

제1차 장기요양기본계획 수립방안 연구

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원

제 출 문

보건복지부 장관 귀하

보건복지부로부터 위탁받은 「제1차 장기요양기본계획 수립방안 연구」에 대한 사업을
종료하고 보고서를 제출합니다.

2012. 3. 30

주관연구기관: 한국보건사회연구원

연구책임자: 선우 덕 (한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실 연구위원)

공동연구자: 이 윤경 (한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실 부연구위원)

공동연구자: 김 진수 (한국보건사회연구원 사회보험연구실 연구위원)

공동연구자: 유 근춘 (한국보건사회연구원 사회보험연구실 연구위원)

공동연구자: 석 재은 (한림대학교 사회복지학과 교수)

공동연구자: 강 임옥 (영동대학교 간호학과 교수)

연구보조자: 양 찬미 (한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실 연구원)

연구보조자: 이 은진 (이화여자대학교 사회복지대학원 박사과정)

머 리 말

우리나라는 노인장기요양보험제도를 도입한 지 3년이 경과하였으며, 이용자나 그 가족으로부터의 만족도를 조사해 보면, 상당히 양호한 것으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고, 각 부분 별로 보면, 제도설계자체의 미흡도 있을 수 있겠지만, 제도를 이용하는 이용자나 공급자들의 그릇된 사고방식에 의해 제도가 잘못 운영되고 있는가 하면, 정부정책의 방향성이 제대로 제시되고 있지 못함으로써 발생하는 문제점도 있는 것이 사실이다.

특히, 우리나라는 인구고령화가 매우 급속하게 진행되고 있어서 장기요양보험제도를 비롯한 각종 사회보험재정이 불안해 질 가능성이 있다. 그 중에서도 고령자의 증가에 크게 영향을 받을 수 있는 제도가 국민연금제도와 장기요양보험제도로 보여지고, 이들의 관계는 매우 밀접하다. 다시 말하면, 장기요양서비스를 이용하는데 필요한 비용이 국민연금에서 나오기 때문이다.

지난 3년간은 선진국가의 제도를 참고로 하여 시행해 본 일종의 시범적 제도운영이라고 해도 무방하다. 이제부터 제도시행이후 5년마다 제도에 대한 전반적인 재검토 및 제도개선을 수행하도록 하고 있기 때문에 2013년부터는 개선된 내용으로 제도가 추진되어야 한다. 일종의 사례이지만, 일본은 5년마다 개호보험제도를 개혁하는 것으로 되어 있어서 지난 2차례에 걸쳐서 개혁 내용에 대한 논의를 거듭한 결과, 2005년에 1차 개혁을 단행하였고, 2011년에는 제2차 개혁을 단행한 바 있다. 또한, 독일의 경우에는 2008년도에는 지난 1996년도에 제도를 도입한 지 13년만에 제도를 개혁한 바 있다.

이러한 선진국가의 경험으로부터 알 수 있는 것이 장기요양보험제도는 의료보험제도와 밀접한 관계에 놓여 있고, 인구고령화의 추세에 따라서 제도가 변화를 일으키고 있기 때문에 현실에 맞게 수정, 보완을 하여야 한다는 것이다.

본 보고서는 본 연구원의 선우덕 연구위원의 책임하에 이윤경 부연구위원, 김진수 연구위원, 유근춘 연구위원, 양찬미 연구원, 이은진 전 연구원, 그리고 석재은 한림대학교 교수, 강임옥 영동대학교 교수에 의해 작성되었다. 아울러 유익한 자문으로 보고서의 작성에 도움을 준 노인장

기요양보험발전포럼 위원을 비롯한 여러 전문가들에게 감사의 뜻을 전하고자 한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 입장이 아니고 연구자 개개인의 의견임을 밝히고자 한다.

2012년 3월

한국보건사회연구원 원장

목 차

제1부

제1장 추진배경 및 경과	13
제1절 추진배경	13
제2절 추진과정	15
제2장 인구사회환경의 변화와 전망	19
제1절 인구학적 변화와 영향	19
제2절 가족구조의 변화와 영향	31
제3절 질병상태(건강상태)의 변화와 영향	35
제4절 사회보장지출의 변화와 영향	38
제5절 SWOT 분석 결과	41
제6절 장기요양서비스의 공급전망	43
제3장 노인장기요양보험의 도입이후 실적 평가	49
제1절 평가기준의 개념	49
제2절 각 기준별 평가내용	56

제2부

제4장 주요 OECD국가의 장기요양정책의 주요 개선방안 ..	107
제1절 독일	107
제2절 일본	122
제5장 제1차 기본계획 추진방향	137
제1절 정책목표	137
제2절 정책 추진방향	139
제3절 분야별 정책방향	140
제6장 각 분야별 세부계획	145
제1절 장기요양 대상자 범위 부문	145
제2절 장기요양 급여전달 체계 부문	186
제3절 장기요양인프라의 개선	235
참고문헌	277

표목차

<표 2-1> 노인인구의 변화추이	20
<표 2-2> 전체 인구 중 노인인구비율의 추이	20
<표 2-3> 가정별 부양비 및 노령화지수, 1960-2060	22
<표 2-4> 베이비붐 세대의 규모(2010년)	23
<표 2-5> 주요사망 원인의 변화(45~54세, 1995, 2000, 2005년)	24
<표 2-6> 부모를 위한 공적 장기요양서비스 제공 의향	25
<표 2-7> 부모를 위한 공적 장기요양시설서비스 제공 의향	26
<표 2-8> 부모를 위한 공적 장기요양재가서비스 제공 의향	27
<표 2-9> 본인의 장기요양서비스 이용의향	28
<표 2-10> 본인의 장기요양시설서비스 이용의향	29
<표 2-11> 본인의 장기요양재가서비스 이용의향	30
<표 2-12> 가족규모의 추이	31
<표 2-13> 인구 및 가구수 추이(2005~2030)	32
<표 2-14> 노인가구의 비중 추이(65세이상 가구주 기준)	34
<표 2-15> 노인가구유형별 노인의 추이(65세이상 가구주 기준)	34
<표 2-16> 노인의 사망원인 추이	36
<표 2-17> 65세이상 노인의 치매유병률 추이	37
<표 2-18> 총사회복지지출의 추이	38
<표 2-19> 순사회복지지출의 추이	39
<표 2-20> 공공복지지출에 대한 조세부담율의 국제비교	39
<표 2-21> 한국, 일본, 중국의 GDP 대비 고령화지출 추이	39
<표 2-22> 공적연금 수급자 현황(65세 이상)	40
<표 2-23> 장기요양기본계획수립에 대한 SWOT분석	42
<표 2-24> 65세 이상 인구 중 장기요양보험 이용자수	43
<표 2-25> 시설 및 재가서비스 이용자수	44
<표 2-26> 재가장기요양기관 1개소당 월별 실인원수(2011년)	45
<표 3-1> 산출분석평가의 기준	51
<표 3-2> 장기요양제도의 구축 및 평가를 위한 기준	53

<표 3-3> 본 연구를 위한 제도 평가 기준	55
<표 3-4> 장기요양보험의 재정수지율 추이	63
<표 3-5> 장기요양보험료의 인상추이	63
<표 3-6> 등급별 인정자수 추이	65
<표 3-7> 연령계층별 인정자수 추이	67
<표 3-8> 각 연령계층별 인구대비 인정률 추이	67
<표 3-9> 소득수준별 65세미만 및 65세이상의 인정자수 추이	68
<표 3-10> 시설 및 재가급여의 등급별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) ...	70
<표 3-11> 시설 및 재가급여의 등급별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)	71
<표 3-12> 시설 및 재가급여의 소득수준별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) 73	
<표 3-13> 시설 및 재가급여의 소득수준별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) 75	
<표 3-14> 연령계층별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)	76
<표 3-15> 연령계층별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)	77
<표 3-16> 시설급여유형별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) . 79	
<표 3-17> 시설급여유형별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) .. 79	
<표 3-18> 재가급여유형별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) . 80	
<표 3-19> 재가급여유형별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함) ... 81	
<표 3-20> 방문요양서비스의 이용시간별 연도별 실태추이	83
<표 3-21> 방문목욕서비스의 이용횟수별 이용실태추이	85
<표 3-22> 방문간호서비스의 이용실태 추이	87
<표 3-23> 주야간보호서비스의 이용실태 추이	90
<표 3-24> 복지용구 품목별 이용실태 추이	93
<표 3-25> 시설급여 장기요양기관 운영추이	95
<표 3-26> 정원규모별 노인요양시설의 분포(2011년)	96
<표 3-27> 정원규모별 개인운영자의 노인요양시설의 지역별 분포(2011년) 97	
<표 3-28> 노인인구대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양) ... 98	
<표 3-29> 장기요양인정자대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양) 99	
<표 3-30> 시도별 운영주체별 방문요양기관의 분포(2011)	99
<표 3-31> 신체활동기능의 변화정도	100

<표 3-32> 재활기능의 변화정도	102
<표 3-33> 장기요양보험의 고용 및 부가가치 유발효과	103
<표 4-1> 제2차 일본개호보험제도의 개혁 논의내용	129
<표 6-1> 연도별 장기요양보험 대상자 수	147
<표 6-2> 건강보험 및 노인장기요양 보험료를 변화	148
<표 6-3> 연도별 장기요양보험 인정자 수	149
<표 6-4> 연도별 재정 수지 현황	150
<표 6-5> GDP 대비 장기요양보험 지출 비율	150
<표 6-6> 장기요양보험 수혜자 또는 수급자 추계	152
<표 6-7> 장기요양보험 중장기 추계 결과	153
<표 6-8> 일본 인구 구조 및 개호보험 인정자수 현황(2006년 기준)154	
<표 6-9> 일본 개호보험 인정자 연도별 증가율	155
<표 6-10> 독일 등급별 장기요양 대상자 추이(1999~2007)	158
<표 6-11> 독일 장기요양보험의 수지현황(2001~2007)	159
<표 6-16> 각국의 장기요양 보장현황	161
<표 6-12> GDP 대비 장기요양보험 지출 비율(2000년 기준)	162
<표 6-17 > 전체 치매노인 및 치매노인 중 중등도·중증자 현황 (‘08. 치매유병률, 통계청)	164
<표 6-13> 인정점수 조정으로 등급확대 방안시 대상자 추계	164
<표 6-14> 소폭의 등급확대 방안시 대상자 추계	165
<표 6-15> 대폭의 등급확대 방안시 대상자 추계	165
<표 6-18> 노인장기요양보험 등급판정 현황(2011.5)	167
<표 6-19> 미국 MDS를 사용한 분석에 사용하는 결과변수	180
<표 6-20> 노인장기요양보험 코호트를 위한 연차계획(안)	184
<표 6-21> 표준장기요양이용계획서의 내용	193
<표 6-22> 시설 및 재가급여별 총지출액의 연도별 추이(본인부담포함) 196	
<표 6-23> 재가서비스 유형별 총지출액의 연도별 추이(본인부담포함) · 197	
<표 6-24> 재가서비스 유형의 주요 질병별 급여계약 현황 (2011.6월) · 198	
<표 6-25> 주야간보호서비스의 월 이용일수(2011.6월말 기준)	199

<표 6-26> 주야간보호서비스의 이용실태 추이	199
<표 6-27> 11. 9월 재가급여 이용자 322명 대상 서비스 욕구조사 결과 (5점에 가까울수록 큼)	201
<표 6-28> 노인장기요양보험에서의 복지용구 급여고시 제품	203
<표 6-29> 복지용구 급여 실적(2011.6월)	204
<표 6-30> 장기요양등급별 복지용구 급여 실적(2011.6월)	205
<표 6-31> 비공식적 수발자에 대한 보상 유형	210
<표 6-32> 노인장기요양보험제도 도입이후 수가개정 내용	215
<표 6-33> 일본 개호보험제도의 도입이후 수가개정 내용	216
<표 6-34> 우리나라 장기요양인정자의 주 질병 현황	221
<표 6-38> 장기요양보험 인정자 질병별 현황 ('12. 1월)	221
<표 6-35> 노인요양시설의 직원배치기준	222
<표 6-36> 재가급여유형의 등급별 이용현황	224
<표 6-37> 재가급여유형별 서비스이용현황	224
<표 6-39> 축탁의 운영방식·관리체계 개선 및 유희의료인력 활용방안	225
<표 6-40> 비공식적 수발자에 대한 보상 유형	231
<표 6-41> 장기요양서비스 기관의 추이	242
<표 6-42> 노인인구 대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)	243
<표 6-43> 장기요양인정자 대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)	243
<표 6-44> 시도별 운영주체별 방문요양기관의 분포(2011)	244
<표 6-45> 급여종류별 서비스제공기관당 평균 이용자수	245
<표 6-46> 지역별 서비스공급자 및 급여지출 현황(2011)	246
<표 6-47> 장기요양 급여이용액 결정요인	247
<표 6-48> 시설급여 장기요양기관 운영추이	248
<표 6-49> 정원규모별 노인요양시설의 분포(2011년)	249
<표 6-50> 정원규모별 개인운영자의 노인요양시설의 분포(2011년)	249
<표 6-51> 재가급여 서비스종류별 지역별 분포 격차(2011년 6월) ..	251
<표 6-52> 호주의 운영주체별 장기요양시설 분포	252
<표 6-53> 장기요양등급별 질병보유 현황 (2011.6월)	258

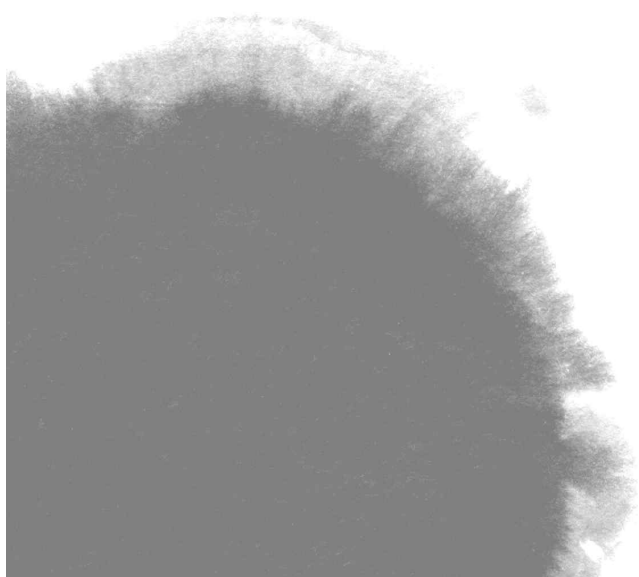
<표 6-54> 장기요양시설유형별 질병보유 현황 (2011.6월, 급여계약기준)	259
<표 6-55> 시설입소기준(3등급 치매질환자)	259
<표 6-56> 등급별 표준기능상태상	260
<표 6-57> 일본 인지증대응형공동생활개호시설의 기준	261
<표 6-58> 장기요양기관 평가지표 구성	263
<표 6-59> 평가지표별 장기요양기관 평가결과 ('09 ~ '11)	272
<표 6-60> 평가지표 및 주요내용	272
<표 6-61> 장기요양기관 미설치 지역 현황	273

그림 목차

[그림 2-1] 80세 이상 인구비율 증가추이	21
[그림 2-2] 2010년 및 2050년의 65세·80세 이상 인구비율	21
[그림 2-3] 부양부담비 변화추이 (UN, 2011)	22
[그림 2-4] 부모부양에 대한 견해(65세 이상)	32
[그림 2-5] 주 간병수발자(2004년 기준)	33
[그림 2-6] 주 간병수발자(2008년 기준)	33
[그림 2-7] 노인의 만성질환 유병률	36
[그림 2-8] 노후준비가 안된 고령자 중 노후 준비방법(65세 이상)	40
[그림 2-9] 65세 이상 인구 중 장기요양보험 이용자수	43
[그림 3-1] 정책의 다원적 평가 틀	52
[그림 3-2] 생활안정 및 자립지원 도모 정도	57
[그림 3-3] 이용자위주 체계 운영 방식에 대한 생각	58
[그림 3-4] 재가급여 우선 제공 정도	58
[그림 3-5] 의료서비스와의 연계 도모 정도	59
[그림 3-6] 사회보험방식 운영에 대한 생각	60
[그림 3-7] 현물급여방식 운영에 대한 생각	61
[그림 3-8] 제공자(공급자)의 방식에 대한 생각	62
[그림 3-9] 등급별 인정자수 추이	66
[그림 3-10] 방문요양서비스의 이용시간별 실태추이	84
[그림 3-11] 방문목욕서비스의 이용횟수별 이용실태추이	86
[그림 3-12] 방문간호서비스의 이용실태추이(이용시간, 이용횟수 기준)	88
[그림 3-13] 주야간보호서비스의 이용실태추이	91
[그림 3-14] 인지기능의 변화(전체대상자)	101
[그림 3-15] 문제행동의 변화(전체대상자)	101
[그림 3-16] 인지기능의 변화(치매대상자)	101
[그림 3-17] 수발자의 만족도 추이	104
[그림 4-1] 2005년 개호보험제도개혁의 기본적 시점과 주요 내용 ...	123
[그림 4-2] 제2차 개혁의 인구사회환경적 변화배경	126

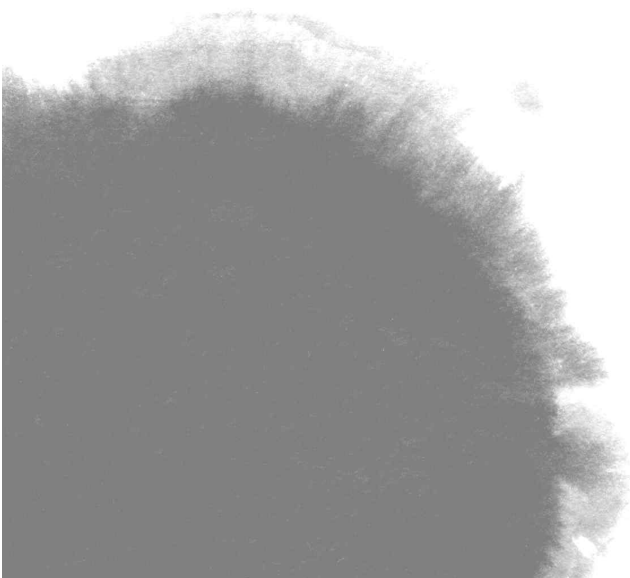
[그림 6-1] 일본 개호보험의 중증도별 인정자비율의 추이	155
[그림 6-2] OECD 국가별 장기요양보장 비율	161
[그림 6-4] 각국의 GDP 대비 장기요양 보험료 추이	162
[그림 6-5] 80세 이상 노인인구 대비 각국의 장기요양보험료 추이 ·	163
[그림 6-3] 전체 치매노인 및 치매노인 중 중등도·중증자 현황 (‘08. 치매유병률, 통계청)	164
[그림 6-6] 코호트 연구의 설계	177
[그림 6-7] 장기요양코호트 DB 구성 안	183
[그림 6-8] 인정자 거주형태 추이	201
[그림 6-9] 등급판정 신청자 거주형태 추이	201
[그림 6-10] 가족요양비 수급자규모 변화(2008.12-2011.06)	208
[그림 6-11] 장기요양서비스 미이용 사유	209
[그림 6-12] 장기요양대상자의 의료서비스 필요 변화	222
[그림 6-13] 가족요양비 수급자규모 변화(2008.12-2011.06)	230
[그림 6-14] 요양보호사 자질 향상을 위한 보수교육 제도의 단계적 추진방안(예시)	239
[그림 6-15] 장기요양기관 평가 업무수행절차 흐름도	263
[그림 6-16] 제1기 장기요양기관 평가결과	265
[그림 6-17] 입소시설 10인 및 시설충족률	273

1부



1장

추진배경 및 경과



제1장 추진배경 및 경과

제1절 추진배경

- 노인장기요양보험제도는 지난 2008년도에 인구고령화에 의한 가족사회적 환경의 변화에 대응하고자 사회복지대책의 일환으로 도입, 시행되고 있음. 다시 말하면, 고령자의 장기요양보호의 욕구가 더 이상 가정내에서 해결되지 못하는 상황으로 변화해 가고 있어 이에 대한 사회적 제도의 도입의 필요성이 제기되었음. 즉,
 - 첫째, 후기고령자를 중심으로 하는 노인인구의 급증은 장기요양서비스를 필요로 하는 고령자의 수 자체를 증가시켜 사회적 보호대책에 대한 준비가 요구되었음.
 - 둘째, 장기요양대상자에 대한 보호는 가정내에서 대부분이 이루어져 왔으나, 핵가족화의 만연, 특히 노인가구의 증가가 눈에 띄게 늘었고, 가정내 수발인력의 대부분을 차지하고 있는 여성의 사회활동 증가로 가정내 수발인력이 축소 내지는 사라지는 현상이 심화되어 이에 대한 대책이 요구되었음.
 - 셋째, 장기요양보호의 욕구를 지닌 고령자가 가정내에서의 보호가 어려워지면서 민간시장에서의 서비스구입을 시도하였으나, 높은 요양비용으로 가정, 지역사회에 방치되거나, 장기요양시설의 부족으로 치료가 아닌 장기요양보호를 목적으로 병원에 입원해 있음으로 해서 불필요한 의료비증가가 초래되었음.
- 이상과 같은 배경하에 도입된 노인장기요양보험제도는 지난 3년간 운영해 본 결과, 거시적 관점에서는 이용자 및 가족으로부터의 만족도가 높게 나타나고, 경제적 파급효과도 기대이상으로 나타나고 있는 등, 긍정적인 평가를 받아 왔음.
 - 그러나, 미시적으로 보면, 제도를 이용하는 대상자나 서비스를 제공하고 있는 공급자들로부터 제도이용에 따른 문제점이나 한계점이 나타나고 있는 등, 수정보완하여야 할 부

분도 제기되고 있음.

- 즉, 이용자나 가족은 시설입소위주의 보호행태를 요구하고 있거나, 가사행위에 대한 지원을 지나치게 요구하고 등, 효과적으로 제도를 이용하고 있지 못하고, 시설운영자나 제공자는 단순한 보호수준에 머무르고 있거나, 질적 수준이 낮은 서비스를 제공하고 있어 제도의 효율성을 떨어뜨리고 있음.
- 또한, 시행 4년에 접어든 현재는 서비스 내실화 및 보장성 확대 등의 요구가 여러 분야에서 강조되고 있음(연세대, 2011; 조세연, 2011)

□ 전반적으로 우리나라사회의 변동을 보면, 인구의 고령화가 더욱 심화되어 가고 있고, 가족 환경이나 의료환경도 변모해 갈 것으로 예측되고 있어 사회적 환경에 부합하는 제도의 수정 및 그로 인한 사회복지제도의 안정화가 요구되고 있음.

- 노인장기요양보험법상 노인 등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위해 5년 단위로 장기요양기본계획을 수립하도록 규정 (법 제6조)
- 노인 등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위해 연도별 장기요양급여 대상·재원조달·공급확충방안을 포함하여 5년 단위로 기본계획 수립·시행하여야 함

◆ 노인장기요양보험 관련 주요사항

- 대통령 공약사항 및 국정과제 : 2012까지 장기요양 대상자 확대
- OECD ('11. 6) : Targeted Universalism (장기요양이 우선 필요한 자를 대상으로 보장성 확대 필요), 재가급여 활성화 및 장기요양인력 대책 마련 필요
- 국회 ('11.) : 등급판정 개선 필요(이낙연), 요양보호사 처우개선(신상진 외), 장기요양보험제도 이용 활성화를 위한 적극적 계획수립 필요(곽정숙)
- 언론 ('11.) : 대상자 확대 필요, 농어촌·도시지역 수급불균형 해소 필요 등
- 장기요양 관련 학계 ('11.) : 보장성 강화(대상자 확대 포함), 등급판정 도구개선, 서비스 제공 내실화 및 적정 서비스 공급방안 마련 등 필요
- 노인장기요양보험발전포럼 위원 ('11.): 이용자위주의 체계운영 개선, 의료서비스와의 연계 강화, 공급체계의 개선, 서비스질 평가체계의 개선 등을 제시 (FGI 분석결과)

- 우리나라보다 앞선 경험을 하고 있는 독일이나 일본도 부정기적 또는 정기적으로 제도에 대한 재검토를 단행한 바 있으며, 현재 개선된 제도에 의한 서비스를 제공하고 있음.

- 장기요양보험제도가 사회보장제도의 일환으로 추진, 시행되고 있기 때문에 장기요양보험 재정의 불안은 전반적인 사회보장재정의 안정화에도 부정적인 영향을 끼칠 수 있음. 따라서, 이러한 제도의 장기지속적인 제도운영의 틀을 마련하고, 이용자에게 만족스러운 양질의 서비스를 제공하기 위한 제도로 개선시키는데 필요한 대책 마련이 요구되고 있음.

제2절 추진과정

- 2008년 노인장기요양보험제도의 도입이후 매년마다 운영평가를 실시하여 제도모형 및 운영성과에 대해 검토하여 왔음.
 - 2009.6월 : 제도도입 1주년 운영평가 검토
 - 2010.6월 : 제도도입 2주년 운영평가 검토
 - 2011.6월 : 제도도입 3주년 운영평가 검토
- 노인장기요양보험제도의 도입이후, 보건복지부산하의 장기요양위원회, 장기요양실무위원회 등 관련 위원회를 통해서 제도개선을 수행하여 왔음.
 - 그동안의 주요개선사항으로는 장기요양수가의 인상, 장기요양수가의 가감산 방식의 도입 및 수정보완, 시설 및 재가서비스내용의 수정보완 등 제도급여와 관련한 내용이 수정되어 왔음.
 - 또한, 장기요양서비스인력의 요양보호사양성기준의 강화, 재가서비스시설의 설치기준의 강화, 종사자의 처우개선 등 장기요양인프라측면에서의 개선도 이루어져 왔음.
- 그리고, 2005년 저출산고령사회기본법에 의한 기본계획이 5년마다 재수립되고 있는데, 2011년도부터 시행되는 2차 기본계획내에서도 장기요양서비스의 내실화를 도모하기 위한 대책이 제시되고 있음.
 - 이는 사회보장제도의 재선측면 뿐만 아니라 저출산고령화의 사회현상에 대한 대응책을 마련한다는 취지에서도 노인장기요양보험제도를 개선하도록 유도하여 왔음.
- 또한, 2011년도부터 노인장기요양 기본계획을 수립하는데 있어서 각계각층의 전문가로부터 의견을 수렴하기 위해 설치된 노인장기요양보험발전포럼에서 기본계획(안)에 대해 논의를 거침.

○ 2011년도 노인장기요양보험발전포럼의 개최내용

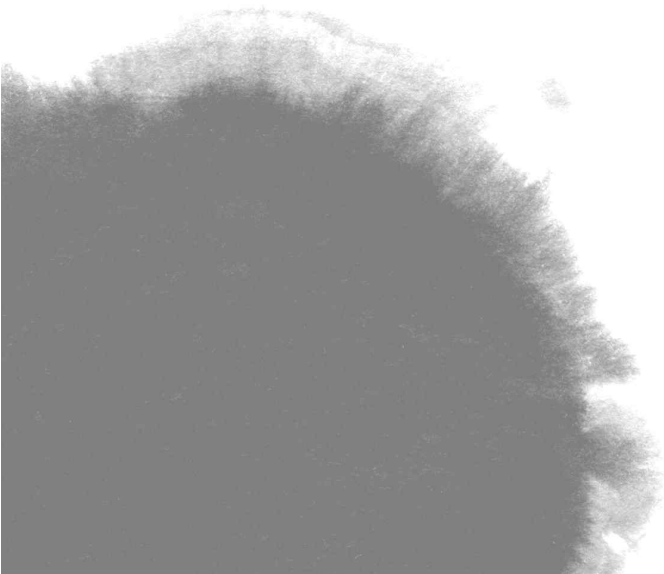
개최일시	회의내용
2011. 6.21 (제1차 포럼)	가족요양보호사제도의 개선방안 검토
2011. 8.23 (제2차 포럼)	중단기 노인장기요양기본계획 수립방안 검토
2011.10.19 (제3차 포럼)	1차 노인장기요양 기본계획(안) 검토

○ 2012년도 노인장기요양보험발전포럼의 개최내용

개최일시	회의내용
2012. 3.21 (제1차 소간담회)	1차 노인장기요양 기본계획(안) 사전검토

2장

인구사회환경의 변화와 전망



제2장 인구사회환경의 변화와 전망

제1절 인구학적 변화와 영향

- 장기요양서비스 욕구는 노인계층에게서 집중적으로 발생하고 있기 때문에 장기요양보험은 노인인구의 변화에 크게 영향을 받지 않을 수 없는 제도임.
- 즉, 장기요양보험의 급여대상자수는 계획적인 대상범위의 확대에 의해 증가할 뿐만 아니라, 자연적인 노인인구의 증가에 의해서도 늘어나기 마련임.
- 특히, 장기요양서비스 욕구는 연령의 증가에 따라서 높아지기 마련인데, 노인인구의 추계에 따르면, 연령계층별 증가속도가 80세 이상의 후기고령자층에서 그 이전 연령계층에 비해 높다는 것을 알 수 있음. 다시 말하면, 2000년의 인구수를 100으로 한 경우, 2030년 노인인구의 평균치는 352.9인데, 85세 이상의 노인계층에서는 732.5로 나타나, 평균치보다 약 2배 이상으로 빠르게 증가할 것으로 예측하고 있음.
- 이와 같이 후기고령자의 빠른 증가는 베이비붐세대가 노년기에 진입하기 때문에 나타나는 현상임.

<표 2-1> 노인인구의 변화추이

(단위: 명)

연도	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상	전체
2000	1,370,390 (100.0)	912,446 (100.0)	595,164 (100.0)	299,473 (100.0)	169,348 (100.0)	3,346,821 (100.0)
2005	1,680,067 (122.6)	1,252,743 (137.3)	766,870 (128.9)	432,259 (144.3)	233,288 (137.8)	4,365,227 (130.4)
2010	1,812,168 (132.2)	1,566,014 (171.6)	1,084,367 (182.2)	595,509 (198.9)	366,609 (216.5)	5,424,667 (162.1)
2015	2,071,383 (151.2)	1,653,723 (181.2)	1,305,797 (219.4)	816,604 (272.7)	533,312 (314.9)	6,380,819 (190.7)
2020	2,580,776 (188.3)	1,908,063 (209.1)	1,429,479 (240.2)	1,012,800 (338.2)	770,007 (454.7)	7,701,125 (230.1)
2025	3,547,443 (258.9)	2,396,697 (262.7)	1,670,214 (280.6)	1,126,049 (376.0)	1,027,390 (606.7)	9,767,793 (291.9)
2030	3,791,545 (276.7)	3,314,792 (363.3)	2,123,530 (356.8)	1,340,394 (447.6)	1,240,446 (732.5)	11,810,707 (352.9)

주: 2015년부터 추계인구. ()내는 2000년을 기준으로 한 지수
자료: 통계청

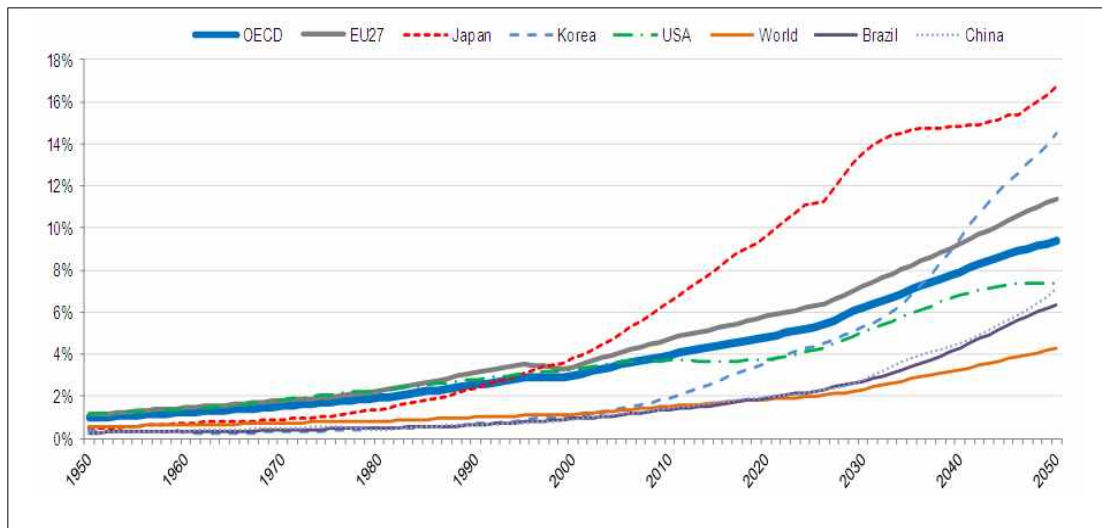
- 우리나라는 급속한 고령화로 인한 노인인구비율 증가가 OECD 가입국 중 가장 빠르고 급격할 것으로 추정됨('10. OECD). 이로 인한 고령자에 대한 사회적 부양부담이 증가하고 있음.

<표 2-2> 전체 인구 중 노인인구비율의 추이

총인구대비	('10)	('20)	('30)	('40)	('50)
65세 이상 인구비율(%)	11.0	15.7	24.3	32.3	37.4
80세 이상 인구비율(%)	1.9	3.7	5.3	9.4	14.3

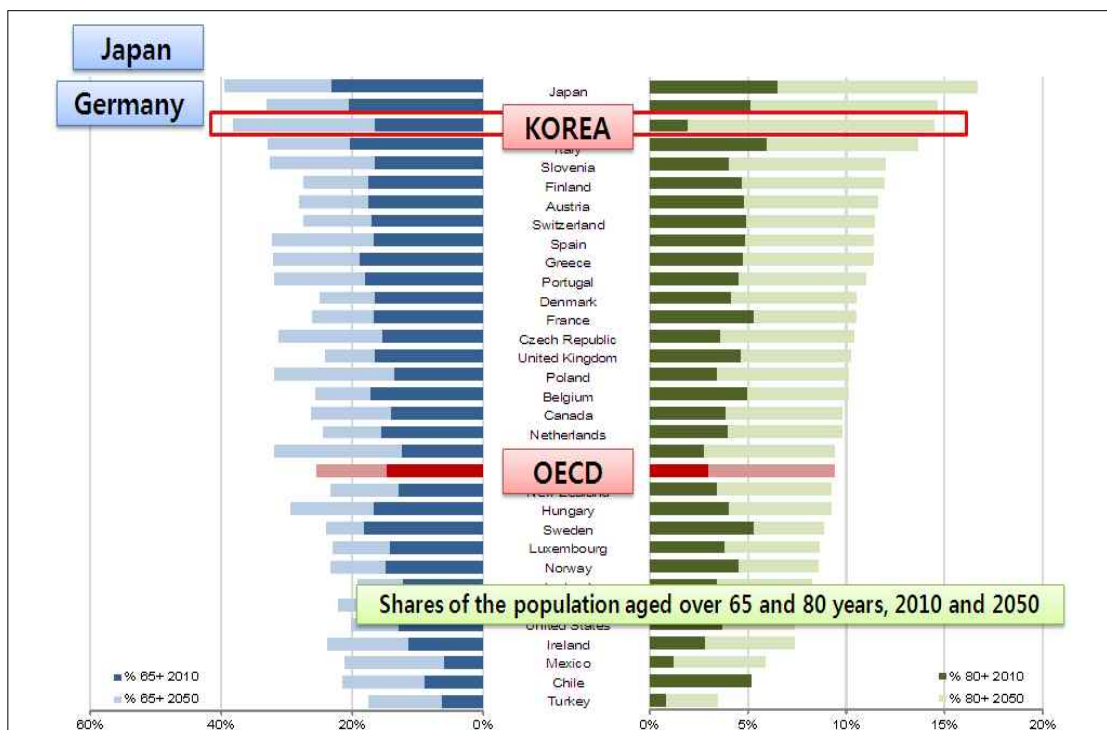
자료: 통계청

[그림 2-1] 80세 이상 인구비율 증가추이



자료: OECD

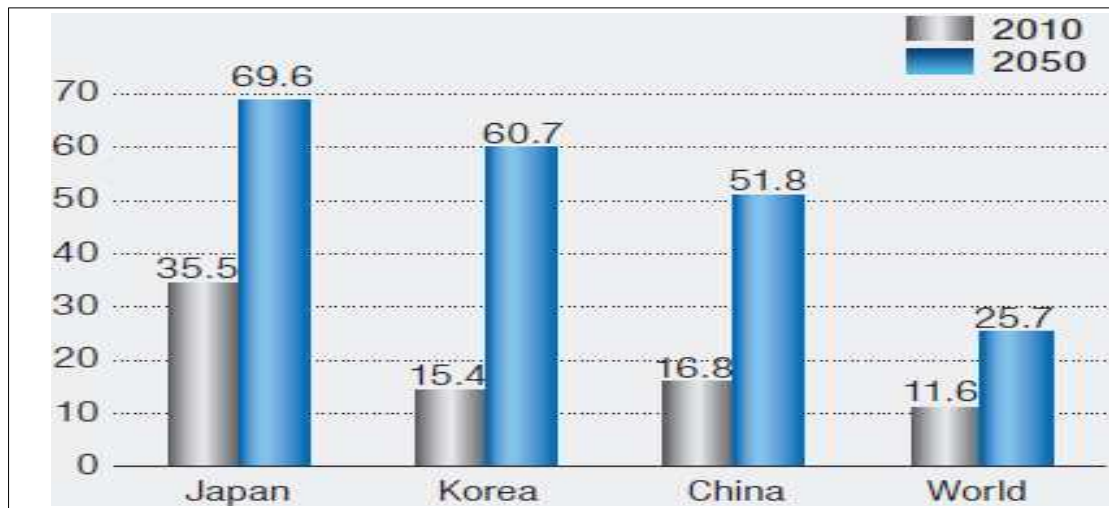
[그림 2-2] 2010년 및 2050년의 65세·80세 이상 인구비율



자료: OECD

- 사회적 부양부담은 고령자, 또는 노후 생활보장을 위한 사회보장제도에 대한 현역세대의 부담으로 크게 증가할 것으로 예상됨.

[그림 2-3] 부양부담비 변화추이 (UN, 2011)



○ 현역세대의 3대 노후 사회보장제도에 대한 부담은, 공적연금제도(국민연금 등), 건강보험제도, 장기요양보험제도가 차지하고 있는데, 2010년 현재, 65세이상 자의 공적연금 수급률은 30%로 나타나, 공적연금제도의 성숙과 함께, 수급률은 점차적으로 높아질 것으로 예상되고, 이에 따른 현역세대의 사회보장부담은 가중될 것으로 예측됨.

- 또한, 노후 준비방법으로 공적연금 등 사회보장제도에 의한 의존도가 점차적으로 높아지고 있는 실정으로 현역세대의 사회적 부양부담은 커질 것으로 예상됨.

<표 2-3> 가정별 부양비 및 노령화지수, 1960-2060

(단위 : 생산인구 1백명당, 유소년인구 1백명당)

(중위가정)	1960년	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
총부양비 ¹⁾	82.6	83.8	60.7	44.3	39.5	37.3	40.7	58.6	77.0	89.8	101.0
유소년부양비 ²⁾	77.3	78.2	54.6	36.9	29.4	22.2	18.6	20.0	19.8	18.9	20.5
노년부양비 ³⁾	5.3	5.7	6.1	7.4	10.1	15.2	22.1	38.6	57.2	71.0	80.6
노령화지수 ⁴⁾	6.9	7.2	11.2	20.0	34.3	68.4	119.1	193.0	288.6	376.1	394.0

주 : 1) (0-14세 인구+65세이상 인구)/15~64세 인구 × 100

2) (0~14세 인구/15~64세 인구) × 100

3) (65세 이상 인구/15~64세 인구) × 100

4) (65세 이상 인구/0~14세 인구) × 100

출처 : 통계청, 장래인구추계: 2010년-2060년

□ 베이비붐 세대가 노년기의 진입을 앞두고 있는데, 대체적으로 2020년부터는 베이비붐세대가 65세에 접어드는 시기이고, 2030년부터는 75세의 후기고령자가 되는 시기이어서 절대적인 장기요양대상 예상자수가 크게 늘어나는 것으로 예측되고 있음.

○ 베이비붐 세대는 한국전쟁직후인 1955년부터 1963년까지 9년에 걸쳐서 태어난 세대를 지칭(1차 베이비붐세대)하고, 또한, 1968년부터 1974년까지 7년에 걸쳐서 태어난 세대를 제2차 베이비붐세대로 지칭하고 있음.

<표 2-4> 베이비붐 세대의 규모(2010년)

	전체 (명)	남성 (명)	여성 (명)
47세 (1963년생)	841,625	428,648	412,977
48세 (1962년생)	854,550	431,465	423,085
49세 (1961년생)	858,141	429,629	428,512
50세 (1960년생)	848,690	424,525	424,165
51세 (1959년생)	823,550	414,400	409,150
52세 (1958년생)	784,111	396,251	387,860
53세 (1957년생)	742,633	374,712	367,921
54세 (1956년생)	708,728	355,781	352,947
55세 (1955년생)	663,319	331,806	331,513
전 체	7,125,347	3,581,217	3,581,217

자료: 통계청(2010). 「장래인구추계」, 박시내·심규호(2010). 베이비붐세대의 현황과 은퇴효과 분석에서 재인용

○ 1차 베이비붐세대의 건강수준 및 의료이용행태는 한국보건사회연구원의 2010년 조사결과에 의하면, 다음과 같음.

- 사망률은 과거세대에 비하여 크게 개선된 것으로 보이는데, 좀 더 구체적으로 보면, 2005년도는 베이비붐세대가 41~49세 연령층에 속해 있는 시기로 중년계층에 해당함.
- 즉, <표>에서의 2005년도 45~49세의 연령계층이 베이비붐세대에 해당하고, 그 이전의 1995년, 2000년도의 45세이상 자는 베이비붐세대의 이전세대에 해당하기 때문에 45~49세 연령층의 연도별 사망률의 증감율을 살펴보면, 1995~2000년간에는 순환기계통, 호흡기계통 및 근골격계 질환에 의한 사망률의 감소가 크게 나타난 것으로 되어 있는 반면에 오히려 증가한 질환도 있음. 즉, 혈액 및 조혈기기관질환과 면역기전을 침범하는 특정장애, 내분비영양 및 대사질환, 피부 및 피하조직의 질환 등에서는 사망률이 늘어난 것으로 나타나고 있음.

<표 2-5> 주요사망 원인의 변화(45~54세, 1995, 2000, 2005년)

(단위: 인구십만명당 사망률, 명)

구분	1995			2000			2005		
	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59
특정 감염성 및 기생충성 질환	14.3	19.1	27.4	12.3	15.6	21.4	10.1	12.2	16.8
신생물	127.9	223.8	351.3	107.7	184.7	304.2	91.7	158.0	251.9
혈액 및 조혈기관 질환과 면역 기전을 침범하는 특정 장애	0.8	0.9	1.3	0.9	0.7	1.3	0.6	0.6	0.6
내분비, 영양 및 대사질환	12.4	24.7	43.7	13.1	23.5	45.1	12.6	20.2	32.4
정신 및 행동 장애	8.8	10.4	12.5	7.6	9.3	9.9	5.4	6.4	6.3
신경계통의 질환	3.8	4.6	6.8	3.8	5.6	8.1	3.4	4.4	6.6
눈 및 눈부속기의 질환	-	0.0	0.1	-	-	-	-	-	-
귀 및 꼭지돌기의 질환	-	0.0	-	-	-	-	-	-	-
순환기계통의 질환	84.7	143.7	242.7	62.6	102.0	173.4	43.9	69.3	110.7
호흡기계통의 질환	9.6	16.5	34.0	8.7	16.6	30.2	4.7	8.5	14.9
소화기계통의 질환	72.5	101.4	120.7	54.5	70.4	81.1	35.3	47.5	50.2
폐부 및 피부밑조직의 질환	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4	0.6	0.2	0.2	0.4
근육골격계통 및 결합조직의 질환	1.5	2.6	4.3	1.1	2.0	2.8	1.0	1.1	1.9
비뇨생식기계통의 질환	4.3	7.2	10.2	4.0	6.6	11.0	2.9	5.9	8.0
임신, 출산 및 산후기(산욕)	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-
출생전후기(주산기)에 기원한 특정병태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.4	0.1	0.4	0.2	0.1	0.3	0.3	0.5	-
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	10.3	10.5	13.9	12.5	13.8	15.0	10.0	13.6	15.8
사망의 외인	100.3	112.7	125.4	77.1	86.4	107.3	71.9	82.1	93.3
사망원인 미상							0.8	1.3	2.2

주: 음영처리된 부분이 베이비붐세대에 해당함.

자료: 통계청, 각 년도 사망원인통계연보; 인구동태신고에 의한 집계.

□ 베이비붐세대의 장기요양관련 욕구를 살펴보면, 다음과 같음.

○ 먼저, 베이비붐세대가 자신의 부모를 위한 공적서비스이용 희망에 대해서는 약 71%가 이
용희망이 존재하고 있는 것으로 나타나고 있고, 구체적으로 시설서비스의 경우는 전체의
48%, 재가서비스는 22%가 이용희망을 보이고 있음.

- 특히, 재가서비스의 이용희망이 적게 나타나고 있는 것은 베이비붐세대 자체의 가족구
성원이 적고, 부모의 장기요양을 자신이 집에서 케어하기가 어렵다고 판단한 결로 보
임. 그 대신에 시설입소에 대한 서비스 이용희망은 재가서비스에 비해 약 2배 이상으
로 높게 나타나고 있다는 것이 이를 뒷받침해주고 있음.

○ 한편, 베이비붐세대 자신의 공적서비스이용 희망에 대해서는 약 47%가 이용희망이 존재
하고 있는 것으로 나타나고 있고, 구체적으로 시설서비스의 경우는 전체의 37%, 재가서
비스는 10%가 이용희망을 보이고 있음.

- 이러한 측면을 보면, 특히, 베이비붐세대 자신의 재가서비스 이용희망은 부모를 위한 경우보다 훨씬 적게 나타나고 있음. 이는 시설에서의 장기요양을 선호하고 있다는 것을 의미하고 있기 때문에 가족 또는 배우자의 부양부담을 줄일 수 있는 내실있는 재가 서비스체계가 구축되어야 시설입소를 축소시킬 수 있을 것으로 보임.

<표 2-6> 부모를 위한 공적 장기요양서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	29.2	70.8	100.0 (3,008)
성별			
남자	30.1	69.9	100.0 (1,526)
여자	28.2	71.8	100.0 (1,481)
교육수준			
초졸 이하	23.8	76.2	100.0 (315)
중졸	25.7	74.3	100.0 (612)
고졸	26.5	73.5	100.0 (1,303)
전문대 이상	38.8	61.2	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	29.8	70.2	100.0 (2,722)
무배우	23.5	76.5	100.0 (285)
가구유형별			
1인가구	27.6	72.4	100.0 (87)
부부가구	21.5	78.5	100.0 (372)
부부+미혼자녀	31.3	68.7	100.0 (2,159)
확대가족	25.4	74.6	100.0 (389)
기타	0.0	100.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	28.7	71.3	100.0 (2,247)
미취업	30.6	69.4	100.0 (761)
소득수준			
300만원 미만	21.8	78.2	100.0 (917)
300~500만원	26.9	73.1	100.0 (1,063)
500만원 이상	38.2	61.8	100.0 (1,027)
부모서비스이용여부			
미이용	30.3	69.7	100.0 (2,703)
이용	15.6	84.4	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

<표 2-7> 부모를 위한 공적 장기요양시설서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	51.5	47.7	100.0 (3,008)
성별			
남자	52.3	47.7	100.0 (1,527)
여자	50.7	49.3	100.0 (1,482)
교육수준			
초졸 이하	46.7	53.3	100.0 (315)
중졸	46.7	53.3	100.0 (612)
고졸	50.5	49.5	100.0 (1,303)
전문대 이상	58.7	41.3	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	51.5	48.5	100.0 (2,722)
무배우	50.9	49.1	100.0 (285)
가구유형별			
1인가구	52.9	47.1	100.0 (87)
부부가구	49.7	50.3	100.0 (372)
부부+미혼자녀	51.2	48.8	100.0 (2,158)
확대가족	54.1	45.9	100.0 (390)
기타	50.0	50.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	50.9	49.1	100.0 (2,247)
미취업	53.1	46.9	100.0 (761)
소득수준			
300만원 미만	45.5	54.5	100.0 (916)
300~500만원	51.3	48.7	100.0 (1,063)
500만원 이상	56.9	43.1	100.0 (1,026)
부모서비스이용여부			
미이용	51.5	48.5	100.0 (2,704)
이용	49.4	50.6	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

<표 2-8> 부모를 위한 공적 장기요양재가서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	77.7	22.3	100.0 (3,008)
성별			
남자	77.9	22.1	100.0 (1,527)
여자	77.6	22.4	100.0 (1,481)
교육수준			
초졸 이하	77.1	22.9	100.0 (315)
중졸	78.9	21.1	100.0 (611)
고졸	76.0	24.0	100.0 (1,303)
전문대 이상	80.1	19.9	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	78.3	21.7	100.0 (2,723)
무배우	72.7	27.3	100.0 (286)
가구유형별			
1인가구	74.7	25.3	100.0 (87)
부부가구	71.7	28.3	100.0 (371)
부부+미혼자녀	80.1	19.9	100.0 (2,159)
확대가족	71.3	28.7	100.0 (390)
기타	50.0	50.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	77.8	22.2	100.0 (2,247)
미취업	77.5	22.5	100.0 (760)
소득수준			
300만원 미만	76.2	23.8	100.0 (916)
300~500만원	75.6	24.4	100.0 (1,063)
500만원 이상	81.3	18.7	100.0 (1,026)
부모서비스이용여부			
미이용	78.8	21.2	100.0 (2,703)
이용	66.2	33.8	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

<표 2-9> 본인의 장기요양서비스 이용의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	53.0	47.0	100.0 (4,049)
성별			
남자	62.2	37.8	100.0 (1,955)
여자	44.5	55.5	100.0 (2,094)
교육수준			
초졸 이하	40.9	59.1	100.0 (594)
중졸	47.9	52.1	100.0 (912)
고졸	54.3	45.7	100.0 (1,660)
전문대 이상	64.1	35.9	100.0 (883)
결혼상태			
유배우	56.6	43.4	100.0 (3,448)
무배우	32.5	67.5	100.0 (600)
가구유형별			
1인가구	24.4	75.6	100.0 (234)
부부가구	50.4	49.6	100.0 (575)
부부+미혼자녀	56.5	43.5	100.0 (2,794)
확대가족	49.5	50.5	100.0 (440)
기타	42.9	57.1	100.0 (7)
취업상태			
취업중	53.5	46.5	100.0 (2,994)
미취업	51.6	48.4	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	43.9	56.1	100.0 (1,484)
300~500만원	51.9	48.1	100.0 (1,333)
500만원 이상	65.1	34.9	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	57.2	42.8	100.0 (2,714)
이용	47.2	52.8	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

<표 2-10> 본인의 장기요양시설서비스 이용의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	62.7	37.3	100.0 (4,049)
성별			
남자	68.4	31.6	100.0 (1,955)
여자	57.5	42.5	100.0 (2,095)
교육수준			
초졸 이하	52.4	47.6	100.0 (595)
중졸	57.3	42.7	100.0 (911)
고졸	63.9	36.1	100.0 (1,660)
전문대 이상	73.3	26.7	100.0 (883)
결혼상태			
유배우	65.8	34.2	100.0 (3,449)
무배우	45.1	54.9	100.0 (601)
가구유형별			
1인가구	36.3	63.7	100.0 (234)
부부가구	62.0	38.0	100.0 (574)
부부+미혼자녀	65.8	34.2	100.0 (2,795)
확대가족	58.5	41.5	100.0 (439)
기타	57.1	42.9	100.0 (7)
취업상태			
취업중	62.6	37.4	100.0 (2,994)
미취업	63.1	36.9	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	53.7	46.3	100.0 (1,483)
300~500만원	63.0	37.0	100.0 (1,333)
500만원 이상	73.3	26.7	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	66.2	33.8	100.0 (2,715)
이용	57.6	42.4	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

<표 2-11> 본인의 장기요양재가서비스 이용의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	90.3	9.7	100.0 (4,049)
성별			
남자	93.8	6.2	100.0 (1,954)
여자	87.0	13.0	100.0 (2,095)
교육수준			
초졸 이하	88.6	11.4	100.0 (594)
중졸	90.6	9.4	100.0 (912)
고졸	90.4	9.6	100.0 (1,659)
전문대 이상	90.8	9.2	100.0 (884)
결혼상태			
유배우	90.8	9.2	100.0 (3,449)
무배우	87.5	12.5	100.0 (600)
가구유형별			
1인가구	88.0	12.0	100.0 (233)
부부가구	88.5	11.5	100.0 (574)
부부+미혼자녀	90.7	9.3	100.0 (2,795)
확대가족	91.1	8.9	100.0 (439)
기타	85.7	14.3	100.0 (7)
취업상태			
취업중	90.9	9.1	100.0 (2,994)
미취업	88.4	11.6	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	90.2	9.8	100.0 (1,484)
300~500만원	88.9	11.1	100.0 (1,333)
500만원 이상	91.9	8.1	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	91.0	9.0	100.0 (2,714)
이용	89.6	10.4	100.0 (269)

자료: 선우덕 외, 신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2010.12에서 발췌

제2절 가족구조의 변화와 영향

- 장기요양제도와 가족구조의 변화간 관계는 비공식 케어자(informal carer)의 활용 가능성 정도를 파악하는데 중요함.
- 일반적으로, 비공식 케어자의 대부분은 가족원인데, 가족의 규모가 점차적으로 축소됨으로써 평균가구원수도 줄어들고 있는 실정
 - 가족규모의 추이를 살펴보면, 이미 1970년대부터 부부+미혼자녀의 비중이 50%를 초과한 상태인데, 최근 2010년도에는 그 비율이 49.4%로 축소되어 있음. 이는 부부만의 가구가 크게 확대되었기 때문임. 다시 말하면, 1970년대에 5%수준에 머무르던 부부만의 가족이 2010년도에는 4배 수준의 20.6%로 크게 증가한 것으로 나타남.
 - 전체적으로 핵가족의 비율이 2010년도에는 82.3%를 차지하고 있어 1970년대 이후 점차적으로 늘어나고 있는 반면에, 부모를 모시는 가족의 경우에는 2010년에 6.2%로 대폭 축소되어 있는 것으로 나타남.

<표 2-12> 가족규모의 추이

구분		1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
혈연가구수(천가구)		5,576	6,367	7,470	8,751	10,167	11,133	11,928	12,490	12,995
핵가족 (%)	부부	5.4	5.0	6.4	7.8	9.3	12.6	14.8	18.0	20.6
	부부와 미혼자녀	55.5	55.6	56.5	57.8	58.0	58.6	57.8	53.7	49.4
	편부모와 미혼자녀	10.6	10.1	10.0	9.7	8.7	8.6	9.4	11	12.3
작계가족 (%)	부부와 양(편)친	1.4	0.5	0.6	0.8	0.9	1.1	1.2	1.2	1.2
	부부와 양(편)친과 자녀	17.4	10.9	10.4	9.9	9.3	8.0	6.8	5.7	5.0
기타가족(%)		9.7	17.9	16.1	14	13.8	11.2	10.1	10.4	11.6

출처:통계청, 「인구주택총조사」

- 핵가족화의 추세로 인하여 평균가구원수도 감소하고 있는 상태. 즉 2005년 평균가구원수가 2.89명에서 2010년 2.73명으로 축소하였으며, 2020년경에는 2.48명으로 지속적으로 감소하는 것으로 예측하고 있음.
- 전반적으로 평균가구원수의 감소는 가족케어의 비공식 자원이 줄어든다는 것을 의미하고, 이는 가정내에서의 장기요양보호 지원이 배우자를 제외하고는 불가능하다는 것임. 다만, 비록 부모와의 동거를 하고 있지 않지만, 근거리에서 거주하는 자녀가 있는 경우에는 자녀의 방문을 통한 케어가 가능할 것이겠지만, 전체적으로 평균 가구원수 조차

줄어 들고 있기 때문에, 가족케어환경이 향후에도 열악해 질 것으로 예측할 수 있음.

- 이상과 같은 가족케어환경의 열악에 따라서 사회적 요양지원이 확대될 필요가 있으면서도, 전적으로 사회적 요양에만 의존하는 것이 아니라 가족요양과 사회적 요양이 조화롭게 균형을 이루면서 지원될 수 있는 체계의 구축이 요구될 것임.

<표 2-13> 인구 및 가구수 추이(2005~2030)

(단위: 천 명, %, 천 가구, 명)

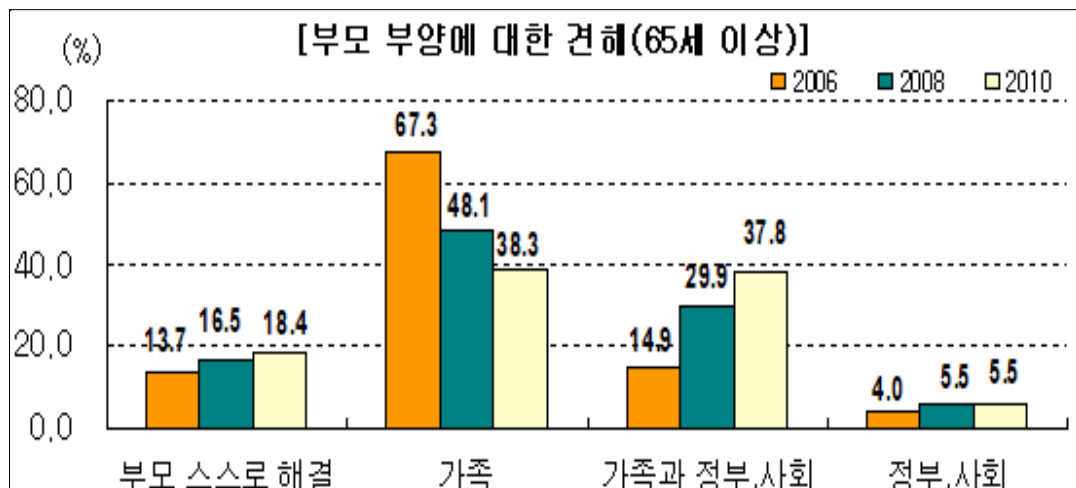
	추계인구		일반가구원	일반가구		평균가구원
		증가율			증가율	
2005	48,138	0.21	46,084	15,971	1.59	2.89
2010	48,875	0.26	46,815	17,152	1.39	2.73
2015	49,277	0.10	47,119	18,192	1.06	2.59
2020	49,326	-0.02	47,235	19,012	0.77	2.48
2025	49,108	-0.12	47,166	19,594	0.49	2.41
2030	48,635	-0.25	46,725	19,871	0.14	2.35

주: 1) 2005년 일반가구수는 2005년 인구주택총조사 자료에 조사누락분을 보정한 자료이며, 2006년 이후는 추계가구

- 한편, 65세 이상 고령자가 생각하는 부모의 노후생계에 대한 의식조사에서는 가족이 전적으로 돌보아야 한다는 것(38.3%)이나 가족과 정부·사회가 공동으로 부양하여야 한다는 것(37.8%)이 중심이고, 스스로가 해결하여야 한다는 것(18.4%)은 낮은 수준에 머무르고 있음.

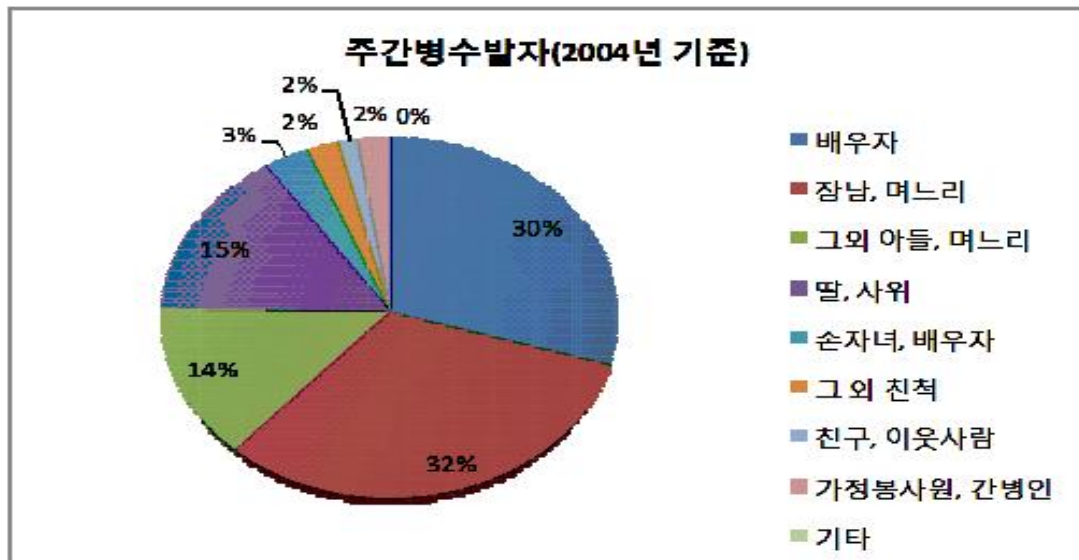
- 그런데, 세대간의 가치관의 변화로 ‘가족이 돌보아야 한다’는 비중은 점점 감소하는 반면, ‘부모 스스로 해결’과 ‘가족과 정부·사회 공동’의 비중은 증가하고 있음.

[그림 2-4] 부모부양에 대한 견해(65세 이상)



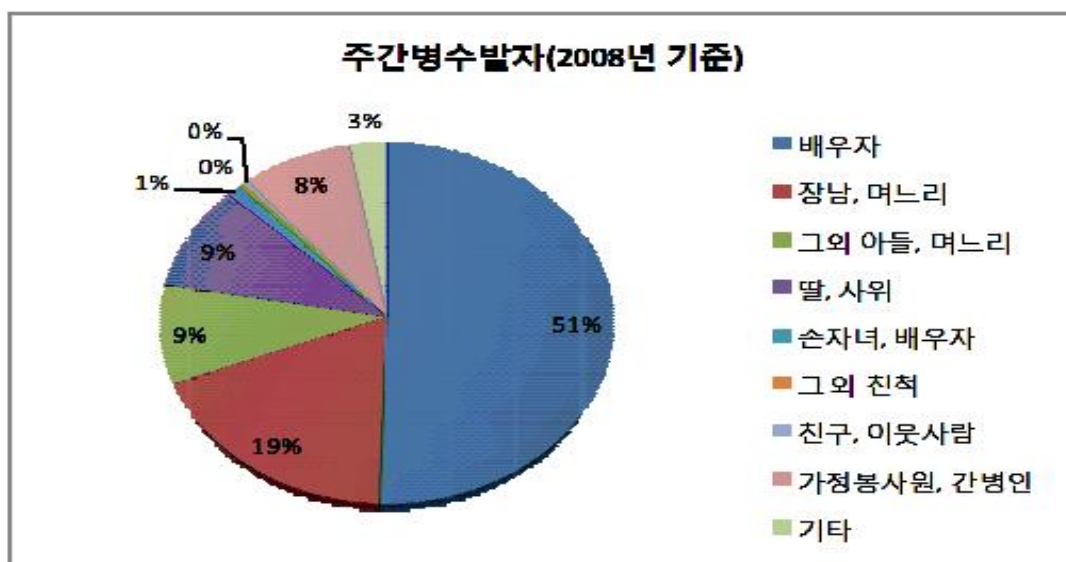
- 이러한 추세로 인하여 주 간병수발자의 유형을 보면, 배우자인 경우가 차지하는 비중이 크게 증가한 반면에, 상대적으로 자녀인 경우는 거의 절반수준으로 크게 축소된 것으로 나타나고 있음.

[그림 2-5] 주 간병수발자(2004년 기준)



자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2004년), 노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

[그림 2-6] 주 간병수발자(2008년 기준)



자료: 보건복지부 · 계명대학교 산학협력단(2008년), 노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

□ 한편, 전술한 바 있듯이 핵가족화의 만연화는 노인계층에게서도 보편하기 시작한 것으로 나타나고 있는데, 전체가구 중에서 노인가구가 차지하는 비중이 2010년 현재 17.4%로 지난 10년전에 비해 5.3%p 증가하였으며, 장래추계를 보면, 2030년경에는 32.3%로 증가하는 것으로 예측되고 있음.

○ 전체가구 중에서 독거노인가구가 차지하는 비중도 2010년 6%에서 2030년 11.8%로 늘어날 것으로 예측하고 있는데, 노인가구증가보다 더 빠른 속도로 늘어날 것으로 예측하고 있음.

<표 2-14> 노인가구의 비중 추이(65세이상 가구주 기준)

(단위 : 가구, %)

	총가구	노인가구1)	(구성비)	독거노인가구2)	(구성비)
2000	14,507,010	1,733,525	11.9	543,522	3.7
2010	17,152,277	2,982,240	17.4	1,021,008	6.0
2020	19,011,815	4,231,578	22.3	1,512,082	8.0
2030	19,871,144	6,410,665	32.3	2,338,354	11.8

주: 1) 가구주의 연령이 65세 이상인 가구

2) 가구주의 연령이 65세 이상이면서 혼자 사는 가구

자료 : 통계청, 「장래가구추계」 2007

□ 65세 이상 노인이 가구주인 노인가구의 형태를 살펴 보면, 2010년 현재 독거노인수와 노인부부가구의 노인수와 유사한 수준을 나타내고 있는데, 자녀동거가구 및 비친족가구에서의 노인수는 이에 훨씬 못미치는 수준임.

<표 2-15> 노인가구유형별 노인의 추이(65세이상 가구주 기준)

연도	1인 가구(독거)	부부가구	부부+자녀가구	비친족가구
2010	1,021,008	1,015,618	275,837	10,084
2015	1,250,792	1,203,161	315,344	10,133
2020	1,512,082	1,447,568	380,489	10,293
2025	1,894,260	1,847,958	493,171	10,596
2030	2,338,354	2,229,984	553,910	10,547

자료: 장래가구추계

□ 이와 같은 노인가구의 증가는 사회적 케어방식의 변화를 요구하고 있음.

○ 우선, 노인가구는 성인자녀와의 동거가 아니기 때문에 필요한 시점에 필요한 서비스를 제공받을 수 있는 환경에 놓여 있지 못하여 근본적으로 가족케어를 기대하기가 어려움.

다시 말하면, 중증상태의 요양대상자인 경우에는 재가에서의 요양이 어렵고, 경증상태 일지라도 현행과 같은 정도의 서비스체계하에서는 재가요양이 용이하지는 못할 것으로 판단됨. 즉, 하루 24시간동안 필요한 서비스를 안심하게 이용할 수 있는 체계가 구축되어야 하고, 주거환경도 현행과 같은 일반주택과는 다르게 고령자의 신체적 기능상태를 고려하고, 최소한 생활지원서비스를 받을 수 있는 환경을 갖춘 주거시설에서 거주하게 하는 것이 필요함.

- 이와 같이 노인가구지원의 케어형태에서는 장기요양시설과 일반주택의 개념에서 벗어나 고령자 친화적인 유사장기요양주택의 형태에서도 거주하게 하면서 장기요양의 상태에 따라서 재가서비스 및 지역노인서비스를 제공받을 수 있도록 하는 것이 노후 삶의 질을 유지하면서 보호받게 하는 체제로 보여짐.

제3절 질병상태(건강상태)의 변화와 영향

□ 노인의 사망원인을 보면, 1위가 암(악성신생물), 2위가 뇌혈관질환, 3위가 심장질환으로 나타나고 있어 3대 사인으로 볼 수 있음.

- 여기에서 주목하여야 할 것으로는 각 질병유형별 사망률의 변화가 질병마다 다르게 나타나고 있다는 것임. 즉, 암질환의 사망률인 경우에는 2000년 929.7명(인구 10만명당)이던 것이 2010년 882.4명으로 축소하였고, 뇌혈관질환의 경우에는 이보다 더 크게 785.3명(2000년)에서 409.4명(2010년)으로 축소된 것으로 나타난 반면에 심장질환의 경우에는 동기간에 358.9명에서 344명으로 줄어드는데 그치고 있음.

- 이는 뇌혈관질환의 경우, 그동안 고혈압질환과 같은 선행질환의 체계적인 관리가 추진되어 왔고, 뇌졸중과 같은 질환에 대비한 응급치료체계도 체계화되어 가고 있기 때문에 뇌혈관질환에 의한 사망이 크게 줄어든 것으로 판단되고 있으나, 급성심근경색이나 협심증과 같은 질환은 사전적인 예방관리체계가 아직 미흡하기 때문으로 판단됨.

□ 그리고, 사망이전의 상태를 볼 수 있는 만성질환의 유병률을 보면, 고혈압질환이 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 당뇨병으로 나타나고 있음.

- 여기에서 고혈압질환이 높다는 점은 현재 고령자의 식습관을 보면, 고염식을 주로 선호하고 있기 때문으로 알려져 있고, 당뇨병이 의외로 낮은 것은 과잉섭취의 습관이 적어 비만율이 높지 않기 때문으로 판단됨.

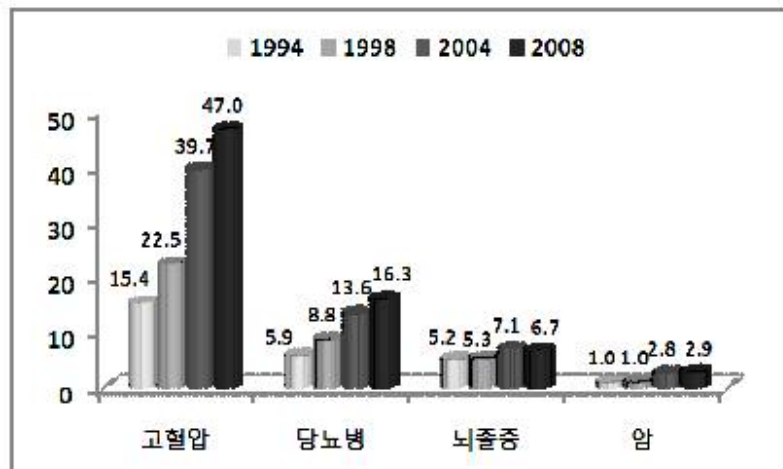
- 따라서, 지속적으로 뇌혈관질환에 의한 사망을 줄이기 위해서는 고혈압관리와 당뇨병의 관리가 여전히 중요함을 의미하고 있으며, 그 중에서도 고혈압관리는 고령자에게 있어서 생활기능의 유지와도 밀접한 관계가 있기 때문에 중요하게 다루어야 할 것임.

<표 2-16> 노인의 사망원인 추이

(단위: 인구 10만명당)					
	1위	2위	3위	4위	5위
2000	암 (929.7)	뇌혈관질환 (785.3)	심장질환 (358.9)	당뇨병 (218.4)	만성하기도질환 (209.1)
2009	암 (865.4)	뇌혈관질환 (410.7)	심장질환 (332.6)	당뇨병 (146.6)	만성하기도질환 (124.4)
2010	암 (882.4)	뇌혈관질환 (409.4)	심장질환 (344.0)	당뇨병 (153.1)	폐렴 (127.6)

주 : 만성하기도질환 - 기관지염, 천식, 폐기종 등 만성적으로 호흡에 장애를 주는 폐질환의 총칭
 자료: 통계청, 「사망원인통계」 각년도

[그림 2-7] 노인의 만성질환 유병률



자료: 전국노인생활실태 및 복지욕구조사 1994, 1998, 2004, 2008년 자료

- 이러한 노인의 사망원인과 만성질환유병률은 장기요양제도와 밀접한 관계가 있음은 이미 알려진 사실인데, 이는 장기요양발생요인을 보면 쉽게 알 수 있음.
- 장기요양발생의 요인에는 크게 질병적 요인과 비질병적 요인으로 구분할 있는데, 전자는 뇌혈관질환, 특히 신체적 기능의 마비를 동반하는 뇌졸중에 의한 장기요양상태의 발생이 주요 요인이고, 후자는 낙상과 같은 사고나 자연적인 노쇠(노화)에 의한 장기요양상태의 발생이 주요 요인인데, 그 중에서 질병적 요인이 장기요양발생의 핵심적인 것으로 알려져 있음.
- 향후, 그러한 장기요양발생의 요인변화를 예측해 보면, 의료기술의 지속적인 발달로 질

병적 요인에 의한 장기요양발생은 점차적으로 감소할 것으로 예상할 수 있고, 그 대신에 노인의 고연령화 추세로 근육저하에 따른 낙상 및 그로 인한 골절 등이 상대적으로 높게 나타날 것으로 보임. 이는 장기요양대상자의 의료적 욕구가 질병예방이나 관리적 관점에서 생활사고사의 사전적 예방으로 변화, 강조될 것으로 보임. 따라서, 단순한 의사 및 간호사 중심적인 단순처치방식에서 기능훈련 및 재활이 강조되는 요양환경으로 변화될 가능성이 있음.

□ 한편, 일상생활기능의 장애를 일으키는 주요 질환으로 치매질환을 들고 있는데, 인구의 고령화, 특히 노인의 고연령화로 인하여 치매유병률이 상승하는 것으로 예측되어 있음.

○ 2008년도 치매유병률조사에 의하면, 전체노인의 8.4%가 치매질환에 걸려 있는 것으로 예측하였고, 2010년에는 8.8%, 2020년경에는 9.7%로 증가하는 것으로 예측하고 있음. 치매노인수를 보면, 2020년경에는 약 75만명 수준으로 예측하고 있는데, 전술한 바 있듯이 현행 인정률을 그대로 유지한다고 가정하였을 때의 46만명을 훨씬 초과하는 수준으로 보임.

○ 이러한 치매질환노인수에는 단순한 경증의 인지기능의 저하상태를 보이는 노인에서부터 중증상태에 이르는 노인까지 포괄하고 있는데, 중증자의 비율이 치매질환자의 약 20% 수준으로 추정하고 있어 이들 중증질환자를 대상으로 한 요양보호지원이 우선적으로 필요할 것이고, 재정규모의 사정에 따라서 치매질환자의 장기요양대상자 확대가 이루어져야 할 것임.

<표 2-17> 65세이상 노인의 치매유병률 추이

연도	(단위: 천명, %)						
	2008	2009	2010	2020	2030	2040	2050
65세 이상 인구수	5,016	5,193	5,357	7,701	11,811	15,041	16,156
65세 이상 치매노인수	421	445	469	750	1,135	1,685	2,127
치매 유병률(%)	8.4	8.6	8.8	9.7	9.6	11.2	13.2

자료: 치매유병률조사(2008). 보건복지부.

□ 전반적으로 보면, 질병상태에 따른 장기요양대상자의 변화는 의료기술의 발전속도, 의료보장의 확대범위, 건강증진사업의 내실화 등에 의해 크게 영향을 받을 것이기 때문에 단순한 장기요양보합제도내에서의 개선도 중요하겠지만, 예방과 치료측면에서의 의료체계의 구축도 중요함을 인식하여야 함.

- 특히, 장기요양보험체계내에서 의료적 서비스가 어느 정도로 효과적으로 제공되고 있는가에 따라서 대상자수의 변화가 크게 변동할 가능성이 있다고 보여짐.

제4절 사회보장지출의 변화와 영향

- 노인장기요양보험제도는 사회보험의 하나로 보험료수입을 중심으로 운영되고 있는데, 보험료수입은 생산가능연령계층이 주로 부담하고 있음. 특히, 고령자로부터의 보험료는 주로 공적연금으로부터 징수되는 것이 일반적이나, 우리나라 노인의 약 3/4은 공적연금을 수급하고 있지 않은 상태임.
- 향후에는 보험재정의 수입원으로 공적연금으로부터의 징수분이 증가할 것이겠지만, 대부분이 현역근로세대의 보험료부담분이 차지할 것으로 보임.
- 이러한 경우, 4대 사회보험(국민연금, 건강보험, 고용보험 및 장기요양보험)에 대한 현역근로세대의 부담은 인구고령화의 여파로 늘어날 것으로 예상하고 있음.
- 우리나라 총사회복지지출을 보면, 1990년도에는 경상GDP대비 3.29%로 추정하고 있으며, 2009년도에는 12.17%로 약 20년간에 거의 4배 가까이 늘어난 것으로 나타남.
- 총지출의 80%가 공공복지지출로 나타나, 그동안 사회보장제도가 상당히 확대된 것으로 평가할 수 있으며, 그로 인한 정부의 복지예산 및 국민들의 보험료부담이 크게 증가한 것으로 생각할 수 있음.

<표 2-18> 총사회복지지출의 추이

(단위: 경상 GDP 대비 %, 십억원)

연도	총사회복지지출		공공복지(A)	법정민간복지(B)	자발적 민간복지(C)
	금액	A+B+C			
1990	6,051	3.29	2.82	0.26	0.08
1995	22,542	5.65	3.24	0.31	1.95
2000	45,673	7.48	4.80	0.74	2.03
2005	76,067	8.73	6.46	0.57	1.76
2006	90,052	9.79	7.38	0.58	1.95
2007	99,851	10.12	7.59	0.62	2.04
2008	109,906	10.95	8.34	0.62	1.75
2009	129,666	12.17 (100.0)	9.56 (78.5)	0.82 (6.7)	1.79 (14.7)
연평균증가율	17.5	-	16.7	16.3	29.0

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011). 2009년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD국가의 장애인소득보장제 비교.

<표 2-19> 순사회복지지출의 추이

(단위: 요소 GDP 대비 %)

구분	1995년	2000년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균증가율 (1995-2009년)
총사회복지지출	6.17	8.57	9.90	11.19	11.58	12.13	13.70	13.3
조세부담	0.23	0.42	0.56	0.57	0.53	0.66	0.69	16.7
조세혜택	0.06	0.31	0.74	0.76	0.82	1.19	1.03	30.7
순사회복지지출	6.0	8.46	10.08	11.38	11.87	12.66	14.04	13.74

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2011). 2009년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 장애인소득보장제 비교.

□ 우리나라 국민들의 조세부담율을 보면, 5.4%로 미국과 일본을 제외한 다른 선진국가에 비하면, 낮은 것으로 나타나고 있음.

○ 특히, 우리나라와 유사한 사회보험체제로 운영하고 있는 독일이나 프랑스의 경우에도 조세부담율은 12~3%로 나타나 우리나라보다 높음.

<표 2-20> 공공복지지출에 대한 조세부담율의 국제비교

(단위: 경상 GDP 대비, %)

구분	한국	미국	일본	OECD 평균	영국	노르웨이	독일	프랑스	스웨덴
공공지출(A)	8.3	15.9	18.6	20.6	21.3	21.6	26.7	29.2	29.4
조세부담(B)	0.45	0.7	1.0	2.9	1.7	3.9	3.3	3.9	6.3
비율(B/A*100)	5.4	4.4	5.4	14.0	8.0	18.3	12.4	13.3	21.4

주: 이전소득자의 직·간접세만 포함.

<표 2-21> 한국, 일본, 중국의 GDP 대비 고령화지출 추이

GDP 대비 고령화지출추이(%)*		한국	일본	중국
2010	총계	5.8	18.8	4.4
	연금	0.6	10.3	2.2
	건강보험	4.0	6.9	2.2
	장기요양	0.6	1.1	-
	실업급여	0.5	0.5	-
2050	총계	17.2	26.7	7.0
	연금	4.4	11.0	2.6
	건강보험	9.2	12.8	4.4
	장기요양	3.1	2.4	-
	실업급여	0.5	0.5	-

자료 : Standard & Poor's, 2010. 단, 한국의 장기요양지출비는 요양병원 급여지출을 포함함

○ 우리나라의 경우, 사회보장지출 중에서 건강보험을 제외하고는 연금지출액이 큰 비중을 차지할 것으로 예상되며, 2010년 현재, 국민연금, 공무원연금 등의 공적연금을 받는

65세 이상 수급자는 총 160만 6천명으로 전체 65세 이상 인구 중 30.0%를 차지하고 있음. 이는 2005년에는 16.1%에 불과하였으나, 꾸준히 증가하고 있음.

