



연구보고서 2013-31-17

노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

선우덕 · 최정수 · 유근춘 · 장숙량 · 김세진

【책임연구자】

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

노인장기요양서비스 전달체계의 평가와 개선방안
한국보건사회연구원, 2012(공저)

100세시대 건강한 노화의 양상과 정책과제
한국보건사회연구원, 2012(공저)

【공동연구진】

최정수 한국보건사회연구원 연구위원

유근춘 한국보건사회연구원 연구위원

장숙량 중앙대학교 간호학과 교수

김세진 한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2013-31-17

노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

발행일 2014년
저자 선우덕 외
발행인 최병호
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 한디디자인
가격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-080-2 93330

발간사 <<

우리나라는 지난 2008년 7월에 고령자의 신체적 수발 및 가사지원을 목적으로 한 노인장기요양보험제도를 도입하였다. 이 제도로 인하여 그동안 저소득층을 중심으로 공공서비스를 제공하던 것을 소득수준과 관계 없이 장기요양서비스가 필요한 모든 계층에게 제공할 수 있도록 하여 노인복지가 한층 발전하게 되었다.

그러나 제도를 도입한 지 만 5년이 경과한 시점에서 정리해보면, 서비스를 이용하는 자가 대폭적으로 증가하여 제도의 활용성 측면에서는 양호한 성과를 낸 것은 사실이지만, 이용자간, 또는 지역간 서비스이용의 불평등이 상존해 있다. 예를 들면, 동등한 보험료부담으로 동등한 수준의 서비스를 제공받아야 함에도 불구하고 장기요양시설마다 서비스제공의 수준에 차이가 발생하고 있는 등, 이용자의 입장에서 보면 차별적인 대우를 받게 되는 현상이 상존하고 있다는 것이다. 다시 말하면, 모든 장기요양시설은 입소자 및 보험자로부터 서비스제공에 따른 비용을 보험자로부터 보전받고 있는데, 서비스의 질적 수준과 무관하게 보험급여가 지급되고 있다는 것은 낮은 수준의 서비스를 제공하는 시설은 상대적으로 이득을 보는 셈이고, 입소자는 양질의 서비스를 제공하는 시설의 입소자에 비해서 불이익을 보는 것으로 볼 수 있다. 더 나아가 이는 비용의 투자 가치성측면에서도 바람직하지 못한 것이라 할 수 있다.

따라서 본 보고서는 그동안 노인장기요양보험제도의 양적인 확대에 치중해 온 정책을 질적인 수준향상으로 유도하기 위해서는 서비스의 질적 평가관리체계가 중요하다는 관점에서 향후 우리나라가 지향하여야 할 질

평가관리체계에 대해서 검토, 분석하여 개선방안을 모색하는데 있다.

본 보고서는 선우덕 연구위원의 책임 하에 최정수·유근춘 연구위원, 김세진 연구원, 그리고 장숙량 중앙대학교 간호학과 교수에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의 정영호·박세경 연구위원, 그리고 이준영 서울시립대학교 사회복지학과 교수, 임병우 성결대학교 노인복지학과 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

2013년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	9
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 방법 및 한계점	18
제2장 장기요양서비스의 질 체계 개요	21
제1절 장기요양서비스 질의 개념 및 구성요소	21
제2절 장기요양서비스 질의 평가관리체계	27
제3장 현행 장기요양서비스의 질적 수준 및 평가관리방식의 실태 ...	37
제1절 장기요양기관 평가결과를 통한 질적 수준 분석	37
제2절 장기요양기관대상의 설문조사를 통한 질적 수준 분석	60
제3절 현행 장기요양기관 평가방식에 대한 의견 분석	83
제4장 주요국가의 장기요양서비스 질 평가 및 관리체계의 사례분석 ..	93
제1절 독일	93
제2절 일본	118
제3절 영국	130
제4절 캐나다	152
제5절 주요 OECD국가	193

제5장 장기요양서비스 질 평가관리체계의 개선방안	207
제1절 기본방향	207
제2절 질 평가관리체계의 개선방안	210
제6장 결론	223
참고문헌	227
부 록	233

표 목차

〈표 1- 1〉 노인장기요양기관의 추이	11
〈표 2- 1〉 질 평가방식의 유형별 장단점 비교	29
〈표 2- 2〉 미국 장기요양서비스 질 평가 후 시설의 질적 결핍상태 구분	32
〈표 2- 3〉 미국 장기요양서비스 질 평가 후 시설의 질적 결핍(부족)상태 구분(사례)	34
〈표 3- 1〉 입소시설 및 재가서비스기관 평가영역별 구분	39
〈표 3- 2〉 노인장기요양시설 평가지표 분류	41
〈표 3- 3〉 재가장기요양기관 평가지표 분류	44
〈표 3- 4〉 시설규모별 평가 평균점수	48
〈표 3- 5〉 시설규모별 평가점수크기별 시설분포(2011)	49
〈표 3- 6〉 평가영역별(대분류) 평가 평균점수(환산점수기준)(2011)	50
〈표 3- 7〉 운영주체별 평가 평균점수	50
〈표 3- 8〉 운영주체별 평가점수크기별 시설분포(2011)	51
〈표 3- 9〉 시설규모별 평가지표(98개)별 평가결과의 '미흡' 해당 시설분포(2011)	53
〈표 3-10〉 재가서비스기관 평가영역	56
〈표 3-11〉 재가서비스유형별 평가 평균점수	57
〈표 3-12〉 재가서비스유형별 평가점수크기별 시설분포(2012)	57
〈표 3-13〉 재가서비스유형별 평가영역별(대분류) 평가 평균점수(환산점수기준)(2012)	58
〈표 3-14〉 재가서비스유형별 평가영역별(대분류) 평가결과의 '미흡' 해당 기관분포(2012)	59
〈표 3-15〉 재가서비스유형별 운영주체별 평가 평균점수(2012)	59
〈표 3-16〉 재가서비스유형별 운영주체별 평가점수크기별 전체재가서비스기관 분포(2012)	60
〈표 3-17〉 입소시설의 운영주체별 시설비중	61
〈표 3-18〉 입소시설의 시설규모별 장기요양등급 분포	61
〈표 3-19〉 입소시설의 시설규모별 치매 및 외상자 비중	62
〈표 3-20〉 입소시설의 유형별 침실비중	63
〈표 3-21〉 입소시설의 유형별 화장실비중	63

〈표 3-22〉	입소시설의 사회복지사(1급) 채용비중	64
〈표 3-23〉	입소시설의 간호사 채용비중	65
〈표 3-24〉	입소시설의 3년이상 요양보호사 채용비중별 현황	65
〈표 3-25〉	입소시설의 상근직원비중	66
〈표 3-26〉	입소시설의 치매교육수강 직원비중	67
〈표 3-27〉	입소시설의 영양케어계획 담당자유형별 분포	67
〈표 3-28〉	입소시설의 신체 및 인지기능훈련 담당자 직원비중	68
〈표 3-29〉	입소시설의 신체구속, 경관영양 및 실금처리필요자 비중	69
〈표 3-30〉	입소시설의 신체기능의 유지 및 개선자 비중	70
〈표 3-31〉	입소시설의 서비스 질 향상을 위해 가장 중요한 것	71
〈표 3-32〉	입소시설의 현행 규정상의 직원배치에 대한 적절성	72
〈표 3-33〉	입소시설의 현행 평가방식에 의한 서비스 질 향상 도움수준	73
〈표 3-34〉	입소시설의 평가결과의 서비스수가 적용에 대한 서비스 질 향상 도움수준	74
〈표 3-35〉	입소시설의 평가결과 미흡한 시설에 대한 사후관리에 의한 서비스 질 향상 도움수준	74
〈표 3-36〉	입소시설의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 현황(복수응답)	75
〈표 3-37〉	입소시설의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 중 가장 효과적인 대책(1순위)	75
〈표 3-38〉	재가장기요양기관의 운영주체별 시설비중	76
〈표 3-39〉	재가장기요양기관의 서비스유형별 장기요양등급 분포	77
〈표 3-40〉	재가장기요양기관의 유형별 치매 및 외상자 비중	77
〈표 3-41〉	재가장기요양기관의 3년이상 요양보호사 채용비중별 현황	78
〈표 3-42〉	재가장기요양기관의 서비스질 향상을 위해 가장 중요한 것	79
〈표 3-43〉	재가장기요양기관의 현행 규정상의 직원배치에 대한 적절성	80
〈표 3-44〉	재가장기요양기관의 현행 평가방식에 의한 서비스 질 향상 도움수준	80
〈표 3-45〉	재가장기요양기관의 평가결과의 서비스수가 적용에 대한 서비스 질 향상 도움수준	81

〈표 3-46〉 재가장기요양기관의 평가결과 미흡한 시설에 대한 사후관리에 의한 서비스 질 향상 도움수준	82
〈표 3-47〉 재가장기요양기관의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 현황(복수응답)	82
〈표 3-48〉 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 중 가장 효과적인 대책(1순위)	83
〈표 3-49〉 입소시설의 서비스 질 평가시 가장 중요한 점(입소시설)	84
〈표 3-50〉 입소시설의 서비스 질 평가기관으로써의 적절한 형태	85
〈표 3-51〉 입소시설의 서비스 질 평가지표 구성시 가장 중점을 두어야 할 부문	86
〈표 3-52〉 입소시설의 서비스 질 평가수행방법	86
〈표 3-53〉 서비스질 평가시 가장 중요한 점	87
〈표 3-54〉 서비스질 평가기관으로써의 적절한 형태	88
〈표 3-55〉 서비스질 평가지표 구성시 가장 중점을 두어야 할 부문	88
〈표 3-56〉 서비스질 평가수행방법	88
〈표 3-57〉 구조 및 과정측면에 결과측면과의 관련성 분석결과(로지스틱 회귀분석)	90
〈표 4- 1〉 장기요양시설 질 평가 결과의 공개 기준	105
〈표 4- 2〉 일본의 장기요양서비스 질평가 전개과정	122
〈표 4- 3〉 일본 장기요양서비스 평가방식	123
〈표 4- 4〉 일본 개호서비스정보의 주요항목	127
〈표 4- 5〉 일본 개호서비스수가의 가산을 통한 질 제고방안	129
〈표 4- 6〉 ASCOF(Adult Social Care Outcomes Framework)의 지표	142
〈표 4- 7〉 ASCOT(Adult Social Care Outcomes Tools)의 지표	144
〈표 4- 8〉 질 관리 절차 및 방법	146
〈표 4- 9〉 캐나다 장기요양보험 시설 및 재가 서비스 이용자 수	156
〈표 4-10〉 캐나다 공적장기요양보장체계	159
〈표 4-11〉 캐나다 장기요양 인프라 정책	160
〈표 4-12〉 캐나다 장기요양제도 근로자 급여	160
〈표 4-13〉 캐나다 입소생활 시설 인증	163

〈표 4-14〉 법 위반의 심각성 수준	167
〈표 4-15〉 위반의 범위수준(Levels of Scope of Non Compliance)	167
〈표 4-16〉 조사프로토콜 요약(Inspection Protocol Summary)	175
〈표 4-17〉 명령조치의 유형과 내용	184
〈표 4-18〉 인증조사 결과별 의미	189
〈표 4-19〉 OECD 주요국가의 질 지표 사례	196
〈표 4-20〉 주요 유럽국가의 케어 질 관리조직 구조	203

부표 목차

〈부표 1〉 요양시설 및 재가보호 이용자의 인구사회학적 분포 및 일반질환 발생률	236
〈부표 2〉 요양시설 및 재가보호 이용자의 신체장애, 인지장애, 우울증의 심각성, 통증의 심각성 척도	238
〈부표 3〉 RUGs에 따른 환자구성/요양시설 및 재가보호 이용자의 분포	240
〈부표 4〉 요양시설 및 재가서비스 이용자 중 신체 및 인지장애 하위그룹에 따른 환자구성과 의료 및 사회적 지표의 발생률	242
〈부표 5〉 요양시설 및 재가서비스 이용자 중 신체 및 인지장애 하위그룹에 따른 환자구성과 의료 및 사회적 지표의 발생률(계속)	244
〈부표 6〉 LTC 질 관련 법 및 관련 주체	246
〈부표 7〉 LTC 제공자의 승인, 등록, 인증	249
〈부표 8〉 국가차원에서 요구되는 LTC 종사자의 요건	253
〈부표 9〉 현금급여, 공개보고, 인센티브 제공, 돌봄조정과 ICT 정책 및 계획	257

그림 목차

[그림 1- 1] 장기요양급여유형별 장기요양 인정자 1,000명당 시설수	12
[그림 1- 2] 장기요양급여유형별 시설 1개소당 평균 이용정원수	12
[그림 1- 3] 재가서비스기관의 운영형태별 분포	14
[그림 1- 4] 장기요양급여유형별 실이용인원 1인당 총비용 추이	16
[그림 1- 5] 장기요양급여유형별 인정자수대비 실이용인원수 추이	16
[그림 2- 1] 도나베디안의 질 평가척도 개념	30
[그림 3- 1] 현행 장기요양서비스의 전달체계	38
[그림 4- 1] 독일의 장기요양시설 평가결과 공표방식(시설과 단기요양서비스의 경우) ...	108
[그림 4- 2] 독일의 장기요양시설 평가결과 공표방식(재가의 경우)	109
[그림 4- 3] 일본 개호서비스정보공표제도의 기본 틀	126
[그림 4- 4] 영국의 보건의료 및 사회서비스 조직체계도	131
[그림 4- 5] 질 평가 절차	148
[그림 4- 6] 규정 위반에 대한 조치 결정 절차	150
[그림 4- 7] 법 위반사항과 상벌사항(Sanction Options)	171
[그림 4- 8] QCLIs: 학대, 방임과 보복의 예방	176
[그림 4- 9] 조사프로토콜 33항목	178
[그림 4-10] 30항목의 조사 프로토콜	180
[그림 4-11] OECD 장기요양서비스 질에 대한 개념적 구조	194
[그림 5- 1] 장기요양서비스 질 평가의 절차(안): 예시	215

부도 목차

[부도 1] 75세 이상 인구 중 일상생활 제한 수준	233
[부도 2] GDP 대비 LTC 지출(건강 및 사회적 요소)(2009년)	234
[부도 3] 시설세팅에서 근무하는 요양보호사 수 (65세 이상 인구 1000명당 요양보호사 수)(2011년)	235

Abstract <<

Improvement in evaluation and management system of long-term care quality in Korea

This report was written to review the current level of long term care quality and to improve quality management scheme in order to raise quality of care. In general, the level of quality of long term care services can be said to be low according to results of the operation evaluation of long term care facility by insurer and of opinion survey. This is mainly because there are lots of small-sized facilities and are shortage of skilled staffs. Besides, the quality control system of care has not been established properly, including quality indicators, assessment process, etc.

Political measures are as follows. Firstly, the aim of evaluation needs to be defined clearly, that is to accomplish quality care. Secondly, the arrangement standards of staffs working at nursing home need to be reviewed in order to provide quality care. Thirdly, for the re-construction of quality control management of care it is necessary to give consideration to review of quality indicators and assessment process, preparation of standardized providence manual, establishment of special quality assessment body, open reporting of assessment results, development of incentives for excellent facilities with high quality.

1. 연구의 배경 및 목적

- 노인장기요양보험제도의 도입으로 장기요양인프라가 급증하기 시작하여 현재는 입소시설 및 일부의 재가장기요양기관이 과다설치된 상태로 보여지고 있음.
- 특히, 소규모 및 영리목적으로 개설된 많은 시설들이 시설환경측면이 열악하고, 케어인력 및 종사자의 실무경험도 부족하여 양질의 서비스를 제공하고 있지 못하고 있는 것으로 지적되고 있음.
- 장기요양시설의 환경 및 운영방식에 시설운영자간 차이가 발생하고 있고, 이용자로부터 서비스의 불만족이 제기되고 있으며, 단순보호차원에서의 케어가 이루어지고 있는 소규모형태의 많은 시설로 인한 보험재정의 비효율적 지출이 예상되고 있음.
- 따라서 본 연구의 목적은 장기요양서비스의 질(quality)을 개선, 향상시키기 위해 필요한 서비스 질 평가관리에 대한 전반적인 체계를 검토하고, 향후 우리나라가 추진하여야 할 서비스의 질 평가관리체계를 개선하는데 필요한 정책적 제언을 하는데 두고 있음.

2. 주요 연구결과

- Wiener, et al(2007)에 의하면, 장기요양서비스의 질을 “의료 및 비의료적 서비스의 기술적 역량(technical competence)”정도로

4 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

만 정의내리고 있음. 다시 말하면, “이용자(소비자)에게 안전하고 효과적인 장기요양서비스를 제공하는데 필요한 일정수준의 기술정도로 유추해석해 볼 수 있음.

□ 장기요양서비스 질을 구성하는 요소에 대해서는 Parasuraman (1985, 1988)과 조성희(2010)의 정리에서 찾아볼 수 있는데, 이는 신뢰성, 신속성, 보증성, 공감성 및 유형성으로 이루어져 있다고 함.

○ 즉, 그러한 구성요소의 성격에 입각하여 케어가 이루어질 때, 양질의 케어라고 말할 수 있다는 것임.

□ 질 평가의 목적은 공급자로 하여금 케어의 질을 향상시킬 수 있도록 유도하기 위한 것이고, 이용자에게 양질의 서비스를 선택할 수 있도록 정보를 제공하기 위한 것이며, 공적자금(보험재정)을 효과적이고 가치있게 지출할 수 있도록 유도하기 위한 것임.

□ 이러한 목적에 따라 이루어지는 평가의 실시주체는 사업자가 자체적으로 실시하는 자가평가, 이용자에 의한 평가, 제3자의 평가기관 및 동업자에 의한 평가가 있음. 그리고 질 평가의 방법에는 ①기술식(평가항목에 관한 상황 자유기입), ②다단계 평가방식(평가항목에 대해 A, B, C등과 같은 다단계에 의한 평가), ③체크리스트방식(평가항목에 해당하는 경우 체크마크 기입), ④수치지표에 의한 방식(결과, 산출 등 수치화 가능한 정보를 평가항목으로 활용) 등이 있음.

□ 장기요양기관의 서비스 질적 수준 및 평가관리체계를 검토해 본 결과는 다음과 같음.

○ 먼저, 국민건강보험공단의 시설평가제를 통해서 질적 수준을 검

토해 본 결과, 소규모형태의 민간사업자가 운영하는 시설일수록 평가점수가 평균적으로 낮은 것으로 나타났음.

- 장기요양기관을 대상으로 한 설문조사의 결과, 물리적 환경, 종사자의 전문성 및 기술숙련도, 케어제공의 과정 등 전반적인 서비스 질적 수준이 그다지 높지 않은 것으로 판단됨.
 - 아울러, 질적 수준의 향상을 위해서는 시설장의 리더쉽, 직원의 전문성제고 및 업무태도의 개선이 일차적으로 필요한 것으로 나타남.
 - 또한, 서비스 질의 향상을 위해서는 질 평가관리기구의 공정성, 평가지표의 적절성, 평가방식의 개선 등을 지적하고 있음.
- 주요 선진국가의 사례분석에서는 케어의 질 평가관리기구로 중앙정부나 지방정부가 아닌 제3의 공공기관에서 담당하고 있고, 사회보험형태의 장기요양보장제도를 지닌 독일이나 일본에서도 질 평가관리에 한해서 보험자가 아닌 제3자의 기관을 활용하고 있음.
 - 질 평가지표도 구조적 측면보다는 케어제공의 과정 및 결과적 상태를 파악할 수 있는 데에 집중하고 있고, 평가방법도 서류심사, 해당관계자 면접 및 조사자의 관찰 등을 동원하여 실시하고 있음.
 - 또한, 평가기준이 되는 표준서비스제공지침도 구비하고 있어서 이를 통한 질적인 서비스가 제공되고 있는가를 검토하고 있으며, 그러한 서비스 제공내용 및 결과내용을 바탕으로 점수화, 또는 범주화하여 시설에 대한 질적 수준을 평가한 후 공개하고 있음.
 - 전반적으로 장기요양시설에 대한 지도감독은 목적에 따라서, 중앙정부, 지방정부, 공공기관 등이 협력하여 진행하고 있는 것으로

나타났는데, 중앙정부에서는 질 평가관리에 대한 전반적인 기준 및 지침을 마련하고, 지방정부는 시설운영에 대한 지도감독에 치중하고, 제3의 공공기관은 서비스의 질적 관리에 중점을 두고 있는 것으로 분석됨.

3. 결론 및 시사점

□ 본 연구의 결과로 장기요양서비스 질 관리체계에 대한 개선방안을 제시하면, 다음과 같음.

- 첫째, 장기요양서비스 질 평가목적의 재정립이 필요함. 즉, 케어 질 평가의 목적은 소비자(이용자 및 가족보호자)가 양질의 시설을 선택할 수 있도록 정확하고 풍부한 정보를 제공하는데 목적을 두어야 하며, 또한 장기요양서비스 공급자에게는 양질의 케어행위를 유도, 제공할 수 있는 체제를 갖추도록 지원하는데 두어야 할 것임.
- 양질의 케어제공을 위한 법적 기준의 재검토가 필요함. 즉, 요양보호사 이외에 사회복지사, 간호사, 물리치료사 또는 작업치료사, 영양사 등 전문인력의 배치기준이 재조정될 필요가 있고, 시설환경도 소규모 집단적 케어가 가능한 모형개발이 요구됨.
- 장기요양서비스평가체계의 재구축을 위해서는 평가도구 및 절차의 재검토, 표준적인 서비스제공지침의 마련, 평가전담기관의 설치검토, 구체적인 평가결과와 공개, 장기요양서비스 질 향상을 위한 일상적인 보상지원체계의 마련 등이 필요한 것으로 판단됨.

* 주요용어: 케어의 질 개념, 질 평가방법, 장기요양서비스의 질 평가체계



제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구의 방법 및 한계점

제1절 연구의 배경 및 목적

노인장기요양보험제도가 도입된 2008년 12월말을 기준으로 보면, 장기요양 인정자수는 214,480명이었으나, 2012년 말에는 341,788명으로 약 1.6배 증가하였다. 이를 전체 노인인구대비로 보면, 4.2%에서 5.8% 수준으로 높아진 것이다. 이를 다시 등급별(장애의 중증도별)로 보면, 1등급자는 57,396명에서 38,262명으로 축소된 반면에 2등급자는 58,387명에서 70,619명으로 약간 증가하고, 3등급자는 98,697명에서 232,907명으로 크게 확대되었다(국민건강보험공단, 2012).

이렇게 전체 장기요양인정자수가 늘어나는 데에는 3등급자의 증가가 크게 기여해 온 것을 알 수 있다. 그동안 제도도입 초기부터 3등급자로의 진입여부를 놓고 장기요양인정점수가 50~54점으로 판정되는 신청자의 민원이 끊임없이 이어져 왔고, 특히, 치매증상을 보인 등급외자를 중심으로한 3등급으로의 상향조정이 부분적으로 이루어짐과 동시에 2012년 7월부터는 3등급의 인정점수를 하향조정하는 등, 정책변화가 발생한 것에 힘입어 3등급자가 대폭적으로 증가하게 되었다.

이와는 반대로, 1등급자는 제도초기에 비해 크게 축소된 것으로 나타나고 있는데, 그 이유에 대해서는 다양한 해석이 제기되고 있다. 그 하나는 건강수준의 회복으로 기능상태가 양호해져 등급이 낮아지고, 사망으로 인하여 신규 1등급으로의 진입이 줄어들었다는 견해이고, 또 하나는 1

10 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

등급자의 대부분이 건강상태가 상시적으로 불안정하기 때문에 노인요양 시설에서의 케어가 불충분하여 자의든, 타의든 간에 퇴소한 결과도 반영되어 있다는 견해이다.

특히, 후자의 경우에서는 노인요양시설 등, 현행 장기요양서비스의 질(quality) 문제와도 관련이 있는 것으로 판단된다. 다시 말하면, 현행 노인요양시설에서의 의료적 케어수준이 불충분하다는 점 때문에 요양병원 등으로 전원되었다고 보는 견해이다. 실제적으로도 유추해 볼 수 있는 것은 노인장기요양보험제도를 도입할 당시의 법적 기준이 변경되어, 노인요양시설에 간호사 없이 간호조무사만의 배치가 가능하고, 촉탁의의 진료도 별로 개선되지 못한 채 유지되고 있다는 점이다. 여기에 소규모시설은 시설 및 인력배치와 관련한 법적 기준이 더 완화되어 질적인 서비스를 제공하기에는 충분하지 못한 시설환경을 갖추고 있다는 점이다.

한편, 장기요양 인프라 측면을 살펴보면 다음과 같다. 보험제도가 도입될 당시에는 이용자수의 급증 및 인프라의 부족을 우려하여, 그동안 사회복지법인을 중심으로 한 시설을 민간의 개인사업자에게로까지 확대, 개설할 수 있도록 허용하였다. 이로 인하여 전체적으로 장기요양인프라는 제도의 도입초기부터 급증하기 시작하여 현재에는 입소시설 및 일부의 재가장기요양기관이 과다설치된 상태로 보여지고 있다. 즉, 재가장기요양기관의 경우, 2008년 12월말 10,033개소이던 것이 2012년 12월말 19,457개소로 93.9%의 증가를 보였고, 입소시설의 경우에는 동기간에 1,700개소에서 4,142개소로 143.7%의 증가를 보였다. 특히, 재가장기요양기관 중에서는 방문요양기관이 급증하고, 50인 미만의 소규모 입소시설의 급증이 두드러지게 나타나고 있다.

〈표 1-1〉 노인장기요양기관의 추이

(단위 : 개소)

구분		'08.12월	'09.12월	'10.12월	'11.12월	'12.2월	증가율(%)
재가	소계	10,033	19,066	19,947	19,505	19,457	93.9
	방문요양	4,271	8,443	9,164	8,709	8,655	102.7
	기타	5,762	10,623	10,783	10,796	10,802	87.5
입소	소계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,142	143.7
	10인 미만	406	995	1,480	1,667	1,720	323.7
	10~50인 미만	692	931	1,433	1,543	1,568	126.6
	50인 이상	602	702	838	851	854	41.9

자료: 국민건강보험공단 홈페이지 참조

이와 같이 장기요양인프라가 증가하여 장기요양서비스 이용자가 서비스를 제공받는 데에는 일단, 어려움이 없는 것으로 판단되나, 시설에 따라서는 입소가 불가능하여 장기간 대기하여야 하는 상황도 상존하고 있다. 특히, 시설의 규모와 관계없이 시설환경이 양호하고 양질의 서비스가 제공되는 것으로 알려져 있는 시설일수록 입소대기자가 몰려 있다.

그런 반면에, 소규모 및 영리목적으로 개설된 많은 시설들이 시설환경 측면이 열악하고, 케어인력 및 종사자의 실무경험도 부족하여 양질의 서비스를 제공하고 있지 못하고 있는 것으로 지적되고 있다.

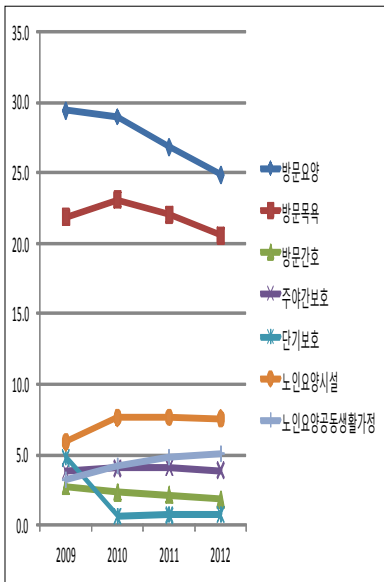
일반적으로 볼 때, 장기요양시설 및 인력은 서비스를 생산, 제공하는데 필수적인 요소에 해당한다. 따라서 항상 적정수의 인프라가 확보되어 있어야 하는데, 인프라의 수준은 서비스의 과다 및 질에 적지 않은 영향을 끼칠 수 있다.

먼저, 장기요양 인정자수대비 시설수를 살펴보면, 방문요양, 방문목욕 및 방문간호 등 방문형 재가서비스기관은 감소하고, 노인요양공동생활가정은 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 그 이외에 전체 노인요양시설은 2010년도 이후 시설수가 정체되어 있는 것으로 보여지고 있다.

12 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

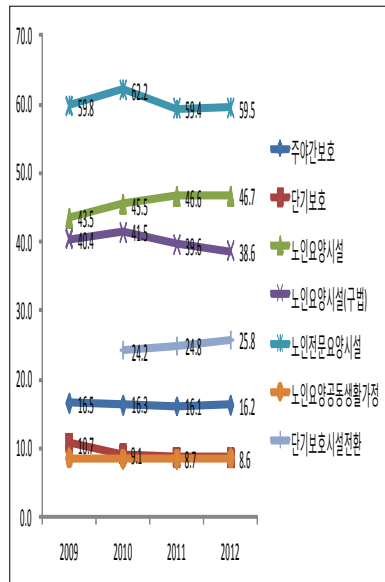
결국, 그동안 장기요양시설의 과잉설치에 대한 지적이 있었고, 장기요양인정자수가 증가하고 있지만, 전체노인대비율이 정체되어 있는 것으로 나타나, 점차적으로 정리되어 가고 있다. 그러한 가운데에 우려스러운 것은 9인 미만의 소규모 그룹형태의 노인요양공동생활가정의 경우에는 지속적으로 증가하고 있다는 것이다. 이러한 시설은 요양보호사만 있어도 운영할 수 있는 모형으로 다양한 질적인 서비스가 제공되기에는 상당한 한계성을 지니고 있다.

[그림 1-1] 장기요양급여유형별 장기요양 인정자 1,000명당 시설수



자료: 국민건강보험공단.
노인장기요양보험체계연보(각 연도)

[그림 1-2] 장기요양급여유형별 시설 1개소당 평균 이용정원수



자료: 국민건강보험공단.
노인장기요양보험체계연보(각 연도)

여기에서 시설당 평균 이용정원수 추이를 살펴보면, 대규모중심의 노인전문요양시설을 제외한 노인요양시설의 경우, 전술한 바와 같이 대

부분이 50인 미만의 소규모 시설이다. 이러한 현상으로부터 유추해 볼 수 있는 것은 최소한 50인 이상 규모의 시설이어야만 각종 서비스를 생산, 제공하는데 필요한 모든 직종의 직원을 채용할 수 있는데, 그렇지 못한 소규모 시설에서는 상대적으로 적은 규모의 직원으로도 운영할 수 있어서, 그만큼 입소자가 받아야 하는 다양한 질적인 서비스를 제공받지 못하고 있다.

그동안 단기간의 입소를 중심으로 운영되던 단기보호시설의 대부분이 소규모형태의 노인요양시설로 전환되었거나, 노인요양공동생활가정의 그룹홈형태로 전환된 것으로 판단되고 있다.

한편, 현재 장기요양시설의 운영주체를 보면, 국공립, 법인, 개인 및 기타로 분류하고 있는데, 여기에서 개인사업자는 영리사업자(for-profit)에 해당한다. 각 장기요양급여유형별로 개인영리사업자의 비중을 살펴보면, 방문목욕, 방문요양, 방문간호 등 방문형 재가서비스에서 상당히 높은 비중을 차지하고 있다. 특히, 소규모 그룹홈형태의 노인요양공동생활가정이나 단기보호시설에서 전환된 요양시설에서 높은 개인사업자비중을 보여주고 있다. 결국, 장기요양대상자의 이용이 높은 재가서비스기관과 소규모시설의 대부분이 개인사업자에 의해 운영되고 있어서 양질의 서비스를 제공하는데에는 한계가 있을 수 있다¹⁾.

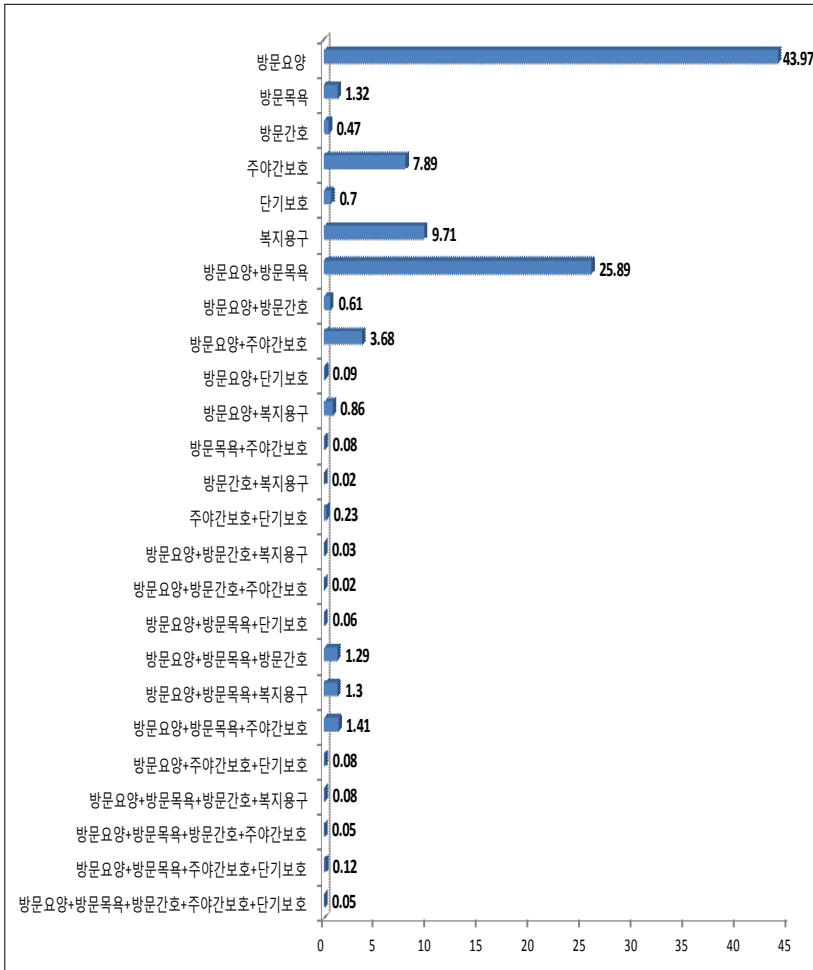
현행 재가서비스기관의 운영형태를 보면, 전체의 44%가 방문요양서비스만을 취급하는 기관이고, 그 다음으로 방문요양과 방문목욕서비스를 복합적으로 취급하는 기관(전체의 26%)인 것으로 나타나고 있다. 결국, 이러한 현상은 방문요양기관 및 방문목욕기관이 개인운영자가 70~80%를 차지하고 있기 때문에 기관운영상 적은 비용으로 사업을 할 수 있기도

1) 참고로 노중호(2008)의 연구에서는 비영리의 노인요양시설이 시장에서 차지하는 비중이 높아짐에 따라서 시설서비스의 질이 향상된 것으로 분석하였음.

14 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

하지만, 소비자인 이용자의 입장에서도 가사지원위주의 서비스를 편리하게 요구할 수 있기 때문에 판단된다.

[그림 1-3] 재가서비스기관의 운영형태별 분포



주: 2012년도 시설평가기관 중심
 자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

결국, 장기요양시설의 환경 및 운영방식에 시설운영자간 차이가 발생하고 있고, 이용자로부터 서비스의 불만족이 제기되고 있으며, 단순보호차원에서의 케어가 이루어지고 있는 소규모형태의 많은 시설로 인한 보험재정의 비효율적 지출이 예상되고 있다. 따라서 시설입소의 대기현상을 해소하여 서비스이용자가 만족할 수 있고, 재정지출의 효율성을 제고시킬 수 있는 양질의 서비스 확보가 이제부터 급선무일 것이다.

또 하나의 현상으로부터 서비스 질적 문제를 제시할 수 있는 것은 보험급여비의 지출행태이다. 즉, 장기요양급여유형별로 실이용자 1인당 총요양비용(급여액+본인부담금)의 추이를 살펴보면, 2009년도이후 지속적으로 증가추세를 보이고 있는 급여는 시설급여의 경우, 노인전문요양시설급여, 노인요양시설(신법)급여, 노인요양공동생활가정급여, 단기보호시설의 전환요양시설급여로 노인요양시설(구법)을 제외하고는 모든 시설급여에서 비용이 증가하는 것으로 나타내고 있다.

재가급여의 경우에는 주야간보호급여를 제외한 방문요양, 방문목욕, 방문간호급여는 정체되어 있거나, 약간의 증가만을 나타내고 있다. 그리고 장기요양급여유형별 인정자수100명당 실이용자수를 분석해 보면, 노인요양시설(신법)과 노인요양공동생활가정을 이용하는 경우는 증가하는 현상을 보이고 있는 반면에 방문요양과 방문목욕서비스를 이용하는 경우는 2010년도 이후 현저하게 감소하고 있는 것으로 나타나고 있다.

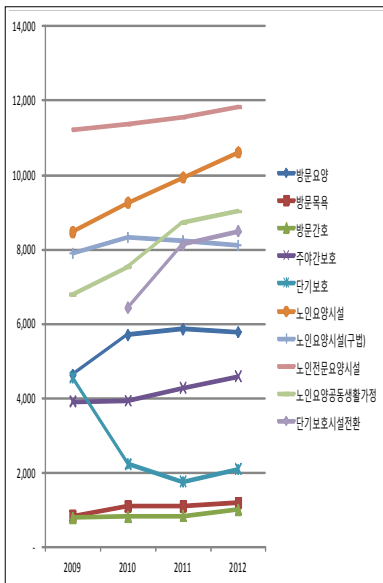
이와 같은 현상을 놓고 재분석해 보면, 방문형 재가서비스 대신에 노인요양시설(신법)에 입소하는 이용자가 늘어나고 있다는 것을 알 수 있다. 이에 상응해서 1인당 노인요양시설급여비용이 다른 급여에 비해서 급격하게 증가하고 있는 것으로 나타났다.

전술한 바 있듯이 1, 2등급자의 비중이나 실수는 초기에 비해 축소하였거나 점증한 것으로 나타나, 상대적으로 기능상으로도 호전되었거나,

16 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

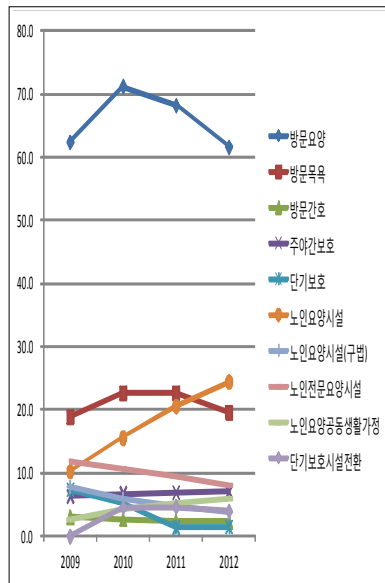
경증의 상태를 보이는 3등급자가 대폭적으로 확대되었음에도 불구하고, 중증자 입소중심의 시설을 이용하는 자가 늘어나고 있다는 것은 주의해 볼 필요가 있다.

[그림 1-4] 장기요양급여유형별
실이용인원 1인당
총비용 추이



자료: 국민건강보험공단.
노인장기요양보험통계연보(각 연도)

[그림 1-5] 장기요양급여유형별
인정자수대비
실이용인원수 추이



자료: 국민건강보험공단.
노인장기요양보험통계연보(각 연도)

이런 경우는 방문요양 등 재가급여서비스의 내용이 만족스럽지 못하기 때문인 것(즉, 서비스의 질이 열악하기 때문)으로 볼 수 있다. 실제적으로 현행 방문요양서비스의 내용을 보면, 신체수발(self-care)보다는 청소, 조리, 세탁 등 가사지원서비스를 중심으로 하고 있어서 신체수발과 같은 서비스욕구를 지닌 수급자가 만족하기에는 한계가 있을 것으로 판단된

다. 특히, 3등급자로 인정을 받은 경증의 치매질환자인 경우, 가족의 입장에서서는 가사지원보다는 사고발생이나 가족의 휴식을 지원해 줄 수 있는 신체수발형 서비스를 희망할 수 있기 때문에 현행 요양보호사로써는 한계가 있을 것으로 판단된다.

결국, 이런 문제는 재가급여서비스는 물론이고, 시설급여서비스에 대해서도 안정성(safety)이나 효과성(effectiveness) 측면에서 서비스품질을 검토해 볼 시기에 접어들었다고 보여진다.

이상과 같은 장기요양보험제도의 운영실적을 기초로 장기요양서비스의 질적 측면을 분석한 연구는 많지 않은 실정이다. 그 중에서 몇 편의 분석논문을 제시하면, 김조자 등(2008)은 방문간호서비스의 질 평가도구를 개발하는 분석을 수행하였고, 권진희 등(2010)은 방문요양서비스에 대해 인지하는 서비스의 질과 만족도, 재이용의사간 관계를 분석하고, 서비스의 내용 및 제공과정이 만족도나 서비스재이용에 긍정적인 관계가 있다고 하였다. 그리고 이현진(2011)의 연구에서는 방문요양서비스를 대상으로 서비스의 지원성 및 신뢰성이 서비스 만족도에 크게 영향을 미치는 것으로 분석하고 질지표의 개발시 그러한 측면이 중요할 것으로 보았다. 특히, 노종호(2008)의 연구에서는 요양시설의 운영주체가 서비스의 질에 영향을 미치고 있다는 분석을 하였는데, 특히 비영리시설이 전반적인 서비스의 질 향상에 도움이 된다고 하였다. 또한, 이지영 등(2011)은 사회복지사가 인식하는 장기요양서비스의 질에 대한 질적 연구를 수행하여 좋은 서비스의 조건, 질 높은 서비스를 방해하는 요인, 질 개선을 위한 평가방식 등을 검토하였다.

그 이외의 다수의 논문들이 있지만, 대부분이 일부 장기요양서비스에 대한 질적 수준에 중점을 두고 분석하고 있으며, 평가관리체계를 포함한 전반적인 서비스의 질 개선차원에서 이루어지고 있지는 않다.

따라서 본 연구의 목적은 장기요양서비스의 질(quality)을 개선, 향상시키기 위해 필요한 서비스 질 평가관리에 대한 전반적인 체계를 검토하고, 향후 우리나라가 추진하여야 할 서비스의 질 평가관리체계를 개선하는데 필요한 정책적 제언을 하는데 두고 있다.

제2절 연구의 방법 및 한계점

본 연구를 추진하는데 이용된 방법론은 문헌고찰을 중심으로 하되 직접적으로 서비스를 공급하는 시설을 대상으로 의견을 청취하는 방법을 선택하였다. 즉, 이론적인 검토를 수행하기 위해 직접적으로 활용도가 높은 문헌을 중심으로 살펴보았으며, 현재 제공되고 있는 장기요양서비스의 질적 수준을 가늠하기 위해서는 현재 보험자가 실시하고 있는 시설평가의 결과를 활용하였다. 추가적으로 일부 시설을 대상으로 한 설문조사 내용 중에서 질적 수준을 파악해 보고자 하였다. 그리고 바람직한 질 평가관리체계를 검토하기 위해서 주요 OECD 국가의 사례를 토대로 정리하였고, 아울러 우리나라의 입소시설 및 재가장기요양기관을 대상으로 설문조사를 실시하여 의견을 듣고자 하였다.

이상과 같은 연구방법 및 연구수행의 결과측면에서 볼 때, 장기요양서비스를 제공하는 공급시설내 다양한 종사자들의 의견이나 서비스를 직접적으로 제공받는 이용자 및 그 가족들의 의견을 청취하는데에는 한계가 있었다. 다시 말하면 이용자들에 대한 의견조사는 개인정보의 보호차원에서 대상자 선정이 어려웠고, 종사자대상의 의견조사도 응답자의 선정이나 응답결과에 대한 비밀이 보장되지 못하여 정확한 의견청취가 어려웠다는 점이다.



제2장 장기요양서비스의 질 체계 개요

제1절 장기요양서비스 질의 개념 및 구성요소

제2절 장기요양서비스 질의 평가관리체계

2

장기요양서비스의 질 << 체계 개요

제1절 장기요양서비스 질의 개념 및 구성요소

1. 장기요양서비스 질의 개념

일반적으로 질(quality)은 무형의 추상적인 성격을 지닌 용어이기 때문에 뚜렷한 정의가 없는 실정이고, 어느 측면을 중점적으로 보느냐에 따라서 달리 정의되고 있다. 즉, 질(quality)은 원래 다원적이고 직접적으로 파악하는 것이 어려운 개념이고, 질을 정의하는 것은 급성기 케어부문에 서도 쉽지 않지만, 만성기 케어부문에서는 더욱 어렵다는 것이다.

우선 Dandi, et al(2012)에 의한 만성기 케어의 특성을 제시한 것을 보면, ①케어는 급성기처럼 질병을 제거하는 것이 아니라 통증을 완화하거나, 불편감을 경감시키고 질병이나 상해로 인한 기능제한을 보충하고 신체적/정신적 기능수준을 최대한으로 유지하는 것이 목표라는 것이다. 이와 관련하여 WHO에서 보고 있는 케어의 목표는 자기 신체에 대한 케어(self-care)를 장기간에 걸쳐서 충분하게 할 수 없는 개인에 대해, 자립, 자율, 참가, 자기실현, 존엄의 정도를 최대한 유지하고 가능한 한 삶의 질(QOL)을 유지하는 것을 보증하는 것이라 하였다(WHO 2002). 따라서 케어의 질을 판단할 때, 이용자의 삶의 질(QOL) 및 이용자/가족의 케어경험에 대한 주관적 인식(만족도 등)이 중요하다는 것이다. 그리고 ②케어는 다양한 서비스(수발, 의료, 생활지원 등), 자원(복지용구 등), 첨단기술(긴급통보시스템), 재택에서의 주택수리 등이 포함된 광범위한 조

합이고, 그 제공 장소도 시설 및 재택, 전문적 및 비전문적(formal/informal) 서비스 등, 다양한 형태로 구성되어 있다는 것이다. 이용자는 장기간에 걸쳐서 서비스를 이용하고, 이용의 종결시점이 확정적이지 않다는 점, 재택은 여러 사업자로부터 서비스를 받는다는 점, 증상의 변화에 따라 다른 사업자나 서비스로 이행되기도 하고 자원제약으로 대체적 서비스 제공을 받는 등의 특성을 지니고 있다는 것이다. ③대부분의 케어노동이 비전문적이고 노동집약적이라는 점이다. 일상생활에서의 자립촉진이나 기능개선의 보조에 고도의 기술을 필요로 하지 않기 때문에 케어워커나 홈헬퍼 등과 같은 전문적 연수를 필요로 하지 않는 가족 등에 의해서도 케어가 제공된다는 것이다.

한편, Wiener, et al(2007)에 의하면 장기요양서비스의 질을 “의료 및 비의료적 서비스의 기술적 역량(technical competence)” 정도로만 정의내리고 있다. 다시 말하면, “이용자(소비자)에게 안전하고 효과적인 장기요양서비스를 제공하는데 필요한 일정수준의 기술정도”로 유추해석해 볼 수 있다.

WHO에서는 보건의료측면에서 질(quality)의 속성을 6가지의 측면에서 명시하고 있는데, 이는 효과성, 효율성, 접근성, 환자중심성, 공정성 및 안전성이다. 또한, OECD의 보건의료서비스의 질 지표가 강조하고 있는 것을 보면, 유사하게 효과성, 안전성 및 환자중심성을 제시하고 있으며, 호주의 국가보건성과위원회에 의해 작성된 질적 보건의료서비스를 전달하는데 필요한 기본틀에서는 서비스가 효과적(effective), 적절한(appropriate), 효율적(efficient), 신속적(responsive), 접근가능성(accessible), 안전성(safety), 연속적(continuous), 전문적(capable) 및 지속적(sustainable)으로 전달될 때 질적인 수준을 보증할 수 있는 것으로 보고 있다. 다시 말하면, 효과성은 바람직한 결과를 달성하고 있는

가, 적절성은 이용자의 욕구나 표준적인 내용과 관련이 있는가, 효율성은 가장 비용효과적인 활용에 따른 결과물인가, 신속성은 이용자 중심적이거나, 공급자의 선택 등이 신속하게 가능한가, 접근성은 적재적소에서 케어를 받을 수 있는가, 안전성은 각종 위험로부터 회피가 가능한가, 연속성은 단절적이지 않으면서 연계적으로 서비스를 받고 있는가, 전문성은 기술과 지식을 가지고 전문적으로 서비스를 줄 수 있는가, 그리고 지속성은 노동환경, 시설, 장비 등의 인프라를 제공할 수 있는 체계인가로 설명하고 있다. 사실 이러한 요소들은 장기요양서비스의 질을 측정하거나 파악하는데 이용할 수 있는 기준적인 개념으로 볼 수 있겠다.

이와 같이 양질의 케어(good quality of care)를 요구하게 되는 배경은 이용자(소비자)가 자신의 삶에 대해 더 많은 요구나 통제력을 필요로 하고, 케어비용의 증가에 따라 이에 상응하는 공공케어지출에 대한 책임성(accountability)을 증대시킬 필요성이 있으며, 정부가 취약한 노인을 보호할 역할과 책임을 지니고 있기 때문이다. 그래서 양질의 케어(good quality of care)를 제공하는 목적은(케어를 제공함으로써 발생하는) 허약노인, 만성질환자 또는 신체적 장애자를 위한 양호한 결과물(outcome)을 유지 또는 개선(증진)시키기 위한 것이다. 이는 장기요양서비스가 보건의료와 달리 전반적인 건강상태의 개선에 목적을 두는 것이 아니라 의존적인 자에게 건강상태에 대한 자신의 통제력(control)을 유지하게 하거나, 의존성(dependence) 또는 장애를 축소하는데 중점을 두어야 한다는 것을 의미한다.

이러한 장기요양서비스(케어)의 질에 대한 표준을 설정하는 방법에는 3가지가 있는데, 먼저 승인 또는 허가(approval or licensing)는 노인복지법이나 노인장기요양보험법에 의해 제시된 전반적인 규정에 부합하는 시설에 대해 인정하는 최소수준을 의미하고, 보증(certification)은 건축

물(상태)의 질에 대한 것으로 지속적인 개선의 원칙에 입각해 있고, 전반적인 일반규정보다는 강화된 시설에 대해 인정하는 것이다. 즉, 소방안전, 개인 사생활, 공간적 구성 등과 같이 하드웨어의 질에 대한 규정에 부합하는 경우에 인정하는 것인데, 이 또한 최소수준을 의미한다. 그리고 인증(accreditation)은 건축기준을 비롯한 각종 최소한의 설치 및 운영기준을 초과하는 시설에 대해 주어지는 것으로 적정수준을 의미하고 있다.

여기에서 케어의 질을 확보하기 위한 조치에 대해서 호주를 사례를 들어 정리하면, 다음과 같다(Australian Government, 2011). 첫째, 공급자(시설설치)기준이 충족되어야 한다. 이는 보험급여를 지급받기 위해서는 장기요양서비스를 제공할 수 있는 시설로 승인을 받아야 한다는 것이다. 일차적으로 지자체에 설치허가를 받아야 하고, 보험자로부터 보험급여기관으로 지정을 받아야 한다는 것이다²⁾. 호주에서는 기준충족에 미치지 못하는 경우에는 제재, 또는 설치폐쇄조치를 단행하고 있다. 둘째는 시설물에 대한 질적 수준을 충족시켜야 한다. 건축물 및 주거환경에 대한 질적 수준의 설정은 케어의 질을 개선시키는데 선결조건으로 인식되고 있는데(OECD, 2005b), 이에는 소방안전, 개인 사생활, 공간기준을 개선하기 위한 조치 등이 내포되어 있다. 호주에서는 건축기준(Building Code of Australia)에 따라 시설에 대한 안전성, 건강성, 안락성에 대해 최소한의 지역표준을 설정해 놓고 있다는 것이다. 셋째는 케어의 표준이 있어야 한다. 이는 서비스공급자에게 양질의 케어, 케어관리, 시설의 책임성에 대한 가이드라인을 제시하는 내용을 담아야 하는데, 시설의 설치 허가시 적용되는 기준이 최소한의 질적 수준으로 볼 수 있다. 예를 들면, 호주의 경우, 정부로부터 비용지급을 받기 위해서는 인증(accreditation)

2) 현재, 우리나라의 경우에는 지자체에 개설신고를 하여 허가를 받으면 동시에 지정된 것으로 조치되고 있으며, 설치기준은 노인복지법, 노인장기요양보험법에 근거를 두고 있음.

을 받아야 하는데, 인증절차는 4개의 인증표준을 제시하는 케어결과와 44개의 지표를 가지고 시설의 성과를 사정하고 있다. 재가케어에 대해서는 18개의 지표와 3개 분야의 케어 결과상태를 고려하고 있다. 또한, 4개의 인증표준내용은 경영체계/직원구성/조직개선 등, 보건 및 대인적 케어, 거주생활방식, 물리적 환경 및 안전체계 등이 포함되어 있다. 넷째, 입소자의 안전을 보호하기 위한 조치가 있어야 한다. 호주의 경우, 시설에서는 성 추행이나 신체적 공격의 발생을 보고할 의무가 있고, 경찰은 부적절한 직원의 종사 등에 대해 조사를 실시하고 있다. 다섯째, 불만 및 고충처리가 이루어져야 한다. 호주에서는 고령자케어불만조사제도가 있는데, 이는 케어의 질이나 제공된 서비스에 대한 불만을 익명으로 제출하게 하는 제도이다. 마지막으로 소비자의 보호 및 지원서비스가 있어야 한다는 것이다.

2. 장기요양서비스 질의 구성요소

장기요양서비스 질을 구성하는 요소에 대해서는 Parasuraman (1985, 1988)과 조성희(2010)의 정리에서 찾아볼 수 있겠다. 즉, 그 구성 요소는 신뢰성(reliability), 신속성(responsiveness), 보증성(assurance), 공감성(empathy), 유형성(tangible)이라는 것이다. 여기에서 신뢰성이란 믿을 수 있고, 약속된 서비스를 수행할 수 있는 능력을 가리키는 것으로 약속된 서비스가 제공되고 제대로 된 서비스가 제공될 때 양질의 서비스로 인식한다는 견해이다. 신속성이란 이용자를 지원하기 위해 제공되는 서비스가 신속하게 이루어졌는가를 보는 것으로 서비스제공시간에 대한 정보나 이용자의 요구사항에 대한 준비 등이 제대로 갖추어졌을 때 양질의 서비스가 제공된다는 견해이다. 보증성은 종사자들의 케어지식, 소

양 의식, 이용자로부터의 인간적 믿음 등이 형성되어 있는가를 보는 것으로 종사자들이 전문적인 지식과 기술을 가지고 올바른 직업소양 의식과 태도로 서비스를 제공할 때 양질의 서비스가 이루어진다는 견해이다. 공감성이란 이용자에게 제공되는 배려와 개인적인 관심을 보는 것으로 종사자가 서비스를 제공할 때 일방적이지 않고 이용자에 대한 관심을 가지고 배려할 때 양질의 서비스가 이루어진다는 견해이다. 유형성은 물리적인 시설환경 및 종사자들의 외양을 보는 것으로 시설설비나 케어기구를 비롯하여 종사자들의 복장이나 모습이 양호할 때 양질의 서비스가 이루어진다는 견해이다.

영국 보건부의 성인 사회적 케어에 대한 기본틀에서도 질(quality)을 4개의 요소로 구성된 복합물로 정의내리고 있는데, 그 요소란 효과성(effectiveness), 경험(experience), 안전성(safety), 효율성(efficiency)으로 제시하고 있다. 여기에서 효과성은 최적의 가능한 결과물을 달성하는 것, 경험은 존엄과 존경을 가지고 대응하는 것(경험있는 자로부터 케어나 지원을 받는 것), 안전성은 피할 수 있는 위해로부터 보호하거나, 리스크로부터 안전하게 지키고, 선택을 적절하게 유지하는 것(취약한 사람들을 보호하는 것), 그리고 효율성은 금전적 가치를 확보하는 것으로 설명하고 있다.

이와 같은 서비스의 질적 구성요소로부터 유추할 수 있는 것은 양질의 서비스는 이용자와 제공자(종사자)간의 역학관계에서 이루어진다는 것을 알 수 있겠다. 특히, 누가, 어떠한 환경에서 어떻게 서비스를 제공하느냐에 따라서 서비스의 질이 결정된다고 보면 될 것이다. 다시 말하면, 전문적인 지식과 양호한 태도를 지닌 종사자가 양질의 물리적 환경속에서 이용자의 욕구에 신속하게 대처하면서 정해진 서비스를 제공할 때 양질의 서비스가 이루어진다는 것으로 요약할 수 있겠다.

제2절 장기요양서비스 질의 평가관리체계

1. 장기요양서비스의 질 평가 목적과 방식

우선적으로 질 평가의 목적을 살펴보면, 다음과 같이 3가지 측면에서 정리할 수 있다. 첫째는 공급자로 하여금 케어의 질을 향상시킬 수 있도록 유도하기 위한 것이고(공급자관점), 둘째는 이용자에게 양질의 서비스를 선택할 수 있도록 정보를 제공하기 위한 것이며(이용자관점), 셋째는 공적자금(보험재정)을 효과적이고 가치있게 지출(value for money)할 수 있도록 유도하기 위한 것이다(정부관점).

이러한 목적에 따라 질의 평가가 이루어지는데, 평가의 실시주체는 다양한데, 대체적으로 다음과 같은 유형이 있다.

첫째는 사업자가 자체적으로 실시하는 자가평가(self-assessment)가 있다. 사업자로써는 경제적 부담이 적고 반복적으로 시행함으로써 질 개선의 틀이 정착될 수 있는 장점이 있다. 그러나 평가방법에 따라서는 적절치 못한 사실에 대해서는 평가하지 않을 가능성이 있기 때문에 개선점이 충분히 노출되지 못한다는 단점도 있다. 또한, 자가평가의 결과에 대해 모종의 경제적 인센티브가 생기는 제도를 구축하는 경우, 사실과 다른 허위보고가 이루어질 가능성도 배제할 수 없기 때문에 평가결과를 확인하기 위한 감사, 허위보고를 한 경우에는 강력한 벌칙이 주어지는 등, 평가의 객관성을 담보할 수 있는 틀을 마련할 필요가 있다.

