇨관리” 항목이 포함되었으며, 문제행동 평가항목에서는 기존의 14개 항목이 모두 포함되었고, 재활육구 평가항목에서는 기존의 10개 항목, 인지기능 평가항목에서는 기존 7개 항목 이외에 “복막투석 및 간호” 항목이 포함되었고, 간호육구의 경우 기존 9개 항목 중 6개 항목만이 포함되는 것으로 나타났다.

결과적으로 다른 평가 항목들의 분류는 적절한 것으로 분석되었으나, 간호육구에 대한 평가항목 일부에서 적절성이 떨어지는 것으로 나타나 향후 평가 항목 구성시 간호육구 부문의 항목을 일부 조정할 필요성이 있는 것으로 사료된다.

나. 내적 타당도 검증을 위한 상관도 분석

다음으로 1단계서 기능평가항목별 구성타당도를 검토하고, 다음으로 5개 서비스군에 해당되는 평가항목들의 내적 타당도 검증을 위해 크론바흐 알파계수를 산출하여 개별 문항의 중요도를 평가하였다. 5개 인정평가 문항의 대분류 항목별로 인자분석 결과를 토대로 세부평가항목의 타당도를 검증하였으며, 전반적으로 간호육구항목의 내적 타당도가 낮게 나타났다.

(1) 신체기능 평가항목의 내적타당도 분석

전체적인 크론바흐 알파 계수는 0.96으로 매우 유의미한 문항들로 구성되었으며, 이때, 12개 항목에 대한 내적일치도 분석에서 각 항목을 제거했

36) <부록표 2-10> 참조.

을 때 신뢰도가 낮아지며, “목욕” 항목을 제거했을 때에는 신뢰도가 0.963으로 상승하여, 다른 항목에 비해 신뢰도가 낮은 항목이나 신뢰도의 상승이 미미함으로 충분히 신뢰성 있는 항목으로 고려할 수 있다(<표 3-2> 참조).

<표 3-2> 신체기능의 기존평가항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
화장실사용	18.5327	55.861	.895	.865	.953
방밖으로나오기	18.7602	57.595	.825	.793	.956
흙겨타기	18.6862	57.159	.842	.810	.955
대변조절	18.5569	56.401	.859	.897	.955
소변조절	18.5121	56.829	.831	.873	.955
체위변경	18.9032	59.287	.788	.777	.957
일어나앉기	18.8739	58.849	.789	.796	.957
옷벗고 입기	18.5304	57.022	.866	.812	.954
세수하기	18.5902	57.187	.867	.839	.954
식사	18.8355	60.164	.755	.632	.958
목욕	18.3143	60.086	.584	.505	.963
양치질	18.3719	58.564	.710	.679	.959

결과적으로 신체기능 항목 12개 문항의 내적 타당도는 충분히 있다고 볼 수 있다.

한편 5개 인자로 제한한 인자분석결과로부터 구성된 항목별 내용 타당도를 살펴보면 전체적으로 크론파흐 알파계수가 0.95로 매우 높게 나타났으며, 14개 항목중 욕창과 도뇨관리 항목을 각각 제거했을 때, 전체적인 신뢰도가 상승하고 있어 두 항목은 신체기능영역을 측정하는 문항으로는 상대적으로 타당하지 않은 문항으로 나타나 인자분석 결과에서 추가된 두 문항 “욕창”, “도뇨관리” 는 제외되는 것이 타당할 것으로 판단된다(<표 3-3> 참조).

〈표 3-3〉 기존평가항목 + 2개 평가항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
화장실사용	18.6568	58.044	.894	.864	.942
방밖으로나오기	18.8851	59.766	.827	.793	.944
옹겨타기	18.8110	59.318	.845	.810	.944
대변조절	18.6810	58.601	.857	.897	.943
소변조절	18.6357	59.029	.829	.875	.944
체위변경	19.0279	61.488	.791	.779	.945
일어나앉기	18.9986	61.031	.793	.799	.945
옷벗고 입기	18.6545	59.234	.864	.812	.943
세수하기	18.7144	59.399	.865	.839	.943
식사	18.9593	62.405	.755	.634	.946
목욕	18.4398	62.328	.585	.506	.951
양치질	18.4966	60.804	.708	.680	.948
욕창	20.3451	69.189	.368	.183	.954
도뇨관리	20.4119	70.547	.179	.056	.955

(2) 문제행동평가 항목의 내적타당도 분석

〈표 3-4〉 문제행동 평가항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
망상	3.3089	11.182	.563	.	.855
환청	3.2983	11.261	.524	.	.857
우울상태울기도함	3.1640	11.367	.420	.	.864
불규칙수면주야혼돈	3.2274	11.079	.540	.	.856
도움에저항	3.3177	11.269	.539	.	.856
서성거림안전부절못함	3.2932	11.022	.608	.	.852
길을 잃음	3.1681	11.158	.489	.	.859
폭언위협행동	3.2353	11.016	.567	.	.855
밖으로나가려고함	3.4053	11.510	.560	.	.856
물건망가트리기	3.5169	12.640	.233	.	.868
의미없거나부적절한행동	3.2663	10.834	.654	.	.850
돈물건감추기	3.2941	11.263	.520	.	.857
부적절한옷입기	3.3367	11.166	.599	.	.853
대소변불결행위	3.3631	11.606	.458	.	.860

문제행동 13개 항목에 대한 내적 타당도 분석 결과 크론바흐 알파계수는 0.866으로 나타났고, 각 항목별 중요도 분석에서는 모든 항목에 대해 0.85 이상으로 신뢰도가 높게 나타나 기존의 평가항목들의 구성은 적절하다고 사료된다(<표 3-4> 참조).

(3) 인지기능평가 항목의 내적타당도 분석

기존의 7개 항목으로 구성된 평가항목에 대한 내적 타당도 분석결과 크론바흐 알파계수가 0.910으로서 내적 타당도는 높게 나타나고 있으며, 각 문항별 신뢰도 분석결과 7개 항목 모두가 신뢰성이 있는 것으로 나타나 통계적으로 타당한 항목으로 판단된다(<표 3-5> 참조).

<표 3-5> 인지기능평가 항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
방금전이나며칠전일 잊음	2.9580	5.962	.661	.448	.904
날짜계절불인지	2.9674	5.903	.685	.489	.902
장소불인지	3.1352	5.797	.721	.526	.898
나이생년월일불인지	3.0825	5.577	.821	.683	.887
지시불인지	3.1972	5.900	.692	.498	.901
상황판단력감퇴	3.0350	5.712	.758	.583	.894
의사소통전달장애	3.0821	5.688	.766	.613	.893

다음으로 5개인자로 제한한 인자분석 결과를 근거로 한 내적 타당도 분석결과 크론바흐 알파계수가 0.892로 높은 신뢰도를 보이며, 기존의 7개 문항과 더불어 인자분석에 의해 투입된 “복막투석 및 간호” 문항은 제거 시 타 항목과 비교하여 전체 신뢰도가 상승하기 때문에 이 경우 부적절한 문항으로 분석되어 기존의 7개 항목을 유지하는 것이 적절한 것으로 판단된다(<표 3-6> 참조).

〈표 3-6〉 기존평가 항목 + 1개 항목 에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
방금전이나며칠전일 잊음	2.9566	5.963	.661	.449	.879
날짜계절불인지	2.9664	5.903	.686	.490	.877
장소불인지	3.1340	5.797	.721	.527	.873
나이생년월일불인지	3.0822	5.577	.822	.684	.862
지시불인지	3.1966	5.903	.692	.498	.876
상황판단력감퇴	3.0341	5.714	.758	.583	.869
의사소통전달장애	3.0813	5.691	.766	.613	.868
복막투석및 간호	3.5736	7.771	-.017	.001	.911

(4) 재활욕구 평가 항목의 내적타당도 분석

기존의 평가항목 10개에 대한 신뢰도 분석결과 크론바흐 알파계수는 0.879로서 전반적으로 재활욕구 항목의 신뢰도는 높게 나타났으며, 문항별 신뢰도 분석에서에서는 10개 평가 항목 모두 신뢰도가 높게 나타나고 있다(<표 3-7> 참조).

〈표 3-7〉 재활욕구 평가 항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
어깨관절	12.4794	11.278	.683	.564	.862
팔꿈치 관절	12.4839	11.301	.679	.560	.863
손목및 수지관절	12.4990	11.418	.650	.518	.865
고관절	12.0924	11.913	.442	.278	.878
무릎관절	12.2726	11.402	.565	.401	.870
발목관절	12.4041	11.228	.652	.454	.864
우측상지마비	12.5291	11.199	.570	.592	.869
좌측상지마비	12.5070	10.986	.596	.628	.868
우측하지마비	12.3308	10.400	.631	.695	.866
좌측하지마비	12.3097	10.206	.660	.722	.864

(5) 간호욕구 평가 항목의 내적타당도 분석

간호욕구 평가항목에 대한 신뢰도 분석결과 크론바흐 알파계수가 0.435로 낮게 나타나고 있어 전체적으로 간호욕구 평가 항목의 내적 타당도가 낮은 것으로 분석되어 간호욕구 평가항목을 재구성할 필요가 있을 것으로 사료된다. 한편 각 항목별 신뢰도를 분석한 결과 8개 항목 모두에서 신뢰도가 0.223~0.379로 낮게 나타나고 있으며, 특히 “욕창” 항목은 0.223으로 가장 낮게 나타나고 있으며, 향후 간호 욕구평가항목의 구성 시 전문가의 의견을 적극적으로 반영하여 문항을 재구성해야 하며, 그릇된 평가판정 항목으로 인해 다른 평가항목에 영향을 줄 가능성이 큰 것으로 판단된다(<표 3-8> 참조).

〈표 3-8〉 간호욕구 평가 항목에 대한 내적 타당도 분석

평가항목	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
흡인	.3604	.413	.207	.	.305
산소요법	.3604	.414	.200	.	.307
욕창	.2760	.284	.257	.	.223
경관영양	.3599	.407	.251	.	.292
통증간호	.1574	.218	.166	.	.379
도뇨관리	.3422	.388	.167	.	.301
장루간호	.3677	.441	.089	.	.340
복막투석및 간호	.3691	.448	-.002	.	.350

다. 내적 타당도 검증 결과

신체기능 평가항목에 대한 구성 타당도 분석 결과 간호항목인 “욕창”과 “도뇨관리” 항목이 포함되는 문제점이 있으나, 전반적으로 내적 일치도를 평가할 경우 신뢰도가 높기 때문에 기존의 12개 문항을 사용하는 것이 바람직한 것으로 나타났다.

문제행동 평가항목에 대한 구성 타당도는 여타의 다른 항목이 포함되지 않아 신뢰성을 갖는 것으로 나타나고 있으며, 내적 일치도 분석에서도 14개 문항의 신뢰도는 높게 나타나고 있어 기존의 평가항목을 유지하는 것이 적절한 것으로 판단된다.

재활욕구 평가항목의 경우 인자의 수를 제한하지 않은 경우 2개 항목이 재활욕구평가항목에서 제외되는 결과를 나타내고 있으나, 내적일치도 분석에서는 제외되는 두개 항목의 신뢰도가 높아 재활욕구 평가항목으로 유지하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

인지기능 평가항목에 대한 구성타당도 분석 결과 모든 항목이 모형에 포함되며, 내적일치도 분석에서도 신뢰성을 갖는 것으로 나타나 기존의 평가항목을 유지하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

끝으로 간호욕구 평가항목에 대한 신뢰도는 항목에 비해 낮은 편으로 세부 평가항목별로 인자 분석한 결과 (<부록표 2-10> 참조) 간호영역으로 구분되지 않는 항목이 있으며, 대분류별 항목에 대한 가중치, 예를 들어 신체기능(30점), 문제행동(20점), 인지기능(20점) 등으로 산정할 경우 각 세부 항목별 가중치 합산으로 통해 점수 환산이 가능하기 때문에 구성타당도가 낮은 항목을 기존 대분류는 상대적으로 낮은 가중치를 부여하는 것이 타당할 것이며, 최종적으로 관련 평가 항목에 대한 재구성할 필요가 있다.

2. 서비스군 별 수형도 분석을 통한 요양인정 시간의 산출

가. 분석 배경

우리나라를 비롯한 일본 및 독일 등의 노인장기요양의 등급판정기준에 많은 영향을 미치는 요인은 대상자에 대한 서비스 제공시간으로 나타났다. 서비스 인정시간에 의존하는 등급판정 기준은 동일 대상자에게 여러 번 서비스를 제공할 경우보다 오랜 시간 단일 서비스를 제공할 경우 상위

등급의 판정기준을 적용하는 것이 타당할 것이다.

기존의 등급판정 기준은 모든 서비스 시간을 합산하여 이를 등급 판정 점수로 환산하여 판정하고 있다.

따라서 본 연구에서는 기존의 2단계로 평가하는 등급판정 체계를 영국과 같은 단일 평가판정 체계를 도입하기 위해 2007년 시범평가사업의 타입스터디 자료를 이용하여 평가판정 기준을 재설정하고, 이에 따라 1차 등급판정 기준에 따라 분류된 대상자에 대해 판별 분석을 통한 평가판정 분류의 적합성을 재고하고자 한다. 또한 2007년 연구와는 달리 본 연구에서는 Rash 모형을 이용하지 않고, 통상적으로 활용가능하고 확장성이 있는 통계적 절차에 따라 분석하고자 하였다.

나. 분석 과정

5개 평가 항목의 세부 평가항목의 합계점수를 100 만점으로 환산하여 이 값을 가중치 산정에 이용하였다. 이때 100점 만점의 환산 방식은 각 항목별 점수대와 100점 만점의 구간별로 비례하도록 하였다.

〈표 3-9〉 신체기능 항목의 환산점수

합계점수	환산점수	합계점수	환산점수
36	100	23	45.4
35	95.8	22	41.2
34	91.6	21	37.0
33	87.4	20	32.8
32	83.2	19	28.6
31	79.0	18	24.4
30	74.8	17	20.2
29	70.6	16	16.0
28	66.4	15	11.8
27	62.2	14	7.6
26	58.0	13	3.4
25	53.8	12	0
24	49.6		

〈표 3-10〉 문제기능 항목의 환산점수

합계점수	환산점수	합계점수	환산점수
14	100	6	42.85
13	92.86	5	35.71
12	85.71	4	28.57
11	78.57	3	21.49
10	71.43	2	14.29
9	64.29	1	7.14
8	57.14	0	0
7	50.0		

〈표 3-11〉 인지기능 항목의 환산점수

합계점수	환산점수	합계점수	환산점수
7	100	3	42.86
6	85.71	2	28.57
5	71.43	1	14.29
4	57.14	0	0

〈표 3-12〉 재활동구 항목의 환산점수

합계점수	환산점수	합계점수	환산점수
9	100	4	44.44
8	88.89	3	33.33
7	77.78	2	22.22
6	66.67	1	11.11
5	55.56	0	0

〈표 3-13〉 간호육구 항목의 환산점수

합계점수	환산점수	합계점수	환산점수
30	100	19	47.62
29	95.24	18	42.86
27	90.48	17	38.09
26	85.71	16	33.33
25	80.95	15	38.57
24	76.19	14	23.81
23	71.43	13	19.05
22	66.67	12	14.28
21	61.90	11	9.25
20	57.14	10	0

다음으로 5개 항목별 환산점수에 대한 인자 분석을 통해 인자 적재값(factor loading)을 이용한 가중치 산정 방법을 통해 기능평가항목의 가중치를 산정한 후 이를 요양인정 계산 시 가중치를 반영하여 계산하였으며, 각 항목별 가중치는 다음의 <표 3-14>와 같다.

<표 3-14> 5개 기능 평가 항목의 가중치

평가항목	가중치
신체기능(12개 항목)	0.86
문제행동(14개 항목)	0.59
인지기능(7개 항목)	0.74
재활욕구(10개 항목)	0.33
간호욕구(8개 항목)	0.64

이와 같이 산정된 가중치를 바탕으로 각 서비스군 별 요양인정 시간을 산출하여 최소 인정 시간과 최대 인정시간을 도출하였다. 한편 서비스군 별 인정시간 산출을 위해 SAS Enterprise Miner 9.1을 활용하여 모델의 타당성(validation)을 검증을 실시한 후 이를 바탕으로 최종 수형도 분석을 CART 분석방법으로 요양인정 시간을 산출하였다.

다. 서비스군별 인정 요양시간 산출

(1) 모형

목적변수로 측정된 각 서비스군 별 실제서비스 제공시간을 이용하고, 설명변수로는 각 서비스 항목별 점수와 100점 만점으로 환산하여 부과한 가중치를 활용하였다. 이때 8개 서비스군 별 수형도 분석을 통한 최소 및 최대 요양인정 시간을 산출하였다.

먼저 각 서비스군 별로 총 요양시간을 목적 변수로 결정하고, 모형의 설명변수로는 각 52개 평가항목을 회귀 모형에 적합 시켜 최종 모형을 결

정한 후 수형도 분석을 실시하였다.

수형분석에서 최종 마디는 15개 마디로 설정하여 각 마디별 최소인정시간과 최대 인정시간을 분석하여 결정하였다(<부록 3> 참조).

(가) 청결 서비스군

청결 서비스군의 최종 마디 수는 38개로 분리되었고, 최소인정시간은 1.78분, 최대인정시간은 24.9분으로 나타났고, 최대인정시간의 서비스 구분은 “옷 벗고 입기: 부분·완전도움, 양치질 : 완전자립·부분도움, 도뇨관리: 유” 로 나타났고, 최소인정시간의 서비스 구분은 “옷 벗고 입기: 완전자립 → 소변조절 : 완전자립 → 일어나 앉기: 완전자립 → 날짜계절불인지 : 무 → 길 잃음 : 무” 로 분석되었다.

(나) 배설 서비스군

배설서비스군의 최종 마디 수는 28개로 분리되었고, 최소인정시간은 0.52분, 최대인정시간은 18.28분으로 나타났고, 최대인정시간의 서비스 구분은 “신체기능가중점수: 14.86 이상 → 신체기능가중점수: 13.42 미만 → 신체기능가중점수: 7.65 미만 → 신체기능가중점수: 1.88 미만 → 신체기능가중점수 : 0.58미만” 이며, 최소인정시간의 서비스 구분은 “신체기능가중점수: 14.86 미만 → 목욕하기 : 완전자립·부분도움 → 신체기능가중점수: 20.63 이상”으로 분석되었다.

(다) 식사수발 서비스군

식사수발 서비스군의 최종 마디 수는 30개로 분리되었고, 최소인정시간은 6.73분, 최대인정시간은 40.2분으로 나타났다. 최대인정시간의 서비스 구분은 “양치질 : 완전자립·부분도움 → 양치질 : 완전자립 → 목욕:완전

자립·부분도움 → 욕창 : 무 → 날짜계절 불인지 : 무 → 밖밖으로 나오기: 완전자립”이며, 최소인정시간의 서비스 구분은 “양치질 : 완전도움 → 식사하기 : 완전도움 → 불규칙적수면 : 유” 로 분석되었다.

(라) 기능증진 서비스군

기능증진 서비스군의 최종 마디 수는 18개로 분리되었고, 최소인정시간은 1.2분, 최대인정시간은 17.5분으로 나타났다. 최대인정시간의 서비스 구분은 “양치질: 완전도움 → 신체기능가중점수: 13.42 이상 → 목욕 : 완전자립·부분도움”이며, 최소인정시간의 서비스 구분은 “양치질 : 완전자립·부분도움 → 신체기능가중점수: 3.33 미만 → 신체기능가중점수: 0.58 미만”으로 분석되었다.

(마) 간접지원 서비스군

간접지원 서비스군의 최종 마디 수는 24개로 분리되었고, 최소인정시간은 13.03분, 최대인정시간은 66.3분으로 나타났으며, 최대인정시간의 서비스 구분은 “양치질 : 완전도움 → 불규칙수면: 유 → 밖으로 나가려함 : 유 → 욕창 : 유”이며 , 최소인정시간의 서비스 구분은 “양치질 : 완전자립·부분도움 → 양치질 : 완전자립 → 목욕 : 완전자립 → 대변조절 : 완전자립 → 불규칙수면: 무”로 분석되었다.

(바) 행동변화 서비스군

행동변화 서비스군의 최종 마디 수는 14개이며, 최소인정시간은 0.52분, 최대인정시간은 17.9분으로 나타났다. 최대인정시간의 서비스 구분은 “식사하기 : 완전도움 → 고관절: 구축 없음”이며, 최소인정시간의 서비스 구분은 “식사하기 : 완전자립·부분도움 → 대소변불결행위 : 무 → 고관절:

구축없음 → 물건망가트리기 : 무 → 밖으로 나가려함 : 무”로 분석되었다.

(사) 간호처치 서비스군

간호처치 서비스군의 최종 마디 수는 12개로 분리되었고, 최소인정시간은 6.2분, 최대인정시간은 23.7분으로 나타났으며, 최대인정시간의 서비스 구분은 “불규칙수면: 유 → 장소불인지 : 무 → 우측상지마비: 불완전·완전마비”, 최소인정시간의 서비스 구분은 “불규칙수면: 유 → 장소불인지 : 유 → 양치질 : 완전자립”으로 분석되었다.

(아) 재활훈련 서비스군

재활훈련 서비스군의 최종 마디 수는 8개로 분리되고, 최소인정 시간은 2.36분, 최대인정시간은 4.38분으로 나타났다. 최대인정시간의 서비스 구분은 “목욕: 완전자립·부분도움 → 양치질 : 부분도움·완전도움”이며, 최소인정시간의 서비스 구분은 “목욕: 완전도움 → 장소불인지 : 유”로 분석되었다.

결과적으로 각 서비스군의 최소 인정시간과 최대 인정시간을 합산하여 최종적으로 노인장기요양 대상자에게 제공되는 최소인정시간과 최대 인정시간은 각각 다음과 같다.

[최소인정시간] : $1.76+0.52+6.74+1.21+0.52+13.02+6.12+2.36=32.25$ 분

[최대인정시간] : $24.92+18.28+40.22+17.5+17.9+66.28+23.7+6.10=214.9$ 분

3. 등급판정 기준

가. 기존의 판정절차 및 등급구간

2006년 시범사업을 통해 ADL 12개 항목, 간호처치 및 재활 21개 항목, 인지기능 8개 항목, 문제행동 10개 항목 등 총 51개 항목으로 구성하여 수발 등급은 심신장애상태, 서비스 필요량 등에 의거하여 5등급으로 구분, 판정하도록 하고 있다.

〈표 3-15〉 기존의 등급판정기준

구분	수발인정 시간(분)
1등급	90분이상
2등급	70~90분 미만
3등급	50~70분 미만
4등급	40~50분 미만
5등급	35~40분 미만

2006년 시범 실시를 통해 수립된 평가판정 단계를 살펴보면 다음과 같다.

- 1단계 : 2인 1조의 조사원이 기능평가표 항목에 노인의 기능상태를 체크함.
- 2단계 : 기능조사표에 조사된 각 영역별(5개영역) 득점을 계산
- 3단계 : 요양욕구 5개영역의 득점을 계산하고, 이에 따른 가중치를 부과하여 총 득점을 계산
- 4단계 : 개개인의 기능평가표 조사결과와 요양욕구 5개영역별 득점을 이용하여 기존의 수형도 분석을 적용하여 5개 서비스군 별 인정 요양시간을 계산
- 5단계 : 5개 군의 인정요양시간의 합을 구함.
- 6단계 : 인정요양시간의 합을 인정요양시간 등급기준에 적용하여 개개인의 요양인정 등급을 결정함.

기존의 평가판정 단계는 평가 조사원이 개략적인 노인의 상태를 평가하여 각 영역별 점수와 총 가중 점수를 계산하고, 5개 군의 인정 요양시간을 합산한 결과로부터 최종 등급을 부여하는 방식으로서 이와 같은 절차는 행정력이 많이 소요되며, 모든 판정 항목을 검토하여 최종 판정에 이르기까지 많은 시간이 소요되어 등급판정에 대한 민원이 많이 발생하는 문제점이 있다. 또한 등급판정 절차에서 1차 판정 결과를 바탕으로 전문가들에 의한 2차 판정을 통해 최종 등급을 결정하고 있으나, 대다수가 1차판정 결과를 따르고 있어 2차 판정의 의미성이 떨어지는 것으로 나타나고 있다.

나. 등급판정 구간 설정

등급판정을 위해 각 서비스 군별 욕구를 파악해 보면, 수형도 분석에 포함된 주된 항목에 대한 분류가 가능하며, 이를 표로 작성하면 다음과 같다.

〈표 3-16〉 서비스군별, 욕구기능의 주요항목분류

욕구기능 서비스군	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
청결	옷 벗고 입기 소변조절 일어나 앉기 양치질하기 목욕하기 체위변경	날짜계절불인지	길을 잃음 돈 물건 감추기 도움에 저항 대소변불결 불규칙수면	도뇨 관리	손목수지관절
배설	목욕하기 식사하기 방밖으로 나오기 신체기능 가중점수	인지기능가중점수	대소변불결	-	-
식사수발	양치질하기 목욕하기 방밖으로 나오기 식사하기 화장실사용	날짜계절불인지	우울상태 불규칙수면	욕창	-
기능보조	양치질하기 옻겨 타기 목욕하기 신체기능 가중점수	-	우울상태	-	-
행동변화	식사하기	장소불인지	대소변불결 물건망가트리기 방밖으로 나가려함	-	고관절
간접지원	양치질하기 목욕하기 화장실사용 대변조절	-	불규칙수면 폭언위협행동 방밖으로 나가려함	욕창	-
간호처치	양치질하기 체위변경	장소불인지	불규칙수면	간호처치 가중점수	우측상지마비
재활훈련	목욕하기 양치질하기	장소불인지	-	-	-

앞의 각 서비스군 별로 신체기능, 인지기능, 문제행동, 간호처치, 재활육구 등의 항목에 포함된 각 항목의 포함 유무를 분석하여, 먼저 거의 수발 서비스가 필요 없는 경증에 해당되는 그룹으로서 거의 일상생활에 어려움이 없이 활동이 가능한 그룹으로 판단되며, 이러한 방법으로 각 그룹별 구분에 따른 평가등급 구간을 산정할 수 있으며, 이와 같이 분류된 기준에 따라 향후 등급판정 결정에 적용 가능할 것으로 사료된다. 다음은 주요 기능평가 항목별로 실제 소요된 요양시간에 대한 점수를 환산하여 주요 점수대별로 어떠한 기능들에 문제가 있는지를 나타낸 것이다.

〈표 3-17〉 서비스군별, 육구기능의 항목별 요양점수의 일부 분포

점수	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활육구
31.71	옷벗고입기:부분도움 목욕하기:완전도움 식사:부분도움 일어나앉기:부분도움 소변조절:완전도움 그 외 : 완전자립	전체: 무	전체 : 무	전체: 무	우측상지마비, 좌측상지마비:불완전마비 좌측하지마비:불완전마비 고관절:한쪽구축 무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무
41.96	목욕하기:완전도움 일어나앉기:부분도움 옮겨타기:부분도움 방밖으로나오기:부분도움 그 외 :완전자립	전체: 무	전체 : 무	전체: 무	우측상지마비:불완전마비 좌측상지마비:불완전마비 우측하지마비:불완전마비 좌측하지마비:불완전마비 손목및 수지관절:한쪽구축 그 외: 무
51.42	목욕하기:완전도움 식사:완전자립 대변조절:부분도움 소변조절:부분도움 그 외:완전자립	모든 항목 장애 있음	우울상태, 서성거림,밖으로나가려함, 의미없거나부적절한행동,돈물건감추기,부적절한 옷입기, 대소변불결행위:유 그 외 : 무	전체: 무	좌측상지마비:불완전마비 고관절:한쪽구축 그 외 : 무
61.09	양치질: 완전도움 그 외 : 완전자립	지시불이행 : 유 그 외 : 무	환청:유, 우울상태:유 그 외 : 무	전체: 무	우측하지마비:불완전마비 좌측하지마비:불완전마비 고관절:한쪽구축 무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무

〈표 3-17〉 서비스군별, 욕구기능의 항목별 요양점수의 일부 분포(계속)

점수	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
70.1	옷벗고입기, 목욕하기:부분도움 그 외 :완전자립	상황 판단력 감퇴:유 그 외 : 무	우울상태:유 불규칙수면:유 서성거림:유 길을잃음:유 그 외 : 무	통증간호:유 그 외 : 무	무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무
80.18	옷벗고입기, 세수하기, 양치질:부분도움 목욕하기:완전도움 그외 :완전자립	지시불인지:유 그 외 : 무	길을잃음:유 폭언위협행동:유 밖으로나가려함:유 돈물건감추기:유 그 외 : 무	전체 : 무	전체 : 무
90.23	옷벗고입기, 세수하기, 양치질, 목욕하기, 식사:완전도움 그 외 :완전자립	모든 항목 장애 있음	길을잃음:유 폭언위협행동:유 그 외 : 무	전체 : 무	우측하지마비,좌측하지마비:불완전마비 팔꿈치 관절, 손목및 수지관절,고관절,발목관절:한쪽구축 그 외 : 무
100.6	옷벗고입기,세수하기, 양치질,목욕하기:완전도움 식사:완전자립 체위변경,일어나앉기:부분도움 옮겨타기,방밖으로나오기, 화장실사용,대변조절,소변조절:완전도움	모든 항목 장애 있음	대소변불결행위:유 그 외 : 무	전체: 무	전체 : 무
110.1	체위변경:완전자립 일어나앉기:부분도움 옮겨타기:부분도움 방밖으로나오기:부분도움 그 외 :완전도움	지시불인지: 무 그 외 : 유	망상:무, 환청:유 도움에저항:유 폭언위협행동:유 대소변불결행위:유 그 외 : 무	전체 : 무	우측상지마비,좌측상지마비,우측하지마비,좌측하지마비:불완전마비 어깨관절, 팔꿈치 관절, 고관절,무릎관절,발목관절:한쪽구축 손목및 수지관절:무
125.3	옷벗고입기, 목욕하기, 식사, 체위변경:부분도움 세수하기,양치질:완전도움 일어나앉기, 옮겨타기,방밖으로나오기:완전도움 화장실사용, 대변조절, 소변조절:완전자립	모든 항목 장애 있음	환청:유 불규칙수면:유 길을잃음:유 돈물건감추기:유 그 외 :무	욕창:유 그 외 : 무	우측하지마비:불완전마비 좌측하지마비:완전마비 무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무

〈표 3-17〉 서비스군별, 욕구기능의 항목별 요양점수의 일부 분포(계속)

점수	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
70.1	옷벗고입기, 목욕하기:부분도움 그 외 :완전자립	상황 판단력 감퇴:유 그 외 : 무	우울상태:유 불규칙수면:유 서성거림:유 길을잃음:유 그 외 : 무	통증간호:유 그 외 : 무	무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무
80.18	옷벗고입기, 세수하기, 양치질:부분도움 목욕하기:완전도움 그외 :완전자립	지시불인지:유 그 외 : 무	길을잃음:유 폭언위협행동:유 밖으로나가려함:유 돈물건감추기:유 그 외 : 무	전체 : 무	전체 : 무
90.23	옷벗고입기, 세수하기, 양치질, 목욕하기, 식사:완전도움 그 외 :완전자립	모든 항목 장애 있음	길을잃음:유 폭언위협행동:유 그 외 : 무	전체 : 무	우측하지마비,좌측하지마비:불완전마비 팔꿈치 관절, 손목및 수지관절,고관절,발목관절:한쪽구축 그 외 : 무
100.6	옷벗고입기,세수하기, 양치질,목욕하기:완전도움 식사:완전자립 체위변경,일어나앉기:부분도움 옮겨타기,방밖으로나오기, 화장실사용,대변조절,소변조절:완전도움	모든 항목 장애 있음	대소변불결행위:유 그 외 : 무	전체: 무	전체 : 무
110.1	체위변경:완전자립 일어나앉기:부분도움 옮겨타기:부분도움 방밖으로나오기:부분도움 그 외 :완전도움	지시불인지: 무 그 외 : 유	망상:무, 환청:유 도움에저항:유 폭언위협행동:유 대소변불결행위:유 그 외 : 무	전체 : 무	우측상지마비,좌측상지마비,우측하지마비,좌측하지마비:불완전마비 어깨관절, 팔꿈치 관절, 고관절,무릎관절,발목관절:한쪽구축 손목및 수지관절:무
125.3	옷벗고입기, 목욕하기, 식사, 체위변경:부분도움 세수하기,양치질:완전도움 일어나앉기, 옮겨타기,방밖으로나오기:완전도움 화장실사용, 대변조절,소변조절:완전자립	모든 항목 장애 있음	환청:유 불규칙수면:유 길을잃음:유 돈물건감추기:유 그 외 :무	욕창:유 그 외 : 무	우측하지마비:불완전마비 좌측하지마비:완전마비 무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무

〈표 3-17〉 서비스군별, 욕구기능의 항목별 요양점수의 일부 분포(계속)

점수	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
135.1	옷벗고입기,세수하기, 양치질, 화장실사용, 대변조절 소변조절: 완전도움 목욕하기, 식사, 체위 변경, 일어나앉기, 옮겨타기, 방밖으로나오기:부분도움	방금전일이나 며칠전일 잊음:유 날 짜 계 절 불 인 지:유 장소불인지:무 나 이 생 년 월 일 불인지:유 지시불인지:유 상 황 판 단 력 감 퇴:유 의 사 소 통 전 달 장애:유	환청:유 불규칙수면:유 길을잃음:유 폭언위협행동:유 밖으로나가려함:유 돈물건감추기:유 부적절한 옷입기:유 대소변불결행위:유 그 외 : 무	도 노 관 리:유 그 외 : 무	우측상지마비:무 좌측상지마비:완전마비 우측하지마비:무 좌측하지마비:완전마비 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절: 한쪽구축
142.8	목욕하기,식사, 체위 변경:부분도움 그 외 : 완전도움	방금전일이나 며칠전일 잊음:무 날짜계절불인자무 장소불인지:무 나 이 생 년 월 일 불인지:무 지시불인지:무 상황판단력감퇴:무 의 사 소 통 전 달 장애:유	망상:유, 환청:유 불규칙수면:유 도움에저항:유 폭언위협행동:유 밖으로나가려함:유 의미없거나부적절한행동:무 대소변불결행위:유 그 외 : 무	욕창:유 그 외 : 무	우측상지마비:불완전마비 좌측상지마비:불완전마비 우측하지마비:불완전마비 좌측하지마비:불완전마비 어깨관절:한쪽구축 팔꿈치 관절:무 손목및 수지관절:무 고관절:한쪽구축 무릎관절:한쪽구축 발목관절:한쪽구축
150.2	목욕하기, 식사, 일어나앉기, 방밖으로나오기:부분도움 그 외 :완전도움	모든 항목 장애 있음	망상:무, 불규칙수면:무 폭언위협행동:무 물건망가뜨리기:무 그 외 : 유	전 체 : 무	어깨관절:한쪽구축 팔꿈치 관절:한쪽구축 무릎관절:한쪽구축 그 외 : 무

<표 3-17>로부터 주요 서비스군 별 요양점수를 합산한 최종 점수 분포를 이용하여 요양등급을 결정하도록 하였다.

위의 표로부터 인지기능 항목의 경우 특정 점수대에서는 모든 기능에 장애가 있거나, 또는 1~2개 항목에 장애가 있고 그 외 항목은 장애가 없는 것으로 나타나고 있다. 한편 간호처치 항목의 경우 9가지 항목 중에서 요양점수 산출에 주요하게 영향을 미치는 평가항목은 “욕창”, “도노관리”, “통증간호”로 나타나고 있으며, 다른 평가항목에 비해 상대적으로 출현빈도가 낮으며, 그 외 평가항목은 등급결정에 많은 영향을 끼치지 못하는

것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 이미 앞에서 기능평가항목에 대한 인자분석 시 간호처치 항목에 대한 분류가 적절하게 이루어지지 못하는 결과와도 일맥상통한다고 볼 수 있다.

앞에서 도출한 요양 인정점수를 고려하여 최종적으로 요양 대상자 그룹에 대한 요양인정 점수별 그룹을 설정하여 요양등급을 결정해야 한다. 이를 위해 기존의 자료를 토대로 본 연구에서 설정한 요양점수별 등급구간의 적절성을 평가하였다.

2007년 노인 장기요양 시범사업을 통해 1차 판정결과 1등급이 전체노인의 1.43%, 2등급이 0.89%, 3등급이 1.77%로 전체적으로 4.1%로 나타났고, 2차 판정에서는 3.94%로 나타났다. 한편 2007년의 노인 장기요양 신청자 중 요양등급에 포함된 8,177명을 1~3등급 구간별 인원 및 비율은 각각 1등급은 총 신청자중 2,976명인 36.4%, 2등급은 1,838명인 22.5%, 3등급은 3,363명인 41.1%로 나타났으며, 분석 자료를 토대로 1~3등급 구간을 설정하여 실제 등급 내 판정을 받은 노인 수에 대한 등급별 인원수를 추계하여 분포의 적절성을 검토하였다.

등급 내에 포함되는 노인인구분포를 추계하기 위해 시범사업 자료의 요양점수 총점 구간이 각 등급에 해당되는 1,214명을 2007년 등급 내에 포함된 8,177명을 모수로 하여 각 등급별 인원수와 백분율을 추계한 결과가 <표 3-18>과 같고, 각 등급구간별 추계 값과 2007년 시범사업 결과를 살펴보면 1등급은 시범사업결과에 비해 약간 과소 추계되었고, 2등급은 시범사업에 비해 과대 추계되었으며, 3등급은 과소 추계되어 나타나고 있다.

〈표 3-18〉 등급별 빈도수 및 비율

(단위 : 명, %)

등급구간	등급구간에 따른 요양대상 노인 추계값					2007년 요양신청자중 등급별 백분율			
	점수구간	빈도	백분율	누적 빈도	누적 백분율	빈도	백분율	누적 빈도	누적 백분율
요양1	95점 이상	2,694	32.95	2,694	32.95	2,976	36.4	2,976	36.4
요양2	75~95점미만	2,229	27.27	4,923	60.21	1,838	22.5	4,818	58.9
요양3	55~75점미만	3,253	39.79	8,177	100.00	3,363	41.1	8,177	100.0

다. 등급판정 구간의 타당성 검증을 위한 판별 분석

<표 3-18>과 같이 설정된 등급판정 구간의 타당성을 검증하기 위해 시범 평가 분석 자료를 이용하여 등급판정 대상자들에 대한 판별분석을 통해 설정된 등급의 분류확률을 추정하여 등급구간의 적절성을 평가하였다.

판별분석 결과로부터 추정된 분류확률의 통계적 유의미성을 평가하여 설정된 등급구간의 객관성을 확보함으로써 등급판정의 신뢰성을 확보하는데 의미가 있으며, 기존의 1차 판정과 2차 판정으로 구성된 등급판정 절차를 단일화 하고자 하는 목적이 있다. 통상적으로 판별분석의 주요 목적은 외적기준으로 설정된 2개 이상의 그룹을 잘 설명하는 설명변수 조합을 찾음으로서 향후 분류 및 예측 등에 활용하는 것이다.

따라서 본 연구에서 검토하고자 하는 장기요양 신청자의 등급을 적절히 결정하는 수단으로 매우 객관적이며, 향후 장기요양신청자의 주요 서비스 요구 항목에 따라 등급을 적절하게 판정할 수 있는 도구가 될 수 있을 것으로 판단된다. 즉, 장기요양 신청자의 개별 서비스 요구항목과 총점 및 등급을 설명변수로 설정하여 판별분석을 실시한 후 기존의 등급이 적절한지를 평가하여 1차 판정 결과와 판별분석결과 간의 불일치된 대상자에 한해 전문가에 의한 재판정 절차를 거침으로서 단일 판정 체계를 구성할 수 있다.

〈표 3-19〉 선형 판별 함수값

서비스욕구	변수명 상 수	1등급	2등급	3등급
신체기능	옷벗고 입기	-0.16804	-0.14709	-0.18284
	세수하기	-0.31571	-0.3678	-0.34884
	양치질	1.4057	1.25711	1.03907
	목욕	0.95564	1.08866	0.98677
	식사	-0.22334	-0.46335	-0.36996
	체위변경	-0.3865	-0.34273	-0.22655
	일어나앉기	0.00403	0.0308	-0.05703
	옮겨타기	0.02102	-0.02326	-0.04305
	방밖으로나오기	0.02045	0.03173	0.00554
	화장실사용	-0.31577	-0.27865	-0.28428
인지기능	대변조절	-0.15526	-0.22726	-0.18951
	소변조절	0.42568	0.41361	0.39191
	방금전이나 며칠전 일을 잊음	0.50258	0.44457	0.40179
	날짜계절불인지	0.28695	0.32671	0.31315
	장소불인지	-0.21454	-0.18196	-0.16936
	나이생년월일불인지	-0.51222	-0.3436	-0.32498
	지시불인지	0.14784	0.06064	0.05736
문제행동	상황판단력감퇴	0.01467	0.03093	0.059
	의사소통전달장애	0.22127	0.09548	0.08981
	망상	0.06084	0.11362	0.06087
	환청	0.03665	-0.02857	-0.02931
	우울상태 울기도 함	0.03319	0.05203	0.03756
	불규칙수면주야혼돈	-0.33949	-0.2126	-0.17665
	도움에저항	0.19647	0.13669	0.05821
	서성거림안절부절못함	0.26215	0.28639	0.27276
	길을 잃음	-0.06002	0.05335	0.03577
	폭언위협행동	0.10978	0.06137	0.01956
	밖으로나가려고함	0.02284	0.16094	0.11377
	물건망가트리기	0.26491	0.01895	0.10218
	의미없거나부적절한행동	-0.18348	-0.14122	-0.06729
	돈물건감추기	0.13203	0.16344	0.18978
	부적절한옷입기	0.2206	0.21372	0.14433
	대소변불결행위	-0.50131	-0.60146	-0.48077

〈표 3-19〉 선형 판별 함수값(계속)

서비스욕구	변수명 상 수	1등급	2등급	3등급
간호처치	기관지절개간호	-0.2137	-0.37675	-0.21089
	흡인	-0.64436	-0.22	-0.2826
	산소요법	0.85421	0.62996	0.63906
	욕창	-1.12952	-0.90502	-0.79423
	경관영양	-0.16768	-0.44006	-0.33358
	통증간호	-0.00792	0.01567	0.04164
	도뇨관리	0.19365	0.07947	0.07935
	장루간호	2.16027	1.96231	1.67126
	복막투석 및 간호	0.36318	-0.19929	-0.04754
재활기능	우측상지마비	0.03496	0.04598	0.08761
	좌측상지마비	0.23495	0.19308	0.16604
	우측하지마비	0.13585	0.11651	0.04398
	좌측하지마비	-0.30949	-0.27261	-0.21583
	어깨관절	-0.09173	-0.03973	0.01075
	팔꿈치 관절	0.27058	0.23688	0.19476
	손목 및 수지관절	0.15421	0.16511	0.2269
	고관절	1.14052	1.27966	1.31392
	무릎관절	0.36576	0.31637	0.26724
	발목관절	0.43292	0.33276	0.29207
총 점	총 점	0.1734	0.1242	0.09811

〈표 3-20〉 분류결과 및 오분류율

실제그룹	분류그룹			계
	1등급	2등급	3등급	
1등급	379	21	0	400
	94.75%	5.25%	0%	100%
2등급	1	151	179	331
	0.3%	45.62%	54.08%	100%
3등급	0	2	481	483
	0%	0.41%	99.59%	100%
Total	380	174	660	1,214
	31.3%	14.33%	54.37%	100%
오분류율				
Error_Rate	1등급	2등급	3등급	계
	0.0525	0.5438	0.0041	0.1672

<표 3-19>로부터 개별 평가항목의 판별함수 값을 살펴보면, 1등급 평가에 가장 큰 양(+)의 영향을 미치는 항목으로는 신체기능항목에서 “양치질하기”이며, “인지기능항목에서는 ”방금전이나 며칠 전 일을 잊음“이고, 문제행동 항목에서는 ”물건망가트리기“, 간호처치항목에서는 ”장루간호“, 재활기능에서는 ”고관절“로 나타났다. 이와 같이 추정된 판별함수를 이용하여 각 서비스군의 평가항목별 점수를 입력하여 대상자의 등급을 판정하게 된다.

한편 <표 3-20>으로부터 실제 1등급인데 2등급 또는 3등급으로 잘못 분류될 오분류율은 5.25%로 낮은 반면, 2등급인데 1등급 또는 3등급을 잘못 분류될 확률은 54.38%, 3등급인데 1등급 또는 2등급으로 잘못 분류될 확률은 0.41%로 나타났으며, 전체적인 오분류율은 16.7%로서 분류 정확성은 83.3%로 80%이상의 분류 성공률을 나타내고 있어 판정도구로서 유의미성을 확보하고 있다.

라. 등급 판정절차의 개선

2007년 4월 기준으로 전체 신청자 207,530명을 기준으로 약 332명의 신청자를 재판정한 결과로서 2차 판정대상자는 대부분 1차 판정 결과를 그대로 따라간 결과로 보이며 따라서 보다 엄밀한 판정 모형을 통해 1차와 2차 판정으로 인한 서비스 수요자와 공급자간의 행정적 피로와 불신을 해소할 필요가 있다. 2단계에 걸쳐 등급판정 절차를 수행함에 따라 판정의 정밀도를 높인다는 긍정적인 효과가 있으나, 1차 판정과 2차 판정의 차이는 0.16%p로서 매우 미미한 것으로 나타났다.

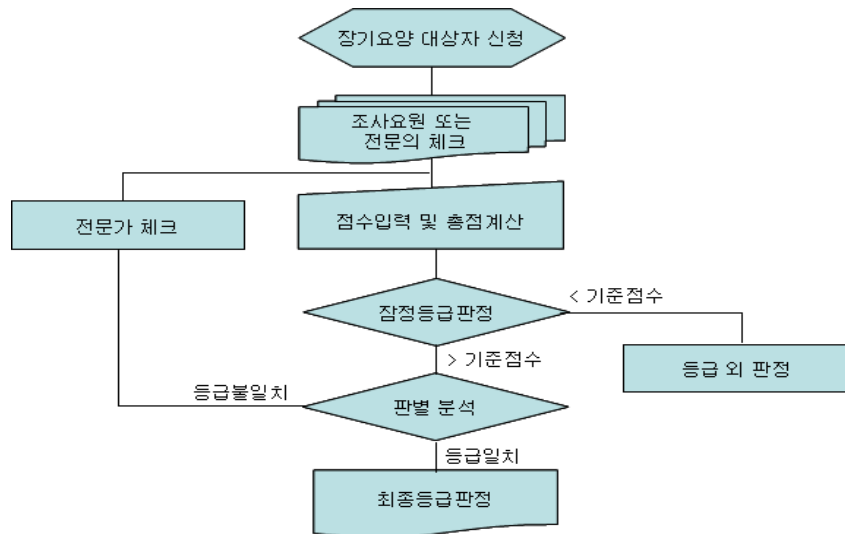
이를 개선하기 위해 1단계로 장기요양 신청자의 자가진단 또는 조사요원의 진단을 통해 각 서비스군 별 인정요양점수를 계산하여 신청여부를 결정하도록 하며, 2단계에서는 신청자에 대해서는 총점을 환산하고, 판별

분석을 통해 등급판정의 적절성을 평가한 후 등급이 일치된 경우 최종 등급을 부여하고, 등급이 불일치한 대상자에 한하여 전문가의 체크를 통해 요양인정 점수를 재계산하여 최종 판정 과정을 거치도록 하였다.

이때 각 서비스군 별 산정 점수는 자동적으로 시스템화하여 한 단계에서 자동적으로 판정기준에 따라 등급을 부여하도록 한다.

결과적으로 보다 엄밀한 판정 체계를 구축할 수 있고, 1단계와 2단계로 분류된 판정 절차를 1단계로 개선하는 효과와 함께 행정력의 낭비를 최소화 할 수 있을 것으로 판단된다.

[그림 3-1] 개선된 등급판정 절차



제3절 노인장기요양보험제도의 급여수가 검토

본 연구는 노인장기요양보험제도 도입으로 발생하는 시설운영의 어려움과 재정 불안정을 해결하는 방안으로 본 사업수가의 타당성을 검토·조정하여 좀 더 안정된 사업수가체계를 개발하고자 함을 목적으로 한다.

이를 위해서 일차적으로 현 사업수가의 문제점을 검토한 후 문헌 고찰 또는 외국사례분석을 통해 사업수가의 보완점을 제시한다. 보완점의 일환으로는 차등수가의 기본방향을 제시할 것이며 이때 본 사업수는 요양시설수에 국한한다.

1. 현행 보험급여수가의 수준과 문제점

가. 보험급여수가의 산정 및 수준

수가의 전반적 수준이 어떻게 결정되고, 급여종류 및 장기요양인정 등급 간 수가수준의 차이가 어떻게 결정되느냐에 따라 공급자는 서비스시장 참여 여부를 결정하게 될 뿐만 아니라, 특정 급여 및 클라이언트에 대한 선호, 인력모집 및 운용계획, 기관운영 등의 경영전략을 채택하고 서비스 제공행태를 결정하게 된다. 또한 수가수준에 따라 이용자의 본인부담수준이 정해짐에 따라 보험급여수는 이용자의 서비스 결정 및 이용행태에도 영향을 미치게 된다(석재은, 2008). 따라서 수가산정은 장기요양보험제도 운영에 있어 결정적인 역할을 한다.

<표 3-21>은 3차례에 걸쳐 수행된 시범사업 기간 중에 적용하였던 수가수준과 현재 적용하고 있는 수가수준을 비교한 것이다. 방문요양, 방문목욕, 방문간호는 서비스 방문당 수가형태를 지니며 그 외 모든 장기요양 보험급여수는 등급별로 차이가 있는 구조를 지니고 있다. 노인요양공동생활가정, 방문목욕, 방문간호, 가족요양비는 2차 시범사업부터 제공되고

있으며 방문목욕은 3차 시범사업부터 차량을 이용한 경우와 이용하지 않는 경우로 구분하고 있다. 그런데 방문간호는 3차 시범사업부터 1회 방문 시간당 수가로 세분화되었고 가족요양비는 등급과 관계없이 동일한 금액이 지급되고 있다.

〈표 3-21〉 노인장기요양보험 시범사업 및 현행 수가 비교

(단위: 원)

서비스 유형	구분	1등급	2등급	3등급	비고
일반요양시설	1차 시범사업	36,480	30,160	25,900	1일당
	2차 시범사업	33,450	27,880	25,280	1일당
	3차 시범사업	38,570	31,070	26,230	1일당
	현행	38,310	33,660	29,020	1일당
전문요양시설	1차 시범사업	46,580	38,370	32,760	1일당
	2차 시범사업	40,850	37,610	31,890	1일당
	3차 시범사업	47,220	38,060	36,260	1일당
	현행	48,120	43,550	38,970	1일당
노인요양 공동생활가정	2차 시범사업	34,050	31,830	27,910	1일당
	3차 시범사업	38,900	32,720	31,510	1일당
	현행	48,120	43,550	38,970	1일당
단기보호	1차 시범사업	33,910	28,540	24,820	1일당
	2차 시범사업	34,980	31,410	26,490	1일당
	3차 시범사업	41,090	33,120	28,670	1일당
	현행	42,490	38,860	35,230	1일당
주야간보호	1차 시범사업	29,170	25,280	22,590	1일당
	2차 시범사업	32,610	26,280	23,830	1일당
	3차 시범사업	34,740	31,630	26,610	1일당
	현행	40,580	36,970	31,140	1일당*
방문요양	1차 시범사업	24,070			120분 기준
	2차 시범사업	23,900			
	3차 시범사업	24,340			
	현행	26,700			

〈표 3-21〉 노인장기요양보험 시범사업 및 현행 수가 비교(계속)

(단위: 원)

서비스 유형	구분	1등급	2등급	3등급	비고
방문목욕	2차 시범사업	50,110			1회 방문당
	3차 시범사업	차량이용 52,780			1회 방문당
		차량미이용 39,590			1회 방문당
	현행	차량이용 71,290			1회 방문당
		차량미이용 39,590			1회 방문당
방문간호	2차 시범사업	31,000			1회 방문당
	3차 시범사업	30분미만 25,430			1회 방문당
		30분이상 60분미만 32,990			1회 방문당
		60분이상 40,550			1회 방문당
	현행	30분미만 27,360			1회 방문당
		30분이상 60분미만 35,310			1회 방문당
		60분이상 43,260			1회 방문당
재가급여 월 한도액	1차 시범사업	790,020	661,250	611,060	1개월
	2차 시범사업	975,120	796,260	707,480	1개월
	3차 시범사업	1,097,000	879,000	760,000	1개월
	현행	1,097,000	879,000	760,000	1개월
가족요양비	2차 시범사업	150,000	120,000	110,000	1개월
	3차 시범사업	150,000	120,000	110,000	1개월
	현행	150,000			1개월

주: * 8시간이상~10시간 미만 기준

자료: 1) 노인장기요양급여비용 산정기준 및 비용청구방법, 보건복지부·국민건강보험공단, 2008

2) 노인수발보험시범사업 수가산정 및 비용청구지침, 보건복지부·국민건강보험공단, 2005, 2006, 2007

2차 시범수가는 1차 시범수가에 비해 요양시설 1등급의 경우 1월 3,000원, 전문요양시설의 경우 6,000원 정도 낮은 수준이었다. 그러나 주야간보호, 단기보호시설의 경우, 2차 시범수가는 1차 시범수가보다 높았고 방문요양서비스의 경우, 1, 2차 시범수가 간 차이는 거의 없었으며, 월한도액은 2차 시범수가가 100,000원 정도 높았다. 이는 1, 2차 시범수가를 경제변수를 고려하지 않고 비교한 것으로 서비스 제공자의 임금상승률과 관리운영비의 소비자 물가 상승률을 고려하면 요양시설과 방문요양 수가는 1

차 시범수가에 비해 낮았으며 나머지는 1차 시범수가에서 임금상승률과 소비자 물가상승률을 반영한 것과 비슷한 수준인 것으로 평가된다.

3차 시범수가는 2차 시범수가에 비해 전체적으로 인상된 것으로 나타났다. 요양시설의 경우 2차 시범수가에 비해 1~3등급의 평균적인 수가 인상율이 8% 수준이었고 전문요양시설의 경우 13%, 노인요양공동생활가정의 경우 12%, 단기보호시설의 경우 12% 수준이었다. 주야간보호시설 또한 1~3등급의 평균적인 수가인상율은 10%인 것으로 나타났으며 특히 2등급 수가가 크게 상승하였다. 이는 서비스 제공자의 임금상승률과 관리운영비의 소비자 물가상승률을 고려하여도 2차 시범수가에 비해 높은 수준이다.

방문요양 수가는 2차 시범수가와 큰 차이는 없었으며 가족요양비는 2차 시범수가와 동일하였다. 방문목욕 수가는 3차 시범수가부터 차량을 이용한 경우와 이용하지 않은 경우로 구분하였는데 차량을 이용한 경우 2차 시범수가에 비해 2,000원 정도 높았고 차량을 이용하지 않는 경우는 10,000원정도 낮았다. 3차 시범수가부터 기존 1회 방문 당 정액제에서 시간당 수가로 전환된 방문간호 수가의 경우 30분 이상 60분미만 수가는 2차 시범수가와 거의 차이가 없으나 30분 미만수가는 2차 시범수가에 비해 6,000원 정도 낮았다. 또한 60분 이상 수가는 2차 시범수가보다 10,000원 정도 높았다. 재가 월한도액은 2차 시범수가에 비해 100,000원 정도 높은 것으로 나타났다.

현행 요양시설, 전문요양시설 및 단기보호시설 1등급의 경우 3차 시범수가와 큰 차이는 없었으나 등급 간 수가 차이는 3차 시범수가에 비해 크지 않다. 주야간보호시설 1등급의 경우 3차 시범수가에 비해 6,000원 정도 높고 방문요양수가 또한 2,000원정도 높은 수준이다. 방문목욕수가의 경우 차량미이용 시에는 3차 시범수가와 동일하나 차량이용 수가는 3차 시범수가에 비해 20,000원정도 높은 수준이다. 방문간호 수가는 모든 시간대에서 2,000원 또는 3,000원 정도 높고 시범사업 기간에 등급별로 지급되었던 가

족요양비는 등급과 관계없이 150,000원으로 책정되었다.

이와 같이 현행 보험급여수가는 다음과 같은 특징을 가지고 있다. 첫째, 현행수가는 서비스 제공자의 임금상승률과 관리운영비의 소비자 물가상승률을 고려하더라도 시범사업 수가보다 높은 수준이다. 또한 등급 간 수가 수준의 역전현상이 없으며 등급 간 수가차이가 균등하고 그 차이는 시범사업 수가보다 크지 않았다. 이는 기능상태의 개선에 따른 하위등급으로의 조정에 따른 시설의 재정감소에 대한 우려를 반영한 것으로 생각된다.

둘째, 수가의 가감방식을 적용하였다. 가산은 야간·심야·휴일에 서비스가 제공될 때, 그리고 기능상태가 개선될 때에 현금보상 해주고 있으며 감산은 단기보호시설, 요양시설 입소자가 외박할 때 등급별로 1일당 수가의 50%를 적용하고 배상보험에 가입하지 않은 시설에 대해서는(수가를 감산할 수 있도록 하고 있다. 야간·심야·휴일서비스에 대한 가산제는 방문요양수가와 방문간호수가에 한정하며 야간(18시~22시)에는 20%, 심야(22시 이후)에는 30%가 가산된다(<표 3-22>, <표 3-23> 참고). 이러한 방식은 이용자로 하여금 서비스의 접근성을 높이고 서비스 제공자의 안정적인 기관운영을 유도하기 위한 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-22〉 가산율을 적용한 방문요양수가

(단위: 원)

구분	30~60분	60분~90분	90~120분	120~150분	150분~180분	180~210분	210~240분	240분~
기본수가	10,680	16,120	21,360	26,700	30,200	33,500	36,600	39,500
야간수가(120%)	12,810	19,340	25,630	32,040	36,240	40,200	43,920	47,400
휴일·심야 수가(130%)	13,880	20,950	27,760	34,710	39,260	43,550	47,580	51,350

자료: 보건복지가족부 보도자료, 2008년 6월 25일

〈표 3-23〉 가산율을 적용한 방문간호수가

(단위: 원)

구분	30분 미만	30분 이상~60분 미만	60분 이상
기본수가	27,360	35,310	43,260
야간수가(120%)	32,830	42,370	51,910
휴일·심야수가(130%)	35,560	45,900	56,230

자료: 보건복지가족부 보도자료, 2008년 6월 25일

나. 현행 보험급여수가의 문제점

현재 거론되는 현행 보험급여수가의 주요 문제점 및 개선방향을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 현행수가하에서는 행위별 서비스 간 난이도 차이에 따른 상대적 가중치를 구분할 수 없으며 제공된 서비스의 행위별 종류와 빈도에 관계 없이 서비스 제공시간에 따라 총급여액이 결정된다. 이런 구조하에서는 장기요양시설의 입소자 구성(patient-mix)의 차이를 반영하기 어려워 자원 배분이 제대로 이루어지기 못하는 경우가 발생할 수 있다. 또한 장기요양시설의 서비스 개선 노력을 장려하는 동기부여를 가질 수 없어 적극적인 요양서비스 제공에 차질이 예상되며 서비스 질 악화가 일어날 수도 있다. 이를 개선하기 위해서 서비스 간 난이도 반영(가령, 신체/수발, 치매/비치매, 의료/비의료) 및 요양등급 간 수가차이를 보전할 수 있는 수가체계가 구축되어야 할 것이다.

둘째, 수가산정 시 지역별 서비스인프라의 격차, 지역별 노인 수요 및 분포정도, 서비스 제공자의 인력 및 임금수준 등, 지역별 특수성이 고려되지 않았다. 현재 요양시설 급여는 균등지급의 원칙에 따라 전국적으로 모든 요양시설이 동일하게 지급되고 있다. 그러나 지역여건상 기본으로 소요되는 비용이 지역에 따라 다르게 나타나기 때문에 균등 지급에 대한 근

본적인 검토가 필요하다. 물론 석재은 외(2007) 연구에 의하면 지역별 차이는 비용측면에서 평균으로 수렴하는 현상을 보여 지역별로 차등수가를 적용할 필요성이 없다고는 하나 지역별 종사자의 질적수준이나 시설설비의 차이는 존재하기에 안정적 제도정착을 위하여 지역 간 시설환경 차이에 따른 차등수가는 당분간 필요하다. 일본의 경우도 지역별로 차등화된 수가를 적용하고 있음을 명시할 필요가 있다.

셋째, 동일한 요양등급 내에서도 대상자의 특성에 따라 자원이용수준의 차이가 존재할 수 있다. 즉 같은 요양등급이라 하더라도 치매 또는 문제행동 여부에 따라 서비스 이용량이 다를 수 있다. 그러나 현행수가는 동일 요양등급 내에서의 서비스 이용량이 동일하다는 가정 하에 수가를 산정하였기 때문에 요양등급 내 서비스 이용량 차이에 의한 서비스 난이도가 반영되어 있지 않다. 이로 인하여 서비스 제공자는 상대적으로 서비스 이용량이 높은 대상자를 기피하면서 이용량이 낮은 대상자만을 선택하는 이른바 위험군 선별(risk selection)을 할 수 있다. 이는 근본적으로 등급판정을 받은 대상자들이 자신의 심신상태와 무관하게 장기요양보험서비스를 제공받는다는 제도의 근본취지와 상충되는 것이다. 따라서 같은 요양등급 내 대상자라 하더라도 자원소모량의 차이가 발생한다면 이를 보전하는 방향으로 수가체계가 구축되어야 한다.

이와 같이 현행보험급여수가는 수가산정방법 보다는 수가운영에 따른 문제점이 중심이다. 이에 따라 동일 요양등급 내에서도 대상자의 특성에 따라 자원이용수준의 차이가 있는지를 살펴보고 만약 자원이용수준의 차이가 있다면 이를 보전할 수 있는 수가산정방안을 개발하고자 한다. 다만 첫번째 문제점으로 지적했던 서비스 간 난이도를 함께 고려할 것이며 동일 요양등급 내 서비스이용량의 차이는 요양시설에 한하여 국한할 것이다.

2. 차등수가 적용 검토

가. 차등수가의 필요성

(1) 분석방향 및 분석자료

차등수가의 필요성을 살펴보기 위해 일차적으로 자원소모량에 영향을 미치는 요소를 파악한 후 이를 기준으로 등급 내 서비스군을 분류하여 서비스군간 자원소모량의 차이를 분석하였다. 현행수가 산정시 서비스 이용자의 case-mix가 반영되지 않았다는 점을 고려하여 자원소모량의 차이 분석시 서비스 난이도와 임금가중치를 고려하였다.

