

발 간 등 록 번 호

11-1352000-002205-01

정책보고서 2017-27

# 제2차 장기요양 기본계획 수립 연구



이윤경 외

**【책임연구자】**

**이윤경** 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요저서】**

장기요양 등급판정 체계 개편에 관한 연구

국민건강보험공단, 2016(공저)

장기요양 서비스 품질향상을 위한 노인장기요양기관 평가체계 개편

보건복지부, 2016(공저)

---

## 제출문 <<

보건복지부장관 귀하

본 보고서를 「제2차 장기요양 기본계획 수립연구」의 최종보고서로 제출합니다.

2017년 11월

주관연구기관명 한국보건사회연구원

책임연구원 이윤경 외



## 공동연구진

성명	소속
정형선	연세대학교 보건행정학과 교수
석재은	한림대학교 사회복지학과 교수
송현종	상지대학교 의료경영학과 교수
서동민	백석대학교 사회복지학과 교수
이정석	건강보험정책연구원 장기요양연구실장
유애정	건강보험정책연구원 부연구위원
이호용	건강보험정책연구원 부연구위원
권진희	건강보험정책연구원 부연구위원
한은정	건강보험정책연구원 부연구위원
김찬우	가톨릭대학교 사회복지학과 교수
박진화	대구가톨릭대학교 간호학과 교수
엄기욱	군산대학교 사회복지학과 교수
이민홍	동의대학교 사회복지학과 교수
이용재	호서대학교 사회복지학과 교수
장숙량	중앙대학교 간호학과 교수
전용호	인천대학교 사회복지학과 교수
정경희	한국보건사회연구원 선임연구위원
선우덕	한국보건사회연구원 명예연구위원
강은나	한국보건사회연구원 부연구위원
신화연	한국보건사회연구원 연구위원
이선희	한국보건사회연구원 연구원
배혜원	한국보건사회연구원 연구원



# 목 차

요약 .....	1
제 I 부 제2차 장기요양 기본계획 총론 .....	13
제1장 수립배경 및 추진경과 .....	15
제1절 수립배경 .....	17
제2절 추진경과 .....	20
제2장 인구사회환경의 변화와 전망 .....	23
제1절 인구 특성 및 보건복지 환경의 변화 .....	25
제2절 노인의 사회적 특성 변화 .....	35
제3절 노인의 건강상태 변화 .....	45
제4절 장기요양서비스 수요 및 공급 전망 .....	52
제3장 노인장기요양보험 10년간 정책평가 .....	61
제1절 장기요양인정자 현황 및 보장성 .....	63
제2절 장기요양 급여 이용 현황 및 적절성 .....	68
제3절 장기요양 전달체계 현황과 진단 .....	75
제4절 재정관리 강화 .....	86
제5절 종합평가 .....	88
제4장 선협국의 장기요양정책 최근 동향 .....	93
제1절 주요국의 장기요양 수급률 및 개편 방향 .....	95
제2절 국가별 동향 검토 .....	97

---

**제5장 제2차 장기요양 기본계획 수립방향 ..... 111**

제1절 제도환경에 대한 종합진단 ..... 113

제2절 2차 기본계획 기본방향 설정 ..... 115

제3절 비전과 목표 ..... 116

**제II부 제2차 장기요양 기본계획주요 정책과제 ..... 119**

**제6장 보장성 확대 및 이용지원 개편 ..... 121**

제1절 장기요양 수급대상 보장성 확대 ..... 123

제2절 한국형 사례관리 체계 도입 ..... 143

제3절 등급판정체계 개편 ..... 167

**제7장 재가급여 강화 ..... 183**

제1절 통합재가급여 신설 및 재가서비스 공급체계 개편 ..... 185

제2절 재가급여의 개별서비스 기능 강화 및 제공방식 개편 ..... 204

제3절 다양한 신규 재가급여 개발 ..... 240

제4절 가족수발자 지원 강화 ..... 262

**제8장 기관 및 인력 공급체계 재정비 ..... 283**

제1절 노인요양시설 및 공동생활가정 개편 ..... 285

제2절 장기요양종사자 전문성 강화 ..... 305

제3절 장기요양기관 관리체계 개선 ..... 343

제4절 공공인프라 및 인력수급체계 정비 ..... 359

**제9장 재정적 지속가능성 확보 ..... 379**

제1절 안정적 재정관리 체계 마련 ..... 381



제2절 수가체계 재정비 .....	396
제3절 적정 청구 유도 및 심사 고도화 .....	415
<b>제10장 의료·요양·복지간 연계체계 구축 .....</b>	<b>423</b>
제1절 의료와 요양의 관계 정립 .....	425
제2절 장기요양보험과 노인돌봄사회서비스간 역할정립 .....	436
제3절 장기요양과 의료의 자원 분담 체계 정비 .....	443
<b>참고문헌 .....</b>	<b>453</b>

## 표 목차

〈표 2- 1〉 인구구성 변화 전망 .....	26
〈표 2- 2〉 노인의 연령군별 성별 구성 전망 .....	29
〈표 2- 3〉 GDP 대비 공공사회복지지출 변화 추이 .....	30
〈표 2- 4〉 GDP 대비 노인복지지출 변화 추이 .....	31
〈표 2- 5〉 GDP 대비 장기요양지출 변화 추이 .....	31
〈표 2- 6〉 주요 고령화 대응기술의 기술수준 .....	32
〈표 2- 7〉 노인(65세 이상)의 가치관 변화 .....	37
〈표 2- 8〉 노인(60세 이상)의 향후 자녀와 동거 의향(2015) .....	40
〈표 2- 9〉 기혼여성 연령별 출생아수(2015) .....	41
〈표 2-10〉 베이비부머의 (배우자)부모 장기요양서비스 이용 의향 .....	44
〈표 2-11〉 베이비부머의 출생년도·성별 본인의 수발 희망 형태 .....	44
〈표 2-12〉 치매유병률 추이(2015~2060) .....	46
〈표 2-13〉 노인의 연령·성별 기능상태 제한율 (ADL중 한 항목 이상 제한이 있는 비율) .....	47
〈표 2-14〉 노인의 연령·성별 시설보호율 .....	48
〈표 2-15〉 노인의 연령·성별 기능상태 제한율(재가의 기능상태 제한율 및 시설보호 반영) .....	50
〈표 2-16〉 국가별 사회보험과 지역사회서비스간의 역할분담 .....	53
〈표 2-17〉 노인의 성·연령별 기능상태 제한경험 노인수 추계 .....	54
〈표 2-18〉 인정자 추계 결과(2016년 추계) .....	55
〈표 2-19〉 시설급여 제공기관 필요 추계1) .....	58
〈표 2-20〉 주야간보호 제공기관 필요 추계1) .....	59
〈표 2-21〉 필요 요양보호사 추계1) .....	60
〈표 3- 1〉 연도별 노인인구 대비 인정률 .....	63
〈표 3- 2〉 연도별, 등급별 장기요양 인정노인 변화 추이 .....	64
〈표 3- 3〉 연도별, 연령별 장기요양 인정노인 변화 추이 .....	65
〈표 3- 4〉 연도별 인정자 중 치매노인 비율 .....	66
〈표 3- 5〉 연도별 본인부담 감경 비율 .....	66
〈표 3- 6〉 연도별·서비스유형별 이용자 수(비율) 추이 .....	70
〈표 3- 7〉 연도별·등급별 재가급여(복지용구 제외) 월 한도액 및 시설급여 월 급여액 .....	72
〈표 3- 8〉 시설 및 재가 장기요양기관 추이 .....	76
〈표 3- 9〉 재가 장기요양기관의 중복 급여 제공현황 .....	77

〈표 3-10〉 시도별 장기요양 인정자 수 1,000명당 재가기관 추이 .....	78
〈표 3-11〉 시도별 장기요양인정자수 1,000명당 시설기관 추이 .....	79
〈표 3-12〉 인정자 천명당 장기요양인력 현황 .....	81
〈표 3-13〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 요양보호사 수 .....	82
〈표 3-14〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 간호인력 수 .....	83
〈표 3-15〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 사회복지사 수 .....	84
〈표 3-16〉 연도별 장기요양 수입현황 .....	86
〈표 3-17〉 연도별 장기요양 재정현황 .....	87
〈표 3-18〉 장기요양보험 급여유형별 급여지출총액(보험자부담금) 및 지출비중 추이 .....	87
〈표 4- 1〉 OECD 주요국 장기요양 수급률 및 고령화율 .....	95
〈표 4- 2〉 영국의 장기요양제도 평가 (1990년대~2010년대) .....	104
〈표 4- 3〉 스웨덴의 장기요양제도 평가 (1990년대~2010년대) .....	107
〈표 4- 4〉 미국의 장기요양제도 평가 (2000년대~2010년대) .....	109
〈표 6- 1〉 기능상태별 필요서비스와 주요 정책 .....	124
〈표 6- 2〉 등급별 기능상태 .....	125
〈표 6- 3〉 연도별 노인인구 대비 인정률 .....	126
〈표 6- 4〉 연도별, 등급별 장기요양 인정노인 변화 추이 .....	127
〈표 6- 5〉 등급 및 연령별 등급인정신청자 현황(2017.6. 기준) .....	127
〈표 6- 6〉 치매 단계별 임상 양상과 서비스 욕구 .....	128
〈표 6- 7〉 장기요양등급별 서비스 이용자수 .....	129
〈표 6- 8〉 등급별 치매여부에 따른 인정조사 인지상태(인정조사자의 종합적 판단) .....	130
〈표 6- 9〉 OECD 주요국 장기요양 수급률 및 고령화율 .....	131
〈표 6-10〉 노인성 질병의 종류(제2조 관련, 개정 2016. 11. 8.) .....	136
〈표 6-11〉 장기요양 서비스 필요 질환에 대한 개념정의 .....	140
〈표 6-12〉 향후 장기요양 서비스 필요 질환의 범위와 우선순위 선정 .....	141
〈표 6-13〉 비노인성질환 중 일상생활기능 장애를 유발하는 질병 .....	142
〈표 6-14〉 국가별 케어매니지먼트 방식 비교 .....	152
〈표 6-15〉 케어조정자(공단)양성 교육과정(안) .....	162
〈표 6-16〉 사례관리자(기관 사회복지사 중심) 양성 교육과정(안) .....	163
〈표 6-17〉 현 장기요양센터별 수급자 및 직원 현황 .....	164
〈표 6-18〉 규모안별 적정 케어조정자 수 추정 .....	165

〈표 6-19〉 장기요양등급별 기준점수 및 인정자 규모 .....	170
〈표 6-20〉 장기요양급여 등급별 수급자 수(2016년 말 기준) .....	174
〈표 6-21〉 독일 장기요양 대상자 선정도구의 영역구성과 가중치 .....	175
〈표 6-22〉 독일의 등급 체계 개편으로 인한 변화(시범사업) .....	175
〈표 6-23〉 등급별 인정자수 현황(2017년 1월 기준) .....	176
〈표 6-24〉 시설관련 노인의 등급 체계 .....	178
〈표 6-25〉 인정조사표 재구성(안) .....	179
〈표 7- 1〉 통합재가급여 시범사업 .....	187
〈표 7- 2〉 주·야간보호급여 관련 주요 정책변화 .....	225
〈표 7- 3〉 월별 치매전담형 주·야간보호 진입 기관 수 .....	226
〈표 7- 4〉 일본의 통소개호 vs 개호예방통소개호 운영 내용 .....	229
〈표 7- 5〉 복지용구 이용자 및 급여비 현황(연도별 12월 지급 기준) .....	233
〈표 7- 6〉 장기요양 등급별 복지용구 이용자 현황 .....	234
〈표 7- 7〉 유니버설 디자인 푸드(UDF)의 유형별 내용 .....	241
〈표 7- 8〉 일본 주택개호 서비스 .....	256
〈표 7- 9〉 1일당 본인부담금 및 정부지원금 .....	263
〈표 7-10〉 1~2차 시범사업 비교 .....	264
〈표 7-11〉 가족요양비 장기요양인정등급별 지급사유별 지급현황 .....	273
〈표 7-12〉 가족요양비 수급자의 지역별 분포: 16대 광역시별 .....	274
〈표 7-13〉 가족인 요양보호사 변화 추이 .....	276
〈표 7-14〉 가족인 요양보호사 지역별 분포('16.12.기준) .....	276
〈표 7-15〉 가족인 요양보호사 연령별 분포('16.12.기준) .....	276
〈표 7-16〉 네덜란드 현금급여 변화 내용 .....	278
〈표 7-17〉 독일 현금급여 변화 내용 .....	279
〈표 8- 1〉 시설 장기요양기관 인력배치기준 현황 .....	288
〈표 8- 2〉 장기요양기관 시설 입소자의 등급별 분포 현황(2016년) .....	288
〈표 8- 3〉 일본의 노인주거유형 .....	291
〈표 8- 4〉 독일의 노인주거유형 .....	292
〈표 8- 5〉 연도별 노인요양공동생활가정 시설 및 정원 현황 .....	297
〈표 8- 6〉 장기요양시설 입소노인의 시설규모별 및 등급별 현황 .....	298
〈표 8- 7〉 장기요양 인정노인 및 공동생활가정 입소노인 주요 질병 현황 .....	298

〈표 8- 8〉 노인요양공동생활가정 직종별 종사자 현황(2016.12.31.현재) .....	299
〈표 8- 9〉 노인요양공동생활가정의 층별 위치 현황(2012.3.31.기준) .....	299
〈표 8-10〉 연령별 요양보호사 배출 현황 .....	307
〈표 8-11〉 요양보호사의 교육과정 .....	308
〈표 8-12〉 간호사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 .....	310
〈표 8-13〉 사회복지사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 .....	310
〈표 8-14〉 간호조무사·물리치료사·작업치료사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간 .....	310
〈표 8-15〉 요양보호사 평균 근속기간 .....	311
〈표 8-16〉 치매교육 수료자 수 .....	313
〈표 8-17〉 치매전문교육 기본과정 .....	313
〈표 8-18〉 방문요양 교육과정 및 강사요건 .....	316
〈표 8-19〉 시설 교육과정 및 강사요건 .....	317
〈표 8-20〉 독일의 장기요양종사인력 .....	323
〈표 8-21〉 〈전문〉대학 요양보호사 교육 과정(안) .....	326
〈표 8-22〉 연도별 요양보호사 직무교육 현황 .....	333
〈표 8-23〉 연도별 직무교육 급여비용 지급 현황 .....	334
〈표 8-24〉 요양보호사 직무교육기관 현황(2016년 기준) .....	334
〈표 8-25〉 장기요양기관 경영자 과정 참여성 현황 .....	335
〈표 8-26〉 장기요양기관 사회복지사 교육 대상자 현황(2017년 기준) .....	335
〈표 8-27〉 장기요양교육센터 및 지역장기요양교육센터 역할(안) .....	340
〈표 8-28〉 국·공립시설 설치 현황(2008.7.~ 2016.12.) .....	360
〈표 8-29〉 장기요양기관 연도별 증감현황 .....	361
〈표 8-30〉 장기요양종사자 연도별 증감현황 .....	362
〈표 8-31〉 설립주체별 재가 및 시설현황(2016년말 기준) .....	363
〈표 8-32〉 장기요양시설 미설치 지역현황(2016년말 기준) .....	363
〈표 8-33〉 장기요양서비스 제공의 공공, 비영리 민간, 영리민간비율 .....	369
〈표 8-34〉 주요국가의 장기요양공급체계 요약 .....	369
〈표 9- 1〉 주요 재정추계 모형 .....	382
〈표 9- 2〉 보험료를 변화 .....	384
〈표 9- 3〉 보험료 부과 및 징수 대상자 .....	385
〈표 9- 4〉 장기요양 보험제도의 납부 대상 및 보험료를 .....	386

---

〈표 9- 5〉 노인장기요양보험 인정자수 현황 .....	389
〈표 9- 6〉 노인장기요양보험 재정현황 .....	390
〈표 9- 7〉 노인장기요양보험의 국고 지원 비율 .....	390
〈표 9- 8〉 규모별 손익률, 노인요양시설 .....	401
〈표 9- 9〉 규모별 질 평가 등급별 분포, 노인요양시설(2015) .....	401
〈표 9-10〉 연도별 급여비 중 가산금 비중 .....	402
〈표 9-11〉 CMS의 너싱홈 가감지급 사업의 성과지표 .....	404
〈표 9-12〉 노인요양시설의 규모별 입소자의 요양등급 비율 .....	405
〈표 10- 1〉 노인 돌봄 정책 분류 .....	437
〈표 10- 2〉 네덜란드의 2015 개혁 이전 보건의료복지체계 .....	440
〈표 10- 3〉 지역사회 노인돌봄 체계 개편(안) .....	442

## 그림 목차

[그림 1- 1] 기본계획 수립 추진체계 .....	20
[그림 2- 1] 수발대상 대비 수발자 규모의 변화(2015-2050) .....	27
[그림 2- 2] 노인인구의 연령별 구성비 전망 .....	28
[그림 2- 3] 연도별 기대수명 전망 .....	28
[그림 2- 4] 노인(65세 이상)의 교육수준의 변화(1994~2014) .....	36
[그림 2- 5] 노인(65세 이상)의 교육수준의 변화 전망(2015~2050) .....	36
[그림 2- 6] 노인(60세 이상)의 부모 부양 가치관 변화(2008~2016) .....	38
[그림 2- 7] 노인(65세 이상)의 향후 자녀 동거 의향 변화(2005~2015) .....	39
[그림 2- 8] 노년기 가구형태의 변화 .....	42
[그림 2- 9] 노인의 연령별 독신가구 비율 전망 .....	43
[그림 2-10] 노인의 주요 사망원인별 사망률 추이 .....	45
[그림 2-11] 전체 노인의 기능제한율 파악 방법 .....	49
[그림 2-12] 연령·성별 기능상태 제한율 .....	51
[그림 2-13] 장기요양인정자 추계(2017년 추계결과) .....	56
[그림 4- 1] 재가 및 시설급여 이용자 추이(1980~2010) .....	106
[그림 5- 1] 제2차 장기요양 기본계획 수립방향 .....	116
[그림 5- 2] 제2차 장기요양 기본계획 비전 및 추진과제 .....	118
[그림 6- 1] 장기요양 대상자 보장성 확대 .....	132
[그림 6- 2] 2017 건강보험공단 이용지원 업무 강화 사업 업무분장 .....	146
[그림 6- 3] 한국형 사례관리 흐름 .....	155
[그림 7- 1] 공공(위탁) 거점재가기관 및 민간방문요양기관 연합(안) .....	201
[그림 7- 2] 일본 개호택시 서비스 대상 및 운영체계 .....	250
[그림 7- 3] 복지용구의 기존 급여 포괄방법(안) .....	260
[그림 7- 4] 전문인력 도입을 통한 주거환경 개선(안) .....	260
[그림 8- 1] 노인요양공동생활가정 개편모형(안) .....	303
[그림 8- 2] 치매전문 교육과정 .....	312
[그림 8- 3] 개호복지사 자격취득과정 .....	320
[그림 8- 4] 개호직원 경력관리 체계 (실무경험 루트) .....	321
[그림 8- 5] 요양보호사 경력개발 경로(커리어패스) 흐름 .....	325
[그림 8- 6] 요양지도사(가칭) 양성체계 흐름 .....	328

---

[그림 8-7] 전문요양보호사 인증 과정 .....	330
[그림 8-8] 근무기간에 따른 장기요양종사자 정규교육과정(안) .....	341
[그림 8-9] 지정갱신제도 흐름도 .....	349
[그림 8-10] 장기요양기관 수급지원체계 구성 추진 방향 .....	370
[그림 9-1] 규모별, 기능별 수가 다양화(안) .....	407
[그림 9-2] 장기요양급여비용 청구심사 및 지급 처리 흐름도 .....	416
[그림 10-1] 촉탁의 제도 개선 전후 비교 .....	427
[그림 10-2] 개호서비스 사업소 내에서 실시하는 의료적 케어 .....	431
[그림 10-3] 노인 돌봄 정책의 변화 과정 .....	437
[그림 10-4] 노인장기요양보험 및 노인돌봄종합서비스 대상자 기준 변경 .....	438
[그림 10-5] 네덜란드의 돌봄 및 의료체계 개혁(2015년 개혁) .....	441
[그림 10-6] 전체 경상의료비 재원현황 .....	445



### 1. 장기요양 기본계획 수립배경 및 추진 경과

#### □ 수립배경

- 노인장기요양보험 도입을 통한 돌봄의 제도화
  - 가족중심의 사적 돌봄체계에서 사회가 함께 책임지는 공적 돌봄으로 전환
    - 제도 도입 이후 대상자 확대, 전달체계 구축 등 제도적 기반 마련 및 가족의 부양 부담 감소, 사회적 일자리 창출에 기여
- 고령사회 진입과 미래 사회변화에 대비한 장기요양 보험제도의 장기적 발전전략 필요
  - 베이비부머의 후기 고령인구 진입, 가족 부양의식 약화로 인한 장기요양 수요 급증
  - 인구사회적 환경변화를 반영한 양질의 서비스 제공을 위한 중장기적 관점에서의 실천계획 수립 필요

#### □ 제2차 장기요양 기본계획 수립 추진 경과

- 제2차 장기요양 기본계획('18~'22) 수립을 위한 학계전문가보험자정부 공동 수립추진 체계(장기요양 기본계획 수립 기획단) 발족('17.4.13)
- 총괄분과, 대상 및 이용지원분과, 급여분과, 시설 및 인력체계 분과, 수가 및 재정분과의 5개 분과로 운영
  - 분과별 학계전문가보험자정부위원 5~10명으로 총 40명의 위원 구성
  - 총 34회 분과회의 개최를 통한 제2차 기본계획 과제 발굴(5대 분야 50여개 과제) 및 세부 실행계획 작성 추진
- 다양한 의견수렴 창구 운영
  - 국민이 함께 만드는 기본계획을 위해 온라인 국민제안 운영, 현장방문, 자문회의, 실무위원회 개최 등 현장 소통 강화

## 2. 노인장기요양보험 추진성과 및 미래전망

### □ 제1차 장기요양 기본계획 평가

#### ○ (성과)

- (보장성 강화) 장기요양 인정자(전체 노인의 7% 수준('16)) 및 본인부담금 경감 대상자('166천명) 확대 등을 통한 보장성 확대
  - 인정점수 단계적 인하, 5등급 신설, 갱신절차 간소화 등 실시
- (서비스 질 향상) 재가급여 월 한도액인상, 치매가족휴가제, 이용지원 및 통합재가시범사업 등 재가급여 활성화 실시
- (공급 인프라 확대) 장기요양기관 및 인력의 양적 성장, 관리체계 마련
  - 수급자 욕구에 대응하여 전문서비스 지원을 위한 치매전담형 시설 도입
  - 요양보호사 인력관리를 위한 양성체계 및 근무환경 개선 등 전문화 추진
  - 기관 시장질서 확립과 공공성 강화를 위한 관련 법 개정 실시
- (재정관리 강화) 재가급여관리시스템 도입, 장기요양 재무회계기준 법적근거 마련 등 회계투명성 강화, 부당청구 및 재정누수 방지

#### ○ (한계)

- (충분한 보장성 미비) 경증치매노인에 대한 장기요양 수요 존재
- (미흡한 재가서비스 체계) 방문요양으로 편향된 서비스 제공으로 인한 노인  
의 지역사회 계속 거주 한계
- (기관 및 인력 공급 종합적 관리부족) 지역별 수요 대비 기관인력 공급에 대한  
종합적 관리 부족 및 편차 발생 공공인프라 부족, 낮은 사회적 인식으로 인한  
인력수급 우려 증가
- (서비스 질 향상 유도 수가체계 및 지출관리 부족) 시설 규모별 인력기준 상  
이, 운영 전문성 등에 따른 질 차이를 반영할 수 없는 동일수가 체계
- (노인중심 통합적 의료-요양서비스체계 부족) 요양병원과 요양시설간 이용  
자의 혼재, 연속적 보호를 위한 정비 부족

## □ 인구사회환경 변화 및 장기요양 수요 공급 전망

### ○ 인구사회환경 변화

- 인구사회적 변화로 인해 향후 계속적으로 장기요양 수요는 증가할 것이며, 생활수준 향상 등으로 질 높은 요양서비스에 대한 사회적 기대 증가
- 노인인구의 절대적 규모 증가, 기대수명 증가로 인한 후기 노인증가에 따른 치매노인과 일상생활기능(ADL) 제한 노인 증가 예상
- 노인만으로 구성된 가구 증가, 자녀수 감소, 돌봄의 공적서비스 이용에 대한 선호 증가 등으로 인해 장기요양 수요 증가 예상

### ○ 장기요양 수요·공급 전망

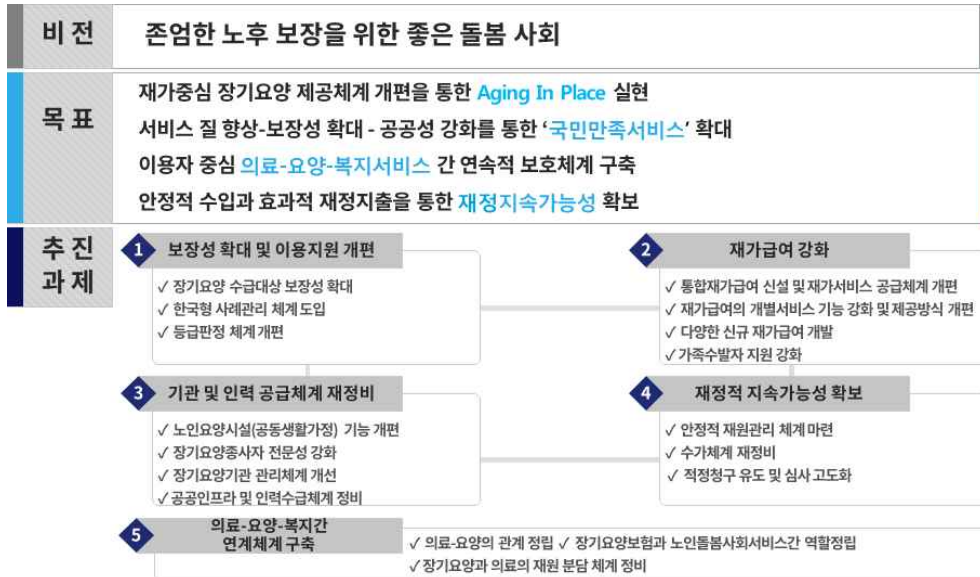
- 인정자 추계 : 2018년 추계 인정자 규모는 645천명이며, 이는 2022년 865천명으로 확대될 것으로 추계됨
- 공급기관 추계 : 시설 급여 제공기관 추정 결과 '22년 6,999개소('17년 5,304개소), 주야간보호기관은 '22년 5,020개소('17년 2,795개소)가 필요할 것으로 전망
- 인력 추계: 요양보호사는 '22년 532천명('17년 364천명)이 필요로 할 것으로 전망

### 3. 제2차 장기요양 기본계획 수립 방향 및 비전

□ 제2차 장기요양 기본계획 수립 방향 및 비전

- 제2차 장기요양보험기본계획('18~'22) 수립은 장기적으로 초고령사회로의 진입을 고려한 제도의 체질 개선에 초점

[그림] 제2차 장기요양 기본계획 비전 및 목표, 추진과제



### 4. 주요 정책과제

#### 가. 보장성 확대 및 이용지원 개편

□ 장기요양 수급대상 보장성 확대

##### ① 장기요양 적정 규모 설정 및 장기적 확대 계획 수립

- 지역사회에서 제공되는 돌봄서비스 량의 불충분성 고려시, 장기요양보험 내에서 일정부분 대상자 확대 필요
- 우선순위를 갖고 단계적으로 대상자 확대 실시

② 경증 치매질환자의 장기요양 보장성 확대

- 치매질환자 중 식사 준비하기 등의 일상생활의 어려움이 있는 경증 치매질환자의 장기요양 대상으로의 포괄

③ 65세 미만 장기요양 수급자 확대

- 장기요양 서비스 필요 질환에 대한 개념설정 및 적합 질병목록 선정, 우선순위 검토

□ 한국형 사례관리 체계 도입

○ 한국형 사례관리 시스템 구축

- 현 공단 이용지원 업무자를 케어조정자(Care coordinator)로, 기관의 담당자를 케어매니저(Care manager)로 재편
  - 사례관리 도입에 따라 기존 표준장기요양이용계획을 개별이용계획으로 변경하여 개인의 욕구에 부응하는 개별케어플랜 도출의 핵심 자료로서 역할 강화
- 케어조정자 및 개별기관 케어매니저 양성
  - (공단/케어조정자) 현재 이용지원 업무교육을 보완하되 도입되는 한국형 사례관리 체계를 충분히 이해하여 기관과의 협력을 주도할 수 있도록 교육과정 마련 필요
  - (기관/케어매니저) 장기요양 사례관리자가 될 수 있는 최소한의 자격기준(학력과 경력 포함)을 제안하여 전문인력으로 양성

□ 등급판정체계 개편 검토

○ 장기요양 필요도 개념 재정립을 통한 장기요양 수급자 선정기준(평가항목 및 필요도 산정 알고리즘) 개발

- 새로운 대상자 선정도구에 의해 산출되는 요양필요도를 기준으로 최소 등급 기준선 및 등급기준, 한도액 등 설정

## 나. 재가급여 강화

### □ 통합재가급여 신설 및 재가서비스 공급체계 개편

#### ① 통합재가급여 체계 구축 및 확대를 위한 기반마련

- 개별적인 재가급여를 이용자의 욕구에 따라 다양하게 혼합하여 구성한 후 하나의 새로운 급여(통합재가급여)로 운영하기 위한 시설기준 및 인력운영 모형, 적정 수가 개발

#### ② 재가서비스 공급체계 개편

- 공공성 강화를 위한 재가서비스 유사시장 여건 정비
  - 진입 및 퇴출 규제 강화, 좋은 돌봄기관 인증제, 공공(위탁)거점재가기관 설치 등
- 광역자치단체 중심 공공(위탁)거점재가기관 설치 및 지정
  - 공공(위탁)거점재가기관과 민간기관연합체, 통합재가기관 중심의 재가서비스 공급체계 개편

### □ 재가급여의 개별서비스 기능 강화 및 제공방식 개편

#### ① 방문요양서비스 제공방식 개편

- 신체수발서비스와 가사수발서비스의 구분 및 세부서비스별 수가 차등화
  - 가사수발 중심의 질 낮은 서비스로 인해 부작용 초래, 근본적인 급여 개편 필요

#### ② 방문간호급여 활성화

- 방문간호서비스 이용확대
  - 건강관리, 투약지도, 교육 및 영양상담 강화
  - (치매수급자 방문간호서비스('18.7시행)) 최초등급 치매수급자의 경우, 1인당 총 4회(월2회(2개월간)) 간호인력이 직접 방문, 치매 돌봄 정보 등 간호서비스 (30분) 무료제공(월 한도액제외)

- (인지지원등급) 주야간보호 기관에 배치된 인력에 의한 간호서비스 제공
- 기본 간호영역에 대한 간호사의 주체적 서비스 제공 가능성 검토
- 방문간호 치료적 간호와 기본간호 수가체계 이원화

### ③ 단기보호서비스 제공기관 다양화

- 단기보호서비스 서비스 확충을 위한 기반 마련
  - 이용자의 욕구를 감안하여 단독서비스 제공모델은 지양하되, 세부기준을 충족시킬 수 있는 요양기관, 재가기관 등에서 단기보호서비스 제공 유도
- 단기보호 기능 다양화 및 수가 현실화

### ④ 주간보호서비스 제공 확대

- 경증 치매대상자를 위한 주간보호기관 운영 모델 개발
  - 기존 치매전담형 주간보호기관을 경증 치매대상자를 위한 주간보호서비스 제공기관으로 기능을 전환하고, 효과적인 운영을 고려한 인력배치, 수가체계 개발 지원
- 대상자의 치매증상 및 욕구에 맞춘 전문적인 요양서비스 제공

### ⑤ 복지용구 급여의 내실화 및 효율화

- 복지용구 표준모형 개발을 통한 적정 복지용구 품목 도출
  - 이용자의 건강 및 기능상태, 주거환경 등을 반영하여 최종 적정 복지용구 품목 확정
- 복지용구 운영주체 확대 및 서비스 질 향상을 위한 관리시스템 개편
  - 용구의 질, 이용자의 선택권 강화를 위해 복지용구 운영주체 확대
- 중장기적 관점에서 급여개발 및 시스템 구축 등 단계적 추진

## □ 다양한 신규 재가급여 개발

### ○ 다양한 신규 재가서비스 개발 검토

- 영양식사(배달)서비스, 이동(외출)지원 서비스, 주택개조서비스 등 신규서비스 도입을 위한 연구용역, 시범사업 실시

- 노인 영양개선, 의료서비스 이용 및 사회참여 지원, 안전한 보호 등을 위해 다양한 급여개발 필요

#### □ 가족수발자 지원 강화

##### ① 가족수발자 지원서비스 제공

- 교육을 통한 올바른 노인 이해 및 케어기술 제공, 심리정서적 부양부담 해소를 위한 가족수발자 교육 및 상담프로그램 실시

##### ② 가족인 요양보호사 및 가족요양비 제도간 통합조정

- 가족요양비 인상 및 지급대상 확대 관련 검토

### 다. 기관 및 인력 공급체계 재정비

#### □ 노인요양시설(공동생활가정) 기능 개편

##### ① 노인요양시설 기능 표준화 및 거주성 향상

- 주거다움(homelike) 및 입소자의 프라이버시를 보장할 수 있도록 노인요양시설 개편
  - 주거다움 구현, 입소자의 질환별 특성 및 기능적 욕구 충족이 가능하도록 복합형 요양시설 확대
- 입소자의 욕구 및 상태변화에 적극 대응할 수 있도록 시설기준 및 인력배치 개편, 전문적 서비스가 용이한 기능 복합형 노인요양시설 개발·확대

##### ② 노인요양공동생활가정 기능 재정립

- 소규모 시설로서의 강점을 활용한 공동생활가정의 기능적 재편
- 치매노인 입소비중 완화를 통한 치매전담형 공동생활가정 확대
- 안전한 입소생활 보장을 위한 노인요양공동생활가정 주거환경 기준 마련

#### □ 장기요양종사자 전문성 강화

##### ① 장기요양종사자 경력개발 경로 구축 및 전문성 강화



- 특성화고교, (전문)대학 등 다양한 경로를 통한 요양보호사 양성체계 마련으로 신규 인력의 진입통로 확보
- 요양지도사 및 장기요양사례관리사 자격 제도, 요양보호사 승급체계 구축
- 이용자의 인지·기능상태를 반영한 분야별(신체지원·치매전문 등) 전문요양보호사 육성 체계 마련

#### ② 장기요양종사자 직무교육 체계 구축

- 기관유형, 고용보험 적용여부와 관계없이 장기요양기관에 재직중인 요양보호사로 대상자를 확대하여 직무교육 실시
- 장기요양교육센터설치 및 운영을 통한 장기요양교육 전반 지원
- 전문적 서비스 제공을 위한 사회복지사, 시설장 등 심화교육지원 강화

### □ 장기요양기관 관리체계 개선

#### ① 장기요양기관 지정갱신제도 도입

- 현행 지정제도의 문제점인 부실기관 진입을 사전에 차단하고, 운영 부실기관에 대한 관리 강화를 위하여 지정요건 및 절차 강화

#### ② 장기요양기관 평가체계 향상

- 합리적인 평가체계 운영을 위한 외부전문가 투입 및 평가협의체 구성과 운영, 평가시스템 전산화, 평가결과에 대한 실효성 있는 피드백

### □ 공공인프라 및 인력수급체계 정비

#### ① 공공인프라 확대

- 지역별 균형잡힌 서비스 이용이 가능하도록 수급지원체계 구축
- 지역별 수요대비 공급량 파악 및 인프라 취약지역을 중심으로 한 공급기관 확충 계획 수립

#### ② 인력수급체계 정비

- 원활한 인력수급이 가능하도록 장기요양요원지원센터 설치 확대 및 기능강화

- 장기요양요원지원센터 : 지역내 장기요양요원 재교육, 일자리연계, 쉼터, 고충상담 등 기능

## 라. 재정적 지속가능성 확보

### □ 안정적 재원관리 체계 마련

- 중장기 재정 추계 모형을 통한 적정 보험료(율) 제시
  - 정책변화 사항 등을 반영하여 적정 추계모형(안) 설정, 재정전망위원회를 통한 검증을 통해 적정보험료(율) 추계
- 안정적인 재원 확보 방안 마련
  - ① 국고 지원비율 상향 조정 및 산정방식 개선
    - 효과적인 예산집행을 위하여 현재의 산정방식 개선 검토
  - ② 미래사회를 위한 추가재원 도입가능성 논의
    - 향후 장기요양 수급노인 급증을 감안하여 추가재원 확보를 위한 안 논의

### □ 수가체계 재정비

- ① 규모별, 기능별 수가 차등화 단계적 도입
  - (1단계) 규모별 수가 인상 차등화
    - 10인이상~30인미만, 30인이상~50인미만, 50인이상 등 규모별 수가인상 차등화
  - (2단계) 기능별 수가 다양화
    - 중증도에 따라 적합한 서비스 제공이 가능하도록 수가 차등
    - 시설 기준, 급여제공기준 및 수가 개발 등 선제적 정리
- ② 각종 가감산 제도의 재정비
  - 포괄수가의 원 취지를 해치지 않는 범위 내에서 가감산 재정비 및 가감산 제도 본연의 기능이 발휘되도록 가감산 폭 상향 조정

### ③ 수가 결정주기 및 방법 변경

- 제도개선 주기와 수가개편 주기(3~5년)를 통일하여 정책변화에 대한 예측 가능성 제고

### □ 적정청구 유도 및 심사 고도화

- ① 장기요양급여제공기록 전산화를 통한 청구방법 개편
- ② 부적정 청구 사전예방 시스템 개선, 사후관리 강화 방안 마련
  - 부적정 청구기관 신고포상금제 활성화, 현지조사기법 및 사후관리 고도화

## 5. 의료·요양·복지간 연계체계 구축

### □ 이용자 중심 의료-요양-복지간 연계체계 구축

- ① 노인을 중심으로 한 의료와 요양, 복지서비스의 연속성(Continuum of Care) 및 통합적 케어(Integrated care) 제공을 위한 개편
  - 장기요양보험에서 커버할 의료서비스 범위(의료적 필요도 수준)에 대한 면밀한 검토
  - 대상자의 의료필요도에 맞는 전문요양서비스 모델 개발요양병원-요양시설 간 대상자 전원체계를 위한 기반 구축
    - 전문요양서비스 모델 개발을 통한 요양시설 의료서비스 강화
    - 중증 재가수급자의 지역사회 계속 거주(Aging In Place)를 위한 촉탁의사 왕진제도 도입, 촉탁의사 왕진 및 방문간호서비스 활성화
- ② 장기요양보험과 노인돌봄사회서비스간 역할정립
  - 노인을 중심으로 하여 돌봄제도의 대상 및 역할 분담 방안마련 및 각 제도간 개편
    - (장기요양보험) 일상생활지원 및 수급자의 기능악화 예방 초점
    - (지역사회노인돌봄서비스) 지역사회 생활 유지 및 기능악화 예방(현, 노인장

기요양보험법의 노인성질환예방사업)

- 지방자치단체별 지역사회보장계획과 연동하여 장기요양계획 수립

③ 장기요양과 의료의 자원 분담 체계 정비

- 제공서비스별 재정조달체계 및 자원 분담체계의 정비
  - 요양병원은 건강보험, 요양시설은 장기요양보험을 기본 재원으로 하는 원칙은 유지하고, 향후에는 두 보험의 수거나 금전적 인센티브를 활용하여 요양병원 및 요양시설의 분류를 정교하게 재편성하고 입원/입소 대상자 조정

\*주요용어: 노인장기요양보험, 이용자 중심, 보장성 확대, Aging in Place, 지속가능성

# 제 I 부

## 제2차 장기요양 기본계획 총론

제1장 수립배경 및 추진경과

제2장 인구사회환경의 변화와 전망

제3장 노인장기요양보험 10년간 정책평가

제4장 선함국의 장기요양정책 최근 동향

제5장 제2차 장기요양 기본계획 수립방향



# 제 1 장

## 수립배경 및 추진경과

제1절 수립배경

제2절 추진경과





# 1

## 수립배경 및 추진경과 <<

### 제1절 수립배경

#### 1. 수립배경

□ 노인장기요양보험은 도입 이후 단기간 내에 대상자 및 서비스 제공기관 확대, 사회적 일자리 창출 등의 괄목할 만한 성과를 보임.

##### ○ 보장 규모 인정자수 확대

- 인정자 규모는 21만명('08) → 32만명('11) → 55만명('17.6)로 확대되었으며, 이는 1차 기본계획 목표치인 노인인구 대비 7%를 초과 달성한 수치임.

##### ○ 서비스 제공 인프라 확대

- 요양시설과 재가기관 모두 크게 증가하였음. 요양시설은 1,700개소('08)에서 5,187개소('16)로 증가, 재가급여 제공기관은 6,618개소('08)에서 14,211개소('16)로 증가함.

##### ○ 사회적 일자리 창출 기여

- 노인장기요양보험제도 도입을 통해 신설된 요양보호사 313,013명을 비롯하여, 사회복지사 14,682명, 간호사 2,675명, 간호조무사 9,080명, 물리(작업)치료사 1,974명 등의 일자리를 창출함(국민건강보험공단, 2016 노인장기요양통계연보).

##### ○ 또한 제도에 대한 국민의 만족도가 매우 높아 '효도보험'이라고 불리며 이용자(가족)의 90%가 만족하는 놀라운 결과를 보임(국민건강보험공단, 2016b).

□ 2차 기본계획이 수립되는 현 시점에서는 지금까지의 제도 성과를 바탕으로 하여, 급속한 제도 운영 과정에서 나타나는 한계를 극복하고, 제도의 지속적 발전을 위해 국민의 눈높이에 맞는 서비스의 질적 향상과 공공제도로써 강화될 수 있는 제

도개편이 요구됨.

○ 제도 운영을 위한 공급 기반이 마련되지 않은 상태에서, 제도 초기 서비스 공급을 확대하기 위해 공급기관과 인력의 진입을 용이하게 함으로써 수요와 공급량 조절과 품질관리의 한계 발생

- 서비스 수요 대비 공급의 과잉으로 인한 부적절한 경쟁
- 인력의 낮은 전문성, 낮은 임금, 높은 업무 난이도 등으로 인한 요양인력 구인난

○ 노인 개개인의 상태와 욕구에 따른 이용자 중심의 개별화된 서비스 제공 부족

- 치매, 뇌졸중 등의 건강상태에 따른 전문서비스 부족
- 서비스 이용계획 수립 및 모니터링 등의 사례관리 부족

○ 과도한 민간 중심 공급기관 확대에 의한 공공서비스로의 의미 퇴색

- 제도초기 공급 확대 전략의 일환으로 민간기관의 참여 독려 등 실시, 이로 인해 결과적으로 지자체를 비롯한 공공기관의 저조한 참여 및 공적 서비스로의 의미 퇴색

□ 향후 우리사회는 고령사회 진입과 후기 고령인구(80세 이상)의 계속적 증가, 가족 형태 변화로 인한 가족내 돌봄자원 감소 등 인구사회적 환경 변화가 예상되므로, 이에 대한 장기적 대처방안 모색이 요구됨.

○ OECD(2011)는 장기요양시스템의 미래 도전과제로 4가지 제시하고 있음. 이는

- ①인구고령화, ②핵가족화, 여성의 사회참여 증가로 인한 가족 내 부양자원 감소와 이로 인한 요양서비스 수요 증가, ③사회가 부유해짐에 따라 이용자를 중심으로 한 양질의 사회-요양시스템에 대한 요구 증가, ④기술변화를 통한 가정에서의 장기요양서비스 실현 가능성 향상과 종전과는 다른 요양서비스 요구로 정리됨.

○ 우리사회는 2018년 고령사회(고령화율 14%)로 진입하며, 향후 베이비부머(55~63년생)의 노인인구로의 편입이 시작되고, 2035년에는 베이비부머가 80세 이상의 후기 고령인구로 진입하여 장기요양 수급 규모가 가파르게 증가할 것으로 예측됨.

- 80세 이상 후기 고령자는 장기요양제도의 주요 대상으로 153만명('17

년)에서 246만명('25년)까지 계속적으로 확대될 것임. 그러나 총 인구는 2030년을 정점으로 5,216만명('30년)에서 감소할 것임.

- 특히 베이비부머가 후기 고령세대(80세 이상)로 진입하는 2035년부터 약 30년은 후기 고령인구가 계속적으로 증가할 것으로 예측됨.
- 최소한 2060년까지는 장기요양을 필요로 하는 노인은 계속 증가할 것이며, 이에 따라 상당한 규모의 요양 인력을 필요로 할 것임. 그러나 노동가능 인구가 감소하면서 인력 부족 문제가 예상됨.

○ 따라서 향후 증가하는 장기요양 수요 충족과 제도의 지속가능성을 위해 장기적 목표 하에 단계적인 실천계획 수립이 필요함.

- 장기요양 수요가 급격히 증가하는 시기 이전까지는 제도의 안정적 운영을 위한 기존 제도의 정비와 수요자의 욕구에 맞는 서비스 마련 노력이 요구됨.
- 현재까지 약 10년간 운영된 장기요양보험제도는 제도의 도입과 양적 확대에 초점을 시기였으며, 장기요양보험 2차 기본계획('18~'22)과 3차 기본계획('23~'27)을 바탕으로 한 향후 10년은 제도의 내실화를 위한 서비스 질 제고와 지속가능성에 초점을 둔 운영이 요구됨.

□ 제1차 장기요양 기본계획('13~'17)의 평가와 함께 미래를 내다보는 장기적 비전 제시 속에서 향후 5년간의 장기요양제도 추진 대책을 담은 「제2차 장기요양보험 기본계획('18~'22)」 수립이 요구됨.

○ 장기요양 기본계획은 「노인장기요양보험법 제 6조」에 근거하여 다음 내용을 포함하여 5년 단위로 수립됨.

- 노인장기요양보험법 제6조에 근거한 기본계획의 내용은 ①연도별 장기요양급여 대상인원 및 재원조달 계획, ②연도별 장기요양기관 및 장기요양전문인력 관리방안, ③ 장기요양요원의 처우에 관한 사항과 동법 시행령 3조의 ①장기요양급여의 수준향상 방안, ② 노인성질환예방사업 추진계획, ③ 그 밖에 노인등의 장기요양급여의 실시에 필요한 사항임.

○ 1차 기본계획에 이어 향후 5년간 계획이 포함된 2차 기본계획 수립이 요구됨.

## 제2절 추진경과

- 제2차 장기요양 기본계획('18~'22) 수립을 위한 민간전문가보험자정부 공동 수립추진 체계(장기요양 기본계획 수립 기획단) 발족('17.4.13)
- 분야별 분과위원회 논의를 통해 기본계획 과제 발굴 및 세부 실행계획 작성 추진
  - 총괄, 대상 및 이용지원, 급여, 시설 및 인력체계, 수가 및 재정체계 분과위 운영, 총 34차례 회의 개최, 5대 분야 50여개 과제 검토
  - 건강보험공단 장기요양실무지원단을 통한 분야별 세부 추진계획 수립 지원(현황, 통계, 추진일정, 예산 등 검토)
- 장기요양 제도의 현황과 문제점을 파악하고, 향후 개선 과제 도출을 위해 다양한 경로로 국민과 관계기관, 전문가 의견수렴 실시
- '국민이 함께 만드는 기본계획'을 위해 보다 많은 국민제안을 위해 건강보험공단 홈페이지 의견수렴방(5.24~6.16, 235건) 운영을 통해 의견 수렴
  - 온라인 국민제안을 검토하여 기본계획 수립에 반영하고자 노력했으며, 제도개선사항에 대해서는 담당 기관(보건복지부, 건강보험공단)에서 반영가능성 검토
  - 기본계획 관련 주요 건의내용
    - (제도 전반 제안) 요양병원과 요양시설간의 관계 정립, 장기요양보험과 노인돌봄종합서비스간 정책대상자 조정
    - (보장성 및 이용과정에 대한 제안) 대상자 확대, 중증질환자의 인정자 확대, 경증치매 변별력 강화, 사례관리 중요성 및 체계 강화, 수급자에 대한 지속적인 사정 및 상담 제공
    - (급여체계에 대한 제안) 통합재가 급여의 조속한 시행, 한시적 등급부여, 재가서비스 이용시간 조정, 주간보호 활성화, 복지용구 확대, 병원동행급여제도 개선 등
    - (시설 및 인력체계 관련 제안) 치매전담실 확대 지원강화, 세부적 시설기준 도입,

시설장 경력기준 강화, 시설 허가제 전환, ICT 기술 반영, 신규직원 교육강화 등

- (수가관련 제언) 요양시설 규모에 따른 수가마련, 가감산 제도 개편, 지출효율화 등 재정안정화 필요, 정부재정 부담 비율 상향 조정, 수가 조정시기 연장 등
- (기타 제도개선) 본인부담금 수납방식 변경, 주야간보호 수가 단위(1시간) 변경, 평가와 모니터링 시 규격양식 배포, 행정간소화, 인건비 비율 폐지 등

□ 또한 장기요양 기본계획의 비전 및 정책 방향 설정, 정책과제에 대한 의견수렴을 위한 장기요양 실무위원회와 공청회 실시

○ 2회에 걸친 장기요양실무위원회를 통해 장기요양 기본계획의 과제 발굴, 비전, 기본계획(안)에 대한 의견을 수렴함

○ 2차 기본계획(안) 연구 결과에 대한 공청회를 통해 국민과 전문가의 의견을 수렴함(건강보험공단 홈페이지 의견수렴방 추가 운영, '17.11.28.).



## 제 2 장

# 인구사회환경의 변화와 전망

제1절 인구 특성 및 보건복지 환경의 변화

제2절 노인의 사회적 특성 변화

제3절 노인의 건강상태 변화

제4절 장기요양서비스 수요 및 공급 전망





# 2

## 인구사회환경의 변화와 전망 <<

### 제1절 인구 특성 및 보건복지 환경의 변화

#### 1. 인구특성 변화

- 인구고령화의 진전에 따라서 노인의 절대적인 규모가 급증하고 있음.
  - 2017년 현재 65세 이상은 7,076천명으로 전체인구의 13.8%이지만 2035년이 되면 현재의 2배가 넘는 15,176천명에 달할 것으로 전망되고 있음.
  - 2050년에는 18,813천명에 달하여 전체 인구의 38.1%의 규모에 이를 것임.
    - 특히 기능상태 저하가 명확해지는 80세 이상(정경희 외, 2013)의 인구는 2017년 현재 1,532천명이지만 2030년에는 약 2배인 2,992천명에 달할 것이며, 2050년에는 7,463천명으로 현재의 65세 이상 인구와 비슷한 규모가 될 것으로 전망됨.
- 통상 노년부양비는 15~64세군 대비 65세 이상 노인의 수로 산출되고 있지만, 실제로 수발을 수행할 수 있는 연령대는 이보다 폭이 좁을 수밖에 없음.
  - 따라서 평균적으로 세대간 연령 차이가 30세라는 점을 고려하여 35~64세 연령군의 규모를 살펴보았음.
    - 35~64세 연령군의 절대적인 인구 규모 또한 2017년 현재 24,241천명이지만, 2025년부터 약간씩 감소하기 시작하여 2050년에는 17,719천명으로 약 6,522천명이 적어질 것으로 전망됨.
  - 35~64세 연령군의 인구 100명당 65세 이상의 노인 인구수를 살펴보면 2017년 현재 본 지수는 29이며, 2030년에는 56, 2050년에는 106에 달할 것으로 추정됨.
  - 즉, 2050년이 되면 보호를 필요로 할 가능성이 있는 인구의 규모가 보호를 행할 가능성이 있는 인구보다 많아지는 것으로 노년부양비에 비하여 약간 더 급

속한 편임.

- 인구학적인 측면에서 보호를 받아야 할 인구보다 보호를 제공할 수 있는 인구가 적어질 것으로 전망되기 때문에, 보호제공 연령층의 적극적인 활용과 효과적인 보호 서비스 제공 방안 모색, 더불어 노인의 기능상태 저하 속도를 완화시킬 수 있는 방법에 대한 관심이 요구됨.

〈표 2-1〉 인구구성 변화 전망

(단위: 천명, %)

	2015	2017	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
총인구(천명)	51,015	51,446	51,974	52,610	52,941	52,834	52,198	51,051	49,433
인구성장률(%)	0.53	0.39	0.31	0.20	0.07	-0.12	-0.32	-0.52	-0.72
65세이상 노인(천명)	6,541	7,076	8,134	10,508	12,955	15,176	17,120	18,179	18,813
- 노인인구 구성비(%)	12.82	13.75	15.65	19.97	24.47	28.72	32.80	35.61	38.06
80세 이상 노인(천명)	1,305	1,532	1,885	2,456	2,992	3,785	5,177	6,489	7,463
- 노인인구 구성비(%)	2.56	2.98	3.63	4.67	5.65	7.16	9.92	12.71	15.10
35-64세(천명)	23,569	24,241	24,540	23,897	23,273	22,371	20,659	19,173	17,719
65세 이상 인구 /35-64세 인구*100 (수발대상/수발자) <sup>3)</sup>	28	29	33	44	56	68	83	95	106
총부양비	36.2	36.8	39.5	47.1	56.3	66.8	77.4	84.2	90.8
- 유소년부양비	18.8	18.0	17.6	17.8	18.0	18.9	19.2	18.6	18.2
- 노년부양비	17.5	18.8	21.8	29.4	38.2	47.9	58.2	65.6	72.6
노령화지수	93.1	104.8	123.7	165.6	212.1	253.7	303.2	352.7	399

주: 1) 2015년까지는 확정인구이며, 2015년이후는 추계인구(중위(medium) 가정 시나리오임.

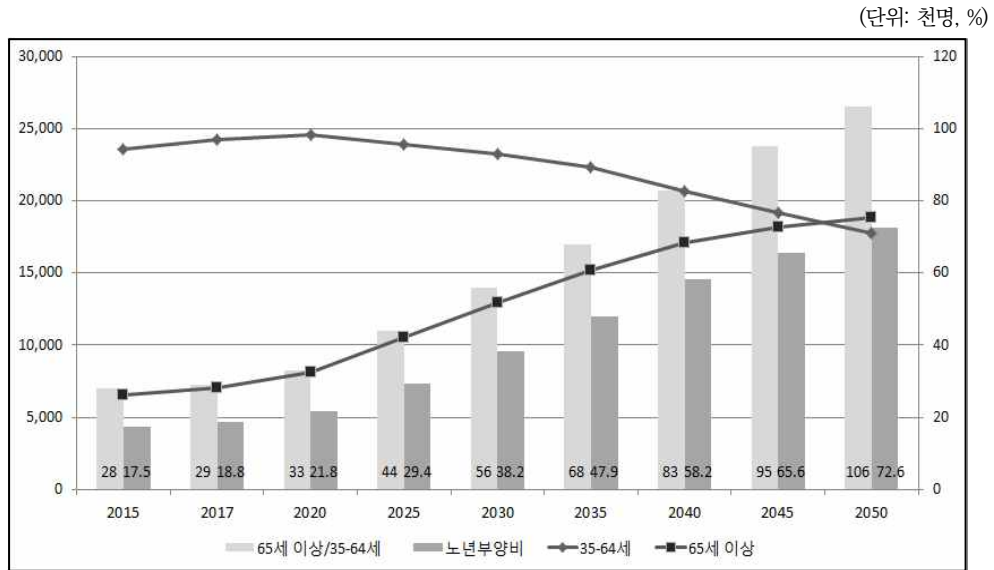
2) 총부양비는 유소년부양비와 노년부양비의 합이며, 전자는 (0~14세인구)/(15~64세인구)\*100, 후자는 (65세이상인구)/(15~64세인구)\*100으로 산출됨.

3) 수발대상(65세 이상 인구)/수발자 연령(35-64세 인구)\*100으로 산출함.

4) 노령화지수는 유소년인구 100명에 대한 65세이상 고령인구의 비임.

자료: 통계청(2017). 장래인구추계(2017.08.30.반출)

[그림 2-1] 수발대상 대비 수발자 규모의 변화(2015~2050)



주: <표 2-1> 값을 토대로 연구자가 도식화한 자료임.

자료: 통계청(2017). 장래인구추계(2017.08.30.반출)

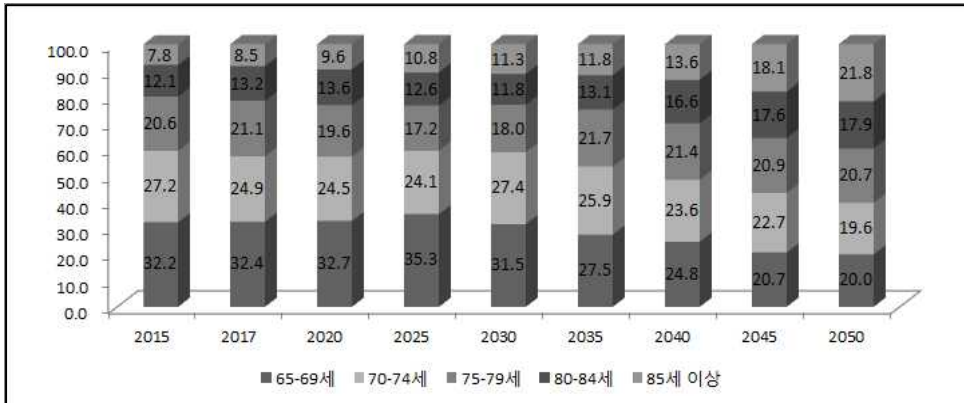
□ 65세 이상 연령군의 연령구성비의 변화를 살펴보면 2017년 현재 80~84세 인구는 노인 전체의 13.2%이며, 85세 이상은 8.5%로 80세 이상이 21.7%를 차지함.

○ 2030년에는 동 비율이 각각 11.8%와 11.3%로 변화하여 80세 이상이 노인 인구 중 23.1%를 차지하게 되고, 2050년에는 각각 17.9%와 21.8%로 80세 이상이 노인인구의 39.7%에 달할 것으로 추계됨.

- 베이비부머가 80세 이상 후기 노인으로 진입하기 시작하는 2035년부터는 증가폭이 보다 급변할 것임.

[그림 2-2] 노인인구의 연령별 구성비 전망

(단위 : %)

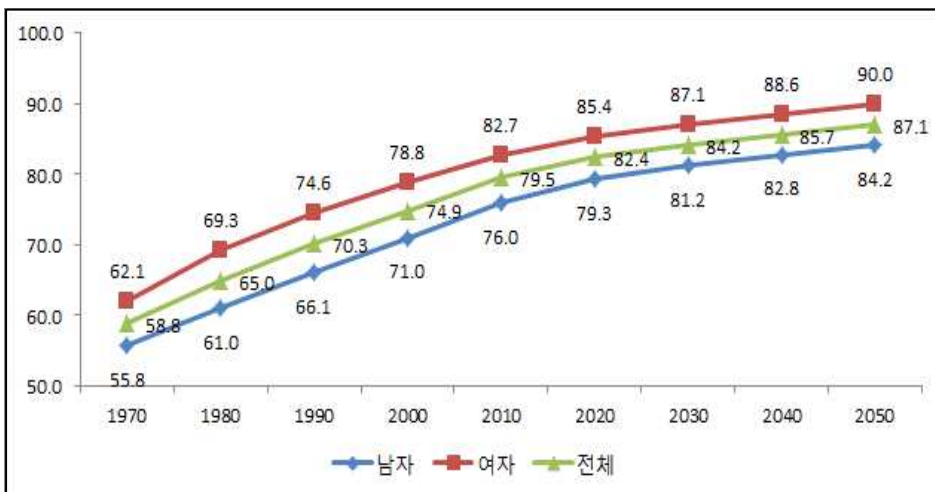


자료: 통계청(2017). 장래인구추계(2017.08.30.반출)

□ 국민의 기대수명도 크게 증가하여, 2000년 74.9세에서 2020년 82.4세로 20년간 7.5세가 증가함. 2050년에는 기대수명이 87.1세로 증가할 것으로 전망됨. 따라서 80세 이상 생존하는 국민이 증가함에 따라 장기요양 대상자 규모도 크게 증가할 것임.

[그림 2-3] 연도별 기대수명 전망

(단위 : 세)



자료: 장래인구추계(2017), 국가통계포털(<http://kosis.kr>).

□ 결혼연령의 차이로 인하여 무배우인 기간이 남성에 비하여 여성이 길고 전통적으로 돌봄의 역할을 여성이 수행해왔다는 점에서 노인인구의 성별 구성비를 살펴봄.

○ 2017년 기준 노인 중 여성의 비중이 57.5%이며, 동 수치는 2030년에는 54.6%, 2050년에는 53.5%로 전체 노인 중 남성의 비중이 점차 증가하고 있음.

□ 한편 노인인구의 연령과 성별 구성을 살펴보면, 2017년 현재 노인 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 65~69세 여성군으로 16.8%이며, 다음은 70~74세 여성으로 13.5%임.

○ 80세 이상 연령군에서는 여성의 비중이 남성의 2배를 넘어서고 있음. 그러나 남성과 여성의 기대수명 차이가 감소함에 따라 후기 노년기의 남성 대비 여성의 비중은 점차 줄어들 것으로 전망됨.

〈표 2-2〉 노인의 연령군별 성별 구성 전망

(단위: %, 명)

구분	2015	2017	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65-69세	남성 154	155	157	171	155	135	123	104	102
	여성 168	168	170	182	160	140	125	103	99
	전체 (2,105,631)	(2,289,256)	(2,661,049)	(3,708,443)	(4,081,425)	(4,169,915)	(4,242,167)	(3,768,914)	(3,769,918)
70-74세	남성 122	113	114	113	131	125	114	111	97
	여성 150	135	130	128	144	134	122	116	99
	전체 (1,779,544)	(1,758,803)	(1,990,632)	(2,534,299)	(3,553,487)	(3,929,915)	(4,088,336)	(4,124,303)	(3,679,905)
75-79세	남성 84	88	84	77	82	100	100	99	100
	여성 123	124	113	95	98	117	113	110	108
	전체 (1,350,503)	(1,495,014)	(1,597,136)	(1,809,075)	(2,327,735)	(3,291,054)	(3,662,442)	(3,797,280)	(3,900,109)
80-84세	남성 41	47	50	50	49	56	73	79	81
	여성 81	85	85	76	68	75	93	97	98
	전체 ( 793,916)	(931,356)	(1,102,119)	(1,319,149)	(1,522,543)	(1,990,385)	(2,847,005)	(3,194,496)	(3,359,144)
85세 이상	남성 20	22	26	33	37	42	50	69	85
	여성 58	63	70	75	76	77	86	112	133
	전체 ( 511,574)	(601,089)	(782,732)	(1,137,020)	(1,469,905)	(1,794,632)	(2,380,060)	(3,294,052)	(4,103,569)
65세 이상	남성 420	425	432	445	454	458	461	462	465
	여성 580	575	568	555	546	542	539	538	535
	전체 (6,541,168)	(7,075,518)	(8,133,668)	(10,507,986)	(12,955,095)	(15,175,901)	(17,121,010)	(18,179,045)	(18,812,645)

주: 2015년까지는 확정인구이며, 2011년 이후는 추계인구(중위(medium) 가정 시나리오)임.  
자료: 통계청(2017). 장래인구추계(2017.08.30.반출)

## 2. 보건복지 환경의 변화

### 가. 사회보장지출의 변화

- 국가별 장기요양, 사회보장 지출은 인구구성, 제도의 보장성 및 발전수준에 따라 차이를 보임. 하지만 최근 전 세계적으로 인구고령화가 심화됨에 따라 노인을 대상으로 하는 사회보장의 수요가 높아짐.
- 인구고령화는 사회보장의 주요 부담요인으로 작용함. 대다수 국가에서는 고령화로 인한 사회적 위기에 대응하고, 사회보장제도의 지속가능성을 제고하기 위하여 사회적 부담 감소를 위한 노력을 펼치고 있음.
- 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출은 2003년 이후 증가하고 있으며, 2016년 10.4%로 나타남. 이는 2000년대 이후 도입된 기초연금, 장기요양 보험제도, 저출산 정책 등의 확대에 기인함.
- 그러나 여전히 독일이나 일본, 네덜란드 등과 비교하면 크게 낮은 수준임. 2016년 기준 GDP 대비 공공사회복지지출은 독일이 25.0%, 일본 23.1%, 네덜란드 22.0%, 스웨덴 27.0%로 나타남.

〈표 2-3〉 GDP 대비 공공사회복지지출 변화 추이

(단위:%)

구분	한국	독일	일본	네덜란드	스웨덴
2003년	7.8	26.8	20.3	22.1	23.9
2005년	8.2	26.2	20.4	23.1	23.2
2007년	9.5	23.9	21.0	22.2	22.1
2009년	10.7	26.2	24.8	23.8	24.5
2011년	10.4	24.4	25.5	24.3	23.6
2013년	11.5	24.6	25.4	25.6	25.3
2016년	10.4	25.0	23.1	22.0	27.0

주: 1) 국내총생산(GDP) 대비 공공사회복지지출의 비율로, 공공사회복지지출은 일반정부지출(공공부조, 사회보험, 사회복지서비스)과 사회보험지출(연금, 건강, 산재, 고용, 장기요양)을 포함함. 각국의 1980~2013(2014)년 제출된 자료를 근간으로 함.

2) 2016년은 예측치로, 외교부(2016) 자료를 출처로 하며, 외교부 자료를 기준으로 소수점 둘째자리에서 반올림 한 값임.  
자료 : 1) 외교부(2016). OECD 2016 사회복지지출 통계(SOCX) 주요내용.

2) OECD SOCX database(social expenditure-aggregated data(2017.10.23.)반출.

□ GDP 대비 노인복지지출은 2005년 1.4%에서 2014년 2.5%로 증가하고 있음.

○ 타 국가의 GDP 대비 노인복지지출 비율은 2013년 기준 독일은 8.2%, 일본 10.7%, 네덜란드 6.2%, 스웨덴 9.6%로, 탄탄한 사회보장제도를 지니고 있을 뿐 아니라 높은 고령화율에 기인한 것으로 평가됨.

〈표 2-4〉 GDP 대비 노인복지지출 변화 추이

(단위:%)

구분	한국	독일	일본	네덜란드	스웨덴
2005년	1.4	8.8	8.5	5.2	5.9
2010년	1.9	8.6	10.2	5.7	9.1
2013년	2.2	8.2	10.7	6.2	9.6
2014년	2.5	na	na	na	na

주: 공공사회복지지출 중 노인(old age)관련 공적지출에 대한 GDP 대비 비율임.

자료: OECD SOCX database(social expenditure-aggregated data(2017.10.23.)반출.

□ 우리나라의 GDP 대비 장기요양지출은 2008년 제도가 도입된 이후 빠른 속도로 증가하고 있음. 2005년 0.1%였으나 2009년 0.4%, 2015년에는 0.9%로 나타남.

○ 고령화율이 높은 타 국가에서는 독일 1.3%(‘15), 일본 1.8%(‘13), 네덜란드 2.3%(‘15), 스웨덴 2.7%(‘15)로 나타남. 이는 높은 고령화율로 인해 장기요양 지출 비중 역시 높다는 것을 시사함.

- 그러나 GDP 대비 노인복지지출과 비교할 때 GDP 대비 장기요양지출은 타 국가에 비해 그 차이가 크지 않은 것으로 나타남.

〈표 2-5〉 GDP 대비 장기요양지출 변화 추이

(단위:%)

구분	한국	독일	일본	네덜란드	스웨덴
2005년	0.1	1.0	0.7	2.0	0.6
2007년	0.2	1.0	01.6	2.1	0.6
2009년	0.4	1.1	0.7	2.4	0.7
2011년	0.6	1.1	1.7	2.5	2.6
2013년	0.7	1.2	1.8	2.7	2.7
2015년 <sup>2)</sup>	0.9	1.3	na	2.3	2.7

주: 1) 건강관련 공적지출(government/compulsory schemes) 중, 장기요양 관련 지출(건강:long-term care(health LTC))에 대한 GDP 대비 비율임.

2) 한국과 네덜란드의 경우, 2016년 자료임.

3) 국가별로 제도 운영방식이 상이함에 따라, 서로 다른 평가기법이 사용되었음. 일부 경우 단순화된 평가방식으로

산정하였으며, 제도 내 다양한 세부 요인에 대한 비용 가중치가 적용되는 데 한계가 있음. 일부 국가별 특이사항 중, 관련 정보가 제공된 세 개 국가의 내용임.

- ① 일본 : 스웨덴과 유사하며, 공적 개호보험 제도에 대한 회계결과를 중심으로 함.
- ② 네덜란드 : 네덜란드 연례재정보고서를 기준으로 작성됨.
- ③ 스웨덴 : 스웨덴은 지자체 및 평의회 재무결과를 중심으로 분석됨.

자료 : OECD Health data(health expenditure and financing(2017.10.23.)반출

## 나. 노인돌봄 과학기술 발전

□ 고령사회와 과학기술 접목을 위한 노력은 우리나라를 비롯하여 일본과 유럽 등 많은 국가에서 이루어지고 있으며, R&D의 정책적 지원과 일부 기술에 대해서는 실제 생활에서 적용되는 사례가 나타나고 있음.

□ 우리나라의 고령화 대응 기술 수준은 기술선진국 대비 70~80%수준임. 고령화 대응 국가전략기술 5개 중 모바일 원격진료 기술은 기술선진국 대비 86.0%수준이며, 건강관리 서비스 기술 또한 78.3%임. 생활 및 이동지원 기술은 77.0%수준이며, 신체기술복원기술과 재활치료 기술은 상대적으로 낮게 나타남.

〈표 2-6〉 주요 고령화 대응기술의 기술수준

(단위 :%)

국가전략기술	기술수준		
	2012년	2014년	2016년
생활 및 이동지원기기기술	75.0	70.6	77.0
신체기능 복원 기기 기술	73.8	72.4	70.7
재활치료 기술	67.7	77.0	72.3
모바일 원격진료 기술	88.6	86.3	86.0
건강관리 서비스 기술	79.2	79.4	78.3

자료: 1) 2012, 2014년 : 한국과학기술기획평가원(2016), 과학기술혁신을 통한 고령사회 대응 정책방향 - 일본사례를 중심으로, 2015년 기술수준 평가(김용희 외, 2015) 재인용

2) 2016년 : 미래창조과학부-한국과학기술평가원(2017). 2016년 기술수준 평가 총괄본.

□ 최근 일본을 비롯한 초고령사회로 진입한 국가들은 과학기술을 적극 활용하여 지속가능한 사회 시스템 구축을 위한 대응을 추진 중임<sup>1)</sup>.

○ 일본을 비롯한 유럽 국가들의 요양업무 효율화를 위한 과학기술 적용 사례를

1) 「이지평 외(2017). 일본의 4차 산업혁명 추진 동향과 Society 5.0. LG경제연구원.」를 참고하여 작성함.



통해, 향후 우리사회에서의 활용가능성을 검토할 수 있음.

○ 일본은 AI 기술로봇 등을 활용하여 노동인력 대체, 고령자의 생활보조, 간호 등을 추진하며, 제5기 과학기술기본계획('15~'20)에서는 「초스마트 사회 society 5.0」라는 미래상을 설정하고, 이를 위해 ICT 기반 구축에 집중함.

- 일본 과학기술진흥기구(JST)/사회기술연구개발센터(RISTEX)는 2010년부터 2015년까지 고령화 문제를 해결할 15개 프로젝트 지원
- ICT 건강모델 확립, 전국적인 의료 정보 연계, 쇼핑·식사·돌봄 등 ICT 생활 지원서비스 창출
- 로봇기술 : 일상생활에 지장이 없도록 하는 간호업무 지원로봇, 보행이나 재활, 식사를 지원하는 자립지원형 로봇, 커뮤니케이션 등을 담당하는 돌봄 로봇 등 개발중

○ 특히 정부주도의 '생활지원 로봇 실용화 프로젝트-간병로봇 기기개발, 도입촉진사업'을 통해 간호 및 재활치료에 활용될 수 있는 로봇 플랫폼을 개발하고, 인증, 보급을 위해 후생노동성 주도하에 범부처 사업을 시행함(32.6억엔, 2013년).

- 2015년부터 공적보험 적용대상을 간병로봇으로 확대하여 로봇사용료의 최대 90%까지 보조가능(서지영 외, 2016; 박형순, 2015)<sup>2)</sup>

#### □ ICT를 활용한 돌봄 및 간호 제공 서비스 사례<sup>3)</sup>

○ 치매환자나 노인을 위한 GPS 위치추적기, 약 복용을 위한 알림 및 복약 지도 기기, 재활치료용 게임기기, 노인이나 장애인을 위한 욕실 시스템, 가정방문 간호를 위한 디지털 키, 움직임 감지 센서 등을 비롯하여 가정용 응급 알람등이 등장함.

○ 국가별 대표적인 요양업무와 과학기술간 접목사례는 다음과 같음.

2) 「서지영 외(2016). 고령친화 R&D 동향분석. 과학기술정책연구원」과 「박형순(2015). 신체기능 복원 및 재활기술 동향. 융합 Weekly Tip. 한국과학기술원」

3) 「보건복지부-한국과학기술원(2015). 사회혁신과 과학기술을 활용한 사회서비스 발전방안」을 요약함.

- 덴마크 : Digital Welfare 2013-2020 (Danish government, 2013)
  - 지방정부 차원에서 복지기술을 활용한 사회서비스 적용을 추진하고 있음. 복지기술 개발 및 적용을 위해 “Digital Welfare 2013-2020”을 선포하고 범정부적 차원에서 보다 적극적으로 사회서비스 혁신을 추진 중임.
  - 간호 및 돌봄 서비스를 위한 복지 기술 실현을 위해 이동 및 생활 보조 기기 보급, 디지털 보조기기 사용을 위한 훈련 기술, 스마트 홈 기술 적용 등이 추진되고 있음.
- 노르웨이 베룸 (Baerum) : 스마트홈 서비스
  - 노르웨이의 베룸 (Baerum)에서는 노인을 위한 응급알림 시스템, 치매환자 GPS 위치 추적기 등을 운영하고 있음. 이외에도 토탈 케어서비스를 위한 바디 센서, 드럭 디스펜서(automatic drug dispensers), 온도 및 연기 탐지기 (temperature/ smoke detectors) 등을 통해 안전감지 시스템 등을 운영하고 있음.
- 스웨덴 엘브스빈 (Älvsbyn) : 디지털 키
  - 스웨덴 엘브스빈 (Älvsbyn)에서는 응급상황에서의 홈 케어 서비스를 위하여 기존의 잠금장치를 디지털 키로 전환하였음.
- 일본 : 배설 예측 웨어러블 DFree<sup>4)</sup>
  - DFree는 초음파 센서로 방광의 수분량을 측정하여, 배설 시기를 예측해 스마트폰을 비롯한 외부 앱에 전달하여 배설에 곤란을 겪는 고령자와 이들의 간병인에게 도움을 줄 수 있음.
  - 특히 배설은 요양병원에서의 간호에 가장 큰 업무 부담으로 지적됨에 따라, 요양인력 및 서비스 제공 비용 부담 축소에 기여할 것으로 기대됨.

□ 의료와 돌봄의 과학기술 접목을 통해 기존의 기기를 통한 의존성을 낮추고, 노인의 자립능력과 노동생산성 향상을 통하여 예견되는 노동력 부족 문제를 일부 해소할 것으로 기대함.

4) 「이지평 외(2017). 일본의 4차 산업혁명 추진 동향과 Society 5.0. LG경제연구원.」을 요약함.

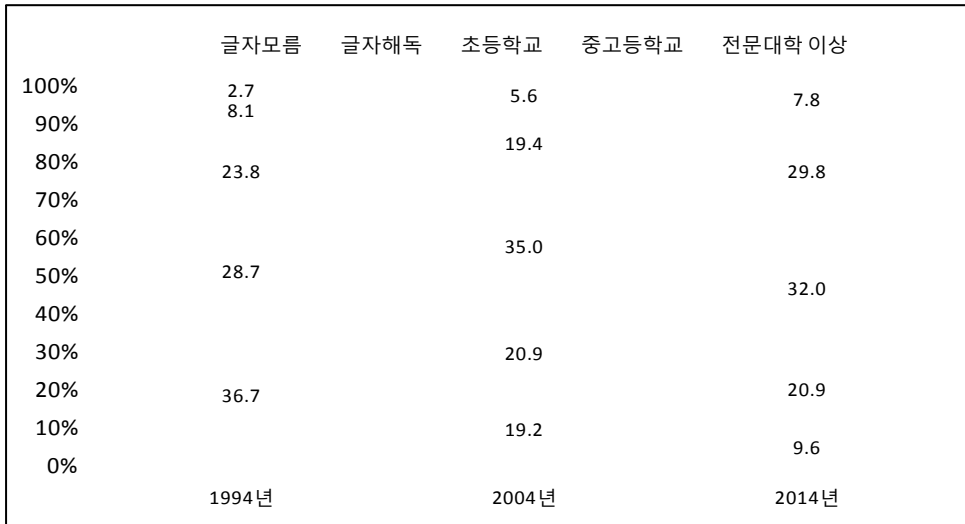
## 제2절 노인의 사회적 특성 변화

### 1. 노인의 교육수준 변화

- 지난 20년 동안 노인의 교육수준은 급격하게 변화해 왔으며, 향후에도 교육수준은 지속적으로 상향될 것으로 전망됨.
- 글자를 모르는 노인의 비중이 1994년의 36.7%에서 2014년 기준 9.6%로 급감한 반면, 대학교 이상의 학력을 가진 노인은 2.7%에서 7.8%로 증가하였음.
- 인구총조사 결과를 활용하여 추계해보면 대학 이상의 비중이 2020년에는 13.3%가 되고 2035년이 되면 동 비율이 30%를 넘어설 것으로 전망됨.
  - 2050년에는 노인인구의 절반 이상인 56.6%가 대학 이상의 비중을 차지할 것으로 추정됨.
- 현재 노인은 글자모름, 공식적인 교육을 받지 않는 않지만 글자는 해독할 수 있는 노인, 초등학교, 중고등학교, 전문대학교 이상의 학력 등 교육수준 구성이 다양한 반면,
  - 2020년이 되면 중학교 이상의 학력을 가진 노인이 절반을 넘어서기 시작하며 2030년이 되면 대부분이 공식교육을 받은 노인일 것으로 전망됨.
    - 교육수준에서의 이러한 변화는 좀 더 독립적인 가치관으로의 변화를 통해 공적 서비스 이용에 대한 더 높은 수용력과, 서비스 질에 대한 관심으로 이어질 가능성이 높음.

[그림 2-4] 노인(65세 이상)의 교육수준의 변화(1994~2014)

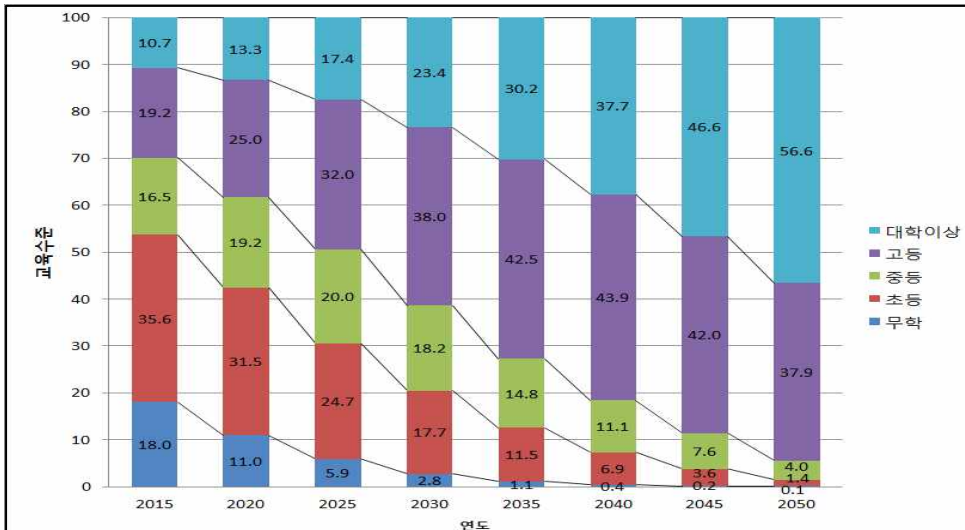
(단위 : %)



자료: 보건복지부보건사회연구원, 전국노인실태조사, 각년도.

[그림 2-5] 노인(65세 이상)의 교육수준의 변화 전망(2015~2050)

(단위 : %)



주: 1) 인구 총조사 2015을 기준으로 추계한 전망치임.

2) 2015년 기준의 연령별 인구 규모와 교육수준에 변화가 없다고 전제하고 추계한 것으로 실제로는 평생교육에 의하며 교육수준이 향상되거나, 사망 등에 의하여 연령별 인구 규모에 변화가 발생할 수 있음을 유의해야 함.

자료: 1) 국가통계포털(<http://kosis.kr>, 2017.8.4.반출)

2) 통계청(2017). 인구총조사 2015.

## 2. 노인의 가치관 변화

□ 노인은 장기요양보호가 필요한 상황이 되었을 때 비공식적 보호와 공식적 보호서비스를 보완적 또는 대체적으로 이용하게 됨.

○ 따라서 비공식 보호와 공식 보호서비스 이용에 대한 노인의 태도가 장기요양서비스 이용에 영향을 미치게 됨.

○ 서비스의 직접적인 대상인 노인의 가치관을 살펴보면 많은 변화가 발생하고 있음을 확인할 수 있음.

□ 노년기에 자녀동거가 필요하다고 생각하는 비율이 2004년에는 26.6%였지만 10년이 지난 2014년에는 19.1%로 낮아졌음.

○ 또한 선호하는 노후생활비 마련과 관련해서도 본인과 국가(사회보장제도)가 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 가족 및 자녀라는 응답은 7.9%에 불과함.

- 가족부양에 대한 가치관 약화는 직간접적으로 공적인 장기요양서비스에 대한 선호로 이어질 가능성이 있음.

〈표 2-7〉 노인(65세 이상)의 가치관 변화

(단위: %)

구분	2004년	2014년
노년기 자녀 동거 필요	26.6	19.1
선호하는 노후생활비 마련 방법		
스스로	40.2	31.9
가족 및 자녀	18.7	7.9
본인과 자녀	-	6.9
국가(사회보장제도)	40.9	18.6
본인과 국가(사회보장제도)	-	34.3
기타	0.2	0.5

주: 각년도 전국노인실태조사 재분석.

자료: 보건복지부보건사회연구원, 전국노인실태조사, 각년도.

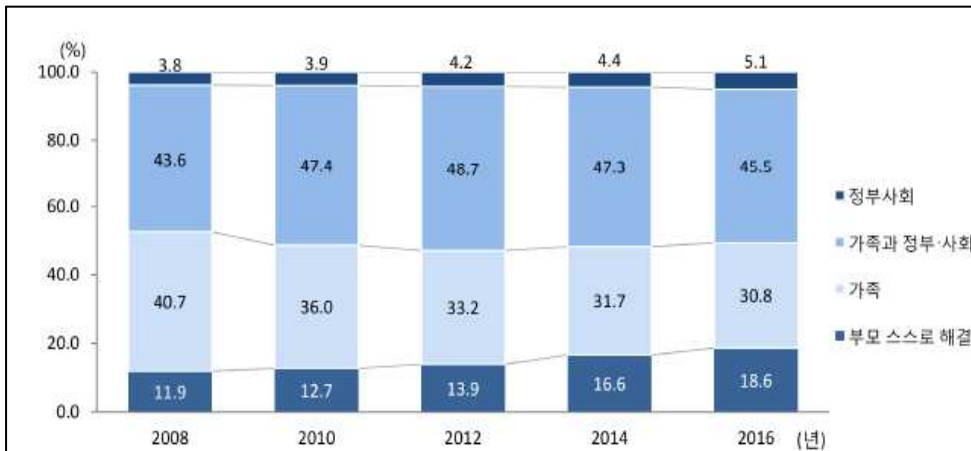
□ 유사한 맥락에서 노인의 경제적 부양에 대한 가치관도 변화해왔음.

○ 부모 스스로 해결해야 한다는 응답이 2008년에는 11.9%였지만 2016년에는 18.6%로 증가함.

- 가족과 정부, 사회라는 응답은 동기간 중 43.6%에서 45.5%로 증가, 정부와 사회라는 응답 역시 3.8%에서 5.1%로 증가하였음.
- 즉 2016년을 기준으로 볼 때 전적으로 또는 부분적으로 정부나 사회가 부양해야 한다는 응답은 50.6%인데, 이는 2006년의 47.4%과 비교하여 꾸준한 증가추이를 보임.
- 반면 가족이라는 응답은 동 기간 40.7%에서 점차 감소하여 현재는 30.8% 수준에 그침.