둘째, 이용자에 의한 평가가 있다. 이용자중심의 서비스 제공이라는 관점에서 일부의 의료기관이나 장기요양서비스사업자에게 이용자만족도조사를 실시함으로써 이용자에 의한 서비스의 질을 평가한다. 이용자평가로 이용자의 안목에서 사업소가 가지고 있는 과제를 유출하고 사업자로

하여금 서비스의 질 개선으로 이어지게 하는 장점이 있다. 그러나 이용자에 의한 평가에서는 제공되는 케어기술의 높은 전문성을 객관적으로 평가하는 것이 어렵고, 처우나 환경면에 치우칠 가능성이 있다는 문제가 있다. 그리고 이용자의 가치관이나 다른 이용자와의 관계 등, 다양한 요인에 의해 이용자 만족도는 영향을 받을 가능성이 높다는 것이다.

셋째, 제3자의 평가기관에 의한 외부평가가 있다. 이 경우에는 평가의 안정성과 타당성을 확보한 다음 다른 사업소와의 비교가 가능한 객관적인 평가결과를 얻을 수 있다는 장점이 있다. 그리고 양질의 외부평가를 하기 위해서는 높은 전문성이나 경험을 지닌 평가기관, 평가자를 일정정도 확보하고 평가기관, 평가자의 질이 균질화되어 있어야 할 것이고, QI, QM과 같은 양적 척도의 확립이 전제되어야 한다. 반면에 외부평가는 평가자의 사업소방문이나 평가실시와 관련한 인건비 및 출장비용 등 경비가 발생하고 자기평가에 비해 평가 소요비용이 높다는 단점이 있다.

넷째, 동업자에 의한 평가(peer review)가 있다. 장기요양서비스사업자에게는 지역의 동업자와 교류하는 기회를 갖고 상호방문 등의 활동을 하는 것은 사업자간의 강화로 이어짐과 동시에 스스로 가지고 있는 과제를 쉽게 파악할 수 있고, 서비스 질의 향상을 도모하는 데에도 유효하다. 그래서 동업자나 사업자단체에 의한 서비스 질의 평가에 대한 의의를 제시하는 경우도 있다는 것이다.

그리고 질 평가의 방법에는 ①기술식(평가항목에 관한 상황을 자유 기입), ②다단계 평가방식(평가항목에 대해 A, B, C등과 같은 다단계에 의한 평가), ③체크리스트방식(평가항목에 해당하는 경우에 체크마크를 기입), ④수치지표에 의한 방식(결과, 산출 등 수치화 가능한 정보를 평가항목으로 활용) 등이 있는데 요약하면 다음 표와 같다.

〈표 2-1〉 질 평가방식의 유형별 장단점 비교

유형	장점	단점
기술식	- 장기요양기관의 창의적인 생각을 반영한 평가결과를 명시하는 것이 가능	- 평가자에게 일정한 문장력 등이 요구된다는 것 - 평가자의 주관적 판단에 의한 결과의 편차가 발생하기 쉽다는 것
다단계 평가방식	- 일정한 평가기준에 의거, 그 달성도수준을 평가하고 인증하기도 하고 사업소의 재구조화가 가능	- 사업자의 대처개선이 진행되고 평가해야 할 상황이 달성되면, 다시 개선유도가 안된다는 것 - 사업자의 창의적인 생각에 따라 평가항목에 기재된 내용 이외의 바람직한 대처가 이루어지는 경우에는 그것을 제대로 평가받지 못한다는 것 - 평가자의 주관적 판단에 따라 결과의 편차가 발생하기 쉬움
체크리스트 방식	- 평가기준이나 척도가 명확하고 평가자의 주관적 판단에 의한 결과의 편차를 피할 수 있다는 것 - 사업자간 비교가 쉽다는 것	- 일정한 평가기준에 의거, 그 달성도수준을 평가하고 인증하기도 하고 사업소의 재구조화가 가능
수치지표에 의한 평가		- 수치화가 곤란한 평가항목에 대해서는 평가가 불가능 - 데이터의 수집에 일정한 노력이 발생

2. 장기요양서비스 질의 평가척도

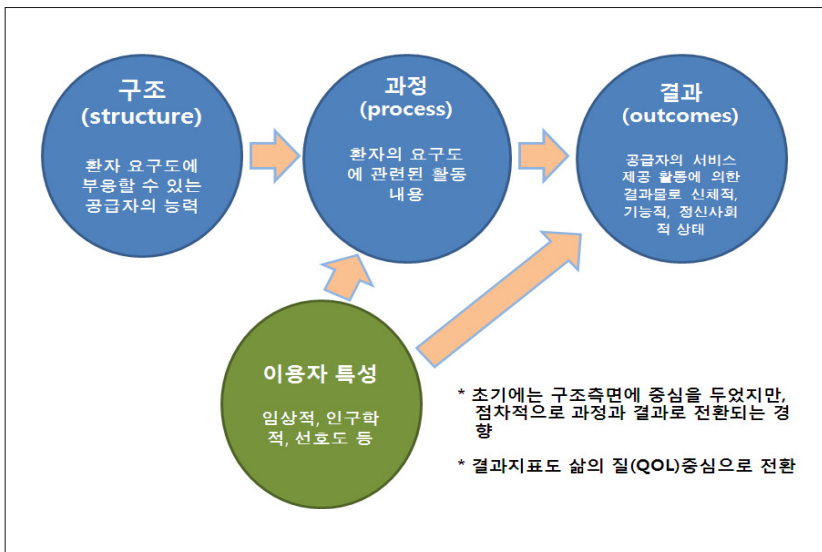
대체적으로 질 평가의 척도는 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)지표로 구성되는데, 과정과 결과지표의 조합이 가장 보편적으로 사용되고 있다. 여기에서 구조는 양질의 케어를 제공할 수 있는 시설의 능력(capacity)을 의미하는데, 이에선 직원의 수준, 조합, 교육 및 훈련, 시설의 특징(소유주, 규모, 인증여부, 인구정보-성별, 연령), 입소자(이용자)의 상태 및 비용지불방식 등등이 해당한다. 과정은 실제로 제공

30 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

되거나 관리되는 서비스를 포함하는데, 이에에는 케어의 과다(또는 과소) 이용, 빈약한 기술적 실적이 해당된다. 그리고 결과는 제공되거나 제공되지 않은 케어로 인하여 발생하는 건강상태 및 기능적 심리사회적 상태의 변화를 의미한다.

이와 같은 평가척도를 개발한 사람은 미국의 의사이자 공중보건학자인 아베티스 도나베디안인데, 그는 의료의 질에 대해 저술한 1980년 저서에서 전술한 구조, 과정 및 결과의 3요소에 의한 접근방식이 타당하다고 저술하고 있다.

[그림 2-1] 도나베디안의 질 평가척도 개념



그에 의한 구조란, 의료를 제공할 때 필요한 인적, 물적 및 재정적 자원이고, 전문직의 수와 분포, 자격, 또는 의료기관의 수, 규모, 시설, 그리고 의료제공체제나 의료보험제도 등이 해당된다. 여기에서 도나베디안은 과

정, 결과와 비교하면, 구조는 의료의 질 지표로써 유용성이 낮다고 지적한 바 있다. 과정은 의료종사자와 환자간의 상호작용을 평가한 것이고, 치료내용의 적절성, 의료종사자의 환자에 대한 처우 등이 해당한다. 그리고 결과는 의료에 의해 환자에게 나타나는 건강상태의 변화이지만, 신체적, 생리적 측면뿐만 아니라 사회적, 심리적 측면의 개선이나 환자의 만족도 등도 평가의 대상이다.

도나베디안은 과정과 결과간 관계에 대해 어떠한 장단점을 지니고 있음에도 불구하고 질 평가에 있어서는 과정과 결과의 양자를 동시에 활용하는 것이 중요하다고 하였다. 의료나 보건의료정책분야에서의 질 평가에서는 도나베디안이 제창한 3요소에 의한 접근이 널리 이용되고 있다.

한편, 질을 평가한 후 그 결과를 어떻게 분류하느냐 하는 것도 중요한 것이다. 여기에서 미국의 사례를 들어 설명하면 다음과 같다.

이 표에서는 질적 수준의 결핍정도를 몇 단계로 구분하고 있다. 즉, ①레벨1은 입소자에게 최소한의 부정적인 영향정도만을 발생시킬 수 있는 잠재성을 지닌 결핍상태로 실제적인 위해(harm)는 없는 상태이다. ②레벨2는 입소자에게 최소한의 신체적, 정신적, 심리사회적 불안정도를 가져오지만, 실제적인 위해는 없는(각종 규정의) 비준수상태, 또는 입소자가 정확하고 종합적인 입소자사정, 케어플랜, 서비스제공에 의해 정의된 최고의 실질적인 신체적, 정신적 및 심리사회적 웰빙을 유지할 수 있는 능력을 확보할 수 있는 수준의 비준수상태인데, 미국의 대부분의 너싱홈이 이에 해당한다. ③레벨3은 입소자가 정확하고 종합적인 입소자사정, 케어플랜, 서비스제공에 의해 정의된 최고의 실질적인 신체적, 정신적 및 심리사회적 웰빙을 유지할 수 있는 능력을 확보하는데 부정적인 결과를 가져오는 비준수상태로 실제적인 위해가 발생하는 상태(타박상, 피부상처, 흥분 등)이다. ④레벨4는 한 가지 이상의 이행조건에 대한 비준수 때

32 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

문에, 또는 시설에서 케어를 받고 있는 입소자에게 상당한 상해, 위해, 손상, 사망을 야기시킬 수 있기 때문에 즉각적인 개선조치가 필요한 직접적인 위험상태로 일당 US\$ 3,050~10,000달러의 벌금을 부과하고 있다.

〈표 2-2〉 미국 장기요양서비스 질 평가 후 시설의 질적 결핍상태 구분

결핍(부족)의 강도	결핍(부족)의 범위		
	일부분 (isolated)	보통 (pattern)	상당부분 (widespread)
입소자의 건강이나 안전에 직접적인 위험상태 (레벨4)	레벨 J 필수적 개선내용: 3 선택적 개선내용: 1 이나 2	레벨 K 필수적 개선내용: 3 선택적 개선내용: 1 이나 2	레벨 L 필수적 개선내용: 3 선택적 개선내용: 1 이나 2
직접적인 위험은 없으나 사실상 해로운 상태 (레벨3)	레벨 G 필수적 개선내용: 2 선택적 개선내용: 1	레벨 H 필수적 개선내용: 2 선택적 개선내용: 1	레벨 I 필수적 개선내용: 2 선택적 개선내용: 1, 또는 일시적 관리
최소수준보다는 많으나 사실상 해롭지 않은 상태 (레벨2)	레벨 D 필수적 개선내용: 1 선택적 개선내용: 2	레벨 E 필수적 개선내용: 1 선택적 개선내용: 2	레벨 F 필수적 개선내용: 1 선택적 개선내용: 1
최소수준의 가능성은 있지만, 사실상 해롭지 않은 상태 (레벨1)	레벨 A 필수적 개선내용: 0	레벨 B 필수적 개선내용: 0	레벨 C 필수적 개선내용: 0

- 주: 1) 여기에서 강도(severity)는 결핍(부족)이 입소자 결과상태(outcome)에 미치는 영향도를 말하고, 범위(scope)는 잠재적, 또는 실제적으로 영향을 받은 입소자의 정도를 말함.
 2) 결핍(부족)판정을 받은 모든 시설은 레벨 A에 해당하는 결핍(부족)시설을 제외하고는 개선방안을 제출하여야 함.
 3) 개선내용1은 개선안 제출, 상태모니터링, 현직교육훈련이고, 개선내용2는 신규입소자에 대한 급여지불 거절, HCFA에 의해 부과된 모든 개인에 대해 지불 거절, 일당 또는 사례당 정액 벌금이고, 개선내용3은 일시적 관리, 인증종료, 일당 또는 사례당 정액 벌금으로 되어 있음.

자료: HCFA(1999c)

그리고 동시에 결핍의 범위(scope)가 어느 정도로 퍼져 있는가를 구분하고 있다. 즉, ①제한된 상태(isolated)는 입소자 한명, 또는 제한된 정도만이 영향을 받는 정도, 직원 한명이나 제한된 정도만이 관여된 상태, 그런 상황이 가끔씩 발생하거나 제한된 장소에만 영향을 주는 상태이다. 예를 들면, 결핍된 행위가 입소자의 지극히 일부에게만 영향을 줄 수 있는 상태인데, 3명이하인 경우가 해당된다. ②보편적 상태(pattern)는 입소자의 적은 수(more than a very limited)가 영향을 받거나, 적은 수의 직원이 관여된 상태, 그러한 상황이 여러 장소에서 발생하는 상태이고, 동일한 입소자에게서 동일한 부족한 행위가 반복해서 발생하는 상태이다. 그러나 시설전체로 확산되지는 않는 상태를 말하는데, 예를 들면, 적절한 체계나 대응이 시행되고 있지만, 특정사례에 대해서는 부적절하게 시행되고 있거나, 또는 시설입소자의 일부 집단에만 영향을 줄 수 있는 부적절한 체계를 지니고 있는 경우로 4명이상이면서 입소자의 75%미만인 경우가 이에 해당한다. ③확산적 상태(widespread)는 결핍을 야기시키는 문제들이 시설에 만연해 있는 상태나 시설입소자의 전부 또는 상당 부분에 영향을 줄 수 있는 체계적인 결함(예, 안전한 온도에서의 음식물 보관실태 등)을 나타내는 상태이다. 예를 들면, 시설이 필수조건을 충족시킬 수 있는 체계나 대응이 부족해서(또는 부적절한 체계를 지니고 있거나), 그런 결과로 대부분의 시설입소자에게 영향을 줄 수 있는 잠재성을 지닌 경우인데, 입소자의 75%이상인 경우가 이에 해당한다.

이상의 평가결과 기준을 바탕으로 사례를 살펴보면 다음 표와 같다.

34 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 2-3〉 미국 장기요양서비스 질 평가 후 시설의 질적 결핍(부족)상태 구분(사례)

사례	시설평가판정
알츠하이머 입소자가 시설 밖에서 직원의 도움 없이 빈잡한 도로를 향해 가는 것이 발견된 경우	J
치매질환의 입소자 2인이 조사동안에 셔츠에 음식물자국이 있고, 아침·점심이후 몇 시간 그런 상태로 있는 것이 발견된 경우	D
상처케어를 하고 있는 간호사가 A동의 입소자간에 손을 씻기지 않고 있는 것이 발견된 경우. 환자기록검토에서 A동 입소자 3인이 과거 한달간 상처 감염된 것이 기록되어 있는 경우	G (3인에 대해 실제적인 위해가 발생)
입소자가 입소 6개월 전에 활동적이고 대화가 많았으나, 의학적 증상이 없이 신체구속을 당하고 있었음. 현재는 의무기록에 따르면 활동적인 행사에 참여하지 않고 움츠러 들고 있고, 인터뷰 때에는 매우 우울상태에 있었던 경우	G (실제적인 위해 태, 의학적 증상이 없음, 구속되었기에 심리적 위해 상태)
시설입소자 145명 중에 35%가 신체구속된 상태인 경우	반드시 결핍된 상태로 보기 어려우며, 추가 정보가 필요
입소자 8명에 대해, 케어플랜에 의해 활동프로그램이 제공되지 않은 경우. 그들이 반복적으로 방이나 간호스테이션주변에 앉아 있는 것이 발견된 경우. 대화할 수 있는 입소자 2명이 할 일이 없고 따분하다고 말하는 경우. 휠체어에 앉은 채 즐기고 있는 것이 발견된 경우	E (잠재적인 위해상태)
결핍상태로 명시되지 않거나 아무런 징후도 나타나지 않은 상태	C
알츠하이머를 지닌 의존상태의 입소자가 조사 첫날에 입소되었고, 실금이후 1시간이상 동안 옷이 젖은 채로 있었던 것이 3번 목격되었을 경우. 속옷을 내리고 울고 있고, 피부상태가 붉은 색을 띠고 있을 경우	G (실제적인 위해상태)
입소자 1인이 욕창 4단계로 진전되어 있는 경우	G (실제적인 위해상태)
시설 거실에서 입소자가 목욕하지 않았을 때 나는 심한 냄새가 사라지지 않는 경우	F
최근 상기도감염을 앓고 있는 입소자가 지저분한 필터가 달려 있는 에어컨 설치가 된 시설에서 발견된 경우	G
실금처리케어를 할 때 개인용 커튼을 치지 못할 경우. 그런 상태가 노출된 채 방문자를 방안으로 들여보낼 경우	D



제3장 현행 장기요양서비스의 질적 수준 및 평가관리방식의 실태

제1절 장기요양기관 평가결과를 통한 질적 수준 분석

제2절 장기요양기관대상의 설문조사를 통한 질적 수준 분석

제3절 현행 장기요양기관 평가방식에 대한 의견 분석

3

현행 장기요양서비스의 << 질적 수준 및 평가관리방식의 실태

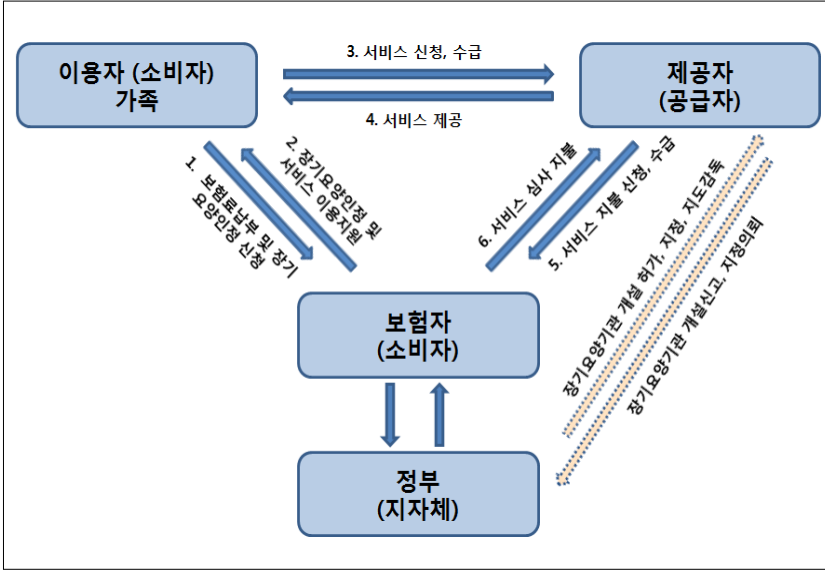
제1절 장기요양기관 평가결과를 통한 질적 수준 분석

1. 현행 장기요양서비스의 전달 및 평가체계의 개요

현행 장기요양서비스는 아래 그림과 같이 전달되고 있는데, 이용자와 공급자간에 보험자가 위치해 있다. 보험자는 이용자가 서비스를 원활하게 이용할 수 있도록 지원하는 역할을 지니고 있으면서 장기요양보험급여가 부정적으로 지급되지 않도록 하기 위해 공급자를 제어하는 역할도 지니고 있다.

다시 말하면, 이용자(소비자)는 보험자(국민건강보험공단)의 지원 협조로 공급자를 선택하고, 서비스를 이용하고 있는데, 추후에 시설평가서 서비스제공에 따른 만족도수준을 평가하게 된다. 제공자(공급자)는 지자체로부터 시설운영에 대한 지도감독을 받으며, 보험자로부터 시설운영에 대한 평가를 받는다. 그리고 보험자는 노인장기요양보험제도를 통해서 장기요양서비스를 제공하는 시설을 대상으로 서비스 등, 평가를 실시하고 그 결과를 공표하고 있다. 이를 통해서 간접적이거나 이용자로 하여금 시설을 선택하는데 도움을 주고, 공급자로 하여금 양질의 서비스를 제공하도록 유도하고 있다.

[그림 3-1] 현행 장기요양서비스의 전달체계



현행 서비스평가에 대한 실태와 문제점은 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 이용자는 시설평가에 대한 신뢰도가 낮은 것으로 판단되고, 공급자도 현행 평가결과에 대한 보상(인센티브)에 관심이 적는데, 특히, 재가서비스기관의 경우에는 일부의 최우수기관을 제외하고는 보상이 없기 때문에 평가에 대해 무관심한 것으로 지적되고 있다. 둘째, 현행 시설에서는 서류에 의한 평가가 중심적이기 때문에, 서류작성에 매달리는 시설과 서류작성보다는 서비스제공시간의 확대에 더 신경을 쓰는 기관으로 양분화 되는 경향마저 보이기 시작하고 있다는 것이다. 셋째, 평가기관인 보험자도 2년에 한번 주기로 실시하는 1회성 평가에 그치고 있고, 그것도 서류작성의 확인을 중심으로 평가하고 있는 실정이며, 평가 후 사후관리는 제대로 시행하고 있지 못한 것으로 지적되고 있다.

2. 현행 장기요양서비스 평가체계의 개요

현재 국민건강보험공단에서 실시하고 있는 장기요양기관대상의 평가는 장기요양기관의 급여수준 향상을 유도하여 수준 높은 서비스를 제공하게 하고, 삶의 질 향상에 기여하기 위한 것을 목적으로 두고 있다.

평가자의 성격을 살펴보면, 국민건강보험공단(보험자)에서 평가전담팀을 구성하는데, 각 지역본부의 장기요양부장을 팀장, 장기요양차장을 파트장으로 임명하여 6팀 14파트 111명으로 되어 있다. 여기에서 평가자는 의료, 사회복지분야 자격증 소지자를 위주로 장기요양업무에 3년이상 근무한 자이어야 하고, 평가전문가 양성교육을 이수한 평가전담팀 직원과 운영센터 평가담당직원을 2인1조로 구성하고 있다.

평가지표에 대해서 살펴보면, 크게 대분류, 중분류, 소분류 및 평가요소의 체계로 구성되어 있다. 여기에서 대분류는 기관운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임, 급여제공과정 및 급여제공결과로 구분되어 있다. 중분류는 이보다 좀 더 세분화되어 있는데, 서비스제공을 위한 물리환경적 요소뿐만 아니라 기관의 운영방식 등 구조적 측면이 강한 지표로 되어 있다.

〈표 3-1〉 입소시설 및 재가서비스기관 평가영역별 구분

대분류	중분류
기관운영	기관관리, 인적자원관리, 정보관리, 질관리
환경 및 안전	위생 및 감염관리, 시설 및 설비관리, 안전관리
권리 및 책임	수급자권리, 기관책임
급여제공 과정	급여개시, 급여계획, 급여제공
급여제공 결과	만족도평가, 수급자상태

전체적으로 평가지표는 입소생활시설의 경우 총 98개지표이고, 재가서비스기관은 급여유형에 따라서 다른데, 방문요양기관은 60개, 방문목

육기관은 59개, 방문간호기관은 58개, 주야간보호기관은 76개, 단기보호기관은 65개, 복지용구사업소는 35개 지표로 각각 구성되어 있다.

평가방법에 대해서 보면, 각 평가지표 문항에 대해 우수, 양호, 보통, 미흡, 해당없음으로 구분하여 평가하고, 대분류영역별 점수에 가중치를 부여하여 100점 만점으로 환산 후 기관의 평균점수를 산정, 발표하고 있다. 그리고 사전에 방문심사일을 통보하였으나, 2013년부터 일정기간내 사전통보없이 방문실사로 변경하였다.

평가결과는 추후에 최우수기관 등에 통보하고, 평가결과가 우수하다고 판단된 시설에 대해 인센티브를 지급하는 등 장기요양서비스 질 향상을 지속적으로 유도하기 위해 평가결과를 활용하고 있는 것으로 되어 있다. 또한, 평가결과의 공개를 통하여 소비자에게 알 권리를 충족시키고, 선택권의 확대를 위해 노력하고 있는 반면에 평가결과가 미흡한 기관에 대해서 평가 사후관리를 실시하는 등 급여수준 향상을 위해서 지속적으로 지원하는 것으로 되어 있다. 이외에도 평가결과를 장기요양기관의 지정권자인 시군구청장에게 통보하여 관리, 감독시 활용하도록 하고 있다.

〈표 3-2〉 노인장기요양시설 평가지표 분류

대분류	중분류	소분류	평가요소
기관 운영	기관관리	운영원칙 및 체계	운영규정 책임규정 운영계획 직원회의 운영위원회 수급자 급여지침
	인적자원관리	인력운영	인력기준 인력추가배치 경력직
		직원의 후생복지	4대보험 및 퇴직금 건강검진 근로계약 휴가보장 포상(복지)제도
		직원교육	신규직원교육 수급자 급여교육 근골격계질환예방교육
	정보관리	개인정보보호	개인정보보호
	질관리	기관의 질향상	질향상계획
환경 및 안전	위생 및 감염관리	위생관리	식당 및 조리실
		감염관리체계	감염관리 감염병 발생 조치 정기소독
	시설 및 설비관리	시설, 설비	시설기준 특별침실 목욕기구 휠체어 이동공간 상담장소 및 공간개방 산책공간
		실내환경	채광 및 온습도 환기
안전관리	안전상황	안전장치 및 안내표지판	

42 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

대분류	중분류	소분류	평가요소
			시설순찰 낙상예방 문턱제거 미끄럼방지 및 낙상교육 안전손잡이
		응급상황	응급상황대응 응급의료기기
		재난상황	비상구 소화용 기구 전기가스 안전점검 재난상황대응
권리 및 책임	수급자 권리	수급자의 알권리	수급자 권리설명 수급자상담 이용자 회의
		수급자 존엄성	존엄성 배려 수급자성명 및 개인물건
	기관책임	급여제공관련문서	계약서 및 명세서 제공
		배상 정보제공	배상책임보험 급여이용 정보제공 홈페이지 게시 및 수정 급여제공 직원게시
급여 제공 과정	급여개시	욕구사정	수급자상태욕구사정
		감염병	감염병 건강진단
	급여계획	급여계획	욕구반영 급여계획 수립
		급여제공	급여계획 준수 및 제공기록
		목욕도움	목욕급여 제공
		식사도움	식단표 및 음식상태 기능상태별 음식제공 음식량 점검 식수 침대외의 장소식사

대분류	중분류	소분류	평가요소
		배설도움	배설현황 배설문제 파악 기저귀교환 좌변기 화장실 보행보조 유치도뇨관 관리
		욕창예방 및 관리	욕창평가 욕창방지 보조도구 욕창관찰 기록 체위변경 욕창변화 관찰기록
		여가 및 사회활동	여가프로그램 외출 및 외박 지역사회 행사
		신체구속 및 학대	수급자제재 동의 노인학대방지
		재활	기능회복훈련 물리치료
		의사진료	의사진찰 연계의료 기관
		치매	치매예방 프로그램 치매수급자 환경조성 인지기능 검사
		투약	투약정보 및 기록 약품점검
		급여제공 성과평가	급여제공 결과평가
		사례관리회의	사례관리 회의
		전원	연계기록지
		급여 제공 결과	만족도평가
수급자상태	수급자 등급		등급호전현황
	수급자 관리		욕창발생현황 유치도뇨관 현황 배설기능 호전현황
항목수			98

자료: 국민건강보험공단(2013). 2013년도 장기요양기관 평가 메뉴얼.

44 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-3〉 재가장기요양기관 평가지표 분류

대분류	중분류	소분류	평가요소	방문 요양	방문 목적	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호			
기관 운영	기관관리	운영원칙 및 체계	운영규정	○	○	○	○	○			
			급여제공지침	○	○	○	○	○			
			인계인수	○	○	○	○	○			
			자격요건	○	○	○	×	×			
			운영계획	×	×	×	○	○			
			책임규정	×	×	×	○	○			
			정보게시	×	×	×	○	○			
	인적자원 관리	인력운영	직원회의	경력직	○	○	○	○	○		
				인력기준	○	×	×	○	○		
				근무현황관리	○	○	○	×	×		
				자원봉사자	×	×	×	○	○		
				인력추가배치	×	×	×	○	○		
				직원의 후생복지	건강검진	포상(복지)제도	○	○	○	○	○
		근로계약	○			○	○	○	○		
		보수	○			○	○	○	○		
		5대보험	○			○	○	○	○		
		퇴직금	○			○	○	○	○		
		직원교육	운영규정교육	신규직원교육	○	○	○	○	○		
				급여제공교육	○	○	○	○	○		
				업무범위교육	○	○	○	×	×		
				예방교육	○	○	○	○	○		
				정보관리	개인정보보호	개인정보보호	○	○	○	○	○
						기관지향상	○	○	○	○	○
		환경 및 안전	위생 및 감염관리 (방문간호: 감염 및 위생)	위생관리	생활환경	○	×	×	×	×	
	복장위생				○	○	○	○	○		
	위생적 급여제공				×	○	×	×	×		
	식당 및 조리실				×	×	×	○	○		
질향상 계획	○				○	○	○	○			

대분류	중분류	소분류	평가요소	방문 요양	방문 목적	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호		
		감염관리	기구(소독)관리	×	×	○	×	×		
			감염관리	×	×	×	○	○		
			정기소독	×	×	×	○	○		
	시설 및 설비관리	설비관리	목욕장비	×	○	×	×	×		
			비품구비	×	×	○	×	×		
		시설·설비	시설기준	×	×	×	○	○		
			실내환경	×	×	×	○	○		
			침실구분	×	×	×	×	○		
	안전관리	안전상황	낙상예방	낙상예방	○	○	○	○	○	
				욕창예방	○	○	○	○	○	
				생활공간안전	×	×	×	○	○	
		응급상황	응급체계	응급체계	×	×	×	○	○	
소방시설				×	×	×	○	○		
		재난상황대응훈련	×	×	×	○	○			
		응급상황대처방법	×	×	×	○	○			
권리 및 책임	수급자 권리 및 책임 (주야간: 수급자 권리)	수급자 책임	급여제공범위	○	○	○	×	×		
			수급자 권리	급여계약서(체결)	○	○	○	○	○	
				급여계약내용	○	○	○	×	×	
				직원변경소개	○	○	○	×	×	
	기관책임	기관책임	수급자상담관리	수급자상담관리	×	×	×	○	○	
				관리자의무	방문상담관리	○	○	○	×	×
					고충처리	○	○	○	○	○
					보호자회의	×	×	×	○	×
		가족과의 소통	×		×	×	○	×		
		윤리적 운영	재가급여관리시스템	재가급여관리시스템	○	○	○	×	×	
				시간준수	○	○	○	×	×	
			명세서	급여비용 명세서	급여비용 명세서	○	○	○	○	○
		본인부담금			○	○	○	○	○	
		배상	배상책임보험	배상책임보험	○	○	○	○	○	
				정보제공	자원연계	자원연계	○	○	○	○
		홈페이지 관리	○			○	○	○	○	

46 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

대분류	중분류	소분류	평가요소	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호	
급여 제공 과정	급여개시	욕구사정	욕구사정	○	○	○	○	○	
	급여계획	개별적 욕구반영	급여계획 수립	○	○	○	○	○	
			표준장기요양이용계획서	○	○	○	○	○	
			급여제공계획서등록	○	○	○	○	×	
	급여제공	욕구반영 급여제공	급여제공적절성	○	○	○	○	○	
			반영급여	○	○	○	○	○	
		급여제공기록	자료관리	○	○	○	○	○	
			상태기록관리	○	○	○	○	○	
			방문간호지시서	×	×	○	×	×	
		질보장(주야간· 수급자관리)	급여내용설명 직원변경	급여내용설명	○	○	○	○	○
				직원변경	○	○	○	×	×
			목욕도움	목욕전후상태관찰	×	○	×	×	×
		적정목욕급여		×	○	×	×	×	
		목욕전후도움		×	○	×	×	×	
		안전관리	자료제공	○	○	○	○	×	
			안전상황	○	○	○	○	○	
		수급자 관리	수급자상태관리	×	×	○	×	×	
			급식 및 투약관리	×	×	×	○	○	
			구강관리도움	×	×	×	○	×	
	간호관리		×	×	×	×	○		
	기능향상 프로그램	신체기능프로그램	×	×	×	○	×		
		인지기능프로그램	×	×	×	○	×		
		사회적응프로그램	×	×	×	○	×		
		프로그램제공	×	×	×	×	○		
	특화프로그램	특화프로그램	×	×	×	○	×		
	신체구속·학대	노인학대방지	○	○	○	○	○		
	기능향상	기능회복훈련	○	×	×	×	×		
치매예방	인지기능 검사	×	×	×	○	×			
의약품	약품점검	×	×	×	○	○			
의료기관연계 송영	연계의료 기관	×	×	×	○	○			
	송영수칙 송영서비스	×	×	×	○	×			

대분류	중분류	소분류	평가요소	방문 요양	방문 목적	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호
		사례회의	사례관리 회의	○	○	○	○	○
		연계조치	연계기록지	×	×	×	○	○
급여 제공 결과	수급자 상태	수급자 관리	구강상태	○	×	×	×	×
			신체청결	○	×	×	×	○
			상태호전	○	○	○	○	×
			등급호전현황	○	×	×	○	×
	만족도 평가	만족도 평가	만족도조사 결과반영	○	○	○	○	○
			기관만족도	○	○	○	○	○
			급여만족도	○	○	○	○	○
항목수				60	59	58	76	65

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

3. 입소생활시설대상의 질적 수준 분석

본 분석에서 활용된 시설평가자료는 2011년도에 실시, 발표된 보고서로 2011년 9월 1일 ~ 12월 15일 간 평가가 이루어졌고, 총대상시설수는 3,195개소이었다.

평가결과의 현황을 보면, 먼저 시설규모별 평가점수의 분포에서 10인 미만의 시설은 67.7점인 것에 비해 70인 이상의 시설은 89.1점으로 나타나, 대체적으로 시설규모가 커질수록 평균평가점수가 높아지는 것을 알 수 있다. 이는 상대적으로 소규모시설일수록 서비스의 질이 상대적으로 열악하다는 것을 시사해주고 있다. 다만, 우리나라의 경우 입소시설의 유형이 규모에 따라서 다양하기 때문에 어느 특정규모의 시설을 기준으로 한 평가지표 등은 재고하여야 할 것이다.

48 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-4〉 시설규모별 평가 평균점수

(단위: 점)

구분	10인 미만	10~30인 미만	30~70인 미만	70인 이상	전체(평균)
2009	65.5	71.4	81.3	87.0	76.9
2011	67.7	74.7	82.0	89.1	75.8

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과

다시 말하면, 대체적으로 시설규모가 커질수록 90점 이상의 고득점을 받은 시설의 비중이 늘어나고 있음을 알 수 있는데, 70인 이상 시설에서는 60.8%, 소규모의 노인요양공동생활가정에서는 5.5%, 10~30인 미만의 시설에서는 16.5%만이 90점 이상의 점수를 받은 것으로 나타나고 있다. 그 반대로 60점 미만의 상당히 낮은 점수를 받은 시설비중이 소규모 일수록 높다는 것이다. 여기에서 우리나라의 입소시설규모가 30~70인 미만의 시설이 중심을 이루고 있다는 점을 감안할 때, 90점 이상의 점수를 보인 시설이 1/3정도만 차지하고 있다는 것은 평균적인 시설서비스의 질적 수준은 높다고 볼 수는 없을 것이다. 특히, 현행 방식대로의 평가체계하에서는 소규모의 시설에 대한 서비스의 질이 상대적으로 낮다는 것을 시사해주고 있다.

그런 가운데에서도 시설규모가 큰 30인 이상의 중·대규모시설일지라도 60점미만의 낮은 점수를 받은 시설이 전체시설의 2.5~6.8%로 나타나고 있는데, 이러한 시설은 평가대비를 소홀히 하였거나, 실제적으로 서비스의 질이 낮은 것으로 볼 수 있는데, 추후 심층적인 분석이 필요할 것이다.

〈표 3-5〉 시설규모별 평가점수크기별 시설분포(2011)

(단위: %)

구분	10인 미만	10~30인 미만	30~70인 미만	70인 이상	전체(평균)
90점 이상	5.5	16.5	30.2	60.8	21.7
80~89점	18.2	26.8	35.1	22.6	25.0
70~79점	27.9	22.1	19.0	10.7	21.9
60~69점	18.7	17.3	8.9	3.4	14.0
60점미만	29.8	17.4	6.8	2.5	17.4
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.

한편, 평가영역별 평균평가점수를 전체적으로 살펴보면, 시설환경 및 안전영역이 가장 높은 점수(81.5점)로 나타났고, 그 다음으로 권리 및 책임영역(76.9점) > 급여결과영역(74.3점) > 급여과정영역(73.6점) > 기관운영(73.3점)의 순으로 나타나고 있다.

그런데 시설규모별로 보면, 30인 미만의 소규모시설들은 평균점수보다 낮은 수준을 보이고 있고, 대체적으로 시설규모가 커질수록 각 영역별 평균점수도 높아지고 있음을 알 수 있다. 이러한 평가결과만을 볼 때, 역시 소규모시설에 대한 서비스의 질적 수준이 중·대규모시설에 비해 열악하다는 것을 엿볼 수 있다.

전반적으로 볼 때, 물리적 환경 등 구조적 측면의 평가영역이나 급여제공의 결과물에 대한 평균점수가 높다는 것은 비교적 객관적인 지표를 통해서 파악할 수 있기 때문인 것으로 보인다. 그러나 서비스의 제공과정의 점수가 상대적으로 낮다는 것은 그만큼 서비스의 제공방식이나 지침, 매뉴얼 등이 구비되지 못해서 효과적인 서비스제공이 이루어지지 못하고 있음을 간접적으로 시사해주고 있다.

50 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-6〉 평가영역별(대분류) 평가 평균점수(환산점수기준)(2011)

(단위: 점)

구분	10인 미만	10~30인 미만	30~70인 미만	70인 이상	전체(평균)
평균점수	67.7	74.7	82.0	89.1	75.8
기관운영	64.3	72.6	80.2	87.2	73.3
환경, 안전	75.2	80.1	86.9	92.0	81.5
권리, 책임	70.3	76.3	81.0	88.1	76.9
급여과정	64.2	72.3	80.6	88.9	73.6
급여결과	67.4	72.9	79.9	86.6	74.3

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.

이번에는 시설의 운영주체별로 구분하여 평가점수를 살펴보면, 지자체가 운영하는 시설이 89.1점으로 가장 높고, 그 다음으로 법인(83.1점) > 개인(70.2점)의 순으로 나타나고 있다. 이러한 현상을 놓고 볼 때, 시설평가에 대한 대비가 지자체운영의 시설과 법인운영의 시설이 양호한 것으로 보이고, 이는 그만큼 비영리단체의 성격을 지닌 시설에서 보다 양질의 서비스가 제공되고 있다는 것으로 보인다. 특히, 이러한 현상을 다시 평균점수 크기별로 시설분포를 살펴보더라도 개인운영시설에서 60점미만의 비중이 25.0%로 나타나, 지자체나 법인이 운영하는 시설보다 상당히 높음을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 운영주체별 평가 평균점수

(단위: 점)

구분	개인	법인	지자체	기타	전체(평균)
2009	68.3	83.8	89.7	68.5	76.9
2011	70.2	83.1	89.1	71.3	75.8

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.

결국, 개인이 운영하는 영리시설인 경우에는 평균 평가점수가 가장 낮게 나타나고 있어 서비스의 질적 수준이 열악하다는 것을 시사해주고 있다.

〈표 3-8〉 운영주체별 평가점수크기별 시설분포(2011)

(단위: %)

구분	지자체	법인	개인	기타	전체(평균)
90점 이상	58.7	37.2	9.5	14.3	21.7
80~89점	25.0	30.7	21.2	42.9	25.0
70~79점	10.6	17.8	25.3	0.0	21.9
60~69점	4.8	7.2	19.0	14.3	14.0
60점 미만	1.0	7.1	25.0	28.6	17.4
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.

한편, 시설규모별로 98개의 평가지표 중에서 어느 부문에서 서비스의 평가가 가장 미흡한 지를 검토해 보면, 다음과 같다.

첫째, 기관운영영역에서는 ‘기관운영에 대한 정기적인 직원회의와 직원의 애로사항 등을 듣는 간담회를 통해 조직역량을 강화하는가’(30.1%), ‘자격을 갖춘 충분한 인력이 급여를 제공하고 있는가’(58.3%), ‘기관에서 수급자에게 양질의 급여를 안정적으로 제공하기 위하여 숙련성과 전문성을 가진 인력을 관리하는가’(30.1%) 지표에서 30%이상의 시설에서 미흡한 것으로 나타나고 있어 이 부문에 대한 개선이 요구된다. 이 중에서 특히, 서비스의 질적 유지와 가장 깊게 관련된 경력직 직원이나 인력추가배치가 개선될 필요가 있다.

둘째, 환경 및 안전영역에서는 ‘기관이 수급자 감염병 발생을 예방하기 위한 노력을 하고 있는가’(29.1%), ‘노인의 질환종류 및 정도에 따른 특별침실을 마련하고 있는가’(33.5%), ‘정기적인 재난상황 발생훈련을 통하여 재난상황시 발생시에 따른 대처가 체계적으로 이루어지고 있는

가’(37.1%) 지표에서 미흡한 시설비중이 높게 나타나고 있다. 이를 통해 보면, 이 영역에서는 환경구조물보다는 환경구조에 대한 안전대처가 미흡한 것으로 보인다.

셋째, 권리 및 책임영역에서는 ‘기관이 수급자의 보호자회의를 개최하여 수급자 급여제공 특이사항과 정보 등을 공유하는 회의를 개최하는가’(38.4%), ‘수급자와 급여제공에 관한 계약을 체결하고 그 부분을 제공하여 분쟁발생을 미연에 방지하고 수급자에게 장기요양 급여비용을 수령하고 명세서를 발부하는가’(48.6%) 지표에서 열악한 것으로 나타나고 있다. 이는 양질의 서비스를 제공하게 하는데 중요한 절차에 해당하는 부문에서 시설의 대처가 미흡하다는 것은 재검토해 볼 필요가 있다.

넷째, 급여제공과정영역에서는 ‘기관에서 감염성 질환을 가진 수급자로부터 일반 수급자를 보호하기 위한 조치를 취하고 있는가’(40.2%), ‘수급자의 욕구를 정기적으로 확인하여 욕구사정에 따른 급여계획 수립에 도움을 주기 위해 노력하는가’(36.0%), ‘수급자별 급여계획에 따라 급여를 제공하고 불가피하게 변경된 경우, 그 사유를 기록하며, 급여제공내용을 구체적으로 기록하여 체계적인 급여가 제공되는가’(33.7%), ‘수급자의 급여제공과 관련된 정보들이 종합적, 순차적으로 관리되고 있는가’(29.5%), ‘수급자가 외출, 외박을 원하는 경우 이에 기회를 제공하고 안전한 외출, 외박에 도움을 주는가’(30.5%), ‘기관이 수급자에게 제공한 급여의 제공결과를 정기적으로 평가하여 급여제공의 질 향상을 위한 노력을 하는가’(32.8%), ‘수급자의 욕구, 문제, 장점과 자원에 대한 정확한 사정을 바탕으로 개인별로 차별화된 서비스계획을 수립, 적합한 급여를 제공하기 위해 노력하는가’(31.1%) 지표에서 열악한 것으로 나타났다. 이는 효과적인 급여제공을 위해 필요한 기본적인 구비절차준비에 취약한 것으로 보이는데, 대부분이 사회복지사 등의 케어계획에 관련된 전문인

력이 부재해서 발생하는 것이기도 하다.

다섯째, 급여제공결과영역에서는 ‘수급자의 등급호전 현황을 파악하여 장기요양기관의 급여제공의 적절성을 평가하는 부분’(24.1%), ‘수급자의 지속적인 배변훈련을 통한 배설기능 향상을 위해 노력하는가’(28.1%) 지표에서 상대적으로 열악한 것으로 나타나고 있다. 다만, 급여결과에 대한 평가는 상당히 주의 깊게 다루어야 하는 것으로, 본 평가도구에서 사용하고 있는 지표선정의 적절성 문제가 제기될 수 있다.

〈표 3-9〉 시설규모별 평가지표(98개)별 평가결과의 ‘미흡’ 해당 시설분포(2011)

(단위: %)

대분류	중분류	소분류	평가지표	30인 이상	10~30인	10인 미만	전체 (평균)	
기관 운영	기관관리	운영원칙 및 체계	운영규정	2.4	5.1	9.1	5.5	
			책임규정	5.9	9.6	11.8	9.1	
			운영계획	2.2	8.7	10.6	7.0	
			직원회의	16.4	29.6	44.3	30.1	
			운영위원회	6.6	16.5	27.5	16.9	
			수급자급여지침	0.8	1.4	2.8	1.7	
	인적자원 관리	인력운영		인력기준	10.7	6.7	4.0	7.1
				인력추가배치	42.8	59.9	72.5	58.3
				경력직	18.9	30.4	41.3	30.1
		직원후생 복지		건강검진	16.6	28.5	36.3	27.0
				근로계약	4.9	10.0	13.8	9.5
				휴가보장	4.7	13.7	25.6	14.7
				4대보험 등	0.4	3.0	4.2	2.5
				포상제도	10.8	26.2	37.7	24.8
				직원교육	17.9	27.2	31.6	25.5
				신규직원교육	17.9	27.2	31.6	25.5
				수급자급여교육	16.3	24.9	34.5	25.2
				질환예방교육	6.1	12.8	23.0	14.0
		정보관리	개인정보	개인정보보호	7.7	16.1	24.7	16.1
		질관리	기관질향상	질향상계획	7.1	17.6	24.7	16.4

54 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

대분류	중분류	소분류	평가지표	30인 이상	10~30인	10인 미만	전체 (평균)			
환경 및 안전	위생 및 감염관리	감염관리 체계	감염관리	0.7	3.8	12.6	5.8			
			정기소독	2.8	6.8	15.7	8.5			
	감염병발생조치		17.7	29.3	40.5	29.1				
	시설 및 설비관리	위생관리	식당 및 조리실	식당 및 조리실	0.4	1.1	0.8	0.8		
				특별침실	19.2	51.3	-	33.5		
		시설, 설비	목욕기구	목욕기구	0.9	2.5	4.1	2.5		
				휠체어이동공간	0.1	0.3	0.9	0.4		
				산책공간	7.8	24.8	35.3	22.4		
				시설기준	8.2	12.1	8.1	9.3		
				상담장소 등	0.6	3.3	4.6	2.8		
		실내환경	채광, 온습도	채광, 온습도	0.4	0.8	0.6	0.6		
				환기	0.6	0.7	0.9	0.7		
				안전장치 등	2.0	4.6	7.9	4.9		
	안전관리	안전상황	시설순찰	시설순찰	4.5	12.6	18.9	11.9		
				미끄럼방지 등	0.4	2.3	3.4	2.0		
				낙상예방	3.0	5.9	11.1	6.7		
				문턱제거	0.7	2.3	2.3	1.7		
				안전손잡이	1.6	2.5	5.0	3.1		
		응급상황	응급상황대응	응급상황대응	19.2	24.8	27.5	23.8		
				응급의료기기	5.2	24.0	51.6	27.1		
재난상황			비상구	비상구	0.4	2.8	-	1.5		
				소화용기구	0.2	0.6	1.7	0.8		
				재난상황대응	23.6	38.6	49.6	37.1		
전기 안전점검	1.1	9.5	19.2	9.9						
권리 및 책임	수급자권리	수급자 권리 알 권리	수급자권리설명	4.4	6.8	9.2	6.8			
			수급자 상담	10.8	16.9	24.6	17.4			
			이용자회의	23.4	40.8	51.5	38.4			
	기관책임	수급자 존엄성	존엄성배려	존엄성배려	2.7	4.2	11.1	6.1		
				개인물건 등	0.2	0.2	0.2	0.2		
		급여문서	계약서 등 제공	계약서 등 제공	38.5	50.0	57.7	48.6		
				배상	3.2	2.7	6.4	4.2		
				정보제공	급여이용정보	급여이용정보	2.0	5.9	9.7	5.9
						홈페이지게시	4.6	9.0	13.3	8.9
						급여제공직원	2.5	4.4	3.9	3.5

대분류	중분류	소분류	평가지표	30인 이상	10~30인	10인 미만	전체 (평균)
급여 제공 과정	급여개시	욕구사정	수급자상태욕구	6.9	12.9	19.9	13.2
		감염병	감염병건강진단	26.3	41.3	53.4	40.2
	급여계획	급여계획	욕구반영	23.3	37.1	48.1	36.0
			급여계획수립	14.8	26.9	36.4	25.9
	급여제공	급여계획 준수 등	급여계획준수	21.0	34.4	45.8	33.7
			체계적급여제공	24.9	29.5	34.0	29.5
		목욕도움	목욕급여제공	2.9	4.4	5.8	4.4
		식사도움	기능상태별도움	1.3	3.7	7.1	4.1
			식수	0.2	0.8	1.8	0.9
			침대외장소식사	0.4	0.2	0.7	0.5
			식단표 등	0.0	0.8	0.7	0.5
		배설도움	음식량접접	5.0	15.2	20.3	13.4
			배설현황	15.0	23.6	29.5	22.6
			배설문제파악	7.5	17.4	21.7	15.4
			기저귀교환	7.4	16.6	19.7	14.4
			좌변기	0.7	0.9	1.7	1.1
		욕창예방 및 관리	유치도뇨관	7.5	6.1	6.3	6.7
			화장실보행	1.8	2.7	2.1	2.2
			욕창평가	3.9	7.7	14.8	8.9
			욕창변화관찰	3.9	7.8	-	5.6
		여가 및 사회활동	욕창방지보조	3.7	8.6	15.7	9.4
			욕창관찰기록	9.4	21.4	23.4	17.8
			체위변경	9.7	18.1	23.0	16.8
여가프로그램			6.2	20.8	33.0	19.9	
신체구속 및 학대		외출 및 외박	21.6	29.6	40.1	30.5	
		지역사회행사	7.4	23.3	36.7	22.4	
재활		노인학대방지	3.2	6.5	11.4	7.0	
	수급자제재동의	13.3	23.1	23.7	19.8		
의사진료	기능회복훈련	6.1	16.4	20.3	14.1		
	물리치료	10.5	1.8	-	6.6		
	의사진찰	4.9	10.2	17.4	10.9		
	연계의료기관	1.5	3.8	8.1	4.5		

56 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

대분류	중분류	소분류	평가지표	30인 이상	10~30인	10인 미만	전체 (평균)	
		치매	치매예방	8.0	20.4	32.3	20.2	
			치매수급자환경	0.9	2.6	2.2	1.9	
			인지기능검사	8.0	12.1	21.0	13.8	
		투약	약품검검	4.6	10.3	14.4	9.7	
			투약정보	1.9	7.3	10.9	6.7	
		급여제공	제공결과평가	21.1	34.3	43.3	32.8	
		사례관리	사례관리회의	14.3	32.7	46.7	31.1	
	전원	연계기록지	12.1	22.7	28.4	20.9		
	급여 제공 결과	만족도평가	만족도평가	만족도조사	4.9	14.1	20.2	13.0
			수급자등급	등급호전현황	8.4	23.3	40.7	24.1
수급자상태		수급자관리	욕창발생현황	6.0	11.5	9.5	8.8	
			유치도노관현황	5.5	6.5	2.6	4.7	
			배설기능호전	13.7	30.5	40.7	28.1	

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.

4. 재가장기요양기관의 질적 수준 분석

재가장기요양기관에 대한 평가지표는 전술한 바와 같이 급여유형에 따라서 35~76개로 구성되어 있다. 즉, 방문요양급여는 60개, 방문목욕급여는 59개, 방문간호급여는 58개, 주야간보호급여는 76개, 단기보호급여는 65개, 복지용구급여는 35개이다.

〈표 3-10〉 재가서비스기관 평가영역

대분류	중분류
기관운영	기관관리, 인적자원관리, 정보관리, 질관리
환경 및 안전	위생 및 감염관리, 시설 및 설비관리, 안전관리
권리 및 책임	수급자권리, 기관책임
급여제공 과정	급여개시, 급여계획, 급여제공
급여제공 결과	만족도평가, 수급자상태

기관에 대한 평가는 2012년 9월 3일 ~ 12월 14일간 실시되었고, 총대상시설수는 6,527개소이다.

평가결과에 대한 현황은 재가서비스유형별 기관평가 평균점수를 보면, 주야간보호시설이 80.4점으로 가장 높고, 그 다음으로 방문간호(79.8점) > 단기보호(76.1점) > 방문목욕(73.8점) > 방문요양(72.4점)의 순으로 나타나고 있는데, 문제는 설치된 시설수가 가장 많고, 서비스의 이용율이 가장 높은 방문요양기관의 평가점수가 가장 낮다는 것이다.

이런 결과는 평가점수 크기별로 재분석해 보아도 나타나고 있는데, 평가점수가 60점미만을 받은 기관의 분포를 보면, 방문요양기관이 전체의 21.7%에 해당하고 있는데, 이는 방문목욕기관 18.3%, 주야간보호기관 10.6%에 비하면 높은 수준이다.

〈표 3-11〉 재가서비스유형별 평가 평균점수

(단위: 점)

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
2010	81.1	78.6	86.5	88.8	84.5
2012	72.4	73.8	79.8	80.4	76.1

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

〈표 3-12〉 재가서비스유형별 평가점수크기별 시설분포(2012)

(단위: %)

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
95점 이상	3.5	4.9	12.9	13.0	4.6
90~94점	9.0	7.9	12.4	18.0	18.4
80~89점	21.8	24.7	28.8	29.3	19.5
70~79점	24.3	24.1	25.3	19.1	27.6
60~69점	19.7	20.1	12.4	10.0	14.9
60점 미만	21.7	18.3	8.2	10.6	14.9
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

한편, 평가영역별로 평균점수를 보면, 재가서비스유형별로 차이가 나타나고 있다. 즉, 방문요양기관은 ‘급여제공 결과영역’, 방문목욕기관은 ‘권리 및 책임영역’, 방문간호기관은 ‘급여제공 과정영역’, 주야간보호 및 단기보호기관은 ‘권리 및 책임영역’에서 상대적으로 높은 수준의 평가를 받은 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 재가서비스유형별 평가영역별(대분류) 평가 평균점수(환산점수기준)(2012)

(단위: 점)

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
평균점수	72.4	73.8	79.8	80.4	76.1
기관운영	64.7	68.5	77.1	78.6	67.7
환경, 안전	71.8	74.5	74.1	80.2	77.9
권리, 책임	76.6	76.7	81.3	84.5	81.6
급여과정	73.5	74.9	82.1	80.4	78.8
급여결과	78.8	76.6	80.4	78.6	81.4

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

여기에서 재가서비스는 성격상, 급여제공 과정에 치중하여야 함에도 불구하고, 평가결과만을 바탕으로 볼 때, 방문간호를 제외한 나머지의 재가서비스에서 급여제공 과정의 평균점수가 적게 나타나, 이를 기준으로 하는 경우 다른 재가서비스에서 질적 수준이 대체적으로 미흡한 것으로 판단해 볼 수 있다.

〈표 3-14〉 재가서비스유형별 평가영역별(대분류) 평가결과의 '미흡' 해당 기관분포(2012)

(단위: %)

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
전체영역	22.4	20.5	15.1	14.1	17.3
기관운영	27.9	24.0	16.1	15.0	24.8
환경, 안전	25.9	18.6	17.1	12.0	12.2
권리, 책임	16.6	15.7	12.6	12.2	12.8
급여과정	24.3	23.4	17.8	14.6	15.8
급여결과	10.8	7.8	4.6	16.7	6.0

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

한편, 운영주체별로 기관의 평가점수를 보면, 전반적으로 지자체가 운영하는 재가서비스기관에서 가장 높은 점수를 보이고, 그 다음으로 법인 운영시설 > 개인사업자시설의 순으로 나타나, 입소시설과 동일한 현상을 보여주고 있다.

여기에서 평가점수가 95점 이상을 차지하는 기관 중에서 개인사업자가 운영하는 기관은 전체의 38.8%에 불과한 반면, 60점미만의 점수를 보인 기관 중에서는 개인사업자기관이 89.4%를 차지하고 있어서 개인사업자에 의한 영리시설의 서비스 질적 수준이 매우 낮음을 시사해 주고 있다.

〈표 3-15〉 재가서비스유형별 운영주체별 평가 평균점수(2012)

(단위: 점)

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
개인	70.5	72.3	80.0	70.0	74.2
법인	80.0	80.4	79.3	83.8	80.8
지자체	85.3	85.6	-	88.9	90.4
기타	74.7	75.2	-	67.4	-
전체(평균)	72.4	73.8	79.8	80.4	76.1

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

〈표 3-16〉 재가서비스유형별 운영주체별 평가점수크기별 전체재가서비스기관 분포(2012)

(단위: %)

구분	전체	개인	법인	지자체	기타
95점 이상	4.7	38.8	52.8	7.8	0.7
90~94점	9.2	54.1	42.4	2.8	0.7
80~89점	22.1	65.6	31.9	1.7	0.7
70~79점	22.8	79.3	19.2	0.7	0.8
60~69점	18.3	85.8	13.3	0.1	0.8
60점 미만	22.8	89.4	9.7	0.1	0.7

자료: 국민건강보험공단(2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.

제2절 장기요양기관대상의 설문조사를 통한 질적 수준 분석

1. 입소생활시설

가. 일반적 특성

우선적으로 설문조사에 응답한 입소생활시설의 일반적 사항을 살펴보면, 전체적으로 10인 이상의 시설이 2/3이상을 차지하고 있는데, 운영주체별로는 개인사업자에 의해 운영되는 시설이 51.3%, 사회복지법인시설이 34.2%, 기타법인시설이 10.8%의 순으로 나타났다. 일반적인 시설분포와 유사하게 응답한 시설 중에서 9인 이하의 노인요양공동생활가정은 개인사업자비중이 가장 높고, 규모가 클수록 사회복지법인시설의 비중이 높아지고 있다.

