

노인장기요양보험의 서비스 질 향상 및
보장성 확대를 위한 제도개선에 관한 연구
-요실금 용품 지원을 중심으로-

2013. 9.

연세대학교 의료법윤리학연구원

제 출 문

마콜커뮤니케이션컨설팅(주) 귀하

이 보고서를 ‘노인장기요양보험 요실금 용품 지원 관련 정책 개발 연구’ 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2013. 9.

연구책임자: 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 부교수	김 소 윤
연 구 원: 연세대학교 의료법윤리학연구원 연구원	이 유 리
연구보조원: 연세대학교 의료법윤리학연구원 연구원	이 연 호
연세대학교 의료법윤리학연구원 연구원	윤 국 회

연구 요약

연구의 필요성 및 목적

2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험제도는 시행 5년을 맞이하여 성숙화 단계에 들어서고 있다. 요양보호 급여의 내용과 질적인 부분에 있어 개인의 요구도에 기반한 수급자 중심의 서비스제공에 대한 필요성이 제기되어 왔다. 건강보험공단의 자료에 의하면, 2009년에서 2011년까지 복지용구 급여에 대한 민원 중, 성인 기저귀 급여요구가 57.1%로 가장 높게 나타났다. 노인장기요양보험제도 설계의 기본목표나 제도도입의 의의가 가족들의 부담 경감, 중풍이나 치매노인의 삶의 질 향상, 이용자 중심의 서비스 제공이라는 측면에서 요실금 용품의 급여화는 고려해볼 필요가 있다. 따라서 본 연구는 요실금 용품에 대한 노인장기요양보험의 제도적 지원방안을 검토하는 것을 목적으로 한다.

연구의 방법

첫째, 노인성 요실금 관리현황과 제도적 지원현황을 확인하기 위해, 노인의 보호수발 주체 및 노인장기요양보험제도 급여 현황, 재가복지서비스 현황 및 만족도, 복지용구 급여현황 분석을 실시하며, 이를 통해 요실금 물품지원의 당위성을 도출하고자 하였다. 둘째, 장기요양관련 욕구실태 및 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과를 정리하고 노인장기요양보험제도와 관련된 유관단체의 자문회의를 시행함으로써 관련 이해당사자들의 의견을 청취하였다. 셋째, 외국의 노인장기요양보험 제도를 살펴봄으로써 노인장기요양보험 제도 전반 및 요실금 관련 물품 지원현황을 확인하고, 이를 통해 노인장기요양보험의 안정적 정착을 위한 제도설계의 정책적 방향과 서비스 제공을 위한 실천적 함의를 제시하였다.

연구의 결과

유병률이 50%가 넘는 노인성 요실금은 여러 가지 측면에서 지원이 필요한 중요한 문제로, 노인성요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적, 신체적 기능상태 저하, 삶의 질 문제, 사회경제적 부담이 발생한다. 제도 안정화를 위한 질적 향상 단계에 있는 노인장기요양보험제도는 여러 정책과제들을 해결할 필요가 있으며, 그 중의 하나가 장기요

양서비스 보장성 확대 및 질 향상이다. 노인성요실금 관리에 있어 제도적 지원이 필요한 상황임에도 재가복지서비스의 요실금 관련 물품 중 성인용 기저귀 급여가 안 되고 있는 실정이다. 요구도 조사결과 현재 신노년층의 장기요양관련 욕구가 매우 높은 것으로 보아 미래의 장기요양 요구도가 계속해서 증가할 것으로 예측된다. 또한, 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과, 장기요양급여 수급자 중 요실금 환자 증가에 따른 성인 기저귀 급여가 필요한 것으로 확인되었다. 노인장기요양보험 관련 유관단체 자문회의 및 결과 성인용 기저귀 급여화에 의견을 같이 하였으며, 서비스의 질 향상을 위한 케어매니저가 도입될 필요성이 제기되었다.

장기요양보험제도를 시행하고 있는 여러 외국의 사례를 확인하기 위해 현재 실시하고 있거나 기존 연구가 됐던 국가들 기준으로 선별하여 검토한 결과, 오스트리아, 독일, 네덜란드, 이스라엘, 일본, 스웨덴, 6개국에서 요실금용 기저귀를 급여화 하고 있는 것이 확인되었다. 독일에서는 양말, 기저귀, 환자에게 귀속되는 소모품을 복지용구에 포함시키고 있었다. 일본은 복지용구 사업소에 전문상담원을 두도록 규정하고 있으며, 전문상담원에 의해 여러 가지 정보를 파악하여 복지용구 서비스가 적정하게 잘 이루어지도록 하고 있다. 또한 복지용구 전문상담원협회는 전문상담원이 적극적으로 모니터링 할 수 있도록 복지용구 전문상담원 모니터링 시트를 개발하여 복지용구 이용 시 불편한 사항, 여러 가지 사용과 관련한 상황들을 판단하여 이용자 및 사용 상황을 보다 체계적으로 관리하고 있었다. 이러한 체계적 관리를 통해 복지용구 사용과 관련한 보다 질 높은 서비스를 제공하고 있다.

스웨덴의 경우 요실금과 관련된 복지용구는 보건의료전문가에 의한 처방이 있는 경우 국가의 노인요양 서비스 시스템을 통하여 무료로 제공되며, 요실금 관련 용품의 배급은 각 지역의 중앙센터에서 책임을 맡고 있다. 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방은 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어지고 있으며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반된다. 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 하고 있다. 우리나라도 다른 외국의 사례와 같이 성인용 기저귀를 급여화 할 경우 이용자 만족도가 올라갈 것으로 예상된다. 따라서 스웨덴의 사례에서와 같이 한국에서도 요실금 용품의 경우 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 일정한 금액 한도 내에서 급여화하되 금액의 한도에 관하여는 단계적으로 증액을 검토할 필요가 있다.

연구의 결론 및 고찰

제도 안정화를 위한 질적 향상 단계에 있는 노인장기요양보험제도는 여러 정책과제들을 해결할 필요가 있으며 그 중의 하나가 장기요양서비스 보장성 확대이다. 현재, 노인요양복지 품목 중 침대나 이동욕조 등의 고가의 물건에 대해서는 급여가 이루어지고 있으나, 실질적으로 사용량이 많은 기저귀 등의 사이즈가 작은 소모품들은 급여항목으로 지정되지 않은 실정이다. 노인장기요양보험의 요실금 관리를 위한 성인용 기저귀의 급여화, 특히 재가급여 중 복지용구급여 구입품목에 성인용 기저귀를 포함시킬 필요가 있다. 현행 제도에서 미끄럼 방지 용품으로 미끄럼방지매트, 미끄럼 방지액, 미끄럼방지방말이 포함되는 것처럼, 요실금 관련 물품도 이동변기, 간이변기, 성인용 기저귀를 묶어서 제공할 수 있을 것이다. 성인용 기저귀 제공에 대한 지원 금액을 제한하고 지원 금액 내에서 개인의 상태에 따라 기저귀 종류를 처방 받을 수 있도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 1년 동안 16가지에 대해서 쓸 수 있는 비용 총한도액이 160만원으로 지정되어 있으므로 노인장기요양보험 재정 부담 없이 수급자의 만족도를 높일 수 있을 것으로 기대된다. 전체 요양비용 중에서 복지용구 이용에 따른 요양비는 2.1%~3.4%로 큰 비율이 아니며, 연간 지원 가능한 복지용구 급여비용도 160만원으로 한정되어 있으므로 큰 재정소모 없을 것으로 보인다.

실제 현장에서의 요실금 팬티, 성인용 기저귀 등 관련 용품지원에 대한 요구도가 높으나 노인장기요양보험 수급자를 대상으로 하는 실제적 사용량과 요구에 대한 실태조사는 미비한 실정이다. 국민건강보험공단 노인장기요양보험 수급자를 대상으로 한 실태조사가 미비한 상황이기 때문에 근거에 기반 한 정책제안에 한계가 있는 것이 사실이다. 노인장기요양보험 제도 5년을 맞이하여 이용자 중심의 서비스 제공의 본래 도입 취지가 구현되고 있는지 확인하는 것이 필요하며, 제도의 성숙 및 발전을 위해서도 노인장기보험 대상자 및 보호자의 실태현황, 만족도, 요구도 분석 뿐 만 아니라, 관련 단체 및 집단들의 제도개선을 위한 의견수렴이 필요하다.

노인장기요양보험제도가 지난 5년간은 개념을 정립하고 개념을 정립하는 시기였다면 이제부터는 서비스의 질을 논의할 시점이다. 그 동안은 제공할 수 있는 서비스의 종류가 단순했기 때문에 지금까지는 케어매니저가 없었으나, 앞으로 개인별 맞춤 서비스를 제공함으로써 질 향상을 도모하고자 한다면 케어매니저 역할을 할 사람이 필요할 것이다. 또한 복지용구서비스의 질 향상을 위해 복지용구 사업소에 전문상담원을 두어, 전문상담원에 의해 여러 가지 정보를 파악하여 복지용구 서비스가 적정하게

잘 이루어지지게 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 복지용구 전문상담원 모니터링 사이트를 개발하여 복지용구 이용 시 불편한 사항, 여러 가지 사용과 관련한 상황들을 판단하여 이용자 및 사용 상황을 보다 체계적으로 관리할 수 있을 것이다. 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방 또한 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어져야 하며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반되어야 한다. 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 해야 할 것이다.

목 차

제1장. 연구의 필요성 및 목적	1
제2장. 연구의 방법	4
제3장. 연구의 결과	5
3.1. 외국의 장기요양보험 제도	5
1) 오스트리아	5
① 오스트리아의 장기요양보험제도 현황	5
② 오스트리아의 장기요양보험제의 운영 체계	5
③ 오스트리아 장기요양보험제도의 시사점	5
2) 독일	6
① 독일의 장기요양보험제도 현황	6
② 독일의 장기요양보험제의 운영 체계	6
③ 독일 장기요양보험의 시사점	12
3) 네덜란드	13
① 네덜란드의 장기요양보험제도 현황	13
② 네덜란드의 장기요양보험제의 운영 체계	13
③ 네덜란드 장기요양보험의 시사점	19
4) 이스라엘	20
① 이스라엘의 장기요양보험제도 현황	20
② 이스라엘의 장기요양보험제의 운영 체계	20
③ 이스라엘 장기요양보험의 시사점	21
5) 일본	21
① 일본의 장기요양보험제도 현황	21
② 일본의 장기요양보험제의 운영 체계	22
③ 일본 장기요양보험제도의 시사점	27
6) 스웨덴	31

① 스웨덴의 장기요양보험제도 현황	31
② 스웨덴의 장기요양보험제의 운영 체계	31
③ 스웨덴 장기요양보험의 시사점	36
7) 소결	37
3.2. 요실금의 보건사회학적 현황	39
1) 요실금 및 노인성요실금의 정의 및 관련요인	39
① 요실금의 정의	39
② 노인성요실금의 정의	39
③ 요실금의 종류 및 원인	39
2) 요실금 유병율 및 국내 요실금 역학	40
① 노인성요실금의 유병율	40
② 국내 요실금 환자통계 및 조사결과	42
3) 요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적 문제	43
① 요실금으로 인한 신체적 문제	43
② 요실금으로 인한 사회·심리적 문제	43
③ 요실금과 성생활	44
4) 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하와 삶의 질 문제	45
① 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하	45
② 요실금으로 인한 삶의 질 저하	46
5) 노인성 요실금으로 인한 사회경제적 부담	46
① 국내의 요실금으로 인한 사회경제적 부담	46
② 국외의 요실금으로 인한 사회경제적 부담	47
6) 소결	48
3.3. 국내의 노인장기요양보험제도 현황 및 정책과제	50
1) 노인장기요양보험제도 현황	50
① 노인장기요양보험제도의 이해	50
② 노인장기요양서비스 관련 주요 현황	52
③ 노인요양서비스제공자 및 요양보호사 제도	53

④ 노인장기요양보험제도 도입의 의미	54
2) 노인장기요양보험제도의 주요 내용	55
① 노인장기요양보험 대상자	55
② 노인장기요양보험 재원조달	55
③ 노인장기요양보험 서비스 전달체계	57
④ 노인장기요양보험 급여	62
3) 노인장기요양보험제도 사회적 이슈 및 정책 과제	69
① 장기요양등급판정 신뢰성 결여	69
② 장기요양서비스 보장성 확대	70
③ 장기요양시설 및 인력 관련 쟁점	71
④ 부당 급여 청구 문제 및 수급질서 확립	72
⑤ 장기요양서비스의 질 향상	73
4) 소결	73
3.4. 노인성 요실금 관리 및 제도적 지원	75
1) 노인성요실금 관리현황 및 지원현황	75
① 노인성 요실금 관리현황 실태	75
② 노인의 보호수발 주체	77
③ 노인장기요양보험 대상자의 노인성 요실금 관리현황	77
2) 재가복지서비스 운영실태 및 요실금 관리의 시사점	77
① 재가복지서비스의 현황 및 의의	77
② 재가복지서비스의 유형 및 내용	80
③ 재가복지서비스 이용자 만족도	84
④ 재가복지서비스 활성화 방안	86
3) 복지용구 급여현황 및 요실금 관리의 시사점	86
① 복지용구서비스의 필요성 및 근거조항	87
② 복지용구 급여종류	87
③ 복지용구 급여기준	90
④ 복지용구 사용 판정기준	91
⑤ 복지용구서비스 전달체계	93

⑥ 복지용구서비스 재정체계	95
⑦ 복지용구서비스 만족도 및 개선방안	96
4) 소결	97
3.5. 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과 및 자문회의 결과	100
1) 신노년층의 장기요양관련 욕구실태 결과	100
2) 국민건강보험공단의 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과	100
3) 노인장기요양보험 관련 유관단체 자문회의 결과	101
① 노인장기요양보험 수급자 대상 실태조사 필요성에 관한 의견	101
② 성인용 기저귀의 급여화에 대한 의견	102
③ 케어매니저 도입 및 서비스의 질 향상에 관한 의견	103
4) 소결	104
제4장. 노인장기요양보험 요실금 용품지원 관련 정책개선 제언	105
참고문헌	108
부록	115

표 목차

표 1. 네덜란드의 시설관련 노인의 등급판정체계	17
표 2. 일본 개호서비스의 종류	23
표 3. 일본 개호보험 재가서비스별 정의	24
표 4. 5개국 장기요양보험제도 현황	28
표 5. 스웨덴의 수발시설 종류 및 서비스	34
표 6. 요실금 진료환자 현황(2011년)	42
표 7. 65세 이상 노인의 일상생활수행능력 항목별 자립상태 분포	45
표 8. 노인장기요양보험 신청 및 인정현황 (2008-2011)	52
표 9. 현행 공적 노인장기요양서비스 수급 가능한 노인성질병의 유형	62
표 10. 시설급여 및 재가급여의 종류 및 구체사항	64
표 11. 연도별 장기노인요양 재정현황	65
표 12. 요실금 여성노인의 전반적 요실금 관리실태	75
표 13. 요실금 여성노인의 기저귀 관리실태	76
표 14. 재가노인복지서비스의 유형별 사업내용	82
표 15. 노인장기요양보험 급여고시 품목 및 내구연한	90
표 16. 복지용구 품목별 급여건수	91
표 17. 복지용구 품목별 사용이 불필요한 신체기능상태 및 판정기준	92
표 18. 급여종류별 총요양비 현황	95

그림 목차

그림 1. 독일의 장기요양보험 운영체계	8
그림 2. 독일의 장기요양보험 서비스대상자 인정절차	9
그림 3. 네덜란드의 공적 노인장기요양서비스 전달체계	14
그림 4. 네덜란드의 장기요양 서비스 대상자 선정 프로세스	16
그림 5. 스웨덴의 사회서비스 전달체계	32
그림 6. 노인장기요양서비스 관리 운영 주체 및 역할	57
그림 7. 현행 공적 노인장기요양서비스 전달체계	58
그림 8. 노인장기요양보험제도 이용흐름도	61
그림 9. 복지용구급여 구입품목 10종	88
그림 10. 복지용구급여 대여품목 6종	89

제1장. 연구의 필요성 및 목적

생활수준의 향상으로 평균 수명이 길어지고 있다. 2005년 통계청 자료에 의하면 여성의 평균수명은 79.2세, 건강수명은 67.7세로 불건강하게 11.5년을 지내는 것으로 나타나고 있다. 2010년 통계청 자료에 의하면 평균수명이 거의 80세에 이르게 되었다. 이렇게 불건강한 노령생활의 연장과 함께 노인들에게 가장 큰 관심사가 건강과 관련된 문제로 보고되어 있으며, 이는 단순한 수명이 연장이 아니라 꾸준히 건강을 지켜 나감으로써 질적인 삶을 유지하고 있음을 설명하고 있다.¹⁾²⁾

2007년 통계청 자료에 의하면 우리나라 65세 이상의 노인인구는 2007년 기준 48만1천명으로 전체인구의 9.9%이며, 이 중 65세 이상 여성노인이 전체 여성인구 중 11.9%로 남성노인이 전체 남성인구 중 차지하는 비율은 8.0%보다 높다. 2012년의 노인인구비율은 전체인구의 11.8%로 미래를 예상 노인인구 구성이 2020년 15.7%, 2030년 24.3%, 2040년 32.3%, 2050년 37.4%, 2060년 40.1%로 추계되고 있다.³⁾

노인인구의 증가는 필연적으로 요실금 인구의 증가를 의미한다. 우리나라의 경우 요양급여 수급자 중 요실금 환자현황이 2009년에 2,621명에서 2011년 3,489명으로 최근 3년간 33%의 증가세를 보이고 있다.

요실금은 생명을 위협하는 문제는 아니지만, 사회·심리적으로 많은 영역에서 부정적인 영향을 주는 질환으로 요실금이 중요한 건강문제로 대두되자 세계보건기구에서 각국의 보건정책에 요실금관리를 촉구한바 있다.⁴⁾ 실제로 노인들은 요실금으로 인해 활동성 저하, 대인기피, 이로 인한 우울감, 삶의 질 저하 등 다양한 사회·심리적 고통을 경험한다. 요실금은 본인이 경험하는 불편감에 비해 보건의료적 관심을 덜 받고 있는 건강문제라 할 수 있다. 이에 따라 요실금에 대한 적극적인 대처를 통하여 노인의 활동성을 증가시키고 신체적 기능을 유지 증진시킴으로써, 대인기피나 우울감 감소를 통한 삶의 질 향상을 도모하는 것이 필요하다.

1) 이춘희. 일 지역 여성노인의 요실금에 관한 연구. 현문사, 2006.1.

2) 김태현, 김동배, 김매혜, 이영진, 김애순 (1999). 노년기 삶의 질 향상에 관한 연구. 한국노년학, 19(1), 61-81.

3) 한국보건사회연구원. 현행 신노년층(베이비붐세대)을 위한 건강 및 장기요양정책의 실태: 재가서비스 의향 조사. 2010년 12월, 104-111.

4) WHO/49 Press Release. World Health Organization calls first international consultation on incontinence: leading medical experts move to reclassify condition as a disease and set treatment guidelines. 1 July 1998.

조귀영(2009) 등의 연구에 의하면, 요양시설 여성노인 중 45.9%가 요실금을 겪고 있으며, 요실금 문제가 많고, 요실금 관리에 상당한 문제가 있는 것으로 나타났다. 요실금 대상자의 62.1%가 시설에서 제공하는 기저귀를 하루 종일 착용하며, 기저귀 교환을 주야간 각 1회 정도만 가는 것은 대상자 중심의 관리가 아니라 시설 혹은 관리자 편의 위주의 방법으로 피부문제, 활동성 문제, 심리적 문제 등 부정적인 결과를 가져올 우려가 크다고 보고하고 있다.

2008년 7월부터 시행되고 있는 우리나라의 노인장기요양보험제도는 현재 시행 4년차에 접어들면서 비교적 안정적으로 운영되고 있으며, 가족의 요양부담을 완화시켰다는 긍정적인 평가와 함께 제도의 개선에 대해 끊임없는 요구를 받고 있다. 특히 본 제도는 사회보험이라는 틀 안에서 운영되고 있음에도 불구하고 65세 이상 장기요양보험수급률이 OECD 평균 12.2% 대비 매우 낮은 상황이며, 요양보호사의 처우 및 서비스의 질 문제, 세분화되지 않은 등급구분(3등급 체계), 신체기능에 치중한 등급판정체계, 재가장기요양서비스의 가사지원서비스 집중현상 등 다양한 문제점을 안고 있다. 또한 우리나라는 본 제도의 평가와 집행 모두를 국민건강보험공단에서 운영하고 있다. 이러한 운영방법은 서비스 공급자에게 과도한 통제력을 부여할 수 있으며, 제도에 대한 평가 왜곡 가능성 증대와 같은 위험성을 안고 있다.⁵⁾

스웨덴의 경우 요실금과 관련된 복지요구는 스웨덴에서 보건의료전문가에 의한 처방이 있는 경우 국가의 노인요양 서비스 시스템을 통하여 무료로 제공된다. 요실금 관련 용품의 배급은 각 지역의 중앙센터에서 책임을 맡고 있으며, 요실금 제품을 제공하는 노인들은 성별, 생일, 거주지 주소와 처방일자, 비용을 해당 지자체에 등록하게 되어있다. 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방은 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어지고 있으며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반된다. 이 과정에서 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀를 처방할 수 있는 권한이 누구에게 부여할 것인가의 문제가 발생할 수 있다. 스웨덴의 경우, 국가보건복지위원회의 규정에 따라 지정되고 있으며, 현재는 간호사, 방문간호사, 조산사, 요실금 전문간호사(urotherapist), 또는 내과 의사가 처방권을 갖도록 정하고 있다. 또한, 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상자에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 하고 있다.

5) 윤희숙, 박능후, 전병유, 권용진(2010). 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안. KDI FOCUS.

우리나라에서도 이와 같은 정책적 지원이 절실히 필요한 시점이다. 이와 관련하여 건강보험공단의 자료에 의하면, 2009년에서 2011년까지 복지용구 급여에 대한 민원 중에서 성인 기저귀 급여요구가 57.1%로 가장 높았다.

노인장기요양보험제도 시행 5년을 맞이하여 대상자 확대, 요양서비스 질 향상, 보험제정 지속성 확보 등 제도의 성숙화 단계에 들어섰다고 볼 수 있다. 요양보호서비스의 내용과 질적인 측면도 개인의 건강 및 생활환경에 따라 맞춤형하여 제공할 필요성이 있는 단계로 진입하였다.

따라서 본 연구는 노인들의 활동성 저하에 주요한 영향을 주고, 2009년부터 2011년까지 가장 많은 민원이 제기된 요실금 문제에 대한 제도적 지원방안에 대해 검토를 통하여 노인장기요양보험제도의 안정적인 제도정착을 위한 대안을 제시 및 정책 논의의 기회를 마련하고자 한다. 이와 같은 연구목적을 달성하기 위한 본 연구의 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 노인성 요실금의 유병율과 관련요인, 요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적, 신체적 기능상태 저하 및 삶의 질 문제, 사회경제적 부담을 살펴봄으로써 노인성요실금 현황을 파악하며, 2008년 국내에 도입된 노인장기보험제도 시행 이후의 현황과 현재 제기되고 있는 주요 정책과제를 살펴본다.

둘째, 노인성 요실금 관리현황과 제도적 지원현황을 확인하기 위해, 노인의 보호수발주체 및 노인장기요양보험제도 급여 현황, 재가복지서비스 현황 및 만족도, 복지용구 급여현황 분석을 실시하며, 이를 통해 요실금 물품지원의 당위성을 도출하고자 한다.

셋째, 장기요양관련 욕구실태 및 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과를 정리하고 노인장기요양보험제도와 관련된 유관단체의 자문회의를 시행함으로써 관련 이해당사자들의 의견을 청취한다.

넷째, 외국의 노인장기요양보험 제도를 살펴봄으로써 노인장기요양보험 제도 전반 및 요실금 관련 물품 지원현황을 확인하고, 이를 통해 노인장기요양보험의 안정적 정착을 위한 제도설계의 정책적 방향과 서비스 제공을 위한 실천적 함의를 제시하고자 한다.

제2장. 연구의 방법

요실금 용품 지원을 중심으로 노인장기요양보험의 서비스 질 향상 및 보장성 확대를 위한 제도개선을 제안하기 위해 다음의 연구방법으로 연구를 진행하였다.

첫째, 문헌연구 방법을 주로 사용하였다. 노인장기요양보험제도 및 복지용구서비스 등과 관련한 국내외 서적과 학위논문, 학술논문, 학술토론회 자료, 정부 연구기관의 보고서, 보건복지부와 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 홈페이지, 각종 토론회 자료, 통계청 등의 자료를 활용하여 현황을 분석함으로써 시사점을 도출하고자 한다.

둘째, 노인장기요양보험제도와 관련된 유관단체의 자문회의를 시행함으로써 관련 이해당사자들의 의견을 청취하고, 외국의 노인장기요양보험 제도를 살펴봄으로써 노인장기요양보험 제도 전반 및 요실금 관련 물품 지원현황 확인을 통해 가능한 문제해결 방안 모색하고자 하였다.

셋째, 가능한 문제해결 방안 모색 및 정책적 제언을 위해 비교제도론적 고찰방법을 사용하여 오스트리아, 독일, 네덜란드, 이스라엘, 일본, 스웨덴, 호주 등의 노인장기요양보험 요실금 용품지원 관련 정책을 확인하였다.

제3장. 연구의 결과

3.1. 외국의 장기요양보험 제도

1) 오스트리아

① 오스트리아의 장기요양보험제도 현황

오스트리아는 전체 인구의 90%에 해당하는 사회보장연금에 가입한 사람들을 보장하는 연방장기요양급여법(The Federal Long Term Care Allowance Act)과 인구의 10%를 보장하는 지방장기요양법(The Provincial Long Term Care Act)의 두 가지 법을 제정하여 1994년 1월부터 운영하고 있다. 1998년 기준 수급자는 약 32만 명으로 전체인구의 3.9%, 61세 이상 인구 중 17%에 해당한다.

② 오스트리아의 장기요양보험제의 운영 체계

보험자는 노동부와 보건사회부, 수급자는 자격기준은 3세 이상으로 일상생활수행능력 및 도구적 일상생활수행능력에 장애가 있는 경우(최소 6개월 이상의 지원필요), 한 달에 최소 50시간 이상의 지원이 필요한 경우, 시각장애인, 청각장애인, 휠체어 이용자는 자산에 상관없이 자동적으로 권리를 가진다. 급여자격 평가도구는 구조화 되어 있으며 전국적으로 단일 유형을 사용한다. 자격등급은 7개 등급으로 나누어져 있으며, 1개월 당 지원시간기준은 50시간에서 180시간이다. 평가의 책임은 보험단체가 담당하며 평가전문가는 의사이다. 급여는 미한정 현금급여 이며 서비스는 수급자의 선택에 의해 이루어지고, 케어플랜의 책임은 수급자에게 있다. 재원은 보험료와 조세로 구성되며 시설요양의 경우 본인부담금이 있다.

③ 오스트리아 장기요양보험제도의 시사점

오스트리아의 수급평가는 보험단체의 책임 하에 의사에 의해 평가되지만, 서비스는 수급자의 선택에 의해 이루어지고, 케어플랜의 책임은 수급자에게 있다. 케어플랜이 수급자에게 있을 경우 케어매니저의 부재로 인해 서비스에 대한 관리가 부실해질 수 있다는 단점이 존재한다. 복지용구 급여와 관련하여 성인용 기저귀는 장기요양보험에

서 급여품목으로 관리되고 있다.

2) 독일⁶⁾

① 독일의 장기요양보험제도 현황

독일의 60세 이상 노인인구는 1960년 16%에서 1980년에 19.4%, 1995년에 22%로 증가하였으며, 2005년부터 2030년까지 25%에서 36%까지 증가할 것으로 예상되고 있다. 독일의 경우 노인인구의 증가로 요양보호대상이 급증하고 있다. 하지만 노령의 소득으로 요양시설 비용을 감당할 수 없어 제도적 안전망 마련이 필요하다. 장기요양 대상인구와 비용의 증가는 일반 국민들과 지방정부에게 심각한 재정 부담을 주게 된다. 공공부조의 비용을 부담하는 지방자치단체의 재정적 부담을 덜어주고 장기요양 수급자의 수발 여건을 개선하기 위해 제도 개선이 필요한 상황이었다. 비용정감 효과를 위해 질병금고의 조직과 인력을 이용한 사회보험체계인 수발상태의 위기 상황을 사회적으로 보장하는 법인 장기요양보험법이 1995년 1월 1일에 제정되었다.

대상자의 기능상태와 욕구를 고려한 세분화된 장기요양 서비스를 통해 수발로 인한 당사자와 그 가족들의 과중한 부담을 완화하고, 수발행위로 인해 정상적인 생계활동을 하지 못하는 사람들에 대해 사회적 보장을 제공하며, 수발에 대한 과대한 사회부조의 문제를 해결할 필요성이 제기되었다. 이러한 독일의 현황을 고려해 보았을 때, 여러 사회 수반 문제들을 해결할 수 있다는 점에서 독일 장기요양보험 제도의 의의를 찾을 수 있다. 장기요양보험제도를 통해 노인뿐 만 아니라 모든 사회구성원들을 급여 대상자로 하고 수급자가 전문요양인력에 의한 수발서비스 뿐 만 아니라 자기결정에 기초하여 현금급여를 선택할 수 있는 소위 소비자 선택권을 보장하였으며, 수급자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 등급에 따라 동일한 정액급여를 제공한다는 특징을 지니고 있다.

② 독일의 장기요양보험제의 운영 체계

가. 일반 원칙

6) 국민건강보험공단. 선험국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일 스웨덴 출장 결과보고서, 2012년 4월.

독일의 장기요양보험제도의 일반원칙은 첫째, 요양보험 가입의무는 질병보험 가입의무의 원칙에 따르고, 둘째, 요양보험 재정은 기존의 재정이 아닌 별도의 보험료를 재원으로 운영하며 전국적으로 일률적인 보험료를 적용하며, 셋째, 시설보다는 재가서비스가 우선이고, 넷째, 수발보다는 치료적인 의미에서 재활을 우선시한다는 점이다.

나. 장기요양보험 제도의 구분

독일의 장기요양보험제도는 법정장기요양보험과 사적장기요양의무보험으로 구분 가능하다. 법정 건강보험가입자의 경우 장기요양보험에 의무적으로 가입하게 되며, 민간 건강보험가입자의 경우 사적 장기요양보험의 가입자가 된다. 예를 들어, 2011년도를 기준으로 월수입 3,675유로 이상인 경우 사적보험과 법정보험 중 선택이 가능하며, 기본보장만을 제공하는 부분 보험에 해당한다. 2011년 1월을 기준으로 법정 장기요양보험 가입자 수는 약 6,949만 명(84.5%), 사적 장기요양보험 가입자 수는 약 943만 명(11.4%)이다. 전체 인구수 대비 장기요양을 필요로 하는 대상자는 2.9%이며, 이 중 85%가 85세 이상 노인이고, 장기요양 필요 대상자 중 68%가 여성이다.

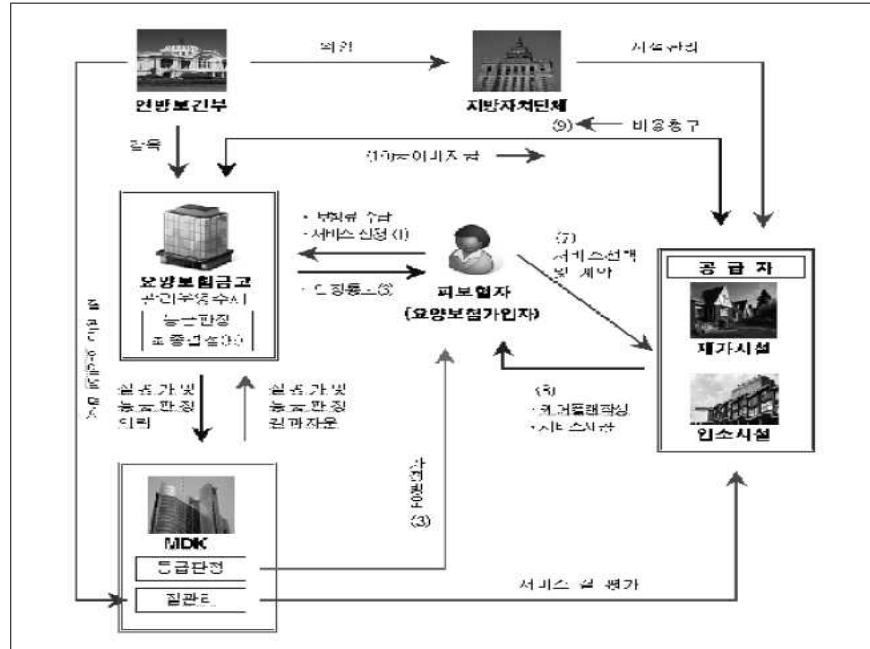
법정장기요양보험을 적용받지 못하는 사람은 자산조사에 근거하여 사회부조에 의한 장기요양보장을 받게 되며 필요한 모든 요양서비스 외에 입의 경우 숙식비까지 보장된다. 법적장기요양 담당기관은 장기요양금고로 약 155개 조합의 지역적 및 전국적인 금고를 의미하며, 6개의 유형으로 구분되어 있다. 2011년 기준으로 일반지역질병조합(AOK)은 14개소 피보험자 가입률 35%, 기업질병조합(BKK)은 130개, 피보험자 가입률 18%, 수공업질병조합(IKK)은 9개, 피보험자 가입률 8%, 보충질병조합(EK) 6개, 피보험자 가입률 36%, 농민질병조합(LKK) 9개, 연금보험-광산-철도-선원조합(KBS) 1개가 있다. 사적질병보험금고는 약 50개의 조합으로 이루어져 있다.

다. 장기요양보험제도의 운영주체 및 역할

운영주체별 역할을 살펴보면, 연방정부는 정책 결정, 제도총괄, 지방정부 및 보험자 지도 감독을 수행하고, 지방정부 및 의회는 시설인가 및 지도·감독, 수가 관리를 담당한다. 보험자는 재정 및 급여 관리, 수가관리, 등급결정, 평가결과 공표 등을 담당한다. 질병보험의료지원단(MDK)은 자체 업무 없이 오로지 보험자가 위탁한 업무를 수행하는 곳으로 전문의 10년 이상 및 법률 이론을 수강한 자가 등급인정조사, 장기요양기관 평가 등을 수행하게 된다. 마지막으로 장기요양기관에서는 케어플랜을 작성

하고 장기요양급여를 제공한다. (그림)

그림 1. 독일의 장기요양보험 운영체계



보험자인 장기요양금고(Pflegekassen)는 자율행정의 원칙 하에서 스스로 정관을 정하고 특히 질병금고로부터 독립채산제를 실시하여 재정적으로 독립되어 있다. 즉, 요양보험의 관리주체로 질병금고 소속하에서 독립된 법인으로 고유의 업무를 담당한다. 장기요양서비스에 대한 별도의 관리운영체계를 도입할 필요 없이 기존의 건강보험인 질병금고 조직과 인력을 활용하여 비용을 절감 할 수 있으므로 조세방식보다 사회보험체계를 도입하고 있다. 이는 기존의 시스템 활용으로 업무 절차 간소화를 통한 비용절감, 조직의 간소화, 요양에 대한 경험, 의료서비스와의 연계를 통한 요양서비스의 효율화를 도모한다는 장점이 있다. 그리고 피보험자를 위한 상담, 급여신청, 보험료의 결정, 급여공급자와 계약의 체결 등을 하나의 조직에서 효과적으로 수행할 수 있다. 그 밖에 지방정부의 경우 비급여 대상, 보인부담금 일부 등 불충분한 급여에 대한 사회부조 프로그램을 운영하고 있기 때문에 보험료 산정, 평가판정 등이 건강보험 업무와 밀접한 관계에 있고, 이는 인력의 합리적 운영이 가능하게 된다.

라. 재정시스템

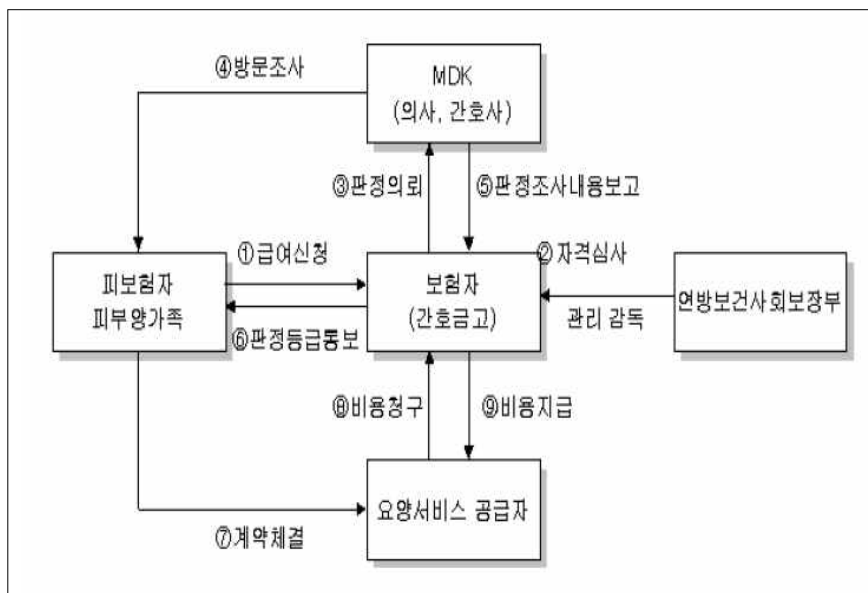
재정시스템을 살펴보면, 경상적 운영비와 급여지출은 정해진 보험료율 안에서 요양금

고가 책임지고 시설 유지 및 투자는 주정부가 담당한다. 단, 연방의 국고보조나 적자에 대한 보증은 없다. 제도 도입 이후 14년 동안 8회의 적자가 발생하였으며, 적자의 주된 원인은 급여비 지출보다는 실업, 임금 상승률 둔화와 같은 보험료 수입 감소에 있다. 재원의 50%를 보험료로부터 나머지 50%는 조세를 통해 조달하는 일본이나 우리나라와는 달리, 독일 장기요양보험 재원의 전액을 보험료에 의존하고 있다.

보험료 납부대상을 보면, 직장가입자의 경우 고용자(사용자)와 피고용자(근로자)가 각각 50%씩 부담하며, 자영업자는 본인이 전액을 부담한다. 실업수당수당수급자는 실업보험의 보험자가, 국민연금수혜자는 국민연금에서, 공적부조수급자는 사회부조기관이 보험료를 부담한다. 보험료율은 2011년을 기준으로 총소득의 1.95%, 무자녀의 경우 0.25%가 추가되며, 기존의 공적 건강보험에서와 같이 보험료는 소득상한선이내의 소득에 대해 부과된다.

마. 장기요양보험 서비스대상자 인정절차

그림 2. 독일의 장기요양보험 서비스대상자 인정절차



장기요양보험의 신청대상은 전 국민으로 장기요양보험법 제14조 제1항에서 육체적, 정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활의 통상적, 반복적 일을 행하는데 적어도 6개월 간 지속적으로 타인의 도움을 상당히 또는 매우 필요로 하는 대상이라고 명시하고 있다. 2009년을 기준으로 월수입이 3,675유로 이하인자는 공보험 의무

가입 대상이고, 3,675유로 이상인 자는 공보험 또는 사보험 중에 선택하여 가입할 수 있다.

장기요양보험 서비스대상자 인정절차를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 비보험자나 피부양자가족이 가입한 장기요양금고에 등급판정을 신청하면, 둘째, 보험자는 보험자의 자격확인 등 방문조사에 필요한 서류와 함께 등급판정 기관은 질병금고의료지원단(MDK)에 등급판정을 의뢰한다. 셋째, MDK가 신청자와 방문날짜를 정한 뒤, 넷째, 신청인의 주거공간을 방문하여 면접조사를 실시한다. 다섯째, 등급판정 조사 결과와 서비스 종류를 작성하여 장기요양보험금고에 통부하게 된다. 신청서가 도달한 후 늦어도 5주 내에 요양금고에 판정결과를 서면으로 통부하게 되며, 예방과 의료적 재활조치의 요구정도, 장기요양급여의 종류와 규모 및 개별 장기요양이용계획 등에 관하여 권고하여야 하고 현금급여를 신청한 경우에는 재가서비스가 적절한 방법으로 행하여질 수 있는지 여부에 관하여서도 의견을 제시하게 된다. 마지막으로, 장기요양금고가 대상자에게 최종판정 결과를 통보하며, 신청에서 결과통보까지는 평균 1~2개월이 소요된다.

바. 등급판정 기준

독일의 등급판정 도구는 2002년 이래 치매노인의 상태를 보다 많이 반영하는 과정으로 세 차례 보완되었다. 1등급 경증, 2등급 중등증, 3등급 최종등 3등급으로 구분하고 있다. 도움영역을 1) 신체청결 영역(대소변 보는 일 포함), 2) 영양섭취 영역, 3) 기동성 영역, 4) 가사 관리 영역으로 나누어 등급에 따라 소요시간을 반영하여 등급판정의 기준을 정하고 있다. 1등급은 매일 최소한 90분의 도움이 필요하고, 2가지 행위에서 도움이 필요한 경우, 2등급은 매일 최소한 3시간의 도움이 필요하며 1)~3) 영역에서 상이한 시간의 도움이 필요한 경우, 3등급은 매일 최소한 5시간의 도움이 필요하며, 1)~3)영역에서 거의 하루 종일 도움이 필요한 경우이다.

