

## 호주의 장기요양 시스템 고찰을 통한 우리나라 장기요양서비스 개선 방향

이효영<sup>1</sup>, 박은옥<sup>2</sup>, 진영란<sup>3</sup>‡

<sup>1</sup>동서대학교 보건행정학과, <sup>2</sup>제주대학교 간호학과, <sup>3</sup>청운대학교 간호학과

### The improvement of long-term care service in Korea through the review of Australian aged care system

Hyo Young Lee<sup>1</sup>, Eunok Park<sup>2</sup>, Young-ran Chin<sup>3</sup>‡

<sup>1</sup>*Department of Health Administration, Dongseo University*

<sup>2</sup>*Department of Nursing, Jeju National University, <sup>3</sup>Department of Nursing, Chungwoon University*

#### <Abstract>

**Objectives:** In order to cope with the quality and the substantiality issues in long-term care for the elderly, we should have a wider view of long-term system components based on the understanding of health care organizations, management services, support for care providers and beneficiaries, education of the workforce, and management of finance and resources. **Methods:** For resolving the issues raised and offering guidance in the area of long-term care, we reviewed 20 reports and documents of the government and government-related institutions using the Internet home pages of the Australian government and the related organizations in the health care sector. These organizations are undergoing a huge system reform to implement consumer-directed care since 2015, in the areas of service, resources, finances, organization, and management. **Results and conclusions:** The study outcomes can have some implications for the long-term care system in Korea based on the differences in the service components. The results can provide basic information for improving the long-term care service, and can have several other implications for long-term care in Korea.

---

**Key words:** Aged Care System, Long-term Care Service, Quality Improvement

\*이 논문은 2017년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2017S1A2A2031261)

‡ Corresponding author : Young-ran Chin(chinyr@chungwoon.ac.kr) Department of Nursing, Chungwoon University

• Received : Aug 7, 2018

• Revised : Dec 18, 2018

• Accepted : Dec 29, 2018

## I. 서론

### 1. 연구 필요성

엄청난 속도로 고령화가 진행 중인 우리나라는 2018년 현재 고령사회로의 진입을 목전에 두고 있다. 노인은 장기간 관찰 및 치료를 요하는 만성퇴행성질환을 복합적으로 가지고 있어[1], 우리나라는 요양·치매관리·건강보장·사회활동 및 여가활동 지원·소외된 노인보호 등 다양한 보건·복지 정책을 시행해 오고 있다[2]. 이 중 2008년부터 시행된 노인장기요양보험제도는 단시간 내에 장기요양기관 및 인력 등 인프라를 갖추고 치매·중풍 등의 요양보호가 필요한 노인에게 재가 및 시설급여를 제공하여, 이용자 및 수발가족의 만족도가 매우 높다는 측면에서 성공한 제도임에는 틀림없다[3]. 반면, 그동안의 연구에서는 노인인구 급증 및 대상자 급증으로 인한 재정적 지속가능성의 어려움, 인력의 확보 및 질적 수준 미흡, 복지용구 등 일부 급여의 부당 청구, 장기요양기관 내 사건사고 등 해결해야 할 여러 가지 문제가 지속적으로 제기되고 있다[4].

외국의 장기요양 조직과 서비스, 조직 및 관리, 인프라 등 제도에 대한 이해를 바탕으로 장기요양보험의 지속가능성을 높을 수 있는 방향을 제시하는 것은 증가하는 노인인구에 대한 양질의 서비스 제공도 가능하게 해줄 수 있을 것이다. 지금까지 다른 나라의 장기요양제도를 우리나라와 비교하여 심층분석한 연구는 OECD 국가의 노인장기요양보체계 개혁방향을 분석한 연구[5], 노인장기요양보험제도의 한·일비교 [6], 일본의 개호보험과 한국의 노인장기요양보험제도 비교[7], 영국·독일·호주의 노인장기요양보호에서 케어매니지먼트 체계 비교 분석[8] 등이 있다. 이러한 연구의 비교국은 대부분 일본이고, 국가보건의료체계 전반이 아니라 특정서비스 및 정책만을 비교하고 있어 전체 보건 의료시스템의 시사점을 발견하기는 힘들다.

노인장기요양보험(long-term care)이라는 사회보험제도(NHI)를 근간으로 하는 우리나라와 달리 호주는 사회의료제도(NHS)의 Aged care를 사회서비스로 제공하고 있다. 사회서비스는 가족의 비공식적 돌봄을 사회적 책임으로 전환한 특성이 있고, 재원은 국가가 제공하되 유연하고 비용효율적이라고 여겨지는 민간으로 하여금 서비스 공급자의 역할을 하게 하는 특성이 있다. 이렇듯 호주는 우리나라와 재원이 다르기는 하지만 민간을 서비스 제공자로 하고, 장기요양서비스의 질과 노인인구 급증으로 인한 재정적 지속가능성을 중요시하는 공통점이 있다.

본 연구는 최근 2015년 이후 서비스의 지속가능성과 소비자 중심케어로 개혁을 실시하고 있고, 우리나라와 같은 보편적인 서비스의 방향으로 장기요양서비스를 제공하고 있는 호주의 장기요양체계를 고찰하여 우리나라에서의 함의를 도출하고자 한다. 이를 통해 우리나라의 발전적인 제도 개선의 기초 자료를 제공할 수 있을 것이다.

### 2. 연구 목적

본 연구는 호주의 장기요양 시스템인 Aged care system의 하부구조를 중심으로 체계적으로 분석하여 우리나라 장기요양 서비스의 질 향상 방안을 탐색함을 목적으로 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

호주의 장기요양시스템에 대한 정부 보고서 및 문서를 체계적으로 분석하여 우리나라 노인 장기요양서비스의 질 향상 방향에 대한 함의를 탐색한 중설연구이다.