〈표 3-24〉 차등수가 개발을 위한 분석자료

연도		조사내용
1차	2003년	요양시설 거주 919명 기능평가 및 Time Study 자료
2차	2005년~2006년	1차시범사업 대상노인(1,641명)과 시범사업지역 거주노인 95,379명) 기능평가조사 + 906명의 타임스터디조사 자료
3차	2006년~2007년	2차시범사업평가연구 1,527명의 기능평가조사 + 375명의 Time Study 조사자료

분석자료는 2007년 한국보건사회연구원이 장기요양 ‘평가판정도구’개발에 사용한 2003년 Time Study자료와 1, 2차 시범사업 데이터자료로, 이 중 기능평가 자료와 Time Study자료가 일치한 자료만을 분석대상으로 삼았다. 그 결과 분석자료는 1차년도 919명, 2차년도 906명, 3차년도 375명으로 총 2,200명³⁷⁾이었다.(상기 조사와 관련된 자세한 내용은 아래 <표 3-25>와 같다.)

37) 본 분석자료내 최종등급판정변수는 한국보건사회연구원 2차 시범사업평가연구에서 개발한 ‘요양욕구 평가판정도구’로 측정된 등급변수임.

〈표 3-25〉 각 년도별 기능평가 및 Time Study

년도	항목	내용
1차	조사기간	2003년 11월 24일 ~ 2003년 12월 22일
	조사대상	- 15개 노인요양시설 및 병원에 거주, 입원하고 있는 노인과 직접적인 서비스를 제공하는 직원을 대상으로 조사 실시(7개 무료요양시설, 4개 무료전문요양시설, 1개 실비요양시설 3개 노인병원)
	조사방법	직접방문조사(면접조사)
2차	조사기간	2005년 12월 28일 ~ 2006년 2월 6일
	조사대상	- 1차 시범사업 시군구에서 시범사업 기관으로 지정된 시설을 대상으로 생활시설의 경우 시범사업기관 전수 14개소, 재가시설의 경우 지역, 종별, 운영유형을 고려하여 주야간보호센터 8개소 단기보호센터 4개소, 방문요양시설 8개소를 대상으로 조사 실시 - 기능평가조사: 시설입소자 및 재가이용대상자 - Time Study조사: 서비스제공자
	조사방법	직접방문조사(면접조사)
3차	조사기간	2006년 11월 9일 ~ 2006년 12월 10일
	조사대상	- 2차 시범사업지역인 8개 시군구에서 시범사업 기관으로 지정된 시설을 대상으로 생활시설의 경우에는 신규 시범사업기관 중에서 9개소, 재가시설의 경우에는 전수조사를 원칙으로하여 86개소 조사 실시 - 기능평가조사: 시설입소자 및 재가이용대상자 - Time Study조사: 서비스제공자
	조사방법	직접방문조사(면접조사)

- 주: 1) 공적노인요양보장체계 개발연구(II)- 평가관정체계 및 수가급여체계, 공적노인요양보장추진기획단, 2004년
 2) 노인수발보험제도 시범사업 평가연구(1차), 선우덕 외, 2006년
 3) 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차)- 장기요양수요조사, 장기요양인정체계 및 장기요양서비스이용지원체계 부문-, 선우덕 외, 2007년
 (※ 자세한 사항은 해당 연구보고서 참고할 것)

(2) 서비스군 분류

(가) 자원소모량에 미치는 요소 분석

동일 등급 내 자원소모량의 차이를 알아보기 위해서 자원소모량에 영향을 주는 요소(factor)를 회귀분석을 통해 살펴보았다. 자원소모량에 영향을 미치는 잠정적 변수로는 신체기능, 인지상태, 문제행동, 간호욕구, 재활욕구를 나타내는 100점득점변수와 최종등급변수를 활용하였는데 이때 5가지 영역 100점득점변수를 독립변수로 선택한 이유는 위의 변수가 최종등급을 결정하는 요양인정점수에 결정적인 영향을 미치기 때문이다. 본 회귀식을 정리하면 (1)식과 같다.

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \mu_i \cdots (1)$$

y_i = 자원소모량(총서비스제공시간)

β_0 = 상수

β_1 = 신체기능 100점 득점점수

β_2 = 인지 100점 득점점수

β_3 = 문제행동 100점 득점점수

β_4 = 간호욕구 100점 득점점수

β_5 = 재활욕구 100점 득점점수

β_6 = 최종등급

μ_i = 오차항

분석결과 문제행동 100점득점점수와 간호욕구 100점득점점수가 5% 유의수준에서 통계적으로 유의하여 자원소모량에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

〈표 3-26〉 요양시설 자원소모량에 영향을 미치는 요소분석

변수	계수	Std. Err.	t-value	P값	[95% Conf. Interval]	
상수	245.140	20.463	11.980	0.000	205.006	285.275
신체기능 100점득점	0.183	0.225	0.810	0.416	-0.258	0.624
인지 100점득점	-0.049	0.097	-0.500	0.616	-0.240	0.142
문제행동 100점득점	2.160	0.161	13.450	0.000*	1.845	2.475
간호욕구 100점득점	-0.755	0.247	-3.050	0.002*	-1.240	-0.270
재활욕구 100점득점	0.250	0.192	1.300	0.192	-0.126	0.626
등급_2	-86.037	10.836	-7.940	0.000	-107.290	-64.784
등급_3	-135.627	12.164	-11.150	0.000	-159.483	-111.770
등급_4	-145.620	17.116	-8.510	0.000	-179.190	-112.051
등급_5	-157.256	18.157	-8.660	0.000	-192.868	-121.645
등급_6	-145.801	23.130	-6.300	0.000	-191.165	-100.437
등급_7	-168.271	19.849	-8.480	0.000	-207.201	-129.341

주: *p> 0.05

(나) 서비스군 정의 및 분류(Classification)

회귀분석결과를 고려하여 시설에서 제공되는 서비스군을 분류하면 크게 진료집중군, 문제행동군, 신체기능저하군(Others)으로 구분할 수 있으며 이에 대한 구체적인 항목정의는 다음과 같다.

- ☐ 진료집중군(Nursing care group): 문제행동 100점득점점수와 상관없이 간호욕구 100점득점점수 분포가 75%이상인 경우
- ☐ 문제행동군1(Behavior problem group): 문제행동 100점득점점수 분포가 75%이상이면서 간호욕구 100점득점점수 분포가 75%미만인 경우
- ☐ 문제행동군2(Behavior problem group): 입소시설 치매출현율을 고려한

문제행동 100점득점점수 분포가 75%이상이면서 간호욕구 100점득점점수 분포가 75%미만인 경우

- ☐ 신체기능저하군(Others): 문제행동군(또는 문제행동군1)도, 진료집중군도 아닌 경우

대부분의 문제행동은 치매에 의해 발생하기 때문에 문제행동을 논의할 때에는 치매여부를 고려하지 않을 수 없다. 이에 본 연구는 문제행동군을 문제행동 100점득점점수만을 고려한 경우(문제행동군1)와 문제행동 100점득점점수에 입소시설 치매출현율을 고려한 경우(문제행동군2)로 나누어 정의하였다. 물론 3차 시범사업 등급판정도구부터는 치매노인의 특성을 반영한 인지기능영역 2개 항목과 문제행동영역 4개 항목이 추가되어 치매여부를 충분히 고려하였다고는 하지만 근본적으로 현행 등급판정도구는 서비스 난이도를 고려하지 않은 자원소모량에 기반하기 때문에 본 연구에서는 치매출현율을 고려한 또 다른 문제행동군을 정의하였다.

진료집중군은 요양인정점수를 결정하는 주요 요소인 ‘간호욕구 100점득점점수’ 분포를 고려하여 산출하였다. 즉, 문제행동 100점득점점수와 상관없이 75%이상에 해당되는 간호욕구 100점득점점수를 기준으로 그 이상에 속하는 대상자를 진료집중군으로 간주하였다. 이때 간호욕구 100점득점 분포의 75%에 해당하는 점수는 20점이며 20점 이상에 속하는 대상자는 636명으로 전체 대상자 중 28.91%가 진료집중군이었다.

문제행동군1 또한 요양인정점수를 결정하는 주요 요소인 ‘문제행동 100점득점점수’ 분포를 고려하여 산출하였다. 즉, 75%이상에 해당되는 문제행동 득점점수를 기준으로 그 이상에 속하면서 간호욕구 100점득점점수의 분포가 75%미만인자를 문제행동군1로 간주하였다. 이때 문제행동 100점득점 분포의 75%에 해당하는 점수는 45점이며 문제행동군1에 속하는 대상자는 전체 대상자 중 22.82%로 총 502명이었다.

치매출현율을 고려한 문제행동군2는 문제행동 100점득점점수 분포에 치매출현율을 적용하여 산출하였다. 즉, 치매출현율을 고려한 문제행동 100점득점점수 분포가 75%이상이면서 간호욕구 100점득점점수 분포가 75%미만인 자를 문제행동군2로 간주하였다. 이때 요양시설(전문요양시설 포함)내 치매출현율은 한국노인복지시설협회에서 제공한 ‘2007년 4/4분기 입소시설별 입소자 건강실태’자료를 분석하여 얻어진 34% 값을 이용하였다. 문제행동 100점득점 분포의 75%에 해당하는 점수는 37점이며 문제행동군2에 속하는 대상자는 전체 대상자 중 40.95%로 총 901명이었다.

신체기능저하군은 문제행동군1(또는 문제행동군2)과 진료집중군 어디에도 속하지 않는 자로 정의하였다.

이렇게 정의된 분류항목을 이용하여 서비스군을 분류하면 <표 3-27>과 <표 3-28>와 같다. <표 3-27>는 문제행동군1과 진료집중군을 이용하여 서비스량을 분류한 것(Group1이라 칭함)이며, <표 3-28>는 문제행동군2와 진료집중군을 이용하여 서비스량을 분류한 것(Group2라 칭함)이다.

Group1에서의 1은 문제행동여부와 상관없이 간호욕구가 있는 경우로, 2는 간호욕구는 없으나 문제행동이 있는 경우로 정의하며 3은 문제행동도 간호욕구도 없는 경우로 정의한다. Group2의 분류기준은 Group2와 동일하나 문제행동군1 항목 대신 문제행동군2 항목이 사용됐다는 점만이 다르다.

〈표 3-27〉 문제행동군1을 이용한 서비스 분류기준 I

Group1		문제행동1	
		(문제행동 100점 득점점수)	
		있음	없음
간호욕구	있음	1	1
	없음	2	3

주: 1=진료집중군, 2=문제행동군, 3=신체기능저하군

〈표 3-28〉 문제행동군2를 이용한 서비스 분류기준 II

Group2		문제행동2 (입소시설 치매환자비율을 고려한 문제행동 100점 득점점수)	
		있음	없음
간호욕구	있음	1	1
	없음	2	3

주: 1=진료집중군, 2=문제행동군, 3=신체기능저하군

(3) 서비스 난이도 조사현황

서비스 난이도는 델파이(Delphi)조사방법으로 인터넷을 이용하여 측정하였으며 조사대상자는 한국노인복지시설협회에서 추천받은 자로 서비스 난이도 구분에 익숙한 종사자 23명이었다. 구체적인 서비스 난이도는 기준 서비스에 대한 서비스 난이도를 100이라 할 때 각 해당 서비스의 난이도를 기준서비스와 비교하는 magnitude estimation 방법으로 측정하였으며 서비스는 크게 신체수발 서비스영역, 간호서비스영역, 그리고 기능평가 및 훈련서비스영역을 구분하였다. 신체수발 서비스영역에서의 기준서비스는 개인위생(세면도움, 구강관리, 몸청결, 머리감기 몸단장)으로 정하였고 간호서비스영역에서는 관찰 및 측정을, 기능평가 및 훈련서비스영역에서는 물리치료를 기준서비스로 정하였다.

조사기간은 2006년 11월 9일부터 12월 21일에까지 실시하였으며 난이도 조사를 위한 구체적인 표준서비스 항목은 <표 3-29>와 같다.

Delphi 조사는 3번에 걸쳐 진행했으며 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1단계: 서비스 항목 중 기본이 되는 기준서비스를 설정하고 다른 서비스를 기준서비스와 비교함
- 2단계: 1단계에서 수렴된 의견을 종합함. 의견 종합 후 서비스 난이도에 대한 1단계의 종합결과와 설문 당사자 1단계 설문 응답표기

를 비교하여 전체 의견과 자신의 의견과의 차이를 수정하게 함.
 전체 의견과 자신의 의견이 다를 경우 자신의 의견을 수정할
 것인지를 판단하여 설문항목에 기재함

- 3단계: 2단계와 같은 방법으로 2단계 종합의견과 자신의 의견을 비교
 하게 함. 2단계에서 얻은 결과를 공유하면서 서비스 난이도에
 대한 최종질문에 응답함

난이도는 서비스 제공자가 겪는 기술적·육체적 노력, 정신적 노력·판단
 력, 스트레스를 모두 포괄하는 하나의 개념으로 기입하는 것을 원칙으로
 했으며 서비스 제공시 직접 수행하는 행위는 수발대상자에게 제공되는 서
 비스행위와 함께 서비스제공을 위해 사전·사후에 행하는 모든 행위를 포
 함하도록 요구하였다.

3차에 걸친 델파이 설문조사 결과는 <표 3-29>와 같다. 조사결과 모든
 서비스영역에서 치매 난이도가 비치매 난이도 보다 높았다. 서비스영역별
 로 살펴보면 신체수발서비스 영역은 최소 131점에서 최대 361점의 난이도
 분포를, 간호서비스 영역은 최소 161점에서 최대 264점의 난이도 분포를
 보였고 기능훈련 및 훈련서비스 영역은 최소 155점에서 최대 330점의 난
 이도 분포를 보였다. 전체적으로 신체수발서비스 영역이 서비스 난이도간
 차이가 큰 것으로 나타났으며 간호서비스 영역은 상대적으로 작은 것으로
 나타났다.

〈표 3-29〉 서비스 난이도 조사결과

(단위: 점)

구분	서비스	N	서비스 난이도	
			비치매	치매
기준서비스	개인위생(세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기, 몸단장)	23	100	215
신체수발서비스	목욕수발	23	213	333
	옷갈아입기 도움	23	152	227
	용변수발	23	168	282
	식사수발	23	152	244
	경관영양	23	135	221
	체위변경	23	144	225
	이동도움	23	163	250
	운동 및 일상생활 훈련보조	23	175	288
	산책	23	150	232
	문제행동에 대한 대처	23	182	361
	대상자 모니터링	23	161	252
	의사소통 도움	23	131	256
	청소 및 주변정돈	23	174	259
	세탁 및 세척	23	195	259
기준서비스	관찰 및 측정	22	100	178
간호서비스	투약 및 주사	22	161	237
	호흡간호	22	165	217
	욕장 및 상처간호	22	195	244
	영양간호	22	190	243
	통증간호	22	178	207
	배설간호	22	205	264
	검사 및 기타처치	22	186	232
	의사진료보조	22	189	263
기준서비스	물리치료	22	100	185
기능평가 및 훈련서비스	신체기능평가	22	184	253
	신체기능훈련	22	241	330
	기본동작훈련	22	187	307
	일상생활동작훈련	22	212	302
	인지 및 정신기능훈련	22	155	310
	언어치료	22	180	260
	작업치료	22	194	295

주: 본 표준서비스 항목은 2006년 한국보건사회연구원에서 발간한 ‘노인수발보험제도 시범 사업평가연구(1차)’에서 분류한 표준서비스항목을 보사연 2차 시범사업 수가연구진이 일부 조정한 것임

(4) 임금가중치 산출

임금가중치를 위한 인건비는 ‘2008년 사회복지생활시설 종사자 인건비 지원기준’과 ‘2008년 사회복지생활시설 종사자 수당 가이드라인’에서 제시한 시설종사자 기본급 및 각종 수당 등을 고려하여 산출하였다. 이때 호봉은 2007년 한국보건사회연구원에서 조사한 실태조사 결과를 이용하였고 시설 종사자에 대한 퇴직급여충당금은 임금총액의 1/12, 4대보험료 부담금은 임금총액의 8.29%(건강보험 2.39%, 국민연금 4.5%, 고용보험 0.7%, 산재보험 0.7%)를 반영하여 산출하였다. 모든 비용은 전문요양시설을 기준으로 산출하였으며 임금가중치는 생활지도원의 임금에 대한 비율로 정의하였다. 산출결과 사회복지사의 임금가중치는 1.121, 간호사와 물리치료사의 임금가중치는 1.162였다.

〈표 3-30〉 임금가중치

(단위: 천원)

직명	호 봉	인건비 합계	임금 총액	보수월액				수당					사용자 부담		case- mix
				소계	기본급	가계보조 수당	특수업 무수당	수당 합계	각종 수당	시간 외	야간	휴일	4대 보험	퇴직 금	
사회복지사	6	2,171	1,861	1,116	1,026	50	40	745	595	64	21	64	154	155	1.121
생활지도원	4	1,937	1,661	992	882	50	60	669	535	57	19	57	138	138	1.000
간호사	9	2,250	1,929	1,176	1,086	50	40	753	595	68	23	68	160	161	1.162
물리치료사	8	2,250	1,929	1,176	1,086	50	40	753	595	68	23	68	160	161	1.162

(5) 분석결과

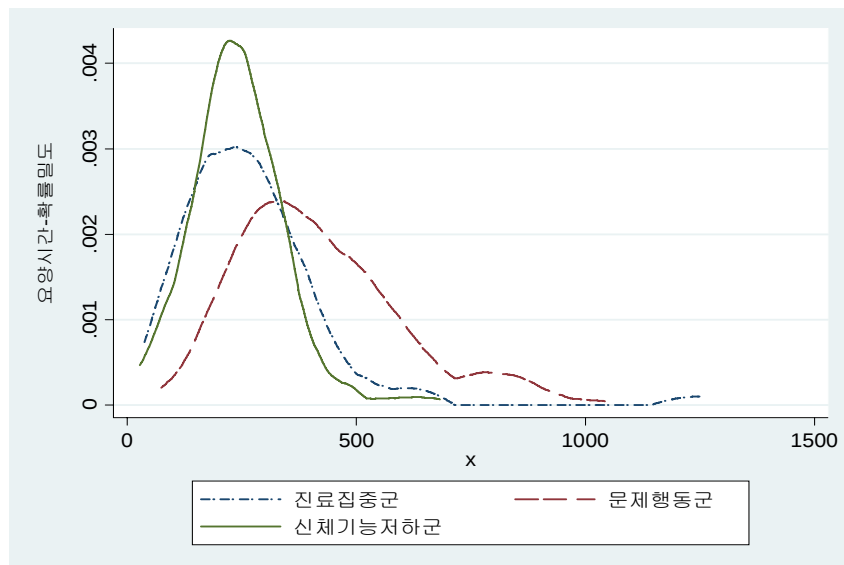
동일 등급내 서비스군간 자원소모량의 차이를 분석하기 위해서 자원소모량에 영향을 미치는 요소를 파악한 후 이를 기준으로 서비스군을 분류

한 후 서비스별 난이도와 임금가중치를 고려하여 등급 내 서비스군간 자원소모량을 분석하였다.

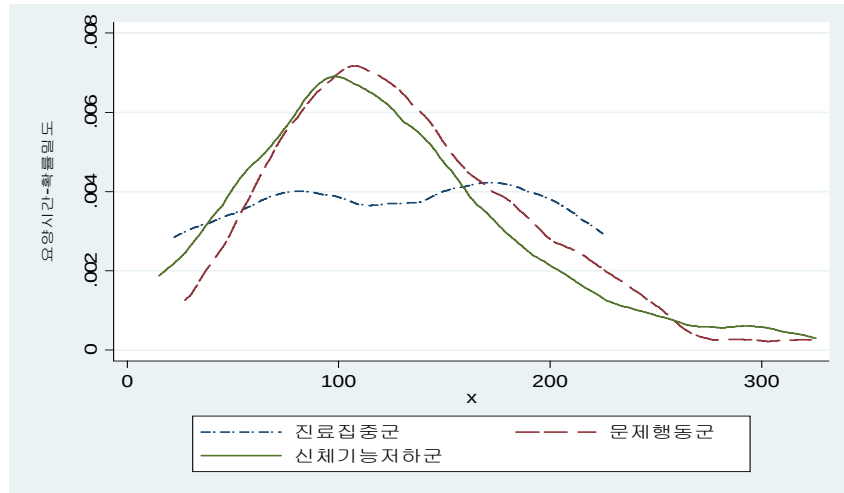
[그림 3-2]은 1등급 내 서비스군별 자원소모량간의 차이를, [그림 3-3]은 2등급 내 서비스군별 자원소모량을 나타낸 것이며 [그림 3-4]는 3등급내 서비스군별 자원소모량을 나타낸 것이다.

[그림 3-2, 3-3, 3-4]에서처럼 Group1을 이용한 서비스군 분류의 경우 등급 내 서비스군별 자원소모량은 1, 2, 3등급 모두 존재하는 것으로 나타났다. 특히 1등급에서의 문제행동군 자원소모량은 다른 서비스군에 비해 훨씬 컸다.

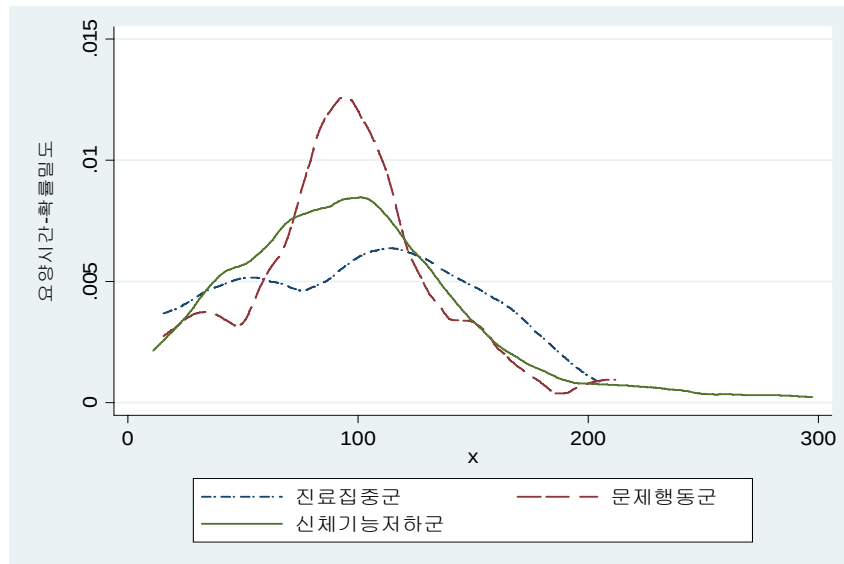
[그림 3-2] 1등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)



[그림 3-3] 2등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)

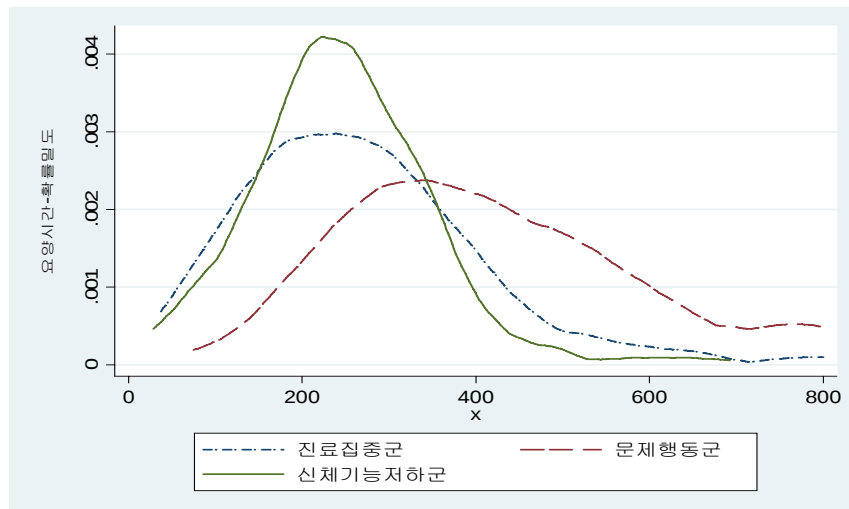


[그림 3-4] 3등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)

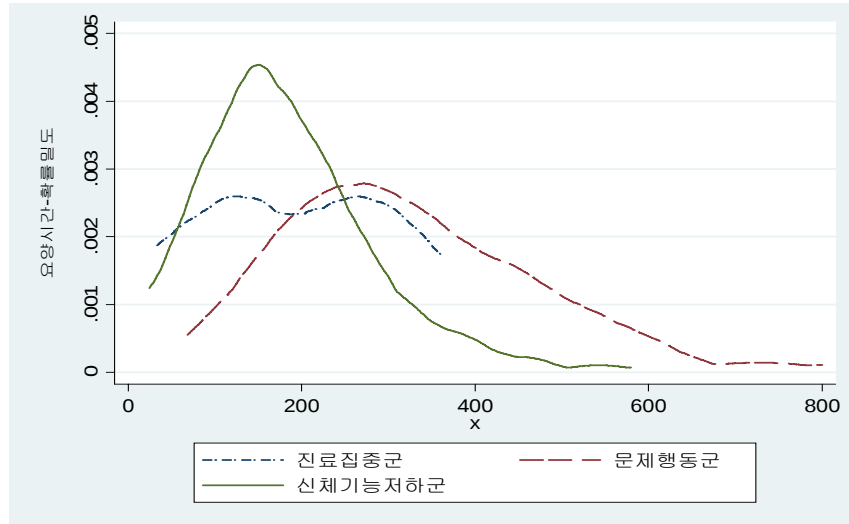


현행 등급판정도구는 동일 등급 내 대상자의 case-mix를 고려하지 않았다. 이에 전화이조사방법을 통해 측정한 서비스 난이도와 임금가중치를 고려하여 동일 등급 내 자원소모량 간 차이가 있는지 확인해 보았다. 서비스 난이도와 임금가중치를 고려한 경우 또한 [그림 3-5]와 [그림 3-6] 그리고 [그림 3-7]에서와 같이 1, 2, 3등급 모두에서 서비스군별 자원소모량의 차이를 보였으며 그 차이는 서비스 난이도와 임금가중치를 고려하지 않은 경우에 비해 훨씬 컸다. 특히 모든 등급 내에서 문제행동군의 자원소모량이 월등히 많았으며 1등급이 2등급보다, 2등급이 3등급보다 문제행동군의 자원소모량은 훨씬 컸다.

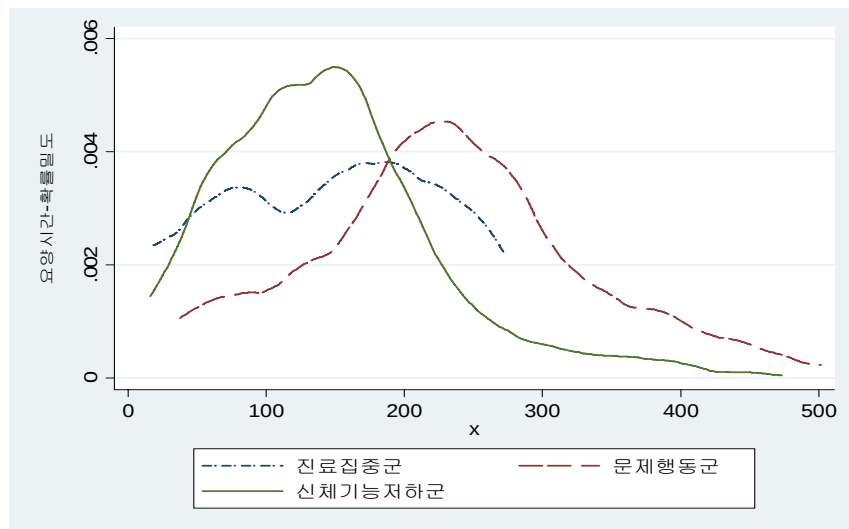
[그림 3-5] 난이도와 임금을 고려한 1등급내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)



[그림 3-6] 난이도와 임금을 고려한 2등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)



[그림 3-7] 난이도와 임금을 고려한 3등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간(Group1)



<표 3-31>과 <표 3-32>에서와 같이 Group1의 분류기준을 이용한 경우와 Group2의 분류기준을 이용한 경우 모두 비슷한 자원소모량을 보였으며 서비스 난이도만 고려한 경우와 서비스 난이도와 임금가중치 모두를 고려한 경우 또한 비슷한 자원소모량을 보였다.

이상의 분석결과에 의하면 동일 등급 내 서비스군별 자원소모량의 차이가 있는 것으로 나타나 현행 등급판정도구가 그룹 내 대상자의 case-mix를 고려하지 못하고 있음을 알 수 있다. 따라서 그룹 내 대상자간 case-mix를 고려한 차등수가의 개발이 필요한 것으로 판단된다.

<표 3-31> 난이도를 고려한 등급 내 서비스별 평균서비스 제공시간

(단위: 분)

서비스군	Group1						Group2					
	N	1등급	N	2등급	N	3등급	N	1등급	N	2등급	N	3등급
진료집중군	70	268.6	14	192.6	26	139.0	70	268.6	14	192.6	26	139.0
문제행동군	162	416.1	55	319.5	60	226.0	248	416.1	90	321.6	157	224.6
신체기능저하군	223	242.1	148	178.3	343	143.0	137	236.1	113	171.5	246	145.2
합계	455	308.31	217	215.0	429	154.4	455	339.2	217	235.1	429	173.9

<표 3-32> 난이도와 임금가중치를 고려한 등급 내 서비스별 평균서비스 제공시간

(단위: 분)

서비스군	Group1						Group2					
	N	1등급	N	2등급	N	3등급	N	1등급	N	2등급	N	3등급
진료집중군	70	275.2	14	194.2	26	141.4	70	275.2	14	194.2	26	141.4
문제행동군	162	420.8	55	323.2	60	229.9	248	420.9	90	326.3	157	228.3
신체기능저하군	223	245.7	148	181.4	343	145.3	137	239.8	113	174.4	246	147.6
합계	455	312.6	217	218.2	429	156.9	455	344.0	217	238.7	429	176.8

나. 이론적 검토

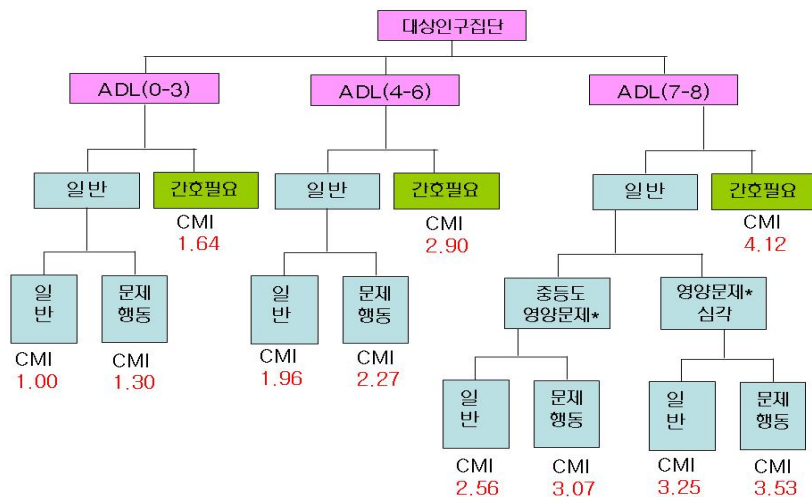
비용발생구조의 차이를 가져오는 요인으로 시설의 크기, 소유형태, 직원 구성의 차이, 서비스 제공 종류와 양 등이 주로 거론되어 왔다. 그러나 장기요양 시설의 입소자 분류에서 가장 큰 원칙은 자원사용량에 따른 분류이다. 입소자의 특성에 따른 실제 이용자원량이 우선시되고 난 다음에 앞서 제기한 차이가 고려되어야 한다. 이런 입장에서 보면 입소자의 자원사용량과 관련이 있는 변수는 ADL(기능장애), 인지 및 문제행동여부, 의료서비스가 필요한 임상적 문제의 3가지로 분류될 수 있다(Fries, 1990). 환자분류체계가 내외적 타당도와 신뢰도를 가지기 위해서는 통계적인 조건으로 일단 환자(입소자)가 분류되면 동일 그룹 내에서 동질성(homogeneity)이 보장되어야 한다. 서비스 제공측면에서 서비스 제공자가 양질의 서비스 제공을 통해 얻을 수 있는 합리적인 동기부여가 마련될 수 있어야 한다.

장기요양서비스 수가시스템은 환자군 분류체계에 근거한 수가산정방식(classification system)과 행위 당 수가가 산정된 행위별 수가 산정방식(index system)으로 대별된다. 그러나 행위 당 수가로만 이루어진 수가산정방식은 없으며 환자군 분류방식에 보조적으로 포함된 방식으로 적용된다. 장기요양서비스 체계 내에서 일상적으로 행하여지는 서비스는 아니지만 필요서비스이며 특정 직종의 인력에 의해 수행될 수 있는 업무에 주로 적용된다. 미국 매릴랜드 수가체계에서 욕창, 위관영양(tube feeding), 수액치료(IV fluid), 산소요법 등의 특수간호영역 서비스 제공에 적용되는 방식이다. 우리나라의 경우 환자군 분류방식에 따른 수가체계를 가지고 있지만 동일 그룹 내에서 환자의 case-mix가 고려되지 않은 문제점이 있다. 여러 나라에서 적용되는 환자분류 방식을 살펴보면 환자 건강상태를 고려한 case-mix의 필요성을 언급하고 나이가 case-mix를 고려한 차등수가의 근거를 살펴보고자 한다.

(1) 미네소타 환자분류 체계 및 서비스 난이도

미네소타 환자분류체계는 [그림 3-8]과 같이 ADL 서비스가 필요한 종류의 수에 따라 3개 등급으로 구분한 후 각 등급 내에 다시 하위등급을 둔 총 11개의 등급으로 구성된다. 하위등급의 분류기준은 특수간호영역 서비스제공 유무와 문제행동 유무이다. 특수간호영역에 포함되는 서비스로는 수액치료, 수혈, 산소요법, 도뇨관리, 장루간호, 욕창간호, 지켜보기 (monitoring)서비스 등이다. ADL 1등급에 해당하는 장애가 있을 경우 나머지 ADL 2등급, 3등급과는 달리 하위요소가 5개로 나누어지는데 특수간호 서비스가 필요하지 않은 경우를 4단계로 구분하고 있다. 영양관리에 어려움이 큰 경우를 분리하여 하위등급을 구분하며 중추신경계 손상유무에 다시 구분한다. 총 11개 등급 간 서비스난이도 지표차이는 4.12배이다.

[그림 3-8] 미네소타 환자분류체계 및 서비스 난이도



자료: Minnesota Department of Health, Fries, 1990

주: *영양문제란 식사도움이 필요한 상태를 말함.

미네소타 분류체계가 우리나라 장기요양서비스 체계에 주는 시사점은 첫째, 우리나라 등급체계와 유사하게 ADL을 기준으로 기본등급체계가 만들어진다는 점이다. 기능장애정도에 따라 먼저 등급을 구분하고 난 후 하위등급을 임상적 유사성으로 구분하는 방식을 취하고 있다. RUG의 경우처럼 임상적 유사성을 기준으로 먼저 환자를 분류한 후 ADL의 정도에 따라 하위등급을 나누는 방식과 반대 접근방식이다. 따라서 기존 등급체계를 유지하면서 등급/수가 체계를 개선할 때 적용하기 쉽다. 둘째, RUG와 달리 적극적 재활서비스를 시행하고 있지 않고 간호기록이나 간호관리가 미미한 반면 문제행동이 두드러진 일본(Ikegami, 1994)이나 우리나라(이지전, 2001) 장기요양 서비스 제공 양태에 적합한 하위 분류기준을 적용하고 있다. 앞서 서술한 것과 같이 특수간호 서비스와 문제행동서비스 제공 필요 여부에 따라 하위집단을 구분한다. 장기요양서비스에서 치매관련 서비스 여부가 주요한 이슈가 되고 있는 우리나라에 적합한 분류방식이다.

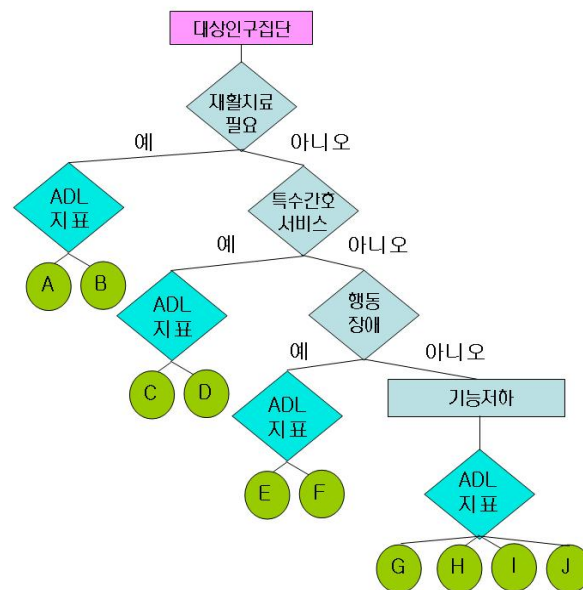
(2) RUG 환자분류 체계

미네소타 분류체계와 달리 RUG의 경우 임상적 유사성이나 제공서비스의 유사성에 따라 환자(입소자)를 먼저 분류한 후 ADL을 이용하여 자원 사용량에 따라 하위분류를 세분화하는 방식을 취한다. 따라서 자원이 많이 소요되는 환자분류군으로 나열하면 톱날(Saw teeth)모양의 막대 모양 그래프가 만들어진다. 요약화 된 RUG 분류체계는 [그림 3-9]와 같다.

RUG(Resource Management Group)를 적용하는 방식은 나라마다 다른 양태를 보인다. 즉 RUG III의 44개 환자분류군을 그대로 적용하고 있는 나라는 드물며, 각국의 사정에 따라 RUG를 수정한 분류체계를 도입하고 있다. 이는 장기요양 대상자가 각국마다 다른 신체적, 기능적 장애를 보이고 있기 때문이다(Fries, 1997). 예를 들어 핀란드의 경우 12개의 재활치료군을 3개군으로 조정하여 22개군을 둔 체계로 수정하였다(Bjorkgren, et al.,

1999). 따라서 간호서비스 영역에 보다 큰 비중을 가지고 있는 미국에서 개발된 체계라는 명목 하에 RUG 시스템이 주는 적극적인 아이디어마저 도외시하는 것은 옳은 태도가 아닐 것이다. RUG 시스템이 주는 장점 중의 하나는 입소자(환자)를 ADL로만 분류하지 않고 입소자의 임상적 유사성에 따라 분류하여 서비스난이도를 부여하는 것이다. 우리나라 장기요양 등급판정체계는 서비스 난이도 개념을 도입하고 있지 않으며 제공서비스의 종류에 관계없이 서비스 제공시간에 따라 등급을 분리한다. 따라서 같은 등급이면 제공되는 서비스의 종류와 강도에는 관심을 두지 않는 문제점이 발생한다.

[그림 3-9] RUG 환자분류 개념도



자료: Schneider, 1988

(3) 캐나다 퀘벡주 분류체계

캐나다 퀘벡주는 1999년 전통적인 필요예산기준 자원배분 방식에서 입소자의 기능적 상태에 기반을 둔 새로운 자원배분 분류체계를 도입하였다. ISO-SMAF라고 명명되어진 분류체계는 WHO에서 장애 분류를 위해 개발된 도구척도인 SMAF를 변형하여 만들어진 것이다. ISO-SMAF 분류체계에서 중심적 기준으로 사용되는 장애기준은 ADL, 이동, 의사소통, 정신장애, IADL이며 IALD 장애그룹, 이동제한 문제그룹, 정신장애그룹, 복합중증장애그룹의 4개 등급 14개 하위그룹으로 나뉘어진다(Tousignant et al, 2003). 분류체계에서 중요한 기준이 되는 것은 임상적인 유사성 보다는 기능적인 장애 유사성에 보다 초점을 둔 분류체계로 우리나라에서 시행하고 있는 등급판정체계와 그 철학적 배경이 유사하다고 할 수 있다. 캐나다 판정체계역시 서비스 난이도를 고려하고 있다는 점이며 이를 통해 장기요양 자원을 배분한다는 점이다.

위에서 언급된 바와 같이 언급된 모든 체계는 그 내부에 환자의 건강상태에 바탕을 둔 서비스-난이도를 포함하고 있다. 차이는 환자를 난이도에 따라 먼저 분류한 후 기능상태를 고려할 것이냐(RUG 체계), 기능상태에 따라 환자를 먼저 분류한 후 case-mix를 고려할 것이냐(미네소타 체계)만 다를 뿐이다. 환자분류 기준에서도 장기요양서비스를 받는 입소자의 상태를 중심으로 분류기준이 고려된다. 따라서 간호서비스가 중요한 장기요양서비스의 범주에 포함되지 않으면 이를 기준으로 환자(입소자)를 분류할 필요가 없으며 재활서비스 역시 환자의 기능개선에 중요한 서비스이나 장기요양서비스 범주 밖의 의료서비스 영역에서 포괄하고 있다면 분류기준이 될 수 없다. 우리나라의 경우 문제행도이나 특수간호서비스가 환자의 case-mix를 고려하는 중요한 기준이 될 수 있다.

3 차등수가 산출

가. 수가개발 개요

앞서 논의한 대로 동일 등급 내에도 입소자의 상태에 따라 자원소모량에서 차이가 나는 것을 반영하기 위하여 차등수가를 도입하는 것이 가능할 것이다. 입소자의 case-mix를 반영하는 차등수가는 소요된 자원소모량을 근거로 새롭게 산정하는 방법이 가능할 것이나 논의 활성화를 위해서 기존연구 내용을 근거로 현행 수가체계 내에서 변형하는 방식으로 차등수가를 산출한다. 현행수가를 근거로 차등수가를 산정할 경우 현행수가를 어떻게 평가할 것인가에 따라 두 가지 방법이 가능하다. 첫 번째는 현행 등급별 수가는 동일등급에서 가장 많은 부분을 차지하고 있는 신체기능저하군의 자원소모량을 반영하는 것이라고 가정한다(1안). 이 경우 동일등급 내 문제행동군과 진료집중군과의 차등소모량 차이만큼 이들 군의 수가를 조정하면 되나, 전반적으로 수가가 상승하는 문제점을 가진다. 두 번째 방식은 현행 등급별 수가는 등급내 장기요양서비스 대상자의 건강상태를 평균적으로 반영하고 있다는 가정에 근거한다(2안). 신체저하군의 자원소모량만이 아니라 진료집중군과 문제행동군의 자원소모량이 동시에 반영된 수가라는 것이다.

2안의 경우 등급 내에서 모든 그룹(군)의 수가가 새롭게 재편되나 전체 가중평균은 현행 수가와 일치하게 되어 차등수가의 도입으로 인한 새로운 추가 재원이 없어도 된다. 이 경우 신체저하군과 진료집중군의 수가는 현행 수가보다 낮아지고 문제행동군의 수가는 현행 수가보다 높아지게 된다.

차등수가를 도입할 경우 등급별 차이와 등급내 차이가 모두 반영되어 외국 수가체계에서 보이는 톱날(saw teeth)모양의 수가가 만들어진다. 즉 기존 수가는 등급간 차이가 확실히 구분되나 차등수가를 도입할 경우 등급 간 차이와 등급 내 입소자 상태가 동시에 반영되어 하위등급 특정군의

수가가 상위등급 다른 군의 수가보다 높아지는 현상이 나타나게 된다. 이는 기능장애와 신체 조건이 모두 반영된 결과를 의미하며 기능장애에 따른 차이를 중심기준으로 산정된 현행수가의 왜곡된 측면을 바로잡는 의미를 가지게 된다.

나. 산출과정 및 산출결과

(1) 차등수가 1안

현행 생활시설(요양, 전문요양시설) 수가는 요양서비스 제공과정에서 발생하는 원가를 최대한 보상하는 취지에서 시설에서 발생하는 비용을 직접비용(직접인건비)과 간접비용(간접인건비와 관리운영비의 합)으로 구분한 후 직접비용은 서비스 제공시간에 따라 등급별 차등을 두어 계산하고 간접비용은 등급과 상관없이 균등액을 적용하여 산출한다. 이 점을 착안하여 차등수가 1안은 직접비용과 간접비용을 구분한 후 직접비용에 한해서만 case-mix를 적용했으며 case-mix 기준은 동일등급에서 가장 많은 부분을 차지하고 있는 신체기능저하군의 자원소모량으로 정하였다.

수가를 구성하는 인건비와 관리운영비 비율은 최병호 외(2007)³⁸⁾ 연구에서 조사한 비율을 이용하였으며 이때 인건비 비율은 82%, 관리운영비 비율은 18%였다. 직·간접인건비 비율 또한 최병호 외(2007) 연구에서 조사한 비율을 이용하였으며 이때 직접 인건비 비율은 75.81%, 간접인건비

38) 인건비와 관리운영비 비율은 2006년 실태조사를 통해 조사된 인건비 및 관리운영비 비율(82.27%, 17.73%), 그리고 3차 시범사업 수가 개발을 위해 산출한 표준서비스모형에 근거한 인건비 및 관리운영비 비율(82.14%, 17.86%)을 고려하여 인건비 비율은 82%, 관리운영비 비율은 18%로 정하였음.

직·간접 인건비 비율은 2006년 실태조사를 통해 조사된 종사자 월 평균임금에 2007년 임금상승률을 적용한 후 시설 종사원에 대한 퇴직금과 임금총액의 8.29%에 해당하는 4대보험 사업자부담금을 가산하여 산출한 금액임. 자세한 내용은 최병호 외 ‘노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차) -수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질 관리부분-’, 2007 연구를 참고바람.

비율은 24.19%였다. 서비스군별 case-mix는 서비스 난이도와 임금가중치를 고려한 평균서비스제공시간을 이용하여 산출하였다.

<표 3-33>은 서비스군별 case-mix를 산출하기 위해 필요한 등급 내 서비스군별 평균서비스 제공시간을 나타낸 표이며 <표 3-34>는 신체기능저하군을 기준으로 산출한 서비스군별 case-mix이다.

<표 3-33> 서비스 난이도 및 임금가중치를 고려한 등급 내 서비스군별 평균서비스제공시간

(단위: 분)

Group1	N	1등급	N	2등급	N	3등급
진료집중군	70	275.2	14	194.2	26	141.4
문제행동군	162	420.8	55	323.2	60	229.9
신체기능저하군	223	245.7	148	181.4	343	145.3
합계	455	312.6	217	218.2	429	156.9
Group2	N	1등급	N	2등급	N	3등급
진료집중군	70	275.2	14	194.2	26	141.4
문제행동군	248	420.9	90	326.3	157	228.3
신체기능저하군	137	239.8	113	174.4	246	147.6
합계	455	344	217	238.7	429	176.8

<표 3-34> 서비스군별 case-mix

case-mix(Group1)	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	1	1	1
문제행동군	1.71	1.78	1.58
진료집중군	1.12	1.07	0.97
case-mix(Group2)	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	1	1	1
문제행동군	1.76	1.87	1.55
진료집중군	1.15	1.11	0.96

<표 3-35>는 차등수가(1안) 산출과정을 보여주는 표이다. 차등수가(1안)는 우선 현행수가를 직·간접비 비율로 나눈 후 직접비용에 한하여 서비스군별 case-mix를 고려하여 직접비용을 산출한 후 모든 서비스군에 동일한 간접비용을 가산하여 최종 차등수가를 산출하였다.

〈표 3-35〉 전문요양시설 수가 직·간접비용 및 수가 산출과정(Group1)

(단위: 원)

구분		1등급	2등급	3등급
현행 전문요양수가		48,120	43,550	38,970
- 직접비용(직접인건비)		31,898	28,869	25,833
- 간접비용(간접인건비+관리운영비*)		16,222	14,681	13,137
직접비용(A) (case-mix 적용)	신체기능저하군	31,898	28,869	25,833
	문제행동군	54,546	51,387	40,816
	진료집중군	35,726	30,890	25,058
간접비용(B)		16,222	14,681	13,137
차등수가 (A+B)	신체기능저하군	48,120	43,550	38,970
	문제행동군	70,768	66,068	53,953
	진료집중군	51,948	45,571	38,195

주: 1) *: 관리운영비 중 생계비는 제외

2) Group2의 차등수가 산출방식은 Group1과 동일함

산출결과 Group1의 경우 1등급 내 차등수가는 신체기능저하군의 경우 48,120원, 문제행동군은 70,768원, 진료집중군은 51,948원으로 나타났으며 2등급 내 차등수가는 신체기능저하군은 43,550원, 문제행동군은 66,068원, 진료집중군은 45,571원으로 나타났다. 3등급내 차등수가 또한 신체기능저하군의 경우 38,970원, 문제행동군은 53,953원, 진료집중군은 38,195원으로 나타나 전체적으로 등급내 문제행동의 수가는 높은 것으로 나타났다.

치매출현율을 고려한 Group2의 차등수가 또한 Group1의 차등수와 큰 차이는 없었다.

〈표 3-36〉 최종 차등수가(1안)

(단위: 원)

Group1	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	48,120	43,550	38,970
문제행동군	70,768	66,068	53,953
진료집중군	51,948	45,571	38,195
Group2	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	48,120	43,550	38,970
문제행동군	72,363	68,666	53,178
진료집중군	52,905	46,726	37,937

(2). 차등수가 2안

차등수가 2안은 현행 등급별 수가가 등급 내 장기요양서비스 대상자의 건강상태를 평균적으로 반영한다는 가정 하에 등급 내 서비스군별 발생확률과 case-mix를 고려하여 산출하였다. 등급 내 서비스군별 발생확률은 서비스 난이도와 임금가중치를 고려한 서비스제공 대상자 수를 이용하여 산출하였으며 이는 <표 3-37>과 같다.

〈표 3-37〉 등급 내 서비스군별 발생확률

(단위: %)

Group1	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	49.01	68.20	79.95
문제행동군	35.60	25.35	13.99
진료집중군	15.38	6.45	6.06
Group2	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	15.38	6.45	6.06
문제행동군	54.51	41.47	36.60
진료집중군	30.11	52.07	57.34

앞서 언급한 것과 같이 차등수가 2안의 기본원리는 서비스군별 발생확률과 각 서비스군별 case-mix를 고려한다는 점이다. 전문요양 1등급 수가인 48,120원을 예로 하여 표현하면 (2)식과 같다.

$$0.49 * C + 0.36 * (1.71 * C) + 0.15 * (1.12 * C) = 48,120 \dots\dots\dots (2)$$

신체기능저하군: C

진료집중군 : B=1.12*C

문제행동군 : A=1.71*C

이러한 산출과정을 통해 얻어진 최종 차등수가 2안은 <표 3-38> 과 같다.

<표 3-38> 최종 차등수가(2안)

(단위: 원)

Group1	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	37,852	36,225	36,107
문제행동군	64,728	64,480	57,049
진료집중군	42,395	38,761	35,024
Group2	1등급	2등급	3등급
신체기능저하군	32,972	30,710	33,072
문제행동군	58,031	57,427	51,261
진료집중군	37,918	34,088	31,749

산출결과 Group1의 경우 1등급 내 차등수가는 신체저하군의 경우 37,852원, 문제행동군은 64,728원, 진료집중군은 42,395원으로 나타났으며 2등급 내 차등수가는 신체저하군의 경우 36,225원, 문제행동군은 64,480원, 진료집중군은 38,761원이었다. 3등급 내 차등수가는 신체저하군의 경우 36,107원, 문제행동군은 57,049원, 진료집중군은 35,024원으로 나타나 전체적으로 문제행동군의 수가가 높게 나타났으며 진료집중군과 신체기능저하군 수가 간 차이는 거의 없었다.

치매출현율을 고려한 Group2의 경우 또한 전체적으로 등급 내 문제행동군의 수가가 높았고 진료집중군과 신체기능저하군 수가 간 차이는 거의 없었다.

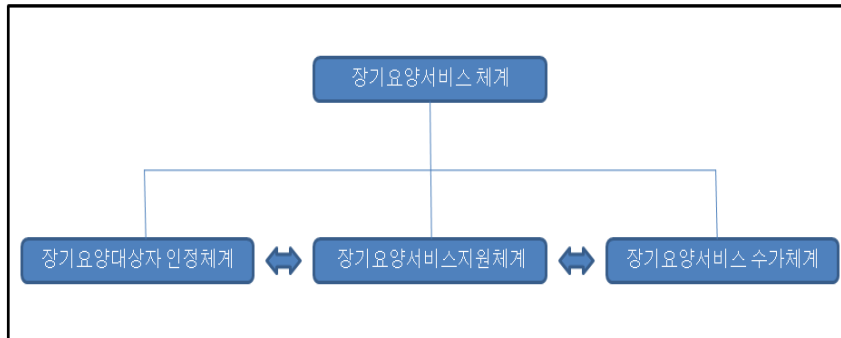
제4절 노인장기요양보험제도의 서비스이용 지원방식 검토

1. 장기요양이용지원체계의 현황

장기요양노인의 복합적인 욕구충족을 위한 장기요양 서비스의 비용효과적 사용과 관리를 목적으로 하는 장기요양이용지원체계는 장기요양서비스 대상자인정체계, 장기요양서비스 수가체계와 더불어 장기요양서비스체계를 구성하는 핵심요소 중 하나이다(선우덕 외, 2007). 장기요양이용지원체계는 장기요양서비스 이용자와 장기요양서비스 제공자를 연결하는 교량적 역할을 담당하며 구체적으로 장기요양서비스 대상자의 발굴, 장기요양서비스 욕구의 사정, 장기요양서비스 계획의 수립, 장기요양서비스의 연계, 장기요양서비스 모니터링 등의 시계열적 과정을 포함한다.

그러나 장기요양이용지원체계의 구체적 역할과 과정은 장기요양서비스 이용지원 모델에 따라 차이를 갖는다. 우리나라 노인장기요양보험제도 내에서 장기요양이용지원체계는 다른 나라의 장기요양이용지원체계에 비해 상대적으로 축소된 특성을 보이며, 대상자의 욕구사정, 표준장기요양이용계획서 작성, 서비스제공계획수립의 제한된 과정만을 포함한다.

[그림 3-10] 장기요양서비스 체계도



자료: 선우덕 외(2007), p. 326

가. 대상자 욕구사정

장기요양서비스 대상자의 욕구사정은 장기요양서비스 대상자 인정을 위한 방문조사 시에 요양인정조사의 한 부분으로 행해진다. 따라서 방문조사를 담당하는 국민건강보험공단 소속의 요양관리요원에 의해 ‘장기요양인정·욕구조사표’를 도구로 이루어진다. 장기요양인정·욕구조사표는 장기요양등급판정과 장기요양서비스의 욕구파악을 목적으로 하며, 신체기능, 사회생활기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활, 복지용구, 지원형태, 환경평가, 시력·청력상태, 질병 및 증상으로 구성되어 있다.

요양관리요원에 의해 요양인정자의 욕구조사가 이루어짐에도 불구하고 장기요양기관의 90%는 욕구조사를 다시 수행하는 것으로 나타났다. 10%의 기관만이 별도의 욕구조사 없이 표준장기요양이용계획서를 그대로 사용했으며, 기관 자체적으로 욕구조사를 재실시하는 기관 중 39%는 표준 장기요양이용계획서 양식을 따르는 것으로 나타났다(선우덕, 2007).

〈표 3-39〉 인정·욕구조사표

영역	문항수
신체기능(기본적 일상생활기능) 영역	15개 항목
사회생활기능(수단적 일상생활기능) 영역	10개 항목
인지기능 영역	10개 항목
행동변화 영역	16개 항목
간호처치 영역	10개 항목
재활 영역	10개 항목
복지용구	16개 항목
지원형태	3개 항목
환경평가	1개 항목
시력, 청력상태	2개 항목
질병 및 증상	2개 항목

나. 표준장기요양이용계획서 작성

표준장기요양이용계획서는 첫째, 장기요양인정자가 등급별 월 이용한도액의 범위 내에서 장기요양서비스를 효율적으로 이용할 수 있도록 지원하고, 둘째, 장기요양기관이 장기요양인정자에게 적절한 장기요양서비스를 제공하기 위해 요구되는 서비스제공계획서 작성지원을 목적으로 한다(보건복지부·국민건강보험공단, 2006.12).

표준장기요양이용계획서는 장기요양인정자를 대상으로 국민건강보험공단 소속의 요양관리요원이 작성한다. 요양관리요원의 자격요건에 대한 별도의 규정은 없으며, 전공별 분포³⁹⁾는 사회복지가 56%, 경영 및 경제가 15%, 그 외에 보건, 공학, 자연과학, 법학, 행정, 교육, 어문학 등 다양한 분야의 전공자들로 구성된 것으로 나타났다. 재가요양서비스에 대한 욕구가 없는 시설입소자, 시설입소 희망자, 가족요양비와 요양병원요양비 희망자는 발급대상에서 제외된다(선우덕 외, 2007).

39) 2차 시범사업에 참여한 건강보험관리공단 소속 요양관리요원을 분석한 자료임.

〈표 3-40〉 공단소속 요양관리요원의 전공분포

소속형태	전공	명
공단소속직원(정규직)	보건관련	3
	공학관련	3
	자연과학관련	5
	사회복지관련	63
	경영경제관련	17
	법학관련	2
	행정학관련	3
	교육학관련	5
	어문학관련	3
	소계	104
계약직	간호관련	37
	사회복지관련	15
	소계	52

자료: 선우덕 외(2007), p. 449

표준장기요양이용계획서 작성의 기본원칙은 개별화, 접근성 증진, 전문성으로 요약된다. 우선 표준장기요양이용계획서는 대상자의 기능상태, 욕구 및 수발특성을 고려하여 대상자 개개인에게 가장 적합한 형태로 개별화되어야 함을 원칙으로 한다. 또한 대상자가 재가서비스의 선택, 계약, 이용에 어려움이 없도록 접근성을 증진시켜야 하며, 요양관리요원은 표준장기요양이용계획서 작성 시 전문성을 발휘하여 자율적이고 적극적인 판단을 내리도록 권고하고 있다(보건복지부·국민건강보험공단, 2006.12).

표준장기요양이용계획서 작성은 조사내용분석, 문제영역도출 및 결정, 주요기능상태 및 욕구작성, 서비스 목표작성, 급여내용 결정, 급여종류 및 횟수결정의 과정을 거쳐 완성된다. 조사내용분석 과정에서는 장기요양인정 및 욕구조사 결과와 장기요양인정자 본인과 가족의 희망사항에 대한 내용분석이 이루어지며, 이를 바탕으로 요양관리요원의 판단에 따라 장기요양서비스가 필요한 문제영역이 결정된다. 이어 문제영역에 대한 장기요양인정자의 기능상태에 대한 기술이 이루어지며, 문제영역별로 정형화된

다. 표준장기요양이용계획서 이용 현황

(1) 장기요양인정대상자

노인장기요양보험제도 2차 시범사업에 참여한 요양인정자와 가족을 대상으로 표준장기요양이용계획서의 필요성을 묻는 조사에서 장기요양인정자의 23.6%는 ‘매우 필요하다’, ‘50.0%는 필요하다’고 응답해 73.6%가 긍정적인 반응을 보였다. 가족의 경우는 25.7%가 ‘매우 필요하다’, 63.2%가 ‘필요하다’고 답해 표준장기요양이용계획서의 필요성에 대해서는 비교적 높은 수준의 공감대가 형성된 것으로 나타났다(선우덕 외, 2007).

표준장기요양이용계획서의 필요성에 대한 높은 인식에도 불구하고 실질적인 이용은 다소 부진한 것으로 나타났다. 장기요양인정자중 표준장기요양이용계획서를 보관하고 있는 경우는 59.8%에 불과했다. 약 40%의 요양인정자는 자신이 보관하고 있지 않았으며, 미보관자의 50%는 분실한 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 필요성에 대한 인식과는 독립적으로 요양인정자에 의한 표준장기요양이용계획서의 실제 활용도는 높지 않다는 것을 시사한다(선우덕 외, 2007).

〈표 3-41〉 표준장기요양이용계획서 활용도

(단위: 명, %)

구분	내용	계
표준계획서 보관	예	20 (59.8)
	아니오	137 (40.2)
	소계	341 (100.0)
‘아니오’의 경우	분실	71 (51.8)
	장기요양기관	35 (25.5)
	기타 장소	31 (22.6)
합계	소계	137 (100.0)

자료: 선우덕 외(2007), p. 364

(2) 장기요양기관

표준장기요양이용계획서의 필요성에 대해서는 요양기관도 전반적으로 동의하는 것으로 나타났다. 요양기관의 21.2%가 ‘반드시 필요하다’, 60.6%가 ‘필요한 편이다’라고 답해 81.8%가 필요하다고 인식하는 것으로 나타났다(선우덕 외, 2007).

요양기관의 66.7%가 해당 기관에서 서비스를 제공받고 있는 장기요양인정자의 표준장기요양이용계획서를 확보하고 있는 것으로 나타났다(선우덕 외, 2007). 요양인정자의 서비스 제공계획을 수립하기 위해 표준장기요양계획서를 활용하는 요양기관은 80.3%에 달해 서비스 제공 계획수립을 위한 표준장기요양계획서의 활용도가 비교적 높은 것으로 평가되었다(선우덕 외, 2007).

표준장기요양이용계획서에서 제시한 급여의 종류와 급여종류별 서비스 양의 적절성에 대해서는 각각 57.6%와 50%가 적절하다고 평가했으며, 30.3%는 급여종류가 28.8%는 급여종류별 서비스의 양이 부족하다고 평가했다(선우덕 외, 2007). 이는 장기요양기관과 보험자 사이의 급여의 적절성에 대한 의견의 차이를 보여주는 것으로 장기요양기관이 필요한 급여의 양을 상대적으로 높게 평가하는 것으로 이해된다.