〈표 3-17〉 입소시설의 운영주체별 시설비중

(단위: %)

시설규모	지자체	사회복지 법인	기타 법인	개인	기타	전체
9인 이하	-	9.8	5.9	80.4	3.9	100.0 (51)
10~29인 이하	-	20.0	20.0	57.5	2.5	100.0 (40)
30~99인 이하	2.2	56.5	10.9	30.4	-	100.0 (46)
100인 이상	-	71.4	4.8	14.3	9.5	100.0 (21)
전체(평균)	0.6	34.2	10.8	51.3	3.2	100.0 (158)

주: ()내는 응답시설수

현재 응답시설에 입소해 있는 장기요양대상자의 등급별 분포를 보면, 평균적으로 1등급은 14.7%, 2등급은 29.9%, 3등급은 52.5%로 나타나고 있어, 현재 시설은 1, 2등급자(44.6%)라기보다는 2, 3등급자(82.4%) 중심으로 운영되고 있다는 것을 알 수 있겠다. 우리나라 제도의 등급별 분포를 보면, 3등급자의 비중이 가장 높은 것은 사실이지만, 입소시설의 경우, 재가에서의 케어가 어렵거나 한계가 있는 중증대상자를 중심으로 케어가 이루어져야 하는 것이 일반적이라 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 3등급자의 비중이 높다는 것은 상대적으로 경증의 대상자를 중심으로 케어가 제공되고 있다는 것을 의미하고 있다. 이러한 상황에서는 시설에서의 케어제공과정이 중증질환자대상보다도 달라질 수 있다는 것이다.

〈표 3-18〉 입소시설의 시설규모별 장기요양등급 분포

(단위: %)

시설규모	1등급	2등급	3등급	등외자
9인 이하	16.4	28.8	52.7	2.0
10~29인 이하	14.7	29.7	54.1	1.5
30~99인 이하	11.7	29.6	54.2	4.5
100인 이상	17.4	33.7	45.4	3.5
전체(평균)	14.7	29.9	52.5	2.8

입소자의 건강기능상태 분포를 살펴보면, 치매질환자 비중이 64.5%이고, 외상상태자 비중은 30.1%로 나타났다. 특히, 소규모시설에서 치매질환자의 비중이 높다는 것은 대부분의 시설이 신규시설인 만큼 장기요양 3등급이내에 해당하는 자만 입소하게 되어 있는 상황에서 중대규모시설로의 입소대기가 길기 때문에 나타난 현상일 수도 있다. 또한, 치매질환자가 많다는 것은 비치매질환자와 케어방식이 다르기 때문에 이에 적합한 평가방식이 요구된다.

〈표 3-19〉 입소시설의 시설규모별 치매 및 외상자 비중

(단위: %)

시설규모	치매질환자	외상자
9인 이하	77.0	34.4
10~29인 이하	64.5	32.1
30~99인 이하	53.8	23.3
100인 이상	58.0	30.9
전체(평균)	64.5	30.1

나. 물리적 환경측면에서의 질적 수준

시설입소자의 사생활공간이라 할 수 있는 곳은 침실이라 할 수 있다. 침실의 전반적인 규모도 중요하겠지만, 얼마나 개개인의 사생활이 보호 받을 수 있는가가 더 중요할 것이다. 즉, 1인실이 다인실에 비해서 사생활 보호측면에서는 가장 높다고 볼 수 있다.

응답시설의 침실구성 비중을 보면, 법적 최소기준인 4인실 구성비율이 가장 높은 것으로 나타나고 있는데, 시설규모별로 살펴보면, 규모가 클수록 4인실의 비중이 높아지고 있는 것으로 나타났다. 평균적으로 1, 2인실의 비중이 33.9%로 나타나고 있다는 것은 대체적으로 물리적 환경측면

에서 보았을 때 서비스의 질은 그다지 높지 못한 것으로 보여진다.

〈표 3-20〉 입소시설의 유형별 침실비중

(단위: %)

시설규모	1인실	2인실	3인실	4인실
9인 이하	17.4	33.8	33.8	15.0
10~29인 이하	9.5	25.5	24.6	40.5
30~99인 이하	4.5	19.8	20.2	55.5
100인 이상	1.9	9.0	10.4	78.8
전체(평균)	9.6	24.3	24.4	41.7

그 이외에 개인 사생활측면에서 중요한 공간은 화장실일 것이다. 이는 각 침실마다 부속화장실이 개별적으로 설치되어 있는 경우가 가장 양호하다고 볼 수 있는데, 이 비중은 평균적으로 전체의 37.3%이고, 2개의 침실에 하나의 부속화장실을 공용으로 설치한 시설의 비중이 62.7%로 나타나고 있다. 이를 바탕으로 의미를 부여하자면, 최대 8명이 하나의 부속 화장실을 이용하는 시설이 있을 수 있다는 점에서, 전반적으로 물리적 환경측면에서의 질은 높지 않은 것으로 보여진다.

〈표 3-21〉 입소시설의 유형별 화장실비중

(단위: %)

시설규모	침실별 개별화장실	침실간 공용화장실
9인 이하	11.6	88.4
10~29인 이하	34.7	65.3
30~99인 이하	51.4	48.6
100인 이상	73.2	26.8
전체(평균)	37.3	62.7

다. 종사자의 근로환경측면에서의 질적 수준

서비스의 질은 제공하는 종사자의 역량에 크게 영향을 받을 수 있다는 점에서 종사자의 근로환경은 매우 중요한 요소이다. 즉, 양질의 서비스를 제공하는 데에는 전문인력이 필수적이라 보여지기 때문에, 여기에서는 사회복지사(1급)와 간호사의 채용실태를 살펴본다. 먼저, 사회복지사(1급)의 경우, 약 60%의 응답시설에서 채용하지 않고 있는 것으로 나타났고, 간호사의 경우에도 약 71%의 응답시설에서 채용하고 있지 않은 것으로 나타났다.

이는 소규모시설인 경우에는 사회복지사(1급)와 간호사의 채용이 법적기준에도 의무조항이 아니기 때문에 채용률이 낮다고 볼 수 있지만, 그만큼 소규모시설에서의 케어의 품질은 낮을 수밖에 없음을 시사해주고 있다.

〈표 3-22〉 입소시설의 사회복지사(1급) 채용비중

(단위: %)

시설규모	채용없음	채용있음	전체
9인 이하	88.2	11.8	100.0 (51)
10~29인 이하	62.5	37.5	100.0 (40)
30~99인 이하	41.3	58.7	100.0 (46)
100인 이상	23.8	76.2	100.0 (21)
전체(평균)	59.5	40.8	100.0 (158)

주: ()내는 응답시설수

〈표 3-23〉 입소시설의 간호사 채용비중

(단위: %)

시설규모	채용없음	채용있음	전체
9인 이하	98.0	2.0	100.0 (51)
10~29인 이하	80.0	20.0	100.0 (40)
30~99인 이하	52.2	47.8	100.0 (46)
100인 이상	13.3	86.7	100.0 (15)
전체(평균)	71.1	29.9	100.0 (152)

주: ()내는 응답시설수

한편, 케어제공의 핵심적인 직접인력으로 요양보호사가 있는데, 이들의 숙련도가 양질의 케어를 제공하는데 중요하다고 볼 수 있다. 즉, 3년 이상의 근무경력이 있는 요양보호사 비중이 50%이하인 시설이 전체시설의 약 3/4을 차지하고 있고, 75%이상인 시설은 전체의 8.2%정도에 그치고 있어서 양질의 케어제공수준은 아직 부족한 것으로 판단된다. 이는 그만큼 케어경력이 부족한 요양보호사에 의해 서비스가 제공되고 있어서 양질의 서비스를 제공하는 데에는 아직 한계가 있다고 볼 수 있다.

〈표 3-24〉 입소시설의 3년이상 요양보호사 채용비중별 현황

(단위: %)

시설규모	25% 이하	26~50% 이하	51~75% 이하	75~100% 이하	전체
9인 이하	52.9	23.5	13.7	9.8	100.0 (51)
10~29인 이하	47.5	15.0	27.5	10.0	100.0 (40)
30~99인 이하	50.0	30.4	13.0	6.5	100.0 (46)
100인 이상	38.1	47.6	9.5	4.8	100.0 (21)
전체(평균)	48.7	26.6	16.5	8.2	100.0 (158)

주: ()내는 응답시설수

그리고 전체 종사직원 중에서 상근직이 차지하는 비중은 응답시설 중에서는 전체적으로 상당히 높은 것으로 나타났다. 이는 입소생활시설의 구조상 시간제 고용으로는 시설을 운영하기가 어렵기 때문인 것으로 보여지며, 시간제 등 비상근직 종사자들이 느낄 수 있는 고용불안에 의한 케어의 질적 서비스 부족은 없을 것으로 판단된다.

〈표 3-25〉 입소시설의 상근직원비중

(단위: %)

시설규모	상근직비율
9인 이하	91.3
10~29인 이하	95.5
30~99인 이하	96.3
100인 이상	96.7
전체(평균)	94.5

라. 케어제공 측면에서의 질적 수준

우선, 앞에서 시설입소자의 건강상태를 살펴본 바와 같이 치매질환자가 많기 때문에 시설직원의 치매케어 관련 교육 및 케어기술이 서비스 질에 영향을 줄 수 있을 것으로 생각된다. 그래서 치매관련교육의 수강비율을 보면, 실제로 전체 직원 중에서 교육수강비율은 전체 응답시설의 평균치가 42.1%로 나타났다. 특히, 앞에서 살펴보았듯이 치매질환자의 입소가 상대적으로 높은 9인 미만의 소규모시설에서 치매 관련한 교육수강비율이 낮다는 것은 그만큼 치매케어에 관한 한 양질의 케어가 제공되고 있다고 보기가 어렵다.

〈표 3-26〉 입소시설의 치매교육수강 직원비중

(단위: %)

시설규모	수강직원비중
9인 이하	32.5
10~29인 이하	57.3
30~99인 이하	47.6
100인 이상	24.2
전체(평균)	42.1

그리고 시설입소자에 대한 영양케어는 건강 및 기능상태의 유지뿐만 아니라 삶의 질 차원에서도 중요한 서비스에 해당하기 때문에 시설에서는 서비스의 질적 수준을 검토할 때 중요하다고 볼 수 있다.

현재 법적 기준으로 50인 이상 규모의 시설에서는 영양사 고용이 의무적인 조항으로 되어 있어서 거의 대부분이 영양사를 채용하고 있지만, 그렇지 않은 소규모시설인 경우에는 시설내 영양사를 고용하고 있는 시설은 매우 드문 실정이다. 즉, 50인 미만의 시설에서는 자체 영양사를 고용하고 있는 경우는 응답시설의 7.8%에 불과하고, 2/3의 시설이 영양사가 아닌 인력에 의해서 영양케어가 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 따라서, 양질의 영양케어가 제공되고 있다고 보기에는 한계가 있다.

〈표 3-27〉 입소시설의 영양케어계획 담당자유형별 분포

(단위: %)

시설규모	시설내 중사하는 영양사	다른 시설내 중사하는 영양사	시설내 기타 직원	시설외 기타 직원	외주업체 활용	전체
50인 미만	7.8	21.4	60.2	7.8	2.9	100.0(103)
50인 이상	94.0	-	6.0	-	-	100.0(50)
전체(평균)	35.9	14.4	42.5	5.2	2.0	100.0(153)

주: ()내는 응답시설수

한편, 입소자들의 건강기능상태를 유지하기 위해서는 기능훈련을 전문적으로 제공해줄 수 있는 인력이 있는가가 중요하겠다.

이러한 기능훈련 및 재활관련 인력의 채용에 대한 의무성 여부도 시설 규모에 따라 달라지는데, 시설규모가 큰 중대형시설에서는 물리(작업)치료사가 기능훈련을 담당하지만, 소규모시설에서는 간호직원이나 요양보호사가 그 기능을 담당하고 있는 것으로 나타났다. 특히 30인 미만 규모의 시설에서는 전문재활인력의 채용비율이 7%수준에 머무르고 있고, 대부분이 간호 또는 요양보호사에 의해 이루어지고 있다.

결국, 기능훈련과 관련해서는 소규모시설의 서비스품질은 낮은 것으로 판단해 볼 수 있겠다. 특히, 현행과 같이 상근직으로 물리(작업)치료를 고용하여야 하는 구조아래에서는 소규모시설에서의 양질의 케어는 기대하기가 어려울 것으로 판단된다.

〈표 3-28〉 입소시설의 신체 및 인지기능훈련 담당자 직원비중

(단위: %)

시설규모	물리(작업)치료사	간호직원	요양보호사	기타 직원	전체
9인 이하	2.0	62.0	24.0	12.0	100.0(50)
10~29인 이하	5.0	65.0	25.0	5.0	100.0(40)
30~99인 이하	69.6	13.0	17.4	-	100.0(46)
100인 이상	85.7	4.8	9.5	-	100.0(21)
전체(평균)	33.8	40.8	20.4	5.1	100.0(157)

주: ()내는 응답시설수

마. 케어제공 결과측면에서의 질적 수준

케어제공의 결과물로 볼 수 있는 지표를 선정하는 것 자체가 쉽지는 않는데, 본 연구에서는 신체구속, 경관영양 및 실금처리와 같이 중간단계수준에서의 결과물과 시설입소자의 기능상태라는 최종단계 수준에서 나타나는 결과물에 대해서 검토해 보았다.

먼저, 응답시설의 전체입소자대비 평균적인 신체구속 필요자비중은 7.3%, 경관영양 필요자비중은 6.0%, 기저귀사용자(실금처리)비중은 28.4%로 나타났고, 신체기능의 유지 및 개선비율이 전체입소자의 50% 이상인 시설이 46.4%로 거의 절반수준을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 전체적으로 어느 정도의 수준이 양질의 케어가 제공되고 있는가를 판단하기가 어려운데, 신체구속이나 경관영양측면에서 입소자대비 10%에도 못 미치는 수준이라면 양호한 것으로 보여진다. 그러나 신체구속이나 경관영양이 필요해진 입소자는 병원으로의 전원조치를 유도하고 있기 때문에 적게 나타날 가능성도 있다. 그리고 신체기능의 유지 및 개선측면에서는 아직은 부족한 수준으로 보여진다.

〈표 3-29〉 입소시설의 신체구속, 경관영양 및 실금처리필요자 비중

(단위: %)

시설규모	신체구속 필요자	경관영양 필요자	실금처리 필요자
9인 이하	9.0	6.4	31.5
10~29인 이하	5.2	7.1	27.3
30~99인 이하	7.6	3.9	28.4
100인 이상	6.5	7.1	23.5
전체(평균)	7.3	6.0	28.4

〈표 3-30〉 입소시설의 신체기능의 유지 및 개선자 비중

(단위: %)

시설규모	90% 이상	70~89% 이하	50~69% 이하	49% 이하	전체
9인 이하	4.1	20.4	28.6	46.9	100.0(49)
10~29인 이하	5.4	8.1	24.3	62.2	100.0(37)
30~99인 이하	2.2	15.2	26.1	56.5	100.0(46)
100인 이상	-	23.8	28.6	47.6	100.0(21)
전체(평균)	3.3	16.3	26.8	53.6	100.0(153)

주: ()내는 응답시설수

바. 입소생활시설 관계자의 케어의 질 향상 대책에 대한 의견

시설케어의 질 향상차원에서 가장 중요하게 생각하고 있는 요소를 보면, 1순위로 지적된 것으로는 시설장의 리더쉽, 2순위로 지적된 것으로는 직원의 태도, 3순위로 지적된 것으로는 직원의 케어전문성으로 나타났다. 그런데 시설장의 리더쉽이 서비스 질을 향상시키는데 크게 영향을 준다고 한 것은 소규모시설에서 상대적으로 높게 나타나고, 중·대규모시설에서는 그것보다는 직원태도나 케어전문성을 지적하고 있는 것으로 나타나고 있다는 점이다.

결국, 개인사업자의 비중이 높은 소규모시설에서는 시설장의 의식이 상대적으로 중요한 것으로 보이고, 사회복지법인 등, 법인이 운영하는 시설은 중·대형규모시설이 중심적이고, 법인차원에서 시설장 관리가 유도되고 있다고 본다면, 서비스를 직접 제공하는 케어인력의 품질이 전체 서비스의 질을 좌우한다고 보고 있다는 것을 시사해주고 있다.

〈표 3-31〉 입소시설의 서비스 질 향상을 위해 가장 중요한 것

(단위: %)

(1순위)

시설규모	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스의 표준화	직원의 케어 전문성	직원의 태도	직원의 처우 개선	전체
9인 이하	-	36.0	10.0	20.0	24.0	10.0	100.0(50)
10~29인 이하	2.5	32.5	2.5	32.5	22.5	7.5	100.0(40)
30~99인 이하	8.7	19.6	17.4	13.0	21.7	19.6	100.0(46)
100인 이상	-	14.3	9.5	33.3	19.0	23.8	100.0(21)
전체(평균)	3.2	27.4	10.2	22.9	22.3	14.0	100.0(157)

(2순위)

시설규모	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스의 표준화	직원의 케어 전문성	직원의 태도	직원의 처우 개선	전체
9인 이하	2.0	2.0	6.1	38.8	32.7	18.4	100.0(49)
10~29인 이하	-	10.0	15.0	17.5	37.5	20.0	100.0(40)
30~99인 이하	2.2	13.0	8.7	26.1	28.3	21.7	100.0(46)
100인 이상	-	14.3	14.3	28.6	42.9	-	100.0(21)
전체(평균)	1.3	9.0	10.3	28.2	34.0	17.3	100.0(156)

(3순위)

시설규모	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스의 표준화	직원의 케어 전문성	직원의 태도	직원의 처우 개선	전체
9인 이하	-	12.5	12.5	22.9	31.3	20.8	100.0(48)
10~29인 이하	-	20.0	12.5	35.0	15.0	17.5	100.0(40)
30~99인 이하	2.2	13.0	13.0	30.4	13.0	28.3	100.0(46)
100인 이상	-	14.3	19.0	9.5	14.3	42.9	100.0(21)
전체(평균)	0.6	14.8	13.5	26.5	19.4	25.2	100.0(155)

주: ()내는 응답시설수

현행규정상의 직원배치기준에 대한 적절성여부에 대해서 조사한 결과, 약 절반의 시설에서 '대체적으로 적절하다'(54.5%)는 의견을 제시하였

고, 약 40%의 시설에서는 ‘전혀 적절하지 않다’는 의견을 제시하였다. 다만, 시설규모별로 보면, 소규모시설일수록 대체적으로 적절하다는 의견을 제시한 반면에, 중·대규모시설에서는 그 반대로 전혀 적절하지 못하다는 의견을 제시한 것으로 분석되고 있어 시설규모간 상반된 의견을 나타내고 있다. 즉, 소규모시설에서는 인력배치가 강화되려면 인건비의 상승으로 경영에 압박을 줄 수 있기 때문이며, 중·대규모시설에서는 입소자의 규모에 비해 인력이 부족하여 기존 종사자의 업무 증가가 나타나고 있기 때문에 서로 의견이 다르게 나타나고 있다는 것이다.

〈표 3-32〉 입소시설의 현행 규정상의 직원배치에 대한 적절성

(단위: %)

시설규모	매우 적절하다	대체적으로 적절하다	전혀 적절하지 않다	잘 모르겠다	전체
9인 이하	8.0	66.0	24.0	2.0	100.0 (50)
10~29인 이하	2.5	67.5	30.0	-	100.0 (40)
30~99인 이하	8.9	42.2	48.9	-	100.0 (45)
100인 이상	-	28.6	71.4	-	100.0 (21)
전체(평균)	5.8	54.5	39.1	0.6	100.0 (156)

주: ()내는 응답시설수

그리고 현행 장기요양기관 평가방식에 의한 경우가 서비스 질을 향상시키는데 도움을 주는 정도인가에 대해 조사한 결과, ‘대체적으로 도움이 된다’(49.0%)는 의견과 ‘전혀 도움이 되지 않는다’(42.6%)는 의견으로 양분된 것으로 나타났다. 이는 시설규모별로 보더라도 뚜렷한 경향성을 찾아보기가 어렵다. 이러한 현상도 상대적으로 케어 경험이 적은 소규모의 개인시설과 다년간의 많은 케어 경험을 축적해온 중·대규모시설 간의 의견이 다르다는 것을 보여주고 있다.

〈표 3-33〉 입소시설의 현행 평가방식에 의한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설규모	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
9인 이하	-	42.0	48.0	10.0	100.0(50)
10~29인 이하	5.3	57.9	34.2	2.6	100.0(38)
30~99인 이하	10.9	41.3	47.8	-	100.0(46)
100인 이상	-	66.7	33.3	-	100.0(21)
전체(평균)	4.5	49.0	42.6	3.9	100.0(155)

주: ()내는 응답시설수

만약에 현행 시설평가결과를 서비스 수가에 반영한다고 한다면 서비스의 질이 향상되는데 도움이 될 것인가에 대해 조사한 결과, ‘대체적으로 도움이 된다’(40.6%)는 의견과 ‘전혀 도움이 되지 않는다’(46.5%)는 의견이 양분되어 있음을 알 수 있다.

이러한 결과는 현행과 같은 수준에서의 수가반영 정도라면 도움이 되지 못할 것이라는 의식이 내재되어 있기 때문에, 만약 수가에 반영한다고 하면 현행보다는 강화된 차등수가의 개발 및 적용이 있어야 함을 시사해 주고 있다.

시설평가이후 결과가 미흡한 시설에 대한 사후관리를 하면 서비스의 질 향상에 도움되는가에 대해 조사한 결과, ‘대체적으로 도움이 된다’(58.4%)는 의견이 ‘전혀 도움이 되지 않는다’(27.9%)는 의견보다 훨씬 높게 나타났다. 결국, 이러한 결과는 현행 시설평가체계가 평가이후 서비스의 질 유지 및 개선에 대한 모니터링이 이루어지고 있지 못한 실태를 지적해 준 것으로 판단된다.

74 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-34〉 입소시설의 평가결과의 서비스수가 적용에 대한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설규모	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
9인 이하	4.0	36.0	54.0	6.0	100.0(50)
10~29인 이하	13.2	42.1	34.2	10.5	100.0(38)
30~99인 이하	-	50.0	45.7	4.3	100.0(46)
100인 이상	9.5	28.6	52.4	9.5	100.0(21)
전체(평균)	5.8	40.6	46.5	7.1	100.0(155)

주: ()내는 응답시설수

〈표 3-35〉 입소시설의 평가결과 미흡한 시설에 대한 사후관리에 의한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설규모	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
9인 이하	6.0	52.0	38.0	4.0	100.0(50)
10~29인 이하	16.2	70.3	13.5	-	100.0(37)
30~99인 이하	8.7	52.2	30.4	8.7	100.0(46)
100인 이상	9.5	66.7	23.7	-	100.0(21)
전체(평균)	9.7	58.4	27.9	3.9	100.0(154)

주: ()내는 응답시설수

시설자체적으로 서비스의 질을 향상시키기 위해서 노력하고 있는 대책에 대해서 조사한 결과, 1순위로 지적하고 있는 것으로 ‘정기적인 사례회의 및 업무보고’로 나타났다.

〈표 3-36〉 입소시설의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 현황(복수응답)

(단위: %)

시설규모	정기적 사례회의 및 업무보고	직원의 외부기관에 위탁교육	직원근무평가제 및 보상	입소자 및 가족대상의 만족도조사
9인 이하	30.8	17.3	28.6	28.7
10~29인 이하	27.1	23.1	27.1	23.0
30~99인 이하	27.1	38.5	28.6	26.4
100인 이상	15.0	21.2	15.7	21.8

시설규모	직원대상 만족도조사	민원처리를 통한 업무조정	가족에게 정기적인 케어정보 제공	지역주민에게 정기적인 케어정보 제공
9인 이하	37.8	29.5	31.3	28.6
10~29인 이하	21.6	26.3	27.5	25.0
30~99인 이하	24.3	28.4	26.3	28.6
100인 이상	16.2	15.8	15.0	17.9

〈표 3-37〉 입소시설의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 중 가장 효과적인 대책(1순위)

(단위: %)

시설규모	정기적 사례회의 및 업무보고	직원의 외부기관에 위탁교육	직원근무평가제 및 보상	입소자 및 가족대상의 만족도조사
9인 이하	55.3	4.3	8.5	2.1
10~29인 이하	71.1	2.6	10.5	2.6
30~99인 이하	54.8	7.1	14.3	4.8
100인 이상	57.1	9.5	-	-
전체	59.5	5.4	9.5	2.7

시설규모	직원대상 만족도조사	민원처리를 통한 업무조정	가족에게 정기적인 케어정보 제공	지역주민에게 정기적인 케어정보 제공
9인 이하	-	17.0	6.4	2.1
10~29인 이하	2.6	5.3	-	-
30~99인 이하	-	9.5	4.8	-
100인 이상	4.8	23.8	4.8	-
전체	1.4	12.8	4.1	0.7

2. 재가장기요양기관

가. 일반적 특성

설문조사에 응답한 시설의 운영주체별 분포를 보면, 전체적으로 개인 운영자시설이 50.5%, 사회복지법인시설이 29.1%, 기타법인시설이 14.8%의 순으로 나타나고 있다. 그런데 방문형서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호)기관의 경우는 개인사업자비중이 월등하게 높고, 주야간보호기관은 법인의 비중이 훨씬 높은 것으로 나타났다. 이는 설치시 일정한 대지와 건축비가 소요되는 시설은 아무래도 개인사업자가 개설하기가 쉽지 않기 때문으로 보인다.

〈표 3-38〉 재가장기요양기관의 운영주체별 시설비중

(단위: %)

시설유형	지자체	사회복지법인	기타법인	개인	기타	전체
방문서비스	1.0	11.2	7.1	75.5	5.1	100.0(98)
주야간보호	3.6	50.0	23.8	21.4	1.2	100.0(84)
전체(평균)	2.2	29.1	14.8	50.5	3.3	100.0(182)

주: ()내는 응답시설수

그리고 현재 응답시설에 입소해 있는 장기요양대상자의 등급별 분포를 보면, 평균적으로 1등급은 6.1%, 2등급은 8.5%, 3등급은 79.2%로 나타나고 있어, 현재 3등급자가 재가서비스를 주로 이용하고 있는 것으로 보인다. 입소시설에 대한 등급자분포를 보더라도 3등급자의 비중이 거의 절반을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있어서 사실상 상대적으로 기능상태가 좋은 3등급자를 대상으로 입소시설과 재가기관이 서비스를 제공하고 있는 것으로 판단된다. 특히 3등급자인 경우에는 신체케어보다는

가사지원에 대한 욕구가 높아서 서비스의 질을 판단하는 것도 쉽지 않을 것으로 생각된다.

〈표 3-39〉 재가장기요양기관의 서비스유형별 장기요양등급 분포

(단위: %)

시설유형	1등급	2등급	3등급	등외자
방문서비스	11.0	11.6	70.9	6.5
주야간보호	0.6	4.9	88.7	5.9
전체(평균)	6.1	8.5	79.2	6.2

이번에는 이용자의 건강기능상태 분포를 살펴보면, 치매질환자비중이 46.4%이고, 외상상태자비중은 9.6%로 응답한 것으로 나타났다. 여기에서 방문서비스기관은 치매나 외상자보다는 일반적인 질환자를 대상으로 서비스를 제공하고 있고, 주야간보호기관은 치매질환노인을 주 대상으로 서비스를 제공하고 있는 것으로 판단된다. 특히, 주야간보호기관의 경우에는 중증의 치매질환자라기보다는 활동성이 있는 경증의 치매질환자들을 주로 보호하고 있는 것으로 보인다. 따라서 방문형 서비스와 통원형 서비스간 질적 수준을 평가할 때 그 기준을 달리할 필요가 있다는 것이다.

〈표 3-40〉 재가장기요양기관의 유형별 치매 및 외상자 비중

(단위: %)

시설유형	치매질환자	외상자
방문서비스	25.4	16.0
주야간보호	70.3	2.3
전체(평균)	46.4	9.6

나. 근로환경 측면에서 본 질적 수준

케어제공의 핵심적인 직접인력에 해당하는 요양보호사의 기술숙련도에 대해 조사한 결과, 3년 이상의 경력이 있는 요양보호사 비중이 50%이 하인 시설이 전체기관의 약 3/4을 차지하고 있고, 75%이상인 시설은 전체의 9.9%정도에 그치고 있어서, 역시 재가서비스분야에 있어서도 양질의 케어제공수준은 아직 부족한 것으로 판단된다.

입소생활시설인 경우에는 다양한 직종의 직원이 종사하고 있기 때문에 서로 협력적인 관계에서 케어를 제공하고 있는 반면에, 방문형 재가서비스의 경우에는 모든 문제를 종사자 1인이 해결하여야 하기 때문에 그만큼 케어지식이나 전문적인 기술이 필요하다고 보여진다.

〈표 3-41〉 재가장기요양기관의 3년이상 요양보호사 채용비중별 현황

(단위: %)

시설유형	25% 이하	26~50% 이하	51~75% 이하	75~100% 이하	전체
방문서비스	48.0	27.6	15.3	9.2	100.0(98)
주야간보호	56.0	22.6	10.7	10.7	100.0(84)
전체(평균)	51.6	25.3	13.2	9.9	100.0(182)

주: ()내는 응답시설수

다. 재가서비스기관 관계자의 케어의 질 향상 대책에 대한 의견

케어의 질 향상차원에서 가장 중요하게 생각하고 있는 요소를 보면, 1순위로 지적된 것으로는 역시 시설장의 리더쉽, 2순위로 지적된 것으로는 직원의 태도, 3순위로 지적된 것으로는 역시 입소시설과 동일한 직원의 케어전문성이 중요한 것으로 제시하였다.

그런데 시설장의 리더쉽이 서비스 질을 향상시키는데 크게 영향을 준다

고 한 것은 주야간보호기관에서 나타난 결과이고, 방문서비스에서는 직원의 케어전문성이나 케어의 표준화가 더 중요한 것으로 지적하고 있다.

결국 방문서비스 기관은 이용자의 상태를 파악하고, 욕구를 해결하기 위해서 서비스를 직접적으로 제공하는 케어인력에 의존하여야 하기 때문에 케어기술이나 표준화가 더 크게 필요하다는 것을 의미한다.

〈표 3-42〉 재가장기요양기관의 서비스질 향상을 위해 가장 중요한 것

(단위: %)

(1순위)

시설유형	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스 표준화	직원의 케어전문성	직원의 태도	직원의 처우개선	전체
방문서비스	3.1	19.4	21.4	22.4	19.4	14.3	100.0(98)
주야간보호	2.4	26.2	8.3	17.9	23.8	21.4	100.0(84)
전체(평균)	2.7	22.5	15.4	20.3	21.4	17.6	100.0(182)

(2순위)

시설유형	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스 표준화	직원의 케어전문성	직원의 태도	직원의 처우개선	전체
방문서비스	-	15.6	11.5	27.1	33.3	12.5	100.0(96)
주야간보호	1.2	11.9	17.9	23.8	28.6	16.7	100.0(84)
전체(평균)	0.6	13.9	14.4	25.6	31.1	14.4	100.0(180)

(3순위)

시설유형	시설간 경쟁	시설장 리더십	서비스 표준화	직원의 케어전문성	직원의 태도	직원의 처우개선	전체
방문서비스	-	8.3	11.5	26.0	24.0	30.2	100.0(96)
주야간보호	-	16.7	13.1	28.6	19.0	22.6	100.0(84)
전체(평균)	-	12.2	12.2	27.2	21.7	26.7	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

현행규정상의 직원배치기준에 대한 적절성여부에 대해서 조사한 결과, 약 절반의 시설에서 ‘대체적으로 적절하다’(57.0%)는 의견을 제시하였

고, 34.6%의 시설에서는 ‘전혀 적절하지 않다’는 의견을 제시하였다.

그런데 방문요양서비스기관의 경우, 대체적으로 적절하다는 의견이 주야간보호기관에 비해서 높게 나타나고 있는데, 이들 기관들의 운영주체가 개인사업자중심이어서 현행보다 강화된 인력배치에 대해 동의하지 않는다는 의견이 내재해 있다고 보여진다.

〈표 3-43〉 재가장기요양기관의 현행 규정상의 직원배치에 대한 적절성

(단위: %)

시설유형	매우 적절하다	대체적으로 적절하다	전혀 적절하지 않다	잘 모르겠다	전체
방문서비스	3.1	60.4	27.1	9.4	100.0(96)
주야간보호	3.6	53.0	43.4	0.0	100.0(83)
전체(평균)	3.4	57.0	34.6	5.0	100.0(179)

주: ()내는 응답시설수

현행 기관평가방식에 의한 경우가 서비스 질을 향상시키는데 도움을 주는 정도인가에 대해 조사한 결과, ‘대체적으로 도움이 된다’(47.8%)는 의견과 ‘전혀 도움이 되지 않는다’(40.6%)는 의견으로 양분된 것으로 나타났다.

〈표 3-44〉 재가장기요양기관의 현행 평가방식에 의한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설유형	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
방문서비스	4.2	51.0	33.3	11.5	100.0(96)
주야간보호	1.2	44.0	48.8	6.0	100.0(84)
전체(평균)	2.8	47.8	40.6	8.9	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

그리고 현행 기관평가결과를 서비스 수가에 반영한다고 한다면 서비스의 질이 향상되는데 도움이 될 것인가에 대해 조사한 결과, '대체적으로 도움이 된다'(41.1%)는 의견과 '전혀 도움이 되지 않는다'(40.0%)는 의견이 양분되어 있음을 알 수 있다.

이러한 결과는 전술한 바 있듯이 현행과 같은 수준에서의 수가반영정도라면 도움이 되지 못할 것이라는 의식이 내재되어 있기 때문에, 만약 수가에 반영한다고 하면 현행보다는 강화된 차등수가의 개발 및 적용이 있어야 함을 암시해주고 있다.

〈표 3-45〉 재가장기요양기관의 평가결과와 서비스수가 적용에 대한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설유형	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
방문서비스	16.7	38.5	35.4	9.4	100.0(96)
주야간보호	3.6	44.0	45.2	7.1	100.0(84)
전체(평균)	10.6	41.1	40.0	8.3	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

한편, 기관평가이후 결과가 미흡한 시설에 대한 사후관리를 하면 서비스의 질 향상에 도움되는가에 대해 조사한 결과, 대체적으로 도움이 된다'(61.1%)는 의견이 '전혀 도움이 되지 않는다'(22.2%)는 의견보다 훨씬 높게 나타났다.

결국, 이러한 결과는 현행 시설평가체계가 평가이후 서비스의 질 유지 및 개선에 대한 모니터링이 이루어지고 있지 못한 실태를 지적해 준 것으로 이해된다.

82 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-46〉 재가장기요양기관의 평가결과 미흡한 시설에 대한 사후관리에 의한 서비스 질 향상 도움수준

(단위: %)

시설유형	매우 도움이 된다	대체적으로 도움이 된다	전혀 도움이 되지 않는다	잘 모르겠다	전체
방문서비스	13.5	59.4	20.8	6.3	100.0(96)
주야간보호	10.7	63.1	23.8	2.4	100.0(84)
전체(평균)	12.2	61.1	22.2	4.4	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

기관 자체적으로 서비스의 질을 향상시키기 위해서 노력하고 있는 대책에 대해서 조사한 결과, 1순위로 지적하고 있는 것으로 입소시설과 동일하게 ‘정기적인 사례회의 및 업무보고’로 나타났다. 따라서 방문요양급여기관에서 요양보호사가 기관에 출퇴근하지 않고 자신의 집에서 이용자의 집을 직접 찾아가 서비스를 제공한 후 자신의 집으로 직접 퇴근하고 있는 현재의 행태에서는 질적인 서비스를 담보하기가 쉽지는 않을 것으로 판단된다.

〈표 3-47〉 재가장기요양기관의 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 현황(복수응답)

(단위: %)

시설유형	정기적 사례회의 및 업무보고	직원의 외부기관에 위탁교육	직원근무평가제 및 보상	입소자 및 가족대상의 만족도조사
방문서비스	49.0	37.3	45.1	51.1
주야간보호	51.0	62.7	54.9	48.9

시설유형	직원대상 만족도조사	민원처리를 통한 업무조정	가족에게 정기적인 케어정보 제공	지역주민에게 정기적인 케어정보 제공
방문서비스	61.0	51.6	45.9	24.3
주야간보호	39.0	48.4	54.1	75.7

〈표 3-48〉 시설자체의 서비스 질 향상을 위해 실시하고 있는 대책 중 가장 효과적인 대책(1순위)

(단위: %)

시설유형	정기적 사례회의 및 업무보고	직원의 외부기관에 위탁교육	직원근무평가제 및 보상	입소자 및 가족대상의 만족도조사
방문서비스	38.9	3.2	9.5	15.8
주야간보호	49.4	7.2	9.6	8.4
전체(평균)	43.8	5.1	9.6	12.4

시설유형	직원대상 만족도조사	민원처리를 통한 업무조정	가족에게 정기적인 케어정보 제공	지역주민에게 정기적인 케어정보 제공
방문서비스	4.2	15.8	7.4	-
주야간보호	1.2	12.0	9.6	-
전체(평균)	2.8	14.0	8.4	-

제3절 현행 장기요양기관 평가방식에 대한 의견 분석

1. 입소생활시설

먼저, 평가방식에 대한 전반적인 중요성에 대해 조사한 결과, 시설규모와 관계없이 평가항목의 적절성이 가장 중요하다는 의견(61.5%의 시설)을 제시하였고, 그 다음으로 평가기관의 공공성(16.0%의 시설)과 평가자의 전문성(14.7%의 시설)을 지적하고 있다. 다시 말하면, 현장에서는 현재의 평가항목 자체가 장기요양기관의 실정을 감안하지 못하고 있는 것으로 생각하고 있으며, 평가의 공공성이나 전문성은 평가항목의 적절성이 원만하게 이루어지는 경우에는 그다지 중요하지 않을 수도 있다는 것으로 보인다.

무엇보다도 어떠한 도구를 가지고 평가하는가가 중요한 것으로 판단되

어 앞으로 평가척도나 지표의 선정에 신경을 써야 함을 시사해주고 있다.

〈표 3-49〉 입소시설의 서비스질 평가시 가장 중요한 점(입소시설)

(단위: %)

시설규모	평가 기관의 공공성	평가자의 전문성	평가 항목의 적절성	평가 주기의 적절성	기타	잘 모르겠음	전체
9인 이하	12.0	16.0	64.0	4.0	4.0	-	100.0(50)
10~29인 이하	10.3	15.4	66.7	2.6	2.6	2.6	100.0(39)
30~99인 이하	21.7	15.2	54.3	6.5	2.2	-	100.0(46)
100인 이상	23.8	9.5	61.9	4.8	-	-	100.0(21)
전체(평균)	16.0	14.7	61.5	4.5	2.6	0.6	100.0(156)

주: ()내는 응답시설수

서비스 질 평가기관으로 적절한 형태는 정부가 인정하는 평가기관(52.3%)을 지정한 시설이 가장 많은 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 현재의 보험자(국민건강보험공단)가 평가하는 것에 대해 거부감이 높다는 것을 어느 정도 반영하고 있다는 것인데, 중·대규모 시설일수록 정부가 인정하는 기관이나 공익단체 등 제3자의 기관에서 평가하는 것을 선호하는 것으로 나타났다.

사실상, 보험자가 장기요양기관에 대해 평가하는 것은 장점과 단점을 모두 지니고 있지만, 공정성측면에서는 아무래도 단점이 더 클 것으로 판단된다. 어디까지나 시설평가는 이용자에게 양질의 서비스를 제공하는 시설정보를 제공해준다는 차원에서는 매우 바람직한 것이겠지만, 이를 계기로 시설의 경영이나 운영방식에 깊게 관여하게 되는 결과를 낳아서 안될 것이다. 특히, 입소시설은 입소자의 개인적인 사생활공간이기 때문에 입소자의 허락없이 사생활공간을 침해해서는 안될 것이고, 경영자의 업무를 방해하는 행동을 취해서는 안될 것이다.

〈표 3-50〉 입소시설의 서비스 질 평가기관으로써의 적절한 형태

(단위: %)

시설규모	정부가 인정하는 평가기관	지자체	공익법인 등의 공익단체	보험자 (공단)	기타	잘 모르겠음	전체
9인 이하	54.3	6.5	4.3	10.9	15.2	8.7	100.0(46)
10~29인 이하	46.2	7.7	7.7	23.1	10.3	5.1	100.0(39)
30~99인 이하	44.4	22.2	15.6	8.9	6.7	2.2	100.0(45)
100인 이상	76.2	4.8	9.5	-	9.5	-	100.0(21)
전체(평균)	52.3	11.3	9.3	11.9	10.6	4.6	100.0(151)

주: ()내는 응답시설수

한편, 서비스 질 평가척도에 대해 도나베디언의 이론을 적용하여 조사한 결과, 케어과정지표 및 케어결과지표에 중점을 두어야 한다는 의견이 지배적이라 할 수 있다. 사실상 구조지표에 해당하는 척도는 시설을 건축할 때 결정되는 것이어서, 시설운영 도중에 전혀 다른 시설로의 개축이나 신축이 거의 불가능하기 때문에 중요성이 떨어지는 것으로 판단된다. 더욱이 시설로써의 허가를 받을 때에는 구조적 측면을 기준으로 판단하기 때문에 이미 허가를 받은 시설은 더 이상 구조적 측면을 고려하는 것이 필요하지 않음을 시사해주고 있다. 따라서 구조적 측면에 대한 지도감독은 지자체에 달려 있고, 서비스평가기관은 과정 및 결과적 측면을 중점적으로 고려하여야 할 것이다.

시설평가지 자료가 되는 평가방법에 대해 조사한 결과, 면접조사(이용자·보호자 및 종사자대상의 만족도 등)위주의 방식을 선호하는 시설이 46.8%로 가장 높으며, 그 다음으로 서류조사+면접조사+시설자체조사를 혼합한 방식(22.7%), 시설자체평가방식(16.9%), 방문 실사(감사)를 통한 서류평가위주의 방식(10.4%)의 순으로 나타났다.

이러한 결과는 현행 서류심사중심의 방식에 대해 불만을 제기한 것으로 보이는데, 그렇다고 면접조사위주의 평가는 객관성을 확보하기가 어

86 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

려운 방식이어서 바람직한 것으로 판단하기가 어렵다. 따라서 객관성을 확보할 수 있는 방법을 중심으로 하되, 그 이외의 방법을 추가적으로 적절하게 혼합하는 방식으로 개선하는 것이 바람직한 것이다.

〈표 3-51〉 입소시설의 서비스 질 평가지표 구성시 가장 중점을 두어야 할 부문

(단위: %)

시설규모	구조측면	과정측면	결과측면	잘 모르겠음	전체
9인 이하	19.6	47.8	32.6	-	100.0(46)
10~29인 이하	15.4	53.8	28.2	2.6	100.0(39)
30~99인 이하	15.2	58.7	26.1	-	100.0(46)
100인 이상	19.0	81.0	-	-	100.0(21)
전체(평균)	17.1	57.2	25.0	0.7	100.0(152)

주: ()내는 응답시설수

〈표 3-52〉 입소시설의 서비스 질 평가수행방법

(단위: %)

시설규모	방문실사를 통한 서류평가 위주(1)	면접조사 위주(2)	시설자체 평가결과 위주(3)	모든 평가방법 (1)+(2)+(3)	잘 모르겠음	전체
9인 이하	4.2	62.5	10.4	16.7	6.3	100.0(48)
10~29인 이하	17.9	41.0	10.3	28.2	2.6	100.0(39)
30~99인 이하	10.9	32.6	28.3	26.1	2.2	100.0(46)
100인 이상	9.5	52.4	19.0	19.0	-	100.0(21)
전체(평균)	10.4	46.8	16.9	22.7	3.2	100.0(154)

주: ()내는 응답시설수

2. 재가장기요양기관

재가장기요양기관을 대상으로 현행 평가체계에 대한 의견을 조사한 결과, 평가방식에 대한 전반적인 중요성에 대해서는 서비스유형과 관계없이 평가항목의 적절성이 가장 중요하다는 의견을 제시하였고, 그 다음으

로 평가기관의 공공성과 평가자의 전문성을 지적하고 있다. 이는 입소시설과 마찬가지로 장기요양서비스를 취급하고 있는 시설인 경우에는 공통적인 의견이다.

〈표 3-53〉 서비스질 평가시 가장 중요한 점

(단위: %)

시설유형	평가기관의 공공성	평가자의 전문성	평가항목의 적절성	평가주기의 적절성	기타	잘 모르겠음	전체
방문서비스	18.6	14.4	57.7	3.1	3.1	3.1	100.0(97)
주야간보호	14.6	18.3	61.0	2.4	3.7	0.0	100.0(82)
전체(평균)	16.8	16.2	59.2	2.8	3.4	1.7	100.0(179)

주: ()내는 응답시설수

서비스 질 평가기관으로 적절한 형태는 정부가 인정하는 평가기관(59.0%)을 지정한 기관이 가장 많다. 이같은 결과는, 역시 재가서비스기관도 현재의 보험자(국민건강보험공단)가 평가하는 것에 대해 거부감이 높다는 것을 어느 정도 반영하고 있다고 보여진다.

그리고 서비스 질 평가척도에 대해 도나베디언의 이론을 토대로 조사한 결과, 과정지표 및 결과지표에 중점을 두어야 한다는 의견이 역시 지배적이라 할 수 있다. 다만, 재가서비스의 경우, 양호한 케어결과가 나타나게 된 요인을 찾아보기가 어렵다는 점에서 케어결과지표의 개발도 쉽지 않을 것으로 보인다.

기관평가지료가 되는 평가방법에 대해 조사한 결과, 면접조사(이용자·보호자 및 종사자대상의 만족도 등)위주의 방식을 선호하는 시설이 52.8%로 가장 높으며, 그 다음으로 서류조사+면접조사+시설자체조사를 혼합한 방식(26.1%), 시설자체평가방식(10.0%), 방문 실사(감사)를 통한 서류평가위주의 방식(9.4%)의 순으로 나타났다. 이러한 결과는 입소시설

88 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

관계자의 의견과 마찬가지로 현행방식에 대한 불만을 제기한 것으로 보인다.

〈표 3-54〉 서비스질 평가기관으로써의 적절한 형태

(단위: %)

시설유형	정부가 인정하는 평가기관	지자체	공익법인 등의 공익단체	보험자 (공단)	기타	잘 모르겠음	전체
방문서비스	61.5	7.3	12.5	14.6	3.1	1.0	100.0(96)
주야간보호	56.1	9.8	9.8	13.4	8.5	2.4	100.0(82)
전체(평균)	59.0	8.4	11.2	14.0	5.6	1.7	100.0(178)

주: ()내는 응답시설수

〈표 3-55〉 서비스질 평가지표 구성시 가장 중점을 두어야 할 부문

(단위: %)

시설유형	구조측면	과정측면	결과측면	잘 모르겠음	전체
방문서비스	5.2	66.0	28.9	-	100.0(97)
주야간보호	19.3	67.5	13.3	-	100.0(83)
전체(평균)	11.7	66.7	21.7	-	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

〈표 3-56〉 서비스질 평가수행방법

(단위: %)

시설유형	방문실사를 통한 서류평가 위주(1)	면접조사 위주(2)	시설자체 평가결과 위주(3)	모든 평가방법 (1)+(2)+(3)	잘 모르겠음	전체
방문서비스	9.3	57.7	9.3	22.7	1.0	100.0(97)
주야간보호	9.6	47.0	10.8	30.1	2.4	100.0(83)
전체(평균)	9.4	52.8	10.0	26.1	1.7	100.0(180)

주: ()내는 응답시설수

3. 장기요양서비스의 평가지표간 관계 분석

지금까지 살펴본 서비스의 질평가체계 중에서 평가지표를 대상으로 상호 관련성을 분석해 보고자 하였다. 즉, 장기요양서비스제공에 따른 결과 지표와 구조 및 과정측면과의 관련성에 대해서 분석해 본 결과, 구조적 측면보다는 케어과정측면이 케어결과에 관련성이 있는 것으로 추정된다. 예를 들면, 영양케어제공이 적절하게 이루어지는 경우, 신체기능의 유지 및 향상이 높아진다는 결론을 얻을 수 있다.

전반적으로 각 부문별 변수를 적절하게 선정하였는가에 대해 검토가 이루어져야겠지만, 가용자료의 한도에서 분석해본 결과 케어과정부문에 해당하는 변수에서 케어결과와 통계적 유의성을 나타내었다. 향후 각 부문별 적절한 변수선택을 통한 재분석이 필요하겠다.

90 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 3-57〉 구조 및 과정측면에 결과측면과의 관련성 분석결과(로지스틱 회귀분석)

(종속변수: 결과지표)

	모형1 Exp(B)	모형2 Exp(B)	모형3 Exp(B)
구조적 측면			
침실 1, 2인실 구성비중	1.205		1.265
간호사채용유무	0.994		0.862
요양보호사 3년 이상 경력자비중	0.627		0.557
과정적 측면			
치매전문케어과정		1.284	1.392
영양케어과정		2.438*	2.767*
기능훈련케어과정		0.491	0.549
일반적 사항(조정변수)			
3등급자비중	0.945	0.953	0.918
치매질환자비중	1.267	1.276	1.268
N	140	140	140
df	5	5	8
X2	0.657	6.939	10.001
-2LL	190.0	185.7	182.7
Nagelkerke R2	0.025	0.65	0.092

주: 종속변수= 신체기능유지 및 향상자비율이 50%이상이면 1, 그 미만이면 0

독립변수= 침실 1, 2인실구성비중이 34%미만인 경우, 간호사채용이 없는 경우, 요양보호사 3년 이상 경력자비중이 25%미만인 경우, 치매전문케어교육수강비중이 42.1%미만인 경우, 영양사에 의한 영양케어계획이 가능하지 않은 경우, 물리(작업)치료사에 의한 기능훈련이 가능하지 않은 경우, 3등급자비중이 50%미만인 경우, 치매질환자비중이 64.5%미만인 경우를 준거집단으로 설정



제4장 주요국가의 장기요양서비스 질 평가 및 관리체계의 사례분석

제1절 독일

제2절 일본

제3절 영국

제4절 캐나다

제5절 주요 OECD 국가

4

주요국가의 << 장기요양서비스 질 평가 및 관리체계의 사례분석

제1절 독일

1. 장기요양서비스 질 평가관리의 배경

독일 장기요양보험에서는 제도가 도입될 때부터 질병보험 의료지원단(MDK: der Medizinische Dienst der Krankenversicherung)에 의한 외부적 질확보를 재가와 시설 모두에 대해 도입했다. 이러한 외부적 질 확보의 정책은 장기요양서비스 질이 드러나도록 하는 효과가 있었고 장기요양서비스 질 개선에 결정적인 강조점을 두었던 것으로 평가된다. 장기요양보험의 도입초기부터 질에 대한 고려를 하게 된 배경에는 유사한 성격을 갖는 독일질병보험을 장기간 운영한 경험에서 유래한다고 볼 수 있겠다.

이러한 외부적 질 확보는 내용과 조직에 있어 지속적인 변화와 적응의 과정을 겪으면서 점점 핵심적인 과제로 발전하였다. 장기요양보험 도입 이후의 중요한 변화로는 다음과 같은 것들이 있다.

첫째, 모든 재가와 시설에 대해 매년의 질 평가가 이루어지게 되었다.

둘째, 투명성합의에 근거하여 평가결과의 일부를 공표하게 되었다. 그 결과 장기요양서비스를 이용하는 소비자가 인터넷을 통해 시설의 질에 관한 MDK의 평가결과를 알아볼 수 있게 되었다. 이는 결과적으로 소비자보호를 더 잘 실현하였고, 시설 간의 질 경쟁을 조장하였다.

이상에서 논의한 독일 장기요양서비스 질 평가관리의 배경, 즉 역사와 변천과정을 파악하기 위해서는 이를 규정하는 관련법들을 살펴보아야 한다.

독일의 장기요양 및 서비스 질과 관련된 법을 살펴보면 다음과 같다. 독일에서는 장기요양서비스 질에 관한 공식적인 보고서도 발표하고 있는데, 이 보고서도 장기요양서비스 질과 관련하여 중요하기 때문에 법률과 같이 검토해보고자 한다.

- 1995년, 사회법전 XI(Sozialgesetzbuch XI; SGB XI)
- 2002년, 장기요양서비스- 질 확보법(Pflege-Qualitaetssicherungsgesetz; PQSG)
- 2004년, 질에 관한 1차 보고서(1. Bericht zur Qualitaet)
- 2007년, 질에 관한 2차 보고서(2. Bericht zur Qualitaet)
- 2008년, 장기요양보험의 구조적 지속발전을 위한 법(Das Gesetz zur struturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ; Pflege - Weiterentwicklungsgesetz; PfwG)
- 2011년, 감염보호법의 개정을 위한 법과 관련 법률(Gesetz zur Aenderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze; IFSG u.a.)
- 2012년, 수발-신지향-법(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz)
- 2012년, 질에 관한 3차 보고서(3. Bericht zur Qualitaet)

각각의 법률에 관하여 주요내용을 정리하면 다음과 같다.

1995년의 열한번째 사회법전인 장기요양보험법(Pflegeversicherungsgesetz)의 주요내용을 보면 다음과 같다.

- 보험료는 1995년 1월 1일부터 징수
- 외래(재가) 서비스는 1995년 4월 1일부터 실시
- 시설 서비스는 1996년 7월 1일부터 실시
- 자기결정권과 자립의 지원
- 최신의 과학수준에 입각한 서비스
- 계약의무가 있는 공급계약
- 연방에 의한 기본구조계약에 관한 권장(Rahmenvertragsempfehlungen)과 주들에 의한 기본구조계약
- 직원평가시스템은 없음
- 기준과 원칙들
- 질병보험 의료지원단(MDK)에 의한 외부 질 평가

2002년의 장기요양서비스- 질 확보법의 주요내용은 다음과 같다.

- 의무적인 시설내의 질 관리(QM)
- 질병보험 의료지원단(MDK)에 의한 외부 질 평가를 위한 개선된 법적 토대 마련(모든 시설의 20%에 대한 의무적인 평가규정)
- 서비스와 질에 관한 합의(Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen; LQV)
- 서비스와 질의 증명(Leistungs- und Qualitätsnachweise; LQN)

2008년 장기요양보험의 구조적 지속발전을 위한 법의 주요내용을 정리하면 다음과 같다.

- 질병보험 의료지원단(MDK)과 민간질병보험 평가단(Pruefdienst PKV)에 의한 연간 평가
- 동등한 평가(인정절차): 과정과 구조에 관한 질의 경우

- 장기요양문서에 대한 구비조건의 정의
- 불시 평가
- 투명성(정보공개)

2011년 감염보호법의 개정을 위한 법과 관련 법들에서 질 평가와 관련된 주요내용은 다음과 같다.

- 투명성 합의의 조정자 기능

2012년 수발-신지향-법의 질 평가와 관련된 주요내용을 보면 다음과 같다.

- 시설 서비스에 있어서의 결과지표에 대한 규정들
- 재가서비스에 대한 평가의 고지
- 질의 점검영역들

2012년의 질에 관한 3차 보고서의 내용을 살펴보면 다음과 같다.

- 이전의 보고서와 평가내용과 절차가 바뀌어 비교가 제한되지만 다음과 같은 결과를 알 수 있음.
- 시설과 관련된 구조의 질과 과정의 질에서 재가와 시설 모두가 지난 평가보다 현저하게 개선되었음(예, 재교육계획, 위생관리).
- 개인과 관련된 과정의 질과 결과의 질에서는 몇 개의 기준은 개선을 보인 반면(예, 영양), 다른 몇 개의 기준에서는 전혀 개선의 징후가 없어 지속적인 개선여지가 남아 있음(예, 욕창예방).

2. 현행 질 평가관리체계의 실태

가. 질 평가의 법적 근거와 평가기준

먼저 장기요양보험법인 11번째 사회법전에 질 평가의 일반적인 사항인 다음의 항목들에 대한 규정이 있다.

- 질 평가(§ 114 SGB XI)
- 질 평가의 실행(§ 114a SGB XI)
- 질 평가의 결과(§ 115 SGB XI)

허가된 장기요양시설이 질 평가의 대상이 되는데, 이에 관한 법률 사항은 § 72 SGB XI에 의거한 공급계약(Versorgungsvertrag)이다.

질 평가의 근거는 효과적이고 경제적인 장기요양서비스의 공급이라는 규정에 있다. 이는 § 75 SGB XI 에 의거한 기본구조계약(Rahmenvertrag)의 사항이다.

질 평가를 위해서는 장기요양의 원칙(Pflegesätze)에 관한 규정이 필요하다. 이는 § 84 Abs. 5 SGB XI 에 의거한 서비스와 질의 특성에 관한 규정에 의한다.

질과 질의 확보 그리고 시설내 질관리의 발전을 위한 척도와 기본원칙들이 필요하다. 이를 위해 § 113 SGB XI 에는 재가와 시설(2011년) 그리고 부분시설(주간보호)에 대한 규정이 있다.

질평가지침(Qualitätsprüfungs-Richtlinien; QPR)이 있는데 이는 건강보험-최상위협의체의 지침으로서 § 114 SGB XI에 따라(2009년) 시설에서 제공되는 서비스와 그 질에 관한 평가에 관한 내용을 담고 있다.

또한 장기요양서비스-투명성합의(Pflege-Transparenzvereinbarungen ; PTV-S(시설)/ PTV-A(재가))가 있는데 이는 § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI 에 근거한 것으로 그 내용은 건강보험의 의료지원단(MDK) 질 평가 그리고 그와 동등한 평가결과의 공표 기준과 평가체계에 관한 것이다. 입소시설에 관한 것은 2008년, 재가서비스시설에 관한 것은 2009년에 합의가 되었다.

나. 장기요양서비스 질 평가의 체계

1) 질 평가의 목적과 기능

장기요양서비스의 질을 평가하는 목적과 기능을 제시하면 다음과 같다. 첫째로 장기요양금고(Pflegekassen)의 서비스확보 의무를 제대로 이행하고 있는가에 대한 평가가 있다. 이는 피보험자에 대해 필요에 상응하면서 차이가 없는 장기요양서비스가 제공되는가, 그리고 그 서비스가 일반적으로 인정되고 있는 의학 및 장기요양적 지식수준에 상응하는가를 평가하는 내용이다.

둘째로 장기요양서비스, 그리고 질에 대한 요구사항이 이행되고 있는가에 대한 평가가 있다. 이 요구사항들은 11번째 사회법전 그리고 질 평가에 관한 계약적 합의사항 및 법적근거에서 규정된 것들이다.