[그림 2-6] 노인(60세 이상)의 부모 부양 가치관 변화(2008~2016)

(단위: %)



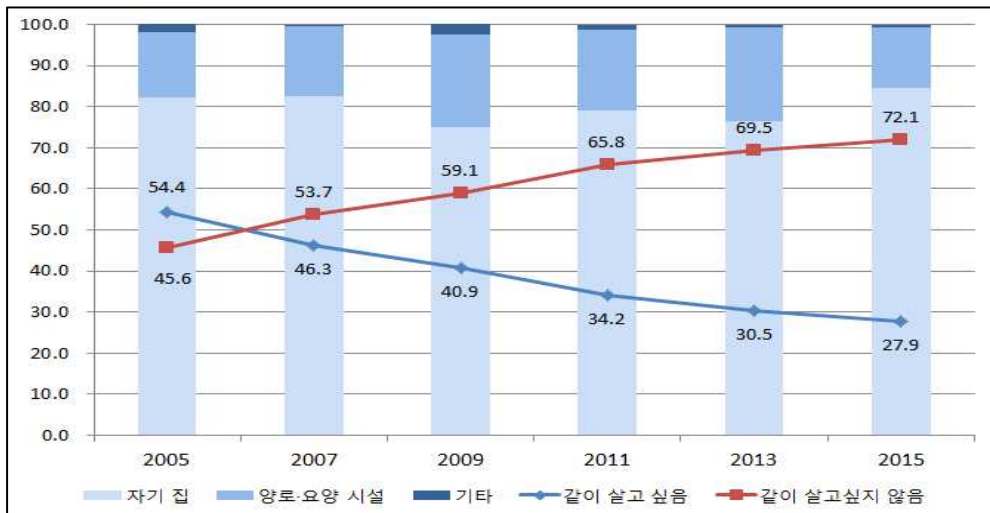
자료: 통계청(2016). 2016년 사회조사 보도자료. p.8.

□ 한편, 노인이 희망하는 거주형태를 살펴보면 2005년에는 54.4%가 자녀와 같이 살고 싶다고 응답했지만 2015년에는 동 비율이 27.9%로 급감하였음. 반면 자녀와 같이 살고 싶지 않다는 비율은 45.6%에서 72.1%로 급증하여, 노인이 자녀와 동거하는 비율은 향후에도 계속적으로 낮아질 것으로 예측됨.

□ 노후 희망거주형태는 자기집에서 거주하기를 희망하는 비율은 2005년 이후에 계속적으로 유지되고 있으며, 양로·요양시설 희망 비율도 15%내외에서 유지됨.

[그림 2-7] 노인(65세 이상)의 향후 자녀 동거 의향 변화(2005~2015)

(단위: %)



자료: 1) 국가통계포털(<http://kosis.kr>)

2) 통계청, 사회조사, 각년도.

□ 노인의 특성별로 희망거주 형태를 살펴보면, 노인 중 연령이 낮은 전기노인에게서, 유배우 노인에게서 자녀와 함께 살고 싶지 않다는 응답이 높음. 또한 향후 양로·요양시설에 대한 이용의향에서는 고연령, 여성, 독거가구, 무배우자 노인의 경우 높은 것으로 나타남.

□ 종합하면 장기요양보호의 대상이 되는 노인에게서도 자녀로 대표되는 가족보호에 대한 기대가 약화되고 있음을 시사함. 그러나 양로·요양시설과 같이 주거형태를 희망하기 보다는 ‘자기집’에서 생활하기를 희망함.

○ 따라서 향후 장기요양 서비스에서 자녀로 대표되는 비공식적 보호 의존율은 감소하고, 공식적 보호에 대한 요구가 증가할 것임. 그 중(공식적 보호)에서도 본인의 집에서 거주하면서 생활할 수 있는 지역사회 중심의 보호 욕구가 지속될 것임.

〈표 2-8〉 노인(60세 이상)의 향후 자녀와 동거 의향(2015)

(단위: %)

구분		계	같이 살고 싶음	같이 살고 싶지 않음	구분		
					자녀와 따로 자기 집에서	양로 요양시설	기타
전체		100.0	27.9	79.1	84.5	14.9	0.6
연령	60~64세	100.0	20.5	79.5	87.7	11.3	1.0
	65~69세	100.0	21.1	79.5	86.9	12.3	0.8
	70~79세	100.0	27.3	78.9	85.1	14.3	0.6
	80세 이상	100.0	35.2	72.7	81.6	18.0	0.4
성별	남성	100.0	22.6	64.8	89.2	10.2	0.7
	여성	100.0	26.7	77.4	83.3	15.9	0.8
교육수준	초졸 이하	100.0	27.2	76.0	83.1	16.2	0.7
	중졸	100.0	22.3	72.8	86.2	13.3	0.6
	고졸	100.0	23.1	77.7	89.1	9.8	1.1
	대졸이상	100.0	23.0	76.9	91.3	8.4	0.3
가구형태	1인가구	100.0	11.1	77.0	78.0	19.8	2.2
	1세대 가구	100.0	13.7	88.9	89.3	10.4	0.3
	2세대 가구	100.0	40.7	86.3	88.7	11.1	0.2
	3세대 이상 가구	100.0	70.8	59.3	79.1	20.9	0
혼인상태	배우자 있음	100.0	21.9	29.2	90.0	9.9	0.2
	사별	100.0	34.0	78.1	77.3	21.5	1.2
	이혼	100.0	19.8	66.0	74.4	24.5	1.1

자료: 1) 국가통계포털(<http://kosis.kr>)

2) 통계청. 사회조사. 각년도.



### 3. 가족의 부양 가능성과 선호의 변화

□ 노인의 가족상황은 공적 서비스의 필요성과 밀접한 연관성을 가짐.

○ 전통적으로 가족은 노인을 보호하는 역할을 수행해왔지만 가족규모 및 자녀와의 동거율 감소 등은 사적 부양 가능성을 저하시키고, 공적 보호서비스의 필요성을 높이고 있음.

□ 전통적으로 가족은 중요한 노인 수발자였으므로, 가족의 부양가능성을 살펴보기 위하여 자녀수를 파악할 필요가 있음.

○ 2015년 인구주택총조사에 의하면 기혼여성의 연령군별로 출생아수에 큰 차이가 있음.

- 60세 이상 연령군의 경우 평균 3.1명의 자녀를 출산하였지만, 35~39세 연령군의 경우는 1.6명에 불과함.

○ 따라서 향후 자녀가 노인에게 장기요양보호를 제공할 수 있는 가능성이 급격히 감소할 것임.

- 35~39세 연령군이 노년기에 진입하게 되는 30년 후에 이들의 자녀수는 현재 노인의 절반 이하 수준에 불과할 것임.

〈표 2-9〉 기혼여성 연령별 출생아수(2015)

	기혼여성(15세 이상) (천명)	평균 출생아수(명)
전체(15+)	15,929	2.2
15-29	439	0.7
30-34	1,124	1.2
35-39	1,516	1.6
40-44	1,848	1.8
45-49	1,994	1.9
50-54	1,983	1.9
55-59	1,890	2.0
60+	5,135	3.1

자료 : 통계청(2015). 2015 인구주택총조사 표본 집계 결과 - 여성·출산력·아동, 주거실태-.

□ 한편, 지난 20년간의 노인의 가구형태 변화를 살펴보면 자녀동거율에 있어 급격한 변화를 발견할 수 있음.

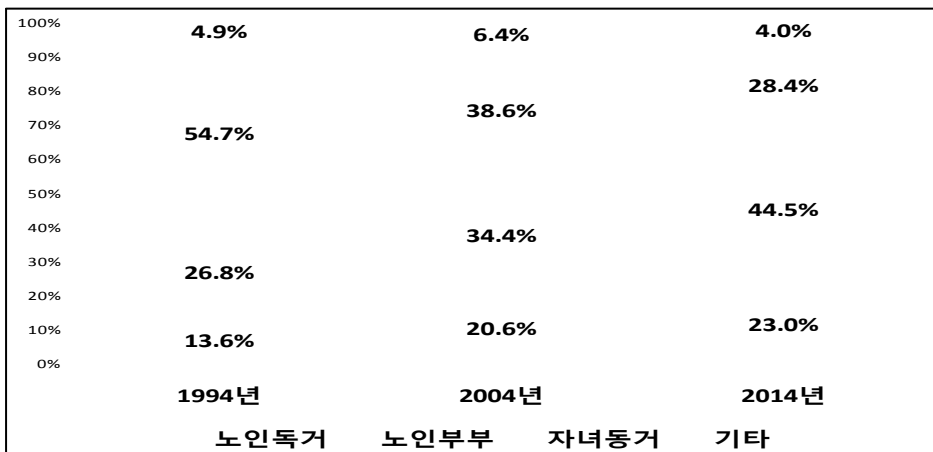
○ 20년 전에는 노인의 약 절반이 자녀와 동거하고 있었지만, 2014년에는 동 비율이 28.4%에 불과함.

○ 독거노인의 비중은 1994년에 13.6%에 불과하던 것이 2014년에는 23.0%에 달하고 있으며, 향후 독거노인의 비중은 유지될 것으로 전망됨.<sup>5)</sup>

- 이는 1990년대 이후 노인의 가구형태가 과거 자녀동거 중심에서 노인단독 가구로 급격히 변화하면서 독거노인 비중이 증가하였기 때문임. 그러나 노인만으로 구성된 가구구성이 보편화되면서 독거노인의 비율은 안정화됨.

• 독거노인은 장기요양보호서비스와 매우 밀접히 연결된다는 점에서 정책적인 관심이 요구되는 정책적 집단임.

[그림 2-8] 노년기 가구형태의 변화

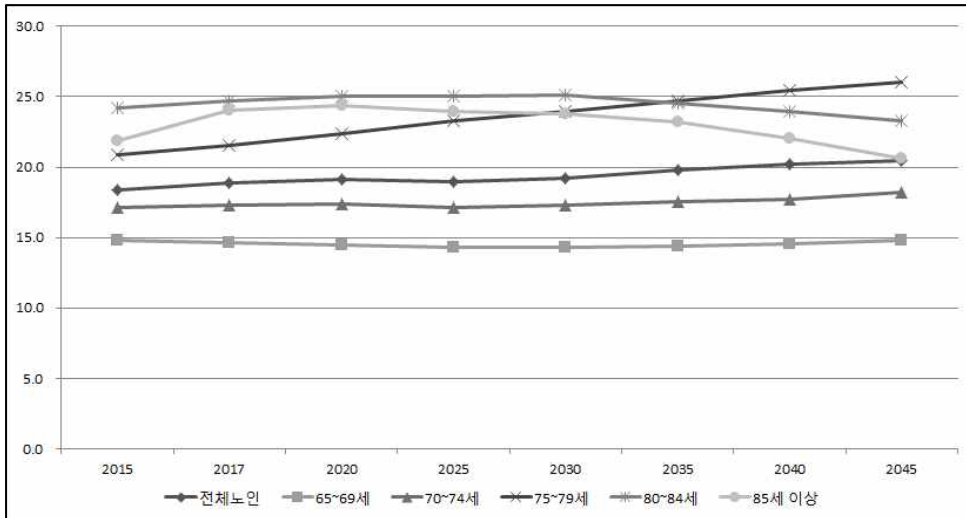


자료: 보건복지부보건사회연구원, 전국노인실태조사, 각년도.

5) 독거 외의 부부가구 및 자녀동거 등을 포함한 가구형태의 추계는 가구단위의 가구주 연령을 기준으로 한 통계만 가능함. 따라서 본문에서는 65세 이상에 대한 개인단위의 추계가 가능한 독거만 제시하고자 함.

[그림 2-9] 노인의 연령별 독신가구 비율 전망

(단위 : %)



주: 1) 독거가구 비율은 장래가구추계(2015)의 1인 가구/ 장래인구추계(2016)의 노인인구로 계산한 값임.

자료: 1) 통계청, 장래가구추계.(2017.8.30. 반출)

2) 통계청, 장래인구추계.(2017.8.30. 반출)

□ 따라서 향후 노년기의 가족의 돌봄자원으로서의 가용성(availability)은 저하될 것이며, 이는 노인의 선호와 무관하게 공적 보호서비스의 필요성을 높일 것임.

○ 이러한 가용성의 저하와 더불어 가족 보호의 의지(willingness)도 저하될 것으로 전망됨.

○ 베이비부머의 (배우자)부모에 대한 장기요양서비스 이용 의향을 살펴보면(정경희 외, 2010),

- 서비스를 이용하지 않겠다는 비율은 6.2%이며, 시설서비스는 49.2%, 재가서비스는 22.4%, 요양병원은 22.2%로, 시설서비스가 과반수 정도를 나타내고 있으며 요양병원도 재가서비스의 수준임.
- 전기 베이비부머에 비해 후기 베이비부머의 경우 시설보호(시설+요양병원)에 대한 이용 의향이 높으며, 전기 베이비부머의 경우 재가서비스에 대한 의향이 높음.

□ 베이비부머가 희망하는 본인의 수발 희망 형태를 살펴보면 요양시설이 36.1%, 배우자 28.9%, 요양병원이 21.1%, 재가서비스 10.0%의 순서임(정경희 외, 2010).

○ 즉 요양시설, 요양병원, 재가서비스 등과 같은 공적 보호서비스 이용 희망율이 67.2%에 달하고 있음.

○ 사적 부양의 경우도 배우자를 선호하고 있으며 자녀라는 응답은 3.8%에 불과함.

- 남성의 경우 배우자라는 응답이 43.9%이지만 여성의 경우는 15.4%에 불과한 반면, 재가서비스가 6.6%와 13.1%, 요양시설이 30.2%와 41.4%, 요양병원이 15.2%와 26.4%로 큰 차이를 보이고 있음.

○ 이는 무배우율이 높은 여성노인이 상대적으로 비공식 보호의 가능성이 낮고, 그 결과 공적인 장기요양보호서비스를 이용할 가능성이 높을 것임을 예상케 함.

〈표 2-10〉 베이비부머의 (배우자)부모 장기요양서비스 이용 의향

(단위: %, 명)

특성	시설서비스	재가서비스	요양병원	미이용	계(명)
전체	49.2	22.4	22.2	6.2	100.0 (2,416) <sup>1)</sup>
출생년도					
1955~1959년생	49.8	24.0	19.9	6.3	100.0 (1,226)
1960~1963년생	48.6	20.7	24.6	6.1	100.0 (1,189)

주: 1) 배우자가 있는 응답자 2,416명을 분석대상으로 함

2) 실수가 적어 통계적으로 무의미함

자료: 정경희 외(2010). 베이비부머의 생활실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원.

〈표 2-11〉 베이비부머의 출생년도·성별 본인의 수발 희망 형태

(단위: %, 명)

구분	전체	출생년도		성	
		1955~1959년생	1960~1963년생	남성	여성
배우자	28.9	29.4	28.3	43.9	15.4
아들·며느리	2.7	3.6	1.6	3.2	2.3
딸·사위	1.1	0.8	1.4	0.8	1.4
재가서비스	10.0	10.7	9.3	6.6	13.1
요양시설	36.1	35.5	36.9	30.2	41.4
요양병원	21.1	20.0	22.4	15.2	26.4
기타	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(명)	(3,027)	(1,631)	(1,395)	(1,432)	(1,595)

자료: 정경희 외(2010). 베이비부머의 생활실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원.

### 제3절 노인의 건강상태 변화

#### 1. 노인의 건강상태

□ 장기요양서비스는 노인의 건강과 밀접한 관련을 갖고 있음. 기대수명이 증가하면서 후기 노년기는 점차 길어지고 치매, 암 등의 노화관련 질환 등에 노출될 가능성이 높아짐.

#### □ 건강수명

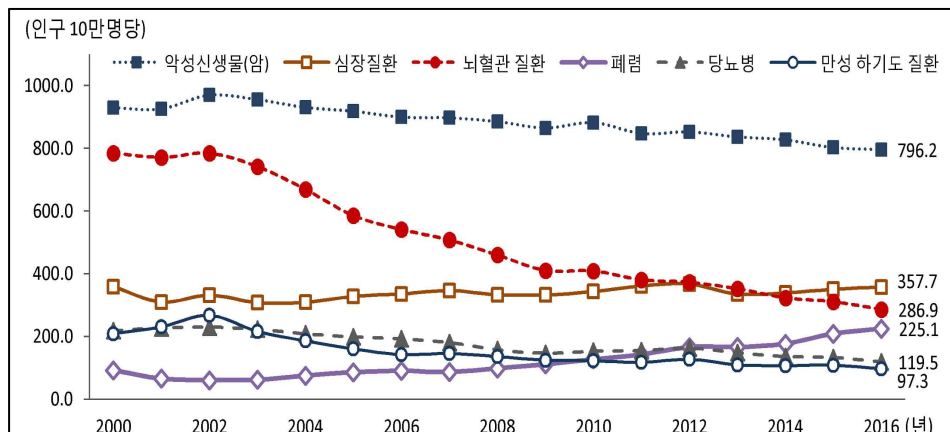
○ 기대여명에서 유병기간을 제외한 건강수명은 65.2세(2014년)로 나타남. 평균 수명은 81.8세로 유병기간은 16.6년으로 나타남(통계청, 2016).

○ 일본의 경우 건강수명은 2013년에 남성이 71.2세(유병기간 9.0년), 여성이 74.2세(유병기간 12.4년)임(후생노동성 고령사회백서, 2017).

#### □ 사망원인

○ 2016년 65세 이상 고령자의 사망원인 1위는 암으로 인구 10만 명당 796.2명이 사망하였고, 그 다음은 심장질환(357.7명), 뇌혈관 질환(286.9명) 순임.

[그림 2-10] 노인의 주요 사망원인별 사망률 추이



자료 : 통계청(2016). 고령자통계. (원자료 : 통계청, 사망원인통계)

## □ 치매유병율

- 2015년 기준 치매환자는 전체 노인의 약 9.8%로, 648천명으로 추정됨(중앙 치매센터, 2016). 그러나 이와 같은 치매노인 규모는 향후 급속히 증가할 것으로 예상되어, 2030년에는 전체 노인의 10.0%, 2050년에는 15.1%로 추계됨.

〈표 2-12〉 치매유병율 추이(2015~2060)

(단위 : 명, %)

	치매환자수	치매유병율
2015	648,223	9.8
2020	840,010	10.4
2030	1,272,444	10.0
2040	1,964,056	11.9
2050	2,710,032	15.1
2060	2,950,231	16.7

주: 치매유병률은 원자료 값의 소수점 둘째자리에서 반올림한 수치임.

자료: 중앙치매센터([www.nid.or.kr](http://www.nid.or.kr))

## 2. 노인의 기능상태

- 노인의 기능상태는 일반적으로 신체활동의 제한이 오는 일상생활수행(Activity of Daily Living : 이하 ADL) 및 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activity of Daily Living : 이하 IADL)의 제한 여부로 파악함.

- ADL은 식사하기, 세수하기, 목욕하기 등의 기본적인 생존을 위한 일상생활활동이며, IADL은 외출하기, 물건사기 등의 사회적 활동으로 구성됨.

- 일반적으로 장기요양서비스 대상은 노인의 ADL과 IADL 제한 노인으로 정의하되, ADL 제한 노인을 우선적으로 고려함. 노인의 기능상태 제한을 7개의 ADL 항목 중 한 항목 이상 제한이 있는 비율을 통하여 살펴보았음.

- 법정조사인 노인실태조사에서는 2008년부터 동일한 7개 항목(1)옷입기, 2)세수, 양치질, 머리감기, 3)목욕 또는 샤워하기, 4)차려놓은 음식 먹기, 5)누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, 6)화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷입기, 7)대소변 조절하기)을 통하여 노인의 ADL 제한여부를 파악하고 있음.

○ 2014년 노인실태조사 결과에 의하면, 지역사회 거주 노인 중 ADL 제한 노인은 전체 노인의 6.9%이며, 연령과 성별에 따라 ADL 제한노인의 비율에는 차이가 있음.

- 노인의 연령별 ADL 제한 비율은 65~69세는 2.2%이며, 70~74세는 4.1%, 75~79세는 6.9%, 80세~84세에서는 13.0%, 85세 이상에서는 25.5%로 나타남.
- 성별로는 ADL 제한 노인은 남성은 5.0%, 여성은 8.3%임. 특히 성별 차이는 80세 이후에서 차이가 커지는 것으로 나타남.

〈표 2-13〉 노인의 연령·성별 기능상태 제한율 (ADL중 한 항목 이상 제한이 있는 비율)

(단위: %, 명)

구분		2008	2011	2014
65-69세	남성	6.5	4.7	1.9
	여성	7.0	3.7	2.5
	전체	6.7	4.1	2.2
70-74세	남성	10.3	3.9	3.8
	여성	7.9	5.7	4.4
	전체	8.9	4.9	4.1
75-79세	남성	13.1	8.4	6.2
	여성	13.3	6.7	7.3
	전체	13.2	7.4	6.9
80-84세	남성	19.3	8.9	9.6
	여성	21.8	13.8	14.8
	전체	21.0	12.1	13.0
85세 이상	남성	22.2	23.0	21.0
	여성	33.9	24.3	27.1
	전체	30.9	23.9	25.5
65세 이상	남성	10.2	6.5	5.0
	여성	12.2	7.7	8.3
	전체	11.4	7.2	6.9

자료: 보건복지부보건사회연구원, 노인실태조사, 각년도.

□ 그러나 노인실태조사<sup>6)</sup>는 지역사회에 거주하고 있는 노인의 기능제한 상태만을 파악할 수 있기 때문에 보완적으로 조사대상이 되지 않은 시설 거주 노인의 기능 상태를 고려해 볼 필요가 있음.

6) 노인실태조사는 전국 16개 시·도의 일반주거시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인을 모집단으로 설정하고 있음.

○ 노인실태조사에서 활용되는 ADL 항목과 장기요양보험에서의 급여대상 선정  
을 위해 활용되는 항목에는 차이가 있으나 시설급여를 이용하는 노인은 모두  
기능상태의 제한을 경험한다는 점에서 공통점을 지님.

- 노인요양시설은 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 자를  
입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이  
므로, 시설보호를 받고 있는 노인은 기능상태의 제한을 경험하는 노인으로  
간주할 수 있을 것임.
- 노인장기요양보험제도가 안정화되면서, 시설 이용률은 점차 증가함.  
2008년 노인 중 시설 이용률은 1.24%이었으며, 2011년은 2.5%, 2014  
년은 2.6%로 증가함.

〈표 2-14〉 노인의 연령·성별 시설보호율

(단위: %)

구분		2008	2011	2014
65-69세	남성	0.25	0.44	0.33
	여성	0.26	0.44	0.28
	전체	0.26	0.44	0.30
70-74세	남성	0.49	0.91	0.75
	여성	0.75	1.23	0.90
	전체	0.64	1.09	0.83
75-79세	남성	0.90	1.75	1.64
	여성	1.74	3.03	2.61
	전체	1.43	2.54	2.22
80-84세	남성	1.66	3.53	3.37
	여성	3.61	6.86	6.48
	전체	2.99	5.81	5.46
85세 이상	남성	0.91	7.42	8.27
	여성	7.69	15.09	17.88
	전체	3.80	13.09	15.41
65세 이상	남성	0.66	1.39	1.36
	여성	1.63	3.28	3.48
	전체	1.24	2.50	2.60

자료: 국민건강보험공단. 장기요양보험 통계연보, 각년도.

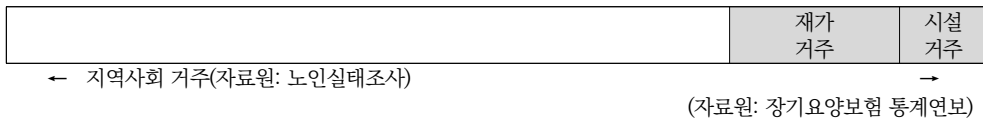


□ 따라서 본 연구에서 전체 노인의 기능상태 제한율을 산출한 산식은 다음과 같음.

○ 전체 노인의 기능상태 제한율

$$=[(100-\text{시설보호율}) \times (\text{재가노인의 기능제한율})] + \text{시설보호율}$$

[그림 2-11] 전체 노인의 기능제한율 파악 방법



주: 기능상태 제한 노인



□ 분석결과, 노화에 따른 기능상태 저하로 인해 연령군별 기능상태의 차이가 매우 클 것으로 나타남.

○ 2014년도 기준으로, 65~69세군의 기능상태 제한율은 2.5%이지만 70~74세군은 4.9%, 75~79세군은 9.0%이며, 80세를 넘어서면 그 비율이 매우 높아서 80~84세군 17.7%, 85세 이상의 경우는 동 비율이 37.0%에 달하고 있음(표 2-15 참조).

- 이러한 현상은 남녀노인에게서 공통적으로 나타나고 있음.

○ 또한 기능상태 제한을 경험하는 65세 이상 전체 노인은 9.3%로, 2.6%는 시설에서 생활하고 있고, 6.7%는 지역사회에서 생활하고 있음.

- 대체적으로 최근에 들어와 감소폭이 줄어드는 경향성이 발견됨. 단 85세 이상 연령군에서는 일관된 경향성은 발견되지 않음.

□ 노인의 성과 연령을 함께 고려하여 기능상태를 살펴보면 거의 모든 연령층에서 남성에 비하여 여성에게서 기능제한율(ADL중 한 항목 이상 제한이 있는 비율)이 높음.

○ <표 2-15>와 [그림 2-11]에서 보는 것처럼 노인 전체의 기능제한율은 9.3%이지만 남성의 경우는 6.3%인 반면 여성은 11.5%로 약 2배에 달하고 있음.

- 이러한 성별 차이를 연령군별로 비교해보면 특히 80세 이후에서 차이가 커 80~84세군의 경우 남성은 12.7%인 반면 여성은 20.3%로 7.6%p의 차이를, 85세 이상의 경우는 27.5%와 40.1%로 약 13%p 차이를 보이고 있음.

〈표 2-15〉 노인의 연령·성별 기능상태 제한율(재가의 기능상태 제한율 및 시설보호 반영)

(단위: %)

구분		2008	2011	2014
65~69세	남성	6.7	5.1	2.2
	여성	7.2	4.1	2.8
	전체	6.9	4.5	2.5
70~74세	남성	10.7	4.8	4.5
	여성	8.6	6.9	5.3
	전체	9.5	5.9	4.9
75~79세	남성	13.9	10.0	7.7
	여성	14.8	9.5	9.7
	전체	14.4	9.7	9.0
80~84세	남성	20.6	12.1	12.7
	여성	24.6	19.7	20.3
	전체	23.4	17.2	17.7
85세 이상	남성	22.9	28.7	27.5
	여성	39.0	35.7	40.1
	전체	33.5	33.9	37.0
65세 이상	남성	10.8	7.8	6.3
	여성	13.6	10.7	11.5
	전체	12.5	9.5	9.3

주: 1) 노인의 기능상태 제한율=[(100-시설보호율)×(재가노인의 기능제한율)]+시설보호율

2) 노인의 시설보호율=시설급여수급자 수/65세 이상 노인 인구

3) 재가노인의 기능제한율은 〈표 2-13〉의 값을 적용함.

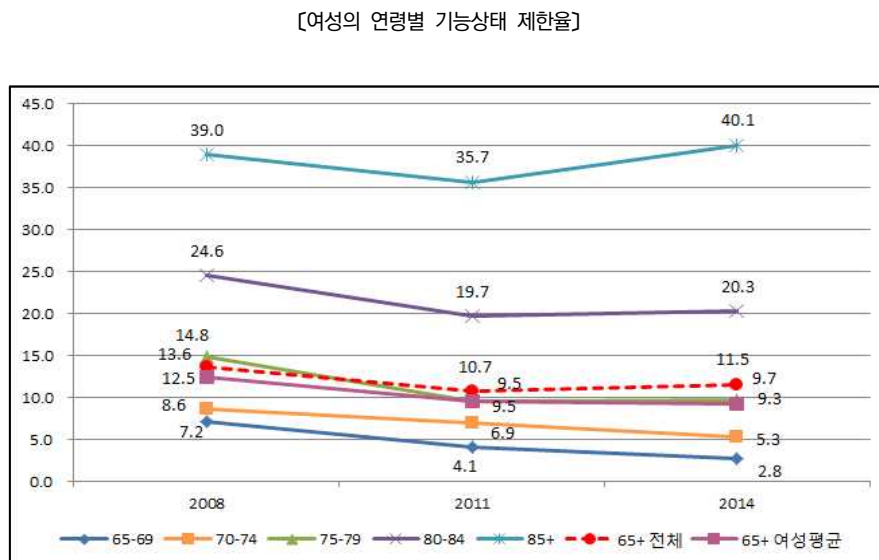
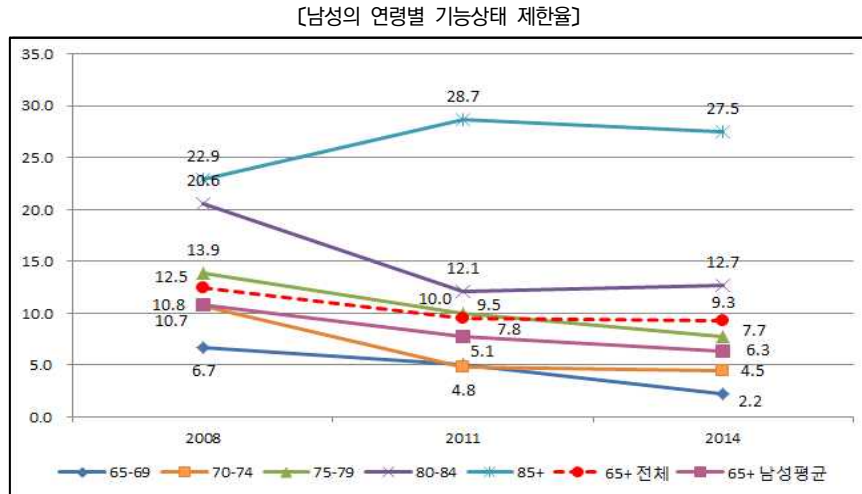
자료: 1) 국민건강보험공단. 장기요양보험 통계연보, 각년도.

2) 보건복지부·보건사회연구원. 전국노인실태조사. 각년도.

3) 통계청. 인구총조사. 각년도.

[그림 2-12] 연령·성별 기능상태 제한율

(단위: %)



## 제4절 장기요양서비스 수요 및 공급 전망

### 1. 장기요양 적정 수준 논의

□ 장기요양 수급자 규모는 노인의 기능상태 변화, 욕구 변화 뿐 아니라 정책적 요인에 의해 영향받음. 장기요양보험제도 도입 초기에 중증 중심 제도 운영에서 점차 기준이 되는 기능상태의 수준을 완화함에 따라 대상자가 급격히 증가함.

○ 장기요양제도 도입 이후 지난 10년간 장기요양 대상자의 기능 수준을 계속적으로 완화함(기능수준 점수 하향 조정 : 55점 → 53점('12년) → 51점('13년) → 45점(치매,'14년)).

- 계속적인 기준 완화에도 불구하고, 대상자 확대에 대한 요구가 존재함. 이에 장기요양에서의 '적정 수급자 기준'에 대한 사회적 합의가 요구됨.

□ 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자는 일반적으로 '일상생활을 수행함에 있어서 타인의 도움을 필요로 한 자'로 일상생활수행능력 1개 이상 제한이 있는 자(OECD, 2008)를 기준으로 함.

○ 제도 적용 과정에서 국가별 기준 차이는 있으나 ADL 제한까지를 포괄하고 있으며, 최근 노인돌봄의 사회비용 부담으로 인해 기존 IADL 제한까지의 지원은 감소시키는 경향이 나타남.

- 일본의 경우 장기요양서비스 수급 기준이 되는 기능상태는 장보기, 근거리 외출 등 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living) 제한의 일부까지 확대

• 한·일·독의 대상자 기능상태를 비교하면, 등급외 B(한국)는 일본의 요개호 1, 요지원2 수준, 독일의 1-2등급(새 등급 체계) 수준(이윤경, 2012)

- 국가별 장기요양 대상자의 기능상태에 따라 제공되는 제도에는 차이가 있음. 사회보험을 운영하고 있는 대표적인 국가인 일본, 독일, 네덜란드의 경우 사회보험과 조세기반 지역사회서비스 간의 역할분담이 다소 상이함.

• 최근 '본인이 거주하던 곳에서 노년기 계속거주(Aging in place)' 실현 및

### 사회적 재정부담 절감을 위해 지역사회 중심의 서비스 체계로 전환 추세

〈표 2-16〉 국가별 사회보험과 지역사회서비스간의 역할분담

	사회보험	지역사회서비스	비고
독일	ADL 제한노인	그 외의 일상생활제한노인	
일본	ADL 제한노인 + IADL 일부 제한노인포함		
네덜란드	24시간 보호필요자 중심(중증) (시설보호와 중증 재가중심)	그 외 보호대상자	WMO2015개혁 지역사회중심으로 개편

주 : 연구자가 직접 작성함.

#### □ 일상생활수행능력(ADL) 제한노인 규모 추정

- 전체 노인 중 일상생활수행능력 제한 노인의 규모는 2017년을 기준으로 할 때 약 노인의 9.4%로 추정되며, 2025년 9.8%, 2030년 10%로 예측됨.<sup>7)</sup>

#### □ 일상생활수행능력 제한 노인 규모는 대략적으로 약 10%미만으로 추정되어지지만, 이를 장기요양보호에서 보호해야 할 목표치로 설정하는 것은 다음과 같은 측면에서 다소 문제제기가 이루어짐.

- 우선 노인 중 일상생활수행능력 제한 노인의 규모는 조사년도에 따라 다소 차이가 있으며, 또한 노인조사가 이루어진 2008년과 2011년, 2014년의 노인의 기능상태 제한율은 노인의 12.5%에서 9.5%, 9.3%(표 2-15 참조)로 감소세에 있음을 고려할 때 안정적 결과로 해석하기 어려운 부분임.
- 또한 현재 장기요양에서 대상자 선정을 위해 활용하는 인정조사의 경우 일상생활수행능력 이외의 인지기능, 행동변화, 간호처치 등의 상태를 종합적으로 판단하는 것을 고려하면, 일상생활수행능력 제한과 직접적으로 비교하기 어렵다는 측면이 있음.

#### □ 따라서 장기요양제도에서의 적정 보호 수준에 대한 논의는 대략적으로 일상생활수행능력 제한자로 제시될 수 있으나, 보호해야 할 규모에 대한 결정은 다양한 정책적 상황

7) 일상생활수행능력 제한 노인의 규모 추정은 본 보고서 2장 3절의 〈표 2-13〉,〈표 2-14〉,〈그림 2-11〉를 바탕으로 지역사회 노인의 경우 2014년 노인실태조사의 성, 연령별 일상생활수행능력 제한율과 장기요양보험통계에서의 시설보호율을 활용하여 산출함(표 2-15).

에 대한 판단이 함께 이루어져야 할 것임.

〈표 2-17〉 노인의 성·연령별 기능상태 제한경험 노인수 추계

(단위: 명, %)

구분	2017	2018	2020	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65-69세 남성	24,776	25,547	28,834	33,406	40,544	45,155	46,140	47,489	42,511	43,156
65-69세 여성	33,324	34,360	38,693	44,526	53,474	58,188	59,443	59,789	52,721	51,947
70-74세 남성	36,706	37,875	42,576	46,539	54,602	77,501	86,958	89,587	92,748	83,542
70-74세 여성	51,580	52,290	57,166	62,085	72,311	100,286	109,443	112,192	113,107	99,993
75-79세 남성	48,251	51,587	52,894	53,645	63,013	82,095	117,967	133,642	139,397	145,539
75-79세 여성	86,716	90,821	90,919	88,813	99,025	126,118	175,888	192,718	198,747	201,106
80-84세 남성	41,266	44,678	51,494	59,226	65,563	80,400	107,115	156,566	179,667	190,978
80-84세 여성	123,317	129,565	141,581	154,790	163,045	180,464	232,634	327,283	360,712	375,955
85세 이상 남성	41,693	46,167	57,765	71,464	93,315	129,961	170,184	231,829	340,381	433,230
85세 이상 여성	174,460	188,711	222,149	257,331	309,079	386,057	454,668	574,571	793,972	975,763
전체 대상 노인수	663,879	704,668	789,984	881,408	1,029,194	1,292,864	1,601,732	1,988,052	2,402,026	2,710,382
65세이상 노인중비율	9.4	9.5	9.7	9.8	9.8	10.0	10.6	11.6	13.2	14.4

주: 1) 2016년 노인의 연령·성별 기능상태가 동일한 수준으로 유지된다는 전제하에 추계하였음.

2) 2016년 노인의 연령·성별 기능제한율은  $[(100-2016년도의 시설보호율) \times (2016년 재가노인의 기능제한율)] + 2016년도의 시설보호율$ 의 산식으로 산출한 값임

자료: 1) 국민건강보험공단. 장기요양보험 통계연보, 각년도.

2) 보건복지부·보건사회연구원. 노인실태조사. 각년도.

3) 통계청. 장래인구추계(2017.9.30.반출)

## 2. 장기요양 인정자 추계

□ 노인장기요양보험제도의 안정적 운영을 위해 제도 도입 이후 지속적인 인정자 추계와 재정추계가 이루어짐. 노인장기요양 인정자 추계 결과가 제시된 연구 중 2017년 이후 결과가 제시된 것은 국민건강보험정책연구원(2016), 권순만 외(2011), 국민건강보험정책연구원(2017)임.

□ 노인장기요양보험의 인정자 규모는 제도도입이후 크게 증가하였으며, 이는 장기요양을 필요로 하는 대상자의 확대이기 보다는, 꾸준히 보장성 확대를 위한 제도적 노력이 반영된 결과로 해석됨.

○ 이로 인해 제도 초기 수행된 연구(권순만 외, 2011)에서 추정된 인정자 규모는 현 시점에서는 과소 추정된 결과임. 2020년 53만명으로 추정하였으나, 2016년 55만명으로 확대됨.

□ 국민건강보험정책연구원(2016)의 연구에서는 인정자 추계에서 인구학적 변화 뿐 아니라 정책적 요인 등을 고려하여 추계를 실시함.

- 인정자 수급 전망 방식 : 성·연령별 추계인구 × 성·연령별·등급별·자격별 인정자비율 × 조정계수(인정자변화율)
- 인정자 변화율은 제도 도입 이후 제도에 대한 인식 변화 등의 자연증가율과 정책적 요인 등이 포함됨
- 이를 통한 인정자 규모는 2017년 58만명, 2022년 72만명, 2025년 81만명으로 추정

〈표 2-18〉 인정자 추계 결과(2016년 추계)

(단위 : 명)

연도	전체	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
2015	467,752	37,921	71,260	176,336	162,763	19,472
2016	519,731	41,643	75,761	187,892	186,799	27,635
2017	580,920	46,546	84,681	210,013	208,792	30,889
2018	603,546	48,358	87,979	218,193	216,924	32,092
2019	629,625	50,448	91,780	227,621	226,297	33,479
2020	659,701	52,858	96,165	238,494	237,107	35,078
2021	692,420	55,479	100,934	250,323	248,866	36,818
2022	720,323	57,455	105,502	261,238	258,352	37,776
2023	750,243	59,754	110,069	272,429	268,839	39,152
2024	781,543	62,193	114,801	284,063	279,849	40,637
2025	814,137	64,766	119,708	296,102	291,363	42,198

자료: 건강보험정책연구원(2016), 2015-2025년 노인장기요양보험 중기 재정추계 - 보험분과위원회, p.75..

□ 국민건강보험정책연구원(2017)의 연구는 노인장기요양보험 보장성 확대 측면의 인지지원등급 확대에 대한 가정을 반영하여 인정자 규모를 새롭게 추계를 실시함.

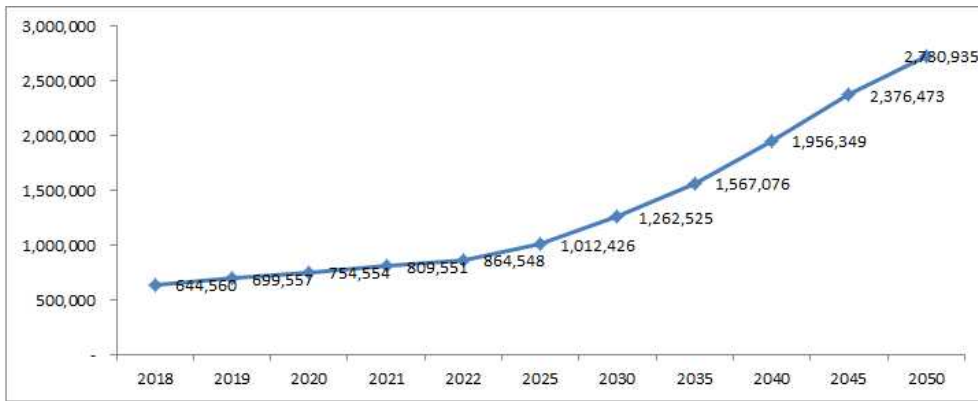
○ 통계청 장래인구 추계의 인구변화를 중위수준으로 가정하여 추정한 결과를 살펴보면, 2018년 644천명, 2020년 754천명, 2022년 864천명이며, 2031년에는 1,262천명으로 계속적으로 증가할 것으로 예측되어짐.

- 노인인구 대비 인정자 비율은 2018년 노인인구대비 8.7%, 2022년 9.6%, 2031년 10.0%까지 증가할 것으로 예측됨.
- 앞서 살펴보면 일상생활수행능력 제한 노인의 규모는 2022년 노인의 약

9.8% 수준으로 추정된 것과 비교할 때, 2차 기본계획의 목표시점인 2022년에는 일상생활수행능력의 제한이 있는 노인의 대부분은 제도권 내에 편입되어질 수 있는 규모로 보여짐.

[그림 2-13] 장기요양인정자 추계(2017년 추계결과)

(단위 : 명)



주: 2021~2022년 인정자 추계 값은 제2차 기본계획의 시점(2018~2022)으로 해당 자료의 주 저자에게 별도 요청을 통해 득함.

자료 : 이호용, 문용필, 나영균(2017). 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구. 건강보험정책연구원. <표 4-11> 자료를 도식화함.

□ 노인장기요양보험제도는 도입 이후 급격한 사회변화와 제도 변화로 인해 인정자 규모에도 큰 변화를 보임. 동일한 방식으로 추계를 실시한 2016년과 2017년의 자료에 차이를 보이고 있음 등을 고려할 때, 가장 최근 이루어진 추계결과를 활용할 필요가 있음.

○ 따라서 제2차 장기요양 기본계획의 서비스 수요 규모인 인정자 규모는 건강보험정책연구원에서 이루어진 2017년 연구 결과를 활용하는 것이 적합할 것임.



### 3. 장기요양 필요 기관 및 인력 추계

#### 가. 공급기관 추계

- 장기요양 인정자 규모 추계에 따라 향후 기관과 인력의 필요량을 추계하고자 함.  
필요 기관 및 인력 규모 산정에는 앞서 제시한 인정자 규모와 정책적 방향 등을 고려한 가정을 통해 실시함.
- 필요기관 추계를 위해 활용한 기초 자료는 현재 장기요양 급여 이용과 공급기관 현황이 유지된다는 가정하에 건강보험공단 장기요양DB에서 2017년 11월 현재 자료를 활용함.
- 또한 장기요양 공급기관 중 상대적으로 공급량 조절의 시간이 소요되는 입소 시설과 주야간보호 시설에 한정하여 추계를 실시함.
- 공급기관 추계 기초자료 및 가정
  - 시설급여 제공기관 추계에 활용된 기초자료
    - 인정자수 : 2018~2022년 추계인정자수 (그림 2-13 참조)
    - 입소시설 예상 이용자수: 인정자 대비 25% (단, 인지지원등급 예상수 제외)
    - 입소시설 정원대비 입소율(2017년 현재) : 84%
    - 1개 시설 당 평균 이용자수 : 33명
  - 주야간보호 추계에 활용된 기초자료
    - 인정자수 : 2018~2022년 추계인정자수 (그림 2-13 참조)
    - 주야간보호 예상 이용자수: 인정자 대비 8.5%(2017년 현재 7%, 정책적 확대 목표를 고려하여 예상 이용자수 수준을 상향 조정하여 추정)
    - 주야간보호 정원대비 충족율 : 61%
    - 1개 시설 당 평균 이용자수 : 24명

## □ 시설급여 제공기관 추계

○ 시설급여 제공기관 추계 결과, 2018년 5,324개소, 2019년 5,756개소, 2020년 6,180개소, 2021년 6,595개소, 2022년 6,999개소가 필요로 함.

- 2017년 현재 시설급여 제공기관이 5,304개소가 있음을 고려하면, 2018년부터는 시설 확충이 요구되며, 2022년에는 2017년 현재 기준 1,695개소가 추가적으로 필요로 함.

○ 그러나 현재 시설의 정원대비 입소율이 84%임을 고려할 때 입소율 확대를 통해 추가적인 시설 건립의 부담을 감소시킬 수 있을 것임.

〈표 2-19〉 시설급여 제공기관 필요 추계<sup>1)</sup>

(단위: 명, 개소)

구분	2018	2019	2020	2021	2022
장기요양 인정자수	644,560	699,557	754,554	809,551	864,548
시설급여 예상 이용자수	147,570	159,555	171,310	182,807	194,011
필요시설수	5,324	5,756	6,180	6,595	6,999

주 : 장기요양인정자 추계결과, 인정자 중 시설급여 이용자비율 25%(17.11), 시설 평균 정원 입소율84%, 1개 시설 평균 이용자수 33명을 활용하여 추계함.

자료 : 1) 건강보험정책연구원(2017), 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구, p.133. 〈표 4-11〉.

2) 건강보험공단 장기요양 급여이용, 공급기관 현황 내부자료 활용(2017.11기준)

## □ 주야간보호 제공기관 추계

○ 주야간보호 제공기관 추계 결과, 2018년 3,742개소, 2019년 4,062개소, 2020년 4,381개소, 2021년 4,700개소, 2022년 5,020개소가 필요로 함.

- 2017년 현재 주야간보호 제공기관이 2,795개소가 있음을 고려하면, 2018년부터는 시설 확충이 요구되며, 2022년에는 2017년 현재 기준 2,225개소가 추가적으로 필요로 함.

○ 그러나 현재 주야간보호 제공기관의 정원대비 현원 충족률이 61%임을 고려할 때, 정원 충족률 확대를 통해 추가적인 시설 건립의 부담을 감소시킬 수 있을 것임.

〈표 2-20〉 주야간보호 제공기관 필요 추계<sup>1)</sup>

(단위: 명, 개소)

구분	2018	2019	2020	2021	2022
장기요양 인정자수	644,560	699,557	754,554	809,551	864,548
주야간보호 예상 이용자수	54,788	59,462	64,137	68,812	73,487
필요시설수	3,724	4,062	4,381	4,700	5,020

주 : 장기요양인정자 추계결과, 인정자 중 주야간보호 예상 이용자수 8.5%(‘17.11년 현재 7%, 향후 확대 가정), 주야간 평균 정원 대비 현원 총족률 61%, 1개 기관 평균 이용자수 24명을 활용하여 추계함.

자료 : 1) 건강보험정책연구원(2017), 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구, p.133. 〈표 4-11〉.

2) 건강보험공단 장기요양 급여이용, 공급기관 현황 내부자료 활용(2017.11기준)

## 나. 요양인력 추계

### □ 장기요양인력 중 가장 수요가 높은 요양보호사의 향후 필요수 추정

#### ○ 요양보호사 추계에 활용된 기초자료

- 인정자수 : 2018~2022년 추계인정자수 (그림 2-20 참조)
- 급여 예상 이용자수: 전체 인정자의 85%, 이중 재가급여 이용자 67%, 시설급여 이용자 33%(‘17.11.기준)
- 이용자 대비 요양보호사 비율 : 시설의 경우 이용자 2인당 요양보호사 1인(현재 기준은 2.5명당 1인, 향후 치매전담시설 등의 전문화를 고려할 때 상향 기준 설정), 재가의 경우 이용자 요양보호사 1인당 노인 1.2명보호(현재 기준 적용)

### □ 요양보호사 필요 규모 추계

○ 요양보호사 필요 규모 추계 결과, 2018년 396천명, 2019년 430천명, 2020년 464천명, 2021년 498천명, 2022년 532천명이 필요로 함.

○ 이는 2017년 현재 서비스를 제공하는 요양보호사 규모가 364천명임을 고려할 때, 2022년에는 2017년 현재 기준 167천명이 추가적으로 필요로 함.

○ 그러나 현재 요양보호사 자격증을 취득자수는 2017년 기준 151만명<sup>8)</sup>으로 매

8) 보건복지부(2017). 2017 보건복지통계연보 p.336.

년 증가추세임을 고려할 때, 이들의 적극적 활용을 통해 요양보호사 인력 충족이 가능할 것으로 판단됨.

〈표 2-21〉 필요 요양보호사 추계<sup>1)</sup>

(단위: 명)

구분	2018	2019	2020	2021	2022
장기요양 인정자수	644,560	699,557	754,554	809,551	864,548
요양보호사 필요수	396,297	430,111	463,925	497,739	531,553

주: 인정자 대비 급여 이용자 비율(85%), 이 중 시설이용자(33%), 재가이용자(67%), 재가급여 제공 요양보호사 1인당 보호노인(1.2명) 기준을 적용('17.11). 단, 시설급여 제공 요양보호사 1인당 보호노인의 기준은 현재 법적 기준은 2.5명이지만 치매전담기관 확대 등의 전문화를 통해 요양보호사 1인당 노인 2명을 보호하는 것을 기준으로 설정

자료: 1) 건강보험정책연구원(2017), 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구, p.133. 〈표 4-11〉.

2) 건강보험공단 장기요양 급여이용, 공급기관 현황 내부자료 활용(2017.11. 기준)

# 제 3 장

## 노인장기요양보험 10년간 정책평가

제1절 장기요양인정자 현황 및 보장성

제2절 장기요양 급여 이용 현황 및 적절성

제3절 장기요양 전달체계 현황과 진단

제4절 재정관리 강화

제5절 종합평가



# 3

## 노인장기요양 10년간 << 정책 현황 및 평가

### 제1절 장기요양인정자 현황 및 보장성

#### 1. 인정자 현황

##### □ 수급자 규모

- 제도 도입이후 인정자 규모는 2009년 25만명(노인인구의 4.9%)에서 2016년 51만명(노인인구의 7.5%)으로 약 2배 증가
- 1차 기본계획 목표인 '17년까지 전체 어르신의 7% 수준(약 50만명)으로 서비스 수급자 확대 달성

〈표 3-1〉 연도별 노인인구 대비 인정률

(단위 : 명, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
노인인구 (65세이상)	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244	6,940,396
인정자	214,480	258,476	270,320	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752	519,850
노인인구 대비 인정률	4.2	4.9	5.0	5.7	5.8	6.1	6.6	7.0	7.5

주: 1) 연도말 기준으로 집계

2) 2009, 2010년도의 경우, 당해연도 연보의 인정자 계를 기준으로 작성함.

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

〈표 3-2〉 연도별, 등급별 장기요양 인정노인 변화 추이

(단위 : 명, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
인정자계	214,480 (100.0)	258,476 (100.0)	270,320 (100.0)	324,412 (100.0)	341,788 (100.0)	378,493 (100.0)	424,572 (100.0)	467,752 (100.0)	519,850 (100.0)
1등급	57,396 (26.8)	43,349 (16.8)	31,352 (11.6)	41,326 (12.7)	38,262 (11.2)	37,283 (9.9)	37,655 (8.9)	37,921 (8.1)	40,917 (7.9)
2등급	58,387 (27.2)	65,570 (25.4)	63,696 (23.6)	72,640 (22.4)	70,619 (20.7)	71,824 (19.0)	72,100 (17.0)	71,260 (15.2)	74,334 (14.3)
3등급	98,697 (46.0)	149,557 (57.9)	175,272 (64.8)	210,446 (64.9)	232,907 (68.1)	269,386 (71.2)	170,329 (40.1)	176,336 (37.7)	185,800 (35.7)
4등급	-	-	-	-	-	-	134,032 (31.6)	162,763 (34.8)	188,888 (36.3)
5등급	-	-	-	-	-	-	10,456 (2.5)	19,472 (4.2)	29,911 (5.8)

주: 1) 연도말 인정자격 유지자 기준(사망건 제외)

2) 2009, 2010년도의 경우, 당해연도 연보의 인정자 계를 기준으로 작성함

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 등급별 규모를 살펴보면 제도초기인 2009년 1등급이 43천명, 2등급 65천명, 3등급 149천명이며, 3등급 체계가 유지되던 2013년에는 1등급이 37천명으로 감소, 2등급 70천명, 3등급 232천명으로 증가함.

○ 1등급은 전체 인정자 중 비율이 감소한 것 뿐 아니라 실제적인 인정자수가 6천명 가량 감소함. 이에 반해 3등급은 약 119천명이 증가함. 이로 인해 전체 인정자 중 3등급의 비율이 71.2%로 높아짐.

○ 5등급 체계로 변화한 2014년에는 1등급이 37천명으로 일정수준을 유지하였으며, 2016년에는 40천명으로 전년 대비 약 3천명이 증가함. 2등급과 3등급에서도 증가추이가 지속되며, 특히 5등급에서는 2014년 10천명에서 2016년 약 30천명까지 급속히 증가하고 있음.

- 등급별 대상자 증가 양상에서, 1~2등급의 증증보다는 3등급 이하에서 대상자 확대가 크게 나타남. 이는 전체 노인의 기능상태에서 증증보다 경증대상자 규모가 크기 때문이며, 대상자 확대 정책 도입을 통해 경증 대상자의 보장성을 확대했기 때문임.



〈표 3-3〉 연도별, 연령별 장기요양 인정노인 변화 추이

(단위: 명, %)

	2013	2014	2015	2016
인정자	378,493 (100.0)	424,572 (100.0)	467,752 (100.0)	519,850 (100.0)
65세미만	6.5	6.0	5.6	5.2
65~69세	6.9	6.4	6.1	6.0
70~74세	14.2	13.4	12.5	11.5
75~79세	21.2	21.3	21.0	20.4
80~84세	23.1	23.8	24.6	25.6
85세이상	28.1	29.2	30.1	31.3

주: 2008~2012년 5세군별 인정자 데이터 부재.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 인정자의 연령별 특성을 살펴보면, 점차적으로 인정자 중 80세 이상의 고연령 비율이 증가하고, 65세 미만은 비율은 감소함.

○ 2003년 65세 미만의 비율은 전체의 6.5%였으나, 2016년에는 5.2%로 다소 감소함. 이는 보장성 확대로 인해 65세 이상 노인의 인정자 규모가 확대됨으로 인해 상대적으로 비율이 축소되었기 때문임.

○ 인정자 중 65세 이상 노인 비중을 살펴보면, 80세 이상 연령층의 비중이 높아지고 있음. 2013년 51.2%에서 2016년 56.9%로 증가하였으며, 장기요양 인정자 연령이 고령화되고 있는 것으로 나타남.

□ 치매노인 비중 변화

○ 장기요양인정자 중 치매노인의 비중은 계속 증가하고 있음. 2008년 31.3%에서 2016년에는 39.9%로 증가함. 10명의 인정자 중 4명은 치매질환으로 나타남.

- 특히 1등급에서는 43.5%가 치매이고, 2등급에서는 42.0%로 나타남. 등급이 높을수록 치매유병율이 높게 나타남.

- 5등급은 치매질환자를 위해 설계된 특성으로 인해 81.8%가 치매질환으로 나타남.

〈표 3-4〉 연도별 인정자 중 치매노인 비율

(단위: 명, %)

	2008	2010	2012	2014	2,016
계	31.3	28.6	31.9	35.8	39.9
1등급	40.0	34.3	35.5	38.0	43.5
2등급	38.6	36.2	36.4	37.8	42.0
3등급	21.9	24.8	29.9	34.6	38.2
4등급	-	-	-	32.1	33.4
5등급	-	-	-	83.9	81.8

주: 전체 인정자 중, 치매/치매 및 중풍 증상 비율임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 장기요양 이용 부담 감소 및 사각지대 해소를 위하여 본인 감경제도를 운영 중이며, 감경비율은 계속적으로 확대되어 2009년 인정자의 7.2%에서 2013년 16.6%로 크게 증가, 2016년에는 18.2%임.

○ 2016년 기준, 인정자 중 기초수급자 15.9%, 의료급여 1.2%, 감경 18.2%로 약 35.3%는 본인부담금 전액 또는 일부 감면을 받고 있음.

〈표 3-5〉 연도별 본인부담 감경 비율

(단위: 명, %)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
전체	258,476 (100.0%)	270,320 (100.0%)	324,412 (100.0%)	341,788 (100.0%)	378,493 (100.0%)	424,572 (100.0%)	467,752 (100.0%)	519,850 (100.0%)
일반	184,920 (71.5%)	196,846 (72.8%)	236,523 (72.9%)	249,963 (73.1%)	250,117 (66.1%)	278,938 (65.7%)	303,355 (64.9%)	336,070 (64.6%)
경감	18,696 (7.2%)	20,092 (7.4%)	26,958 (8.3%)	30,113 (8.8%)	62,690 (16.6%)	74,207 (17.5%)	84,446 (18.1%)	94,630 (18.2%)
의료 급여	3,281 (1.3%)	3,465 (1.3%)	4,281 (1.3%)	4,302 (1.3%)	4,592 (1.2%)	5,190 (1.2%)	5,675 (1.2%)	6,266 (1.2%)
기초 수급	51,579 (20.0%)	49,917 (18.5%)	56,650 (17.5%)	57,410 (16.8%)	61,094 (16.1%)	66,237 (15.6%)	74,276 (15.9%)	82,884 (15.9%)

주: 연도말 현재 인정자격 유지자 기준(사망진 제외)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

## 2. 대상자 보장성 규모의 충분성

- 제도 도입 이후 계속적인 대상자 확대 요구 및 치매질환자의 수급자 편입 어려움 등을 해소하기 위한 제도 개선 실시
  - 2011년부터 인정점수 산정방식의 치매가점제 시행, 2012~2013년 인정점수 최하기준 하향 조정(55점→ 51점), 2014년 치매특별등급(5등급) 도입
- 이로 인해 보장성 규모는 크게 증가하는 성과를 보였음에도 불구하고, 보장성 확대에 대한 요구가 존재함.
  - 일상생활제한노인으로 추정된 규모(제2장 참조)와 비교할 때, 현재의 보장규모는 다소 미흡한 것으로 분석됨.
    - 치매노인 중 장기요양인정을 받지 못한 노인이나, 65세 미만의 경우 회복이 불가능하여 장기요양이 필요함에도 불구하고 협소한 노인성질환 기준으로 인해 여전히 보장규모가 넓지 않음.
  - 장기요양 필요성이 있는 대상자자의 잔존 및 장기요양보험제도 이외 타 돌봄 서비스의 비활성화로 인해 장기요양제도에 대한 보장성 확대 요구로 이어지는 상황임.
- 노인의 요양욕구를 종합적으로 파악할 수 있는 대상자 선정 방식 제고가 요구됨.
  - 장기요양 대상자 선정은 요양필요도를 산정하기 위해 개발된 요양인정점수를 기준으로 함. 요양인정점수는 건강보험공단 인정조사원에 의한 기능조사를 통해 절대적 요양필요도를 제시한다는 장점이 있으나, 치매 노인의 욕구 필요도 측정의 어려움, 서비스 계획과 연계되지 못하여 국민이 이해하기 어렵다는 한계가 존재함.
  - 향후 다각적인 노인의 요양욕구 파악 및 서비스 제공과의 연계를 도모한 등급판정체계 개선이 요구됨.
- 따라서 향후 장기요양보험제도의 보장성 확대는 장기요양보험과 그 외의 사회서

비스, 의료서비스간의 관계 정립을 우선시 하여 실시하고, 그에 따른 장기요양제도에서의 추계 전망에 따른 대상자 확대가 이루어져야 할 것임.

○ 장기요양 인정자의 절대적 규모는 확대되었으나 여전히 장기요양서비스가 필요함에도 불구하고 등급 인정을 받지 못하여 요양병원을 이용하거나, 서비스를 받지 못하는 사각지대가 잔존함.

- 특히 신체기능에는 크게 제한이 없으나 인지기능 저하된 경증 치매노인의 보호 욕구가 존재

□ 본인부담금 경감대상자 역시 확대되었으나 노인의 높은 빈곤율('14년 기준, 49.6%)을 고려할 때 본인부담금 지불 부담으로 서비스 이용의 어려움이 있는 대상자 등에 대한 추가적 확대 필요성이 제기됨.

## 제2절 장기요양 급여 이용 현황 및 적절성

### 1. 급여 이용 현황

□ 급여제공의 기본원칙

○ 노인장기요양보험법 제3조 장기요양급여제공의 기본원칙은 1) 이용자의 욕구에 적절한 급여제공, 2)재가급여 우선 제공, 3) 의료서비스 연계 제공의 원칙을 제시함.

○ 노인장기요양인정자는 대부분 건강이 악화된 고령자로 요양욕구 뿐 아니라 의료적 욕구, 사회서비스에 대한 욕구가 동시에 존재함. 따라서 이용자의 욕구에 적절한 급여제공을 위해 의료서비스와의 연계 등이 이루어져야 함.

□ 급여유형별 이용 현황

○ 급여이용에 있어 2008년 시설급여 이용율은 42.9%(노인요양시설과 노인요양공동생활가정 이용비율), 재가급여는 58.1%로 나타남.<sup>9)</sup> 2016년 시설급여급

여 이용율은 36.4%로 초기보다 다소 감소함.

- 그러나 장기요양 보장성 확대를 통해 제도 초기에 비해 경증 대상자가 많이 유입되었다는 점을 고려한다면 여전히 시설급여의 비중은 높은 것으로 볼 수 있음.

○ 시설급여 이용에 있어서 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 이용자는 꾸준히 증가하였으며, 노인요양시설 이용자의 비율은 전체 급여이용자 대비 감소하였으나, 노인요양공동생활가정 비율은 증가함.

○ 재가급여 이용에 있어서는 방문요양이 중심이 된 서비스 이용 형태를 계속적으로 유지하지만 그 비율은 점차 감소하고 있으며, 상대적으로 주야간보호의 증가폭이 크게 나타남. 반면 방문목욕, 방문간호, 단기보호는 감소하고 있음.

- 재가급여 중 방문요양서비스 이용비율이 가장 높게 나타남. 2011년까지는 60%를 넘는 비율이었으나, 그 이후 점차적으로 감소하는 경향을 보임.
- 방문목욕 또한 제도초기 20%까지 증가하였으나 점차 감소하여 2016년에는 11.9%로 안정세에 들어섬.
- 방문간호는 2009년 3.0%였으나, 점차 감소하여 1.7%에 머물고 있으며, 단기보호 또한 2009년 7.3%에서 2016년 1.1%로 감소함.
- 재가급여 중 주야간보호서비스는 2012년까지 6%대를 유지하다가 최근에 와서 큰 증가폭을 보여 2016년 11.0%까지 증가함.

9) 재가급여의 특성상 여러 서비스를 중복하여 사용가능함. 시설급여의 경우 중복의 가능성이 낮다는 점을 고려하여, 이용자 중 시설급여 이용자를 제외한 비율을 재가급여 이용 비율로 제시함.

〈표 3-6〉 연도별·서비스유형별 이용자 수(비율) 추이

(단위 : 명(%))

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
재가 급여	방문요양 (46.8)	179,027 (61.4)	224,908 (64.5)	221,192 (61.4)	210,508 (57.0)	224,233 (56.1)	240,392 (55.4)	260,252 (54.7)	284,232 (54.7)
	방문목욕 (16.2)	53,985 (18.5)	71,561 (20.5)	73,600 (20.4)	67,035 (18.1)	65,509 (16.4)	62,017 (14.3)	60,285 (12.7)	61,812 (11.9)
	방문간호 (2.8)	8,708 (3.0)	8,462 (2.4)	7,870 (2.2)	7,866 (2.1)	7,634 (1.9)	7,660 (1.8)	8,613 (1.8)	9,077 (1.7)
	주야간보호 (6.7)	18,091 (6.2)	21,255 (6.1)	22,428 (6.2)	24,014 (6.5)	28,051 (7.0)	35,089 (8.1)	45,006 (9.5)	57,165 (11.0)
	단기보호 (4.3)	21,163 (7.3)	16,468 (4.7)	4,403 (1.2)	4,867 (1.3)	7,264 (1.8)	7,021 (1.6)	6,436 (1.4)	5,866 (1.1)
	복지용구 (15.0)	94,843 (32.5)	111,180 (31.9)	116,690 (32.4)	133,495 (36.1)	154,883 (38.8)	169,896 (39.2)	194,139 (40.8)	216,803 (41.7)
	노인요양시설 (41.6)	62,203 (29.4)	85,691 (33.1)	115,479 (35.4)	127,568 (37.1)	137,250 (42.2)	142,382 (32.8)	153,840 (32.4)	164,221 (31.6)
시설 급여	노인요양 (1.3)	1,978 (2.5)	7,417 (3.9)	13,682 (4.8)	17,130 (5.5)	20,485 (6.6)	26,249 (6.1)	26,542 (5.5)	25,153 (4.8)
	공동생활가정 (1.3)	1,978 (2.5)	7,417 (3.9)	13,682 (4.8)	17,130 (5.5)	20,485 (6.6)	26,249 (6.1)	26,542 (5.5)	25,153 (4.8)
전체(계)	149,656	291,389	348,561	360,073	369,587	399,591	433,779	475,382	520,043

주: 1) 지급기준(사망자 급여실적 포함)이며, 전체(계)는 중복이 배제된 값임.

2) 재가급여 총 이용자 수는 전체 이용자 수(중복이 배제된 값)에서 시설 이용자 수를 뺀 값으로 계산함.

3) 괄호안은 전체 이용자(실인원) 대비 개별급여 이용비율이며, 이용비율의 합은 100%가 넘을 수 있음(급여간 중복).

4) 노인요양시설에는 노인요양시설(신법, 구법, 전문요양시설, 단기보호전환)이 포함된 수치임.

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

## □ 시설 및 재가급여 이용 현황

○ 2014년 시설급여 대상자를 기존 1~2등급에서, 3~5등급 중 동일세대의 구성원으로부터 수발이 곤란하거나 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우, 심신 상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우에도 시설급여 이용하도록 기준을 완화함.

- 이로 인해 시설급여에서 3~5등급이 차지하는 비율이 크게 증가함.

○ 재가급여에 있어서 여전히 방문요양에 편중되고, 방문간호 및 단기보호의 심각한 축소 등 노인의 지역사회 계속 거주(aging in place)를 위해 필요한 서비스 제공체계 및 다양성이 부족함을 문제로 볼 수 있음.

- 제도 도입 초기에 비하여 2012년을 기점으로 방문요양 서비스 이용비율은 감소추세이나, 여전히 과반 이상을 차지함.

#### □ 재가급여의 등급별 월 한도액과 시설급여 월 급여액

- 현 제도의 등급체계는 동일 등급은 동일한 요양필요도를 갖는다는 전제 하에서 등급별 이용가능 급여한도액을 설정하고 있음. 시설급여의 경우 1일당 수가액(급여액)을 설정함.
- 매년 책정되는 재가급여 월 한도액과 시설급여 월 급여액을 비교하면, 동일 등급이라도 재가급여 월 한도액에 비해 시설급여 월 급여액이 높음. 특히 경증으로 갈수록 그 차이가 크게 벌어짐.
  - 2017년을 기준으로 1등급 인정자가 재가급여를 이용할 경우 월 1,252천원 한도 내에서 급여를 이용하지만, 노인요양시설은 1,805천원, 노인요양공동생활가정은 1,610천원의 급여를 이용할 수 있음.
  - 동일 등급에서 시설급여와 재가급여 이용 가능 월 한도액의 차이는 1등급의 경우, 2008년 367천원에서 2017년 553천원으로 그 격차가 점차적으로 커짐.
- 동일 등급에서 이용할 수 있는 급여량의 차이로 인해 재가급여 이용자는 방문요양을 기준으로 할 때 1일 4시간 주 5~6일 가량을 이용하게 됨. 그러나 1등급의 경우 방문요양 급여만으로는 재가에서 거주하는 것은 불가능함.
  - 이로 인해 재가에서 가족이 돌볼 수 없는 중증 노인의 경우, 추가적인 본인 부담을 통해 방문요양을 이용하기도 함.
  - 특히 1~2등급 중증 노인의 경우, 이동 및 외출의 어려움으로 인해 주야간 보호 이용도 제한적임.
- 1~2등급 인정자는 시설급여와 재가급여 중 선택이 가능하며, 3~5등급의 경우 치매, 또는 가족이 돌보기 어렵다고 판단한 경우 시설급여를 이용하도록 허가하고 있음.
  - 현 기준으로 볼 때 1~2등급자의 경우, 어떤 급여를 선택할지라도 동일한 양의 급여이용이 가능하게 하는 것이 형평성에 적합함.
  - 1~2등급의 경우 재가에서 거주하기를 희망하여 재가급여를 선택할 경우,

시설급여 수준에 준하는 급여가 보장되어야 할 것임. 이를 바탕으로 할 때, 본인의 욕구에 따른 충분한 서비스 이용이 가능할 것임.

〈표 3-7〉 연도별·등급별 재가급여(복지용구 제외) 월 한도액 및 시설급여 월 급여액

(단위 : 천원)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
재가 기관	1등급	1,097	1,141	1,141	1,141	1,141	1,141	1,185	1,185	1,197
	2등급	879	971	971	971	971	1,004	1,044	1,044	1,054
	3등급	760	815	815	815	815	879	965	965	981
	4등급	-	-	-	-	-	-	904	904	922
	5등급	-	-	-	-	-	-	767	767	784
노인 요양 시설	1등급	1,464	1,465	1,487	1,487	1,487	1,601	1,706	1,706	1,735
	2등급	1,325	1,356	1,378	1,378	1,378	1,486	1,583	1,583	1,610
	3등급	1,185	1,248	1,267	1,267	1,267	1,370	1,460	1,460	1,485
	4등급	-	-	-	-	-	-	1,460	1,460	1,485
	5등급	-	-	-	-	-	-	1,460	1,460	1,485
노인 요양 공동 생활 가정	1등급	1,464	1,465	1,487	1,487	1,487	1,527	1,560	1,560	1,560
	2등급	1,325	1,356	1,378	1,378	1,378	1,417	1,448	1,448	1,448
	3등급	1,185	1,248	1,267	1,267	1,267	1,306	1,334	1,334	1,334
	4등급	-	-	-	-	-	-	1,334	1,334	1,334
	5등급	-	-	-	-	-	-	1,334	1,334	1,334

주 : 1) 국민건강보험공단 홈페이지를 통해 각년도 시설급여, 재가급여 월한도액, 월 급여액을 반출하여 활용함.  
 2) 2008년~2013년까지 노인요양시설은 1) 구 노인복지법에 의한 노인요양시설 2) 구 노인복지법에 의한 노인 전문요양시설 3) 단기보호 전환된 노인요양시설을 제외하고, 2014년 이후와 동일한 기준의 노인요양시설 수가를 기준으로 계산한 값임.  
 3) 시설급여의 월 수가액 = (각년도 시설 급여 1일당 비용) × 365 / 12  
 자료 : 국민건강보험공단 홈페이지.

#### □ 특별현금급여(가족요양비) 운영 및 가족에 대한 지원 현황

○ 시설 및 재가급여 외 제한적으로 특별현금급여(가족요양비)를 운영 중이지만, 2016년 말 현재 수급자는 총 738명이며(국민건강보험공단 내부자료), 제도 도입 이후 월 15만원 지급 수준에 그침.

- 또한 실제적으로 인정자를 보호하는 가족에 대한 지원의 역할이 이루어지는지에 대한 실태파악과 관리가 이루어지고 있지 않음.

- 가족요양비 이외 인정자의 가족에 의한 보호에 공식적인 지원은 없는 상태임. 단, 현재 국민건강보험공단을 중심으로 가족상담을 시범사업으로 실시하고 있음.

○ ‘가족인 요양보호사’가 실제로 인정자를 보호하는 가족에 대한 보상의 성격을



보이는 것이 현실임. 가족인 요양보호사 규모는 2016년 41천명이며, 수급자는 42천명 규모임. 이는 전체 인정자의 약 8.2%수준임(국민건강보험공단 내부 자료).

- 가족인 요양보호사에 대해 제도초기에 비해 정부차원의 규제를 함에도 불구하고, 2014년 이후 약 40천명의 안정적인 추이를 유지함. 이는 가족의 보호를 희망하는 일정 규모가 있음을 시사함.

#### □ 서비스 전문화를 위한 제도 개편

##### ○ 치매 서비스 전문화

- 5등급(치매특별등급)에서 인지활동형 방문요양급여, 주야간보호에서의 인지활동형 프로그램 실시 의무화('14)
- 1~4등급 중 치매상병이 있거나 최근 2년 이내 치매진료내역이 있는 경우 인지활동형 방문요양급여 제공 가능('16)
- 치매전담실 도입 : 서비스의 전문화 뿐 아니라 시설의 설비 및 인력기준의 상향 설정을 통해 서비스 질 향상을 기대('16). 그러나 치매전담실 확대 부족

- 간호서비스 확대 : 방문요양 또는 방문목욕 이용자는 월1회에 한하여 월 한도액과 관계없이 예방관리를 위한 방문간호 이용('16)

## 2. 급여제공 원칙에 기반한 급여의 적절성

□ 재가급여 우선원칙이 있음에도 불구하고 현재 시설급여 비중이 35% 이상을 차지하여, 현재의 수치만으로 재가급여의 적정규모를 판단하는 것은 제한적임.

- 단, 제도 도입 초기 재가급여 우선원칙 설정시 시설급여와 재가급여의 적정 비율을 20:80으로 설정한 것을 고려한다면(보건복지부, 노인의료복지시설 확충 10개년 계획, 2002), 현재 시설급여 비중은 여전히 높은 것으로 판단됨.
- 시설급여가 계속적으로 높게 유지되는 것은 재가에서 계속 거주를 어렵게 하는 여러 요인과 재가보다는 시설이용을 촉진하는 요인에 의한 것임.

- 동일 등급내의 재가급여 월 한도액과 시설급여 월 급여액간의 차이는 재가급여 이용을 장려하지 않으며, 중증 등급자의 낮은 재가급여 월 한도액은 시설급여를 선택하게 하는 유인 요인임.
  - 또한 재가급여 내 다양한 서비스가 개발되지 못하고 방문요양 중심의 서비스 제공으로 인해 재가급여가 활성화 되지 못하며, 다양한 서비스가 있더라도 이용자를 중심으로 한 연계 및 통합적 제공이 이루어지지 않아 지속적인 재가 거주가 어렵게 됨.
- 지역에서 계속 거주하기 위해서는 요양 이외 주거, 의료, 생활지원서비스의 원활한 제공이 이루어져야 함.
- 그러나 현재 재가급여에서 방문간호가 확대되지 못함으로써 급여제공 원칙에서 '의료'와의 연계 원칙을 실천하는 걸림돌로 작용함.
- 이는 노인이 지역에서 계속 거주하기 어려워 시설 또는 병원으로 이동하게 됨에 따라 재가급여 우선원칙에도 저해요인으로 작용함.
- 재가급여 중 단기보호서비스 역시 급격히 감소함으로써, 재가에서 생활하면서 일시적으로 24시간 보호가 필요한 상황이 발생할 경우 가용한 서비스 부족 등으로 시설로의 전환이 이루어지는 한계가 발생함.
- 급여 이용현황과 현재 급여(수가) 한도액 기준 등의 현 상태를 종합적으로 고려하면 노인과 가족입장에서는 재가급여보다는 시설급여를 이용하는 것이 편리하도록 설계되어 있음.
- 이는 노인과 가족들이 지역에서 계속 거주할 수 있게 하는 유인책이 부족하다고 분석할 수 있음.
- 노인의 지역사회 계속거주를 위해서는 국가차원의 제도적 서비스 이외 비공식적 돌봄의 중요성이 매우 높음. 그러나 현 제도에서는 가족의 돌봄을 지원할 수 있는 요인이 부족함.

- 향후 후기 고령자의 증가로 인해 보호필요 노인은 증가하고, 보호 제공 인력은 감소할 것임을 고려한다면, 가족 등 비공식적 보호를 장려하기 위한 제도적 준비가 이루어져야 할 것임.

#### □ 서비스의 질 향상을 위한 제도개편 부족

- 치매전담실 도입을 통해 서비스 질 향상을 유도하였으나 참여 기관 부족으로 향후 확대 노력이 요구됨. 이용자의 사생활과 개별성 존중을 위한 2인 1실 개편 등이 이루어지고 있으나 치매전담실에 국한된 한계가 잔존함.
- 장기적으로 이용자의 질 높은 요양시설에 대한 요구가 지속될 것이며, 특히 생활시설로서의 요양시설의 경우 사생활 보호를 위한 가장 기본적인 환경 마련과 서비스 인력에 대한 욕구가 높아질 것임.
- 수급자의 의료서비스에 대한 욕구가 높음에도 불구하고, 의료서비스 이용의 어려움이 나타남. 노인장기요양보험의 기본원칙에서도 보건의료서비스와의 연계 필요성을 제시한 바, 향후 의료서비스에 원활한 이용이 가능하도록 개편이 요구됨.
  - 재가 또는 장기요양기관에서의 원활한 의료서비스 이용이 이루어지지 못할 경우 요양병원 등에서 장기입원 유인으로 작용할 가능성이 있음.

## 제3절 장기요양 전달체계 현황과 진단

### 1. 서비스 기관 공급 및 관리 현황

#### □ 장기요양기관의 양적 확충

- 제도 도입 초기 장기요양 공급기관 부족을 우려했으나, 기관의 급속한 확대로 기관부족의 문제는 나타나지 않음.
- 초기 투자와 설비가 요구되는 노인요양시설, 주야간보호 등은 꾸준한 증가 추이를 보이며, 방문요양과 방문목욕, 소규모 노인요양시설은 제도도입 초기인

2009년에 급속히 증가함.

- 장기요양기관 확대 속에서도 방문간호와 단기보호 기관은 증가하지 못하며, 방문간호는 2016년 현재 전국 598개소로 초기에 약간 증가하다가 다시 감소함. 단기보호는 초기 2009년 1,368개소로 증가하다가 급감하여 2016년 267개소로 나타남.

〈표 3-8〉 시설 및 재가 장기요양기관 추이

(단위: 개소, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
재가(계)	6,618	11,931	11,228	10,857	10,730	11,056	11,672	12,917	14,211
방문요양	4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	10,077	11,072
	(63.6)	(70.8)	(81.6)	(80.2)	(79.2)	(78.0)	(77.7)	(78.0)	(77.9)
방문목욕	2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	8,253	8,957
	(44.7)	(52.6)	(65.0)	(66.0)	(65.5)	(64.6)	(64.1)	(63.9)	(63.0)
방문간호	592	787	739	692	626	597	586	574	598
	(8.9)	(6.6)	(6.6)	(6.4)	(5.8)	(5.4)	(5.0)	(4.4)	(4.2)
주야간보호	790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2,018	2,410
	(11.9)	(9.3)	(11.3)	(12.2)	(12.4)	(12.9)	(14.5)	(15.6)	(17.0)
단기보호	694	1,368	199	234	257	368	322	299	267
	(10.5)	(11.5)	(1.8)	(2.2)	(2.4)	(3.3)	(2.8)	(2.3)	(1.9)
복지용구	720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599	1,700	1,823
	(10.9)	(9.1)	(11.4)	(12.8)	(14.0)	(14.2)	(13.7)	(13.2)	(12.8)
시설(계)	1,700	2,629	3,751	4,061	4,326	4,648	4,871	5,085	5,187
	(20.4)	(18.1)	(25.0)	(27.2)	(28.7)	(29.6)	(29.4)	(28.2)	(26.7)
노인요양시설	1,379	1,695	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714	2,935	3,137
	(81.1)	(64.5)	(64.2)	(61.3)	(59.8)	(53.7)	(55.7)	(57.7)	(60.5)
노인공동생활기정	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157	2,150	2,050
	(18.9)	(35.5)	(35.8)	(38.7)	(40.2)	(46.3)	(44.3)	(42.3)	(39.5)
전체(계)	8,318	14,560	14,979	14,918	15,056	15,704	16,543	18,002	19,398
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

주: 1) 연도말 장기요양기관 소재지 기준, 해당 연도말 지정 운영되는 기관 대상

2) 재가/시설/전체기관의 계는 급여유형별 중복이 제거된 값임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 재가급여 제공기관은 서비스 중 중복적으로 운영이 가능함. 예를 들어, 한 기관에서 방문요양서비스와 방문목욕 서비스를 제공하는 형태임.

- 재가급여 제공기관은 2016년을 기준으로 할 때 14,211개소이며, 중복을 포함할 경우 25,127개소임. 즉, 1개소당 1.8개의 서비스를 제공한다고 추정할 수 있음. 이는 2009년 1.6개에서 점차적으로 증가함.

- 재가급여의 경우 노인의 재가에서의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 여러 서비스의 통합적 제공이 요구됨에 따라 재가급여 제공기관에서 복합적 재

가급여서비스를 제공하는 것은 바람직하다고 볼 수 있음.

〈표 3-9〉 재가 장기요양기관의 중복 급여 제공현황

(단위: 개소)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
재가(중복배제)	6,618	11,931	11,228	10,857	10,730	11,056	11,672	12,917	14,211
재가(중복포함)	9,961	19,072	19,947	19,505	19,240	19,732	20,747	22,921	25,127

주: 연도말 장기요양기관 소재지 기준, 해당 연도말 지정 운영되는 기관 대상

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

- 장기요양 인정자 수 대비 재가기관 추이를 살펴보면, 2009년 인정자 천명당 재가 기관은 46.2개소가 설치되었으나 점차적으로 감소하여 2016년 27.3개소 나타남. 즉, 기관 1개소당 인정자가 약 22명에서 37명으로 증가한 결과임<sup>10)</sup>.
- 재가기관은 제도 초기 인프라 확대 정책에 따라 민간사업자의 시장 진입이 용이함으로 인해 제도도입 2년만에 과도한 공급이 이루어짐.
  - 이로 인해 기관당 적정 규모의 인정자가 보장되지 않아, 인정자 확보를 위한 불법적인 경쟁이 초래되는 부작용을 양산함.
- 최근 들어 상대적으로 1개소당 인정자수의 비율이 높아지면서, 비교적 안정적으로 운영되는 재가기관이 확대되는 것으로도 해석될 수 있으나, 대도시를 중심으로서는 여전히 과도한 경쟁, 경영의 불안정 등이 예상됨.

10) 중복을 배제한 수치를 기준으로 함.

〈표 3-10〉 시도별 장기요양 인정자 수 1,000명당 재가기관 추이

(단위: 천명당 개소, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
재가(중복제외)	30.9	46.2	41.5	33.5	31.4	29.2	27.5	27.6	27.3
재가(중복포함)	46.4	73.8	73.8	60.1	56.3	52.1	48.9	49.0	48.3
서울	29.7	42.0	40.3	33.3	31.3	30.2	29.1	29.7	29.5
부산	38.7	53.3	51.8	42.1	40.0	35.0	32.5	32.0	30.6
대구	38.8	64.9	58.1	42.7	40.6	38.1	34.9	35.1	36.1
인천	26.1	43.2	38.7	32.2	30.0	29.1	28.0	28.8	29.0
광주	38.7	53.8	56.3	49.5	45.7	42.3	38.0	37.6	38.2
대전	35.2	55.0	53.5	41.2	37.9	36.6	35.3	36.7	36.6
울산	39.5	57.1	41.4	36.4	35.3	31.7	29.1	27.5	26.1
세종	-	-	-	-	26.7	21.4	18.2	18.1	18.2
경기	31.2	49.3	42.2	33.2	30.8	28.5	26.9	26.9	26.8
강원	28.3	35.9	29.1	23.8	23.2	21.8	21.1	20.9	19.6
충북	24.4	36.9	34.3	27.3	24.4	22.0	20.6	21.5	21.9
충남	27.2	36.0	35.0	27.7	26.3	24.0	22.8	23.0	23.2
전북	31.8	47.4	41.8	34.2	33.1	31.5	30.2	29.6	28.3
전남	32.9	47.4	38.2	31.3	28.0	26.2	24.2	24.1	23.9
경북	26.7	46.7	38.2	29.2	28.7	26.9	25.0	24.9	24.8
경남	27.7	43.1	41.5	35.8	32.9	28.6	26.1	26.4	25.3
제주	24.9	28.5	26.8	23.9	22.5	21.6	19.7	19.9	18.2

주: 연도말 장기요양기관 소재지 기준, 인정자는 연도말 인정자격 유지자 기준임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 시설급여 제공기관의 시도별 현황을 살펴보면, 인정자 천명당 2012년 12.7개소로 가장 높았으며, 2016년 10.0개소로 낮아짐. 인정자의 약 35%가 시설급여를 이용하는 것을 고려하면, 인정자 350명당 12.7개소의 시설이 운영되는 것으로 추정할 수 있음.

○ 즉, 1개소당 평균 27.6명, 2016년 기준으로 할 때 약 35명으로 증가한 것으로 해석할 수 있음.

○ 시도별 현황을 살펴보면, 인정자 천명당 시설급여 제공기관 수는 부산이 4.1개소로 가장 적고, 서울 6.5개소, 광주, 대전, 울산, 세종이 상대적으로 낮음. 이에 비해 도 지역에서는 경기, 강원, 충북은 약 14개소로 높게 나타남.

- 광역시의 경우 시설급여 제공기관 수가 적게 나타나며, 도 지역은 비교적 높은 수준을 유지함. 도시 지역은 높은 지대 등이 원인일 수 있으며 이로 인해 지역별로 시설급여 제공기관의 부족 등이 나타날 수 있음.

