연구보고 2

한 · 일 노인장기요양보험에서 노인요양공동생활가정의 비교 분석

노 용 균

한림의대 가정의학교실 교수

rohyk@hallym.or.kr

I. 서론

1. 연구 필요성

우리나라 노인장기요양보험에서 노인의료복지시설인 장기요양시설은 노인요양공동생활가정과 노인요양시설이 운영되고 있다. 시설의 정의에서 보듯이 노인요양공동생활가정은 '치매 · 중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식 · 요양, 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설' 9인 미만의 소규모 시설로 노인요양시설과는 '가정과 같은 주거 여건을 제공'한다는 것만 다르다.

노인요양시설과 노인요양공동생활가정에서 생활하는 노인들은 대부분 치매와 뇌졸중(50%) 등 노인성 질환을 가지고 있으며 신체기능이나 인지기능이 저하된 상태로 장기요양등급 분포도 3등급자가 50% 내외로 비슷한 상태로 의료적 욕구가 있어 노인요양공동생활가정도 노인요양시설과 같은 기준으로 건강관리가 필요한 상태이다.

그러나 현재 노인요양공동생활가정의 시설과 인력 기준은 소규모 시설이라는 한계로 노인요양시설에 비해 기준이 완화되어 있어 간호인력 및 촉탁의의 배치가 의무화가 되어 있지 않아 입소자 건강관리에 문제점이 있다.

2. 연구 내용

연구에서는 첫째, 우리나라 노인요양공동생활가정과 유사한 일본의 인지증대응형공동생활개호시설의 운영, 시설, 직원인력 기준 등 양 시설 간 실태를 비교 분석하고. 둘째 노인요양공동생활가정에서의 건강관리 서비스와 관련한 운영상의 문제점을 파악, 분석하고 일본의 인지증대응형공동생활개호시설의 운영 경험을 고려하여 건강관리서비스 체계를 제안한다.

II. 연구 결과

1. 노인요양공동생활가정 현황

우리나라 노인요양공동생활가정과 노인요양시설의 주요 현황과 입소 노인의 특성을 알아보면 다음과 같다.

- 장기요양시설 수

노인요양시설은 꾸준히 증가 추세이나 노인요양공동생활가정은 정체하거나 감소하고 있다. 전체 시설 중 노인요양공동생활가정의 비율은 2012년 51.4%에서 2016년 39.5%롤 감소하였고 정원도 16.3%에서 10.7%로 감소 추세이다.

- 장소

노인요양공동생활가정의 장소는 대도시(서울)의 경우 95%가 상가에 위치하고 있으나 도시·농촌 지역(충남)은 단독 건물이 76.6%를 차지하고 있다. 상가에 있는 경우 가정과 같은 환경을 갖추기에는 한계가 있다.

- 운영 주체

2016년에는 법인이 운영하는 노인요양시설 비율은 38.3%이고 개인은 58.5%인 반면 노인요양공동생활가정은 10.1% 대 89.0%로 대부분 개인이 운영하고 있다.

- 침실 수

노인요양공동생활가정의 평균 침실 수는 3.1개이며 1인실이 없는 기관이 61.1%로 다수를 차지하고 있으며 3인실 3개로 운영하는 기관도 13.6%에 달하고 있어 가정과 같은 환경에서 요양서비스를 제공하는데 문제점이 있다.

- 입소자 일반적 특성

장기요양시설 입소자의 평균 연령은 81.3세로 대부분 75세 이상이며 시설 규모별 연령 차이는 없고 여자가 76.6%로 대부분을 차지하고 있고 노인요양공동생활가정의 여자 비율이 81.1%로 노인요양시설 75.9%보다 높다.

- 입소자 장기요양 등급

양 시설 간 입소자의 등급별 차이가 없는 것으로 나타났고 노인요양공동생활가정 입소자 중 1, 2등급자가 46.7%로 3등급자에 비해 건강상태가 중증인 경우이므로 건강관리 서비스 필요도가 높은 군으로 생각된다. 따라서 노인요양공동생활가정에서도 노인요양시설과 같은 기준으로 입소자의 건강관리 서비스가 제공되어야한다.