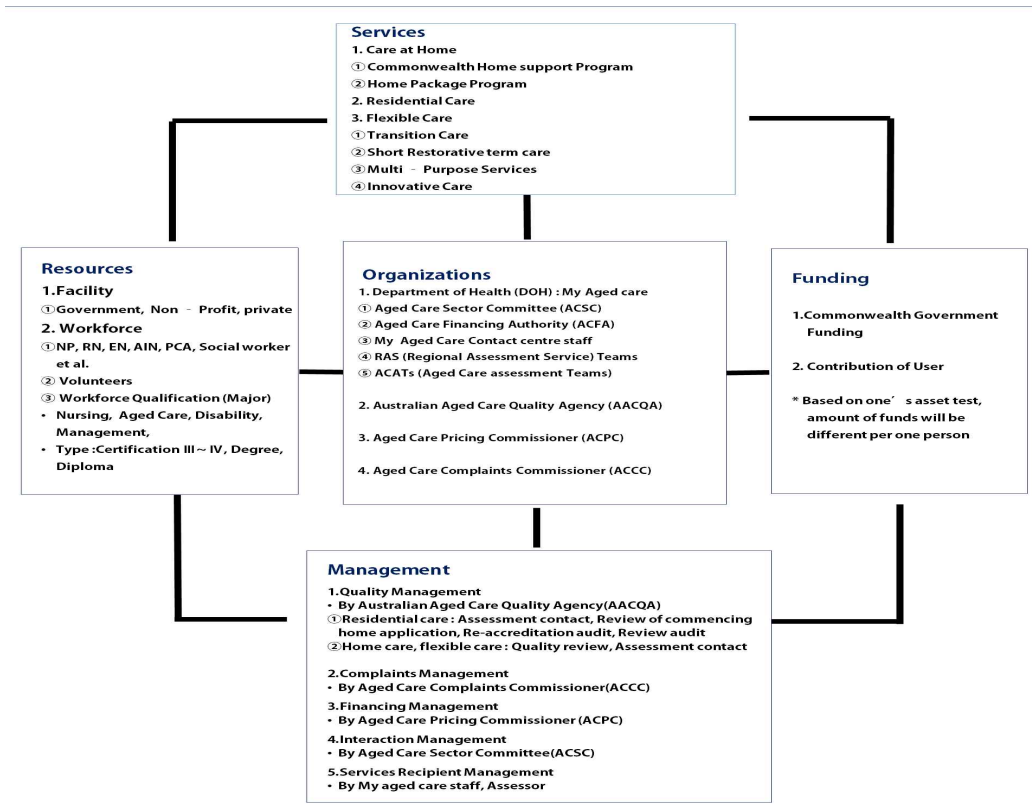
## 2. 자료 수집

2017년 8월부터 2018년 8월까지 호주의 장기요양의 운영주체인 보건부의 'My Aged care', 환자의 등급 및 재가서비스 및 시설서비스를 수혜여부를 평가해 주는 'Regional Assessment Service(RAS)', 'Aged Care Assessment Team(ACAT)', 서비스 질 관리 기구인 'Australian Aged Care Quality Agency (AACQA)', 소비자의 불만과 문제를 관리하는 'Aged care complaints commissioner' 등의 홈페이지에 'aged care', 'aged care system', 'service for the elderly', 'service quality' 등으로 검색하여 본 연구와 관련성이 높은 것으로 판단된 정부 문서와 보고서, 홈페이지 게시내용을 선정하여

읽고 분석하였다. 자료를 분석하는 과정에서 새로 발견한 기관의 홈페이지를 방문하여 같은 검색어로 발견한 자료를 추가하는 방식으로 20여개의 자료를 심층분석하였다.

## 3. 분석틀

호주의 장기요양 시스템과 관련하여 수집된 자료 및 정보를 Kleczkowski (1984) 등의 보건의료체계의 하부구조 분석의 틀인 서비스, 조직, 보건의료관리, 자원, 재정의 5가지 요소로 분류하여, 우리나라 장기요양보험 제도의 차이점을 확인하고 서비스 질을 향상하기 위한 함의를 논의하였다[9] <Figure 1>.



<Figure 1> The overview of Australian Aged Care System

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 서비스 제공

호주의 장기요양서비스는 재가서비스 (Care at home)과 시설서비스 (Residential care), 단기보호 등을 목적으로 하는 유동적서비스 (Flexible care) 3가지로 분류되며, 각각 다양한 하부서비스를 포함하고 있다[10].<Table 1>

##### 1) 재가서비스

재가서비스(Care at Home)는 연방정부의 가사

지원프로그램(Commonwealth home support program; CHSP)과 재가돌봄패키지(Home care package; HCP)로 나뉜다. CHSP는 낮은 수준(entry level)의 가사지원이 필요한 사람을 대상으로 하며, 재가돌봄패키지는 대상자 평가 시 Level 1 (기본수준), Level 2 (낮은 수준), Level 3 (중급 수준), Level 4 (높은 수준) 까지 구분하여 서비스를 제공한다. RAS와 ACAT에서 대상자를 다각적으로 평가한 후 서비스 요구에 따라 간호, 식사, 사회지원 3가지로 나누어서 제공한다 [10][11].

<Table 1> Aged care services In Australia

Aged Care services		Service details		
Care at home	Commonwealth Home Support Programme (CHSP)	-Nursing	-Meals	-Social support-Individual
		-Allied health and therapy service	-Other food service	-Social support-group
		-Goods, equipment and assistive technology	-Transport	-Specialized support services
		-Home modification	-Domestic assistance	
		-Home maintenance	-Personal Care	
Home Care package	Four levels of consumer-directed coordinated packages of services to meet a person's special care needs, including personal care, support services and nursing, allied health and clinical services			
Residential care	Residential care	Personal Nursing care for residents of aged care homes		
Flexible care	Transition Care	Transition from hospital or recovery from accidents or illnesses		
	Short Restorative term care	Services for situations such as restorative care		
	Multi-purpose Services	Integrated health and aged care services for small rural and remote communities		
	Innovative Care	The development and testing of flexible models of service delivery in areas where mainstream aged care services may not appropriately meet the needs of a location or target group.		

Source: Alex Grove (2016), Parliamentary Library - Aged care : a quick guide

## 2) 시설서비스

시설서비스(Residential care)는 재가서비스보다 높은 수준의 서비스가 필요한 대상자가 시설에 입소하여 서비스를 받으며 이용기간에 따라 단기와 장기서비스로 구분한다.

## 3) 유동적 서비스

유동적 서비스(Flexible care)는 재가나 시설서비스와 달리 일정기간만 서비스가 필요한 노인에게 제공되는 4가지 서비스로 해당 기간에 필요한 서비스를 재가 - 시설서비스로 양분하지 않고 융통성 있게 이용할 수 있다는 특징이 있다. 그중 하나인 전환케어 (Transition care)는 요양시설 혹은 병원에서 퇴원한 노인에게 최장 12주 동안 대상자가 퇴원한 가정에서의 생활이 익숙해질 때까지 한시적으로 일반적인 재가서비스 보다 높은 수준의 서비스를 제공받는다. 또한 단기서비스(Short Restorative term care; STRC)는 기능저하나 위축이 있는 노인에게 전환케어와 유사한 목적으로 제공된다. 다목적서비스 (Multi-Purpose Services; MPS)는 소규모 시골 지역 및 벽오지에서 제공되는 통합의료 서비스이며, 혁신적 케어프로그램 (Innovative care programme)은 장기요양서비스가 충분히 제공되지 못하는 대상자나 지역의 욕구를 충족하기 위한 서비스 제공법과 프로그램을 연구 및 개발하기 위한 프로그램이다<Table 1>.

## 2. 자원

### 1) 시설

장기요양서비스의 자원은 크게 물리·환경적 자원인 시설과 서비스를 제공하는 인력으로 나눌 수 있다. 호주 전체에 장기요양기관은 2016년 기준 총 17,385개소로 시설 10,940개소(62.9%) 재가서비스기

관 6,445개소(37.1%)이다. 시설을 개설주체에 따라 분류하면 시설은 비영리 57.3%, 영리 35.9%, 정부 6.8%로 구성되어 있다[12].

### 2) 인력

호주의 장기요양인력은 시설 및 재가서비스기관으로 나누어 살펴보았다. 2015~2016년에 시설에 종사하는 인력 235,764명 중 153,854명(52.5%), 재가 서비스 인력 130,263명 중 86,463명(66.38%)이 직접 케어(direct care)를 제공하는 것으로 추산되었다. 정확한 통계를 확인할 수 없었으나, 전체 예산 중 시설서비스에 76%, 재가서비스에 22%를 사용되는 것을 볼 때 대부분의 인력이 시설과 재가에 활용되고 있음을 짐작할 수 있다[12]<Table 2>

시설의 직접 케어 제공을 담당하고 있는 153,854명의 직업을 살펴보면 요양보호사(personal care attendant; PCA)의 비율이 가장 높았고 (71.5%), 면허간호사(Registered Nurse) 14.9%, 그 외에도 다양한 직종이 함께 활동하고 있다. 재가 인력은 사회복지사가 72,495명(83.8%)으로 가장 많으며, 두 번째로 면허간호사가 6,969명(8.1%)으로 나타났다 [12]. 호주는 우리나라와 달리 자원봉사자 활용율이 높으며, 재가급여의 경우 무급자원봉사자가 44,879명으로 전체 중 25%에 달한다. 또한 전체 2015 - 2016(1년 간)의 시설 인력 259,301명 중 자원봉사 인력은 23,537명으로 약 9%에 해당한다[12] <Table 2>. 이러한 보건(Health), 장기요양(Aged care), 장애(Disability), 행정관리(Management) 등 Aged Care 인력은 학위 과정과 자격증 과정을 통하여 양성되며, 장기요양 인력은 주로 자격증 수준 3 또는 수준 4에 해당한다 [12]<Figure 2>.