라. 장기요양기관의 서비스제공계획서

노인장기요양보험제도 내에서 서비스 제공계획의 수립은 일차적으로 요양기관의 책무로 되어있다. 그러나 요양기관의 상당수가 요양관리요원에 의해 작성된 표준장기요양이용계획서를 그대로 이용하거나 참고하기 때문에 서비스 제공계획의 수립이 사실상 이원적으로 이루어지고 있다. 장기요양기관 중 요양인정대상자의 서비스 제공계획서를 별도로 작성하는 경우는 86.4%에 달했으며, 서비스 제공계획서 양식은 기관마다 자체적으로 개발하여 사용하는 것으로 나타났다. 서비스 제공계획서의 작성자는 주로

사회복지사(77.2%)나 간호사(15.8%)인 것으로 나타났으며(선우덕, 2007), 사회복지사 배치에 대해서는 입소자 10명 이상의 노인요양원과 이용자 10명 이상의 주·야간보호소와 단기보호소 만이 강제되고 있다. 재가서비스의 주요 공급기관인 방문요양기관은 사회복지사의 배치를 의무화하지 않고 있다(보건복지부, 2008.4). 서비스 제공계획서 작성상의 어려움으로는 ‘양식이 없거나 방법을 몰라서’가 38.6%, ‘전문인력이 없어서’가 28.1%로 나타났다(선우덕, 2007).

〈표 3-42〉 재가시설별 사회복지사 배치 기준

구분		사회복지사
요양 시설	입소자 30명 이상	1명
	입소자 30명-10명	1명
방문요양		필요수
주/야간 보호	수급자 10명 이상	1명 이상
	수급자 10명 미만	-
단기 보호	수급자 10명 이상	1명 이상
	수급자 10명 미만	-

2. 장기요양이용지원체계의 문제점

제도를 실행하면서 나타나는 문제의 대부분은 제도의 설계에 뿌리를 두고 있다. 그럼에도 다음에서는 제도설계상 장기요양이용지원체계에서 제외되어 장기요양이용지원체계의 현황 고찰을 통해 드러날 수 없었던 문제를 제도설계상의 문제로, 장기요양이용지원체계의 현황 고찰에서 드러난 문제를 제도실행상의 문제로 분류하여 살펴보고자 한다.

가. 제도설계상의 문제

노인장기요양보험의 제도 설계상, 장기요양서비스를 필요로 하는 노인이 제도 내에 진입하게 되는 최초점(entering point)은 지방자치단체의 노인장기요양보험 신청 담당자이다. 노인장기요양보험은 대상자 확보를 대상자의 자발적 신청에 주로 의존하고 있으며, 대상자 발굴에 소극적이다. 장기요양을 필요로 하는 노인의 심리적, 신체적 기능이 제한적임을 고려할 때 대상자 확보를 대상자의 자발적 신청에 의존하고 있는 현 상황은 적절한 대리인이 없는 요보호 노인은 제도의 사각지대에 남게 되는 문제를 안고 있다. 대상자를 찾아 나서는 서비스를 통해 장기요양의 욕구가 있는 노인 모두가 적절한 혜택을 받을 수 있도록 대상자 발굴의 과업이 장기요양이용지원체계 내에 포함되어야 한다.

노인장기요양보험의 제도 설계상, 요양기관의 서비스 제공 여부와 제공된 서비스의 질을 점검할 수 있는 공식화된 체계가 존재하지 않는다. 서비스에 만족하지 못하는 대상자가 민원을 제기할 수 있는 채널은 존재하나 민원제기 채널은 서비스 모니터링 체계와 동일한 것은 아니다. 대상자에게 서비스 공급자에 대한 정보를 제공하는 과정까지로 장기요양이용지원체계가 제한되어 있어 이후 요양기관에서 제공하는 서비스에 대한 모니터링은 요양기관에 의존하고 있다. 모니터링 체계의 부재는 서비스의 질을 점검할 수 있는 체계적인 방법이 없음을 의미하는 것으로 불성실한 서비스 제공이나 서비스의 질적 저하라는 문제를 야기할 수 있다. 따라서 대상자가 질적으로 만족한 서비스를 이용할 수 있도록 서비스에 대한 모니터링이 장기요양이용지원 체계 내에 포함되어야 한다.

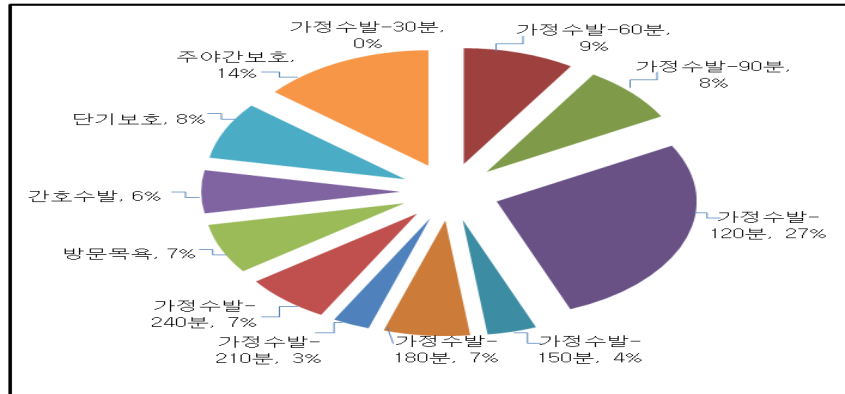
나. 제도실행상의 문제

요양인정자의 욕구조사 현황에서 제시된 바와 같이, 방문조사를 통해

욕구조사가 수행되고 그 결과가 요양기관과 공유됨에 불구하고 대부분의 요양기관이 욕구조사를 재 실시 하고 있었다. 이는 업무의 중복성과 이로 인한 이중비용의 문제를 시사 하는 것으로, 방문조사를 통해 욕구조사를 실시하는 자와 서비스 제공 계획을 수립하는 자가 일치하지 않기 때문에 발생하는 문제이다. 욕구조사와 서비스 제공 계획을 동일한 자가 수행하게 함으로써 업무중복성의 문제를 해결할 수 있을 것이다.

제가서비스를 제공하는 요양기관은 방문요양시설, 방문간호시설, 방문목욕시설, 주·야간보호시설과 단기보호시설로 구분된다. 2차 시범사업 기간 동안 작성된 표준장기요양이용계획서를 분석한 자료에 의하면, 표준장기요양이용계획서를 통해 이용자에게 제안된 서비스는 가정수발이 58%로 가장 높은 비중을 차지했으며 그 외에 방문목욕, 방문간호, 단기보호, 주야간보호 등이 고르게 분포되어 있다. 그러나 실제 서비스 이용 내역을 살펴보면, 이용자의 82.4%가 한 가지 서비스만을 사용했으며, 두 가지 이상의 서비스를 이용한 복합서비스이용자는 18.6%에 불과했다(이광재, 2007). 이와 같은 현상은 서비스 제공 계획이 요양기관에 의해 작성되는 제도의 특성상, 요양인정자가 최초 접촉한 요양기관이 자기 기관의 서비스를 중심으로 서비스 제공 계획을 수립하기 때문에 나타난 것으로 설명할 수 있다. 따라서 요양인정자는 욕구의 다양성과 관계없이 특정 서비스만을 집중적으로 받게 되는 서비스 단편성의 문제가 발생한다.

[그림 3-12] 제안된 장기요양 서비스



자료: 선우덕 외(2007), p. 354

표준장기요양이용계획서의 문제점에 대한 요양기관 서비스 제공자의 의견에서 드러난 바와 같이 요양기관 서비스 제공자의 30%는 표준장기요양이용계획서에서 제안된 급여가 과소평가되었다고 판단한다. 이는 표준장기요양이용계획서 준수에 대한 강제성이 없는 현 여건상 요양기관 서비스 제공자에 의해 제공될 급여의 양이 유의미하게 증가될 수 있다는 것을 시사한다. 재가서비스의 경우 서비스 공급이 영리추구를 목적으로 하는 민간기관에 의해 이루어지고 있으며 서비스 제공 계획의 수립과 실행이 이들 요양기관에 의해 이루어진다. 따라서 급여의 양이 요양인정자의 욕구에 근거해 결정되기보다 최대가능 급여의 양으로 결정될 가능성이 높으며 이는 장기요양 비용상승의 문제로 연계될 것으로 예견된다.

국민건강보험공단 소속의 요양관리요원과 시범사업을 위해 계약직으로 채용된 사회복지 및 간호학 전공의 요양관리요원 사이의 표준장기요양이용계획서 작성에 대한 직무 요구도, 투입도, 숙련도를 분석한 연구(선우덕 외, 2007)에 따르면, 공단 소속의 요양관리요원은 표준장기요양이용계획서 작성을 위해 요구되는 시간과 노력을 계약직 요양관리요원 보다 상대적으

로 유의미하게 과소 평가했으며, 작성에 투입한 실제 시간과 노력도 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 또한 표준장기요양이용계획서 작성에 필요한 지식과 기술에 대한 자신의 숙련성 정도도 유의미하게 낮게 평가했다.

〈표 3-43〉 표준장기요양이용계획서 요구도 투입도 숙련도

	요구도	투입도	숙련도
공단소속직원(정규직)	3.89	8.12	4.20
계약직직원	4.54	10.39	4.55
<i>t</i> 값	-4.72***	-2.24*	-3.30**

자료: 선우덕 외(2007)에 근거하여 저자가 재구성

요양기관 서비스 제공자의 대부분이 요양인정자의 욕구사정과 서비스 제공 계획 작성을 위해 표준장기요양이용계획서를 참고하고 있으며, 일부 요양기관은 욕구사정과 서비스 제공 계획을 표준장기요양이용계획서에 전적으로 의존하고 있다는 연구결과는 표준장기요양이용계획서 작성의 중요성을 강조한다. 그러나 표준장기요양이용계획서의 유용성은 작성자의 전문성을 전제한 경우에만 의미를 갖는다. 공단 소속 요양관리요원의 표준이용계획서 작성에 대한 요구도, 투입도, 숙련도가 상대적으로 낮게 나타났다는 연구의 결과는 표준이용계획서 작성에 관한 요양관리요원의 전문성이 취약하다는 것을 의미한다. 물론 공단 소속 요양관리요원의 상당수가 사회복지사 자격증을 갖고 있으나 사회복지사 자격증 취득의 창구가 사이버 대학이나 평생교육원을 통한 학점은행제 등 다원화 되어 있으며, 국가고시를 치른 1급 자격증이 아닌 2급이나 3급 자격증의 경우 전문성 검증의 과정이 없기 때문에 자격증이 요양관리요원의 전문성을 대변한다고 보기 어렵다.

3. 장기요양서비스이용지원방식의 개선방안

이상에서 살펴본 장기요양이용지원체계의 문제는 대인 서비스 전달체계

에서 보편적으로 관찰되어진 문제이다. 일찍이 유사한 문제를 경험한 사회복지학과 보건학 분야에서는 이들 문제를 개선하기 위한 방법으로 사례관리를 도입·실행하고 있다.

가. 사례관리의 개요

(1) 사례관리의 정의 및 특성

사례관리(case management)는 보호관리(care management)와 특별한 구분 없이 혼용되어 오고 있다. 일부 학자는 보호관리는 보호를 강조한 사례관리라는 점에서 일반 사례관리와의 차별성을 주장하지만(정순돌, 2005) 일반적으로 사례관리와 보호관리는 동일한 개념으로 사용되고 있다. 사례관리의 개념을 여러 학자의 정의를 통해 살펴보면, 스타인버그와 카터(1983)는 사례관리란 독립된 생활이 불가능하며 복합적 요구를 지닌 대상자의 사회서비스 욕구를 충족하기 위한 다면적 개입방법이라고 개념화 했다. 루빈(1987)은 사례관리는 복합적인 문제를 지닌 대상자가 적절한 시기에 적절한 방법을 통해 욕구해결에 필요한 서비스를 제공받도록 보장하는 접근방법이라고 정의하고 있다.

한편 한국사회복지협의회(1994: 122-123)가 발행한 한국사회복지사전은 사례관리를 “복합적 원인으로 요보호 상태에 있는 대상자에게 다양한 지역사회자원을 연결시켜 관리하는 원조대책으로써, 정신장애인, 누워있는 노인, 치매성 노인 등이 가지고 있는 여러 가지 욕구를 조기에 적절하게 대응하는 지역보호체계”라고 정의하였다. 또한 케어매니지먼트 연구회(1991)는 케어매니지먼트란 허약한 노인이나 장애인이나 정신적, 신체적 장애로 인해 복합적 욕구를 가지고 있음에도 분화된 서비스나 민간단체, 친구, 이웃 등으로부터의 지원을 스스로 적절히 활용할 수 없는 사람을 대상으로 욕구에 맞는 서비스를 받을 수 있도록 하는 일련의 원조조치 내

지는 서비스 관계망 내에서 행해지는 상호협력활동을 의미한다고 정의하였다(박풍언, 2003, 재인용).

이상의 정의에 따른 사례관리의 특성을 정리해 보면, 사례관리는 첫째 지역사회를 기반으로 한 서비스 지원 방법이라는 특성을 갖는다. 둘째 복합적인 욕구를 지니고 있으나 자력으로 필요한 서비스에 접근하는데 한계를 지닌 사람을 대상으로 하며, 셋째, 대상자의 욕구에 근거한 맞춤형, 포괄적, 지속적 서비스 제공에 주력한다는 특성을 갖는다. 또한 전통적 서비스 지원 방법론과 달리 지역사회자원의 개발, 연계 및 조정을 강조하며, 다섯째 서비스의 비용 효과성을 강조한다는 특성을 갖는다(장인협·우국희, 2001).

(2) 사례관리의 목적

사례관리의 목적은 대상자 차원에서의 궁극적 목적과 서비스 차원에서의 수단적 목적으로 구분된다. 대상자 차원에서 사례관리는 대상자의 복합적 욕구를 해결하여 삶의 질을 개선하는 것을 궁극적 목적으로 한다.

서비스 차원에서 사례관리는 첫째, 보호의 연속성을 목적으로 한다. 보호의 연속성이 보장됨에 따라 대상자의 욕구변화에도 서비스의 중단 없이 새로운 욕구해결에 적절한 서비스를 연속적으로 제공받을 수 있다(정순돌, 2005). 사례관리는 둘째, 보호의 포괄성을 보장하고자 한다. 사례관리의 특성상 대상자의 욕구가 복합적이기 때문에 욕구해결을 위해 다양한 영역의 서비스가 요구된다. 사례관리는 단편적으로 산재해 있는 서비스를 대상자의 욕구에 따라 포괄적으로 제공하고자 한다(장인협·우국희, 2001). 사례관리는 셋째, 서비스에 대한 접근성 증진을 목적으로 한다. 사례관리는 대상자가 필요로 하는 자원의 연계를 특성으로 하기 때문에 대상자 스스로가 발굴하고 사용하기 어려운 자원을 상대적으로 쉽게 접근하도록 돕는다(장인협·우국희, 2001). 끝으로 사례관리는 대상자의 개별적 욕구와

상황에 맞는 개별화된 서비스의 제공을 목적으로 한다. 사례관리는 공급자 중심의 접근에서 벗어나 대상자 중심의 접근을 표방함으로써 개별 대상자의 욕구를 기초로 서비스 계획의 수립이 가능하며, 이를 통해 서비스의 개별화를 추구한다(정순돌, 2005).

(3) 사례관리의 필요성

사례관리의 필요성은 목슬리(1989), 라프와 챔버레인(1985), 시라사와(2000) 등에 의해 다양하게 논의 되었으나 주로 서비스 대상자 관련, 서비스 행정 관련, 서비스 환경 관련 필요성으로 정리된다.

사례관리는 대상자의 욕구가 다양해짐에 따라 등장하게 되었다. 과거와 달리 현대사회의 사회구조는 분화되고 복잡해졌다. 따라서 현대사회를 사는 대상자는 다양한 욕구를 갖게 되었으며, 이들 욕구에 효과적으로 대응할 수 있는 방법론 모색의 결과로 사례관리가 개발되었다. 또한 대상자의 다양한 욕구가 상당부분 중복적인 성격을 갖는다는 이유에서 사례관리의 필요성이 강조되었다. 욕구의 중복은 서비스의 중복으로 연계되기 쉽기 때문에 서비스의 조정을 필요로 한다. 따라서 대상자 욕구의 중복성을 배경으로 서비스 조정을 강조하는 사례관리의 필요성이 부각되었다.

서비스 담당 부서의 다양화와 이들 부서간의 연계 및 협력 부재로 인해 사례관리가 필요하게 되었다. 사회 구성원의 복지를 증진하기 위해 대상자의 욕구영역과 대상자의 계층에 따라 다양한 사회서비스가 개발되었다. 그러나 이들 서비스를 담당하는 부서 간의 의사소통이 단절되어 특정 서비스를 이용하는 대상자가 여타 부서에서 제공하는 서비스를 연계하여 제공받는 것이 불가능하다. 따라서 다양한 부서에서 제공하는 서비스를 대상자의 욕구에 맞추어 연계할 수 있는 사례관리의 필요성이 강조되었다.

현재 국가나 사회에 의해 제공되는 서비스는 과거에는 가족에 의해 제공

되어 왔다. 가족은 구성원의 욕구를 충족하기 위해 자원을 발굴하고, 조달하며, 제공하는 주체로 기능해 왔다. 그러나 가족기능의 약화로 대상자의 욕구 충족을 담당할 주체가 상실됨에 따라 산재해 있는 자원을 발굴하고 연계할 수 있는 방법론이 요구되었으며 이와 같은 필요성에 따라 사례관리가 출현하였다. 사회서비스의 공급 주체가 다원화 된 환경적 변화 또한 사례관리의 필요성을 증대시켰다. 주로 공적인 주체에 의해 제공되었던 사회서비스가 비영리조직이나 민간공급자에 의해 제공됨에 따라 지역사회 내 사회서비스가 양산되었다. 이는 곧 사회서비스의 정글화를 초래하여 사회서비스에 대한 욕구가 있는 대상자가 자신에게 적합한 서비스를 선택하는데 어려움을 증가시켰다. 이와 같은 환경적 변화로 인해 대상자의 욕구에 따라 적절한 서비스를 선택, 연계, 조정하는 사례관리의 필요성이 확대되었다.

(4) 사례관리의 구성요소

사례관리는 사례관리의 대상자, 사례관리자, 사회적 자원, 사례관리의 과정으로 이루어져있다.

사례관리의 대상자는 복합적인 욕구를 갖고 있는 반면 심리적, 신체적 제한성으로 자력으로 욕구해결에 필요한 자원을 찾기 어렵다는 특성을 갖는다. 따라서 노화 또는 장애에 따른 신체, 정서, 심리, 사회, 경제 등 전 영역에서의 기능저하로 복합적 욕구를 갖고 있으나 신체적 기능과 정보력의 한계로 적절한 자원への 접근이 제한적인 노인과 장애인이 사례관리의 주 대상으로 주목되어 왔다.

사례관리자는 대상자의 욕구를 사정하고 적절한 자원을 연계 · 조정하는 역할을 담당하는 사례관리의 실질적 수행자이다. 사례관리자에게 요구되는 구체적 역할과 전문성의 정도는 사례관리 모델에 따라 다양해진다. 일반적으로 사례관리자는 사회복지학, 간호학 전공자가 주류를 이루고 있다.

사회적 자원은 대상자의 욕구충족을 위해 요구되는 유형, 무형의 자원을 의미한다. 자원의 존재 형태에 따라 실재 또는 잠재적 자원으로, 자원의 제공주체에 따라 공식 또는 비공식 자원으로, 자원의 유형에 따라 금전적, 심리적, 정신적, 사회적, 영적, 신체적, 정보적, 도구적 자원으로 다양하게 세분되며, 모든 종류의 자원이 사례관리에서 사용된다.

사례관리 과정이란 사례관리자와 사례관리 대상자가 사례관리의 목적달성 위해 전개해 가는 일련의 과정을 의미한다. 사례관리의 과정을 통해 대상자의 욕구충족을 위한 구체적인 과업이 수행된다. 사례관리의 과정에 대한 견해는 학자마다 차이를 보이지만 사정, 계획수립, 실행 및 모니터링, 종결 및 평가의 단계를 거친다는 것에 일반적 합의가 이루어져있다(시라사와, 1992).

나. 장기요양이용지원을 위한 사례관리 적용의 예

(1) 영국

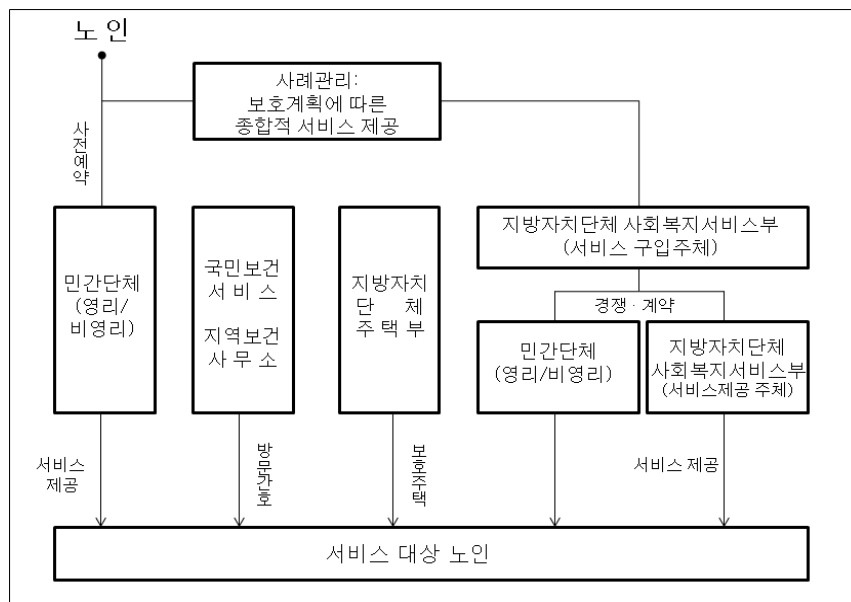
지역사회보호를 위한 사례관리의 시행과 발전은 감사위원회(Audit Commission)의 ‘Managing Social Service for the Elderly More Effectively’ 1차 보고서와 2차 보고서에서 지역사회보호정책의 문제점으로 지적된 ‘자원배분의 부적절성’과, ‘권한과 책임의 분산으로 인한 조정과 연대의 결여’를 해결하기 위한 대응방안의 모색으로부터 출발하였다(김종민, 2003). 감사위원회로부터 지역사회보호정책의 개혁방안을 의뢰받은 그리피스 위원회는 사회복지서비스에 시장원리를 적용한 혼합경제화와 사례관리의 도입을 그 방안으로 제시하였다(석재은, 2000).

그리피스 위원회의 권고에 따라 정부는 1989년 ‘Caring for People’ 백서를 발간했으며, 이를 바탕으로 1990년 ‘국민보건서비스 및 지역사회보호법’을 제정하였다. 국민보건서비스 및 지역사회보호법은 ‘보호시장의 도

입'과 '사례관리의 도입'을 골자로, 보호현장에서 통합적 복지서비스를 제공하는 것에 초점을 두었다(김치영, 1999). 이 법에 근거하여 영국은 1993년 4월부터 욕구사정에 근거한 사례관리를 전면 시행하기에 이르렀다.

중앙정부는 사회서비스의 계획, 예산, 지원, 점검 및 지도에 관한 총괄적 책임을 갖는다. 지방자치단체는 법에 따라 정책결정위원회를 두고 있으며 지역의 특성에 맞는 정책을 개발하고 시행하는 주체이다(임병우, 2001). 지방자치단체의 사회서비스부는 3년마다 지역사회보호계획을 수립하며, 사례관리를 통해 노인의 보호계획을 수립하고 서비스를 연계하는 역할을 수행한다. 지방자치단체는 직접적인 서비스 제공자로 기능하지 않으며, 노인보호를 위한 직접 서비스는 민간 공급업자나 지방자치단체 사회서비스의 내부시장을 통해 구입한다.

[그림 3-13] 사회서비스 제공체계 내에서 사례관리의 위치



자료: 김수영 외(2001), p. 104

영국의 사례관리는 지역에 따라 다양한 형태로 진행되고 있다. 켄트 주를 중심으로 영국 사례관리의 실체를 사례관리의 구성요소별로 살펴보고자 한다.

사례관리 대상자는 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려운자로, 지방자치단체의 사회서비스국에 장기요양서비스를 신청하고, 사회서비스국의 심사를 거쳐, 장기요양서비스 대상자로 적절하다고 인정된 자이다.

사례관리자는 지방자치단체의 사회서비스국에 소속된 사례관리자이다.

사례관리를 통해 노인에게 제공되는 서비스는 재가보호서비스와 시설보호서비스로 분류된다. 재가보호서비스는 사회적 보호서비스, 보건서비스, 주택서비스로 구성되어 있다. 지역에 따라 차이는 있으나 일반적으로 사회적 보호서비스는 가정봉사(domiciliary care), 급식서비스(communitary meals), 주간보호소(day centre), 단기보호(respite care), 세탁 서비스 등을 포함한다. 가정봉사서비스는 노인의 일상생활관리(personal care)와 관련된 서비스를 제공하며, 급식서비스를 통해 노인의 가정까지 음식을 배달한다. 주간보호소에서는 점심, 여가활동 등을 기본적으로 제공하며 소액의 요금을 지불하고 미용, 손발치료(chiropody) 서비스를 이용할 수 있다. 보건서비스에는 재가간호, 방문보건, 일반진료, 치과진료, 일반의가 제공하는 보건서비스 등이 있다. 주택서비스로는 주택수리, 주택보수, 주택개선 서비스와 함께 여름철의 주택 냉방과 겨울철의 주택 난방 서비스를 제공한다(Kent County Council, 2008). 사례관리자는 대상자의 욕구평가에 근거하여 이들 서비스를 연계한다.

〈표 3-44〉 영국의 지역사회보호 서비스

보호 형태별 급여			관리·공급주체
재가 보호 서비스	사회 보호 서비스	■ 가정봉사 ■ 급식 ■ 주간보호 ■ 단기보호 ■ 세탁	■ 지방자치체 (Kent County Social Care Team) ■ 민간 영리·비영리단체
	보건 서비스	■ 재가간호 ■ 방문보건 ■ 일반진료 ■ 치과진료 ■ 보건서비스	■ NHS (Primary care trust)
	주택 서비스	■ 주택수리 ■ 주택보수 ■ 주택개선 ■ 주택 냉·난방	■ Home Improvement Agencies
시설 보호 서비스	홈		■ 지방자치체 (Kent County Social Care Team) ■ 민간 영리·비영리단체
	요양홈		■ 대부분 민간 영리·비영리단체 ■ 일부 NHS
	병원		■ NHS (Primary care trust)

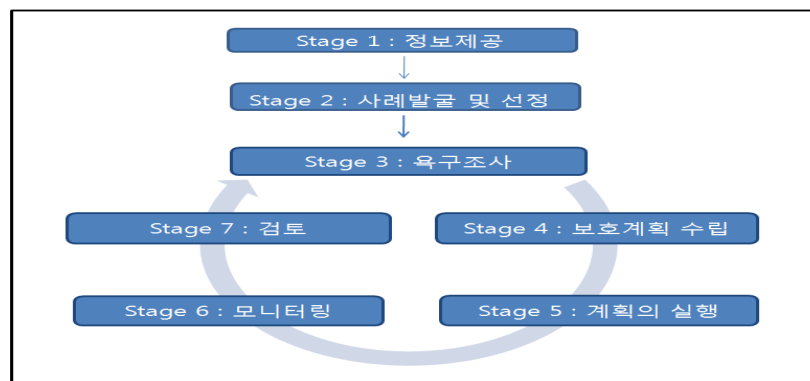
자료: 석재은(2000)과 Kent County Council(2008)에 근거하여 연구자가 재구성

영국 보건성이 제시한 사례관리의 과정은 [그림 3-14]에 제시된 바와 같이 7 단계로 이루어졌다⁴⁰⁾. 첫 번째 단계는 정보공개의 단계로 다양한 매체를 이용해 지역사회보호에 대한 정보 제공이 이루어진다. 두 번째 단계는 대상자 발굴 및 대상자 선정의 단계이다. 일상생활을 독립적으로 유지하는데 제한이 있는 노인이나 노인의 가족은 서비스 수혜를 요청하고 지방자치단체의 사회서비스국은 서비스 수혜의 적절성 여부를 판단하여 대상자를 선정한다. Kent county의 경우, 노인이 자신의 기능상태를 자가 검사할 수 있는 ‘General Need Assessment’와 노인 수발자가 대리 평가할 수 있는 ‘Carer’s Assessment’를 county 홈페이지에 마련하여 대상자 발굴 및

40) 일부 사례관리모델에서는 첫 번째 단계와 두 번째 단계가 사례관리의 과정으로 포함되지 않음.

선정 도구로 이용하고 있다(Kent County Council, 2008). 세 번째 단계는 욕구사정의 단계이다. 욕구사정 도구는 통일되어 있지 않으며 영국 전역에 걸쳐 50개 이상의 욕구사정 도구가 사회서비스 제공자에 의해 사용되고 있다. 욕구사정 도구의 내용은 일반적으로 일상생활기술, 보호를 필요로 하는 영역, 우울과 불안, 인지적 기능 등으로 구성되어 있다(Challis, 1999). 네 번째 단계는 보호계획수립의 단계이다. 보호계획수립은 사례관리자에 의해 이루어지며 파악된 욕구를 충족하기 위해 요구되는 사회서비스와 보건 서비스의 연계 및 제공계획을 수립한다. 다섯 번째 단계는 보호계획 실행의 단계이다. 보호계획에 따라 지방자치단체가 내부 공급자나 민간 공급자를 통해 구체적인 서비스가 제공된다. 여섯 번째 단계는 모니터링의 단계이다. 이 단계에서는 서비스 공급이 계획대로 원활히 이루어지는지, 대상자의 욕구를 충족하는지, 욕구가 소멸 또는 새로운 욕구가 출현했는지에 대한 지속적인 점검이 이루어진다. 마지막 단계는 검토의 단계이다.

[그림 3-14] 사례관리의 과정



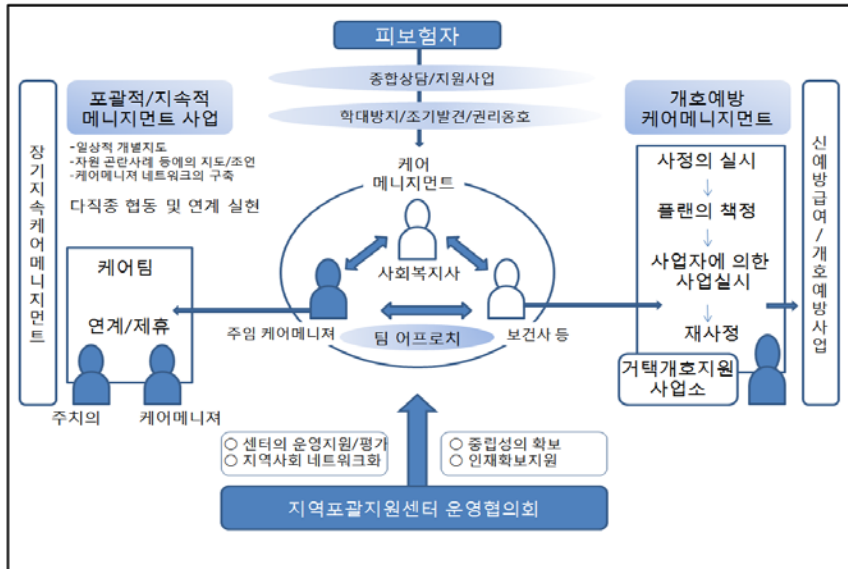
자료: Department of Health(2008)

(2) 일본

일본은 2000년 4월 개호보험 제도의 시행과 함께 서비스의 질적 관리와 비용 통제를 목적으로 개호보험 제도의 일부로 사례관리를 도입하였다.

사례관리는 개호보험 출현의 초기부터 시행된 ‘포괄적·지속적 케어메니지먼트’와 2006년 개혁이후 추가된 ‘개호예방 케어메니지먼트’를 축으로 진행된다. 포괄적·지속적 케어메니지먼트는 도도부현에 의해 지정된 사례관리자가 개호를 필요로 하는 지역사회 노인을 발굴하여 개호보험의 신청을 대리하거나 요개호 대상자로 인정된 노인의 의뢰에 의해 시작된다. 사례관리자는 대상 노인의 욕구를 사정하고 개호계획을 작성한다. 계획에 따라 12종의 재가 서비스와 6종의 지역밀착형 서비스를 연계하고 1주간 지켜본 후 서비스 계획을 확정한다. 이후 3~6개월을 단위로 서비스 제공 상황을 점검한다. 개호예방 케어메니지먼트는 지역포괄지원센터가 담당한다. 지역포괄지원센터는 지방자치단체가 직영하거나 또는 위탁에 의해 운영되며 보건사, 사회복지사, 시정촌이 지정한 사례관리자로 구성된다. 지역포괄지원센터는 케어플랜을 작성하고 재가서비스(12종)와 지역밀착형 서비스(3종)를 연계, 조정한다.

[그림 3-15] 개호보험체계내에서 사례관리



자료: 국민건강보험공단(2006)

사례관리의 대상자는 개호보험인정조사에서 요개호 1등급에서 요개호 5등급으로 판정된 자와 요지원 1등급과 2등급으로 판정된 자이다.

일본 후생노동성(2004)에 의하면 사례관리자는 요개호자의 상담에 응하거나 요개호자의 심신의 기능에 따라 적절한 재가서비스 또는 시설서비스를 이용할 수 있도록 지방자치단체, 재가서비스 공급자, 개호보험시설과의 연계·조정을 수행하는 자로 정의된다.

후생성령에 의해 개호보험지정 거택개호지원사업자, 개호보험지정 개호노인복지시설, 그룹홈은 사례관리자를 두어야 한다. 사례관리자는 보건·의료·복지 서비스 실무경험이 있는 자격자중 도도부현의 실무 연수수강 시험에 합격하여 명부에 등록된 자여야 한다. 2004년 현재 약 33.8만명의 사례관리자가 등록되어 있다(국민건강보험공단, 2006). 사례관리자는 개호보험의 대행신청업무, 개호보험의 요개호인정조사⁴¹⁾, 케어플랜의 작성, 모니터링, 급여

관련 업무, 서비스조정, 개호보험에 대한 계몽 및 상담 업무를 주요 과업으로 한다(후생노동성, 2004). 2006년 개호보험 개정 이후 사례관리자 1인의 표준담당건수는 50건에서 35건으로 조정되었다(국민건강보험공단, 2006).

사례관리자는 재가서비스와 지역밀착형 서비스를 대상자에게 연계한다. 그런데 사례관리자가 요개호 대상자를 위해 연계할 수 있는 서비스와 요지원 대상자를 위해 연계할 수 있는 서비스의 종류는 명확히 구분되어 있다.

(1) 초기접촉

요개호자로 인정된 자가 개호서비스 수혜를 위해 사례관리자에게 접촉하거나 사례관리자가 잠재적 요개호자를 발굴하여 개호인정신청과정을 대리하는 두 가지 창구를 통해 요개호자와 사례관리자의 초기접촉이 이루어진다. 초기접촉의 단계에서 사례관리자는 첫째, 요개호대상자의 발굴, 둘째 사례관리에 대한 사전 동의구하기 셋째, 개호보험서비스 급여신청의 대행 넷째, 보험자로부터 위탁을 받은 경우 요개호인정조사 등의 기능을 수행한다(대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 2005).

(2) 사정

사례관리자는 노인 및 노인 가족과의 면담을 통해 노인의 문제와 욕구를 사정한다. 문제와 욕구사정을 위한 도구로는 후생성에 의해 개발된 표준화된 질문지가 사용된다. 질문지는 신체적 건강, 정서적 건강, 일상생활기술, 가족기능, 통증 및 말기케어에 관한 욕구를 묻는 30개의 문항으로 구성되어 있다(대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 2005).

41) 개호인정조사는 시정촌 직원의 업무이나 시정촌의 위탁을 받아 사례관리자가 대행할 수 있음(후생통계협회, 2003).

(3) 서비스 계획수립

사례관리자는 문제 및 욕구 사정결과에 근거하여 노인, 가족과 함께 재가서비스 계획을 수립한다. 수립된 계획은 서비스 담당자 회의에서 검토되며 가족의 승인을 거쳐 최종화 된다. 서비스 계획에는 장·단기 목표, 서비스의 내용, 서비스별 담당자, 이용빈도, 이용기간 등이 포함된다(대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 2005).

(4) 계획의 실행

사례관리자는 서비스 계획에 따라 필요한 서비스를 공급하는 기관과 접촉하여 노인이 해당 기관으로부터 서비스를 받을 수 있도록 연계한다. 기관이 제공하게 될 서비스의 양과 빈도 등을 개호보험연합회에 알려야 할 의무도 갖는다(대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 2005).

(5) 모니터링

1주일간의 집중적인 모니터링을 통해 초기계획을 확정한다. 서비스 계획이 확정되면 3개월에서 6개월 주기로 정기적인 모니터링을 실행한다. 노인의 일상생활기능이나 가족기능의 변화가 일어나는 경우 재사정을 필요로 하게 되며 서비스 계획의 변경이 이루어지기도 한다. 노인의 사망이나 시설입소의 경우 사례가 종결된다(대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 2005).

다. 케어매니지먼트의 도입방안

장기요양이용지원의 목적은 노인의 장기요양 욕구에 따라 개별화된 서비스를 통합적으로 제공하여 서비스의 효과는 증대하고 서비스 비용은 감소하는데 있다. 통합적 서비스 제공의 필요성이 강조되면서 서비스 전달체

계의 구조적 통합이 꾸준히 시도되었으나 주목할 만한 성과를 거두지 못했다. 사례관리는 전달체계의 구조적 통합을 전제하지 않고도 연계의 패러다임을 통해 통합적 서비스 제공을 가능하게 한다(석재은, 2000).

연계는 상호 연결된 상태를 의미하는 것으로, “사회의 여러 점들 사이의 연계체계와 연계형태를 의미한다(Seed, 1990 재인용 김미혜, 2004: 393).” 연계는 연결의 대상이 되는 사람, 기관, 체계와 이들 사이를 연결하는 행위로 구성되며, 연계의 모양에 따라 여러 개의 유형으로 구분된다(심재호, 2000). 모체연계는 모체가 되는 기관을 중심으로 모체기관과 다른 기관 사이의 교류가 이루어지는 유형이며, 다자연계는 모체가 되는 중심기관 없이 기관들끼리 상호연결되어 하나의 망을 형성하는 유형이다. 다음에서는 모체연계와 다자연계 방법을 적용한 사례관리 방안을 제시하였다.

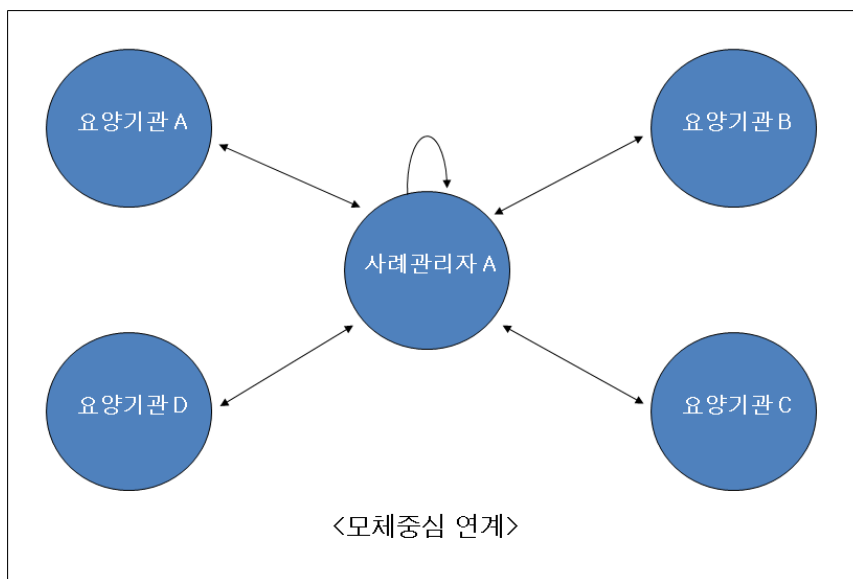
(1) 모체연계에 기초한 사례관리 방안

모체연계에서 중심 논의는 누가 모체기관이 될 것인가에 있다. 장기요양이용서비스지원의 연계를 위한 모체는 일본의 지역포괄지원센터와 같이 사례관리를 주 기능으로 하는 노인장기요양센터(가칭)가 적절할 것이다. 노인장기요양센터는 현 장기요양이용서비스지원에서 제외되어 있는 대상자 발굴을 비롯해, 대상자의 욕구를 사정하고, 서비스 제공 계획을 수립하며, 계획에 따라 필요한 서비스를 대상자에게 연계해 주고, 서비스 제공여부와 서비스의 질을 정기적으로 모니터링하는 사례관리 전반의 역할을 모두 담당한다. 또한 각 사례마다 담당 사례관리자(key worker)를 두어 사례관리의 책임성을 높인다.

노인장기요양센터는 국민관리공단과는 독립된 체계로 두며 지방자치단체의 하부구조로 위치시킬 수 있을 것이다. 노인장기요양센터에서 사례관리 업무를 수행하는 인력은 사회복지, 간호학 및 관련분야 전공자로서 사례관리자 자격요건을 만족시킨 전문인력이 적절할 것이다. 일본의 경우처럼 장

기요양서비스 이용을 위한 전문가의 도움이 필요하지 않은 경우는 노인장기요양센터의 사례관리 서비스를 이용할 필요가 없으며, 장기요양서비스이용 지원이 필요한 대상자만이 선택적으로 사례관리 서비스를 이용하도록 한다.

[그림 3-16] 모체중심 연계에 의한 사례관리



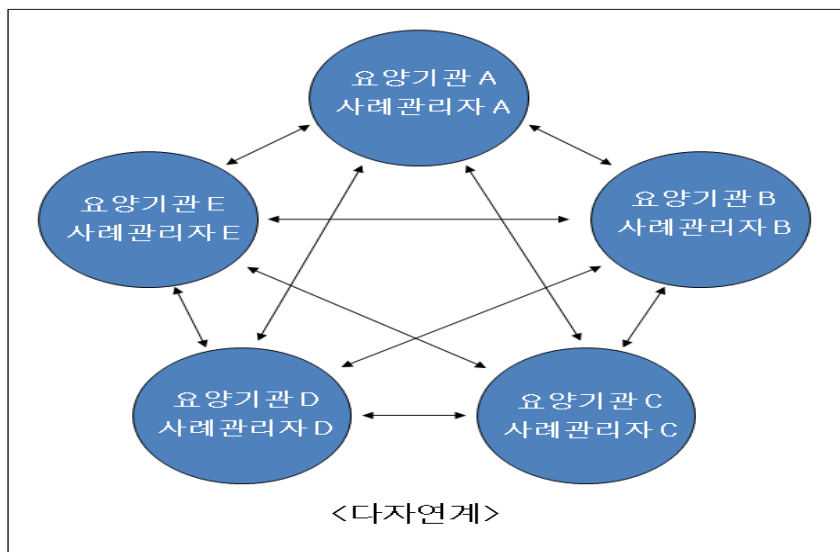
자료: 김미혜(2001), p. 394

모체연계에 기초한 사례관리는 첫째, 사례관리의 업무가 한 기관에 집중되어 있어 사례관리 업무의 통일성을 기할 수 있으며 둘째, 노인장기요양서비스에서 확대되어 지역사회내의 사회적 자원까지를 연계하는 포괄적 서비스 제공 모델로의 전환이 용이하다는 장점을 갖는다. 그러나 노인장기요양센터의 행정상의 위치, 물리적 공간의 필요 등 사전 합의를 요하는 문제 역시 적지 않다.

(2) 다자연계에 기초한 사례관리 방안

다자연계에 기초한 사례관리는 현 노인장기요양보험의 체계를 그대로 유지하면서 사례관리의 개념을 도입한 형태로 볼 수 있다. 사례관리의 주 기능은 국가가 정한 자격기준을 갖추고 국가나 지방자치단체로부터 사례관리전문가로 승인된 전문인력이 수행한다. 사례관리자는 각 요양기관에 고용되어 소속된 요양기관을 이용하는 이용자를 중심으로 사례관리 서비스를 제공한다. 사례관리자의 역할은 대상자의 발굴, 욕구사정, 서비스 제공 계획의 수립, 서비스의 연계 및 정기적 모니터링을 포함하며 외부 서비스 자원을 적극적으로 연계해야 할 의무를 갖는다.

[그림 3-17] 다자연계에 의한 사례관리



자료: 김미혜(2001), p. 394

다자연계에 기초한 사례관리는 조직이나 물리적 공간의 신설을 필요로 하지 않기 때문에 행정적 부담이나 재정 부담이 없다는 장점을 갖는다.

그러나 실질적으로 현 노인장기요양보험의 체계에 전문 사례관리자만을 도입한 형태로, 사례관리자의 위치가 기관의 피고용인으로 되어 있어 소속기관에서 제공하는 서비스를 중심으로 서비스 제공이 이루어지는 문제를 재현할 수 있다는 단점이 있다.

제5절 노인 지역보건복지 지원서비스의 검토

장기요양급여수급자로 인정받지 못한 경증의 대상자는 복지예방의 필요 대상으로 분류되어 지자체에서 실시하는 보건복지 서비스를 제공받을 수 있다. 시군구에서는 노인돌보미, 보건소방문간호, 치매검진/관리, 독거노인 생활관리, 노인복지관 프로그램 등 최소한 하나 이상의 서비스를 제공할 계획에 있으며, 국민건강보험공단은 주기적으로 등급외자의 신체상태를 관리하고, 그 증상이 악화되면 즉시 장기요양서비스로 연계할 계획에 있다. 이처럼 복지예방에서부터 간병수발까지 일관적인 서비스 제공체계 마련을 위한 계획을 수립하고 있는 실정이다(장재혁, 2008).

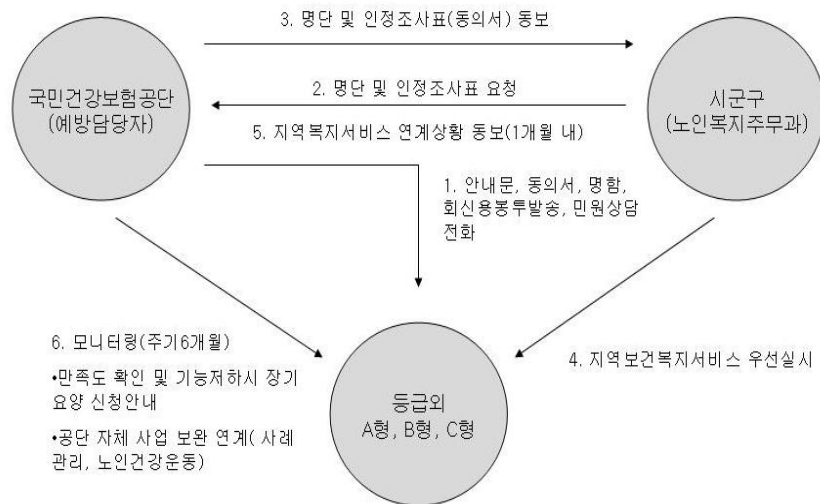
이처럼 장기요양보험제도가 급여 내용이 충실하면서도 장기적으로 지속 가능한 제도로 발전하기 위해서는 노인장기요양보험제도를 주변에서 지원해줄 수 있는 관련제도가 마련되어야 할 것이다. 그 이유는 전반적인 지역복지제도의 차원에서 볼 때, 노인장기요양보험제도는 지역사회주민의 복지를 향상시키기 위한 하나의 제도일 뿐이기 때문이다. 그런 측면에서 지역사회에서 구축되어야 할 지역보건복지제도의 내용과 추진방안에 대해서 정리하고, 향후 노인장기요양보험제도의 발전방향에 대해서 살펴보고자 한다.

1. 장기요양 등급외자에 대한 지역보건복지예방서비스

장기요양 욕구가 있는 65세 이상 노인이 국민건강보험공단에 장기요양 급여를 받기 위한 등급판정 신청을 하면 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 공단 소속장기요양 직원이 직접 방문하여 「장기요양인정조사표」에 따라 심신상태를 조사한다. 신청인의 심신상태를 나타내는 52개 항목의 조사 결과를 입력하여 「장기요양인정점수」를 산정한 후, 등급판정위원회는 방문조사 결과, 의사소견서, 특기사항을 기초로 신청인의 기능상태 및 장기요양이 필요한 정도 등을 등급판정 기준에 따라 요양필요상태 여부 및 등급을 판정한다. 여기에서 장기요양이 필요하다고 인정받은 신청자는 부여받은 각 요양등급에 따라 시설 및 재가 요양서비스를 받을 수 있으며, 장기요양이 불필요하다고 인정받은 신청자는 요양인정점수에 따라 등급 외 A, B, C를 부여받는다. 공단은 등급 외 신청자에 대하여 시·군·구 지자체에서 실시하고 있는 보건복지·예방서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다. 등급 외 신청자가 이러한 서비스를 받기 위해서는 ‘지역보건복지연계 동의서’를 작성하여 공단에 제출해야 한다.

공단과 시·군·구 지자체의 보건복지·예방서비스 연계업무 절차는 다음과 같다.

[그림 3-18] 장기요양보험과 지자체의 보건복지·예방서비스 연계업무 절차



자료: 노인장기요양보험 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr>)

공단은 등급 외 판정을 받은 신청자에게 안내문, 동의서, 담당자 명함, 동의서를 동보 할 회신용 봉투를 발송하고 필요시 민원상담을 실시한다. 등급 외 판정을 받은 노인은 지역보건복지연계서비스에 동의한다는 내용의 동의서를 공단에 발송한다. 시군구의 노인복지주무과에서 공단에 지역보건복지서비스를 받을 대상자의 명단 및 인정조사표를 요청·입수한 후에 대상자에게 지역보건복지서비스를 우선 실시한다. 시군구는 1개월 주기로 공단에 지역복지서비스 연계상황을 동보하며, 공단은 6개월 주기로 대상자를 모니터링하여 서비스 만족도를 확인하고 만약에 기능이 저하가 발견될 경우 장기요양 신청을 안내하여 장기요양을 위한 재심사를 받을 수 있도록 한다. 경우에 따라 공단에서 자체적으로 실시하고 있는 사례관리 및 노인건강운동사업과 연계하기도 한다.

이러한 등급외자를 위한 보건복지서비스의 종류와 기준은 다음과 같다.

먼저, 등급 외 A형과 등급 외 B형이 우선 받을 수 있는 지역보건복지서비스의 종류와 기준에 대해 살펴보면 다음과 같다.

가. 가사간병도우미

가사간병방문서비스는 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 저소득 취약계층에게 가사간병서비스를 제공함으로써 저소득 취약계층의 자활 및 사회참여를 증진하고, 차상위계층 등 근로능력이 있는 저소득층에게 공익성 높은 사회적일자리를 제공하여 일을 통한 탈빈곤을 촉진하는 것을 목적으로 한다.

국민기초생활보장수급자나 최저생계비의 120%이하인 차상위계층 중에서 가사·간병이 필요한 저소득 취약계층에 대한 서비스이다. 즉, 만 65세 이상 노인(장기요양 등급 외 A,B인 국민기초생활수급자), 장애인(1~3등급), 소년소녀가장, 조손가정, 한부모가정, 중증질환자 등 시·군·구청장이 인정하는 자를 말한다.

소득 및 재산을 기준으로 했을 때, 기초생활수급자나 차상위계층이 해당되며, 건강을 기준으로 할 때는 아래의 기준을 만족하여야 한다. 그러나 국민기초생활보장법 제32조에 따른 보장시설 입소자 (병원에 입원한 중증질환자는 서비스 대상에 포함)로서 재가서비스 대상이 아닌 자와 국고사업에 의하여 동일한 또는 유사한 재가서비스(장애인활동보조지원서비스, 자활근로에 의한 무료간병서비스, 노인 돌보미서비스, 노인 장기요양급여, 기타 노동부 사회적일자리사업의 가사간병서비스 등 이에 준하는 재가서비스)를 받고 있는 자는 서비스 대상에서 제외된다.

〈표 3-45〉 가사간병서비스 대상자 선정기준_건강

구분	기준
만65세 이상 노인	노인장기요양보험법에 따른 장기요양등급이 등급외 A,B형 (요양필요점수 40점 이상 55점 미만). 단, 기초생활수급자만 해당
장애인	장애인복지법상 장애등급이 1~3급 장애인으로 타인의 도움 없이 일상생활을 영위할 수 없는 자로서 가사간병서비스제공이 필요하다고 시·군·구청장이 인정하는 자
한부모가정, 조손가정, 소년소녀가장, 중증질환자	타인의 도움 없이 일상생활을 영위할 수 없는 자로서 가사간병서비스 제공이 필요하다고 시·군·구청장이 인정하는 자

자료: 보건복지부 사회서비스바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr/index.jsp>)

서비스 신청은 서비스를 필요로 하는 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인이 주민등록상 주소지 읍·면·동에서 가능하며, 사회복지담당공무원의 직권 신청도 가능하다. 단, 바우처 카드는 반드시 보호대상자 명의로 가구당 1개만 발급 신청할 수 있다. 서비스신청서를 대상자주민등록상 주소지 읍·면·동 사무소 연중 수시로 제출할 수 있으나, 매월 21일까지 전산전송이 완료된 대상자에 한하여 익일1월부터 서비스 이용이 가능하다. 사회복지서비스(바우처) 제공 신청서를 접수받은 읍면동 담당자가 대상자 자격 여부를 공부 및 전산을 통해 조사 후 선정한다.

매월 일정액의 본인부담금을 서비스 제공기관에 선납한 후에야 “바우처 지원액”을 사용할 수 있다. 총 서비스 인정시간은 월 27시간이며, 본인부담금은 기초생활수급자일 경우 면제되고 차상위계층일 경우 월17,820원을 지불하여야 한다. 인정시간 이상을 이용할 경우에는 전액 본인이 부담한다.

가사간병도우미에 의해 제공되는 서비스 내용은 다음과 같다.

〈표 3-46〉 가사간병도우미 사업 서비스내용

구분	서비스내용
신체수발 지원	목욕, 대소변, 옷 갈아입히기, 세면, 식사보조 등
가사지원	쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등
일상생활 지원	사회활동지원(외출 등), 정서적 지원(대화, 생활상담 등)
간병지원	체위변경, 간단한 재활운동 보조 등

자료: 보건복지부 사회서비스바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr/index.jsp>)

신체수발을 지원하기 위해 목욕, 대소변, 옷 갈아입히기, 세면, 식사 보조 등의 서비스를 제공하고, 가사를 지원하기 위해 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조를 지원한다. 일상생활지원 서비스로 사회활동지원(외출 등)과 정서적 지원(대화, 생활상담 등)서비스를 제공하며 간병지원으로 체위변경, 간단한 재활운동 보조 서비스 등을 지원한다.

서비스 제공기관은 시·군·구별로 일정한 심사 기준을 갖춘 2개 이상의 제공기관을 복수 지정할 수 있으며, 지역자활센터, 가사간병 관련 유사서비스 제공기관 등 공공·비영리 기관 및 민간 기관에서 운영한다.

인력은 서비스 제공기관별로 수시 모집할 수 있으며, 자격은 학력 제한 없이 만 18세 이상 이고, 가사간병서비스가 가능한 근로능력이 있는 기초수급자가 아닌 자로서 ‘가구의 실제소득이 최저생계비의 150% 이하’인 저소득 계층이어야 한다. 또한 위의 조건을 만족하면서 지정된 교육기관에서 가사간병 양성교육과정을 이수하였거나 또는 요양보호사 2급 이상의 자격을 취득한 자여야 한다.

나. 노인돌보미

노인돌보미 사업은 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사지원 및 활동지원 서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회·경제적 활동기반을 조성하는 것을 목적으로 한다.

만65세 이상의 노인 중 가구 소득, 건강상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 대상자를 선정한다. 소득을 기준으로 했을 때 노인을 포함한 가구 소득이 전국가구 평균소득의 150% 이하여야 한다. 가구원 수에 따른 전국가구 월평균소득 및 해당가구의 소득은 아래와 같다.

〈표 3-47〉 노인돌보미 서비스 대상자 선정기준_소득

가구원수	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인
전국가구 월평균소득(천원)	1,292	2,277	3,229	3,705	3,931	4,055	4,180	4,305
전국가구 월평균소득의 150%(천원)	1,938	3,416	4,844	5,558	5,897	6,083	6,270	6,458

자료: 보건복지부 사회서비스바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr/index.jsp>)

건강상태를 기준으로 할 시에는 노인요양필요점수가 40점 이상 55점 미만으로, 등급 외 A, B형에 해당하는 자에 한한다. 노인요양필요점수 55점 이상 노인은 장기요양인정을 받은 자로서 「노인장기요양보험」에 의한 서비스를 제공받는다. 단, 복권기금 가사간병도우미, 자활근로, 가정봉사원 파견사업 등에 의해 무료서비스를 받고 있는 노인이나 노인장기요양보험 서비스를 받고 있는 노인(시범사업 포함), 또는 실비노인복지시설 이용료 지원 대상자는 제외된다.

서비스 신청은 서비스를 필요로 하는 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인이 할 수 있으며, 복지담당공무원의 직권으로도 신청 가능하다. 단, 바우처카드를 반드시 보호대상자 명의로 발급을 신청해야 한다.

서비스 신청서는 대상자가 거주하는 읍·면·동 사무소에 연중 수시로 접수가능하며 단, 매월 18일까지 전산전송이 완료된 대상자에 한하여 익월 1일부터 서비스 이용이 가능하다.

서비스 인정시간 및 본인부담금은 은 서비스 대상자의 ‘소득수준’ 및 희망하는 ‘월 서비스 시간량’에 따라 차등화된다.

〈표 3-48〉 노인돌보미 서비스 인정시간 및 본인부담금

서비스 인정시간	본인부담금	
	최저생계비 120% 이하	최저생계비 120% 초과
월 27시간(A형)	월 18,000원	월 36,000원
월 36시간(B형)	월 24,000원	월 48,000원

자료: 보건복지부 사회서비스바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr/index.jsp>)

소득이 최저생계비의 120% 이하(차상위계층)인 경우는 본인부담금이 50% 경감되며, 서비스 인정시간 이상을 이용할 경우에는 전액을 본인이 부담한다. 본인부담금은 서비스 이용 전월 27일(휴일 입금 불가)까지 지정된 계좌에 입금해야 하며, 본인부담금이 입금되지 않으면 바우처가 생성되지 않는다.

노인돌보미 서비스의 내용은 아래 표와 같다. 서비스 대상자 본인(노인)의 활동지원 및 일상생활지원에 한정하며, 신변·활동지원서비스 없이 가사·일상생활지원 서비스만 이용하는 것은 불가하다.

〈표 3-49〉 노인돌보미 서비스 내용

구분	서비스내용
신변·활동지원	식사도움, 세면도움, 체위변경, 옷 갈아입히기, 구강관리, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용도움, 외출동행, 목욕보조 등. 단, 목욕보조서비스는 보호자가 입회하는 경우에만 가능.
가사·일상생활 지원	취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등. 의료인이 행하는 의료·조산·간호 등의 의료서비스 제공은 불가.
건강관리	노인돌보미 서비스 대상 노인에게는 보건소 방문보건요원이 월1회 이상 정기적으로 가정을 방문하여 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 관리, 운동지도 등 건강관리서비스 제공(보건소 협조).

자료: 보건복지부 사회서비스바우처 홈페이지(<http://www.socialservice.or.kr/index.jsp>)

시·군·구별로 노인돌봄서비스 수행능력이 있는 2개 이상의 제공기관을 지정할 수 있다. 주로 가정봉사원과견시설, 지역사회활센터, 민간영리기관, 기타 비영리법인·단체 등에서 운영하며, 제공기관이 없을 경우 인근지역 서비스 제공기관 이용도 가능하다.

서비스 제공 인력은 노인돌보미 교육기관에서 소정의 교육과정(120시간)을 이수한 자 또는 노인복지법령에 의한 요양보호사 2급(신규자 120시간 / 경력자 80시간) 이상의 자격을 소지한 자('09년도부터는 요양보호사 2급 이상 자격 소지자로 한정할 예정)여야 한다.

다. 독거노인 생활관리사 파견

독거노인 생활관리사 파견사업은 독거노인에 대한 생활실태 및 복지욕구 파악, 정기적인 안전확인, 보건·복지서비스 연계 및 조정, 생활교육 등을 통해 독거노인에 대한 종합적인 사회안전망을 구축하기 위한 것이다.

독거노인 생활관리사 파견 서비스는 소득수준, 부양의무자 유무, 주민등록상 동거자 유무에 상관없이 실제 혼자 살고 있는 65세 이상 노인으로서, 다음의 경우에 해당할 경우 서비스를 받을 수 있다.

첫째, 일상적 위험에 매우 취약하여 정기적인 안전 확인이 필요한 경우에 서비스를 받을 수 있다. 둘째, 소득·건강·주거·사회적 접촉 등의 수준이 열악하여 노인관련 보건복지서비스 지원이 필요한 경우에 서비스를 받을 수 있다. 셋째, 안전확인이 필요한 대상은 아니지만 정기적인 생활상황 점검 및 사회적 접촉기회 제공이 필요한 경우에 서비스를 받을 수 있다.

위의 서비스 대상에 해당하는 노인을 대상으로 하되, 독거노인 현황조사를 통해 파악된 소득·건강·주거·사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 서비스 욕구가 높은 독거노인을 사업대상자로 선정한다. 노인돌보미 바우처, 장기요양보험, 가사·간병도우미, 가정봉사원, 노-노케어, 방문간호, 간병인 등에 의하여 정기적인 서비스 지원을 받고 있어 독거노인 생활관리사의 보호가 필요없는 독거노인은 제외한다.

사업대상자가 선정되면, 서비스 관리자가 독거노인 생활관리사에게 담당 사업대상자를 배정한다. 사업대상자로 판정되어 보호가 필요함에도 불구하고 독거노인이 서비스를 거부하는 경우에는 3회 이상 설득을 실시하고, 반복적인 설득에도 불구하고 지속적으로 거부하는 경우에는 독거노인의 상태, 보호 필요성, 조치내용 등에 대해 시군구에 통보하고 해당 시군구는 별도의 보호방안을 강구하여 조치한다.

독거노인 현황조사를 통해 파악한 독거노인 욕구를 기반으로 개인별 서비스 계획을 수립하여 맞춤형 복지 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하며, 구체적인 사업내용은 다음과 같다.