<표 2-22> 공적연금 수급자 현황 (65세 이상)

(단위 : 명, %)

	합 계	노령연금1) (퇴직연금)	장애연금 (장해연금)	유족연금	연금수급률2)
2005	703,508(100.0)	635,190(90.3)	3,911(0.6)	64,407(9.2)	16.1
2009	1,432,387(100.0)	1,273,403(88.9)	8,518(0.6)	150,466(10.5)	27.6
국민연금	1,268,935(88.6)	1,129,942	7,834	131,159	24.4
공무원연금	143,882(10.0)	125,544	670	17,668	2.8
사학연금	19,570(1.4)	17,917	14	1,639	0.4
2010	1,606,025(100.0)	1,420,822(88.5)	9,608(0.6)	175,595(10.9)	30.0
국민연금	1,428,414(88.9)	1,265,781	8,847	153,786	26.7
공무원연금	155,778(9.7)	135,117	742	19,919	2.9
사학연금	21,833(1.4)	19,924	19	1,890	0.4

주 : 군인연금 제외

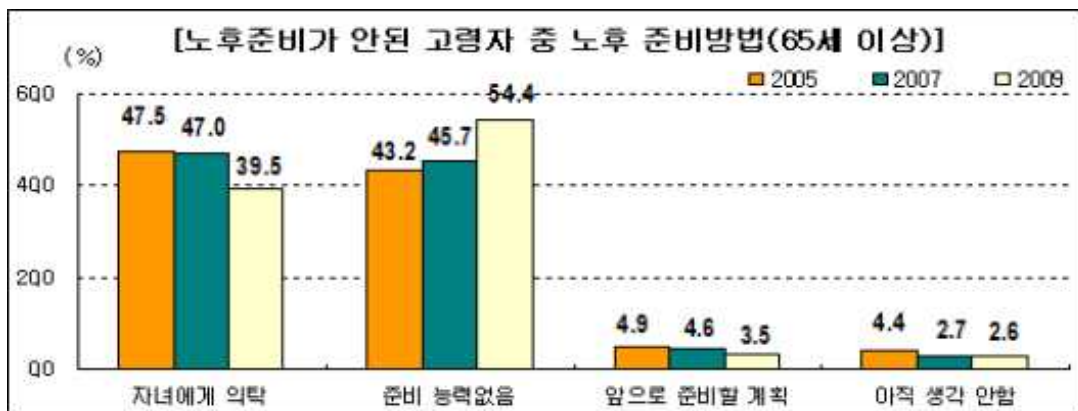
1) 연금수급자 중 일시 수급정지자를 제외한 실수령자 기준임

2) (각 연금 수급자 / 65세이상 추계인구) × 100

자료 : 국민연금공단 「국민연금통계연보」, 공무원연금공단 「공무원연금통계」, 사립학교교직원연금공단 「사학연금통계연보」 각년도

○ 즉, 2009년 현재, 65세 이상 고령자 중 ‘노후준비가 되어 있다’고 응답한 비율은 39.0%로, 주된 노후준비 방법은 ‘국민연금’이 29.6%로 가장 많고, 다음은 ‘예금·적금(28.0%)’, ‘기타 공적연금·사적 연금(22.9%)’ 순으로 나타나고 있음. 이를 근거로 보면, 향후 장기요양비용에 대한 공적연금의 역할은 클 것으로 예상됨.

[그림 2-8] 노후준비가 안된 고령자 중 노후 준비방법(65세 이상)



제5절 SWOT 분석 결과

□ 장기요양서비스와 관련한 환경의 변화를 검토하면 다음과 같음.

- 제도개선을 위한 기회적 환경으로 건강수명의 연장, 일자리창출육구의 증대, 맞벌이 자녀가구의 증가, IT산업의 발전, 의료기술의 발전, 사회복지시설의 개선육구 증대, 공적연금 수급노인의 증가, 보건의료복지부문의 패널분석 증대, 지방자치단체의 역할증대를 들 수 있음.
- 반면, 위협적 환경적 요소로는 노인인구의 증가, 베이비붐세대의 고령화, 독거노인의 증가, 치매노인의 증가, 고령자대상의 총사회보장비지출의 증가(연금, 의료비 등), 고혈압, 당뇨병 등 만성질환유병률의 증가를 들 수 있음.

□ 한편으로는, 장기요양보험제도가 지니고 있는 장단점을 비교하면 다음과 같음.

- 장점으로는, 가족수발의 경감, 노인의료비의 절감, 복지서비스의 표준화, 높은 제도의 만족도, 서비스제공의 전문화가 제도를 통해서 달성할 수 있고,
- 단점으로는, 중증중심의 서비스체계, 치매고령자특화 프로그램 부재, 요양보호사 처우의 열악, 빈번한 장기요양수가의 개정, 소규모시설의 높은 비중, 의료서비스간 연계 부족 등이 나타나고 있음.

<표 2-23> 장기요양기본계획수립에 대한 SWOT분석

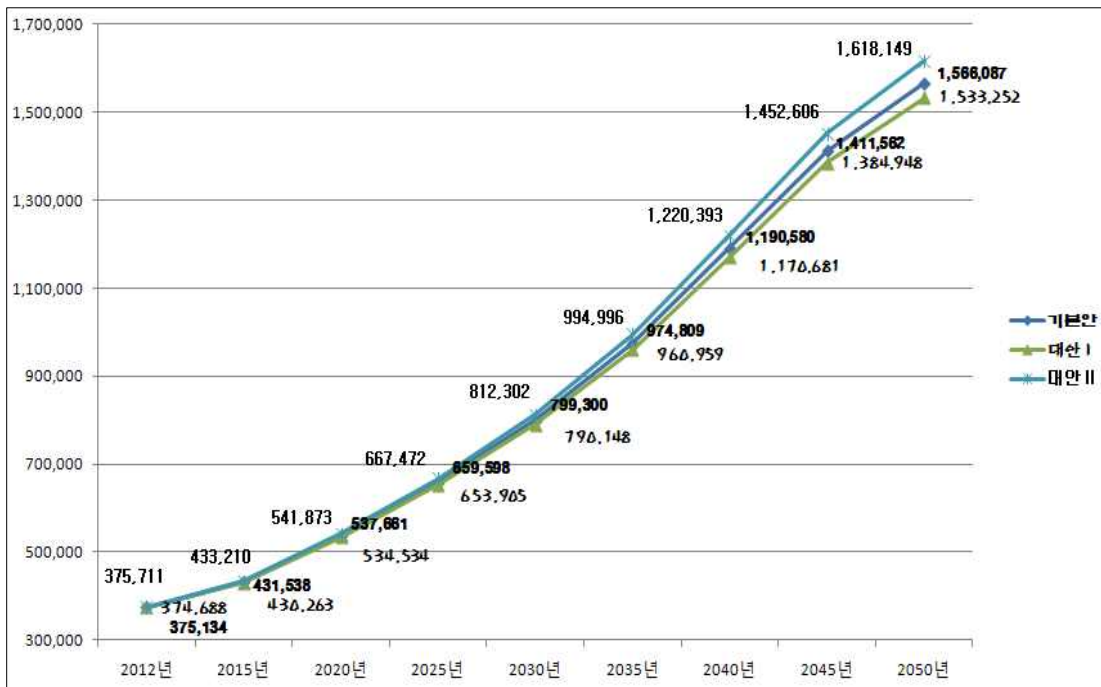
외부환경 내부역량	기회(Opportunities)	위협(Treats)
	<ul style="list-style-type: none"> · 건강수명의 연장 · 일자리창출육구의 증대 · 맞벌이 자녀가구의 증가 · IT산업의 발전 · 의료기술의 발전 · 사회복지시설의 개선육구 증대 · 공적연금 수급노인의 증가 · 보건의료복지부문의 패널분석 증대 · 지방자치단체의 역할증대 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인인구의 증가 · 베이비붐세대의 고령화 · 독거노인의 증가 · 치매노인의 증가 · 고령자대상의 총사회보장비지출의 증가(연금, 의료비 등) · 고혈압, 당뇨병 등 만성질환유병률의 증가
강점(Strengths)	SO전략	ST전략
	<ul style="list-style-type: none"> · IT접목 복지용구의 지원 · 급여표준화 개발 · 장기요양시설평가의 개선 · 장기요양인정유효기간의 조정 · 장기요양패널 구축 	<ul style="list-style-type: none"> · 가족수발관련 사회적 지원제도 구축(가족요양비, 가족수발휴가 등) · 지역밀착형 재가서비스의 활성화
약점(Weaknesses)	WO 전략	WT 전략
	<ul style="list-style-type: none"> · 의료서비스와의 연계강화 · 요양보호사 전문화 강화 · 장기요양시설 기준의 강화 · 지자체 시설관리 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 치매 등 중증만성질환자의 급여대상자 범위 · 치매노인특화의 요양시설 설치운영 · 주야간보호의 강화

제6절 장기요양서비스의 수급전망

□ 장기요양서비스수요의 추이를 살펴보면 다음과 같음(권순만 외, 2011)

- 추계에 활용된 주요변수의 가정에 따라서 2015년도에는 430,263 ~ 433,210명으로 나타나, 전체노인인구의 6~7%범위에 있는 것으로 추계됨.

[그림 2-9] 65세 이상 인구 중 장기요양보험 이용자수



<표 2-24> 65세 이상 인구 중 장기요양보험 이용자수

(단위: 명)

	2012년	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년	2050년
기본안	375,134	431,538	537,661	659,598	799,300	974,809	1,190,580	1,411,562	1,566,087
대안 I	374,688	430,263	534,534	653,905	790,148	960,959	1,170,681	1,384,948	1,533,252
대안 II	375,711	433,210	541,873	667,472	812,302	994,996	1,220,393	1,452,606	1,618,149

- 기본안은, 만성질환유병률 및 노인독거비율을 고려하지 않은 이용자수 추계치

- 대안 I 은, 만성질환유병률 0.5% 감소, 노인독거비율 0.2% 증가를 고려한 이용자수 추계치

- 대안II는, 만성질환유병률 0.5% 증가, 노인독거비율 0.2% 증가를 고려한 이용자수 추계치

자료 : 서울대학교 보건대학원, 국민건강보험공단, 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계, 2011.10에서 추계치 원용

<표 2-25> 시설 및 재가서비스 이용자수

(단위: 명)

	2012년	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년	2050년
기본안	375,134	431,538	537,661	659,598	799,300	974,809	1,190,580	1,411,562	1,566,087
시설이용	128,671 (2.18%)	148,018 (2.23%)	184,418 (2.28%)	226,242 (2.19%)	274,160 (2.16%)	334,359 (2.27%)	408,369 (2.47%)	484,166 (2.77%)	537,168 (2.99%)
재가이용	246,463	283,520	353,243	433,356	525,140	640,450	782,211	927,396	1,028,919
대안 I	374,688	430,263	534,534	653,905	790,148	960,959	1,170,681	1,384,948	1,533,252
시설이용	128,518 (2.18%)	147,580 (2.23%)	183,345 (2.27%)	224,289 (2.17%)	271,021 (2.14%)	329,609 (2.23%)	401,544 (2.43%)	475,037 (2.72%)	525,905 (2.92%)
재가이용	246,170	282,683	351,189	429,616	519,127	631,350	769,137	909,911	1,007,347
대안 II	375,711	433,210	541,873	667,472	812,302	994,996	1,220,393	1,452,606	1,618,149
시설이용	128,869 (2.19%)	148,591 (2.24%)	185,862 (2.30%)	228,943 (2.22%)	278,620 (2.20%)	341,284 (2.31%)	418,595 (2.54%)	498,244 (2.85%)	555,025 (3.09%)
재가이용	246,842	284,619	356,011	438,529	533,682	653,712	801,798	954,362	1,063,124

※ ()안은 65세이상 노인인구대비율임.

- 시설이용자수는, {총이용자수 x 시설이용률(시설실인원수/총실인원수)} 이고, 시설이용률은 2011년도 12개월치를 평균한 값(34.3%)을 적용

□ 장기요양서비스의 공급자 추정은 다음과 같음.

○ 입소시설 병상수 추정

- 공급은 입소시설과 재가시설로 구분하여 볼 필요가 있고, 양자간은 서로 보완관계가 존재하고 있음.
- 현행 수준(2011년 시설이용률이 34.3%)을 그대로 적용하고, 시설입소기준을 [1등급+2등급+3등급일부]를 유지하는 경우
 - 시설이용률(시설보호율)은 전체노인의 2.2%(2012년)~3.0%(2050년)로 추정(아래표의 기본안의 경우). 이는 OECD국가의 평균치라고 하는 5%수준에는 훨씬 못 미치는 수준임.

○ 재가요양기관수 추정

- 재가요양기관의 유형에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호 및 단기보호시설 등이 존재하고 있는데, 이용자의 이용패턴에 따라서 기관수의 변동이 발생할 것으로 판단됨.
- 그런데, 2011년 통계를 근거로 살펴보면, 재가요양기관 1개소당 월평균 이용자실인원을 보면, 방문요양 20.8명, 방문목욕 9.1명, 방문간호 11.6명, 주야간보호 11.0명, 단기보호 7.6명, 복지용구 40.0명으로 나타나고 있음.
- 전반적으로 볼 때, 현재에는 각 급여성시설당 이용자수가 많지 않기 때문에 현행수준에서 시설공급이 제한되는 경우에는 점차적으로 각 시설당 이용자수가 적정선으로 증가될 것으로 예상됨.

〈표 2-26〉 재가장기요양기관 1개소당 월별 실인원수(2011년)

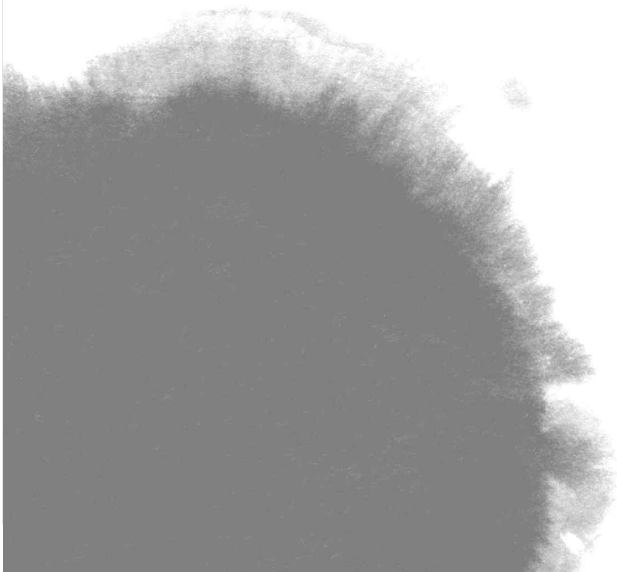
(단위: 명)

	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	평균
방문요양	20.5	20.3	20.6	20.7	20.9	21.2	21.1	21.0	20.7	21.0	21.0	21.1	20.8
방문목욕	8.9	8.8	9.0	9.1	9.1	9.2	9.2	8.9	8.9	9.2	9.2	9.3	9.1
방문간호	12.1	11.7	11.5	11.6	11.6	11.1	11.4	11.3	11.9	11.9	11.8	11.8	11.6
주야간보호	10.7	9.9	10.8	10.8	10.7	10.8	10.7	11.2	11.6	11.6	11.7	11.9	11.0
단기보호	7.6	6.7	7.4	7.5	7.6	7.5	7.7	7.9	8.2	7.5	7.7	8.2	7.6
복지용구	33.7	33.4	33.6	36.6	39.3	41.8	41.4	41.9	42.2	45.3	45.0	45.3	40.0

자료: 국민건강보험공단

3장

노인장기요양보험의 도입이후 실적 평가



제3장 노인장기요양보험의 도입이후 실적 평가

제1절 평가기준의 개념

- 노인장기요양보험제도는 사회보험제도이면서, 복지서비스를 보험화시킨 제도이기도 함. 다시 말하면, 기존의 노인복지법에 의해 국민기초생활보장제도의 수급권자 및 차상위의 저소득계층을 중심으로 공적인 장기요양서비스를 제공하고 있었고(소득수준을 감안한 선택적 복지서비스화), 장기요양요구를 지닌 모든 자에게로 서비스제공범위를 확대시키고 그에 따른 비용을 사회구성원이 공동부담하는 사회보험방식으로 전환시켰다는 것을 의미함(니드에 의한 보편적 복지서비스화).
- 따라서, 사회보험으로써의 특징과 원칙을 포함하고 있으면서, 동시에 복지서비스의 특징과 역할도 포함하고 있다는 것을 의미하고, 그에 따라 평가기준도 다양하게 고려해 볼 수 있을 것임.
- 그렇지만, 가능한 한, 일차적으로는 제도의 특성과, 역할 등을 종합적으로 검토할 수 있는 기준이나 지표를 선정하여야 할 것이고, 이차적으로는 가용자원의 범위내에서 평가가 이루어져야 할 것임.
- 특히, 제도가 시행된 지 3년정도에 불과하기 때문에 자료수집 등의 어려움이 아직 남아 있기 때문에 객관적이고 이론적으로 적합한 지표가 선정되었어도 적용하지 못하는 경우가 발생하기 마련이기에 전반적으로 가용자료의 범위와, 지표의 현실적 적용가능성을 감안하여 평가가 이루어질 필요가 있음.
- 사회보험제도로써의 평가기준에 대한 고려사항
 - 사회보험제도의 특징은, 위험분산의 원칙, 수지상등의 원칙, 사회적 연대의 원칙, 소득

재분배의 원칙, 강제가입의 원칙 등을 기반으로 하고, 운영에 있어서는 보험료부담을 전제로 한 보험급여의 제공, 보험급여의 자율적인 선택권 부여, 수입과 지출의 균형적인 유지 등에 따르고 있다고 하겠음.

- 이에 따른 평가기준은, 적용범위의 포괄성, 이용자위주의 급여선택성, 재정적 안정성을 열거할 수 있으며, 이를 감안하여 평가할 수 있는 지표도 다양하게 제시할 수 있음.

□ 사회복지서비스제도로서의 평가기준에 대한 고려사항

- 사회복지서비스의 기본적인 특징은, 이준영(2008)에 의하면, 비물질적 지원, 구체적인 개별적 지원형태, 전문적 지원형태 및 복지행정의 책임성을 제시하고 있음.
- 이를 설명하면, 사회복지서비스는 사회보험이나 공적부조와 달리 소득(현금)이나 물질적 급여가 아닌 비물질적인 서비스나 심리사회적 서비스가 중심이라는 점, 공적부조나 사회보험과 달리 개별적이고, 구체적으로 각 개인이나 다양한 문제를 중심으로 대응하는 기능적 특성을 지니고 있다는 점, 사회복지서비스가 보장하려는 사회적 위험이 생활상의 어려움이기 때문에 그러한 생활상의 장애를 객관적이고 전문적으로 평가, 지원해 줄 수 있는 전문성을 필요로 한다는 점, 사회복지서비스의 전달이 중앙과 지방정부의 책임으로 이루어지고 있기 때문에 행정의 책임성이 존재한다는 점을 제시하고 있음.
- Gilbert & Specht(1981)에 의한 사회복지프로그램의 평가유형에는 노력성(effort), 성과(impact, outcome), 적절성(adequacy), 비용효과성(cost-effectiveness), 과정(process)이 있음.
- 이에 따라서, 사회복지서비스의 특징을 감안한 평가기준에는 비물질적 급여의 원칙, 개인의 구체적 대응성(이용자위주), 공공성 등을 제시할 수 있겠음.

□ 사회복지정책의 평가기준에 대한 고려사항

- 사회복지정책을 평가하는데 있어서 제시되고 있는 기준은 다양하며, 이를 소개하면 다음과 같음.
- 송근원·김태성(2008)은, 정책대안의 비교분석시 고려되어야 할 기준으로 기술적 실현가능성, 정치적 실현가능성, 효율성, 효과성, 사회적 효과성, 사회적 형평성 등 6가지를 제시하고 있으며, 이 중에서 기술적 및 정치적 실현가능성에 대한 평가는 정성평가에 치중되고, 나머지는 계량적인 정량평가가 가능하다고 할 수 있겠음.

- 송근원·김태성(2008), 이진숙 외(2009)는, 정책문제, 정책의제, 정책설계, 정책결정, 정책집행, 정책영향, 평가기능성, 정책평가 등에 대한 평가를 기준으로 제시하고 있음. 이 중에서 정책문제, 정책의제 등은 제도시행의 여부에 대해 검토할 때 필요한 사항이라고 한다면, 제도시행이후 현 시점에서의 평가는 정책설계, 정책결정, 정책집행 및 정책영향에 대한 평가가 중심으로 이루어야 할 것으로 판단됨.
- 안해균(1984)의 정책평가기준으로는, 효과성, 형평성, 능률성, 대응성, 적절성 등의 5가지를 제시하고 있고, 박성복·이종렬(1993)은 노력성, 능률성, 효과성, 적절성, 형평성, 대응성, 체제유지성, 과정 등 8가지의 기준을 제시하고 있음.
- Gilbert & Specht(1974)는, 사회복지정책을 분석하는 틀로써 4가지의 선택의 차원을 제시하고 있는 그 기준으로 급여대상, 자원, 전달체계 및 급여의 형태를 제시하고 있음.

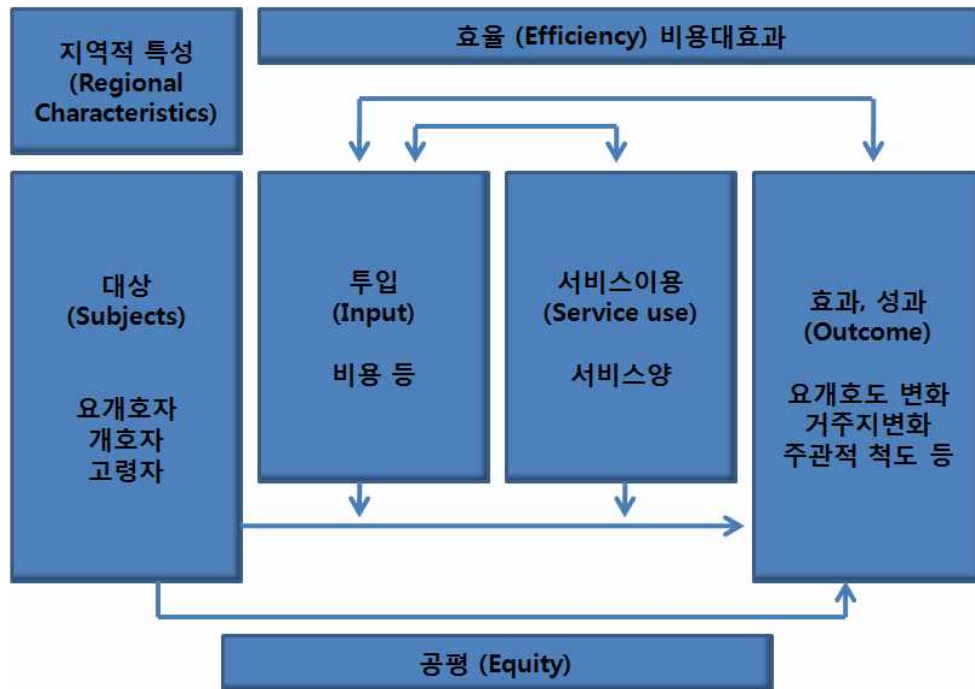
<표 3-1> 산출분석평가의 기준

기준	의미	내용 (선택의 대안)
할당(allocation)	수급자격: 대상	귀속적 욕구, 사회적 공헌, 사회적으로 부당하게 당한 손실에 대한 보상, 전문가판단에 의한 진단적 차별, 개인 또는 가족의 자사상태에 따른 욕구
급여(benefits)	급여유형	현금, 사회서비스, 물품, 신용, 물품교환권, 기회, 권력 등
전달(delivery)	전달방법	중앙집권 또는 지방분권, 복수서비스 또는 단독서비스, 동일건물 내 위치 또는 다른 건물에 위치, 협력관계 또는 대화단절, 전문가의존 또는 소비자 및 준전문가 의존, 공공행정가 또는 민간행정가
재정(finance)	재원조달	공공재원, 민간재원, 공공과 민간재원의 혼합

□ 일본 개호보험제도의 정책평가에 대한 고려사항

- 일본복지대학의 ‘지역케어의 정책임상평가와 그 활용시스템 구축에 관한 연구’에서 제시하고 있는 정책의 다원적 평가 틀을 제시하면 다음과 같음.

[그림 3-1]정책의 다원적 평가 틀



- 일반적으로, 정책의 질을 결정하는 3대 요소로, 투입, 서비스이용 및 성과(결과)를 제시하고 있음.
- 첫째, 투입이란, 행정서비스를 발생시키기 위해 투입된 비용, 인적자원, 시설 등을 지칭하는 것으로 이것이 크면 클수록 정책의 질이 높아지고 보다 많은 사람에게 제공됨. 다만, 투입된 비용에 부합하는 효과가 오르지 않으면 효율성은 내려감.
- 둘째, 서비스이용이란, 투입된 자원에서 발생하는 서비스가 어떻게 이용되고 있는가에 대한 지표인데, 동일한 비용을 투입해도 이용하는 서비스의 형태는 다양하게 나타나고, 동일한 비용이 투입된 서비스라도 질에 저고가 있고, 서비스의 조합형태에 따라서도 정책의 질에 영향을 끼침.
- 셋째, 성과는 투입된 비용이 서비스로 변환되어 이용됨으로써 발생된 효과를 지칭함. 다시 말하면, 제도시행후 재택유지율, 요개호도 유지율 또는 개선율의 향상, 개호부담감 경감율 등으로 평가가 가능함.
- 그러나, 종합적인 정책평가를 실시하기 위해서는 전술한 3대 요소만으로는 불충분하기 때문에 추가적으로 지역특성 및 대상, 효율성, 공평성을 추가하여 평가하는 것이 보편적인 현상임.

○ 참고로, 의료서비스의 평가부문에서는 효과, 효율, 공평의 3개 평가기준이 적용되고 있는데, 이는 각각 과학적 합리성(효과), 경제적 합리성(효율) 및 사회적 합리성에 기반을 두고 있는 평가기준이라는 것임.

□ 성 호세대학의 연속적 케어위원회 및 장기요양관리연구소(the Continuing Care Council and the Long-Term Care Management Institute of Saint Joseph's College)의 장기요양제도의 구축 및 평가를 위한 기준은 다음과 같음.

<표 3-2> 장기요양제도의 구축 및 평가를 위한 기준

기본원칙	평가내용	구체적 설명
1. 개개인의 욕구, 권리 및 책임의 인식에 기반	1-1. 소비자위주	- 장기요양서비스의 이용은 공급자나 지불기관이 아닌 서비스 소비자의 욕구에 기반
	1-2. 소비자의 욕구에 대응	- 소비자의 전반적인 욕구에 대응
	1-3. 개개인의 독특한 욕구를 인식하면서 개개인에 집중	- 서비스수급자의 심리적, 사회적 및 재정적 제한성을 고려한 유연적 대응
	1-4. 다양한 문화 및 문화적 가치를 존중	- 문화의 다양성을 인식하면서 수용
	1-5. 소비자를 위한 질, 존엄 및 자기개선을 촉진	- 고령자 및 만성적 장애상태자에 집중 - 만성질환 및 의존적인 자에 대한 긍정적인 접근 촉진 - 케어수급자의 생활 및 사회에 대한 지속적인 기여 허용 - 기능의 최고 달성가능한 수준을 촉진
	1-6. 소비자의 권리와 책임을 양립	- 소비자 및 가족의 케어결정에 대한 참여 촉진
	1-7. 서비스공급자 및 전달매체에 대한 선택 부여	- 소비자의 선택권을 존중
2. 접근용이성 확보	2-1. 보편적 접근	- 정형화된 기능기준에 입각하여 필요한 모든 자에게 서비스이용이 가능
	2-2. 이용자친화성	- 최소한의 서류작업, 간단한 재원조달 및 인정절차, 서비스지연 없이 이용
	2-3. 최소한 환경적 제약없이 케어 제공	- 적절한 케어, 삶의 질, 비효율성의 최상의 조합으로 서비스 제공
	2-4. 단일장소에서의 케어 활용을 제고	- 다양한 장소나 공급자로부터의 케어수급을 회피
3. 전문직종, 소비자, 가족 및 기타 비공식케어자간 연계조정	3-1. 전문직종, 지역사회, 가족, 기타 비공식케어자의 노력을 통합	- 다양한 원조자원을 연계
	3-2. 의료적 모델에서 포괄적 모델로의 개선	- 비의료인의 개입 확대
	3-3. 사례관리 및 케어전달상 가족을 개입	- 가족케어자에 대한 자원제공으로 재가케어를 활성화

<표 3-2> (계속)

기본원칙	평가내용	구체적 설명
4. 통합, 효율 및 비용효과의 촉진을 위한 보건 및 사회제도간 통합	4-1. 서비스의 완전한 연계	- 모든 만성질환의 욕구에 대응
	4-2. 소비자욕구의 완전하고 일정한 평가	- 평가의 절차에 대한 이해 및 반영
	4-3. 질병예방 노력의 강조	- 예방적 서비스의 고려
	4-4. 분절성 및 비효율성의 축소를 위한 계획 및 연계	- 지역적 자율성과의 통합, 연계
	4-5. 결과(성과)지향적인 운영	- 불필요한 서류작업 제거 - 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 결과에 집중 - 서비스 질의 증진에 인센티브 - 표준화 적용 - 결과지향성과 과정지향성간 비교 - 개혁 및 변화를 유도하는 유연성
5. 재원조달의 적절성 및 공평성	5-1. 서비스의 보편적 접근보장을 위한 공적 및 소비자자원 활용	- 공, 사적 자원의 활용
	5-2. 적절하고 비용효과적 방법의 이용을 유도하기 위한 인센티브 제공	- 과도하고 불필요한 서비스 이용의 통제
	5-3. 재정적 자기조달을 유도	- 소비자 및 가족의 비용부담을 유도
	5-4. 소비자 및 가족의 빈곤화 요인 회피	- 비용부담으로 인한 빈곤화 예방
	5-5. 공급자의 비용효과적 방법에 인센티브 부여	- 비용효과성 개발
	5-6. 비용지불의 적절성 기제 개발	- 영리, 비영리부문의 상호 역할 지속화
	5-7. 예산범위내에서의 운영	
	5-8. 장기요양욕구에 대응하는 유연성 제공	- 개개인의 욕구에 대응할 수 있는 재원조달 강구
	5-9. 일정한 재원조달기준	
6. 소비자, 공급자, 비용지불자 및 규제자 간 사전동의 창출을 위한 교육 내포	6-1. 지역교육	- 지역주민에 대한 서비스 선택 및 제한, 접근방법을 포함한 장기요양인식 교육
	6-2. 공급자에 대한 교육	- 노인을 대상으로 하는 의사 및 기타인력에 대한 노인교육 제공
	6-3. 젊고 건강한 자를 대상으로 한 만성질환의 대응준비에 대한 교육	- 만성질환의 발생진행도에 대한 이해
	6-4. 단일장소에서의 케어 활용을 제고	- 다양한 장소나 공급자로부터의 케어수급을 회피

□ 본 노인장기요양보험제도의 평가에 적용할 기준은 다음과 같이 정리하고자 함.

- 보편성측면: 소득수준을 고려하지 않고 장기요양보호가 필요한 모든 자를 포괄적이고 보편적으로 적용하고 있는가가 중심적인 평가내용이라 할 수 있음.
- 형평성측면: 장기요양서비스가 장기요양등급간, 소득계층간, 연령계층간 공평하게 제공되고 있는가가 중심적인 평가내용이라 할 수 있음.
- 효율성측면: 장기요양서비스가 효율적으로 제공되고 있는가가 중심적인 것으로 특히 서비스의 전달방식이나 체계가 낭비성이 없는가가 중심적인 평가내용이라 할 수 있음.
- 효과성측면: 장기요양서비스에 의한 효과(성과)가 투입된 비용에 비해 적절한가를 파악하는 것이 중심적인 내용이라 할 수 있음.
- 안정성측면: 장기요양보장제도가 안정적으로 유지가능하게 설계되었고, 운영되어 왔는가를 평가하는 것이 중심적이라 할 수 있음.

<표 3-3> 본 연구를 위한 제도 평가 기준

기준	내용	평가지표
보편성	대상범위	전체노인대비 적용노인인구비율
형평성	급여내용	급여지출형태
효율성	서비스이용, 비용대비 급여이용	급여지출 및 서비스이용행태
효과성	서비스제공에 의한 성과(결과)	임상적 효과: 요양등급 유지 및 개선을 경제적 효과: 생산 및 고용유발효과, 건강보험진료비의 절감수준 등 사회적 효과: 제도의 만족도 등
안정성	제도모형, 재정균형	재정수지율, 제도모형평가 등

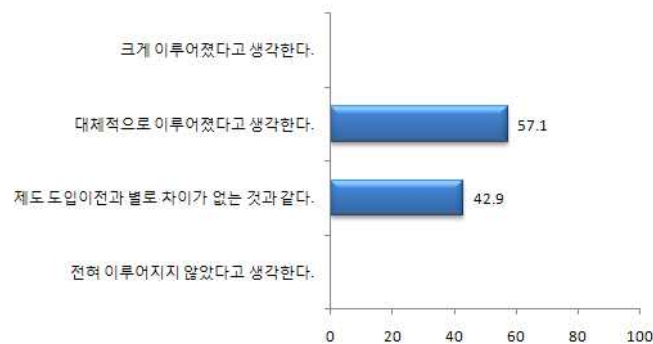
제2절 각 기준별 평가내용

1. 제도구조 평가 (구조평가, structure evaluation)

□ 먼저, 노인장기요양보험법상에 명시되어 있는 내용을 근거로 설계모형을 평가하고자 하는데, 평가기준은 전문가의견조사를 통해서 나타나 결과임.

- 여기에서 전문가집단은 노인장기요양보험발전포럼에 참여하고 있는 위원으로써 총 27명으로 구성되어 있고, 설문조사기간은 2011년 6·7월의 2개월간 실시하였음.
- 먼저, 고령자의 생활안정 및 자립지원 도모측면에서는, 노인장기요양보험법 제4조에서 국가 및 지자체의 책무로 ‘노인의 일상생활활동의 자립적 수행 지원’을 제시하고 있음. 이는 치매나 중풍과 같은 중증 만성질환 등에 의해 발생한 일상생활상의 기능장애를 회복시켜 자립적인 기능을 유지하도록 지원하는 것이 아니라, 이미 기능상의 회복가능성이 희박하여 타인의 지원이 있어야 일상적인 생활이 가능한 고령자를 대상으로 하여 잔존된 기능을 활용하여 최대한 자립적인 생활을 할 수 있도록 지원함을 의미한다고 보아 짐.
- 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원의 57.1%가 대체적으로 자립지원의 목적이 이루어졌다고 보고 있는 반면에, 나머지의 42.9%는 제도도입이전과 별로 차이가 없는 것으로 평가하고 있음.
- 이러한 평가는 그 평가기준에 따라서 응답내용이 달라질 수 있는데, 장기요양대상자의 가족이 요양비용의 지불로 인한 가계부담이 장기요양보험제도의 도입으로 경감되었기에 상대적으로 생활안정이 도모되었다고 평가한 반면에, 장기요양대상자에게는 자립적인 기능유지라기 보다는 단순한 생활활동상의 지원정도에 머무르고 있기 때문에 자립지원의 목적은 부족하였다고 평가한 경우도 있음.

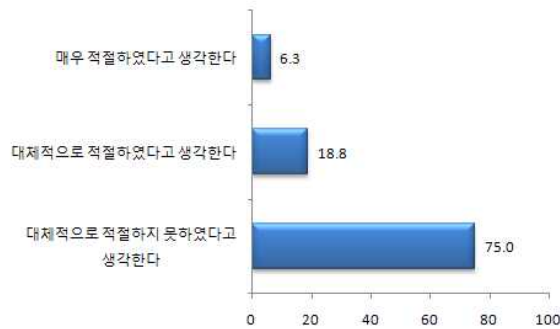
[그림 3-2] 생활안정 및 자립지원 도모 정도



□ 과거에는 행정조치 및 시설종사자의 주관적 판단에 의해 장기요양서비스를 제공하였으나, 현재에는 노인장기요양보험제도의 도입으로 이용자의 주관적 선택과 서비스계약에 의해 서비스가 제공되도록 하고 있으며, 소비자(피보험자)의 이익을 대변하는 보험자로 하여금 양질의 효과적인 서비스를 선택할 수 있게 지원하도록 하고 있음.

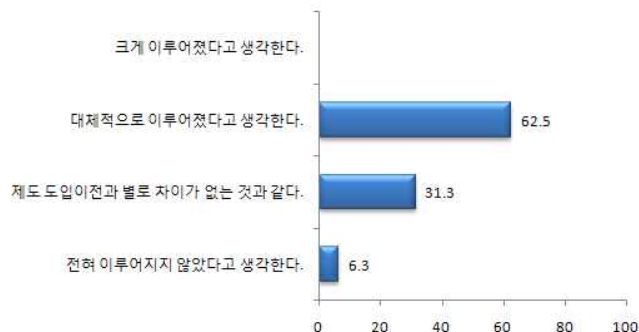
- 현재 노인장기요양보험제도가 도입되었지만, 소비자인 장기요양대상자의 적절한 서비스의 선택을 저해하는 행태가 보편적으로 이루어지고 있다고 할 수 있음. 예를 들면, 장기요양서비스공급자의 경우, 방문요양 및 목욕위주의 서비스를 유도하고 있거나, 장기요양대상당사자의 경우, 자신의 요양욕구상태를 고려하지 않고 생활원조(가사지원)의 서비스를 위주로 이용하려는 행태가 보편화되어 있음.
- 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원의 25.1%가 이용자위주의 체제로 제도가 운영되었다고 생각하고 있을 뿐이고, 나머지의 3/4은 그렇지 못했던 것으로 생각함.
- 이러한 평가는 이용자자신의 서비스결정력이 결여되어 있기 때문이기도 하겠지만, 거의 대부분이 장기요양서비스공급자에 의존해서 서비스를 제공받을 수밖에 없는 요양환경, 서비스제공에 따른 확실한 요양지원계획(care plan)의 부재 등에 의해 발생되고 있는 것으로 판단됨.

[그림 3-3] 이용자위주 체계 운영 방식에 대한 생각



- 재가급여 우선 제공측면에서는, 노인장기요양보험법 제3조에서 급여제공의 기본원칙으로 ‘재가급여의 우선제공’을 제시하고 있음. 이는 고령화가 되어도 지금까지 생활해온 지역 및 가정에서 생활할 수 있도록 지원한다는 현 거주지에서의 생활(郷居, ageing in place)이념에 따라 제시되었고, 중증의 상태인 경우에 한하여 시설보호를 제공하게 함으로써 수발자의 부담경감이나 재정측면에서의 효율성을 제고시키려는 의도도 있음.
- 우선적으로, 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원의 62.5%가 대체적으로 재가우선의 목적이 이루어졌다고 보고 있는 반면에, 나머지는 제도이전과 별 차이가 없거나, 전혀 이루어지지 못한 것으로 평가하고 있음. 이러한 평가의 이유로, 상대적으로 입소시설의 과잉설치로 상대적으로 가계의 시설이용부담이 크게 줄어들어 재가서비스이용에 대한 욕구가 저하되었다는 점, 재가서비스의 내용이 시설서비스에 비해서 내용면이나 질적인 수준면에서 여전히 열악하다는 점 등을 제시하고 있음.

[그림 3-4] 재가급여 우선 제공 정도

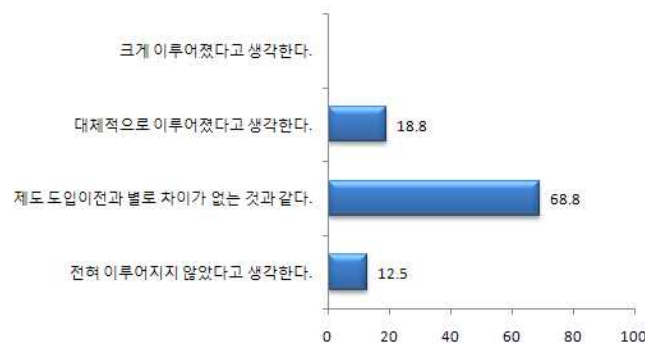


- 의료서비스와의 연계 도모측면에서는, 노인장기요양보험법 제3조에서 급여제공의 기본원

칙으로 ‘의료서비스와의 연계’를 제시하고 있음. 이는 장기요양상태의 원인이 주로 치매나 중풍 등의 만성질환에 의해 발생되고 있기 때문에, 장기요양상태의 악화 및 사전적인 발생을 억제시키기 위해서는 의료서비스와의 연계아래 장기요양서비스가 제공되어야 함을 의미함.

- 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원 68.8%가 ‘제도도입이전과 별 차이가 없는 것과 같다’고 평가하고 있음. 이와 같은 평가의 원인으로는, 장기요양제도자체가 의료서비스에 대한 제공을 포함하기 보다는 케어에 치중하고 있다는 점, 입소시설내 의료서비스의 부재나 촉탁의 및 협약의료기관제도의 운영이 부실하다는 점, 요양병원과의 연계가 부족하다는 점 등을 지적하고 있음.

[그림 3-5] 의료서비스와의 연계 도모 정도



- 노인장기요양보험자체가 인구의 고령화사회에서 보편적으로 발생하고 있는 장기요양(long-term care) 니드에 대한 새로운 사회적 위험(social risk)을 사회구성원 전원에게 분산시키고, 그에 소요되는 비용을 사회보험방식으로 보장해주기 위한 제도임.

- 이러한 사회적 위험에 따른 소요비용을 사회적으로 보장해주는 방식에는 사회보험 이외에 조세나 민영보험이 있는데, 미국·캐나다 등 일부국가를 제외하고는 구미국가의 대부분은 조세방식 또는 사회보험방식을 선택하고 있음. 그 중에서도 사회보험방식보다는 조세방식의 국가가 일반적이는데, 이는 각 국가들의 기존 사회보장체계에 주로 영향을 받고 있는 것으로 판단됨.

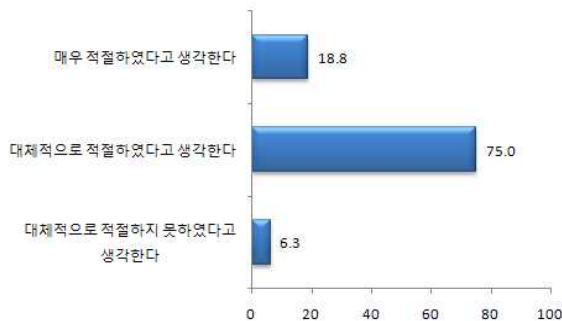
※ 사회보험방식으로 운영하는 국가는 네덜란드(1968년), 독일(2005년), 룩셈부르크(1998년), 일본(2000년) 등이고, 영국, 프랑스, 스웨덴, 덴마크, 스페인, 이태리 등의 국가는 조세방식으로 운영하고 있음.

- 사회보험방식의 특징은, 소득수준과 관계없이 장기요양의 니드를 지닌 자에게 보편적으

로 장기요양서비스를 제공한다는 점(보편주의적 성격), 이용자의 자유로운 선택에 의해 서비스를 계약, 이용할 수 있다는 점, 급여와 부담의 관계가 확실하게 발생하고 있어 급여에 대한 권리의식이 강하게 존재한다는 점 등을 들 수 있음. 이와는 반대로, 조세방식은 급여의 대상이 일정소득수준이하로 장기요양의 니드를 지닌 자에게 한정된다는 점(선별주의적 성격), 서비스가 행정담당자로부터의 허락, 조치에 의해 제공된다는 점, 이용자의 서비스선택의 폭이 좁아진다는 점 등을 들 수 있음.

- 상기한 사회보험방식의 노후 장기요양보호정책에 대한 적합성여부에 대한 평가는 전문가집단의 의식조사를 통해서 이루어질 수 있는데, 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원의 93.7%가 사회보험방식의 제도도입이 ‘적절한 선택’이었던 것으로 생각함.

[그림 3-6] 사회보험방식 운영에 대한 생각

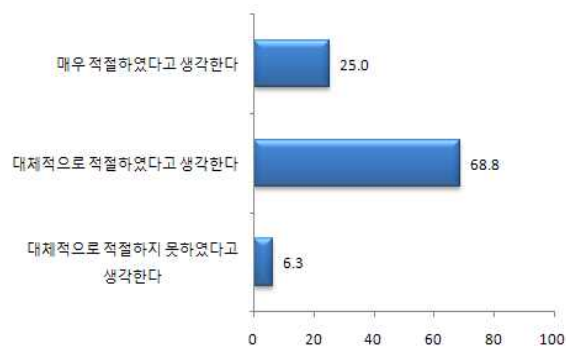


- 현행 노인장기요양보험제도는 현물급여방식을 원칙으로 하되, 도서벽지에 거주하는 경우나, 특정질환 때문에 부득이 가족이 돌보아야 하는 경우에는 현금급여(가족요양비)를 예외적으로 인정하고 있음.
- 이와 같이 보험자가 수발가족에게 현금을 직접 지급하는 경우가 있는가 하면, 변칙적인 방법이긴 하지만, 수발가족이 장기요양기관으로부터 현금을 지급받는 경우가 있음. 즉, 요양보호사의 자격증을 취득한 수발가족이 장기요양기관의 소속종사자로 자신의 노부모에게 파견되어 서비스를 제공하고 그 대가로 장기요양기관으로부터 지급받는 경우인데, 그러한 대부분의 경우가 실제로 서비스를 제공되고 있지 않다는데 문제가 있음.
- 현물급여방식을 원칙으로 하는 이유는, 크게 두 가지로 정리할 수 있음. 하나는, 장기요양대상자에 대한 서비스가 확실하게 제공, 전달된다는 것임. 현금의 경우, 장기요양대상자에게 지급되든, 수발가족 등에게 지급되든지 간에 서비스의 제공을 확실할 수 없다는 것임. 또 하나는, 현물급여는 전문적인 케어인력에 의해 제공될 때 지급되는 것을 전제

로 하고 있기 때문에 케어인력의 고용창출의 효과와 국민소득의 증대를 가져올 수 있다는 것임.

- 이와 같은 현물위주의 급여방식에 대한 평가는 전문가집단의 의견을 통해서 파악해 볼 수 있는데, 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한 위원 93.7%가 사회보험방식의 제도도입이 ‘적절한 선택’이었던 것으로 생각함.
- 그런데, 시행초기의 인프라 확대 및 질 제고를 위해서는 가급적 현물급여원칙이 지켜져야 함을 제시하고 있지만, 일부의 의견으로는, 수급자들의 선택권을 보장하기 위하여 현금급여도 인정할 필요가 있고, 향후 비공식 수발자들에 대한 수발노동의 대가를 간접적으로나마 지급하는 방안이 개발될 필요가 있다고 지적함. 다만, 수급자의 선택권을 보장하기 위해서는 수급자의 자기결정능력이 어느 정도 확보되어 있는가에 달려 있다고 보여짐. 현재, 우리나라의 장기요양대상노인은 거의 대부분이 가족(자녀)에 의해 비용이 부담되고 있기 때문에 당사자의 자기결정능력이 선진국가들에게 의해 상당히 떨어져 있음. 이러한 경우에는 당사자에게 지급된 현금급여액은 서비스제공이 이루어지지 않으면서 수발가족의 소득지원으로 기능할 수밖에 없을 것으로 판단됨.

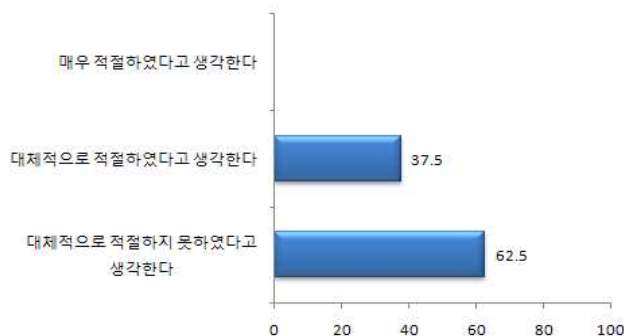
[그림 3-7] 현물급여방식 운영에 대한 생각



- 장기요양서비스는 그동안 저소득계층을 중심으로 정부의 예산으로 제공되어 왔기 때문에 제공기관도 비영리 사회복지법인에 의해 운영되어 왔었음. 이는 사회복지서비스자체가 영리추구형이 아닌 비영리서비스로 제공하고자 한 이유도 내포되고 있었다고 할 수 있는데, 노인장기요양보험제도의 도입으로 사회복지법인을 제외한 모든 유형의 사업자도 공적 서비스제공의 참여를 허용하는 것으로 전환되었음.
- 이는, 시행초기의 수요폭증에 따른 서비스공급자가 부족할 것에 대비하여 인프라확보 차원에서 필요한 조치이었으며, 또한, 영리추구의 민영시설을 통하여 시설간 상호경쟁을 통하여 서비스의 질 향상을 도모하려는 목적도 내포되어 있었음.

- 그동안 장기요양서비스는 비영리성을 강조하여 사업수익금이 발생하여도 장기요양시설에 재투자하여 서비스이용자의 편의증진에 활용되었지만, 영리사업자도 인정하여 서비스를 제공하도록 한 조치는 사업수익금이 발생하여도 시설의 재투자뿐만 아니라 타 분야에 대한 재투자도 용인한 것으로 보여지기 때문에, 영리사업자의 경우에는 서비스이용자의 편의증진으로 연결되는 경우가 거의 발생하지 않는 것으로 보여짐.
- 전문가집단인 노인장기요양발전포럼위원을 대상으로 한 설문조사결과에 의하면, 응답한위원의 37.5%가 대체적으로 적절하였다고 보고 있으나, 나머지의 62.5%는 적절하지 못했던 것으로 생각하고 있음.
- 이와 같이, 영리사업자를 포함한 다양한 주체의 시장참여 허용에 대해 부정적인 의견을 보인 이유는, 소규모 영리사업자의 확대로 질적 서비스의 보장이 미흡하다는 점, 급격한 영리단체의 진입으로 인한 시장혼란이 초래되었다는 점, 영리사업자에 대한 사전적인 관리감독체계가 구축되지 않았다는 점, 전반적인 공급과다에 따라 질적인 수준을 유지하기 어려웠다는 점, 특히, 개인사업자에 의한 시설의 급증으로 인한 과당경쟁으로 본인 부담의 할인 및 면제 등 적정 운영이 이루어지지 못했다는 점 등을 지적하고 있음.
- 또한, 노인장기요양서비스가 갖는 사회적 의미에 대한 오리엔테이션 없이 영리사업자가 참여함으로써 영리추구에 초점을 두고 있고, 이것이 서비스 질의 저하 및 다양한 사회서비스 프로그램에 대한 관심 저하를 초래하였고, 사전적으로 철저한 모니터링체계가 준비되지 않아서 서비스제공의 법적 최소제공과 각종 도덕적 해이의 발생 등에 따른 부작용이 더 많이 나타날 위험이 있음을 지적하고 있음.

[그림 3-8] 제공자(공급자)의 방식에 대한 생각



- 먼저, 노인장기요양보험 재정수지율을 보면, 시행초기인 2008년도에는 76.2%로 나타났지만, 2009년과 2010년도에는 각각 92.9%와 92.2%를 나타내고 있음. 이는 시행초기

에는 제도에 대한 인식도나 서비스이용에 대한 미지 등의 영향으로 서비스이용률 자체가 저조하였기 때문에 재정수지율이 매우 낮게 나타난 것뿐임.

- 즉, 2009~10년에는 92%수준을 보임으로써 수입과 지출의 규모를 거의 유사하게 균형있게 운영하고 있는 것으로 보여짐. 다만, 이러한 경향은, 지출규모의 확대에 따라서 보험료수입을 그동안 지속적으로 인상해 왔기 때문에 가능했던 것으로 평가할 수 있으며, 향후 후기고령자의 자연적인 증가에 따른 장기요양인정지수의 확대 및 그로 인한 재정지출의 급증이 발생하는 경우에도 현행과 같은 지속적인 보험료인상은 용이하지 않을 것으로 판단됨.
- 따라서, 보험료의 급격한 인상을 완화시키기 위해서는 국가로부터의 예산지원규모를 확대시키든가, 아니면 재정지출을 더욱 효율적으로 유도하여야 할 것임.

<표 3-4> 장기요양보험의 재정수지율 추이

(단위: 억원)

	2008.7~12	2009	2010	2011.1~5
수입	7,518	20,238	27,720	15,817
지출	5,731	18,791	25,547	11,294
수지차	1,787	1,446	2,174	4,523
(수지율, %)	(76.2)	(92.9)	(92.2)	(71.4)
누적적립금	1,787	3,234	5,407	9,930

<표 3-5> 장기요양보험료의 인상추이

(단위: 원)

	세대당		1인당	
	지역	직장	지역	직장
2008	2,562	5,193	1,144	1,974
2009	3,078	6,356	1,406	2,446
2010	4,553	9,404	2,138	3,671
2011	4,902	11,362	2,334	4,500

- 전체적으로 전문가의 의견조사를 통해서 나타난 제도의 구조적 문제점은 이용자위주의 서비스체계 미흡, 재가급여서비스의 활성화 부족, 의료서비스와의 연계성 미흡, 공공의 장기요양서비스공급자비중의 부족 등이 제시되었고, 향후 제도개선시에는 그러한 구조적 문제점을 해결할 수 있는 방안의 모색이 요구되고 있음.

2. 운영실적 평가 (과정 · 결과평가, process · output evaluation)

가. 적용범위측면

(1) 전체 장기요양인정자수 추이

□ 장기요양인정자수는 시행초기인 2008년 7월말, 146,643명으로 전체 65세이상 노인인구의 2.92%¹⁾인 것으로 나타났음. 그 후 2009년 6월말 기준으로 268,980명(전체노인인구의 5.2%), 2010년 6월말 기준으로 312,138명(전체노인인구의 5.8%), 그리고 2011년 5월말 기준으로 318,182명(전체노인인구의 5.8%)으로 나타났음.

○ 제도초기에는 제도에 대한 인식부족 등의 이유로 신청자 및 인정자수도 적었지만, 그 이후 제도인식의 보편화가 이루어지면서 인정자수도 가파르게 증가하다가, 2009년 하반기이후 증가세가 완만해지기 시작하고 있는 것으로 나타나고 있음.

○ 전체적으로 2008.7월 ~ 2011.5월간 인정자수는 약 2.2배 증가한 것으로 나타났고, 전체노인인구수대비율도 약 2배로 나타났음. 그렇지만, 동기간의 노인인구수의 증가는 1.09배에 그치고 있어 장기요양인정자수의 증가는 크다는 것을 알 수 있음.

□ 한편, 장기요양등급별 인정자수의 추이를 보면, 2008.7월 ~ 2011.5월간, 1등급은 50,209명에서 42,926명으로 2010년 하반기이후 감소경향을 보이고 있고, 2등급은 39,080명에서 72,970명, 3등급은 57,354명에서 202,286명으로 나타나 낮은 등급 인정자의 증가가 눈에 띄게 나타남.

○ 특히, 3등급에서는 동기간에 약 3.53배나 높게 증가한 것으로 나타나, 그동안의 제도운영의 결과를 볼 수 있음. 즉, 장기요양서비스의 제공으로 인한 기능상태의 호전과 등외자 중에서 치매, 중풍 등 케어의 욕구가 비교적 높은 자를 보호하는 차원에서 3등급으로 인정해준 것으로 해석되고 있음.

○ 여기에서 1등급(최중증)자가 감소한 것은, 기능상태의 호전도 작용하였겠지만, 최중증 상태에 대한 개념정의가 불명확하다는 이유도 존재하기 때문으로 해석할 수 있음.

○ 따라서, 각 장기요양인정등급간 기능상태 및 서비스욕구정도에 대한 개념정의를 확립하

1) 이 수치에는 65세미만인 자도 포함된 것임.

고, 평가판정도구 및 등급인정점수의 산정방식 등의 개선을 고려하여야 할 것임.

□ 장기요양등급별 인정자수의 분포를 보면, 2008.7월에는 1등급, 2등급 및 3등급의 비중이 각각 34.2%, 26.6%, 39.1%로 나타나 1등급의 비중이 상당히 높았음을 알 수 있음. 그런데, 2011년 5월말현재에는 등급별 비중이 각각 13.5%, 22.9%, 63.6%로 나타나, 3등급자의 비중이 상대적으로 대폭 증가하였음을 알 수 있음.

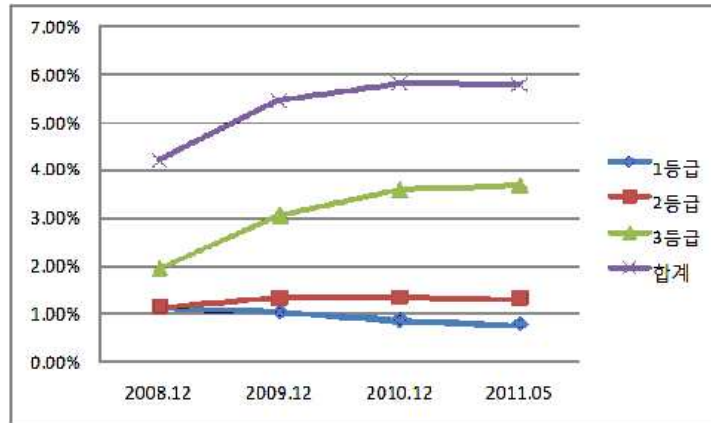
<표 3-6> 등급별 인정자수 추이

(단위: 명, %)

구분		1등급	2등급	3등급	합계
2008. 7	남	14,648	10,700	15,423	40,771
	여	35,561	28,380	41,931	105,872
	합계	50,209 (1.00)	39,080 (0.78)	57,354 (1.14)	146,643 (2.92)
2008.12	남	17,158	16,570	27,430	61,158
	여	40,238	41,817	71,267	153,322
	합계	57,396 (1.12)	58,387 (1.14)	98,697 (1.93)	214,480 (4.20)
2009. 6	남	18,154	20,362	39,179	77,695
	여	41,980	50,750	98,555	191,285
	합계	60,134 (1.16)	71,112 (1.37)	137,734 (2.66)	268,980 (5.19)
2009.12	남	16,731	20,534	46,937	84,202
	여	37,637	50,559	114,509	202,705
	합계	54,368 (1.03)	71,093 (1.35)	161,446 (3.06)	286,907 (5.44)
2010. 6	남	15,293	21,896	54,237	91,426
	여	34,213	54,853	131,646	220,712
	합계	49,506 (0.92)	76,749 (1.43)	185,883 (3.45)	312,138 (5.80)
2010.12	남	14,384	20,851	56,556	91,791
	여	32,610	52,982	138,611	224,203
	합계	46,994 (0.86)	73,833 (1.36)	195,167 (3.59)	315,994 (5.81)
2011. 5	남	13,129	20,338	58,363	91,830
	여	29,797	52,632	143,923	226,352
	합계	42,926 (0.78)	72,970 (1.33)	202,286 (3.68)	318,182 (5.78)

주: ()내는 65세 이상 인구수 대비율임
 자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

[그림 3-9] 등급별 인정자수 추이



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계자료를 이용하여 작성

(2) 연령계층별 장기요양인정자수 추이

□ 2008년 7월말 현재, 전체 장기요양인정자 중에서 65~69세가 16,143명으로 전체의 11.0%, 70~74세가 25,456명으로 전체의 17.4%, 75~79세가 31,421명으로 전체의 21.4%, 80~84세가 30,545명으로 전체의 20.8%, 85세이상인 35,543명으로 전체의 24.2%로 나타나고 있는데, 75세이상의 후기고령자의 비중이 전체의 66.4%로 거의 2/3를 차지하고 있었음.

- 이러한 추이를 바탕으로 하는 경우, 2011년 4월말 현재, 75세이상의 후기고령자의 비중이 전체의 67.8%로 약 3년전에 비해 후기고령자의 비중이 약간 상승한 것으로 나타나고 있어, 점차적으로 초고령자에게로 장기요양대상자가 집중되어 가고 있는 현상을 볼 수 있음.
- 한편 65세미만자는 2008년 7월말 현재, 전체의 5.1%를 차지하고 있었으나, 2011년 4월말 현재에는 7.5%로 나타나, 젊은 계층의 장기요양대상자도 크게 증가하였음을 알 수 있음.

<표 3-7> 연령계층별 인정자수 추이

(단위: 명,%)

	0-64세	65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85세 이상	합계
2008. 7	7,535 (5.1)	16,143 (11.0)	25,456 (17.4)	31,421 (21.4)	30,545 (20.8)	35,543 (24.2)	146,643 (100.0)
2008.12	14,221 (6.6)	24,601 (11.5)	37,707 (17.6)	46,060 (21.5)	43,477 (20.3)	48,414 (22.6)	214,480 (100.0)
2009. 6	19,785 (7.4)	30,844 (11.5)	46,896 (17.4)	57,652 (21.4)	54,658 (20.3)	59,145 (22.0)	268,980 (100.0)
2009.12	21,576 (7.5)	30,124 (10.5)	47,762 (16.6)	60,492 (21.1)	59,626 (20.8)	67,327 (23.5)	286,907 (100.0)
2010. 6	23,756 (7.6)	32,060 (10.3)	51,089 (16.4)	65,182 (20.9)	65,489 (21.0)	74,562 (23.9)	312,138 (100.0)
2010.12	23,680 (7.5)	30,153 (9.5)	49,982 (15.8)	65,356 (20.7)	68,011 (21.5)	78,812 (24.9)	315,994 (100.0)
2011. 4	23,739 (7.5)	29,433 (9.2)	49,432 (15.5)	66,203 (20.8)	69,130 (21.7)	80,511 (25.3)	318,448 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-8> 각 연령계층별 인구대비 인정률 추이

(단위: 명,%)

	0-64세	65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85세 이상	합계
2008. 7	7,535 (0.02)	16,143 (0.89)	25,456 (1.77)	31,421 (3.36)	30,545 (6.00)	35,543 (11.19)	146,643 (0.30)
2008.12	14,221 (0.03)	24,601 (1.35)	37,707 (2.63)	46,060 (4.92)	43,477 (8.54)	48,414 (15.25)	214,480 (0.44)
2009. 6	19,785 (0.05)	30,844 (1.70)	46,896 (3.16)	57,652 (5.76)	54,658 (10.09)	59,145 (17.13)	268,980 (0.55)
2009.12	21,576 (0.05)	30,124 (1.66)	47,762 (3.21)	60,492 (6.05)	59,626 (11.00)	67,327 (19.50)	286,907 (0.59)
2010. 6	23,756 (0.05)	32,060 (1.77)	51,089 (3.35)	65,182 (6.11)	65,489 (11.31)	74,562 (20.01)	312,138 (0.64)
2010.12	23,680 (0.05)	30,153 (1.66)	49,982 (3.27)	65,356 (6.13)	68,011 (11.74)	78,812 (21.15)	315,994 (0.65)
2011. 4	23,739 (0.05)	29,433 (1.62)	49,432 (3.15)	66,203 (5.86)	69,130 (11.13)	80,511 (20.02)	318,448 (0.65)

주: ()내는 각 해당 전체인구 대비율임

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계, 통계청 추계인구 활용 계산

<표 3-9> 소득수준별 65세미만 및 65세이상의 인정자수 추이

(단위: 명,%)

구분		일반	기초수급	의료급여	경감대상	합계
2008.12	65세미만	9,324	4,167	730	-	14,221
	65세이상	147,996 (2.90)	46,746 (0.91)	5,517 (0.11)	-	200,259 (3.92)
2009. 6	65세미만	13,035	5,562	171	1,017	19,785
	65세이상	188,124 (3.63)	53,373 (1.03)	3,217 (0.06)	4,481 (0.09)	249,195 (4.81)
2009.12	65세미만	14,061	5,673	172	1,670	21,576
	65세이상	191,910 (3.64)	50,807 (0.96)	3,510 (0.07)	19,104 (0.36)	265,331 (5.03)
2010. 6	65세미만	15,371	6,304	192	1,889	23,756
	65세이상	210,358 (3.91)	52,920 (0.98)	3,757 (0.07)	21,347 (0.40)	288,382 (5.36)
2010.12	65세미만	15,290	6,294	192	1,904	23,680
	65세이상	215,032 (3.95)	51,809 (0.95)	3,860 (0.07)	21,613 (0.40)	292,314 (5.38)
2011. 4	65세미만	15,240	6,339	193	1,967	23,739
	65세이상	216,531 (3.95)	51,525 (0.94)	3,746 (0.07)	22,907 (0.42)	294,709 (5.37)

주: ()내는 65세이상 인구 대비율임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 평가결과

○ 기본적으로 장기요양보호제도는 일상생활상의 기능에 장애가 있는 자를 대상으로 하고 있는데, 그러한 장애를 지닌 노인의 비율은 실태조사에 따라서 다르게 나타나고 있음. 즉, 기본적 일상생활기능(Basic ADL)의 의존률(dependency rate)은 7.9~12.2%로 다양하게 나타나고 있기 때문에, 장기요양인정률의 적정선은 정책적으로 설정할 수 밖에 없을 것으로 판단됨.

- 1998년, 노인생활실태조사(한국보건사회연구원): 전체노인의 12.2%
- 2001년, 장기요양보호노인 욕구실태조사(한국보건사회연구원): 전체노인의 9.9%
- 2004년, 노인생활실태조사(한국보건사회연구원): 전체노인의 8.7%
- 2005년, 노인요양보험 2차시범사업평가(한국보건사회연구원): 전체노인의 12.2%

○ 따라서, 장기요양인정률의 적정선은 보험재정규모, 피보험자의 보험료부담수준, 사회보험 및 조세의 통합부담률수준, 국고예산 지원수준 등을 고려하여 설정하는 것이 일반적인 방법임.

○ 여기에서, 장기요양서비스의 근본적인 제공목적이 단순한 보호차원에서 필요한 서비스를 공급자가 판단하여 지원하는 것(기존방식)에서 벗어나, 가능한 한 자신의 잔존능력을

을 활용하면서 자립적인 생활을 할 수 있도록 지원하는 데 있기 때문에, 장기요양서비스의 제공으로 오히려 자립기능이 저하 또는 상실될 가능성이 높은 경증의 기능적 의존자는 정책적 대상범위에서 제외하는 경우가 타당한 것으로 제시되고 있음.

- 독일: 중등증 이상의 기능의존자를 급여대상으로 설정
- 일본: 경증의 기능의존자까지 급여대상으로 포함한 결과, 보험재정의 악화가 발생하여 독일방식의 중등증이상으로 재편할 것을 제안
- 지난 3년간의 운영실적을 보면, 장기요양의 3등급체제로 운영되어 왔음에도 불구하고 장기요양인정자수가 폭증한 것은 인구 고령화현상이라기 보다는 경증의 대상자(등외자)가 대폭적으로 3등급으로 진입하였기 때문으로 평가되고 있음.
 - 즉, 2008.7~2011.5간 1~2등급자에 비해 3등급자의 증가가 3.53배로 나타남
- 따라서, 향후 보험재정의 안정 및 노후 삶의 질을 향상시켜주기 위해서는 장기요양대상자의 적용범위의 확대는 신중하게 고려하여야 할 것으로 평가할 수 있음.

나. 급여측면

(1) 장기요양 총비용기준의 추이 (본인부담금 포함)

□ 장기요양등급별 1인당 총비용액 추이를 살펴보면, 다음과 같음.

- 우선, 1인당 시설비용액은 2008년 12월 통계를 기준으로 보면, 1,292,924원으로 나타나고 있고, 2009년 12월말에는 1,312,892원, 2010년 12월에는 1,328,675원으로 약간씩 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음. 이는 매년 시설서비스수가의 인상에 따른 현상으로 보여짐. 1인당 재가급여액은 2008년 12월 통계를 기준으로 보면, 772,684원으로 나타나고 있고, 2009년 12월말에는 915,186원으로 크게 증가하였다가, 2010년 12월에는 792,651원으로 다시 크게 감소한 것으로 나타남.
- 등급별 시설비용액의 추이를 보면, 2008.12월 기준으로 1등급은 1인당 1,424,439원, 2등급은 1,261,453원, 3등급은 1,098,304원으로 나타나, 1등급이 2등급에 비해 1.13배, 3등급에 비해 1.30배로 높게 나타나고 있음. 2010.12월 기준으로 1등급은 1인당 1,481,338원, 2등급은 1,335,555원, 3등급은 1,210,193원으로 나타나, 1등급이 2등급에 비해 1.11배, 3등급에 비해 1.22배로 높게 나타나고 있음. 이를 통해서 볼 때, 등급간 급여지출액의 격차는 줄어든 것으로 평가할 수 있음.

- 등급별 재가비용액의 추이를 보면, 2008.12월 기준으로 1등급은 1인당 954,809원, 2등급은 824,745원, 3등급은 692,748원으로 나타나, 1등급이 2등급에 비해 1.16배, 3등급에 비해 1.38배로 높게 나타나고 있음. 2010.12월 기준으로 1등급은 1인당 952,230원, 2등급은 851,692원, 3등급은 754,633원으로 나타나, 1등급이 2등급에 비해 1.12배, 3등급에 비해 1.26배로 높게 나타나고 있음. 이를 통해서 볼 때, 등급간 급여지출액의 격차는 최근에 와서 다소 줄어든 것으로 평가할 수 있음.

<표 3-10> 시설 및 재가급여의 등급별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 명)

구분		시설급여			재가급여		
		실인원수	총비용액 (천원)	1인당 총비용액(원)	실인원수	총비용액(천원)	1인당 총비용액(원)
2008.12	1등급	21,452	30,557,069	1,424,439	14,836	14,165,540	954,809
	2등급	20,065	25,311,049	1,261,453	16,617	13,704,784	824,745
	3등급	11,916	13,087,386	1,098,304	47,766	33,089,810	692,748
	합계	53,333	68,955,504	1,292,924	78,894	60,960,135	772,684
2009. 6	1등급	20,511	26,850,629	1,309,084	16,159	14,284,424	883,992
	2등급	22,325	26,833,857	1,201,964	20,712	16,410,633	792,325
	3등급	10,939	12,023,602	1,099,150	63,192	43,054,581	681,330
	합계	56,403	73,910,633	1,310,403	116,514	93,261,184	800,429
2009.12	1등급	20,191	28,440,999	1,408,598	20,690	22,931,964	1,108,360
	2등급	26,373	34,274,559	1,299,608	29,728	29,070,701	977,890
	3등급	13,513	15,895,161	1,176,287	110,115	93,848,753	852,279
	합계	59,876	78,610,719	1,312,892	159,368	145,851,418	915,186
2010. 6	1등급	20,219	29,860,743	1,476,865	18,450	18,401,381	997,365
	2등급	33,789	45,863,473	1,357,349	29,243	26,118,715	893,161
	3등급	24,494	29,882,531	1,219,994	122,890	93,443,098	760,380
	합계	78,375	105,606,748	1,347,455	170,030	137,963,194	811,405
2010.12	1등급	20,641	30,576,295	1,481,338	17,627	16,784,966	952,230
	2등급	34,988	46,728,390	1,335,555	28,469	24,246,821	851,692
	3등급	31,375	37,969,796	1,210,193	132,149	99,724,010	754,633
	합계	86,759	115,274,481	1,328,675	177,576	140,755,797	792,651
2011. 4	1등급	18,790	26,762,070	1,424,272	16,140	14,777,642	915,591
	2등급	35,238	46,408,978	1,317,015	27,169	22,396,097	824,325
	3등급	34,724	41,380,722	1,191,704	132,633	97,215,984	732,970
	합계	88,578	114,551,769	1,293,230	175,338	134,389,723	766,461

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-11> 시설 및 재가급여의 등급별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 명)

구분		시설급여			재가급여		
		건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)	건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)
2008.12	1등급	28,281	30,557,069	1,080,480	25,423	14,165,540	557,194
	2등급	26,432	25,311,049	957,591	26,181	13,704,784	523,463
	3등급	14,581	13,087,386	897,564	74,205	33,089,810	445,924
	합계	69,294	68,955,504	995,115	125,809	60,960,135	484,545
2009. 6	1등급	23,816	26,850,629	1,127,420	23,190	14,284,424	615,973
	2등급	26,111	26,833,857	1,027,684	28,053	16,410,633	584,987
	3등급	12,202	12,023,602	985,380	83,786	43,054,581	513,864
	합계	67,583	73,910,633	1,093,628	170,961	93,261,184	545,511
2009.12	1등급	23,639	28,440,999	1,203,139	37,413	22,931,964	612,941
	2등급	31,067	34,274,559	1,103,246	49,760	29,070,701	584,218
	3등급	15,660	15,895,161	1,015,017	177,462	93,848,753	528,839
	합계	70,366	78,610,719	1,117,169	264,635	145,851,418	551,142
2010. 6	1등급	22,000	29,860,743	1,357,307	29,526	18,401,381	623,226
	2등급	36,823	45,863,473	1,245,512	44,172	26,118,715	591,296
	3등급	26,915	29,882,531	1,110,256	174,642	93,443,098	535,055
	합계	85,738	105,606,748	1,231,738	248,340	137,963,194	555,542
2010.12	1등급	23,050	30,576,295	1,326,520	29,960	16,784,966	560,246
	2등급	38,298	46,728,390	1,220,126	44,732	24,246,821	542,046
	3등급	34,468	37,969,796	1,101,596	193,604	99,724,010	515,093
	합계	95,816	115,274,481	1,203,082	268,296	140,755,797	524,629
2011. 5	1등급	19,039	25,443,876	1,336,408	26,669	14,405,342	540,153
	2등급	36,029	44,527,154	1,235,870	42,323	21,921,463	517,956
	3등급	36,712	41,027,527	1,117,551	188,978	96,066,428	508,347
	합계	91,780	110,998,557	1,209,398	257,970	132,393,232	513,212

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 소득수준별 1인당 총비용액 추이를 살펴보면, 다음과 같음.

- 우선, 1인당 시설비용액은 2010년 12월 통계를 기준으로 보면, 일반소득계층이 1,299,981원, 저소득계층(경감대상)이 1,303,603원, 의료급여자가 1,396,698원, 기초수급자가 1,397,814원으로 기초수급자>의료급여자>저소득계층>일반소득계층의 순으로 나타나고 있어 본인부담수준이 낮아질수록 총비용액도 증가하는 경향을 보이고 있음.
- 즉, 1인당 시설급여액의 추이를 보면, 일반소득계층의 경우, 2008년 12월에 1,322,455원, 2009년 12월에 1,317,632원, 2010년 12월에는 1,299,981원으로

약간의 차이만 있을 뿐임. 의료급여자의 경우는 각각 1,308,678원, 1,310,193원, 1,303,603원으로 거의 변함이 없고, 기초수급자의 경우는 1,248,628원, 1,297,427원, 1,397,814원으로 역시 증가하고 있음. 결국, 본인부담금이 없는 기초수급자의 1인당 시설급여비가 점차적으로 높아지고 있는 것으로 나타나고 있음.

- 1인당 재가급여액은 2010년 12월 통계를 기준으로 보면, 일반소득계층이 785,686원, 저소득계층(경감대상)이 802,799원, 의료급여자가 783,414원, 기초수급자가 813,813원으로 기초수급자>저소득계층>의료급여자>일반소득계층의 순으로 나타나고 있어, 시설급여와 같이 본인부담수준이 일반소득계층에 비해 낮은 의료급여자 및 기초수급자의 보험급여액이 더 높다는 것을 볼 수 있음.
- 즉, 1인당 재가급여액의 추이를 보면, 일반소득계층의 경우, 2008년 12월에 766,801원, 2009년 12월말에는 906,110원, 2010년 12월에는 785,686원으로 제도초기와 유사한 수준인 것으로 나타나고 있음. 의료급여자의 경우는 각각 745,744원, 921,050원, 785,686원으로 제도초기보다 약간 증가하였고, 기초수급자의 경우는 790,535원, 932,582원, 813,813원으로 역시 제도초기보다 약간 증가하였음. 이러한 경향은 시설급여와 마찬가지로 본인부담금이 없는 기초수급자의 1인당 재가급여비가 가장 높게 지출된 것으로 나타나고 있어, 급여지출의 행태에 대한 면밀한 검토가 요구됨.
- 한편, 일반소득계층대비 기초수급자의 1인당 시설급여수준이 1.34배이고 재가급여수준은 1.22배로 나타나고 있음.

<표 3-12> 시설 및 재가급여의 소득수준별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 명)

구분		시설급여			재가급여		
		실인원수	총비용액 (천원)	1인당 총비용액(원)	실인원수	총비용액(천원)	1인당 총비용액(원)
2008.12	일반	30,799	40,730,301	1,322,455	58,025	44,493,626	766,801
	의료급여	852	1,114,994	1,308,678	2,355	1,756,226	745,744
	기초수급	21,712	27,110,209	1,248,628	18,608	14,710,283	790,535
	합계	53,333	68,955,504	1,292,924	78,894	60,960,135	772,684
2009.6	일반	34,338	45,393,536	1,321,962	89,112	70,635,875	792,664
	저소득	614	972,580	1,584,007	2,480	2,114,206	852,502
	의료급여	427	571,872	1,339,279	1,390	1,111,558	799,682
	기초수급	21,065	26,972,645	1,280,448	23,797	19,399,544	815,210
	합계	56,403	73,910,633	1,310,403	116,514	93,261,184	800,429
2009.12	일반	34,940	46,038,060	1,317,632	118,805	107,650,423	906,110
	저소득	4,246	5,563,078	1,310,193	11,796	10,864,702	921,050
	의료급여	456	608,243	1,333,866	1,894	1,735,047	916,076
	기초수급	20,349	26,401,338	1,297,427	27,452	25,601,246	932,582
	합계	59,876	78,610,719	1,312,892	159,368	145,851,418	915,186
2010.06	일반	49,247	66,248,960	1,345,238	128,295	104,405,996	813,796
	저소득	5,957	8,015,327	1,345,531	12,865	10,653,447	828,095
	의료급여	649	923,688	1,423,248	2,061	1,672,998	811,741
	기초수급	22,647	30,418,773	1,343,170	27,136	21,230,753	782,383
	합계	78,375	105,606,748	1,347,455	170,030	137,963,194	811,405
2010.12	일반	55,802	72,541,528	1,299,981	134,509	105,681,782	785,686
	저소득	6,797	8,860,592	1,303,603	13,663	10,968,649	802,799
	의료급여	786	1,097,805	1,396,698	2,215	1,735,263	783,414
	기초수급	23,447	32,774,556	1,397,814	27,488	22,370,104	813,813
	합계	86,759	115,274,481	1,328,675	177,576	140,755,797	792,651
2011.04	일반	57,364	74,040,002	1,290,705	133,033	101,643,634	764,048
	저소득	7,253	9,455,884	1,303,720	13,500	10,575,688	783,384
	의료급여	804	1,073,424	1,335,104	2,238	1,692,203	756,123
	기초수급	23,225	29,982,459	1,290,956	26,770	20,478,197	764,968
	합계	88,578	114,551,769	1,293,230	175,338	134,389,723	766,461

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 소득수준별 건당 총비용액 추이를 살펴보면, 다음과 같음.

- 우선, 1건당 시설비용액은 2010년 12월 통계를 기준으로 보면, 일반소득계층이 1,199,549원, 저소득계층(경감대상)이 1,196,084원, 의료급여자가 1,205,055원, 기초수급자가 1,212,839원으로 기초수급자>의료급여자>일반소득계층>저소득계층의 순으로 나타나고 있어 본인부담수준이 낮아질수록 보험급여액이 증가하는 경향을 보이고 있음.
- 즉, 1건당 시설비용액의 추이를 보면, 일반소득계층의 경우, 2008년 12월에 948,054원, 2009년 12월에 1,110,448원, 2010년 12월에는 1,199,549원으로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음. 의료급여자의 경우는 각각 953,802원, 1,105,896원, 1,205,055원으로 증가하는 경향을 보이고 있고, 기초수급자의 경우는 1,077,384원,

1,133,007원, 1,212,839원으로 역시 증가하고 있음. 결국, 본인부담금이 없는 기초수급자의 건당 시설급여비가 가장 높게 지출된 것으로 나타나고 있음.

- 1건당 재가비용액은 2010년 12월 통계를 기준으로 보면, 일반소득계층이 538,254원, 저소득계층(경감대상)이 534,326원, 의료급여자가 519,540원, 기초수급자가 465,210원으로 저소득계층>일반소득계층>의료급여자>기초수급자의 순으로 나타나고 있어, 기초수급자의 보험급여액이 가장 적은 것을 볼 수 있음.
- 즉, 1건당 재가비용액의 추이를 보면, 일반소득계층의 경우, 2008년 12월에 504,623원, 2009년 12월말에는 573,750원, 2010년 12월에는 538,254원으로 최근에 다소 줄어 들었음. 의료급여자의 경우는 각각 462,165원, 553,268원, 519,540원으로 나타났고, 기초수급자의 경우는 434,740원, 465,038원, 465,210원으로 역시 제도초기보다 약간씩 증가하고 있음.
- 한편, 일반소득계층대비 기초수급자의 1건당 시설급여수준이 2008년 12월에 1.14배이고 재가급여수준은 일반소득계층이 1.16배나 더 높게 나타났고, 2010년 12월에는 각각 1.01배, 역시 일반소득계층이 1.16배나 더 높게 나타났음.
- 전반적으로 판단하건데, 총비용으로 계산할 경우, 시설은 기초수급자의 비용이, 그리고 재가는 일반소득계층의 비용이 상대적으로 더 높게 나타나고 있는 것으로 평가할 수 있음.

