

노인장기요양보험 이용자의 등급유지 영향요인 분석

A Study of Factors Affecting the Grade Maintenance of Long-Term Care Service Users

문용필, 이호용

국민건강보험공단 건강보험정책연구원

Yongpil Moon(yymoon06@naver.com) Hoyong Lee(250lhy@naver.com)

요약

본 연구의 목적은 노인장기요양보험 이용자의 장기요양등급 유지 및 변경특성을 분석하고, 장기요양서비스 이용자의 등급유지에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이다. 이를 위해 국민건강보험공단 노인장기요양보험의 원자료(인정 및 급여자료)를 활용하여 2008-2014년 장기요양 급여를 이용한 자를 분석 대상으로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 대상자를 등급집단(1-3등급)별로 구분하여 인구사회학적 요인, 질병요인, 서비스 요인으로 분석하였다. 분석 결과, 인구사회학적 요인에서 1, 3등급에서 64세 미만자가 80세 이상자보다 등급을 유지할 가능성이 높게 나타났다. 3등급에서 독거자가 비독거자에 비해, 농어촌거주자는 대도시거주자에 비해 등급을 유지할 가능성이 높게 나타났다. 질병 요인에서 1등급에서 치매보유자가 등급 유지 가능성이 높게 나타났으나, 2, 3등급에서 반대로 나타났다. 2등급에서 중풍, 골절 보유자가 등급유지 가능성이 높게 나타났고, 3등급에서 암보유자가 등급유지 가능성이 높게 나타났다. 서비스요인에서는 2, 3등급에서 갱신했수가 높을수록 등급유지 가능성이 높게 나타났다. 1등급에서 시설이용일수가 높을수록 등급유지 가능성이 높게 나타났고, 2등급에서 재가이용일수가 높을수록 등급유지 가능성이 높게 나타났다. 이상의 분석결과를 통해서 장기요양서비스 이용자를 위한 제도개선에 대한 이론적, 정책적 시사점을 제시하였다.

■ 중심어 : | 노인장기요양보험 | 등급유지 | 장기요양등급체계 | 장기요양서비스 이용자 |

Abstract

The purpose of this study is to analyze factors affecting a grade maintenance of long-term care service users. Using 2008-2014 long-term care raw data of National Health Insurance Service(NHIS), the predictors were examined through the logistic regression by long-term care beneficiaries of grade. The results showed that there are differences by 3 factor groups and grade groups(1-3 grade). In socio-demographic factors, in the 1, 3 grade, Individuals 64 or younger presented a much higher probabilities of the grade maintenance than those 85 and over. In the 3 grade, people of living alone, resident of rural area presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. In disease factors, In the 1 grade, people with dementia presented a much higher probabilities of the grade maintenance than other 2, 3grades. In the 2 grade, people with stroke, fracture presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. In the 3 grade, people with cancer presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. In service factors, In the 2, 3grade, people having more renewal numbers presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. In the 1 grade, people who use facility benefits for more days presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. In the 2 grade, people who use in-home benefits for more days presented a much higher probabilities of the grade maintenance than others. Based on the finding of study, implications and future research directions were discussed for policy considerations.

■ keyword : | Long-term Care Insurance | Grade Maintenance | Grading System | Long-term Care Service User |

접수일자 : 2017년 09월 21일

수정일자 : 2017년 10월 19일

심사완료일 : 2017년 10월 19일

교신저자 : 이호용, e-mail : 250lhy@naver.com

I. 서론

우리나라의 인구 고령화율은 2000년 7.2%에서 2015년 13.1%로 급속하게 증가해왔으며, 특히 고령화 속도는 OECD 국가 가운데 가장 빠른 수준에 해당한다[1]. 또, 급속한 고령화와 더불어 소규모 핵가족화로 가족구조와 노인부양의 형태도 점차 변해왔다. 이런 고령화 속도와 노인 부양형태의 변화는 장기요양서비스 수요 증가로 나타나게 되었다. 이에 우리나라는 사회보험의 형태로 노인장기요양보험을 2008년 7월에 도입하였다[2]. 장기요양보험은 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신 상태 및 장기요양이 필요한 정도(요양필요도) 등을 고려하여 등급판정 기준에 따라 장기요양급여를 이용할 수 있게 된다. 즉, 노인장기요양보험의 이용 욕구가 있는 대상자는 보험자인 공단에 장기요양 인정을 신청하고, 인정조사 및 등급판정을 거쳐 등급판정을 받으면 장기요양 급여서비스를 이용할 수 있다. 노인장기요양보험의 급여 이용자는 지속적으로 증가하였는데, 65세 이상 전체노인 중에서 노인장기요양보험의 이용대상이 되는 수급자의 비율은 2008년 12월말 기준 4.2%(21만 명)에서 2015년 12월말 기준 7.0%(47만 명)로 증가하였다[3].

장기요양등급은 기본적으로 장기요양보험을 이용하려는 대상자의 요양필요도에 따라 결정되기 때문에 요양필요도가 높아지면 등급이 상향 조정되고, 요양필요도가 낮아지면 등급은 하향 조정된다. 이윤경[4]은 2009년부터 2011년까지 3년간 장기요양서비스 이용자의 특성을 분석하여 장기요양서비스 대상자 중에서는 등급유지자의 비율이 높고, 등급변경자의 비율이 낮은 것으로 나타났다. 이호용 등[5]은 2008-2014년 장기요양급여 이용자의 연령대별로 다소 차이가 있으나 대체로 장기요양서비스 이용자의 등급유지비율이 높으며, 신체기능상태가 저하된 노인이 많은 것으로 나타났다. 이는 최초 등급 인정 이후에 신청자의 심신상태가 일시적으로 호전되기 어려운 대상자가 많음을 의미하고, 이들은 등급인정 유효기간이 도래하면 반복적으로 재인정(갱신)을 받는 경우가 다수를 차지하는 것으로 나타났기 때문이다.

이와 같이 OECD 뿐만 아니라 한국에서도 지속적인 인구고령화와 기대수명의 증가에 따라 장기요양서비스의 이용자는 지속적으로 증가하는데[1], 이에 따라 장기요양서비스를 지속적으로 이용하는 대상자에 대한 연구가 필요하다[6]. 우리나라에서도 노인장기요양보험 제도가 성숙됨에 따라 서비스 이용자는 증가하고 있으나, 지속적으로 장기요양서비스를 이용하는 자에 대한 국내 실증연구는 미미한 편이다. 더구나 2008년 제도 도입시기부터 지속적으로 장기요양등급을 받고 서비스를 이용하고 있는 대상자에 대한 분석은 전무한 상황이다.

따라서 2008년 노인장기요양보험 제도 도입 이후 9년이 지난 시점에서 2008-2014년 동안 지속적으로 장기요양등급을 받고 급여서비스를 이용하고 있는 이용자들의 서비스이용 특성을 파악하고, 등급유지에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 한다. 이를 바탕으로 노인장기요양보험 급여이용자를 위한 제도개선에 대한 이론적, 정책적 함의를 제공하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 노인장기요양보험의 등급판정과 등급유지

다른 사회보험과 달리 노인장기요양보험은 신청주의(본인 혹은 가족 등의 등급신청)에 입각하여 등급판정을 위한 인정조사와 등급판정위원회의 판정절차를 거쳐서 장기요양등급을 받아야만 급여서비스를 이용할 수 있다. 이때 장기요양등급은 유효기간이 있고, 유효기간이 만료 되었을 때는 등급 인정자는 등급갱신(재인정)을 위한 인정조사를 다시 받아야 한다. 요양상태의 개선이 미비한 노인의 특성상 반복적인 인정조사의 불필요성으로 인해 2008년 제도 도입 이후 그동안 등급별 유효기간은 복지부 고시개정 등을 통해 5차례 변경되었다[표 1].