첫째, 독거노인의 안전을 확인한다. 주기적 방문, 안부전화 및 무선페이징 등을 통해 안전확인을 실시하고, 확인 기구 점검 및 사용법을 안내한다. 주거 및 생활상태 점검을 통한 위험요소를 제거하는 등 생활환경을

정비한다. 위급상황에 대응하여 도움을 요청할 수 있는 연락체계를 구축한다. 둘째, 독거노인의 보건복지욕구에 따른 필요한 서비스를 연계 및 조정하고, 제공된 서비스에 대한 사후점검 등을 실시한다. 이를 위해 공공기관에서 제공하는 각종 노인복지서비스 뿐만 아니라 지역 내 민간기관의 복지서비스 자원을 최대한 발굴하고 연계하여 유사서비스의 중복 등 불필요한 서비스의 중복이 발생하지 않도록 조정한다. 셋째, 독거노인을 대상으로 보건·복지·교육·문화 등에 관한 다양한 프로그램 교육 및 정보 제공 등 생활교육을 실시한다. 교육 주기는 월 2회 이상, 1회당 1시간으로 하며, 교육장소는 경로당을 활용하되, 교육과 관련한 제반사항을 고려하여 주민자치센터, 복지관, 기타 공공장소 등 독거노인이 접근하기 쉬운 장소에서 실시 가능하다. 넷째, 독거노인 지원카드 작성을 통해 대상자별 인적사항, 생활실태, 제공받는 서비스 내용, 추가 복지욕구 등을 기록하고, 변동사항에 대한 주기적 업데이트를 실시하여 독거노인 현황을 조사한다. 다섯째, 지역 내 노인관련 보건복지서비스 제공기관의 서비스 내용 조사 및 민간협력을 통한 신규복지자원 발굴한다.

서비스 제공기관은 시군구가 일정한 심시기준을 갖춰 노인 대상 보건복지서비스를 제공하고 있는 기관 중 동 사업을 효율적으로 수행할 수 있는 민간기관을 선정하며, 적절한 민간단체가 없는 경우에는 시군구가 직접 수행 할 수 있다.

서비스 공급인력은 독거노인 생활관리사와 독거노인 서비스관리자로 이루어진다. 독거노인 생활관리사는 65세 미만의 신체 건강한 자로 하되, 자치단체나 사업수행기관에서 별도의 부가기준을 추가할 수 있다. 근무시간은 1일 6시간 주5일 근무를 원칙으로 하며, 월보수액은 4대보험을 포함하여 60만원으로 한다. 독거노인 생활관리사가 담당해야 할 업무의 내용은 독거노인에 대한 안전확인, 생활교육, 노인관련 보건복지서비스 연계 지원 및 사후점검, 그리고 독거노인 현황조사(독거노인 지원카드 작성)이다. 독

거노인 서비스관리자는 시군구별로 1인을 배치하며, 사회복지사 자격증 소지자나 PC 및 엑셀프로그램 능동자로 한다.

서비스 관리자는 사업수행기관에서 1일 9시간 주 5일 근무를 원칙으로 하며, 월급여액은 4대 보험을 포함하여 120만원으로 한다. 서비스관리자가 수행해야 할 업무는 지역 내 독거노인 인적사항 및 서비스 수혜 정보 관리, 독거노인의 복지 욕구에 따른 필요서비스 연계 및 조정, 독거노인 생활지도사 업무지원 및 복무 관리, 독거노인 생활교육 계획 수립, 종교기관, 기업, 학교의 자원봉사 활동 등 지역 내 복지자원 조사, 발굴과 연계, 그리고 시·군·구에 사업실적 보고 등이다.

라. 보건소 맞춤형 방문건강관리

보건소의 맞춤형 방문건강관리 사업은 지역주민(취약계층)의 건강수준 향상을 목적으로 한다. 구체적으로 취약계층 가구 및 가구원의 생애주기별 건강위험요인 및 질환에 대한 자가관리능력 및 삶의 질 향상에 기여하여 건강한 지역사회를 조성하고, 아울러 지역주민의 건강지킴이로서 「새 국민건강증진종합계획 2010」 등과 연계하여 주민의 의료이용 편의제공 및 건강증진 향상을 도모하는 것이다.

궁극적으로 전 국민이 사업대상이 되는 것을 목표로 하여 취약계층부터 단계적으로 확대하되, 지역사회의 요구, 담당인력 및 업무량 등을 고려하여 지역여건에 맞게 사업대상자 범위를 설정한다. 단, 이전 순위 대상자에 대한 방문건강관리가 안정화된 후 다음 순위로 대상자 범위를 확대하는 것을 원칙으로 한다.

서비스 우선순위 대상은 다음 <표 3-50>과 같다.

〈표 3-50〉 맞춤형방문건강관리사업 대상자 우선순위

순위	대상
1	기초생활보장 수급자 중 65세 이상 장애인, 독거 노인 및 노인부부세대
2	1 순위 대상자에 포함되지 않은 기초생활보장 수급자
3	차상위계층 ⁴²⁾ 중 65세 이상 장애인, 독거노인 및 노부부세대, 임산부, 영유아, 결혼이민자 가구, 노인돌보미 바우처사업 · 중증장애인 활동보조사업 · 산모도우미 대상자, 농어촌 지역 임산부 · 영유아, 보건소 내 타 부서 및 지역사회기관에서 의뢰한 건강문제가 있는 대상자 ⁴³⁾
4	시설 및 미인가시설 거주주민(노숙자쉼터, 복지시설 등)
5	위 순위 대상자에 포함되지 않은 취약계층 ⁴⁴⁾ 주민
6	1~5 순위에 속하지 않은 일반 주민

자료: 보건복지부(2008), 맞춤형방문건강관리사업안내.

맞춤형 방문건강관리사업 내용의 기본방침은 지역사회 취약계층을 모집단으로 파악하고, 간호사 1인당 업무량과 대상자의 요구를 감안하여 서비스 내용과 합당한 추진전략을 개발하여 사업을 추진하는 것이다.

방문간호사는 첫 방문 시 방문요구도 조사를 실시하여 집중관리군(I군), 정기관리군(II군), 자가관리군(III군)으로 분류한다. 건강문제가 있는 정기관리군 이하 대상자는 최소 3개월에 1회 이상 방문을 원칙으로 하되, 전화로 모니터링을 병행하여 실시하며, 대상자 요구를 고려한 간호사 판단으로 융통성있게 관리 주기를 결정할 수 있다. 기초조사에서 등록된 취약가족의 방문건강관리 서비스 영역은 취약가족 건강관리, 취약계층 여성

42) 차상위 계층 : 실제소득이 최저생계비 120% 미만인자임.

43) 방문건강관리사업팀으로 의뢰된 대상자는 방문건강관리사업팀의 인력 및 상황을 고려하여 실시함.

44) 취약계층 : 기초생활보장수급자 + 실제소득이 최저 생계비 120% 미만인자(혹은 건강보험부과 하위 20%인자)를 말함.

과 어린이 건강관리, 취약계층 노인의 건강관리, 취약계층 만성질환자와 보호자 건강관리, 취약계층 주민의 건강생활습관 및 건강의 집단관리의 5개 영역이다. 영역별 세부내용은 아래와 같다.

첫째, 취약가족의 건강관리는 조손가족, 한 부모가족, 결혼이민자 가족, 폭력가족, 부모가 정신지체 및 정신질환자인 가족을 대상으로 가족 단위의 건강성을 평가하고 위험요인을 파악하여, 가족 기능과 문제해결 능력 강화를 위한 중재와 상담을 실시한다. 필요시 전문기관에 의뢰한다. 둘째, 취약계층 여성과 어린이를 대상으로 건강관리를 실시한다. 산모 돌보미 신청하거나 혹은 보건소 해당부서에 의뢰하여 산모와 영아, 결혼이민자 여성과 자녀에게 산후 건강관리, 모유수유, 양육지도, 새로운 부모의 양육과 부모됨, 아이와의 상호작용 강화, 예방접종, 건강평가 등 보건소 사업과 연계하고 대상자를 의뢰한다. 셋째, 취약계층 중 허약노인, 독거노인, 경로당이용 노인을 대상기능강화, 질병예방 및 건강관리, 우울관리, 치매관리 및 인지력 증강, 실금예방, 약물관리, 낙상예방등의 건강 관리를 실시한다. 넷째, 취약계층 만성질환자와 보호자를 위한 건강관리를 실시한다. 고혈압과 당뇨 표적 사례관리, 뇌졸중, 치매, 관절염, 암과 같이 방문 건강관리의 효용성이 높은 만성질환을 관리한다. 중증장애인의 경우 기능 및 장애수준 평가, 재활서비스 제공, 관절구축 및 기능 유지·향상을 위한 서비스를 제공하고, 뇌졸중과 치매 가족을 위한 건강관리로 수발능력을 증진시키고, 가족의 기능을 지지하며, 보호자의 신체적·정신적 건강을 지원한다. 다섯째, 취약계층 주민의 건강생활습관 및 건강을 집단으로 관리한다. 대상자의 건강한 생활습관 및 위험요인 관리하고, 건강관리자 없는 소규모 집단 주거시설의 건강을 스크리닝하고 관리한다.

이상의 다섯 가지 영역의 건강관리를 통해 지역보건의료계획 및 새국민 건강증진종합계획 2010에서 중점으로 추진하는 건강문제를 중심으로 종합적 보건상담을 실시하고, 전문적인 간호서비스를 제공하되 보건소 내 사

업팀 및 지역사회자원과 연계하여 수행한다. 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염, 치매, 암 등 만성질환관리의 위험요인을 관리함으로써 취약계층에서 영양, 운동 등 건강생활실천사업 등이 중점 관리될 수 있도록 유도한다.

서비스 제공기관은 시군구의 보건소, 보건지소, 보건진료소이다.

보건소는 맞춤형 방문건강관리사업 업무에 대해 총괄하며, 보건지소와 보건진료소는 해당지역의 사업을 책임지며 관할 보건소와 연계하는 역할을 한다. 세 기관의 적절한 연계를 통해 인력, 시설, 장비 등을 활용하여 만성질환관리, 건강증진사업, 재활사업 등 보건사업 기능을 강화하여 맞춤형 방문건강관리사업의 내실화에 기여할 수 있다.

인력은 지역담당 간호사 인력을 중심으로 의료전문 인력을 활용하되, 일부 자원에 대해서는 팀 접근 방식으로 대상자의 요구를 파악하고 적합한 서비스 또는 지역사회 자원과 연계를 강화한다. 의사, 간호사, 물리치료사 등으로 구성된 팀 접근 외에 영양사, 치과위생사, 운동지도원, 사회복지사 등도 적극 고려될 수 있다. 다만, 전국적으로 배치되는 인력(간호사, 물리치료사)이외에는 각 시도 및 보건소의 수요조사를 통해 지역실정을 반영(맞춤식 방문건강관리사업 채용관련 행정사항 참조)한다.

조직의 위계 순으로 인력을 검토하면, 최고관리자인 보건소장 및 시도 보건(위생)과장, 중간관리자인 방문건강관리사업 담당 인력, 방문건강관리 인력, 방문건강관리 자원봉사자로 구성된다.

마. 보건소 치매 조기검진

보건소의 치매 조기검진 사업은 치매의 위험에 노출된 60세 이상을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매 환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 가족들의 삶의 질을 제고하고 발견된 치매환자의 등록 관리를 통해 국내실정에 적합한 치매 조기등록 관리체계를 마련하는 것을 목적으

로 한다. (근거법령 노인복지법 제 29조 제1항, 시행규칙 제11조~제12조)

사업 대상자는 60세 이상 모든 노령자를 대상으로 하되 저소득층에 우선권을 부여하는 것을 원칙으로 한다. 즉, 보건소 관할지역의 60세 이상 국민기초생활보장 수급권자 및 의료급여 수급권자 및 보건소장이 치매예방 및 관리를 위하여 치매정밀검진이 필요하다고 인정하는 자가 해당된다.

관할지역의 60세 이상 국민기초생활보장 수급권자 및 의료급여 수급권자는 의료급여 중 확인만으로 검진대상자로 선정가능하며, 보건소장이 치매예방 및 관리를 위하여 치매정밀검진이 필요하다고 인정하는 자는 시군구(보건소)별로 자체기준을 정하여 시행한다. 단, 외국 국적인 자 및 국외이주자는 선정대상에서 제외한다.

사업의 주체는 시·군·구 보건소이며, 예산은 치매선별검진일 경우 지자체 부담, 치매정밀검진일 경우 국고 50%, 지방비 50%로 한다.

대상자 선정기준에 적합한 대상자를 선정하고 나면, 해당 지역주민을 대상으로 사업을 홍보하고, 치매선별(간이)검진을 실시한다. 검진결과를 해당 대상자에게 통지하되, 치매정밀검진이 필요한 경우 거점병원에 검진을 의뢰하고, 필요시 추가 정밀검진을 실시한다. 이상과 같은 사업활동을 통해 지역사회에 치매 위험군에 대한 지속적인 교육과 홍보를 실시하고, 치매위험이 있거나 이미 진행 중인 대상자에 대해 사후관리를 실시한다.

이를 위해 지역사회에 이용가능 한 자원을 파악하여 정보를 제공하거나 연계한다. 치매와 관련한 지역사회자원에는 시설에 해당하는 노인(전문)요양시설, 소규모요양시설, 이동목욕, 주간보호시설, 의료기관 등이 있고, 재가 서비스로는 방문보건, 가정봉사원과전, 이동목욕, 주간보호시설, 단기보호시설 등이 있다. 기타 치매상담센터에서의 치매 용품 공급, 신원 팔찌 공급 등이 있다.

바. 노인복지관사업

노인복지관은 노인의 교양·취미생활 및 사회참여 활동 등에 대한 각종 정보와 서비스를 제공하고, 건강증진 및 질병예방과 소득보장·재가복지 그 밖에 노인의 복지 증진에 필요한 서비스를 제공하는 것을 운영 목적으로 한다.

노인복지관에서 시행하는 주요 서비스 내용은 아래 <표 3-51>과 같다.

<표 3-51> 노인복지관의 주요 서비스내용

대상	사업	세부 프로그램
노인	1. 평생교육지원	한글교실, 외국어교실, 교양교실, 정보화교육, 역사교실 등
	2. 취미여가지원	음악(노래교실, 민요·풍물교실, 댄스교실 등), 미술(서예, 수공예, 풍성아트), 원예, 다도교실, 연극, 레크리에이션, 운동, 바둑장기, 당구·탁구 등
	3. 고용지원	노인일자리사업, 고령자취업알선, 취업자 사후관리, 공동작업장, 은퇴준비교육 등
	4. 소득지원	후원금 연결, 은퇴 후 경제생활 적응, 경제교육 등
	5. 건강증진지원	건강교육, 건강상담, 건강교실(건강체조, 기체조, 요가 등), 독거노인지우너사업(기존 재가 사업), 이미용, 특수목욕, 노인건강운동 등
	· 급식지원	경로식당(중식서비스), 밀반찬·도시작배달, 푸드뱅크 등
	· 기능회복지원	물리치료, 양·한방진료, 작업치료, 운동재활, ADL 훈련 등
	· 요양서비스	치매·중풍환자 프로그램, 주간·야간·단기보호, 그룹홈, 장제서비스 등
	6. 정서생활지원	접수상담, 노인문제상담, 복지정보 및 상담, 전문상담(경제, 법률, 성 등), 종교행사, 죽음준비교육 등
	7. 사회참여지원	노인자원봉사 활성화 사업, 지역봉사활동, 교통안전봉사, 동아리·클럽 활동지원, 교통 편의서비스 등
	8. 경로당혁신프로 그램	경로당활성화사업, 경로당임원리더십강화사업, 경로당주거환경개선사업 등
	9. 주거지원	주택수리사업, 주거환경 개선사업(도배 등) 등

〈표 3-51〉 노인복지관의 주요 서비스내용(계속)

대상	사업	세부 프로그램
가족	10. 가족기능지원	가정봉사원 파견, 방문간호, 돌보미 바우처, 독거노인생활지도사 파견사업 등
	11. 가족통합지원	가족상담, 가족관계프로그램, 가족캠프, 세대통합프로그램 등
지역사회	12. 지역자원개발	자원봉사자 발굴·관리, 후원자 개발, 외부 재정지원 기관사업 수탁 등
	13. 지역복지연계	지역복지기관 연계, 지역협력사업(경로행사, 나들이 등) 등
	14. 노인권익증진사업	정책건의, 노인인원 옹호, 노인인식개선사업, 편의시설 설치 등
노인복지관조직	15. 운영관리	인사관리, 재정관리, 시설관리 등
	16. 사업관리	프로그램개발, 실행, 점검, 평가, 보완 등
	17. 연구개발	사업기획, 조사연구, 실습지도, 출판, 홍보, 자문(운영)위원회 등

자료: 보건복지가족부(2008). 노인보건복지사업안내.

이러한 서비스 내용 중 장기요양등급 외 A, B형에 해당하는 자는 목욕 서비스 제공, 기능회복지원(물리치료, 작업치료, 운동재활, ADL훈련), 건강증진지원 등의 서비스를 우선하여 받을 수 있다.

사. 사회복지관사업

사회복지관은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역사회주민을 대상으로 보호서비스, 재가복지서비스, 자립능력 배양을 위한 교육훈련 등 그들이 필요로 하는 복지서비스를 제공하고, 가족기능 강화 및 주민상호간 연대감 조성을 통한 각종 지역사회문제를 예방·치료하는 종합적인 복지서비스 전달기구로서 지역사회 주민의 복지증진을 위한 중심적 역할을 수행하는 것을 목적으로 한다. 사업대상은 욕구를 가지고 있는 모든 지역주민으로 하며, 다음의 주민을 우선적인 사업대상으로 한다.

〈표 3-52〉 사회복지관사업 대상자 우선순위

순위	대상
1	국민기초생활보장 수급자, 차상위계층 등 저소득 주민
2	장애인, 노인, 모·부자가정 등 취약계층 주민
3	직업·부업훈련 및 취업알선이 필요한 주민
4	유아, 아동 또는 청소년의 보호 및 교육이 필요한 주민
5	기타 긴급지원이 필요하다고 인정되는 주민

자료: 보건복지가족부(2008). 노인보건복지사업안내.

〈표 3-53〉 사회복지관 사업의 내용

분야	단위사업	우선사업 대상 프로그램
가족복지사업	- 가족관계증진 - 가족기능 보완 - 가정문제 해결·치료 - 부양가족지원	- 개인 및 가정문제 등 상담 - 방과후 아동보호 프로그램
지역사회보호사업	- 급식서비스 - 보건의료서비스 - 경제적 지원 - 일상생활 지원 - 정서서비스 - 일시보호서비스	- 급식서비스(식사배달, 밑반찬 배달, 무료급식 등) - 주간보호소·단기보호소운영
지역사회조직사업	- 주민조직화 및 교육 - 복지네트워크 구축 - 주민복지 증진 - 자원봉사자 양성 및 후원자 개발·조직	- 주민조직체 형성 및 운영 - 복지네트워크 구축
교육·문화 사업	- 아동·청소년 기능교육 - 성인 기능교실 - 노인 여가문화 - 문화복지	- 노인 여가·문화 프로그램 - 아동·청소년 사회교육 프로그램
자활사업	- 직업기능 훈련 - 취업알선 - 직업능력 개발 - 자활공동체 육성	- 취업·부업 안내 및 알선 - 취업·부업 기능훈련 및 공동작업장 운영

자료: 보건복지부(2008), 사회복지관 및 계가복지봉사센터 운영관련 업무처리 요령안내.

사회복지관은 지역사회의 특성과 지역주민의 복지욕구에 대한 조사결과를 바탕으로 사업내용을 자율적으로 결정하되, 아래 분야별 단위사업 중에서 해당 사회복지관의 실정에 적합한 프로그램을 선정하여 수행한다.

다만, 위의 우선사업대상자들을 위해 8개 이상의 프로그램을 선정하여 수행하되, 우선사업으로 지정된 아래 프로그램 중에서 분야별로 각 1개 이상을 포함하여야 한다. 이 경우 관할 시장·군수·구청장이 지역적 특성을 감안하여 특히 필요하다고 인정한 때에는 사업 분야 및 단위사업을 조정하거나 별도의 사업을 개발·추진할 수 있다.

이러한 서비스 내용 중 장기요양등급 외 A, B형에 해당하는 자는 목욕 서비스 제공, 기능회복지원(물리치료, 작업치료, 운동재활, ADL훈련), 건강증진지원 등의 서비스를 우선하여 받을 수 있다.

한편, 등급 외 C형이 우선 받을 수 있는 지역보건복지서비스의 내용은 아래와 같다.

〈표 3-54〉 등급 외 C형을 위한 지역보건복지서비스 종류

사업	대상	비고
노인복지관, 사회복지관	등급외C형에 해당하는자	건강증진지원 (건강체조, 노인건강운동 등) 정서생활지원 (노인문제, 복지상담 등) 사회참여지원 (노인자원봉사 활성화 사업)
보건소	등급외C형에 해당하는자	보건소 운동, 금연, 건강생활 실천 프로그램에 참여

자료: 노인장기요양보험 홈페이지 <http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/>

등급 외C 형에 해당하는 자는 위에서 살펴본 노인복지관 및 사회복지관에서 제공하는 서비스 내용 중 건강증진지원(건강체조, 노인건강운동

등), 정서생활지원(노인문제, 복지상담 등), 사회참여지원(노인자원봉사 활성화 사업)에 관련된 서비스를 우선하여 제공 받을 수 있다.

보건소는 국가 건강증진사업의 계획 수립 및 수행 기관으로서 지역사회 내 건강 환경 조성 및 제도 개선, 민간단체와의 연계 구축을 통해 전 국민의 건강수준을 향상시키고 건강격차를 해소하는 역할을 한다. 보건소 건강증진사업은 다음과 같이 생애 주기에 따른 연속적인 체계를 구축하고 있다.

〈표 3-55〉 생애주기별 건강증진사업 추진과제

대상	아동·청소년	청장년(근로계층)	노년층
내용	- 아동·청소년 건강증진을 위한 국가적 지원체계 강화 - 임신·출산 Total Care - 영유아 건강관리를 위한 비용지원 확대 - 취약계층 아동에 대한 건강투자 강화	- 지역산업보건센터 확충 지원 - 만성질환 등록·관리모형 도입 - 건강검진 확대 - 지역사회 기반의 운동 프로그램 개발	- 노인 운동·영양지원 프로그램 강화 - 질병관리부담 경감 및 취약계층 지원 대책 - 일상생활 수행능력 향상 및 장애방지 대책

자료: 보건복지가족부(2008), 국가 건강증진사업 운영지침.

그동안 건강생활실천이란 이름으로 운영되던 건강증진사업은 2008년부터 지역특화건강행태개선사업으로 시행되고 있다. 지역특화 건강행태개선 사업의 내용은 영양, 운동, 절주, 비만 4대 영역을 포함하여 운영하며 지역특성을 고려해 각 보건소의 중점사업을 개발하는데 이때 금연은 금연클리닉과 중복되므로 제외시킨다.

보건소의 금연클리닉은 금연을 원하는 흡연자는 누구든지 무료로 이용 가능하며 거주지지역 보건소에 문의하면 전문금연 상담사에 의한 상담서비스, 전화·문자메시지 등 클리닉 등록자의 금연실천 지속관리, 금연상담과 더불어 니코틴 패치(또는 껌)와 부프로피온과 같은 약물처방 서비스 등을 제공받을 수 있다.

노인을 위한 운동에는 허약노인을 위한 근력강화 운동인 건강백세 하나, 둘, 셋이 있으며 모든 노인들이 할 수 있도록 구성되어있다.

등급 외 C형에 해당하는 노인은 보건소에서 제공하는 이상의 건강관련 서비스 등을 우선 제공받을 수 있다.

등급 외 판정자를 위한 국민건강보험공단의 건강증진 예방 서비스의 내용은 아래 <표 3-56> 과 같다.

<표 3-56> 등급 외 판정자를 위한 국민건강보험공단의 건강증진 예방 서비스

사업	대상	비고
만성질환자 사례관리사업	등급외 A, B, C형 중에서 고혈압, 당뇨, 관절염 등 만성질환이 있는 경우	3~6개월 간 사례관리 실시 *건강관리 및 의료이용 정보제공, 생활습관 개선 등의 보건 교육적 상담서비스 제공
노인건강사업	등급외 B, C형	노인체조, 게이트볼, 스트레칭, 생활댄스, 탁구 등 *경로당, 마을회관, 운동경기장, 공원 등에서 실시

자료: 노인장기요양보험 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev>)

건강보험공단은 만성질환 진료환자의 급격한 증가에 따른 의료비용 지출 급증에 대한 근본대책 중의 하나로서 만성질환자 사례관리사업을 시행

하고 있다. 동 사업은 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염 등의 만성질환자를 대상으로 방문상담, 건강정보제공 등의 사례관리 서비스를 제공함으로써 국민의 건강생활습관 개선과 적절한 의료이용을 유도하는 것을 목적으로 한다. 공단은 2002년 8월부터 사례관리(Case-Management) 시범사업을 실시하였고, 2004년부터 전국 165개 지사로 확대된 후 2006년부터 전국으로 확대, 시행하고 있으며, '02~'06년 등록·관리하고 있는 대상자는 67,095명에 이른다.

사례관리서비스는 의료기관에서 제시된 치료(관리)지침을 준수하여 합병증을 예방할 수 있도록 의사처방 이행에 대한 모니터링과 지도, 위험요인 감소를 위한 교육·정보제공, 합리적인 의료이용 유도 및 자기관리 능력 함양, 가족의 지지 향상을 위한 지원 등을 내용으로 한다. 대상자에 대한 관리방법은 당사자의 동의를 얻어 상담 실시와 관련된 정보를 제공하는데, 방문은 3회, 전화1회로 이루어지며, 기간은 8~12주 사이로 한다.

등급 외 A, B, C형 중에서 고혈압, 당뇨, 관절염 등 만성질환이 있는 경우에 3~6개월 간 사례관리 실시하며, 건강관리 및 의료이용 정보제공, 생활습관 개선 등의 보건 교육적 상담서비스를 제공한다.

국민건강보험공단에서는 다가오는 고령화 사회에 능동적으로 대처하며 고령자의 건강장수 및 삶의 질 향상을 실현하기 위하여 건강증진사업의 일환으로 2005년부터 전국 단위의 「노인건강운동사업」을 추진해 왔다.

공단이 운영한 노인건강운동강습은 노인인구와 노인 만성질환 증가 등으로 노인의료비가 급격하게 증가함에 따라 노인들에 맞는 적절한 운동강습으로 신체활동 능력을 향상시키고 혈액순환 장애와 퇴행성질환 등 노인성 질환을 예방하고자 한 것이다. 지역사회의 호응도에 힘입어 2005년 1,219개소에서 86만 명의 고령자가 운동 프로그램에 참여한 이래로 2007년 4,290시설에서 약 231만 명의 고령자가 참여하여 서비스를 제공받았다. 등급 외 C에 해당하는 자는 공단이 경로당, 마을회관, 운동경기장, 공원

등에서 실시하는 노인체조, 게이트볼, 스트레칭, 생활댄스, 탁구 등의 노인 건강운동에 참여할 수 있다.

2. 장기요양예방을 위한 기타 지역보건복지서비스

가. 경로당사업

경로당 운영혁신 사업을 통해 경로당을 지역의 노인복지·정보센터로 기능을 혁신하여 다음과 같은 사업이 가능하도록 하였다. 첫째, 건강관리·운동·교육·여가·자원봉사 등 다양한 프로그램 제공으로 노인이 가장 손쉽게 접근할 수 있는 다기능 공간으로 전환한다. 둘째, 프로그램 조정·지원을 담당하는 경로당순회프로그램 관리자 배치를 확대한다. 셋째, 경로당을 독거노인 생활교육 실시 장소로 활용하여 지역사회 독거노인을 보호하는 기능을 수행한다.

경로당 활성화 프로그램은 경로당 운영프로그램 현황조사를 토대로 운영프로그램이 미흡한 경로당을 선정하여, 아래의 7분야에 대한 각종 프로그램을 지원한다. 이러한 프로그램 지원을 통해 독거노인 생활교육 장소로 경로당을 활용할 수도 있고, 노인공동생활을 위해 경로당 시설을 활용하는 등 경로당은 지역 노인복지증진을 위한 공공적 역할을 수행하게 된다.

〈표 3-57〉 경로당 활성화 프로그램 내용

분야	내용
자원봉사 활동	경로당 이용 노인들을 중심으로 지역사회 청소 및 재활용품 수집, 청소년 안전지킴이 등의 봉사활동 수행
공동작업장 운영	경로당을 중심으로 노인들이 지역특성에 맞는 일거리를 확보하여 공동으로 생산 활동에 참여
노후생활교육	노후생활, 정보통신 등 다양한 교육을 실시함으로써 노인들의 건전한 여가 선용 기회 제공
레크레이션 활동	노래교실 등 각종 레크레이션 활동
건강운동 활성화	노인들의 신체적·정서적 건강 유지 및 증진을 위한 건강운동 프로그램 지원
노인복지관 연계 프로그램 운영	노인복지관을 경로당과 연계시켜 경로당 이용 노인들에게 필요한 건강관리, 사회활동서비스, 교양·오락프로그램, 경로당 개·보수 등 환경개선 사업 등을 수행
기타	지역특성에 맞는 각종 활동

자료: 보건복지가족부(2008), 노인보건복지사업안내.

나. 찾아가는 이동복지관사업

찾아가는 이동복지관은 농어촌 거주 및 거동불편 노인을 직접 방문하여 목욕서비스, 긴급생계·의료지원과 세탁 등의 서비스 제공으로 건강한 환경을 구축하는 것을 목적으로 한다.

찾아가는 이동복지관은 이동세탁차량 지원과 이동목욕차량 지원으로 구성된다. 이동세탁차량은 1대당 66백 만원으로 국고에서 50%를 지원한다. 2007년 사업부터 시작하여 4대를 운영하고 있다.

이동목욕차량은 다시 A형 사업과 B형 사업으로 구분된다. A형 사업은 삼성·사회복지공동모금회·복지부가 공동으로 수행하는데 삼성사회봉사단은 이동목욕차량을 사회복지공동모금회에 지정기탁하고, 모금회는 지회를 통한 지원단체 선정 및 배분을 하며, 보건복지부는 이에 대한 운영비를 지원한다. 그러나 이러한 사업연계는 06년 4월에 MOU를 체결한 것으로 08년 6월까지 지속되는 사업이며, 08년 7월 부터는 장기요양보험 방문목욕서비스 제공기관으로 등록·지정하여 운영된다. 장기요양보험 방문목욕서비스 제공기관이 미등록 할 경우 이동목욕 서비스가 원활하게 제공되지 않도록 지속적인 지도감독을 실시한다. A형 이동목욕차량사업 지도감독을 통해 차량이 장기방치 되거나 이동목욕 서비스가 원활하게 제공되지 않는 사실 등이 확인될 경우 해당 지자체가 사업수행기관을 변경 또는 지정하여 사업의 연속성을 유지한다. B형 사업은 복지부에서 독자적으로 차량 구입비를 지원한다. 그러나 2008년 7월부터 시행되는 장기요양보험으로 인해 방문목욕서비스 제공기관으로 미등록 시에는 이동목욕차량을 관할 지자체에 반납하고 지자체는 추가적으로 이동목욕차량이 필요한 장기요양보험 방문목욕서비스 제공기관에 지급하도록 하였다. 시설에서 별도의 재원을 통해 자체적으로 운영 가능한 경우 관할 지자체와 협의하여 장기요양보험제도와 별도로 운영하기도 한다. 단, 이동목욕차량이 장기 방치되지 않도록 지속적인 지도감독을 강화하도록 하였다.

다. 결식우려노인 무료급식 지원

가정형편이 어렵거나 부득이한 사정으로 식사를 거를 우려가 있는 노인들(기초수급자 노인 및 차상위계층 노인, 저소득 독거노인)에게는 무료로 식사를 제공하고, 그 이상의 일정한 경제적 능력을 갖춘 노인들에게는 실비로 식사를 제공할 수 있도록 함으로써 자체적인 노인급식 수준을 제고할 수 있는 기반을 마련하는 것을 목적으로 한다.

경로식당을 통해 무료로 급식을 제공하는 경우와 거동이 불편한 저소득 재가노인에게 식사를 배달하는 경우가 있다.

경로식당에서 무료로 급식을 제공하는 급식대상은 가정형편이 어렵거나 부득이한 사정으로 식사를 거를 우려가 있는 60세 이상 노인을 원칙으로 하며, 독거노인 생활관리사 파견사업을 통해 수요가 파악된 경우 적절하게 서비스를 제공할 수 있도록 무료급식사업을 수행단체에 연계지원한다. 지원대상 급식기관은 경로식당 일일평균이용자 수가 20인 이상이고 주3회 이상 급식을 하는 곳으로 한다. 다만, 지역의 여건을 감안하여 필요하다고 인정하는 때에는 이용자가 20인 이상이고 주 1회 이상 급식을 하는 곳에 지원할 수 있다. 급식비용은 60세 이상 기초생활수급 노인 및 차상위계층 노인(독거노인 포함)에게는 무료로 제공하여야 하며, 그 이상의 일정한 능력을 갖춘 노인의 경우에는 실비 수준의 급식비를 받을 수 있다. 단, 창출되는 수익금은 재료비 등 급식의 질을 제고하기 위한 경비로 사용하여야 한다.

거동이 불편한 저소득 재가노인에게 식사를 배달하는 대상은 도시근로자 월평균소득 미만인 가구의 65세 이상 노인으로 거동이 불편하여 경로식당을 이용하지 못하여 식사를 거를 우려가 있는 노인으로 기타 시·군·구청장이 필요하다고 인정되는 자(독거노인)이다. 이들에게는 노인의 건강·영양상태, 서비스 욕구 등을 고려하여 다양한 형태(밥/국, 및 반찬, 죽)를 제공할 수 있으며 대다수 노인들이 만성질환을 보유하고 있음에 따라 치료식(당뇨병, 고혈압)을 제공할 수 있는 방안을 모색해야 한다. 또한 식사 제공시 이용 노인이 가정식처럼 느끼도록 보온을 유지하고 부패방지가 가능한 용기를 사용하도록 한다. 급식비용은 60세 이상 기초생활수급 및 차상위계층 노인(독거노인포함)에게는 무료로 제공하여야 하며, 그 이상의 일정한 능력을 갖춘 노인의 경우에는 실비 수준의 급식비를 받을 수 있다. 단, 창출되는 수익금은 재료비 등 급식의 질을 제고하기 위한 경비로

사용하여야 한다.

시장·군수·구청장은 무료급식사업의 규모(급식인원수, 급식횟수, 사업자의 재정형편 등)를 고려하여 예산의 범위 내에서 무료급식사업에게 예산을 지원할 수 있다. 위탁사업자는 경로식당, 종합사회복지관, 노인복지관, 재가노인복지시설, 종교단체 등 비영리 단체로 시·군·구청장이 결정하는 기관이어야 한다.

서비스 제공 인력은 시군구별로 조직된 노인 지역봉사지도원이나 기타 부녀회, 종교단체 등의 자원봉사요원 등 지역사회내의 자원봉사자를 활용한다. 또한 급식지원대상자 발굴조사, 급식현장 실태 확인 및 사후 관리 등으로 일선 사회복지전담공무원의 업무 과중에 따른 급식 업무 보조인력을 지원할 수 있다. 이 경우 사회적 일자리형 자활근로 인력을 지원하는데 시·군·구 또는 읍·면·동의 급식담당공무원 업무수행보조를 위한 복지도우미 지원, 경로식당이나 사회복지관 등 단체급식소에 급식도우미를 선발하여 지원한다.

라. 노인 건강진단

질병의 조기발견 및 조기치료로 건강을 유지·증진을 도모하고 노인건강수준을 향상시켜 건강하고 활기찬 노후생활을 보장하는 것을 목적으로 한다.

시·군·구 관할구역에 거주하는 65세 이상 국민기초생활보장 수급권자 및 차상위 노인 중 노인건강진단 희망자와 기타 보건소장이 노인건강진단이 필요하다고 인정하는 자에 한한다.

노인 건강진단은 국민건강보험의 건강진단 수가를 준용한다. 검사항목은 1차·2차 진단으로 나뉘며 1차는 진찰 외 11항목을 진단하고, 2차는 정밀안전검사 외 29항목을 진단한다.

검진 후에는 유질환자의 사후관리 체계를 강화하는 서비스를 지속적으

로 제공한다. 유질환자의 경우 보건소의 등록관리 및 공공의료기관과의 연계에 의한 방문보건 또는 의료서비스를 체계적으로 제공하고, 치매 노인의 경우 보건소 「치매상담센터」에 등록하여 관리 및 상담·물품지원 등 기본적인 서비스를 제공한다. 경우에 따라 입원 또는 시설 보호가 필요할 경우 요양시설, 요양병원에 연계 서비스를 제공하기도 한다. 이 외에도 무료 안검진사업과 연계하여 개안수술비를 지원하기도 하고 무료 치매정밀 검진사업과 연계하여 치매 정밀검진비를 지원하기도 한다. 건강진단나 결과 치과진료가 필요한 노인에 대하여는 보건복지가족부 생활위생팀에서 수행하는 노인구강보건사업과 연계하여 진료를 받을 수 있도록 조치를 취하기도 한다.

노인복지법 시행규칙 제9조에 의거하여 시·군·구청장은 건강진단기관을 선정하여 공고하여하며, 인력·시설 및 장비구비요건은 국민건강보험법 시행령 제26조 제3항에서 정한 바에 따른다. 건강진단실시기관장은 의료기관, 한국건강관리협회 등 외부의 검진전문기관에 위탁하여 노인건강진단을 실시할 수 있다.

마. 치매상담센터사업

지역사회 치매관리사업에 대한 원활한 수행을 통해 치매노인 등록에 따른 관리 및 이에 필요한 상담·지원 등의 서비스를 제공함으로써 치매노인이 보다 건강한 삶을 살 수 있도록 한다.

60세 이상 모든 노령자를 대상으로 하되 저소득층에 우선권을 부여하는 것을 원칙으로 한다. 즉, 시·군·구 관할구역에 거주하는 60세 이상 치매노인과 그 가족 및 기타 보건소장이 치매예방 및 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 자가 해당된다.

치매상담센터에서는 치매노인을 등록 및 관리, 치매노인 및 그 보호자

에 대한 상담 및 지원, 치매의 예방 및 치매노인의 간병요령 등에 관한 교육 실시 재가치매노인에 대한 방문·관리, 치매노인의 노인전문요양시설 등에서의 입소 안내, 기타 시장·군수·구청장이 치매예방 및 치매노인 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 업무를 수행한다.

시장·군수·구청장은 보건소에 배치되어 있는 의사·한의사·간호사 또는 정신보건전문요원 중에서 치매상담센터업무를 전담할 치매상담전문요원 1인 이상을 지정하여야 한다. 보건소장은 보건소, 관내병원, 노인복지시설 등과 연계하여 치매노인서비스를 도모하여야 하며, 이를 위해 관내에 치매관련 전문의나 사회복지사 등으로 자문인력을 둘 수 있다.

3. 노인장기요양보험제도의 정착을 위한 지역보건복지서비스 대책의 실태와 개선방안

노인장기요양보험의 제도권에서 벗어나 있지만, 경미한 장기요양서비스의 욕구를 지닌 자에 대한 대책을 그동안 줄기차게 요구해왔다. 최근 발표된 정부의 대안을 보면, 등급 외에 해당하는 자를 A, B, C형으로 구분하여 관리하려고 하는데, 제공될 수 있는 서비스로는 노인돌보미 바우처, 가사간병도우미, 독거노인생활지도사, 보건소방문보건사업 등을 제시하고 있다. 이러한 서비스를 이용할 수 있는 자는 저소득 계층으로, 문제는 과거에는 무료로 서비스를 제공받을 수 있었지만, 현재는 일정한 비용을 부담하여야 한다는 것이다. 법적으로 차상위계층의 경우, 재가 장기요양서비스비용의 7.5%를 부담하여야 하기 때문이다. 이러한 비보험서비스를 받기 위해서 과거 간단한 기준만으로도 가능했던 것이 복잡한 등급판정조사를 받아야만 하는 행정절차를 거치도록 하고 있다.

〈표 3-58〉 지역보건복지서비스의 주요내용

종류	내용	관련 기관 및 단체
경제적 지원	기초생활보장, 긴급지원, 기초노령연금, 결연 후원 등	읍면동 사무소 민간복지기관 및 단체 등
안전확인	무선페이징, U-안심폰, U-care 시스템, 상수도, 가스, 전기 점검기, 야쿠르트 아줌마 등	소방방재청, 읍면동 사무소, 시군구 등
가사·간병도우미	가사·간병 서비스	자활후견기관
노·노케어	말벗 서비스, 청소·세탁 보조	노인일자리 수행기관
노인돌보미 바우처	가사, 간병서비스, 말벗 서비스	노인돌보미 바우처 수행기관
방문보건사업	보건서비스	보건소
장기요양보험	방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호 등	국민건강보험공단 노인장기요양보험 지원센터
노인의치 보철사업	노인의치 보철	보건소
의료서비스	지역사회 의료기관 연계를 통한 진료·치료 서비스	민간 의료기관 등
무료급식	식사제공	무료급식 사업수행 단체 민간복지기관 및 단체
재가노인 식사배달	도시락, 밑반찬 배달	사업수행 단체
푸드뱅크·마켓·팝	식료품,약품, 생필품 등	민간복지기관 및 단체
주거개선 사업	도배, 전기공사 등	주거개선사업단 민간 자원봉사 및 후원
취업 알선	노인일자리 제공	노인일자리 수행기관
자원봉사	가사보조, 병원 등 외출 동행, 말벗 서비스 지원 등 각종 자원봉사 활동	지역 내 자원봉사단체, 종교단체, 학교, 민간기업의 사회봉사단 등
노인학대 예방사업	상담, 보호 및 지원 등	노인보호전문기관
여가·문화·교육 등	여가·문화·교육 프로그램	노인복지관 등
기타	지역 내 민간복지 서비스	교회, 성당, 사찰 등 종교단체, 민간기업

자료: 보건복지가족부(2008), 노인보건복지사업안내.

가. 노인돌보미바우처, 가사간병도우미 및 독거노인생활관리사간 업무내용 통합

노인돌보미 바우처, 가사간병도우미 및 독거노인생활관리사간 업무내용의 변별성이 보이지 않기 때문에 통합하여야 할 것으로 보인다. 서비스대상자는 제한되어 있는데다가 각 사업 주체의 실적제고로 인하여 많은 중복대상자가 발생할 것으로 보이기 때문에, 이로 인한 비용의 낭비가 야기될 수도 있다. 특히, 이용 노인의 입장에서 보면, 한번의 면접으로 모든 욕구를 표출할 수 있고, 고도의 기술을 필요로 하는 서비스가 아니기 때문에 여러 사람의 방문은 혼란만 가중시킬 우려가 있다.

나. 기존 복지관사업의 운영방식의 변화

현행 노인복지관의 이용자들은 상대적으로 건강한 노인으로 구성되어 있기 때문에 등급 외 노인을 관리하기 위해서는 복지관사업의 운영방식을 변경하여야 할 것이다. 요양보험의 도입과 함께 점진적인 고령화추세를 인하여 노인복지관의 이용자도 건강한 노인에서 활동성이 둔화된 허약한 노인으로 바뀔 것으로 보인다. 실제적으로 등급 외 노인에 대한 서비스를 노인복지관에서 제공하도록 유도하기 위해서는 현행과 같은 대규모형태의 복지관운영은 지양하여야 할 것이다. 그 이유는 현재 시군구마다 1개소 수준으로 설치되어 있으면, 등급 외에 해당하는 허약한 노인의 접근이 용이하지 못하기 때문이다.

따라서, 정부의 계획에 따라 소규모의노인복지관 분관의 설치운영이 확대 보급될 필요가 있는데, 예를 들면 노인인구의 일정규모 당 1개소 기준으로 설치하는 것이다. 이는 별도의 분관건축도 필요하겠지만, 경로당의리모델링을 통해서도 가능하리라 보여 진다. 또한, 현행과 다른 정적인 여가 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

특히, 노인복지관 분관은 노인주간여가센터(가칭)의 기능만이라도 충실

하게 수행할 수 있으면 좋을 것이다. 즉 생활기능의 유지를 위한 여가 및 건강증진프로그램 정도를 제공할 수 있지만 하면 무방할 것으로 보인다.

다. 지역복지제도의 일환으로 목욕서비스의 지속적 지원

현행 지역복지제도의 일환으로 찾아가는 이동복지관 운영사업이 있다. 현재 전국에 총 48개 기관에서 수행하고 있는데, 주요 사업내용으로 농어촌 거주 및 거동불편 노인을 직접 방문하여 목욕서비스, 긴급생계·의료지원과 세탁 등의 서비스를 제공하여 건강환경을 구축하는 것으로 되어있다.

노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 2008년도의 사업추진방향을 보면, 2008년 6월까지의 A형에 한하여 운영비를 지급하되(8백만원, 국비 50%), 7월부터는 장기요양보험 방문목욕서비스 제공기관으로 등록·지정하여 운영하도록 하고 있다. 또한 B형의 경우, 방문 목욕서비스 제공기관으로 미등록 시, 이동목욕 차량을 관할 지자체에 반납하고 지자체는 추가적으로 이동목욕차량이 필요한 장기요양보험 방문목욕서비스 제공기관에 지급하며, 시설에서 별도의 재원을 통해 자체적으로 운영가능 한 경우, 관할 지자체와 협의하여 장기요양보험제도와 별도로 운영하도록 하고 있다. 단, 이동목욕차량이 장기 방치되지 않도록 지속적인 지도감독을 강화하고, A형 이동목욕차량사업 지도감독을 통해 차량 장기방치 및 이동목욕 서비스가 원활하게 제공되지 않은 사실 등이 확인될 경우 해당 지자체가 사업수행기관 변경·지정되어 사업의 연속성을 유지하는 것으로 되어 있다.

노인의 기본적인 일상생활동작 중에서 가장 먼저 기능제한을 보이는 동작이 목욕하기 이다. 목욕하기의 동작만이 기능제한을 진니 경우라면 장기요양급여 등급이내에 포함될 가능성이 희박하기 때문에 지역사회에서는 등급 외 해당자에 대한 목욕서비스 욕구가 중요할 수도 있겠다. 중소도시 지역은 민간 목욕업소가 산재해 있다고 볼 수 있지만, 농어촌 지역의 경

우에는 그렇지 못한 경우가 대부분일 것으로 생각된다. 구태여 목욕차량을 활용하지 않는다고 하더라도, 요양시설의 목욕설비 이용 등 어떠한 형식으로든지 간에 목욕서비스를 지속되어야 할 필요가 있겠다.

라. 경로당 활성화 프로그램의 내실화

경로당 활성화 프로그램의 지원 내용을 보면, 경로당 운영프로그램 현황조사를 토대로 운영프로그램이 미흡한 경로당을 선정하여 노인복지관 프로그램 연계, 자원봉사활동, 공동작업장 운영 등 각종 프로그램을 지원하는 것으로 되어 있다. 특히, 최근의 노인건강증진활동사업과 관련하여 국민건강보험공단, 보건소 등에서 경로당을 방문하여 운동, 체조 등의 프로그램을 실시하는 것으로 나타나고 있는 등, 단순히 노인들의 쉼터정도에서 벗어나 내실 있는 복지센터의 기능을 발휘하도록 유도하고 있는 것으로 보인다.

마. 지역보건복지의 통합적 지원체계 구축

결론적으로 노인장기요양보험제도가 안착되기 위해서는 기본적으로 추진하여야 할 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 지역사회에 거주하는 고령자의 건강상태에 따라서 크게 3가지 집단으로 분류하고 각 집단에 적합한 각종 서비스내용을 정리하는 것이다. 즉, 현재 전술한 바와 같이 고령자를 대상으로 각종 사업이 산발적이고 중복적으로 수행되고 있기 때문에 각 건강수준에 놓여있는 고령자의 건강상태를 상위단계로 향상시킬 수 있도록 유도하는 것이 중요할 것이다. 물론 장애상태의 노인까지 상위 단계로 증진시키는 것도 필요하겠지만, 현행 제도에서는 기능향상의 여지가 높다고 할 수 있는 경증상태는 요양보험제도권에서 제외시키고 있다는 점을 감안한다면, 허약단계의 노인을 적

극적 정책우선순위에 둘 필요가 있다. 그 이유는 요양보험대상자의 예비 계층이기 때문이고, 이 계층의 제어정도여부에 따라서 보험재정의 상태가 영향을 받을 수 있기 때문이다.

따라서, 허약계층의 노인을 대상으로 하는 지역노인보건복지체계의 구축이 요구된다. 즉, 현재 보건소 지역특화건강실천개선행업으로 추진 중에 있는 건강증진사업의 활성화방안을 고려하여야 한다. 특히, 지난 노인건강증진허브보건소 사업의 시범운영을 토대로 허약고령자특화의 근력강화운동 및 영양개선사업, 그리고 영양개선교육 및 조리프로그램의 활성화방안이 필요하다. 그리고 가사지원 등의 일상생활기능 지원서비스를 종합적으로 제공할 수 있는 틀의 마련이 요구되고 있다.

둘째, 지역보건복지서비스의 제공계획 및 관리조정역할을 담당할 수 있는 케어매니저체계의 구축이 필요하다. 현재 여러 복지기관, 다양한 공공기관에서 산발적으로 수행되고 있는 각종 보건복지서비스를 통합, 조정하는 역할을 지닌 기구가 지역복지협의체로 볼 수 있는데, 특정의 전문가가 배치되지 않은 상태이기 때문에 실효성이 미흡한 것으로 보인다. 따라서 요양보험제도의 도입을 계기로 예방, 치료 및 요양을 통합적으로 지역 일선에 조정할 수 있는 전문가(소위, 지역케어매니저)의 양성, 배치가 앞으로 중요할 것으로 생각된다.

제4장 주요 선진국의 노인장기요양보험제도의 운영실태와 재정안정화방안

제1절 독일

1. 장기요양보장정책의 역사적 흐름

가. 독일장기요양 보험의 성립

독일 장기요양보험 성립의 이유는 고령화에 따라 장기요양필요자는 점차 늘어난 반면 노령의 소득을 가지고는 요양시설의 높은 비용을 모두 감당을 할 수 없었기 때문이다. 즉, 보험도입 전에는 시설입소자의 약 80%가 사회부조의 급여에 의존하고 있었으며, 특히 시설입소자들에게 현실적으로 규칙적인 보장이 되자 이는 지방자치정부의 재정에 심한 부담이 되었다. 그리고 사회부조는 개인적이고 특수한 곤경에 대한 보장을 목표로 하는 것인데 고령화에 따른 일반적 위험을 위해 사용되는 것이 옳은지에 대한 논의가 일어났다. 특히 질병이나 사고에 의한 위험은 사회보험으로 보장을 하면서 그 결과로서 나타나는 장기요양위험은 개인이 그 비용을 부담해야 하는지에 대해 의문이 제기되었다. 그리고 질병이나 사고의 경우와 달리 자산이 소진한 후에 그것도 부양자의 부양의무를 고려한 후에야 사회부조가 주어진다는 점에 대해 합당한 이유를 찾기가 어려웠다. 이러한 이유로 독일 사회적 급여의 마지막 커다란 공백으로 여겨지던 장기요양위험에 대한 보장이 1995년 1월 1일 20여 년간의 논의 후에 폐워졌다.⁴⁵⁾

45) 장기요양보험은 1995년 1월 1일에 도입되었지만, 외래 장기요양서비스 급여는 1995년

이로서 약 8천만 명이 이전에는 없던 장기요양위험(Pflegebeduerftigkeit; dependency risk)이 있는 경우의 위험보장을 받게 되었다.

나. 독일장기요양보험의 변천과 기본조직

(1) 독일 사회보장체계 안에서의 장기요양보험

독일의 장기요양보험은 사회적 장기요양보험(soziale Pflegeversicherung)과 사적 강제장기요양보험(private Pflege-Pflichtversicherung)으로 이루어진다. 사회적 장기요양보험(soziale Pflegeversicherung)은 독일사회보험의 새로운 5번째 독립분야가 된다. 독일 사회보험의 도입 시기와 관련 사회법은 다음 [그림 4-1]과 같다.

[그림 4-1] 독일 사회보장 체계

독일 사회보장 체계				
건강보험	산재보험	연금보험	실업보험	요양보험
1883년	1884년	1889년	1927년	1995년
사회법V	사회법VII	사회법VI	사회법III	사회법XI

사회보험의 각 분야는 국가의 종속적인 단위가 아니라 자치적인 기관이다. 사회보험의 각 분야는 함께 개인이나 가족이 감당하기에는 벅찬 임무를 맡음으로써 부부나 가족과 같은 더 작은 공동체를 보완해 주는 연대공

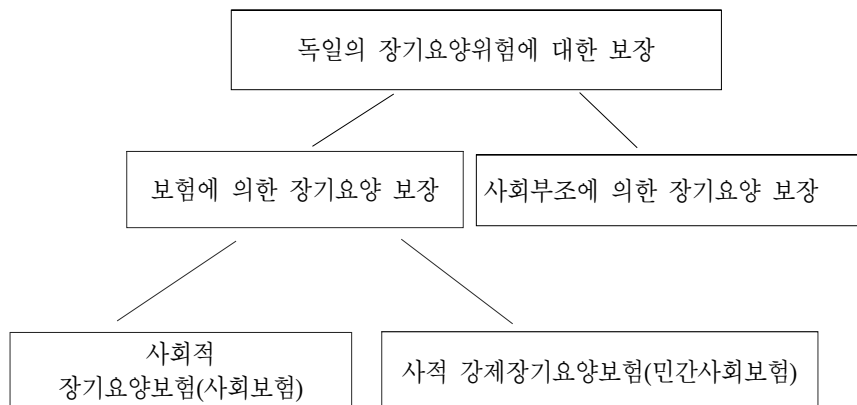
4월 1일부터 그리고 전일 입원 장기요양서비스는 1996년 7월 1일부터 제공되었음.

동체이다. 즉 이들은 함께 피보험자들의 위험에 대한 대규모의 연대적인 공동체를 구성함으로써 자구방안을 조직한다.

(2) 독일의 장기요양위험에 대한 보장과 장기요양보험

독일의 장기요양보험에 대한 위험은 보험과 사회부조에 의해 보장이 된다. 보험에 의한 보장은 사회적 장기요양보험(soziale Pflegeversicherung)과 사적 강제장기요양보험(private Pflege-Pflichtversicherung)으로 이루어진다.

[그림 4-2] 독일의 장기요양위험에 대한 보장과 장기요양보험의 종류



법정질병보험에 가입이 되어 있는 사람은 자동적으로 사회적 장기요양보험의 대상이 된다.

일반적인 병원급여를 지급받는 사적 질병보험에 가입한 사람은 1995년 1월1일부터 사적 장기요양보험에 강제적으로 가입해야 하는 의무가 있다.

사회적 장기요양보험은 장기요양의 모든 비용을 보장해주지 않는 부분 보장 보험이다. 이러한 사회적 장기요양보험의 본질상 기본적인 보장만을 제공한다. 따라서 장기요양보장체계와 사회부조체계 간의 밀접한 연계체

계가 필요하다. 만일 사회적 장기요양보험의 제한되는 급여가 적절한 장기요양급여를 더 이상 제공 못하는 것으로 판명되면 자산조사에 근거한 사회부조(Sozialhilfe, social assistance)에 의한 장기요양위험에 대한 보장을 받을 수 있다. 이 경우 외래와 입원에서 필요한 모든 요양서비스, 그리고 입원의 경우 숙박과 신변잡비에 해당하는 소위 ‘호텔비용’까지도 사회부조에 의해 충당된다.

(3) 독일장기요양보험의 기본조직

다음 [그림 4-3]은 독일 장기요양보험의 기본조직도로서 급여와 계약관계를 표시하고 있다.

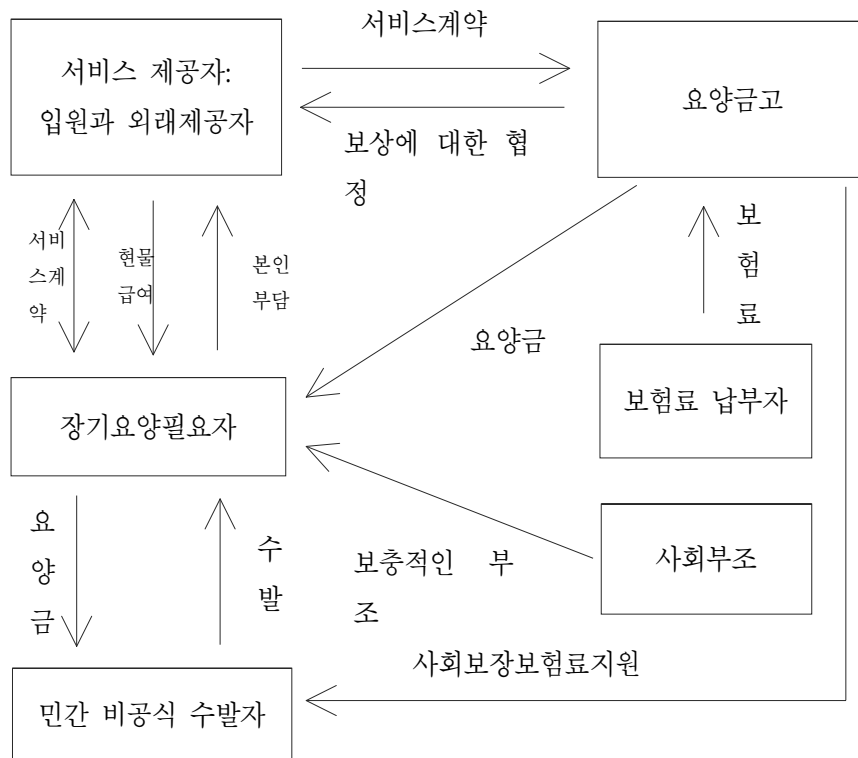
사회적 장기요양보험의 담당기관은 장기요양금고(Pflegekassen; long-term care fund)이다.⁴⁶⁾ 각 법정 질병금고(현재 총 250개 여개)에는 하나의 장기요양금고를 설치하여야 한다. 법적으로 장기요양금고는 공법에 따른 독립적인 자치기관이지만 조직상으로는 법정 질병금고와 아주 밀접하게 연관이 되어있다. 자치기관의 자리는 고용주와 피보험자에 의해 동등의 원칙에 따라 똑같이 충당된다. 자치기관은 주정부의 감독을 받는다. 장기요양금고는 자체의 행정직원을 가지고 있지 않다. 대신 밀접한 연관을 갖는 각 법정질병보험의 건물, 기술적 지원 그리고 직원을 공동으로 사용한다.

장기요양금고는 적절한 장기요양서비스를 확보하는 책임을 진다. 병원부문의 경우와 달리 장기요양의 시설에 대한 국가의 계획이 시행되지도 않으며, 요양금고의 경우 적절한 장기요양서비스의 확보에 기여할 자체의 시설도 가지고 있지 않다. 따라서 주차원의 요양금고들은 입원과 외래의 서비스 제공자들과 개별적으로 서비스계약 그리고 보상에 대한 협정을 체결한다. 이러한 서비스제공자들은 정부의 허가를 받아야만 한다. 정부의 허가는 정

46) 사적으로 장기요양보험에 가입한 사람의 경우에는 보험자인 민간보험회사(약 50여개)가 담당함.

부가 정한 최소한의 질보장을 위한 기준을 충족시키는 경우에 주어진다.

[그림 4-3] 독일 장기요양의 기본조직: 급여와 계약관계



자료: Baecker et al., 2008, p.188.

서비스계약의 여러 형태를 통해 요양금고는 서비스의 종류, 양, 비용 그리고 질을 조절할 수 있다. 장기요양법에 따르면 민간의 영리적인 서비스 제공자를 명시적으로 서비스계약의 상대방으로 규정하고 있다. 만일 여러 서비스제공자 간에 선택을 해야만 하는 경우에는 우선적으로 민간비영리(freigemeinnuetzig) 혹은 민간영리(privat) 제공자와 계약을 하도록 하고 있다.

시설의 입원장기요양서비스에 대한 보상은 협상의 원칙에 의해 이루어

진다. 이에 의하면 개별 시설 입원장기요양서비스 제공자와 요양금고 간에 요양비를 사전적으로 정할 수 있다.

외래 장기요양서비스의 보상은 역시 협상의 원칙에 의해 이루어진다. 이 경우 근거가 되는 것은 서비스체계(Leistungskomplexe)이다. 이는 전형적으로 함께 묶이는 요양적인 기능들을 점수제안에 정리해 놓은 것이다. 이에는 역시 예상되는 시간소요도 함께 고려된다. 이에 근거한 서비스팩키지 중에서 각 장기요양필요자가 자기 상황에 맞는 것을 골라 이용하면 이 서비스팩키지에 근거하여 보상이 이루어진다.

현재 주에 따라 상이하게 약 20여개의 서비스체계가 상이한 점수제를 채택하여 공존하고 있다. 예를 들어 함부르크에서는 독자의 서비스체계에 따라 “식사보조”는 250점, “아침이나 저녁의 배변”은 400점으로 되어있다. 점수의 가치는 요양금고와 외래 장기요양서비스 제공자들의 주 수준의 협회들 간의 보상협상에 의해 결정된다. 만일 점수 당 0.04유로로 결정이 되면 “식사보조”라는 서비스체계는 10유로의 가격으로 보상을 받게 되는 것이다.

서비스 질의 보장은 장기요양법에 있는 일련의 규정에 의해 이루어진다. 따라서 장기요양서비스 제공자가 질을 보장하는 조치들에 따르는 것은 법적인 의무이다. 이외에도 전문교육을 받은 전문인력에 의해 장기요양서비스 제공기관의 요양서비스가 관리되는 경우에만 요양기관과의 서비스계약이 이루어 질 수 있다.

재가에서 직접 고용한 장기요양서비스의 질을 관리하기 위하여 의료관련 지원단의 직원이 감정을 하는 과정(일차와 이차감정)에서 필요한 기본 요양과 가사관리가 제대로 이루어지고 있는지를 검사한다. 또한 전적으로 요양금만 수령하는 장기요양필요자의 경우에는 일정한 시차를 두고 허가된 장기요양기관의 요양서비스를 받아야만 한다는 규정이 있다.

허가된 장기요양기관의 질을 보장하기 위해서 원칙과 조치들에 관한 자

치적인 합의가 있다. 이 합의에 따르면 구조의 질(Strukturqualitaet), 과정의 질(Prozessqualitaet) 그리고 결과의 질(Ergebnisqualitaet)을 지향하도록 되어 있다. 구조의 질은 조직상, 전문성상 그리고 인력상의 구조에 관련되어 있다. 과정의 질은 실제적인 요양서비스의 실행과 관련이 있다. 결과의 질은 요양서비스의 결과를 기록하는 것과 관련이 있다.

독일에서도 과거에 항상 거듭해서 서비스질의 결함이 드러나곤 했다. 이는 주로 주어진 시간 안에 장기요양필요자의 개인적인 희망사항과 필요에 대응하는 것이 요양인력의 능력을 벗어나는 것과 관련이 있다. 자주 최소한의 요양서비스만이 보장되는 상황이었다. 또한 법으로 정한 시설의 50% 전문인력 고용의 규정은 항상 지켜지지 못했다. 실제 고용인력도 부족한 경우가 있었다.