<Table 2> Types of workforce among direct care worker (unit, number, %)

Types of workforce	2003	2007	2012	2016	
Residential	Nurse Practitioner (NP)	N/A	N/A	294( 0.2)	386( 0.3)
	Registered Nurse (RN)	24,019(21.0)	22,399(16.8)	21,916(14.9)	22,455(14.6)
	Enrolled Nurse (EN)	15,604(13.1)	16,293(12.2)	16,915(11.5)	15,697(10.2)
	Personal Care Attendant (PCA)	67,143(58.5)	84,746(63.6)	100,312(68.2)	108,126(70.3)
	Allied Health Professional (AHP)	8,895( 7.4)	9,875( 7.4)	2,648( 1.8)	2,210( 1.4)
	Allied Health Assistant (AHA)			5,001( 3.4)	4,979( 3.2)
	Sub_total	115,660(100)	133,314(100)	147,086(100)	153,854(100.00)
	PAYG_workforce				235,764(90.92)
	Volunteer_workforce				23,537( 9.08)
	Sub_total				259,301(100.00)
Care at home	Nurse Practitioner (NP)	N/A	N/A	201( 0.2)	53( 0.1)
	Registered Nurse (RN)	N/A	7,555(10.2)	7,631( 8.2)	6,969( 8.1)
	Enrolled Nurse (EN)	N/A	2,000( 2.7)	3,641( 3.9)	1,888( 2.2)
	Community Care Worker (CCW)	N/A	60,587(81.8)	76,046(81.4)	72,495(70.3)
	Allied Health Professional (AHP)	N/A	3,925( 5.3)	3,921( 4.2)	4,062(4 .7)
	Allied Health Assistant (AHA)			1,919( 3.4)	995( 1.2)
	Sub_total	N/A	74,067(100)	93,359(100)	86,463(100.00)
	PAYG_workforce				130,263(74.38)
	Volunteer_workforce				44,879(25.62)
	Sub_total				175,142(100.00)

Source: Kostas Mavromaras, et al. (2017), The Aged Care report, 2016



<Figure 2> The qualifications of workforce in Aged Care

Source : Kostas Mavromaras, et al. (2017), The Aged Care report, 2016

### 3. 재정

호주 장기요양 재정은 기본적으로 정부 세금인 연방정부기금(Commonwealth fund)과 개인분담금으로 충당하며, 개인분담금은 수혜자가 받는 서비스 유형과 수급자의 재산 평가(means test)에 따라 전체 비용 중 일정 금액을 부담하는 방식이다[13]. 호주 연방 정부가 보건에 사용하는 전체 비용은 일차의료 31%, 장기요양보험 20%, 인력(교육 포함) 17%, 의약품 9%, 의료와 치과 서비스 8% 등에 지출되고 있다[14].

참고로 정부기금을 구성하는 호주의 세금은 부과 대상에 따라 개인과 사업자(사업체)에 대한 세금으로 나눌 수 있으며, 개인에게 부과하는 세금은 대표적으로 주민, 외국인, 워킹홀리데이에 대하여 따로 부과하는 개인 소득세가 있고, 사업자의 세금은 상품 및 서비스 세금, 소득세, 원천징수 세금, 부가급여세, 와인 사업자에 대한 와인 균형세 등을 부과한다[15]. 이것과 별도로 호주의 의료보장제도인 메디케어에 대한 목적세 2%를 국민들에게 부과한다. 이렇게 각출된 세금 중 일부가 호주 보건복지부의 예산으로 편성되며, 2015-2016년 기준 \$72.2 billion(\$≐1,000원 기준 환화 72조 2천억원, ) 예산 중 약 20%인 \$14.3 billion(약 14조 3천억원)은 연방정부기금으로 운영되며 노인장기요양에 대한 정부 보조금으로 활용된다. 또한 이것과 별도로 사용자들에게서 징수한 개인부담금은 \$12.9 billion(약 12조 9천억원)이다. 참고로 2017년 한국 보건복지부 예산 57조 6천억원, 그 중 노인장기요양보험 예산은 5,836억원이다. 정부 출현금액은 장기요양 전체 예산의 53%를 차지하고, 사용자 납부금은 전체 예산의 47%를 차지한다.

장기요양서비스의 정부지원금은 크게 6가지영역에 사용된다. 가장 지출이 높은 항목은 시설서비스로 총 \$8.01 billion(약 8조 1백억원)로 전체 장기요양 지출 중 76%를 차지하고 있다. 그 다음으로 제

가서비스(Care at Home)와 가정지원서비스(CHSP)이 각 11%인 약 \$1.1 billion(약 1조 1천억원)이다. 이외에도 허가 및 정보, 서비스 향상, 인력과 질 관리에 사용되고 있다[15].

<Table 3> 2015 - 2016 Aged care expenditures details

Categories	Expenditures (unit: \$1,000)	(%)	Korean won
CHSP	1,115,428	(10.6)	
Home care packages	1,119,305	(10.6)	
Residential and Flexible care	8,009,245	(76.0)	약 8조 1백억원
Aging and service improvement	144,398	(1.4)	
Access and information	103,487	(1.0)	
Workforce and quality	46,133	(0.4)	
Total	10,434,509	(100.0)	

Source: Department of Health in Australia (2016), 2015-2016 Annual Report

### 4. 조직

조직은 크게 사회부(Department of Social Services; DSS)와 보건부(Department of Health; DOH), 그 하부 조직으로 나눌 수 있다. 사회부에서 노화관련 연구 (ageing research)와 노화 관련 정책 수립(active ageing policy) 등의 역할을 담당하고, 보건부는 호주 장기요양서비스에서 서비스 제공자로서 장기요양서비스를 받고자 하는 사람이 처음 접근하는 'My Aged Care' 직원 (contact centre staff)이 대상자의 상태를 전화로 스크리닝하고, 이후 RAS (Regional Assessment Service)와 ACATs (Aged Care Assessment Teams)를 통해 대상자를 평가한다. RAS는 주로 가사지원프로그램 (commonwealth Home support program;

CHSP)와 재가서비스(Care at home) 대상자의 평가를, ACATs는 주로 시설 서비스(Residential care) 대상자 평가를 담당한다[13][16][17].

1) 보건부 산하(Department of Health)의 My aged care

장기요양서비스의 운영을 맡고 있는 'My aged care'가 이용자에게 서비스 이용법에 대한 정보 제공, 고객 등록과 스크리닝을 한다. 등록과 스크리닝을 마친 이용자는 요구도에 따라 RAS (Regional Assessment Service)와 ACATs (Aged Care Assessment Teams)으로 연계되어 어떠한 서비스가 필요한지 평가받게 된다. RAS는 면대면 평가를 하여 주로 CHSP 서비스에 연결한다. ACATs은 빅토리아주의 경우만 ACAS(Aged Care Assessment Service)가 평가하며, RAS와 같이 면대면으로 전반적인 평가를 한 후 재가서비스 패키지, 전환서비스 및 시설서비스 제공자에게 연계된다[17][18].

2) Aged Care 질 관리 조직(AACQA)

호주 정부의 Aged care 인증기관인 AACQA (Australian Aged Care Quality Agency)는 호주정부의 장기요양서비스 보조금을 승인하고, 재가서비스와 유동적서비스, 시설서비스의 질을 평가하며, 서비스 질 관리 규정과 모니터링 관련 정보를 제공하고 서비스 제공자에게 보수교육을 제공한다. 또한 지역사회와의 협업을 호주노인에게 제공되는 서비스의 질을 향상시키는 일을 한다[16].

3) 재원 및 재정관련 자문조직 (ACFA)

장기요양서비스 재정 자문조직(Aged Care Financing Authority; ACFA)은 정부에 재원과 경제 이슈, aged care 재정 등에 대해 전문적 자문을 제공한다[10].