표 1. 장기요양 등급유지를 위한 유효기간

시기	조건	해당등급	유효기간
2008.7.1	연속 3회 이상 동일 등급	1, 2, 3등급	2년
	연속 2회 이상 동일 등급	1등급	2년
2010.1.1	연속 3회 이상 동일 등급	2, 3등급	2년

시기	조건	해당등급	유효기간
2013.7.1	갱신결과 직전과 동일 등급	1등급	3년
		2, 3등급	2년
2014.7.1	갱신결과 직전과 동일 등급	1등급	3년
		2, 3, 4, 5등급	2년
2017.1.1	갱신결과 직전과 동일 등급	1등급	4년
		2, 3, 4등급	3년
		5등급	2년

등급 유효기간은 2008년 7월부터 2009년 12월까지 1-3등급은 연속 3회 이상 동일등급일 경우 유효기간 2년이었다. 2010년 1월부터 등급유효기간 변경되어 1등급이 연속 2회 이상 동일등급일 경우, 2, 3등급이 연속 3회 이상 동일 등급일 경우에 유효기간 2년으로 구분되었다. 2013년 7월부터는 1등급이 갱신결과 직전과 동일 등급시 유효기간 3년으로 늘어났고, 2-3등급은 갱신결과 직전과 동일 등급시 동일하게 2년으로 유지되었다. 2014년 7월 1일부터는 기존 1-3등급체계에서 1-5등급 체계로 등급체계가 변경되었다.

이와 같이 모든 수급자는 각 개인의 장기요양등급별로 1-3년(유효기간)마다 최초 인정절차와 동일한 갱신절차가 적용되고 새롭게 등급을 받아야만 한다[3]. 다른 사회서비스와 달리 장기요양서비스는 신청주의 원칙에 의한 등급인정 및 갱신조사에 국민건강보험공단의 많은 인력이 투입되고 있어 급여서비스 이용자에 대한 서비스 제공은 정작 인력부족으로 인해 소홀하다는 지적이 지속적으로 있다[4][7]. 이로 인해 서비스이용자를 위한 서비스(상담 등) 제공이 극히 제한적이었다. 케어 매니지먼트(care management)체계가 없는 한국 제도의 상황에서 그나마 존재하는 공단의 이용지원 등의 업무는 미약하고, 이용자를 위한 표준장기이용계획서의 현실성에 대한 부분은 여전히 해결되어야 할 부분으로 지적되고 있다[7].

장기요양등급 판정체계와 등급유지 및 갱신방식의 국외사례를 살펴보면, 일본, 독일, 네덜란드의 등급체계와 한국의 등급체계 간에는 차이점이 있다[표 2]. 일본은 요개호 인정제도와 관련된 2012년 법 개정에서 2012년부터 요개호 인정의 유효기간이 개정되었는데, 요개호 인정과 관련된 시정촌의 사무부담의 경감을 취지로 요개호 인정의 유효기간의 상한을 상향조정하였다[8].

신규신청의 유효기간을 ‘원칙 6개월 최장 6개월까지 연장가능’에서 ‘원칙 6개월 최장 12개월까지 연장가능’으로, 구분변경신청의 유효기간을 ‘원칙 6개월 최장 6개월까지 연장가능’에서 ‘원칙 6개월 최장 12개월까지 연장가능’으로, 갱신 신청 중 일부 유효기간을 ‘원칙 6개월 최장 6개월까지 연장가능’에서 ‘원칙 6개월 최장 24개월까지 연장가능’으로 개정하였다.

독일은 장기요양등급 판정 후 인정기간은 유효기간이 2년이며, 별도의 갱신 신청 없이 진료내역에 따라 상태 확인 후 인정 유효기간이 연장 또는 재판정 여부가 결정된다. 네덜란드에서는 등급판정에 대한 유효기간은 5년으로 다른 국가에 비해 긴 편이며, 신청인의 연령, 보험가입 상황, 생활조건, 가구구성의 변화 등을 고려하여 결정하게 된다. 2015년부터 사회적 지원법에 의한 서비스 결정에 따라 2014년 1-8월에 결정된 등급은 8개월간 유효하며, 9-12월에 결정된 등급은 6개월까지만 유효하고, 새롭게 정비된 법령에 기반을 두고 유효기간이 다시 책정된다. 더불어, 18세 미만에 대한 요양 서비스는 18세가 경과하는 시점까지 유효기간이 연장되었으며, 장기요양, 치매 등 정신과 영역의 경우는 ZZP 1-6등급까지 유효기간 5년으로 재조정되었다. 또한 기대여명이 3개월 미만일 경우에도 사망 시까지만 유효기간을 인정하고 있다[5]. 즉, 우리나라보다 제도가 오래된 독일, 네덜란드에서는 등급의 유효기간은 긴 편으로 나타났고, 이들 국가에서는 정책적으로 등급갱신보다는 지속적으로 급여를 이용하는 자를 위한 제도개편이 이루어지고 있다[표 2].

표 2. 주요국의 등급판정 및 등급유지/갱신 방식 비교

구분	한국	일본	독일	네덜란드
평가 판정 기준	기능제한에 따른 요양필요도	기능제한에 따른 요양필요도	기능제한에 따른 요양필요도	요양육구 중심의 요양필요도
도입 시기	2008. 7	2000. 4	1995. 4(재가), 1996. 7(시설)	1968(너싱홈), 1989(재가), 2001(시설)
노인 인구 대비 장기 요양 인정률 (인정자 수)	6.6% (6,386천명)	17.9% (33,080천명)	15.3% (16,824천명)	27.3% (2,919천명)

구분	한국	일본	독일	네덜란드
등급 판정 방식	방문조사→1차판정(컴퓨터)→2차판정(등급판정위원회)	방문조사→1차판정(컴퓨터)→2차판정(개호인정심사회)	방문, 면접조사→MDK(의사, 간호사, 장기요양 전문가)→장기요양금고	CIZ직원의 우선면담
등급/인정 조사 방법	기능상태 조사 (52개 항목)	기능상태 조사 (74개 항목)	기능상태 조사 (37개 항목)	ICF체크리스트(인구통계학적 정보, 신체구조기능, 활동제한과 참여제한, 환경요인 등)를 통해 요양필요도 조사
등급 유효 기간	2-3년	3개월-2년(단, 신규는 6개월, 갱신은 12개월이 원칙임)	2년(별도의 갱신 신청 없이 진료내역에 따라 상태확인 후 인정 유효기간 연장 가능함)	5년(갱신의 유효기간도 5년임. 특히, 기능상태 회복이 확실하게 예상되는 경우에는 유효기간을 단축할 수 있지만, 특별한 경우 제외하고는 계속 인정됨)

자료: 기존 선행연구 등을 토대로 4개 국가 제도를 비교·정리함

2. 노인장기요양보험 급여이용자의 등급유지 영향 요인 선행연구 검토

노인장기요양보험의 장기요양서비스에서는 급성기 질환을 치료하는 건강보험의 의료서비스 개념과 달리 요양필요도에 따른 등급 구분이 있기 때문에 최초 등급 이후 일정시간이 지나면 등급갱신(등급 재판정)이 필요하다. 장기요양 인정자가 장기요양서비스를 이용하다가 등급의 유효기간이 도래하여 등급을 변경하는 경우, 등급의 상향·유지·하향이 나타나게 되고, 이것은 유효기간이 도래할 때마다 반복적으로 이루어진다. 다만, 이때 동일등급을 유지하는 갱신자들은 등급을 변경하는 수급자들과 달리 인정자의 일상생활능력, 신체적 능력이 일정하게 유지되는 것을 의미한다. 즉, 장기요양등급 유지는 대상자의 정신적, 신체적 상태 등 다양한 요인의 유지 및 변화와 관련되어 있다. 이에 따라 장기요양 서비스 이용자와 관련된 선행연구를 살펴보고, 인구사회학적 요인, 질병 요인, 서비스 요인별로 구분하여 등

급유지와 관련된 기존연구를 살펴보도록 하겠다.