〈표 3-11〉 시도별 장기요양인정자수 1,000명당 시설기관 추이

(단위: 천명당 개소, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
전체	7.9	10.2	13.9	12.5	12.7	12.3	11.5	10.9	10.0
서울	3.9	6.4	9.3	8.0	8.2	8.2	7.7	7.3	6.5
부산	5.4	6.2	9.9	8.0	8.0	6.6	5.3	4.8	4.1
대구	5.5	6.8	13.0	13.3	14.3	15.9	14.1	13.5	12.0
인천	2.5	9.6	14.6	13.4	13.2	13.5	13.3	13.3	12.2
광주	5.2	7.3	11.1	10.8	10.6	10.1	9.4	8.6	7.4
대전	3.0	7.3	10.7	9.6	10.0	8.9	8.9	8.4	8.2
울산	1.3	8.1	10.7	9.5	8.8	8.1	7.8	7.2	6.3
세종	-	-	-	-	11.9	10.2	8.3	6.9	4.7
경기	11.6	15.8	19.7	17.3	17.5	17.3	16.5	15.5	14.5
강원	12.1	14.0	16.5	14.6	14.9	14.3	14.1	13.9	13.2
충북	13.4	17.9	23.2	19.6	19.3	17.9	16.4	15.4	14.6
충남	8.0	9.2	12.9	12.1	12.2	11.6	2.5	10.4	10.0
전북	10.8	10.9	12.8	12.1	12.4	11.7	10.5	9.1	8.3
전남	8.4	10.8	14.7	13.7	13.4	12.5	10.9	10.2	9.2
경북	6.2	8.9	13.0	11.7	11.9	11.5	11.0	10.6	9.7
경남	6.7	7.7	10.6	10.5	10.0	9.0	8.3	7.5	6.7
제주	7.8	8.1	10.5	9.0	10.0	10.2	9.6	9.8	9.0

주: 연도말 장기요양기관 소재지 기준, 인정자는 연도말 인정자격 유지자 기준임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

## □ 서비스 품질 관리 강화

- 제도도입 이후 공급기관의 급속한 증가로 인해 수요대비 공급 과잉 문제 등이 발생하였으며, 기관 운영 경험이 부족한 민간기관의 진입확대로 인한 서비스 제공 기술 부족의 문제 발생
- 이를 해소하기 위해 급여제공 기준을 마련(재가 '14.12월, 시설 '16.2월), 요양 시설 평가체계 개편, 부적정 시설에 대한 관리 체계 강화, 장기요양기관 지정 제 개선을 위한 법안 발의 노력 중
- 서비스 질 관리 체계 도입
  - 부적정 시설 관리를 위해 입법 발의된 지정권한 실효성 강화 및 부실기관 퇴출기전의 구체적 기준 마련을 통해 장기요양의 공공성 강화 필요

- 장기요양서비스 수요가 지속적으로 증가할 것으로 예상되므로, 지역별 장기요양 서비스의 원활한 공급을 위해 수요에 따른 중장기적 공급계획을 필요로 함.
- 제도 초기 민간 공급을 통해 양적 인프라 확대를 달성하였으나, 공공성을 띤 공적시설 부족의 한계를 보임. 제도의 공공성 강화를 위해 민간시설의 투명성과 질 관리를 위한 노력과 함께 서비스의 질을 선도할 공공시설 확대가 요구됨.
- 장기적으로 공공시설 확대를 위한 노력이 요구되며, 특히 서비스 공급의 한계를 나타내는 농어촌 지역의 주야간보호시설이나 방문간호 제공기관에 대한 공급 노력을 필요로 함.
  - 이 과정에서 지자체의 역할이 강화될 필요성이 제기되며, 보험자-지자체간 연계체계 활성화가 요구됨.

## 2. 제공인력 공급 및 관리 현황

### □ 장기요양 인력 현황

- 장기요양 인력은 인정자 천명당 요양보호사는 602명으로 노인 1.66명당 1명 수준으로 나타나, 대다수의 요양보호사가 1~2명의 노인에게 서비스를 제공하고 있다고 볼 수 있음.
  - 특히 요양시설의 경우 노인과 요양보호사의 비율이 2.5:1임을 고려할 때, 재가기관의 요양보호사는 노인의 수가 1~2명 수준으로 상대적으로 적음.
  - 이로 인해 방문요양보호사의 경우 일정수준의 월급이 보장되지 않는 문제가 나타남.
- 사회복지사와 간호(조무) 인력이 크게 증가함.
  - 장기요양서비스 제공기관의 증가는 사회복지사와 간호(조무)사 증가로 이어짐. 2016년 현재 14,682명의 사회복지사와 11,755명의 간호(조무)사가 종사중임.
  - 장기요양의 주요 인력으로서 요양보호사 뿐 아니라 사회복지사, 간호(조



무)사의 관리의 중요성이 높아짐.

- 특히 이들의 경우 기관의 사례관리자로서의 역할을 수행할 수 있도록 하는 역량 강화가 요구됨.
- 하지만 현재 사회복지 또는 간호(조무)사 자격증을 취득한 경우, 장기요양에 대한 별도의 교육과정 없이 업무에 종사함으로써 충분한 역량을 발휘하지 못하는 한계가 있음.

〈표 3-12〉 인정자 천명당 장기요양인력 현황

(단위: 천명당)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
사회복지사	4.195	6.313	7.136	7.347	6.751	7.506	11.298	13.923	14.682
간호(조무)사	5.324	7.996	8.870	9.409	9.295	10.179	10.924	11.818	11.755
요양보호사	113.756	333.679	455.058	471.988	233.459	252.663	266.538	294.788	313.013

주: 1) 연도말 장기요양기관 소재지 기준 종사인력을 의미함.

2) 간호(조무)사는 방문간호(조무)사가 포함된 통계임.

3) 2008년~2011년의 경우, 요양보호사 통계치는 요양보호사 및 요양보호사 취득유예자(제도 시행 후 일정기간 동안 요양보호사 자격없이도 요양보호사로서 활동할 수 있도록 예외적으로 인정해 준 경우)가 포함된 값임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 요양보호사 인력의 지역별 분포를 살펴보면, 인정자 천명당 요양보호사는 대전 828명, 광주 825명 순으로 높음

○ 이는 인정자 1.2명당 요양보호사 1명 수준으로, 방문요양보호사의 적정수준 임금확보가 어려울 수 있음을 시사함.

- 그 외에도 서울, 부산, 대구, 인천 등 대도시에서도 인정자수 대비 요양보호사의 비율이 높음.

○ 반면, 세종, 강원, 전북, 전남, 제주의 경우 상대적으로 요양보호사수가 적게 나타남. 제주의 경우 요양보호사 1명당 인정자 2.3명 수준으로 대전이나 광주에 비해 2배가량의 인정자 확보가 가능함.

〈표 3-13〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 요양보호사 수

(단위: 명)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
전체	530.4	1,290.9	1,683.4	1,454.7	683.1	667.5	627.8	630.2	602.1
서울	579.8	1,532.6	2,035.7	1,710.1	762.2	756.5	714.1	734.7	720.8
부산	575.5	1,570.2	2,339.6	2,016.5	884.9	813.2	759.3	763.9	692.3
대구	679.1	1,714.7	2,172.3	1,618.2	778.4	755.2	702.0	719.7	680.6
인천	540.3	1,317.6	1,655.5	1,466.4	726.1	736.1	709.3	725.3	708.9
광주	702.3	1,352.6	1,847.1	1,960.0	946.5	923.1	855.0	857.8	825.6
대전	660.0	1,803.1	2,527.9	2,076.6	894.2	902.0	836.4	849.3	828.0
울산	386.9	1,057.6	1,602.8	1,474.9	700.5	682.4	634.8	624.6	611.1
세종	-	-	-	-	513.4	477.2	397.7	434.7	433.9
경기	564.0	1,474.4	1,841.2	1,558.4	739.5	737.6	695.5	705.6	685.9
강원	401.3	802.5	1,103.5	923.6	550.6	535.1	525.8	517.6	485.6
충북	467.2	958.9	1,243.5	979.9	552.4	538.1	516.6	530.3	517.7
충남	519.8	1,181.9	1,472.3	1,261.7	601.3	579.8	541.5	535.2	520.5
전북	406.6	756.4	963.7	934.5	562.3	553.5	522.1	534.2	495.9
전남	453.9	794.3	922.8	880.9	514.1	516.0	486.2	490.1	468.7
경북	498.4	1,174.9	1,460.7	1,231.3	637.8	629.8	585.5	577.8	540.9
경남	463.8	1,177.0	1,551.9	1,478.5	704.4	661.9	617.0	611.3	579.1
제주	406.4	734.4	867.8	919.1	525.8	514.9	498.2	487.1	442.4

주: 1) 연도말 장기요양기관 소재지 기준 종사인력을 의미하며, 인정자는 연도말 인정자격 유지자 기준임.

2) 2008년~2011년의 경우, 요양보호사 통계치는 요양보호사 및 요양보호사 취득유예자(제도 시행 후 일정기간 동안 요양보호사 자격없이도 요양보호사로서 활동할 수 있도록 예외적으로 인정해 준 경우)가 포함된 값임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 간호(조무)사인력은 2016년 기준 인정자 천명당 22.6명으로 간호(조무)사 1인당 약 44명의 인정자 수준이며, 제도 도입이후 가장 낮은 수준임.

○ 즉, 간호사가 담당해야 할 인정자의 절대적 규모가 증가하였으므로 상대적으로 서비스 질이 감소했을 가능성이 있음.

○ 지역별로는 제주, 충북, 경기 등에서는 상대적으로 인정자 천명당 간호(조무)사의 수가 높아서 간호사 1명이 서비스를 제공할 인정자 수가 적음. 그러나 부산, 광주, 세종 등의 경우 20명 미만으로 나타나고 있어 간호인력의 수급 어려움을 나타냄.

〈표 3-14〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 간호인력 수

(단위: 명)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
전체	24.8	30.9	32.8	29.0	27.2	26.9	25.7	25.3	22.6
서울	21.6	28.0	33.5	27.7	25.6	26.1	24.9	24.4	22.2
부산	23.0	23.2	25.7	22.9	21.8	19.4	16.8	16.0	13.4
대구	22.7	28.4	31.3	34.5	31.4	34.3	30.6	28.6	26.4
인천	21.0	27.0	33.3	27.5	26.1	26.6	26.5	26.7	24.8
광주	24.7	26.5	31.9	30.1	25.0	23.1	22.8	20.9	16.4
대전	27.0	25.5	27.3	22.8	22.8	23.2	23.1	23.9	24.2
울산	28.5	28.4	27.1	27.8	24.1	22.3	22.5	21.3	19.8
세종	-	-	-	-	22.7	19.5	14.4	12.5	10.9
경기	30.1	42.4	40.5	34.9	32.9	33.4	32.6	32.6	29.6
강원	29.0	35.3	35.3	30.8	29.0	28.1	29.5	29.2	26.9
충북	29.2	40.4	38.7	34.2	32.2	31.3	30.7	30.3	27.4
충남	19.2	23.1	25.8	23.3	22.9	23.9	22.6	22.4	20.4
전북	25.5	27.3	28.8	25.7	24.6	23.5	21.9	21.5	18.6
전남	25.9	30.9	32.5	29.5	25.2	23.4	21.4	20.5	17.3
경북	21.3	30.8	28.4	27.0	26.6	25.4	23.8	22.5	19.3
경남	23.0	24.8	28.2	24.0	23.3	21.2	19.5	18.5	15.4
제주	27.7	31.8	34.2	31.9	33.4	32.4	32.8	35.4	31.1

주: 1) 연도말 장기요양기관 소재지 기준 종사인력을 의미하며, 인정자는 연도말 인정자격 유지자 기준임.

2) 간호(조무)사는 방문간호(조무)사가 포함된 통계임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 사회복지사 또한 간 인력과 유사한 수준으로 인정자 천명당 2016년 28.2명 수준임. 인정자 천명당 간호인력은 감소하는 추세이지만, 사회복지사 인력은 계속적으로 증가하고 있음.

○ 사회복지사 인력 확충을 위한 제도적 가산제도 등의 긍정적 효과로 분석됨.

〈표 3-15〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 사회복지사 수

(단위: 명)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
전체	19.6	24.4	26.4	22.6	19.8	19.8	26.6	29.8	28.2
서울	15.7	20.4	24.9	21.6	18.1	17.2	24.5	27.9	28.2
부산	22.7	25.8	30.7	25.3	22.4	20.6	27.4	29.4	26.1
대구	19.4	27.5	31.2	25.8	21.8	22.6	28.7	31.3	29.8
인천	19.8	24.2	26.9	22.1	19.1	21.0	27.2	30.4	29.7
광주	27.8	35.7	40.8	36.2	27.0	27.0	37.8	40.8	37.0
대전	16.9	24.1	26.9	18.4	17.1	19.0	26.3	30.9	33.4
울산	25.9	31.9	25.8	28.0	22.8	19.3	23.1	26.0	25.4
세종	-	-	-	-	10.9	10.2	15.2	15.6	15.1
경기	21.9	28.3	29.2	23.9	20.7	21.5	28.4	32.2	30.7
강원	18.3	23.0	22.9	21.0	20.6	20.7	28.9	32.4	29.4
충북	18.9	24.1	24.3	19.9	17.3	19.2	26.2	29.2	27.5
충남	15.2	18.0	20.7	17.8	16.2	17.4	23.3	27.7	26.6
전북	21.8	25.0	29.2	24.9	23.3	22.1	28.2	30.5	27.7
전남	19.7	23.9	21.9	21.9	18.7	17.7	24.3	26.4	24.2
경북	17.8	22.7	22.2	19.3	17.5	17.6	24.4	27.4	25.9
경남	18.8	22.0	23.3	22.7	20.5	20.0	25.2	26.8	24.0
제주	21.5	23.2	24.4	22.0	22.9	24.4	31.4	37.0	27.8

주: 연도말 장기요양기관 소재지 기준 종사인력을 의미하며, 인정자는 연도말 인정자격 유지자 기준임.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

□ 지난 10년간 인력배치 기준 강화를 통한 질 향상을 위해 제도적 개편을 실시함

- 방문요양 시설의 경우 요양보호사 15명 이상, 요양보호사 20% 이상 상근(‘10)을 기준으로 하며, 의사(촉탁)는 필요수에서 1명(‘14)으로 강화
- 치매전담실의 경우, 요양보호사 배치기준을 요양시설(공동생활가정)은 입소자 2.5명당(공동생활가정 3명당) 1명에서 2명당 1명으로 개선, 주야간보호는 7명당 1명에서 4명당 1명으로 개선
- 요양보호사 시험제도 도입(‘11) 및 직무교육 의무화(‘13)
- 요양보호사의 근로여건 개선을 통한 서비스 질 향상을 위해 인건비 지급비용 의무화 및 공개(‘17)

□ 그럼에도 불구하고, 요양보호사를 중심으로 점차적으로 인력 구인의 어려움 등이 나타남. 이는 현재 요양업무에 대한 사회적 대우가 높지 않음으로 인해 인력의 유입이 어렵기 때문임.

- 향후 인력부족의 문제는 생산가능인구의 감소와 함께 더욱 악화될 것으로 판단됨. 따라서 이를 극복하기 위한 대안 모색이 요구됨.

### 3. 서비스 이용 체계 현황 및 한계점

#### □ 급여이용 선택의 높은 자율성 부여로 인한 부작용

- 현 제도는 등급판정 이후 인정자의 서비스 이용에 대한 지원은 표준이용계획서 활용 및 급여이용 교육 이외 부족한 상태임
  - 인정자의 기능과 욕구 상태에 따른 적절한 급여이용에 대한 지원과 관리가 이루어지고 있지 못함.
  - 즉, 케어매니지먼트의 부재로 인해 인정자와 가족은 자체적으로 정보를 수집하고 급여를 선택하고 있음.
- 이와 같은 이용자의 선택권은 자칫 공급기관에 의한 부적절한 서비스 제공으로 이어지거나, 이용자의 정보 부족과 선택실수로 적절한 보호가 이루어지지 못하는 한계를 보임.
  - 전문가에 의한 적정 서비스를 이용할 수 있도록 세밀한 욕구 분석과 서비스가 이루어지는 체계가 필요함.
- 자율적 급여 선택권은 장기요양보험 뿐 아니라 의료와의 관계에서도 부적절한 서비스 이용으로 나타남. 즉, 장기요양등급을 받지 못하는 경우 선택이 비교적 자유로운 요양병원을 이용함으로써 사회적 비용의 증가 등의 부작용이 발생함.
  - 요양병원과 시설간 적정 이용기준에 대한 과제는 제1차 장기요양 기본계획('13~'17)에서도 제시되었으나, 여전히 요양병원에서 의료적 필요도가 낮은 사회적 입원 등이 유지되고 있음.

- 향후 제도 운영의 효율성 증대와 이용자 중심 서비스 이용 촉진을 위하여 수급자에 대한 의료와 요양, 지역사회서비스를 둘러싼 합리적 급여이용 지원체계가 마련되어야 할 것임.

## 제4절 재정관리 강화

□ 장기요양보험의 수입은 보험료가 전체 수입의 약 65%이며, 국고지원금이 11.7%, 의료급여부담금이 20.6%으로 구성됨. 2016년 기준 4조 7천억이며, 이는 2009년 2조에 비해 약 2배 이상 증가한 규모임.

○ 이는 장기요양보험료의 자체적 상승과 건강보험료의 상승으로 인한 동반 상승에 기인함.

〈표 3-16〉 연도별 장기요양 수입현황

(단위: 백만원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
수익 (계)	868,975 (100.0)	2,084,929 (100.0)	2,877,740 (100.0)	3,263,144 (100.0)	3,561,673 (100.0)	3,831,212 (100.0)	4,148,580 (100.0)	4,388,392 (100.0)	4,729,680 (100.0)
보험료	477,011 (54.9)	1,199,551 (57.5)	1,831,555 (63.6)	2,142,332 (65.7)	2,369,669 (66.5)	2,542,098 (66.4)	2,704,721 (65.2)	2,883,322 (65.7)	3,091,599 (65.4)
국고 지원금	120,747 (13.9)	204,351 (9.8)	332,318 (11.5)	388,311 (11.9)	415,243 (11.7)	459,058 (12.0)	503,301 (12.1)	516,596 (11.8)	552,470 (11.7)
의료급여 부담금	266,137 (30.6)	660,082 (31.7)	670,449 (23.3)	677,322 (20.8)	701,778 (19.7)	743,939 (19.4)	802,459 (19.3)	884,887 (20.2)	976,067 (20.6)
국가 부담금	8,661 (1.0)	41,597 (2.0)	20,919 (0.7)	29,852 (0.9)	29,250 (0.8)	35,068 (0.9)	36,248 (0.9)	35,588 (0.8)	35,315 (0.7)
지자체 부담금	257,476 (29.6)	618,486 (29.7)	649,531 (22.6)	647,469 (19.8)	672,528 (18.9)	708,870 (18.5)	766,211 (18.5)	849,299 (19.4)	940,752 (19.9)
기타	5,079 (0.6)	20,944 (1.0)	43,418 (1.5)	55,180 (1.7)	74,983 (2.1)	86,118 (2.2)	138,099 (3.3)	103,587 (2.4)	109,544 (2.3)

주 : 1) 각 연도말 결산기준

2) 보험료에사용자부담금포함

3)기타는사업외수입으로예금이자,기타징수금수입및가산금등이포함됨

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 2008년~2013년까지는 수익 대비 비용의 비율이 90%미만 수준이었으나, 2014년부터 90%를 넘어 2016년 99.9% 수준임.

〈표 3-17〉 연도별 장기요양 재정현황

(단위: 백만원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
수익(계)	868,975	2,084,929	2,877,740	3,263,144	3,561,673	3,831,212	4,148,580	4,388,392	4,729,680
비용(계)	554,901	1,908,463	2,589,135	2,787,757	2,937,322	3,317,961	3,849,660	4,313,950	4,722,659
수익 대비 비용	63.9	91.5	90.0	85.4	82.5	86.6	92.8	98.3	99.9

주: 각 연도말 결산기준.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

□ 지출 구성을 살펴보면, 2009년부터 2014년까지 총 지출 중 시설급여 지출액이 소폭의 증감을 반복하며 증가함. 2009년 43.3%에서 2014년 52.1%로 증가하였으며, 그 이후로는 다소 감소하여 2016년 50.7%임.

○ 2012년부터 상대적으로 경증 대상자인 3~5등급의 확대가 이루어졌음에도 불구하고 시설급여가 계속 증가함. 이는 요양시설에 대한 사회적 부정적 인식 감소와 시설급여 이용 기준 완화로 인한 3~5등급 이용자 증가 등의 결과로 해석됨.

〈표 3-18〉 장기요양보험 급여유형별 급여지출총액(보험자부담금) 및 지출비중 추이

(단위: 억원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
시설급여 (총액)	2,628 (61.6)	7,513 (43.3)	10,283 (42.8)	12,718 (49.1)	13,874 (51.1)	15,966 (51.8)	18,234 (52.1)	20,441 (51.3)	22,382 (50.7)
노인요양시설 노인요양공동생활가정	2,566 62	7,090 424	9,407 875	10,910 1,268	12,303 1,571	13,908 2,057	15,839 2,394	17,892 2,548	19,844 2,538
재가급여 (총액)	1,640 (38.4)	9,856 (56.7)	13,740 (57.2)	13,704 (52.9)	13,303 (48.9)	14,864 (48.2)	16,748 (47.9)	19,376 (48.7)	21,795 (49.3)
방문요양	1,086	7,334	11,296	11,415	10,724	11,736	13,119	14,809	16,076
방문목욕	94	406	691	712	707	736	711	723	754
방문간호	15	62	62	58	70	73	75	89	96
주야간보호	176	618	731	837	958	1,279	1,745	2,563	3,608
단기보호	153	843	323	67	89	150	163	154	136
복지용구	116	592	637	614	756	891	934	1,037	1,125
전체(총액)	4,268 (100.0)	17,369 (100.0)	24,023 (100.0)	25,882 (100.0)	27,177 (100.0)	30,830 (100.0)	34,981 (100.0)	39,816 (100.0)	44,177 (100.0)

주: 1) 급여유형별 급여지출총액은 공단부담금을 의미함.

2) 노인요양시설에는 노인요양시설(현행법, 구법, 전문요양시설, 단기보호전환) 등이 포함됨.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

- 전산심사 항목 지속 확대 등 재정누수관리 강화책 마련 등 제도 개선 실시
  - 부당청구 고위험 의심기관 심사 연계방안 마련
  - 과징금 부과, 명단 공표 등 제재법령 마련('14, '15)
  - 장기요양기관 재무회계기준 법적근거 마련 및 제도 시행('16, '17)
- 향후 초고령사회 대응을 위한 재정안정화 대책 등이 요구됨.
  - 현재 대상자 확대 및 제도 변화 등의 장기적 관점에서 재정안정화 대책이 부족한 상황
    - 법정수준(20%)에 미달하는 국고지원 상황(18% 수준)
  - 전반적인 수가운영 계획 미수립으로 인한 효과적 제도운영의 한계가 발생하며, 공급 과잉에 따른 과다경쟁으로 부적정 청구사례 지속 증가하고 있음. 이를 미연에 방지할 수 있는 장기적 관점에서의 개선안이 요구됨.

## 제5절 종합평가

- 보장성 강화
  - 장기요양 인정자 및 본인부담금 경감 대상자 확대 등을 통한 보장성 강화 달성
    - (충분한 보장성 미비) 여전히 일상생활수행능력 제한 노인을 포괄하지 못하고, 65세 미만 피보험자 중 장기요양 필요도가 높은 집단에 대한 보장규모가 낮음. 또한 경증 치매노인에 대한 장기요양 수요도 지속적으로 존재
      - 충분한 보장성 부족은 등급외자의 요양병원 이동, 보호 사각지대 발생으로 인한 가족내 학대, 동반 자살 등의 사회문제로 나타남
    - (비용부담으로 인한 사각지대) 본인부담금 경감대상자 확대에도 불구하고, 빈곤율이 높은 현 노인세대의 경우, 서비스 이용비용은 경제적 부담으로 작용할 수 있으며 서비스 접근의 저해요인으로 작용함.



#### □ 요양기관 인프라 확대 및 전문화된 서비스 제공

○ 제도도입 이후 민간시장 참여로 인해 서비스 공급기관은 크게 증가하여 현재 까지 전반적인 서비스 부족 문제는 부각되지 않는 상황

- (재가급여서비스의 통합적 제공 부족) 단, 재가급여 기관의 경우 대부분 1종의 재가급여를 제공하고 있어 수급자의 다양한 욕구가 충족되지 못하는 한계
  - 1일 1회 방문요양 중심으로 인해 가족이 추가적 도움을 제공하기 어려운 경우 시설이용을 촉진, Aging in place 저해
- (방문간호와 단기보호 부족) 수급자 확보 어려움으로 인해 운영이 어려운 방문간호와 단기보호 급여의 경우, 제공기관이 계속적으로 감소하여 이용자의 다양한 선택이 보장되지 못하는 문제 발생
- (전문서비스 부족) 수급자의 신체기능 능력을 최대한 유지하고 향상시키기 위한 전문서비스의 제공 부족
  - 치매전담형 시설이 도입('17)되었으나 아직까지 확대가 이루어지지 못하여 실제적인 체감도와 효과성이 나타나지 못하는 실정이며, 이외 신체기능 증진을 위한 서비스 등의 전문화 부족
- (의료서비스와의 연계 부족) 요양시설 및 재가에서 서비스를 받는 대상자는 대부분 질환을 가지고 있어 의료서비스가 요구됨에도 불구하고, 장기요양 서비스에서 원활한 의료 서비스 이용 한계

#### □ 기관 관리체계 강화

○ 기관의 시장질서 확립과 공공성 강화를 위한 관련 법개정이 최근 1~2년 사이 다수 시행 또는 개정 중으로, 향후 긍정적 효과가 발휘될 것으로 기대

- 단, 기관 관리의 법적 근거에 따른 요양기관의 건전성 확보를 위한 실제적 관리감독이 작동될 수 있도록 관리 감독 인력 및 재정이 필요함.

□ 인력 양성 및 관리 체계 마련

○ 요양보호사 인력관리를 위한 양성체계 변경, 교육, 근무환경 개선 등을 통한 제도적 기반 확충

- (요양인력의 전반적 관리 체계 마련 부족) 여전히 요양보호사 이외 사회복지, 간호 등의 요양기관 종사인력에 대한 양성 계획 수립, 인력의 역량강화를 위한 교육 등 관리 부족
- 또한 장기적으로 인력부족 문제에 대응하고 가족자원의 적극적인 활용을 위한 방안 모색 필요

□ 제도간 역할 분담 및 연계부족

○ 의료와 요양, 사회서비스간의 연속적 보호를 위한 제도간 역할 분담이 요구됨.

- 이를 통해 전 국가적 비용 효율성과 국민의 서비스 체감도 향상이 이루어질 것으로 기대됨.
- 1차 기본계획 수립시 동일한 문제가 제기되었으나 적극적으로 해소되지 못함.

□ 장기적 관점 필요

○ 지금까지 10년간의 제도 운영은 현안 중심의 개선이 이루어짐. 향후 제도 개편은 인구사회학적 변화 전망을 고려하여 장기적 관점에서 방향성을 갖고 추진되어야 할 것임.

- 장기요양보험의 기본원칙인 재가급여 우선원칙 실현을 위한 지역사회 중심 체계로의 개편, 이를 통한 aging in place 실현
- 장기요양보험의 기본원칙인 의료서비스와의 연계 강화, 더 나아가 의료와 요양, 사회서비스간 역할 분담과 추진
- 국민 생활수준 향상을 고려한 국민 눈높이에 맞는 질 높은 장기요양서비스
- 또한 장기적으로 노인인구 증가, 인구감소 등으로 인한 제도의 지속가능성

#### 위기 예방방안 모색

- 노인장기요양보험은 지난 10년간 괄목할 만한 양적 확대를 이루었으며, 1차 기본계획('13~'17)의 후반기에는 제도의 질적 성장을 위한 다양한 개편을 통해 공적 돌봄체계로서의 초석이 마련되었다고 평가됨.
- 향후 2차 기본계획은 초고령사회 준비를 앞둔 시기로서 지난 10년간의 제도운영에서 나타난 한계를 극복하고, 제도가 안정적으로 안착되기 위한 노력이 필요한 시점으로 판단됨.



# 제 4 장

## 선협국의 장기요양정책 최근 동향

제1절 주요국의 장기요양 수급률 및 개편 방향

제2절 국가별 동향 검토



# 4

## 선협국의 장기요양정책 << 최근 동향

### 제1절 주요국의 장기요양 수급률 및 개편 방향

□ OECD 주요국의 장기요양 수급률은 노인인구를 기준으로 할 때 독일 13.4%( '15), 호주 11.4%( '15), 프랑스 10.3%( '15)로 비교적 낮으며, 덴마크, 네덜란드, 스웨덴, 일본 등은 15%를 넘는 것으로 나타남(OECD, 2017).

○ 일본은 고령화율이 27.3%로 이미 고령사회에 진입하였으며, 80세 이상 후기 노인 비율은 8.2%, 장기요양 수급률 또한 18.6%( '17)로 높게 나타남.

- 일본과 네덜란드는 최근 노인케어와 관련해서 재정적 지속가능성을 위한 제도 개혁이 나타나고 있음.

〈표 4-1〉 OECD 주요국 장기요양 수급률 및 고령화율

(단위 : %)

구분	장기요양 수급률			고령화율 (65세이상/전체인구*100)	전체 인구중 80세이상 비율
	전체	시설	재가		
한국	7.7 ( '16)	2.8 ( '16)	9.4 ( '16)	13.8	2.8
덴마크	15.8 ( '12)	4.2( '12)	11.6( '12)	18.8	4.3
독일	13.4 ( '15)	4.1( '15)	9.3( '15)	21.1	5.8
일본	18.6 ( '17)	na	na	27.3	8.2
네덜란드	18.4 ( '14)	5.3( '14)	13.1( '14)	18.2	4.4
스웨덴	17.0 ( '15)	4.5( '15)	12.5( '15)	19.8	5.1
스위스	21.6 ( '15)	5.9( '15)	15.7( '15)	18.0	5.0
호주	11.4 ( '15)	4.7( '15)	6.7( '15)	20.3	5.1
핀란드	14.5 ( '15)	6.4( '15)	8.1( '15)	18.9	6.0
프랑스	10.3 ( '15)	4.2( '15)	6.1( '15)	18.9	6.0

주: 1) 국가별 제공자로 수준이 상이함에 따라, 장기요양 수급률 분석시점을 괄호 안에 기입함

2) 장기요양 수급률 = (65세 이상 장기요양서비스(시설, 재가) 이용자 수) / (65세 이상 인구 수) \*100  
시설 및 재가서비스의 정의는 아래와 같이 OECD Health data의 정의를 따름.

① 시설서비스(long-term care institutions) : 중등도 이상의 기능제한으로 인해 장기요양보호기관(간호, 주거 보호시설 등)에서 공(사)적 재정으로 서비스를 이용하는 경우가 포함됨. 비영리단체를 포함하여 유료장기요양 시설, 사회프로그램 하에서 제공되는 케어수당 등 현금지원(cash payment)도 대상자에 포함됨. 단, 병원에서 장기요양서비스를 받는 사람(HP.1), 근로시장에서 소득급여를 받는 경우, 건강계정질문(Health Accounts questionnaire(HC.R.6-type services))에 정의된 장기사회서비스를 제공받는 경우는 제외됨.

② 재가서비스(long-term care at home) : 재가에서 기능제한자를 중심으로 제공되며, 공(사)적 재정으로 서비스를 이용하는 경우 모두 포함됨. 비영리단체를 포함하여 유료장기요양시설, 사회프로그램 하에서 제공되는

케어수당 등 현금지원(cash payment)도 포함됨. 단, 근로시장에서 소득급여를 받는 경우, IADL만 제한있는 경우, 건강계정설문(Health Accounts questionnaire(HC.R.6-type services))에 정의된 장기사회서비스를 제공받는 경우는 제외됨.

3) 고령화율(65세 이상 비율) 및 80세 이상 비율은 2016년을 기준으로 함.

4) 한국의 장기요양 수급률은 2016년 기준 65세 이상 인구 대비 2016년 시설 및 재가 이용자(장기요양통계연보 공시)의 비율임. 단, 전체 수급률은 시설 및 재가의 중복인원이 배제된 값을 기준으로 함.

자료 : 1) 국민건강보험공단(2016). 2016 노인장기요양통계연보.

2) 통계청. 장래인구추계(2017.10.24.반출)

3) OECD Health stats. Long-term care recipients in institution, at home.(2017.9.7 반출)

4) OECD Health stats. Demographics references.(2017.9.7. 반출)

5) United Nations. World Population Prospects: The 2017 Revision. (2017.9.7.반출)

6) 건강보험정책연구원 내부자료.

□ OECD 국가는 공통적으로 베이비붐 세대의 노년층 진입 등으로 인한 고령화 현상을 경험하고 있으며, 공공에서의 요양서비스에 대한 수요가 급증함.

○ 사회적 부양 부담을 감소시키며, 노인의 존엄한 삶 유지를 위한 Aging in place 개념을 제도적으로 실현하기 위해 시설서비스 보다는 재가서비스를 강화하려는 움직임을 보임.

- 특히 가족부양 친화 국가에서는 비공식적 수발자에 의한 케어의 중요성이 강조되며, 대표적 국가로 독일을 들 수 있음.

□ 고령화로 인한 사회적 재정 부담을 줄이기 위해 국가별로 재정개혁을 통해 한정된 공적 재원의 효율적 집행을 강조함.

○ 정부지출 및 본인부담 비율 재설계, 국가재정 부담과 급증하는 케어에 대한 욕구를 절충하는 방안 모색 등이 이루어지고 있으며, 대표적 국가로는 일본, 네덜란드가 포함됨.

□ 최근 국가별로 ‘지역에서의 노년기 삶 영위’를 강조하는 것은 노인과 사회 차원에서 win-win 전략으로 볼 수 있음.

○ 노인 개인에게는 본인이 친숙한 환경과 사람들 속에서 계속 생활할 수 있어, 안정적 노후를 보낼 수 있음.

○ 국가적 차원에서는 노인에 대한 지역사회 내에서의 보호를 통해 비용의 절감 효과가 있는 것으로 나타남.



- 지속적으로 지역사회에서의 보호가 가능하도록 하고, 이를 통해 의료기관에서의 사회적 입원을 감소시키기 위한 복지와 요양, 의료제도의 개편이 이루어짐. 지역사회 단위에서 노인을 보호할 수 있도록 하는 방향으로 개편이 이루어지고 있음.
- 대표적으로 스웨덴의 에텔개혁과 최근 네덜란드, 일본의 제도 개혁 등을 들 수 있음.

## 제2절 국가별 동향 검토

### 1. 독일 장기요양보험 개혁 동향 검토<sup>11)</sup>

- 독일의 장기요양보험제도는 1995년부터 시행되었으며, 장기요양개혁(Pflegereform)으로 불리는 개혁은 총 네 차례 이루어짐.
- 2008년 개혁(장기요양지속발전법), 2012년 개혁(신장기요양이행법), 2015년 개혁(장기요양강화법 I), 2017년 개혁(장기요양강화법 II, III)으로 구분됨.
  - 주요한 개혁내용은 2008년 급여액 상향조정, 2012년 치매수급자를 위한 급여 개선, 2015년 가족수발자 지원 강화, 2017년 장기요양필요성의 새로운 개념정립 및 자치단체의 역할 강화로 정리됨.
- 독일은 총 네 차례의 제도 개혁을 통하여 1) 장기요양필요성 개념에 대한 사회적 합의 2) 재가급여 강화 3) 비공식 수발자 지원 확대 4) 사례관리 강화 5) 서비스 질 향상 정책 도입 등을 이루었다고 평가됨.
- 2008년 개혁(장기요양지속발전법)
  - 주요내용
    - (급여한도액 단계적 인상) '08년부터 2년마다 '15년까지 5%씩 인상, '15년

11) 「선우덕 외(2016). 노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」과 「제2차 장기요양 기본계획 3차 총괄회의자료(가천대학교 남현주 교수 작성분)」를 참고하여 정리함.

이후 매 3년마다 물가상승률에 연동한 인상 실시

- (재가급여의 활성화) 재가급여의 제공장소 기준 유연화(거주형태 전환)
- (사례관리 강화) 장기요양지원센터 설립 및 장기요양상담사 배치를 통한 사례관리 강화
- (비공식수발자 지원 강화) 대리수발금액 단계적 인상, 단기휴직제 신설 등
- (서비스 품질 향상 및 투명성 강화) 품질보증을 위한 전문가 표준 개발 및 적용 의무화, '11년 이후 모든 시설에 대한 매년 불시 정기평가 실시
- 기타 : 보험료율 인상(1.7% → 1.95%(자녀가 없는 성인 : 2.20%))

□ 2012년 개혁(신장기요양이행법)

○ (추진배경) 노인인구 증가 및 요양필요성 증가에 대한 대응 필요

○ 주요내용

- (치매수급자 급여 인상) 치매수급자(0등급 및 1, 2등급 중 치매환자) 대상 급여액 인상('13년~)
- (등급판정기간 단축) 등급판정신청서 제출 후 5주 내 등급판정 결과 통보
- (새로운 주거유형의 지원)
  - 3명 이상 대상자들이 공동으로 일반가정에 거주할 경우, 추가 공동체 조직에 대한 급여 제공(매달 1명당 200유로)
- (비공식수발자 지원 강화 지속)
  - 추가돌봄서비스 : 일반가정에 거주하면서 일상생활수행에 제한이 있는 자 및 수발자의 부담 감소를 위한 서비스 제공
  - 단기보호나 대리수발 이용시, 4주동안 현금급여 지급
  - 두 명 이상의 가족을 동시에 수발할 경우, 수발시간을 합산하여 수발자의 연금산정 기간에 반영
- (재가서비스 활성화) 기존 특정서비스 기준으로 제공되던 재가서비스를 분(分)단위 기준으로 제공 가능

- 기타 : 보험료율 인상 ('12년 ~ '16년(0.1% 인상))
  - '13년 기준 : 2.05% (자녀가 없는 성인의 경우 2.3%) 상향 조정

#### □ 2015년 개혁(장기요양강화법 I)

##### ○ 주요내용

- (치매수급자 및 주야간보호 지원 강화)
  - 치매수급자: 모든 유형의 재가급여 이용 가능
  - 주야간보호: 재가(현금)급여 이용시 주야간보호 100% 추가 이용 가능
- (모든 장기요양보험급여 4%p 상향조정)
  - 기존 완전주거시설의 대안으로 새로운 주거유형에 100만 유로 지원
- (비공식수발자 지원 강화) 가족수발자 단축근무 해당 가족범위 확대, 수발 휴직법 실시
- (물가상승률에 연동한 보험급여(수가) 조정)
  - 재정안정을 위해, 장기요양보험료 수입의 0.1%(약 12억 유로) 20년간 적립

#### □ 2017년 개혁(장기요양강화법 II, III)

##### ○ 주요내용

- (판정등급 세분화) 새로운 등급판정도구를 적용하여 3등급 체제에서 5등급 체제로 세분화, 그에 따른 인력기준 개선 예정
- (자치단체의 역할 강화) 장기요양서비스 공급 보장, 장기요양보험급여에 추가적 돌봄서비스 제공
- 예방 강화, 부정청구 적발 및 척결 등을 위한 조치
- 기타 : 보험료율 0.2%p 상향조정
  - 2015년 장기요양강화법 I 이 시행되면서 누적된 보험료와 합산하면 약 50억 유로의 기금이 추가로 모여질 전망
  - 추가 납부된 보험료로 보험급여를 지금보다 약 20% 이상 인상할 예정

## 2. 일본 개호보험 개혁 동향 검토<sup>12)</sup>

□ 일본의 개호보험은 2000년부터 시행되었으며, 주요한 변화는 개호보험법 개정과 맞물려 진행됨.

○ 이제까지의 제도 개선을 통해 1) 제도의 지속가능성 확보를 위한 전략 마련, 2) 보건의료와 요양 관련 정책의 협업 기반 구축, 3) 보건-요양-복지서비스간 정보공유를 위한 ICT 기반 마련, 4) 지역복지 차원의 돌봄서비스 제공체계 구축 성과를 이루어낸 것으로 평가됨.

□ 2006년 제도 개정

○ (추진배경) 제도설계안보다 수급자가 급증하면서 보험재정 부족문제가 대두되면서 지속가능한 제도운영을 위한 개정안 마련 필요

○ (기본방향) 지속가능성, 고령자의 가능한 한 건강하고 활동적인 생활 유지, 개호, 연금 및 의료의 제도간 명확한 기능분담

○ 주요내용

- (개호예방 중시) 요지원자에 대한 급여를 개호예방급여로 신설하여 개호예방매니지먼트를 지역포괄지원센터에서 실시
  - 기존의 등급 체계(요개호1-5, 요지원)를 신체계(요개호1-5, 요지원1-2)로 구분
  - 지역포괄지원센터에서는 개호예방사업과 포괄적 지원사업 등의 지역지원사업 실시
- (시설급여 변경) 식비와 거주비용을 비급여화(본인부담)하고, 저소득층의 본인부담을 지원하기 위해 보충급여제도 실시
  - 개호노인보험시설의 세부유형을 종래형 개인실, 다인실, 유니트 개인실로 구분하여 급여수가 및 식비, 거주비용 등에 대한 차등부담 기준 마련
- 지역밀착형 서비스 신설을 통해 치매 및 독거노인들이 지역 내에서 생활 가

12) 「선우덕 외(2016). 노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」과 「제2차 장기요양 기본계획 3차 총괄회의자료(건강보험정책연구원 유애정 박사 작성분)」를 참고하여 작성함.

능하도록 지원

- 요개호(요지원)상태가 될 수 있는 가능성이 있는 대상자에게 지역단위에서 개호예방사업, 포괄적 지원사업, 임의사업 등을 추진하여 서비스 제공(각 시정촌에서 개호보험 급여비의 3%이내에서 재정을 투입하도록 상한 제시)
- 개호서비스 정보공표제도 의무화, 소득수준에 따른 보험료 부담비율을 결정하기 위한 보험료 부과기준 설정 등

□ 2008년 제도 개정

- (추진배경) 방문개호사업소의 부정청구 및 허위지정 등 일련의 부정행위 발생
- (기본방향) 부정행위 방지 및 개호사업 운영 적정화
- 주요내용
  - 부정행위 관련 사업자 본부에 대한 실사제도 도입
  - 사업소 지정 및 갱신시 결격사유 개선, 업무관리체제 의무화 등
  - 사업소 지정 관련 개선
    - 서비스사업소가 2개 이상의 도도부현에 소재해 있는 사업자의 경우, 후생노동성
    - 지역밀착형만 제공하는 사업자로 사업소가 동일 시정촌 내 있는 경우 시구정촌
    - 그 외 도도부현에 허가를 받는 것으로 개선

□ 2011년 제도 개정

- (추진배경) 제1호 피보험자(65세 이상 노인)의 보험료 상승 제어
- (기본방향) 일상생활권역에서 의료, 개호, 예방, 주거, 생활지원서비스의 연속적 제공, 제도의 지속가능성 확보
- 주요내용
  - (복합형 서비스 신설)

- 소규모 다기능 거택개호와 방문간호 통합 등 여러 형태의 재가서비스 조합을 통한 확충 방안 추진

#### □ 2015년 제도개정

○ (추진배경) 사회보장·조세 일체개혁의 일환으로 사회보장개혁국민회의에서 제출한 보고서에 기초한 '15년 개호보험제도 개혁 추진

○ 사회보장심의회 개호보험부회의 검토와 개호급여비분과회의 논의를 거쳐 서비스 제공체제 및 수가 등에 대한 제도개혁

#### ○ 주요 내용

- (지역포괄케어시스템 구축) 의료와 개호의 연계 강화, 자립지원을 위한 개호서비스 제공 확대, 노인 주거공간 확보, 시정촌의 기능 강화 등 추진
  - 후생노동성에 「의료·개호서비스 제공체제 개혁추진본부」를 설치하여 의료·개호연계추진팀과 지역포괄케어시스템추진팀 운영('13.11월~)
- (예방급여 축소) 개호예방급여(요지원 1,2 대상) 중 방문개호와 통소개호를 폐지하고, 시정촌의 지역지원사업으로 재편성
  - 개호보험사업비의 부담증가로 인해 개호예방사업의 일부를 국가보조사업으로 이관함으로써 서비스 대상 및 내용 축소에 대한 비판 제기
- (노인요양시설 입소기준 제한) 특별양호노인홈(노인요양시설)의 입소기준을 요개호3 이상으로 한정
- (제도의 지속가능성 확보) 일정 이상 소득자의 본인부담 20%로 증가 및 보충급여 대상자 축소
  - 저소득층이라도 저축금액(독거 1,000만엔, 부부세대 2,000만엔), 부동산(2,000만엔), 배우자의 소득 등 자산이 있을 경우 보충급여 대상자에서 제외되어 노인요양시설의 식비 및 거주비 부담 증가

### 3. OECD 주요국의 개혁동향<sup>13)</sup>

#### □ 영국

○ 영국은 인구고령화 등으로 인한 의료비 폭증으로 인해 지방정부를 중심으로 장기요양서비스가 발달함.

- 중앙정부의 NHS(National Health Service)와 분리하여 지방정부가 고령자 및 장애인을 대상으로 한 보호와 서비스 제공
  - 지방정부 중심의 운영으로 각 지방정부마다 요양욕구에 대한 판정기준 등 서비스 운영 형태에 있어, 다소 차이 발생
- (급여대상) 65세 이상(은퇴연령)을 대상으로 운영
- (급여유형) 재가서비스, 시설서비스, 현금서비스로 구분
  - 재가서비스 : 지역간호서비스, 가정봉사서비스, 식사서비스, 데이케어
  - 시설서비스 : 입소시설, 양로주택
  - 현금서비스 : 장애수당(DLA), 돌봄수당(AA)
- \* 장애수당은 65세 미만 중 거동이 불편한 경우 지급
- (이용절차) 수급자 및 가족이 지방정부에 신청. 신청 후 욕구(자산)조사를 통해 서비스 이용
  - 욕구조사 : 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 지방정부의 욕구조사팀이 실시
  - 등급판정 : 욕구사정 결과 치명적인 상황(critical), 중증(substantial), 중경증(mode rate), 경증(low rate)의 4단계로 구분
- (재원 및 본인부담) 중앙정부 교부금 및 지방세의 조세방식이며, 일부 본인 부담으로 진행
  - 재가서비스는 대다수 본인부담 없음. 단, 서비스 이용량과 자산 보유여부에 따라 각 지방정부와의 계약 내용은 다양
  - 시설서비스의 경우, 자산조사를 통해 본인부담 비율 조정

13) 「Gori, C., Fernandez, J., & Wittenberg, R.(2016). Long-term care reforms in OECD countries.」를 참고하여 정리함.

○ 증대하는 노인 서비스 욕구에 대응하기 위하여 시장화의 적극적 추진을 통해 서비스 공급 주체의 개혁 도모

- 그 결과 공공, 비영리부문 등 공식서비스에서 민간 영리기관의 장기요양서비스 제공 허용을 통한 인프라 확충과 같은 긍정적 효과 창출
- 시장화와 함께 장기요양서비스에 대한 강력한 예산통제 및 비용감축 단행
  - 보장성은 축소되거나 일부만 확대되었고, 이로 인해 노인의 서비스 이용 제한으로 욕구 충족의 한계 발생
  - 재가서비스 이용률에 있어서도 다른 OECD 국가에 비해서 낮은 수치
  - 단, 공적 시설/재가서비스 제공에 대한 엄격한 통제를 벗어나 현금서비스는 별도의 자산이나 소득 조사 없이 요양욕구를 기반으로 제공함에 따라 일부 확대

\* 시설/재가서비스에 비해 보다 높은 수용범위를 보이며, 2013년 기준 현금서비스는 약 200만명 이용(7.8억 파운드 지급)

- 비용효과성을 고려한 정책적 개입으로 인해, 기능상태에 따라 서비스 충족이 양극화 되는 문제 초래(중증 중심)

〈표 4-2〉 영국의 장기요양제도 평가 (1990년대~2010년대)

		1990년대 초반	2000년대 초반	2010년대 초반
정책적 결합	재가 : 시설(%)	3.5:1	1.5:1	1.6:1
	현금 : 현물(%)	1.3:1	3.1:1	4.8:1
수용 범위	재가(%)	5.3	3.9	3.0
	시설(%)	1.5	2.6	1.9
	현금(%)	8.9	20.3	23.5
제공량	재가서비스 (한 가정당 일주일 평균 제공시간)	3.2	6.7	12.4
	시설서비스 (공공 유니트의 일주일 평균지출액)	n.a	450(파운드)	522(파운드)
	현금지원 (수급자 1인당 월별 평균 제공액)	211(파운드)	272(파운드)	317(파운드)

자료 : Gori, C., Fernandez, J., & Wittenberg, R.(2016). Long-term care reforms in OECD countries. p.81.



○ 최근 노인인구의 급증으로 인한 재정적 부담을 고려하여 효율적 서비스 제공 등을 중심으로 한 개혁 실시

- (의료 및 장기요양 간 협력 강화)

- 현재까지 영국은 NHS와 이원화된 요양 및 돌봄서비스 운영으로 인한 자원 낭비, 행정체계의 이원화로 인한 불편 초래
- 노인요양에 소모되는 자원 및 행정체계 일원화를 위한 서비스 통합 노력

- (장기요양시설 케어매니저 교육과정 및 역할 강화)

- 서비스 전문성 강화를 위한 시설 내 케어매니지먼트 기능 중요성 강조

- (재가서비스 강화 및 재활서비스 확대)

- 노인이 자신의 집에서 최대한 오래 건강하게 거주할 수 있도록 재가서비스에 대한 정책적 지원 강화
- 급성기 병원 퇴원 후 효과적인 재가복귀가 필요한 대상자에게 퇴원 직후부터 지자체와 관련 전문가가 함께 개입하여 빠른 재가 복귀지원을 도모하는 재활서비스 확대 노력

#### □ 스웨덴

○ 스웨덴은 보편주의적 원칙에 근거하여 장기요양서비스가 운영됨. 1990년대 초반 경제위기 등으로 인하여 실시된 에텔개혁(1992년)으로 기초자치단체가 서비스를 관할

- (급여대상) 연령, 소득, 계층에 관계없이 욕구를 지닌 모든 국민

- (급여유형) 재가서비스, 시설서비스

- 재가서비스 : 재가지원서비스, 단기보호서비스, 주간보호서비스, 식사배달서비스, 안전경보서비스, 일상생활지원서비스 등
- 시설서비스 : 너싱홈, 집단거주홈, 퇴직자 홈

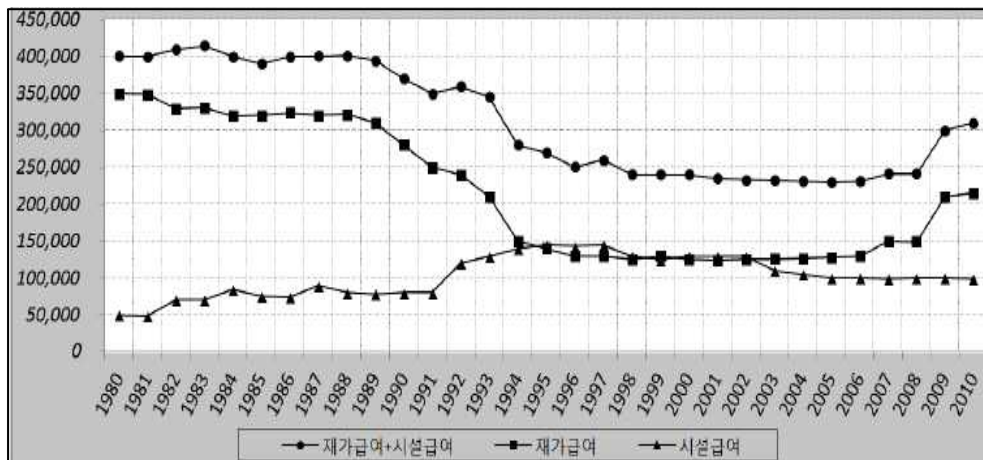
- (이용절차) 수급자 및 가족이 기초자치단체에 신청. 신청 후 욕구조사에 따라 서비스 이용

- 기초자치단체의 케어매니저가 요양보호 대상자 선정
- (재원 및 본인부담) 기초자치단체의 수입 및 일부 중앙정부 보조금 등의 조세, 일부 본인부담으로 진행
- 지자체의 재정상황 등에 따라 시설, 재가의 본인부담금 차등

○ 스웨덴은 1992년 에텔개혁을 통하여 사회, 의료서비스 욕구 충족을 위한 노력을 이어나갔으나, 여전히 한정된 재원 문제에 봉착

- 재가급여는 개혁 초기 감소추세를 보였으나 최근 들어 감소추세가 현격히 줄어들음. 시설급여의 경우 반대로 에텔개혁 직후부터 상당한 증가세를 보였으나, 1990년대 중반 이후 완만한 감소추세 지속
- 2000년대 초반 이후, 재가급여에 대한 이용률이 시설에 비해 높게 나타남.
- 단, 시설급여의 지출액 증가는 종사자의 증가와 맞물린 결과(개소수는 오히려 감소 추세)

[그림 4-1] 재가 및 시설급여 이용자 추이(1980~2010)



자료 : 윤영택·이선미·강하림·곽동선(2014). 주요국 건강보장제도 현황과 개혁동향(스웨덴). 국민건강보험공단. p.85.

〈표 4-3〉 스웨덴의 장기요양제도 평가 (1990년대~2010년대)

		1990년대 초반	2000년대 초반	2010년대 초반
정책적 결합	재가 : 시설(%)	1.3:1	1.0:1	1.6:1
	현금 : 현물(%)	n.a	n.a	n.a
수용범위	재가(%)	9.8	7.9	8.3
	시설(%)	7.7	8.3	5.2
	현금(%)	n.a	n.a	n.a
제공량	재가서비스 (월 평균 제공시간)	24.4	30.8	29.3
	시설서비스 (공공 유니트의 월 평균 지출액)	n.a	46,144(크로나)	52,112(크로나)
	현금지원 (수급자 1인당 월별 평균 제공액)	n.a	n.a	n.a

자료 : Gori, C., Fernandez, J., & Wittenberg, R.(2016). Long-term care reforms in OECD countries. p.91.

#### ○ 서비스의 질 관리 및 재정의 효율적 운영을 위한 제도 개선 진행

- (가족수발자 지원 강화)
  - 한정된 기초자치단체의 재정만으로 급증하는 요양욕구에 대한 한계가 존재하여, 가족수발자에 대한 지원 강화 노력 지속
  - 가족수발자 지원을 위한 법안 마련, 중앙정부 차원의 장려금 배분
- (시장화를 통한 서비스 경쟁 및 인프라 구축)
  - 민간기업을 통한 청소, 세탁, 장보기 등의 서비스 제공 가능
- (서비스 품질관리를 위한 데이터베이스 구축)
  - 기초자치단체에서 제공하는 서비스의 범위 및 비용에 관한 정보 수집 및 문제점 분석을 통한 서비스 질 관리

#### □ 미국

- 미국의 장기요양서비스는 개인이 비용을 부담하고 정부는 메디케이드(Medicaid)를 통해 빈곤층의 장기요양서비스 비용을 보조하는 구조
  - 제약을 최소화하며 개별화된 케어와 가정과 같은 환경을 조성하기 위한 노력 수행

- (급여대상) 주로 노인과 신체적, 정신적 장애가 있는 자를 급여대상으로 하며, 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)에 따라 급여대상 상이
    - 메디케어(Medicare) 제공 장기요양서비스 : 65세 이상 노인, 특정장애가 있는 65세 미만, 말기 신장환자 등
    - 메디케이드(Medicaid) 제공 장기요양서비스 : 소득이 있는 연방빈곤선 100% 이하의 노인 혹은 장애가 있는 자
  - (급여유형)
    - 메디케어(Medicare) 제공 장기요양서비스 : 수발서비스 제외, 의료적 판단 하에 일부 재가서비스(물리치료, 간호서비스 등), 호스피스
    - 메디케이드(Medicaid) 제공 장기요양서비스 : 재가서비스(간호, 사례관리, 세탁 및 청소 등의 수발서비스), 시설서비스 등
  - 대부분의 장기요양서비스는 집에서 제공되며, 다른 종류의 서비스는 지역사회단체나 장기요양시설에서 제공됨.
    - (재가서비스) 가족에 의한 서비스, 간호사 및 요양보호사 등의 방문서비스
    - (지역사회지원 서비스) 주간보호, 이동서비스, 방문서비스 등
    - (시설서비스) 너싱홈, 그룹홈 등
- 메디케이드(Medicaid)의 장기요양서비스 이용자 급여이용 변화를 살펴본 결과, 약 10년 동안 재가서비스 이용률은 1.9%에서 2.6%로 증가한 것으로 보고됨.
- 주마다의 편차는 다양하나, 시설서비스는 3.4%에서 2.5%로 감소
  - 재가서비스 확대에 따라, 대부분의 주는 기존 기관 중개형 서비스에서 수급자 개인이 보다 많은 통제권과 융통성을 지닐 수 있도록 ‘이용자 중심(participant-directed)’ 시스템을 도입(Gori et al, 2016)
    - 이용자는 본인에게 지원되는 예산 하에서, 서비스 제공자에 대한 고용, 감독, 해고가 가능. 경우에 따라 가족을 통한 서비스 제공도 가능

〈표 4-4〉 미국의 장기요양제도 평가 (2000년대~2010년대)

		2000년대 초반	2010년대 초반
정책적 결합	재가 : 시설(%)	0.6:1	1.0:1
	현금 : 현금(%)	n.a	n.a
수용 범위	재가(%)	1.9	2.6
	시설(%)	3.4	2.5
	현금(%)	n.a	n.a
제공량	재가서비스(월 평균 지출액)	n.a	1,299
	시설서비스(월 평균 지출액)	n.a	3,077
	현금지원	n.a	n.a

주: Medicaid 서비스 이용자로 한정하여 분석

자료 : Gori, C., Fernandez, J., & Wittenberg, R.(2016). Long-term care reforms in OECD countries. p.93.

○ 미국은 2010년 Health Care and Education Act가 통과됨에 따라, 2014년부터 전국민 보장을 위한 보건의료 개혁 실시

- 전 국민의 의료보장성 강화를 위해 건강보험 가입 의무화, 메디케이드(Medicaid) 보장성 확장(기존 연방정부 빈곤선 100% → 133%) 등을 위한 노력
- 그러나 보장성 확장은 재정문제와 맞물리게 됨에 따라, 본인부담금 등이 급증할 수 있는 문제 등 내포

\* 현재 Medicaid는 요양시설에 대한 보장이 제한됨에 따라, 요양시설 입소시 높은 본인부담금 지불 문제 존재

- 한편 최근 의료와 요양서비스에 대한 통합, 조정에 대한 욕구 증가
- 기존 서비스는 서비스 제공자 중심으로 분절적 서비스가 제공되어 노인의 복합적 욕구에 대응 한계
- 일부 주를 중심으로 저소득 노인에 한해, 의료 및 요양의 복합적 욕구가 있을 경우 통합된 서비스의 시범적 적용



# 제 5 장

## 제2차 장기요양 기본계획 수립방향

제1절 제도환경에 대한 종합진단

제2절 2차 기본계획 기본방향 설정

제3절 비전과 목표





# 5

## 제2차 장기요양 기본계획 << 수립방향

### 제1절 제도환경에 대한 종합진단

#### 1. 장기요양제도 내부 상태 진단

##### □ 수요측면

- 지속적인 대상자 확대 노력을 통해 보장성 강화가 일부 실현되었으나, 아직까지 현재 장기요양 수요 대비 충분한 충족이 이루어지지 못한 상태로 판단됨. 이는 일상생활수행의 어려움이 있으나, 장기요양서비스에 진입하지 못한 노인의 요양병원 장기입원 등의 사회적 문제로 나타남.
- 자녀동거 노인 및 가족 돌봄에 대한 기대 감소, 요양서비스에 대한 높은 이용 의향 등은 장기요양 수요 증가와 연결됨.
- 국민의 의식주를 비롯한 생활수준 향상 등은 장기요양의 품질 향상에 대한 요구 증가와 맞물림.

##### □ 공급 측면

- 베이비부머의 노년층 진입 등을 고려한 수요 증가를 감안하여 서비스의 추가 공급이 요구됨. 그러나 노동인구 감소, 요양직에 대한 기피 등으로 구인난이 예상되어, 급증하는 서비스 수요에 대한 공급 확대 필요
- 장기적으로는 요양업무 대행 등의 로봇이나 과학기술이 노동력 부족을 일부 대체할 것으로 기대

##### □ 제도 운영과정에서의 개선점

- 민간(개인)에 편중된 급여제공 기관 양산으로 인해 공급기관 운영주체의 불균

형 초래, 공공제도의 장기적인 지속 발전을 위한 제공기관의 공공성 강화, 이를 위한 공급기관 관리 강화와 지자체 등 공공기관 확대 필요

- 지역별 다양한 급여 이용권 확보를 위한 지역별 공급기관과 인력 관리

○ 요양서비스의 질 향상을 위한 인력의 안정적 고용과 적정 수준의 보상 등 근무 여건 향상, 적정 수준의 요양인력 유지 및 관리 필요

○ 이용자 중심의 서비스 이용이 이루어질 수 있도록 하는 지원의 부족으로 인한 서비스 이용의 비효율성 해소 필요

○ 급여제공 원칙이 이용자 중심의 적절한 급여 제공, 재가급여 우선원칙, 의료와의 연계 원칙을 실현할 수 있도록 제도적 개편 요망

## 2. 제도 외부 요인 및 선협국의 장기요양 제도 개편 동향

□ 고령인구 증가, 노동인구 감소로 사회보장 지출은 크게 증가하지만, 세입 감소로 인한 사회적 부담은 더욱 커질 것임.

□ 선협국의 장기요양 제도 개편 동향

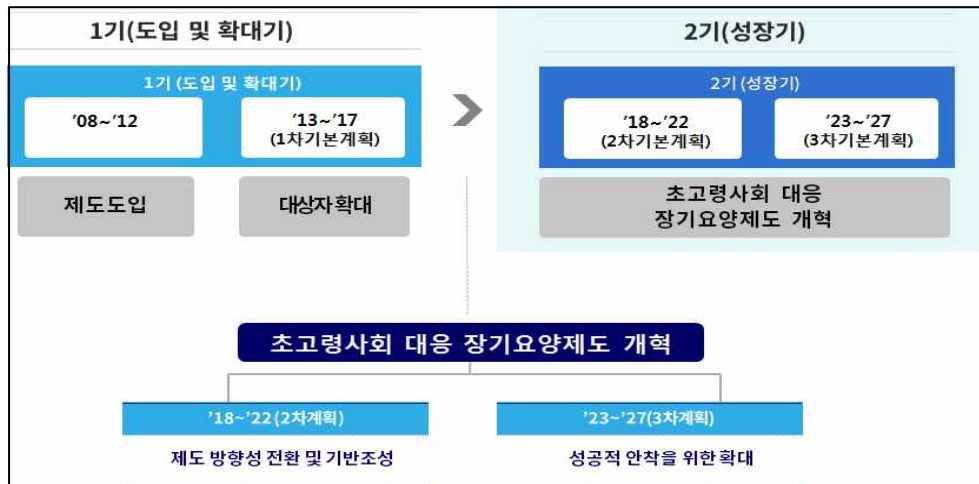
○ 인구고령화 심화, 요양서비스 수요 확대, 사회적 부담 증가를 극복하기 위한 제도개편 실시

○ 제도 지속가능성을 위한 개편, 재가서비스 강화, 비공식적 수발자에 의한 케어의 중요성 강조, 재정개혁을 통한 재원의 효율적 집행 움직임 등

## 제2절 2차 기본계획 기본방향 설정

- 제2차 장기요양보험기본계획('18~'22) 수립은 장기적으로 초고령사회로의 진입을 고려한 제도의 체질 개선 시작 시기로 설정
- 기본계획 수립 방향
  - 나이가 들어도 익숙한 집에서 생활할 수 있도록 하는 Aging in place 실천을 위한 재가 중심 서비스 체계로 전환
    - 공급자 중심의 분절적 재가서비스 제공 방식에서 이용자 중심의 통합적 재가서비스 제공방식으로의 전환과 체계적 사례관리
    - 지역에서의 일상생활유지를 위한 다양한 서비스 개발 및 연계
    - 가족 등 비공식 보호체계와의 적극적 협력체계 구축
  - 서비스의 전문화 및 질 향상을 위한 장기적 접근
    - 치매, 의료서비스 등의 전문적 서비스 제공 기관 확대
    - 요양시설의 거주중심 생활형으로의 점진적 개편
  - 초고령사회 진입을 대비하는 지속가능성을 고려
    - 장기적 수요 증가를 고려하여 안정적 재정관리 방안 모색
    - 재정지출의 효과성 극대화 방안 모색
  - 사회보험으로서의 공공성 확대를 위한 유관 제도와의 역할 정립 및 지자체의 적극적 역할 부여
    - 이용자 중심의 의료-요양-사회서비스간의 역할 조정 및 연계
    - 지역단위 연속적 보호가 이루어질 수 있도록 지자체 역할과 책임 강화

[그림 5-1] 제2차 장기요양 기본계획 수립방향



## 제3절 비전과 목표

### □ 비전 및 목표

#### ○ 비전

- 존엄한 노후 보장을 위한 좋은 돌봄 사회

#### ○ 목표

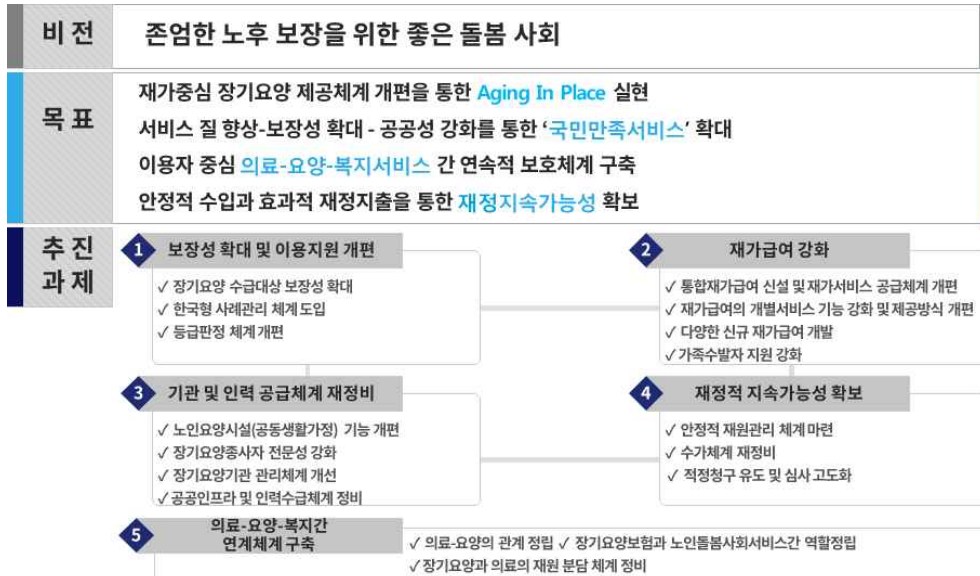
- 재가중심 장기요양 제공체계 개편을 통한 Aging in Place 실현
- 서비스 질 향상 - 보장성 확대 - 공공성 강화를 통한 국민만족서비스 확대
- 이용자 중심 의료-요양-복지서비스 간 연속적 보호체계 구축
- 안정적 수입과 효과적 재정지출을 통한 재정 지속가능성 확보

#### ○ 추진과제

- 보장성 확대 및 이용지원 개편
  - 장기요양 수급대상 보장성 확대
  - 장기요양 사례관리 체계 도입

- 등급판정체계 개편
- 재가급여 강화
  - 통합재가급여 신설 및 재가서비스 공급체계 개편
  - 재가급여의 개별서비스 기능강화 및 제공방식 개편
  - 다양한 신규 재가급여 개발
  - 가족수발자 지원 강화
- 기관 및 인력 공급체계 재정비
  - 노인요양시설(공동생활가정) 기능 개편
  - 장기요양종사자 전문성 강화
  - 장기요양기관 관리체계 개선
  - 공공인프라 및 인력수급 체계 정비
- 재정적 지속가능성 확보
  - 안정적 재원관리 체계 마련
  - 수가체계 재정비
  - 적정청구 유도 및 심사 고도화
- 의료-요양-복지간 연계체계 구축
  - 의료-요양의 관계정립
  - 장기요양보험과 노인돌봄사회서비스간 역할정립
  - 장기요양-의료간 재원 분담 체계 정비

[그림 5-2] 제2차 장기요양 기본계획 비전 및 추진과제



## 제 II 부

# 제2차 장기요양 기본계획 주요 정책과제

제6장 보장성 확대 및 이용지원 개편

제7장 재가급여 강화

제8장 기관 및 인력 공급체계 정비

제9장 재정적 지속가능성 확보

제10장 의료·요양·복지간 연계체계 구축





# 제 6 장

## 보장성 확대 및 이용지원 개편

제1절 장기요양 수급대상 보장성 확대

제2절 한국형 사례관리 체계 도입

제3절 등급판정체계 개편



# 6

## 보장성 확대 및 이용지원 개편 <<

### 제1절 장기요양 수급대상 보장성 확대

#### 1. 장기요양 적정 보장규모 설정 및 확대

##### 가. 배경 및 필요성

###### □ 배경

- 수급 대상자 보장규모 확대를 위해 '12년부터 대상자 인정점수 기준을 55점에서 51점으로 단계적으로 하향 조정함.
- 치매질환자의 장기요양 보장성 확대를 위해 '14년 치매특별등급(5등급)을 도입하여 인정점수 45점 이상~51점 미만자 중 치매질환자를 장기요양 대상자로 확대함.
- 치매가점('11), 인정조사시 기준 완화('16)를 통하여 대상자 확대를 위한 제도 개선을 실시함.
- 장기요양 인정자는 제도초기 214천명('08.12)에서 552천명('17.6)으로 약 2배 이상 증가하는 성과를 거둠.

###### □ 필요성

- 보장성 확대의 필요성
  - 장기요양 제도도입 이후 수급 규모 확대를 위한 지속적인 노력을 실시하였으나, 여전히 보장성 확대에 대한 욕구가 나타나고 있음.
  - 장기요양을 필요로 하지만 등급을 받지 못한 노인, 특히 치매질환자의 수급권 확대에 대한 사회적 요구가 있음.

## ○ 적정 보장 규모에 대한 설정 필요

- 장기요양 수급권 확대는 장기요양서비스와 의료, 사회서비스 등 관련 제도와 역할 정립에서 대상자의 적정 규모가 설정되어야 할 것임.
- 장기요양 대상자는 일반적으로 일상생활수행(ADL) 제한자를 의미하며, 그 보다 낮은 수준의 제한을 갖는 경우 사회서비스의 대상자로 구분됨.
- 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자는 일상생활 수행(ADL)에 있어서 타인의 도움을 필요로 하는 자이며, 가사, 식사, 교통서비스와 사회적 활동(social activity)과 같은 낮은 수준의 사회 보호(social care)와는 구분됨(OECD, 2005).

〈표 6-1〉 기능상태별 필요서비스와 주요 정책

기능상태 제공서비스	ADL 제한자	IADL 제한자	허약노인	건강노인
일상생활지원 (ADL)	○	×	×	×
가사 등 사회적 활동	○	○	△	×
의료서비스	필요시	필요시	필요시	필요시
주요 정책	장기요양	사회서비스 (노인돌봄종합)	사회서비스 (독거노인서비스)	

## ○ 현재 장기요양 대상자의 포괄범위는 ADL 제한 노인 전체를 포괄하지 못하고 있어, 장기요양 대상자의 추가적인 확대가 요구됨.

- 4등급은 인정점수 51점 이상으로 일상생활에서 2~3개의 기능 제한을 갖는 자이며, 5등급의 경우 1~2개의 기능 제한과 치매가 있는 자임.
- 등급외 A는 요양인정점수 45~51점 미만이면서 치매질환이 없는 자로서, 일상생활수행에 있어 1~2개의 제한을 지님. 향후 장기요양 대상자로 확대 될 필요성을 갖고 있음.

〈표 6-2〉 등급별 기능상태

요양인정점수	51점 이상	45~51점미만	40~45미만	40미만
등급	1~4등급	5등급(치매) 등급외 A	등급외 B	등급외 C
기능상태	ADL 2~3개 제한(외부이동제한 OR 외부이동가능하지만 치매)	ADL 1~2개 제한 (①외부이동 부분도, 목욕 부분도 AND 식사준비 등 IADL 제한 ②치매로 자립적 일상생활계획, 판단불가)	ADL 1개 제한 ①목욕하기 부분적 도움&식사준비 등 가사제한 ②치매 질환자의 경우 식사준비 등 사회활동 제한 높음	ADL문제 없음 식사준비 등 일부제한

- 또한 일부 등급외자 중 치매질환자의 경우 ADL의 기능적 측면은 양호하지만, 일상생활계획, 판단 등의 능력제한으로 인해 일상생활의 어려움을 겪고 있음.
- 장기요양 필요도가 일정수준 있음에도 불구하고, 장기요양보험을 비롯한 돌봄서비스의 사각지대에 위치하여 보호받지 못하는 노인도 존재함.
- 장기요양 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 비수급자\* 다수 존재, 이들 중 일부는 요양병원 이용, 가족 수발, 더 나아가 돌봄 사각지대에 방치

\* 지역별 돌봄종합서비스 공급량의 한계로 인해 이용하지 못하는 경우 존재

○ 장기요양 보험제도에서 적정 보장규모 설정에 따른 보장성 확대 필요

- 타 지역사회보호서비스 등이 확대되지 못하고 있는 현 시점에서, 장기적으로 장기요양 보험제도가 보장해야 할 기준 설정 필요
- 특히 장기요양의 사각지대로 인한 사회적 입원, 보호의 부재 등을 해소하기 위해 장기요양 보험제도의 보장성 확대 요구

## 나. 현황 및 문제점

### □ 현황

- 제도도입 이후 장기요양 인정자 규모는 보장성 확대 노력과 제도에 대한 국민 인식 향상 등으로 크게 증가함.

- 장기요양 인정자의 증가 요인은 제도에 대한 인지도 증가(자연증가분), 대상자 확대 정책 도입, 기능악화 노인 증가 등의 요인에 의함.
- 2008년부터 2011년까지는 제도에 대한 인지도 증가로 인해 대상자 확대가 급격히 이루어진 것으로 분석되며, 2012년부터 2015년까지의 대상자 증가는 매년 실시된 인정점수 하향 조정 정책의 효과로 볼 수 있음.
- 2012년부터 2014년까지 인정점수를 4점 하향 조정했으며, 이 시기에 인정자는 약 82천명 가량 유입되었음.

〈표 6-3〉 연도별 노인인구 대비 인정률

	(단위: 명, %)								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
노인인구 (65세이상)	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244	6,940,396
인정자	214,480	258,476	270,320	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752	519,850
전년대비 증가수	-	43,996	11,844	54,092	17,376	36,705	46,079	43,180	52,098
노인인구 대비 인정률	4.2	4.9	5.0	5.7	5.8	6.1	6.6	7.0	7.5
(제도변화)	-	-	-	치매가점 도입	55점 →53점	53점 →51점	51점→45점 (치매)		인정조사 평가기준완화

주: 1) 연도말 기준으로 집계

2) 2009, 2010년도의 경우, 당해연도 연보의 인정자 계를 기준으로 작성함

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

〈표 6-4〉 연도별, 등급별 장기요양 인정노인 변화 추이

(단위 : 명, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
신청자(계)	355,526	402,815	381,561	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024	848,829
인정자(계)	214,480 (100.0)	258,476 (100.0)	270,320 (100.0)	324,412 (100.0)	341,788 (100.0)	378,493 (100.0)	424,572 (100.0)	467,752 (100.0)	519,850 (100.0)
1등급	57,396 (26.8)	43,349 (16.8)	31,352 (11.6)	41,326 (12.7)	38,262 (11.2)	37,283 (9.9)	37,655 (8.9)	37,921 (8.1)	40,917 (7.9)
2등급	58,387 (27.2)	65,570 (25.4)	63,696 (23.6)	72,640 (22.4)	70,619 (20.7)	71,824 (19.0)	72,100 (17.0)	71,260 (15.2)	74,334 (14.3)
3등급	98,697 (46.0)	149,557 (57.9)	175,272 (64.8)	210,446 (64.9)	232,907 (68.1)	269,386 (71.2)	170,329 (40.1)	176,336 (37.7)	185,800 (35.7)
4등급	-	-	-	-	-	-	134,032 (31.6)	162,763 (34.8)	188,888 (36.3)
5등급	-	-	-	-	-	-	10,456 (2.5)	19,472 (4.2)	29,911 (5.8)
등급외(계)	50,891	63,826	67,266	154,034	153,657	156,835	160,814	163,005	161,156
등급외A	26,780	40,560	45,733	95,890	93,422	89,731	-	-	-
등급외B	13,094	16,482	17,208	42,258	44,754	52,390	-	-	-
등급외C	11,017	6,784	4,325	15,886	15,481	14,714	-	-	-

주: 1) 신청자의 경우, 각 연도별 연간 신청자 기준으로 해당 연도말 기준 사망자 제외됨.

2) 인정자의 경우 연도말 인정자격 유지자 기준으로 사망자 제외된 값임.

3) 2009, 2010년도의 경우, 당해연도 연보의 신청자, 인정자 계를 기준으로 작성함

4) 2014년 이후, 등급외의 경우 세부 구분없이 총계만 제시됨.

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

○ 등급신청자 중 등급을 인정받은 비율은 77%(17.6)이며, 등급외자의 규모는 약 161천명으로 나타남. 장기요양 인정자 중 치매노인의 비율은 약 46.9%이며, 등급외자 중에서는 15천명이 있음.

〈표 6-5〉 등급 및 연령별 등급인정신청자 현황(2017.6. 기준)

(단위 : 명)

등급	인정자수	65세이상	65세미만	치매노인수
인정조사신청자	713,377	676,490	36,887	334,550
1	42,178	37,537	4,641	26,329
2	77,224	73,351	3,873	50,559
3	191,372	180,896	10,476	108,828
4	205,784	197,585	8,199	97,725
5	35,879	34,938	941	35,255
인정자 총계	552,437	524,307	28,130	318,696
등급외 A	76,680	71,100	5,580	4,630
등급외 B	69,667	67,309	2,358	8,624
등급외 C	14,593	13,774	819	2,600

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2017.6. 기준)

## ○ 치매유병율과 장기요양 인정자

- 2017년 기준 치매유병율은 노인의 10.2%이며, 최경도 16.8%, 경도 40.3%, 중등도 26.9%, 중증 16.0%임(중앙치매센터, 2017년 공표자료 기준<sup>14)</sup>). <표 6-6>의 치매단계별 서비스 욕구에 의하면 경도 치매부터 도구적 일상생활지원이 요구됨. 따라서 치매유병자 중 약 83.2%가 도구적 일상생활지원 이 필요한 장기요양 대상자이며, 노인의 약 8.48%<sup>15)</sup>의 규모임.

&lt;표 6-6&gt; 치매 단계별 임상 양상과 서비스 욕구

치매단계	임상양상	보건의료서비스욕구	복지서비스욕구
GDS 3: 경도 인지장애 최경도 치매	(1)귀중품을 둔 곳을 기억못해 잃어버림, 단어나 이름이 금방 떠오르지 않는 일이 많아짐. 책을 읽고 기억하는 내용이 전보다 적음 (2)낯선 곳에서 길을 잃음 (3)직업이나 사회생활에서 수행능력 감퇴	-경도인지장애: 치매초기검진, 위험요인 조절 --치매 : 약물치료 및 비약물적 치료	
GDS 4: 경도치매	(1)생활상의 최근사건과 최근 시사 문제들을 잘 기억하지 못함 (2)감정이 무뎌짐 (3)금전관리와 혼자 외출하는데 지장이 있음(익숙한 길은 혼자 다닐수 있음). 복잡한 일을 효율적이고 정확하게 수행할 수 없음	-약물치료 및 비약물적 치료	-도구적 일상생활지원
GDS 5: 중등도치매	(1)현재 생활과 관련된 주요한 사항들(집 주소나 전화번호)을 기억하지 못함 (2)시간, 장소, 지남력이 자주 상실됨 (3)식사나 위생관리에 도움을 필요로 하지는 않으나 옷을 선택하거나 입는데 문제가 있을 수 있음(신발의 좌우를 바꿔 신음)	-약물치료 및 비약물적 치료	-가사지원 및 도구적 일상생활지원/일상생활지원
GDS 6:	(1)최근 사건/경험들을 거의	-약물치료 및 비약물적 치료	-일상생활지원

14) 중앙치매센터 [http://www.nid.or.kr/info/today\\_list.aspx#](http://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx#) (2017.10.31. 반출)

15) 2017년 기준 치매환자 중 경도 이상 환자수/ 65세 이상 노인수의 비율로 추정

① 721,702명(2017년 기준 치매환자 수) × 83.2% (경도 이상 치매환자 비율) = 600,457명

② 2017년 기준 65세 이상 노인 수 : 7,075,518명

(출처 (1)치매환자 수: 중앙치매센터 홈페이지(2017.10.31.반출), (2)65세 이상 노인 수: 장래인구추계(2017.10.23.반출))



치매단계	임상양상	보건의료서비스욕구	복지서비스욕구
중증 치매	기억 못하고, 오래된 일에 대한 기억도 손상(피상적) (2)행동심리증상: ①망상, ② 반복 행동, ③불안증, 초조, 난폭한 행동등 (3)외출에 거의 대부분 도움이 필요하며, 기본적 일상생활에 상당한 도움이 필요		
GDS 7: 최중증 치매	-식사에도 도움이 필요, 빈번한 실금, 기본적인 정신운동 능력이 상실됨(걷기 등)	-약물치료 및 비약물적 치료	-일상생활지원

자료 : 이동우(2011). 장기요양 치매환자에 대한 효율적 관리방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

#### □ 한계(문제점)

- 계속적으로 장기요양 대상자를 확대하였으나, OECD의 장기요양 대상자 기준인 ADL 제한노인을 포괄하지 못하고 있음.
  - ADL 제한 노인은 2017년 기준 노인의 약 9.4%로 추정되고 있으나, 현재 노인의 약 7.7%(65세 미만자 제외시 7.4%) 수준임.
- 일상생활제한 등의 어려움이 있으나 장기요양보험의 판정을 받지 못한 노인의 경우, 가족이나 노인돌봄서비스, 또는 간병인 등의 서비스를 이용하거나 요양 병원을 이용하는 상황임.

〈표 6-7〉 장기요양등급별 서비스 이용자수

(단위: 명)

장기요양등급 이용서비스	등급자(1~5등급)		등급외A		등급외B		등급외C	
	치매	비치매	치매	비치매	치매	비치매	치매	비치매
장기요양	318,696	233,741	4,630	72,050	8,624	61,043	2,600	11,993
요양병원	42,819	24,142	1,682	7,565	1,361	4,957	322	707

주: 요양병원 이용 기준 : '16.7~'17.6 (1년)간 90일 이상 요양병원 이용자

자료 : 국민건강보험공단 내부자료

- 등급외자 중 치매질환자의 경우, 인지상태 제한으로 인해 일상생활 수행에 지장을 갖는 비율이 높음.

〈표 6-8〉 등급별 치매여부에 따른 인정조사 인지상태(인정조사자의 종합적 판단)

(단위: 명)

구분		인정조사 인지상태 <sup>1)</sup>					
		자립	불완전 <sup>2)</sup>	부분의존 <sup>3)</sup>	완전의존 <sup>4)</sup>	무응답	전체
1등급	치매없음	3,460	5,479	4,045	2,865	0	15,849
	치매있음	1,267	6,119	10,166	8,777	0	26,329
	소계	4,727	11,598	14,211	11,642	0	42,178
2등급	치매없음	5,554	17,480	3,458	173	0	26,665
	치매있음	1,340	25,773	21,443	2,003	0	50,559
	소계	6,894	43,253	24,901	2,176	0	77,224
3등급	치매없음	28,617	51,640	2,239	48	0	82,544
	치매있음	5,065	71,477	31,871	415	0	108,828
	소계	33,682	123,117	34,110	463	0	191,372
4등급	치매없음	53,348	53,992	712	6	1	108,059
	치매있음	7,475	77,803	12,405	42	0	97,725
	소계	60,823	131,795	13,117	48	1	205,784
5등급	치매없음	352	270	2	0	0	624
	치매있음	3,534	30,381	1,334	6	0	35,255
	소계	3,886	30,651	1,336	6	0	35,879
등급외A	치매없음	52,098	19,716	209	6	21	72,050
	치매있음	1,011	3,388	221	4	6	4,630
	소계	53,109	23,104	430	10	27	76,680
등급외B	치매없음	51,231	9,741	48	0	23	61,043
	치매있음	2,459	6,058	103	1	3	8,624
	소계	53,690	15,799	151	1	26	69,667
등급외C	치매없음	11,098	868	11	0	16	11,993
	치매있음	1,091	1,472	36	0	1	2,600
	소계	12,189	2,340	47	0	17	14,593
계(명)	치매없음	205,758	159,186	10,724	3,098	61	378,827
	치매있음	23,242	222,471	77,579	11,248	10	334,550
	소계	229,000	381,657	88,303	14,346	71	713,377

주 : 1) 자립 : 약간의 인지기능 저하는 있지만 일상생활은 자립적이다. 무의식 대상자(의식불명)도 포함한다.

2) 불완전 자립 : 일상생활에 지장을 주는 인지기능 저하, 행동변화, 의사소통 장애가 발생하기 시작하였지만, 지켜볼 정도의 도움으로 실내에서의 생활은 자립하여 가능하다.

3) 부분 의존 : 일상생활에 지장을 주는 인지기능 저하, 행동변화, 의사소통 장애의 발생빈도가 많아지고 직접적인 도움이 동반되어야만 일상생활이 가능하다. 치매는 아니지만 뇌혈관 질환(중풍 등)으로 인한 인지기능 저하가 심하고 의사소통이 불가능하여 일상생활 전부 완전 도움을 주어야 한다.

