보건행정학회지 : 제 22 권 제 3 호
Korean J. of Health Policy & Administration
Vol. 22, No. 3, September. 2012 ; 403-426
http://dx.doi.org/10.4332/KJHPA.2012.22.3.403

▧ 원 저 ▧

노인요양시설의 시설·인력 기준 비교 연구

진영란, 이효영†
청운대학교 간호학과, 동서대학교 보건행정학과†

〈Abstract〉

Comparing standards and guidelines of long-term care facilities based on physical environment and manpower in Korea, Japan, USA, and Australia

Young-Ran Chin, Hyo Young Lee†
Department of Nursing, Chungwoon University
Department of Health Administration, Dongseo University†

The purpose of this study is to compare the standards and guidelines of long-term care facilities based on the physical environments and human resources in Korea, Japan, USA, and Australia. Ultimately, this study suggests the directions for amendments of long-term care service or running of the facilities in Korea. For achieving this purpose, we reviewed the homepage of national health departments, reports and articles of long-term care service, and acts related with long-term care in each country.

This comparisons were carried in terms of physical environments, human resources by long-term care related acts and legal sanctions as means of quality control. This study implies that long-term care service guidelines or

* 접수 : 2012년 7월 12일, 최종수정 : 2012년 9월 14일, 게재확정 : 2012년 9월 24일
† 교신저자 : 이효영, 동서대학교, 보건의료계열 보건행정학과, 전화 : 051-320-2725, 팩스 : 051-320-3723, E-mail : princesa@gdsu.dongseo.ac.kr
* 본 연구는 2012년도 청운대학교 학술연구비 지원에 의해 이루어졌습니다.

standards should be revised for developing the quality of our long-term care services.

Key Words : long-term care facilities, physical environments, human resources, quality control

Ⅰ. 서 론

급속한 고령화는 만성질환 유병율 및 합병증 증가로 이어져 노인에 대한 장기요양서비스 요구가 증대되고 있으며, 이러한 시대적 요구에 따라 2008년 7월 노인장기요양보험제도를 도입되었고, 장기요양서비스 인프라가 빠르게 증가하고 있다. 장기요양보험제도 출범당시 수요공급을 우려하던 노인요양시설은 2011년 12월 현재 전국에 3,348개소로 70인 이상 기관이 13.7%, 30-70인 미만 기관이 22.1%, 10-30인 미만 기관이 28.6%, 10인 미만의 기관이 35.6%로 상당한 증가를 보이고 있다(보건복지부와 국민건강보험공단, 2012).

노인요양시설의 수적 증가와 함께 노인요양시설에서의 서비스의 질을 어떻게 통제할 것인가에 대한 관심도 함께 증가하였다(진영란 등, 2011). 노인장기요양서비스의 질은 서비스 비용 및 서비스 제공기준과도 밀접한 관련을 가지고 있지만 기본적으로는 인력과 시설 및 이와 관련된 법이나 제도와 밀접한 관련을 가지고 있으며, 인력과 시설은 서비스를 제공하는데 있어 구조가 되는 요소로 이 인프라가 갖추어지지 않으면 요양서비스의 질을 논하기 어렵다(Castle, 2000; Eaton, 2000; Grando et al., 2005; Rantz et al., 2004; Rantz et al., 2004; Sochalski, 2001; 이지아와 지은선, 2011; 진영란 등, 2011). 우리나라와 같이 전 국민 건강보험을 실시하고 있는 국가에서는 최대한 장기요양서비스의 질을 보장할 수 있으면서도 국가의 재정범위내에서 수가를 보상해 줄 만한 관리 기준이 필요한데, 이 때 서비스의 질을 기본적으로 담보할 수 있는 것은 얼마나 많은 양질의 인력과 시설을 갖추고 있는가이며, 참고가 될 수 있는 것은 우리나라와 고령화를 먼저 경험하고, 장기요양서비스 제공체계가 유사한 다른 나라의 인력과 시설의 수준이다.

정부는 노인장기요양보험제도 도입을 앞두고, 2008년 4월 노인복지법을 개정하여 장기요양기관의 시설 및 인력기준을 구체화 및 강화하여 서비스의 질 향상을 꾀하고자 하였다. 노인복지법에 근거한 기존의 장기요양기관은 유예기간 5년 이내에 시설 및 인력기준을 개정된 법적 기준에 맞게 강화해야 하고, 신규 개설하는 시설은 강화된 기준에 맞추어야 한다. 일각에서는 이러한 기준이 선진국에 비해 지나치게 강화되어 있다는

의견을 내놓기도 한다(이미진, 2008).

현재 정부는 노인장기요양보험법 제 38조, 54조와 노인장기요양보험시행규칙 제 31조, 38조에서 노인요양시설의 시설 및 인력 기준 설정을 통해 기본적인 서비스의 질을 갖추기 위해 노력하였으며, 이러한 노력에 더하여 노인요양시설 평가를 실시하고 인력 및 시설에 대한 법적인 기준을 만들어 평가의 항목으로 활용하고 있다. 그러나 그 동안은 노인요양시설의 수적 확대에 중점을 두었고, 기관 평가를 통한 서비스 질 관리 효과를 확인하기에는 아직 초기라 힘든 부분이 많다. 뿐만 아니라 보건복지부는 노인요양시설의 평가를 현재 실시하고 있지만 이를 통한 인센티브나 제재는 아주 제한적이어서 평가의 효과를 현실적으로 기대하기 어려울 수 있다. 따라서 이는 추후 지속적으로 평가결과의 비교를 통해 피드백 되어야 할 것으로 판단된다(보건복지부와 국민건강보험공단, 2012).

현재 이 시점에서 우리가 할 수 것은 시설 및 인력 기준이 서비스의 질에 있어 어떠한 영향을 주는가에 대한 고찰과 다른 나라의 사례들을 찾아 현재의 서비스의 질을 높일 수 있는 보완방안을 모색해 보는 것이다. 하지만 노인요양시설의 시설 및 인력 기준 또는 서비스 질과 관련된 기존 우리나라 연구들은 노인장기요양보험제도 및 노인복지법 개정 전에 이루어진 연구(오영희와 김종민, 2001; 이경선 등, 2003)들로 현 상황과 많이 달라 현재 기준에 대한 시사점을 찾기에는 한계가 있다. 또한 노인장기요양보험 실시 후 이루어진 연구에서도 전문가 의견조사(최은희, 2010)를 통해 관리방안을 제시하는 연구나 우리나라 전문가 의견조사를 통한 서비스 질 도구개발(이지아와 지은선, 2011)에 초점을 두고 있어 서비스의 질에 가장 기초적인 시설과 인력에 있어서의 함의를 찾는데도 역시 제한점을 가진다. 따라서 인구 고령화를 먼저 경험한 일본, 미국, 호주와 우리나라의 노인요양시설의 서비스 질 관리 방법을 노인장기요양 관련법에 의한 인프라인 시설 및 인력, 그리고 법적인 제재 등을 비교해 봄으로써 우리나라가 장기요양서비스 제공에 있어서의 차이를 살펴보고 장기요양기관의 운영에 대한 정책적 제언을 도출하고자 한다.

Ⅱ. 연 구 방 법

본 연구는 우리나라, 일본, 미국, 호주의 노인요양시설 서비스 시설 · 인력 기준 및 시설 및 인력기준에 근거한 서비스 관리 기준을 관련법령 및 법적 제재 등을 비교 · 분석해 보았다. 우리나라, 일본, 미국, 호주 등의 노인요양시설 시설, 인력 및 이를 통한 서비스 질 관리를 각 나라의 보건부의 인터넷 홈페이지를 통하여 관련 법제도, 기준 및 가이드라인, 각 나라의 장기요양보고서 및 관련 연구들을 비교분석하여 우리나라 장기

요양기관 관련 정책적 제언을 도출하였다. 노인요양시설에 속하는 각 나라의 기관과 이에 관련된 법령은 <표 1>에 제시되었다. 우리나라의 노인복지법 시행규칙 17조 및 22조, 노인장기요양보험법 시행규칙 23조, 24조, 일본의 후생성령 39, 40, 41조와 미국의 미연방건축가협회의 시설지침 및 'Nursing Home Reform Act', 'National Citizens Coalition for Nursing Home Reform', 호주의 'The aged care act' 및 'Quality care principle'의 시설기준을 비교하였다.

