

노인 장기요양시설 및 장기요양서비스



글 · 선 우 덕 / 한국보건사회연구원 연구위원

I. 머리말

21세기 보건의료정책 가운데에 주요 과제 중 하나로 노인인구의 증가에 따른 보건의료비용의 절감을 들 수 있겠다. 여기에서 노인 보건의료비용은 간단하게 노인의 의료기관 이용을 적정화시킴으로써 그 절감을 유도할 수 있겠는데, 보건의료서비스의 적정이용을 위해서는 보건의료부문만의 대책 이외에 복지부문의 대책도 필요하다는 것이다.

최근 추진되고 있는 노인장기요양보장정책도 국가마다 차이는 있지만, 일본이나 우리나라

라는 노인의료비의 절감차원에서 정책수립이 추진되고 있는데, 그 정책내용에는 복지부문의 개선을 포함하고 있다. 유럽 선진국의 노인 장기요양보장정책의 흐름을 보면, 국가가 모든 노인을 대상으로 적극적으로 개입하기보다는 일차적으로 가족이나 개개인의 책임 하에 두고, 그것이 불가능해진 경우에만 당사자의 소득조사를 통해서 국가가 지원해주는 방식을 채택해왔다.

그러던 것이 90년대 이후 전후 베이비붐세대의 본격적인 고령계층의 진입과 80세 이상 후기고령자의 급증, 그리고 가족의 변화와 노



인보호여성의 감소 등 사회적 환경의 변화로 국가가 과거에 비하여 보다 적극적인 개입을 추진하고 있는 실정이다.

이와 같은 선진국가들의 현상은 우리나라에서도 예측되고 있는 바, 2020년 이내에 고령사회가 도래할 것으로 예측하고 있으며, 최근 발생한 저출산력의 추세로 가족의 부양 체계가 변화할 것으로 보고 있다. 본고에서는 간병수발이라는 노인부양서비스를 사회적 공동부담체계 하에서 제공될 수 있도록 추진되고 있는 노인장기요양보장정책의 전반적인 내용보다는 장기요양서비스의 공급자에 해당하는 시설인프라와 서비스에 대해 현황과 대책을 검토, 정리하는데 중점을 두고자 한다.

II. 노인 장기요양시설의 실태

1. 복지부문: 노인(전문)요양시설

장기요양시설에 해당하는 시설을 노인복지법에 근거하여 제시하면, 의료복지시설로 분류되어 있는 노인요양시설과 노인전문요양시설, 그리고 노인전문병원이 장기간의 입(소)원·생활시설로 볼 수 있고, 재가복지시설로 분류되어 있는 가정봉사원파견시설, 주간보호시설 및 단기보호시설 등 방문·통원시설이 장기요양시설로 볼 수 있다. 이 중에서 본고에서는 장기간의 입(소)원·생활시설에 한정하여 살펴보고자 한다.

2004년 보건복지부의 「노인보건복지사업안내」에 의하면, 노인요양시설은 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 하고 있고, 노인전문요양시설은 노인성질환 중에서도 치매나 중풍과 같은 중증 노인성질환을 앓고 있는 노인으로 한정하고 있다.

이 중에서 전문요양시설은 전체의 35%이고 나머지가 일반요양시설에 해당하고, 무료시설은 전체의 3/4 이상을 차지하고 있다. 따라서 2003년말을 기준으로 하는 경우, 현행 장기요양시설의 운영실태를 보면, 상대적으로 경증의 장기요양보호 노인과 극빈·저소득 노인계층만을 대상으로 하는 시설이 중심으로 되어 있다. 이는 현행 무료 및 실비시설이 국고지원으로 운영되고 있어 일차적인 보호대상을 소득수준이 낮은 노인으로 한정하여야 하기 때문이다.

그런데 중산·서민계층이 이용할 수 있는 시설은 실비나 유료시설에 해당한다고 보여지는데, 유료시설은 실비시설보다 더 많이 설치되어 있고, 전문요양시설에는 실비시설을 법적으로 두고 있지 않다.