4) 완전 의존 : 일상생활에 지장을 주는 인지기능 저하, 행동변화, 의사소통 장애가 지속적으로 있어 한시도 눈을 떼 수 없거나 돌발행동에 대비하여 예방책이 있어야 하며, 일상생활을 함에 있어 모두 완전 도움을 주어야 한다.

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2016년말 기준)

## 다. 해외사례

- 선협국은 장기요양 대상자에게 일상생활수행활동 지원서비스를 중심으로 제공하며, 따라서 대상자는 독립적으로 일상생활을 수행하지 못하는 자를 의미함.

○ 최근 장기요양 선형국에서는 고령인구 규모가 크게 증가함에 따라 재정적 어려움 해소를 위하여, 과거 도구적 일상생활(IADL)과 관련된 서비스를 장기요양에서 제외하여 지역사회로 전환하는 경향을 보임(네덜란드, 일본 등).

- 이는 장기요양 수급자 범위를 ADL 제한자로 좁히고, IADL 제한만 있는 자는 제외시키는 것임. 즉, ADL 제한자까지는 장기요양 대상자로 포함하는 것이 국가별 암묵적인 합의라고 볼 수 있음.

#### □ OECD 국가의 장기요양 수급자 규모

○ 국가별 장기요양 수급수준은 제도설계에 따라 큰 차이를 보임. OECD 국가 중 대표적인 국가의 노인 중 장기요양 수급률을 살펴보면 독일은 13.4%, 일본은 18.6%, 스위스 21.6%로 나타남(OECD, 2017).

- 이들 국가의 고령화율은 20%에 가까우며, 특히 일본의 경우 27.3%로 전 세계적으로 유래없는 높은 비율로 장기요양을 필요로 하는 후기노인의 비중이 높기 때문임.
- 장기요양 수급자 규모는 제도적 요인과 후기노인의 규모, 고령화율에 따라 차이를 보임.

〈표 6-9〉 OECD 주요국 장기요양 수급률 및 고령화율

(단위 : %)

구분	장기요양 수급률			고령화율	80세이상 비율
	전체	시설	재가		
한국	7.7('16)	2.8('16)	9.4('16)	13.8	2.8
독일	13.4 ('15)	4.1('15)	9.3('15)	21.1	5.8
일본	18.6 ('17)	na	na	27.3	8.2
네덜란드	18.4 ('14)	5.3('14)	13.1('14)	18.2	4.4
스웨덴	17.0 ('15)	4.5('15)	12.5('15)	19.8	5.1
스위스	21.6 ('15)	5.9('15)	15.7('15)	18.0	5.0
스페인	9.0 ('16)	1.9('16)	7.1('16)	15.0	3.9

주: 1) 국가별 제공자료 수준이 상이함에 따라, 장기요양 수급률 분석시점을 괄호 안에 기입함

2) 장기요양 수급률 = (65세 이상 장기요양서비스(시설, 재가) 이용자 수) / (65세 이상 인구 수) \* 100

시설 및 재가서비스의 정의는 아래와 같이 OECD Health data의 정의를 따름.

- ① 시설서비스(long-term care institutions) : 중등도 이상의 기능제한으로 인해 장기요양보호기관(간호, 주거 보호시설 등)에서 공(사)적 재정으로 서비스를 이용하는 경우가 포함됨. 비영리단체를 포함하여 유료장기요양 시설, 사회프로그램 하에서 제공되는 케어수당 등 현금지원(cash payment)도 대상자에 포함됨. 단, 병원에서 장기요양서비스를 받는 사람(HP.1), 근로시장에서 소득급여를 받는 경우, 건강계정설문(Health

Accounts questionnaire(HC.R.6-type services))에 정의된 장기사회서비스를 제공받는 경우는 제외됨.

- ② 재가서비스(long-term care at home) : 재가에서 기능제한자를 중심으로 제공되며, 공(사)적 재정으로 서비스를 이용하는 경우 모두 포함됨. 비영리단체를 포함하여 유료장기요양시설, 사회프로그램 하에서 제공되는 케어수당 등 현금지원(cash payment)도 포함됨. 단, 근로시장에서 소득급여를 받는 경우, IADL만 제한있는 경우, 건강계정설문(Health Accounts questionnaire(HC.R.6-type services))에 정의된 장기사회서비스를 제공받는 경우는 제외됨.

- 3) 고령화율(65세 이상 비율) 및 80세 이상 비율은 2016년을 기준으로 함.

자료 : 1) OECD Health stats. Long-term care recipients in institution, at home.(2017.9.7 반출)

2) OECD Health stats. Demographics references.(2017.9.7. 반출)

3) United Nations. World Population Prospects: The 2017 Revision. (2017.9.7.반출)

4) 건강보험정책연구원 내부자료.

## 라. 정책과제

### ① 장기요양 적정 규모 설정 및 장기적 확대 계획

- 적절한 보호를 받지 못할 경우 급속한 기능악화 등을 초래하게 될 가능성이 높음.

지역사회에서 제공되는 돌봄서비스가 충분치 않음을 고려할 때, 장기요양보험에서 일정부분 대상자 확대가 필요함.

- 우선순위를 갖고 단계적으로 대상자 확대가 필요함.

- ADL 제한은 없으나 일상생활이 어려운 치매노인에 대한 대상자 확대 요구 (등급외 B 이하의 치매노인)
- ADL 제한 노인에 대한 장기요양 대상자로 확대 요구(등급외 A)
- 현재 65세 미만자 중 장기요양 필요대상자에 대하여, 현 노인성 질환 범위 검토를 통해 확대 요구

[그림 6-1] 장기요양 대상자 보장성 확대



## [참고]장기요양 대상자 규모 추정

## □ 장기요양 대상자 규모 추정

- 전국 노인실태조사(2014년) 자료와 장기요양 시설이용자 자료를 활용하여 전체 노인 중 ADL 제한 노인의 규모를 추정하면 노인의 약 9.3%(14년)으로 추정됨.(표 2-15 참조)
- 가장 최근 이루어진 2014년 자료를 기준으로 할 때, 연령이 증가할수록 기능상태 제한 노인의 비중은 높아짐. 80~84세 중 노인의 17.7%, 85세 이상의 37.0%가 ADL 제한이 있는 것으로 분석됨.

## □ 성, 연령별 기능 제한율 노인수

- 본문의 <표 2-15>를 참고하여 일상생활수행능력 제한 노인의 규모를 추정한 결과,
- 2017년 663천명, 2022년 881천명으로 증가할 것으로 예상되며, 전체 노인 중 비율은 9.4%에서 9.8%로 확대될 것임. 베이비부머가 본격적으로 후기 노인으로 진입하는 2035년에는 전체 노인의 10.0%인 1,601천명, 2050년에는 2,710천명까지 확대되어 전체 노인 중 14.4%까지 확대될 것으로 예측됨
- \* 65세 미만자 중 장기요양 대상자 제외

## &lt;일상생활수행능력 제한 노인 규모 추정&gt;

구분	2017	2018	2020	2022	2025	2030	2035	2040	2045	2050
전체대상자수	663,879	704,668	789,984	881,408	1,029,194	1,292,864	1,601,732	1,988,052	2,402,026	2,710,382
65세이상 노인중비율	9.4	9.5	9.7	9.8	9.8	10.0	10.6	11.6	13.2	14.4

주: 본문의 <표 2-17>과 동일한 수치임.

## ② 경증 치매질환자의 장기요양 보장성 확대

- 치매질환자 중 식사 준비하기 등의 일상생활의 어려움이 있는 경증 치매질환자의 장기요양 대상으로의 포괄
- 지역사회 내에서 치매노인을 보호하기 위한 서비스 부족으로 인해, 치매노인 중 독거노인이거나 또는 이외 가족의 부양을 기대하기 어려운 경우 보호의 어려움 발생
  - 이로 인해 현재 등급을 받지 못한 치매 노인의 경우 요양병원으로 입원 빈번
- 경증 치매노인의 경우 지역사회에서 적절한 보호를 통해 지역사회에서 계속 생활할 수 있도록 하는 것이 요구됨. 따라서 지역사회 부족자원을 충족시키는 관점에서 경증 치매질환자에 대한 장기요양 보장성 확대 필요
  - 등급외자 중 치매질환자의 경우 장기요양 대상자로 포괄
    - 이들을 별도의 등급으로 관리하여, 운동, 인지기능훈련, 영양식사, 외부 활동지원 등의 적절한 서비스(치매질환 악화를 예방하는 관리) 제공

③ 현 5등급 인정점수 45점 이상(치매질환자(등급외A))으로 확대

○ 인정점수 기준 45점 이상으로 확대

- 현 인정점수를 기준으로 할 때, ADL 제한자를 포괄하기 위해서는 인정점수 45점 이상(등급외A)으로 장기요양 대상자 확대 필요

- 17년 기준 노인의 약 9.4%로 추정되며, 약 138천명의 확대가 요구됨.

\* 2017년 6월 현재 65세 이상 노인의 7.4%, 524,307명(1~5등급), 등급외 A 71,100명

○ 5등급을 일반등급으로 전환하고, 이중 치매질환자의 경우 이에 적합한 서비스(인지훈련 서비스 등)를 실시하고, 비치매질환자의 경우 기능악화 예방을 위한 서비스 이용을 하도록 운영

④ 대상자 확대 시기는 등급판정체계 개편과 연동하여 조율

○ ADL 제한자까지 대상자를 확대하는 시기는 등급판정체계 개편과 연동하여 확대하는 것이 적합할 것임.

- 대상자 확대와 등급기준의 변화가 여러 차례 이루어짐에 따라 국민의 제도에 대한 이해와 제도 운영에서의 행정적 낭비가 발생할 수 있음.

○ 따라서 등급판정체계 개편이 이루어질 때 함께 이루어지는 것이 적합할 것임.

**마. 기대효과 및 고려사항**

□ 장기요양 필요 욕구 충족으로 제도의 보장성 확대 및 수발부담 감소

□ 적정 시행시점에 대한 고려 필요

○ 2차 장기요양 기본계획에서의 대상자 확대 이외 사례관리 체계 도입, 재가서비스 개편 등의 서비스 질 향상을 위한 정책의 안정화를 우선적으로 실시

○ 양적 확대가 우선시 될 경우 인프라 부족 등으로 인한 질 향상에 저해요인으로 작용할 우려 존재

## 2. 65세 미만 장기요양 수급자 확대

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 65세 미만 비노인집단의 노인장기요양보험 수급자격이 노인성질환'(21개 질병)으로 제한되어, 동일한 일상생활기능장애를 갖고 있다 하더라도 21개 질병에 해당하지 않아 장기요양 서비스를 받지 못하는 형평성 문제가 제기됨.
- 65세 미만 대상자도 노인장기요양보험료를 부담하고 있는 상황에서 65세 미만 수급권 확대에 대한 요구가 높음.
  - 그러나 여전히 노인성질환에 대한 개념이 모호하여, 노인성질환 규정과 관련한 이의신청이 빈번히 발생
- 이에 비노인집단(65세 미만)에서 장기요양 필요 질환에 대한 개념을 정의하고 장기요양 욕구가 높은 질환의 범위를 확대하여 장기요양 서비스 형평성 제고 및 필요 대상자 수급권을 보장할 필요가 있음.

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 현황

- 현재 65세 미만의 장기요양보험 수혜 질환으로 정의된 노인성질환은 일본 개호보험의 노인성질환(특정질환) 규정을 바탕으로 65세 미만의 노인성질환 유병자료와 대한의사협회 및 대한한 의사협회에 타당한 노인성질환 수집 자료를 활용하여 최종 결정되었고, 장기요양보험법 시행령에 명시됨.

〈표 6-10〉 노인성 질병의 종류(제2조 관련, 개정 2016. 11. 8.)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1

주 : 1) 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따름

2) 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 함

자료 : 통계분류포털 <http://kssc.kostat.go.kr>

## □ 한계(문제점)

### ○ 장기요양 서비스 필요 질환의 협소한 범위

- 노인장기요양보험에서는 65세 미만 대상자의 경우 노인성질환이 있을시 제도권 내 포함하는 것으로 한정하였고, 질병선정시 활용한 일본의 16개 특정질환(일본사례참조)과 비교하였을 때 조기치매, 뇌혈관질환, 파킨슨질환, 폐쇄성 동맥경화증만 해당되는 것으로 적용 범위가 매우 제한적임.
- 장기요양보험 인정 신청자의 의사소견서상 질병은 일본의 특정질환에 대부분 포함되는 질환이며, 21개의 질병만 노인성질환으로 제한한 것은 장기요양 서비스 욕구를 갖고 있는 대상자의 질환들을 특정 질병 항목에 충분히 수용하고 있는 일본과 대조적임.



## ○ 노인성질병 제한에 따른 장기요양보험 불인정의 불만 증가

- 장기요양 인정신청자 중 노인성질병 제한으로 인해 불인정 처분을 받게 된 경우 지속적으로 이의신청을 하고 있는 실정이며, 이로 인해 본 제도에 대한 불만 증가
- 노인성질병 제한으로 인해 인정결과에 대한 이의신청이 제기된 질병은 외상성 뇌손상, 뇌혈관기형 출혈, 뇌종양, 뇌성마비, 알콜성 치매, 베르니케 뇌병증, 헌팅톤병, 간질, 정신분열증, 무코다당증, 뇌수막염, 전두측두엽치매, 무산소성 뇌증, 척수손상 등 다양함(국민건강보험공단 내부자료).

**다. 해외사례<sup>16)</sup>**

## □ 일본

○ 개호보험에서 40세 이상~65세 미만자에 대한 노화관련 질환은 ‘특정질병’으로 규정되어 있으며, 이에 대한 개념과 선정기준은 시행령에 구체적으로 명시됨.

## ○ 특정질병의 개념

- 심신의 병적 노화현상과 의학적 관계가 있다고 생각되는 질환으로서, 다음의 요건에 맞는 것에 대하여 종합적인 감안을 통해 ‘노화의 진행에 따라 발생하여 심신의 변화에 기인한 요개호상태의 원인이 되는 것으로 심신의 장애를 일으킨다고 인정되는 질병’으로 정의
  - 65세 이상 고령자에게 많이 발생하지만 40세 이상~65세 미만의 연령에서도 발생하는 등, 이환율과 유병률 등에 대해서도 노화와 관련이 있다고 인정되는 질병으로 그 의학적 개념을 명확히 정의할 수 있을 때 해당
  - 3~6개월 이상 지속되어 요개호상태 또는 요지원상태가 될 비율이 높다고 생각되는 질병

16) 해외사례는 「윤중률, 노용균, 권석범, 전아영, 김복남, 윤태형(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질병 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단.」을 요약, 정리함.

### ○ 특정질병의 범위

- 특정질병은 그 범위를 명확히 함과 동시에 개호보험제도의 요개호 인정시에 운용을 쉽게 하기 위해 개별질환명을 열거함(개호보험법 시행령 제2조)

- 
- ① 암(말기):의사가 일반적으로 인정되는 의학적 견지에 근거하여 회복이 불가능한 상태라고 판단한 경우에 한함  
 ② 관절류마티스 ③ 근위축성 측삭경화증 ④ 후종인대골화증  
 ⑤ 골절을 동반한 골다공증 ⑥ 초로기 치매  
 ⑦ 진행성 핵상성 마비, 대뇌피질 기저핵 변성증 및 파킨슨병, 파킨슨병 관련 질환  
 ⑧ 척수소뇌변성증 ⑨ 척수관협착증 ⑩ 조로증 ⑪ 다계통위축증  
 ⑫ 당뇨병성 신경장애, 당뇨병성 신증 및 당뇨병성 망막증  
 ⑬ 뇌혈관질환 ⑭ 폐쇄성동맥경화증 ⑮ 만성폐쇄성폐질환  
 ⑯ 양측 무릎관절 및 고관절에 현저한 변형을 동반한 변형성 관절증
- 

### □ 독일

- 독일의 경우 피보험자 및 수혜자를 모든 국민을 대상으로 하므로 누구든 장기요양필요 욕구만 있으면 신청 가능함.

#### ○ 장기요양필요성의 개념

- (사회법전 제11권제14조제1항) 육체적·정신적·정서적 질병이나 장애로 인하여 규칙적으로 반복되는 일상활동을 수행하는데 최소 6개월 이상 지속적으로 타인의 도움을 상당히 필요로 하는 경우로 규정
- (사회법전 제11권제14조제2항) 자립성의 제약 또는 능력의 손상 정도를 판단하는 6개의 영역이 2017년 1월 1일부터 적용되었으며, 6개의 영역에 이 동성, 인지능력 및 의사소통능력, 행동방식과 정신적 문제상황, 자기돌봄, 질병 및 치료 관련 요구사항들과 그 부담을 스스로 감당할 수 있는 능력, 일상생활 영위와 사회적 접촉이 포함됨.
- 장기요양욕구의 핵심적 측정기준은 “활동을 수행하거나 생활영역을 형성하는데 있어서 자립성의 정도”로 정의됨.
  - 수발에 필요한 시간소비량에서 자립성 정도로 변경

### □ 네덜란드

- 네덜란드 역시 장기요양보험제도가 전국민 사회보험체계로서 전국민의 의무

가입을 전제로 하고 있기 때문에, 장기요양 대상자도 연령 제한이 없음. 장기요양이 필요한 환자, 고액중증질환자, 장애인, 정신질환자 등 보호가 필요한 모든 사람을 포괄함.

- 장기요양서비스 대상자는 개인별 장기요양 필요성으로 평가할 뿐 연령이나 질병의 종류와는 무관
- 요양급여 신청자의 일반적인 건강상태, 질병으로 인한 육체적 장애정도, 심리적/사회적 기능, 가정과 환경, 공식적 비공식적 요양제공의 가능성과 지속성을 반영하는 전인적인 접근법을 채택하여 자격 부여

## 라. 정책과제

### ① 장기요양 서비스 필요 질환에 대한 개념 설정

○ 선협국의 사례검토 및 전문가 자문을 통한 장기요양 서비스 필요 질환에 대한 개념규정

- 장기요양보험 필요 질환에 대한 기본 조건
  - 해당 질병에 이환된 후 장기간 만성퇴행성 질병 과정에 의해 각종 합병증이 발생함에 따라 결국 타인의 도움을 필요로 하는 일상생활기능장애가 발생한 상태로, 다양한 치료 시도에도 불구하고 더 이상 회복반응을 보이지 않는 상태의 질병
  - 질병과정에 따라 발생한 기능장애 상태는 의사소견서의 원칙에 따라 6개월 이상 지속되는 것을 전제로 함.

〈표 6-11〉 장기요양 서비스 필요 질환에 대한 개념정의

안	고려사항	개념정의	동의학회 (13개 학회 중)
1안	‘노인’ 장기요양보험임을 감안하여 노인성질환으로 한정	65세 미만에서 ‘병적 노화현상’에 의해 발생하며, 통상적 의료행위로 회복되지 않고 6개월 이상 지속적으로 일상생활 기능에 장애를 유발한 질병	8개 학회
2안	장기요양보험료를 납부하게 되는 대부분의 대상자에게 피보험자 자격을 부여하는 것이 적절	성년기 이후(법규정상 19세)부터 65세 미만의 연령에서 삶의 과정에서 발병하여, 통상적 의료행위로 회복되지 않고 6개월 이상 지속적으로 일상생활 기능에 장애를 유발한 질병	5개 학회

자료: 윤종률, 노용균, 권석범, 전아영, 김복남, 윤태형(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질환 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단.

## ② 노인장기요양보험에 적합한 질병목록 선정 및 우선순위 검토

### ○ 수급권 확대를 위한 우선순위 질환 선정

- ‘노인’ 장기요양보험임을 감안하여 노인성 질환으로 한정하여 우선적으로 확대하되, 노인성 질환 중에서도 시범사업을 통해 우선순위 선정 필요
- (선정기준) ① 장기요양 질환으로서 적정성 ② 일상생활기능장애 유발 위험성 ③ 지속적, 집중적, 의료적 치료·처치의 필요성 ④ 요양필요도와 의료필요도의 상대적 중요성
- 향후 장기요양 서비스 필요 질환의 범위와 우선순위 선정<sup>17)</sup>

17) 윤종률, 노용균, 권석범 등(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질환 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단

〈표 6-12〉 향후 장기요양 서비스 필요 질환의 범위와 우선순위 선정

코드	질병명	우선순위	대상자수 (‘16년 진료실인원(명))
G82	하반신 마비 및 사지 마비 (사고원인 제외)	1	10,999
G12	척수성 근위축 및 관련 증후군 (근위축성 측삭경화증)	2	2,418
G13	(달리 분류된 질환에서의) 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	3	218
G35	다발성 경화증	4	2,274
C**	암 (말기암에 한정)	5	765,595
G81	편마비 (사고 원인 제외)	5	18,630
G71	근육의 일차성 장애 (근 디스트로피, 근긴장장애, 근육병)	7	4,544
G934	(상세불명의) 뇌병증	8	3,883
M245	관절의 구축 (부위 관련없이)	9	19,657
G61	염증성 다발신경병증 (길랭바레증후군, 밀러휘셔증후군)	10	2,382
G83	(기타) 마비증후군, (완전 또는 불완전 팔 또는 다리의 마비, 말초증후군 (사고 원인은 제외)	10	3,733
G63	(달리 분류된 질환에서의) 다발 신경병증	10	29,285
J44	(기타) 만성 폐색성 폐질환	13	57,199
E102-117	합병증 (신경학적, 눈, 신장, 다발성)을 동반한 당뇨병	14	405,808
M246	관절의 강직증 (부위 관련없이)	15	20,621
G952	(상세불명의) 척수압박 (사고 원인은 제외)	16	736
G931	(달리 분류되지 않은) 무산소성 뇌손상	17	2,136
총계			1,350,118명
10순위 총계			863,618명
암, 당뇨병 제외 총계			178,715명

주 : 1) 대상자수는 해당 ICD-코드로 ‘16년 건강보험 진료를 받은 인원으로 유병환자보다 과대 추정되었을 수 있음  
 2) 암환자의 경우 말기질환자로 한정하고 있으나 암병기를 고려한 환자자료가 부재하여 암 진료실인원으로 추정함에 따라 과대 추정되었을 수 있음. 또한 말기암환자에 대한 호스피스제도가 시행됨에 따라 말기암환자의 적용 여부에 대한 추가 논의가 필요함  
 3) 일부질환의 경우 장애인활동지원제도와와의 중복수급, 적용 기준 등과 관련하여 추가 논의가 필요함  
 4) 앞서 제시한 장기요양 서비스 필요 질환의 범위는 장기요양 등급신청 자격 기준의 범위를 의미하는 것으로, 인정조사 후 인정등급판정 여부에 따라 대상자 수는 다르게 나타날 수 있음  
 자료: 윤종률, 노용균, 권석범 등(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질환 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단.

- 노인성질환은 아니지만 일상생활기능 장애를 유발하는 질병으로 검토된 질환은 다음과 같음.

〈표 6-13〉 비노인성질환 중 일상생활기능 장애를 유발하는 질병

코드	질병명
S069	(상세불명의) 두개내 손상, 뇌손상
G959	(상세불명의) 척수질환, 척수병증
S062	미만성 뇌 손상
G63	(달리 분류된 질환에서의) 다발 신경병증
S066	외상성 지주막하 출혈
S064	경막상 출혈
S065	외상성 경막하출혈

자료: 윤종률, 노용균, 권석범 등(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질환 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단.

### ③ 장기요양 서비스 필요 질병의 우선순위에 따른 시범적용

- 65세 미만의 노인장기요양보험 수혜 질환 확대 적용시 등급판정에 따른 대상자 추계, 등급판정도구의 적용, 등급판정 현황 등을 파악하기 위해 시범사업 실시
  - 현재 65세 미만 해당 질환 신청자 중 76.0% 등급내로 진입할 것으로 예측 (65세 미만 해당 질환자 중 신청자의 비율 파악 필요)

## 마. 기대효과

### □ 노인장기요양보험제도 수급권 보장을 통한 형평성 제고

- 질환이나 장애 등으로 인해 회복이 불가능한 상태의 65세 미만자 중 장기요양을 필요로 하는 대상자에게 급여를 제공함으로써 요양욕구 충족
  - 장기요양에 대한 욕구 충족을 통해 보험가입자 중 연령으로 인해 발생한 비형평성 일부 감소

## 제2절 한국형 사례관리 체계 도입

### 1. 한국형 사례관리 체계 도입

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

##### ○ 이용자의 욕구를 바탕으로 한 사례관리 체계 구축 필요

- 제도 출범이후 서비스 소비자(노인) 중심의 이용지원 체계 미비와 등급판정 후 관리 업무 소홀에 대한 지속적 비판이 제기되어 왔음.
- 특히 등급판정 이후 서비스 이용의 다양한 선택 및 이용 관련 업무 안내 등이 필요함에도 불구하고 시설과 재가간의 연계 부재, 공단과 지자체의 연계부족 등으로 인해 이용에 혼선을 겪고 있음.
- 사례관리 관련 이용자 및 가족의 상담을 강화(사전상담 필수)하여 이용자 및 가족의 욕구에 기초한 서비스 이용 및 제공계획 수립 강화가 요구됨.
- 제도 10년차를 맞이하여 현 제도 실행 여건을 고려한 한국형 사례관리를 본격적으로 도입하여 이용자 욕구와 서비스 질에 대한 체계적 관리가 필요한 시점임.

##### ○ 실효성 있는 표준장기이용계획서 개편 요구

- 현 표준장기이용계획서는 기본적 가이드라인만을 제시해주고 있어 이용자의 이해나 참고율이 낮고, 기관에서 재사정을 통한케어플랜 작성을 실시하고 있음.
- 사례관리의 최초 기준점으로서 표준장기요양이용계획서의 실효성을 높이기 위한 내실화가 요구되며, 구체적인 서비스 내용 및 서비스 량 제시가 필요함.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 현황

- 제1차 장기요양 기본계획에서도 수급자의 합리적 급여이용을 돕기 위해 개인별 적정 급여 이용계획 수립지원과 서비스 이용에 대한 상담, 교육 강화를 계획하였으나, 실제 표준장기요양이용계획서(이후, 표장기) 중심의 문제점만 논의되었고, 이후 표장기의 내용 현실화 위주로만 전개되었음.

(참고) 현재 장기요양 이용지원 상담

#### 1) 상담 가능 시기

- 처음 수급자가 되면 급여이용 설명회 또는 1:1 면담을 통해 종합적 상담 제공
- 급여이용 중 수급자 지지체계, 기능상태 확인 등 욕구사정을 통해 공단 직원으로부터 적절한 급여이용을 받을 수 있도록 상담 제공
- 급여이용의 어려움 등으로 수급자(보호자) 요청시, 상담 제공

#### 2) 상담 내용

- 장기요양 급여 이용 절차, 방법, 급여이용(본인일부부담금) 등에 대한 상담 제공
- 이용 가능한 장기요양기관, 급여계약시 필요한 서류나 유의사항 등에 대한 상담 제공
- 수급자의 기능상태 변화여부(욕창발생 등)에 따라 등급변경, 장기요양 급여종류, 내용변경 신청 등의 방법에 대한 상담 제공

#### 3) 상담 유형별 대상 및 주기

상담유형	대상		주기
최초상담	생애 최초 인정자 또는 보호자		등급판정 등록일로부터 14일 이내
정기상담	시설상담		6개월에 1회
	재가상담	1군	집중상담 필요한 자
		2군	보호관찰이 필요한 자
		3군	정기 확인이 필요한 자
		4군	연 1회 확인이 필요한 자
		5군	예비상담 대상자
	미이용상담	장기요양급여 미이용자	6개월에 1회
수시상담	수급자 요청 시, 학대 및 방임 의심 등		필요 시, 익월

자료 : 1) 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

- 2) 한은정, 권진희, 이정면, 이정석, 최정규, 박종덕(2013). 재가급여 이용자의 이용지원 상담체계 개선 방안, p.53.(원자료 : 국민건강보험공단(2012). 노인장기요양보험 업무처리요령집)



○ 공단에서는 이용자 중심 이용지원 시범사업을 수행중이며(2017년), 시범사업에서는 (신)표준장기요양이용계획서를 통해 이용자의 개별욕구를 반영하는 개편이 이루어짐<sup>18)</sup>.

- 실현가능한 장기요양 목표 및 세부적 서비스 내용을 계획서에 제시하여 수급자(보호자), 제공기관, 공단이 전반적 내용을 함께 공유하는 것을 목표로 함.
- 시범사업 이용지원 기본원칙
  - 인정조사를 완료한 수급자에 대한 표준장기요양이용계획서는 현행서식(시행규칙 별지 7호서식)으로 인정조사 담당직원이 작성
  - 정기상담을 수행한 수급자(재가급여 이용 수급자)에 대해 이용지원 담당 직원은 (신)표준장기요양이용계획서를 (재)작성·발급해야 함
  - 갱신 2회차 이상 수급자의 경우 담당직원 판단하에 작성 생략 가능
  - 재가급여 이용자를 중심으로 상담 수행(주기 6개월)
  - 모든 상담에서 (신)상담기록표를 활용
  - 방문상담은 1일 4건 원칙
  - 수급자의 기능상태 및 욕구를 반영한 적정급여이용을 위해 재작성한 (신)표준장기요양이용계획서를 등기 또는 방문으로 (재)발급함을 상담시 사전 안내함

○ 현재 건강보험공단의 시범사업 논의에서 케어매니지먼트 도입 관련 부분이 쟁점이 되었으나, 정확한 규모나 비용면에서 ‘이용지원’이라는 용어로 기능이 축소되어 우선 실시되고 있음.

- 2017년 현재 인정조사와 이용지원 업무 구분을 통한 이용지원 업무 강화 시범사업이 운영되고 있으나, 실제 이용지원 업무를 사례관리 또는 케어매니지먼트로 보는 것에는 한계가 있음.

18) 실제 제1차 장기요양 기본계획에서는 수급자의 요양필요도나 욕구가 반영된 급여제공이 아닌 가족 또는 요양보호사 편의에 의한 급여 제공이 지적된 바 있음.

○ 표준장기이용계획서에 대한 지속적 보완

- 표장기는 장기요양보험제도 초기에 고려되었던 케어매니지먼트가 간소화된 형태로 1차 시범사업('05)부터 노인의 장기요양서비스의 원활한 이용지원을 위해 도입되어 현재에 이르고 있음.
- 단, 제도 시행 초기 표장기 서식 서문에 '권고사항'으로 기재됨에 따라 그에 준하여 운영되었고, 현재 이는 삭제되었으나 여전히 법적구속력을 갖는 데는 한계가 있음.
- 이로 인해 서비스 제공자가 수급자에 대한 서비스 제공계획을 세울 때 가이드라인 수준으로 고려되어 옴.

□ 문제점

○ 인정조사 이후 이용지원 관리 부재

- 현 평가판정이 등급기준(자격선정 및 기능상태에 대한 자원할당기준)에 의한 기본적 욕구사정만을 실행함으로써, 등급판정 이후 지원을 위한 실질적 욕구조사의 기능과 역할은 크게 미흡
- 따라서 등급 내에 선정된 경우 추가조사를 명확히 하여 등급판정에서 배제되는 수발관련 현황, 소득, 자원, 의료적 질환 등에 대한 욕구(가정환경, 가족관계, 주거, 주조력자 등 확인)를 포함하여 개별이용계획(케어플랜) 작성에 대한 실효성 확보 필요

[그림 6-2] 2017 건강보험공단 이용지원 업무 강화 사업 업무분장

인정조사	등급판정	결과통보	최초상담	모니터링 및 수시상담
90개항목 (기능상태+ 욕구조사)	수급자격판정 (등급판정 위원회 운영)	(수급자)인정서+표준이용계획서 (등급외자)장기요양 결과 통보	표준이용계획서 내용 안내	기능상태 변화, 욕구 확인 및 표준이용계획서 재작성 교부
인정관리			이용지원	

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

- 현 표장기는 노인의 개별화된 서비스 욕구를 충족시키고 효율적인 장기요양서비스 계획을 수립하며, 월 한도액 범위 내에서 비용효과적인 서비스를 이용할 수 있도록 지원하는 가이드라인이나 실제 행정적 편의로 신규 신청자에게 제공되는 가이드라인의 역할만 하고 있음(김찬우, 2013).
- 표장기는 장기요양이 필요할 것으로 판정받은 자가 급여를 원활히 이용할 수 있도록 수급자 개인의 기능상태, 욕구 및 특성을 고려하여 개별화된 급여 이용계획을 수립하여 공급자에게 제공하는 양식으로 존재해왔음.
  - 본 제도 시행 이후, 표장기 작성 측면에서 작성인력의 적절성과 작성절차의 비표준화 등이 문제로 제기된 바 있음.
    - 즉, 작성지침이 구체적이고 명확하지 않으며, 장기요양관리요원의 전문 자격 소지여부에 따라 작성내용이 다르게 나타남. 또한 이용계획에 포함되는 각 항목이 도출되는 근거가 미약하여 작성자의 전문성 수준에 따라 작성지침의 이해도가 다르게 나타남. 결과적으로 이용계획서의 내용과 범위가 다름.
  - 현재의 표장기는 노인장기요양보험이 제공하는 급여 범위 내에서 서비스를 선택하기 때문에 예방서비스 등 다양한 연계서비스는 이에 포함될 수 없음.
    - 또한 대상자의 상태 추적이 되지 않아 대상자의 상태를 개선하거나 악화를 예방하는 수단으로서의 의미가 없으며, 작성의 근거가 되는 인정조사표에는 케어플랜을 작성할 만한 수준의 포괄적 정보가 부족해왔음.
    - 특히 공급기관의 역할이 현재 표장기 작성과정에서 전혀 반영되지 못하는 한계를 지님. 실제 기관은 다시 개별적으로 케어플랜을 작성하거나 전혀 활용하지 못하는 문제는 여전히 한계로 남음.

## 다. 해외사례

### ① 국가별 사례관리 현황

#### □ 일본

- 일본의 개호보험은 보험자가 전반적인 케어매니지먼트 운용관련 기본 방침을 정하고 외부의 케어매니저들에게 이용지원 업무를 위탁하는 형태(임정기, 최명민, 김옥, 2011).
  - 일본의 경우 ‘케어매니저(개호지원전문원)’라는 별도의 제도를 운영하여 수급자에 대한 지원을 실시함.
- 케어매니저는 수급자에 대한 인정조사, 급여상담 및 지원, 케어플랜 작성, 서비스 이용지원, 개호예방대상자 관리, 학대방지 및 권리옹호 등 개호보험과 관련한 전반적인 업무를 담당함.
  - 일본의 케어매니저는 재가 및 시설의 개호지원 전문원으로서 인정조사 업무 이후에도 케어플랜을 3개월마다 지속적으로 작성함.
  - 특히 신규이용자 및 재가이용자에게 적절한 서비스 유형 권유 및 기타 상담 등을 지속적으로 이용자와의 면담을 통해 진행함(현재 재가는 월 1회 이상 방문, 매니저 1인당 35~40 명 정도를 관리).
- 케어매니지먼트를 통한 지역지원사업·개호예방·치매지원정책 추진
  - 일본은 보험자가 지자체로 등급내외자에 대한 업무단일화가 용이함. 따라서 지역주민 및 사업소 등을 포함한 지역전체를 대상으로 한 지원 가능
  - 케어매니지먼트를 통한 지역포괄지원센터 기능 강화(주말 및 휴일 운영, 지역케어회의 내용의 구체화 및 명확화, 시정촌의 평가 의무화 실시 등)
  - 케어매니저를 통해 치매증상에 따른 서비스 제공 체계 구축 및 치매당사자의 시각에서 정책 추진 가능
- 일본의 쟁점
  - 초기 우리나라에서는 일본 케어매니저의 공정성 및 케어매니지먼트 시행에 따른 추가 행정비용 부분을 우려하여 도입이 연기된 바 있음.
  - 현재도 일본의 케어매니저들로 구성된 거택개호지원사업소의 운영기준 개정 검토(관리자 역할, 공정중립성 확보 등) 및 케어매니지먼트 추진 기술 표준화를 위한 체계 구축의 다양한 시도가 이루어지고 있음.

## □ 독일

○ 독일은 질병보험의료지원단(MDK)에서 수급자에 대한 인정조사 및 케어플랜 작성 등을 담당하고 수급자에 대한 직접적인 관리는 주로 서비스 제공기관의 간호 관리자에 의해 수행되어 왔음(유재남, 2008; 임정기, 최명민, 김옥, 2011).

- '08년 독일 장기요양보험제도를 개혁하면서 요양관련 상담에 대한 권리를 도입하고 장기요양 대상자와 그 가족을 위해 접근이 용이한 상담기관인 장기요양지원센터를 설치하여 운영하고 있음.
- 장기요양지원센터는 개별 주 정부가 설치 결정을 내리면 장기요양금고와 질병보험금고가 공동으로 추진조직을 설치하며, 모든 의료 및 장기요양 서비스에 대한 상담과 연계를 통합하여 장기요양필요자와 그의 친족들이 장기요양 신청이나 요양시설, 주간보호기관을 찾는 과정에서 도움과 지원을 받을 수 있도록 함.
- 장기요양지원센터에서는 반드시 장기요양상담 전문인력이 상주하여 개별 필요에 맞춘 포괄적인 상담(서비스 플랜 포함)을 제공함. 이는 민간에 맡겨진 수급자 지원(상담)영역에 공적영역을 투입하여 수급자의 서비스 이용편의와 걱정 급여이용을 지원하고자 하는 것임.

## ○ 장기요양지원센터 기능

- 적절한 욕구분석과 효율적인 도움 연계를 통해 고비용의 불필요한 입소시설 이용을 사전에 방지하고 효과적인 재가서비스 이용을 가능하게 함으로써 궁극적으로는 재가서비스 강화와 합리적인 비용절감의 효과를 얻기 위함임.
- 장기요양 대상자 뿐 아니라 그의 가족 또는 장기요양보험에 관심 있는 일반인에게 상담서비스를 제공하여야 하며, 모든 장기요양보험가입자는 이에 대한 법적 권리를 가짐.
- 상담을 통해 장기요양 대상자와 가족의 욕구를 분석하고 적절한 장기요양 급여를 선택하는데 도움을 주며, 효과적인 사례관리가 가능함.
- 이를 위하여 개별 케어플랜을 작성하고, 개별적으로 고려해야 할 보건 증

진적·예방적·치료적·재활적 그리고 기타 의료적·장기요양적·사회적 도움과 지원서비스를 조정하고 연계함.

○ 장기요양지원센터 관리주체

- 공적 의료보험과 장기요양보험, 민간 의료보험과 장기요양보험, 주정부의 노인보호 및 사회부조 담당기관이 관리주체임.
- 최고 주관청에서 결정하면 의료 및 장기요양조합에서 장기요양지원센터를 설립함. 지자체의 노인보호 및 사회부조기관이 장기요양지원센터의 관리주체로서 참여하면 의료보험조합 최고협의회에서 재정적 지원을 할 수 있음.
- 지역사회 내 장기요양주거시설과 재가기관이 함께 참여하고 협력하며, 2017년 현재 전국에 550개의 센터가 설립되어 있음. 아직 장기요양지원센터가 설립되지 않은 지역에서는 장기요양조합이 대신 상담서비스를 제공할 의무가 있음.

□ 영국

○ 지방정부의 사회서비스국에서 자산조사, 기능상태 등의 포괄적 사정 후 케어 매니지먼트를 실시함(유재남, 2008).

- 1993년 Community Care Act 제정 이후 시범사업을 통해 NHS(의료보장제도) 비용억제를 위해 전반적으로 실시됨.
- 2000년대 중반이후 현금지급이 확대되어 실제 케어매니지먼트의 역할이 감소되었으나, 이후 수급자의 서비스 이용 불만 등이 다시 제기되어 현금지원과 케어매니지먼트 간의 조정이 이루어짐.

□ 미국 (Adult Day Health Care Center(이하 ADHC)- 주간요양보호기관 사례)

○ 미국은 의료와 장기요양 체계가 상기 국가들과 달라 비교가 어려우나 기관중심의 사례관리가 진행되고 있음(김찬우, 2005).

- 지역사회보호를 위한 메디케이드 웨이버(Medicaid Waiver) 정책에서 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community-based Service) 강

화를 위해 중증자의 요양시설 입소 억제 일환으로 전개됨.

- ADHC 소속 프로그램 지도자(Program Director)가 기관에서 사회복지사, 간호사, 치료사, 영양사 등의 팀으로 구성된 케어플랜을 작성한 후 이를 주정부의 노인 관련 부서(Department of Aging)과 보건 및 사회서비스 부서(Department of Health and Social Services)에 보내면 최종 지자체 담당국이 확정함(예를 들어 1주일 5회로 신청할 경우 정부에서 3일로 지정하여 내려보낼 수 있음).

#### □ 국가별 비교

○ 각 국가별로 케어매니저의 역할이 상이하게 운영되고 있음.

- 일본은 케어매니저 자격을 소지한 민간전문가가 적절한 서비스 유형 및 서비스량을 계획하고 있으며, 독일은 보험자가 이용안내자로서의 역할 수행함.
- 한편 조세형태의 영국은 지자체 담당 공무원이 케어매니저로서 역할을 수행하고 있으며, 미국의 주간요양보호센터는 별도의 사례관리나 케어매니저먼트 업무는 없고 정부가 기관을 통해 작성한 케어플랜을 검토하여 최종 확정하는 형태임.

○ 이를 유형화하면, 크게 3가지로 1)보험자(또는 정부) 사례관리자 중심 모형, 2)기관 사례관리자 중심 모형, 3)외부 케어매니저 위탁관리 모형으로 나눌 수 있음.

- 보험자(또는 정부) 사례관리자 중심 모형
  - 보험을 관리하는 운영주체 중심의 사례관리모형으로 지정기관이 수급자의 사례관리계획 수립(표준장기요양이용계획서), 수급자 및 가족 상담 수행, 기관 사례관리(자) 모니터링 등을 수행
- 기관 사례관리자 중심모형
  - 미국과 같이 기관에서 케어 플랜을 작성하고 정부나 보험자가 확인하여 최종 케어플랜을 지정하는 모형
- 외부 케어매니저에게 위탁관리
  - 정부나 보험자의 인력문제 등을 고려하여 업무의 전부 또는 일부를 외부

## 사례관리기관에 위탁하여 실시하는 모형

〈표 6-14〉 국가별 케어매니지먼트 방식 비교

구분	일본	독일	영국	미국(주간요양보호센터)
요양등급	시정촌(지자체) 인정조사 후 결정(시정촌별로 직접 또는 위탁 수행)	MDK(의료지원단)에서 인정조사 후 결정	사회서비스국(NHSCA)에서 자산조사, 기능상태 등 조사	장기요양 별도의 등급없음
케어매니저(소속 및 주체)	재가 및 시설의 개호지원 전문원. 3개월마다 작성	서비스를 제공하는 기관에서 작성	지방정부	ADHC 기관 Program Director가 작성한 후 정부가 최종 승인
케어매니저 권한 및 역할	적절한 서비스 유형 권유 및 서비스량 이용 유도, 미이행 시 비용청구 불가	안내서 수준	저소득층 대상으로 서비스 유형 및 서비스량을 결정하고 해당 기준에 한해 서비스 이용 가능	기관 사례관리자는 케어플랜 작성의 역할을 하고 (초기사정, 6개월마다 재사정 등)이에 따른 서비스 제공 의무
상담	재가케어매니저가 월 1회 이상 방문 ※ 1인당 35명 관리	상담지원센터 직원이 수행 ※ 1인당 100명 관리	지방정부의 담당 공무원이 주기적인 상담 실시	초기 신청자에 대한 별도 상담이 부재하거나 미미/기관중심

주: 관련 참고문헌의 내용을 바탕으로 요약하여, 〈표〉로 재구성함.

자료 : 1) 김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구, 사회복지연구, 26(4), pp.91-122.  
 2) 김찬우(2006). OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교연구, 한국사회복지행정학, 8(2), pp.65-103.  
 3) 유재남(2008). 영국, 독일, 호주의 노인장기요양보호에서의 케어매니지먼트 체계 비교분석. 노인복지연구, 43, pp.381-406.  
 4) 임정기, 최명민, 김옥(2011). 노인장기요양보험에서의 케어매니지먼트 기능과 운영에 대한 인식연구. 한국사회정책, 18(3), pp.191-222.

## ○ 한국형 사례관리 도입시 고려사항

- 현 제도에서 보험자의 업무만으로는 한계가 발생하므로 기관에게 일부 업무를 할당하여 기관 수급자별 사례관리 계획에 따라서 사례관리를 실시하며, 정기적으로 공단 사례매니저와의 연계를 통해 이용지원 모니터링 실시 필요
- 다만 기관사례관리 중심으로 갈 경우에는 사례관리에 대해 일정 부분 지원이 필요함.



## ② 국가별 욕구조사 항목 비교

### □ 호주

#### ○ 의료 및 요양 서비스 조정의 역할

- 호주의 경우, 서비스공급과 수요 조정, 안정된 서비스 제공(Fee and Quality control, Bed control, Admission control)이 가능하나, 우리나라의 경우 서비스 공급 관리(Bed control) 체계 부재로 과잉경쟁 및 유인·알선, 질 낮은 서비스가 문제가 됨(유재남, 2008).
- 호주에서는 수급자의 일상생활활동과 행동 변화, 수발환경, 건강상태에 대한 인정조사 도구를 이용하여 장기요양 여부를 판정하고, 그 내용을 바탕으로 케어플랜을 작성함(유재남, 2008).

### □ 독일

- 독일은 2017년 등급판정체계 개편을 통해 과거 5개의 일상생활활동과 6개의 가사활동 영역으로 구성된 조사 방식을 폐지하고, 신청자의 병력, 거주 및 생활상태, 부양상황, 손상과 장애에 관한 소견과 함께 장기요양필요성 규정을 위한 심사판정 내용 등을 기반으로 장기요양 등급 결과와 서비스 이용 권고를 하도록 변경됨(제2차 장기요양 기본계획 수립기획단 내부자료).
- 조사된 내용을 바탕으로 이용자가 적절한 서비스 이용이 가능하도록 권고안을 제안

### □ 미국

- 미국에서 재가노인을 위해 사용하는 Minimum Data Set-Home Care(MDS-HC))조사 항목에서 케어플랜을 수립할 때, 다양한 임상적, 기능적 영역들을 포괄하며, 일상생활활동, 수단적 일상생활활동, 인지능력, 질병 진단, 서비스 이용들을 함께 평가하였음(김찬우, 2005; 2013)

□ 일본

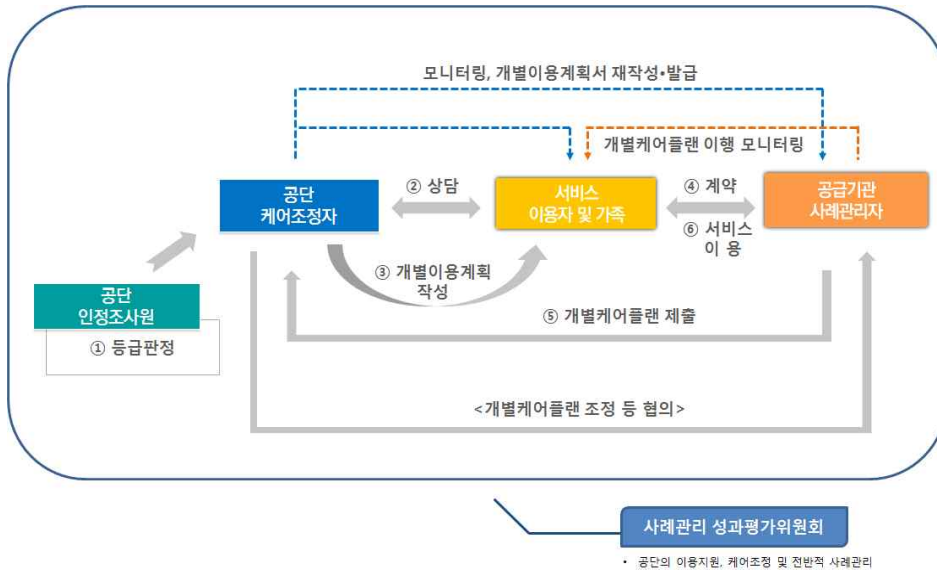
- 일본에서는 일상생활활동 등에 관한 인정조사 결과 요개호 인정을 받은 수급자를 대상으로 신체기능, 정신심리 및 사회·환경 측면의 생활필요도를 통해 특정 욕구를 파악하고, 이를 반영하여 케어플랜을 작성함(임정기, 최명민, 김욱, 2011).

라. 정책과제

① 한국형 사례관리 모형 시범적용 및 체계 구축

- 현 공단 이용지원 업무자를 ‘케어조정자(Care coordinator)’로, 기관의 담당자를 ‘케어매니저(Care manager)’로 재편
  - 사례관리 도입에 따라 기존 ‘표준장기요양이용계획’을 ‘개별이용계획’으로 변경하여 개인의 욕구에 부응하는 개별케어플랜 도출의 핵심 자료로서 역할 강화
    - 공단은 현 이용지원 업무 강화를 위해 개별이용계획서(구, 표준장기요양이용계획서)라는 가이드라인을 통해 기관의 서비스 제공과 사례관리 업무에 대한 모니터링 실시
    - 제공기관은 공단의 개별이용계획서에 기초하여 개별케어플랜을 작성하며, 공단과 조정하여 최종적으로 확정
  - 사례관리 도입에 따라 공단 케어조정자와 기관 사례관리자 양성을 위한 교육체계 정립

[그림 6-3] 한국형 사례관리 흐름



1. 건보공단의 케어조정자는 인정조사와 추가 욕구조사에 기초한 '개별이용계획'을 작성함
2. 건보공단의 개별이용계획 작성은 반드시 사전상담(이용자 및 가족)을 통해 작성함
3. 이렇게 작성된 개별이용계획서는 서비스 제공자와 이용자간의 계약에 제시됨
4. 각 기관의 사례관리자는 공단 개별이용계획에 기초하여 이용자의 '개별케어플랜'을 작성함
5. 기관의 개별케어플랜은 건보공단의 케어조정자와 조정 등 협의하여 최종 개별케어플랜으로 확정됨
6. 공단의 케어조정자는 기관의 개별케어플랜에 기초한 모니터링, 개별이용계획 재작성을 수행하며, 기관은 개별케어플랜이 이행되도록 서비스 제공직원과 이용자에 대해 모니터링을 수행
7. 전반적인 사례관리는 업무는 '사례관리 성과평가위원회'에서 검토됨

## ② 개별이용계획(현 표준장기요양계획서) 고도화 전략 강화

### ○ 개별이용계획 효과성 강화를 위한 절차개편

- 한국형 사례관리가 도입되면 공단의 케어조정자에 의한 개별이용계획(현 표장기와 유사) 작성이 완료됨.
  - 특히 신규이용자에 대해서는 개별이용계획 작성에 이용자 또는 가족과의 사전 상담이 필수적인 사전과정으로 절차에 포함되어야함.
  - 이를 통해 이용자의 개별 욕구나 선택이 존중되며 합리적 장기요양 서비스 이용을 유도할 수 있어, 장기요양기관의 서비스 제공이 수급자의 욕구에 맞게 이루어지도록 가이드 할 수 있음.

### ○ 개별이용계획의 서식 개정(현 표장기 서식 보완)

- 개별이용계획이 케어플랜의 역할을 하기 위하여, 현재 사용되고 있는 표준 장기이용계획서를 작성자 중심이 아닌 서비스 이용자인 노인과 가족, 장기요양기관에서 이해하기 쉽고, 준수하기 명확하게 개정할 필요가 있음.
- 케어플랜의 기능을 강화하기 위하여 현행 양식에서 기관이 추후 작성하여 보고할 내용 부분은 예시나 가이드만 제시

○ 개별이용계획(공단작성)이 실질적 케어플랜 역할을 하기 위한 추가적 욕구사정 항목의 검토

- (필요영역) 통합재가급여 1차 시범사업 서비스 내용의 대분류 ‘신체활동지원 영역’ 등 7개로 구성
- (요양문제) 인정조사 항목 참조하여 ‘배뇨장애’ 등 총 26개 구성
- (요양목표) 인정조사 및 서비스 내용을 참조하여 ‘삼키기 기능유지’ 등 총 26개 구성
- 주거환경 및 물리적 환경
  - 독거, 지역의 특성, 주거지의 안전성 등도 포함하여 대상자가 현재 거주하는 곳에서 안전하게 장기요양 서비스를 이용할 수 있는지 등 현재의 주거환경, 생활환경(가정 내, 주변 환경) 등을 포함
- 의료욕구 및 치매나 재활관련 기능상태
  - 치매, 뇌졸중과 같은 의학적 문제를 가지고 장기요양시설 급여가 필요한 대상자에 대해서는 진단소견서를 활용하여 의료 필요도를 판단함. 장애 노인, 치매노인에 대한 급여 종류 결정에서는 인정조사에 있는 기능, 건강 평가 영역 이외, 예를 들어 욕창의 위험도, 85세 이상의 고령, 투약여부, 주요 활동의 제한범위, 기억장애 여부 등을 고려해야 함.
- 노인의 정신건강 상태
  - 장기요양 예방이나 공식적 서비스 연결 등을 위해서라도 정신건강의 특이성은 반드시 강조되어 포함되어야 함.

### ③ 기관의 개별케어플랜 작성 가이드라인으로서 개별이용계획(현 표준장기요양계획서) 역할 강화

○ 공단의 개별이용계획은 인정조사와 욕구조사에 기초한 대분류(목표, 문제, 필요서비스 내용 등)에 대해 포괄적으로 작성하고, 기관의 개별케어플랜은 목표 달성을 위한 세부 서비스 내용을 중심으로 작성해나갈 필요가 있음.

- 개별케어플랜은 실제 기관 사례관리 구체적 지침이 되도록 기관에서 작성되어야 함.

○ 기관이 작성하게 될 개별케어플랜의 포함 권장 영역

- 공단의 개별이용계획에 기관의 특성과 서비스 내용을 고려하여, 해당 이용자의 욕구에 최대한 부합하는 내용으로 연결시키고, 동시에 지역사회 추가 자원 연계 지원계획, 주수발자(가족)에 대한 내용, 기타 특별프로그램 계획 등을 선택적으로 추가

- 비공식적 서비스 상태

- 주 돌봄제공자가 가족인지, 친지 또는 이웃인지를 구분하며, 주 돌봄제공자와 함께 부 돌봄제공자 유무, 몇 명이나 있는지 등 비공식적 서비스 상태를 점검함. 또한 주 돌봄제공자가 있는 경우 돌봄지원 정도, 돌봄부담(신체적, 정신적, 경제적 등) 등 수발자의 수발내용 등도 포함함.

## 마. 기대효과 및 고려사항

□ 기관과의 협력적 사례관리로 인해 보다 논리적이고 명확한 사례관리 운용 가능

○ 공단의 개별이용계획을 중심으로 기관과의 협력을 통해 확정되는 최종 개별케어플랜은 기존의 공단중심의 표준장기요양이용계획과 서비스 제공계획을 보다 현장 중심으로 변경하는 변화로 작용

○ 동시에 사례관리의 각 단계별 책임소재와 재정지원의 명확성이 강조되고 이용자 상태에 따른 서비스의 전개의 논리성 강화 계기

- 다만 공단 케어조정자와 기관 사례관리자의 전문성 강화를 위해 보다 세부

적 자격기준 및 양성과정 체계 도입 필요

□ 개별이용계획 개편으로 그간 쟁점으로 제기되었던, 실효성, 평가 및 급여비용 관리 등의 문제점 해결

○ 새로 개발되는 개별이용계획은 기관이 이에 기초하여 각 기관의 개별케어플랜을 작성해야 하므로, 현재 문제가 되는 급여제공계획서 제출 관련 실효성 부분이 해결될 것으로 기대됨.

○ 장기요양기관에서 청구한 장기요양급여비용 심사과정에도 공단의 개별이용계획과 기관이 작성한 개별케어플랜을 근거자료로 활용하여 급여비용의 적정성을 검토할 수 있음.

- 케어플랜 대비 부적절하고 미흡한 서비스를 제공하는 장기요양기관이나 과도한 서비스를 제공하는 기관의 파악이 용이하고 실제 개별사례에 대한 다양한 민원도 줄어들 것으로 보임.

□ 실질적인 한국형 사례관리체계 작동을 통한 이용자 중심의 서비스 전환 계기 마련

○ 현재까지는 인정조사 이후 이용자의 편의나 욕구 대응에 한계가 있었으나, 이를 보완하여 장기요양제도의 핵심 구성요소로서의 역할 가능

○ 케어조정자의 업무 명확화를 통하여 공단 이용지원이 본격적인 사례관리로 발전할 수 있는 기초 마련

- 케어조정자(공단)의 역할 강화로 서비스 전반의 사례관리 기능의 내실화
- 케어매니저(기관)의 개별이용계획부터 사례관리 전반의 참여로 인한 서비스 질의 향상 기대
- 기존 공단내 인정조사원의 반복 업무로 인한 소진을 감소하고 새로운 직책과 직급 부여로 인해 업무만족도 향상

## 2. 케어조정자 및 개별기관 케어매니저 양성

### 가. 필요성

- 내실있는 서비스 제공을 위한 사례관리자 육성체계 마련 필요
  - 표준이용계획서가 ‘개별이용계획’으로 변경됨에 따라 이에 따른 작성 및 상담, 관리, 모니터링을 위하여 자격을 갖춘 인력 확충이 시급한 상황
    - 특히 공단의 케어조정자와 기관의 사례관리자의 업무 명확화가 강조됨에 따라 체계적 교육을 통해 장기요양기관의 서비스 제공이 수급자의 욕구에 맞게 이루어지도록 역량을 강화하는 교육과정 필요

### 나. 현황 및 문제점

- 2011년 건보공단의 경우는 전직원을 대상으로 표준이용계획 전문화 과정인 장기요양매니저(공단사내자격증) 제도를 도입하였음(2011년 1월 도입(사내규칙 제정)).
  - 이후에도 여러 차례 교육부분의 보완이 있었으며, 2017년 시범사업에서는 현재 인정조사와 이용지원 업무 구분을 통한 이용지원업무 강화 시범사업이 운영되고 있음.
    - 그러나 실제 이용지원 업무 담당자를 케어매니저라고 부르는 어려운 상황임.
- 공단 업무분담에서는 인정관리와 이용지원 담당자가 별도로 구분되지 못하며, 수급자격 부여를 위한 인정관리 업무편중으로 이용지원 업무는 상대적으로 소홀한 상황임(김찬우, 2013).
  - 이용지원 업무를 사례관리로 일괄 관리하여 전문성 강화, 모니터링 등 서비스 질 향상이 필요한 시점임.
    - 인정조사와 이용지원의 행정적 업무분장이 아닌 개별 이용자에 대한 체계적 사례관리로서의 역할과 기능이 요구됨.

- 개별기관에서도 사례관리를 전문적으로 수행한 인력이 부족한 상태임. 일정 규모 이상의 기관에서는 사회복지사, 간호사 인력의 배치를 통해 사례관리를 실시하고 있으나, 소규모 시설의 경우 역부족임.
- 2016년 말 기준, 전체 재가기관의 경우 사회복지사 9,747명, 간호사 1,249명임. 전체 재가기관이 동년도 기준 14,211개소이므로 사례관리 역할을 수행할 인력이 배치되지 않은 기관이 존재하는 상황임.

#### 다. 해외사례

##### □ 독일의 장기요양지원센터 장기요양상담사 자격 및 교육

###### ○ 장기요양상담사

- 장기요양상담사는 사례관리사로서 장기요양 대상자의 욕구와 개개인이 처한 상황을 파악하고, 이를 토대로 요양서비스 계획을 세우며, 요양서비스 신청서를 해당 장기요양조합에 제출함(제2차 장기요양 기본계획 수립 기획단 내부자료).
- 상담사들은 대부분 장기요양조합의 직원이며 사회법과 장기요양보험법 그리고 사회복지사업에 대한 지식과 경험을 갖추어야 함. 따라서 이들에게는 사회보험 전문교육 뿐만 아니라 노인요양법(Altenpflegegesetz)과 간호직 종사자법에 따른 교육과 사회복지사 교육들이 요구됨.
- 기본 자격: 노인전문요양보호사(Altenpflger), 보건간호사(Gesundheits- und Krankenpflger), 보건아동간호사(Gesundheits- und Kinderkrankenpflger), 사회보험전문가(Sozialversicherungsfachangestellte), 사회복지사, 기타 관련 직업이나 교육이수자로 사회교육사(Sozialpädagogogen), 심리교육치료사(Heilpädagogogen), 2009년 이전 장기요양 보험금고에서 3년 이상 상담 경력자
- 추가 자격 조건: 보건간호와 장기요양 및 보건학 관련 교육: 100시간 이상, Case Management: 180시간 이상(CM 기초 교육: 이론과 실제-



110시간, 활동 분야 관련 심층 교육-70시간), 법: 120시간 이상(일반 사회법-40시간, 장기요양 관련 법-80시간)

- 실습: 재가서비스기관 1주일, 주·야간시설 2일

## 라. 정책과제

### ① 케어매니저 인력 양성

#### ○ 케어조정자(공단) 자격체계 및 교육과정 정립

- 현재 이용지원 업무교육을 보완하되 도입되는 한국형 사례관리 체계를 충분히 이해하여 기관과의 협력을 주도할 수 있도록 교육과정 마련 필요
- 공단의 케어조정자는 개별이용계획 작성(이용지원과 상담 등) 업무 뿐 아니라 기관의 사례관리 전반을 모니터링 해 나가는 다양한 역할을 함. 이에 따라 많은 권한과 동시에 책임을 부여받게 되어 보다 전문성 강화 교육이 필요함.
- 국내외 여러 보건복지 분야의 케어매니저 양성과정을 조사, 분석하여 개별 이용계획서의 작성에 필수적인 교육내용으로 시험 및 연수과정을 구성. 교육과정 이수자에 대한 자격증 발급과 전문성 향상을 위한 활동을 지속시켜 나가야 함.
- 궁극적으로는 노인을 위한 일차의료 및 요양예방서비스 통합제공체계의 핵심역할을 위한 인력으로 양성하는 것이 필요함.
- 기관의 사례관리자들과의 협조를 이끌어 전반적 사례관리를 주도할 수 있는 리더십과 지역사회 전반적 자원을 파악할 수 있는 역량도 중요해짐.

〈표 6-15〉 케어조정자(공단)양성 교육과정(안)

케어조정자 주요 업무	필요 과목 (과정)	관련 자격
인정조사관련 업무	(노인) 건강 및 기능상태 등의 이해 노인복지학 및 성인간호학 등	간호사 사회복지사 물리/작업치료사 요양보호업무 경력 등
상담업무	상담심리 개론 사회복지실천론 및 실천기술론 기타 상담관련 실습 과목	
지역보건복지자원 분석 및 연계	지역사회복지, 지역보건간호 등 관련 과목/ 프로그램 개발과 평가 관련 과목	
관련 행정 업무 (사례관리 모니터링, 기관평가 등)	사례관리 관련 업무 개별이용계획, 케어플랜의 작성 등에 대한 실기과정	
기본 업무	보건복지제도의 이해 기타 인사, 재무, 조직 등의 이해	

## ○ 기관 사례관리자 자격체계 및 교육과정 정립(안)

- 공급기관의 직원 중 일정 전문직(사회복지, 간호, 재활 등)이나 경력자(현장 요양보호사 경력 5년 이상 자) 중 사례관리교육 이수에 따른 직급 부여
- 현재 급여비용 고시 2절 53조에 의하면 ‘방문요양급여를 포함하여 1개 이상의 가정방문급여를 제공하는 기관’, 57조에는 ‘방문요양 수급자수가 15인 이상인 기관’에는 사회복지사를 1명이상 배치하도록 되어 있음.
  - 예) 사례관리자(기관에 따라 0명, 사회복지사, 간호사 또는 팀장급 요양보호사) → 주임사례관리자(기관 1명)
- 기관 사례관리자는 공단이나 복지부에서는 간호사나 사회복지사, 노인전문간호사 등 전문성 있는 인력에 대해 장기요양 사례관리자가 될 수 있는 최소한의 자격기준(학력과 경력 포함)을 제안하여 전문직 단체나 교육기관에서 자체 프로그램으로 기획하여 사례관리자를 양성할 수 있도록 해야 함.
  - 서비스 제공자들의 이용계획서에 대한 이해도를 높이고, 기관의 실무자가 직접적인 세부 서비스 제공내용에 반영할 수 있도록 서식의 실무적용에 대한 교육이 필요함.

〈표 6-16〉 사례관리자(기관 사회복지사 중심) 양성 교육과정(안)

케어조정자 주요 업무	필요 과목 (과정)	관련 자격
장기요양보호 관련 서비스 이해	-노인건강 및 노인복지, 장기요양 서비스에 대한 이해	간호사 사회복지사  요양보호업무 경력 등
지역보건복지지원 분석 및 연계	-지역사회복지, 지역보건간호 등 관련 과목/ 프로그램 개발과 평가 관련 과목	
관련 행정 업무 (사례관리 모니터링, 기관평가 등)	-사례관리 관련 업무 -개별이용계획, 케어플랜의 작성 등에 대한 실기과정 -보건복지제도의 이해 등	

○ 케어조정자(공단) 예상 인력 규모<sup>19)</sup>

## ① (현 장기요양 센터 직원 대비 수급자 현황)

- 연간 수급자증가율은 2012년부터 연간 12% 정도 증가하는 반면 직원수는 5%정도 증가하고 있음.
- 직원 중 이용지원담당 비율은 30% 정도 차지하고 있음
- 2017 현재 직원 1인당(요양센터 4급이하) 관리하는 전체 수급자(시설과 재가급여 이용 모두)는 250명 정도임. 실제 이 규모는 매년 증가하고 있음.
- 사례관리가 재가급여 중에서 주로 방문요양을 중점으로 관리한다고 가정할 때 이용지원 업무 담당 직원 수 대비 방문요양급여성 수는 2017년 약 400명 정도로 나타나고 있음.
- 사례관리자 1인당 적절한 사례수는 사례관리의 업무량과 강도에 따라 차이가 크나, 일반적으로는 100명 이하임. 현실적으로 공단 직원으로만은 불가능한 상황임(현재 인력의 4배 이상 증가).
- 따라서 현 인력여건상 공단과 기관의 협력적 사례관리로 가져갈 수밖에 없는 제약이 존재함. 즉 기관 사례관리자가 가급적 이용자를 직접 관리하도록 하고, 케어조정자는 기관의 사례관리자와 협업하여 업무량과 사례관리의 질을 어느 정도 조정할 필요가 있음.

19) 본 규모는 연구자가 수급자 수 및 수급자 증가율, 운영센터 및 이용지원 담당직원 수(국민건강보험공단 내부자료) 등을 통해 추계한 값임.

〈표 6-17〉 현 장기요양센터별 수급자 및 직원 현황

(단위 : 명, %)

연도	수급자 수	수급자 증가율	재가급여이용 수급자수	방문요양이용 수급자수	운영센터 4급이하 직원수 (정원)
2017년 6월	552,437	6.3%	340,763	265,330	2,169
2016년	519,850	11.1%	318,847	250,270	2,103
2015년	467,752	10.2%	284,006	226,713	1,991
2014년	424,572	12.2%	255,511	208,462	1,895
2013년	378,493	13.5%	230,586	192,353	1,821
2012년	341,788	-	206,139	175,328	1,590
연도	직원 증가율	이용지원 담당 직원 (운영센터직원의 30%)	직원1인당 방문요양수급자수 (연간)	직원 1인당 관리수급자수	-
2017년 6월	3.1%	651	408	255	-
2016년	5.6%	631	397	247	-
2015년	5.1%	597	380	235	-
2014년	4.1%	569	367	224	-
2013년	14.5%	546	352	208	-
2012년	-	477	368	215	-

주: 본 규모는 연구자가 수급자 수 및 수급자 증가율, 운영센터 및 이용지원 담당직원 수(국민건강보험공단 내부자료) 등을 통해 추계한 값임.

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## ② (공단 케어조정자 추가인력 산출)

### ○ 규모추정 관련 요인

- 사례관리자 규모추정에서는 직원 1인당 사례수가 가장 중요한 인력배치의 지표가 됨(현 사례관리모형에서는 케어조정자가 담당하는 기관 수도 중요한 지표가 될 수 있음).
- 서비스 수요 변인 : 수급자수, 수급자 증가율, 재가급여 수급자수, 방문요양이용수급자 수
- 공단인력 관련 변인 : 운영센터 직원수(4급이하), 직원증가율, 센터직원 중 이용지원 담당수(30%), 직원 1인당 방문요양수급자 수(연간방문요양이용자/이용지원담당자)
- 제공기관 변인 : 케어조정자 1인당 재가기관 사례관리자 (고정값 재가기관 사회복지사 1인당 15명 이용자)

### ○ 적정목표 (지표-케어조정자 1인당 방문요양이용자 수)에 따른 규모 추정 방식

〈1안〉 적정목표: 케어조정자 1인당 방문요양이용자 200명 (담당 재가기관 사례관리자 13.3 명)

- 적정 케어조정자 수: 2017년 기준 필요 케어조정자 수 1,300명
- 현 인력의 약 2배 필요(약 650명 추가 필요).
- 연간 추가 필요수: 방문요양 수급자 증가율이 매년 10% 정도임을 고려시, 추가 10%의 증가 필요(2018년 130명)

〈2안〉 적정목표: 케어조정자 1인당 이용자 300명 (재가기관 사례관리자 20명)

- 적정 케어조정자 수: 2017년 기준 필요 케어조정자 수 975명
- 현 인력의 1.5배가 필요(약 325명 추가 필요)
- 연간 추가 필요수: 방문요양 수급자 증가율이 매년 10% 정도임을 고려시, 추가 10%의 증가 필요(2018년 98명)

〈3안〉 적정목표: 케어조정자 1인당 이용자 300명 (재가기관 사례관리자 20명)

- 2안과 동일. 다만, 현 전체직원 중 이용지원업무 담당자를 40%로 증가 (2017년 현재 기준 868명)
- 적정 케어조정자 수: 2017년 기준 필요 케어조정자 수 975명
- 현 이용지원 업무담당자가 868명으로 자체증가하여, 추가로 약 107명 필요
- 연간 추가 필요수(2안과 동일): 방문요양 수급자 증가율이 매년 10% 정도임을 고려시, 추가 10% 증가 필요(2018년 98명)

〈표 6-18〉 규모안별 적정 케어조정자 수 추정

구분	2017년 6월현황	목표		
		1안	2안	3안
케어조정자 1인당 사례수 (방문요양 중심(단위:명))	408	200	300	300
케어조정자 1인당 담당 서비스 기관 수(단위:개소)	-	13.3 개소	20개소	20 개소
전직원 중 이용지원 담당 비중(단위:%)	651(현재30%)	30%	30%	40% (현재 868명)
케어 조정자 필요인력(단위:명)	-	1,300	975	975
추가 운영센터 총 직원수 (사례관리 실시만 고려시(단위:명))	2,169	+650	+325	+107
연간 추가 필요수 (사례관리 실시만 고려시(단위:명))	-	수급자 증가율 연 10% (130명)	수급자 증가율 연 10% (98명)	수급자 증가율 연 10% (98명)
특징	사례관리가 업무가 별도로 없음	사례수가 200명으로 규모와 업무량이 적절함	사례수가 300명으로 기관 사례관리자의 협력이 중요함	이용지원담당자를 40%로 증가시켜 인정조사담당자의 업무증가 예상

주: 본 규모는 연구자가 서비스 수요 변인, 공단인력 관련 변인, 제공기관 변인(국민건강보험공단 내부자료) 등을 통해 추계한 값임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

## 마. 기대효과

- 효율적 사례관리운용으로 장기요양보험제도의 지속가능성 증대
  - 공단 소속의 케어조정자(care coordinator)를 양성하여 적용할 경우 행정 비용의 최소화 가능
  - 기존의 분절된 보수교육체계를 정비하여 사례관리 중심의 표준교육과정을 통해 장기요양보험제도의 지속 가능성 제고

## 제3절 등급판정체계 개편

### 1. 등급판정체계 개편

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 장기요양보험의 등급제도는 수급자의 요양필요도에 따라 적정서비스 이용을 권장하고, 등급별 이용한도액 제시 등을 통해 제도의 재정적 안정을 유지하는 것을 목적으로 함.
  - 따라서 등급 체계 설계는 이용자의 적정 서비스 이용과 등급간 형평성 등을 고려하여 이루어져야 함.
    - 등급간 서비스 필요량과 이용 형태의 특성이 부각될 수 있도록 적정 수의 등급 체계 설계가 요구됨.
- 장기요양 대상자 선정은 급여의 이용권을 부여하는 제도 이용의 첫 단계로 국민의 제도에 대한 신뢰도를 결정하는 중요한 관문임.
  - 대상자 선정방식에 활용되는 도구는 전문적 신뢰도와 타당도를 갖추어야 하며, 국민이 대상자 선정 과정과 결과에 대해 수용할 수 있어야 함.
  - 현재 장기요양 대상자 선정방식은 제도초기 장기요양 대상자와 서비스에 초점을 두고 설계되어 경증 대상자 및 장기요양제도 내 전문적 서비스의 필요성 파악에 한계가 나타남.
    - 현재 장기요양 대상자 선정도구는 중증 대상자 선정에 적합하게 설계됨. 따라서 제도 도입 이후 수급권 보장성 확대 측면에서 유입되는 경증 대상자, 치매질환 노인의 요양욕구를 측정하는 것에는 한계가 있음.
    - 장기요양서비스는 신체활동지원서비스에서 점차적으로 간호, 재활 등으로 확대되고 있으며, 장기요양 상태 노인의 통합적 욕구사정에서 전문적 서비스 필요도 판정이 요구됨.

- 절대적 관찰시간에 의한 요양필요도 수준 측정은 전문적 서비스 필요도에 대한 측정의 한계를 보임.
- 장기요양제도 내 등급구분은 적정 서비스 내용과 필요도 등이 반영되어 설계될 필요가 있음. 따라서 등급간 요양필요도에 대한 구분 등이 명확히 제시될 필요가 있음.
  - 현재 요양인정점수를 기준으로 5등급 체계로 운영 중이나, 현재 1~2등급의 서비스 이용 변별력 부족 등의 문제를 고려하여 전반적인 개편이 요구됨.
- 또한 등급과 욕구조사 결과가 서비스 제공을 위한 계획 수립과 사례관리와 연계되어 설계될 필요가 있음.
- 즉, 장기요양 대상자 선정방식을 치매질환자를 비롯한 경증 대상자까지 포괄하여 선정하도록 개편하고, 장기요양의 전문화된 서비스 욕구를 반영한 방식으로 개편이 요구됨.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 제도 개선 추진 경과

- 치매가점제도 도입
  - 제도 도입이후 치매 등의 인지기능 문제를 지닌 대상자가 충분히 선정되지 못하는 문제가 계속적으로 제기됨에 따라 이를 해소하기 위한 제도개선 실시
  - 치매로 인해 특정 문제행동이 있을 경우 가점을 부여하여 등급을 조정하도록 개선('11년)
- 치매특별등급(5등급) 도입에서 대상자 선정기준에서 인정점수 이외의 치매 진단 기준 활용
  - 장기요양에서의 치매질환자 확대를 위해 치매특별등급 대상자에 대해서는 기존 인정점수 이외의 의학적 판단(치매 진단)을 활용
- 인정점수 산정 이외의 추가 항목 조사 등 인정조사표 수정 및 조사 기준(매뉴얼) 완화



- 인정점수에 활용되지는 않지만 추가적 욕구파악을 위해 필요하다고 판단되는 항목에 대해 추가적 조사
  - 행동변화 영역 : 화기관리, 분리불안 등의 8개 항목 추가
- 기능상태 평가의 기준 완화
  - 옮겨앉기, 방밖으로 나오기, 대변조절하기, 소변조절하기의 산정기준 변경('16.4)

#### ○ 수형도 모형 개편

- 제도도입 이후 변화된 요양서비스 현황을 반영한 대상자 선정을 위해 추가적 조사를 통해 수형도 모형 개편('13.7)

### □ 현황

#### ○ 대상자 확대에 따른 등급 체계 개편

- 장기요양보험제도 도입 초기 인정점수 기준 55점 이상자를 3등급으로 구분하였으며, 1차 장기요양 기본계획('12)의 수급 보장성 확대 목표에 따라 3등급의 기준 점수를 51점 이상으로 조정
  - ('08.7~'14.6) 1등급(95점 이상), 2등급(75점 이상~95점 미만), 3등급(51점 이상~75점 미만)
  - 제도초기 장기요양 진입 최소점수와 등급별 기준 점수는 전국 노인의 요양인정점수 분포(2004년 노인실태조사, 노인시설조사 등), 인정점수별 노인의 요양필요상태, 수급자 규모 등을 고려하여 결정
- 경증 치매질환자의 확대를 위해 치매특별등급('14.7)을 도입하면서, 기존 3등급을 3~4등급으로 구분하고, 치매특별등급을 5등급으로 하여 장기요양 등급 체계를 5등급으로 개편

〈표 6-19〉 장기요양등급별 기준점수 및 인정자 규모

	기준점수	등급자수(명)	노인인구대비 (%) <sup>1)</sup>
1등급	95점 이상	40,917	0.58
2등급	75점 이상~95점 미만	74,334	1.05
3등급	60점 이상~75점 미만	185,800	2.64
4등급	51점 이상~60점 미만	188,888	2.68
5등급	45점 이상~51점 미만 +치매	29,911	0.42
등급내	-	519,850	7.4
등급외 A	45점 이상~51점 미만/비치매	5,545	0.08
등급외 B	40점 이상 ~ 45점 미만	7,872	0.11
등급외 C	40점 미만	2,377	0.03

주: 본 노인인구는 행정안전부의 주민등록인구를 기준으로 함.

자료: 1) 국민건강보험공단 내부 자료(2017.5.16.기준)

2) 행정안전부, 주민등록인구(2017.5 기준/ 65세 이상 인구 (7,046,042명)).

○ 현재 대상자 선정을 위해 활용되는 도구는 2003년~2004년 개발되어 노인장기요양제도 시범사업('05~'07)을 거쳐 2008년 제도 도입부터 활용됨.

- 노인장기요양 대상자 선정의 기준인 '요양필요도'를 '요양 필요 시간'(요양 인정점수) 개념으로 설정. 대상자의 기능상태에 따라 요양필요시간(인정점수)을 추정하는 통계적 예측모형을 활용하도록 설계됨.

(참고) 요양인정점수 산정 모형 개발 과정

- 통계적 모형 구축을 위한 자료 수집
  - 노인의 기능상태별 요양필요시간을 측정, 요양시설에 거주하는 노인을 대상으로 24시간 서비스 제공시간을 조사원에 의한 관찰기입방식으로 측정(time study 방식)
- 통계 예측 모형 개발: 수형방식(tree-regression)을 통한 모형
  - 노인의 기능상태와 서비스 시간과의 알고리즘을 통한 인정점수 산출

○ 대상자 선정기준이 되는 인정점수는 기능상태와 요양 필요 시간 관계 알고리즘을 통해 개발된 수형도를 통해 산출됨.

- 수형도에 활용되는 기능상태 항목은 노인의 신체, 인지, 행동변화, 간호, 재활동태의 5가지 영역의 52개 항목임.
- 인정조사에서는 기능상태의 52개 항목 이외에도 사회활동, 신체 또는 행동변화, 간호의 추가적 항목, 사회적 욕구 등의 항목을 파악하고 있음. 이들은 표준장기요양이용계획서 작성 등에 활용되고 있음.

## □ 한계(문제점)

- 전체 장기요양 대상자의 적정 수준에 대한 목표치 없이, 제도 도입 이후 10년간 계속적으로 대상자를 확대함.
- 현 등급구분은 인정점수만을 기준으로 하여 연속적인 요양필요도 수준에서 특정 기준점을 바탕으로 인위적으로 선정됨에 따라, 등급과 적정 보호형태에 대한 합의가 부족함.
  - 또한 등급간 점수 구간 차이에 대해 대다수 국민이 통상적으로 받아들이기 어려운 부분이 있음.
    - 현재 5등급으로 구분되어 있으나 실제 서비스 이용패턴에서는 1~2등급과 3~5등급이 유사한 형태를 보임에 따라, 등급을 현재와 같이 구분하는 것의 실효성에 대한 의문이 제기됨.
  - 장기요양 대상자 선정 도구의 변화, 요양필요도 산출 알고리즘 개편시, 현재 인정점수 기준을 활용할 수 없으며 따라서 등급체계에도 변화가 요구됨.
- 경증 대상자 선정을 위한 변별력 부족
  - 현재 인정점수 산정 모형에 활용된 자료는 요양시설에 거주하는 노인의 기능과 서비스량 자료를 바탕으로 개발됨. 따라서 요양시설은 대부분 1~2등급의 중증 대상자의 비중이 높아 중증의 대상자를 예측하는 것은 적합함.
    - 그러나 일상생활수행능력(ADL)의 기능저하 수준이 1~2개 정도인 경증 대상자를 예측하기에는 모형의 적합성이 낮게 나타남.
    - 인정점수에 활용되는 52개의 항목은 중증의 기능 제한자에 해당하는 항목으로 경증 대상자의 기능상태 파악은 어려움.
  - 향후 제도권 내에서 장기요양 필요도가 상대적으로 낮은 경증 대상자 확대가 이루어질 것을 고려하면, 현재 도구의 보완이 요구됨.
- 요양시간을 기준으로 하는 요양필요도 산정 방식의 문제점
  - 요양필요도에 대해 요양시간을 기준으로 측정하는 방법은 많은 국가(일본, RUG-Ⅲ의 수가산정방식)에서 활용되고 있으며 논리적으로는 타당한 것으로

인정받음. 그러나 요양시간 량으로만 측정되는 것 역시 한계를 지님.

- 특히 현재 요양시간 조사 방식은 관찰에 의해 요양시간을 조사함에 따라, 치매와 같이 직접적 서비스를 제공하기 보다는 관찰 등의 서비스의 경우 측정의 한계 발생
- 또한 서비스 제공자의 전문성이 고려되지 않는 시간량만으로 요양필요도를 산정함에 따라, 간호 등의 전문서비스가 요구되는 대상자의 필요도 반영의 문제가 나타남.

○ 인정점수 산정방식에 대한 국민의 낮은 이해도

- 인정점수 산출에 수형도 방식 등의 통계적 기법이 활용되고 있으나, 국민이 쉽게 이해하기 어려운 구조임.

#### 다. 해외사례

□ 장기요양 대상자 선정 방식

- 장기요양 욕구를 파악하기 위한 방법은 신체기능, 인지기능 등의 영역별 상태를 파악하는 것에서 출발
  - 일상생활수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL), 인지기능평가를 위한 MMSE 등의 도구 등이 활용
- 그러나 점차적으로 노인의 영역별 기능상태의 포괄적 상태 파악 필요성이 높아짐에 따라 노인을 종합적으로 파악할 수 있는 도구들이 개발됨. 그 대표적인 것이 international Resident Assessment Instrument(이하 inter-RAI)이며 이를 활용하여 국가별로 대상자 선정 도구를 개발하기도 함.
- 장기요양 대상자를 선정하기 위해 활용되는 욕구조사 항목은 일상생활수행능력 제한 정도를 파악하기 위한 항목으로 ADL, 인지기능, 문제행동(행동변화), 간호욕구 등을 포함함.
  - 이들 항목을 활용하여 대상자의 욕구정도 또는 필요서비스를 판정하는 알고리즘을 통해 대상자 선정

□ Inter- RAI를 활용한 미국, 캐나다 사례<sup>20)</sup>

○ 미국의 미시건주와 캐나다 온타리오 주는 Inter- RAI를 활용하여 장기요양 대상자를 선정하는 체계를 갖고 있으며, 두 곳의 평가항목은 유사한 내용을 갖고 있으나 대상자 선정 기준이 나오는 알고리즘은 상이

- 미국 미시건주의 장기요양 관리 프로그램(Michigan Managed Long-Term Care Initiative(이후 MI Choice 프로그램으로 불림))은 전문가 평가자를 활용한 gold standard 판정결과를 활용하여 알고리즘 개발
  - 평가항목 : 인지, 의사소통과 시력, 기분과 행동, 사회심리적 안녕, 건강 상태, 기능상태, 구강과 영양상태, 피부상태, 치료 및 처치, 환경평가
- 캐나다 온타리오주는 RAI(Resident Assessment Instrument)의 HC(home care) 도구를 이용하여 우선순위 할당방법(MAPLe(Method for Assigning Priority Levels))을 개발하여 위험도의 수준을 구분하는 장기요양 대상자 선정도구로 활용
  - 평가항목 : 인지, 기분과 행동, 건강상태, 기능상태, 구강관리, 영양상태, 피부상태, 환경평가 등

□ 독일 : 4등급(3등급 + 특별한 경우) 체계에서 5등급 체계로 전환<sup>21)</sup>

○ 새롭게 개발된 장기요양 대상자 선정도구를 활용하여, 자립 제한 정도는 0~100점까지 분포, 이를 기준으로 등급 구분

- 1등급 12.5~27점 미만, 2등급 27~47.5점 미만, 3등급 47.5~70점 미만, 4등급 70~90점 미만, 5등급 90~100점
- 기존 3등급 체계에서 5등급 체계로 전환하면서 개인별 급여하락이 발생하지 않도록 등급구간 조정
- 독일의 경우도 요양필요도가 높은 등급일수록 대상자 규모는 적은 것으로

20) 「이윤경 외(2016). 장기요양등급판정체계 개편에 관한 연구, 국민건강보험공단보건사회연구원」을 참고하여 요약, 정리함.