4) 서비스 비용승인조직(ACPC)

장기요양서비스 비용승인조직(Aged Care Pricing Commissioner; ACPC)은 추가 서비스 비용을 승인, 최대 비용을 초과한 입소비(accommodation payment)를 승인한다[18].

5) 장기요양서비스 지원 자원봉사 조직 (CVS)

자발적 민간봉사단체인 CVS(The Community Visitors Scheme)는 자원봉사자를 이용하여 사회적으로 혼자이거나 사회적 고립에 위험요소가 있거나 고독한 사람을 정기적으로 방문한다.

## 5. 관리

실질적인 장기요양서비스 관리는 보건부가 관장하고 있고, 대상자 스크리닝, 재가지원 평가, 통합평가, 소득 수준 평가를 실시하고, 이 평가를 실시함으로 대상자에 적합한 서비스를 연결해주고, 서비스 계획 등을 세워준다. 서비스의 질관리는 호주 장기요양질관리기구(Australian Aged Care Quality Agency; AACQA)가 담당하며, 고객의 불만관리는 고객불만관리 위원회 (Aged Care Complaints Commissioner)가 하고 있다. 또한 재정관리 기구인 서비스 비용승인 조직(Aged Care Pricing Commissioner; ACPC)가 담당하고 있으며, 서로 간의 영역간의 연계 및 이해관계를 돕는 노인장기요양 분야 위원회(Aged Care Sector Committee)가 있으며, 장기요양보험법(The Aged Care Act, 2007)과 호주장기요양기구법(Australian Aged Care Quality Agency Act, 2013)이 전반적인 질서 및 규제에 작용하게 된다[11].

1) 서비스 질 관리

장기요양서비스 질관리는 호주장기요양질관리기구(Australian Aged Care Quality Agency; AACQA)가 담당하며, 현장 방문(assessment contact visit) 또는 전화 (desk assessment contact)



를 통해 질관리 기준에 근거하여 모든 서비스의 질을 평가한다.

시설의 질 관리는 전화평가, 새로운 시설평가, 재승인을 위한 감사, 전체 리뷰(평가) 감사 등의 4가지로 나눌 수 있으며, 방문 평가와 전화를 통한 서비스 실적을 평가하게 된다. 방문평가는 시설에 하루 이상 방문평가하며, 인정기준 미통과 시설인 경우 방문 평가가 추가로 이루어질 수 있다. 2018년부터 사전통보 없이 방문하고 있다. 인증 단계는 첫 번째, 시설의 핵심 인력과 함께 계획된 전화회의를 진행하며, 일반적으로 시설에서 확인된 문제의 해결 진행상황을 모니터링한다. 전화 평가는 한 명의 평가자를 임명하여 실행한다. 두 번째, 새로운 시설은 서비스 수행 최소 30일전에 받아야 하며, 평가 팀은 여러 평가 사항을 고려하여 12달 동안 인증되며, 인증 만료 이전에 재승인을 위한 감사를 받아야 한다. 세 번째, 재 승인을 위한 감사는 호주의 장기요양 시설서비스 인가 과정의 한 부분으로, 시설은 인증이 만료되기 약 6개월 전에 지원하는 것이 필수적이다. 이 과정은 시설에 대한 포괄적인 평가인데 보통 2명의 평가자가 현장에 2일 정도 머무르는 동안 케어대상자나 대표자, 핵심 경영자, 자원봉사자의 최소 10%를 인터뷰한다. 네 번째, 리뷰(평가) 감사는 현장 방문 평가로 평가 팀이 인증기준(accreditation standards)에 따라 포괄적인 시설서비스 평가를 실시하며, 이 평가에 따라 서비스 질관리 기구는 서비스 인가를 취소하거나 인가 기간을 바꿀 수 있다.

재가의 질 관리는 현장방문에 의한 질 평가, 질 평가결과 보고, 지속적인 질 향상을 위한 계획 작성의 세 가지 과정을 거친다. 첫 번째, 질 평가는 시설의 상황에 따라 평가자의 수가 달라지며, 재가 서비스 표준기준에 기반을 둔 서비스 평가 실시한다. 평가 시작 시 평가 팀은 서류 검토, 관찰, 관련자 면담 등 다양한 방법으로 정보를 수집한다. 질 평가 팀은 현장 방문 동안 제공자 대표와 최소 하

루에 한번 질 평가에 대한 토론을 위한 기본 회의를 하고, 출구미팅에는 질 평가 팀과 경영자와 그 날 배정된 사람이 모은 정보에 대해 토론하고 그들이 찾은 것의 요약물을 제공한다. 두 번째, 평가 결과에 따라 질 평가 팀은 보고서 작성하고, 보고서가 완성되기 전에 중간 질 평가 보고서(Interim quality review report)를 작성하여 평가 때 부족한 것에 대한 권고의 내용을 알리고, 이를 받은 서비스 제공자는 평가 팀의 지적 사항에 따라 대응하게 된다. 또한 중간보고서와 제공자의 대응, 그 밖의 자료를 가지고 마지막 질 평가 보고서를 작성되게 된다. 셋째, 지속적인 향상을 위한 계획은 질 평가의 기준에 미달된 경우에 수행하며, 일정표에 따라 재가서비스 기준을 충족하는 서비스 절차를 모니터링 하기 위해 평가 팀은 일정표에 따라 방문 또는 전화를 통한 평가 접촉을 계획하게 된다. 이 평가의 목적은 첫 번째 서비스 제공자가 제공 표준에 의해 서비스를 제공하였는지 알기 위해서, 두 번째 서비스 제공자의 지속적인 향상의 과정을 돕기 위해서, 세 번째 일정에 의한 서비스 제공자의 절차를 모니터링하기 위해서, 네 번째 질 평가가 필요한지 아닌지 확인하기 위해, 다섯 번째 서비스 제공자에게 질 평가 절차와 요구에 관한 추가적인 정보 또는 교육을 하기 위해 평가한다[16]. 2019년부터 시설 및 재가의 평가는 하나의 단일 평가 기준에 의해 평가할 예정이다.

유동적서비스(flexible care)는 2년에 한번 질 평가하며, 평가 6주 전에 자가평가서를 질관리 기구에 제출해야 한다. 서류평가와 현장평가가 함께 이루어지며, 앞에서의 평가들과 같이 질 평가의 팀장은 서비스 제공자와 함께 현장 방문 일정을 준비하고 최소 2명의 평가자와 함께 현장평가한다. 대부분의 과정이 home care 평가와 거의 비슷한 과정을 거치게 된다.

## 2) 고객 불만 관리

호주는 질 평가와 서비스 불만사항 처리를 따로 분리하여 관리하고 있다. 불만사항의 처리는 장기요양 고객불만관리 위원회 (Aged Care Complaints Commissioner)가 호주 정부의 재정 지원을 받는 서비스 제공자, 시설로부터 본인이나 다른 사람이 받은 간호나 서비스의 질에 관련된 불만 사항을 제공한다. 이 위원회는 서비스 수령자가 직접 서비스 제공업체와 함께 불만사항을 해결하도록 지원함과 동시에, 서비스 제공업체의 책임과 관련된 불만도 조사할 수 있다. 예를 들자면, 요양보호, 활동 선택, 차별, 음식 제공, 의사소통 혹은 물리적 환경 등을 조사할 수 있으며 불만사항을 해결하기 위해 각 사례의 정황에 따라 가장 적절하고 현실적이며 효율적인 접근방식을 선택할 수 있다[19].