〈표 1〉 우리나라, 미국, 호주, 일본의 노인요양시설 및 법적 근거

국가	시설명	법적 근거
우리나라	· 노인의료복지시설 - 노인요양시설 - 노인요양공동생활가정 · 장기요양시설	· 노인복지법(2012) 제 34조 · 노인복지법 시행규칙 (2012) 제 17조, 22조 · 노인장기요양보험법 (2011)제 2조, 제 32조 · 노인장기요양보험법 시행규칙 (2011) 제 23조, 제 24조
일본	· 개호노인복지시설 · 개호노인보건시설 · 개호요양형의료시설 - 병원(요양병상이 병동의 일부) - 진료소(요양병상이 있는 진료소) - 노인성인지증질환요양병상이 있는 병원	· 후생성령 (2011) 39조 · 후생성령 (2011) 40조 · 후생성령 (2011) 41조
미국	· Nursing Home	· The Nursing Home Reform Act(1987) · National Ctizens Calition for Nursing Home Reform(1998) · Omnibus Reconcilcilation Act(1987)
호주	· Residential care	· The Aged Care Ac t(1997) · Quality care principle (1997)

노인요양서비스는 입소한 노인에게 서비스를 제공하는 시설서비스와, 노인이 거주하고 있는 가정에서 서비스를 제공하는 재가서비스로 나눌 수 있는데, 그 중 시설 서비스가 노인요양시설에 해당하며 이는 나라마다 구분하는 기준과 명칭, 그에 따른 운영기준이 다르다. 우리나라의 요양시설은 노인복지법 상 노인의료복지시설인 노인요양시설과 노인요양공동생활가정, 노인장기요양보험법의 장기요양기관 중 입소시설 등으로 나눌 수 있고, 일본은 후생성령에 의한 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 세 가지 유형으로 크게 나뉘고, 개호요양형의료시설은 다시 병원, 진료소, 노인성인지증질환요양병상이 있는 병원으로 세분된다. 또한 미국은 'The nursing home reform act'에 의한 'nursing home', 호주는 'The aged care act'에 의한 'residential care'가 노인요양시설로 분류될 수 있다.

Ⅲ. 연 구 결 과

1. 노인요양시설 시설기준 비교

미국은 1970년 이후 의료기관도 법적 규정이 아니라 가이드라인의 형태로 제시되고 있고, 이러한 가이드라인은 관련공공단체(미연방건축가협회, the American Institute of Architects; AIA), 미연방표준연구소(the American National Standards Institute : ANSI), 미연방화재예방협회(the National Fire Protection Association; NFPA) 등에서 정한 지침을 따르고 있다(Centers for Medicare and Medicaid, 2011). 호주는 노인요양시설에 대한 법적 시설기준이 없으나, 반드시 'Quality of Care Principles' 의 기준을 따라야 국가로부터 급여를 받을 수 있는 것으로 규정하고 있다(Department of Health and Ageing, 1997).

우리나라의 노인요양시설 기준과 외국의 기준을 절대 비교할 수는 없으나, 대체적으로 외국의 최소 기준은 유지하고 있는 것으로 나타났다. 우리나라의 노인요양시설 침실의 일인당 공간면적은 6.6㎡/인, 일본은 6.4~10.65㎡/인, 미국은 9.3~11.1㎡/인으로, 우리나라는 일본과 유사한 수준이었으나 미국에 비해서는 다소 면적이 좁았다. 다만 우리나라는 다른 나라와 달리 시설 당 정원수를 노인요양시설의 경우 10인 이상, 노인요양공동생활가정의 경우 5~9인으로 규정하였다<표 2>.

침실 1실 당 정원은 우리나라, 미국, 호주 모두 최대 4인 이하였다. 그 중 호주는 1실당 2인 최적의 정원으로 제시하고 있으며, 우리나라와 일본은 화장실, 욕실 최대 사용인원이 없으나, 미국과 호주는 3~6인 이하로 규정되어 있었다. 우리나라는 식당, 물리치료실, 경사로 등의 설치 필요성만 제시하였으나, 일본, 미국, 호주의 경우 세부 규정을 제시하였다<표 2>.

복도의 경우는 일본의 경우 다른 나라들과는 다른 폭 1.8m 이상의 기준을 제시하고 있어 입소자들의 동선을 고려하고 있었으며, 우리나라의 경우는 복도의 폭에 대한 기준은 없었지만 침대가 2층인 경우 경사로 및 승강기를 설치하여 입소자들의 편의를 고려하고 있다<표 2>.

2. 노인요양시설 인력기준 비교

시설 및 인력 종별 분류가 나라마다 달라 우리나라의 요양시설 인력 기준과 외국의 기준을 절대 비교할 수는 없으나, 일본은 후생성령에 의해 시설장을 제외하고는 입소자 수 대비 간호인력 및 개호직원의 기준을 비교적 상세하게 기준을 가지고 있었으며, 호

〈표 2〉 노인요양기관 시설기준 비교

	우리나라			일본					미국	호주	
						개호요양형의료시설					
	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	장기 요양시설	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	병원 (요양병상이 병동의 일부)	진료소 (요양병상이 있는 진료소)	노인성인지 증질환요양 병상이 있는 병원		기존 건물	새로운 건물
시설 당 정원	10인 이상	5~9인	-	-	-	-	-	-		-	-
일인당 공간면적	23.6㎡	20.5㎡	-	-	-	-	-	-		최소 의무면적 기준은 없으나, 동선에 따른 안정성 고려	
구조 및 설비	•일조·채광·환기 등 보건위생과 재해방지 고려 •휠체어 등의 이동 공간 확보 •소방시설 설치 유지 및 안전관리에 의한 법률에 따라 소화용 기구 및 비상구 설치		•소방시설 설치 유지 및 안전관리에 의한 법률에 따라 소화용 기구 및 비상구 설치								
침실	•4인 이하 공용사용 •6.6㎡ /인 이상 •안전설비, 채광, 방습, 통풍 등 •창의 면적 바닥면적의 1/7이상	•4인 이하 공동 사용 •6.6㎡ /인 이상 •안전설비, 채광, 방습, 통풍 등의 시설 갖춤	•4인 이하 공용사용 •6.6㎡ /인 이상 •안전설비, 채광, 방습, 통풍 등의 시설 갖춤	•10.65㎡ /인 이상 •콜버튼을 갖출 것	•8㎡ /인 이상 •지층에 설계하지 않을 것 •1개 이상의 출입구와 대피 공간 확보 •침대 또는 이에 준하는 설비를 갖출 것 •입소자 물품보관 시설 설치 •간호사 콜 설치	•6.4㎡ /인 이상			•실당 4명 이하 •일인실 11.1㎡ 이상, 다인실 9.3㎡ /인 이상 •간호사호출기, 개인사물함, 화장실, 수세대, 휠체어 사용공간 등 확보	•실당 2명 이상 거주 불가 •평균 실당 1.5명 거주	•실당 4인 이상 거주 불가 •실당 2명이 최적

〈표 2〉 노인요양기관 시설기준 비교 〈계속〉

	우리나라			일본					미국	호주	
						개호요양형의료시설					
	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	장기 요양시설	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	병원 (요양병상이 병동의 일부)	진료소 (요양병상이 있는 진료소)	노인성인지 증질환요양 병상이 있는 병원		기존 건물	새로운 건물
세면설비			•바닥은 미끄럽지 않게/욕조는 전신이 잠기지 않게/급탕시 온도는 40이내	•요양실이 있는 층마다 설치 •요개호자가 사용하기에 용이할 것	•요양실이 있는 층마다 설치				실당 4명 이하 거주 실당 수세대 배치		
화장실	•휠체어 통행가능 •문턱 제거 •손잡이시설 부착 •바닥 미끄럼 방지 처리			•요양실이 있는 층마다 요양실 부근에 설치 •콜버튼 또는 이에 준하는 설비를 요개호자의 사용이 용이하도록 설치	•요양실이 있는 층마다 설치 •콜버튼 또는 이에 준하는 설비를 갖추고, 신체 부자유한 자가 사용하기에 적합하도록 설치 •상시 야간등 설치할 것				실당 4명 이하 거주 실당 화장실 배치	•최대 6명당 하나의 화장실 사용	•최대 3명당 하나의 화장실
복도	•야간상용 등 설치			1.8미터 이상		1.8미터 이상	1.8미터 이상	1.8미터 이상			
프로그램실/물리치료실	•문화시설과 오락기구 배치		•문화시설과 오락기구 배치 •훈련에 지장이 없는 설비 및 장비	•면적 3m² /인 이상 •기능훈련, 식사제공에 지장이 없는 경우 겸용 가능	•1m² /인 이상 (단, 새틀라이트형 소규모노인보건시설 또는 의료기관병설형 소규모개호노인보건시설의 경우 40m² 이상)	•40m² 이상의 면적으로 필요 기기 및 기구 설치	기능훈련을 행하기 위해 충분한 공간을 확보하고, 필요 기기 및 기구를 갖추도록		•목적에 적합한 시설과 면적 •병원이 딸린 경우 병용 가능	-	-