<표 3-13> 시설 및 재가급여의 소득수준별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 건)

구분		시설급여			재가급여		
		건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)	건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)
2008.12	일반	42,962	40,730,301	948,054	88,172	44,493,626	504,623
	의료급여	1,169	1,114,994	953,802	3,800	1,756,226	462,165
	기초수급	25,163	27,110,209	1,077,384	33,837	14,710,283	434,740
	합계	69,294	68,955,504	995,115	125,809	60,960,135	484,545
2009.6	일반	43,027	45,393,536	1,055,001	124,302	70,635,875	568,260
	저소득	936	972,580	1,039,081	3,918	2,114,206	539,614
	의료급여	541	571,872	1,057,065	2,031	1,111,558	547,296
	기초수급	23,079	26,972,645	1,168,709	40,710	19,399,544	476,530
	합계	67,583	73,910,633	1,093,628	170,961	93,261,184	545,511
2009.12	일반	41,459	46,038,060	1,110,448	187,626	107,650,423	573,750
	저소득	5,055	5,563,078	1,100,510	18,821	10,864,702	577,265
	의료급여	550	608,243	1,105,896	3,136	1,735,047	553,268
	기초수급	23,302	26,401,338	1,133,007	55,052	25,601,246	465,038
	합계	70,366	78,610,719	1,117,169	264,635	145,851,418	551,142
2010.6	일반	53,728	66,248,960	1,233,043	182,128	104,405,996	573,256
	저소득	6,498	8,015,327	1,233,507	18,414	10,653,447	578,551
	의료급여	745	923,688	1,239,850	2,978	1,672,998	561,786
	기초수급	24,767	30,418,773	1,228,198	44,820	21,230,753	473,689
	합계	85,738	105,606,748	1,231,738	248,340	137,963,194	555,542
2010.12	일반	60,474	72,541,528	1,199,549	196,342	105,681,782	538,254
	저소득	7,408	8,860,592	1,196,084	20,528	10,968,649	534,326
	의료급여	911	1,097,805	1,205,055	3,340	1,735,263	519,540
	기초수급	27,023	32,774,556	1,212,839	48,086	22,370,104	465,210
	합계	95,816	115,274,481	1,203,082	268,296	140,755,797	524,629
2011.5	일반	59,509	71,817,882	1,206,841	190,492	100,027,246	525,099
	저소득	7,620	9,217,165	1,209,602	20,030	10,493,344	523,881
	의료급여	807	982,214	1,217,118	3,324	1,668,019	501,811
	기초수급	23,844	28,981,297	1,215,454	44,124	20,204,623	457,906
	합계	91,780	110,998,557	1,209,398	257,970	132,393,232	513,212

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 연령계층별 총비용액 추이에 대해서는 본인부담금을 제외한 보험급여액 기준으로 한 결과에 대한 설명과 동일함.

<표 3-14> 연령계층별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위:명)

구분		시설급여			재가급여		
		실인원수	총비용액 (천원)	1인당 총비용액(원)	실인원수	총비용액 (천원)	1인당 총비용액(원)
2008.12	65세미만	2,224	2,894,949	1,301,686	5,110	4,142,489	810,663
	65-70세	4,150	5,377,888	1,295,877	9,332	7,178,280	769,211
	70-75세	7,533	9,735,882	1,292,431	14,526	11,057,126	761,196
	75-80세	10,786	13,970,250	1,295,221	17,249	13,196,300	765,047
	80-85세	12,224	15,745,956	1,288,118	15,741	12,071,646	766,892
	85-90세	10,295	13,282,974	1,290,235	10,959	8,611,806	785,820
	90-95세	4,676	6,053,403	1,294,569	4,530	3,559,460	785,753
	95세이상	1,445	1,894,203	1,310,867	1,447	1,143,026	789,928
	합계	53,333	68,955,504	1,292,924	78,894	60,960,135	772,684
2009. 6	65세미만	2,352	3,080,257	1,309,633	8,376	7,000,056	835,728
	65-70세	4,020	5,311,138	1,321,179	12,558	10,068,567	801,765
	70-75세	7,715	10,109,641	1,310,388	20,297	16,000,643	788,326
	75-80세	11,226	14,762,928	1,315,066	25,190	19,913,406	790,528
	80-85세	13,143	17,248,877	1,312,400	23,803	19,004,739	798,418
	85-90세	11,081	14,450,641	1,304,092	17,064	13,819,008	809,834
	90-95세	5,151	6,701,711	1,301,050	6,990	5,648,041	808,017
	95세이상	1,715	2,245,441	1,309,295	2,236	1,806,723	808,016
	합계	56,403	73,910,633	1,310,403	116,514	93,261,184	800,429
2009.12	65세미만	2,573	3,397,918	1,320,606	12,060	11,305,007	937,397
	65-70세	3,904	5,135,015	1,315,321	16,392	15,042,804	917,692
	70-75세	7,895	10,343,654	1,310,153	26,826	24,376,145	908,676
	75-80세	11,703	15,388,273	1,314,900	33,476	30,407,148	908,327
	80-85세	14,055	18,428,182	1,311,148	33,141	30,219,412	911,844
	85-90세	11,928	15,603,052	1,308,103	23,960	22,011,945	918,696
	90-95세	5,809	7,626,895	1,312,945	10,280	9,536,919	927,716
	95세이상	2,009	2,687,729	1,337,844	3,232	2,951,537	913,223
	합계	59,876	78,610,719	1,312,892	159,368	145,851,418	915,186
2010. 6	65세미만	3,431	4,605,583	1,342,344	13,181	11,023,796	836,340
	65-70세	4,744	6,383,544	1,345,604	17,132	14,015,235	818,073
	70-75세	9,694	13,132,953	1,354,751	28,074	22,723,928	809,430
	75-80세	15,151	20,477,469	1,351,559	35,297	28,480,860	806,892
	80-85세	18,654	25,158,367	1,348,685	35,469	28,751,083	810,598
	85-90세	16,080	21,567,665	1,341,273	25,773	20,790,527	806,679
	90-95세	7,930	10,667,291	1,345,182	11,482	9,259,253	806,415
	95세이상	2,691	3,613,875	1,342,949	3,622	2,918,512	805,774
	합계	78,375	105,606,748	1,347,455	170,030	137,963,194	811,405
2010.12	65세미만	3,793	5,340,964	1,408,111	13,926	11,197,479	804,070
	65-70세	4,953	6,919,307	1,396,993	17,059	13,606,625	797,621
	70-75세	10,362	14,078,212	1,358,638	28,244	22,411,993	793,513
	75-80세	16,582	21,951,845	1,323,836	36,939	29,174,761	789,809
	80-85세	20,651	27,246,611	1,319,385	37,358	29,556,604	791,172
	85-90세	18,044	23,497,532	1,302,235	27,427	21,663,126	789,847
	90-95세	9,119	11,980,170	1,313,759	12,344	9,779,979	792,286
	95세이상	3,183	4,165,371	1,308,631	3,912	3,065,111	783,515
	합계	86,759	115,274,481	1,328,675	177,576	140,755,797	792,651
2011. 5	65세미만	3,596	4,612,003	1,282,537	12,802	9,982,977	779,798
	65-70세	4,188	5,345,983	1,276,500	14,546	11,221,700	771,463
	70-75세	9,574	12,177,383	1,271,922	26,251	19,881,073	757,345
	75-80세	16,310	20,675,993	1,267,688	36,093	27,376,587	758,501
	80-85세	20,627	26,038,981	1,262,374	37,158	28,102,824	756,306
	85-90세	19,122	23,972,435	1,253,657	28,612	21,698,757	758,380
	90-95세	10,499	13,236,889	1,260,776	13,854	10,505,053	758,269
	95세이상	3,912	4,938,891	1,262,498	4,838	3,624,262	749,124
	합계	87,828	110,998,557	1,263,817	174,154	132,393,232	760,208

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-15> 연령계층별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 건)

구분		시설급여			재가급여		
		건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)	건수	총비용액 (천원)	건당 총비용액(원)
2008.12	65세미만	3,092	2,894,949	936,271	8,239	4,142,489	502,790
	65-70세	5,389	5,377,888	997,938	14,980	7,178,280	479,191
	70-75세	9,713	9,735,882	1,002,356	23,514	11,057,126	470,236
	75-80세	13,901	13,970,250	1,004,982	27,526	13,196,300	479,412
	80-85세	15,861	15,745,956	992,747	24,810	12,071,646	486,564
	85-90세	13,333	13,282,974	996,248	17,299	8,611,806	497,821
	90-95세	6,083	6,053,403	995,134	7,121	3,559,460	499,854
	95세이상	1,922	1,894,203	985,537	2,320	1,143,026	492,684
	합계	69,294	68,955,504	995,115	125,809	60,960,135	484,545
2009. 6	65세미만	2,989	3,080,257	1,030,531	12,492	7,000,056	560,363
	65-70세	4,845	5,311,138	1,096,210	18,553	10,068,567	542,692
	70-75세	9,072	10,109,641	1,114,378	30,026	16,000,643	532,893
	75-80세	13,429	14,762,928	1,099,332	37,082	19,913,406	537,010
	80-85세	15,771	17,248,877	1,093,709	34,615	19,004,739	549,032
	85-90세	13,225	14,450,641	1,092,676	24,724	13,819,008	558,931
	90-95세	6,184	6,701,711	1,083,718	10,171	5,648,041	555,308
	95세이상	2,068	2,245,441	1,085,803	3,298	1,806,723	547,824
	합계	67,583	73,910,633	1,093,628	170,961	93,261,184	545,511
2009.12	65세미만	3,125	3,397,918	1,087,334	20,665	11,305,007	547,061
	65-70세	4,622	5,135,015	1,110,994	27,542	15,042,804	546,177
	70-75세	9,229	10,343,654	1,120,777	44,740	24,376,145	544,840
	75-80세	13,743	15,388,273	1,119,717	55,440	30,407,148	548,469
	80-85세	16,518	18,428,182	1,115,642	54,287	30,219,412	556,660
	85-90세	13,906	15,603,052	1,122,037	39,526	22,011,945	556,898
	90-95세	6,861	7,626,895	1,111,630	17,010	9,536,919	560,665
	95세이상	2,362	2,687,729	1,137,904	5,424	2,951,537	544,162
	합계	70,366	78,610,719	1,117,169	264,635	145,851,418	551,142
2010. 6	65세미만	3,794	4,605,583	1,213,912	19,746	11,023,796	558,280
	65-70세	5,217	6,383,544	1,223,604	25,117	14,015,235	557,998
	70-75세	10,665	13,132,953	1,231,407	40,790	22,723,928	557,096
	75-80세	16,573	20,477,469	1,235,592	51,179	28,480,860	556,495
	80-85세	20,466	25,158,367	1,229,276	51,496	28,751,083	558,317
	85-90세	17,464	21,567,665	1,234,979	37,645	20,790,527	552,279
	90-95세	8,629	10,667,291	1,236,214	16,978	9,259,253	545,368
	95세이상	2,930	3,613,875	1,233,404	5,389	2,918,512	541,568
	합계	85,738	105,606,748	1,231,738	248,340	137,963,194	555,542
2010.12	65세미만	4,416	5,340,964	1,209,457	21,725	11,197,479	515,419
	65-70세	5,770	6,919,307	1,199,187	26,066	13,606,625	522,007
	70-75세	11,647	14,078,212	1,208,741	42,727	22,411,993	524,539
	75-80세	18,196	21,951,845	1,206,410	55,329	29,174,761	527,296
	80-85세	22,718	27,246,611	1,199,340	55,858	29,556,604	529,138
	85-90세	19,592	23,497,532	1,199,343	41,378	21,663,126	523,542
	90-95세	9,947	11,980,170	1,204,400	18,765	9,779,979	521,182
	95세이상	3,457	4,165,371	1,204,909	5,924	3,065,111	517,406
	합계	95,816	115,274,481	1,203,082	268,296	140,755,797	524,629
2011. 5	65세미만	3,809	4,634,597	1,216,749	19,730	9,933,401	503,467
	65-70세	4,393	5,456,100	1,241,999	22,020	11,246,268	510,730
	70-75세	10,023	12,412,861	1,238,438	38,850	20,098,002	517,323
	75-80세	17,037	21,322,137	1,251,519	53,148	27,707,826	521,333
	80-85세	21,536	26,925,532	1,250,257	54,330	28,622,657	526,830
	85-90세	19,965	24,970,442	1,250,711	42,147	22,154,877	525,657
	90-95세	10,949	13,622,032	1,244,135	20,583	10,840,648	526,680
	95세이상	4,068	5,208,069	1,280,253	7,162	3,786,045	528,630
	합계	91,780	114,551,769	1,248,113	257,970	134,389,723	520,951

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 시설급여유형별 총비용액 추이를 살펴보면, 다음과 같음.

- 2010년 12월 통계를 1인당 기준으로 할 때, 노인요양시설(구법)은 1,105,081원, 노인전문요양시설은 1,396,263원, 노인요양공동생활가정은 1,331,557원으로 노인전문요양시설에서의 급여액이 가장 높게 나타나고 있음. 이는 노인전문요양시설서비스의 수가가 가장 높게 설정되어 있기 때문임.
- 2010년 12월 통계를 건당 기준으로 할 때, 노인요양시설(구법)은 973,535원, 노인전문요양시설은 1,273,108원, 노인요양공동생활가정은 1,214,928원으로 노인전문요양시설에서의 급여액이 가장 높게 나타나고 있음.

□ 재가급여유형별 총비용액 추이를 살펴보면, 다음과 같음.

- 2010년 12월 통계를 1인당 기준으로 보면, 방문요양서비스는 748,285원, 방문목욕서비스는 180,428원, 방문간호서비스는 153,632원, 주야간보호서비스는 709,386원, 단기보호서비스는 527,214원, 복지옹구서비스는 155,817원으로 나타나고 있음.
- 2010년 12월 통계를 1건당 기준으로 보면, 방문요양서비스는 687,459원, 방문목욕서비스는 168,421원, 방문간호서비스는 139,192원, 주야간보호서비스는 620,319원, 단기보호서비스는 478,075원, 복지옹구서비스는 140,938원으로 나타나고 있음.
- 결국, 방문요양서비스를 가장 많이 이용한 것으로 볼 수 있음. 실인원수를 보더라도 방문요양서비스가 159,496명으로 전체의 64.8%를 차지하고 있음. 이는 2008년 12월 (58.3%)에 비해 약 6%p나 늘어난 수치임.
- 건수를 기준으로 할 경우에는 방문요양서비스가 173,608건으로 64.7%를 차지하고 있고, 2008년 12월의 58.6%보다 6%p정도 증가하였음.

<표 3-16> 시설급여유형별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 명)

구분		실인원수	총비용액(천원)	1인당 총비용액(원)
2008.12	요양시설(구)	17,136	18,530,931	1,081,404
	전문노인요양시설(구)	34,878	48,225,477	1,382,690
	노인요양공동생활가정	1,611	2,199,095	1,365,050
2009. 6	요양시설(구)	14,755	15,657,407	1,061,159
	전문노인요양시설(구)	39,122	54,351,035	1,389,270
	노인요양공동생활가정	2,847	3,902,191	1,370,633
2009.12	요양시설(구)	12,912	13,936,372	1,079,335
	전문노인요양시설(구)	42,418	58,057,974	1,368,711
	노인요양공동생활가정	4,886	6,616,373	1,354,149
2010. 6	요양시설(구)	12,558	13,521,442	1,076,719
	노인요양시설(단기보호전환)	51,200	72,746,024	1,420,821
	전문노인요양시설	6,155	8,555,123	1,389,947
	노인요양공동생활가정	9,012	10,784,159	1,196,644
2010.12	요양시설(구)	12,004	13,265,391	1,105,081
	노인요양시설(단기보호전환)	9,365	10,590,278	1,130,836
	전문노인요양시설	57,755	80,641,188	1,396,263
	노인요양공동생활가정	8,094	10,777,624	1,331,557
2011. 4	요양시설(구)	10,642	10,827,514	1,017,432
	노인요양시설(단기보호전환)	9,100	10,314,507	1,133,462
	전문노인요양시설	60,528	81,666,020	1,349,227
	노인요양공동생활가정	8,918	11,743,728	1,316,857

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-17> 시설급여유형별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 건)

구분		건수	총비용액	건당 총비용액
2008.12	요양시설(구)	23,340	18,530,931	793,956
	전문노인요양시설(구)	43,663	48,225,477	1,104,493
	노인요양공동생활가정	2,291	2,199,095	959,884
	합계	69,294	68,955,504	995,115
2009. 6	요양시설(구)	17,912	15,657,407	874,129
	전문노인요양시설(구)	46,033	54,351,035	1,180,697
	노인요양공동생활가정	3,638	3,902,191	1,072,620
	합계	67,583	73,910,633	1,093,628
2009.12	요양시설(구)	15,750	13,936,372	884,849
	전문노인요양시설(구)	48,755	58,057,974	1,190,811
	노인요양공동생활가정	5,861	6,616,373	1,128,881
	합계	70,366	78,610,719	1,117,169
2010. 6	요양시설(구)	13,805	13,521,442	979,460
	노인요양시설(단기보호전환)	9,989	10,784,159	1,079,603
	전문노인요양시설	55,142	72,746,024	1,319,249
	노인요양공동생활가정	6,802	8,555,123	1,257,736
	합계	85,738	105,606,748	1,231,738
2010.12	요양시설(구)	13,626	13,265,391	973,535
	노인요양시설(단기보호전환)	9,977	10,590,278	1,061,469
	전문노인요양시설	63,342	80,641,188	1,273,108
	노인요양공동생활가정	8,871	10,777,624	1,214,928
	합계	95,816	115,274,481	1,203,082
2011. 5	요양시설(구)	10,966	10,623,446	968,762
	노인요양시설(단기보호전환)	9,347	10,023,132	1,072,337
	전문노인요양시설	61,882	78,650,356	1,270,973
	노인요양공동생활가정	9,585	11,701,624	1,220,827
	합계	91,780	110,998,557	1,209,398

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-18> 재가급여유형별 1인당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 명)

구분		실인원수	총비용액(천원)	1인당 총비용액(원)
2008.12	방문요양	60,747	42,370,606	697,493
	방문목욕	16,862	3,122,210	185,162
	방문간호	2,995	535,224	178,706
	주야간보호	7,865	5,058,209	643,129
	단기보호	4,659	5,208,720	1,117,991
	복지용구	11,124	4,665,166	419,378
	합계	78,894	60,960,135	772,684
2009. 6	방문요양	92,645	68,777,303	742,375
	방문목욕	20,372	3,605,648	176,990
	방문간호	3,435	583,204	169,783
	주야간보호	8,978	6,128,216	682,581
	단기보호	7,544	8,336,240	1,105,016
	복지용구	15,642	5,830,574	372,751
	합계	116,514	93,261,184	800,429
2009.12	방문요양	132,913	112,972,745	849,975
	방문목욕	31,529	6,477,344	205,441
	방문간호	4,277	874,800	204,536
	주야간보호	10,183	6,932,102	680,752
	단기보호	10,380	11,310,183	1,089,613
	복지용구	21,664	7,284,243	336,237
	합계	159,368	145,851,418	915,186
2010. 6	방문요양	152,174	111,444,453	732,349
	방문목욕	39,399	6,828,934	173,328
	방문간호	3,939	639,609	162,379
	주야간보호	11,103	7,350,284	662,009
	단기보호	980	540,351	551,379
	복지용구	22,672	11,159,562	492,218
	합계	170,030	137,963,194	811,405
2010.12	방문요양	159,496	119,348,426	748,285
	방문목욕	41,124	7,419,938	180,428
	방문간호	3,740	574,584	153,632
	주야간보호	11,805	8,374,301	709,386
	단기보호	1,041	548,830	527,214
	복지용구	28,814	4,489,718	155,817
	합계	177,576	140,755,797	792,651
2011. 4	방문요양	155,622	112,872,034	725,296
	방문목욕	40,770	6,893,354	169,079
	방문간호	3,563	522,496	146,645
	주야간보호	11,447	7,930,043	692,762
	단기보호	1,124	577,439	513,736
	복지용구	35,205	5,594,357	158,908
	합계	175,338	134,389,723	766,461

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-19> 재가급여유형별 건당 총비용액 추이 (본인부담금 포함)

(단위: 건)

구분		건수	총비용액(천원)	건당 총비용액(원)
2008.12	방문요양	73,759	42,370,606	574,447
	방문목욕	20,029	3,122,210	155,884
	방문간호	3,647	535,224	146,757
	주야간보호	8,821	5,058,209	573,428
	단기보호	6,080	5,208,720	856,697
	복지용구	13,473	4,665,166	346,260
	합계	125,809	60,960,135	484,545
2009. 6	방문요양	107,407	68,777,303	640,343
	방문목욕	22,949	3,605,648	157,116
	방문간호	3,920	583,204	148,777
	주야간보호	10,390	6,128,216	589,819
	단기보호	8,883	8,336,240	938,449
	복지용구	17,412	5,830,574	334,860
	합계	170,961	93,261,184	545,511
2009.12	방문요양	169,604	112,972,745	666,097
	방문목욕	39,287	6,477,344	164,872
	방문간호	5,884	874,800	148,674
	주야간보호	11,809	6,932,102	587,019
	단기보호	12,649	11,310,183	894,156
	복지용구	25,402	7,284,243	286,759
	합계	264,635	145,851,418	551,142
2010. 6	방문요양	164,124	111,444,453	679,026
	방문목욕	41,945	6,828,934	162,807
	방문간호	4,394	639,609	145,564
	주야간보호	12,759	7,350,284	576,086
	단기보호	1,115	540,351	484,620
	복지용구	24,003	11,159,562	464,924
	합계	248,340	137,963,194	555,542
2010.12	방문요양	173,608	119,348,426	687,459
	방문목욕	44,056	7,419,938	168,421
	방문간호	4,128	574,584	139,192
	주야간보호	13,500	8,374,301	620,319
	단기보호	1,148	548,830	478,075
	복지용구	31,856	4,489,718	140,938
	합계	268,296	140,755,797	524,629
2011. 5	방문요양	160,702	112,872,034	702,369
	방문목욕	41,786	6,893,354	164,968
	방문간호	3,673	522,496	142,253
	주야간보호	11,536	7,930,043	687,417
	단기보호	1,254	577,439	460,478
	복지용구	39,019	5,594,357	143,375
	합계	257,970	134,389,723	520,951

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

(2) 서비스 이용행태측면(재가급여)

□ 보험급여의 효율성은 급여지출이 낭비없이 효율적으로 사용되고 있는가를 평가하여 판단할 수 있는데, 이는 장기요양등급자의 기능상태(중증도)에 따라서 달라질 수 있을 것이고, 더 나아가 기본이념에서도 제시하였듯이 자립기능의 저해가능성도 고려하여 평가할 수 있을 것임.

○ 그러나, 이를 판단하기 위해서는 각 개별적인 장기요양자의 기능상태(중증도)를 알아야 하고, 개별 서비스의 내용을 구체적으로 알아야 가능할 것이나, 본 연구에서는 적절한 자료수집의 한계로 서비스의 이용행태를 보고 판단평가해 보고자 함.

□ 먼저, 방문요양서비스의 이용행태를 보면, 전체적으로 240분이상(4시간이상)의 서비스를 이용한 건수가 가장 높게 나타나고 있음.

○ 연도별 이용행태의 추이를 보면, 2008년 12월 통계에서는 240분이상이 전체의 30.3%로 가장 많이 차지하고 있었고, 그 다음으로 180~210분미만이 18.3%, 210~240분미만이 13.5%로 나타나 3시간 이상이 전체의 62.1%를 차지하고 있었음. 일반적으로 가정에 방문하여 제공하는 서비스가 신체케어이거나 가사활동지원인데, 신체케어만 하거나, 또는 가사활동지원만 하거나, 또는 양 부문의 지원을 동시에 한다고 할 경우라도 1회방문하여 2시간을 넘기는 경우가 많지 않다는 것임. 그럼에도 불구하고 3시간이상, 또는 4시간이상의 서비스를 지원한다는 것은 신체케어나 가사활동지원 이외의 장기요양과 관계성이 희박한 개인적인 일에 많은 시간을 소비하고 있는 것으로 평가할 수 있겠음.

○ 그리고 2010년 12월 통계에서는 각각 29.7%, 17.4%, 6.2%로 3시간이상이 전체의 53.3%로 제도초기에 비해 거의 10%p나 감소한 것으로 나타나고 있음. 그 대신에 90~120분미만의 경우는 2008년 10.8%에서 2010년 35.8%로 크게 증가한 것으로 나타나고 있음. 이는 시행초기에 비해 상당히 줄어든 것으로 보이는데, 이는 장시간의 서비스제공을 억제하는 방향으로 제도개선이 이루어지고 있기 때문인데, 그 이면에는 가족에 의한 방문요양서비스의 제공이 크게 늘어났을 가능성도 내재하고 있음.

○ 한편, 서비스이용시간은 중증도에 따라서 달라질 수 있겠다는 관점에서 등급간 이용행태를 살펴보면, 2010년 12월을 기준으로 할 때, 3시간이상의 서비스를 이용한 경우 1등급은 57.1%, 2등급은 54.9%, 3등급은 52.2%로 나타나, 낮은 등급일수록 약간씩 감소하고 있기는 하지만, 등급과 관계없이 절반이상이 3시간이상의 서비스를 이용하고 있

음. 이는 시행초기(2008.12월)에는 1등급이 75.7%, 2등급이 68.5%, 3등급이 54.5%에 비하면, 상당히 줄어들기는 하였지만, 특히 3등급자의 이용행태는 크게 나아진 것이 없는 것으로 평가할 수 있음.

- 이를 근거해 볼 때, 방문요양서비스의 합리적인 이용을 할 수 있도록 유도하여야 하고, 제공가능한 서비스의 내용도 표준화시킬 필요가 있는 것으로 평가됨.

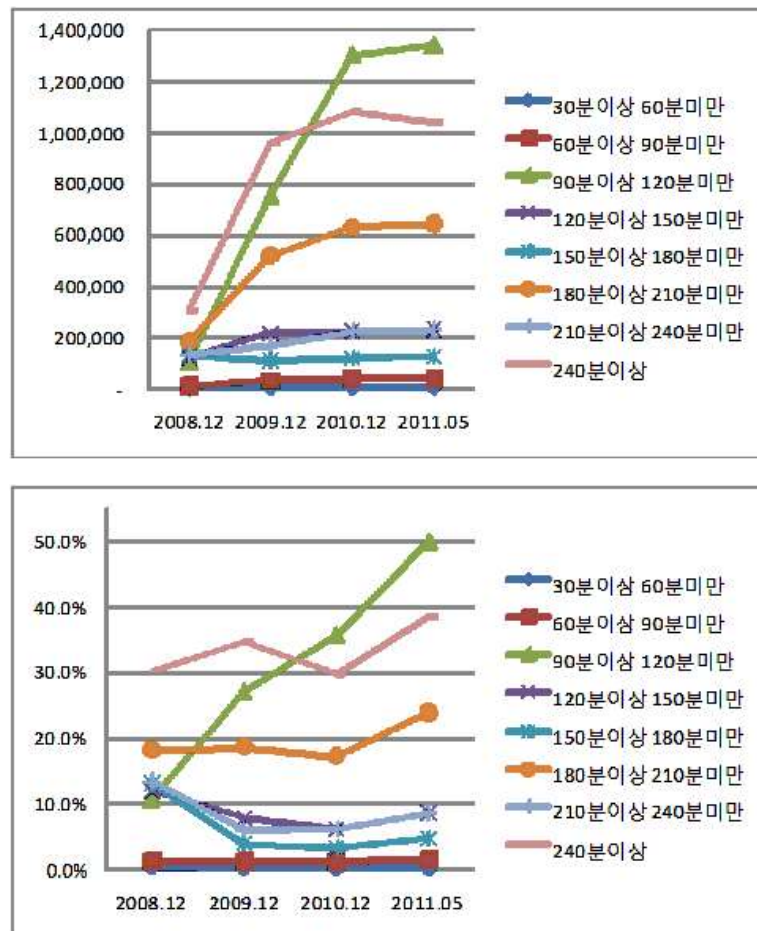
<표 3-20> 방문요양서비스의 이용시간별 연도별 실태추이

(단위: 건, %)

		30~60분 미만	60~90분 미만	90~120분 미만	120~150분 미만	150~180분 미만	180~210분 미만	210~240분 미만	240분 이상	계
2008.12	1등급	1,367 (0.6)	2,769 (1.2)	23,650 (10.5)	14,998 (6.7)	11,688 (5.2)	17,764 (7.9)	34,032 (15.2)	117,925 (52.6)	224,193 (100.0)
	2등급	924 (0.4)	2,647 (1.3)	24,015 (11.6)	17,985 (8.7)	19,505 (9.4)	32,095 (15.5)	32,870 (15.9)	76,718 (37.1)	206,759 (100.0)
	3등급	2,302 (0.4)	8,085 (1.4)	60,977 (10.7)	87,695 (15.3)	101,333 (17.7)	133,689 (23.4)	68,564 (12.0)	109,426 (19.1)	572,071 (100.0)
	합계	4,594 (0.5)	13,504 (1.3)	108,664 (10.8)	120,693 (12.0)	132,541 (13.2)	183,571 (18.3)	135,497 (13.5)	304,159 (30.3)	1,003,223 (100.0)
2009.12	1등급	1,021 (0.2)	5,616 (1.3)	122,235 (28.2)	25,993 (6.0)	5,075 (1.2)	33,029 (7.6)	11,352 (2.6)	228,477 (52.8)	432,798 (100.0)
	2등급	1,203 (0.2)	7,350 (1.3)	161,286 (29.6)	29,097 (5.3)	11,907 (2.2)	64,421 (11.8)	26,643 (4.9)	242,624 (44.6)	544,531 (100.0)
	3등급	4,428 (0.2)	22,135 (1.2)	471,347 (26.1)	163,439 (9.1)	93,984 (5.2)	424,252 (23.5)	131,229 (7.3)	494,625 (27.4)	1,805,439 (100.0)
	합계	6,652 (0.2)	35,104 (1.3)	754,926 (27.1)	218,540 (7.9)	110,969 (4.0)	521,721 (18.7)	169,232 (6.1)	965,823 (34.7)	2,782,968 (100.0)
2010.12	1등급	747 (0.2)	6,115 (1.4)	149,193 (35.0)	21,954 (5.2)	4,492 (1.1)	28,340 (6.7)	9,998 (2.3)	205,021 (48.1)	425,860 (100.0)
	2등급	1,458 (0.2)	7,981 (1.3)	233,781 (37.5)	26,501 (4.3)	11,199 (1.8)	64,033 (10.3)	27,841 (4.5)	249,873 (40.1)	622,667 (100.0)
	3등급	5,880 (0.2)	29,963 (1.2)	922,370 (35.5)	178,157 (6.8)	106,166 (4.1)	541,090 (20.8)	188,185 (7.2)	630,059 (24.2)	2,601,870 (100.0)
	합계	8,085 (0.2)	44,062 (1.2)	1,305,417 (35.8)	226,621 (6.2)	121,860 (3.3)	633,480 (17.4)	226,031 (6.2)	1,085,041 (29.7)	3,650,597 (100.0)
2011. 5	1등급	703 (0.2)	5,369 (1.4)	136,934 (35.5)	18,011 (4.7)	3,713 (1.0)	26,035 (6.7)	8,973 (2.3)	186,137 (48.2)	385,875 (100.0)
	2등급	1,163 (0.2)	7,892 (1.3)	226,058 (37.8)	24,118 (4.0)	10,145 (1.7)	62,330 (10.4)	27,807 (4.6)	238,506 (39.9)	598,019 (100.0)
	3등급	5,570 (0.2)	31,512 (1.2)	982,183 (36.5)	190,467 (7.1)	113,133 (4.2)	558,213 (20.7)	196,861 (7.3)	616,011 (22.9)	2,693,950 (100.0)
	합계	7,436 (0.3)	44,773 (1.7)	1,345,175 (49.9)	232,596 (8.6)	126,991 (4.7)	646,578 (24.0)	233,641 (8.7)	1,040,654 (38.6)	2,693,950 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

[그림 3-10] 방문요양서비스의 이용시간별 실태추이



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계자료를 이용하여 작성

□ 방문목욕서비스의 이용행태 추이를 보면, 전체적으로 월 3~4회 이용한 건수가 가장 높게 나타나고 있음.

- 연도별 이용행태의 추이를 보면, 2008년 12월 통계에서는 월 3~4회가 전체의 39.8%로 가장 많이 차지하고 있었고, 그 다음으로 5~7회가 31.0%, 8회 이상이 13.3%로 나타나, 최소한 평균 주1회 이상이 전체의 84.1%를 차지하고 있었음. 그리고 2010년 12월 통계에서는 각각 51.5%, 13.1%, 24.8%로 나타나, 제도초기에 비해 평균 주2회 이상이 10%p이상 늘어난 것으로 나타나고 있음. 이는 그만큼 목욕에 대한 서비스요구도가 높다는 것을 의미하고 있음.
- 한편, 2010년 12월을 기준으로 할 때, 평균 주 2회 이상의 서비스를 이용한 경우, 1등급은 59.4%, 2등급은 43.6%, 3등급은 4.2%로 나타나, 주로 중증자에게서 높은 이용요구도가 존재하고 있음을 알 수 있음. 여기에서 낮은 등급인 3등급자의 이용행태를 보

면, 월 3~4회가 전체의 71.8%를 차지하고 있음.

○ 이러한 이용행태로 볼 때, 목욕서비스는 중증도에 따라서 적절하게 이용되고 있는 것으로 평가할 수 있음.

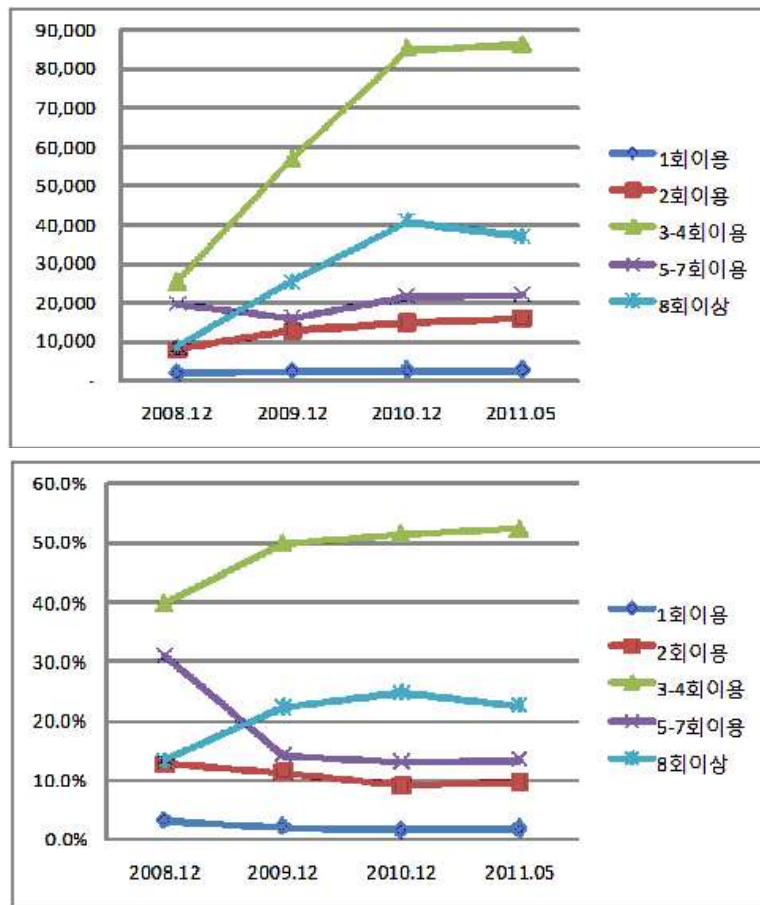
<표 3-21> 방문목욕서비스의 이용횟수별 이용실태추이

(단위: 건, %)

구분		1회	2회	3-4회	5-7회	8회 이상	계
2008.12	1등급	434 (2.2)	1,712 (8.7)	6,302 (32.2)	7,377 (37.7)	3,743 (19.1)	19,568 (100.0)
	2등급	399 (3.1)	1,568 (12.0)	4,872 (37.3)	4,294 (32.9)	1,938 (14.8)	13,071 (100.0)
	3등급	1,222 (3.9)	4,902 (15.6)	14,330 (45.6)	8,163 (26.0)	2,822 (9.0)	31,439 (100.0)
	합계	2,055 (3.2)	8,182 (12.8)	25,504 (39.8)	19,834 (31.0)	8,503 (13.3)	64,078 (100.0)
2009.12	1등급	365 (1.3)	1,642 (5.9)	8,526 (30.9)	4,062 (14.7)	13,041 (47.2)	27,636 (100.0)
	2등급	485 (1.8)	2,208 (8.1)	9,734 (35.7)	5,949 (21.8)	8,918 (32.7)	27,294 (100.0)
	3등급	1,664 (2.8)	9,056 (15.3)	38,737 (65.6)	6,180 (10.5)	3,397 (5.8)	59,034 (100.0)
	합계	2,514 (2.2)	12,906 (11.3)	56,997 (50.0)	16,191 (14.2)	25,356 (22.3)	113,964 (100.0)
2010.12	1등급	291 (0.9)	1,310 (3.9)	7,700 (22.9)	4,360 (13.0)	19,958 (59.4)	33,619 (100.0)
	2등급	422 (1.1)	1,960 (5.0)	11,058 (28.1)	8,734 (22.2)	17,109 (43.6)	39,283 (100.0)
	3등급	1,896 (2.0)	11,722 (12.7)	66,452 (71.8)	8,635 (9.3)	3,904 (4.2)	92,609 (100.0)
	합계	2,609 (1.6)	14,992 (9.1)	85,210 (51.5)	21,729 (13.1)	40,971 (24.8)	165,511 (100.0)
2011. 5	1등급	285 (1.0)	1,200 (4.0)	6,707 (22.5)	4,426 (14.9)	17,134 (57.6)	29,752 (100.0)
	2등급	443 (1.2)	2,114 (5.6)	10,545 (28.1)	7,790 (20.7)	16,671 (44.4)	37,563 (100.0)
	3등급	2,142 (2.2)	12,676 (13.1)	68,905 (71.1)	9,927 (10.2)	3,322 (3.4)	96,972 (100.0)
	합계	2,870 (1.7)	15,990 (9.7)	86,157 (52.4)	22,143 (13.5)	37,127 (22.6)	164,287 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

[그림 3-11] 방문목욕서비스의 이용횟수별 이용실태추이



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계자료를 이용하여 작성

□ 방문간호서비스의 이용행태 추이를 보면, 전체적으로 30~60분미만 이용한 건수가 가장 높게 나타나고 있음.

- 연도별 이용행태의 추이를 보면, 2008년 12월 통계에서는 30~60분미만이 전체의 61.0%로 가장 많이 차지하고 있었고, 그 다음으로 30분미만이 22.2%, 60분이상이 16.9%로 나타나, 최소한 60분미만이 전체의 83.2%를 차지하고 있었음. 그리고 2010년 12월 통계에서는 각각 61.0%, 22.5%, 16.5%로 나타나, 제도초기와 거의 변함없는 이용행태를 보이고 있음.
- 그러한 경향은 등급과 관계없이 동일하게 보여주고 있는데, 역시 중증자일수록 60분이상 소요되는 서비스를 이용하는 비중이 높음을 알 수 있음.
- 한편, 이용횟수를 보면, 평균 주1회 이상의 이용이 연도별로 보더라도 7~80%를 차지하고 있고, 등급이 높을수록 주1회 이상의 빈도가 높아짐을 알 수 있어, 그만큼 중증자

일수록 의료적 욕구가 높다는 것을 의미하고 있음.

- 이와 같은 이용행태를 근거로 해 볼 때, 방문간호서비스가 대체적으로 적절하게 이용되고 있는 것으로 평가할 수 있음. 다만, 1시간이상의 간호서비스가 필요한 대상자인 경우에는 재가에서의 생활에 용이하지 않을 것으로 판단되어 보다, 그러한 이용자의 면밀한 이용행태를 분석할 필요가 있겠음.

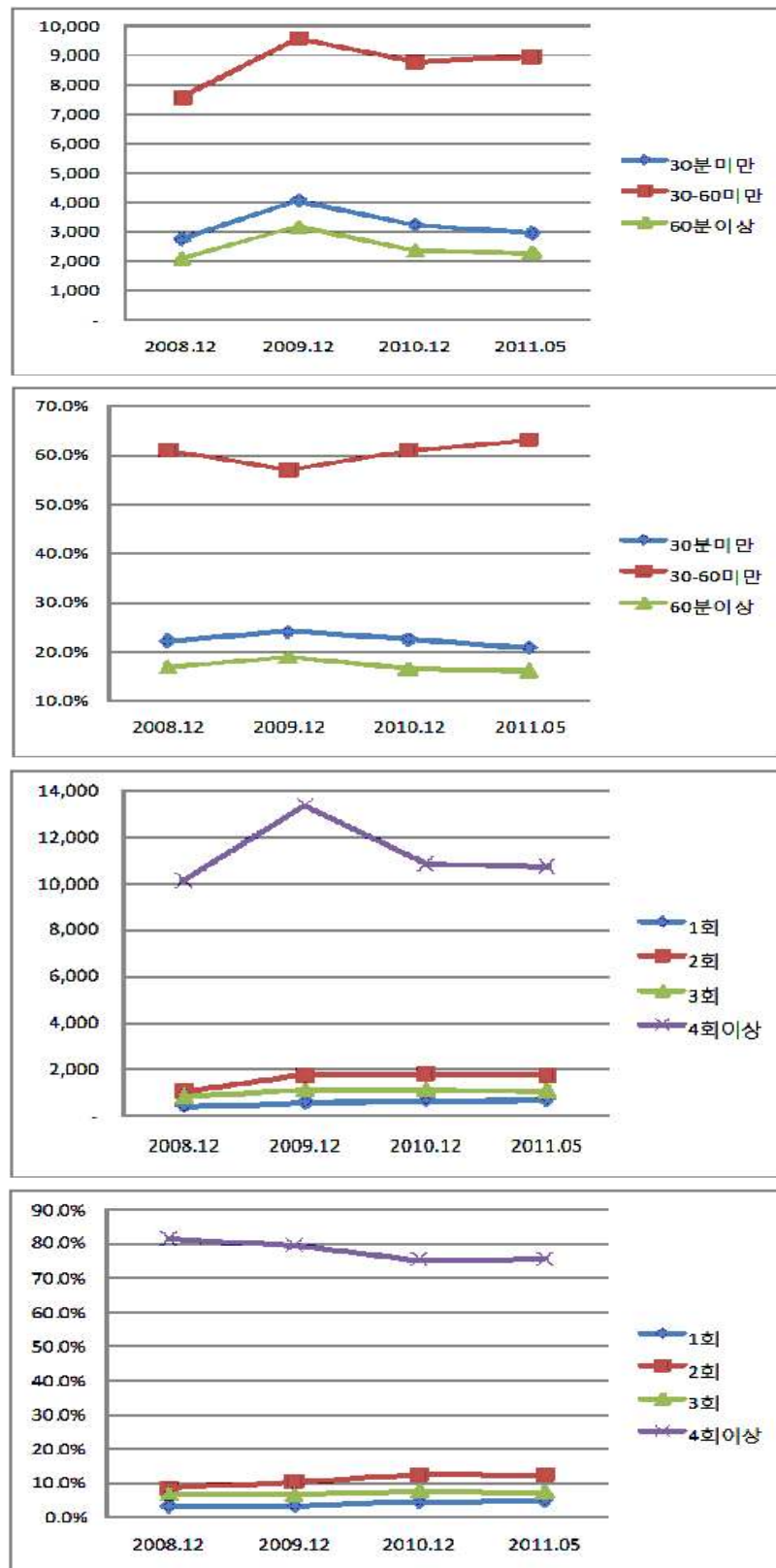
<표 3-22> 방문간호서비스의 이용실태 추이

(단위: 건)

		이용시간별 건수			이용횟수별 건수				계
		30분 미만	30-60분 미만	60분 이상	1회	2회	3회	4회 이상	
2008.12	1등급	919 (17.5)	3,147 (60.0)	1,178 (22.5)	131 (2.5)	396 (7.6)	276 (5.3)	4,441 (84.7)	5,244 (100.0)
	2등급	604 (26.0)	1,341 (57.8)	375 (16.2)	84 (3.6)	188 (8.1)	174 (7.5)	1,874 (80.8)	2,320 (100.0)
	3등급	1,233 (25.4)	3,091 (63.6)	538 (11.1)	190 (3.9)	484 (10.0)	378 (7.8)	3,810 (78.4)	4,862 (100.0)
	합계	2,756 (22.2)	7,579 (61.0)	2,091 (16.9)	405 (3.3)	1,068 (8.6)	828 (6.7)	10,125 (81.5)	12,426 (100.0)
2009.12	1등급	1,045 (17.6)	3,392 (57.0)	1,517 (25.5)	170 (2.9)	478 (8.0)	312 (5.2)	4,994 (83.9)	5,954 (100.0)
	2등급	695 (22.2)	1,837 (58.8)	592 (19.0)	116 (3.7)	332 (10.6)	225 (7.2)	2,451 (78.5)	3,124 (100.0)
	3등급	2,307 (29.9)	4,357 (56.4)	1,056 (13.7)	285 (3.7)	942 (12.2)	573 (7.4)	5,920 (76.7)	7,720 (100.0)
	합계	4,047 (24.0)	9,586 (57.1)	3,165 (18.9)	571 (3.4)	1,752 (10.4)	1,110 (6.6)	13,365 (79.6)	16,798 (100.0)
2010.12	1등급	792 (15.6)	3,155 (62.1)	1,134 (22.3)	179 (3.5)	500 (9.8)	339 (6.7)	4,063 (80.0)	5,081 (100.0)
	2등급	631 (22.1)	1,773 (62.1)	452 (15.8)	103 (3.6)	332 (11.6)	207 (7.2)	2,214 (77.5)	2,856 (100.0)
	3등급	1,817 (28.2)	3,852 (59.7)	780 (12.1)	367 (5.7)	958 (14.9)	555 (8.6)	4,569 (70.8)	6,449 (100.0)
	합계	3,240 (22.5)	8,780 (61.0)	2,366 (16.5)	649 (4.5)	1,790 (12.4)	1,101 (7.6)	10,846 (75.4)	14,386 (100.0)
2011. 5	1등급	695 (14.6)	3,032 (63.6)	1,040 (21.8)	171 (3.6)	478 (10.0)	261 (5.5)	3,857 (80.9)	4,767 (100.0)
	2등급	563 (19.6)	1,754 (61.1)	556 (19.4)	133 (4.6)	342 (11.9)	198 (6.9)	2,200 (76.6)	2,873 (100.0)
	3등급	1,692 (25.8)	4,177 (63.7)	689 (10.5)	396 (6.0)	932 (14.2)	567 (8.6)	4,663 (71.1)	558 (100.0)
	합계	2,950 (20.8)	8,963 (63.1)	2,285 (16.1)	700 (4.9)	1,752 (12.3)	1,026 (7.2)	10,720 (75.5)	14,198 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

[그림 3-12] 방문간호서비스의 이용실태추이(이용시간, 이용횟수 기준)



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계자료를 이용하여 작성

□ 주야간보호서비스의 이용행태 추이를 보면, 전체적으로 1일 8~10시간미만 이용한 건수가 가장 높게 나타나고 있음.

- 연도별 이용행태의 추이를 보면, 2008년 12월 통계에서는 8~10시간미만이 전체의 79.3%로 가장 많이 차지하고 있었고, 그 다음으로 6~8시간미만이 12.7%, 10~12시간미만이 4.0%의 순으로 나타나고 있으며, 12시간이상 이용하는 경우도 전체의 2.6%나 존재하고 있었음. 그리고 2010년 12월 통계에서는 각각 72.8%, 8.8%, 11.4%, 5.1%로 나타나, 제도초기에 비해 야간보호의 이용이 늘어나고 있음을 알 수 있음.
- 그러한 경향은 등급과 관계없이 동일하게 보여주고 있는데, 중증자일수록 1일 10시간이상의 서비스를 이용하는 비중이 높음을 알 수 있음.
- 이와 같은 결과로부터 유추할 수 있는 것은, 주간보호의 성격이 가족수발자의 휴식이나 취업 등 개인적인 사정으로 케어지원이 어려울 경우에 이용되는 서비스라 할 수 있겠음. 그러한 관점에서 볼 때, 1일 8시간이상의 장시간의 체재는 주간보호센터를 준(準) 입소 시설의 형태로 운영하고 있다는 것으로 판단할 수 있어 효율적이지 못한 것으로 평가할 수 있음.

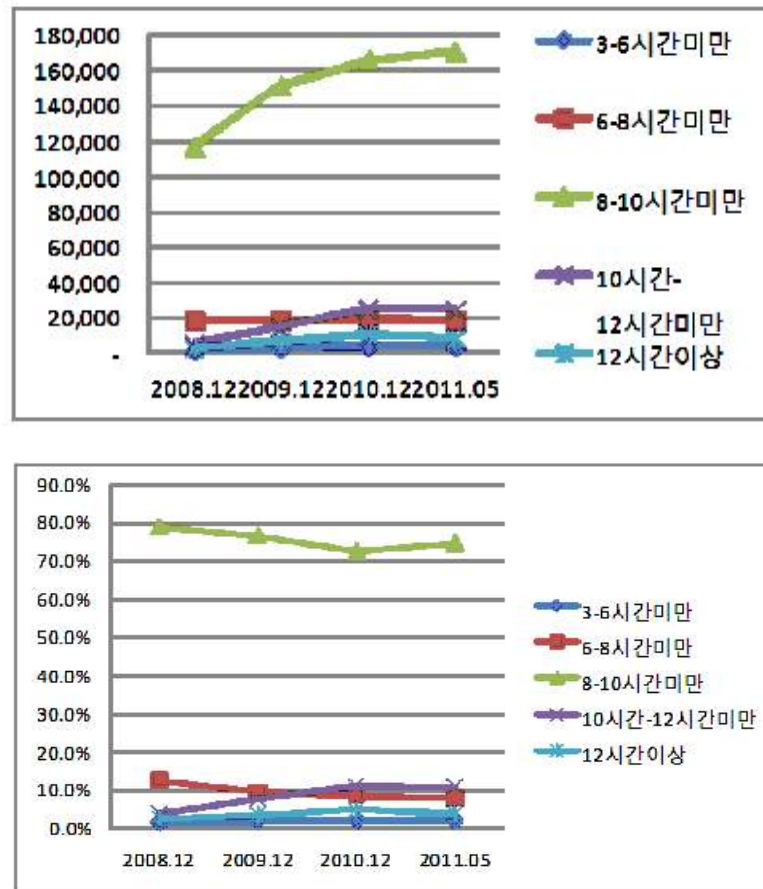
<표 3-23> 주야간보호서비스의 이용실태 추이

(단위: 건)

		3-6시간미만	6-8시간미만	8-10시간 미만	10-12시간 미만	12시간이상	계
2008.12	1등급	144 (1.3)	945 (8.7)	8,420 (77.8)	480 (4.4)	834 (7.7)	10,823 (100.0)
	2등급	424 (1.3)	4,207 (13.0)	25,508 (78.6)	1,418 (4.4)	913 (2.8)	32,470 (100.0)
	3등급	1,607 (1.5)	13,585 (13.0)	83,217 (79.6)	3,970 (3.8)	2,128 (2.0)	104,507 (100.0)
	합계	2,175 (1.5)	18,737 (12.7)	117,145 (79.3)	5,868 (4.0)	3,875 (2.6)	147,800 (100.0)
2009.12	1등급	141 (2.1)	508 (7.4)	5,239 (76.2)	656 (9.5)	330 (4.8)	6,874 (100.0)
	2등급	533 (1.7)	2,625 (8.3)	23,740 (75.5)	2,919 (9.3)	1,642 (5.2)	31,459 (100.0)
	3등급	3,031 (1.9)	16,179 (10.2)	122,947 (77.2)	11,779 (7.4)	5,236 (3.3)	159,172 (100.0)
	합계	3,705 (1.9)	19,312 (9.8)	151,926 (76.9)	15,354 (7.8)	7,208 (3.7)	197,505 (100.0)
2010.12	1등급	105 (2.3)	440 (9.5)	3,075 (66.1)	760 (16.3)	269 (5.8)	4,649 (100.0)
	2등급	451 (1.8)	2,097 (8.4)	17,711 (70.6)	3,135 (12.5)	1,693 (6.7)	25,087 (100.0)
	3등급	3,840 (1.9)	17,604 (8.9)	145,630 (73.3)	22,036 (11.1)	9,599 (4.8)	198,709 (100.0)
	합계	4,396 (1.9)	20,141 (8.8)	166,416 (72.8)	25,931 (11.4)	11,561 (5.1)	228,445 (100.0)
2011. 5	1등급	41 (1.2)	382 (11.2)	2,283 (66.9)	624 (18.3)	84 (2.5)	3,414 (100.0)
	2등급	406 (1.8)	1,558 (7.1)	15,657 (70.9)	3,083 (14.0)	1,389 (6.3)	22,093 (100.0)
	3등급	4,235 (2.1)	16,824 (8.3)	153,448 (75.3)	21,518 (10.6)	7,742 (3.8)	203,767 (100.0)
	합계	4,682 (2.0)	18,764 (8.2)	171,388 (74.8)	25,225 (11.0)	9,215 (4.0)	229,274 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

[그림 3-13] 주야간보호서비스의 이용실태추이



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계자료를 이용하여 작성

□ 복지용구의 이용행태를 보면, 크게 구매용품과 대여용품으로 구분하고 있는데, 2011.4월 기준으로, 금액기준으로 가장 많은 구매금액을 차지하고 있는 품목이 욕창예방방석(654백만원), 이동변기(646백만원), 미끄럼방지용품(매트)(607백만원), 목욕의자(597백만원)의 순으로 나타나고 있고, 이동에 편의성을 제공하는 보행차(355백만원), 보행보조차(130백만원), 지팡이(91백만원)으로 상대적으로 적게 나타나고 있음.

○ 그리고, 대여품목으로는 전동침대가 990백만원으로 가장 많고, 수동휠체어(466백만원), 욕창예방매트리스(211백만원)의 순으로 나타나고 있음.

□ 한편, 등급별 복지용품의 이용행태를 보면, 3등급자의 경우, 비교적 많은 금액을 차지하고 있는 것으로 이동변기(532백만원), 미끄럼방지용품(매트)(498백만원), 목욕의자(489백만원), 욕창예방방석(449백만원)이고, 대여품목으로는 전동침대가 562백만원으로 가장

많고, 수동휠체어(336백만원), 욕창예방매트리스(71백만원)의 순으로 나타나고 있음.

- 전반적으로 볼 때, 복지용구는 이용자의 일상생활활동을 보조적으로 지원하되, 복지용구에 지나치게 의존함으로써 자신의 잔존능력이 저하 또는 상실될 수 있기 때문에 용품의 선정과 보험급여로써의 제공에 신경을 기울여야하는 것이기도 함. 따라서, 현행 3등급자에게 제공되는 복지용품의 내용을 기능상의 상태를 고려하여 면밀하게 재검토할 필요가 있겠음.

<표 3-24> 복지용구 품목별 이용실태 추이

(단위 : 천원)

구분			총계		등 급 별					
					1등급		2등급		3등급	
			구매금액	대여금액	구매금액	대여금액	구매금액	대여금액	구매금액	대여금액
2008. 12	총계		2,228,302	213,164	684,785	57,132	589,635	43,695	953,882	112,337
	이동변기		103,090	-	17,388	-	27,348	-	58,353	-
	목욕의자		143,852	-	27,627	-	32,488	-	83,737	-
	보행차		95,087	-	11,893	-	23,773	-	59,422	-
	보행보조차		92,306	-	6,663	-	13,338	-	72,305	-
	안전손잡이		17,747	-	2,996	-	4,297	-	10,454	-
	미끄럼 방지 용품	양말	42,231	-	7,102	-	8,872	-	26,257	-
		매트	88,668	-	9,878	-	21,298	-	57,491	-
	간이변기		5,519	-	1,466	-	1,360	-	2,693	-
	지팡이		12,895	-	1,114	-	2,759	-	9,022	-
	욕창예방방석		146,724	-	29,800	-	29,151	-	87,773	-
	자세변환 용구		42,221	-	12,924	-	9,172	-	20,125	-
	수동휠체어		307,328	40,278	80,966	6,892	99,446	8,812	126,916	24,573
	전동침대		639,136	87,387	252,700	25,960	180,218	17,178	206,218	44,249
	수동침대		213,331	45,766	82,423	10,749	61,891	9,343	69,018	25,674
	욕창예방매트리스		278,167	39,733	139,844	13,531	74,224	8,361	64,098	17,841
2011. 4	총계		3,831,611	1,762,197	317,041	320,770	621,808	412,899	2,892,762	1,028,528
	이동변기		646,148	-	29,961	-	84,027	-	532,160	-
	목욕의자		597,194	-	22,470	-	86,194	-	488,530	-
	보행차		355,265	-	17,484	-	49,148	-	288,634	-
	보행 보조차		129,589	-	221	-	2,673	-	126,695	-
	안전손잡이		136,368	-	9,470	-	22,002	-	104,897	-
	미끄럼 방지 용품	매트	606,785	-	25,745	-	82,741	-	498,300	-
		양말	212,969	-	10,941	-	31,832	-	170,197	-
	간이변기		19,915	-	2,430	-	3,772	-	13,713	-
	지팡이		90,720	-	2,282	-	9,464	-	78,975	-
	욕창예방방석		654,359	-	80,555	-	124,698	-	449,106	-
	자세변환 용구		380,181	-	113,889	-	124,737	-	141,556	-
	수동 휠체어		523	466,313	-	44,397	523	85,853	-	336,063
	전동침대		1,595	990,408	1,595	185,981	-	242,010	-	562,418
	수동침대		-	60,066	-	7,958	-	12,006	-	40,102
	욕창예방매트리스		-	210,981	-	74,290	-	65,512	-	71,179
	이동욕조		-	32,447	-	7,877	-	7,053	-	17,518
	목욕리프트		-	1,982	-	268	-	465	-	1,249

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

※ 참고사항 - 2011년 4월달 수치는 6개 대여전용품목(수동·전동침대, 수동휠체어, 욕창예방매트리스, 목욕리프트, 이동욕조)은 2010년 6월 1일부터 전면 대여제가 시행되고 있으나, 본 통계는 공단에 급여비용 청구에 따른 지급일을 기준으로 하고 있어 6월 1일 이전의 구입계약이 통계에 보이고 있음.

다. 시설인프라측면

□ 지역별 입소시설의 규모 추이

- 입소시설의 평균 정원규모가 2008.12월말에는 39.9명이었으나, 2011.4월말에는 31.1명으로 축소되었음.
- 이는 중소규모의 시설이 폭증한 결과로 볼 수 있는데, 2011.4월말 기준으로 지역별 평균입소정원을 보면, 30인미만인 지역이 서울(28.7명), 경기(28.1명), 충북(25.1명), 전남(27.2명)으로 나타나고 있음. 이들 지역의 특징은, 서울을 제외하고는 모두 대도시 인근지역으로 보임.
- 그런데, 지역간 입소시설의 분포도를 변동계수로 살펴보면, 2008.12월 0.15, 2009.12월 0.19, 2010.12월 0.16, 2011.4월 0.18로 나타나 2009년도를 제외하고는 수치가 커지고 있음. 이는 지역간 시설규모(평균정원수)의 폭이 커지고 있음을 알 수 있는데, 서서히 대규모와 소규모를 양극화하는 경향을 보이고 있다고도 말할 수 있겠음.

<표 3-25> 시설급여 장기요양기관 운영추이

(단위 : 개, 명)

	2008. 12			2009. 12		
	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)
서울	133	5,423	40.77	273	7,939	29.08
부산	71	3,553	50.04	106	4,536	42.79
대구	41	2,233	54.46	68	2,806	41.26
인천	71	2,919	41.11	131	4,993	38.11
광주	49	1,984	40.49	58	2,210	38.10
대전	40	1,580	39.50	61	2,037	33.39
울산	29	1,371	47.28	30	1,431	47.70
경기	462	16,161	34.98	781	22,391	28.67
강원	108	4,285	39.68	152	5,062	33.30
충북	108	3,683	34.10	155	4,475	28.87
충남	92	3,394	36.89	139	4,608	33.15
전북	144	5,812	40.36	162	6,225	38.43
전남	127	4,357	34.31	175	5,104	29.17
경북	111	5,274	47.51	159	6,365	40.03
경남	103	4,978	48.33	144	6,159	42.77
제주	28	1,518	54.21	35	1,855	53.00
합계	1,717	68,525	39.91	2,629	88,196	33.55
변동계수						
	0.15			0.19		
	2010. 12			2011. 4		
	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)
서울	425	11,905	28.01	434	12,446	28.68
부산	158	5,269	33.35	158	5,504	34.84
대구	135	4,154	30.77	147	4,573	31.11
인천	206	6,920	33.59	224	7,320	32.68
광주	91	3,172	34.86	94	3,342	35.55
대전	88	2,881	32.74	89	3,019	33.92
울산	42	1,656	39.43	41	1,635	39.88
경기	1,078	30,883	28.65	1,119	31,441	28.10
강원	185	6,107	33.01	192	6,291	32.77
충북	213	5,505	25.85	224	5,628	25.13
충남	209	6,434	30.78	214	6,560	30.65
전북	190	6,782	35.69	199	6,991	35.13
전남	245	6,560	26.78	250	6,806	27.22
경북	244	8,622	35.34	258	9,026	34.98
경남	194	7,586	39.10	196	7,788	39.73
제주	48	2,346	48.88	48	2,454	51.13
합계	3,751	116,782	31.13	3,887	120,824	31.08
변동계수						
	0.16			0.18		

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 정원규모별 운영주체별 노인요양시설의 현황

- 시설수를 기준으로 할 때, 개인이 운영하는 시설이 전체의 61.3%, 법인시설이 35.6%로 나타나고 있어 개인시설의 비중이 높게 나타나고 있음.
- 그리고, 개인시설의 규모를 보면, 59인 이하가 전체의 52.6%, 30인미만이 전체의 83.1%로 거의 대부분을 차지하고 있음. 다시 말하면, 소규모 시설일수록 개인운영자 비중이 높아지고 있음.

<표 3-26> 정원규모별 노인요양시설의 분포(2011년)

(단위: 개, %)

구분	국가	지자체	법인	개인	기타	합계
5-9	- (-)	11 (0.7)	263 (17.3)	1,246 (81.8)	3 (0.2)	1,523 (100.0)
10-19	- (-)	11 (2.5)	194 (43.7)	238 (53.6)	1 (0.2)	444 (100.0)
20-29	- (-)	8 (1.3)	138 (21.9)	482 (76.5)	2 (0.3)	630 (100.0)
30-39	- (-)	2 (1.1)	46 (25.6)	131 (72.8)	1 (0.6)	180 (100.0)
40-49	- (-)	4 (1.8)	59 (27.1)	153 (70.2)	2 (0.9)	218 (100.0)
50-99	- (-)	47 (6.7)	545 (78.2)	105 (15.1)	- (-)	697 (100.0)
100이상	- (-)	28 (16.3)	132 (76.7)	12 (7.0)	- (-)	172 (100.0)
합계	- (-)	111 (2.9)	1,377 (35.6)	2,367 (61.3)	9 (0.2)	3,864 (100.0)

구분	국가	지자체	법인	개인	기타	합계
5-9	- (-)	11 (99)	263 (19.1)	1,246 (52.6)	3 (33.3)	1,523 (39.4)
10-19	- (-)	11 (99)	194 (14.1)	238 (10.1)	1 (11.1)	444 (11.5)
20-29	- (-)	8 (72)	138 (100)	482 (20.4)	2 (22.2)	630 (16.3)
30-39	- (-)	2 (1.8)	46 (3.3)	131 (5.5)	1 (11.1)	180 (4.7)
40-49	- (-)	4 (3.6)	59 (4.3)	153 (6.5)	2 (22.2)	218 (5.6)
50-99	- (-)	47 (42.3)	545 (39.6)	105 (4.4)	- (-)	697 (18.0)
100이상	- (-)	28 (25.2)	132 (9.6)	12 (0.5)	- (-)	172 (4.5)
합계	- (-)	111 (100.0)	1,377 (100.0)	2,367 (100.0)	9 (100.0)	3,864 (100.0)

자료: 노인장기요양보험 홈페이지

□ 개인운영자의 정원규모별 노인요양시설의 현황을 살펴보면, 5~9인규모의 노인요양공동생활가정이 가장 많은 비중을 차지하고 있음.

- 특히, 가장 높은 비중을 차지하고 있는 지역이 대구(80.3%)로 나타나고 있음.
- 결과적으로 개인사업자에 의해 운영되고 있는 요양시설은 30인미만규모가 전체의 780%이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있어 적정규모의 범위에서 상당히 벗어나 있는 것으로 판단됨.

<표 3-27> 정원규모별 개인운영자의 노인요양시설의 지역별 분포(2011년)

(단위: 개, %)

구분	서울		부산		대구		인천		광주	
5~9인	165	(58.1)	25	(62.5)	61	(80.3)	67	(39.6)	27	(65.9)
10~19인	17	(6.0)	6	(15.0)	2	(2.6)	28	(16.6)	1	(2.4)
20~29인	57	(20.1)	6	(15.0)	4	(5.3)	43	(25.4)	6	(14.6)
30~39인	16	(5.6)	2	(5.0)	3	(3.9)	3	(1.8)	4	(9.8)
40~49인	17	(6.0)	1	(2.5)	2	(2.6)	12	(7.1)	0	(0.0)
50~99인	11	(3.9)	-	(-)	4	(5.3)	11	(6.5)	3	(7.3)
100인이상	1	(0.4)	-	(-)	-	(-)	5	(3.0)	-	(-)
합계	284	(100.0)	40	(100.0)	76	(100.0)	169	(100.0)	41	(100.0)

구분	대전		울산		경기		강원		충북	
5~9인	29	(55.8)	6	(50.0)	411	(47.9)	59	(56.7)	101	(62.0)
10~19인	5	(9.6)	3	(25.0)	80	(9.3)	10	(9.6)	15	(9.2)
20~29인	8	(15.4)	2	(16.7)	177	(20.6)	24	(23.1)	31	(19.0)
30~39인	4	(7.7)	-	(-)	72	(8.4)	4	(3.8)	5	(3.1)
40~49인	4	(7.7)	1	(8.3)	67	(7.8)	5	(4.8)	6	(3.7)
50~99인	2	(3.8)	-	(-)	46	(5.4)	2	(1.9)	4	(2.5)
100인이상	-	(-)	-	(-)	5	(0.6)	-	(-)	1	(0.6)
합계	52	(100.0)	12	(100.0)	858	(100.0)	104	(100.0)	163	(100.0)

구분	충남		전북		전남		경북		경남		제주	
5~9인	81	(53.6)	45	(44.6)	61	(48.0)	75	(64.7)	29	(44.6)	4	(50.0)
10~19인	15	(9.9)	12	(11.9)	13	(10.2)	13	(11.2)	18	(27.7)	-	(-)
20~29인	33	(21.9)	31	(30.7)	31	(24.4)	17	(14.7)	10	(15.4)	2	(25.0)
30~39인	3	(2.0)	3	(3.0)	6	(4.7)	3	(2.6)	3	(4.6)	-	(-)
40~49인	9	(6.0)	7	(6.9)	15	(11.8)	4	(3.4)	3	(4.6)	-	(-)
50~99인	10	(6.6)	3	(3.0)	1	(0.8)	4	(3.4)	2	(3.1)	2	(25.0)
100인이상	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)
합계	151	(100.0)	101	(100.0)	127	(100.0)	116	(100.0)	65	(100.0)	8	(100.0)

자료 : 노인장기요양보험 홈페이지

□ 방문요양급여기관의 현황 추이를 살펴보면, 각 지역간 편차(변이계수 기준)는 크지 않은 것으로 보임. 다만, 타 시도에 비해서 크게 시설수가 많은 지역도 보이고 있음.

- 65세이상 노인인구 1만명당 기준으로 볼 때, 2011.4월말 현재, 광주(30개소)와 대전(28.3개소) 지역이 다른 지역에 비해서 월등하게 많은 것으로 나타나고 있고, 강원지역이 가장 적은 수(11.7개소)를 보이고 있음.
- 장기요양인정자수 1천명당 기준으로 보면, 2011.4월 현재, 여전히 광주지역(43.7개소)이 많고, 그 다음으로 대구(40.3개소)지역으로 나타나고 있음.
- 한편, 운영주체별로 살펴보면, 개인사업자가 높은 지역은 인천(87.3%), 대전(86.9%), 경기(86.3%)지역이고, 각종 법인사업자의 비중이 높은 지역은 제주(35.5%), 강원(28.1%), 울산(27.1%), 부산(25.1%)지역으로 나타나고 있음.

□ 결국, 시설인프라와 관련하여 볼 때, 소규모 및 개인사업자의 비중이 상당히 높게 나타나고 있어 공공성의 확보가 시급한 것으로 보임.

<표 3-28> 노인인구대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)

(단위: 개)

	2008. 7		2008. 12		2009. 12		2010. 12		2011. 4	
	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비
서울	390	4.4	649	7.2	1,274	13.6	1,432	14.7	1,431	14.5
부 산	213	5.9	322	8.8	650	17.0	688	17.4	664	16.6
대구	165	7.2	258	11.0	526	21.7	522	20.9	509	20.2
인천	142	6.6	204	9.4	470	20.8	484	20.6	482	20.2
광주	158	13.5	202	16.9	340	27.4	394	30.4	393	30.0
대전	98	8.3	168	14.0	373	29.9	386	29.9	370	28.3
울산	38	5.5	60	8.5	132	18.0	132	17.3	134	17.4
경기	462	5.1	784	8.4	1,601	16.6	1,786	17.7	1,764	17.2
강원	103	4.9	142	6.7	247	11.4	256	11.4	265	11.7
충북	104	5.4	136	7.0	221	11.2	261	12.8	260	12.7
충남	141	4.8	227	7.7	414	13.7	491	16.0	492	16.0
전북	161	5.9	241	8.8	440	15.8	478	16.9	471	16.6
전남	215	6.3	322	9.5	501	14.6	523	15.0	519	14.8
경북	206	5.1	314	7.7	586	14.2	595	14.3	595	14.3
경남	193	5.3	285	7.7	596	15.8	644	16.7	635	16.3
제주	34	5.3	48	7.4	75	11.2	92	13.3	93	13.3
합계	2,823	5.6	4,362	8.5	8,446	16.0	9,164	16.9	9,077	16.5
변이계수		0.34		0.29		0.31		0.30		0.28

주: 인구 대비 개소수는 65세이상 인구 1만명당임

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-29> 장기요양인정자대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)

(단위: 개)

시도명	2008. 7		2008. 12		2009. 12		2010. 12		2011. 4	
	개소	인정자대비	개소	인정자대비	개소	인정자대비	개소	인정자대비	개소	인정자대비
서울	390	18.0	649	20.4	1,274	27.2	1,432	26.7	1,431	26.6
부산	213	25.0	322	24.6	650	35.1	688	37.0	664	36.8
대구	165	27.2	258	27.6	526	47.1	522	43.2	509	40.3
인천	142	20.0	204	19.2	470	30.5	484	28.3	482	28.3
광주	158	33.3	202	29.3	340	38.9	394	43.0	393	43.7
대전	98	23.9	168	26.2	373	40.8	386	39.7	370	37.6
울산	38	17.5	60	19.4	132	33.3	132	30.2	134	31.0
경기	462	16.6	784	19.6	1,601	28.0	1,786	26.8	1,764	26.4
강원	103	15.7	142	16.1	247	20.8	256	19.1	265	19.4
충북	104	17.9	136	17.0	221	22.5	261	24.5	260	23.8
충남	141	18.8	227	19.7	414	24.9	491	26.2	492	25.5
전북	161	16.6	241	18.3	440	27.9	478	29.1	471	28.3
전남	215	21.0	322	21.2	501	29.0	523	28.2	519	27.8
경북	206	17.3	314	17.6	586	29.5	595	27.9	595	26.8
경남	193	19.3	285	18.9	596	29.7	644	31.3	635	31.3
제주	34	12.2	48	13.4	75	16.6	92	17.6	93	17.6
합계	2,823	19.3	4,362	20.3	8,446	29.4	9,164	29.0	9,077	28.5
변이계수		0.25		0.20		0.25		0.24		0.23

주: 인정자 대비 개소수는 1-3등급 인정자 1천명당임

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 3-30> 시도별 운영주체별 방문요양기관의 분포(2011)

(단위: 개, %)

	국가		지방자치단체		법인		개인		기타		합계	
서울	-	(-)	3	(0.2)	206	(14.3)	1,228	(85.2)	4	(0.3)	1,441	(100.0)
부산	-	(-)	1	(0.1)	168	(25.1)	499	(74.6)	1	(0.1)	669	(100.0)
대구	-	(-)	-	(-)	91	(17.8)	420	(82.2)	-	(-)	511	(100.0)
인천	-	(-)	3	(0.6)	57	(11.9)	420	(87.3)	1	(0.2)	481	(100.0)
광주	-	(-)	-	(-)	76	(19.5)	313	(80.5)	-	(-)	389	(100.0)
대전	-	(-)	-	(-)	48	(12.8)	325	(86.9)	1	(0.3)	374	(100.0)
울산	-	(-)	-	(-)	36	(27.1)	95	(71.4)	2	(1.5)	133	(100.0)
경기	-	(-)	9	(0.5)	227	(12.8)	1,535	(86.3)	7	(0.4)	1,778	(100.0)
강원	7	(2.6)	1	(0.4)	76	(28.1)	184	(68.1)	2	(0.7)	270	(100.0)
충북	-	(-)	2	(0.8)	53	(20.6)	200	(77.8)	2	(0.8)	257	(100.0)
충남	-	(-)	1	(0.2)	77	(15.7)	412	(83.7)	2	(0.4)	492	(100.0)
전북	-	(-)	1	(0.2)	94	(19.9)	374	(79.1)	4	(0.8)	473	(100.0)
전남	-	(-)	8	(1.5)	89	(17.0)	416	(79.7)	9	(1.7)	522	(100.0)
경북	-	(-)	3	(0.5)	109	(18.3)	483	(81.0)	1	(0.2)	596	(100.0)
경남	-	(-)	1	(0.2)	119	(18.6)	514	(80.3)	6	(0.9)	640	(100.0)
제주	-	(-)	-	(-)	33	(35.5)	57	(61.3)	3	(3.2)	93	(100.0)
합계	7	(0.1)	33	(0.4)	1,559	(17.1)	7,475	(82.0)	45	(0.5)	9,119	(100.0)

자료: 노인장기요양보험 홈페이지

3. 운영결과 평가 (성과평가, outcome evaluation)

□ 본 연구에서는 장기요양서비스의 이용에 따른 효과를 임상적, 경제적 및 사회적 효과로 구분하여 평가하고자 함.

- 임상적 평가란, 장기요양서비스를 이용함으로써 이용자(장기요양대상자)의 상태에 어떠한 변화가 있었는가를 보고 판단하는 것을 의미함. 이에는 대상자의 등급변화정도, 신체 기능상태의 변화정도, 인지기능의 변화정도 및 재활필요기능의 변화정도 등을 근거로 판단할 수 있음(이태화, 2011년). 이 중에서 등급변화정도는 방문조사자나 조사방법상의 기준변경 등에 의해 영향을 받을 것이기 때문에 본 평가에서는 제외하기로 함.

가. 임상적 효과측면

□ 신체기능상태의 변화정도

- 먼저, 일상생활수행능력에 대한 변화정도를 보면, ADL총점을 기준으로 한, 재가서비스 이용자 및 시설서비스이용자 모두에게서 기능상 호전된 것으로 나타나고 있음. (사실상 점수상의 변화로 볼 때, ‘호전’이라기 보다는 ‘유지’로 해석할 수도 있음)

<표 3-31> 신체활동기능의 변화정도

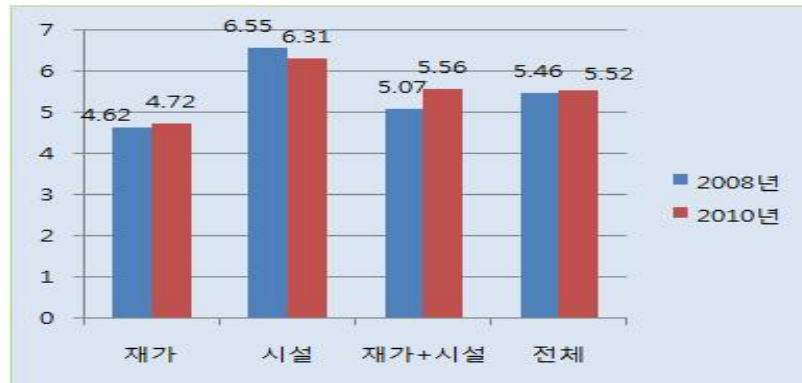
		2008년		2009년		2010년		F	p
		n	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD	m±SD		
방법으로 나오기	재가	64135	2.18±0.74	62683	2.04±0.83	32062	2.06±0.82	group: 2441.37	group: <0.001
	시설	47462	2.33±0.82	46757	2.34±0.85	26196	2.29±0.86	time: 14.83	time: <0.001
	재가시설	55253	2.12±0.82	50547	2.27±0.83	25932	2.24±0.83	group*time: 500.36	group*time: <0.001
	전체	166850	2.20±0.79	159987	2.20±0.85	84190	2.19±0.84	time: 8.07	time: <0.001
화장실 사용하기	재가	64135	2.07±0.68	62683	2.05±0.71	32062	2.10±0.69	group: 12557.4	group: <0.001
	시설	47462	2.49±0.65	46757	2.54±0.64	26196	2.50±0.63	time: 879.02	time: <0.001
	재가시설	55253	2.10±0.76	50547	2.35±0.68	25932	2.35±0.68	group*time: 701.59	group*time: <0.001
	전체	166850	2.20±0.72	159987	2.29±0.71	84190	2.30±0.69	time: 815.74	time: <0.001
대변 조절하기	재가	64135	1.45±0.72	62683	1.45±0.73	32062	1.44±0.73	group: 16707.9	group: <0.001
	시설	47462	2.06±0.90	46757	2.10±0.90	26196	1.98±0.91	time: 340.47	time: <0.001
	재가시설	55253	1.57±0.800	50547	1.76±0.87	25932	1.73±0.87	group*time: 310.22	group*time: <0.001
	전체	166850	1.66±0.84	159987	1.74±0.87	84190	1.70±0.86	time: 293.57	time: <0.001
소변 조절하기	재가	64135	1.61±0.75	62683	1.61±0.75	32062	1.59±0.75	group: 15801.8	group: <0.001
	시설	47462	2.18±0.86	46757	2.22±0.84	26196	2.12±0.85	time: 360.34	time: <0.001
	재가시설	55253	1.70±0.82	50547	1.89±0.84	25932	1.86±0.85	group*time: 312.71	group*time: <0.001
	전체	166850	1.80±0.84	159987	1.88±0.85	84190	1.84±0.84	time: 308.68	time: <0.001
ADI 총점	재가	64135	24.44±6.18	62683	23.81±6.73	32062	23.76±6.53	group: 13737.2	group: <0.001
	시설	47462	28.95±6.72	46757	28.93±7.11	26196	27.67±6.86	time: 286.20	time: <0.001
	재가시설	55253	24.83±7.29	50547	26.83±7.06	25932	26.26±7.04	group*time: 737.21	group*time: <0.001
	전체	166850	25.85±7.00	159987	26.26±7.27	84190	25.75±6.99	time: 196.12	time: <0.001

자료: 이태화(2011)

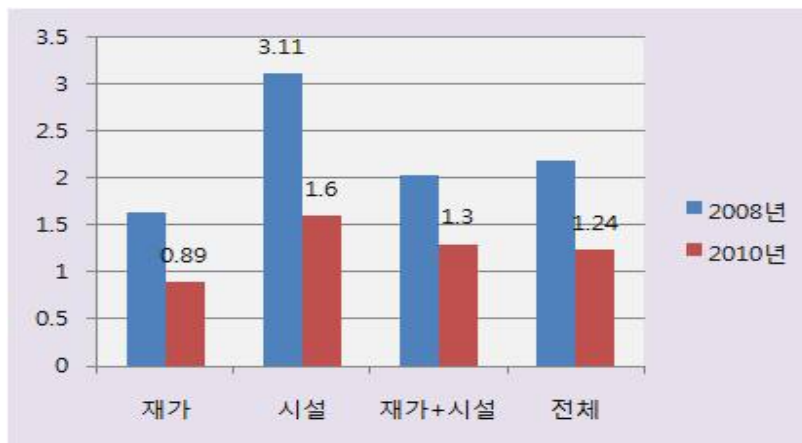
- 인지기능의 변화정도를 보면, 인지기능, 문제행동, 의사소통장애 등의 질 평가항목에서

호전된 것으로 나타남.

