

## 노인장기요양보험 등급외 판정자의 관리현황과 개선방안

권진희, 한은정, 이정석, 박종연<sup>†</sup>  
국민건강보험공단 건강보험정책연구원

### <Abstract>

### A study on the present status and improving management of the non-eligible people in Korean long-term care insurance system

Jinhee Kwon, Eun-Jeong Han, Jung-Suk Lee, Chong Yon Park<sup>†</sup>  
*Institute for Health Insurance policy Research, National Health Insurance Corporation*

To vitalize the link program of Korean long-term care insurance system to community-based services for non-eligible people, we analysed the claim data from the Korean National Health Insurance Corporation (NHIC), and conducted a questionnaire survey to charging employees of elderly service department at local governments. The subjects were all 81,377 people, 57,454 of them were arranged to community-based services. The link program was more necessary among the missed subjects rather than the arranged people due to the need for physical or psychological assistance. By the result of the survey to the local government employees, 59.5% of subjects responded their proportion of link service was over 10% and under 20%, and 54.3% of them responded their job boundary are not clear. Major type of linking was notification the subject list to local government, 91.4%; proportion of periodical notification on the status of their service link were

\* 접수 : 2010년 4월 20일, 수정 : 2010년 6월 10일, 심사완료 : 2010년 6월 15일

† 교신저자 : 박종연, 전화 : 02-3270-9860 주소 : 서울특별시 마포구 염리동 168-9 건강보험회관

Fax : 02-3270-9840 전자우편 : cypark@nhic.or.kr

이동통신 : 010-2529-7178

57.1%, only 7.1% were followed to manage after the link. Difficult factors at the link process were pointed out the overload by other side work, deficiency of resources, rigidity of priority of link, and so on. Considering these results, to vitalize the community-based services to the non-eligible people, it may be essential the active participation of the subjects, construction of parts working in coordination among the institutions including NHIC, local governments, and service providers; development of various services for maintenance or promotion of the non-eligible peoples' health and functional status; and active participation of institutions from the third sector, and so on.

*Key words* : Korean long-term care insurance system, non-eligible people, local government, link program to community-based services

## I. 서 론

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인들에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 시행되었다(보건복지가족부, 2008a). 본 제도의 급여는 모든 노인에게 제공되는 것이 아니라 장기요양 1~3등급을 받은 자로 제한하고 있어 장기요양에 대한 욕구가 있어 국민건강보험공단에 신청하였지만 등급외(등급외 A, B, C) 판정을 받아 장기요양 급여를 이용하지 못하는 등급외 판정자(이하, 등급외자라고 함)들을 위한 지역사회 보건복지 서비스 정책에 사회적 관심이 모아지고 있다(조추용, 2008). 이와 같은 관심은 등급외자들이 노인장기요양보험의 잠재적 수요자이며, 이들을 적절한 예방적 서비스 제공 없이 방치하게 되면, 향후 이들이 빠른 속도로 제도권에 진입하게 되어 본 제도의 재정적 지속가능성을 위협하는 요인이 될 수 있다는 우려 때문이다(권진희 등, 2008). 선우덕(2009)은 장기요양 보험제도가 안정적으로 발전하기 위해서는 대상자의 발생을 사전적으로 막는 것이 가장 중요하다고 하였다. 이는 본 제도에서 등급외자를 대상으로 한 예방사업의 필요성을 강조하는 것이라고 할 수 있다.

1990년대 후반부터 예방사업이 중장기적으로 노인의 케어 비용을 감축시키고 삶의 질을 개선시키므로, 입원 및 시설의 입소 직전 상태에 있는 노인을 위한 예방적 조치가 필요하다는 인식이 높아지고 있었다(Department of Health, 1998). 영국에서는 노인을 위한 예방적 서비스를 비용이 비싼 집중적 서비스에 대한 필요를 예방하거나 지연시키는 서비스, 혹은 노인의 삶의 질과 지역사회 참여를 향상시키는 서비스로 정의하고 있다(Office of the

Deputy Prime Minister, 2006). 일본 또한 2000년에 개호보험제도가 도입된 이후 계속적으로 증가하는 개호인정자와 개호보험 비용 증가를 억제하기 위해 2006년에 개혁을 통해 개호보험제도를 ‘예방중시형시스템’으로 전환하였다. 요시다 히로토 등(2007)은 개호예방사업에 참가한 고령자는 참가하지 않은 고령자에 비해 월 평균 1인당 개호비용의 증가 정도가 적은 것으로 나타나 개호예방사업은 참가자의 의료비 및 개호비용의 증가를 억제하는데 효과적인 보건사업이라는 연구결과를 발표하였다. 또한, 개호예방을 목적으로 중정도의 허약상태 노인을 대상으로 실시한 복합 운동이 요개호도 악화를 방지하는 데에 어느 정도 효과가 있었다는 연구도 있었다(Taguchi et al, 2010).

노인장기요양보험의 보험자인 국민건강보험공단은 노인성질환 예방사업의 일환으로 등급외자를 노인장기요양의 전 단계인 복지와 예방이 필요한 대상으로 규정하여 지자체에서 제공하고 있는 지역보건복지서비스를 연계하는 ‘지역보건복지서비스 연계사업’을 실시하고 있다(보건복지가족부, 2008b). 연계과정을 살펴보면, 공단은 등급외자의 동의하에 시군구에 명단을 제공하고, 시군구는 등급외자에게 신체 및 인지기능 상태에 맞게 가사간병도우미, 노인돌보미, 독거노인생활관리사 파견, 보건소방문간호, 치매검진/관리, 복지관의 건강증진지원 서비스 등의 지역보건복지서비스를 연계한다. 이후 공단은 등급외자에게 적절한 서비스가 제공되고 있는지를 파악하여, 적절한 서비스가 연계되지 못한 자를 대상으로 공단이 시행하고 있는 만성질환자 사례관리사업, 노인건강운동사업 등에 연계하고 있다. 또한 공단은 정기적으로 등급외자의 기능상태를 모니터링하여, 이들이 기능상태가 악화되어 장기요양서비스가 필요할 경우, 장기요양 인정조사 절차를 거쳐 장기요양보험급여를 이용할 수 있도록 연계하고 있다.

이러한 연계방안은 신청부터 서비스의 연결 및 의뢰에 이르는 지자체의 업무를 국민건강보험공단에서 대행해 주어 그 부담을 덜어준다는 효과도 있을 수 있으나, 실제 국민건강보험공단과 지자체 간의 연계업무 체계가 노인장기요양보험 시행 초기 단계에 있어 구체적인 업무협조가 이루어진다고 보기 어렵다는 의견도 있다(김찬우, 2009). 일부 시군구에서는 현재 등급외자에 대한 지역보건복지서비스 연계업무가 국민건강보험공단이 해야 할 일을 지역사회가 대신해 주는 것이라는 인식도 있다. 국민건강보험공단 또한 노인장기요양보험제도 출범 이후 장기요양 업무 대부분이 등급판정, 이용지원 등의 등급내 판정자 업무에 집중되어 있어, 등급외자에 대한 전담인력, 관리시스템 등이 미비한 상황으로 등급외자 지역보건복지서비스 연계 사업은 연계뿐만 아니라 지속적 이용 관리, 효과평가에 대한 적절한 사후관리가 이루어지고 있지 않다. 이와 같은 문제에도 불구하고 지역보건복지서비스 연계사업에 대한 현황 및 문제점을 파악하기 위한 조사 또는 연구가 전무한 상황이다.

등급외자를 노인장기요양보험의 잠재적인 수요자로 보았을 때 이들의 효율적 관리는 장기요양인정자수의 증가속도를 결정하는 요인이며, 이는 곧 장기요양 재정과 연계되어 제도의 안정적 정착에 중요한 역할을 하게 됨을 부인할 수 없다. 이에 본 연구에서는 등급외자의 관

리방안으로 현재 이루어지고 있는 지역보건복지서비스 연계 현황 및 문제점을 파악하여 이들의 건강 및 기능상태를 유지하거나 악화를 방지할 수 있도록 하는 지역보건복지서비스 연계 활성화 방안을 모색하고자 하였다.

## II. 연구방법

노인장기요양보험 도입 이후 우리나라의 등급외자 관리 방안은 지자체와 국민건강보험공단이 등급외자에게 지역보건복지서비스를 연계·제공하는 것이다. 본 연구에서는 등급외자의 관리 현황 및 문제점을 파악하기 위하여 지역보건복지서비스 연계 실태를 분석하였다. 구체적으로 국민건강보험공단의 장기요양DB 분석을 통해 지자체 및 국민건강보험공단이 등급외자에게 연계한 지역보건복지서비스의 내역을 분석하였고, 실제로 등급외자에게 지역보건복지서비스를 연계하고 있는 지자체의 담당자를 대상으로 면접 및 설문조사를 실시하였다. 본 연구에서 이용되고 있는 주요 용어는 <표 1>과 같이 정의하였다.