1) 인구사회학적 요인

장기요양 필요도와 관련된 요인으로 연령은 중요한 변수로 인식된다[6]. 장기요양서비스를 받게 되는 대상자의 연령이 높아질수록 장기요양필요도는 높아지는 경향이 있다[3][5]. 노화에 따른 심신기능 변화 양상을 살펴보기 위해 중년, 노년의 연령 집단을 대상으로 한 연구에서 다양한 심신기능 영역에서 연령 증가에 따른 전반적인 쇠퇴가 확인되었다[9]. 또한 노년기 심신기능은 고령 노인과 초고령 노인 사이에서 급격히 저하되는 것으로 연구되었다. 특히, 연령이 증가할수록 여성노인은 남성노인보다 더 급격한 심신기능 저하가 나타나 고령과 초고령에 이룰수록 여성노인과 남성노인 간 심신기능 격차는 더 커졌다[10-13]. 반면에 국외연구에서는 노인의 심신기능에 나이, 교육수준, 인종적 배경의 영향은 크지만, 성별의 영향은 미미하다는 연구결과도 있었다[13]. 강임옥 등[14]은 65세 이상 노인 중 85세 이상인자, 가족유무가 장기요양 등급에 영향을 주는 것을 확인하였다. 이호용 등[5]에 따르면, 장기요양 급여이용자의 대다수가 65세 노인집단 중에서도 80세 이상 대상자가 특히 높은 것으로 나타났다. 이는 일본에서 노인연령대에서 75세 이상 후기고령자의 개호보험 이용자가 높은 현황을 고려할 때[8], Colombo 등[15]의 연구와 노인장기요양보험 급여이용 현황에서도 80세 이상 노인과 여성 고령노인이 높은 점도 일본 및 국제적으로도 유사한 결과로 볼 수 있다[15][16].

장기요양 급여이용에서 독거여부가 중요한 변수로 포함되는데, 자녀나 배우자가 없는 독거노인의 경우, 장기요양등급을 받고 이용하는 비율이 높게 나타났다[17][18]. 또한 독거하는 노인에 비해 가족과 동거하거나 타인과의 사회적 관계를 유지하는 노인이 심신기능 상태가 더 좋게 나타났고[19], 혼자 거주하고 친하게 지내는 개인적 관계가 전혀 없는 사람들은 비교군에 비해 3년 후 치매가 나타날 가능성이 2배 정도 높은 것으로 나타났다[20]. 또한, 장기요양대상자의 경우, 노년기에 거주하는 지역의 차이에 따라 건강상태, 거주지역(도시/농촌), 장기요양서비스 신청, 이용수준 등에서 차이가

나타났다[5][21][22]. 특히, 거주지역과 관련해서 신은숙 등[23]은 농촌지역 장기요양급여 노인들을 분석하여, 장기요양등급이 높을수록 기능/인지상태가 낮은 것으로 나타났다. 한편, 장기요양 인정자 중에서 농어촌거주자가 도시거주자에 비해 장기요양서비스를 적게 이용하는 것으로 나타난 연구결과도 있었다[22].

2) 질병 요인

노인의 장기요양 등급유지와 관련된 질병 요인으로는 신체적 일상생활 수행능력과 관련된 치매, 중풍, 골절, 암 등의 만성질환 보유여부 등이 있다[24]. 즉, 타인의 일상생활에서 도움과 관련된 치매, 암의 질병보유 수준과 대상자의 이동과 관련된 중풍, 골절 등이 관련된다.

장기요양인정자가 신규로 등급으로 들어올 때나 새롭게 등급갱신을 할 때에 대상자의 신체적 질병, 건강상태를 체크하게 된다. 이 때 신규, 갱신, 급여 내용 변경시 모두 동일한 인정조사 과정을 동일하게 거치게 된다. 인정조사에서는 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목에 대해 조사를 하는데, 신체기능 12개 항목, 인지기능 7개 항목, 행동변화 14개 항목, 간호처치 9개 항목, 재활 10개 항목에 대해 영역별 100점 환산점수를 도출한다. 그리고 그 환산점수를 기준으로 청결, 배설, 식사, 기능보조, 행동변화대응, 간접지원, 간호처치, 재활훈련 총 8개 서비스 군의 수행분석도에 각 서비스별로 필요한 서비스량에 따라 해당 요양인정점수를 산출한다. 여기에서 산출된 요양인정점수로 등급판정위원회에서 최종적으로 등급판정(1-3등급) 및 갱신을 하게 된다[25].

1 장기요양등급은 일상생활에서 타인의 도움 필요정도 수준에 따라 1-3등급이 정해진다(보건복지부, 2014).

장기요양 1등급: 일상생활에서 '전적으로' 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 인정점수가 95점 이상인 자

장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 '상당 부분' 다른 사람의 도움이 필요한 자로 장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자

장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 '부분적으로' 다른 사람의 도움이 필요한 자로 장기요양인정점수가 51점 이상 75점 미만인 자

이 때 중풍, 치매, 골절, 암 등의 만성질환 보유여부는 등급판정 및 갱신/유지에 영향을 주게 된다.

특히, 질병 중에서도 중풍질환, 노년기의 골절, 치매, 암 유무가 장기요양대상자의 보유질환으로 특성으로 나타났다[14][26][27]. 암, 중풍, 골절 등을 복합적으로 가지고 있는 수급자는 그렇지 않은 수급자에 비해 등급 유지가능성이 높게 나타났다[27]. 중풍은 거동불편이 동반되기 때문에 타인의 도움이 필요하며, 장기요양서비스 이용자 중 중풍질환 보유자가 많은 것으로 나타났다[3]. 또, 장기요양 재가급여를 이용하는 노인의 신체기능 상태분석에서 주관적인 건강상태가 좋지 않은 노인, 신체의 부자유가 있는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 ADL에서 기능장애군에 속할 위험이 높은 것으로 나타났다[13].

치매는 만성적으로 진행하여 점차 악화되는 소모성 질환으로 뇌신경 손상으로 인한 기억력 장애를 포함한 인지기능장애가 주 증상이고, 이차적으로 우울, 행동장애, 수면장애, 인격의 변화, 망상, 환각 등의 정신과 증상도 흔히 동반되며 이로 인해 자발적인 일상생활에서도 장애를 초래하였다[28]. 이로 인해 치매는 장기요양 시설서비스 이용의 주요한 질병요인으로 꼽혔다[29-31]. 치매질환자의 급증으로 인하여 노인장기요양 보험에서는 2014년 7월 1일부터 기존 3등급체계에서 치매특별등급(5등급)을 신설하여 5등급체제로 개편하여 치매보유자를 장기요양대상자로 편입하였다[32]. 또한, 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양 공동생활가정에서 치매노인을 위한 프로그램을 운영할 경우 기관에 가산을 부여하고 있다. 스웨덴의 경우, 2006년 스웨덴 의회의 '건강보호에 대한 기술적 판단 보고서'에 따르면, 65세 이상 인구의 약 8%, 그리고 90세 이상의 50%는 치매 관련 질환을 보유하고 있다고 보고하였다[33].

장기요양등급을 받은 대상자의 경우, 대체로 일상생활에서 타인의 도움이 필요한 상태인 자로 지속적인 도움이 필요한 편이고, 이들은 노년시기의 암질환 보유자, 골절 등으로 이동이 불편한 자 등이 있었다[25]. 장기간의 요양·간병이 필요한 자들은 장기요양서비스를 받는 노인뿐만 아니라 산업재해로 인한 심신상태 손상이 받

생한 고령 산재피해자와 고령이 된 장애인의 경우에도 기능상태의 손상으로 인한 타인의 도움이 필요하였다. 즉, 이들의 경우, ADL의 손상이 노인에게 영향을 미쳐서 취약한 건강상태가 장기적으로 유지되고 있음을 확인할 수 있었다[18][34].

장기요양서비스 중 시설급여 이용노인에 대한 ADL 수준 및 관련요인 연구[35]에서 주관적인 건강상태가 좋지 않은 입소노인, 거동이 불편하여 외출을 거의 하지 않는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 ADL이 유의하게 증가하는 것으로 나타나 노화 및 퇴행성 변화로 인한 노년기의 특성이 반영된 것이 확인되었다. 특히, 노인 중에서도 만성질환을 복합적으로 지니고 있는 경우나 골절 등으로 인해 이동이 불편한 경우, 신체적 장애가 나타날 가능성이 증가한다. 즉, 보유 만성질환의 수가 늘어날수록 일상생활활동능력 장애, 이동의 장애 위험도가 증가하고, 타인의 도움이 필요한 장기요양필요도가 증가한다는 연구가 있다[18]. 그리고 65세 이상 노인의 암, 골절 등의 전체적 유병률은 비노인층의 유병률보다 2-3배가 높고 연령이 높을수록 장기간의 치료를 필요로 하는 질병이 많이 발생함에 따라 만성적 신체질환은 노년기 심신기능 손상을 예측하는 대표적인 위험요인으로 지적되었다[21].