〈표 2〉 노인요양기관 시설기준 비교 〈계속〉

	우리나라			일본					미국	호주	
	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	장기 요양시설	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형의료시설				기존 건물	새로운 건물
						병원 (요양병상이 병동의 일부)	진료소 (요양병상이 있는 진료소)	노인성인지 증질환요양 병상이 있는 병원			
식당	•식당 및 조리실 반드시 설치 •조리실바닥은 세정 및 배수에 편리한 구조이어야 함				2m² /인 이상	1m² /인 이상	1m² /인 이상	1m² /인 이상(6인용 테이블 사용가능)	식당 및 레크레이션실 •모든 요양시설 2,8m² /인 이상 •100인 이상 시설 2,3m² /인 이상 •외래식당 운영시 3,3m² /인 이상		
기타	•요양보호사실, 자원봉사자실, 의료인 및 간호사실, 작업 및 일상동작훈련실, 프로그램실, 비상재해대비시설 등 시설종류 및 입소인원규모에 따라 설치 •세탁장 및 세탁물건조장 위탁시 설치하지 않을 수 있음 •침실이 2층 이상인 경우 경사로 및 승강기 설치		•급수시설은 상수도,음용수수질검사/배수설비 갖추어야 함	•소화설비 기타 비상화재시 설비 •의무실:의료법에서 정하는 진료소설치 및 필요 기기, 기구 구비 •정량실: 개호직원실 또는 간호직원실 부근 설치	진료실 담화실 서비스스테이션 조리실 세탁실 또는 세탁장 오염처리실 레크레이션 룸	담화실	담화실 : 요양병상의 입원환자 및 입원화자 가족이 담화하기에 충분한 공간	노인인지증환자요양병동 공통 사용부분 면적은 18m² /인 이상 데이룸 및 면회실 면적의 합계는2m² /인 이상	진찰실 9,3m² 이상	화장실과 샤워장에 쉽게 접근 할 수 있는 표지판과 접근로 제공	

자료원 : 우리나라 - 노인복지법 시행규칙. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22제1항관련), 노인장기요양법시행규칙 23조, 24조

일본 - 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준(평성11년3월31일)(후생성령제39호, 후생성령제40호, 후생성령제41호)

미국 - 미연방건축가협회 시설지침(1987). Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS). http://www.cms.gov. 2011

호주 - Department of Health and Ageing, Australia(2002). Aged Care Certification Assessment Instrument.

〈표 3〉 노인요양시설 인력기준 비교

	우리나라			일본					미국 (100병상 규모 연방정부 추천형)	호주
						개호요양형의료시설				
	노인요양 시설	노인요양 공동생활가정	장기요양 시설	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	병원 (요양병상이 병동의 일부)	진료소 (요양병상이 있는 진료소)	노인성인지증질환요양병상이 있는 병원		
시설장	1인: 사회복지사 또는 의료인	1인: 사회복지사 또는 의료인	1인: 사회복지사, 의료인 또는 요양보호사 1급						0 - 1인	모든 인력을 필요수 만큼 배치하도록 광범위하게 규정
요양보호사	입소자 2.5인당 1인(1급 자격)	입소자 3인당 1인(1급 자격)	주·야간보호: 수급자 7명단 1명/ 단기보호: 수급자 4명당 1명	•입소자 3명당 1인 •간호직원:1인 이상 상근 - 입소자수 30명 미만 : 1인 이상 - 입소자수 30명이상 50명 이하 : 2인 이상 - 입소자수 50명 이상 130명 이하 :3인 이상 (이후 50명마다 1인 배치)	입소자 3명당 1인 (간호직원은 간호·개호직원 총수의 2/7, 개호직원은 간호·개호직원 총수의 5/7)	간호사 준간호사: 입원환자 6명당 1인 개호직원 : 요양병상 병동의 입원환자 6인당 1인	개호직원: 6인당 1인	간호사 또는 준간호사 : 노인성인지증질환병동에 필요한 간호직원 개호직원 : 6인당 1인	•간호사, 간호조무사, 보조원 등 모든 간호인력 포함 간호인력 : 노인수 day : 1:5 evening : 1:10 night 1:15 •100병상(3교대포함) 간호부서장 1인 간호사 4-5인 보조원 20~39인	
간호사	입소자 25인당 1인	1인 (간호조무사 대체 가능)	1인 (간호조무사 대체 가능)							
사회복지사	1인(입소자 100인 초과시마다 1인 추가)	1인	1인: 수급자 10인 이상인 경우만 해당	•개호지원전문원 1인 이상 겸임가능 (입소자 100명당 1인)	•개호지원전문원 1인 이상 (입소자 100명당 1인) •지원상담원 입소자 100명당 1인	•개호지원전문원 1인 이상 (입소자 100명당 1인)	•개호지원전문원 1인 이상	•개호지원전문원 1인 이상(입소자100명당 1인) •정신보건복지사 전종 상근자 1인 이상	•사회복지코디네이터 1인 •공인사회복지사 비상근 1인 •복지사 보조 1인 •행정보조 비상근 1	
물리치료사	1인(입소자 100인 초과시마다 1인 추가; 작업치료사로 대체가능)	1인(작업치료사로 대체가능)	1인(작업치료사로 대체가능)	기능훈련지도원 1인 이상 (겸임가능)	입소자 100명당 1인	시설사정에 의한 적정수		작업요법사 1인 이상	물리치료사 1 치료보조원 1 작업치료사 1 비상근	

〈표 3〉 노인요양시설 인력기준 비교〈계속〉

	우리나라			일본					미국 (100병상 규모 연방정부 추천형)	호주
						개호요양형의료시설				
	노인요양시설	노인요양공동생활가정	장기요양시설	개호노인복지시설	개호노인보건시설	병원 (요양병상이 병동의 일부)	진료소 (요양병상이 있는 진료소)	노인성인지증질환요양병상이 있는 병원		
영양사	1인(입소자 50인 이상시)	-	-	1인 이상	정원 100명 이상 시설 : 1인 이상	의료법의 지정수		의료법의 지정수	급식 책임자 1 급식 감독 2-3	모든 인력을 필요수 만큼 배치하도록 광범위하게 규정
의사	1인(촉탁의사 활용 가능)	-	-	필요수	입소자 100명당 1인	의료법에 의한 요양병상 병원의 필요수	1인 이상	의료법의 지정수	치과의, 족병치료의, 안과의 모두 비상근	
약사	-	-	-		실정에 맞춘 적당수	의료법에 의한 요양병상 병원의 필요수		의료법의 지정수	비상근	
생활상담원	-	-	-	입소자 100명당 1인 (1인 이상 상근)						
사무원	필요수	-	필요수						행정보조 0-1	
조리원	필요수	필요수	필요수						요리사 2-3 샐러드식 2 조리원 3-5	
위생원	필요수 (외부위탁가능)	필요수	필요수							
관리인	필요수	-	필요수						시설관리 책임 1 보조 2-5	

자료원 : 우리나라 - 노인복지법 시행규칙. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22제1항관련), 노인장기요양법 23조, 24조

일본 - 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준(평성11년3월31일)(후생성령제39호, 후생성령제40호, 후생성령제41호)

미국 - 미연방건축가협회 시설지침(1987). Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS). http://www.cms.gov. 2011

호주 - Department of Health and Ageing, Australia(2002). Aged Care Certification Assessment Instrument.

주의 경우에는 전체적인 서비스 질 관리 안에서 자연스럽게 관리되는 방법을 택하고 있었다. 미국은 법률(Federal law)인 'The Nursing Home Reform Act'에 'Nursing home' 직원 배치 기준을 '거주자가 안녕상태에 도달·유지할 수 있도록 간호계획에 따라 최상의 실제적으로 신체적, 정신적 및 사회·심리적 간호 및 관련 서비스를 제공할 수 있는 충분한 인력을 갖춰야한다'라고만 명시할 뿐 구체적 인력기준을 규정하지 않고, 세부 인력 기준은 각 주별로 법률, 규칙 또는 정책으로 규정하도록 하였다. 단, 'The National Citizens Coalition for Nursing Home Reform[1)]'에 의해 100병상 규모의 요양원(nursing homes)의 인력의 가이드라인을 제시하고 있다. 호주는 시설기준과 마찬가지로 장기요양기관에 대한 법적 인력기준이 없으나, 반드시 Quality of Care Principles의 서비스를 제공하기에 충분한 인력을 확보해야 국가로부터 급여를 받을 수 있는 것으로 규정하고 있다<표 3>.