독일의 장기요양 인정조사에서는 수발 소요시간도 고려하고 있다. 이는 일상적이며 정기적으로 반복되는 행위에 소요되는 시간으로, 비전문가인 가족 수발자가 수행한 시간을 기준으로 하며, 이 시간을 장기요양급여에 완전도움에 소요되는 시간을 의미한다. 대소변과 관련된 소요시간을 확인해보면, 소변보기(담기, 물 내리기)는 2~3분, 대변보기(담기, 물 내리기)는 3~6분, 소변 후 기저귀/패드(담기, 물 내리기)는 4~6분, 배변 후 기저귀/패드(담기, 물 내리기)는 7~10분, 작은 패드 교환은 1~2분, 소변주머

니 교환/비우기 는 2~3분, 인공방광/인공대장주머니는 3~4분으로 소요시간을 정하고 있다.

사. 급여의 종류

장기요양보험 급여의 원칙은 요양서비스보다는 예방과 재활이 우선이며, 시설요양보다는 재가에서의 가족에 의한 요양이 우선으로, 배우자, 가족, 자원봉사의 참여를 강화하는데 있다. 또한 장기요양은 부분보장으로서 정해진 급여는 전체비용에 대한 보조비용이며, 수혜자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 동일 등급 내에서는 동일한 급여 제공을 원칙으로 한다.

아. 복지용구 급여서비스 현황

(1) 복지용구 제공 및 수가 산정의 원칙

독일의 복지용구 제공 및 수가 산정의 원칙은 사업소 간 가격경쟁에 따른 시장가격이다. 대상자에게 최적의 서비스를 제공하고 경제성을 극대화하기 위해 다양한 복지용구 제공 및 계약방법을 활용하고 있다. 복지용구의 판매 및 대여의 비용결정 방법은 복지용구 대여사업소의 특정한 개설 기준 없이 보험자와 복지용구 대여사업소가 복지용구 품목별 가격, 대여 방법 및 소독, 질 관리 등 세부사항에 대한 계약을 체결하고, 그 계약에 준하는 서비스를 제공한다. 보험회사 대표들의 협의 하에 가격이 설정되며, 계약에 의한 가격 설정이라 볼 수 있다.

(2) 복지용구 제공방법

복지용구 제공방법은 구매, 재사용, 대여의 세 가지 방법이 있다. 첫째, 구매는 주로 소모품을 제공하는 방법으로, 보험회사에서 구매한 뒤 유통회사에서 물품을 보관 후 급여대상자에게 제공한다. 둘째, 휠체어 등 장기 사용이 가능한 품목은 재사용의 방법을 사용한다. 보험회사에서 복지용구를 구입한 뒤 유통회사가 이를 관리 및 대여를 반복하며, 보험회사는 유통회사에 수리비, 소독비용, 보관비용, 소모부속품 사용비 등을 지급하고, 대여비용은 지불하지 않는다. 급여대상자는 유지관리비 중 본인부담금을 지급한다. 셋째, 재사용에 비해 비교적 사용 기간이 짧은 경우에는 복지용구를 대여하는 방법이 사용된다. 이는 보험회사가 유통회사로부터 복지용구를 빌려와 급여대상자

에게 대여하는 방법으로 보험회사가 유통회사에 대여비용과 함께 수리비용, 소독비용, 보관비용, 소모부속품 사용비용 등을 지급한다.

복지용구 판매 및 대여가 결정 계약방법은 복지용구 대여사업소의 특정한 개설기준 없이 보험자와 복지용구대여사업소가 복지용구 품목별 가격, 대여방법 및 소독, 질 관리 등 세부사항에 대한 계약을 체결하고, 그 계약에 준하여 서비스를 제공한다. 양말, 기저귀 등의 환자에게 귀속되는 소모품 등의 경우, 보험회사 대표들의 협의 하에 가격이 설정 된다. 독일 전역의 보험회사 대표의 협의에 의해 가격이 결정되도록 법적 권한을 부여함으로써 생산·유통 회사와의 협상 없이 가격을 결정하고, 결정된 가격 내에서 품질이 가장 높은 제품을 공급하는 업체와 구매계약을 체결하는 형태이다.

(3) 복지용구 제공 체계

수발보험의 복지용구는 약 2,000여 품목으로 복지용구를 제공받기 위해서는 우선 대상자가 보험회사에 신청 서류를 제출해야 한다. 질병보험의료지원단에서 의료위원이 직접 방문하여 등급 판정 및 필요한 복지용구를 판단한다. 그 이후 대상자가 유통회사를 방문하여 복지용구를 구매하거나 대여하는 방식이다.

③ 독일 장기요양보험의 시사점

복지용구 제공방법은 구매, 재사용, 대여의 세 가지 방법이 있다. 우리나라의 복지용구급여는 구입품목 10종, 대여품목 6종으로 두 가지로 구분하여 소모품이 미끄럼방지 양말 이외에는 포함되어 있지 않다는데 비해 양말, 기저귀, 환자에게 귀속되는 소모품을 복지용구에 포함시키고 있다는 점이 인상적이다.

서비스의 질 관리 측면에서 연방수준의 전국적인 질 관련 기준을 개발하였고, 이 기준에 의해 모든 장기요양기관은 2010년 말까지 최소한의 1회의 평가를 받아야 하며, 2011년부터는 장기요양기관에 대한 정기평가를 매년 최소 1회 실시하고 있다. 이는 질병보험의료지원단이나 전문평가자에 의해 사전통고 없이 검사가 실시되며, 요양시설 돌봄서비스의 실효성, 장기요양필요자의 신체상태와 심리적 만족도를 기준으로 평가한다. 질병보험의료지원단은 평가 후 장기요양기관의 결함에 대해 질적 개선을 위한 권고하게 되고 시정기한까지 결함을 시정하지 않는 경우 장기요양금고는 장기요양기관과의 계약을 파기할 수 있다. 평가결과는 인터넷, 장기요양지원센터, 시설 등에

공표되며, 시설은 최근의 검사관련 자료, 평가시스템에 근거한 평가 판정결과와 요약 내용을 잘 보이는 곳에 공개 게시해야 한다. 또한 서비스 질 평가와 연계하여 장기요양기관의 수가가 결정되는 수가 가산·감액제도를 2010년 10월부터 운영하고 있다. 이와 같은 서비스 질 향상을 위한 평가시스템은 노인장기요양보험 시행 5년을 지나고 있는 우리나라가 도입해 볼 만한 제도라 판단된다. 이를 위해 보험자는 장기요양기관의 평가항목을 구체적이고 세분화하여 수가와 연계할 수 있는 체계로 나아가야 할 것이다.

3) 네덜란드⁷⁾

① 네덜란드의 장기요양보험제도 현황

네덜란드에서는 국가차원과 민간차원에서 국민을 위한 돌봄(care) 및 지원(support) 서비스를 제공하고 있다. 국가차원에서는 건강보험(ZVW), 특별의료보장제도(AWBZ), 사회적 지원(WMO)이, 민간차원에서는 민간보충건강보험(AV)가 있다. (그림)

② 네덜란드의 장기요양보험제의 운영 체계

가. 일반 원칙

장기요양보험은 사회보험으로 전 국민의 의무가입을 전제로 하고 있다. 장기요양대상자는 연령에 대한 제한이 없으며 수혜대상자는 장기요양환자, 고액중증질환자, 장애인, 정신질환자 등 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하고 있다.⁸⁾ 네덜란드의 65세 이상 인구는 2009년에는 전 인구의 15.2%로 2050년에는 23.5%가 될 것으로 예상하고 있다. (OECD, 2011a) 노인장기요양 대상자는 65세 이상 인구 중 19.4% (6.6%는 시설, 12.8%는 재가), 80세 이상 인구 중 49.4% (19.1% 시설, 30.3% 재가)로 파악되고 있다. 즉, 네덜란드 80세 이상 인구의 약 50%는 장기요양보험 서비스를 받고 있다고 볼 수 있다. 장기요양대상자를 위한 시설 침상수는 인구 1,000명 당 68.5개로 OECD 평균 43.6개보다 높은 수치를 보이고 있다.⁹⁾

7) 김세진. 보건복지포럼 국제보건복지 정책동향: 네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. 한국보건사회연구원, 2012년 10월. pp.98~107.

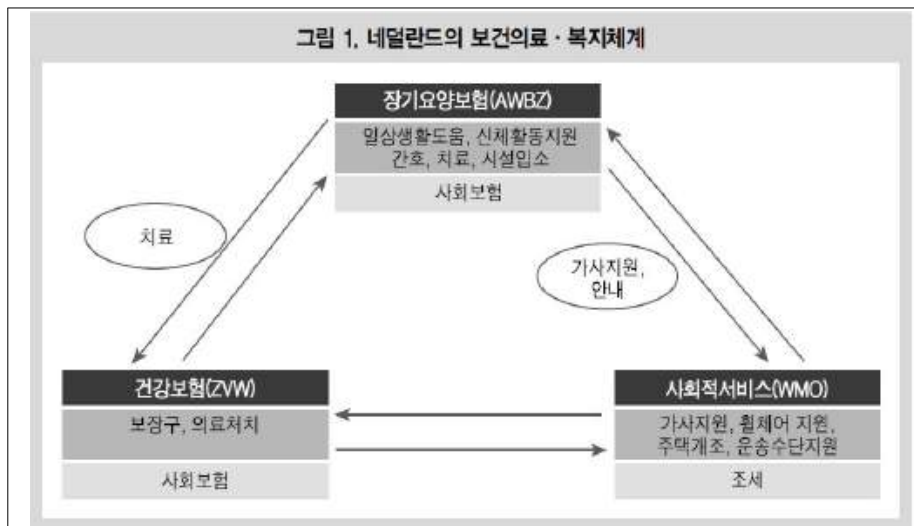
8) 김미혜, 이석미(2007). 독일과 네덜란드의 장기요양보장제도에 관한 연구: 현금급여와 가족수발자를 중심으로. 사회복지정책, 31, pp.369~396.

9) OECD(2011b). Health at a Glance 2011.

나. 장기요양보험 제도의 구분

건강보험(ZVW-Zorg Verzekerings Wet/Health Insurance Act)은 전 국민이 가입하고 있는 사회보험으로 소득에 따라 보험료를 지불하며, 급성기 치료와 같은 의료적 영역에서 혜택을 담당한다.¹⁰⁾ 사회적 지원(WMO-Wet Maatschappelijke Ondersteuning/Social Support Act)은 사회복지영역(support)의 서비스를 지원하고 있다. 이는 2007년부터 시행되었고, 장기요양보험으로부터 가사지원서비스를 이전받아 대상자들에게 제공하고 있다. (Fredeik & Bemard, 2010). 주요 서비스 내용은 가사지원서비스, 휠체어 지원, 주택기초, 운송수단 지원 등의 서비스 이다.

그림 3. 네덜란드의 공적 노인장기요양서비스 전달체계



네덜란드는 각각의 사업들을 그림과 같이 지속적으로 조율하면서 제도 간 서비스의 중복 또는 누락을 방지하고 있다. 예를 들어 가사지원서비스는 장기요양보험에서 사회적 지원으로 이전하였으며(2007년), 2년 미만의 정신치료(2008년)와 입원치료 이후의 일시적 재활치료(2011)는 건강보험으로 이전하였다.¹¹⁾ 이러한 국가차원의 보건의료·복지체계에서 보장되지 않는 부분은 민간영역인 민간보충건강보험(AV-Voluntary Health Insurance)에서 보장하고 있다.

10) Frederik T. Schut and Bernard van den Berg(2010). Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands, *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.411~435.

11) 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

특별의료비보장제도(AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten/The Exceptional Medical Expenses Act)는 장기적 돌봄서비스를 제공하는 장기요양서비스로(CIZ, 2012) 다양한 돌봄을 제공하고 장기요양서비스의 넓은 범위를 포괄하기 위해 시행되었다.¹²⁾

다. 장기요양보험제도의 운영주체 및 역할

장기요양 관련 기관은 크게 네 개로 나뉜다. 첫째, 건강보험위원회(CVZ-Colege Voor Zorgverzekeringen/Health Care Insurance Board)는 건강보험과 장기요양보험 관련 업무를 총괄 감독하며 조정하는 독립기관이다. 둘째, 보건의료감독원(NZa-Nederlandse Zorgautoriteit)은 보건의료정책을 감독하는 역할을 수행하며, 장기요양보험 관련 지역요양사무소의 예산 산출 및 수가 상한액을 결정하고, 정책을 감독한다. 셋째, 등급판정기관(CIZ-Centrum Indicatiestelling Zorg/Care Needs Assessment Centres)에서는 등급을 판정한다. 넷째, 지역요양사무소(Care Administration Offices)는 장기요양보험의 실질적 집행기관으로 서비스 수가계약 및 현금급여 관련 서류를 제출한다.

라. 재정시스템

네덜란드는 장기요양보험에 연간 약 21조 유로를 지출하고 있으며, 이는 모든 보건의료지출의 약 40%에 해당한다.¹³⁾ GDP대비 장기요양 관련 지출액 역시 OECD평균 1.39%보다 높은 3.8%로 보건의료 요양에 2.5%, 사회적 요양에 1.3%를 지출하고 있으며, 이는 OECD국가 중 가장 높은 비율이다. 네덜란드의 장기요양보험재원은 보험료, 정부보조금(세금), 본인부담금으로 구성되며, 보험료는 매년 정부에서 결정한다(CIZ, 2012). 2단계의 과세계층(보험료 부과 최고 소득액은 32,000유로)에게만 소득을 기준으로 12.15%의 보험료(1인당 1,400유로 정도)를 부과하며, 근로자는 사용자가 원천징수하고, 자영업자는 직접 세무서에 납부한다. 정부보조금은 정부의 재정 상황을 고려하여 매년 결정하며, 본인부담금은 대상자의 소득, 연령(65세 이상여부), 동거 가족수에 따라 결정된다.

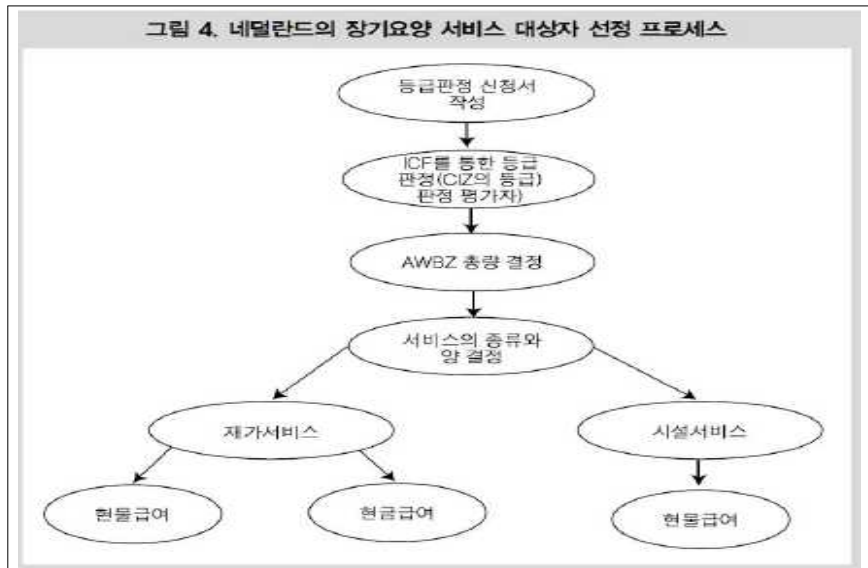
12) CIZ(2012). Long-term care in the Netherlands and the role of CIZ.

13) Elke Decruynaere(2010). The Personal Budget(PGB) in the Netherlands. Expertise Centre Independent Living.

마. 장기요양보험 서비스대상자 인정절차

장기요양 대상자가 되기 위해서는 서비스 이용 가능 여부를 확인하는 과정인 등급판정을 받아야 한다. 기존에는 지역평가위원회(Regional Assessment Boards, RIO)에서 등급판정을 실시하였다. 지역평가위원회는 대상자 등급판정을 위하여 간호사, 사회복지사, 의사 등의 전문가를 고용하였고, 전문적이고 명확한 등급판정 틀이 없다는 한계를 극복하기 위해 다양한 영역의 전문가들로 팀을 구성하여 이들의 판단에 따라 수급자격을 결정하였다.¹⁴⁾ 그러나 전문가들의 임의적 판단의 불안정성에 대한 불만이 제기되었고 표준화된 평가도구를 통한 평가체계 마련이 요구되었다. 이에 2005년 4월 등급판정기관은 CIZ를 설립하였다.

그림 4. 네덜란드의 장기요양 서비스 대상자 선정 프로세스



장기요양보험의 신청자는 서면, 유선, 인터넷을 통해 신청서를 제출한다. 신청서는 직접 신청과 대리 신청 모두 가능하며, 대리 신청의 경우 위임사유 및 신청자의 동의 여부를 신청서에 기재하여야 한다.¹⁵⁾ 등급판정 과정의 첫 단계는 유선인터뷰로 신청서 접수 후 등급 판정 평가자¹⁶⁾는 유선으로 등급판정을 위한 인터뷰를 진행한다(CIZ,

14) WHO(2000). Long-term Care Laws in Five Developed Countries A Review.

15) 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

16) 신청자의 등급판정을 진행하는 등급판정 평가자는 대학졸업 학위를 가지고 있어야 하며, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 기타 치료사의 자격을 갖추어야 함. 이들은 3일간의 기본교육을 이수한 후 2

2012). 아주 간단한 사례는 대상자가 인터넷에 직접 입력하면 등급판정 평가자가 확인 후 등급 판정을 하게 되며, 극소수의 경우에는 평가자들이 신청자의 집을 방문하여 평가를 진행하기도 한다.

바. 등급판정 기준

인터뷰에서 사용하는 등급판정 도구는 ICF(International Classification of Functioning Disability and Health)를 기본으로 상황에 맞게 다양한 도구를 적절히 활용하여 등급을 판정한다. ICF는 ① 신체기능 및 구조적 장애정도, ② 활동 및 참여의 제한 정도, ③ 심리사회적지지 및 환경적 요소 등으로 구성되어 있다. 이는 대상자의 전반적인 상태 및 환경을 파악하는 내용으로¹⁷⁾ 대상자의 신체적 장애, 참여 등에서 나타나는 문제점을 측정하기 위해 사용한다. 그 외 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 4)는 대상자의 정신건강을 보다 정확하게 측정하기 위해서 사용하며, ICD10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Version 10)은 질병에 대한 측정을 위해서 사용한다.¹⁸⁾

표 1. 네덜란드의 시설관련 노인의 등급판정체계

구분	서비스 내용
ZZP1	노인보호주택+일부지원
ZZP2	노인보호주택+지원+간호
ZZP3	노인보호주택+상담+집중요양
ZZP4	노인보호주택+집중지원+연장요양
ZZP5	노인보호주택+치매집중요양
ZZP6	노인보호주택+집중요양+간호
ZZP7	노인보호주택+안내(guidance)+중심 집중요양
ZZP8	노인보호주택+치료 및 간호+중심 집중요양
ZZP9	간호+회복치료(restorative care)
ZZP10	완화치료+임종간호

자료: 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

이러한 도구를 활용하여 등급을 판정한 후에는 대상자에게 제공될 서비스 내용이 장

개월~1년 동안 필요한 교육을 수시로 이수함(국민건강보험공단, 2010).

17) WHO(2003). ICF Checklist (Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health).

18) Elke Decruynaere(2010). The Personal Budget(PGB) in the Netherlands. Expertise Centre Independent Living.

기요양보험 외 다른 법령 및 규정에 해당하는지를 확인함과 동시에 접근 가능한 시설을 파악한다. 두 번째 단계는 등급판정 내용을 바탕으로 대상자에게 필요한 장기요양 서비스량의 총량을 결정한다. 세 번째 단계에서는 비공식적 요양을 고려하여 순수하게 필요한 장기요양보험 서비스량의 총량을 결정한다. 이 단계에서는 질병과 기능상태 뿐 아니라 수급자의 욕구를 반영하여 서비스의 종류와 양을 결정한다. 마지막 단계는 급여 내용(재가급여 및 시설급여) 및 서비스 제공수준을 결정한다 (CIZ, 2012).

이렇게 결정된 등급판정 결과는 최대 5년간 유효하다. 그러나 만약 골절수술과 같이 일시적인 기능장애 등 기능상태 회복이 확실히 예상되는 경우에는 유효기간을 단축할 수 있다. 또한 만약 수급자가 자신의 등급 변화에 대해 알고 싶을 경우에는 CIZ의 홈페이지에 게시되어 있는 등급판정도구를 활용하여 자율적으로 등급판정을 할 수 있다.¹⁹⁾ 이러한 과정을 거쳐 장기요양인정자로 판정되면 신청자는 어떤 서비스를 얼마만큼 받을 수 있는지가 명시되어 있는 장기요양인정서(indication of eligibility)를 받는다. 인정자는 인정서를 지역 내 서비스 공급자에게 제출하고 그에 따른 서비스를 제공자로부터 받는다.²⁰⁾

사. 급여의 종류

네덜란드의 장기요양보험에서는 이용자의 기능손상에 맞춰 총 6가지 서비스를 제공하고 있다. 첫째, 개인요양(personal care)에는 목욕, 옷 입기, 면도, 스킨케어, 화장실, 식사 수발, 약 복용 등이고, 둘째, 간호요양(nursing care)에는 상처치료, 주사, 자사주사법 시범, 질병대처법 조언이 포함되며, 셋째, 안내(guidance)는 클라이언트가 가능한 만큼 독립적인 생활이 가능하도록 안내해주는 서비스, 넷째, 치료(treatment)는 질병 회복 또는 재활, 다섯째, 시설입소(accommodation), 여섯째, 단기보호시설(temporary accommodation)이다. 추후 안내의 기능은 사회복지의 영역으로 지방정부로 이전될 계획이며,²¹⁾ 치료는 건강보험으로 이전될 것이다.²²⁾

서비스는 재가서비스 및 시설서비스 두 가지 형태이며, 현물급여(in-kind benefit), 현금급여(cash benefit), 혼합급여(현물+현금) 세 가지 급여형태 중 하나를 선택하게

19) 국민건강보험공단(2010). 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서.

20) 이수형(2009). 네덜란드 장기요양제도의 최근동향 및 시사점. 보건복지포럼.

21) Frederik T. Schut and Bernard van den Berg(2010). Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands, Social Policy & Administration, 44(4), pp.411~435.

22) <http://government.nl/issues/health-issues/exceptional-medical-expenses-act%5B2%5D>

된다.

아. 복지용구 급여서비스 현황

네덜란드의 복지용구서비스는 딜러 입찰제도를 채택하고 있다. 품질, 가격, 수리, 관리 등이 고려대상이며, 최근에는 환경친화적인 기업인지도 고려대상이 되고 있다. 지방자치단체에서 결정한 고정가격은 존재하지 않으며, 일반적인 가격에 25~40% 할인한 금액을 지급한다. 어떤 품목을 급여할지는 지방자치단체의 상황에 따라 다르다. 급여절차를 살펴보면, 6개월 이하의 단기사용은 일반대여업소에서 무료로 대여가 가능하다. 장기간 대여가 필요한 경우 작업·운동치료사가 사용자를 방문하여 사용자의 요구도를 분석한 뒤, 제품 처방전을 작성한다. 처방전이 딜러에게 송부되면, 딜러는 처방과 입찰대상 제품을 참고하여 가장 저렴한 제품을 선택하여 제품을 배송한다. 재가 복지서비스의 요실금 기저귀는 장기요양보험에서 급여로 보장되고 있다.

③ 네덜란드 장기요양보험의 시사점

네덜란드의 장기요양체계는 OECD평균 12.2%보다 높은 19.4%로 포괄적인 대상자 규모를 커버하며, 이는 2012년 기준 65세 이상 노인인구의 약 6%가 장기요양 대상자인 우리나라보다 3배 이상 높은 수치이다. 2009년 네덜란드의 65세 노인인구가 15.2%이고 2010년 우리나라 65세 이상 노인인구의 비율이 10.9%인 것을 감안하더라도 그 차이는 크다고 볼 수 있다. 네덜란드의 장기요양보험제도는 ICF를 활용하여 대상자를 선정하고, 비공식적 케어의 수준 등을 고려하여 서비스량을 책정한다. 또한 대상자의 기능상태와 욕구를 고려한 세분화된 서비스(ZZP1~ZZP10)가 제공된다는 점이 특징적이다. (표) 또한, 2007년부터 가사지원서비스 영역을 장기요양보험에서 사회적 지원으로 이전함으로써 요양(care)서비스에 집중할 수 있었고, 이는 우리나라 재가장기요양 서비스에서 참고할만한 부분이다. 기관의 독립적인 운영으로 제도의 투명성 및 효율성 증대 부분도 우리나라의 제도설계에 고려해볼 만한 영역으로, 보건의료감독원이나 등급판정기관 등을 건강보험공단에서 분리 가능할 것이다.

재가서비스 이용자가 현금급여를 원할 경우 현물급여 한도액의 75% 수준에서 현금급여를 실시하였다. 치료서비스를 제외한 모든 서비스에 적용하여, 공적·사적 서비스를 모두를 이용 가능하였고, 사용 후 지역요양사무소에 사용내역을 제출하면 개인계정을 통해 제공하였다. 하지만, 급여체계를 현금급여로 하여 수혜자들의 높은 만족도, 적절

한 구매력, 시스템 행정비용 절감 등의 장점은 있었으나, 예산 부족 및 이용자의 도덕적 해이로 인해 2010년 현금급여를 중단하게 되었다. 네덜란드의 경험을 통해 성인용 기저귀 등의 요실금 관련 용품을 급여화 할 경우 현금지급 보다는 현물지급이 수급자들의 도덕적 해이 예방에 있어 도움이 될 것으로 생각된다. 한편, 네덜란드의 재가복지서비스에서의 요실금 기저귀는 장기요양보험에서 급여로 보장되고 있다.

4) 이스라엘

① 이스라엘의 장기요양보험제도 현황

이스라엘은 노인을 대상으로 하는 지역사회장기요양보험법(Chok Bituach Siyud, Community Long Term Care Insurance, CLTCI Law)과 18세에서 64세 대상의 요양급여법(The Attendance Allowance Law), 0세에서 17세 대상의 장애아동법(The Disabled Child Law)를 제정하여 1988년 4월부터 운영하고 있다. 1999년 기준 수급자는 약 8.8만 명으로 65세 이상 남자, 60세 이상 여자의 12.07%에 해당하는 비율이 수급을 받고 있다.

② 이스라엘의 장기요양보험제의 운영 체계

보험자는 국립보험협회로 사회보장 형태이다. 수급자는 자격기준은 일상생활수행능력 장애 그리고(또는) 지속적인 관리가 필요한 경우, 독거의 경우 1일당 최소 2시간 이상의 지원이 필요한 경우, 동거의 경우 일당 최소 2시간 30분 이상의 지원이 필요한 상태를 자격기준으로 한다. 1인 가정은 평균임금 보다 수입이 낮은 경우, 2인 가정의 경우 1.5배 보다 수입이 낮은 경우가 자격요건에 포함되며, 아이를 가진 사람의 경우 각각의 아이들에 대해 평균임금의 절반에 해당하는 추가적인 수입을 더한다. 고소득자는 자격이 없으며, 수입이 평균임금을 초과하였거나, 1인 가정의 평균임금의 1.5배 보다 높지 않고 2인 가족의 평균임금의 2.5배 높은 경우 급여의 절반을 제공한다. 또한, 최소 2시간 이상의 일상생활수행 지원이 필요한 독신자에 한해 포인트를 가산한다.

급여자격 평가도구는 구조화 되어 있으며 전국적으로 단일 유형을 사용한다. 자격등급은 2개 등급으로 나누어져 있으며, 1일당 지원시간은 2시간 반에서 6시간 반 사이이다. 평가의 책임은 국립보험협회(National Insurance Institute)가 담당하며 평가전

문가는 간호사이다. 국립보험협회는 개별 평가에 대한 비용을 독립적인 보건간호사에게 지불한다. 급여는 현물급여를 원칙으로 하며, 현물서비스 제공이 어려운 경우 80% 수준에서 현금급여를 제공한다. 주요서비스에는 시설서비스 재가서비스와 주간보호가 제공되며, 기타서비스로는 기저귀, 세탁서비스, 응급경보시스템이 포함된다. 재원은 보험료와 조세로 구성된다.

③ 이스라엘 장기요양보험의 시사점

급여자격 평가는 국립보험협회(National Insurance Institute) 책임 하에 간호사가 시행하고 있으며, 국립보험협회는 개별 평가에 대한 비용을 독립적인 보건간호사에게 지불하고 있다. 급여 내역에 기타서비스로 기저귀가 포함된다. 이스라엘에서는 케어매니저 역할을 보건간호사가 담당하고 있으며, 기저귀가 장기요양보험의 급여화 되어 있다.

5) 일본²³⁾

① 일본의 장기요양보험제도 현황²⁴⁾

일본의 개호보험(Long-Term Care Insurance Programme or the Care Insurance Law for the Elderly)은 2000년 4월부터 시행되었다. 2000년 기준으로 수급자는 약 135만 명이며, 전체노인의 6.2%에 해당되는 인구비율을 급여범위에 포함된다. 일본의 개호보험제도는 아시아에서 처음으로 시작된 장기요양제도로 기존 서구사회의 제도와 다른 특징을 가지고 있다. 첫째, 급부와 부담의 관계성을 명확하게 하기 위한 사회보험방식의 채택이다. 둘째, 의료보험과 동일하게 지역보험자주의를 선택하여 지방자치단체가 보험자로서 급부와 재정의 주체가 됨으로써 보험료 징수와 서비스의 최적화를 위한 보험자 기능을 발휘하도록 하였다. 셋째, 서비스 인프라 구축과 서비스 질 향상을 위한 시장경쟁체제의 도입이다. 넷째, 이용자 욕구중심의 서비스 제공을 위한 케어매니지먼트 제도의 도입이다. 마지막으로, 의료, 보건, 복지의 통합적 서비스 제공이다.

23) 국민건강보험 건강보험정책연구원. 주요국 장기요양제도 비교연구. 2012.

24) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012.8.

② 일본의 장기요양보험제의 운영 체계

가. 개호보험 대상자

일본의 개호보험은 연령이 높아짐에 따라 발생하는 심신의 변화에 기인하는 질병 등에 의해 요개호상태가 된 자 등을 대상으로 개호서비스를 제공하며, 신체상 또는 정신상의 장애 수준에 따라 개호보험적용 대상자(피보험자)는 “요개호 상태”와 “요지원 상태”로 구별하여 서비스 차별을 두고 있다. “요개호자”는 연령이 높아짐에 따라 발생하는 질병으로 인해 발생하는 장애를 가진 65세 이상 및 40세 이상 65세 미만의 자를 의미하며, “요지원자”는 특정질병에 의해 발생하는 장애를 가진 40세 이상 65세 미만의 자에게 적용된다.

나. 개호보험 서비스대상자 인정절차

피보험자가 개호보험 급여를 이용하기 위해서는 서비스가 필요한 상태인지 아닌지에 대한 인정을 받아야 한다. 개호인정 절차는 방문조사, 1차 판정, 2차 판정, 결과 통지의 순으로 이루어진다. 개호보험적용 대상자의 신청이 접수되면 인정조사원이 가정 등을 방문하여 심신상태와 일상생활 상태 등을 청취 조사한다. 인정조사 체계 및 항목은 일본과 한국이 유사하다. 신체기능 및 일어나 앉기(13개), 생활기능(12개), 인지 기능(9개), 정신 및 행동장애(15개), 사회생활에의 적응(6개), 총 5개 영역 55개 항목과 특별의료항목 12항목으로 구성된다. 다만, 일본은 시정촌 업무인 인정조사를 외부에 위탁하여 처리할 수 있으며, 특히 시설에 입소 중인 이용자의 경우 시설 내 케어 매니저가 갱신조사를 수행하는 것이 일반적이다.

1차 판정을 위해 방문조사의 결과를 컴퓨터로 처리하며, 1차 판정 결과와 주치의의 의견서를 종합적으로 판단하여 2차 판정을 한다. 컴퓨터가 1차 판정에서의 요지원 2와 요개호 1을 분리하며, 인정조사원의 결과는 의료·보건·복지전문가 5인으로 구성된 개호인정심사위원회에서 판정한다. 결과의 통지는 구시정촌이 신청자에게 통지하는 형태로 이루어진다.

다. 개호보험제도의 급여내용

표 2. 일본 개호서비스의 종류

	개호보험서비스(개호급여)	개호예방서비스(예방급여)
대상자	요개호자 (요개호 1~5등급)	요지원자 (요지원 1~2등급)
재가 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 방문개요(홈헬퍼 서비스) • 방문목욕 • 방문간호 • 방문재활 • 재택요양관리 지도 • 통원(소)개호(데이 서비스) • 통원(소)재활(데이 케어) • 단기입소생활개호(쇼트 스테이) • 단기입소요양기호(의료계 쇼트 스테이) • 특정시설 입소자 생활개호 • 복지용구판매 • 복지용구대여 • 주택 개·보수비 지급 • 재택개호지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 개호예방 방문개호(홈헬퍼 서비스) • 개호예방 방문목욕 • 개호예방 방문간호 • 개호예방 방문간호 • 개호예방 통원(소)개호 • 개호예방 통원(소)재활 • 개호예방 단기입소생활개호 • 개호예방 단기입소요양개호 • 개호예방 재택요양관리 지도 • 개호예방 특정시설 입소자 생활개호 • 개호예방 복지용구판매 • 개호예방 복지용구대여 등
시설 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 개호노인 복지시설 • 개호노인 보건시설 • 개호요양형 의료시설 	없음
지역 밀착형 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 야간대응형 방문개호 • 인지증대응형 통소개호 • 소규모 다기능형 거택개호 • 인지증대응형공동생활개호(그룹홈) • 지역밀착형특정시설(입주자 생활개호) • 지역밀착형 개호노인복지시설 (입소자 생활보호) 	<ul style="list-style-type: none"> • 개호예방 인지증대응형 통소개호 • 개호예방 소규모다기능형 거택개호 • 개호예방 인지증대형 공동생활 개호(그룹홈)

주 1) 인지증대응형 통소개호: 치매대응형 주간보호센터

주 2) 소규모 다기능형 재택개호: 복합 재가요양서비스센터(방문요양, 단기보호, 그룹홈 등을 함께 운영)

주 3) 인지증 대응형 공동생활개호(그룹홈): 치매 대응형 공동생활가정(그룹홈)

자료: <http://www.mhlw.go.jp> (후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

표 3. 일본 개호보험 재가서비스별 정의

서비스 종류	서비스 내용
방문개호	홈헬퍼가 요개호자의 자택을 방문하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 조리, 세탁, 청소 등의 가사, 생활에 관한 상담, 조언 및 그 외 필요한 일상생활의 도움을 주는 것.
방문목욕개호	목욕차 등에 의해 자택을 방문하여 욕조를 제공하여 입욕개호를 행함.
방문간호	병상이 안정기에 있으며 방문간호를 필요로 하면 주치의 등이 인정한 요개호자에게 병원, 진료소, 혹은 방문간호 스테이션의 간호사 등이 자택을 방문하여 영양 상의 수발 혹은 필요한 진료보조를 행함.
방문재활	병상이 안정기에 있으며 계획적인 의학적 관리 하에 재활을 필요로 하게 하면 주치의 등이 인정한 요개호자 등에 대해 병원, 진료소 혹은 개호노인복지시설의 이학요법사 혹은 작업치료사가 자택을 방문하여 심신 기능의 유지회복을 도모하여 일상생활의 자립을 돕기 위해 필요한 재활을 행함.
거택요양 관리지도	병원, 진료소 혹은 약국의 의사, 치과의사, 약제사 등이 통원이 곤란한 요개호자에 대해 자택을 방문하여 심신의 상황과 환경 등을 파악하여 이를 고려한 요양상의 관리 및 지도를 행함.
통소개호 (데이 서비스)	노인데이서비스센터 등에서 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 생활 등에 관한 상담, 조언, 건강상태의 확인 및 그 외 필요한 일상생활의 수발 및 기능훈련을 행함.
통소재활 (데이 케어)	병상이 안정기에 있으며 계획적인 의료적 관리 하에 재활을 필요하게 된 자에 대해 개호노인보건시설, 병원 혹은 진료소에서 심신의 기능 유지회복을 도모하고 일상생활의 자립을 돕기 위해 필요한 재활을 행함.
단기입소 생활개호 (쇼트 스테이)	노인단기입소시설, 특별양호노인홈 등에 단기간 입소하여, 그 시설에서 입욕, 배설, 식사 등의 개호 및 그 외 일상생활 상의 수발과 기능훈련을 행함.
단기입소 요양개호 (쇼트 스테이)	병상이 안정기에 있으며 쇼트스테이를 필요로 하는 요개호자 등에 대해, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 등에 단기간 입소하여 그 시설에서 간호, 의학적 관리 하에 개호, 기능훈련, 그 외 필요한 의료와 일상생활 상의 수발을 행함.
특정시설 입소자생활 개호 (유로노인홈)	유로노인홈, 경비노인홈 등에 입소하고 있는 요개호자 등에 대해, 그 시설에서 특정시설 서비스계획에 기반하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 생활 등에 관한 상담, 조언 등의 일상생활 상의 수발, 기능훈련 및 요양상의 수발을 행함.
복지용구대여	재택의 요개호자 등에 대해 복지용구 대여를 행함.
특정복지용구 판매	복지용구 중, 목욕이나 배설을 위한 복지용구, 그 외 후생노동대신이 정한 복지용구의 판매를 행함.
개호주택 개보수비	손잡이의 탈부착 등 그 외 후생노동성대신이 정한 종류의 주택개수비의 지급.
거택개호지원	자택의 요개호자 등이 재택개호서비스를 적절히 이용할 수 있도록, 그 자의 의뢰를 받아 그 심신의 상황, 환경, 본인 및 가족의 희망 등을 감안하여 이용하는 서비스 등의 종류, 내용, 담당자, 본인의 건강상, 생활상의 문제점, 해결해야할 과제, 재택서비스의 목표 및 그 달성 시기 등을 정한 계획(거택서비스계획)을 작성하고 그 계획에 기반하여 서비스 제공이 확보될 수 있도록 사업자 등과의 연락조정 등 편의를 제공함. 개호보험시설에 입소가 필요한 경우 시설에의 소개 등을 행함.

급여는 요개호자에 대한 개호급여, 요지원자에 대한 예방급여, 시정촌이 독자적인 조례로 정하는 시정촌 특별급여 3가지로 구성되어 있으며, 현물급여를 원칙으로 하되, 개호보험 급여는 재가서비스와 시설서비스로 구분된다. 요개호 1~5등급의 인정자가 이용할 수 있는 개호급여와 요지원 1, 2 등급 인정자가 이용할 수 있는 예방급여는 심신상태 등에 따라 사회적 지원을 필요로 하는 상태, 부분적인 개호를 필요로 하는 상태, 경도의 개호를 필요로 하는 상태, 최종도의 개호를 필요로 하는 상태가 있다. 이에 해당이 되지 않는 자립의 경우 개호가 필요 없다고 판단하여 개호보험 서비스는 이용할 수 없지만, 인정등급을 받지 못한 사람은 구시정촌에서 실시하는 지역지원사업의 대상자가 된다.²⁵⁾ 서비스 이용 시, 거택서비스, 지역밀착형 서비스, 시설서비스는 일정 정도의 본인부담액이 설정되어 있다. (표)

라. 재정시스템

피보험자의 보험료 부담비율은 각각 전구국의 인구비율에 근거해 정해진다. 개호비용 총액에서 이용자 부담을 제외한 금액을 급부비라고 하며 급부에 필요한 비용을 안정적으로 공급하기 위해 급부비의 50%를 공적비용으로 하고 나머지 50%를 보험료로 충당하고 있다. 2006년 개혁으로 개호보험의 시설 등 급부비에 포함되는 보조금도 도도부현으로 재원이 5% 옮겨진 결과, 시설 등 급부비 공적 자금비율이 국가 20%, 도도부현 17.5%, 시정촌 12.5%로 바뀌었다. 국가부담분 중 5%에 대해서는 조정교부금으로서 피보험자의 상황에 따라 배분되기 때문에 구시정촌의 부담률은 결국 증가하게 되었다.

보험료 징수는 제1호 피보험자의 보험료의 경우 소득단계에 따라 시정촌 별로 설정된다. 그 중 연금액이 일정금액 이상인 자는 연금에서 공제되고 그 외의 사람은 시정촌에 개별적으로 납부한다. 제2호 피보험자인 경우 가입하고 있는 의료보험 산정방법에 근거해 설정되며 의료보험비와 함께 일괄적으로 의료보험자가 징수한다. 또 제2호 피보험자의 개호보험료는 원칙적으로 3년에 1회 계획기간별로 기준액을 정하고 있다.

재택과 시설서비스의 이용자 부담은 10%이다. 시설서비스에는 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 지역밀착형 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설

25) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012. 8.

의 4종류가 있다. 이용액은 개호도에 따라 다르다. 또한 시설서비스를 이용하는 경우 식비와 주거비, 일상생활비도 이용자가 자가 부담한다. 한편, 재택서비스는 종류별로 요금표가 책정되는데 요금표의 기준은 단위이다. 지역에 따라 단위의 금액이 정해져 있어 단위 수 단가라 부른다. 따라서 지역에 따라 동일한 서비스 가격이 결정된다.