이로 인하여 중산·서민계층의 치매노인에 대한 보호는 무료시설에 일부 할당된 범위를 이용하거나 유료시설을 이용하여야 하나 현실적으로는 그 어느 쪽도 용이하지는 않다. 따라서, 후술하는 치매요양병원에 입원시킬 수밖에 없는 실정인데, 병원입원비용도 중산·서민계층이 감당하기에는 부담이 갈 정도로 고액이다.

〈표1〉 노인 장기요양시설(생활시설)의 현황(2003년 12월말 기준)

(단위: 개, 명)

	요양시설		전문요양시설		합 계	
	시설수	입소인원수	시설수	입소인원수	시설수	입소인원수
무료	113	8,572	68	5,641	181	14,213
실비	19	1,085	-	-	19	1,085
유료	19	688	13	871	32	1,554
합계	151	10,340	81	6,512	232	16,852

※ 자료: 보건복지부, 「2004년도 노인복지시설 현황」.

※ 입소인원수는 정원기준.

참고로 일본의 경우에는 2000년도에 공적 장기요양보험제도가 도입되기 이전까지는 우리나라와 같이 무료·실비·유료시설로 구분하고 있지 않았고, 모든 요양시설에는 입소희망자의 소득수준을 5단계로 구분하여 이용료 부담에 차등을 두고 있었다. 이로 인하여 무료나 유료시설에 입소하지 못하는 중산·서민계층에게도 장기요양시설의 입소기회를 제공한 바 있다.

그런데, 문제는 현행법에 따라 노인성질환에 의한 간병수발의 경중정도를 떠나서 국민기초생활보장제도의 수급권자이면서 노인성질환이 있으면 무료시설에 입소할 수 있기 때문에 시설보호가 필요하지 않은 정도의 장애를 지닌 노인도 시설에 입소해 있어 시설운영의 효율성을 떨어뜨리고 있다는데 있다.

이는 또한 지역사회 내에서 현행 재가복지시설의 이용대상자를 줄이는 효과를 나타내어 재가요양지원서비스가 장기요양보호를 필

요로 하는 장애인노인이라기 보다는 그 보다 훨씬 건강상태가 양호한 허약노인을 대상으로 할 수밖에 없는 결과를 초래하기도 한다. 따라서, 시설요양 및 재가요양의 균형적 발전을 도모하기 위해서는 장기요양보호대상 노인의 선별기준의 개발과 아울러 보호방식의 기준도 개발하여야 할 것이다.

장기요양시설의 인력기준을 살펴보면, 요양시설과 전문요양시설간 종사자 배치기준에 대체적으로 차이가 없는데, 간병수발을 지원 하는 생활지도원의 배치기준에만 차이가 있을 뿐이다. 이는 전문요양시설 입소자의 건강상태가 치매나 중풍노인으로 간병수발의 강도가 상대적으로 높기 때문이라 할 수 있다. 그렇지만, 이들 장애노인은 상대적으로 건강수준이 좋지 않기 때문에 전문요양시설에는 보건의료인력인 간호사, 물리치료사 등이 더 많이 배치되어야 할 필요가 있다. 사실상 요양시설의 핵심인력은 간호사와 생활지도원



〈표2〉 노인 장기요양시설(생활시설)의 인력기준(2004년 인건비보조 기준)

	요양시설	전문요양시설
시설장	시설당 1인	시설당 1인
사무국장	시설당 1인	시설당 1인
위생원	시설당 1인	시설당 1인
생활복지사	시설당 1인	시설당 1인
간호사	입소자 25 인당 1인	입소자 25인당 1인
영양사	입소자 50인 이상 시설당 1인	입소자 50인 이상 시설당 1인
생활지도원	입소자 10인당 2인	입소자 5인당 2인
조리원	시설당 1인(단, 입소자 50인 이상 시설은 2인)	시설당 1인(단, 입소자 50인 이상 시설은 2인)
의사	시설당 1인	시설당 1인
물리치료사	시설당 1인	시설당 1인
사무원	시설당 1인(입소자 100인 이상 시설 기준)	시설당 1인(입소자 100인 이상 시설 기준)
관리원	시설당 1인	시설당 1인(입소자 50인 이상 시설 기준)

※ 자료: 보건복지부, 「2004년도 노인복지사업 안내」.