- 간호 인력

노인요양공동생활가정에서 간호 직원(간호사 또는 간호조무사)이 대부분의 기관에 배치되어 있고 85% 기관에서 간호조무사 1명만 근무하고 있다. 전문적인 건강관리서비스를 제공하기 위해서 정규 간호사가 근무하는 것이 바람직하나 시설 규모와 재정적인 한계로 7.4% 기관에서만 간호사가 근무하고 있다.

2. 입소 노인의 건강관리 체계

1) 장기요양시설 입소 노인의 건강 기능 상태

- 건강 상태

2016년 노인장기요양서비스를 받고 있는 노인의 건강상태를 살펴보면, 치매가 32.7%로 가장 많으며 뇌졸중 16.8%, 치매와 뇌졸중이 함께 있는 경우가 7.2%로 치매 또는 뇌졸중이 있는 노인의 비율이 56.7%로 절반 이상을 차지하고 있다.

- 기능 상태

장기요양시설 입소 노인들 중 요양 필요도가 높은 신체기능 점수 1순위자의 비율이 노인요양시설에서는 31.2%이며 노인요양공동생활가정에서는 26.3%를 차지하고 있으며 인지기능 저하 1순위자도 노인요양시설 입소자의 70.2%, 노인요양공동생활가정 74.0%로 높은 수준으로 양 기관 간에 기능상태 차이는 없다.

2) 입소자 건강관리를 위한 촉탁의 제도

2008년 노인장기요양보험 제도가 시행되면서 장기요양시설 입소자의 건강관리를 위해 협약의료기관의 의사나 촉탁의가 시설을 방문하여 입소자별로 2주에 1회 이상 진찰 등을 실시하고 적절한 조치를 취하도록 규정을 마련하였다. 그러나 촉탁의 방문(2주 1회 이상)이 잘 지켜지지 않고, 촉탁의 활동 가이드라인, 규정의 미비와 교육 시스템 부재로 입소자의 건강관리에 문제점이 있었다.

이런 문제점을 개선하기위해 2016년 9월 촉탁의사 운영 규정을 개정하였다. 주요 내용은 대한의사협회와 지역의사회를 통해 추천받은 촉탁의사를 지정하고 국민건강보험공단에 등록하도록 하고, 촉탁의 교육을 실시하며, 활동에 따른 비용을 건보공단에서 지급하는 것이다.

3) 촉탁의 운영 현황

2016년 규정 개정 후 의료계 내에서 촉탁의 활동에 대한 관심도가 높아진 상태인데 촉탁의 자격 취득을 위한 교육을 받은 의사가 7,200여명이며 교육 이수 후 촉탁의 동록을 한 의사도 5,800명이다(2018년 2월). 노인요양공동생활가정은 촉탁의 운영이 의무화되어 있지 않지만 촉탁의가 활동하고 있는 기관은 65.0%였으며 노인요양시설은 85.5%였으니 양 기관 모두에서 운영 비율은 지역별 편차가 있다.

3. 한국, 일본 노인요양공동생활가정 비교

1) 목적과 운영 원칙

우리나라 노인요양공동생활가정과 일본의 인지증대응형공동생활개호(그룹홈)은 기능장애가 있는 노인에게 요양 서비스를 제공하는 곳으로 9인 미만의 소규모 시설이다. 노인요양공동생활가정은 소규모 시설로 '가정과 같은 주거 여건을 제공'한다는 것만 노인요양시설과 다르고 입소 기준은 동일하다. 일본의 그룹홈은 공동생활 주거(주택) 형태로 일상생활기능을 보유한 경증 치매 노인만을 입소 보호하는 시설로 우리나라와 다르다.

2) 시설, 인력 기준

- 시설 기준

일본 그룹홈은 지역 주민과 교류를 위해 주거지 지역에 설치해야하지만 우리나라에서는 장소에 대한 규정이 없어 대도시(서울)의 경우 95% 이상이 상가 건물에 위치하고 있어 거주 환경으로는 열약하다. 노인요양공동생활가정은 침실이 대부분 2, 3인실 다인실로 구성이 되어있고 1인실이 없는 시설도 61%인 반면 일본 그룹홈은 원칙적으로 1인실에 거주하고 있다.