마. 복지용구 급여서비스 현황²⁶⁾

(1) 복지용구 이용대상

일본 개호보험 수급자로서 복지용구 구입 연한도액은 등급과 무관하게 10만엔이고, 대여 연 한도액은 등급별 재가 급여한도액내에서 급여하도록 이원화 되어 있다. 일본 개호보험에서는 대여서비스를 연한도액 내에서 수급자별 신체상태 및 주택상황에 따라 재가서비스 및 복지용구 대여의 다양한 조합을 구성할 수 있어 그만큼 선택의 폭이 넓다. 또한 대여급여 품목 선정기준이 명확히 제시되어 있고 대여전용품목이 다양하여 고령자의 다양한 욕구충족, 자원낭비 절감, 보험재정 감소 등 대여제도가 활성화 되어 있다.²⁷⁾

개호보험제도에서 복지용구 이용의 흐름도를 살펴보면, 첫째, 케어매니저가 이용자의 상황과 과제 측정을 실시한다. 둘째, 케어매니저가 평가한 결과로 서비스 담당자 회의를 활용하여 복지용구 도입을 판단한다. 셋째, 케어플랜에 복지용구 이용을 기재하여 작성한다. 케어플랜에 복지용구 이용이 기재됨으로써 개호보험제도 하에서 수요가 발생한다. 넷째, 케어매니저가 기종까지 선정하는 경우와 전문상담원이 선정하는 경우, 양자의 상담에 따른 경우가 혼재한다. 다섯째, 대여사업자가 반입설명을 실시한다. 여섯째, 케어매니저에게 모니터링 의무가 있으며, 대여사업자에게는 의무화 되어 있지 않고 자율적으로 실시하고 있다.²⁸⁾

(2) 복지용구서비스 내용

복지용구는 사용자의 능력을 보완·대체해 주는 도구이다. 개호보험 수급자는 복지용구를 대여하여 사용한다. 하지만, 사람의 피부에 직접 닿아 빌려쓰기 어려운 용구는 특

26) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012. 8.

27) 한국보건산업진흥원. 노인장기요양보험 기타 재가급여 복지용구 대여 활성화 방안. 2010.

28) 히가시하타 히로코 외. 한일 복지용구의 위기. 노인연구정보센터, 2012.

정 복지용구로 지정하여 연간 최대 10만 엔을 지원하고 있다. 개호보험제도에서 대여할 수 있는 복지용구에는 특수침대, 침대 부속품, 휠체어, 휠체어 부속품, 욕창방지용구, 자세변환용구, 손잡이, 슬로프, 보행보조기, 보행보조 지팡이, 치매노인 배회감지기, 이동용 리프트 등 열두 개 항목이다. 후생노동성자료에 의하면 복지용구의 이용은 침대와 부속품이 49.5%, 휠체어와 휠체어 부속품이 23.5%로, 이 두가지만으로도 전체 이용률의 약 75%를 차지한다.

③ 일본 장기요양보험제도의 시사점

일본 장기요양보험제도는 어르신들이 생활하는 데 불편함이 없도록 모든 설비를 어르신 위주로 편성하였다. 한국에서도 이러한 부분을 장기요양기관 평가 시 평가점수에 반영하도록 개선하는 것이 가능할 것이다. 일본의 적정 규모의 시설 운영처럼 우리나라도 가정적이고 편안한 느낌을 줄 수 있도록 시설서비스에서 유닛형으로 전환을 고려할 필요가 있다. 일본의 개인별 특성에 따른 서비스 제공하는 것처럼, 입소어르신들에 대한 일률적 서비스 보다는 개인별 욕구에 맞는 다양한 서비스 개발의 적용이 필요하며, 어르신 소득에 따라 이용료를 책정하고, 이에 대해 잘 이해시키는 것이 필요하다.

일본의 복지용구서비스는 전달체계의 전문성 측면에서 시사하는 바가 크다. 일본 개호보험제도에서 보험자는 시, 정, 촌과 동경도 23구로 복지용구 서비스 이용 시 복지용구 전문상담원이 이용자의 신체상태 또는 주거상황 등의 정보를 확인하여 객관적으로 평가하고 있다. 복지용구 사업소에 전문상담원을 두도록 규정하고 있으며, 전문상담원에 의해 여러 가지 정보를 파악하여 복지용구 서비스가 적절하게 잘 이루어지도록 하고 있다. 또한 복지용구 전문상담원협회는 전문상담원이 적극적으로 모니터링을 할 수 있도록 2010년 3월에 복지용구 전문상담원 모니터링 시트를 개발하여 복지용구 이용 시 불편한 사항, 여러 가지 사용과 관련한 상황들을 판단하여 이용자 및 사용 상황을 보다 체계적으로 관리하고 있다. 이러한 체계적 관리를 통해 복지용구 사용과 관련한 보다 질 높은 서비스를 제공하고 있다.

표 4. 5개국 장기요양보험제도 현황

구분	오스트리아	독일	네덜란드	이스라엘	일본
I. 기본체제					
1. 공적제도	존재, 2개제도 ²⁹⁾	존재	존재	존재, 3개제도 ³⁰⁾	존재
2. 제도명칭	Bunderspfl ege Geldgesetz (The Fefederal Long Term Care Allowance Act; The Provincial Long Term Care Act)	수발보험 (pflegeversi cherung) (Long-Term Care Insurance Law, or Social Dependency Insurance Programme)	Algemene Wet Bijzondere Ziektekoste n (AWBZ) (The Exceptional Medical Expenses Act)	Chok Bituach Siyud (Community Long-Term Care Insurance, CLTCI Law)	개호보험 (Long-Term Care Insurance Programme, or the Care Insurance Law for the Elderly)
3. 최초 시행시기	1994.1.1	1995.4.1. 시설서비스확 대(1996.7.1.)	1968.1.1. 급여내용변화 ³¹⁾	1988.4.1	2000.4.1
II. 제도 및 보험자 특성					
1. 제도의 독립성	독립	독립	독립	독립	독립
2. 보험자	노동부, 보건사회부	질병금고내의 요양금고	보건복지체육 부 ³²⁾	국립보험협회 (사회보장)	지자체
III. 자격기준					
1. 연령	3세 이상	전연령	전연령	여자 60세 이상, 남자 65세 이상	40세 이상
2. 건강, 기능상태	ADL, IADL 장애(최소 6개월 이상의 지원필요); 한 달에 최소 50시간이상 의 지원이 필요(시각(맹 인, 일부손상)장애 인, 청각장애인, 휠체어 이용자는 자동적으로 권리 가짐)	2개 이상의 ADL 장애(최소 6개월 이상의 지원필요); 적어도 1일당 90분 이상의 지원이 필요	건강상의 문제와 기능장애	ADL장애 그리고(또는) 지속적인 관리 필요. 독거: 1일당 최소 2시간 이상의 지원 필요 동거: 일당 최소 2시간 30분 이상의 지원 필요	40~64세: 노인성 질환(초기로 치매 등) 65세 이상: ADL, 인지지각장애 (최소 6개월 이상의 지원 필요) 요지원은 거의 대부분 자립가능한 자 포함 ³³⁾
3. 가족지원의 범위 및 이용 가능성	미고려	미고려	고려	미고려	미고려
4. 자산조사	없음	없음	없음	있음 1인가정의 평균임금(2인 가정 1.5배)보다 수입이 낮은 경우 ³⁴⁾	없음
5. 기타기준	없음	없음	심리사회적 측면: 주거상태, 제공되는	독신자(자격 가산) ³⁵⁾	없음

공식적인 지원의 수준 및 유형					
IV. 급여자격평가					
1. 평가도구	구조화; 전국적 단일유형	구조화; 지역에 따라 변형	자유재량(임의); 일정 방식의 프로토콜	구조화; 전국적 단일유형	구조화; 전국적 단일유형
2. 자격등급	7개 등급, 1개월당 지원 시간기준 (50~180시간)	3개 등급, 1일당 지원 시간기준 (90분~5시간)	맞춤식 지원	2개 등급, 1일당 지원시간 기준(2시간 반~6시간 반)	6개 등급, 1일당 지원시간 기준(25분~110분) ³⁶⁾
3. 평가책임	보험단체(Insuring agent)	의학위원회 ³⁷⁾ (Medical board)	지역평가위원회(Regional assessment boards, RIO)	국립보험협회 ³⁸⁾ (National Insurance Institute)	지자체 ³⁹⁾
4. 평가전문가	의사	의사 또는 간호사	전문가팀(사회복지사, 간호사, 의사) ⁴⁰⁾	간호사	케어 매니저(다양한 전문가)
V. 급여내용					
1. 현금급여 (미한정/한정 ⁴¹⁾), 현물급여, 혼합급여	현금급여 (미한정)	혼합급여 (현물급여, 현금급여, 미한정적 현금급여), 현금급여의 현물급여의 45~53% 수준	현물급여 (시험적으로 실시되고 있는 한정된 현금급여)	현물급여 (현물서비스 제공이 어려운 경우 80% 수준에서 현금급여 제공)	현물급여
2. 주요서비스 범위 *시설서비스 *재가서비스 *주간보호 *기타	수급자의 선택	제공 제공 제공 단기보호 야간호보센터 복지용구	제공 제공 제공 복지용구 가정간호 단기보호 재활	미제공 제공 제공 기저귀 세탁서비스 응급경보시스템	제공 제공 보호 방문복지 재활 생활개호 요양관리 지도
3. 월당 급여수준 (us달러)	160~17,86 (현금급여) 1998 ⁴²⁾	재가서비스 (1999) 현물: 375~1,400(1,875), 현금: 200~650, 시설서비스 (1999) 현물: 1,000~1,400 (1650) ⁴³⁾	특별한 제한 없음	현물: 360~540 (1999) ⁴⁴⁾	현물: 560~3,260 (2000) ⁴⁵⁾
VI. 제도운영					
1. 서비스 제공자의 후원 ⁴⁶⁾	정부, NGO, 이익단체	정부, NGO, 이익단체	정부, NGO, 이익단체	NGO, 이익단체	정부, NGO, 이익단체
2. 케어 플랜의 책임	수급자	의학위원회/수급자 ⁴⁷⁾	수급자/서비스제공자	지역위원회	케어매니저/수급자
VII. 재정					
1. 재원 *보험료 *조세	없음 있음(100%) 있음	있음 없음 있음	있음 있음 있음	있음 있음(20%) 없음	있음 있음(50%) 있음

*본인부담	(시설요양)	(시설요양)	(모든서비스)	(모든서비스)	(모든서비스)
2. 보험료 ⁴⁸⁾	관련 없음	총임금의 1.7%, 사업주근로자 공동부담 ⁴⁹⁾	과세소득의 9.6%	근로소득세의 0.16% (근로자 0.1%, 사업주 0.06%)	40~64세: 건강보험료에 0.9%추가 (사업주 절반부담) 65세 이상: 연금에서 공제
VIII. 급여범위					
1. 수급자 수	324천 명(1998)	180만 명(1999)	-	8.8만 명(1999)	시행초기 135만 명(2000)
2. 수급자 비율	전체인구의 3.9% (61세 이상 중 17%) ⁵⁰⁾	전체인구의 2.19% (65세 이상의 9.6%)	노인의 20% (1990) ⁵¹⁾	65세 이상 남자, 60세 이상 여자의 12.07%	노인의 6.2% ⁵²⁾
IX. 비용					
1. 소요재정	210억ATS ⁵³⁾	310억DM (1999)	262.7억NFL (1997) ⁵⁴⁾	15억NIS (1999) ⁵⁵⁾	4.3조엔 (2000)
2. US달러 환산	17억 달러	155억 달러	130억 달러	3.7억 달러	390억 달러
3. GNP에서 차지하는 비율	0.9%	0.9%	3.6%	0.36%	0.9%

- 29) 오스트리아는 전체 인구의 90%에 해당하는 사회보장연금에 가입한 사람들을 보장하는 연방장기요양 급여법(The Federal Long Term Care Allowance Act)과 인구의 10%를 보장하는 지방장기요양법(The Provincial Long Term Care Act) 등 두 가지 법을 제정함.
- 30) 이스라엘은 노인을 대상으로 하는 지역사회장기요양보험법과 18세에서 64세 대상의 요양급여법(The Attendance Allowance Law), 0세에서 17세 대상의 장애아동법(The Disabled Child Law) 제정.
- 31) 초기에는 다양한 유형의 시설(예, 너싱홈)의 장기간 또는 고비용의 서비스에 대한 보장을 주로 해왔으나, 이후 기간이 길지 않거나 값비싸지 않은 보건의료측면들에 대한 보장도 확대됨. 1989년에는 재가서비스가, 1997년에는 생활시설(residential home) 등이 포함됨.
- 32) The AWBZ은 (건강)보험자들에 의해 관리됨. 건강보험기금 또는 민간건강보험회사는 정부의 승인을 받으며, 정부는 보험조직이 AWBZ를 보장하는데 있어 재정위험을 겪지 않도록 할 책임이 있음. ※ 자료: Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review, World Health Organization 2000.
- 33) 장애의 최저등급은 독립적인 일상생활능력을 유지하는 것이 가능한 사람들을 포함. 서비스는 현재의 상황을 증진시키거나 주요한 상태를 예방하기 위한 목적을 가지고 있음. 서비스는 가족수발자에 대한 지도와 건강상담을 제공하기 위한 정기적인 가정방문을 포함.
- 34) 아이를 가진 사람의 경우 각각의 아이들에 대해 평균임금의 절반에 해당하는 추가적인 수입을 더함. 수입이 평균임금을 초과하였거나 1인가정의 평균임금의 1.5배보다 높지 않고 2인가족의 평균임금의 2.25배 높은 경우 급여의 절반을 제공함. 고소득자는 자격이 없음.
- 35) 최소 2시간 이상의 ADL 지원이 필요한 독신자에 한해 포인트를 가산.
- 36) 시설세팅에 대한 타임스터디로부터 산출함.
- 37) 요양금고는 자격평가를 질병금고와 의학서비스를 통해 안내하고, 서비스 사용에 대해 질병금고에 상환함.
- 38) 국립보험협회는 개별 평가에 대한 비용을 독립적인 보건간호사에게 지불함.
- 39) 지자체는 독립적인 케어매니저들에게 자격평가에 대한 비용을 지불함.
- 40) RIO는 평가를 위한 전문가 스태프를 고용함. 전문적인 지식을 법률에 명쾌하게 정하지는 못하므로 다양한 전문가들을 통해 평가를 수행함. 전문적인 평가를 지원하기 위해, 전문가상담이 요구될 수 있음 (예, 초로기치매).
- 41) 한정되지 않은 현금급여는 수급자에게 적절한 기금을 사용할 권한을 주는 반면, 한정된 현금급여는 오직 서비스의 구매에만 사용되어 질 수 있도록 함.
- 42) ATX 12.5 = 1.00달러
- 43) DM 2 = 1달러

6) 스웨덴⁵⁶⁾

① 스웨덴의 장기요양보험제도 현황

1992년 The Elderly-reform 1992이 되면서 지방자치시가 노인 및 장애인에 대한 장기요양과 의료를 포괄적으로 책임지도록 되어 있다. 스웨덴은 노인만을 위한 장기요양제도를 별도로 갖고 있는 것이 아니라 장애를 가진 사람들도 같이 이 제도에 포함되어 있으며, 보건의료나 연금, 가정간호 등과 같은 보건복지정책이 함께 시행되고 있다.

② 스웨덴의 장기요양보험제의 운영 체계

가. 수발서비스 대상자

서비스 대상자는 65세 이상의 노인으로서, 기초자치단체 노인복지과에 서비스 지원을 신청하여 서비스가 필요하다고 인정된 사람이다.

나. 장기요양보험제도의 운영주체 및 역할

스웨덴의 의료보장체계는 일차의료를 기본으로 하고 있으며, 주치의가 진료 후 장기요양이 필요하다고 판단할 경우 주 의회 소속의 간호사나 기초자치단체 소속의 케어

44) NIS 4.1 = 1달러

45) 109.8엔 = 1달러

46) 정부는 중앙과 지방정부를 포함.

47) 그러나, 실제 케어플랜은 서비스사업자의 수석 사회복지사에 의해 작성됨.

48) 자영업자에 대한 보험료 부담기준은 서로 상이하며, 실업자에 대한 보험료는 다른 기금에서 보장되어짐.

49) 사업주의 보험료부담은 근무일로서 인정되는 유급휴일의 지정에 의해 환산됨.

50) 연령구간별 이용률 추정, Enge, 1999.

51) 서비스유형별 노인의 이용률 추정, Coolen, 1995.

52) 약 270만 명의 노인(노인 중 12.4%)이 2000년에 급여를 받을 자격이 있는 것으로 추계됨. 그러나 이것은 지역사회에 거주하는 이들의 약 3분의 1이 첫째에 지원할 것으로 가정한 것임(Campbell and Ikegami, 2000). 비용추계는 이러한 가정에 근거한 것임. 이들 추계가 과대할 것이라는 증거가 있음.

53) 연방의 LTC급여법에 따른 비용은 약 ATS 180억 원, 지방LTC 급여법에 의한 것은 평균 약 ATC30억 원.

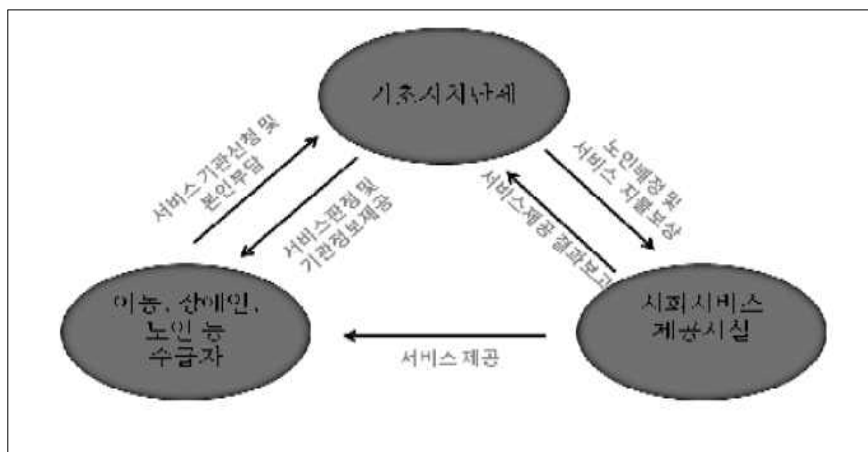
54) 전체인구가 이용가능한 광범위한 서비스패키지에 대한 비용 포함.

55) 노인에 대한 지역사회서비스에 대한 비용만 포함.

56) 국민건강보험공단. 선험국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일 스웨덴 출장 결과보고서, 2012년 4월.

매니저⁵⁷⁾에게 연락한다. 의료적 문제를 접근하여야 할 때는 주 의회소속의 소속의 간호사가 조정 역할을 담당하고 사회복지적 접근이 필요할 경우에는 기초자치단체 소속의 케어매니저가 주로 조정을 하게 된다. 만약 의료적 문제와 사회복지적 문제를 함께 가지고 있는 경우 간호사와 수발관리자가 서로 연락하고 협의하여 조정한다. 이와 같이 대상자에게 어떤 서비스가 제공되어야 하는지를 결정하는 것은 각종 전문 인력의 팀 회의를 통해 결정된다.

그림 5. 스웨덴의 사회서비스 전달체계



다. 재정시스템

재원조달은 일반 및 지방조사 90%(중앙정부 13%), 이용자부담 10% 미만이다. 재정은 재가노인복지서비스, 양로원, 노인전문병원에 따라 달라진다.

재가노인복지서비스의 경우, 기초자치단체에서 비용을 부담하며 재가노인 서비스 부담은 2007년을 기준으로 1시간에 300크로나(약 40,500원), 본인부담은 월 1,600크로나(약 216,000원)로 월 5시간 20분 이내 서비스를 기준으로 이 상의 서비스는 구청에서 부담한다. 즉, 월100시간의 서비스를 받는 사람과 5시간 20분의 서비스를 받는 사람이 동일하게 1,600크로나를 기초자치단체에 납부하여 재가노인복지서비스 기관은 기초자치단체로부터 총 서비스 시간을 기준으로 요금을 받는다.

57) 케어매니저는 보통 고등학교를 마치고 3년 과정을 이수하거나 간호사면허가 있으면 자격이 주어지는데, 간호사 면허가 없더라도 간호 관련 종사자이면서 여러 가지 과정을 단계적으로 이수할 경우 케어매니저가 될 수 있는 길이 많은 편이다.

양로원의 경우, 기초자치단체에서 장애등급에 따라 비용을 부담하며, 수급자의 본인부담은 없다. 사립양로원의 서비스 비용은 공립에 비해 사립이 세금을 많이 내기 때문에 공립양로원의 경우에 비해 약 6% 정도가 높다. 따라서 공립과 사립 양로원이 서비스 대가로 기초자치단체로부터 실제 수령하는 장애단계별 노인당 서비스 요금은 동일하다. 양로원에서 생활하는 노인의 경우 수발서비스에 대한 비용은 전혀 부담하지 않으며, 숙식비는 부담하지만 스웨덴의 모든 노인이 연금을 수령하기 때문에 숙식비는 연금으로 충당 가능하다.

노인전문병원의 경우, 노인성 질환은 복합적이고 보전적 치료의 성격이 강해 노인전문병원의 필요성이 대두됨에 따라 1976년부터 설립되었다. 병실의 운용은 질병의 특성에 따라 결정되며, 소득이 높거나 환자가 요구한다고 하여 1인실을 배정하는 것은 아니다. 노인전문병원의 이용요금은 광역자치단체가 부담하되, 환자의 본인부담금은 연간 2,700크로나(약 364,500원)이며, 식비 또한 개인부담이다.

라. 장기요양 서비스 전달체계

노인이나 수발자는 공립과 사립시설 중 서비스 받을 곳을 선택하여 기초자치단체에 신청한다. 각 양로원과 주간보호시설, 재가노인 복지서비스기관 등에 관한 정보는 인터넷이나 주변소문을 통해 수집하게 된다. 시군구 홈페이지에는 각 시설에 대한 기본적인 정보는 물론, 기초자치단체가 평가한 결과, 서비스를 받았던 노인들이나 가족들의 만족도 등이 공개되어 있다. 노인의 서비스 요구를 접수한 기초자치단체의 노인복지과에서는 노인이 필요로 하는 서비스의 질과 양을 판정한다. 판정이 끝나면 노인 등이 원하는 서비스 시설에 노인을 배정하며, 원하는 시설의 자리가 부족하여 노인을 받을 수 없는 경우에는 다른 시설에서 이시로 서비스를 받게 된다. 기초자치단체로부터 서비스 대상 노인을 배정받은 서비스 제공시설에서 수발계획을 세우게 된다. 계획서는 담당직원이 서비스를 받을 노인을 방문하여 노인과 상의 후 작성한다. 서비스 시설은 기초자치단체로부터 노인에 대한 서비스를 요청받은 2주 이내에 계획서를 기초자치단체에 통보하고, 계획서에 따라 서비스를 제공한다.

기초자치단체는 양로시설에 위탁하여 노인에게 서비스를 제공하고 있다. 양로시설에는 공립과 사립이 있으며, 양로시설의 형태에는 양로원(입소시설, 주간보호를 겸하기도 함), 재가노인복지 서비스 기관, 주간보호시설, 주간보호의 이동을 맡아주는 운송회가 있다.

표 5. 스웨덴의 수발시설 종류 및 서비스

운영주체	시설의 형태	제공 서비스
공립	양로원(입소시설) 재가노인복지서비스기관	식사준비, 잠자리 봐주기, 청소, 목욕, 운동, 놀이 등. 단, 의료는 제외(광역자치단체 책임)
	주간보호시설	주간보호
	운송회사	주간보호를 위한 이동
사립	양로원(입소시설) 재가노인복지서비스기관	식사준비, 잠자리 봐주기, 청소, 목욕, 운동, 놀이 등. 단, 의료는 제외(광역자치단체 책임)
	주간보호시설	주간보호
	운송회사	주간보호를 위한 이동

마. 케어매니지먼트 시스템

개혁에 의해 노인·장애인의 케어서비스 급여결정체계로서 케어매니지먼트가 채용되었다. 지방자치단체의 재원을 근거로 케어매니저가 예산의 집행권한, 서비스의 내용, 서비스 개시의 결정 권한을 갖고 있지만, 이는 예산의 상태에 따라 인정되는 위험성 있으므로 행정권의 행사자와 운영의 책임자를 구분하는 시기가 증가하고 있다. 케어시스템을 보다 효과적으로 하기 위해 케어매니저의 양성은 전문직 양성제도로써 보건복지대학의 3년 과정으로 교육하고 있다. 교육과정은 노인, 신체장애인, 정신지체장애인의 사회적 케어에 중점을 두고 기타 직원관리, 슈퍼비전에 대한 강의와 실습을 받는다. 수업료는 공공이 부담하여 질 높은 케어매니저를 양성하고 있다.

바. 급여의 종류

대상자의 욕구와 상태에 따라서 제공되는 서비스나 이용할 수 있는 기관이 정해진다. 서비스 제공시설은 공립과 사립으로 구분되며, 기초자치단체가 양로시설(양로원, 재가노인복지서비스 기관, 주야간 보호시설 등)을 직영하였으나, 경쟁을 통한 서비스 질 향상 목적으로 민영화를 추진하였다.

스웨덴의 재가복지서비스 프로그램에 의하면 가정도우미가 거동이 불편한 노인의 거주지를 방문하며 청소, 세탁, 취사, 입용서비스도 제공하고, 병원에 가야할 일이 있거나 기타 부득이한 사정으로 외출하지 않으며 안 될 상황에 놓여있는 노인에게는 교통편의도 제공한다. 만성질환 등으로 와상상태에 놓여 있는 노인들을 위해 간병인 또는 간호사를 파견하여 보살피는 프로그램도 있다. 재가복지 서비스에는 ① 재가복지서비스(24시간 서비스, 신변케어, 가사원조), ② 긴급통보시스템, ③ 주택개조서비스, ④

보조기구의 대여, ⑤ 데이케어, ⑥ 쇼트스테이, ⑦ 배식서비스, ⑧ 이송서비스, ⑨ 방문간호, ⑩ 전화연결서비스가 있다. 보조기구는 제공부터 수리, 유지관리 등 모든 것이 서비스 이용자에게 무료로 지원된다. 보조기구는 서비스 신청자에 대한 개별심사를 통해 처방전을 내리고, 그에 따른 맞춤형 기구가 제공된다.

사. 복지용구 급여서비스 현황

(1) 복지용품대여센터 (Sodexo Technical Aids Center)

복지용품대여센터의 주요업무는 보조기구 공급, 보조기구 소독 및 정비, 처방전 작성자·수급자·보호자 교육 등이다. 보조기구는 판매·대여를 위한 공간, 소독, 수리, 교육을 위한 공간을 구비하여 대규모 헬프센터는 운영하고 있으며, 다양한 종류의 제품과 서비스를 공급하기 위한 다양한 종류의 차량을 운용중이다. 보조기구를 새 물건처럼 소독 및 정비하여 원래의 목적대로 사용할 수 있도록 하며, 대규모 헬프센터는 이용해 수급자의 개별요구도에 따라 제품의 수리·정비를 시행한다. 보조용구는 처방전이 있으면 무료로 이용 가능하므로, 보조용구에 대한 처방전 작성자의 이해가 중요하다. 따라서 이들에 대한 교육을 실시하고 있으며, 제품사용에 대한 이용자 및 보호자, 요양보호사에 대한 교육도 실시 중이다.

보조용구 급여절차를 살펴보면, 우선 수급자가 병원 또는 일차의료센터에 방문하거나 지역간호사 또는 시설간호사와의 면담을 통해 수급자의 요구도를 분석한 후, 기능적 요구, 기술적 요구, 비용적 요구 등을 고려한 처방전을 작성한다. 그 이후 선택된 공급자에게 주문서를 발송한 뒤, 수급자에게 직접 제품이 제공된다. 추후에 구입자, 상담자, 처방전 작성자 대표가 주문에 대한 심사평가를 실시하게 되며, 제품의 추후 급여여부를 결정하게 된다.

(2) 요실금 관련 복지용구

요실금과 관련된 복지용구는 스웨덴에서 보건의료전문가에 의한 처방이 있는 경우 국가의 노인요양 서비스 시스템을 통하여 무료로 제공된다. 요실금 관련 용품의 배급은 각 지역의 중앙센터에서 책임을 맡고 있으며, 요실금 제품을 제공받는 노인들은 성별, 생일, 거주지 주소와 처방일자, 비용을 해당 지자체에 등록하게 되어있다. 요실금 관

련 용품 및 성인용 기저귀의 처방은 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어지고 있으며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반된다.⁵⁸⁾ 이 과정에서 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀를 처방할 수 있는 권한이 누구에게 부여할 것인가의 문제가 발생할 수 있다. 스웨덴의 경우, 국가보건복지위원회의 규정에 따라 지정되고 있으며, 현재는 간호사, 방문간호사, 조산사, 요실금 전문간호사(urotherapist), 또는 내과 의사가 처방권을 갖도록 정하고 있다. 또한, 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상자에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 하고 있다.

이처럼 스웨덴에서는 요실금용 기저귀를 보조용품으로 급여화하고 있다. 유아용, 성인용 기저귀 제조 유통업체로 국내에도 유통 중이다.

③ 스웨덴 장기요양보험의 시사점

스웨덴의 복지용구제도는 여러 측면에서 시사점을 제공한다. 첫째, 스웨덴의 요양시설은 침대, 리프트 등을 시설에서 구입하여 설치하고 워크, 지팡이 등은 개인의 처방전을 받아 구매한 뒤 시설에서 이용하고 있다. 한국의 경우, 복지용구가 기본적으로 재가급여이므로 시설이용자는 당해시설이 갖추고 있는 복지용구의 이용을 전제로 배제하고 있으나, 개인용품의 경우 시설에서 개인의 특성에 맞는 용품을 구비하기 어렵다. 따라서 시설에서 공통적으로 필요한 침대, 리프트 등은 시설에서 구비토록 하고, 워크, 지팡이 등 개인용품은 시설이용자도 구입이 가능하도록 제도개선을 검토할 필요가 있다.

둘째, 기저귀, 보청기 등 노인의 일상생활에 필요한 용품을 급여서비스화 하고 있다. 보청기는 스웨덴에서 가장 인기 있는 품목 중 하나이고, 요실금용 기저귀는 노인의 요실금 문제를 해결하는데 많은 도움을 주고 있으므로 급여품목으로 관리되고 있다. 한국의 경우, 설문조사에서 기저귀, 보청기 등의 일상생활에 필요한 용품에 대한 급여 선호도가 매우 높은 것으로 나타났다. 따라서 기저귀의 경우 재정 등을 고려하여 우선 개인의 상태에 맞추어 일정 금액 한도 내에서 급여하고 단계적으로 금액한도를 증

58) 기저귀 제품 평가기준의 경우 스웨덴을 비롯한 유럽에서는 ISO 기준을 따르고 있다. ISO에 따른 평가기준은 요실금의 특성, 독립적 생활, 입고 벗기의 용이함, 기저귀의 착지, 착용상 외관, 새지 않는 가 여부, 착용감, 경제성, 환경피해 여부, 제품안전성, 피부건강이다. ISO는 요실금 제품 지침서를 출간하여 오고 있다.

액하는 방안을 검토할 필요가 있다.

셋째, 스웨덴에서는 등외자에게 워커, 지팡이 등의 복지용구의 일부 용품을 제공하고 있다. 노인이나 장애인에게 특별히 품목의 제한이나 범위가 없으므로 사용자의 신체 상태나 요구도에 따라 보조기구가 결정되고 처방전에 따라 복지용구가 제공되고 있다. 보조기구의 이용절차는 이용자가 신청, 의사·간호사의 처방전 발급, 공급자에게 주문, 개별심사, 개인별 제품결정, 무상제공 순이다. 한국의 경우, 거동이 불편하거나 일상생활에 일정부분 이장이 있어 장기요양 인정등급을 받지 못할 경우 복지용구 서비스를 제공받을 수 없다. 거동이 불편한 노인이 넘어져 낙상사고가 발생하는 사례가 많고, 사고가 발생할 경우 회복하지 못하고 사망에까지 이르거나 회복하더라도 많은 급여비용이 지출되므로 이들에 대한 예방차원에서 워커, 지팡이 등 일부용품에 대한 서비스 제공이 필요하다.

7) 소결

노인장기요양보험제도를 시행하고 있는 여러 외국의 사례를 확인하기 위해 현재 실시하고 있거나 기존 연구가 됐던 국가들 기준으로 선별하여 검토한 결과, 오스트리아, 독일, 네덜란드, 이스라엘, 일본, 스웨덴, 6개국 모두에서 기저귀를 급여화 하고 있는 것이 확인되었다.

독일의 복지용구 제공방법은 구매, 재사용, 대여의 세 가지 방법이 있다. 우리나라의 복지용구급여는 구입품목 10종, 대여품목 6종으로 두 가지로 구분하여 소모품이 미끄럼방지 양말 이외에는 포함되어 있지 않다는데 비해 양말, 기저귀, 환자에게 귀속되는 소모품을 복지용구에 포함시키고 있다는 점이 인상적이다.

일본의 복지용구서비스는 전달체계의 전문성 측면에서 시사하는 바가 크다. 복지용구 사업소에 전문상담원을 두도록 규정하고 있으며, 전문상담원에 의해 여러 가지 정보를 파악하여 복지용구 서비스가 적절하게 잘 이루어지도록 하고 있다. 또한 복지용구 전문상담원협회는 전문상담원이 적극적으로 모니터링을 할 수 있도록 2010년 3월에 복지용구 전문상담원 모니터링 시트를 개발하여 복지용구 이용 시 불편한 사항, 여러 가지 사용과 관련한 상황들을 판단하여 이용자 및 사용 상황을 보다 체계적으로 관리하고 있다. 이러한 체계적 관리를 통해 복지용구 사용과 관련한 보다 질 높은 서비스를 제공하고 있다.

스웨덴의 복지용구제도는 여러 측면에서 시사점을 제공한다. 스웨덴에서는 기저귀, 보청기 등 노인의 일상생활에 필요한 용품을 급여서비스화 하고 있다. 요실금용 기저귀는 노인의 요실금 문제를 해결하는데 많은 도움을 주고 있으므로 급여품목으로 관리되고 있다. 요실금과 관련된 복지용구는 보건의료전문가에 의한 처방이 있는 경우 국가의 노인요양 서비스 시스템을 통하여 무료로 제공되며, 요실금 관련 용품의 배급은 각 지역의 중앙센터에서 책임을 맡고 있었다. 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방은 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어지고 있으며,⁵⁹⁾ 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반된다. 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 하고 있다.

따라서 외국의 사례에서와 같이 한국에서도 기저귀의 경우 우선 급여화하도록 하되, 재정 등을 고려하여 일정 금액 한도 내에서 개인의 상태에 맞추어 급여하고 단계적으로 급여의 한도를 증액하는 방향으로 검토할 필요가 있다.

59) 국가보건복지위원회 규정은 “환자에 대한 처방, 의료용품의 공급 또는 추가 서비스는 그 환자의 필요를 정확히 확인하고 그 필요를 만족시켜 주는 처방과 서비스임을 확실히 하여야 한다.”고 규정하고, 이어서 “이와 같은 의무는 처방과 의료용품의 공급 또는 추가서비스가 환자에게 더 이상 필요하지 않게 되는 시점 또는 환자에 대한 처방의무가 다른 환자에게로 이전 및 변경되는 시점까지 점검하고 평가하는 일을 포함한다.”고 규정하고 있다. (SOSFS 2008:1, article 9)

3.2. 요실금의 보건사회학적 현황

1) 요실금 및 노인성요실금의 정의 및 관련요인⁶⁰⁾

① 요실금의 정의

요실금이란 자신의 의사와 관계없이 소변이 요도 밖으로 흘러나오는 증상으로 방광내압이 요도내압보다 높아지게 될 때 발생하며 소변을 적절히 통제하는 능력이 소실된 것이라 할 수 있다.⁶¹⁾ 2002년도 국제요실금 학회(ICS, International Continence Society)에서는 요실금을 '어떠한 형태의 불수의적인 요 누출(the complaint of any involuntary leakage of urine)'으로 정의하고 있다.⁶²⁾ 운동을 하거나 웃을 때 소변이 묻거나 때로는 본인도 모르게 나오는 현상은 겪어보지 않은 사람은 이해하지 못할 정도로 충격적이고 당혹스러우며, 정상적인 생활을 어렵게 한다. 특히 요실금으로 인한 불편함과 수치심, 사회활동 제약은 정신적인 장애를 유발할 수도 있어 요실금을 '사회적 암'이라 부르기도 한다. 또한 방치하게 되면 피부 질환이 발생할 수 있고 심하면 변실금과 동반되는 경우도 있다.

② 노인성요실금의 정의

노인성 요실금은 65세 이상 노인들에서 방광의 저장능력의 감소 및 요도기능의 약화로 원하지 않는 장소에서 본의 아니게 소변이 배출되는 것을 말한다. 노인성 요실금은 방광 기능을 조절하는 뇌 기능에 이상이 오는 경우, 노화에 의한 방광 및 요도의 변화가 원인이 되어 발생한다. 또한 당뇨, 고혈압 등 직접적으로 배뇨기능에 영향을 미치거나, 치료를 위하여 사용하는 약물에 의하여 요실금이 발생할 수도 있으며 요의가 있을 때 관절염 등에 의한 행동장애로 화장실까지의 이동이 늦어져 요실금이 생길 수도 있다.

③ 요실금의 종류 및 원인

60) 대한비뇨기과학회, 대한배뇨장애요실금학회. 제7회 골드리본 캠페인 프레스킷. 2013.

61) Kim, J.I. (2002). Prevalence of urinary incontinence and other urologix symptoms in a community residing elderly people. *J Korean Acad Nurs*, 32(1), 28-39.

62) Abrams, P., Cardozo, L., Fall M., Griffiths, D., Rosier, P., & Ulmsten, U. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61: 37-49.

요실금은 증상에 따라 크게 복잡성 요실금, 절박성 요실금, 혼합성 요실금으로 나눌 수 있다.

복합성 요실금은 요실금의 70~80%를 차지할 정도로 가장 흔하다. 대표적 증상으로는 기침, 재채기, 웃을 때, 소변이 마려울 때 빨리 걷거나, 무거운 것을 들거나 계단을 내려갈 때 소변이 새며, 소변이 썰 까봐 운동을 하지 못하는 경우 등이 해당된다. 복잡성 요실금은 분만 후 또는 노화로 요도괄약근 및 골반 근육이 약화되어 기침이나 재채기, 줄넘기 등과 같이 복압이 증가할 때 방광과 요도를 충분히 지지해주지 못하거나 소변이 새지 않게 막아주는 요도괄약근이 약해져서 발생한다. 따라서 복잡성 요실금은 정상 분만 후에도 생길 수 있으며 나이가 들수록 빈도는 증가한다. 또 비만도 복잡성 요실금을 유발할 수 있는데, 복막 속에 지방이 쌓여 방광이나 자궁이 처짐으로서 기능이 떨어지기 때문이다. 이 밖에도 선천적으로 요도가 짧거나 자궁암이나 직장암 수술 후에, 신경계질환이 있어도 복잡성 요실금이 나타나고 있다.

절박성 요실금은 방광이 충분히 이완되지 못하고 소변이 조금만 차도 불수의적으로 수축하여 소변이 새는 요실금을 말한다. 대표적인 증상으로는 소변을 보려고 화장실에 가기 전에 이미 속옷에 적시거나, 밤에도 소변이 마려워서 자주 일어나야 하거나, 시간을 견디지 못하고 화장실을 가야 하는 경우, 소변이 자주 마려울까봐 음료수를 마시기 꺼리거나, 잠자다가 이부자리에 소변을 적시게 되는 등이다. 방광의 감수성이 증가되는 과민성방광이 심한 경우 발생할 수 있으며, 뇌졸중이나 파킨슨시병, 치매, 뇌 손상, 뇌종양 등과 같은 뇌 질환이나 척수손상, 남성의 전립선비대증, 만성 방광염 등이 원인이다. 또 급성 방광염이나 당뇨, 중추신경질환, 자궁수술 후 걸리기 쉽다. 전체 요실금 환자 중에서 절박성 요실금만 있는 경우는 10~20% 정도이지만 복잡성 요실금이 있는 여성의 30% 정도에서는 절박성 요실금을 동반하여 이러한 경우를 혼합성 요실금이라고 한다.

2) 요실금 유병률 및 국내 요실금 역학

① 노인성요실금의 유병률

요실금은 주요한 노인성 질환으로 노인인구집단에서 유병률이 높으며 연령과 함께 증가하는 경향이 있다.⁶³⁾ 인구의 고령화가 급속히 진전됨에 따라 요양보호를 필요로 하

63) Holroyd-Leduc, J.M., Mehra, K.M., & Covinsky K. E. (2004). Urinary incontinence and its

는 노인 역시 급증할 것으로 전망되고 있다.