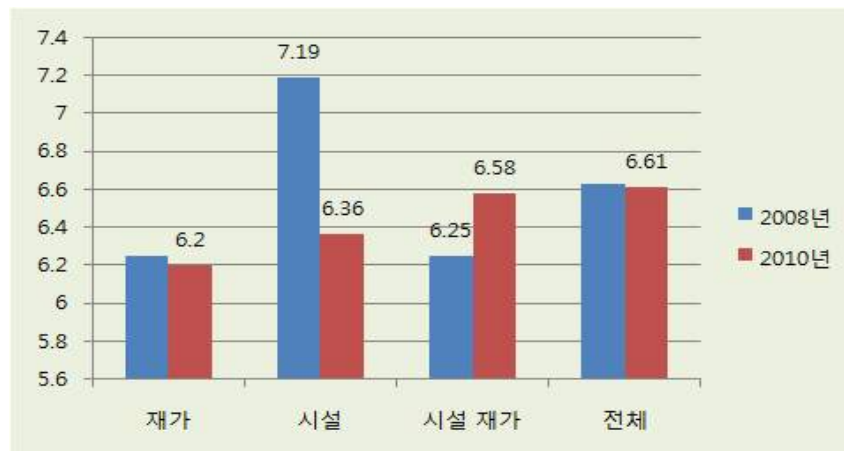
[그림 3-14] 인지기능의 변화(전체대상자)



[그림 3-15] 문제행동의 변화(전체대상자)



[그림 3-16] 인지기능의 변화(치매대상자)



- 재활기능의 변화정도를 보면, 관절운동이나, 구축정도에서 급격한 하락이나 호전을 보이고 있지 않기 때문에 유지되고 있는 것으로 보여지고 있음.

<표 3-32> 재활기능의 변화정도

		2008년		2009년		2010년		t/F	p
		n	m±SD	n	m±SD	n	m±SD		
관절운동	재가	64135	6.26±1.94	62683	6.33±1.97	32062	6.35±1.92	group: 324.80 time: 545.33 group*time: 229.60	group: <0.001 time: <0.001 group*time: <0.001
	시설	47462	6.47±2.26	46757	6.64±2.30	26196	6.35±1.92		
	재가+시설	55253	6.01±2.05	50547	6.50±2.15	25932	6.45±2.12		
	전체	166850	6.24±2.08	159987	6.47±2.13	84190	6.40±2.05	time: 530.46	time: <0.001
구축정도	재가	64135	8.97±2.77	62683	8.43±2.63	32062	8.19±2.51	group: 1749.00 time: 1424.06 group*time: 185.46	group: <0.001 time: <0.001 group*time: <0.001
	시설	47462	9.48±3.18	46757	9.16±3.12	26196	8.63±2.85		
	재가+시설	55253	8.55±2.77	50547	8.53±2.83	25932	8.28±2.74		
	전체	166850	8.97±2.92	159987	8.68±2.86	84190	8.35±2.70	time: 1384.53	time: <0.001

자료: 이태화(2011)

나. 경제적 효과측면

- 경제적 효과란, 장기요양보험제도의 도입으로 인하여 국민경제부문에 어느 정도의 영향을 주었는가를 평가하는 것인데, 이에는 고용 및 부가가치의 창출효과와 건강보험제도의 재정지출변화정도를 제시할 수 있음. 특히, 후자의 경우에는 치료목적이 아닌 단순한 보호 및 거주를 목적으로 일반병원이나 요양병원에 입원하는 소위, 사회적 입원현상의 감소 또는 제거로 인하여 노인의료비가 절감됨으로써 건강보험재정의 안정에 도움을 줄 수 있다는 관점에서 중요하다고 할 수 있음.

- 먼저, 신규제도의 도입은 종사자수의 증가를 유도하기 때문에 단순한 고용의 증가는 반드시 발생하기 마련임. 실제적으로도 장기요양기관의 종사자수가 2007년 12월에는 23,535명이던 것이 2010년 12월에는 203,465명으로 약 10배나 증가한 것으로 나타나고 있음(전병힐, 2011)
- 장기요양보험의 고용 및 부가가치 유발효과를 분석한 자료(전병힐, 2011)에 의하면, 부

가가치액이 2008년 8,266억원에서 2011년(잠정) 6조 9,033억원으로 추정하고 있으며, 취업부문(전체)에서는 동기간에 20,916명에서 165,051명으로 추정하고 있음. (단, 대안적 방법으로 추정하여도 증가된 것으로 나타남)

<표 3-33> 장기요양보험의 고용 및 부가가치 유발효과

	부가가치(억원)	취업(명)-전체	취업(명)-다른 부문
2008	8,266	20,916	2,597
2009	33,975	83,606	10,369
2010	43,400	103,760	12,869
2011(잠정)	69,033	165,051	20,471

주: 2008년의 이용액은 8~12월까지의 합, 2011년 (잠정)은 진도비 방식을 사용하여 추정되었음.
자료: 전병철(2011).

- 한편, 장기요양보험제도가 건강보험제도에 미친 단기적 효과를 보면(전병철, 2011), 2009년도 장기요양서비스 이용자집단이 비이용자집단에 비해 진료비 증가폭이 작은 것으로 나타났고, 분석에 포함된 이용자 집단으로 한정하는 경우, 약 4,234~4,497억원에 해당하는 급여비가 절감되는 것으로 추정하였고, 이를 전체 이용자집단으로 적용하면, 약 8,954~9,942억원에 해당하는 것으로 추정하고 있음.

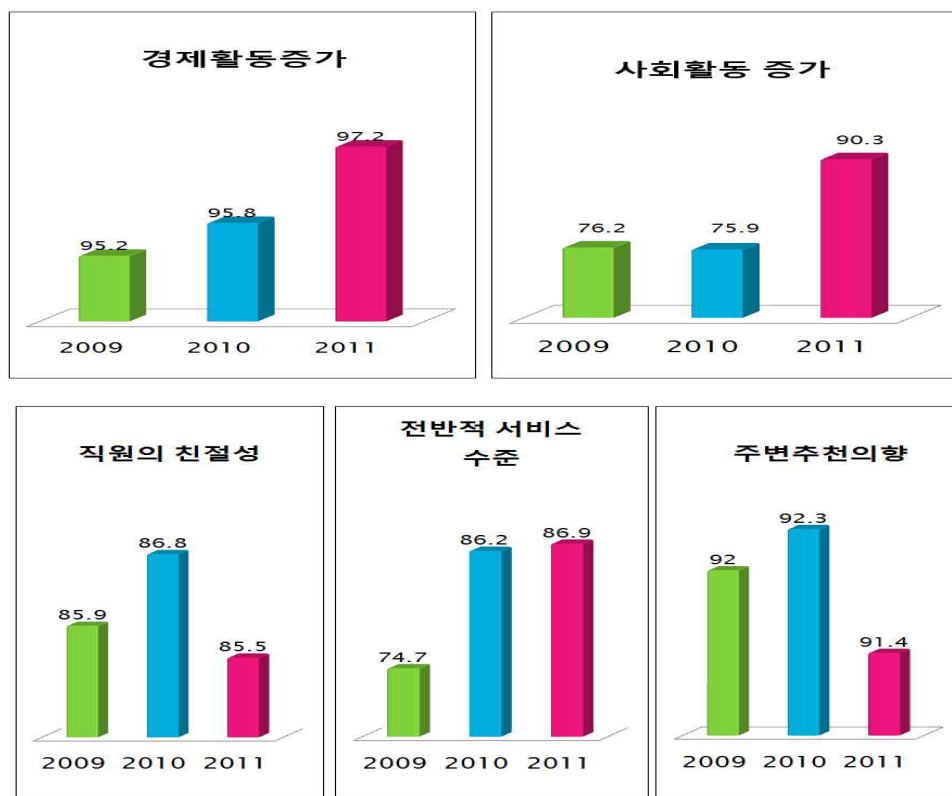
103

다. 사회적 효과측면

- 사회적 효과란, 수발자의 신체적, 심리적, 사회적 활동에서의 변화 이외에 장기요양서비스에 대한 만족도의 변화에 어느 정도의 영향을 주었는가를 평가하는 것인데, 김찬우(2011)의 연구결과에 의거하여 설명하면 다음과 같음.
 - 먼저, 장기요양서비스로 인하여 수발자가 느끼는 신체적 부담감의 변화를 보면, 2011년 86%에 해당하는 자가 부담감이 감소한 것으로 응답하였고, 시설서비스를 이용하고 있는 1등급에서 상대적으로 높게 나타남.
 - 장기요양서비스로 인하여 수발자가 느끼는 심리적 부담감의 변화에서는 2011년 92.4%에 해당하는 자가 부담감이 감소한 것으로 응답하였고, 2등급에서 상대적으로 높음.
 - 장기요양서비스로 인하여 수발자가 느끼는 사회적 활동증가의 변화를 보면, 2011년 90.3%에 해당하는 자가 증가한 것으로 응답하였고, 모든 등급자에게서 유사한 수준을 나타내고 있음.

- 장기요양서비스에 대한 만족도를 보면, 2011년 86.9%에 해당하는 자가 만족한 것으로 응답하였고, 시설서비스를 이용하고 있는 경우가 가장 높은 만족도를 보여주었고, 등급별로는 2등급자가 약간 더 높은 수준을 보여주고 있음.
- 한편, 제도의 만족도에 대한 변화도를 보면, 경제활동이나 사회적 활동의 증가는 이전에 비해 높아진 것으로 나타난 반면에 장기요양직원의 친절성측면에서는 최근에 들어와 하락한 것으로 나타나고 있음.

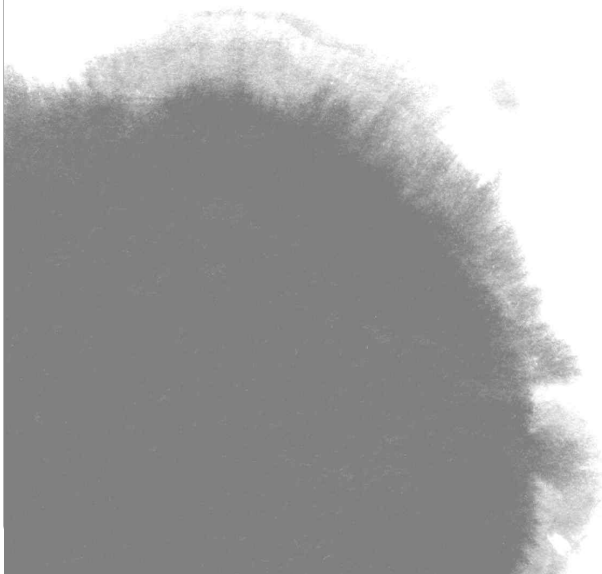
[그림 3-17] 수발자의 만족도 추이



자료: 김찬우(2011)

4장

주요 OECD 국가의 장기요양정책의 주요



제4장 주요 OECD국가의 장기요양정책의 주요 개선방안

제1절 독일

1. 독일 장기요양 개혁의 배경

□ 독일의 공적 장기요양보험은 1995년 도입 이래 다음과 같은 주된 성과가 있는 것으로 평가되고 있음.

- 요양수요가 있는 많은 사람들의 소망인 자기 집을 떠나지 않고 돌봄을 받는 소망을 충족시킬 수 있었음.
- 요양수요가 있는 당사자와 그 가족들이 요양과 관련된 재정적 비용을 감당할 수 있도록 도와주었음.

□ 그러나 그 과정에서 다음과 같은 다양한 문제점들이 계속 지적되었음

- 급여제공 대상자 선정,
- 급여의 종류와 수준,
- 치매나 정신장애를 가진 사람들에 대한 서비스 개선 및 재정적 대응모색,
- 건강보험과의 연계,
- 시설급여의 질 관리,
- 시설급여의 증가에 따른 사회부조의 증가

□ 이에 대응하여 다음과 같은 작은 개혁들이 이루어짐.

- 장기요양보험에서 이용자보호 강화와 요양서비스 품질보장을 위한 조치(2001)
- 재가급여에서 상당한 일상 돌봄 필요가 있는 대상자에 대한 추가급여(2001)

- 통일된 노인수발 교육을 위한 법 제정(2001)
- 자녀 없는 피보험자의 장기요양보험료의 추가부담(2005)
- 수발가족에 대한 실업보험의 보장(2006)
- 의료보험경쟁촉진법에 따른 장기요양 강화(2007)

□ 이러한 실제적인 현안들을 해결하기 위한 작은 개혁에도 불구하고 계속적으로 문제가 제기되어 제도 도입 13년 만인 2008년 3월 14일 “장기요양보험의 구조적인 지속적 발전을 위한 법(약칭: 장기요양-지속적 발전을 위한 법)”(*Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*(약칭: *Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*))을 제정함으로써 “장기요양보험 개혁 2008”을 단행하게 됨. 이에는 다음과 같은 판단과 목표가 배경이 됨

- 기존의 호응과 성과에도 불구하고 독일의 정책입안자들은 개선의 여지와 내용적인 발전이 필요하다는 판단을 내렸음.
- 첫째로, 치매에 근거한 장애가 있는 사람, 정신적인 장애를 가지고 있는 사람 혹은 심리적인 장애를 가진 사람들의 일반적인 보호와 감독의 필요가 재정적으로 과도한 부담을 주지 않으면서 어떻게 좀 더 개선된 대응방안에 의해 만족될 수 있을까라는 목표
- 둘째로, 더 나아가 어떻게 도입 이래 변화 없이 정체되어 있는 급여수준을 조정하여야 하는가가 장기요양보험의 발전을 위한 주요 목표로 대두됨.
- 셋째로, 장기요양급여의 질을 지속적으로 개선하고 질의 확보와 발전을 위한 수단들을 강화하는 목표

2. 독일 장기요양의 개혁: “장기요양보험 개혁 2008”

가. “장기요양보험 개혁 2008”의 개혁 내용

□ “장기요양-지속적 발전을 위한 법”의 주된 목적은 다음과 같음.

- 장기요양의 급여제공을 좀 더 강하게 필요로 하는 **인간의 요구에 맞추는 것(인간중심의 장기요양)²⁾**
- 그를 통하여 장기요양을 사회의 중심부로 진입시키는 것

2) 인간중심의 장기요양은 구체적으로 장기요양보험이 요양필요자의 욕구나 소망 그리고 그 친족들의 욕구나 소망에 좀 더 잘 부응하여야 한다는 것임. 이를 위해 가장 강조하는 것이 요양필요자가 기능하면 오래 “시설급여보다 재가급여를 우선한다는 기본원칙”이 지금까지보다 더 강하게 장기요양보험의 구조적인 변화에서 반영됨.

- 이러한 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 내용의 개혁들이 이루어짐.
- 첫째로, 장기요양을 필요로 하는 사람들은 가능하면 오래 자신들이 익숙한 환경에서 지내기를 바라므로 **재가와 주거지 근방을 지향하는 급여제공구조의 확장과 지속적 개발**에 특별한 강조가 주어짐
- 둘째로, 장기요양을 필요로 하는 사람 자신 이외에 이들을 돌보는 **친족들에 대해서도 개혁의 초점**이 놓여 짐.
 - 즉 이들이 지속적으로 돌봄을 감당할 수 있어야만 하며, 이를 위해 상응하는 지원체계가 갖추어져야 함.
- 셋째로, **급여의 인상**과 물가 등을 반영한 **기준급여의 현실화를 위한 동적인 조정기전 마련**(Leistungsdynamisierung)이 장기요양 개혁의 본질적인 핵심요소들임.
 - 먼저 이미 기존의 장기요양구조에 반영되고 있는 “시설보다 재가 우선”(ambulant vor stationaer)이라는 기본원칙에 입각하여 재가 현물급여, 단기요양 그리고 부분 시설 급여를 위한 금액과 함께 현금급여도 2012년 까지 단계적으로 우선하여 인상하고, 이들을 혼합하는 가능성도 확장함.
 - 다음으로 시설에 있어서는 요양등급 3에 해당하는 급여를 2012년 까지 단계적으로 인상함. 일단 요양등급 1과 2에 해당하는 급여는 그대로 둠.
 - 2015년부터 3년마다 정기적으로 행해지는 급여의 동적조정이 이루어질 예정임.
- 넷째로 **급여의 강화**라는 상기의 세 번째의 맥락에서 다음과 같은 개혁들이 있음
 - 돌보는 친족을 위한 휴가대체인력에 대한 권리가 이전의 12개월의 요양기간 대신에 6개월의 요양기간이 지나도 벌써 성립함.
 - 개별 요양인력의 사용이 지금까지 보다 더 강하게 권장됨
 - 여러 명의 장기요양수급자가 공동으로 현물급여수혜를 받을 수 있게 하여 새로운 거주 형태의 발전을 지원함(소위 급여의 “풀링”)
 - 병원에서 재가, 재할 혹은 시설로의 연계가 더 잘 조직됨.
 - 시설에서의 의료제공을 협력계약의 가능성이나 시설의사의 고용을 통해 개선해야 함.
- 다섯째로 “장기요양개혁 2008”에서 특별히 목표로 삼는 집단은 **상당히 제약된 일상생활능력을 가지는 사람들**로서, 이에겐 특히 **치매**가 있는 사람들이 속함.
 - 이들을 위해 재가급여 금액을 인상하였고, 장기요양급여권이 있는 사람의 범위를 확대하였음. 즉 상당한 장기요양 필요가 없어서 장기요양등급 1의 요건을 채우지 못하나 상당한 일반적인 돌봄필요를 가지고 있는 사람들에게도 장기요양급여권을 부여함.
 - 시설에 대해서는 장기요양보험이 상당히 제약된 일상생활능력을 가진 사람들을 위해 추

- 가적인 돌봄 인력의 고용을 위한 재원을 제공하여야 함.
- 여섯째로 **개별적인 장기요양상담(사례관리)에 대한 권리**, 그리고 관련하여 **장기요양지원센터의 설립**이 확보되어 장기요양 필요자와 그의 친족들이 적절한 장기요양계획의 선택과 실행에 있어 포괄적인 상담을 받고 지원을 받아야 함.
 - 이 분야에 있어서도 주거에 근접한 장기요양구조가 구축되고 강화되어 재가요양이 증진되어야 한다는 기본원칙이 적용됨.
 - 일곱째로 **재가에서의 장기요양을 강화**하기 위한 다음과 같은 정책요소들이 더 있음.
 - 고용되어 일하는 친족이 특정한 조건을 충족하면 친족을 돌보기 위하여 전적으로 혹은 부분적으로 근로에서 면제되는 6개월의 요양기간(Pflegezeit)이 도입됨.
 - 이에 더하여 특정한 조건 하에서 최고 10일 간의 근로 일에서 단기적으로 면제될 수 있는 권리가 도입되었는데 이는 가까운 가족에게 장기요양필요가 발생하였을 때 그 친족의 장기요양을 주선하거나 혹은 경우에 따라서는 직접 단기적으로 장기요양을 하는 경우에 요구될 수 있음.
 - 여덟째로 장기요양 필요자가 적절한 돌봄을 받을 수 있기 위해서는 전문적인 장기요양이 **높은 수준의 질적 표준**을 갖추어야 한다는 취지하에 다음과 같은 조치가 이루어 졌음.
 - 장기요양의 자치조직은 독일의 연방수준에 적용되는 질적 표준을 개발하고 계속해서 최신헌 할 의무를 가지는 것으로 함.
 - 시설에 대해서는 매년 고지 없는 질 평가가 이루어져야 함.
 - 질 평가에 대한 보고서는 쉽게 접근할 수 있어야 하고, 질 평가의 근거가 되는 평가시스템처럼 쉽게 이해할 수 있어야 함.
 - 번잡한 사무를 간소화 하여 가용한 시간 중 장기요양으로 돌려지는 시간을 최대한 늘리도록 함.
 - 아홉째로 다음의 두 가지가 강조되고 있음.
 - 장기요양에 있어 **자원봉사자와 자구책에 대한 지원이 강조**되고 있음. 예를 들면 돌봄 제공에 대한 문턱을 더욱 낮춤으로써 이를 가능하게 함.
 - 장기요양에 있어 **예방과 재활의 강화**가 강조되고 있음.

나. “장기요양보험 개혁 2008”의 영향에 대한 사후 평가결과³⁾

3) 이곳의 내용은 다음의 문헌을 기반으로 한 것임. Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes"("장기요양 지속적 발전을 위한 법의 효과" 연구에 관한 최종보고), www.bmg.bund.de, 2011. 6.

- 사후평가 내용은 의도된 목적이 달성됐는지의 여부와 후속적인 발전의 여지가 있는지, 그 경우에는 어디에 필요한지를 밝히는 것임. 이에 따라 2008년 장기요양 개혁에 대해서는 다음의 내용이 주된 사후평가내용이 됨.
 - 6개월의 장기요양기간, 급여의 풀링, 개별적 장기요양상담 등 새로 도입된 급여들은 물론 기존의 급여도 이용되는가? 어떤 급여의 조합이 선택되며 그러한 결정의 근거는 무엇인가? 왜 어떤 급여들은 이용이 되지 않는가?
 - 기존급여의 확장과 새로운 급여가 장기요양필요자의 개선된 돌봄과 돌봄을 제공하는 친족의 여건 개선에 기여를 하였는가?
 - 장기요양필요자의 관점에서 다르게 구성되었어야만 하거나 혹은 아직 결여된 급여가 있는가?
 - 장기요양필요자와 그 친족에 대한 상담과 지원이 개별적 장기요양상담에 대한 권리를 통하여 개선되었는가?
 - 장기요양필요자가 MDK에 의해 권장된 재활조치를 이행하여 예방과 재활을 통한 장기요양의 개선에 자신의 몫을 하는가?
- 개별가계에서의 장기요양필요자에 대한 평가결과 요약
 - 전체적으로 재가부분에서 2008년 개혁은 중요한 개선을 가져왔다고 평가됨.
 - 급여액의 동적조정이 이루어진 외에 특히 독특한 장기요양필요를 가진 가계들을 위해 새로운 가능성들을 마련한 것으로 평가됨.
 - 그러나 두드러진 결과는 도입된 장기요양상담에 대한 권리에도 불구하고 여전히 재가영역에서 그리고 특히 구체적인 사항에 대해서는 더욱 더 기존의 권리에 대한 인지도가 충분하지 못하다는 것임. 따라서 여전히 장기요양에서 더욱 개별적 상담(사례관리)이 필요한 것으로 평가함.
- 외래 재가서비스에 대한 평가결과 요약
 - 전체적으로 볼 때 전문적인 재가서비스를 제공하는 장기요양 기반의 확충을 위한 목적은 적절하게 달성된 것으로 평가됨. 개별가계가 필요한 전문적인 재가서비스를 공급의 부족으로 이용하지 못했다는 징후가 발견되지 않았음.
 - 필요한 전문가표준이 공표되었고, 이 표준이 서비스급여에 대한 정보를 알 수 있도록 실행되었다고 평가됨.
 - 그러나 외래 재가서비스 분야에서는 너무 높은 사무적 서류에 대한 부담과 서비스에 대한 너무 낮은 재정적 보상이 문제점으로 제기되고 있음.
 - 또한 전문적인 재가서비스는 현재 장기요양필요자의 약 30%에 의해서만 정기적으로 이

용되고 있음. 현물급여를 이용하는 가계의 비중이 1998년과 비교하여 7% 포인트 증가하였음에도 불구하고 재가에서 돌봄을 받는 장기요양필요자의 대다수는 전적으로 가까운 친족에 의해 돌봄을 받고 있음.

□ 시설에서의 서비스에 대한 평가결과 요약

- 시설분야에서는 서비스 질의 확보에 지속적인 강조가 이루어 졌음. 1998년 이후 증가하고 있는 노인심리상담서비스와 함께 전문가표준의 압도적인 이행과 치료기구 이용방식의 예방조치의 증가는 상기한 지속적 강조가 효과가 있음을 나타내는 결과로 평가됨.
- 새로운 돌봄인력에 대한 조치는 상당히 제한적인 일상능력을 지닌 사람의 돌봄개선을 위한 새로운 인력자원을 유지시킬 수 있는 가능성을 제공함.
- 그러나 시설의 입장에서는 필요한 장기요양기반 특히 보유해야할 유자격 인력의 유지를 위한 지속적 재원조달은 여전히 풀리지 않은 문제로 평가됨.

3. 독일 장기요양의 최근 동향과 새로운 개혁안

가. 최근 동향

□ 다음은 최근 동향을 알아보기 위해 독일 현지에서 각각 2011년 10월 6일과 7일에 방문한 두 기관인 “질병보험 연방최고기구의 의료관련 지원단”(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.; MDS)과 “빗텐/헤르데케 사립대학 장기요양학과”(Univiersitaet Witten/Herdeck, Institut fuer Pflegewissenschaft)와의 인터뷰 결과 중 중요한 사항들을 정리함.

□ 첫째로, 장기요양필요의 판정에서 새로운 장기요양필요성 개념에 대한 고려가 진지하게 이루어지고 있었음.

○ 특히 인지기능과 관련된 13개 항목이 강조됨.

- 2008년 개혁에서 일상생활능력이 제한된 사람, 특히 인지기능에 장애(주로 치매)가 있는 사람들에 대한 추가 지원(0등급)이 도입됨.
- 인지기능의 행동변화에 대한 13개 항목은 현재 요양이 필요한 상황에 대한 연구를 통해 만들어짐(연구결과는 인증을 받음)
- 인지기능의 평가자 : MDK의 직원이 평가, 의사의 평가는 아님.
- 허위 진술 : 부양가족의 인터뷰만을 하는 것은 아님. 최소한 노인의 상태에 대한 관찰을 통해서 함. 독일도 이러한 문제를 겪고 있음

- 신 평가 기준을 2,000명에 대해서 실험을 함.
- 등급판정의 변화 계획: 새로운 장기요양필요의 개념
 - 다음개혁에서는 아직 테스트 중인 요양개념 관련 평가 시스템을 개발하고 있는 중임.
 - 예전에는 요양 필요 시간적 기준으로 등급을 결정함. 그러나 수정판에서는 시간적 개념은 버리려고 하고 있음. 요양 필요시간 대신에 자립성과 관련된 취약도 (Anfaelligkeit)에 따른 점수를 도입하려고 함.
 - 점수체제로 변경됨 : 0점(완전자립) - 100점(완전의존)
 - 현재의 1-3등급을 기본으로 하고, 0등급을 추가적으로 한 개념. 등급체계 변화를 통해 대상자 확대가 이루어질 것임. 기존 것보다 예방적인 것을 늘려서 대상자수는 증가하게 되었음.
- 둘째로, 서비스 이용지원과 관련하여 지금까지는 신청만 지원했으나 지원센터를 중심으로 한 상담사의 개별적 상담이 강조됨.
 - 도입이유로는 다음과 같은 이유가 있음.
 - 기존상담체계에서 자기이익(Eigeninteresse)으로 인한 중립적 면담이 불가능하였음.
 - 서비스만을 제공하는 것이 아니고, 서비스 이용에 대한 상담 지원도 필요하다는 것이 강조됨.
 - 재가에서 특히 상담필요성이 있었음.
 - 상담사 자격기준 : 요양금고 직원으로 추가 교육이수자, 요양업무 경험자(시설책임자 Leitung, 장기요양 인력 Pflegefachkraft) 중 추가 교육수료자, 사회복지사 (Sozialarbeiter)(가장 소수)
 - 독일은 이용자의 자기결정권을 가장 중요시하기 때문에 케어매니저 형태가 어려운 상황임. 서비스 이용지원 상담은 의무사항이 아님. 케어플랜을 짜주는 함.
 - 전혀 의무가 아니기 때문에 현금을 받는 사람들은 이용을 안 하고 현물을 이용하는 사람들이 이용하고 있음.
 - 지원센터는 250개가 있음. 근무하는 직원이 3000명임. 그러나 아직은 그렇게 많은 서비스가 제공되지 않아서 구체적인 수치를 말할 수 있는 상태는 아님.
- 셋째로, 서비스 질 평가 및 관리
 - ○ 평가제도 (서비스 질 관리 방식 중 하나)
 - 근거 : 장기요양법에 평가 조항이 있으며, 따라서 법적의무 임.
 - 개혁이후 변화 : 예전 4-5년 마다 실시, 개정안에서 2008년에는 2.5년 마다, 2011년부터는 매년 평가(모든 시설에 대해서)

- 예전에는 평가대상 시설에 대한 항의가 있거나 문제가 나타나거나 불만 제기 되었을 때 만하거나, 표본을 해서 실시함. 이제는 2011년부터 규칙적으로 모든 시설을 평가함.
- 공개하는 것 싫어해도 공개하는 이유 : 매년 실시되는 평가만으로는 질이 향상되지 않을 수도 있음. 그러나 평가를 공개하면 환자가 직접 요양시설을 선택할 수 있는 기회가 제공되어 질을 향상할 수 있는 자극이 있다는 점 인정.
- 평가방법 : MDK 평가 담당 직원(2명)이 시설 또는 가정 방문
- 평가내용:
 - 경영프로그램을 검토, 10%의 수급자에 대한 상태 파악, 예전에는 특성별로 했지만, 이제는 등급에 따라서 골라서 평가함.
 - 평가내용은 결과 중심임. 그러나 시설현황 등에 대한 내용도 포함됨.
 - 평가 항목: 82개 항목
- 평가결과 활용방법 : ① 평가에 대한 패널티를 줌. ② 평가결과 공개
 - 공개 관련 시설의 저항 : 요양시설에 향상시키기 위한 자극을 줄 수 있기 때문에 공개, 법에 근거가 있음. 방문을 불시에 감. 금고와 요양시설 합의하에 하려고 노력함.
 - 순위를 매기지는 않지만 지역별 시설별로 점수를 공개하므로(인터넷) 실제적으로는 등수가 나오게 됨.
- 평가강화로 평가인력이 크게 늘어났을텐데, 행정비용에 대한 고민은 없었는지에 대한 답
 - 인력이 3배나 증가, 이전 180명에서 550명으로 증가됨. 자금도 8천만유로. 그러나 전체 기금에서 차지하는 비용이 적기 때문에 크게 문제되지 않음(전체 예산 3백억 유로). 질 평가를 위해서는 필요한 서비스라고 생각했음.
- 홈케어에 대한 평가 방법.
 - 재가기관에 대한 평가와 담당 요양보호사 10%를 골라서 노인의 집(피요양자)을 방문해서 평균을 냄.
- 평가와 관련된 국민의 고민
 - 평가의 결과를 공개하다보니 시설마다 잘하려고 하고 있어 시설별 평가결과에는 큰 차이가 없음. 단지 항목별로 차이가 나고 있음. 그래서 그 점에 대해서 어떻게 해야 하는지 고민하고 있음.
 - 제일 문제가 되는 점을 꼽으라면 4개 영역(평가 영역)이 다 똑같은 식으로 평가됨. 의료 그리고 케어 중심적인 항목, 사회생활 지원항목, 마지막으로 케어와 관련된 시설 기준 등의 항목임(위생 등등), 이것들이 다 똑같은 비중으로 평가되고 있어 가중

치가 없어서 고민하고 있음. 개선하려고 노력하고 있음.

- 시설의 질 향상은 평가만으로 이루어지는 것은 아님. 서비스 질 향상에는 시설장의 질을 높이는 것이 매우 중요하다고 봄. 따라서 시설장의 자격을 높이고 있음.

- 자격기준: 교육을 받고(간호 등의 자격, 3년 교육) + 2년 요양에서의 실무경력 + 460시간의 시설장 교육
- 최근 높은 자질의 시설장이 늘어나고 있음(대학 이수자의 증가)

- 한국에 주는 조언

- 한국에서도 평가에 대해서 시간을 가지고 장기적으로 접근하는게 필요함. 독일은 이러한 체계를 갖추는데 15년이나 걸렸음. 시설의 합의를 이루어기 위해서는 충분한 시간이 필요하다고 보여 짐.

□ 넷째로, 일반적인 서비스 이슈

- 독일은 시설 부족의 문제가 있음. 최근 약간의 과잉현상이 일어나서 선택을 할 수 있는 경향이 있어서 사람들이 좋아함.
- 독일 재가는 가격경쟁, 시설은 질 경쟁이 주임

□ 다섯째, 향후 독일에서 가장 큰 이슈로 등장할 분야는 인력공급임.

- 독일의 향후 숙제라고 하면은 전문인력 부족임.
- 5년이후에는 인력부족할 것으로 보여짐(현재는 괜찮음).
- 한국에서도 향후에 전문인력을 어떻게 양성할 것인가에 대해서도 고민을 해야 할 것임.

□ 여섯째로, 독일장기요양관련 학과에서 많이 연구되는 주제로는 다음과 같은 것이 있음

- 치매환자 돌봄방식에 대한 연구(연방정부에서 위탁받음), 대부분의 시설에서 기본 지침으로 활용되어지고 있음.(홈페이지에 영어로 요약문이 있음.(www.bmg.bund.de))
- 전문가의 표준에 관한 연구는 법적 효력이 있어 독일 국내에서 질 평가에 적용됨.
 - 욕창, 요양시설에서 퇴원할 때 다시 적용할 수 있는 지침 등 6가지로 구성됨.
 - 전문가들에 의해서 표준화 된 것으로, 꼭 지켜야할 사항들임. 모든 요양시설, 서비스 업체에서 준수. MDK에서 이것을 평가항목으로 두고 있음.
 - 스위스, 덴마크 등의 18명 전문가가 개발한 것이기 때문에 한국에서도 네트워크를 통해서 하면 좋을 것임.
 - 장기요양에서의 퇴원관리에 관한 전문가표준: 병원 퇴원이후에 요양원에서 재활하도록 하는 것. 현재 독일은 양로원으로 가서 집으로 돌아오기 어려운 상태임. 따라서 양로원에서 재활하는 것을 도입시켰으면 함. 양로원에서 재활 8주. 덴마크의 경우 병원에 입원해도 3개월 간 옛집 해체 못함

○ 새로운 거주방식(neue Wohnheime) 개발이 강조됨

- 주거공동체(WG, Wohngemeinschaft)(여러명이 공동 시설로 함)에 치매 걸린 분들을 모아서 8명이 생활하게 하며, 24시간 돌보는 방식을 개발.
- 이런 것을 제공하는 것을 업체에서도 선호함.
- 같은 지역에 설치하므로 노인들이 거부반응이 별로 없음.
- 큰 규모 아니기 때문에 멀리 안 나가도 됨
- group home: 프랑스에서 1928년부터 존재한 형태임. 스웨덴, 덴마크 이 모델을 따서 하고 있음.
- 질 평가 기관 : 노인의 친구가 되어주는 단체(Organisation der Freunde von Altenleute)
- 거주방식의 장점은 요양에 따라 일상을 영위하는 것 아니라 일상을 하면서 추가적인 서비스를 받게 되는 개념을 강조하게 됨. 벌써 프로그램 실효성이 증명되고 있음. 독일은 5년전 Nord-Rhein에서 장애와 질환의 복귀에서 시작하여 여러 가지 거주 형태가 있음. 이 방법은 장애 사업에서 주로 사용하고 있으며 스칸디나비아 모델을 많이 적용하고 있음.
- 스칸디나비아 형태에서는 다양한 거주형태에 대해서 연구를 실시함. 알고 보면 장애나 노인병이 연관성이 있음. 그렇기 때문에 여기서는 그 방식을 선호하고 있음.
- 이런 형태의 거주노인의 비율 : 아직은 소수이기는 하지만 전체 노인의 5%. 요양대상자의 70%가 집에서 지내고, 26%가 요양시설, 4% 주거공동체(WG)에서 살고 있음. 주거공동체의 비중이 증가할 것으로 예상하고 있음.

○ 급성질환(ex. 교통사고, 뇌손상 brain damage) 대처방식에 대한 연구

- 부양가족을 어떻게 투입시킬 수 있을 것인가에 대한 연구
- 급성질환자들이 단기요양에서 장기요양으로 바뀔 경우가 많은데 중간 과정에서 이들에게 어떻게 해야 하는지에 대해서 연구하고 있음. 어떤 케어가 필요한지 등. 재가에 서 어떤 케어가 필요한지를 연구하고 있음.

○ 가족들의 집에서 노인들을 돌볼 수 있는 좋은 방법을 연구하여 이를 증가시키거나 유지시킬 수 있는 방안 연구

- 재가요양을 강조한 이유는 시설로 가면 문제가 있음. 고령화가 높기 때문에 시설인력이 부족하게 됨. 인력부족 때문에 그렇기도 함. 재가는 그렇게 전문인력이 필요하지 않기 때문에 부양가족이랑 나눌 수 있도록 하는 것임. 쉬운 돌봄은 전문인력을 쓸 필요가 없음.

- 요양인력 부족으로 가능한 요양대상자가 독립적으로 간호될 수 있도록 많은 노력을 하고 있음. 그 중 하나가 큰 슈퍼마켓에 부스를 설치해서 요양서비스, 요양내용에 대해서 정보를 홍보하고, 면담하는 부스를 설치하려고 함.
- 미용실에서 지역 인구에 대해서 많은 것을 알고 있음. 미용실에서 부로셔를 주거나 정보를 제공하는 것을 하고 있음. 사람들에게 정보를 쉽게 할 수 있도록 생각하고 있음.

나. “장기요양보험의 새로운 지향을 위한 법” 초안(2012. 1. 20)의 주요 내용

- “장기요양보험의 새로운 지향을 위한 법” 초안에서 강조 되는 주요 내용을 정리하면 다음과 같음.
- 첫째로, **급여의 개선**이 상당히 제한적인 일상생활능력을 가진 경우와 특히 치매의 경우에 이루어짐.
 - 장기요양의 급여가 치매환자의 특별한 필요에 대응하여 2013년 1월 1일부터 확대됨. 재가급여에서 지금까지는 기본 돌봄과 가사적 급여에만 국한되었었는데 이를 치매환자를 돌보는 것까지를 포함시킴. 동시에 치매환자는 재가급여에서 지금까지보다 더 높은 급여를 제공받음.
 - 장기요양등급을 받지 못했지만 상당히 제한적인 일상생활능력을 가지는 소위 장기요양등급 “0”에 속한 사람들은 장기요양등급 I의 50%에 해당하는 급여를 받음. 이는 월 225유로임.
 - 장기요양등급 I과 II에 속해 있으면서 상당히 제한적인 일상생활능력을 가지는 장기요양 필요자에게는 바로 다음단계의 높은 장기요양등급의 1/3에 해당하는 크기만큼 현물급여를 높임. 따라서 장기요양등급 I의 경우는 지금까지의 450유로 대신 665유로의 현물급여를 받고, 장기요양등급 II의 경우에는 지금까지의 1100유로대신 1250유로에 해당하는 현물급여를 받음.
 - 상당히 제한적인 일상생활능력을 가지는 장기요양필요자가 현금급여인 장기요양금을 받는 경우에는 소위 장기요양등급 “0”인 경우는 120유로, 장기요양등급 I인 경우는 305유로(지금까지는 235유로), 장기요양등급 II인 경우는 525유로(지금까지는 440유로)를 받음.
 - 이와 같은 급여의 개선의 혜택은 약 50만 명의 장기요양필요자와 그 친족에게 돌아갈 것으로 추정됨.
- 둘째로, 장기요양필요자와 그 친족들은 **더 많은 선택가능성**을 가지게 됨.

- 이들은 지금까지의 표준화된 묶음급여 대신에 장기요양제공자와 시간적 부수조건에 관한 합의를 할 수 있고, 이를 여러 가지 상이한 급여에 대한 개인적인 필요에 따라 사용할 수 있음.
 - 이러한 구성의 자유는 장기요양필요자를 도움은 물론 장기요양인력의 상황도 개선시킬 수 있음. 즉 높은 시간압력 하에 급여의 묶음에 따른 급여를 제공해야만 하는 나쁜 상황을 피할 수 있음.
 - 이러한 조치의 배경에는 장기요양은 인간적인 관심이 핵심이지 단순한 작업이 아니라는 점이 강조됨.
- 셋째로, **장기요양필요에 대한 새로운 개념**이 긴급하게 요구되고 있으며, 그 새 방향은 현재 수행능력에 대한 판단이 강하게 강조되고 있는 것과 달리 독립성이 좀 더 강하게 강조되는 방향이며, 따라서 특히 제한적인 일상생활능력을 가지는 사람들에게 혜택이 돌아가야 한다는 데 동의가 이루어져 있음.
- 그러나 아직도 많은 점들, 특히 기술적인 문제들이 해결되어야 하기 때문에 당장 장기요양필요성에 관한 새 개념을 도입하는 것이 불가능하다는 점을 고려하여 볼프강 쥔러(Wolfgang Zoeller)씨와 칼-디터 포스(Karl-Dieter Voss)씨를 위원장으로 하는 전문가 위원회가 어떻게 장기요양필요성에 관한 새로운 개념을 원활하게 도입할 수 있는지에 관해서 연방보건성을 보좌할 것임.
- 넷째로, 가능하면 오래 자신의 거처에서 살고 싶어 하는 많은 장기요양필요자의 소망에 부응하기 위해서 다음의 세 가지 조치를 통해 **대안적인 주거형태**가 장려됨.
- 첫째로, 자구적으로 조직된 주거집단에 거주하는 장기요양필요자들은 월 200유로를 장기요양의 조직과 확보를 위해 일하는 인력을 고용하는데 사용할 수 있게 제공 받음.
 - 둘째로, 개별적이고 독립적인 장기요양인력을 주거집단에 고용하는 것이 쉬워짐.
 - 셋째로, 새로운 주거집단의 설립을 권장하기 위한 프로그램이 실행될 예정인데, 이 프로그램에 의하면 주거를 필요와 장기요양에 맞도록 수리하는데 필요한 자금을 장기요양필요자 일인당 2500유로, 주거집단 당 최대 10,000유로의 수준으로 지원함.
- 다섯째로, 장기요양필요자와 그 친족들의 **등급판정과정에서의 입지가 강화**됨.
- 질병보험의 의료지원단(MDK)은 고충해소서비스를 제공할 의무와 함께 서비스원칙에 충실할 의무를 지님.
 - 장기요양금고는 장기요양필요가 있는지에 관한 검사를 건강보험의 의료지원단 외의 다른 독립적인 평가자에게 맡길 수 있음.
 - 장기요양금고는 피보험자에게 장기요양에 관한 판정을 전달받을 권리가 있음을 고지해

- 야만 함. 관련된 피보험자의 소망은 서류에 기록됨.
- 장기요양금고는 장기요양판정에 대한 신청이 접수되는 즉시 2주 안에 거주지 근처에서의 상담약속을 상담자의 이름 및 다른 필요한 상담정보를 첨부하여 제시하여야 할 의무가 있음. 만일 이렇게 되지 못하는 경우 신청자는 상담을 위한 증서를 교부받고, 이를 장기요양금고가 지명한 유자격 상담소 중의 한 곳에서 사용할 수 있음.
- 여섯째로, **재활을 강화**하기 위한 세 가지 조치가 있음.
- 첫째로, 장기요양신청자는 판정과정에서 그들의 필요에 좀 더 잘 부응할 수 있는 재활에 대한 별도의 조언을 받음.
 - 둘째로, 돌봄을 제공하는 친족의 돌봄제공이나 재활조치에 대한 권리가 강화됨.
 - 셋째로, 돌보는 친족이 재활을 받는 경우 동일한 장소에서 장기요양필요자의 동시적인 돌봄이 제공되는 것이 가능해짐.
- 일곱째로, **돌봄을 제공하는 친족의 상황 개선**을 위한 부가적인 다음과 같은 조치가 있음.
- 단기요양 혹은 유사시요양제공의 급여를 받을 때에도 현금급여의 반이 계속 지급됨.
 - 동시에 두 명 이상의 장기요양필요자를 돌보는 경우 연금에 유효한 시간계산에서 가산됨.
 - 친족을 위해 중요한 자구책을 위하여 피보험자 당 연 10 센트에 해당하는 재원이 조성되어 자구책을 증진함.
- 여덟째로, **시설에서의 의료제공 개선**을 위하여 다음과 같은 조치가 이루어짐.
- 시설 소재지의 건강보험이 시설과 적절한 의사간의 협조계약을 주선할 의무를 지님.
 - 의사나 치과의사에게 왕진을 할 재정적 유인이 있도록 계약을 구성하도록 계약당사자들을 고무함.
 - 시설로 하여금 어떻게 의료제공을 확보하는지를 공개할 의무를 지도록 함.
- 아홉째로, **번잡한 사무의 간소화를 통한 장기요양시간의 확보**를 지향하는 조치들이 있음.
- 장기요양인력이나 친족이 장기요양필요자의 돌봄을 위해 가능하면 많은 시간을 가질 수 있도록 하는 것이 중요한 업무임.
 - 이를 위해 기존의 조항이나 계획된 새로운 조항들을 업무간소화라는 측면에서 엄격하게 검토하는 것이 중요함.
 - 현재 검토되는 것으로는 질병보험의 의료지원단(MDK)의 검사와 시설감독의 연계를 위한 시범사업의 가능성과 사무간소화를 위해 연방보건성에서 임명한 옴부즈맨 제도를 통해 제안된 방안을 개혁에 반영하는 것 등이 있음.
- 열 번째로, **개혁을 위한 재원조달 방안**이 고려됨.

- 특히 치매환자와 친족들을 위한 부가적 급여의 재원조달을 위하여 사회적 장기요양보험의 보험료를 2013년 1월 1일자로 0.1 퍼센트 포인트 인상함으로써 재정적 여유를 확실히 확보함.
- 장기요양보험의 부분 급여적 성격을 감안할 때 추가적인 개인의 자구책이 아주 중요함. 이를 위해 조세를 통한 지원이 필요하며, 이는 법적인 조치를 필요로 함.

4. 독일 장기요양의 개혁의 시사점

<개혁방향에 있어서의 시사점>

- 독일 장기요양 개혁에 있어서 주된 목적은 장기요양필요자와 그 친족에게 실질적인 도움을 주고자 하는 것임. 이를 인간중심의 장기요양이라는 표어로 표현하고 있음.
- 이와 관련하여 가장 큰 개혁방향을 장기요양필요자가 인간적으로 가장 소망하는 것이 익숙한 재가환경에서 가능한 오래 머무르는 것이라는 전제하에 시설보다 재가를 우선하는 것으로 삼음.
 - 재가우선의 원칙은 다른 커다란 관점에서도 지지를 받음. 이들 관점은 주로 제도의 지속가능성과 관련이 있음.
 - 재정이라는 측면에서 재가가 시설보다 더 절약적인 것으로 인식되고 있음.
 - 또한 장기요양 전문인력이 부족한 것이 미래의 가장 큰 문제일 수 있다는 측면에서 전문인력의 필요성이 더 작은 재가가 시설보다 더 바람직한 것으로 되고 있음.
- 장기요양필요자를 위한 정책으로는 재가우선 외에 다음과 같은 것들이 있음.
 - 장기요양 급여를 개선시키는 여러 가지 정책이 있음. 이에에는 급여의 인상과 기존급여의 현실화, 기타 급여의 강화, 개별적인 필요에 상응하는 장기요양상담, 치매 등 제한적 일상생활능력을 가진 사람들에 대한 새로운 고려 등이 있음.
 - 장기요양 서비스 질을 향상시키는 여러 가지 정책이 있음.
- 인간중심 장기요양의 다른 중요한 축은 장기요양필요자를 돌보는 친족과 자원봉사자에 대한 지원임.
 - 독일은 친족들이 지속적으로 돌봄을 감당할 수 있게 지원체계를 구축하는데 힘씀.
 - 우리나라는 이러한 측면에서 아직 명백한 정책방향 제시가 이루어지지 않은 것으로 판단되어 이에 대한 고려가 필요하다고 사료됨.
- 상기한 인간중심의 장기요양을 구축하기 위한 방향은 재정의 확대를 수반하는 경우가 많으므로 재정적 지속가능성에 대한 고려가 필요함.

- 독일에서는 이를 장기요양 자체에서는 명시적으로 강조하고 있지 않지만 전체적인 사회 보장분야에서는 재정적 지속가능성을 다루는 특별한 위원회⁴⁾가 있었을 정도로 전체 사회보장제도의 기저에 깔려있는 중요한 개혁방향임.
- 이러한 측면에서 보면 독일은 장기요양에서 재정적 지속가능성의 문제를 직접적으로는 보험료의 인상과 조세수단 등을 통한 장려정책을 통해 추가적인 개인 자구책을 확대하는 데서 찾음.
- 부가적으로 재정절약에 기여한다고 생각되는 재가우선을 위한 다양한 정책들, 예방과 자활의 강조, 자원봉사자에 대한 지원 등의 정책이 실시됨.
- 전체적으로 독일 개혁방향의 큰 방향은 긴장관계와 보완관계를 동시에 가지는 인간중심의 장기요양과 지속가능성이라는 두 축이라 판단되며, 이 둘 사이의 조화에 궁극적 목표가 있다고 사료됨.

<각종 정책, 평가결과, 동향 그리고 새로운 개혁초안에서의 시사점>

- 모든 정책안에서 시설보다 재가를 우선하는 원칙에 부응하는 다양한 정책이 인간중심의 장기요양과 지속가능성이라는 두 측면에서 실시되고 있어서 이에 대한 평가결과를 참고하여 우리나라 정책에 반영을 할 수 있다고 사료됨.
- 전체적으로 성공적이라는 사후결과 평가가 있는 중에도 다음과 같은 문제점이 지적되고 있어 이의 고려가 필요한.
- 장기요양상담에 대한 권리를 강조함에도 기존의 급여에 대한 인지도가 충분하지 않다는 평가결과가 있어 장기요양에서 더욱 개별적 상담(사례관리)이 필요한 것으로 판단하고 있음.
- 재가서비스에 대해서는 너무 높은 사무적 부담과 너무 낮은 재정적 보상이 문제되고 있어 우리나라의 경우에도 참고할 필요가 있다고 사료됨.
- 재가서비스의 대부분이 전문인력보다는 친족에 의해 이루어지고 있다는 점이 지적되고 있어 우리나라도 이를 참조하여 문제점과 대책을 고려할 필요가 있음.
- 독일 시설서비스에 관해서는 서비스 질 향상적인 측면에서의 정책이 성공적으로 판단되는 반면, 장기요양 기반 특히 보유해야할 유자격 인력의 유지를 위한 지속적 재원조달이 여전히 풀리지 않은 문제로 제시되고 있음.

4) 2002년 독일국민의료보험의 재정문제에서 발단된 “사회보장의 재정에서의 지속가능성 위원회(Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme)”, 즉 일명 “뤼럽”-위원회 (“Ruerup”-Kommission)의 설치와 그 보고서를 참조할 것

- 이와 관련하여 독일에서는 미래의 커다란 이슈로 장기요양전문인력의 부족이 크게 부각되고 있어, 요양보호사의 교육과 질, 수급이 문제되고 있는 우리나라에서도 이에 대한 고려가 필요하다고 사료됨.
- 장기요양의 수요와 관련된 정책으로는 장기요양필요성에 대한 판단기준이 중요함.
 - 독일에서는 이와 관련하여 기존의 요양시간을 중심으로 한 장기요양등급 판정대신에 독립적인 일상생활영위 능력 등 독립성을 중심으로 한 새로운 장기요양필요성 개념과 이에 상응하는 새로운 점수체계를 개발하는 중이어서 우리나라에서도 장기적인 올바른 정책수요를 판단할 때 이를 참고하는 것이 필요하다고 사료됨.
- 장기요양의 공급과 관련된 정책으로서 장기요양필요자를 위한 다양한 형태의 공동거주형태와 이에 대한 지원책이 제시되고 있어 이의 참고도 필요하다고 사료됨.
 - 또한 장기요양 급여를 표준화된 묶음급여에서 개별적 특성을 고려하여 더 많은 선택가능성이 있는 방향으로 개선하려는 노력도 참고할 필요가 있다고 사료됨.
- 독일에서는 장기요양의 서비스 질 수준 향상을 위한 여러 가지 조치가 있음.
 - 독일에서는 시설과 재가서비스의 평가를 위한 질 평가 방법과 제도가 지난 15년의 장기적인 과정을 거쳐 확립되어 가고 있음. 따라서 우리나라도 독일의 체제를 참고하되 장기적인 시각을 가지고 접근하는 것이 필요하다고 사료됨.
 - 장기요양의 서비스와 관련된 최신의 국제적 연구성과를 반영하여 계속 발전시키는 ‘전문가 표준’을 현재 6 가지 서비스 관련 영역에서 발전시키고 있음. 우리나라도 이러한 과정에 적극적으로 참여하여 그 성과를 사용하는 것이 장기요양서비스의 질 향상을 위해 필요하다고 사료됨.
- 공공과 민간의 역할 분담과 관련하여 독일에서는 민간의 역할을 친족과 자원봉사자에 대한 명백한 지원체계를 통해 명시적으로 확대하려고 하고 있음. 우리나라도 이러한 측면에서 명백한 정책적 의지를 보여주는 것이 필요하다고 사료됨.

제2절 일본

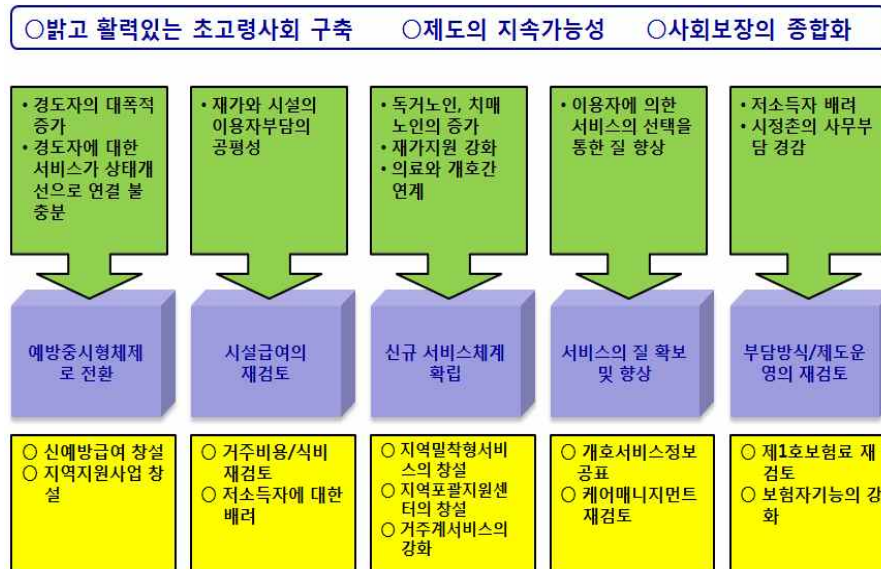
1. 제도개혁의 논의내용과 배경

가. 1차 개혁(2005년)

- 2005년도 1차 개혁내용은 예방중시형시스템으로의 전환, 시설급여의 수정, 신규 서비스

체계의 확립, 서비스의 질 확보 및 향상, 부담수준 및 제도운영의 수정 등을 핵심적으로 제시하고 있음.

[그림 4-1] 2005년 개호보험제도개혁의 기본적 시점과 주요 내용



자료: 일본후생노동성 홈페이지 게재자료 참조

- 예방중시형 시스템으로의 전환은, 제도시행이후 실적분석에 의해 요지원등급 및 요개호1등급의 경증에 해당하는 대상자가 폭증하였고, 그것이 재정지출증가의 주요 요인으로 제기됨.
 - 요인에 대한 설명으로는, 경증자에게 필요한 지역복지서비스의 부재와 개호보험급여로 인한 생활기능의 하락때문으로 제기됨.
 - 이에 대한 대책으로 보험급여면에서는 재가급여수준의 축소를 통한 자립의식 고취, 생활기능의 향상으로 기능상의 중증화를 지연 또는 예방하기 위한 운동기능의 향상, 영양개선, 구강기능의 향상을 제시
- 시설급여의 개선에는 시설급여지출의 급증때문으로 설명함.
 - 이용자1인당 시설급여액과 재가급여액 비교에서 시설급여액이 상대적으로 훨씬 높은 수준이고, 그 중에서도 민간 개인사업자의 시장진입을 허용하고 있는 치매노인그룹홈의 경우, 다른 재가급여유형보다도 급여지출증가가 크게 나타남.
 - 그 이외에도 장기요양시설이나 일반주택이나 이용자의 입장에서 일종의 주거시설로

인식하고 있는 가운데에 주거실료 및 식사비용이 시설급여와 재가급여간 불일치로 형평성측면에서의 위배가 지적됨.

□ 신규 서비스체계는 장기요양시설의 확대설치 한계 및 재가케어가 원활하지 못한 치매 및 독거노인의 증가로 인하여 입소시설의 확대 이외의 서비스 개발을 요구함. 특히, 거주지역에 장기요양시설이 부족한 경우에는 타 지역으로의 이전이 요구되고, 해당 지자체로써도 추가적인 시설의 확충문제가 심각해질 수 있다는 것임.

□ 서비스의 질 확보 및 향상과 부담방식제도운영의 재검토 배경에는, 상대적으로 부족한 질적 서비스의 제고에 대한 노력이 부족하였다는 점, 케어매니저에 일임한 결과로 특정기관의 서비스, 또는 특정서비스중심의 이용방식으로 운영된 것이 서비스의 질적 개선으로 이어지지 못하였다는 점, 급여지출의 효율성 내지는 효과성측면에서도 긍정적이지 못했다는 점이 지적됨.

○ 한편, 낭비유발적인 급여지출의 증대로 총재정지출의 증가, 피보험자의 보험료 인상으로 이어져 저소득계층의 보험료부담이 가중되는 결과를 초래함.

□ 이상과 같은 제도환경의 변화로 제시한 개혁내용은 다음과 같음.

○ 예방중시형시스템의 전환측면에서는 이용자의 생활자립의식을 고취시켜 기능의 중증화를 지연시켜야 한다는 취지에서 지역사회 하위노인 및 개호보험제도상의 경증자를 대상으로 한 신규 예방급여를 마련했고, 이들 계층의 보건의료 및 개호 등을 포괄적으로 취급할 수 있는 지역단위의 포괄케어시스템을 구축하고, 그 중심에는 지역포괄지원센터를 설치함.

- 동 센터의 역할은 전반적인 고령자의 생활을 지원하는 역할을 지니는 종합기관으로써 지역포괄케어플랜의 작성 및 예방중시형시스템을 지원하는 중심적 기관으로 책정하였던 것임.

○ 시설급여의 개선측면에서는 장기입소시설에서의 주거비용 및 식비는 보험급여에서 제외하여 전액 이용자본인이 부담하는 것으로 전환되었다는 점임.

- 이는 1인당 시설급여액의 감소로 나타나 보험재정측면에서는 상당히 긍정적인 효과가 있었다는 것임.

○ 신규 서비스체계의 확립측면에서는 해당 거주지역에서의 케어를 지원하기 위하여 지역 밀착형서비스를 마련하였다는 것임.

- 이는 우선적으로 재가에서의 개호서비스가 가능하도록 하는 재가요양서비스의 형태를 다양화하고, 지역에서의 설치가 용이한 소규모형태의 입소시설을 확충하는 계기를 마련하였음.
- 예를 들면, 소규모다기능형시설, 치매노인대응형 주간보호시설, 야간대응형 방문개호시설, 소규모특별양호노인홈 등을 열거할 수 있겠음.
- 특히 그러한 시설들은 치매노인 및 독거노인을 중점 케어대상으로 하고 있다는 것임.
- 서비스의 질 확보 및 향상측면에서는 장기요양시설(기관)의 개호서비스정보의 공개제도를 강제화하였음.

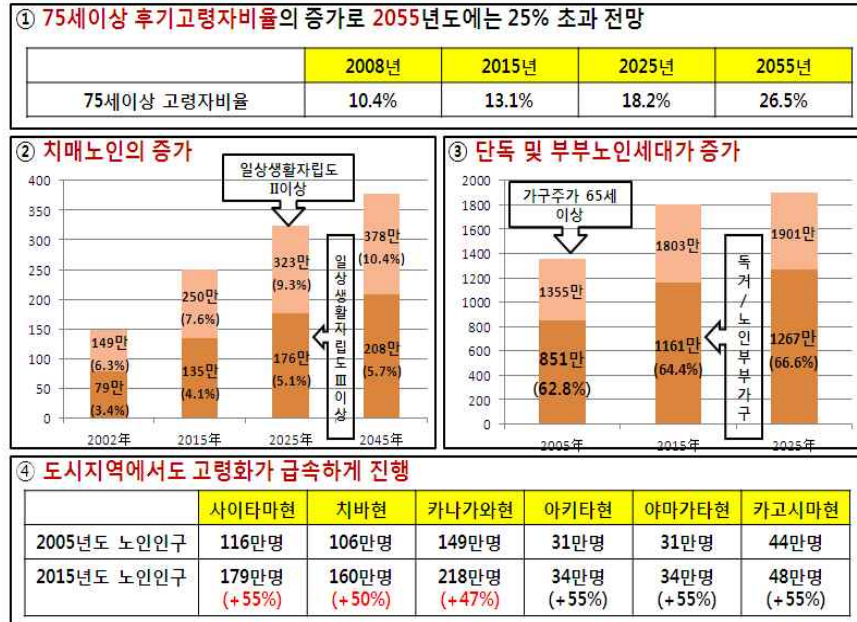
나. 2차 개혁(2010년)

(1) 개혁배경

- 일본 개호보험제도의 2차 개혁배경의 핵심은 인구사회적 변화와 개호보험재정의 안정화에 두고 있음.
- 인구사회적 변화에는 고령화의 심화와 그에 따른 특정연령이상의 고령자 급증을 제기함.
 - 일본의 노인인구비율이 전체인구의 21%를 초과하고 있고, 그 중에서도 75세이상의 후기고령자비율도 폭발적으로 증가함.
 - 제2차대전이후의 베이비붐세대가 후기고령자집단에 편입되는 2025년도가 개호서비스수요가 크게 폭증할 것으로 예측함. 2025년도가 되면, 후기고령자인구비율이 전체인구의 18.2%가 될 것으로 추정하고 있는데, 그 시기가 장기요양보호측면에서 보면, 후기고령자일수록 장기요양욕구가 크게 증대되는 시점이기도 함.
- 그리고, 인구사회적 변화 중에서 뚜렷하게 진행되고 있는 현상으로 치매노인의 증가와 노인단독가구의 증가를 제시함.
 - 치매노인의 증가는 후기고령자의 급증과 깊은 관련이 있는데, 특히 질병에 의한 치매보다는 알츠하이머와 같은 비질환성 치매의 경우 장기요양의 욕구가 더 높게 나타날 가능성이 있다는 것임. 장기요양서비스의 욕구를 지닌 노인(일상생활자립도 II 이상)이 2025년도에는 전체노인의 약 10%정도 존재할 것으로 추정하고 있음.
 - 또한, 노인단독가구는 일상생활기능의 장애에 노출될 우려가 가장 높은 집단에 해당하기 때문에 우선적인 장기요양대상자범주에 놓여 있다고 하겠음. 2025년도의 경우, 전체 노인가구 중에서 독거노인과 노인부부세대만으로 이루어진 노인단독가구의 비

중은 전체의 2/3수준에 이를 것으로 예측하고 있음.

[그림 4-2] 제2차 개혁의 인구사회환경적 변화배경



자료: 일본후생노동성 홈페이지 게재자료 참조

- 한편, 개보보험재정의 안정화측면에서의 개혁논의는 그동안 1차 개혁이 의도한 재가중심의 장기요양체제의 부진과 그로 인한 시설중심의 급여지출이 지속적으로 증가하고 있고 재가요양서비스간 분절적인 제공으로 재정지출의 효율성이 떨어져 있으며, 전체적으로 보건의료 개호 복지간 연계가 원활하게 이루어지지 않음으로 해서 발생하는 지출의 낭비가 개선되지 않고 있다는 것임.
- 특히, 전체 장기요양대상자수의 많은 비중을 차지하고 있는 경증대상자에 대한 장기요양서비스가 생활지원형 서비스로 집중됨으로써 오히려 장기요양서비스가 생활기능의 하락을 유도하고 있다는 것, 그리고 그로 인하여 중증도 및 의료욕구가 높은 대상자의 급여지출이 상대적으로 미흡하다는 지적도 있음.

(2) 논의내용

- 2차 개혁의 논의내용을 정리하면, (1)지역포괄케어시스템의 구축, (2)장기요양서비스의 질 확보 및 향상, (3)케어종사자의 확보 및 자질 향상, (4)급여와 부담의 균형 유지, (5)

지역포괄케어시스템 구축을 위한 보험자 역할의 개선, (6)저소득자 지원 등임.

- 첫째, 지역포괄케어시스템은 지역을 단위로 하여 경증자로부터 중증자에 이르기까지 보건의료·개호·복지서비스가 연계적으로 제공될 수 있는 시스템을 구축하는 것임.
 - 이를 위해서는 시설서비스의 내실화를 도모하면서 재가서비스를 확충시키는 것을 개혁방향으로 설정하고 있으며, 그 개혁내용으로 24시간 대응의 정기순회 및 수시대응의 서비스를 강화하고, 개호(방문요양)와 의료(방문간호)의 연계적 운영을 통해서 중증자의 욕구에도 부응할 수 있는 재가요양체제를 구축하고자 하고 있음.
 - 그 이외에도 필요한 경우에는 일시적인 재가요양시설(소규모다기능형 시설 등)에서의 숙박이나, 가족의 개호부담을 경감시키기 위한 제도도 연계적인 개념아래 마련하려고 하고 있음.
- 둘째, 장기요양서비스의 질 확보 및 향상은, 장기요양서비스의 전달체계에 대한 효율성을 제고시킬 필요가 있었기 때문에 필요한 대책임.
 - 케어플랜작성에 필요한 비용을 이용자가 부담하는 유료화로 전환시키고, 재가서비스 간 균형적 이용을 유도할 수 있는 케어플랜을 작성할 수 있도록 하는 체제를 구축하려고 하고 있음.
 - 각 공급주체가 제공하는 장기요양서비스의 내용과 질에 대한 객관적인 정보가 마련되고 공개되어 있어야 함을 전제로 하고 있기 때문에 도도부현이나 각 시정촌에서는 정보공개제도의 강화와 공급자에 대한 실지지도 및 감사도 강화시키는 방향으로 함.
- 셋째, 케어종사자의 확보 및 자질 향상은, 일본제도가 현물급여방식만을 유지하고 있어 전문직의 케어종사자의 확보 및 질적 유지가 중요하기 때문에 필요한 대책임.
 - 케어종사자의 급여 등 근로조건에 대해 노사가 자율적으로 결정하는 것이 적당하다는 점, 교부금의 대상자가 케어종사자에 한정하고 있다는 점, 현재 일본정부의 재정이 심각한 수준에 있다는 점 등을 들어 교부금이 아닌 장기요양수가를 통해서 처우개선을 도모하여야 한다는 움직임이 있음.
 - 한편으로는, 개호복지사의 업무범위를 단순한 신체적 케어 및 생활지원에 그치는 것이 아니라 의료기관의 도움에 의하지 않고서도 자택, 노인요양시설, 그룹홈에서 지속적으로 케어가 가능하도록 하기 위해 일부의 의료행위에 한하여 수행할 수 있도록 한다는 것임.
- 넷째, 급여와 부담간 균형유지는 사회보험제도자체가 급여와 부담간 균형을 유지하여야 하는 기본전제가 있기 때문에 필요한 대책임.
 - 그동안 일본은 보험료의 인상을 억제하기 위해서 특례교부금이나 시정촌준비기금을

동원한 것으로 알려지고 있는데, 앞으로도 보험급여비의 증가가 예견되고 있지만, 국고부담의 증대는 기대하기가 어렵기 때문에 보험료수입의 다변화를 계획하고 있음.

- 보험료부과대상소득의 확대, 고소득지역주민의 보험료부담의 인상 등이 논의되고 있으며, 한편으로는 보험료의 인상을 억제시키기 위해 국고부담비율의 상향조정도 논의되고 있음.

○ 다섯째, 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 보험자역할의 개선은 시정촌이 개호보험제도의 보험자로 되어 있으면서 지역복지사업의 주체로도 되어 있다는 점에서 볼 때 지역포괄케어시스템의 구축이 당연하기 때문에 필요한 대책으로 볼 수 있음.

- 다시 말하면, 지자체인 시정촌이 지역복지계획의 큰 테두리안에서 개호서비스가 제공되는 것이기 때문에 자연적으로 지자체의 서비스수요에 대응하는 서비스의 총량을 책정하여 규제하는 것이 가능하다는 것임.
- 따라서, 보험자인 시정촌은 일상생활권역별 욕구조사를 실시하여 필요한 서비스양을 추정하고 계획을 수립하도록 하고 있지만, 더 나아가 지자체의 결정으로 지불될 수 있는 장기요양수가를 설정할 수 있게 하는 등, 보험자로서의 재량을 확대하는 것임.

○ 여섯째, 저소득자의 지원은 이들을 국가차원에서 지원하기 위해 마련된 보충급부의 시행방안을 검토하고 있는데, 가족의 부담능력을 고려하여야 한다면, 유니트케어형 개인실을 이용할 수 있게 한다면 하는 것도 아울러 검토대상에 포함되어 있음.

<표 4-1> 제2차 일본개호보험제도의 개혁 논의내용

논의과제	핵심적 논의내용
1. 지역포괄케어시스템의 구축 (1) 독거, 중증 대상자대응 가능한 서비스 개발 ① 24시간대응이 가능한 정기순회, 수시대응서비스 개발 ② 복합형 서비스 ③ 케어인력에 의한 일부 의료행위 인정 ④ 재활추진 (2) 요지원자 및, 경도 요개호자용 서비스 개발 (3) 지역지원사업 (4) 고령자주거형태의 개선 (5) 시설서비스의 개선 ① 개호기반 개선 ② 개호요양병상의 개선 (6) 치매고령자 대응 (7) 장기요양대상가족의 지원 (8) 지역포괄지원센터의 운영 활성화	- 재가요양자의 중증화에 대응 - 소규모다기능형 서비스 확충 - 의료적 욕구가 높은 중증자 대응 - 기능 유지 및 향상, 재택복귀 제고 - 신예방급여의 재검토 - 지역의 개호예방사업의 내실화 - 고령자주택의 활성화 - 사회복지법인중심의 시설설치조건의 개선 - 개호요양병상(노인요양병원)의 전환 - 치매고령자의 종합대책 개선, 권리옹호제 - 개호휴업제도의 활성화 - 동 센터의 기능강화
2. 장기요양서비스의 질 확보 및 향상 (1) 케어매니지먼트의 개선 ① 케어플랜, 케어매니저의 질 향상 ② 케어플랜의 이용자부담제 도입 ③ 시설내 케어매니저의 역할 개선 (2) 요개호인정체계의 개선 ① 재가급여의 월한도액 기준 개선 (3) 정보공개제도 및 지도감독	- 케어매니저의 독립성 및 중립성 강화 - 케어플랜작성비용의 유료화 - 시설내 전문 직종자간 역할분담 개선 - 월한도액이내에서의 서비스의 편중 개선 - 정보공개제도의 개선
3. 케어종사자(노동력) 확보 및 자질 향상 ① 처우개선의 대책마련 ② 고용관리 ③ 신분상승대책 ④ 의료적 케어 개선	- 개호직원처우개선교부금의 개선 - 개호종사자고용의 노동법규 위배 개선 - 양질의 개호인력 확보 - 개호종사자의 일부 의료행위 인정
4. 급여와 부담간 균형유지 ① 부담 및 급여체계 개선 ② 보험료산정의 소득기준 개선 ③ 재정안정화기금 개선 ④ 국고부담의 개선 ⑤ 급여 개선 ⑥ 피보험자범위의 개선	- 보험료인상의 억제, 재정의 부과방식 운영 - 총소득기준, 장기요양수가의 지역계수 조정 - 재정안정화기금의 활용방식 개선 - 보험료증가의 억제로 인한 공비부담 인상 - 소득수준을 감안한 이용자본인부담제 도입 - 보험료부담계층의 연령수준 인하
5. 지역포괄케어시스템 구축을 위한 보험자역할 개선 ① 개호보험사업계획 개선 ② 지역육구에 대응하는 사업자 지정 ③ 보험자의 독자적인 장기요양수가 설정 ④ 지역주권	- 일상생활권별 장기요양육구 책정 및 계획 - 시정촌별 인프라총량제 구축 - 시정촌에 대한 재량권부여문제 - 시정촌역할의 강화
6. 저소득자 지원 ① 보충급여 ② 가족의 부담능력 검토 ③ 유니트형 개인실의 부담능력 경감 ④ 다인실의 급여범위 개선 ⑤ 고령자 보험료부담의 경감	- 저소득자의 비용부담 경감지원 - 노인요양시설입소자 가족의 부담경감 지원 - 저소득자의 유니트시설 입소부담 경감지원 - 이용자부담의 강화 - 저소득고령자의 지원

자료: 일본후생노동성 홈페이지 게재자료 참조

3. 일본 제도개혁으로부터의 시사점

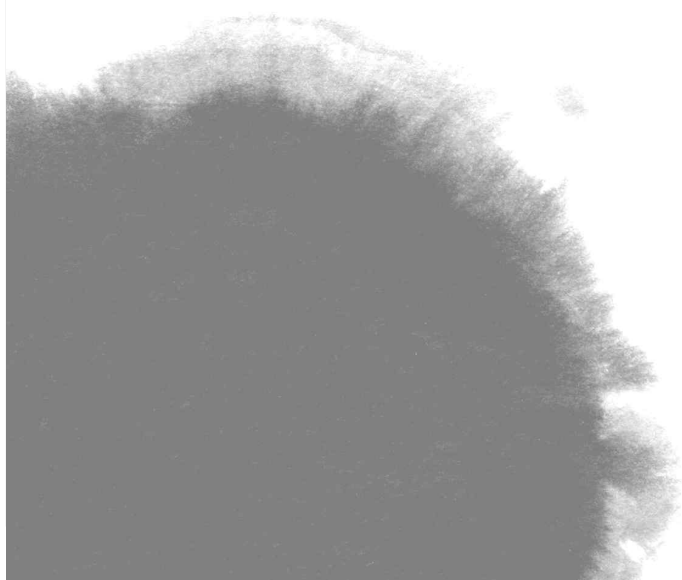
□ 이상과 같은 두 차례에 걸친 제도개혁으로부터 얻을 수 있는 시사점을 정리해보면 다음과 같음.

- 첫째는 제도의 안정적인 유지를 위해서는 서비스의 효율성과 증점화가 중요한데, 효율성 측면에서는 고령자의 자립성을 저해할 수 있는 서비스제공방식을 지양하여야 하고, 증점화 측면에서는 중증자를 중심으로 수급대상자를 집중화시켜야 한다는 것임.
 - 다시 말하면, 장기요양보험재정을 신체적 케어(간병수발)비용의 지불에 충당하는 것으로 하고, 자립적으로 가사활동을 수행할 수 있는 정도라면 생활지원서비스를 최소화하는 방향으로 개선하여야 한다는 것임.
 - 이는 경증자의 경우 신체케어보다는 생활지원서비스의 욕구가 큰 집단이기 때문에 과도한 생활지원서비스는 오히려 신체적 기능의 하락을 촉진시킬 우려가 높다는 점을 감안하여야 한다는 것임.
 - 따라서 가급적이면 생활지원서비스의 욕구가 큰 경증자는 지역복지차원에서 제공되는 서비스로 지원해줄 필요가 있을 것임.
- 둘째, 장기요양보험재정의 압박을 주는 급여가 시설서비스급여인 것은 틀림이 없을 것인데, 일본을 비롯한 유럽국가들의 정책을 보더라도 가급적이면 중증자라 하더라도 시설입소를 지양하고 재택에서의 급여수급을 지향하고 있기 때문에 재가서비스의 확충방안을 강구해 볼 필요가 있음.
 - 재가서비스의 내실화는 시설입소를 축소시킬 수 있으며, 이용당사자에게도 삶의 질적 측면에서 긍정적이기 때문에 필요함.
 - 일본에서는 24시간의 방문요양서비스의 순회 및 수시대응체제를 내실화시키는 것으로 확정하고 있는데, 그러한 체제는 사실상 유럽국가에서는 보편적인 방식이라 할 수 있음.
- 마지막으로, 기능장애의 발생과정을 보면, 허약한 상태에서부터 출발하여 경증 및 중증의 장애상태로 진행해 나가는 것이 일반적인 순서인데, 제도의 장기간 지속유지를 위해서는 기능장애의 발생을 사전적으로 지연 또는 예방할 수 있는 단계부터 서비스체계가 연계적으로 제공될 수 있도록 하게 하는 것이 필요함.
 - 이는 현재 일본개혁과정 속에서 거론하고 있는 것이 지역포괄케어의 개념이라 할 수 있음. 이는 기능상태의 정도에 따라서 필요한 각종 서비스를 지역내에서 포괄적으로 제공하게 한다는 것임.

- 기본적으로는 허약상태라고 할 수 있는 단계에서부터 케어관리가 들어가게 한다는 것이지만, 그 이전의 건강한 상태까지 고려하는 것이 가장 효과적이라 하겠음.

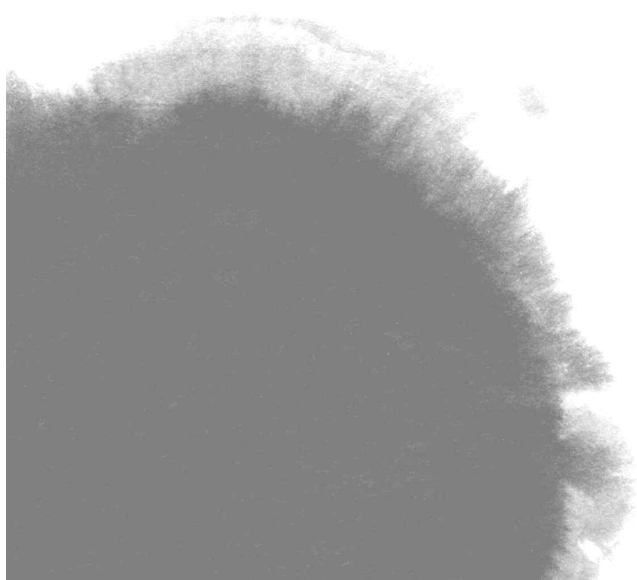
2부

K
I
H
S
A



5장

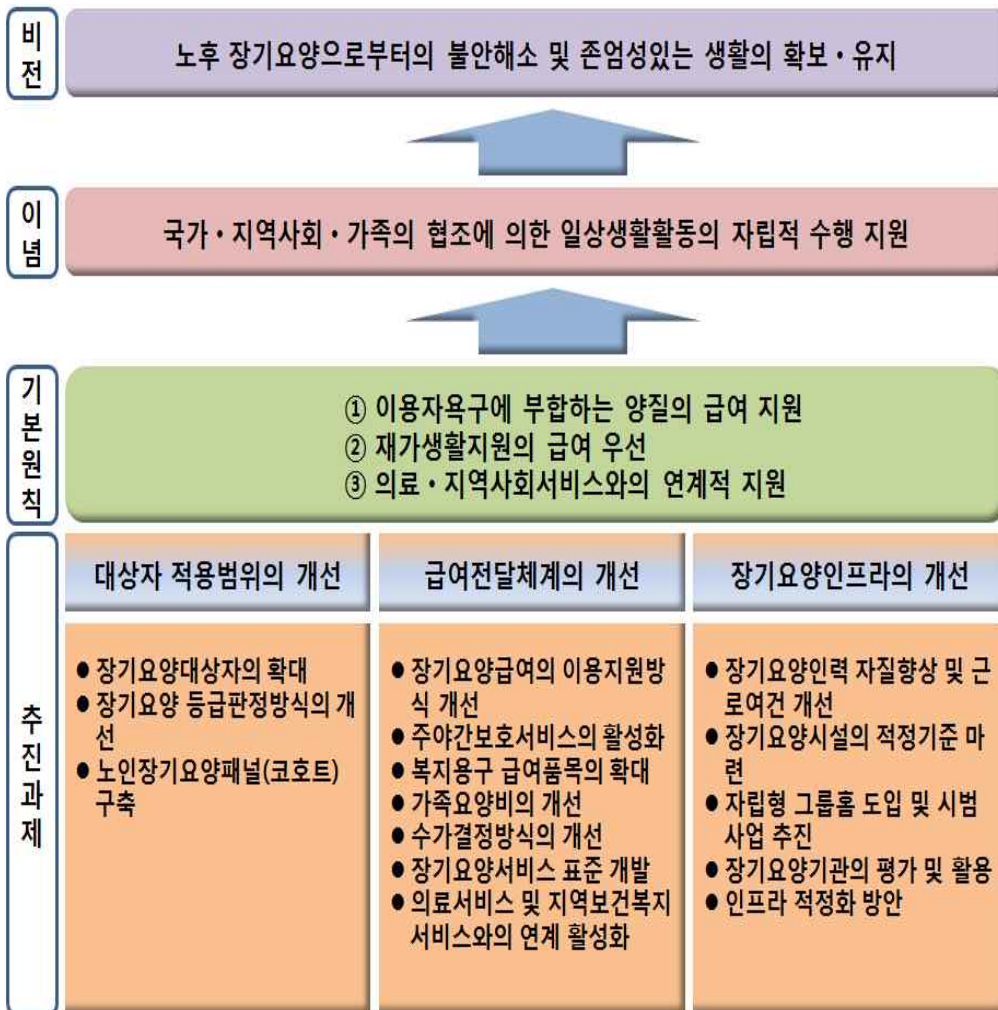
제1차 기본계획 추진방향



제5장 제1차 기본계획 추진방향

제1절 정책목표

[기본방향]



□ 비전

- 노인장기요양보험제도를 통해서 노후 장기요양으로부터의 불안을 해소하고, 존엄성있는 생활을 확보, 유지하는데 있음.
- 다시 말하면, 장기요양상태는 노후에 누구든지 발생할 수 있는 반면에, 동거자녀가 부재하거나 취약한 노인가구가 증가하고 있어 간병수발의 수급이 원활치 못하는 고령자가 발생할 수 있음. 따라서, 그러한 환경에 처해 있는 고령자라도 사회적으로 장기요양보호를 받을 수 있도록 함으로써 불안을 해소시키는데 있음.
- 또한, 노인학대의 발생원인을 보면, 자녀로부터의 학대가 대부분을 차지하고 있고, 그 원인이 간병수발과 관련하여 발생하고 있다는 점에서 볼 때, 가족의 부담을 경감시키고, 양질의 장기요양서비스를 사회적으로 제공함으로써 존엄성을 유지하면서 노후생활을 영위할 수 있도록 지원하는데 있음.