우리나라는 시설장을 반드시 두도록 되어있으나, 다른 나라는 의무배치 규정이 없었으며, 우리나라 노인요양시설, 노인요양 공동생활가정은 요양보호사 2.5~3인당 1인, 일본 개호노인 복지시설, 개호노인 보건시설은 3인당 1인을 배치하도록 하고 있었다. 100인 규모의 시설일 경우 우리나라 노인요양시설은 간호사 4인을, 일본의 개호노인복지시설은 3인을 두도록 되어 있어 간호사의 경우 우리나라의 기준이 더 강화된 것으로 볼 수 있으며, 사회복지사, 영양사, 물리치료사, 의사 등의 기준은 다른 나라와 유사한 수준이었다.

3. 시설 및 인력과 관련된 노인요양시설 서비스 관리 기준 비교

우리나라의 경우는 노인장기요양보험법 제 54조, 제 38조, 동법 시행규칙 제 31조, 제 38조에 근거하여 장기요양기관 평가가 2009년, 2011년 2회 이루어졌고, 이를 통해 서비스의 질을 향상시키고 대상자에게 알권리를 주어 장기요양기관의 선택권을 주고자 하고 있다(보건복지부, 국민건강보험공단, 2012). 현재 평가는 기관의 운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임, 급여제공과정, 급여제공결과 등의 5개의 대분류에 총 14개의 중분류 영역과 34-38개의 소분류 영역으로 구분하여 평가를 실시하고 있다<표 4>.

그 중 인력에 초점을 둔 평가기준은, 기관의 운영 중 인적자원관리에서는 인력기준 준수 여부, 전문 인력의 추가배치 여부, 1년 이상 경력직의 비율, 신규 직원 교육 여부 등을 100점을 기준으로 각 1점으로 총 4점으로 평가하고 있으며, 시설의 측면에서는 대부분 각 항목 당 1점을 기준으로 위생적 식당·조리실 관리, 감염관리(2점), 정기소독 여부, 시설기준 준수(2점), 특별 침실 보유, 목욕기구 보유, 휠체어 이동 공간 확보,

1) 1995년에 법이 재정되고, 1998년 개정되었다.

상담 장소 보유 및 개방, 산책 공간 보유, 채광 및 온도 유지(2점), 원활한 환기유지(2점), 안전장치 및 안전표지판 설치(2점), 문턱 제거, 안전손잡이(2점), 응급의료기기 보유, 비상구확보, 소화용 기구 확보, 전기가스 안전 점검, 좌변기 비치, 욕창방지 보조도구 비치, 여가 프로그램 제공(2점), 기능회복 훈련 제공(2점), 물리치료 제공(2점), 치매 환자에게 맞는 안정된 환경 등 총 총 평가의 30% 이상을 할애하고 있다.

〈표 4〉 우리나라 장기요양시설 평가 영역

대분류 / 중분류	기관의 운영	환경 및 안전	관리 및 책임	급여제공과정	급여제공결과
	기관관리	위생 및 감염관리	수급자관리	급여개시	만족도 평가
	인적자원관리	시설 및 설비관리	기관책임	급여계획	수급자 상태
	정보관리	안전관리		급여제공	
	질관리				

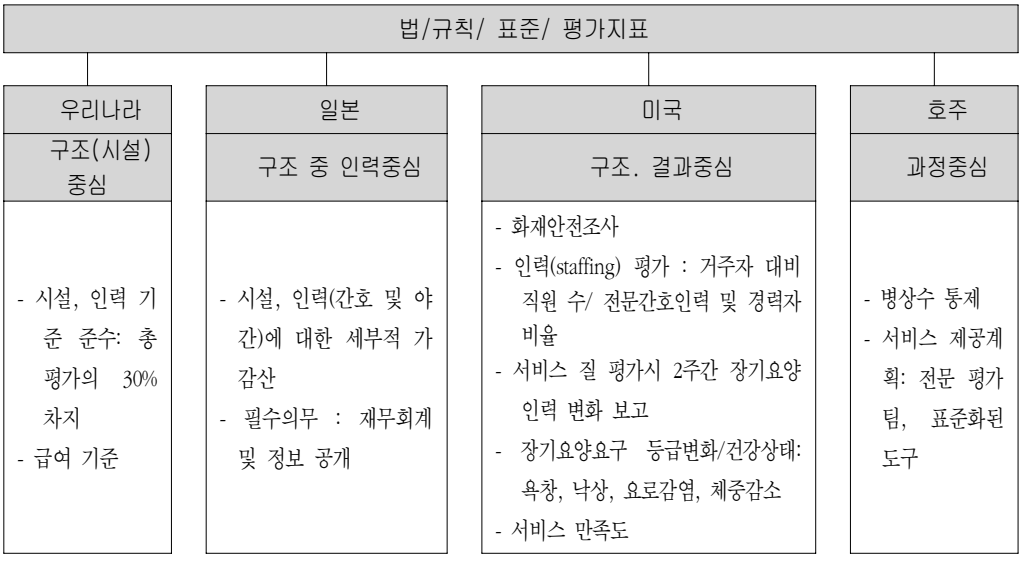
출처: 보건복지부 · 국민건강보험공단(2012). 장기요양기관 평가결과

일본의 경우는 앞서 기준들을 제시하였던 것처럼 시설 및 인력의 구조적 측면에 의해 서비스의 질을 조절하려는 경향이 크며<그림 1>, 제도가 유도하는 기준에 의해 노인요양시설의 시설과 인력에 대한 상당히 세부적인 가감산제도를 통해 노인요양시설의 서비스 질 향상을 유도하고 있다. 예를 들면 상근간호사 수에 따른 가산, 야간배치직원 가산, 상근의사가산, 서비스 인력의 전문성에 대한 가산 등 인력의 가산에 중점을 둔 여러 가지 가산체계를 통해 양질의 요양서비스를 주어지게 하고 있다<표 5>.

〈표 5〉 일본 개호 보험 장기요양시설 질 관리–시설 · 인력 및 서비스 급여 중심

		개호노인복지시설	개호노인보건시설
급여 감산	야근직원 배치부족	0	0
	시설기준 미 충족시	0	0
급여 가산	별도 지정 시설 기준 충족	0	0
	상근의사배치	0	0
	상근 간호사 1명 이상	0	0
	야간직원 배치	0	0
	전체 인력 중 개호복지사 50%이상	0	0
	전체 인력 중 개호·간호상근 직원 75%이상	0	0
	근속 3년 이상 30%이상	0	0

출처: 국민건강보험공단(2009). 이용자와 공유할 수 있는 개호수가 네비게이션
한국보건산업진흥원, 국민건강보험공단(2011). 장기요양급여 제공기준 개발 및 활용방안
일본후생성령(2011). 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준(후생성령 39호, 40호, 41호)



〈그림 1〉 각 나라별 장기요양기관 시설 및 인력 관련 서비스 관리 비교

출처 : 우리나라 - 법제처(2012). 노인복지법 시행규칙. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22조)
법제처(2012). 노인장기요양법시행규칙 23조, 24조
보건복지부 · 국민건강보험공단(2012). 장기요양기관 평가결과
한국보건산업진흥원, 국민건강보험공단(2011). 장기요양급여 제공기준 개발 및 활용방안
일본 - 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준(평성11년3월31일) (후생성령제39호, 후생성령제40호, 후생성령제41호)
국민건강보험공단(2009). 이용자와 공유할 수 있는 개호수가 네이게이션
미국 - 미연방건축가협회 시설지침(1987). Centers for Medicare & Medicaid Services(2011)
호주 - Department of Health and Ageing, Australia(2002). Aged Care Certification Assessment Instrument.