요실금을 정의하는 방법, 대상자의 성별과 연령에 따라 요실금의 유병률에 차이가 있지만 미국의 경우 재가 노인의 유병률은 17~55%, 요양시설 노인은 50~70% 정도로 보고되고 있으며, 국내의 연구에서는 재가노인의 경우 9.2~64.5%, 양로시설 노인의 경우 45.5%인 보고가 있다.⁶⁴⁾ 국내 노인여성에서는 22.5~64.3%가 요실금을 경험하고 있는 것으로 보고되고 있다.⁶⁵⁾

요실금의 유병률은 여러 연구에서 다양하게 나타나고 있다. 백성희(1998)의 연구에 의하면 우리나라 60세 이상 노인여성의 요실금율이 64.5%, 이영숙(1994)의 연구에서는 62.2%의 노년기 여성이 요실금을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 박옥희(2001)의 연구대상인 55세 이상 여성노인 중 64.2%의 요실금 이환률로 나타났다. 지역사회에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 한 김혜영(2002)의 조사연구에서 42.2%가 요실금이 있는 것으로 나타났고, 노인복지시설 거주노인을 대상으로 한 최현아(2005)의 연구에서는 요실금 대상자가 57.6%로 나타났다. 65세 이상의 노인여성을 대상으로 한 최영희(1998)의 연구에서는 65%로 나타났다. 이정순(2008)의 복지관 이용 노인여성의 요실금으로 인한 일상생활불편감과 삶의 질 연구에서 유병률은 35%였고, 김진선과 이은현(2003)의 지역사회 거주 요실금 노인여성의 치료행위와 삶의 질 연구에서 유병률은 28.3% 였으며, 강경자와 송미순(1997)의 노인여성의 긴장성요실금에 관한 연구에서 유병률은 62.2%였다.

김문실 등(2008)이 수행한 노인요양시설 거주 노인의 요실금 유병률과 관련요인을 확인하기 위한 횡단면조사연구에 의하면, 요실금 유병률은 64.7%로 나타났으며, 대상자의 요실금은 일상생활 수행 의존도, 질병 수, 연령, 인지기능 장애 정도와 관련이 있는 것으로 확인되었으며 시설의 방광훈련 프로그램 실시여부와 시설의 전문성이 유의한 영향을 주는 요인인 것으로 확인되었다.

조사대상 노인여성의 도시, 농촌 및 시설거주 등의 거주 지역별 요실금의 유병률 및 유형을 파악 비교한 윤현숙 등(2008)의 연구에 의하면, 조사대상 노인여성의 요실금 경험률은 도시지역이나 농촌지역 노인보다 요양시설에 거주하고 있는 노인에게서 더

association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52, 712-718.

64) 김문실, 이승희. 노인요양시설 거주노인의 요실금 유병률과 관련요인. 한국간호학회, 2008.2.

65) 이명자. 노인여성의 요실금 및 수면장애와 삶의 질에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 2007.

높게 나타나고 있었다. 또한 연령이 높을수록, 동거가족수가 적을수록, 주관적인 건강 상태가 좋은 군보다 좋지 않은 군에서, 우울상태가 심할수록, 일상생활수행능력(ADL, Activities Daily Living)과 수단적 일상생활수행능력(IADL, Instrument Activities of Daily Living) 상태가 좋지 않을수록 요실금이 유의하게 증가하였다.

미국의 경우 지역사회에 거주하고 있는 노인여성의 요실금 유병률은 17%에서 55%로 다양하게 보고되고 있으며,⁶⁶⁾ 스웨덴의 70세 이상의 노인여성 205명을 대상으로 한 연구에서 48%로 보고되고 있다.⁶⁷⁾

② 국내 요실금 환자통계 및 조사결과⁶⁸⁾

2006년 대한배뇨장애요실금학회가 전국 18세 이상 남녀 2,000명을 대상으로 한 조사 결과, 전체 요실금 유병률은 16%로 여성 28%, 남성 3%였으며 연령이 증가함에 따라 유병률도 증가하는 경향을 보였다. 이성규(2006) 등의 연구에 의하면 연령에 따른 유병률과 실제 인구를 통해 예상되는 환자수를 계산하였을 때 19세 이상 여성 약 420만 명이 요실금 환자인 것으로 추정된다. 하지만, 발병률에 비해 치료율은 극히 낮은 편이다. 국민건강보험공단의 자료에 의하면 2011년 한 해 동안 요실금으로 병원을 방문한 환자는 11만 8,518명(남자 8,545명, 여자 10만 9,973명)으로 치료를 받지 않고 질환을 방치하는 환자가 대다수 인 것을 알 수 있다.

표 6. 요실금 진료환자 현황(2011년)

(단위: 명)

구분	10대 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
전체	3,395	1,720	1,506	8,029	27,119	31,675	18,374	19,022	7,678
남성	1,917	872	216	320	501	829	1,294	1,836	760
여성	1,478	848	1,290	7,709	26,618	30,846	17,080	17,186	6,918

출처: 국민건강보험공단, 2013 보도자료

이는 요실금에 대한 부정적 인식 때문으로 분석되는데, 2013년 골드리본 캠페인의 일환으로 대한비뇨기과학회 및 대한배뇨장애요실금학회가 발표한 자료에 의하면 요실금 증상이 있어도 비뇨기과 방문을 꺼리는 이유로 가장 많은 사람들이 '정상적인 노화의

66) Sampsel, C. M. (2000). Behavioral intervention for urinary incontinence in women: evidence for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2),94-103.

67) Molander, U. (2001). Urinary incontinence a public diseases among the elderly affects both women and men. *Lakartidningen*, 98(9), 946-949.

68) 대한비뇨기과학회, 대한배뇨장애요실금학회. 제7회 골드리본 캠페인 프레스킷. 2013.

현상으로 생각'(44.3%)으로 꼽았고, '비뇨기과 질환에 대한 수치심'(38.1%), '요실금은 완치 불가능한 질병이라고 생각'(7.5%), '의료비 부담'(6.4%) 순으로 응답해 요실금에 대한 잘못된 인식이 치료를 가로막고 있음을 짐작 할 수 있다.

3) 요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적 문제

① 요실금으로 인한 신체적 문제

요실금으로 인한 신체적 건강문제로는 회음부가 항상 젖어 있어 곰팡이 감염이 잘 되고 접촉성 피부염이 잘 일어나게 된다.⁶⁹⁾ 요실금이 있을 때 의식적으로 수분섭취를 제한하게 되는데, 이는 항상성기존 손상이나 세균뇨를 발생시킨다.⁷⁰⁾ 요실금은 노인 인구집단에서 낙상과 골절의 위험을 20~30% 증가시키고, 병원입원률을 30~50% 정도 증가시키는 것은 물론 노인이 요양시설에 입소하게 되는 주요한 요인으로 보고되고 있다.⁷¹⁾

② 요실금으로 인한 사회·심리적 문제

요실금은 사회적인 고립과 우울증상을 악화시키는 요인으로 보고 있다.⁷²⁾ 요실금으로 인한 사회·심리적 건강문제로는 불쾌한 냄새로 인한 불안감과 긴장, 수치감으로 대인관계와 사회활동에 지장을 받으며, 자아개념, 자존감에 미치는 부정적인 영향 때문에 우울증이나 소외감 등이 유발되기도 한다.⁷³⁾ 요실금은 가끔씩 나타난다 해도 자신감의 상실, 이미지의 저하를 가져오며, 사회활동이나 사회적 통합에도 커다란 영향을 미치는 것으로 지적되고 있다.⁷⁴⁾ McDonald 와 Butler(2007)는 장기요양원에 살고 있는 요실금 여성노인을 대상으로 질적 연구를 한 결과, 요실금 노인들이 어린아이로

69) 최영희, 홍재엽, 김문실, 김애정, 김정아, 백성희 (1998). 성인여성의 요실금에 관한 기초연구. 대한간호학회지, 28(1), 171-183.

70) 최영희, 백성희. 노인여성요실금이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 성인간호학회지.

71) Jennifer, T.A., Christopher, S.S., Jennifer, P., Larissa, V.R., & Mark, S.L. (2006). True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents. *Urology*, 67, 281-287.

72) Holroyd-Leduc, J.M., Mehra, K.M., & Covinsky K. E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52, 712-718.

73) 최영희, 홍재엽, 김문실, 김애정, 김정아, 백성희 (1998). 성인여성의 요실금에 관한 기초연구. 대한간호학회지, 28(1), 171-183.

74) Wyman JF, Harkins SW, Fantal JA. Psychological impact of urinary incontinence in the community dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:282-288.

돌아간 것 같은 퇴행의 감정과 당혹감으로 인해 자존감에 영향을 받고 요실금에 대해 말하는 것을 꺼려하며 침묵 속에서 사회적 고립의 결과를 경험하고 있다고 보고하였다.

요실금으로 인한 사회건강문제로 Well(1981)는 사회적 낙인을 지적하였는데, 보통 한국 실정상 받아들여 질 수 있는 정상 배뇨는 개인적인 장소로 지정된 곳을 식별해서 배뇨할 수 있고, 화장실의 접근이 용이하고 만족적이며 적시에 배뇨장소에 도착해서 사용할 수 있고, 뇨의 지각과 방광을 비우고 싶은 실질적 욕구 사이의 간격을 잘 유지할 수 있고, 뇨의 지각 시간으로부터 적절한 장소에 도착할 때까지 배뇨 충동을 수의적으로 통제할 수 있는 요인들을 말한다. 그렇지 못할 경우 사람들이 요실금을 가진 사람들을 불신하거나 죄를 지은 사람으로 대할 가능성이 있기 때문에 요실금을 가진 사람들이 사회적으로 낙인찍히게 되는 것이다. 그리고 배뇨양상의 노화변화를 이해하지 못한 노인은 긴급뇨와 빈뇨가 있을 때 요실금이 진행될 것을 예상하여 병적인 두려움을 갖게 된다. 빈뇨와 긴급뇨의 지각은 흔히 두려움, 무력감, 불확신을 유발한다. 흔히 집을 나서는 것과 화장실에서 멀리 떨어지는 것을 두려워하거나, 수분섭취를 제한하고, 활동계획을 조정하며, 집이나 가정환경으로의 활동범위 제한 등이 나타난다. 또한 요실금이 있을 때 옷이 젖는 것을 예방하거나, 옷이 젖었다는 사실을 감추는 일에 몰두하게 된다. 이런 행위는 노인의 정신사회적인 측면에서 부정적인 영향을 주며, 사회활동의 제한은 우울과 고독감을 심화시킨다.⁷⁵⁾

한국노년학회(2007)의 조사결과, 요실금 환자의 50%가 경도 이상의 우울증으로 조사되어 일반인에 비해 유의하게 높게 조사되었다. 또한 여성노인 요실금 환자의 우울점수는 13.98점인 반면, 요실금이 없는 여성 노인의 우울점수는 10.28점으로 요실금으로 인한 우울증의 심각함을 알 수 있다.

③ 요실금과 성생활

요실금은 성생활에도 문제를 야기시켜 원활한 성생활을 방해하는 것으로 나타났다. 대한비뇨기과학회 및 대한배뇨장재요실금학회의 설문조사(2013) 결과, 60세 이상 요실금 환자 43%가 '현재 성생활에 불만족'한다고 응답했다. 남성 요실금 환자의 경우 요실금으로 인한 성욕감퇴, 발기부전, 성적 만족감 저하를 호소하였고, 여성 요실금 환자 또는 성욕감퇴, 만족감 저하, 윤활액 분비 감소를 호소하였다.

75) 최영희, 백성희. 노인여성요실금이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 성인간호학회지.

여성의 경우 요실금과 성기능장애 모두 에스트로젠의 감소로 인한 질벽, 요도, 방광, 골반저부근육의 위축과 연관되어 있다. 또한 외국의 연구에서는 요실금이 성욕저하, 질 건조증, 성교통의 독립적인 위험인자로 꼽히고 있다. 정신적으로는 요실금 증상에 대한 두려움과 성교 시 요실금이 발생했을 때의 당혹감이 성기능의 악영향을 미친다고 보고 있다. 외국의 연구에 따르면 요실금이 있는 여성은 성교 시 요실금이 발생할까봐 성관계 갖는 것을 두려워하게 되며, 이로 인한 성욕 및 자신감 감소가 요실금 여성의 성기능장애를 야기하는 중요한 요인이라고 밝혀졌다.⁷⁶⁾

4) 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하와 삶의 질 문제

① 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하

표 7. 65세 이상 노인의 일상생활수행능력 항목별 자립상태 분포
(단위:%, 명)

특성	완전 자립	부분 도움	완전 도움	계 ¹⁾ (명)
옷입기	97.5	2.1	0.4	100.0 (10,674)
세수·양치질·머리감기	96.5	2.8	0.7	100.0 (10,674)
목욕하기	94.6	4.0	1.3	100.0 (10,673) ²⁾
식사하기	98.6	1.0	0.4	100.0 (10,674)
일어나 밖으로 나가기	98.3	1.2	0.4	100.0 (10,674)
화장실 이용하기	98.1	1.4	0.6	100.0 (10,674)
대소변 조절하기	96.8	2.6	0.6	100.0 (10,674)

주 1) 전체응답자(대리응답자 포함) 10,674명을 대상으로 함.

주 2) 전체응답자(대리응답자 포함) 10,674명 중 무응답 1명을 제외함.

노인의 기능상태 저하수준을 확인한 이윤경(2012)의 연구에 의하면, 65세 이상 노인의 일상생활수행능력(ADL, Activities of Daily Living) 항목별 자립상태 분포에서 난이도가 높은 순서를 확인해보니 목욕하기, 세수·양치질·머리감기, 대소변 조절하기, 옷입기, 화장실 이용하기, 일어나 방 밖으로 나가기, 식사하기 순이었다.(표) 대소변조절하기의 경우 노인의 신체적 기능상태 중 요실금 상태가 많아서 기능의 제한이 나타난 것으로 보인다. 일상생활수행능력은 노화와 높은 상관성을 갖고 있으므로 연령 증가에 따라 기능 악화의 비율이 높아진다. 요실금은 노인의 기능장애와 의존도를 높이는 건강문제로 이로 인해 피부가 손상되고 노인의 지각된 건강상태와 삶의 질이 저하된

76) The impact of symptomatic urinary incontinence on female sexual function in middle to old-aged Korean women, 대한상부인과학회지, 2011.

다.⁷⁷⁾

② 요실금으로 인한 삶의 질 저하

고령화 사회에서 노인생활의 질을 결정적으로 저하시키는 요인 중 하나가 요실금이다.⁷⁸⁾ 노인의 요실금은 일상생활에서 여러 가지 건강문제나 일상생활 불편감을 유발시킴으로써 노인들의 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다.⁷⁹⁾ 성인여성을 대상으로 한 허경옥(2003)의 연구에서 요실금의 정도가 심하지 않을지라도 요실금을 가지고 있는 경우 배뇨증상, 성생활 및 일상생활에 대한 불만족과 더불어 불편감, 신체활동, 정신적 영향상태 및 수면상태 등에 직접적인 영향을 미치므로 삶의 질이 저하된다고 하였다. 이정순(2008)의 복지관을 이용하는 노인여성의 요실금이 일상생활에 영향을 주어 삶의 질을 저하시키고 있는 것으로 나타났고, 이명자(2007)의 요실금 및 수면장애와 삶의 질에 관한 연구에서 요실금에 따른 삶의 질은 유의한 차이가 있어 요실금과 삶의 질이 밀접한 관계가 있는 것으로 나타났다. 오승준(2003), 송애리(2003)의 연구에서도 요실금 정도가 심할수록 삶의 질 정도가 낮은 것으로 나타났다.⁸⁰⁾

한국노년학회(2007)의 조사결과, 요실금 여성의 83.3%가 요실금으로 인한 불편감으로 삶의 질이 저하된다고 대답하였으며, 66.7%는 활동 정도, 53.3%가 신체상태, 50.0%가 정신적 영향의 삶의 질이 저하된다고 대답하였다. 중노년 여성의 20.1%가 내보증상을 개선하기 위하여 물을 적게 마시고, 11.6%가 일상생활 수행에 영향을 받으며, 15.1%가 쉽게 화장실에 갈 수 없는 장소나 상황을 피하게 되고, 17.0%가 신체활동에 영향을 받으며, 8.1%가 사회활동 참여에 지장을 받고 있고, 5.3%가 남편이나 친구와의 관계에 지장을 받았다.

5) 노인성 요실금으로 인한 사회경제적 부담

① 국내의 요실금으로 인한 사회경제적 부담

77) Holroyd-Leduc, J.M., Mehra, K.M., & Covinsky K. E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52, 712-718.

78) Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Smasioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S. Patient-reported impact of urinary incontinence results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas* 2005;52S:S24-S34.

79) 박옥희, 권인수, 강영실(2001). 노인여성의 요실금 실태. *여성건강간호학회지*, 7(4), 536-546.

80) 이민선. 재가 노인여성의 요실금정도, 일상생활 불편감 및 삶의 질 관계. 2010.2.

요실금의 치료는 수분섭취와 식이조절, 골반근육운동 및 방광 훈련, 전기자극 치료나 체외자기장신경자극 치료, 약물요법 및 수술 등이 있다. 약물요법은 일시적인 증상 완화에는 효과적이거나 근본적인 치료는 어려우며 장기적으로 약물을 복용하면 부작용으로 피로, 불면, 기면, 발한, 오심, 빈맥 등의 부작용이 발생할 수 있다.⁸¹⁾

요실금치료와 관련된 의료비용은 국민건강보험공단(2008)에 발표에 의하면 다음과 같다. 2002년부터 2007년까지 13개의 주요 여성 질환(갑상선 기능 저하증, 골다공증, 난소암, 여성 불임증, 산호우울증, 생리통, 요실금, 유방암, 유산, 자궁경부암, 자궁근종, 질염, 폐경기증후군)의 건강보험 진료이용량 분석에 따르면, 요실금의 진료로 지출된 진료비는 2002년 74억 원에서 2007년에는 509억 원으로 6.9배 증가하였고, 2006년 요실금 진료인원은 8만 6천 명으로 2005년 4만 4천명 대비 1년 사이에 약 2배 정도 증가하였다. 요실금의 진료이용이 크게 증가한 것은 요실금 수술기술의 발달, 2006년 1월부터 적용된 요실금 수술에 대한 건강보험급여 확대 및 요실금에 대한 민간보험 상품 판매 등으로 요실금 수술에 대한 환자부담이 과도하게 경감되어 불필요한 시술이 확산된데 기인한 것으로 보인다.⁸²⁾

노인의료비는 계속 증가추세에 있으며 2007년 건강보험에서 65세 이상의 노인의료비는 9조 613억 원으로 2006년에 비해 22.8% 증가하여 전체 의료비 증가율 13.0%에 비해 많이 상회함을 확인할 수 있다.⁸³⁾ 요실금은 노인을 돌보는 인력의 시간과 비용 및 관련자원을 많이 소모하게 하여 국가 보건의료서비스에 경제적 부담을 가하는 중요한 문제로 인식되고 있다.⁸⁴⁾ 국내의 요실금은 연간 약 600억 원의 사회적 비용을 발생시키고 5만 시간 이상의 노동 시간 손실을 야기한다고 밝혀져 사회적 차원에서의 문제접근이 필요하다.

② 국외의 요실금으로 인한 사회경제적 부담

Wagner와 Hu(1998)는 요실금으로 인한 피부 발적, 요로감염, 낙상과 관련된 케어 및 진단, 치료에 드는 비용이 약 45억 달러에 달하고 있으며, 그 비용의 95%는 기저

81) Burns,P.A. (2000). Stress incontinence in urinary & fecal incontinence. 2nd edition. edited by Doughty, D.B.: Mosby, Inc.

82) 이민선. 재가 노인여성의 요실금정도, 일상생활 불편감 및 삶의 질 관계. 2010.2.

83) 통계청(2008). 2008년 고령자 통계.

84) Gasquet, I., Tchemy-lessenot, S., Gaudebout, P., Bosio Le Goux, B., Klein, P., & Haab, F. (2006). Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol*, 50, 818-825.

귀, 세탁, 유치도뇨관 삽입 등으로 소비된다고 보고하였다. 미국에서 요실금과 관련된 노인요양시설 입소비용은 연간 24억 달러에 해당하는 것으로 추정되고 있다.⁸⁵⁾ 또한 요실금관리에 지불된 금액이 미화 100억 달러, 주민 당 41달러를 넘어 에이즈치료에 쓰인 돈보다 많았다고 하였다.

2010년 호주 요실금재단에서 발표한 자료에 의하면, 15세 이상 호주인구 중 약 4억 8000만 명이 요실금을 갖고 있으며, 2030년에는 6억 5천만 명까지 증가할 것으로 보고 있다. 2010년의 요실금으로 인한 사회경제적부담은 1인당 약 9,014달러, 총 42.9조 달러가 소요되는 것으로 추계되었다. 이로 인한 총 생산성 손실비용은 약 34.1조 달러로 추계되고 있다.⁸⁶⁾

뉴질랜드 요실금협회에서 발표한 자료에 의하면, 요실금으로 인한 뉴질랜드의 2010년 연간 비용은 약 8.05조 달러가 소요되며, 요실금으로 인한 의료비용은 매년 4.68조 달러가 소요되어, 매년 약 12.73조 달러가 소요되는 것으로 추계되었다. 요실금으로 인한 전체소요비용에는 요실금 용품을 제외한 의료비용, 본인 및 보호자의 생산성, 제도나 공식지원상 비용, 시설요양원 비용, 기타 간접비 등이 포함된다. 2010년의 요실금환자 1억 천만 명이 2030년 약 1억 2천7백만 명으로 늘어난다고 가정했을 때, 2010년의 의료비용은 5천3백만 달러에서 2020년 8천8백만 달러로 증가할 것이라 예측할 수 있다.⁸⁷⁾

캐나다 요실금재단에서 2009년에 발표한 자료에 의하면, 캐나다의 요실금 유병율은 여성의 3.5%, 남성의 7%으로 1인당 연간 요실금용품에 약 1,500달러가 소요된다. 또한 요실금으로 인한 손실일수는 1천1백만 일로 약 1.5조 달러에 해당한다고 추계하고 있다. 이에 매년 1.9조억원의 보건의료비용이 소요되어, 요실금으로 인한 캐나다의 연간 비용은 약 5.6조 달러가 소요되는 것으로 추계되고 있다.⁸⁸⁾

6) 소결

85) Holroyd-Leduc, J.M., Mehra, K.M., & Covinsky K. E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52, 712-718.

86) Continence Foundation of Australia. Continence foundation of Australia FACT sheet. 2010.

87) New Zealand Continence Association. The financial costs of incontinence in New Zealand. 2011.7.

88) The Canada Continence Foundation. Impacts of incontinence in Canada: A briefing document from the Canadian Continence Foundation. 2009.5.

노인성 요실금의 유병률은 여러 연구에서 다양하게 나타나나, 기본적으로 50% 이상이다. 노인성 요실금으로 인하여 접촉성 피부염, 항상성기전 손상, 세균뇨 등의 신체적 건강문제 발생한다. 요실금으로 인한 사회·심리적 건강문제로는 불쾌한 냄새로 인한 불안감과 긴장, 수치감으로 대인 관계와 사회활동에 지장을 받으며, 자아개념, 자존감에 미치는 부정적인 영향 때문에 우울증이나 소외감 등이 유발되기도 한다. 그 외 노인성 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하와 삶의 질 문제, 사회경제적 부담 등이 문제로 지적되었다.

요실금은 노인을 돌보는 인력의 시간과 비용 및 관련자원을 많이 소모하게 하여 국가 보건의료서비스에 경제적 부담을 가하는 중요한 문제로 인식되고 있다. 건강보험 진료이용량 분석에 따르면, 요실금의 진료로 지출된 진료비는 2002년 74억 원에서 2007년 509억 원으로 5년 간 약 7배 증가하였다. 즉, 유병률이 50%가 넘는 요실금은 여러 가지 측면에서 지원이 필요한 중요한 문제로, 노인성요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적, 신체적 기능상태 저하, 삶의 질 문제, 사회경제적 부담이 발생한다.

3.3. 국내의 노인장기요양보험제도 현황 및 정책과제

1) 노인장기요양보험제도 현황

① 노인장기요양보험제도의 이해⁸⁹⁾

인구고령화로 치매, 중풍 등 수발보호 필요노인이 급격히 증가하고 있으며, 저출산, 핵가족화, 여성의 사회활동 확대로 가족 수발에 한계가 존재하다고 지적되고 있다. 실제로 노인 가정의 경우 노인수발 비용이 상당히 소요되는 것으로 조사되어 과중한 부담을 경감시켜줄 필요가 있다. 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 목욕이나 집안일 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도로 국민 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

노인장기요양보험제도의 추진경과를 살펴보면, 2001년 8월 고령화시대를 대비한 노인장기요양보장제도의 도입이 발표되었으며, 2003년 3월부터 2004년 2월까지 공적노인요양보장추진 기획단이 출범하였다. 2004년 3월부터 2005년 2월에는 공적노인요양보장제도 실행위원회가 설치되었다. 2005년 7월부터 2008년 6월까지 세 차례의 시범사업이 실시되었다.⁹⁰⁾ 2006년 보건복지부의 “노인수발보험 국민여론조사 결과보고서”를 통해 노인장기요양보험에 대한 인지도와 제도 도입에 대한 공적 부조의 필요성을 국민 대부분이 공감하게 되었다. 이 과정을 거쳐 2007년 4월에 노인장기요양보험법이 제정 공포 되었으며, 마침내 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 시행되었다. 이로써 노인장기요양보험은 우리나라의 제5의 사회보험으로서 그 역할을 하게 되었다. 이는 네덜란드(1962년), 독일(1995년), 일본(2000)에 이어 세계에서 네 번째로 도입된 것이다.

노인장기요양보험의 설계에 있어 기본 목표는 크게 두 가지로 제시되고 있는데, 첫째는 개인적 측면에서 노인이 자신의 의사에 입각하여 스스로 생활이 가능하도록 자립 생활에 대한 지원 및 삶의 질 향상으로 개인의건강유지 및 증진, 기능의 증진과 급속

89) 국민건강보험공단 노인장기요양보험 공식 사이트 <http://www.longtemcare.or.kr/>

90) 1차 시범사업은 2005년 7월부터 2006년 3월까지 광주 남구, 수원, 강릉, 아동, 부여, 복제주 6개 지역에서, 2차 시범사업은 2006년 4월부터 2007년 4월까지 1차 시범지역에 부산북구, 완도를 포함하여 총 8개 지역에서, 3차 시범사업은 2007년 5월부터 2008년 6월까지 2차 시범지역에 인천 부평, 익산, 대구 남구, 청주, 하동 총 13개 지역을 대상으로 실시하였다.

한 저하방지, 보호에 대한 욕구만족, 정신적 복지행상, 사회적 복지 향상, 독립과 자율성의 극대화, 최소한의 제한적 환경 조성, 삶의 가치 증진으로 개인의 육체적, 정신적 보장을 통해 개개인의 삶을 풍요롭게 하는 것이라 할 수 있다. 둘째, 사회적 측면에서의 목표는 장기요양서비스를 제공하는 공급자의 측면이라고 할 수 있다. 공급자의 측면에서는 장기요양보호에 드는 비용을 고민할 수밖에 없으며 이를 위해 장기요양보호서비스를 효율적으로 구축하고 보호에 가족을 적극적으로 개입시켜 가정 및 재가중심의 지원체계를 강화하는 것이다.⁹¹⁾ 노인장기요양보험의 두 기본 목적 모두 성인용 기저귀 급여화의 근거가 될 수 있을 것으로 보인다.

이를 위한 보다 구체적인 설계방향은 첫째, 요양보호가 필요한 모든 노인을 포괄할 수 있는 '보편적인 체계' 구축, 둘째, 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 '이용자 중심'의 서비스체계 구축, 셋째, 국가, 가족, 지역사회, 기업 등 '다양한 주체의 참여'체계 구축, 넷째, '사회적 연대'에 의한 장기요양보호 비용의 확보체계 구축, 여섯째, 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 '케어매니지먼트(care management)'체계 구축을 목표로 하고 있다.⁹²⁾

노인장기요양보험제도는 기존의 노인복지서비스 체계와는 여러 가지 차이점이 있다. 첫째, 저소득층 위주 제한적·선별적 보호체계에서 소득에 관계없이 요양필요에 따라 서비스를 제공하는 보편적인 체계로 전환되었다. 수급자는 객관적 평가 판정도구 및 요양등급판정위원회 등을 통해 선정된다. 둘째, 국가가 시혜적으로 제공하는 서비스 체계에서 서비스 이용자의 권리와 선택이 보장되는 이용자 중심의 서비스체계로 전환되었다. 장기요양대상 노인의 기능상태 및 환경, 노인 및 그 가족의 선택에 의해 계약을 통하여 서비스 제공자를 선택하게 된다. 셋째, 국가, 가족, 지역사회, 기업 등 다양한 주체의 참여시스템이 확립되었다. 가족에 의한 사적 부양과 저소득층 노인 대상의 기존 노인복지서비스 전달체계에 의존하는 체계를 탈피하여, 국가와 사회의 공동 책임 하에 해결해야 할 사회적 문제로 부각시킴으로써 민간부문의 참여 유인 제공과 지역사회 자원을 적극 활용할 수 있게 되었다. 넷째, 시설중심서비스 제공체계에서 가장 및 재가복지 우선체계로 전환되었다. 이로서 장기요양대상자 가운데 재가 급여 대상을 점진적으로 확대하고, 가족요양지원 기능을 활성화 할 수 있는 계기를 마련하였다.⁹³⁾

91) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원 석사학위논문. 2011.

92) 이빠라. 노인장기요양보험 재가서비스 만족도에 관한 연구: 서울특별시 재가복지시설을 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원, 2009.2.

93) 보건복지가족부(2007). 노인장기요양보험 설명자료, 2007. 5.10.

② 노인장기요양서비스 관련 주요 현황⁹⁴⁾⁹⁵⁾

노인장기요양서비스 대상자는 65세 이상 노인 및 노인성 질환을 가진 65세 미만 국민 중 1~3등급 판정을 받은 자로 약 33만 명, 전체 노인인구의 5.7%에 해당한다. 장기요양 인정자 중 70세 이상이 83%, 치매·중풍자가 55% 정도를 차지하며, 1등급은 39천 명 (약12%), 2등급은 71천 명 (약22%), 3등급은 218천 명 (약67%)이다. 장기요양이 중 실제 장기요양서비스 이용자는 약 29만 명으로 전체 인정자의 89% 정도이다.

표 8. 노인장기요양보험 신청 및 인정현황 (2008-2011)

(단위: 명)

구 분	신청자 수	등급 판정자 수	인정자수			
			계	1등급	2등급	3등급
2008	376,030	265,371	214,480	57,396	58,387	98,697
2009	596,235	390,530	286,907	54,368	71,093	161,446
2010	759,339	465,777	315,994	46,994	73,833	195,167
2011	617,081	478,446	324,412	41,326	72,640	210,446

자료: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 통계분석팀 '연도별 장기요양 재정현황(계)'.

2010년 10월을 기준 국민건강보험공단의 실태조사 결과에 의하면, 장기요양인정자는 31만 5천 명으로, 65세 이상 인구의 5.8%에 이른다. 이는 당초 65세 이상 노인의 3.1%인 16만 명 수준으로 예상했던 요양인정자 수의 규모를 크게 상회하는 수준이며 등급별로는 1등급 15.4%, 2등급 23.6%, 3등급 61.0%이다. 2010년 10월 급여이동자는 장기요양인정자 31만 5천명 중 88.3%인 27만 8천명 수준이며, 이용률도 시행초기인 2008년 7월말 52.2%에 비해 36.1% 상승했다. 급여 미이용의 주된 사유는 병원입원·이용중(47.5%)이거나 가족수발 선호(18.4%), 입소대기(4.0%), 본인부담금 과다(1.9%)순으로 나타났다. 자격별 급여이용률은 일반 85.6%, 기초 90.2%, 의료급여 81.5%, 경감 89.1%로 기초수급자의 급여이용률이 가장 높고, 의료급여자가 가장 낮았다.

장기요양인정자 및 급여이용자의 이용현황은 재가 67.3%(184,215명), 시설 32.7%(89,568명) 분포하며, 요양등급별로는 1등급은 재가 46.3%(19,211명), 시설

94) 보건복지부. 2012 보건복지통계연보 제58호: 표7-5-1 노인장기요양보험 신청 및 인정현황. p.391-395.

95) 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 통계분석팀 '연도별 장기요양 재정현황(계)'.

53.7%(22,272명), 2등급 재가 44.8%(29,427명), 시설 55.2%(36,306명), 3등급 재가 81.4%(135,577명), 시설 18.6%(30,990명)의 분포를 보이고 있다.

시설 서비스의 종류는 크게 두 가지로 구분가능하다. 첫째, 장기요양기관에는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 포함되며 입소시설은 약 4 천 개가 존재한다. 둘째, 재가장기요양기관에는 방문서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스가 포함되며, 약 19천개소의 재가기관이 지정·운영 중이다. 급여 현황을 살펴보면 시설이용자가 9.5만 명(36%), 재가급여 이용자가 19.3만 명(64%)으로 보고되고 있다. (표)

③ 노인요양서비스제공자 및 요양보호사 제도

요양서비스의 주요제공자는 요양보호사로 자격취득자는 109만 명, 실제 종사자는 24만 명이고, 기타 종사자로서 사회복지사 6,667명, 간호사와 간호조무사 9,611명으로 집계되고 있다.

요양보호사는 노인성 질환으로 독립적인 일상생활을 수행하기 어려운 노인들을 위해 노인요양 및 재가시설에서 신체 및 가사지원서비스를 제공하는 인력이다. 노인장기요양보험제도의 시행으로 인해 기존의 노인복지법상 인력인 가정봉사원과 생활지도원보다 지식 및 기능수준을 향상시키기 위해 시·도지사 발급의 국가자격제도로 요양보호사제도를 도입하였다. 요양보호사는 1급과 2급의 두 종류가 있으며, 1급은 장기요양급여 수급자는 물론 수급자가 아닌 일반 복지대상자에게도 신체활동 및 일상생활활동 서비스를 제공할 수 있으며, 시설서비스와 재가서비스를 제공할 수 있다. 2급은 장기요양급여수급자에게는 일상생활활동 서비스를 제공할 수 있으며, 장기요양급여수급자가 아닌 복지대상자에게는 신체활동 및 일상생활활동 서비스를 제공할 수 있으며, 재가서비스기관에만 취업할 수 있다.

요양보호사 자격에는 학력과 연령의 제한이 없으며, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 간호조무사 자격 소지자는 전공분야를 고려하여 교육을 이수한 부분에 대해 면제하고, 노인요양시설 또는 재가노인복지시설에서 1년 이상 1,200시간 이상의 경력이 인정되는 경우 실습을 추가로 감면받을 수 있다. 노인 등의 신체 및 가사활동 지원 등의 업무에 필요한 지식과 능력을 유지·개발하기 위하여 요양보호사 자격취득 후 2년마다 1회 8시간의 보수교육을 이수하여야 한다. 보수교육은 노인요양과 관련된

새로운 지식, 기술, 태동 등이 포함된다. 보수교육은 요양보호사교육기관 및 노인복지 관련 비영리법인에서 시행하며, 보수교육에 필요한 구체적인 교육과정, 실시방법 기타 보수교육의 실시에 관한 사항은 교육기관장이 정한다.

④ 노인장기요양보험제도 도입의 의미⁹⁶⁾

노인장기요양보험제도는 고령화 사회에서 급격히 증가하는 노인장기요양의 문제에 대하여 국가·사회가 공동책임 하에 적극 대처하여 국민의 노후 불안을 해소하고 건강한 고령사회 실현을 위해 공적노인요양보장체계를 조기에 구축할 필요성이 대두됨에 따라 새롭게 도입된 제도로 다양한 각도에서 도입의 의의를 찾을 수 있다.

첫째, 치매·중풍 노인의 삶의 질이 향상된다. 노인장기요양보험제도가 실시되기 전에는 비전문적 가족요양이 주를 이루었기 때문에 요양의 양이나 질적인 측면에서 여러 문제를 내포하고 있었다. 그러나 제도의 실시로 계획적인 전문적 요양과 간호서비스가 제공됨으로써 치매나 중풍 노인들의 신체기능 호전, 사망률 감소, 삶의 질 향상의 효과가 나타날 것으로 예상된다.

둘째, 가족의 부담이 경감될 수 있다. 고령화의 진전에 따라 치매·중풍 등 요양보호가 필요한 노인이 급격히 증가할 것으로 예상되고 있으며, 이런 노인들을 요양시설에 입소시키기 위해서는 비용이 소요되므로 이는 부양가족에게 짐이 될 수밖에 없다. 치매나 중풍의 특성상 요양기간이 장기간으로 이어지기 때문에 재정적인 여유가 없는 일반가정에서는 요양시설에 노인을 맡기는 것이 매우 어려운 실정이다. 장기요양보험제도의 시행으로 일반가정에서 요양기관에 지급하게 되는 비용이 낮아지게 되어 부양부담이 대폭 경감되는 효과가 있다.

셋째, 일반적으로 치매나 중풍노인의 실제 수발자는 거의 가정 내의 여성이 대부분이다. 이로 인해 노인을 수발해야 하는 여성은 사회활동을 할 수 없는 상황이 된다. 노인장기요양보험제도의 시행으로 여성의 사회활동 및 경제활동 활성화를 기대할 수 있다. 또한, 노인장기요양보험제도는 요양보호사 등의 고용창출효과가 있으며, 지역 요양시설 확대에도 영향을 미친다.

96) 이은미. 한국 노인장기요양보험제도에서의 재가복지활성화방안에 관한 연구, 성산효대학원대학교, 2009.2.

마지막으로, 노인의료 및 요양의 전달체계 확립에 노인장기요양보험제도가 기여하였다. 노인보건 문제를 논할 때 중요한 문제점 중 하나가 노인의료의 전달문제였다. 특히, 장기요양을 필요로 하는 노인들에게 어떻게 보건복지서비스를 제공할 것인가가 문제로 대두되어 왔다. 장기요양보험제도의 실시로 장기요양판정과 함께 적절한 의료기관 및 요양방식 등에 대한 플랜을 지원함으로써 이러한 문제점이 감소됨을 기대할 수 있다.

2) 노인장기요양보험제도의 주요 내용

① 노인장기요양보험 대상자

급여대상은 65세 이상 노인 또는 치매, 중풍, 파킨슨병 등 노인성 질병을 앓고 있는 65세 미만인 자 중 6개월 이상의 기간 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 장기요양 서비스가 필요하다고 인정받은 자이다. 장기요양 등급판정 기준은 1~3등급으로 구분하고 있다. 장기요양 1등급은 하루 종일 침대에서 생활하거나 스스로 움직일 수 없는 와상상태, 일상생활활동의 식사·배설·옷 벗고 입기의 모든 활동에서 전적으로 다른 사람이 도움이 필요한 최종증 경우로, 판정기준은 장기요양인정점수가 95점 이상인 자를 포함한다. 장기요양 2등급은 식사·배설·옷 벗고 입기 등에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요, 휠체어 이용 일상생활, 낮에도 주로 침대에서 생활하는 경우가 많은 중증의 경우로, 판정기준은 장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자를 의미한다. 장기요양 3등급은 보행보조기 등을 통해 이동, 다른 사람의 도움을 받아야만 외출 가능한 중등증의 경우로, 판정기준은 장기요양인정점수가 53점 이상 75점 미만인 자이다. 그 밖의 등급 외집단으로는 식사·배설·옷 벗고 입기 모두가 대체로 자립이나, 생활 관리능력이 저하하는 등의 가끔 지원이 필요한 경증의 경우에 해당한다.

② 노인장기요양보험 재원조달

노인장기요양보험제도의 재원은 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체 부담, 본인일부부담금으로 구성된다.

첫째, 장기요양보험료 징수대상자는 노인장기요양보험 가입자로 국민건강보험 가입자와 동일하며, 건강보험료와 통합징수하고 있다. 노인장기요양보험법 제9조에 의거한

장기요양보험료율은 보건복지부장관 소속 장기요양위원회의 심의를 거쳐 해당법률의 대통령령으로 정하고 있다. 2011년 기준 장기요양보험료는 건강보험료의 6.55%로 직장가입자 1인 평균 5,211원이며, 2008년 4.05%인 2,700원, 2009년 4.78%인 3,114원, 2010년 6.55%인 4,553원이었다.

둘째, 국가 및 지방자치단체의 부담은 장기요양보험 가입자가 지역가입자인 경우 100% 본인이 부담하며, 직장가입자의 경우 근로자와 그 사용자가 각각 50% 부담하며, 공무원·교직원인 직장가입자와 소속 국가·지방자치단체가 각각 50%씩 담하고, 사립학교의 경우에는 직장가입자 50%, 당해 학교 30%, 국가가 20%를 부담한다. 장기요양보험법 제58조에 의거하여 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 해당하는 금액을 국고지원금으로 공단에 지원한다. 또한 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자에 대한 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담해야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담한다.