셋째로 장기요양이 필요한 피보험자에 대해 서비스공급의 질을 확보하는 것이다. 이는 질의 결함을 미리 예방하는 기능을 한다.

넷째로 시설이나 운영자의 자율적 책임을 강화하는 것이다. 이는 장기요양서비스 질의 확보와 지속적인 발전을 이루기 위한 것이다.

다섯째로 투명성이다. 이는 소비자를 위한 정보를 공개하기 위한 것이

다. 이는 질 평가의 결과를 이해할 수 있고, 한 눈에 파악이 가능하며, 또한 비교를 할 수 있는 형태로 인터넷과 다른 적합한 형태(예를 들어 시설에서의 게시판)에 공표함으로써 달성된다.

2) 장기요양서비스 질의 확보

장기요양서비스의 질을 확보할 책임은 자율적 책임성의 강조에 따라 시설운영자에게 달려있다.

이러한 원칙 하에 장기요양서비스의 질을 확보하고 계속적으로 발전시키기 위해 다음과 같은 조치들이 취해 있다.

- 시설 내부에서의 질 관리 활동(질 관리 모임, 질에 관한 토의, 질 담당관)
- 질 확보를 위한 조치를 실행할 의무
- 장기요양기록서류
- 전문가 표준(Expertenstandards)의 적용
- 질 평가의 적절한 실행에 참여하기

3) 질 평가의 조직

먼저, 질 평가의 주기에 대한 규정은 2008년 7월 1일부터 적용되고 있는데(장기요양보험의 구조적 지속발전을 위한 법; PFWG), 현재 적용되고 있는 규정은 2012년 10월 30일의 수발신지향법(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz)에 규정된 사항들이다.

초기에는 2010년 12월 31일까지 평가단에 의해 모든 장기요양시설들이 평가되어야 함을 규정하였고, 2011년부터 연례적으로 모든 시설에 대

해 정규평가가 이루어지고 있다. 이러한 관리원칙에 해당하는 시설은 현재 약 1,320개소이다.

둘째, 질 평가임무를 부여하는 기관은 관리원칙 하에 있는 요양금고의 주조직이다. 이들이 질 평가임무를 부여할 때는 다음과 같은 평가임무의 내용이 제시되어야 한다.

- 평가의 종류
- 평가의 범위
- 평가의 시기
- 평가의 대상 / 관련된 현황
- 필요한 서류 / 정보(구조자료, 조치에 관한 자료, 이전보고서)

셋째, 질 평가의 임무를 부여하는 기능을 하는 요양금고의 주조직은 다음과 같은 기능을 한다.

- 질 평가를 위한 평가임무의 부여
- 확인된 결함과 질 평가를 위해 필요한 조치와 관련된 시설의 정보
- 질 평가의 결과에 대한 청문절차의 수행
- 시설의 의견표명에 대한 인지와 평가
- 질 평가를 위한 조치관련 정보의 제공과 배포
- 질 평가 결과의 공표
- 필요한 경우 장기요양서비스 공급계약의 해제

넷째, 평가단의 종류에는 세 가지가 있는데 이에는 질병보험 의료지원단(Medizinische Dienst der Krankenversicherung; MDK), 민간질병보험 평가단(Pruefdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. ; Pruefdienst PKV) 및 요양금고의 주조직에 의해 고용된 전문가(아직 실행되고 있지 않음)가 있다. 그리고 평가단의 기능으로서는 다음과 같은 것들이 있다.

- 재가요양시설에게 질 평가에 대한 고지를 하루 전에 하는 것
- 주조직에 의하여 부여된 질 평가임무를 수행하는 것
- 서류의 형태로 장기요양필요자의 검사에 대한 동의를 획득하는 것
- 시설들에게 질 확보에 관련된 사항들에 대해 질 평가 과정에서 자문을 주는 것
- 질 관련 문제점들을 해소하기 위한 조치들을 제시하는 것
- 필요한 경우 심각한 결함에 대한 정보를 즉각적으로 요양금고에 제공하는 것
- 질 평가에 대한 평가보고서를 3주 안에 작성해서 제출하는 것
- 질 평가에 대한 잠정적인 투명성보고서를 3주 안에 작성해서 제출하는 것

평가자의 자격으로는 형식적인 구비요건과 실제적인 경험요건의 두 가지가 요구되는데, 형식적인 구비요건으로는 다음과 같은 것들이 있다.

- 장기요양 전문인력
- 필요한 경우 추가적인 자격(전문간호, 장기요양직업을 위한 교사, 장기요양지도자, 질 담당자/질 관리자)
- 필요한 경우 평가분야에 따라 다른 전문가(예, 의사, 소아과 의사)

실제적인 경험요건으로는 다음과 같은 것들이 있다.

- 포괄적인 장기요양 전문적인 능력
- 지도능력
- 질 확보 영역에 대한 지식

그리고 평가팀 중 최소한 한명은 회계관련 교육을 받았어야 한다.

다섯째, 평가에 참여하는 평가자의 수는 다음의 조건들에 의해 정해진다.

- 평가임무의 종류: 다만, 연례적인 정규평가와 광범위한 특별평가

의 경우에는 차이가 있음

- 입소시설의 규모와 재가서비스시설의 서비스제공 영역의 크기
- 평가대상으로 선정된 장기요양이용자의 수
- 서비스공급계약과 장기요양 전문적인 주안점: 단, 기본적 서비스와 집중적인 장기요양서비스의 경우에는 차이가 있음
- 평가단에 속한 팀원의 전문성 상태

그리고 통상적으로는 한 평가팀 당 3명의 평가자가 있는데, 통상적으로 재가서비스 시설의 경우에는 5명당 하루의 기간이 상정되고, 입소시설의 경우에는 하루에 5-6명의 이용자를 평가하는 경우 이들의 기간이 상정된다.

4) 질 평가의 실행과 내용

입소시설의 경우 원칙적으로 불시에 현장에서 질 평가를 실행하고, 재가시설의 경우에는 질 평가 전 날에 팩스를 통해 고지를 한다.

현장에서 질 평가를 실시할 때 다음과 같은 절차로 진행된다.

- 인사와 평가임무의 제시
- 시설과 특이사항에 대한 일반적 의견교환
- 구조적 질에 대한 조사(공급계약, 장기요양전문성과 관련된 주안점, 장기요양이용자의 수)
- 표본의 구성(표본수의 확정, 장기요양이용자 동의를 획득)
- 과정과 결과의 질에 대한 조사(장기요양이용자의 검사, 서류검사)
- 필요한 경우 즉각적인 조치에 대한 토의
- 최종논의(중요한 결과의 통보, 시설에 대한 자문)

질 평가의 내용에는 다음의 세 가지가 있는데, 구조적 질(Strukturqua

litaet) 평가는 서비스공급에 관련된 직접적인 기본여건에 관한 평가이고, 과정적 질(Prozessqualitaet) 평가는 서비스공급의 절차, 실행 및 서비스 공급의 절차, 실행, 평가에 관한 질 평가이며, 결과의 질(Ergebnisqualitaet) 평가는 결과의 질을 보기 위해서는 장기요양이용자 혹은 피보험자의 동의가 전제되어야 하는데, 장기요양 상태의 본질적인 측면을 이루며, 장기요양과 돌봄조치들의 효과성과 관계되어 있는 평가이다.

질 평가의 내용은 평가보고서의 목차를 통해 살펴볼 수 있는데, 평가보고서는 크게 구조 및 과정의 질, 결과의 질, 그리고 피보험자에 대한 설문 내용의 세 부분으로 구분되어 있다.

먼저 구조와 과정의 질 부분에 대해서는 평가와 시설에 대한 자료(1장), 일반적 자료(2장), 구조적 조직과 인력(3장), 과정적 조직(4장), 지향적 토대(5장), 질 관리(6장), 장기요양문서기록시스템(7장), 위생(8장), 음식조달(9장), 사회적인 돌봄(10장)의 내용으로 구성되어 있다. 결과의 질 부분에서는 피보험자에 대한 일반적인 정보(11장), 치료적서비스(12장), 이동성(13장), 영양과 수분섭취(14장), 소변조절(15장), 치매 다루기(16장), 신체돌봄(17장), 결과의 질에 관한 기타 사항들(18장), 기타 사항들(19장)로 구성되어 있는데, 아래의 각장은 평가에 포함된 각 피보험자마다 개별적으로 검토되고 있다. 그리고 모든 응답자에 대한 종합적 제시로서의 피보험자에 대한 설문내용(20장)이 포함되어 있다.

평가보고서의 주요내용을 정리하면 다음과 같다.

- 각 장에 대한 평가점수에 관한 내용
- 시설대표자의 협력
- 시설에 대한 일반적 인상
- 시설 장기요양서비스의 발전

- 피보험자의 종합적인 돌봄상태에 대한 일반적 인상
- 향후의 질 평가와 인증
- 종합적인 판단
- 질 결함의 시정에 관한 권장사항

질 평가의 유형에는 정규평가(Regelpruefung), 특별평가(Anlasspruefung) 그리고 재평가(Wiederholungspruefung)가 있다.

먼저, 정규평가의 내용에는 앞의 평가보고서의 목차에서 보았듯이 1~10장에 대한 내용이 포함되어 있는데, 구체적으로 일반적인 서비스의 질, 의료적인 처치의 질, 사회적인 돌봄 및 추가적인 돌봄과 활성화 조치, 주거와 음식물 제공, 재가 질병간호의 서비스, 병원위생과 감염예방에 관한 위원회의 권장에 입각한 장기요양이용자의 돌봄(§ 23 Abs. 1 IfSG) 등이다.

특별평가를 하는 경우는 민원이 제기되거나 확인된 서비스 제공상의 결함이 있는 경우처럼 특별한 사유가 있는 경우이다. 이 경우에는 전술한 1~10장에 해당하는 평가내용이 예외 없이 전부 평가되고, 평가의 주안점은 결과의 평가에 두고 있다.

재평가는 이전에 실행되었던 정규평가나 특별평가를 실시한 후 장기요양서비스의 본질적인 측면에서 결함이 확정된 경우 이루어진다. §115 Abs. 2 SGB XI 에 정해진 조치가 실행되고 이전에 확인된 질적 결함이 없어졌는지를 확인하는 것이 주된 내용이 된다.

5) 장기요양서비스 투명성 합의의 내용

장기요양서비스 투명성 합의는 소비자들에게 평가의 결과를 알기 쉽게

제공하기 위한 조치이다. 이는 공개되는 정보의 기준에 관한 내용이 중심이다. 입소시설, 재가서비스시설 및 부분시설에 대한 평가결과 공개기준은 다음 표와 같다.

〈표 4-1〉 장기요양시설 질 평가 결과의 공개 기준

시설유형		내용	
입소시설	장기요양과 의료적 서비스	기준 1에서 35까지(35)	54%
	치매환자의 대우	기준 36에서 45까지(10)	16%
	사회적 돌봄과 일상생활구성	기준 46에서 55까지(10)	16%
	주거, 음식제공, 가사와 위생	기준 56에서 64까지 (9)	14%
	(전체결과)	기준 1에서 64까지(64)	100%
	(입소자에 대한 설문)	기준 38에서 49까지(12)	100%
재가 서비스 시설	장기요양 서비스	기준 1에서 17까지(17)	46%
	의사처방의 장기요양서비스	기준 18에서 27까지(10)	27%
	서비스와 조직	기준 28에서 37까지(10)	27%
	(전체결과)	기준 1에서 37까지(37)	100%
	(피보험자에 대한 설문)	기준 38에서 49까지(12)	100%
부분 시설	주간	투명성보고서를 만들지도 공표하지도 않음	
	단기 요양	입소시설의 경우와 같음 통합된 단기요양서비스 분리된 시설의 경우	

장기요양시설 평가결과를 공개하는 방식은 아래 그림과 같은데, 각 평가부문별 평가점수를 제시하고, 해당시설의 평가점수와 해당시설이 속해 있는 지역의 평균점수도 동시에 제시되어 있어서 이용자 및 그 가족은 적절한 시설의 선정시 참고로 하고 있다. 특히, 평가점수표는 보험자의 홈페이지에 게재하고 있지만, 각 장기요양시설 내에도 입구에 항상 비치하

여 방문자가 쉽게 알 수 있도록 하고 있다는 점이다. 그리고 아래의 그림에 나타나는 정형적인 MDK평가결과의 내용은 누구나 볼 수 있는 시설입구의 게시판에 게시하도록 되어 있다.

다음의 두 그림은 독일 건강보험조합의 하나인 광부건강보험(Knappschaft)에서 운영하는 장기요양관련 인터넷 사이트 장기요양나침반(Pflegekompass)에서 시설과 재가를 검색하여 임의로 선정한 두 기관에서 다운로드 받은 평가표 중 맨 앞부분의 게시되는 그림 부분을 제시한 것이다. 주간보호시설의 경우에는 이러한 평가표를 만들지도 않고 공표하지도 않는 반면, 단기요양서비스의 경우에는 통상 독립적으로 운영되는 경우가 드물고 시설과 함께 운영되는 경우가 거의 대부분이어서 평가표가 시설과 동일하다. 재가의 경우에는 다른 양식의 평가표를 제시하게 되어 있어 이를 별도로 제시하겠다.

개별 예를 설명하기 전에 공통적인 평가시스템에 대한 설명을 하겠다. 먼저 표준적인 평가를 위해서 질병보험의 최고대표기관(GKV-Spitzenverband), 공공부조담당기관 그리고 급여제공기관의 대표자들이 모여 1(A에 해당)에서 5(F에 해당)까지 부여되는 학교의 점수제를 그대로 사용하기로 결정하였다. 이유는 누구나 경험하는 학교를 통해 이미 각각의 점수가 무엇을 의미하는지 알 수 있을 것으로 상정했기 때문이다. 전체 평가점수를 산출하기 위한 기준은 시설의 경우 82개이고 재가의 경우는 49개이다. 이 중 시설의 입소자에 대한 설문(18개)과 재가의 피보험자에 대한 설문(12개)에 대한 평가는 전체 평가점수에 포함되지 않고 따로 제시된다. 이는 설문결과의 주관적인 성격을 고려한 조치로 판단된다. 평가하는 방법은 각 개별 항목에 대해 1에서 10까지 이르는 척도에 해당하는 점수를 주게 되어 있고, 이는 위의 1에서 5에 이르는 평가점수로 환산이 된다. 각 항목들이 모여 이루어지는 분야(입소시설 4개, 재가서비스

시설3개)의 평균과 전체의 평균은 포함되는 모든 개별항목에 부여된 개별점수를 합산하여 평균을 내고 이를 1에서 5에 이르는 평가점수로 환산한다. 어떤 항목이 해당 사항이 없어 평가가 이루어지지 않으면 이는 전체평가에서 제외한다. 전체평가에 대한 판단기준을 주기 위하여 해당 시설이나 재가가 속한 연방주의 평균을 함께 제시한다.

먼저 시설과 단기요양서비스의 경우를 보면 맨 위에 장기요양시설의 질이라는 제목과 그 아래 해당 시설의 명칭과 주소, 전화, 팩스, 인터넷주소 등의 연락처가 차례로 제시된다.

다음의 그림 부분에서는 입소시설에서 공개하도록 되어 있는 4가지 질 분야(장기요양과 의료적 서비스 35항목, 치매환자의 대우 10항목, 사회적 돌봄과 일상생활구성 10항목 그리고 주거, 음식제공, 가사와 위생 9항목)에 대한 64개의 개별 항목의 각 분야의 평균이 제시된다. 다음에 전체결과가 제시되고, 그 옆에 판단기준으로서 해당 시설이 속한 연방주의 평균이 제시된다. 아래의 경우에는 주평균이 1.1이고 해당시설(Ernst-Gnoss-Haus)의 평균이 1.0이어서 주평균보다 우수한 것으로 되어있다. 다음에 주관적인 성격이어서 별도로 제시되는 입소자에 대한 설문결과가 제시된다.

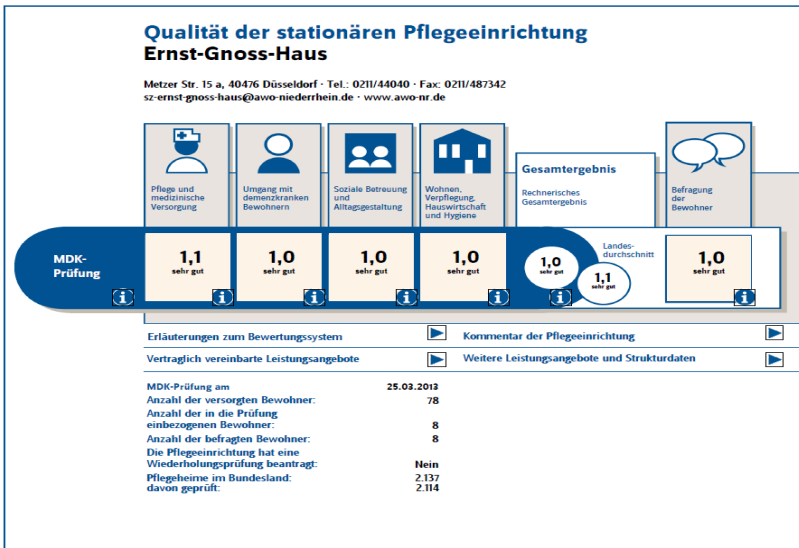
그림 아래부분 평가표에서 더 자세히 찾아볼 수 있는 4가지 정보의 종류(1. 평가시스템에 대한 설명, 2. 입소시설에 대한 커멘트, 3. 정해진 급여 외에 특별히 계약에 의해 제공되는 서비스, 4. 기타 서비스공급과 구조에 대한 정보)가 무엇인지 제시된다.

이어 MDK의 평가일자, 입소자 수, 입소자 중 평가된 입소자의 수와 설문이 시행된 입소자의 수, 재평가의 여부, 전체 독일의 입소시설 수와 그 중 평가된 시설의 수가 제시된다.

실제 평가표에는 위의 그림으로 제시된 부분에 이어, 5개 분야 82개 항

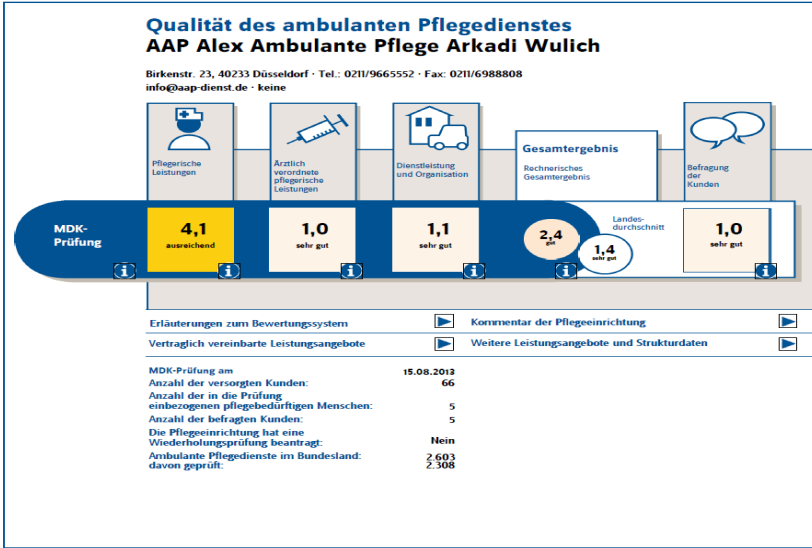
목의 내용과 평가척도와 점수가 제시되고, 앞에 언급한 추가적 4 가지 정보에 대한 상세내용이 이어진다.

[그림 4-1] 독일의 장기요양시설 평가결과 공표방식(시설과 단기요양서비스의 경우)



재가서비스의 경우에는 시설의 경우와 거의 일치하나 그림에서 제시되는 평가분야가 4분야가 아니라 3분야이다(장기요양서비스 17항목, 의사처방의 장기요양서비스 10항목, 서비스와 조직 10항목, 총 37항목). 아래의 예를 들은 시설(AAP Alex Ambulante Pflege Arkadi Wulich)의 경우에는 장기요양서비스 분야의 평균이 4.1(대학점수의 D에 해당)로서 좋지 않은 평가를 받았고, 결과적으로 전체평가점수도 2.4(B에 해당)로서 해당 주의 평균 1.4(A에 해당)보다 낮다.

[그림 4-2] 독일의 장기요양시설 평가결과 공표방식(재가의 경우)



6) 전문가 표준

전문가 표준(Expertenstandards)은 장기요양서비스의 질을 확보하기 위한 수단 중 하나로써 장기요양서비스가 발전하는 과학과 학문의 수준을 계속해서 쫓아갈 수 있게 하는 조치이다.

이는 11번째 사회법전 113a조 2째 문단 2째 문장에 따른 2009년 3월 30일자 ‘돌봄의 질 확보와 지속적 발전을 위한 전문가표준의 개발 절차 규정에 관한 합의’에 의해 실행이 되고 있다. 이 합의는 법정질병보험-최고대표기관³⁾, 연방 돌봄시설 운영자 협회, 범지역적 사회부조 운영자 연방협의체 그리고 지역 대표최고기관 연방협의회의 4개 기관에 의해 이루

3) 법정질병보험-최고대표기관이 11번째 사회법전 53조에 의거 연방 장기요양금고의 최고 대표기관이 된다.

어졌다. 이들은 11번째 사회법전 113조에 따른 계약당사자들로서 돌봄의 질 확보와 지속적 발전을 목적으로 공동으로 합의 하에 전문가표준에 합의하였다. 전문가 표준들은 일반적으로 인정된 의학적-돌봄적인 지식의 현황을 종합하고, 이로부터 가능한 재량행위와 대체행위를 포함한 구조화된 행위지침을 도출한다. 학문에 기반하고 전문가적 합의를 거친 전문가표준의 개발과 최신화의 절차는 다음의 절차규정에 명시된다. 절차규정을 제시하면 다음과 같다.

(1) 총회

11번째 사회법전 113조에 따른 계약당사자들(이하 계약당사자들이라 칭함)은 전문가표준의 개발과 최신화에 관한 결정을 내린다. 계약당사자들의 의결은 법정질병보험-최고대표기관, 범지역적 사회부조 운영자 연방협의체, 지역 대표최고기관 연방협의회 그리고 연방 돌봄시설 운영자 협회가 의결제안에 대해 찬성하면 성립된다. 계약당사자들이 참여하는 각각의 절차단계에 관해서는 총회가 규정한다.

(2) 11번째 사회법전 113a조에 근거한 전문가표준의 사무소

계약당사자들은 11번째 사회법전 113a조에 따른 임무를 수행함에 있어 11번째 사회법전 113a조에 근거한 법정질병보험-최고대표기관의 전문가표준 사무소의 지원을 받는다. 사무소는 행정적인 준비, 실행 그리고 계약당사자들의 자문에 대한 후속절차를 책임진다. 사무소는 계약당사자들의 업무부여에 의거 특히 다음과 같은 사무를 본다.

- 공고절차의 실행
- 업무계약과 하위업무계약의 체결
- 업무계약의 실행에 대한 감독과 관리
- 계약당사자들이 일정에 정한 중간보고의 요청과 이를 위한 계약당사자들의 의결을 실행하기
- 계약당사자들에게 정기적으로 현황에 대한 정보를 제공하기

(3) 전문가 표준의 개발에 대한 제안권

전문가 표준의 개발을 위한 제안은 각 계약당사자 혹은 11번째 사회법 전 113a조 첫째 문단 세 번째 문장에 의거 관여하는 기관들(연방질병금고 최고대표기관의 의료지원단, 민간의료보험연맹, 연방 돌봄노동자 연맹, 돌봄필요자 및 장애인의 이익과 자구를 위한 연방수준의 책임기관들과 독립적인 전문가들)에 의해 상기 2번에 따른 전문가표준 사무소에 제출될 수 있다. 제안은 주제의 적합성에 대해 예를 들어 다음과 같은 항목들에 대해 역학적 지식과 학문적 추론을 통해 증명되고 뒷받침 되어야 한다.

- 돌봄을 통한 영향가능성
- 돌봄개입과 결과의 변화범위
- 돌봄필요자에 대한 영향
- 자원사용
- 현재의 지식과 연구의 기반

이외에 전문가 표준 개발의 실현성에 대한 의견도 제시되어야 한다.

(4) 전문가 표준의 개발 내지 최신화 업무의 발주

계약당사자들은 전문가표준의 개발 혹은 최신화에 대한 업무발주 결정을 내리며, 그 목적과 절차의 단계를 확정한다. 이 절차단계에 의거 업무수주자는 중간보고를 한다. 전문가표준의 개발 혹은 최신화에 있어 업무수주자의 전문적인 독립성은 계약에 의해 보장된다. 발주되는 업무는 돌봄행위의 적용과 실행에 있어 각 주제영역에 대한 돌봄의 기여를 서술하는 전문가 표준들을 포괄한다. 전문가 표준은 단일학제적은 물론 다학제적으로도 개발될 수 있다.

(5) 전문가 표준의 개발 내지 최신화를 위한 절차

다음에 서술되는 절차는 새로운 전문가 표준은 물론 기존의 전문가 표준 최신화에도 적용된다. 전문가 표준 최신화에 있어서는 절차에 대한 요구사항이 필요에 상응하게 축소될 수 있다.

a. 공고와 발주

전문가 표준의 개발을 위한 업무는 발주관련법에 의거 저작권적 규정을 고려하여 전문가 사회에 공고하고, 계약당사자들에 의해 발주된다. 지원자들은 자신들의 전문가적, 방법론적-학문적 그리고 조직상의 역량과 적합성은 물론 돌봄관련 학문과 현장 그리고 필요한 경우에 다른 전문영역에서 개발에 전문가로 참여하는 사람들(전문가그룹)의 역량과 적합성에 대해서도 저작, 전문가교육 등을 근거로 증빙하여야 한다.

지원자는 산업이나 이익집단에 대한 어떠한 관련성도 공표하여야만 한

다. 전문가 집단의 반은 돌봄 관련 현장에서 충당되어야만 한다.

b. 전문가 표준의 작업 - 초안

전문가 집단이 전문가 표준의 초고를 작성한다. 전문가 표준의 개발과정은 지속적으로 기록된다. 전문가 집단내의 의견은 합의를 추구한다. 합의가 이루어지지 않으면 다수결이 이루어진다. 이때 다수와 소수 의견의 근거들이 기록되어야 하며, 후속되는 합의절차에 있어 제시되어야만 한다.

다루어질 중점주제의 개발 혹은 처리를 위해 전문가 집단은 우선 문헌고찰을 수행한다. 문헌고찰은 검색어, 출처 그리고 연구에 의거해 수행된다. 연구들은 방법론과 내용적으로 평가된다. 즉, 근거의 정도가 명확하게 제시되어야 한다. 이를 근거로 전문가 집단은 주제와 관련하여 중심적인 돌봄 개입에 대한 권고사항들을 만든다. 연구물이 없는 주제들에 대해서는 전문가 집단이 독자적으로 평가를 실행한다.

전문가 표준의 초안은 최소한 다음과 같은 내용들을 포함하여야 한다.

- 전체목표의 서술과 근거
- 표준의 구조, 과정 그리고 결과에 대한 기준 제시
- 개별 기준영역에 대한 설명적인 주석(개입의 조정, 실행 그리고 평가는 물론 위험추정, 조치계획, 정보, 교육과 상담)
- 도입과 지속적인 실행비용의 시산은 물론 목표와 시술집단, 요구되는 시간대와 시간사용량의 확정과 정의를 위한 세부적인 조건들의 열거
- 문헌연구 및 분석
- 내용의 적용분야(예, 외래 혹은 시설)

c. 전문가 회의의 개최

연구수주자는 전문가 표준-초안 제출과 계약당사자들에 의한 승낙을 받은 후에 전문가 회의를 개최할 수 있다. 전문가 회의는 제출된 전문가 표준-초고에 대해 전문가 사회에 의한 구조화된 토론이 행해지는데 기여한다.

전문가 사회는 11번째 사회법전의 113a조 첫째 문단 3째 문장에 의거한 관련자를 고려하여 선정되고, 적시에 전문가 회의의 주제와 일정에 대해 통보받고 초청되어야 한다. 등록된 참가자들에게 적어도 전문가 회의 4주 전에는 다른 적절한 형태는 물론 인터넷을 통해 회의자료가 전달되어야 한다.

전문가 회의에서는 다음과 같은 것이 이루어진다.

- 발표에서는 주제의 적절성과 전문가 표준-초안 개발의 진행과정이 제시되어야 한다. 그리고
- 전문가 표준-초안의 기준영역들이 제시되고, 차분한 전문토론에서 상세히 논의되며 토론결과가 최종적으로 확정되어야 한다.

d. 전문가 표준 전문적 합의안의 평가와 작업

전문가 회의의 결과들은 전문가 집단에 의해 평가되고 기록된다. 이를 기반으로 전문가 표준의 전문적 합의안이 작성되고 다른 적절한 형태는 물론 인터넷을 통해 공개적으로 공표된다.

e. 시범적인 사업

전문가 표준 전문적 합의안의 현실유용성은 각 시설종류와 상이한 구조를 고려하여 전국적으로 돌봄시설에서 시험된다. 시범적인 사업은 11번째 사회법전 8조 셋째 문단에 근거한 돌봄필요자를 위한 정확보된 서비스형태의 개발을 위한 시범계획의 재원에서 재정이 충당된다. 특히 의무적인 종사자의 자격, 문서화에 대한 요구 그리고 보조도구 사용의 측면에서 사업의 시간과 자원사용에 대한 파악과 평가는 물론 현실유용성을 시험하는 것 외에도 시범적 사업은 시범사업 조건 속에 표준의 도입과 지속적인 시행비용의 징수를 위한 내용 그리고 규정에 따른 결과분석의 내용을 담고 있다. 이때 효과성과 효율성 그리고 이에서 각각 결과되어지는 후속비용절감이 고려되어야만 한다.

전문적으로 합의된 그리고 시험이 끝난 전문가표준안과 시범적 사업에 관한 보고는 계약당사자들에게 제출된다. 계약당사자들은 11번째 사회법전 113a조 첫째 문단 3번째 문장에 의거한 관련자들에게 의견을 제출할 기회를 제공하여야 한다.

f. 전문가 표준의 가결

계약당사자들은 전문가 표준의 도입에 대한 결정을 내려야 한다. 이때 돌봄시설들이 전문가 표준을 실행해 볼 수 있는 적절한 기간이 따로 정해져야 한다. 표준의 공표는 다른 적절한 형태와 함께 연방공시지와 인터넷을 통해 이루어진다. 동시에 전문가 표준의 도입과 적용을 위한 2번의 회의가 정해져야 한다.

계약당사자들의 도입결정은 11번째 사회법전113a조 첫째 문단 6과7

번째 문장에 의거 전문가 표준이 절차규정에 따라 성립되었다는 11번째 사회법전 113b조에 따른 중재소의 결정으로 같음한다.

(6) 전문가 표준의 최신화

계약당사자들은 전문가 표준의 도입결정이 있는 후에 적어도 5년 후 혹은 필요에 따라서는 더 빨리 최신화의 필요성이 있는지를 검토하여야 한다. 상기한 5.3과 5.5의 항목에 의거한 참가절차는 전문가표준의 최신화에 있어서도 적용된다.

(7) 현존의 전문가 표준에 대한 절차

계약당사자들은 현재까지 개발된 “국가 전문가표준”의 최신화에 관한 결정이 저작권을 고려하여 우선적으로 이루어져야 한다는 점에 의견의 일치를 보았다. 덧붙여 각각의 전문가표준이 상기 5 항목에 제시된 절차를 따라 새로 다루어져야 하는지, 그러한 경우에는 어떠한 절차를 따라야 하는지에 대한 검토가 이루어져야 한다.

3. 시사점

독일 장기요양개혁의 질 관련 방향은 규제, 투명성 및 전문성으로 요약될 수 있다. 각각의 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 규제와 관련한 것으로 “장기요양의 질을 어떻게 조사·평가하는가?”이다. 2011년부터 MDK(질병보험의 의료지원단)가 매년 실시하는 법정조사가 있는데, 이 법정조사가 도입되기 전에는 모든 허가된 요양시

설은 최소한 한번만 조사를 받도록 하고 있었다.

모든 조사는 원칙적으로 사전통지 없이 실시되고, MDK 조사의 주안점은 요양상태의 조사와 수발과 돌봄의 실효성에 두고 있다. 즉, 결과적인 질(Ergebnisqualitaet)이 중시되는데, 시설에서 치매환자를 돌보는 조치도 조사에 포함된다.

둘째, 투명성과 관련된 것으로 “장기요양을 필요로 하는 사람들이 질에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있는가?”이다. MDK의 평가보고 결과가 공개되어야만 하는데, 이는 인터넷은 물론 다른 적절한 형태로 댓가 없이 공개되어야 하는 것으로 되어있다. 이는 구조와 과정에 대한 질에 관하여 MDK의 조사가 관련된 다른 조사과정의 결과에 대해서도 적용된다. 또한, 재조사의 결과에 대해서도 같은 방식으로 즉시 공표되어야 한다. 관심 있는 사람들에게 정보에 대한 접근을 더욱 용이하게 하기 위하여 서비스질의 투명성은 현장에서라도 확보되어야만 한다. 즉, 모든 시설에서 최근의 MDK 조사의 날짜와 평가체계에 따른 조사결과의 제시가 볼 수 있도록 설치되어야 하고 조사결과의 요약정보를 얻을 수 있어야 한다.

셋째, 전문성과 관련된 것으로, “어떻게 질이 계속적으로 발전되어야 하는가?”이다. 학문적으로 근거가 있고 실제적으로 시험 적용된 전문가 기준(Expertenstandards)의 발전과 업데이트가 소위 수발자치기관의 계약당사자들의 책임 하에 확보되어야 한다.

우리나라도 장기요양서비스의 질 평가 및 관리체계의 개선방향을 추구함에 있어 노력의 방향을 정하고 그 추구방향을 실현시킬 정책을 필요로 한다. 이때 독일의 규제, 투명성 및 전문성이라는 세 가지 정책방향과 이를 실현시키기 위한 정책개발이 필요하다고 생각된다.

제2절 일본

1. 일본의 케어 질 평가의 역사적 전개과정

가. 평가사업의 태동부터 1980년대 후반까지

일본에서 서비스평가에 대한 중요성이 제기되기 시작한 것은 1980년 경이었다. 1981년에 사회복지시설운영개선검토위원회의 보고서인 ‘사회복지시설의 운영을 둘러싼 각종 문제에 대한 의견’에서는 시설서비스의 매뉴얼화 등 서비스평가의 필요성에 대해서 제기하였고, 1980년대 후반에 사업자단체의 전국적 조직이 주도하는 형태로 2개의 평가사업이 구축되었다.

1988년에는 전국노인복지시설협의회가 노인홈 기능/서비스평가 체크리스트를 공표하였는데, 그 목적은 개개의 노인홈이 시설운영이나 처우의 마이너스측면을 자기평가하고 개선에 대한 구체적인 조치를 취하는 기초자료로 활용하기 위한 것이었다. 또한, 장기간에 걸친 노인처우의 노하우 축적을 총괄적으로 정리하고 사회에 알리려는 목적도 포함하고 있었다. 체크리스트는 시설관계자, 행정, 학식자에 의해 작성되고 특별양호 노인홈이 지녀야 할 기능이나 일반적으로 가능한 기준을 제시하였다.

1989년에는 전국사회복지시설경영자협의회에 의한 사회복지시설운영지침이 작성되었는데, 그 이유에는 첫째, 각종 최저기준을 제외하고는 객관적인 기준이 없고, 운영/처우수준의 객관화를 도모할 필요성이 있다는 점, 둘째, 이용자 욕구가 향상되고 복지시설에서 요구되는 서비스수준도 상승/다양화되어 있고 운영지침이 필요하다는 점, 셋째, 행정의 지적을 받을 때까지가 아니라 자주적으로 체크해서 문제점을 해결하는 것이

원만한 운영이 이루어진다는 점, 넷째, 선택받는 복지시설의 시대에서는 적정한 운영지침의 작성이 불가피하다는 점, 다섯째, 인접한 의료나 간호 영역에서 평가매뉴얼의 작성이 진행되고 복지영역에 있어서도 몇 개의 종별로 같은 것이 작성되고 있었지만, 횡단적인 기초적 운영지침의 작성이 요구된다는 점 등이 제시되고 있었다. 1963년 노인복지법 제정 이후 평가사업이 처음으로 구체화되었지만, 어디까지나 자기평가를 중심으로 하는 제도화되지 않은 내발적 노력(조치)이었다는 점이다.

일반적으로 서비스 질 평가사업의 목적으로 거론되는 것으로는 (1)케어의 질 향상(공급자적 관점)과 (2)이용자의 서비스선택에 도움이 되는 정보를 제공한다는 점이다(이용자적 접근). 사실 이러한 목적으로 일본에서는 개호서비스정보의 공표제도가 있다. 또한, 케어의 질 향상이 주목적이었던 1980년대 후반은 자기평가방법이 채택되었고, 1990년대이후에는 (1), (2)의 목적에 대응하기 위해 자기평가와 제3자평가를 병행 실시하고 있었다. 그럼에도 불구하고 일본 서비스질 평가사업이 부진한 이유에는 환경적 요인으로 특별양호노인홈에 입소대기자가 많고, 시설선택의 작동기전이 부재했다는 것이고, 사업자요인으로 평가에 대한 이해부족 및 동기가 불충분했다는 것이다. 기본적으로 사업자평가의 장점은 실천 결과를 재검토해보고 케어의 질 향상에 활용할 수 있다는 점인데, 실제적으로는 그렇지 못했다는 점이다. 특히, 개호서비스정보의 공표제도는 평가결과만을 발표하는 것으로 되어 있어 케어의 질 향상으로 이어지지 못했다는 것이다. 그리고 평가시스템상 요인으로 케어 질 평가에서 질 개선으로 이어져야 하는 일련의 경영변화로 연동되어 있지 못하다는 것이다.

나. 서비스평가의 제도화시기(1990년대)

1990년대에는 1980년대에서 볼 수 있는 사업자단체에 의한 자주적인 평가사업 틀을 넘어서 정부차원에서 평가사업이 제도화되었다. 즉, 1993년에는 전국사회복지협의회를 중심으로 특별양호노인홈/노인보건시설서비스평가사업이 정부사업으로 시작되었는데, 이러한 사업을 법적으로 추진하기 위하여 1994년도에 노인복지법을 개정하여 제20조 2항에 처우의 질 평가내용이 추가되었다. 특히, 이러한 조치는 골드플랜에 의한 계획적인 시설정비를 추진하는데 있어서 양적인 확충뿐만 아니라 서비스의 질적인 확보가 필요하였기 때문이었다.

특별양호노인홈/노인보건시설서비스평가사업은 입소자의 자기결정, 잔존능력의 활용, 서비스의 지속성을 기본이념으로 하고 입소자의 희망에 따른 양질의 서비스제공에 대해 시설이 스스로 서비스의 수준을 향상하도록 지원하는 것을 목적으로 실시되었다⁴⁾. 동 평가사업에서는 케어서비스의 원리와 기준을 밝힘과 동시에 제3자의 관점을 중요시하였다는 것이 기존 평가사업과 다른 큰 변화였다. 다만, 평가결과와 공개는 미흡해서 이용자의 권리옹호 및 선택에 적합한 정보제공으로는 이어지지 못했다는 평가이다.

다. 서비스평가의 다양화시기(2000년 이후)

전술한 특별양호노인홈/노인보건시설서비스평가사업이 법적으로나 제도적으로 큰 과제가 된 것은 개호보험법(1997년)과 사회복지법(2000

4) 이는 1996년까지 4년간 특별양호노인홈 842개소, 노인보건시설 487개소가 평가를 받았는데, 그 이후 제대로 이어지지 않았음.

년) 제정이후이다. 사회복지기초구조개혁이라는 흐름속에서 이용자보호 및 양질의 복지서비스 확충이라는 관점에서 권리옹호, 불만처리와 함께 평가가 제도내에서 중요한 하나의 축을 형성하게 되었다.

후생노동성은 2001년에 복지서비스의 제3자평가사업보고서를 발간하였는데, 이를 계기로 국가 및 시도부현 수준에서의 제3자평가체계를 정비하였다⁵⁾. 이 사업에서는 사업자가 제공하는 서비스의 질을 당사자(사업자 및 이용자) 이외의 제3자기관이 전문적이고 객관적인 입장에서 평가하는 것이다. 그 목적을 보면, ①개별 사업자가 운영에 대한 구체적인 문제점을 파악하고 서비스의 질 향상으로 결부되도록 하는 것과, ②이용자에게 적절한 서비스의 선택에 유용한 정보를 제공하는 것이다. 이러한 제3자 평가는 최저기준을 넘어 보다 바람직한 서비스의 수준을 이용자중심의 관점에서 확인하는 것이다.

그 후 2005년도에 개호보험법을 개정하여 이용자에 대한 서비스선택에 유용한 정보제공과 서비스 질 향상을 목적으로 한 개호서비스 정보의 공표제도를 신규로 제도화하였다. 이는 이용자에 대해 서비스를 선택하는데 필요한 정보를 제공함으로써 서비스의 질을 향상시키겠다는 목적을 지니고 있었다. 그런데 실제적으로는 공개된 정보에 접근한 이용건수는 상당히 미미한 수준인 것으로 나타났는데, 일부에서는 시설업무의 효율화 등 도움이 있었다고 한 반면에 또 다른 일부에는 조사의 효율성 등에 대한 문제도 발생되었던 것으로 나타나고 있다.

5) 제3자평가방식을 도입하였지만, 실제적으로 평가를 받은 시설은 소수에 그친 것으로 나타났다는데, 이는 개호서비스정보의 공표제도가 의무화된 데에 따른 영향이 있었다고 함.

〈표 4-2〉 일본의 장기요양서비스 질평가 전개과정

연도	주체	평가사업 내용
1988	전국노인복지시설협의회	노인홈 기능/서비스평가 체크리스트
1989	전국사회복지시설경영협회	사회복지시설운영지침
1993	전국사회복지협의회후생성	특별양호노인홈, 노인보건시설서비스평가사업
1996	전국사회복지협의회후생성	고령자재택복지서비스사업 평가기준
2001	후생노동성 사회원호국	복지서비스의 제3자평가보고서
2001	후생노동성 노건국	그룹홈의 자기평가 의무화
2002	후생노동성 노건국	그룹홈의 외부평가 의무화
2004	후생노동성 사회원호국	복지서비스의 제3자평가사업에 대한 지침
2006	후생노동성 노건국	개호서비스정보의 공표제도

라. 서비스 질 평가사업의 부진 이유

일본은 서비스의 질평가를 지속적으로 실시해 왔으나, 어디까지나 시설현장에서의 호응도는 상당히 낮았던 것으로 나타나고 있는데, 그 이유를 환경적 요인, 사업소 수준요인, 평가시스템상의 요인으로 구분하여 지적하고 있다(伊藤·近藤, 2012).

첫째, 환경적 요인으로는 특별양호노인홈의 경우 입소대기자가 많아서 이용자가 선택할 여지가 없었다는 점이다. 즉, 이용자의 선택이 사업자간 경쟁을 유발시켜 질 향상을 도모하기 위해서는 이용자가 선택할 수 있는 상태가 되어야 한다는 것이다. 둘째, 사업소차원에서의 요인에는 평가를 받는 시설이 평가에 대한 이해나 동기가 충분하지 못했다는 점이다. 사업자의 입장에서는 평가의 최대장점은 업무에 대한 자기성찰의 계기로 삼아서 서비스의 질을 향상시키는 쪽으로 활용할 수 있다는 점인데, 평가만으로 그치고 평가결과를 단지 공개하는 정도로는 질 향상으로 이어지기 어렵

다는 것이다. 셋째, 평가제도상의 요인으로는 서비스 질의 평가에서 질의 개선으로 연결시키는 일련의 관리체계와 연계되어 있지 못했다는 점이다.

2. 현행 일본의 개호서비스 질 평가관련 제도의 내용

현재, 일본에서 개호서비스 질 평가와 관련한 대책으로는 ①개호서비스 정보공개(개호보험법 제115조의 35 규정에 의거, 모든 개호서비스사업자를 대상으로 실시), ②자기평가 및 외부평가(지역밀착형서비스사업의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준 제72조 제2항 규정에 의거, 소규모다기능형 개호사업자 및 인지증대응형 공동생활개호사업자에게 의무화), 그리고 ③복지서비스의 제3자평가로 복지서비스의 제3자평가사업에 관한 지침에 의거하여 도도부현이 실시하고 있다. 이를 요약, 정리한 것이 아래표이다.

〈표 4-3〉 일본 장기요양서비스 평가방식

	개호서비스의 정보공개제도	지역밀착형서비스의 자기평가 및 외부평가	복지서비스의 제3자평가사업
근거 규정	- 개호보험법 제115조 35	- 지역밀착형서비스사업의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준 (2006년 후생노동성령 제34호) 제72조 제2항 등	- 사회복지법 제78조 1항 및 2항
제도 개요	- 개호서비스의 내용 및 운영상황에 관한 보고를 모든 개호서비스사업자에게 의무화시키고, 도도부현지사가 일부를 조사한 후 공표하는 것	- 사업자가 자체적으로 제공하는 서비스의 질 평가(자기평가)를 수행함과 동시에 외부자에 의한 평가(외부평가)를 받고 그 결과를 공표하며 서비스 질의 개선을 지향하는 것	- 사회복지법인 등이 제공하는 복지서비스의 질을 사업자 및 이용자 이외의 공정, 중립적인 제3자기관이 전문적 내지는 객관적인 입장에서 평가를 하는 것

124 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

	개호서비스의 정보공개제도	지역밀착형서비스의 자기평가 및 외부평가	복지서비스의 제3자평가사업
실시 주체	- 도도부현 (지정조사기관 및 지정 정보공표센터를 지정 해서 수행하는 것도 가능)	- 도도부현	- 도도부현 추진조직
대상 서비스	- 개호보험법에서 정한 모든 서비스사업자 (2009년도부터)	- 지정소규모다기능형 거 택개호사업자 - 지정인지증대응형 공동 생활개호사업자 - 지정개호예방 소규모다 기능형 거택개호사업자 - 지정개호예방 인지증대 응형공동생활개호사업자	- 사회복지사업의 경영 자가 수행하는 복지서 비스(도도부현별 차이 발생) (고령자복지시설뿐만 아니라 아동복지시설, 장애자시설을 대상)
실시 의무	- 대상이 되는 개호서비 스의 모든 사업자에게 의무화	- 대상이 되는 개호서비 스의 모든 사업자에게 의무화	- 임의
배경, 취지	- 이용자의 권리옹호, 서 비스 질 향상 등에 필 요한 정보제공의 환경 정비를 도모하고 사업 자에게 개호서비스정 보(개호서비스의 내용 및 운영상황에 관한 정보이고, 개호서비스 를 이용 또는 이용하 려고 하는 요개호자 등이 적절하고 원활하 게 해당 개호서비스를 이용할 기회를 확보하 기 위해 공표될 필요 가 있는 것)의 공표를 의무화	- 자기평가는 서비스수 준의 향상에 대한 자 발적 노력과 체제구축 을 유도하고 그 내용 및 범위에서 이들의 지정기준을 상회하는 것으로 설정된 것이 고, 외부평가는 제3자 에 의한 외부평가의 결과와 해당평가를 받 기 전에 시행한 자기 평가의 결과를 대비시 켜 양자간 차이를 고 찰한 후, 외부평가의 결과를 고려하여 총괄 적인 평가를 하는 것 으로 하며, 그에 따라 서비스의 질 평가의 객관성을 높이고 서비 스질의 개선을 도모하 는 것을 목적으로 한 것	- 사회복지법 제정에 따 라 행정조치제도에서 부터 이용자의 선택에 의한 이용자제로 이 행하였기 때문에 사업 자와 대등한 입장에서 서비스를 선택할 수 있도록 한 것

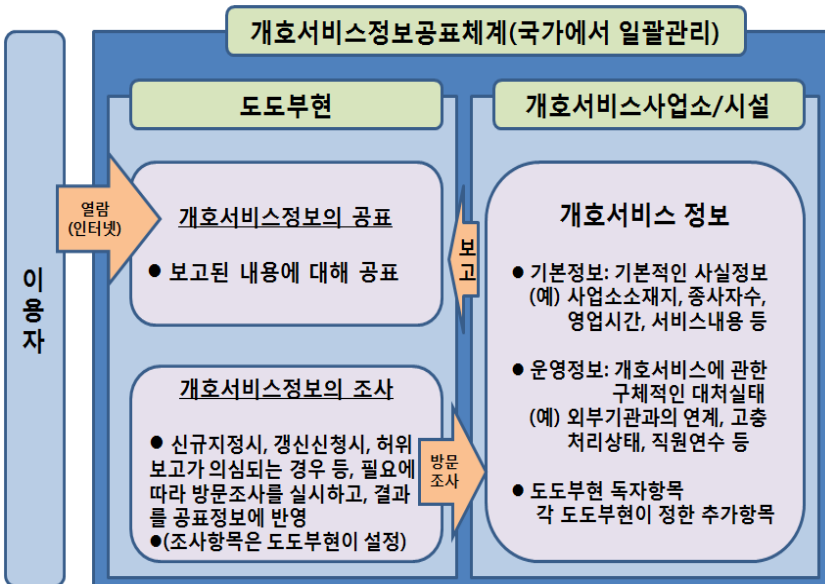
	개호서비스의 정보공개제도	지역밀착형서비스의 자기평가 및 외부평가	복지서비스의 제3자평가사업
기대 효과	<ul style="list-style-type: none"> - 이용자가 주체적으로 적절한 서비스사업소를 선택 가능 - 서비스 질에 의한 경쟁이 기능함에 따라 개호서비스 전체의 질 향상이 기대 	<ul style="list-style-type: none"> - 외부평가의 결과와 자기평가의 결과를 대비시키고 외부평가 결과를 감안하여 총괄적인 평가를 하며, 서비스 질평가의 객관성을 높이고 서비스 질 개선을 유도 	<ul style="list-style-type: none"> - 개개인 사업자가 사업 운영상 문제점을 파악하고 서비스 질 향상으로 연결 - 평가받은 결과가 공표됨에 따라 결과적으로 이용자의 적절한 서비스선택에 적합한 정보를 제공
조사, 평가 주체	<ul style="list-style-type: none"> - 기본정보와 조사정보로 구분 - 기본정보는 사업자가 제공하는 서비스 및 경영정보 등에 관한 객관적인 사실에 대해 사업자가 자발적으로 보고 - 조사정보는 도도부현지사(지정조사기관에 위탁가능)가 사실여부의 객관적인 조사 실시 	<ul style="list-style-type: none"> - 자기평가와 외부평가로 구분 - 자기평가는 각 사업자가 자발적으로 서비스를 평가, 점검 - 외부평가는 도도부현이 선정한 평가기관의 평가조사업이 제3자의 관점에서 서비스평가를 실시 	<ul style="list-style-type: none"> - 도도부현이 인증한 제3자기관(평가기관)의 평가자가 실시 - 서면조사 및 방문조사로 실시 - 서면조사는 각 사업자가 자발적으로 서비스를 평가점검 - 방문조사는 도도부현 추진조직이 인정한 평가기관의 평가조사업이 제3자의 관점에서 서비스평가를 실시 - 제3자평가와 아울러 이용자의 의향을 파악하기 위한 이용자조사의 실시가 바람직한 것으로 지적
정보 공표 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 각 도도부현의 개호서비스정보시스템 사이트에서 공표 	<ul style="list-style-type: none"> - 복지의료기구가 운영하는 복지보건의료정보네트워크시스템(WAMNET)을 이용하여 공표 	<ul style="list-style-type: none"> - 각 도도부현추진조직, WAM 및 평가기관의 홈페이지에서 공표 (사업자의 동의를 얻지 못한 제3자평가결과는 미공표)
공표, 평가 등의 항목과 특징	<ul style="list-style-type: none"> - 기본정보와 조사정보의 항목은 개호보험법시행규칙에서 규정(전국통일) - 사업소의 평가, 구조, 확일화를 목적으로 한 것이 아니라 공표대상은 누구라도 비교가능한 객관적 정보에 한정 - 조사정보는 체크리스트 형태 	<ul style="list-style-type: none"> - 평가항목은 각 도도부현에서 책정(평가항목의 예는 과장통지로 제시) - 각 평가항목에 대한 회답은 주로 기술식 	<ul style="list-style-type: none"> - 정부가 가이드라인을 제시하고, 도도부현은 이를 참고로 평가항목 및 평가방법을 각각 결정 - 평가결과에 대해 레이더차트에 의한 평점표시, 도달정도의 단단계평가(ABC), 기술적 평가의 표시 등 다양하게 표시

3. 개호서비스정보의 공표제도의 내용

이 제도는 개호보험법에 의거하여 2006년도부터 시행되고 있는데, 이 사용자가 장기요양서비스 및 사업소나 시설을 비교검토하여 적절하게 선택할 수 있도록 하기 위해 도도부현이 각종 정보를 제공하는 방식이다. 이 제도가 지니고 있는 요점으로 먼저, 장기요양서비스사업자는 매년 한번 최근의 서비스정보를 도도부현에 보고를 해야 하고, 도도부현은 사업소로부터 보고받은 내용에 대해 인터넷에 공개하고 있다. 그리고 도도부현은 보고내용에 대한 조사가 필요하다고 한 경우 사업소에 대해 방문조사를 실시할 수 있다.

대략적인 제도의 내용은 아래 그림과 같다.

[그림 4-3] 일본 개호서비스정보공표제도의 기본 틀



이 제도에 공표되는 정보는 도도부현의 지정정보공표센터가 운영하는 정보공표보고시스템에서 누구라도 인터넷을 통해서 열람할 수 있도록 하고 있다. 해당정보는 기본정보와 조사정보로 구성되어 있고, 기본정보에는 운영법인 및 사업소의 개요, 직종별 종사자수 및 근무형태 등 종사자 상황, 서비스 제공실적, 고충처리창구, 서비스내용, 이용료에 대한 사항이 사업소로부터 보고받아서 공표된다. 조사정보로는 서비스에 관한 매뉴얼 정비상태, 서비스실시기록 유무, 업무개선 노력, 안전관리 및 위생관리의 노력 등 내용에 대해 지정조사기관에 소속된 조사원이 근거자료의 유무를 확인, 조사하여 공표된다.

〈표 4-4〉 일본 개호서비스정보의 주요항목

구분	내용
기본정보	1. 운영법인 등의 개요(법인명, 소재지, 기타 제공 서비스 등)
	2. 사업소/시설의 개요(사업소명, 소재지, 관리자명, 사업개시일자 등)
	3. 종사자실태(직종별, 근무형태, 근무시간, 1인당 이용자수, 경력, 종사자 건강상태 등)
	4. 서비스내용(운영방침, 서비스 제공시간 및 제공실적, 고충처리창구, 서비스 특징, 사고발생시 대응방식, 이용자의견 파악체제, 제3자평가실시상태 등)
	5. 이용료(보험급여 이외의 서비스비용 등)
	6. 도도부현지사가 필요하다고 인정된 항목
조사항목	1. 서비스내용 ① 계약내용, 서비스계획내용 등의 설명유무 ② 서비스제공매뉴얼, 실시기록 등의 정비유무 ③ 상담, 고충처리의 노력유무 ④ 서비스제공내용의 평가, 개선노력의 유무 ⑤ 관계기관 등의 연계유무
	2. 사업소/시설의 운영상황 ① 사업계획의 책정/개시, 업무개선회의 노력유무 ② 업무분담의 명확성, 상담지도체제 확보 노력유무 ③ 안전관리, 위생관리 노력유무 ④ 정보관리, 개인정보보호 노력유무 ⑤ 계획적인 종사자연수, 이용자의향에 따른 운영개선 노력유무

4. 시사점

일본의 장기요양서비스에 대한 질 평가는 이루어지고 있다는 점이다. 다만, 개호서비스정보공표제도를 통해서 이용자에게 서비스 질을 포함한 관련정보를 제공하여 시설을 선택하도록 유도하고 있다는 점이다. 이를 통해서 사업소/시설이 상호경쟁하여 서비스의 질을 향상시키도록 유도하고 있다는 것이다. 비록 제3자평가를 실시한다고 하더라도 그 결과를 공개하는 것이 아니고, 평가결과에 대한 인센티브도 주어지고 있지 않기 때문에 시설의 입장에서는 적극적이지 않다는 것이다. 그러나 장기요양서비스수가의 가산제를 통해서 서비스의 질을 제고시키는 노력은 시행하고 있다는 점이다. 그러한 점은 일종의 평가결과에 대한 인센티브방식으로도 간주할 수 있어서 추후에 우리나라도 검토해볼 만한 것으로 보인다.

〈표 4-5〉 일본 개호서비스수가의 가산을 통한 질 제고방안

구분	시설서비스	방문통원서비스
구조 평가	[개호보건시설서비스비]	[통원재활서비스비]
	• 서비스제공체제강화 가산(I)	• 서비스제공체제강화 가산(I)
	• 서비스제공체제강화 가산(II)	• 서비스제공체제강화 가산(II)
	• 서비스제공체제강화 가산(III)	
	(개호복지사비율이 50% 이상, 상근직원비율이 75% 이상 또는 근속연수 3년 이상자가 30% 이상)	(개호복지사비율이 40% 이상, 또는 근속연수 3년 이상자가 30% 이상)
과정 평가	[개호복지시설서비스비]	[통원개호비]
	• 간호제제가산(I)	• 개별기능훈련가산(I)
	• 간호제제가산(II)	• 개별기능훈련가산(II)
	(상근 간호사배치, 간호직원보강배치에 대한 평가)	(개별욕구에 맞는 기능훈련체제 및 서비스제공방법에 따른 평가)
과정 평가	[개호보건시설서비스비]	[통원재활서비스비]
	• 경구유지가산(I)	• 재활관리가산
	• 경구유지가산(II)	
	(다직종협동으로 섭취기능장애 유지, 오연 입소자에게 경구유지계획후 관리영양사가 수행한 경우에 산정)	
결과 평가	[개호보건시설서비스비]	[개호예방 통원재활서비스비]
	• 재택복귀지원기능가산(I)	• 사업소평가가산
	• 재택복귀지원기능가산(II)	
	(일정비율 이상의 자가 재택복귀한 시설에 대해 가산)	(이용자의 요지원상태 유지/개선비율이 일정이상인 경우에 가산)

제3절 영국⁶⁾

1. 장기요양서비스제도(Adult Social Care)⁷⁾ 개요

영국의 장기요양서비스제도는 인구고령화에 따른 공공재정부담의 증대 속에서 이용자와 공급자 관리를 통한 자원조달 및 배분방식에 지속적인 변화를 초래하고 있다. 즉, 당초 NHS가 노인장기요양까지 포괄하는 서비스를 제공하던 것을 점차 민간이 제공하게 되고 장기요양서비스 수급대상의 범위와 지원수준은 자산조사와 요구사정 등을 통해 결정되는 등, 공공부문의 역할을 재정립하는 차원에서 여러 차례에 걸친 변혁이 추진되었다.