(전문간병인)인데, 그 비율(간호사:생활지도원)을 보면 요양시설은 1:5, 전문요양시설은 1:10으로 되어 있어 상대적으로 전문요양시설의 간호사들이 생활지도원의 지도업무가 과중하다는 것을 알 수 있다. 거기에다 장기요양시설에서의 의사서비스는 상근의사가 없기 때문에 거의 제공되고 있지 못하고, 다만 촉탁의사에 의한 방문진료서비스 정도만 제공받고 있을 뿐이다. 따라서 현행과 같은 직원현황이라고 한다면, 상대적으로 의사의 진료가 필요한 중증의 치매, 중풍노인환자는 (전문)요양시설 내에서 보호하기가 어렵다는 것이다.

한편, 장기요양시설 내에서 제공되고 있는 서비스의 내용을 보면, 직원배치기준에서 볼

수 있듯이 보건, 의료 및 사회 서비스가 제공되고 있다는 것을 알 수 있는데, 문제는 住居나 간병수발서비스는 그런대로 제공되고 있다고 볼 수 있지만, 보건의료서비스는 거의 형식적인 수준에 머무르고 있다고 하겠다. 따라서 의료적 욕구가 큰 중증의 장기요양대상 노인은 (전문)요양시설에서 보호하는 것은 거의 불가능에 가깝다고 할 수 있겠다. 특히, 재활치료서비스는 장기요양보호노인에게는 매우 중요한 서비스이다. 재활훈련에는 하락된 신체적 기능을 회복시키는 필요한 재활서비스가 있는가 하면, 회복된 잔존 기능이 하락되거나 중증화되는 것을 사전적으로 예방하거나 지연시키는 소위 기능 유지적 재활도 있는데, 특히 (전문)요양시설에서의 재활은 의

료기관에서와는 달리 후자의 기능 유지적 재화에 충실하여야 한다. 그러나 무료시설 1개소당 평균입소인원이 60~70명이라는 점을 감안한다면, 1명의 물리치료가 담당하기에는 너무나도 많은 인원이라 하겠다. 미국의 사례를 보면, 전형적인 너싱홈에서는 간병수발 이외에 물리치료·작업치료·언어치료 뿐만 아니라 의과·치과서비스, 투약관리 및 각종 검사서비스도 제공하고 있는데, 너싱홈의 종사자들은 현존 기능을 어떻게 하면 지속적으로 유지시킬 수 있겠는가에 집중적인 관심을 가지고 있다.

2. 의료부문: 노인요양병원

장기요양보호가 필요한 노인이 보호를 받을 수 있는 시설에는 복지시설 이외에 요양병원이라고 하는 의료기관이 있다. 노인복지법의 의료복지시설에 노인전문병원이 포함되어 있어서 장기요양시설의 하나로 간주할 수 있다.

그러나 요양병원은 어디까지나 치료기능을 지닌 의료기관이지, 주거생활의 기능을 지닌 복지시설이 아니라는 것이다. 그래서 유럽 선진국들에서는 병원 내에서 입원치료의 필요성이 없는 환자를 적극적으로 너싱홈(nursing home)으로 이전시키는 정책을 시행하고 있는데, 유럽국가들의 너싱홈은 우리나라의 (전문)요양시설과는 달리 기본적으로 의사에 의한 진료서비스가 언제든지 제공될 수 있는 체제로 되어 있기 때문에 準의료기관으로 취급받고 있는 실정이다.

보건복지부에서는 노인전문병원사업의 일환으로 공립치매요양병원의 설치운영을 지원해 주고 있다. 이 치매요양병원의 기능은 치매노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매질환의 악화방지 및 치매노인 가족의 부담을 경감시키는데 있는 것으로 되고, 극빈·저소득노인계층을 주로 입원시키고 있다.