21) 「남현주 (2017). 독일장기요양보험, 제2차 장기요양 기본계획 수립 위원회 3차 자료, 미발간」

나타남.

〈표 6-20〉 장기요양급여 등급별 수급자 수(2016년 말 기준)

(단위: 명, %)

	1	2	3	특별한 경우 <sup>1)</sup>	합계
재가	1,274,300	546,027	153,870	3,204	1,974,197
	64.5	27.7	7.8	2.1	100.0
시설	338,720	290,064	146,220	7,482	775,004
	43.7	37.4	18.9	5.1	100.0
합계	1,613,020	1,382,118	453,960	10,686	2,749,201
	58.7	30.4	10.9	-	100

주: 1) 2017년 새로운 등급 체계에 따른 수급자수 현황 미발표, 이전 등급에 따른 대상자 규모임

2) 특별한 경우: 재가는 3등급의 최고 3%, 시설은 3등급의 최고 5%

자료: BMG, 2017: 1.

○ 독일은 장기요양 대상자 선정방식의 한계를 극복하고자, 2007년 새로운 자립성의 제약 또는 능력의 손상 정도를 파악하는 개념을 사회법전에 규정(사회법전 제11권 제14조 제2항)하고 개편을 실시

- 2017년 1월 1일부터 새로운 대상자 선정도구를 활용한 등급판정이 이루어지고 있음.

○ 기존 도구는신체중심 개념으로 치매와 같은 노인정신병리학적 질병에서 초래될 수 있는 필요성을 고려하지 않았던 한계를 지님. 이를 개선하고자 심리적 문제 상황, 인지적 능력, 의사소통 및 사회적 참여와 다양한 질병을 스스로 극복할 수 있는 관점을 포함함.

- 수발욕구의 핵심적 측정기준이 수발에 필요한 시간소비량에서 '활동을 수행하거나 생활영역을 형성하는데 있어서 필요한 자립성의 정도'로 바뀜.

○ 대상자 선정 도구 및 점수 산정 알고리즘

- 이동성과 인지, 문제행동 등의 8가지 영역의 기능상태와 요양욕구를 파악할 수 있도록 구성

- 8개 영역 중 집 밖에서의 활동과 가사운영은 필요도 점수 계산 항목에서는 제외함. 이는 장기요양 대상자 범위를 '신체 및 정신적 기능 제한으로 인한 일상생활(ADL) 제한자'로 규정하였다는 것을 의미

- 대상자 선정 점수 알고리즘은 영역별 항목의 개별 상태(예, 식사하기의 자립 정도: ①자립적, ①대체로 자립적, ② 대체로 비자립적, ③ 비자립적)를 측정하고, 영역별 가중치를 두어 0~100점으로 산출되도록 함.

〈표 6-21〉 독일 장기요양 대상자 선정도구의 영역구성과 가중치

구분	영역의 종류	영역가중치
1	이동성/운동성	10
2	인지능력 및 의사소통능력	15
3	행동방식과 정신적 문제상황	
4	자기돌봄	40
5	질병 및 치료관련 요구사항들과 부담을 감당할 수 있는 능력	20
6	일상생활의 영위와 사회적 접촉	15
7	집 밖에서의 활동	-
8	가사운영	-
합		100

자료 : 선우덕 외(2016). 노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안. p.190. 재구성.

- 등급판정체계 변화로 인한 등급변화 혼란을 방지하기 위해 기(既)등급자의 경우 불이익이 없도록 조정

〈표 6-22〉 독일의 등급 체계 개편으로 인한 변화(시범사업)

(단위: %)

개편전 개편후	PS0	PSI	PS II	PS III	계
없음	4	-	-	-	4
P1	15	8	-	-	23
P2	4	17	3	-	24
P3	-	9	18	1	28
P4	-	-	7	7	14
P5	-	-	2	5	7

자료: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. K. Wingenfeld, Dr. A. Büscher, Dr. U. Heine, Dr. B. Gansweid(2008), Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 빌레펠트 대학 간호학연구원(IPW) · 베스트팔렌-리페 의료보험의학처(MDK WL), p 82

□ 일본 : 개호보험 등급 체계 : 요개호(1~5) + 요지원(1~2)의 총 7개 단계<sup>22)</sup>

○ 개호보험 등급 체계는 요양을 필요로 하는 요개호등급과 예방중심의 요지원등급으로 구성

- '17. 1월 현재, 일본의 노인인구(3,470만명, 고령화율 27.4%) 중 개호보험 제도의 요개호(요지원) 인정자 수는 644만명 수준임(약 18%)
- 일본의 경우도 한국과 같이 요개호 1~5의 인정자수는 요양필요도가 높을수록 규모가 감소하는 경향을 보이지만, 그 폭은 한국에 비해 크지 않은 상황

〈표 6-23〉 등급별 인정자수 현황(2017년 1월 기준)

(단위: 천명, %)

구분	합계	요지원1	요지원2	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
인정자수	6,444.7	903.2	879.3	1,272.6	1,121.4	847.6	786.8	633.9
비율	100.0	14.0	13.6	19.7	17.4	13.1	12.2	9.8

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

○ 일본 개호보험의 대상자 선정방식은 기능과 측정된 서비스 필요시간과의 관계 알고리즘을 통한 필요요양인정시간을 기준으로 대상자를 선정하는 방식

- 우리나라의 인정점수 산정방식과 매우 유사한 방식으로 실행하였으며, 일본 또한 치매 등의 인지기능 저하로 인한 서비스량 파악의 한계, 간호 등의 전문서비스에 대한 필요도 측정의 어려움 등 문제 발생
- 그러나 일본은 우리나라에 비해 대상자 보장성 수준이 넓어 경증대상자를 포괄하고 있고, 이를 위해 사회생활의 적응영역(약의 내복, 금전관리, 일상의 의사결정, 쇼핑, 간단한 조리) 등을 대상자 선정 항목으로 포함하고 있음.
- 일본 또한 인정시간 산정방식의 문제를 해소하기 위한 노력을 일부 수행, 그러나 여전히 근본적인 문제 해결이 이루어지고 있지 못함.

22) 「유애정(2017). 독일장기요양보험, 제2차 장기요양 기본계획 수립 위원회 3차 자료, 미발간」



- 치매가점제도를 통해 관찰되지 못한 치매질환자에 대한 욕구를 추가적으로 인정하고자 하는 노력이 수행되고 있으며, 간호가점제도를 통해 간호에 대한 욕구를 추가적으로 인정함.

#### □ 미국<sup>23)</sup>

- 미국 미시건주의 장기요양 대상자 구분은 서비스 형태별로 구분되어짐. NH(nursing home), HC(home care), IPC(intermittent personal care), HM(homemaker services), IR(Information & referral)의 5가지 유형으로 구분됨.
  - 장기요양 필요도 수준 결정방식에서 전문가에 의한 gold standard 모형을 바탕으로 하여 서비스 형태를 기준으로 등급구분
  - 이와 같은 방식은 장기요양등급으로 적정 보호 형태를 제시할 수 있다는 장점을 지님.

#### □ 네덜란드 <sup>24)</sup>

- 이용자의 기능손상에 맞게 서비스가 제공되고 있는 제도의 특성에 따라 대상자에게 필요한 서비스 내용이 등급판정 체계의 기준
  - 시설급여를 지급받는 노인은 10단계(ZZP 1~ZZP 10)의 등급판정 체계로 관리되고 있으며, 이에 따라 급여의 수준 결정. 각 단계를 정하는 기준은 신청인의 기능상태와 필요한 요양의 종류를 반영하여 판정
- 네덜란드의 등급 체계의 특성은 등급별로 제공되는 서비스의 내용으로 볼 수 있음.

23) 「이윤경 외(2016). 장기요양등급판정체계 개편에 관한 연구, 국민건강보험공단보건사회연구원」을 참고하여 요약, 정리함.

24) 「이윤경 외(2016). 장기요양등급판정체계 개편에 관한 연구, 국민건강보험공단보건사회연구원」을 참고하여 요약, 정리함.

〈표 6-24〉 시설관련 노인의 등급 체계

구분	서비스 내용
ZZP 1	노인보호주택 + 일부지원
ZZP 2	노인보호주택 + 지원 + 간호
ZZP 3	노인보호주택 + 상담 + 집중요양
ZZP 4	노인보호주택 + 집중지원 + 연장요양
ZZP 5	노인보호주택 + 치매집중요양
ZZP 6	노인보호주택 + 집중요양 + 간호
ZZP 7	노인보호주택 + 안내(guidance) 중심 집중요양
ZZP 8	노인보호주택 + 치료 및 간호 중심 집중요양
ZZP 9	간호 + 회복치료(restorative care)
ZZP 10	완화치료, 임종간호

자료: 선우덕 외(2016). 노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안. p.220.

## 라. 정책과제

### ① 장기요양 대상자 선정도구 개발

#### ○ 장기요양 필요도 개념 재정립

- 현행 요양필요도 : 요양수발 시간 개념에서 활동을 수행하거나 생활영역을 형성하는데 있어 필요한 자립성 유지 능력을 평가하여, 자립성의 손상으로 인한 타인의 도움에 대한 의존도로 규정
- 장기요양 수급자 보장성 확대에 따라 일상생활도움이 필요한 자를 선정하는 기준을 경증 기능제한자까지 포괄할 수 있도록 전환

#### ○ 장기요양 필요도 선정 기준 개발

- 장기요양 필요도 산정을 위한 도구(평가항목 및 필요도 산정 알고리즘) 개발

##### ① 평가항목(안)

- 신체기능상태(옷입기, 세수하기, 이동하기 등), 일상생활자립상태(외출하기, 약 챙겨먹기, 식사준비 등), 자립생활 저해 건강상태(인지기능 및 행동변화, 신체적 건강상태 등)
- 현재 사용되고 있는 인정조사점수 산정 항목(신체, 인지, 행동변화, 간호 욕구, 재활욕구의 52개)에 대한 적합성 및 추가 항목 필요성 검토

##### ② 장기요양 필요도 산출 알고리즘 개발

- 기능에 따른 요양필요도 정도를 산출하는 알고리즘 개발
  - 전문가에 의한 가중치를 활용한 알고리즘 방식 또는 적정 서비스 모형을 활용한 방식 등 검토 필요
  - (예) 전문가의 판단 : 항목별 도움필요도(예 ①완전 자립 ②부분도움 ③완전도움) 판정, 영역별 가중치를 부여하여 장기요양 필요도 총점을 계산 (독일의 새로운 대상자 선정방식과 유사)

### ③ 장기요양 대상자 선정 욕구조사표(현, 인정조사표) 개발

- 장기요양 필요도 산정 항목과 그 외 개별이용계획 수립에 필요한 욕구조사 항목 구성
  - 현행 5개 영역을 6~7개 영역으로 세분화하고 비슷한 기능을 측정하는 항목 통합 또는 세분화 하는 등 항목 재구성
  - 점수척도 보완 : 기능상태 세분화로 점수를 정교화하기 위해 현행 2~3점 척도에서 4점 척도 방식 고려(안)
- 경증 대상자의 필요 서비스를 파악할 수 있는 항목 추가, 특히 치매 초기 필요한 서비스 및 욕구 항목 구성

〈표 6-25〉 인정조사표 재구성(안)

영역	현행	검토(안)	
		영역	항목 예시
1	신체 기능	이동성/운동성	옮겨앉기, 방밖으로 나오기 등 수평수직 이동 항목 구분하지 않고 동작의 연속성을 평가 (체위변경-앉은자세유지-일어나기-집안이동 등)
		일상생활 수행 능력 (자기돌봄)	유사항목 통합(세수하기-양치질하기 등) 및 사회생활 영역 일부 추가(검토 필요) -신체청결, 탈의착의, 영양, 배설+사회생활 영역
2	인지 기능	인지능력 및 의사소통능력	현행과 비슷한 항목으로 유지
3	행동 변화	행동방식과 정신적 문제상황	유사항목 통합하여 항목 수 조절 -옷벗고 입기와 옷을 부적절하게 입는다는 유사항목으로 '부적절한 옷입기'는 일상생활 수행능력에서 판단
		사회적 접촉 →행동변화 영역의 세분화는 검토 필요	타인과의 접촉, 대인관계 등 항목 구성
4	간호 처치	질병 및 치료관련 요구사항들과 부담을 감당할 수 있는 능력	항목별 '있음/없음'으로 판단하지 않고 해당하는 항목의 개수 및 횟수로 평가

영역	현행	검토(안)	
		영역	항목 예시
			-현행 증증으로 구성되어 있는 경관영양, 흡인, 도뇨·장루관리, 욕창, 투석 등 10개항목을 경증간호처치 영역을 포함하여 12~15개 항목으로 구성
5	재활 영역	근력 및 관절 운동 능력	-

## ② 장기요양 대상자 선정도구 적용을 위한 매뉴얼 개발

- 신뢰성 높은 도구의 적용이 가능하도록, 개발되어진 대상자 선정 도구(항목)의 개념 및 설명, 측정방식 등의 구체적 적용 매뉴얼 개발

## ③ 장기요양등급 체계 개편방안 개발

- 새롭게 개발되는 장기요양 대상자 선정도구 적용을 통해 장기요양서비스 수급자로 진입하는 최저 요양필요도 수준 및 적정 등급구간 개발

### ① 장기요양 대상자의 최소 기준 수준(점수) 설정

- 변경된 요양필요도 산정방식에 따라 0~100점(예시)이 산출될 때, 인정점수와 요양필요도 수준을 비교하여 최소 기준 설정 필요
- 장기요양 필요 대상자 기준(향후 5년간 일상생활수행능력 제한자까지 포괄하는 것으로 가정) 및 현재 인정점수를 기준으로 할 때, ADL 1개 이상 제한자의 기준은 43점 수준

\* (참고) 독일 사례 : 2017년 새로운 대상자 선정기준 변경하고, 장기요양보험 진입 최소기준을 12.5점으로 설정, 시범사업 과정을 거치면서 기존 수급자를 포괄하고 이들의 급여하락이 이루어지지 않도록 등급구간을 조정(기존 3등급 체계 → 5등급으로 변경(제2차 장기요양 기본계획 수립 기획단 내부자료))

### ② 등급자와 등급외자 구분체계에 대한 검토 및 현 등급 체계와의 정합성을 고려한 등급 체계 결정

- 요양필요도를 몇 개의 등급으로 구분할 것인지와 현재의 등급과 개편 등급과의 정합성 검토를 통한 등급 체계 결정
- 현 5개의 등급구분을 서비스 이용패턴, 서비스 제공자의 돌봄 기술 및 강

도의 차이 등을 고려하여 등급간 변별력을 갖는 적정 등급 선정(예: 5등급 또는 6등급)

- 등급외 폐지 : 등급외자에 대한 별도의 관리 필요성 부족
  - 현재 등급외자를 별도로 구분하는 이유는 제도초기(3등급 체계) 지속적인 대상자 확대 등을 고려했기 때문이며, 해당 기준이 노인돌봄종합서비스의 대상자 선정 기준으로 활용됨.
  - 지속적인 대상자 확대를 통해 등급외 A수준, 향후 자립적인 신체활동이 가능한 치매질환자까지 확대할 경우 장기요양보험에서 등급외자를 별도 구분할 필요는 없을 것임.

#### ③ 등급 이용기준 및 한도액 기준 설정

- 등급별 적정 급여유형 권고 기준 설정(예시)
  - 현재 1~2등급은 시설급여 선택가능하며, 그 외 등급의 경우 치매 또는 가족내 돌봄이 어려운 경우로 제한
  - 새로운 등급 체계 도입시, 등급별 적정 급여유형 권고 기준 마련 필요
- 등급별 이용한도액 재설정
  - 현재 재가급여 이용자의 등급별 월이용한도액에 대한 설정 필요

#### ④ 등급결정 체계에 대한 검토

- 의사소견서 개편방안 검토
- 등급판정위원회 운영방식의 효율성 및 실효성 검토
  - 등급판정위원회 구성 적합성 및 개선방안
  - 등급판정위원회 운영방식 검토
- 등급판정위원회와 사례관리 시스템 관계 구축
- 등급 유효기간에 대한 검토
  - 등급별 인정유효기간 폐지 가능여부 검토

⑤ 등급체계 개편 시범사업 및 개선안 도출

- 대상자 선정도구의 적용 적합성과 기존 도구의 문제점 해소 가능성 등 파악
  - 도구 개편 모형 검증과 대상자 및 소요 재정 추계
- 현 등급체계와 새로운 등급체계와의 정합성 검토
  - 기존 등급과 신규 등급 변화 비교를 통한 등급 구간 기준선 설정
  - 새로운 등급 체계 적용 시 발생하는 문제점 및 해소방안
  - 실행계획(안) 마련
- 개편 의사소견서 적합성 검토
- 등급판정위원회 운영방식 시범사업 실시

마. 기대효과

- 장기요양 대상자의 욕구와 필요서비스에 따른 등급체계 개편을 통해 국민의 제도에 대한 신뢰도와 만족도 향상
- 장기요양 대상자의 요양필요도 선정 정확성 향상을 통한 제도에 대한 전반적 신뢰 제고

# 제 7 장

## 재가급여 강화

제1절 통합재가급여 신설 및 재가서비스 공급체계 개편

제2절 재가급여의 개별서비스 기능 강화 및 제공방식 개편

제3절 다양한 신규 재가급여 개발

제4절 가족수발자 지원 강화





## 제1절 통합재가급여 신설 및 재가서비스 공급체계 개편

### 1. 통합재가급여 신설

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 고령화 및 중증화에도 장기요양 인정자가 가능한 오랫동안 지역사회에서 거주(Aging in Place)할 수 있도록 개별적인 재가급여를 하나의 급여로 통합 후, 이용자 맞춤형으로 설계하여 제공할 수 있는 통합재가급여를 재가급여의 한 종류로 개발
- 이용자 맞춤형 서비스혼합(care mix)이 가능한 통합재가급여 제공으로 서비스 질 향상 도모

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- 보건복지부 연구용역 ‘장기요양보험 공공성 강화 방안(2015년)’
  - 회원제 포괄정액수가 복합재가서비스 도입 및 재가서비스공급체계 재편방안 제안
- 방문요양시간 축소 및 이용지원 강화 위한 시범사업 계획(2015년)
- 통합재가급여 시범사업 실시

① 통합재가급여 1차 시범사업 실시(2016년)<sup>25)</sup>

- 시범사업 운영체계
  - 보건복지부(총괄), 공단(요양급여실, 건강보험정책연구원, 지역본부·지사)이 주체가 되어 장기요양기관과의 연계를 통해 추진
- 시범사업 참여기관·대상자 선정 및 교육 실시
  - 실험군(한 사업자가 방문요양과 간호 제공) 30개소, 대조군 30개소
  - 공단 직원 및 참여기관 종사자 대상으로 기본교육 수행(시설장 8시간, 사회복지사 16시간, 간호사 16시간)
- 시범사업 운영('16.7.~12.)
  - 대상자 욕구사정에 따른 맞춤형 통합재가급여 제공 및 급여비용 외 기관당 월 120만원 참여수당 제공
- 시범사업 평가('16.11.)
  - 1차 시범사업 평가결과 토대로 2차 시범사업 추진 시사점 도출

② 통합재가급여 2차 시범사업 실시(2017년)

- 시범사업 참여기관·대상자 선정 및 교육 실시
  - 통합형(한 사업자가 방문요양과 간호 제공) 30개소(1차 시범사업 참여기관 21개소 포함), 연계형 6개소
  - 한 기관당 10명씩 대상자 총 360명
  - 공단 직원(5시간) 및 참여기관 종사자(시설장 4시간, 사회복지사 및 간호사, 요양보호사 6시간) 대상으로 기본교육 수행
- 시범사업 운영('17.3.~8.)
  - 대상자 욕구사정에 따른 맞춤형 통합재가급여 제공
  - 협력의가 거동불편자 방문하여 방문간호지시서 발급시 기관당 최대 30만

25) 1차 시범사업과 관련한 만족도 평가 결과, 참여 만족도는 92.7%, 계속 이용할 의향이 있다는 응답은 97.6%, 1일 다뤘수 방문서비스에 만족한다는 응답은 60.9%, 건강관리 서비스에 만족한다는 응답은 92.7%로 나타남(국민건강보험공단 내부자료).

## 원 지급

- 월정액 수가, 기관당 월 190만원 추가수당(연계형은 230만원) 지급
- 시범사업 평가('17.10.)
  - 시범사업 실적 분석, 대상자 및 참여기관 만족도 조사, 초점면접조사 등을 거쳐 본사업(3차 시범사업) 방안에 적용할 정책과제 도출
  - 대상자: 기능 상태 확인(ADL, IADL 등 검증), 만족도
  - 기관: 통합재가서비스 제공과정 상 적절성 평가

## (참고) 통합재가급여 제공체계

- ① 공단 : 이용지원에 따른 표준장기요양이용계획서 재작성
- ② 기관 : 욕구조사\* → 급여제공계획 수립\*\*→ 급여제공\*\*\* 및 급여제공기록지 작성
  - \* 표준장기요양이용계획서 내용을 토대로 사회복지사와 간호사의 종합적인 욕구조사 실시
  - \*\* 1일 다횃수(2~3회) 방문요양, 건강관리 서비스(월 2회), 필요시 간호처치 서비스 제공, 협력의 방문을 통한 방문간호 지시서 발급(거동불편자)
  - \*\*\* 사회복지사 또는 간호사가 대상자 사례관리 및 서비스 제공 인력 간 역할조정 수행
- ③ 공단 및 기관 : 이용지원 회의 실시 / 지사 담당자, 기관의 사회복지사(간호사)가 수급자 가정에서 격월로 실시

〈표 7-1〉 통합재가급여 시범사업

구분	1차	2차
기간	·'16.7월 ~ 12월(6개월)	·'17.3월 ~ 8월(6개월)
참여기관	·실험군, 대조군 각 30개 기관	·실험군 36개(복합형/연계형)
대상자수	·300명	·360명 ... 가족요양보호사 포함
내용	·단시간, 다횃수 방문(40%) ·건강관리 및 간호서비스	·단시간, 다횃수 방문(70%) ·건강관리 및 간호서비스 / ·협력의 제도 운영
수가	·장기요양급여비용 청구 - 월 한도액의 약 92% 사용 ·기관당 월 120만원 참여수당	·(통합형) 월정액수가 적용 - 월 한도액의 약 95% 내외 ·(연계형) 장기요양급여적용 ·기관당 월 190~230만원 추가수당
소요 예산	·사업비(2억8천)	·22억=급여비(17억)+사업비(5억)

자료 : 1) 국민건강보험공단 내부자료

2) 보건복지부(2016.12.12.). 수급자 가정에 힘이 되는 '장기요양 통합재가서비스' 보도자료.

## □ 현황 및 문제점

- 이용자 욕구의 평가에 따른 맞춤 서비스계획 및 제공 부재
- 재가급여 방문요양 편중 현상 심화

- 전체 재가급여 이용자의 72.4%가 방문요양 서비스 이용, 재가급여기관 중 방문요양기관이 46.3% 차지
- 복합적 욕구(의료 및 요양), 중증 대상자의 재가급여 이용 감소
  - 요양병원 입원, 입소시설 이용으로 지역사회 거주 감소
- 재가급여의 수요 변동 위험을 전적으로 부담하는 불안정한 일자리, 낮은 처우 및 사회적 인정으로 역량있는 서비스인력 확보 곤란

## 다. 정책과제

### ① 통합재가급여 도입

- 재가급여의 새로운 종류로 통합재가급여를 도입
  - 통합재가급여는 여러 개별적인 재가급여를 이용자의 욕구에 따라 다양하게 혼합하여 구성한 후 하나의 새로운 급여로 만든 것으로, 월 단위로 포괄정액수가로 지불하는 급여임.
- 통합재가급여 특징
  - ① (이용자 맞춤형) 이용자 개인별 욕구평가, 이용자 선호를 반영한 급여제공 계획 수립, 급여제공 및 이용지원을 통해 맞춤형 서비스(care mix) 제공
  - ② (통합서비스 제공) Aging in Place를 위해 대상자의 상태·욕구에 적합한 방문요양, 간호, 목욕, 주간보호, 단기보호 등 재가급여를 통합적으로 제공
    - 통합재가급여는 맞춤욕구에 따라 다양한 형태의 서비스 제공이 가능하여 고령 및 중증상태임에도 지역사회 내에서 생활 가능
    - 재가서비스를 필요에 따라 준(準)시설서비스 수준까지 제공할 수 있으므로 노년의 존엄한 삶을 유지하고 사회적으로도 비용효율적인 지역사회 계속 거주(Aging in Place)에 기여
  - ③ (통합재가급여 회원제 등록 및 정액포괄수가 적용) 통합재가급여는 개별 재가급여 종류 및 시간/횟수에 따라 서비스 이용계약을 하는 것이 아니라 통합적인 재가서비스 패키지 형태로 서비스 이용계약 실시

- 통합재가급여는 통합재가급여기관의 회원으로 등록하여, 구체적인 서비스 구성(care mix)에 관계없이 포괄정액수가를 적용함.
  - 서비스 중심구성의 유형 및 이용수준에 따라 몇가지 유형의 포괄정액 수가를 설계하는 방안을 검토할 수 있음(1등급, 2등급, 3등급 수가/ 방문요양 중심형, 주야간보호 중심형, 방문요양-방문간호 중심형, 단기보호 중심형 등).
  - 포괄정액수가는 서비스공급자가 경영수지 측면에서 서비스공급 감소 유인 가질 수 있으므로 공급자의 공공성과 전문성 담보가 전제되어야만 함.
- ④ (예측 가능한 서비스수요 및 안정적 일자리) 서비스수요 예측이 가능하고 포괄적인 수가를 통해 안정적인 일자리 마련 가능
- 사회복지사, 간호(조무)사, 요양보호사 등 직종 간 팀워크체계 구축으로 적절한 급여제공

## ② 통합재가급여 단계적 주류화(mainstreaming)

- 통합재가급여가 고령사회 및 초고령사회 재가급여 형태의 주류로 정착할 수 있도록 수가 등을 통해 정책적 시그널 명확화
  - 통합재가급여는 중증, 복합적 욕구를 가진 이용자부터 단계적으로 확대
  - 통합재가급여는 포괄정액수가 특성상 서비스공급자의 서비스량의 축소 제공 유인이 작용할 수 있으므로 공공성이 담보될 수 있는 공공(위탁) 공급기관에게 급여제공 권한을 우선적으로 부여

## ③ 통합재가급여 적정 시설 및 인력운영 모형 개발

- 기존 개별 재가급여인력모형과 상이한 통합재가급여에 적합한 새로운 시설기준 및 인력운영모형 구성 필요
  - 통합재가급여 구성의 다양한 형태를 고려하여 몇 가지 통합재가급여 유형별 표준 시설 및 인력운영모형 개발

④ 통합재가급여 적정 수가 개발

- 통합재가급여 수가가 적정한 수준으로 개발되는 것이 통합재가급여 중심으로 재가급여 개편을 위한 필수적 조건임.
  - 제공기관들이 기존 개별 재가급여에 비해 안정적 경영이 가능하도록 적정 수가 보장
- 통합재가급여 유형별 표준 시설 및 인력운영모형을 고려한 적정수가 개발
  - 통합재가급여를 다수 기관이 연계 제공하는 경우에 대응하여 수가를 배분할 수 있도록 통합재가급여를 구성하는 개별급여 수가 개발

⑤ 통합재가급여 시범사업 실시

- 기 시행된 통합재가급여 시범사업('16~'17년)의 평가 결과를 바탕으로 기관의 공공성에 초점을 둔 공급체계 마련을 통한 시범사업 실시
- 새롭게 개발된 통합재가급여 적정 수가에 따른 시범사업 실시, 재가기관의 통합재가급여 제공기관으로서 참여가능성 점검 등

라. 기대효과

- 이용자 중심의 맞춤형 통합급여 제공으로 장기요양 서비스 질 향상 및 Aging in Place 지원
- 통합재가급여를 제공하는 새로운 서비스공급체계 개발로 서비스공급체계 재편과 양질의 일자리 마련 가능

## 2. 통합재가급여 공급체계 구축

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

##### ○ 공공성 강화

- 공공성이 담보되지 않는 재가서비스 공급체계 개편을 위해 진입/퇴출 규제함으로써 공급량과 공급자 질에 대한 통제를 강화하고, 교육과 소통을 제도화하여 공공성 규범을 상호 공유(석재은, 2017)
- 공공성 가치실현을 선도하는 기관 인증 및 기관 운영의 투명화와 법제도 준수의 엄격화 견인

##### ○ 규모화

- 영세 소규모 재가서비스 공급체계를 규모의 경제가 작동할 수 있는 수준으로 규모화할 수 있도록 정책적 필요

##### ○ 공공(위탁) 거점재가기관 신설

- 공공(또는 공공위탁) 거점재가기관을 신설(지정)하여, 지역사회 재가요양(돌봄)서비스를 통합적으로 관리하고 조율
- 시장실패로 적절한 공급이 이루어지지 못하는 제도 내 사각지대, 제도 간 사각지대에 대한 보완과 제도의 보장수준을 넘어서는 욕구에 대해 공공부문의 대응 필요
- 기피이용자(까다로운 이용자, 고난도 중증환자, 고체중, 성폭력 등 위험대상자 등) 및 기피서비스(단시간서비스, 원거리서비스, 이동보조서비스 등), 취약계층에 대한 제도 경계를 넘어선 보호 등

##### ○ 통합재가기관 지정

- 준(準)시설서비스와 같은 수준의 포괄적이고 유연한 맞춤형서비스 제공이 가능한 통합재가급여를 제공하는 통합재가기관을 새롭게 지정
- 통합재가기관을 재가급여 제공의 중심기관으로 위상을 부여함으로써 재

## 가서비스 공급체계 개편의 계기 마련

### 나. 현황 및 문제점

□ 재가기관의 소규모 영세화와 과잉경쟁으로 인한 경영 불안

○ 현행 장기요양 재가서비스는 서비스 제공기관의 소규모 영세화와 서비스시장의 포화로 인한 과잉경쟁으로 높은 경영 불안

- 2016년 말 기준 서비스 제공기관 1개소당 평균 서비스 이용자수가 26명에 불과한 수준이고, 월 기준 총 서비스수입이 1,985만원에 불과하여 안정적인 운영이 어려운 상황임(국민건강보험공단, 2016).

• 서비스수가 산출의 표준운영모형이자 안정적 기관운영의 분기점인 평균 이용자수 40명, 월 서비스수입 3,000만원에 비해 65% 수준에 그치는 수준

□ 서비스기관의 담합, 부당청구 등 편법, 불법적 행태가 빈번히 보고되고 있고 재가 서비스 기관 중 약 30%는 폐업과 설치를 반복(석재은 외, 2016, p.34)<sup>26)</sup>.

○ 재가서비스제공기관의 안정적 운영이 어려운 상태에서 경쟁적인 이용자 확보를 목적으로 본인부담금 면제 및 감면 등 불법적으로 수급자를 확보하고 서비스 비용을 부당 청구하는 등 공공성 훼손 사례가 지속적으로 발생

- 최근 3년간(2012~2014) 노인장기요양보험 부정수급액은 385억 400만원에 이르는 것으로 보고됨(석재은, 2017, p.436<sup>27)</sup>). 또한 느슨한 진입규제, 엄격한 운영규제로 상당수 기관이 설치 및 폐업을 반복하여, 장기요양 평가기간이 다가오면 폐업했다가 다시 설치신고를 반복하는 기관이 4,620개에 이르고 있는 것으로 보고되고 있음(국민건강보험공단 내부자료).

□ 민간 재가기관 중 상당수는 공공성 규범 요구에 반발하고 있음.

26) 석재은 외(2016)에서 인용하였으며, 원자료는 국민건강보험공단의 「2012~2014년 노인장기요양보험 부정수급 적발현황 자료」임.

27) 석재은(2017)에서 인용하였으며, 원자료는 국민건강보험공단의 「2012~2014년 노인장기요양보험 부정수급 적발현황 자료」임.



- 2016년 기준 재가서비스 기관을 설립주체별로 보면, 개인기관이 82.6%에 달하고 있으며, 법인 기관이 16.2%, 지자체 기관은 0.8%에 불과함. 반면, 주야간보호기관은 개인기관 비중이 전체 재가기관에 비해 상대적으로 낮은 60.4%이고, 법인기관 비중이 35.3%, 지자체 기관 비중이 3.9%임(국민건강보험공단, 2016)<sup>28)</sup>.
  - 민간기관 중 상당수는 공공서비스를 전달하는 기관으로서의 정체성이 약한 편이며, 심지어 개인기관에 공공성을 요구하는 것에 대해 직접적으로 이의를 제기하는 상황
- 장기요양인력에 대한 미흡한 자격관리, 열악한 처우 및 근로여건으로 인하여 장기요양기관들이 구인난을 겪고 있으며, 인력 고령화 및 잦은 직업 이탈로 서비스 질을 적절하게 담보하기 어려운 상태
  - 재가기관의 요양보호사는 2016년 기준 시급 8천원 설정시, 1일 4시간씩 주 5일(총80시간)을 근무하는 경우 월수입이 64만원이며, 1일 8시간씩 주 5일(총 160시간)을 근무하는 경우 월수입이 128만원 수준에 불과한 수준임.
    - 또한 방문요양서비스는 1회 3시간으로 급여를 제한하고, 기관에서는 단시간 수가를 충분히 반영하지 않아 요양보호사의 실질 수입은 54~108만원 수준으로 감소추세임(석재은, 2017).
- 이용자가 전적으로 급여를 결정하는 방식은 서비스 오남용, 실질적 급여 및 기관 선택 제한으로 오히려 서비스 질 담보에 방해로 작용
  - 재가급여 이용자에게 강조했던 자유로운 재가급여 서비스종류의 혼합구성(service mix), 방문요양 서비스 내용의 이용자 결정권, 요양보호사 교체권 등은 이용자에게 장기요양 서비스를 사적으로 이용할 수 있는 것으로 오인하게 함에 따라 불필요한 불협화음과 남용을 초래

28) 국민건강보험공단(2016). 2016 노인장기요양보험 통계연보의 '설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황' 통계 자료를 활용함.

## 다. 해외사례

### □ 일본<sup>29)</sup>

○ 2015년 개호보험 개혁에서 지역포괄케어시스템의 구축이 강조됨.

- 75세 이상의 노인, 치매 노인, 독거 노인, 노노 세대 등의 증가에 따른 대응으로 지역포괄케어시스템의 구축을 목표로 제시
  - 고령자가 오랜 기간 살아왔던 일상생활 권역에 의료, 개호, 예방, 배식이나 안부 확인 등의 생활지원 서비스, 주택의 5개의 요소를 이용자에게 포괄적이고 계속해서 제공할 수 있는 시스템의 구축
- 지역포괄케어시스템이란 「욕구에 대응한 주택이 제공되는 것을 기본으로 하고, 생활상의 안전·안심·건강을 확보하기 위해 의료와 개호뿐만 아니라 복지 서비스도 포함한 다양한 생활 서비스가 일상생활의 장(일상생활 권역)에서 적절하게 제공될 수 있는 지역 내의 체제」를 의미함(미츠비치 UFJ 리서치&컨설팅, 2013).
  - 가능한 한 본인이 살아왔던 자택과 지역에서 생활하면서 필요에 따라 의료와 개호 등의 서비스를 사용하고, 삶의 마지막을 보낼 수 있도록 하는 통합케어 체제
  - 5가지 구성요소: 「개호·재활」, 「의료·간호」, 「보건·예방」, 「복지·생활지원」, 「주거·주거 방식」
- 지역포괄지원센터는 시정촌 또는 시정촌으로부터 위탁을 받은 법인(재택개호지원센터의 설치자, 사회복지법인, 의료법인, 공익법인, NPO법인, 그 외 시정촌이 적당하다고 인정하는 법인)이 설치 주체가 됨.
  - 주요 업무는 ① 개호예방 케어매니지먼트 업무, ② 종합상담지원업무, ③ 권리옹호업무, ④ 포괄적·계속적 케어매니지먼트 지원사업으로 횡단적인 제도의 연계 네트워크를 구축하여 실시

○ 소규모다기능형 거택개호 강조

29) 해외사례는 석재은(2017)을 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다른 경우는 본문 내 별도 표기함.

- 소규모다기능형 거택개호의 기본 방향은 통소를 중심으로 요개호자의 상태와 희망에 따라 수시 방문과 숙박을 조합한 서비스를 제공하는 것임. 이는 이용자가 중증도가 되어도 자택에서 생활을 계속할 수 있도록 지원하기 위함임(전국소규모다기능거택개호사업자연합회, 2014).
- 2014년의 개정 이후, 생활 권역 내의 요개호자의 상태와 희망에 따라 「통소」, 「방문」, 「숙박」 및 다양한 니즈(needs)에 대응하는 기능을 조합하여 서비스를 제공하여, 정든 지역에서의 생활을 계속할 수 있도록 지원함. 또한, 생활 권역 내의 다양한 니즈를 필요로 하는 사람들을 지원하고, 지역포괄 케어의 담당자 역할을 수행함(전국소규모다기능거택개호사업자연합회, 2014).
- 「등록자수/정원」(=충족률)의 경우, 80% 이상 사업소가 46.5%이고, 평균은 75.5% 임. 등록정원은 25명이 가장 많은 78.3%, 24명이 9.3%, 18~23명이 8.9%, 17명 이하가 3.6%임. 또한, 통소 정원은 15명이 79.1%, 11~14명이 14.3%, 10명 이하가 6.6%임. 숙박 정원은 9명이 44.1%로 가장 많고, 그 다음으로 6~8명이 26.0%, 1~5명이 29.9%임.

## 라. 정책과제

① 공공성 강화를 위한 재가서비스 유사시장(quasi-market) 여건 정비 : 재가서비스 공급체계 개편

### ① 진입 및 퇴출 규제 강화(안)

- 진입을 신고제에서 지정제로 변경
- 진입시 지역별 공급량을 고려하고, 진입시 대면면접 평가와 서면계약시에 서비스 질 제고, 윤리경영 등 공공성 규범에 관한 부분에 대해 협약 체결
- 기진입 서비스제공기관에 대해서도 주기적 재지정제 도입을 통해 공공성 규범에 관한 협약 체결을 바탕으로 지정 형식으로 전환
- 국민건강보험공단의 서비스 평가 결과(절대평가 등급)와 연계하여 연속 D, E등급을 받은 기관에 대해 퇴출 조치

② 좋은돌봄기관 인증제 실시

- 좋은돌봄기관에 대해 인증제를 실시하고, 인증기관에 대해서는 정책 파트너로서 선도적 지위 부여

③ 공공성 규범의 공유를 위한 교육 및 상호 소통 거버넌스 구축

- 공공성 규범의 공유를 위한 기관장 및 관리자 교육과 소통의 제도화

④ 기관운영의 투명화 및 법제도 준수 엄격화

- 서비스 이용자 및 서비스 제공인력 등록
- 회계 투명화
- 근로감독 강화와 근로기준법 준수 규제 강화

⑤ 공공(위탁) 거점재가기관 설치

- 공공(위탁) 거점재가기관: 공공(위탁)운영주체의 지역거점 통합재가기관 설치
  - 공공(위탁) 거점재가기관은 일본의 지역포괄지원센터 기능과 더불어 일본의 소규모다기능센터에서 소규모가 아닌 ‘다기능센터’를 합한 역할을 함께 수행

② 공공(위탁) 거점재가기관 설치방안 : 통합재가기관 신설 운영

① 공공(위탁) 거점재가기관의 주요역할

- 이용자 사례관리
  - 거점재가기관 이용자 뿐 아니라 방문요양기관 연합체 이용자를 모두 포함한 이용자 사례관리: 매주 1회 거점재가기관에서 목욕, 재활서비스 이용 및 케어플랜을 작성하는 한국형 케어매니지먼트 모형 정립
  - 밖으로 나오기 어려운 경우를 제외한 대부분의 재가대상자가 주1회 기준 거점재가기관을 이용하도록 하여 이용자 사례관리 및 서비스 질 관리. 와 상노인은 월 1회 방문간호서비스를 통하여 사례관리
  - 가족요양보호사에 의해 서비스를 받는 경우에도 월 1회 방문간호서비스를 통해 서비스 질 관리

- 공공성 서비스(기피 대상, 기피 서비스)를 공급하고, 민간기관을 다각적으로 지원하면서 동시에 견인하는 역할을 담당.
- 복합서비스 제공: 주(야)간보호서비스, 단기보호서비스, (방문)목욕서비스, 재활서비스, (방문)간호서비스 등 제공
- 요양인력 동일 근로조건 가이드라인 견인
  - 방문요양기관 연합체와 요양인력의 동일한 고용조건 및 근로조건 가이드라인 준수 견인
- 경증재활-요양(의료) 연계
  - 거점재가기관은 조세를 재원으로 하는 등급외자 관리, 경증치매 주간보호센터를 별도로 운영하며, 경증재활-요양의 연계를 실현
  - 잠재적인 장기요양 인정자 관리 역할을 맡음으로써 이후에 연합체의 이용자 확보를 지원

## ② 공공(위탁) 거점재가기관의 주요 특징

- 장기요양 인정자 중 특히 지자체가 급여재원을 부담하는 기초보장수급자, 의료급여수급자, 차상위 경감대상자 등 취약성이 높은 본인부담 면제 및 경감대상자(35.3%(국민건강보험공단, 2016)<sup>30)</sup>에 대해서는 우선적으로 서비스 제공책임을 지님.
- 취약계층의 급여비용을 지자체가 부담하고 있으므로 지자체 직영 시설에서 이들을 관리하고 서비스를 제공하는 것이 효과적임.
  - 맞춤형사례관리 결과에 따라 필요한 경우 지자체 재원으로 보충적 돌봄을 제공할 수 있도록 공공 거점재가기관을 취약계층의 재가급여기관으로 지정하는 방안 검토
- 장기요양 인정자와 장기요양 등급외자 아울러 서비스를 제공함으로써 장기요양 욕구에 대한 연속적이고 통합적인 서비스 제공 도모

30) 2016년 노인장기요양보험 통계연보 기준으로, 인정자 총 519,850명 중 경감대상자, 의료급여 대상자, 기초수급 대상자의 합(183,780명)에 대한 비율임.

- 장기요양 인정자와 장기요양등급외자는 재원 및 책임주체가 장기요양보험과 지자체로 각각 상이하지만, 서비스 제공단계에서 공공(위탁) 서비스 제공기관을 통하여 연속적이고 통합적으로 관리

### ③ 공공(위탁) 거점재가기관 설치 방안

- 공공이 지역거점기관의 역할을 맡는 것을 원칙으로 하되, 공공운영주체에 준하는 공공의 역할과 기능을 할 수 있다고 일반적으로 인정되는 운영주체에 대해서는 공공위탁하여 공공 거점재가기관과 동일한 기능과 역할을 담당하는 방안 검토

#### (참고) 공공(위탁) 거점재가기관 설치 방안(안)

- 공공(위탁) 거점재가기관은 시군구별로 장기요양수요를 고려하여 2~5개 설치
- 공공(위탁) 거점재가기관 및 민간재가기관 연합체를 포함하여 재가서비스 이용자의 30~40% 수준 포괄 목표
- 한 기관당 280명 이용자를 관리하는 서비스 모형 구상: 장기요양 인정자 200명 내외(민간재가기관 연합체 이용자 포함), 등급외자 80명 내외 가정
- 1일 40명 이용자 \* 1주 1회 이용 \* 주 7일 (365일 운영) = 280명 이용가능
- 향후 공공(위탁) 거점재가기관의 운영모형 및 인력모형, 이용자수, 서비스 이용모형, 재원구성에 대한 정확한 연구 필요

### ④ 지역별 공공(위탁) 거점재가기관 선정 방안

- 지역별로 필요수만큼 공공(위탁) 거점재가기관을 선정하고, 거점재가기관은 일정 규모 이상의 방문요양기관들과 연합체를 이루어 상호공생하는 서비스 공급단위로 대형화
- 지역별 장기요양 인정자수, 지역별 인구 분포 등을 고려하여 적절한 공공(위탁) 거점재가기관수를 설정하여 수량을 규제 (예, 일본은 중학교 1개소 당 지역포괄지원센터 1개소 설치)
- 통합재가서비스 급여운영이 가능한 인프라 규모를 가지고 있는 노인복지관, 주야간보호센터를 포함한 비영리 재가서비스기관, 신설 통합재가기관 등 공공성을 담보하고 주야간보호기관과 같이 기관중심 서비스를 제공할 수 있는 기관 중에서 신청에 의해 선발, 지정
- 상당한 시설투자 및 자본투자가 필요하여 경영수지에 어려움이 발생할 수 있는 목욕, 재활 등 공공적 서비스는 공공역할을 부여받은 거점재가기관에서 담당하는 것을 원칙으로 설정

- 기존 방문목욕기관은 공공(위탁) 거점재가기관으로 인수, 합병하는 방안을 검토

#### ⑤ 공공(위탁) 거점재가기관 운영모형

- 공공(위탁) 거점재가기관은 주 7일 1년 365일 개소하는 모델로 운영
  - 공공(위탁) 거점재가기관 1개소 + 방문요양기관 6~7개소 연합체(이용자 40명 기준)
- 방문요양기관은 이용자 40명 기준 6개소 연합체 형성
  - 통합 기관과 동일 근로조건 적용 등을 통해 사실상 규범적 공공성을 강화하고 일자리 질 제고 효과 기대
- 와상인 경우를 제외하고, 모든 재가서비스 이용자는 거점재가기관의 주야간보호서비스를 주 1회 이용하는 것을 기본모델로 설정 : 한국형 급여혼합(mix) 및 사례관리 모델 적용
- 거점재가기관에서 목욕서비스 및 재활서비스 제공, 와상노인의 경우 방문목욕서비스도 통합 기관에서 제공, 단기보호서비스도 제공 가능
  - 방문간호서비스기관도 거점재가기관에 함께 포함하여 운영
- 거점재가기관 및 방문요양기관 연합체는 안정적 수요 확보를 통해 월급제 등 안정적 고용모델 확대 적용함으로써 요양인력의 고용안정성 확보
  - 방문요양기관은 거점재가기관과 공유하는 통합재가급여 이용자 외에 고유의 이용자를 별도로 가질 수 있음.
- 주요 재원은 장기요양보험 통합재가급여 수가(또는 일부), 장기요양보험 공공서비스에 대한 지원금, 장기요양보험 이외 서비스에 대한 지자체 보조금으로 마련

### ③ 통합재가기관 신설을 통한 재가서비스 공급체계 재편

#### ○ 주요 역할

- 지역사회 재가요양서비스 전체적인 통합 관리 및 조율 책임

- 민간재가기관과 연합하여 통합재가급여 제공
- 장기요양 인정자 및 장기요양 등급외자 서비스 제공

○ 공공(위탁) 거점재가기관과 민간 재가기관(방문요양) 연합체

- 공공(위탁) 거점재가기관은 통합재가급여를 함께 제공하고 인력운영 등 기관운영에서 공공성 규범을 함께 준수하기로 협약한 민간 방문요양기관과 ‘통합재가급여 제공연합체’ 구성
  - 공공(위탁) 거점재가기관 + 일정 이용자규모 이상 및 평판이 높은 민간 재가기관(방문요양)을 통합재가급여 제공연합체로 컨소시엄 체결
  - 지역별로 공공(위탁) 거점재가기관과 복수의 방문요양기관을 하나의 연합체로 조직하여 재가서비스 공급체계의 중심축 역할 수행
- 공공(위탁) 거점재가기관과 연합체를 구성하는 민간 재가급여기관은 해당 기관의 이용자에게 공공(위탁) 거점재가기관과 연계하여 통합재가급여 제공
  - 연합체를 구성하고자 하는 민간 방문요양기관은 일정한 이용자 규모를 갖추고 그간의 서비스실적 및 평가, 공공성 가치지향에 부합하고 동의하는 기관으로 구성
  - 연합체를 구성하는 방문요양기관의 적정수는 공공(위탁) 거점재가기관에서 사례관리할 수 있는 이용자수를 고려하여 설정
- 공공(위탁) 거점재가기관은 연합체 자격을 갖춘 방문요양기관들과 연합체를 이루어 상호공생 방식으로 서비스 공급단위를 실질적으로 대형화하고, 서비스 수입과 서비스 운영규범을 공유하며, 상호지지 및 상호감시를 통해 서비스 공공성을 확보
  - 연합체 단위로 장기요양 통합재가급여의 제공, 민간기관이 담당한 서비스에 대해 비용 배분(통합재가급여 청구단위는 공공(위탁) 거점재가기관으로 단일화)
  - 연합체 단위로 장기요양 일자리 근로조건의 동일화 및 규범 준수를 통해 민간기관의 규범적 공공성을 담보하며 공공성 가치 확산
- 방문요양기관의 자율적 병합을 유도하여 통합재가의 안정적 운영을 위한



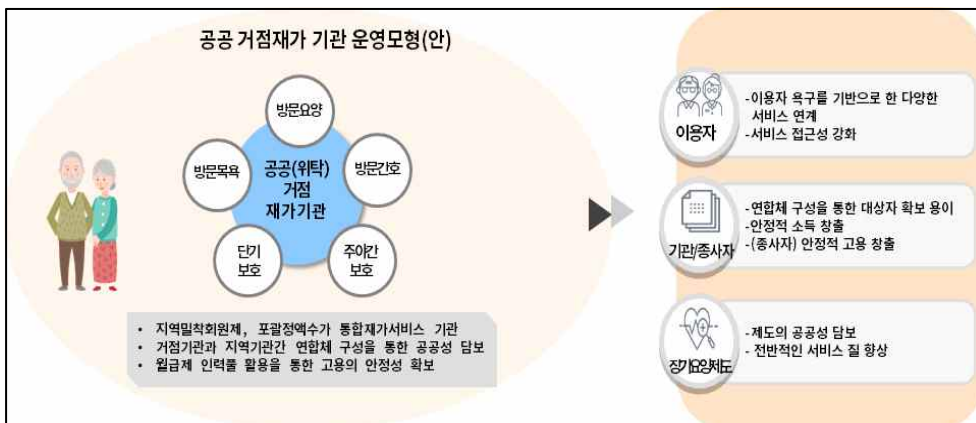
기관의 규모를 중대형화시킴.

- 수가정책, 지출규제 등을 통해 일정규모 이하인 경우 경영의 안정성이 담보되지 않는다는 것을 명확히 전달하여 제공기관의 중대형화를 견인
- 통합재가기관 신청 기관 중 서비스 기관에 대한 정량적, 정성적 평가를 통해 평점이 높은 기관을 엄격히 선발함으로써 공공성 강화를 위한 공급체계 개편 효과를 도모
- 양질의 기관이 통합재가기관으로 진입할 수 있도록 통합재가기관의 적정 운영모형 및 적정수가 개발(서비스 질, 일자리 질 제고 가능한 수가수준)이 매우 중요
- 선(先) 서비스계획 및 포괄 정액수가로 예측가능한 안정적 경영 가능
- 안정적 일자리 및 근로조건 제고 가능: 상근직 월급제 원칙, 선(先)근로계약 후(後)서비스제공

○ 재가서비스 공급체계에 통합재가급여를 공급하는 통합재가기관을 새롭게 도입하며, 공공성 담보의 중심적 역할 수행

- 공공 거점재가기관 신설을 통해 구조적 공공성 확보
- 공공기관에 준하는 역할을 수행할 수 있다고 인정되는 민간기관에 대해 공공위탁 거점재가기관으로서 공공의 역할과 지위 부여

[그림 7-1] 공공(위탁) 거점재가기관 및 민간방문요양기관 연합(안)



- ④ 지역별 재가서비스 인프라 분석 및 공공(위탁) 거점재가기관 운영모형에 관한 연구과제 수행, 시범사업 실시
  - 지역별 거점재가기관 필요수 추계 및 공공 거점재가기관 신설 필요량 추계
  - 적정 운영모형 및 수가 개발
  - 희망 광역지자체와 협의하여 시범사업 실시

#### 마. 기대효과

- 회원제 통합재가서비스센터로 전환하는 과정에서 선별 심사과정을 적용하여 단계적으로 재가서비스 공급의 공공성 강화 도모
  - 일련의 질적 심사과정을 통해 재가 서비스기관의 핵심 공급자를 보다 안전하고 보증할 수 있는 기관들로 구성하게 되면, 전체 재가서비스 공급체계에도 긍정적인 파급영향을 미칠 수 있을 것으로 기대
- 거점재가기관은 규모의 경제성, 범위의 경제성 제고로 안정적 기관운영에 도움
  - 회원제 운영은 현행의 서비스 종류별, 서비스 시간별 이용자 확보방식보다는 안정적이고 예측가능한 경영을 할 수 있는 여건 마련 가능
- 서비스 제공인력 측면에서 안정적 고용과 좋은 일자리로서의 발전가능성 증대
  - 회원제 포괄정액수가에 기반하여 예측가능하고 안정적인 경영이 가능해지게 되면, 인력운영에 있어서 상근직 월급제 비중을 높일 수 있으며, 임금이나 사회보장, 유급휴가 등의 고용의 질 향상 가능
  - 공공(위탁) 거점재가기관에 대한 복합적인 기능 부여로 새로운 일자리 창출과 함께 통합기관과 연합체간 근로조건 동질화로 일자리 질 제고 효과
- 공공 거점재가기관은 개인별 욕구에 기반한 서비스 제공으로 사례관리 가능
  - 특히 거점재가기관이 장기요양 뿐만 아니라 지역사회서비스도 함께 하는 사회

복지법인 기관인 경우에는 장기요양 뿐만 아니라 다른 지역사회서비스와 연계하는 사례관리 가능

- 거점재가기관은 현행 재가서비스 급여이용의 문제점으로 지적되어 온 방문요양 편중 이용, 주간보호 활성화의 제약, 방문간호 활성화의 제약 등을 해결할 수 있으며, 이용자의 맞춤 욕구를 전문적으로 사정하고 이용자와 협의하에 서비스 구성(mix) 다양화 가능
- 전문적인 맞춤 사례관리가 서비스 구성 속에서 자연스럽게 가능토록 함으로써 현행 체계에서 지속적으로 문제로 제기되어 왔던 사례관리의 부재 해결 가능
  - 서비스 분절성을 해소하고 이용자에게 맞는 최적의 서비스 구성을 제공할 수 있도록 함으로써, 이용자에게 보다 적절한 서비스 제공

□ 단선적 재가서비스에서 통합적인 재가서비스 제공으로 지역사회 계속 거주 가능성 훨씬 높아지는 효과 창출

## 제2절 재가급여의 개별서비스 기능 강화 및 제공방식 개편

### 1. 방문요양서비스 제공방식 개편

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 방문요양서비스는 노인장기요양서비스에서 가장 핵심적인 영역이지만 가사수발 중심의 질 낮은 서비스로 여러 부작용을 초래하고 있어서, 내실화를 위한 근본적인 급여의 개편이 필요함.
  - 요양보호사는 전문성을 요하지 않는 가사수발 중심의 서비스 제공으로 업무의 만족감이 낮고 전문 직업인으로서의 정체성을 갖기 어려움. 이로 인해 요양보호사에 대한 낮은 급여, 잦은 이직과 인력 부족 등을 초래하는 근본 원인이 됨.
  - 이용자는 청소나 세탁 등의 가사수발 중심의 서비스를 제공받고 있음. 이는 집안 환경 여건을 개선하는 효과는 있지만 신체 기능의 퇴행을 늦추거나 기능을 개선할 수 있는 신체수발을 제대로 제공받지 못하는 한계를 나타냄.
  - 사회적 인식의 측면에서 노인이나 가족, 일반인들이 요양보호사를 전문 인력으로 대우하지 않고 파출부나 비전문적인 인력으로 생각하는 경우가 많음. 가사수발 중심의 서비스 운영이 현실적인 원인 중의 하나임.
- 요양보호사의 주요 업무는 신체수발 중심의 전문적인 서비스 제공으로 하고, 독거노인이나 노인부부 가구 등의 일부 경우에만 가사나 청소 서비스를 제한적으로 제공함. 이를 통해 요양보호사는 파출부라는 인식을 불식시키고 방문요양서비스의 질을 개선하며 요양보호사의 전문성을 제고하고자 함.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 현황

- 가족이나 노인이 요양보호사의 주 업무를 청소나 가사서비스로 생각해서 필요 이상의 무리한 가사지원을 요구하는 경우가 많고, 요양보호사를 파출부와 동일시하는 경우가 적지 않음.
  - 현재의 방문요양서비스는 청소와 가사서비스의 비중이 지나치게 높은 상태로 적절한 돌봄을 통한 노인의 기능 개선을 도모하고자 하는 장기요양보험 도입의 본래 취지에 미치지 못함.
- 바람직한 장기요양 모델은 요양보호사가 신체수발을 중심으로 한 서비스를 제공하여 노인의 기능 상태를 개선해서 독립성을 제고하고, 청소와 가사는 부수적인 서비스로 제한적인 차원에서 제공하는 것임.
  - 그러나 현재의 방문요양서비스는 본말전도의 상태로 가사수발의 비중이 너무 높아, 노인의 기능 개선을 도모하기보다 오히려 일부 노인의 의존성을 높여 노인의 실질적인 기능 상태 개선에 한계가 있음.

### □ 요양보호사 구인의 어려움 증가와 장기요양제도에 대한 신뢰 저하

- 요양보호사가 주로 청소와 가사업무를 담당하여 가족과 사회에서도 요양보호사를 파출부로 여기고 무시하는 등 사회적 인식이 나쁜 상태임.
  - 이는 요양보호사의 업무만족도 저하와 정체성 혼란을 초래해서 이직을 상승과 요양인력 부족의 원인으로 작용함.
  - 더욱이 방문요양서비스를 사회적으로 질 낮은 서비스로 인식하게 만들어 노인장기요양보험제도에 대한 신뢰를 떨어뜨리고 있음.

## 다. 해외사례

### □ 일본과 유럽의 가사 중심 서비스 제한

- 선진국의 장기요양서비스는 가사수발과 청소서비스를 매우 제한적으로 제공

하고 최대한 노인이나 보호자가 스스로 수행하도록 하며, 전문적인 신체수발 서비스를 중심으로 제공하고 있음.

○ 일본은 일정한 기준을 충족하는 예외적인 경우에만 가사나 청소서비스를 제공하며, 이 경우 수가 적용이 상이함.

- 후생성은 이용자가 독거노인이거나 가족이 있어도 장애나 질병 등으로 가사수발을 할 수 없을 경우에만 가사나 청소서비스를 제공하도록 함.
- 가사수발 중심의 생활원조서비스 제공시간을 최대 1시간 30분으로 제한하고, 생활원조와 신체수발 서비스의 수가를 다르게 정하고 있음. 특히 생활원조의 수가는 동일시간에도 신체수발 서비스의 절반수준으로 낮게 책정해서 신체수발 중심의 서비스 제공을 유도함.

## 라. 정책과제

### ① 방문요양서비스 제공방식 개편

○ 신체수발 서비스와 가사수발 서비스의 분명한 구분을 통한 제공방식 개편을 도모함.

- 서비스 제공내역을 기록하며, 가사업무 비중이 서비스 제공시간의 50%를 넘지 않는 것을 원칙으로 함.
- 행위별 수가를 접목하여, 가사(식사, 청소) : 신체활동(케어) 5:5로 제공될 수 있도록 함.
- 신체수발서비스는 일본의 경우를 활용할 수 있음. 신체수발은 직접 노인의 신체와 접촉하는 것과 관련된 서비스의 준비 및 뒷정리도 포함함. 배설과 식사 도움, 청결하게 닦아주기와 목욕, 체위변경, 이동 및 외출 도움 서비스 등이 신체수발에 해당함.
- 가사수발 서비스는 청소, 세탁, 실내 정돈, 의복 정리, 일반적인 요리, 쇼핑과 약 타오기 등의 일상적인 생활지원으로 구분할 수 있음.

○ 가사수발 억제책의 일환으로 (1)수가 차등화 검토, (2)가사서비스 시간 제한,

(3)가사수발 요건 강화 등을 추진할 수 있음.

- 가사수발 서비스의 수가를 신체수발 수가에 비해 훨씬 낮은 수준으로 책정하는 것을 검토할 수 있음. 일본에서는 신체수발과 가사수발 서비스의 30분당 수가가 약 2배 차이가 남. 이를 통해 제공기관이 신체수발 중심으로 서비스를 제공하도록 유도함.
- 가사수발 서비스 인정 시간을 최소한으로 제한하는 것이 선진국들의 일반적인 추세임. 일본에서는 가사수발 원조 시간을 최대 90분 미만으로 제한하고 있고, 독일도 1시간으로 제한하고 있음.
- 가사수발 서비스의 요건을 강화할 필요가 있음. 일본에서는 독거노인이나 가족이 가사수발을 할 수 없는 상태일 경우에만 가사수발 서비스를 제공하는 것처럼 한국 상황에 적합한 예외기준을 마련하는 것이 필요함. 한국은 가족이 가사수발을 할 수 있는데도 요청하는 비율이 높기 때문에, 제도적으로 제한하는 것이 요구됨.

○ 신체수발을 활성화하기 위해서 관련 선진 서비스의 개발과 보급이 필요함. 요양보호사의 신체수발이 단순한 목욕, 체위변경 등이 아닌 노인 기능의 실질적 퇴화를 지연(개선)시킬 수 있는 서비스 중심으로 개편되어야 함.

- 노인 기능의 실질적인 개선을 유도할 수 있는 서비스의 개발이 요구됨. 유럽에서는 ‘재기능화(reablement service)’를 확산시키고 있음. 노인의 자립심을 키우면서도 신체기능을 강화시킬 수 있는 다양한 내용의 신체수발 내용을 발굴 및 매뉴얼화해서 교육과 훈련 등을 확산시킬 필요가 있음.

○ 실제 현장에서 신체수발 중심의 서비스가 제공되고 가사수발이 최소화될 수 있도록 다양한 장치 및 관리 시스템의 개발 및 적용이 필요함

- 방문요양기관에 추가적으로 배치되는 사회복지사의 핵심역할 중에 하나는 신체수발 중심 서비스 제공의 확인 및 유도임. 가령 사회복지사는 실제 서비스 제공을 확인하고 노인 및 가족에게 가사수발 최소화의 원칙을 홍보하고 설득해야 함.

- 요양보호사의 자격증 취득과 보수교육 시 신체수발 중심의 원칙을 교육

시키고, 국민건강보험공단의 기관 평가시에도 이 내용의 실제 준수 여부를 포함시켜야 함.

② 방문요양서비스 제공방식 개편방안 연구 및 타당성 검토

- 현재 방문요양서비스 제공방식 개편 과정에서 나타날 수 있는 거부반응, 부작용을 파악하고, 제도개편의 의도에 맞는 결과 산출을 위한 실천방안 개발 및 시범사업 필요

**마. 기대효과**

□ 방문요양서비스의 질 제고

- 전문성이 필요한 신체수발 중심으로 서비스가 제공됨에 따라 노인의 기능 악화 지연 및 개선 기대

□ 요양보호사의 정체성 개선과 사회적 인식 제고

- 요양보호사에게 전문적 업무를 수행하도록 하여 급여의 개선 및 업무 만족도, 정체성 제고, 인력의 이직률 감소 등 긍정적 효과 창출
- 사회 전반적으로 요양보호사에 대한 인식 개선



## 2. 방문간호급여 활성화

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 노인 의료비 절감, 노인 자립생활 도모와 돌봄 부담 경감 등 노인장기요양보험 제도 도입 목적에 부응하고, 중증의 대상자에게 필수적으로 요구되는 의료 서비스를 제공하기 위해서는 방문간호 사업의 구체적인 전략과 활성화가 절실하게 요구됨.

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- 제도 도입 이후 방문간호 필요성에 비해 일반 국민의 인지도가 낮고, 재가서비스 공급체계가 방문요양 중심으로 이루어짐으로 인해 활성화되지 못함. 따라서 제도적으로 방문간호 활성화를 위한 제도 개선을 추진함.
  - 방문간호 이용 활성화 방안
    - ('11년) 방문간호와 방문요양, 방문간호와 방문목욕 중복급여 제공 허용('11.3), 방문간호시 원거리교통비 지급('11.7)
    - ('14.7월) 5등급(치매특별등급), 6개월 동안 매월 1회 이상 방문간호의 무이용, 1~4등급 재가급여 이용자중 예방관리 등을 위한 방문간호 건강관리서비스 실시(월1회, 월 한도액 제외), 간호사가 급여 제공하는 경우(관리책임자 제외) 간호사 가산 및 치매전문교육 이수한 간호조무사가 5등급 수급자에게 서비스 제공시 간호조무사 가산
  - 방문간호 서비스에 대한 수가 현실화(인상)
    - ('12.1월) 방문간호 수가 및 방문간호지시서 발급비용 인상, ('13.1월) 급여이용 횟수(주3회) 제한 폐지, 치료재료비 현실화를 위한 수가 7%인상
    - ('16.3월) 방문간호 수가 2.74% 인상, ('17.1월) 방문간호 3.08% 인상
  - ('16.9월) 1~2등급 치매수급자 24시간 방문요양(치매가족휴가제) : 방문요

## 양과 방문간호 병설운영기관에서만 제공가능

### □ 현황

- 2016년 기준 장기요양 수급자는 97%가 치매, 뇌졸중, 관절염 등의 만성질환을 1개 이상 가지고 있고, 85%가 2개 이상의 만성질환이 있어 재가생활을 위해 적절한 의료 또는 간호 서비스를 필요로 함(국민건강보험공단, 2016).
  - 그러나 현재 서비스는 공급자가 제공하기 쉬운 단순 가사지원의 방문요양에 편중(54.7%)된 반면 방문간호 이용은 약 2%에 그치며(국민건강보험공단, 2016)<sup>31)</sup>, 방문요양, 방문간호 등 개별 서비스가 개별 기관에 의해 분절적으로 제공되는 문제점도 지적되어 옴(변도화 외, 2013).
- 현재 장기요양에서의 방문간호는 의사·한의사의 방문간호지시서에 따른 기본간호, 치료적 간호, 투약관리지도 등의 서비스와 치과의사의 방문간호지시서에 따른 구강위생, 잇몸상처 관리 등이 있음.
  - 방문간호를 할 수 있는 장기요양인력은 간호사, 간호조무사, 치과위생사로, 간호사는 2년 이상의 간호 업무경력이 있는 자, 간호조무사는 3년 이상의 간호보조 업무경력이 있고, 보건복지부 장관이 정하는 교육을 이수한 자, 치과위생사는 별도 경력규정은 없으나, 치과 위생 업무에 관한 급여만 제공할 수 있음.
- 방문간호는 1회 방문당 제공시간을 기준으로 산정하며, 급여 산정 비용은 30분 이상~60분 미만 42,200원임(2017.8.8.기준)<sup>32)</sup> 수급자 본인 또는 가족이 장기요양기관과 적절한 서비스 회수·서비스 시간 등을 협의하여 계약을 체결하되, 등급별로 월 한도액이 설정되어 있어 이를 초과할 경우 전액 본인이 부담하여야 함. 이에 서비스 회수·시간에 따른 수가 총액을 고려하여 계약을 체결함.
  - 방문간호사의 업무는 기본간호(간호사정·진단, 온·냉요법, 체위변경, 등 마사지, 구강간호, 개인위생 관리 등), 의사처방에 의한 간호(비위관 교환, 단순

31) 전체 이용자(실인원) 대비 개별급여 이용률로, 급여간 중복이 배제되지 않은 비율임.

32) 보건복지부. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(2017-141호(2017.8.8.))

도뇨·정체도뇨관 삽입·교환·관리, 기관지관 교환·관리, 산소요법, 욕창치료, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합선 제거, 방광·요도세척), 검사관련 업무, 투약관리 지도, 의사처방에 의한 주사, 교육 훈련, 상담(건강관리, 운동 및 영양, 건강생활행태 개선을 위한 교육과 상담)등이 있음.

#### □ 한계(문제점)

- 수급자의 특성상 의료적인 서비스가 필요함에도 수급자의 기능상태·욕구 보다 보호자의 선호, 급여제공자의 유인 등에 의해 급여종류와 양이 결정됨에 따라 방문간호보다는 가사위주의 방문요양에 편중되어 있음.
- 장기요양 등급자는 복지서비스 뿐 아니라 욕창 예방관리 등 질환 및 증상관리를 위한 의료와 노인 전문간호에 대한 욕구가 매우 높은 상태임. 현재의 장기요양서비스는 이러한 치료적 욕구에 대한 대처가 취약한 실정임.
  - 현재 방문간호를 제공할 수 있는 인력의 자격기준은 간호사, 간호조무사로 구성되어 있으나, 해당 인력에 따른 간호업무 구분 기준은 부재함.
  - 의료적 욕구에 대응하기 위해, 간호와 기능회복훈련 영역에서의 급여 확대 방안이 도입되어야 함.
- 특히 잔존하는 기능상태를 유지하거나 향상하여 독립성을 제고하고, 거주 지역에서 온전한 존재로서의 삶을 영위하기 위해서는 선제적이고 적극적인 차원에서 전문적이고 치료적인 간호가 필수적임.
  - 홈케어에서 건강사정(health assessment), 케어플랜, 그에 따른 종합적인 질적 간호(skilled nursing)가 접목될 수 있도록 방문간호서비스를 주요 급여로 포함하고 체계화하는 작업이 필요함.
  - 이에는 장기요양 방문간호사의 업무설정, 체계적인 교육훈련, 직무교육이 수반되어야 함.

#### 다. 해외사례

##### □ 유럽 및 일본<sup>33)</sup>

- 이미 장기요양 수급자의 재가생활 지원을 위해 요양, 간호를 통합적으로 제공해 오고 있음.
- 유럽형(독일, 네덜란드 등)은 대체로 한 기관에서 간호인력을 중심으로 요양, 간호를 통합적으로 제공하고 있음.
  - 네덜란드형 재가서비스 제공방식의 사례(Buurtzorg Nederland)를 보면, 2007년부터 지역케어를 위한 새로운 조직 및 케어제공모형을 개발하여 비영리단체에 서비스를 제공함.
  - 전국에 약 620여개의 간호사팀(간호사, 요양보호사, 재활전문직의 팀제 운영으로, 약 6,500여명)이 구성되어 있으며(2013년 기준), 중앙에 35명의 관리직원이 있고, 15명의 슈퍼바이저가 활동하고 있음.
  - 1명의 슈퍼바이저가 40~45개 팀을 지도 감독하여 최대 12명(간호사+요양보호사)으로 구성된 사업팀을 독립적으로 구성하여 운영함.
  - 인구 5,000~10,000명을 사업 대상지역 범위로 설정하고 가정의와 연계하여 통합적으로 케어 및 간호서비스를 제공함. 각 팀의 주요 서비스 내용은 환자에 대한 간호 및 케어안내, 간호, 케어계획 등 실시하는 것임.
- 일본은 지난 2012년 정기순회·수시대응형 서비스를 신설하여 분절화된 서비스 공급체계를 수요자 중심으로 재편하기 위한 노력을 기울이고 있음.

## 라. 정책과제

### ① 기본 간호영역 간호사 주체적 서비스 제공가능 방안: 의사지시서 적용 제외

- 장기요양 대상자는 반드시 의료-요양 서비스의 요구와 필요성을 간호사가 초기 평가하도록 함. 평가결과에 따라 적합한 케어플랜을 주기적으로 수립하며,

33) 해외사례는 아래 문헌을 참고하여 요약, 정리함. 「김명희(2009). 노인장기요양보험제도에 의한 방문간호사의 역할, 업무분석. 한국보건간호학회지, 23(2), pp.232~250.」, 「김명희(2010). 노인장기요양보험제도에 의한 방문간호 표준개발. 한국간호학회지, 24(2), pp.285~301.」, 「윤희숙(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원」, 「임지영 외(2012). 노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안. 한국콘텐츠학회논문지, 12(8), pp.283~299.」

케어플랜에 따라 적절한 간호 및 재활서비스와 영양서비스가 제공되도록 모니터링하고, 주기적인 사후평가를 통해 케어플랜을 수정함.

#### ○ 방문간호 이용절차 구분

- 현행 방문간호 이용 절차는 수급자가 의료기관을 방문(의사가 수급자 가정 방문)하여 의사의 지시서를 발급받고 방문간호기관에 제출, 서비스 계약·제공받는 체계로 되어 있어 이용절차의 복잡함으로 꺼려하는 문제가 있음.
  - 의료적인 처치가 필요한 경우 의사의 방문간호지시서 발급을 지원(간호사가 협약의료기관 직접 방문하여 발급 또는 ICT를 활용하여 발급)하고 기본적인 건강관리, 교육, 투약지도 등이 필요한 경우 여부를 판단할 수 있도록 개편되어야 함.
- 간호사 1차 건강사정 → 기본적 간호와 치료적 간호 구분 → 간호사와 의사 협의 → (치료적 간호 필요시) 방문간호지시서 필요 → (기본적 간호 필요시) 방문간호지시서 불필요
  - 치료적 간호와 기본간호를 구분하여, 건강관리, 교육, 투약지도, 영양상담 등이 필요한 경우는 의사의 지시서 없이 간호사가 단독으로 제공하고, 의료적 처치 필요시 의료기관과 연계 후 치료적 간호로 전환

#### ② 방문간호서비스 내용 확대

- 최초 등급을 받은 치매수급자에 대해 월 2회(최초 2개월간) 방문간호서비스 무료 제공(월 한도액 제외(보건복지부 보도자료, 2017.11.7.))<sup>34)</sup>
  - 다만, 통합재가서비스를 이용하는 경우에는 통합재가서비스 제공팀내에 간호사가 역할을 수행하도록 하여 별도의 간호수가 산정 제한
    - 기본간호의 경우 최소 월 2회 주기적 지속적 대상자 방문
    - 간호사의 1차 건강사정 스크리닝 후 시행 중인 통합재가서비스와 연계하도록 하는 구체적인 가이드라인 제시

34) 「보건복지부 보도자료(2017.11.7.). 본인부담 경감 대상 확대, 경증치매대상 인지지원 등급 신설 등 장기요양보험 보장성 강화된다.」를 근거로 함.

○ 포괄적 기능회복훈련 서비스 제공

- 현재 방문요양이 선점하고 있는 재가급여에 포괄적 방문간호서비스 급여를 도입할 경우, 방문간호처럼 급여종류는 존재하나 실제 이용률은 저조한 상황이 초래될 수 있음.
- 방문간호 급여에 기능회복훈련팀(요양보호사+물리 및 작업치료사, 영양보호사+간호사 등)을 구성하여 기능회복서비스 제공시 급여비를 산정할 수 있는 체계 마련
- 경증 및 허약 노인을 대상으로 한 포괄적 기능회복훈련 또한 방문간호에서 적극적으로 활성화 되도록 방안을 마련함.

③ 전문적인 의료서비스 제공 체계 구축

○ 방문간호기관은 의료기관과 협약 체결 의무화

- 방문간호지시서 발급 의사와 지시서에 따라 수행하는 간호(조무)사와의 의사소통체계 부재, 의사의 지시감독 범위 외의 장소에서 행해지는 의료행위, 급여제공자의 자격 완화(가정간호는 전문간호사에 국한하나 방문간호는 간호조무사까지 확대)에 대한 불안감으로 지시서 발급을 꺼려하는 문제점을 해결하고 수급자의 상태를 주기적으로 의사에게 보고(ICT활용 가능)하도록 하여 전문적인 의료서비스 제공 실현

○ 서비스 제공인력 전문성 향상을 위한 교육체계 마련

- 가정간호는 의료법 제78조에 따라 전문분야의 일정자격을 가진 전문간호사가 수행하나, 방문간호는 간호사 또는 간호조무사까지 서비스 제공이 가능하여 인력 전문성에 한계 존재
- 현행 법적으로 간호(조무)사 자격을 유지하기 위해 보수교육(연8시간)을 받고 있으나, 장기요양과 관련한 교육이 아니므로 방문간호서비스 제공자에 대해서는 별도의 교육체계를 통한 전문성 함양 필요
- 간호사 보수교육은 실무 전문 단체에서 주관할 수 있도록 하여 현장 친화적, 사례 중심적 보수교육이 가능하도록 개편 필요

- 방문간호 서비스에 대한 이용자, 협약의사 인식 개선, 홍보 개선

○ 간호사와 간호조무사의 의무범위 구분 반드시 필요

- 간호사와 간호조무사는 각각의 독립된 종사 인력으로 인정, 간호사의 역할과 기능 범위, 간호조무사의 역할과 기능 범위, 그리고 간호사-간호조무사의 직능적 관계를 정립(2015년 12월 28일자 의료법 개정 사항- 제2조 5 간호사의 업무 각 목-참조)하여 근본적인 문제 개선 필요

④ 방문간호 수가체계 개편

○ 기능회복훈련 서비스 관련 수가 개발

○ 치료적 간호와 기본간호 수가 이원화

- 현행 수가는 재료비까지 포함한 수가로 설계되어 의료기관 방문시 본인부담보다 높은 수준
- 간호사의 건강관리 등 기본 간호영역은 재료비가 별도 필요한 부분이 아니므로, 기본간호 수가를 설정하고 치료적 간호는 일반적인 재료비용을 포함하여 재설정
  - (개선안) ①고가의 재료비는 방문간호기관의 부담으로 작용하여 이용자가 서비스 이용을 꺼릴 수 있는 부분이 되므로 전액 본인부담 형태로 개선 ② 수가에 재료비용을 포함하여 설정하되 ‘방문시간 당’ 아닌 ‘행위별 수가’를 제안하는 방안 ③ 치료적 간호에 드는 처치재료를 재가급여 복지용구 품목에 포함하여 연간 한도 내에서 구입할 수 있도록 하는 방안 검토
- 방문간호에 대한 재정적 지속가능성을 감안한 수가 체계 마련 필요
  - 월 한도액 외 방문간호 투입 제한 방안, 의무(또는 특별)이용 종결 후 수요 유지 방안, 이용자 구매 의향의 높은 서비스로의 설계 등이 고려되도록 설계 필요함. 이외, 협약의료기관 체결 의무화시 의료인력에 대한 관리비용을 수가에 반영하는 방안 검토

## 마. 기대효과

- 장기요양 재가급여에 전문성을 높이고 간호와 기능훈련 영역을 확대하여 건강상태를 유지, 증진하도록 치료적 기능 통합
  - 기능 장애를 유지하고 예방하여 궁극적으로 신체기능 의존성을 줄이고 시설입소를 예방함으로써, 장기요양에 대한 부담 경감
- 장기요양서비스 패러다임을 분절적 서비스에서 수요자 중심의 통합적 서비스로 전환하는 원스탑 서비스 마련
  - 질 높은 돌봄과 전문간호 제공을 통해 자립생활유지 및 기능감퇴를 미연에 방지하는 효과적 체계 마련



### 3. 단기보호서비스 제공 기관의 다양화

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 현재 우리나라는 재가와 시설서비스의 중간단계의 서비스(intermediate care service)가 매우 부실함. 단기보호 서비스를 활성화시켜서 중간 단계의 서비스로서 노인이 시설에 입소하지 않고 재가와 지역사회에서 최대한 노후를 보내도록 지원함. 이를 통해 노인의 삶의 질 제고와 노인의 의료비 및 장기요양 비용을 감축함.

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

##### ○ ('08.7월)

- 단기보호 급여기간 : 1회 90일 이내, 연간 180일
- 외박을 한 경우 1일당 수가의 50% 산정, 1회 최대 6일

##### ○ ('09.1월)

- 외박수가 1회당 최대 6일, 1개월에 최대 10일
- 가(假)정원 내 단기보호 : 가정원 내 단기보호시설 설치신고가 이루어진 입소 시설은 수급자의 외박기간 10일 초과시부터 외박자를 대체하여 다른 수급자를 단기보호 할 수 있음. 외박자 제외 요양시설 현원과 단기보호 현원의 합이 요양시설 정원 초과 불가, 단기보호 입소자 수는 총 정원의 5%초과 불가, 90일까지 정원초과 운영 가능, 단기보호 급여비용 산정

##### ○ ('09.8월)

- 등급판정위원회에서 인정한 경우 연간 180일 초과하여 급여비용 산정가능
  - 가족 등의 수발이 곤란한 경우, 주거환경 열악, 치매 등으로 시설입소 불

### 가피한 경우 등

#### ○ ('10.3월)

- 단기보호 급여기간 : 연간 180일 → 월 15일, 가족의 여행, 병원치료 등으로 돌볼 가족이 없는 경우 등 1회 15일 이내 범위에서 연간 2회 연장 가능
- ※ 단기보호 전환시설 유예기간(3년) : 단기보호 인력기준으로 시설급여비용 인정
- 외박 수가 삭제, 입소시설 정원운영에 관한 특례 적용

#### ○ ('14.7월)

- 단기보호 연간 2회 연장할 경우 월 한도액 초과 허용
- 재가급여 이용자 중 치매수급자 가족의 휴식을 위한 치매가족휴가제 연6일 (월한도제외)

#### ○ ('15년)

- 단기보호급여 기능 재정립 방안 연구 실시(보건복지부)

#### ○ ('16.1월 시행)

- 같은 월에 시설급여 또는 치매가족휴가제 이용하는 경우 단기보호 이용 불가

#### ○ ('18.1월 시행 예정)

- 단기보호 월 9일이내, 특별한 사정이 있는 경우 1회 9일 범위 내 연간4회 연장가능(노인장기요양보험법 시행규칙 제 11조(2016.11.7.개정사항))

### □ 현황

- 현재 우리나라 장기요양보험은 시설급여와 재가급여의 중간단계의 서비스 (intermediate care services)인 단기보호기관이 장기요양제도 도입 이후에 크게 줄면서 그 기능이 사실상 부재함.

- 외국의 단기보호서비스는 대표적인 중간단계 서비스로서 재가에서 생활하는 노인이 기능상태 악화나 부양자 부재 등의 상황에 일시적으로 단기보호 기관에 거주하면서 기능 상태나 여건이 호전되면 가정으로 돌아오도록 적극 유도하고 있음.

- 우리나라는 단기보호의 사실상 부재로 노인의 시설입소 촉진 및 장기화를 야기하고 노인의 기능 상태의 중증화와 급여 비용 증가를 초래함.

○ 단기보호서비스는 노인과 가족, 정부에게 여러 측면에서 유용한 서비스임에도 불구하고 그 필요성에 대한 홍보 부족으로 인식이 낮음.

- 단기보호서비스는 노인이 시설에 입소하지 않고 집과 지역사회를 오가며 이용할 수 있는 서비스임. 단기보호를 통해 노인과 가족의 시설 입소에 대한 부담감을 줄이고 가족이나 친구 등 비공식 돌봄제공자들이 단기간 동안 휴식을 취할 수 있음. 정부 입장에서는 시설 입소를 지연시켜서 장기요양 지출을 줄일 수 있는 효과가 있음.
- 그러나 현재 우리나라에서는 그 필요성과 활용 방안에 대한 인식과 공감대가 전반적으로 낮은 상태임. 정부가 적극적으로 이 서비스의 장점과 활용을 홍보하지 않은 원인도 작용함.

○ 가족 등 비공식 돌봄제공자의 휴식을 위한 인프라 확충이 시급함.

- 치매특별등급 시행 이후에 비공식 돌봄제공자에 대한 휴가제도를 실시해서 돌봄 부담을 완화하도록 지원하고 있지만, 제공 인프라의 절대적인 부족으로 이용하지 못하는 경우도 많음. 이는 가족이 노인을 편하게 믿고 맡기지 못하거나 휴식을 제대로 취하지 못하는 장애물로 작용함.
- 특히, 노인의 가족들은 다양한 이유로 단기보호서비스의 필요성을 요구하고 있음(김미혜, 전용호, 조문기, 전성남, 최광필, 2015).
  - 여행, 명절, 결혼식, 자녀의 출산, 친구 모임, 집안 행사, 집수리, 자녀와의 모임, 의료적인 서비스 필요시, 입소시설의 대체 기관 등의 다양한 상황에서 단기보호서비스를 이용하기 희망함.
  - 일부 가족은 노인을 시설에 절대로 보내고 싶어 하지 않아서 일시적인 기간 동안만 단기 서비스를 통해서 본인들의 업무를 처리하거나 휴식을 취하기 희망함.

□ 한계(문제점)

- 노인장기요양보험 도입 이후, 단기보호서비스 제공기관 수가 도입 이전에 비해 오히려 감소하였음.
- 단기보호기관 수는 지난 2008년 말에 691개에서 2016년 말에 267개(2,551명 정원/4,900명 현원)로 급감함(국민건강보험공단, 2008; 2016). 지역에 따라서는 단기보호기관이 전혀 없는 곳도 있음.
- 단기보호서비스는 그 내용과 운영에 있어 사실상 요양시설과 동일한데도 불구하고 재가급여로 구분됨에 따라, 수가 산정도 재가급여에 준하고 있음. 재정악화를 경험하면서 적지 않은 단기보호기관이 요양시설로 전환하는 상황임.

다. 해외사례

□ 일본<sup>35)</sup>

- 일본의 단기보호는 요개호자, 요지원자를 노인복지법에 규정된 시설에 단기간 입소시켜서 목욕, 배설, 식사 등 간호와 일상생활상의 도움, 기능 훈련 등을 제공하는 서비스임.
- 특별양로노인홈(요양원)의 병설사업소로 운영하는 경우가 대부분(59.5%, 2013년 기준)인데 필요시설(병상수 및 거실수)의 확보와 이용자 숙박시 24시간 근무 체제의 정비 등의 문제 때문임.
- 단기보호서비스는 (1) 단독형, (2) 유니트형(단독형), (3) 특별양로노인홈과의 병설형, (4) 유티트형(병설형)의 네 가지 유형임.
- 단기보호기관 수는 매년 증가하고 있음. 지난 2005년에 6,106개에서 2013년에는 9,038개로 늘어남. 특히, 특별양로노인홈 병설형은 2013년에 5,376개로 전체의 59.5%를 차지함.