불만관리의 과정으로는 불만접수(Intake), 세부 평가(Detailed Assessment), 해결방안(Resolution), 결과(Outcome)으로 크게 4가지로 나뉘볼 수 있다. 불만접수(Intake) 단계에서는 불만 제공자가 문제를 명확히 제시하기, 정보 모으기, 불만 사항이 위원회가 처리해야 되는 영역인지, 꼭 필요한 불만인지 확인한다. 그리고 이 단계에서 빠르게 불만을 해소한다. 세부 평가(Detailed Assessment) 단계에서는 초기위험평가(initial risk assessment)와 해결방안(Risk rating resolution plan; RARP)을 만든다. 해결방안(RARP)은 불만의 위험도(risk rating)를 평가하고, 대표자에게 불만 해결의 계획을 제공하기 위해 설계된 도구를 말한다. 이 단계에서는 불만제공자가 해결해야 할 것과 연관된 모든 부분과 함께 일한다. 결과(Outcome)단계에서는 모든 불만사항에 피드백하는 것으로 마무리한다[12].

### 3) 재정 관리

재정관리는 장기요양서비스 비용승인 조직(Aged Care Pricing Commissioner; ACPC)이 중요한 역할을 담당하며, 시설 지불금 승인(Approval

of Accommodation Payments)과 추가 요금 승인(Approval of Extra Service Fees) 크게 두 가지 업무를 통해 재정을 관리한다. 요양시설 지불금 승인(Approval of Accommodation Payments)은 사회부 장관이 정한 시설 지불금 총액(\$550,000, 시설요양 제공자가 이용자에게 부과하는 금액)을 초과 부과할 경우 반드시 서비스 비용승인 조직(Aged Care Pricing Commissioner; ACPC)의 승인을 받아야 한다. 또한 보건부가 지원하지 않는 초과 서비스를 지원할 경우에도 초과 서비스 요금 승인(Approval of Extra Service Fees)을 받아야 한다.

### 4) 이해 관리

호주에는 정부와 장기요양서비스 영역 간에 이해관계를 돕는 노인 장기요양분야 위원회(Aged Care Sector Committee)가 존재한다. 이 위원회는 정부에 장기요양정책의 발전과 장기요양시스템의 새로운 모형을 제시하기도 하며, 법령 점검, 장기요양정책방행 제시, 소비자와 제공자간의 불필요한 규제를 줄이기 위한 활동들을 한다[20].

두 번째, 장기요양 로드맵을 제시한다. 이 업무는 보건부로부터 부과된 업무로 소비자, 시장, 지속가능한 장기요양시스템을 제시하며, 정부 관계자의 정책 결정에 도움을 준다. 시스템의 핵심은 소비자와 그 가족, 서비스 제공자가 상호작용을 하며, 미래의 서비스 요구를 준비하고 그들을 강화하려는 것이다[21]. 세 번째로 서비스 제공자와 소비자간 불필요한 규제를 줄이기 계획(Red Tape Reduction Action Plan)이 있다[21].

### 5) 장기요양관련법 및 규제

호주 장기요양의 근간이 되는 법인 The Aged Care Act 1997는 보조금 지불과 관련된 규정을 제시하고, 서비스 제공자와 수령자의 자격 및 노인 시설의 할당 등에 대해서도 규정한다. 또한 호주

장기요양서비스 질관리 관련 법령인 Australian Aged Care Quality Agency Act 2013는 호주 장기요양서비스 기구, 이 기구의 기능과 역할을 규정하며, Aged Care (Transitional Provisions) Principles 2014는 호주 장기요양보험법의 보조금 관련 내용을 바탕으로 시설서비스, 재가서비스, 유동적 서비스의 보조금 등에 대한 구체적인 원칙을 제시한다 [14].

## IV. 고찰

### 1. 우리나라와 호주의 장기요양서비스 시스템 비교

국가보건의료체계의 영역별로 우리나라와 호주의 장기요양서비스 시스템 비교하였다<Table 4>.

호주의 제공서비스는 크게 시설서비스와 재가서비스, 유동적 서비스 세 가지로 구분되며 시설과 재만 있는 우리나라와 유동적 서비스가 다르다. 이것은 시설에서 재가로의 이행을 돕기 위해 단기간 동안만 제공되어 상대적으로 의료기관 입원 병상이 우리나라보다 적은 호주 보건의료체계의 특성을 반영한다고 할 수 있다.

자원은 기관과 인력측면에서 보았는데, 전체 장기요양기관 중 시설이 우리나라는 26.0%, 호주는 62.9%로 시설수만으로 보면 우리나라가 재가기관의 비율이 더 높았다. 시설에 종사하는 인력은 두 나라 모두 요양보호사가 가장 많은 부분을 차지하여 전체 인력 중 우리나라는 76.7%, 호주는 71.5%로 우리나라가 요양보호사의 의존도가 더 높았다. 재가기관에서는 우리나라는 요양보호사가 94.0%이고, 호주는 사회복지사가 83.8%로 가장 많은 인력을 차지하였다.

재정 측면에서는 우리나라의 경우 장기요양보험료가 63.7%, 호주는 연방정부 예산이 53%로 가장

많은 부분을 차지하였다. 우리나라는 보험자인 국민건강보험공단이 서비스 질 관리, 장기요양기관 평가, 급여, 대상자 선정 및 서비스제공 계획 수립을 모두 맡아 하고, 활성화되지는 않지만 보완적으로 기술표준원의 KS 표준과 평가가 운영되고 있다 [22]. 반면 호주는 질 관리, 재정, 대상자 평가 및 서비스 제공계획을 수립하는 기관이 모두 분리되어 운영되고 있다.

우리나라는 국민건강보험공단이 장기요양기관 평가와 그에 따른 인센티브, 호주는 서비스 질관리 기구인 AACQA(Australian Aged Care Quality Agency)의 인증과 고객의 불만관리 조직인 ACCC(Aged Care Complaints Commissioner)의 고충 및 불만처리를 통해 서비스 질을 관리하고 있다. 두 나라 모두 노인 및 장기요양에 관련된 법이 제정되어 운영되고 있다.

### 2. 서비스

한국 장기요양보험서비스와 호주의 장기요양서비스를 비교하여 보면, 기본적인 방문간호, 식사, 신체 활동 지원 등의 재가서비스와 시설 서비스 등과 같은 서비스는 대부분 공통적으로 일치하고 있다. 하지만 서비스에 있어서 두 가지의 큰 차이를 발견할 수 있는데, 첫째는 호주의 경우는 재가와 시설의 사이에 단기간으로 시설에서 재가, 재가에서 시설로의 이행을 돕는 서비스가 제공되고 있었다. 우리나라도 이 부분이 고려된다면 요양병원으로의 입원 등의 의료비 및 입원기간의 증가 등을 감소시킬 있을 것이다. 둘째는 호주의 장기요양서비스에서는 사회적 지원서비스를 실시하고 있다. 이것은 노인이 무력감 혹은 사회활동 참여에 어려움을 느끼는 경우 쇼핑 및 가족 혹은 친구들과의 만남, 여가생활 등과 같은 다양한 노년의 활동을 지원해준다[17].