### 1. 등급외자 지역보건복지서비스 연계 현황 분석

#### 1) 분석대상

등급외자의 지역보건복지서비스 연계 현황을 분석하기 위한 DB는 2008년 4월 15일부터 12월 31일까지 등급판정을 받은 대상자 중 등급외 판정을 받은 자의 인정조사DB와 지역보건복지서비스 연계DB를 매칭하여 구성하였다. 인정조사DB는 대상자의 건강 및 기능상태, 현 거주형태, 독거 여부 등의 내용을 포함하고 있고, 지역보건복지서비스 연계DB는 연계서비스 내역 및 연계 시 건강상태 등을 포함하고 있다. 이 기간 동안 등급판정을 받은 358,238명 중 등급외자는 84,678명이었다. 이 가운데 60,755명에게 지역보건복지서비스가 연계되었는데, 사망, 등급내 진입 등의 사유로 3,301명은 연계가 종결되었다. 따라서 최종 분석대상자는 연계자에서 종결자를 제외하고 최종적으로 지역보건복지서비스가 연계된 자 57,454명, 미연계자 23,923명인 총 81,377명이었다.

#### 2) 분석내용

본 연구의 지역보건복지서비스 연계 현황은 크게 두 가지로 나누어 분석하였다. 먼저, 분석대상자를 지역보건복지서비스 연계자와 미연계자로 구분하여 이들의 인구사회학적 특성과 건강 및 기능상태의 차이를 살펴보았다. 건강 및 기능상태는 장기요양인정조사를 위해 국민건강보험공단 직원이 신청자의 거주지를 방문하여 조사한 장기요양인정조사표의 결과를 통해 살펴보았다. 장기요양인정조사표는 장기요양등급판정을 위하여 대상자의 건강 및 기능상태를 파악하는데 활용하는 조사항목으로, 건강상태와 관련된 내용은 인정조사 시 대상자가

표 1. 용어정의

구분	종 류	정 의
등급의 판정자		장기요양인정 등급판정 결과 장기요양 1~3등급으로 인정되지 못한 자(이하 ‘등급외자’ 라고 함)를 말함
	등급의 A형	등급외자 가운데 장기요양인정점수 45점 이상~55점 미만의 자
	등급의 B형	등급외자 가운데 장기요양인정점수 40점 이상~45점 미만의 자
	등급의 C형	등급외자 가운데 장기요양인정점수 40점 미만의 자
지역보건복지서비스		지방자치단체와 주민이 주체가 되어 제공하는 보건·복지·예방서비스 <sup>1)</sup>
	가사간병도우미	목욕, 대소변, 옷 갈아입히기, 세면, 식사보조 등의 신체수발지원, 소풍, 청소, 식사준비, 양육보조 등의 가사지원, 사회활동지원, 정서적 지원의 일상생활 지원, 체위변경, 간단한 재활운동 보조 등의 간병지원 서비스 ※기초생활수급자이면서 등급의 A형, B형에게 우선 연계
	노인돌봄종합서비스	신변·활동지원, 가사일상생활지원 그리고 건강관리를 지원하는 서비스 ※가구 평균소득이 전국 가구 평균소득의 150% 이하인 자이면서 등급의 A형, B형에게 우선 연계
	노인돌봄기본서비스	월 4시간의 가정방문, 유선 등을 통한 주기적 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계 등을 지원하는 서비스(단, 가사간병도우미, 노인돌봄, 재가노인복지서비스를 받고 있는 자는 대상에서 제외함) ※등급의 A형, B형에 해당하는 자로 독거노인의 경우 우선 연계
	보건소 맞춤형 방문 건강관리	보건기관의 전문 인력이 지역 주민의 가정 또는 시설에 방문하거나 보건소 내 및 지역사회 제반 시설 등을 이용하여 건강문제를 가진 가구 및 가구원을 발견하고 건강증진, 질병예방 및 관리, 만성질환자 관리를 위하여 적합한 보건의료서비스를 직접 제공하거나 의뢰·연계함으로써 가족과 지역주민의 자가관리 능력을 개선하여 건강수준의 향상을 지원하는 서비스 ※등급의 A형, B형에게 우선 연계
	보건소 치매검진	치매의 위험에 노출된 60세 이상의 노인을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매 환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 가족들의 삶의 질을 제고하고 발견된 치매환자의 등록 관리를 통해 국내실정에 적합한 치매 조기등록 관리체계를 마련하는 서비스 ※등급의 A형, B형에 해당하는 자 중에서 인지기능과 문제행동에서 이상이 있다고 판단되는 자에게 우선 연계
	재가노인복지사업	정신적, 신체적 이유로 독립적 일상생활을 수행하기 곤란한 노인과 노인부양가정에 필요한 각종 서비스를 제공함으로써 노인이 가족 및 친지와 더불어 건강하고 안정된 노후 생활을 영위할 수 있도록 함과 동시에 노인부양으로 인한 가족의 부담을 덜어주는 것을 목적으로 하는 서비스로서 방문요양, 주간보호, 단기보호, 방문목욕, 재가 노인지원서비스 등이 포함됨
	노인여가복지사업	경로당, 복지관, 노인교실, 노인대학 등에서 제공하는 서비스를 말하며, 각종 복지관을 제외한 노인여가 복지사업
지역보건복지서비스 연계		
	연계자	등급외자와의 1회 상담결과 지자체 및 국민건강보험공단의 지역보건복지서비스가 연계되었다고 확인된 자
	미연계자	등급외자와의 1회 상담결과 지자체 및 국민건강보험공단의 지역보건복지서비스가 연계되지 않았다고 확인된 자
	연계 담당자	국민건강보험공단과 자료교환의 접점(contact point) 역할과 여러 부서에서 시행되고 있는 지역보건복지서비스의 연계·관리 등을 총괄하는 역할을 하는 지자체 노인복지 주무과 담당자

1) 보건복지가족부. 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합 연계 지침. 2008b  
 보건복지가족부. 2009년 노인돌봄서비스 사업안내, 2009a  
 보건복지가족부. 2009년도 맞춤형 방문건강관리사업 안내. 2009b  
 보건복지가족부 사회서비스 바우처, <http://www.socialservice.or.kr>

3개월간 앓고 있는 만성질환에 대한 정보를, 기본적 일상생활기능영역, 인지기능영역, 행동변화영역, 간호처치 영역, 재활영역, 시력과 청력에 대한 정보를 포함하고 있다. 본 연구에서는 5가지 영역의 기능상태를 중심으로 살펴보았다. 구체적으로 살펴보면, 기본적 일상생활기능영역의 경우 최근 한 달간 12개의 일상생활 항목을 수행함에 있어 다른 사람의 도움필요 정도를 완전자립, 부분도움, 완전도움으로 파악하였고, 인지기능과 행동변화영역 각각 7개와 14개의 항목에 대해 최근 한 달간 증상발현 여부를 확인하였다. 간호처치영역은 2주간의 9개 간호처치 여부에 대해 파악하였다. 재활영역의 경우 10개의 항목 수행시 운동장애 발생 여부로부터 운동기능을 파악하였으며, 시력과 청력상태에 대해서는 정상, 부분장애, 완전장애를 통해 그 기능상태를 확인하였다. 기능상태 변수의 상세 내용은 <표 2>와 같다. 다음으로는 등급외자에게 연계된 지역보건복지서비스의 내용을 살펴보기 위해 지자체와 국민건강보험공단에서 연계한 서비스의 종류와 개수를 살펴보았다.

표 2. 기능상태 변수

영역	항목	척도	점수분포
기본적 일상생활기능 (12개 항목)	옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위 변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변 조절하기, 소변 조절하기	1=완전자립 2=부분도움 3=완전도움	12~36
인지기능 (7개 항목)	단기 기억장애, 날짜 불인지, 장소 불인지, 나이·생년월일 불인지, 지시 불인지, 상황 판단력 감퇴, 의사소통·전달 장애	0=아니오 1=예	0~7
행동변화 (14개 항목)	망상, 환각·환청, 슬픈 상태·울기도 함, 불규칙 수면·주야 혼돈, 도움에 저항, 서성거림·안절부절못함, 길을 잃음, 폭언·위협행동, 밖으로 나가려함, 물건 망가트리기, 의미 없거나 부적절한 행동, 돈·물건 감추기, 부적절한 옷 입기, 대소변불결행위	0=아니오 1=예	0~14
간호처치 (9개 항목)	간호, 흡인, 산소요법, 욕창간호, 경관 영양, 암성통증간호, 도뇨관리, 장루간호, 투석간호	0=없다 1=있다	0~9
재활	상하지 (4개 항목) 우측상지, 우측하지, 좌측상지, 좌측하지	1=운동장애없음 2=불완전운동장애 3=완전운동장애	10~30
	관절 (6개 항목) 팔꿈치 관절, 손목 및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절	1=제한없음 2=한쪽관절제한 3=양쪽관절제한	

### 3) 자료분석

지역보건복지서비스 연계자와 미연계자의 인구사회학적 특성과 영역별 기능상태는 빈도와 백분율, 평균±표준편차로 제시하였고, 양 군간 각 특성들의 차이는  $\chi^2$ -test와 t-test를 통

해 확인하였다. 지역보건복지서비스 연계자를 대상으로 연계된 서비스 개수 및 내용은 빈도와 백분율, 평균±표준편차로 나타내었다.

## 2. 지자체의 등급외자 지역보건복지서비스 연계 실태 조사

### 1) 조사대상

지자체의 노인복지 주무과는 국민건강보험공단과 자료의 접점(contact point) 역할과 여러 부서에서 시행하는 지역보건복지서비스의 연계·관리 등을 총괄하는 역할을 하고 있다. 본 조사의 대상은 전국 16개 시도의 233개 지자체(2009년 9월 현재) 노인복지 주무과의 노인장기요양보험 등급외자 지역보건복지서비스 연계 담당자로 하였다.