요양금의 지급과 관련해서는 불충분한 요양서비스가 제공될 위험 따라서 요양금이 잘못 사용될 위험을 방지하는 것이 여전히 문제가 된다. 검사를 위한 방문이 얼마나 효과가 있는지에 대해서는 많이 알려지지 않고 있다. 또한 재가 요양서비스에서는 서비스의 점검사에 근거가 될 수 있는 서비스질에 관한 기준이 결여되어 있다. 거기다가 검사의 임무를 부여받은 전문요양인력이 가족 내에서 이루어지는 요양서비스관계의 내밀한 영역에 접근하는 것은 거의 불가능하다고 할 수 있겠다.

2. 장기요양보장정책의 주요 현안 및 대책

가. 적용범위측면

사회적 장기요양보험의 가입의무에 대해서는 “장기요양보험은 질병보험에 따른다”라는 원칙이 기본적으로 적용 된다. 법정 질병보험에 가입되어 있는 자는 의무가입자, 피부양가족가입자, 연금수급자 혹은 자유가입자의 구분을 불문하고 자동적으로 사회적 장기요양보험의 보장을 받는다.

법정 질병보험의 자유가입자는 사회적 장기요양보험의 의무로부터 면제될 수 있다. 이를 위해서는 사적 장기요양보험회사에 동일한 효과를 갖는 계약을 체결한 것을 증빙해야 한다.

따라서 독일의 장기요양보험은 장기요양위험을 전 국민에 대해 사회보험과 민간사회보험을 통해 보장한다. 사회보험인 사회적 장기요양보험을 통해 보장되는가 아니면 민간사회보험인 사적 강제장기요양보험을 통해 보장되는가의 구분은 독일 법정질병보험과 같이 주로 소득의 크기에 따라 이루어진다. 즉 일정수준 이상의 소득을 가진 사람들은 사적 강제장기요양보험에 가입하게 된다.

모든 사적질병보험 가입자는 1995년 1월 1일부터 사적 장기요양보험을 의무적으로 들어야 한다. 사적 장기요양보험회사는 그 급여가 사회적 장기요양보험과 동등한 수준을 보장해야 한다. 피부양가족과 고령 가입자에 대해서는 적당한 조건과 보험료를 제공하여야 한다.

공무원들도 법정질병보험에 가입이 되어 있는 경우를 제외하고는 사적 장기요양보험에 가입할 의무가 있다.

독일은 독일 법정질병보험의 경쟁강화법(2007.4.1)에 의해 전 국민이 법정질병보험 아니면 사적 질병보험에 가입하도록 하였다. 따라서 사적 강제장기요양보험의 대상자는 사회적 장기요양보험에 가입하지 않은 나머지 독일국민 전체가 된다.

독일의 사회적 장기요양보험의 피보험자의 최근 통계를 보면 2006년의 경우 총수는 약 7천33만 명이다. 이는 총인구의 약 85%에 해당한다. 2006년 12월 31일 기준으로 약 920만 명이 사적 강제장기요양보험에 가입되어 있었다(총인구의 약 11%). 가입자, 피부양자 그리고 여성의 비중은 최근 각각 71%, 28% 그리고 53%대를 유지하면서 안정적인 구조를 보이고 있다.

〈표 4-1〉 독일의 사회적 장기요양보험의 피보험자(피보험자그룹과 성별기준)

a) 절대수(단위: 천명)

연도	가입자			피부양자			총피보험자		
	남성	여성	합계	남성	여성	합계	남성	여성	합계
1995	25 861	25 054	50 915	7 813	13 173	20 986	33 674	38 227	71 901
1996	25 938	25 157	51 095	7 908	13 260	21 169	33 846	38 417	72 263
1997	25 936	25 151	51 087	7 708	12 898	20 606	33 644	38 049	71 693
1998	25 662	24 938	50 600	7 806	12 953	20 760	33 469	37 891	71 360
1999	25 764	25 099	50 863	7 759	12 802	20 561	33 523	37 901	71 424
2000	25 755	25 193	50 948	7 734	12 637	20 371	33 489	37 830	71 319
2001	25 650	25 231	50 881	7 676	12 442	20 118	33 326	37 673	70 999
2002	25 539	25 342	50 881	7 661	12 242	19 904	33 201	37 584	70 785
2003	25 376	25 281	50 657	7 673	12 155	19 828	33 049	37 435	70 485
2004	25 292	25 262	50 554	7 675	12 103	19 778	32 967	37 365	70 332
2005	25 160	25 117	50 277	7 914	12 330	20 244	33 074	37 448	70 522
2006	25 161	25 154	50 316	7 846	12 172	20 018	33 007	37 326	70 333

b) 퍼센트 비중

연도	가입자			피부양자			총피보험자		
	남성	여성	합계	남성	여성	합계	남성	여성	합계
1995	36.0	34.8	70.8	10.9	18.3	29.2	46.8	53.2	100.0
1996	35.9	34.8	70.7	10.9	18.3	29.3	46.8	53.2	100.0
1997	36.2	35.1	71.3	10.8	18.0	28.7	46.9	53.1	100.0
1998	36.0	34.9	70.9	10.9	18.2	29.1	46.9	53.1	100.0
1999	36.1	35.1	71.2	10.9	17.9	28.8	46.9	53.1	100.0
2000	36.1	35.3	71.4	10.8	17.7	28.6	47.0	53.0	100.0
2001	36.1	35.5	71.7	10.8	17.5	28.3	46.9	53.1	100.0
2002	36.1	35.8	71.9	10.8	17.3	28.1	46.9	53.1	100.0
2003	36.0	35.9	71.9	10.9	17.2	28.1	46.9	53.1	100.0
2004	36.0	35.9	71.9	10.9	17.2	28.1	46.9	53.1	100.0
2005	35.7	35.6	71.3	11.2	17.5	28.7	46.9	53.1	100.0
2006	35.8	35.8	71.5	11.2	17.3	28.5	46.9	53.1	100.0

자료: 독일연방보건성 홈페이지, www.bmg.bund.de

나. 서비스수급자격측면

독일 사회적 장기요양보험 서비스 수급자는 법의 정의에 따르면 “장기요양필요가 있는”(‘pflegebeduerftig’) 사람을 말한다. 이는 “질병이나 장애로 인해 일상적이고 규칙적으로 반복되는 일상생활의 기능들에 대해 장기적으로, 즉 최소한 6개월로 기대되는 동안, 상당한 정도로 도움을 필요로 하는” 사람을 말한다. 도움의 필요성을 장기로 제한함으로써 단기적인 경우는 제외된다. 법에서 정한 6개월의 장기성은 기대에 근거한 것으로 6개월이 실제로 경과하지 않아도 예측에 의한 결정을 내릴 수 있다. 따라서 잔여수명이 6개월이 안되는 경우도 장기성에 대한 인정이 주어진다.

법은 도움의 필요성을 일상생활 4가지 영역의 기능에 대해 규정했다. 이는 고령자는 물론 저연령의 장애인에 대해서도 적용된다.

장기요양필요성의 등급은 3개의 장기요양등급(Pflegestufen)에 의해 규정된다. 이에 의해 급여의 차등이 발생한다.

- 장애등급 I(상당한 장기요양필요 자)
 - : 신체관리, 영양섭취 혹은 기동성의 기능범주들 중에서 최소한 두 가지 범주에 대해 하나 혹은 여러 가지 영역들에 걸쳐 최소한 하루에 한번 도움을 필요로 하며 추가적으로 일주일에 여러 번 가사관리를 위해 도움을 필요로 하는 사람
- 장애등급 II(중증의 장기요양필요 자)
 - : 하루에 상이한 시간에 걸쳐 최소한 3번의 도움이 필요하며 추가적으로 일주일에 여러 번 가사관리를 위해 도움을 필요로 하는 사람
- 장애등급 III(최중증의 장기요양필요 자)
 - : 신체관리, 영양섭취, 혹은 기동성의 기능범주에서 하루 종일, 그리고 야간에도 도움을 필요로 하고 추가적으로 주중에 여러 번 가사관리를 위해 도움을 필요로 하는 사람

〈표 4-2〉 독일의 사회적 장기요양보험에서의 요양신청과 등급판정 처리

연도	연초의	그해의	그해에 처리된 신청			
	미처리	신청수	합계	그 중		
	신청수			인정	기각	기타 처리
	1	2	3	4	5	6
1995	-	2132 330	1924 589	1 519 845	383 074	21 670
1996	207 741	1254 267	1267 096	899 521	324 253	43 322
1997	194 912	924 591	968 327	685 298	245 497	37 532
1998	151 176	864 520	868 685	618 405	214 642	35 638
1999	147 011	898 182	877 641	637 912	209 608	30 121
2000	167 552	830 849	811 563	594 417	187 897	29 249
2001	186 838	836 618	805 681	588 563	186 053	31 065
2002	217 775	* 756 184	822 951	604 479	188 755	29 717
2003	151 008	808 055	814 110	595 045	190 005	28 882
2004	144 953	807 498	793 789	574 185	190 152	30 461
2005	158 662	810 117	822 895	590 036	198 051	34 808
2006	145 884	801 717	801 903	573 159	194 318	34 426

연도	연말의	인정
	미처리	퍼센트비율
	신청수	(4월/3월)
	7	8
1995	207 741	79.0
1996	194 912	71.0
1997	151 176	70.8
1998	147 011	71.2
1999	167 552	72.7
2000	186 838	73.2
2001	217 775	73.1
2002	* 151 008	73.5
2003	144 953	73.1
2004	158 662	72.3
2005	145 884	71.7
2006	145 698	71.5

* 수정된 계산에 의한 수감소 **1995년의 경우 처리된 신청수에는 검사없이 질
병보험의 요양급여를 통해 요양등급2로 넘겨받은 600,000명 포함
자료: 독일연방보건성 홈페이지, www.bmg.bund.de

〈표 4-3〉 인정된 신청(요양등급기준)

연도	인정된 신청수					
	합계	그 중				
		요양등급1	요양등급2	요양등급3	요양등급3 어려운 경우	장애인시설의 시설급여
1995	1 519 845	455 380	910 189	153 327	949	-
1996	899 521	383 546	335 893	178 370	1 712	.
1997	685 298	331 962	241 282	96 685	1 347	14 022
1998	618 405	319 987	215 973	77 853	1 060	3 532
1999	637 912	339 143	218 185	76 999	1 080	2 505
2000	594 417	319 356	201 920	70 008	1 075	2 058
2001	588 563	324 806	192 034	68 490	1 106	2 127
2002	604 479	340 727	192 893	67 878	1 027	1 954
2003	595 045	341 769	186 635	63 605	1 078	1 958
2004	574 185	343 492	173 836	53 771	1 015	2 071
2005	590 036	363 169	171 499	52 583	915	1 870
2006	573 159	362 120	161 898	46 332	849	1 960

연도	인정된 신청수					
	합계	그 중				
		요양등급1	요양등급2	요양등급3	요양등급3 어려운 경우	장애인시설의 시설급여
1995	100.0	30.0	59.9	10.1	0.1	-
1996	100.0	42.6	37.3	19.8	0.2	.
1997	100.0	48.4	35.2	14.1	0.2	2.0
1998	100.0	51.7	34.9	12.6	0.2	0.6
1999	100.0	53.2	34.2	12.1	0.2	0.4
2000	100.0	53.7	34.0	11.8	0.2	0.3
2001	100.0	55.2	32.6	11.6	0.2	0.4
2002	100.0	56.4	31.9	11.2	0.2	0.3
2003	100.0	57.4	31.4	10.7	0.2	0.3
2004	100.0	59.8	30.3	9.4	0.2	0.4
2005	100.0	61.6	29.1	8.9	0.2	0.3
2006	100.0	63.2	28.2	8.1	0.1	0.3

자료: 독일연방보건성 홈페이지, www.bmg.bund.de

장기요양에 관한 법은 추가적으로 시간에 관한 규정을 두고 있다. 장기요양등급 I에서는 일당 평균적으로 최소한 90분의 시간소모를 필요로 해야 하며 이중 가사관리를 제외한 순수 요양범주에서 최소한 45분이 사용되어야 한다. 장기요양등급 II에서는 일당 평균적인 시간소모가 3시간으로

되며 이중 최소한 2시간이 순수요양에 사용되어야 한다. 장기요양등급 III에서는 가장 큰 시간소모를 필요로 하며 법에서는 최소한 5시간 그리고 이중 최소한 4시간의 순수요양 시간소모를 규정하고 있다.

장기요양필요성의 판단과 장기요양등급의 판정은 질병금고의 의료관련 지원단(MDK)에 의해 행해진다.

<표 4-2>에서 4열을 3열로 나눈 인정퍼센트비율은 1995-1997년에는 감소하다가 1998-2002년에는 증가하고, 다시 2003-2006년에는 감소를 하고 있다. 이는 인정퍼센트 비율이 장기요양보험의 지출을 결정하는 주요 요인이라 보면 당시의 재정상황과 관련될 수 있는 가능성이 있겠다.

<표 4-3>의 인정된 신청을 요양등급에서 보면 최근 요양등급 1의 비중은 증가하지만 요양등급2와 3은 감소를 보이고 있다. 어려운 경우로서의 요양등급3과 장애인시설의 시설급여로 인정되는 비중은 낮은 수준, 각각 0.1%와 0.3%에서 거의 일정한 수준을 보이고 있다.

다. 서비스이용측면

(1) 독일 장기요양보험의 급여

(가) 원칙

장기요양법(사회법 XI)은 급여에 대해 다음과 같은 원칙에 입각한다.

- 요양서비스보다 예방과 재활이 우선됨
- 시설요양보다 재가에서의 가족에 의한 요양이 우선됨
- 배우자, 가족 그리고 자발적인 요양제공자의 참여가 요양서비스 제공에 있어 강화되어야 함
- 부분보장으로서 정해진 현금급여 그리고/ 혹은 현물급여는 전체비용에 대한 보조임

(나) 재가와 시설의 요양급여

독일 사회적 장기요양보험의 급여는 재가, 부분시설, 시설로 나뉜다. 그리고 현금급여와 현물급여를 구분한다. 급여를 제공함에 있어 수준은 장기요양등급에 따라 등급이 지워진다. 급여는 다양하게 구성되어 있고 계속 현실화하여야 하는 압력이 있어 재정수요를 증가시킨다.

A. 재가에서의 현물급여

장기요양필요자가 재가영역에서 요양과 돌봄을 전문적인 장기요양인력으로부터 받을 필요가 있으면 기본요양서비스와 가사보조를 현물급여로 신청할 수 있다. 이 경우 장기요양금고는 방문요양기관의 요양서비스에 대해 장기요양등급 I의 경우에는 월 384유로까지, 중증 장기요양필요자(장기요양등급 II)의 경우에는 월 921유로까지, 그리고 최중증 장기요양필요자(장기요양등급 III)의 경우에는 월 1,432유로까지이며 이 경우 특별히 곤란한 경우에는 월 1,918유로까지 지급될 수 있다.

독일의 경우는 법정 질병보험과의 구분을 엄격히 한다. 따라서 의사의 처치를 필요로 하는 요양부분(예를 들면 상처처치)에 대해서는 질병금고가 그 비용을 부담한다.

재가에서 현물급여의 혜택을 받기 위해서는 전문요양인력이 요양금고와 계약관계에 있거나 혹은 질병금고와 보상협약 하에 공급계약을 맺은 공급기관에 속해 있어야 한다는 전제가 충족되어야 한다.

[그림 4-4] 독일 사회적 장기요양보험의 급여

재가	부분시설	시설
○ 현물급여 ○ 현금급여 ○ 요양보조도구 ○ 요양강좌 ○ 간병자의 사회보장비 ○ 주거환경개선보조	○ 주간보호 ○ 야간보호 ○ 단기보호	○ 시설급여

자료: Baecker et al., 2008, p.185.

B. 재가에서 직접 고용한 요양서비스에 대한 현금급여

기본요양서비스와 가사보조를 확보하기 위해 장기요양필요자는 현금급여를 신청할 수 있다. 장기요양등급에 따라 차등 지워진다. 장기요양등급 I의 경우에는 월 205유로, 장기요양등급 II의 경우에는 410유로, 장기요양등급 III의 경우에는 665유로로 차등 지급된다. 현금급여인 요양금(Pflegegeld)은 요양금고가 적합한 장기요양필요자에게 지급하면, 그 장기요양필요자는 다시 보상으로서 그 금액을 요양제공자에게 지급한다.

이 현금급여의 주된 목적은 친족, 친지 그리고 이웃에 의해 제공되는 민간영역의 장기요양서비스 제공동기를 유지하는 것이다.

요양의 현금급여(요양금)는 자산조사 등의 필요도 조사를 거치는 사회보장급여(예를 들면 실업급여 II 혹은 사회부조)를 수령함에 있어 수령한 급여로 계산되지 않는다. 또한 요양금은 요양서비스에 대한 보수로 간주되지 않는다. 예를 들어 장기요양제공자가 장기요양필요자에게서 요양금을 받는다고 해서 이것이 소득으로 간주되어 그렇지 않은 경우 받게 될

피부양자의 지위를 잃게 되지 않는다. 요양금이 고용관계에 따라 지불될 때에만 소득으로 간주되고 상응하는 사회보험과 조세의 대상이 된다.

재가에서 요양서비스를 제공하는 사람들은 법정 상해보험에 저축을 받는다. 더해서 직업적이지 않게 최소한 주 14시간 요양서비스를 제공하는 사람들을 위해서는 요양금고가 연금보험에 대한 보험료를 지불해 준다. 그리고 주 30시간까지 다른 곳에서 사회보험부과대상이 되는 직업을 갖는 장기요양제공자에 게도 피수발자의 장기요양등급과 요양제공량에 따라 보험료가 지불된다.

요양금은 요양의 개선을 위하여 사용되어야 한다. 이를 보장하고 바르지 못한 요양금의 사용을 방지하기 위해 의료관련 지원단(MDK)에 의한 감사가 이루어진다.

현물급여가 모두 이용되지 않은 경우에는 요양의 현금급여와 현물급여는 혼합될 수 있다. 이 경우에는 현물급여와 함께 상응하게 줄어드는 요양금이 지불될 수 있다. 재가의 장기요양서비스 제공자가 서비스제공을 못하게 된 경우 요양금고는 추가적으로 일년에 4주 1,432유로까지 대체간병인력에 대한 비용을 부담한다.

C. 주간보호, 야간보호 그리고 단기보호

재가에서의 요양이 일시적으로 제공될 수 없을 때 주야간보호를 위한 시설에서의 부분시설 요양에 대한 권리가 발생한다. 급여수준은 역시 장기요양등급에 따라 차등된다. 장기요양등급 I의 경우에는 월 384유로까지, 등급 II의 경우에는 월 921유로까지, 등급 III의 경우에는 월 1,432유로까지 지급된다. 시설에서의 단기보호는 예를 들어 재가의 장기요양제공자가 그만 둔 경우에 해당된다. 현재까지 야간보호시설은 존재하지 않는다.

D. 시설보호

장기요양필요자는 원칙적으로 재가와 시설요양 중에서 자유롭게 선택을 할 수 있다. 시설요양에 대해서는 요양금고가 등급에 따라 월 1,432유로까지 지불을 한다. 최중증 장기요양필요자에 대해서는 특별히 곤란한 경우 월 1,688유로까지 제공될 수 있다. 숙박과 신변잡비 즉 호텔비용이라 불리는 것에 대해서는 본인이 부담한다. 이러한 급여에 의해 시설보호의 경우 약 75%의 비용이 충당된다고 한다. 나머지 부분에 대해 본인부담능력이 없는 경우에는 사회부조에 의지하게 된다.

다음은 독일 사회적 장기요양보험의 전체적인 급여개관이다. 이상에서 설명하지 않은 급여 중 우리나라에 의미를 가질 수 있는 것으로 ‘상당한 일반적 요양필요를 가진 자를 위한 보충급여’가 있다. 이는 특히 치매를 앓는 사람과 관계가 있으며 이외에도 정신병자나 정신박약자와 같이 이전에는 별도의 장기요양필요를 인정되지 않던 부분에 대해 그 특수성을 감안한 급여를 제공하는 것이다.

〈표 4-4〉 독일 사회적 장기요양보험의 급여개관(2007년)

급여종류	급여조건	요양등급1 상당한 요양필요	요양등급2 심한요양필요	요양등급3 심한요양필요 (어려운 경우)
재가급여	현물 (유로까지/월)	384	921	1,432 (1,918)
	현금 (유로/월)	205	410	665
간병대체 -가까운 친척 -기타	요양비 연4주, 유로까지	2051) 1,432	4101) 1,432	6651) 1,432

〈표 4-4〉 독일 사회적 장기요양보험의 급여개관(2007년)(계속)

급여종류	급여조건	요양등급1 상당한 요양필요	요양등급2 심한요양필요	요양등급3 심한요양필요 (어려운 경우)
단기요양	요양비 유로까지/연	1,432	1,432	1,432
주야간 부분시설보호	요양비 유로까지/월	384	921	1,432
상당한 일반적 요양필요를 가진 자를 위한 보충급여	급여액 유로까지/연	460	460	460
시설급여	요양비 정책의 유로/월	1,023	1,279	1,432 (1,688)
장애인을 위한 시설급여	다음에 상당하는 요양비	시설 입소비의 10%, 최고 256유로/월		
소비되도록 되어있는 보조용구	비용 유로까지/월	31		
기술적 보조용구	다음에 상당하는 비용	비용의 90%, 각 보조용구마다 최고 25유로의 본인부담 고려		
주거조건의 개선	다음에 상당하는 비용까지	매 조치마다 2,557유로, 적당한 본인부담을 고려		
간병인을 위한 연금보험료 지불	간병활동시간에 따라 유로까지/월 (구 동독지역)	130 (111)	260 (223)	390 (334)

주: 1) 증병에 의거 자발적인 간병인에게 필요한 비용(소득상실, 교통비 등)을 총 1,432유로까지 지불함.

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

(2) 독일 장기요양보험의 서비스 이용

<표 4-5>를 보면 2005년의 경우 약 2백만 명이 사회적 장기요양보험의 급여를 받았다. 이 중 약 67%(약 130만명)는 재가급여를, 약 23%(약 64만명)는 시설급여를 받았다. 또한 전체적인 서비스이용 중 2005년에는 요양

등급 1, 2, 3에 의해 각각 51.8%, 35.3%, 12.9%가 이용되었다. 재가급여, 시설급여 그리고 전체이용 비중에서 요양등급1의 이용비중은 꾸준히 증가세를 보이고 있으며, 요양등급2는 약간의 감소, 요양등급3도 아주 근소한 감소를 보이고 있다. 수혜자 수는 1996년의 약 155만 명에서 2006년의 약 197만 명으로 상당한 증가를 보였다.

<표 4-6>을 보면 요양서비스 종류에 따른 이용현황을 알 수 있다. 이에 따르면 현금급여가 비중이 감소하는 경향을 보이지만, 비중상 가장 큰 의미를 가짐을 알 수 있다. 2006년의 경우 약 47%가 현금급여를 선택했고, 이어서 시설급여가 28.0%로서 큰 비중을 차지하고 있다. 그 뒤를 이어 현금급여와 현물급여를 동시에 받는 혼합급여가 10.1%, 현물급여가 8.8%, 장애인시설급여가 3.3%를 차지하고 있다. 기타의 휴가급여, 주야간보호, 단기보호는 1% 미만의 선택을 받았다.

전체적으로 현금급여는 감소의 경향을 보인다. 최근에 현물급여, 혼합급여, 시설급여, 장애인시설급여는 비중이 크게 변하지 않으면서 유지되는 경향을 보인다. 휴가급여, 주야간보호, 단기보호는 현재 큰 비중을 차지하지 않고 있지만 작게라도 꾸준히 증가하는 경향을 보이고 있다. 급여일수로 계산한 경우 2006년 재가의 비중은 68.7%, 시설의 비중은 31.3%이다.

앞의 <표 4-4>에 제시된 것을 보면 현물급여가 현금급여보다 더 높게 평가가 되어있다. 그럼에도 불구하고 위에서 본 바와 같이 현금급여를 더 선호하고 상대적으로 드물게 전문적인 장기요양서비스를 선택한다. 이에 여러 가지 이유가 있을 수 있다. 우선 금전적인 동기가 가장 중요한 요인이 될 수 있다. 왜냐하면 현금의 사회보험의 의무나 조세의무 등을 고려할 때 제외되는 소득으로서 개인에게 제공된다. 따라서 가계의 재정사정을 적지 않게 개선시키는 역할을 한다. 다음으로 비공식적인 수발자에게 제공되는 사회보장의 측면이 있다. 이는 특히 직업을 갖지 않은 친족이나 수발의 의무때문에 직업을 포기한 경우에 중요한 역할을 한다.

또한 현물급여가 최종증의 경우에도 상한이 정해져 있거나, 항상 가족의 보충적인 요양서비스를 필요로 한다는 점도 중요한 역할을 한다. 그렇다면 차라리 가족이 요양서비스를 전부 부담하고 적지 않은 현금을 받는 것을 선호할 수 있다.

<표 4-7>의 서비스이용자의 연령구조를 보면 2006년의 경우 65세이상 이용자가 약 155만 명으로서 전체의 78.9%를 차지한다. 또한 여성이 약 131만 명으로서 전체 이용자의 66.7%를 차지한다. 이는 여성이 통상적으로 더 오래 사는 것을 반영한 것으로 생각된다.

〈표 4-5〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자수(요양등급과 연말기준)

a) 절대수

연도	재가급여			합계
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	
1995	-	-	-	1,061,418
1996	508,462	507,329	146,393	1,162,184
1997	568,481	486,263	142,933	1,197,677
1998	616,506	471,906	138,303	1,226,715
1999	668,314	472,189	139,876	1,280,379
2000	681,700	448,427	130,698	1,260,825
2001	697,714	436,693	127,260	1,261,667
2002	725,993	435,924	127,235	1,289,152
2003	733,302	424,682	123,414	1,281,398
2004	746,140	426,632	123,039	1,296,811
2005	759,114	425,843	124,549	1,309,506
2006	767,978	418,617	123,156	1,309,751

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-5〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자수(계속)

a) 절대수

연도	시설급여			
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	합계
1995	-	-	-	-
1996	111,856	162,818	109,888	384,562
1997	159,383	189,702	113,186	462,271
1998	187,850	210,525	113,028	511,403
1999	203,950	226,657	115,376	545,983
2000	210,883	234,839	115,622	561,344
2001	218,909	242,779	116,247	577,935
2002	230,383	249,600	119,834	599,817
2003	237,907	254,477	121,635	614,019
2004	245,327	258,926	124,639	628,892
2005	251,730	262,528	128,189	642,447
2006	265,294	264,492	128,968	658,754

연도	합계			
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	합계
1995	-	-	-	1,061,418
1996	620,318	670,147	256,281	1,546,746
1997	727,864	675,965	256,119	1,659,948
1998	804,356	682,431	251,331	1,738,118
1999	872,264	698,846	255,252	1,826,362
2000	892,583	683,266	246,320	1,822,169
2001	916,623	679,472	243,507	1,839,602
2002	956,376	685,524	247,069	1,888,969
2003	971,209	679,159	245,049	1,895,417
2004	991,467	685,558	248,678	1,925,703
2005	1,010,844	688,371	252,738	1,951,953
2006	1,033,272	683,109	252,124	1,968,505

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-5〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자수(계속)

b) 퍼센트 비중

연도	재가급여			
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	합계
1995	-	-	-	100.0
1996	43.8	43.7	12.6	100.0
1997	47.5	40.6	11.9	100.0
1998	50.3	38.5	11.3	100.0
1999	52.2	36.9	10.9	100.0
2000	54.1	35.6	10.4	100.0
2001	55.3	34.6	10.1	100.0
2002	56.3	33.8	9.9	100.0
2003	57.2	33.1	9.6	100.0
2004	57.5	32.9	9.6	100.0
2005	58.0	32.5	9.5	100.0
2006	58.6	32.0	9.4	100.0

연도	시설급여			
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	합계
1995	-	-	-	-
1996	29.1	42.3	28.6	100.0
1997	34.5	41.0	24.5	100.0
1998	36.7	41.2	22.1	100.0
1999	37.4	41.5	21.1	100.0
2000	37.6	41.8	20.6	100.0
2001	37.9	42.0	20.1	100.0
2002	38.4	41.6	20.0	100.0
2003	38.7	41.4	19.8	100.0
2004	39.0	41.2	19.8	100.0
2005	39.2	40.9	20.0	100.0
2006	40.3	40.2	19.6	100.0

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-5〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자수(계속)

b) 퍼센트 비중

연도	합계			
	요양등급1	요양등급2	요양등급3	합계
1995	-	-	-	100.0
1996	40.1	43.3	16.6	100.0
1997	43.9	40.7	15.4	100.0
1998	46.3	39.3	14.5	100.0
1999	47.8	38.3	14.0	100.0
2000	49.0	37.5	13.5	100.0
2001	49.8	36.9	13.2	100.0
2002	50.6	36.3	13.1	100.0
2003	51.2	35.8	12.9	100.0
2004	51.5	35.6	12.9	100.0
2005	51.8	35.3	12.9	100.0
2006	52.5	34.7	12.8	100.0

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-6〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(급여종류와 연평균기준, 급여일수로 계산)

a) 절대수

연도	급여종류								
	현금 급여	현물 급여	혼합 급여	휴가 급여	주야간 보호	단기 보호	시설 급여	장애인 시설급여	합계
1995	887 697	82 763	82 330	10 464	1 777	3 652	-	-	1 068 682
1996	943 877	105 879	135 305	6 804	3 639	5 731	355 142	5 711	1 562 087
1997	970 775	119 167	157 390	3 712	5 058	5 627	424 853	38 417	1 725 000
1998	962 669	133 895	171 764	4 070	6 774	6 199	452 750	56 543	1 794 664
1999	982 877	152 648	192 556	5 716	8 673	7 146	485 014	53 875	1 888 505
2000	954 684	159 693	193 018	6 313	10 287	7 696	494 793	55 641	1 882 125
2001	962 130	161 653	201 667	7 495	12 177	8 108	513 377	58 446	1 925 053
2002	977 327	165 679	205 322	8 841	13 148	8 615	532 278	60 428	1 971 638
2003	968 289	169 580	202 710	10 362	13 864	9 317	540 070	63 104	1 977 296
2004	959 580	169 357	203 544	12 145	15 045	9 989	548 647	65 052	1 983 358
2005	959 546	173 251	204 348	14 263	16 024	11 140	559 784	66 389	2 004 744
2006	977 034	180 944	208 825	18 714	16 767	13 096	575 846	68 987	2 060 214

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-6〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(계속)

b) 퍼센트 비중

연도	급여종류								합계
	현금 급여	현물 급여	혼합 급여	휴가 급여	주야간 보호	단기 보호	시설 급여	장애인 시설급여	
1995	83.0	7.7	7.7	1.0	0.2	0.3	-	-	100.0
1996	60.4	6.8	8.7	0.4	0.2	0.4	22.7	0.4	100.0
1997	56.3	6.9	9.1	0.2	0.3	0.3	24.6	2.2	100.0
1998	53.6	7.5	9.6	0.2	0.4	0.3	25.2	3.2	100.0
1999	52.0	8.1	10.2	0.3	0.5	0.4	25.7	2.9	100.0
2000	50.7	8.5	10.3	0.3	0.5	0.4	26.3	3.0	100.0
2001	50.0	8.4	10.5	0.4	0.6	0.4	26.7	3.0	100.0
2002	49.6	8.4	10.4	0.4	0.7	0.4	27.0	3.1	100.0
2003	49.0	8.6	10.3	0.5	0.7	0.5	27.3	3.2	100.0
2004	48.4	8.5	10.3	0.6	0.8	0.5	27.7	3.3	100.0
2005	47.9	8.5	10.2	0.7	0.8	0.6	27.9	3.3	100.0
2006	47.4	8.8	10.1	0.9	0.8	0.6	28.0	3.3	100.0

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-7〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(연령그룹과 연말기준)

a) 절대수

연도	나이(이상-미만)					
	20미만	20-55	55-60	60-65	65-70	70-75
1995	72 868	115 845	35 268	46 911	67 876	99 910
1996	79 987	141 175	48 169	63 850	91 455	136 124
1997	85 673	167 699	51 835	71 271	96 381	141 922
1998	88 803	181 239	52 650	78 128	98 187	148 920
1999	93 544	189 994	51 675	82 922	104 551	157 874
2000	90 625	191 357	46 667	83 681	105 401	158 154
2001	90 358	194 202	43 254	83 844	108 619	159 134
2002	92 214	199 223	43 314	83 196	115 062	161 907
2003	92 426	201 919	43 405	80 211	120 677	158 487
2004	91 568	204 550	44 414	75 588	123 102	161 228
2005	91 890	206 363	48 162	68 868	125 202	164 758
2006	91 823	208 680	50 945	63 808	125 148	168 700

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-7〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(계속)

a) 절대수

연도					합계	그 중	
	75-80	80-85	85-90	90세이상		남성	여성
1995	104 481	199 787	201 266	117 206	1 061 418	378 118	683 300
1996	175 144	284 103	325 613	201 126	1 546 746	483 178	1 063 568
1997	207 077	266 744	348 612	222 734	1 659 948	524 453	1 135 495
1998	237 459	243 118	366 654	242 960	1 738 118	550 141	1 187 977
1999	256 598	238 865	383 315	267 024	1 826 362	580 825	1 245 537
2000	249 784	255 189	365 231	276 080	1 822 169	579 007	1 243 162
2001	244 189	290 281	336 621	289 100	1 839 602	587 151	1 252 451
2002	246 496	335 885	304 488	307 184	1 888 969	607 370	1 281 599
2003	248 849	368 164	266 649	314 630	1 895 417	615 421	1 279 996
2004	253 309	382 744	262 001	327 199	1 925 703	628 742	1 296 961
2005	255 726	378 507	292 687	319 790	1 951 953	643 155	1 308 798
2006	255 470	368 965	334 924	300 042	1 968 505	654 887	1 313 618

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

b) 퍼센트 비중

연도	나이(이상-미만)					
	20미만	20-55	55-60	60-65	65-70	70-75
1995	6.9	10.9	3.3	4.4	6.4	9.4
1996	5.2	9.1	3.1	4.1	5.9	8.8
1997	5.2	10.1	3.1	4.3	5.8	8.5
1998	5.1	10.4	3.0	4.5	5.6	8.6
1999	5.1	10.4	2.8	4.5	5.7	8.6
2000	5.0	10.5	2.6	4.6	5.8	8.7
2001	4.9	10.6	2.4	4.6	5.9	8.7
2002	4.9	10.5	2.3	4.4	6.1	8.6
2003	4.9	10.7	2.3	4.2	6.4	8.3
2004	4.7	10.6	2.3	3.9	6.4	8.4
2005	4.7	10.6	2.5	3.5	6.4	8.4
2006	4.7	10.6	2.6	3.2	6.4	8.6

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

〈표 4-7〉 독일의 사회적 장기요양의 급여수혜자(계속)

b) 퍼센트 비중

연도					합계	그 중	
	75-80	80-85	85-90	90세이상		남성	여성
1995	9.8	18.8	19.0	11.0	100.0	35.6	64.4
1996	11.3	18.4	21.1	13.0	100.0	31.2	68.8
1997	12.5	16.1	21.0	13.4	100.0	31.6	68.4
1998	13.7	14.0	21.1	14.0	100.0	31.7	68.3
1999	14.0	13.1	21.0	14.6	100.0	31.8	68.2
2000	13.7	14.0	20.0	15.2	100.0	31.8	68.2
2001	13.3	15.8	18.3	15.7	100.0	31.9	68.1
2002	13.0	17.8	16.1	16.3	100.0	32.2	67.8
2003	13.1	19.4	14.1	16.6	100.0	32.5	67.5
2004	13.2	19.9	13.6	17.0	100.0	32.6	67.4
2005	13.1	19.4	15.0	16.4	100.0	32.9	67.1
2006	13.0	18.7	17.0	15.2	100.0	33.3	66.7

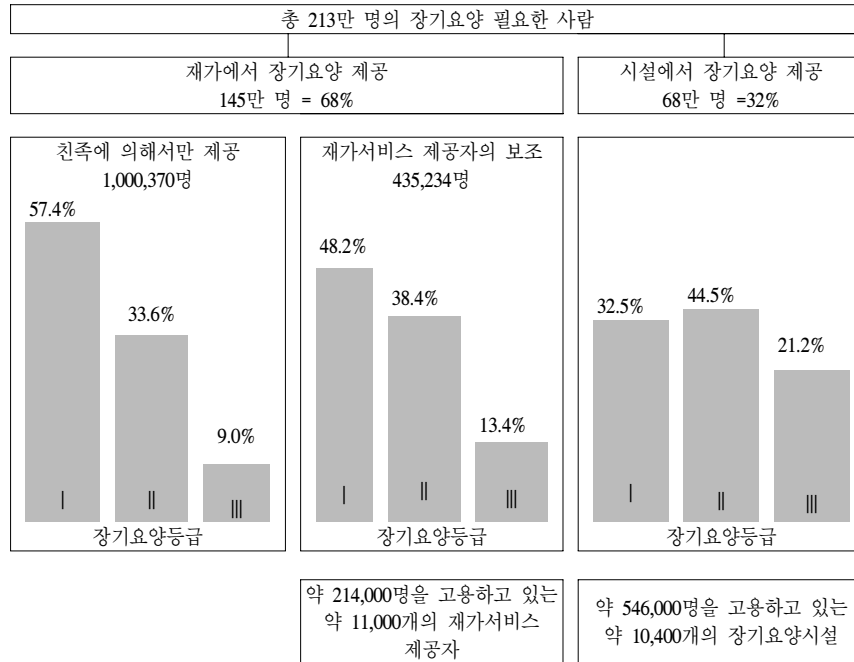
자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

라. 장기요양서비스관련 인프라측면

(1) 장기요양제공자: 가족, 외래 그리고 시설

독일 사회적 장기요양보험에서 정의된 장기요양 필요자의 수는 2006년의 경우 213만 명이였다. 이중 68%가 여성이였다. 또한 65세 이상 그리고 85세 이상은 각각 82%와 33%이였다. 장기요양필요자의 3분의 2를 조금 넘는 사람(68%, 약145만 명)들이 집에서 장기요양서비스를 받았고, 약 32%의 사람들(약68만 명)은 시설에서 장기요양서비스를 받았다. 이는 장기요양 필요자들이 일단 비공식 수발자(informal care givers)인 친족에 의해 돌보아지고 불가피한 경우에 시설에 입소시키는 경향이 있음을 나타내고 있다.

[그림 4-5] 장기요양필요와 장기요양의 제공(2005년)



자료: 독일연방통계청, 장기요양 통계 2005, Wiesbaden 2007.

자료: Baecker et al. (2008), p.179.

재가에서 장기요양이 제공되는 경우 친족의 역할이 결정적이다. 이웃이나 친지가 제공하는 경우는 매우 드물다. 거의 모든 경우에 장기요양필요자와 동거하는 혈족이 주 장기요양서비스 제공자이다. 가족의 경우 주 장기요양제공자는 여성으로서 대부분 부인이고, 종종 딸과 며느리도 참여한다. 또한 장기요양필요자의 연령이 높기 때문에 가족에 의한 돌봄은 자주 고령자에 의한 고령자의 돌봄이라는 형태를 띤다. 주 장기요양 제공자의 약 3분의 1이 65세 이상이며, 40세와 65세 사이는 약 60% 정도이다.

약 3분의 1정도만이 전문적인 요양서비스를 받는다.

시설에는 주로 중증과 최중증의 장기요양필요자가 입소한다. 현재에는

예외적으로 위신이 높고 비싼 민간유료시설을 감당할 수 있는 경우를 빼고는 통상 정정한 노인이 시설에 입소를 하지 않는다. 상당수의 시설입소자들은 급성기병상병원에서 이송된다. 병원보다 요양시설에서 머무르는 기간이 훨씬 길지만 현재는 고령화로 인해 이것도 짧아지는 경향이 있다. 이 경우 요양시설에 입소하는 것은 일방도로와 같아서 다시 독립적인 생활을 영위하는 재가환경으로의 귀환은 거의 일어나지 않는다. 즉 요양시설이 죽음전의 마지막 단계가 되는 것이다.

(2) 독일 장기요양제공자의 구조: 인프라

외래 장기요양서비스 공급자의 구조는 소규모의 민간 제공자의 압도적인 비중에 의해 특징지워진다. 이들은 2005년의 경우 전체 외래제공자의 57.6%를 차지하고 있다. 또 다른 민간공급자인 민간비영리 공급자가 역시 40.6%의 비중을 차지하여 외래 공급에서 공공의 역할은 1.7%로서 미미하다.

〈표 4-8〉 외래와 입원 장기요양 서비스제공자와 인력의 구조(2005년)

	외래서비스 제공자		시설 입원서비스제공자	
	(수)	(%)	(수)	(%)
공급자				
총계	10,997	100	10,424	100
민간영리	6,327	57.6	3,974	38.1
민간비영리	4,547	40.6	5,748	55.1
공공	193	1.7	702	6.7
인력				
총계	214,307	100	546,397	100
이 중에서				
상근 피고용자	56,354	26.3	208,201	38.1
비상근 피고용자	103,181	48.1	240,870	44.1
저임금 피고용자	47,957	22.4	55,238	10.1

자료: 독일연방통계청, 장기요양통계 2005, Wiesbaden 2007.

자료: Baecker et al., 2008, p.189.

외래 장기요양서비스 공급분야에 고용되어 있는 인력은 약 21만 명이다. 이중 통상 질적인 보장이 안 되는 비상근 근로자와 저임금 근로자가 각각 48.1%와 22.4%로서 모두 70.5%로서 압도적인 비중을 차지하고 있다. 상근근로자는 단지 약 4분의 1정도를 차지하고 있다.

입원서비스를 제공하는 시설의 경우에는 공공이 6.7%로서 미미하다는 것은 외래서비스 제공자의 경우와 비슷하지만 민간비영리가 55.1%로서 민간영리 38.1%보다 높다는 점에서는 차이가 난다. 이는 민간비영리 제공자가 외래보다는 시설에 더 투자를 하고, 민간영리의 경우는 반대라는 것을 의미하겠다.

시설의 인력구조도 외래의 경우 보다는 상근근로자의 비중이 38.1%로서 조금 양호하지만 서비스의 질을 담보할 수 없는 비상근 근로자나 사회보험 보험료를 낼 의무가 없는 저임금 근로자가 역시 54.2%로서 높은 비중을 차지하고 있다.

마. 재정안정화방안측면

(1) 재정시스템과 방식

사회적 장기요양보험 재정에서는 두 가지 분야를 구분해야 한다(2분된 재정시스템). 하나는 요양금고의 임무이고 다른 하나는 투자와 관련된 것이다. 시설분야의 규모를 유지하고 투자하는 것은 주정부의 임무이다. 반면에 정상적인 운영비와 서비스지출은 미리 정해진 보험료를 안에서 요양금고가 책임진다. 양자간의 정확한 구분은 주정부의 법에 의해 규정된다.

독일 사회적 장기요양보험의 재정방식은 부과방식이다. 법적으로 정해진 준비금은 1.5개월의 지출을 감당할 수 있어야 한다. 연방의 국고보조나 적자보전에 대한 보증은 없다. 따라서 지출은 보험료에 의해서만 충당된다.

(2) 사회적 장기요양보험의 재정: 보험료 수입

보험료율은 법적으로 고정되어 있다. 따라서 보험료액수는 소득에 따라 정해진다. 질병보험의 보험료산정한계(Beitragsbemessungsgrenze) 규정이 적용된다. 2008년의 경우 3,600유로이다.

1995년 1월 1일 당시에 보험료율은 보험료산정 소득기준의 1%였으나 1996년 7월 1일 시설장기요양급여가 시작되면서부터 1.7%로 상향조정되었다. 보험료징수는 법정 질병보험과 같은 방식으로 이루어진다. 고용주가 임금에서 장기요양보험료를 떼어 질병금고에 이체한다. 작센주(Sachsen)를 제외하고는 고용주의 부담을 덜어주기 위해 종교적인 휴일인 참회와 기도일(Buss- und Bettag)을 법정공휴일에서 제외하였다. 따라서 작센주 이외에는 1.7%의 보험료를 고용주와 근로자가 각 반씩 즉 0.85%씩 부담하고, 작센주에서는 근로자가 1.35%, 고용주가 0.35%를 부담한다.

자식이 없는 보험가입자는 2005년 1월 1일부터 추가적으로 0.25%를 더 부담하게 되었다. 이에 따라 기본적인 0.85%에 이를 더해 1.1%의 보험료를 지불하게 되었다. 이는 연방헌법위원회가 동일임금에 대해 자식이 있는 가입자와 없는 가입자 사이에 보험료의 차이를 두어야 한다는 판결을 내린 것에 근거한다. 이에 대한 예외규정은 1940년 1월 1일 이전에 태어난 가입자, 23세까지의 아동과 청소년에 해당된다. 실업수당 II의 수령자와 국방과 공익근무에 종사하는 자에게도 예외규정이 적용된다.

2008년 7월 1일부터 보험료가 현행의 1.7%에서 0.25%가 오른 1.95%로 상향조정된다. 자식이 없는 가입자는 같은 방식으로 현행의 1.95%에서 2.1%로 상향조정된다. 보험료가 상향조정된 이유는 첫째로, 현재 존재하는 약간의 적자를 해소하고, 둘째로 제안된 급여의 개선을 재정적으로 뒷받침하기 위해서이다. 현재의 계산으로는 상향된 보험료에 의해 2014년 말과 2015년 초에 걸친 기간까지 매달의 최소적립금을 사용할 필요가 없

게 장기요양보험의 급여를 충당하기에 충분하다. 이러한 상향조정과 반대로 실업보험에서 지불되는 보험료율은 0.3% 하향 조정되었다.

연금수급자의 연금에서의 보험료와 생계수령(Versorgungsbezüge)과 노동수입에 대한 보험료는 연금수령자 자신이 부담하게 된다.

피고용자로서 법정 질병보험에 자유가입자로 가입한 자는 사회적 장기요양보험료의 반을 고용주로부터 제공받는다. 사적 장기요양보험에 법적으로 가입된 피고용자도 동일한 금액의 보조를 받는데 그 금액은 사적 장기요양보험 보험료의 절반으로 그 액수가 제한되어 있다.

실업수당과 생계보조금(Unterhaltsgeld)을 수령하는 자의 보험료는 연방노동청(Bundesagentur fuer Arbeit)가, 실업수당 II의 수령자는 연방노동청 혹은 허가된 지역공동체의 담당기관이, 재활의 경우는 재활담당기관이, 시설의 장애인의 경우엔 시설의 운영자가, 그리고 기타의 생계를 위한 사회적 급여의 수령자의 경우엔 해당 담당기관이 보험료를 지불한다.

사적 강제장기요양보험의 보험료는 소득에 따르지 않고 가입 시의 연령에 따라 정해진다. 1995년 1월 1일 이후 처음으로 사적 질병보험에 가입된 경우에는 건강상태에 따라 보험료가 정해진다. 그러나 최고보험료는 법적으로 정해져 있다. 즉 사회적 장기요양보험의 최고보험료를 초과해서는 안 된다. 2008년 1월 1일부터의 최고보험료는 월 61.20유로가 적용된다.

1995년 1월 1일 이후 처음으로 사적 질병보험의 가입자가 된 자에 대해서는 5년이 경과한 후에 최고보험료의 제한규정이 적용된다. 장기요양 시 보조급여(Beihilfeleistungen)를 수령할 권리가 있는 공무원은 최고보험료의 절반 이상에 해당하는 보험료를 지불하지 않는다.

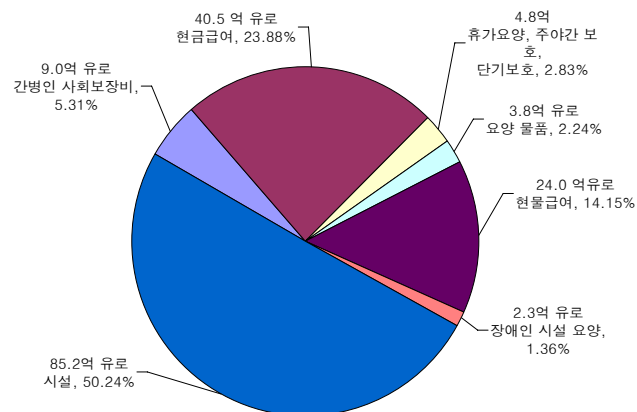
보험료는 남자와 여자에게 동일하게 적용된다. 기혼자의 경우 한명만 소득이 있거나 혹은 그 소득이 최소생계비(Geringfuegigkeitsgrenze)를 넘지 않는 경우 사적 장기요양보험의 보험료는 사회적 장기요양보험의 최고보험료의 150%를 넘을 수 없다. 이러한 보험료제한은 적어도 부부 중의 한

명이 1995.1.1 이미 보험의무자가 된 경우에만 해당된다. 자녀들은 사회적 장기요양보험에서와 같이 보험료 부담 없이 함께 보장이 된다.

(3) 독일 사회적 장기요양보험의 지출과 수지 현황

[그림 4-6]에서 독일 사회적 장기요양보험의 요양서비스 종류에 따른 2005년의 지출을 보면 요양서비스를 선택한 수급자의 비중과는 달리 시설급여가 50.24%로서 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 다음으로 현금급여가 23.88%, 재가 현금급여가 14.15%를 차지한다.

[그림 4-6] 독일 사회적 장기요양보험의 요양서비스 종류에 따른 지출(2005년)



<표 4-9>와 [그림 4-7]에서 전체적인 경향을 보면 시설급여에 대한 지출은 많이 증가한 반면 다른 부분의 지출은 약하게 증가했거나(재가 현금급여의 경우), 혹은 감소를 한 경우(현금급여인 요양금의 경우)도 있다.

법정질병과는 달리 장기요양보험에서는 요양서비스 가격이 요양서비스종류와 요양등급에 따라 명목적인 가격으로 확정되기 때문에 지출의 변화를 가격

과 양만으로 설명할 수 없다. 가격이 고정된 경우 지출은 장기요양필요자의 수, 장기요양 등급 그리고 서비스의 종류에 따라 결정적으로 영향을 받는다.

〈표 4-9〉 독일 사회적 장기요양보험의 재정

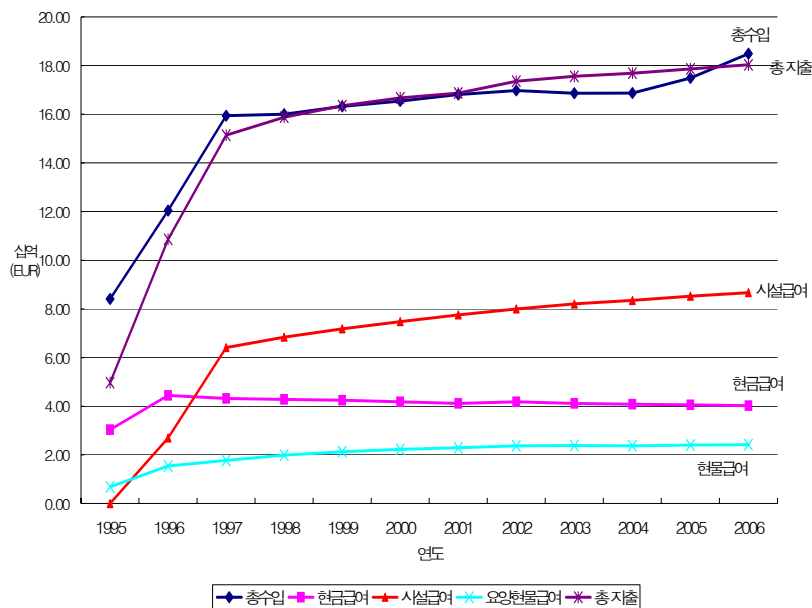
(단위: 십억 유로)

항목	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
〈수입〉										
보험료수입	15.77	15.80	16.13	16.31	16.56	16.76	16.61	16.64	17.38	18.36
- 요양금고	13.06	13.04	13.32	13.46	13.66	13.57	13.30	13.28	13.98	14.94
- 조정기금	2.71	2.76	2.80	2.86	2.90	3.19	3.31	3.36	3.40	3.42
기타 수입	0.17	0.20	0.19	0.23	0.25	0.22	0.25	0.23	0.12	0.13
총수입	15.94	16.00	16.32	16.54	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49	18.49
〈지출〉										
급여지출	14.34	15.07	15.55	15.86	16.03	16.47	16.64	16.77	16.98	17.14
- 현금급여	4.32	4.28	4.24	4.18	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05	4.02
- 요양현물급여	1.77	1.99	2.13	2.23	2.29	2.37	2.38	2.37	2.40	2.42
- 요양휴가	0.05	0.06	0.07	0.10	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19	0.21
- 주야간 보호	0.04	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09
- 보충요양급여						0.00	0.01	0.02	0.02	0.03
- 단기요양	0.10	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.16	0.20	0.21	0.23
- 간병인 사회보장	1.19	1.16	1.13	1.07	0.98	0.96	0.95	0.93	0.90	0.86
- 요양도구	0.33	0.37	0.42	0.40	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38	0.38
/ 기술적 보조 등										
- 시설급여	6.41	6.84	7.18	7.48	7.75	8.00	8.20	8.35	8.52	8.67
- 장애인 시설의 시설급여	0.13	0.22	0.20	0.21	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23	0.24
의료복무비용의 반	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27
행정비용	0.55	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.59	0.58	0.59	0.62
기타비용	0.01	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.06	0.07	0.00	0.00
총 지출	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03
〈재정상태〉										
수입초과	0.80	0.13	---	---	---	---	---	---	---	0.45
지출초과	---	---	0.03	0.13	0.06	0.38	0.69	0.82	0.36	---
연방정부자대부금	---	---	---	---	---	+0.56	---	---	---	---
연말 누적적립금	4.86	4.99	4.95	4.82	4.76	4.93	4.24	3.42	3.05	3.50
금고의 예산계획에 따른 월 지출	3.77	3.70	3.61	3.37	3.27	3.34	2.82	2.27	2.01	2.29

자료: 독일 연방보건성 홈페이지 www.bmg.bund.de

수입과 지출을 함께 보면 도입 후 12년 동안 1999-2005년 사이에 7번의 적자를 보였다. 이는 연말 누적적립금의 감소를 초래한다. 이러한 적자의 원인은 전체적으로 완만한 증가경향을 보이는 지출보다는 보험료와 관련된 수입의 감소에서 더 찾을 수 있겠다. 수입의 감소는 실업, 보험의 의무가 있는 고용관계의 감소 그리고 임금의 약한 상승세에 그 원인이 있다. 2006년의 경우 수입 측의 좋은 환경(경제와 노동시장)으로 수입초과가 있었고 35억의 누적적립금이 있다. 이 누적적립금은 요양금고의 2.3개월 지출에 해당한다.

[그림 4-7] 독일 사회적 장기요양보험의 수입과 지출 변화(1995-2006)



바. 독일 장기요양보험의 개혁

2008년 3월 14일 독일국회에서 비준된 “장기요양보장의 구조적인 지속적 발전을 위한 법” (Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung; Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)에 근거한 최근의 개혁을 다룬다.

(1) 개혁의 문제와 목표

1995년 1월 1일 도입된 장기요양보험은 요양요구가 있는 사람은 물론 피보험자에게서도 높은 호응을 받았다고 평가한다.

그 성과로서 ①요양요구가 있는 많은 사람들이 그 들의 개인적인 소망대로 자기 집에서 돌봄을 받을 수 있었고, ②요양요구가 있는 사람과 그 가족들이 요양과 관련된 재정적 비용을 감당할 수 있도록 도왔다는 것들을 수 있다. 이러한 호응과 성과에도 불구하고 정책입안자들은 개선의 여지와 내용적인 발전이 필요하다는 판단을 내렸다.

첫째로, 치매에 근거한 장애가 있는 사람, 정신적인 장애를 가지고 있는 사람 혹은 심리적인 장애를 가진 사람들의 일반적인 보호와 감독의 필요가 재정적으로 과도한 부담을 주지 않으면서 어떻게 좀더 개선된 대응방안에 의해 만족될 수 있을까.

둘째로, 더 나아가 제도도입 이래 거의 변화 없이 고정되어 있는 급여수준을 어떻게 상향조정하여야 하는가가 장기요양보험의 발전을 위한 주요문제로 대두된다.

셋째로, 장기요양급여의 질을 지속적으로 개선하고 질의 확보와 발전을 위한 수단들을 강화하여야 하는 것이 요구되고 있다.

(2) 대책

대책의 기저에는 장기요양보험이 요양필요자의 욕구나 소망 그리고 그 친족들의 욕구나 소망에 좀더 잘 부응하여야 한다는 방향성이 깔려 있다. 이에 따라 “시설급여 보다 재가급여를 우선한다는 기본원칙”이 지금까지 보다 더 강하게 장기요양보험의 구조적인 변화에서 반영된다.

이러한 측면에서 특히 강조되는 것은 ①급여액, 특히 재가급여 부문에서의 상승, ②요양관련 상담에 대한 권리의 도입(case management), ③ 요양관련 거점(Pflegestuetzpunkte)들의 설치 등이다.

이러한 조치들은 주거지를 중심으로 도움을 필요로 하는 사람의 욕구에 맞추어진 돌봄과 지도를 미래에 가능하게 하는 것을 목표로 하는 주거지 중심 급여구조의 발전과 확장을 강화한다.

이를 위해 다음과 같은 대책들을 특히 강조하고 있다. 법의 기안에서 이와 다른 대책의 가능성을 명시적으로 부정하고 있다.

- 장기요양관련 거점의 설치
- 포괄적인 요양관련 상담에 대한 개인의 권리: 사례관리
- 특히 공동의 급여수혜를 통한 새로운 거주형태의 발전을 위한 여건의 개선
- 개별 요양인력을 위한 확대된 노동가능성
- 재가와 시설급여의 단계적인 상향조정
- 제한된 일상생활 능력을 가진 사람들을 위한 급여의 확대와 소위 요양 등급 이외에 해당하는 사람에 대한 조치 마련
- 주야간보호의 개선
- 물가 등을 반영한 급여의 현실화를 위한 동적인 조정기전 마련
- 쉽게 이용할 수 있는 요양관련 서비스의 지속적 확대를 위한 장려자금 그리고 요양의 영역에서 자원봉사적인 구조와 자구책을 조장하기 위한 장려자금의 확충

- 근로자를 위한 요양관련 휴가(Pflegezeit)의 도입
- 요양영역에서 예방과 재활의 강화
- 서비스질 확보의 강화와 투명성의 지속적인 제고
- 세대를 통괄하는 시민참여의 지원
- 단절로 인한 문제의 감소와 경제성 및 비관료화의 조장
- 개인 스스로의 예방적 조치에 대한 강화
- 보험료를 0.25% 상향조정
- 노령준비금의 이동가능성을 사적 강제장기요양보험에도 도입

(3) 대책의 영향에 대한 평가

0.25%의 보험료 상승은 매년 약 25억 유로의 수입증가를 가져오는데, 2008년의 경우는 보험료가 7월1일 상승되므로 약 13억의 수입증가가 있을 것으로 예상하고 있다. 단계적인 급여상승 등의 지출 증가적 조치로 2008년 하반기에는 약 4억8천만 유로의 지출 증가가 발생하고, 2009년에는 약 10억 4천만 유로의 지출증가가 예상되고 있다. 그리고 2010년부터 2012년까지 연 지출증가가 22억 유로까지 도달하고, 2015년부터는 현재 급여의 동적 조정에 의해 지출증가가 야기될 것으로 보인다.

0.25%의 보험료 인상은 인구변화에 의한 영향과 급여개선에 의한 영향을 급여의 동적조정으로 고려하지 않는다는 전제하에서 지속적으로 유지하는 것으로 되어 있다. 따라서 2014년 말과 2015년 초까지는 재정이 안정될 것으로 보고 있다. 여기에서 각 사회보장부문들, 정부재정, 조세, 정부와 지자체들에 대한 재정적 영향을 분석해 보면, 개혁조치들의 재정적 영향이 국내총생산에 비해 작아 소비자물가수준에는 거의 영향을 미치지 않고, 급여의 동적조정도 요양급여 관련 물가에 직접적인 영향을 미치지 않는데, 그 이유는 부분보장이어서 요양급여수준이 이 분야에서의 물가형성에 본질적인 영향을 미치지 않기 때문이다.

보험료 상승으로 고용주는 2008년에 약 4억 유로, 2009년부터는 약 8억 유로를 추가적으로 부담하여야 한다. 그러나 이에 대해 2008년 1월부터 실업보험 보험료의 감소를 통해 요양보험부담은 크게 줄어든 것으로 예상하고 있다.

재가와 시설급여에 있어 비관료화 조치를 통해 관료제비용을 감소시킨다. 특히 장기요양관련 서류의 간소화를 통해 요양시설과 요양인력에게 적어도 약 8천만 유로의 부담감소가 발생한다.

질 확보를 위해 요구되는 새로운 정보에 대한 의무들은 간소화되거나 삭제되는 정보에 대한 의무에 의해 상쇄된다. 새로운 정보에 대한 의무를 도입함에 있어 항상 가능하면 비관료적으로 이루어지도록 세심한 주의를 한다. 따라서 전체적으로 이 개혁법안은 관료제 비용의 감소를 가져온다.

제2절 일본

1. 개호보험제도의 기본내용

일본 개호보험제도에 대한 기본내용은 다음과 같다.

첫째, 피보험자(가입자)는 직업, 소득수준, 거주지와 관계없이 연령에 따라서 구분하고 있는데, 65세 이상 노인은 1종 피보험자, 40~64세는 2종 피보험자이다. 다만, 후자의 경우에는 법에 지정한 16개 노인성질환에 이환된 자로써 요개호상태에 있어야 한다는 조건이 있다. 결국, 64세이하의 노인성질환에 의하지 않은 장애인의 요개호필요자는 개호보험제도에서 제외된다는 것이다. 지난 2006년도 법 개정으로 개호보험제도하에서의 개호 인정등급을 기존 6개(요지원등급 및 5개의 요개호등급) 등급에서 7개 등급(2개의 요지원등급 및 5개의 요개호등급)으로 확대되었고, 후자를 개호 예방등급으로 지칭하여 별도로 관리하고 있는 실정이다.