2004년 현재 공립치매요양병원은 건립계획에 포함되어 있는 병원도 모두 포함하는 경우 55개에 5,647개 병상이 확보되어 있는 실정이다. 이외에도 의료법에 의해 설치·운영되고 있는 요양병원이 있는데, 대부분의 요양병원은 요양환자의 상태를 근거로 건립되었다기 보다는 기존의 중소병원이 전환된 것이어서 엄밀하게 말하면 장기요양시설로서의 기능을 수행하기에는 부족하다고 말할 수 있다.

그런데, 우리나라는 구미 선진국가들과는 제도적 차이가 있어서 앞으로 요양병원의 역할이 커질 수 있다는 것이다. 다시 말하면, 우리나라의 (전문)요양시설내 보건의료서비스가 제대로 제공되지 못하는 경우에는 중등증 이상의 장애노인들이 (전문)요양시설에 입소하는 것을 기피할 것이고, 국민정서상 자녀들은 복지시설보다는 병원자체가 의사에 의한 의료서비스를 기본적으로 갖추어져 있기 때문에 병원에 노부모를 입원시키는 것을 선호할 것이기 때문이다.

참고로 공립치매요양병원의 인력기준을 보

〈표3〉 공립치매요양병원의 현황(2004년 1월말 기준)

(단위: 개)

	운영중	추진중	계획(2004년)	합계
병원수	13	32	10	55
병상수	2,015	2,677	955	5,647

※ 자료: 보건복지부, 「2004년도 노인복지사업 안내」.

면, 기본적으로 의사와 간호사는 정원기준을 근거로 확보하고, 이외에 약사, 영양사, 물리치료사 등 의료기사 뿐만 아니라 사회복지사를 배치하도록 하고 있다. 다만, (전문)요양시설의 생활지도원에 해당하는 전문간병인과 같은 간병수발인력에 대한 배치기준은 없는 실정이다.

어떻든 간에 이와 같이 요양병원이 장기요양시설의 하나로 간주하게 된 동기에는 병원이 과거에 상대적으로 (전문)요양시설이 양적으로 부족하였던 시기에 의료보험환자를 대상으로 장기입원시설로서의 역할을 지녔고, 현재에는 요양시설에서의 의료서비스가 부족하여 의료인력이 충실한 병원을 장기요양대상자가 선호하기 때문인 것으로 보인다.

그래서 일본에서도 우리나라와 유사하게 요양병상(장기요양형병상군)도 장기요양시설의 일부로 간주하고 있는데, 구체적으로는 병(의)원 요양병상과 노인성치매질환 요양병동이 있다. 이러한 요양병상도 의료보험적용의 요양병상과 장기요양보험적용의 요양병상으로 구분되어 있고, 장기요양대상자가 선택할 수 있도록 하고 있다.

미국의 경우에는 장기요양병원(long-term care hospital)이 있는데, 평균재원일수가 25일을 초과하는 메디케어환자를 대상으로 하고 있지만, 목적은 만성질환자에게 급성기 치료를 제공하는데 있다.

그런데, 노인복지법상의 노인전문병원이나 의료법에 의한 요양병원은 기본적으로 일반중소규모의 종합병원으로써 구비하여야 하는 시설·장비는 갖추고 있는 것으로 볼 때, 장기요양환자에게 간병수발 중심의 서비스만을 제공하고 있다는 것은 병원운영의 효율성이 떨어지고 낭비적이라 할 수 있기 때문에 요양병원의 기능 재정립이 빠른 시기에 수립되어야 한다.

III. 노인 장기요양서비스의 실태

노인 장기요양서비스는 장기요양보호대상자로 선정된 노인에게 제공되는 모든 서비스를 총망라한 것이라 말할 수 있다. 따라서, 이에는 보건의료서비스 뿐만 아니라 사회서비스도 포함되어 있는데, 다만 그러한 서비스의 비

용을 어느 제도에서 지불하느냐에 차이가 있을 뿐이다.