<Table 4> Comparison between aged care system of Australia and long-term care system of Korea

	Korea	Australia
Service provision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care at home                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- domestic care, home visiting nursing, tub bathing</li> <li>- Day and night care</li> </ul> </li> <li>• Assistive devices</li> <li>• Residential care                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing home</li> <li>- Group home</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care at home                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- CHSP(common wealth home support programme)</li> <li>- Home care package</li> </ul> </li> <li>• Residential care</li> <li>• Flexible care                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transition care</li> <li>- Short restorative term care</li> <li>- Multi-purpose services</li> <li>- Innovative care</li> </ul> </li> </ul>
Institute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total 20,377 institutions                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residential home: 5,034(26.0%)</li> <li>- Home and community: 15,073(74.0)</li> </ul> </li> <li>• Qwnership                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nonprofit 57.3%</li> <li>- Profit 35.9%</li> <li>- Government 6.8%</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total 17,385 institutions                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residential home: 10,940(62.9%)</li> <li>- Home and community: 6,445(37.1%)</li> </ul> </li> <li>• Qwnership                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nonprofit 57.3%</li> <li>- Profit 35.9%</li> <li>- Government 6.8%</li> </ul> </li> </ul>
Re our e Staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residential home                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCA(personal care attendant) 76.7%</li> <li>Enrolled Nurse 8.9%</li> <li>- SW(Social worker) 6.5%</li> <li>MD(Medical Doctor, part-time) 2.6%</li> <li>RN(Registered Nurse) 1.8% etc</li> </ul> </li> <li>• Home and community                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCA(personal care attendant) 94.0%</li> <li>- SW(Social worker) 4.4%</li> <li>Enrolled Nurse 1.0%</li> <li>RN(Registered Nurse) 0.5% etc</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Residential home                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCA(personal care attendant) 71.5%</li> <li>- RN(Registered Nurse) 14.9%</li> <li>- etc</li> </ul> </li> <li>• Home and community                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- SW(Social worker) 83.8%</li> <li>- etc</li> </ul> </li> </ul>
Financing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commonwealth and regional fund 34.8%</li> <li>• Longterm care insurance 63.7%</li> <li>• etc 1.5%</li> <li>+ Out of pocket</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commonwealth fund 53%</li> <li>• Out of pocket(determined by means test) 47%</li> </ul>
Organization	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality management                             <ul style="list-style-type: none"> <li>NHIC(National Health Insurance Cooperations)</li> <li>KATS(Korea Agency for Technology and Standards)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality management                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- AACQA(Australian Aged Care Quality Agency)</li> <li>- CVS(The Community Visitors Scheme)</li> <li>- ACCC(Aged Care Complaints Commissioner)</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financing NHIC (National Health Insurance Cooperations)</li> <li>• Client Assessment and care planning NHIC (National Health Insurance Cooperations)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financing                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-ACFA(Aged Care Financing Authority)</li> <li>-ACPC(Aged Care Pricing Commissioner)</li> </ul> </li> <li>• Client Assessment and care planning                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-My aged care in Department of Health</li> </ul> </li> </ul>
Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appraisal and financial incentives by NHIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accreditation by AACQA</li> <li>• Complain management by ACCC</li> </ul>
Legislations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Act on long-term care insurance for the older people 2016.12.2. revised</li> <li>• Welfare of older person Act 2016.12.2. revised</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Aged Care Act 1997</li> <li>• Australian Aged Care Quality Agency Act 2013</li> <li>• Aged Care (Transitional Provisions) Principles 2014</li> </ul>

Australian Source: Australian source: Alex Grove (2016), Parliamentary Library – Aged care : a quick guide  
 Korean Source: National Health Insurance Cooperations(2018) 2017 Long-term care insurance Statistics

이것은 노인에게 발생할 수 있는 다양한 정신보건 문제에 있어서도 효과적일 것으로 판단되어진다. 노인의 정신보건과 관련된 선행연구를 살펴보면 노인의 경제적 및 비경제적 사회참여율이 부족하며 실제 한국의 노인인구 중 42.5%는 지난 1년간 사회활동을 전혀 참여하지 않은 것으로 보고되었다[23]. 또한 대부분의 노인은 여가시간을 수동적 활동(TV 보기 등)에 사용하고 자원봉사와 같은 적극적 활동에는 적게 사용한다. 이런 노인의 사회적 역할상실과 지위 저하는 급속한 사회변화와 함께 사회적 지지의 감소는 고독과 우울 등의 요인이 될 수 있다고 지적하였다[23].

호주의 서비스 중 유동적 서비스(Flexible care)는 우리나라가 눈여겨 볼 필요가 있다. 특히, 전환케어 (Transition care)는 요양시설 혹은 병원에서 퇴원한 노인에게 최장 12주 동안 한시적으로 일반적인 재가서비스 보다 높은 수준의 서비스를 제공함으로써 대상자가 퇴원한 가정에서의 생활이 익숙해지도록 돕는다. 향후 지역사회 거주를 지원하겠다는 커뮤니티케어 추진을 선포한 우리나라에도 이러한 서비스를 통해 재가에 재적응을 지원할 필요가 있을 것이다. 단기서비스(Short Restorative term care; STRC), 다목적서비스 (Multi-Purpose Services; MPS), 혁신적 케어프로그램 (Innovative care programme) 등의 서비스도 대상자의 요구나 거주지의 특성에 맞게 융통성 있는 서비스를 제공하고, 비용효율적인 서비스를 제공한다는 측면에서 우리나라에도 도입을 검토할 필요가 있다고 사료된다.

또한 호주의 재가급여 중 연방정부가정지원프로그램(Commonwealth Home Support Program; CHSP)는 여러가지 복지서비스 및 케어 서비스를 다양하게 제공하고 있다. 하지만 한국의 경우에는 보건복지부로 보건과 복지가 통합되어 운영되고 있긴 하나 이러한 기본적인 서비스를 분절적으로 제공하고 있으므로, 서비스 다양화와 함께 단계적

서비스로 연결되는 부분을 고려해 볼 수 있을 것이다.

### 3. 자원

우리나라의 장기요양 인력과 호주의 인력을 비교하면 인력 수에는 호주의 장기요양서비스 인력이 2배 정도 많고, 인력의 종류에 있어서는 호주의 경우가 다양한 인력의 구성과 간호사 인력의 비중이 우리나라에 비해 높은 것으로 나타난다. 뿐만 아니라 우리나라에서는 활용하지 않고 있는 무급의 자원봉사 인력을 체계적으로 활용하고 있는 것을 확인할 수 있다. 2016년 상반기 국민건강보험의 노인장기요양보험 주요통계에 따르면 재가급여와 시설급여의 노인장기요양보험과 관련된 전문 인력의 합은 327,828명이다. 호주의 Aged care의 Care at home과 Residential care의 인력의 합(2015-2016 현재)은 366,027에 비하면 약 3만 8천명(유급인력만 합산한 수) 적은 규모이다. 이들의 노인 인구의 비율은 2014년 현재 14.7%, 우리나라라 노인 인구의 비율은 13.2%이며, 우리나라의 인구수는 호주에 비해 약 2배가량 높아 규모적인 측면에서 보았을 때는 우리나라의 장기요양서비스 인력은 절반 정도로 적다고 할 수 있다. 또한 이들의 전문 인력의 구성을 비교하였을 때 한국 노인장기요양보험의 인력의 91.86%는 요양보호사로 구성되어 있다. 호주의 장기요양의 인력 구성과 비교하였을 때 요양보호사와 자격이 비슷한 PCA (Personal Care Attendant)와 재가서비스의 지역사회케어복지사 (Community Care Worker)의 구성 비율이 70.3%인 것에 비해서 상당히 높은 수준이다. 또한 간호사의 인력을 비교했을 때 한국 장기요양보험의 간호사 인력은 전체 중 약 0.8%로 매우 낮은 수준이며 사회복지사의 비율이 4.12%인 것을 감안하여 비교하면 사회복지사보다 약 4배 정도 적은 수준이다[3]. 호주의 장기요양의 구성 전문 인력 중 전

체 간호사 비율이 약 24%임을 감안하여도 한참 모자란 수준이다. 노인요양시설 간호인력과 서비스 질에 관한 28편의 논문을 분석한 연구에서 인력이 많을수록 서비스 질이 높은 경향이 있었다[24].