□ 이념

- 국가, 지역사회, 가족의 상호협조에 의해 일상생활활동을 자립적으로 수행할 수 있도록 지원하는데 있음. 여기에서 잔존된 기능상태를 통해서 일상생활활동을 자립적으로 수행할 수 있도록 지원하는 것을 기본이념으로 설정함을 의미함.
- 다시 말하면, 자립적인 일상생활활동의 수행을 국가에 의한 사회적 보호제도에 전적으로 의지하는 것이 아니라, 지역사회 및 가족 등, 비공식 자원을 활용하여 제도의 효율성을 제고시키는 것으로 함. 그러나, 국가에 의해 관리, 운영되는 노인장기요양보험제도를 통해서 기본적인 장기요양서비스를 제공하여 사회적 보호체제로부터 누락되는 대상자가 발생하지 않도록 하는 것으로 함.
- 여기에서 지역사회의 협조는 고령자와 관련된 지역보건복지서비스를 연계적으로 제공함으로써 장기요양보험제도에서 부족한 서비스를 충족시키는 것을 의미하고, 가족이 장기요양보호를 제공하게 함으로써 장기요양대상자의 삶의 질을 제고시키고 안정적인 제도운영을 도모하는 것으로 함.

제2절 정책 추진방향

- 향후 노인장기요양보험제도의 추진방향은 제도의 장기 지속가능성과 양질의 서비스제공에 두고자 함.
- 우리나라의 인구구조는 저출산현상과 평균수명의 연장으로 인하여 인구고령화가 심화될 것으로 예측되고, 가족구조는 독거노인 및 노인부부가족 등, 노인가구가 더욱 증가할 것으로 예상되어 장기요양서비스의 수요는 지속적으로 증가할 것으로 기대됨.
- 노인인구비율은 2011년 전체인구의 11.3%에서 2018년 14.3%(고령사회), 2026년 20.8%(초고령사회)로 전망함.
- 노인가구비율은 2010년 전체가구의 17.4%에서 2030년 32.3%로 증가하고, 독거노인가구는 2010년 전체노인가구의 34.2%에서 2030년 36.5%로 1/3이상 차지할 것으로 전망함.
- 이상과 같은 노인인구 및 노인가구의 증가는 장기요양서비스의 수요 및 그로 인한 보험 급여지출의 증가를 발생시킬 것으로 예상되는데, 보험료부담계층인 현역근로세대의 감소 및 경제활성화의 미흡 등으로 재정수입은 원활하지 못할 것으로 전망됨.
- 따라서, 연금으로부터의 보험료부담 등 재정수입원을 다원화하면서, 급여지출의 효율성을 제고시켜 재정의 수지균형을 이루어 장기적으로 안정적인 제도운영을 도모하여야 함.
- 현행 노인장기요양보험은 보험료부담을 전제로 급여를 제공하는 사회보험제도로써 소득계층간 공평성을 도모하도록 하고 있으며, 피보험자에게 정당한 급여를 이용하도록 하고, 양질의 서비스를 받을 권리를 제공하도록 하고 있음.
- 보험자는 일차적으로 필요한 때에 필요한 서비스를 적합한 장소에서 받을 수 있도록 보장해주어야 하고, 이차적으로는 장기요양기관(시설)로 하여금 양질의 서비스를 제공하도록 지도, 감독할 책임을 지도록 하여야 함.
- 현재 장기요양기관(시설) 및 장기요양인력은 서비스를 제공하는데 있어서 총량적으로는 충족되어 있는 상태이나, 질적인 서비스를 제공하지 못하는 시설·인력이 상존하고 있어서 보험제도에 걸맞는 양질의 서비스제공체제를 구축하여야 함.
- 따라서, 추진방향의 기본원칙으로 ①이용자욕구에 부합하는 양질의 급여지원, ②재가생활 지원의 급여 우선, ③의료·지역사회서비스와의 연계지원에 두고자 함.

- 첫째, 이용자의 기능상태 및 보호욕구 등을 고려한 서비스제공을 우선적으로 고려하되, 효율적이면서 효과적인 서비스전달로 재정의 안정화를 도모하여 장기적으로 지속가능한 제도로 운영하도록 함.
- 둘째, 이용자 자신의 주택에서 희망하는 서비스를 제공받으면서 노후생활을 영위하도록 지원해 줄 수 있는 체계를 구축하고, 재가생활이 가능한 이용자가 장기입소시설에서 생활함으로써 발생하는 폐단을 최소화하여 일상생활의 자립을 촉진시킬 수 있도록 함.
- 셋째, 현행 급여대상자가 기능의 장애상태가 중등증이상인 자로 한정되어 있어서 상대적으로 의료적 욕구 및 정서적 복지서비스의 욕구가 크기 때문에 간병수발의 장기요양 이외의 보건·의료·복지서비스와의 연계적 제공을 도모함으로써 노후생활의 안정을 추구하도록 함.

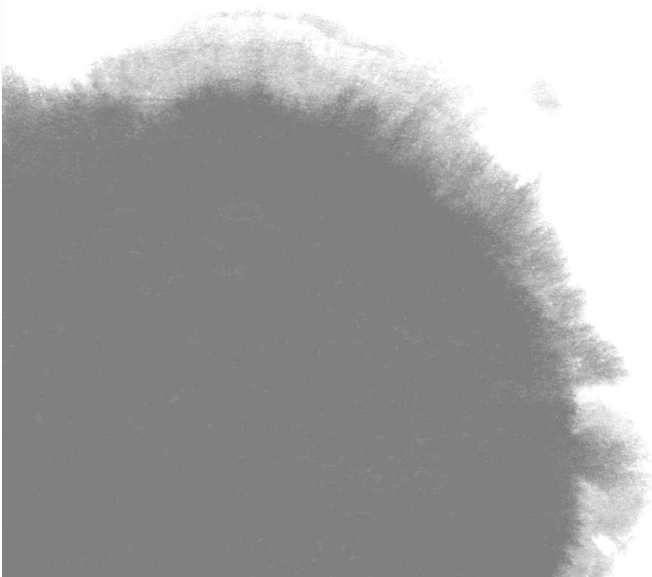
제3절 분야별 정책방향

- 첫째, 장기요양대상자의 범위를 개선하는데, 장기요양대상자의 기능상태의 변화요인을 추적, 관찰하면서 전체적인 대상자수를 적정수준으로 유지하도록 함.
 - 이를 위해서는 우선적으로 장기요양등급 판정방식의 개선을 통해서 보험급여가 필요한 대상자를 공정하게 선정할 수 있도록 하고, 추가적으로 사회적 보호가 필요한 대상자를 확대시킴.
 - 또한, 노인장기요양패널(코호트)을 구축하여 장기적인 기능상태의 흐름을 추적, 관찰함으로써 요양필요도에 따라 적정한 대상자수를 책정, 관리하도록 하여 적정 급여지출수준을 유도함.
- 둘째, 효율적, 효과적인 장기요양급여전달체계를 구축하여 급여지출의 낭비를 제거하고 양질의 서비스를 적정하게 제공함으로써 안정적인 제도운영을 도모함.
 - 이를 위해서는 이용자의 장기요양 급여이용을 원활하게 지원하여 서비스의 이용에 따른 불편을 최소화시킴. 아울러, 이용자의 욕구에 부합하는 서비스를 개발, 또는 활성화시켜 가족의 부양부담을 감소시킴.
 - 그리고, 장기요양서비스 공급자에게 서비스의 제공에 소요된 비용을 적정하게 지불하여 시설운영에 불편이 없도록 유도함과 동시에 시설의 경영합리화를 도모할 수 있도록 함.

- 셋째, 장기요양시설 및 인력 등, 양질의 인프라를 적정수준으로 유지하게 하여 불필요한 서비스를 억제시켜 급여지출의 낭비를 제거시키는 반면에, 고령자가 존엄성을 유지하면서 가족의 부담을 최소화시킬 수 있는 시설의 모형을 개발하여 제공하도록 함.
- 이를 위해서는 장기요양시설의 기준을 재검토하여 적정기준을 재설정하고, 고령자의 자립성을 유지하면서 보호받을 수 있는 소규모시설의 모형을 개발하도록 함. 특히, 장기요양시설을 평가함으로써 양질의 서비스를 제공하도록 유도함.
- 그리고, 서비스를 제공하는 전문인력의 자질을 향상시킬 수 있는 체계를 구축하여 양질의 서비스를 제공하도록 함.

6장

각 분야별 세부계획



제6장 각 분야별 세부계획

제1절 장기요양 대상자 범위 부문

1-1 장기요양대상자의 확대

가. 추진 필요성

□ 노인장기요양보험의 기본이념

- 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험 제도
 - 노인장기요양보험제도의 목적(노인장기요양법 제1조) : 고령이나 노인성 질환 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함
- 국가 및 지자체는 국민이 노인성 질병으로부터 생활안정 및 자립 지원을 위한 국가정책을 강구함
 - 장기요양급여에 관한 국가정책방향(노인장기요양법 제5조) : 국가는 장기요양기본계획을 수립·시행함에 있어서 노인 뿐만 아니라 장애인 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 모든 국민이 장기요양급여, 신체활동지원서비스 등을 제공받을 수 있도록 노력하고 나아가 이들의 생활안정과 자립을 지원할 수 있는 시책을 강구하여야 함
 - 국가 및 지방자치단체의 책무 등 (노인장기요양법 제4조)

- ① 국가 및 지방자치단체는 노인이 일상생활을 혼자서 수행할 수 있는 온전한 심신 상태를 유지하는데 필요한 사업(이하 “노인성질환예방사업”이라 한다)을 실시하여야 함
- ② 국가는 노인성질환예방사업을 수행하는 지방자치단체 또는 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)에 대하여 이에 소요되는 비용을 지원할 수 있음
- ③ 국가 및 지방자치단체는 노인인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 함
- ④ 국가 및 지방자치단체는 장기요양급여가 원활히 제공될 수 있도록 공단에 필요한 행정적 또는 재정적 지원을 할 수 있음
- 장기요양 기본계획(노인장기요양법 제6조) : 보건복지부장관은 노인 등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위하여 5년 단위로 장기요양기본계획을 수립·시행함

□ 노인장기요양보험의 추진목표

- 수급자에게 배설, 목욕, 식사, 취사, 조리, 세탁, 청소, 간호, 진료의 보조, 요양상 상담 등 다양한 방식으로 장기요양 급여를 제공
- 장기요양급여 제공의 기본원칙 (노인장기요양법 제3조)
 - ① 장기요양급여는 노인 등의 심신상태·생활환경과 노인 등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적정하게 제공 함
 - ② 장기요양급여는 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공
 - ③ 장기요양급여는 노인 등의 심신 상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공함

□ 점진적인 대상자 및 서비스의 확대 필요

- 인간적인 삶을 도모하고, 삶의 질을 높이기 위해 서비스가 필요한 사람에게 적절한 서비스를 제공하는 것이 노인장기요양보험의 향후 목표임
- 우리나라의 제도는 도입 초기에 인구구조나 경제규모 등 사회경제적 여건을 고려하여, 장기요양 수급자(노인인구의 4%)와 급여서비스 범위(시설 및 재가)를 제한적으로 인정하여 제도를 출범함(장재혁 외, 노인장기요양보험의 이해)

- 장기요양서비스의 욕구가 필요한 사람들을 대상자 측면에서 65세 이상 노인과 65세 미만자 중 노인성 질환으로 인한 신체 및 인지기능 저하자로 한정하고 있는 부분과 관련 점진적인 대상자 확대 필요

나. 현황과 문제점

□ 노인장기요양보험의 재정구조

- 노인장기요양보험 수입 구조에 가장 큰 영향을 미치는 것은 노인장기요양보험의 보험료를 부담하고 있는 가입자의 수입
 - 노인장기요양보험은 가입자와 급여 대상자(이용자)로 이원화되어 있음. 즉 보험료 부담 대상과 급여 대상에 차이가 있음
 - 노인장기요양보험 가입자는 건강보험 가입자와 의료급여 대상자를 포함한 전 국민임. 제도 도입 초기인 2008년 50,001천명이었으며 2010년 말 현재 50,581천명으로 약 1.2% 증가하였으며, 동일 시기 65세 이상 노인은 8.1% 증가함

<표 6-1> 연도별 장기요양보험 대상자 수

(단위 : 명)

구 분		2008년	2009년	2010년
전체	전 연령	50,001	50,291	50,581
	65세이상	5,086	5,286	5,497
건강보험		48,160	48,614	48,907
의료급여		1,841	1,677	1,674

주: 연도말 자격기준.

자료: 장기요양보험 주요 통계(2010), 국민건강보험공단.

- 주 수입원인 노인장기요양보험의 보험료는 건강보험가입자의 보험료 고지액에 일정율의 보험료율을 곱하여 산정하게 됨
- 2008년과 2009년의 건강보험 보험료율은 5.08%로 동일함. 노인장기요양보험은 급증하는 대상자와 재정증가에 대비하기 위해 2008년에 4.05%, 2009년에 4.78%로 증가함
- 2010년에는 건강보험 보험료율이 5.33%로 4.9% 인상되었고, 노인장기요양보험 역시 6.55%로 약 37.0%가 증가함

<표 6-2> 건강보험 및 노인장기요양 보험료율 변화

(단위 : %)

구 분	2008년	2009년	2010년
건강보험보험료율	5.08	5.08	5.33
장기요양보험*	4.05	4.78	6.55

주: 장기요양보험의 보험료는 건강보험 보험료 금액 × 장기요양 보험율로 산정함
 자료: 최인덕 외, 노인장기요양보험 중장기 재정운용 전망 및 정책과제(2010), 국민건강보험공단.

- 보험료 외의 주요 수입으로는 건강보험의 국고지원과 같이 국가의 부담이 있으며 장기요양법에 부담 수준에 대해 명시하고 있음
- 노인장기요양보험법 제58조(국가의 부담) : 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험 예상수입액의 20%에 해당하는 금액을 공단에 지원하도록 규정. 또한 중앙정부와 지방정부는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용과 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급 비용과 관리운영비 전액을 부담함.

○ 노인장기요양보험 지출인 급여서비스의 운영원리 및 지출 현황

- 급여서비스의 이용자인 인정자 수에 따라 급여지출이 영향을 받음
- 노인장기요양보험 인정자는 제도 도입된 2008년 65세 이상 노인 중 약 4.2%에서 2010년 현재 5.7%로 약 1.5%p 증가한 316천명임. 등급별로는 1등급이 47천명, 2등급 74천명, 3등급이 195천명이었으며, 건강보험 대상자가 254천명, 의료급여 대상자가 62천명임

<표 6-3> 연도별 장기요양보험 인정자 수

(단위 : 명)

구분	2008년	2009년	2010년
총 계	214,480	286,907	315,994
1등급	57,396	54,368	46,994
2등급	58,387	71,093	73,833
3등급	98,697	161,446	195,167
건강보험	157,320	226,745	253,839
1등급	43,969	43,261	37,605
2등급	44,773	57,653	60,553
3등급	68,578	125,831	155,681
의료급여	57,160	60,162	62,155
1등급	13,427	11,107	9,389
2등급	13,614	13,440	13,280
3등급	30,119	35,615	39,486

주: 연도말 자격기준.

자료: 장기요양보험 주요 통계, 국민건강보험공단, 2010.

- 지출은 원칙적으로 지급되는 현물급여와 비중은 작으나 제한적인 경우에 이용되는 현금급여, 제도 운영을 위한 비용인 관리운영비로 나눌 수 있음
- 현물급여 : 시설입소 서비스와 장기요양 재가서비스의 형태. 장기요양급여는 월 한도액 범위 안에서 제공되고, 월 한도액의 산정에는 장기요양등급 및 급여의 종류 등을 고려하도록 규정함
 - 노인장기요양보험 시행규칙 제28조⁵⁾ : 월 한도액의 산정기준 및 방법 등은 보건복지부령으로 위임되어 있음. 시설급여의 월 한도액은 보건복지부장관이 고시하는 등급별 1일당 급여비용에 월간 일수를 곱하여 산정하고, 재가급여 월한도액은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 등급별로 고시토록 규정함
 - 노인장기요양법 (제 58조) ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원함. ② 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 및 관리운영비의 전액을 부담함
- 현금급여는 제한적으로 제공되는 것을 원칙으로 하며, 현행 가족요양비만 현금 급여로

5) 재가급여 1등급 월 한도액은 1,140,600원이며, 2등급은 971,200원, 3등급은 814,700원임.

지급되고 있음

- 현 재정수지는 안정적이나 향후 급속한 고령화로 인한 장기요양 이용자의 증가를 고려할 때 안정적인 재정 운영방안이 필요함
- 연도별 수입과 지출을 통한 수지 현황을 보면 2008년 1,787억원, 2009년 1,446억원, 2010년 2,174억원 당기 흑자 상태임

<표 6-4> 연도별 재정 수지 현황

(단위 : 명)

구분	2008년	2009년	2010년
수입	7,518	20,238	27,720
- 요양보험료	3,723	11,371	17,509
- 국고지원금	1,181	2,044	3,323
- 의료급여부담금	2,564	6,637	6,655
- 기타수입	51	186	233
지출	5,731	18,791	25,547
- 요양급여비	4,581	17,212	23,905
- 관리운영비	1,146	1,511	1,520
- 기타지출	4	68	121
당기수지	1,787	1,446	2,174
누적수지	1,787	3,234	5,407

자료 : 장기요양보험 주요 통계(2010), 국민건강보험공단.

- 매년 장기요양보험 재정지출이 증가되고 있으며, GDP 대비 장기요양비용의 지출비중도 2008년 0.07%, 2009년 0.19%에서 2010년 0.27%로 증가하였음

<표 6-5> GDP 대비 장기요양보험 지출 비율

(단위 : 억원, %)

구분	2008년	2009년	2010년
총재정	7,518	20,238	27,720
보험료율	4.05%	4.78%	6.55%
GDP 대비 LTC지출비율	0.07	0.19	0.27

자료 : 건강보장선진화위원회 정책자료집(2010), 국민건강보험공단.

☐ 재정추계 결과

- 노인장기요양보험은 제도 시행 전과 후로 재정추계 선행연구를 나눌 수 있음. 추계의 방

향은 서비스 이용 대상자, 수입, 지출추계를 하였음

- 노인장기요양보험은 제도가 2008년 7월에 시작되어 다양한 연구가 있지 않음. 다수의 연구가 정책 변화와 인구변화 등에 대한 시나리오별 근거를 토대로 분석하였음
 - 제도 시행 전의 연구보고서로는 김진수 외(국민건강보험공단, 2006), 서동민 외(보건사회연구원, 2008)가 있음
 - 김진수(2006)의 연구는 노인장기요양보험(당시 노인수발보험제도)의 도입 시 예정되는 내용을 토대로 2020년까지 추정하였음
 - 서동민(2008)의 연구는 제도도입 직전의 상황을 고려하여 대상자를 추계하고 등급별 인정자 발생율, 이용률, 재가한도액사용률에 따라 기준, 저위, 최고위 등 3가지 수준으로 시나리오를 구성하여 소요재정을 도출함
 - 제도 시행 후의 연구보고서로는 윤희숙 외(한국개발연구원, 2010)과 최인덕 외(국민건강보험공단, 2010)있음
 - 윤희숙 외(2010)의 연구는 기본 모형 3가지에 54가지 시나리오를 구성하여 각 유형별 인정자 추이와 재정추계를 도출함. 기본 모형 3가지를 살펴보면, 첫째로 현행 등급판정 체계가 유지되고, 대상자 관련 정책변동이 없으며, 인구특성별 이용율이 현재를 유지하는 모형이었다. 둘째로 초기 3년까지는 현행을 유지하되 이후부터는 그 수준을 유지하는 모형을 적용하였고, 셋째로는 시설서비스 이용은 유지하되, 재가서비스 이용은 증가하는 모형으로 세분화하는 기본 모형을 제시함.
 - 최인덕 외(2010)의 연구는 대상자에 영향을 미치는 요인인 신규 인정자, 재신청자, 갱신탈락자, 사망자를 반영한 조정계수를 통해 등급확대를 고려한 시나리오를 구축하여 대상자를 추계하였음. 재정은 장기요양서비스 이용률의 변화에 따라 추계하였음
- 각 연구들은 몇 가지 가정과 변수에 차이가 있음. 또한, 등급 판정의 변화, 등급의 확대 등 정책적 고려사항을 포함한 중장기 추계이기 때문에 어떤 연구가 정확한지는 단정하기는 어려움

<표 6-6> 장기요양보험 수혜자 또는 수급자 추계

(단위 : 명)

구분		2010년	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년
국민건강보험공단 (2006) ⁶⁾		222,302	290,276	372,903	-	-	-	-
보건사회 연구원 ⁷⁾ (2008)	1안 ⁸⁾	147,811	174,698	209,293	263,400	316,846	-	-
	2안 ⁹⁾	163,088	209,017	263,934	328,912	398,000	-	-
	3안 ¹⁰⁾	172,148	220,629	278,597	347,184	420,111	-	-
	4안 ¹¹⁾	374,300	479,719	605,770	754,913	913,492	-	-
한국개발 연구원 ¹²⁾ (2010)	1안 ¹³⁾	275,000	352,000	437,000	538,000	658,000	807,000	979,000
	2안 ¹⁴⁾	310,000	413,000	514,000	632,000	773,000	948,000	1,150,000
	3안 ¹⁵⁾	310,000	538,000	963,000	1,186,000	1,453,000	1,788,000	2,148,000
연세대학교 서영준 교수팀(2010) ¹⁶⁾		-	365,000	472,000	-	754,000	-	-
국민건강보험공 단 ¹⁷⁾ (2010)	1안 ¹⁸⁾	309,846	402,377	543,583		992,644		
	2안 ¹⁹⁾	309,176	415,905	555,629		1,016,777		

자료 : 건강보험선진화위원회(2010), 국민건강보험공단.

6) 김진수(2006). 노인수발보험제도 도입에 따른 재정소요 전망 및 재원분담방안, 국민건강보험공단.

7) 서동민(2008). 노인장기요양보험제도의 재정구조와 전망. 보건사회연구원

8) 장기요양서비스 이용률이 85%, 재가한도액사용률 60%라는 가정을 바탕으로 추계함.

9) 장기요양서비스 이용률이 90%, 재가한도액사용률 80%라는 가정을 바탕으로 추계함.

10) 장기요양서비스 이용률이 95%, 재가한도액사용률 90%라는 가정을 바탕으로 추계함.

11) 장기요양보험판정등급 중 4등급과 5등급의 경증 대상자를 노인장기요양보험에 포함할 경우를 바탕으로 추계함.

12) 윤희숙(2010). 장기요양보험 이용현황분석과 비용추계를 통한 대상확대방향의 모색. 한국개발연구원.

13) 장기요양보험등급판정기준과 인구특성별 이용률이 현재 수준을 유지한다는 가정을 바탕으로 추계함.

14) 장기요양보험제도 시행 3년 후인 2011년까지는 현재의 장기요양서비스 이용률이 증가하다가 이후에는 인구구조와 특성의 변화에 따라 이용률이 안정된다는 가정을 바탕으로 추계함.

15) 장기요양보험 수혜대상자 확대정책으로 인해 2020년까지 장기요양보험수혜 필요 인구 비중 추정치 12.5%를 대상으로 모두 포괄하고, 이후에는 인구특성변화에 따른 자연증가분만이 반영된다는 가정을 바탕으로 추계함.

16) 한국개발연구원(2010)이 제시한 1안을 기초로 하여, 최근 박유성 교수(2010)가 1997~2005년의 사망자 통계를 바탕으로 사망 패턴이 연령·성별·계절·질병에 따라 어떻게 달라지고 있는지 변화추세를 반영하고, 의학기술의 발전 변수를 추가해 미래의 인구변동을 새로 추계한 연구결과를 이용하여 추계함.

17) 최인덕 외 (2010) 노인장기요양보험의 중장기 재정운용 전망 및 정책과제. 건강보험정책연구원

18) 제도안정, 계절적 요인이 반영된 조정계수(신규인정자, 재신청자, 갱신타락자, 사망자) 반영, 등급확대 없음

19) 계절적 요인, 유병율, 기능저하자 비율이 반영된 조정계수 반영, 등급확대 없음

<표 6-7> 장기요양보험 중장기 추계 결과

(단위 : 억원)

구분		2010년	2015년	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년
국민건강보험 공단 (2006)	1안 ²⁰⁾	19,269	25,048	32,081	-	-	-	-
	2안 ²¹⁾	15,415	21,023	25,665	-	-	-	-
보건사회연구 원 (2008)	1안 ²²⁾	12,353	16,930	23,521	34,327	47,879	-	-
	2안 ²³⁾	15,101	22,445	32,865	47,489	66,626	-	-
	3안 ²⁴⁾	16,717	24,845	36,378	52,564	73,749	-	-
	4안 ²⁵⁾	27,268	40,544	59,538	86,347	121,685	-	-
한국개발연구 원 (2010)	1안 ²⁶⁾	28,031	35,956	44,755	55,004	67,256	82,509	100,476
	2안 ²⁷⁾	31,612	42,244	52,581	64,622	79,016	96,937	118,045
	3안 ²⁸⁾	31,612	52,761	90,513	111,424	136,425	167,086	202,360
연세대학교 서영준 교수연구팀(2010) ²⁹⁾		-	37,284	48,339	-	77,068	-	-
국민건강보험 공단 ³⁰⁾ (2010)	1안 ³¹⁾	25,036	37,503	56,871		137,715		
	2안 ³²⁾	25,036	40,033	59,968		156,653		
한국조세연구 원 ³³⁾ (2010)	1안 ³⁴⁾	18,200	38,590	68,520		172,950		391,940
	2안 ³⁵⁾	17,550	34,440	60,680		154,550		373,790
	3안 ³⁶⁾	17,550	26,060	35,320		62,430		108,880

자료: 건강보험선진화위원회(2011), 국민건강보험공단.

- 20) 장기요양서비스 이용률이 100%일 경우를 가정하여 추계함.
- 21) 장기요양서비스 이용률이 80%일 경우를 가정하여 추계함.
- 22) 장기요양서비스 이용률이 85%, 재가한도액사용률 60%라는 가정을 바탕으로 추계함.
- 23) 장기요양서비스 이용률이 90%, 재가한도액사용률 80%라는 가정을 바탕으로 추계함.
- 24) 장기요양서비스 이용률이 95%, 재가한도액사용률 90%라는 가정을 바탕으로 추계함.
- 25) 장기요양보험등급중 4등급과 5등급의 경증 대상자를 장기요양보험에 포함할 경우를 바탕으로 추계함.
- 26) 장기요양보험등급판정기준과 인구특성별 이용률이 현재 수준을 유지한다는 가정을 바탕으로 추계함.
- 27) 장기요양보험제도 시행 3년 후인 2011년까지는 현재의 장기요양서비스 이용률이 증가하다가 이후에는 인구구조와 특성의 변화에 따라 이용률이 안정된다는 가정을 바탕으로 추계함.
- 28) 장기요양보험 수혜대상자 확대정책으로 인해 2020년까지 장기요양보험수혜 필요 인구 비중 추정치 12.5%를 대상자로 모두 포괄하고, 이후에는 인구특성변화에 따른 자연증가분만이 반영된다는 가정을 바탕으로 추계함.
- 29) 한국개발연구원(2010)이 제시한 1안을 기초로 하여, 최근 박유성 교수(2010)가 1997~2005년의 사망자 통계를 바탕으로 사망 패턴이 연령·성별·계절·질병에 따라 어떻게 달라지고 있는지 변화추세를 반영하고, 의학기술의 발전 변수를 추가해 미래의 인구변동을 새로 추계한 연구결과를 이용하여 추계함.
- 30) 최인덕 외 (2010) 노인장기요양보험의 중장기 재정운용 전망 및 정책과제. 건강보험정책연구원
- 31) 인정자 추계 1안, 2012년 이후 수가인상을 3%, 이용률 변동없음
- 32) 인정자 추계 2안, 2012년 이후 수가인상을 3%, 이용률 변동없음
- 33) 박형수(2010). 재원측면에서의 노인장기요양보험제도 운영방향. 한국조세연구원
- 34) 인정자 1인당 총급여비 증가율이 1인당 GDP 증가율보다 높게 증가하다 2024년 이후 유사한 수준으로 증가
- 35) 2011년 이후 10년간 인정자 1인당 총급여비가 '임금증가율+1%'로 다소 높게 증가
- 36) 인정자 1인당 총급여비가 보건복지부의 2010-2014 추계시 전제인 1.5%의 낮은 증가율을 보일 경우

다. 국외사례

□ 일본 개호보험

○ 일본 개호보험의 인정자 현황

- 전체 인구 중 총 인정자수는 2000년에 2.01%에서 2006년 3.44%로 증가하였으며, 65세이상 노인인구 중 인정자 비율은 제도시행 연도인 2000년에 11.21%에서 2006년에는 15.98%로 증가
- 제도도입이후 45년에 인정자 증가 추이가 안정화되면서 감소하는 경향을 보이는 것이 특징임
 - 일본의 제도와 유사한 우리나라도 인정자 추이가 지속적인 증가보다는 일정시점 이후에는 안정화되면서, 등급별, 전체 인정자 비율에 감소경향이 나타날 것이라는 추측이 가능해짐

<표 6-8> 일본 인구 구조 및 개호보험 인정자수 현황(2006년 기준)

구분	2000년	2003년	2004년	2005년	2006년
전체 인구(천명)	126,927	127,623	127,686	127,767	127,768
총 인정자수(명)	2,561,594	3,838,924	4,085,859	4,323,332	4,401,363
전체 인구 중 인정자 비율(%)	(2.01)	(3.0)	(3.19)	(3.38)	(3.44)
65세이상 노인인구(천명)	22,041	24,312	24,876	25,760	26,604
65세이상 인정자수(명)	2,470,982	3,704,095	3,942,808	4,175,295	4,251,432
노인 인구 중 인정자 비율(%)	(11.21)	(15.23)	(15.84)	(16.20)	(15.98)

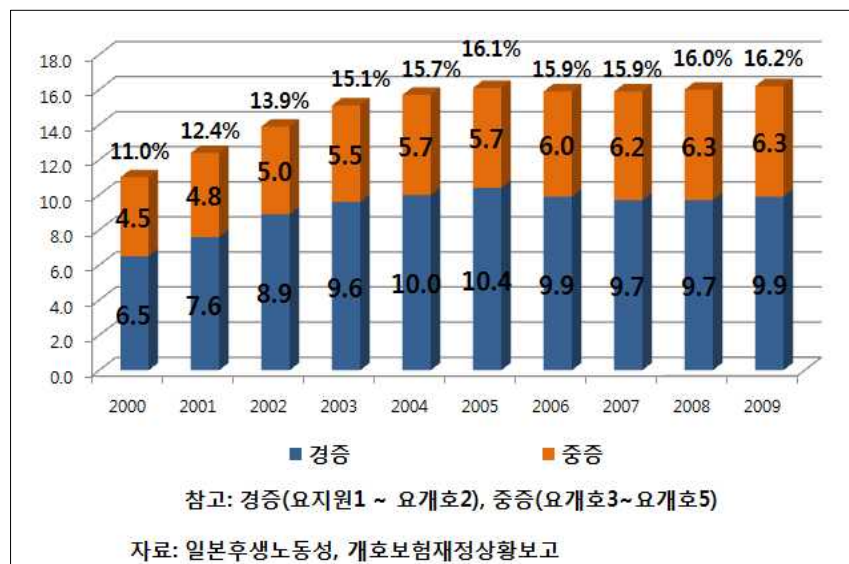
- 일본 등급체계도 우리와 역으로 구성되어 1등급이 경증이며, 5등급이 최종증 체계임. 또한 우리의 등외자에 속하는 요지원 대상자를 운영하고 있으며, 2006년부터는 요지원 1, 2등급과 경과적 요개호 부분으로 세분화하여 관리하고 있음
- 경증인 요개호 1등급의 인정자수는 2003년 65세~75세미만자가 220,024명에서 2004년 229,080명, 2005년 234,184명으로 각각 4.1%, 2.2%의 증가율을 보임

<표 6-9> 일본 개호보험 인정자 연도별 증가율

(단위 : %)

구 분			2003-2004	2004-2005	2005-2006
1호 피보험자	요개호1	65~75미만	4.12	2.23	-43.65
		75이상	7.63	8.25	-35.37
	요개호2	65~75미만	-1.3	1.07	14.18
		75이상	3.54	6.79	16.78
	요개호3	65~75미만	4.42	1.11	12.97
		75이상	8.17	6.99	17.45
	요개호4	65~75미만	0.92	0.43	2.06
		75이상	4.79	6.71	4.78
2호 피보험자	요개호5	65~75미만	-1.79	-2.81	-0.15
		75이상	3.39	1	5.71
	요개호1		10.07	5.36	-45.1
	요개호2		0.06	1.29	14.35
	요개호3		5.92	1.17	15.9
	요개호4		4.64	2.53	5.38
	요개호5		-0.85	1.27	0.76

[그림 6-1] 일본 개호보험의 증증도별 인정자비율의 추이



○ 일본 개호보험의 재정운용현황

- 수입은 보험료, 저소득계층 부담금 및 부담금, 국고보조금, 지불기금 교부금(2호 피보

험자 건강보험 보험료에서 부담하는 비용), 도도부현 지출금과 재정안정화기금 등으로 구성됨

- 2006년 한해 보험료 수입은 1,262,073,670천엔으로 전체 재정수입 6,568,831,430천엔 중 19.21%차지하고 있고, 여기에 2호피보험자가 부담하고 있는 지불기금교부금 1,823,255,906천엔을 합한 비용은 전체 수입에 46.9%수준
- 전체 수입 중 국고지원금은 22.20%를 차지하고 있으며, 부담금과 도도부현 지출금, 상호재정안정화기금을 합하면 2,373,126,205천엔으로 전체 수입 중 36.1%
- 지출 측면은 관리운영비 명목의 총무비와 보험급여비, 그리고 지역지원사업, 재정안정화기금 각출금, 상호재정안정화사업부담금, 보건복지사업비 등으로 구성됨
- 급여비 5,884,177,294천엔은 전체 지출 6,340,094,133천엔 중 92.8%를 차지하고 있다. 재정수지는 228,737,297천엔 당기흑자를 보이고 있음

○ 일본의 개혁사례

- 2000년 제도 도입이후 크게 3번에 걸쳐 제도개선노력을 시도함. 2003년에는 자립지원 촉진 및 재가서비스 확대를 시도하였고, 2006년에는 예방 중시형 시스템 확립으로 예방급여, 케어매니지먼트 등을 제공. 2009년에는 요개호인정기준에 대한 검토와 사업자에 대한 지도감독 강화 등을 추진(이서영, 2009: 90)
- 2006년에 시행된 제도개선에서는 인정자의 급격한 증가에 따른 재정지출 감소를 위해 요지원 대상자와 요개호 대상자를 구분하여 대상자 확대에 대처하고 있는 점임³⁷⁾.
- 개호보험 수요급증에 전략적으로 예방사업을 강조함으로써 실질적인 장기요양대상자의 증가를 억제하려는데 그 특징이 있음. 결국 경증대상자도 국가의 공식관리 체계로 흡수하여 사전적으로 장기요양 대상자 진입을 관리함으로써 실제로는 개호보험의 지속가능성을 유지하려는 전략으로 볼 수 있음

○ 시사점

- 우리나라의 경우 일본의 사례처럼 4등급 확대 시 비교적 경증인 4등급자의 증상완화

37) 개호보험제도 시행이후 경증고령자(요지원, 요개호1)가 대폭 증가하고, 경증고령자에 대한 서비스 제공이 상태의 개선으로 연결되지 않고 있다는 문제가 대두됨에 따라 제공되는 서비스가 경증고령자의 상태개선으로 연결될 수 있도록 예방시스템이 도입되었음(이서영, 2009: 91).

및 예방에 초점을 둔 급여 서비스 개발이 중요할 것임

- 대상자의 범위에 대해서도 예방을 통한 대상자 관리가 효과적이고 실질적인 재정절감 효과가 가능하다면 보편적 대상자 선정방법을 고려할 필요가 있음

□ 독일의 장기요양보험

○ 독일의 대상자 현황

- 유럽연합의 통계연구소의 추계에 따르면 독일의 인구는 2050년 7,450만명으로 추산되며, 노인인구는 2007년 현재 19.8%에서 31.7%로 예측하고 85세 이상 후기고령자 인구는 4.6%에서 14%까지 확대될 것으로 추계(Eurostat, 2004)
- 자신의 삶을 영위하는데 의존적인 대상자가 2007년 약 320만명 수준에서 2050년에는 595만명 수준으로 증가하고, 이들 중 공식적인 장기요양서비스를 받는 경우가 2007년에 158만명 수준에서 2050년 348만명 수준으로 증가할 것으로 예측
- 공적 및 사적 장기요양보험 전체 대상자 규모는 1999년 200만명 수준에서 2007년 224만명 수준으로 증가한 것으로 나타남
 - 전체 인구 중 장기요양 수급자 비율은 1999년 2.45%에서 2007년 2.73%로 증가하였으며, 전체 노인인구 중 노인 인정자 비율은 1999년 12.9%에서 다소 감소한 11.34%를 보이고 있음
 - 등급별로는 1등급(경증) 대상자가 926,476명에서 1,156,779명으로 230,303명 증가하여 24.86% 증가
 - 2등급의 경우는 1999년 784,824명에서 2007년 787,465명으로 증가하여 0.34%의 최저 증가
 - 최종증인 3등급 대상자는 285,264명에서 291,752명으로 6천명 2.27%가 증가
 - 수급자의 등급별 현황을 살펴보면 경증인 1등급의 경우가 40~50%수준을 유지하고, 2등급이 35~38%, 그리고 3등급이 12~14%수준을 보임

<표 6-10> 독일 등급별 장기요양 대상자 추이(1999~2007)

(단위 : 명)

연도	합계	I 등급	II등급	III등급	슈퍼III등급	등외자
	전 연령					
1999년	2,016,091	926,476	784,824	285,264	4,254	19,527
2001년	2,039,780	980,621	772,397	276,420	4,407	10,342
2003년	2,076,935	1,029,078	764,077	276,126	4,755	7,654
2005년	2,128,550	1,068,943	768,093	280,693	5,551	10,821
2007년	2,246,829	1,156,779	787,465	291,752	6,556	10,833
	수급자 중 등급자 분포(%)					
1999년	100	45.95	38.93	14.15	0.21	0.97
2001년	100	48.07	37.87	13.55	0.22	0.51
2003년	100	49.55	36.79	13.29	0.23	0.37
2005년	100	50.22	36.09	13.19	0.26	0.51
2007년	100	41.48	35.05	12.99	0.29	0.48

자료: Federal Statistical Office of Germany, Statistics on long-term care, calculation by DIW Berlin

○ 장기요양보험의 재정운용현황

- 수입은 보험료와 기타 수입으로 나뉘지는데 보험료 부분은 순수 보험료와 위험균등화 프로그램의 조정기금으로 구분할 수 있음
 - 총 수입규모는 2001년 168억 유로에서 지속적으로 증가하여, 2007년에는 180억 유로로 증가함
 - 연도별로 2001~2002년과 2006~2007년에 각각 -0.17%, -2.54% 감소하였으며, 2004~2005년과 2005~2006년에 각각 3.67%와 5.71%의 수입 증가
- 지출규모는 크게 급여비와 의료비용 및 관리운영비 그리고 기타 급여로 나눌 수 있으며, 급여비는 현금, 현물, 휴가, 주야간, 정신질환 추가급여, 단기시설 및 비공식 케어 제공자를 위한 사회보장비용, 시설급여 등으로 구분함
 - 급여비는 2001년 160억유로에서 2007년 174억유로로 2001년에 비해 8.85%가 증가함
 - 연도별로는 2006년의 경우만 제외하고 모두 당기수지 적자를 보이고 있음
 - 관리운영비 규모는 5억7천유로에서 6억 2천유로까지 점진적으로 상승하는 양상을 보이고 있으며, 복지용구관련 급여도 점진적으로 증가하는 추세

<표 6-11> 독일 장기요양보험의 수지현황(2001~2007)

(단위 : 십억 유로)

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
수입	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49	18.49	18.02
- 순수 보험료	13.66	13.57	13.3	13.28	13.98	14.94	14.44
- 위험균등화 (재정조정)	2.9	3.19	3.31	3.36	3.4	3.42	3.42
- 기타 수입	0.25	0.22	0.25	0.23	0.12	0.13	0.16
지출	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03	18.34
- 급여비	16.03	16.47	16.64	16.77	16.98	17.14	17.45
- 의료비용 부담 (50%부담)	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27	0.27
- 관리운영비	0.57	0.58	0.59	0.58	0.59	0.62	0.62
- 기타	0.02	0.01	0.06	0.07	0	0	0

자료: Federal Ministry of Health

- Comas-Herrera(2006)가 독일 장기요양보험의 재정지출이 GDP에서 차지하는 비율로 향후 재정전망을 예측한 보고서
 - GDP 대비 독일 장기요양보험 재정지출 규모는 2000년 기준 1.24%에서 2050년 3.32%로 168%로 증가하는 것으로 전망(Comas-Herrera, 2006: 292).
 - 재정지출 민감도 분석에서는 예측시나리오에서 재정지출 증가 속도가 0.5%가 증가할 경우 2050년 GDP 대비 지출 비율은 4.24%로 2000년 기준보다 242.5%가 증가할 것으로 예측하고 있음³⁸⁾(Comas-Herrera, 2006: 294).

○ 독일의 개혁사례

- 장기요양보험의 지속가능성 향상을 위해 2008년 장기요양보험제도 개혁을 추진함
 - 독일 인구구조 변화와 장기요양 수요증가에 따른 대상자 확대 필요성을 인정하며, 치매질환자의 대상자 확대 전략을 수립하고 있음.
 - 재정의 지속가능성을 고려하여 제도도입 11년만에 보험료를 0.25% 인상
 - 2015년부터 급여 및 급여개선을 위한 검토 작업을 매 3년마다 실시 (Caspers-Merk, 2009: 145).

38) 예측시나리오보다 지출 예상 증가율이 0.5% 낮아지면 증가폭은 109.6%로 감소.

○ 시사점

- 우리나라도 현재 논의 중에 있지만 독일의 개혁사례처럼 치매와 같은 노인성 질환자에 대한 대상자 확대 계획수립, 재정의 지속가능성을 고려한 보험료 인상은 대상자 확대와 재정운용 전략에 시사하는 바가 큼

□ 기타 OECD 국가의 장기요양보험정책

○ 네덜란드의 장기요양제도

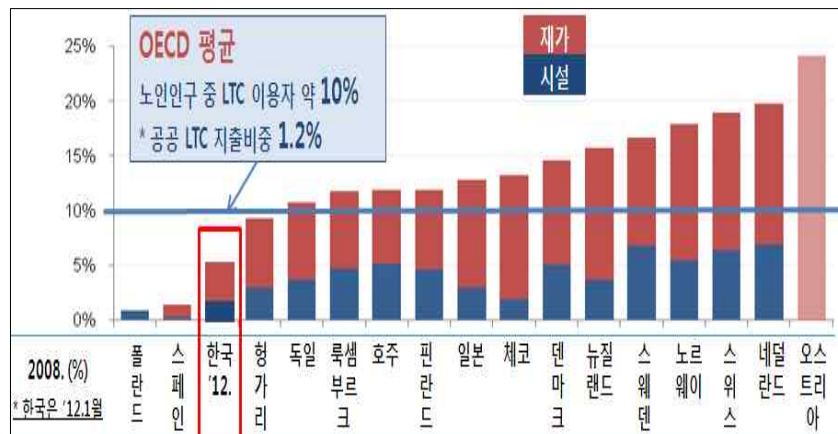
- 1968년에 장기요양제도를 도입한 네덜란드는 AWBZ(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Exceptional Medical Expenses Act)하에 전 국민이 장기요양 대상자가 됨
- 요양과 간호 등 기본적인 장기요양 서비스 급여가 제공되며, 2007년에 방문요양 서비스 부분이 WMO에서 제공
- 2007년말 기준, 588,000명이 AWBZ(기초 부분·특별 의료비 보험)의 케어서비스를 이용했으며 이는 전체 네덜란드 국민의 3.6%
 - 이 중 500,000명은 현물급여를 이용하고 70,000명은 개인계좌, 18,000명은 둘 다 사용함
 - 노인 중 시설수급자의 42%와 AWBZ수급자의 82%가 신체적인 문제 때문에 케어서비스를 이용하고 있으며 나머지 AWBZ수급자의 18%는 치매가 주요 원인임
- 시설서비스가 비교적 큰 역할을 하고 있는데 장기요양에서의 정책방향은 가정에서의 케어를 대신할 재가서비스를 목적으로 함
- 장기요양보험 재정지출 현황을 보면, 2007년 AWBZ의 총지출은 거의 220억 유로(GDP의 4%)에 이르며, 의료와 비 치료 간병(주로 장기 간병)을 합치면 2007년 GDP의 9%를 차지함

○ 영국의 장기요양제도

- 영국 역시 사회서비스 방식으로 장기요양 서비스가 제공되는데 잉글랜드 지역에는 전체 인구의 16%인 800만명이 65세이상 노인인구로 분류되며, 80세이상 노인인구는 230만명 수준인 4%임
- 영국의 장기요양제도의 재원은 중앙정부의 조세를 기반으로 조성되며, 지방정부 재정 분배 및 개인 본인부담으로 운영됨

- 노인을 위한 장기요양 총 지출액은 2006년 기준 200억 유로(잉글랜드지역)로 이중 20.6%가 NHS 예산에서 조성되었으며, 39.7%가 지방정부에 의해 조성, 나머지 39.7%는 가계부담으로 이루어지는데 이중 10%는 본인부담, 29.7%는 직접비용임
- 2007년 기준 GDP 대비 영국 장기요양부분 지출 총규모는 0.8%수준

[그림 6-2] OECD 국가별 장기요양보장 비율



<표 6-16> 각국의 장기요양 보장현황

장기요양 보장현황	한국 (2012)	독일 (2011)	일본 (2011)	OECD (2008)
노인인구 중 인정자	5.7%	14.5%	18.5%	10%
GDP 대비 지출비	0.3%			1.2%

□ 시사점

- OECD 주요국은 우리나라에 비해 노인인구비율이 높으면서 인정자수도 높은 수준임
 - 보통 주요국은 2030년 우리나라와 같은 노인비율이 24.3%이면 인정자 비율이 10% 이상이 되지만, 우리나라는 OECD 주요국에 비해 인정자 수가 다소 적은 수준
 - 노인비율이 약 15%가 이를 때 우리나라는 GDP 대비 지출 비율은 0.66%~0.75%를 예상하지만 OECD 주요 국가 중 오스트레일리아 0.86%, 노르웨이 1.85% 수준으로 우리나라보다 높은 수준.
 - 향후 우리나라도 제도의 확대를 통해 공공지출 부분의 확대가 필요한 부분이 있지만 독일이나 일본에서 대상자를 1-5등급까지 확대한다는 논의는 기존의 1-3급 체계를 세

분화하는 것으로 실질적 의미에서 대상자를 확대는 아니라는 점에 관심을 기울일 필요가 있음.

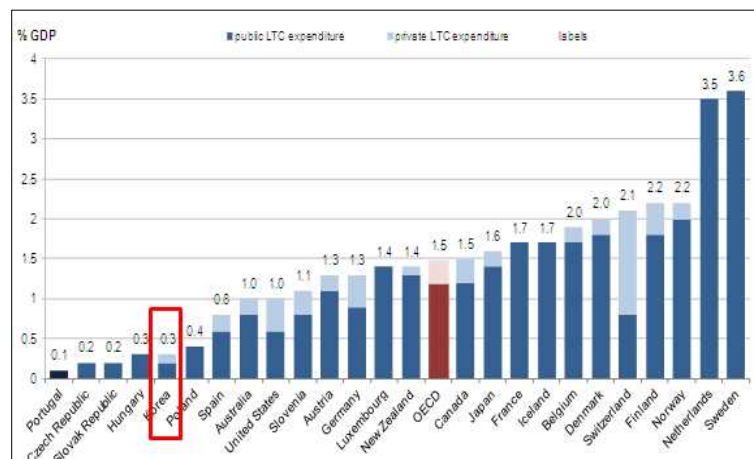
<표 6-12> GDP 대비 장기요양보호 지출 비율(2000년 기준)

(단위 : %)

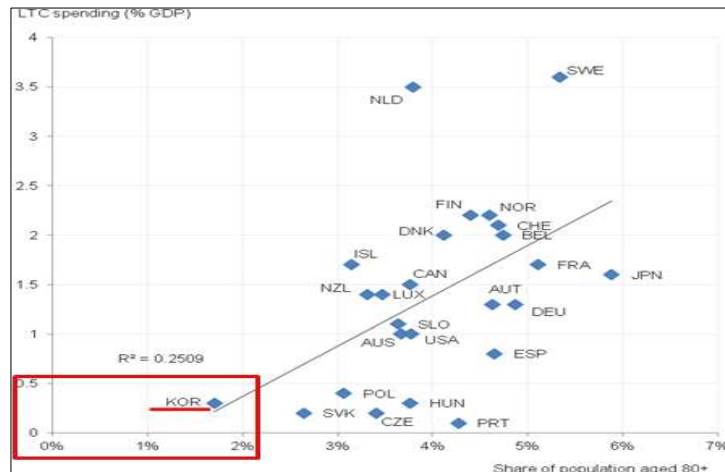
구분	노인비율	총 비용			공적비용		
		재가	시설	합계	재가	시설	합계
오스트리아	15.5	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86
캐 나 다	12.5	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99
독 일	16.4	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95
아일랜드	11.2	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52
일 본	17.4	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76
네덜란드	13.6	0.6	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31
뉴질랜드	11.7	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45
노르웨이	15.2	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85
폴 란 드	12.2	0.35	0.03	338	0.35	0.03	0.37
스 페 인	16.9	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16
스 웨 덴	17.3	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74
영 국	15.9	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89
미 국	12.4	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74
평 균	14.5	0.38	0.88	1.25	0.35	0.64	0.99

자료: “OECD, 노인장기요양보호, 2007” 수정 인용

[그림 6-4] 각국의 GDP 대비 장기요양 보험료 추이



[그림 6-5] 80세 이상 노인인구 대비 각국의 장기요양보험료 추이



라. 추진내용 및 방안

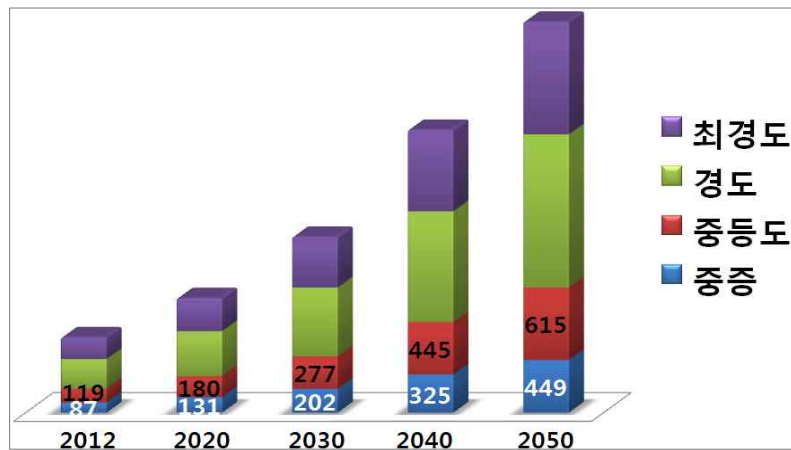
□ 대상자 확대 방안

- 우리나라의 수급자 규모는 노인인구의 3% 수준에서 출발하였고 지난 1년 여간 동안 5% 수준에 접근하고 있음
 - 지난 2005년에 조사된 장기요양 필요율(약 7%)이나 외국사례의 필요율(10% 수준)을 고려할 때 매우 낮은 수준에 머물러 있음(서영준, 2011)
 - 노인인구 대비 수급자 비율은 한국(2010) 5.8%, 독일(2005) 11%, 일본(2005) 16.8%임
- 급속한 고령화로 인한 장기요양 필요율을 달성하고, 선진국 수준의 대상자 확대가 필요함
 - 대상자를 확대하는 방안으로 치매 등 케어욕구가 큰 등급외자를 확대하는 방안, 등급외자의 일부분(약 40%)을 확대하는 방안, 선진국 수준으로 대폭 확대하는 방안(등급외자의 약 90%)을 고려할 수 있음

<표 6-17> 전체 치매노인 및 치매노인 중 중등도·중증자 현황('08. 치매유병률, 통계청)

(단위, 만명)	2012	2020	2030	2040	2050
65세 이상 노인인구	704	1,004	1,558	2,149	2,519
치매노인	64	97	150	241	333
중등도	12	18	28	45	66
중증	9	13	20	33	45

[그림 6-3] 전체 치매노인 및 치매노인 중 중등도·중증자 현황('08. 치매유병률, 통계청)



○ 케어욕구가 큰 등급외자를 확대하는 방안

- 현재 장기요양서비스의 인정자가 되려면 등급 판정시 장기요양인정점수가 55점 이상이어야 1-3등급을 대상으로 수급자격이 주어지고 있음
- 장기요양 등급 판정시 치매 등 케어욕구가 큰 질병에 대한 가중치를 반영하고 인정점수를 조정할 경우 등급 확대가 이루어질 수 있음

<표 6-13> 인정점수 조정으로 등급확대 방안시 대상자 추계

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	342,896	382,878	403,001	423,919	445,987
1등급	49,838	47,489	45,502	44,091	43,234
2등급	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
4등급		23,070	24,767	26,467	28,223

○ 등급외자의 일부분(약 40%)를 확대하는 방안

- 등급 확대에 대한 꾸준한 논의가 지속되고 있으나 장기요양보험의 재정에 대한 문제를 고려하여야 하고, 여전히 제도 도입에 따른 안정적 정착을 고려해야하기 때문에 소폭의 등급 확대를 생각해볼 수 있음
 - 기본가정 : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영되며, 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 비율에 조정계수에 영향을 받음
 - 등급 확대 시기 : 2012년

<표 6-14> 소폭의 등급확대 방안시 대상자 추계

(단위 : 명)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	342,896	442,145	455,237	468,949	483,453
1등급	49,838	47,489	45,502	44,091	43,234
2등급	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
4등급		82,338	77,003	71,496	65,689

○ 선진국 수준으로 대폭 확대하는 방안 (등급외자의 약 90%)

- 장기요양보험을 먼저 도입한 독일과 일본 등 선진국 수준으로 대폭적인 대상자 확대할 경우
 - 기본가정 : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영되며, 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 비율에 조정계수에 영향을 받음
 - 등급 확대 시기 : 2012년

<표 6-15> 대폭의 등급확대 방안시 대상자 추계

(단위 : 명)

구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	342,896	545,068	551,491	558,319	565,565
1등급	49,838	47,489	45,502	44,091	43,234
2등급	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
4등급		185,260	173,257	160,867	147,801

- 3가지 대안을 놓고 볼 때 우리나라의 경우 재정여건 및 외국의 개혁논의 등을 참고하여

4등급의 일부를 지원대상자에 포함시키면서 기존의 1-3등급을 세분화하는 방안으로 추진하는 방안에 대한 검토가 필요한 것으로 보여짐.

가. 추진 필요성

- 제도의 수급권을 결정하게 되는 등급판정체계는 제도 전반에 대한 국민의 신뢰를 높일 수 있는 관문의 역할을 수행한다는 측면에서 모든 국민이 납득할 수 있도록 설계되고 관리되는 것이 요구되어짐.
- 제도 도입 이후 신뢰도 높은 등급판정 결과 생산을 위해 등급판정 항목의 추가가 이루어졌으나, 등급외 진입하지 못한 신청자의 불만이 여전히 존재하고 있음. 특히 초기 치매노인을 돌보는 가족의 경우 등급내 진입을 하지 못할 경우 불만이 높게 나타남.
 - 등급판정체계에서 국민들이 납득할 수 있는 등급판정도구의 개선이 요구되어짐.
 - 또한 등급판정체계에서 나타나는 이의신청제도, 재신청제도, 등급인정기간 등에 대한 점검을 통해 등급판정체계에 대한 국민의 편리성 및 행정 효율성 향상이 요구되어짐.

나. 현황과 문제점

- 노인장기요양보험 등급판정자 중 등급인정자(1-3등급)는 318,182명으로 약 66.3%가 서비스 이용 자격을 취득하는 것으로 나타남.

<표 6-18> 노인장기요양보험 등급판정 현황(2011.5)

	신청자수	등급판정자수	인정자수				등급외자
			소계	1	2	3	
대상자수 (명)	650,034	479,934	318,182	42,926	72,970	202,286	161,750

자료: 건강보험공단, 노인장기요양보험 통계월보, 2011.5.

□ 등급판정 과정상의 문제점

- 노인과 보호자의 허위진술
 - 현 등급판정을 위한 조사항목은 노인과 보호자의 진술에 의존하는 항목의 비중이 높음. 따라서 1-3등급 판정을 받기 위해 허위 진술로 의심되는 사례 비율이 높음.
 - ※ 우리나라의 등급판정 도구항목은 외국의 노인장기요양제도에서 활용되고 있는 등급판

정 도구의 항목과 유사하게 구성됨. 허위진술이 높은 원인은 도구 보다는 등급판정을 받아야지만 서비스를 이용할 수 있는 구조적 문제. (all or nothing)

- 현 체계에서는 허위진술이 추후 발견될지라도 취할수 있는 법적 조치가 부족함으로 인해 등급판정의 신뢰성을 낮추는 결과가 나타남.

○ 반복적인 재신청의 문제점

- 현재의 등급판정체계에서는 등급 변화의 요소가 있을 경우 기간의 제한없이 재신청을 할 수 있음. 이와같은 점을 악용하여 원하는 등급판정결과가 나오지 않을 경우 계속적인 재신청이 이루어지고 있음.
- 이로 인해 재조사로 인한 행정적 손실이 발생하며, 또한 인정조사에 대한 신뢰성에도 악영향을 미침.
- 1년 이내에 2회 이상의 인정조사를 신청하는 비율은 총 신청건수의 6.56%임. 2010년 신청자 350,388명 중 22,975명은 2회이상 신청한 것으로 나타남. (2010년 장기요양신청자 data 분석)
- 이의신청제도가 있음에도 불구하고 재신청을 활용하는 이유는, 이의신청제도의 경우 신청 후 60일이내까지 결과를 내도록 되어있는 반면, 재신청을 30일이내에 등급판정 결과를 내도록 함.
- 빠른 등급판정을 받기 위해 이의신청보다는 재신청을 하는 경향이 있음. 또한 이의신청에 경우 재신청에 비해 서류절차가 복잡하다고 평가되기 때문임.

○ 등급유효기간(갱신절차)가 1년마다 운영됨으로써 수급자 불편 및 행정비용 발생

- 등급판정을 받은 이후 1년마다 등급갱신을 받도록 하고 있으나, 갱신으로 인한 등급변화가 크게 발생하고 있지 않음.
- 현재 장기요양인정 유효기간은 1년으로 하되, 연속하여 2회이상 1등급 또는 2·3등급자가 연속하여 3회 이상 같은 등급으로 판정받은 경우 2년으로 하며, 신청인의 심신상태 등을 고려하여 등급판정위원회에서 6개월 내에서 가감 조정하도록 함.
- 따라서 등급판정 조사로 인한 행정손실을 막고, 등급인정자의 서비스 이용의 안정화를 위해 등급유효기간의 개선이 요구됨.
- 2009년 등급을 받은 후에 1등급 3년 연속 유지율은 69.4%, 2등급 3년 연속 유지율은 56.43%, 3등급 3년 연속 유지율은 81.3%임(2009-2011년 데이터 분석결과)
- 제도도입이후 3년간에 등급판정결과를 분석한 결과 약 59.8%가 1등급 연속2회, 2 또는 3등급 연속 3회로 등급유효기간을 연장받고 있음.
- 등급판정 과정의 신뢰성 및 안정성

- 등급판정은 인정조사자 2인이 방문하여 조사하도록 함. 그러나 현실에서는 인정조사자 인력부족으로 인해 대부분 1인이 조사를 실시, 특수한 상황만 2인이 조사를 실시하고 있음.
- 이로 인하여 조사과정에 대한 객관성과 신뢰성에 문제가 제기되며, 인정조사자의 신변 상 안전의 문제가 나타남.

□ 등급판정 도구구성의 문제점

- 현 도구는 기능상태와 요양필요시간간의 관계 알고리즘을 통한 “요양인정점수”로서 등급판정을 받도록 함.
- 그러나 이러한 체계에서는 요양필요시간 측정과정에서 나타나는 인지 기능저하(치매 등)로 인한 요양 서비스 시간의 측정이 부족하다는 지적과 간호처치(의료욕구)에 대한 파악의 부적절성이 제기됨.

□ 외국의 등급결정에서의 ‘서비스 시간’ 의미의 차이

- 독일 수발보험의 경우에도 제공 시간 개념이 등급에 반영되어 있으나 본질적으로 일본이나 우리나라의 것과 차이가 있음.
 - 한국과 일본의 경우는 실제로 제공되는 서비스시간을 일일이 측정한 후, 이를 통계처리를 하여 재가공한 후 인정시간을 산출해냄. 반면 독일의 경우 실제로 제공되는 서비스시간을 근간으로 하지만 그 시간을 전문가(주로 의사)가 여러 요인을 모두 고려하여 작성하도록 되어 있음.
- 일반적으로 전문가가 이용자에게 제공되어야 한다고 판단하는 서비스량을 니드(need)라 하고 이용자가 실제로 이용하는 서비스량을 수요(demand)라 함. 대부분의 경우 시장에서 필요와 수요에는 수치적 차이가 존재함.
 - 독일은 순수히 필요의 개념에서 등급을 결정하되, 다만 그것을 시간의 개념으로 개량화한 것이고, 한국과 일본은 이를 수요의 개념으로 접근한 것이라고 해석할 수 있음.

□ 외국의 등급결정방식과 스크리닝 주체의 차이

- 호주의 경우, 큰 맥락에서 이용할 서비스종류를 결정하는 것과 등급을 결정하는 것을 각기 다른 운영체계에서 운영함.
 - 장기요양프로그램을7 기획하는 업무는 중앙정부가 하고 실제로 신청자를 평가(assessment)하는 것은 지방정부 소속인 ACAT(the Aged Care Assessment

Team)에서 함. 이 ACAT은 시설서비스를 이용할지 재가서비스를 이용할지를 결정함. 이 팀은 ACCR(Aged Care Client Record)이라는 도구를 사용함.

- 반면 노인요양시설에서는 서비스제공자가 ACFI(the Aged Care Funding Instrument)라는 도구를 사용하여 대상자를 직접 스크리닝하고 등급을 결정함. 이 스크리닝에 사용되는 ACFI 도구는 ACCR보다 기능상태와 건강상태를 더 구체적으로 평가하도록 구성되어 있음. 매우 의학적인 부분까지 포함되어 있음.
- 사회보험방식을 취하고 있는 미국의 경우도 대상자의 상태를 스크리닝하는 것은 보험자가 아니라 서비스제공자임.
- 미국의 너싱홈의 경우, 해당기관의 관계자(케어매니저 역할 수행자, 케어매니저라는 용어는 사용하지는 않음)는 interRAI LTCF 중 MDS라는 도구를 사용하여 대상자의 상태를 직접 체크함. 스크리닝결과를 CMS(보험자)에게 바로 전송되고, 보험자는 이에 근거하여 매디케어의 급여를 줌.

□ 스크리닝 주기의 차이

- 미국의 경우, interRAI LTCF 중 MDS 2.0버전으로 너싱홈에 입소여부 및 급여범위 등이 결정됨. 이 도구에 의한 평가는 주기적으로 이루어지는 데, 처음 입소하면, 전체 도구로 평가하고, 안정된 상태라면 분기별로, 특정 사건이 있었다면 그때마다, 그리고 퇴원이나 재입원시에 측정함

- ① 기본 평가도구(Basic Assessment Tracking Form)
- ② 전체 평가도구(Full Assessment Form)
- ③ 분기별 평가도구(MDS Quarterly Assessment Form)
- ④ 퇴원시 평가도구(Discharge Tracking Form)
- ⑤ 재입원시 평가도구(Reentry Tracking Form)
- ⑥ 수정요청 도구(Correction Request Form)

- 원칙적으로 본다면, 이렇듯 대상자를 주기적으로 체크하여 상태변화를 추적관리하는 것이 합당함.
- 스크리닝의 주체가 서비스제공자이라면 주기적으로 대상자의 상태를 추적관리하기가 용이하지만, 서비스제공자가 아닌 보험자가 스크리닝할 경우는 별도의 인력과 비용이 소요되는 어려움이 있음

다. 추진내용 및 방안

□ 등급 인정기간(갱신기간)의 효율화

- 현재의 등급인정유효기간은 1년을 원칙으로 하되, 동일 등급이 2회(1등급) 또는 3회(2, 3등급) 유지될 경우 2년의 인정기간을 부여하고 있음. 지난 3년간의 등급인정기간을 분석한 결과 약 60%가 2년의 인정기간을 부여받고 있어, 이들의 경우 등급이 안정화 되고 있음.
- 따라서 등급갱신기간의 연장을 통해 수급자의 편리성 및 행정적 효율성을 추구할 수 있을 것으로 판단됨(현재의 등급갱신기간이 이해하기 어려움, 단순화할 필요 있음).
- 개선안
 - 1, 2등급을 2회 이상 받은 경우 인정유효기간은 3년(전체 등급자의 15.0%예상)
 - 3등급을 2회 이상 받은 경우 인정유효기간을 2년(60.6%)(※ 3등급의 경우 기능변화가 1,2등급에 비해 호전될 가능성이 높음. 따라서 인정유효기간을 2년으로 함)

□ 등급 재신청 제도의 개선

- 등급재신청과 이의신청제도의 효율적 활용을 위해 등급재신청제도의 경우 이의신청제도 기간(90일 이내)을 지난 이후에 할 수 있도록 변경함.
- 따라서 등급판정결과 이후 90일 이내에는 이의신청제도를 활용하도록 함.
- 등급재신청은 이의신청기간 90일과 이의신청에 대한 결과 발표기간(60일)을 고려하여 등급판정 이후 150일(5개월)이 지나야 신청할 수 있도록 함.

□ 등급판정 허위진술에 대한 법적 처벌 조치

- 등급판정을 받은 이후 3개월(이의신청 기간과 동일)내 등급판정과정에서 허위진술이 나타난 경우 법적 처벌
- 등급 취소 및 이용서비스 급여에 대해 환불조치
- 등급판정 과정에서 허위진술이 의심되는 사례에 대해 집중 관리(예: 암행제도)

□ 등급판정 도구의 장기적 연구 추진

- 장기요양 필요도인 수발부담과 기능상태를 포괄할 수 있는 도구로서의 신뢰도를 높일 수 있는 도구 개선 연구 추진

- 현행 등급에 상관없이 노인의 상태를 분류하는 기전을 개발
- 그러기 위해서는 등급을 구분해내는 기본 전제와 원칙에 대해 심도깊은 재논의 필요

가. 추진 필요성

- 2008년 이후 매년 많은 인정자가 배출되면서 이들에 대한 많은 량의 정보가 쌓이고 있지만 이것들은 주로 행정적 처리를 위해서만 사용되거나 관리되고 있음.
- 향후 정책방향이나 제도의 보완을 위해서는 인정자의 상태 변화추이, 인정자에 의한 장기요양비용 및 의료비용 발생 추이, 비용발생의 원인, 인정자의 상태 변화 예측 등의 다양한 정보가 요구됨.
 - 향후 제도 도입이후 나타나는 다양한 현상들을 파악하고 분석하여 문제를 해결하기 위해서는 제도와 관련된 구체적인 연구자료가 구축되는 것이 필요함. 제도를 분석한 결과들은 나타나는 문제에 대한 대책을 마련하는 데에 중요한 기초자료가 될 수 있기 때문임.
- 현행 노인장기요양보험 DB에 있는 정보의 활용도를 높여 정책결정에 필요한 다양한 분석결과를 도출할 필요가 있음. 이에 향후에는 노인장기요양보험제도의 안정적 정착에 도움이 될 수 있는 코호트를 구축하고 이를 기반으로 적절한 데이터를 집적함으로써 유의미한 자료를 생산하여 정책자료로 활용할 필요가 있음.
 - 코호트에 의한 정보는 인정자의 추이를 분석하여 미래를 예측하고 향후 장기요양보험에 관한 계획 및 발전방향을 제시하는 데 사용가능
- 노인요양보험제도의 대상자의 코호트는 노인장기요양보험 대상자 및 장기요양이용자의 특성을 파악 및 추적할 수 있고, 이를 통해 기능상태나 건강상태가 나빠지는 노인들에 대한 좀 더 체계적인 예방관리를 할 수 있으며, 노인장기요양보험제도의 안정적 도입 및 건강보험제도와의 연계관리 등 발전방안을 모색할 수 있을 것임. 노인인구가 급속하게 증가하고 있는 우리나라에서는 빠른 변화에 대처하기 위한 목적으로도 이 코호트는 더 의미가 있을 것임.
 - 이 제도의 서비스를 이용한 사람의 건강상태의 변화를 추적함으로써 간접적으로 이 제도의 효과성을 파악할 수 있음. 좀 더 구체적으로 말한다면, 노인이 이 제도의 서비스

를 이용함으로써 건강이나 기능문제로 인한 비용발생의 자연증가분이 감소되거나 추가 질병 발생이 감소되는지를 확인하는 것이 향후 연구의 과제라고 할 수 있음. 이러한 측면에서 향후에도 노인장기요양보험 코호트를 구축하고 이에 관련된 연구를 지속적으로 진행할 필요가 있음

□ 코호트 연구 수행의 주요 목적은 시간이 지남에 따른 어떤 결과 변수의 발생률을 기술하고, 예측 변수와 결과 변수의 연관성을 분석하기 위한 것임. 따라서 노인장기요양서비스 대상자의 예측변수와 결과변수를 어떻게 가져가느냐가 중요한 핵심일 것이다.

○ 국민건강보험공단이 보유하고 있는 자료는 크게 자격자료, 의료이용 급여자료, 검진자료, 노인장기요양서비스 자료가 있으며, 자료별로 구성변수는 다양할 것임. 따라서 노인장기요양서비스 대상자의 코호트 구축 시, 어떤 변수를 예측변수로 가져가고, 어떤 변수를 결과변수로 가져가면서 대상그룹을 추적, 관리하느냐는 매우 중요할 것임

□ 장기요양코호트의 기대효과

○ 노인장기요양보험 제도는 많은 어려움을 갖고 있음에도 불구하고, 이 제도는 노인과 노인성 질환에 관한 방대한 량의 데이터를 집적할 수 있다는 장점 때문에 학술적인 면에서도 의미를 가짐. 65세 이상의 노인이면 누구나 이 제도의 수혜자가 될 가능성이 있다는 점으로 보아 이 제도로 통해 생산 가능한 정보는 매우 방대할 것으로 예상됨.

○ 그러나 방대한 량의 데이터가 있다고 해서 이것들이 모두 유용한 자료가 되는 것이 아님. 데이터는 필요한 시기에 필요한 자료의 형태로 생산될 때에만 유용한 정보로서의 가치를 가짐. 데이터가 적시에 적절한 방식으로 분석되고 활용되기 위해서는 데이터 저장소에 집적되어 있기만 해서는 활용하기 어려움.

- 특히 학술적 차원에서 보았을 때, 실무적 차원에서 집적되는 데이터가 모두 유의미한 것이 아닐 수 있고, 추가로 변형되거나 조합된 변수가 필요할 수도 있음. 실무적 차원에서는 대체로 서비스 이용 건에 따라 데이터가 집적되는데, 학술적이나 정책적 차원에서 유용한 정보를 제공하기 위해서는 대상자별이나 질환별과 같이 다양한 형태로 기초적인 데이터가 조합되고 변형될 필요가 있음.

- 예를 들어 정책을 기획하는 사람의 입장에서 보았을 때 단순히 전체 노인장기요양보험 대상자가 서비스를 몇 건 이용하였는지 만으로 정책적 의사결정을 내릴 수는 없음. 오히려 대상자 일 개개인별로 어떠한 의료행태를 보이는지, 또는 특정 질환을 가진 사람들의 의료행태가 다른 질환을 가진 사람의 것과 다른지와 같이 보다 세분화된 정보가

필요할 수 있을 것임.

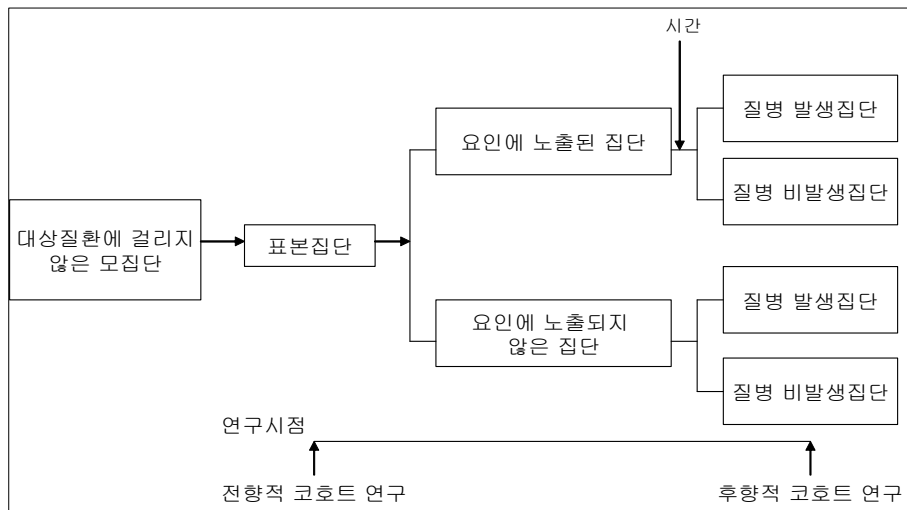
- 큰 데이터 저장소에 이용건별로 집적되어 있는 데이터로는 이런 식의 필요한 정보를 생산하기가 어렵거나 시간이 오래 걸리게 됨. 코호트나 패널과 같은 데이터 저장 방식은 대상자별이나 질환별로 관리되기 때문에 이런 식의 필요한 정보를 다양한 방식으로 생산 가능함
- 또 다른 문제는 데이터의 신뢰성에 있음. 건강보험 자료도 마찬가지로의 문제를 가지고 있지만 데이터를 가장 먼저 생성하는 자가 필요한 정보를 입력하지 않거나 불성실하게 입력할 경우 분석결과에 대한 신뢰성이 떨어지게 됨. 그런데 이 제도에 의해 생성되는 모든 데이터의 신뢰성을 최상의 상태로 유지하기는 현실적으로 어려움.
- 만약 코호트나 패널을 구축하여 특정 집단을 연구대상자로 관리하게 된다면 자료의 신뢰성을 높일 수 있고, 결과적으로 신뢰성있는 분석 결과를 생산해 낼 수 있음. 다시 말해 노인장기요양보험 코호트는 학술적으로나 정책적으로 유용성 있는 정보를 제공하는 데에 많은 도움이 될 것으로 기대됨
- 국민건강보험공단은 건강보험과 노인장기요양보험의 보험자의 역할을 동시에 수행하기 때문에 노인장기요양보험 코호트는 장기요양서비스 뿐만 아니라 건강보험에 대한 데이터를 함께 다룰 수 있다는 장점을 가짐. 다시 말해 대상자의 요양서비스 이용행태와 의료서비스 이용행태에 대한 분석을 연결하여 분석할 수 있다는 것임
- 실제 의료서비스와 장기요양서비스는 모두 건강 상태나 기능 상태와 밀접한 연관이 있으며 서로 연관성을 갖는다. 건강상태가 좋지 않은 사람이 기능상태도 떨어지고 두 가지 서비스에 대한 요구가 모두 증가하기도 함. 경우에 따라서는 건강 상태나 기능 상태에 문제를 가지고 있으나 둘 중에 한 가지 서비스만으로도 기능을 유지하거나 호전시키는 데에 효과가 있을 수도 있고, 아니면 어느 한쪽의 서비스만을 제공받음으로써 전반적인 상태가 악화될 수도 있을 것임. 이러한 예상들이 실제로 어떻게 나타나는지를 명확히 하기 위해서는 매우 정제되고 신뢰성을 갖는 데이터가 구축될 필요가 있으며, 노인장기요양보험 코호트가 이러한 측면에서 도움이 될 것으로 생각됨
- 또한 국민건강보험공단은 노인장기요양보험의 보험자이기 때문에 국민건강보험공단에서 노인장기요양보험 코호트를 구축할 경우 별도의 추가 조사가 필요 없거나 하더라도 일부의 작업만이 필요할 가능성이 있어 자료축적을 위한 비용을 상당히 절감할 수 있다는 장점이 있다.
- 노인장기요양보험 코호트가 갖는 이러한 장점에도 불구하고 코호트를 구축하기 전에도 추가적인 연구들이 근거제시를 위해 필요할 것으로 생각됨.