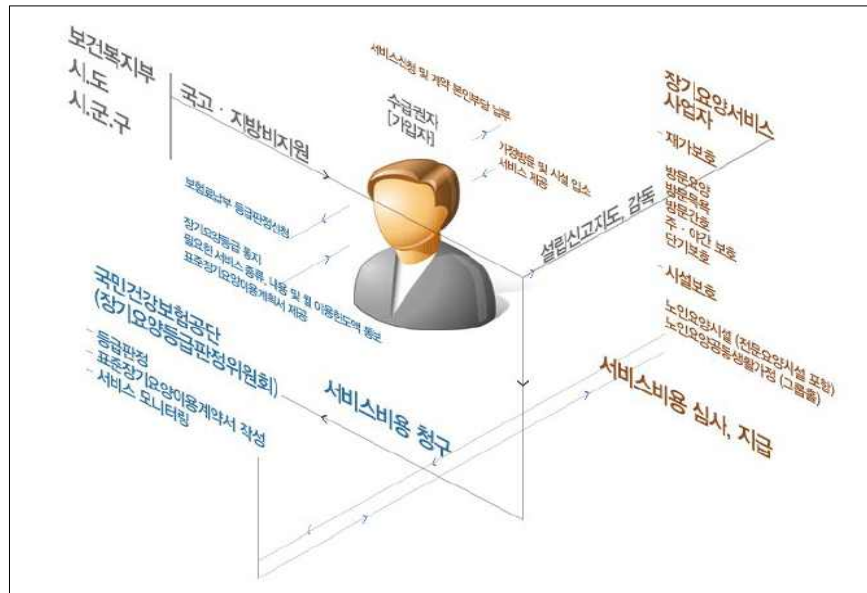
셋째, 노인장기요양보험에서 장기요양급여 이용 시 본인이 부담해야 하는 비용이 있는데, 이를 본인부담금이라고 한다. 여기에는 법정본인일부부담금, 월 한도액 초과비용, 의사소견서·방문지시서 발급비용 중 20%, 비급여 항목비용이 포함된다. 본인일부부담금은 노인장기요양보험법 제40조에 의거하여 재가급여는 당해 장기요양급여 비용의 15%, 시설급여는 당해장기요양급여 비용의 20%를 수급자가 부담한다. 단, 시설급여의 식재료비와 이미용료는 비급여에 해당한다. 국민기초생활보장법에 의한 수급권자는 본인일부부담금이 면제되고, 의료급여수급권자, 천재지변 등으로 보건복지가족부장관이 인정하는 자는 50% 경감되어, 본인일부부담율이 재가급여는 7.5%, 시설급여는 10%이다. 이처럼 수급자는 본인의 자격에 따라 법정본인일부부담금이 달라지므로 국민기초생활수급권자 등은 자격을 증빙하는 서류를 장기요양기관에 제시해야 한다.

또한 재가급여 5종(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호) 또는 시설에 입소하여 시설급여를 받는 수급자는 등급별 월 한도액 범위 내에서 급여를 이용하여야 하며, 월 한도액을 초과한 비용은 전액 본인이 부담해야 한다. 그리고 의사소견서 발급비용은 장기요양급여를 직접 제공하는데 소요되는 비용은 전액 본인이 부담해야 한다.

③ 노인장기요양보험 서비스 전달체계⁹⁷⁾

가. 관리운영주체

그림 6. 노인장기요양서비스 관리 운영 주체 및 역할



노인장기요양서비스는 국민건강보험공단과 지자체가 역할을 분담하여 관리 운영되고 있다. (그림) 관리운영주체는 급여 관리와 재정관리 주체의 일원화를 통해 관리운영의 책임성과 효율성을 높일 수 있도록 국민건강보험공단이 담당하게 되며, 공단은 자격 관리부터 장기요양보험료의 부과·징수, 신청인조사 및 등급판정, 수급자에 대한 정보 제공·안내·상담 등 이용지원, 급여비심사·지급 등에 이르는 제도운영의 전반적인 업무를 담당하도록 되어 있다. 관리운영주체인 국민건강보험공단 이외에도 수가 및 보험 요율 등에 관한 심의·결정 등을 담당할 장기요양위원회와 요양보호 대상여부 및 요양 등급 결정 등을 위한 장기요양등급판정위원회가 있다. 하지만 장기요양서비스 제공시설과 인력에 관한 사항들은 노인복지법을 근거로 기존의 노인복지 부문에 대한 지방자치단체의 역할을 인정하고 있다. 즉, 장기요양기관지정·취소는 기초자치단체인 시·군·구가, 요양보호사 자격증 발급 및 교육기관 관리는 광역시·도가 담당하도록 되어 있다.⁹⁸⁾

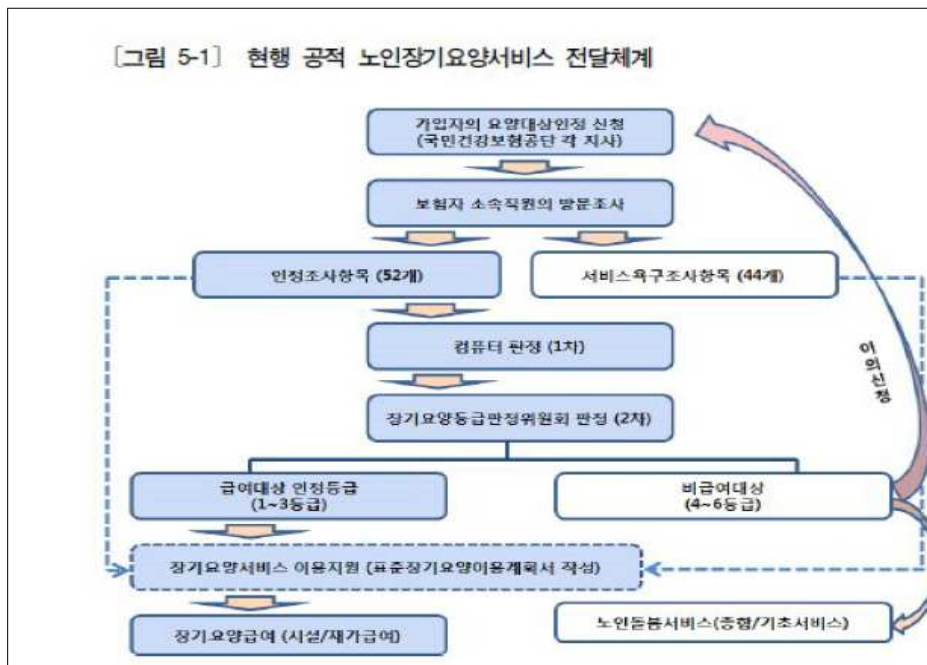
97) 한국보건사회연구원. 현행 신노년층(베이비붐세대)을 위한 건강 및 장기요양정책의 실태: 재가서비스 의향 조사. 2010년 12월, 104-111.

98) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원.

나. 장기요양급여 이용절차 및 서비스전달체계

장기요양급여 이용절차는 인정 신청, 인정 조사, 등급 판정, 인정 결과 통지, 급여 이용의 순서로 이루어진다. (그림)

그림 7. 현행 공적 노인장기요양서비스 전달체계



첫째, 현행 공적장기요양서비스의 전달은 보험가입자(피보험자)가 거주지역에 소재하는 국민건강보험공단(보험자)의 지사에 요양인정을 신청함으로써 시작되며 이를 신청 주의라 한다. 인정신청은 국민건강보험공단 노인장기요양보험 운영센터에 직접 방문하거나, 우편, 팩스, 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)를 통해 신청 가능하다. 원칙적으로 장기요청 신청 시에는 의사소견서도 함께 제출하여야 한다. 다만, 65세미만의 가입자의 경우에는 반드시 치매, 뇌혈관 질환, 파킨슨 병 등의 노인성질환을 앓고 있어야만 신청이 가능한데, 이는 신청 시 제출된 의사소견서를 통해 알 수 있다. 그리고 원칙적으로 가입자 본인이 신청하도록 하고 있지만, 고령자가 대부분인 특성상 대리인, 즉 가족, 친족 또는 이해관계인, 사회복지전담공무원, 시장, 군수, 구청장이 지정하는 자도 가능하다. 또한, 의사소견서는 1차 판정결과 1등급이나 2등급을 받을 것

2011.8.

으로 예상되는 자로써 거동 불편자에 해당하는 자, 그리고 도서벽지지역에 거주하는 자는 제출하지 않아도 되는 것으로 되어 있다.

둘째, 보험자가 신청을 받은 경우 국민건강보험공단 소속 장기요양 직원(사회복지사 또는 간호사)이 직접 방문하여 요양인정에 필요한 신체적 기능 등의 사항과, 추후에 작성, 제공될 서비스이용계획서의 작성에 활용되는 욕구사항을 조사한다. 인정조사 항목에는 신청인의 신체적 기능(12항목), 인지기능(7항목), 문제행동(14항목), 간호처치 및 재활항목(19항목) 등 5개 영역, 52개 인정조사 항목과 일상생활자립도 항목을 조사하게 되며, 표준이용계획조사(욕구조사) 항목은 인정조사 항목 외에 신청인에게 급여계획을 수립하는데 필요한 항목으로 생활환경, 사회생활기능 영역, 희망급여 등의 추가항목을 의미한다. 일본제도와 비교하면 한국에는 방문조사의 역할을 담당하는 케어매니저가 존재하고 있지 않기 때문에 신규 및 갱신의 모든 신청에 대한 방문조사를 모두 보험자가 담당하고 있다.

셋째, 등급판정은 공단직원이 방문, 조사결과의 의사소견서를 토대로 일차적으로는 PC에 내장된 프로그램에 의해 장기요양필요정도에 따른 등급이 결정되고, 이러한 1차 결과와 의견소견서를 바탕으로 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 경우에 장기요양등급판정위원회⁹⁹⁾에서 최종적으로 장기요양급여를 받을 자로 판정하고 장기요양 등급을 부여한다. 장기요양등급은 장기요양인정점수를 기준으로 1등급(최종등도, 95점 이상), 2등급(중도, 75~94점), 3등급(중등도, 55~74점)으로 구분되고, 55점미만의 해당자는 A, B, C등급(각 4, 5, 6등급에 해당함)으로 구분하여 향후의 장기요양대상자가 될 우려가 있기 때문에 관리대상이 되고 있다. 그리고 장기요양등급판정위원회는 보험자인 국민건강보험공단의 지사별로 설치되어 있는데, 지사도 거의 시군구(기초자치단체)마다 1개소씩 설치되어 있다.

넷째, 최종적으로 급여대상자로 인정을 받은 경우 유효기간은 1년이며, 보험자에 소속된 직원이 장기요양등급판정위원회의 등급판정결과에 따라 장기요양인정서, 표준장기요양이용계획서를 작성하여, 인정자에게 제공하여 서비스이용을 지원하고 있다. 여기에서 인정결과에 불복하는 경우에는 이의신청을 통해서 재판정을 받을 수 있고, 표준장기요양이용계획서는 강제적이지 않다는 것이다. 실제적으로 서비스사업자나 시설

99) 등급판정위원회는 장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 시·군·구 단위로 공단에 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 시·군·구에 2개 이상의 등급판정위원회를 설치하거나, 2개 이상의 시·군·구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다. 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성하며, 의료인, 사회복지사, 시군구 소속 공무원, 그밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자가 포함된다.

의 종사자가 표준장기요양이용계획서를 참고로 하여 케어플랜을 세우고 있으며, 이때 주로 고려하는 내용이 장기요양등급, 희망하는 보험급여의 내용, 이용자의 법정본인부담을 등이다. 따라서, 서비스 내용이나 횟수 등 구체적인 케어플랜은 공급자측에 일임되어 있는 실정이다. 이용자중심의 요양서비스 제공이라는 노인장기요양보험제도의 본래 취지에 맞게 급여대상자 중심으로 변경될 필요가 있다.

다섯째, 급여의 이용은 수급자가 자율적으로 장기요양기관을 선택하여 급여체결 후 시설 및 재가 장기요양 급여수혜를 받게 된다. 급여의 종류에는 시설급여, 재가급여, 특별현금급여가 있다. 시설급여는 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동 지원 등을 제공하는 것, 재가급여는 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등 지원, 목욕, 강호 등을 제공, 주간보호센터 이용, 복지용구 구입 또는 대여를 포함하며, 특별현금급여는 장기요양 인프라가 부족한 지역이나 전염병 질환자 등의 특수한 경우에 가족요양비를 지급하게 되는 것을 의미한다.

보험급여의 내용은 재가급여로 방문요양(home-help), 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 및 복지용구대여 등이고, 시설급여는 노인요양시설급여와 오인요양공동생활가정급여로 구분되어 있다. 이외에도 보편적 급여가 아니지만 장기요양기관이 현저히 부족한 도서·벽지 지역에 거주하는 자, 천재지변 등으로 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여의 이용이 어렵다고 인정된 자, 신체적 및 정신적, 성격 등의 사유로 가족 등이 장기요양을 받아야 하는 자에게 현금형태의 가족요양비(등급 구분 없이 월 15만 원)가 지급되고 있다. 한편, 급여서비스의 전달은 본 제도의 도입을 계기로 새로이 마련된 요양보호사(care worker)가 요양시설이나 가정집을 방문하여 신체적 케어나 생활원조서비스를 제공하는 것으로 되어 있는데, 기본적으로 요양보호사 1급의 자격증을 취득하기 위해서는 240시간의 이론, 실시 및 현장실습을 포함한 교육을 이수하여야 한다.

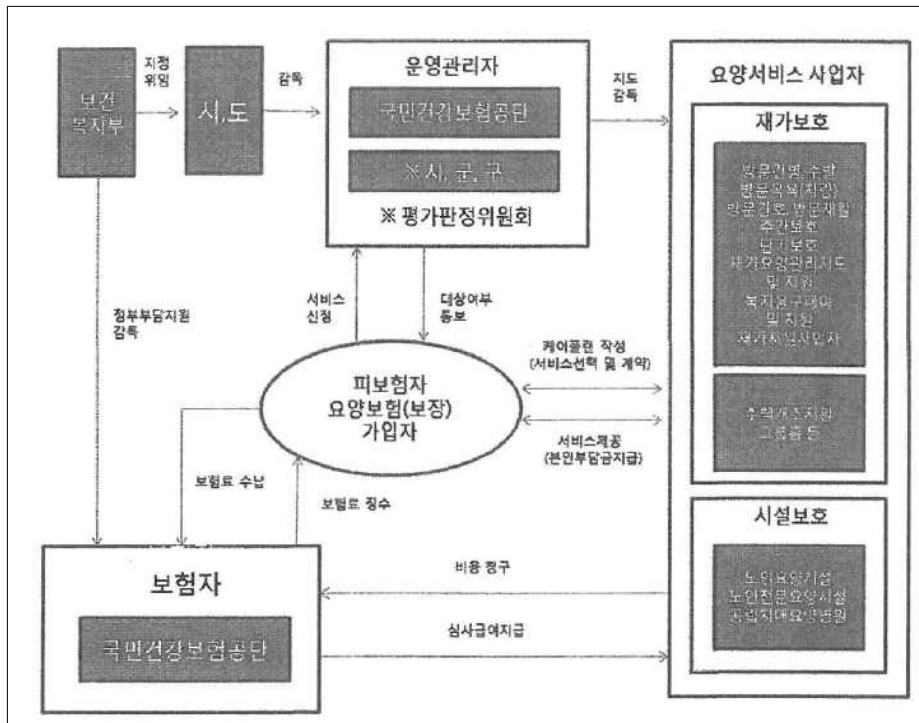
여섯째, 서비스이용자인 수급자는 공급자인 서비스사업자로부터 서비스를 이용할 때, 총비용의 일부를 직접적으로 공급자에게 지불하고, 공급자는 나머지 비용의 잔액을 보험자에 지불 신청하여 보험자로부터 심사결정을 받은 후 지급받게 된다. 여기에서 이용자의 본인부담율은 소득수준에 따라서 상이한데, 공적부조자는 비용부담이 없으며, 그 이외의 자는 소득수준에 따라서 시설서비스는 총비용의 10%와 20%, 재가서비스는 총비용의 7.5%와 15%를 부담하여야 한다. 다만, 시설서비스의 경우에도 상급침실 이용에 따른 추가비용(상급침실료), 식재료비 및 이미용비는 보험급여가 되지 않기

때문에 이용자본인 부담하여야 한다. 또한 재가서비스에 한하여 1개월에 이용할 수 있는 급여한도액이 등급별로 차등적으로 설정되어 있다.

일곱째, 총비용은 서비스유형에 따라 일당정액, 또는 방문시간·횟수 등에 의해 산정된다. 주로 입소시설계통의 서비스는 일당정액, 재가서비스계통은 방문시간, 방문횟수당 정액으로 산정되고 있다. 여기에서 시설의 환경이나 특정의 종사자의 배치유무에 따라 비용지불이 가감되는 차등지불방식을 일부 채용하고 있다.

최종적으로 급여대상의 장기요양자로 인정을 받지 못한 자는 정부예산에 의해 제공되는 노인돌봄서비스를 신청하여 지원받을 수 있다. 여기에서 정부예산의 제약으로 모든 소득계층이 이용하지 못하고 저소득계층에 집중되어 있고, 소득수준에 따라서 이용자가 비용의 일부를 부담하여야 한다. 이러한 전달체계를 모식적으로 표현하면 그림과 같다.

그림 8. 노인장기요양보험제도 이용흐름도



자료: 이빠라. 노인장기요양보험 재가서비스 만족도에 관한 연구: 서울특별시 재가복지시설을 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원, 2009.2. p.11.

전술한 공적장기요양서비스의 전달체계는 장기요양보험제도에 가입되어 있는 피보험자 등이라면 동일하게 적용되고 있다. 다만, 65세 미만의 가입자라면 공적서비스를 받기 위한 질병조건을 갖추어야 한다. 다시 말하면, 현재 중장년층이더라도 치매나 중풍 등의 뇌혈관질환으로 인하여 일상생활상의 장애가 발생되어야 함을 의미하는데, 이는 현행 공적장기요양서비스의 수급원인이 노인성질병에 의해 중점적으로 발생하기 때문이고, 그런 질병은 노인 뿐 만 아니라 중장년 계층에게도 발생할 수 있기 때문이다.

표 9. 현행 공적 노인장기요양서비스 수급 가능한 노인성질병의 유형

구분	질병명	질병코드
1. 한국표준질병 사인분류	가. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알쯔하이머병	G30
	바. 거미막밑 출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I63
	카. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	타. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관 질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	거. 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 속발성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
2. 한국표준질병 사인분류(한의)	버. 매병, 노망	자01
	서. 졸중풍	다04
	어. 중풍후유증	다06
	저. 진전 ¹⁾	다05
	쳐. 진전 ²⁾	차02.2

주 1) 질병명 및 질병코드는 통계법 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.

주 2) 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

자료: 노인장기요양보험법 시행령 제2조 별표 1 참고.

④ 노인장기요양보험 급여

노인장기요양급여의 종류는 크게 시설급여와 재가급여 그리고 특별현금급여로 나누어

진다. 시설급여는 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동 지원 등을 제공하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 포함되고, 재가급여는 가정을 방문하여 신체활동, 가사활동, 목욕, 간호 등을 제공하는 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구구매 또는 대여 등이 포함되며, 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비가 포함되나, 특례요양비와 요양병원간병비 등 두 가지 현금급여제도는 당분간 시행을 유보하고 있다.

급여비용의 본인부담율은 일반은 15%, 경감대상자는 7.5%, 기초생활수급자는 0%이며, 급여비용의 연간한도액은 160만원으로 보건복지부장관이 정하고 있으며, 유효기간은 개시일로부터 1년이다. 급여기준은 구입 시 내구연한이 정하여진 품목은 내구연한 내에서 각 품목당 1개 제품에 해당되며, 내구연한이 정해지지 않은 품목이라도 수급자의 연간도액 적용기간 중에는 미끄럼 방지용품과 자세변환용구는 미끄럼 방지 양말 12켤레, 미끄럼 방지액·매트 5개, 자세변환용구 5개까지 최대 급여가 가능하다. 구입제품의 내구연한 중 훼손으로 사용이 불가능한 경우 별도의 복지용구 추가급여신청서를 국민건강보험공단에 제출하고 공단이 이를 확인한 경우에는 내구연한 이내라도 급여를 제공받을 수 있다. 복지용구를 대여하는 경우 각 품목당 1개 제품만 대여 가능함을 원칙으로 하되, 전동침대와 수동침대는 동일 품목으로 취급한다. 복지용구 공급업체는 전체 118개이다.

표 10. 시설급여 및 재가급여의 종류 및 구체사항

급여종류	시설 및 서비스	구체사항
시설급여	(구) 노인요양시설	장기요양기관으로 지정신청(2008.4.4.) 이전 기존규정
	노인요양시설	보건복지가족부령 제 161호 노인복지법 시행규칙 일부 개정령
	노인요양시설 (구)노인전문요양시설	노인성 질환 등으로 도움에 필요한 자에게 급식·요양·일상생활 필요 편의를 제공하는 시설과 (구) 장기요양기관으로 2008.4.4. 이전 기존규정
	노인요양공동생활가정	노인성 질환 등으로 도움에 필요한 자에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양·일상생활 필요 편의를 제공하는 시설
재가급여	방문요양(방문당)	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
	방문목욕(방문당)	장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 차량을 이용하여, 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 급여
	방문간호(방문당)	의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 급여
	주·야간보호(1일당)	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·제공하는 급여
	단기보호(1일당)	수급자를 월 15일 이내 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
특별현금급여	기타재가급여	수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 것을 제공하거나 대여하여 노인장기요양보험대상자의 편의를 도모하고자 지원하는 장기요양급여 (휠체어, 전동·수동침대, 욕창방지매트리스·방석, 욕조용 리프트, 이동욕조, 보행기 등)
	가족요양비	수급자 중 ① 도서벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역에 거주하는 자, ② 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자, ③ 천재지변 등의 사유로 인해 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기 어려운 자가 가족 등으로부터 재가급여 종류 중에 요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 수급자에게 지급하는 가족장기요양급여
	요양병원간병비	수급자가 노인복지법에 의한 노인전문병원 또는 의료법에 의한 요양병원에 입원할 때 장기요양에 소요되는 비용의 일부를 지급하는 요양병원 장기요양급여
	특례장기요양급여	수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 장기요양급여 비용의 일부를 당해 수급자에게 지급하는 특례장기요양급여

표 11. 연도별 장기노인요양 재정현황

(단위: 천원, %)

재정 현황별	재정현황별	2008	2009	2010	2011
수입	계(A)	868,974,878	2,084,929,125	2,877,740,484	3,263,144,467
	보험료(A1)	477,011,336	1,199,551,493	1,831,554,777	2,142,331,738
	국고지원금(A2)	120,747,289	204,351,491	332,318,000	388,311,000
	의료급여부담금(A3)	266,136,914	660,082,482	670,449,396	677,321,682
	-국가부담금	8,660,977	41,596,688	20,918,791	29,852,191
	-지방자치단체 부담금	257,457,937	618,485,795	694,530,6060	647,469,391
	기타	5,079,339	20,943,659	43,418,312	55,180,147
	계(B)	554,900,068	1,908,462,509	2,589,135,289	2,787,757,045
	보험급여비(B1)	431,414,460	1,746,732,140	2,415,263,200	2,602,664,029
지출	-재가급여비	164,572,216	985,020,938	1,374,034,284	1,374,494,160
	-시설급여비	262,858,254	754,497,938	1,033,622,638	1,221,074,725
	-가족요양비	563,575	1,656.125	1,316,395	1,048,855
	-의사소견서 발급비용	3,339,244	5,358,103	6,076,020	1,048,855
	-방문간호지시서 발급비용	81,171	199,555	213,863	187,806
	관리운영비	107,897,151	135,720,376	144,136,771	155,570,596
	기타	15,589,071	26,009,993	29,735,318	29,522,420
	총지수율(B/A)	소계	63.86	91.54	89.97
보험료대 급여비율 (B1/(A1+A 2+A3))	소계	49.94	84.63	85.21	77.6
당기차액(A-B)	소계	314,074,196	176,466,617	288,605,196	475,387,422
이월금	소계	291,074,196	385,140,812	470,946,009	555,133,430
누적준비금 적립금(E)	소계	23,000,000	105,400,000	308,200,000	699,400,000
적립율(E/B1)	소계	5.33	6.03	12.76	26.87

주석: 각 연도말 결산 기준/보험료에 사용자 부담금 포함/기타는 사업의 수입으로 예금이자, 기타징수금 수입 및 가산금 등이 포함.

장기요양보험지출 규모는 2011년 기준 2조 7,714억 원으로 GDP대비 0.26%에 해당한다. 이 중 급여서비스에 지출되는 비용은 재가 13,704억 원, 입소 12,179억 원, 가족요양비 11억 원을 포함한 약 25,894억 원, 관리운영비로 약 1,820억 원이 소요되고 있다. 연도별 장기요양 재정현황, 요양등급별 지원금, 2011년 장기요양보험료 현황은 다음과 같다.

가. 비급여 항목 세부기준

노인요양시설의 수가는 포괄수가제로서 원칙상 요양시설 내에서 제공되는 모든 용역과 물품 등의 비용이 수가에 포함되어 있다. 장기요양기관이 수납 가능한 비급여 항목은 노인장기요양보험법 시행규칙 제14조에 의한 항목(식사재료비, 상급침실 이용료, 이·미용비)으로 하며, 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없다. 또한, 사실상 다른 명목의 비용을 비급여 항목 내에 포함시켜서는 안 된다. 즉, 명목상은 식사 재료비 등 합법적인 비급여 항목으로 설정하였으나, 실제로는 인건비 및 기타 관리운영비를 충당하기 위해 추가적으로 비용을 징수하는 것은 불가하다. 예를 들어, 식사 재료비의 실제 소요액이 20만원 내외인데 사실상 다른 명목의 비용들을 이에 포함하여 50만원을 수납하는 것은 불가하다. 시행규칙상 비급여 항목의 세부기준을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 식사재료비는 재료비만 비급여이고, 나머지에 해당하는 영양사 인건비, 조리원 인건비, 조리비용, 유동식 주입 등의 간호사 행위료는 급여에 해당한다. 경관영양 유동식을 자체 조제하거나 완제품을 사용한 경우에 소요된 비용은 식사 재료비의 일종으로서 본인이 전액 부담한다. 단, 경관영양투브를 관리하고 유동식을 주입하는 데 소요되는 간호사 행위료는 수가에 포함되어 있으므로 비급여 항목으로 수납할 수 없다. 식사제공을 위한 영양사, 조리원 등의 인건비와, 연료비, 수도요금 등의 조리비용은 수가에 포함되어 있다. 간식도 식재료비의 일종으로 비급여 항목으로 수납 가능하다.

둘째, 상급침실 이용료의 경우, 일반실대비 상급침실을 이용할 경우 추가적으로 소요되는 비용에 대해 추가징수가 가능하다. 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 일반실에 비해 추가적으로 소요되는 비용에 한해 상급침실 이용료를 수납가능하다. 예를 들어 수가 및 기타 비급여 비용을 포함한 일반실 이용비용이 월 150만원이고, 1인실 이용 총비용이 월 170만원일 경우 그 차액인 20만원에 대해 비급여 비용으로 수납 가능하다. 상급침실은 반드시 고정된 벽으로 다른 공간과 구분되어 있고, 독립된 출입문을 갖추어야 하며, 노인복지법 시설·설비기준에 의거한 1인당 면적기준인 6.6 제곱미터를 충족하여야 한다. 단, 벽면을 불완전하게 차단하는 파티션이나 커튼 등은 불가하다.

셋째, 수급자의 희망에 의해 이·미용사를 초빙하여 컷트, 파마, 염색 등의 서비스를 받을 경우 비급여가 가능하다. 다만, 정기적으로 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 기본적인 위생관리 차원의 이·미용 서비스는 비급여 항목으로 수납할 수 없다.

또한 손·발톱 등 일상적인 용모손질은 기본적인 신체활동 서비스에 포함되므로, 이 명목으로 이·미용비를 별도로 수납하는 것은 불가하다.

나. 비급여 항목 외 실비 수납기준

개인적 필요에 의한 프로그램 등 특별한 경우에는 환자 부담을 허용함으로써 개인별로 다양한 요양서비스 욕구를 충족시킬 수 있도록 하되, 실비 한도 내로 제한하여 부담 징수 사례를 예방하고 있다. 비급여 항목의 비용은 원칙적으로 해당 용역을 제공하기 위한 실제 소요비용을 산정하여야 한다. 실제비용(실비)이라 함은 물품 또는 기타 용역을 제공하는데 있어 실제 소요되는 비용으로서 별도의 이윤을 부가하지 않은 비용을 의미한다. 장기요양기관은 장기요양 서비스를 제공하는 과정에서 법정 급여에 기본적으로 포함되는 항목과 비급여 대상으로 별도로 정한 항목 외에 다른 비용을 임의로 수납할 수 없으나, 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우, 지불 또는 대납한 실제 비용을 수납할 수 있다. 장기요양기관은 이 경우 실비 이외에 어떤 명목으로도 그 외에 추가비용을 수납하지 못한다. 세부 항목별 기준을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 재가급여에 속하는 주·야간보호기관을 이용하는 수급자의 기저귀 비용은 평균 사용량까지는 급여로 하되, 사용량이 많을 경우 비급여로서 실비 수납함을 원칙으로 한다. 주·야간보호기관에서 수급자의 사용량에 따른 기저귀 실비는 수납하거나, 수급자가 원할 경우 수급자의 자비 부담으로 이용자가 직접 구입한 기저귀를 이용토록 한다. 시설급여에 속하는 요양시설의 경우 기저귀 비용이 평균 사용량 등을 감안하여 요양시설 수가에 포함되어 있기 때문에 환자나 보호자에게 기저귀 추가 비용을 별도로 수납할 수 없다. 치매, 중풍 어르신들이 자주 사용하게 되는 기저귀와 관련하여, 기저귀 비용은 요양시설 수가에 이미 포함되어 있기 때문에 환자나 보호자에게 기저귀 추가 비용을 별도로 수납할 수 없다.

둘째, 원거리 외출을 위해 택시·버스 등 다른 교통수단을 이용하는데 드는 비용은 시설에서 교통비를 먼저 지불하고 수급자로부터 동 비용을 수납 가능하다. 또한, 수급자가 자비 부담으로 직접 비용을 지불하는 것도 가능하다. 친척방문 등 개인적인 외출 시 드는 택시비용 등이 이에 해당한다.

셋째, 외출 또는 병원방문을 위해 시설 또는 의료기관의 차량을 이용한 경우 소요되

는 비용의 경우, 시설에서 기본적으로 수급자의 편의를 위해 제공되어야 할 서비스 영역이므로 별도의 비용 수납은 불가하다. 예를 들어, 의료기관 구급차를 이용하여 수급자를 병원에 이송한 경우 등이 포함된다. 다만, 개인적 필요에 의해 원거리에 위치한 병원 등을 이용하고자 할 경우 상기사례에 준하여 별도의 비용수납이 가능하다.

넷째, 기호품 등 수급자의 희망에 의한 일상용품 구입비용에 관하여, 시설에서 일률적으로 제공되는 휴지, 비누, 수건, 실내화, 가운 등의 일상용품에 대해서는 비용 수납이 불가하다. 다만, 시설에서 통상적으로 제공하지 않는 물품으로서 수급자의 요청에 의한 개인적인 물품·용역의 구입에 따른 비용은 그 실비를 수급자가 부담하게 된다. 예를 들어, 전동칫솔, 개인용 화장품, 향수, 미용용품, 개인 취미생활 용품, 건강기능식품에 드는 비용 등이다.

다섯째, 원칙적으로 시설 내 프로그램 운영은 장기요양급여의 일환으로서 제공되는 기본 서비스 범주에 들어가므로 별도의 비용 수납은 불가하다. 예를 들어, 음악치료, 미술치료, 레크리에이션, 웃음치료 등의 프로그램을 운영하는데 드는 강사료와 재료비 등이 포함된다. 다만, 수급자의 개별적인 희망에 의해 외부의 서비스 제공자가 개인을 대상으로 제공하는 프로그램·서비스에 대하여 수급자가 그 실비를 부담하는 것은 가능하다.

마지막으로, 기타 욕창처지, 인슐린 주사, 복막투석 등의 전문 간호 비용은 별도로 비용을 수납할 수 없으며, 방문요양·목욕·간호 제공시 요양보호사나 간호사의 교통비는 수급자 본인에게 별도로 추가 부담시킬 수 없다.

그 밖의 기타사항으로 법령에 명시된 비급여 항목 또는 상기 비용수납 가능항목을 제외하고는 일체의 비용을 받을 수 없다. 비급여 항목과 그 외 실비 수납 사항에 대한 기본적인 기준과 예시는 상기 내용과 같으나, 구체적인 사항에 대한 검토가 필요한 경우 이는 개별 사례별로 유권해석을 실시한다. 노인요양공동생활가정과 단기보호를 포함한 노인요양시설에서 입소 전 또는 입소 중에 수급자로 하여금 침대, 휠체어, 욕창방지 매트리스 등 복지용구를 구입 또는 대여해 오도록 요구하거나 유도해서는 안 된다. 다만, 수급자가 원래 사용하던 복지용구 등 물품을 요양시설로 가지고 오는 것은 가능하다.

3) 노인장기요양보험제도 사회적 이슈 및 정책 과제

① 장기요양등급판정 신뢰성 결여

장기요양등급판정의 신뢰성이 결여되어 있다는 비판이 제기되고 있다.¹⁰⁰⁾ 노인장기요양보험제도에 따라 요양서비스를 받기 위해서는 요양인정 등급을 판정받아야만 한다. 현재 1등급부터 3등급까지 3개의 등급으로 이루어져 있으며, 2012년 5월 말 기준 등급인정자의 총 현황을 보면 1등급은 38,820명, 2등급은 71,061명, 3등급은 215,977명이다. 이 중에서 3년간 동일한 등급을 유지한 비율은 1등급 69.4%, 2등급 56.4%, 3등급 81.4%로 나타나고 있다.

문제는 3년간 등급 간 증감 편차가 심화되고 있다는 점이며, 이는 일관성 결여 및 자의적 조사 가능성이 있다는 것을 의미한다.¹⁰¹⁾ 예를 들어 1등급에 대해서는 엄격하게, 3등급은 유연하게 적용하였을 수 있다. 또한 등급판정인정조사 과정에서 완전자립/부분도움/완전도움, 또는 예/아니오, 있다/없다 등으로 구성되어 있어 오차범위가 너무 넓고 조사자의 주관적 판단이 작용할 수 있다. 일상생활 상의 장애, 곤란에 대한 조사보다 의학적 소견에 초점을 맞춘 조사가 이루어져 체감 장기요양 필요성이 반영되지 못하고 있으며, 허위진술에 의한 등급 인정 또한 가능한 상황이다. 체감 장기요양필요가 반영되지 않은 등급판정 등으로 인한 결과 불승복 등의 문제 발생 가능성이 지속되고 있다. 이와 같은 상황에서 현재의 3등급을 4~5등급으로 세분화하여 같은 등급에 속한 노인들 간의 요양서비스 필요도에 격차가 큰 문제들을 해결해야 한다는 지적이 제기되고 있다.¹⁰²⁾

이빠라(2009)의 연구에 의하면 등급판정과 관련하여 등급판정기준에 있어 장기요양인정서의 내용에서 인지기능에 대한 비중이 낮아 하위등급으로 판정되는 경향이 나타나 현장에서 느끼는 중증도와 조사표의 등급과는 상이한 문제점이 발생하고 있다. 1등급에서 3등급의 등급판정자의 경우 모두 와상상태로서 중증도에 거의 차이가 없으며 오히려 등외자의 경우 인지능력에 문제가 있는 경우 강도 높은 서비스가 필요한 경우가 있어 등급 기준의 개선이 필요하다는 것이다. 또한 장기요양인정서의 IADL 점수가 전혀 반영되지 않음으로써 등급판정이 왜곡될 수 있다는 것이다. 그 밖에 등급판정에

100) 국회입법조사처 사회문화조사실 보건복지여성팀 류동하. 2012 국정감사 정책자료 3권, p.207.

101) 엄기욱. 노인장기요양보험 시행 4년의 성과와 과제: 노인장기요양보험 무엇이 문제인가? 양승조의 원실·한국노인복지장기요양기관협회 공동주최 토론회 발표문. 2012년 7월 9일.

102) 2012 국정감사 정책자료. p.212.

있어서 현실적인 상황을 충분히 고려하지 못하고 있으며, 건강보험 공단에 의한 방문 조사와 의사소견서가 충분히 공유되지 못하는 한계가 있어 평가판정기구가 건강보험 공단으로 법안에 규정되어 있어 이를 독립적으로 설립하는 방안이 제기되고 있다.

② 장기요양서비스 보장성 확대

한국보건사회연구원 이윤경 부연구위원(2012)의 노인의 수발실태 결과에 의하면, 노인수발에 있어 공식서비스 주체인 요양기관과 비공식적인 서비스 제공주체인 가족이 모두 참여하고 있는 것으로 나타났다. 고령으로 거동이 어려워진 노인 10명 중 7명은 가족이 수발을 드는 상황으로 가족구조의 변화 등으로 노인을 보호할 수 있는 가족의 잠재력이 약화될 수 있으니 노인장기요양보험 같은 사회제도를 통한 보완 필요성을 강조하고 있다.¹⁰³⁾

장기요양서비스 전달체계를 개선함으로써 장기적 수혜자를 확대하는 것이 필요하다. 재가기관 이용자를 2011년 184천 명에서 2017년 314천 명으로 130천명 증가하고, 입소시설 정원을 2011년 124천 명에서 2017년 155천 명으로 31천 명 증가시키는 것을 목표로 한다. 이를 위해 서비스 소외 지역 중심을 지자체, 보험자를 통한 공공 인프라를 확충하고, 촉탁의 진료 기준마련 등 입소시설 내 의료적 지원을 강화하며, 중장기적으로는 요양보험 내 의료서비스를 지원할 수 있는 다양한 대안을 강구해야 할 필요가 있다.

노인요양복지용구 관련하여 복지용구 급여품목의 확대가 필요하다는 주장도 제기되고 있다. 노인요양복지 품목 중 침대나 이동욕조 등의 고가의 물건에 대해서는 급여가 이루어지고 있으나, 실질적으로 사용량이 많은 기저귀 등의 사이즈가 작은 소모품들은 급여항목으로 지정되지 않은 실정이다.¹⁰⁴⁾

장기요양보험 대상 탈락자의 경우 노인복지의 사각지대에 놓이게 된다. 증가하는 수요에 맞게 노인장기요양보험 복지서비스에 대한 확충의 노력이 필요하다. 2012년 7월 노인장기요양보험 인정기준 완화로 경증 치매환자 보호가 강화되었지만, 궁극적으로는 노인장기요양보험 대상자를 현행 3등급으로 4등급으로 확대함으로써 15만 명 이상을 증가하는 것을 목표로 할 필요가 있다. 가입자와 수급대상자의 범위는 재정 및

103) 국민일보 기사. 거동 힘든 노인 10명중 7명 가족이 수발. 2012년 11월 4일.

104) 복지저널 11호. 노인복지용구산업, 블루오션인가 레드오션인가. 2009년 6월 1일.

부담주체의 부담능력, 시행의 순응성, 현행 노인요양보호 실태 등을 종합적으로 감안하여 장기적인 목표 및 우선순위에 따라 수급대상자를 단계적으로 확대해 나가야 한다.

③ 장기요양시설 및 인력 관련 쟁점

장기요양시설은 노인장기요양대상 인정자 대비 시설이 과잉이며, 많은 시설이 불량하고 운영 또한 미흡한 상황에서 요양병원을 비롯한 장기요양시설의 질적 수준을 개선할 필요가 있다.¹⁰⁵⁾ 최근 급속한 고령화와 노인성·만성질환 위주의 장기요양 의료서비스 수요가 증가함에 따라 요양병원 수는 2004년 113개소에서 2011년 988개소로 774%, 병상수는 2004년 13,429개에서 2011년 133,315개로 893% 증가하였다.¹⁰⁶⁾ 이와 같이 단기간에 요양병원이 급증하면서 부실한 요양병원의 난립이 문제가 되고 있다. 2010년 기준으로 우리나라의 65세 이상 노인인구 천 명당 요양병원 병상 수는 20.69개로 일본 11.9개보다도 높은 수준이다.¹⁰⁷⁾ 건강보험심사평가원이 2011년 9월에 발표한 '2010년도 요양병원 적정성 평가결과'에 따르면, 질적 수준의 개선이 시급한 4,5등급 해당 요양병원이 전체 평가대상 782개소 중 40.4%에 해당하는 316개소로 나타났다. 보건당국의 실태조사를 통해서도 의료인력 및 시설의 편법운용을 통해 건강보험 요양 급여비용을 부당 수급하는 사례가 지속적으로 적발되고 있다.

이빠라(2009)의 연구에 의하면 장기요양보험 인력인프라에 대해 제기되고 있는 대표적인 문제점으로서 요양보호사의 처우문제와 요양보호사 양성문제를 들 수 있다. 첫째, 요양보호사 양성문제로는 요양보호사 교육에서 기본자격을 규정하지 않아서 학력과 연령 문제로 보고서 작성 등 기본 소양의 이해 등에 어려움이 있는 사람들에게 요양보호사 자격이 부여되는 문제가 제기되고 있다. 또한 요양보호사 교육기관을 신고제로 함에 따라 전국에 1,000여 개 이상의 교육시설이 난립하여 요양보호사 교육부실이 심각하게 초래되고 있어 서비스 질 저하로 이어질 가능성이 있다. 둘째, 요양보호사의 처우문제로서 낮은 임금과 열악한 노동환경으로 인해 요양보호사들의 잦은 이직이 발생하면, 이는 곧 요양서비스의 저하 및 수급자의 불만족을 초래할 수 있다.