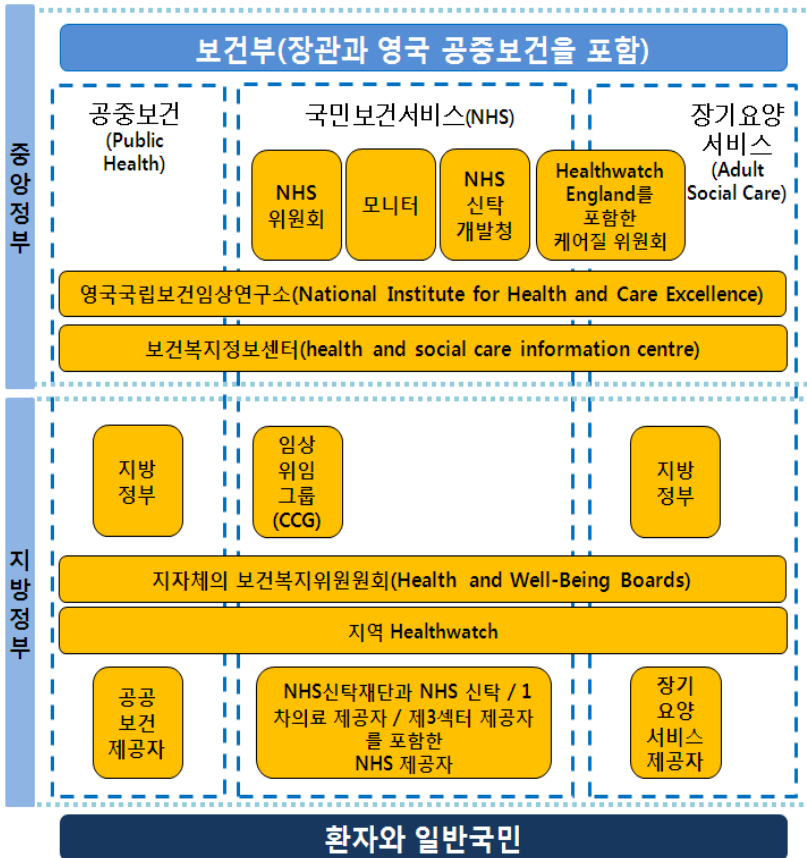
2013년 4월부터 발효되는 보건사회서비스법(Health and Social Care Act 2012) 하에서 장기요양서비스(Adult Social Care)는 공중보건(Public Health), 국민보건서비스(National Health Service ; NHS)와 함께 중앙정부기구인 보건부(Department of Health)에서 관장하고 있다. 그러나 보건부는 직접적인 서비스제공에는 관여하지 않고 다만, 다양한 서비스제공 기관과 지역정부에 대하여 재정을 배분하는 가운데, 독

6) 영국으로 일컬어지고 있는 영연방국(United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)은 잉글랜드(England), 웨일즈(Wales), 스코틀랜드(Scotland), 북아일랜드(Northern Ireland)의 4개 지역을 포함하고 있으며, 이들은 각기 개별정부를 구성하여 운영되고 있음. 이에 따라, 국가제도를 논의할 때 흔히 국가수도가 위치하고 있는 잉글랜드에 초점이 맞추어지고 있으며, 여기에서도 주로 잉글랜드의 장기요양제도에 대하여 고찰하였음. 다행히 질 관리제도의 경우에 법규, 조직이나 기구 등의 명명방식에 있어서 정부 간에 다소 차이를 보일 뿐 원칙이나 세부적인 운영방식에 있어서는 정부 간에 대체로 유사한 양상을 띠고 있음.

7) 영국의 고령자를 위한 장기요양서비스에는 대상자의 요구에 따라 공중보건(Public Health), NHS, 장기요양서비스(Adult Social Care)가 함께 관여되고 있는데, 여기에서는 우리나라 제도와의 비교와 이해를 돕고자 장기요양서비스(Adult Social Care)에 초점을 맞추었음. 따라서 실제적인 논의는 영국의 제도적 특성에 맞추어 공중보건(Public Health)이나 NHS에 공통으로 적용되는 부분을 포함하고 있음.

립적인 전문기구나 조직의 설치 및 운영을 통해 서비스가 정책목표에 맞추어 효율적으로 제공되도록 방향을 제시하고 추진상황을 모니터링하고 있다(그림 4-4 참조).

[그림 4-4] 영국의 보건의료 및 사회서비스 조직체계도



주: healthwatch는 보건복지서비스를 이용하는 수요자를 대표하는 단체
 자료: UK TSO, Health and Social Care Act 2012

장기요양서비스와 관련한 보건부의 활동을 지원하는 공식기구로는 NICE(National Institute for Health and Care Excellence), 보건·사회케어정보센터(Health and Social Care Information Centre; HSCIC), 케어질위원회(Care Quality Commission; CQC), 헬스워치(Healthwatch) 등이 있다.

NICE는 건강증진과 효과적인 질병예방 및 치료를 위한 국가단위의 사업지침 및 서비스표준을 마련하는 독립기구이다. 사업지침(Guidance)은 공중보건, 신약 등 신기술을 포함한 의료기술 적용, 특정질환에 대한 진료 분야를 대상으로 하며 환자케어표준(Standard for patient care)과 관련하여서는 질 표준(Quality Standard)과 질 성과틀(Quality & Outcomes Framework ; QOF)의 개발에 나서고 있다. NICE는 개발된 지침과 표준을 현장에 보급하는 한편, 지방정부, 교육, 민간, 중앙정부 등에서 근거에 기반한 의사결정 과정에 적극 활용하도록 지원하고 있다.

HSCIC는 보건 및 사회서비스에 관련된 공신력 있는 정보를 제공하는 기구이다. HSCIC는 NHS England 및 NICE와 함께 사업지표(indicator set)의 개발에 관여하고 있다. 특히, HSCIC는 전국의 보건 및 사회서비스 공급자들과 폭넓게 교류하면서 이들이 서비스를 보다 효과적으로 제공하는데 필요한 정보를 제공하고 있으며 또한 수집된 자료를 분석하여 유용한 정보를 산출함으로써 교육자, 연구원, 행정가, 정책 입안자의 연구 및 업무수행을 지원하고 있다.

CQC는 보건 및 사회서비스의 질을 관리하고 개선하는 기구이다. 2010년 10월부터 모든 보건 및 사회서비스가 CQC에 의무적으로 등록하고 있는 가운데, CQC에서는 모든 서비스에 대하여 제공되는 장소에 관계없이 질과 안전 기준을 충족하는지 여부를 감독하는 한편, 부적절한 사례에 대하여는 이용자를 대신하여 행정조치도 취하고 있다.

헬스워치는 새롭게 설립된 독립적인 소비자옹호기구이다. 헬스워치는 중앙조직과 지방조직으로 이분화되어 있는 가운데, 지방조직에서는 해당 지역의 서비스이용자 의견을 수렴하여 중앙조직에 제공하며 중앙조직에서는 이를 정책에 반영하는 역할을 맡고 있다. 또한 헬스워치에서 수집된 정보는 장관, CQC, 모니터(Monitor), 지역보건당국에서도 업무에 적용되고 있다.⁸⁾

영국의 최근 장기요양제도에 대한 변혁의 요지는 재정운영의 효율화와 이용자의 만족도 제고를 위한 서비스 공급주체의 다변화 그리고 이에 따른 공급자간 경쟁 강화로서, 여기에는 서비스 질 관리제도가 주요수단으로 역할하고 있다. 이에 여기서는 CQC를 중심으로 이루어지고 있는 장기요양서비스의 질 관리제도 전반에 대하여 고찰하였으며, 이로부터 우리가 나아가야 할 방향에 대한 시사점을 모색하였다.

2. 장기요양서비스 질 관리 조직 및 운영

가. 케어질위원회(Care Quality Commission, CQC)의 연혁 및 목표

장기요양서비스의 질 관리는 시설등록법(Registered Homes Act, 1984)을 대체하는 케어표준법(Care Standards Act, 2000)의 시행과 함께 시작되었다. 이 법의 제정으로 지방정부와 NHS의 감독업무를 인수한 국립케어표준위원회(National Care Standards Commission ; NCSC)가 설립되었으며 국가최저서비스기준(National Minimum Standards)이 도입되어 이전에 관리되지 않았던 재가서비스(domiciliary care)에

8) 지방조직(Local Healthwatch organisations)의 전신은 Local Involvement Networks(LINKs)로서, LINKs가 성인의 보건 및 사회서비스에 국한한 것과 달리 Local Healthwatch는 성인과 아동의 보건 및 사회서비스를 대상으로 함.

도 적용되게 되었다. NCSC의 설립은 예외 없이 모든 유형의 시설들을 감독하는 계기를 마련함과 동시에 공공부문과 민간부문에 대해 공통적으로 적용되는 독립적이고 일관성 있는 관리체계를 확보하였다는 점에서 그리고 국가최저기준(National Minimum Standards)은 모든 시설에 일관되게 적용되는 가운데 보건서비스와 사회서비스에 대한 단일 표준을 마련하는 계기를 마련하였다는 점에서 의의를 인정받고 있다.

NCSC는 2004년에 보건 및 사회케어, 지역사회보건법(Health and Social Care, Community Health and Standards)(2003)하에서 사회서비스감독청(Social Services Inspectorate ; SSI), SSI/심사위원회 공동심사팀(Audit Commission Joint Review Team)과 함께 사회케어감독위원회(Commission for Social Care Inspection ; CSCI)로 통합되었다. 그리고 이는 다시 보건 및 사회케어법(Health and Social Care Act)(2008)하에서 보건의료위원회(Health Care Commission)와 통합되어 오늘날 케어질위원회(Care Quality Commission ; CQC)로 변모하였다.

CQC는 중앙단위에 설치된 일종의 집행조직(an executive non-departmental public body)⁹⁾으로, 장기요양서비스를 포함하여 NHS, 지역 정부, 민간 또는 자원단체에서 지원하거나 혹은 직접 제공하고 있는 병원·치과·응급·요양시설·재가 등 모든 보건 및 사회서비스의 질과 안전성을 담보하는데 설립목표를 두고 있다.

이러한 목표를 달성하기 위하여, CQC는 서비스이용자의 참여를 극대화하는 일과 서비스 공급자로 하여금 서비스 품질과 안전에 대한 기준을 준수하도록 촉구하는 일에 주안하고 있으며, 경우에 따라서는 지시를 위

9) non-departmental public body(NDPB)란 정부 내 공식부서로 설치되어 있지는 않으나 정부업무를 수행하는 장관 휘하 조직을 말함.

반하는 공급자에 대해 경고나 처벌 등의 집행력을 행사할 수 있는 체제도 갖추고 있다.¹⁰⁾

CQC는 2012/13년에 35,000개가 넘는 보건 및 사회서비스에 대한 점검을 실시하였으며, 이 가운데 장기요양서비스(Adult social care service)가 27,678개로 전체의 약 78%를 차지하고 있다.

CQC의 2013/14년 8대 추진과제는 다음과 같다.

- (1) 병원과 장기요양기관에 대한 책임 감독관을 지정한다.
- (2) NHS 병원과 정신보건시설에 대한 감독방안을 마련한다. 감독의 초점은 안전성, 효과성, 서비스내용, 서비스제공수단, 이용자요구에의 대응성에 맞추어진 가운데, 감독자의 전문성을 강화하고 중점 분야에서 미흡함을 드러낸 시설에 대한 즉각적인 조치계획을 수립한다.
- (3) 각종 자료와 증거 등을 토대로 부적절한 서비스를 파악하고 즉각적으로 대응한다.
- (4) 서비스 간 연계성을 높이는 일환으로서 요구(문제)별 의료서비스와 요양서비스에서의 보조인력에 대하여 검토한다.
- (5) 서비스 질과 안전을 제고할 수 있도록 모니터(Monitor), NHS, 헬스워치 등 관계자간 협조체계를 구축한다.
- (6) 이용자의 서비스 선택권을 지원하는 일환으로서 NHS 병원의 등급화를 추진한다.

10) 2010년 10월 모든 보건 의료 및 장기요양서비스 공급자(health and adult social care providers)는 CQC에 등록하여 서비스의 질과 안전에 대한 기준 준수를 의무화하도록 법제화하였음. 또한, Public Health England와의 협약체결을 통해 서비스 공급자들이 질 관리와 관련한 평가 및 평가결과에 대한 조치에 대하여 수용하도록 제도적 장치를 마련하고 있음(Service level agreement between Public Health England and the Care Quality Commission, 3 April 2013; Memorandum of understanding between Public Health England and the Care Quality Commission, 3 April 2013).

- (7) 새로운 서비스를 보급하기 전에 서비스기준에의 부합성이나 제공 능력 등에 대하여 엄격하게 심사한다.
- (8) 직원의 자질 향상과 업무향상에 도움이 되는 프로그램의 도입 등 직원의 업무 능률화 및 효율화가 가능한 성과제고형 조직을 구축한다.

나. 질 관리 지침 및 기준(Essential standards of quality and safety)

질 관리 지침 및 기준은 보건의료 및 사회서비스 공급자들의 보건·장기요양서비스법(Health and Social Care Act 2008), 규칙(Regulations 2010), 케어 질 위원회 규칙(Care Quality Commission Regulations 2009)과 같은 관련법의 준수와 관련된다. 질에 대한 정의는 2008년에 처음 언급되었으며 임상적 효과성(clinical effectiveness), 안전(safety), 환자 수용성(patient experience)의 3가지 측면을 포괄하도록 제시되고 있다(Health and Social Care Act 2012).

CQC는 보건의료 및 장기요양서비스 공급자 등록제도 하에서 서비스가 보다 성과중심적으로 제공되는데 초점을 맞추고 있는 가운데, 관련 법을 토대로 28개 성과목표를 마련하여 제시하고 있다.

28개 성과목표는 6개 중점분야로 크게 구분되며, 각각의 성과목표에는 근거 법령과 관련된 상세한 지침과 함께 평가기준으로서 목표달성도를 가늠케 하는 이용자 편의사항이 기술되어 있다. 28개 성과목표 가운데 16개 성과목표는 모든 서비스 공급자에게 공통으로 적용되며 나머지 12개 성과목표는 서비스 형태 또는 공급자 형태에 따라 달리 적용된다.

6개 중점분야별 성과목표와 평가기준이 되는 이용자 편의사항은 다음과 같다.

[중점분야 1] 참여와 정보(Involvement and information)

- 성과목표 1(공통): 이용자의 의견 존중(Respecting and involving people who use services)
 - 치료내용과 선택할 수 있는 서비스내용에 대하여 인식하고 있다.
 - 치료와 관련된 의사결정에 동참할 수 있다.
 - 프라이버시와 개인의 독립성을 보장받고 있다.
 - 개인적 견해와 경험이 서비스제공 시에 반영되고 있다.
- 성과목표 2(공통): 이용자의 치료 동의(Consent to care and treatment)
 - 검사, 치료, 지지 등이 이용자의 동의하에 이루어지고 있다.
 - 이전에 동의한 검사, 치료, 지지 등에 대해 변경하는 방법을 알고 있다.
 - 인간으로서의 권리가 존중됨과 아울러 고려되고 있음을 확신할 수 있다.
- 성과목표 3(개별): 지불비용에 대한 사전 인지(Fees)
 - 비용을 언제 어떻게 얼마나 지불해야 하는지 알고 있다.
 - 지불된 비용으로 어떤 서비스가 제공되고 있는지 알고 있다.
 - 비용과 관련한 개인적 의무와 책임을 알고 있다.

[중점분야 2] 개인별 맞춤형 서비스(Personalised care, treatment and support)

- 성과목표 4(공통): 이용자의 치료와 복지(Care and welfare of people who use services)
 - 요구에 부응하고 권리를 침해하지 않는 효과적이고 안전하며 적절한 치료를 받고 있다.

- 성과목표 5(공통): 적절한 영양상태 유지(Meeting nutritional needs)
 - 적절한 영양과 수분을 공급받고 있다.
- 성과목표 6(공통): 서비스 간 연계(Cooperating with other providers)
 - 치료와 지지 등의 서비스를 하나 이상의 직원으로부터 안전하고 조화롭게 제공받고 있다.

[중점분야 3] 안전보장 (Safeguarding and safety)

- 성과목표 7(공통): 학대 등으로부터 이용자 보호(Safeguarding people who use services from abuse)
 - 학대나 학대 위협으로부터 보호되고, 인간으로서의 권리를 보장받고 있다.
- 성과목표 8(공통): 위생 및 감염관리(Cleanliness and infection control)
- 성과목표 9(공통): 안전한 투약 관리(Management of medicines)
 - 투약이 적절한 시간에 안전하게 이루어지고 있다.
 - 처방약에 대한 정보를 어디서든 취득할 수 있다.
- 성과목표 10(공통): 안전과 적절한 환경(Safety and suitability of premises)
 - 건강을 증진시키는 안전한 환경에 놓여 있다.
- 성과목표 11(공통): 안전하고 적절한 장비(Safety, availability and suitability of equipment)
 - 의료적·비의료적 장비 등에 불안하게 노출될 위험에 처하지 않는다.
 - 요구에 맞는 적절한 장비를 사용하고 있다.

[중점분야 4] 서비스제공인력의 적합성 (Suitability of staffing)

- 성과목표 12(공통): 업무와 관련된 자격요건(Requirements relating to workers)
 - 적절한 자격요건을 갖추고 심신이 건강한 직원으로부터 안전한 서비스를 제공받고 있다.
- 성과목표 13(공통): 적정 직원 수(Staffing)
 - 충분한 수의 적절한 직원으로부터 안전하게 서비스를 제공받고 있다.
- 성과목표 14(공통): 직능교육(Supporting workers)
 - 요구에 대한 수용능력을 갖춘 직원으로부터 서비스를 제공받고 있다.

[중점분야 5] 질 관리 중심의 경영(Quality and management)

- 성과목표 15(개별): 운영과 관련한 전반내용 신고(Statement of purpose)
 - CQC에서 파악하여 제공해준 정보와 지식들로부터 혜택을 받는다.
- 성과목표 16(공통): 서비스 질에 대한 사정과 감시(Assessing and monitoring the quality of service provision)
 - 효과적인 의사결정과 위험관리로 인해 질적 치료와 지지의 혜택을 받고 있다.
- 성과목표 17(공통): 고충처리(Complaints)
 - 비평이나 불평들에 대한 접수 및 이에 대한 대응이 효과적으로 이루어진다.
 - 불평불만에 따른 차별대우는 없을 것으로 알고 있다.
- 성과목표 18(개별): 사망자 신고(Notification of death of a person who uses services)

- 서비스이용 중 사망자는 CQC에 보고되며, 필요한 조치가 취해질 수 있다.
- 성과목표 19(개별): 정신보건법 하에서 보호 중인 환자의 사망이나 무단 부재에 대한 신고(Notification of death or unauthorised absence of a person who is detained or liable to be detained under the Mental Health Act 1983)
 - 이용자의 건강 및 안전과 관련한 중대 사안이 발생할 경우, CQC에 보고되고 있으며 필요한 조치가 취해질 수 있다고 확신한다.
- 성과목표 20(개별): 기타 사고 등의 보고(Notification of other incidents)
 - 이용자의 건강 및 안전과 관련한 중대 사안이 발생할 경우, CQC에 보고되고 있으며 필요한 조치가 취해질 수 있다고 확신한다.
- 성과목표 21(공통): 기록 관리(Records)
 - 개인별 기록은 정확하고 목적에 부합하며 안전하게 관리되고 있다.
 - 환자의 안전과 안녕에 필요한 기록은 보관되며 필요시에 안전하게 열람가능 하다.

[중점분야 6] 경영 적합성(Suitability of management)

- 성과목표 22(개별): 개인 또는 제휴 서비스공급자의 요건
(Requirements where the service provider is an individual or partnership)
 - 적절한 인력에 의해 서비스 요구가 충족되고 있다.
- 성과목표 23(개별): 제휴가 아닌 단체 서비스공급자의 요건
(Requirement where the service provider

is a body other than a partnership)

- 적절한 인력이 경영을 감독함에 따라 서비스 요구가 충족되고 있다.
- 성과목표 24(개별): 등록 경영인의 요건(Requirements relating to registered managers)
 - 적절한 인력이 경영함에 따라 서비스 요구가 충족되고 있다.
- 성과목표 25(개별): 등록자 훈련(Registered person: training)
 - 서비스 경쟁력을 갖춘 직원이 있음에 따라 서비스 요구가 충족되고 있다.
- 성과목표 26(개별): 재정 능력(Financial position)
 - 서비스 공급자가 안전하고 적절한 서비스 제공을 하는 데 필요한 재정수요를 감당할 능력이 있다고 확신할 수 있다.
- 성과목표 27(개별): 부재 고시(Notifications - notice of absence)
 - 서비스제공의 책임자가 부재할 경우, 적절한 경영과 요구에 맞는 서비스제공이 여전히 가능할 것으로 확신할 수 있다.
- 성과목표 28(개별): 변경 고시(Notifications - notice of changes)
 - 서비스내용이 변경될 경우, 서비스 질과 안전이 영향을 받지 않을 것으로 확신할 수 있다.

여기에서 사회적 케어의 성과지표인 ASCOT를 제시하면 다음과 같은데, 이는 PSSRU에 의해 질측정프레임웍(quality measurement framework) 프로그램을 통해 개발되어 2010년에 공표된 것이다.

〈표 4-6〉 ASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework)의 지표

영역	목표	지표
1. 장기요양 대상자의 QOL을 촉진시킨다	- 최중요지표	- 1A. 사회적 케어관련 QOL(ASCOT 지표에 준거: 콘트롤, 개별케어(청결 등), 식사, 거주처 청결, 쾌적, 안전, 사회참여, 활동, 존엄)
	- 이용자는 니드에 부합하도록 어떤 지원을 어떻게 언제 제공하면 좋은가를 제어하고 자신의 지원을 관리할 수 있다.	- 1B. 일상생활을 제어하고 있는 이용자의 비율 - 1C. 이용자주도형 지원, 직접지불금(direct payment)를 이용하고 있는 자의 비율
	- 수발자는 수발역할과의 균형을 취하고 바람직한 QOL을 유지한다.	- 1D. 수발자가 보고한 QOL(NHS와의 공통지표)
	- 필요시에 근무처를 발견, 가정적, 사회적 생활을 유지하고 지역사회에 공헌하고 고립을 방지한다.	- 1E. 유상노동에 종사하는 성인지적장애자 비율 - 1F. 유상노동에 종사하는 성인정신장애자 비율 - 1G. 집에서 가족과 생활하고 있는 성인지적장애자 비율 - 1H. 자립생활을 하고 있는 정신보건서비스이용자의 수
2. 장기요양 대상자 니드를 지연시키고 저감시킨다	- 최중요지표	- 2A. 인구1,000명당 고령자시설(residential home, nursing home)에 대한 영속적인 입소자수 - 예방적서비스의 유효성(치환지표)
	- 모든 자가 평생 건강과 웰빙을 누릴 수 있고, 케어니드를 관리하기 위해 필요한 지원 및 정보가 얻어진다.	- 예방적서비스의 유효성(치환지표)
	- 조기진단, 개입, 기능회복(reablement)에 따라 이용자, 수발자가 집중적인 서비스를 받지 않고도 종료된다.	- 2B. 재활이나 기능회복(reablement)에 따라 병원퇴원후 91일 이상 재택생활을 계속할 수 있었던 65세 이상 고령자의 비율(NHS와 공통지표), 조기진단, 개입, 기능회복(reablement)의 유효성: 입원방지(치환지표)

영역	목표	지표
	- 케어니드가 있는 경우, 가장 적절한 장소에서 지원을 받을 수 있고, 자립을 회복할 수 있다.	- 2C. 사회적 케어가 원인으로 병원에서부터의 퇴원이 지연된 수(NHS와 공통지표) - 기능회복(reablement)의 유효성: 자립복귀(치환지표)
3. 환자의 긍정적인 경험을 보증한다	- 최중요지표	- 3A. 서비스이용자가 케어나 지원에 전반적으로 만족한다. - 3B. 케어자가 케어나 지원에 전반적으로 만족한다.
	- 케어자는 케어과정을 통해서 대등한 파트너로 존중된다.	- 3C. 장기요양대상자에 관한 토론에 참가하기도 하고, 의견을 듣기도 하였다고 보고한 케어자비율
	- 사람은 지역에서 이용할 수 있는 선택지, 수급요건, 지원이 필요한 때의 창구를 이해하고 있다.	- 3D. 지원과 관련한 정보입수가 용이했다는 이용자와 케어자의 비율
	- 사회적 케어의 결정에 관한 자는 본인의 존엄을 존중하고 개별상황에 배려한 지원을 할 것을 보증한다	- ('성인 사회적 케어조사'로부터 자료가 수집되고 지역수준에서 분석된다)
4. 취약한 상태의 자를 보호하고 피할 수 있는 위해로부터 보호한다	- 최중요지표	- 4A. 안전하다고 느끼고 있는 이용자의 비율
	- 누가 물리적 안전을 향유하고 안심하다고 느껴지는 신체적, 정신적 학대, 성희롱, 유기, 자해행위로부터 모면된다. - 피할 수 있는 위해, 질병, 상해로부터 가능한 한 보호된다. - 사전에 계획을 세우고, 희망하는 방법으로 리스크를 관리할 수 있는 여유를 갖도록 지원된다.	- 4B. 서비스에 따라 안전하고 안심하다고 느끼고 있는 이용자의 비율 - 보호적 서비스의 유효성

144 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈표 4-7〉 ASCOT (Adult Social Care Outcomes Tools)의 지표

영역	기준	득점
일상생활의 통제 (무엇을 언제 하는가를 선택할 수 있고, 일상생활이나 활동을 제어할 수 있다)	자기 생각대로 일상생활을 통제하고 있다.	1.000
	일상생활을 적절하게 통제하고 있다.	0.919
	일상생활의 일부를 통제하고 있지만, 충분하지 못하다	0.541
	일상생활을 전부 통제 하지 못하고 있다.	0.000
개인의 청결 및 쾌적성 (청결, 쾌적성으로 보기 좋고 취향을 반영한 옷단장이 되어 있다)	청결하게 느끼고 자기가 좋은 옷단장이 가능하다	0.911
	적절하게 청결하고 보기 싫지 않다.	0.789
	그다지 청결하지 않고 옷단장이 충분하지 못하다	0.265
	전혀 청결하지 못하고 옷단장이 되어 있지 못하다	0.195
식사 및 영양 (충분한 음식을 정기적으로 섭취하고 영양있고 다양하게 문화적으로 적합한 식사가 이루어지고 있다)	원하는 시간에 식료를 섭취할 수 있다.	0.897
	욕구에 맞는 식료를 섭취할 수 있다.	0.775
	필요한 식료를 충분하게 얻지 못하지만, 건강에 위험이 있을 정도는 아니다	0.294
	필요한 식료를 충분하게 얻지 못하고, 건강에 위험이 있다.	0.184
안전 (학대나 낙상, 신체적인 위해가 더해질 가능성은 없다)	안전하다고 느끼고 있다.	0.880
	일반적으로 적절하게 안전하고 느끼고 있지만, 충분하지 않다.	0.452
	적절하게 안전하다고 느끼지는 않는다	0.298
	완전하게 안전하다고 느끼지 못한다	0.114
사회참여와 관여 (친구, 가족과의 관계를 계속하고, 참여나 지역사회에 속해 있는 의식)	사회적 접촉이 생각대로 되어 있다.	0.873
	적절한 사회적 접촉이 있다.	0.748
	사회적 접촉이 어느 정도 있지만, 충분하지 않다.	0.497
	사회적 접촉이 전혀 없고, 사회적으로 고립되어 있다고 생각한다	0.241
활동(occupation) (고용, 무상노동, 타인의 케어, 레저 등의 다양한 유의미한 활동으로 채워져 있다)	자기시간을 취향대로 사용하고 자기가 가치를 두고 충분히 즐기고 있다.	0.962
	자기가치를 두고 즐길 수 있다.	0.927
	자기가치를 두고 충분하게 즐길 수 없다.	0.567
	자기가치를 두고 전혀 즐길 수 없다.	0.170

영역	기준	득점
거주지의 청결과 쾌적성 (모든 침실을 포함한 주거환경이 청결하고 쾌적하다고 느낀다)	생각한 대로 청결하고 쾌적하다	0.863
	적절하게 청결하고 쾌적하다	0.780
	그다지 청결하고, 쾌적한 상황이 아니다	0.374
	전혀 청결하지도 쾌적하지도 않다.	0.288
존엄 (자원이나 케어가 이용자의 자기긍정에 주는 부정적 긍정적인 영향)	원조자의 지원방식이나 자신에 대한 태도에 따라 자신을 지니고 있다.	0.847
	원조자의 지원방식이나 자신에 대한 태도는 자신에 영향을 주지 않는다	0.637
	원조자의 지원방식이나 자신에 대한 태도에 따라 때때로 자신이 저하된다.	0.295
	원조자의 지원방식이나 자신에 대한 태도에 따라 아주 자신을 상실한다.	0.263

다. 질 관리 절차 및 방법

CQC는 등록된 모든 서비스 공급자를 대상으로 연 1회(치과는 2년에 1회) 평가를 겸한 감독을 실시하고 있으며, 서비스제공 형태에 따라 다소 차이는 있으나 질 관리의 일반적인 절차와 방법은 <표 4-8>과 같다.

감독의 유형은 정기적(Scheduled), 대응적(Responsive), 주제별(Themed) 등 크게 3가지 유형으로 구분된다. 정기적 감독은 일상적인 서비스를 대상으로 하며 방문일정에 대하여는 사전에 통지하지 않는 것을 원칙으로 하고 있다. 대응적 감독은 CQC가 마련한 지침이나 기준을 적절히 수용하지 못한 경우에 시행되고 있으며 주제별 감독은 현안 이슈 등과 관련하여 특정 서비스나 특정 기준을 대상으로 이루어진다.

점검항목은 중점분야 6을 제외한 나머지 5개 분야를 공통적으로 적용한다.

〈표 4-8〉 질 관리 절차 및 방법

〈절차〉	〈방법〉
자료수집	이전 점검 보고서, 이의제기, 헬스워치 정보
↓	
점검항목 선정	5개 주요 분야에서 각 1개(이상) 선정
↓	
점검자(전문가) 선정	서비스이용 경험자 또는 관련 전문가
↓	
면접대상자 선정	등록직원 또는 지명받은 개인
↓	
점검유형 및 항목 제시	정기적·대응적·주제별 점검 상태, 중점분야와 목표
↓	
점검 실시	서비스 참관, 이용자 면담, 직원 면접, 기록 열람
↓	
점검내용 교차점검	치료 기록, 치료 계획, 치료 성과(evidence)
↓	
보고서 초안 작성	점검 세부사항(배경, 내용), 점검결과 평가
↓	
점검기관 확인 요청	보고서 초안 검토 요청(방문 후 10일 이내, 이메일) 단, 외부 전문가 참여 시 일정지연 가능.
↓	
보고서 보완	점검기관 검토의견 보완(접수 후 10일간, 이메일)
↓	
최종보고서 제출	점검기관 제공(보고서 초안 전송 후 15일 이내)
↓	
결과 공표	웹사이트 기관 프로필 화면(최종점검 후 10일 이내) 최근자료로 업데이트

자료: Care Quality Commission, Preparing for CQC inspection

감독의 초점은 이용자의 실제 경험과 서비스의 건강에 대한 영향에 맞추어지고 있는데, 감독관은 서비스에 대한 직접 관찰이나 이용자, 이용자 가족 혹은 대리인과의 면담, 기록열람, 직원과의 질의응답을 실시하며 필요에 따라 분야별 전문가 혹은 민간인 경험자를 대동하고 있다.

이처럼 기관 또는 시설방문을 통해 점검한 내용은 치료계획이나 치료 성과와의 교차확인을 거친 후 외부평가자를 포함한 점검 참여자의 의견 조율을 거쳐 최종 판단된다. 그리고 그 결과는 점검기관의 검토와 보완을 거쳐 최종보고서로 작성되어 웹사이트를 통해 공개되고 있다.

CQC는 질 관리를 위해 감독관 수를 확대해 나가고 있다. 또한 의사, 간호사, 조산사, 치과의사 등 다양한 전문분야 종사자로 구성된 전문가와 실제 서비스이용 경험자를 적극 동참시키고 있는 가운데, 2012/13년에는 955명의 감독관 외에도 1,400명이상의 전문가와 서비스경험자가 점검에 참여하였다.

라. 질 평가 및 사후 관리

질 점검결과에 대한 평가의 주안점은 첫째, 서비스제공자가 질 관리 지침과 관련된 규정을 준수하고 있는 지 여부, 둘째, 규정을 위배했을 경우, 이로 인해 이용자가 받는 영향의 정도, 셋째, 규정을 위배한 서비스제공자에 대한 조치내용의 결정에 있다.

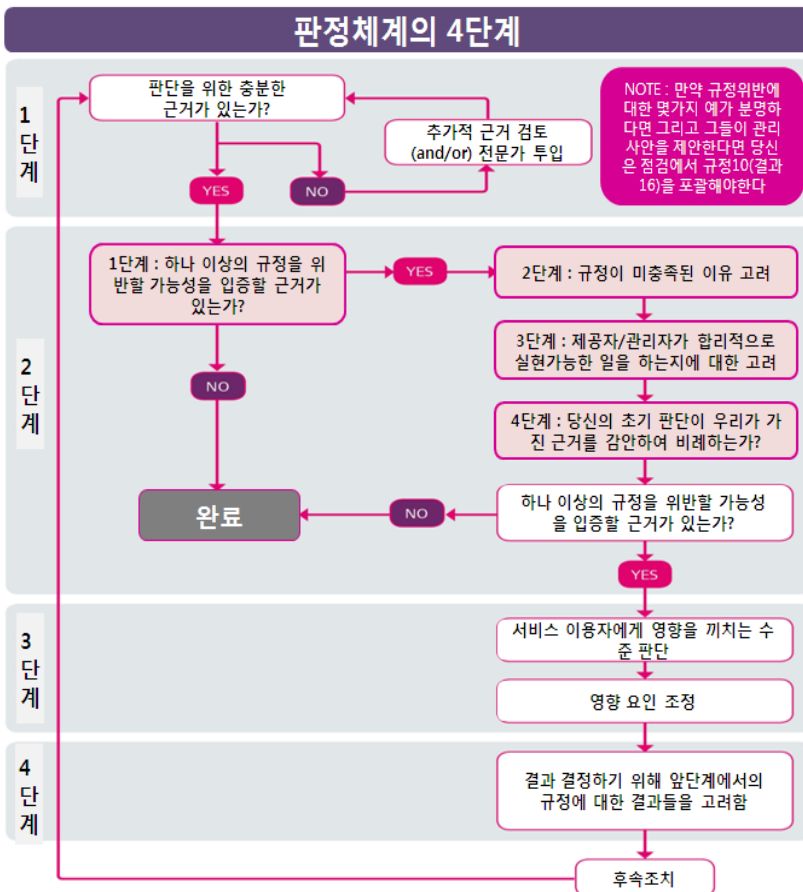
이와 같은 과정은 판단 틀(Judgement Framework)을 적용하여 이루어진다. 하지만 판단 틀은 일관성을 유지하기 위해 마련된 것으로 점검자의 전문적 판단과 서비스공급자의 개별 상황이 우선적으로 고려되고 있다.

판단 틀은 평가의 초점과 관련되어 4단계로 나누어지고 있다(그림 4-5 참조).

1단계에서는 판단에 필요한 근거자료의 충분성에 대한 검토가 이루어지는데, 검토의 초점은 근거와 관련한 성과나 이용자 경험 유무를 포함하여 질적 정보로서 갖추어야 할 조건들, 예를 들면, 현시성(current), 신뢰

성(reliable), 적합성(relevant), 충분성(sufficient) 등에 주어지고 있다. 그 밖의 논점으로서는 근거에 대한 비중을 어떻게 둘 것인가와 근거와 관련한 논란이 있는 경우에 대한 대처가 있다.

[그림 4-5] 질 평가 절차



자료: Care Quality Commission, Judgement framework, April 2012:5

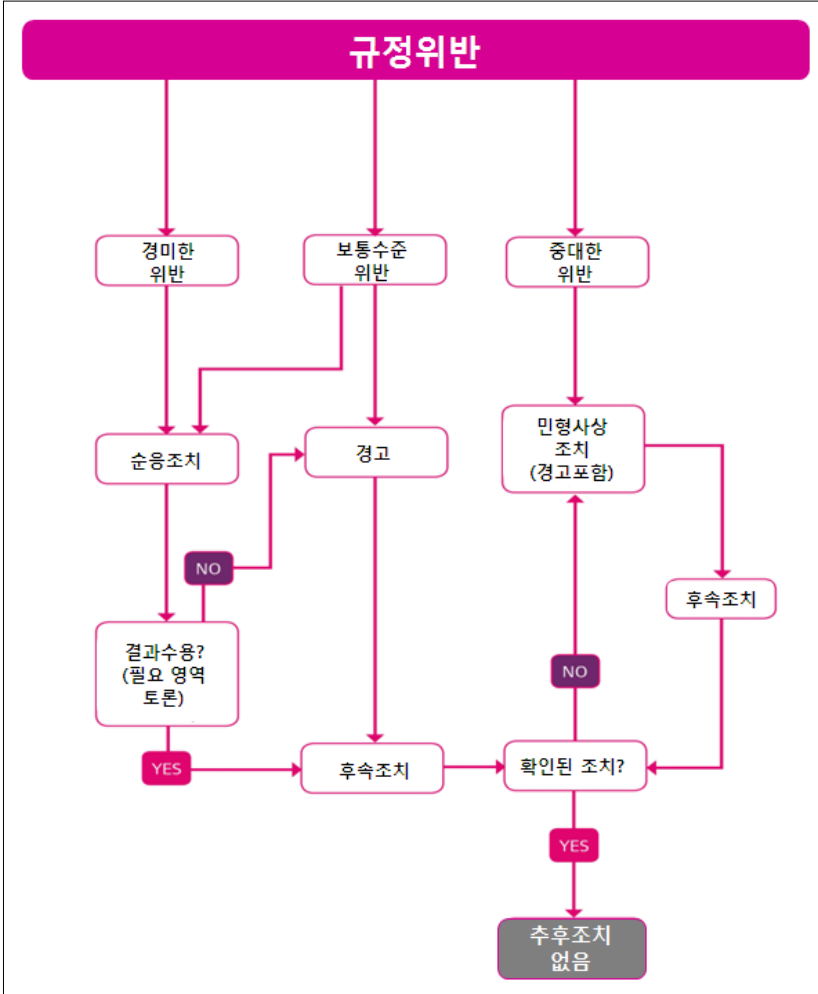
2단계에서는 규정의 위반여부와 위반 정도가 검토되는데, 규제에 순응하였다고 판단될 경우에는 다음 단계로 넘어가지 않고 바로 종료된다.

3단계에서는 2단계에서 파악된 규정의 위반사항이 실제 서비스이용자에게 어떤 영향을 미치는지 파악하고 있다. 이러한 영향정도는 경미(Minor), 보통(Moderate), 중대(Major)로 구분되며, 이러한 위반이 어떤 측면에서 초래된 것인지, 예를 들면, 서비스제공역량(Capacity), 서비스내용(Diversity), 취약대상(Vulnerability) 등으로 구체적으로 규명하고 있다.

마지막으로 4단계에서는 규정의 위반에 대하여 취해야 할 조치들이 검토되고 있으며, 앞서 2단계 및 3단계에서 내려진 결론을 토대로 이루어진다. 결과 표의 작성은 색깔과 표식(√ 또는 ×)의 두가지를 이용한다. 색깔은 세부 규정에 위반한 중점분야에서 가장 위반정도가 심한 성과목표의 평가결과를 기준으로 하며, 해당 성과목표에 대하여는 표식(√ 또는 ×)을 하고 있다. 녹색은 규정을 순응한 분야에 해당하고, 회색십자표시는 규정 준수를 위한 개선이 필요한 분야에 해당하며, 적색십자표시는 행정조치 등이 요구되는 분야를 의미하고 있다.

규정을 위반한 데 따른 조치는 보건·장기요양서비스법(Health and Social Care Act 2008)에 근거하여 이루어지고 있으며, 이러한 조치들은 위반사항들로 인해 야기된 서비스이용자에 대한 영향정도와 위중도에 비례하여 취해진다(그림 4-6 참조).

[그림 4-6] 규정 위반에 대한 조치 결정 절차



자료: Care Quality Commission, Enforcement policy, June 2013:6

경미한 위반에 적용되는 순응조치(Compliance actions)는 실제적인 행정조치는 아니나 행정조치에 대한 사전통보 형태로서, 공급자는 규정을 준수하는 개선안을 제출하도록 요청받고 있다.

경고(Warning Notice)를 받은 경우 정해진 기한 내에 보완계획을 제출해야 하며, 기한을 경과하여 실행하지 않으면 다음 단계의 좀 더 강력한 조치대상에 포함된다.

형사상 처벌(Criminal law) 대상이 될 경우, 관련법(Police and Criminal Evidence Act 1984)에서 정하고 있는 절차를 따르게 되는데, 이를 통해 등록사항 변동 등 조치의 통지(Fixed penalty notice), 등록 정지 등 주의(Simple caution), 등록철회 등 기소(Prosecution)의 조치가 이루어진다.

그밖에도 법에 명시된 특정 사항을 위반하는 행위, 미등록상태에서의 서비스제공행위, 점검을 방해하는 행위 등 서비스 질과 안전을 위협하는 경우에 대하여는 최소 300파운드에서 최대 5만파운드의 벌금형이 선고되고 있다.

마. 질 관리 활동보고

CQC는 질 관리와 관련한 세부활동내용 및 결과처리에 대하여 연간보고서(Annual Report)와 동향보고서(Care Update)를 통해 일반에 공개하고 있다. 공개 자료는 특히, 일반인의 정보에 대한 접근도와 이해도를 높이기 위해 그림이나 도표를 이용한 요약보고 등으로 다양하게 작성되고 있다.

활동보고서는 CQC의 활동에 대한 홍보 뿐 아니라 서비스를 이용하고자 하는 대상의 서비스 선택에 중요한 정보원으로 역할하고 있다.

따라서 결과적으로, CQC가 의도하고 있는 서비스의 질과 안전에 대한 개선을 서비스공급자가 자체 경쟁력 강화를 위해 스스로 추구하는 효과도 낳고 있다.

3. 시사점

인구 고령화의 진전 속에서 사회서비스에 대한 욕구가 지속적으로 증가하고 있는 가운데, 영국 정부는 재정부담을 줄이고 재정운동을 효율화하려는 일환으로서 서비스 대상자 선정기준을 강화하고 서비스의 효과성을 제고하기 위한 질 관리에 보다 초점을 맞추는 분위기에 있다.

그 결과, 서비스를 필요로 하는 측면에서는 일종의 위기(Care Crisis)를 맞고 있으나 질 관리제도 측면에서는 매우 발전된 면모를 갖추어가고 있다.

따라서 영국의 장기요양서비스 질 관리제도는 다양한 측면에서 우리에게 시사하는 바가 많을 것으로, 그 중 비교적 큰 의미를 지니고 있다고 여겨지는 점들은 다음과 같다. 즉, 성과중심적이고, 서비스이용자 관점에 있고, 동일한 지침이나 기준의 적용 등 제도적 일관성을 추구하고 있고, 법에 근거하여 실행력을 높이고 있고, 규정의 세부화를 통해 제도의 정착을 용이하게 하고 있고, 철저한 사후관리로 제도에 대한 신뢰성을 높이고 있다.

제4절 캐나다

1. 캐나다의 건강보장과 장기요양보험 소개

가. 캐나다 노인의 보건의료서비스 유형

캐나다 의료시스템은 크게 5개 부문으로 구분되는데, 이는 병원진료(hospital care), 일차진료(primary health care), 지역케어(communit

care), 특별 진료(specialized care) 그리고 투약 서비스(Pharmaceutical care)이다. 이 중 지역케어서비스는 재가서비스(home care), 시설 서비스(residential care), 그리고 지역사회 정신건강서비스(communitary mental health)로 구성되어 있다. 그리고 재가 서비스는 다시 전문가가 담당하는 서비스와 가족들이 도움을 주는 비전문적 서비스로 구분된다.

캐나다 의료시스템에서 병원진료는 보건의료에서 큰 부분을 차지하고 있다. 특히 노인이 병원진료서비스의 많은 부분을 이용하고 있는데, 노인 인구는 전체 인구의 약 14%이지만, 병원입원자수의 40%를 차지하는 것으로 나타나고 있다. 또한, 2009~2010년 조사에서도 재활, 응급 치료 및 연계적 케어를 포함한 자원 서비스의 이용비율은 노인이 월등히 높은 것으로 나타나고 있다. 외래진료를 제외한 모든 진료서비스의 이용률도 점차 증가하고 있고, 연계적 케어(continuing care)의 2009~2010년 통계에서 시설보호서비스(residential care)의 95%, 병원중심의 연계적 케어(hospital-based continuing care)의 85%가 모두 65세 이상 노인이 대상이었다. 재가 서비스(home care)의 2009~2010년 조사에서도 대상자 중 82%가 65세 이상의 노인이었다. 처방조제(prescription drug)는 2009년 20~64세 성인 평균 \$170의 비용을 지불한 반면, 노인은 평균 \$1,311의 비용을 지불하였는데, 이는 노인의 경우 공공재원에 많이 의존하고 성인은 개인부담과 사보험의 의존도가 더 높기 때문이다. 가정의(family physician)방문은 노인의 9.7%가 1년에 10회 이상 받았는데, 일반성인의 5.5%에 비하면 두 배 더 많이 사용한 것으로 나타났다.

나. 캐나다의 장기요양서비스

장기요양서비스는 두 가지로 분류되어 있는데, 이는 기본적 보험의료서비스(IHS, Insured health service)와 보충적 의료서비스(EHCS, extended health care service)이다. IHS는 의사에 의해 제공되며 법률에 명시된 5가지의 근본방침, 즉, 보편적인 보장, 포괄적인 서비스 보장, 재정적인 부담이 적은 타당한 접근성, 보장이동성, 보험계획의 공적 운용이 보장되는 병원진료와 서비스가 포함된다. EHCS에는 요양시설(nursing home), 장기주거형 의료주택보호, 재가보호와 일시적인 의료서비스가 포함되지만, 보험서비스가 아니기 때문에 5가지 근본 방침에 의해 보장되지는 않는다. 그 외에 가사지원 및 성인주간보호(adult day care) 등의 서비스는 캐나다 보건법에 의해 제공되지는 않는다.

장기요양서비스는 각 주와 지방정부에서 개별적으로 제공되고 있기 때문에 제공되는 서비스와 제공 조건은 관할지역마다 차이가 있다. 그러나 모든 관할지역에서 제공되는 핵심적인 서비스는 시설케어, 완화케어(palliative care), 수발자휴식케어(respite care), 가정간호서비스, 물리치료와 작업치료 등의 재활서비스, 가사지원, 신체케어 등이다. 이외에 일반적으로 제공되는 서비스로는 식사프로그램, 주간보호(day care), 그룹홈(group home), 복지용구 및 용품, 응급서비스 등이 있다.

1) 시설보호서비스

관할지역에 따라 용어는 차이가 있지만, 장기간의 요양서비스를 제공하는 요양시설(nursing home)과 사회적 지지 및 케어를 제공하는 케어홈(care home)이 있다. 이 두 시설을 이용하는 사람들에 대한 재정지원

조건은 지역에 따라 다르다. 일반적으로 동부 해안지역에서는 지불 능력이 있는 경우, 이용자에게 비용 전액 혹은 대부분을 부담하게 하는 반면, 다른 지역에서는 모든 이용자에게 소득수준에 따라 차등적으로 보조금을 제공한다.

모든 지역에서 일정한 형태의 케어욕구 평가방식을 가지고 있지만, 입소에 필요한 평가방식은 지역마다 다르다. 즉, 해당지역의 입소자에게 어느 정도 보조를 해주는지에 달려있는데, 예를 들면, 노바 스코시아(Nova Scotia)에서는 가능한 한 이용자가 전액을 지불해야 하고, 18개월치의 케어비용을 지불할 수 있는 이용자는 곧바로 입소할 수 있다. 만일 그 기간 이후 공적지원이 필요하면 입소자들은 재평가를 받고 요양필요정도에 따라 다시 분류된다. 브리티시 콜롬비아(British Columbia)에서는 대부분의 케어비용(생활비는 제외)을 지방정부에서 지원하며, 입소자격을 얻으려면 사전에 사례관리자(case manager)로부터 평가를 받을 필요가 있다.

2) 재가보호서비스

가정간호 및 재활서비스 등의 재가보호서비스는 일반적으로 필요정도에 따라 제공된다. 가사지원서비스(homemaker service)와 신체케어 등의 서비스는 서비스 요금 또는 소득 및 자산에 따른 분담금이 부과된다. 성인주간보호 또는 식사서비스는 사전에 비용이 책정되어 있고, 일반적으로 재가보호서비스의 수급자 규모는 제한되어 있다. 다만, 최근 브리티시 콜롬비아는 이러한 상한선을 폐지했지만, 대부분의 지역에서는 재가보호비용이 거주형 시설비용을 초과하지 않도록 규제하며, 일부 서비스에 대해서는 이보다 더 낮은 비용으로 제한될 수 있다. 재가보호서비스

에 대한 이용자부담비율은 관할지역에 따라 다르며, 일반적으로는 이용자의 월 소득수준에 비례하고 있다.

〈표 4-9〉 캐나다 장기요양보험 시설 및 재가 서비스 이용자 수

(단위: 명, %)

구분			2006	2007	2008	2009
시설 서비스	전체 거주자	수	237,938	242,977	250,387	247,270
	(전체 인구 대비)	(비율)	(0.7)	(0.7)	(0.8)	(0.7)
	65세 이상 노인	수	152,758	155,960	160,903	159,751
		(비율)	(3.5)	(3.5)	(3.5)	(3.4)
	80세 이상 노인	수	113,562	116,827	120,759	120,581
		(비율)	(9.7)	(9.7)	(9.7)	(9.3)
	여성 거주자 수	수	126,428	129,195	133,615	131,894
	(전체 인구 대비)	(비율)	(0.8)	(0.8)	(0.8)	(0.8)
	65세 이상 노인 여성	수	108,617	111,140	114,294	113,005
		(비율)	(4.5)	(4.5)	(4.5)	(4.3)
	80세 이상 노인 여성	수	85,609	88,138	90,847	90,135
		(비율)	(11.4)	(11.4)	(11.4)	(11.0)
남성 거주자 수			72,549	73,983	76,975	75,839
80세 이상 노인 남성 수			27,953	28,689	29,912	30,446
재가 서비스	전체 이용자 수		875,000	-	-	-
	(전체 인구) 대비		(2.7)	-	-	-

자료: OECD Health Data 2012 - Long-Term Care data

3) 급여와 지불방식

1995년 이래 요양시설 및 유사시설의 수는 실질적으로 증가하여 왔기 때문에 현재 입소대기시간도 길지 않고 요양시설이 부족하다는 평가는

없는 실정이다. 예를 들면, 시설보호급여는 2002년에 약 63만 5천명의 장기요양필요자가 공적 장기요양보험(약 60만명)이나 민간 장기요양보험(약 3만5천명)으로부터 받은 것으로 나타났다. 재가보호대상자수는 1995년 이후 4천명에서 약 1만600명으로 크게 증가했으며, 정부에서는 현재의 인프라가 양적으로 충분한 것으로 보고 있다. 재가보호급여는 2002년에 137만명이 공적 장기요양보험(129만명)이나 민간 장기요양보험(7만9천명)으로부터 받은 것으로 나타나고 있다. 앞에서 제시한 비전문적인 돌봄에 대한 지원도 이루어지고 있는데, 비전문적 돌봄(informal care)을 제공하는 수발자에게 현금수당을 제공하고 있다.

장기요양서비스 수가시스템은 환자군 분류체계에 근거한 수가산정방식(classification system)과 서비스 행위에 따른 행위별 수가 산정방식(index system)으로 대별된다. 그러나 행위당 수가로만 이루어진 수가 산정방식은 없으며 환자군 분류방식에 보충적으로 포함된 방식으로 적용된다. 그 적용은 장기요양서비스체계 내에서 일상적으로 행하여지는 서비스는 아니지만 필요서비스이며 특정 직종의 인력에 의해 수행될 수 있는 업무에 주로 적용된다(경제협력개발기구 아시아 사회정책센터, 2007).

캐나다 퀘백주는 1999년 전통적인 필요예산기준 자원배분 방식에서 입소자의 기능 상태에 기반을 둔 새로운 자원 분류체계를 도입하였다. 소위, ISO-SMAF라고 명명되어진 분류체계는 WHO에서 장애분류를 위해 개발된 도구척도인 SMAF(Functional Autonomy Measurement System)를 변형하여 만들어진 것이다. ISO-SMAF 분류체계에서 중점적 기준으로 사용되는 장애기준은 ADL, 이동, 의사소통, 정신장애, IADL이며, IADL장애그룹, 이동제한 문제그룹, 정신장애그룹, 복합중증장애그룹의 4개 등급, 14개 하위그룹으로 나뉜다. 분류체계에서 중요한 기준이 되

는 것은 임상적인 유사성 보다는 기능적인 장애유사성에 보다 초점을 둔 분류체계로 우리나라에서 시행하고 있는 등급판정체계와 그 철학적 배경이 유사하다고 할 수 있다. 캐나다 판정체계 역시 서비스의 난이도를 고려하고 있다는 점이며 이를 통해 장기요양자원을 배분한다는 점이다(선우덕 외, 2008).

캐나다보건법 1984(Canada health act 1984)에 국가의 기본방침이 명시되어 있다. 법에 명시된 5가지 기본방침은 보편적인 보장, 포괄적인 서비스 보장, 재정적인 부담이 적은 타당한 접근성, 보장이동성, 보험계획의 공적 운용이 이에 해당한다.

4) 재원조달방식

캐나다는 각 주마다 별도의 장기요양보장제도를 지니고 있는데, 조세를 통해 장기요양서비스에 대한 재원을 마련하고 있다. 일부 주는 건강보험료와 같은 특별조세를 통해 보건의료에 대한 재원을 마련하고 있는 경우도 있다. 각 주의 장기요양서비스재원의 일부는 연방정부가 국고보조금(block grant)의 형태로 보건 및 교육재정과 함께 공유하도록 하면서 주를 지원하고 있다. 여기에서 재가서비스는 전 주민 대상의 보편적 서비스이지만, 시설서비스는 자산조사를 통해서 선정된 자에게 제공하고 있고, 주마다 수준은 차이가 있다(경제협력개발기구 아시아 사회정책센터, 2007). 일부 주(British Columbia, Saskatchewan, Manitoba and Ontario)는 매달 개인의 소득을 고려하여 시설보호에 대한 비용을 징수하고 있다. 태평양 연안 지역의 주는 개인의 소득을 고려하지 않고 일정한 비용을 징수하고 있다.

〈표 4-10〉 캐나다 공적장기요양보장체계

구분	내용
보험 보상범위 자격	- 각 주마다 설정해 놓음.
보상 프로그램	- 일반적인 방법(재가 보호)와 자산조사 결과에 따라 지급하는 복지수당(시설보호)
프로그램 이름	- 각 주마다 다름.
장기요양보험에 대한 재정 근원	- 일반세금을 통해 얻는 주 수입과 캐나다 연방정부가 각 주에게 주는 일부 지원금
장기요양보험 주 대상	- 모든 사람
혜택의 방법	- 현물지급 - 재가보호 - 시설보호
GDP 내에서 공공 장기요양보험에 사용하는 비율	- 1.2%

자료: OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011.

5) 장기요양보험 관련 인프라 정책

캐나다의 전문 케어인력으로는 대인케어워커(Personal Support Worker), 대인케어보조자(Personal Attendants), 그리고 사회케어워커(Worker of Basic Social Care)가 있는데 교육훈련시간은 아래표와 같다.

〈표 4-11〉 캐나다 장기요양 인프라 정책

직업훈련 프로그램	정부에서 보장하는 직업훈련 프로그램	직업훈련 프로그램	직업훈련 프로그램의 이수요구 단계	교육 내용 및 시간
Ontario: 대인케어워커	없음	PSW 훈련 프로그램	지역	8개월:384시간 이론교육 386시간 실습 고용 후에도 교육
대인케어보조자	없음	-	지역	PSW 프로그램과 비슷하지만, 기간은 더 짧음
사회케어워커	있음	-	정부	기본 교육+ 150시간 전문 교육 매년 마다 24시간 이상의 보수교육

자료: OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011.

〈표 4-12〉 캐나다 장기요양제도 근로자 급여

(단위: 시간당)

구분		급여
근로자	재가보호	CAD 16.1(EUR 11.8)
	시설보호(LTC worker)	CAD 12.7(EUR 9.3)
재가방문서비스	간호사	CAD 24.4(EUR 17.9)

자료: OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011.