35) 일본의 사례는 김미혜, 전용호, 조문기, 전성남, 최광필(2015)을 참고하여 요약, 정리하였음.

## □ 독일

- 장기요양 보험급여는 크게 시설급여, 재가급여, 현금급여로 구분됨. 수급권자는 상한액 내에서 본인이 원하는 급여 선택 가능
  - 시설급여는 완전 주거시설과 부분 주거시설에서의 요양급여와 단기보호가 포함됨.
  - 완전 주거시설은 요양원, 양로원, 노인공동주택이 포함
  - 부분 주거시설은 주야간보호 기관이 해당
- 단기보호는 시설급여로 분류됨.
  - 장기요양 대상자 중 특별한 위기상황이나 병원 퇴원 후 단기간 동안 완전 주거시설에서 수발을 필요로 하는 경우 이용 가능
  - 2015년 이후 0등급을 포함한 모든 수급자는 연 4주 동안 1,612유로 한도에서 단기보호 서비스를 이용할 수 있었으나, 2017년부터는 2등급 이상 수급자만 연 최고 8주까지 1,612 유로의 한도에서 사용 가능

## □ 영국<sup>36)</sup>

- 단기보호 개념은 중간보호(intermediate care)와 재기능화(reablement)로 구성함(김미혜, 전용호, 조문기, 전성남, 최광필, 2015).
  - 중간보호는 주로 주거시설에서 일정기간 동안 거주하면서 돌봄서비스를 제공하는 것이며, 재기능화는 주로 집에서 대상자의 기능 상태를 개선하도록 서비스를 제공하는 것임.
- 단기보호서비스는 장기간 돌봄서비스가 필요한 상태에 있거나 더 집중적인 돌봄과 지지가 필요한 상태를 지연시키거나 예방하기 위해서 필요한 서비스로 규정함(The Care Act 2014).
- 서비스 대상

36) 영국의 사례는 김미혜, 전용호, 조문기, 전성남, 최광필(2015)을 참고하여 요약, 정리하였음.

- 대상자가 집에서 아프거나 낙상으로 경미한 부상을 당했을 때, 병원에 입원할 정도의 상태는 아닌 대상자
- 더 이상 급성기 치료가 필요한 병실에서 케어가 필요하지 않은 상태의 대상자
- 급성기 치료를 마치고 거주시설로 이동하는 대상자
- 임종에 직면한 대상자

○ 급여내용

- 대응(crisis response) 서비스
  - 최대 48시간 까지 제공. 이 서비스를 이용하기 위해서는 의사, 방문간호사, 구조팀, 응급사고 부서에 연락을 취해야 함
  - 이 서비스의 주요목적은 불필요하게 병원에 입원하는 것을 예방하는 것이며 집이나 요양시설에서 제공가능
- 재가중심의 중간보호(intermediate care)
  - 수급자 집에서 다양한 분야의 전문가(간호사, 치료사 등 의료분야 전문가)로 구성된 팀에 의해 제공
- 요양중심의 중간보호(intermediate care)
  - 이 서비스는 집을 떠나 병원 등에서 제공됨
- 재기능화(reablement)
  - 건강이나 정신상태가 좋지 않은 사람들이 일상생활에서 살아가는데 필요한 기술을 배우도록 지원하는 것으로, 최대 6주에서 8주간 이용 가능

라. 정책과제

□ 단기보호서비스 활성화 방안 마련

○ 단기보호서비스의 확충

- 바람직한 모델에 걸맞는 시설 및 인력, 제공 서비스 등 세부기준 마련
- 단독서비스 제공모델은 지양하고 세부기준을 충족시킬 수 있는 민간의 우

수한 요양기관, 주간보호센터, 신설 통합재가센터 등에게 단기보호서비스 제공 유도

○ 단기보호 기능 다양화

- 현행 단기보호 기능이 수급자의 일시적 보호에 한정되어 있으나, 기능을 다양화하여 가정으로의 복귀가 가능할 수 있도록 함
- 단기보호기관에서 노인의 재기능화 서비스를 신설하여 가정으로 복귀시 독립적인 생활이 가능하도록 필요한 기능과 기술을 교육시킴(영국의 reablement service 유사 기능)

○ 단기보호 수가 현실화

- 단기간 집중적인 케어(1회 30일)나 재기능화 서비스를 통해 가정으로 복귀할 경우, 추가 급여 지원을 통해 재가 복귀 유도
- 단기간 서비스(월1회 9일이내) 이용시 급여비용은 재가급여 월 한도액에서 제외

## 마. 기대효과

- 단기보호서비스의 활성화를 통해서 노인이 재가와 지역사회에서 생활할 수 있는 기반을 마련하고 가족의 시설입소에 대한 부담감과 비용 감소

#### 4. 주간보호서비스 제공 확대

##### 가. 배경 및 필요성

###### □ 필요성

- 기존 주야간보호기관의 경우 이용자의 대부분이 치매증상을 안고 있으며, 치매 증상(경증~중증)의 구분 없이 이용자가 기관을 이용하고 있어 증상에 따른 맞춤 서비스 제공에 제한이 있음.
- 장기요양 5등급 제도가 도입되면서 경증과 중증 대상자가 한 공간에서 서비스를 이용하는 경우가 대다수이고, 향후 치매국가책임제 시행에 따라 경증 대상자의 등급 내 진입이 용이하여 경증대상자 수는 증가할 것으로 예측됨.
- 새롭게 진입할 경증 치매대상자를 위한 전문화된 주간보호서비스를 제공할 수 있도록 인프라 기반을 확보하고, 그에 따른 프로그램 내용, 서비스 이용 방식 설계 등의 구체적인 검토가 필요함.
- 주야간보호시설의 지역간 격차와 불균형 해소가 시급한 상황으로, 재가 이용자의 접근성 확대가 필요한 시점임.

##### 나. 현황 및 문제점

###### □ 제도 개선 추진 경과

- 제도의 도입 시기부터 주간보호 활성화를 위한 정책을 지속적으로 추진(서동민, 김육, 문성현, 고영, 2016)
- 주야간 및 단기보호 등 복합시설 운영 시 시설 및 인력 병용 인정('08.07), 주야간보호를 재가급여의 중심적인 위치로 설정('10.11), 주·야간보호 미이용일 수가 일부 지급('11.07), 주·야간보호의 원활한 이용을 위해 월 한도액 일부 조정('12.01), '1일 8시간, 월 20일 이상' 주·야간을 이용한 수급자에게 월 한도액 50% 추가 적용('13.01), 야간·공휴일 가산 및 이동서비스 비용 신설('13.01), 경증 치매노인을 위한 주·야간보호 인프라 확충에 주력



(‘14.04), 급여비용(수가) 평균 0.97% 인상 확정, 인건비 지급 권장 수준 공개(‘15.11), 치매전담실 도입, 인력기준 재정비 등 장기요양서비스 질 개선 추진(‘16.04) 등

〈표 7-2〉 주·야간보호급여 관련 주요 정책변화

연 도	내 용
2008. 7	- 주·야간보호 및 단기보호 등 복합시설 운영 시 시설 및 인력 병용 인정
2010.11	- 재가급여시장을 주·야간보호시설 중심으로 육성 발표
2011. 7	- 주·야간보호 미이용일 수가 일부 지급
2011.12	- 주·야간보호 프로그램 활성화 위한 건강개선프로그램 가이드라인 배포
2012. 1	- 주·야간보호의 원활한 이용을 위해 월 한도액 일부 조정
2013. 1	- ‘1일 8시간, 월 20일 이상’ 주·야간을 이용한 수급자에게 월 한도액 50% 추가 적용
2013. 1	- 야간·공휴일 가산 및 이동서비스 비용 신설
2014. 4	- 주·야간보호시설 확충을 위해 건립비를 주·야간보호시설 우선으로 지원 - 치매 대응형 장기요양기관 시범사업 추진
2015.11	- 장기요양 보험료를 유지, 급여비용(수가) 평균 0.97% 인상 확정(주야간 2.73% 인상) - 인건비 지급 권장 수준 공개, 적정 지급 유도(주야간 직접인건비 비율 46.3%)
2015.12	- 제3차 치매관리종합계획(‘16~’20) 발표 - 치매검진 급여전환, 24시간 방문요양 도입, 치매가족상담 수가 신설 등 - 주·야간보호센터에 치매 유닛 설치 계획 포함
2016. 3	- 미이용일 급여비용 지급 일수 3일에서 5일로 연장 - 시설장을 포함한 프로그램관리자와 요양보호사에 대하여 전문교육 실시 - 주·야간보호는 서비스 특성 고려, 우선적으로 2016년부터 ‘시설과정’ 이수
2016. 4	- 노인복지법 시행규칙, 노인장기요양보험법 시행규칙 개정안 입법 예고 - 치매전담형 주야간의 경우, 요양보호사 배치기준을 이용자 4명당 1명으로 강화 - 5등급 치매수급자에 대한 서비스 확대 등 장기요양 치매서비스 내실화 추진 - 주·야간보호시설의 치매서비스의 질을 높이기 위해 전문교육을 받은 사회복지사 등이 서비스를 제공하도록 개선

자료 : 보건복지부, 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(제2017-141호(2017.8.8.)).

## □ 현황

○ 2016년 말 현재, 전체 재가 장기요양기관 중 주야간보호기관 수는 17.0%에 그치고 있음(국민건강보험공단, 2016).

- 2008년 7월 노인장기요양보험의 도입 직후, 주야간보호서비스를 제공하는 재가장기요양기관(주야간보호시설)은 전국 790개소에 불과하였으나, 그동안 1,228개소가 증가하여 2016년 12월 말 현재 2,410개소로 약 2.0배 증가(국민건강보험공단, 2008; 2016).

- 2016년 말 기준으로 주야간보호시설의 개소수는 경기지역에

22.1%(532개소)가 위치해 있어, 서울 13.0%(314개소)를 합하면, 약 35.1%의 주야간보호시설이 서울·경기지역에 집중됨(국민건강보험공단, 2016).

- 주야간보호기관을 이용하고 있는 대상자의 경우 76.5%가 치매증상을 안고 있으며, 3~5등급 대상자가 30%대로 고르게 분포되어있어 이미 일상생활을 영위하는데 제한이 있는 치매증상자(중경증 이상)가 대다수임을 알 수 있음(유애정외, 2015).<sup>37)</sup>

○ 제3차 국가치매관리계획 이행 등에 기반하여 치매환자를 위한 전문적인 인프라 확충을 도모하기 위해 치매전담형 주야간보호기관 확충을 위한 제도 신설('16.7월)

- (치매전담형 주야간보호기관) 25인 이하의 주야간보호기관에서 개인생활, 옥외공간 확보 권장, 이용자 4명당 요양보호사 1명 배치 유도, 시설장과 프로그램 관리자, 요양보호사의 치매전문교육 이수를 필수로 하는 운영방안 제시
- 치매전담형 장기요양기관제도가 '16.7월 도입되어 시행되었으나 현재까지 진입 기관이 적으며, 치매전담형 주야간보호의 경우 9개소('16.12월 기준)에 불과함.

〈표 7-3〉 월별 치매전담형 주야간보호 진입 기관 수

(단위:개소)

'16.7월	'16.8월	'16.9월	'16.10월	'16.11월	'16.12월
2	5	2	0	0	0

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

#### □ 한계(문제점)

- 현재 주·야간보호에 대한 적정 서비스 기준이 미흡하여, 현장에서는 단순 보호에 치중하고 있으며, 건강 및 치료욕구가 높은 이용자의 다양한 욕구를 충족시

37) 유애정외, 2015, 장기요양기관의 치매케어 전문성 강화 방안, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

키고 부양자인 가족의 안정과 휴식을 지원하는데 한계 발생

- 치매환자를 위한 전문적인 인프라 확충을 위해 치매전담형 주야간보호기관 유형을 신설하였으나, 추가적인 인력배치에의 부담과 낮은 수가 수준으로 인해 참여기관 수 저조

#### 다. 해외사례<sup>38)</sup>

##### □ 일본

- 재가서비스는 방문개호, 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 재택요양관리지도의 5가지 방문계 서비스와 통소개호(우리의 주야간보호에 해당), 통소재활의 2가지 통소계(데이서비스) 서비스가 있음(서동민, 김옥, 문성현, 고영, 2016).
  - 이외에 단기입소생활개호와 단기입소요양개호의 2가지 단기체재 서비스가 있으며, 그 외에 특정시설입소자 생활개호, 복지용구판대, 복지용구대여, 주택 개·보수비 지급, 재택개호지원이 있음.
- 주간보호의 정의 및 기본 방침
  - 주간보호(통소개호)는 매일 시설을 다니면서 식사, 목욕 등 일상생활상의 개호(도움)나 기능훈련 등을 받을 수 있는 서비스를 말함(서동민, 김옥, 문성현, 고영, 2016).
    - 시설에서 다른 이용자와 만날 수 있어서 은둔생활이나 고립을 방지하고 개호를 담당하는 가족의 부담도 경감시킬 수 있음.
    - 통소개호 사업은 요개호상태가 된 경우에도 이용자가 가능한 재가에서 본인의 능력에 따라 일상생활을 보낼 수 있도록 생활기능 유지 및 향상을 위하여 필요한 일상생활상의 지원 및 기능훈련을 실시함으로써 이용자의 사회적 고립감을 해소하고 심신 기능을 유지함과 동시에 이용자 가족의 신체적 및 정신적 부담 경감을 도모함(92조).

38) 해외사례는 「서동민·김옥·문성현·고영(2016). 주야간보호급여 제도개선 방안 연구. 백석대학교보건복지부」를 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다른 경우는 본문 내 별도 표기함.

- 통소서비스로 통소개호, 통소재활, 인지증대응형 통소개호가 있으며, 2013년 기준 일본의 주야간보호센터 이용률은 전체 37.8%가 이용(사회보험심의회 개호보험분과, 2013).
  - 주야간보호의 이용이 높은 이유는 이용자의 주요 욕구인 목욕서비스를 주야간보호가 해소하기 때문(데이서비스의 서비스제공실태에 관한 조사연구 사업, 2011)
- 일본 주간보호의 경우, 다양한 가산제도를 활용하여 주간보호사업소의 서비스 향상 등을 유인
  - 고령자 개개인의 상황에 맞는 기능훈련을 촉진하기 위해 개별기능훈련가산(I)(II)을 가산으로 추가하였고, 치매노인을 받아들이는 체계를 갖추고 치매노인이 전체의 20% 이상일 경우에 인지증(치매) 가산을 추가적으로 지원
- 중증환자를 위한 요양주간보호서비스 실시
  - 난병 등을 가진 중증 요양환자도 주간보호서비스를 받을 수 있는 서비스제공체제를 갖추고 있어서 주간보호서비스 이용률이 높은 것으로 판단
- 이용자 개개인의 욕구에 따른 주간보호의 자유로운 이용을 제도적으로 보장
  - 소규모다기능시설을 통해 이용자 전원을 대상으로 한 획일적인 이용 체제가 아닌, 이용 당일 상황에 따라 주간야간(단기)보호, 방문 등의 자유로운 이용을 보장함으로써 재가 생활 유지를 지원
- (개호예방통소개호) 2006년 개호예방등급(요지원 1,2)을 신설하면서 예방대상자의 주간보호서비스 제공을 위한 별도의 급여제공체계 개발
  - (서비스 내용) 요지원 1, 2등급 대상자가 공통 및 선택서비스를 이용할 수 있도록 유도하고 선택서비스에는 운동기구를 통한 기능 향상, 영양개선, 구강기능 향상 등이 있으며, 이를 이용하지 않는 대상자에게는 생활기능 향상을 위한 그룹 활동 참여 유도
  - (인력배치기준) 생활상담원 1인, 개호직원 15:1, 기능훈련지도원 1인(겸직가능), 간호사(준간호사) 1인 등

- (수가 및 본인부담기준) 기본 통소개호(요개호 1이상)와 급여량을 차별화하여 한정된 범위 내에서 서비스를 이용하도록 유도

〈표 7-4〉 일본의 통소개호 vs 개호예방통소개호 운영 내용

구분	기준	기본서비스	수가기준	단위수	본인부담금
통소개호	1일	송영, 기능훈련, 프로그램 등 제공	3시간 이상 5시간 미만	403단위	약 425엔
			5시간 이상 7시간 미만	606단위	약 639엔
			7시간 이상 9시간 미만	695단위	약 733엔
개호예방 통소개호	1개월	송영, 기능훈련, 프로그램 등 제공	요지원1	2,115단위	약 2,230엔
			요지원2	4,236단위	약 4,465엔

자료 : 서동민·김옥문·성현고영(2016). 주야간보호급여 제도개선 방안 연구. 백석대학교보건복지부. p.87.

#### □ 독일

- 재가와 시설의 중간형태인 부분시설급여로 주야간보호를 지원하고 있음. 2014년 기준 수급자 대비 이용자 비율은 2.4%이며, 급여한도액은 재가급여와 비슷한 수준임.
- 독일의 경우 주야간보호급여의 활성화를 위하여 2008년 수발보험개혁에서 주야간보호 급여한도액 인상과 함께 재가급여 수급자가 주야간보호를 이용하는 경우 한도액의 50%를 추가로 이용할 수 있도록 급여대상 범위를 확대함.
  - 이에 따라 주야간보호 이용 비율이 2008년 0.9%에서 2010년 1.5%로 증가하였으며(BMG, 2011, p.38), 이러한 추세를 반영하여 2012년 수발보험 개혁에서는 주야간보호를 100% 추가 이용할 수 있도록 확대
  - 또한 주야간보호 시설에 치매환자 24명당 1명의 돌봄인력을 추가로 배치할 수 있도록 하고, 그 비용은 수발금고가 전액 지불함.
- 주간보호시설의 운영은 주간보호시설 단독뿐만 아니라 입소시설에서 주야간 보호서비스를 같이 제공하는 경우가 더 많은 것으로 나타남.
  - 입소시설에서 함께 운영하는 경우 운영시간 및 제공서비스가 단독 운영시

설보다 유동적이며 다양한 것으로 나타남.

- 송영서비스의 경우 대부분 시설에서 제공하고 있으며, 이용시에는 이용자의 선택 및 거주지역에 따라 송영비용을 총액제로 하거나 거리별로 부담함.
- 필요한 경우 시설은 송영서비스를 위탁하여 실시할 수 있음.

○ 독일의 주야간보호 이용비용은 수발 및 돌봄서비스 비용 이외에 추가로 식사 및 시설이용비, 시설유지비 등 본인부담금이 상대적으로 많이 발생하기 때문에, 이용자가 자신의 경제상황에 따라 주당 이용시간을 반일, 종일, 주말, 주당 몇 일 등으로 구분하여 이용할 수 있도록 함.

- 수발금고는 주야간보호 서비스 활성화를 위하여 재가급여를 이용하는 경우 감액 없이 추가로 주야간보호 서비스를 100% 이용하도록 지원
- 또한 주간보호시설이용을 꺼리는 이용대상자를 위하여 1일 정도의 시범 참여 기회를 제공해 적응성을 높이도록 지원

○ 독일 주야간보호시설의 이용비용은 지역 및 기관에 따라 다양화됨.

- 시설 상태와 제공프로그램, 공급주체에 따라 책정된 일일 이용비용 다양
- 2013년 기준, 경증인 1등급인 경우 일일 이용비용이 최저 36.79유로에서 치매전담시설인 경우 74.89유로로 2배 이상 높음.
- 이용자는 수발보험의 지원한도액 안에서, 자신의 부담능력에 따라 필요한 서비스 종류와 방문시간 등을 고려하여 주야간보호시설 선택

## 라. 정책과제

### ① 경증 치매대상자를 위한 주간보호기관 운영 모델 개발

- 기존의 치매전담형 주간보호기관을 경증 치매대상자를 위한 주간보호서비스 제공기관으로 기능을 전환하고, 효과적인 운영을 고려한 인력배치, 수가체제 개발 지원
- 기존 주야간보호기관 이용자의 대다수가 일상생활수행상의 제한이 있는 중 경증 이상의 치매환자임을 고려할 때, 치매증상별 대상자 구분을 통한 특성

### 화된 주간보호서비스 제공 필요

- 등급판정을 받은 경증 치매대상자가 주간보호서비스를 제공하고 있는 기관에 이용신청을 하고, 서비스 제공기관에서는 대상자의 치매증상 및 욕구에 맞춘 전문적인 요양서비스 제공
  - (급여내용) 1회 4시간 범위 내에서 주간보호서비스를 제공하는 기관을 이용할 수 있도록 하고, 서비스 내용은 인지기능 유지 및 악화방지를 위한 인지활동형 프로그램을 주로 제공
    - 단, 전문적인 인지활동형 프로그램 제공을 위해 물리치료사, 작업치료사, 간호사 인력의 추가적인 배치 활성화

### ② 법령개정 추진

- 경증치매 대상자를 위한 치매전담형 주간보호기관 운영과 관련한 법적 내용을 개정하고, 그에 따른 시설 및 인력배치기준 마련

## 마. 기대효과

- 대상자의 치매증상에 맞춘 서비스 제공으로 인지기능 유지 및 악화 방지에 효과성 제고 가능

## 5. 복지용구 급여의 내실화 및 효율화

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 장기요양 수급자 욕구를 반영한 다양한 복지용구 급여 제공을 위해 급여 내실화와 품질관리 인프라 구축이 요구됨.

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- 노인장기요양보험법 시행규칙 제19조에서 ‘장기요양 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구’로 복지용구는 정의됨. 노인장기요양보험의 급여는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 나누어지는데, 복지용구는 재가급여 가운데 기타재가급여의 하나임. 복지용구 급여대상이 되는 품목은 과 같이 구입품목 9개, 대여품목 8개로, 총 17개 품목임.
- 복지용구 급여제도는 제도 도입 이후 4차례 정도의 변화가 있었음(김대중, 2013).
  - (복지용구 연간 한도액 상향조정) '08년 150만원 → '09년 1월 160만원
  - (복지용구 품목 결정) '09년 10월 / 복지용구 남용 방지를 위해 신체기능 상태에 따른 품목 결정 조치
  - (복지용구 대여제) '10년 6월 / 복지용구 대여제 전환
  - (연간 사용개수 제한) '11년 6월 / 미끄럼 방지 용품과 자세변환 용구 등 남용 우려 품목에 대해 사용 개수 제한

#### □ 현황

- (급여비용 연간한도액) 2017년 기준 복지용구 연간 한도액 적용기간은 수급자의 최초인정 유효기간 개시일로부터 1년간이며, 한도액은 160만원(보건복지



부 장관이 고시하는 금액)임. 연간한도액 복지용구급여비용(공단부담액+본인 부담액)은 구입과 대여를 합산한 금액으로 총액이 연간 한도액(160만원)을 초과한 금액은 전액 본인이 부담

- (급여기준) 내구연한이 정해진 품목은 재료의 재질·형태·기능 및 종류를 불문하고 내구연한 내에서 품목당 1개의 제품만 구입·대여 가능함. 연 한도액 적용 기간(160만원/1년) 중 미끄럼방지양말은 6켤레, 미끄럼방지매트·방지역은 5개, 자세변환용구는 5개, 안전손잡이는 4개, 간이변기는 2개까지만 구입 가능함. 수급자의 신체 상태에 따라 복지용구 일부 품목의 구입·대여가 제한되며 시설급여를 이용하는 경우 복지용구 구입·대여 불가
- 노인장기요양보험 도입 이후 복지용구 급여에 대한 지출을 다양한 정책을 통해 통제함에 따라, 복지용구에 대한 급여비 지출 규모는 크지 않으나 복지용구에 대한 수요는 꾸준히 증가
  - '08년 복지용구 급여비 최초 시행 당시 연간 한도액 150만원이던 것을 '09년 1월 160만원으로 상향조정 후 복지용구 비용이 급격하게 증가
  - 복지용구의 남용이 우려됨에 따라 '09년 10월에 신체기능 상태에 따라 복지용구 품목을 결정하도록 하는 조치를 취하여 급여액은 다시 감소
  - 복지용구 지원정책에 따라 민감하게 수요층이 반응하는 경향이거나, 복지용구 이용자수가 '08년 대비 '16년 9.2배 증가하여 향후 수요는 계속 증가할 것으로 예측

〈표 7-5〉 복지용구 이용자 및 급여비 현황(연도별 12월 지급 기준)

(단위: 명, 천원)

년 도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
실인원수	11,124	21,664	28,814	46,790	59,838	72,608	81,831	94,195	102,525
급여비용	4,665,166	7,284,243	4,489,718	6,383,988	7,994,655	9,243,932	9,871,653	10,125,262	10,783,546

자료: 국민건강보험공단 내부자료

- 수급자의 개별 기능상태와 관계없이 복지용구 이용
  - 등급별 복지용구 이용 품목을 살펴보면, 1등급을 제외하고 등급과 관계없

이 구입품목은 미끄럼방지용품매트, 미끄럼방지양말을, 대여품목은 수동휠  
체어와 전동침대를 가장 많이 이용하는 것으로 파악

〈표 7-6〉 장기요양 등급별 복지용구 이용자 현황

(단위 : 건수, '16.12월말 기준 누적)

구분		총계	등 급 별									
			1등급		2등급		3등급		4등급		5등급	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
계		167,919	17,464	100.0	26,947	100.0	67,012	100.0	52,575	100.0	3,921	100.0
구 입	소계	42,176	1,291	100.0	3,690	100.0	15,749	100.0	19,120	100.0	2,326	100.0
	이동변기	3,133	46	3.6	208	5.6	1,187	7.5	1,523	8.0	169	7.3
	목욕의자	3,789	57	4.4	247	6.7	1,403	8.9	1,823	9.5	259	11.1
	안전손잡이	3,564	64	5.0	242	6.6	1,314	8.3	1,743	9.1	201	8.6
	미끄럼방지 용품매트	7,629	122	9.5	559	15.1	2,867	18.2	3,636	19.0	445	19.1
	미끄럼방지 양말	10,608	227	17.6	906	24.6	4,032	25.6	4,874	25.5	569	24.5
	간이변기	1,010	50	3.9	140	3.8	430	2.7	348	1.8	42	1.8
	지팡이	3,996	29	2.2	198	5.4	1,389	8.8	2,067	10.8	313	13.5
	욕창예방식	2,846	200	15.5	401	10.9	1,254	8.0	970	5.1	21	0.9
	자세보호용구	1,674	449	34.8	569	15.4	542	3.4	109	0.6	5	0.2
	상안경대	3,927	47	3.6	220	6.0	1,331	8.5	2,027	10.6	302	13.0
	소계	125,743	16,173	100.0	23,257	100.0	51,263	100.0	33,455	100.0	1,595	100.0
대 여	수동휠체어	63,757	4,862	30.1	9,490	40.8	27,912	54.4	20,588	61.5	905	56.7
	전동침대	40,343	5,021	31.0	7,850	33.8	16,945	33.1	10,398	31.1	129	8.1
	수동침대	278	21	0.1	33	0.1	129	0.3	95	0.3	0	0.0
	욕창예방 매트리스	18,088	6,043	37.4	5,552	23.9	5,121	10.0	1,339	4.0	33	2.1
	이동욕조	860	159	1.0	194	0.8	354	0.7	151	0.5	2	0.1
	목욕리프트	12	2	0.0	1	0.0	8	0.0	1	0.0	0	0.0
	배회감지기	2,064	7	0.0	51	0.2	660	1.3	824	2.5	522	32.7
	경사로	341	58	0.4	86	0.4	134	0.3	59	0.2	4	0.3

자료: 국민건강보험공단 내부자료

## □ 한계(문제점)

○ 현행 복지용구는 품질 수준이 낮은 용구의 보급이 일반화되고 있음.

- 생산업체의 영세성(71.6%가 근로자 10인 미만 사업장(국민건강보험공단 내부자료))등으로 제품 개발을 위한 R&D 불가능하고 일본제품을 모방하거나 재고품이나 중국 저가 제품 수입 등으로 공급자 욕구 반영에 한계

○ 현행 복지용구 급여기준 또한 공급자의 개별적인 상황에 관계없이 모든 공급

자들에게 동일하게 연간 160만원 한도액에서 복지용구를 구입 및 대여할 수 있도록 하여, 수급자의 개별적 기능에 맞는 복지용구 지원에 한계가 있음.

- (부적절한 급여이용) 수급자들은 불필요한 복지용구를 보유하고 있고, 구입한 복지용구를 잘못된 용도로 사용하기도 하며, 등급(기능상태)에 관계없이 미끄럼방지용품과 수동휠체어를 가장 많이 이용하는 것으로 나타남.

○ 공급체계가 영세하고 용구업체에 의한 비용 낭비적 요소가 있음. 대형화, 고급화, 규모화의 가능성을 도모하고 장애수준에 따라 적절한 복지용구를 지원할 수 있는 방안을 찾아야 함.

- 복지용구의 제품가격 산정은 원가자료를 바탕으로 공단산출가로 산정됨. 비슷한 품질 제품이라도 업체간 제품가격에 편차가 있음.
- 편차 해소를 위해서는 급여량을 고려하여 적정 가격을 산출해야 함.

#### 다. 해외사례<sup>39)</sup>

##### □ 일본

- 일본은 복지용구 수급자가 복지용구를 대여하는 경우, 복지용구 수급자는 대여금액의 10%를 본인부담금으로 지불, 나머지 90%는 복지용구사업자가 시정촌에 청구함.
- 구입의 경우, 복지용구 수급자가 전액 지불한 후 수급자가 시정촌에 구입금액의 90%를 청구함.
  - 한국과 다른 점은, 기초지방자치단체인 시정촌이 보험자로 복지용구 품목에 대해서 정부가 결정하나 구체적인 제품은 시정촌에서 별도로 규정함.
- 후생노동성은 재단법인 테크노에이드협회를 설립, 개호보험 대상 복지용구를 검색하고, 해당 복지용구를 제작하는 기업의 정보 등을 쉽게 파악할 수 있도록 TAIS(Technical Aids Information System)를 운영함. 복지용구의 사양, 구

39) 해외사례는 「김대중(2013.9). 복지용구 급여제도 현황 및 개선방안. 보건복지포럼」의 내용을 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다른 경우는 본문 내 별도 표기함.

조, 성능 등의 정보를 전국의 제조업자나 수입업자로부터 수집, 데이터베이스화하여 다양한 매체를 통해 정보를 제공함.

- 급여체계는 이용자의 신체상황이나 요개호도의 변화, 복지용구의 기능 향상에 따라 적절한 복지용구를 제공하기 위한 목적으로 대여를 원칙으로 함. 재이용에 심리적 저항이 큰 경우나 재사용이 불가능한 것만 구입함.
- 복지용구의 대여 및 구매는 시장의 가격 경쟁을 통해 이루어지도록 보험 급여의 공식 가격을 정하지 않고, 실제로 소요된 비용액에 따라 보험 혜택을 제공함.
  - 시정촌에서 가격 모니터링을 실시하고 있지만, 시장 형성 가격을 급여화함으로써 우리나라보다 행정 부담이 낮음.
- 케어매니저는 품목 선정, 사용방법 교육, 사용상 주의점 및 유지관리 하는 방법 등을 알려주는 큰 역할을 함.
  - 수급자의 등급, 특히 중증과 경증으로 구분하여 경증자가 이용할 수 있는 급여 품목을 제한하고, 예외적인 상황에서는 예외 급여를 허용하는 방식을 취하고 있음.
  - 이러한 체계를 가능하게 하는 데에는 신체기능, 가족 및 요양보호사의 상황, 가정환경 등 수급자의 전반적인 상황을 파악하고 수급자에게 적절한 복지용구 품목을 선정해줄 수 있는 케어매니저와 복지용구상담원의 지원이 뒷받침되어있음.

#### □ 독일

- 복지용구의 공급은 법정질병보험(GKV)을 통한 공급과 장기요양보험을 통한 공급으로 구분할 수 있음.
  - 법정질병보험은 의사의 검진 및 처방에 따라 대여 또는 구입하는 경우이고, 수발보험은 등급판정서비스를 제공하는 기관인 MDK(Medizinische Dienste der Krankenversicherung)에서 등급판정을 받고 대여 또는 구입하는 경우임.
- 독일의 복지용구에는 의료용 및 장기요양용복지용구목록(Hilfsmittel-

telverzeichnis, H MV)이라는 특별인증제도가 있음. 원칙적으로 H MV에 등록되어야 공적보험인 법정질병보험(GKV)과 장기요양보험의 급여대상품목으로 급여를 받을 수 있음.

- 복지용구의 급여가격형태는 지불상한제(Festbetrag)와 포괄지불제(Fallpauschal) 방식이 있음. 지불상한제는 수급자가 장기요양금고와 복지용구 서비스 제공기관이 계약에서 정한 최고한도액까지만 장기요양보험에서 부담하고, 초과금액은 본인이 부담하는 방식임.
  - 포괄지불제는 복지용구 서비스 제공기관에 일정기간에 대한 포괄금액을 지불하고, 서비스 제공기관은 이 기간 동안 복지용구의 공급, 유지관리, 지도 및 수리를 포함한 일체의 서비스를 제공하는 방식임(김대중, 2013 재인용).

## 라. 정책과제

### ① 수급자의 기능상태 및 주거환경에 맞는 적정 복지용구 이용 강화

- 수급자 신체 및 제품정보, 사고정보 등을 수집·공개하여 복지용구 생산업체가 제품 기획 단계부터 적용할 수 있도록 정보 제공
  - 제품 분류에 따른 제품 안내서 표준화 및 수급자의 환경 및 신체특성을 고려한 복지용구 권고
- 수급자의 건강 및 기능상태를 반영한 복지용구 표준모형개발을 통해 수급자의 개별 욕구에 맞는 적정 복지용구 품목 도출
  - 주거환경 및 수급자가족 부양자의 욕구를 반영하여 최종 적정 복지용구 품목을 확정하며, 표준장기요양이용계획에 적정 복지용구 품목을 표기하고 이용지원상담을 통해 안내와 상담을 강화함.
- 복지용구 사업소 종사자들이 수급자 개인 특성 및 환경 등에 맞춘 제품 추천, 사용방법, 관리방법 등의 전문적인 교육을 받을 수 있도록 교육과정 도입 고려
  - 맞춤형 복지용구 권고 및 안전성, 활용성 향상을 위한 연 1회 이상 교육과정 마련

- 복지용구 생산량과 수입량에 따른 원가보상방식을 급여량에 따른 적정 원가 보상방안으로 하여, 적정가격 산정 기준을 재검토

② 복지용구 운영주체 중 공공과 민간 역할 정리

- 복지용구 제품은 시장에서 자유롭게 생산하되, 공단은 복지용구 제품의 적정 가격과 품질에 대한 기준을 만들어 관리함.
  - 국민건강보험공단 역할의 명확화 : 시장 가격조정, 복지용구사업소 인력기준 재검토를 통한 기준 마련, 관련 고시 제정
  - 복지용구 급여업무 담당 사업소를 현행 대부분 영세 민간업체에서 담당하는 것에서 공공(위탁) 지역 거점재가기관에서 담당하는 방향으로 전환
  - 용구의 질, 공공성 등의 문제를 고려하여 운영주체를 확대하고 민간시장의 활성화를 통한 품목 다양화 실시
    - 민간시장 개방시 우려되는 정보의 비대칭성을 방지하기 위해 표준규격 마련 및 질 관리, 복지용구 지정 등에 있어 공공의 역할 강화
- 복지용구 이용에 대한 전문적 개입을 강화함. 공단 사례관리자의 판단 하에 지역 거점재가기관의 사례관리자가 이용자와 협의하여 이용자 맞춤형 복지용구 이용이 이루어지도록 함.
- 복지용구의 바우처제 도입 고려

③ 복지용구 안전성 확보 및 품질관리를 위한 시험·연구 인프라 구축

- 신규 복지용구 신청 제품에 대한 사용성 평가를 실시하여 제품 성능 및 기능 보완 유도
- 복지용구 전 제품의 품질유지를 위한 시험검사 실시
- 수급자 욕구 및 환경을 반영한 제품 개발을 위한 R&D지원

#### 마. 기대효과

- 장기요양 수급자의 개별적 기능에 부합하는 복지용구 지원 및 복지용구 연구개발과 실버산업 확대에 기여
- 복지용구 등록에서 판매까지 소요되는 시간을 단축하고 시장진입 장벽을 낮추어 제품개발이 활발하게 이루어지도록 하고, 잠재적 수요자의 정확한 수요와 가치를 반영한 제품개발 가능

## 제3절 다양한 신규 재가급여 개발

### 1. 영양식사(배달)서비스 개발 검토

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 상당수의 노인들이 영양 측면에서 부실한 식사를 하는 경우가 많고 이는 노인의 건강과 기능 상태를 악화시키며, 장기화시 합병증이나 조기 사망으로 연결됨. 노인들은 신체적 노화로 인해 저작, 섭식, 소화장애를 겪는 것이 일반적이므로 신체상태를 고려한 영양식사의 제공이 필요함.
- ‘영양식사(배달)서비스(가칭)’를 신규서비스로 개발하여 도입하는 것을 검토함. 이를 통해 노인의 영양 상태 개선을 도모하고 노인이 선호하는 재가서비스 이용을 유도함.

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- 현재까지 노인의 영양서비스와 관련하여 공공과 민간의 보건소, 노인복지관, 노인복지센터, 자선단체, 푸드뱅크 등에서 무료급식서비스, 식사배달서비스, 밑반찬 배달서비스 등을 제공하고 있으나, 장기요양제도 내에서 논의된 바는 없음.

##### □ 현황

- 독거노인을 비롯한 노인의 영양 결핍이 심각한 상태로 새로운 재가서비스로 영양서비스의 도입이 필요함.
  - 노인의 28.8%는 영양관리 주의가 필요하고 20.2%는 영양관리 개선이 필요한 것으로 나타남. 독거노인의 24.0%는 결식 상태로 72.5%가 영양에 문



제가 심각한 상태로 나타났음. 특히 장기요양보험의 대상자인 ADL 제한이 있는 노인의 대부분(78%)이 영양에 문제가 있는 상태로 나타남(정경희 외, 2014).

○ 노인은 저작, 섭식, 소화장애(3대 섭식장애)가 일반적으로 발생하므로 영양사는 노인의 신체상태와 기호를 고려하는 식품으로 구성되는 것이 필요함.

- 노인에게 제공되는 영양식사는 특수식으로 저작용이식, 연하장애식, 소화용이식을 고려할 수 있고, 간편조리식, 영양강화식, 간호식, 고열량식 등으로 구성될 수 있음. 장기요양제도 내에서 제공되는 영양식사는 이 중에서 노인에게 보편적으로 필요한 서비스를 선택할 수 있을 것임.

○ 현재 장기요양보험의 요양시설과 재가에서 영양 및 위생, 조리에 대한 가이드라인이 부재하며, 소규모 요양시설에서는 영양사가 부재하여 비급여로 질 낮은 식사가 제공되는 경우가 많음. 특히 요양시설 입소자 중에서 30~40%는 연하 및 저작 곤란으로 배식시 지원이 필요한 상황임(김정선, 2017<sup>40</sup>).

〈표 7-7〉 유니버설 디자인 푸드(UDF)의 유형별 내용

		구분1 (쉽게 씹을 수 있음)	구분2 (잇몸으로 부술수 있음)	구분3 (혀로 부술수 있음)	구분4 (씹지 않아도 됨)
씹는 정도		딱딱하거나 큰 것은 약간 먹기 어려운 정도	딱딱하거나 큰 것은 먹기 어려운 정도	잘게 자르고 부드러우면 먹을 수 있는 정도	고형물은 작게 해도 먹기 어려운 정도
마시는 정도		보통 마시는 정도	종류에 따라 마시기 어려운 경우도 있는 정도	물이나 차를 마시기 어려운 경우도 있는 정도	물이나 차를 마시기 어려운 정도
딱딱한 정도 (경도)	밥	밥-부드러운 밥	부드러운 밥-미음(죽)	미음(죽)	아주 부드러운 미음(죽)
	생선	구운 생선	삶은 생선	약간 걸죽하게 삶은 생선	생선살코기를 체로 걸러낸 정도
	달걀	두껍게 구운 달걀	계란말이	달걀볶음	부드러운 죽

자료: 선우택(2016). 일본의 고령자 개호식품 식태분석과 시사점. 보건복지포럼. 제 231호.

40) 김정선(2017). 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공을 위한 지원 방안. 보건복지 ISSUE&FOCUS. 제 341호(2017-12).

□ 한계(문제점)

- 노인장기요양보험의 이용자는 거동 불편 등으로 식사에 어려움을 겪는 경우가 많지만 기존 복지제도 내 식사 관련 서비스와의 연계 현황 등은 파악되지 않고 있음.
- 향후 노인 가구변화로 노인 단독가구의 지속적 증가가 예상되는 상황에서 노인이 균형이 잡힌 식단과 식사로 영양이 결핍되지 않고 건강하게 살아갈 수 있는 여건 마련이 시급함.
- 요양보호사가 노인의 집에서 식사를 제공하지만 영양사에 비하여, 영양측면에서 좋은 식사가 제공되는 것에 한계가 있을 것임.

다. 해외사례<sup>41)</sup>

- 일본과 유럽, 미국 등 대부분의 국가는 노인을 위한 식사를 제공하는 서비스가 보편적으로 이뤄지고 있음.
- 일본은 저작과 연하 기능이 떨어져서 영양이 결핍된 노인을 대상으로 다양한 형태의 개호식품을 제공함.
- 부드러운 식품(부드러운 일반식사), 점도조정 식품(음료와 요리 혼합), 종합 영양식품(에너지, 단백질, 비타민 등의 균형 식품), 수급보급형 젤리(젤리 상태의 음료) 등의 다양한 개호식품이 제공됨.
- 영양 개호 식품에 대한 인지도가 제고되면서 이용자가 크게 늘고 있고 관련 시장도 성장하고 있음.

41) 「선우택(2016). 일본의 고령자 개호식품 식태분석과 시사점. 보건복지포럼. 제 231호」를 참고하여 요약, 정리함.

## 라. 정책과제

### ① 영양식사(배달)서비스 연구 용역 실시와 관련부처와의 협조를 통한 급여개발

- 영양식사(배달)서비스를 제도 내에 도입하기 위한 다양한 제반사항 고려를 통해 종합적인 연구용역 필요
  - 대상자의 선정 기준, 수요 추계, 식사의 영양과 위생 관리를 위한 전달체계의 구축, 식사 제작 및 배달을 위한 공급시스템 구축과 재원 추계 등을 포함한 종합적인 대책이 마련되어야 함.
- 노인의 영양식사와 관련하여 관계부처와 협조를 통한 급여개발
  - 농림축산식품부는 고령자 식품을 개발 및 활성화하기 위해 수년간 연구와 정책개발을 시도하고 있으며, 식약청은 기존의 어린이급식센터를 확대해서 노인을 포함한 공공급식지원센터를 설치하는 방안을 준비 및 추진하고 있음.

### ② 영양서비스 제공 방안의 마련시 추진사항

- 영양서비스를 신규서비스로 개발하되 급여화하는 방안은 중장기적으로 검토함. 영양식 신규서비스는 이용자부담 방안으로 우선적으로 운영함.
  - 제반사항 마련을 위한 준비기간이 요구되므로, 우선적으로 기성 영양식을 활용하여 서비스를 제공하며 단계적으로 급여화 하는 방안을 검토함.
- 영양서비스 이용시에는 노인의 건강 상태와 욕구 등에 따라 일반식과 치료식을 지정 또는 선택하는 절차나 시스템이 필요함.
  - 신규 장기요양등급 이용자는 영양사를 통해서 소견서상에 영양식사 내용에 대한 지시를 내릴 수 있고, 기존의 방문요양서비스나 방문간호서비스 이용자는 노인 당사자가 희망하고 전문가(영양사)의 논의를 통해서 급여를 이용하는 것을 검토할 필요가 있음.
  - 대상자 자격기준의 측면에서 치매노인이나 독거노인 또는 노인부부로 식사 준비 등 거동이 어려운 노인을 대상으로 서비스가 제공되어야 할 것임.
- 중장기적 관점에서 급여화를 위해, 기존의 전달체계를 활용하는 방안을 검토

할 수 있음. 전국에는 213개의 어린이 급식의 영양과 안전, 위생을 담당하는 어린이 급식관리지원센터가 있음(어린이급식관리지원센터, 2017)<sup>42)</sup>.

- 본 센터에서는 어린이 급식이 이뤄지는 곳에 영양관리 지원을 위해 연령별 식단개발, 지역특산물을 활용한 식단 제공, 1인 1회분 필요량과 필요 칼로리를 충족시키는 표준 레시피 제공 등의 업무를 수행함. 아울러 위생관리 지원을 위해 단체 급식소의 위생관리 실태의 현장 점검을 하고 컨설팅을 통해 위생, 안전교육을 실시함.
- 어린이 급식관리지원센터에서는 영양사가 주로 근무하고 있어, 이 센터에 장기요양보험의 영양식사 업무를 추가하는 방안을 고려할 수 있음. 센터는 장기요양의 영양식사와 관련해서 대상 노인의 영양 욕구 사정과 이용 지원 업무와 영양식사 제공기관의 안전과 위생, 영양에 대한 지원 및 관리 감독 업무를 수행할 수 있을 것임.
  - 센터의 영양사를 통해 장기요양 대상 노인의 영양급여 필요성 여부와 필요한 식사 종류 등에 대한 사정과 급여 지시 업무를 수행할 수 있을 것임. 아울러 노인들이 영양급여를 선택하는 과정에서 식사의 종류와 제공기관의 명단 제공 등의 이용지원 업무를 하도록 함.
  - 센터는 이미 급식현장에서의 안전, 위생, 영양에 대한안내 및 컨설팅 업무를 수행하고 있으므로 장기요양보험의 영양급여 제공기관에 대한 유사한 업무를 수행하도록 할 수 있을 것임.

○ 영양서비스의 공급 주체와 관련해서 기존의 장기요양기관을 활용하거나 장기요양기관이 아닌 민간의 도시락이나 식사 배달 전문업체 등을 고려할 수 있음. 특히 영양서비스는 식중독, 배달사고, 위생관리 등의 측면에서 신중해야 하므로 엄격한 진입장벽과 자격조건을 갖추는 기관을 지정하는 것이 중요함.

- 영양서비스는 그 특성상 기존의 장기요양기관이나 민간업체나 모두 전문성을 겸비한 영양사가 필수 인력으로 반드시 배치되어 개별 노인의 영양을 고려한 식단을 짜고 음식을 제조하는 지침을 주어야 함. 독일처럼 영양관련

42) 어린이급식관리지원센터 ccfsm.foodnara.go.kr (2017.9.30. 반출)

학회에서 노인에게 적합한 영양의 기준이나 지침을 제시하고 이를 활용하도록 함.

- 기존의 방문요양기관이나 방문간호서비스 기관을 활용할 경우에는 노인의 특성을 잘 이해하고 적절한 응대와 복지적인 자세와 관계 형성 등의 장점이 있지만, 영양서비스에 대한 전문성은 한계가 있으므로 반드시 영양사가 주도적인 역할을 수행해야 함.
- 기존의 장기요양기관이 이 서비스를 제공하려면 일정한 규모나 시설, 이용자 수, 기존 서비스의 우수한 평가 결과 등의 여러 조건을 충족한 기관에게만 허용하는 것이 바람직할 것임. 이는 서비스의 질과 지속성, 책임성 등에 대한 사전적인 지표로서 영세한 장기요양기관보다는 기존 서비스에서 우수성을 객관적으로 인정받은 기관으로 진입장벽을 일정하게 제한하는 것이 필요함.
- 비장기요양기관으로 도시락 전문업체와 같은 외부기관을 활용해서 지정하는 방법도 고려할 수 있음. 이들 기관은 도시락과 같은 일반식은 경험과 노하우 등의 전문성에 강점이 있지만 치료식에 대한 전문성은 높지 않을 것으로 보이며, 복지적인 마인드를 바탕으로 한 노인에 대한 대응에 대한 단점이 있을 수 있음. 또한 장기요양기관으로 지정해야 급여를 제공할 수 있는 점을 감안해야 할 것임

#### 마. 기대효과

- 영양서비스의 제공으로 노인의 건강 및 영양 상태의 개선이 기대되고, 노인이 재가와 지역사회에서 더 오랫동안 거주하면서 생활을 영위하는 중요한 급여로서 역할을 수행할 것으로 기대됨.

## 2. 이동/외출 지원서비스 도입 가능성 검토

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 교통약자 이동/외출 서비스를 제공할 수 있는 개조차량과 인력을 확보하고 있는 공공 및 민간 전문업체 또는 장기요양기관에서 노인에게 이동/외출 지원서비스를 제공하여 의료서비스 이용 및 사회참여를 증진하여 삶의 질 향상과 지역사회 계속 거주 제고
- 노인의 사회참여(친구모임, 가족모임, 종교기관, 여가시설 등)를 증진시켜 삶의 질 향상과 사회적 고립 감소
- 이동/외출 지원서비스를 통해서 정기적으로 대학병원 등 전문의료 기관의 외래진료 가능

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 현황 및 문제점

- 한국 노인은 일반적으로 버스, 지하철, 택시 등 대중교통을 이용하며, 일부 고령운전자의 경우에 자가용을 이용하고 있음.
  - 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려워 장기요양서비스가 필요한 노인은 대중교통을 이용하거나 직접 자가용을 운전하는 것은 불가능함.
- 장기요양서비스 이용 노인의 경우에 독립적으로 외출을 할 수 없기 때문에, 의료 및 건강 서비스, 가족 및 친구 모임, 여가문화 생활, 사회참여 등 전반적인 활동에 제약이 있음.
  - 장기요양급여 수급자의 이동지원서비스를 제공하기 위해서는 휠체어리프트 기능이 되는 개조차량 필요
  - 가정에서 개조차량 탑승 후, 차량 동승, 차량 하차 후 병원 및 여가활동 시

설 이용하는 동안 보조할 수 있는 인력 필요

- 현재 지역별로 교통약자이동지원센터를 운영하여 장애인 및 노인에게 이동/외출 지원서비스를 제공하고 있지만, 지자체별 센터 유무 등 차이가 있음.
- 이동/외출 지원서비스는 재가급여의 방문요양 중에서 개인활동지원서비스로 제공되고 있음.
  - 신체활동지원서비스 : 세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아 입히기, 목욕도움, 배설도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체 기능의 유지·증진 등
  - 가사활동지원서비스 : 취사, 생활필수품 구매, 청소·세탁·주변정돈 등
  - 개인활동지원서비스 : 외출시 동행·부축, 일상업무 대행 등
  - 정서지원서비스 : 말벗, 격려 및 위로, 생활상담, 의사소통도움 등
- 이동/외출 지원서비스와 관련하여, 현행 법적 체계로는 1) 장기요양급여 제공 기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 2) 교통약자의 이동편의 증진법 등이 구비됨.
  - 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부 고시 제2017-83호, 2017.5.24.) 중 제18조(방문요양 급여비용), 제19조(방문요양 급여비용 산정방법) 등
  - 지자체 교통약자이동지원서비스(교통약자의 이동편의 증진법: 법률 제14116호)

## (참고) 교통약자의 이동편의 증진법(법률 제14116호)

- 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻: "교통약자"란 장애인, 고령자, 임산부, 영유아를 동반한 사람, 어린이 등 일상생활에서 이동에 불편을 느끼는 사람
- 제16조(특별교통수단의 운행 등) ① 시장이나 군수는 이동에 심한 불편을 느끼는 교통약자의 이동편의를 위하여 국토교통부령으로 정하는 대수 이상의 특별교통수단을 운행하여야 한다. <개정 2013.3.23.>
- ② 시장이나 군수는 특별교통수단을 이용하려는 교통약자와 특별교통수단을 운행하는 자를 통신수단 등을 통하여 연결하여 주는 이동지원센터를 설치할 수 있다.
- ③ 도지사는 특별교통수단을 효과적으로 운영하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 관할 행정구역 내의 시장·군수와 협의하여 제2항에 따른 이동지원센터를 통합하여 운영하거나 별도의 이동지원센터를 설치할 수 있다.
- ④ 특별교통수단(특별교통수단을 이용할 수 있는 교통약자가 탑승하지 아니한 경우는 제외한다)이나 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제17조제2항에 따른 장애인전용주차구역 주차표지가 부착된 자동차(장애인전용주차구역 주차표지를 발급받은 보행에 장애가 있는 사람이 탑승하지 아니한 경우는 제외한다) 외에는 제9조제2호 및 제3호의 시설에 설치된 장애인전용주차구역에 주차하여서는 아니 된다. <개정 2015.1.28.>
- ⑤ 특별교통수단을 운행하는 자는 교통약자의 거주지를 이유로 이용을 제한하여서는 아니 된다. 다만, 지방자치단체는 특별교통수단의 운행 대수, 운행 횟수 등을 고려하여 그 운영의 범위를 인근 특별시·광역시·도까지로 할 수 있다.
- ⑥ 국가 또는 도(道)는 제1항에 따른 특별교통수단의 확보 또는 제2항에 따른 이동지원센터의 설치에 소요되는 자금의 일부를 지원할 수 있다.
- ⑦ 특별교통수단을 이용할 수 있는 교통약자의 범위, 특별교통수단으로 운행되는 차량의 종류, 특별교통수단에 장착하여야 하는 탑승설비의 기준 등에 관하여 필요한 사항은 국토교통부령으로 정한다. <개정 2013.3.23.>
- ⑧ 특별교통수단과 이동지원센터의 운영 등에 필요한 사항은 해당 지방자치단체의 조례로 정한다.

○ 방문요양급여로 병원 및 산책동행 등 이동/외출 지원을 이용할 수 있지만, 신체활동지원, 가사활동지원, 정서지원 등의 다른 방문요양 서비스 내용과 동일하게 수가를 인정하는 것에 대해서 타당성 문제 발생(석재은 외, 2009)

- 외출 및 이동 서비스의 난이도가 낮은 편이지만, 서비스 시간이 길기 때문에 시간을 단위로 하는 방문요양급여에서 상대적으로 유리
- 장기요양보호 노인을 집밖으로 외출을 지원하는 과정에서 안전사고 발생, 특히 치매노인의 경우 배회 및 다른 문제행동을 보일 시 요양보호사 1인이 대처 곤란

○ 장기요양기관 및 요양보호사별 제공 여부 차이

- 방문요양 급여를 제공하는 장기요양기관이 노인의 이동(외출)을 지원해 줄 수 있는 개조차량을 보유한 경우는 안전한 이동서비스를 제공할 수 있지만, 보유하지 않은 기관은 일반 차량이나 대중교통을 이용하는 과정에서 안전사고 발생 위험
- 요양보호사가 비운전자인 경우에는 도보 및 휠체어를 통한 이동이나 대



중교통을 이용하는 외출 지원으로 제한

○ 교통약자이동지원서비스가 의무규정이 아님

- 장애인 및 노인에 대한 교통약자이동지원서비스 제공이 시군구 지자체의 의무규정이 아니므로 장기요양보호 대상노인이 거주하는 지역에 따라 이용 여부 차이 발생
- 이용 요금도 일반 택시의 25% 내외 수준이지만, 장기요양보호 수급자 및 보호자의 경제적 부담으로 작용할 수 있음.
- 예약을 통해 선착순으로 서비스를 이용하기 때문에 노인의 외출 욕구에 즉시 대응하기 불가능함.

**다. 해외사례<sup>43)</sup>**

□ 이송서비스는 일본과 독일 등에서 그 사례를 찾아볼 수 있음.

○ 일본

- 이송서비스와 관련되어 도로운송법상의 허가 또는 등록을 받은 지정방문 개호사업소의 방문개호원 등이 통원 등을 위하여 스스로 운전하는 차량에 승차·하차의 개호를 한 경우에 1회 당 100 단위를 정액으로 산정하고 있음 (석재은 외, 2009; p.131).
- 이송서비스 산정기준
  - 1)스스로 운전하는 차량으로 승차 또는 하차의 개호를 하는 것, 2)승차 전 및 하차 후의 옥 내외에서 이동 등의 개호를 하는 것, 3)통원처 및 외출지에서의 진료 등의 수속, 이동 등의 지원을 하는 것으로 이루어짐.
  - 단, 사업자의 통상 서비스 실시지역 이외의 이용자에 대해서는 이용자의 동의를 필요로 하며 교통비를 징수할 수 있음. 즉 일본의 이송서비스는 정액단위로 지급되며, 등급이 높은 이용자가 이송과 관련하여 신체개호

43) 「석재은, 임정기, 윤지영, 이기주, 박금화(2009). 방문요양 수가 및 급여기준 개선방안 연구. 보건복지부·한림대학교산학협력단」의 내용을 참고하여 요약, 정리함.

가 30분 정도 필요한 경우에는 방문요양수가로 산정하는 것을 알 수 있음  
(석재은 외, 2009; p.131).

- 장기적으로 보조기술(assistive technology) 혹은 노인의 독립적 생활을 돕는 보다 적극적인 계획인 보조기술(assisted living technology)에 대한 급여(수가) 적용 여부
  - 전동휠체어로봇(파나소식사), 머슬로봇(도요타) 등

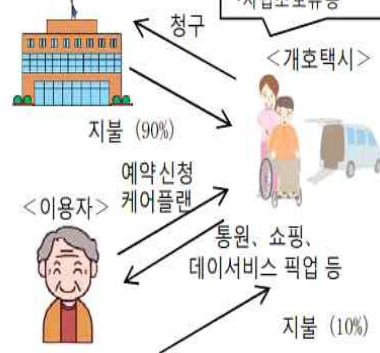
[그림 7-2] 일본 개호택시 서비스 대상 및 운영체계

【개호 (보험 외) 택시】



【개호보험 개호택시】

<국민건강보험단체연합회>



[등록조건]

- 개호관계 유자격자 / • 법인
- 사업소보유 등

자료 :제2차 장기요양 기본계획 수립기획단 회의자료(내부자료) 발췌.

## □ 독일

### ○ 기본수발에 집밖 외출 동행 포함

- 신체수발과 체위변경, 음식물 섭취도움, 배설처리, 집밖 외출 동행 등으로 구성

### ○ 이동/외출 수가 세분화: 이동(외출) 수가를 다른 급여보다 높게 책정

- 방문요양 중 일어나는 산책 등을 제외하여 집밖에서 동반하는 경우에는 횟수를 제한하고 다른 행위에 비해 수가를 오히려 높게 책정

## 라. 정책과제

### □ 이동/외출 지원서비스 급여 개발

○ 노인의 의료서비스 이용 및 사회참여를 지원할 수 있는 이동/외출 지원서비스를 새로운 서비스로 개발하는 방안 검토

- 노인의 신체적·인지적 기능 저하를 고려하여 이용자 편의성과 리프트 견고성을 갖춘 개조차량과 인력을 갖춘 기관에서 이동/외출 지원서비스를 개발하여 서비스가격을 책정하되, 우선은 이용자 부담으로 운영하고 추후 급여화를 검토

- 현재 “제19조(방문요양 급여비용 산정방법) ① ‘가-1’부터 ‘가-6’까지의 급여비용은 식사도움, 외출시 동행 등이 필요한 경우 1일 3회까지 신청”으로 외출시 동행이 방문요양 급여에 포함되어 있지만 별도 급여로 이동/외출 지원서비스를 개발

- 이동/외출 지원서비스 제공 기관의 시설, 장비, 인력 기준 마련

○ 개조차량을 통해 외출과 근거리(예: 산책) 이용시, 도보 및 휠체어 이용 외출하는 등 이동 내용에 따라서 서비스 가격 차등화

- 이동/외출 지원서비스 수가 세분화 필요: 노인의 장기요양등급, 거리, 난이도, 필요 장비(휠체어리프트 기능 개조차량) 등을 고려하여 수가 개발 필요

○ 이동/외출 지원서비스 급여 시범사업

- 이동/외출 지원서비스의 급여 내용, 효과성(이용자 만족도, 삶의 질, 사회참여, 시설입소지연 등), 적절 수가 산정 등을 위해서 시범사업을 실시함.

- 안전한 이동/외출 지원서비스 제공을 위한 시설, 장비, 인력 기준을 마련할 수 있는 근거 마련

• 노인장기요양법 제23조(장기요양급여의 종류)의 1항 재가급여에 이동/외출 지원 급여를 포함할 수 있도록 개정

### 마. 기대효과

- 노인의 사회적 지지 향상 및 우울감 감소
- 의료서비스 및 여가생활에 대한 접근성 향상
- 지역사회에서 계속적으로 생활할 수 있는 Aging in Place 지원

### 3. 주택개조 서비스 도입 가능성 검토

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 신체에 장애를 가진 요개호자만이 아니라, 고령에 따라 집안의 단차 등에 따라 낙상을 당하는 사고가 많아짐. 또한 집안의 이동에 휠체어를 필요로 하게 된 경우도 있음.
- 주택개조는 요개호자의 능력을 활용하여 일상생활의 자립지원, 또한 사고방지나 돌봄부담의 경감 등을 위해 실시하는 서비스임.
- 주거환경 개선을 재가급여에 포함하고 도배, 전기공사, 낙상방지를 위한 손잡이 및 미끄럼방지 바닥재 설치 등에 관한 지원방안을 마련함.

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- 현재 노인 낙상예방이나 일상생활 지원은 저소득층, 경로당 등을 위한 극히 제한적인 선에서 수행되고 있음.
  - 주택개조 가이드라인이 제정되어 있으나 이를 수행하는 강제규정이 부재한 상황

##### □ 현황<sup>44)</sup>

- 고령자 주거 관련 정책으로는 가족과의 동거권장 정책, 고령자 동거세대 주택 분양시 가점제, 고령자용 국민임대 주택 건설 등이 있음.
  - 가족과 고령자의 동거를 권장하는 정책으로, 자식들이 고령인 부모와 동거하도록 하기 위한 소득세 감면, 양도세 면제, 주택 구입 자금 및 증개축 자

44) 「여경수(2011). 고령화 사회에 있어서 고령자주거복지를 위한 법제도적 개선방안」, 「권오정, 김동숙, 이용민(2016). 노인을 위한 주택개조 관련 산업 동향에 대한 고찰」을 참고하여 요약, 정리함.

금 우대정책이 시행되고 있음.

- 고령자동거세대 주택분양 가점제는 2007년 개정된 주택공급에 관한 규칙 제10조(주택의 공급방법) 제3항 제11조의2 및 제12조의 가점제에 적용되는 가점항목이 있음. 별표에서 부양가족의 인정기준을 정의하여 고령자를 부양하고 있는 세대에 관하여 주택청약시 가점을 줌으로써 고령자 동거세대에 관하여 주택분양시 가산점을 부여하고 있음.
- 고령자용 임대주택 건설은 2005년 고령자용 국민임대주택 건설 시범추진으로 3개 지역에서 무장애(Barrier-Free)로 설계된 다양한 노인복지주택 공급했으나 현재 활성화되지 못하고 있는 실정임.
- 그 외 민간이나 NGO에서 수행하는 주택개조, 주거급여에서 진행되고 있는 주택개보수, 노인·장애인 등 주거약자 지원에 관한 법률에서 지원하는 주택개조 등이 있으나 극히 제한적이고 활성화되지 못하고 있음.

#### ○ 현 주택개조 연구 현황

- 현재 주택개조를 하지 않으면서 장·탈착으로 개조가 가능하도록 하는 연구가 진행되고 있음(이동장애 고령자의 자립생활 지원을 위한 ICT/IoT기반의 주택개조 기술개발과 상용화 방안 연구, 2016-2018, 건국대학교외 2개사, 국토교통기술촉진연구사업).
- 장기요양 대상자의 그룹에 따른 주택개조 패키지를 구성하여 누구나 쉽게 개조를 할 수 있는 기초를 제공하고 그 효과를 평가하는 연구로 본 사업에 근거로 활용이 가능함.

#### □ 한계(문제점)

- 현재의 주거환경개선사업은 저소득 밀집지역, 불량주택에 시설설치나 주택 건설을 통한 개선에 초점이 맞춰짐. 장기요양 대상 노인 및 독거노인의 기능상태와 주거 조건에 맞는 환경개선을 목적으로 하지 않아 재가 노인의 주택환경 개선 지원이 부족한 상황임.
- 주거복지 개선은 국내의 현실적 여건을 고려할 때 우선순위와 재정부담 등

의 문제가 있음. 사회·경제적 권리보호는 정책들 간의 우선순위 조정, 재정 부담 등을 이유로 실질적 보장조치가 지연됨.

- 현행 고령자주거 관련 정책은 ① 가족과의 동거권장 정책, ② 고령자 동거 세대 주택분양시 가점제, ③ 고령자용 국민임대주택 건설 등이 있으나, 그 실효성이 미약함.
- 정책의 문제점을 극복하기 위해서는 관할부서의 협력체계를 도모하고, 고령자에 적합한 주택건설의 활성화가 필요함.

#### ○ 손잡이 등 주요설비 지원은 복지용구 영역과의 중첩 발생

- 실제내용은 손잡이 설치, 턱이나 문지방 제거 및 바닥자재 변경 등으로 복지용구급여 영역과 중복되고 분리되어 관리되지 않음.
- 개별 가정의 표준화된 주거환경개선 및 질 관리 곤란

### 다. 해외사례<sup>45)</sup>

□ 주택개조와 관련해서, 일본의 거택개호주택개수비를 포함하여 독일, 영국 등의 선진국의 사례를 참고할 수 있음.

#### ○ 일본

- 이용자의 입장에서 집 안을 개수하고 싶은 경우에는 개호보험이나 고령자 제도를 활용하도록 함.
- 개호보험에서 요개호자가 주거하는 주택을 배리어프리로 하는 대규모 공사를 상정하는 것은 아니지만, 현관이나 욕실, 화장실의 안전바의 설치, 마루의 단차의 해소, 골절방지나 이동이 부드럽게 이루어지도록 마루재질의 변경, 변기 개수 등의 공사의 개수비용에 관하여 시정촌이 주택의 요개호자의 심신이나 주택의 상황에 따라 필요하다고 인정하는 경우에, 주택개호주택

45) 해외사례는 아래 문헌을 참고하여 요약, 정리함.

「박남희 등(2006). 한국과 일본의 노인가구 주택개조 관련 정책에 관한 고찰」, 「이현정(2007). 일본의 고령자 주거지원정책 및 고령자 주택 특성 분석」, 「여경수(2011). 고령화 사회에 있어서 고령자주거복지 위한 법제도적 개선방안」, 「윤혜영, 유해연(2014). 일본의 사회 약자를 위한 공적 임대주택 지원제도 연구」, 「권오정, 김동숙, 이용민(2016). 노인을 위한 주택개조 관련 산업 동향에 대한 고찰」

개수비가 지급됨.

- 개호보험의 경우에는 신청하면 20만엔의 이용한도액에서 급여(본인부담 10%), 5종의 유형 대상 ‘고령자용 변제특례제도’도 운영함. 고령자 대응 베리어프리 공사의 경우, 주택금융지원기구로부터 용자를 받을 수 있음.
- 단, 지급한도기준액(요개호도에 관계없이 일률적으로 20만엔)이 설정되어 급여액은 90%에 해당하는 금액으로 한도가 정해져 있으며, 현재 거주하고 있는 주택이 개수 대상이 됨.
- 보험급여의 수속에는 주택개수의 내용, 개수장소, 규모, 시공업자의 명칭, 주택개수에 필요한 비용, 착공완공의 연월일을 기재한 신청서, 영수서, 여기에 개호지원전문원(케어매니저) 등이 작성한 개수가 필요한 이유를 기재한 서류, 주택개수의 완성 후의 상태를 확인할 수 있는 서류 등을 첨부하여 제출할 필요가 있음.
- 최초로 주택개수에 착공한 날의 개호상태 구분으로부터 3단계 이상 개호도가 상승한 경우(예. 요개호1에서 요개호 4로 악화) 다시 한 번 거택개호 주택개수비 지급한도액 기준 (20만엔)까지 주택개수비를 지급할 수 있게 됨. 또한 이사를 하게 된 경우에도 같은 수준의 급여를 다시 받을 수 있음.

〈표 7-8〉 일본 주택개호 서비스

구분	내용
사업자 지정요건	-주택개수 공사는 건축업자 등이 실시 -지정사업자제도는 실시하지 않음.
사업소 등록, 수행 절차	-2006년의 개호보험제도 개정에 의해 시정촌(우리의 시군구)으로의 주택개수 사전신고제가 도입되었으나, 2015년부터는 사업소의 등록제 시작 -종래 주택개수를 할 때는 신고가 의무였지만 주택개수를 실시하는 사업소에 대한 지정은 특정되지 않았으며, 어느 사업소가 수행하던 보험대상이 되었음. 이제부터는 미리 신고를 한 사업소가 시공한 주택개수만이 보험적용의 대상이 됨. (예) 화장실의 가로, 세로 안전손잡이, 현관의 경사로 설치 등
주택개수비의 종류 (5종 기본)	① 안전손잡이 설치 -현관, 화장실, 욕실, 복도 등에 낙상 예방 또는 이동 또는 이송동작에 도움을 주기 위해 설치하며, 형상은 이단식, 세로부착, 가로부착 등 중 설치 ② 단차의 해소(제거) -거실, 복도, 화장실, 욕실, 현관 등의 각 실 사이의 단차 해소 -구체적으로 문턱을 낮추는 공상, 슬로프를 설치하는 공사, 욕실의 바닥을 높이는 것 등이 포함. 다만, 승강기, 리프트, 단차해소기 등 동력에 의한 단차해소공사는 제외 ③ 골절방지 및 이동을 위한 바닥 재료의 변경 ④ 미닫이 등으로의 변경



구분	내용
	-여닫이 문을 미닫이 등으로 개조, 도어노브의 변경, 다만, 자동문으로 하는 경우에는 자동문의 동력부분의 설치는 제외 ⑤ 양식변기 등으로의 변기 변경 -좌식변기에서 난방변기, 세정기능 등이 있는 양식변기로 변경

주 : 자료를 바탕으로 하여, 재정리함.

자료 : 1) 박남희 등(2006). 한국과 일본의 노인가구 주택개조 관련 정책에 관한 고찰.

2) 이현정(2007). 일본의 고령자 주거지원정책 및 고령자 주택 특성 분석.

3) 여경수(2011). 고령화 사회에 있어서 고령자주거복지를 위한 법제도적 개선방안.

4) 윤혜영, 유혜연(2014). 일본의 사회 약자를 위한 공적 임대주택 지원제도 연구.

5) 권오정, 김동숙, 이용민(2016). 노인을 위한 주택개조 관련 산업 동향에 대한 고찰.

## □ 독일

○ 노인들에게 주거시설을 적합하게 맞추는 정책을 지님. 노인이 필요로 하는 시설들(특수침대, 특수 욕조, 지지대 등)을 갖추는 것과 노인들의 생활에 편리하게 주거시설을 개조하는 것(문턱제거, 출입구 확장, 창문 낮추기 등)을 포함하는 조치임(최봉석, 2005).

○ 요양보험법(Pflegeversicherungsgesetz) 제40조 4항(SGB XI)에서 개개인의 주거영역 개선 조치를 명시적으로 규정하고 있음.

- 이 규정에 의하면 노인의 요양목적을 실현하기 위한 주택과 시설의 개보수에 보조금(Zuschuß)을 지급하도록 함. 그 밖에 필요한 시설과 장비의 도입에의 사무를 담당할 수 있음(제80조). 독일사회법전 제11권(요양보험법) 제40조 1항에는 환자나 노인들의 독자적인 생활에 필요한 요양시설과 요양장비 마련에 대한 재정적·실무적 보조가 명시됨.

## □ 네덜란드

○ Verpleeghuis De Bogt-Westerbeer (지식주택케어 개발기관)에서는 의료와 복지 서비스와 결합된 주택을 개발하기 위해 기술과 결합된 주택단지 조성 프로젝트를 시행함.

- 특히 치매환자의 가정생활 영위를 목표로 안전한 주거환경을 만들고자 다양한 사업을 수행함. 편의시설의 접근성을 높이고, 주택에서 이동의 편리성 확보를 위해 계단을 없애거나 화장실을 개조하는 등의 서비스를 제공함([www.kcwz.nl/index](http://www.kcwz.nl/index)).

## □ 영국

○ 노인주택정책은 보호주택에 대한 지원정책과 도심의 노인거주주택의 개조를 위한 지원정책으로 크게 분류할 수 있음.

- 1961년과 1972년에 비영리민간기관인 주택협회(Housing Association)가 고령자용 주택을 건설하는 경우 보조금을 지불하도록 하고, 적정임대료와 임차인에 대한 임대료를 보조하도록 하는 주택법 개정은 민간부문의 보호주택(ShelteredHousing) 공급을 증가시키는 계기가 됨.

○ 공급이 수요를 충족시키지 못하는 도심에서는 고령자의 자립을 유지하도록 하는 보조정책으로 노인 주택에 대한 주택개조 지원정책이 실시되고 있음.

- 구체적으로 고령자가 소유하고 있는 주택이 너무 좁거나 외풍이 있는 상태여서 수리가 되어 있지 않은 경우에는 보온유지를 위하여 재료비만 부담하면 절연공사를 해당 지방정부가 실시해 주며, 난방이나 가옥 구조상의 개선에 대해서는 수리·개선에 따른 보조금을 신청할 수 있음.
- 지방정부의 주택담당관이 방문하여 상담, 조연과 함께 앞에서 언급한 서비스를 받을 수 있도록 조정하여 줌. 계단 이용이 어려워지고 주택 내의 이동에 문제가 발생한 경우는 해당 지방정부의 환경영향평가에 따라 보조도구의 설치와 보다 적절한 주택으로 이전시키는 방식이 취해지며, 이전이 불가능할 때는 휠체어의 이용이 가능하도록 도어를 확장하고, 욕실의 샤워를 다시 설치하거나 1층에 화장실을 정비하는 것이 있음(이광석, 2007)

## 라. 정책과제

### □ 일본 개호보험 ‘주택개호주택개수비’ 사례 벤치마킹

① 수급자의 다양한 욕구와 표준관리의 어려움을 고려하여 주거환경개선 방안을 현금급여 방식 등으로 추진하는 연구 수행 및 시범사업 추진

- 연구영역 및 적정모형 개발(‘18년) → 시범사업 실시(‘19년)
- 주거환경개선 급여 도입을 위한 연구용역 추진시 고려사항

- 수급자의 다양한 욕구를 고려하여 현물(현금)급여 방안 검토
- 주거환경개선 급여의 범위, 사업소 선정 및 역할 등 규정
- 주거환경개선에 사용되는 재료, 시공방법 등 표준화
- 텍, 문지방 등 개선으로 인한 장판, 문 교환 등 2차 개·보수 범위 등 검토
- 자가 주택이 아닌 경우의 집주인 등과의 분쟁 등 검토
- 필요시 소규모로 시범사업을 실시하여 신규 서비스 도입 여부 결정
  - 현금급여 도입의 구체적인 방안 마련 필요: (예)평생 1회 200만원 제공 등
  - 주택수리, 개보수 수준과 주택소유여부 등에 따른 세부 운영방침 개발

## ② 개조비용 산출 관련 연구 실시

- 예산 제약이 예상되므로 예산집행을 위한 대상선정과 개조항목 선정 등에 있어, 정교한 시행지침이 필요할 것이며 별도의 연구 필요
- 차후 이러한 주택개조비의 실행행과 개조 시공 및 개조 후 효과성 등 일련의 과정에 있어 전문인력의 코디네이팅 요구
- 주거복지사와 사회복지사, 건축가 등의 협업 방안 마련 필요

## ③ 현금급여 도입의 구체적인 방안 마련 필요: (예)평생 1회 200만원 제공 등

- 200만원~300만원 이하로는 현실적으로 주택개조를 할 수 없으므로 개조품목(요소) 중심이 아닌 주택 상황에 따라 물리적으로 함께 개선해야하는 부분들에 대한 고려가 있을 수 있도록 정교한 개조비 산정 기준 필요
  - 아직까지는 고령자 대상 주택개조 요소기술이나 제품 시장이 매우 미약하고 복지용구와의 연계성이 부족
- 주택개조를 최소화하는 저렴한 주택개조 방법에 대한 연구와 개발이 매우 필요하고 특히, 이는 장·탈착 방식으로 개조하는 모델에 대한 검토가 필요

## ④ 복지용구의 기존 급여에 포괄하는 방안 검토

- 현 복지용구 내 안전손잡이, 매트, 경사로 등 급여 범위 내 품목에 대해서는 복지용구와 통합적으로 지원하도록 체계화

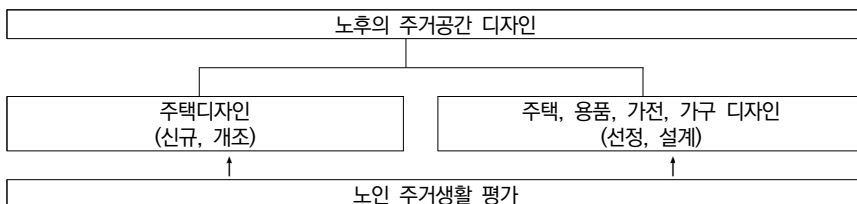
- 이 경우 ‘복지용구’ 용어를 보다 포괄적 용어로 변경 검토 필요
- 주택개조를 포괄하는 상위레벨 개념으로 명명 및 신설하고 하부에 개조급여를 신설하여 복지용구급여를 두는 방법으로 검토 필요
- 복지용구 법적근거: 노인장기요양보험법 시행규칙 제 19조 3항

[그림 7-3] 복지용구의 기존 급여 포괄방법(안)



- ⑤ 환경평가 전문가, 또는 방문간호를 통한 환경평가, 환경평가 전문 요양보호사 등 전문인력 도입 검토 필요
- 고령자 주거상담 및 주거환경 실태조사 및 평가 등의 전문인력 도입 검토 필요
    - 전문인력은 요양보호사와 별도로 구성
    - 일본에서도 사회복지사, 케어매니저에 의한 고령자 거주주택 개조의 일련의 전 과정을 수행하는데 한계 발생
  - 건축에 의존하면 대대적인 개조를 추진할 것이고, 물리치료사나 사회복지사에 의존하면 기술적인 문제를 해결하지 못할 수 있음.
  - 노후의 주거생활 코디네이터에 의한 생활평가와 주거공간 디자인 계획이 필요하고 그 대책으로 주택개조를 시행하는 방법이 필요함.

[그림 7-4] 전문인력 도입을 통한 주거환경 개선(안)



## 마. 기대효과

- 지역사회에서 계속적으로 생활할 수 있는 Aging in Place 지원
- 주거환경개선을 통해 지역사회에서 계속 거주할 수 있는 여건을 확보하여 시설 입소를 방지할 수 있으며, 노인의 기능과 환경과의 상호작용을 통해 궁극적으로 지역사회 거주 기반을 조성 가능
- 쾌적하고 안전한 주거환경을 조성함으로써 건강한 노후생활을 도모하고 고령자가 사회 속에서 더불어 살 수 있는 복지사회 구현

## 제4절 가족수발자 지원 강화

### 1. 가족수발자 지원서비스 제공

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 장기요양보험 도입으로 가족의 부양부담은 줄었으나, 재가급여 수급자 가족의 부양부담은 여전히 높아 사회문제화 되고 있음. 가족수발자 지원서비스를 통해 부양부담 완화, 노인의 지역사회 계속 거주를 통한 삶의 질 향상 도모

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- 가족부양비: 경제적 보상 중심 운영(노인장기요양보험법)

제24조(가족요양비) ①공단은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 수급자가 가족 등으로부터 제23조제1항제1호가목에 따른 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때 대통령령으로 정하는 기준에 따라 당해 수급자에게 가족요양비를 지급할 수 있다.

1. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자
2. 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자
3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자

② 제1항에 따른 가족요양비의 지급절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

- 사회서비스 전자 바우처: 치매환자가족휴가지원서비스<sup>46)</sup>

- (사업목적) 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매노인에게 일정기간 단기보호 서비스를 제공함으로써 장기간 간병으로 지친 치매노인 가족에게 휴식을 지원하여 치매노인 가족의 수발부담 경감 도모
- (사업대상) 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매노인으로 선정기준은 최근 6개월 이내에 발급받은 의사진단서(상병코드 F00~F03, G30) 및 의사소견

46) 사회보장정보원(2017). 보건복지부 사회서비스 전자바우처 노인돌봄종합서비스 안내(/www.socialservice.or.kr).

서로 치매노인임을 확인

- (사업내용) 제공기관에서 일정기간 동안 치매노인 보호(단기보호서비스)
  - 지원방식: 연간 6일 범위내에서 이용할 수 있는 바우처 지급
  - ※ 횟수에 관계없이 연간 6일 범위내에서 이용 가능하며, 최소 이용 단위는 2일로 무박인 경우 이용 불가/ 0시 기준으로 일자 산정
  - 지원내용: 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매노인에게 기존 서비스인 방문서비스, 주간보호서비스 이외에 단기보호서비스 추가 제공
- (서비스 가격(정부지원금 및 본인부담금))

〈표 7-9〉 1일당 본인부담금 및 정부지원금

구 분	기초수급자	차상위	차상위 초과 ~100%미만	100%이상~ 130%미만	130%이상~ 150%이하
본인부담금	무료	2,500원	5,100원	5,800원	6,500원
정부지원금	36,380원	33,880원	31,280원	30,580원	29,880원
서비스금액 합계	36,380원	36,380원	36,380원	36,380원	36,380원

주 : 1) 단기보호시설 1일 수가 : 36,380원(장기요양 5등급 기준)

2) 식대는 별도 개인 부담

자료 : 사회서비스 전자바우처 홈페이지 : [www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr)

## ○ 가족상담지원 시범사업 실시<sup>47)</sup>

### ① 1차 시범사업 분석

- 총 3기수에 나누어 진행되었으며, 전체 969명이 참여함(실험군 498명, 대조군 471명).
- 시범사업 결과, 개별상담 95.6%, 집단활동 94.7%, 평균 95.1% 만족도 달성한 것으로 분석됨.
- 사업 참여 후 부양부담감, 스트레스, 우울증 등이 감소되고 사회적지지, 부양자 자기효능감 향상 등을 보고함.

47) 추진근거

- 요양보험제도과-2350호(15.5.20) '가족지원 서비스 시범사업 추진 관련 협조 요청' → 1차 시범사업  
 - 요양보험제도과-369호(17.1.16) '가족상담 지원 서비스 2차 시범사업 실시 협조 요청' → 2차 시범사업

- 문제점으로 다양한 지역사회자원의 참여 필요, 대상자 모집 및 상담 주체 이원화에 따른 상담제공시 어려움, 이용지원 상담을 통한 사업 필요 대상자 발굴 한계 등이 지적됨.

## ② 2차 시범사업 분석

- 총 3기수에 나누어 진행되었으며, 전체 468명이 참여함(대조군 없음).

〈표 7-10〉 1~2차 시범사업 비교

구분	1차 시범사업	2차 시범사업
사업지역	■ 12개 지역 2개 형태	■ 13개 지역 2개 형태
참여기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공단(5개소)+정신건강증진센터(7개소)</li> <li>- 공단: 인천부평, 수원서부, 대구달성, 달서, 부산남부 운영센터</li> <li>- 정신건강증진센터(7개) : 대전서구, 동구, 세종시, 광주북구, 서구, 울산중구, 기장군</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공단(6개소)+외부기관(7개소)</li> <li>- 공단: 성북, 평택, 고양일산, 서산, 부산동래, 제주운영센터</li> <li>- 정신건강증진센터(6개) : 동해시, 인천동구, 문경시, 완주군, 영광군, 부산북구</li> <li>- 기타 지역사회 자원(1개) : 미래엔미소클럽</li> </ul>
사업기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 프로그램 운영: '15.10.12.~'16.5.27.(8개월)</li> <li>■ 평가: '16.6~7월(연구원)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 프로그램 운영: '17.4.24.~11.17.(7개월)</li> <li>■ 평가: '17.11~12월(연구원)</li> </ul>
대상자수	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 969명(실험군 498명, 대조군 471명)</li> <li>- (실험군) 기당 15명※3기수</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 468명(대조군 없음)</li> <li>- 기당 12명※3기수</li> </ul>
대상자 선정	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공단이 발굴하여 외부기관에 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (공단) 이용지원 상담과정에서 발굴</li> <li>■ (외부) 지역사회 연계, 홍보를 통해 발굴</li> <li>■ (공동) 재가기관에서 대상자 의뢰</li> </ul>
프로그램 운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 실험군 : 8주 11회 ... 3기로 운영</li> <li>- 개별상담 6회, 집단활동 3회, 전화상담 2회</li> <li>■ 대조군 : 3주 4회</li> <li>- 개별방문 3회, 집단활동 1회</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 10주 10회 ... 3기로 운영</li> <li>- 개별상담 6회, 집단활동 4회, 자조모임</li> <li>■ 대조군 : 없음</li> </ul>
매뉴얼 (정확연구원)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개별상담</li> <li>- 상담대상자의 개별특성 반영 미흡</li> <li>- 매뉴얼 글자크기, 삽화크기등 개선 필요</li> <li>■ 집단활동 : 3개</li> <li>응급처치, 원예활동, 미술활동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개별상담</li> <li>- 대상자의 특성을 반영한 매뉴얼 개선</li> <li>- 중심매뉴얼 외 대상자 욕구를 반영</li> <li>■ 집단활동 : 4개</li> <li>- 응급처치, 원예활동, 미술활동, 이별 준비하기</li> </ul>
사업 예산	공단 406,336천원	227,020천원
	외부 182,507천원	집단활동 참가시 요양보호사 파견비용 반영 478,479천원 - 외부기관 인건비 등 증가(7개→12개)

자료: 1) 한은정·이지혜·권진희·이정석(2015). 장기요양 가족상담지원 시범사업 운영 및 평가 I. 국민건강보험공단.  
2) 한은정, 이정석, 박세영, 박상희(2016). 장기요양 가족상담지원 시범사업 운영 및 평가 II. 국민건강보험공단.