### 2) 조사내용 및 방법

조사내용은 응답자의 인구사회학적 특성, 지역보건복지서비스 연계 실태, 등급외자 관리에 대한 인식으로 구성되어 있다. 응답자의 인구사회학적 특성에는 지역, 성, 연령, 학력, 직종, 직급, 사회복지사 자격증 보유 현황, 지역보건복지서비스 연계 업무 경력, 업무비중, 업무분장 유무가 포함되었다. 지역보건복지서비스 연계 실태는 연계 유형, 연계 현황 파악 여부, 연계 현황의 국민건강보험공단에의 통보 여부, 연계완료자에 대한 사후관리, 지역보건복지서비스 연계시 어려운 점 등이 포함되었다. 조사에 사용된 설문지는 국민건강보험공단의 노인성질환예방사업 담당자, 지자체의 지역보건복지서비스 연계 담당자를 대상으로 한 면접조사와 학계전문가 등을 대상으로 실시한 자문회의 결과를 토대로 본 연구진에서 개발하였다. 본 조사는 광역자치단체인 16개 시도와 각 시도 관할지역의 기초자치단체의 노인복지 주무 부서를 대상으로 하였다. 완성된 설문지는 전자우편을 통해 회신하도록 하였다. 실태조사는 2009년 9월 14일부터 9월 25일까지 실시되었다.

### 3) 자료분석

조사에 참여한 응답자의 인구사회학적 특성, 지역보건복지서비스 연계 실태 그리고 지역보건복지서비스 연계시 어려운 점은 빈도와 백분율 그리고 평균과 표준편차로 제시하였다. 응답자의 인구통계관련 특성과 연계 현황 파악 여부 및 연계 현황의 국민건강보험공단에의 통보 여부와의 관련성은 빈도와 백분율로 나타내었고,  $\chi^2$ -test로 검정하였다.

## 3. 외국의 장기요양 예방사업 사례 고찰

노인장기요양보험 등급외자의 적절한 관리 방안 모색을 위해 지역사회에 거주하고 있는 노인을 대상으로 장기요양 예방사업을 실시하고 있는 국가들의 사례를 고찰하고 그 시사점을 도출하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 등급외자 지역보건복지서비스 연계 현황

##### 1) 지역보건복지서비스 연계·미연계자 특성 비교

지역보건복지서비스 연계자와 미연계자의 인구사회학적 특성을 비교해보면 <표 3>과 같다. 분석대상자 81,377명 가운데 연계자가 57,454명(70.6%), 미연계자가 23,923명(29.4%)이었다. 연계·미연계자 간의 특성을 비교한 결과, 장기요양등급, 자격유형, 거주지역, 독거여부에서 뚜렷한 차이가 있음을 알 수 있었다. 연계자에서는 등급외 A형이 35.6%로 가장 많은 반면 미연계자에서는 각하자가 64.8%로 가장 많았다. 자격유형은 연계자에서는 기초생활수급자(51.1%), 미연계자에서는 일반(68.3%)이 각각 가장 높은 비율을 차지하였다. 대상자의 거주지역은 연계자에서는 도농복합(31.2%)이, 미연계자에서는 대도시

표 3. 지역보건복지서비스 연계·미연계자의 인구사회학적 특성

구분	전체		연계		미연계		
	N	%	N	%	N	%	
전체	81,377	100.0	57,454	100.0	23,923	100.0	
성별	남	19,918	24.5	13,840	24.1	6,078	25.4
	여	61,459	75.5	43,614	75.9	17,845	74.6
연령(세)	<65	1,704	2.1	1,190	2.1	514	2.1
	65-74	27,706	34.0	19,287	33.6	8,419	35.2
	75-84	38,863	47.8	27,636	48.1	11,227	46.9
	≥85	13,104	16.1	9,341	16.3	3,763	15.7
등급	등급외 A	25,308	31.1	20,433	35.6	4,875	20.4
	등급외 B	12,545	15.4	10,557	18.4	1,988	8.3
	등급외 C	10,500	12.9	8,938	15.6	1,562	6.5
	각하	33,024	40.6	17,526	30.5	15,498	64.8
자격유형	기초생활수급자	36,227	44.5	29,382	51.1	6,845	28.6
	일반	42,371	52.1	26,033	45.3	16,338	68.3
	의료급여	2,779	3.4	2,039	3.5	740	3.1
지역	대도시	23,971	29.5	15,362	26.7	8,609	36.0
	중소도시	8,422	10.3	6,586	11.5	1,836	7.7
	도농복합	25,200	31.0	17,898	31.2	7,302	30.5
	농어촌	23,784	29.2	17,608	30.6	6,176	25.8
현재거주형태	주택	69,116	89.9	47,567	87.9	21,549	94.8
	노인요양시설	3,087	4.0	2,914	5.4	173	0.8
	노인전문요양시설	1,334	1.7	1,263	2.3	71	0.3
	노인요양공동생활가정	58	0.1	48	0.1	10	0.0
	단기보호시설	99	0.1	86	0.2	13	0.1
	양로시설	384	0.5	309	0.6	75	0.3
	요양병원	1,626	2.1	1,125	2.1	501	2.2
	기타	1,164	1.5	825	1.5	339	1.5
독거여부	독거	35,958	57.1	27,152	62.4	8,806	45.1
	동거	27,051	42.9	16,334	37.6	10,717	54.9



(36.0%)가 높게 나타나 두 군 간에 차이를 보였다. 또한, 독거여부에도 두 군 간에 차이를 보였는데, 연계자에서는 독거(62.4%), 미연계자에서는 동거(54.9%)가 높은 비율을 보였다. 위 결과는 모두  $p < 0.01$  수준에서 통계적으로 유의하였다.

지역보건복지서비스 연계·미연계자의 각 영역별 기능상태를 5개 영역별 점수로 살펴보면, 미연계자가 연계자에 비해 장기요양인정점수, 기본적 일상생활기능영역점수, 인지기능영역점수가 높아서 지역보건복지서비스 연계가 더 필요함을 알 수 있었다(표 4). 다음으로 지역보건복지서비스 연계·미연계자의 각 영역별 기능상태의 장애정도를 살펴보았다. 기본적 일상생활기능영역, 인지기능영역, 행동변화영역, 간호처치영역, 재활영역별 완전도움(또는 완전장애)의 개수에는 두 군 간에 큰 차이를 보이지 않았다. 지역보건복지서비스 연계·미연계자의 시력 및 청력상태 그리고 질병 및 증상을 비교해 보면, 시력상태는 두 군 모두 '1미터 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다'가 가장 높은 비율을 차지하였고, 청력상태는 '정상'이 가장 높은 비율을 차지하였다. 연계·미연계자 간의 질병 및 증상을 비교한 결과, 두 군 모두 고저혈압이 가장 높은 빈도를 보였고, 관절염, 요통 등의 순이었다. 질병 및 증상의 평균 보유 개수는 두 군 모두 2.2개 였다.

표 4. 지역보건복지서비스 연계·미연계자의 각 영역별 기능상태 점수<sup>1)</sup>

구분	전체	연계	미연계	p값
장기요양인정점수	45.1±5.1	44.7±5.3	46.0±4.5	<.0001
기본적 일상생활기능영역	13.5±1.1	13.5±1.1	13.7±1.1	<.0001
인지기능영역	2.3±1.5	2.3±1.5	2.4±1.5	<.0001
행동변화영역	0.4±1.0	0.4±1.0	0.4±1.1	0.0116
간호영역	0.03±0.2	0.03±0.2	0.0±0.2	0.0019
재활영역	11.6±2.1	11.6±2.1	11.5±2.0	<.0001

주: 1) 점수가 높을수록 도움의 필요도가 높음을 의미함

## 2) 지역보건복지서비스 연계 내용

등급외자에게 연계된 지역보건복지서비스 내용을 살펴보면 <표 5>와 같다. 연계자 57,454명 가운데 지자체 서비스에 연계된 자는 47,055명(83.7%)이었고, 국민건강보험공단 서비스에 연계된 자는 11,685명(20.3%)이었다. 지역보건복지서비스 연계자의 4%는 지자체와 국민건강보험공단에서 제공하는 서비스에 중복 연계되어 있었다. 지자체 연계 서비스는 보건소 맞춤형 방문건강관리가 26.6%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 다음으로는 기타 노인여가복지사업(17.9%), 노인돌봄종합서비스(12.9%), 재가노인복지사업(12.5%) 등의 순이었다. 국민건강보험공단 연계 서비스로는 종교단체가 7.0%로 가장 많았으며, 국민건강보험공단에서 직접 실시하고 있는 사례관리사업과 노인건강운동교실은 0.7%에 불과하였다. 연계된 지역보건복지서비스 개수는 평균 1.2개였고, 84.1%가 단일 서비스로 연계되었다.