미국의 경우는 인력 및 시설 등의 구조적인 측면과 서비스의 결과, 즉 욕창, 요로감염, 체중감소 등 질 지표를 엄격히 관리하고 이를 대대적으로 공표하여 이용자의 수요에 직접적으로 영향을 주고 있다. 시설 및 인력과 관련된 기준은 화재 안전조사와 서비스 질 평가에 있어 인력의 수와 전문성을 평가기준에 포함하고 있다는 것이다. 미국의 경우는 의료보장이 기본적으로 민간주축으로 이루어지기 때문에 우리나라나 일본 같은 장기요양서비스를 기대하기는 어려우나, Centers for Medicare and Medicaid Services(2012)에서는 지속적으로 입소자 건강조사(health inspection), 화재 안전 조사(fire safety inspection), 입소자 불만조사 등을 확인하고 있다. 이 중 화재 안전조사는 시설과 관련된 서비스의 질을 보장 방법이다.

또한 미국은 OBRA'87(Omnibus Reconciliation Act of 1987)과 Nursing Home Reform Law등에 의해 'Five-Star Quality Rating'이 지속적으로 이루어지고 있다.

이는 소비자들과 그들의 가족, 그리고 서비스제공자들에게 Nursing Home의 질에 대한 정보를 제공하여 주고 일정조건을 충족하지 않는 경우 서비스 급여를 해주지 않는 등의 방법으로 서비스의 질을 높여주고 있다. 'Five-Star Quality Rating'의 주요 평가는 크게 건강조사(health inspection), 인력의 수와 전문성(staffing), 서비스 질 평가(quality measures) 등의 세 가지 영역이다. 이 중 인력은 전체 거주자에 대비한 직원의 수, 전문성 및 경력을 가지고 있는 간호사의 비율, 중증환자의 비율 등이며, 시설의 자가 평가(self-report)에 의해 일 년에 1회 이루어지는 한계를 가지고 있다. 그러나 1회 평가 시 2주 동안의 인력을 보고하게 되어 있으며, 이 파트의 질 평가가 높게 나왔다는 것은 입소자에게 양질의 서비스를 주는 인력이 많다는 것을 의미하고 있다. 또한 이러한 결과는 인터넷에 올려 정보를 공개하며, 기준에 맞지 않으면 벌금을 부과하고, 신규 입소에 대한 비 급여, 결핍된 건당 또는 하루당 벌금을 지속적으로 부과하며, 이는 결핍이 수정될 때까지 연장될 수 있다(Centers for Medicare and Medicaid Services, 2012).

또한 호주는 서비스가 이루어지는 과정에 큰 초점을 두어 이 안에서 시설 및 인력이 자연스럽데 갖추어지도록 하고 있다. 의사를 포함한 전문가 팀이 임상검사를 포함하여 노인의 상태를 체계적으로 사정하고, 이에 따른 이용가능 서비스를 지정해 주며, 서비스 제공을 기준에 맞추어 잘 이행하였을 경우에 급여의 가감산 및 벌금 등으로 연결되게 되어 있다(진영란 등, 2011). 호주는 기본적으로 Aged Care Act(1997)로 보조금과 관련된 인증사항 및 필요사항 준수, 승인 받은 시설과 승인받은 시설의 서비스 질 유지 등을 규정하고 있으며, 호주의 노인장기요양서비스의 경우는 의료제도의 큰 틀인 메디케어 내에서 조세와 최소한의 본인부담금으로 이루어지고 있어, 시설의 승인과 서비스의 질을 인정받는 것이 매우 중요하며 노인요양시설의 침상 수는 국가재정을 의미하므로 장기요양공급자가 임의로 침상수를 늘릴 수 없도록 되어 있다(Department of Health and Ageing, 2002, 2005, 2011)

호주의 장기요양기관의 인증 심사는 먼저 서비스 질 평가팀이 서비스 제공자에게 서비스 질 평가 시행에 대한 통보를 1주전에 하는 것에서부터 시작되며, 서비스 제공자의 자가 평가가 통보 이후 3주에서 9주 동안에 이루어지며, 대략 12주에서 16주 사이에는 현장 평가가 이루어지며, 질 평가 시행 통보 후 16-18주에는 질 평가 보고서를 작성하고 질 향상 계획을 세우는 것으로 평가는 시행 통보에서 총 20주에 대략적으로 완료되게 되며, 거의 5달의 과정을 거치게 된다. 따라서 호주는 시설 및 인력을 따로 떼어내어 평가를 하거나 기준을 정하는 것이 아니라 전체적인 질 관리 과정 내에 포함시켜 이루어지게 된다(Department of Health and Ageing, 2002, 2005, 2011).

Ⅳ. 고찰 및 결론

2011년 현재 65세 이상 노인인구는 5,537,072명으로, 전체 인구의 약 10%를 차지하고 있으며, 노인 활동제한율은 2008현재 11.4%로 나타나고 있어 앞으로 장기요양서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가할 것으로 전망되고 있다(보건복지부, 2012). 앞서 고찰한 바와 같이 인력과 시설의 기준을 명확히 하고, 구조의 관리를 강화하고자 하는 우리나라, 일본, 그리고 기본적인 구조는 갖추고 있되 서비스의 결과에 더 중점을 두고 있는 미국, 인프라인 시설과 인력의 기준을 명확하게 하는 대신 전체적인 서비스 질 관리 안에서 시설 및 인력의 관리가 이루어지는 호주 등 모든 나라들이 각자의 특색을 가지고 있었다. 먼저 인력 및 시설을 논하기 전에 각 나라의 문화적 배경과 제도가 다르다는 점은 반드시 염두에 두어야 할 것이다. 호주는 기본적인 토대가 조세와 일부 본인부담금으로 이루어져 있으며, 엄격하게 침상수를 통제하기 때문에 우리나라처럼 누구나 장기요양기관을 개설할 수 있도록 개방되어 있는 나라와는 당연히 서비스의 통제 방법이 다르며, 미국과 같은 민간시장 위주의 의료 및 요양서비스를 주는 나라와는 비교하기에 어려움이 있다. 하지만 일본과 같이 노인장기요양보험이라는 토대가 같고, 문화적 배경이 비슷한 경우는 인력 및 시설에 있어 매우 세부적인 기준을 적용하고 있으며, 급여 제공에 있어서도 인력과 시설 측면의 가감산 제도를 사용하고 있다는 점은 우리나라의 기관 운영에 있어 참고할 부분이 있다.

국외의 선행연구들에서 노인요양시설 서비스의 질이 낮은 것은 인력이 적거나, 인력에 대한 노인간호 측면의 교육훈련이 부족한 것과 관련이 있다는 사실은 그동안 많은 연구에서 입증되었으나(Castle, 2000; Eaton, 2000; Grando et al., 2005; Rantz et al., 2004; Rantz et al., 2004; Sochalski, 2001), 우리나라의 연구에서는 사뭇 다른 결과를 보이고 있는 부분이 있으며, 이는 인력과 서비스의 질에 대한 평가가 지속적으로 이루어지고 이에 대한 결과가 서비스 제공에 있어 반영되어야 할 것으로 판단된다. 종사자 1인당 입소자수가 적고, 직원에 대한 교육훈련을 많이 할수록 서비스 질이 높고(Harrington et al., 2000; Schenell et al. 2004), 특히 욕창이나 낙상과 관련해서는 간호사의 엄격한 스크리닝과 선제적 관리가 필요하기 때문에 간호인력의 유무 혹은 자질에 따라 영향을 많이 받는 것으로 확인되고 있다(Hill-Westmoreland and Gruber-Baldini, 2005). 하지만, 우리나라의 연구에서는 종사자 1인당 입소자수와 서비스의 질은 일관적이지 않다. 노인요양시설 입소자의 등급개선율을 장기요양서비스 질의 결과변수로 보고 종사자 1인당 입소자수와의 관련성을 보았을 때, 간호사의 수는 등급개선율과 유의한 양의 상관관계가 있었던 반면, 요양보호사 및 다른 직종은 상관성이 없었다(진영란 등, 2011). 또 다른 연구에서도 종사자 1인당 입소자수는 노인요양시설 서비

스의 질과 상관성이 유의하지 않았고, 운영자 철학, 운영방침, 교육훈련과 지역사회 연계와 관련성만 유의하였다(정은욱 등, 2007). 우리나라 노인요양시설 인력에 대한 교육훈련에 대해서도 지적이 있다. 노인요양시설 직원 중 17%는 응급처치에 대한 교육을 받은 경험이 없었고, 특히 비간호직은 거의 없었다(엄동춘과 성시경, 2009). 억제대 사용 관련 교육은 47.0%(김진선과 오희영, 2006), 노인학대 관련 교육은 57% 직원(유성호, 강선아, 2008)만 받은 것으로 조사되어 교육이 부족한 것으로 나타났다. 노인요양시설 종사자의 26.5%가 1년간 노인학대를 1회 이상 목격하고도, 이들 중 91.4%는 신고하지 않았다고 응답하였다(유성호, 강선아, 2008). 한편, 국민건강보험공단(2011)은 '장기요양금여비용 산정기준에 관한 세부사항'에서 간호사 배치 추가가산 및 야간 직원 배치 강화 가산과 함께 일본의 방식과 서비스 결과에 따른 질 관리방법으로 대상자의 등급개선이 이루어진 경우 등급개선 장려금을 주는 독일의 방식을 병행하고 있다. 이에 대한 효과를 지속적으로 평가해가면서 지속 또는 개선방향에 대한 논의도 이루어져야 할 것이다.