이러한 대상자에게 제공되는 장기요양서비스를 분류하는 방법에는 몇 가지가 있다. 서비스가 제공되는 장소를 기준으로 할 때에는 시설서비스와 지역사회·재가서비스로 구분하고, 서비스형태를 기준으로 할 때에는 현물서비스와 현금서비스로 구분하며, 서비스제공자의 전문성을 기준으로 할 때에는 공식적 서비스와 비공식적 서비스로 구분하고 있다.

이미 전술한 바와 같이 (전문)요양시설이나 (치매)요양병원과 같은 장기요양시설에서 제공되는 보건의료 및 복지서비스가 장기요양서비스에 해당하는데, 선진국가들에게서 보듯이 시설서비스는 전문적인 공식적 인력에 의해 현물형태로 제공되고 있는 것이 일반적인 방법이다.

다만, 시설내에서 제공되는 보건의료서비스는 만성질환관리나 간호서비스에 한정되어 있고, 급성기 치료가 필요한 경우에는 시설내 의사가 부재하기 때문에 시설내에서 제공되기 어렵고, (치매)요양병원이라도 급성기 치료에 대한 비용은 장기요양보장제도가 아닌 기존 의료보장제도에서 지불되고 있다. 그러나 보건의료서비스에 해당하지 않는 간병수발이나 가사지원 등의 사회서비스는 장기요양보장제도에서 지불하는 것이 일반적이다.

그리고 재가서비스는 가정이나 지역사회내 설치되어 있는 통원·단기체제형 시설에서 제공되는 것으로 의료인이나 전문적인 가정봉사

원(home-helper)에 의해 현물의 형태로 제공되는 경우가 있는가 하면, 일반가정내 거주하는 대상자에게 현금을 지급하여 장기요양서비스를 구입하게 하거나 비전문적인 비공식 가족 수발자에게 수발의 대가로 사용하는 경우가 있다. 이와 같은 가정봉사서비스(home-help services)는 주로 사회서비스에 해당하기 때문에 장기요양보장제도에서 그 비용을 지불하고 있지만, 재가노인에 대한 보건의료서비스는 의료인력의 방문을 통해서 이루어지고 있다.

유럽 선진국의 경우에는 의료인력에 의한 방문의사, 방문간호 및 방문재활 등의 서비스는 의료보장제도에서 지불하고 있고, 일본의 경우에는 의사에 의한 방문지도, 방문간호 및 방문재활비용을 장기요양보장제도에서 지불해주는 특징이 있다. 그리고 통원·단기체제형 서비스는 주·야간 보호서비스와 단기보호서비스가 중심인데, 이와 같은 통원시설 내에는 간호사와 물리치료사가 배치되어 있는 경우가 대부분이기 때문에 급성기 이외의 간호, 재활 등의 보건의료서비스가 제공되고 있다.

한편, 장기요양서비스를 이용하는 경우에는 이용자본인이 비용의 일부를 부담하는 경우가 있다. 이는 사회보험방식의 장기요양보험제도를 지니고 있는 국가에서 볼 수 있겠는데, 의료보험에서와 마찬가지로 비용의 일정률을 부담하는 것이 일반적이다. 다만, 네덜란드나 일본은 시설 및 재가서비스 모두에 본인부담이



있지만, 오스트리아와 독일은 시설서비스에 한하여 본인부담을 부과하고 있다.

그러나 의료보험제도와 비교해 보면, 비보험급여에 해당하는 서비스비용까지 포함하는 실제본인부담률이 장기요양보험제도측이 훨씬 높다는 것이다. 독일이나 일본의 장기요양보험제도에서는 장기요양보험 급여비용으로 실제 시설입소비용의 절반 가량을 충당하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이와 같이 급여율이 낮은 이유 중의 하나가 보험급여비로 충당하지 못하는 부분에 대해서는 가족과 같은 비공식수발자나 자원봉사자의 지원을 통해서 충당하도록 하게 한다는 의도가 내포되어 있기 때문이다.