표 5. 지역보건복지서비스 연계 내용<sup>1)</sup> 및 개수<sup>2)</sup>

구 분	종 류	N	%
연계 내용	지자체(소계)	47,055	83.7
	보건소맞춤형방문건강관리	15,284	26.6
	기타노인여가복지사업	10,261	17.9
	노인돌봄종합서비스(구,노인돌보미)	7,406	12.9
	제가노인복지사업(방문요양,주간보호,단기보호)	7,160	12.5
	노인돌봄기본서비스(구,독거노인생활관리사파견)	4,584	8.0
	가사간병도우미	3,482	6.1
	종합사회복지관	3,157	5.5
	노인복지관	2,394	4.2
	기타보건소사업	1,271	2.2
	노인일자리사업	292	0.5
	보건소치매조기검진/관리	277	0.5
	국민건강보험공단(소계)	11,685	20.3
	종교단체	4,042	7.0
	기업체 및 학교	2,982	5.2
	주민자치단체	2,078	3.6
	사례관리사업	337	0.6
	노인건강운동교실	31	0.1
	기타	381	0.7
	연계 개수	1개	48,314
2개		8,150	14.2
3개		905	1.6
4개		79	0.1
5개		6	0.0
계(평균±표준편차)		1.18±0.43	

- 1) 2개 이상의 서비스에 연계된 경우는 각각에 모두 포함시켰음  
 2) 지역보건복지서비스 연계자 57,454명을 대상으로 분석하였음

## 2. 지자체의 등급외자 지역보건복지서비스 연계 실태

### 1) 응답자 특성

지역보건복지서비스 연계 실태조사는 전국 233개 지자체 가운데 116개의 지자체에서 회신하여, 49.8%의 회신률을 보였다. 지역보건복지서비스 연계사업을 담당하는 노인복지 주무과의 역할을 사회복지과(38곳, 33.3%)가 가장 많이 담당하고 있었고, 그 다음은 주민생활지원과(25곳, 21.9%)였다. 그 외에는 주민복지과, 가정복지과, 노인복지과 등으로 다양하게 분포되어 있었다. 담당 팀은 노인복지팀이 80곳(70.2%)으로 가장 많았다. 연계사업을 담당하는 담당자의 일반적 특성은 <표 6>과 같다. 성별로는 여자가 65.5%로 남자보다 많았고, 연령대는 30대가 41.1%로 가장 많았으며 평균연령은 36.8세이었다. 학력은 대졸이 85.7%

로 가장 많았고, 직종은 사회복지직(63.4%)이, 직급은 7급(50.4%)이 높은 비율을 차지하였다. 등급외자의 지역보건복지서비스 연계업무 담당 경력은 6개월 이상~1년 미만(48.3%)이 가장 많았고, 그 다음으로는 1년 이상(29.3%)이었다. 담당하고 있는 전체 업무 가운데 지역보건복지서비스 연계업무가 차지하는 비율은 평균 14.5%이고, 10% 이상~20% 미만이 59.5%로 가장 높았다. 지역보건복지서비스 연계업무가 담당하는 업무 분장에 포함되어 있는지에 대한 물음에 54.3%가 포함되어 있지 않았다.

표 6. 지자체 실태조사 응답자의 특성 분포

특 성	구 분	N	%
성별	남자	40	34.5
	여자	76	65.5
연령	20대	24	21.4
	30대	46	41.1
	40대	39	34.8
	50대	3	2.7
	평균±표준편차(세)		36.8±7.2
학력	고졸	7	6.3
	대졸	96	85.7
	대학원이상	9	8.0
직종	간호	1	0.9
	기능	5	4.5
	보건	3	2.7
	사회복지	71	63.4
	지방사회	1	0.9
	행정	31	27.7
	계		
직급	6급	1	0.9
	7급	57	50.4
	8급	42	37.2
	9급	13	11.5
사회복지사자격증	있다	81	70.4
	없다	35	29.6
업무경력	6개월 미만	26	22.4
	6개월 이상~1년 미만	56	48.3
	1년 이상	34	29.3
	평균±표준편차(개월)		10.2±8.5
업무비중	10%미만	14	12.1
	10%이상~20%미만	69	59.5
	20%이상~40%미만	28	24.1
	40%이상~50%미만	2	1.7
	50%이상	3	2.6
	평균±표준편차(%)		14.5±10.6
업무분장	포함되어있다	53	45.7
	포함되어있지 않다	63	54.3
계		116	100.0

## 2) 지역보건복지서비스 연계 실태

국민건강보험공단으로부터 등급외자의 명단을 통보받은 후, 지자체에서는 지역보건복지서비스를 어떻게 연계하고 있는지를 살펴보았다(표 7). 응답자의 91.4%가 '주민자치센터, 보건소, 복지관, 타부서에 등급외자의 명단을 통보한다'고 응답하였고, 그 다음은 '복지관과 가정봉사원파견, 기타 재가노인복지사업, 기타노인여가복지사업, 노인일자리아사업 등을 실시하는 민간기관에 통보한다'가 25.9%를 차지하였다. 사업부서 또는 기관에 명단을 제공하는 형태는 '모든 사업부서 또는 기관에 일률적으로 동일한 명단을 제공하는 경우'가 71.1%로 가장 많았다. 기타 의견으로는 보건소와 주민자치센터에만 명단을 제공하고 있다는 의견이 많았다. 사업부서 또는 기관에 명단을 제공할 때 등급외자를 대상으로 개별 지역보건복지서비스에 대한 욕구 및 이용의향을 파악하는지를 살펴본 결과, '파악하고 있지 않다'가 80.7%, '파악하고 있다'가 19.3%로 담당자의 대부분이 등급외자의 욕구나 의향을 파악하지 않고 연계하는 것으로 나타났다. 지자체는 사업부서 또는 기관에 등급외자의 명단을 제공한 뒤, 그 연계 현황을 '파악하고 있는 경우'가 78.8%였고, '파악하고 있지 않은 경우'도 21.2%나 되었다. 연계현황을 파악하고 있다면, 그 주기는 1개월 이내가 65.9%로 가장 많았고, 제공된 명단의 평균 51.6%에 대하여 그 연계현황을 파악하고 있다고 응답하였으며, 그중 27.4%는 80%이상이라고 응답하였다. 지역보건복지서비스 연계현황을 국민건강보험공단에 정기적으로 통보하는지를 살펴본 결과, '정기적으로 통보한다'가 57.1%로 가장 많았고, '통보하지 않는다'는 11.6%였다. 국민건강보험공단에 연계현황을 통보하는 주기는 '1개월 이내'가 71.9%로 가장 많았다. 통보하지 않는 주된 이유는 각 사업부서 또는 서비스기관에서 지자체로 연계현황을 통보해주지 않기 때문(61.5%)이었다. 지역보건복지서비스 연계원료를 대상으로 이용실태 및 만족도 파악 등 사후관리를 하고 있는지에 대해서는 75.2%가 '하고 있지 않다'고 응답하였다.

다음으로 지역보건복지서비스 연계 담당자의 인구사회학적 특성에 따른 서비스 연계 현황 파악 여부와 연계 현황을 국민건강보험공단에 통보 하는지 여부와의 관련성에 대해 살펴보았다(표 8). 그 결과 연계 현황 파악 여부는 인구사회학적 특성에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 국민건강보험공단에 연계 현황 통보 여부는 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 업무 경력이 길수록 통보하는 비율이 유의하게 높았고, 업무분장에 명확하게 등급외자 관리가 포함되어 있을수록 연계 현황을 통보하는 비율이 유의하게 높았다.

다음은 지역보건복지서비스 연계시 어떤 어려움이 있는지 살펴보았다. 1순위에 가장 높은 빈도를 보인 것은 '타업무량 과중으로 인하여 서비스 연계 업무에 충실할 수 없음(53.2%)' 이었고, 2순위에 가장 높은 빈도를 보인 것은 '등급외자에게 연계할 서비스 자원 부족(40.7%)'이었다. 3순위에는 '서비스 유형별 대상자격이 너무 엄격함(24.7%)'과 '등급외자가 이미 서비스를 이용하고 있는지 파악할 수 없음(22.7%)'이 유사한 비율로 나타났다(표 9).

표 7. 지역보건복지서비스 연계 실태

특 성	구 분	N	%
지역보건복지서비스 연계 유형 (중복응답)	주민자치센터, 보건소, 타부서에 등급외자 명단 통보	106	91.4
	민간기관에 등급외자 명단 통보	30	25.9
	직접 지역보건복지서비스 연계	13	11.2
	특별히 연계하고 있지 않음	3	2.6
명단 통보 유형	모든 사업부서에 동일한 명단 통보	81	71.1
	서비스 종류별로 분류하여 명단 통보	22	19.3
	기타	11	9.6
명단 통보시, 욕구 및 이용의향 파악 여부	모두 파악	8	7.0
	일부파악	14	12.3
	파악하지 않음	92	80.7
연계현황 파악 여부	파악하고 있음	89	78.8
	파악하고 있지 않음	24	21.2
파악 주기 <sup>1)</sup>	1개월 이내	58	65.9
	분기별	12	13.6
	6개월(반기별)	5	5.7
	1년 이상	1	1.1
	기타	12	13.6
국민건강보험공단에 연계현황 통보 여부	정기적으로 통보함	64	57.1
	정기적이지는 않지만 통보함	35	31.3
	통보하지 않음	13	11.6
통보 주기 <sup>2)</sup>	1개월 이내	46	71.9
	분기별	7	10.9
	6개월(반기별)	3	4.7
	기타	8	12.5
통보하지 않는 이유 <sup>3)</sup>	각 사업부서 또는 기관에서 연계현황을 통보해주지 않음	8	61.5
	각 사업부서 또는 기관에서는 연계현황을 통보해주지만, 그것을 취합하여 국민건강보험공단으로 통보할 시간적 여 유가 없음	3	23.1
	기타	2	15.4
사후관리	매우 잘 하고 있다	2	1.8
	대체로 하고 있다	6	5.3
	보통이다	20	17.7
	거의 하고 있지 않다	35	31.0
	전혀 하고 있지 않다	50	44.2