3) 서비스 요인

장기요양서비스 이용자의 등급유지 및 서비스이용에 관한 선행연구는 노인장기요양보험의 인정률 및 급여 이용 분석, 장기요양서비스 이용자의 서비스 이용형태 연구 등이 있었다. 강임옥 등[14][26]의 연구는 장기요양 인정률에 대한 정의를 토대로 전국 225개 장기요양 운영센터별(지역별) 등급판정을 파악하고, 등급결정에 미치는 영향요인을 분석하였다. 연구결과에서 장기요양등급에 영향을 미치는 요인은 장기요양등급, 재가급여 및 시설급여 서비스 이용수준, 사망유무가 등급판정과 등급유지에 영향을 주는 것을 확인하였다. 특히, 재가/시설 서비스의 이용수준은 다른 요인보다 등급판정에 유의한 영향을 미쳤다.

장기요양 인정자의 서비스 미이용 영향요인에 대한 연구에서는 장기요양 인정등급이 낮을수록, IADL의 제

한이 많을수록 서비스 미이용에 영향을 주는 것으로 나타났다[22]. 이윤경[4]은 현행 장기요양 등급판정체계의 문제점을 지적하면서 이용자의 등급갱신을 분석하여, 현 등급 유효기간의 짧은 유효기간과 등급하향에 따른 대상자의 기능상태 저하현상 발생 가능성을 지적하였다. 특히, 장기요양대상자(2009-2011년)의 등급유지/변경자에 대한 분석을 통해 인정자의 상당수가 등급유지자로 나타나는 상황에서 등급판정에서 소외되는 행정비용의 불필요성을 언급하며, 대상자의 등급에 따른 기능상태 변화와 등급갱신횟수에 초점을 둘 필요성을 제기하였다.

재가서비스를 이용하는 노인의 신체기능 상태분석에서 주관적인 건강상태가 좋지 않은 노인, 신체의 부자유가 있는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 재가급여서비스를 이용하는 것으로 나타났고[13], 시설급여 서비스 이용노인의 신체적 기능은 장기요양등급, 건강상태 등 여러 요인들이 연관있음을 확인하였다[35]. 다른 연구에서도 장기요양서비스 재가, 시설급여서비스 이용노인들의 신체적, 정신적 기능은 개인의 건강상태나 건강관련행위 특성과 밀접한 관련성이 있음을 밝혔다[36][37]. 이호용등[5]은 1-3등급자의 기능상태 변화분석에서 재가이용자, 시설이용자, 재가·시설 이용자 순으로 장기요양등급을 유지하는 자가 높고, 등급유지자의 기능상태도 좋지 않은 것으로 나타났다.

III. 연구방법

1. 분석자료 및 분석방법

본 연구의 분석 자료는 2008-2014년 국민건강보험공단의 노인장기요양보험 인정자료 및 급여자료이다. 분석대상자는 2008년 제도 시행초기에 장기요양등급을 받은 전체 급여대상자 중에서 2008년 7월 1일부터 2014년 6월 30일까지 장기요양등급(1-3등급)을 유지하고 서비스를 이용한 자로 한정하였다. 2008년 7월부터 2014년 6월까지 인정조사자 중 인정유효기간이 계속 유지된 대상자는 40,112명이다. 즉, 분석대상자는 2008년에 인정조사를 받고 2014년까지 7년간 지속적으로

등급 유지와 변경을 받으면서 인정 유효를 받은 대상자이다. 분석은 전체대상자 40,112명을 기준으로 구분하여(2014년 기준), 1등급자, 2등급자, 3등급자로 구분하였고, 등급갱신을 통한 등급 탈락자, 등급외자는 분석대상에서 제외하였다. 또한, 갱신시 동일등급을 받아 유효기간이 연장되어 장기요양 인정조사를 받지 않는 대상자는 이전 인정조사 결과를 반영하여 분석하였다. 결과분석은 STATA 14.0과 SAS Enterprise 4.3을 활용하여 급여이용자에 대한 기술통계와 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

2. 변수의 측정

분석 변수는 다음 [표 3]과 같다. 종속변수는 동일등급유지 여부이고, 독립변수는 인구사회학적 요인, 질병요인, 서비스 요인으로 구분된다. 인구사회학적 요인은 연령대, 독거여부, 거주지역이 있다. 성별의 경우, 등급유지자(2008년부터 2014년의 연속적으로 급여이용자) 중에서 남성이 모두 사망하여 여성만 있어 제외하였다. 질병상태 요인은 치매유무, 중풍유무, 골절유무, 암유무가 포함되었다. 서비스 요인은 등급갱신회수, 재가서비스 이용일수, 시설서비스 이용일수를 포함하였다.

표 3. 변수의 구성

구분	변수	설명
인구 사회학적 요인	연령대	64세 미만(1), 65-79세(2), 80세 이상(3)
	독거여부	독거자(1), 비독거자(0)
	거주지역	대도시 거주자(1), 중소도시 거주자(2), 농어촌 거주자(3)
질병 요인	치매유무	치매 유(1), 무(0)
	중풍유무	중풍 유(1), 무(0)
	골절유무	골절 유(1), 무(0)
	암유무	암 유(1), 무(0)
서비스 요인	장기요양등급	1등급, 2등급, 3등급
	등급갱신회수	등급갱신 1회(1), 2회(2), 3회 이상(3)
	재가이용일수	재가서비스이용 평균일수(일)
	시설이용일수	시설서비스이용 평균일수(일)
종속변수	동일등급 유지여부	동일등급 유지자(1), 등급 변경자(0)

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

1) 연구대상자의 인구사회학적 특성

분석대상자는 2008년에 최초로 장기요양등급을 받고, 2014년까지 장기요양등급을 받은 인정자 중에서 2014년까지 급여서비스를 이용한 자로 하였다[표 4]. 분석대상자 40,112명(100.0%)을 살펴보면(2014년 기준), 동일등급 유지자 55.6%, 등급변경자 44.4%로 등급유지자가 높게 나타났다. 분석대상자의 평균 연령은 74.5세로 나타났다, 연령대별로는 64세 미만인 자 58.8%, 65-79세인 자 56.2%, 80세 이상자 52.9% 순으로 동일등급 유지자의 비율이 등급변경자의 비율보다 높게 나타났다. 지역별로는 농어촌지역 거주자, 대도시 거주자, 중소도시 거주자 순으로 동일등급 유지자의 비율이 높게 나타났다. 서비스 이용형태에서 재가이용자, 시설이용자, 재가와 시설 모두 이용하는 자 순으로 동일등급 유지자의 비율이 높게 나타났다.

질병상태에서는 치매가 없는 자 60.3%, 중풍이 없는 자 56.1%, 골절이 없는 자 55.7%, 암이 있는 자 56.8%가 동일등급유지의 비율로 나타났다. 갱신회수에서 3회 갱신자, 2회 갱신자, 1회 갱신자의 순으로 갱신회수가 높을수록 동일등급 유지자의 비율이 높게 나타났다. 동거가족형태에서 독거인 자, 가족과 함께 있는 자 등의 순으로 동일등급 유지자의 비율이 등급변경자의 비율보다 높게 나타났다.

2008년 최초 받은 판정등급 1등급자 중에서는 동일등급유지자 34.9%, 등급변경자 65.1%로 나타났고, 2등급자 중에서는 동일등급유지자 29.1%, 등급변경자 70.9%로 나타나 등급변경자의 비율이 높게 나타났다. 3등급자 중에서는 동일등급유지자 72.3%, 등급변경자 27.7%로 등급유지자의 비율이 높게 나타났다. 즉, 1등급자, 2등급자에서는 등급변경자의 비율이 높게 나타났고, 3등급자에서는 동일등급유지자의 비율이 높게 나타났다. 3등급집단이 다른 등급집단에 비해 등급유지비율이 높은 것은 1, 2등급집단에서 급여이용자 중에서 사망자가 발생하여 분석대상에서 제외되었기 때문으로 보인다.