- 인력 기준

인력 기준은 양 국가에서 비슷하나 우리나라와 가장 다른 점은 일본에서는 입소자 케어의 핵심 인력인 케어매니저(계획작성담당자)가 필수로 되어 있다.

3) 서비스 내용, 수가

입소 노인에게 제공되는 서비스의 차이는 없으나 우리나라는 다양한 건강상태, 기능 상태를 가진 노인이 생활함으로써 개별화되고 전문적인 서비스를 제공하기에는 한계가 있다. 이에 반해 일본 그룹홈은 치매 노인만 생활하고 있어 치매에 따른 여러 문제를 전문 개호 인력이 전문적인 서비스를 제공하고 있다.

4) 건강관리 체계

우리나라에서는 간호사가 근무하는 기관이 7%에 불과하며 촉탁의 배치가 의무화되어 있지 않다. 일본 그룹홈은 지역 병원이나 재택진료와 협력의료체계를 구축하고 있으며 입소 노인의 단골의사(주치의)에게 진료를 받고 있고 촉탁의가 방문 진료를 시행하고 있다.

5) 교육, 정보 공개

일본 그룹홈은 지역포괄케어시스템 내에서 인지증 케어의 거점으로 역할하고 있고 케어 능력 향상을 위해 교육이 지자체 주관으로 이루어지고 있으나 우리나라에서는 근무 인력에 대한 교육이 부족한 상태이다. 일본에서는 개호 대상자와 가족 등 이용자가 각 기관이 제공하는 서비스 내용이나 운영

상황, 평가 결과를 비교, 검토하고 적절하게 선정할 수 있도록 관련 정보를 상세하게 공개하고 있으나 우리나라에서는 제공되는 정보의 양이 절대적으로 적어 기관 선택에 유용한 정보를 제공하기에는 한계가 있다.

III. 시사점 및 정책 제언

1. 노인요양공동생활가정 역할 재정립

소규모 입소자가 가정과 같은 환경에서 생활하는 것을 특징으로 하는 노인요양공동생활가정의 역할은 노인요양시설과 달라야하며 입소자 기준도 새롭게 정해야 하는데 제안하는 노인요양공동생활가정의 역할과 입소 대상자는 다음과 같다.

- 노인요양공동생활가정의 역할은 일상생활기능의 제한이 심하지 않은 치매 노인에게 가정과 같은 환경에서 치매 노인의 특성에 맞는 일상생활 편의 제공과 건강관리를 제공하는 시설이다.

2. 입소자 건강관리 강화 방안

- 간호 인력 기준 상향

장기요양시설이 환자를 진료하는 의료기관은 아니지만 거주하는 대부분의 노인이 건강문제를 가지고 있고 건강상태가 변화(악화)될 가능성이 높으므로 건강 평가와 관리를 위해서는 간호 인력의 역할이 중요한데 간호조무사보다는 간호사에 의해 제공되는 서비스가 적절할 것으로 생각된다.

- 촉탁의 활동 의무화

노인요양공동생활가정의 시설과 인력 기준은 소규모 시설이라는 한계로 노인요양시설에 비해 기준이 완화되어 있어 촉탁의의 배치가 의무화가 되어 있지 않아 입소자 건강관리에 문제점이 있다. 그러나 촉탁의가 활동하고 있는 노인요양공동생활가정이 65.0%에 달한다. 노인요양공동생활가정 입소자의 건강관리를 위해 노인의료복지시설의 직원 배치 기준을 개정하여 촉탁의 배치를 의무화할 것을 제안한다.

- 촉탁의 활동 내실화

입소자 건강 상태 평가와 관리를 위해 촉탁의가 월 2회 방문하여 활동하고 있다. 그러나 촉탁의가 요양시설에 방문하여 촉탁의 활동 가이드라인에 맞게 노인 건강상태를 평가하고 적절한 조치를 취하는 지에 대한 조사가 없다. 촉탁의 제도를 내실 있게 운영하기 위해서는 촉탁의 활동 현황에 대한 연구와 이에 대책 마련이 필요하다.