둘째, 보험자는 지자체(시정촌)라는 점이다. 일본의 지자체는 국민건강

보험이라는 지역보험의 보험자이기도 하기 때문에 2개의 사회보험을 운영하는 보험자이다. 특히, 개호보험서비스는 고령자가 중심이고, 이들 계층은 일정한 지역사회 내에서 생활하고 있기 때문에 지자체의 인구고령화 정도나 재정력에 따라서 보험재정수지가 서로 상이한 실정이다. 이에 따라 재정수지의 균형이 유지되지 못하는 지역이 발생하고 있다는 점을 감안하여 재정안정화기금으로 지역 간 재정력 격차를 조정하고 있다.

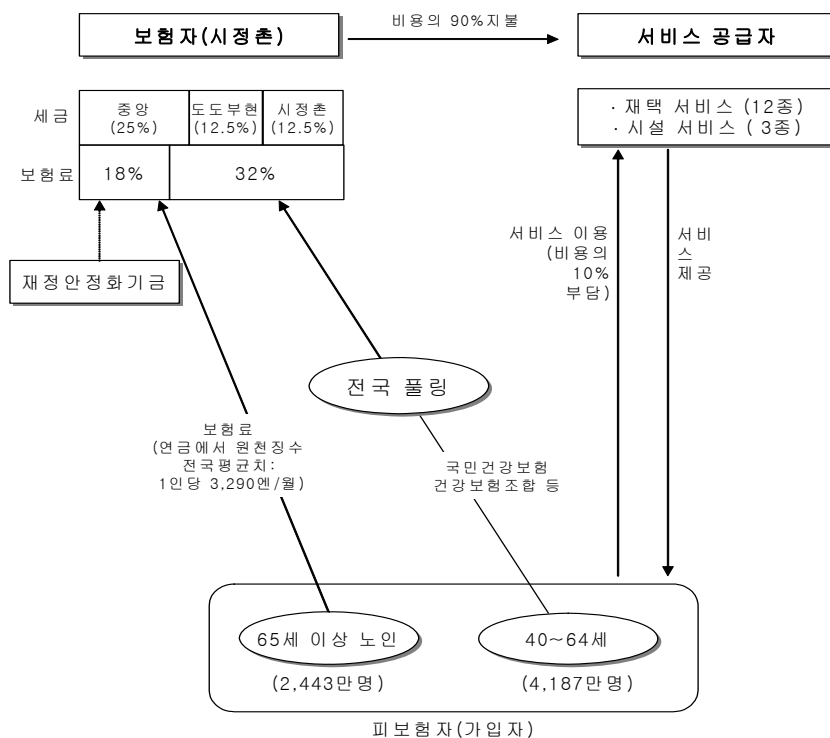
셋째, 보험급여는 재택서비스와 시설서비스로 나뉘어지는데, 이용자는 보험급여의 10%를 서비스 이용 시에 이용자본인부담하에 공급자에게 지불한다는 점이다. 지난 2006년도 법개정으로 요양실료 및 식사대는 비보험급여로 전환됨으로써 실제의 이용자부담수준은 과거에 비하여 높아졌다는 것이다. 여기에서 시설급여의 일환으로 지급되고 있었던 개호요양형 의료시설급여는 2012년부터 폐지할 예정으로 있는데, 동 시설은 건강보험 제도의 요양형의료시설로 남든가, 아니면 개호노인보건시설이나 케어하우스로 전환하도록 유도하고 있다. 그리고 재택서비스의 경우에는 개호서비스와 개호예방서비스⁴⁷⁾가 있고, 그 이외에 지역밀착형 개호서비스와 개호예방서비스가 있다. 개호예방서비스는 개호예방등급으로 분류된 요지원등급자가 수급대상이고, 지역밀착형서비스는 소규모다기능형 거택개호, 야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통소개호, 인지증대응형 생활개호(그룹홈), 지역밀착형 특정시설입거자생활개호, 지역밀착형 개호노인복지시설입소자 생활개호가 있고, 지역밀착형 개호예방서비스에는 소규모다기능형 거택개호, 인지증대응형 통소개호, 인지증대응형 생활개호(그룹홈)가 있다. 이와

47) 여기에서 예방급여의 목적은 일상생활상의 기본이동동작은 거의 자립적으로 유지되어 있는 자가 급여의 대상이고, 상태의 유지 및 개선에 두고 있다는 것임. 이와 관련하여 지자체에서는 요지원 및 요개호등급으로 이전되는 것을 예방하는 차원에서의 개호예방사업도 있고, 이는 지자체가 책임을 지고 수행하고 있음. 특히, 개호예방형 통소개호서비스는 개호예방서비스는 그 내용이 공통의 서비스이외에 선택적인 서비스로 운동기의 향상, 영양개선 및 구강기능향상서비스가 추가되어 있고, 개호예방형 방문개호서비스는 단순히 생활기능을 저하시키는 가사대행형서비스는 원칙적으로 제공하지 않는 것으로 하고 있으며, 자신이 가사를 수행할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 하고 있음.

같이 다소 복잡하게 서비스내용을 구분하고 있는데, 그 목적을 보면, 지역 밀착형 서비스는 정도 및 운동기능이 양호한 치매성고령자를 지역사회 내에서 보호하려는 정책적 배려때문인 것으로 설명하고 있다.

마지막으로 재원은 정부지원금과 보험료로 구성되는데, 총비용의 50%를 정부지원금, 그리고 나머지를 보험료로 조달한다는 점이다. 65세 이상의 제1호 피보험자는 6단계의 소득수준을 감안하여 보험료를 정액으로 징수하되, 노령연금액이 일정액이상인 경우에만 연금액에서 원천징수하고, 그 이하는 개별징수하고 있다.

[그림 4-8] 개호보험제도의 전반적인 구조



주: 피보험자 수는 2004년 전망치임

한편, 개호서비스의 이용절차를 간략하게 설명하면 다음과 같다⁴⁸⁾.

먼저, 이용자는 개호서비스를 이용하기 이전에 필수적으로 개호를 받을 상태에 놓여 있는 지를 평가받은 후에 수급자격을 인정받아야 한다. 이때, 이용자는 시정촌에 인정여부를 신청하면, 시정촌의 직원이 인정조사원으로써 피보험자의 가정 등을 방문하여 인정에 필요한 본인의 심신상태에 대해서 조사를 실시한다. 그런데, 시정촌은 조사업무를 거택개호지원사업자 등에게 위탁할 수 있지만, 공평성의 관점에서 2006년 4월부터 신규 인정은 원칙적으로 시정촌직원이 수행하도록 하고 있다.

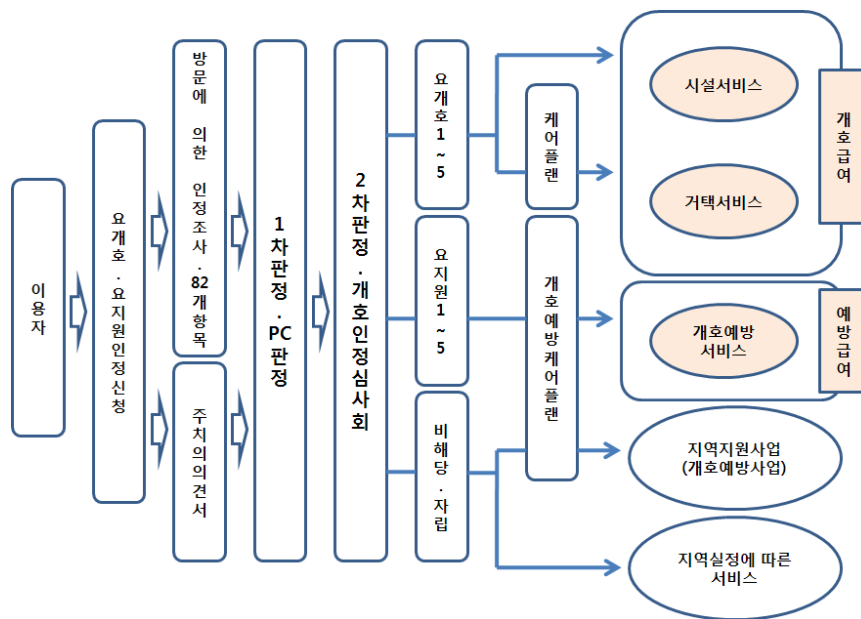
그리고 시정촌 개호심사위원회에서는 신체적, 정신적 기능 및 보건의료적 욕구상태에 대한 방문조사의 결과와 주치의의견소를 바탕으로 요개호 인정여부와 등급을 결정하고, 적절한 개호계획(care plan)에 따라 시설 및 재택서비스를 이용하면 된다. 여기에서 특이한 점은 요개호상태⁴⁹⁾로 판정받은 경우(요개호 1~5등급)에는 시설 및 재택서비스를 이용할 수 있으나, 요지원상태로 판정받은 경우는 전술한 바와 같이 다양한 형태의 개호서비스를 이용할 수 있다. 비해당에 해당하는 경우는 개호보험제도의 서비스를 이용하지는 못하지만, 지자체별로 지방재정력에 따라 제공되는 서비스를 이용할 수 있다는 것이다⁵⁰⁾.

48) 厚生統計協會, 『保険と年金の動向』, 2004와 社會保障審議會介護保險部會, 『介護保險制度の見直しに向けて』, 中央法規, 2004.10을 참조.

49) 일본에서는 각 개호등급에 대한 심신상태 등을 요약하여 제시하고 있는데, 이를 살펴보면, 요지원1등급은 사회적 지원이 필요한 상태, 요지원2등급은 사회적 지원이 필요한 상태이나 요개호1등급에 해당하는 자 중에서 심신상태가 불안정한 자이고, 요개호1등급은 부분적인 개호가 필요한 상태, 요개호2등급은 경도의 개호가 필요한 상태, 요개호3등급은 중간정도의 개호가 필요한 상태, 요개호4등급은 중도의 개호가 필요한 상태, 요개호5등급은 최중도의 개호가 필요한 상태로 정리하고 있음.

50) 개호서비스를 이용할 수 있는 개호상태의 인정등급을 판정하는 기준은 개호필요시간인데, 최소한 25분이 넘어야 함. 따라서 25분미만인 경우는 개호의 필요성은 있지만, 보험급여의 수급자격기준에 미달하는 자라는 점임.

[그림 4-9] 개호서비스의 이용절차



2. 지난 5년간(2000~5)의 실적분석

가. 요개호 인정자수

피보험자유형별 요개호인정자수 추이를 보면, 전체적으로 2000년 2,562천명에서 2006년 4,404천명으로 매년 평균적으로 9.4%씩 증가한 것으로 나타나고 있다. 이중에서 제1호 피보험자의 인정자수가 전체의 96.5%(2006)를 차지하고 있어 대부분이 65세 이상 노인계층이다. 다시 전체노인인구에 대한 비중을 살펴보면, 2000년도에는 11.2%이었으나 2006년도에는 16.0%로 나타나 급격하게 증가하고 있다.

그리고 요개호등급별 인정자수의 추이를 살펴보면, 2005년의 경우 요지

원상태, 요개호 1등급 및 2등급은 각각 전체의 16.6%, 32.9% 및 14.9%를 차지하고 있고, 요개호 3등급과 4등급은 각각 12.8%와 12.1%를 차지하고 있으며, 요개호 5등급은 10.8%를 차지하고 있다. 그런데, 지난 5년간의 증가율을 살펴보면, 요지원상태와 요개호 1등급에 해당하는 경우가 매년 평균적으로 각각 17.4%와 15.2%로 나타나, 다른 등급에 비하여 월등하게 높은 증가율을 보이고 있다. 이는 개호보험제도의 성숙이외에 개호예방대책이 미흡하였기 때문인 것으로 풀이하고 있다⁵¹⁾.

〈표 4-10〉 피보험자유형별 요개호 인정자수의 추이

(각 연도말 기준)

연도	1호피보험자 (명)			2호피보험자 (명)	합계
	합계 (A)	65~74	75+		
2000	2,470,982	451,250	2,019,732	90,612	2,561,594
2001	2,877,249	519,537	2,357,712	105,434	2,982,683
2002	3,324,156	600,225	2,723,931	121,030	3,445,186
2003	3,625,900	651,854	2,974,046	133,314	3,759,214
2004	3,920,966	683,199	3,237,767	143,862	4,064,828
2005	4,134,448	691,443	3,443,005	149,772	4,284,220
2006	4,251,944	680,172	3,571,772	152,248	4,404,192

연도	노인인구수 (중위추계치, 만명) (B)	65세이상 노인인구비중 (%)	요개호대상비율 (%) (A/B)
2000	2,204	17.4	11.2
2001	2,284	18.0	12.6
2002	2,358	18.5	14.1
2003	2,422	19.0	15.0
2004	2,488	19.5	15.8
2005	2,567	20.1	16.1
2006	2,660	20.8	16.0

자료: 일본 介護保険事業状況報告(年報), 일본 국립사회보장·인구문제연구소 인구추계자료

51) 増田雅腸, 『介護保険見直しへの提言』, 法規, 2004.1을 참조.

〈표 4-11〉 요개호등급별 인정자수의 추이

(단위: 천명, %)

	요지원	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	합계
2000	322	701	484	355	363	337	2,562
2001	390	875	563	389	389	377	2,983
2002	499	1,056	636	426	419	409	3,445
2003	593	1,240	596	486	473	452	3,839
2004	669	1,328	611	522	493	463	4,086
2005	718	1,423	645	552	521	465	4,323
연평균증가율	17.4	15.2	5.9	9.2	7.5	6.7	11.0

자료: 일본 介護保険事業状況報告(年報)

나. 개호서비스유형별 이용자수

개호보험서비스를 받을 수 있는 자격을 인정받았다고 하여도, 모두가 실제로 서비스를 이용한 것으로는 나타나고 있지 않다. 2000년도에는 전체 요개호 인정자수 중에서 71.8%만이 서비스를 이용하였고, 2005년도에는 점차적으로 증가하여 78.0%에 이르고 있다⁵²⁾. 그리고 개호서비스를 크게 재가서비스와 시설서비스로 구분하여 보면, 2000년도에는 재가서비스비중이 전체의 67.2%이었으나, 2005년도에는 76.6%로 늘어난 반면에, 시설서비스비중은 동기간에 32.8%에서 23.4%로 줄어든 것으로 나타났다⁵³⁾. 동기간에 실제 이용자수의 연평균 증가율을 보면 재가서비스 이용자는 매년 15.9%씩 증가한 반면에, 시설서비스 이용자는 5.4%씩 증가하는데 그치고 있다.

52) 이와 같이 요개호인정을 받았음에도 불구하고 서비스를 이용하지 않는 이유로는, 이용할 수 있는 시설의 부족과 가급적이면 공적제도에 의지하지 않으려는 일본노인의 특성때문인 것으로 지적되고 있는데, 후자는 제도의 인식부족에 기인하는 것으로 보고 있음.

53) 급여액비중을 기준으로 하면, 제도도입 초년도에는 시설:재가비중이 7:3이었으나, 2003년도에는 거의 5:5 수준으로 변화하였음.

이와 같은 현상은 일본이 시설부족의 이유로 시설입소를 상당히 제한하고 있기 때문이고, 이로 인하여 도시지역을 중심으로 하여 시설 입소대기자(waiting list)가 상당히 존재하고 있는 실정이다. 또한, 상대적으로 입소가 용이한 특정생활시설이나 치매노인그룹홈 등에서의 재가서비스가 증가하였기 때문인 것으로 지적되고 있다⁵⁴⁾.

한편, 각 개호서비스 유형별 이용자수의 2001~2005년간 증가폭을 보면, 대체적으로 높은 증가폭을 보인 서비스가 치매대응형 공동생활개호(662%), 특정시설입소자 생활개호(329%), 복지용구대여(152%), 방문개호(89%)이고, 단기입소서비스도 높은 증가폭을 보이고 있다. 특히 치매노인 그룹홈, 유료노인홈 등의 이용 및 복지용구대여가 대폭적으로 증가한 것으로 나타나 보험재정지출의 확대요인 중에 하나로 거론되고 있었다.

〈표 4-12〉 개호서비스 유형별 이용자비율의 추이

(단위: 천명, %)

수급자수	2000	2001	2002	2003	2004	2005
재가서비스	1,236 (67.2)	1,520 (69.9)	1,840 (72.4)	2,136 (74.5)	2,403 (75.9)	2,583 (76.6)
시설서비스	604 (32.8)	655 (30.1)	700 (27.6)	732 (25.5)	764 (24.1)	787 (23.4)
합계	1,840 (100.0)	2,175 (100.0)	2,540 (100.0)	2,868 (100.0)	3,167 (100.0)	3,370 (100.0)
요개호인정자수 대비 수급자율(%)	71.8	72.9	73.7	74.7	77.5	78.0

자료: 일본 介護保険事業状況報告(年報)

54) 社會保障審議會介護保險部會, 『介護保險制度の見直しに向けて』, 中央法規, 2004.10, 全國老人保健施設協會, 『介護白書』, ぎょうせい, 2004.7 와 増田雅腸, 『介護保險見直しへの提言』, 法規, 2004.1을 참조.

〈표 4-13〉 개호서비스 유형별 이용자수의 추이

(단위: 천명)

유형		2001	2005	
			총수	(2001년=100)
재가서비스	방문개호	637.8	1,204.9	(189)
	방문목욕개호	78.1	82.2	(105)
	방문간호	210.8	260.4	(124)
	방문재활	16.7	21.3	(128)
	통원개호(주간보호)	615.9	1,031.3	(167)
	통원재활(주간재활)	334.7	456.0	(136)
	복지용구대여	415.8	1,046.9	(252)
	단기입소생활개호	110.7	203.1	(183)
	단기입소요양개호 (노인보건시설)	35.0	55.1	(157)
	단기입소요양개호 (병원 등)	4.2	6.0	(143)
	거택요양관리지도	156.7	205.9	(131)
	치매대응형 공동생활개호	13.2	100.6	(762)
	특정시설입소자 생활개호	12.8	54.9	(429)
	거택개호지원	1,488.8	2,506.1	(168)
시설서비스	특별양호노인홈	306.1	376.6	(123)
	노인보건시설	236.5	292.3	(124)
	요양형병상군(요양병원)	109.0	125.6	(115)

자료: 일본 介護給與費保實態調査(月年)

다. 개호서비스유형별 보험급여액

지난 2001~2006년간 개호서비스유형별 보험급여비지출의 증가폭을 살펴보면, 이용자수의 증가폭을 보면 알 수 있듯이 대체적으로 높은 증가폭을 보인 서비스가 치매대응형 공동생활개호를 논외로 하면, 방문개호(210.8%), 주간보호(81.9%), 특정시설입소자 생활개호(78.1%), 단기입소 요

양개호(62.3%), 방문개호(54.4%)인 것으로 나타나고 있다. 결국, 치매대응형 공동생활개호서비스가 보험재정지출을 확대시키는 요인으로 대두되고 있다. 이러한 치매대응형 공동생활(치매노인그룹홈)의 이용자수나 지출이 증가하는 것은 인구고령화와 함께 치매노인이 늘어나고 있는 반면에 입소 시설은 부족하여 상대적으로 이용이 편리한 치매대응형 공동생활시설을 이용하고 있기 때문인 것으로 판단된다. 그런데, 제도개혁이전에는 재정지출의 증가를 유도하였던 복지용구대여지출이 강력한 제도개혁에 힘입어 상당히 줄어든 것으로 나타났다.

〈표 4-14〉 개호서비스 유형별 보험급여액의 추이

(단위: 백만원, %)

유형		2001	2006	
			총액 (구성비율)	(증가율)
재가서비스	방문개호	35,518 (9.4)	54,829 (10.7)	(54.4)
	방문목욕개호	4,033 (1.1)	4,568 (0.9)	(13.3)
	방문간호	9,392 (2.5)	10,414 (2.0)	(10.9)
	방문재활	380 (0.1)	801 (0.2)	(210.8)
	통원개호(주간보호)	34,483 (9.1)	62,740 (12.3)	(81.9)
	통원재활(주간재활)	24,269 (6.4)	28,208 (5.5)	(16.2)
	복지용구대여	5,968 (1.6)	12,477 (2.4)	(9.1)
	단기입소생활개호	8,554 (2.3)	19,850 (3.9)	(32.1)
	단기입소요양개호(노인보건시설)	2,703 (0.7)	4,386 (0.9)	(62.3)
	단기입소요양개호(병원 등)	372 (0.1)	548 (0.1)	(47.3)
	거택요양관리지도	1,541 (0.4)	2,149 (0.4)	(39.5)
	특정시설입소자 생활개호	2,428 (0.6)	14,037 (2.7)	(78.1)
	거택개호지원	11,193 (3.0)	22,377 (4.4)	(99.9)
	지역밀착형서비스	3,233 (0.9)	36,969 (7.2)	-
시설서비스	특별양호노인홈	102,849 (27.2)	1,136 (20.7)	(3.1)
	노인보건시설	81,827 (21.6)	921 (16.4)	(8.5)
	요양형병상군(요양병원)	49,356 (13.1)	621 (9.2)	(-4.9)

자료: 일본 介護給與費保實態調査(月年)

그리고 시설서비스비용 지출 중에서 동기간 증가폭을 보면, 특별양호노인홈(3.1%), 노인보건시설(8.5%)은 증가하고 있는 것으로 나타나고 있으나, 요양병원(-4.9%)은 오히려 줄어든 것으로 나타나고 있다. 이는 장기요양노인이 고령화가 될수록 신체수발이나 생활개호보다는 보건의료적 서비스의 욕구가 커져 상대적으로 의사 및 간호사의 의료인력이 상시 근무하는 노인보건시설을 선호하고 있기 때문인 것으로 보인다⁵⁵⁾.

라. 재가서비스의 평균이용률과 이용자본인부담금

개호보험서비스는 급여의 상한액을 설정해 놓고, 그 상한액 이내에서 서비스를 조합하여 이용할 수 있도록 하고 있다. 그런데, 시설에 입소한 경우에는 대체적으로 상한액을 이용하고 있으나, 재가노인의 경우에는 급여상한액에 훨씬 못 미치는 수준인 것으로 나타났다.

〈표 4-15〉 재가서비스의 평균이용률의 추이

(단위: %)

요개호도	2001.5	2002.5	2005.11	지급한도 기준액1) (법정본인부담액 포함) (2006년 기준, 월)
요지원	47.2	47.6	46.8	4,970~10,490 단위
요개호 1	32.6	34.9	35.8	16,580 단위
요개호 2	37.8	42.4	45.8	19,480 단위
요개호 3	39.0	44.9	49.2	26,750 단위
요개호 4	39.0	46.6	52.5	30,600 단위
요개호 5	39.6	46.2	52.9	35,830 단위

주: 1) 1단위당 금액은 지역에 따라 차등이 있지만 통상적으로 10엔으로 계산하면 됨.
자료: 일본 介護保険事業実績報告(年報)

55) 社会保障審議會介護保険部會, 『介護保険制度の見直しに向けて』, 中央法規, 2004.10을 참조.

즉, 2001~2005년간 평균이용률의 변화를 보면, 요지원 상태는 거의 변함이 없지만, 요개호 상태는 각 등급에 따라서 차이는 있다. 다시 말하면, 요개호상태가 중증일수록 평균 급여이용률도 증가하는 추세를 보이고 있는데, 최근에는 절반수준을 약간 상회하는 수준에 있다. 이러한 요인은 지급한도 기준액이 너무 높게 책정되었거나, 총급여의 10%를 이용자본인이 지불하여야 하는 부담감 때문인 것으로 지적되고 있다⁵⁶⁾.

여기에서 재가서비스와 시설서비스 간 이용자 본인부담금의 차이를 분석해 보면 다음과 같다. 현행 제도에서는 개호보험시설의 경우는 개호(신체수발), 식사, 거주에 필요한 비용도 보험급여의 대상으로 되어 있지만, 재가나 치매성고령자그룹홈 등의 재가요양지원시설에서는 개호부분만 보험급여의 대상으로 하고 있기 때문에 동일한 요개호도라 하더라도 이용자 부담액의 차이는 크게 나타나고 있다. 예를 들면, 요개호 4등급의 경우 재가서비스를 이용하면, 총 서비스비용이 23.8만엔(평균이용률 적용)으로 시설서비스이용시의 총 33.2만엔에 비하여 적지만, 법정 및 비보험서비스를 포함한 총 본인부담금을 보면, 재가서비스 이용시가 약 9.8만엔인데 비하여 시설서비스 이용시의 약 5만엔보다 거의 2배 수준이나 더 높게 나타난다. 만약에 재가서비스이용자가 급여지급한도 기준액(약 30.6만엔)까지 이용하였다고 가정하면, 총 본인부담액의 차이는 크게 벌어진다.

결국, 이러한 현행 제도아래에서는 이용자는 시설에 입소하여 서비스를 이용하는 것이 유리하다는 것이고, 이러한 요인 때문에 비정상적인 시설 입소의 대기가 상존한다고 볼 수 있다⁵⁷⁾.

56) 増田雅腸, 『介護保険見直しへの提言』, 法規, 2004.1을 참조.

57) 週刊社會保障(No. 2327), 「特集: 豫防重視型への轉換や居住費・食費負担が論点」, 2005.4.4, 週刊社會保障(No. 2318), 「特集: 17年に介護保険制度改正、18年に医療保険改正を實現」, 2005.1.31, 丸尾直美, 「論評: 高齢者介護制度をどう改革するか」, 週刊社會保障 No. 2317, 2005.1.24, 週刊社會保障(No. 2316), 「特集: 新介護豫防による給付費適正化を柱に制度改革」, 2005.1.17을 참조.

[그림 4-10] 서비스유형별 이용자 본인부담액 비교(2003년)

(총 재가서비스비용: 약 23.8만엔)	(총 시설서비스비용: 약 33.2만엔)
식비 약 3.1만엔	식비 2.3만엔
주거비 약 5.2만엔 (광열, 수도 포함)	법정부담 2.7만엔
법정부담 1.5만엔	보험급여분 약 28.2만엔
보험급여분 약 13.8만엔 (지급한도액까지 이용하는 경우에는 약 27.5만엔)	

주: 요개호 4등급에 해당하는 독신고령자를 기준

마. 개호서비스 공급자수

개호서비스의 이용자나 급여지출의 증가는 서비스공급자의 양에 의해서 결정된다고 보여지는데, 지난 4년간 서비스공급자수의 증가폭을 보면, 치매대응형 공동생활개호부문이 949.5%로 가장 높았고, 복지용구부문은 135.3%로 대체적으로 높게 나타났다. 이러한 서비스공급자수는 주로 영리법인(영리기업)을 중심으로 늘어난 것으로 나타나고 있는데, 실제로 지난 4년간 재가서비스부문의 영리법인 비중이 2001년도 27.2%에서 44.6%로 늘어난 반면에, 사회복지법인비중은 동기간에 56.1%에서 38.1%로 크게 줄어들었다. 결국, 이는 복지용구대여, 치매그룹홈이나 특정시설과 같은 일부 부문은 영리법인으로써도 채산성을 맞출 수 있다는 것을 의미한다⁵⁸⁾.

58) 伊藤周平, 『介護保険と社会福祉』, ミネルヴァ書房、2000.7와 岩淵勝好, 『超少子高齢社会と介護保険』、1999.11을 참조.

〈표 4-16〉 서비스 공급자(사업자)수의 추이

(단위: 2000=100)

유형		2001	2005
재가서비스	방문개호	118.4	209.7
	방문목욕개호	108.3	105.9
	방문간호	102.0	112.2
	통원개호(주간보호)	113.7	219.6
	통원재활(주간재활)	110.8	124.1
	단기입소생활개호	108.2	137.7
	단기입소요양개호	108.7	118.5
	치매대응형 공동생활개호	188.6	1,049.5
	복지용구대여	143.0	235.3
	거택개호지원	115.8	159.0
시설서비스	특별양호노인홈	104.2	124.0
	노인보건시설	104.2	122.90
	요양형병상군(요양병원)	72.0	84.9

자료: WAM-NETデータベース

〈표 4-17〉 재가서비스사업자의 주체별 추이

(단위: 개소, %)

	2001	2005	증감
지방공공단체	1,058 (3.2)	805 (1.3)	-253 (-24.0)
사회복지법인	18,635 (56.1)	22,968 (38.1)	4,333 (23.0)
의료법인	2,314 (7.0)	4,825 (8.0)	2,511 (109.0)
사단, 재단법인	392 (1.2)	533 (0.9)	141 (36.0)
협동조합	914 (2.7)	1,362 (2.3)	448 (49.0)
영리법인(회사)	9,038 (27.2)	26,872 (44.6)	17,834 (197.0)
NPO	667 (2.0)	2,574 (4.3)	1,907 (286.0)
기타	220 (0.7)	350 (0.6)	130 (59.0)
합계	33,238 (100.0)	60,289 (100.0)	27,051 (81.0)

자료: WAM-NETデータベース

바. 개호보험 재정수지

전반적인 개호보험재정의 총수지율(총지출/총수입)을 살펴보면, 2000년 94.5%, 2001년 97.8%, 2002년 98.7%, 2003년 98.6%, 2004년 98.3%, 2005년 98.0%로 나타나고 있다. 총수지율측면에서 보면, 재정적자는 보이고 있지는 않지만, 거의 99%에 육박하고 있어 재정의 불안을 노출시키고 있다. 이러한 가운데에서도 개호급여비 준비기금보유액은 2000년에 1,123억엔이었던 것이 2003년에는 2,259억엔으로 꾸준히 늘어나고 있는데, 2003년도의 기금보유액은 보험급여비의 4.4% 수준에 그치고 있고, 또한 이는 1개월치의 보험급여비에도 훨씬 못 미치고 있어 재정불안은 심각하다고 할 수 있다. 그러나 2006년도의 제도개혁에 힘입어 재정수지상태가 점차적으로 개선되어 가고 있는 것으로 보인다.

재정불안의 요인에는 수입과 지출측면에서 살펴볼 수 있겠는데, 지출측면에서는 주 보험급여자인 노인인구가 증가하고 있다는데 그 요인을 찾을 수 있고, 수입측면에서는 보험료수입과 국고지원금으로 나누어 볼 때, 보험료수입측면에서의 요인이 크다. 즉, 인구의 고령화현상으로 노인인구는 증가하는 반면에, 보험료부담에 비하여 급여지출이 상당히 낮은 2호 피보험자에 해당하는 저연령의 생산가능인구는 줄어들고 있다는 데에서 그 요인을 찾아볼 수 있다. 이러한 요인 때문에 일본에서는 독일과 같이 가입자의 범위를 모든 연령으로 확대할 것인지, 20세 이상으로 확대할 것인지를 놓고 논의를 한 바 있다⁵⁹⁾.

59) 社會保障審議會介護保險部會, 介護保險制度の見直しに向けて, 中央法規, 2004.10, 増田雅腸, 介護保険見直しへの提言, 法規, 2004.1을 참조.

〈표 4-18〉 개호보험 재정수지 추이

(단위: 백만엔)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
수입	3,800,035	4,656,612	5,147,969	5,486,275	5,930,853	6,231,257
보험료	192,362	589,869	806,301	939,266	956,452	983,536
분담금/부담금	5,598	6,975	7,456	8,896	8,023	4,876
사용료/수수료	54	105	110	113	110	117
국고지출금	886,851	1,074,985	1,162,976	1,345,761	1,424,606	1,495,027
지불기금교부금	1,124,289	1,339,046	1,538,365	1,646,363	1,798,812	1,877,153
도도부현지출금	420,567	523,850	594,220	645,247	705,524	741,609
전입금	1,166,919	908,980	807,832	826,102	941,816	1,003,668
이월금	485	197,898	99,280	63,834	72,137	91,798
시정촌채권수입	838	11,047	28,689	4,321	15,307	20,508
기타수입	2,073	3,857	2,740	6,370	8,067	12,692
지출	3,589,877	4,552,963	4,983,532	5,407,034	5,828,866	6,105,336
사무비	199,454	210,602	207,646	194,877	190,277	202,987
보험급여비	3,251,940	4,122,545	4,665,915	5,110,100	5,564,176	5,811,914
재정안정화기금각출	22,142	23,075	22,607	4,976	5,130	4,980
정안정화사업부담	87	167	222	179	165	160
보건복지사업비	174	230	203	300	326	302
기금적립금	113,983	86,787	43,392	53,751	32,802	25,007
공채비	18	348	150	10,590	8,007	9,060
기타 지출	2,079	109,210	43,399	32,261	27,977	50,926
수지율(총지출/총수입)	94.5%	97.8%	98.7%	98.6%	98.3%	98.0%

자료: 일본 介護保険事業状況報告(年報)

3. 2006년 제도개혁의 주요내용

가. 제도개선 의 기본목표

그동안 일본이 개호보험제도를 운영해본 결과, 긍정적인 측면도 있었지만, 그동안 도외시한 질적 서비스의 확보문제, 향후 10여년에 도래할 사회적 환경에 대한 제도의 적응성 등에서 현행 제도가 결코 만족스럽지 못하다는 의견이 제도개혁으로 이어지게 하였다고 보여진다.

기본적으로 일본의 개호보험제도에서는 기본이념으로 고령자가 자신의

의사에 따라 자신이 보유한 신체적 기능을 최대한 활용하여 자립된 질 높은 생활을 보낼 수 있도록 지원하는 것으로 되어 있다. 이 중에서 자신의 의사에 따라 개호서비스를 선택할 수 있게 되었다는 점에서는 긍정적이거나, 신체적 기능의 보유 및 활용, 질적 서비스 선택 측면에서는 많은 문제점을 노출시킨 것으로 지적되고 있다. 따라서 기본이념의 달성을 위한 제도개선의 목표를 ①질적 서비스로의 개혁, ②재택케어의 추진, ③지방분권의 추진으로 설정해 놓고 있다. 이를 위해서는 케어 매니지먼트(care management)의 효과성 제고, 재택 및 시설서비스의 질적 제공, 재택과 시설서비스 간 이용자부담의 비형평성 제거, 재가요양지원시설의 다양성 확보에 중점을 두고 개선이 이루어졌다.

현행 개호보험제도의 서비스모델은 다음 3가지로 구성되어 있는데, 첫째는 고령자가 요개호 상태에 빠진 이후에 서비스를 제공한다는 개호중심 모델, 둘째는 뇌졸중 등에 의해 신체적 장애를 지닌 고령자를 주 대상으로 한다는 신체수발중심 모델, 셋째는 재택개호에서 가족의 동거를 어느 정도 가정한 가족동거 모델이라는 것이다. 이러한 서비스모델아래에서는 향후 일본사회의 변화에 적응하기 어렵다는 전제하에 향후 제도의 기본모델은 ①개호 및 예방의 모델, ②신체수발 및 치매케어의 모델, ③가족동거 및 독거의 모델로 전환될 필요성이 있다는 것이다. 이를 보다 구체적으로 정리하면 다음과 같다.

첫 번째의 모델에서는 현행제도에서 경증대상자에게 제공되는 개호서비스가 신체수발보다는 생활지원형 서비스가 중심적이어서 요개호상태의 유지 및 개선으로 이어지지 못하고 있다는 지적이 있고, 요개호자의 80%정도가 후기고령자가 차지하고 있다는 점에서 전기고령자 또는 그 이전의 중장년 계층부터 요개호 상태로의 진입을 억제시켜야 한다는 지적에 근거를 두고 있다. 비록 개호예방서비스가 기존 노인보건사업의 기능훈련서비스, 지자체의 개호예방 및 지역지원사업, 개호보험제도의 개호예방급여 및

재활서비스, 의료보험제도의 재활서비스 등으로 제공되고 있었지만, 사업 주체간 연계성 부족, 대상자의 욕구실태 파악의 부정확성, 서비스평가의 부족 등으로 별로 효과성을 거두고 있지 못하고 있다는 것이다.

두 번째의 모델에서는 현행 개호보험제도가 1990년도의 골드플랜시기부터 신체적 장애를 지닌 고령자를 대상으로 하고 있어서 치매고령자의 증가에 대처하지 못했다는 지적에 근거를 두고 있다. 특히 후기고령자가 급증하고 있는 현실에서 치매성 고령자도 단순히 개호서비스의 급여대상으로 포함시킨다는 측면에서 벗어나 대규모 시설에서의 획일적인 서비스제공이 아니라 소규모의 다기능을 보유한 시설에서 보호하여야 한다는 새로운 방식의 서비스제공체계를 구축하여야 한다는 것이다.

세 번째의 모델에서는 향후의 사회적 변화로 독거노인과 노인부부만의 가구가 급증할 것으로 예상되고 있고, 대부분의 노인들이 재가에서의 개호를 선호하고 있기 때문에 이에 대응할 수 있는 지역케어체제로 구축되어야 한다는 것이다. 이에선 개호욕구 뿐만 아니라 의료서비스, 생활지원 서비스, 비공식서비스 등도 포괄하는 서비스연계체제로 전환하고, 지역사회내에서 포괄적인 서비스가 건강관리/예방-개호-종말기의 흐름에 따라 제공될 수 있도록 하며, 복지 및 의료기관의 시설이외에 주거 및 공공시설, 교통망, 인적자원네트워크 등 지역사회를 지원하는 각종 자원을 확보하는 것을 포함하고 있다.

나. 제도개혁의 주안점

전술한 제도개선의 기본이념 및 기본방향을 근거로 하여 제도개선의 주안점을 ①급여의 효율화 및 중점화, ②새로운 서비스체계의 확립, ③서비스의 질 확보 및 향상, ④보험료 부담방식의 개선, ⑤제도운영의 개선 등 5가지 측면에 중점을 두고 논의하여 왔는데, 최종적으로는 ①개호예방중

시형 시스템으로의 전환(2006년 4월부터 시행), ②시설급여의 개선(2005년 10월부터 시행), ③새로운 서비스체계의 확립(2006년 4월부터 시행), ④서비스 질의 향상(2006년 4월부터 시행), ⑤보험료부담 및 제도운영의 개선(2006년 4월부터 시행), ⑥개호서비스기반의 개선(2005년 4월부터 시행)으로 구분하여 정리, 개선대책을 발표하였다⁶⁰⁾.

(1) 개호예방중시형 시스템으로의 전환

일반적으로 요개호상태의 원인에는 뇌졸중, 폐용증후군 및 치매의 3가지 유형으로 구분하고 있는데, 기존에는 뇌졸중에 의한 요개호 상태에 중점을 두고 있었지만, 요지원 및 요개호 1등급에 해당하는 경증대상 노인의 발생원인을 분석해 본 결과, 사전적인 예방이 가능한 폐용증후군⁶¹⁾에 기인하고 있었다는 것이다. 따라서 개호예방 및 재활서비스체계의 구축이 필요하다는 인식하에 예방대상자의 선정, 예방플랜, 단기간의 집중적인 서비스 실시, 재평가라고 하는 통일적인 개호예방중심의 매니지먼트를 확립시키고, 그동안 지자체별로 시행되어 왔던 노인보건사업, 개호예방 및 지역지원사업을 일원화함과 동시에 기존 개호보험제도에서 제공되던 예방급여와 개호급여의 일부를 재편성하여 新예방급여를 구축한다는 내용이다. 이러한 新예방급여의 대상자는 원칙적으로 요지원 또는 요개호 1등급에 해당하는 자 중에서 심신의 상태가 안정되어 있지 않거나 인지기능이나 사고/감정 등의 장애로 서비스이용이 어려운 자를 제외한 모든 경증대상 노인이다.

60) 厚生労働省, 介護保険制度改革の全體像, 2004, 厚生労働省, 持續可能な介護保険制度の構築, 2004를 참조.

61) 이는 골/관절질환 등을 원인으로 하고, 점차적으로 생활기능이 저하하는 현상을 말하는데, 요지원자 중의 47.2%, 요개호 1등급 중의 50.1%가 폐용증후군에 의해 요개호 상태에 빠진 것으로 조사되고 있음.

기본적으로 新예방급여는 기존의 재가서비스를 지칭하나, 생활기능의 유지 및 향상에 초점을 두고 서비스를 조합, 제공한다는 것이고, 신규로 포함되는 서비스에는 근력향상, 영양개선 및 구강기능의 향상을 유도하는 프로그램과 치매예방, 우울증예방 및 집안 내 칩거예방을 유도하는 지역 지원사업⁶²⁾ 등이 포함되어 있다.

이러한 지역지원사업의 흐름도를 간략하게 정리하면 다음과 같다. 먼저 개호보험의 급여자격이 주어지지 않은 허약노인을 대상으로 생활습관병 예방/개호예방검진을 실시하여 요개호상태의 위험성이 존재하는 고령자와 높은 위험성이 있는 고령자로 구분한다. 전자의 고령자에게는 건강교육적인 서비스를 중심으로 한 낙상골절예방교실, 운동지도사업, 신체적 활동교실 참여를 지원하고, 후자의 고령자에게는 이미 기능저하가 시작되고 있기 때문에 지역포괄지원센터(가칭)에서 기능훈련적인 서비스를 중심으로 한 IADL훈련사업, 고령자 근력향상훈련사업, 고령자 식생활개선사업을 실시하는 것으로 되어 있다.

(2) 시설급여의 개선

이는 공적연금제도와 급여 중복성⁶³⁾, 재택과 시설 간 이용자부담의 비형평성 문제로 제기된 것으로 시설에서의 주거비용 및 식비를 보험급여에서 제외하여 이용자 본인부담화하는 것을 내용으로 하고 있다. 이미 [그림 3]에서 비교분석한 사례를 보면 알 수 있듯이 재택서비스 이용자에게 불리하게 되어 있기 때문에 이를 개선시키기 위하는데 목적이 있는

62) 지역지원사업의 목적은 요개호 상태에 빠지기 이전부터 예방시키기 위한 것인데, 기존의 노인보건사업, 지자체의 개호예방/지역지원사업을 개선한다는 것이 전제임. 이러한 지역지원사업의 대상자규모는 전체노인인구의 5%정도로 추정하고 있음.

63) 이는 공적연금액자체가 생활비용을 충당하기 위해서 지급되는 비용인데, 개호보험의 시설급여에 생활비용에 해당하는 주거비, 식비 등도 포함되어 있다는 것을 의미함.

데, 선진국의 경우에서도 식비나 주거비용은 이용자본인부담으로 되어 있다. 여기에서 주거비용은 개인실이나, 多인실에 따라 주거비용에 차등이 있고, 저소득계층에 대해서는 비용부담이 적어지도록 되어 있다.

이외에 지난 2002년도부터 시설입소는 중증대상노인을 우선시하는 정책을 시행함에 따라서 요개호 4 ~ 5등급에 해당하는 노인비중이 점차적으로 늘어나고 있으며, 2014년도에는 그 비중을 70%이상으로 증가시킬 계획으로 있다.

(3) 새로운 서비스체계의 확립

이번 제도개선으로 초점을 두고 있는 것이 지역밀착형 서비스의 구축, 소규모/다기능형 거택개호의 구축, 새로운 거주계통의 서비스 개선 등이다.

지역밀착형 서비스⁶⁴⁾는 현행 개호보험서비스가 전국적으로 획일화된 서비스이기 때문에 지역특성을 고려한 유연한 서비스를 제공하는 데에는 미흡하다는 지적에 따라 전국 공통적인 일반서비스 이외에 각 시정촌의 특성에 부합되는 서비스를 구축하려는 데 있다. 소규모/다기능형 거택개호의 기본적인 개념은 통원을 중심으로 하고 요개호자의 상태나 희망에 따라서 수시로 방문과 숙박을 적절하게 조합하여 서비스를 제공하는데 두고 있다. 다시 말하면, 홈헬프 및 주·단기보호센터가 하나의 시설 내에 복합적으로 설치되어 있어 시설규모 자체는 소규모⁶⁵⁾이지만, 통원, 숙박, 방문, 거주 등의 다기능을 구비하여 운영한다는 것이다.

그리고 현행 개호보험에서는 개호서비스를 제공할 수 있는 시설을 갖춘

64) 지역밀착형서비스에 포함되는 것으로 정원 30인 미만의 소규모 개호노인복지시설(특별양호노인홈) 및 개호전용형 특정시설, 치매성고령자그룹홈, 소규모/다기능형 거택개호, 지역야간방문개호 등임.

65) 1개의 사업소당 등록자수는 25명 정도로 하고, 통원이용은 15명, 숙박이용은 통원자에 한하여 5명까지를 기준으로 하고 있음.

유료노인홈이나 케어하우스 등과 같은 특정시설에서의 생활개호서비스만 재가서비스급여로 인정하고 있지만, 이를 확대하여 양로시설과 같은 복지시설에서의 생활개호서비스도 급여대상으로 포함할 계획이다. 특히 특정시설에서의 서비스는 시설종사자 뿐만 아니라 외부의 개호서비스사업자와 계약하여 제공할 수 있도록 할 계획으로 있다.

(4) 서비스의 질 향상

이를 위해서 케어 매니지먼트의 체계적 개선, 철저한 정보개시 및 사후규제 물의 확립을 마련해 놓고 있다.

케어 매니지먼트의 체계적 개선을 위해서는 포괄적/계속적인 매니지먼트를 강화하는데, 이를 통하여 지역포괄지원센터(가칭)의 설치로 주치의와의 연계, 재택과 시설, 의료와 개호의 연계, 지원이 어려운 사례에 대한 대응을 강화하는 것으로 되어 있다. 이외에 케어매니저의 자질 및 전문성의 향상, 독립성/중립성의 확보도 포함하고 있다. 특히 케어매니저의 자질 및 전문성을 향상시키기 위해서 보수교육 등의 연수를 의무화하고 케어플랜을 2명의 케어매니저가 검토하는 이중지정제를 도입하며, 자격갱신제를 도입하고, 주임케어매니저를 신설할 계획이다.

그리고 이용자의 서비스선택을 효과적으로 유도하기 위하여 모든 개호서비스사업소를 대상으로 한 표준적인 정보작성 및 제시를 요구하고, 제도초기에 사업자의 확대를 위한 규제완화가 부실사업자를 양산시킴에 따라서 사후적으로 관리할 수 있는 규제 물을 확립하였다.

(5) 보험료 부담방식 및 제도운영의 개선

고령자의 보험료는 지자체별로 5 ~ 6개의 소득단계별 정액으로 부과되고 있는데, 이 중에서 2단계의 소득수준을 2개로 다시 세분화하는 방식을

채택하고 있다. 그리고 기존에 노령기초연금, 노령연금/퇴직연금에만 적용되던 보험료 원천징수의 대상을 유족연금과 장애연금에도 적용하는 것으로 할 예정이다.

그리고 현행 인정조사의 위탁이 공정성 및 공평성 측면에서 많은 문제를 제기하고 있기 때문에 위탁처의 범위설정, 시정촌의 위탁조사의 적정성, 개호심사위원회의 판정의 정확성을 확보하는 것으로 되어 있다.

이외에 보험료부담과 관련해서는 보험재정의 안정화를 위해서 보험료부담을 현행 40세 이상에서 20세 이상으로 확대시키는 것을 논의한 바 있으나, 40세미만 근로자의 반대가 예상될 뿐만 아니라 노사공동의 보험료부담원칙에 따라 사용자의 반발도 제기되고 있어, 이번 제도개선에는 포함되어 있지 않다.

(6) 개호서비스기반의 개선

도시지역의 급속한 고령화 및 독거화 추세, 익숙한 환경에서의 생활을 지원하는 지역케어체계의 확립, 개호예방에 대한 강화, 개호/복지기반정비의 지역격차 해소가 필요하다는 지적에 따라 지역개호/복지공간정비 등 교부금을 개선한다는 것이다. 이에 따라 시정촌은 일상생활권역을 단위로 해서 서비스거점을 정비하는 시정촌정비계획을 수립, 중앙정부에 제출하여야 하고, 도도부현은 특별양호노인홈과 같은 시설을 광역형시설로 정비하는 시설환경개선계획을 수립, 역시 중앙정부에 제출하도록 하고 있다.

제3절 시사점

전술한 독일과 일본의 경험을 토대로 우리나라에 줄 수 있는 시사점을 정리하고자 한다.

독일의 경우, 제도 구성상의 시사점⁶⁶⁾은 다음과 같다. 독일 장기요양보험과 사회부조간의 관계가 우리나라에 시사점을 줄 수 있다고 생각된다. 독일 사회적 장기요양보험의 도입의 주된 원인 중의 하나가 당시 장기요양과 관련된 사회부조를 통해 증가하던 지방자치정부의 재정적 부담을 덜어주는 것이었다. 독일 사회적 장기요양보험의 도입은 이전에 사회부조와 법정질병보험에 의해 조달되던 장기요양위험을 보장하기 위한 재원이상으로 장기요양위험보장을 위한 재원을 현저하게 확충시키는 역할을 했다. 이를 통해 지방자치정부의 사회부조 수혜자로 인한 재정난을 해소시키려는 목적이 달성되었다. 1994년에서 2001년 사이에 사회부조를 위한 지출이 약 60억 유로 줄어 90.6억 유로에서 29억 유로로 감소하였다.

동시에 사회부조에 의존하는 장기요양필요자의 숫자를 줄이려는 목적도 달성되었다. 외래 요양서비스의 경우는 1994년의 약 24만 명에서 2001년의 약 8만 명으로 약 3분의 2수준이 줄어들었다. 그러나 시설서비스의 경우에는 약간의 감소만을 보여 1994년의 330,429명이 2001년의 247,537명으로 주는 수준에 그쳤다.

이러한 결과는 장기요양보험의 구조와 관련이 있다. 즉 독일 사회적 장기요양보험에서는 소위 “호텔비용”을 보장하지 않고, 요양서비스의 지출에 대해서도 정해진 최고액만을 보장해주고 나머지의 상당한 금액이 장기요양필요자의 본인부담에 맡겨지기 때문이다. 급여수준은 평균 약 총지출의 50%정도만을 보장한다. 그리고 요양등급이 올라가면서 이러한 부족분은 더 증가한다. 따라서 장기요양필요자와 그 친족의 소득이 여러모로 충분하지 않기 때문에 보충적으로 사회부조가 개입되게 되는 것이다.

현재까지 장기요양보험의 급여액이 명목적으로 고정되어 있었고 장기요양의 비용은 증가했기 때문에 시설에 입소한 장기요양필요자들이 사회부조를 통해 추가적으로 비용을 조달하는 숫자가 2000년 초부터 다시 증가

66) Baecker et al., 2008, pp.194-196을 번역 정리한 내용임.

하는 것을 막을 수 없었다. 2004년에 벌써 사회부조 수령자 숫자가 다시 32만8천명으로 증가했고, 사회부조를 위한 지출은 31억원이 되었다.

독일의 사회적 장기요양보험은 독일 법정질병보험과 조직적으로는 한 지붕 밑에 존재하지만 그 구성원칙은 상당한 정도로 다르다. 법정질병보험에서는 현물급여원칙과 필요충족의 원칙이 기본적인데, 장기요양보험에서는 이러한 원칙이 제한적으로 밖에는 적용되지 않는다. 첫째로, 장기요양보험의 장기요양필요의 개념과 이에 근거한 급여구성은 법에 의해 정확하게 규정되어 있고 법을 통해 변화할 수 있는 여지가 없다. 반면 법정질병보험은 질병에 대해 종국적인 구체화를 하지 않고 있다. 둘째로, 장기요양보험에서는 재가의 모든 비용을 보장하지 않는 액수가 정해진 현금급여를 받는 것과 외래와 시설요양서비스에서 정해진 비용의 한도 내에서 현물급여를 받는 선택이 존재한다. 급여의 수준 차이는 단지 요양등급에 의해서만 달라진다. 반면 법정질병보험은 전비용이 보장된다. 즉 피보험자는 일반적으로 현 지식수준에서 인정되고 의료의 진보를 반영한 급여를 받는다. 비용이 많이 들어가는 급여도 모두 청산이 된다. 셋째로, 장기요양보험에서는 급여가 명목적인 수치로 확정되어 있고 보험료도 법적으로 고정되어 있어 급여를 조정하고 개선할 수 있는 여지가 존재하지 않는다. 반면 법정질병보험에서는 현재까지 지출이 늘면 보험료를 올려서 재정을 충당했다. 넷째로, 장기요양보험에서 급여에 상한을 둬으로써 노동집약적이고 임금비중이 높은 서비스 성격에 따라 비용이 올라가면 불가피하게 실제 급여질의 하락이 초래되었다. 반면 법정질병보험에서는 피보험자가 모든 필요한 급여를 요구할 수 있으므로 해서 급여의 자동적인 동적조정이 이루어졌다. 이외에도 장기요양보험에서는 법정질병보험과 달리 고용주의 비용부담을 덜어주는 조치를 통해 균등한 부담의 원칙을 깨쳤다는 지적이 있다.

그리고 몇 가지 측면에서는 장기요양보험이 법정질병보험보다 진보한

면이 있다는 지적도 있다. 예를 들면, 장기요양서비스의 확보의 의무를 법정질병보험의 경우와 같이 기금의협회에 위임하지 않고 보험체계 자체 안에 가지고 있다. 또한 요양등급의 결정에 있어 의사들에게 의존하지 않고 의무관련 지원단이 독자적으로 결정한다. 그러나 이점은 주로 재정적인 관점에서 요양금고에 의해 조정되는 등급결정이 될 수 있는 위험이 있는 것으로 지적된다. 긍정적으로 볼 수 있는 또 다른 점은 요양서비스의 질이 항상 검사를 받도록 되어야 하며 이를 위한 기준이 만들어 져야 한다는 관점이 장기요양보험에 존재한다는 것이다.

독일에서는 장기요양보험이 독자적으로 존재하는 것을 부정하고 법정질병보험에 통합되어야 한다는 견해도 존재한다. 이를 통해 법정질병보험과 장기요양보험이 겹치는 지점에서 발생하는 문제를 해결할 수 있다고 기대되고 있다. 그러나 이에 반대하는 의견은 장기요양보험이 법정질병보험과 많은 차이를 가지고 있고 독자적인 문제가 있어 통합하기 어렵다는 것이다. 독일 장기요양보험에서는 사회보험과 민간사회보험의 연계가 이루어지고 있다. 우리나라도 제한된 공공재원을 보충하는 관점에서 이러한 연계방식을 연구할 수 있겠다.

두 번째로 문제발생과 대처방식에서의 시사점은 다음과 같다. 먼저 경험한 입장에서 제시되는 문제점과 목표가 우리나라에서 앞으로 겪게 될 문제점과 목표에 대한 예상을 가능하게 한다.

기존의 호응과 성과에도 불구하고 독일의 정책입안자들은 개선의 여지와 내용적인 발전이 필요하다는 판단을 내렸다는 것이다. 그 문제점과 목표는 첫째로, 치매에 근거한 장애가 있는 사람, 정신적인 장애를 가지고 있는 사람 혹은 심리적인 장애를 가진 사람들의 일반적인 보호와 감독의 필요가 재정적으로 과도한 부담을 주지 않으면서 어떻게 좀더 개선된 대응방안에 의해 만족될 수 있을까이다. 둘째로, 더 나아가 어떻게 도입 이래 변화 없이 정제되어 있는 급여수준을 조정하여야 하는 가가 장기요양

보험의 발전을 위한 주요문제로 대두된다. 셋째로, 장기요양급여의 질을 지속적으로 개선하고 질의 확보와 발전을 위한 수단들을 강화하여야 하는 것이 요구된다.

대책을 입안함에 있어 기본원칙을 “시설급여 보다 재가급여를 우선한다는 기본원칙”에 두고 지금까지보다 더 강하게 장기요양보험의 구조적인 변화에서 이를 반영시키는 방향으로 나아갔다는 점이다. 이를 위해 다양한 대책들을 강구하고 있는데 이들도 참고할 만한 가치가 있다. 이외에 다른 대안을 고려할 수 없다고 법안에 명시한 점이 시사 하는 바가 크다.

또한 대책을 세움에 있어 기존의 잘 확립된 자료를 사용하여 그 예상영향을 광범위하게 평가하고 있다. 이를 위해서는 필요한 자료구조의 확립과 생산이 우선되어야 하겠고 이를 바탕으로 광범위한 예상영향의 평가를 실시하여 경험을 축적하는 것이 필요하다고 생각된다.

한편, 일본의 경험을 기준으로 시사점을 정리하면 다음과 같다.

일본의 개호보험제도는 건강보험에서의 노인의료비지출을 억제시키기 위해서 도입된 것으로 알려져 있는데, 제도시행 후 5년간의 실적을 토대로 보면, 그다지 성공적이지 못한 것으로 거론되고 있었다. 그 내용을 보면 장기요양서비스의 욕구가 크지 않음에도 불구하고 제도권으로 흡수하여 운영한 결과 경증에 해당하는 대상자가 폭증하였다는 점과 노인요양시설의 부족으로 노인병원에서의 입소대기가 줄어들지 않아서 사회적 입원에 의한 의료비지출이 줄어들지 않았다는 점이 크게 부각되고 있었다.

이러한 문제점을 감안하여 지난 2006년도에 개선된 내용으로 개호보험제도를 운영하고 있는데, 최근의 결과를 보면 개혁조치의 효과가 나타나고 있는 것으로 보인다. 다시 말하면, 시설급여에서의 요양실료 및 식사비의 비급여화 조치, 경증대상자에 대한 예방서비스의 집중화, 자립생활지원형의 서비스전달방식의 강화, 복지용구이용자의 범위제한 등이 눈에 띄는 조치인 것으로 볼 수 있다.

이러한 조치의 결과로 재정수지율이 점차적으로 개선되고 있는 것으로 나타나고 있는 반면에, 지금까지 상대적으로 풍족한 서비스를 받아왔던 경증대상자의 급여수준의 축소로 일부 국민들로부터 제도의 불만족을 표출되고 있기도 하다. 특히, 개호보험서비스수가의 인하조치로 개호노동력의 개호부문으로부터의 이탈이 심각하게 이루어져 개호서비스의 질적 수준의 하락을 초래하고 있다는 것이 문제점을 부각되고 있다. 이와 같이 급여대상자수의 감소, 개호서비스수가의 인하, 급여수준의 축소 등으로 인하여 급속도로 늘어만 가고 있던 개호보험수급자수가 제도개혁이후 안정적으로 유지되고 있는 것은 고무적인 것만은 틀림이 없겠지만, 그 이면에는 서비스수준의 질적 하락이 초래될 가능성이 있다.

따라서, 이들 국가들의 경험으로부터 얻을 수 있는 시사점은 장기요양보험제도는 의료보험제도와 다른 접근을 시도, 운영되고 있다는 것이다. 즉, 의료보험제도가 서비스의 욕구가 발생하는 경우에는 그 경중을 불문하고 의료서비스를 받을 수 있지만, 장기요양보험제도는 그러한 욕구수준 대비보다는 경중을 따져서 경중에 해당하는 경미한 욕구대상자는 장기요양보험제도가 아닌 지역단위의 건강증진을 위한 지자체사업에 의해 대처되는 것이 바람직하다는 것이다. 그리고 두 번째로 요양시설 지향적인 이용행태를 재가서비스 중심으로 전환시킬 수 있는 체계의 구축이 필요하다는 것이다. 이와 더불어, 가족수발인력(informal care-givers)에 대한 활용 및 지원대책을 강구하여 제도자체를 저비용의 구조로 구축하여야 한다는 것이다.

제5장 노인장기요양보장정책의 중장기 개선방안

제1절 기본방향

1. 제도운영의 기본개념

장기요양서비스(long-term care)가 의미하는 기본개념⁶⁷⁾을 보면, 첫 번째는 서비스의 대상자는 장애발생의 원인이 신체적이든, 인지·정신적이든간에 관계없이 일상생활기능의 장애로 타인의 도움을 필요로 하는 자이라는 점, 두 번째는 타인의 도움을 필요로 기간이 상당히 장기적이라는 점, 세 번째는 서비스제공의 목적이 일상생활기능의 회복이나 향상이 아니라 제한 또는 장애로 인하여 수행하지 못한 기능의 보완·지원에 있다는 점이다.

그러나, 정책수립 시 중요한 것은 일상생활기능의 장애수준을 결정하는 일일 것이다. 개념적으로는 일상생활동작을 나타내는 여러 지표항목 중에서 1개 항목이라도 포함되는 자를 모두 제도권에서 보호하여야 하는 것으로 볼 수 있지만, 현실적으로는 국가예산이나 국민들의 조세부담, 인프라 등 자원의 제약이 뒤따르고, 기존 여타제도와와의 관계성을 고려하여야 하기 때문에 정책수립 시 적절한 최선의 수준에서 제도권에 포함시킬 수 있는 대상자의 범위를 결정하여야 할 것이다. 이는 공적 장기요양보호제도를 실시하고 있는 모든 국가들에게서 볼 수 있는 방침이라 할 수 있다. 그리고 제도권에서 급여서비스를 제공할 수 있는 기간은 다른 사회보험제도와 마찬가지로 급여사유가 종료되는 시점까지로 되어 있는데, 장기요양

67) 제2장 제1절에서 정리한 내용을 참조하기 바람.

보장제도에서는 기능의 완전한 회복 또는 사망이 종료시점이라 볼 수 있다. 따라서 그 급여기간이 의료보험제도와 달리 장기적이라는 것인데, 다만, 급여시점에서는 일정기간이 경과한 이후부터 시작된다는 점에서 의료보험과 또한 다른 점이다.

또한, 장기요양서비스의 목적이 일상생활기능의 회복이나 향상인가, 아니면 일상생활기능의 보완·지원인가에 따라서 장기요양보장제도의 성격이 다르다는 점이다. 이 점에서는 의료보험제도와 장기요양보험제도간의 역할 정립이 필요할 것으로 보이지만, 양 제도간의 재정안정화 측면에서 조정되는 경우도 있다. 다시 말하면 기능의 회복 및 증진적 차원에서는 보건의료적 서비스의 개입이 필수적이기 때문에 의료보험의 역할로 보고, 기능의 장애로 발생하는 일상생활상의 불편을 지원해 주는 차원에서는 복지서비스의 개입이 필수적이기 때문에 장기요양보험의 역할로 보고 있는 것이 유럽선진국가들의 일반적인 이념이라는 것을 감안할 필요가 있다.

한편, 장기요양대상자에게 제공되는 서비스의 범위는 보건의료서비스 및 사회서비스를 모두 총망라하는 것이다. 이는 장애인인이 지니고 있는 욕구의 형태가 다양하기 때문에 쉼인간적인 차원에서 볼 때 당연한 것이다. 그런데 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자를 위한 제도가 하나의 제도만 있다고 한다면, 필요한 모든 서비스를 제공할 수 있겠지만, 그 어느 국가에서도 단일제도만 있지는 않은 실정이다. 이는 케어의 연계(continuum of care)가 필요하다는 것을 의미하고, 다양하게 구비되어 있는 사회제도를 연계적으로 운영하여야 한다는 것을 의미하기도 한다. 이미, 우리나라의 경우도 장애노인의 장기요양서비스를 제공할 수 있는 제도가 기존에 노인복지법, 국민건강보험법, 의료법, 사회복지사업법, 지역보건법 등 각종 법령에 의해서 구축, 운영되고 있다는 것을 알아둘 필요가 있다.