표 4. 2008-2014년 노인장기요양보험 급여서비스 이용자의 등급유지 여부 비교

(단위 : 명, %)

구분	동일등급 유지자		등급변경자			
	(명)	(%)	(명)	(%)		
전체	22,308	55.6	17,804	44.4		
연령대	64세 미만자	2,509	58.8	1,759	41.2	
	65-79세인 자	14,366	56.2	11,211	43.8	
	80세 이상자	5,433	52.9	4,834	47.1	
지역	대도시 거주자	8,180	55.7	6,515	44.3	
	중소도시 거주자	10,039	54.9	8,235	45.1	
	농어촌 거주자	4,089	57.2	3,054	42.8	
서비스 이용형태	재가이용자	12,011	68.1	5,615	31.9	
	시설이용자	5,124	47.7	5,611	52.3	
	재가·시설 이용자	5,027	43.7	6,486	56.3	
질병 유무	치매	있음	6,645	47.1	7,477	52.9
		없음	15,663	60.3	10,327	39.7
	중풍	있음	10,281	55.0	8,405	45.0
		없음	12,027	56.1	9,399	43.9
	골절	있음	3,544	54.9	2,907	45.1
		없음	18,764	55.7	14,897	44.3
암	있음	845	56.8	642	43.2	
	없음	21,463	55.6	17,162	44.4	
등급 갱신횟수	1회	29	65.9	15	34.1	
	2회	830	70.6	346	29.4	
	3회	20,339	85.6	3,423	14.4	
	4회	1,084	8.4	11,875	91.6	
	5회	26	1.2	2,144	98.8	
	6회	0	-	1	100.0	
동거가족 형태	독거	6,056	60.0	4,031	40.0	
	가족과 동거	11,575	55.1	9,422	44.9	
	기타	4,677	51.8	4,351	48.2	
2008년 받은	1등급	1,750	34.9	3,261	65.1	
최초	2등급	3,244	29.1	7,916	70.9	
판정등급	3등급	17,314	72.3	6,627	27.7	

2) 분석대상자의 등급변경 유형분석

전체대상자(40,112명) 중에서 2008-2014년간 2008년 받은 등급을 동일하게 유지한 자는 55.7%(22,308명)로 나타나 등급변경자 44.3%(17,804명)보다 높게 나타났다. 전체대상자는 등급유지자와 등급변경자 모두 장기요양등급을 유지한 자에 해당한다. 등급변경자의 경우, 등급변경의 유형이 크게 다섯 가지로 구분된다. 즉, 등급상향, 등급하향, 등급변경 반복(상향), 등급변경 반복(하향), 등급변경 반복(상향과 하향 동시)으로 나타나게 된다. 크게 동일 등급유지와 등급변경(등급상향, 하향, 상향 및 하향 등)으로 구분하여 볼 수 있다. 단, 등급판정(최초, 갱신)에서 등급외자로 판정된 자는 제외하며, 사망자와 등급탈락자는 제외한다[그림 1].

장기요양등급 인정자 중 등급갱신자 유형	등급 상향
	동일 등급 유지
	등급 하향
	변경 (상향, 하향, 상향과 하향 동시)

* 인정자 중 서비스이용자에 한정하여, 사망자, 등급외자, 탈락자 제외함

그림 1. 장기요양등급 갱신유형

2008-2014년 동안 장기요양등급을 유지한 40,112명의 등급변화유형을 살펴보면, 다음 [표 5]와 같다. 전체 등급변경유형은 467개의 유형으로 구분된다. 위에서도 나타났듯이 동일등급 유지자의 비율이 55.7%로 가장 높게 나타나, 55.7%는 '3-3-3-3-3-3'(43.2%, 17,314명), '2-2-2-2-2-2'(8.1%, 3,244명), '1-1-1-1-1-1'(4.4%, 1,750명)으로 나타났다. [표 5]의 결과에서 2008-2014년간 동일한 등급을 유지한 경우에서는 3등급(81.3%), 1등급(69.4%), 2등급(56.4%)의 순으로 나타나, 본 연구는 선행연구(이윤경, 2012)와 동일하게 3등급자의 비율이 다른 등급자에 비해 가장 높게 나타났다.

그 외 등급변경자 44.3%의 변경유형은 '2-3-3-3-3-3'(8.0%, 3,218명), '2-2-3-3-3-3'(3.5%, 985명), '3-2-2-2-2-2'(3.2%, 891명), '1-2-2-2-2-2'(2.1%, 848명) 등의 순으로 나타났다. 변경유형은 다양하게 나타나, 일정하게 유사한 패턴은 나타나지 않았다. 이는, 장기요양 인정자의 기능상태는 크게 호전되기 어려운 상태로 대부분 유지되거나 악화될 가능성이 높고, 장기요양등급자 중에서 일부는 사망하여 대상자에서 제외되는 경우가 많기 때문으로 보인다.

표 5. 분석대상자의 장기요양등급 변경유형

등급유지 및 변경유형 (2008-2014년)	빈도 (명)	비율 (%)
전체 총합	40,112	100.0
3-3-3-3-3-3 1)	17,314	43.2
2-2-2-2-2-2	3,244	8.1
2-3-3-3-3-3	3,218	8.0
1-1-1-1-1-1	1,750	4.4
2-2-3-3-3-3	985	3.5
3-2-2-2-2-2	891	3.2
1-2-2-2-2-2	848	3.0
3-3-3-3-2-2	804	2.0
3-3-2-2-2-2	564	1.4
3-2-3-3-3-3	558	1.4
1-3-3-3-3-3	528	1.3

등급유지 및 변경유형 (2008-2014년)	빈도 (명)	비율 (%)
2-1-1-1-1-1-1	524	1.3
2-2-2-2-3-3-3	501	1.2
3-3-3-2-2-2-2	379	0.9
2-2-2-2-1-1-1	322	0.8
2-2-1-1-1-1-1	310	0.8
1-1-2-2-2-2-2	287	0.7
2-3-2-2-2-2-2	267	0.7
3-3-2-3-3-3-3	262	0.7
1-2-3-3-3-3-3	259	0.6
3-1-1-1-1-1-1	236	0.6
3-3-3-3-3-3-2	216	0.5
2-3-3-2-2-2-2	201	0.5
3-3-3-3-1-1-1	171	0.4
3-2-2-3-3-3-3	165	0.4
1-1-1-1-2-2-2	148	0.4
3-2-1-1-1-1-1	145	0.4
2-2-3-2-2-2-2	144	0.4
1-2-2-3-3-3-3	137	0.3
1-2-1-1-1-1-1	134	0.3
3-3-3-3-3-2-2	133	0.3
2-1-2-2-2-2-2	128	0.3
3-2-2-1-1-1-1	117	0.3
3-3-1-1-1-1-1	116	0.3
2-3-2-3-3-3-3	110	0.3
그 외 유형(각각 0.2%미만의 유형)	3,996	7.1

주: '3-3-3-3-3-3-3' 은 3등급(2008년)-3등급(2009년)-3등급(2010년)-3등급(2011년)-3등급(2012년)-3등급(2013년)-3등급(2014년)을 의미하고, 그 외 '1-1-1-1-1-1-1' 와 '2-2-2-2-2-2-2' 도 동일한 의미로 가정

2. 노인장기요양보험 이용자의 동일등급유지 영향

요인 분석결과

다음으로 노인장기요양보험 이용자의 동일등급유지에 영향을 미치는 요인을 찾고자 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 본 분석은 장기요양등급 등급집단(전체대상자집단, 1등급집단, 2등급집단, 3등급집단)별로 구분하였고, 분석결과는 각 집단별로 영향요인의 차이가 있었고, 요인별로 살펴보면 다음과 같다[표 6].

첫째, 인구사회학적 요인을 살펴보면, 연령대에서 전체대상자, 1등급, 3등급집단에서 64세 미만자가 80세 이상자에 비해 동일등급유지 가능성이 높게 나타났다. 여기에서 64세 미만자는 노인이 아닌 자로 노인성질환을 가진 대상자로 상태의 큰 변화가 없는 대상자에 해당한다. 독거 상태에서는 전체대상자와 3등급집단에서 독거자가 비독거자에 비해 등급유지 가능성이 높게 나타났으나, 2등급집단에서 독거자의 등급유지 가능성이 비독거자에 비해 낮게 나타나 차이가 있었다. 여기에서 독

거자의 경우, 비독거자보다 갱신을 통한 등급인상보다는 동일등급을 유지할 가능성이 높고[4][17][35], 이는 독거자는 비독거자에 비해 주변의 가족, 친지 등의 등급갱신 권유(등급갱신 통한 서비스이용량 증가 등)가 적기 때문으로 보인다. 거주지역에서 전체대상자, 3등급집단에서 농어촌 거주자가 대도시 거주자에 비해 동일등급유지 가능성이 높게 나타났다. 이는 농어촌 거주자가 대도시 거주자에 비해 동일등급유지 가능성이 높다는 선행연구와 유사한 결과로 볼 수 있다[5][22].