## □ 현황

- 장기요양제도를 통해 사회적 돌봄이 제도화되었지만, 가족수발자의 역할은 여전히 중요함.
  - 특히 시설보호가 필요하지만 재가급여를 이용하는 1~2등급 수급권자 및 재가급여를 통해서 제공되는 장기요양서비스 제공 시간이 부족한 3~5등급 수급권자가 증가하고 있음.
- 장기요양서비스가 필요한 노인의 시설입소에 가장 영향을 주는 결정요인은 가족수발자가 존재하느냐 여부임. 가족수발자가 없는 경우에는 시설입소 하는 비율이 매우 높음.
- 장기요양보험제도가 도입되어서 가족수발자의 돌봄 부담이 감소한 효과를 가져왔지만, 가족수발자가 경험하는 신체적·정서적·사회적 부양부담감은 높은 것으로 보고되고 있음(한은정, 2017).
  - 이와 함께 재가노인을 부분적으로 돌보는 가족부양자의 부양부담으로 인한 사건사고가 사회적 문제로 발생하면서 높은 부양부담을 경험하는 가족수발자에 대한 대응 방안 마련이 시급함.
    - 가족수발자가 경험하는 정서적 불안 및 스트레스 문제 해소를 위해 재가 노인 수급자 가족의 50% 이상이 전문가 상담 및 교육이 필요하다고 인지적 욕구를 보이지만, 현재 이러한 문제를 개입할 수 있는 지원 체계가 마련되어 있지 않음.
- 한국보다 앞서 2005년 초고령사회로 진입한 일본의 경우에 가족수발자의 부양부담으로 인해서 개호살인(돌봄을 제공하는 노인을 살해함) 및 자살(가족수발자가 고의적 자해로 사망함), 개호퇴직(직장과 돌봄을 병행할 수 없어 퇴사함) 등이 사회문제화 되고 있음(강은나 외, 2014).
- 가족상담지원 서비스는 수급자의 지역사회에서의 노화를 실현하고 가족부양자 뿐만 아니라 수급자의 삶의 질 향상을 위해 매우 중요하며, 선형국은 이같은 필요성에 의해 가족부양자를 위한 서비스를 강화하는 추세임(한은정,

2017: p. 49).

- 기간 간병으로 인한 스트레스와 우울증 등이 우려되는 가족을 실제적으로 그리고 효과적으로 지원해 줄 수 있는 서비스 방안을 마련할 필요가 있음.

#### □ 한계(문제점)

- 가족수발자가 요양보호사로 등록되어서 장기요양서비스를 제공하는 경우에만 한정하여 경제적 보상을 지급하고 있음.
  - 가족수발자가 경험하게 되는 높은 정서적·사회적 부담 및 스트레스에 대해서는 전혀 대응하지 못하고 있음.
- 치매환자가족휴가지원서비스는 노인돌봄종합서비스 대상자에 한하여 소득기준 150% 이하에 해당되는 가족수발자만 이용할 수 있기 때문에 장기요양등급 인정자는 해당사항이 없음.
- 보건복지부 요양보험제도와 장기요양 가족상담지원 시범사업의 대상자는 시범사업을 실시한 12개 기초자치단체에 거주하는 약 500명의 가족수발자로 제한되어 있음.

### 다. 해외사례

#### □ 미국

- 가족부양자지원프로그램(National Family Caregiver Support Program, NFCSP)
  - (제공서비스) 가족부양자에게 유익한 각종 정보와 교육 제공, 이용 가능한 다양한 서비스에 관해 안내, 다양한 서비스들을 비교하고 선택할 수 있도록 지원, 가족부양자 고충 상담 제공, 가족부양자 연결망 구축, 바우처를 배부하여 가족부양자들이 처방약을 구매하거나 가족부양시 필요한 각종 물품 구매(박명화, 2017)

□ 독일<sup>48)</sup>

## ○ 가족수발시간법(Familienpflegezeitgesetz)

- 초고령사회로 2009년 진입한 독일의 경우에는 2012년 가족수발시간법(Familienpflegezeitgesetz)을 제정하여 근로자들이 가족구성원을 돌보면서 계속 경제활동을 병행할 수 있는 근로시간 단축 기회를 제공하고 있음

## ○ 장기요양지원센터 가족교육

- 2008년 개혁 이후 도입된 장기요양지원센터는 장기요양 대상자의 주거지에 근거한 포괄적 지원을 제공하고, 상담을 통하여 시설 간 경쟁을 유도함으로써 장기요양서비스 품질 개선을 기대
- 재가보호를 시설보호에 우선한다는 원칙을 시행함으로써 장기요양보험의 재정 건전화를 목적으로 함.
- 장기요양 대상자 뿐 아니라 그의 가족 또는 장기요양보험에 관심 있는 일반인에게 상담서비스를 제공하여야 하며, 모든 장기요양보험가입자는 이에 대한 법적 권리를 가짐.
- 상담을 통해 장기요양 대상자와 가족의 욕구를 분석하고 적절한 장기요양급여를 선택하는데 도움을 주며, 효과적인 사례관리를 함.
  - 이를 위하여 개별 케어플랜을 작성하고, 개별적으로 고려해야할 보건 증진적·예방적·치료적·재활적 그리고 기타 의료적·장기요양적·사회적 도움과 지원서비스를 조정하고 연계함.
- 보험자가 급여이용설명회 등을 통하여 ‘돌봄기술 익히기’, ‘수급자 질환별 이해하기’ 등의 교육을 제공함.

## ○ 보험자 상담

- 2013년에 개혁된 장기요양신추진법에 따라 보험자에 소속된 장기요양상담사가 대상자의 가정에서 상담업무를 수행할 수 있도록 강화함.

48) 「강은나, 박세경, 배혜원, 이민홍, 박은정, 오세웅 외(2014). 초저출산·초고령화사회의 위험과 대응전략. 한국보건사회연구원.」을 참고하여 요약, 정리함.

- 보험자는 장기요양급여에 대한 최초신청 접수 후 2주 이내에 지체없이 상담을 실시해야 하며, 장기요양지원센터가 지원함.
- 보험자는 장기요양급여와 관련된 홍보 책자를 비치하며, 대상자의 건강 및 요양상태에 따라 장기요양에 대해서 대상자 및 가족이 알아야 하는 모든 것을 내용으로 한 ‘장기요양 가이드/안내서’, ‘치매환자 응대방법’ 등을 배부함.
- 가족이 수발하는 경우에 대상자뿐만 아니라 가족수발자의 일상 및 요양 상황에 대한 실질적인 도움과 보다 나은 대처방법을 제안하는 ‘가정에서 수발용’ 그리고 적절한 재가사업소를 찾는다는 것이 쉬운 일이 아니기 때문에 ‘재가 요양·간호’ 안내책자를 통해 재가사업소 선택에 도움이 되도록 배부함.
- 특히, 질병보험 의료진(MDK)에 의한 장기요양 필요도 여부의 판단에 도움이 될 수 있도록 장기요양급여를 이용하고자 하는 대상자에게는 일상 생활 수행에 소요되는 시간을 일주일간 기록할 수 있도록 수발기록지를 제공함.

#### □ 핀란드

##### ○ 비공식케어제도(한은정 외, 2016: p. 16~17 재인용)

- 1990년대까지 중앙정부 주도의 보편적 복지를 지향하였으나, 2000년대 경제 불황으로 시장화 정책을 표방하면서, 기초지자체로 복지사업이 이관되었으며 가족부양자를 위한 지원이 활성화됨
- 복지사업이 지자체로 이관된 후 지역별 서비스 불균형이 심화됨에 따라 전국적으로 표준화된 서비스 제공과 비용효과성 측면에서 광역지자체로 재이관하려는 움직임이 있음.
- 지자체 중 하나인 헬싱키시는 비공식케어지원센터를 설립하여 적극적으로 가족부양자를 위한 다양한 서비스를 제공하고 있으며, 자체 서비스 개발 및 지원, 지역사회 자원 연계, 자조모임 등을 활발히 운영함.

## □ 스웨덴

- 비공식케어제도(한은정 외, 2016: p. 17 재인용)
- 1970년대 이후 정부주도형 복지를 지향하며 요양시설이 대폭 확장되었으나, 1990년대 경제위기와 고령화 사회 진입으로 재정적 문제에 직면하면서 광역자치 단체가 담당했던 노인복지 사업이 지자체로 이관되고 재가서비스가 활성화 됨.
  - 최근 스웨덴의 사회문화적 현상이 가족에 의한 돌봄을 선호하는 방향으로 변화되면서 가족부양의 중요성이 대두되고, 비용효과적인 비공식 돌봄 서비스가 활성화됨.
  - 중앙정부는 가족 돌봄의 중요성을 이전보다 강하게 인식하고 있으며, 지자체간 서비스 편차 해소와 서비스 질 제고를 위한 노력을 기울이고 있음. 또한 지원센터, 지원그룹, 완화지원, 일대일 지원, 단기보호, 주야간보호 등 핀란드보다 다양한 가족지원서비스를 제공하고 있음.

## 라. 정책과제

## ① 가족수발자 교육실시

- 가족 교육을 통해 올바른 노인 이해(노인발달, 만성질환, 증상, 문제행동 등), 적절한 돌봄(케어기술) 제공 및 위기상황 시 대처
  - 돌봄기술 익히기, 수급자 질환별 이해하기 등의 교육 실시(독일 사례)
- 가족수발자 교육 프로그램 개발('17) 및 시범사업('18)

## ② 가족상담지원 전산시스템 구축

- 신규 사업 확대에 의한 정신보건전문요원 확보(~2021년, 약 300명)
- 사업 연속성 확보를 위한 정신건강증진센터 보조금 지급 방안 마련

## 마. 기대효과

- 가족수발자 부양부담 감소 및 삶의 질 향상
- 재가노인의 삶의 질 향상 및 가족수발자의 케어 질 향상
- 수급자의 지속적인 재가 생활 영위로 Aging in Place 지원

## 2. 가족요양비 및 가족요양보호사 제도 개편

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 가족인 요양보호사에 대한 임금을 방문요양기관을 형식적으로 거치며 수수료를 지불할 필요 없이 공공에서 현금급여로 직접 제공하는 것이 비용효율적임.
  - 가족인 요양보호사에 대해 현행 노인장기요양보험법에서 인정하는 서비스 시간의 제한으로 가족인 요양보호사에게 사실상 정액에 가까운 급여가 제공되고 있어 정액 현금급여로 전환이 용이함.
  - 가족인 요양보호사가 방문요양기관에 고용된 형태를 통해 치르는 사회적 비용에 비해 얻을 수 있는 사회적 이익이 거의 없으므로 공공에서 직접 현금급여 형태로 지급하는 방안이 효율적임.
- 가족인 요양보호사에 대한 급여를 공공에서 직접 현금급여로 지급하게 되면, 가족에 의한 요양제공에 대한 보상이라는 개념에서 가족에 의한 요양이 불가피하다고 인정되는 경우에 극히 제한적으로 지급되는 현금급여인 가족요양비와의 통합방안을 검토할 필요가 있음.
  - 가족인 요양보호사와 가족요양비 지급 대상은 요양보호사 자격여부에 따른 차이가 있지만, 가족이 요양을 제공하는 것에 대해 동일하게 현금급여 보상 형태를 갖춘다면 형평성 관점에서 정비해야 할 필요성이 있음.
- 가족을 장기요양의 파트너로 공식적으로 인정하고 가족에 의한 요양에 대해 현금으로 보상하되, 서비스 질에 대해 공적 관리 및 지원을 강화하는 방안이 마련되어야 함.
  - 가족요양비는 공적 접근성이 제한되는 경우에 지급되기 때문에 체계적·공적 관리가 어려울 것임.
    - 따라서 가족인 요양보호사에 의한 서비스 질에 대하여 체계적이고 공적인 관리가 필요함.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 제도 개선 추진 경과

- 가족인 요양보호사 관련하여 가족인 요양보호사의 급여제공시간을 축소 인정하고 다른 직업종사자의 가족인 요양보호사 자격을 인정하지 않는 방식으로 제도개정이 이루어져 왔음.

(참고) 가족인 요양보호사 정책의 변화과정

- 2008.7.1. 시행
  - 동거가족요양보호사 1일 90분 급여제공, 야간, 심야, 공휴가산 산정불가
  - ※ 비동거가족의 경우 4시간 급여제공 가능
- 2011.8.1. 시행
  - 가족요양의 동거·비동거 구분 폐지 및 급여제공시간 축소 (1일 90분, 매일 → 1일 60분, 월 20일)
  - 단, 특별한 사유(수급자의 치매로 인한 문제행동, 65세 이상인 배우자의 급여 제공 등)가 있는 경우를 예외규정으로 신설하여 1일 90분, 월 20일 초과 급여비용 산정 가능
  - 장기요양기관의 장은 수급자와 요양보호사의 가족관계를 확인하여 공단에 통보
  - 국민건강보험 직장가입자로 다른 직업에 종사하는 가족요양보호사(장기요양기관 제외 월 160시간 상근)가 제공하는 가족요양 제한
- 2014.1.1. 시행
  - 국민건강보험 직장가입자로 다른 직업에 종사하는 가족인 요양보호사(장기요양기관 포함 월 160시간 상근)가 제공하는 가족요양 제한
- 2014.7.1. 시행
  - 가족인 요양보호사가 치매전문교육을 이수하고 5등급 수급자에게 인지활동형 방문요양 제공 가능(요양보호사 가산금(1회 5,760원) 미지급)
- 2016.1.1. 시행
  - 가족인 요양보호사 일정한 직업 종사의 개념을 건강보험직장가입자에서 모든 직장으로서로 변경

### □ 현황

- (가족요양비) 현행 노인장기요양보험은 현금급여를 원칙적으로 제한하고 있으나, 가족요양비는 예외적으로 인정하고 있음.
  - 가족요양비는 도서벽지 등 서비스 접근성에 문제가 있는 경우, 장기요양대상자의 신체, 정신 및 성격적 특이성 등 보건복지부장관이 인정할만한 이유로 공식적인 장기요양서비스를 이용하기 어려운 경우에 제한적으로 지급
  - 장기요양인정등급에 관계없이 정액으로 월 15만원이 지급되며, 제도가 도입된 2008년부터 급여수준의 변동없음.



## (참고) 가족요양비 관련법 조항

노인장기요양보험법 제24조(가족요양비) ①공단은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 수급자가 가족 등으로부터 제23조제1항제1호가목에 따른 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때 대통령령으로 정하는 기준에 따라 당해 수급자에게 가족요양비를 지급할 수 있다.

1. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자
2. 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자
3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자

②제1항에 따른 가족요양비의 지급절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

위임행정규칙 제79조(가족요양비)법 제24조에 따른 가족요양비는 장기요양등급에 관계없이 월 150,000원을 지급한다.

- 2016년 말 기준으로 가족요양비 수급자는 총 738명이며, 사유별로는 도서벽지 719건, 정신장애 19건임(국민건강보험공단 내부자료).
- 가족요양비 지출액은 1억 519만원으로 전체 장기요양 지출에 있어, 매우 적은 규모임(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 7-11〉 가족요양비 장기요양인정등급별 지급사유별 지급현황

(단위 : 건, 천원)

구분	계		1등급		2등급		3등급		4등급		5등급	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
계	738	105,190	28	3,995	49	6,640	271	39,525	339	47,875	51	7,155
도서벽지	719	102,340	27	3,845	44	5,890	264	38,475	334	47,125	50	7,005
정신장애	19	2,850	1	150	5	750	7	1,050	5	750	1	150
신체변형등에 의한 대인기피	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
감염성질환	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

주: 1) 2016. 12월 지급 기준

2) 가족요양비 신청사유는 노인장기요양보험법 제24조(가족요양비)에 의한 신청기준(도서·벽지, 정신장애, 신체 변형 등에 의한 대인기피, 감염성질환)

3) 1인당 가족요양비는 등급에 관계없이 월15만원

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- 가족요양비 수급자의 지역별 분포를 보면, 도서벽지가 많은 전남지역에 과반수 분포하며, 다음으로 인천, 경남 등의 순이고 다른 지역에는 거의 없음 (국민건강보험공단 내부자료).

〈표 7-12〉 가족요양비 수급자의 지역별 분포: 16대 광역시별

(단위: 건)

총합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종
738	3	-	1	108	2	-	1	-
경기	강원	충북	충북	전북	전남	경북	경남	제주
4	9	-	8	16	472	31	63	20

주: 2016. 12월 지급 기준.

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

- (가족인 요양보호사) 가족이 요양보호사 자격을 갖고 방문요양센터에 고용되어 임금으로 서비스제공 비용을 지불받는 공식적 서비스제공자의 형태로 운영
- 가족인 요양보호사는 공식적 서비스 형태를 취하고 있으나, 사실상 공식적 서비스 관리가 이루어지기 어려워 지급 체계를 달리한 사실상의 현금급여와 다를 바가 없다고 이해되어 왔음.

## 참고 (위임행정규칙 제23조(가족인 요양보호사 급여비용 산정기준))

- ① 요양보호사인 수급자의 가족 등(이하 "가족인 요양보호사"라 한다)이 수급자에게 급여를 제공하는 경우, 수급자 외 가족을 위한 행위에 대하여는 급여비용을 산정하지 아니하고 신체활동 지원 등 수급자만을 위한 행위에 대하여만 급여비용을 산정한다.
- ② 가족인 요양보호사가 방문요양 및 방문목욕급여를 제공하고자 할 경우 장기요양기관의 장은 수급자와 요양보호사의 가족관계를 확인하여 이를 공단에 통보하여야 하며, 그 내용이 변경된 경우에도 또한 같다. 이 경우 가족관계를 고의로 누락하거나, 통보된 가족관계 여부가 사실과 다를 때에는 해당 수급자의 급여비용을 산정하지 아니한다.
- ③ 가족인 요양보호사가 일정한 직업에 종사하면서 가족인 수급자에게 급여를 제공한 경우에는 급여비용을 산정하지 아니한다. 일정한 직업에 종사한다는 것은 소속된 직장(장기요양기관 포함)에서 근무한 시간의 합이 월 160시간 이상인 경우를 말하고, 이 경우 요양보호사가 가족인 수급자에게 제공한 시간은 포함하지 아니한다.
- ④ 가족인 요양보호사가 방문요양급여(인식활동형 방문요양급여를 포함한다)를 1일 60분 이상 제공하더라도 수급자 1인에 대하여 제18조의 표 중 '가-2'의 급여비용을 산정하고 가산 규정을 적용하지 아니한다.
- ⑤ 가족인 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용은 매월 20일 범위 내에서 산정하고, 가족인 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용을 산정하는 날에는 동 비용 이외의 방문요양 급여비용을 산정하지 아니 한다.
- ⑥ 제4항 및 제5항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 1일당 제18조의 표 중 '가-3'의 급여비용을 월 20일을 초과하여 산정할 수 있고, 이 경우 가산 규정은 적용하지 아니 한다.
  1. 65세 이상인 요양보호사가 그 배우자에게 방문요양급여를 제공하는 경우
  2. 수급자가 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 경우
    - 가. 규칙 별지 제5호서식 장기요양인정조사표(이하 "인정조사표"라 한다) 제2호라목 '행동변화영역' 중 ①, ⑧, ⑩, ⑪항목의 증상여부의 '예'란에 하나 이상 표시된 경우로, 폭력성향, 피해망상, 부적절한 성적 행동과 같은 문제행동을 보이는 경우
    - 나. 인정조사표 제2호카목 '질병 및 증상'이 치매로 표시된 경우

- 가족인 요양보호사는 제도 설계시에 예상하지 못한 상황이었으며, 제도도입 이후 급격히 증가하여 2010년 말 동거가족인 요양보호사는 요양보호사의 32.8%에 이르렀으며(홍성욱, 2011), 동거가족인 요양보호사의 급여청구액은 재가급여지출액의 24%에 달하였음(석재은, 윤지영, 김명숙, 홍승은, 2010).
- 정부는 공식적 서비스 관리가 어려운 가족인 요양보호사에 대해 공식적 급여제공 인정시간을 축소하는 방향으로 가족인 요양보호사의 유인을 제거함으로써 가족인 요양보호사를 축소하는 방향으로 유도해 왔음.
  - 그 결과 2016년 말 가족인 요양보호사는 41,089명이며, 이는 전체 요양보호사의 13.6%에 해당하며, 재가급여수급자의 14% 수준임(국민건강보험공단 내부자료).
  - 가족인 요양보호사의 월평균 급여는 484,568원 수준으로 추정됨. 제도적으로는 65세 미만 가족인 요양보호사 임금은 362,600원(60분 수가 18,130원 \* 20일), 65세 이상 배우자 요양보호사이거나 대상자가 치매등인 경우 임금은 486,200원(90분 수가 24,310원 \* 20일)임<sup>49)</sup>. 여기에 본인부담금을 제하면 실질적으로 받을 수 있는 임금은 30만원 내외임.

49) 「보건복지부고시(제2017-141호(2017.8.8.))」. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」의 제18조(방문요양 급여비용)을 기준으로 함.

〈표 7-13〉 가족인 요양보호사 변화 추이

(단위 : 명, 백만원)

급여제공년도	가족인 요양보호사(월평균)	수급자수(월평균)	지급금액
2008	1,204	1,242	3,502
2009	13,250	13,569	104,127
2010	36,861	37,523	279,135
2011	43,758	44,574	287,870
2012	42,464	43,441	208,243
2013	40,269	41,260	211,124
2014	38,584	39,554	206,162
2015	39,499	40,539	217,880
2016	41,089	42,200	238,925

주: 1) 방문요양 급여 지급자료 기준 (DW 발체자료)

2) 평균은 해당연도 월별 요양보호사수를 합하여 12개월로 나눈값임

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

- 가족인 요양보호사는 전국에 지역별로 골고루 분포되어 있음(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 7-14〉 가족인 요양보호사 지역별 분포('16.12.기준)

(단위 : 명)

합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종
43,533	8,792	3,238	1,875	2,689	1,748	2,203	589	92
경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
9,738	1,168	945	2,077	1,597	1,631	2,388	2,452	311

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- 가족인 요양보호사의 연령별 분포를 보면 65세 이상 12,942명(30.5%), 70세 이상 6,018명(14.2%), 75세 이상 고령인구도 2,207명(5.2%)으로 고령화되었음(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 7-15〉 가족인 요양보호사 연령별 분포('16.12.기준)

(단위 : 명)

합계	0-20세	21-40세	41-64세	65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85-89세	90세~
42,413	7	1,246	28,218	6,924	3,811	1,711	432	57	7

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## □ 한계(문제점)

### ○ 사회적 비용의 낭비

- 가족인 요양보호사에 의한 서비스는 방문요양센터 고용 및 급여청구라는 공식적 서비스의 형태를 갖고 있지만, 사실상 공식서비스로서의 서비스 질 관리가 이루어지지 못하며, 내용적으로는 비공식서비스의 특성을 가짐. 또한 방문요양센터를 거치는 서비스 행정비용만 사회적 비용으로 누수되는 측면이 있음.
- 가족인 요양보호사를 수강생으로 모집하여 교육하는 요양보호사 교육기관, 가족요양보호제공자를 대상으로 수수료만 챙기는 방문요양기관의 수입만 증대하는 부작용을 야기함.
- 따라서 행정비 누수를 제거하기 위해 가족요양비와 함께 현금급여로 통합하는 것이 적절하다는 필요성이 제기됨.

### ○ 요양보호사 자격소지의 차이는 있지만, 동일한 가족요양에 대한 정책의 비일관적 보상수준에 따른 비형평성 문제가 제기됨.

- 동일한 가족에 의한 요양에 대해 가족요양비(15만원), 가족인 요양보호사 임금(362,600원~486,200원) 등으로 정책적용의 비일관성에 따른 비형평성 발생
- 요양보호사 자격이 있는 가족이 방문요양기관에 고용되어 급여를 청구하는 경우에는 가족인 요양보호사 임금으로 지급을 받고, 공식 서비스이용이 불가능하다고 법에서 인정한 경우에는 가족이 요양을 제공하는 경우에 현금급여로 지급하는 가족요양비를 적용받음.
- 가족에 의한 요양이라는 동질성과 공식서비스와 비공식서비스 간의 차이라는 이질성을 어떻게 제도에서 다룰 것인가에 대한 정책적 판단 필요

### ○ 가족인 요양보호사에 의한 장기요양서비스 질 평가의 어려움

- 가족에 의한 요양보호제공의 경우 서비스 질 담보를 위한 객관적 평가가 매우 어려우며, 실질적인 서비스 제공 정도를 확인하기 어려움.

## 다. 해외사례<sup>50)</sup>

□ 선진국에서도 이용자 선택권 확대, 서비스인력 부족 등의 이유로 2000년대 초반 부양에 대한 직접 지불(Direct Payment for Care), 개인계정(Personal Budget) 등의 이름으로 현금급여를 급여종류의 한 형태로 도입

○ 그러나 선진국의 현금급여 이용비율은 아직 낮은 편임.

### □ 네덜란드

○ 현금급여 대신 현금급여를 선택가능한 급여종류로 도입하고, 요양욕구를 가진 급여대상에게 요양제공자 고용 임금으로 사용할 수 있는 현금급여(개인계정: personal budget)를 지급하고, 가족이 그 현금급여를 통해 요양제공에 대해 준임금형태로 보상을 받는 경우는 존재함.

〈표 7-16〉 네덜란드 현금급여 변화 내용

구분	현금급여(PGB) 변화 내용
급여항목 제외 (가사서비스:domestic care 등)	-장기요양급여(AWBZ)에서 Social Support Act(Wmo)로 이전 (가사서비스 등에 대한 수급 제한)
현금급여 지급기준 (비공식 가족 케어 사정)	-지급기준 강화 및 가족서비스 책임범위 설정(사정 시 적용) <ul style="list-style-type: none"> <li>•가족 내 건강한 성인이 가사 일을 하고 있다면 사정에서 가사서비스를 (domestic care)를 제외</li> <li>•PGB 수령 전 배우자가 3개월간 신체수발(personal care)을 제공</li> <li>•배우자가 목욕시키도록 요구</li> <li>•가까이에 살고 있는 비 동거 아들, 딸에게 케어 제공 요구</li> </ul>
이용자 본인 부담금	-소득에 따른 차등부담 대폭 상향 -(2005년 최소 210,60유로에서 최대 6,978.40유로까지 차등부담)

자료 : 석재은(2006). 장기요양 현금급여 정책의 국가간 비교 연구. 한국사회복지학, 58(2), pp.273~302.

### □ 영국

○ 네덜란드와 같이 현금급여(direct payment for care)를 선택가능한 급여종류로 도입하여, 개별적인 서비스제공자 고용을 허용하고 있지만, 가족의 고용은 허락하고 있지 않음.

50) 「석재은(2006). 장기요양 현금급여 정책의 국가간 비교 연구」를 참고하여 요약, 정리함.

## □ 독일

### ○ 가족에 의한 현물급여 제공은 금지

- 가족수발(부부, 부모자식 등)은 도덕적 상부상조의 의무 강조(민법 제1353조, 제1618조)
- 현금급여를 급여종류 중 하나로 포함하여 현금급여를 통하여 가족에게 보상하는 것은 가능하도록 되어 있음.
- 개인별 수발지원금(PGB: Personengebundene Budget) 도입
  - PGB는 독일의 새로운 현금 급여유형임. 개인별로 과거 수발 등급에 따라 인정된 현물급여 액수를 현금으로 미리 지급받아 수급자가 직접 서비스를 구매하도록 하는 방식임. 기존 시설, 재가 현물급여, 현금급여에 새로운 PGB 현금급여 방식이 도입되었음.

〈표 7-17〉 독일 현금급여 변화 내용

구분	현금급여	PGB
가족수급 여부	노인→ 가족, 가능	노인→가족, 불가능
급여액	재가현물급여의 50%	재가 현물급여와 동일수준 제공
현금사용처	규제없음	반드시 서비스 구매에 사용
급여항목	수발보험 재가서비스 급여만	ADL에 직접 관련되지 않은 서비스도 구매 가능
서비스구매처	요양기금 계약기관에서 구입	요양기금 계약기관이 아닌 인력파견기관에서 서비스 구입 가능
사례관리	표준서비스 제공	케어워커의 서비스 선택에 대한 조언, 상담, 지원제공

자료 : 석재은(2006). 장기요양 현금급여 정책의 국가간 비교 연구. 한국사회복지학, 58(2), pp.273~302.

## □ 일본

### ○ 가족 수발서비스 원칙적으로 제공을 금지하나, 다음 다섯가지 경우를 만족하는 경우 방문요양특례 인정

- ① 이용자가 도서, 산간벽지에 있거나 방문개호에 필요한 예상량을 확보하기 곤란하다고 인정한 시정촌에 거주하는 경우

- ② 지정거택개호지원사업자 또는 사업실시자가 작성하는 거택서비스 계획에 근거해 제공되는 경우
- ③ 서비스 제공 책임자의 구체적인 지시에 근거해 제공되는 경우
- ④ 입욕, 배설, 식사 등의 개호(신체개호)를 주된 내용으로 하는 경우
- ⑤ 해당 방문개호원이 제공하는 시간 합계의 1/2를 넘지 않는 경우

## 라. 정책과제

### ① 가족요양비 인상 및 지급대상 확대

○ (제1안) 가족이 요양을 제공하는 가족인 요양보호사 및 가족요양비를 현금급여인 (신)가족요양비로 통합하는 방안 검토

- (대상) (신)가족요양비는 기존 가족요양비 지급대상과 가족인 요양보호사 중 전업 직업에 종사하지 않고 가족을 요양하는 가족에게 지급함. 가족요양보호사의 경우, 실질적 돌봄을 담보하기 위해 전업직업에 종사하지 않는 것과 함께 가족돌봄 제공자의 연령에 상한(예, 70세 또는 75세)을 설정하는 방안 검토
- (급여수준) 현행 가족요양비에 대한 급여수준 현실화 및 방문요양센터 행정 수수료를 제한 임금수준을 고려해 30만원 수준의 현금급여 도입방안 검토
- (공적관리) 가족요양의 경우 서비스 질을 보장하기 어렵기 때문에 현금급여 지급 외에 정기적 방문간호서비스 급여를 본인부담 없이 지급하여 공적관리 강화
  - 월 1회 정기적으로 간호사가 방문하여 수급자의 건강상태, 주변 환경 관리 등 상황 파악 및 가족요양보호사 교육제공
  - 가족수발자 휴가서비스(단기보호서비스) 및 교육 보장
- (재정소요) 가족요양비 수급자 738명의 급여(2016년 기준)가 15만원에서 30만원으로 증가하는 부분으로, 연 1억여원 추가 소요될 것으로 전망
  - 가족인 요양보호사의 경우, 가족요양비로 전환되면 공식 장기요양서비스



급여비보다 낮은 지출이 될 것이며, 여타 보완서비스 지출을 포함하는 경우에도 공식적 서비스 이용보다 높지 않을 것임.

- (특징) 불가피하게 가족이 요양을 제공할 수밖에 없는 경우의 가족에게 지급하는 가족요양비를 공식적 서비스제공자 형식을 갖춘 가족인 요양보호사에게까지 확장하는 개념으로, 장기요양 당사자에게 다양한 서비스의 자유로운 구매권을 보장하기 위한 현금급여와 구별 필요

- (장점)

- 가족이 요양하는 경우에 대해 장기요양제도에서 동일한 보장을 함으로써 형평성 제고
- 가족인 요양보호사의 고용 및 급여청구 등 행정관리비용 절감
- 가족요양비 현실화를 통해 가족을 요양하는 가족에 대해 사회적으로 정당한 보상 제공

- (단점)

- 가족의 요양부담이 덜어지지 않고, 특히 주수발자 역할을 많이 하는 여성에게 요양부담이 가중되는 결과를 초래할 우려
- 현금수요가 큰 계층에서 가족요양비 선호가 높아지게 되면서 공식적인 장기요양서비스 수요가 감소하여 장기요양서비스 기관의 경영에 부정적 영향 우려. 이 부분은 전업 가족요양보호사에 자격을 제한함으로써 차단 방안 마련
- 가족요양의 경우 공식적인 서비스 질 관리가 이루어지기 어렵기 때문에 서비스 질 담보 우려. 이 부분은 월 1회 방문간호서비스 제공으로 서비스 질 관리 방안 마련

○ (제2안) 가족요양비와 가족인 요양보호사를 현행과 같이 별도의 제도로 유지하며, 가족인 요양보호사에 대한 급여 및 관리를 정부 및 건강보험공단이 직접 관리하는 방안

- 가족요양비는 현행과 같이 극히 제한적으로 허용하며 급여수준은 현행 15만원 수준에서 20만원 수준으로 상향 조정하며, 공적 관리 및 지원은 접근

성의 한계로 제한적일 수밖에 없음.

- 가족인 요양보호사에 관한 현금급여 운영방식은 1안과 동일
- 추가 예산소요는 거의 없을 것으로 예측됨.

② 현금급여 제공시 질 관리방안 마련

- 월 1회 정기적으로 방문간호사가 방문하여 수급자의 건강상태, 주변 환경 관리 등 상황 파악 및 가족요양보호사에게 교육제공

**마. 기대효과 / 고려사항**

□ 기대효과

- 가족요양보호사에 대한 기관행정비용의 절감
- 가족요양보호에 대한 제도적 차원의 서비스 질 관리 방안 마련
- 가족이 가족을 요양하는 것에 대한 동일한 보장
- 가족요양비 급여수준의 현실화

□ 고려사항

- (신)가족요양비에 대한 가족요양보호사의 반응에 예의 주시 필요
- 향후 현금급여 도입에 대한 파급효과 분석 필요

## 제 8 장

# 기관 및 인력 공급체계 재정비

제1절 노인요양시설 및 공동생활가정 개편

제2절 장기요양종사자 전문성 강화

제3절 장기요양기관 관리체계 개선

제4절 공공인프라 및 인력수급체계 정비



# 8

## 기관 및 인력 공급체계 재정비 <<

### 제1절 노인요양시설 및 공동생활가정 개편

#### 1. 노인요양시설 전문화 및 다양화

##### 가. 배경 및 필요성

###### □ 필요성

- 장기요양보험제도는 ‘시설급여를 제공하는 장기요양기관’으로 노인요양시설(10인 이상)과 노인요양공동생활가정(9인 이하)으로 구분하고 있을 뿐, 정원 규모에 대한 기준 이외에 입소자의 기능 상태나 욕구, 서비스 제공자의 전문성을 반영한 기관유형 구분이나 기능 및 역할 분담 부재
- 특히 입소자의 지속적인 고령화에 따라, 신체·인지 기능 저하, 만성질환의 증가가 나타나는 등 보건의료적 욕구가 증가하고 있으나, 이에 대응할 수 있는 시설 유형의 개발 미흡
  - 장기요양보호대상자에게 제공되는 장기요양서비스는 복지서비스뿐만 아니라 보건의료서비스 및 기타 사회서비스까지 총망라하는 것(Doty, et al, 1985; Evashwick, 1996; OECD, 1996; Pratt, 1999)

##### 나. 현황 및 문제점

###### □ 제도 개선 추진 경과

- (‘08) 노인요양시설 단일화(무료/유료/실비, 전문/일반 통합), 노인요양공동생활가정 신설과 이에 따른 인력배치기준 변경·신설
- (‘13) 치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·기준 등 연구사업

○ ('14.1~) 수가가산제도 개편 적용

- 장기요양서비스 질 향상 유인으로서의 역할을 보다 강화하기 위하여 가산 제도를 전면 개편(인력추가배치, 간호사배치, 야간직원배치강화, 필요인력 배치, 맞춤형 서비스 제공 등 도입)

○ ('14.6 ~ '14.12) 치매대응형 장기요양기관 시범사업

○ ('16.4) 인력기준 재정비 등 장기요양서비스 질 개선 추진

- 필요수 인력기준 재정립, 치과촉탁의 도입, 야간인력 배치 의무화, 치매전담실, 치매전담형 공동생활가정, 치매전담형 주·야간보호의 시설·인력 등 세부기준 규정 등

○ ('16.7) 치매전담형 장기요양기관 제도 도입

- 치매수급자가 정서적 안정감을 느낄 수 있는 시설환경 속에서 치매전문 교육을 받은 인력이 인지기능 유지 및 문제행동 개선 등을 위한 전문 프로그램으로 맞춤형 서비스를 제공하는 장기요양기관
- 노인요양시설 내 치매전담실(가형/나형) : 노인요양시설 안에 유닛 형태의 별도 공간인 '치매전담실'을 두어 치매 어르신을 전문적으로 수발하기 위해 맞춤형 서비스를 제공하는 노인요양시설
- 치매전담형 노인요양공동생활가정 : 시설 전체를 전환하여 치매 어르신을 전문적으로 수발하기 위한 맞춤형 서비스를 제공하는 치매 수급자 전용 노인요양공동생활가정
- 장기요양 의사소견서에 '치매' 상병이 기재되어 있거나, 최근 2년 이내 치매진료내역이 있는 노인장기요양보험 2등급(의사소견서 제출자)부터 5등급까지 인정자
  - 치매 상병코드 F00~F03, 알콜성 치매(F10.7), 알츠하이머병(G30) 중 하나 이상
  - 2등급자 중 거동불편자(의사소견서 제출제외자) 및 1등급자는 제외

○ ('17. 연구진행 중) 노인요양시설의 간호유니트 모델 도입 검토<sup>51)</sup>

- 인정조사표의 간호처치 영역 10개 항목에 대한 욕구를 가진 중증입소자를 대상으로 촉탁의의 지도, 감독 등 역할을 확대하여(가칭 '간호지시서' 도입, 촉탁의 주1회 방문, 촉탁의 직접 처치 수행 등) 간호인력이 24시간 근무하며 전문적 간호처치를 시설 내에서 제공할 수 있도록 함(간호사 최소1인 의 무배치)
- 전문요양시설 도입, 시설 내 간호유니트 설치, 전문간호팀 구성 등 3가지 방식으로 검토
- 중증입소자의 간호욕구를 고려하여 케어계획을 수립하고 집중 돌봄을 제공함으로써 케어 성과를 향상시키고 시설 거주를 지속시, 거동이 불편한 어르신들의 잦은 의료기관 방문 불편을 해소할 뿐 아니라 궁극적으로 이용자 중심의 통합서비스 실현, 시설 서비스 질 향상으로 증상악화 및 합병증으로 인한 병원입원 예방, 불필요한 의료이용 감소로 건강보험재정 절감에 기여 기대

#### □ 현황

##### ○ 시설 장기요양기관에 대한 유형 구분, 시설간 기능 분담 부재

- 정원에 따라 노인요양시설과 노인요양공동생활의 2가지 유형 구분(노인복지법 상 노인의료복지시설)
- 노인요양시설은 30인을 기준으로 인력 및 시설 기준 달리 적용
- 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 영양사 등의 인력배치기준이 상이하여 동일한 기능 수행 불가능

51) 미발간 보고서임.

〈표 8-1〉 시설 장기요양기관 인력배치기준 현황

직종별 시설별		시설장	사무 국장	사회 복지사	의사 (한의사포함) 또는 축탁의사	간호사 (조무사)	물리(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 초과시 마다 1명추가)	1명 이상	입소자 25명당 1명	1명 (입소자 100명 초과시 마다 1명 추가)	입소자 2.5명당 1명 (치매전담실 2명당 1명)	1명 (입소자 50명 이상인 경우로 한정)	1명 (1회 급식인원 50명이상 경우로 한정)	입소자 25명당 1명	1명 (입소자 100명 초과시마다 1명 추가)	1명 (입소자 50명 이상인 경우로 한정함)
	입소자 30명 미만 10명 이상	1명	1명	1명	1명	1명		입소자 2.5명당 1명			1명		
노인요양 공동생활 가정		1명				1명		입소자 3명당 1명 (치매전담형 2명당 1명)					

자료: 노인복지법 시행규칙 별표4. 노인의료복지시설의 시설 기준 및 직원배치기준. (개정 2016.8.31.)

- 시설 장기요양기관 간에 기능분화가 이루어지지 않아, 대상자의 분포 및 주요 질환이 유사

〈표 8-2〉 장기요양기관 시설 입소자의 등급별 분포 현황(2016년)

(단위: 명, %)

구분	노인요양시설	노인공동생활가정
1등급	16,151 ( 12.0)	2,165 ( 10.6)
2등급	33,466 ( 24.9)	5,069 ( 24.8)
3등급	53,223 ( 39.6)	8,299 ( 40.6)
4등급	30,186 ( 22.5)	4,684 ( 22.9)
5등급	1,335 ( 1.0)	221 ( 1.1)
합계	134,361 (100.0)	20,438 (100.0)

자료: 국민건강보험공단 내부 통계 자료(2016.12.31.기준)

○ 치매를 포함한 노인성 질환 등 입소자의 복합적 욕구에 대응한 전문적 서비스 제공에 한계

- (시설 입소자의 질병 보유 현황) 진료기록이 있는 이용자들의 질병보유 현황에서 질병 1위는 고혈압으로 전체의 49.8%를 차지하였으며, 알츠하이머 치매가 43.5%로 2위, 급성기관지염이 22.3%로 3위를 차지
- 이들 보유질병 1위에서 10위까지 분포를 살펴보면, 대부분 만성질환인 고혈압, 당뇨, 뇌경색과 노인성 질환인 치매, 관절 질환이며, 고령으로 인



해 면역력이 떨어지면서 폐렴 등의 질환에도 쉽게 노출되고 있음.

- 시설 이용자의 질병현황 및 의료서비스 이용현황을 살펴본 결과, 만성질환에 대응한 일상적 건강관리 이외에도 의료서비스에 대한 요구도가 매우 높음.
- 다만, 현재 치매전담실(유니트) 운영 중

○ 주로 재정적 유인으로 수가 가산체계를 통하여 시설 장기요양기관의 전문화를 유도함에 따라, 중등증 또는 경증 인정자를 위한 다양한 거주 유형 부재

- 인력 추가배치가산, 치매전담실 수가 등 활용하여 전문화 유도
- 개별화 관점에서 실제 제공되는 서비스 내용과 수준에 대한 기준 제시는 미흡
  - 거주공간 및 기능을 강화한 중등증, 경증 대상자 모형, 잔존능력 유지를 통한 제한적 자립 유도(주거+요양)
- 향후 베이비부머의 진입에 대비하여 시설 장기요양기관의 기능을 강화하고 질적 수준을 높일 필요성 제기

○ 시설의 보건의료 대응 인력 감소 경향

- 노인요양시설 종사자 현황을 2009년과 비교한 결과, 요양보호사와 사회복지사는 비교적 증가하였으나 간호(조무)사와 물리(작업)치료사 수는 대체로 감소한 것으로 나타남에 따라 시설 입소자들의 의료 및 재활서비스 욕구 미충족을 우려(유애정, 이호용, 김경아, 조정완, 김도훈, 2012)

○ 기관 정원 규모에 따라 수지차 발생

- 소규모(10인 이상 30인 미만)에 유리, 중간 규모(30인 이상 50인 미만)은 불리, 일정 규모(50인 이상 등)를 갖춘 경우에는 다시 수지 상황이 양호해지는 구조

#### □ 한계(문제점)

○ 제도 도입 전후 시설구분과 이에 따른 인력배치기준의 개편을 실시하였으나, 시설 내 서비스 제공인력의 양적·질적 수준이 저하된 측면

- 제도 도입 이후에는 시설 유형을 노인요양시설로 단일화하고, 30인 이상 시

설에서 간호인력의 배치기준을 '25명 당 간호사 또는 간호조무사 1인'으로 축소하고, 간호사 관련 규정 삭제

- 제도 도입 전, 30인 이상 노인전문요양시설의 경우는 20인당 간호사 또는 간호조무사 1인(단, 2인 이상시 1인은 간호사)

○ 인력배치기준 상향을 위한 시설 유형의 개발 없이 수가가산체계를 통해 제한적으로 인정·지불보상

- 상당수의 노인요양시설이 수가가산체계의 적용을 받고 있으나, 가산적용을 위한 청구업무 부담, 부당청구 발생 우려 등 지적

○ 시설 전문화를 실현하기 위해서는 장기요양현장에서 인정자의 수요와 시설과 인력의 공급을 포함한 수급균형 뒷받침 필요

- 치매전담형 장기요양기관의 원활한 공급과 지역간 균형 확보, 이용자 및 가족의 수요 개발과 유인책 마련 등 활성화 대책 필요

○ 규모와 기능에 따른 합리적 수가차등수준 설정 미흡, 수지상황의 격차에 대한 지속적인 모니터링 요구

- 시설의 특성과 전문화 방향에 부합한 행·재정적 지원책 논의 필요

#### 다. 해외사례<sup>52)</sup>

##### □ 일본

○ 개호보험법에 근거한 개호보험시설(개호 3시설: 개호노인복지시설, 개호노인 보건시설, 개호요양형의료시설)에서 중증요양서비스 제공

- (개호노인복지시설(특별양호노인홈)) 상시 개호가 필요하고 가정에서 생활 하기가 곤란한 경우에 입소하는 시설로, 요개호자에 대해서 ①목욕·배설·식사 등의 개호 등의 일상생활 도움, ②기능훈련, ③건강관리, ④요양상의

52) 해외사례는 「이호용, 임진섭, 조정완(2012). 주요국 장기요양제도 비교 연구」를 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문 내 별도 표기함.

### 도움 등의 서비스를 제공

- (개호노인보건의료시설) 상병상태가 안정되고 재활을 중심으로 한 의료케어와 개호를 필요로 하는 경우에 입소하는 시설로, 입소자에 대해서 ①간호, ②의학적 관리 하에서의 개호, ③기능훈련 등 필요한 의료, ④일상생활의 도움 등의 서비스 제공
- (개호요양형 의료시설) 비교적 장기에 걸쳐 요양을 필요로 하는 경우에 입원하는 시설로, 요개호자에 대해서 ①요양상의 관리, ②간호, ③의학적 관리 하에서의 개호 등의 도움, ④기능훈련 등 필요한 의료 등의 서비스를 제공
- 경증대상자가 가능한 한 오랫동안 지역생활을 유지하도록 경비노인홈(케어하우스), 서비스지원형 노인임대주택 등 이용 유도
  - 경비노인홈: 신체기능 저하 등으로 일상생활의 보호가 필요한 대상자가 입소 가능(노인복지법 근거). 개호보험서비스가 필요한 경우 방문개호서비스기관에서 제공
  - 서비스지원형 노인임대주택: 개호인정여부에 상관없이 이용가능(고령자거주지원법 근거). 식사제공, 가사지원, 안부확인, 생활상담서비스 등을 제공하며, 요양서비스는 방문재가서비스기관의 서비스 이용

〈표 8-3〉 일본의 노인주거유형

구분		대상자	특징
개호 보험 관련	개호노인복지시설 (특별양호노인홈)	요개호1-5 (평균 3.73)	-요개호노인을 위한 장기요양시설
	개호노인보건의료시설	요개호1-5 (평균 3.19)	-요개호노인의 재가복귀를 위한 재활중심 장기요양시설
	개호요양형 의료시설	요개호1-5 (평균 4.30)	-중증의료, 요개호 대상자를 위한 장기요양시설
	인지증대응형 그룹홈	요개호1-5 (평균 2.39)	-치매노인을 위한 공동생활주거공간
노인복지시설	경비노인홈 (케어하우스)	수급자 및 저소득노인	-개호등급에 관계없이 저소득노인 가운데 생활지원이 필요한 대상자 이용
노인복지주택	서비스지원형 노인임대주택	모든 노인	-개호등급에 관계없이 이용할 수 있는 노인을 위한 전용주거공간(아파트)

자료: 이호용, 임진섭, 조정완(2012). 주요국 장기요양제도 비교 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

## □ 독일

- 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자가 거주하는 노인홈과 노인요양홈, 경증 대상자(자립상태 포함)가 거주하는 노인집합주택 등의 유형이 있음.

〈표 8-4〉 독일의 노인주거유형

시설종류	대상자	특징
노인홈	부분도움이 필요한 노인	- 생활주거지이면서 요양서비스 제공
노인요양홈	중증요양을 필요로 하는 노인	- 노인홈 내에서 병동형식 간병서비스, 의료관련 간병, 정신적 활동 등 지원
노인집합주택	자립가능한 노인	- 임대방식의 단독 세대용 주택 혹은 아파트 형식의 주택
양로보호거주	-	- 자신의 자택에 거주하면서 시설서비스와 같은 모든 종류의 서비스를 제공 받는 형태

자료 : 이호용, 임진설, 조정완(2012). 주요국 장기요양제도 비교 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

## ○ 장기요양시설의 의료서비스

- 독일의 장기요양보험은 보건의료서비스와 장기요양서비스간의 연계 강화를 위하여 2008년 장기요양개선법에서 장기요양서비스와 보건의료서비스를 연계시킬 수 있는 제도적 장치를 마련
- 이에 따라 장기요양기관은 입소자를 위하여 외래진료 의사나 외래진료 센터와 보건의료서비스제공 계약을 체결하거나, 자체적으로 의사를 고용할 수 있음. 이에 따라 장기요양시설 입소자에게 건강보험 급여를 제공할 수 있음.

## □ 정책적 시사점

- 인정자의 상태(등급, 질환, 가족구성 등)와 욕구에 따른 맞춤형 시설서비스 제공을 위해 노력
- 선택권 보장의 관점에서 시설의 다양화 추진

## 라. 정책과제

### ① 노인요양시설의 기능 표준화 및 거주성 향상

- 노인요양시설이 '표준화'의 관점에서 등급 인정자에게 공통적으로 요구되는 장기요양서비스를 충실하게 제공할 수 있도록 유도하는 한편, 요양과 주거를 혼합한 시설로 주거다움(homelike)이 강화될 수 있도록 유도
  - 소규모 노인요양시설(10인 이상 30인 미만)을 중심으로 기본적인 요양기능을 수행할 수 있도록 명확한 급여제공기준을 제시하는 한편, 적정 서비스 제공을 위한 매뉴얼 개정·보급
  - 요양과 함께 거주성이 확보되는 생활공간으로서 입소자 스스로 최대한 안전하고 독립적인 삶을 영위할 수 있는 환경 구축을 위해 별도로 분리된 시설 건축 관련 규정을 재정비하고 통합적인 가이드라인 및 기준 제공
    - 격리위주의 물리적 환경조성에서 생활을 담은 공간으로서 충실한 주거다움(homelike) 구현
    - 입소자의 프라이버시를 확보하면서 활동성을 자극할 수 있도록 사적인 공간(private space), 반사적 공간(semi-private space), 반공적 공간(semi-public space), 공적 공간(public space)의 적정 비율 유도
    - 탈시설 친가정적 환경 구축, 치유적·독립적 환경 조성, 지역문화의 반영 등 중점

### ② 노인요양시설의 인력 배치 및 조직 기능 강화

- 노인요양시설이 변화하는 입소자의 욕구와 상태악화에 따라 인력, 조직, 프로그램을 강화하는 등 자구책을 마련하여 대응할 수 있도록 지원
  - 중간 규모 노인요양시설(30인 이상 50인 미만)을 중심으로 대응체계형 신규 시설 모형 개발·확대 추진
  - '대응체계 방식'은 시설이 별도의 공간(하드웨어) 개·보수 없이, 인력기준의 상향이나 조직 체계 개선, 프로그램 전문화(소프트웨어) 등을 통해 서비스의 질을 향상시키는 방식

- 비용이 소요되는 별도의 시설 공사를 최소화할 수 있는 방법으로 현장 수용도가 높으며, 특정 공간이나 구획이 아닌 시설 내 전체 공간과 전체 입소자에 적용 가능한 장점
- 우선, 인력추가배치 가산, 맞춤형 서비스 가산 등 적용을 지속적으로 받고 있는 기존의 우수 노인요양시설을 대응체계형으로 전환하도록 유도

### ③ 기능 복합형 노인요양시설 모형 개발·확대 추진

○ 요양거주, 보건의료·복지 등 입소자의 복합적 욕구와 건강상태에 따라 전문적 서비스를 제공할 수 있도록 일정 규모를 갖춘 기능 복합형(complex) 노인요양시설 개발·확대

- 현재의 노인요양시설은 인력 및 시설기준을 강화하여 대응체계형으로 전환하거나 기능 복합형으로 발전하도록 유도하되, 신규 진입하는 노인요양시설은 기능복합형이 중심이 되도록 추진
- 일정 규모 노인요양시설(50인 이상)을 중심으로 ‘개별화’의 관점에서 시설 내에 치매, 전문간호 등 다양한 기능의 전문 유니트(unit)를 복수로 설치운영하도록 지원
- ‘유니트 방식’은 시설 내 별도의 구획을 지정하고 유사한 욕구를 지닌 입소자를 선별하여 맞춤형 서비스를 제공하는 방식
  - 유니트는 시설 내부공간의 위계적 구조로 거주단위(residential unit), 요양단위(care unit), 관리단위(management unit)로 구성
  - 현재 시행 중인 치매전담형 장기요양기관 인프라를 확충하여, 수급자의 질환별 특성(치매, 뇌병변 등) 및 다양한 욕구 충족을 위한 소인수·소규모 유니트형 서비스 제공 활성화로 기능복합형 요양 시설 확대 기반 마련
  - 기능에 부합하는 시설공간 구성과 입소자의 욕구에 따라 치매+요양+의료+재활+거주의 다양한 조합이 가능하며, 기존 사업(치매전담실)에 대한 현장의 경험과 이해도가 높다는 장점
- 이와 함께 시설의 인력 및 시설을 활용하여 주야간보호, 단기보호 등 기관

유형을 통합적으로 운영함으로써, 기관운영의 시너지를 발휘하고 이용자 중심(user-centered)의 서비스를 제공할 수 있도록 병설 운영 관련 규정을 조정하고 지원을 강화

#### ④ 노인요양시설 관련 법·제도 정비 실시

##### ○ 시설 입소자격 및 기준 마련

- ①대상자의 등급을 기준으로 하는 방법과 ②개별화된 욕구를 기준으로 하는 방법 또는 ③혼합하는 방법 검토 가능
  - 기존과 같이 노인요양시설은 1~2등급 중심으로 하되, 전문화된 노인요양 시설은 개별화된 욕구를 반영하여 별도의 기준을 마련
- 현재 시행 중인 치매전담형의 이용대상자 자격은 장기요양 의사소견서에 ‘치매’ 상병이 기재되어 있거나, 최근 2년 이내 치매진료내역이 있는 노인 장기요양보험 2등급(의사소견서 제출자)부터 5등급까지 인정자로 규정
  - 치매 상병코드 F00~F03, 알콜성 치매(F10.7), 알츠하이머병(G30) 중 하나 이상
  - 2등급자 중 거동불편자(의사소견서 제출제외자) 및 1등급자는 제외

##### ○ 전문화다양화에 대응한 수가체계 개발

- 기존 시설과 구분되는 별도의 기본수가를 개발하거나 인력 및 조직 강화에 대응한 기존의 수가가산방식을 개편하여 적용

### 마. 기대효과

- 시설장기요양기관 전문화를 통한 장기요양 기관의 질 향상
- 수급자의 개별적 욕구에 대한 선택권 보장 및 서비스에 대한 국민 신뢰도 향상
- 장기요양기관 공급 및 전달체계 합리화

## 2. 노인요양공동생활가정 기능 재정립

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 지난 10년간 장기요양시설에 관한 정책적, 학술적 관심은 주로 10인 이상의 요양시설에 집중되어 왔으며, 장기요양시설의 한 유형에 속하는 노인요양공동생활가정은 여타 장기요양시설과 유사하게 운영되어 옴.
- 노인요양공동생활가정의 특성에 부합하는 역할을 모색하고 변화하는 요양환경과 수요자 요구에 대응한 노인요양공동생활가정의 기능 재정립

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- ('13) 치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스 기준에 대한 연구사업
- ('14.6.~'14.12.) 치매전담형장기요양기관 시범사업
- ('16.7) 치매전담형장기요양기관 제도 시행

#### □ 현황

- (정의) 노인요양공동생활가정은 치매, 중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설(노인복지법 제 34조 2항)
- (시설수 및 정원) 노인장기요양보험 도입 이후 공동생활가정은 증가하였으나, 2014년을 기점으로 다소 감소하는 추세임.
  - 노인요양공동생활가정은 2010년 1,343개소에서 2016년 2,050개소 증가하였으며, 전체 장기요양시설에서 공생이 차지하는 비중은 2010년 35.8%



에서 2016년 39.5%로 2015년 이후 감소 추세

- 노인요양공동생활가정의 정원은 2010년 11,304명(전체 시설의 9.7%)에서 2016년 17,961명(전체 시설의 10.7%)
- 2016년 기준 정원 충족률은 10인 이상 요양시설 89.3%, 노인공동생활가정 87.9%로 나타남.

〈표 8-5〉 연도별 노인요양공동생활가정 시설 및 정원 현황

(단위 : 개소, 명, %)

구분	2010	2012	2014	2015	2016
노인요양공동생활가정 요양시설 대비 %	1,343 (35.8)	1,739 (40.2)	2,157 (44.5)	2,150 (42.3)	2,050 (39.5)
정원 전체 요양시설 정원 대비 %	11,304 (9.7)	14,951 (11.3)	18,658 (12.4)	18,580 (11.7)	17,961 (10.7)

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

○ (공생 입소노인 등급현황) 10인 이상 노인요양시설과 10인 미만 노인요양공동생활가정에 입소한 노인의 등급별 분포 유사

- 노인요양시설 입소노인 중 1~2등급 비중은 36.9%, 3등급 39.6%, 4~5등급 23.5%임(2016년 기준)
- 노인요양공동생활가정 입소노인 중 1~2등급 비중은 35.4%, 3등급 40.6%, 4~5등급 24.0%임(2016년 기준)

〈표 8-6〉 장기요양시설 입소노인의 시설규모별 및 등급별 현황

(단위: 명, %)

구분		2010	2012	2014	2016
노인 요양 시설	1등급	34,304( 26.4)	26,083( 17.4)	21,365( 12.2)	16,151( 12.0)
	2등급	54,575( 42.0)	53,327( 35.5)	46,026( 26.3)	33,466( 24.9)
	3등급	41,157( 31.7)	70,816( 47.1)	82,678( 47.2)	53,223( 39.6)
	4등급	-	-	24,860( 14.2)	30,186( 22.5)
	5등급	-	-	287( 0.2)	1,335( 1.0)
	합계	130,036(100.0)	150,226(100.0)	175,216(100.0)	134,361(100.0)
노인 요양 공동 생활 가정	1등급	3,874( 25.8)	3,303( 14.8)	3,405( 10.6)	2,165( 10.6)
	2등급	7,108( 47.4)	7,878( 35.3)	8,458( 26.4)	5,069( 24.8)
	3등급	4,012( 26.8)	11,120( 49.9)	15,858( 49.5)	8,299( 40.6)
	4등급	-	-	4,287( 13.4)	4,684( 22.9)
	5등급	-	-	58( 0.2)	221( 1.1)
	합계	14,994(100.0)	22,301(100.0)	32,066(100.0)	20,438(100.0)

주: 2016년의 경우, 노인요양시설에 치매전담형 포함된 수치임.

자료: 1) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각년도.

2) 국민건강보험공단, 내부자료.

○ (공생 입소노인 질병 현황) 공동생활가정 입소노인의 98.6%는 하나 이상의 질병을 가지고 있음(국민건강보험공단, 2016).

- 장기요양등급 인정노인의 33.1%는 치매를 가진 노인이며, 그 외 중풍 17.0%, 요통이나 좌골통 11.5%, 관절염 8.7% 등의 순임.
- 공동생활가정 입소노인의 약 60%가 치매노인(치매 또는 치매+중풍)으로 나타남.

〈표 8-7〉 장기요양 인정노인 및 공동생활가정 입소노인 주요 질병 현황

(2016.12 기준/ 단위: %, 명)

구분	계	치매	중풍	치매+ 중풍	고혈압	당뇨병	관절염	요통, 좌골통	사고 후유증	이외 질병 및 기타
인정노인	100.0 (512,754)	33.1 (169,903)	17.0 (87,253)	7.3 (37,656)	1.3 (6,433)	1.6 (8,028)	8.7 (44,376)	11.5 (59,054)	8.2 (42,088)	11.3 (57,963)
공생 입소노인	100.0 (20,149)	48.2 (9,848)	11.8 (2,420)	9.7 (1,986)	0.9 (186)	0.8 (168)	5.9 (1,206)	6.6 (1,356)	7.5 (1,356)	7.2 (1,441)

주: 전체 인정자(519,850명) 중 질병없음(7,096명)을 제외(공생 이용자(20,438명) 중 질병없음(289명)을 제외)한 수치임.

자료: 국민건강보험공단(2016), 노인장기요양통계연보.

○ (인력) 장기요양시설 규모에 따른 인력배치기준이 상이하며, 공생의 인력배치 기준이 가장 완화된 형태임.

- 공생은 시설장/사무국장/사회복지사 1명, 요양보호사는 입소자 3명당 1명(치매전담실은 2명당 1명), 간호(조무)사/ 물리(작업)치료사 1명으로 구성
- 공생 종사자는 2016년 12월 현재 19,045명으로 요양보호사 57.9%, 기관장/사무국장/사회복지사 23.0%, 간호(조무)사 19.0%, 물리(작업)치료사 0.1%임(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 8-8〉 노인요양공동생활가정 직종별 종사자 현황(2016.12.31.현재)

(단위: 명, %)

공생(개소)	공생 종사자 계(명, %)	기관장/사무국장/ 사회복지사	간호 (조무)사	물리(작업) 치료사	요양 보호사
2,050개	19,045 (100.0)	4,375명 (23.0)	3,616명 (19.0)	24명 (0.1)	11,030명 (57.9)

주: 1) 사회보장정보원(행복e음)을 통해 인력 신고한 현황 기준

2) 동일인이 겸직신고 및 2개 이상 기관에 인력등록 시 주민등록번호 중복 발생

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

○ (시설환경) 노인요양공동생활가정이 위치해 있는 층수는 2012년 3월 기준, 1층인 경우가 741개소(49.7%), 2층~5층 미만인 경우가 559개소(37.5%), 5층 이상인 경우가 190개소(12.7%)임(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 8-9〉 노인요양공동생활가정의 층별 위치 현황(2012.3.31.기준)

(단위: 개소, %)

구분	기관(개소)	백분율(%)
계	1,490	100
1층	741	49.7
2층~5층 미만	559	37.5
5층~10층 미만	179	12.0
10층 이상	11	0.7

자료: 국민건강보험공단(2012). 노인요양공동생활가정 실태조사.

○ (치매전담형 공동생활가정) 2016년 7월부터 치매맞춤형 서비스를 제공하는 치매 수급자 전용 치매전담형 공동생활가정 운영

- (시설) 연면적과 침실면적은 기존 공생과 동일. 1층에 설치하되, 공동거실(전체 면적의 25% 이상)과 옥외공간(15m<sup>2</sup>)을 추가 설치
- (침실) 1인실을 하나 이상, 침실 1인실 정원은 3인 이하로 구성
- (인력) 치매전문교육을 이수한 요양보호사 배치(입소자 2명당 1명), 프로그램관리자 배치(단독 운영시, 시설장이 프로그램 관리자 겸임 가능)
- (프로그램) 기본프로그램(현실인식훈련, 운동요법 등), 집단프로그램(인지 자극활동, 음악활동 등), 가족교육 및 가족 대상 프로그램 운영

#### □ 한계(문제점)

- 노인요양공동생활가정의 장점으로 대표되는 소규모 시설과 인원, 지역밀착형 시설, 가정과 같은 환경 등의 특성을 반영한 공동생활가정 모델이 부재한 실정임.
  - 10인 이상 요양시설과 시설, 인력, 서비스 등이 상이함에도 불구하고 공생의 기능이나 특성이 명확하지 않음.
    - 10인 이상 요양시설과 마찬가지로 공생 입소노인도 1등급부터 5등급까지 다양하며, 그 비율도 요양시설과 유사한 양상을 보임.
  - 시설 및 인력기준이 다름에도 불구하고 시설평가 항목에 있어 공생도 10인 이상 시설과 유사하게 사례관리, 집단프로그램, 가족프로그램 등 실시하도록 규정됨.
- 2016년 현재 장기요양 인정자 중 33.1%가 치매노인이며, 향후 장기요양보험 제도에 유입되는 치매 노인수는 보다 증가할 것으로 예측되고 있음.
  - 치매노인 증가에 따른 노인요양공동생활가정의 기능 전환이 요구되고 있어 치매전담형 공동생활가정 모델을 개발하였으나, 아직까지 활성화되지 못하고 있음.
    - 치매전담형 공동생활가정에 대한 물리적 구조 변경과 관련한 시설기준 요건이 가장 큰 장애요인으로 지적되고 있음.
- 노인요양공동생활가정의 장점인 ‘가정과 같은 환경’을 살리지 못한 일반요양 시설과 유사한 환경의 공동생활가정 난립

- 공동생활가정은 지역사회 안에서 노인들이 생활하던 집과 같은 주거환경을 추구하지만, 주택가보다는 일반 상가 건물에 위치한 공동생활가정이 상당수 차지
  - 주거지로서의 안전, 소음, 외부활동 등에 제약 발생 가능
- 장기요양시설의 표준화된 그리고 동질적인 운영 모델로 인해 다양화되는 수요자의 욕구와 선호에 부응한 요양시설 선택권을 보장하지 못함.

#### 다. 해외사례

##### □ 영국의 거주보호시설(Residential Care Home)

- 영국의 돌봄과 관련한 주거정책은 자신의 집에 거주 → 적절한 주거 이동 → 거주보호시설(residential care home) 이동 → 요양원 입소 → 장기병동 입원의 연속선상에서 설계됨.
  - 거주보호시설은 노인, 장애인 등 돌봄이 필요한 계층이 이용하며, 숙박과 24시간 돌봄(식사, 청소 등을 포함) 제공
  - 주로 4~8명이 함께 생활하며, 거주자들은 대부분 화장실이 딸린 1인 1실을 사용
  - 종사자는 낮에는 주로 3명이 근무하며, 야간에는 최소 1명이 근무하고 있음
  - 주요 활동은 거주자가 원하는 활동을 하는 것이며, 쇼핑, 영화관람, 빵 굽기 등 일상적인 활동에서부터 치매노인의 경우, 미술치료, 음악치료 등도 실시
  - 운영주체는 지방정부, 비영리기관, 영리기관, NHS 등 다양

##### □ 일본의 인지증 대응형 공동생활개호(치매노인 그룹홈)

- 치매노인을 대상으로 9인 이하 소그룹 공동생활공간에서 가정적인 환경과 지역주민과의 교류 속에서 일상생활의 케어 및 기능훈련을 제공
  - 재가와 시설의 중간시설의 기능을 담당하기 위해 만들어졌으며, 이로 인해 주거지에만 설치가능
  - 서비스 내용은 주로 시장보기, 산책 등 일상적인 활동을 중심으로 함.

- 경증 치매노인이 중증화되면 요양시설로 전원되는 시스템으로 설계되었으나, 최근 일본이 요양시설 설립을 억제하면서 인지형 그룹홈에 거주하고 있는 중증 치매노인들이 인지형 그룹홈에 계속 거주하게 됨.
- 치매노인 그룹홈은 간호직원이나 기능훈련지도원 등에 대한 배치규정은 없고, 개호직원은 이용자 3명당 1명, 개호지원전문원(케어매니저) 1명 이상만 규정되어 있음.

#### □ 스웨덴의 치매노인 그룹홈

- 그룹홈은 지역사회와 격리되지 않고 생활을 보낼 수 있도록 한 것으로 사회통합과도 일맥상통하는 것으로 일컬어지고 있음.
- 일본의 경증치매노인을 위한 그룹홈은 스웨덴 모형에 의거
- 치매노인그룹홈
  - 침실의 규모도 1인실을 기본
  - 케어직원비중도 입소자대비로 0.91명으로 높은 편
  - 경증의 치매질환뿐만 아니라 중등증정도의 치매노인까지 케어

### 라. 정책과제

#### ① 주거형(일상생활지원형)

- 현재의 공동생활가정의 시설 및 인력배치기준 등 유지
- 식사, 목욕 등 일상생활지원, 신체수발, 시장보기, 병·의원 이용 등 지역사회(주택)에서 거주하는 노인에게 제공되는 일상적인 돌봄 수준의 서비스 제공
  - 집단프로그램, 기능훈련서비스, 여가서비스 등은 기관 자율에 맡김
- 신규 입소노인의 자격기준은 경증(3등급 이하) 노인만 입소 가능
  - 기존 공동생활가정에 거주하고 있는 1, 2등급 노인 및 향후 중증화로 인해 1, 2등급 판정을 받은 노인의 경우, 요양시설로 전원하는 것은 본인의 선택 사항으로 강제하지는 못함.

## ② 치매전담형

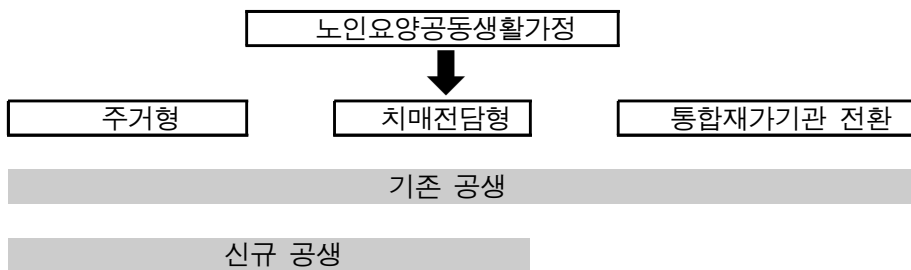
○ 치매전담형 공생의 이용자, 시설 기준 등의 일부 완화

- 치매노인 입소비중 완화: 현재 2등급 이하 및 치매인정 노인이 100% 입소해야 하는 조건을 공생의 경우 일정 비중(예, 70%) 이상으로 완화
  - 2등급 이하 치매노인으로 치매전담형 공생에 입소 후 1등급으로 등급 조정시 계속 거주를 허용하지만 가급적 요양시설로 전원 유도
- 일부 시설기준 완화

## ③ 통합재가기관으로 전환

○ 주거기능을 가진 공동생활가정이 주간보호, 단기보호, 방문요양 등을 제공하는 통합재가기관으로 전환 유도

[그림 8-1] 노인요양공동생활가정 개편모형(안)



## ④ 노인요양공동생활가정의 주거환경 기준 신설

○ 일반상가 건물 등 지양, 1층 설치

- 현재까지는 공생의 시설기준, 인력배치기준 등을 갖추면 공생으로 신고하여 운영 가능
  - 공생이 위치 가능한 주거환경, 즉 시설내 공간에 대한 요건 이외에 시설 밖 주거환경에 관한 기준을 추가 검토
  - 주택가(마을)와 동떨어진 곳, 일반상가 건물 등 지양

○ 소유권 취득

- 임차에 의한 시설운영이 가능한 노인요양공동생활가정의 안정적 운영을 담보하기 위하여 기관 설치 시 소유권 취득 의무화 규정 신설

**마. 기대효과**

- 장기요양시설의 종합적인 발전방향과 맞물려 노인요양공동생활 기능 및 역할 강화
- 장기요양 수요의 다양화에 부합한 장기요양시설로 자리매김
- 장기요양공동생활가정의 기능 다양화로 인한 소비자의 선택권 확대



## 제2절 장기요양종사자 전문성 강화

### 1. 요양보호사 경력개발 경로 구축 및 전문성 강화

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 요양보호사 자격을 취득하기 위해서는 요양보호사 교육원에서만 교육을 받아야 시험 응시자격이 주어짐. 자격취득 경로가 다양하지 못하고, 승급 등 경력개발경로 없이 동일한 업무를 반복적으로 수행함에 따라 젊은 인력 수급과 장기근속 유도가 어려움.
  - 특히 청년 요양보호 인력 확보를 통한 안정적인 인력 수급과 요양서비스 질 개선을 위해 특성화 고등학교나 대학교·전문대학 등에서도 요양보호사를 양성할 수 있도록 통로를 다양화할 필요가 있음. 이들 교육기관에서 요양보호사 양성 관련 교과목을 이수한 경우 요양보호사 자격시험에 응시할 수 있도록 하고, 일정한 경력과 자격연수, 시험 등을 거쳐 요양보호사들로 구성된 팀의 리더역할을 수행할 수 있는 장기요양사례관리사(가칭)를 도입할 필요가 있음.
- 한편 장기요양 대상자 및 보장성 확대에 따라 수급자의 욕구도 점차 다양화·고도화되어 가고 있음. 따라서 요양보호사도 수급자의 욕구에 적절하게 대응할 수 있도록 전문요양보호사 인증제도 도입이 요구되는 상황임.
  - 전문적인 교육과 기술을 습득하고 풍부한 현장경험을 토대로 일상생활 및 신체기능 장애에 전문적으로 대처할 수 있는 신체지원전문요양보호사(가칭)와 치매를 비롯한 인지기능 장애에 전문적으로 대처할 수 있는 치매전문요양보호사(가칭) 인증제도 도입이 필요한 시점임.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 제도 개선 추진 경과

#### (① 경력개발 경로 구축)

- 요양보호사 자격제도는 노인장기요양보험제도 시행에 대비하여 수급자 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행토록 하기 위해 2008년 2월에 도입됨.
- 도입 당시 요양보호사의 등급은 1급과 2급으로 구분하고, 요양보호사 1급은 노인의 신체활동과 일상생활활동서비스를 제공하고, 2급은 일상생활활동서비스로 업무를 제한함.
  - 요양보호사 자격을 취득하기 위한 학력이나 연령 등의 제한은 없었으며, 신고된 요양보호사 교육원에서 1급은 240시간, 2급은 120시간의 교육을 이수하고 시·도지사로부터 자격증을 교부받았음.
- 이후 요양보호사의 질적 수준을 제고하기 위해 2010년 1월 요양보호사 자격 시험제도를 도입하고, 요양보호사 교육원도 신고제에서 지정제로 변경함.
  - 이에 따라 1급과 2급으로 구분되었던 교육과정이 표준교육과정으로 통합되어 현재에 이르고 있음.

#### (② 전문요양보호사 인증)

- 2014년 7월 치매특별등급 신설에 따라 도입된 치매전문교육은 제도시행의 시급성으로 인해 교육이수 시간을 1, 2차로 나누어 실시함.
  - 요양보호사의 경우 전체 80시간 중 1차로 40시간의 교육을 이수하게 한 후 현장에 투입하였고, 2차 교육 미이수자는 2016년부터 서비스 제공을 제한하였음.
- 현재 급여유형·종사자 근무특성 등을 고려하여 공통과목 성격을 가지고 있는 기본교육과 기관·직종별 과목으로 구성하여 운영하고 있음.
  - 방문요양과정은 방문요양기관, 시설과정은 치매전담형기관 및 주·야간보호

## 기관 종사자 교육으로 구분

## □ 현황

## (① 경력개발 경로 구축)

- 요양보호사 자격제도 도입 이후 141만명 이상이 자격을 취득했으나, 2016년 기준 현업 종사자는 31만명으로 약 22% 수준임(국민건강보험공단 내부자료).
- 연령별 자격취득현황을 보면 50대가 가장 많은 40.5%, 다음으로 60대 23.4%, 40대 22.6%인 반면, 30대 이하는 10.1% 정도에 그치고 있음. 현업종사 요양보호사의 경우는 젊은 연령이 차지하는 비율이 더욱 낮은 상황이며, 향후 고령으로 인한 조기 퇴직과 젊은 인력 유입 부족으로 구인난이 가속화될 가능성이 높음.

〈표 8-10〉 연령별 요양보호사 배출 현황

(단위: 명, %)

계	10대이하	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상
1,415,203	391	26,816	115,593	319,944	572,767	331,557	48,135
100%	0.03%	1.89%	8.17%	22.61%	40.47%	23.43%	3.40%

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- 요양보호사 자격취득은 요양보호사 교육원을 통해 소정의 교육을 이수하고 자격시험에 합격해야 함.
- 요양보호사 교육원은 법정시설과 인력 등을 갖춘 자에 대해서 시·도지사의 지정을 받아 운영할 수 있음. 요양보호사 교육원에서 운영하는 교육과정 총 240시간(이론 80, 실시 80, 실습 80)을 이수하고 시·도지사가 실시하는 자격시험에 합격해야 함.
- 다만, 사회복지 관련자격 또는 면허 소지자의 경우 교육과목과 내용에 따라 교육시간을 감면하고 있음. 즉, 간호사는 총 40시간, 사회복지사, 간호조무사, 물리치료사, 작업치료사는 총 50시간임.

## ○ 요양보호사 교육과정

## ㉠ 표준교육과정과 교육시간

〈표 8-11〉 요양보호사의 교육과정

구분	과목	교육내용	세부내용	교육시간 이론실기	
이론강의 (80시간) / 실기연습 (80시간)	요양 보호 개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	사회복지제도 노인보건복지서비스 제도의 개요 노인장기요양서비스에서의 방문간호 장기요양보험 서비스 표준 노인보건복지서비스 관련 자원	5	
		요양보호 업무의 목적 및 기능	요양보호업무의 목적과 기능 요양보호사의 기본원칙 및 역할 범위 요양보호 서비스유형(시설·재가)	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	요양보호사 직업윤리 및 윤리강령 요양보호사 직업적 태도 노인의 인권 및 학대예방 요양보호사의 자기관리 및 안전관리 (건강관리, 스트레스 관리, 자기계발, 자격관리, 성희롱 대처 등)	8	6
		요양보호 대상자 이해	노년기 특성(생리·심리적 특성) 노인과 가족 관계	2	
		요양보호관 련 기초지식	의학적· 간호학적 기초지식	노인의 기본 건강상태 사정(이론·실기) 노인의 주요 질환(치매, 뇌졸중, 파킨슨질환 등) 노인의 건강증진 및 질병예방	12
	기본 요양 보호 각론	기본요양 보호기술	〈접취 요양보호〉 식사 돕기(경구, 비 경구) 복약 돕기와 약 보관	4	6
			〈배설 요양보호〉 화장실 사용 돕기 침상배설 돕기 이동변기 사용 돕기 기저귀 사용 돕기 유치 도뇨관(留置 導尿管) 사용 돕기 〈개인위생 및 환경 요양보호〉 구강·두발·손발·회음부(會陰部) 청결 돕기 세면·목욕 돕기 옷 갈아입히기 침상청결 등 쾌적한 환경 유지하기	5	8
			5	8	
			6	8	
			6	8	
이론강의 (80시간) / 실기연습 (80시간)	기본 요양 보호 각론	기본요양 보호기술	〈체위변경과 이동 요양보호〉 침상이동 돕기 휠체어 이동 돕기 보행(자가, 기구) 돕기 이송 돕기 〈안전 및 감염관련 요양보호〉 낙상/미끄러짐/넘어짐 예방 감염예방 및 욕창예방 흡인(吸引)	6	8
			3	6	
		가사 및 일상생활 지원	일상생활지원의 목적, 기능 및 기본원칙 식사준비와 영양관리 식품, 식기 등의 위생관리 피복과 침상의 청결관리 및 세탁	4	6

구분	과목	교육내용	세부내용	교육시간	
				이론	실기
			외출 돕기 및 일상업무 지원 쾌적한 거주 환경 유지하기		
		의사소통 및 여가지원	효율적 의사소통 의사소통 및 라포르(rapport)형성 방법 여가활동 돕기(TV시청, 음악듣기 등)	5	6
		서비스 이용지원	요양보호 대상자·장소 특성파악 및 서비스계획 변경지원 타 직종, 타 서비스와의 연계성 업무 보고회, 사례 검토회	3	4
		요양보호 업무 기록 및 보고	기록과 보고의 목적 및 중요성 업무일지 기록 방법 업무 보고 방법	3	4
	특수 요양 보호 각론	치매요양 보호기술	치매대상자의 일상생활지원 치매대상자의 문제행동 대처 치매대상자와의 의사소통	6	6
		임종 및 호스피스	죽음 및 임종단계 호스피스의 개요	3	3
		요양보호기술	임종대상자의 요양보호		
		응급처치 기술	응급처치(골절, 질식, 경련, 화상 등) 기본 소생술	4	6
	소계			① 80	② 80
현장실습 (80시간)	노인요양시설 실습	통합실습 I		40	
	재가노인복지시설 실습	통합실습 II		40	
	소계			③ 80	
총 계(① + ② + ③)				240	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

## ㉠ 간호사 자격 또는 사회복지관련 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간

〈표 8-12〉 간호사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (26시간)/ 실기연습 (6시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	5	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	4
		요양보호대상자 이해	2	
	기본요양보호각론	서비스 이용지원	3	
		요양보호 업무 기록 및 보고	3	2
	특수요양보호각론	치매요양보호기술	3	
	소계		① 26	② 6
현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 실습		③ 8	
총 계(① + ② + ③)			40	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

〈표 8-13〉 사회복지사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (32시간) / 실기연습 (10시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	3	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	
	요양보호관련 기초지식	의학적·간호학적 기초지식	10	4
		기본요양보호각론	4	3
	특수요양보호각론	요양보호 업무 기록 및 보고	2	
		치매요양보호기술	3	3
	소계		① 32	② 10
현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 등 실습		③ 8	
총 계(① + ② + ③)			50	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

〈표 8-14〉 간호조무사·물리치료사·작업치료사 면허 소지자의 교육과정 및 교육시간

구분	과목	교육내용	교육시간	
			이론	실기
이론강의 (31시간) / 실기연습 (11시간)	요양보호개론	요양보호 관련 제도 및 서비스	5	
		요양보호업무의 목적 및 기능	2	
		요양보호사의 직업윤리와 자세	8	4
		요양보호대상자 이해	2	
	기본요양보호각론	의사소통 및 여가지원	5	
		서비스 이용지원	3	
	특수요양보호각론	요양보호 업무 기록 및 보고	3	4
		치매요양보호기술	3	3
		소계	① 31	② 11
	현장실습 (8시간)	노인요양시설 또는 재가노인복지시설 실습		③ 8
총 계(① + ② + ③)			50	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

- 한편 현업에 종사하고 있는 요양보호사는 재직기간 중 직업인으로서 승진이나 승급을 할 수 있는 경력관리체계가 마련되어 있지 않음.
- 단, 장기요양기관 또는 재가장기요양기관(재가노인복지시설 포함)에서 요양보호사로서 월 60시간 이상 5년 이상 근무한 자는 재가장기요양기관 관리책임자(시설장)이 될 수 있는 자격요건을 부여하고 있음.
  - 이 경우 노인장기요양보험제도 운영(30시간), 재가노인복지시설 관리(50시간), 사회복지의 가치와 노인특성 및 상담(30시간), 노인요양서비스 및 건강관리(40시간), 사례연구(10시간) 등 총 160시간의 관리책임자 양성 과정의 교육을 이수하여야 함.
  - 요양보호사의 평균 근속기간을 살펴보면 552,586명 중 1년 미만 138,345명(25.0%), 1~2년 미만 84,762명(15.3%), 2~3년 미만 60,118명(10.9%)으로 50% 이상의 요양보호사는 3년 미만의 근속경력을 가지고 있음.

〈표 8-15〉 요양보호사 평균 근속기간

(단위: 명)

직종	근무기간									
	1년 미만	1년~2년미만	2년~3년미만	3년~4년미만	4년~5년미만	5년~6년미만	6년~7년미만	7년~8년미만	8년~9년미만	9년 이상
입사년도	2016년	2015년	2014년	2013년	2012년	2011년	2010년	2009년	2008년	2007년전
요양보호사	138,345	84,762	60,118	46,150	39,427	44,945	58,480	56,667	21,379	2,313

주 : 1) 사회보장정보원(행복e음)을 통해 인력 신고한 현황 기준(2016.12.31.기준)

2) 근무기간별 요양보호사 주민등록번호 중복 제거

3) 동일인이 1년미만, 1년~2년미만 입퇴사 신고 시 근무기간별 주민등록번호 중복 발생

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## (② 전문요양보호사 인증)

- 요양보호사 자격은 나이와 학력에 제한 없이 광역시·도에서 지정한 요양보호사 교육기관에서 소정의 교육과정을 이수하고 자격시험에 합격하면 취득할 수 있음. 이에 따라 제도 도입 이후 2016년 말 현재 140만명 이상의 요양보호사가 배출되었음(국민건강보험공단 내부자료).

- 한편 장기요양보험제도에서는 2014년 7월 치매특별등급(5등급) 신설에 따

른 서비스 전문성 강화를 목적으로 치매전문교육을 도입하여 운영하고 있음. 교육과정은 방문요양과정과 시설과정으로 구분되며 기본과정 40시간에 급여유형에 따라 20시간을 추가로 받아야 함.

[그림 8-2] 치매전문 교육과정

구분	기본과정	방문요양과정	시설과정	관리자과정
시간	40시간	20시간	20시간	13시간
교과	치매증상, 치매의 치료, 돌봄개론, 돌봄기술, 가족돌봄, 관찰과 기록	치매 재가돌봄개론, 재가 돌봄기술, 평가	치매 시설 돌봄개론, 시설 돌봄기술, 평가	프로그램관리지역할, 인지활동형 프로그램 계획수립 사례, 평가
대상기관	치매전담형기관 주야간보호기관 방문요양기관	방문요양기관	치매전담형기관 주야간보호기관	치매전담형기관 주야간보호기관 방문요양기관
교육대상	프로그램관리자 요양보호사	프로그램관리자 요양보호사	프로그램관리자 요양보호사	프로그램관리자
교육내용	치매의 특성을 이해하고 그에 맞춘 의사소통과 관계형성 등 돌봄 기술과 영양관리, 치매가족에 대한 이해 등을 통한 급여 제공 능력 함양	재가 치매 수급자에 맞춘 인지자극, 신체 활동, 일상생활 지원 등 급여 제공 능력 함양	시설 치매 수급자에 맞춘 인지자극, 신체 활동, 일상생활 지원 등 급여 제공 능력 함양	치매수급자 개인별 급여 및 프로그램 계획 수립, 실시 관리감독, 슈퍼비전 능력 함양

주: 원자료를 활용하여 재구성함.