케어종사자들은 임금과 복지 측면에서 열악한 대우를 받고 있다는 것이 보고되면서 각국들이 이 부분을 고민하고 있다. 일본의 경우에는 노동법을 강화시키면서 케어종사자의 처우개선에 주력하고 있다. 그러나 미국과 캐나다와 같은 경우는 연방정부구조로 되어 있기 때문에 연방정부의 정책이 케어종사자들의 고용과 유지에 영향을 주고있다. 따라서 근로환경개선 측면에서 한계를 가지고 있다. 또한 사법권에서는 고용주들을 강요하여 근로환경의 개선강요 등, 특별 조치를 권고할 수 있는 권한을 가지고 있지 않다.

케어종사자가 부족함으로 인해 자국 출신이 아닌 외국인 케어종사자들이 증가하고 있다. 외국인 케어종사자가 증가하는 것만큼 이들의 역할이 점점 중요해지는 추세이다. 많은 나라들이 현재 시행하고 있는 이주민정책에서 케어종사자를 대상으로 하는 정책을 실시하고 있는데, 특히 캐나다는 이민자들을 케어종사자로 투입하기 위한 특별 이민프로그램을 가지고 있다.

캐나다의 LCP 프로그램(The Canadian Live-In Caregiver Programme)은 장기요양시설에 거주하면서 상근시간(full-time)에 케어서비스를 제공해주는 입주식 케어 전문직으로(live-in carers) 2년 동안 근무하면 캐나다 영주권을 얻게 해주는 제도가 있다. 이 프로그램은 고용주가 주도가 되어 일자리를 제공해야 하고, 또한 같은 고용주 하에서 2년 동안 근무해야 한다. 이 조건이 반드시 필요한 것은 아니지만, 영주권 발행의 권한이 고용주가 아니라 비자발급기관에 있기 때문에 이 조건을 고려해야 한다.

LCP 프로그램에 지원하기 위해서는 몇 가지 조건을 충족해야 하는데, 캐나다 12학년 수준과 동등한 교육수준을 가져야 하고, 6개월의 수발(caregiving) 훈련 또는 경험이 있어야 한다. 또한 관리자가 없는 하에서 영어나 프랑스어가 능통해야한다는 조건도 충족시켜야 한다. 캐나다로 이주한지 3년 이내에 입주식 케어전문직 업무를 2년 동안 충족했다면 영주권을 신청할 수 있다. 영주권 신청 전에 의료, 형사, 안보 사항에 대해 조사를 받아야 한다. 배우자 및 자녀를 포함하여 영주권을 받을 수 있으며, 영주권 획득 후에는 직업유형의 제한이 없이 어떤 직업도 가질 수 있다.

2008년에는 약 13,000명의 외국인들이 LCP 프로그램을 통해 영주권을 얻기 위해 캐나다로 입국하였다. 이주민 대부분이 개발도상국에서 온 여성이었으며, 그 중 필리핀 국적이 약 83%로 대부분을 차지하고 있다.

LCP프로그램은 개선되고 있고, 2011년에는 고용주에 대해 철저한 관리 감독을 강화하고 있다. 또한 2010년 영주권 취득조건이 다소 완화되었는데, 예를 들어 초과근무를 할 경우 영주권 신청이 더 빨라질 수 있고, 질병으로 인해 영주권 신청을 하지 못하는 경우, 영주권 신청 기간을 연장하는 등 제도가 개선되었다.

한편, 현재 캐나다에서는 6만명의 이주민들이 불법으로 체류 중이고, 이 불법 이민자들의 대부분은 난민이다. 이 불법 이민자들이 불법으로 케어종사자로 일하고 있는데, 이러한 현상이 사회시스템 등의 기반을 저해하고 있다고 한다.

6) 관할 기관과 평가 기관

장기요양보험에 관한 인증, 관리 및 평가는 캐나다 주정부와 지방정부 관할업무이다. 각 주에서 지정한 장기요양시설의 기준이 있고 반드시 그것을 준수해야 한다. 각 주가 제안하는 기준 뿐만 아니라 캐나다 보건서비스인증위원회(Canadian Council on Health Service Accreditation)의 기준도 충족해야 한다. 입소생활시설에 대해 각 국마다 관리 체계가 다른데, 주로 인증(Accreditation), 등록(registration) 또는 자격증명(certification)으로 실시한다.

캐나다는 입소생활시설에 대해 인증관리를 하고 있다. 요양시설 인증 평가의 주체는 캐나다인증원(Accreditation Canada)이다. 이 기관의 기준은 안전, 장기요양보험서비스의 접근성, 종사자 실태, 의료정보 시스템의 유지 그리고 삶의 질, 총 5가지를 충족시켜야 인증을 해준다. 인증을 위한 평가 후에 인증(credited)과 불인증(not accredited)으로 나누어지는데, 인증을 다시 보상부여가 가능한 인증(credited with com-

mentation)과 기준을 모범적으로 충족하는 인증(accredited with exemplary standing)으로 구분하여 기관의 장이나 관리자에게 결과가 통보된다.

〈표 4-13〉 캐나다 입소생활 시설 인증

구분	내용
인증대상자	각 주별로 다르지만 일반적으로 기관의 장
인증평가기관	각 주별로 다르며, 캐나다 보건 서비스 인증 위원회와 함께 인증을 받는다.
기준	-
의무/전제조건	예/아니오
인증평가의 주체	캐나다인증원(Accreditation Canada)

자료: OECD, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.

장기요양보호의 효율성과 안전에 대한 질 지표는 국가적인 단계 수준에서 조사되어 보고된다. 이러한 보고에는 표준화된 평가결과를 이용하는데, RAI(the Resident Assessment Instrument) 평가기준으로 장기요양보험 수급자의 필요를 측정하고 장기요양보험서비스의 질 지표를 일반화한다.

캐나다 온타리오주에서는 InterRAI(the International Resident Assessment Instrument)를 이용하여 돌봄의 필요정도와 돌봄 지지의 목표를 평가한다. InterRAI는 서로 다른 돌봄체계에 맞게 다양한 평가도구를 가지고 있는데 시설보호(RAI-LTCF), 재가보호(RAI-HC), 완화치료(RAI-PC) 그리고 정신보건(RAI-MH)이 그것이다. 모든 InterRAI 도구는 신체적 상태, 운동, 인지능력, 통증, 통합진료 등의 핵심 평가항목을 가지고 있고, 이 항목은 모든 돌봄체계에 일관성 있게 적용된다. 각 돌봄체계의 평가항목은 훈련 및 참조 기록을 가지고 있다. InterRAI를 이용함

으로 인해서 치료의 연속성과 의료정보체계의 통합을 유지할 수 있다. 또한 이 평가도구를 이용함으로써 질 관리 및 돌봄의 결과를 통합하여 상호보완적인 역할을 유지할 수 있는 기능도 가능하다.

캐나다 온타리오주에서 장기요양보험을 포함한 건강보건의 질에 대한 질 관리를 평가한다. 2011년 최근 보고서에는 9가지의 지표로 건강보건과 장기요양보험을 평가했는데 대표적인 지표로는 접근성(accessibility), 효과성(effectiveness), 안전성(safety), 자원 타당성(resource appropriateness)이 있다. 접근성은 요양원에 입소하기까지 대기하는 시간과 처음 선택한 요양원에 정착하는 비율을 고려한다. 효과성은 장기요양시설에 입소한 대상자들 중에 방광기능 감소비율 등과 같이 여러 건강지표 등을 조사하여 평가한다. 안전성은 장기요양시설 입소자들 중에 약물오용 횟수, 정확한 근거 없이 항정신병약 같은 약물을 복용하기 시작한 입소자들의 비율 등으로 측정한다. 마지막으로 자원 타당성은 보건과 장기요양보험으로 지출된 비용이 전체 GDP에서 얼마를 차지하는지 그 비율로 조사된다.

장기요양보험의 효과성(effectiveness)과 보험 수급자들의 안전을 위해 의학적 관점의 지표를 몇 가지 지정해 놓았는데, 욕창 발생, 욕창발생 악화비율, 우울지수, 행동증상의 악화/완화 비율, 섬망증상 발생비율, 일상생활활동기능의 악화/완화/유지 비율, 방광기능 및 요실금 악화/완화 비율, 경관유동비율, 인지능력 저하비율, 의사소통능력 저하비율, 통증 악화비율, 진단없이 항정신병약 복용비율, 감염비율, 호흡기질환비율 등이다.

평가결과, 낮은 질을 가지고 있고 기준을 준수하지 못하는 요양입소시설에 대해서는 정부와 각 관리자가 그 시설의 질을 높이기 위해 여러 지원을 해준다. 예를 들어, 시설관리자에게 개선될 만한 사항에 대한 정보

를 제공하고, 상담 및 재정관리체계를 설정해 준다. 또한, 벌금이나 일시적인 신규 입소자 수용금지, 자격 일시박탈, 임시 시설 운영 정지 등의 처벌도 시행한다. 특히 캐나다 온타리오주는 정기적으로 비준수 시설을 방문하여 개선사항을 점검한다.

캐나다 건강정보원(Canadian Institute for Health Information, CIHI)은 CCRS(Continuing Care Reporting System)를 만들어 지역적, 의학적, 기능적 상태 뿐만 아니라 각 개인에게 의료서비스에 대한 정보 등을 조사해서 관리하고 있다. CCRS에 대한 의학적 자료 기준은 interRAI에 의해 평가되어진 자료들로 만들어졌다. 또한 CCRS에 정보를 제공하는 기관들은 인구정보, 서비스 및 결과, 질 지표 등을 공개하고 있다. 조사된 자료는 캐나다 국민들이 접근할 수 있도록 수집된 정보를 제공한다.

2. 캐나다 온타리오주의 장기요양시설 질 평가관리 체계

가. 장기요양시설 서비스 질 조사 프로그램(the Long-Term Care Homes Quality Inspection Program : LQIP) 개요

장기요양시설 서비스 질조사프로그램(the Long Term Care Homes Quality Inspection Program; LQIP)은 신장기요양시설법(the New Long-Term Care Homes Act; LTCHA)과 규정에 근거를 두고 있다. 장기요양시설 서비스 질조사프로그램은 상세하게 표준화 되어있고, 규범적으로 수행되는 검열시스템이다. 입소자를 최우선으로 여기며, 위법사항에 위험정도를 정하여 개선할 것을 명령(order system)하는 시스템이다. 이 프로그램으로 입소자의 안전, 안정감, 가족과 같은 환경제공을 통

해 모든 입소자에게 높은 삶의 질을 추구하고자 한다. 또한 입소자로 하여금 질 향상을 위한 절차에 참여하도록 하고, 조사결과는 공개된다.

장기요양시설 서비스 질 조사프로그램은 적어도 1년에 한번 모든 시설에 대하여 입소자의 불만사항과 고려사항, 결정적 사건을 계속적으로 조사한다. 캐나다 온타리오주에는 630개의 시설, 76,000명의 입소자를 보호하고, 그들의 권리, 안전, 삶의 질을 보호해 주고, 장기요양시설이 법과 규정을 준수하도록 하기 위한 제도이다. 예고 없는 불시조사와 의무적 조사방식이며, 정부의 조사활동이 투명성을 보장하도록 노력하고 있다. ‘보건·장기요양부(The Ministry of Health and Long Term Care; MOHLTC)’가 조사를 수행한다. 조사 보고서는 각 장기요양시설에 공개하게 되고, 입소자와 가족 위원회에 제공된다. 정부부서 웹사이트에도 발표한다(참고 웹사이트: <http://publicreporting.ltchomes.net/en-ca/default.aspx>).

장기요양시설 서비스 질조사프로그램의 특징은 먼저 시설 입소자와 가족, 그리고 직원과 구조화된 인터뷰를 실시하고, 시설에서 이루어지는 케어방법들을 직접 관찰한다. 그리고 자격이 부여된 조사원들을 팀으로 배정하여 조사의 연속성을 유지하도록 한다. 조사프로토콜을 사용하여 장기요양시설법(Long-Term Care Home Act, 2007)에 부합하는지 여부를 판단한다. 이러한 조사과정에서 투명성을 유지해야 하며, 법에 부합하지 않은 사항은 사후조사를 실시한다. 법에 부합하지 않은 사항의 수준의 정도는 4단계로 구분하며, 그 범위수준은 <표 4-15>와 같이 3단계 수준으로 구분하여 그 확산정도를 평가한다.

〈표 4-14〉 법 위반의 심각성 수준

위반의 정도 수준	정의
수준 1 최소한의 손상	잠재적으로 시설 입소자에게 극소의 손상을 줄 수 있음.
수준 2 최소한의 손상이나 실제 해를 끼칠 잠재성	잠재적으로 시설 입소자에게 최소한의 불편이나 입소자의 최상의 기능상태유지 능력에 부정적 영향을 끼칠 수 있음.
수준 3 실제 손상	실제로 입소자의 최상의 기능유지 기능에 부정적 결과가 나타남.
수준 4 직접적 위험성	시설 입소자에게 심각한 부상, 위해, 손상, 혹은 사망 등의 직접적인 위험을 가함.

〈표 4-15〉 위법의 범위수준(Levels of Scope of Non Compliance)

범위	정의
수준 1 소수 (isolation)	한명 혹은 이하의 시설입소자나 직원을 포함하고, 한시적이거나 아주 제한된 장소나 유니트에서 발생한 것. 시설 조사대상의 5% 이하에서 발견됨.
수준 2 보통 (pattern)	약간의 입소자와 직원이 포함되고, 여러 장소에서 발생한 경우. 같은 입소자가 계속되는 같은 위법행위에 노출됨. 5% 이상 33% 미만의 조사대상에서 발생함.
수준 3 다수 (widespread)	위법과 관련된 문제들이 장기요양시설 전반에 퍼져있어서 시설의 기능을 방해하거나, 조사된 많은 수의 입소자들에게 잠재적 영향을 끼치는 정도. 요양시설 전체 입소자에게 위법행위에 노출되어 있음(예. 감염병의 만연).

LQIP의 구성요소는 2단계의 조사절차(의무사항, 권고 사항), 33개의 조사 프로토콜, 조사 도구로 구성되어 있으며, LTCHA와 그 규범의 필수 사항, 그 중에서 위기관리, 질적 케어수준, 입소자의 삶의 질에 초점을 두고 있다. LQIP의 장점으로는 입소자 중심의 절차를 거친다는 점이다. 구체적으로 조사시 첫 번째로 입소자위원회를 통하여 입소자와 인터뷰하고, 입소자 가족 및 직원과 인터뷰하고, 관찰하며, 입소자 관련 건강기록지를 검토한다. 또한 조사원은 기관의 위법사항 여부를 조사한다.

MOHLTC의 관리자는 결과에 따라 기관에 신속한 개선 조치를 취하도록 요구할 수 있으며, 위법성이 클 경우 기관에 제재를 가하기도 하며, 가장 심한 경우 시설허가를 취소할 수 있다.

나. 장기요양시설법(The Long-Term Care Homes Act)의 특징

1) 신규장기요양시설법 특징과 장기요양 기관의 질에 있어서의 의의

신규장기요양시설법은 입소자의 권리를 보호할 법적 권위를 지니며, 장기요양시설로 하여금 입소자중심의 케어를 실시하도록 하여 입소자의 안전을 도모하고 가정과 같은 환경을 만들도록 한다. 이 법은 각 기관이 준수하여야 할 법률, 공공기관에 의한 시설조사(inspection)와 강제조치 시스템(enforcement system)에 기반을 두고 있는데, 요약하면 다음과 같다.

- 개정 장기요양시설법은 2010년 7월 1일에 시행된다.
- 이 법과 시행령은 시설에서의 삶의 질을 높이는데 목적이 있고, 삶의 질이 어떠하였는지에 대한 결과에 그 초점을 둔다.
- 온타리오주의 모든 장기요양시설들은 반드시 장기요양시설 서비스 질조사 절차(Long Term Care Homes Quality Inspection Process ; LQIP)에 따라 매년 조사를 받게 된다.

2) 신규장기요양시설법(The New LTCHA)의 중점사항

신법에서 강조하고 있는 내용을 요약하면 다음과 같다.

- 입소자의 권리장전(Resident's Bill of Rights)

- 장기요양시설은 반드시 다학제적 프로그램을 발전시키고 시행하여야 하는데, 이는 낙상예방, 피부와 상처간호, 실금과 장관리 프로그램, 통증, 그리고 영양과 수분섭취 등이 포함된다.
- 대응조치(Responsive Behaviors): 각 시설은 반드시 입소자의 욕구를 확인하고 충족시켜야 하는데 이는 다음의 방법으로 수행된다.
 - 서류평가: 심사(screening)와 평가(assessment), 권고 사항의 확인
 - 서면평가 목표: 입소자의 특정 행위에 대한 조치나, 이를 최소화시키고 예방하는데 필요한 기술이나 증재
 - 입소자 관찰 및 내부보고
 - 외부전문가에게 위탁하는 프로토콜

다. 법 준수개혁(Compliance Transformation)

법 준수개혁의 주요 목적은 신규 장기요양시설법(The new Long-Term Care Homes Act, 2007) 규정과의 조합, 장기요양시설 입소자케어의 지속성, 그들의 존엄성과 권리존중, 입소자 안전과 최상의 케어에 대한 공적 보증 마련, 입소자 중심과 증거에 기반한 새로운 조사과정 마련, 양질의 케어 제공과 삶의 질 향상, 구조화된 정보수집 과정을 통한 객관성과 지속성 제고, 문서와 조사결과의 연계를 위한 사무자동화, 자원조사를 통한 위기관리 향상과 적절한 자원배치 등이다.

라. LQIP의 신규 조사시스템(The New Inspection System)

장기요양시설법(The Long-Term Care Homes Act, 2007)은 정부로부터 장기요양시설체계를 개혁하기 위하여 제정되었고, 이 법과 시행령

들은 2010년 7월 1일에 수행되었다. 새로운 포괄적 조사프로그램인 '장기요양시설 질조사프로그램(Long-Term Care Homes Quality Inspection Program)은 포괄적 입소자 질조사(Resident Quality Inspection ; RQI)에 기반을 두고 있다.

입소자 중심의 질 조사과정은 입소자 면접조사, 입소자 관련 문서회람, 입소자가족 면접조사를 포함한다. 조사결과 이후 조사원들이 어느 시설을 더 심층적으로 추가 조사할 것인가를 결정하는데, 추가조사는 RQI 2 단계에서 이루어진다. 새로운 조사모델은 장기요양시설의 질 내용을 여러 가지의 방법으로 검토하고 있다. 즉, 시설 입소자 실태와 그 케어에 대한 실적에 집중하고 있으며, 조사자는 계속적이고 구조화된 근거중심의 방법으로 접근한다. 객관적이고 예측할 수 있는 결과를 도출함으로써 문제를 해결하고, 지속적으로 발전하게 하며, 입소자와 가족의 관심에 따르기를 촉구하고 있다. RQI는 법을 위반한 세부증거들에 대한 논란이나 대립적 주장들을 줄이기 위해서도 필요하다. 조사자는 시설의 케어제공에 대한 실적을 확실하게 검토하고, 모니터링 하며 제공을 향상시키기 위하여 시설입소자의 수급경험과 직접적으로 관련된 많은 자료를 제시한다. 정부의 관계부처는 입소자의 위험요소들을 확실하게 명시하는데 집중한다.

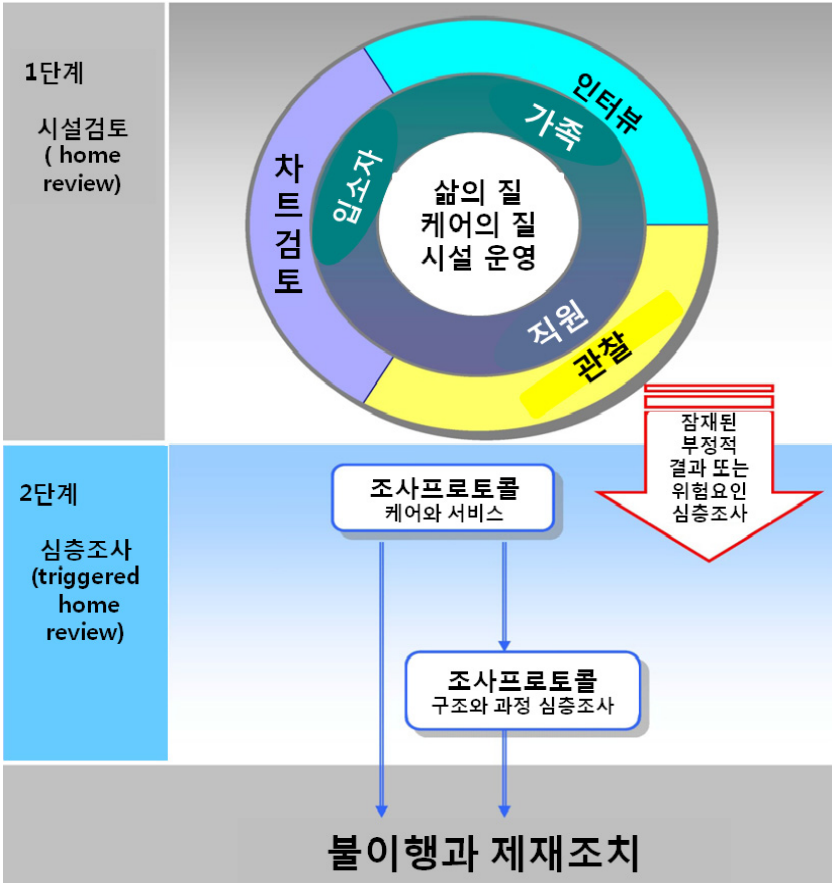
마. 조사 프로토콜 (Inspection Protocols: IP)

1) 시설입소자 품질조사(Resident Quality Inspection: RQI) 개요

시설거주자 품질조사방법은 아래 그림과 같이 두 단계인으로 나뉜다. 1 단계의 예비조사에서는 무작위로 선정된 40명의 시설 입소자를 관찰하여 기록하고, 면접조사를 실시하여 어느 시설이 2단계의 심층조사를 받을

것인지를 선별한다. 법 규정을 준수하고 있는 시설인지 여부가 1단계에서 결정되고, 2단계에서는 1단계의 결과를 바탕으로 선별된 시설을 대상으로 심층적으로 조사가 이루어지는데, 이는 장기요양시설법에 의거하고 있다. 아래 그림은 미국 QIS 방법론을 바탕으로 작성된 캐나다 온타리오 주의 시설입소자 품질조사(Resident Quality Inspection; RQI)체계를 2단계로 구분한 것이다.

[그림 4-7] 법 위반사항과 상벌사항(Sanction Options)



1단계에서는 종합적으로 조사를 하게 되는데, 입소자, 가족 그리고 직원에 대한 인터뷰, 그리고 입소자위원회와 가족위원회와의 인터뷰 및 조사를 실시한다. RAI-MDS의 자료피드백을 통하여 무작위로 선정된 입소자 표준표본을 조사한다. 핵심 필수사항에 대해서는 의무적으로 평가하고, 수집된 자료는 미리 정해놓은 하안선(pre-set thresholds)과 비교하면서 분류한다. 현장검증을 통하여 타당성이 검증된 역치(threshold)와 장기요양시설법을 적용하는데, 만일 법 위반의 정도가 기준역치를 초과하면, 입소시설과 그곳에서의 돌봄에 위험이 있다고 간주하여 2단계의 조사절차를 진행시킨다. 조사자들은 철저한 교육훈련을 받고, 신뢰성 있는 도구를 가지고 체계적으로 업무를 수행한다.

1단계 조사 시 입소자 학대관련 질문 예시: 가족이나 의사결정 대리자와 (Substitute Decision Maker ; SDM)의 인터뷰

- 당신은 어떠한 직원이라도 입소자에게 거칠게 대하고 소리 지르거나 혹은 입소자의 품위를 손상시키는 행동을 하는 것을 본 적이 있는가?
- 그렇다면 그것을 신고한 적이 있는가?
- 신고했을 때 시설의 직원이 즉각 그 상황을 조사하고 수정했는가?
- (학대예방관련) 각 기관은 '입소자 학대/방치 예방 및 방지(promote zero tolerance of abuse and neglect of resident)에 대한 제도나 절차를 개발하고 수행하고 있는가?

가족 스크리닝(Family Screening) 질문의 예시

- 당신의 친척/친구는 이 시설에 입소하기 전에 누구와 함께 살았나? 만일 이 입소자가 당신과 함께 살지 않았다면, 얼마나 자주 그/그녀를 만났는가?
- 당신은 입소자가 무엇을 선호하는지 알고 있는가? 그리고 매일의 생활에서 입소자가 무엇에 의지하는지, 그리고 자기가 선호하는 것을 선택할 수 있는지, 그 선호하는 것을 표현할 수 있는지 알고 있는가?
- 얼마나 자주 당신은 입소자를 방문하고 있는가? 언제 방문하는가? (시간이나 날짜, 일주일에 방문하는 횟수 등)

가족위원회 조사 프로토콜

- 이 프로토콜은 특별히 가족위원회 대표자들을 위하여 개발됨
- 질문사항은 장기요양시설법의 필수사항들을 반영한 것임
- 질문의 예시
 - 장기요양 시설에 가족위원회가 설립되어있는가?
 - 만일 가족위원회가 없다면, 입소자의 가족구성원이나 대리자는 시설에 위원회 설립을 요구하였는가?
 - 시설장은 입소자의 가족구성원이나 대리자가 위원회 설립 요구에 대하여 20일 이내에 가족 위원회 설립에 대해 지지하였는가?
 - 시설 내에서 입소자는 가족위원회 설립에 대하여 두려움 없이 자유롭게 의견을 제시할 수 있는가?
 - 가족위원회와 함께 일하도록 지정된 시설 내의 지지자가 있는가?
 - 지지자 업무 중에서, 가족위원회로부터의 지시사항을 받는 업무가 있는가?
 - 가족 구성원이나 입소자에게 중요한 사람들은 위원회의 구성원으로 참여할 권리가 있다는 것을 알고 있는가?
 - 시설장은 직원의 위원회 미팅이나 사업을 방해하지 않는가?

2단계 조사 시 학대관련 질문의 예시: 가족이나 의사결정 대리자와의 인터뷰

- 당신은 시설의 ‘입소자 학대/방치 예방 및 방지’에 관하여 들은 적이 있는가?
- 시설은 당신이 가족이나 친구를 학대나 방치하는 것을 염려하여 신속하게 처리하였는가?
- 시설은 당신에게 ‘입소자의 권리장전’에 관한 정보와 그 시설의 ‘입소자 학대/방치 예방 및 방지’에 관한 제도를 알려주었는가?
- 당신은 입소자 케어에 관한 계획을 개발하고, 입소자 자신이나 타인에게 위험을 가할 수 있는 잠재성 등 ‘입소자의 민감한 행동(responsive behaviors of the resident)’에 대한 반응과 관련한 목표설정에 참여한 적이 있는가?

2단계 조사 시 통증관련 인터뷰 예시: 입소자, 가족, 의사결정 대리자와의 인터뷰

- 당신은 통증관리 계획이나 그 목표설정에 참여하였는가?
- 만일 당신(입소자, 가족, 대리자)이 통증관리 계획이나 그 목표설정에 참여하였다면, 그러한 중재가 입소자 욕구나 입소자의 선호도 선택사항으로 반영하였는가?
- 당신은 통증케어 계획에 대해 의견을 제시하였는가?

2단계에서는 모든 세부사항을 조사한다. 이에는 1단계에서 했던 조사 내용 이외에 불만사항(complaint)이나 결정적 사건 그리고 사후조사 등을 모두 포함한다. 케어영역과 조사 프로토콜(Inspection Protocols; IPs)은 장기요양시설법 규정에 따른다. 조사자는 법 위반이 있는지 여부를 결정할 때 국제적으로 개발된 심사평가자용 품질 해결도구(Inspectors' Quality Solution; IQS)를 사용한다. 증거자료를 요약하고 세부 조사프로토콜(Inspection Protocol)을 완성하여 조사보고서를 작성하며, 이 보고서를 통하여 제재나 명령 등을 할 수 있도록 한다. <표 4-16>은 조사프

로토콜을 요약한 것이다.

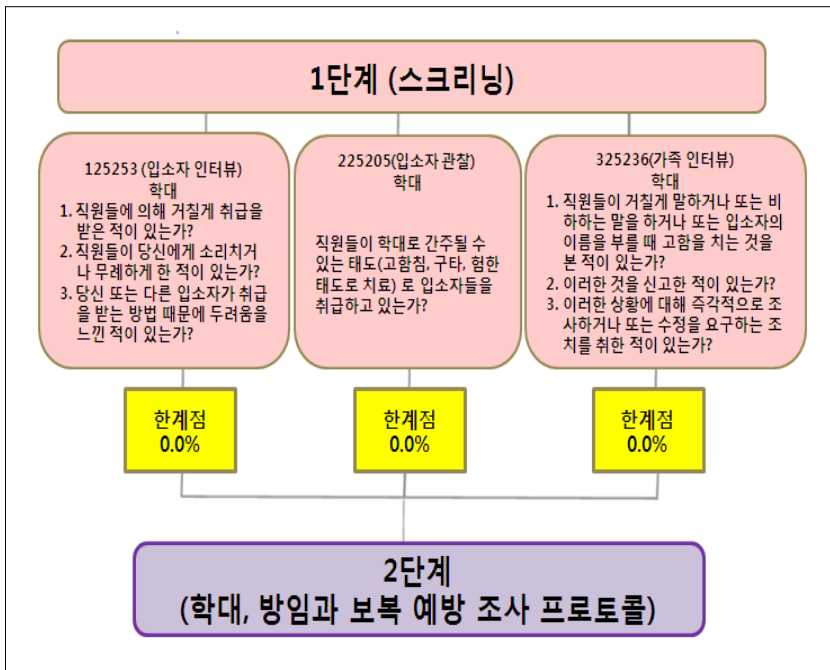
〈표 4-16〉 조사프로토콜 요약(Inspection Protocol Summary)

구분	내용
시설관련 의무사항	<ol style="list-style-type: none"> 1. 입소절차 2. 식사 관찰 3. 가족위원회 인터뷰 4. 감염예방과 통제 5. 투약 6. 품질향상 7. 시설입소자 부담액(charges) 8. 시설입소자 위원회 인터뷰
시설관련 유인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 편의시설 서비스: 객실관리 2. 편의시설 서비스: 세탁 3. 편의시설 서비스: 정비, 보수 4. 결정적 사고에 대한 반응 5. 음식의 질 6. 입원과 사망 7. 학대, 방치, 보복(retaliation) 예방 8. 보고와 불만사항 9. 안전이 확보된 시설 10. 간식 관찰 11. 충분한 직원 12. 훈련과 오리엔테이션 13. 신탁계정(trust account)
시설 입소자관련 유인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 요실금 케어와 장관리(bowel management) 2. 존엄, 선택, 프라이버시 3. 낙상예방 4. 제한(restraining)을 최소화 5. 영양과 수분공급 6. 통증 7. 개인 지지 서비스 8. 오락과 사교활동 9. 민감하게 반응하기 10. 피부와 상처케어

자료: Ministry of Health and Long-Term Care, Institute for Performance Improvement and Compliance Branch (2010). Developing an effective Complaint Mechanism for LTC Home in Ontario. Author. Retrieved July 25, 2013. from the Ministry of Health and Long-Term Care Web site:
<http://www.lco-cdo.org/ccel-presentations/3B%20-%20Karen%20Slater.pdf>

케어 및 삶의 질 지표(Quality of Care and Quality of Life Indicators; QCLIs)는 1단계 스크리닝과 MDS정보를 기초로 한 입소자 중심의 결과물이며 과정지표이다. 각 QCLI 지표들은 분류기준과 공통사항, 그리고 특이사항이 있는 지표들이다. 이 지표들 중에는 낙상예방, 실금케어 및 도뇨관리, 그리고 학대예방 등의 영역이 있으며, 아래 그림은 학대예방의 스크리닝 과정을 나타낸 것이다.

[그림 4-8] QCLIs: 학대, 방임과 보복의 예방



팀으로 구성된 조사원이 모든 기관을 매년 최소 한번이상 불시에 방문하여 장기요양시설법과 관련 시행령을 준수하는지를 조사한다. 모든 위법사항에 대해서는 해당시설에 개선할 것을 명령하는 등의 조치를 취하

게 되고, 조사원이나 관리자가 제재를 가하기도 한다. 조사는 2단계로 진행된다.

2) 조사프로토콜 (Inspection Protocols: IP)의 특징 및 항목

각 조사원은 조사 시 정해진 조사프로토콜을 활용하는데, 이는 조사원이 무엇을 어떻게 질문하고 관찰하는지를 안내하는 도구이다. 각 조사프로토콜에는 조사원이 정보를 수집하고 시설의 준법여부를 판단하게 한다. 조사프로토콜의 목적은 조사원들에게 정보나 자료수집에 있어 안내서가 되며, 시설의 위험요소를 체계적으로 검사하기 위한 것이다. 또한 장기요양시설법에 기초하여 위법사항에 대해 결정할 수 있도록 지원한다.

• 조사 프로토콜의 특징

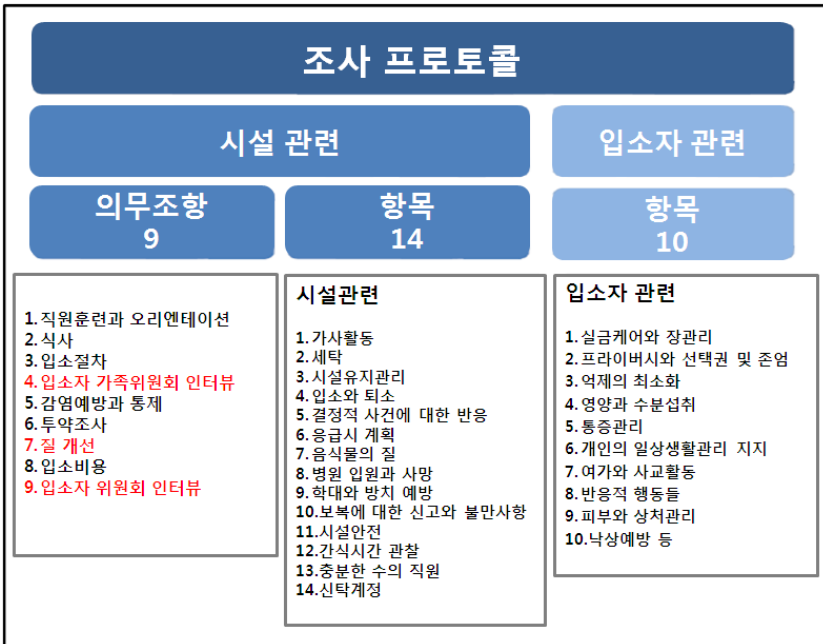
- 공통적이고 임상적으로 타당한 방법론 사용
- 장기요양시설이 입소자의 욕구를 만족시키는지와 입소자의 긍정적 결과를 얻고 있는지를 검사하는 간소화된 조사과정
- 입소자, 입소자 가족, 그리고 직원들과의 인터뷰를 통하여 긍정적 혹은 부정적 정보를 수집
- 입소시설의 위험성의 수준에 따라 시설이 법을 준수하도록 하여, 다음 추가조사(Follow up Inspection) 시행 시까지 정해진 시간을 지정해 줌

• 조사프로토콜의 33개의 항목

조사프로토콜은 33개의 항목으로 이루어지며, 이는 [그림 4-9]와 같이 크게 시설관련 항목과 입소자 관련 항목으로 나눌 수 있다. 세부적으

로 시설관련 항목은 1단계의 의무사항 9개와 2단계의 권고된 항목 14개로 나뉘고, 입소자 관련 항목에는 2단계의 권고된 항목 10개로 구성되어 있다.

[그림 4-9] 조사프로토콜 33 항목



자료: OANHSS. (2011). Quality and Compliance Monitoring under the New Long-Term Care Homes Act(LTCHA). Author. Retrieved from the OANHSS Web site: http://www.oanhss.org/oanhssdocs/MembersOnly/Full%20Members%20Only%20Pages/GovernmentAndMediaRelations/LTC%20Homes%20Act/Quality_Monitoring_Under_New_LTCHA.pdf

구체적으로 9개의 의무적 조사항목으로는 (1)직원훈련과 오리엔테이션, (2)식사, (3)입소절차, (4)입소자 가족위원회 인터뷰, (5)감염예방과 통제, (6)투약조사, (7)질 개선, (8)입소비용, (9)입소자위원회 인터뷰 등이 있다.

입소자 관련 10개의 조사 항목으로는 (1)실금케어와 장관리, (2)프라이버시와 선택권 및 존엄, (3)억제의 최소화, (4)영양과 수분섭취, (5)통증관리, (6)개인의 일상생활관리지지, (7)여가와 사교활동, (8)반응적 행동들(responsive behaviours), (9)피부와 상처, (10)낙상예방 등이 있다.

시설관련 14개의 조사 항목으로는 (1)가사활동, (2)세탁, (3)시설유지관리, (4)입소와 퇴소, (5)결정적 사건에 대한 반응(critical incident response), (6)응급시 계획, (7)음식물의 질, (8)병원 입원과 사망, (9)학대와 방치 예방, (10)보복에 대한 보고와 불만사항, (11)시설안전, (12)간식시간 관찰, (13)충분한 수의 직원, (14)신탁계정(trust accounts) 등이 있다.

- 사고처리조사프로토콜(Critical Incident Response Inspection Protocol)

입소자와 직원 혹은 기관 자체의 건강과 안전, 보안 등을 위협하거나 위험요소가 있다는 결과에 따라서 보건장기요양부의 감독관에게 보고를 하게 된다. 응급상황, 예견되지 못한 사망, 입소자 실종, 부상으로 병원이송, 질병의 만연과 식수의 오염, 위험한 환경, 규제약물 실종, 투약오류로 입소자 병원이송 등이 있다.

- 조사의 2단계

1단계 팀별 조사는 의무사항으로 매년 이루어지며, 입소자 표본조사와 시설조사로 나뉜다. 입소자선정은 MDS의 자료피드백으로부터 입소자의 표준 표본을 확률적으로 선정한다. 예비조사로 추출된 입소자 표본 40명과 입소자 가족 3명, 그리고 직원과 인터뷰를 하고, 입소자 관찰 및 인터뷰, 입소자 가족과 시설 직원과의 인터뷰, 임상기록지를 검토한다. 의무

적인 입소시설 조사항목에는 직원훈련과 오리엔테이션, 식사 관찰, 입소 절차, 가족 위원회와 인터뷰, 감염예방 및 통제, 투약, 질 향상, 입소자의 케어비용, 입소자위원회와의 인터뷰 등이 있다.

수집된 자료는 핵심 필수사항에 대하여 의무적 심사가 이루어지는데, 이때 자료는 내용에 따라 분류되고 미리 설정된 기준역치(thresholds)와 비교하고, 장기요양시설법에 부합하는지를 검토한다. 만일 역치에 미치지 못했을 경우 입소시설의 최소기준에 적합하지 못하고, 위험요인이 있다고 간주하여 2단계 조사로 전환된다.

[그림 4-10] 30항목의 조사 프로토콜

1단계-의무사항		2단계-심층조사	
의무적 표본 검토	의무적 시설 관련 조사 프로토콜	입소자 케어 관련 조사 프로토콜	시설 관련 조사 프로토콜
1. 입소자 관찰	1. 직원훈련 및 오리엔테이션	1. 낙상	1. 가사활동
2. 입소자 인터뷰	2. 식사	2. 역제의 최소화	2. 세탁
3. 가족 인터뷰 (입소자 관찰 또는 인터뷰 불가능시 진행)	3. 입소절차	3. 영양과 수분섭취	3. 시설유지관리
4. 직원 인터뷰	4. 입소자 가족위원회 인터뷰	4. 통증관리	4. 결정적 사건에 대한 반응
5. 치료 보고 검토	5. 감염예방과 통제	5. 개인의 일상생활 관리 지지	5. 음식의 질
	6. 투약조사	6. 여가와 사교활동	6. 병원입원과 사망
	7. 질 개선	7. 반응적 행동들	7. 보고와 불만사항
	8. 입소비용	8. 피부와 상처 관리	8. 시설안전
	9. 입소자 위원회 인터뷰	9. 실금케어와 장관리	9. 간식시간 관찰
		10. 프라이버시와 선택권 및 존엄	10. 충분한 수의 직원
			11. 신탁계정

자료: County of SIMCOE homepage (2012). MOHLTC Compliance Transformation. Author. Retrieved July 25, 2013, from the County of SIMCOE Web site: <http://www.simcoe.ca/search/index.htm?ssUserText=MOHLTC+Compliance+Transformation>

구체적으로 1단계의 경우, 각 조사는 보통 1.5일에서 2일이 걸리며, 40명의 입소자를 인터뷰하고, 136개의 질문을 하여 '예/아니오'로 답하도록 한다. 조사원은 입소자와 가족 그리고 직원과 인터뷰를 하며, 입소자와 식사서비스, 청결, 건물유지 등의 환경을 관찰한다. 조사 프로토콜은 두 단계를 거치게 되는데 1단계에서는 회계감사, 관찰, 입소자, 입소자의 가족, 직원과의 인터뷰에서의 질문에 대한 반응 등의 조합으로 이루어진 조사를 결과로 평가한다. 1단계의 수집된 정보는 전자파일에 기록하며, 위법성 여부는 역치(Threshold)를 기준으로 판단한다. 만약 역치에 도달하지 못했을 경우 2단계로 넘어가게 되는데, 이때 보건장기요양부 컴퓨터프로그램이 위법성 여부를 판단하여 2단계의 조사를 거쳐야 할 시설을 선정한다.

2단계에서는 1단계에서 기준범위(threshold)에 미치지 못하여 위법으로 판단된 사항에 대해 중점적으로 조사하게 된다. 최소 3명의 입소자를 다시 평가하여 위법가능성을 가려낸다. 2단계 조사의 종류로는 연례적 조사(Annual Inspection), 불만조사(Complaint Inspection), 사고조사(Critical Incident Inspection), 그리고 추가조사(Follow up Inspection) 등이 있다.

조사원은 시설이 수행한 내용에 불충분한 점이 있는지와 법을 위반했는지를 결정한다. 조사원은 내부적으로 개발된 자동화 도구를 사용하여 세부 조사프로토콜을 완성하고, 증거자료를 요약하여 조사보고서를 작성한다. 이 보고서는 조사원이 각종 명령과 제재들을 할 수 있는 기초자료가 된다.

바. 미충족범위(Unmet Standards/Criteria)

법에 충족되지 않는다고 하는 기준들은 보건장기요양부(Ministry of

Health and Long-Term Care; MOHLTC)의 조사에 의해서 결정된다. 그 기준들은 정책 필요조건들로서 장기요양시설의 시설장이 반드시 지켜야 할 것이다. 총 37개의 기준과 426개의 세부조항으로 이루어져 있다. 이러한 기준요건들은 장기요양시설프로그램 운영매뉴얼(the Long-Term Care Homes Program Manual)에서 18개 대분류 안에서 세부내용을 제시하고 있다. 각 항목은 하나 이상의 기준을 포함하고 있고, 이는 요양시설에서 반드시 지켜야 할 사항이다.

보건장기요양부 조사원이 장기요양시설에서 미충족된 기준을 발견하면, 미충족 기준이나 특별항목의 내용들을 제시한다. 만일 어떤 장기요양시설이 그러한 미충족 항목에 대해 문제가 발견되면, 시설장은 반드시 개선조치계획서(Plan of Corrective Action)를 보건장기요양부에 제출하여 승인받아야 한다. 그 계획서가 승인되면, 그 요양시설은 특정기간 내에 충족되도록 요구된 사항을 실행해야 한다.

사안에 따라서, 보건장기요양부는 사후조사를 실시하여 그 계획안이 잘 실시되고 있는지를 평가하고, 미충족 기준들을 수정하도록 한다. 만일 그 '시정사항'이 기간 내에 해결되지 않았을 경우, 보건장기요양부의 조사원은 요양시설을 사후조사 할 때 주시한다. 대부분 장기요양시설 장은 그 계획서를 잘 수행하며, 초기 시정사항을 해결한다. 조사결과 보고서(Inspection Report)의 사본은 감독관(oversight body) 대표자에게 보내고, 보고서 요약본이 입소자위원회에 제공된다. 장기요양시설법과 시행령 하에 모든 위법사항을 조사하여 조사원이나 감독자가 그 위험도에 기초하여 명령이나 제재조치를 취할 수 있다. 조사결과 보고서는 보건장기요양부 홈페이지에 공개한다.

조사보고서에 들어가는 내용으로는 일반적인 정보, 시설장과 시설의 주소, 조사 연월일, 조사자 번호, 조사의 종류, 시설명, 조사원 명을 포함

한다. 조사결과를 요약할 때 들어가는 내용으로는 조사의 종류와 목적, 인터뷰한 사람의 직위, 조사시 수행한 활동, 사용한 조사프로토콜, 위법성 발견과 그 내용, 위법성의 수와 각각의 위법성에 따른 조사원의 조치 사항, 수정된 위법성 등이다.

사. 조사결과 위법성에 대한 조치

조사결과 위법성이 발견되면 조사원은 평가(Judgment Matrix)도구를 사용하여 가장 적절한 조치를 취하도록 한다. 이 도구를 통해 결정할 때에는 위법성의 심각성과 범위를 기술하고, 시설의 과거 위법성 경력을 기본으로 하여 판단하도록 한다. 명령조치에는 5개 유형이 있는데, 그중 2개는 조사원이나 감독자 모두가 내릴 수 있고, 3개는 오직 감독자만이 내릴 수 있다.

만일 시설이 명령에 동의하지 않을 경우, 감독자에게 조사받은 날로부터 28일 안에 서면으로 신청한다. 만일 여전히 시설이 감독자의 결정에 동의하지 않을 경우 보건서비스탄원검토위원회(Health Service Appeal and Review Board-HSARB)에 항소할 수 있고, HSARB의 결정에 동의하지 않을 경우 지방법원에 항소할 수 있다.

조사원들은 시설의 위법성을 조사하여 명령이나 조치를 취하기 위하여 제공된 평가표(Judgment Matrix)를 활용하는데, 위법의 심각성이나 범위, 그리고 시설의 법 준수 내역을 기준으로 판단을 하게 된다. 조사원의 시설평가에 있어서, 위법성 수준 4단계와 그 범위 3단계로 짜여진 평가표 안에서 해당 시설에 어떠한 조치를 취할 것인지를 판단한다. 예를 들어 위법성 수준이 1단계인 ‘최소한의 피해(Minimal harm)’ 이었고, 그 범위가 1단계인 ‘소수(Isolated)’ 였다면, 조사원 수준에서 ‘서면통지(Written

Notification)'이나 '자발적 수정계획(Voluntary Plan of Correction)' 혹은 '책임자 교체(Director Referral)'와 같은 명령으로 자발적으로 법을 준수하도록 한다. 만일 위법성 수준 4단계인 '즉각적 위험(Immediate Jeopardy)'과 그 범위가 3단계인 '다수(Widespread)'라면, 조사원 수준에서 할 수 있는 모든 조치인 '서면통지'와 '자발적 수정계획', '명령준수(Compliance Order)' 그리고 '책임자 교체'의 모든 명령을 할 수 있고, 또한 책임자 선에서 '직무활동명령(Work and Activity Order)', '재정적 제재(Financial Sanction)', '의무적 관리 명령(Mandatory Management Order)', '자격취소(Revocation of License)', 그리고 '중간관리자(Interim Manager)' 등의 모든 명령을 내릴 수 있다.

〈표 4-17〉 명령조치의 유형과 내용

구분	내용	판단자
명령준수(CO)	시설장 명령 (a) 규정준수를 위한 어떠한 활동을 하거나/삼가 하거나 (b) 규정준수를 위한 준비, 제출, 시행계획	조사원 또는 감독자
직무활동명령(WAO)	시설장 명령 (a) 규정준수를 명령한 판단자의 의견에 따라 LTCH에서 필요한 활동을 수행하기 위해 정부 조직 하의 직원 또는 회사/계약자의 참여 허락 (b) 직무/활동의 타당한 비용 지불	조사원 또는 감독자
재정적 제재(FS)	자금환수 또는 지불금지 명령	감독자
의무적 관리 명령(MMO)	시설장 명령 LTCH 관리직 1명 이상 유지	감독자
자격취소(RL)	자격취소명령	감독자

자료: OANHSS. (2011). Quality and Compliance Monitoring under the New Long-Term Care Homes Act(LTCHA). Author. Retrieved from the OANHSS Web site: http://www.oanhss.org/oanhsdocs/MembersOnly/Full%20Members%20Only%20Pages/GovernmentAndMediaRelations/LTC%20Homes%20Act/Quality_Monitoring_Under_New_LTCHA.pdf

아. 기관평가 결과와 그에 따른 법적조치

1) 조사(Inspections)

장기요양시설은 보건장기요양부 조사원들로부터 매년 조사를 받는다. 일반적으로 조사하기 이전에 미리 시설에 예고하지 않는다. 그러나 예외로 아직 개업하지 않았거나, 폐쇄계획과 관련된 위법성을 확인한 경우, 혹은 자발적으로 조사를 요청한 시설에 대해서는 미리 예고를 한다. 조사원들은 일반적으로 시설에 방문하여, 들어갈 수 있는 법적 권한을 갖고 있다. 일단 조사 보고서가 준비되면 행정부는 반드시 보고서 사본이나 요약본을 입소자위원회와 가족위원회에 보고하여야 한다. 이는 매년 조사와 불만사항에 따른 모든 조사에 해당된다.

2) 시설의 위법성 결과에 따른 조치(Enforcement)

조사원들은 또한 그들이 찾아낸 결과들에 대한 집행권을 갖는다. 어느 한 분야에서 위법 결과가 나타나면, 조사원들은 아래 사항중 최소 1개 이상의 조치를 실행하여야 한다.

- 시설장(licensee)에게 서면통지를 한다.
- 시설장에게 위법 부분을 자발적으로 수행하여 개선하도록 서면계획서를 요청한다.
- 아래 사항을 요구하기 위한 업무요구서 혹은 순응요구서(compliance order)를 만든다.
 - 법적 요구사항에 대해 위법하지 말도록 하는 것
 - 위법사항 정정 계획서(a plan for achieving compliance)를 준비하고, 제출하여 실행하도록 하는 것

- 정부직원이나 시설직원 혹은 계약자들로 하여금 정부의 책임 하에 업무수행을 하게하여 장기요양 시설들이 법을 지키도록 한다.
- 업무나 활동에 대한 합리적인 보수를 지불한다.
- 시설장에게 서면통지를 하고 감독관에게 알린 후 활동을 하도록 한다.

3) 시설의 위법성에 대한 가능한 조치

시설에 지급된 지원금을 회수할 수 있고, 행정부는 지출된 자금 환수를 요구할 수 있고, 위법 사항에 대해서는 1일에 병상당 \$50을 넘지 않는 선에서 지출된 자금을 환수할 수 있다. 마지막으로 정부는 기관부담으로 관리회사를 두고 시설 관리를 맡길 수 있으며 시설인가를 취소할 수 있다.

4) 결과에 따른 조치를 취할 때의 고려사항

어떤 조치를 취하고 명령을 내려야 할지 결정할 때 조사원이나 조사당국의 관리자는 반드시 다음의 사항을 고려해야 한다.

- 위법의 심각성: 위법성으로 인하여 한사람 혹은 그 이상의 입소자에게 위협성이 있거나 피해를 가할 수 있는 정도의 심각성
- 위법성의 범위: 위법사항에 의해 발생된 피해의 위험이나 피해를 준 경우, 그리고 그 범위
- 시설장(licensee)의 위법 전과

이러한 요건들을 고려하여 시설의 허가를 취소할지 여부를 결정할 때 조사당국의 관리자는 그 외의 관련사항의 범규들을 고려해야 한다.

5) 시설이 조사결과에 불복하는 경우

시설은 조사원이 작성한 보고서를 조사당국 관리자에게 재검토를 요청할 수 있다. 조사당국의 관리자는 조사원의 결정을 확인하고 변경하거나 취소할 수 있으며 만일 요구서를 변경하거나 확정시키면 서면으로 이유를 작성하여 보고해야 한다.

자. 캐나다 온타리오주 장기요양서비스 질평가(public inspection) 결과조회 방법

캐나다 온타리오주 조사보고서는 보건장기요양부 홈페이지에서 검색이 가능하다. 이 검색사이트에서는 대략 한 달에 약250개의 명령(orders of the inspector)을 공개하고, 3,000건 이상의 결과보고서를 공개하고 있다. 보건장기요양부 홈페이지를 방문하면 온타리오 주의 장기요양시설 644개를 검색할 수 있다. 그 중 특정 장기요양시설을 선정하여 보면 그 시설의 특징은 물론 질평가 결과를 조회하고, 그 보고서를 인쇄해볼 수 있다.

3. 장기요양 시설 인증제(Accreditation)

가. 인증제의 개념과 필요성

인증제는 인정제(Certification)와는 다른 개념이다. 시설이 자발적으로 계속해서 질 향상을 위하여 노력하여야 하고, 이는 케어의 수준을 향상시키기 위하여 취해지고 있다. 인정제는 의료기관이 그들의 서비스 질을 향상시키도록 하는 가장 효과적인 방법 중에 하나이다. 인정프로그램

은 우수 기준에 부합하는지 여부에 대하여 시설운영실적을 평가한다. 기준들은 환자의 안전, 윤리, 직원훈련과 지역사회와의 연계 등을 모두 포함한 건강영역 전 분야를 포괄한다. 직원으로 하여금 업무의 질 향상에 시간과 자원을 투입하게 하며, 결과적으로 환자와 대상자에게 최선의 케어를 제공하도록 한다.

인증제는 입소자의 케어를 발전시키고 직원의 업무를 발전시키는데 촉매제의 역할을 한다. 장기요양 시설에 대한 인증프로그램은 장기요양 전문가에 의해 지지되고 있다. 인증제는 장기요양 시설에 대한 새로운 표준 지침이 되어야 한다고 제시하고 있으며, 과도기 단계에서 재정지원을 통해 질적 케어를 강조해야 한다고 주장한다. 대부분의 보건당국이 캐나다 인증원으로부터의 기준을 도입하여 지역의 기준을 향상시킬 것을 권고하지만, 브리티시 콜롬비아주의 경우, 인증제는 장기요양 시설의 의무사항이 아니다.

나. 인증절차

인증절차는 캐나다 인증원에 의하여 캐나다 전지역에서 수행된다. 이는 장기요양 서비스의 주요한 요소를 검사하는 엄격한 조사로 3년마다 실시한다. 인증기준은 해당 분야의 전문가에 의해 이루어지는데, 가장 중요한 것은, 타성에 젖지 않아야 한다는 점이다. 인증제는 모든 장기요양 시설에 있어서 동일하게 진행된다. 첫째로 허가기관은 정보를 수집하고, 자가 평가 절차를 거치며, 시설 현장에서 실시할 현장조사를 준비한다. 조사팀은 시설을 방문하여 국가 기준에 따르는지 여부를 조사하고, 해당 시설의 발전을 위한 장점이 무엇인지를 평가한다. 현장조사 시 조사원은 해당시설의 직원 및 시설장과 함께 전문적 지식을 공유하고 있다. 조사원

들의 보고서와 추천서는 팀 조사원의 검토를 거쳐 다음 조사수행 이전에 각 시설에 보낸다. 캐나다 인증원은 조사와 지지를 통하여 각 시설과 연락, 협의한다. 2008년에는 124개의 장기요양시설이 캐나다 인증원에 의하여 조사를 받았다.

다. 인증조사 결과

조사 후 시설은 인증여부를 판정받는데, 이에는 ‘불인증(Not Accredited)’, ‘인증(Accredited)’, ‘우수인증(Accredited with Commendation)’, 또는 ‘최우수 인증(Accredited with Exemplary Standing)’ 등의 4가지로 구분된다. 등급별로 상세한 설명은 아래의 <표 4-18>과 같다.

<표 4-18> 인증조사 결과별 의미

등급	설명
최우수 인증	시설이 가장 높은 수준의 수행을 이루었고, 인증프로그램의 필요조건을 탁월하게 충족하였음
우수인증	시설이 기본적인 필요조건을 상회하였음
인증	시설은 기본 조건을 충족시키는데 성공하였음
불인증	시설은 기본조건에 부합하기 위하여 더 발전을 하여야 함

자료: Accreditation Canada (2013). An accreditation program designed to meet your needs for the long-term. Accreditation Canada. Retrieved July 19, 2013, from the Accreditation Canada Web site: <http://www.accreditation.ca/about-us/>에서 재구성

장기요양시설은 인증증명서를 벽면에 부착하여야 하는데, 이는 해당 시설이 입소자를 안전하게 돌보며, 질적 서비스를 제공한다는 것을 보여 준다. 이는 그 시설이 캐나다인증원에 의하여 평가받았으며, 국가 기준에 부합하거나 그 기준보다 뛰어난다는 의미이며, 계속해서 질적 서비스를 위하여 노력하고 있다는 것을 의미한다.

4. 장기요양시설 인력 관리교육: 법적 의무사항

가. 직원과 자원봉사자 훈련 및 평가

장기요양시설의 모든 직원과 자원봉사자들은 범죄 전과 여부체크 등 (18세 이상인 자의 경우)의 심사를 거쳐야 한다. 시설 직원을 포함한 모든 직원들은 장기요양시설에서 종사하기 전 오리엔테이션을 반드시 받아야 한다. 단, 응급상황이나 예외적인 상황, 그리고 예상치 못한 상황이 발생했을 경우 오리엔테이션을 최대 1주일 연기할 수 있다. 필수 훈련을 면제 받는 자도 있는데, 이들은 다음과 같다.

- 장기요양시설에 준하는 시설(the home pursuant)에서 종사하는 자로 시설장(licensee)과 합의를 거쳐 계약된 자
- 장기요양 시설에 준하는 기관에서 종사하는 자로 시설장과 고용 기관 혹은 제 3의 단체 사이에서 합의를 거쳐 계약된 자
- 오직 필요시에만 시설을 정비 하거나 수선을 하는 자
- 시설 입소자들을 직접적으로 돌보지 않는 자

나. 직원 오리엔테이션

보수교육과 오리엔테이션 내용에 반드시 들어가야 할 내용은 다음과 같다.