부실시설 설립으로 인한 피해를 줄이기 위해서는 요양기관 설립을 위한 설치 및 인력 기준을 강화하여야 하며, 기관의 수를 지역별로 제한하는 방법을 고려할 수 있으며,

105) 국회입법조사처 사회문화조사실 보건복지여성팀 류동하. 2012 국정감사 정책자료 3권, p.207.

106) 건강보험심사평가원. 보도자료. 2011년 9월 29일.

107) OECD, WHO. Health at a Glance Asia-Pacific 2012.

시설기관의 관리 및 감독을 강화해야 한다.

④ 부당 급여 청구 문제 및 수급질서 확립

장기요양기관의 부당급여 청구가 늘고 환수율이 낮아지는 문제가 발생하고 있으며,¹⁰⁸⁾ 장기요양기관 양산이 난립됨에 따른 부작용이 속출하고 있다.¹⁰⁹⁾ 수급 대상자는 한정되어 있는 상황에서 요양기관은 포화 되어 있고, 장기요양기관이 돈벌이 수단으로 전락하여 각종 부작용 등이 발생하고 있다. 최근 3년간 요양기관 부당금액은 약 630억 원으로 추정되었으며, 이는 장기요양재정 누수 방지 노력이 필요함을 시사한다.

일부 노인요양시설에서 명목상으로 식비라고 하면서 사실상 인건비 등 다른 관리운영비를 충당하기 위하여 실제 식비 소요액 (예: 월 20만원)보다 훨씬 많은 50~60만원을 요구하는 등의 피해가 발생하고 있다.¹¹⁰⁾

장기요양기관보다는 재가요양기관의 부당청구의 가능성이 더 높고, 다양한 방식의 편법행위가 발생하고 있다. 보건복지가족부가 2008년 8월 28일부터 9월 11일까지 시행한 제1차 현지조사를 통해 보험급여비를 부당 청구하거나 시설인력기준을 위반한 25개 장기요양 사업기관을 적발한 바 있는데, 요양시설의 경우는 1개소이고 대부분이 재가요양기관이었으며, 방문요양기관의 부당청구액이 54.9%로 가장 많고, 방문목욕기관이 37.8%로 그 다음을 차지하였으며, 대체로 급여기준 위반청구(69.2%)와 무자격자 청구(21.3%)가 발생하는 것으로 나타났다.¹¹¹⁾ 이와 같은 현상은 인프라 확충을 위하여 재가시설의 설치요건을 너무 완화하였기 때문이라고 지적하고 있다.

이와 같은 상황을 고려할 때, 시설입소 대상자가 향후 지속적으로 확대될 것으로 예측되는 상황에서 요양시설을 늘리는 것에 초점을 맞추기보다는 재가급여 서비스를 강화하는 방식으로 사업의 방향을 전환하는 것이 타당할 것으로 보인다. 독일과 일본의 경우도 요양시설 이용보다는 재가서비스 이용을 독려하는 방식으로 제도를 운영해 가소 있다. 다만, 편법적 서비스 제공이 이루어지지 않도록 서비스 질에 대한 관리가

108) 연합뉴스. 장기요양기관 부당급여 증가, 환수율 감소. 2011년 7월 18일.

109) 국제신문. 양산 장기요양기관 난립에 부작용 속출. 2011년 8월 24일.

110) 보건복지부 보도자료. 노인요양시설 비급여 대상 항목 세부기준 및 기타 실비 수납기준 시행. 2012년 6월 20일 석간.

111) 국회입법조사처. 2009 현장조사보고서 제3호 장기요양기관 조사보고서. 2009.5.22., P.20~21.

전제되어야 할 것이다.

재가급여 전자관리 시스템 구축을 통한 수급질서 확립 또한 고려해야 한다.

⑤ 장기요양서비스의 질 향상

장기요양보험 서비스의 질을 향상시키기 위해 요양시설이 안정적으로 운영될 필요가 있으며, 서비스 인정조사 및 등급판정에 전문성을 제고하여 신뢰도를 높여야 한다. 또한, 등급판정체계 개선으로 경증치매노인 등을 대상으로 포함시켜 확대하고, 장기요양 기관 평가를 통한 서비스의 질을 관리하고, 우수한 기관에는 인센티브를 제공하거나, 요양보호사의 처우를 개선하며, 수급질서를 확립하는 것이 필요하다.

2012년 7월에 보건복지부의 보도자료를 통해 장기요양 보험제도의 중장기 계획과 2017년까지의 향후 5년 청사진을 제시하고 있다.¹¹²⁾ 서비스 대상을 2017년까지 전체 노인의 7% 수준인 50만 명 내외로 수혜규모를 증가하는 것을 목표로 장기요양 수혜자의 인정 점수 기준을 완화하고, 치매 어르신에 대한 서비스 판정 기준을 개선하며, 장기요양등급을 받지 못한 어르신들을 위하여 노인 돌봄 서비스를 확대하거나, 낙상 및 치매예방을 위한 새로운 서비스 모델 개발 위한 시범사업 추진을 제시하고 있다.

또한 수급자의 눈높이에 맞는 다양한 재가서비스를 활성화하고 급여서비스의 품질을 획기적으로 개선하기 위한 급여기준 및 평가체계를 개편할 필요가 있다. 요양보호사의 임금 및 처우를 개선하거나 부정적 시설의 퇴출을 강화함으로써 양질의 서비스 인프라 확보가 필요하다. 서비스 활성화를 위해 주야간 보호서비스 기관 확충을 통한 서비스 이용 접근성 개선, 방문간호 재료대를 현실화 할 필요가 있다. 원활한 급여 제공을 위해 구체적 서비스 품질 기준을 마련하고, 수급자의 신체 및 인지 개선 등 직접서비스 강화에 보다 초점을 맞추어야 한다.

4) 소결

노인장기요양보험의 설계에 있어 기본 목표는 크게 두 가지로 제시된다. 첫째는 개인적 측면에서 노인이 자신의 의사에 입각하여 스스로 생활이 가능하도록 자립생활에

112) 보건복지부. 장기요양보험 질적 수준 향상을 위한 중장기 계획 발표 보도자료. 2012년 7월 9일.

대한 지원 및 삶의 질 향상이며, 둘째 사회적 측면에서 가정 및 재가중심의 지원체계의 강화이다. 노인장기요양서비스 대상자는 65세 이상 노인 및 노인성 질환을 가진 65세 미만 국민 중 1~3등급 판정을 받은 자로 약 33만 명, 전체 노인인구의 5.7%에 해당한다.

제도 안정화를 위한 질적 향상 단계에 있는 노인장기요양보험제도는 여러 정책과제들을 해결할 필요가 있으며 그 중의 하나가 장기요양서비스 보장성 확대이다. 특히, 노인요양복지용구 관련하여 복지용구 급여품목의 확대가 필요하다는 주장도 제기되고 있다. 노인요양복지 품목 중 침대나 이동욕조 등의 고가의 물건에 대해서는 급여가 이루어지고 있으나, 실질적으로 사용량이 많은 기저귀 등의 사이즈가 작은 소모품들은 급여항목으로 지정되지 않은 실정이다.

3.4. 노인성 요실금 관리 및 제도적 지원

1) 노인성요실금 관리현황 및 지원현황

① 노인성 요실금 관리현황 실태¹¹³⁾

조귀영(2009) 등은 대상자의 요실금 관리실태를 전반적 관리실태와 기저귀 관리실태로 분류하여 분석하였다. 요실금 관리를 위한 주간대처방법으로 화장실 가기가 65.4%로 가장 많이 수행하고 있으며, 다음으로 기저귀 착용이 26.0%, 기타 4.2%, 이동식 변기사용이 3.1%로 나타났다. 야간 대처방법으로도 화장실 가기가 57.3%로 가장 많이 수행하는 것으로 나타났고, 다음으로 기저귀 착용 32.3%, 이동식 변기사용이 5.2%로 나타났다. 피부 관리방법으로는 물로 씻음이 53.0%로 가장 많았고, 기타 26.3%, 물티슈로 닦음이 20.3%로 나타났으며, 실금 치료방법에서는 치료한 적이 없는 경우가 93.8%로 대부분을 차지하였으며, 치료방법으로 케겔 운동을 사용해 경우가 2.4%, 병원 외래방문이 2.1%에 불과하였다.

표 12. 요실금 여성노인의 전반적 요실금 관리실태

(n=293)

항 목	분 류	실수 (백분율)
주간 대처 방법	화장실 가기	191 (65.4)
	기저귀 착용	77 (26.0)
	이동식 변기 사용	9 (3.1)
	흡수용(요실금) 팬티 사용	4 (1.4)
	기타	12 (4.2)
야간 대처 방법	화장실 가기	168 (57.3)
	기저귀 착용	95 (32.3)
	이동식 변기 사용	15 (5.2)
	흡수용(요실금) 팬티 사용	3 (1.0)
	기타	12 (4.2)
회음부 피부관리	물로 씻음	149 (53.0)
	물티슈로 닦음	62 (20.3)
	연고 사용	4 (0.4)
	기타(예: 티슈, 손수건)	78 (26.3)
실금 치료 방법	치료한 적 없음	275 (93.8)
	케겔 운동	7 (2.4)
	병원 외래 방문	6 (2.1)
	약국 이용	1 (0.3)
	기타 (예: 민간요법)	4 (1.4)

113) 조귀영, 박정숙. 노인요양시설 요실금 여성노인의 요실금 정도, 관련문제 및 관리실태. 노인간호학회, 2009.12.

요실금대상자 293명 중 기저귀를 착용한 대상자는 182명으로 62.1%를 차지하였으며, 기저귀 착용 요실금 대상자를 대상으로 기저귀 관리실태를 분석한 결과는 표와 같다. 사용한 기저귀 종류로는 요실금 팬티가 22.5%, 팬티형 기저귀가 20.9%로 많이 사용하고 있었으며, 일자형과 팬티형을 겸용하는 경우 17.6%, 천 기저귀를 사용하는 경우 8.2%, 일자형 기저귀만 사용하는 경우 7.1%로 나타났다. 주간 기저귀 교환량을 살펴보면, 1회가 54.4%로 가장 많았고, 다음으로 3회 22.0%, 2회 10.4%, 4회 이상 13.2% 순으로 나타났으며, 야간 기저귀 교환량은 1회가 62.2%로 가장 많았고, 2회 13.7%, 3회 17.0%, 4회 이상이 6.6%의 순으로 나타났으며, 주간, 야간 모두 1회 교환이 가장 많았다. 기저귀 사용 기간은 하루 종일 사용이 51.1%로 가장 많았으며, 기타 외부활동 시가 28.8%, 잠잘 때만 13.7%로 나타났다. 기저귀 교환인은 생활지도원이 75.8%로 많았고 본인이 하는 경우도 22.5%로 나타났다. 기저귀 구입 방법은 시설에서 제공하는 경우가 80.3로 대부분을 차지하였고, 본인 및 가족이 구입하는 경우는 19.7%로 나타났다.

표 13. 요실금 여성노인의 기저귀 관리실태

(n=182)

항 목	분 류	실수 (백분율)
기저귀 종류	요실금 팬티	41 (22.5)
	팬티형 기저귀	38 (20.9)
	겸용 (일자형+팬티형)	32 (17.6)
	천 기저귀	15 (8.2)
	일자형 기저귀	13 (7.1)
	생리대 사용	8 (4.4)
	기타 (예: 가제손수건, 천 조각)	35 (19.2)
주간 기저귀 교환량	1회	99 (54.4)
	2회	19 (10.4)
	3회	40 (22.0)
	4회 이상	24 (13.2)
야간 기저귀 교환량	1회	114 (62.6)
	2회	25 (13.7)
	3회	31 (17.0)
	4회 이상	12 (6.6)
기저귀 사용기간	낮 동안	5 (2.7)
	잠잘 때만	27 (13.7)
	하루 종일	96 (51.1)
	기타(교회 갈 때, 소풍 등)	54 (28.8)
기저귀 교환인	본인	44 (22.5)
	생활지도원 및 봉사자	138 (75.8)
기저귀 구입 방법	본인, 가족구입	36 (19.7)
	시설제공	146 (80.3)

② 노인의 보호수발 주제

노인의 보호수발 실태를 확인한 이윤경(2012)의 연구에 의하면, 노인장기요양보험제도 도입 이후 기존의 가족 중심의 노인 수발형태에서 사회적 서비스의 노인 보호 형태변화를 볼 수 있다. 수발이 필요한 대상자¹¹⁴⁾ 중 수발을 받고 있는 비율은 76.3%로 나타났으며, 이들 중 23.7%는 수발을 받고 있지 않았다. 수발을 제공하는 사람은 가족원이 72.1%로 가장 높았으며, 외부서비스를 이용하는 비율이 11.4%, 가족과 외부서비스를 함께 이용하는 경우가 13.1%이다. 수발을 받는 자 중 외부서비스를 받는 비율이 24.5%로 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 상당부분 증가한 결과라 볼 수 있다.

③ 노인장기요양보험 대상자의 노인성 요실금 관리현황

노인장기요양보험 하의 노인성 요실금 관리현황에 대한 조사가 미비하여, 노인장기요양보험 대상자 중 요실금 유병율, 시설 및 재가에서의 요실금 관리 주제, 노인장기요양보험 대상자중 성인용 기저귀를 필요로 하는 비율, 성인용 기저귀에 대한 평균 사용량 및 수급자의 요구도 등의 확인이 어려운 상황이다. 단, 요실금 관련 물품이 시설의 경우는 포괄수가제 형태로 평균 기저귀 사용량이 수가에 녹아있어 급여가 되고 있다고 볼 수 있다. 그러나 재가급여에 속하는 주·야간보호 및 단기보호의 경우 수급자의 기저귀 비용은 평균 사용량까지는 급여로 하되, 사용량이 많을 경우 비급여로서 실비 수납함을 원칙으로 하고 있다. 기타재가급여는 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로써 보건복지부장관이 정하여 고시한 것을 제공하거나 대여하여 주는 것으로 명시되어 있다. 이 중 요실금과 관련된 물품은 이동변기와 간이변기에 해당된다. 성인용 기저귀는 여기에 포함되어 있지 않아 민원이 계속 발생하고 있다.

2) 재가복지서비스 운영실태 및 요실금 관리의 시사점

① 재가복지서비스의 현황 및 의의

114) 2011년 노인실태조사에서 일상생활수행능력(ADL, Activities Daily Living)과 수단적 일상생활수행능력(IADL, Instrument Activities of Daily Living) 항목 중 1개 이상의 도움이 필요한 자를 수발이 필요한 대상으로 선정하였다.

재가복지서비스는 지역사회에 거주하고 있는 노인의 집을 방문하여 노후생활에 필요한 서비스를 노인이나 부양자에게 직접 제공하는 가정방문서비스(in-home service)를 말하고 중간적 의미는 인력을 파견하여 필요한 서비스를 제공하거나 지역사회의 이용시설을 활용하도록 하는 것을 의미하며, 넓은 의미의 재가복지서비스는 가정방문 서비스를 비롯하여 지역사회 내의 이용시설이나 주거보호시설에서 제공하는 제반서비스를 포함한 광범위한 지역사회보호를 의미한다. 1989년 개정된 노인복지법 제11조에서 재가노인이라는 용어를 처음 사용하였으며, 1993년 개정 사회복지사업법과 노인복지법 제2차 개정에 따라 재가노인복지사업이라는 공식적으로 사용되었다.

재가복지서비스는 노인들의 입장에서는 자신이 살아온 집에서 가족들과의 생활을 유지하며 통원 혹은 자택에서 서비스를 제공받는 것을 의미하며, 국가의 입장에서는 지역사회 혹은 가정에서 거주하는 노인들의 문제를 해결하는 가족 모두가 정상적인 생활을 할 수 있도록 하는 것을 말한다. 반면, 시설복지서비스는 정신적·육체적으로 일상생활을 유지하기 어려운 노인을 시설에 입소시켜 급식, 요양, 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스를 의미하므로, 재가복지서비스는 시설복지서비스와는 상반되는 의미로 사용하고 있다.¹¹⁵⁾

우리나라는 전통적으로 가정에서 노인을 부양하여 왔으나, 핵가족화 현상에 따른 노인 단독가구의 증가, 여성의 사회활동 참여로 인하여 노인을 부양할 수발자가 줄어들었으며, 노인부양 기능의 악화로 인하여 지역사회 및 국가로 부양책임이 전가되고 있고, 이로 인해 재가노인복지서비스의 필요성이 증가하고 있다.¹¹⁶⁾ 1980년 사회의 고령화로 인한 노인인구의 증가는 의료문제, 경제적 문제, 심리적 문제 등 여러 가지 사회문제를 야기하였고 시설보호만으로 노인문제를 해결할 수 없다는 동의하에 가정과 지역사회를 중심으로 하는 새로운 노인복지대책이 등장하게 되었다. 또한 서구 복지국가의 탈시설화 논쟁과 지역사회보호 이념의 등장은 우리나라의 재가노인복지사업의 발전에 영향을 미치게 되었다. 그 밖에 우리나라의 민간 노인복지기관인 한국노인복지회가 영국의 노인복지기관의 후원으로 자원봉사자를 이용한 가정봉사원 제도를 1987년 처음 도입하였고, 그 운영비의 일부를 정부예산으로 지원하게 된 것이 재가노인복지서비스의 공식적 실시 배경이 되었다.¹¹⁷⁾

115) 김동여. 노인장기요양보험제도에서 재가복지서비스의 개선방안에 관한 연구: 일반이용자와 수급권자의 재가방문요양서비스를 중심으로. 우송대학교 보건복지대학원, 2011.2.

116) 이상현. 우리나라 재가노인복지서비스의 문제점과 개선방안에 관한 연구. 경원대학교 사회복지대학원 석사학위논문. 2009.

117) 서상철. 현대재가복지론, 학현사, 2009.

최근 선진국에서는 재정부담 측면 뿐 만 아니라 사생활보호, 가족과의 유대감 유지 등 노인들의 삶의 질 측면에서 유리한 재가서비스의 제공이 늘어나고 있다(OECD, 2005). 또한 지역사회 안에서 장기적이고 지속적인 노인을 보호할 수 있도록 다양한 유형의 재가복지서비스를 이용하도록 하는 정책적 지원책이 마련되고 있다.¹¹⁸⁾ 우리나라 노인장기요양보험제도에서 장기요양급여 제공의 기본원칙으로 첫째, 노인의 심신상태, 생활환경과 노인 및 그 가족의 욕구선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적절하게 제공하여야 하며, 둘째, 노인이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 한다고 명시하여, 재가보호의 우선 원칙을 강조하고 있다.

이처럼 재가노인복지서비스는 가정과 지역사회에서 보호를 요하는 장애를 가진 사람의 기능장애를 완화시키고 보완해주는 내용이 많다. 최근 노인들은 근본적인 질병보다는 노화로 인한 신체 전반적인 기능약화와 기능장애가 많으며, 무료감이나 고독감에서 오는 심리적 장애도 중요하다고 할 수 있다. 그러므로 심신이 노쇠한 고령자들이 일상생활 수행에 불편이 있는 가정에 필요한 각종 서비스를 제공하여 가정이나 지역사회 안에서 정상적이고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하는 것이 재가노인복지서비스의 목적인 것이다.¹¹⁹⁾

실제 지역사회 내 재가복지서비스의 정착은 노년기 우울증 감소, 생활의욕 증가, 자녀와의 관계증진 등 수많은 노인들의 삶에 긍정적 효과를 가져왔다. 우리나라 시설생활 노인의 심리에 관한 연구를 보면, 노인에게 있어 시설입소란 지금까지 구축해온 생활을 중단해야 하는 것으로 원치 않은 입소의 경우 노인은 고립감, 무요감 등을 느끼며 생활할 수 있다고 한다.¹²⁰⁾ 이와 같은 시설수용에 대한 대안으로 재역사회 내에서 예방, 재활 및 치료를 목적으로 하는 재가서비스는 노인을 정상적 환경 속에서 물리적, 사회적으로 재활시키고 사회에 통합되도록 한다는 의미에서 시설중심의 서비스와 같이 요보호 대상자를 생활의 장으로부터 격리시켜 보호하지 않고 사회통합에 목적을 둔 양질의 서비스와 요구에 따라 재가복지서비스의 필요성을 찾을 수 있다.¹²¹⁾

118) 이재정. 장기요양보호노인의 시설입소 의향에 영향을 미치는 요인. 경성대학교 박사학위논문. 2010.

119) 행정복지연구 제2집. 지역사회를 기반으로 한 재가복지서비스 전달체계 현황과 발전방안. 2010년 6월. pp.101-122.

120) 이재정. 장기요양보호노인의 시설입소 의향에 영향을 미치는 요인. 경성대학교 박사학위논문. 2010.

121) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원 석사학위논문. 2011년 8월.

장기요양보험의 규정상 1등급과 2등급은 재가서비스 뿐만 아니라 시설서비스도 이용할 수 있는 가능성이 있으며, 3등급의 경우는 시설서비스의 선택가능성이 없고 재가서비스만을 이용할 수 있다는 점에서 구분된다. 시설서비스에 비해 재가서비스를 확대하는 것이 노인들의 삶의 질을 높이는 등 여러 장점이 있다는 측면에서 재가서비스 유인책으로써 재가서비스의 급여범위를 확대할 필요가 있다.

재가복지서비스를 이용하는 자는 노인장기요양보험의 대상자 중 3등급 이하의 판정을 받은 사람을 기준으로 하고 있으나, 1~2등급의 대상자라 하더라도 현실적으로 입소가 불가능하거나, 가족과 동거하며 서비스를 받고 싶은 자에게 요양보호사 등이 직접 방문하여 요양, 목욕, 간호 등을 받을 수 있는 것을 말한다. 장기요양인정으로 판정받은 재가복지서비스 대상자는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 등의 서비스를 받을 수 있다. 재가급여는 가정에서 요양보호사와 간호사 등이 제공하는 식사도움, 화장실 도움, 세면, 목욕, 말 벗, 외출행동, 간호서비스, 집안 청소 등 일상가사지원서비스를 말한다. 그리고 하루 중 일정시간 동안 주·야간 보호시설을 이용한 기본적인 요양서비스, 신체 또는 정신 기능 유지 및 향상 프로그램 등에의 참여, 가족 등이 불가피하게 일정기간동안 집을 비워야 할 경우 노인을 단기보호시설에 입소시켜 요양서비스를 제공하는 것도 재가급여에 포함된다. 2010년을 기준으로 재가급여의 월 한도액은 1등급은 1,140,600원, 2등급은 971,200원, 3등급은 814,700원이었다.¹²²⁾

② 재가복지서비스의 유형 및 내용¹²³⁾

재가복지서비스는 방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문간호서비스, 복지용구 대여 및 구매 6가지로 구분가능하며, 주요 서비스 내용은 다음과 같다. (표)

가. 방문요양서비스

방문요양서비스는 가정에서 일상생활을 영위하고 있는 노인으로서 신체적·정신적 장애로 어려움을 겪고 있는 노인에게 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후를 영위하도록 하는 서비스이다. 방문요양에 관한 서비스 내용으

122) 노인장기요양보험 홈페이지 법령자료실(2010).

123) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원, 2011.8.

로는 첫째, 신체활동 지원서비스(세면도구, 구강관리, 몸 청결, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아입히기, 목욕도움, 배설 도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능의 유지 증진 등 신체에 관한 서비스), 둘째 가사활동 지원서비스(취사, 침실 및 주변정돈, 세탁 등 가사에 관한 서비스), 셋째, 개인 활동 지원서비스(외출 시 동행, 일상 업무 대행 등 개인 활동에 관한 서비스), 넷째, 정서지원 서비스(말벗, 격려 및 위로, 생활상담, 의사소통 도움 등 정서에 관한 서비스)가 있다. 상담 및 교육에 관한 사항으로는 노인생활 및 신상에 관한 상담 서비스와 장애인 및 보호자의 교육이 있으며 노인결연에 관한 사항으로는 무의탁노인의 후원을 위한 결연사업이 있다.

나. 방문목욕서비스

방문목욕서비스란 목욕장비를 갖추고 재가노인을 방문하여 목욕을 제공하는 서비스이다. 서비스 내용은 목욕보조, 입욕시 이동보조, 몸 씻기, 머리 말리기, 옷 갈아입히기 등이며, 목욕 후 주변정리까지 포함한다. 이용비용은 노인장기요양보험법령이 정한 바에 따르며, 그 중 기초수급권자는 국가 및 지방자치단체가 전액 부담한다. 방문목욕은 이동식차량, 이동욕조 및 세면도구 등 장비를 이용하여 목욕을 제공한 경우를 말하며, 요양보호사가 대상자 가정을 방문하여 가정 내 욕조와 물을 이용하여 목욕을 제공하는 것은 방문 요양서비스에 해당한다.

다. 주·야간보호서비스

주·야간보호서비스란 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인의 주간 또는 야간동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 서비스이다. 주간보호사업은 1992년 정부지원으로 시작되었으며, 1993년 개정 노인복지법에 따라 재가복지사업으로 규정되어 무료 및 유료로 실시가 가능하며 영리를 목적으로 하는 단체에서도 가능하다. 주요사업내용으로는 생활기조 및 일상독작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스, 급식 및 목욕서비스, 취미, 오락, 운동 등 여가생활서비스, 노인결연에 관한 사항, 무의탁 노인 후원을 위한 결연사업, 이용 노인가족에 대한 상담 및 교육 등이 이루어진다. 국고 지원 시설의 경우 국민기초생활보장 수급권자는 무료로 이용함을 원칙으로 하되, 저소득층(도시근로자 월평균소득 미만)은 식비 등 서비스 내용에 따라 실비의 징수가 가능하다. 주간보호사업의 주체는 주간보호시설로서 전달체계는 중앙정부의 노인복지과를 거쳐 지방정부의

시·도 가정복지과에서 시·군·구 가정복지과로 전달된다.

표 14. 재가노인복지서비스의 유형별 사업내용

구분	사업내용
방문요양 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 방문요양에 관한 사항 ① 신체활동 지원서비스: 세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아입히기, 목욕도움, 배설도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능의 유지증진 등 신체에 관한 서비스 ② 가사활동 지원서비스: 취사, 침실 및 주변 정돈, 세탁 등 가사에 관한 서비스 ③ 개인활동 지원서비스: 외출시 동행, 일상업무 대행 등 개인활동에 관한 서비스 ④ 정서지원서비스: 말벗, 격려 및 위로, 생활상담, 의사소통 도움 등 정서에 관한 서비스
	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 및 교육에 관한 사항 ① 노인생활 및 신상에 관한 상담서비스 ② 장애인노인 및 보호자 교육
	<ul style="list-style-type: none"> • 노인결연에 관한 사항: 무의탁노인의 후원을 위한 결연사업
	<ul style="list-style-type: none"> • 입·목욕 준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기, 머리말리기, 옷 갈아입히기 등이며 목욕 후 주변정리까지 포함
방문목욕 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복 위한 서비스
주·야간보호서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 급식 및 목욕서비스 등 • 노인가족에 대한 교육 및 상담
단기보호 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 급식, 치료, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스 • 그 밖에 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 사업에 준하는 서비스
방문간호 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 방문간호사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 서비스 • 방문간호를 이용하고자 하는 수급자는 사전에 의료기관에서 방문 간호지시서를 발급받고, 이를 방문 간호서비스 이용시 기관에 제출
복지용구 대여 및 구매	<ul style="list-style-type: none"> • 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 서비스 (복지용구 연간 한도액은 160만원)

라. 단기보호서비스

단기보호서비스란 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 보호시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인 가정에 복지 증진을 도모하기 위한 서비스이다. 서비스 내용으로는 급식, 치료, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스, 그 밖에 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 사업에 준하는 서비스 등이다. 이용일수는 90일 이내로 하되, 연간 이용일수는 180일을 넘길 수 없다. 다만, 시장·군수·구청장은 중증질환이 있는 노인, 연고가 없는 노인, 취학·생계곤란 등의 사유로 인하여 부양능력이 없는 부

양의무자로부터 부양을 받지 못하는 피부양노인에 대하여는 90일을 초과하여 이용일수를 연장할 수 있다.

마. 방문간호서비스

방문간호사가 의사, 한의사, 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 서비스이다. 의료법 시행규칙 제22조에 따라 기본간호 및 교육, 훈련 및 상담 등을 제외한 일부 검사, 투약, 주사, 기본간호외의 간호 등을 실시하는 경우에는 의사의 처방(방문간호지시서)에 의하여 실시한다. 방문간호를 이용하고자 하는 수급자는 사전에 의료기관에서 방문간호지시서를 발급받고, 이를 방문간호서비스 이용 시 기관에 제출해야 한다.

바. 복지용구 대여 및 구매

수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 서비스이다. 복지용구의 연간 한도액은 160만원이다.

재가서비스 유형을 통해 알 수 있듯이 재가서비스는 노인의 일상생활지원이 가능한 서비스로 이루어져 있다. 그러므로 재가복지서비스는 노인을 위해 제공되는 일상생활의 원조 그 자체로 보는 것이 바람직하다. 그러므로 재가에서 생활하는 노인이 신체장애와 심신의 장애를 갖고 있다고 하더라도 우선 인간이며 인간적인 다양한 생활욕구와 정상적 활동에의 희망을 지니고 있다는 점을 가장 기본적으로 인식해야 한다. 이와 같은 기초 인식과 이해를 바탕으로 재가노인의 생활욕구와 그 욕구를 충족하기 위한 일상적 활동을 가능하게 원조하면서 그의 생활영역을 지원하는 것이 재가노인복지서비스의 목표이다. 이러한 본래목적 달성을 위해 성인용 기저귀의 급여화는 고려해볼 필요가 있다.

특히 재가노인의 경우에 있어서는 자립적인 생활이 가능한 측면도 있는 반면에, 어떠한 형태로든 신체적·심신상의 생활장애를 지니고 있으므로 자립이 곤란하여 타인의 도움에 의존하지 않으면 안 되는 측면도 있다. 그러므로 재가노인복지서비스란 자립적 생활 및 의존적 생활을 원하는 것을 주요내용으로 하며 이러한 원조의 조건으로서 방문요양서비스, 방문간호서비스, 방문목욕서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 복지용구 대여·구매의 서비스 지원이 재가노인복지서비스가 되는 것이다. 재가복

지서비는 노인의 삶의 질적 수준을 도모하고자, 노인의 포괄적 욕구 해결에 필요한 관련서비스 및 프로그램을 제공하는 서비스이다. 노인의 욕구는 주로 질병 및 건강관리 욕구와 생활 및 사회, 문화, 경제 활동 욕구 등으로 포괄적으로 관리되어야 하며, 연령증가와 더불어 노인생활의 독립성이 감소되므로 관련시설이나 전문가에 의존하여 욕구를 해결하게 된다. 따라서 재가노인복지서비스는 개개인의 노인생활에 필요한 포괄적 욕구가 개인해결로는 곤란하거나, 보다 효과적이며 효율적 해결을 필요로 하는 경우에 이용된다.

재가거주노인에게 제공되어야 할 포괄적 욕구해결 기능 중 우선순위로 갖추어야 할 기능은 노인의 질병 및 건강관리와 생활 및 사회활동 관리이다. 그리고 질병의 관리 욕구는 그 정도에 따라 시설과 기관의 형태를 달리하여 의료체계와 연계되어 연속적 관리가 가능하도록 체계화되어야 한다. 따라서 인간다운 삶이란 건강하고 문화적인 삶을 영위하는 것으로서 가정에서의 기본적인 의식주의 해결뿐만 아니라, 심리사회적인 욕구충족, 정신적 만족감을 이룰 수 있는 재가복지서비스를 제공하여야 한다.

③ 재가복지서비스 이용자 만족도

최근 조사한 재가서비스의 만족도 현황을 살펴보면, 2009년 건강보험에서 실시한 만족도 조사에서 재가서비스의 전반적 만족도는 93.4%로 시설의 89.6%보다 높게 나타났다. 재가서비스는 이용자의 장기요양등급이 중증일수록, 신체수발자가 없을수록, 치매증세가 없거나 중증일수록 전반적 만족도가 높았다. 이용하고 있는 재가서비스의 이용종류를 살펴보면, 방문요양이 90.2%로 가장 많았고, 다음으로 방문목욕(19.1%), 복지용구 대여 및 구입(11.1%), 주·야간보호(5.5%) 등의 순이었다. 또한 현재 이용 중인 서비스의 개수는 평균 1.3개였고, 1개(75.3%), 2개(20.3%), 3개(3.8%)의 순으로 높은 비중을 차지하였다. 재가서비스 이용자의 서비스 조합 유형을 살펴보면, 가장 빈도 높은 유형은 방문요양서비스 한 가지만 이용하는 것이었고, 방문요양+방문목욕, 방문요양+복지용구 등의 순이었다. 이용자의 욕구에 따른 재가급여의 혼합적 이용이 기대되었으나, 서비스 공급과 이용이 모두 방문요양 및 방문목욕 중심으로 편향되어 이루어지고 있으며 재가급여지출 중 약 91%가 방문요양 및 방문목욕에 집중되어 있다. 그리고 이용형태별로 재가서비스 전반적 만족도를 비교한 결과, 방문요양서비스만을 이용하는 집단에서 가장 높은 만족도를 보이는 것으로 나타났다.

그러나 제도 시행 2년 6개월 시점에서 조사된 서비스의 높은 만족도 수준은 제도 도

입초기 만족도 인플레이션 현상은 신중하게 분석될 필요가 있다. 서비스 만족도에 대한 결과해석에 있어 장기요양 서비스에 대한 인식부족과 제도정착 이전의 혼란 과정 측면에서 다음의 가능성을 고려해야 한다. 첫째, 이용자가 서비스에 대한 권리의식보다 수혜적 성격을 가짐으로써 상당히 높은 만족도가 나타난 것으로 해석해볼 수 있다.¹²⁴⁾ 장기적으로는 수급권의 성격으로 전환되면서 권리의 측면이 부각되어 서비스에 대한 기대와 요구수준이 높아질 것이다. 둘째, 노인장기요양보험 제도도입 초기에 발생하는 수급자의 무경험과 인식부족은 만족도에 있어 왜곡현상을 보일 수 있으므로, 제도정착 과정에서 정책적 오류를 유도할 가능성이 있다. 셋째, 서비스 수급자의 만족도는 급여수급의 비대상자는 탈락자를 배제함으로써 제한적 평가가 이루어지고 이를 통한 대표성에 문제가 발생가능하다.¹²⁵⁾

노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 석지연(2011)의 연구결과에 따르면, 재가복지서비스를 이용하는 65세 이상 노인들 중 서울 및 경기 일부지역에 거주하는 응답자들의 이용서비스 유형은 방문요양서비스가 가장 많았고, 다음으로 복지요구대여서비스와 방문목욕서비스를 이용하고 있으며, 복지요구에 대해 높은 만족도를 나타냈다. 현행의 재가복지서비스가 응답자의 능동적 생리욕구를 충족하는지 확인하기 위해 평소 대·소변 활동에 대한 만족여부를 물어 본 결과, 전혀 그렇지 않다는 응답이 15명(4.4%), 그렇지 않다는 응답이 151명(44.2%), 그렇다는 응답이 150명(43.9%), 매우 그렇다는 응답이 26명(7.9%)로 나타나 상당수의 응답자들이 대·소변 활동에 만족하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 응답자의 대부분이 제공된 음식 및 음식수발, 그리고 생활공간의 청결도에 만족하고 있는 것을 비추어 보았을 때, 대·소변 관련 재가복지서비스의 확대가 필요할 것으로 보인다. 이는 대·소변 관련 재가복지서비스 이용확대 필요가 시사한다.

최종일(2010)은 재가노인복지서비스 이용자의 만족도를 지역적요인, 경제적 요인, 가구형태 요인, 장기요양인정등급 요인에 따라 비교하였으며, 서비스 이용의 만족도를 신뢰성, 대응성, 능력, 반응성, 우대, 의사소통, 신용, 고객이해, 유형성이라는 9가지 차원에서 파악하였다. 조사결과 서비스에 대한 만족도 평균점수는 100점 만점을 기준으로 86.8점으로 나타나 전반적으로 서비스에 대해 만족하고 있으나, 현재 받고 있는 서비스로는 생활이 충분하지 못한 것이 나타나, 급여 보장성 확대가 필요함을 시사하

124) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원, 2011.8.

125) 이빠라. 노인장기요양보험 재가서비스 만족도에 관한 연구: 서울특별시 재가복지시설을 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원, 2009.2.

고 있다.

이빠라(2009)는 자원요인, 요구요인, 서비스이용요인 등으로 상대적 서비스 만족도의 영향요인을 분석하였다. 연구결과 요양보호자의 질이 만족도에 영향을 미치는 가장 중요한 결정적인 요인으로 나타났다. 또한 이용자 본인이 필요에 맞는 서비스를 직접 찾아 서비스를 받음으로써 더 만족스러운 서비스를 이용하는 것을 알 수 있었다. 민원제기가 가장 많은 성인용기저기 급여화를 이루면, 이용자 만족도가 올라갈 것이라 예측해 볼 수 있다.

최순남(2009)은 전달체계를 장기요양 인정신청에서 결과통보까지의 1단계와 시설 및 재가서비스 이용의 2단계로 나누어 만족도를 조사하였다. 연구 결과, 1단계에서는 보호자의 90.4%, 서비스이용자의 85.5%가 만족하는 것으로 나타났으며, 2단계에서는 재가서비스 만족도는 이용자 90.0%, 이용자 64.7%로 이용자의 만족도 비율이 보호자에 비해 낮았다. 대체적으로 1단계 및 2단계 모두에서서비스 이용에 관한 만족도는 모두 높은 수준을 보였다. 그러나 이용자 만족도를 살펴보면 시설이용자보다 재가서비스 이용자의 만족도가 높았다. 노인이 가정에 머물면서 신체적·정신적 기능을 유지하여 정상적인 일상생활을 영위할 수 있도록 도와주는 것이 이용자 중심의 재가복지서비스로 재가복지서비스에 대한 보장성 확대 필요하다.

④ 재가복지서비스 활성화 방안

장기요양보험제도하에서 재가노인복지사업의 활성화 방안에 관한 박인숙(2008)의 연구결과, 재가복지서비스를 활성화 하기위해서는 적용대상의 개선으로 적용대상 등급 외의 노인들에 대한 적용범위를 확대해야 하면, 서비스 내용 개선을 위해 재가시설의 확충은 물론 지역밀착형 서비스 실시와 인력 인프라 확보를 위해 기전인력의 질적 향상은 물론 요양인력의 교육 수준을 높이는 것이 중요하다고 제시하고 있다. 또한, 전달체계 개편으로 서비스 대상과 가장 가까운 수준에서의 행정체계 통합화를 통해, 단일기관의 욕구사정, 케어플랜 작성, 서비스 조정, 질 관리 및 재정관리 같은 핵심기능을 수행할 수 있도록 행정적 구조의 개선이 필요하다고 제시하고 있다.

3) 복지용구 급여현황 및 요실금 관리의 시사점¹²⁶⁾

126) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012.8.

① 복지용구서비스의 필요성 및 근거조항

복지용구서비스는 신체적·정신적 노화로 인하여 도움이 필요한 노인들에게 요양서비스와 더불어 노인들의 자립적인 신체기능을 유지하며, 삶의 질을 향상시키는데 도움을 주는 주요한 수단으로서 그 역할을 하고 있다. 더불어 요양서비스를 해주는 가족이나 요양보호사들이 노인들에게 원활한 복지서비스를 할 수 있게 보조역할을 해줌으로써 재가에서 좀 더 향상된 요양서비스를 제공하기 위한 적절한 복지용구의 이용과 그 중요성이 더 부각되고 있다.

노인장기요양보험법 제23조 제1항에 의하면, 기타재가급여로 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로써 대통령이 정한 것이라고 규정하고 있으며, 동법 시행규칙 제9조 기타재가급여에 의하면, 법 제23조 제1항 제1호에 따른 기타재가급여는 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로서 보건복지부장관이 정하여 고시한 것을 제공하고나 대여하여 주는 것이라고 명시되어 있다. 동법 제19조 기타재가급여 제공기준 등의 의하면, 제1항 장기요양기관은 제9조에 따라 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 것을 제공하는 경우에는 품목별 내구연한 등을 고려하여 구입 또는 대여방식으로 제공하여야 하며, 제2항에서는 복지용구의 품목별 급여대상의 범위, 세부적인 제공기준 및 절차 등 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다고 명시하고 있다. 복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시는 복지용구의 급여품목, 품목별 급여대상의 범위, 세부적인 제공기준 및 절차, 전문적인 심의기구의 구성·운영 등 그 밖의 필요한 사항을 규정하고 있다.¹²⁷⁾

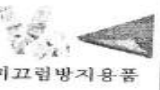


② 복지용구 급여종류

기타재가급여에 속하는 복지용구급여는 구입방식과 대여방식 두 가지가 있다. 급여품목은 구입품목은 10종으로 ① 이동변기, ② 목욕의자, ③ 보행차, ④ 보행보조차, ⑤ 안전손잡이, ⑥ 미끄럼 방지용품 (미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말), ⑦ 간이변기 (간이대변기·소변기), ⑧ 지팡이, ⑨ 욕창예방 방석, ⑩ 자세변환용구가 포함

127) 보건복지부 고시 제2009-185호, 2009.10.01., 보건복지부 고시 제2010-33호, 2010.06.01.