둘째, 질병상태 요인에서는 1등급집단에서 치매가 있는 자가 치매가 없는 자에 비해 동일등급유지 가능성이 높게 나타나 선행연구와 동일하였고[28][30], 2등급, 3등급, 전체대상자집단에서는 반대로 나타났다. 2등급집단에서 중풍이 있는 자가 중풍이 없는 자에 비해 등급유지 가능성이 높게 나타났으나, 3등급집단에서는 반대로 나타났다. 골절유무에서는 2등급집단에서 골절이 있는 자가 골절이 없는 자에 비해 등급유지 가능성이 높게 나타났으나, 3등급집단에서 반대로 나타났다. 암유무는 2등급집단에서 암이 있는 자가 암이 없는 자에 비해 동일등급유지 가능성이 낮게 나타났으나, 3등급집단에서는 반대로 나타났다. 즉, 1등급집단에게는 다른 등급집단과 달리 치매보유가 동일등급유지에 정적 영향을 주는 것을 재확인하였다[14][26]. 2등급집단에게 중풍, 골절, 암 보유자의 등급유지 가능성이 높게 나타났으나, 3등급집단에서는 중풍, 골절이 없는 자의 등급유지 가능성이 높게 나타났다. 이를 통해 등급별로 차이는 있으나, 질병상태 수준에서 치매유무, 중풍유무, 골절유무, 암유무가 동일등급유지에 정적 영향을 미치고 있음을 재확인하였다[21]. 특히, 치매질환이 1등급집단에서 동일등급유지에 정적(+)영향을 미쳤으나, 다른 집단에서는 치매질환이 동일등급유지에 부적(-) 영향을 주었다. 이는 현 등급체계에서는 신체적 기능상태 중심으로 등급판정이 이루어지기 때문에, 치매 등의 인지기능상태가 등급체계에서 적은 영향력을 가지기 때문으로 추론된다.

셋째, 서비스 요인을 살펴보면, 집단별로 갱신흐수에 따라 동일등급유지의 차이가 각각 나타남을 확인하였다. 전체대상자집단, 2등급, 3등급집단 모두 갱신흐수가

1회에 비해 3회인 자가 동일 등급유지 가능성이 높게 나타났고, 2회인 자에 비해 3회인 자의 동일등급유지 가능성이 더 높게 나타났다. 반면, 1등급집단에서는 갱신회수가 유의하게 나타나지 않았다. 전체대상자집단에서는 갱신회수가 1회인 자가 3회 이상인 자에 비해 동일등급유지 가능성의 오즈비가 0.308배, 2회인 자가 3회 이상인 자에 비해 0.396배로 낮게 나타났다. 3등급집단에서도 갱신회수가 1회인 자가 3회 이상인 자에 비해 동일등급유지 가능성의 오즈비가 0.215배, 2회인 자가 3회 이상인 자에 비해 0.341배로 낮게 나타났다. 2등급집단에서는 2회인 자가 3회 이상인 자에 비해 0.415배로 낮게 나타났으나, 1등급집단에서는 유의하게 나타나지 않았다. 즉, 2008-2014년 동안 급여서비스를 이용한 대상자들 중에서 갱신회수 3회 이상인 자는 전체대상자, 3등급집단에서 등급유지 가능성이 높게 나타난 것을 볼 수 있었다.

급여서비스 이용수준에서 재가서비스 이용수준에서

는 1등급집단, 2등급집단에서는 평균 재가이용일수가 길수록 동일등급유지 가능성이 높게 나타났으나, 전체대상자집단, 3등급집단에서는 평균재가이용일수가 길수록 동일등급유지 가능성이 낮게 나타났다. 그리고 시설서비스 이용수준에서는 전체대상자집단, 1등급집단, 3등급집단에서 평균 시설이용일수가 증가할수록 동일 등급유지 가능성이 높게 나타나 기존 선행연구의 결과 [13][35]와 동일하였다. 즉, 시설이용은 동일등급유지에 유의하게 나타났고, 재가이용은 등급유지보다는 등급 변경에 정적(+) 영향을 미쳤다.

이상의 집단별 분석결과를 살펴볼 때, 전체적으로 각 요인별로 전체대상자에서 유의한 영향요인이 3등급집단에서 유의한 영향요인과 유사하게 나타난 것을 볼 수 있었는데, 이는 전체대상자 중에서 3등급집단의 비율이 다른 등급집단에 비해 높고, 신체기능상태가 좋지 않은 1등급자는 사망 등으로 인해 대상자에서 제외되었기 때문으로 보인다.

표 6. 노인장기요양보험 이용자(등급집단 구분별)의 동일등급유지에 미치는 영향요인 분석

구분	전체대상자 집단			1등급 집단			2등급 집단			3등급 집단				
	B	S.E.	OR	B	S.E.	OR	B	S.E.	OR	B	S.E.	OR		
인구 사회학 적 요인	연령대 (80세 이상자)													
	64세미만자	.154*	.071	1.166	.822***	.231	2.275	-.200	.121	.819	.315**	.104	1.370	
	65-79세인 자	.064	.043	1.066	.149	.156	1.161	-.035	.075	.966	.090	.060	1.094	
	독거 상태	.497***	.045	1.643	-.026	.170	.974	-.228**	.082	.796	.657***	.064	1.930	
	거주 지역													
	(대도시 거주자)													
중소도시 거주자	.070	.039	1.072	.083	.138	1.086	-.066	.069	.936	.095	.055	1.099		
농어촌 거주자	.238***	.054	1.268	.072	.180	1.075	.032	.096	1.033	.254**	.075	1.289		
질병 요인	치매유무(유)	-.298***	.041	.742	.385**	.136	1.469	-.152**	.068	.859	-.211***	.058	.810	
	중풍유무(유)	-.139***	.039	.870	-.092	.132	.912	.258***	.069	1.295	-.187**	.055	.829	
	골절유무(유)	-.043	.051	.958	-.030	.180	.970	.290**	.088	1.336	-.146*	.072	.864	
	암유무(유)	.091	.099	1.096	-.215	.332	.807	-.526**	.173	.591	.312*	.145	1.367	
서비스 요인	갱신회수 (3회 이상인 자)													
	1회	-1.176***	.324	.308	.724	1.076	2.063	-1.938	1.111	.144	-1.535***	.412	.215	
	2회	-.927***	.068	.396	-.257	.257	.774	-.880***	.146	.415	-1.076***	.087	.341	
	급여서 비스 이용	재가이용 평균일수	-.001***	.000	.999	.002**	.001	1.002	.003***	.000	1.003	-.002***	.000	.998
	시설이용 평균일수	.001***	.000	1.001	.002**	.001	1.002	.000	.000	1.000	.001***	.000	1.001	
	Constant	1.685***	.076	5.394	.744**	.255	2.104	.168	.137	1.182	2.075***	.106	7.962	
-2log likelihood	20523.372			1719.835			5897.990			11313.778				
LR X ² (df)	723.763(13)***			38.744(13)***			216.922(13)***			629.737(13)***				

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

()은 기준집단을 의미함

V. 결론 및 시사점

본 연구의 목적은 노인장기요양보험 급여서비스를 이용한 장기요양서비스 이용자의 등급유지 영향요인을 살펴보는 것이었다. 이를 위해 2008-2014년 동안 지속적으로 장기요양서비스를 이용한 장기요양등급자의 특성을 살펴보고, 동일등급유지 영향요인을 장기요양등급 집단별로 구분하여 분석하였다.

분석결과를 바탕으로 정책적 시사점을 제시하면, 다음과 같다.