우리나라의 노인요양시설의 시설의 기준은 다른 나라의 기준과 유사한 수준이었다. 다만, 화재 및 안전 측면에서는 미흡한 점이 있다. 우리나라 노인요양시설의 건축 및 환경측면, 즉 사회성, 거주성, 안전성, 쾌적성, 영역성을 평가한 결과, 송효주와 최상헌(2009)의 연구에서는 조사대상 요양시설의 각 12%, 27%, 38%, 40%, 54%가 미흡한 것으로 나타났다. 또 다른 연구에서는 '장애인, 노인, 임산부 등 편의증진 보장에 관한 법률'이 시행 10여년이 지난 지금도 안전 및 접근성, 기능적 지원성을 충족하는 유니버설 디자인을 적용한 시설이 많지 않다는 것이 지적되었고(조민정과 최상헌, 2009). 일본의 시설보다 안전성, 프라이버시 등 다양한 부분에서 우리나라의 시설의 평가점수가 낮음(조주영과 이효원, 2010)을 지적하는 연구도 있었다. 또한 김윤정 등(2009)은 노인요양시설의 피난계획의 제도적 개선방안을 제안한 연구에서 건축재료의 불연화·난연화, 안전구획에 대한 규정이 없고, 보행경로가 30m로 되어 있어 단축할 필요가 있고, 소방계획도 경보설비를 강화해야 하며, 소방설비 등에 대한 관리감독을 강화하고, 관련기관간 협조체계를 갖추어야 한다고 지적하였다.

우리나라의 경우 2008년 노인장기요양보험 실시 후 노인요양시설은 지속적으로 증가하고 있고, 이에 2009년, 2011년 노인요양시설 평가를 실시하여 서비스의 질을 높이고자 노력하고 있다(보건복지부, 국민건강보험공단, 2012). 물론 그 이전에 법적인 기준을 통해 서비스의 질을 담보할 수 있는 최소의 기준인 시설의 기준과 인력의 기준을 정하였다. 앞에서 기술한 법적인 시설 및 인력 기준으로만 서비스의 질이 어떨 것인지를 가늠하기는 어려우나, 시설평가 결과에서 우리는 몇 가지 시사점을 확인할 수 있다. 첫째, 평가를 처음 실시한 2009년도보다는 2011년의 평가점수가 높아진 것은 일

부 평가 학습효과에 의한 것이라는 의견도 있지만, 평가가 서비스제공자에게 하나의 서비스의 질을 높이려는 유인으로 작용하였다는 차원에서는 고무적이다. 둘째, 시설의 규모가 클수록 시설평가 점수가 높게 나왔다. 노인요양시설의 기관규모별로 10인 미만의 시설이 가장 평가 점수가 나빴고 그 다음으로 10인-30인 미만으로 결국 규모가 작을수록 평가점수가 낮은 것으로 나타났다. 이는 서비스를 줄 수 있는 시설의 인프라가 잘 갖추어 있을수록 양질의 서비스를 줄 수 있다는 것을 의미하기도 하지만 한편으로 평가지표가 구조 중 시설 부분에 치중해 있다면 당연한 결과로 해석될 수 있다. 문제는 서비스 자체의 질을 어떤 식으로 담보할 것인지 인데 이에 대한 평가 기준은 환자의 만족도 평가와 수급자 상태에 맡겨져 있는 셈이다. 셋째, 평가 영역 중 '환경 및 안전 영역'의 평가 점수가 가장 높게 나왔으나, 급여제공과정은 프로그램의 충실도 등 시행율이 높지 않아 평가 점수가 매우 낮게 나왔으며, '기관의 운영' 점수가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이유는 인력의 추가 배치, 경력직, 책임규정, 포상복지제도 등 기본적인 인력기준과 관련된 것으로 예산 소모가 있고, 단시간에 득점이 어려운 지표들이 많았기 때문으로 해석될 수 있다. 또한 인력 부문의 보완과 실제 서비스 제공부분을 강화하여야 된다는 의미로 설명이 될 수 있다.

본 연구의 결과 중, 일본의 경우는 노인요양시설의 인력을 장기요양서비스에 있어 핵심으로 파악하고 이들이 주는 서비스와 인력 자체의 확충에 따라 급여에 있어 가산을 주고 있었다(국민건강보험공단, 2009). 우리나라의 경우처럼 구조 중 시설에 중점을 주고 있는 경우와 일본의 경우처럼 구조 주 인력에 중점을 두는 경우가 어느 것이 더 나은 경우라고 할 수 없지만 우리나라가 인력의 충원 및 전문성, 프로그램 제공에 있어 취약점을 가지고 있다면 이를 보완할 수 있는 방향으로의 시설 평가와 급여 강화가 이루어져야 할 것으로 판단된다. 미국은 'Five-Star Rating System'을 시장경제 체제에 맞게 서비스의 질이 좋지 않은 기관에 있어서는 이를 인터넷 상에 공개하여 서비스 대상자가 스스로 양질의 서비스를 찾고, 그렇지 않은 기관은 자연적으로 도태될 수 있는 시스템을 구축하고 있었다(Centers for Medicare and Medicaid Services, 2012). 특히, 서비스 질 관리에 있어 인력은 일본과 비슷하게 강조하고 있으며, 전체 거주자에 대비한 직원의 수, 전문성 및 경력을 가지고 있는 간호사의 비율 등을 평가하여 이 파트의 질 평가가 높게 나왔다는 것은 입소자에게 양질의 서비스를 주는 인력이 많다는 것을 의미하고 또 서비스를 받는 사람은 이 분야에 높은 점수가 나온 기관을 선택함으로써 양질의 서비스를 기대할 수 있을 것이다. 우리나라에 비해 미국이나 일본은 법상의 기준은 크게 다르지 않지만 시설 및 인력과 관련된 서비스 질 관리에서는 다소 강화된 기준을 보여주는 것으로 판단된다. 현재 우리나라는 노인요양시설 평가에서 인력기준 준수 여부, 전문 인력의 추가배치 여부, 1년 이상 경력직의 비율, 신규 직

원 교육 여부 등 단 4가지를 전체 100점의 총4점의 비율로 평가하고 있으며, 미국이 평가의 결과를 인터넷 상에 공개하고 기준에 맞지 않으면 신규 입소에 대한 비급여 처리, 결핍된 건당 또는 하루당 벌금부과, 결핍이 수정될 때까지 지속적인 관리를 하는 것과는 사뭇 다른 기준을 보이고 있는 것을 알 수 있다. 한편 호주는 대부부인 국가의 공적체계 내에서 이루어지고 있다는 것이 서비스의 큰 틀에 있어 다르긴 하지만 노인요양시설의 침상수를 함부로 늘릴 수 없게 하고, 또 인증을 받은 시설이어야만 장기요양급여를 받을 수 있게 함으로써 서비스 제공자로서의 진입을 엄격히 통제하고 있는 것은 우리나라의 자유로운 진입체계(Department of Health and Ageing, 2005)와는 다르지만, 이와 관련된 서비스의 질도 비교 평가되어 우리나라의 장기요양서비스의 질을 높일 수 있도록 하여야 할 것이다.