호주는 간호사의 수가 우리나라보다 많기도 하지만, 교육훈련 및 인력 운영 면에서도 우리나라보다 체계적이고 효율적이다. 호주의 면허간호사(RN)은 업무능력의 기준과 수행 수준(RN standards for practice)을 초기단계(Beginning competency standard for the community health nurse)와 숙련단계(Advanced competency standard for the community health nurse)로 나누어 제시하여, 체계적이고 안전하게 간호업무를 수행하게 하고 업무능력 개발의 틀로도 활용한다[25]. 실무 간호현장에도 체계적인 교육훈련 프로그램을 운영하고 인력의 역량을 점진하고 역량에 맞는 업무를 할당하며 관리하는 전담인력인 CNE(clinical Nurse educator)가 있다. 2019년에서야 겨우 교육전담간호사와 관련된 예산을 편성하기 시작한 우리나라에서 반드시 귀감으로 삼아야 할 제도라고 사료된다. 또한, 호주의 간호사는 본인의 선택에 따라 Full time과 casual 형태로 근무한다. 예를 들어, 대학원 과정 중인 간호사는 일주일에 2-3일만 근무하고, 대학에 근무하는 교직원도 현장감각을 익히기 위해 일주일에 하루 정도 근무하기도 한다. 근무영역(임상, 지역사회 등), 근무형태별(full time, casual), 근무시간별(주간, 야간 등)로 국가가 정한 임금테이블이 있어 전국 공통 기준으로 임금을 받아 비교적 합리적이고 안정된 조건에서 개인의 상황에 맞게 근무할 수 있는 것이다. 호주의 간호인력 활용체계는 OECD에서 가장 많은 수의 간호인력을 길러내고도 고질적인 인력 부족난을 겪는 우리나라에게 많은 시사점을 줄 수 있을 것이다.

뿐만 아니라, 호주의 장기요양의 재가서비스의 전체인력(유급인력과 무급자원봉사자 합산) 중 약

25.62%가 자원봉사자에 의한 도움을 받고 있는 것을 확인할 수 있다. 한국의 재가요양의 경우에는 자원봉사인력의 활용에 대한 내용을 거의 찾아볼 수 없으며, 대부분 전문 인력에 의존하고 있다. 하지만 호주의 장기요양처럼 자원봉사의 인력을 활용한다면 요양서비스의 낮은 단계의 서비스를 확장하고, 낮은 수준의 케어가 필요한 노인들에게 큰 도움이 될 것이며, 재정의 지속가능성 측면에도 도움이 될 것으로 판단된다.

#### 4. 재정

전체 노인요양재정은 한국은 약 5조 52억 원, 호주는 27조 32억 원으로 호주보다 재원이 월등히 적음을 알 수 있다. 이는 호주보다 우리나라 인구가 두 배 이상이 많은 것을 고려하면 그 차이는 훨씬 더 커진다. 2014년 현재 한국의 노인 비율은 13.2%, 호주의 노인 비율은 14.7%이며, 호주의 GDP가 한국의 2배인 것을 감안하더라도 결국 노인 1인당 수혜금액 또는 서비스량이 적다는 것을 확인할 수 있다. 즉, 호주가 한국의 인구의 약 절반인 것(한국 총인구 51,769,092명(대한민국 행정자치부, 2017) 호주 총 인구 2,3401,892명(Australian Bureau of Statistics, 2017))과 노인 인구의 구성 비율이 비슷하다는 점(한국 노인인구비율 13.2%, 호주 노인인구 비율 14.7%(OECD Elderly population Statistics, 2014)), 1인당 GDP가 호주가 한국의 약 2배 정도가 된다는 것(호주 1인당 GDP: \$ 56,135, 한국의 1인당 GDP: \$ 29,730(IMF, 2015))을 고려하여 전체 노인요양기금(호주 Aged care 재정과 한국 노인장기요양보험의 재정을 합하여 명칭한 것.)의 금액을 비교하여도 한국의 노인 장기요양보험의 전체 재정의 규모 및 본인부담금의 금액이 호주보다 적다는 것과 1인당 수혜금액이 적다는 것을 확인할 수 있다.

또한 재정의 구성 중 차이가 있는 부분은 한국

의 경우에는 88.3%가 공단이 부담하고 있는 것에 비해, 호주의 경우에는 53%가 국가에서 부담하고 있다는 것이다. 즉, 전체 재정 중 공적자원의 부담 비율이 한국이 월등하게 높은 편이다. 사회보험에서의 높은 공적자원에 대한 의존도는 현재 한국의 인구 추세인 지속적으로 감소되는 출산율과 증가되는 노령인구의 수를 감안하면 지속가능성에서도 문제가 발생할 것으로 예상된다. 구체적으로 증가하는 노인인구에 따라 현재보다 많은 수의 노인이 서비스 대상자가 될 것이다. 증가하는 노인의 수에 대한 사회적 요구에 따라 서비스의 범위 또한 확대되어야 할 것이다. 하지만 앞서서도 지적하였듯이 현재 한국의 인구추세 상 지속적인 출산율 감소가 진행되고 있으며 이에 따라 차후 생산가능인구, 즉 재정을 조달할 수 있는 인구가 적어질 것이다. 이런 상황이 지속된다고 가정하였을 때 지금의 공적자원의 부담률을 유지하면 사회보장의 지속가능성이 당연히 문제가 될 수밖에 없을 것이며 이런 문제들을 완화하기 위해서는 지금의 재정조달방식을 보다 다각화할 필요가 있다. 예를 들어, 독일의 경우처럼 미혼이나 무자녀 국민에게 장차 노인이 되어서 이용하게 될 장기요양보험료를 추가로 부과하는 것이다. 비혼 저출산 사회에서 반발이 클 수도 있겠으나, 기혼자들이 자녀 양육에 쓴 비용으로 장차 그들 자녀가 사회보험료를 낸다는 논리로 생각해보면 오히려 합리적이라고 생각할 수도 있을 것이다[1][3].

## 5. 조직

호주의 장기요양과 관련된 조직을 살펴보면 크게 연방정부의 재정지원 아래 보건복지부와 주정부(states government)가 장기요양서비스 운영에 관여하고 있다. 또한 장기요양의 자문, 재정, 허가, 불만관리 등과 같은 세부기관 및 위원회들이 있는 것을 확인할 수 있었으며 각각의 업무가 분담되어

유기적인 협조를 통해 운영되는 것을 확인할 수 있었다. 반면의 한국의 노인장기요양보험은 보건복지부장관 소속 심의기구와 국민건강보험내의 관리운영기관으로 크게 두 가지가 있으며 그와 관련된 지원센터로 운영되고 있다. 장기요양서비스를 질을 관리하는 단독 기구의 존재와 소비자 및 서비스 제공기관의 불만을 관리하는 단독 기구의 존재가 우리나라와는 사뭇 다른 호주 조직의 특수성으로 파악된다. 호주의 장기요양체계는 견제할 수 있는 독립된 기구들이 함께 존재한다는 부분이 있는 반면 한국의 노인장기요양보험의 운영은 국민건강보험공단 내에 국한되어 운영되어 견제 및 다분야 협력에 의한 시너지 효과를 기대할 수 없는 부분이 있다.

호주와의 비교를 통하여 한국 노인장기요양보험의 조직과 관련된 문제들을 종합하면 결국 관리조직의 견제 장치와 소비자 보호를 위한 질관리 기구 및 고충관리 부분의 독립성을 확보할 때 관리의 효율성 및 서비스의 질 향상을 도모할 수 있을 것으로 기대된다.