첫째, 노인장기요양보험의 급여를 이용하는 등급유지자에 대해 지속적으로 모니터링할 필요가 있다. 장기요양등급 인정자는 기본적으로 65세 이상의 일상생활에 어려움이 있는 허약노인(frail elderly) 혹은 취약노인(vulnerable elderly)과 65세 미만인 노인성질환을 지닌 장애가 있는 자로 장기간 타인의 도움이 필요한 자이다. 특히, 인구사회학적 요인에서도 나타났듯이, 2008-2014년 장기요양서비스를 이용한 자 중에서 75세 이상의 여성 노인, 등급이 높은 자(요양필요도가 높은 자), 농어촌 거주자, 독거자가 등급유지자로 높게 나타난 것을 확인하였고, 연령대 변화에 따라 등급유지자의 비율도 상이하게 나타났다. 즉, 2-3등급에서는 65세 미만자의 등급유지 가능성이 높게 나타났고, 1등급자에서는 80세 이상자가 등급유지 가능성이 높게 나타나 80세 이상 노인에 대한 등급 갱신시 등급유지의 특성을 살펴볼 의미가 있었다. 따라서 이들의 연령대, 독거상태, 거주상태에 따라 대상자의 잔존기능의 유지 및 향상에 도움이 될 수 있는 정책적 접근이 요구된다. 케어 매니지먼트체계가 없는 한국의 특성상 국민건강보험공단에서 제공하고 있는 이용지원업무의 활성화가 요구된다. 특히, 등급 하향으로 인하여 발생하는 등급에 따른 급여 이용한도액의 감소로 인해 등급하향, 즉 장기요양 서비스를 통한 요양상태의 개선에 대한 유인책(incentive)이 없다는 점은 보완이 필요하다. 장기요양서비스 대상자의 특성상 기능회전이 어려운 편이기는 하지만, 기능상태 유지 혹은 악화가 장기요양서비스의 목표는 아니기 때문이다. 또한, 2016년 7월부터 시행된 등급갱신의 유효기간 연장에 따라 향후 등급유지자들에게 대해서는 등

급갱신 업무보다는 그들에 대한 이용지원 업무의 확대가 더 필요할 것이다. 또한, 이들에 대한 데이터 축적은 향후 장기요양서비스 대상자 유입시 참고할 기초자료로 유용할 것으로 보인다.

둘째, 노인장기요양보험의 급여이용자의 질병보유수준 확인 및 등급유지 영향요인을 고려한 정책적 개선이 요구된다. 특히, 질병요인에서 치매, 중풍, 골절, 암 질환보유가 각 등급집단별로 각기 다르게 영향을 주고 있었다. 즉, 질병요인은 인정자의 기능상태와 관련되며, 등급갱신 및 유지에 영향을 준다. 등급변경자의 경우, 등급상향(기능악화)으로 인한 월 한도액 증가, 등급하향(기능회전)으로 인한 월 한도액 감소, 상향과 하향의 반복으로 유형화가 다양해질 것이다. 따라서 등급상향(기능악화)으로 인한 월 한도액 증가를 지양해야 하고, 등급변경자에 대한 등급 갱신시 인정조사에서 대상자에 대한 질병보유상태 확인 및 상담서비스 등의 새로운 서비스 제공이 필요할 것이다. 특히, 장기요양서비스 이용자의 기능상태는 일정기간 이상 장기화된 기능저하로 단기간에 향상이 이루어지기 어렵다. 일부 적절한 보호를 받지 못했다가 서비스를 받아 기능이 좋아지는 경우는 단기간 기능향상으로 보여질 수 있으나, 이들의 경우 등급하향으로 인해 서비스를 받지 못할 경우 다시 기능이 저하되는 상태로 된다. 국외사례와 같이 등급의 유효기간 연장에 따른 장기요양 이용지원 강화 등이 필요하다.

또한, 노인장기요양보험은 기본적으로 질병유무가 아닌 장기요양의 필요도에 따라 요양등급이 정해지지만, 노인성질환 및 특정질병은 장기요양이용의 유의한 영향을 미치는 것으로 분석된바 향후 장기요양측면에서의 의료요구를 해소하기 위한 촉탁의제도의 강화 및 급여서비스체계의 개편이 필요하다.

셋째, 장기요양서비스 이용자에 대한 특성에 기반한 현 등급판정체계 개선이 필요하고, 장기적인 대상자 선정방식에 대한 새로운 방식 개발이 필요하다. 즉, 현 서비스 이용자의 특성이 고려된 등급판정 및 개선방안이 요구된다. 분석에서 서비스 요인에서 갱신했수가 많을수록, 각 집단별로 급여이용수준(재가, 시설)은 등급유지에 다른 영향을 주고 있었다. 2008-2014년 동안 장기

간 등급을 받고 서비스를 받는 대상자의 경우, 기능상태의 큰 변화가 없는 등급유지자가 해당되며, 이들의 특성을 고려하여 현행 등급판정체계에 대한 검토가 필요하다. 갱신회수가 증가할수록 갱신시 그들의 건강상태를 확인해야 하고, 서비스 이용패턴(시설, 재가)도 추적 관찰하여 등급유지 경향을 파악하여 등급판정체계 개편이 요구된다. 이는 현재 장기요양등급과 일상생활상 도움필요정도(‘전적으로 도움 필요(1등급)’, ‘상당부분 도움 필요(2등급)’, ‘부분적으로 도움 필요(3등급)’)가 서비스 이용자의 특성과 일치하지 않을 수 있기 때문이다.

또한, 분석에서도 나타났듯이 모든 집단에서 시설이용수준이 등급유지에 동일한 영향을 준 것과 달리 재가 이용수준은 등급유지에 미치는 영향이 각 집단별로 다르게 나타났다. 이는 제도 설계시에 타임스터디에 의한 서비스량 조사가 시설에서만 관찰된 요양시간을 기준으로 요양필요도를 측정하였고, 이를 토대로 수형분석도에 의한 등급체계의 기초가 구성되었기 때문에 현 등급체계에서는 재가서비스의 특성은 반영되지 못한 한계에 기인한다. 이는 기존 대상자에 대한 시설보호라는 관점에서 서비스 제공을 접근하였다는 한계가 있기 때문이다. 따라서 향후에는 대상자에 대한 ‘보호’보다는 대상자의 ‘자립’ 측면으로의 패러다임 변화가 필요하며, 자립 정도에 대상자를 어느 정도 선정, 지원할 수 있는지를 고려하는 접근방식이 필수적일 것이다. 이는 점차 강조되어가는 지역사회내 재가서비스의 강화라는 큰 방향에서 이런 등급체계의 설계는 개선이 필요하기 때문이다. 따라서 향후 새로운 등급체계는 새로운 타임스터디 진행을 통한 알고리즘 개발시 기존 한계는 개선될 필요가 있다.

마지막으로 본 연구의 한계점으로는 첫째, 본 분석은 자료의 특성상 노인장기요양보험이 3등급 체계였던 2008년 7월에서 2014년 6월까지의 자료로 이루어졌다. 다만, 앞서 분석한 것처럼 등급유지는 등급점수(3등급 이하)에 큰 영향이 없는 것으로 분석되어서 결과에서는 큰 변화가 없을 것으로 생각된다. 또한, 5등급 체계로 개편된 2014년 7월 이후 기존 3등급에서 3-5등급이 되었으나, 기존 3등급을 세부로 구분하였기 때문에 무방할 것이다. 다만, 최근 2018년 1월 1일에 도입된 6등급(경

증 치매대상 인지기원 등급 등)의 편입은 향후 검토할 과제로 남겨둔다. 둘째, 본 연구는 등급유지자들의 특성 파악을 위해 2008-2014년 동안 장기요양등급을 유지한 자 중에서 급여서비스 이용자만을 대상으로 하였다. 이 때문에 등급탈락자는 분석에서 제외하였는데, 향후 연구에서는 등급탈락자를 포함하여 등급변경유형도 고려한 분석이 필요할 것이다. 셋째, 본 연구가 장기요양보험의 등급유지자의 서비스이용의 특성을 분석하였으나, 등급변경자의 경우 등급 상향과 등급하향에 따른 차이가 있어 정책적인 고려가 필요할 것이다. 이에 따라 향후 세부적인 연구가 필요한 부분이라 할 수 있다.