- 예를 들어, 의료이용량이나 의료비용은 시간이 지남에 따라 일정정도 증가하기 마련이어서 이용자군 만을 대상으로 분석할 경우 그 이용량의 증가분이 본래의 자연 증가분에 해당되는지 명확하지 않기 때문에 그 결과를 해석하기 어려워짐. 사실 노인집단을 대상으로 연구를 할 때 주의할 점 중에 하나는 노인들은 많은 경우 하나 이상의 만성 질환을 가지고 있다는 것임. 질환을 가지고 있는 사람은 대부분 시간이 지남에 따라 의료이용량이나 비용이 일정정도 증가하기 마련이고 특히 여러 가지의 질환을 가진 노인의 경우는 더욱 그러함. 이런 상황에서 만약 의료이용량과 비용의 증가되는 기울기가 자연증가분의 기울기를 고려하고도 제도가 시작되기 이전보다 더 큰지 아니면 더 작은지를 살펴본다면 이 사업에 의한 영향을 평가하는 데에 도움이 될 수 있을 것으로 생각됨

□ 코호트의 개념

- 코호트(cohort)란 비슷한 성질을 지닌 일정 집단을 추적관찰하는 연구방법으로, 집단내 또는 집단간의 특성을 파악하는 데 매우 유용한 방법임
- 코호트 연구(cohort studies)란 특정 인구집단(이를 코호트라 함)을 선정하고 그 연구대상으로부터 특정 질병의 발생에 관여하리라 의심되는 어떤 특성 혹은 질병의 원인이라 생각되는 인자에 노출된 정보를 수집한 후, 특정질병의 발생을 시간경과에 따라 전향적(prospective)으로 추적·관찰함으로써 특정 요인에 노출되지 않은 집단에 비해 노출된 집단에서의 질병 발생률을 비교하는 역학적 연구방법을 말함
- 코호트 연구는 연구대상을 노출정도에 따라 선정하고 시간경과에 따라 질병 발생 양상을 관찰한다는 점에서 실험역학연구(intervention study)와 유사하지만, 연구대상을 연구자가 임의로 배정하지 않는다는 점이 실험역학연구와 다름
- 코호트 연구의 설계는 연구자가 결과 변수가 얻어지기 전에 표본과 예측 변수 측정을 정의하는 전향적 연구와 연구자가 결과 변수가 얻어지고 난 후, 예측 변수에 대한 자료를 모으고 표본을 정의하는 후향적 연구로 나뉨

[그림 6-6] 코호트 연구의 설계



- 코호트 연구의 대상은 지역주민과 같은 일반 인구집단이 될 수도 있고, 보다 적은 규모이지만 대상의 확인과 향후 추적조사가 가능한 특정 인구집단을 대상으로 할 수도 있는데, 의료보험가입자, 의사 혹은 간호사처럼 특수 전문직 인구집단이 가능한 예가 됨. 또는, 특정 원인에 노출된 집단을 코호트 연구의 대상으로 하기도 하는데, 원자폭탄 피해지역 주민이나 특수 산업체 근로자 혹은 항암요법을 받은 환자 등도 코호트로서 가능한 집단임
- 코호트에서 노출군(exposed group)이 선정되면 그 다음에는 그 원인에 노출되지 않은 사람으로 구성되는 적절한 비교군(comparison group)을 선정하여야 하는데, 이를 비노출군(unexposed group)이라 함. 이 과정은 코호트 연구에서 가장 중요한 부분으로 비노출군은 노출군에 비해 가설상의 원인에 노출되지 않았다는 사실 이외에는 모든 조건이 같아야 함
- 일반 인구를 연구대상으로 하는 코호트 연구에서는 노출되는 정도에 따라 여러 개의 범주로 나누어 노출이 전혀 없거나 그 노출 정도가 낮은 집단을 내부 비교군으로 정하면 된다. 그러나 구축한 코호트가 노출요인에 관해 너무 균일하게 분포되어 있어 그 자체에서 내부 비교군을 구할 수 없는 경우가 있는데, 이런 경우에는 외부에서 비교가 될 만한 집단을 구해야 함
- 코호트 연구 수행 시 추적 기간 동안 손실을 최소화하기 위한 방법에는 우선 등록기간 동안에는 잃어버릴 것 같은 사람을 제외하고, 미래 추적을 가능하게 하는 정보를 획득

합

- 일반적으로 코호트 연구는 의심되는 요인의 노출 이후에 발생하는 대상 질병의 자연사를 파악할 수 있고, 대상 질병이 발생되기 이전에 얻는 노출정보는 발병 후에 얻는 것보다 정확하며, 요인의 복합적 영향을 연구할 수 있어 이 요인과 질병 발생 간의 인과관계를 구체적으로 밝힐 수 있다는 장점을 가지고 있음.
- 반면, 코호트 연구에서도 시작 단계에서 연구가설을 명확히 설정하여야 하는데, 이는 코호트 연구에서 대규모 인구집단을 장기간에 걸쳐 추적하여야 하기 때문에 일반적으로 연구에 소요되는 시간과 경비가 막대하기 때문임. 결국 이 시점에서 결정하여야 하는 것은 정책적으로나 학술적으로 의미있는 결과변수가 무엇인가임. 노인들에게 주로 발생하면서 학술적, 재정적, 정책적인 면에서 의미를 갖는 변수가 최종적으로 보고자 하는 결과변수가 될 것임
- 국내는 1985년 강화코호트를 시작으로 1990년대에는 특수직업종사자 혹은 직업인 대상의 연구, 2000년대 이후에는 질병관리본부의 유전체코호트 사업(KoGES)을 중심으로 활발히 진행 중이다. 질병관리본부의 유전체코호트 사업의 경우 2001년 시작되어 현재 9만 명의 참여자를 대상으로 당뇨, 심혈관 등 위험도 및 관련요인을 파악하고 있다(질병관리본부, 2006). 건강보험자료를 이용한 노인 코호트 관련 연구에는 공무원 및 사립학교교직원(공교)보험 가입자 대상의 노인 코호트의 의료이용 및 입원진료비 변화에 대한 추이를 분석한 이경수 등의 연구(1997)가 있다.
- 일본 동경도 노인종합연구소에서는 ‘중년부터의 노화예방을 위한 장기 추적연구’를 실시한 바 있음. 이 연구는 1992년부터 2006년 현재까지 ‘아키타현 난카이무라’지역에 거주하는 65세 이상의 재가 노인을 대상으로 실시된 전향성 추적 연구(prospective study)로 관찰연구와 개입연구를 함께 시행하고 있음.
 - 이 연구에서 사용한 주된 변수는 다음과 같음(Suzuki and Shibata, 2003). 면접조사에 포함되어 있는 연구대상자의 질병력, 일상생활동작능력 (ADL), 도구적 일상생활동작능력(IADL), 고차생활기능(수단적 자립(Instrumental Self-maintenance)(5항목), 지적 능동성 (Intellectual Activity)(4항목), 사회적 역할(Social Role)(4항목)과 주관적 건강상태, 통증, 낙상, 노실금, 우울경향, 외출빈도, 운동습관, 흡연, 음주, 식품섭취빈도 등임. 이밖에도 신체계측(신장, 체중, 체지방), 혈압측정, 채혈(콜레스테롤, 중성지방, 혈당, 혈청 알부민 등), 심전도, 골밀도측정(DEXA법), 구강검진, 신체기능(근력, 균형감각, 보행속도 등)이 포함되어 있음
 - 노인종합연구소의 연구는 이상의 항목들을 1992년 이후 매년 조사하여 대상자의 신체

적·정신적 건강상태의 변화 및 그 관련 요인에 대한 연구를 진행시켜 왔고, 그 결과 다수의 연구가 공식적으로 발표된 바 있음. 예를 들어 5년간의 추적연구에서 의해 고령기에 있어서 보행속도는 수단적 일상생활동작능력과 밀접한 관련성이 있으며 (Suzuki T 등, 2003), 보행속도의 저하는 골밀도의 저하와 유의한 양의 관련성이 있었음(Kwon 등, 2007).

- 6년간의 추적연구 결과에 의하면, 높은 지적 활동성, 스스로 건강하다고 인정하고 있는 경우, 양질의 신체기능을 가지는 경우는 도구적 일상생활동작능력의 유지와 유의한 관련성이 있었다. 또한 $\beta 2$ -microglobulin은 도구적 일상생활동작능력의 유지와 밀접한 관련성이 있었음(Shinkai 등, 2003). 8년간의 추적연구를 통해 골절은 삶의 질을 저하시키는 데에 유의한 영향을 끼치는 것으로 나타났다(Yoshida 등, 2003)
- 식습관 개선을 초점을 둔 개입연구는 식습관 개선 및 영양상태 증진에 유의한 효과가 있음을 밝힌 바 있고(Kumagai 등, 2003), 배우자의 상실, 저작능력의 저하, 지적활동성의 저하가 노인의 식품섭취다양성 저하와 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타남 (Kwon 등, 2006)

- 미국의 경우는 노인을 대상으로 한 코호트를 구축하고 있지는 않지만 특정 변수나 항목을 지속적으로 관리하는 것으로 판단할 수 있는 근거들을 쉽게 찾아볼 수 있음

(http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp)

- 특히 미국의 너싱홈(skilled nursing home)에 입원할 경우 너싱홈의 간호사나 담당자는 MDS(minimum data set)이라는 도구를 이용하여 해당 환자의 상태를 파악함. 특히 대상환자가 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid) 보험을 갖고 있는 경우에는 CMS(Center for Medicare and Medicaid)와 연결되어 있는 온라인인 'MDI'에 정보를 입력함. 너싱홈의 간호사나 담당자는 MDS를 이용한 평가를 환자가 처음 입원했을 때(initial admission), 분기별(quarterly), 매년(annual), 그리고 환자의 상태가 중요하게 변화(significant change)되었을 때 시행하도록 되어 있음.
- 주기적으로 수집되는 정보는 'MDI'를 통해 CMS의 데이터저장소에 쌓이게 된다. 다시 말해 MDS 개별 항목에 관한 환자의 정보가 CMS에 주기적으로 쌓인다고 볼 수 있음. 방문간호서비스에 경우에는 너싱홈과는 다른 OASIS(the Outcome and Assessment Information Set)라는 도구를 사용하고 있다. 이것은 MDS와는 다른 도구이기는 하지만 여기에도 환자의 기능상태 및 건강상태에 관한 정보가 포함되어 있음
- 예를 들어 MDS나 OASIS를 통해 환자의 건강상태에 관한 항목들을 평가하게 되

면 착란(delirium)이 새롭게 생긴 환자라든가, 욕창이 생긴 환자 등을 주기적으로 확인할 수 있는 것임. 이 경우 착란이나 욕창이 전향적 연구의 결과변수로 사용될 수 있음

<표 6-19> 미국 MDS를 사용한 분석에 사용하는 결과변수

급성기후 간호(Post-Acute Care)

- ◇ 착란(delirium)을 갖고 있는 단기 입소자의 비율
- ◇ 중증도 이상(moderate to severe)의 통증을 갖고 있는 단기 입소자의 비율
- ◇ 욕창(pressure sore)를 갖고 있는 단기 입소자의 비율

만성간호(Chronic Care)

- ◇ 일상생활을 수행하는 데에 도움이 필요한 정도가 증가하고 있는 사람의 비율
- ◇ 침대나 의자에서 대부분의 시간을 보내고 있는 사람의 비율
- ◇ 더 우울하거나 불안해지고 있는 사람의 비율
- ◇ 방안이나 방 주위에서 돌아다니는 것이 더 어려워지고 있는 사람의 비율
- ◇ 중증도 이상(moderate to severe)의 통증을 갖고 있는 사람의 비율
- ◇ 신체적인 억제(restrain) 받고 있는 사람의 비율
- ◇ 요로감염이 있는 사람의 비율
- ◇ 욕창을 가지고 있으면서 위험도가 높은 사람의 비율
- ◇ 욕창을 가지고 있으면서 위험도가 낮은 사람의 비율
- ◇ 장이나 방광의 통제기능을 상실하였고 그 위험도가 낮은 사람의 비율
- ◇ 방광에 카테터(catheter)를 삽입한 사람의 비율

○ 노인장기요양보험 코호트를 구축하기 위해 향후 고려해야할 문제들을 구체적으로 정리 하여 보면 다음과 같음

- 첫째, 결과변수로 사용가능한 항목(후보결과변수)을 결정하여야 한다. 모든 후보결과변수마다 포함되어야 하는 이유와 근거가 명확하여야 함. 예를 들어 욕창이 후보결과변수에 포함된다면, 욕창이 노인의 건강이나 기능상태에서 어떠한 의미를 갖고 있으며 이 제도는 욕창을 추적관찰하여 나온 결과치를 어떻게 활용할 것인지가 명확하여야 함
- 둘째, 각 후보결과변수의 발생률에 관한 정보가 뒷받침되어야 함. 예를 들어 욕창을 결과변수로 사용하고자 한다면 욕창의 발생률에 대한 정보가 필요함. 그런데 현재의 보

- 건의료상황에서 유추해 보면, 욕창이 있는 사람 중 상당한 수가 매년 병원에서 치료를 받는 것이 아니라 가정에서 간단하게 처치를 하는 경우가 많기 때문에 연구의 근거로 활용할 만큼 공식적인 발생률을 파악하기가 쉽지 않음. 문제는 노인을 대상으로 하는 코호트에서 사용가능한 결과변수 중 많은 경우가 이러한 문제를 비슷하게 갖고 있다는 것임. 또한 발생률은 일정한 기간 동안 새롭게 발생하는 수를 의미하는 것이기 때문에 가장 기본적으로 일정 기간 동안에 누적된 데이터가 존재하여야 함
- 셋째, 후보결과변수가 결정되고 나면 이 변수들이 등급판정도구나 평가도구에 해당 변수가 포함되어 있는지, 포함되어 있다 하더라도 학술적 의미에서 명확한 의미로 포함되어 있는지를 확인하고, 포함되도록 조치하여야 함
 - 넷째, 노인장기요양보험 제도를 시작하면서 후보결과변수의 값을 일정 기간 동안 집적하면서 일정 기간이 지난 후 사전조사(pilot test)를 시행하여 변수와 항목들에 대한 타당도와 신뢰도를 확인하여야 함
 - 다섯째, 일정 기간 동안 후보결과변수 값을 집적하고 이를 분석하여야 한다. 이 분석을 통해 각 결과변수의 개괄적인 발생률을 확인하고 문헌고찰을 통해 이 발생률을 본 코호트에 적용시킬 지를 결정하여야 함
 - 여섯째, 이상의 과정을 통해 얻어진 정보를 종합하여 본 코호트에 포함될 결과변수를 최종 결정하여야 함
 - 마지막으로, 결과변수와 각 변수의 발생률, 예산 등을 고려하여 코호트의 규모를 결정하여야 함. 이밖에도 코호트 연구가 무리 없이 운영되도록 하기 위한 제반 실무조치들이 필요함
- 이상의 것들을 결정하기에는 많은 요소들을 고려해야 하겠지만 현재의 상황적 요소를 감안하였을 때 예상 가능한 노인장기요양보험 코호트가 갖게 될 특성을 간추려 보면 다음과 같음
- 첫째, 노인장기요양보험은 64세 미만의 노인성 질환자도 일부 포함이 되기는 하지만 주로 65세 이상의 노인이 연구대상자이 되기 때문에, 노인에게서 주로 발생하는 질병이나 이벤트가 최종적인 종속변수가 될 것임
 - 둘째, 노인장기요양보험은 평가 판정을 통해 1-3등급으로 판정된 자 만이 서비스를 이용할 수 있는 권한을 갖기는 하지만, 우리나라의 65세 이상의 노인이면서 서비스가 필요하다고 생각하는 자는 누구나 등급판정을 신청할 수 있음. 따라서 이 코호트는 일부 지역이나 일부 질환의 국한된 코호트라기보다는 우리나라 전체 노인 중 노인장기요

양보험과 관련된 특성을 가진 노인을 상당수 확보할 수 있을 것임. 다시 말해 이 코호트의 관심사는 특정 질병의 발생률 보다는 노인장기요양보험을 통한 우리나라 전체의 특정 질병 발생률이라고 보는 것이 더 정확할 것임

- 셋째, 노인장기요양보험은 65세 이상 뿐만 아니라 65세 미만이면서 노인성질환을 가지고 있는 경우도 이 제도의 서비스를 이용할 수 있는 가능성을 열어두고 있음
- 넷째, 코호트는 본래 노출된 집단과 노출되지 않은 집단 간의 비교를 통해 결과변수의 발생률을 보는 것이기 때문에 노출된 내용을 제외하고는 다른 변수들은 가능한 비슷하여야 함. 만약 등급판정을 신청하였으나 1-3등급 이외의 등급을 받아 탈락된 자나 본래부터 신청한 적이 없는 자가 코호트에 포함된다면, 이들이 노인요양서비스를 이용한 자에 비해 본래 건강상태나 기능상태가 좋을 가능성이 많기 때문에 결과를 분석하여 비교하기 어려워짐. 따라서 노인장기요양보험 코호트는 일단 1-3등급내의 등급판정을 받은 자만을 대상으로 할 것임. 이들을 실제 노인요양서비스를 이용한 자와 이용하지 않은 자로 구분하게 될 것임
- 다섯째, 노인장기요양보험은 2008년 7월에 시작될 예정이기 때문에 제도의 시작 이전에는 코호트와 직접적으로 관련된 변수가 형성되어 있지 않거나 일부만 형성되어 있음. 따라서 이 코호트는 제도의 시행 이후에 추적관찰하는 전향적 연구(prospective study)로 진행될 것임. 이 전향적 연구가 어느 정도의 기간으로 진행되어야 하는지는 보고자하는 결과변수의 구성에 따라 결정될 것임
- 여섯째, 국민건강보험공단은 노인장기요양보험 뿐만 아니라 건강보험의 보험자로서의 역할을 수행한다. 이 코호트는 노인장기요양보험에 관한 DB 뿐만 아니라 건강보험 DB를 함께 활용하게 될 것이다. 더욱이 이러한 DB는 각 보험의 청구 및 급여와 관련된 데이터이기 때문에 매우 지속적으로 유지될 것으로 생각됨. 이 코호트가 건강보험이나 노인장기요양보험과 관련된 데이터를 활용한 것이기 때문에 자료의 지속성이나 안정성을 가질 수 있다는 장점이 있지만, 반대로 이러한 DB에서 추출 가능한 데이터는 주로 청구 및 급여와 관련된 것들이어서 노인을 대상으로 한 연구에 필요한 변수가 일부 제외되어 있을 가능성이 있음. 향후 코호트에 필요로 되는 변수가 충분히 포함될 수 있도록 조치하여야 할 것임

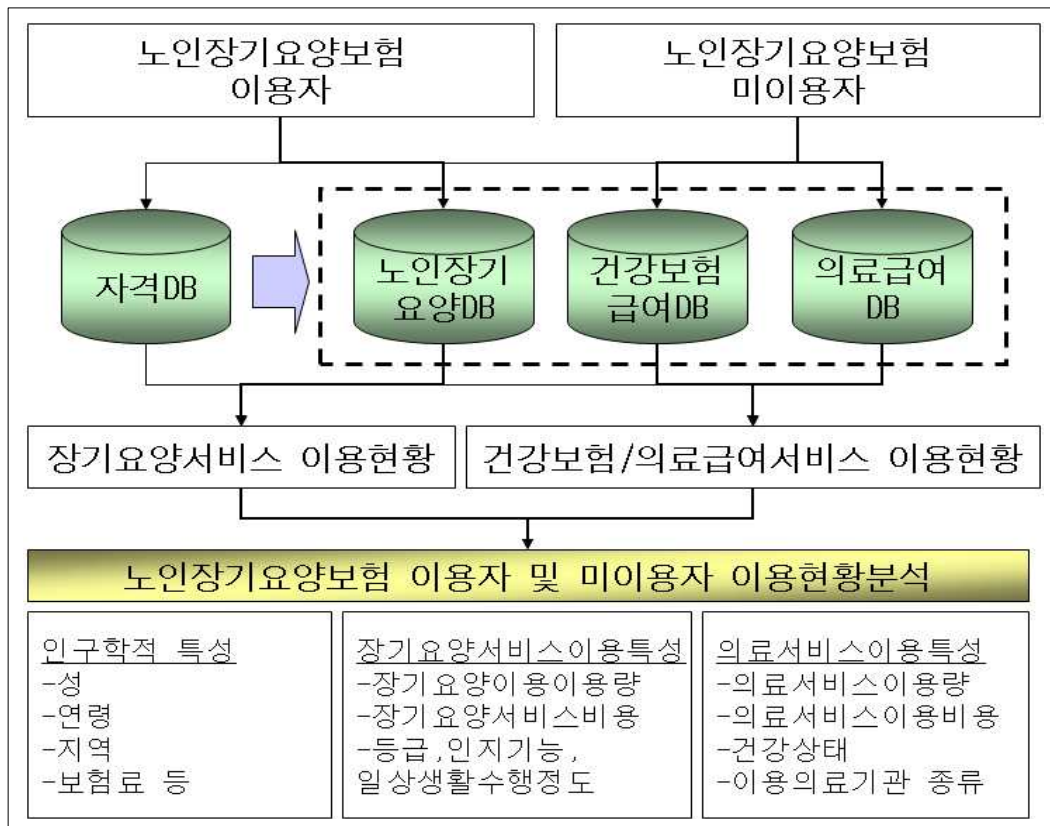
□ 추진 내용

○ 장기요양코호트 추진방향

- (연구방향) 장기요양인정자의 상태 및 지출비용을 지속적으로 파악하여 장기요양인정자의 상태변화 및 행태변화를 예측하여 장기요양과 관련된 정책 마련을 위한 체계적인 자료를 구축
- (연구대상) 2009년 이후 매년 장기요양인정을 받은 자 중 2,000명을 확률추출하여 코호트 군으로 포함 (2008년에는 제도가 도입되는 첫해이어서 대상자의 특성이 특이할 수 있고 7월부터 제도가 시작된 점을 감안하여 제외함)
- (연구내용) 장기요양 관련 상태 : 인정조사에 의해 조사된 정보 전체(장기요양등급, 일상생활수행정도 등), 이용계획에 의한 정보, 건강보험DB에서 해당 대상자의 질병유무, 의료행태 및 진료비, 사망여부
- (구축방식) 매년 전체 DB에서 동일한 수를 추출하기 때문에 코호트군의 수가 늘어나게 됨. 대상자의 가구원은 조사하지 않음. 매년 또는 6개월마다 발생하는 연구대상자의 장기요양 관련 정보를 추적관리. 수시로 발생하는 연구대상자의 의료행태변화를 추적관리

○ 장기요양코호트의 구축방향의 안

[그림 6-7] 장기요양코호트 DB 구성 안



- 노인장기요양보험 코호트가 본격적으로 시작되고도 해당 자료를 이용하여 신뢰도 및 타당도 분석과 사전조사, 후보결과변수를 결정할 수 있을 것임. - 3차년도가 되면 본격적으로 후보결과변수를 위주로 한 데이터 수집 및 분석이 가능할 것으로 생각됨.
- 결과변수가 명확히 결정되고 나면 현행 제도의 시스템과 코호트 시스템을 연결지어 무리없이 운영될 수 있도록 하는 제반 실무 업무가 진행되어야 함. 필요한 경우에는 정보시스템의 지원이 필요할 수도 있을 것임. 이 과정이 모두 완료된다면 5차년도 부터는 본격적으로 코호트를 가동하고 분석결과가 나올 수 있을 것으로 예상됨.

<표 6-20> 노인장기요양보험 코호트를 위한 연차계획(안)

개발내용	1차 년도	2차	3차	4차	5차	6차
시범사업 데이터 추가분석						
후보결과변수결정						
후보결과변수 데이터 수집						
후보결과변수 사전조사 및 신뢰도 분석						
후보결과변수 발생률 분석						
결과변수 및 관련변수 결정						
데이터 수집을 위한 설문 및 평가도구 개발						
코호트 데이터 DB 구축						
코호트 데이터 수집 시작						
1차 코호트 분석						
1차 코호트 수정 보완						

○ 장기요양코호트 구축을 위한 인프라 구축

- 코호트 구축을 위해 자료수집 및 분석을 위한 인력 인프라가 필요. 장기요양 DB에 접근이 가능한 기관에 코호트 구축과 분석 경험이 있는 인력을 배치하여 코호트를 구축
- 일반적으로 코호트 분석을 위해 별도의 서버를 실시하는 경우가 많으나, 현재 장기요양보험에서는 보험자가 주기적으로 이용자를 조사하여 데이터를 입력하고 있으므로 별

- 도의 추가 조사는 필요하지 않을 수 있음
 - 다만 코호트 대상자가 사망한 경우 즉시 데이터를 수정하거나 현지조사를 통해 별도의 경과확인이 필요
- 장기요양코호트를 통해 얻고자 하는 결과(outcome)에 대한 논의
 - 장기적인 추적관찰을 하는 코호트라 하더라도 결과적으로 기대하는 결과치에 대한 목표가 있어야 하므로 이에 대한 심도깊은 논의가 필요
 - 관련 학계, 분석전문가 등이 포함된 자문단을 구성

제2절 장기요양 급여전달 체계 부문

2-1 장기요양인정자의 서비스이용 지원 강화

가. 추진 필요성

- 2008년 7월 1일 노인장기요양보험제도가 본격적으로 출범함에 따라 보다 나은 서비스를 다양한 욕구에 맞게 이용하려는 서비스 이용자의 입장과 여러 유형의 서비스를 비용 효율적으로 관리하려는 정책실행자 입장 간의 갈등과 조정이 핵심과제로 떠오르고 있음
- 시장경쟁시스템에서 과다경쟁에 노출되어 있는 장기요양기관의 입장이 더해지면서, 수급자의 욕구에 적합한 서비스 이용지원과 장기요양보험 재원의 효율적 분배를 관리하는 기전의 필요성이 강조되고 있음.
- 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등을 대상으로 하며(보건복지가족부 & 국민건강보험공단, 2008), 장기요양 1~3등급자만을 급여대상으로 인정하고 있음. 비록 1-3등급만을 급여대상으로 인정하고 있지만 그 수는 전체 노인인구의 약 3%대에 해당하는 정도로, 인정자 중 상당수가 외상 혹은 준외상 상태로 거동이 불편하거나 인지기능이 저하되어 있는 상황임
- 수급자에게 필요한 서비스가 무엇인지, 적정한 서비스 양은 얼마만큼 인지에 관한 정보를 제공하고, 월한도액 범위를 고려하여 서비스 이용에 드는 비용 부담을 조정하는 등 수급자의 서비스 이용을 지원하는 이용지원체계가 필요함.
- 이에 국민건강보험공단이 장기요양인정자에게 제공하는 표준장기요양이용계획서(이하 '표준이용계획서'로 표기함)의 역할과 기능 수행에 관심이 모아지고 있음.
 - 표준이용계획서는 수급자가 급여를 원활히 이용할 수 있도록 수급자 개인의 기능상태, 욕구 및 특성을 고려하여 적합하고 개별화된 급여 이용계획을 수립하여 수급자에게 제공하는 서식임(국민건강보험공단, 2008a).
- 표준이용계획서는 장기요양 인정조사 시 파악된 개별적 욕구를 근거로 장기요양 인정등급에 따른 월 한도액 범위를 고려하여 수급자에게 적절한 급여종류와 횟수, 시간 등의 정보를 담아 제공함.
 - 표준이용계획서의 역할과 기능은 수급자가 효율적인 장기요양서비스 이용계획을 수립하고 급여를 원활히 이용할 수 있도록 지원하며, 월 한도액 범위 내에서 비용효과적인

서비스를 이용할 수 있도록 돕는 것임(국민건강보험공단, 2008).

- 그러나 2차 시범사업에서 표준이용계획서의 활용실태를 조사한 결과를 보면(선우덕 등, 2007), 현실적으로 표준이용계획서가 충분한 역할과 기능을 수행하기에 장애요인이 많은 것 같음.
 - 수급자와 가족수발자 모두 이것의 필요성에 대해서는 매우 높은 인식을 갖고 있음에도 불구하고 내용을 이해하지 못한 경우가 각 73.6%와 88.9%나 되었고, 표준이용계획서와 장기요양서비스 이용의 일치도는 급여종류의 경우 47.4%, 급여횟수 및 비용의 경우 39.4%로 보고되어 실제적인 활용도는 낮은 것으로 평가되었음. 장기요양기관을 대상으로 조사한 결과에서는 장기요양기관의 81.8%가 표준이용계획서가 ‘필요하다’고 인식하고, 80.3%가 장기요양계획 수립 시 이를 활용한다고 응답하였으나 75.7%가 대상자의 욕구에 맞추어 급여종류를 변경하였고 63.6%가 대상자의 욕구 또는 월 한도액 내에서 급여비용을 변경한 것으로 보고되었음.
 - 2차 시범사업에서 표준이용계획서에 기술된 이용계획 권고 사항이 수급자와 장기요양기관 모두에게 충분히 받아들여지지 않는 것으로 생각됨
- 이용계획서의 작성 수준을 보다 구체적으로 살펴보기 위해 국민건강보험공단 노인장기요양보험 실행추진단이 2007년 1월부터 4월까지 전체 이용계획서 중 450건의 이용계획서를 수거하여 평가 및 점검을 한 바 있음(국민건강보험공단, 2007). 2006년 12월에 정해진 지침에 근거하여 적합하지 않게 작성된 사항이 2가지 이상인 경우가 얼마나 되는지를 확인하였음.
 - 지침에 비해 적합지 않게 작성된 건이 총 450건 중 347건으로 무려 77.1%가 보통 이하의 수준으로 판단되었다. 이 결과로 인해 국민건강보험공단은 시범사업을 시행하고 있는 각 지사를 대상으로 순회교육을 실시하기도 하였음
 - 이후 2007년 6월에 작성실태 점검을 다시 실시하였음. 2차 점검에서는 시범사업 지사의 해당 업무를 담당하는 대상자에게 이용계획서를 작성하여 제출하도록 하여 평가를 실시하였음. 총 235건의 이용계획서를 평가하였는데, 평가 방식은 1차 점검 때와 동일하게 실시하였음. 대상 이용계획서 중 24건(10.2%)은 지침 준수 정도나 내용의 완성도 면에서 미흡한 수준이었고 미작성한 건은 22건이었으며 나머지 189건(80.4%)은 보통 이상의 수준을 보여 이용계획서 작성을 하는 수준이 향상된 것으로 보였음
 - 1, 2차 작성실태 점검을 통해 주로 잘못 작성되는 영역이 어디인지를 살펴보았다. 이용계획서의 주요영역 중 ‘주요기능상태 및 욕구’와 ‘급여이용계획’ 영역에서 가장 많은 오류가 발생하는 것으로 나타났음. 그런데 이 두 가지 영역은 이용계획서의 내용 중

가장 핵심적인 부분이라고 해도 과언이 아님

- 이정석 등(2008)의 연구에 의하면, 전체 응답한 장기요양기관 556개 가운데 75.2%가 수급자가 국민건강보험공단으로부터 제공받은 표준이용계획서를 ‘반드시 확인’한다고 응답하였음. 표준이용계획서를 ‘확인한다’고 응답한 기관 가운데 61.8%가 이용자의 장기요양서비스 계획을 세우는데 표준이용계획서가 도움이 되었다고 응답함.
 - 반면, 도움이 되지 않았다고 응답한 54개 기관(10.2%)을 대상으로 그 이유를 살펴본 결과, ‘표준이용계획서의 급여종류 및 급여횟수 정보가 대상자의 희망사항과 달라서’가 52.8%로 가장 높은 빈도를 나타냄
- 529개 장기요양기관 가운데 55.0%가 급여계약시 표준이용계획서의 급여종류 정보를 그대로 반영 또는 대부분 반영한다고 응답하였고, 급여 횟수(양) 정보의 경우 47.5%, 복지용구 정보의 경우 40.0%이었음. 실제로 절반 정도는 표준이용계획서대로 급여를 제공하지 않은 것으로 해석됨
 - 급여계약시 표준이용계획서의 급여종류, 급여 횟수(양), 복지용구 정보를 일부 반영 또는 반영하지 않은 이유로 ‘이용자(수급자 또는 가족)의 희망과 달라서’가 가장 높았음
 - 표준이용계획서에 포함된 여러 가지 정보들 가운데 장기요양기관이 이용자에게 적절한 장기요양서비스 계획을 수립하기 위하여 가장 많이 활용하는 항목은 ‘장기요양 필요영역 및 주요기능상태(54.6%)’ 정보였고, 오히려 ‘급여종류’와 ‘급여 횟수(양)’ 정보의 경우 각각 6.2%와 5.3%로 활용도가 낮은 것으로 나타남
 - 이상의 분석결과를 통하여 장기요양기관들이 표준이용계획서에 대하여 전반적으로 긍정적인 인식과 태도를 갖고 있음을 알 수 있었음. 그러나 표준이용계획서의 ‘급여종류 및 급여횟수’ 정보에 대한 도움정도나 활용도는 ‘장기요양 필요영역 및 주요기능상태’ 정보와 같은 다른 항목들에 비해 상대적으로 낮게 평가되고 있었음
- 현행 보험자에 의해 작성, 제공되고 있는 표준장기요양이용계획서는 이용자(인정자) 뿐만 아니라 서비스사업자(공급자)에게도 활용도가 매우 떨어져 있는 상태임
 - 특히, 장기요양인정자의 가족이 요양계획의 작성을 위해 필요한 각종의 정보수집도 개별적으로 수행하여야 하기 때문에 소비자의 불만 이외에 적정한 요양계획 수립도 어려운 실정임
- 보건사회연구원의 연구에 의하면, 현행 장기요양이용계획서의 문제점을 다음과 같이 정리해볼 수 있음.
 - 첫째, 이용계획서를 작성하는 자의 전문자격증 소지 여부에 따라 전문성 요구에 대한 인식 정도에 차이가 있음. 결국 간호사인지 사회복지사인지 등에 따라 작성내용의 차

- 이가 있을 것으로 생각된다. 이 문제는 매우 중요한 지적이기는 하지만, 법적으로 하나의 직종이나 한 종류의 자격을 가진 자만이 이용계획서를 작성하도록 규정하지 않았기 때문에 이 문제는 충분히 예상가능한 일임
- 둘째, 장기요양관리요원에게 작성지침이 구체적이고 명확한지를 물어본 결과에 의하면 전문자격 소지여부에 따라 응답이 다소 다르게 나타남. 장기요양관리요원이 어떤 자격증을 소지하였는지에 따라 요구되는 작성지침의 구체성 정도가 다른 것으로 생각됨
 - 셋째, 작성내용의 적절성에 대해서는 장기요양관리요원의 57.9%가 욕구조사 항목이 부적절하고 답하였는데, 주로 부적절하거나 이해하기 어려운 항목이 있다는 지적이 있었음. 이에 이용계획서에 작성해야 하는 내용과 방식을 수정할 필요가 있어 보인다.
 - 대상자가 이용 가능한 급여종류나 서비스 이용시간, 횟수를 제시하기 이전에 대상자의 필요영역과 기능상태를 작성하고 이를 바탕으로 목표를 정하도록 되어 있음. 인정조사 도구표에 의한 결과를 토대로 각 내용을 작성하도록 되어 있으나 작성자의 지적, 전문적 능력에 따라 필요영역이나 목표가 상이하게 작성될 소지가 많은 편임. 이는 다른 말로 표현하면 작성자의 전문성을 충분히 반영할 수 있도록 구상되어 있다고도 할 수 있고, 반대로 다소 주관적인 면이 있어서 작성하는 자의 수준에 따라 다른 결과가 도출될 수 있다는 우려가 지적될 수 있음
 - 넷째, 이용계획서가 필요한지를 질문하였을 때는 대상자나 그의 가족들 모두 대부분(83.3%)이 필요하다고 답하였지만, 급여종류와 이용내역(시간과 횟수)이 적절한지에 대해서는 이견이 있어서 응답자의 13.0%, 22.5%가 부적절하다고 응답하였음
- 결과적으로 필요성이나 활용도 측면에서는 이용계획서가 필요하다는 긍정적인 인식이 일반적이지만 그 내용의 항목이나 내용에 대한 이해도 등에서는 문제점이 지적된 상태임. 이용계획서의 내용과 항목을 보다 현실적으로 구상하여야 하고 현재의 인력수준과 운영방법 하에서 적절히 사용될 수 있도록 하는 것이 필요함
- 우리나라의 노인장기요양보험법 상 표준이용계획서는 ‘권고’의 성격을 띠고 수급자는 본인의 희망에 따라 자율적으로 장기요양기관과 계약하여 급여를 이용할 수 있음. 따라서 현재 제도 아래에서는 수급자가 장기요양급여 계약 시 표준이용계획서를 반영할 수도 또는 반영하지 않을 수도 있음
- 따라서, 요양인정자 가족의 시간낭비를 제거하고, 효율적·효과적이면서 실질적인 이용지원체계의 마련이 필요함

나. 국외 사례 및 현황

□ 다른나라의 사례

- 일본 개호보험제도는 재가서비스 이용자에 대하여 케어매니저가 케어플랜을 작성하고 있으며 케어플랜 작성행위가 수가로 정해져 있다. 이렇게 작성된 케어플랜에 대한 수급자의 만족도가 높고 대부분이 그것을 준수하는 상황임(하토야마시, 2008; Ishikawa, 2008). 또한 케어플랜을 급여심사업무에도 활용하고 있음(후생노동성, 2007)
- 일본 개호보험에서 케어플랜의 작성자는 개호지원전문원이나 지역포괄지원센터의 보건사임. 시설서비스 이용자의 경우 거택개호지원사업소에 의뢰하여 개호서비스계획을 만들거나 시설(사업소)에 속한 케어매니저가 만든. 또 이용자 스스로가 ‘자기작성’하는 것도 가능함.
 - 일본의 개호서비스를 이용하기 위해서는 요개호·요지원인정 신청을 해야 함. 인정신청을 받으면 개호인정조사원이 방문하여 식사나 목욕 등 일상생활동작 등에 관하여 본인이나 개호를 하고 있는 가족 등으로부터 면접조사를 실시하고, 방문조사 결과 및 주치의 의견서 등을 참고하여 개호인정심사회에서 심사판정을 하고, 그 결과에 근거하여 시정촌이 인정결과를 통지함.
 - 그 다음 단계는 개호지원전문원이나 지역포괄지원센터의 보건사 등이 본인이나 가족의 희망을 존중하여 요개호도에 맞는 이용한도액의 범위 내에서 개호서비스 이용계획을 작성함. 그러면, 요개호·요지원인정자는 개호서비스계획(일반적으로 케어플랜이라고 함)에 근거하여 개호서비스를 이용할 수 있음.
 - 기본적으로 월 1회 작성하지만, 이용자의 희망과 상황에 맞춰 그때그때 변경가능함
 - 개호서비스계획 작성의 비용은 전액 보험급여로 이루어지며, 본인부담은 없다. 요개호자나 요지원자가 해결해야 하는 과제나 심신의 상황 및 환경에 맞게 보건, 의료, 복지에 걸친 다양한 서비스가 종합적이고 효율적으로 제공되기 위해서는 개호서비스계획등의 개호지원이 매우 중요하기 때문임. 거택개호서비스계획비의 지급액은 수가 산정기준에 따라 지급됨(이가라시, 2006)
 - 각 시정촌에 의해 실시된 일본 개호보험제도의 케어플랜에 관한 만족도 조사 결과를 살펴보았다. 약 60~70% 이상이 케어플랜 내용에 대하여 ‘만족·대체로 만족한다’고 응답함(하토야마시, 2008; 카마쿠라시, 2006; 오다와라시, 2004; 오오츠보, 2002; 센다이시, 2001; 장수 야마나시 진흥재단, 2000; 신주쿠구, 2000). 한편 불만의 이유로는 ‘이용자 부담이 크고 이용하고 싶은 서비스를 이용할 수 없다’, ‘희망일 또는 시

간대가 맞지 않거나, 예약이 모두 완료되어 이용할 수 없었다' 등과 같은 응답 결과가 나왔음(오오츠보, 2002).

- 호주의 Aged Care Assessment Program(ACAP)은 호주 장기요양제도의 중요한 요소임(Commonwealth of Australia, 2006). ACAP는 호주 정부에 의해 개발된 것으로, 지방정부는 ACAT(the Aged Care Assessment Team)를 운영하고 있고, ACAT는 장기요양서비스를 평가하는 역할을 맡고 있음
- ACAT를 운영하는 첫번째 목적은 허약한 노인들이 그들의 요양요구를 충족시키기에 가장 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 접근성을 높이고 지원하는 것임. 이것은 호주 정부가 보조하는 노인장기요양서비스를 이용할 자격이 있는지를 결정하는 것도 포함함.
- 노인이 요양시설에 입소하고자 하거나 호주 정부 기금으로 운영되는 노인장기요양서비스를 받고자 한다면 ACAT에 의한 스크리닝과 평가는 반드시 받아야 함.
 - ACAT는 노인의 서비스 요구를 평가하고 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 돕는 보건전문가들(노인병 전문의사 혹은 다른 분야 전문가, 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 심리학자 혹은 물리치료사)로 구성되어 있고, 이들은 케어매니저로서 성공적인 역할을 수행하는 것으로 평가됨(OECD, 2005).
- ACAT는 노인의 의학적, 신체적, 정신적, 사회적 환경을 평가하고, 평가결과를 바탕으로 대상자의 요구를 충족시킬 수 있는 가장 적합한 서비스를 결정함. 또한 노인에게 적절한 정보를 제공하고 노인의 요구와 선호도를 충족시키기 위하여 노인에게 적합하고 이용가능한 서비스와 연결해주는 역할도 수행함

□ 케어매니지먼트와 케어플랜의 기본 개념

- 1970년대 후반 미국에서 정신 장애인에게 지역사회가 지원과 도움을 주기위해 처음 생겨난 케어매니지먼트의 개념은 지역사회에서 제공하는 서비스가 지리적으로나 행정적으로 집중되지 못하여 관리가 어렵고 서비스의 내용도 단편적이거나 분산되는 경향이 있다는 단점을 보완하기 위해 생겨난 것이라고 할 수 있음.
 - 우리나라도 1990년대부터 간호학, 사회복지학, 사회학에서 케어매니지먼트에 대해 학문적 차원의 의미를 두기 시작하였으며, 새롭게 제정된 노인장기요양보험법에 케어매니지먼트의 기본 개념을 도입하였다고 볼 수 있음. 그러나 우리나라의 케어매니지먼트는 영국과는 달리 체계적인 검토를 거쳐서 제도화되는 길을 걷지 못하였음
 - 우리나라의 것은 미국이나 영국, 일본의 형태가 혼용되어 또 다른 형태의 양상을 보이고 있음. 이 과정에서 공식적, 비공식적 자원체계 간의 네트워크 구축이 축소되거나

배제되어 왔음. 또한 국가나 기관, 대상자의 상태에 따라 다양하게 사용되어 그 운영 방식이 일정치 않은 특징을 갖고 있음

- 케어매니지먼트의 내용은 크게 4 가지로 구분해서 볼 수 있는데, 첫째는 이용자의 욕구를 사정(Assessment)하고 평가(Evaluation)하는 것. 둘째는 평가된 근거에 따라 어떤 서비스를 어떤 식으로 이용자에게 연결할 것인지를 계획하는 케어플랜(Care plan)을 짜는 것. 셋째는 케어플랜에 따라 서비스와 자원을 이용자에게 연결해주는 것. 넷째는 서비스의 연결 상황을 점검하고 이용자의 상황 변화를 모니터링(Monitoring)하여 필요시에는 케어플랜을 변경하는 것
- 케어매니지먼트의 목적은 이용자의 잔존 능력을 활용하고, 잠재적인 능력을 최대한 발휘하도록 하는 것임. 또한 이용자의 자립 정도를 향상시키고, 이용자의 심신기능을 향상시키는 것임.
 - 케어플랜 작성 과정에서 가장 중요한 것은 케어플랜을 수립하는 사람이 이용자 또는 그 가족과 함께 충분한 시간을 두고 이야기를 나누어서 그들이 원하는 것과 필요한 것을 충분히 반영하는 계획을 짜는 것임.
- 케어플랜을 수립할 때 지켜야 하는 기본 원칙
 - 반드시 이용자의 기능이나 건강상태를 평가한 결과에 근거하여서 수립해야함
 - 이용자 본인과 그의 가족이 함께 참여해야 함
 - 케어플랜은 특정한 목표를 정해야 함
 - 정해진 목표는 특정한 기간을 정하여 달성해야 함
 - 가능한 공식적인 서비스(formal services)와 비공식적인 서비스(informal services)를 모두 포함하도록 하여야 함
 - 이용자와 가족의 비용 부담을 고려하여야 함
 - 정형화된 문서에 기술하여야 함
 - 서비스를 제공하는 사람의 직종에 상관없이 대상자의 욕구와 문제를 해결하기 위한 공통의 계획이 수립되어야 함
- 이러한 점을 고려하여 정형화된 케어플랜에는 대상자의 욕구나 문제, 해결해야 하는 목표 등의 구체적인 내용이 포함됨
- 여기서 우리가 가장 주의깊게 보아야 할 점은, 케어플랜을 수립하는 가장 중요한 주체는 이용자 본인이나 가족이라는 점이다. 다만 이용자 본인이 스스로 짜기 어려운 점을 고려하여 전문 기술을 가진 케어매니저가 이들과 함께 케어플랜을 수립하는 것임. 일본의 케어매니저도 실제로 서비스를 제공하는 제공자의 직원임. 다시 말해 케어플랜은 이용

자와 서비스제공자 간의 공통 목표와 역할분담을 준비하는 것임을 간과해서는 안 됨.

라. 추진 내용 및 방안

☐ 보험자의 (가칭)‘장기요양이용계획안내서’ 제공

- 현행 표준장기요양이용계획서의 내용을 살펴보면 다음과 같음.

<표 6-21> 표준장기요양이용계획서의 내용

구분	항목
기본사항	(1)장기요양인정관리번호 (3)성명 (4)주민등록번호 (5)장기요양등급 (6)발급일 (7)재가급여(월 한도액) (8)시설급여(1일비용) (9)본인일부부담률
성격	(2)이용계획서는 권장사항으로 본인(가족)의 희망에 따라 자율적으로 장기요양기관과 협의하여 적절한 장기요양급여를 이용할 수 있도록 돕기 위한 안내서
장기요양 필요영역 및 욕구	(10)장기요양필요영역 및 주요기능상태 (11)장기요양 목표 (12)장기요양필요내용 (13)수급자 희망급여 (14)유의사항
준장기요양이용계획 및 비용	(15)급여종류 (16)횟수와 시간 (17)장기요양급여비용 (18)본인부담금 (19)복지용구
기타	발행기관, 담당자

- 현행 표준장기요양이용계획서의 양식을 대폭 수정하여 ‘장기요양이용계획안내서’에는 다음의 사항만을 기재함 : (1)장기요양인정관리번호 (3)성명 (4)주민등록번호 (5)장기요양등급 (6)발급일 (7)재가급여(월 한도액) (8)시설급여(1일비용) (9)본인일부부담률
- 대신 장기요양이용과 관련된 가이드라인수준의 안내서를 작성하여 지원

☐ 장기요양이용지원과 관련 정보제공처 및 요양계획 작성지원처 마련

- 한국보건복지정보개발원에 각종 장기요양기관에 관한 정보D/B를 마련하고, 콜센터를 설치하여 정보제공위주의 전문상담을 실시
- 국민건강보험공단 각 지사, 전국 시도 및 시군구 사회복지협의회에 장기요양전문상담자 배치하여 이용자측과 공급자측간 협의하여 이용계획을 수립, 지원
- 기존 ‘표준장기요양이용계획서’의 내용 중 활용도가 떨어지는 항목은 제외(예, 장기요양 필요영역 및 기능상태, 장기요양목표, 장기요양필요내용, 수급자 희망사항, 유의사항)

☐ 장기요양서비스사업자에 의한 이용계획 작성 및 보고·관리체계 마련

- 이용자(장기요양인정자) 요청에 의해 사업자(공급자)가 일임하여 이용계획을 작성하도록

록 하고, 그 내용을 보험자에 보고하도록 의무화

- 사업자가 1종의 서비스만을 제공하는 경우에는 사업자가 단독으로 이용계획을 작성할 수 있으나, 동일 인정자와 계약되어 있는 다른 사업자가 협의 가능
- 2종 이상의 서비스를 제공하는 사업자의 경우, 사업기관의 장이 여러 서비스의 특성과 인정자의 상태를 고려하여 해당 서비스를 모두 포함하는 이용계획을 작성할 수 있음
- 사업자는 이용계획을 작성하여 6개월마다 보험자에게 보고하되(주기는 변경가능), 이용자의 상태가 현격히 변화되었을 때에는 이용계획을 변경하여 보험자에게 보고하여야 함
 - ※ 사업자는 이용자와 체결한 계약상의 서비스 이상으로 이용계획을 작성할 필요가 없음.
- 사업자는 이용계획을 작성하였다고 하더라도 이용계획의 내용이 바로 수가에 반영되는 것이 아님
- 사업자에 의한 이용계획이 부실하거나 허위로 작성되었다고 판단될 시에는 보험자가 이를 수정하여 작성하도록 요구할 수 있음

□ 장기요양서비스 사업자의 보수교육 의무화

- 서비스사업기관의 장은 보수교육(이용계획 작성법 포함)을 2년에 1회 의무적으로 받도록 함(교육 주기는 변경 가능)
- 서비스사업기관의 장은 해당 기관에 속한 서비스제공자(요양보호사, 간호사, 물리치료사 등)가 보수교육의 내용에 맞게 서비스를 행하도록 감독할 의무를 가짐
- 보수교육은 보험자가 직접 실시하거나, 전문대학 이상의 관련 교육기관(간호학, 사회복지학, 물리치료학, 작업치료학 등), 관련 학회에서 위탁받아 실시 가능
 - ※ 현재 교육기관(요양보호사교육기관 등)에서는 실시할 수 없음
- 보수교육을 받은 자는 '보수교육이수증'(보수교육내용 포함)을 보험자에게 제출
- 보수교육에 필요한 경비는 교육을 받는 자가 지불하되, 일부를 국가가 보조할 수 있음(예, 강사료)

□ 보험자는 사업자의 이용계획 실행여부를 조사하고 결과를 반영

- 보험자는 사업자가 보고한 이용계획대로 서비스를 실시하였는지를 수시로 조사하고 확인 가능. 현행 보험자의 현지조사 권한으로도 이를 代位할 수 있음
- 보험자는 사업자의 이용계획 실행의 충실도를 기관평가에 반영
- 보험자는 이용계획 자체가 부실하거나 허위로 작성되었다고 판단될 시 이를 재작성하도록 요구할 수 있음

가. 추진 필요성

- 장기요양급여서비스에는 크게 시설서비스와 재가서비스로 구분하고 있음. 이 중에서 시설 서비스의 경우에는 가족의 케어가 어렵고, 24시간 상시적인 케어가 요구되는 경우에 주로 이용하고 있는데, 시설내 종사하고 있는 다직종 종사자로부터 통합적으로 서비스를 받을 수 있는 반면에, 재가서비스의 경우에는 통원서비스를 제외하고는 이용자의 가정을 방문하여 서비스를 제공하기 때문에 개별적 접근에 의한 케어가 일반적임.
- 다시 말하면, 재가서비스의 경우, 제공되는 서비스유형에 따라서, 관련 종사자가 개별적으로 방문하여 서비스를 제공하기 때문에 연계적 접근이 요구되는 급여형태임.
- 즉, 가정방문을 통해 서비스를 제공하는 주요 인력으로 요양보호사(케어인력), 간호사, 물리치료사, 의사 등이 있지만, 현행 장기요양체계에서는 이들 전문인력의 통합적 서비스 제공은 이루어지고 있지 못한 상태임.
- 재가서비스 중에서 방문형서비스(요양, 목욕, 간호)는 집밖으로의 이동이 어렵고, 시설이 아닌 자택에서의 요양을 희망하는 중증대상자에게 적합한 서비스인 반면에, 주야간보호서비스는 휠체어와 같은 이동수단을 통해서라도 집밖으로의 이동이 가능한 대상자에 적합한 서비스로 볼 수 있음.
- 특히, 주야간보호서비스는 가정내 수발가족으로 하여금 일정기간(주간 또는 야간)에 수발부담에서 벗어나게 해 줌으로써, 신체적·정신적·정서적 안정을 유지시켜줄 뿐만 아니라, 취업 등 사회적 활동을 원활하게 수행할 수 있도록 지원할 수 있는 장점을 지니고 있음.
- 또한, 주야간보호서비스는 장기요양대상자로 하여금 집밖으로의 외출과 주야간보호시설에서의 사회적 교류가 가능하기 때문에 신체활동을 통한 신체적 기능뿐만 아니라 인지적 기능을 유지하게 하는 데에 장점을 지니고 있음.
- 따라서, 주야간보호서비스는 장기요양대상자에게 생활기능의 자립적 유지에 도움을 줄 뿐만 아니라 인간으로써의 존엄성을 유지하게 하는 서비스로 간주되고 있음.

- 특히, 치매노인의 경우에는 가정내 수발가족에게 적지 않은 부담을 줄 뿐만 아니라, 방문요양서비스라 하더라도 1일 장시간의 서비스가 제공되는 모형이 아니기 때문에 주야간보호서비스가 더욱 요구되고 있음.

나. 현황과 문제점

- 현재 재가서비스와 시설서비스의 비중을 살펴보면, 급여지출액(본인부담 포함) 기준으로 2011.6월 현재 53:47의 비중으로 나타나 재가급여비중이 약간 더 높은 것으로 나타남.
- 이는 제도시행초기인 2008.12월 기준의 47:53의 비중에 비해 재가급여비중이 더 높아진 것으로 나타난 수치임.
- 이는 시행초기에는 장기요양인정범위의 제한에 의한 결과로 보여지고, 최근에 와서는 재가급여만 이용하도록 허용된 중증자의 인정자수가 급증한 것에 기인한 결과로 보여지고 있음.
- 그러나, 2009.12월에는 재가급여지출의 비중이 크게 증가하다가 2010.12월에는 다시 축소된 것으로 나타났고, 2011년 상반기인 6월에는 다시 축소한 것으로 나타나고 있어 재가서비스의 이용이 위축되고 있는 경향을 보임.

<표 6-22> 시설 및 재가급여별 총지출액의 연도별 추이(본인부담포함)

	합계		시설급여		재가급여	
	전체 실인원수 (명)	전체 총지출액 (천원)	실인원수	급여지출액 (천원)	실인원수	급여지출액 (천원)
2008.12	132,227 (100.0)	129,915,639 (100.0)	53,333 (40.3)	68,955,504 (53.1)	78,894 (59.7)	60,960,135 (46.9)
2009.12	219,244 (100.0)	224,462,137 (100.0)	59,876 (27.3)	78,610,719 (35.0)	159,368 (72.7)	145,851,418 (65.0)
2010.12	264,335 (100.0)	256,030,278 (100.0)	86,759 (32.8)	115,274,481 (45.0)	177,576 (67.2)	140,755,797 (55.0)
2011. 6	265,819 (100.0)	255,796,458 (100.0)	90,005 (33.9)	120,775,310 (47.2)	175,814 (66.1)	135,021,148 (52.8)

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

- 재가서비스 중에서 가장 이용율(실인원수 기준)이 높은 서비스는 방문요양서비스로 나타남. 이는 방문요양서비스만을 이용하든가, 아니면 방문요양서비스를 주축으로 타 서비스를 추가하는 정도에서 그치고 있는 것으로 판단됨.

○ 그런데, 방문요양서비스의 실인원비중을 보면, 2008. 12월 77.0%에서 2010.12월 89.8%로 초기에 비해 상당히 높게 나타나, 방문요양서비스의 집중현상은 더 심화된 것으로 판단됨.

○ 그 이외의 서비스 중에서는 주야간보호서비스를 보면, 2008. 12월 10.0%에서 2009.12월 6.4%, 2010.12월 6.6%, 2011.6월 6.5%로 하락한 채 저조한 수준에서 머무르고 있는 실정임.

□ 현재 주야간보호서비스 이용자(계약기준)의 주요 질병상태를 보면, 약 절반이 치매질환을 앓고 있는 것으로 나타나고 있고, 나머지 절반가량이 비치매질환자로 나타남.

<표 6-23> 재가서비스 유형별 총지출액의 연도별 추이(본인부담포함)

구분		실인원수(명)	(비율)	총지출액(천원)	(비율)
2008.12	방문요양	60,747	(77.0)	42,370,606	(69.5)
	방문목욕	16,862	(21.4)	3,122,210	(5.1)
	방문간호	2,995	(3.8)	535,224	(0.9)
	주야간보호	7,865	(10.0)	5,058,209	(8.3)
	단기보호	4,659	(5.9)	5,208,720	(8.5)
	복지용구	11,124	(14.1)	4,665,166	(7.7)
	합계	78,894	(100.0)	60,960,135	(100.0)
2009.12	방문요양	132,913	(83.4)	112,972,745	(77.5)
	방문목욕	31,529	(19.8)	6,477,344	(4.4)
	방문간호	4,277	(2.7)	874,800	(0.6)
	주야간보호	10,183	(6.4)	6,932,102	(4.8)
	단기보호	10,380	(6.5)	11,310,183	(7.8)
	복지용구	21,664	(13.6)	7,284,243	(5.0)
	합계	159,368	(100.0)	145,851,418	(100.0)
2010.12	방문요양	159,496	(89.8)	119,348,426	(84.8)
	방문목욕	41,124	(23.2)	7,419,938	(5.3)
	방문간호	3,740	(2.1)	574,584	(0.4)
	주야간보호	11,805	(6.6)	8,374,301	(5.9)
	단기보호	1,041	(0.6)	548,830	(0.4)
	복지용구	28,814	(16.2)	4,489,718	(3.2)
	합계	177,576	(100.0)	140,755,797	(100.0)
2011. 6	방문요양	155,520	(88.5)	112,826,704	(83.6)
	방문목욕	40,888	(23.3)	7,047,636	(5.2)
	방문간호	3,321	(1.9)	500,349	(0.4)
	주야간보호	11,515	(6.5)	7,738,266	(5.7)
	단기보호	1,198	(0.7)	651,527	(0.5)
	복지용구	39,073	(22.2)	6,256,667	(4.6)
	합계	175,814	(100.0)	135,021,148	(100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 6-24> 재가서비스 유형의 주요 질병별 급여계약 현황 (2011.6월)

(단위 : 건)

	실인원 (명)	합계 (건)	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호
합계	189,595	440,086 (100.0)	165,477	48,393	4,078	13,412 (100.0)	1,683
치매	30,402	36,711 (8.3)	22,974	6,953	428	5,816 (43.4)	540
중풍	51,919	65,420 (14.9)	46,343	14,920	1,322	2,511 (18.7)	324
치매 + 중풍	9,116	11,573 (2.6)	7,571	2,685	261	946 (7.1)	110
고, 저혈압	1,663	2,017 (0.5)	1,485	403	33	87 (0.6)	9
당뇨	3,461	4,206 (1.0)	3,140	821	100	129 (1.0)	16
관절염	20,748	25,360 (5.8)	18,810	5,110	399	918 (6.8)	123
요통	20,375	24,631 (5.6)	18,690	4,763	371	687 (5.1)	120
골다공증	345	427 (0.1)	309	92	11	10 (0.1)	5
골절 등 사고후유증	14,108	17,277 (3.9)	12,726	3,593	332	498 (3.7)	128
암	3,058	3,622 (0.8)	2,791	646	97	78 (0.6)	10
호흡곤란	1,729	2,099 (0.5)	1,587	421	34	47 (0.4)	10
난청	243	297 (0.1)	212	62	2	17 (0.1)	4
백내장 등	2,327	2,837 (0.6)	2,137	552	31	107 (0.8)	10
기타	30,101	36,566 (8.3)	26,702	7,372	657	1,561 (11.6)	274

주: 1) 공단에 통보된 급여계약 내역서 기준으로 집계(해당 월에 계약이 유효한 건)

2) 재가급여 종별 : 중복계약 포함

3) 가족요양비는 '11.6월분 지급결정 내역 기준

4) 재가급여(소계-건) : 복지용구를 제외

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 현행 주야간보호서비스와 관련한 문제점으로는,

- 주야간보호서비스를 이용하는 이용자의 입장에서, 비치매 대상자가 치매질환자와 섞여
서 보호받는 것에 대한 거부감이 존재함. 특히 2, 3등급의 치매질환자가 상당히 많이
이용하고 있어 문제행동을 보이는 치매질환자도 상당수 존재함.
- 주야간보호서비스센터가 도심지에 위치해 있음으로 해서 송영범위가 넓어 시설내에서의
보호시간이 축소되고 있는 상태임. 특히 중·소도시 및 농촌지역의 경우, 주야간보호서
비스시설이 적절하게 설치되어 있지 못하여 송영지역이 광활해짐에 따라 송영자체가 어
려워지고 있음.
- 또한, 주야간보호서비스가 주중에 집중되어 있어서 야간 또는 주말시간대의 서비스 제공
이 제대로 이루어지고 있지 못하여 가족부담이 높은 상태. 즉, 2011.6월 통계에 의하
면, 주야간보호서비스의 월 이용일수는 18.7일로 나타나, 주 5일(월 20일) 이용하는
것으로 판단됨.

<표 6-25> 주야간보호서비스의 월 이용일수(2011.6월말 기준)

구분	월 이용일수(건)
계	18.7
1등급	17.7
2등급	18.7
3등급	18.7

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

- 주야간보호시설내 적정한 서비스프로그램이 부재한 상태. 즉, 서비스의 이용행태를 보면, 1일 8~10시간의 서비스(2011.6월, 전체의 73.7%)를 주로 이용하고 있는 것으로 나타나고 있는 반면에, 장시간 시설에 체류하면서 이용할 수 있는 프로그램이 상당히 제한되어 있는 실정임.

<표 6-26> 주야간보호서비스의 이용실태 추이

(단위: 명)

		3-6시간 미만	6-8시간 미만	8-10시간 미만	10-12시간 미만	12시간 이상	계
2008.12	1등급	144 (1.3)	945 (8.7)	8,420 (77.8)	480 (4.4)	834 (7.7)	10,823 (100.0)
	2등급	424 (1.3)	4,207 (13.0)	25,508 (78.6)	1,418 (4.4)	913 (2.8)	32,470 (100.0)
	3등급	1,607 (1.5)	13,585 (13.0)	83,217 (79.6)	3,970 (3.8)	2,128 (2.0)	104,507 (100.0)
	합계	2,175 (1.5)	18,737 (12.7)	117,145 (79.3)	5,868 (4.0)	3,875 (2.6)	147,800 (100.0)
2009.12	1등급	141 (2.1)	508 (7.4)	5,239 (76.2)	656 (9.5)	330 (4.8)	6,874 (100.0)
	2등급	533 (1.7)	2,625 (8.3)	23,740 (75.5)	2,919 (9.3)	1,642 (5.2)	31,459 (100.0)
	3등급	3,031 (1.9)	16,179 (10.2)	122,947 (77.2)	11,779 (7.4)	5,236 (3.3)	159,172 (100.0)
	합계	3,705 (1.9)	19,312 (9.8)	151,926 (76.9)	15,354 (7.8)	7,208 (3.7)	197,505 (100.0)
2010.12	1등급	105 (2.3)	440 (9.5)	3,075 (66.1)	760 (16.3)	269 (5.8)	4,649 (100.0)
	2등급	451 (1.8)	2,097 (8.4)	17,711 (70.6)	3,135 (12.5)	1,693 (6.7)	25,087 (100.0)
	3등급	3,840 (1.9)	17,604 (8.9)	145,630 (73.3)	22,036 (11.1)	9,599 (4.8)	198,709 (100.0)
	합계	4,396 (1.9)	20,141 (8.8)	166,416 (72.8)	25,931 (11.4)	11,561 (5.1)	228,445 (100.0)
2011. 6	1등급	27 (0.8)	277 (8.6)	2,272 (70.3)	596 (18.4)	61 (1.9)	3,233 (100.0)
	2등급	390 (1.9)	1,643 (7.8)	14,557 (69.4)	3,019 (14.4)	1,359 (6.5)	20,968 (100.0)
	3등급	4,010 (2.0)	16,003 (8.0)	147,760 (74.2)	23,858 (12.0)	7,406 (3.7)	199,037 (100.0)
	합계	4,427 (2.0)	17,923 (8.0)	164,589 (73.7)	27,473 (12.3)	8,826 (4.0)	223,238 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

다. 추진계획

☐ 치매질환의 장기요양대상자 전문의 치매주야간서비스 개발 및 보급

- 치매질환자에게 특화된 프로그램을 통하여 전문적이고 안전한 보호를 실시하도록 유도
- 다만, 치매주간보호서비스시설은 특화된 모형이기 때문에 엄격한 기준을 설정하여 설치되도록 하여야 할 것임. 예를 들면, 일정한 테두리 안에서 배회도 가능한 환경내에 시설을 설치하여 실내에서만 보호에서 벗어날 수 있도록 함.

☐ 주야간보호시설의 적정 설치기준 마련

- 주야간보호서비스가 제대로 이루어지기 위해서는 적정시간내에서의 송영이 필수적이기 때문에 행정구역이나 일일생활권 등을 고려하여 권역별 최소 1개씩 설치하도록 함.
- 입소정원 100인이상의 대규모 요양시설인 경우에는 의무적으로 주야간보호서비스를 제공할 수 있는 시설을 병설로 설치할 수 있도록 기준 마련
- 지역사회내 방문요양, 방문목욕 뿐만 아니라 주야간보호서비스를 복합적으로 취급하는 시설을 확대, 운영할 수 있는 기준을 마련

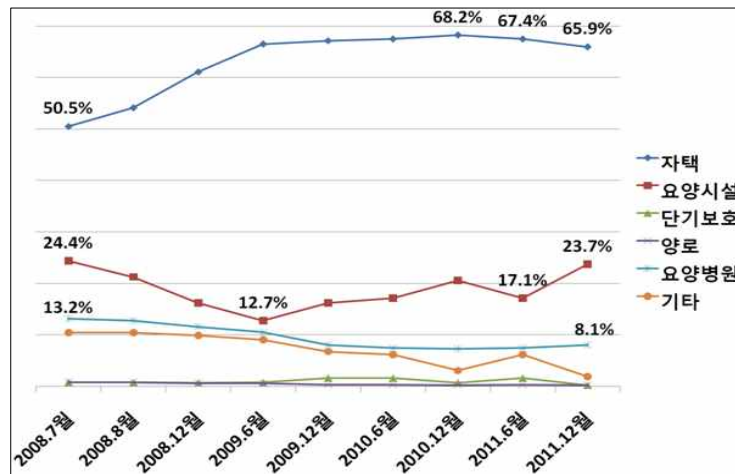
☐ 주야간보호시설의 기능훈련프로그램 개발 보급

- 허약·장애노인에게 적합한 근력강화용 체조를 통한 기능훈련프로그램 개발 보급
- 허약·장애노인의 인지기능향상을 위한 작업치료프로그램의 개발 보급

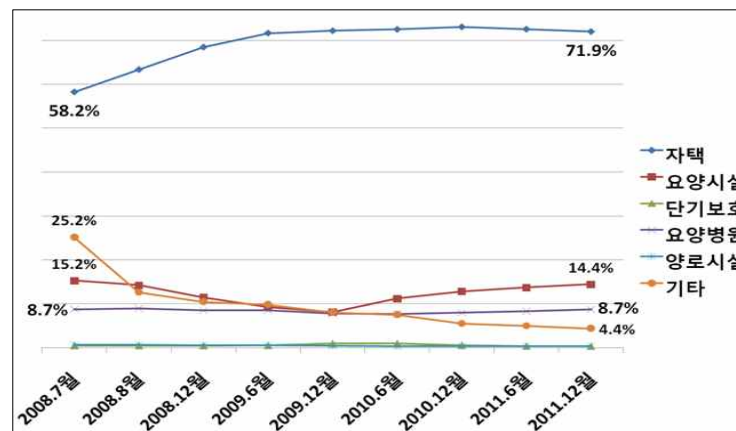
☐ 주야간보호서비스 이용자에 한하여 가사지원의 방문요양서비스 추가이용 가능 조치

- 이는 재가급여의 활성화차원에서 집안에서의 생활과 집밖에서의 생활을 동시에 지원함으로써 장기요양시설로의 입소를 지연 또는 방지하는 효과를 올릴 수 있다는 점에서 필요한 조치임.
- 즉, 주 3회이상 주야간보호서비스를 이용하는 자에 한하여 주1회 1시간(60분)의 방문요양급여(단, 가사지원에 한정)를 인정하고 이에 필요한 비용을 월한도액에서 초과하여도 인정

[그림 6-8] 인정자 거주형태 추이



[그림 6-9] 등급판정 신청자 거주형태 추이



<표 6-27> 11. 9월 재가급여 이용자 322명 대상 서비스 욕구조사 결과 (5점에 가까울수록 큼)

구분	평균	세부 욕구사항	연계경험
복지	3.55	정서지원(4.12), 재가지원(3.85), 상담(3.68), 주거개선(2.93)	연 1.8회
보건의료	3.60	물리치료(4.37), 간이건강검진(3.97), 금연치료(1.71)	연 1.7회
레저문화	3.38	생활운동(3.81), 노래(3.63), 근거리 관광(3.56), 서예/그림(2.94)	연 3.4회

가. 추진 필요성

□ 복지용구는 현재, 노인장기요양보험법 제 23조(장기요양급여의 종류) 제 1항의 기타 재가 급여의 일종으로 제공되고 있음.

○ 복지용구는 심신 장애 및 만성질환으로 거동이 불편한 노인의 일상생활의 편의 및 기능 훈련을 도모하고, 수발자의 수발부담을 경감시켜주기 위하여 사용되는 제품(소모품 포함)을 지칭함.

나. 현황과 문제점

□ 복지용구급여는 장기요양대상자가 복지용구를 구매하거나 대여할 때 소요되는 비용의 일부를 급여해주는 것으로 시설급여를 제공하는 장기요양기관에 입소하지 않은 재가급여 수급자를 대상으로 함.

○ 복지용구는 보행차, 지팡이, 미끄럼방지용품 등의 구입전용품목 10종과 수동휠체어, 전동침대, 욕창예방매트리스 등의 구입·대여 품목 6종으로 구성되어 있고, 총 509개 품목이 고시되어 있음

○ 기초생활 수급자는 본인부담금이 없고, 일반 대상자는 15%, 경감대상자는 7.5%의 비용을 부담

○ 또한, 수급자는 복지용구 급여를 연간 한도액 범위 안에서 제공 받을 수 있으며, 연간 한도액은 최초 장기요양인정 유효기간 개시일부터 매년마다 1인당 연간 160만원으로 책정하고 있음.

○ 급여품목은 국민건강보험공단이 인정한 품목에 한하여 구입 및 대여 가능하고, 복지용구 사업소에서 해당 품목을 수급자에게 제공하고 있음. 품목의 내구연한 내에서 품목당 1개의 제품만을 구입가능하고, 복지용구 대여는 품목당 1개 제품만을 대여할 수 있으며, 구입 또는 대여품목 선정 시, 신체 기능 상태를 고려하여 복지용구 사용제한이 가능함.

<표 6-28> 노인장기요양보험에서의 복지용구 급여고시 제품

구 분	유형	품목수	내구연한
구입품목 (354개 제품)	① 이동변기	27개	5년
	② 목욕의자	24개	5년
	③ 보행차	33개	5년
	④ 보행보조차	55개	5년
	⑤ 안전 손잡이	40개	-
	⑥ 미끄럼방지용품	58개	-
	⑦ 간이변기	16개	-
	⑧ 지팡이	36개	2년
	⑨ 욕창예방방석	14개	3년
	⑩ 자세변환용구	51개	-
대여품목 (155개 제품)	① 수동휠체어	42개	5년
	② 전동침대	54개	10년
	③ 수동침대	23개	10년
	④ 욕창예방 매트리스	28개	3년
	⑤ 이동욕조	5개	5년
	⑥ 목욕리프트	3개	3년

□ 복지용구의 급여실적을 보면, 2011.6월 현재, 총 구매건수는 23,939건, 총 대여건수는 40,659건으로 나타나고 있으며, 급여지출액으로는 구매기준으로 42억 65백만원, 대여기준으로 19억 91백만원으로 나타남.

- 이 중에서 급여지출액 기준으로 구매의 경우, 미끄럼방지용품(매트)가 전체의 17.0%, 욕창예방방석이 16.9%, 목욕의자가 15.5%, 이동변기가 15.4%, 자세변환용구가 10.5%를 차지하고 있음.
- 또한, 대여의 경우에는 전동침대가 55.5%로 절반을 차지하고 있고, 그 다음으로 수동휠체어가 28.1%, 욕창예방매트리스가 11.7%를 차지하고 있음. 따라서, 전동침대와 수동휠체어가 대여품목에 대한 급여지출액의 83.6%로 대부분을 차지

□ 한편, 장기요양등급별 급여지출액을 보면, 구매기준으로 1등급자가 전체의 8.3%, 2등급자가 15.5%, 3등급자가 76.1%로 3/4이상이 3등급자가 구매한 것으로 나타났고, 대여기준으로 보아도 3등급자가 약 60%로 가장 많이 이용한 것으로 나타남.

- 각 등급별 품목별 급여지출 양상을 살펴보면, 전체급여지출부문에서 살펴 본 바와 같이 유사한 형태를 띄고 있음.

□ 현재 복지용구 급여를 통해서 장기요양대상자 및 그 가족의 기본적인 욕구들은 해결이 되었지만, 지속적인 생활수준의 향상, 과학의 발달로 인한 새로운 욕구들에 대한 대처에는 미흡한 실정.

○ 즉, IT를 결합한 다기능의 복지용구가 욕구해결에 도움을 주는 것으로 판단되나, 현재는 기본적인 일상생활에 필수적으로 필요한 간단한 도구들만 지정되어 있어 IT 복지용구의 실질적 사용이 어려운 실정임.

<표 6-29> 복지용구 급여 실적(2011.6월)

(단위: 개, 천원)

		구매		대여	
		건수	금액	건수	금액
총계		23,939	4,265,349	40,659	1,990,662
이동욕조		1	449	1,179	35,584
목욕의자		2,534	662,936	0	0
목욕리프트		0	0	29	1,957
안전손잡이		957	171,661	0	0
미끄럼방지 용품	매트	3,547	727,159	0	0
	양말	5,273	243,296	0	0
욕창예방방석		2,007	718,915	0	0
욕창예방매트리스		3	1,500	6,913	233,405
지팡이		1,990	114,916	0	0
보행차		1,820	354,544	0	0
보행보조차		614	136,862	0	0
수동휠체어		7	3,532	17,474	558,455
자세변환용구		2,141	448,738	0	0
수동침대		1	799	1,028	55,867
전동침대		4	5,690	14,036	1,105,395
이동변기		2,241	655,147	0	0
간이변기		799	19,206	0	0

주: 참고사항 - 6개 대여전용품목(수동·전동침대, 수동휠체어, 욕창예방매트리스, 목욕리프트, 이동욕조)은 2010년 6월 1일부로 전면 대여제가 시행되고 있으나, 본 통계는 공단에 급여비용 청구에 따른 지급일을 기준으로 하고 있어 6월 1일 이전의 구입계약이 통계에 보이고 있음.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 6-30> 장기요양등급별 복지용구 급여 실적(2011.6월)

(단위: 개, 천원)

	1등급				2등급				3등급			
	구매		대여		구매		대여		구매		대여	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
총계	1,722	354,280	6,840	353,489	3,692	663,667	9,362	463,790	18,525	3,247,402	24,457	1,173,383
이동욕조	1	449	265	8,086	0	0	282	8,401	0	0	632	19,097
목욕의자	70	23,003	0	0	384	104,920	0	0	2,080	535,013	0	0
목욕리프트	0	0	5	339	0	0	7	427	0	0	17	1,190
안전손잡이	42	7,738	0	0	141	23,043	0	0	774	140,881	0	0
미끄럼방지 매트	142	28,080	0	0	477	93,442	0	0	2,928	605,636	0	0
용품 양말	279	13,228	0	0	765	34,853	0	0	4,229	195,215	0	0
욕창예방방석	233	86,052	0	0	333	118,800	0	0	1,441	514,063	0	0
욕창예방매트리스	1	500	2,280	80,125	0	0	2,234	74,349	2	1,000	2,399	78,931
지팡이	47	2,820	0	0	211	11,804	0	0	1,732	100,291	0	0
보행차	69	13,852	0	0	248	46,110	0	0	1,503	294,581	0	0
보행보조차	0	0	0	0	12	2,662	0	0	602	134,200	0	0
수동휠체어	1	523	1,587	51,942	2	917	3,198	102,397	4	2,092	12,689	404,116
자세변환용구	669	148,451	0	0	651	134,744	0	0	821	165,543	0	0
수동침대	0	0	140	7,540	0	0	206	10,975	1	799	682	37,351
전동침대	0	0	2,563	205,457	1	1,460	3,435	267,240	3	4,230	8,038	632,697
이동변기	82	27,094	0	0	300	86,827	0	0	1,859	541,226	0	0
간이변기	86	2,489	0	0	167	4,085	0	0	546	12,632	0	0

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

다. 추진계획

□ 장기요양대상자의 생활기능 자립지원 지향형 복지용품목의 확대 지정

- 지속적으로 복지용품의 이용효과를 분석하여, 과도한 편의를 제공하여 오히려 기능의 저하를 유발시킬 수 있는 품목은 지양하되, 생활기능의 자립적 유지 및 생활사고의 발생을 예방할 수 있는 품목을 위주로 확대시킴.

□ 고령친화산업의 육성에 적합한 복지용품목의 확대 지정

- 단순 기능보조 위주의 품목에서 IT를 접목한 다기능 품목으로 확대 지원함. 즉, 기능보조를 물론이고, 그 이외의 기능을 부가적으로 부착하여 알아볼 수 있도록 한 품목을 중심으로 확대함.

가. 추진 필요성

- 노인 보호(care)는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 제공하는 것으로, 가족의 책임으로 수행되었으나 점차 노인보호를 사회의 공통적 위기로 인식하며 사회적 제도화가 이루어지고 있음.
 - 핵가족 중심의 가족구조 변화, 남성 위주의 경제활동에서 여성의 경제활동 참여의 확대, 노인세대의 경제적 독립 확대 등은 노인보호의 책임을 점차 가족에서 사회로 변화시키고 있음.
- 노인보호의 사회적 제도화가 이루어졌으나, 여전히 노인보호에서의 가족의 역할은 사회의 공식적 서비스와 함께 유지되고 있으며, 그 중요성 또한 강조되고 있음.
 - OECD(2005)는 노인장기요양보호에서 가족 자원을 적극적으로 활용할 것을 권장하며, 다수의 장기요양보호 연구에서의 가족 역할의 중요성이 강조되고 있음(Dwyer and Coward, 1992 ; Kane & Penrod, 1995).
 - 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에도 실제로 등급판정을 받은 노인 중 서비스를 이용하지 않은 노인의 약 16.6%가량은 가족 등에 의한 직접 요양을 받고 있는 것으로 나타남(2011년 5월 장기요양보험통계).
 - 또한 노인장기요양보험 급여이용자 중 가족원인 요양보호사로부터 요양을 받고 있는 비율은 약 26%로 추정되고 있음(이윤경 외, 2010).
- 노인장기요양 보호에서의 가족(비공식적 보호)와 공식적 보호간의 관계에 대해서는 다양한 이론적 관점이 존재함.
 - 비공식적 보호와 공식적 보호간의 역할을 대체적 관계로 보는 대체모형(substitution model)이 있으며, 이와는 달리 둘 간에는 보완적 관계가 있다고 보는 보충모형(supplementation model), 분업모형, 보완모형, 위계적 선택모형이 제시됨.
 - 우리나라의 장기요양보험은 기능이 중증이상자를 대상으로 함으로 공식적 보호체계가 비공식적 보호를 전적으로 대체한다고 볼 수 없음. 또한 시설급여에 이용에 제한이 있는 3등급의 경우 재가급여 이용자는 서비스를 이용할지라도 급여량이 부족으로 인하여 가족에 의한 보호가 보완적으로 이루어진다고 볼 수 있음.

- 따라서 노인장기요양보험제도가 도입되어 기존 가족 수발자의 경제적, 육체적, 정서적 수발부담은 많음 감소를 이루었으나 전적으로 사회화되기 어려우며, 일정부분 가족이 역할을 수행해야할 필요성이 요구되어짐.
- 이를 통해서 제도가 지향하고 있는 “재가보호 우선 원칙”이 이루어질 수 있을 것임.
- 현재 제도에서의 가족에 의한 보호에 대한 지원, 보상이 미흡하거나 혹은 가족 요양보호사 급여의 형태로 가족에 의한 노인 보호의 본래의 성격이 유지되지 못함.
- 그러나 향후 제도의 장기적 발전을 위해서는 가족 자원의 적극 활용이 요구되어지며, 이를 위해서는 현재 왜곡되어있는 이루어지고 있는 가족에 대한 지원(가족 요양보호사 제도)을 수정하고, 순수한 의도로서의 가족보호를 적극 지원할 수 있는 체계 마련이 요구되어짐.

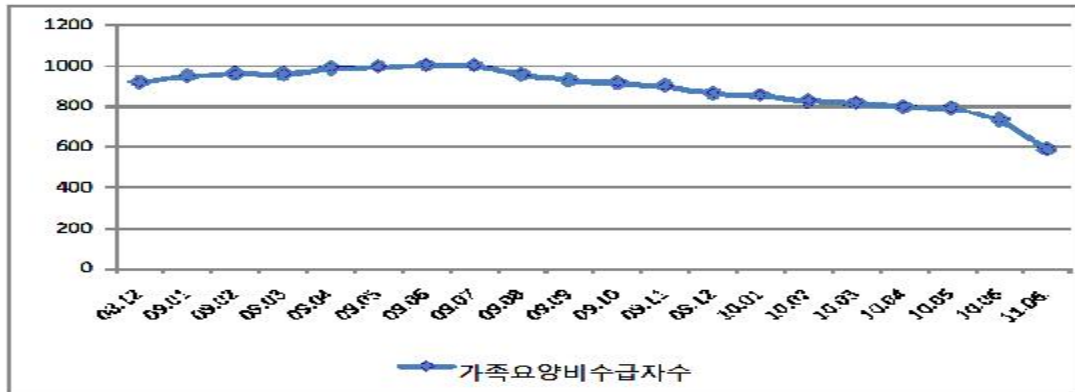
나. 현황과 문제점 (외국사례 포함)

1) 가족 부양에 대한 지원 현황

- 노인장기요양보험에서의 가족 요양에 관한 보상 규정은 제24조 가족요양비와 제41조 가족등의 장기요양에 대한 보상이 있음.
- 가족요양비는 현물급여인 재가급여와 시설급여와는 달리 현 제도에서 실행되고 있는 유일한 현금급여의 형태로서 ‘특별현금급여’로서 지급되고 있음.
- 가족요양비는 현물급여를 이용하지 못하는 지역적 특수성이 인정되는 경우, 수급자의 개인적 신체·정신, 성격 등의 사유로 인하여 타인으로부터 장기요양을 받기 어렵다고 인정된 경우와 같이 매우 특수한 상황에서 지급하도록 함.
- 따라서 가족요양비는 가족에 의한 요양에 대한 급여의 특성보다는 일반적인 현물급여를 이용하지 못하는 매우 제한적 상황에 대한 위로금의 성격을 갖고 있는 급여임.
- 현재 가족요양비의 급여 수준은 등급별 차등없이 월 15만원이 지급되고 있음.
- 가족요양비를 지급받고 있는 수급자는 587명(2011.6)으로 전체 수급자 대비 매우 적은 비율임.
- 가족요양비 급여를 이용하는 수급자 규모는 2009년 6월을 기점으로 약 1,000명 이었으나, 점차 감소하는 경향을 보임. 이는 가족요양비 급여수준이 가족인 요양보호사에

비해 낮음으로 인해 가족이 요양보호사 자격을 통해 가족 요양보호사 급여로 옮겼을 것으로 예측되어짐.

[그림 6-10] 가족요양비 수급자규모 변화(2008.12-2011.06)



□ 노인장기요양보험법에서의 가족 요양에 대한 규정은 제41조의 가족 등의 장기요양에 대한 보상 조항이 있으나, 시행되지 않음.

○ 조항에 의하면 수급자가 현물급여를 일정수준 이하로 이용하고 가족으로부터 방문요양을 받은 경우 본인일부부담금의 감면, 또는 이에 갈음하는 조치를 할 수 있음이 명시되어 있어 가족 등에 의해 이루어진 장기요양에 대해 보상할 수 있는 근거는 있음.