주 : 1) 연계현황을 파악하고 있는 89명을 대상으로 함

2) 정기적으로 통보하고 있는 64명을 대상으로 함

3) 통보하지 않는 13명을 대상으로 함

표 8. 연계 담당자의 특성별 연계 현황 파악 및 국민건강보험공단에의 통보 여부

특성	구분	연계 현황 파악				연계 현황 통보			
		파악		미파악		통보		미통보	
		N	%	N	%	N	%	N	%
성별	남자	34	38.2	6	25	37	37.4	3	23.1
	여자	55	61.8	18	75	62	62.6	10	76.9
연령	20대	16	18.8	7	29.2	19	19.8	4	30.8
	30대	34	40	11	45.8	39	40.6	5	38.5
	40대	33	38.8	5	20.8	35	36.5	4	30.8
	50대	2	2.4	1	4.2	3	3.1	0	0
학력	고졸	4	4.7	2	8.3	6	6.3	1	8.3
	대졸	75	88.2	19	79.2	82	85.4	10	83.3
	대학원이상	6	7.1	3	12.5	8	8.3	1	8.3
직종	간호	1	1.2	0	0	1	1	0	0
	기능	3	3.5	2	8.7	5	5.2	0	0
	보건	3	3.5	0	0	3	3.1	0	0
	사회복지	55	64	15	65.2	60	62.5	8	66.7
	지방사회	1	1.2	0	0	1	1	0	0
	행정	23	26.7	6	26.1	26	27.1	4	33.3
직급	6급	1	1.1	0	0	1	1	0	0
	7급	48	55.2	8	34.8	49	50.5	7	58.3
	8급	31	35.6	10	43.5	38	39.2	2	16.7
	9급	7	8	5	21.7	9	9.3	3	25
사회복지사 자격증	있다	64	72.7	16	66.7	71	72.4	7	53.8
	없다	24	27.3	8	33.3	27	27.6	6	46.2
업무경력	6개월 미만	16	18	9	37.5	15	15.2	9	69.2**
	6개월 이상~1년 미만	45	50.6	11	45.8	51	51.5	4	30.8
	1년 이상	28	31.4	4	16.7	33	33.3	0	0
업무비중	10%미만	12	13.5	1	4.2	12	12.1	1	7.7
	10%이상~20%미만	51	57.3	16	66.7	58	58.6	8	61.5
	20%이상~40%미만	23	25.8	5	20.8	25	25.3	3	23.1
	40%이상~50%미만	1	1.1	1	4.2	2	2	0	0
	50%이상	2	2.2	1	4.2	2	2	1	7.7
업무분장	포함되어있다	45	50.6	8	33.3	51	51.5	1	7.7**
	포함되어있지 않다	44	49.4	16	66.7	48	48.5	12	92.3

\*\* p<0.01

표 9. 지역보건복지서비스 연계시 가장 어려운 점

순 위	내 용	N	%
1순위	서비스 유형별 대상자격이 너무 엄격함	12	11.0
	등급외자의 지역보건복지서비스 이용 거부	8	7.3
	타 업무량이 과중하여 서비스 연계 업무에 충실할 수 없음	58	53.2
	등급외자에게 연계할 서비스 자원 부족	17	15.6
	등급외자가 이미 서비스를 이용하고 있는지 파악할 수 없음	10	9.2
	기타	4	3.7
2순위	서비스 유형별 대상자격이 너무 엄격함	14	13.0
	등급외자의 지역보건복지서비스 이용 거부	9	8.3
	타 업무량이 과중하여 서비스 연계 업무에 충실할 수 없음	21	19.4
	등급외자에게 연계할 서비스 자원 부족	44	40.7
	등급외자가 이미 서비스를 이용하고 있는지 파악할 수 없음	20	18.5
	서비스 유형별 대상자격이 너무 엄격함	24	24.7
3순위	등급외자의 지역보건복지서비스 이용 거부	18	18.6
	타 업무량이 과중하여 서비스 연계 업무에 충실할 수 없음	14	14.4
	등급외자에게 연계할 서비스 자원 부족	19	19.6
	등급외자가 이미 서비스를 이용하고 있는지 파악할 수 없음	22	22.7

주: 응답자 109명을 대상으로 하였음

### 3. 외국의 장기요양 예방사업 사례 고찰

#### 1) 일본

2000년 4월부터 개호보험제도를 실시한 일본은 제도의 지속가능성을 높이기 위해 2006년 4월부터 개호보험제도를 「예방중시형시스템」으로 전환하였다. 일본에서는 이를 개호예방이라고 부른다. 개호예방은 '요개호상태의 발생을 가능한 한 방지하는 것 또는 요개호상태가 되었을 때는 그 악화를 가능한 한 방지하는 것'을 말한다(후생노동성, 2006). 즉, 개호예방을 중요시하는 관점에서 요지원자와 요개호1의 일부를 대상으로는 중증화를 방지하기 위한 「新예방급여」를 실시하고, 요지원 및 요개호로 될 가능성이 있는 자를 대상으로는 이를 방지하기 위한 「지역지원사업」을 실시하고 있다.

新예방급여는 「일상생활상의 기본동작이 거의 자립된 상태이며, 상태의 유지·개선의 가능성이 높다」라고 하는 요지원자를 대상으로 자립지원에 초점을 둔 개호예방서비스 말한다. 그 종류로는 운동기의 기능향상, 영양개선, 구강기능향상 등이 있다. 이러한 개호예방서비스는 서비스 제공자가 노인의 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 방문계서비스 보다는 노인이 지정된 기관에 방문하여 서비스를 받도록 하는 통소계서비스가 중심이다. 지금까지의 통소개

호는 고령자의 「교류장소」 역할을 해왔는데, 개호예방서비스에서는 케어매니지먼트에 의해 목표를 설정하고, 노인의 기능상태를 개선시키기 위한 서비스가 중심으로 되어 있다. 그러나 통소에 의한 상태개선 서비스는 요지원자측이 의욕이 없으면 상태개선의 의미가 없으며, 무리한 서비스 이용은 사고로 이어지기 쉽다. 「예방중시」라고 하더라도 장기요양기관은 개호예방서비스의 수가가 낮아 서비스 제공을 꺼리고, 충분한 예방대책이 불가능하여 예방의 효과가 증가하고 있지 않다는 의견도 있다. 또한, 프로그램에 참여하는 도중에 이용을 중단하기도 하고, 통소 그 자체를 그만두는 요지원자도 증대하여 개호예방사업자의 경영에 큰 영향을 미치고 있다(이토우 슈헤이, 2008). 이에 따라, 일본에서도 효율적인 개호예방서비스 제공 방안에 대하여 계속적으로 논의하고 있는 것으로 알려져 있다.

또한, 요지원 및 요개호상태로 될 위험이 높은 자를 '특정고령자'로 분류하여, 이들의 기능상태가 악화되는 것을 방지하기 위해 통소형/가정방문형의 개호예방사업을 실시하고 있다. 통소형 개호예방사업으로는 운동기능 향상, 영양개선, 구강기능 향상프로그램이 있으며 가정방문형 개호예방사업으로는 은둔형 외톨이 예방·지원, 인지증 예방·지원 및 우울예방·지원이 있다(권진희, 2007). 마지막으로, 장기요양서비스를 받고자 신청하였지만, 개호보험의 대상자로 인정받지 못한 자에게는 지자체에서 실시하는 개호예방서비스(특히, '지역지원사업'이라고 함)를 이용할 수 있도록 하고 있다. 이러한 등급외자들에게 지역의 고령자복지서비스를 안내하고 있으며, 서비스에 대한 구체적인 내용은 가까운 지역포괄지원센터에 문의하도록 하고 있다.

동경도 미나토구에서 실시하고 있는 등급외자 대상의 지역보건복지서비스는 가사지원서비스, 긴급 임시 개호인 파견, 긴급통보 시스템, 방문전화, 식사배달서비스, 주택개보수비 지원, 방문보건지도 등이 있으며, 서비스 비용과 횟수는 각 서비스 종류마다 다르게 책정되어 있다(동경도 미나토구 홈페이지). 또한, 동경도의 이나기시에서는 개호예방 특화사업으로 2007년 9월부터 '개호지원 자원봉사자 제도(노-노케어)'를 운영하고 있다. 이는 건강한 노인이 개호보험서비스 분야에서 자원봉사를 하면 그 활동 실적에 따라 포인트(연간 최대 5,000엔)를 지급하여, 해당 포인트를 금액으로 환산하는 것으로 활동 실적에 의해 실질적으로 보험료 부담을 경감시켜주는 제도이다. 이를 실시한 목적은 건강한 노인을 노-노케어에 적극 참여시킴으로서 재원을 절감하고, 아울러 건강한 노인의 일자리 창출과 사회활동을 통해 봉사자 자신의 개호예방을 도모하고자 하는 것이다(동경도 이나기시 홈페이지). 또한, 적극적 개호예방사업 추진을 위해 개호예방서비스를 이용한 자의 기능상태가 유지 또는 개선된 비율이 일정 수준이상인 사업소에 대해 개호급여비용을 가산해주는 제도를 운영하고 있다(일본 가고시마현 홈페이지).