## 6. 관리

앞서 조직에서 언급되었던 호주 장기요양에서 보건부를 주축으로 하여 서비스 대상자 관리, 고객 불만 관리를 포함한 서비스 질 관리, 재정관리, 이해관리 및 관련법과 규제 등으로 나누어 관리되고 있음을 확인할 수 있었다. 서비스 대상자 관리는 보건부의 RAS(Regional Assessment Service)와 ACATs (Aged care Assessment Teams)에서 관리하고 있으며 서비스의 질 관리 및 고객 불만관리는 AACQA (Australian Aged Care Quality Agency)라는 독립된 기관에서 관리하는 것을 확인할 수 있었다. 또한 재정 관리는 ACFA(Aged Care Financing Authority)에서 재정 관리와 관련된 어드바이스를 주고 ACPC (Aged Care Pricing

Commissioner)에서의 시설 지불금 승인과 추가 요금 승인 관리하는 것을 확인할 수 있다. 또한 이해 관리는 Aged Care와 관련된 이해 당사자들에 대한 다양한 이해 및 갈등을 ACSC (Aged Care Sector Committee)에서 담당하고 있었다. ACSC는 대표적으로 정부의 정책과 장기요양의 실제 운영 측간의 이해 갈등을 조정하는 역할과 함께 정책 및 규제에 대한 자문 등의 역할을 수행 하는 것을 확인할 수 있다. 또한 Aged care Act 1997, Australian Aged Care Quality Agency Act 2013, Aged Care (Transitional Provisions) Principles 2014 등과 같이 Aged care와 관련된 독립된 법률에 의해서 세분화 된 형태로 서비스, 자원, 재정, 조직, 관리가 운영되는 반면에 한국의 장기요양보험은 관련 법률이 노인장기요양보험법이 전부인 실정이다. 심지어 한국의 노인장기요양보험의 요양보호사의 경우는 노인장기요양보험 인력 중 91.86%이지만 노인장기요양보호법이 아닌 노인복지법에서 규정되고 있는 것을 확인할 수 있다[2].

위와 같이 호주의 장기요양서비스에 대한 관리는 다원화되어 있는 것을 확인할 수 있으며, 이를 통하여 전문성 및 효율성을 추구함으로써 전체의 질 관리를 하는 것과 동시에 부처별 업무 및 권한 분담을 통해서 제도 내의 이해관계자들 사이에서 적절한 견제로 작동하는 것을 볼 수 있다. 하지만 한국의 노인장기요양보험의 경우에는 관리가 분류되고 전문화되는 경향보다는 건강보험공단 주축의 관리가 일원화되고 있다. 일원화된 체계가 효율적이라는 견해와 보험자가 다른 측면보다 재정적 안정성을 최우선하여 제도를 운영하는 한계가 있다는 견해가 동시에 존재한다. 이런 상황들이 실제 어떠한 긍정적 부정적 영향을 주는지는 성과와 관련하여 평가하여 살펴보아야 할 것이나, 일원화의 단점을 보완하기 위한 장치에 대해서는 고민할 필요가 있을 것이다.

## V. 결론

본 연구는 호주의 장기요양서비스와 관련된 정부 문서와 보고서와 관련 인터넷 홈페이지의 정보 수집 및 정리를 기반으로 호주의 노인요양서비스 시스템 및 개혁 방향에 대한 고찰하고 우리나라 장기요양 시스템을 주는 함의를 논의하였다.

호주의 유동적 서비스(Flexible care)는 요양시설 혹은 병원에서 퇴원한 노인에게 최장 12주 동안 한시적으로 일반적인 재가서비스 보다 높은 수준의 서비스를 제공함으로써 대상자가 퇴원한 가정에서의 생활이 익숙해지도록 돕는다는 특성이 있으므로 커뮤니티 케어 추진을 선포한 우리나라에서 눈여겨 볼 필요가 있다.

호주는 장기요양서비스에 있어 매우 중요한 인력인 간호사 확보 및 교육훈련, 활용에 있어 우리나라보다 체계적이고 효율적이었다. 면허간호사(RN)의 업무능력의 기준과 수행 수준(RN standards for practice) 설정, CNE(clinical Nurse educator)제도, Full time과 casual 형태의 유연한 근무시스템 등은 고질적인 간호사 부족을 겪고 있는 우리나라에 주는 시사점이 크다.

우리나라의 경우 장기요양보험료가 63.7%, 호주는 연방정부 예산이 53%로 가장 많은 부분을 차지하고 있다. 우리나라가 상대적으로 공적자금의 비율이 더 높기 때문에 장기적으로 지속가능성을 유지하기 위한 장치를 모색해야 할 것이다. 또한, 호주의 장기요양서비스에 대한 관리는 여러기관으로 다원화되어 있는 반면, 우리나라는 국민건강보험공단으로 일원화되어 있어 이에 대한 상반된 견해가 있다. 일원화의 단점을 보완하기 위한 장치에 대해 고민이 필요할 것이다.

## REFERENCES

1. Y.H Choi(2014), Elderly and health, Hyunmoon



- Pub, pp.5-54.
2. Department of health and welfare in Korea(2015), The year of 2015 guidelines of health and welfare programs for the elderly, Department of health and welfare in Korea, pp.3-74.
  3. National Health Insurance cooperation(2016), The year of 2016 major statistics of long-term care for the elderly, National Health Insurance cooperation, pp.2-51.
  4. Y.R. Chin, H.Y. Lee(2016), Contents Analysis of Media on Long-term Care Insurance, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.7(1);119-131.
  5. C.J. Kim, S.D. Hong(2007), A Study on the Reforms of Long-term care system in OECD Countries -Focusing on the institutionalization of rewards and supports for informal carer, Journal of Welfare for the Aged, Vol.35(1);231-251.
  6. Y.H. Choi(2011), Comparison and Implications of Long-Term Care Insurance for the Aged between Korea and Japan, Korean policy review, Vol.11(2);351-366.
  7. S.C. Jang(2009), Comparative study on care insurance of Japan and long-term care insurance of Korea, Japanese Language and Literature, Vol.5;325-345.
  8. J.N. You (2009), A Comparative Analysis of Care Management System in Long-Term Care for the Elderly in U.K. Germany and Australia, Journal of Welfare for the Aged, Vol.3;381-406
  9. Kleczkowski BM, et al(1984), National health system and their reorientation towards health for all, World health Organization, Is the core theoretical framework? World Health organization, pp.1-30.
  10. Alex Grove(2016), Parliamentary library Research paper series Aged care : a quick guide, Department of Health in Australia, pp.1-5.
  11. Department of Health in Australia(2016), Annual Report, Department of Health in Australia, pp.192-222.
  12. Koatas Mavromaras et al.(2017), The Aged care workforce 2016, Department of Health in Australia, pp.4-131.
  13. <https://agedcare.health.gov.au/aged-care-reform/aged-care-financing-authority>
  14. <http://www.ato.gov.au>
  15. <http://health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-history.htm>
  16. Australian Aged Care Quality Agency(2016), Quality Review guidelines, Australian Aged Care Quality Agency, Australian Government, pp.4-34.
  17. Department of Social Services(2015), My Aged care Regional Assessment Service, Department of Social Services in Australia, pp.40-60.
  18. <http://www.acpc.gov.au/internet/acpc/publishing.nsf/Content/about>
  19. Aged Care Complaints Commissioner(2016), Guidelines for the Aged Care Complaints Commissioner v2.0, Aged Care Complaints Commissioner in Australia, pp.2-137.
  20. <https://agedcare.health.gov.au/reform/aged-care-legislated-review>
  21. <https://agedcare.health.gov.au/aged-care-reform>
  22. Y.R. Chin, H.Y. Lee, W. Kim, H.Y. Sung, E.S. So(2011), Development for long-term care benefits guidelines and standards, Korean Health Industry Development Institute · National Health Insurance Corporation, pp 1-200.
  23. Department of Health and Welfare in Korea(2015), The year of 2015 Survey results of the Korean Elderly, Department of Health and Welfare in Korea, pp.1-19.

24. Shin JH & Bae SH(2012). Nuring staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996-2011 ; An Integrative Review. Journal of Gerontological Nursing 38(12), 46-53
25. Nursing and Midwifery Board of Australia Registered nurses standards for practice. Nursing and Midwifery Board of Australia. 1 June 2016.