□ 현재 노인장기요양보험에서는 가족요양비 이외의 가족에 의한 보호에 대한 지원은 없는 상태이지만, “가족인 요양보호사”가 제공한 방문요양 및 방문목욕에 대한 수가가 지급되고 있음.

○ 가족인 요양보호사 급여는 엄격히 볼때 가족에 의한 보호에 대한 지원이라고 볼수 없으나, 수급자와 요양보호사가 가족 관계를 갖고 있는 특수성으로 인하여 가족에 의한 보호에 대한 지원으로 인식되고 있음.

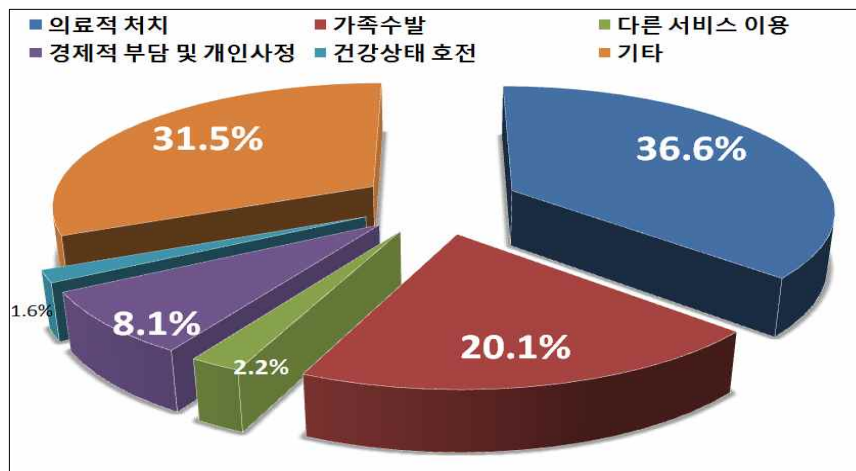
○ 수급자의 가족 등인 요양보호사(가족인 요양보호사)가 가족에게 제공한 방문요양과 방문목욕에 대해서는 제한적으로 수가를 지급하도록 하고 있음.

- 방문요양 급여는 1일 60분 급여, 월 최대 20일까지 수가를 인정하도록 함.

- 단, 수급자의 치매로 인한 폭력성향, 피해망상, 부적절한 성적 행동으로 인해 가족인 요양보호사의 방문요양 급여 제공이 불가피한 경우 및 65세 이상 배우자가 요양보호사로서 급여를 제공하는 경우 등의 특수한 사유가 있는 경우는 예외규정을 신설하여 1일 90분, 월 230일까지 급여비용을 청구하도록 함.

- 가족인 요양보호사에 의한 급여에 대한 지급 기준은 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 방문 요양 인정시간의 축소, 가족의 범위 확대등의 변동이 이루어짐.
- 이는 가족인 요양보호사에 의한 방문요양가 급격히 확대되고, 이로 인한 부작용이 속출하면서 노인장기요양보험제도의 본래의 의도와 다르게 적용되는 문제가 나타남으로 인해 개선의 필요성이 제기됨.
- 가족인 요양보호사에 의한 급여 수급자 규모는 6만 3,867명으로 방문요양 이용자의 42.0% 규모이며, 이는 재가급여 이용자의 38%, 노인장기요양보험 급여이용자의 26%로 추정함.

[그림 6-11] 장기요양서비스 미이용 사유



2) 국외사례 (일본, 독일, 기타 OECD 등)

- 가족과 같은 비공식적 자원을 적극 활용하기 위해서 이용되고 있는 지원 방식은 장기요양 제도에서 현금급여³⁹⁾ 지급을 통해 비공식적 인력을 활용하도록 하는 방식, 가족 등의 비공식적 수발자에 대해서 수발수당을 주는 형태, 또는 휴가나 연금권 등을 지원하는 방식이 있음.

39) 현금급여는 급여형태의 한 가지 유형으로 본래의 목적은 가족 등의 비공식적 인력을 지원하기 위함이라기보다는 수급자의 선택권 강화 등의 목적을 우선시 함. 하지만 장기요양제도의 현금급여에서 가족 등의 비공식적 인력 사용을 허용함으로써 요양보호 수급노인을 돌보는 가족에 대한 지원의 효과가 나타남.

<표 6-31> 비공식적 수발자에 대한 보상 유형

구분	현금급여	수발수당 (현금)	비금전적 방식(휴가, 연금 등 제도지원)	보상제한
정책 목표	-소비자선택권 보장 -수발인력으로서 가족 등 비공식적 자원의 적극적 활용	-수발인력으로서 가족 등 비공식적 자원의 활용 -노인 가구의 소득 보장	-수발노동에 대한 사회적 가치 인정 -수발자의 노동권 보호	-현금은 가족내(여성) 돌봄노동을 고착화 시킨다는 반발 -제도화된 양질의 서비스 이용권장
보상 방법	수급자에게 지급	수발자에게 직접 지원	수발자에게 직접 지원	금지
채택 국가	독일, 네덜란드 오스트리아, 프랑스, 스웨덴 등	호주, 영국, 핀란드 등	대부분의 서유럽국가, 호주, 미국 등	일본 (개호보험)

□ 현금급여는 독일, 네덜란드, 오스트리아 등에서 활용되고 있으며, 대부분 가족원에 의한 요양을 허용함. 그러나 국가별로 차이가 있음(네덜란드: 동거가족 제외).

○ 독일의 장기요양보험에서의 현금급여는 수급자가 현물급여와 현금급여, 혼합급여 중 선택할 수 있도록 함. 이를 통해 가족 고용 가능. 단, 최근 도입된 개인계정의 경우 현금 급여와는 달리 현물급여 수준으로 급여를 인정하되 가족이용은 불가능

○ 네덜란드는 장기요양보험에서 개인계정 운영, 가족에 의한 급여는 인정하지만 비동거만 인정

□ 수발수당형은 일정한 기준의 수발을 제공하였을 경우 소득을 지원해 주는 형태, 제공하는 수발서비스로 인한 비용 지출 또는 수발로 인한 손실비용을 손실된 만큼 보상해 주는 형태, 수발이 제공된 시간을 계산하여 그 시간에 상응하는 만큼의 수당을 제공하는 형태가 포함됨.

○ 영국, 캐나다, 호주 등에서 적용되며, 국가와 제도에 따라 소득수준을 기준으로 두는 경우, 보호시간에 대한 의무, 또는 전일제 근무에 대한 제한 등을 두는 경우로 다양하게 운영되고 있음.

□ 기타 비공식 보호에 대한 지원형은 가족 요양에 대해서 세금공제나 일부 할인을 통해 수발 행위에 대한 인센티브, 연금크레딧 제공(공적 보험료의 대불) 등 경제적 지원과, 수발자에 대한 휴가 보장 및 업무 지원, 교육프로그램 제공, 상담서비스 제공, 유급 또는 무급휴가 지급, 휴식서비스 이용 등 비경제적 지원이 있음.

□ 보상제한형

- 일본의 개호보험에서는 가족에 의한 요양에 대해서는 매우 제한적으로 보상을 실시
 - 일본이 다른 국가와 다른 특성은 현물급여만으로 제도를 실시하고 있으며 현금급여는 매우 제한적으로 산간 오지 등에 거주하여 인프라가 부족한 지역에 거주하는 노인의 경우 가족이 홈헬퍼 자격증을 갖고 있을 때만 허용함.
- 따라서 가족에 의한 요양은 개호보험에서 급여로서 제공하지 않고 있음.

다. 추진계획

1) 가족요양비 급여 현실화 및 등급별 차등화

- 장기요양 필요 노인(등급자)에 대한 가족 보호를 활성화하기 위해 현재의 가족 요양비 급여수준을 현실화하고, 가족보호자에 대한 지원을 확대하도록 함.

□ 가족요양비 급여 현실화

- 현재 가족요양비는 등급무관하게 월 15만원을 지급하고 있음. 그러나 가족인 요양보호사 확대 등으로 인해 점차 그 가치가 퇴색되고 있으며, 급여 이용자도 감소하고 있음.
- 가족 요양비의 급여수준 상향조정함으로써 가족내에서의 보호역할에 대한 보상의 의미를 가질 수 있도록 함.
 - 단, 가족 요양비의 급여수준은 현재의 현물 급여 중심의 체계에 부정적 영향을 미치지 않도록 하여야 함. 가족요양비의 급여수준 향상으로 인해 부적절한 가족요양비 지급사례가 증가하지 않도록 하여야 할 것임.
 - 또한 가족요양비의 본래의 의미는 가족에 의해 요양이 이루어지는 가족에 대한 지원, 위로의 차원이라는 의미를 갖고 급여수준의 조정을 필요로 할 것임.

□ 가족요양비의 급여수준은 급여한도액의 약 30%까지 확대

- 가족요양비는 현금급여의 성격보다는 가족 요양에 대한 위로비라고 볼 수 있으며, 현재의 가족요양보호사 급여수준과의 균형을 필요로 함.
 - 따라서 외국의 현금급여의 수준(급여한도액의 약 50%, 현물급여에 대한 대체적 성격)보다는 낮게 책정되는 것이 적합함.
- 현재 가족요양보호사 급여인정 기준을 고려하여, 그와 유사한 수준이 적합할 것으로 판단됨.
 - 현재 가족요양보호사는 방문요양급여 1일 60분, 월 20일을 인정(60분 수가 16,120

원, 20일 인정할 경우 322,400원), 이의 본인부담금을 15% 제외할 경우 약 274,000원 수준임.

- 재가급여 등급별 월 한도액의 30%를 지급할 경우 342,180원(1등급) ~244,410(3등급)으로 평균 292,650원(월)임. 이는 가족요양보호사 급여액과 유사함.

□ 가족요양비 수급 노인의 보호상태 점검 기제 마련

- 가족 요양비 수급자의 경우 정기적인 노인의 기능상태 및 보호실태에 대한 점검을 받는 것을 의무화하도록 함.
 - 노인의 기능상태 및 보호실태에 대한 점검은 방문간호기관을 통해 점검을 의무화하도록 함.
 - 월 1회 가량 방문간호사에 의한 보호실태 점검(보호실태 점검 수가 신설)
 - 방문간호사는 점검실태를 해당 공단에 보고하고, 적절한 보호가 이루어지지 않는다고 판단할 경우 타 서비스의 이용으로 전환하도록 함.

가. 추진 필요성

- 장기요양수가는 서비스제공이 소요되는 비용을 보전해주는 가격으로 장기요양서비스시장에서 자유롭게 결정되는 가격이 아니고 정부가 결정해서 고시하는 공정가격의 성격을 띄고 있음.
 - 이는 국가가 일정한 정책목표를 달성하기 위해 결정한 특정한 물품의 판매가격이고, 정부가 경제정책상의 필요에 따라 일정한 상품에 대해 정해 놓은 판매가격을 말함.
 - 이러한 공정가격은 그것이 최고가격으로 정해지는 경우와 최저가격으로 정해지는 경우가 있으며, 최고공정가격은 상품의 공급이 부족할 때 가격의 폭등을 방지하기 위해 설정되며, 최저공정가격은 상품의 공급이 과잉될 때 덤핑을 방지하기 위해 설정됨.
- 장기요양수가가 지니고 있는 목적으로는, 장기요양서비스가 일종의 복지서비스에 해당하여 일반 상품(물품)과는 달리 서비스가격의 폭등이나, 덤핑의 발생 여지가 매우 낮지만, 적절한 가격의 설정으로 서비스품질의 하락 방지 또는 유지를 도모하는데 있음.
 - 다시 말하면, 서비스가격의 폭등으로 서비스를 구매하지 못하게 되는 사태를 방지하여 소비자(이용자)를 보호하는데 있고, 또한, 과잉된 공급자간 경쟁에 의한 가격의 덤핑으로 공급자(장기요양시설 및 기관)가 정상적으로 운영되지 못하는 사태를 방지하고, 가격하락에 의한 서비스의 질 저하를 방지하여 궁극적으로 소비자(이용자)를 보호하는데 있음.
 - 그 이외에, 공정가격으로 서비스비용을 보장해 줌으로써, 공급자(장기요양시설 및 기관)로 하여금 질적 수준을 유지하게 하고, 시설(기관) 경영을 효율적으로 유도하게 하는 목적도 지니고 있음. 따라서, 이를 지키지 못하는 공급자에 대한 지도감독, 심지어는 자발적인 시장에서의 이탈이나 악덕공급자에 대한 강제적인 시장으로부터의 퇴출도 이루어지게 하는 것이 일반적임.
- 그러한 장기요양수가의 산정은 일반적으로 서비스의 내용, 장기요양상태구분, 장기요양시설 및 기관의 소재지역 등을 감안하여 평균비용을 중심으로 정부가 정한 기준아래 이루어지고 있음. 특히, 소재지역을 고려하는 이유는 지역간 물건비나 인건비의 차이를 고려하기

위한 것임.

- 따라서 수가의 산정은 서비스의 내용, 장기요양상태구분, 장기요양시설 및 기관의 소재 지역과 같은 변수의 급격한 변화가 발생하지 않는 한, 수시로 결정되기 보다는 중장기 재정운영체계아래에서 이루어져야 할 것이고, 이를 통해서 장기요양시설 및 기관으로 하여금 안정되고 효율적인 경영계획하에 운영할 수 있도록 하여야 함.
- 다만, 제도개혁에 따른 신규 서비스의 도입 등, 제도의 변화가 발생하는 경우에는 필요한 시기에 재산정될 수 있음. 그러한 경우를 제외하고는 일정주기를 두고 재산정, 조정 되는 것이 바람직함.

나. 현황과 문제점

- 현재 장기요양수가는 매년 개최되는 장기요양위원회에서 심의, 결정되고 있으며, 제도 전반적인 관점이라기보다는 개별급여서비스마다 사안이 발생하는 경우에 수가조정되고 있어 일관성이 결여되어 있음.
- 현재, 수가가 설정되고, 개정될 때마다 수가운영계획이 책정되어 있지 않은 실정임. 다시 말하면, 수가개정이 발생하는 경우, 그 목적과 개정에 따른 결과를 판단한 후 재개정의 논의가 이루어져야 하나, 현재에는 매년 시설 및 기관의 경영분석을 수행하지 못함으로써 개정결과에 따른 효과성을 파악하지 못하고 있는 상태임.
- 제도도입이후 2011년 상반기까지 이루어진 장기요양수가관련 개정내용을 보면 아래와 같음.
- 제도도입이후 지금까지 총 10차례의 수가 개정 고시가 이루어져 왔으며, 수가개정에 관한 검토작업 및 심의와 관련된 기구는 장기요양급여심사위원회(보험자소속), 장기요양 실무위원회·장기요양위원회 등이 운영되고 있음.

<표 6-32> 노인장기요양보험제도 도입이후 수가개정 내용

시기	내용
2008. 6	장기요양수가 고시
2008.12	장기요양수가 개정 고시
2009. 3	장기요양수가 개정 고시
2009. 6	장기요양수가 개정 고시
2009.12	장기요양수가 개정 고시
2010. 2	장기요양수가 개정 고시
2010. 4	장기요양수가 개정 고시
2010.12	장기요양수가 개정 고시
2011. 2	장기요양수가 개정 고시
2011. 6	장기요양수가 개정 고시
2011. 7	장기요양수가 개정 고시

□ 사회복지제도에서의 공정가격에 대한 조정사례 및 방식을 보면 다음과 같음.

○ 국민기초생활보장제도에서의 최저생계비 결정

- 국민기초생활보장법 제6조에 의하면, 최저생계비는 소득·지출수준과 수급권자의 가구 유형 등 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 결정하여야 하고, 최저생계비를 결정하기 위하여 필요한 계측조사를 3년마다 실시하는 것으로 명시되어 있음.
- 최저생계비의 계측이 2010년도에 이루어졌고, 2013년도에 다시 이루어질 계획인데, 그 사이의 최저생계비는 경제변수로 조정하고 있는데, 2011년도의 최저생계비는 2010년의 최저생계비에 물가상승률(3%) 추정치를 적용하였음.

○ 국민연금제도에서의 노령연금액 조정

- 법 제4조에 의하면, 급여액은 국민의 생활수준, 임금, 물가, 그 밖에 경제사정에 뚜렷한 변동이 생기면 그 사정에 맞게 조정되어야 하는 것으로 명시되어 있으며, 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전국소비자물가변동률을 기준으로 하고 있음.

□ 일본 개호보험제도내 개호보수의 개정사례

- 일본개호보험에서는 3년을 단위로 하는 중기재정운영계획을 채택하고 있어서 3년마다 개정하는 것으로 되어 있음. 이에 따라 2003년 4월에 1차 개정, 2006년 4월에 2차 개정, 2009년 4월에 3차 개정, 2012년에 4차 개정이 이루어질 예정임.
- 그러나, 2005년도에는 계획에 따른 1차 개호보험제도의 개혁이 단행되어 그 결과를 수가에 반영하기 위하여 2005년 10월에 시설급여관련 수가가 개정되는 등, 개정사유가 발생하는 시에는 적절하게 이루어지고 있음.

<표 6-33> 일본 개호보험제도의 도입이후 수가개정 내용

시기	내용
2003. 4	1차 개호보수 개정
2005	1차 개호보험 개혁
2005.10	1차 제도개혁에 따른 시설급여관련 수가 개정
2006. 4	2차 개호보수 개정
2009. 4	3차 개호보수 개정
2010	2차 개호보험 개혁. 그러나, 2011년에 개혁 논의, 단행
2012	4차 개호보수 개정 예정

□ 독일 개호보험제도내 장기요양수가의 개정사례

- 독일은 부정기적으로 장기요양수가를 개정하고 있는데, 지난 2006년도에 완전히 장기요양보험이 도입된 이후, 2008년도에 보험급여수준(서비스수가)을 상향조정한 것으로 나타남.
- 이는 독일의 장기요양보험제도가 현물급여가 아닌 현금급여(전체 급여수급자 중의 약 70%를 차지)를 중심으로 운영되고 있기 때문에 급여수준(서비스수가)의 조정이 원활하지 못한 구조로 되어 있음을 반영함.
- 2008년도의 제도개혁에서는 그동안 물가수준의 상승이 점차적으로 이루어져 현금의 가치하락에 따른 급여수준이 현실성을 반영하고 있지 못하다는 비판에 의해 단계적인 인상을 계획하고 있음.

다. 추진계획

□ 수가개정방식의 변경 실시

- 정기적인 수가개정은 3년마다 실시
- 단, 제도개혁 및 법 개정에 따른 신규 수가 등, 수가 재산정의 필요성이 발생하는 경우에는 장기요양위원회의 동의아래 실시
- 또한, 매3년마다 정기적인 수가 개정이 이루어지지 않는 연도에는 임금인상, 물가변동 등 경제적 상황을 고려하여 적절하게 기존 수가를 조정할 수 있도록 제도화. 다만, 의무적 시행보다는 정부의 물가관리대책과 연동하여 수가인상이나, 수가조정의 유보도 가능

- 제1안: 전산업부문, 또는 공공부문의 임금인상률을 감안한 조정방식

이는 장기요양시설에서 지출되는 총지출의 2/3가 종사자인건비가 차지하고 있는 실정을 고려한 것이고, 장기요양보험재정이 일종의 공공재정의 성격을 띄고 있기 때문에 공공부문의 종사자임금을 고려하는 것도 합당하기 때문

- 제2안: 전국도매물가 또는 전국소비자물가수준을 감안한 조정방식

이는 경제불황의 시기에는 임금인상이 이루어지지 않음에도 불구하고, 물가가 상승하는 현상이 발생하고 있다는 점에서 최소한 관리운영비라도 보전해 줄 필요가 있기 때문

- 제3안: 임금 및 물가수준의 변동을 혼합하여 조정하는 방식

이는 장기요양서비스의 원가가 인건비와 관리운영비(경비)로 구성되어 있어서, 원가를 각각 7:3의 비율로 조정하여 최소한 한 쪽부문의 변동이라도 고려하여 반영할 수 있기 때문

가. 추진 필요성

- ☐ 장기요양보험은 포괄수가제의 형태로서 장기요양기관에서 수행되어야 할 서비스가 하나의 패키지의 형태로 제공되어지고 있음. 그럼에도 불구하고 장기요양기관에서 수행되어야 할 서비스에 대한 기준 및 범위가 명확하게 마련되지 못하고 있음.
- 현재는 장기요양기관별로 서비스를 계획하고 실시함으로써 기관별 제공되는 서비스의 범위와 서비스 수준이 다르게 나타남.
- 장기요양기관별로 제공되어야할 서비스의 구체적 범위와 기준을 설정함으로써 서비스의 규격화와 전문화가 이루어질 수 있도록 해야 함.
- 표준화된 장기요양 급여 제공 기준을 마련하여 이용자 측면에서는 지역이나 시설규모와 무관하게 최소한의 서비스 질을 보장받을 수 있으며, 제공자 측면에서는 현장에서 수행할 급여종류별 필수적인 표준 제공기준을 제공받음으로써 일정수준 이상의 서비스 질을 담보하여 전체적인 서비스 질의 상향 평준화를 유도할 수 있음.

- ☐ 표준 장기요양급여 기준은 장기요양기관 평가의 기준으로 활용될 수 있으며, 또한 급여비용의 산정 불가 및 가감산의 기준으로서의 의미를 갖음.

나. 현황과 문제점 (외국사례 포함)

- ☐ 장기요양서비스 표준화를 위한 연구작업은 2009년과 2011년 2차례 실시되었으나, 요양기관에서 사용이 부족한 상태임.
 - 개발된 서비스 가이드(표준)에 대한 신뢰성이 검증되지 않은 단계로 요양기관에서의 활용이 의무화되지 않았으며, 개발된 내용에 대한 활용이 부족한 상태임.
 - 또한 개발된 연구결과를 적극적으로 실무에서 적용할 수 있도록 하는 홍보 및 전략이 이루어지지 않은 상태임.

☐ 외국사례

- 독일

- 치매환자 care 방식 개발 및 적용
 - 치매환자를 보호하는 방식을 개발하여, 대부분의 시설에서 기본 지침으로 활용되어지고 있음.
 - 독일에서 제공되는 서비스 및 과정에 대해서 표준화하고, 이를 질 평가 항목으로 활용되고 있음.
- : 요양시설에서 적용할 수 있는 지침을 전문가들에 의해서 표준화함. 모든 요양시설, 서비스 업체에서 준수, MDK에서 이것을 평가항목으로 두고 있음.

다. 추진계획

□ 장기요양급여별 제공 모형 개발

- 장기요양급여별 (요양시설급여, 방문요양급여, 방문목욕, 주야간보호 등) 제공 모형 개발
- 노인 특성별 서비스 제공 모형 개발
 - 노인 특성별 서비스 제공모형 개발을 위한 노인의 심층 욕구 평가(need assessment) 방식 개발을 통한 노인 특성의 유형화
(예, 건강 및 기능상태, 공식 및 비공식적 활용 가능 자원 등의 평가)
 - 노인의 심층 욕구평가를 통한 서비스 제공 계획 방식 개발
(예, 기능재활 중심의 요양보호형, 일상생활 중심 요양보호형, 치매 치료 중심 요양보호형 등)
 - 유형별 서비스 제공모형 개발

□ 장기요양급여별 제공 모형 적용

- 장기요양급여별 제공 모형에 대한 단계적 적용
 - 요양시설 우선 적용 후 재가급여로 적용 확대

□ 요양기관 평가 항목으로 활용

- 요양기관 평가항목으로 연계함으로써 서비스 제공 모형이 실시될 수 있도록 유도

가. 추진 필요성

- 장기요양욕구(long-term care needs)를 지닌 자는 신체케어와 가사지원에 대한 니드는 물론이고, 보건의료적 니드도 동시에 지니고 있음.
 - 즉, 장기요양보호대상자에게 제공되는 서비스는 복지서비스뿐만 아니라 보건의료서비스 및 기타 사회서비스까지 총망라하는 것으로 되어 있는데(Doty, et al, 1985; Pratt, 1999; Evashwick, 1996; OECD, 1996), 대인적 케어로 통용되는 복지서비스를 비롯하여, 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등과 같은 의료관련직종에 의한 서비스까지 장기요양보호서비스로 보고 있음.
 - 다시 말하면, 장기요양보호대상자가 신체적이나 인지정신적인 기능의 제한을 지닌 채 일상생활을 수행하는데 필요한 모든 서비스를 제공하여야 하는 것으로 볼 수 있으며, 여러 직종의 종사자가 협력하여 서비스를 제공하여야 함을 포함하고 있음.
- 이러한 복합적인 욕구를 지니게 된 배경에는 장기요양상태의 발생원인으로부터 파악해 볼 수 있음.
 - 장기요양상태는 총괄적으로 말해서 노년증후군에 의해 발생하는 것으로 일컬어지고 있음. 그 중에서도 중심적인 원인으로는 치매와 뇌졸중과 같은 중증의 만성질환, 낙상사고나 골다공증에 의한 골절, 기타 자연적인 노쇠 등이 지적되고 있음.
 - 우리나라의 장기요양인장자 중에서 치매나 중풍 질환자가 전체의 54.3%를 차지하고, 관절염이나 골다공증, 골절 등 사고후유증이 전체의 16.4%를 차지하고 있어 전체의 70.7%를 차지하고 있는 것으로 볼 때, 우리나라는 아직도 질병과 관련된 장기요양상태의 발생이 중심적임.

<표 6-34> 우리나라 장기요양인정자의 주 질병 현황

(단위: 명)

	합계	치매	중풍	치매+중풍	고·저혈압	당뇨	관절염
전체 (%)	320,261 (100.0)	72,683 (22.7)	80,739 (25.2)	20,462 (6.4)	2,579 (0.8)	4,976 (1.6)	28,545 (8.9)

	요통	골다공증	골절 등 사고후유증	암	호흡곤란	난청	백내장, 녹내장 등	기타
소계 (%)	27,867 (8.7)	471 (0.1)	23,594 (7.4)	4,605 (1.4)	2,392 (0.7)	371 (0.1)	3,177 (1.0)	47,800 (17.7)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

- 따라서, 장기요양서비스가 효과적이고 효율적으로 제공, 이용되기 위해서는 건강보험제도와 노인장기요양보험제도간 연계를 비롯하여 의료서비스와 장기요양서비스간 연계가 필수적으로 이루어질 필요가 있음.

나. 현황과 문제점

- 우리나라의 장기요양보험 급여대상자는 기능상태 등을 고려하여 3개 등급으로 구분하고 있는데, 이는 독일과 중등증이상의 기능장애자를 중심으로 하고, 일본과 다르게 경증자를 제외하고 있는 모형임.
- 이는 생활기능의 중증자일수록 질병의 보유비중도 높아지고 있는 자를 중심으로 장기요양보험제도가 운영되고 있음을 의미하고, 의료와의 연계도 높을 수밖에 없음을 시사해 주고 있음.
- 대체적으로 우리나라 노인의 대부분은 1가지 이상의 만성질환을 보유하고 있으며, 그로 인하여 투약 및 의사의 진료를 정기적으로 받고 있는 실정임.
- 우리나라 노인의 만성질환유병률은 각종 실태조사에 의하면, 80%이상의 높은 수치를 보이고 있으며, 그 중에서도 관절염이 높고, 요통 등의 통증, 고혈압 등이 높은 상태로 이들은 잠재적인 장기요양대상자로 볼 수 있음.

<표 6-38> 장기요양보험 인정자 질병별 현황 ('12. 1월)

(단위, 만명)

(단위, 만명)	치매·중풍	근골격계 질환 (관절염, 요통, 골다공증, 사고후유증 등)	암, 당뇨 등 기타
32	18 (55.3%)	8 (25.2%)	6 (19.5%)

[그림 6-12] 장기요양대상자의 의료서비스 필요 변화



- 현재 장기요양보험제도내에서의 의료와의 연계는 시설급여에 한하여 촉탁의 및 협약의료기관을 통해서 의료서비스를 제공하고 있는 상태임.
- 그러나, 현행 노인요양시설의 직원배치기준에 따르면, 촉탁의가 일정한 정수가 아닌 필요수로 설정되어 있어, 의사에 의한 의무적인 의료서비스가 제공되지 않아도 됨. 따라서, 특히 소규모 요양시설의 경우에는 촉탁의서비스가 제공되지 않는 시설이 상당 존재하고 있음.
- 더욱이, 9인 미만의 노인요양공동생활가정의 경우에는 직원배치기준에 촉탁의가 제외되어 있어 의사서비스가 원천적으로 제공되지 않는 모형으로 되어 있음.

<표 6-35> 노인요양시설의 직원배치기준

직종별		시설의장	사무국장	사회복지사	의사 (현의사 또는 촉탁의사)	간호사 또는 간호조무사	물리 치료사 또는 작업 치료사	요양 보호사	사무원	영양사	조리원	위생원	관리인
노인 요양 시설	입소자 30명 이상	1명	1명 (입소자 50명 이상인 경우로 한정함)	1명 (입소자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	필요수	입소자 25명당 1명	1명 (입소자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	입소자 25명당 1명	필요수	1명 (입소자 50명 이상인 경우로 한정함)	필요수	필요수	필요수
	입소자 30명 미만 10명 이상	1명	1명		필요수	1명	필요수	입소자 25명당 1명			필요수	필요수	
노인요양공동생활 가정			1명			1명		입소자 3명당 1명					

- 또한, 요양시설에서의 의료서비스는 간호인력이나 재활인력에 의한 서비스가 중심인데, 입소정원 30인미만의 시설에서는 재활인력이 배치되지 않는 경우가 대부분이어서 물리 치료나 작업치료에 의한 기능훈련은 전혀 이루어지고 있지 못한 것으로 판단됨.

□ 그 이외의 현행제도의 문제점으로는,

- 형식적인 계약과 관리 감독이 소홀한 실정. 즉, 노인요양시설의 촉탁의는 정기적(2주에 1회 이상)으로 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 취하도록 하고 있으나, 실제로는 이름만 올려놓고 촉탁의가 방문하지 않거나 방문주기를 지키지 않는 등 형식적으로 계약을 하는 요양시설이 많은 것으로 추정됨
- 촉탁의 비용이 요양시설 수가에 포함되어 있기 때문에 촉탁의가 시설장의 이익과는 독립적인 의견을 피력하기 힘들 (시설장이 촉탁의가 마음에 들지 않으면 언제든지 촉탁의를 바꿀 수 있음)
- 또한, 많은 요양시설에서 경영상의 어려움을 이유로 촉탁의 비용을 제대로 지급하지 않고 실제로는 명목상 이름만 걸어놓고 형식적으로 운영하는 경우가 많음

□ 촉탁의 제도를 운영하는 대부분의 나라에서 촉탁의 비용은 별도로 촉탁의에게 지급하고 있음

□ 그리고, 재가급여에서는 방문간호서비스를 제외하고는 보건의료서비스가 제공되고 있지 못한 실정이고, 필요한 경우에는 병의원 등, 보건·의료기관을 방문하여 서비스를 받을 수밖에 없음.

- 따라서, 집밖의 외출이 불가능한 1, 2등급자이거나, 보건·의료기관의 방문을 동행해 줄 수 있는 케어자가 부재한 경우에는 의료서비스 수급이 불가능한 상태
- 향후 1, 2등급자를 비롯하여 재가에서의 장기요양을 희망하는 경우, 재가에서의 의료적 욕구가 높아질 것으로 예상되고 있어, 시설에서와 같이 의사방문에 의한 진료가 필요할 것이고, 최소한 방문간호서비스와의 의무적 연계도 필요할 것임.
- 현재, 재가급여서비스 중에서 방문간호서비스의 이용건수는 2011.6월말 현재, 재가급여 이용자1인당 0.02건으로 방문요양(0.87건), 방문목욕(0.26건), 등 기타 방문형 서비스에 비해 매우 낮은 것으로 나타남. 이는 방문목욕서비스 제공기관이 부족하여 접근

성이 떨어지기 때문인 것으로 판단됨.

<표 6-36> 재가급여유형의 등급별 이용현황

(단위: 백만원)

구 분	계		1등급		2등급		3등급	
	실인원수	금액	실인원수	금액	실인원수	금액	실인원수	금액
계	175,814 (100.0)	135,021	15,892 (100.0)	14,491	26,815 (100.0)	22,160	133,594 (100.0)	98,371
방문요양	155,520 (88.5)	112,827	14,036 (88.3)	12,298	23,693 (88.4)	18,558	118,123 (88.4)	81,971
방문목욕	40,888 (23.3)	7,048	4,921 (31.0)	1,156	7,414 (27.6)	1,522	28,620 (21.4)	4,370
방문간호	3,321 (1.9)	500	947 (6.0)	173	677 (2.5)	106	1,709 (1.3)	222
주야간	11,515 (6.5)	7,738	175 (1.1)	128	1,061 (4.0)	751	10,290 (7.7)	6,859
단기보호	1,198 (0.7)	652	44 (0.3)	27	173 (0.6)	96	986 (0.7)	527
복지용구	39,073 (22.2)	6,257	5,518 (34.7)	708	7,941 (29.6)	1,127	25,773 (19.3)	4,421

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 6-37> 재가급여유형별 서비스이용현황

구 분		소계		방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호	복지 용구
		인원 (명)	총건수						
전체	계	189,595	440,086	165,477 (0.87)	48,393 (0.26)	4,078 (0.02)	13,412 (0.07)	1,683 (0.01)	207,043 (1.09)
	일반	144,048	336,220	124,688	36,922	2,906	11,010	1,395	159,299
	기초수급	28,323	66,972	25,507	6,807	783	1,490	143	32,242
	의료급여	2,556	5,831	2,224	619	50	174	17	2,747
	감경	14,668	31,063	13,058	4,045	339	738	128	12,755
1등급	소계	17,068	55,317	15,134 (0.89)	5,790 (0.34)	1,173 (0.07)	291 (0.02)	132 (0.01)	32,797 (1.92)
	일반	13,667	45,615	12,112	4,611	900	240	98	27,654
	기초수급	2,019	5,726	1,779	688	178	32	20	3,029
	의료급여	242	839	218	87	12	4	3	515
	감경	1,140	3,137	1,025	404	83	15	11	1,599
2등급	소계	28,665	79,189	25,285 (0.88)	8,569 (0.30)	850 (0.03)	1,330 (0.05)	264 (0.01)	42,891 (1.50)
	일반	22,805	64,062	20,047	6,812	618	1,118	221	35,246
	기초수급	3,362	8,928	3,028	980	147	122	16	4,635
	의료급여	390	1,111	333	116	13	19	4	626
	감경	2,108	5,088	1,877	661	72	71	23	2,384
3등급	소계	143,862	305,580	125,058 (0.87)	34,034 (0.24)	2,055 (0.01)	11,791 (0.08)	1,287 (0.01)	131,355 (0.91)
	일반	107,576	226,543	92,529	25,499	1,388	9,652	1,076	96,399
	기초수급	22,942	52,318	20,700	5,139	458	1,336	107	24,578
	의료급여	1,924	3,881	1,673	416	25	151	10	1,606
	감경	11,420	22,838	10,156	2,980	184	652	94	8,772

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 한편, 생활기능의 훈련 및 유지를 전문으로 하는 재활서비스가 장기요양보험뿐만 아니라 건강보험에서도 부재, 또는 미흡한 실정임.

- 현재 신체적 기능의 훈련을 전문으로 하고 있는 방문재활 및 통원형 주간재활서비스가 양 보험제도내에서 이루어지고 있지 못한 실정임.
- 이들 재활서비스는 의료행위에 속하는 것으로 의사의 지시감독을 필요로 하고 있어서 건강보험의 틀 안에서 구축, 시행되고 있으나, 회복재활을 필요로 하는 일반환자를 중심으로 서비스가 제공되고 있을 뿐이고, 기능의 유지를 위한 재활서비스는 전혀 활성화가 되어 있지 않고, 체계화도 되어 있지 못한 상태임.
- 이로 인하여 현행체계에서 시설입소가 불가능하여 재가에서의 자립생활이 가능한 장기요양대상자에 대한 재활서비스가 부재하여 신체기능의 급속한 하락을 유발시키고 있는 실정임.

다. 추진계획

□ 입소생활시설의 촉탁의 및 소규모·주야간보호시설의 정규간호사 배치 의무화

- 입소정원 30인 이상 시설인 경우에는 반드시 촉탁의를 의무적으로 배치할 수 있도록 조정함.
- 30인미만의 시설, 특히 9인 이하 시설의 경우, 촉탁의 계약 의무조항 없지만, 9인 이하 시설도 의료적 관리가 필요한 입소자의 비율이 매우 높은 상황임. 따라서 실제 많은 의료적 문제가 9인 이하 시설에서 일어나고 있음.
- 또한 9인 이하 시설의 경우라도 반드시 촉탁의 계약을 해야 한다는 조항을 추가하는 것이 필요함.

<표 6-39> 촉탁의 운영방식·관리체계 개선 및 유희의료인력 활용방안

	(현행)	→	(개선안)
운영방식	1개 입소시설-1인 의사간 협약		다수 입소시설-1인 의사간 협약
관리체계	입소시설에서 비용 지급		제3기관(예. 건보공단)에서 지급
활용인력	1차 의료기관 의사가 대부분		은퇴의사, 육아휴직 중 의사 등

- 소규모 및 주야간보호시설에는 최소한 정규간호사(특히, 노인전문간호사)의 배치를 의무화함.
- 촉탁의 비용을 분리하여 촉탁의에게 직접 지급함
- 현재 요양시설 수가에 포함되어 지급되고 있는 촉탁의 비용을 분리하여 촉탁의에게 직접 지급함

- 공단에서 촉탁의가 공단에 지급청구 할 수 있는 시스템을 개발 필요
- “방문당 기본료 + 입소자 수에 따른 가산 방식 도입” 필요 : 특히 접근이 어렵고(농촌, 산간지역) 입소자 수가 적은 요양시설은 촉탁의가 기피하기 때문에 이에 대한 인센티브가 필요함
- 요양시설에 대한 관리 감독 강화
 - 형식적으로 촉탁의 계약을 하고 실제로 촉탁의 방문이 이루어지지 않고 있는 요양시설이 많을 것으로 추정하고 있으나 실제로 이를 밝혀내기가 쉽지 않음
 - 요양시설에서 공단에 전산으로 보고하는 양식에 반드시 ‘촉탁의 연락처’를 넣도록 하고, 정기적으로 무작위 선정하여 촉탁의에게 전화를 걸어 실제 촉탁의 방문이 이루어지고 있는지 검증하는 작업이 필요함

□ 재가급여수급자의 방문간호서비스 수급지원 강화

- 간호서비스욕구를 지닌 장기요양대상자의 경우, 방문간호서비스를 정기적으로 제공할 수 있도록 장기요양계획을 수립하도록 지시
- 또한, 간호서비스욕구를 지닌 자를 비롯한 정기적인 의료기관방문자의 경우, 의료기관동행서비스를 마련

□ 장기요양대상자의 화상진료서비스 개발 및 시범사업 추진

- 방문간호서비스를 제공할 때, 촉탁의 또는 단골의사와의 화상진료를 통해서 의료적 처치를 지도하고 이용자의 안심을 도모하여 재가급여의 활성화를 유도할 필요가 있음.
- 화상진료의 대상은 1, 2등급의 중증자로 한정하고, 화상진료가 가능한 진료범위를 사전적으로 설정함.

□ 기초보장 및 차상위 저소득계층대상의 보건소 방문보건서비스 허용 지원

- 장기요양서비스를 받는 자에게는 기타 지역보건복지서비스(보건소서비스 포함)를 제공하지 않는 것으로 되어 있으나, 중소도시 및 농어촌지역의 경우에는 방문간호서비스 제공기관이 부족하여 의료적 서비스를 제대로 받고 있지 못함. 특히, 저소득계층의 경우에는 비용부담의 이유로 의료기관의 방문도 어려운 상태임.
- 따라서, 방문간호서비스 제공기관의 확충으로 간호서비스수요가 충족되기 이전까지는 기초수급자 및 차상위 저소득계층에 한하여 보건소의 맞춤형 방문건강관리서비스를 제공할 수 있도록 함.

□ 장기요양시설 및 주야간보호시설에서의 의 기능훈련(재활)서비스의 강화

- 물리치료사나 작업치료사가 부재한 노인요양공동생활가정을 비롯한 모든 중·소규모의 장기요양시설 및 주야간보호시설을 대상으로 기능훈련서비스를 강화
- 이를 위해서, 재활치료관련의 물리치료사나 작업치료사의 시설방문을 통해서 기능훈련을 실시하는 것도 허용

가. 추진 필요성

- 노인 보호(care)는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 제공하는 것으로, 가족의 책임으로 수행되었으나 점차 노인보호를 사회의 공통적 위기로 인식하며 사회적 제도화가 이루어지고 있음.
- 핵가족 중심의 가족구조 변화, 남성 위주의 경제활동에서 여성의 경제활동 참여의 확대, 노인세대의 경제적 독립 확대 등은 노인보호의 책임을 점차 가족에서 사회로 변화시키고 있음.
- 노인보호의 사회적 제도화가 이루어졌으나, 여전히 노인보호에서의 가족의 역할은 사회의 공식적 서비스와 함께 유지되고 있으며, 그 중요성 또한 강조되고 있음.
- OECD(2005)는 노인장기요양보호에서 가족 자원을 적극적으로 활용할 것을 권장하며, 다수의 장기요양보호 연구에서의 가족 역할의 중요성이 강조되고 있음(Dwyer and Coward, 1992 ; Kane & Penrod, 1995).
- 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에도 실제로 등급판정을 받은 노인 중 서비스를 이용하지 않은 노인의 약 16.6%가량은 가족 등에 의한 직접 요양을 받고 있는 것으로 나타났다(2011년 5월 장기요양보험통계).
- 또한 노인장기요양보험 급여이용자 중 가족원인 요양보호사로부터 요양을 받고 있는 비율은 약 26%로 추정되고 있음(이윤경 외, 2010).
- 노인장기요양 보호에서의 가족(비공식적 보호)과 공식적 보호간의 관계에 대해서는 다양한 이론적 관점이 존재함.
- 비공식적 보호와 공식적 보호간의 역할을 대체적 관계로 보는 대체모형(substitution model)이 있으며, 이외는 달리 둘 간에는 보완적 관계가 있다고 보는 보충모형(supplementation model), 분업모형, 보완모형, 위계적 선택모형이 제시됨.
- 우리나라의 장기요양보험은 기능이 중증이상자를 대상으로 함으로 공식적 보호체계가 비공식적 보호를 전적으로 대체한다고 볼 수 없음. 또한 시설급여에 이용에 제한이 있는 3등급의 경우 재가급여 이용자는 서비스를 이용할지라도 급여량이 부족으로 인하여

가족에 의한 보호가 보완적으로 이루어진다고 볼 수 있음.

- 따라서 노인장기요양보험제도가 도입되어 기존 가족 수발자의 경제적, 육체적, 정서적 수발부담은 많음 감소를 이루었으나 전적으로 사회화되기 어려우며, 일정부분 가족이 역할을 수행해야할 필요성이 요구되어짐.
- 이를 통해서 제도가 지향하고 있는 “재가보호 우선 원칙”이 이루어질 수 있을 것임.
- 현재 제도에서의 가족에 의한 보호에 대한 지원, 보상이 미흡하거나 혹은 가족 요양보호사 급여의 형태로 가족에 의한 노인 보호의 본래의 성격이 유지되지 못함.
- 그러나 향후 제도의 장기적 발전을 위해서는 가족 자원의 적극 활용이 요구되어지며, 이를 위해서는 현재 왜곡되어있는 이루어지고 있는 가족에 대한 지원(가족 요양보호사 제도)을 수정하고, 순수한 의도로서의 가족보호를 적극 지원할 수 있는 체계 마련이 요구되어짐.

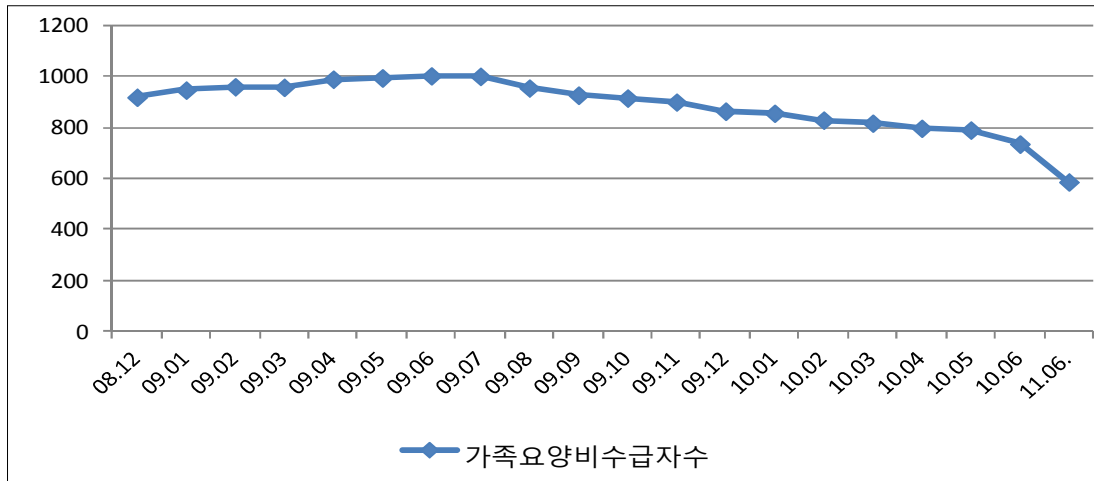
나. 현황과 문제점 (외국사례 포함)

1) 가족 부양에 대한 지원 현황

- 노인장기요양보험에서의 가족 요양에 관한 보상 규정은 제24조 가족요양비와 제41조 가족등의 장기요양에 대한 보상이 있음.
- 가족요양비는 현물급여인 재가급여와 시설급여와는 달리 현 제도에서 실행되고 있는 유일한 현금급여의 형태로서 ‘특별현금급여’로서 지급되고 있음.
- 가족요양비는 현물급여를 이용하지 못하는 지역적 특수성이 인정되는 경우, 수급자의 개인적 신체·정신, 성격 등의 사유로 인하여 타인으로부터 장기요양을 받기 어렵다고 인정된 경우와 같이 매우 특수한 상황에서 지급하도록 함.
- 따라서 가족요양비는 가족에 의한 요양에 대한 급여의 특성보다는 일반적인 현물급여를 이용하지 못하는 매우 제한적 상황에 대한 위로금의 성격을 갖고 있는 급여임.
- 현재 가족요양비의 급여 수준은 등급별 차등없이 월 15만원이 지급되고 있음.
- 가족요양비를 지급받고 있는 수급자는 587명(2011.6)으로 전체 수급자 대비 매우 적은 비율임.
- 가족요양비 급여를 이용하는 수급자 규모는 2009년 6월을 기점으로 약 1,000명 이었

으나, 점차 감소하는 경향을 보임. 이는 가족요양비 급여수준이 가족인 요양보호사에 비해 낮음으로 인해 가족이 요양보호사 자격을 통해 가족 요양보호사 급여로 옮겨갈 것으로 예측되어짐.

[그림 6-13] 가족요양비 수급자규모 변화(2008.12-2011.06)



□ 노인장기요양보험법에서의 가족 요양에 대한 규정은 제41조의 가족 등의 장기요양에 대한 보상 조항이 있으나, 시행되지 않음.

○ 조항에 의하면 수급자가 현물급여를 일정수준 이하로 이용하고 가족으로부터 방문요양을 받은 경우 본인일부부담금의 감면, 또는 이에 갈음하는 조치를 할 수 있음이 명시되어 있어 가족 등에 의해 이루어진 장기요양에 대해 보상할 수 있는 근거는 있음.

□ 현재 노인장기요양보험에서는 가족요양비 이외의 가족에 의한 보호에 대한 지원은 없는 상태이지만, “가족인 요양보호사”가 제공한 방문요양 및 방문목욕에 대한 수가가 지급되고 있음.

○ 가족인 요양보호사 급여는 엄격히 볼때 가족에 의한 보호에 대한 지원이라고 볼수 없으나, 수급자와 요양보호사가 가족 관계를 갖고 있는 특수성으로 인하여 가족에 의한 보호에 대한 지원으로 인식되고 있음.

○ 수급자의 가족 등인 요양보호사(가족인 요양보호사)가 가족에게 제공한 방문요양과 방문목욕에 대해서는 제한적으로 수가를 지급하도록 하고 있음.

- 방문요양 급여는 1일 60분 급여, 월 최대 20일까지 수가를 인정하도록 함.

- 단, 수급자의 치매로 인한 폭력성향, 피해망상, 부적절한 성적 행동으로 인해 가족인 요양보호사의 방문요양 급여 제공이 불가피한 경우 및 65세 이상 배우자가 요양보호

사로서 급여를 제공하는 경우 등의 특수한 사유가 있는 경우는 예외규정을 신설하여 1일 90분, 월 230일까지 급여비용을 청구하도록 함.

- 가족인 요양보호사에 의한 급여에 대한 지급 기준은 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 방문 요양 인정시간의 축소, 가족의 범위 확대등의 변동이 이루어짐.
 - 이는 가족인 요양보호사에 의한 방문요양가 급격히 확대되고, 이로 인한 부작용이 속출하면서 노인장기요양보험제도의 본래의 의도와 다르게 적용되는 문제가 나타남으로 인해 개선의 필요성이 제기됨.
 - 가족인 요양보호사에 의한 급여 수급자 규모는 6만 3,867명으로 방문요양 이용자의 42.0% 규모이며, 이는 재가급여 이용자의 38%, 노인장기요양보험 급여이용자의 26%로 추정함.

2) 국외사례 (일본, 독일, 기타 OECD 등)

- 가족과 같은 비공식적 자원을 적극 활용하기 위해서 이용되고 있는 지원 방식은 장기요양 제도에서 현금급여⁴⁰⁾ 지급을 통해 비공식적 인력을 활용하도록 하는 방식, 가족 등의 비공식적 수발자에 대해서 수발수당을 주는 형태, 또는 휴가나 연금권 등을 지원하는 방식이 있음.

<표 6-40> 비공식적 수발자에 대한 보상 유형

구분	현금급여	수발수당 (현금)	비금전적 방식(휴가, 연금 등 제도지원)	보상제한
정책 목표	- 소비자선택권 보장 - 수발인력으로서 가족 등 비공식적 자원의 적극적 활용	- 수발인력으로서 가족 등 비공식적 자원의 활용 - 노인 가구의 소득 보장	- 수발노동에 대한 사회적 가치 인정 - 수발자의 노동권 보호	- 현금은 가족내(여성) 돌봄노동을 고착화 시킨다는 반발 - 제도화된 양질의 서비스 이용권장
보상 방법	수급자에게 지급	수발자에게 직접 지원	수발자에게 직접 지원	금지
채택 국가	독일, 네덜란드 오스트리아, 프랑스, 스웨덴 등	호주, 영국, 핀란드 등	대부분의 서유럽국가, 호주, 미국 등	일본 (개호보험)

- 현금급여는 독일, 네덜란드, 오스트리아 등에서 활용되고 있으며, 대부분 가족원에 의한

40) 현금급여는 급여형태의 한 가지 유형으로 본래의 목적은 가족 등의 비공식적 인력을 지원하기 위함이라기보다는 수급자의 선택권 강화 등의 목적을 우선시 함. 하지만 장기요양제도의 현금급여에서 가족 등의 비공식적 인력 사용을 허용함으로써 요양보호 수급노인을 돌보는 가족에 대한 지원의 효과가 나타남.

요양을 허용함. 그러나 국가별로 차이가 있음(네덜란드: 동거가족 제외).

- 독일의 장기요양보험에서의 현금급여는 수급자가 현물급여와 현금급여, 혼합급여 중 선택할 수 있도록 함. 이를 통해 가족 고용 가능. 단, 최근 도입된 개인계정의 경우 현금급여와는 달리 현물급여 수준으로 급여를 인정하되 가족이용은 불가능
 - 네덜란드는 장기요양보험에서 개인계정 운영, 가족에 의한 급여는 인정하지만 비동거만 인정
- 수발수당형은 일정한 기준의 수발을 제공하였을 경우 소득을 지원해 주는 형태, 제공하는 수발서비스로 인한 비용 지출 또는 수발로 인한 손실비용을 손실된 만큼 보상해 주는 형태, 수발이 제공된 시간을 계산하여 그 시간에 상응하는 만큼의 수당을 제공하는 형태가 포함됨.
- 영국, 캐나다, 호주 등에서 적용되며, 국가와 제도에 따라 소득수준을 기준으로 두는 경우, 보호시간에 대한 의무, 또는 전일제 근무에 대한 제한 등을 두는 경우로 다양하게 운영되고 있음.
- 기타 비공식 보호에 대한 지원형은 가족 요양에 대해서 세금공제나 일부 할인을 통해 수발 행위에 대한 인센티브, 연금크레딧 제공(공적 보험료의 대불) 등 경제적 지원과, 수발자에 대한 휴가 보장 및 업무 지원, 교육프로그램 제공, 상담서비스 제공, 유급 또는 무급휴가 지급, 휴식서비스 이용 등 비경제적 지원이 있음.
- 보상제한형
- 일본의 개호보험에서는 가족에 의한 요양에 대해서는 매우 제한적으로 보상을 실시
 - 일본이 다른 국가와 다른 특성은 현물급여만으로 제도를 실시하고 있으며 현금급여는 매우 제한적으로 산간 오지 등에 거주하여 인프라가 부족한 지역에 거주하는 노인의 경우 가족이 홈헬퍼 자격증을 갖고 있을 때만 허용함.
 - 따라서 가족에 의한 요양은 개호보험에서 급여로서 제공하지 않고 있음.
- 가족 휴가제도

◆ (참고) 독일

○ 장기요양휴직청구권 ('08.7.1~)

- 최소 15인 이상의 근로자가 있는 기관에 종사하는 경우 장기요양이 필요한 친족수발을 위해 6월까지 휴직 가능 (무급, 사회보장 유지)
- 장기요양휴직기간 동안 연금보험 보험료 납입은 장기요양금고가 책임, 수발인이 주당 최소 14시간 수발하는 것을 조건으로 함

○ **단기휴가** : 친족이 장기요양필요자가 되면 사업장 근로자 수에 상관없이 10일까지 유급휴가 청구권 인정, 이 기간동안 근로자에 대한 사회보장 유지

□ 외국에서 가족 등 비공식적 요양에 대한 보상 정책이 적극적으로 도입되고 있는 것을 보더라도 요양이나 돌봄 노동에서 비공식적 자원의 역할과 중요성에 대해서는 이견이 없는 것으로 보임.

다. 추진계획

□ 가족부양 휴가제 도입. 즉, 장기요양을 필요로 하는 가족원을 돌보기를 희망하는 근로자에 대해 휴가가 가능하도록 제도화함.

○ 노인장기요양보험의 도입은 노인 보호가 사회가 함께 대처해야할 사회적 업무로 인식함. 따라서 가족에 의한 노인 보호를 희망하는 근로자에 대해서는 휴직을 허용하도록 법제화해야 함.

- 아동 보육에 대한 사회적 공동대처의 필요성에 따라 현재 고용보험법에서는 6세 이하의 아동을 둔 부모가 보육을 위해 휴직을 희망하는 경우 육아휴직을 허용하고 있음.

○ 근로자의 경우 가족이 장기요양 노인(부모)을 보호하기를 희망하지만, 직장으로 인해 보호가 어려움.

□ 노인장기요양 장기요양을 필요로 하는 가족원을 돌보기를 희망하는 근로자에 대해서는 적극적으로 휴가제 도입을 통해 이들의 선의의 의도가 존중되어야 할 것임.

○ 고용보험법에서 65세 이상 가족(부모, 형제자매)을 보호하기 위해 휴직을 희망하는 경우 1년 이상의 휴직을 보장하도록 함.

※ 노인보호를 위한 가족원 휴가제도는 미국, 호주를 비롯하여 독일 등에서도 수행되고

있음. 노인보호를 위한 휴가제는 가족원에 대한 노인 보호를 지원하기 위한 방안
으로 활용되고 있음.

제3절 장기요양인프라의 개선

3-1 장기요양인력 양성관리체계의 개선 및 처우개선

가. 추진 배경 및 필요성

- ☐ 종사자의 자질 향상 및 전문성 유지를 위하여 실무능력 배양 등을 위한 지속적인 보수교육이 필요
 - 초기 부실교육체계에서 배출된 요양보호사의 자질 및 전문성을 향상해야 할 필요가 있으며,
 - 서비스 질의 제고와 밀접한 관련이 있는 장기요양인력의 자질향상 및 전문성 유지를 위한 지속적인 보수교육은 필수적임.
- ☐ 5년 이상 경력 요양보호사의 시설장 자격 취득을 위한 교육체계 마련이 필요
 - 법에 규정된 바와 같이 장기 경력 요양보호사가 시설장 자격을 취득하는 데 필요한 교육 기준을 설정하고, 교육체계를 마련하는 준비가 필요
- ☐ 요양보호사의 안전한 근무환경 개선의 필요성
 - 중증 외상노인대상 서비스 제공의 특성상 요양보호사의 근골격계 질환, 감염성 질환 노출 등으로 건강위험도 증가
 - 근무형태에 따른 업무과중, 수급자 또는 보호자로부터의 인권침해, 안전관리 미흡 등으로 종사자의 근로여건 개선 필요성 대두
- ☐ 요양보호사 직업안정성 및 처우 개선의 필요성
 - 업무와 관련 없는 업무 수행 48.5%, 직업만족도 5점 만점 3.1점, 이직의향 4점 만점에 3.02점으로 높음 (입소 2.99점, 재가 3.04점), 불안정 고용형태(재가 66.7%, 시설 27.9% 비정규형태), 불충분한 임금수준, 저조한 사회보험가입률 등

나. 현황과 문제점

□ 장기요양기관 종사자는 286천명('11년 6월)으로, 그 중 요양보호사는 243천명, 그 외 종사자는 43천명임.

- 연령별로는 50대 이상이 164천명(57.4천명) 차지
 - 30대 이하 12.9%, 40대 29.7%, 50대 42.4%, 60대 이상 15.0%
- 요양보호사는 1,005,043명('11. 2월)이 자격을 취득, 그 중 24.2%인 243천명이 장기요양기관에서 종사. 시설급여 기관에 14.8%, 재가급여기관 85.2% 종사 중임.
- 요양보호사 자질향상과 전문성 제고를 위해 자격시험제도 도입 및 시행('10년 4월)

□ 요양보호사 운영실태 조사결과(2011년 5월, 국민건강보험공단)

- 조사기간: 2011년 1월 24일 - 2월 11일
- 조사대상: 연령별, 시도분포별 현직 종사자 1,024명, 장기요양기관 대표자 305명
 - 조사 대상 요양보호사의 급여종류별 분포를 보면 입소시설은 205명, 재가기관에는 992명을 조사하였음
- 조사방법: 조사원 방문면접을 원칙으로 하되 일부는 전화조사
- 임금수준: 현재 업무에 종사하고 있는 요양보호사의 임금 수준은 월 100만원 미만이 68.7%로 가장 많았고, 그 다음으로 월 100-150만원이 28.9%였음. 지역별로는 농어촌>중소도시>대도시 순으로 보수수준이 높은 것으로 나타남
- 평균적으로 요양보호사는 주당 40시간을 기준으로 월 80-120만원 수준(4대보험 공제, 교통비 추가 등)의 보수를 지급받는 것으로 나타났으며, 신입직원의 경우 입소시설은 월 80만원, 재가기관은 시급 6-7천원으로 조사됨.
- 가족 요양보호사의 경우 70세 이상(57.1%), 30대(45.0%), 60대(35.1%)순으로 나타났음
- 업무 시 애로사항으로 재가기관은 업무 범위를 벗어난 서비스를 요구받을 때(36.5%) 가장 큰 어려움을 느끼는 것으로 나타났고, 시설 종사자는 신체수발 업무 수행의 후유증으로 발생하는 근골격계 질환(32.8%)을 들었음
- 입소시설의 경우 정규직이 41.9%로 계약제 40.4와 유사한 수준을 보였으나, 재가기관은 계약제가 95.5%를 차지함. 재가급여의 경우 1일 4시간 제공이 기본원칙임에 따라 재가기관에 소속된 요양보호사의 근무형태는 시간제 중심으로 운영될 수밖에 없는 구조적인 한계를 갖고 있으며, 이는 요양보호사가 전문직업군으로 진입하는데 큰 장애요인이 되고 있음
- 처우개선과 관련하여 급여 인상을 가장 시급한 것으로 꼽았는데, 응답자의 56.9%가 월

150만원 내외를 희망하였음

- 직업만족도를 보면 현직 종사자는 만족 이상으로 응답한 비율이 44.9%, 보통이 45.3%였음.
- 입소시설과 재가기관 간에는 직업만족도에 유의한 차이가 없었음. 성별에 따른 직업만족도의 차이는 없었으나 연령은 낮을수록 만족도가 낮았음
- 직업에 대한 불만족 사유로는 낮은 급여(63.5)가 가장 큰 비중을 차지하였으며, 다음으로 열악한 근무환경이 21.2%를 차지하였음

□ 장기요양기관 대표자 설문조사 결과

- 기관운영의 애로사항으로는 입소시설(57.6%)과 재가기관(58.9%) 모두 재정이 가장 큰 비중을 차지하였고 다음으로 인력채용 문제이었음. 입소시설 30명 미만인 경우 재정부분이 가장 많은 비중을 차지하였으나 30명 이상은 인력채용에 가장 큰 어려움을 겪는 것으로 나타남. 재가기관은 규모에 관계없이 재정부분이 가장 큰 문제로 나타남
- 직원교육과 관련하여 입소시설 및 재가기관 모두 교육 시간이 연평균 10시간 미만으로 낮은 수준이었음.
- 적합한 교육 제공기관으로 입소시설의 대표자들은 건강보험공단(38.1%)과 시설자체교육(37.3%)을 비슷한 수준으로 선호하였음. 반면 재가기관은 공단이 53.9%로 가장 많은 선호도를 보였는데, 이는 입소시설에 비해 재가기관은 자체교육 능력이 다소 미흡하여 공단의 교육 프로그램을 선호하는 것으로 보여짐

□ 설문조사결과 종합

- 요양보호사 시험제 도입전인 2010년도 상반기에는 월평균 4만명 이상 증가하였으나 도입이후인 하반기에는 증가폭이 월 8천명 수준으로 대폭 하락하였음.
- 교육기관 설립도 신고제에서 지정제로 변경되면서 1,400개에서 1,000개 이하로 감소된 점으로 미루어 볼 때, 요양보호사 자격증 취득자 증가폭은 감소할 것으로 예상됨
- 요양보호사 자격 취득자, 미취업자, 취업희망자 등을 분석해 볼 때 현재 상태에서 취업 가능한 인력은 65,459명으로 현재 종사자 237,256명의 27.6%에 불과하나, 근로조건이 개선된다면 취업할 의사가 있는 인력은 약 199,080명으로 현재 종사인력의 83.9%에 달해 결국 요양보호사의 근로조건 개선이 향후 인력 공급의 가장 중요한 요인임을 보여주고 있음

□ 요양보호사 근무여건

- 요양보호사 중 근골격계 질환자는 39천명(14.6%), 감염병질환자는 2천명(0.7%)임.
- 임금수준은 방문요양은 시간당 6~7천원, 시설급여는 월 144만원 수준임.
 - 출처: 2010년 사회복지정보시스템 직접 입력자료
- 근로관계 보호를 위해 근로자성 인정지침 시행('09년 12월), 근로표준계약서 권고('10년 5월), 종사자 복지수준을 평가지표에 반영('09~'10년)
 - * 복지수준은 4대보험, 건강검진, 근로계약, 휴가보장 등을 포함. 최근 퇴직금, 포상(복지)제도, 근골격계 질환 예방교육 추가
- 종사자의 복지수준 및 건강관리 등을 평가지표에 반영하고 있으나, 평가항목, 내용 및 방법 등이 근무환경에 반영되기에는 평가지표의 실효성이 미흡.
- 성희롱 등 부당한 대우 방지를 위해 장기요양서비스 이용자 수칙 배포('10년 10월), 고충상담 전용전화(02-3270-6582) 운영('11년 7월)

□ 종사자의 업무과중 해소와 근로환경 개선을 위해 적정인력을 배치하도록 인력기준 개선

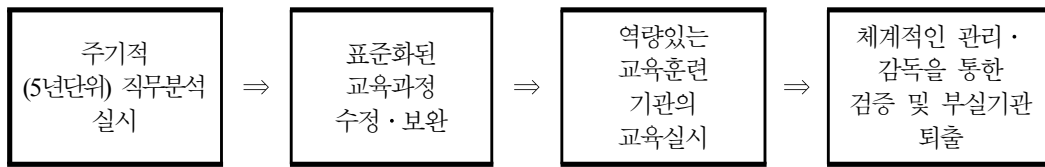
- 노인의료복지시설 요양보호사 배치기준(57명당 1명에서 25인당 1명) 강화('13년 4월까지)
- 방문요양기관당 요양보호사 3명(농어촌 2명)에서 15명(농어촌 5명), 상근 20% 배치('10년 2월)

다. 추진계획

□ 요양보호사 자질 향상을 위한 보수교육 제도화의 단계적 추진

- 단기: 직무교육에 필요한 표준교재 개발 및 보급
- 중기: 요양보호사의 자질향상 및 자격관리를 위하여 보수교육 제도화 방안 마련
 - 요양보호사 보수교육을 요양보호사의 자격유지와 연계하여 의무화
 - 노인복지법상 요양보호사 보수교육의 근거를 마련하여 서비스제공자로 활동하고 있거나 활동하고자 하는 요양보호사는 매년 8시간 보수교육을 의무적으로 받도록 함.
 - 국가는 요양보호사 보수교육의 표준교육내용을 마련하고, 보수교육 주체는 국가 및 지자체에 의해 지정된 교육기관 또는 건강보험공단에서 실시
 - 국가, 지자체 및 건강보험공단은 요양보호사 보수교육에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있음.

[그림 6-14] 요양보호사 자질 향상을 위한 보수교육 제도화의 단계적 추진방안(예시)



□ 요양보호사 활동 이력 및 보수교육 이수와 연계하여 자격갱신제 도입

- 실제 활동하는 요양보호사와 보수교육을 이수한 요양보호사만 자격갱신을 인정하여 요양인력의 질을 관리함
- 3-5년마다 요양보호사 자격을 갱신하여 요양보호사의 질을 제고함.
- 요양보호사를 취득하고 2년 이상 활동을 하지 않다가 다시 요양보호사로 활동하려는 경우에는 자격을 갱신하기 위한 24시간의 보수교육을 이수하도록 함

□ 요양보호사 경력에 따른 등급제도 도입

- 요양보호사 경력에 따른 등급제도를 도입하고 등급분에 대한 수가를 반영하여 경력이 높은 요양보호사의 전문성이 적절히 보상받을 수 있도록 함
- 이를 통해 요양보호사 직업의 자긍심을 높이고, 장기근무할수록 사회적 인정이 이루어지는 보상체계를 마련하여 요양보호사의 장기적 직업전망을 밝게 할 필요가 있음

□ 장기 경력 요양보호사의 시설장을 위한 교육 체계 마련

- 2012년: 5년 이상 요양보호사의 시설장 자격 취득을 위한 교육기관, 교육방법, 교육시간, 교육내용에 대한 기준 마련
- 2013년부터 장기 경력 요양보호사의 시설장 교육 실시

□ 요양보호사의 자질향상을 위해 현장밀착 사례관리 교육 제도화

- 노인장기요양보험법을 개정하여 시설 및 재가장기요양서비스 제공기관의 장은 요양보호사 등 서비스 직접 제공자에 대한 서비스제공 경험을 공유하고 평가받을 수 있는 사례관리 교육시간을 마련하여야 함.
- 시설 및 재가 장기요양서비스 제공기관 서비스 질 평가항목에 현장밀착형 사례관리 교육 운영 여부 및 활성화 정도를 포함함
- 사례관리 시간을 제도화하여 운영하지 않는 서비스제공기관은 서비스 평가 및 수가 산정 등에서 불이익을 받도록 함

- 요양보호사의 안전한 근무환경 마련을 위한 시스템 구축
 - 요양보호사 등 종사자의 근골격계 질환 및 감염질환 예방을 위한 예방교육 실시 의무화
 - 요양보호사 건강상태에 대한 정기적 검진 실시
 - 요양보호사 안전근무 환경을 위한 장비 마련 및 활용시 평가 반영
- 요양보호사 자질 향상을 위한 자격기준 강화
 - 요양보호사 국가자격시험 기준 강화
 - 현행 60점 합격 기준에서 70점으로 합격기준 상향 조정 검토
 - 요양보호사 자격취득가능자 제한 강화(현행 노인복지법 제39조 13에 따른 결격사유: 정신질환자, 향정신성의약품 중독자, 금고이상의 형을 선고받고 형집행 중인 자)
- 요양보호사 근무여건 개선
 - 권고적 성격의 적정 임금 가이드라인 제시
 - 장기요양위원회가 보험료 및 수가 심의 시 요양보호사에 대한 적정 임금 가이드라인 제시
 - 요양보호사 근로기준 관련 법제도 준수에 대한 관리 감독 강화
 - 요양보호사의 근무여건 향상을 위한 안전한 근로권 법제화 마련
 - 서비스수급자 및 그 가족이 요양보호사에게 신체적 위해 및 성희롱 및 성폭력을 행한 경우 장기요양급여를 제한할 수 있도록 조치
- 요양보호사의 고용안정 및 근로조건 개선
 - 요양보호사의 고용이 불안정하고, 근로조건이 열악하며, 이직률이 높아 장기적으로 선진국처럼 요양보호사 모집이 어려운 상황이 발생할 수도 있음
 - 장기요양기관 서비스 질 평가 항목에 요양보호사의 임금 수준과 안정적 고용율이 포함되도록 함
- 장기요양기관 종사자에 대한 정기적인 실태조사 의무화
 - 매 3년마다 장기요양기관 종사자에 대한 실태조사를 실시함

가. 추진배경 및 필요성

- 노인장기요양보험 도입당시에는 장기요양인정자에게 차질없이 장기요양서비스를 제공하기 위해 장기요양기관의 급속한 신설·확충이 가장 중요한 정책과제였으나, 짧은 기간 장기요양기관의 급속한 양적 확충이 이루어지면서 제도도입 3년을 경과한 시점에서는 ‘장기요양서비스기관의 질을 어떻게 관리하는 것’이 장기요양정책의 본래 정책목표를 달성하면서도 지속가능한 장기요양제도를 만들어나가는 데 기여할 수 있는가 라는 점에서 더욱 중요한 정책과제로 제기됨.
- 장기요양서비스기관의 질은 최소한의 법적기준을 충족한 장기요양기관 간의 자유로운 경쟁과 이용자의 선택을 통하여 담보될 수 있다고 믿어졌으나, 실제로 서비스제공 현장에서 여러 가지 예기치 않은 문제들이 많이 발생하고 있음.
- 첫째, 장기요양기관의 공급량이 지나치게 많아지다 보니 기관들이 건전한 경쟁보다는 생존을 위한 과잉경쟁 과정에서 정상적인 서비스 질 경쟁을 통한 정당한 경쟁보다는 여러 가지 편법과 부정을 통해 서비스이용자를 확보하는 경우가 빈번하게 관찰되고 있음.
 - 장기요양기관의 지나친 과잉공급이 결과적으로 서비스 질 하락을 발생시키고 있으며, 시설 간 장기요양인정자 확보 경쟁, 요양보호사 등 장기요양인력에 대한 확보 경쟁이 심화되어 그에 따른 부작용이 발생하고 있음.
 - 따라서 국가 및 지역차원에서 장기요양기관의 적정 공급량을 유지하는 방안을 마련하는 것 필요함.
- 둘째, 서비스 종류별로 장기요양기관 공급량의 격차가 크게 나타나고 있는데, 방문요양 및 방문목욕기관에 비해 주간보호기관과 방문간호기관은 공급량 자체가 작고 지역별 불균형도 매우 심하게 나타나고 있음.
 - 따라서 서비스종류별 서비스기관 공급량을 적정하게 유지하는 방안을 마련하고, 주간보호 및 방문간호기관의 지역별 불균형, 특히 농어촌 지역에 미흡한 서비스인프라를 확충하는 방안의 마련이 필요함.

- 셋째, 제도도입 당시 기존 장기요양기관에 대해 유예했던 장기요양기관의 국가 최소시설기준 및 인력기준에 대한 적용을 포함하여, 서비스 질 제고의 관점에서 장기요양기관의 자격기준이라 할 수 있는 국가최소 시설 기준 및 인력 기준에 대한 재검토가 필요함.

나. 현황과 문제점

(1) 장기요양서비스 기관의 공급 과잉

- 장기요양서비스 기관은 급속히 증가하여, 2011년 현재 시설서비스기관 3,939개소, 재가서비스기관은 19,948개소임.
- 이는 제도도입 직전 2007년 기준 시설서비스 기관은 3.3배 증가한 것이며, 재가서비스 기관은 14.2배 증가한 수준임. 2008년 제도도입 시점과 비교해도 시설서비스 기관은 2.28배 증가한 수준이며 재가서비스 기관은 2.1배 증가한 수준임.

<표 6-41> 장기요양서비스 기관의 추이

(단위: 개소)

	2007	2008	2009	2010	2011
시설서비스 기관	1,186	1,717	2,593	2,691	3,929
재가서비스 기관	1,408	9,491	11,567	20,135	19,948
Total	2,594	11,208	14,160	22,826	23,877

자료: 국민건강보험공단(2008, 2009, 2010, 2011) 장기요양통계월보; 보건복지부(2007), 노인복지시설안내.

- 특히, 방문요양기관의 증가는 현격하며, 과잉공급 수준임. 방문요양기관은 65세 인구 만명당 2008년 5.6개에서 2011년 16.5개로 3배 증가하였음(표 2 참조).
- 특히 광주와 대전은 방문요양기관이 가장 집중분포된 지역으로, 65세 인구 만명당 각각 30개소, 28.3개소로 평균보다 2배 가까이 높은 수준임.
 - 장기요양인정자수를 기준으로 볼 때도, 방문요양기관은 장기요양인정자 1천명당 2008년 19.3개소에서 2011년 28.3개소로 146.6% 증가하였음(표 3 참조). 장기요양인정자 기준으로는 광주 43.7개소, 대구 40.3개소로 평균대비 1.5배 이상 많은 기관수를 보이고 있음.

<표 6-42> 노인인구 대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)

(단위: 개)

	2008. 7		2008. 12		2009. 12		2010. 12		2011. 4	
	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비	개소	인구대비
서울	390	4.4	649	7.2	1,274	13.6	1,432	14.7	1,431	14.5
부산	213	5.9	322	8.8	650	17.0	688	17.4	664	16.6
대구	165	7.2	258	11.0	526	21.7	522	20.9	509	20.2
인천	142	6.6	204	9.4	470	20.8	484	20.6	482	20.2
광주	158	13.5	202	16.9	340	27.4	394	30.4	393	30.0
대전	98	8.3	168	14.0	373	29.9	386	29.9	370	28.3
울산	38	5.5	60	8.5	132	18.0	132	17.3	134	17.4
경기	462	5.1	784	8.4	1,601	16.6	1,786	17.7	1,764	17.2
강원	103	4.9	142	6.7	247	11.4	256	11.4	265	11.7
충북	104	5.4	136	7.0	221	11.2	261	12.8	260	12.7
충남	141	4.8	227	7.7	414	13.7	491	16.0	492	16.0
전북	161	5.9	241	8.8	440	15.8	478	16.9	471	16.6
전남	215	6.3	322	9.5	501	14.6	523	15.0	519	14.8
경북	206	5.1	314	7.7	586	14.2	595	14.3	595	14.3
경남	193	5.3	285	7.7	596	15.8	644	16.7	635	16.3
제주	34	5.3	48	7.4	75	11.2	92	13.3	93	13.3
합계	2,823	5.6	4,362	8.5	8,446	16.0	9,164	16.9	9,077	16.5
변이계수		0.34		0.29		0.31		0.30		0.28

주: 인구 대비 개소수는 65세이상 인구 1만명당임

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 6-43> 장기요양인정자 대비 재가급여 장기요양기관 추이 (방문요양)

(단위: 개)

시도명	2008. 7		2008. 12		2009. 12		2010. 12		2011. 4	
	개소	인정자 대비	개소	인정자 대비	개소	인정자 대비	개소	인정자 대비	개소	인정자 대비
서울	390	18.0	649	20.4	1,274	27.2	1,432	26.7	1,431	26.6
부산	213	25.0	322	24.6	650	35.1	688	37.0	664	36.8
대구	165	27.2	258	27.6	526	47.1	522	43.2	509	40.3
인천	142	20.0	204	19.2	470	30.5	484	28.3	482	28.3
광주	158	33.3	202	29.3	340	38.9	394	43.0	393	43.7
대전	98	23.9	168	26.2	373	40.8	386	39.7	370	37.6
울산	38	17.5	60	19.4	132	33.3	132	30.2	134	31.0
경기	462	16.6	784	19.6	1,601	28.0	1,786	26.8	1,764	26.4
강원	103	15.7	142	16.1	247	20.8	256	19.1	265	19.4
충북	104	17.9	136	17.0	221	22.5	261	24.5	260	23.8
충남	141	18.8	227	19.7	414	24.9	491	26.2	492	25.5
전북	161	16.6	241	18.3	440	27.9	478	29.1	471	28.3
전남	215	21.0	322	21.2	501	29.0	523	28.2	519	27.8
경북	206	17.3	314	17.6	586	29.5	595	27.9	595	26.8
경남	193	19.3	285	18.9	596	29.7	644	31.3	635	31.3
제주	34	12.2	48	13.4	75	16.6	92	17.6	93	17.6
합계	2,823	19.3	4,362	20.3	8,446	29.4	9,164	29.0	9,077	28.5
변이계수		0.25		0.20		0.25		0.24		0.23

주: 인정자 대비 개소수는 1-3등급 인정자 1천명당임

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 운영주체별로는 방문요양시설의 경우 개인시설이 82%로 압도적으로 높은 비중을 차지함(표 4 참조).

- 지역별로는 대부분 대도시의 경우 개인시설 비중이 평균보다 높게 나타나고, 농어촌을 포함하는 도지역의 경우 개인시설 비중이 평균보다 낮게 나타나고 있음.
- 개인시설 비중이 가장 높은 지역은 인천 87.3%, 대전 86.9%, 경기 86.3% 순이었으며, 강원도는 동비율이 68.1%로 개인시설 비중이 가장 낮은 것으로 나타났음.
- 이와 같이 개인시설은 방문요양서비스 시장에서의 운영가능성의 판단하에 자발적으로 진입한 운영주체의 특성으로 인하여, 서비스 대상이 밀집 분포되어 서비스 제공 편의성이 높은 대도시지역이 농어촌지역보다 개인기관의 선호도가 높은 것으로 생각됨.

<표 6-44> 시도별 운영주체별 방문요양기관의 분포(2011)

(단위: 개, %)										
	국가	지방자치단체	법인	개인	기타	합계				
서울	- (-)	3 (0.2)	206 (14.3)	1,228 (85.2)	4 (0.3)	1,441 (100.0)				
부산	- (-)	1 (0.1)	168 (25.1)	499 (74.6)	1 (0.1)	669 (100.0)				
대구	- (-)	- (-)	91 (17.8)	420 (82.2)	- (-)	511 (100.0)				
인천	- (-)	3 (0.6)	57 (11.9)	420 (87.3)	1 (0.2)	481 (100.0)				
광주	- (-)	- (-)	76 (19.5)	313 (80.5)	- (-)	389 (100.0)				
대전	- (-)	- (-)	48 (12.8)	325 (86.9)	1 (0.3)	374 (100.0)				
울산	- (-)	- (-)	36 (27.1)	95 (71.4)	2 (1.5)	133 (100.0)				
경기	- (-)	9 (0.5)	227 (12.8)	1,535 (86.3)	7 (0.4)	1,778 (100.0)				
강원	7 (2.6)	1 (0.4)	76 (28.1)	184 (68.1)	2 (0.7)	270 (100.0)				
충북	- (-)	2 (0.8)	53 (20.6)	200 (77.8)	2 (0.8)	257 (100.0)				
충남	- (-)	1 (0.2)	77 (15.7)	412 (83.7)	2 (0.4)	492 (100.0)				
전북	- (-)	1 (0.2)	94 (19.9)	374 (79.1)	4 (0.8)	473 (100.0)				
전남	- (-)	8 (1.5)	89 (17.0)	416 (79.7)	9 (1.7)	522 (100.0)				
경북	- (-)	3 (0.5)	109 (18.3)	483 (81.0)	1 (0.2)	596 (100.0)				
경남	- (-)	1 (0.2)	119 (18.6)	514 (80.3)	6 (0.9)	640 (100.0)				
제주	- (-)	- (-)	33 (35.5)	57 (61.3)	3 (3.2)	93 (100.0)				
합계	7 (0.1)	33 (0.4)	1,559 (17.1)	7,475 (82.0)	45 (0.5)	9,119 (100.0)				

자료 : 노인장기요양보험 홈페이지

□ 서비스기관 1개소당 평균 이용자수를 보면, 시설서비스는 1개소당 24.8명, 방문요양 재가 서비스는 1개소당 20.8명이 평균적으로 이용하고 있는 것으로 나타났음.