되며, 대여품목은 6종으로 ① 수동휠체어, ② 전동침대, ③ 수동침대, ④ 욕창예방 매트리스, ⑤ 이동욕조, ⑥ 목욕리프트가 해당된다. 이와 같이 급여품목은 16종으로 한정되나 품목에 따른 각각의 제품은 수십 가지가 될 수 있으며, 구입 품목과 대여 품목은 보건복지부 고시 과정에서 변경될 수 있다. 16개 품목의 복지용구가 노인장기요양보험 수급자에게 연 한도액 160만원 범위 안에서 제공되고 있다.

그림 9. 복지용구급여 구입품목 10종




품목	용도	품목	용도
 이동변기	화장실로 이동하기 어려운 분에게 대·소변을 처리할 수 있는 도구	 보행보조차	스스로 보행이 가능한 분들이 외출 시 보행 등에 이용
 보행자	보행이 불편한 분들의 보행보조를 위한 보조기구	 목욕의자	목욕 시 대상자의 자세유지 및 편안한 목욕 실시
 안전손잡이	수발자의 노고를 줄이고 어르신들의 자립 환경을 조성	 미끄럼방지용품	실내에서 미끄러지지 않게 하여 사고를 예방
 간이변기	이동이 불가능한 상태에서 용변을 해결	 지팡이	보행이 불편한 어르신에게 보행 보조함
 욕창예방방석	장시간 앉아 있을 때 욕창을 예방	 자세변환용구	장시간 누워있는 분들의 자세 및 위치를 변환

<그림 2-1> 구입품목 : 10개 품목
출처 : 노인장기요양보험 <http://www.longtermcare.or.kr/>

이 중 요실금과 관련된 물품은 이동변기와 간이변기에 해당한다. 이동변기는 휴대용 화장실이라는 의미로서 혼자서 움직이기 힘든 이용자가 스스로 배설할 수 있도록 돕기 위한 용품이다. 보행이 불편하다거나 움직이는 속도가 현저히 느려서 화장실에 가는 도중 소변이 샌다든지 소변이 참기 힘든 사람들에게 유용하다. 이동변기는 여러 종류가 있는데 가장 일반적인 형태는 양변기형으로 팔걸이와 등받이, 손잡이 등이 달려있다. 주로 침대 가까이에 두고 이용하는데, 이동변기를 방안에 둘지는 이용자의 신체상태, 주변 환경상황 등을 고려하여 정한다. 거실에서의 동선을 감안하는 것도 중요하다. 휴대용이기 때문에 밖에서 이용할 수 있는 것도 있다. 사용하는 사람의 신체

사이즈에 맞춰 조절이 가능하며 앉은 자리까지 높이를 조절할 수 있는 것도 있지만 조절 폭이 그다지 크지 않다. 좌석이 낮으면 양변기에서 일어설 때 힘이 많이 들 수 있으며 다른 사람이 보조해 줄 때도 번거로울 수 있다. 간이변기는 거동이 불편한 고령자가 침대 등에서 용변을 해결할 수 있도록 하는데 이용된다. 반듯하게 누운 상태에서 사용하며 가정에서 사용할 때는 높이가 낮은 플라스틱 소재의 소형변기를 사용하는 것이 도움이 된다.¹²⁸⁾ 이와 같은 현황을 보았을 때, 성인용 기저귀도 복지용구 급여 구입품목에 포함시킬 수 있을 것이다. 미끄럼방지 용품으로 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말을 묶어서 제공하며, 그 중 미끄럼방지양말 제공개수를 제한하는 것처럼, 배변관련 용품인 이동변기, 간이변기, 성인용 기저귀를 묶어서 제공하되, 금액의 한도를 설정하여 그 한도 내에서 개인의 상태에 맞추어 급여하게 된다면 과도한 비용발생을 억제하면서도 수급자의 만족도를 높일 수 있을 것이다.

그림 10. 복지용구급여 대여품목 6종

품목	용도	품목	용도
 수동휠체어	보행이 불가능하거나 장시간 보행이 곤란한 경우 이용	 전동침대	일어서는 동작 등을 보조하고 자립을 지원
 수동침대	일어서는 동작 등을 보조하고 자립을 지원	 욕창예방매트리스	체중을 분산하고 통풍을 원활하게 하여 욕창을 예방해 줌
 이동목조	거동이 불편한 대상자가 스스로 욕실까지 이동할 수 없을 때 거실이나 침대 등에서 목욕을 시킴으로써 본인은 물론 수발자의 부담을 경감하기 위함	 목욕리프트	하지가 불편한 고령자가 욕조에서 목욕할 수 있도록 함으로써 노인의 청결 유지와 혈액순환 원활화를 도모하고 수발자의 경감을 위함

<그림 2-2> 대여품목 : 6개 품목
출처 : 노인장기요양보험 <http://www.longtermcare.or.kr/>

128) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012.8.

③ 복지용구 급여기준

표 15. 노인장기요양보험 급여고시 품목 및 내구연한

품 목		내구 연한	품 목		내구 연한
구입 품목 (354 개 제품)	이동변기(32개 제품)	5년	대여 품목 (155 개 제품)	수동휠체어(62개 제품)	5년
	목욕의자(33개 제품)	5년		전동휠체어(62개 제품)	10년
	보행차(40개 제품)	5년		수동침대(26개 제품)	10년
	안전손잡이(54개 제품)	없음		욕창방지매트리스(34개 제품)	3년
	미끄럼방지용품(84개 제품)	없음		이동욕조(6개 제품)	5년
	간이변기(18개 제품)	없음		목욕리프트(2개 제품)	3년
	지팡이(70개 제품)	2년			
	욕창예방방석(70개 제품)	3년			
자세변환용구(55개 제품)	없음				

출처: 노인장기요양보험 홈페이지 <http://www.longtermcare.or.kr/>

심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는데 어려움이 있는 노인장기요양보험 인정자에게 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하는 복지용구 급여는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 것을 구입하거나 대여하여 이용할 수 있는 급여로써 노인장기요양 인정자 중 시설급여를 이용하지 않는 인정자에게만 제공되며 복지용구 급여를 받는 도중 시설에 입소하게 되면 그 시점부터 복지용구의 구입 및 대여를 중단한다. 또한 수급자가 의료기관에 입원한 기간 동안에는 전동침대, 수동침대, 이동욕조, 목욕리프트를 제공할 수 있다. 내구연한이 정해진 복지용구품목은 내구연한 내에서 각 품목당 1개 제품만 구입할 수 있으며, 전동침대와 수동침대는 동일품목으로 본다.

복지용구의 적절한 이용을 위해 자세변환용구와 미끄럼방지용품은 2011년 6월부터 최대급여 가능개수를 제한하여 제공하고 있다. 연한도액 적용기간 중 미끄럼방지요양말은 12켤레, 미끄럼방지매트·미끄럼방지역은 5개, 자세변환용구는 5개를 구입할 수 있도록 구입 수량을 한정하였다. 성인용 기저귀도 급여화 하여 제공하되 급여한도액을 설정하여 제공하면 도덕적 해이를 방지하면서 수급자들의 이용만족도를 높일 수 있을 것이다. 복지용구를 대여하는 경우 각 품목당 1개 제품만 대여가 가능하며, 2010년 6월 1일 이전 동일한 품목을 구입하였을 경우에는 내구연한이 끝난 후 대여하여 사용할 수 있다. 구입제품의 내구연한 기간 중 훼손으로 사용이 불가능한 경우 별도의 '복지용구 추가급여 신청서'를 국민건강보험공단에 제출하고 공단이 이를 확인한 경우에는 내구연한 이내라도 급여를 다시 제공받을 수 있다. 또한 수급자가 복지용구와

동일한 품목을 법령에 의해 지급 받는 경우 급여가 제한될 수 있다.

2011년 11월 기준 복지용구 16개 품목 별 지정된 제품 수를 살펴보면 구입품목에서는 이동변기 32개 제품, 목욕의자 33개 제품, 보행차 40개 제품 등 463개 제품의 급여가 제공되고 있으며, 대여품목에서는 수동휠체어 62개 제품, 전동침대 74개 제품, 수동침대 26개 제품, 욕창예방방방 매트리스 34개 제품 등 204개 제품이 급여로 제공되고 있다. 2011년 상반기동안 제공한 복지용구 급여건수는 338,519건으로 2008년 대비 17.4% 증가하였다. 구매품목에서는 미끄럼방지용품 40.5%, 이동변기 9.8%, 목욕의자 9.5%, 자세변환용구 8.5% 순으로 급여건수를 차지하였고, 대여품목에서는 수동휠체어 41.4%, 전동침대 34.9%, 욕창예방매트리스 17.4% 순으로 급여건수가 이루어졌다.

표 16. 복지용구 품목별 급여건수

(단위: 개)

구분	품목	2008년	2009년	2010년	2011년 상반기
구매 품목	목욕의자	4,004	17,476	20,744	12,318
	안전손잡이	1,981	11,352	7,889	4,597
	미끄럼방지용품	7,343	80,934	64,848	52,001
	욕창예방방석	1,661	8,625	13,378	9,801
	지팡이	2,276	12,701	14,950	9,064
	보행차	3,048	14,558	18,324	9,816
	보행보조차	2,733	12,081	5,173	2,738
	자세변환용구	5,466	33,422	15,051	10,953
	이동변기	4,157	20,515	24,166	12,563
	간이변기	1,144	7,662	9,271	4,694
구매 품목 소계		33,813	219,326	193,794	128,545
대여 품목	이동욕조	-	2,189	5,642	6,171
	목욕리프트	-	38	349	207
	수동침대	4,503	21,371	15,492	6,684
	전동침대	5,958	50,161	83,426	73,386
	수동휠체어	7,498	57,211	99,901	87,022
	욕창예방매트리스	7,245	39,421	33,524	36,504
대여 품목 소계		25,204	170,391	249,334	209,974
합 계		59,017	389,717	443,128	338,519

자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계

④ 복지용구 사용 판정기준

신체기능상태 판정기준은 노인장기요양보험법 시행규칙에 따른 장기요양인정조사표 제2호 가목 '신체기능(기본적 일상생활기능) 영역' 및 바목 '재활 영역', 마목 '간호처

치 영역' 각 항목의 판정기준을 적용하며, 장기요양인정조사표에 나타나는 영역별 조사내용을 바탕으로 복지용구급여확인서에 복지용구 품목을 명시함으로써 장기요양인정자들이 복지용구 급여를 이용할 수 있도록 하고 있다. (표) 성인용 기저귀를 급여할 경우 사용이 불필요한 신체기능상태와 신체기능상태 판정기준 정하여야 한다.

표 17. 복지용구 품목별 사용이 불필요한 신체기능상태 및 판정기준

품목별	사용이 불필요한 신체기능상태	신체기능상태 판정기준
이동변기	-변의를 느끼지 못하는 상태 -완전와상으로 항상 기저귀를 착용해야만 하는 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑪ 소변조절하기 ⑫ 대변조절하기 모두 [완전도움]
목욕의자	-완전와상으로 스스로 전혀 움직이지 못해 앉은 자세를 유지할 수 없는 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑥ 체위변경하기 ⑦ 일어나 앉기 모두 [완전도움]
보행차	-양측 상지를 이용할 수 없어 보행차를 잡을 수 없는 상태 -양측 하지를 이용할 수 없어 일어설 수 없는 상태	2-바 [재활영역] 1. ① 우측상지 ② 좌측상지 모두 [완전운동장애] 이거나 2. ③ 우측하지 ④ 좌측하지 모두 [완전운동장애]
보행보조차	-중심이동이 어려운 상태 -양측 상지를 이용할 수 없어 보행차를 잡을 수 없는 상태 -양측 하지를 이용할 수 없어 일어설 수 없는 상태 -인지능력이 없어 혼자서 외출하는 것이 위험한 상태	2-가-1) [신체기능영역] 1. ⑨ 밖으로 나가기 [완전도움] 이거나
		2-바 [재활영역] 1. ① 우측상지 ② 좌측상지 모두 [완전운동장애] 이거나 2. ③ 우측하지 ④ 좌측하지 모두 [완전운동장애]
		2-나 [사회생활기능영역] 4. ⑧ 근거리 외출하기 [완전도움]
안전손잡이	-양측 상지를 이용할 수 없어 안전 손잡이를 잡을 수 없는 상태	2-바 [재활영역] ① 우측상지 ② 좌측상지 모두 [완전운동장애]
미끄럼방지용품	-일어서는 것이 불가능하여 혼자서 보행이 불가능한 상태	2-바 [재활영역] ③ 우측하지 ④ 좌측하지 모두 [완전운동장애]
지팡이	-양측 상지를 이용할 수 없어 지팡이를 잡을 수 없는 상태 -양측 하지를 이용할 수 없어 일어설 수 없는 상태	2-바 [재활영역] 1. ① 우측상지 ② 좌측상지 모두 [완전운동장애] 이거나 2. ③ 우측하지 ④ 좌측하지 모두 [완전운동장애]
욕창예방방석	-스스로 체위변경하기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나가기 가능한 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑥ 체위변경하기 ⑧ 옮겨 앉기 ⑨ 방밖으로 나가기 모두 [완전자립]
자세변환용구	-스스로 체위변경하기, 일어나 앉기가 가능한 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑥ 체위변경하기 ⑦ 일어나 앉기 모두 [완전도움]
전동침대	-집안에서 스스로 이동이 가능한 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑨ 방밖으로 나가기 [완전자립]
수동침대	-집안에서 스스로 이동이 가능한 상태	2-가-1) [신체기능영역] ⑨ 방밖으로 나가기 [완전자립]
욕창예방매트리스	-스스로 체위변경하기와, 일어나 앉기, 옮겨 앉기가 가능하고 욕창이 발생하지 않은 대상자	2-가-1) [신체기능영역] ⑥ 체위변경하기 ⑦ 일어나 앉기 ⑧ 옮겨 앉기 모두 [완전자립] 이면서

			2-마 [간호처치 영역]	④ 욕창간호 [없다]
이동 욕조	-집안에서 상태	스스로 이동이 가능한	2-가-1) [신체기능 영역]	⑨ 방밖으로 나가기 [완전자립]
목욕 리프트	-집안에서 상태	스스로 이동이 가능한	2-가-1) [신체기능 영역]	⑨ 방밖으로 나가기 [완전자립]

출처: 보건복지부고시 제2009-185호, 2009. 10. 01 제4조 제2항 관련

⑤ 복지용구서비스 전달체계

가. 서비스 전달과정

국민건강보험공단이 노인장기요양보험 인정조사 시 인정조사표에 의거 수급자의 신체 기능 상태에 따라 필요하다고 인정되는 복지용구 품목을 정하며, 이에 따른 해당 품목을 복지용구급여확인서를 통해 장기요양 인성서 및 표준이용계획서와 함께 전달한다. 또한 수급자가 신체 기능상태의 변화 등으로 인하여 구입 또는 대여할 수 있는 품목의 변경을 원할 경우 복지용구 추가급여 신청서를 공단에 제출하고, 공단은 이를 확인하여 신체기능상태 변화 등에 따른 품목을 다시 정하여 변경된 내용의 복지용구 급여확인서를 수급자에게 다시 송부하게 된다. 노인장기요양보험법에 따라 노인장기요양인정자로 통보받은 수급자는 복지이용급여를 이용하기 위해 복지용구사업소를 방문할 때에는 장기요양인정서와 복지용구급여확인서를 지참하여야 한다.

일반수급자는 사용 가능한 복지용구를 즉시 구입·대여하여 사용할 수 있으나 의료급여법에 따른 의료급여수급자는 복지용구사업소를 방문하여 수급자에게 필요한 복지용구를 결정한 후 수급자의 주소지 관할 시·군·구청에 ‘노인장기요양인정서’, ‘장기요양 입소·이용 신청서’, ‘재가급여서비스 내역서’, ‘표준장기이용계획서’, ‘복지용구급여확인서’를 제출하여야 한다. 관할 기관은 수급자의 복지용구 이용을 심사 승인한 후 해당 복지용구사업소와 관할 국민건강보험공단에 ‘입소·이용 의뢰서’, ‘재가급여서비스 내역서’를 송부한다. 복지용구사업소는 통보받은 ‘입소·이용 의뢰서’, ‘재가급여서비스 내역서’에 있는 내역에 따라 복지용구를 판매 또는 대여를 제공한다.

복지용구 사업소는 장기요양 인정자가 이용하고자 하는 품목을 지정받았는지 여부, 내구연한 안에서 재구입 가능여부, 급여개수의 제한 등 복지용구 급여가능여부를 확

인하기 위해 국민건강보험공단 노인장기요양보험 포털사이트를 통하여 확인한다. 의료급여법에 따른 의료급여수급자는 장기요양기관 ‘입소·이용의뢰서’에서 확인한다. 복지용구 사업소를 방문한 장기요양인정자와 복지용구 이용에 관한 계약을 체결하고 복지용구사업소는 계약서 2부를 작성하여 1부는 수급자에게 1부는 복지용구사업소에서 보관한다. 복지용구 이용 계약 체결에 따라 복지용구 사업소는 본인부담율에 따른 본인부담금을 장기요양인정자에게 청구하여 제공하며, 나머지 공단부담금은 국민건강보험공단에 청구한다. 복지용구를 제공할 때에는 복지용구사용방법, 사용상 유의사항, 고장 시 대처방법 등을 안내하여야 한다. 복지용구 사업소는 장기요양인정자와 체결한 계약 내용을 건강보험공단 노인장기요양보험 포털(복지용구 계약내역서 등록화면)에 직접등록하거나 모사전송으로 지사에 장기요양급여계약내역을 통보하여야 한다. 계약내역이 변경된 경우에도 동일한 방법으로 처리하여 변경내역을 통보한다.

나. 복지용구 사업소

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류), 법 제32조(재가장기요양기관의 설치)에 의거하여 복지용구 사업을 하고자 하는 자가 관할소재지 시·군·구에 재가장기요양기관 설치신고서, 일반현황, 인력현황, 시설현황 각 1부와 사업계획서, 운영규정, 정관, 법인등기부등본(법인의 경우), 의료기기판매(임대)업 신고증명서 사본 등의 서류를 제출하면 된다. 기관 설치신고와 구비서류의 유무를 확인한 시·군·구 담당자는 사업자가 작성한 신고서류를 근거로 복지용구 사업소가 설치기준을 갖추었는지 현지 방문하여 확인한 후 지정한다.

장기요양기관 및 재가장기요양기관의 시설기준이 2010년 1월 1일 개정되기 전에는 ‘복지용구의 모든 품목을 각각 최소 1개 이상 진열하고, 수급자가 상품을 직접 보고 체험할 수 있는 공간 33m²(10평)이상’이었으나 시행규칙의 개정 후에는 복지용구를 진열하고 진열된 복지용구를 수급자가 직접 보고 체험할 수 있는 공간 23.1m²(7평)으로 축소되었으며, 복지용구가 최소 1품목만 진열되어도 될 수 있도록 완화하였다. 관리 사무실은 별도 공간이 필요하고 대여제품 회수, 보관 등을 위하여 대여제품을 충분히 수납할 수 있는 공간이 있어야 하며, 사업소 내에서 세정소독을 진행하는 경우 자체적 소독 가능한 소독 설비 및 공간 등을 갖추어야 한다. 다만 직접 대여제품 세정 소독을 수행하지 않을 경우는 별도 공간을 확보하지 않아도 되고, 세정 및 소독을 전문적으로 하는 소독 전문업체에 위탁계약을 하면 된다.

노인장기요양보험 시행규칙 별표1(장기요양기관 및 재가장기요양기관의 인력기준)에 따라 관리책임자 1명과 사무원은 필요인원을 두고 모든 종사자는 기관장과 근로계약이 체결되어야 한다. 복지용구 사업소와 방문요양 등 재가장기요양기관의 '관리책임자'는 겸직이 불가하다. 다만, 복지용구와 방문요양 사업을 같이하고자 하는 경우 복지용구와 방문요양 대표는 겸하고 관리를 전담할 관리책임자를 별도로 두면 된다.

⑥ 복지용구서비스 재정체계¹²⁹⁾

표 18. 급여종류별 총요양비 현황

(단위, 백만원)

구 분	2009년	2010년	2011년 상반기
방문요양	828,482	1,282,456	669,574
방문목욕	45,687	78,676	41,305
방문간호	6,911	6,949	3,100
주야간보호	70,7744	83,760	44,508
단기보호	96,524	36,760	3,496
복지용구	67,330	71,881	31,370
재가급여 계	1,115,679	1,560,592	793,353
노인요양시설	248,936	454,392	299,835
노인요양시설(구법)	177,328	155,385	66,710
노인전문요양시설(구법)	379,543	380,127	177,708
노인요양공동생활가정	50,304	102,991	68,964
노인요양시설(단기보호전환)	-	92,099	60,966
시설급여 계	856,111	1,184,994	674,183
총 계	1,971,789	2,745,586	1,467,536

자료: 국민건강보험, 2011 장기요양보험통계연보 및 주요통계

복지용구의 급여비용 연간 한도액 적용기간은 수급자의 유효기간 개시일로부터 1년간이며, 현재 보건복지부장관이 고시한 복지용구 급여비용 연간한도액은 160만원이다. 복지용구 급여비용은 구입가격과 대여가격을 합산한 총액이 연간한도액을 초과하면, 초과한 금액은 전액 본인이 부담하도록 되어 있다. 복지용구 구입가격 및 대여가격은 장기요양 심의위원회에서 정한 가격으로 산정한다. 복지용구 대여가격은 월 단위로 산정하며 월 중에 대여급여가 시작되거나 종료되는 경우 일자별로 산정한다. 다만 연속되는 급여일수가 15일 미만일 경우에는 월 대여가격의 1/2로 산정한다. 복지용구를 대여하는 기간에 수급자가 의료기관에 입원하거나 단기시설에 입소하는 경우 입원 또는 입소기간 중 최대 15일까지 대여가격을 산정한다.

129) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012. 8.

2011년 상반기 장기요양보험 주요통계에 따르면 복지용구 이용에 따른 총 요양비는 2011년 상반기 장기요양 총 요양비 중 2.1%로 나타나고 있으며, 2009년에는 장기요양 총 요양비의 3.4%를, 2010년에는 총 요양비의 2.6%를 복지용구 이용을 위해 사용하였다.

⑦ 복지용구서비스 만족도 및 개선방안¹³⁰⁾

(1) 복지용구서비스 만족도

노인장기요양제도가 도입된 이후 노인장기요양서비스 만족도에 대한 연구가 많이 진행되어 오고 있으나, 주로 시설급여서비스 및 방문요양서비스에 대한 연구에 편중되어 있다. 시설급여서비스 및 방문요양서비스는 노인장기요양급여에서 차지하는 비중이 높은 반면 복지용구급여는 노인장기요양급여 중 약 3% 정도의 적은 비중을 차지하기 때문에 복지용구서비스에 대한 연구는 드물게 이루어지고 있다.

최순남(2009)은 노인장기요양서비스 이용 및 만족도 조사연구에서 급여별 장기요양서비스 만족도 중 복지용구서비스에 대한 전반적인 만족도를 조사하였으며 조사대상자의 91.7%가 만족하는 것으로 나타났다. 장문영·정혜영(2010)의 연구에서 복지용구급여 서비스를 신청하는 과정에서 작업치료중재 유무에 따른 대상자의 만족도를 비교분석한 결과, 작업치료중재집단의 복지용구급여서비스 만족도가 상대적으로 높게 나타났다. 이는 전문가가 대상자의 기능을 평가한 후 복지용구를 선택하고 복지용구 사용방법을 훈련받아 사용하게 하였기 때문이며, 복지용구 사용의 불편함이나 대상자의 신체적 상태에 따른 복지용구 사용방법 등에 관한 사후 서비스를 지속적으로 제공하기 위하여 복지용구 서비스 전달과정에서 전문가가 필요하다는 것을 강조하였다.

정진택(2010)은 고령자의 신체적 특성 등에 맞는 복지용구를 제공하기 위해 복지용구 전문상담원을 양성하여야 하며 복지용구에 대한 이용자들의 욕구를 수렴하여 제품사용의 편리성과 안정성 등을 고려한 다양한 우수제품을 복지용구로 지정함과 동시에 사후관리를 철저히 해야 한다고 했다.

(2) 복지용구서비스의 개선방안

130) 신재인. 노인장기요양보험 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 건국대학교 행정대학원 사회복지학과 석사학위 논문. 2012.2.

노인장기요양보험 복지용구서비스 개선방에 관한 신재인(2012)의 연구에서는 서울지역에 있는 재가장기요양기관에서 재가급여서비스를 받고 있는 노인장기요양보험 인정자 중 복지용구를 구입 또는 대여하여 사용하고 있거나 사용한 경험이 있는 이용자를 조사대상으로 하여 이용자 만족도에 영향을 주는 결정요인을 분석하고, 향상된 복지용구서비스를 제공하기 위한 개선방안을 제시하고자 하였다. 결론 및 제언은 다음과 같다.

첫째, 이용자들이 경제적인 부담으로 인하여 장기요양자로 인정은 되었지만, 실질적으로 서비스를 이용하지 못하는 경우가 발생하기도 한다. 재가급여가 우선인 노인장기요양제도의 취지에 맞게 요양서비스를 재가에서 편안하고 안전하게 이용할 수 있도록 복지용구서비스 이용에 따른 경제적인 부담을 감소시켜 복지용구를 재가서비스에 적극적으로 활용할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 소득계층별로 본인부담률에 대한 차등화를 확대 장려하여야 한다.

둘째, 장기요양서비스를 제공하고 있는 요양보호사들에게 복지용구에 대한 제반 사항들을 교육시킴으로서 복지용구를 활용하여 보다 효율성 있는 서비스를 제공하도록 하여야 한다. 또한, 향상된 복지용구 서비스를 제공하기 위해서는 고령자의 특성에 맞는 제품을 상담할 수 있는 복지용구 전문상담사를 양성하는 등 복지용구사업소 종사자들의 인력에 관한 자격제도를 도입하여야 한다. 순수 복지용구 서비스만을 제공하는 재가장기요양기관으로써의 복지용구 전문사업소를 장려하여 체계적인 서비스 제공도 고려해 볼 수 있다.

셋째, 연 한도액내에서 복지용구의 구입과 대여서비스를 같이 이용하여야 하기 때문에 이용에 한계가 발생한다. 복지용구의 한도액을 상향조정하여 구입·대여서비스를 충분하게 이용할 수 있는 제도적 개선이 필요하다.

4) 소결

복지용구이용자들이 경제적인 부담으로 인하여 장기요양자로 인정은 되었지만, 실질적으로 서비스를 이용하지 못하는 경우가 발생하기도 한다. 재가급여가 우선인 노인장기요양제도의 취지에 맞게 요양서비스를 재가에서 편안하고 안전하게 이용할 수 있도록 복지용구서비스 이용에 따른 경제적인 부담을 감소시켜 복지용구를 재가서비스

에 적극적으로 활용할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 해야 한다. 셋째, 연 한도액내에서 복지용구의 구입과 대여서비스를 같이 이용하여야 하기 때문에 이용에 한계가 발생한다. 복지용구의 한도액을 상향조정하여 구입·대여서비스를 충분히 이용할 수 있는 제도적 개선이 필요하다.

노인성요실금 관리에 있어 제도적 지원이 필요한 상황임에도 재가복지서비스의 요실금 관련 물품 중 성인용 기저귀 급여가 안 되고 있는 실정이다. 노인장기요양급여 종류는 크게 시설급여, 재가급여 그리고 특별현금급여로 나뉜다. 시설급여의 수가는 포괄수가제로서 원칙상 요양시설 내에서 제공되는 모든 용역과 물품 등의 비용이 수가제 포함되어 있다. 따라서 시설급여에 속하는 요양시설의 경우 환자나 보호자에게 기저귀 추가 비용을 별도로 수납할 수 없다. 그러나 재가급여에 속하는 주·야간보호 및 단기보호의 경우 수급자의 기저귀 비용은 평균 사용량까지는 급여로 하되, 사용량이 많을 경우 비급여로서 실비 수납함을 원칙으로 하고 있다. 기타재가급여는 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로써 보건복지부장관이 정하여 고시한 것을 제공하거나 대여하여 주는 것으로 명시되어 있다. 이에 속하는 복지용구급여는 구입방식과 대여방식 두 가지가 있다. 급여품목은 총 16종으로 정해져 있으며, 노인장기요양보험 수급자에게 연 한도액 160만원 범위 내에서 제공되고 있다. 이 중 요실금과 관련된 물품은 이동변기와 간이변기에 해당된다. 성인용 기저귀는 여기에 포함되어 있지 않아 민원이 계속 발생하고 있다.

2011년 상반기 장기요양보험 주요통계에 따르면 복지용구 이용에 따른 총 요양비는 2011년 상반기 장기요양 총 요양비 중 2.1%로 나타나고 있으며, 2009년에는 장기요양 총 요양비의 3.4%를, 2010년에는 총 요양비의 2.6%를 복지용구 이용을 위해 사용하였다. 전체 요양비용 중에서 복지용구 이용에 따른 요양비는 2.1%~3.4%로 큰 비율이 아니며, 연간 지원 가능한 복지용구 급여비용도 160만원으로 한정되어 있으므로 큰 재정소모 없을 것으로 보인다. 성인용 기저귀를 급여화 할 경우 이용자 만족도가 올라갈 것으로 예상된다.

또한 고령자의 신체적 특성 등에 맞는 복지용구를 제공하기 위해 복지용구 전문상담원의 양성을 고려해볼 필요가 있다. 복지용구급여 서비스를 신청하는 과정에서 작업치료사가 개입했을 경우 대상자의 만족도가 올라가는 것으로 나타났다. 이는 전문가가 대상자의 기능을 평가한 후 복지용구를 선택하고 복지용구 사용방법을 훈련받아 사용하게 하였기 때문이며, 복지용구 사용의 불편함이나 대상자의 신체적 상태에 따

큰 복지용구 사용방법 등에 관한 사후 서비스를 지속적으로 제공하기 위하여 복지용구 서비스 전달과정에서 전문가가 필요함을 시사한다. 향상된 복지용구 서비스를 제공하기 위해서는 고령자의 특성에 맞는 제품을 상담할 수 있는 복지용구 전문상담사를 양성하는 등 복지용구사업소 종사자들의 인력에 관한 자격제도를 도입할 수 있을 것이다. 순수 복지용구 서비스만을 제공하는 재가강기요양기관으로써의 복지용구 전문사업소를 장려하여 체계적인 서비스 제공도 고려해 볼 수 있다. 또한 장기요양서비스를 제공하고 있는 요양보호사들에게 복지용구에 대한 제반 사항들을 교육시킴으로써 복지용구를 활용하여 보다 효율성 있는 서비스를 제공하도록 하여야 한다.

3.5. 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과 및 자문회의 결과

1) 신노년층의 장기요양관련 욕구실태 결과¹³¹⁾

7년 후에 65세가 되어 본격적으로 노년기에 접어드는 1955년부터 1963년 베이비붐 세대 출생자들을 신노년층으로 규정한 뒤, 이들의 장기요양 관련 의식수준 및 서비스 이용욕구를 조사한 한국보건사회연구원(2010)의 연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

장기요양 관련 의식수준을 살펴보면, 베이비붐세대의 노인장기요양보험제도에 대한 인지도가 85.9%로 높은 수준의 인지도를 보였으며, 노후의 희망수발형태는 가족에 의한 수발의향이 32.7%, 요양보호사 등 제도에 의한 전문 간병 인력에 의한 수발의향이 67.2%로 나타나 비교적 노인장기요양보험제도의 이용의향이 높은 것으로 보인다. 장기요양보험제도에 의한 서비스유형 중에서는 재가서비스보다 요양시설이나 요양병원 등 시설계통의 서비스를 선호하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이러한 경향이 그대로 노년기에도 나타날 경우, 장기요양보험재정의 폭증이 우려된다. 대체적으로 교육수준이나 소득수준이 낮은 계층에게서 장기요양서비스의 이용의향이 높게 나타나고 있으며, 이러한 경향은 재가서비스보다는 시설서비스 측면에서 강력하게 나타나고 있다. 기저귀 급여화가 이루어지지 않을 경우 미미하겠지만 노인요양 시설로 가고자 하는 노인 비중이 늘어나 장기적으로 소요재정이 늘어날 가능성도 배재할 수 없다.

중장년계층의 장기요양욕구를 분석해 본 결과, 재가서비스보다는 시설서비스를 선호하고, 그러한 시설서비스는 소득수준 등 경제적 지위가 낮은 계층에서 보다 높다는 점이 발견되었다. 자녀동거 이외에 고령자동료간의 동거 등 새로운 개념의 고령자주거형태를 개발하여 고비용의 시설입소를 사전적으로 억제시킬 필요가 있다. 또한, 장기요양비의 적정유지를 위해서는 시설중심의 서비스지원체계에서 가족·지역사회 케어 서비스체계의 구축이 요구된다.

2) 국민건강보험공단의 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과

장기요양급여 수급자 중 요실금 환자 증가에 따른 성인 기저귀 급여가 필요한 실정이다. 우리나라 65세 이상 재가 노인 중에 절반 이상이 요실금으로 고생하고 있다. 요

131) 선우덕, 김동진, 송양민, 김나영, 이윤경, 유혜영 (2010). 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제. 한국보건사회연구원.

양급여 수급자 중 요실금 환자 현황을 살펴보면 2009년에 2,621명에서 2011년 3,489명으로 최근 3년간 33%의 증가세를 보이고 있다. 건강보험공단의 자료에 따르면 2009년에서 2011년까지 복지용구급여에 대한 민원 중에서 성인 기저귀 급여화 요구가 57.1%로 가장 높았다. 이에 대한 건강보험공단에서는 일반 생활용품과 구분이 모호하고 소모품 성격이기 때문에 급여항목에 포함되기 어렵다는 입장을 밝힌바 있다. 그러나 성인기저귀는 일반 생활용품과 구분 가능하다. 성인기저귀 가격은 업체마다 차이는 있지만 한 장에 평균 500원 정도로, 이를 본인부담금 15%로 급여화 할 경우 대략 26억 7000여 만 원이 소요 된다. 요실금은 적절히 관리되지 않으면 욕창 발생의 증가로 인해서 치료비용이 상승할 뿐 만 아니라 요양시설의 입장에서도 세탁 등 추가 비용이 발생하므로 어른용 기저귀를 급여화하면 오히려 요양보험재정의 불필요한 누수를 예방할 수 있다.

3) 노인장기요양보험 관련 유관단체 자문회의 결과

노인장기요양보험의 서비스 질 향상 방안 및 요실금 용품지원에 관한 유관단체의 의견을 수렴하기 위해 한국재가노인복지협회, 부천시립노인요양원, 한국방문간호사회와의 자문회의를 실시하였으며 자문회의 결과는 다음과 같다.

① 노인장기요양보험 수급자 대상 실태조사 필요성에 관한 의견

연구 대상을 명확히 할 필요가 있다. 요실금은 일반 중, 장년 여성을, 장기요양에서의 기저귀 사용은 중증의 한정적 환자를 대상으로 하기 때문이다. 또한, 남성 노인에게도 요실금이 많이 발생하고 있으므로, 이에 대한 데이터가 보완되면 좋을 것이며, 남녀 성별에 차별 없이 대상으로 포함 되어야 할 것이다. 이 연구에서는 일반성인에 대한 요실금은 제외하고 있다. 또한 변실금을 위한 성인용 기저귀도 포함이 되는 것이므로, 특정 증상 때문이 아니라 장기요양 환자 중 성인용 기저귀를 필요로 하는 사람을 대상으로 하는 것이 권장된다.

노인장기요양보험 수급자를 대상으로 한 실태조사 필요하다. 실제 요실금 팬티에 대한 요구도는 높으나, 경제적 문제로 사용하지 못하는 환자들이 많으므로, 장기요양환자를 대상으로 하는 실제적 사용량과 요구에 대한 실태조사가 필요하다. 이 뿐만 아니라, 요실금 유병율에 대한 데이터 및 기저귀 사용량에 관한 데이터가 없어 정확한 현황파악이 어려운 실정이다.

② 성인용 기저귀의 급여화에 대한 의견

성인용 기저귀의 급여화 필요성에 대한 문제제기가 가능하다. 성인용 기저귀가 수가에 포함되어 있지 않다면 서비스의 다양화, 서비스 보장의 확대의 측면에서 이를 요구할 수 있다. 그러나 이미 2008년 수가 설계 시, 요양원과 재가의 주간보호 수가에는 기저귀를 포함하고 있으므로 이에 대한 문제제기가 있을 수 있다. 이 경우, 그 외 방문요양 및 방문간호 수가에 대한 형평성을 근거로 할 수 있을 것으로 생각된다. 수가 인상을 통한 성인용 기저귀 지원에 있어 현재 등급을 받은 노인들 중 요양원 병상이 부족하여 요양병원에 입원해 있는 경우가 많으며, 본인들이 성인용 기저귀를 부담하고 있다. 또한 주간 단기보호의 경우, 장기요양기관에서 기저귀를 제공하고 있어 기관에 적자가 발생한다. 방문간호 및 방문요양도 수가가 낮은 것 또한 고려해보아야 할 부분이다.

방문요양의 미끄럼방지양말 방식 적용 가능할 것으로 판단된다. 시설 및 준시설의 경우, 성인용 기저귀가 수가에 포함되어 있는 데에 반해 재가급여에는 포함되어 있지 않으므로 이에 대한 요구를 할 수 있을 것이다. 또한 그 방법으로서, 미끄럼방지양말 처럼 1년간 사용 가능한 액수를 정하여 한도 내에서 쓸 수 있도록 제안할 수 있을 것이다. 기저귀의 종류 및 개수는 환자별로 판단되어야 한다. 각 환자에게 적절한 기저귀가 제공되는 것이 가장 중요하다. 신경인성 방광을 가지고 있는지, 도뇨를 꽂고 있는지 등의 요실금 종류에 따라, 환자의 상태에 따라 기저귀의 양과 종류는 달라진다. 환자들이 최대한으로 받아서 파는 폐단이 발생하여 개수제한의 방법으로 재정누수를 방지하여 왔다. 기저귀의 경우에도 소모품이므로 어떤 식으로든 폐단이 발생할 수 있다. 그러나 기저귀의 경우, 그 개수를 제한하는 방법보다는 금액의 한도내에서 개인의 상태에 맞추어 처방하는 방법을 통하여 재정누수를 방지할 필요성이 있다고 판단된다.

현 장기요양기관평가제도에 따르면 기저귀 착용 환자들의 비율을 줄여야 등급이 높아진다. 성인용 기저귀의 급여화는 이 제도에서 추구하는 현상과 반대의 결과를 유도하는 면이 있다. 기저귀 착용은 그들의 자존감에 큰 영향을 미치므로, 기저귀 사용을 지양하고 있으며 앞으로도 그렇게 가는 것이 맞을 것이다. 그러나 현 단계에서는, 성인용 기저귀가 꼭 필요한 이들은 충분히 쓸 수 있게 해야 하는 것이 필요하다. 또한 기저귀 사용을 통한 인력 감소 효과는 없을 것으로 보인다. 이미 많은 요양원에서는

법으로 정한 최소 인원으로 운영하고 있으므로, 성인용 기저귀의 사용을 장려하는 것은 시설에게 실질적 이득을 가져다주지 못 할 것이다.

노인장기요양보험은 노인들의 자립 능력 배양에 초점을 맞춰 제도가 운영되어야 한다. 최근 치매등급이 4등급으로 확대되었고, 2015년에는 5등급까지 확대될 예정이다. 이러한 등급 확대에 따라 요실금 패드를 필요로 하는 사람들도 확대되었다고 볼 수 있다. 즉, 경증의 치매 환자들이 지역사회 내에서 자신의 잔존능력을 가지고 살아갈 수 있도록 지지해주기 위해서는 그들에게도 성인용 기저귀를 지급해야 한다.

③ 케어매니저 도입 및 서비스의 질 향상에 관한 의견

노인장기요양보험 제도에 있어, 지난 5년간은 인프라를 구축하고, 개념을 정립하는 시기였다면 이제부터는 서비스의 질을 얘기할 것이다. 선진국은 care manager를 두어 처방권 형태로 환자들에게 그들이 필요한 것을 제공하고 있다. 처방권 개념이 등급에 따라 개수, 종류를 정해서 제공하는 형태보다는 더 적합할 것이다. 그 동안은 제공할 수 있는 서비스와 용품의 종류가 너무나 단순했기 때문에 지금까지는 care manager가 없었으나 앞으로 개인별 맞춤 서비스를 제공함으로써 질 향상을 도모하고자 한다면 care manager의 역할을 할 사람이 필요할 것이다.

외국은 센터가 care manager의 역할을 하고, 국가가 그 센터를 관리하고 있다. 특히, 센터는 지속적인 평가로 관리가 가능하므로, 개인에게 맡기기 보다는 센터에서 일괄적으로 대상자를 확인하여 그 수에 맞게 기저귀를 신청하는 시스템도 괜찮을 것이다. 뿐만 아니라, 현재 요양서비스를 제공하는 기관들이 제대로 시설을 갖추고 있지 못한 경우가 많으므로, 중심으로서의 센터를 만들어 체계적으로 관리를 할 필요가 있다. 하지만, 현재 우리나라는 센터에서 줄 수 있는 시스템이 아니다. 왜냐하면 이걸 센터와 대상(환자)하고 계약한 것이고, 센터와 건보하고 계약 관계인 것이다. 환자들이 쓸 기저귀를 센터가 받을 권리가 없기 때문이다.