## 2) 영국

영국에서 노인예방서비스 개념은 비용이 비싼 집중적 케어(intensive care)에 대한 필요를 예방하거나 지연시키는 서비스, 또는 노인의 삶의 질과 지역사회 참여를 향상시키는 서비



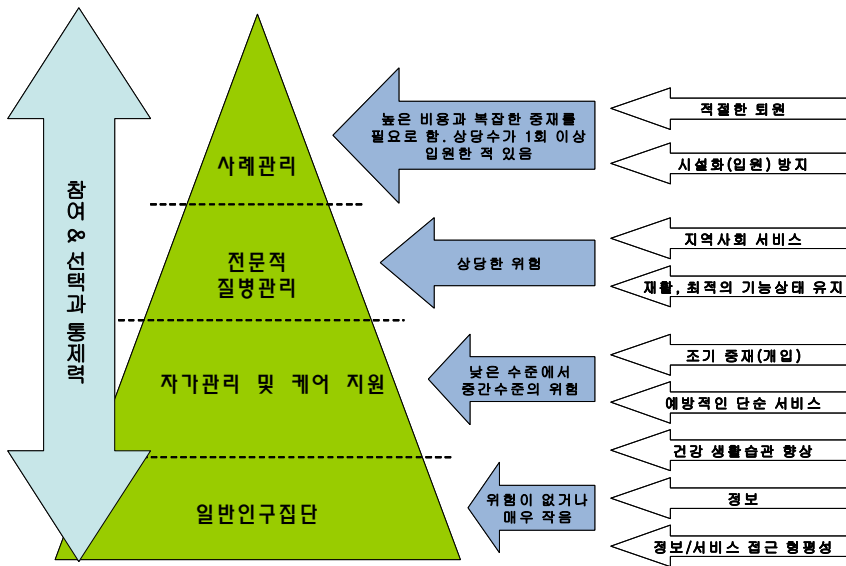
스로 정의되며, 지역사회의 많은 문화적·신체적 활동들이 이러한 특성을 갖는다(Office of the Deputy Prime Minister, 2006). 1990년대 후반 예방이 중장기적으로 케어 비용을 감축시키고 노인의 삶의 질을 개선한다는 연구결과들이 발표된 이래(Department of Health, 1998), 영국 보건부는 백서(The White Paper, 2006)를 통하여 일차의료기관(Primary Care Trusts, PCT)의 역할을 강조하고 예방을 위한 예산 증액을 발표하는 등 예방에 대한 정책적 관심이 고조되었다.

이상의 정책목표를 실현하기 위하여, 영국 신노동당 정부는 노인 프로젝트 파트너십(Partnerships for Older People Projects, POPP) 시범사업을 2006년부터 2008년까지 실시하였고, 2009년에 수행된 중간평가결과에 근거하여 전국적으로 확대할 방침이다. 이것은 첫째, 노인을 위한 개별적이고 통합된 대응을 제공하고, 둘째, 노인을 위한 건강과 복지, 독립적 삶을 촉진하는데 투자하며, 셋째, 집중적 케어(intensive care) 또는 시설 입소(institutional care)를 지연시키거나 예방하기 위한 목적으로 추진되었다. 총 29개 지방정부가 참여한 POPP는 낮은 수준의 장기요양서비스 욕구부터 높은 수준의 욕구까지 포괄하는 다양한 수준의 예방서비스 활동을 포괄한다(National Evaluation Team, 2007). 효과적인 노인예방서비스 프로그램 개발을 위하여 각 지방정부는 [그림1]과 같은 POPP Promoting Independence Model을 개념적 기틀로 활용한다.

이 모델은 대상인구집단을 서비스 욕구 수준에 따라 분류하여 접근한 것으로, 삼각형의 아래쪽 부분은 인구집단에 속한 모든 사람들에게 적용되는 포괄적이고 기본적인 중재를 나타내고 있으며, 삼각형의 꼭대기로 올라갈수록 좁아지는 부분은 높은 비용과 복잡한 중재를 필요로 하는 상대적으로 적은 수의 사람들을 의미한다. 'Promoting Independence'란, 노인이 삶에 대한 선택과 통제력을 갖고 자신의 집에서 생활을 유지할 수 있도록 돕기 위한 모든 가능한 서비스를 제공하도록 보장하는데 초점을 둔 접근방식을 나타낸다(Department of Health, 2007). POPP에 참가한 29개 지방정부는 보건부의 재정지원을 받아 총 245개 프로젝트를 시범 운영하였다(Department of Health, 2007; National Evaluation Team, 2007; National Evaluation Team, 2008). POPP의 주요 특성은 첫째, 지방정부가 주도적으로 참여하여 지역 특성에 맞는 프로그램을 개발하고, 둘째, 지방정부와 일차보건의료기관(PCTs) 간 파트너십을 통하여 사회서비스와 보건서비스 간 연계체계를 활성화하며, 셋째, 자원봉사단체, 비영리사회복지법인과 같은 제3섹터의 적극적 참여를 촉진하여 지역사회자원을 효율적으로 활용하고 있다는 것 등이다.

### 3) 호주

호주 연방정부는 1985년 고령자 케어 개혁에 의해 시설중심에서 재가중심으로 정책을 전환시키는 것을 추진하였고, 종래의 재가관련 법률을 「재가 및 지역 케어법 (Home and Community Care Act : HACC)」으로 통합하여, 재가지원서비스를 강화하고 있다. 지역사



[그림 1] POPP Promoting Independence Model

자료 : Department of Health. Promoting Independence, 2007.

회(재가)서비스의 종류로는 CACP(Community Aged Care Package, 지역 노인요양보호 패키지), EACH((Extended Aged Care at Home Packages, 재가 노인요양보호 확장 패키지), HACC(Home and Community Care, 재가 및 지역 사회보호 프로그램)가 있다. CACP와 EACH는 ACATs(Aged Care Assessment Teams, 노인요양평가팀)의 욕구사정 및 자격심사가 필요하며, 연방정부에서 재정을 지원하고 있다. 이는 우리나라의 장기요양인정자가 이용할 수 있는 재가서비스와 같다고 볼 수 있다. 하지만, HACC는 아픈 노인이나 장애인 또는 그 가족에게 연방정부와 주정부가 공동으로 제공하는 지역사회서비스로, ACATs의 판정이 필요 없다. 이는 우리나라의 등급외자가 이용할 수 있는 지역보건복지서비스라고 볼 수 있다. 호주 New South Wales 주의 HACC 프로그램의 내용은 청소·빨래 등의 가사지원, 가정방문·쇼핑 등의 사회적 지원, 발관리·물리치료·언어치료 등의 전문간호 및 보건의료지원, 목욕옷 갈아입기·몸단장 등의 신체수발 지원, 주택 유지 및 보수·음식 및 영양지원, 주간보호에 기반을 둔 단기보호 등으로 구성되어 있다(New South Wales의 주정부 고령·장애 홈케어부 홈페이지). 주정부는 장기요양서비스가 필요한 정도는 아니지만, 적절한 서비스 제공이 필요하다고 판단이 되면 신청자 및 그 가족들과 상담하면서 이들의 건강 및 기능상태와 욕구에 맞는 HACC 서비스를 연계하고 있다. HACC는 비용 지불 능력에 따라 누구나 HACC 서비스 이용이 가능하고, 경제적 사유 등으로 HACC 서비스를 이용할 수 없는 대상자가 이용한 서비스 비용에 대해 주정부에서 지원하며 HACC에서 지불하는 양 이상의 높은 서비스 요구에 대해서는 주정부에서 비용을 지불하지 않는다.

## IV. 고찰 및 결론

본 연구는 노인장기요양보험 등급외자의 관리방안으로 시행되고 있는 지역보건복지서비스의 연계 현황 및 문제점을 파악하고, 외국의 장기요양 예방사업 사례를 고찰하여 등급외자의 등급내 진입을 방지하고 진입속도를 지연시킬 수 있는 방안에 관한 시사점을 얻고자 실시되었다.

본 연구결과 노인장기요양보험 등급외자의 지역보건복지서비스 연계율은 70.6%로, 등급외자 가운데 28.4%는 아무런 서비스도 제공받지 않는 것으로 나타났다. 연계자에 비해 미연계자는 대도시 거주자, 일반 건강보험가입자가 많았으며, 상대적으로 일상생활수행능력과 인지기능이 더 떨어지는 것으로 나타나 적절한 관리가 필요한 집단이었다. 등급외자에게 연계된 서비스는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업, 기타 노인여가복지사업, 노인돌봄종합서비스 등의 순으로, 보건소 맞춤형 방문건강관리사업을 제외하면 대부분 일상생활을 지원하는 것이었다. 곧, 등급외자의 건강 및 기능상태를 개선시켜 이들이 등급내로 진입하는 것을 방지하거나 진입속도를 지연시키기 위한 서비스는 매우 부족한 상황이다. 지자체 노인복지 주무과의 지역보건복지서비스 연계 유형은 '주민자치센터, 보건소, 타부서에 등급외자 명단 통보'가 91.4%로 대다수를 차지하였고, 명단을 통보할 때는 모든 사업부서에 일률적으로 동일한 명단을 제공하고 있었다(71.1%). 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합 연계지침(보건복지가족부, 2008b)에 의하면 노인복지 주무과는 등급외자에 대한 지역보건복지서비스 연계 현황을 파악하여 그 상황을 국민건강보험공단에 통보하도록 하고 있다. 하지만 21.2%는 연계 현황을 파악하고 있지 않았고, 11.6%는 그 연계 현황을 국민건강보험공단에 통보하고 있지 않았다. 등급외자 관리에 대한 업무 경력이 적을수록, 업무분장에 포함되어 있지 않을수록 연계 현황을 통보하는 비율이 낮았다. 또한 연계 완료자에 대해 사후관리를 하고 있는 비율은 7.1%에 불과하였다. 지역보건복지서비스 연계 시 가장 어려운 점은 '타업무량 과중으로 인하여 서비스 연계업무에 충실할 수 없다는 것'이었다. 이상의 연구결과를 살펴볼 때, 현재의 등급외자 지역보건복지서비스 연계사업이 보다 효과적으로 이루어지기 위해서는 사업의 운영 과정과 서비스 내용에 개선이 필요하다.