- 입소자자의 권리장전(Bill of Rights)
- 장기요양시설의 강령(mission statement)
- 장기요양시설의 입소자 학대와 업무태만 무관용(zero tolerance) 제도
- 입소자의 학대, 방치(neglect), 혹은 돈의 횡령 등 의심되는 사항에

대하여 의무적으로 보고서를 작성해야 하는 업무(under section 24)

- 법 26항 내에서, 고발에 대한 보호를 받을 수 있음(in section 26)(*The protections afforded by the whistle-blowing provisions in section 26*)
- 입소자 구속(restraint)을 최소화 한다는 정책
- 화재예방과 안전
- 응급상황과 대피절차
- 감염예방과 통제
- 보건장기요양부의 정책이나 규제사항, 요양시설장에 관한 제도를 포함하여 개인의 의무사항과 관련된 장기요양 법률에 관한 모든 사항

다. 직원교육 및 보수교육

입소자를 직접 돌보는 직원들은 반드시 다음 사항에 대하여 교육 및 보수교육을 받아야 한다.

- 학대인지와 예방
- 치매노인 케어를 포함한 정신건강 관련 이슈들
- 행동관리
- 가능한 구속(restraint) 최소화와 법적 허용 범위 안에서의 구속
- 완화케어(palliative care)
- 법령 안에서 제공되는 그 외의 영역들
 - 낙상예방과 관리
 - 피부와 상처관리
 - 실금관리와 장관리
 - 일반적이거나 특이한 통증의 인식 등을 포함한 통증관리

- 물리적 기계로 입소자를 구속하는 직원, 혹은 구속된 입소자를 모니터링하는 직원에 대한 위험가능성 등의 내용의 구속 적용훈련
- 개인 보조서비스 장치를 적용시와 장치를 사용하고 있는 입소자 모니터링하는 직원에 대한 위험가능성 교육

라. 자원봉사자 오리엔테이션

자원봉사자들 또한 반드시 아래의 내용이 포함된 오리엔테이션을 받아야 한다.

- 입소자의 권리장전(Bill of Rights)
- 장기요양시설의 강령
- 입소자 학대와 방치의 무관용주의에 관한 정책
- 법령 제24조 하에서 의무적으로 보고할 의무
- 안전제일, 보편적 감염통제 관리
- 그밖에 그 법령 안에서 제시되는 사항들
 - 휠체어 안전, 사건 사고 및 입소자실종에 관한 보고 등을 포함한 입소자의 안전
 - 응급대피 절차
 - 입소자 인도
 - 식사시간 보조(만일 자원봉사자의 업무중 하나라면)
 - 입소자의 욕구를 충족시키기 위한 의사소통 기술
 - 입소자의 욕구에 적절히 대응하는 기술과 접근방식
- 법령 제26조 하에서 고발자 보호

5. 시사점

지금까지 국가에서 시행되고 있는 장기요양 서비스 질 관리 규제기능에 대한 세부 항목에 관하여 검토해 보았다. 캐나다는 규제기능을 수행하는 조사원들은 전문적인 교육과 훈련을 받고 국가기관에 등록하면 면허가 주어지며, 구조화된 기준에 따라 조사를 실시한다. 장기요양시설에서의 케어는 최소한의 기준을 따라야 하며, 국가는 법에서 정하는 절차에 따라 정기적으로 장기요양시설을 조사하여 법 기준에 미충족 요건에 대해서 제재를 가하는 등의 경고체계를 갖추고 있다.

캐나다에는 장기요양 전문가들의 단체가 있고, 입주자/환자의 케어에 대한 결과를 측정하며, 조사시 무작위로 조사자를 선정하고 불시에 조사를 실시한다. 또한 자료와 경험에 기반한 조사를 수행하고, 법을 위반하는 경우 재정적 제재를 한다. 그리고 전화나 인터넷을 통한 불만사항을 수집하는 규제체계도 갖추고 있다.

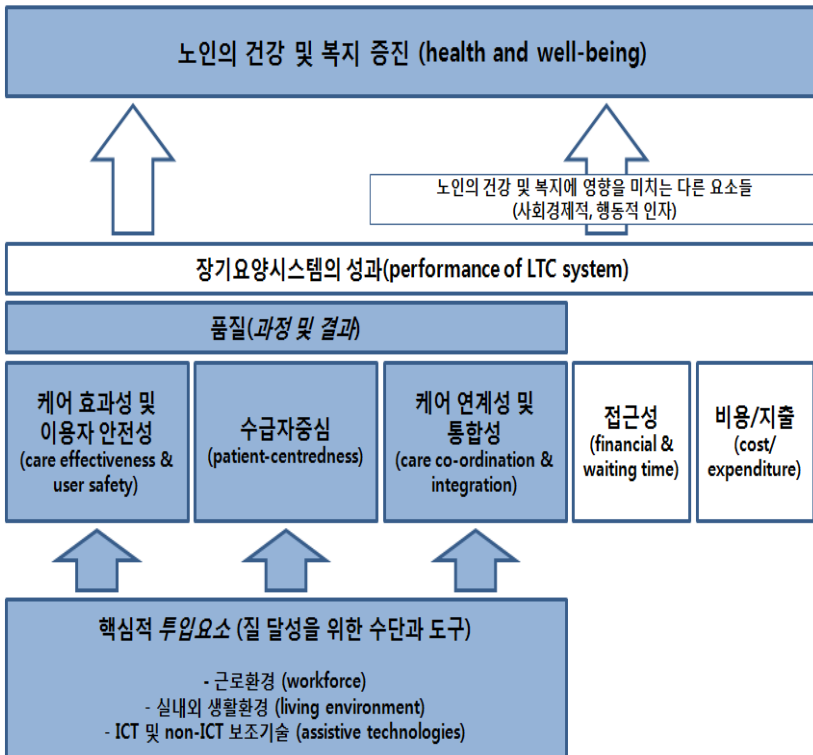
제5절 주요 OECD국가

1. OECD 질 평가의 개념

OECD에서는 장기요양서비스의 질 접근방식으로 전술한 도나베디안의 개념을 바탕으로 정리하고 있다. 즉, 구조, 과정 및 결과 측면에서 구조적 요소를 질적 서비스 구성의 기초로 두고, 이를 통하여 장기요양시스템의 성과를 종합적으로 판단하고, 궁극적으로는 노인의 건강 및 복지를 달성하는데 이바지한다는 것이다.

여기에서 구조적 측면의 투입요소로 근로환경, 실내외 시설환경, 정보 및 의사소통기술(ICT: Information and communication technology)과 그렇지 않은 보조적 기술을 핵심적 요소로 보고 있다. 그리고 서비스 질은 과정 및 결과측면을 중심으로 평가하되, 평가영역의 기본방향은 케어의 효과성 및 이용자 안전성, 수급자중심, 케어의 연계성 및 통합성에 두는 것으로 정리할 수 있다.

[그림 4-11] OECD 장기요양서비스 질에 대한 개념적 구조



자료: OECD(2013). A good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in Long term care.

2. 주요 OECD국가의 질 향상대책

가. 케어의 질지표 내용

전술한 접근방식에 따라 각 영역별 평가내용에 대해 주요 OECD국가의 사례를 정리한 것이 <표 4-19>이다.

먼저, 케어효과성측면에서 제시하고 있는 결과지표로는 욕창상태, 영양/체중, 우울/행동장애/섬망, 일상생활동작(ADL), 실금관련상태, 만성 질환상태, 경관영양, 예방접종, 인지기능, 의사소통, 이동, 통증, 낙상, 신체구속, 투약상태, 감염, 병원재입원 등, 각국마다 제시하고 있는 지표들이 다르다. 이 중에서 다수의 국가들이 공통적으로 고려하고 있는 지표로는 욕창상태, 영양/체중, 우울/행동장애, 실금관련상태, 낙상, 신체구속 등이다.

그리고 동일한 결과지표에 해당하는 것으로 환자 중심적 케어상태인데, 이에는 서비스 수급경험, 신체자립성, 환자의 권리와 의무, 지지성, 의사소통, 만족도 등이다. 이러한 결과지표들에 대해서는 각국의 실정에 따라 선정되는 것이 다르다.

과정지표에 해당하는 것으로 케어연계성을 제시하고 있는데, 이에는 우리나라를 제외하고는 그다지 중요시하지 않는 것으로 보인다.

마지막으로 투입지표에 해당하는 것으로 직원상태, 시설환경, 케어기기 등을 제시하고 있는데, OECD에서 회원국가들을 대상으로 설문조사할 때 응답국가가 거의 없기 때문에 구체적으로 파악하기는 어렵다. 우리나라에서 제시하고 있는 지표를 제외하면, 대부분이 직원부문에서는 전문성, 시설환경부문에서는 안정성과 쾌적성 및 사생활 보호상태를 적절한 지표로 거론하고 있다.

〈표 4-19〉 OECD 주요국가의 질 지표 사례

구분	요양시설 지표 예시	지표사용국가
케어 효과성 (결과지표)		
욕창	욕창 유병률	미국(장기, 단기보호), 한국, 캐나다, 포르투갈, 네덜란드(재가)
	욕창의 발생률(i.e. bedsores)	캐나다, 포르투갈
	욕창 악화 비율	캐나다
	욕창의 개인적 위험에 대한 사정	독일
	욕창의 예방과 관리	한국(LTCF)
영양/체중	계획되지 않은 체중감소 발생률	미국(장기), 캐나다, 포르투갈, 네덜란드
우울/행위/섬망	우울의 발생률	미국(장기), 네덜란드
	항우울제 치료 없는 우울 증상의 유병률	미국(장기)
	다른 충격적인 행위증상의 유병률	미국(장기), 네덜란드
	행위증상의 악화 또는 개선된 입소자의 비율	캐나다
	섬망 증상이 있는 입소자의 비율	캐나다
	65세 이상 입소자 대상 MMSE 검사 비율	한국
	우울 증상이 악화된 입소자의 비율	캐나다
기본적 일상생활 수행능력 (ADL)	기본적 일상생활 수행을 위한 도움 욕구가 증가된 입소자의 비율	미국(장기)
	ADL기능의 악화/개선/유지된 입소자의 비율	캐나다
	일상생활수행능력이 감소된 입소자의 비율	한국
	케어의 유형에 따른 신체적 자율성의 결과(의존성 유지/감소)	포르투갈
조절능력 관련	요로감염증 장기입소자의 비율	미국(장기), 한국, 네덜란드
	요실금 또는 변실금의 유병률(가끔 또는 자주)	미국(장기)
	대변, 소변 조절능력이 악화/개선된 입소자의 비율	캐나다
만성질환	당뇨 입소자의 HbA1c test 비율	한국
경관영양	경관영양 유병률	미국, 캐나다(CCRS)
예방접종	계절별 인플루엔자 백신 접종을 확인받고 적절하게 접종 받은 입소자의 비율	미국(장기), 네덜란드
	폐렴상구균 백신 접종을 확인받고 적절하게 접종받는 입소자의 비율	미국(장기)
인지기능	인지능력이 악화/개선된 입소자의 비율	캐나다

구분	요양시설 지표 예시	지표사용국가
의사소통	의사소통능력이 악화/개선된 입소자의 비율	캐나다
이동성	운동능력이 악화/개선된 입소자의 비율	캐나다
통증	통증이 호소/악화된 입소자의 비율	캐나다
	통증사정시스템	독일
낙상	낙상 관련 골절 발생률	미국, 포르투갈, 네덜란드
	개별적 낙상위험도 사정	독일
규제	신체적 구속의 사용 발생률	미국, 캐나다(CCRS), 네덜란드, 한국(LTCF)
	시설은 이동의 자유와 관련된 규제를 예방하고 이와 관련된 정책적 근거를 증명할 수 있음.	네덜란드
치료	a) 과거 1주간 항정신병약물, 항불안증약물 또는 최면 등을 하루이상 사용한 입소자의 비율	네덜란드
	b) 과거 1주간 항우울약물을 사용한 입소자의 비율	네덜란드
	정신과적 진단 없이 항정신성약물을 사용한 입소자의 비율	캐나다
	지난 30일 동안 약물과 관련된 사고가 발생한 입소자의 비율	네덜란드
	약물의 적절한 사용	독일
	의사의 지시에 따른 약품 제공	독일
	약물투여	한국(LTCF)
억제	유치도뇨관 사용 입소자(일정기간동안)	미국(장기), 한국, 캐나다(CCRS), 네덜란드
감염	하나 이상의 전염병을 앓고 있는 입소자의 비율	캐나다, 포르투갈
	호흡기의 상태가 개선되거나 또는 악화된 입소자의 비율	캐나다
재입소	재입소비율	
입소자 중심(결과지표)		
경험	입소자들이 좋은 케어계획을 경험하고, 계획에 대해 좋은 평가를 하는 정도	네덜란드
	입소자들이 적절히 참여하고 협의하는 정도	네덜란드
	입소자들이 좋은 치료를 경험하는 정도	네덜란드
	입소자 또는 대표자들이 좋은 의사소통을 경험하고 그들이 전화로 쉽게 직원들과 의사소통을 할 수 있는 정도	네덜란드
	입소자들이 좋은 신체적 케어를 경험한 정도	네덜란드

198 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

구분	요양시설 지표 예시	지표사용국가
	입소자들이 좋은 음식을 경험한 정도	네덜란드
	입소자들이 좋은 정보의 획득을 경험한 정도	네덜란드
신체기능상태	신체 구조의 건강	포르투갈
	입소자들이 충분한 독립성과 자율성을 경험한 정도	네덜란드
권리	입소자들의 권리와(또는) 존엄성	포르투갈, 한국(LTCF)
	입소자들이 이동의 자유에 대한 규제와 관련하여 자신들의 권리를 충분히 존중받고 있음을 경험한 정도	네덜란드
직무	이익과 보상 관련된 기록	한국(LTCF)
	서비스 이용가능성에 대한 정보	한국(LTCF)
지지	입소자들이 사회적 참여와 하루 일과를 보내는 적절한 기회의 경험정도	네덜란드
	입소자들이 충분한 정신적 지지를 경험한 정도	네덜란드
	목욕과 화장실 사용 지원서비스	한국(LTCF)
	입소자 관리	한국(LTCF)
의사소통	의사와의 적극적인 의사소통	독일
만족도	입소자들이 자신의 옷을 선택할 수 있음	독일
	케어직원들이 친절하고 예의바름	독일
	입소자들의 만족도 파악	한국(LTCF)
케어 조정 (과정 지표)		
	전자의무기록 이용가능성, 추적도구 이용가능성, 모니터 제공자와 세팅 전반에 걸쳐 모니터링을 하는 지원팀의 이용가능성	한국(LTCF)
	종합적 욕구 사정 및 케어계획의 이용가능성	
	다학제적 팀 이용가능성	
	케어 유형별 개인적인 케어계획의 목적에 따른 케어진행	포르투갈
	만성 통증 입소자의 경우 의사와의 밀접한 조정	독일
	케어계획과 보고의 준수	한국(LTCF)
	이전	한국(LTCF)
	사례관리회의	한국(LTCF)
직원 (투입 지표)		
	직원 비율(침대 1개당 의사, 간호사, 간호인력의 비율)	한국

구분	요양시설 지표 예시	지표사용국가
	직원 자격증의 혼합(Mix)	한국
	야간/공휴일 대기중인 의사의 이용가능성	한국
	직원의 평균 근무기간, 직원의 이직률	한국
	입소자들이 직원들의 케어에 대하여 전문성(안전성)을 경험한 정도	네덜란드
	다학제적 팀	포르투갈
	간호인력의 이직률	한국
	입소자들이 직원들에게 충분히 신뢰감을 느끼는 정도	네덜란드
	시설은 리프트 이전 관련 일을 하는 직원들이 이와 관련된 교육을 받았음을 증명할 수 있음.	네덜란드
	입소자들이 직원의 이용가능성을 충분히 경험하는 정도	네덜란드
	간호와 의사의 치료가 혼합적으로 필요한 입소자들이 주7일, 일일 24시간 의료서비스를 이용할 수 있는지, 의사가 30분 내 거리에 위치해 있으며 10분 안에 도착할 수 있는지 확인할 수 있는가를 증명할 수 있음.	네덜란드
	시설은 직원들의 지난해 직원들의 역량강화를 위해 위기관리능력 등에 대해 교육을 하고 휴식을 취할 수 있도록 한 근거를 제시할 수 있음.	네덜란드
	입소자들이 케어의 일관성을 경험하는 정도	네덜란드
	간호와 치료가 혼합적으로 필요한 입소자들이 주7일, 일일 24시간 간호서비스를 이용할 수 있는지, 간호사가 10분 내 거리에 위치해 있는가를 증명할 수 있음.	네덜란드
	인적자원운영	한국(LTCF)
	직원복지	한국(LTCF)
	직원교육	한국(LTCF)
	정보관리 : 개인정보보호	한국(LTCF)
생활환경 (투입 지표)		
	침실의 크기	한국
	병실집대 당 평균 공간	한국
	적절한 욕실의 이용가능성	한국
	다인병실의 비율	한국

200 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

구분	요양시설 지표 예시	지표사용국가
	건물의 질과 안전성	한국
	입소자 편의시설 설치 비율	한국
	화장실이 있는 병실의 비율	한국
	침대의 수	포르투갈
	문지방 또는 돌출부가 제거된 비율	한국
	미끄럼 방지 바닥이 설치된 비율	한국
	안전바가 설치된 비율	한국
	물리치료사 1인당 입소자의 비율	한국
	방사선실(방사선전문의 포함)과 임상검사실, 임상병리사의 이용가능성	한국
	조제실 이용가능성(약사포함)	한국
	입소자들이 안락한 삶을 경험한 정도	네덜란드
	입소자들이 좋은 공기를 경험한 정도	네덜란드
	입소자들이 사생활 보호(주택시설)를 경험한 정도	네덜란드
	적절한 커뮤니티 공간	독일
	시설 외부 커뮤니티 공간의 안전성	독일
	입소자들이 안전한 생활환경을 경험한 정도	네덜란드
	위생시설과 감염 관리	한국(LTCF)
	응급 또는 재난상황	한국(LTCF)
기술 (투입 지표)		
	LTC 대상자의 집 또는 요양시설에 설치된 알람 시스템의 이용가능성	한국
	100병상당 심전도 검사기의 수	한국
	100병상당 산소공급장치의 수	한국

자료: OECD(2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

나. 주요 국가의 케어의 질 향상대책

각국의 장기요양서비스의 질 평가 및 향상대책에 대해 요약해 보면 아래 표와 같으며, 핵심적인 내용만 제시하면 다음과 같다.

먼저, 오스트리아의 경우, 중앙정부와 지방정부가 케어의 질 평가업무

에 대해 서로 분담하고 있다. 장기요양시설에 대한 전반적인 감사지도는 지방정부가 담당하고 중앙정부는 시설인증과 같은 정책을 수립하는 역할을 수행하고 있다. 그리고 장기요양시설에 대한 평가는 시설 자체적으로 수행하고 이를 바탕으로 케어의 질을 관리하고 있는 것으로 보인다. 이와 같이 시설 자체적으로 자가평가하도록 유도하고 있는 것은 오스트리아에서는 각 지방정부마다 시설 설치 및 운영에 필요한 기준이나 직원배치기준 등이 서로 상이하¹¹⁾ 일정한 통합적인 평가기준을 마련하기가 어렵기 때문에 판단된다.

프랑스의 경우, 케어의 질적 보장은 건강보험조합, 지방정부 및 시설관리자의 책임하에 이루어지고 있는데, 질평가 자체가 4년 또는 7년마다 이루어지고 있는 것으로 보이고, 국가기관인 장기요양시설 및 재가서비스 사업자 평가기관(National Agency for Assessment of Nursing Home and Home Care Providers: ANESM)에서 장기요양서비스 제공자들을 지원하는 가이드라인과 권고사항을 작성, 적용하는 일을 수행하고 있다.

핀란드의 경우, 케어의 질관련 관리체계를 구축하는데 주 책임을 지고 있는데, 질관리의 기본방향으로 건강 및 복지의 증진, 예방 및 조기개입과 평가강화에 두고 있으며, 양질의 조건으로 충분한 케어의 확보와 이용자권리의 강화, 그리고 시설환경의 쾌적성, 안전성과 개인적 공간의 확보를 제시하고 있다. 실제적으로 질 평가사업을 위한 직원의 훈련, 평가자료의 수집 및 검토, 모니터링과 같은 업무는 국립보건복지기관(National

11) 예를 들면, 케어홈에서 방의 크기는 Vorarlberg주에서는 24㎡, Salzburg주는 13.48㎡, Upper Austria주는 17~18㎡(입구는 포함되지 않음)여야하고, Carinthia주는 18㎡에 추가적으로 욕실이 4.2㎡이어야 하는 것으로 되어 있음. 그리고 직원비율과 직원구조를 보면, Carinthia주에서는 입소자 2.4명당 전일제직원 1명이 배치되어야 하고, 직원의 40%는 정규간호사이어야 함. 그 이외에 50%는 간호보조사, 10%는 기타 다른 직종으로 되어 있음.

Institute for Health and Welfare)에서 담당하고 있다.

이탈리아의 경우, 중앙정부, 지방정부 및 시설관리자가 각각 담당하는 역할이 구분되어 있다. 즉, 중앙정부는 질 관리와 관련한 법령 제정 및 개정을 담당하고, 지방정부에서는 시설에 대한 허가 및 인증에 대한 심사를 하고, 케어의 질을 지도감독하고 있는 것으로 되어 있다. 다만, 질 평가조사에 대해서는 제3자의 기관에서 수행하는 것으로 되어 있고, 공급자인 시설에서도 자체적으로 질을 보증하기 위한 노력을 해야 하는 것으로 되어 있다.

네덜란드의 경우, 장기요양서비스를 사회보험방식으로 급여해 주고 있는 최초의 국가로 알려져 있는 만큼 시설 케어의 질에 대한 관리도 상당히 체계화되어 있는 것으로 보인다. 먼저 책임성 있는 케어에 대한 질 관리체계를 보면, 질 평가지표(consumer quality index)는 보건의료조사연구소(Institute for Research in Healthcare: NIVEL) 등 여러 기관들에 의해 개발되었는데, 이는 부분적으로 미국형 CAHPS(Consumer Assessment of Healthcare Providers and System) 도구를 기초로 만들어진 것으로 되어 있다. 질 평가를 위한 조사내용에는 클라이언트들에게 중요한 것이 무엇이고 그들이 케어의 경험을 어떻게 평가하는지에 대한 정보를 제공하고 있다. 질 평가조사기관으로는 기준과 가이드라인에 따라 공인된 제3의 전문기관에서 수행하고 있으며, 법령에 따라 장기요양시설을 대상으로 2년에 한번씩 조사를 받도록 되어있다. 전반적으로 볼 때, 중앙정부에서는 질 평가관리를 위한 법령제정이나 규제와 감사에 대한 책임을 지고 있으며, 정부에 의해 공인된 제3의 공공기관에서 케어의 질을 조사평가하는 것으로 되어 있다.

스웨덴의 경우, 다른 유럽 국가들에서 볼 수 있듯이 중앙정부에서 질 평가관리를 위한 법령을 제정하고 있으며, 지방정부는 시설에 대한 설치

허가, 등록 및 감사를 담당하고 있고, 실제적으로 질 평가를 조사 및 지도, 그리고 이와 관련한 조사연구 및 평가지표의 개발 등을 수행하는 기관이 제3의 공공기관인 국립보건복지위원회로 되어 있다.

〈표 4-20〉 주요 유럽국가의 케어 질 관리조직 구조

국가명	품질 보증정책	품질 보증방법 및 도구
오스트리아	- 연방수준(소비자보호): 지자체법령 공급자의 제한된 접근; 감독	- 정부(국가차원): 임의적인 케어홈 에 대한 국가품질인증 - 정부(지역차원): 구조적 범위(투입) 정의, 감사 - 공급자: 자가규제, 자발적 질관리
프랑스	- 국가수준: 보건사회부 - 국가자치결속펀드(CNSA): 조정 - 국가너싱홈/홈케어공급자평가기관 (ANESM) - 지역차원: 지역위원회	- 자가평가된 최저표준에 입각한 인증(구조/과정), 서비스현장, 양질의 서비스행위 가이드라인 및 프로토콜: 4~7년마다 감사 - 공급자: ANGELIQUE체계에 의한 질관리
핀란드	- 사회보건부; 품질 구조적 법령 및 목표 설정 - 국가보건복지연구소: 조사연구 및 지도	- 공공당국 및 공급자: RAI 벤치마킹
독일	- 연방수준(보건부, 장기요양보험): 시장개방방식, 감독(MDK) - 지방정부: 감독	- 공공당국(MDK): 인증범주(구조/과정): 투명성기준(결과지향)에 입각한 매년 심사, 일반공개 - 공급자: 다양한 내부질관리체계 수행
이탈리아	- 국가: 보건사회정책부, 구조적 법령 마련 - 지역정부: 규제 및 감사	- 공공당국(지방, 지역기관): 허가, 인증(구조/과정지표), 서비스현장, 감사 - 공급자: 자발적인 질보증
네덜란드	- 보건복지체육부: 구조적 법령 마련 - 보건감사국: 규제 및 감사	- 공공당국(보건감사국): QFRC에 입각한 의무적 질평가 및 일반공개 - 구매자: 채용마련을 위한 요구조건으로 품질지표 및 척도 - 공급자: 인증, 다양한 내부품질관리체계

204 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	품질 보증정책	품질 보증방법 및 도구
스페인	<ul style="list-style-type: none"> - 국가: 노동사회부의 자문기구로 자문위원회; 표준 및 질문제담당 - 지방정부: 공급자의 허가 및 인증 기준, 데이터베이스 구축 	<ul style="list-style-type: none"> - 공공당국: 법령, 데이터베이스, 표준, 인증, 허가 - 공급자: 질관리/개선, 자발적인 질관리체계
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> - 보건사회부: 구조적 법령 마련 - 국립보건복지위원회: 조사연구 및 지도평가 - 지역당국: 감사, 계약 	<ul style="list-style-type: none"> - 공공당국: 국가 가이드라인(전문가 표준) - 국가품질등록소(임상적 지표) - 공급자: 다양한 질관리체계
스위스	<ul style="list-style-type: none"> - 연방정부: 전반적인 전략, 법령마련 - 주(canton): 질제어정책 책임, 표준 설정, 연방법 수행 - 보건의료보험자: 품질 및 효율성 모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> - 공공당국: 감사, 모니터링도구, 질 표준, 통계 작성 - 보건의료보험자: 보상, 욕구사정도구 - 인증기관은 의무적 허가 수행
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 보건의료품질감사부(CQC): 인증, 규제 및 감독 - 지역당국: 구매, 질평가기술 	<ul style="list-style-type: none"> - 공공당국: 규제, 의무적 자가평가, 일반공개 - 공급자: 내부질관리체계

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.



제5장 장기요양서비스 질 평가관리체계의 개선방안

제1절 기본방향

제2절 질 평가관리체계의 개선방안

5

장기요양서비스 질 << 평가관리체계의 개선방안

제1절 기본방향

장기요양서비스 질 개선전략 및 질 지표(quality indicators)의 공개적 보고는 실적의 비교보고를 통해 임상적 케어를 개선시키는데 목적을 두고 있다. 이러한 기본원리는 소비자와 의사결정자가 공급자를 선택하기 위해 실적 및 질(quality)에 대한 공개적 정보를 이용한다고 가정할 때, 공급자는 케어의 질을 개선시키기 위한 사업활동에 투자하도록 동기 부여될 것이라는 데에 있다(Mor, 2005).

또한, 케어의 사회적 지원서비스의 목적은 기능제한을 지닌 자로 하여금 자립성과 삶의 질(QOL)을 극대화시킬 수 있는 방법으로 생활할 수 있도록 지원해주는 데 있다는 것이다. 너싱홈 거주자의 삶의 질은 자립성을 지지하는 환경 및 치료의 결정이나 일상생활활동에 대한 개인적 통제력 정도에 의해 향상될 수 있다.

케어의 질은 전형적으로 구조, 과정, 결과지표로 측정되는데, 과정과 결과지표의 조합이 가장 보편적으로 사용되고 있다. 구조는 양질의 케어를 제공할 수 있는 시설의 능력(capacity)으로, 이에는 직원의 수준, 조합, 교육 및 훈련, 시설의 특징(소유주, 규모, 인증여부, 인구정보(성별, 연령), 입소자(이용자)의 상태 및 비용지불방식) 등등이 해당된다. 과정은 실제로 제공되거나 관리되는 서비스를 포함하는데, 이에는 케어의 과다(또는 과소) 이용, 빈약한 기술적 실적이 해당한다. 결과는 제공되거나 제공되지 않은 케어로 인하여 발생하는 건강상태 및 기능적 심리사회적 상

태의 변화를 말한다.

이러한 케어의 측정에는 결과를 두 가지 형태로 측정할 수 있는데, 이는 주관적 방법과 객관적 방법으로 구분된다. 주관적인 요소는 만족도이고 객관적인 요소는 기능 및 정신적 상태의 변화에 중점을 두고 있는데, ADL과 인지능력의 변화가 해당된다.

전형적으로 과정과 결과지표의 조합이 가장 많이 이용되는 질 측정방법인데, 구조적 요소가 케어의 질에 영향을 준다는 증거는 미흡하지만, 특정의 구조적 요소는 질과 크게 관련되어 있다는 것이다. 예를 들면, 간호사대 환자의 비율, 기본장비의 이용가능성 등과 같은 것이다.

그런데 과정지표가 결과지표보다는 장기요양측면에서 더 중요하게 다루어지고 있는 것 같다. 그 이유는 결과가 서비스에 의해 영향을 받지 않을 수도 있기 때문이다. 또한, 과정지표는 과정이 질의 효율적인 척도로 간주되고, 공급자 및 다른 관련 조직기관에 의한 직접적인 조치에 영향을 받게 된다는 점에서 고령자의 케어를 사정하는데 더 선호된다는 것이다 (Shekelle, et al, 2001).

또한, 기본적으로 케어의 질은 케어의 접근성(accessibility), 다양성(variation)의 영향을 받거나 개선될 가능성(ability to be influenced and improved)을 통해서도 평가되어야 한다는 것이다. 품질을 잘 측정하는 것은 소비자의 선택정보 뿐만 아니라 케어의 계획과 제공에 긍정적인 의미를 가지고 있다.

일반적으로 질 측정상의 과제에 대해서 정리하면, ①기존 건강상태의 질 척도(특정질환이나 케어의 일면에 집중)는 고령자에게 적합하지 않다는 것이다. 특히 장기요양의 중요한 질 지표로 점차적으로 검토되고 있는 것이 삶의 질(QOL)이라는 것이다. ②수집된 자료의 정확성 및 완전성, 그리고 시간적 및 공급자간 보고자료의 일관성에 문제가 있다는 것이다.

즉, 다양한 시설의 다양한 직원에 의해 이루어지는 평가작업에 의존하여야 하고, 그로 인하여 진정한 질의 편차를 발견하기 보다는 측정현상이나, 훈련 및 교육상의 차이를 반영할 수 있다는 것이다(Mor, 2005). ③방법론적인 과제로 지역간 편차와 이용자(환자)의 상태(case-mix)를 적절하게 설명해 줄 수 있는가라는 것이다. 너싱홈거주자는 재가이용자보다 장애도가 더 높기 때문에 그들이 받는 케어의 질과 무관하게 건강상태의 결과가 크게 달라질 수 있다는 것이다. 특히, 재가기관은 동일한 서비스 사업자라 하더라도 사업자마다 케어하는 대상자의 상태가 제각각 다를 수 있다는 것이다. 이를 위해서는 공급자간 case-mix의 차이를 보정하기 위해 환자를 균등화시키는 데 이용되는 리스크 조정기법(risk adjustment technique)이 활용되고 있다. ④질 정보는 공급자 자신, 구매자, 독립적인 단체에 의해 수집되고 보고될 수 있다는 것이다. 이는 규칙적인 제재조치 때문에 질 관련 문제를 과소 보고하는 경향을 초래할 수 있다는 것이다.

종합적으로 보면, 케어의 질 평가의 기본방향은 어디까지나 이용자가 양질의 시설을 선택할 수 있도록 정확하고 올바른 정보를 제공하기 위한 것이면서 공급자로 하여금 양질의 케어를 두고 상호 경쟁을 유도하는데 두어야 할 것이다. 따라서 이러한 목적을 달성하기 위하여 필요한 평가도구, 평가방법, 평가기관 등이 정리될 필요성이 있다고 하겠다.

제2절 질 평가관리체계의 개선방안

1. 장기요양서비스 질 평가목적의 재정립

장기요양서비스의 질을 평가하려는 목적을 확실하게 설정하는 것이 무엇보다도 중요할 것이다. 현재 보험자(국민건강보험공단)가 실시하고 있는 장기요양기관평가제도에서는 2012년도 평가결과보고서를 바탕으로 그 목적을 제시하면, ①장기요양기관의 급여수준 향상을 유도하여 수준 높은 서비스를 제공하게 하고, 어르신들의 삶의 질 향상에 기여하기 위한 것이고, ②이용지원 등, 장기요양기관에 대한 관리업무의 연장선상에서 평가를 수행하고 평가결과를 서비스 개선에 적극 활용하는 등 평가를 통해 보험자로서의 역할에 최선을 다하는 데 두고 있다고 기술하고 있다. 그러면서 평가결과를 활용하는 방법으로 평가결과의 최우수기관에 인센티브를 지급하여 장기요양서비스 질 향상을 유도하고, 평가결과를 공개하여 소비자에게 알권리를 충족시키면서 선택권 확대를 노력하며, 평가결과가 미흡한 기관에 대해서는 사후관리를 실시하는 등 급여수준을 향상시키도록 하고, 장기요양기관의 지정권자인 시군구에 통보하여 관리감독에 활용하게 한다는 것이다.

이를 통해서 보면, 현행 장기요양기관 평가제도는 보험자의 핵심적인 기능인 급여수준의 관리에 목적의 주안점을 두고 있고, 이를 통해서 질 향상이나, 소비자 또는 지자체에 대한 정보제공으로 보고 있다. 만약, 급여관리가 주안점이라면 보험급여의 청구에 부정사실이나 행위가 있는지를 살펴보는 것이 급선무일 것이고, 이는 매달 급여비용청구에 대한 실사가 중심적으로 이루어져야 할 것이다. 특히, 케어가 정확하게 법적 기준에 따라 제공되었는지를 확인할 필요가 있고, 공급자도 보험자가 원할 경

우 근거를 제시할 의무가 있다는 것이다. 그러한 급여기록의 점검은 서비스의 질 향상과는 관련성이 적을 수 있다는 것이다. 현행 법적 기준하에 제공되고 있는 서비스가 수준높은 서비스가 되기 위해서는 양질의 서비스를 제공할 수 있는 기본적인 구조로 되어 있는가가 전제되어야 할 것이다. 현재의 서비스제공에 필요한 시설설치기준 및 직원배치기준은 어디까지나 최저기준에 불과한 것이고, 이는 양질의 서비스라기보다는 기초적 수준의 서비스에 해당한다고 볼 수 있다.

따라서, 장기요양서비스의 질을 제고시키기 위해서는 기관평가 보다는 케어의 질 자체를 평가할 수 있는 체제가 갖추어져야 할 것이다. 이를 위해서는 케어 질 평가의 목적은 소비자(이용자 및 가족보호자)가 양질의 시설을 선택할 수 있도록 정확하고 풍부한 정보를 제공하는데 목적을 두어야 하고, 또한 아울러 장기요양서비스 공급자에게는 양질의 케어행위를 유도, 제공할 수 있는 체제를 갖추도록 지원하는데 두어야 할 것이다.

2. 양질의 케어제공을 위한 법적 기준의 재검토

현재 장기요양기관은 입소생활시설과 재가장기요양기관으로 대별되는데, 입소생활시설은 50인 미만의 소규모형태의 시설들이 크게 증가한 것으로 나타나고 있는데, 특히 그 중에서도 5~9인규모의 그룹홈형태의 노인요양공동생활가정이 폭증한 것으로 나타나고 있다. 이러한 소규모의 시설들이 폭증한 데에는 대규모시설에 비해 설치면적이나 직원배치기준 측면에서 부담이 적기 때문인 것으로 판단된다. 이는 재가장기요양기관 중에서도 방문요양급여기관에서 볼 수 있는 현상이다.

이러한 형태의 장기요양기관들은 일단 다양한 서비스를 제공할 수 있는 체제가 갖추어져 있다고 볼 수 없을 것이다. 법적기준을 보면, 최소한

의 기본적인 서비스를 확보하기 위해서는 요양보호사 이외에 간호사, 물리치료사 또는 작업치료사, 사회복지사, 영양사가 갖추어져 있어야 하나, 50인 미만의 입소시설의 경우, 법적 직원배치기준에서 영양사가 배제되어 있으며, 30인을 기준으로 재활관련인력과, 사회복지사 등도 임의배치할 수 있게 하고 있어서 사실상 요양보호사에 의한 단순보호적 케어서비스에 한정되어 있는 실정이다.

그러나 무엇보다도 중요한 것은 소규모시설에서는 정규간호사자격증을 지닌 인력이 매우 부족하다는 점이다. 법적 배치기준에서도 간호사가 의무적 배치직원이 아니기 때문에 대부분이 간호조무사가 의사의 진료행위를 지원하고 있는 실정이다. 그렇기 때문에 단순보호차원의 케어 이외의 의료요구에 대응하는 간호처치가 제대로 이루어지지 못하게 되고, 이는 최소한 기초적 질적 서비스가 확보되지 못하는 결과를 낳고 있다는 것이다.

따라서 양질의 서비스를 확보하고, 질적 수준을 향상시키기 위해서는 무엇보다도 시설의 규모와 관계없이 일차적으로 요양보호사 이외에 사회복지사, 간호사, 물리치료사 또는 작업치료사, 영양사가 의무적으로 배치되게 할 수 있도록 법적기준을 재조정할 필요가 있을 것이다. 특히, 소규모시설인 경우에는 시설경영상 전술한 직원을 모두 배치하기 어려운 것으로 판단되기 때문에 소규모시설만의 단독설치보다는 다른 장기요양서비스도 제공할 수 있는 복합형 서비스기관으로 한 형태로 전환되어야 할 것이다. 그리고 이차적으로는 사회복지사와 간호인력의 배치기준을 강화시킬 필요가 있다. 즉, 사회복지사는 현행 2급이상의 자격증을 소지한 자에서 1급의 사회복지사로 조정할 필요가 있고, 간호인력의 경우도 모든 입소생활시설에서는 최소한 1명이상의 간호사자격증을 소지한 자로 조정할 필요가 있다. 그리고 마지막으로 케어종사자의 숙련도가 질적 서비

스제공에 필수적이기 때문에 이들로 하여금 장기간 케어현장에서 종사할 수 있도록 유도하는 방안을 모색할 필요가 있다.

한편, 시설환경의 개선도 질적 서비스를 제공하는데 중요한 요소이다. 시설내 환경측면에서 침실이나 공동거실 등 필요한 공간의 면적이 법적 최소기준보다 무조건 넓다고 양질의 케어가 생산된다고 보기가 어렵다. 그보다도 공간의 활용도 및 배치도, 그리고 양질의 서비스를 생산할 수 있도록 하는 케어의 방식을 지원할 수 있는 공간의 구성이 중요하다는 것이다. 이를 위해서는 현재 대부분의 입소생활시설들이 정해진 시간에 정해진 공간에서 정해진 일정에 맞추어 케어가 제공되는 대규모 집단적 케어방식에서 소집단케어방식으로 전환되어야 하고, 이를 지원할 수 있는 실내환경의 개선이 필요할 것으로 보인다. 이를 위해서는 소집단케어에 적합한 건축모형이 필요한데, 기본적으로 양질의 서비스를 제공하는데 필수적인 식사, 배설, 목욕서비스가 제공될 수 있는 기본설비가 갖추어진 실내공간모형이 요구된다. 다시 말하면, 침실 및 화장실, 그리고 소규모 형태의 공동거실과 함께, 주방, 목욕실이 갖추어져야 하고, 그 이외의 공간은 2개 이상의 소집단이 공동으로 활용할 수 있게 배치할 수 있도록 하는 것이다.

결국, 최소한 법적 시설설치기준만으로는 양질의 케어가 제공되기 어렵다고 판단되어 이보다 상향조정된 기준으로 시설을 운영할 때 비로소 질적 케어가 제공될 수 있다고 판단되기 때문에, 그러한 시설에 한하여 장기요양서비스수가를 조정하여 보험재정에서 추가 지원할 수 있는 방식이 개발되어야 할 것이다.

3. 장기요양서비스평가체계의 재구축

가. 평가도구 및 절차의 재검토

일반적으로 평가도구는 케어서비스를 생산하는 환경구조 및 인력에 관한 지표, 서비스생산의 과정 및 서비스제공의 결과에 관한 지표로 구성되는 것이 일반적인 접근방식이다. 이 중에서 양질의 서비스를 측정하는 데에는 과정 및 결과를 중심으로 한 도구가 바람직하다는 것은 보편적인 사실이다. 그러한 측면에서 볼 때, 2011년도를 기준으로 장기요양시설평가에서 사용하고 있는 지표는 기관운영관련지표가 19개, 환경 및 안전관련 지표가 24개, 권리 및 책임관련지표가 10개, 급여제공의 과정 관련지표가 40개, 급여제공의 결과 관련지표가 5개로 구성되어 있는데, 전체지표수 중에서 절반이상이 구조적 측면에서의 지표로 이루어진 것으로 판단된다. 사실 장기요양보험제도가 시행되는 초기단계에서는 양질의 서비스를 생산하기 위해서는 구조적 환경이 양호해야 하는 것은 사실이지만, 일단 시설이 설치 개설된 이후에는 실내외 환경구조를 쉽게 변경하는 것이 어렵기 때문에 시설설치시 필요한 각종 기준의 점검과 향후 구조변경사항이 발생하였을 경우에 기준점검이 이루어지면 되는 것이다.

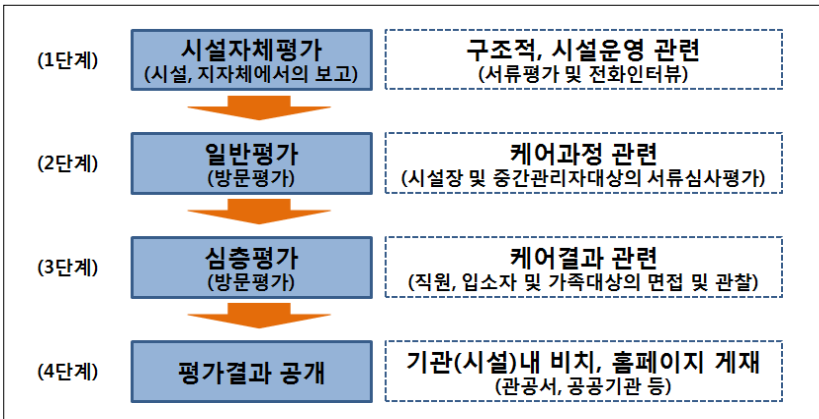
따라서 구조적 지표는 서비스의 과정이나 제공결과에 영향을 미칠 수 있는가에 초점을 두고 선정될 필요가 있고, 과정 및 결과를 중심으로 한 지표로 전환할 필요가 있는데, 이는 급여유형에 따라서 적절하게 조정할 필요가 있겠다. 특히, 결과지표를 선정하는 것이 상당히 중요할 것인데, 이는 입소전후의 건강 및 기능상태의 변화에 중점을 두어야 하되, 그 상태의 발생이나 악화여부보다는 개선·호전에 평가기준을 두어야 할 것이다. 만약, 그렇지 못할 경우에는 그 상태의 발생이나 악화의 가능성이 있

는 입소희망자를 시설에서는 입소시키기 꺼려할 우려가 있다는 것이다.

그리고 평가시 사용되는 방법으로 서류심사, 관계자면접 및 관찰 등이 있는데, 현재에는 서류심사에 의한 평가가 중심적이고, 관계자면접이나 관찰은 부분적으로 이루어질 뿐인 것으로 지적되고 있다. 특히, 서류심사는 평상시에 제공되는 서비스를 기록한 시설내 개별 종사자의 업무일지나 서비스제공기록지를 점검하는 방식으로 심사가 이루어지고 있는데, 대부분의 시설에서는 실제의 서비스제공에 따른 기록이 이루어지고 있지만, 상당한 수의 시설에서는 실제의 서비스 제공사실이 기록되지 못한 채 운영되고 있는 것으로 파악되고 있다. 또한, 관계자면접이나 관찰방식은 구조적 시설환경이나 입소자 또는 이용자의 상태를 살펴볼 수 있는 우수한 방식이지만, 이를 제대로 수행하기 위해서는 전문적인 교육과 훈련을 통한 다년간의 경험이 요구된다. 결국, 향후 장기요양서비스의 질 평가를 위해서는 다년간의 경험과 전문적인 지식을 갖춘 별도의 상시적인 질 평가 전담팀이 설치될 필요가 있겠다.

위 내용들을 바탕으로 질 평가절차를 도식으로 제시하면 다음과 같다.

[그림 5-1] 장기요양서비스 질 평가의 절차(안): 예시



나. 표준적인 서비스제공지침의 마련

전술한 바와 같이 향후의 질 평가지표는 구조적 측면보다는 서비스의 제공과정 및 결과측면에 중점을 두어야 하고, 그 중에서도 과정측면의 질 평가가 중심적이어야 하는데, 이를 위해서는 표준적인 서비스제공지침이 마련되어야 할 것이다. 모든 노인요양시설은 입소자의 건강 및 기능상태가 이질적이라 할 수 있어서 이를 감안한 서비스의 평가가 이루어질 필요가 있다. 예를 들면, 상대적으로 중증의 기능장애상태를 지닌 입소자가 중심적인 시설과 치매질환을 지닌 입소자가 중심적인 시설간에는 서비스의 제공과정이 동일하지 않을 수 있다는 것이다. 이를 감안하지 않고 특정한 도구나 지표를 가지고 동일한 기준으로 서비스의 질을 평가하는 것은 타당하지 못할 것이다.

따라서 양질의 케어제공방식 및 서비스내용이 무엇인지를 사전적으로 설정한 표준적인 지침이 마련되어야 하고, 이를 바탕으로 한 질 평가가 이루어져야 할 것이다. 이를 위해서는 입소자의 상태가 동일하지 않기 때문에 표준지침의 마련이 용이하지 않겠지만, 입소자의 건강 및 기능상태를 기준으로 범주화시킬 수 있다. 예를 들면, 등급별, 주질환별, 또는 기능상태별 등 몇 가지의 요소를 기준으로 표준적인 케어제공지침을 마련할 수 있을 것이다. 특히, 이러한 표준적인 지침은 현재 소규모의 노인요양시설이 전체시설의 약 80%를 차지하고 있는 현실을 감안할 때 이러한 시설 중에서 양질의 서비스를 제공할 수 있는 시설들을 양성화시켜 질적인 서비스를 제공할 수 있도록 유도하는데 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

다. 평가전담기관의 설치

장기요양서비스의 질을 일정한 기준에 의해 지속적으로 평가하기 위해서는 상설의 전담조직이 구비되어 있을 필요가 있다. 특히, 이 기관은 공평하고 공정한 평가업무를 실시하여야 하기 때문에 보험자와는 독립성을 유지할 수 있는 조직체이어야 할 것이다.

그런데 장기요양서비스와 관련하여 현재 보험자, 지방자치단체, 중앙정부가 모두 관계성을 지니고 있기 때문에 각 기관의 역할과 기능을 충분하게 활용할 필요가 있겠다. 다시 말하면, 지방자치단체의 경우에는 장기요양기관을 설치하기 위해서는 모든 기관이 노인복지법에 의거하여 지방자치단체에 설치신고를 하고 허가를 받아야 하는데, 이때에는 서비스의 질적 측면이 아니라 최소한 필요한 서비스를 제공하는 데 필요한 각종 시설 및 인력배치기준에 부합하고, 시설운영에 필요한 각종 지침이나 규칙과 같은 서류의 구비여부 등을 점검하는데 중점을 두고 있다. 따라서 현재 장기요양기관평가에서 실시하고 있는 운영방침과 같은 부분의 점검지도는 원칙적으로는 지방자치단체에서 수행하여야 할 것으로 판단된다. 그리고 보험자의 경우에는 어디까지나 보험급여에 대한 관리가 중요하고 우선적인 업무이기 때문에 급여제공 및 비용청구와 관련하여 부정행위가 없는 지를 면밀하게 점검하는 것이 필요하다. 의료기관에서의 의료행위는 질병의 치료와 관련한 진단, 처치, 검사 등이 표준화되고 객관화되어 있어서 그 실시여부가 명백하게 드러나게 되어 있어서, 그렇지 못한 장기요양서비스부문에 비해 부정행위가 적다고 볼 수 있다. 특히, 장기요양서비스를 제공받는 이용자가 심신으로 취약한 노년계층이 대부분이고 가족보호자도 대부분이 노년배우자이기 때문에 쉽게 전문케어인력이 부정을 저지를 개연성이 높다고 하겠다. 그 이외에 케어의 질과 관련한 전반적인

자문기구인 (가칭)장기요양서비스질향상위원회를 상설적으로 운영할 수 있는 기구를 만들 필요가 있겠다.

그렇기 때문에 현재 건강보험심사평가원이 상시적으로 의료기관을 감시감독업무를 수행하고 있듯이 장기요양서비스를 상시적으로 지도감독하고 평가할 수 있는 전담조직기구가 마련될 필요가 있겠다. 특히 그러한 전담조직체는 보험자와 지방자치단체와의 업무연계를 통하면서 케어의 질 향상을 위한 전문적인 업무수행을 할 수 있는 체계를 갖추어야 할 것이다. 유럽국가들의 대부분은 평가를 위한 도구(지표)의 개발에서부터 조사연구 및 평가수행까지 전담하는 별도의 공공기관을 설치, 운영하고 있는 것으로 파악되고 있으며, 우리나라와 동일한 사회보험방식으로 장기요양보장제도를 운영하고 있는 독일의 경우에는 의료보험조직에서 장기요양서비스의 질 평가업무를 담당하고 있어 공정성을 가지고 장기요양서비스의 질적 향상에 노력하고 있는 것으로 보인다.

근본적으로 장기요양서비스의 질은 일회성의 점검만으로 유지, 또는 향상되기 어렵기 때문에 지속적인 관리감독이 요구된다. 특히, 일차평가에서 평가결과가 미흡하여 재평가, 또는 그 이상의 지도감독이 필요한 경우가 상존하고 있는 현실에서 현재와 같이 2년에 한번씩 일회성의 평가만으로는 질적 수준을 유지하기가 어렵다고 볼 수 있다. 다시 말하면, 질 평가관리에 있어서는 사후관리를 원활하게 수행할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필수적이기 때문에 전담조직기구의 설립이 요구된다.

라. 평가결과의 공개

최종적으로 평가결과는 이용자에게 시설선택을 위한 정보를 제공하는 차원에서 이용자가 접근하기 쉬운 방법으로 공개하는 것을 원칙으로

하여야 할 것이다. 현행까지는 국민건강보험공단의 홈페이지에 게재하는 수준에 머무르고 있었지만, 그것도 평가등급만을 제시한 것이어서 이용자의 입장에서는 그다지 도움이 되지 못한 것으로 보인다.

따라서 평가결과를 공개할 때에는 평가결과의 등급제보다는 평가영역 별로 점수화하여 수치로 제시하고, 시설이 설치되어 있는 지역(시도)의 평균수준까지 제시해 줌으로써 이용자가 거주하고 있는 지역에 설치된 시설의 수준을 손쉽게 알아볼 수 있도록 해야 한다. 그리고 국민건강보험공단이나 각 시설의 홈페이지에 게재하는 것은 물론이고, 추가적으로 해당시설의 주출입구인 현관의 실내에 부착하도록 해야 할 것이다. 아울러 질 평가기관의 담당직원과 각 시설장에게는 평가내용의 부족한 부분에 대한 정도를 등급화하여 보관할 필요가 있는데, 이는 재평가나 사후관리를 하는데 필요할 것이다.

4. 장기요양서비스 질 향상을 위한 보상지원체계의 마련

기본적으로 양질의 케어를 제공하고 있는 시설일수록 소비자로부터 선택받을 가능성이 높다고 하겠다. 실제적으로도 케어의 질적 수준이 높은 시설일수록 시설규모와 무관하게 입소대기자가 상존하고 있음을 볼 수 있고, 그렇지 못한 시설일수록 입소자가 장기간 거주하지 못하고, 보다 나은 양질의 시설이나 요양병원을 찾아다니고 있는 것으로 파악되고 있다. 이와 같이 낮은 수준의 시설은 시설대로 입소자의 확보가 충분하지 못하여 시설운영이 어려운 반면에 양질의 시설은 입소자의 확보는 안정적으로 유지할 수는 있겠지만, 양질의 케어를 유지 및 향상시키기 위한 충분한 비용을 확보하지 못하여 시설운영에 그 나름대로 어려움을 겪고 있다는 것이다.

이와 같이 시설간 질적 차이가 발생하고 있는 현실에서는 양질의 케어를 제공하는 우수한 시설에 대해서는 상시적인 비용보전이 가능하게 하고, 낮은 수준의 부족한 시설에 대해서는 양질의 케어를 제공할 수 있도록 지도하여 질적 수준을 끌어올릴 필요가 있다. 이를 위한 적합한 방법이 장기요양서비스 수가의 가산지원방식이라 할 수 있는데, 이는 입소자의 본인부담이 증가하지 않는 선에서 수가가 가산될 수 있도록 하는 것이 바람직하겠다. 예를 들면, 경험이 많은 요양보호사, 사회복지사나 간호사 등 전문인력을 채용하고 있는 시설에 한하여 특별가산수가를 적용하는 방식이다.



제6장 결론

6

결론 <<

우리나라는 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 노인요양시설을 비롯한 재가장기요양기관이 폭증하다시피 하고 있다. 제도초기에는 서비스이용자가 일시에 늘어나기 때문에 공급자도 폭증하는 것은 당연할 것이다. 이와 같이 양적으로 폭증하는 것만큼 시설의 다양화가 나타나게 마련이다. 현재의 시설 설치기준은 어디까지나 최소기준에 국한하고 있기 때문에 그 기준을 넘는 시설들이 상당히 다양하게 나타나고 있고, 점차적으로 급증된 시설들간 경쟁으로 인하여 오히려 시설을 개설할 당시의 최소기준조차 지키지 못하는 시설도 속출하고 있는 것이 현실이다. 특히, 종사자의 배치기준을 맞추지 못하는 시설들이 대부분인데, 시설정원에 비해 종사자의 확보가 어려워 정원보다 적은 수의 입소자를 케어하는 시설도 속출하고 있는 실정이다.

그렇기 때문에 정부나 보험자의 입장에서는 급여지출의 효율성과 보험재정의 안정적 유지측면에서라도 시설의 서비스 질 평가를 하지 않을 수 없게 된다는 것이다. 이에 따라 국민건강보험공단(보험자)은 제도도입의 차년도인 2009년도부터 장기요양기관평가를 실시하고 있으며, 입소시설은 2009년부터 2년마다 실시하고 있는데, 2013년도가 3번째의 평가실시년도이고, 재가장기요양기관은 2010년부터 2년마다 실시하고 있다. 지금까지의 시설평가결과를 보면, 대규모시설보다는 소규모시설들에서 평가결과점수가 낮은 것으로 나타나 서비스의 질적 수준이 낮은 것으로 판단해 볼 수 있고, 재가장기요양기관은 가장 많이 이용되고 있는 방문요양서비스기관의 평가결과점수가 다른 기관보다도 상대적으로 낮은 것으

로 나타나고 있다는 것이다. 이러한 결과로부터 판단해 보면, 50인 미만의 소규모시설이 전체 입소생활시설수의 70~80%를 차지하고 있고, 역시 방문요양서비스기관이 전체재가장기요양시설의 절반정도를 차지하고 있다는 것은 우리나라의 장기요양서비스의 질적 수준이 낮다는 것을 알 수 있을 것이다.

따라서 제도도입초기부터 보험재정의 효율적인 관리 및 보험급여의 효과적 지출을 달성하기 위해서라도 장기요양시설에 대한 서비스평가는 필수적인 것으로 판단된다. 다만, 현재의 장기요양기관 평가제도는 급여관리의 효율화 측면에 주안점을 두고 있고, 비록 이를 통해서 서비스의 질을 제고시키겠다는 취지도 포함하고 있기는 하지만, 질평가에 필요한 각종 구비조건들이 아직은 미흡한 것으로 판단되었다.

본 연구를 위해 장기요양기관을 대상으로 현행 장기요양기관 평가제에 대해 설문조사를 실시한 결과, 보편적으로 평가지표의 적절성, 평가조사자의 전문성, 평가기관의 공정성 등에 대해서 불만을 표출한 것으로 나타나고 있었으며, 이러한 문제점들을 해결하기 위해서 제3의 공공기관에서의 평가업무를 수행하기를 희망한 것으로 나타나고 있다. 또한, 주요 선진국가들도 장기요양서비스(케어)의 질을 보장하기 위하여 평가사업을 수행하고 있는데, 제3의 공공기관에서 담당하고 있는 것으로 분석되고 있다. 특히, 장기요양서비스의 질에 대한 관리감독은 평가기관만의 역할이 아니라 중앙정부, 지방정부, 평가기관 및 공급자 등, 모든 관계기관들의 협력하에 이루어지고 있다는 것이 보편적인 현상이다.

따라서, 우리나라도 단순한 보험급여의 효율적 관리측면에서 벗어나 이용자 및 그 가족보호자가 만족할 수 있는 서비스의 제공체제로 전환하기 위해서는 서비스의 질 평가관리체계를 구축하여야 할 것이다. 본 연구에서는 평가관리지표를 개발하기보다는 질 평가관리체계의 실태를 파악

하고 개선방안을 제시하는 선에 그치고 있는데, 향후에는 보다 구체적으로 평가지표의 개발과 평가관리체계의 모형을 구축하는데 필요한 연구가 추진될 필요가 있겠다.