이상의 한계에도 불구하고 본 연구는 그동안 장기요양서비스 이용자에 대한 등급유지에 대한 선행연구가 미미하였던 상황에서 제도가 시작된 2008년부터 2014년까지 장기요양서비스를 장기간 급여서비스를 이용한 이용자를 대상으로 등급유지 특성 및 영향요인 분석을 최초로 실시하였다는 것에 의의가 있다. 이를 통해 장기요양서비스의 제도개선에 관한 이론적, 정책적 기초 자료를 제공하였다는 측면에서 의의가 있다.

참 고 문 헌

- [1] OECD, “Health at a Glance: 2015,” Paris: OECD, 2015.
- [2] 이준영, *사회보장론*, 서울: 학지사, 2008.
- [3] 국민건강보험공단, *2015년 노인장기요양보험 통계연보*, 국민건강보험공단, 2015.
- [4] 이윤경, *노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점*, 보건복지 이슈 앤 포커스(제137호), 한국보건사회연구원, 2012.
- [5] 이호용, 문용필, *노인장기요양보험 갱신택차 효율화 방안*, 건강보험정책연구원 정책연구보고서, 국민건강보험공단, 2015.
- [6] C. Gori, J. L. Fernandez, and R. Wittenberg, “Long-Term Care Reforms in OECD countries,” Policy Press: UK, 2016.
- [7] 김찬우, “노인장기요양보험제도 실행에서의 한국

- 형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰,” 보건사회 연구, 제32권, 제12호, pp.219-242, 2013.
- [8] 후생노동성(厚生労働省), www.mhlw.go.jp, 2014.
- [9] 이해원, 김선경, 이고은, 정유진, 박지윤, “연령에 따른 인지 변화 양상,” 한국심리학회지: 인지 및 생물, 제24권, 제2호, pp.127-148, 2012.
- [10] 우종인, 이정희, 홍진표, “농촌지역 거주노인의 연령, 성별, 교육수준이 한국판 MMSE 점수에 미치는 영향에 관한 연구,” 신경정신의학, 제35권, 제1호, pp.122-132, 1996.
- [11] D. H. Kim, D. R. Na, B. G. Yeon, Y. W. Kang, K. B. Min, M. S. Lee, M. R. Lee, O. J. Pyo, C. B. Park, S. M. Kim, and S. S. Bae, “Prevalence of dementia in the elderly of an urban community in Korea,” Korean Journal of Preventive Medicine, Vol.32, No.3, pp.306-316, 1999.
- [12] 이현주, 강상경, “노년기 인지기능의 성별 및 연령 차이,” 정신보건과 사회사업, 제37권, 제4호, pp.255-278, 2011.
- [13] B. Miller and S. Mcfall, “The Effect of Caregiver’s Burden on Change in Frail Older Person’s Use of Formal Helpers,” Journal of Health and Social Behavior, Vol.32, pp.165-179, 1991.
- [13] 윤석환, 이광성, 조영채, “재가급여 장기요양인정 노인들의 신체기능 상태 및 관련요인,” 한국산학기술학회논문지, 제14권, 제5호, pp.2338-2348, 2013.
- [14] 강임옥, 한은정, 박종연, “등급판정 관련 특성이 장기요양 등급률에 미치는 영향,” 보건행정학회지, 제21권, 제3호, pp.381-396, 2011.
- [15] F. Colombo, A. Liena-Nozal, J. Mercier, and Tjadens, “Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care,” Paris: OECD, 2011.
- [16] 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계월보 (2016.12월), 국민건강보험공단, 2016.
- [17] 권순만, 김홍수, 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계, 국민건강보험공단·서울대학교 보건대학원 연구용역보고서, 국민건강보험공단, 2011.
- [18] 문용필, 이준영, “중·고령자의 장기요양서비스 이용의사 영향요인 분석: 베이비부머와 노인집단 간 차이를 중심으로,” 사회보장연구, 제32권, 제3호, pp.59-92, 2016.
- [19] S. S. Bassuk, T. A. Glass, and L. F. Berkman, “Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons,” Annals of Internal Medicine, Vol.131, No.3, pp.165-173, 1999.
- [20] L. Fratiglioni, H. X. Wang, K. Ericsson, M. Maytan and B. Winblad, “Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study,” Lancet, Vol.355, No.9212, pp.1315-1319, 2000.
- [21] 최성재, 장인협, 노인복지학, 서울: 서울대학교 출판부, 2010.
- [22] 국경남, 김노을, 임승지, 박종연, 김재윤, 정우진, “노인장기요양보험 인정자의 미이용 관련요인 분석: 전남지역을 대상으로,” 보건행정학회지, 제24권, 제4호, pp.349-356, 2014.
- [23] 신은숙, 조영채, “일부 농촌지역 장기요양급여노인들의 인지기능상태와 관련 요인,” 한국산학기술학회논문지, 제11권, 제10호, pp.4493-4501, 2011.
- [24] 전치혁, 강성홍, 박일수, 최인덕, 이수동, 정준용, 김은주, 장기요양 인정조사방식 개선에 대한 연구, 국민건강보험공단·포항공과대학교 연구용역 보고서, 국민건강보험공단, 2014.
- [25] 보건복지부, “장기요양인정점수 산정방법, 보건복지부 고시 제2013-106호(2013.6.28.),” 보건복지부, 2013.
- [26] 강임옥, 한은정, 장기요양등급 인정을 발생요인 분석 및 지역간 격차 개선방안, 건강보험정책연구원 정규연구보고서, 국민건강보험공단, 2009.
- [27] 이호용, 문용필, “노인장기요양보험의 도입전후 진료형태별 의료비 변화 분석,” 보건경제와 정책

- 연구, 제21권, 제3호, pp.83-104, 2015.
- [28] 김귀분, “노인성 치매의 현황과 전망,” 대한간호, 제37권, 제1호, pp.16-24, 1998.
- [29] J. W. Rowe, “Health Care of the Elderly,” New England Journal of Medicine, Vol.312, pp.827-835, 1985.
- [30] 정완교, “장기요양서비스 수요의 결정요인,” 한국개발연구, 제31권, 제1호, pp.142-167, 2010.
- [31] 사공진, 송현중, “노인장기요양보험 지역별 인정을 결정요인에 대한 패널분석,” 보건행정학회지, 제27권, 제1호, pp.56-62, 2017.
- [32] 보건복지부, “치매특별등급 신설 등 장기요양보험 등급체계 개편에 따른 수가 신설·조정 및 보험료를 결정,” 보도자료, (2014.5.2.), 2014.
- [33] Swedish Association of Local Authorities & Regions, “Care of the Elderly in Sweden Today,” The Swedish Association of Local Authorities & Federation of Swedish County Councils in collaboration, 2007.
- [34] 문용필, 원서진, “산재경험 고령자의 경제적 노후준비에 관한 연구,” 한국콘텐츠학회논문지, 제15권, 제8호, pp.313-325, 2015.
- [35] 안권숙, 박승경, 조영채, “장기요양시설 노인들의 신체적 기능(ADL, IADL)수준 및 관련요인,” 한국산학기술학회논문지, 제17권, 제3호, pp.480-488, 2016.
- [36] 김형선, 박재영, 권인선, 조영채, “노인 장기요양보험급여 이용자의 삶의 질과 신체적 및 정신적 기능과의 관련성,” 한국산학기술학회논문지, 제11권, 제10호, pp.3808-3819, 2010.
- [37] 배남규, 송명수, 신은숙, 조영채, “장기요양서비스 이용 노인들의 신체적 및 정신적 기능과 관련요인,” 한국산학기술학회논문지, 제13권, 제12호, pp.5976-5985, 2012.

저 자 소 개

문 용 필(Yongpil Moon)

정회원



- 2012년 2월 : 서울시립대학교 사회복지학과(사회복지학 석사)
- 2016년 2월 : 서울시립대학교 사회복지학과(사회복지학 박사)

<관심분야> : 노인복지, 노인장기요양보험

이 호 용(Hoyong Lee)

정회원



- 2005년 8월 : 성균관대학교 경제학과(경제학 석사)
- 2009년 2월 : 성균관대학교 경제학과(경제학 박사수료)

<관심분야> : 노인장기요양보험, 재정추계