결국, 각 법령에 의해서 제공되는 유관서비스를 무시하고, 신규 제도에 의해서 총괄적으로 서비스를 제공하는 것은 낭비적이라 볼 수 있다. 이는

장기요양서비스의 유형을 크게 보건의료서비스와 사회서비스로 구분하여 볼 때, 전자의 서비스는 기존의 보건의료제도를 통해서 제공되는 것이 서비스의 질과 재정안정화측면에서 유리할 것으로 판단되고, 후자의 서비스 중에서 기존의 제도로 부족하거나 효율적이지 못한 경우에 한하여 신설된 노인장기요양보험제도에서 담당하게 하는 것이 효율적일 것으로 생각된다.

그런데, 사회서비스중심의 장기요양서비스의 특성을 살펴보면, 지역성예 기반을 두고 있다. 즉, 이는 지방분권적 사회복지전달체계를 기본으로 하고 있다는 것으로 이해할 수 있는데, 더욱이 고령자의 경우 생활의 터전이라고 할 수 있는 지역사회에서 생을 마감하는 것이 일반적이라고 할 때, 이를 지원할 사회적 지원 대책이 구축되어야 한다는 것이다.

2. 제도운영의 기본운영방침

향후 노인장기요양보장제도가 운영되기 위해서 필요한 기본운영방침에 대해서 제시하면 다음과 같다.

첫째, 노인장기요양보험제도의 급여대상자는 기능회복이 불가능한 생활 기능장애로 한정시켜야 할 것이다. 만약에 기능회복이 가능한 단기간의 생활기능의 장애자는 당초부터 제도권에서 제외시키고 있기는 하지만, 장기간의 생활기능장애자라 하더라도 장기요양보험제도의 수급권자로 인정을 받기 이전에 우선적으로 기능의 회복조치가 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다.

둘째, 생활기능의 장애자라 하더라도 모든 활동에 타인의 도움지원이 필요한 경우가 아니라고 한다면, 부족한 부분만을 지원받을 수 있고, 이를 지원해 줄 수 있는 방법을 중심으로 서비스가 전달되어야 한다는 것이다. 이는 자립적인 기능이 유지되고 있음에도 불구하고, 이를 고려하지 않은 서비스의 전달은 오히려 자립기능의 유지를 저해하여 더 큰 의존성을 야

기할 수 있다는 것을 유념하여야 할 것이다. 이 경우 자립적인 기능부분을 유지 향상시킬 수 있는 보건복지서비스가 제공되어야 하고, 보건의료 부문과의 연계적 운영체계가 조성되어야 할 것이다.

셋째, 장기요양보험운영체계의 행정적 간소화가 이루어질 필요가 있고, 서비스수급자나 제공자(공급자) 양측의 서비스 질 유지 및 수급을 위해서 서비스지원방식의 개선이 이루어질 필요가 있다. 다시 말하면 장기요양등급결정을 위한 행정적인 절차가 장기요양인정여부를 신청한 후 장기간에 걸쳐서 이루어진다고 하는 경우에는 제도의 실효성이 떨어질 가능성이 높다. 그리고 장기요양기관에서도 서비스가 편리하고 적합한 서비스를 적합한 대상자에게 제공될 때 서비스의 성과나 기관운영이 효과적이 될 것이기 때문에 장기요양기관의 서비스대상자구성의 차이(case-mix)를 감안한 비용지불체계가 검토되어야 할 것이다.

넷째, 장기요양서비스관련 인프라측면에서는 재가요양서비스공급체계를 준비하여야 할 것이다. 특히, 치매와 관련해서는 초고령자의 급증에 따라 알츠하이머성 또는 뇌혈관성 치매질환자도 증가할 것으로 예상되는데, 장기적 생활시설만으로는 한계가 있고, 바람직스럽지도 않다. 따라서 지역사회를 중심으로 다양한 치매성노인을 보호해줄 수 있는 재가장기요양기관의 모형개발과 확충을 준비하여야 할 것이다.

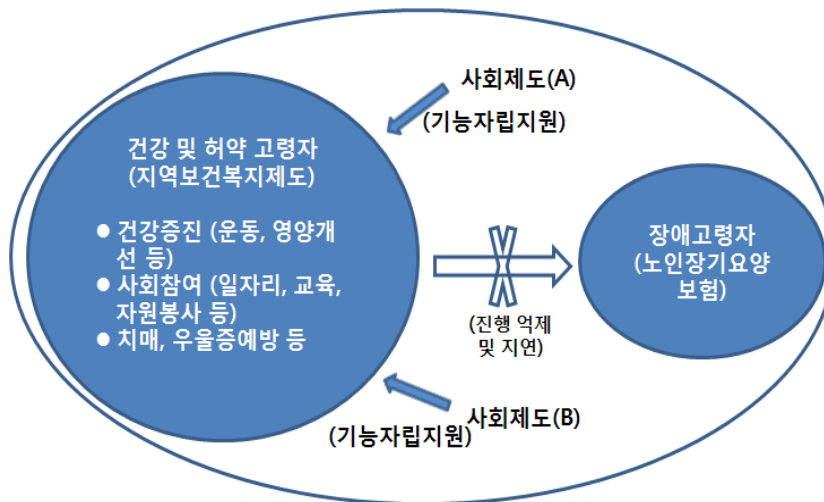
마지막으로 장애를 보이기 이전상태, 또는 경미한 장애를 보이고 있는 상태에 놓여 있는 고령자를 대상으로 한 사회적 자립지원대책을 구축하여야 할 것이다. 이는 생활기능장애의 발생원인을 분석해 보면 알 수 있듯이 신체적 기능의 유지를 위해서 만성질환의 관리가 물론이고, 건강증진 및 보건교육서비스가 필요하고, 인지·정신적 기능의 유지를 위해서는 치매 및 우울증예방과 관련한 보건복지서비스가 필요하다고 하겠다. 더 나아가 일자리, 평생교육 및 자원봉사활동 등도 신체적·인지적 기능을 유지시키는데 중요하기 때문에 반드시 필요한 서비스로 볼 수 있다.

일반적으로 기능장애의 시초는 질병적 요인과 비질병적인 요인으로 구분할 수 있고, 전자는 뇌졸중, 치매 및 관절증과 같은 만성질환이 중심적이고, 후자는 낙상에 의한 골절과 같은 생활사고나 자연적인 노쇠가 중심적이다. 사회보장제도가 성숙하고 보건의료제도에 의한 의료보장이 높아질수록 전자에 의한 요인은 줄어드는 반면에 후자에 의한 요인은 늘어날 가능성이 있기 때문에 주거, 교통, 도로 등의 전반적인 안전한 생활환경의 조성이 충분하게 이루어질 필요가 있다.

따라서, 장기요양상태의 발생예방 및 지연과 관련해서는 단순한 보건의료적 또는 사회보장적 제도의 발전과 함께, 고령사회에 대비한 생활환경적 조성도 중요하다는 것을 알아둘 필요가 있다.

이상과 같은 기본운영방침을 그림을 표시하면 아래와 같다.

[그림 5-1] 지역사회중심의 노인장기요양보장체계의 구축방향



제2절 개선방안

1. 노인장기요양보험의 제도내적인 측면

본 연구에서의 제도내적 분석은 평가판정체계, 장기요양서비스이용지원 체계 및 장기요양서비스지불체계에 대해서 심층적 재분석을 시도해 보았다. 그 이유는 요약해 보면 다음과 같다.

첫 번째의 평가판정체계에서는 현행 1, 2차에 걸쳐 진행되고 있는 등급 판정절차가 시간상 장기간에 걸쳐서 이루어지고 있고, 1, 2차 판정에 의한 등급의 변경이 거의 이루어지고 있지 않기 때문이다. 이는 1차 판정만으로도 충분하게 신청자가 동의할 만큼의 정교성이 있다는 것을 의미하기도 한다.

두 번째의 장기요양서비스 이용지원체계에서는 장기요양서비스수급권자 자체가 의사결정력이 취약한 장애고령자 또는 치매중고령자이고, 타인의 권유나 의사결정에 크게 좌우되기 쉬어서 필요이상의 서비스제공이 우려되기 때문이다. 이는 실제적으로도 이용자본인부담이 거의 없는 빈곤·저소득계층인 의료급여수급권자들에 의한 장기요양비용지출이 대폭적으로 증가하고 있다는 점을 감안할 때, 필요이상의 재정지출의 억제를 위해서라도 합리적인 서비스이용지원체계가 요구되고 있다는 것을 의미한다.

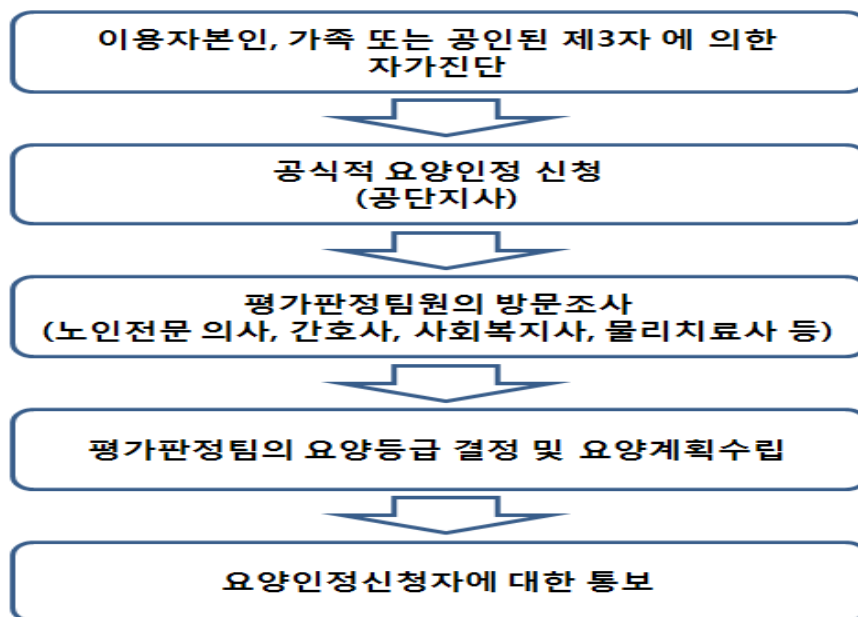
세 번째의 장기요양서비스지불체계에서는 장기요양대상자에 대한 수발 부담이 고령자의 상태에 따라서 다양하기 때문에 고령자에 적합한 서비스 제공이 어려워질 수 있다는 지적이 있기 때문이다. 다시 말하면, 단순히 신체적 기능의 저하상태에 있는 고령자에 비해서 간호·재활의 처치욕구가 있거나 인지·정신기능의 저하로 인한 이상한 행동장애를 보이고 있는 고령자가 서비스제공자로 하여금 더 큰 간병수발시간 및 간병부담을 느끼고 있다는 것이다. 이러한 점을 감안하여 고령자의 상태를 감안한 차등적인 장기요양서비스수가를 산정해 볼 필요가 있었다는 것이다.

이상과 같은 분석배경을 토대로 나타난 결과를 가지고 향후 정책과제를 제시하면 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 장기요양등급판정절차의 간소화 및 전문화에 대한 검토가 이루어질 필요가 있다. 제도시행초기에는 국민들의 제도에 대한 인식이 아무래도 부족할 것이고, 많은 양의 신청건수를 주어진 시간 내에 처리하여야 하기 때문에 비전문가에 의한 판정이 효율적일 것으로 판단되나, 향후 제도에 대한 인식제고 및 판정절차의 신뢰성을 담보하기 위해서는 전문가집단의 면밀한 분석 및 판단이 필요하게 될 것이다.

따라서, 향후 장기요양등급판정체계를 아래와 같이 변경, 조정한다는 가정 하에 재검토가 이루어질 필요가 있다⁶⁸⁾.

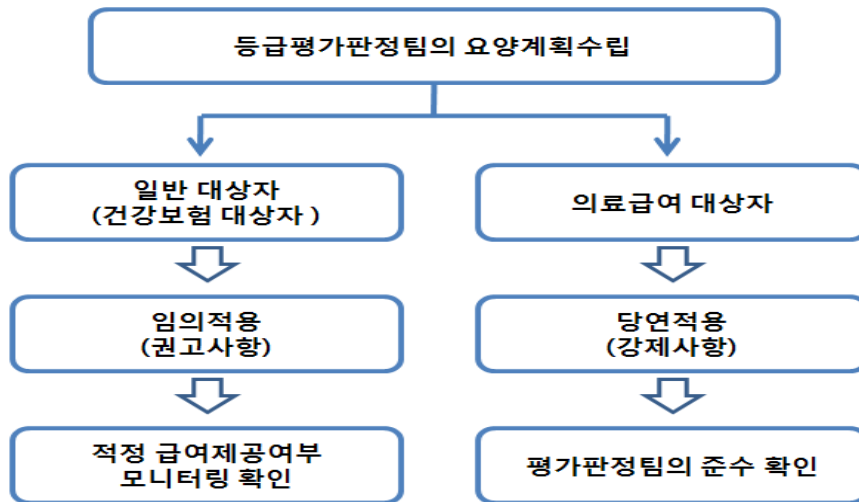
[그림 5-2] 장기요양인정체계의 개선(안)



68) 구체적인 내용은 제3장 제2절의 내용을 참조하기 바람.

둘째, 장기요양서비스 이용지원에 대한 재검토가 이루어질 필요가 있다.

[그림 5-3] 장기요양서비스 이용지원체계의 개선(안)

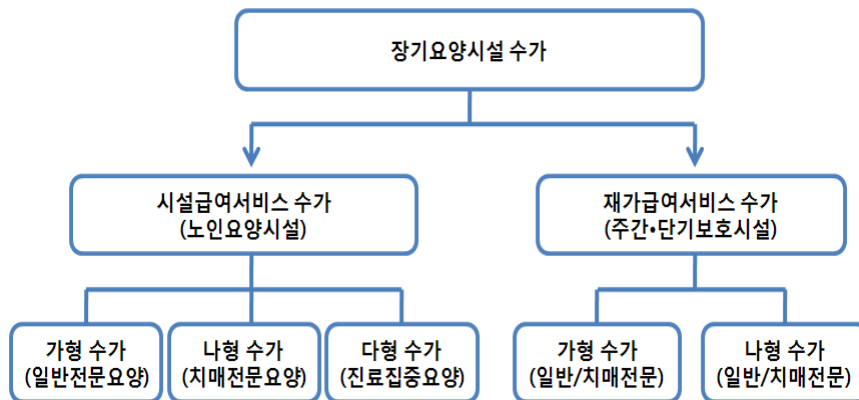


현행 제도에서는 장기요양서비스에 대한 정보제공차원에서 이루어지고 있는 가이드라인 수준이어서 이용자나 서비스공급자(제공자) 모두에게 강제성이 없다는 것이다. 그래서 이용자나 공급자 모두 자의적인 판단으로 서비스를 이용하거나 제공하고 있는 실정이다. 만약에 양자 모두 합리적인 행동으로 서비스를 취급한다고 하면 문제가 발생하지 않을 것인데, 실제적으로는 그렇지 못할 가능성이 높다는 것이다. 예를 들면, 비의료수급 제도대상자인 경우에는 서비스비용에 대한 일부부담금을 지불하여야 하기 때문에 서비스이용 시 합리적인 행동을 보일 가능성이 있지만, 의료수급 제도대상자인 경우에는 반대로 비용의 일부부담금을 없기 때문에 양자 모두에게 비합리적 행동이 나타날 가능성이 높다는 것이다. 특히, 후자의 대상자에 대한 서비스비용은 지자체가 부담하고 있기 때문에 국가예산의 효

을적 사용을 위해서라도 비합리적인 행동의 유발은 더욱 통제시킬 필요가 있다. 따라서 향후 장기요양등급판정체계를 아래와 같이 변경, 조정한다는 가정 하에 재검토가 이루어질 필요가 있다⁶⁹⁾.

셋째, 장기요양대상자의 상태를 감안한 장기요양서비스수가의 차등지원에 대한 배려가 있을 필요가 있다⁷⁰⁾.

[그림 5-4] 장기요양서비스수가의 차등지원(안)



현행 장기요양서비스수가는 장기요양대상자의 상태를 차별적으로 고려하지 않은 단일수가인데, 이는 현행 요양서비스를 이용하고 있는 신체기능저하집단, 진료집중집단 및 행동장애집단에 각각 해당하는 이용자의 서비스제공시간을 총합하여 평균화시킨 것이기 때문에 상대적으로 제공시간이나 부담이 큰 진료집중집단이나 행동장애집단을 보호하고 있는 장기요양시설의 경우에는 불리한 측면을 지니고 있다.

그러나, 이렇게 동일시설 내에서의 상태에 따른 차등적 수가적용은 진

69) 구체적인 내용은 제3장 제4절의 내용을 참조하기 바람.

70) 구체적인 내용은 제3장 제3절의 내용을 참조하기 바람.

료집중군이나 행동장애군에 속하는 대상자를 구분하는 것이 이론적으로는 가능하나 현실적으로 명확하게 구분하기가 어려울 것으로 보인다. 다만, 아래 그림과 같이 고령자의 상태를 감안하여 장기요양시설을 구분하고, 각 시설에 대한 차등수가의 적용은 가능할 것으로 생각된다. 이 중에서 다형의 시설급여서비스수가는 현행 체제에서는 무리가 있기 때문에 시설의 표준모형⁷¹⁾을 개발한 후, 적용하는 것으로 하여야 한다. 다만, 방문요양이나 방문목욕, 또는 주야간보호서비스의 경우에는 치매질환자와 비치매질환자로 구분하여 각각에 적합한 지불비용단가를 별도로 개발하여 실시할 필요가 있겠다.

넷째, 재가에서의 비공식수발자에 대한 지원정책이 수립되어야 할 것이다. 공식수발자(요양보호사)에게만 의존할 수 없다는 것이 독일이나 일본의 사례에서도 나타나고 있기 때문에 자발적이든 비자발적이든 간에 가족에 의해 이루어지는 수발에 대한 보상체계를 마련하여 제도의 비용효율성을 제고시킬 필요가 있다.

마지막으로, 치매질환자의 장기요양보호를 지속적으로 유지할 수 있는 재가요양시설의 개발이 시급하다. 이에는 일반가정과 같은 환경을 지닌 소규모의 경증치매노인을 중심으로 하는 그룹홈, 간병수발주택(예, assisted living facilities, sheltered housing facilities, care house 등) 등의 모형개발이 필요하다.

2. 노인장기요양보험의 제도외적인 측면

노인장기요양보험제도의 재정을 안정적으로 운영하기 위해서는 보험료 수입의 확대나 급여지출의 억제라는 측면을 논외로 한다면, 그 다음으로 중요하게 거론할 수 있는 것이 적정한 급여대상자의 유지 및 가능한 한

71) 이는 노인요양병원의 기능을 재정립하여 다형의 시설로 활용할 수 있는 것으로 생각해 볼 수 있음.

저비용상태의 지속화일 것이다.

먼저, 적절한 급여대상자의 유지는 무엇보다도 신규 장기요양인정자수를 통제하는 것이다. 이를 위한 정책이 장기요양예방정책이라 부르고 있는데, 그 핵심적인 전략 중의 하나로 건강증진사업을 들 수 있다. 이는 공공의 보건(지)소이든, 민간운영의 체력단련기관(소위, 국민생활체육협의회, 헬스센터)이든 간에 운동 및 영양개선사업을 추진하는 모든 기관에서 수행하고 있는 사업을 지칭할 수 있다. 다만, 1995년도 국민건강증진법이 제정된 이후 건강증진사업기금에 의한 건강증진사업이 공공보건소를 중심으로 수행되고 있다는 점을 감안하여 볼 때, 공공사업의 활성화가 비용효율적일 가능성이 높다고 하겠다. 그리고 또 하나의 핵심적인 사업으로는 취약한 고령자계층을 대상으로 한 사회적 지원이 있다. 이는 취약한 고령자의 대부분이 독거노인이거나 노인부부만의 가구, 또는 후기고령자계층이기 때문에 이들 계층은 집안에서만 생활할 가능성이 높고, 집밖의 활동이 거의 이루어지지 못하여 치매나 우울증의 발병율이 높다는 특징이 있다. 따라서 지역단위의 소규모형태의 주간노인센터(안)를 개설, 확충하여 집밖에서의 사회활동참여를 유도하여야 할 것이다.

한편, 가능한 한 저비용 상태의 지속화는 총량의 장기요양기간이 일정하게 정해져 있다는 전제하에 가능한 한 낮은 요양등급에 장기간 동안 머물게 하고, 중증의 요양등급에서는 단기간 머물게 함으로써 비용지출을 효율적으로 관리하게 하는 것을 의미한다. 또한, 가족수발자가 있는 경우에는 지속적으로 가족의 간병수발이 이루어질 수 있도록 하여 저비용의 재가급여를 이용하도록 유도하는 것이다.

이상과 같은 장기요양상태의 발생 예방적 접근은 중앙단위에서보다는 지역단위로 추진하는 것이 바람직할 것이다. 이를 위해서는 지방자치단체의 적극적인 참여와 이를 활성화시킬 수 있도록 하는 중앙단위에서의 지원이 요구된다고 하겠다.

제6장 결론

노인장기요양보험제도가 도입, 시행된 지가 벌써 6개월이 되어 가고 있는데, 적지 않은 문제가 발생하고 있는 반면에, 한편에서는 순조롭게 추진되고 있기도 하다. 향후 과제는 과연 이 제도를 통해서 얻고자 하는 것을 얻을 수 있었는가에 대한 평가가 있어야 할 것이다. 예를 들면, 이 제도를 통해서 국민들의 삶의 질이 하락하지는 않았는지, 이 제도에 의해서 우리나라의 사회적 지원제도는 왜곡되지는 않았는지, 국가의 예산이 효율적으로 사용되었는지 등등을 놓고 면밀한 사후평가를 하여야 할 것이다.

어디까지나 노인장기요양보험서비스는 비자립적인 신체적 부분에 대해 타인을 통해서 지원, 보완해 주는데 있기 때문에 필요이상의 지원은 한정된 자원을 비효율적으로 사용하는 것과 같은 맥락으로 볼 수 있다. 이러한 차원에서 독일은 장기요양서비스를 제공하기 이전에 재활서비스를 통해서 가능한 수준까지 기능의 자립성을 회복시키는데 주력하고 있는 것으로 알려져 있으며, 일본은 제도시행 후 5년간에는 기능자립성의 회복이라기보다는 서비스수혜자의 확대에 중점을 둔 나머지 수혜자의 폭등을 발생시켰다는 자체평가를 바탕으로 제도개혁이후의 운영방향을 자립성 회복 및 유지에 두고 있는 것으로 알려져 있다.

따라서, 독일과 일본의 경험을 참고로 하여 우리나라는 대상자의 확대에 급급하지 말고 기능자립성의 저하를 예방하고, 자립성을 빠른 기간 내에 회복시켜 줄 수 있는 사전적 예방지원체계와 이미 장애상태에 진입한 대상자에게는 최소한의 자립성이라도 최대한 유지시킬 수 있는 사후적 기능유지지원방식으로서의 제도운영이 요구된다고 하겠다.

참고문헌

- 김미혜, 「장기요양보호대상 노인을 위한 지역사회내 보건복지서비스 통합모형」, 『사회과학연구논총』, 제12호, pp.389-416, 2004.
- 김수영, 성명옥, 김경호, 조추용, 『노인과 지역사회보호』, 양서원, 2001.
- 김종민, 「영국과 한국의 지역사회 노인보호 발생비교 및 내용 비교」, 한림대학교 대학원 석사학위논문, 2003.
- 김치영, 「영국의 지역사회보호 정책 전환에 관한 연구」, 『사회복지연구』, 제9권 제1호, 부산대학교 사회복지연구소, 1999.
- 보건복지부·국민건강보험공단, 『노인장기요양급여비용 산정기준 및 비용 청구방법』, 2008
- 보건복지부·국민건강보험공단, 『노인수발보험시범사업 수가산정 및 비용 청구지침』, 2005, 2006, 2007
- 대구한의대학교 노인요양서비스 전문인력(케어매니저)양성사업단, 『케어매니저먼트개론』, 정문각, 2005.
- 박풍언 외, 『케어복지 실체개론』, 신아출판사, 2003.
- 보건복지부·국민건강보험공단, 『노인수발보험제도 시범사업 수가산정 및 비용청구지침』, 보건복지부·국민건강보험공단, 2006.
- _____, 『노인장기요양보험제도 2차 시범사업 수가산정 및 비용청구방법』, 보건복지부·국민건강보험공단, 2007.
- _____, 『노인장기요양급여비용 산정기준 및 비용청구방법』, 보건복지부·국민건강보험공단, 2008.
- 보건복지부·국민건강보험공단, 『노인보건복지사업 안내』, 보건복지부, 2006.

- 보건복지부, 『노인보건복지사업 안내』, 보건복지부, 2008.
- 석재은, 「영국의 지역사회보호와 사례관리를 통한 보건·복지서비스 통합」, 『보건복지 포럼』, 통권 제48호, 한국보건사회연구원, 2000.
- _____, 「우리나라 노인장기요양서비스 시장의 특성과 정책과제」, 『보건복지 포럼』, 통권 제142호, 한국보건사회연구원, 2008.
- 선우덕 외, 『노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차)-장기요양수요조사, 장기요양인정체계 및 장기요양서비스이용지원체계 부문-』, 보건복지부·보건사회연구원, 2007.
- _____, 『노인수발보험제도 시범사업 평가연구(1차)』, 한국보건사회연구원, 2006.
- _____, 『노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차) - 장기요양수요조사, 장기요양인정체계 및 장기요양서비스이용체계 부문』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 심재호, 「지역복지네트워크 구축에 관한 연구」, 『한국사회복지행정학』, 제3호, pp.151-171, 2000.
- 이광재, 『노인요양보험제도의 이해』, 공동체, 2007.
- 이지전 외, 「RUG_III를 이용한 노인환자군분류의 타당성 검증」, 『병원경영학회지』, 제6권 제3호, 2001.
- 일본 후생노동성 홈페이지 수록자료. 2004.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>
- 임병우, 「영국의 노인대상 사회적 서비스와 관련법」, 『주요 선진국의 노인복지서비스정책』, 노인복지정책연구총서, 한국노인문제연구소, 2001.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>
- 장인협·우국희, 『케어·케이스 매니지먼트』, 서울대학교 출판부, 2001.
- 정순돌, 『사례관리실천의 이해』, 학지사, 2005.
- 최병호 외, 『노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차) - 수가, 표준시설

- 모형, 표준수발서비스, 질관리 부문』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 최은영·권순만·김찬우·강주희, 『OECD 국가의 노인장기요양서비스체계 비교
와 정책적 함의』, 한국보건사회연구원, 연구보고서 2005-18, 2005.
- 한국사회복지협의회, 『한국사회복지사전』, 1994.
- 増田雅腸, 『介護保険見直しの争点』, 法律文化社, 2003.
- 増田雅腸, 『介護保険見直しへの提言』, 法規, 2004.1
- 伊藤周平, 『介護保険と社会福祉』, ミネルヴァ書房, 2000.7
- 岩淵勝好, 『超少子高齢社会と介護保険』, 1999.11
- 丸尾直美, 『論評：高齢者介護制度をどう改革するか』, 『週刊社会保障』, No.
2317, 2005.1.24,
- 和田勝(編著), 『介護保険制度の政策過程』, 東洋経済新報社, 2007.9
- 週刊社会保障(No. 2327), 『特集：予防重視型への轉換や居住費・食費負担が
論点』, 2005.4.4,
- 週刊社会保障(No. 2318), 『特集：17年に介護保険制度改革、18年に医療保険
改正を實現』, 2005.1.31,
- 週刊社会保障(No. 2316), 『特集：新介護予防による給付費適正化を柱に制度
改革』, 2005.1.17
- 厚生統計協會, 『保険と年金の動向』, 2004
- 全國老人保健施設協會, 『介護白書』, ぎょうせい, 2004.7
- 社会保障審議會介護保険部會, 『介護保険制度の見直しに向けて』, 中央法規,
2004.10
- 厚生労働省, 『日本介護保険事業状況報告(年報)』, 各年度.
- 厚生労働省, 『介護保険制度改革の全體像』, 2004,
- 厚生労働省, 『持續可能な介護保険制度の構築』, 2004
- 독일연방통계청, 장기요양통계 2005, Wiesbaden 2007

- Baeker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K. and Neubauer, J., *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*(독일의 사회정책과 사회현황), 제2권, 개정증보4판, Wiesbaden: VS Verlag, 2008.
- Banks, P., "Intergrating Services for Older People: A resource book for managers", *European Health Management Association*, 2004.
- Binstock, R. H., "The financing and organization of Long-term care", *Public and Private responsibilities in long-term care: finding the balance* (edited by Walker, Leslie C., Bradley, Elizabeth H., and Wetle, T.), The Johns Hopkins University Press, 1998.
- Bishop, C., "Long-term care needs of Elders and persons with disability", *Long-term care and Medicare policy: can We Improve the Continuity of Care?* (edited by Blumenthal, D., Moon, M., Warshawsky, M., and Boccuti, C.), National Academy of Social Insurance, Washington D.C., 2003.
- Bjorkgren MA, Hakkinen H, Finne-Soveri UH, Fries BE., "Validity and reliability of resource utilization groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities", *Scand J Public Health*, 1999;27:228-234
- Brodsky, J., Habib, J. and Mizrahi, I., *Long-term care Laws in the Five Developed Countries: A Review*, WHO, 2000
- Carrier, J., *Integreated Services for Older People: Building a whole system approach in England*, Case study 10: example of case management in GP Prattice, London: Audit Commision, 2002.
- Challis, D, "Assessment and Care Management: Developments since the Community Care Reforms", *With respect to old age-Research*, Vol.3, No.5, 1999, pp.69-86.
- De Boer, Alice H., *Report on the Elderly 2006; Changes in the Lives and Living Situation of Elderly Persons in the Netherlands*, Social and

- Cultural Planning Office of the Netherlands, 2006
- Department of Health. 2008. available at: <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- Deutscher Bundestag , Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (장기요양보험의 구조적 발전을 위한 법 초안)(장기요양발전법, 2007.12.7.
- Doty, P., Liu, K., Weiner, J., "Special report: An overview of long-term care", *Health Care Financing Review*, 6(3), 1985.
- Evashwick, Connie J., *The continuum of long term care: an integrated systems approach*, Delmar Publishers, 1996.
- Fries BE, Schroll M, Hawes C, Gilgen R, Jonsson PV, and Park P., "Approaching cross-national comparisons of nursing home residents", *Age and Aging*, 1997;26:13-18
- _____, "Comparing case-mix systems for nursing home payment", *Health Care Financing Review*, 1990;11(4):103-119
- Grimaldi PL., "Prospective per diem rate for skilled nursing care", *Journal of health care finance*, 2002, 28(3):49-62
- Ikegami N, Fries BE, Takagi Y, Ikeda S, and Ibe T., "Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities", *The Gerontologist* 1994; 34(5):628-639
- Ireland Department of social & family Affairs, *Study to examine the future financing of long-term care in Ireland*, MERCER Ltd., 2002.
- Kane, Rosalie A., Kane, Robert L., and Ladd, Richard C., *The Heart of Long-term care*, Oxford University Press, 1998.
- Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R., and Rickayzen, B., *An International Comparison of Long-term Care Arrangements*, Actuarial Research Paper No. 156, Cass Business School, London, UK, 2004.
- Kent Country Council, available at: <http://www.kent.gov.uk/>, 2008.

- Lampert, Heinz and Althammer, Joerg Lehrbuch der Sozialpolitik(사회정책원론), 개정8판, Berlin: Springer-Verlag, 2007.
- MDS(Medizinischer Dienst der Spitzenverbaende der Krankenkassen e.V. 법정질병보험 최고대표협회의 의료관련 지원단), 2006.
- Merlis, M. and Van de Water, P.N., *Long-Term Care Financing: Models from Abroad*, National Academy of Social Insurance, Health and Income Security Brief, No. 9, 2005.
- Moxley, D. P., *The Practice of Case Management*, Newbury Park, CA: Sage Publication, 1989.
- OECD, *Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paries, 1996a;
- OECD, *Caring for Frail Elderly People: policies in evolution*, Paries, 1996b;
- OECD, *Long-term care for older people*, Paries, 2005.
- Pratt, John R., *Long term care: managing across the continuum*, An aspen publication, 1999.
- Rapp, C. & Chamberlain, R, "Case Management Services for the Chronically Mentally III", *Social Work*, Vol.30, No.5, 1985.
- Richtlinien der Spitzenverbaende der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebeduerftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien 2006)(제 11번째 사회법전에 근거한 장기요양필요성의 감정을 위한 요양금고 최고대표협회의 지침)(감정-지침 2006).
- Rubin, A, "Case Management" In A. Minahan (Ed-in-Chief), *Encyclopedia of Social Work*(18th ed., Vol.1, pp212-222). Silver Spring MD.:National Association of Social Workers, 1987.
- Schneider DP, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gormley WJ., "Case mix for nursing home payment: Resource utilization groups, version II", *Health Care Financing Review*, 1988:39-52

- Seed, P. *Introducing network analysis in social work*, London: Jessica Kingsley Publishers. 1990.
- Steinberg, R. & Carter, G., *Case Management and the Elderly*, Lexington, Ma: Lexington, 1983.
- Tousignant M, Hebert R, Dubuc N, Simoneau F, and Dieleman L., "Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for nursing long-term care facilities", *Age and Aging*, 2003;32:60-66
- UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: Long term care - Rights and Responsibilities*, 1999.
- UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: The Context of Long term care policy*, 1999.
- V Schwanenflugel, Matthias (2007), *The German Long-term Care System and Future Reform*, www.bmg.bund.de(독일 연방보건성 홈페이지.)
- WHO, *Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*, 2000
- WHO and the Milbank Memorial Fund, *Towards an International Consensus on Policy for Long-term Care of the Ageing*, 2000.
- Zander, K. (eds), "Responsive restructuring part IV: Care management and case management", *The New Definition*, 9(2), 1994,
- Kent Country Council.2008 available at: <http://www.kent.gov.uk/>
<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
<http://www.bmg.bund.de>(독일 연방보건성 홈페이지.)

부 록

〈부록 1〉 미국과 일본의 장기요양보호 인프라 형태

1. 미국

가. 개 요

장기요양보호 시설은 정신지체나, 외상성 장애, 치매, 또는 신체적 재활이나 정신적 보호가 필요한 사람이나 노인들에게 다양한 형태의 지원서비스를 제공하는 데 목적을 두고 있다. 현재 미국의 경우, 장기요양시설은 일상활동수행(Activities of Daily Livings)에 필요한 다양한 형태의 주택, 보건, 의료, 보조 등과 지원서비스(예를 들면, 가사, 교통 등)를 제공하고 있다.

미국의 장기요양시설은 크기나 형태 등에 있어 매우 다양하게 나타나고 있는데, 시설형태는 일반적인 단독주택 뿐만 아니라 다가족 주택, 더 나아가 일종의 확장된 캠퍼스형태까지 다양하며, 건물구조도 단층구조부터 중간 또는 다층구조까지, 또는 단독건물로부터 대규모의 집합단지까지 매우 다양한 형태로 나타나고 있다. 대부분의 장기요양보호시설에서는 기본적으로 행정서비스, 청소서비스, 식사서비스, 주민 회합 공간제공을 비롯하여 적정수준의 의료 서비스 등을 제공하고 있으며, 이를 위한 거주자 공유 서비스 공간을 보유하고 있다.

하지만, 앞에서 언급한 바와 같이 미국의 경우 장기요양보호 시설의 형태가 매우 다양하고, 각 주(州)마다 상이한 시설 인가기준 및 시설 명칭을 사용하고 있어 시설형태 또는 유형을 정확하게 정의하고 개념화하기는 상당히 어렵다.

첸스(Chance, 2008)는 미국의 장기요양보호시설을 거주서비스와 의료서비스를 중심으로 크게 거주형 모형(Residential Model), 의료형 모형(Medical

Type Model), 그리고 혼합형 모형(Hybrid Model) 등 3가지 형태로 분류하고 있다. 의료형 모델은 장기요양 보호시설 거주자에게 보건 또는 의료 관련 서비스 제공을 통해 의료부분의 욕구충족에 보다 무게를 두는 형태의 시설을 말하며, 여기에는 노인요양시설(Nursing Home), 외래보호시설(Ambulatory Care), 응급보호시설(Acute and Subacute Care Facilities) 등이 포함된다. 거주형 모델은 보건, 의료 서비스 보다는 노인들이 스스로 자립적인 생활을 하는 데 필요한 서비스를 중심으로 제공하며 정부의 규제보다 적은 형태의 시설을 말하며, 노인을 위한 일반 가족주택(Standard Family Housing), 연령제한 주택(Age-Restricted Housing), 노인 공동 생활주택(Congregate Housing) 등이 포함된다. 마지막으로, 혼합형 모델은 거주형 모형과 의료형 모형을 적절히 조합한 것으로서, 건물형태, 제공되는 서비스 종류, 재정 부담 주체 등에 있어 서비스 제공자와 연방정부 및 주정부의 역할과 권한에 대한 정책을 적절히 혼합하여 개인의 다양한 요양 욕구에 부합하고자 한 것이다. 여기에는 성인위탁가정(Adult Foster Homes), 보조주거시설(Assisted Living Facilities), 연속적인 돌봄을 위한 은퇴자 지역사회(Continuing Care Retirement Communities) 등이 포함된다.

미국의 노인복지국(Administration on Aging)에서는 일상생활수행(ADLs)에 필요한 도움 제공, 추가적인 부가서비스 제공, 개인 특화 서비스 제공 여부, 그리고 본인 부담 비용 정도 따라 8가지 형태의 노인요양관련 서비스를 소개하고 있다. 8가지 서비스는 <표 1>에서 볼 수 있듯이, 지역사회 서비스(Community-Based Services), 가정보건보호(Home Health Care), 인척 아파트(In-Law Apartments), 노인과 장애인을 위한 주택(Housing for Aging and Disabled Individuals)⁷²⁾, 기숙보호가정(Board and Care Homes), 보조주

72) 미국 연방정부 및 대부분의 주정부에서는 중간 또는 저소득 노인들을 위한 주택 프로그램을 제공하고 있다. 현재 단독가구의 경우 년소득이 \$46,000이하, 결혼한 경우 년소득이 \$53,000이하이면 정부지원주택에 입주할 수 있으며, 몇몇 프로그램에서는 음식이나 청소, 쇼핑, 세탁 등의 서비스를 제공하기도 한다. 거주자들은 일반적으로 콤플

거(Assisted Living), 지속적 케어를 위한 은퇴자 지역사회(Continuing Care Retirement Communities), 노인요양원(Nursing Homes) 등이 있다.

<부록표 1-1> 미국 노인복지국의 노인요양관련 서비스 분류

	일상생활수행(ADLs) 도움	추가적인 부가서비스	보살핌 욕구에 맞는 도움	비용정도
Community-Based Services	제공	제공	제공하지 않음	Low to medium
Home Health Care	제공	제공	제공	Low to high
In-Law Apartments	제공	제공	제공	Low to high
Housing for Aging and Disabled Individuals	제공	제공	제공하지 않음	Low to high
Board and Care Homes	제공	제공	제공	Low to high
Assisted Living	제공	제공	제공	Medium to high
Continuing Care Retirement Communities	제공	제공	제공	High
Nursing Homes	제공	제공	제공	High

자료: 미국노인복지국(Administration on Aging). <http://www.medicare.gov/spotlights.asp#medicare2008>

한편, 한국보건산업진흥원(2003)의 연구에서는 노인관련 서비스를 제공하는 시설을 크게 독립주거시설(Independent Living Facility)과 보호시설

렉스 내에 자신의 아파트에 거주하게 되며, 임대료의 일정부분을 소득에 따라 지원받게 됨.

(Care Facility) 2가지 형태로 구분하고, 이 중 요양관련 서비스 제공 시설을 세부적으로 전문요양시설, 요양시설, 주거시설 등으로 구분하고 있다. 여기서, 전문요양시설(Skilled Nursing Facility)은 중증질환이나 장애를 가진 입소자를 중심으로 의료 및 간호서비스를 24시간동안 제공하는 시설을 말하며, 요양시설(Intermediate Care Facility/Mentally Retarded)은 정신지체 또는 발달장애를 가진 입소자를 중심으로 의료 및 재활서비스를 제공하는 것을 목적으로 한 시설을 말하며, 전문적인 간호 및 의료서비스 보다는 일상생활수행(ADLs)에 필요한 서비스를 주로 제공한다. 마지막으로 주거시설(Residential Care Facility)은 개인이 혼자 살아가기 어려운 경우 이들의 욕구를 충족시키기 위한 집단 주거형태로서 요양시설 서비스보다는 독립적인 생활을 위한 다양한 형태의 서비스, 특히 일상생활수행(ADLs)에 필요한 서비스를 제공하고 있다.

<부록표 1-2> 미국의 노인복지시설 구분

구분	특징	종류
독립주거 시설 (Independent Living Facility)	건강한 노인들이 스스로 숙식과 대부 분의 일상생활을 유 지하는 시설	- 노인공동생활주택(Congregate Housing) - 노인합숙소(Boarding Unit) - 노인무주택자 임시숙소 (Homeless Elderly Shelter) - 은퇴후 휴양시설(Retirement Facility)
보호시설 (Care Facility)	취사, 세탁, 기타 일상생활 일부를 타 인의 도움으로 유지 하며 생활하는 시설	- 통합형 연속보호시설(Continuing Care and Retirement Facility) - 요양시설(Nursing Facility) - 요양병원(Hospital-Based Facility)

한국보건산업진흥원. (2003). 노인의료복지시설 시설기준에 관한 연구. p. 68.

나. 시설유형⁷³⁾

(1) 주거형 시설

주거형 시설은 역사적으로 건강상태가 다소 양호하거나 독립적인 생활을 수행할 수 있는 사람 또는 독립적인 생활을 수행하는 데 다소의 문제가 있거나 장애정도가 심하지 않는 사람들이 주로 이용해 왔다. 또한, 정신병이나 발달장애를 가진 청소년들도 장기적으로 주거형 주택에 거주하는 경우가 있었다.

이러한 주거형 시설로는 일반 가족 주택(Standard Family Housing), 연령 제한 주택(Age-Restricted Housing), 노인 공동 생활 주택(Congregate Housing) 등이 있으며, 건물형태는 연령 제한이 있는 주거 복합단지 또는 이웃으로 구분할 수 있는 특정 지역 범위내에 위치한 일반 단독 또는 다가구 형태로 구성되어 있다. 연령 제한이 있는 주거 복합단지의 경우 노인 공동 생활 주택(Congregate Housing), 노인 거주(Senior Living), 독립 거주(Independent Living), 또는 계획된 은퇴 지역사회(Planned Retirement Communities) 등 다양하게 불리고 있다.

이러한 주거시설에서 제공하는 주된 서비스는 주로 주거관련 서비스이며, 종종 음식, 식사 등의 서비스가 제공되기도 한다. 따라서 이러한 시설의 거주자의 경우 전문적인 보건, 의료서비스나 기타 개인별로 필요한 서비스를 대부분 외부로 구입해야 한다. 몇몇 주(州)에서는 음식배달이나 교통서비스를 제공하는 것을 법적으로 강제하기도 하지만, 이러한 시설은 대부분 주(州)정부로 부터의 사업허가가 필요하지 않는 주거 중심의 시설이기 때문에 거주자를 위한 전문서비스나 일상생활수행(ADLs)에 필요한 보조적인 서비스를 제공하지는 않는다.

하지만, 대부분의 주거형 시설 거주자들의 경우 일시적으로 보조적인

73) Chance. (2007)의 논의를 정리한 것임.

지원서비스를 필요로 하고 있어, 지역사회를 중심으로 개발, 시행되고 있는 다양한 형태의 가정보호(Home care) 프로그램들을 개인이나 영리기업, 혹은 비영리기관 등으로부터 구매하여 이용하고 있다. 이러한 가정보호 프로그램에서는 재가치료 서비스(In-home therapies), 주택 수리 및 구조 변경, 가정 내 잡일 처리, 음식 만들기 혹은 배달, 교통 서비스, 청소 서비스, 건강관련 서비스(일상생활수행(ADLs) 보조, 보건의료 등) 등과 같은 보조 서비스를 제공하고 있다. 한편, 지역사회내의 노인과 관련된 공공서비스 제공 기관에서는 이러한 가정보호서비스의 조정, 연계, 정보제공 등을 통해 서비스 이용자들이 보다 편리하게 서비스를 이용할 수 있도록 돕고 있다. 대부분의 주(州)정부는 이러한 서비스를 제공하는 기관에 대해 주정부 승인 또는 인가를 요구하고 있으나, 일상생활활동(ADLs)을 보조하기 위한 서비스를 제공자하는 기관은 이러한 승인이나 인가가 필요하지 않다.

재가 치료 서비스는 신체 재활, 정신 치료, 언어 치료, 직업 치료 등의 서비스로서 거주자들이 가장 많이 이용하는 서비스 중 하나이다. 주택 수리·구조 변경 서비스는 부엌이나 욕실, 계단 등을 거주자가 독립적으로 생활하는 데 편리하도록 변경하는 서비스를 말하는 데, 활동능력이 떨어지는 노인들의 이동성과 안정성을 높이고 돌봄을 제공하는 보호자들의 작업 환경을 개선시키는데 도움이 되고 있다.

한편, 주거형 시설 거주자의 경우 지역사회 내의 가정보호 서비스 제공 시설로부터 다양한 서비스를 제공받을 수 있는데, 이러한 시설로는 성인 주간보호 시설(Adult Day Care Facilities), 시니어 센터(Senior Center), 노인 주간 병원 등이 있다. 이러한 시설은 지역사회 단위 내에서 노인관련 다양한 서비스를 제공하고 있는데, 이용자의 시설화(Institutionalization)를 지연시켜 주고 돌봄을 제공하는 보호자에게 휴식을 제공하는 역할을 수행하고 있다. 이러한 시설은 일반적으로 독립생활이 가능한 노인이나 다소의 제한이 있지만 어느 정도 독립생활이 가능한 사람 또는 만성질환 환자들이 가족이나

비공식 보호자들과 함께 이용한 수 있는 시설로서, 단기간 동안 개인에게 필요한 돌봄을 제공하거나 음식제공, 지역사회와의 접촉, 조직화된 활동 등의 서비스를 제공하고 있다. 또한, 상담이나 치료, 재활, 실외활동 등의 서비스를 제공하기도 한다. 이러한 시설들은 학교나 교회, 레크리에이션 센터, 요양원 또는 연속적 케어를 위한 은퇴자 지역사회(Continuing Care Retirement Communities: CCRC) 등에 위치하기도 한다.

이와 같은 가정보호(Home Care) 서비스는 모든 형태의 주거형 시설 거주자에게 필요한 것이기는 하지만, 미국의 메디케어(Medicare) 예산의 축소로 인한 지역사회 서비스 제공기관의 감소에 따라 서비스 이용율은 지속적으로 감소하고 있는 추세이다. 현재 약 3%이하의 노인들이 이러한 서비스를 이용하고 있다.

(가) 일반 가족 주택 (Standard Family Housing)

일반 가족 주택은 개인적으로 구입한 개인 주택이나 구입하거나 월세를 내고 거주할 공간을 제공받는 주택을 말한다. 대부분의 미국 노인들은 개인적으로 직접 주택을 구입하거나 타인을 통해 구입한 주택에서 거주하고 있는데, 여기서 타인은 보통 돌봄을 제공하는 친인척이나 성인위탁보호(Adult Foster Care)를 제공하는 사람을 말한다. 개인적으로 주택을 구입하는 경우 이동주택과 같은 분리된 주택이나, 여러 가족이 함께 거주할 수 있는 콘도, 타운하우스, 단층주택 등과 같은 고정된 주택의 형태가 있으며, 월세 렌탈 주택의 경우 주거호텔(Residential Hotel)이나 정부보조주택 등의 형태가 있다.

전반적으로 노인들이 가장 선호하는 주택형태는 단독주택으로 미국 노인의 약 77%가 개인 단독 주택을 소유하고 있으나, 이러한 주택의 많은 수는 노인이 독립적인 생활(Independent Living)을 하는 데 필요한 보조시

설이 갖추어 있지 않아 신체적 기능이 쇠퇴하는 노인들의 경우 점차 보건, 의료 서비스 등이 제공되는 시설로 이동하는 경향을 보이고 있다. 개인 주택을 소유하고 있지 않은 노인의 경우는 아파트 단지나 도시에 위치한 주거용 호텔, 또는 정부 지원 주택 등 다가구 주택에 거주하는 경우가 많은데, 이러한 주택의 경우 노인들이 집단으로 거주함으로써 인해 다양한 서비스를 비교적 저렴한 가격으로 이용할 수 있는 장점이 있다.

(나) 연령 제한 주택 (Age-Restricted Housing)

연령 제한 주택은 주택 입주 연령을 제한함으로써 보다 동질적으로 거주민이 구성되도록 주택을 제공하는 방법이다. 미국의 경우 1968년 설립된 ‘공정주택(Fair Housing)’법에 의거 연령이나 개인의 특성에 따라 차별을 둘 경우 불법으로 규정하고 있기 때문에 연령 제한 주택을 건립하기 위해서는 정부의 승인을 획득한 경우에만 허용되고 있다. 이러한 주택은 종종 ‘활동적인 성인(Active Adults)’ 또는 ‘계획된 거주민(Planned residential)’ 지역사회로 불리며, 개인 소유의 주택이나, 월세 형태의 렌탈 또는 임대주택 등 다양한 형태로 운영되어 지고 있다.

일반적으로 연령 제한 주택의 경우 주택단지 내에 운동장이나 공동 레크리에이션 공간 등 다양한 편의시설을 갖추고 있으며, 비슷한 연령의 노인들이 집단으로 거주하기 때문에 이들에게 필요한 보건서비스나 의료서비스를 제공하는 시설들이 주변에 위치해 있는 경우가 많다.

(다) 노인 공동생활 주택 (Congregate Housing)

노인공동생활 주택은 종종 ‘독립생활 시설(Independent Living Facilities)’로 불리기도 하는 데, 다양한 편의 서비스를 필요로 하는 건강하고 독립적인 생활이 가능한 노인들을 대상으로 운영되며, 독립적인 생활을 하는

데 경미한 문제가 있는 노인이나 심하지 않은 질환을 가진 노인들도 이러한 주거형태를 이용하기도 한다. 이러한 주택은 일반적으로 4명부터 40명 이상 까지 다양한 인원을 수용하여 운영되며, 공적기관 뿐 아니라 사적기관에서도 이러한 주거형태를 제공하고 있다.

일반적으로 노인공동생활 주택은 월세형태로 운영되며 식사나 시설관리 등의 서비스가 포함되어 운영되어진다는 점에서 연령 제한 주택과는 다소 상이하며, 보통 독립적인 개인 단독부엌과 욕실을 제공하며, 공동으로 사용하는 식당과 사교 장소 등을 갖추고 있다.

노인공동생활 주택은 거주 노인들에게 약물투여 등과 같은 보조서비스는 제공하고 있지만, 의료서비스나 개인별 돌봄서비스는 필요에 따라 개별적으로 구입해야 한다. 건물형태 및 구조에 있어 단독주택에 비해 노인공동생활 주택 또는 다가구 주택이 가지는 가장 큰 장점은 욕실 손잡이나 넓은 복도 등과 같이 노인의 신체적 특성에 적합한 구조로 건축되어 졌다는 점이다.

(2) 의료형 시설

의료형 시설은 24시간 전문 간호사로부터 전문 간호 및 의료 서비스를 받을 수 있는 장기요양보호시설로서 인력이나 시설설비 등에 있어 주(州) 정부의 허가를 얻어야 하며, 연방정부 규정에 따라 일정정도의 표준화된 서비스를 제공토록 하고 있어, 지역 간 서비스 수준에 있어 큰 차이가 발생하지는 않는다. 이러한 시설로는 대표적으로 요양시설 (Nursing Facilities), 외래 보호(Ambulatory Care) 시설, 급성환자 보호 시설(Acute care facilities) 등이 있다.

(거) 요양시설(Nursing Facilities)

요양시설은 가정이나 지역사회단위에서 더 이상 케어가 불가능하고 24시간 간호 및 보호 관찰이 필요한 노인들에게 마지막으로 선택할 수 있는 시설이다. 따라서 요양시설은 지속적인 전문 간호 서비스(nursing service)가 필요하거나, 일상생활활동(Activities of daily living: ADLs)에 대한 도움이 필요한 경우, 또는 사회복귀 서비스를 필요로 하는 노인들을 주대상자로 하고 있다.

최근 미국 정부에서는 의료비용 상승을 억제하기 위하여 급성환자 이외의 만성환자의 병원이용일수를 제한함으로써 병원 이용을 억제하는 방향으로 공적 의료보험 제도(Medicare)를 변화시키고 있는데, 이로 인해 만성적 질병으로 인해 장기간의 요양이 필요한 노인들을 대상으로 한 요양시설에 대한 수요가 점차 증가하고 있다. 2000년 기준으로 약 160 만명의 노인들이 미국 내의 17,000개의 요양시설에 거주하고 있으며, 2030년까지 약 530 만명의 사람들이 요양시설에서 케어를 받을 것으로 추정되고 있다.

일반적으로 요양시설에서는 간호서비스 뿐 아니라 다양한 형태의 서비스를 제공하고 있는 데, 예를 들면, 신체적, 정서적 또는 정신적 문제 때문에 스스로 자신을 돌볼 수 없는 사람들에게 옷 갈아입기, 목욕, 화장실 사용 등과 같은 일상생활에 필요한 보조 지원서비스를 제공하고 있다. 몇몇 요양시설은 병원에서 퇴원한 이후나 부상 이후 회복에 필요한 보다 숙련된 전문 케어(Skilled Care)를 제공하기도 한다.

이러한 요양시설은 연방정부의 공적 의료보험(Medicare)과 의료보호제도(Medicaid)의 규정에 따라 제공되는 서비스의 종류 및 내용에 따라 중간보호시설(Intermediate care facilities: ICFs), 전문요양시설(Skilled nursing facilities: SNFs), 또는 특수보호시설(Special care facilities: SCFs)로 세부적으로 나누어볼 수 있다.

먼저, 중간보호시설(ICFs)은 스스로 움직일 수 있을 정도의 신체적 건강 상태를 유지하고 있는 노인들을 대상으로 하기 때문에 약간의 간호 보조 서비스만 제공하고 있으나, 많은 대상노인들의 경우 이외에도 신체, 직업, 레크리에이션 치료가 필요하며, 투약이나 일상생활수행(ADLs)에 지속적인 도움이 필요하다.

전문요양시설(SNFs) 거주 노인들은 일반적으로 간호사에 의해 지속적인 보호감독이 필요한 사람들을 대상으로 노인요양서비스를 제공하고 있다. 시설거주자 대부분은 와상노인이거나, 신체적으로 심하게 쇠약한 노인, 또는 다수의 건강문제를 가지고 있는 노인인 경우가 많다. 전문요양시설에서는 급성환자보호(Acute care)를 제공하지는 않으며, 대신 물질남용으로 부터의 재활이나 신체적 재활이 필요한 사람들에게 단기 재활(Short-term rehabilitation)이나 장기 유지관리 서비스(Long-term maintenance)를 제공하고 있다.

특수보호시설(SCFs)은 전문요양시설과 비슷한 서비스를 제공하지만, 특정 사용자 집단의 욕구에 부응도록 특수하게 설계된 시설을 말한다. 예를 들면, 인공호흡기에 의지한 환자나 치매환자, 뇌외상환자 등을 대상으로 요양관련 서비스를 제공하고 있다.

(나) 외래 보호(Ambulatory Care) 시설

외래보호시설은 노인의 주거형 시설에 거주할 수 있도록 거주 시설 외부에서 의료 서비스를 제공하는 시설을 말한다. 이러한 시설로는 외과의사 사무실, 병원 외래환자 진료부, 병원 응급실, 그리고 다양한 형태의 시설(예를 들면, 주간보호센터, 보건소, 약물남용 클리닉, 정신보건센터, 약국 등) 등이 있다.

(다) 급성환자 보호 시설(Acute care facilities)

일반적으로 급성 환자에 대한 케어는 주로 급성환자 보호시설인 병원에서 주로 제공하는데, 이러한 시설의 경우 환자를 가능한 한 빨리 개인 주택이나 보다 낮은 수준의 보호를 제공하는 저비용 시설로 이동시키는 데 중점을 두고 있다. 병원과 요양시설의 중간 형태로 병원의 급성환자 보호로부터 요양보호시설로 이동하기 전 중간수준의 케어를 제공하는 아급성(亞急性) 보호 시설(Subacute care facilities)도 있다. 병원과 같이 아급성 보호시설도 환자를 다른 형태의 시설로 이동시키는 데 초점을 두고 단기간의 보호를 제공하며, 요양시설보다는 전문적인 간호 및 치료, 집중적인 보호감독 서비스를 제공하고 있다.

(3) 혼합형 시설

혼합형 시설은 새로운 형태의 장기요양보호 주택을 설명하는 개념으로서 주로 ‘주거 보호(Residential Care)’를 의미한다고 할 수 있으며, 의료형 시설보다는 덜 시설 수용적이며 보다 주거 중심적이라고 할 수 있다. 미국의 경우 주거 보호를 의미하는 용어가 주마다 거의 30개 이상 사용되고 있어 각 주마다 용어가 상이하며, 시설허가, 재원, 시설설계 등과 관련된 사항도 주마다 다르게 정의하고 있어 정확한 개념을 파악하기는 쉽지 않다. 주거보호시설은 많은 노인들에게 중요한 노인주택 형태 중 하나로서, 다양한 형태의 가사 지원서비스, 그리고 사회활동 등을 제공하고 있다.

주거 및 가사지원서비스는 일상생활활동(ADLs) 또는 도구적 일상생활활동(IADLs)에 있어 도움을 필요로 하는 노인들의 욕구를 충족시키고자 제공되는 서비스이다. 일반적으로 일상생활활동(ADLs) 관련해서 제공하는 개별 서비스는 목욕 또는 샤워, 옷갈아입기, 식사, 침대나 의자로의 이동, 화장실 사용 등에 도움을 제공하는 것이며, 도구적 일상생활활동(IADLs)

은 주로 개인 스스로 독립된 생활을 영위하는 데 필요한 서비스로서 전화 사용, 가사일, 음식준비, 개인물품 및 식음료 쇼핑, 현금관리 등에 있어 도움을 제공하는 것이다. 이외 의료 관련 서비스는 재택보호시설에서 제공하지 않으며 거주자가 외부에서 구매할 수 있도록 도움을 제공하는 역할만 수행하고 있다.

2004년 기준으로 미국 전역에 약 36,450개의 거주보호 시설에서 약 937,600개의 유닛 또는 침상을 제공하고 있으며 다음과 같은 다양한 형태의 주거보호 시설이 있다.

(가) 기숙보호가정(Board and Care Home)

기숙가정은 개별적으로 거주할 수 있는 환경을 제공하며, 종종 단독 가정(Single-family home)으로 바뀌어 불리워지기도 한다. 이와 같은 주택은 다른 사람과 공유할 수도 있는 침실, 음식, 도구적 일상생활활동(IADLs)에 도움 제공, 병원이나 개인적 약속을 위한 교통서비스 제공, 복약시간 알림, 직원과의 만남, 음식 제공, 슈퍼비전 제공 등과 같은 서비스를 제공하며, 보통 주택소유주나 관리자에 의해 서비스가 조정, 관리되어진다.

(나) 성인위탁가정 (Adult foster care homes)

성인위탁가정은 가족 같은 환경에서 생활할 수 있도록 숙박, 음식 및 가사 지원서비스를 제공하고 있다. 일반적으로, 성인위탁가정에서는 기숙보호가정(Board and care home)보다 폭넓은 가사지원 서비스(In-Home Support Services)를 제공한다. 이러한 가정형태는 일상생활활동(ADLs) 수행에 지속적이고 정기적인 도움이 필요한 성인들의 욕구를 충족시키기 생겨났으며, 직원이 잘 훈련되어있는 경우 보다 복잡한 케어 서비스를 제공하기도 하고, 방문간호사가 필요한 보조 서비스를 제공하기도 한다.

(다) 성인보호시설 (Adult Care Facilities)

성인보호시설은 침실 그리고 식사 및 가사 서비스를 6명 이상의 성인을 대상으로 제공하고 있다. 거주자를 위한 서비스는 기숙보호가정 또는 성인위탁가정과 매우 흡사하며, 보통 보다 많은 거주자를 수용하고 있어 일상적인 가족생활 환경과는 다소 거리가 있다. 이러한 시설들은 노인들이 혼자서 완전히 독립적인 생활을 할 수 없는 경우에 이용 가능하며, 일반적으로, 거주자들은 개인적 아파트에 거주하며 식사를 위해서는 개별적으로 식당으로 이동할 수 있을 정도의 생활능력을 가진 노인들에게 적합한 시설이다. 거주자들은 보통 식음료 쇼핑이나 음식준비 그리고 가사 등에 필요한 서비스를 제공받고 있다.

(라) 주거보호시설(Residential Care Facilities)

주거보호시설은 집단거주자들을 대상으로 개별적으로 최소한의 목욕, 옷 갈아입기 등의 서비스나 24시간 투약 등에 대한 서비스를 제공하는 시설로서, 특수한 경우 의료서비스를 제공하기도 한다.

(마) 보조생활시설(Assisted Living Facilities)

미국의 몇몇 주(州)에서는 “보조생활” 또는 “보조생활시설”이라 함은 가사 관련 지원서비스를 제공하는 모든 형태의 집단거주시설을 지칭하는 것이나, 다른 주(州)에서는 주정부가 요구한 특정 기준을 충족하거나 서비스를 제공하는 시설을 의미하기도 한다. 따라서 용어의 정확한 의미를 파악하기가 쉽지 않다.

일반적으로 보조생활시설은 일상생활활동(ADL)을 원활히 수행하기 위한 다양한 형태의 가사 지원서비스 도움이 필요한 노인들에게 적합한 시

설형태를 의미하며, 요양시설(Nursing Home)에서 제공하는 지속적인 수준의 간호 서비스는 제한적으로 제공한다. 예를 들면, 노인집합주택과 마찬가지로 몇몇 보조생활시설에서는 시설과 관련 없는 등록된 가정보건서비스 제공기관(Home health agency)으로 부터 의료서비스를 제공하는 경우도 있다.