- 이러한 수준은 당초 제도설계시 장기요양수가를 산정했던 운영모형(시설 60명, 재가 40명)과 상당한 차이가 있는 수준이므로 규모의 경제효과를 기대하기 어려운 특성상 과잉 경쟁의 가능성이 있는 수준임.

<표 6-45> 급여종류별 서비스제공기관당 평균 이용자수

	2011년		
	시설서비스	재가서비스 (방문요양)	전체
총서비스 이용자수	97,507	189,132	286,639
총서비스기관수	3,929	9,079	13,008
서비스제공기관 1개소당 평균 이용자수	24.8	20.8	22.0

주: 가족요양비를 받는 587명은 제외된 수치임

시설서비스 기관당 평균이용자가 25명인 것은 5-9인의 노인요양공동생활가정의 비중이 높기 때문임.

□ 장기요양서비스 기관의 과잉공급은 기관의 운영을 유지하기 위해 지나친 이용자 확보 경쟁을 조장할 개연성이 높으며, 서비스량이 포괄수가로 고정된 시설급여와 달리 서비스량의 개별적 선택이 가능한 재가급여의 경우는 급여이용을 증가시키는 방향으로 공급자에 의한 수요창출의 가능성도 높아짐.

- 실제로 서비스 기관들은 경쟁적인 수급자 확보를 위해 서비스이용자 부담금을 면제 및 경감하는 편법을 사용하는 한편, 비용보상을 위해 국민건강보험공단에 급여비용을 과잉청구하는 불법행위를 하거나, 인건비 비용 절감으로 나타나고 있음.

□ 실제 통계자료 분석결과, 서비스제공기관 간 경쟁이 심한 지역일수록 이용자 1인당 서비스급여청구액이 높은 것으로 나타났음. 즉, 지역의 수요자 확보 경쟁이 심할수록 공급자는 급여 이용자 1인당 급여액의 지출을 증가시키는 공급창출 유인효과가 있는 것으로 나타나, 과잉경쟁으로 인한 사회적비용 낭비가 발생하는 것으로 판단됨.

- 2011년 6월 현재 12,541개소에서 서비스를 제공하며, 서비스를 받는 수급자수는 264,251명이며, 1인당 평균급여액은 968천원이며, 월평균 급여지출은 2,558억원이다. 1기관당 평균 서비스이용자수는 21.1명임.
- 기관당인원수를 표준화값을 1인당급여지출을 표준화값으로 나눈 값이 1보다 큰 것은 기관당 확보가능 인원수가 상대적으로 많을수록(경쟁이 적을수록) 1인당 급여지출을 상대적으로 적게 한다는 것을 의미함. 평균적으로 1.06이 나온 것은 기관당 확보가능 인원수가 상대적으로 많을수록 1인당 급여지출이 적고, 기관당 확보가능 인원수가 상대적으로 적을수록 1인당 급여지출이 많다는 것을 의미함.

<표 6-46> 지역별 서비스공급자 및 급여지출 현황(2011)

구분	기관수 (개소)	실인원수 (명)	건수 (건)	총금액 (천원)	본인 부담금 (천원)	1기관당	
						건수(1)	총금액(2)
합계	12,541	264,251	361,971	255,796,459	32,735,404	28	20,397
서울시	1,918	42,738	55,708	38,888,987	5,093,591	29	20,276
부산시	759	15,676	21,374	14,447,675	1,733,682	28	19,035
대구시	591	11,661	15,708	10,564,942	1,314,767	27	17,876
인천시	668	15,037	19,987	14,522,956	1,915,136	30	21,741
광주시	446	8,727	11,263	7,794,836	995,488	25	17,477
대전시	420	9,986	14,355	9,193,966	1,224,626	34	21,890
울산시	175	3,381	4,364	3,118,315	405,188	25	17,819
경기도	2,807	62,035	80,478	59,571,114	8,322,512	29	21,222
강원도	464	11,630	15,344	11,232,938	1,306,216	33	24,209
충북	462	8,900	12,161	9,879,432	1,133,474	26	21,384
충남	679	15,182	19,780	14,266,771	1,854,832	29	21,011
전북	679	13,354	18,567	12,123,970	1,393,408	27	17,856
전남	730	14,417	20,100	13,130,924	1,526,715	28	17,988
경북	817	18,327	23,713	17,045,922	2,080,850	29	20,864
경남	772	16,790	22,951	15,375,291	1,915,802	30	19,916
제주도	154	4,510	6,118	4,638,420	519,118	40	30,120

구분	1인당 총금액 (원)(3)	기관당 인원수 (명)	기관당 인원수 표준화	1인당 총급여 지출 표준화	기관당 인원수와 급여지출
합계	968,006	21.07	1.00	1.00	1.00
서울시	909,939	22.28	1.06	0.94	1.12
부산시	921,643	20.65	0.98	0.95	1.03
대구시	906,007	19.73	0.94	0.94	1.00
인천시	965,815	22.51	1.07	1.00	1.07
광주시	893,186	19.57	0.93	0.92	1.01
대전시	920,686	23.78	1.13	0.95	1.19
울산시	922,306	19.32	0.92	0.95	0.96
경기도	960,282	22.10	1.05	0.99	1.06
강원도	965,859	25.06	1.19	1.00	1.19
충북	1,110,049	19.26	0.91	1.15	0.80
충남	939,716	22.36	1.06	0.97	1.09
전북	907,891	19.67	0.93	0.94	1.00
전남	910,794	19.75	0.94	0.94	1.00
경북	930,099	22.43	1.06	0.96	1.11
경남	915,741	21.75	1.03	0.95	1.09
제주도	1,028,474	29.29	1.39	1.06	1.31
					1.06

- 주) 1. 2011. 6월 지급기준
2. 기관수는 장기요양기관기호 단위로 지급한 기관수
3. 실인원의 합계는 시·도에 따라 각각의 중복을 배제한 급여 이용 인원
4. 건수는 명세서 건수
5. (1) - 건수/기관수, (2) - 총금액/기관수
6. (3) - 총금액/실인원수
7. 기관당인원수 표준화, 1인당급여지출 표준화 등은 모두 평균대비 표준화한 것임.
8. 기관당인원수와 급여지출= 기관당인원수 표준화값/1인당급여지출 표준화값 으로, 이 값이 1보다 큰 것은 기관당 확보가능 인원수가 상대적으로 많을수록(경쟁이 적을수록) 1인당 급여지출을 상대적으로 적게 한다는 것을 의미한다.

- 또한, 급여이용액 결정요인을 분석한 결과, 개인요인으로서는 여성수급자의 경우, 요양등급이 높을수록, 본인부담면제대상의 경우 급여이용액이 유의미하게 높고, 공급자요인으로서는 대도시의 경우, 기관규모가 작은 경우, 운영주체가 영리기관인 경우 급여이용액이 유의미하게 높게 나타났음(표 7 참조).

<표 6-47> 장기요양 급여이용액 결정요인

		비표준화 회귀계수 (B)	표준오차	표준화 계수	t
	상수	126,8167.8	153,807.800		8.245***
공통 요인	거주지역 (기준: 대도시)				
	중소도시	-57,611.18	9,404.019	-0.0942	-6.126***
	농어촌	-69,983.17	11,085.270	-0.1026	-6.313***
공급자 요인	운영주체 (기준: 사회복지법인, 국가지자체, 재단법인)				
	개인사단법인	44,963.36	10,315.510	0.0761	4.359***
	기관 규모 (25인 이하 기준)				
	26인 이상~ 50인 이하	15,014.903	10,869.120	0.0249	1.381
	51인 이상	-27,668.29	11,353.840	-0.0467	-2.437*
	운영기간 (기준: 2년 미만)				
	2년 이상 ~ 4년 미만	26,644.19	16946.110	0.0239	1.572
	4년 이상	-532.26	12,164.290	-0.0007	-0.044
	기초의료급여수급자 비율	-233.85	283.599	-0.0151	-0.825
	장기요양등급가중평균	-192,492.10	24,777.340	-0.1424	-7.769***
수요자 요인	성별(기준: 남성)				
	여성	52,419.31	8,622.980	0.0856	6.079***
	연령	570.91	3,790.892	0.0197	0.151
	연령제곱	-5.66	25.088	-0.0295	-0.226
	장기요양등급	-76,522.39	5,394.766	-0.2042	-14.18***
	자격 (기준: 일반, 경감)				
	기초의료급여	50,794.39	9,438.477	0.08037	5.382***
설명력(결정계수, R ²)			.132		
F비			49.354***		

주: Dependent Variable: 이용청구액

+ p<.10 * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

(2) 개인운영주체 소규모 시설의 높은 비중

□ 장기요양시설의 평균 정원은 2011년 현재 31명이며, 이는 2008년 39명에서 평균 정원이 감소한 것임.

- 지역별 장기요양시설의 평균 정원은 충북, 25명, 전남 27명, 경기 28명, 서울이 29명으로 적은 편이고, 제주도는 평균 정원이 51명으로 가장 많음.

<표 6-48> 시설급여 장기요양기관 운영추이

(단위 : 개, 명)

	2008. 12			2009. 12		
	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)
서울	133	5,423	40.77	273	7,939	29.08
부산	71	3,553	50.04	106	4,536	42.79
대구	41	2,233	54.46	68	2,806	41.26
인천	71	2,919	41.11	131	4,993	38.11
광주	49	1,984	40.49	58	2,210	38.10
대전	40	1,580	39.50	61	2,037	33.39
울산	29	1,371	47.28	30	1,431	47.70
경기	462	16,161	34.98	781	22,391	28.67
강원	108	4,285	39.68	152	5,062	33.30
충북	108	3,683	34.10	155	4,475	28.87
충남	92	3,394	36.89	139	4,608	33.15
전북	144	5,812	40.36	162	6,225	38.43
전남	127	4,357	34.31	175	5,104	29.17
경북	111	5,274	47.51	159	6,365	40.03
경남	103	4,978	48.33	144	6,159	42.77
제주	28	1,518	54.21	35	1,855	53.00
합계	1,717	68,525	39.91	2,629	88,196	33.55
변동계수			0.15			0.19
	2010. 12			2011. 4		
	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)	개소(A)	정원(B)	(B)/(A)
서울	425	11,905	28.01	434	12,446	28.68
부산	158	5,269	33.35	158	5,504	34.84
대구	135	4,154	30.77	147	4,573	31.11
인천	206	6,920	33.59	224	7,320	32.68
광주	91	3,172	34.86	94	3,342	35.55
대전	88	2,881	32.74	89	3,019	33.92
울산	42	1,656	39.43	41	1,635	39.88
경기	1,078	30,883	28.65	1,119	31,441	28.10
강원	185	6,107	33.01	192	6,291	32.77
충북	213	5,505	25.85	224	5,628	25.13
충남	209	6,434	30.78	214	6,560	30.65
전북	190	6,782	35.69	199	6,991	35.13
전남	245	6,560	26.78	250	6,806	27.22
경북	244	8,622	35.34	258	9,026	34.98
경남	194	7,586	39.10	196	7,788	39.73
제주	48	2,346	48.88	48	2,454	51.13
합계	3,751	116,782	31.13	3,887	120,824	31.08
변동계수			0.16			0.18

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

□ 시설서비스 기관 중 5-9인 노인요양공동생활가정 형태가 전체시설의 39.4%에 이르고 있으며, 30인 미만 시설은 전체시설의 67.2%에 이르는 등 소규모 시설의 비중이 매우 높음(표 9 참조)

- 운영주체별로 보면, 개인시설이 특히 5-9인 소규모 시설의 비중이 매우 높은 것으로 나타났다. 전체 5-9인 시설의 82%가 개인시설임.
- 법인 및 지자체가 운영주체인 경우에는 50인 이상 시설 비중이 50% 이상인데 비해, 개인시설은 5-9인 규모의 시설 비중이 52%에 달하고 있음.

<표 6-49> 정원규모별 노인요양시설의 분포(2011년)

(단위: 개, %)

구분	국가	지자체	법인	개인	기타	합계
5-9	- (-)	11 (0.7)	263 (17.3)	1,246 (81.8)	3 (0.2)	1,523 (100.0)
10-19	- (-)	11 (2.5)	194 (43.7)	238 (53.6)	1 (0.2)	444 (100.0)
20-29	- (-)	8 (1.3)	138 (21.9)	482 (76.5)	2 (0.3)	630 (100.0)
30-39	- (-)	2 (1.1)	46 (25.6)	131 (72.8)	1 (0.6)	180 (100.0)
40-49	- (-)	4 (1.8)	59 (27.1)	153 (70.2)	2 (0.9)	218 (100.0)
50-99	- (-)	47 (6.7)	545 (78.2)	105 (15.1)	- (-)	697 (100.0)
100이상	- (-)	28 (16.3)	132 (76.7)	12 (7.0)	- (-)	172 (100.0)
합계	- (-)	111 (2.9)	1,377 (35.6)	2,367 (61.3)	9 (0.2)	3,864 (100.0)

자료 : 노인장기요양보험 홈페이지

□ 지역별로 보면, 평균적으로는 시설서비스 기관 1개소당 규모가 2008년 39.9명에서 2011년 31.1명으로 감소하였는데, 대도시의 경우에는 40-50명 수준에서 20-30명대로 크게 감소하였음.

- 지역별 정원별 개인시설의 분포를 보면, 개인시설은 소규모이면서 대도시에 특히 많은 것으로 나타남(표 10 참조).
- 그 이유로는 개인시설의 경우 초기투자비용이 낮은 소규모 시설을 선호하고, 특히 대도시의 경우 시설비용의 부담 때문에 5-9인 노인요양공동생활가정 형태의 시설을 선택한 것으로 생각됨.
- 또한 소규모 노인요양공동생활가정은 시설설치 및 인력기준이 노인요양시설에 비해 대폭 완화된 수준이기 때문임.

<표 6-50> 정원규모별 개인운영자의 노인요양시설의 분포(2011년)

(단위: 개, %)

구분	서울	부산	대구	인천	광주
5-9인	165 (58.1)	25 (62.5)	61 (80.3)	67 (39.6)	27 (65.9)
10-19인	17 (6.0)	6 (15.0)	2 (2.6)	28 (16.6)	1 (2.4)
20-29인	57 (20.1)	6 (15.0)	4 (5.3)	43 (25.4)	6 (14.6)
30-39인	16 (5.6)	2 (5.0)	3 (3.9)	3 (1.8)	4 (9.8)
40-49인	17 (6.0)	1 (2.5)	2 (2.6)	12 (7.1)	0 (0.0)
50-99인	11 (3.9)	- (-)	4 (5.3)	11 (6.5)	3 (7.3)
100인이상	1 (0.4)	- (-)	- (-)	5 (3.0)	- (-)
합계	284 (100.0)	40 (100.0)	76 (100.0)	169 (100.0)	41 (100.0)

구분	대전	울산	경기	강원	충북
5-9인	29 (55.8)	6 (50.0)	411 (47.9)	59 (56.7)	101 (62.0)
10-19인	5 (9.6)	3 (25.0)	80 (9.3)	10 (9.6)	15 (9.2)
20-29인	8 (15.4)	2 (16.7)	177 (20.6)	24 (23.1)	31 (19.0)
30-39인	4 (7.7)	- (-)	72 (8.4)	4 (3.8)	5 (3.1)
40-49인	4 (7.7)	1 (8.3)	67 (7.8)	5 (4.8)	6 (3.7)
50-99인	2 (3.8)	- (-)	46 (5.4)	2 (1.9)	4 (2.5)

100인이상	- (-)	- (-)	5 (0.6)	- (-)	1 (0.6)
합계	52 (100.0)	12 (100.0)	858 (100.0)	104 (100.0)	163 (100.0)

구분	충남	전북	전남	경북	경남	제주
5-9인	81 (53.6)	45 (44.6)	61 (48.0)	75 (64.7)	29 (44.6)	4 (50.0)
10-19인	15 (9.9)	12 (11.9)	13 (10.2)	13 (11.2)	18 (27.7)	- (-)
20-29인	33 (21.9)	31 (30.7)	31 (24.4)	17 (14.7)	10 (15.4)	2 (25.0)
30-39인	3 (2.0)	3 (3.0)	6 (4.7)	3 (2.6)	3 (4.6)	- (-)
40-49인	9 (6.0)	7 (6.9)	15 (11.8)	4 (3.4)	3 (4.6)	- (-)
50-99인	10 (6.6)	3 (3.0)	1 (0.8)	4 (3.4)	2 (3.1)	2 (25.0)
100인이상	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
합계	151 (100.0)	101 (100.0)	127 (100.0)	116 (100.0)	65 (100.0)	8 (100.0)

자료 : 노인장기요양보험 홈페이지

(3) 재가장기요양기관의 서비스종류별 지역별 편차

□ 재가급여 서비스 종류별로 서비스 공급량에 상당한 차이가 있을 뿐만 아니라 지역별로도 상당한 편차가 있음(표 11 참조).

- 평균적으로 방문요양은 35.2명당 1개소가 공급되고 있고, 방문목욕은 43.5명당 1개소, 방문간호는 44.8명당 1개소, 주간보호는 24.1명당 1개소가 공급되고 있는 것으로 나타나, 서비스 종류별로 서비스 공급에 상당한 차이를 보임.
- 물론 서비스공급의 적정성은 실질적 서비스수요에 기준하여 평가하여야 하는 것이므로 절대적 서비스공급량만을 갖고 서비스 공급 부족을 평가할 수는 없음. 방문요양 및 방문목욕의 서비스 수요가 많기 때문에 서비스 공급량도 많은 반면, 주간보호 및 방문간호는 서비스 수요가 적어서 서비스공급량도 적은 것으로 볼 수 있음.
- 이는 별도로 바람직한 서비스 구성(service mix)를 유도할 수 있는 방안에 대한 검토가 필요하다는 것을 의미함.
- 지역별로는 방문간호의 경우 경남, 충북, 충남, 부산 등에서의 공급량이 상대적으로 매우 적으며, 주야간보호의 경우 인천, 충남, 대전, 경남, 경북 등의 공급량이 상대적으로 매우 적었음. 주로 농어촌지역을 포함하고 있는 도지역의 경우 방문간호 및 주야간보호의 공급이 대도시에 비해 낮은 것으로 나타남.

<표 6-51> 재가급여 서비스종류별 지역별 분포 격차(2011년 6월)

시도	장기요양 인정자 (명)	방문요양		방문목욕		방문간호		주·야간 보호	
		개소	1개소당 평균 인정자수	개소	1개소당 평균 인정자수	개소	1개소당 평균 인정자수	개소	1개소당 평균 인정자수
전 국	320,261	9,094	35.2	7,361	43.5	714	448.5	1,312	244.1
서 울	54,242	1,443	37.6	1,189	45.6	168	322.9	222	244.3
부 산	17,989	654	27.5	489	36.8	29	620.3	78	230.6
대 구	12,808	500	25.6	401	31.9	30	426.9	76	168.5
인 천	17,036	480	35.5	418	40.8	34	501.1	40	425.9
광 주	8,956	398	22.5	268	33.4	18	497.6	60	149.3
대 전	9,867	360	27.4	313	31.5	18	548.2	34	290.2
울 산	4,347	135	32.2	117	37.2	17	255.7	25	173.9
경 기	66,959	1,794	37.3	1,529	43.8	157	426.5	281	238.3
강 원	13,950	271	51.5	220	63.4	44	317.0	53	263.2
충 북	10,984	263	41.8	188	58.4	16	686.5	46	238.8
충 남	19,460	492	39.6	430	45.3	29	671.0	54	360.4
전 북	16,601	470	35.3	356	46.6	28	592.9	64	259.4
전 남	18,780	512	36.7	352	53.4	42	447.1	91	206.4
경 북	22,653	591	38.3	477	47.5	47	482.0	85	266.5
경 남	20,254	632	32.0	529	38.3	28	723.4	74	273.7
제 주	5,375	99	54.3	85	63.2	9	597.2	29	185.3

(4) 장기요양시설의 국가최소기준 재검토

- 서비스 질 제고의 관점에서 국가최소기준이라 할 수 있는 시설 설치 및 인력 기준을 재검토하는 것이 필요함.
- 제도도입 당시 기존 장기요양시설의 경우 시설설치 및 인력기준 적용에 대한 5년간 유예기간이 종료되는 2013년 7월 이후에는 시설설치 및 인력기준의 보편적 적용이 이루어짐.
 - 소규모시설의 경우, 완화된 시설인력기준의 적용은 서비스 질 저하를 의미하므로 시설기준 및 인력기준을 재검토하거나, 소규모시설의 기능전환을 유도할 필요가 있음.
 - 제도도입 당시 소규모시설의 경우 규모의 경제가 나타나기 어려운 점을 감안하여 비용은 고정된 상태에서 경영수지를 맞출 수 있도록 시설 및 인력기준을 법적으로 완화시켜 주었으나, 시설 및 인력기준의 완화 적용은 서비스 질의 저하로 이어질 수 있기 때문에 시설 및 인력 설치 기준의 관점에서 재검토 필요
 - 농어촌 지역의 경우 물리치료사 등 장기요양 자격인력을 구하기 어려운 상황이 발생하고 있는 바, 동일 서비스 질을 유지하면서 지역별 특성을 고려할 수 있는 인력기준 적용에 대한 검토가 필요함.

다. 외국의 경험

□ 호주는 시설서비스와 지역사회서비스는 ‘Aged Care Act 1997’ 과 ‘Home and Community Care Act 1985’ 두 가지 주요법에 근거하여 이루어짐.

- ‘Aged Care Act 1997’ 는 1997년 10월에 발효되어 노인들이 시설서비스와 Flexible care, CACP 를 이용하는 것과 관련된 정책을 다루고 있음.
- ‘Home and Community Care Act 1985’는 HACC 프로그램의 운영과 관련된 정책을 다루고 있음.

□ 호주의 노인요양시설 운영기관은 사립, 종교 및 자선, 지방정부 및 주정부등으로 다양하게 구성되어 있음.

- 노인요양시설은 60%이상이 종교단체나 자선기관에 의해 운영되고 있으며, 특히 농촌지역에서는 대부분이 이런 종교단체에서 운영되고 있음.

<표 6-52> 호주의 운영주체별 장기요양시설 분포

	종교/자선단체	민 간	정부	계
1996-97	62.5%	25.9%	11.6%	100%
2000-01	63.6%	27.0%	9.4%	100%

□ 호주의 place policy

- 호주는 1997년 장기요양서비스 개혁을 통하여 지역단위에 장기요양서비스 수요에 따른 공급량을 조절하는 place policy를 중심으로 담당하고, 보증할만한 안전한 공급자를 선별하며, 서비스제공자의 서비스품질을 평가 인증하는 공적조직(ACAT)을 구성한 바 있음.
- The Allocation of places(beds): places 할당은 서비스를 제공하는 시설과 보조금 지급 건수에 기초함. 호주의 bed 할당은 욕구중심에 기반한 틀을 가지며, 70세 이상 노인 1000명당 100 places를 제공하는 것을 목표로 함(시설 및 재가 포함).
 - 70세 이상 노인 1000명당 high care 40 : low care 50 ; CACP 10의 비율을 유지하도록 함. 현재 70세 이상 1000명당 99.7 places가 제공됨(정원충족률 96.1%).
 - 할당 과정은 첫째, 노인인구집단의 성장과 함께 노인요양시설의 수에 대한 성장도 담보해야 하며, 둘째, 등급간, 지역간 서비스 제공의 균형을 용이하게 해야 함.
 - 할당과정과 제공비율은 요양보호시설의 성장을 통제하기 위해 1970년대 개발되었음. 1980년대와 1990년대를 거쳐 서비스 종류의 혼합 등을 고려하여 비율을 조정함.
- 구체적 할당과정

- 첫째, 각 회계연도에 노인부는 지역별 새로운 시설(서비스) 수를 결정함.

* 노인부의 결정은 다음에 기초함.

- 통계청에서 생산한 지역별 노인인구수에 근거하여 지역간 필요한 서비스 비율을 계산
- 부서의 정책조언
- 정치적, 예산적 요인 고려

- 둘째, 지방간 할당이 결정되면, 지방 내 각 지역별 할당을 노인보호계획위원회(중앙정부 및 지방정부대표, 노인요양서비스 전문가, 소비자 대표 등으로 구성)의 조언을 참조하여 설정.
- 셋째, 장관은 우선 각 지역에 이용가능한 시설을 배분하고 각 지역에 특정 서비스 비율을 결정함. 이러한 내용은 노인요양서비스를 제공하고자 하는 시설에 홍보되고 신청서를 하나 이상 받음.
- 넷째, 시설신청은 지역의 노인요양욕구를 충족할 수 있느냐에 의해 결정되는데, 제공자가 적절한 시설과 보호를 제공할 수 있는 능력, 다양한 노인의 욕구를 반영할 수 있도록 노인요양서비스 구조를 개선할 수 있는 할당인지 등에 의해 결정됨.

□ 호주의 장기요양서비스 질 관리

○ 첫째, 인증제도(Accreditation)

- 1998년에 연방정부는 요양시설의 질을 향상시키기 위한 새로운 인증제도를 도입. 인증을 받기위해서는 요양시설은 Aged Care Act에 명시된 44개의 질 인증 표준을 충족시켜야 함.

* 질 인증 표준의 구성

- 관리체계, 인력, 조직개발
- 건강 및 개인지원 서비스
- 일상생활지원
- 물리적 환경 및 안전관리

- 요양시설이 연방정부의 지원을 받기위해서는 인증기관의 인증을 얻어야 함.
- 노인요양표준 및 인증기구 (Aged Care Standards and Accreditation Agency)는 독립적인 조직이며, 다음과 같은 역할을 담당.

* 노인요양표준 및 인증기구 역할

- 인증과정을 관리한다
- 케어의 질을 높인다
- 요양시설이 지속적인 질 관리를 할 수 있도록 Dept. of Health and Ageing과 함께 현장조사, 감사, 지원등을 한다

- 인증기간은 기본적으로 3년이지만, 신생 요양시설은 1년은 주고, 인증기준을 충족하지

못했거나 과거에 인증 받지 못했던 경험이 있었던 요양시설은 인증기간을 더 짧게 준. 인증을 받지 못한 요양시설은 정부에 보고가 되고, 이 시설은 Aged care Act 1997에 의해 제재를 받게 됨.

○ 둘째, 자격증 제도 (Certification)

- 1997년 연방정부는 요양시설의 시설 기준을 향상시키기 위하여 질 향상 정책, ‘자격증’ 제도를 도입. 자격증을 가진 요양시설만이 입소노인에게 보증금을 요구할 수 있음.
- 자격증을 얻기 위해 요양시설은 일정수준의 건축기준, 즉 소방안전, 위험환경, 난방, 환기등을 충족했는지 조사를 받아야 함.

○ 지역사회 서비스 표준

- 1991년 HACC National Service Standard는 지역사회서비스 소비자에게 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해 도입. 서비스 표준은 서비스 제공기관 내부의 질 관리와 소비자에게 기대되는 결과 두 측면을 모두 고려하여 개발되었음.
- National Service Standard Instrument(NSSI)는 1998년 전국적인 HACC 서비스 제공기관이 표준을 잘 준수하는지를 평가하기 위해 개발되었음. Consumer Survey Instrument는 HACC 서비스를 받는 소비자들이 서비스를 어떻게 평가하는지를 측정하기 위해 개발된 도구로서 지역사회 서비스 질 관리를 위해 쓰이고 있음.

□ 일본은 재가서비스 우선의 원칙을 견지하기 위해 노인요양시설의 경우 도도부현 및 시정촌 차원에서 공급량을 관리하고 있음.

라. 추진계획

(1) 장기요양서비스 인프라의 적정 공급량 관리방안 마련

□ 서비스 종류별 서비스 공급량에 대한 적정기준 마련

- 서비스 수요 등을 고려하여 서비스공급량을 적정 수준으로 유지토록 하여 과잉 경쟁으로 인한 부작용과 사회적 비효율을 방지함.
- 이를 위해 정부(복지부)는 장기요양서비스 종류별로 서비스 수요추계와 전문적 판단에 기반하여 서비스 종류별 적정 공급량에 대한 기준을 마련토록 함. 이 때 호주의 정책경험을

참고함.

- 정부는 매년 서비스종류별 수요추계에 기반하여 지역별 적정 서비스 공급량에 대한 가이드라인을 공표함.
 - 지역별 서비스종류별 서비스 적정 공급량과 현재 서비스 공급량 현황을 노인장기요양보험 공식 웹사이트에서 실시간 확인가능토록 공시함.
- 지자체는 지역별 서비스 수요추계에 기반한 적정 공급량을 고려하여 신규 시설을 지정토록 함.

(2) 장기요양기관의 지역별 불균형 공급 해결방안 마련

- 농어촌과 같이 서비스종류별 서비스공급량이 부족한 지역의 적정 서비스 공급방안을 마련함.
 - 국가 및 지자체의 직접 공급방안을 검토하거나, 민간의 서비스 공급을 유인하기 위한 정책적 인센티브를 강화하는 방안을 마련함.
- 첫째, 지역별 서비스 종류별 적정 서비스 공급량과 현재 서비스 공급량 현황을 실시간으로 파악 가능토록 함으로써, 서비스 공급 부족 지역에 신규 장기요양사업자의 자발적 진입을 유도함.
- 둘째, 서비스 수요가 충분하지 않아 민간 사업자의 자발적 진입을 기대하기 어려운 지역의 경우, 해당 지역을 장기요양서비스 공급 특별관리 지역으로 규정하여 특별 관리함으로써 어느 지역에 거주하는 장기요양인정자든 서비스 접근성의 형평성을 보장토록 함.
 - 민간기관의 경우에는 수가 등을 차등화하여 지원하는 정책적 인센티브를 제공하는 방안을 마련하고,
 - 민간기관의 진입이 이루어지지 않는 경우에는 지자체 공공기관이 서비스를 공급하는 방침을 정하여 어느 지역에 거주하는 장기요양인정자든 서비스 접근성의 형평성을 보장토록 함.

(3) 장기요양기관의 질 관리를 위한 장기요양기관의 신규 진입시 규제 강화

- 신규 진입 기관의 경우 현행 ‘최소요건충족 신청주의’에서 ‘신청기관에 대해 심사를 통한 인증’

으로 전환 검토

- 장기요양서비스 기관의 신규진입과 관련하여, 현행 시설의 물리적 설치기준 및 인적 기준이 국가최소기준을 충족하면 시군구에 신청하여 노인장기요양 서비스공급기관이 될 수 있는 최소요건충족 신청주의를 재검토하는 것이 필요함.
- 보다 안전한 질높은 서비스를 제공할만한 ‘보증할만한 서비스 제공기관’에 대한 판단기준을 마련토록 함.
- 지역별 장기요양위원회를 구성하여 최소요건충족 신청주의에 입각하여 신청한 서비스공급기관에 대해 장기요양위원회의 심사를 거쳐 서비스공급기관으로 인증함.

- 기존 장기요양서비스 제공기관의 경우, 정기적인 시설평가 결과의 정보공개를 통해 정비를 유도

(4) 장기요양기관의 국가최소기준 적정기준 개선

- 장기요양기관의 시설인력기준 통일

- 시설인력 최소기준 적용이 유보된 2013년까지는 현행 시설인력기준을 유지
- 노인장기요양보험제도 도입 이전에 운영되던 기존 시설의 경우 장기요양시설 시설인력기준의 적용을 제도도입 이후 5년간 유예하고 있으므로, 2013년까지는 모든 시설이 현행 법정 시설인력기준을 준용토록 함.
- 소규모시설의 서비스 인력기준 중 직접서비스 인력은 노인요양시설과 동일한 기준(25인당 1인)으로 맞추도록 함.

- 장기요양기관의 시설인력기준 재검토 및 재설정

- 2013년 서비스 질의 제고 관점에서 현행 시설인력기준을 실증적 조사에 기반하여 적정수준을 재검토함으로써, 향후 서비스 질을 적정수준으로 유지하는 데 필요한 시설인력 최소기준을 재설정
- 사회적 환경 및 장기요양서비스의 제공수준의 변화를 감안하여 매 5년마다 기본계획기간 내 장기요양 시설기준 및 인력기준의 분석 및 개선안 마련

가. 추진 필요성

□ 우리나라의 노인장기요양보험제도는 일상생활동작의 기능에 상당한 장애가 있는 자를 급여대상으로 하고 있지만, 인지장애를 지닌 치매질환자인 경우에는 경증인 경우라도 장기요양대상자로 인정되어 급여를 제공하고 있는 실정

○ 여기에서, 치매질환자의 유형에는 보행이동 등, 대부분의 일상생활기능이 자립적인 경증상태의 치매질환자와, 그렇지 못한 중증의 치매질환자로 구분이 가능함. 특히, 전자의 치매질환자인 경우에는 후자에 비해서 일상생활기능의 지원보다는 행동상의 문제가 발생하지 않도록 제어하거나 해결하는데 필요한 지원이 요구됨. 또한, 일상생활기능의 보유가 대부분이어서 자립적인 생활유지가 가능한 자이기 때문에, 이를 유지하는데 도움이 되는 시설이 필요한 실정임.

□ 특히, 경증상태의 치매질환자인 경우에는 대규모시설보다는 가정과 같은 소규모형태의 시설환경에서 돌보는 것이 일상생활기능을 자립적으로 유지하는데 효과적임. 그러한 소규모형태의 시설은 거주환경의 큰 변화없이 거주지 주변에 손쉽게 설치가 가능하고, 가족도 입소자를 손쉽게 방문할 수 있다는 점에서 이점이 존재함. 따라서, 현행 소규모의 일반요양시설이 과다 설치되어 있고, 경영상의 어려움을 해결하여 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 지원할 필요가 있음.

나. 현황과 문제점

□ 2011. 6월, 현재 등급별 질병현황을 보면, 3등급자 중에서 치매질환자는 전체의 21.5%(44,027명), 치매질환+중풍질환의 복합유병자는 4.0%(8,110명)로 모두 25.5%(52,137명)가 치매질환을 보유하고 있는 것으로 집계됨. 또한, 등급외자 중에서는 총 10.1%(16,600명)가 치매질환자로 집계됨.

<표 6-53> 장기요양등급별 질병보유 현황 (2011.6월)

등급 판정결과		합계	치매	중풍	치매 + 중풍	고· 저혈 압	당뇨	관절염	요통	골다공 증	골절,탈 골등사 고로인 한 후유증	암	호흡 곤란	난청	백내장, 녹내장	기타
합계		484,612	87,834	103,131	21,911	7,408	9,357	65,506	56,712	1,222	33,669	8,005	5,189	1,175	5,229	78,264
인 정 자	소계	320,261	72,683	80,739	20,462	2,579	4,976	28,545	27,867	471	23,594	4,605	2,392	371	3,177	47,800
	비율	100.0%	22.7%	25.2%	6.4%	0.8%	1.6%	8.9%	8.7%	0.1%	7.4%	1.4%	0.7%	0.1%	1.0%	17.7%
	1등급	42,611	9,246	14,046	5,612	178	433	1,147	1,156	53	2,460	596	152	18	68	7,446
	2등급	73,265	19,410	18,655	6,740	437	992	3,658	4,723	85	6,341	1,155	382	51	322	10,314
	3등급 (%)	204,385 (100.0)	44,027 (21.5)	48,038 (23.5)	8,110 (4.0)	1,964 (1.0)	3,551 (1.7)	23,740 (11.6)	21,988 (10.8)	333 (0.2)	14,793 (7.2)	2,854 (1.4)	1,858 (0.9)	302 (0.1)	2,787 (1.4)	30,040 (14.7)
등급 외자	소계 (%)	164,351 (100.0)	15,151 (9.2)	22,392 (13.6)	1,449 (0.9)	4,829 (2.9)	4,381 (2.7)	36,961 (22.5)	28,845 (17.6)	751 (0.5)	10,075 (6.1)	3,400 (2.1)	2,797 (1.7)	804 (0.5)	2,052 (1.2)	30,464 (22.5)
	등급외A	102,534	11,352	16,727	1,255	2,139	2,508	21,013	16,657	409	6,835	2,419	1,579	374	1,315	17,952
	등급외B	44,136	2,620	4,503	156	1,562	1,316	11,076	9,230	229	2,507	695	975	268	563	8,436
	등급외C	17,681	1,179	1,162	38	1,128	557	4,872	2,958	113	733	286	243	162	174	4,076

주: 기타 - 만성신부전증 등 만성신장질환, 정신질환, 불안증 등 정신·행동장애, 기타 감염성 질환 및 미입력건 포함
자료: 노인장기요양보험 통계월보

- 정부의 계획으로는, 등급외자 중에서 치매질환을 앓고 있는 자(이들의 대부분은 경증의 치매질환자로 판단)를 대상으로 등급내자로 인정할 예정이어서, 3등급 중에서 경증의 치매질환자가 크게 늘어날 것으로 예견됨.
- 또한, 현행체계에서는 1, 2등급자에 한하여 시설입소를 허용하고 있고, 3등급자인 경우에는 재가급여만 수급하도록 제한하고 있는 실정임. 다만, 3등급 치매노인인 경우에는 시설입소가 가능하도록 하고 있고, 2011.6월 현재, 시설입소자 중에서 치매질환을 보유하고 있는 자(중풍도 동시에 앓고 있는 자도 포함)의 비중은 전체의 46.2%로 나타난.
- 또한, 노인요양공동생활가정의 경우에는 44.2%가 치매질환을 보유하고 있는 대상자임.

<표 6-54> 장기요양시설유형별 질병보유 현황 (2011.6월, 급여계약기준)

구 분	소 계		노인요양시설	노인 전문요양시설	노인요양 공동생활가정	단기보호전환시설
	인원(명)	건				
합계	97,507	97,638	54,219	23,861	9,993	9,565
치매	35,730	35,783	19,728	9,046	3,543	3,466
중풍(뇌졸중)	19,817	19,845	11,275	4,894	1,934	1,742
치매 + 중풍	9,397	9,409	5,069	2,733	865	742
고, 저혈압	664	665	386	140	73	66
당뇨	986	987	534	213	130	110
관절염	5,754	5,759	3,321	1,236	626	576
요통	5,069	5,074	2,899	996	640	539
골다공증	133	133	59	40	17	17
골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증	6,688	6,694	3,762	1,420	800	712
암	650	651	389	128	69	65
호흡곤란	355	355	213	75	38	29
난청	96	96	61	14	14	7
백내장, 녹내장	631	631	356	139	75	61
기타	12,625	12,641	7,143	2,653	1,388	1,457

□ 그런데, 3등급의 치매질환자에 대한 시설입소기준을 보면, 아래와 같은 경우에 한정하고 있지만, 일상생활기능이 자립적인 자가 대부분임.

○ 다시 말하면, 등급별 표준기능상태상으로 보면, 1, 2등급자인 경우에는 거의 움직이지 못하여 누운 상태로 지내거나, 일상생활상의 기본행동을 할 때 다른 사람의 상당 부분 도움이 필요한 상태이기 때문에 자립적 기능이 상당히 떨어져 있으나, 3등급자의 경우에는 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자이고, 치매질환의 이유로 3등급으로 인정받은 자인 경우에는 일상생활상의 기본행동에 지원이 거의 필요하지 않은 상태로 볼 수 있음.

<표 6-55> 시설입소기준(3등급 치매질환자)

○ 24시간 지켜 보거나, 하루종일 밖에서 문을 잠가 두어야 할 정도는 아니나, 아래와 같은 치매질환으로 가족의 수발부담이 크고, 스트레스가 심한 상태가 인정조사 또는 의사소견서로 입증되는 경우

- ① 수발부담이 큰 항목이 2개 이상인 경우
- ② 수발부담이 큰 항목이 1개 이상이고, 다른 행동변화 항목이 1개 이상인 경우
* 수발부담이 큰 항목: 의사소통 장애, 망상, 길 잃음, 폭언, 폭행, 불결행동, 불규칙한 수면, 밖으로 나가려 함, 도움에 저항 등
- ③ 그 밖에 등급판정위원회에서 수발부담이 높은 사람으로 인정한 경우

<표 6-56> 등급별 표준기능상태상

구분	상태상
1등급(95점이상)	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 ※ 거의 움직이지 못하고 누워있는 상태 ※ 식사, 옷 입기, 씻기 등의 신체활동에 다른 사람의 완전한 도움 필요 ※ 중증 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위사람들에게 문제행동을 자주 보이는 상태
2등급(75~95점미만)	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자 ※ 먹고, 입고, 씻는 등의 일상생활의 기본 행동을 할 때 다른 사람의 상당 부분 도움이 필요한 상태 ※ 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위사람들에게 문제행동을 가끔 보이는 상태
3등급(55~75점미만)	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 ※ 먹고, 입고, 씻는 등의 일상생활의 기본적인 행동에 다른 사람의 부분적인 도움을 받아야 가능 ※ 가사일이나 집밖의 활동을 할 때 다른 사람의 도움을 받아야 하는 상태

□ 현재 노인요양공동생활가정의 경우, 소규모그룹홈의 형태로 운영되고 있지만, 활동성이 강한 치매질환자뿐만 아니라 중풍 등 비치매질환자까지 혼합되어 보호하고 있기 때문에 시설의 경영적 측면이나 이용자의 서비스 질적 측면에서도 부정적인 것으로 지적하고 있음.

- 중증의 비치매질환자인 경우에는 신체적 케어욕구가 높지만, 소규모시설의 한계로 종사자배치기준이 완화되어 양질의 서비스를 제공하기도 어렵고, 제공받기도 어려운 실정임.
- 또한, 치매질환자인 경우에는 신체적 기능이 자립되어 있어서 신체적 케어욕구는 낮기 때문에 비치매의 중풍 등 질환자와 혼합되어 있음으로 해서 문제행동의 발생이 더욱 빈발할 가능성이 높다는 것임.

□ 결국, 현재 노인요양시설에 입소해 있는 자는 입소기준(1, 2등급자)측면에서 보나, 표준기능상태상측면에서 보더라도 상당한 일상생활상의 기능장애자이고, 특히 도보이동상의 장애가 있어 상당한 정도의 도움을 필요로 하는 자가 중심적이고, 그들에게 제공되는 서비스도 신체(수발)케어가 집중되어 있기 때문에 그러한 케어욕구가 적은 자에게는 현행 시설급여가 부적합한 것으로 판단됨.

- 그럼에도 불구하고, 가족이 돌봄부담의 이유로 도보이동이 가능한 3등급자의 치매질환자를 시설에 입소시키는 경우가 빈발하고 있어, 경증치매질환자의 자립적 기능의 조기 하락, 치매질환자에 적합한 케어제공의 부실, 그로 인한 인간으로써의 존엄있는 삶의 상실뿐만 아니라, 더 나아가 시설운영측면에서도 케어의 어려움을 발생시키고 있는 실정임.

□ 주요 선진국의 사례

- 일본에서는 도보이동 등 활동상의 기능에 어려움이 없는 치매노인을 대상으로 4인실 기준의 대규모 생활시설에서의 보호가 부적절하다는 판단하에 소규모 그룹홈형태의 인지증대응형공동생활개호급여가 도입, 시행되고 있음.

<표 6-57> 일본 인지증대응형공동생활개호시설의 기준

구분		내용
인원 기준	종사자	- 주간에는 이용자 3인당 케어종사자 1인이상 배치 - 야간, 심야에는 1인이상 배치 (단, 동일부지내 재가서비스기관과의 겸직 가능)
	계획작성담당자	- 케어매니저 1인 배치
	관리자	- 1인 배치 (겸직 가능, 후생노동성규정의 연수 수료자)
	사업자의대표자	- 1인 배치 (후생노동성규정의 연수 수료자)
설치 기준	정원	- 5~9인 규모(이것을 1유니트로 설정)
	식당 등	- 방, 거실, 식당, 부엌, 욕실, 소화설비 등 - 방은 1인실을 기준 (방당 면적: 7.43㎡)
	개설지	- 주택지에는 개설 불가능

- 그 이외에 북유럽, 스웨덴 등에서는 치매노인을 대상으로 한 그룹홈시설이 보편화되어 있으며, 경증의 치매노인을 가정과 같은 환경에서 사회적으로 보호하고 있음.

다. 추진계획

□ 경증치매노인대상의 소규모그룹홈 설치모형 개발 및 시범사업 추진

- 장기요양대상자로 인정받은 치매질환자로 활동상의 장애가 없는 경증상태의 노인으로 설정함.
- 입소기준은, 도보이동능력 등 일상생활동작기능자체에는 장애가 없고 청소, 조리하기, 빨래하기 등 일부의 가사활동도 시설종사자의 보호아래 가능함을 전제
- 그룹홈의 시설규모는 5~9인미만(1개의 유니트)의 개인실을 기준으로 함.
- 동 그룹홈은, 24시간 체제가 가능한 입소형 시설이지만, 일반주택거주와 유사한 형태를 띄고 있기 때문에 지역사회에 밀착되어 설치하는 것을 원칙으로 함.

가. 추진 필요성

□ 장기요양서비스 품질 관리의 중요성 부각

- 노인장기요양보험제도 도입과 함께 서비스를 제공할 수 있는 요양시설과 재가서비스 인프라인 급격히 증가하였음. 이와같은 급격한 증가로 인하여 기관간 수급 대상자 확보를 위한 과도한 경쟁이 발생함.
- 노인장기요양보험제도에서는 민간시장을 통한 서비스 공급 확대 전략을 추구하여, 경쟁을 통한 높은 서비스 품질 기관이 생존하게 될 것이라는 자유경쟁시장 논리가 작용할 것으로 예측함.
 - 실제로 서비스 제공현장에서는 기관간 과도한 경쟁으로 인한 서비스 품질 향상보다는 불법 행위(예, 본인부담금 감면 등)가 발생, 결과적으로 서비스 품질 저하의 결과가 초래됨.
- 따라서 제도 도입이후 확대된 서비스에 대한 서비스 품질 관리의 중요성이 부각되며, “장기요양기관 평가”는 서비스 품질을 관리할 수 있는 다양한 방안 중 중요한 요소임.

□ 장기요양기관 평가 실시 근거

- 노인장기요양보험법 제54조(장기요양급여의 관리·평가)과 시행규칙 제38조(장기요양기관 평가 방법 등)에 의해 장기요양기관 평가를 실시함.
 - 평가내용은 ① 장기요양기관을 이용하는 수급자의 권리와 편의에 대한 만족도, ② 장기요양기관의 급여제공 과정, ③ 장기요양기관의 운영실태, 종사자의 전문성 및 시설 환경, ④ 그 밖에 장기요양기관의 운영 개선에 관한 사항에 대해서 평가를 실시하록 함.
 - 평가는 정기평가와 수시평가로 구분하여 실시하고 평가 결과를 공단의 홈페이지 등에 공표하여야 한다고 제시함.

나. 현황과 문제점 (외국사례 포함)

1) 현황과 문제점

□ 장기요양기관 평가 추진 경과

- 장기요양기관의 평가제도는 보험제도 도입과 함께 평가지표 및 매뉴얼 개발, 모의평가 (06-09.4)를 실시하여 장기요양기관 평가체계를 구축함.
- 장기요양기관 평가는 2009년과 2010년에 걸쳐 입소시설과 재가기관에 대한 제1기 평가를 시행함. 2011년부터 제2기 평가를 실시, 2011년 입소시설과 2012년 재가시설에 대한 평가 예정임.

□ 평가체계

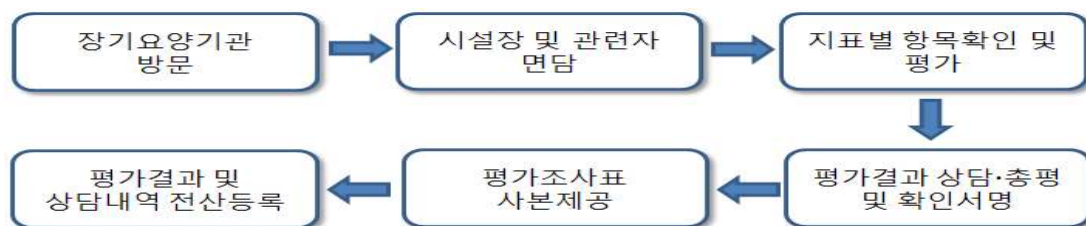
○ 평가대상

- 장기요양기관 평가의 대상은 장기요양기관으로 지정된 전 기관을 대상으로 의무화함 (단, 2009-2010년 1기 평가에서는 평가 희망 기관에 한하여 실시)

○ 평가방법

- 평가주체: 건강보험공단
- 평가자 : 건강보험공단 직원으로 구성된 평가자 2인에 의한 기관평가를 통해서 이루어지며, 수급자와 종사자 평가는 평가자 1인의 방문을 통해 이루어짐.
 - 평가자문위원: 건강보험 지역본부별로 관계공무원, 시설협회 관계자 등으로 구성된 평가자문위원이 평가에 참여할 수 있음(평가결과에 영향을 미칠수는 없음)
- 평가주기 : 2년

[그림 6-15] 장기요양기관 평가 업무수행절차 흐름도



- 평가지표평가기준 : 장기요양 평가를 위해 개발되어진 평가지표를 활용하여 평가함.

<표 6-58> 장기요양기관 평가지표 구성

대분류(5)	중분류(14)
기관운영	기관관리, 인적자원관리, 정보관리, 질관리
환경 및 안전	위생 및 감염관리, 시설 및 설비관리, 안전관리
권리 및 책임	수급자 권리, 기관책임
급여제공 과정	급여개시, 급여계획, 급여제공
급여제공 결과	수급자 상태, 만족도 평가

- 평가결과 활용

- 평가결과 상위 30%기관에 대해서는 명단을 공개하고, 상위 10% 우수기관에 대해서는 가산 인센티브 지급, 우수기관 마크를 부착하도록 함으로써 우수기관에 대한 인센티브와 소비자의 알권리 부여

□ 2009년~2010년 장기요양기관 평가 개요

○ 평가대상

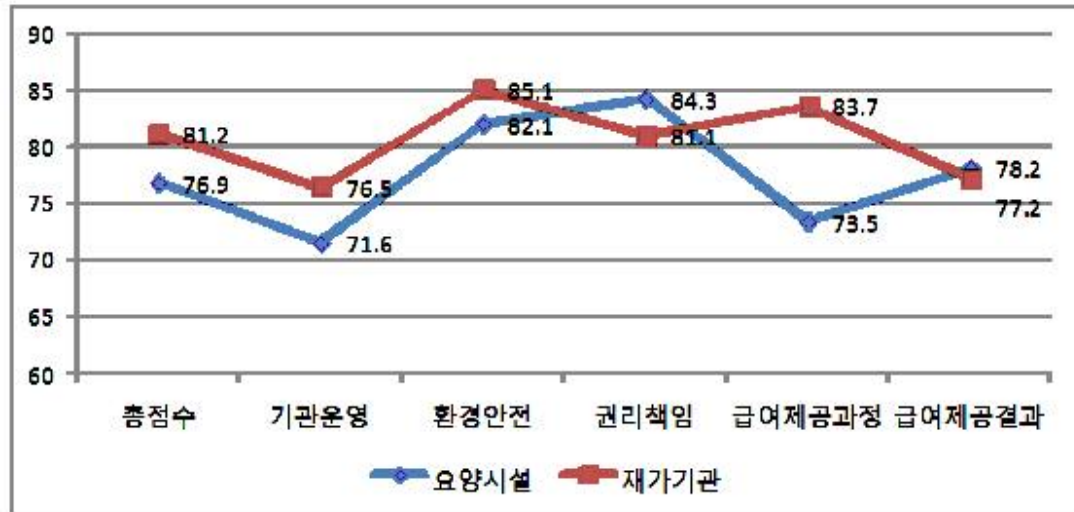
- 2009년 요양시설 평가는 2008년 12월 31일 운영중인 장기요양기관 1,664개 기관을 대상으로 평가신청을 받아 1,228기관이 평가를 신청하고, 이중 1,194기관이 평가를 실시함. 즉, 운영기관 중 약 72%가 평가를 받음.
- 2010년 재가요양기관 평가는 2009년 12월 31일까지 재가장기요양기관으로 지정되어 평가신청일 현재 운영중인 16,089개 기관 중 휴·폐업이나 행정처분을 받은 기관 또는 청구실적이 없거나 미미한 기관을 제외한 8,786개 평가 신청 대상기관 중 6,057개 기관이 신청하여 5,794개 기관에 대해 평가를 실시함. 즉, 대상기관 중 약 66%가 평가를 받음.

○ 평가결과

- 요양시설과 재가 요양기관의 영역별 평가결과를 살펴보면, 요양시설의 평가점수는 100점 만점 76.9점이며, 재가 요양기관은 81.2점으로 재가기관이 요양시설에 비해서 약 5점 높게 나타남.
- 평가 영역별 요양시설과 재가 장기요양기관간의 평가결과를 살펴보면, 가 장기요양기관이 기관운영, 환경안전, 급여제공과정 영역에서는 요양시설 평가결과에 비해서 높게 나타남. 특히 급여제공과정 영역에서는 10점의 점수차이를 나타내고 있음.
- 이는 요양시설과 재가 장기요양기관의 평가시기가 1년의 차이로 인하여, 재가 기관에서 평가지표에 대해 익숙해지고, 준비할 시간이 더 많았기 때문으로 보여짐. 또한 요양시설의 경우 제도도입이후 1년의 평가로서 요양시설들이 새로운 제도에 대한 적응이 부족할 수도 있기 때문으로 보여짐.

- 재가 장기요양기관 평가결과 전체 평균점수는 100점 만점 81.2점이며, 기관운영 영역이 76.5점, 환경안전 85.1점, 급여제공과정이 83.7점이었으며, 급여제공 결과가 77.2점으로 나타남.

[그림 6-16] 제1기 장기요양기관 평가결과



□ 제1기 평가에서 나타난 문제점

- 평가제도가 달성하고자 하는 목적을 명확히 함으로서 향후 평가지표의 내용, 평가결과와 활용방법, 평가 방법 등을 평가체계의 정비로 필요로 함.
 - 요양기관 평가는 기관에서 제공하고 있는 서비스 질의 일정수준 이상을 유지하도록 하기 위함인지, 서비스 질의 지속적인 발전을 위한 상대평가의 의미, 그리고 평가결과를 통해 소비자의 알권리 및 선택권 강화 중 우선 목적을 명확히 할 필요가 있음.
 - 요양기관 평가를 통해 기관의 서비스 질의 일정수준 이상을 유지하도록 하기 위함이라면 현 평가제도를 인증제도의 형태를 통해 일정수준의 질을 유지한 기관에 대해서만 서비스 제공을 승인, 그리고 이를 소비자가 요양서비스를 선택할 수 있는 방안으로 활용할 수 있을 것임.
- 평가자의 신뢰성과 전문성
 - 평가자의 신뢰성 및 전문성을 통해서 평가자의 차이로 인한 편차를 감소시키고 평가제도에 대한 신뢰성을 높일 것임.
 - 현재 공단 직원만으로 구성된 평가자를 외부전문가, 지자체 공무원, 기관 관계자, 그리고 소비자 대표 등으로 다양화하는 것이 적합할 것으로 판단됨.

※ 사회복지시설평가의 경우 평가자는 교수 및 전문가, 지자체 공무원, 기관 관계자 등으로 구성하여 실시중임.

○ 평가지표의 전문성 및 적절성

- 기관에서 제공되는 서비스의 결과를 종합적으로 파악할 수 있는 성과 지표의 확대
- 현재 지표는 기관운영 등을 비롯하여, 성과를 평가하기 보다는 서비스가 제공되는 과정, 그리고 기관운영을 위해 준비해야 할 항목을 중심으로 제시하고 있음. 따라서 지표의 영역이 넓고 항목의 수가 많음. 향후 이들 서비스 제공을 위한 하드웨어적 기반과 서비스 과정보다는 결과 중심의 성과를 평가할 수 있는 지표 항목으로 변경이 요구됨.
- 이를 위해서는 기관별 서비스 제공의 구체적인 지침을 제시할 필요가 있음. 구체적으로 실시해야 할 서비스와 그 내용, 제공하는 방법 등 구체적 지침을 제공함으로써 이들 기준에 부적합한 서비스를 제공할 경우 처벌 또는 제재를 가할 수 있는 제도가 확립되어야 할 것임.

○ 평가결과 활용에 대한 점검

- 평가의 목적에 따른 활용 방안 검토가 요구됨. 평가를 통해 소비자의 알 권리 및 선택을 지원하기 위해서는 평가결과와 공개범위를 확대해야 함.
- 현재의 평가결과 공개의 범위는 우수시설 중심으로 규모가 적으며, 또한 공개방법이 인터넷을 통한 공개로 인하여 주요 소비자인 노인과 가족들의 접근이 제한적일 수 있음.
- 소비자의 알권리 및 현명한 선택을 위해서는 공개범위를 확대하고, 평가결과 제공을 적극적으로 실시할 필요가 있음.
- 평가결과 하위 시설에 대해서는 전문 평가팀 구성의 재 평가를 통해 서비스 질의 수준을 재평가하여 재생불능이라고 판단될 경우 폐쇄조치하거나 집중 관리대상으로 분리하여 관리하도록 함.

2) 국외사례

- 장기요양기관에서 제공하는 서비스 품질 관리를 위해 일본, 독일을 비롯한 영국, 호주 등에서도 서비스 품질관리를 실시하고 있음.

- 일본 개호보험의 품질 개선을 위한 기관 평가, 품질 관리 방안은 행정기관(국가, 도도부현, 시구청촌)에 의한 지도감독, 정보공표제도를 위한 조사, 제3자 평가방식이 존재함.
 - 지도감독은 기관의 지정기준의 준수상황을 확인하기 위해, 행정기관에 의해 의무적으로 시행되며, 모든 사업소를 대상으로 실시하며, 행정 강제력이 있어 위반항목 발각시에 지정취소도 가능
 - 정보공표제도는 이용자의 서비스 선택을 위한 정보제공을 목적으로, 도도부현(지정정보공표 센터·지정조사기관)에 의해서 실시, 사업자 스스로 서비스나 경영상황에 관하여 정보를 개시, 그 내용에 대한 사실 확인을 위해 방문조사를 모든 사업소를 대상으로 실시
 - 제3자에 의한 평가는 서비스 개선항목을 명확히하여 서비스 질의 향상을 목적으로 하며, 행정기관에서 민간의 평가기관에 위탁하여 실시함. 평가대상은 희망하는 사업소이며, 평가 기관의 선정과 비용은 사업소 부담하는 형태임.

- 일본의 평가제도를 고려할 때, 현재 노인장기요양보험의 평가는 평가내용에서는 제3자에 의한 평가내용과 유사하며, 평가결과 활용에 있어서는 정보공표제도와 유사함.

- 제3자에 의한 평가제도는 다음과 같이 운영됨.
 - 평가목적
 - 이용자가 개호 기관의 내용 파악이나 서비스를 선택할 때 기준이 되는 정보제공 도모
 - 사업자가 이용자의 요구를 파악하여 다양한 서비스 제공함과 함께 서비스 품질 향상을 위한 노력을 촉진하는 것을 가능하게 함.
 - 평가주체 및 평가자
 - 지자체에서 제3자 평가기관(NPO)에 위탁, NPO는 주로 컨설턴트 기관
 - 평가자 : 평가자 양성 연수 및 그 외의 필요한 연수를 수료한 자
 - 평가대상
 - 평가는 의무사항은 아니지만, 대부분의 기관에서 신청
 - 평가결과 활용
 - 평가결과 공개(상대평가없이 임의로 공개함)
 - 사업소가 서비스 품질 향상을 위한 기반으로 활용함.
 - 평가비용 : 기관 부담

□ 일본 평가 체계의 시사점

- 일본은 기관의 서비스 품질 관리를 위한 방안으로서 목적에 따라 다양한 제도를 운영하고 있음.
- 소비자의 알권리와 현명한 선택을 위한 정보공표제도와 기관의 서비스 품질 관리를 위한 제3자에 의한 평가제(인증제도와 유사), 지도감독 등의 다양한 방안을 적용함을 볼 수 있음.
- 노인장기요양보험에서도 목적에 따라 평가제도를 다양화하여 수행할 필요가 있을 것임.
 - 단, 일본의 경우 제3자 평가제도는 많은 컨설턴트 회사가 참여함으로 평가의 일관성은 부족, 이러한 방식은 평가라기 보다는 경영 진단의 성격을 갖고 있음.

□ 독일의 평가제도는 1)MDK에 의한 평가, 2) ISO 인증기관 평가, 3) 서비스 제공자 평가(EFGO 등)임. 보험자에 의한 평가는 MDK에 의한 평가제도이며, 현재 노인장기요양보험의 평가제도와 유사하다고 판단됨.

□ MDK 에 의한 평가

- 평가자 : 보험자(행정직)와 MDK(평가자) 2인 1조
 - MDK 소속 의사, 간호사(간호대학 졸업자로서 TQM(Total Quality Management) 교육 이수자
- 평가 주기
 - 정기평가 : 2010년부터는 모든 장기요양기관 년 1회 평가
- 평가방법 : 보험자가 평가종류를 결정하여 MDK에 의뢰하여 실시
 - 사전예고 없이 수행
- 평가결과 활용
 - 요양기관 통보 : 총점없이 영역별 점수를 통보, 지정취소 등의 행정처분도 가능
 - 평가결과 공개 : 홈페이지를 통해 공개(전체 점수와 영역별 점수 공개)

□ 독일의 MDK에 의한 평가는 보험자에 의한 평가라는 점에서 노인 장기요양보험의 평가와 가장 유사함. 독일의 평가체계에서 평가자의 교육과정이 엄격히 이루어지고 있음은 평가 결과의 신뢰성을 높이기 위해 매우 중요한 요소임을 나타냄.

□ 장기요양기관에 대한 인증제도를 실시, 기관의 자발적인 참여하는 형태로 운영됨.

□ 평가체계

- 평가자 : 간호사로서 5년 이상의 근무경력, 또는 의료관련 행정 경험이 5년 이상인자, 치료사 및 심리학자, 정신과 치료의 경력 5년 이상자
 - 별도의 평가자 교육 실시, 시험을 통해 평가자 자격 부여
- 평가실시 : 2인 1조로 운영

□ 평가지표 : 4개 영역의 44개의 세부 항목에 대한 평가를 실시

- 관리체계, 인력 및 조직 개발
- 건강 및 개인 지원서비스
- 일상생활 지원
- 물리적 환경 및 안전관리

- 호주의 평가체계는 평가자 교육을 체계적으로 실시함으로써 평가의 신뢰성 향상을 기하고 있음. 또한 인증제도를 통해 인증결과를 공표함으로써 소비자의 알권리와 선택권 지원을 한다는 점에서 장기요양보험법의 평가제에 시사하는 바가 큼.

다. 추진계획

- 장기요양기관 평가제도에서 가장 중요한 것은 평가결과의 신뢰성을 향상시키는 것이 요구됨. 평가결과 신뢰성 향상을 위해 우선적으로 요구되는 것은 평가자의 자격 강화임.
- 또한 평가의 목적을 명확히 할 필요가 있음. 평가의 목적은 1) 소비자의 알권리와 현명한 선택을 위한 자료 제공, 2) 기관의 서비스 질 향상, 3) 부적절한 시설에 대한 처벌로 구분할 수 있음. 이들 목적에 따라 평가제도의 설계를 다소 차이를 보일 수 있음.
 - 소비자의 알권리와 현명한 선택을 위한 자료제공을 주요 목적으로 할 경우, 평가가 신뢰성이 가장 담보되어야 할 것임. 이를 위해서는 평가자의 전문성 및 평가단 구성의 신뢰성 강화가 이루어져야 함.
 - 특히, 우수시설을 비롯한 전 시설의 평가결과를 공고할 경우 이는 평가결과에 대한 신뢰성이 없을 경우 기관의 강한 반발이 초래될 수 있음.
 - 또한 평가결과의 활용을 위해서는 평가결과에 대한 신뢰성이 우선적으로 이루어져야 할

것임.

- 평가제도의 주요한 목적이 기관의 서비스 질 향상을 목적으로 할 경우는 현재의 일회성 평가로는 부족함. 따라서 서비스 질 관리를 위한 상시적 보고체계를 통한 관리가 이루어져야 할 것이며, 상세한 서비스 품질에 대한 평가와 피드백이 이루어져 기관의 서비스 품질 향상이 이루어지도록 진단과 지원이 필요함.

□ 따라서 노인장기요양기관 평가제도는 이루고자 하는 목적에 따라 2가지 체계로 이루어지는 것이 적합하다고 판단됨.

- 첫째, 소비자 알권리 증진을 위한 평가결과의 공표와 그 결과를 통한 상벌제도 도입을 위해서는 현 평가체계를 유지하되, 신뢰성을 향상을 위한 보완
- 둘째, 장기적으로 기관의 서비스 품질 향상을 위한 기제로서는 별도의 평가기관의 설치가 요구됨. 이를 통해 평가 이후 서비스 품질 향상을 위한 운영 컨설턴트 기능이 함께 이루어져야 할 것임.

1) 평가제도의 신뢰성 향상

□ 평가지표 개선

- 피평가기관의 평가로 인한 업무 감소를 위해 평가지표를 간소화하도록 함.

□ 평가자의 전문성 향상

- 평가를 실시하는 평가자에 대한 전문성과 신뢰성이 있을때 평가결과에 대한 신뢰성 향상이 이루어질 수 있음.
- 평가 담당자 배정 : 평가를 위해 임시적으로 평가단 구성 방식에서 평가업무 담당자를 각 지역본부별로 배정
 - 평가자에 대한 교육 실시
- 평가단 구성 강화 : 평가의 전문성과 신뢰성 향상을 위해 평가단에 교수, 시설운영경험자, 지자체 공무원 포함

□ 평가결과에 대한 이의신청제도

- 장기요양기관에서의 결과에 대한 불복할 경우 이의신청할 수 있는 제도 마련
- 평가결과 발표후 이의신청 기관에 대한 별도 평가팀에 의한 재 평가 실시

□ 평가결과 활용 방식 개선

- 평가결과를 상대평가에서 절대평가 방식으로 공표
 - 절대평가를 위한 평가점수 체계 개편
 - 평가결과의 공표는 향후 우수시설 50%까지 공표하여 소비자의 알권리 보장 및 기관의 발전 노력을 촉진하도록 함.
 - 장기요양기관 평가대상 확대
- 현재 장기요양기관 중 평가대상에서 제외된 복지용구사업소 평가 실시

2) 장기요양기관 서비스 평가 및 모니터링 센터 설치방안 검토

□ 장기요양기관 평가의 전문성 및 신뢰성 향상을 위한 별도의 기관 설치 검토

- 장기요양기관의 서비스 품질 향상을 위해 별도의 기구에 의한 평가 실시 및 지속적인 모니터링 실시
- 서비스 품질에 대한 평가 뿐 아니라 서비스 품질 및 운영 선진화를 이룰수 있도록 컨설팅 수행

□ 장기요양서비스 품질 향상을 위한 시스템 구축

- 서비스 품질의 상시적 품질 관리를 위한 시스템 구축
 - 노인의 기능상태 사정(assessment) 등 상시적 품질 관리를 위한 정기적 보고(시스템 입력) 체계 구축
 - 노인의 등급인정기간(갱신기간)을 연장하는 것과 연동하여, 등급판정이 아닌 노인의 기능상태에 대한 수시 점검 체계를 통해 기능상태의 큰 변화가 초래될 경우 등급인정 재신청이 이루어지도록 체계화함.

<표 6-59> 평가지표별 장기요양기관 평가결과 ('09 ~ '11)

(100점 만점)	전체	기관운영	환경·안전	권리·책임	급여제공과정	급여제공결과
'09. 입소	76.9	71.6	82.1	84.3	73.5	78.2
(10민 미만)	(66.5)	(58.5)	(72.7)	(74.1)	(60.7)	(68.8)
'10. 재가	81.6	76.5	85.1	81.1	83.7	77.2
'11. 입소	75.78	73.33	81.54	76.88	73.56	74.33
(30인 이상)	(84.71)	(82.8)	(88.8)	(83.7)	(83.7)	(82.4)
(10민~30인)	(74.65)	(72.6)	(80.1)	(76.3)	(72.3)	(72.8)
(10민 미만)	(67.68)	(64.3)	(75.2)	(70.3)	(64.2)	(67.4)

<표 6-60> 평가지표 및 주요내용

평가지표 구분	지표현황 (개수)		주요내용
	시설	재가	
기관운영	17	15~17	직원 복리후생 (건강검진, 적정급여지급, 4대보험 가입), 응급대응
환경·안전	26	5~9	낙상·질병으로부터의 안전, 종사자 복장, 장비구비 등 서비스 환경
권리·책임	15	8~12	상담·상태파악 등 권리보호, 배상책임보험 가입, 정보제공·서비스 연계 등
급여제공과정	43	16~21	이용자 질병·인지·영양상태 등 욕구평가 및 자료제공, 기록관리 등
급여제공결과	5	2~4	수급자 신체청결·구강양호, 상태호전, 수급자(보호자) 만족도 조사결과 등

3-5 장기요양시설인프라의 적정화방안

□ 추진 필요성 (현황과 문제점)

- 2008년 제도 도입이후 매년 상당수의 노인요양시설이 새로 설립되거나 확대되고 있음
- 일각에서는 이러한 노인요양시설의 수가 너무 과다하다는 지적이 일고 있음
- 과다한 것인지의 여부는 시설서비스의 필요량(need)에 따라 판단되어져 함
- 현재는 시설 등의 공급량에 체계적인 분석이나 예측이 되지 않고 있는 상황임

[그림 6-17] 입소시설 10인 및 시설충족률



<표 6-61> 장기요양기관 미설치 지역 현황

(단위 : 시군구)

총계 (A+B)	시설급여 (A)	재가급여					
		계(B)	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간	단기보호
234	-	234	-	3	44	13	151

□ 추진 내용

- 장기요양시설 공급량에 대한 분석 기반 마련
 - 장기요양시설의 공급량을 계속 추적하고 분석하여 예측하는 역할을 담당하는 조직이 필요
 - 미국은 대부분의 주에서 Certificate of Need(CON) program을 운영 중에 있음. CON program은 병원과 너싱홈의 병상을 규제하는 역할을 하고 있음.
 - 그러나 이 program 은 공급량을 결정하는 의결기구는 아님. 오히려 각 주의 CON에서 발간하는 리포트를 보면 해당 주의 공급량에 대한 매우 자세한 분석결과가 나타나 있어 전문적으로 공급량 결정을 위한 정보제공의 역할이 커 보임
 - 보험자나 정부 산하에 상근직과 비상근직이 포함된 전문분석팀을 구성. 전문적 분석결과

를 매년 산출함으로써 의사결정에 필요한 정보를 제공

※ 참고) Certificate of Need(CON) program :

- 1974년 연방법에 의해 50개 주 전체는 병원건물을 확장하거나 새로운 high-tech device 등을 도입하는 등의 주요 자본이 투여되는 프로젝트가 시행되지 전에 'State Health Planning Agency'로부터 승인을 받도록 함. 이 Agency는 거의 모든 주에 있고 CON program 을 수행하고 있는데 최근에는 외래위주의 기관(outpatient facility)과 노인요양시설(long-term care facility)에 집중하는 경향을 보이고 있음.

An Analysis and Evaluation of the CON Program

| Study Over

Table 1-2
COMPARISON OF NUMBER AND SCOPE OF HEALTH CARE FACILITIES & SERVICES COVERED IN STATES WITH CON PROGRAMS

RANK	STATE	Air Care	Air Ambulance	Amph Surg Ctrs	Burn Care	Business Centers	Cardiac Cath.	CT Scanners	Gamma Knives	Home Health	ICU/MR	Laboratory	Long Term Care	Mental Ill/Hldg	Mobile HlthTech	MRI Scans	Neonatal Int Care	Obstetric Svcs	Open Heart Svcs	Organ Transplant	PET Scans	Physician Svcs	Radi Therapy	Rehab	Renal Dialysis	Res Care Fac	Substance Abuse	Swing Beds	Ultrasono	Capital Threshold	Other Services ^a
31.2	ME	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
30.8	WV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
27.6	GA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
27.3	CT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
27.0	AK	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
22.5	VT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
21.0	MO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
20.9	SC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
19.8	MS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18.4	NC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18.4	IL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
17.1	NJ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
16.2	KY	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
16.1	DC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
15.3	MD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
15.2	MI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
15.2	RJ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
15.0	HI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
13.6	TN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
13.2	NY	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
12.6	WA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
12.0	AL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
11.7	NH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.4	AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.4	FL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.1	LA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8.0	VA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7.0	OK	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
6.3	MT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5.1	MA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.9	NV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.8	DE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4.4	WI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
1.0	OH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
0.6	OR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
0.6	NE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
0.4	LA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

- 반드시 CON program의 review를 받아야 하는 경우는,
 - 새로운 health care facility 를 세우고자 할 때
 - 기존의 health care facility가 새로운 장소로 이전하고자 할 때
 - health care facility의 bed capacity 를 변경하고자 할 때
 - 제공하는 health care service의 범위나 타입을 변경하고자 할 때
 - 해당 주가 세워놓은 한계치 이상의 health care facility capital expenditure가 생기

는 경우

○ 지역특성에 연동된 장기요양시설 병상수에 관한 지표 개발

- 예를 들어, 전국을 6개 관할 구역으로 구분한 후, 해당 지역의 노인인구수에 비례하여 시설의 병상수를 규정하는 방식
- 구체적으로 각 지역의 병상수가 몇 개이어야 하는 것은 상기 연구기관에서 제시하는 구체적인 분석결과에 근거하여 결정
- 예를 들어, A지역의 노인인구수가 a'이라면 그 지역의 시설병상수는 a' 이상일 수 없도록 규정. 단 관할 지역 내에서의 병상수 이동은 가능
- 만약 해당 지역의 노인인구수가 많아진다면 시설병상수도 더 많이 허가가능
- 미국의 일부 주의 예;

State	Code	Last Updated	Planning Policy	Bed Need
Alabama	410-2-4-.08	3/31/10	(4) (b) Conversion of beds given priority over new construction when conversion is less costly and existing structure can still meet licensure and certification	12 beds per 100,000 population per region; 7 regions. 75% occupancy expected before new beds are considered.
District of Columbia	4110.6 (i) and 4050 - general	?	See 4050 for general criteria and standards for review... DC has an annual implementation Plan (AIP)	No specific occupancy or rate for acute rehab noted.
Florida	59C-1.039 (5) (c)	2-22-95	Priority consideration for: applicant that is a disproportionate share hospital; proposing to serve Medicaid-eligible persons; a designated trauma center	Need formula for each District Net Need for IP Beds=((Days/Population) x Projected Pop. / (365 x .85)) – Licensed Beds – Approved Beds

○ 기존 노인요양시설의 평가결과에 따른 병상수 연동

- 다만, 시설병상수를 일정 한도기준으로 규정할 경우 기존에 이미 노인요양시설을 개설하고 있는 경우가 새롭게 개설하고자 하는 경우보다 더 유리할 수 있음
- 기존의 노인요양시설이 시설평가에서 전국 하위 15%이하의 결과를 보이는 경우 일정 수의 병상수를 반환하도록 함. 또한 사회윤리적인 문제(예, 노인학대)를 야기시킨 경우는 병상수 전체를 반환토록 함
- 반환된 병상수와 노인인구수의 변화를 고려하여 다음 해에 해당 지역의 노인요양시설의 병상수를 책정

○ 지방자치단체와 협력체계 구축

- 기본적으로 노인요양시설의 인허가 및 취소권한은 지방자치단체에 있기 때문에 지방자치단체와의 협력이 중요
- 매년 책정한 노인요양시설 병상수 및 이와 관련된 각종 정보를 지방자치단체에 제공
- 장기적으로는 지방자치단체와 함께 지표를 개발하고 의사결정을 하는 것이 필요. 특히 노

인요양병원의 병상수 크기가 노인요양시설의 병상수와 밀접한 관계가 있음을 감안하여
향후에는 노인요양병원의 병상수를 함께 논의할 수 있어야 함

참 고 문 헌

- 박노옥·전병철. 2011. “경제적 성과: 단기 건강보험급여 재정절감효과”, 「노인장기요양보험 제도시행 3주년 기념식 및 국제심포지움」. 보건복지부. 2011.6.
- 보건사회연구원. 2007. 「건강보험료 부과체계 개선방안 및 재원확보」.
- 신영석·신형웅·황도경·이준영·최균·김용하·긴진수·공경열. 2007. 「건강보험료 부과체계 개선방안 및 재원확보방안」. 국민건강보험공단. 한국보건사회연구원. 용역보고서 2007-07.
- 이은경. 2010. “노인장기요양보험의 재정추계”, 「재정포럼」. 2010. 12월호 pp. 6-25.
- 이태화. 2011. “임상적 성과: 어르신의 건강기능 개선 여부”, 「노인장기요양보험제도시행 3주년 기념식 및 국제심포지움」. 보건복지부. 2011.6.
- 최인덕·현경래·이호봉·이은미. 2010. 「노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제」. 건강보험정책연구원. 연구보고서 2010-22.
- 국민건강보험공단, “2009 장기요양보험 통계연보”, 2010.
- 국민건강보험공단, “2010 장기요양보험 통계연보”, 2011.
- 국민건강보험공단, 한국과 일본의 건강보험제도 평가와 시사점(국제 정책심포지움 자료집), Takako Tsutsui의 일본의 개호보험제도 현황과 향후의 발전방안. 2009.8.
- 보건복지부, 2010 장기요양보험 통계
- 통계청, 장래인구추계, http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp?parentId=A
- 건강보험정책연구원, 노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제, 2010.12.
- 국민건강보험공단, “2009 장기요양보험 통계연보”, 2010.
- 국민건강보험공단, “2010 장기요양보험 통계연보”, 2011.
- 국민건강보험공단, 한국과 일본의 건강보험제도 평가와 시사점(국제 정책심포지움 자료집), Takako Tsutsui의 일본의 개호보험제도 현황과 향후의 발전방안. 2009.8.

보건복지부, 2010 장기요양보험 통계

통계청, 장래인구추계,

http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp?parentId=A

건강보험정책연구원, 노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제, 2010.12.

선우덕 외, 최신 노인 장기요양보험제도: 현황과 과제, 노인연구 정보센터, 2012.

선우덕 외, 노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안, 한국보건사회연구원, 2011.

선우덕 외, 노인장기요양보험장체계의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원, 2008.

유근춘 외, 장기요양 수가체계 개선을 위한 연구, 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2009.

유근춘, 독일장기요양보험이 우리나라에 주는 시사점, 꽃동네현도사회복지대학교 개교 10주년 기념 학술대회, 2008.10.20.

Bleilebens, R. 2010. "Steuerfinanzierte Pauschalprämie pro Personen". Petition an Deutschen Bundestag. Nordrhein-Westfalen.

Bundesministerium für Gesundheit. 2009. Statistiken zur Pflegeversicherung. Berlin.

Deutsche Bundesbank. 2004. Monatsbericht. Juli 2004.

Deutsche Bundesbank. 2007. "Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung", Monatsbericht. April 2007. pp. 29-45.

Deutscher Bundestag 2010. "Finanzierung der Pflegeversicherung als solidarische Aufgabe" 17. Wahlperiode. Drucksach 17/4362.

Göpfarth, D./ Henke, K-D. 2007. "Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich- Was bleibt vom Ausgleichverfahren", Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Bd. 227/1.

Häcker, J. / Höfer, M. A. / Raffelhübschen. 2004. "Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung reformiert werden?", Diskussionspapier des Insititutes für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau. Nr. 119/2004.

Lauterbach, K.W./ Lungen, M./ Stollenwerk, B./ Gerber, A./ Klever-Deichert, G. 2005. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. IGKE. Köln.

Rothgang, H. 2010. "Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegeversicherung und deren Bewertung". Workshop des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes der Pflegekassen. Finanzierung der Pflegeversicherung. Berlin 7. Juni. 2010.

Rürup-Kommission. 2003. Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Die wichtigsten Fragen und Antworten zur Pflegereform(장기요양개혁에 관해 가장 중요한 질문과 답), www.bmg.bund.de, 2008. 3. 28.

Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Gut zu wissen - das Wichtigste zur Pflegereform 2008(알아서 좋은 것 - 2008년 장기요양개혁에서 가장 중요한 사항들), www.bmg.bund.de, 2008. 10.

Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes"("장기요양-지속적 발전을 위한 법의 효과" 연구에 관한 최종보고), www.bmg.bund.de, 2011. 6.

Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Referentenentwurf (Stand:20. Januar 2012): Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz-PNG)(정부법안초안(버전: 2012년 1월 20일): 장기요양의 새로운 지향을 위한 법의 초안(장기요양-새로운 지향을 위한 법-PNG)), www.bmg.bund.de, 2012. 1.

Bundesministerium fuer Gesundheit(독일연방보건성), Wichtige Punkte des Referentenentwurfs zum Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (장기요양의 새로운 지향을 위한 법 초안의 중요 사항들), www.bmg.bund.de, 2012. 3.

Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung; Pflege-Weiterentwicklungsgesetz(장기요양보장의 구조적인 지속적 발전을 위한 법; 장기요양-지속적 발전을 위한 법), 2008.3.14