미국에서도 지난 20년간 너싱홈 서비스 질이 낮다는 국가 연구 및 학술 연구들이 보고되자(Institute of medicine, 2001) 서비스 질을 높이기 위한 다양한 연구가 시도되었다. 새로운 것은 계층분석을 했을 때 노인요양시설의 특성보다는 시설이 속한 지역 및 주, 센서스 지역에 더 많은 영향을 받는다는 연구결과였다(Ning and Thomas, 2005). 급여정책은 지역별로 공통적용을 받더라도 노인인구 수, 평균 가구소득, 노인요양시설 수 및 경쟁정도, 양질의 인력확보의 용이성 등은 지역마다 공통된 특성을 지니므로 노인요양시설의 개별적 특성보다는 시설이 속한 지역적 특성이 더 많은 영향을 준다는 것이다. 따라서 노인요양서비스의 질을 관리하기 위해서는 개별 기관에 대한 접근보다는 지역별로 차별화된 질 관리 정책이 운영되어야 한다고 강조하였다. 우리나라에서도 시설이 소재한 지역의 규모(대도시, 중소도시, 농어촌)와 유형(도시형, 도시근교형, 휴양단지형, 전원형)에 따라 만족도가 달랐다. 즉, 입소자, 운영자, 종사자의 만족도 및 프로그램 만족도 모두 규모면에서는 대도시, 유형면에서는 도시형이 일관되고 유의하게 높았다(이제남 등, 2010). 우리나라에서도 노인요양시설의 소재지에 따라 서비스 질의 차이를 짐작해 볼 수 있는 만큼 미국처럼 시설 별, 지역 별 계층분석을 실시하고, 지역별로 서비스 질에 나쁜 영향을 미치는 요인들을 추출하여 질 향상을 유도해나갈 필요가 있다.

한편, 현재 본 연구에서는 직접적으로 다루지 않았지만 소비자가 스스로 기관의 서비스 질을 파악하고 이를 선택할 수 있도록 노인요양시설의 시설, 인력, 서비스 현황, 나아가 노인요양시설 평가에 따른 시설의 위치 등 정보를 생성하고 상시 제공할 필요가 있을 것으로 판단된다. 선험국의 경우처럼 요양서비스 소비자의 알 권리를 확대할 필요가 있으며, 현재 노인장기요양보험 제도 도입으로 노인장기요양서비스 이용자가 꾸준히 확대될 것으로 예측되고 있는 현재의 시점에서, 호주와 같이 진입장벽이 거의 없는 현 체계에서 자연적으로 기관의 서비스를 높일 수 있는 유인이 될 수 있을 것으로 판단된다. 이를 위하여 일본의

개호서비스정보공표시스템(http://www.espa-shiencenter.org), 미국의 AAHSA (American Association of Homes and Services for the Aging; http://www.aahsa.org)에서의 'Find home and services'과 같이 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 및 재가장기요양기관 등의 운영 현황에 대한 데이터베이스 개발 및 운영이 필요할 수 있다. 이는 박세정과 김한곤(2009)의 연구에서 시설의 정보를 온라인과 오프라인 모두를 활용하여 접근성을 높이는 방법과 시설과 전담인력 등의 인프라를 확충하여 양질의 요양보호서비스를 제공할 수 있도록 하여야 한다고 제시한 것과 같은 맥락이다. 또한, 노인요양시설과 요양병원 간 기능 및 역할의 정립이 필요할 것으로 판단된다. 요양병원의 시설 및 인력이나 서비스 질 관리 부분은 두 기관은 서비스 제공에 큰 차별성이 없는 것으로 평가되고 있다(보건의료산업학회, 2011). 요양병원은 '치료', 노인요양시설은 '거주'의 개념으로 인식하는 경우가 많고, 요양병원 병상 과잉공급으로 인해 다양한 이용료 인하 방법을 동원하고 요양병원과 요양시설 간 이용료에 차이가 적어진 문제 등과 함께 불필요한 자원의 낭비가 생기지 않도록 하는 노력이 함께 수반되어야 할 것이다.

노인요양시설은 중증환자를 돌보는 위주로 가야하므로 서비스가 강화되어야 할 것은 당연한 일이며, 현재의 장기요양 서비스의 목표는 노인요양시설 공급이 아닌 서비스 질 향상으로 선회하고 있다. 이에 본 연구는 노인요양시설의 시설 및 인력 기준과 이에 대한 서비스 질 관리를 우리나라 먼저 장기요양서비스를 먼저 경험하고 있는 일본, 미국, 호주의 경우와 비교해 보았다. 노인장기요양 서비스 선험국의 사례 비교를 통해 아래와 같은 제안을 해 볼 수 있겠다.

첫째, 시설의 기준은 장기요양서비스의 효과가 높게 나타나는 방향으로의 꾸준한 시설기준의 보완이 필요할 것이다. 예를 들면, 1인당 공간 면적 및 1실당 입소인원수, 전체 시설의 규모, 노인들의 건강상태를 유지 또는 개선할 수 있는 환경 요소 등에 대한 연구와 논의, 그리고 보완 등이 필요할 것이다. 보건복지부와 국민건강보험공단(2012)의 연구 결과에서 시설의 규모가 30인 이상일 경우 이보다 작은 규모에 비해 서비스의 질이 높아지는 결과를 보였다. 이는 적정 인프라가 갖추어졌을 경우 서비스의 질이 높음을 의미하며, 노인장기요양보험이 실시되기 이전의 연구인 조혜숙(2006)의 연구에서도 역시 환경과 직원을 질관리 지표의 중요한 부분으로 다루고 있어 서비스 질에 있어 시설 및 인력이 매우 중요한 요소임이 지적되었다. 한편, 조주영과 이효원(2009)의 연구에서는 물리적 환경으로 안전성, 소음, 전망, 개안적인 공간 확보, 통로, 공간구성, 선택의 자율성 등의 노인요양시설의 치유환경 요소를 비교하여 보고, 지역별로 가장 차이가 많이 나는 치유환경요소로 안전성, 개인적인 공간확보 등이 시설마다 차이가 많이 나는 것으로 지적하였다. 이러한 요소들은 추후에 연구에서 치유요소로서의 효과를 확인하여 그 효과가 입증된다면 서비스의 질을 높일 수 있도록 추후 보완되어야 할 것이

다. 이는 이미 호주에서 침상수를 국가가 직접 통제하고 있는 부분과 일본의 시설에 대한 가감산 제도 등에서 시설의 중요성을 확인할 수 있었다. 또한 미국과 같은 시장경제 내에서 자유스러운 정보공유를 통하여 시설 측면의 인프라가 긍정적인 방향으로 바뀔 수 있도록 유도할 수도 있을 것이다.

둘째, 인력의 기준은 모든 나라에서 종사자 1인이 몇 명의 대상자를 돌보는가를 기준으로 명시하고 있는 것은 종사자의 수가 서비스의 질과 관련되어 있는 것은 분명하나, 인력에 대한 지속적인 교육훈련에 대한 부분도 앞으로의 장기요양서비스에서 관리되어야 할 것이다. 물론 이미 본 연구에서 살펴본 바와 같이 국가별로 다른 기준과 다른 전문자격별로 종사자의 채용에 대한 규정이 있으나, 노인요양시설 서비스의 질은 운영자 철학, 운영방침, 교육훈련과 지역사회 연계와 더 깊은 관련성을 가지고 있다는 정은욱 등(2007)의 연구와, 종사자 1인당 입소자수가 적고, 직원에 대한 교육훈련을 많이 할수록 서비스 질과 관련이 있다는 Harrington 등(2000)과 Schenell 등(2004) 등의 연구들도 있다. 따라서 이 부분에 대한 연구가 추후에 이루어지고 확인되어야 할 것이다.

셋째, 시설 및 인력을 기반으로 한 서비스 질에 대한 연구가 진행되고 있으나, 인력과 시설이 실제 긍정적인 성과를 나타내기 위해서 어떠하여야 하는지에 대한 세부적인 확인 작업은 꾸준히 지속되어야 한다. 최인덕 등(2010)의 연구에서는 노인장기요양보험 도입이후 수급대상자는 꾸준히 증가하고 있으며, 노인 장기요양보험 제도의 향후 정책방향을 장기요양 대상자 및 시설에 대한 정확히 추계가 먼저 이루어지는 것이 필요하다고 강조하면서 2008년에 요양보호사 수는 225,672명에서, 2009년에는 요양보호사는 490,056명으로 증가하였다고 언급하고 있으나 이와 관련된 서비스 질의 변화가 주는 문제에 대한 연구는 이루어지지 못했다. 하지만 이 연구에서는 요양보호사 1명당 약 3명의 환자를 돌보고 있으며, 요양보호사나 간호사와 같은 돌봄 인력이 매우 중요하므로 이에 대한 강화가 필요하다고 지적하고 있다. 이특구(2006)의 연구에서는 시설에 입소하는 노인들의 중증도가 높아지면, 이에 따라 시설의 전문성이 높아져야 하며, 일본의 경우는 장기요양보험 실시 이후 4인실에서 1인실으로 실당 수용인원수가 적어지는 경향을 보였다고 하였다. 이는 곧 인력 및 서비스의 질적 강화의 필요성을 의미하는 부분이다. 이러한 측면에서는 인력의 질적 확충인 전문성 강화나, 인력의 양적 확충인 자격을 갖춘 양질의 서비스 인력을 확대할 수 있는 방향으로의 모색이 필요한데, 인력의 보수교육 등을 통한 장기요양서비스 인력의 지속적인 교육훈련 제도나 장기요양 서비스 표준 보급 및 평가인증제도 강화가 등이 그 방법이 될 수 있을 것이다. 또한 보건복지부와 국민건강보험공단(2011)의 연구에서는 서비스의 질을 유지하는데 양질의 인력, 시설 및 장비 등의 자원 확보가 용이, 그리고 서비스 제공관리가 원활해지면 서비