본 연구의 결과를 바탕으로 등급외자 지역보건복지서비스 연계사업의 활성화 방안을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 등급외자가 적극적으로 지역보건복지서비스를 이용할 수 있도록 지원하는 방안을 마련해야 한다. 유익하고 다양한 지역보건복지서비스가 제공된다 하더라도 등급외자들의 참여율이 낮으면 정책 효과를 기대할 수 없으므로, 정책이 성공하기 위해서는 등급외자의 적극적인 참여가 필수적이다. 하지만 일본의 예방서비스 사업 평가결과를 볼 때(이토우 슈헤이, 2008), 등급외자들을 예방서비스에 참여시키는 일은 결코 쉽지 않은 것으로 보인다. 왜냐하면, 등급외자는 노인장기요양서비스를 이용하고자 신청하였지만, 비교적 수발도움의 필요도가 낮아 본인이 원하던 장기요양서비스 대신에 지역보건복지서비스를 이

용하도록 권고받은 자라고 할 수 있는데, 이들은 장기요양 등급내로 진입하기만 기다렸다가 노인장기요양보험제도에서 제공되는 시설 및 재가서비스를 이용하기를 원할 가능성이 높기 때문이다. 연계된 지역보건복지서비스가 종결되는 가장 주된 사유가 바로 등급외자의 거부였다는 점이 이를 반영해주고 있다. 영국에서는 지역사회에 거주하는 노인들의 예방서비스 참여를 방해하는 요인들을 조사한 결과 연령이 높을수록, 건강상태가 나쁠수록, 이송서비스가 부족할수록 노인들이 서비스에 참여하지 않는 것으로 나타났다(Office of the Deputy Prime Minister, 2006). 특히, 75세 이상 노인의 1/4에 해당하는 사람이 사회활동에 더 자주 참여하지 못하는 주요 원인으로 이송(transport) 문제를 꼽아 공공 이송서비스 제공이 강조되기도 하였다. 이상의 사례를 근거로 할 때, 우리나라도 등급외자의 건강 및 기능상태가 악화되지 않도록 지역보건복지서비스 참여를 유도하기 위한 인센티브제도의 도입을 고려해 볼 수 있겠다. 등급외자들이 연계된 지역보건복지서비스에 적극적으로 참여하여 결과적으로 등급내로 진입하지 않는다면 그것 자체가 장기요양재정의 절감을 가져온다고 할 수 있으므로, 등급외자들의 노력에 대해 선제적으로 보상해 주는 것은 효과적인 전략이 될 수 있을 것이다. 또한 영국의 사례에서와 같이, 우리나라 등급외자들의 지역보건복지서비스 참여 방해요인을 파악하고 이송서비스 제공과 같은 구체적인 해결 방안을 마련해야겠다.

둘째, 중앙정부, 지자체, 국민건강보험공단 그리고 서비스 제공기관 등 관계기관의 역할을 명확히 하고 기관 간의 유기적인 협조체계를 구축해야 한다. 현재 등급외자 지역보건복지서비스는 국민건강보험공단이 지자체 노인복지 주무과에 등급외자의 명단을 통보하면, 노인복지 주무과는 그 명단을 서비스 제공기관에 일괄적으로 통보한 뒤 그 연계 현황을 취합하여 다시 국민건강보험공단에 통보하는 방식으로 운영되고 있다. 하지만 현재 지자체와 국민건강보험공단 모두 등급외자의 지역보건복지서비스 연계사업 전담자가 없어 공단과 지자체 간, 지자체 내 부서 간 업무분절로 인해 사업 효과를 기대하기 어려운 상황이다. 보건복지가족부가 발표한 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합 연계지침(보건복지가족부, 2008b)에는 노인복지 주무과가 지역보건복지서비스 연계를 총괄하는 것으로 명시되어 있으나 현실적으로 전담인력이 부족하여 사업추진이 어렵고, 서비스가 노인복지에 국한된 것이 아니므로 여러 과에서 개별적으로 수행되고 있으며, 기관 간 협조도 미흡하여 연계업무가 쉽지 않다. 따라서 현재의 국민건강보험공단과 지자체 간의 업무구조를 유지하면서 연계를 활성화시키기 위해서는 다음의 업무들이 각각의 조직에 추가되어야 한다. 국민건강보험공단은 지역보건복지서비스 연계의 홍보 강화 및 인력 충원, 등급외자의 지역 및 건강수준에 적합한 맞춤형 정보제공(장기요양예방 케어플랜 작성 및 제공), 다양한 서비스 프로그램의 발굴 및 개발 등을 해야 한다. 지자체의 노인복지 주무과는 등급외자에게 지역보건복지서비스를 연계할 때, 욕구를 파악하여 적절한 서비스를 연계하고 연계 후에는 이용실태 및 만족도 등을 파악하는 사후관리를 해야 한다. 또한, 등급외자 지역보건복지서비스 연계사업은 지역적 특성을 최대한 고려하여 지자체가 중심이 되어 운영하는 것이 바람직하다고 본다. 선우덕 등(2008)도

장기요양상태의 발생에 대한 예방적 접근은 중앙단위에서보다는 지역단위로 추진하는 것이 바람직하므로 지자체의 적극적인 참여와 이를 활성화시킬 수 있도록 중앙단위에서의 지원이 요구된다고 하였다.

셋째, 국민건강보험공단과 지자체는 등급외자의 기능 및 건강상태를 개선시킬 수 있는 다양한 지역보건복지서비스를 발굴하고 개발해야 한다. 현재 등급외자에게 연계되고 있는 지역 보건복지서비스는 서비스 종류도 제한적이고, 서비스 내용 또한 일상생활 및 신체활동 지원 중심이어서 등급외자의 기능상태 개선 및 유지를 목적으로 한 서비스가 부족한 실정이며, 서비스 대상도 기초생활수급자 또는 차상위계층에 국한된 경우가 많다. 현재 비교적 높은 비율로 연계되고 있는 일상활동보조 위주의 서비스는 등급외자가 장기요양 등급내로 진입하는 것을 지연시키거나 예방하는데 한계가 있기 때문에 등급외자의 기능상태 개선 및 유지를 위한 적극적인 신체적·정서적·사회적 지원서비스가 필요로 된다. 노인장기요양보험 등급외자들은 평균 2.19개의 질병 및 증상을 갖고 있는 것으로 나타났고, 36.7%가 3개 이상의 질병 및 증상을 갖고 있었다(권진희 등, 2008). 이는 우리나라 65세 이상 노인의 55%가 3개 이상의 만성질환을 동시에 가지고 있다(정경희 등, 2005)는 결과와 비교하면 상대적으로 낮은 비율이지만, 노인에게 있어 복합이환은 의학적, 보건학적으로 중요한 의미를 지닌다(유승흠과 이윤환, 2007)는 점을 고려할 때 등급외자의 질병 문제에 관심을 기울일 필요가 있다. 더욱이 등급외자 가운데 다수가 뇌졸중과 같은 심각한 합병증을 가져올 수 있는 고혈압과 당뇨를 갖고 있었고, 노인의 독립적 생활을 방해하는 관절염과 요통을 갖고 있는 비율이 상대적으로 높았다. 이러한 결과는 노인장기요양보험 등급외자의 보건의료적 욕구가 상당히 높음을 보여준다. 또한 인지기능상태에서는 기억력, 판단력, 계산력 등에서 문제를 갖고 있는 비율이 높았고, 행동변화 영역에서는 적은 비율이지만 우울, 화기 안전관리, 수면장애 등을 갖고 있는 경우가 있어 인지기능의 유지 및 정서적 안정을 목적으로 하는 프로그램도 필요하다고 여겨진다. 재활 영역의 경우 신체부위 중 주로 하지에 운동장애 또는 관절제한이 많았는데, 가능한 최상의 운동기능을 유지할 수 있도록 전문적인 지원이 필요할 것으로 보인다(권진희 등, 2008). 하지만 지역사회에서 등급외자들이 활용 가능한 보건복지서비스 자원을 살펴보면 등급외자의 보건의료 욕구와 일상생활지원 욕구를 충족시킬 수 있는 프로그램이 충분하지 못한 것이 현실이다. 국민건강보험공단이 지역사회 노인대상의 보건복지서비스 제공 현황 및 문제점을 파악하기 위하여 2008년에 실시한 조사결과(권진희 등, 2008), 서비스 내용은 체조, 요가, 게이트볼 등의 운동프로그램이 23.7%로 가장 많았고, 노래, 공예, 미술 등의 취미·여가프로그램(23.1%), 건강관리 프로그램(17.7%), 일상생활지원 및 신체적·정서적 지원프로그램(7.8%)의 순이었다. 현재 등급외자 지역보건복지서비스 연계사업의 서비스 내용 역시 노인돌봄종합서비스, 가사간병도우미, 노인돌봄기본서비스 등 가사간병, 신변처리 그리고 일상활동보조를 목적으로 하는 서비스가 대부분이었고, 보건의료적 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스는 보건소 맞춤형 방문건강관리와 치매 조기검진에 불과하였다. 따라서

저소득층뿐만 아니라 중산층 이상의 등급외자들의 보건의료 욕구와 일상생활지원 욕구를 충족시킬 수 있는 다양한 지역보건복지서비스 자원의 발굴 및 개발이 시급하다고 할 수 있다.