최근에 지어진 보조생활시설에 거주하는 노인들은 보통 자신의 아파트를 소유하고 있는데, 이러한 개별 아파트는 일반적으로 침실, 욕실, 조그마한 부엌, 거실 등을 포함하고 있다. 또 다른 형태로, 호텔이나 기숙사와 비슷한 형태로 개인 침실과 공유하는 욕실 등으로 이루어진 개인적 거주 공간을 제공하는 경우도 있다. 일반적으로 이러한 시설은 다른 거주자들과 사회적 활동을 할 수 있는 공간도 제공하고 있다.

이러한 보조생활시설은 요양시설보다 약 30%이상 낮은 가격으로 케어를 제공하기 때문에, 노인요양시설의 대안으로 최근에 매우 급속히 확대되고 있다. 이는 이러한 시설이 주로 대인 서비스를 중심으로 제공하기 때문이며, 따라서 주로 몇몇 부분에 있어 일상생활에 도움을 필요로 하지만 독립적으로 생활할 수 있는 사람들이 많이 이용한다.

보조생활시설의 목적은 각 거주자들의 가능한 한 보다 많은 케어가 필요한 요양시설로 이동하려는 것을 늦추는 데 있으며, 따라서 주택개조나 시설개선 등을 통해 거주자들에게 자유감을 제공하고 독립적인 생활을 보다 오랫동안 영위할 수 있도록 도움을 제공하고 있다.

(바) 지속적인 돌봄을 위한 은퇴자 지역사회(Continuing Care Retirement Communities: CCRC)

CCRCs는 한 지역 내에 캠퍼스 형태 또는 고층빌딩 형태의 대단위 복합 단지로 구성되어 있으며, 단지 내에 거주자의 생활방식에 따라 노인집합

생활시설, 보조생활시설, 독립주택, 요양시설 등을 한 곳에서 제공하고 있다. 종종 급성환자를 대상으로 하는 병원이 있는 경우도 있다.

따라서, 거주자들은 자신들의 욕구나 원하는 바에 적합한 형태의 주택에서 거주할 수 있으며, CCRC 내에서 자신이 원하는 바에 따라 일정수준의 보호에서 다른 수준의 보호로 이동할 수 있다. 예를 들면, 거주자들은 처음에는 사적, 개별적 가정이나 아파트에서 독립적으로 생활을 시작 한 후, 일상적인 보호가 필요할 경우, CCRC내의 보조생활시설(Assisted Living Facilities)로 이동할 수도 있다. 또한 보다 높은 수준의 케어를 요구하는 상황이 발생할 경우, CCRC에 속해 있는 요양시설로 옮길 수 있다.

CCRC는 주택, 거주서비스, 간호 서비스 등과 같은 광범위하고 생애주기에 따른 서비스를 제공하고 있으며, 이러한 서비스 이용은 서비스 제공자와의 계약을 통해 서비스를 제공받을 수 있다. 이러한 서비스 계약의 형태는 크게 3가지 정도로 나누어 볼 수 있는데, 첫 번째 방법은, 확장 계약(extensive contracts) 형태로 매달 약간의 비용을 내든지 또는 추가적인 비용이 없이 장기요양보호(long-term nursing care)서비스를 무제한 허용하는 방식이다. 두 번째는 수정계약(modified contracts)형태로, 특정시간과 비용에 대한 장기요양보호(long-term nursing care)서비스를 제공하는 방식이다. 세 번째는 행위별비용 계약(Fee-for-service contracts) 형태로 거주자에게 1일 평균비용으로 장기요양보호 서비스를 제공하는 방식이다.

CCRCs의 입주비용은 20,000달러에서 400,000달러까지 다양하고, 이외에 매달 \$200에서 \$2,5000 사용료를 개인이 추가적으로 부담해야 하므로, 저소득층 노인들의 경우 높은 비용 때문에 CCRCs 에 입소하기가 쉽지 않다. 2003년 기준으로 전체 노인의 2%만이 CCRC를 이용하고 있으며, 미국 전역의 2,100 여개의 시설에서 약 625,000명이 거주하고 있다.

다. 시설 및 인력 배치 기준

(1) 시설기준

미국의 경우 의료기관의 개설은 주(州)정부의 허가를 받아야 하며 주 보건국(the Department of Health)이 담당하고 있다. 의료기관 운영에 필요한 시설 설비, 안전에 관한 사항은 1970년대까지 최소기준의 형태로 법규정이 존재하다가 이후 시설지침(guideline)의 형태로 변환되어 운영되고 있다(보건산업진흥원, 2007). 다음은 미국 펜실베이니아 주의 장기요양시설 시설기준이다.

미국 펜실베이니아 주의 장기요양시설 시설기준

1. 침실(Resident bedrooms)

- (a) 거주자를 위한 침대는 해당 부서(the department)의 승인을 받은 침실에만 배치해야함.
- (b) 시설에 수용할 수 있는 최대 거주자수는 허가서(the license)를 따라야만 함.
- (c) 침실수와 침대수는 해당 부서에서 승인한 최대수를 초과할 수 없음.
- (d) 일인용 침실은 벽장, 현관, 옷장 그리고 화장실을 포함하여 100평방피트의 최소 수용 공간 유격(clearance)을 제공해야함.
- (e) 1975년 1월 이전에 허가받은 시설의 일인용 침실은 최소 80평방피트의 공간을 포함해야함.
- (f) 다인용 침실은 벽장, 현관, 옷장 그리고 화장실을 포함하여 침대 당 80평방피트의 최소 수용 공간 유격(clearance)을 제공해야함.
- (g) 1975년 1월 이전에 허가받은 시설의 다인용 침실은 거주자당 최소 65평방피트의 공간을 가지고 있어야함.

2. 식당(Dining room)

- (a) 침상수가 100개인 경우 침대당 15평방피트, 침상수가 100개를 넘는 경우 침대당 13 1/2평방피트의 최소 식당공간이 있어야함. 휴게실과 레크리에이션실을 위해 필요한 공간에 더하여 이 공간이 필요함. 이러한 공간은 조명이 밝고 환기가 잘 되어야 함.
- (b) 식탁과 간격은 휠체어와 다른 장비들을 수용할 수 있어야함.

3. 주방(Kitchen)

- (a) 시설의 욕구를 충족시키기에 충분한 최소 한개의 주방이 있어야함.
- (b) 식품저장실은 각각의 보호실(nursing unit)마다 준비되어 있어야함. 식품저장실은 냉장고, 음식을 데우는 기구, 싱크대, 조리대(counter), 그리고 캐비닛을 포함해야 함. 현존 시설의 경우, 주방이 실제요구(practical needs)에 대해서 충분히 가깝지 않거나 해당부서(the department)의 승인을 받았으면, 식품저장실은 보호실(nursing unit)에 준비되어 있어야함.

4. 세탁실(Laundry)

- (a) 세탁실은 속옷 세탁을 위해서 민간세탁소를 사용할 수 없는 시설에 제공되어야함.
- (b) 세탁실의 출입구는 식품 관련 지역을 통해서 세탁물이 수송되는 것을 방지할 수 있는 곳에 위치해야함.
- (c) 세탁실은 더럽혀진 속옷의 보관을 위한 분리된 공간을 가지고 있어야함. 그 공간은 환기가 잘 되어야하고, 냄새와 습기에 영향을 받지 않는 자재로 만들어져야하고, 확실히 깨끗해야함.
- (d) 세탁실은 세탁물과 속옷 운반수레의 중앙 보관을 위한 분리된 공간을 제공해야함.
- (e) 장비는 개인적 세탁을 원하는 거주자들이 사용할 수 있도록 만들어져야함.

5. 간호실(Nurses' station)

- (a) 간호실은 각각의 보호실(nursing unit)마다 있어야함. 또한 보호실(nursing unit) 안에서 실용적일만큼 중심에 위치해야함. 일인 보호실보다 더 많은 것을 제공하는 공동 간호실은 운영의 계획과 방법의 설계가 만족할 만한 서비스 수준을 보여줄 때 허용될 수 있음. 간호실의 규모와 시설은 서비스를 받고 있는 침상수와 필요한 추가 인력에 적절하게 증대되어야함.
- (b) 간호실은 가장 멀리 떨어진 거주자 공간으로부터 120피트를 넘을 수 없음.
- (c) 간호실은 다음과 같은 시설을 갖추어야함.
 - (1) 간호사 호출 시스템
 - (2) Charting and supplies
 - (3) 약물치료실과 조제(preparation)실
 - (4) 약물치료실 안에 이중 잠금장치가 되어 있는 마취실(narcotic compartment)

6. 목욕시설(Bathing facilities)

- (a) 목욕시설은 욕조와 샤워장치가 있는 인접 욕실을 가지지 못한 거주자의 욕실을 제공하기 위해서 각각의 보호실(nursing room)마다 공동목욕 공간을 제공해야함.
- (b) 욕조와 샤워장치 등의 목욕설비는 15침상마다 하나의 설비의 비율로 또는 그것에 관한 중요한 비율로 제공해야함.
- (c) 만약 목욕설비가 분리된 공간에 위치하지 않으면, 개인적 편의(privacy)를 허용하기 위한 칸막이가 있어야함.
- (d) 각각의 공간이나 칸막이는 목욕설비, 휠체어, 그리고 드레싱(dressing)의 사용을 위한 공간을 제공해야함. 거주자를 도울 수 있는 간병인을 위해 충분한 공간이 제공되어야함.
- (e) 각각의 목욕실은 변소와 세면실을 포함해야함. 만약 하나 이상의 욕조나 샤워장치가 욕실 안에 있다면, 각각의 목욕시설과 변소에서 사생활 보호가 제공될 수 있음.
- (f) 휠체어 사용을 위해 설계된 샤워장치는 4평방피트만큼 되어야함. 샤워장치는 장식 이 없어야하고, 난간과 커튼을 가지고 있어야 함.

- (g) 장애인 샤워 공간의 수도장치는 샤워 칸막이 외부에 위치해야함. 다른 샤워공간은 샤워통계의 표준설비를 가지고 있어야함.
- (h) 목욕시설은 각 층에 최소한 하나의 욕조를 가지고 있어야함. 각 층의 욕조는 각각의 측면에 3피트의 최소 유격(clearance)을 가지고 있으며 3방향으로부터 접근할 수 있음. 그리고 욕조 밑바닥에서 인접한 벽면이나 장애물까지 4피트의 유격(clearance)을 가져야함.

7. 화장실(Toilet facilities)

- (a) 거주자 욕실에 인접한 화장실은 네명의 거주자당 최소한 한개의 변기를 가지고 있어야함. 화장실은 욕실에서 통로 없이 직접 들어갈 수 있어야함. 어떠한 경우에도 하나의 화장실은 두개의 침실 이상 서비스를 제고할 수 없음. 하나의 변기가 설치되어 있는 거주자 화장실의 최소 크기는 3피트에서 6피트까지임.
- (b) 변기에서 반대벽까지 또는 불박이 설비까지 3 1/2피트만큼의 공간이 있어야함.
- (c) 각 층에 휠체어를 사용하는 거주자를 위한 최소한 한개의 변기가 있어야함.
- (d) 화장실 훈련을 위해서 적어도 하나의 화장실이 제공되어야함. 이 공간은 보호실에서 접근할 수 있어야하고, 목욕시설을 제공해야함. 변기를 포함하고 있는 화장실 훈련 공간의 최소 크기는 5피트에서 6피트까지임.
- (e) 남녀가 함께 8명 이상 거주하는 층이나 보호실은 1:4의 비율로 또는 각 성별에 따른 비율로 분리된 화장실을 제공해야함. 현존 시설에서는 각 침상수에 따라 비율이나 1:8의 비율로 전체화장실을 제공해야함.
- (f) 시설에 방문하는 남성과 여성을 위해 거주자 시설과는 다른 변기와 세면대를 제공해야함.

8. 세면시설(Lavatory facilities)

- (a) 한층당 1:4의 비율로 또는 그것에 관한 중요 비율로 세면실을 가지고 있어야함. 현존 시설에서는 1:8 또는 각 침상수에 따른 비율로 세면시설을 제공해야함.
- (b) 거울은 각각의 세면실에 있어야함.

(2) 인력기준

미국의 요양시설 관련 법률인 요양시설개선법(The nursing home reform act of 1987)에 따르면, 노인요양시설은 거주자 각각의 간호 요구를 충족시키기에 충분한 24시간 내내 자격있는 간호 서비스를 제공하여야 하며, 공인된 전문 간호사의 서비스를 하루에 적어도 연속으로 8시간이상 한주에 7일 동안 제공하여야 한다고 규정하고 있다(한국보건산업진흥원, 2007). 하지만, 연방정부 기준의 경우 세세한 사항을 다 정의하기 보다는 포괄적으로 전반적인 사항을 규정하는 수준이다. 따라서 노인요양시설에 대한 세세한 인력기준은 각 주별로 법률이나 규칙 등을 통해 정하고 있어 주마다 인력 배치 기준이 상이하게 나타나고 있다.

네브라스카 주의 간호인력 관련 규정을 살펴보면, 시설은 모든 거주자의 욕구를 충족시키는 보호서비스를 제공하기 위해서 24시간 동안 충분한 수의 직원에 의한 서비스를 제공하도록 하고 있고, 공인간호사(registered nurse)의 자격을 가진 보호서비스 상임 관리감독자가 있도록 규정하고 있다. 또한, 간호서비스(nursing service)의 관리감독자에 더해서, 다음과 같은 최소한의 주간야간 전문 간호 인력을 요구하고 있다.

<부록표 1-3> 네브라스카 주의 요양시설 인력 배치

수용인원(Census)	주간(Day)	저녁(Evening)	야간(Night)
59명 이하	1 RN	1 RN	1 RN or 1 LPN
60~150명	1 RN	1 RN	1 RN
151~250명	1 RN and 1 LPN	1 RN and 1 LPN	1 RN and 1 LPN
251~500명	2 RNs	2 RNs	2 RNs
501~1,000명	4 RNs	3 RNs	3 RNs
1,001명 이상	8 RNs	6 RNs	6 RNs

주. RN : 공인간호사(registered nurse)

LPN : 간호조무사(licensed practical nurse)

더불어, 59명 이하의 시설에서 야간에 간호조무사(LPН)를 채용할 경우, 공인간호사는 30분 안에 시설에 도착할 수 있는 곳에 위치하도록 하고 있으며, 거주자 20명당 최소한 1명의 당번 보호인력(nursing staff)을 두도록 하고 있고, 최소한 두 명의 보호서비스 직원(personnel)이 근무하도록 하고 있다.

한편, 요양시설 개선을 위한 시민연대(the national citizens coalition for nursing home reform)라는 시민사회단체에서 제시하는 노인요양시설에 필요한 간호 인력 권고 기준은 모든 요양시설에서 1명의 간호 디렉터 역할을 수행하는 정규 공인 간호사(Registered Nurse: RN), 간호 보조 디렉터 역할을 수행하는 1명의 정규 공인 간호사(100명상이상인 경우), 1명의 서비스 교육에 필요한 정규 공인 간호사, 일주일 24시간을 관리감독자의 역할을 수행하는 1명의 정규 공인 간호사가 필요한 것으로 제시하고 있다. 또한, 직접 간호서비스를 제공하는 간호인력은 주간에는 거주자 5명당 1명, 저녁에는 10명당 1명, 야간에는 15명당 1명이 필요하며, 이에 더하여 정규 간호사(간호 조무사)가 주간에는 15명당 1명, 저녁에는 20명당 1명, 야간에는 30명당 1명이 필요한 것으로 제시하고 있다.

2. 영국

가. 개 요

영국의 노인을 위한 지역사회서비스는 크게 재가 서비스와 시설 서비스로 구분할 수 있다. 재가 서비스는 주간보호, 단기보호, 가정봉사, 주간보호센터, 급식배달 서비스, 세탁서비스와 같은 대인 서비스와 재가간호 서비스, 방문보건 서비스, 일반진료 서비스, 치과진료 서비스, 약제 서비스, 보건서비스 등으로 구성되어 있다. 시설 서비스는 주거보호시설(Residential Care Home), 요양시설(Nursing Homes), 그리고 병원 등이 있으며, 노인요양관련 서비스와 관련해서 의료서비스를 제공하는 요양시설과 의료서비스를 제공하지 않는 거주보호시설로 구분할 수 있다. 재가서비스와 시설서비스의 중간형태의 서비스를 제공하는 은퇴주택(Retirement housing) 또는 노인보호주택(Shelter Housing)에서도 노인요양 관련 서비스를 제공한다.

<부록표 1-4> 영국의 노인대상 지역사회 서비스

보호의 형태		관리주체	재원	본인부담	서비스 내용
재가 서비스	주간서비스 단기보호 가정봉사 주간보호센터 급식배달서비스 세탁서비스	지방자치단체 민간영리 비영리단체	지방자치단체 (지방세, 국고보조)	지방마다 상이	주간센터 745개소(정원 26,996명, 90년 말)
	재가간호 방문보건 요법서비스 일반진료 치과진료 약제 보건서비스	NHS	국고	무료, 치과진료와 약제 일부는 자기부담 있음.	

<부록표 1-4> 영국의 노인대상 지역사회 서비스(계속)

	보호의 형태	관리주체	재원	본인부담	서비스 내용
시설 서비스	거주시설보호 (Residential Care Home)	지방자치단체 민간영리 비영리단체	지방자치단체 (지방세, 국고보조)	저소득자인 경우 공영시설에 서는 무료, 민영시설에	24,075시설 (341,175 places, 2001년)
	요양시설 (Nursing Home)	대부분 민간 비영리단체, 일부 NHS	지방자치단체 (지방세, 국고보조)	서는 정부로부터 입소수당 지급으로 실질적 무료	6,679시설 (186,828병상, 2001년)
	병원 (Hospitals)	NHS	국고	무료	1714시설 (283,469침상, 1988년)

자료: 한국보건산업진흥원. (2003). 노인복지시설 시설기준에 관한 연구. p. 123.

나. 시설형태

(1) 은퇴주택 (Retirement Housing)

재가서비스와 거주시설서비스 사이에서 장기요양보호 노인을 보호하는 중간형태의 시설로서 은퇴주택(Retirement Housing) 또는 노인보호주택(Shelter Housing)이 있다. 재가보호 서비스를 제공하기 어려운 경우 은퇴주택을 렌트 또는 구입하여 보호서비스를 받을 수 있으며 이러한 시설에서도 재가서비스를 이용할 수 있다. 주로 배우자와의 사별이나 건강상의 문제, 친인척이나 친구 문제, 이전 주택의 문제 등으로 인하여 혼자서 생활하기가 어려운 노인들을 대상으로 하고 있다.

일반적으로 라운지나 세탁실, 손님방 그리고 정원과 같은 공동시설을 갖추고 있으며, 식사는 레스토랑에서 제공하거나 따로 음식을 데울 수 있는 공간을 제공하는 경우도 있다. 이외 응급 알람 서비스를 제공하고 있

는데 주로 시설 관리자가 현장에 없을 경우를 대비하여 가정내의 응급버튼이나 코드를 잡아당김으로서 24시간 모니터링 센터에 응급상황이 전달되고 센터는 친척이나 친구 또는 주치의, 응급서비스에 연락을 취하게 된다.

시설형태는 원룸(Bedsitters), 가구가 완비된 저층 아파트(Self-contained flats), 방갈로 또는 고급 아파트 등 다양한 형태로 구성되어 있다. 렌트는 비영리 주거연합(non-profit making housing associations or Registered social landlords) 또는 지역위원회에 의해 제공되며, 보통 1년 또는 1년 이상 거주 가능하며 렌트비용은 제공되는 서비스 비용과 함께 부과된다. 만양 연금 크레딧을 받거나 저소득인 임차인은 주거급여나 서비스 비용에 대한 지원을 정부로부터 받을 수 있다. 은퇴주택을 구입하는 경우에는 주택형태에 따라 가격이 다양하며, 주당 30~50 파운드의 서비스 이용비용과 1년이 50~300 파운드까지의 세금 및 공과금이 부과된다.

(2) 주거보호시설(Residential Care Home)

주거보호시설의 경우 은퇴주택보다 더 많은 서비스를 제공하는데, 숙박뿐만 아니라 식사, 목욕, 옷 갈아입기, 화장실 사용, 개인별 욕구에 대한 서비스 제공 등 일상생활활동을 수행하는 데 도움이 필요한 사람들에게 대한 일련의 개별 케어 서비스(Personal care)를 제공하는 시설을 말한다. 때때로 정신장애나 신체장애 또는 학습장애를 가진 사람에게 전문 간호서비스를 제공하는 시설도 있다.

이러한 주거보호시설은 서비스 내용에 따라 다소 상이한 명칭으로 불리고 있는데, 확장 케어 주택(Extra care housing), 노인보호주택(Sheltered housing), 보조주거시설(Assisted living), 은퇴자촌(Retirement village) 등의 주택이 주거보호시설의 범주에 들어간다고 할 수 있다. 시설형태는 아파트, 방갈로, 주택 등으로 구성될 수 있으며 노인보호주택의 경우 로비나,

귀빈실, 세탁실 등의 공동시설을 가지고 있고, 확장 케어 주택의 경우 레스토랑이나 주방, 체력단련실, 취미/오락실, 컴퓨터실 등의 시설을 갖추고 있다. 주요 서비스는 앞에서 언급한 바와 같이 가사지원서비스와 개별지원(personal care)서비스로 주로 직원에 의해 제공되고 있다.

은퇴자촌(Retirement village)은 방갈로, 아파트 또는 주택 등이 하나의 단지형태로 구성되어 주거촌을 형성하는 것을 말하며, 노인들이 거주하기에 적합한 환경 및 서비스를 제공하고 있다. 대부분의 이러한 실버종합시설은 전문 의료 및 간호서비스를 제공하는 케어홈(care home)을 단지내에 두고 있다.

(3) 케어홈 (Care Home)

케어홈은 비영리 개인, 기업, 또는 지역당국의 사회서비스 국(Local authority social services departments)에서 소유하거나 운영하고 있으며, 모든 케어홈은 사회적 케어 조사 위원회(Commission for social care inspection)에서 공인하여 관리되어지고 있다.

케어홈은 개별 보호 서비스(Personal care services)를 주로 제공하는 시설과 간호 서비스를 제공하는 요양시설(Nursing Home)로 나누어 볼 수 있다. 개별 보호서비스를 제공하는 시설은 크기와 시설형태가 다양한 데, 일반적으로 생활시설의 형태를 띠며, 식사, 옷갈아입기, 약물치료 관리 등의 개별 서비스를 제공하고 있다. 개별 보호 서비스를 제공하는 케어홈은 일반적인 단기질병을 앓는 동안은 개별 보호 서비스를 제공하지만, 지속적인 간호 서비스를 제공하지는 않는다.

간호서비스를 제공하는 케어홈의 전형적인 예는 요양시설(Nursing Home)이다. 영국의 요양시설(Nursing Home)은 24시간 항시 간호사가 근무해야 하며 의료 및 보건서비스를 제공하기위해 공인된 시설을 말하며,

주로 건강상태가 나빠서 일상생활을 영위하는 과정에서 타인 대한 의존도가 높은 노인을 대상으로 서비스를 제공한다. 이러한 시설에서는 노인들을 위한 일반 간호 뿐 아니라 정신장애, 신체장애, 학습장애 등을 가진 노인들에 대한 전문적인 간호 서비스를 제공하고 있다.

케어 홈을 이용하는 비용은 위치와 제공되는 서비스에 따라 주당 300파운드부터 1000파운드 까지 다양한데, 간호서비스를 제공하는 요양시설의 경우 더 많은 비용이 요구된다.

다. 시설 및 인력 배치 기준

영국의 노인요양시설 시설 및 인력배치기준은 1984년에 제정된 공인입주시설법(Registered Homes Act)에 따르고 있는데, 요양시설, 정신요양시설, 주거보호시설 등을 대상으로 공인조건, 공인대상, 시설의 규정 및 관리기준 그리고 직원들의 배치기준을 규정하고 있다. 요양시설의 경우, 중앙부서에서 정한 규정에 따라 지역보건당국이 가이드라인을 작성토록 되어 있고, 요구수준 충족여부를 심사하여 개선명령, 공인취소 등의 행정명령을 내릴 수 있도록 하고 있다. 주거보호시설의 경우, 공인입주시설법과 관할 장관이 정한 세부규정을 근거로 하여 가이드라인을 작성하고 이를 근거로 각 지역 관계자들의 협의를 통해 최종 가이드라인을 설정 운영하고 있다 (한국보건산업진흥원, 2003).

이러한 규정에 따르면 요양시설의 경우, 시설규모는 1인용(10m²), 2인용(16.7m²), 3인 이상(1인당 3.35m²)의 방과 천장높이가 7feet 6inch 이상이 되도록 하고 있다. 시설에 갖추어야할 설비로는 5~6인당 1개의 화장실, 1~10인당 목욕탕 또는 샤워시설, 각 방마다 세면대를 설치해야 하며, 직원 식당과 휴게실을 별도로 마련하도록 하고 있다. 직원은 입소자 6인 이하의 경우 간호사 1인 이상, 6~16인 이하의 경우 간호사 2인 이상, 입소자

17인 이상의 경우 상담을 통해 인력배치를 결정하도록 하고 있다. 한편, 주거보호시설의 경우, 인력규정은 상세히 규정하고 있지 않으며, 시설규모는 1인용(12m²), 2인용(17m²), 3인용 이상은 인정하지 않고 있다. 그 외 시설 내에 도서와 휴식을 취할 수 있는 공간이나 옷장이나 개인의 소지품을 보관할 수 있는 설비를 구비토록 하고 있다.

〈부록 2〉 등급판정평가 분석표

〈부록표 2-1〉 청결 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
1.76	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 일어나앉기:완전자립 목욕하기:완전자립	날짜계절 불인지: 무	길을잃음 :무	-	-
1.85	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 일어나앉기:부분,완전도움 양치질:완전자립	-	-	-	-
3.89	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 일어나앉기:완전자립 목욕하기:완전자립	날짜계절 불인지: 무	길을잃음 :유	-	-
4.21	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 체위변경:완전자립 양치질:완전자립,부분도움	날짜계절 불인지: 유	-	-	-
4.38	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 일어나앉기:완전자립 목욕:부분,완전도움	날짜계절 불인지: 무	-	-	-
4.9	옷벗고입기:완전자립 소변조절:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움	-	길을잃음 :무	-	-
7.8	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립	-	-	도뇨관리:무	-
8.27	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 체위변경:완전자립 양치질:완전도움	-	길을잃음 :유	-	-
9.41	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움	-	불규칙수면:무	도뇨관리:무	-
9.8	옷벗고입기:완전자립 소변조절:부분,완전도움 일어나앉기:완전자립 목욕하기:완전자립	-	길을잃음 :유	-	-
10.27	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전도움 목욕하기:완전도움	-	대소변불결:무 도움저항:무	-	-
10.3	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움	-	불규칙수면:유 돈물건감추가:유	도뇨관리:무	-
10.5	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전도움	-	대소변불결:무 도움저항:유	-	-
12.8	옷벗고입기:완전자립 소변조절:완전자립 일어나앉기:부분,완전도움 양치질:부분,완전도움	-	-	-	-

〈부록표 2-1〉 청결 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류(계속)

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
15.77	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움	-	불규칙수면:유 돈물건감추기:무	도뇨관리:무	
16.43	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전도움	-	대소변불결:유		손목수지 관절:무
17.44	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전도움 목욕하기:완전자립,부분도움	-	대소변불결:무 도움저항:무	-	-
21.76	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전도움	-	대소변불결:유		손목수지 관절:유
24.91	옷벗고입기:완전자립 소변조절:부분,완전도움 양치질:완전도움	-	길을잃음 :무	-	-
24.92	옷벗고입기:부분,완전도움 양치질:완전자립,부분도움		-	도뇨관리:유	-

〈부록표 2-2〉 배설 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
0.52	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67미만 가중점수:1.88미만 가중점수:0.58미만	-	-	-	-
1.26	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67미만 가중점수:1.88미만 가중점수:0.58이상	-	-	-	-
2.51	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67미만 가중점수:1.88 이상 목욕:완전자립	-	대소변불결:무	-	-
3.16	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67미만 가중점수:1.88 이상	-	대소변불결:유	-	-
3.64	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67이상 목욕:부분,완전도움	-	-	-	-
4.16	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43이상 식사:부분,완전도움	-	-	-	-
5.81	가중점수:14.8이상 목욕:완전도움 식사:완전자립,부분도움 방밖으로나가가기:완전도움	-	-	-	-

〈부록표 2-2〉 배설 서비스군의 영양인정 시간별 평가항목 분류(계속)

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
7.42	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67이상 목욕:완전자립	-	-	-	-
8.37	가중점수:14.8이상 목욕:완전자립,부분도움 가중점수:20.3미만	-	대소변불결:무	-	-
9.74	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43이상 식사:완전자립	-	-	-	-
9.93	가중점수:14.8이상 목욕:완전도움 식사:완전자립,부분도움 방밖으로나가기:완전자립, 부분도움	-	-	-	-
14.01	가중점수:14.8이상 목욕:완전자립,부분도움 가중점수:20.3미만	-	대소변불결:유	-	-
15.23	가중점수:14.8미만 가중점수:13.43미만 가중점수:7.67미만 가중점수:1.88 이상 목욕:부분도움,완전도움	-	대소변불결:무	-	-
17.87	가중점수:14.8이상 목욕:완전도움 식사:완전도움	-	-	-	-
18.28	가중점수:14.8이상 목욕:완전자립,부분도움 가중점수:20.3이상	-	-	-	-

〈부록표 2-3〉 식사수발 서비스군의 영양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
6.74	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립,부분도움 방밖으로나가기:완전자립	날짜계절불 인지:무		욕창:무	
8.86	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립,부분도움	날짜계절불 인지:유		욕창:무	
9.84	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전도움				
10.75	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움 일어나앉기:완전자립,부분 도움 목욕:완전도움				

〈부록표 2-3〉 식사수발 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류(계속)

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
11.68	양치질:완전도움 식사:완전자립,부분도움 화장실사용:완전도움 목욕:완전도움		불규칙수면:무		
12.59	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립,부분도움 방밖으로나오기:부분,완전 도움	날짜계절불 인지:무		욕창:무	
12.68	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움 일어나았기:완전자립,부분 도움 목욕:완전자립,부분도움 일어나았기:완전자립				
14.23	양치질:완전도움 식사:완전자립,부분도움 화장실사용:완전자립,부분 도움		우울상태:무		
17.09	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움 일어나았기:완전자립,부분 도움 목욕:완전자립,부분도움 일어나았기:부분도움				
17.96	양치질:완전도움 식사:완전자립,부분도움 화장실사용:완전자립,부분 도움		우울상태:유		
18.13	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움 일어나았기:완전도움				
18.68	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립,부분도움			욕창:유	
20.49	양치질:완전도움 식사:완전자립,부분도움 화장실사용:완전도움 목욕:완전도움		불규칙수면:유		
25.73	양치질:완전도움 식사:완전도움		불규칙수면:무		
26.48	양치질:완전도움 식사:완전자립,부분도움 화장실사용:완전도움 목욕:완전자립,부분도움				
40.22	양치질:완전도움 식사:완전도움		불규칙수면:유		

〈부록표 2-4〉 기능보조서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
1.21	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.3미만 가중점수:0.58미만	-	-	-	-
2.57	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.3미만 가중점수:0.58이상		-	-	-
5.05	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.33이상 가중점수:9.09미만	-	-	-	-
6.1	양치질:완전도움 가중점수:13.42 미만 옮겨타기:완전자립	-	-	-	-
6.51	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.33이상 가중점수:9.09이상	-	우울상태:무	-	-
7.73	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.33이상 가중점수:9.09이상 가중점수:20.63미만	-	우울상태:유	-	-
9.6	양치질:완전도움 가중점수:13.42 이상 목욕:완전도움	-	-	-	-
10.3	양치질:완전도움 가중점수:13.42 미만 옮겨타기:부분,완전도움	-	-	-	-
15.13	양치질:완전자립,부분도움 가중점수:3.33이상 가중점수:9.09이상 가중점수:20.63이상	-		-	-
17.5	양치질:완전도움 가중점수:13.42 이상 목욕:완전자립,부분도움	-	-	-	-

〈부록표 2-5〉 행동변화 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
0.52	식사하기:완전자립,부분도움		대소변불결:무 물건망가트리기:무 방밖으로나가려함:무		고관절:무
0.52	식사하기:완전자립,부분도움	장소불인지:무	대소변불결:유		
0.57	식사하기:완전자립,부분도움		대소변불결:무		고관절:한쪽구축
1.32	식사하기:완전도움				고관절:한쪽구축
1.50	식사하기:완전자립,부분도움		대소변불결:무 물건망가트리기:무 방밖으로나가려함:유		고관절:무
2.17	식사하기:완전자립,부분도움	장소불인지:유	대소변불결:유		
5.85	식사하기:완전자립,부분도움		대소변불결:무 물건망가트리기:유		고관절:무
17.9	식사하기:완전도움				고관절:무

〈부록표 2-6〉 간접 서비스군의 영양인정 시간별 평가항목 분류

요양인정 점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활육구
13.02	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립 대변조절:완전자립		불규칙한수 면:무		
16.4	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:부분,완전도움 대소변조절:완전자립			욕창:무	
17.26	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립 대변조절:완전자립		불규칙한수 면:유		
18.75	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:부분,완전도움 대변조절:부분,완전도움		폭언위협행 동:무		
18.76	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립 대변조절:부분,완전도움				
22.05	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움		방밖으로나 가려함:무		
25.60	양치질:완전도움		불규칙한수 면:무		
26.92	양치질:완전자립,부분도움 양치질:부분도움		방밖으로나 가려함:유		
28.29	양치질:완전도움		불규칙한수 면:유 방밖으로나 가려함:무		
28.35	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:부분,완전도움 대변조절:완전자립			욕창:유	
33.91	양치질:완전도움		불규칙한수 면:유 방밖으로나 가려함:유	욕창:무	
41.76	양치질:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:부분,완전도움 대변조절:부분,완전도움		폭언위협행 동:유		
66.28	양치질:완전도움		불규칙한수 면:유 방밖으로나 가려함:유	욕창:유	

〈부록표 2-7〉 간호처치 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
6.12	양치질:완전자립	장소불인지:유	불규칙수면:유	-	-
7.36	-	-	불규칙수면:무	가중점수:0	-
9.83	양치질:부분, 완전도움	장소불인지:유	불규칙수면:유	-	-
9.86	체위변경:완전자립,부분도움	-	불규칙수면:무	가중점수:2.24미만	-
10.56	-	장소불인지:무	불규칙수면:유	-	우측상지마비:무
21.89	체위변경:완전도움	-	불규칙수면:무	가중점수:2.24미만	-
23.7	-	장소불인지:무	불규칙수면:유	-	우측상지마비:불,완전마비

〈부록표 2-8〉 재활훈련 관련 서비스군의 요양인정 시간별 평가항목 분류

점수(분)	신체기능	인지기능	문제행동	간호처치	재활욕구
2.36	목욕:완전도움	장소불인지:무	-	-	-
3.39	목욕:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:완전자립	-	-	-	-
3.69	목욕:완전도움	장소불인지:유	-	-	-
4.38	목욕:완전자립,부분도움 양치질:완전자립 목욕:부분도움	-	-	-	-
6.10	목욕:완전자립,부분도움 양치질:부분,완전도움	-	-	-	-

〈부록표 2-9〉 기능 및 욕구 평가항목에 대한 인자분석 -1

대분류	세분류	Component									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
신체 기능	화장실사용	.870	.130	.185	.141	.008	.155	.005	.015	-.063	-.035
	움거타기	.837	.017	.095	.239	.024	.097	.040	-.015	.142	.086
	방밖으로나오기	.835	-.035	.090	.221	.034	.026	.010	-.035	.179	.026
	대변조절	.834	.149	.214	.119	.026	.190	.015	.013	-.085	-.105
	소변조절	.812	.149	.200	.119	.006	.186	.000	.007	-.068	-.118
	세수하기	.797	.192	.283	.177	.030	.046	.003	.073	-.059	-.010
	옷벗고 입기	.794	.147	.273	.204	.020	.041	.053	.133	-.051	-.011
	체위변경	.793	-.029	.111	.255	.060	-.051	-.025	.009	.203	.076
	일어나앉기	.792	-.007	.089	.271	.080	-.014	.003	-.038	.219	.074
	식사	.713	.116	.187	.193	.069	-.044	.028	.113	.002	.007
	양치질	.620	.323	.302	.227	.032	.127	-.086	-.103	-.081	.004
	목욕	.561	-.042	.252	.096	-.024	-.068	.227	.360	-.008	.013
	욕창	.396	.032	-.016	.144	.172	-.016	.253	-.091	.357	.175
문제 행동	망상	-.020	.682	.092	.029	-.025	.017	.029	.016	.315	.044
	서성거림안절부절못함	-.041	.681	.180	-.049	-.006	-.106	.018	.046	-.195	-.033
	의미없거나부적절한행동	.158	.676	.218	-.041	-.001	.011	-.041	.099	-.047	-.002
	폭언위협행동	.002	.635	.129	.021	.043	.139	-.170	.201	.184	-.037
	밖으로나가려고함	.059	.634	.108	-.083	-.004	-.047	-.038	-.025	-.226	-.005
	부적절한웃입기	.095	.633	.202	-.054	.009	-.003	-.020	.141	-.180	-.042
	돈물건감추기	-.129	.619	.150	-.012	-.002	.059	-.068	.029	.070	-.002
	불규칙수면주야혼돈	.139	.585	.158	.042	-.002	-.051	.044	-.038	-.017	.045
	환청	.170	.566	.186	-.046	-.046	.020	.111	-.013	.098	.057
	도움에저항	.072	.562	.158	-.015	.017	.032	-.010	.370	.133	-.033
	우울상태울기도함	.091	.537	.019	.131	-.059	.003	.160	-.136	.025	.056
	길을 잃음	.078	.485	.375	-.014	-.065	-.058	-.018	-.169	-.133	-.028
	대소변불결행위	.333	.458	.168	-.012	.024	.203	-.078	.036	-.291	-.147
인지 기능	나이생년월일불인지	.192	.262	.808	.029	.010	.041	-.051	.013	-.028	-.025
	상황판단력감퇴	.200	.185	.786	.023	-.011	.000	.056	.083	.032	-.002
	의사소통전달장애	.177	.249	.776	.071	.012	.028	-.002	-.008	.015	-.011
	장소불인지	.231	.214	.722	.011	.006	.037	-.009	.096	-.061	.005
	지시불인지	.212	.210	.707	-.017	.005	.028	.034	.085	.062	.041
	날짜계절불인지	.219	.241	.688	.051	-.023	-.011	-.072	-.054	-.033	-.014
	방금전이나며칠전일 잊음	.179	.273	.658	.025	.019	.002	-.117	-.069	-.004	-.027

〈부록표 2-9〉 기능 및 욕구 평가항목에 대한 인자분석 -1(계속)

대분류	세분류	Component									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
재활 욕구	팔꿈치 관절	.192	.007	.022	.801	-.048	.075	.041	-.002	-.043	-.059
	어깨관절	.234	-.016	.013	.793	.002	.041	-.004	-.016	-.114	-.046
	손목및 수지관절	.199	.014	-.020	.756	-.001	.085	-.002	-.071	.012	-.114
	우측상지마비	.163	-.061	.057	.688	.153	-.036	.009	.201	.058	.116
	좌측상지마비	.326	.000	-.023	.655	.044	-.080	-.033	-.149	-.011	-.031
	발목관절	.311	-.020	.066	.564	-.003	.381	.024	.001	.055	.007
	우측하지마비	.314	-.041	.124	.516	.097	.266	-.021	.161	.193	.290
	좌측하지마비	.434	-.015	.061	.510	.049	.229	-.019	-.078	.134	.150
간호 욕구	흡인	.090	-.008	-.043	.039	.719	-.063	-.001	-.063	.029	-.044
	경관영양	.126	-.045	.056	.077	.717	-.083	-.010	-.051	.055	.013
	기관지절개간호	-.035	-.019	-.004	.067	.512	.086	.208	.256	-.034	.047
	장루간호	.002	-.018	-.009	-.127	.423	.393	.044	-.089	-.061	-.030
	고관절	.196	.018	.007	.288	-.056	.696	.061	.005	.027	.004
	무릎관절	.263	.024	.080	.433	-.072	.544	.073	.038	.111	.070
	통증간호	.045	-.003	-.060	.005	-.045	.061	.781	-.058	.163	-.059
	산소요법	.042	.019	-.047	-.011	.238	.038	.557	-.001	-.191	.007
	물건망가트리기	.111	.187	.006	-.034	-.027	-.020	-.090	.734	-.074	-.040
	도뇨관리	.170	-.027	-.023	-.021	.000	.056	-.034	-.028	.535	-.169
	복막투석및 간호	.018	.034	-.038	-.033	-.023	.019	-.044	-.045	-.146	.879

〈부록표 2-10〉 기능 및 욕구 평가항목에 대한 인자분석 -2

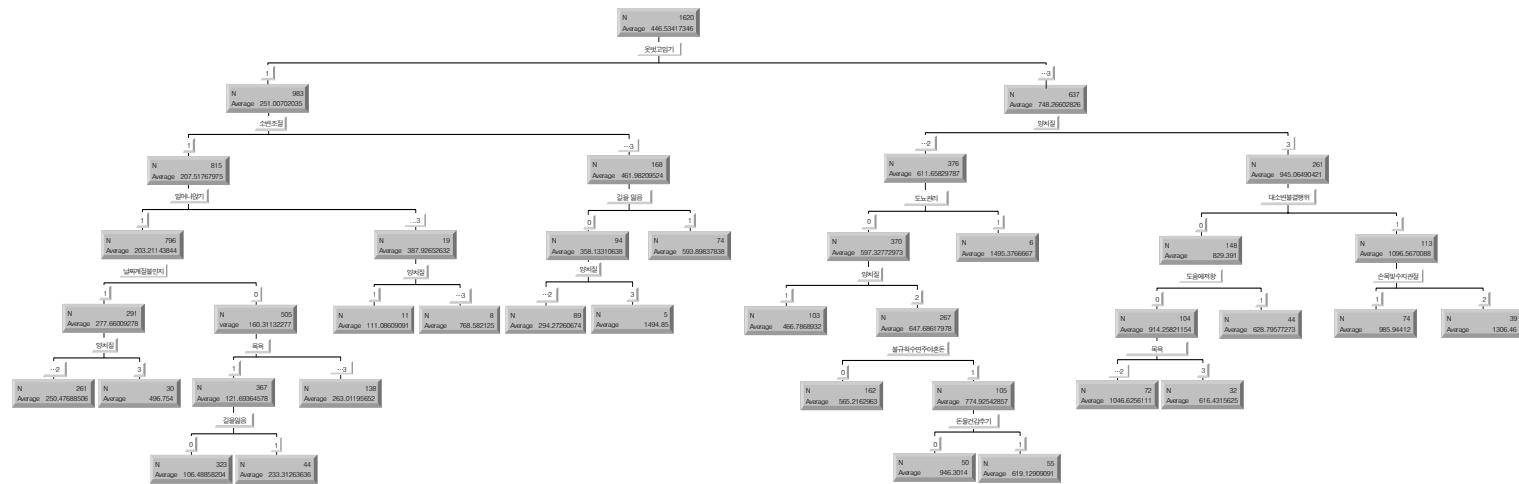
대 분 류	세부 항목	Component				
		1	2	3	4	5
신체 기능	화장실사용	.843	.175	.231	.194	.002
	방밖으로나오기	.824	-.018	.285	.092	.047
	움거타기	.823	.040	.323	.092	.053
	대변조절	.807	.197	.214	.224	.017
	소변조절	.786	.195	.212	.209	-.006
	체위변경	.780	-.017	.297	.117	.064
	일어나앉기	.777	.001	.324	.091	.093
	옷벗고 입기	.770	.197	.254	.277	.033
	세수하기	.767	.236	.233	.292	.021
	식사	.691	.150	.217	.195	.073
	목욕	.578	.025	.095	.237	.068
	양치질	.568	.343	.301	.311	-.015
	욕창(간)	.412	.016	.185	-.050	.288
문제 행동	도뇨관리(간)	.211	-.039	.025	-.055	.028
	의미없거나부적절한행동	.129	.696	-.020	.200	-.012
	서성거림안절부절못함	-.077	.687	-.082	.169	-.017
	망상	-.022	.669	.058	.036	.027
	부적절한웃임기	.063	.661	-.052	.194	-.008
	폭언위협행동	-.012	.653	.072	.103	.012
	밖으로나가려고함	.018	.637	-.089	.108	-.037
	돈물건감추기	-.150	.617	.010	.123	-.012
	도움에저항	.075	.603	.000	.125	.046
	불규칙수면주야혼돈	.109	.582	.046	.136	.014
	환청	.162	.573	-.012	.145	.012
	우울상태울기도함	.067	.520	.144	-.020	.006
	대소변불결행위	.289	.498	.051	.182	-.034
재활 욕구	길을 잃음	.039	.482	-.015	.367	-.094
	물건망가트리기	.128	.271	-.059	.007	-.028
	팔꿈치 관절	.137	.003	.791	.016	-.042
	어깨관절	.169	-.021	.775	.023	-.019
	손목및 수지관절	.144	.000	.754	-.022	-.014
	발목관절	.278	.000	.668	.050	.018
	우측상지마비	.124	-.056	.659	.062	.160
	좌측상지마비	.268	-.028	.627	-.008	.011
	우측하지마비	.292	-.018	.610	.108	.129
	좌측하지마비	.399	-.014	.598	.053	.059
	무릎관절	.249	.059	.590	.042	-.011
	고관절	.185	.059	.481	-.026	-.005

〈부록표 2-10〉 기능 및 욕구 평가항목에 대한 인자분석 -2(계속)

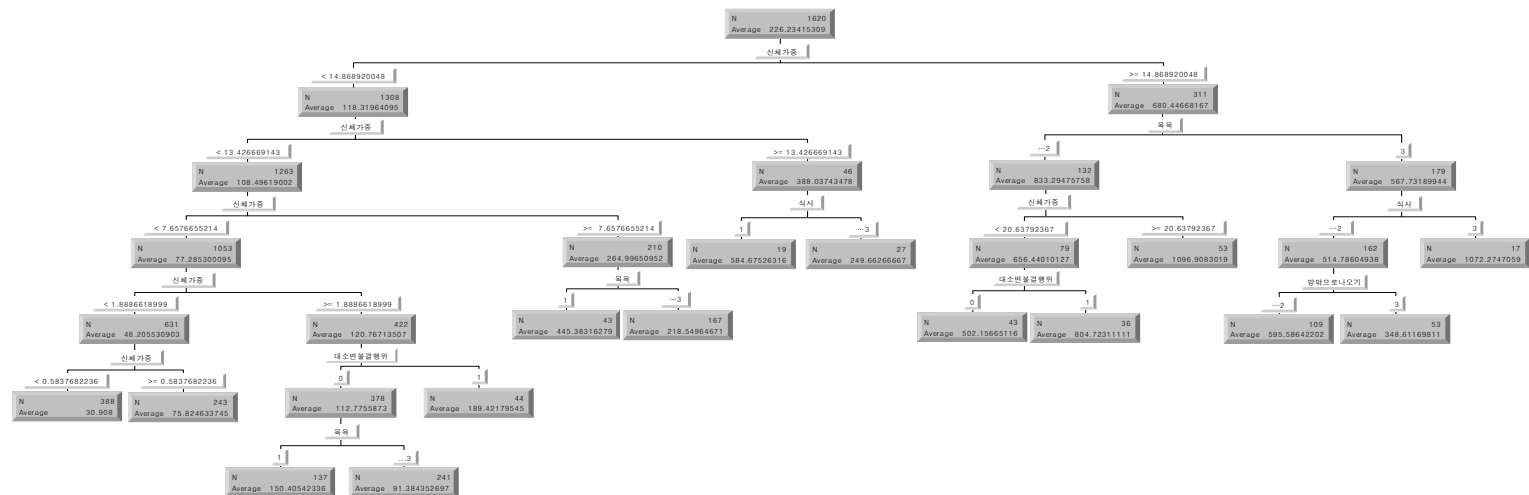
대 분 류	세부 항목	Component				
		1	2	3	4	5
인지 기능	나이생년월일불인지	.168	.300	.065	.800	-.025
	상황판단력감퇴	.193	.229	.046	.765	.003
	의사소통전달장애	.156	.281	.102	.761	-.002
	장소불인지	.214	.262	.043	.714	-.010
	지시불인지	.208	.251	.020	.686	.019
	날짜계절불인지	.190	.265	.074	.685	-.066
	방금전이나며칠전일 잊음	.150	.291	.053	.658	-.040
	복막투석및 간호(간)	-.005	.022	.024	-.036	.004
간호 욕구	흡인	.065	-.034	.025	.010	.659
	경관영양	.100	-.069	.063	.108	.657
	기관지절개간호	-.033	.004	.073	.007	.563
	장루간호	-.005	-.008	-.016	.010	.409
	산소요법	.053	.033	-.020	-.069	.405
	통증간호	.102	.005	.013	-.148	.251

〈부록 3〉 각 서비스군 별 수형도

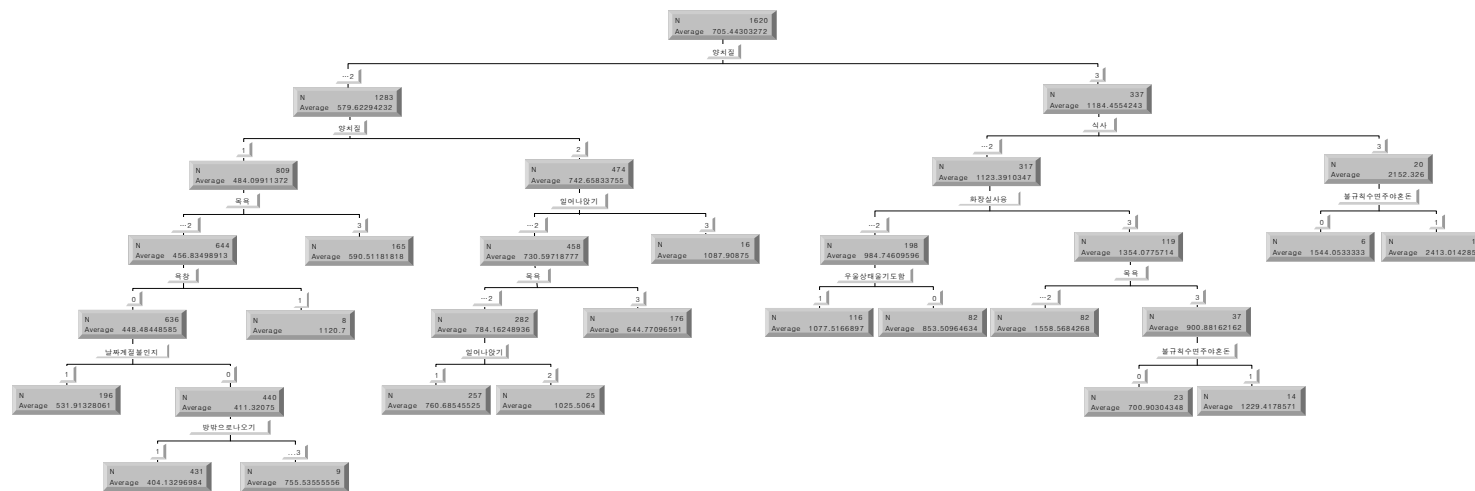
[부록그림 3-1] 청결서비스군 수형도



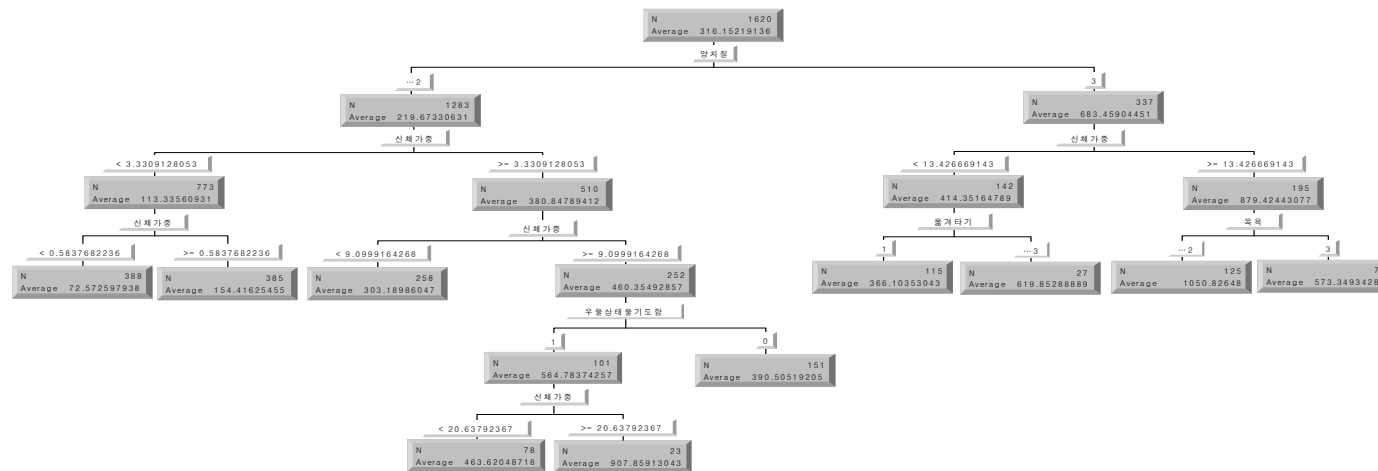
[부록그림 3-2] 배설서비스군 수형도



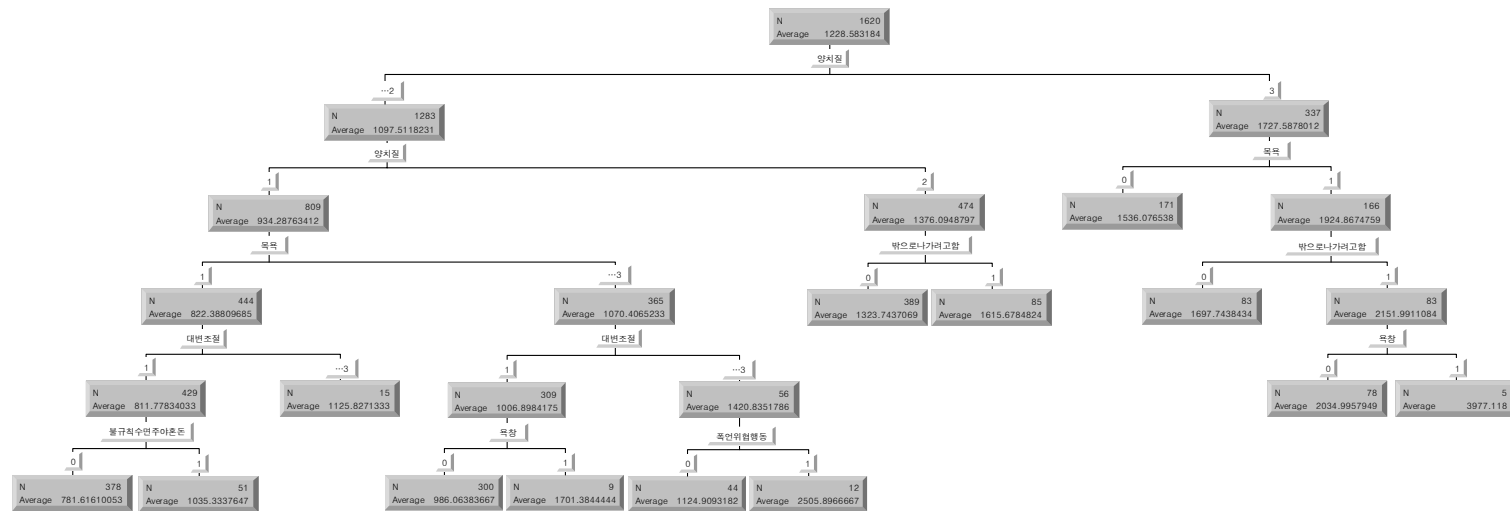
[부록그림 3-3] 식사수발 서비스군 수형도



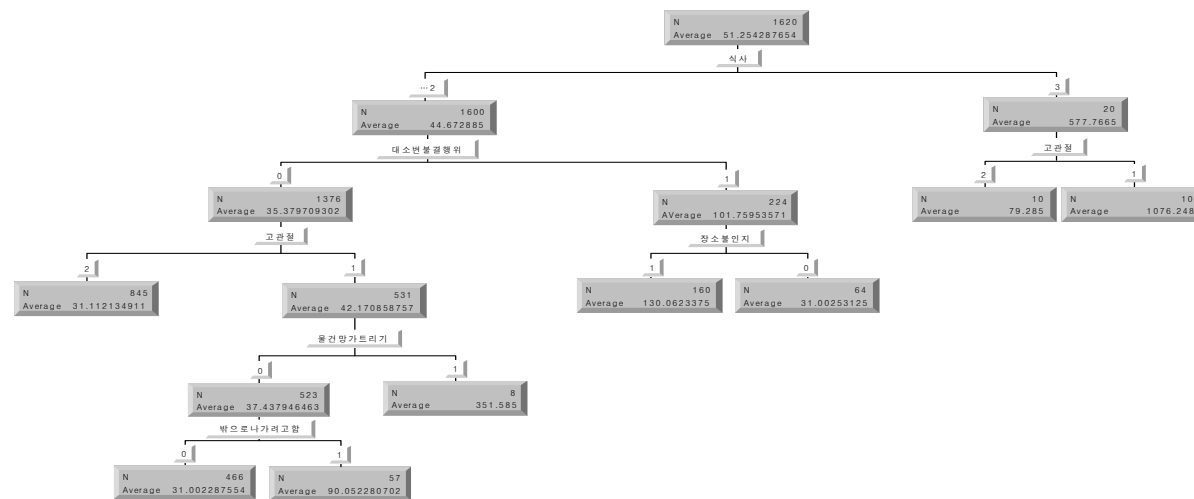
[부록그림 3-4] 기능보조 증진 서비스군 수형도



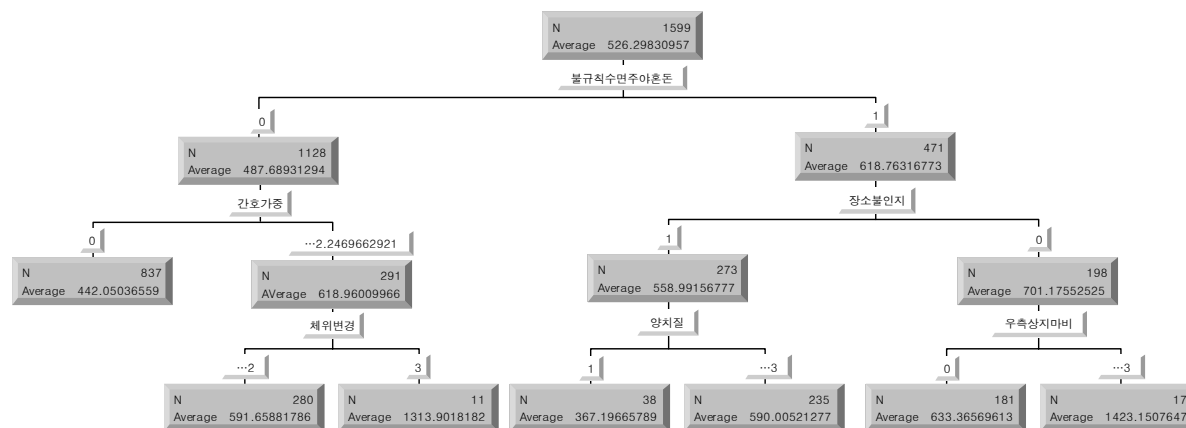
[부록그림 3-5] 간접지원 서비스군 수형도



[부록그림 3-6] 행동변화대응 서비스군 수형도

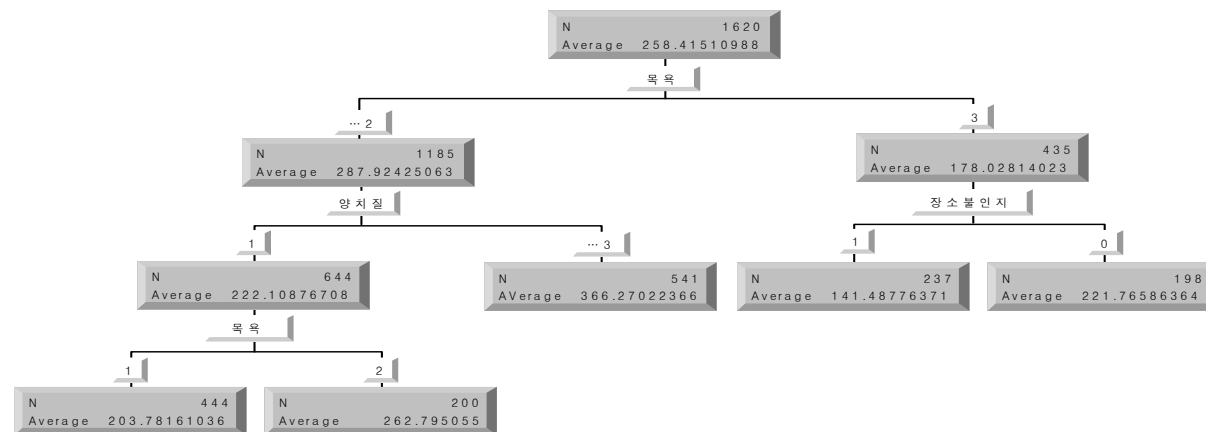


[부록그림 3-7] 간호처치 서비스군 수형도



334 노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안

[부록그림 3-8] 재활훈련관련 서비스군 수형도



간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

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

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 100,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

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

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

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

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	미정
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	미정
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	미정
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	미정
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	미정
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	미정
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	미정
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	미정
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	미정
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	미정
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	미정
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안	김유경	미정
연구 08-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	미정
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	미정
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	미정
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	미정
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	미정
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	미정
연구 08-18-5	의료급여 선택병의원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	미정
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	미정
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	미정
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	미정
연구 08-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	미정
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	미정

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	미정
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	미정
연구 08-22	의료이용 및 의료비패널 구축(2년차)	정영호	미정
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-23-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	미정
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	미정
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	미정
연구 08-24-1	건강영향평가제도 시행방안	최은진	미정
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	미정
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	미정
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	미정
연구 08-24-5	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	미정
연구 08-25	보건기자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	노동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	미정
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	노동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	미정
연구 08-27-4	노동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	미정
연구 08-27-5	노동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	미정
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료육구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구 07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000