참고문헌 <<

- 경제협력개발기구(OECD) 아시아 사회정책센터(2007). 노인 장기 요양보호 (Korean version), OECD.
- 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관 평가결과.
_____ (2013). 노인장기요양보험 통계연보.
_____ (2013). 2012년도 재가장기요양기관 평가결과.
_____ (2013). 2013년도 장기요양기관 평가매뉴얼.
- 권진희·한은정·강임옥(2010). 방문요양서비스에 대해 인지하는 서비스의 질과 만족도, 재이용의사 간의 관계 분석, 한국노년학. 30(2), pp.355~368.
- 김조자·김용순·강혜영·박정혜·성명숙·우영자·오현숙·윤영옥·조혜숙·주영희(2008). 방문간호서비스 질 평가도구 개발, 한국노년학. 28(2), pp.377~394.
- 노종호(2008). 비영리조직의 시장점유와 시장경쟁이 의료서비스의 질에 미치는 영향에 관한 연구, 한국행정학보. 42(1), pp.273~292.
- 선우덕·이수형·손창균·유근춘·신호성·최영·최혜지·오지선(2006). 노인장기요양보장 체계의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 이지영·이미진(2011). 서비스 관리자가 인식한 장기요양서비스의 질에 대한 질적 연구 : 서비스의 질 개념, 방해요인 및 질 평가를 중심으로, 노인복지연구. 53, pp.29~57.
- 이현진(2011). 방문요양서비스의 소비자만족도에 미치는 영향요인에 관한 연구 : SERVQUAL 모형에 근거한 서비스품질 평가요인을 중심으로, 대한가정학회지. 49(7), pp.1~11.
- 조성희(2010). 역량강화가 서비스 질 자기평가에 미치는 영향 : 충남지역 노인요양시설 종사자를 중심으로, 노인복지연구. 50, pp.353~376.
- 伊藤美智豫·近藤剋則(2012). 케어의 질평가의 도달점과 과제, 사회복지장연구, 국

립사회보장인구문제연구소.

Accreditation Canada(2013). *An accreditation program designed to meet your needs for the long-term*. Accreditation Canada. Retrieved July 19, 2013, from the Accreditation Canada Web site: <http://www.accreditation.ca/about-us/>

Advocacy Centre for the Elderly(2010). *A Brand New World: Ontario's New Long-Term Care Homes Act. Ontario*: Author. Retrieved Summer 2010 Newsletter, from the advocacy centre for the elderly Web site: http://www.advocacycentreelderly.org/long-term_care_homes_-_publications.php

Australian Government(2011). *Caring for Older Australians, Productivity Commission Inquiry Report, 28(53)*.

Blomqvist, Å. and Colin B. (2012). *Long-Term Care for the Elderly: Challenges and Policy Options*. C.D. Howe Institute Commentary 365, 1-40.

Canadian Healthcare Association(2009). *New Directions for Facility-Based Long Term Care. Ottawa: Author*. Retrieved July 22, 2013. from the Web site : www.cha.ca

Canadian Institute for Health Information(2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, Ont: CIHI.

Canadian Life and Health Insurance Association Inc.(2012). *CLHIA Report on Long-term Care Policy: Improving the Accessibility, Quality and Sustainability of Long-term Care in Canada*. Canadian Life and Health Insurance Association Inc.

Care Quality Commission(2010). *Preparing for CQC inspection*.

_____ (2012). *Judgement framework*.

_____ (2012). *What standards you have a right to expect from regulation of your hospital*. <http://www.cqc.org.uk>

- /sites/default/files/media/documents/6436_cqc_hospitals.pdf
 _____(2013). *Annual Report 2012/13 infographic*.
 _____(2013). *Care Updata infographic*.
 _____(2013). *Enforcement policy June 2013*.
- Dandi, R. and Casanova, G.(2012). *Quality assurance indicators of long-term care in European countries*. ENEPRI Research Report, No. 110, ANCIEN.
- Department of Health(2012). *Caring for our future: reforming care and support*, July 2012. Available at : [http://www.dh.gov.uk/health/2012/07/careandsupportwhitepaper/Central services to NHS Arm's length Bodies/ALBs\(2012\)](http://www.dh.gov.uk/health/2012/07/careandsupportwhitepaper/Central%20services%20to%20NHS%20Arm%27s%20length%20Bodies/ALBs(2012).).
- County of SIMCOE homepage (2012). *MOHLTC Compliance Transformation*. Author. Retrieved July 25, 2013, from the County of SIMCOE Web site: <http://www.simcoe.ca/search/index.htm?ssUserText=MOHLTC+Compliance+Transformation>
- Department of Health(2001). *National Service Framework for Older People of UK*. London.
- _____ (2002). *The Care Standards Act 2000: A guide for registered service providers*.
 _____(2002). *The Care Standards Act 2000: A guide for registered service providers*.
 _____(2003). *Care homes for older people: national minimum standards and the Care Homes Regulations: third edition*. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4135403.pdf
 _____(2008). *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*, <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/>

DH_085825

GKV-Spitzenverband and MDS(2009). *Grundlagen der MDK-Qualitaets pruefungen in der ambulanten Pflege*. GKV-Spitzenverband and MDS.

_____ (2009). *Grundlagen der MDK-Qualitaets pruefungen in der stationaeren Pflege*. GKV-Spitzenverband and MDS.

MDS(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2012). *3.Bericht des MDS nach §114a Abs. 6 SGB XI : Qualitaet in der ambulanten und stationaeren Pflege*, MDS.

Ministry of Health and Long-Term Care(2007). *Long-Term Care Homes Program Manual*. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care.

_____ (2010). *An update on the Long Term Care Quality Inspection Program Ontario*. Author. Retrieved July 25, 2013. from the Family Council Consultation Web site : <http://www.familycouncilmembers.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/05/20110530Compliance-Inspection-Overview-Sept-14-2010.pdf>

Ministry of Health and Long-Term Care, Institute for Performance Improvement and Compliance Branch(2010). *Developing an effective Complaint Mechanism for LTC Home in Ontario*. Author. Retrieved July 25, 2013. from the Ministry of Health and Long-Term Care Web site; <http://www.lco-cdo.org/ccel-presentations/3B%20-%20Karen%20Slater.pdf>

_____ (2011). Inspection

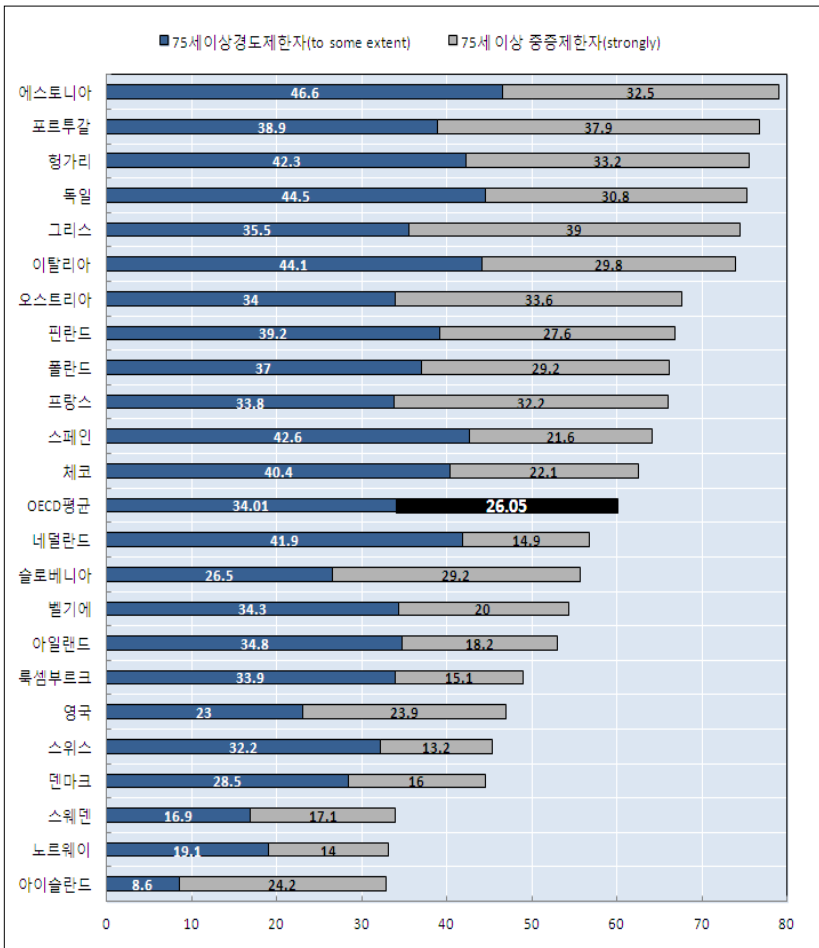
- Protocol Family Council Interview. Ontario: Author. Web site : <http://www.familycouncilmembers.net/sites/default/files/Family%20Council%20Interview%20~%20April%202011.pdf> 에서 검색
- Mor, V.(2005), Improving the quality of long-term care with better information, *Milbank Quarterly*, 83(3).
- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence(2012). *NICE Quality standards*. Web site : <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qualitystandards/qualitystandards.jsp>
- OECD(2005). *Long Term Care for Older People*.
- _____(2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*.
- _____(2012). *OECD Health Data 2012 - Long-Term Care data*.
- _____(2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*.
- OANHSS(2010). *Overview of the New LTC Quality Inspection Program(LQIP)*. Author. Retrieved from the OANHSS Web site: http://www.oanhss.org/oanhssdocs/MembersOnly/Full%20Members%20Only%20Pages/GovernmentAndMediaRelations/LTC%20Homes%20Act/Oct2010_LQIP_Orientation_and_Training_Template_Managers_Functional_Leads.pdf
- _____(2011). *Quality and Compliance Monitoring under the New Long-Term Care Homes Act(LTCHA)*. Author. Retrieved from the OANHSS Web site: http://www.oanhss.org/oanhssdocs/MembersOnly/Full%20Members%20Only%20Pages/GovernmentAndMediaRelations/LTC%20Homes%20Act/Quality_Monitoring_Under_New_LTCHA.pdf
- Parasuraman A., VA. Zeithaml, LL. Berry.(1985). A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 49(Fall), pp.41~50.

- Parasuraman A., VA. Zeithaml, LL. Berry.(1988). SERVQUAL: A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions. of service quality, *Journal of Retailing*. 64(1), pp.12~40.
- Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, and Wenger NS.(2001), Assessing care of vulnerable elders : method for developing quality indicators, *Ann Intern Med*, 135,
- UK The Stationery Office(2012). *Health and Social Care Act 2012*.
- WHO(2002). Lessons for LTC policies, http://whglibdoc.WHO.int/hg/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf.
- Wiener, J. M., Tilly, J., Howe, A., et al.(2007). *Quality assurance for Long-term care : the experiences of England, Australia, Germany and Japan*. AARP.
- Wiener, et al.(2007), *Strategies for improving the quality of long-term care: final report*, RTI project No. 0210634, April.
- 국민건강보험공단 노인장기요양 홈페이지 : <http://www.longtermcare.or.kr>

부록 <<

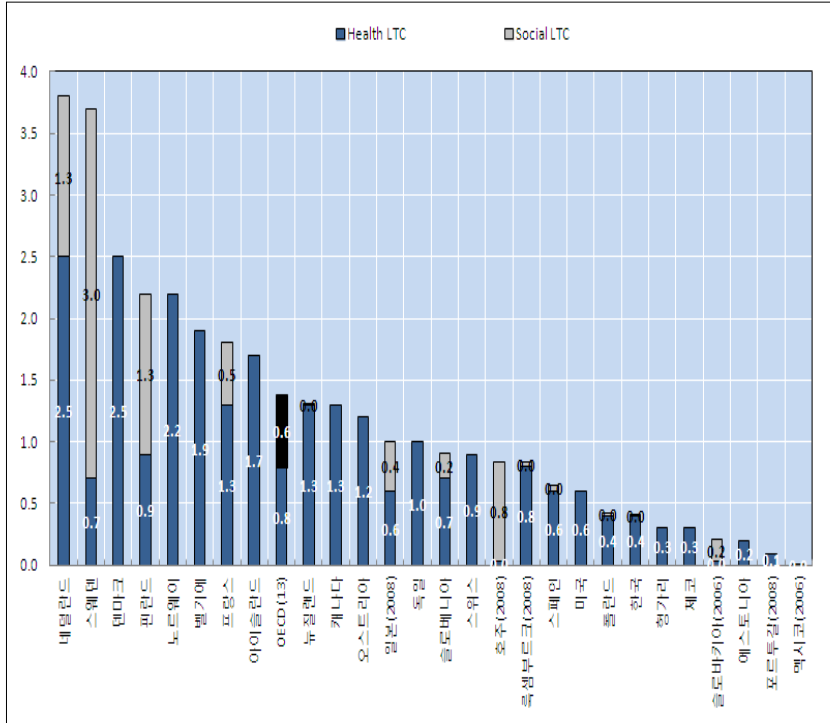
[부도 1] 75세 이상 인구 중 일상생활 제한 수준

(단위 : %)



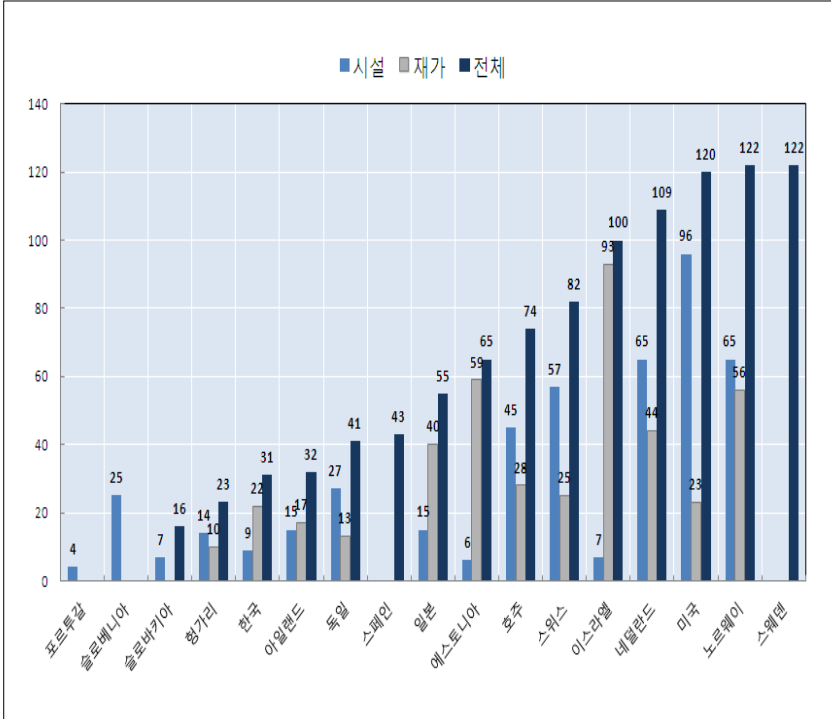
자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

[부도 2] GDP 대비 LTC 지출(건강 및 사회적 요소)(2009년)



자료 : OECD(2011). health at a glance.

[부도 3] 시설세팅에서 근무하는 요양보호사 수(65세 이상 인구 1000명당 요양보호사 수)
(2011년)



자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

〈부표 1〉 요양시설 및 재가보호 이용자의 인구사회학적 분포 및 일반질환 발생률

구분	캐나다 온타리오		미국 미시건		아이슬란드		핀란드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	90,115 %	152,558 %	83,893 %	14,621 %	2,307 %		5,699 %	13,041 %
여성	69.9	65.3	67.0	69.5	66.1	-	73.4	71.8
연령								
<65	6.2	17.5	13.6	25.9	2.6	-	4.1	9.5
65~74	9.4	14.9	16.2	21.4	7.8	-	11.6	13.3
75~84	32.1	34.2	32.7	31.1	31.3	-	34.8	39
85+	52.3	33.5	37.5	24.0	58.3	-	49.5	38.2
결혼 상태								
남성	42.9	58.3	44.1	34.5	37.8	-	-	50.7
여성	16.0	28.5	20.0	17.2	17.8	-	-	49.3
합계	24.1	38.8	27.9	22.4	19.5	-	15.7	17.6
진단								
알츠하이머 또는 다른 치매	56.3	19.3	38.1	25.1	62.1	-	64.7	29.9
심부전	12.4	11.4	27.0	30.6	16	-	13	19.5
폐기종 또는 COPD	14.4	16.9	23.0	23.6	10.2	-	4.2	11.2
당뇨	25.0	26.3	33.9	37.4	14.1	-	18	26
암	8.9	15.0	8.7	9.9	8.5	-	7.1	6.9
뇌졸중	21.2	17.0	15.9	22.5	22.7	-	10.5	8.2

구분	영국		벨기에		이탈리아		뉴질랜드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	481	250	765	4,070	3,661	2,417		11,163
	%	%	%	%	%	%	%	%
여성	72.1	74.4	75.9	68.4	69.4	63.5	-	60.3
연령								
<65	4.2	0	4.3	5.6	4.7	8.2	-	4.7
65~74	10.6	18.3	10.4	16	11.2	11.1	-	18.4
75~84	33.7	41.9	38.6	48.5	37.1	37.4	-	43.6
85+	51.6	39.8	46.7	29.9	47.1	43.4	-	32.4
결혼상태								
남성	37.3	41.9	42.5	59.8	32.1	65	-	-
여성	11.2	15.3	12.6	27.3	11.7	25.7	-	-
합계	18.5	22.1	19.7	37.6	17.8	40.1	-	37
진단								
알츠하이머 또는 다른 치매	30.9	12.1	46.4	15.6	53.3	33.5	-	21
심부전	6.4	20.4	28.2	9.9	13.3	25	-	17
폐기종 또는 COPD	6	13.5	9.7	4.2	19.9	17	-	19
당뇨	14.8	14.2	18	10.3	21.7	19	-	19
암	12.7	6.6	7.4	4.7	10.2	15.1	-	11.1
뇌졸중	26.4	25.3	19.8	12.3	20.7	15.8	-	18

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

238 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈부표 2〉 요양시설 및 재가보호 이용자의 신체장애, 인지장애, 우울증의 심각성, 통증의 심각성 척도

척도명	캐나다 온타리오		미국 미시건		아이슬란드		핀란드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	90,115	152,558	83,893	14,621	2,307		5,699	13,041
	%	%	%	%	%	%	%	%
인지기능								
0	15.2	44.4	34.6	33.2	4.9	-	4.9	35.0
1~2	26.4	44.2	26.3	40.3	17.6	-	16.8	37.6
3~4	33.4	7.3	30.2	15.9	30.1	-	35.5	21.8
5~6	25.0	4.2	8.8	7.5	47.4	-	42.8	5.7
ADL								
0	7.9	62.6	2.3	41.3	-	-	2.8	72.2
1~2	17.1	24.0	19.0	26.6	-	-	15.2	17.7
3~4	38.2	10.0	57.1	20.3	-	-	28.7	8.4
5~6	36.8	3.4	21.6	9.6	-	-	53.4	1.8
우울								
0	34.1	60.5	61.3	60.6	33.4	-	35.0	62.9
1~2	33.0	23.1	29.8	24.0	42.1	-	34.1	20.9
3+	32.9	16.4	8.8	15.4	24.5	-	30.9	16.3
통증								
0	57.5	32.4	39.8	28.4	24.5	-	51.0	38.7
1~2	39.6	53.8	56.1	51.0	63.9	-	45.6	53.9
3	3.0	13.8	4.0	13.5	11.6	-	3.3	7.5

척도명	영국		벨기에		이탈리아		뉴질랜드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	481	250	765	4,070	3,661	2,417	11,163	
	%	%	%	%	%	%	%	%
인지기능								
0	21.4	52.6	17.7	41.5	7.6	24.2	-	38.3
1~2	28.5	26.3	21.6	27.3	30.4	27.3	-	31.6
3~4	20.8	9.3	33.6	20.9	21.5	14.0	-	25.1
5~6	29.5	8.0	27.1	10.3	40.5	34.5	-	5.0
ADL								
0	6.9	67.8	7.9	23.4	5.6	10.6	-	65.3
1~2	ore	11.1	12.8	24.4	16.1	8.4	-	22.3
3~4	20.8	16.6	46.8	41.1	31.6	27.6	-	9.3
5~6	64.7	4.5	32.5	11.1	46.6	53.5	-	3.1
우울								
0	39.3	>2	31.1	46.1	37.9	49.9	-	60.5
1~2	28.3	26.3	30.3	24.6	28.1	20.3	-	23.4
3+	32.2	g	38.6	29.3	34.0	29.8	-	16.1
통증								
0	63.2	29.4	ges	50.0	77.9	63.5	-	40.4
1~2	34.1	51.6	37.0	40.6	20.2	31.0	-	45.9
3	2.7	19.0	4.3	9.3	1.9	5.5	-	13.7

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

240 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈부표 3〉 RUGs에 따른 환자구성/요양시설 및 재가보호 이용자의 분포

RUG-III hierarchical group	캐나다 온타리오		미국 미시건		아이슬란드		핀란드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	90,115	152,558	83,893	14,621	2,307		5,699	13,041
	%	%	%	%	%	%	%	%
재활	15.0	3.7	65.0	9.6	19.2	-	2.6	1.8
진료 집중 케어	1.6	0.7	4.0	2.2	3.2	-	1.1	0.3
특별 케어	9.0	1.6	3.5	5.3	9.8	-	8.0	4.4
복합 중후 증상	16.5	22.0	9.4	44.5	19.5	-	16.9	1.4
인지 장애	10.8	7.3	4.4	8.3	13.5	-	16.3	20.4
문제 행동	2.8	1.2	0.1	0.9	1.6	-	2.8	6.3
신체 기능 감퇴	44.3	63.5	13.6	28.9	33.1	-	52.2	55.4

RUG-III hierarchical group	영국		벨기에		이탈리아		뉴질랜드	
	NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N	481	250	765	4,070	3,661	2,417		11,163
	%	%	%	%	%	%	%	%
재활	1.6	1.0	43.5	-	0.0	1.1	-	6.7
진료 집중 케어	0.0	0.7	1.0	-	10.8	11.4	-	0.4
특별 케어	10.3	1.0	5.5	-	21.1	8.9	-	1.0
복합 증후 증상	20.7	31.1	11.5	-	20.1	32.5	-	18.8
인지 장애	6.6	4.8	13.5	-	9.6	2.8	-	19.4
문제 행동	2.7	1.7	2.0	-	2.0	0.4	-	0.7
신체 기능 감퇴	57.8	59.5	23.0	-	36.3	42.9	-	53.2

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

242 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈부표 4〉 요양시설 및 재가서비스 이용자 중 신체 및 인지장애 하위그룹에 따른 환자구성과 의료 및 사회적 지표의 발생률

Sub-groups	Characteristic	캐나다 온타리오		미국 미시간		핀란드	
		NH	HC	NH	HC	NH	HC
N		90,115	152,558	83,893	14,621	5,699	13,041
		%	%	%	%	%	%
좋은 신체상태/ 좋은 인지상태 (ADLH0-1/CPS0-1)	% (N) in this sub-population	8.3 (6,210)	50.2 (76,636)	3.6 (2,985)	32.2 (4,714)	3.5 (202)	49.2 (6,416)
	통증관리	20.7	17.5	34.3	11.5		19.5
	낙상 (과거 90일 내)	16.5	26.6	11.6	21	5.5	21.3
	신체구속	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.
	실금	9.4	10.2	1.7	28.6	13.9	12.9
	욕창	1.1	1.7	2.7	2	1.5	2
	예방주사미접종 (1년간)	n.a.	27.1	n.a.	22.1	n.a.	34.1
	고독	n.a.	13.7	n.a.	18.7	n.a.	24.2
	우울(DRS)2	15.7	12.4	5.3	9.3	21.3	11.9
	% (N) in this sub-population	17.9 (13,418)	10.9 (16,608)	40.7 (34,177)	21.7 (3,171)	10.1 (574)	5.6 (726)
나쁜 신체상태/ 좋은 인지상태 (ADLH2+/CPS0-1)	통증관리	25.5	21.5	39	13	25.3	27.1
	낙상 (과거 90일 내)	21.4	35.2	11.9	24.4	8	26.9
	신체구속	5	n.a.	0.2	n.a.	9.2	n.a.
	실금	52	22	15.1	43.7	62.7	37.3
	욕창	6.8	5.2	11.1	9	4.7	5.9
	예방주사미접종 (1년간)	n.a.	31.7	n.a.	30.6	n.a.	36.8
	고독	n.a.	11.1	n.a.	17.8	n.a.	19.2
	우울(DRS)2	28.3	18.3	5.8	12.7	29.6	19

Sub-groups	Characteristic	영국		벨기에		이탈리아		뉴질랜드	
		NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N		481	250	765	4,070	3,661	2,417		11,163
		%	%	%	%	%	%	%	%
좋은 신체상태 / 좋은 인지상태 (ADLH0 -1/CPSO -1)	% (N) in this sub-population	7.3 (35)	58.1 (168)	8.9 (68)	24.0 (975)	5.8 (213)	11.3 (272)	-	46.9 (5,222)
	통증관리	0	19	10.8	11.8	1.9	5.1	-	16.5
	낙상 (과거 90일 내)	14.3	31	11.3	30.3	9.4	8.4	-	27.7
	신체구속	0	n.a.	0.1	n.a.	2.8	n.a.	-	n.a.
	실금	17.1	15.5	25.9	21.38	7	9.5	-	17.6
	욕창	0	2.4	4.7	2.2	0.5	4	-	0.9
	예방주사미접종 (1년간)	25.7	19	7.8	23.6	17.8	16.4	-	23.6
	고독	8.6	36.3	26.5	37.1	15	15	-	19.4
	우울(DRS)2	17.1	20.2	20.2	24.9	26.8	19.3	-	n.a.
	% (N) in this sub-population	27.7 (133)	14.5 (42)	21.2 (162)	34.8 (1,417)	19.6 (717)	28.8 (696)	-	8.2 (916)
나쁜 신체상태 / 좋은 인지상태 (ADLH2 +/CPSO -1)	통증관리	4.5	33.3	14.5	9.6	3.5	8.8	-	17
	낙상 (과거 90일 내)	5.3	23.8	32.1	36.6	29.1	16.8	-	33.2
	신체구속	0	n.a.	8.2	n.a.	5.3	n.a.	-	n.a.
	실금	64.7	11.9	41.18	30.52	41	31.2	-	32.4
	욕창	6	7.1	7.1	2.9	9.5	16.7	-	4
	예방주사미접종 (1년간)	29.3	33.3	10.3	17.8	12.4	14.2	-	32.2
	고독	21.8	28.6	35.1	29.6	11.2	10.8	-	15
	우울(DRS)2	30.8	23.8	27.5	22.8	32.6	30	-	n.a.

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

244 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈부표 5〉 요양시설 및 재가서비스 이용자 중 신체 및 인지장애 하위그룹에 따른 환자구성과 의료 및 사회적 지표의 발생률(계속)

Sub-groups	Characteristic	캐나다 온타리오		미국 미시건		핀란드	
		NH	HC	NH	HC	NH	HC
N		90,115	152,558	83,893	14,621	5,699	13,041
		%	%	%	%	%	%
	% (N) in this sub-population	5.7 (4,295)	23.0 (32,061)	2.9 (2,442)	19.4 (2,840)	5.7 (322)	35.2 (4,586)
좋은 신체상태 /나쁜 인지상태 (ADLH0 -1/CPS 2+)	통증관리	13.5	11.9	8.4	9.6	11.8	15.1
	낙상 (과거 90일 내)	19.5	33.4	20.7	26.3	6.8	25.8
	신체구속	0.1	n.a.	0	n.a.	0	n.a.
	실금	11.1	15.3	4.9	38	12.7	16.7
	욕창	0.8	0.7	0.9	1.3	1.2	1.3
	예방주사미접종 (1년간)	n.a.	24.3	n.a.	24.2	n.a.	34.1
	고독	n.a.	16.4	n.a.	22	n.a.	32
	우울(DRS)2)	27.8	19.8	12	20.4	32	19.1
	% (N) in this sub-population	68.0 (50,926)	15.9 (24,253)	52.8 (44,289)	26.7 (3,896)	80.7 (4,601)	10.1 (1,313)
나쁜 신체상태 /나쁜 인지상태 (ADLH2 +/CPS 2+)	통증관리	15.7	12	14.1	7.5	19	19.9
	낙상 (과거 90일 내)	28.4	39.7	21.1	28.9	6.6	34.4
	신체구속	23.1	n.a.	2.7	n.a.	18.7	n.a.
	실금	77.2	46.5	50.9	66.5	85.6	55.5
	욕창	6.4	3.2	10.5	7.9	4	3.7
	예방주사미접종 (1년간)	n.a.	27	n.a.	26.4	-	29.2
	고독	n.a.	9.4	n.a.	15.3	-	27
	우울(DRS)2)	34.5	22	11.3	21.2	31.4	25.9

Sub-groups	Characteristic	영국		벨기에		이탈리아		뉴질랜드	
		NH	HC	NH	HC	NH	HC	NH	HC
N		481	250	765	4,070	3,661	2,417		11,163
		%	%	%	%	%	%	%	%
	% (N) in this sub-population	2.1 (10)	12.8 (37)	5.1 (39)	11.1 (453)	3.5 (127)	2.3 (55)	-	30.4 (3,385)
좋은 신체상태/ 나쁜 인지상태 (ADLH0 -1/CPS 2+)	통증관리	0	24.3	2.2	5.7	0.8	1.8	-	-
	낙상 (과거 90일 내)	20	27	23.8	34.7	12.6	14.5	-	-
	신체구속	0	n.a.	0	n.a.	1.6	n.a.	-	-
	실금	30	5.4	23.9	26.1	13.4	27.3	-	-
	욕창	0	0	0	2.5	0.8	5.5	-	-
	예방주사미접종 (1년간)	20	27	8.1	25.9	12.6	27.3	-	-
	고독	10	35.1	25	32.2	10.2	27.3	-	-
	우울(DRS)2	0	29.7	39.1	42.4	29.9	38.2	-	-
	% (N) in this sub-population	62.8 (302)	14.5 (42)	64.8 (496)	30.1 (1,225)	71.1 (2,604)	57.6 (1,392)	-	14.7 (1,640)
나쁜 신체상태/ 나쁜 인지상태 (ADLH2 +/CPS 2+)	통증관리	2.6	14.3	10.7	8.2	1.7	5	-	12
	낙상 (과거 90일 내)	6.3	45.2	28.7	41.8	19.9	14.5	-	37.7
	신체구속	1	n.a.	19.9	n.a.	23.1	n.a.	-	n.a.
	실금	85	57.1	66.2	47.4	67.8	60.5	-	55.7
	욕창	8.9	21.4	8.1	1.2	20.5	27.1	-	3.7
	예방주사미접종 (1년간)	20.9	26.2	7.6	21.2	12.6	11.8	-	33.3
	고독	15	14.3	29.8	28.6	9.3	10.1	-	11.2
	우울(DRS)2	35	26.2	44	36.7	35.1	31.5	-	n.a.

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

246 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

〈부표 6〉 LTC 질 관련 법 및 관련 주체

국가명	LTC 질 관련 법령	LTC 질 관리(감독) 주체	모니터링 준수 및 통제 주체	LTC와 질 관련 국가기본조항
호주	노인돌봄법(1997), 돌봄의 질 원칙(1997), 이용자 권리원칙(1997)	중앙정부	주	더 오래 더 잘 살기
오스트리아	15a B-VG 연방정부와 주 정부 간의 동의(1993), 건강개선법(2005), 건강의 질 법(health quality act)	연방노동사회소비자 보호부, 연방보건부		
벨기에	(벨기에어...)	연방정부 및 지방정부	지역	
캐나다	protection for person in care act(온타리오, 2010), 재가장기요양법(온타리오, 2010), 보건 및 사회서비스에 관한 법(퀘벡), 너싱홈법(뉴브런즈윅), 조정된재가복지법(coordinated home care act(노바스코샤))	지자체, 지역의 보건 질관리위원회		지역별
크로아티아	사회복지법(No. 33/2012), 아동사회정책부의 전략		사회복지부, 행정상의 감독 및 조사를 위한 독립된 기구, 진정서(탄원서), 사회복지체계의 불만과 조정	아동사회정책부의 전략
체코	2007사회서비스법(사회서비스법 No. 108/2006)	보건부, 노동사회부		
덴마크	사회서비스법	지자체		
에스토니아	노동계약법(Labour contract act), 사회복지법, 건강보험법	정부	에스토니아 건강보험자금(EHIF)	
핀란드	환자의 지위와 권리에 대한 법, 사회복지 대상자의 지위와 권리에 대한 법, 건강증진법(No. 1326/2010), 고령자 서비스 법(2012년 10월 국회 통과)	중앙정부 : 승인 및 감독 지방정부 : 실행 및 재원	지자체 국가감독지휘권	노인을 위한 높은 질의 서비스를 위한 국가 체계
프랑스	APA(2001년 7월 20일) par la loi n 2001-647, PCH(2005년 2월 11일)	사회부, 노동부	장기요양조직평가를 위한 국가기관(ANESM)	
그리스	이름모름	보건복지부		

국가명	LTC 질 관련 법령	LTC 질 관리(감독) 주체	모니터링 준수 및 통제 주체	LTC와 질 관련 국가기본조항
독일	사설거주법(Act on residential homes(Heimgesetz)), 장기요양보험법(SCB XI)(2008년, 2012년)	지자체	건강보험재단의 연방조직의 의료자문서비스	2008년과 2012년 법에서 질보장 메카니즘이 강조됨.
헝가리	사회행정 및 사회부조법 III (1993)	사회, 가족, 아동을 위한 주정부		
아이슬란드	지자체사회서비스법(Local Authorities' Social Services Act) NO.40/1991, 노인 문제 법(the Act on the Affairs of the Elderly), NO. 125/1999, 보건서비스법(Health Service Act)	복지부(2011년 1월 1일에 보건부, 사회부, 사회보장부가 통합되었음) 보건부서 장	보건부서 (directorate of Health)	국가 보건 계획
아일랜드	보건법(케어와 복지 규정, 2007) 보건법(너싱홈 지원 제도, 2007)	중앙정부 보건서비스 행정부(HSE)		노인을 위한 국가 치료 프로그램(예-낙상의 감소, 아급성 케어와 지역사회 케어의 통합)
이스라엘	국가보험법(National Insurance Act)	지자체		
이탈리아			질 확보를 위한 지역기관	국가기본법
일본	장기요양보험법	보건노동복지부	도, 현과 지자체	너싱홈 질 표준 체계, 공개보고시스템
한국	노인장기요양보험법, 국민건강보험법(장기요양, 병원), 노인복지법, 건강가정기본법, 장애인, 노인, 임산부의 편의증진 보장에 관한 법률	보건복지부	국민건강보험공단 (장기요양시설) 건강보험심사평가원(노인요양병원)	노인복지시설 인권 보호 안전관리 지침
라트비아	사회서비스 및 사회지원법 (2003년 1월 1일부터 시행)			
리투아니아	사회서비스법(2006년 2월 20일, No X-493) 2007년 사회보장노동부에 의해 승인된 사회적 돌봄 기준(2007년 4월 20일,	사회적 돌봄 질 관리를 위한 책임있는 사회적 돌봄 기관이 있음. 입원환자의 건강돌봄 질 관련 data 수집은	사회보장노동부 산하 사회서비스 관리부서	사회서비스 법, 사회적 돌봄 기준, 사회적 돌봄기관의 설립자격기준

248 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	LTC 질 관련 법령	LTC 질 관리(감독) 주체	모니터링 준수 및 통제 주체	LTC와 질 관련 국가기본조항
	No.A1-46)	2013년부터 국가적 차원에서 시작될 예정임. 장기요양에서 욕망의 발생과 같은 지표와 이용자의 만족도 등이 포함될 예정		
몰타		공중보건감독	건강관리기준부 노인 및 지역사회 돌봄부	
네덜란드		보건복지체육부 건강관리국		책임 있는 돌봄을 위한 품질체계
뉴질랜드	보건 장애 서비스(안전)법 2001			
노르웨이	지자체 보건 돌봄 서비스법, 환자와 이용자 권리법	지자체 당국		
폴란드	보건의료조직법(1991 개정), 공공의료복지법(2004, 2009년 개정), 간호사와 조산사법(1996), 사회적 지원법(1990, 2004년에 중요사항 변동)	중앙정부와 지방정부		
포르투갈	질 정책과 전략 관련 지시	보건부, 노동사회적결속부		
터키		보건부, 가족사회정책부 및 관련부서		
슬로바키아	사회서비스법	노동사회가족부		
슬로베니아		노동가족사회부, 보건부		
스페인	법 39/2006, 공동인가기준	자치구, 세우타와 메릴라의 중앙정부		
스웨덴	사회서비스법(1982, 2009), 보건의료서비스법과 사회서비스법(2010)	지자체	국가보건복지위원회	국가보건전략
스위스	국민건강보험법, 주별 법	연방내무부; 주	건강보험제공자 및 주	국민건강보험법, 주별 법
영국	보건사회복지법(2008)	보건부	보건사회서비스질 관리위원회	
미국	포괄예산조정법(1987)	주	주	

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

〈부표 7〉 LTC 제공자의 승인, 등록, 인증

국가명	승인, 등록, 인증	승인 신청자	승인조직	기준	승인/등록/법적인증 등이 계약의 전제조건인가?	자율 승인 주체	점검
호주	승인	보호시설, 요양시설, 재가	노인돌봄기준과 승인 기관(Ltd)(노인요양시설), 주 또는 지방정부 또는 보건 노인부(지역사회돌봄)	효과적인 관리, 접근성과 서비스 제공의 적절성, 서비스 이용자의 권리와 책임, 관리체계, 직원과 조직적 발전, 건강 및 개별 돌봄, 거주자 생활 방식, 물리적 환경과 안전체계	YES 노인요양시설		
오스트리아	등록				YES	제3의 기관에서 “국가 질 인증” 업무 진행	
벨기에	승인	보호시설	국가 또는 지역		YES 그러나 필수는 아님.		
캐나다	승인	지역별로 다양함. 그러나 일반적으로 보호 시설, 요양 시설, 재가	지역별로 다양함. 보건서비스 승인은 캐나다 의회		YES/NO	캐나다 Accreditation Canada - 캐나다 병원인증 기관)	
덴마크	승인	보호시설, 재가 서비스 제공자	국가	지역의회는 기관설립기준, 서비스 질 기준, 실제 서비스 제공자에 의해 준수된 가격기준 등을 요구함.	No		
핀란드	승인	보호시설, 요양시설, 재가 돌봄 서비스	국가감독관련	직원, 시설, 관리체계, 자기규제절차	No		

250 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	승인, 등록, 인증	승인 신청자	승인조직	기준	승인/등록/법적인증 등이 계약의 전제조건인가?	자율 승인 주체	점검
프랑스	승인	시설, 재가	ANESM	사생활, 비밀, 업무의 조직화, organization of a high quality reception, tailoring operation, 서비스 제공에서의 명확성과 질보장, 운영방법, 모니터링과 평가 운영, 직원선발과 자격조건	YES		
독일	승인	시설, 재가	보험재단	유능한 직원, 직원들의 적절한 급여, 질관리체계의 도입, 전문적 기준의 활용	YES		
아이슬란드	인증	너싱홈	보건원장	의료서비스, 직원, 장비, 부지(땅)의 종류	YES		보건부
아일랜드	등록	너싱홈	보건정보 및 질 관리부	권리, 보호, 건강 및 사회적 돌봄 욕구, 삶의 질, 직원, 돌봄환경, 관리방법, 치매노인 특별케어 유닛 환경 조성	YES		
이탈리아	승인	거주시설, 준거주시설	주정부	구조, 기술 및 조직적 요구	YES		
일본	인증, 등록	장기요양보험에서 재원을 제공받는 모든 서비스 제공자	도, 현, 지자체	인적자원, 불만사항과 보호(complaint and protection), 관리와 승인, 케어의 질	YES		
한국	요양병원승인	요양병원	의료기관평가인증원	진행중	아직 없음(not yet)		

국가명	승인, 등록, 인증	승인 신청자	승인조직	기준	승인/등록/법적인증 등이 계약의 전제조건인가?	자율 승인 주체	점검
일본	인증	보호시설, 요양시설, 재가보호	보건노동복지부	인적자원, 불만사항과 보호(complaint and protection), 관리와 승인, 케어의 질	YES		
리투아니아	인가 (면허)	모든 사회복지기관 (2015년부터) 임의허가제(2013년)	사회보장노동부 산하 사회복지서비스지도감독부 보건부 산하 주 건강돌봄 승인기관	사회적 돌봄 기준 (사회보장노동부령, 2007) 2012년 보건부의 승인을 받은 치료 및 간호서비스 규정 2007년 보건부의 승인을 받은 통원 서비스 및 재가 서비스 규정 2007년 보건부의 승인을 받은 성인 및 아동을 위한 일시적 케어 서비스 제공 규정	YES 2015년부터 자격증 획득 시 까지. 2013년부터 사회적 돌봄 임의허가 가능 기관 설립	YES 시설에서는 사회적 돌봄 기준에 따라 자발적으로 평가를 진행할 수 있음.	1. 사회보장노동부 산하 사회복지서비스 지도감독부와 기관의 사회적 돌봄 기준 점검은 최소한 5년에 1회 진행 2. 보건부 산하 주 건강돌봄승인 기관은 시설에서 제공하는 의료서비스를 계획적 또는 불시에 점검
몰타	인가 (면허)	재가	유자격 기관 (공중보건관리자)		자격의 타당성은 계약의 전제조건임.		공중보건관리자가 속한 기관에서 의료서비스 기준에 의해 매년 진행
네덜란드	승인	시설, 재가	네덜란드 병원 승인을 위한 기구, 의료 서비스와 복지 질 조화	환자의 인식, 비공식적 돌봄의 결과, 서비스 활용, 돌봄 노동자의 질과 만족도, 치료결과	YES 전제조건은 아님.		

252 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	승인, 등록, 인증	승인 신청자	승인조직	기준	승인/등록/법적인증 등이 계약의 전제조건인가?	자율 승인 주체	점검
노르웨이							
포르투갈							
스페인	승인	모든 서비스 제공자 (개인사업자포함)	지방의회	물적자원과 장비, 인적자원	YES		
스웨덴	시작 과정임	LTC 시설					
스위스	인증(일부지역 통일된 모형 아님)	너싱홈	민간기관들	각각의 인증모델을 위한 다양한 기준	일부 주에 서는 의무 사항	만년기관들	
영국	등록	등록된 시설 보호, 요양시설, 재가 서비스 제공자	보건사회서비스 질관리위원회	개입과 정보, 개별 욕구에 맞춘 돌봄, 치료, 지원, 안전한 환경, 직원의 적절성, 질과 관리, 관리의 적절성	YES		
미국	승인	보호시설, 요양시설, 재가	의료기관평가위원회		No	의료기관 평가위원회	
	인증		주, 그러나 연방 정부도 요청 사항 요구	거주자의 권리, 승인, 전환 및 퇴소, 삶의 질, 서비스, 환경, 영양, 관리	No		

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

〈부표 8〉 국가차원에서 요구되는 LTC 종사자의 요건

국가명	LTC종사자들을 위한 국가차원의 훈련 프로그램 (최소한의 커리큘럼)	직업명 또는 구분	훈련 내용과 기간
호주	YES/국가교과과정	보조직원 (Ancillary worker)	430시간, 실기와 이론교육 5주
	YES/국가교과과정	시설노인요양보호사 (Residential aged care worker)	Aged Care의 요양보호사인증Ⅲ : 555시간 8~16주. 실기와 이론
	YES/국가교과과정	전문요양보호사 (Specialisation for care worker)	재가, 지역사회 돌봄 CHC40208: 730시간~740시간 / 18주 까지. 현장실습 포함. 추가적인 훈련, 자원봉사
오스트리아	YES	가정도우미 (home assistants-Heimhilfe)	이동식(ambulatory) 작업공간에서 200시간 이론교육, 120시간 실기교육, 고정(stationarily) 부서에서 80시간
	YES	요양보호사(care assistants-Pflegehilfe)	최소 17세 이상, 신체와 정신 건강. 연간 1600시간 이론 및 실기교육
벨기에			
캐나다	NO/지역별 교과과정	온타리오 : Personal Support worker(PSW)	PSW 훈련 프로그램 : 2년 대학과정(8개월), 이론 384시간, 실습 386시간. 현장실습
	NO/지역별 교과과정	간병인(Personal attendants)	PSW의 프로그램과 유사하지만 기간이 짧음
	YES/국가교과과정	(Worker of basic social care)	기본교육과정 + 150시간의 전문교육과정. 추가적으로 매년 24시간 의무교육
체코	YES	가정도우미 (home assistants)	(초등학교 8년 이상) 고교 4년
		간호사(조무사)	(초등학교 8년 이상) 고교 3년
덴마크	YES/국가교과과정	사회보건요양보호사(social and health care helper)	1년 중 7개월 : 20주 기본과정, 24주 이론공부 (school study), 31주 실습훈련

254 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	LTC종사자들을 위한 국가차원의 훈련 프로그램 (최소한의 커리큘럼)	직업명 또는 구분	훈련 내용과 기간
	YES/국가교과과정	사회보건요양보호사(social and health care assistant)	1년 중 8개월 : 32주 이론공부(school study), 48주 실습훈련
에스 토니아		사회복지사(social care worker)	2년의 훈련. 그 중 25%는 실기
핀란드	국가교과과정	장기요양보호사	직업교육, 3년 전체 120학점, 실무교육으로 최소 29학점 이수
프랑스	NO/국가교과과정	가정도우미(Home aid) 가정도우미(Household assistant) Family and Life Assistant	Social Carer의 자격 : 504시간의 기술과 방법 훈련, 560시간 실기교육, 자원봉사, 현장실습
그리스			
독일	NO/지역별 교과과정	노인돌보미 (Elderly carer)	노인간호법에 따라(2004) 3년 훈련 프로그램, 200시간 이론교육, 2500시간 전문실기강의
	국가교과과정	시설 요양보호사 (Additional institutional care workers)	5일간 인턴과정, 최소 160시간의 3개 모듈, 추가로 2주간 인턴십
헝가리			
아이슬란드	YES	국가공인간호사	
	YES	간호조무사	
아일랜드	YES/국가교과과정	노인요양보호사 (Care assistant for elderly)	FETAC Level 5 건강관리지원 증명서 : 36주. 취업교육국(Training and Employment Authority)에서 진행되는 16주 훈련(FAS), 15주 통합훈련(FAS and host employer), 5주간 직업훈련 with host employer
일본	NO(지역별)/국가 교과과정	재가간병인(Home care worker) 장기요양보호사 (LTC worker (entry level))	총 130시간 : 이론과 실기교육

국가명	LTC종사자들을 위한 국가차원의 훈련 프로그램 (최소한의 커리큘럼)	직업명 또는 구분	훈련 내용과 기간
	NO(지역별)/국가 교과과정	practical care worker	총 500시간 : 이론교육 360시간, 실기교육 140시간 (총 450시간 FY2013 이후)
	YES/국가교과과정	(국가공인) 요양보호사	교육기관에서 2년간 프로그램 이수(1,650시간) 또는 고등학교에서 교육프로그램 이수(1,190시간) 그리고 요양보호사 국가시험 통과 또는 요양보호 관련 3년 이상의 경력과 요양보호사 국가시험 통과
	YES/국가교과과정	(국가공인) 사회복지사	사회복지사 국가시험 응시를 위한 자격 : 케어 관련 전공의 전문대학/대학교에서 또는 2~4년 동안 이론 및 실기 교육을 이수
한국	YES	2급	120시간 교육
		1급	240시간 교육
리투아니아	YES	간호사 간호조무사	2012년에 사회보장노동부는 사회서비스시설의 근로자들을 위한 교육프로그램을 승인하였음(사회보장노동부령 2012, NO. A1-303). 2년 간호사로 양성 후 전문교육 160시간 3년(전문대학) 4년(대학교) 간호사로 양성 후 전문교육 160시간
		사회복지사	2011년 7월 1일 이후 사회복지사 양성과정, 사회서비스법에 명시됨. 사회복지사 고등교육을 이수한 사람 또는 이와 동등한 교육을 받은 사람
몰타	NO		공식적 간병인을 위한 교육은 정부에서 설립한 Malta College of Arts, Science and Technology (MCAST), Employment and Training Corporation (ETC)와 고령자부(Department of Elderly)를 통해 제공됨
네덜란드	YES	Care work assistant	직업교육 level 1 : 1년 교육, 기본요건 없음. 주로 실기위주
	YES/국가교과과정	Care work/ social care work helper	직업교육 level 2 : 16세 이상, 2년간 전일제 보조자 직업교육. 이론기초
	YES/국가교과과정	Individual carer	직업교육 level 3 : 3년 교육. 예비 중급 직업교육 (VMBO) 또는 그와 동등한 사전 교육 필요

256 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	LTC중사자들을 위한 국가차원의 훈련 프로그램 (최소한의 커리큘럼)	직업명 또는 구분	훈련 내용과 기간
노르웨이	YES	전문 요양보호사 (의료 및 사회적 돌봄 프로그램)	중등학교 이하 학력 : 2~3년 50% 이론, 50% 실기 간호관련 고등학교 학력 : 220시간, 실기 위주의 경험 강조
스페인	YES	요양보호사(Carers), 재가요양보호사 (home carers), personal assistants and directors of institutions	모든 공공 돌봄근로자들은 최소한의 전문적 자격증이 있어야 함.
스웨덴	YES/국가교과과정	보조간호사	3년-중등수준 이상
	NO		프로그램에 따름 : 몇일 또는 한달-민간협회교육
스위스	국가교과과정	국가공인간호사	3년
영국	YES/국가교과과정	care and support workers	Level 3 : 2년(8가지 내용-4가지 의무, 4가지 선택) 교육기관에 따라 교육팁 다양
미국	YES/국가교과과정	Home health aide	2주 교육
	YES/국가교과과정	personal care assistant	연방정부의 훈련과정은 없음. PCAs를 할 수 있는 15개 이하의 자격증이 있음. 19개 주는 PCAs를 위한 일정한 트레이닝 프로그램이 있음. 35%의 주에서 PCAs를 대상으로 한 프로그램을 한 가지 이상 제공하고 있음. 68%는 40시간 또는 그 이하를 요구함
	NO(지역별)/국가교과과정	Certified nursing aide	75시간 집체교육과 실기(일부 주는 120시간 요구). 4달에 한번씩 평가

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

〈부표 9〉 현금급여, 공개보고, 인센티브 제공, 돌봄조정과 ICT 정책 및 계획

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비율 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
호주		YES			
오스트리아	연방정부 현금급여, 임시 돌봄 급여, 24 시간 돌봄.				
벨기에	연방정부 수준에서 노인수당; 지역수 준, 요양보험			간호와 ADL 도움은 INAMI를 통해 의료 보장 안에 통합됨.	
캐나다		YES		온타리오주정부는 지역사회기반서비스 의 통합적 연계 서 비스 제공에 초점을 맞춘 재가서비스 전 략 4개년 계획을 가 지고 있음.	
체코	현금급여는 건강과 사회적 상황(ADL, IADL 평가)의 평가 에 기반함.				
덴마크	지자체에 따라 다 양하게 이용. BPA (Citizen Controlled Personal Assistance), 주당 최소 20시간, 지역의회에 따른 지원 기간과 종류 에 따라 계산됨. 최소 또는 최대값 은 없음. 간호서비 스는 해당안됨.				

258 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비율 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
핀란드	연금수급자를 위한 케어수당, 장애수당, 비공식 수발자를 위한 케어보조금	YES / 요양 시설과 재가 돌봄을 위한 InterRAI 데이터 수집을 통해 삶의 질 측정. 온라인 이용가능. 그러나 의무는 아님.	국가적 차원에서는 없음. 몇몇 지자체에서 서비스를 조달할 때 진행되는 계약과 같은 P4P를 적용	새로운 노인돌봄법은 복합적 문제를 가지고 있는 대상자를 위한 케어조정 규정을 마련함. 국가환자데이터베이스(National Database of Patient) 써머리는 2016년까지 보완될 것임. 직접감시데이터는 아님.	국가환자데이터베이스(National Database of Patient) 써머리와 전자건강 기록의 정보처리 상호 운용은 2016년까지 개발될 것임. 일부 지역에서는 재가에서 사용 가능한 의사소통기술과 원격 진료 프로젝트 진행중
프랑스	Allocation Personalisee d'Autonomie(APA), Caisse Nationale de Solidarite pour l'Autonomie (CNSA)			재가 보건복지서비스는 Service Integre de soins a Domicile 와 통합되었음.	
독일	현금급여는 3개의 care level이 있음. 2010년 시점에서 level1은 1달에 225유로, level2는 430유로, level3는 685유로임.	2010년 LTCI에 대한 온라인 보고, 2012년 이후 의료서비스의 질 보고			

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비용 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
아이슬란드		종합적인 수준에서 20개의 측정 결과 게재 준비중		일부 지역에서는 재가에서 간호서비스와 다른 서비스들을 통합하기 위한 특별한 서비스 계약을 구성하였음.	대부분의 너싱홈은 낙상위험을 모니터링하기 위한 이동센서를 설치함. 일부 너싱홈은 전화를 설치하는 방법을 제시함. 그러나 핸드폰 이용을 희망하는 거주자들은 핸드폰을 이용함. 이동 및 보행을 위한 휠체어, 목발 등은 너싱홈에서 무료로 제공하고 있음. 이용자들은 너싱홈 내에서 인터넷 연결 컴퓨터를 사용할 수 있음.
아일랜드	항시적 이용자 수당, 재가돌봄수당(50%), 돌봄수당, 돌봄자 급여(carer's benefit), 일시적 돌봄 보조금	YES			
이탈리아	INPS는 국가차원의 장애수당을 제공함. 종합과세 제외				
일본	LTC 수준 : 실업보험에 의해 보완된 급여의 40%. 1인당 최대 3개월	YES	양질의 서비스 제공자에게 금전적 인센티브 제공(구조, 과정 중심)	LTC보험체계 내에 케어매니저에 의한 조정	

260 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비율 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
한국	<p>YES. 국가차원 프로그램: 돌봄수당 수혜기준 : 도서벽지거주, LTC 시설 이용이 어려운 대상자 세금면제(tax free)</p>	<p>YES. 5개의 수준을 온라인에 공개 LTCF는 반년마다. LTCH는 매년 제시</p>	<p>YES. LTCH(구조, 과정 질 점수에서 총점이 20% 이하인 LTCH는 패널티) LTCF(상위 10% 기관에 5%의 지원금)</p>		
리투아니아	<p>간호 또는 케어 수급대상자는 주사회부조급여법(State Social Assistance Benefit law)에 따라 보조금을 지급 받음. 현금수당은 간병인 수당을 지급하는데 사용됨. 현금급여는 지자체 예산임. LTC 보건 서비스는 환자에게 무료로 제공됨.</p>	<p>사회보장노동부, 지자체, 의료서비스기관, 사회서비스 기관, 테이케어센터. 사회서비스의 감독부서와 다른 부서들은 그들의 웹사이트에 정보를 게시함.</p>		<p>Integrated Help at Home Development Programme은 2012년에 사회보장노동부에서 승인(2012년 7월 20일, 사회보장노동부령 No. A1-353). 이 프로그램의 주 목표는 접근가능성(간호서비스를 포함한 사회서비스 확대) 보장과 컨설팅을 통한 노인, 성인 및 아동장애인, 가족성원을 위한 통합된 재가서비스의 다양성, 비공식적 돌봄서비스의 포괄(자원봉사자, 이웃 등)임.</p>	<p>Integrated Help at Home Development Programme은 장애인을 돌보는 이들의 삶에서 기술을 강조함. 인터넷 포털 eSenjoras는 노인들을 위해 만들어짐. 제공되는 프로그램은 기구와 관련된 다양한 내용이 있음.</p>
네덜란드	<p>개인 돌봄 계정(Personal care budget)-케어의 욕구, 수입, 가정상황, 연령 만성질환 여부 등에 따라 계산됨. 이들은 LTC 지표에서 확인할 수 있음. 특별현금급여 있음.</p>	<p>YES</p>			

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비용 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
노르웨이	국민보험제도에서 기본급여와 보호수 당 지원			NOKLUS(Norwegian Quality Improvement of Primary Care Laboratories)의 너싱홈 관련 지자체 보조금 제공	
포르투갈		YES		지속적인 돌봄프로그램. GestCare CCI 는 정보체계로 통합 됨	
슬로베니아	현금급여, 케어의 욕구에 따라 대상 자에게 직접 전달 되며 욕구에 따라 다른 법에 적용됨. 보험에 기반한 지원 과 보호수당은 연금 수령자로 인정함.				
스페인	고용서비스를 위해 케어대상자에게 수 당지급 비공식 케어를 받고 있는 대상자 수당지급 요양보호사에게 수당 지급				

262 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비용 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
스웨덴		YES	치매등록기관에서 치매환자로 등록자에 대한 보상. Senior Alert 의료서비스국과 자체는 Registry Remuneration 에서 욕창, 낙상, 영양 실조 등의 data 등록, 병원에서 요양시설 노인들 사이에 부적합한 약, 약물남용, 항정신성 약물의 사용 승인 감소 등에 대한 보상	19개 지역의 인센티브 프로그램 입증에 대한 사전실험 또는 통합된 돌봄서비스의 개발과 조직적 돌봄서비스의 혁신적 모델을 활성화하는 목적으로 개발된 프로젝트 1차의료와 시설보호의 통합된 돌봄 정책에 더 집중되어 있음.	노인을 위한 기술 프로그램
스위스	현금과 현물급여는 상호보완적임.	2009년 이후 법에 기초하여 의료서비스 제공자의 공적 보고는 의무화되었음.	NO		
영국	비공식 수발자는 돌봄수당의 자격이 있음.	YES. CQC 웹사이트			원격부양 건축 (Building Telecare), 원격 부양 LIN (Telecare LIN), 전 시스템 선전용 프로젝트(Whole Systems Demonstrator projects)

국가명	현금급여	결과공개	서비스 제공자 인센티브 제공	돌봄조정을 통한 입원비율 및 의료과실 절감	ICT 프로그램
미국	US Cash와 상담 프로그램	YES. 시설비 고와 재가비교	일부 주에서는 가치 구매모델 (value based purchasing model) 시행중	YES.	

자료: OECD (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long term care.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

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

▶ 회원종류

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

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

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

▶ 문의처

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

KIHASA 도서 판매처

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

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

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