스의 질이 높아진다고 지적하면서 이는 노인요양시설의 가동률이 높을수록 대상 노인의 장기요양등급이 높아지는 것을 통해 간접적으로 확인할 수 있다고 하였다. 노인요양병상 공급은 꾸준히 확대될 것으로 전망되므로, 향후에는 노인요양병상 공급 확대보다는 서비스 질 향상을 초점으로 전환할 필요가 있다. 이를 위하여 인력 기준 및 인력의 전문성을 고려한 노인요양시설 표준 지침을 개발 보급하여 충분히 활용할 수 있도록 하고, 현재의 평가 제도를 꾸준히 관찰하여 수정 보완하도록 하여야 할 것이다.

이처럼, 우리나라와 장기요양서비스를 미리 경험한 국가들의 시설 및 인력 그리고 이와 관련된 서비스 질 관리 기준은 분명 일정 부분에서 차이를 보이고 있다. 하지만 인력의 기준 강화와 서비스의 질, 그리고 전체적인 서비스 질 관리 내에서의 시설과 인력의 조화, 철저한 진입장벽 통제를 통한 서비스 질 관리와 급여제한 및 가산을 통한 서비스 질 관리는 분명 우리나라의 노인요양시설 서비스 질을 높이는데 여러 가지 함의를 줄 수 있을 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

국민건강보험공단. 이용자와 공유할 수 있는 개호수가 네비게이션. 2009.

국민건강보험공단. 장기요양급여비용 산정기준 등에 관한 세부사항. 2011.

김윤정, 김석준, 윤명오. 노인요양시설 피난계획 제도적 개선방안 연구. 한국의료복지시설학회지 2009; 15(1): 13-22.

김진선, 오희영. 장기요양시설 간호제공자들의 신체적 억제대 사용에 대한 인식과 태도. 한국노년학 2006; 26(2): 347-360

박세정, 김한곤. 치매노인의 삶의 질과 시설 환경 요인에 관한 연구. 한국노년학 2009; 29(4): 1361-1381

보건복지부, 국민건강보험공단. 노인장기요양보험 건강개선프로그램활성화 방안. 2011

보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양기관 평가결과. 2012.

보건복지부. 보건복지부 보도자료 '2020년까지 건강수명 75세까지 높인다'. 2012.

보건의료산업학회. 2011년 추계학술대회 노인요양시설 및 요양병원간의 기능정립. 2011.

송효주, 최상헌. 노인특성을 고려한 노인요양시설 치유환경 평가에 관한 연구- 서울시립 노인요양시설을 중심으로. 한국의료복지시설학회지 2009; 15(3): 31-39.

엄동춘, 성시경. 노인요양시설에서 노인수발 담당자의 응급처치에 대한 교육수요도 조

사-일개 도시를 중심으로. 한국간호교육학회지 2009; 15(1): 53-61.

오영희, 김종민. 노인요양시설의 현황분석과 정책과제. 보건복지포럼 2001; 7: 51-64.

유성호, 강선아. 노인요양시설 종사자의 노인학대 관련 법조항에 대한 이해, 노인학대 목격실태와 노인학대 신고의무 위반자 처벌에 대한 태도. 사회복지정책 2008; 33(6): 311-333

이경선, 김경숙, 이재환. 국내외 치매노인시설 실태에 관한 비교조사 연구. 한국디자인과학학회 2003; 6(1): 33-40.

이미진. 노인장기요양보험제도의 문제점 및 개선방향. 월간 복지동향 2008; 121: 2-95.

이제남, 정윤수, 이재성. 노인요양시설의 서비스 만족도에 대한 공급자와 수요자의 인식 비교 연구. 한국행정학회 동계학술발표논문집 2010: 1-19.

이지아, 지은선. 노인요양시설 서비스 질 평가 도구 개발. 대한간호학회지 2011; 41(4): 510-519.

이특구, 김석준. 일본 개호보험 도입에 따른 장기요양보호시설의 변화에 관한 연구. 한국의료복지시설학회지 2006; 12(1): 17-26.

정은욱, 정승원, 서영준, 최대봉. 노인요양시설 서비스 제공 수준의 관련 요인 분석. 병원경영학회지 2007; 12(4): 22-44.

조민정, 최상헌. 노인요양시설의 유니버설 디자인 적용현황 및 개선방안에 관한 연구. 한국의료복지시설학회지 2009; 15(3): 21-29.

조주영, 이효원. 치유환경요소를 이용한 치매노인요양시설 평가 연구. 2009; 16(1): 25-33.

조혜숙. 한국 노인간호요양시설의 질 관리 지표(QMI) 개발. 2006; 15(2): 174-188.

진영란, 이효영, 김 욱, 성혜영, 소은선. 장기요양보험급여 제공기준 개발. 한국보건산업진흥원·국민건강보험공단. 2011.

최은희. 노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구. 한국노년학 2010; 30(2): 401-419.

최인덕, 이상림, 이정면. 노인장기요양 보험 대상자 및 시설, 인력 추계. 사회보장 연구 2010; 5:375-400.

Castle, N.G.. Difference in nursing homes with increasing and decreasing use of physical restraints. Medical Care 2000; 38: 1154-1163.

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS). http://www.cms.gov. 2011

Department of Health and Ageing, Australia. Aged care approval round essential guide. 2011.

Department of Health and Ageing, Australia. Aged Care Certification Assessment Instrument. 2002.

Department of Health and Ageing, Australia. Quality of Care Principles. 1997.

Department of Health and Ageing, Australia. Regulatory guide quality of care. 2005.

Eaton, S.C.. Beyond "unloving care" : Linking human resource management and patient care quality in nursing homes. International Journal of Human Resource Management 2000; 11: 591-616.

Grando, V.T., Rantz, M.J., Petroski, G.F., Maas, M., Popejoy, L., Conn, V., et al.. Prevalence and characteristics of nursing homes residents requiring light-care. Research in Nursing & Health 2005; 28: 210-219.

Harrington C, Zimmerman D, Sarita LK, Robinson J, and Beutel P. Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, Journal of Gerontology 2000; 55B(5); S278-S287.

Harrington C, Zimmerman D, Sarita LK, Robinson J, and Beutel P. Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, Journal of Gerontology 2001; 55B(5): S278-S287.

Hill-Westmoreland, E.E., & Gruber-Baldini, A.L.. Falls documentation in nursing homes: Agreement between the minimum data set and chart abstractions of medical and nursing documentation. Journal of the American Geriatrics Society 2005; 53, 268-273.

Institute of Medicine. Improving the Quality of Care in Nursing Homes, National Academy Press, Washington, DC. 2002

Ning Jackie Zhang, Thomas T. H. Wan. The Measurement of Nursing Home Quality: Multilevel Confirmatory Factor Analysis of Panel Data. Journal of Medical Systems 2005; 29(4): 401-411.

Rantz, M., Hicks, L., Grando, V., Petroski, G.F., Madsen, R.W., Mehr, D.R., et al. (2004). Nursing home quality, cost, staffing, and staff mix. The Gerontologist,44, 24-38.

Rantz, M.J., Hicks, L., Petroski, G.F., Madsen, R.W., Mehr, D.R., Conn, V., et al.. Stability and sensitivity of nursing home quality indicators. Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 2004; 59: M79-M82.

Schenell JF, Simmons SF, Harrington C, Cadogan M, Carcia E, Bates-Jensen BM. Relationship of nursing home staffing to quality of care, Health service research 2004; 39(2): 225-250.

Schenell JF, Simmons SF, Harrington C, Cadogan M, Carcia E, Bates-Jensen BM. Relationship of nursing home staffing to quality of care, Health service research 2004; 39(2): 225-250.

Sochalski, J.. Quality of care, nurse staffing and patient outcomes. Policy, Politics & Nursing Practice 2001; 2: 9-18.