넷째, 등급외자를 위한 지역보건복지서비스를 제공하는데 지역사회의 민간자원인 제3섹터의 참여를 활성화시켜야 한다. 일본 동경도의 '미나토구'에서는 개호예방사업을 직접 운영하기 보다는 공개입찰방식으로 선정된 외부기관에 위탁하여 실시하고 있다. 또한 영국의 POPPS시험사업에 참여하고 있는 East Kent 지방에서도 East Kent 지방정부, PCTs, 그리고 11개 비영리사회복지단체(제3섹터)가 참여하고 있었다. 이는 기존에 지역사회에서 활동하고 있는 훈련된 전문인력과 우수한 프로그램 자원들을 적극적으로 활용함으로써 사업의 효율을 높이는 것으로 평가되었다(National Evaluation Team, 2008). 그러나 우리나라의 경우 노인을 대상으로 지역보건복지서비스를 제공하고 있는 기관 가운데 종교단체, 후원회, 협회 및 각종 봉사단체 등 제3섹터의 참여비율은 8.9%에 불과한 상황이다(권진희 등, 2008). 따라서 효율적인 등급외자 관리를 위해서는 지자체와 국민건강보험공단뿐만 아니라 지역사회에 존재하는 다양한 제3섹터의 참여를 활성화시킬 필요가 있다.

등급외자에 대한 적절한 관리는 장기요양인정자수 및 장기요양비용의 급증을 막을 수 있다는 점에서 제도의 안정적 정착과 지속적 발전을 위하여 매우 중요하다. 그러므로 본 연구는 등급외자 관리현황을 분석하고 그 문제점을 진단하여 개선방안을 검토하였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다. 하지만 다음과 같은 연구의 한계점을 찾아볼 수 있다. 첫째, 본 연구에서 정의한 지역보건복지서비스 연계와 미연계는 등급외자를 대상으로 직접 면접조사를 통해 파악한 것이 아니기 때문에 연계 여부와 관련된 원인을 파악하고 구체적인 개선방안을 도출하기 위한 심층적 분석을 수행하지 못했다. 둘째, 본 연구에서는 지역보건복지서비스 연계자를 대상으로 연계 지속 여부, 만족도 및 불편사항 그리고 연계자와 미연계자의 건강 및 기능상태 변화에 대한 추적조사가 이루어지지 않았다는 것이다. 향후 등급외자를 대상으로 지역보건복지서비스 연계와 관련된 문제점 및 개선방안 도출을 위한 면접조사 실시와 연계 현황에 따른 사후관리에 지속적으로 관심을 가질 필요가 있다.

본 연구는 노인장기요양보험 등급외자의 지역보건복지서비스 연계 현황 및 문제점 분석과 외국사례 고찰을 통하여 이들의 건강 및 기능상태를 유지하거나 악화를 방지할 수 있는 효율적인 관리방안을 모색하고자 실시되었다. 노인장기요양보험의 등급외자는 장기요양인정자의 전단계로 이들이 등급내로 진입하지 않도록 효율적으로 관리하는 것은 향후 장기요양인정자수의 급증과 장기요양 재정의 악화를 미연에 방지하여 노인장기요양보험제도의 안정적인 정착에 유의한 영향을 끼친다는 의미에서 매우 중요하다고 할 수 있다. 따라서 정부와 지자체, 국민건강보험공단은 등급외자의 효율적 관리를 위하여 현황 및 문제점을 면밀히 파악하고 등급외자의 욕구에 적합한 지역보건복지서비스 정책을 마련하기 위하여 지속적으로 노력해야 할 것이다. 등급외자의 효율적 관리는 지속가능한 장기요양제도를 만들기 위한 미래에 대한 투자임을 기억해야 한다.

## 참 고 문 헌

- 권진희, 이정석, 한은정. 노인의 기능저하예방을 위한 정책 개발에 관한 연구(1)-등급외자의 건강지원사업과의 연계 방안을 중심으로-. 서울 : 국민건강보험공단 건강보험연구원 ; 2008.
- 김찬우. 노인장기요양보험제도 등급외자의 현황과 관련 정책방향. 2009 춘계 전국노인복지관대회·춘계학술대회 자료집. 대전 : 한국지역사회복지학회·한국노인종합복지관협회 ; 2009.
- 마티아스 폰 슈반넨플뤼겔. 독일장기요양보험의 개요와 성과 그리고 정책적 문제점. 2009년 한국사회보장학회 추계정기세미나. 서울 : 한국사회보장학회 ; 2009.
- 보건복지가족부. 노인복지법령 및 노인장기요양보험법령. 서울;보건복지부:2008(a).
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합 연계지침. 서울 ; 보건복지가족부 : 2008b.
- 보건복지가족부. 2009년 노인돌봄서비스 사업안내. 서울 ; 보건복지가족부 : 2009a.
- 보건복지가족부. 2009년도 맞춤형 방문건강관리사업 안내. 서울 ; 보건복지가족부 : 2009b.
- 선우덕, 이수형, 손창균, 유근춘, 신호성, 최영 등. 노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안. 서울 ; 한국보건사회연구원 : 2008.
- 선우덕. 노인복지관 : 장기요양보험실시에 따른 거점기관으로서의 역할. 2009 춘계 전국노인복지관대회·춘계학술대회 자료집. 대전 : 한국지역사회복지학회·한국노인종합복지관협회 ; 2009.
- 요시다 히로토, 후지와라 요시노리, 아마노 히데노리, 쿠마가이 슈, 와타나베 나오키, 이상윤 등. 개호예방사업의 경제적 측면에서의 평가-개호예방사업 참가군과 비참가군의 의료·개호비용의 추이분석. 일본공중위생학회지 2007 ; 54(3) : 156-167(吉田裕人 等. 介護予防事業の経済的側面からの評価-介護予防事業参加群と非参加群の医療介護費用の推移分析. 日本公衆衛生雑誌 2007 ; 54(3) : 156-167).
- 유승흠, 이윤환. 노인보건학. 서울:계축문화사 ; 2007.
- 이토우 슈헤이. 일본 개호보험제도의 운영평가와 시사점. 제16차 저출산·고령사회 포럼. 서울 : 한국보건사회연구원 저출산·고령사회연구센터 ; 2008.
- 정경희, 오형희, 석재은. 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 서울 : 한국보건사회연구원·보건복지부 ; 2005.
- 조추용. 노인장기요양서비스와 노인복지관련서비스간의 조정 및 재구축 방안. 제6차 노인장기요양보험 관련 세미나 자료집. 서울 : 보건복지가족부 노인장기요양보험 대외협력 T/F · 한국보건사회연구원 ; 2008.
- 최은진, 서미경, 선우덕, 김동진, 노정미, 김정님 등. 노인복지 관련 시설을 활용한 노인건강증진사

- 업 모형개발에 관한 연구. 서울 : 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단 ; 2007.
- 콘도 카츠노리. 일본에 있어서 개호예방의 의의와 과제. 연세대-일본복지대 제3회 의료복지심포지움. 서울 : 연세대학교 ; 2008.
- 후생노동성. 개호보험제도 개혁의 개요-개호보험법개정과 개호보수개정-. 동경 : 후생노동성 ; 2006 (厚生労働省. 介護保険制度改革の概要-介護保険法改正と介護報酬改正-. 東京 : 厚生労働省 ; 2006).
- Department of Health. Modernising social service: promoting independence, improving protection, raising standards. Cm 4169: The Stationery Office. UK ; Department of Health : 1998.
- Department of Health. The White Paper. UK ; Department of Health : 2006.
- Department of Health. Promoting Independence : "The long marathon to achieving choice and control for older people". UK ; Department of Health ; 2007.
- National Evaluation Team. National evaluation of Partnerships for Older People Projects : annual report. UK ; University of Hertfordshire : 2007.
- National Evaluation Team. National evaluation of Partnerships for Older People Projects : Interim Report of Progress. UK ; University of Kent : 2008.
- Office of the Deputy Prime Minister. Making life better for older people : An economic case for preventative services and activities. Wether by : ODPM ; 2006.
- Taguchi N, Higaki Y, Inoue S. Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities : An intervention study. J Epidemiol 2010 ; 20(1) : 21-29.
- 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지 : [http : //www.longtermcare.or.kr/](http://www.longtermcare.or.kr/)
- 동경도 미나토구 홈페이지 : [http : //www.city.minato.tokyo.jp/kurasi/korei/ikigai/index.html](http://www.city.minato.tokyo.jp/kurasi/korei/ikigai/index.html)
- 동경도 이나기시 홈페이지 : [http : //www.city.inagi.tokyo.jp/kurashi/fukushi/kaigohoken/kaigosien/index.html](http://www.city.inagi.tokyo.jp/kurashi/fukushi/kaigohoken/kaigosien/index.html)
- New South Wales의 주정부 고령·장애 홈케어부 홈페이지 : [http : //www.dadhc.nsw.gov.au/dadhc/](http://www.dadhc.nsw.gov.au/dadhc/)
- 보건복지가족부 사회서비스마우처 : <http://www.socialservice.or.kr/>
- 가고시마현 홈페이지 : [http : //www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/koreisya/zigyosya/jigyohyouka.html](http://www.pref.kagoshima.jp/kenko-fukushi/koreisya/zigyosya/jigyohyouka.html)