IV. 노인 장기요양시설 및 서비스의 개선방안

전술한 장기요양시설 및 서비스의 실태를 바탕으로 향후 개선방안에 대해서 정리하면 다음과 같다.

첫째, 장기요양시설의 기능재정립이 필요하다. 장기요양시설은 어디까지나 급성기 병원치료 이후 장기적인 요양치료가 필요한 노인을 입소대상으로 하여야 하기 때문에 準의료기관의 시설로 운영되어야 한다. 즉, 의료적 욕구가 높으면서 장기간의 요양이 필요한 노인을 입소대상으로 하고, 의료적 욕구가

적으면서 장기간의 요양이 필요한 노인에 대해서는 기존 일반주택 또는 노인주택을 소규모 요양시설로 개조하여 보호함으로써 가정과 같은 환경속에서 생활하도록 하여야 할 것이다. 이를 위해서는 장기요양병원, 장기요양시설, 소규모 요양시설(가칭, 노인의료주택)간 기능정립이 필요하고, 장기요양시설의 의료서비스 강화, 노인의료주택에 대한 설치기준 및 운영방침에 대한 기준의 개발이 필요하다.

둘째, 요양병원의 기능재정립이 필요하다. 현행 요양병원의 기능을 보면 치매노인의 입원보호에 치우치고 있는데, 단순히 치매질환에 걸렸다고 하여 병원에 입원하고 있기 때문에 생활자가 아닌 환자로 취급받고 있다. 특히 치매노인은 환경의 변화에 취약하고 정서적으로도 불안한 상태에 있기 때문에 가정과 같은 환경이라 볼 수 없는 병원에 장기간 입원시키는 것은 치매노인으로 하여금 불안을 가중시킬 수 있다.

따라서, 가급적이면 치매전문요양시설에서 의료적 욕구가 적은 노인을 보호하도록 하고, 상대적으로 의료적 욕구가 큰 치매노인인 경우에는 치매요양병원에서 입원보호하도록 한다. 그리고 치매노인 이외의 장기요양대상 노인은 전술한 바와 같이 의료서비스가 강화된 장기요양시설에서 보호하고, 급성기적 입원치료나 호스피스서비스가 필요한 경우에만 장기요양병원에서 단기간의 입원치료를 받을 수

있도록 하여야 한다.

이와 함께 요양병원을 집중적 중간재활시설의 기능을 지니도록 하여야 할 것이다. 현재 우리나라는 급성기 치료 이후 하락된 신체적 기능을 빠른 시일 내에 회복시켜주는 시설이 거의 전무한 실정이다.

기존의 재활전문병원이 설치·운영되고 있는 것은 하나, 서비스의 연속선(continuum of care)상에서 운영되고 있지 못하고 있기 때문에 재활치료의 효과에 대해서 크지 않은 것으로 보인다. 예를 들면 뇌졸중과 같은 질병의 발생은 보편적으로 급성기 치료 이후 신체적 마비에 의한 일상생활동작의 기능에 장애를 초래하기 때문에 기능의 고착화가 이루어지기 이전에 물리치료, 작업치료 및 언어치료 등과 같은 재활치료를 단기간 동안에 집중적으로 제공하여 잔존기능을 회복·유지시켜야 한다.

이미 선진국에서는 중간단계에서의 집중재활치료센터를 운영하고 있고, 집중재활치료 이후 기능의 유지가 필요한 경우에는 방문재활이나 주간재활을 지속적으로 제공해주는 중심기관으로도 역할을 하고 있다. 따라서 지역권역별로 선정된 요양병원에 기능을 보강하여 노인전문병원으로 특화시켜 집중재활치료센터를 운영할 수 있도록 하여야 할 것이다.