성인용 기저귀를 시작으로 서비스 다양화에 대한 논의를 시작해야 한다. 성인용 기저귀 뿐 아니라 영양관(feeding tube) 등의 소모품에 대한 요구 및 경제적 부담감이 크다. 또한 성인용 기저귀를 필요로 하는 노인들 중 대부분은 당뇨와 고혈압 등 만성 질환을 함께 겪고 있어 통합적으로 관리해주는 것이 효율적일 것이다. 현재 주로 제공되는 서비스는 노인을 수발하는 것으로, 서비스 다양화를 위해서는 성인용 기저귀,

영양관 외의 여러 물품들에 대한 지원이 함께 이루어져야 하며, 결국은 care manager 가 필요하게 될 것이다.

4) 소결

요구도 조사결과, 신노년층의 장기요양관련 욕구가 매우 높고 계속 증가할 것으로 예측되며, 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과, 장기요양급여 수급자 중 요실금 환자 증가에 따른 성인 기저귀 급여가 필요한 것으로 확인되었다. 노인장기요양보험 관련 유관단체 자문회의 및 결과 성인용 기저귀 급여화에 의견을 같이 하였고, 소요 비용에 대해서는 재가복지급여 상한선이 이미 정해져 있으므로 크게 증가하지 않을 것이라 예측된다.

노인장기요양보험제도가 지난 5년간은 개념을 정립하고 개념을 정립하는 시기였다면 이제부터는 서비스의 질을 논의할 시점이다. 그 동안은 제공할 수 있는 서비스의 용품과 종류가 단순했기 때문에 지금까지는 케어매니저가 없었으나, 앞으로 개인별 맞춤형 서비스를 제공함으로써 질 향상을 도모하고자 한다면 케어매니저 역할을 할 사람이 필요할 것이다. 치매등급이 생기면서 사회복지사들을 교육시켜 치매 플랜을 세우도록 하는 것처럼, 성인용 기저귀와 같은 용품을 비롯한 복지용구 사용 및 장기요양서비스에 대한 케어플랜을 사회복지사나 간호사가 할 수 있을 것으로 기대된다.

하지만, 국민건강보험공단 노인장기요양보험 수급자를 대상으로 한 실태조사가 미비한 상황이기 때문에 근거에 기반 한 정책제안에 한계가 있는 것이 사실이다. 노인장기요양보험 제도 5년을 맞이하여 이용자 중심의 서비스 제공의 본래 도입 취지가 구현되고 있는지 확인하는 것이 필요하며, 제도의 성숙 및 발전을 위해서도 노인장기보험 대상자 및 보호자의 실태현황, 만족도, 요구도 분석 뿐 만 아니라, 관련 단체 및 집단들의 제도개선을 위한 의견수렴이 필요한 시점이다.

제4장. 노인장기요양보험 요실금 용품지원 관련 정책개선 제언

노인인구가 급격히 증가하고 특히 신체 및 기능상태의 저하가 초래되는 후기노인의 증가함에 따라 노인 보호에 대한 관심은 노인 개인 뿐 아니라 가족, 그리고 사회와 국가차원에서도 크게 증가하고 있다. 또한 노인의 가족구조의 변화로 인해 독거노인이 증가하면서 가족에 의한 보호 잠재력은 점차 감소하고 있다. 이와 같은 사회와 시대적 변화에 따라 노인 보호는 사회적 제도를 통한 접근이 요구되어 진다. 이러한 사회변화 배경 하에 노인장기요양보험제도가 도입되었다고 볼 수 있다. 2008년 7월 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 장기요양서비스를 이용하는 노인의 규모가 급격히 확대되었다. 이로 인해 상당부분 많은 노인이 적절한 보호서비스를 받으며, 노인을 수발하던 가족은 수발부담 경감의 혜택을 받게 되었다.¹³²⁾ 향후 계속적으로 노인 요양에 대한 욕구는 증가할 것이며, 이로 인한 사회적 요양서비스에 대한 요구는 증가할 것으로 예상된다. 따라서 노인 요양 정책에서의 적절한 서비스의 양과 질을 유지하는 것과 함께 장기적으로 노인요양의 사회적 부양비용을 감소시킬 수 있는 지속발전가능한 제도발전이 요구되어 진다. ¹³³⁾

제도 안정화를 위한 질적 향상 단계에 있는 노인장기요양보험제도는 여러 정책과제들을 해결할 필요가 있으며, 그 중의 하나가 장기요양서비스의 보장성 확대 및 질 향상이다. 특히, 노인요양복지용구 관련하여 복지용구 급여품목의 확대가 필요하다는 주장이 제기되고 있다. 현재, 노인요양복지 품목 중 침대나 이동욕조 등의 고가의 물건에 대해서는 급여가 이루어지고 있으나, 실질적으로 사용량이 많은 기저귀 등의 사이즈가 작은 소모품들은 급여항목으로 지정되지 않은 실정이다.

따라서, 노인장기요양보험 복지용구이용자들이 경제적인 부담으로 인하여 장기요양자로 인정은 되었지만, 실질적으로 서비스를 이용하지 못하는 경우가 발생하기도 한다. 재가급여가 우선인 노인장기요양제도의 취지에 맞게 요양서비스를 재가에서 편안하고 안전하게 이용할 수 있도록 복지용구서비스 이용에 따른 경제적인 부담을 감소시켜 복지용구를 재가서비스에 적극적으로 활용할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 해야 한다. 복지용구의 구입·대여서비스를 충분히 이용할 수 있는 제도적 개선이 필요한 것이다.

132) 이윤경. 노인의 기능상태 수발실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. 2012.11.

133) 이윤경. 노인의 기능상태 수발실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. 2012.11.

노인장기요양보험의 요실금 관리를 위한 성인용 기저귀의 급여화, 특히 재가급여 중 복지용구급여 구입품목에 성인용 기저귀를 포함시킬 필요가 있다. 현행 제도에서 미끄럼 방지 용품으로 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말이 포함되는 것처럼, 요실금 관련 물품도 이동변기, 간이변기, 성인용 기저귀를 묶어서 제공할 수 있을 것이다. 성인용 기저귀 제공에 대한 지원 금액을 제한하고 지원 금액 내에서 개인의 상태에 따라 기저귀 종류를 처방 받을 수 있도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 1년 동안 16가지에 대해서 쓸 수 있는 비용 총 한도액이 160만원으로 지정되어 있으므로 노인장기요양보험 재정 부담 없이 수급자의 만족도를 높일 수 있을 것으로 기대된다.

2011년 상반기 장기요양보험 주요통계에 따르면 복지용구 이용에 따른 총 요양비는 2011년 상반기 장기요양 총 요양비 중 2.1%로 나타나고 있으며, 2009년에는 장기요양 총 요양비의 3.4%를, 2010년에는 총 요양비의 2.6%를 복지용구 이용을 위해 사용하였다. 전체 요양비용 중에서 복지용구 이용에 따른 요양비는 2.1%~3.4%로 큰 비율이 아니며, 개인당 연간 지원 가능한 복지용구 급여비용 또한 한정되어 있으므로 큰 재정소모 없을 것으로 보인다. 성인용 기저귀를 급여화 할 경우 큰 재정소요 없이 노인장기요양보험 복지용구이용자들의 서비스 만족도가 올라갈 것으로 예상된다.

실또한, 실제 현장에서의 요실금 팬티, 성인용 기저귀 등 관련 용품지원에 대한 요구도가 높으나, 노인장기요양보험 대상자를 조사대상으로 하는 실제적 사용량과 요구에 대한 실태조사는 미비한 실정이다. 국민건강보험공단 노인장기요양보험 수급자를 대상으로 한 실태조사가 미비한 상황이기 때문에 근거에 기반 한 정책제안에 한계가 있는 것이 사실이다. 따라서 노인장기요양보험 수급자를 대상으로 한 실태조사를 기반으로 근거에 기반 한 노인장기요양보험의 질 향상 및 보장성 확대 방안을 강구할 필요가 있다. 노인장기요양보험 제도 5년을 맞이하여 이용자 중심의 서비스 제공의 본래 도입 취지가 구현되고 있는지 확인하는 것이 필요하며, 제도의 성숙 및 발전을 위해서도 노인장기보험 대상자 및 보호자의 실태현황, 만족도, 요구도 분석 뿐 만 아니라, 관련 단체 및 집단들의 제도개선을 위한 의견수렴이 필요하다.

노인장기요양보험제도가 지난 5년간은 개념을 정립하고 개념을 정립하는 시기였다면 이제부터는 서비스의 질을 논의할 시점이다. 그 동안은 제공할 수 있는 서비스의 종류가 단순했기 때문에 지금까지는 케어매니저가 없었으나, 앞으로 개인별 맞춤 서비스를 제공함으로써 질 향상을 도모하고자 한다면 케어매니저 역할을 할 사람이 필

요할 것이다. 치매등급이 생기면서 사회복지사들을 교육시켜 치매 플랜을 세우도록 하는 것처럼, 성인용 기저귀와 같은 용품을 비롯한 복지용구 사용 및 장기요양서비스에 대한 케어플랜을 사회복지사나 간호사가 할 수 있을 것으로 기대된다.

또한 복지용구서비스의 질 향상을 위해 복지용구 사업소에 전문상담원을 두도록 규정하고 있으며, 전문상담원에 의해 여러 가지 정보를 파악하여 복지용구 서비스가 적정하게 잘 이루어지도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 복지용구 전문상담원 모니터링 시트를 개발하여 복지용구 이용 시 불편한 사항, 여러 가지 사용과 관련한 상황들을 판단하여 이용자 및 사용 상황을 보다 체계적으로 관리할 수 있을 것이다.

요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방 또한 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어져야 하며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반되어야 한다. 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상자에 대한 정보 관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 해야 할 것이다.

노인장기요양보험은 노인들의 자립 능력 배양에 초점을 맞춰 제도가 운영되어야 한다. 최근 치매등급이 4등급으로 확대되었고, 2015년에는 5등급까지 확대될 예정이다. 이러한 등급 확대에 따라 요실금 패드를 필요로 하는 사람들도 확대되었다고 볼 수 있다. 즉, 경증의 치매 환자들이 지역사회 내에서 자신의 잔존능력을 가지고 살아갈 수 있도록 지지해 주기 위해서는 그들에게도 성인용 기저귀를 지급해야 한다.

참고문헌

- 1) 강경자, 송미순(2007). 노인여성의 긴장성 요실금에 관한 연구. 간호학 논문집, 11(2), 160-174.
- 2) 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 통계분석팀 '연도별 장기요양 재정현황(계)'. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 주요국 장기요양제도 비교연구. 2012.
- 3) 국민건강보험공단. 노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서. 2010년
- 4) 국민건강보험공단. 선험국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일 스웨덴 출장결과보고서, 2012년 4월.
- 5) 김동여. 노인장기요양보험제도에서 재가복지서비스의 개선방안에 관한 연구: 일반 이용자와 수급권자의 재가방문요양서비스를 중심으로. 우송대학교 보건복지대학원, 2011.2.
- 6) 김문실, 이승희. 노인요양시설 거주노인의 요실금 유병률과 관련요인. 한국간호학회, 2008.2.
- 7) 김미혜, 이석미(2007). 독일과 네덜란드의 장기요양보장제도에 관한 연구: 현금급여와 가족수발자를 중심으로. 사회복지정책, 31, pp.369~396.
- 8) 김성희. 노인장기요양보험제도 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 부산대학교 행정대학원, 2012.8.
- 9) 김세진. 보건복지포럼 국제보건복지 정책동향: 네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. 한국보건사회연구원, 2012년 10월. pp.98~107.
- 10) 김수봉 외. 고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 2009.
- 11) 김진선, 이은현(2003). 지역사회 거주 요실금 노인여성의 치료행위와 삶의 질. 한국노년학, 23(40), 33-47.
- 12) 김창태. 노인장기요양보험제도의 도입에 있어서 재가노인복지사업의 개선방안. 대구대학교 대학원, 2008.2.
- 13) 김태현, 김동배, 김매혜, 이영진, 김애순 (1999). 노년기 삶의 질 향상에 관한 연구. 한국노년학, 19(1),61-81.
- 14) 김혜영 (2002). 노인의 요실금과 삶의 질. 충남대학교 석사학위논문. 대전.
- 15) 김후진. 노인장기요양보험 시행에 따른 재가노인복지서비스의 개선방안에 관한 연구, 현문사, 2008.1.
- 16) 박경미. 재가노인복지사업의 운영실태와 개선방안 연구: 노인장기요양보험의 요양

- 보호사 제도를 중심으로, 성산효대학원대학교, 2009.2.
- 17) 박옥희, 권인수, 강영실(2001). 노인여성의 요실금 실태. 여성건강간호학회지, 7(4), 536-546.
 - 18) 박인숙. 장기요양보험제도하에서 재가노인복지사업의 활성화 방안에 관한 연구. 서울신학대 사회복지학, 2009.2.
 - 19) 백성희 (1998). 한국 노인여성의 요실금에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
 - 20) 서상철. 현대재가복지론, 학현사, 2009.
 - 21) 석지연. 노인장기요양보험 재가복지서비스 이용자 만족도에 관한 연구. 한양대학교 공공정책대학원 석사학위 논문, 2011.8.
 - 22) 선우덕, 김동진, 송양민, 김나영, 이윤경, 유혜영 (2010). 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제. 한국보건사회연구원.
 - 23) 송애리(2003). 일지역 갱년기 여성의 요실금 실태와 삶의 질. 간호교육학회지, 19(1), 51-63.
 - 24) 신재인. 노인장기요양보험 복지용구서비스 개선방안에 관한 연구. 건국대학교 행정대학원 사회복지학과 석사학위 논문, 2012.2.
 - 25) 신찬욱. 부산지역 요양병원 입원환자의 요실금 유병률과 관리현황. 동아대 대학원, 2009.2.
 - 26) 엔자임. 제7회 골드리본 캠페인 프레스킷, 대한비뇨기과학회, 대한배뇨장애요실금학회, 2013.6.
 - 27) 오승준, 박원희, 박철희, 백재승, 서주태, 이유식, 이정구, 이정주, 이택, 이종복 (2003). 한국인 여성의 요실금 유병률과 요실금이 삶에 미치는 영향: 인구비례 표본 추출법에 의한 조사. 대한배뇨장애 및 요실금 학회지, 7(2), 73-80.
 - 28) 윤현숙, 권인선, 박승필. 노인여성의 요실금과 우울, 인지기능 및 일상생활 불편감과 삶의 질. 한국모자보건학회지, 2008.7.
 - 29) 윤희숙, 박능후, 전병유, 권용진(2010). 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안. KDI FOCUS.
 - 30) 엄기욱. 노인장기요양보험 시행 4년의 성과와 과제: 노인장기요양보험 무엇이 문제인가? 양승조의원실·한국노인복지장기요양기관협회 공동주최 토론회 발표문. 2012년 7월 9일.
 - 31) 이강일. 노인장기요양보험제도 이용자의 재가복지급여 만족도 연구: 서울, 경기, 인천지역 요양보호사의 자격유형 및 시험제도의 유·무별 비교연구. 성결대학교 대학원, 2012.8.

- 32) 이규성, 이영숙. 요실금의 약물요법. 대한의사협회지, 2006.
- 33) 이덕철 외. 노인에게 흔한 낙상, 요실금, 수면장애가 우울증에 미치는 영향. 가정 의학회지.
- 34) 이명자(2007). 노인 여성의 요실금 및 수면장애와 삶의 질에 관한 연구. 이화여자 대학교 석사학위논문. 서울.
- 35) 이민선. 재가 노인여성의 요실금정도, 일상생활 불편감 및 삶의 질 관계. 2010.2.
- 36) 이빠라. 노인장기요양보험 재가서비스 만족도에 관한 연구: 서울특별시 재가복지 시설을 중심으로. 연세대학교 사회복지대학원, 2009.2.
- 37) 이상현. 우리나라 재가노인복지서비스의 문제점과 개선방안에 관한 연구. 경원대학교 사회복지대학원 석사학위논문. 2009.
- 38) 이수형(2009). 네덜란드 장기요양제도의 최근동향 및 시사점. 보건복지포럼.
- 39) 이영숙 (1994). 여성의 긴장성 요실금에 관한 연구. 모자간호학회지. 4(1), 12-23.
- 40) 이윤경. 노인의 기능상태 수발실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. 2012.11.
- 41) 이은미. 한국 노인장기요양보험제도에서의 재가복지활성화방안에 관한 연구, 성산효대학원대학교, 2009.2.
- 42) 이재정. 장기요양보호노인의 시설입소 의향에 영향을 미치는 요인. 경성대학교 박사학위논문. 2010.
- 43) 이정순. 복지관 이용 여성노인의 요실금으로 인한 일상생활 불편감과 삶의 질. 전남대 대학원, 2008.2.
- 44) 이춘희. 일 지역 여성노인의 요실금에 관한 연구. 현문사, 2006.1.
- 45) 장문영, 정혜영. 작업치료 중재가 노인의 복지용구 급여서비스 만족에 미치는 영향. 대한작업치료학회, 제18권 제4호, pp.1-11, 2010.
- 46) 정영호. 질병의 사회경제적 비용과 건강친화적 재정정책. 한국보건사회연구원, 2009.10.
- 47) 정영호, 고숙자. 질병의 사회, 경제적 비용추계, 대한예방의학회지, 2006.11.
- 48) 정진택. 노인장기요양보험과 고령친화용품산업 활성화에 관한 연구: 복지용구 중심으로. 경희대학교 행정대학원 석사논문, 2010.
- 49) 조귀영, 박정숙. 노인요양시설 요실금 여성노인의 요실금 정도, 관련문제 및 관리 실태. 노인간호학회, 2009.12.
- 50) 최성희, 백성희(1998). 노인 여성요실금이 삶에 질에 미치는 여향에 관한 연구. 성인간호학회지, 10(1), 15-31.
- 51) 최순남. 노인장기요양서비스 이용 및 만족도 조사연구. 원광대학교 보건환경대학원. 석사학위 논문. 2009.

- 52) 최영희, 백성희. 노인여성요실금이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 성인간호학회지.
- 53) 최영희, 홍재엽, 김문실, 김애정, 김정아, 백성희 (1998). 성인여성의 요실금에 관한 기초연구. 대한간호학회지, 28(1), 171-183.
- 54) 최종일. 노인장기요양보험제도 재가노인복지서비스 만족도에 관한 연구. 꽃동네현도사회복지대학원. 석사학위 논문. 2010.
- 55) 최현아 (2005). 노인복지시설 거주 노인의 요실금 관리추구 영향요인. 건양대학교 석사학위 논문. 서울.
- 56) 통계청(2008). 2008년 고령자 통계.
- 57) 한국노년학회. 일 도시 지역 노인여성의 요실금, 우울 및 삶의 질의 관계, 2007.
- 58) 한국보건사회연구원. 네덜란드 보건복지 포럼.
- 59) 한국보건사회연구원. 현행 신노년층(베이비붐세대)을 위한 건강 및 장기요양정책의 실태: 재가서비스 의향 조사. 2010년 12월, 104-111.
- 60) 한국보건산업진흥원. 노인장기요양보험 기타 재가급여 복지용구 대여 활성화 방안. 2010.
- 61) 한국보건산업진흥원. 복지용구사업소 운영활성화 방안, 2009.
- 62) 행정복지연구 제2집. 지역사회를 기반으로 한 재가복지서비스 전달체계 현황과 발전방안. 2010년 6월. pp.101-122.
- 63) 허경옥(2003). 요실금이 있는 성인여성의 삶의 질 연구. 한양대학교 석사학위논문. 서울.
- 64) 히가시하타 히로코 외. 한일 복지용구의 위기, 노인연구정보센터, 2012.
- 65) 2012 국정감사 정책자료. p.212.
- 66) Abrams, P., Cardozo, L., Fall M., Griffiths, D., Rosier, P., & Ulmsten, U. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. Urology, 61: 37-49.
- 67) Burns,P.A. (2000). Stress incontinence in urinary & fecal incontinence. 2nd edition. edited by Doughty, D.B.: Mosby, Inc.
- 68) CIZ(2012). Long-term care in the Netherlands and the role of CIZ.
- 69) Continence Foundation of Australia. Continence foundation of Australia FACT sheet 2010. 2010.
- 70) Continence Foundation of Australia. The economic impact of incontinence in Australia. 2011.

- 71) Department of Health and Aging, Australian. Report on the operation of the Aged Care Act 1997. 2012.
- 72) Elke Decruynaere(2010). The Personal Budget(PGB) in the Netherlands. Expertise Centre Independent Living.
- 73) E. Samuelsson, L. Mansson, I. Milsom. Incontinence aids in Sweden: users and costs. BJU International, 2002.
- 74) Frederik T. Schut and Bernard van den Berg(2010). Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands, Social Policy & Administration, 44(4), pp.411~435.
- 75) Gasquet, I., Tchemy-lessenot, S., Gaudebout, P., Bosio Le Goux, B., Klein, P., & Haab, F. (2006). Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. Eur Urol, 50, 818-825.
- 76) Holroyd-Leduc, J.M., Mehra, K.M., & Covinsky K. E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52, 712-718.
- 77) Huber, M. Ensuring quality of long-term care for older people. OECD, 2005.
- 78) Jennifer, T.A., Christopher, S.S., Rodger Madison, Geoffrey Joyce, Mark, S.L. (2006). Increasing Costs of urinary incontinence among female medicare beneficiaries. *Journal of Urology*, 2006.
- 79) Jennifer, T.A., Christopher, S.S., Jennifer, P., Larissa, V.R., & Mark, S.L. (2006). True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents. *Urology*, 67, 281-287.
- 80) Kim, J.I. (2002). Prevalence of urinary incontinence and other urologic symptoms in a community residing elderly people. *J Korean Acad Nurs*, 32(1), 28-39.
- 81) MacDonald. C. D.. & Butler, L. (2007). Elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care. *J Geronto Nurs*, January, 14-20.
- 82) Myung-Soo Choo, JaHyeon Ku, Seung-June Oh et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean Women: an epidemiologic survey. *International Urogynecology*, 2007.2.

- 83) Molander, U. (2001). Urinary incontinence a public diseases among the elderly affects both women and men. *Lakartidningen*, 98(9), 946-949.
- 84) Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Smasioe G, Sykes D, Wagg A, Papanicolaou S. Patient-reported impact of urinary incontinence results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas* 2005;52S:S24-S34.
- 85) New Zealand Continence Association. The Financial costs of incontinence in New Zealand, 2011.7.
- 86) OECD, WHO. Health at a Glance Asia-Pacific 2012.
- 87) Roelf vander Veen, Marleen Versteeg, Sabina mak et al. Quality of life of carers managing incontinence in Europe. *EURO CARERS*, 2011.
- 88) Sampsel, C. M. (2000). Behavioral intervention for urinary incontinence in women: evidence for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2),94-103.
- 89) University of New South Wales. Frame for economic and cost evaluation for continence condition. 2006.
- 90) The Canadian Continence Foundation. Impacts of incontinence in Canada: A briefing document from the Canadian Continence Foundation. 2009.5.
- 91) WHO/49 Press Release. World Health Organization calls first international consultation on incontinence: leading medical experts move to reclassify condition as a disease and set treatment guidelines. 1 July 1998.
- 92) WHO(2000). Long-term Care Laws in Five Developed Countries A Review.
- 93) WHO(2003). ICF Checklist (Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health).
- 94) Wyman JF, Harkins SW, Fantal JA. Psychological impact of urinary incontinence in the community dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:282-288.
- 95) 국민건강보험공단 노인장기요양보험 공식 사이트
<http://www.longtemcare.or.kr/>
- 96) 국민일보 기사. 거동 힘든 노인 10명중 7명 가족이 수발. 2012년 11월 4일.

- 97) 복지저널 11호. 노인복지용구산업, 블루오션인가 레드오션인가. 2009년 6월 1일.
- 98) 연합뉴스. 장기요양기관 부당급여 증가, 환수율 감소. 2011년 7월 18일.
- 99) 국제신문. 양산 장기요양기관 난립에 부작용 속출. 2011년 8월 24일.
- 100) 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지 법령자료실(2010).
- 101) 국민건강보험공단(2008). 홍보실 보도자료. 여성 요실금 진료비 5년 동안 6.9배 증가.
- 102) 국회입법조사처. 국정감사 정책자료 3권.
- 103) 건강보험심사평가원. 보도자료. 2011년 9월 29일.
- 104) 국회입법조사처 사회문화조사실 보건복지여성팀 류동하. 2012 국정감사 정책자료 3권, p.207.
- 105) 국회입법조사처. 2009 현장조사보고서 제3호 장기요양기관 조사보고서. 2009.5.22., P.20~21.
- 106) 보건복지가족부(2007). 노인장기요양보험 설명자료, 2007. 5.10.
- 107) 보건복지부 고시 제2009-185호, 2009.10.01., 보건복지부 고시 제2010-33호, 2010.06.01.
- 108) 보건복지부고시 제2009-185호, 2009. 10. 01 제4조 제2항 관련
- 109) 보건복지부 보도자료. 노인요양시설 비급여 대상 항목 세부기준 및 기타 실비 수납기준 시행. 2012년 6월 20일 석간.
- 110) 보건복지부 보도자료. 장기요양보험 질적 수준 향상을 위한 중장기 계획 발표 보도자료. 2012년 7월 9일.
- 111) 보건복지부. 2012 보건복지통계연보 제58호: 표7-5-1 노인장기요양보험 신청 및 인정현황. p.391-395.
- 112) 새누리당 신경림 의원. 국민건강보험공단을 대상으로 한 국회 보건복지위원회의 국정감사 회의록. 2012.1.

[부록]

노인장기요양보험 요실금 용품지원 관련 정책 개발 연구 자문회의 회의록

- 일 시: 2013년 8월 31일(금) 15:00~16:00
- 장 소: 연세의료원 종합관 3층 회의실
- 참석자: 총 9명
 - 자문위원: 김지영(한국재가노인복지협회), 김찬숙(부천시립노인요양원), 이민아(한국방문간호사회)
 - 연구팀: 김소윤, 이유리, 이연호, 윤국희
 - 발주처: 현지원, 하희진

1. 제1부 연구 내용 소개

■ 연구의 필요성

- 2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험제도 시행 5년을 맞이하여 대상자 확대, 요양서비스 질 향상, 보험제정 지속성 확대 등 제도의 성숙화 단계에 들어섰다고 볼 수 있음. 요양보호서비스의 내용과 질적인 측면도 개인의 건강 및 생활 환경에 따라 맞춤화하여 제공할 필요성이 있는 단계로 진입함
 - 건강보험공단의 자료에 의하면, 2009년에서 2011년까지 복지용구 급여에 대한 민원 중에서 성인 기저귀 급여요구가 57.1%로 가장 높았음
 - 노인장기요양보험제도 설계 기본목표나 제도도입의 의의는 가족들의 부담 경감, 중풍이나 치매 노인의 삶의 질 향상, 이용자 중심의 서비스 제공이므로 성인용 기저귀의 급여화는 필요함
 - 따라서 본 연구는 이 요실금 문제에 대한 제도적 지원방안에 대해 검토를 통하여 노인장기요양보험제도의 안정적인 제도정착을 위한 대안을 제시 및 정책 논의의 기회를 마련하고자 함

■ 연구 목적

- 노인성 요실금의 유병율과 관련요인, 요실금으로 인한 신체적, 사회·심리적, 신체적 기능상태 저하 및 삶의 질 문제, 사회경제적 부담을 살펴봄으로써 노인성

요실금 현황을 파악하며, 2008년 국내에 도입된 노인장기보험제도 시행 이후의 현황과 현재 제기되고 있는 주요 정책과제를 살펴봄

- 노인성 요실금 관리현황과 제도적 지원현황을 확인하기 위해, 노인의 보호수발 주체 및 노인장기요양보험제도 급여 현황, 재가복지서비스 현황 및 만족도, 복지용구 급여현황 분석을 실시하며, 이를 통해 요실금 물품지원의 당위성을 도출하고자 함

- 장기요양관련 욕구실태 및 요실금 관련 용품에 대한 요구도 조사결과를 정리하고 노인장기요양보험제도와 관련된 유관단체의 자문회의를 시행함으로써 관련 이해당사자들의 의견을 청취함

- 외국의 노인장기요양보험 제도를 살펴봄으로써 노인장기요양보험 제도 전반 및 요실금 관련 물품 지원현황을 확인하고, 이를 통해 노인장기요양보험의 안정적 정착을 위한 제도설계의 정책적 방향과 서비스 제공을 위한 실천적 함의를 제시하고자 함

■ 연구의 방법

- 문헌연구 방법, 유관단체의 자문회의 시행, 외국의 노인장기요양보험 제도를 통한 비교론적 연구 방법

■ 노인성 요실금 현황

- 요실금의 유병율은 여러 연구에서 다양하게 나타나, 기본적으로 50% 이상임

- 노인성 요실금으로 인하여 접촉성 피부염, 항상성기전 손상, 세균뇨 등의 신체적 건강문제 발생함

- 요실금으로 인한 사회심리적 건강문제로는 불쾌한 냄새로 인한 불안감과 긴장, 수치감으로 대인 관계와 사회활동에 지장을 받으며, 자아개념, 자존감에 미치는 부정적인 영향 때문에 우울증이나 소외감 등이 유발되기도 함

- 그 외 노인성 요실금으로 인한 신체적 기능상태 저하와 삶의 질 문제, 사회경제적 부담 등이 문제로 지적됨. 특히 요실금은 노인을 돌보는 인력의 시간과 비용 및 관련자원을 많이 소모하게 하여 국가 보건의료서비스에 경제적 부담을 가하는 중요한 문제로 인식되고 있음. 건강보험 진료이용량 분석에 따르면, 요실금의 진료로 지출된 진료비는 2002년 74억 원에서 2007년 509억 원으로 5년 간 약 7배 증가하였음

■ 노인장기요양보험제도 현황

- 노인장기요양보험의 설계에 있어 기본 목표는 크게 두 가지로 제시됨. 첫째는 개인적 측면에서 노인이 자신의 의사에 입각하여 스스로 생활이 가능하도록 자립생활에 대한 지원 및 삶의 질 향상이며, 둘째 사회적 측면에서 가정 및 재가 중심의 지원체계의 강화임
- 노인장기요양서비스 대상자는 65세 이상 노인 및 노인성 질환을 가진 65세 미만 국민 중 1~3등급 판정을 받은 자로 약 33만 명, 전체 노인인구의 5.7%에 해당함
- 노인장기요양급여의 종류는 크게 시설급여, 재가급여 그리고 특별현금급여로 나뉨
- 시설급여의 수가는 포괄수가제로서 원칙상 요양시설 내에서 제공되는 모든 용역과 물품 등의 비용이 수가제 포함되어 있음. 따라서 시설급여에 속하는 요양시설의 경우 환자나 보호자에게 기저귀 추가 비용을 별도로 수납할 수 없음
- 그러나 재가급여에 속하는 주·야간보호 및 단기보호의 경우 수급자의 기저귀 비용은 평균 사용량까지는 급여로 하되, 사용량이 많을 경우 비급여로서 실비 수납함을 원칙으로 하고 있음
- 기타재가급여는 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로써 보건복지부장관이 정하여 고시한 것을 제공하거나 대여하여 주는 것으로 명시되어 있음. 이에 속하는 복지용구급여는 구입방식과 대여방식 두 가지가 있음. 급여품목은 총 16종으로 정해져 있으며, 노인장기요양보험 수급자에게 연 한도액 160만원 범위 내에서 제공되고 있음. 이 중 요실금과 관련된 물품은 이동변기와 간이변기에 해당됨. 성인용 기저귀는 여기에 포함되어 있지 않아 민원이 계속 발생하고 있음
- 제안: 미끄럼 방지 용품으로 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말이 포함되는 것처럼, 요실금 관련 물품도 이동변기, 간이변기, 성인용 기저귀를 묶어서 제공할 수 있을 것임. 또한 미끄럼방지 양말 (연 12켤레)이나 방지액매트 (연 5개)의 경우 구입 수량을 한정하고 있으므로 성인용 기저귀의 사용량을 제한하면 도덕적 해이를 방지할 수 있을 것임. 1년 동안 16가지에 대해서 쓸 수 있는 비용 총 한도액이 160만원으로 지정되어 있으므로 성인용 기저귀 사용으로 인한 큰 재정적 소요는 없을 것으로 예상됨

■ 외국 사례

- 현재 실시하고 있거나 기존 연구가 됐던 국가들 기준으로 선별함. 7개 국가

중 일본, 스웨덴, 네덜란드, 독일 등에서 기저귀를 급여화하고 있음

- 스웨덴
- 요실금과 관련된 복지용구는 보건의료전문가에 의한 처방이 있는 경우 국가의 노인요양 서비스 시스템을 통하여 무료로 제공되며, 요실금 관련 용품의 배급은 각 지역의 중앙센터에서 책임을 맡고 있음
- 요실금 관련 용품 및 성인용 기저귀의 처방은 개인의 필요와 요구에 대한 평가에 기초하여 이루어지고 있으며, 실제로 요실금 관련 용구의 지급 시 요실금의 정도가 측정되고 선택된 요실금 용품 및 패드의 제품에 관한 평가도 수반됨
- 처방을 받은 환자는 지자체에 처방 받은 내용을 등록하도록 함으로써 급여대상에 대한 정보관리가 이루어지며, 지원 및 급여 여부에 대한 지속적인 모니터링이 가능하도록 하고 있음

■ 향후 계획

- 국민건강보험공단에서 실시한 요구도 조사(민원 관련) 원자료 수집 후 보완 예정
- 외국 사례 보완 예정

2. 제2부 논의 내용

■ 연구 대상의 명확화 필요 (한국재가노인복지협회 김지영 회장)

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 요실금은 일반 중, 장년 여성을, 장기요양에서의 기저귀 사용은 중증의 한정적 환자를 대상으로 하기 때문임
- (한국방문간호사회 이민아 홍보이사) 남성 노인에게도 요실금이 많이 발생하고 있으므로, 이에 대한 데이터가 보완되면 좋을 것이며, 남녀 성별에 차별 없이 대상으로 포함되야 할 것임
- (연세대학교 의료법윤리학연구원 김소운 교수) 이 연구에서는 성인에 대한 요실금은 제외함. 또한 변실금을 위한 성인용 기저귀도 포함이 되는 것이므로, 특정 증상 때문이 아니라 장기요양 환자 중 성인용 기저귀를 필요로 하는 사람을 대상으로 할 것임

■ 성인용 기저귀의 급여화 필요성에 대한 문제제기 가능성 (한국재가노인복지협회 김지영 회장)

- 성인용 기저귀가 수가에 포함되어 있지 않다면 서비스의 다양화, 서비스 보장

의 확대의 측면에서 이를 요구할 수 있음. 그러나 이미 2008년 수가 설계 시, 요양원과 재가의 주간보호 수가에는 기저귀를 포함하고 있으므로 이에 대한 문제제기가 있을 수 있음. 이 경우, 그 외 방문요양 및 방문간호 수가에 대한 형평성을 근거로 할 수 있을 것으로 생각됨

- 수가 인상을 통한 성인용 기저귀 지원 (부천시립노인요양원 김찬숙 이사)
 - 현재 등급을 받은 노인들 중 요양원 병상이 부족하여 요양병원에 입원해 있는 경우가 많으며, 본인들이 성인용 기저귀를 부담하고 있음. 또한 주간 단기보호의 경우, 장기요양기관에서 기저귀를 제공하고 있어 기관에 적자가 발생함. 방문간호 및 방문요양도 수가가 낮아

- 방문요양; 미끄럼방지양말 방식 적용 가능 (한국재가노인복지협회 김지영 회장)
 - 시설 및 준시설의 경우, 성인용 기저귀가 수가에 포함되어 있는 데에 반해 재가급여에는 포함되어 있지 않으므로 이에 대한 요구를 할 수 있을 것임. 또한 그 방법으로서, 미끄럼방지양말처럼 1년간 사용 가능한 액수를 정하여 한도 내에서 쓸 수 있도록 제안할 수 있음

- 장기요양환자를 대상으로 한 실태조사 필요 (한국방문간호사회 이민아 홍보이사)
 - 실제 요실금 팬티에 대한 요구도는 높으나, 경제적 문제로 사용하지 못하는 환자들이 많으므로, 장기요양환자를 대상으로 하는 실제적 사용량과 요구에 대한 실태조사가 필요함
 - (연세대학교 의료법윤리학연구원 이유리 박사) 뿐만 아니라, 요실금 유병율에 대한 데이터 및 기저귀 사용량에 관한 데이터 필요함

- 기저귀 사용을 통한 인력 감소 효과는 없음 (한국재가노인복지협회 김지영 회장)
 - 이미 많은 요양원에서는 법으로 정한 최소 인원으로 운영하고 있으므로, 성인용 기저귀의 사용을 장려하는 것은 시설에게 실질적 이득을 가져다주지 못함

- 기저귀의 종류 및 개수는 환자별로 판단되어야 함 (한국방문간호사회 이민아 홍보이사)
 - 각 환자에게 적절한 기저귀가 제공되는 것이 가장 중요함. 요실금 종류에 따라, 환자의 상태에 따라 (신경인성 방광을 가지고 있는지, 도뇨를 꽂고 있는지

등) 기저귀의 양과 종류는 달라짐. 그러므로 등급에 따라 기저귀 종류와 개수가 제공되는 것은 맞지 않음

■ Care manager의 역할 필요

- (부천시립노인요양원 김찬숙 이사) 선진국은 care manager를 두어 처방권 형태로 환자들에게 그들이 필요한 것을 제공하고 있음. 처방권 개념이 등급에 따라 개수, 종류를 정해서 제공하는 형태보다는 더 적합할 것임

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 노인장기요양보험 제도에 있어, 지난 5년간은 인프라를 구축하고, 개념을 정립하는 시기였다면 이제부터는 서비스의 질을 얘기할 것임. 그 동안은 제공할 수 있는 서비스와 용품의 종류가 너무나 단순했기 때문에 지금까지는 care manager가 없었으나 앞으로 개인별 맞춤 서비스를 제공함으로써 질 향상을 도모하고자 한다면 care manager의 역할을 할 사람이 필요할 것임.

■ 재정 누수 방지 기전 필요

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 초기 미끄럼방지양말에는 개수 제한이 없었으나, 환자들이 최대한으로 받아서 파는 경우가 발생하여 개수 제한을 하게 되었음. 분명 소모품인 성인용 기저귀 또한 이러한 문제가 발생할 수 있을 것임

- (한국방문간호사회 이민아 홍보이사) 개수와는 상관없이, 환자가 본인이 필요한 만큼만 사용하면 문제가 되지 않으므로, 재정누수 방지 기전이 필요함

- (부천시립노인요양원 김찬숙 이사) 외국은 센터가 care manager의 역할을 하고, 국가가 그 센터를 관리하고 있음. 특히, 센터는 지속적인 평가로 관리가 가능하므로, 개인에게 맡기기 보다는 센터에서 일괄적으로 대상자를 확인하여 그 수에 맞게 기저귀를 신청하는 시스템도 괜찮을 것임. 뿐만 아니라, 현재 요양서비스를 제공하는 기관들이 제대로 시설을 갖추고 있지 못한 경우가 많으므로, 중심으로서의 센터를 만들어 체계적으로 관리를 할 필요가 있음

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 현재 우리나라는 센터에서 줄 수 있는 시스템이 아님 *(왜냐하면 이건 센터와 대상(환자)하고 계약한 것이고, 센터와 건보하고 계약 관계인 것. 환자들이 쓸 기저귀를 센터가 받을 권리가 없음)*

■ 기저귀 사용의 지양은 시기상조

- (부천시립노인요양원 김찬숙 이사) 현 장기요양기관평가제도에 따르면 기저귀 착용 환자들의 비율을 줄여야 등급이 높아짐. 성인용 기저귀의 급여화는 이 제도

에서 추구하는 현상과 반대의 결과를 유도하는 면이 있음

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 기저귀 착용은 그들의 자존감에 큰 영향을 미치므로, 기저귀 사용을 지양하고 있으며 앞으로도 그렇게 가는 것이 맞음. 그러나 현 단계에서 는, 성인용 기저귀가 꼭 필요한 이들은 충분히 쓸 수 있게 해야 하는 것이 필요함

■ 성인용 기저귀를 시작으로 서비스 다양화 필요

- (한국방문간호사회 이민아 홍보이사) 성인용 기저귀 뿐 아니라 영양관(feeding tube) 등의 소모품에 대한 요구 및 경제적 부담감이 큼. 또한 성인용 기저귀를 필요로 하는 노인들 중 대부분은 당뇨와 고혈압 등 만성 질환을 함께 겪고 있어 통합적으로 관리해주는 것이 효율적일 것임

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 현재 주로 제공되는 서비스는 노인을 수발하는 것으로, 서비스 다양화를 위해서는 성인용 기저귀, 영양관 외의 여러 물품들에 대한 지원이 함께 이루어져야 하며, 결국은 care manager 가 필요하게 될 것임

■ 노인들의 잔존 능력 향상에 도움

- (부천시립노인요양원 김찬숙 이사) 노인들의 자립 능력 배양에 초점을 맞춰 제도가 운영되어야 함

- (한국재가노인복지협회 김지영 회장) 최근 치매등급이 4등급으로 확대되었고, 2015년에는 5등급까지 확대될 예정임. 이러한 등급 확대에 따라 요실금 패드를 필요로 하는 사람들도 확대되었다고 볼 수 있음. 즉, 경증의 치매 환자들이 지역 사회 내에서 자신의 잔존능력을 가지고 살아갈 수 있도록 지지해주기 위해서는 그들에게도 성인용 기저귀를 지급해야 함