셋째, 장기요양보장제도에 의해 지불되는 서비스는 사회서비스에 한정되어야 한다. 단,

장기요양시설 내에서 제공되는 보건의료서비스는 시설내 종사하는 전문의료인력에 의해 제공되고 있기 때문에 시설급여비 내에 포함되어 있지만, 재가서비스는 방문에 의해 유형별로 제공되고 있기 때문에 지불자를 놓고 갈등을 빚을 우려가 있다.

독일과 같이 방문간호나 방문재활서비스비용은 의료보험에서 지불하기도 하지만, 일본처럼 장기요양보험에서 지불하는 경우도 있기 때문이다. 우리나라와 같이 현행 건강보험재정이 불안정하고 획기적인 보험급여의 확대가 이루어질 전망이 없는 상태에서 방문간호나 방문재활서비스비용을 건강보험재정에서 지불하게 하는 것은 불가능할 것이다.

따라서, 장기요양서비스의 내용 중에서 방문형 보건의료서비스비용만을 장기요양보장제도에서 지불하는 것으로 하는 것이 건강보험재정의 안정과 보건복지서비스의 연계적 제공을 원활하게 하는데 도움이 될 것이다.

넷째, 장기요양서비스의 질을 확보할 수 있는 기준을 마련하여야 할 것이다. 향후 장기요양시설은 가정과 같은 환경을 갖추어야만 소비자(이용자)로부터 선택받을 것이다. 현재 시설의 거주실은 실비나 유료시설의 경우에는 거의 대부분이 1인실 또는 2인실로 구성되어 있으나, 무료시설의 경우에는 대부분이 4인실 이상의 대규모 방으로 구성되어 있다. 이는 공급자위주의 시설운영방식으로 개개인의 프라이버시가 쉽게 침해되는 형태이다. 그



리고 재가서비스의 경우에는 장기요양시설에 비하여 서비스의 표준화가 되어 있지 못한 실정이다. 특히 非보건의료인력에 의해 제공되는 장기요양서비스는 공급자마다 차이가 크게 발생할 우려가 있기 때문에, 장기요양보장제도에 의한 재가서비스의 표준화와 공급자의 질적 서비스제공을 확보할 수 있는 기준을 마련하여야 한다.

다섯째, 재가서비스에 한하여 현금수당의 지급을 인정하여야 할 것이다. 현금수당의 사용목적에 제한을 둘 수도 있고, 그렇지 않은 경우도 있을 수 있겠지만, 현금수당을 통하여 장기요양비용의 절감을 도모하고, 가족의 보호기능을 유지하게 하여야 할 것이다. 다만, 현금수당을 인정하는 경우에는 장기요양보호노인에 대한 질적 서비스의 제공이 이루어졌는지를 검토할 수 있는 기준도 아울러 개발되어야 한다.

달과 함께 간병수발기기도 최첨단의 성능을 발휘할 수 있도록 개발될 것으로 예측되므로 현재와 달리 재가서비스 욕구가 크게 발생할 것이다.

따라서, 장기요양시설이든 장기요양병원이든 간에 시설이용희망자는 단기간 이용의 중등증 이하의 장애인과 장기간 이용의 중증 장애노인을 중점 보호대상으로 하게 될 것이므로 향후 장기요양시설의 경영은 지금과는 다른 양상을 띄게 될 것이다.

장기요양시설의 운영주체가 현재에는 거의 대부분이 사회복지법인이나 의료법인, 재단법인이었으나, 앞으로는 개개인이나 민간영리기업체도 장기요양시설 시장에 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하여 시설서비스의 질을 높고 상호경쟁할 수 있게 하는 체제를 갖출 필요가 있다. 

V. 맺는 말

최근 주요 선진국의 장기요양시설운영과 관련한 흐름을 보면, 일단 시설에 입소하면 장기간 거주하게 하는 방식에서 일반가정이나 노인요양주택에서 거주하면서 수발자의 휴식이나 대상노인의 상태안정을 취하기 위하여 필요한 몇 개월간의 단기간만 시설을 이용하려는 경향이 보이고 있다. 앞으로 의료기기의 발