자료 : 국민건강보험공단(2016.3.7.) 노인장기요양 서비스 질 높이기 위해 장기요양종사자 치매전문교육 대폭 강화. 보도자료.

- 2016년 7월부터 치매전담형 장기요양기관 도입에 따른 제도 안정화, 교육 시간의 근무시간 인정 등을 고려하여 현재 치매전문교육은 종전의 80시간에서 60시간으로 축소하여 운영되고 있음.
- 치매전문교육을 받은 요양보호사는 시설장 또는 프로그램관리자가 수립한 계획에 따라 프로그램을 제공하는 역할을 수행
- 2017년 2월말 현재 치매전문교육을 이수한 요양보호사는 14,163명이며, 재직하고 있는 요양보호사 약 31만명 중 5%수준에 머물고 있는 현실(국민건강보험공단 내부자료)



〈표 8-16〉 치매교육 수료자 수

(단위: 명)

구분	계	방문요양+시설	방문요양	시설
합계	23,416	11,635	9,030	2,751
요양보호사	14,163	6,460	6,468	1,235
프로그램관리자	9,253	5,175	2,562	1,516

자료: 국민건강보험공단 내부 자료(2017년 2월 28일 기준).

○ 치매전문 교육과정 중 기본과정은 치매의 이해(치매의 증상, 치매의 치료)와 돌봄이해(치매돌봄 개론, 치매돌봄 기술, 치매가족돌봄, 관찰과 기록)으로 구성되어 있음.

- 치매전문 교육을 담당하는 강사의 자격조건은 강좌별로 별도로 규정되어 있음. 치매의 증상이나 치매의 치료영역은 정신건강의학과 또는 신경과 전문의, 대학 등의 교원(겸임교원 포함)으로 간호학과 과목을 교수하는 자 등임.
- 치매돌봄개론의 경우는 대학 등의 교원(겸임교원 포함)으로 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자, 사회복지, 노인복지, 간호분야의 석사 이상자로 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자로 규정하고 있는 등 강좌의 특성과 내용별로 강사자격을 별도로 정하고 있음.

○ 치매전문교육과정 내용 및 강사요건은 다음과 같음

㉠ 기본과정

〈표 8-17〉 치매전문교육 기본과정

목차			교육과정			강사요건
분류	장	절(강좌)	이론	실습	총시수	
교육과정소개		치매전문 교육에 대한 이해	1	0	1	• 국민건강보험공단 장기요양보험 관련 부서에 근무중인 사회복지사 또는 간호사
치매 이해	치매의 증상	치매의 개념과 종류	1	0	1	• 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 • 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자
		치매의 인지증상	1	0	1	• 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 • 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자
		치매의 정신행동증상	2	0	2	• 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 • 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸

목차			교육과정			강사요건
분류	장	절(강좌)	이론	실습	총 시 수	
	치매의 치료	치매의 신체증상 (치매등반 노인 신체활동관리)	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>내과, 가정의학과, 응급의학과, 신경과 전문의</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> </ul>
		인지기능 개선제	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> </ul>
		정신행동증상 치료제	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> </ul>
		비약물치료	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 작업치료학과 및 간호학과 과목을 교수하는 자</li> </ul>
		소계	10	0	10	
돌봄 이해	치매 돌봄 개론	돌봄의 목표와 원칙	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		요양보호사의 돌봄 윤리	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
	치매 돌봄 기술	의사소통과 관계형성	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 심리학 과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 심리학, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
		일상생활 돌봄	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 공립요양병원의 시설장 및 관리책임자로서 해당 경력이 2년 이상인 자</li> </ul>

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

분류	목차		교육과정			강사요건
	장	절(강좌)	이론	실습	총시수	
돌봄 이해	치매 돌봄 기술	복지용구 활용	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 물리치료학과, 작업치료학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>간호, 물리치료, 작업치료 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 2년 이상인 자</li> </ul>
		정신행동 증상 돌봄 1	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> <li>간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		정신행동 증상 돌봄 2	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> <li>간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		신체증상 돌봄	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>내과, 가정의학과, 응급의학과, 신경과 전문의</li> <li>간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		영양관리	2	0	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>대학 또는 치매전문병원 근무경험이 있거나 치매 유관기관 경력 3년 이상 영양사</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 식품영양학 과목을 교수하는 자</li> <li>간호 · 영양 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		응급상황 돌봄	2	1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>응급의학과, 내과, 가정의학과, 신경과, 정신건강의학과 전문의</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
	치매 가족 돌봄	치매 가족에 대한 이해	3	1	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 심리학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 심리학, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
		치매 가족 지원 서비스	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민건강보험공단 장기요양보험 관련 부서에 근무중인 사회복지사 또는 간호사</li> <li>중앙 또는 광역치매센터 관련 업무 종사자</li> </ul>
	관찰	치매대상자 와 가족에 대한 기록	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인 의료복지시설, 공립요양병원 책임자로서 해당 경력이 2년 이상인 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
	소계		23	7	30	
	총계		33	7	40	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

## ㉔ 방문요양 교육과정 및 강사요건

〈표 8-18〉 방문요양 교육과정 및 강사요건

분류	목차		교육과정			강사요건
	장	절(강좌)	이론	실습	총시수	
재가 돌봄	치매 재가 돌봄 개론	치매 재가 돌봄의 목표와 원칙	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		관계 형성의 실제 : 사례 연구	0	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 심리학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 심리학, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
	치매 재가 돌봄 기술	주거 환경과 안전 관리	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 공립요양병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설의 시설장 및 관리책임자로서 해당경력 2년 이상인 자</li> </ul>
		일상생활 증진 활동의 실제	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 작업치료학과, 간호학, 물리치료학과 과목을 교수하는 자</li> <li>작업치료학, 간호학, 물리치료학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>작업치료사로서 치매관련시설에서 인지재활치료 경력 3년 이상인 작업치료사</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 작업치료학과, 심리학과 과목을 교수하는 자</li> </ul>
		인지자극 활동의 실제	3	3	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>작업치료학, 심리학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>작업치료사로서 치매관련시설에서 인지재활치료 경력 3년 이상인 작업치료사</li> </ul>
		신체자극 활동의 실제	2	1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 체육학과, 물리치료학과, 작업치료학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>체육학, 물리치료학, 작업치료학, 간호학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		재가 치매대상자 를 위한 서비스 활용	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민건강보험공단 장기요양보험 관련 부서에 근무 중인 사회복지사 또는 간호사</li> <li>중앙 또는 광역치매센터 관련 업무 종사자</li> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 공립요양병원의 시설장 및 관리책임자로서 업무경력이 2년 이상인 자</li> </ul>
		재가 치매대상자 기록의 실제	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 공립요양병원, 책임자로서 해당 경력이 2년 이상인 자 / • 정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
	소계		11	8	19	
	평가		1	0	1	
	총계		12	8	20	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

## ㉔ 시설 교육과정 및 강사요건

〈표 8-19〉 시설 교육과정 및 강사요건

목차			교육과정			강사요건
분류	장	절(강좌)	이론	실습	총시수	
시설 돌봄	치매 시설 돌봄 개론	치매 재가 돌봄의 목표와 원칙	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		관계 형성의 실제 : 사례 연구	0	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 심리학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 사회복지, 노인복지, 심리학, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>• 정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
	치매 시설 돌봄 기술	주거 환경과 안전 관리	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과, 노인복지학과, 사회복지학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>• 사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인 의료복지시설, 재가노인복지시설, 공립요양병원의 시설장 및 관리책임자로서 해당경력 2년 이상인 자</li> </ul>
		일상생활 증진 활동의 실제	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 작업치료학과, 간호학, 물리치료학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 작업치료학, 간호학, 물리치료학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>• 작업치료사로서 치매관련시설에서 인지재활치료 경력 3년 이상인 작업치료사</li> </ul>
		인지자극 활동의 실제	3	3	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 작업치료학과, 심리학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 작업치료학, 심리학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>• 작업치료사로서 치매관련시설에서 인지재활치료 경력 3년 이상인 작업치료사</li> </ul>
		신체자극 활동의 실제	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 체육학과, 물리치료학과, 작업치료학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 체육학, 물리치료학, 작업치료학, 간호학 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> </ul>
		재가 치매대상 자를 위한 서비스 활용	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 해당 분야 업무 경력이 3년 이상인 자</li> <li>• 내과, 가정의학과, 응급의학과, 신경과 전문의</li> </ul>
		재가 치매대상 자 기초의 실제	1	1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「고등교육법」 제14조 제2항 및 제17조에 따른 교원 또는 겸임교원으로 대학에서 사회복지학과, 노인복지학과, 간호학과 과목을 교수하는 자</li> <li>• 사회복지, 노인복지, 간호 분야의 석사 이상의 학위를 가진 자로서 노인 의료복지시설, 재가노인복지시설, 공립요양병원 책임자로서 해당 경력이 2년 이상인 자</li> <li>• 정신건강의학과 또는 신경과 전문의</li> </ul>
	소계		10	9	19	
	평가		1	0	1	
	총계		11	9	20	

자료 : 보건복지부(2016). 요양보호사 표준교육교재.

□ 한계(문제점)

(① 경력개발 경로 구축)

- 요양보호사 교육원이라는 단일 통로를 통한 요양보호사 양성은 다양한 교육기관에서 관련 교육을 받고 있는 사람들의 진입을 제한함.
  - 특성화 고등학교나 대학 등에서 관련 교과목을 이수한 경우 시험응시자격을 부여하여 젊고 유능한 인재가 진입할 수 있도록 제도를 개편할 필요가 있음.
  - 사회복지사 자격 및 관련 면허를 소지하고 있는 경우 교육시간을 40~50시간으로 감면하는 제도를 운영하고 있으나, 결국 요양보호사 교육원에 별도의 등록 절차 및 수업료를 납부하고 일정기간 수업을 들어야 하는 등 번거로움과 비용부담이 존재하기 때문에 적극적인 유인책이 되지 못함.
  - 장기요양보험제도 도입 이전 요양보호사 역할을 수행했던 생활지도원 상당수는 대학에서 사회복지학을 전공한 사회복지사였음. 그러나 요양보호사 자격을 요구하는 현 제도에서는 젊고 유능한 사회복지사가 요양보호 업무를 담당할 수 없게 되었음.
- 현업에 종사하고 있는 요양보호사의 경우 직업인으로서 경력관리 통로가 마련되어 있지 않아 자기개발 동기가 낮고 장기근속을 유도할 수 있는 기제가 부족한 상황임.
  - 사회적으로도 요양보호사가 비전문직 직종이라는 인식이 고착화되고 열악한 처우문제도 지속적으로 발생

(② 전문요양보호사 인증)

- 치매노인에 대한 전문적인 서비스 제공을 위해 도입된 치매전문교육은 다음과 같은 한계를 가지고 있음.
  - 첫째, 현재의 치매전문교육은 활동하고 있는 요양보호사들에게 추가된 치매급여를 제공할 수 있도록 일회성의 보수교육적 성격을 지님.
  - 방문요양급여의 경우 의사소견서에 치매상병이 있거나 최근 2년 이내 치매진료내역이 있는 1등급부터 4등급까지의 수급자 또는 5등급 수급자에

게 인지기능 악화방지 및 잔존능력 유지를 위한 인지활동형 방문요양급여를 제공할 수 있도록 하고 있음.

- 또한 치매전담형 장기요양기관의 경우 치매가 있는 수급자의 신체·인지기능 유지·개선을 위하여 수급자의 기능상태·특성 등을 고려하여 맞춤형 프로그램을 제공하여야 함. 이에 따라 치매전문교육을 이수한 요양보호사는 프로그램관리자가 수립한 프로그램 계획에 따라 프로그램을 제공하는 역할을 수행함.
- 향후 증가하는 치매노인에 대한 케어부담을 감소시키기 위해서 보다 전문화된 치매케어인력을 양성할 수 있는 지속적인 교육과 훈련체계를 구축해야 함.
- 둘째, 현재 양성되고 있는 치매전문요양보호사는 기존 요양보호사와 업무에 있어서 차별성이 없음. 전문요양보호사 인증제도를 활용하여 요양보호사의 업무를 영역별, 수준별로 구분하고, 이들에 대한 수가를 차별화할 필요가 있음.
- 이를 통해 장기요양서비스의 질적 향상을 도모하고, 요양보호사들이 요양업무를 지속적으로 발전시킬 수 있는 동기를 부여할 필요가 있음. 예를 들어 장기요양급여를 필요로 하는 노인의 대부분은 복합적인 신체질환을 갖고 있음. 따라서 치매전문요양보호사 인증제도와 구별하여 보다 전문적으로 신체질환을 갖고 있는 노인을 케어할 수 있도록 요양보호사 인증제도를 마련할 필요가 있음.

#### 다. 해외사례<sup>53)</sup>

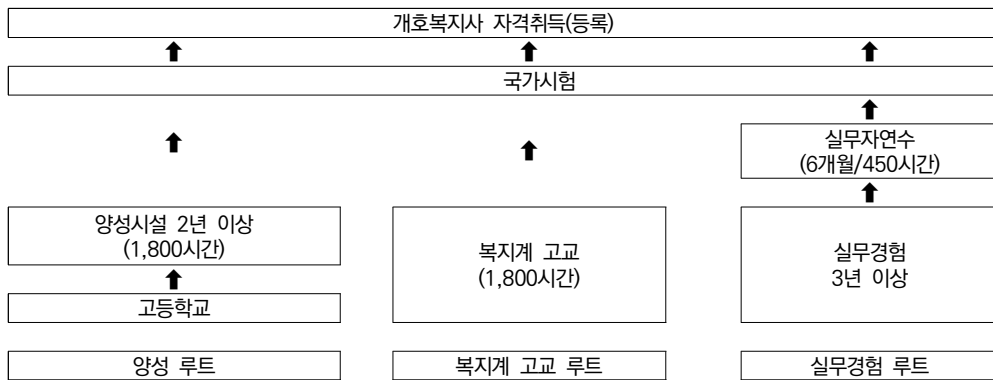
##### □ 일본

- 일본은 1987년 사회복지사 및 개호복지사법에 의해 규정되어 있는 개호복지사 자격제도를 두고 있음. 국가시험에 응시할 수 있는 방법은 크게 3가지로 분

53) 해외사례는 「엄기옥, 박인아(2014). 요양보호사 교육제도 개선방안 연구」를 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문에 별도 표기함. .

류됨. 첫째, 고등학교를 졸업한 이후 개호복지사양성시설에서 2년 이상(1,800시간)의 교육을 이수한자, 둘째, 복지계고등학교(1,800시간)를 졸업한 자, 셋째, 학력과 관계없이 실무경험 3년 이상이면서 실무자 연수(6개월간 450시간)를 받으면 됨.

[그림 8-3] 개호복지사 자격취득과정



자료 : 엄기옥, 박인아(2014). 요양보호사 교육제도 개선방안 연구. 보건복지부군산대학교산학협력단. p.37.

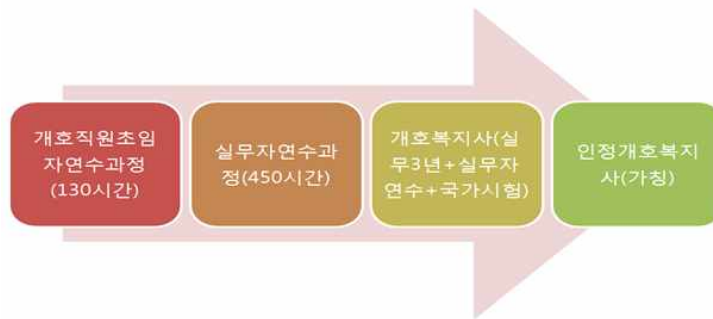
○ 일본의 경우 개호업무에 종사할 수 있는 자격기준을 다양화하고 있음.

- 우선 개호직원초임자연수과정(130시간)으로 방문개호사업에 종사하고자 하는 자 또는 재가 및 시설개호업무에 종사하고자 하는 자를 대상으로 하는 과정임.
- 그 다음 단계로는 실무자 연수과정으로 3년 이상의 실무경험과 450시간의 실무자연수교육을 받는 과정으로 본 연수과정을 거치면 재가사업소의 서비스 책임자가 될 수 있으며, 의료적 케어 과목 이수와 함께 의료행위로 인정되는 객담흡입과 경관영양을 할 수 있게 됨.
- 다음 단계로는 개호복지사 국가자격이 있으며, 개호복지시설은 개호복지사 비율에 따라 가산수가 받을 수 있음. 도입 시기는 결정되지 않았으나 향후 개호복지사 상위자격으로 '인정개호복지사' 제도 도입을 검토하고 있음. 인정개호복지사는 개호복지사 자격 취득 후 일정기간의 실무경험을 거쳐



폭 넓은 지식과 기술을 익혀 질 높은 개호행위를 하며 타 현장직원을 지도할 수 있는 수준에 이르도록 하는 것을 목적으로 함.

[그림 8-4] 개호직원 경력관리 체계 (실무경험 루트)



자료 : 엄기옥, 박인아(2014). 요양보호사 교육제도 개선방안 연구. 보건복지부군산대학교산학협력단. p.32.

○ 국가차원에서 운영하는 전문요양보호사제도는 존재하지 않지만 일반사단법인 일본인지증케어학회가 주최하는 민간자격으로 '인지증케어전문사'를 운영하고 있음.

- (정의) 인지증 케어에 대한 우수한 학식과 고도의 기술 및 윤리관을 겸비한 전문기술사를 양성하여 국가의 인지증케어 기술 향상 및 보건, 복지에 공헌하는 것을 목적으로 함.
- (수험자격) 인지증케어에 관한 시설, 단체, 기관 등에서 과거 10년 중에 3년 이상 인지증 케어 실무경험을 가지고 있는 자
  - 시험은 매년 실시되며 1차시험은 필기시험, 2차시험은 논술(우편제출)과 면접시험으로 이루어짐.
  - 필기시험은 기초, 총론, 각론, 사회자원 등 4분야로 구성되며, 분야별 70점 이상을 합격으로 함. 면접시험은 적절한 인지증을 이해하고 있는가, 적절한 사정(assessment)을 할 수 있는가, 적절한 케어계획을 세울 수 있는가, 제도 및 사회자원에 대해 이해하고 있는가, 인지증 대상에 대한 윤리적 과제를 이해하고 있는가 등을 중심으로 이루어짐.
  - 매년 4,000명 정도가 합격하며, 합격률은 40~50% 수준임.

- 자격유지는 5년마다 갱신되며, 인지증 관련 학회, 학술대회의 참가나 발표, 그리고 논문발표 등을 통해 30 단위 이상 취득해야 함.

#### □ 독일

○ 독일은 2000년 연방차원의 노인수발사교육법이 제정되었고, 이 법에 근거하여 노인수발사와 노인수발보조원으로 이원화하여 운영되고 있음.

- 노인수발사는 2,100시간의 이론과 2,500시간의 현장실습관련 교육을 받고 국가시험에 합격해야 함.
- 노인수발보조원은 직업전문학교에서 양성하며 총 1,080시간(이론 760시간, 실습 360시간)의 교육을 받으면 노인양로원, 노인수발원, 병원, 노인전문병원과 재가수발서비스기관에서 일할 수 있음.

○ 수발보험급여는 수발전문인력이 제공하며, 필요에 따라 수발보조인력이 보조

- 수발전문인력(Pflegefachkraft)으로 인정받기 위해서는 교육이수 이외에 보건 및 간호수발사(Gesundheits- und Krankenpfleger), 건강 및 아동 간호수발사, 노인수발사의 자격으로 지난 5년 이내에 직업교육과정에서 2년의 실습직업경험이 있어야 함.
- 책임있는 수발전문인력으로 인정받기 위해서는 선임적 역할을 할 수 있는 보수교육(Weiterbildungsmassnahme)을 성공적으로 이수하여야 함.
- 보수교육은 최소한 460시간이 넘어야 함. 이들은 수발기관에서 수발관련 모든 책임을 가짐.
- 노인수발사뿐만 아니라 보건 및 간호수발사(Gesundheits- und Krankenpfleger: 이전의 간호사가 개칭된 것, 현재 독일에서 간호사제도는 없음), 수발보조인력이 주된 종사인력으로 활동함. 이외에 필요에 따라 시설에서는 의사, 치료사 등을 고용하거나, 계약에 의해 촉탁으로 또는 필요에 따라 이들에게 진료나 치료를 위탁함.

〈표 8-20〉 독일의 장기요양종사인력

구분	활동분야
보건 및 간호수발사 (Gesundheits- und Krankenpfleger)	보건복지분야(병원 및 의료기관, 수발보험 영역)에서 활동하고 있는 전문 간호인력(이전의 간호사 개칭)
노인수발사 (Altenpfleger)	3년의 교육과정을 거쳐 재가 및 입소시설에서 독립적으로 수발활동을 하는 수발전문인력
수발보조인력	건강 및 간병수발사, 노인수발사를 보조하여 이들의 지시 하에 수발서비스 제공 원칙적으로 1년간의 노인수발전문교육을 받고 시험을 통과하면 주정부가 자격인정

자료 : 엄기옥, 박인아(2014). 요양보호사 교육제도 개선방안 연구. 보건복지부·군산대학교산학협력단.

#### ○ 노인수발사 교육과정

- 2003년 8월 노인수발법 제정이전까지 각 주별로 수발인력교육이 실시되었으나, 노인수발법(AltPflG)과 노인수발교육규정과 시험규정(AltPflAPrV) 시행으로 독일에서 처음으로 통일된 노인수발교육이 실시되었음.
- 이 법으로 노인수발교육의 질 표준이 규정되고, 이에 따라 장기요양보호와 돌봄의 질보장을 위한 기초가 마련되어, 입소 및 재가서비스에서 전체적으로 높은 수준의 서비스를 제공할 수 있게 되었음.
- 지원자격으로 수발교육법에 따라 실업계 고교(Realschule)졸업 또는 이에 상응하는 졸업자격을 가져야 함.
- 일반계 고교(Hauptschule)의 경우 최소 2년 이상의 직업교육이수증명 또는 노인수발보조원, 간호보조원 교육을 받은 경우에 지원 가능
- 교육기간은 3년이며, 종일 수업으로 진행, 필요에 따라 부분시간수업이 가능하며 교육기간은 5년까지 가능
- 교육내용은 크게 이론 및 실기 수업과 실습교육으로 진행. 이론 및 실기 수업은 최소 2,100시간 이상 진행됨. 교육영역은 크게 4가지로 노인수발과제와 개념, 노인생활지지, 노인수발활동과 관련된 법제 제도적 환경 그리고 직업으로서 노인수발을 포함
- 정상적인 교육과정을 이수한 경우 매년 말에 교육이수 증명서를 발급

- 실습교육은 최소한 2,500시간 이상으로, 이중에서 최소 2,000시간 이상은 요양원 또는 입소 시설과 재가시설에서 실습을 해야 하며, 그 외의 시간은 심리치료실, 노인성 전문분야가 있는 일반병원, 노인재활시설, 공공 노인보호시설에서 실습해야 함.
- 실습교육강화를 위해 학생과 실습시설은 상호 실습교육계약을 맺어야 할 의무가 있으며, 실습의 경우 실습기관은 실습생에게 교육비를 지급함. 이 비용은 수발보험법 또는 수발교육법에 의해 지원(실습생추가부담금 및 실습생수가지원, 실습생 인력지원, 지자체 지원)
- 최근 독일 수발교육의 경우 대부분 젊은 여성이 이수하고 있으며, 수발교육에 대한 선호도는 입학자격의 강화로 높아졌음.
- 교육생의 약 55% 정도가 25세 이하이며, 학생의 대다수는 고등학교 학력 소지자임. 약 80%가 여성교육생으로 앞으로 장기요양직업은 여성 중심의 직종으로 자리매김할 것으로 예상
- 입학자격의 강화와 강화된 경력교육(Profilbildung)으로 직업에 대한 선호도와 사회적 인정도 점차적으로 높아질 것으로 예상
- 통일된 교육방식으로 수발에서 의료적 측면이 보다 강화되면서, 수발영역에서 해야 할 서비스가 더욱 많아지고 이에 따라 이탈 가능성도 많아졌다는 평가 제기
- 수발, 진단, 치료, 행정(활동일지기록) 등에 대한 업무를 모든 지원자가 충족시키기 어려운 문제 존재

#### ○ 최근 동향

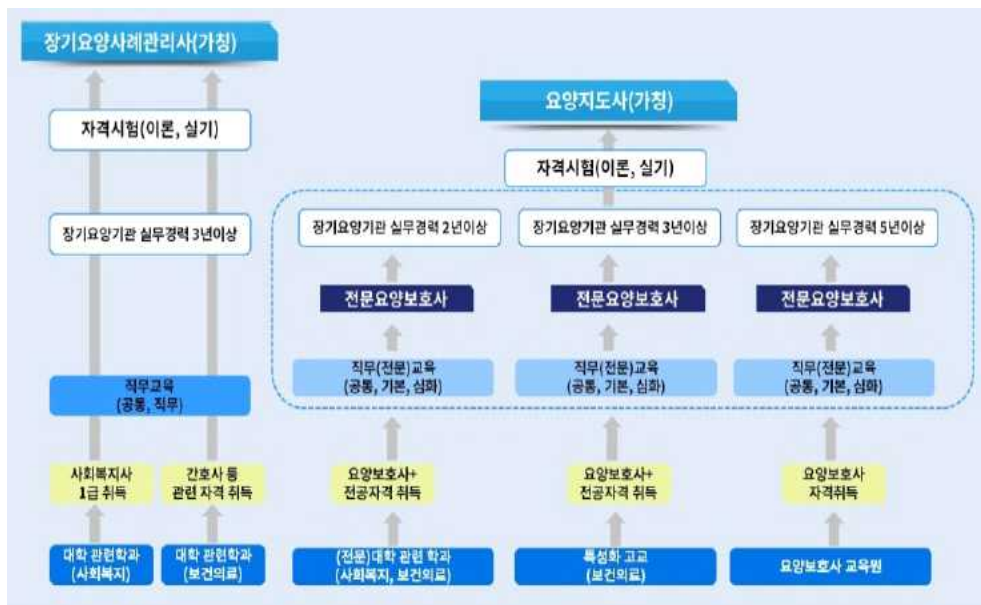
- 2017년 1월 독일정부는 점차 증가하는 고령사회에서 양질의 수발제공을 보장하기 위하여 수발직업개혁법을 제정(제2차 장기요양 기본계획 수립 기획단 내부자료)
- 이를 통해 현재까지 수발관련 전문인력양성 교육과정인 노인수발교육, 보건 및 간병교육, 보건 및 아동간병교육과정을 하나의 통일된 교육과정으로 통합하여 전문인력 양성

- 수발직업은 책임감이 필요한 직업이며, 양질의 수발제공을 위하여 지속적으로 양질의 전문수발인력 필요
  - 그러나 실제로 사회적으로 낮은 평가 및 대우를 받고 있기 때문에 새 법에서는 적정의 실습비용을 설정하고 교육비를 없애도록 함.
- 또한 2018년부터 수발교육을 대학에서 가능하고 하여 모든 고교 졸업자의 진학이 강화되었고, 기존 수발인력의 경우 새로운 경력을 갖추 수 있도록 하였음.
  - 이것은 지속적인 수발력부족 문제를 적극적으로 해결하기 위한 조치라고 볼 수 있음.

## 라. 정책과제

□ 장기요양 인력의 다양한 양성 교육 체계는 아래와 같이 구축하여 인력의 다양성과 전문성을 도모하고, 장기적으로 인력 유입을 촉진하고자 함.

[그림 8-5] 요양보호사 경력개발 경로(커리어패스) 흐름



### ① 요양보호사 양성교육기관의 다양화

○ 요양보호사 교육원 외에 특성화고교, (전문)대학을 통한 양성체계를 마련하여 요양보호사 인력의 유입경로를 다양화하고, 젊은 인력의 진입 통로를 확보

- 특성화고등학교에서 요양보호사 표준교육과정에 준하는 교과과정을 운영하고 일정 성적 이상을 취득한 경우 요양보호사 시험 응시자격 부여
- 고등교육법에 의해 운영되는 대학 등에서 요양보호사 표준교육과정에 준하는 교과과정을 운영하고 일정 성적 이상을 취득한 경우 시험 응시자격 부여
- 고등교육법에 의해 운영되는 대학의 사회복지학과(전공), 간호학과 등의 교과과정과 요양보호사 표준교육과정 비교 분석을 통해 추가로 신설해야 할 필요성이 있는 경우 교과목을 지정하고 실습기준을 포함한 교육내용 개발

〈표 8-21〉 (전문)대학 요양보호사 교육 과정(안)

구분	요양보호사 교육원		(전문)대학교	
	교과목	교육시간	교과목	교육시간
이론+실기	요양보호개론	23	장기요양보험론 (Long-term Care Insurance)	45 과목당 3학점 (3*15주=45시간)
	요양보호관련 기초지식	15		
	기본요양보호각론	94	장기요양기술론 I, II (Long-term Care Skills) 장기요양사례관리론 (Care Management) 장기요양프로그램 개발 및 평가 (Program Development and Evaluation for the Elderly)	180 과목당 3학점 (3*15주=45시간*4 =180시간)
	특수요양보호각론	28		
실습	요양시설실습	40	장기요양현장실습(Long-term Care Practicum)	80
	재가실습	40		
총계		240	305시간 이상	

주: 1) 기존 요양보호사 교육과정의 기본 구성을 따르되, 전문성 및 교육시간 강화

2) 4과목 → 5과목(1,2구분), 160시간 → 225시간

3) 사회복지사의 경우, 사례관리론(45), 프로그램 개발 및 평가(45)는 유사교과로 운영 가능

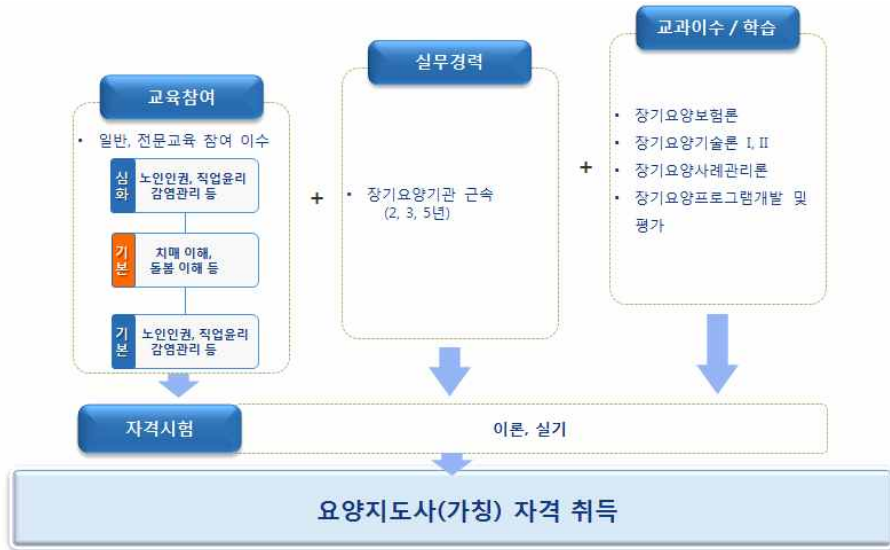
4) 간호사의 경우, 기본간호학 및 실습, 노인간호학 및 실습을 장기요양기술론 I,II,(45, 45) 프로그램개발 및 평가(45), 장기요양현장실습(80)의 유사교과로 운영 가능

- 요양보호사 외에도 사회복지사, 간호사, 물리(작업)치료사, 간호조무사 등 다양한 자격자가 기본 자격 이외에 추가 자격 취득을 통해 장기요양에 관한 기본 지식과 역량을 배양할 수 있는 기회 제공
- 기존 정규교육과정 활용으로 별도의 양성과정 운영을 위한 추가 비용 투입 최소화 가능
  - (전문)대학 및 특성화고교 과정에 기존 및 신규 교과 인정, 편성
  - 현재, 요양보호사 취득 최소비용 1인당 40만(실습비 별도) 이상

## ② 요양지도사 및 장기요양사례관리사 자격 제도 도입

- ‘요양지도사(가칭)’자격 제도를 통해 장기요양서비스 제공현장에서 직접 케어를 담당·지도하는 중간관리인력을 체계적으로 양성하여 배치
  - 요양지도사는 요양보호사 자격증 소지자로, 장기요양기관 실무경력 5년 이상, 관련 직무(전문)교육 실적을 기본 자격요건으로 하며, 이론·실기를 포함한 자격시험을 통해 인정
    - ‘실무경력+직무(전문)교육’을 자격취득 요건으로 제시, 실무역량 강조
    - 단, 특성화고교, (전문)대학 졸업자로 정식교육과정의 전문 교과목 이수 및 자격 취득자는 실무경력 및 교육 등 자격취득 요건 차등 경감
  - 주된 직무 역량은 직접 서비스 수행을 중심으로 하되, 기술 지도, 사례관리 및 상담 지원, 프로그램 개발 및 평가 지원 등 전문적 영역을 포함하며, 요양보호사 실습생에 대한 수퍼비전 등 양성과정에서 수퍼바이저로 역할 담당
    - 대상자의 복합적 욕구와 이에 대한 팀접근을 강조하는 장기요양의 기본 성격에 부합
  - 요양보호사 보수교육 및 전문교육과정, 장기근속장려금 지급 등 관련제도와 연계성 확보

[그림 8-6] 요양지도사(가칭) 양성체계 흐름



○ 장기요양분야에 특화된 전문 사례관리 인력으로 '장기요양사례관리사(care manager)' 인증 및 자격제도 운영

- 장기요양사례관리사는 기본적으로 대학 학사과정을 졸업한 사회복지사 1급 자격증 소지자 또는 간호사 등으로 장기요양기관 실무경력 3년 이상, 관련 직무교육 이수 실적을 자격요건으로 설정
  - 정신건강사회복지사, 의료사회복지사, 학교사회복지사, 보건교육사 등 기존 유사 자격의 운영체계 및 경험 참고
- 자격취득을 위한 시험과목은 시설 및 재가장기요양기관의 실제 담당직무를 중심으로 선정
  - 장기요양사례관리 실무론, 장기요양사례관리 윤리, 장기요양사례관리 제도 및 법제, 장기요양 사례분석
- 현재 장기요양기관의 사회복지사 인력과 간호사 등 보건의료인력의 경력개발경로를 제공함으로써 장기적으로 장기요양 분야에 특화된 보건의료복지 연계·조정·통합 역량을 갖춘 전문 사례관리 인력의 배치 유도



### ③ 요양보호사 승급체계 구축

○ 요양보호사가 직업(직장인)으로서 자기계발과 경력관리를 할 수 있도록 일정 조건을 전제로 승급체계 구축

- 30인 또는 50인 이상의 정원의 노인요양시설, 재가장기요양기관으로 20명 이상의 요양보호사를 두고 있는 경우 요양보호사관리팀장(가칭)을 배치토록 함. 요양보호사관리팀장 배치를 위한 적정시설 규모 및 인력기준 설정
  - 노인 30명 기준: 요양보호사 12명(2.5명당 1명), 팀장 1명, 노인 50명 기준: 요양보호사 20명(2.5명당 1명), 팀장 1명
- 요양보호사관리팀장은 동일한 급여유형 시설에서 3~5년의 실무경력을 가지고 있는 정도여야 하며, 요양보호사관리팀장 연수와 중간관리자로서의 역량과 실무능력을 확인할 수 있는 시험을 거쳐 자격을 인정할 수 있을 것임. 자격연수 과정에 포함되어야 할 교육내용과 시간, 시험방법 등에 관한 구체적인 방안 도출을 위한 연구 필요
- 요양보호사 승급에 따른 보상(가산수가, 직급수당 등)방법 강구
  - 인력추가배치 또는 인력배치가산 방식 확대 적용 가능(요양보호사, 사회복지사, 간호사 적용 사례 참고)

### ④ 분야별 전문요양보호사 인증제도 도입

○ 전문요양보호사의 개념, 종류와 직무내용, 자격요건, 인증 및 관리주체 등 규정

- 240시간의 교육과 시험을 통해 취득한 요양보호사 자격은 요양보호 업무 진입을 위한 기본과정으로 자리매김하고, 실무현장에서의 직무내용을 분류하여 전문요양보호사의 종류를 확정
- 자격요건으로는 요양보호사로서 일정기간 장기요양기관에서 근무한 경력이 있는 자로 한정
- 인증 및 관리주체는 노인장기요양보험 보험자인 국민건강보험공단으로 하되, 교육기관은 공단을 포함하여 다양한 교육주체가 참여할 수 있는 방안을

### 검토 가능

- 치매전문요양보호사 및 신체지원전문요양보호사(가칭) 인증제도 도입을 위한 양성교육 및 재교육체계 마련
  - 2014년부터 국민건강보험공단에서 치매전문요양보호사 교육이 실시되고 있어 이를 기본 골격으로 교육대상, 교육시간, 교육내용, 시험, 교육비용 등을 정하도록 함.
  - 다만, 현재의 치매전문교육은 인증주기 및 재교육과정 등을 상정하지 않고 있음. 따라서 3~5년 주기의 인증 및 재교육과정을 마련하고, 재교육과정은 급여유형별로 곤란사례 대응력 강화에 초점을 맞추어져야 함.
- 신체지원전문요양보호사가 갖추어야 할 주요 전문성으로서는 목욕지원(기계 욕 포함), 휠체어사용지원, 침상사용지원(전동침상 포함), 이동지원(와상노인 체위변경 등 포함) 등임.
  - 현재 신체지원전문요양보호사와 관련된 특화된 교육이나 급여가 없는 상황으로 중장기적으로 구체적인 교육과정과 급여내용에 대한 세부적인 연구가 필요하며, 치매전문교육에 준하는 교육시간, 교육내용, 시험, 재교육 방안 등을 마련토록 함.
- 분야별 전문요양보호사 자격 취득자에 대한 보상 체계 방안 마련
  - 교육, 인증체계 개발을 위한 연구용역, 시범사업 운영 및 제도 도입

[그림 8-7] 전문요양보호사 인증 과정



#### 마. 기대효과

- 젊고 유능한 요양보호사 현업 진입 수월 및 인력 수급 용이
  - 특성화고등학교 및 대학 졸업과 동시에 자격을 취득할 수 있어 젊고 유능한 요양보호사가 현업에 진입하는데 용이
- 요양보호사의 장기근속 유도 및 사회적 인식 개선
  - 요양보호사관리팀장 직급 도입으로 장기근속 및 역량강화에 대한 동기부여 및 직업적 안정성 도모
  - 요양보호사의 전문성 확보에 따른 사회적 인식 수준 개선
- 요양보호사의 전문성 향상으로 자긍심 고취, 장기근속 유인 효과

## 2. 장기요양종사자 직무교육 체계 구축

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 장기요양분야의 특성을 반영한 직종별 공식적 직무교육 체계 마련을 통한 장기요양인력의 현장전문성 제고

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- ('13.12~) 매년 재가기관 소속 요양보호사 직무교육을 공단이 지정하는 교육기관에서 고용보험 지원과정으로 실시
- ('13.12~'14.12) 공단지정 직무교육기관(460여개소)에서 고용보험지원과정으로 직무교육 실시
- ('15~) 고용노동부의 NCS(국가직무능력표준) 사업주 직업능력개발 훈련과정 제도 개편에 따라 고용노동부(직업능력심사평가원)의 통합심사(연2회) 인정을 받아야 고용보험지원과정으로 인정

#### □ 현황

##### ① 직무교육 개요

- (교육대상) 방문요양 및 방문목욕을 월 60시간 이상 제공하는 요양보호사
- (교육방법) 고용보험 훈련비용 지원과정
- (교육내용) 노인학대예방과 직업윤리, 안전 및 감염관리, 노인재활과 욕창관리, 치매 알아보기, 근골격계 질환예방 등 5과목 8시간 교육
  - 국민건강공단에서 표준교재를 작성하여 홈페이지에 게시
- (급여비용 청구 및 지급) 교육 이수한 요양보호사 소속 장기요양기관이 공단에 청구하면, 급여비용 청구한 날부터 30일 이내 장기요양기관에 지급

- 1인당 직무교육비: ('13) 69,640원→('14~'15) 71,380원→('16) 73,950원→('17) 76,650원
- (직무교육기관) 공단지정 직무교육기관 중 고용노동부 직업능력개발훈련과정 통합심사(인증평가+과정심사평가) 인정기관

## ② 연도별 요양보호사 직무교육 현황

- 직무교육을 이수한 요양보호사는 2013년 36,916명에서 2015년 51,177명으로 증가하였으나, 2016년에는 47,888명으로 다소 감소(국민건강보험공단 내부자료)
- 2016년 기준 재직중인 요양보호사 333,887명을 기준을 할 때, 직무교육을 받은 요양보호사는 14.3%에 불과

〈표 8-22〉 연도별 요양보호사 직무교육 현황

(단위: 명, %)

연도	사업기간	대상자	이수자	이수율
2013	2013.12.18.~2014.03.31.	78,210	36,916	47.2
2014	2014.09.22.~2014.12.31.	80,009	42,907	53.6
2015	2015.07.20.~2015.12.31.	88,124	51,177	58.1
2016	2016.07.20.~2016.12.31.	94,999	47,888	63.8

주: 2016년도 이수율은 대상자 94,999명 중 고용보험 미가입자, 퇴직자(20,008명)를 제외한 실대상자 74,991명에 대한 이수자(47,888명)의 백분율임

자료: 국민건강보험공단 내부자료.

## ③ 연도별 직무교육 급여비용 지급 현황

- 2016년 기준으로 요양보호사 45,788명에 대한 직무교육 급여비용 35억원 가량 지급(국민건강보험공단 내부자료)

〈표 8-23〉 연도별 직무교육 급여비용 지급 현황

(단위 : 개소, 건, 명, 천원)

연도	기관수	지급건수	대상자수	지급금액(천원)
2013	3,349	3,860	31,955	2,224,455
2014	3,734	4,193	36,400	2,596,852
2015	4,765	5,754	45,788	3,266,257
2016	5,043	5,963	48,073	3,549,939

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- 요양보호사 직무교육기관 지정을 받기 위해서는 고용노동부(직업능력심사평가원)의 통합심사를 승인을 받고 이후 건보공단 관할 지사에 요양보호사 직무교육기관 지정신청을 해야 함.
- 지역별 기관 현황을 보면, 고용노동부 통합심사 인증기관은 전국에 155개소로 약 44%의 직무교육기관이 광역시에 위치해 있으며, 일부 도 단위에서 요양보호사 직무교육기관으로 인증받은 기관은 매우 적음(제주 2개소, 전남 3개소, 충북 5개소 등(국민건강보험공단 내부자료)).

〈표 8-24〉 요양보호사 직무교육기관 현황(2016년 기준)

(단위: 개소)

지역	계	서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	강원	경기	전북	전남	경북	경남	충북	충남	제주	세종
고용노동부 통합심사인증기관	155	19	9	11	8	6	10	5	8	25	14	3	8	13	5	9	2	-
공단지정 직무교육기관	462	67	33	26	18	13	23	7	18	106	22	21	24	30	16	29	8	1

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## ④ 요양보호사 이외 직종에 대한 교육 현황

- 장기요양기관 경영자 과정 운영
  - 장기요양기관 대표자 대상으로 장기요양기관 전반적 운영을 위한 맞춤형 과정 운영
  - 노인장기요양보험 제도 및 법령, 사회복지 윤리와 마인드, 대표자 리더십, 노무관리, 노인인권 및 학대 예방, 주요 현안 등

〈표 8-25〉 장기요양기관 경영자 과정 참여성 현황

(단위: 명)

연도별	계	서울	부산	대구	광주	대전	경인
2015	2,041	425	270	288	300	257	501
2016	2,099	443	267	270	310	294	515
2017(6월~11월)	2,200	460	284	287	327	311	531

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## - 장기요양기관 사회복지사 교육 현황

- 방문요양기관 사회복지사 배치 의무화와 함께 2017년에 방문요양 수급자가 15명 이상인 기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사 중 1명을 대상으로 교육 실시
- 교육내용은 노인장기요양보험 주요 현황, 방문요양기관 사회복지사의 역할, 노인학대 및 인권, 사회복지사 업무수행의 실천기술, 재가서비스 사례 등으로 구성됨.
- 건강보험공단 6개 지역본부별 25개 권역에서 총 4,420명 대상으로 하루 8시간 교육

〈표 8-26〉 장기요양기관 사회복지사 교육 대상자 현황(2017년 기준)

(단위: 개소, 명)

구분	계	서울	부산	대구	광주	대전	경인
교육장(개소)	25	5	4	4	3	3	6
대상자(명)	4,420	947	653	530	497	659	1,134

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

## □ 한계(문제점)

## ○ 요양보호사 중심의 직무교육운영

- 장기요양기관에서 근무하는 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사 등에 대한 교육과정운영이나 교육체계 미흡
- 2017년에 장기요양기관에 종사하는 사회복지사 대상으로 역량강화 교육을 실시하고 있으며, 2015년부터는 장기요양기관 대표자를 대상으로 경영자 과정으로 운영하고 있으나 장기요양기관 인력에 대한 종합적이고 체계적인

### 접근은 미비한 실정

#### ○ 요양보호사 직무교육 대상의 사각지대

- 현재 직무교육 대상자는 방문요양 및 방문목욕급여를 월 60시간 이상 제공하는 고용보험에 가입되어 있는 요양보호사에 국한됨.
- 장기요양시설에 근무하고 있는 요양보호사는 의무교육 대상에서 제외
- 직무교육이 고용보험 지원과정으로 실시됨에 따라 고용보험 적용 제외자인 65세 이상 이후에 고용된 요양보호사, 근로시간 60시간 미만 요양보호사는 고용보험환급과정에서 제외됨.

#### ○ 요양보호사 직무교육의 낮은 이수율

- 매년 요양보호사 직무교육 이수율이 증가하고 있으나, 여전히 낮은 수준에 머물러 있음(2016년 기준 63.8%(국민건강보험공단 내부자료)).
- 2016년 63.8%는 고용보험 미가입자, 퇴직자를 제외한 실대상자 중 이수자 비율로서 대상자 전체 대비 이수자 비율은 50.4%에 불과

#### ○ 장기요양요원의 직무교육에 관한 법적 근거 부재

- 장기요양보험법 제23조 제2항에 의하면, 장기요양요원의 범위, 업무, 보수 교육 등에 관한 필요사항은 대통령령으로 정한다고 명시되어 있으나, 구체적인 법조문은 미비
- 의료법 제30조: 의료인에 대한 연간 8시간 이상의 보수교육 의무화
- 사회복지사법 제13조 제2항: 사회복지법인 또는 사회복지시설에 종사하는 사회복지사에 대한 보수교육 최소 8시간 이상 의무화
- 영유아보육법 제23조 2: 보육교사에 대한 보수교육 규정. 현직에 종사하는 보육교사 및 원장을 대상으로 매 3년마다 40시간의 보수교육 의무화
- 노인장기요양보험이 도입된 지 10년이 넘었으나, 서비스 질적 제고를 위한 장기요양요원의 교육 관련 제도적 장치 미흡
- 장기요양인력의 절대적인 비중을 차지하고 있는 요양보호사에 대한 직무교육을 우선적으로 법으로 규정할 필요성 제기



- 현재의 고용보험환급과정을 통한 재직자 중심의 직무교육 시스템은 장기 요양기관에서 근무하는 요양보호사를 포괄하지 못하며, 의무사항이 아니므로 직무교육 참여율을 높이는 데 한계
- 재직자 중심의 직무교육 운영에 따른 대상자의 누락 발생(이직, 퇴사 등)

#### ○ 요양보호사 직무교육기관 부족 및 지역 불균형

- 2015년 직업능력심사평가원의 훈련평가 인증평가제 도입으로 고용보험환급과정이 적용되는 요양보호사 직무교육기관은 155개소에 불과(국민건강보험공단 내부자료)하여 장기요양 재직자의 교육기관 접근성 열악
- 제주 2개소, 전남 3개소, 충북 5개소 등에 불과하여 해당지역에 근무하는 요양보호사의 교육 접근성 낙후

#### ○ 장기요양 현장 적용력이 낮은 교육과정

- 이론 위주의 교육으로 실무중심의 사례 및 실습 부족
- 매년 유사한 내용으로 교육참여 동기 저하

### 다. 해외사례<sup>54)</sup>

#### □ 덴마크

- 노인요양인력은 고등학교 졸업 학력 수준으로 여성이 대부분이며, 공무원 지위가 부여됨.
- 지방정부와 계약 후 기본훈련과정에 등록하며, 훈련 중에 고용주로부터 급여를 지급 받음.
  - 교육훈련 기간은 요양보호사 인력은 14개월, 보조인력은 20개월
  - 기초과정을 수료한 후 간호사, 사회복지사 등 상급교육과정 입학 자격 부여

54) 「장숙량, 윤종률, 김복남, 엄기욱(2016). 장기요양기관 종사자 교육의 고도화 방안」을 참고하요 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문에 별도 표기함.

## □ 영국

- 장기요양 분야의 신입 인력에 대한 교육과정은 국가기준에 따라 실무 시작 전 12주의 입문과정을 거침.
  - 재가입문: 징계와 불만절차를 포함한 고용기관과 조건, 법적조건, 조직의 정책과 운영, manual handling 감염통제, 소방절차의 안전훈련, 의사소통, 비밀보장 등
  - 공통입문: 보호원리에 대한 이해, 조직과 역할에 대한 이해, 업무수행 시 안전유지, 효과적인 의사소통, 학대 및 방임에 대한 인식과 대응 등
- 장기요양인력의 자격은 국가직업자격(NVQ: National Vocational Qualification)에 의해 관리되고 있음.
  - 노인장기요양 관련 자격은 NVQ 2 기준 단계로 정규 중등교육 과정과 동일한 수준의 자격기준으로 220시간의 학습시간을 요구
  - 재가 및 시설 돌봄 기관의 50%는 NVQ 2를 보유해야 하며, 새로 고용되는 직원들은 NVQ 2 훈련을 시작해야 함.
  - NVQ 2 레벨에서 추가적인 교육을 받으면 레벨 3~4까지 상승 가능

## 라. 정책과제

### ① 노인장기요양보험법 개정을 통한 요양보호사 직무교육 의무화

- 기관 유형별 그리고 고용보험 적용 여부에 관계없이 요양보호사의 직무능력 향상 및 서비스 질 개선을 위해 직무교육 대상을 장기요양기관에 재직 중인 요양보호사로 확대
  - 장기요양시설(공생 포함) 및 주야간보호시설의 경우, 고용보험환급과정을 활용하여 요양시설 및 주야간보호시설에서도 직무교육 실시 유도
  - 고용보험 미적용자인 65세 이후 고용된 고령요양보호사, 60시간 미만 근로자, 가족요양보호사 등도 직무교육 의무대상에 해당되므로 고용보험 미적

### 용자에 대한 직무교육 제공 방안 마련

- 전체 장기요양기관 요양보호사로 확대 시 격년 직무교육 실시 방안 검토
  - 요양보호사 33만명('16.12.31기준)에 대해 매년 직무교육 실시는 직무교육기관 인프라 등 의 문제로 현실적 한계 (예 : 출생년도 홀짝구분 실시)
- 고용보험 가입자와 미가입자로 구분하여 직무교육 실시
  - 고용보험가입자: 직업능력심사평가원 훈련과정 인정 직무교육기관
  - 고용보험미가입자: (가칭) 장기요양 교육센터

### ② 직무교육의 질적 수준 제고

- 요양보호사 경력에 따른 직무교육과정 차별화
  - (기본교육) 장기요양기관 입사 후 1년 미만 근무자
  - (심화교육) 기본교육 실시 후 경력 3년 이상 장기근속 장려금 지급 대상
- 교육과정 차별화에 따른 직무교육 과목 개발을 위한 전문가협의체 구성
  - 경력별 맞춤형, 전문적 교육을 위한 교재 개발(대학, 공단 정책연구원 등에 교재개발 연구용역)
- 장기요양 현장중심의 강사 양성
  - 강사의 질에 대한 문제는 요양보호사 양성교육, 직무교육, 치매전문교육에 있어 공통으로 제기
    - 실무 및 사례 등 장기요양현장에 대한 이해 부족, 이론 중심, 강의 준비 부족 등
  - 일정 요건(학력, 경력 등)을 갖춘 요양보호사가 전문강사로 전환할 수 있는 여건 마련

### ③ 직무교육기관 확대

- 요양보호사 직무교육 기관에 대한 심사 기준 일부 완화
  - 요양보호사 직무교육 대상자 대비 직무교육기관의 부족과 이로 인한 교육 접근성 저하 문제를 해결하기 위해 관련 부처간 협의를 통해 요양보호사 직

무교육기관에 대한 심사기준을 일부 완화하여 요양보호사 직무교육기관 확대 필요

#### ④ 장기요양교육센터 설치·운영

- 요양보호사 직무교육 의무화 및 장기요양종사자 전반에 걸친 교육지원의 체계화를 위한 장기요양교육 전달체계로서 장기요양교육센터 설치 및 운영
  - (중앙) 컨트롤타워로서 중앙장기요양교육센터를 설립하여 장기요양종사자 양성 및 직무교육체계 종합계획을 수립 및 지원하고, 교육콘텐츠 및 교재 개발, 강사 양성, 지역장기요양교육센터 지원 및 관리, 장기요양종사자 교육이력 관리 등을 수행
  - (지역) 장기요양인력에 대한 교육실시
    - 필요에 따라 지역내 유관기관(지자체의 장기요양요원지원센터, 협회, 대학, 평생교육원 등)과의 협력교육 실시

〈표 8-27〉 장기요양교육센터 및 지역장기요양교육센터 역할(안)

구분	역할
장기요양교육센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양종사자 양성 및 교육 체계 및 교재 개발</li> <li>- 강사 교육 체계 및 교재 개발</li> <li>- 지역 장기요양교육기관 인증 및 평가</li> <li>- 장기요양종사자 교육이력 관리</li> <li>- 유관기관과의 협력체계 구축 및 운영 등</li> </ul>
지역장기요양교육센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 요양보호사, 사회복지사, 시설장 등 교육 실시</li> <li>- 지역 유관기관과의 협력 교육 및 교육기관 지원</li> </ul>

#### ⑤ 신규 진입 혹은 재진입 장기요양종사자에 대한 공통직무교육 지원체계 마련

- 장기요양기관에 근무하는 신규 종사자 또는 일정기간 장기요양기관에 종사하지 않은 후 재진입(예, 3년 이상 장기요양기관 미근무자)하는 요양인력에 대한 공통실무교육(직종 공통) 과정을 정기적으로 운영
  - 기관 혹은 개인의 자율에 맡기되 채용 후 3개월 이내에 교육 참여 독려(3개월 이내 퇴직, 이직자는 제외)
    - 시설장, 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리치료사, 작업치료사,

## 영양사 등

- 교육내용은 노인장기요양보험제도에 대한 이해, 각 직종·직급별 직무내용과 현장 우수사례(프로그램), 노인학대 예방 등으로 구성
- 국민건강보험공단에서 컨트롤타워 역할을 하되, 교육수행 주체는 공단 지역본부, 장기요양 관련 협회, 지자체 등으로 다양화

## ⑥ 사회복지사, 시설장 등에 대한 심화교육지원 강화

## ○ 장기요양기관 시설장 대상 교육 체계화

- 현재 진행하고 있는 교육과정(노인장기요양보험 제도 및 법령, 사회복지 윤리와 마인드, 노무관리, 노인인권 및 학대예방 등)을 기초로 교육과정 개발
- 장기요양기관평가 항목에 ‘시설장의 전문성’ 항목을 추가하여 격년마다 시설장 교육 이수 여부 포함(현재는 신규직원과 직원 대상의 급·중·고급교육 지표만 포함되어 있음)

## ○ 장기요양보험 안에서의 사회복지사의 역할을 강화하고 전문성을 축적하기 위한 교육체계 마련

- 장기요양보험에서의 사례관리(시설, 재가), 장기요양 실천기술,케어매니지먼트 역할 교육, 지역사회연계, 노인인권과 윤리 등의 교육과정 설계
- 장기요양기관 사회복지사 전문교육을 개설하여 정기적으로 운영(격년 실시)

[그림 8-8] 근무기간에 따른 장기요양종사자 정규교육과정(안)

구분	신규 혹은 3년 이상 미근무자	1년 이상 근무자	(3년 이상 경력자)
시설장	▶ 공통직무교육	▶ 경영자 교육	▶
요양보호사	▶ 공통직무교육	▶ 기본 직무교육	▶ 심화 직무교육
사회복지사	▶ 공통직무교육	▶ 직무교육	▶
그 외 장기요양종사자	▶ 공통직무교육		

## 마. 기대효과

- 장기요양요원의 전문성 및 요양서비스의 품질 향상
  - 직무교육 체계화를 통한 장기요양요원의 전문성을 강화하고, 궁극적으로 요양서비스의 질적 수준 제고
  - 장기요양 교육기관의 지역적 안배를 통한 장기요양요원(요양보호사)의 교육참여 수월성 도모

## 제3절 장기요양기관 관리체계 개선

### 1. 장기요양기관 지정갱신제도 도입

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 제도 초기 인프라 확충을 위해 일정 요건을 갖추어 신고하면 형식적 심사에 의해 개설이 가능한 일종의 신고제로 운영
  - 현행 지정제도에서 나타나는 문제점인 부실기관의 진입을 사전에 차단하고, 운영부실 기관에 대한 관리가 용이하도록 실효적 장기요양기관 지정제도로 개선 필요

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- ('08.7.1.) 제도 초기 인프라 확충을 위해 시설 및 인력기준 완화
  - 노인요양공동생활가정의 경우 임차에 의해 설치가능
  - 행정인력 등 간접서비스 인력을 필요수로 규정
  - 시설의 인력 겸직 및 병용규정 시행
- ('15.12.29.) 설치자 결격사유 명시 등 지정요건 강화
  - 정신질환자, 마약중독자, 금고이상 실형 후 5년 미경과자 등 설치자 결격사유 명시
  - 지정취소 후 재지정 금지기간을 1년에서 3년으로 변경
  - 행정처분 승계기간을 1년에서 3년으로 변경
- ('17.1.10.) 장기요양기관 지정 제도의 실효성 강화를 위한 내용이 국무회의 의결(안) 통과, 국회 제출 상황

- 장기요양기관 지정 제도의 실효성 강화(안 제31조, 현행 제32조 삭제)
  - 종전에는 필요한 시설 및 인력만 갖추면 장기요양기관으로 지정받을 수 있었으나, 앞으로는 장기요양기관을 설치·운영하려는 자의 장기요양급여 제공 이력 등을 고려하여 적정 수준의 범위에서 장기요양기관을 지정하도록 하고, 재가급여를 제공하는 재가 장기요양기관에 대하여 종전에는 신고만 하도록 하였으나, 앞으로는 시설급여를 제공하는 장기요양기관과 동일하게 지정을 받도록 함으로써 장기요양기관 지정 제도의 실효성을 강화함.

#### □ 현황

- 장기요양서비스를 제공하고자 하는 자는 서비스를 제공하기 위한 최소 자격과 요건을 갖추어 지자체에 장으로부터 지정을 받으면 됨.
  - 현재는 신규사업 신청자가 행정처분을 받고 3년이 경과되지 않은 자가 아닌 한 국가가 정하는 인력 및 시설기준만 충족시키면 지자체가 장기요양기관의 지정신청에 대한 거부권을 행사할 수 없도록 되어 있음. 또한 지정에 유효기한이 없는 상태임.

#### □ 한계(문제점)

- 노인장기요양보험제도 도입 초기에 시설 인프라의 확충을 위하여 완화된 기준을 설정하고, 형식적인 서류 및 현지 확인을 통해 지정하는 등 지정제도의 실효성을 확보할 수 없었음.
- 일단 시군구로부터 지정받은 장기요양기관은 기관장이 스스로 폐업신고를 제출하지 않는 한 서비스 질적 수준이 낮아도 계속하여 서비스 제공기관으로 지정 상태가 유지된다는 문제점이 있음.



## 다. 해외사례<sup>55)</sup>

### □ 일본

#### ○ 진입방식

- 도도부현(또는 시정촌) 지사가 지정
- 지정갱신제도 도입(2006년 4월 개호보험법 개정) : 개호서비스의 질을 확보하기 위하여 사업자가 지정요건을 준수하고 있는지를 정기적으로 확인하는 지정의 갱신제(6년간)가 도입됨. 지정갱신을 하지 않으면 지정의 효력을 잃게 되고, 개호보험 청구가 불가능

#### ○ 지정결격 사유

- 법인이 아닌 경우
- 인력기준 미충족
- 설비·운영기준에 따라 적정한 사업운영이 어려운 경우
- 법인·법인임원·시설장이 지정 취소 후 5년이 경과하지 않은 때, 금고형을 받고 집행이 종료되지 않은 때
- 법인·법인임원·시설장이 노동관련 법 위반으로 벌금형을 받고 집행이 종료되지 않은 때
- 법인·법인임원·시설장이 5년 이내에 서비스 등에 관해 부정하거나 현저하게 부당한 행위를 한 때

#### ○ 지정취소 등 요건

- 지정의 결격사유에 해당
- 설비·운영기준에 따라 적정한 사업운영이 어려운 경우
- 수급자의 인격존중, 충실한 직무수행, 법령의무 준수 등 의무를 위반한 경우
- 부정청구, 허위보고

55) 해외사례는 「이희승, 이호용, 문용필(2017). 장기요양기관의 지정제 실효성 강화방안 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원」을 참고하여 요약, 정리함.

- 보건복지 관련 법령에 근거한 명령·처분을 위반한 경우
- 이외에 서비스에 관해 부정하거나 현저하게 부당한 행위를 한 때

#### □ 독일

##### ○ 진입방식

- 지방정부는 장기요양기관 인가
- 보험자(장기요양금고)는 기관과 서비스 제공 계약 체결

##### ○ 계약 조건(법 제72조)

- 시설·인력기준 충족
- 경제성·효과성 있는 서비스 제공을 보증해야 함
- 그 지역의 일반적 수준의 임금을 종사자에게 지급
- 서비스 품질 보장 및 개선을 위한 품질관리체계를 도입·발전시켜야 함
- 서비스 품질 보장 및 개선을 위한 전문가 표준을 준수
- 계약조건을 충족하는 기관이 다수인 경우, 공익기관을 우선하며, 재가기관은 가능한 장거리를 피하도록 함

##### ○ 계약해지 등 요건(법 제74조)

- 법령 또는 계약상 의무를 현저히 위반한 경우
- 수급자의 최대한 자립적이고 자율적인 생활 및 육체적·정신적·정서적 능력의 회복·유지를 위한 서비스 제공 의무를 현저히 위반
- 다만, 계약해지를 피하기 위해 선임요양보호사 등이 교육을 수료하도록 할 수 있음.

## 라. 정책과제

### ① 지정 요건 및 절차 강화

- 지정 요건 추가, 관련 법률 개정 및 홍보

- (신규사업 신청자 자격 요건 추가) 노인학대, 성폭력, 알콜중독, 파산 등의 자는 신청할 수 없음.
  - (종사인력 자격 요건 추가) 행정처분 받고 3년이 경과하지 않은 자, 노인학대, 성폭력, 알콜중독, 파산 등 범죄 이력이 있는 자는 장기요양기관에 종사할 수 없음.
  - (신규사업 신청자의 기관 운영 능력) 자원관리 능력, 인력관리 능력, 전략 및 정책 수립여부 등 기관의 운영능력 전반에 대한 확인 필요
  - 지정요건 예시(안)
    - (대분류) 기관운영 - (중분류) 인적자원관리 - (소분류)3. 직원후생복지, 4. 직원교육
    - (대분류)기관운영 - (중분류) 정보관리 - (소분류)5.개인정보관리
    - (대분류)권리 및 책임 - (중분류) 기관책임 - (소분류)16.급여제공관련문서, 17.배상
- ※ 장기요양기관 평가지표의 중요 구조지표 가운데에서 선정 가능  
 ※ 기관운영, 환경 및 안전, 권리와 책임 지표 가운데 중요 구조지표가 지정 및 갱신요건으로 포함되면, 장기요양기관 평가에서 구조지표를 평가할 필요는 없음
- (신규사업 신청자 교육 선행) 일정기간 이상의 교육 이수 의무화. 단, 실무경험이 풍부한 자 등 일정요건을 갖춘 자는 제외(직무교육은 모두 해당)

#### ○ 지정 담당자 전문성 강화 교육 실시

- 강화된 지정요건대로 심사하고 지정요건 준수 여부를 판단할 수 있는 능력을 향상시킬 수 있는 교육 과정 이수 필요

#### ○ 지정 절차 강화

- 서류 심사, 장기요양기관을 설치·운영하려는 자와 종사인력의 관련 법률 위반 이력 심사, 직접 현장 방문 및 청취에 의한 현지 확인 절차 강화
- 광역시도 단위별 장기요양사업 운영계획(적정 장기요양기관 규모 등) 수립 필요

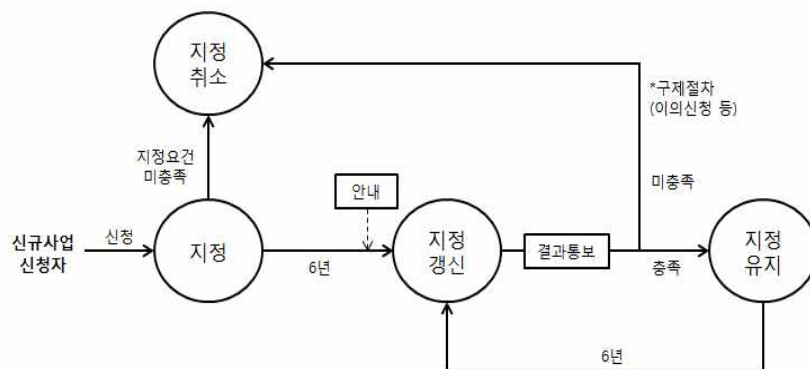
## ② 지정갱신제 도입

### ○ 지정갱신 체계 구축

- 심사주체 : 시군구(현행 지정 주체)
- 지정 유효기간 : 6년(평가주기 3년을 고려하여, 2회 연속 평가결과를 반영 하기에 적절)
  - 신규기관은 지정일로부터 기산
  - 기존기관은 법령 시행 후 6년 후부터 평가결과 등을 반영하여 갱신 시기 조정 → 1차 갱신 이후 6년 주기 적용
- 갱신요건(심사기준(안))
  - 지정 요건 준수 여부
  - 시설장(대표자) 및 종사인력 결격사유 확인
  - 기관 운영실적(장기요양기관 평가결과) 확인
  - 수급자 학대 등 관련 법률 위반 여부 확인
  - 행정처분 사후 조치 여부
  - 부정청구, 종사자 인건비 등 세무회계 기준 등 서비스 제공에 있어 부정 하거나 부당한 행위 확인
- 갱신방법
  - (대상) 모든 기관 대상
  - 지정 갱신제 실시 첫 해에는 업무수행 가능성을 고려하여 시설과 재가로 구분하여, 무작위 선정 또는 장기요양기관 평가 하위기관 우선 적용 등의 방안을 고려할 수 있음
  - (기관안내) 유효기간 만료일 90일 전까지 갱신 신청 안내
  - (심사내용) 갱신요건 적합 여부
  - (심사방법) 1차 서류 심사(제출서류, 평가결과, 관련 부처 신고내용 조회 등) → 2차 현장 실사

- (심사결정) 갱신요건 미달 기관 지정 취소, 서류 미제출 및 심사 거부 기관 지정 취소
- 구제절차 도입
  - (기관) 지정갱신을 받지 못한 기관은 1회에 한해 이의신청 등 구제 방안 마련
  - (수급자) 지정갱신을 받지 못한 기관 입소자에 대한 대책은 기관 폐쇄시 조지사향과 동일
- 갱신 절차
  - ① 대상기관 선정 및 통보 → ② 필요서류 제출 → ③ 서류심사 → ④ 현장실사 → ⑤ 종합심사 → ⑥ 갱신 통보 → ⑦ 구제절차 진행(퇴출 기관의 수급자에 대한 지원 논의)
- 지정갱신 계획 수립 및 홍보
- 지정갱신 실시
  - 장기요양기관 평가결과를 지정요건으로 반영하기 위해서는 '18년, '21년 시설급여 정기평가 이후부터 적용가능

[그림 8-9] 지정갱신제도 흐름도



## 마. 기대효과

### □ 장기요양서비스 질적 수준 향상

- 지정요건의 강화로 장기요양서비스를 제공하고자 하는 기관의 질적 수준이 진입 당시부터 향상
- 계속하여 장기요양서비스 제공을 원하는 기관은 지속적으로 서비스 질 향상을 위한 노력을 하게 되므로 일정 수준 이상의 서비스 질적 수준 유지 가능

## 2. 장기요양기관 평가체계 향상

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 장기요양기관평가가 장기요양서비스의 질적 향상이라는 궁극적인 목표를 달성하고 있는가에 대한 문제가 제도 시행 초기부터 지속적으로 제기
  - 그 동안의 개편과정에서 도출된 문제점과 개선점을 종합하여 장기요양에 특화된 합리적인 평가체계 확립 필요

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- '09년 평가 실시
  - '09년은 시설급여 평가(최초), '10년은 재가급여 평가
  - '09 ~ '10년 신청에 의한 일부평가
- '11년 모든 장기요양기관 대상 평가 실시(평가 의무화)
  - '09 ~ '14년까지 2년 주기 평가, '15년부터 3년 주기 평가
- '15년 수시평가 도입, 상대평가 → 절대평가로 전환
  - 정기평가결과 하위기관에 대하여 다음해 재평가
  - '15년 시설 정기평가결과 하위기관 '16년 재평가 최초 실시
- '16년 12월 장기요양기관 평가체계 개편방안(보건복지부 연구용역)
  - 유사지표 통합축소, 관찰 및 면담지표 도입, 외부평가자 참여 등
- '17년 5~6월 시설 평가지표 개선 현장적용 모의평가 실시
  - 120개소, 38명 참여
    - 면담·관찰 방식 도입으로 평가가 서비스 질 중심의 평가로 전환, 외부평

가자 투입으로 평가의 객관성 확보

- 타당성이 낮은 평가지표 재조정

#### □ 현황

##### ○ 장기요양기관 평가 의무화

- 국민건강보험공단은 2009년부터 장기요양기관 평가를 본격적으로 시작하였고, 2011년부터는 모든 장기요양기관의 평가참여를 의무화하였음.
- 평가의 종류
  - (정기) '15년부터 2년에서 3년 주기로 변경
  - ('15) 시설급여, ('16~'17) 재가급여, 2년으로 나누어 평가
  - (수시) 정기평가결과 하위기관에 대하여 다음해 재평가
    - ※ '15년 시설 정기평가결과 하위기관 '16년 재평가 최초 실시
- 평가사업 초기부터 평가체계 전반에 대한 대내외 문제 제기가 이루어짐에 따라 다양한 연구와 검토를 통하여 정책을 개선해 나가고 있음.

##### ○ 2017년 시설급여 제공기관 대상 모의평가 실시 및 평가

- 서비스 질 중심 지표 및 관찰평가 도입 등 평가지표 개선안의 타당성, 객관성 및 수용성 등 검증을 위해 외부평가자 참여 모의평가 실시
- 모의평가 실시 평가결과를 바탕으로 평가지표 재조정, 면담·관찰, 외부평가자 도입 검토중

#### □ 한계(문제점)

- 2011년 장기요양기관 평가가 의무화된 이후에 수시평가 도입, 상대평가에서 절대평가로 전환하는 등 제도개선을 해오고 있지만, 지금의 평가가 여전히 서류중심이기 때문에 구조와 과정 중심의 평가에서 결과중심의 평가로의 전환이 필요하다는 지적 존재
- 장기요양급여 평가결과에 따라 장기요양급여 비용을 가산 또는 감액 조정하여



지급할 수 있도록 되어 있음(법 제38조 제 3항). 우수기관을 대상으로는 인센티브를 지급하고 있는데, 이는 장기요양기관이 더 나은 평가결과를 받기 위해 노력함으로써 장기요양기관의 서비스 질적 수준이 향상될 것이라는 기대에서 출발한 것임.

- 하지만 우수기관을 대상으로 지급하는 인센티브 제도로 인하여 모든 장기요양기관의 평균적인 서비스 질적 수준이 향상되었다고 보기는 어려움. 또한 선진국 사례 참조시 우수기관에 대한 경제적 인센티브 이외에 다른 지원방안에 대한 검토가 필요함.

○ 평가결과 하위기관에 대해서는 다음해 재평가를 실시하여 서비스 질적 수준을 향상시키려는 방안은 있으나, 법에서 명시되어 있는 감산지급은 하고 있지 않음. 하위기관이 질적 수준을 향상시킬 수 있도록 지원하고 관리하는 방안에 대한 필요성이 제기됨.

#### 다. 해외사례<sup>56)</sup>

##### □ 독일

- 장기요양기관의 서비스 질 평가활동은 장기요양보험 조합으로부터 위임받은 MDK3가 수행
  - 2011년부터 모든 장기요양기관이 최대 1년 간격으로 평가를 받게 되었고 모든 평가는 사전 통보 없이 불시평가로 이루어짐.
  - 공급자에 대한 질 평가는 품질평가지침에 근거하여 이루어지며, 평가결과를 공개하도록 의무화함.
  - 평가 결과에 따라 5가지 등급으로 분류하며, 총점뿐만 아니라 영역별 점수에 대해서도 ‘매우 우수’, ‘우수’, ‘충분’, ‘적당’, ‘결함’으로 표시하여 이용자들의 이해를 높이도록 하였음.

56) 해외사례는 「이정석, 한은정, 이정면, 조정완, 권진희, 박종택(2013). 장기요양기관 시설급여 평가체계 개편방안」을 참고하여 요약, 정리함.

- 질 평가의 결과에 따라 증대한 서비스 결함이 발견되는 경우 해당 기관과의 장기요양급여계약을 취소할 수 있다는 규정을 명문화함으로써 보험자의 질 통제 권한을 강화함.

○ 입소시설 품질평가지침의 구성과 내용

- 기관에 대한 평가, 입소자에 대한 평가, 서비스 신청자(입소자 또는 가족수 발자 등)에 대한 만족도 평가(20개 항목) 등 모두 세 영역으로 구성
- 2009년 6월부터 결과 품질에 대한 평가를 강화

□ 영국

○ 영국의 의료 및 사회보장서비스를 규제하고 점검하는 독립된 공공조직으로서 설립된 Care Quality Commission (CQC)가 담당

- 모든 장기요양기관들은 공공 장기요양서비스를 제공하기 위해서는 반드시 CQC의 새로운 등록시스템에 등록해야 하는데, 이 때 기관들은 케어의 질 및 안전에 대한 필수기준(Essential standards of quality and safety)에 포함된 총 28개 결과(outcome) 기준 가운데 케어의 질 및 안전과 가장 직접적으로 관련된 16개 필수기준에 대한 충족 여부를 평가받게 됨.
- 컴플라이언스 모니터링(compliance monitoring)이라고 부르는 새로운 시스템은 구조와 과정 보다는 결과(outcomes)에 초점을 두고 있으며, 서비스를 이용하는 사람들의 견해와 경험을 그 중심에 둠.

○ 질과 안전을 위한 필수기준의 구성과 내용

- 대상자가 제공받은 케어의 결과로서 얻게 될 것이라고 기대되는 경험들을 포함하고 있는데, 정보제공 및 참여, 개별화된 케어, 치료 및 지지, 보호 및 안전, 직원(채용)의 적절성, 질과 관리, 관리의 적합성 영역의 28개 지표로 구성됨.

□ 미국

○ 미국 너싱홈들은 허가 요건(licensure requirements)과 서비스 질 수준

(quality conditions)을 충족해야만 제공한 서비스에 대하여 연방 정부로부터 비용을 보상받게 되는 두 가지 주요한 방식에 의하여 감독을 받고 있음.

#### ○ 연방정부에 의한 질 관리

- 메디케어와 메디케이드 인가 너싱홈에 대해 최소정보군(Minimum Data Set, MDS)을 의무적으로 사용하도록 하고 있는데, MDS는 너싱홈 입소자 전체에 대한 케어플랜과 질 성과를 모니터링하기 위하여 개발된 입소자 기능 상태 평가도구(Resident Assessment Instrument, RAI)를 이용하여 수집된 정보 데이터베이스임.
- CMS는 너싱홈에서 주기적으로 평가하는 MDS 자료를 이용하여 환자를 자원소모량에 따라 분류(Resources Utilization Group version III; RUG-III)하여 분류군별 일당 정액수가를 결정하고, 기관별 질 지표를 산출하여 소비자 정보공개 실시하고 있음.
- MDS 실행 후의 변화
  - MDS에 포함된 많은 과정지표들의 질적 수준 향상(유치도노관과 신체제한 이용 감소 및 사전의사결정서 이용 증가 등)
  - 낙상, 욕창, 영양결핍 등과 같은 서비스 질 결함을 나타내는 문제들의 발생 감소, 입소자의 건강수준 향상

#### ○ 주정부에 의한 질 관리

- 주정부는 연방정부 기준에 따라 모든 너싱홈에 대하여 감사 또는 연구를 매 9개월 ~ 15개월 마다 실시하며, 기관에게는 미리 알려주지 않고 방문조사
- 환자 권리, 입원·이동·퇴원 권리, 환자의 행동증상과 시설 실무, 삶의 질, 환자 평가, 서비스의 질, 간호 서비스, 영양 서비스, 의사의 서비스, 재활 서비스, 치과 서비스, 약제 서비스, 감염 관리, 물리적 환경, 관리 운영, 검사, 기타 서비스 등 17개 영역의 190개 규정(requirement)에 대하여 준수여부 판단
- 규정 미준수의 정도에 따라 개선계획 제출, 새로운 입원환자에 대한 지불보상 금지, 허가 취소, 벌금 등 후속조치가 달라짐.

## 라. 정책과제

### ① 평가자에 외부전문가 투입 방안 추진

- 시설운영 경험자, 학계전문가 등 외부전문가를 2018년 시설평가부터 참여('17년 모의평가 시범적용 결과 반영)
  - (기존)공단직원 2명(2인 1조)로 평가→('18~)공단직원 2명+외부평가자 1명(3인 1조)로 평가
  - 외부평가자 선정기준, 참여 범위, 인력 모집, 교육 등 기준 마련 필요

### ② 평가업무 전반에 대한 이해당사자의 의견수렴을 위한 '평가협의체(가칭)'구성·정기적 운영

- 평가협의체 구성('18)
  - 구성 : 제도 운영(복지부, 공단), 기관 지정(지자체), 서비스 종류별 제공자(기관장), 이용자(보호자, 시민단체), 학계전문가 등 관련 이해당사자
  - 기능 : 평가 내용 및 방법, 평가 결과 활용, 정보공개 등 평가업무 전반에 대하여 의견을 수렴하고 정책에 반영
- 평가협의체 운영('19~)
  - 정기적 운영(2회/연)
  - 정기평가 계획 수립, 평가결과 공개 전에 추가 운영

### ③ 평상시 질적 수준 평가(평가일 7일전 공고 폐지)

- 장기요양기관의 평가일정 통보일로부터 평가 당일까지의 기간 동안의 평가준비로 인한 업무 부담을 줄이고 평상시의 질적 수준을 평가할 수 있도록 전환
  - 즉, 정기평가를 일정 통보 방식에서 일정을 통보하지 않고 평가하는 방식으로 전환함. 단, 재가장기요양기관의 경우는 평가일 24시간 전까지 일정 통보하도록 함.
  - (현재)공단은 정기평가 또는 수시평가 개시 30일 전까지 평가대상, 평가기간, 평가방법 및 절차 등에 대한 계획을 공고하도록 되어 있음.

- 홍보 및 운영방식 검토('18~'19)
- 시설급여 수시평가 시 시범적용 및 보완('19~'20)
- 시설급여 정기평가부터 본격 실시('21~)

#### ④ 평가시스템 전산화

- 서류중심의 평가, 구조중심의 평가라는 이미지에서 탈피하고, 과정, 결과중심의 평가를 할 수 있는 체계 구축을 위하여 평가시스템을 전산화 함.
  - 구조지표를 장기요양기관 지정요건으로 추가 필요
- 장기요양기관이 수급자에게 제공한 급여 내역과 수급자의 건강 및 기능상태 등의 정보를 파악할 수 있는 전산시스템 개발 및 시행(※청구시스템과 연계 필요)
  - 콘텐츠 개발 및 운영 방안 결정 : 연구용역('19)
  - 전산시스템 구축, 시범적용 및 평가('20)
  - 시설급여 정기평가부터 본격 실시('21~)

#### ⑤ 평가결과에 대한 실효성 있는 피드백

- 우수기관 대상의 금전적 인센티브 지급 폐지
  - 인센티브 지급 수준 단계적 인하('19)
    - 초기에는 상위 10%기관에 전년도 공단부담금의 5%를 지급하였으나, 최근에는 평가결과에 따라 05%~2%의 수준으로 지급
  - 인센티브 지급 방식 전환에 대한 홍보(금전적→비금전적)('20~)
  - 인센티브 지급 폐지('21~)
- 우수기관 대상의 비금전적 인센티브 지급
  - 2회 연속 우수기관은 차기 정기평가 대상에서 제외('21~)
- 하위기관 대상 컨설팅 지원
  - 우수기관 대상 인센티브 지급을 폐지하고, 그 비용을 하위기관의 서비스 질적 수준 향상을 위한 컨설팅 경비로 지원

- 장기요양서비스 질 상향평준화를 위한 컨설팅 대상, 내용 및 범위, 방법(공단/외부업체 위탁) 결정('18)
  - 재가급여 정기평가 시 시범적용 : ('19~'20)
    - 컨설팅 제공 후 일정기간 후에 재평가 실시
  - 시설급여 정기평가부터 본격 실시('21~)
- 하위기관 대상 패널티 부여
- 정기평가 결과 2회 연속 하위기관은 지정갱신 탈락 요건으로 활용('22~)
    - 적용시기는 지정갱신제 추진에 따라 달라짐.

#### 마. 기대효과

- 평가의 객관성 및 수용성 제고, 장기요양기관의 평균 서비스 질적 수준 상향 조성
- 불시평가 시행으로 평상시의 장기요양기관의 서비스 질적 수준을 파악할 수 있음. 이로 인해 평가를 위한 평가가 아닌 평가로 인해 서비스 질적 수준이 향상될 것을 기대
- 장기요양기관이 수급자에게 제공한 급여내역과 수급자의 건강 및 기능 상태에 관한 정보를 입력함으로써 공단이 지급한 급여비용으로 장기요양기관이 수급자에게 제공한 서비스 제공 내용과 과정을 파악할 수 있고, 결과지표 분석으로 기관의 서비스 질적 수준 평가 가능

## 제4절 공공인프라 및 인력수급체계 정비

### 1. 공공인프라 확대

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 장기요양 인정자, 이용자의 급격한 증가가 예상되는 상황에서 장기요양기관과 인력수요에 대한 전망이 부재하고 수급체계에 대한 방향성이 부재함.
  - 지자체의 지역 여건과 역량, 환경에 따라 장기요양기관·인력의 수급에 격차 및 불안정
    - 지역의 장기요양기관 및 인력 수급체계를 관리할 수 있는 기전이 부재하고, 지역장기요양기관 및 인력 수급과 관련된 정보제공도 미 실시
    - 지역별 장기요양기관과 인력의 수급격차 해소를 통해 서비스 이용자의 수급권 보장 필요
  - 장기요양보험제도 도입 시 인프라 부족 우려로 민간주도의 장기요양기관 공급이 이루어지면서 과다 경쟁에 의한 서비스 질 하락, 지역 간 인프라 불균형, 이용자 서비스 접근성 저하 등 초래
    - 장기요양서비스의 공공성 강화를 위한 공공인프라 확대를 통해 서비스 취약지역 문제를 해소하고 표준화된 서비스 제공기전을 확보함으로써 장기요양서비스 질 개선 필요

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- 노인인구와 지역특성을 고려한 기관·인력 확충 필요성을 노인장기요양보험법에 규정
  - 노인장기요양보험법(국가 및 지방자치단체의 책무 등) 제4조 3항“국가 및

지방자치단체는 노인인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야한다” <신설 2016.5.29.>

- 매년 국·공립시설이 설치되고 있지만 소수에 불과하여 수요증가에 부응하지 못하고 있다고 판단

〈표 8-28〉 국·공립시설 설치 현황(2008.7.~2016.12.)

(단위 : 개소)

구분(지방자치단체)			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
계		278	138	25	38	26	16	11	11	9	4
시설	요양시설	115	61	12	19	8	2	5	4	4	-
	공동생활가정	12	3	2	2	2	-	1	1	1	-
재가	단기보호/주야간보호	135	61	11	17	14	14	5	6	3	4
	방문요양/방문간호	16	13	-		2	-	-	-	1	-

주 : 폐업시설 포함

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- (‘14.11) 건강보험공단 직영 서울요양원 개원

- 장기요양보험 표준서비스 및 적정수가 개발 등 표준모델을 제시함으로써 장기요양보험의 서비스 수준의 향상을 목표로 제시

- 공공 장기요양기관에 대한 논의는 일부 있었으나 구체적인 추진계획이나 노력은 부재한 상황

#### □ 현황

- 재가 장기요양기관은 구 지역이 연 평균 1,075개씩 증가한 반면 시 지역 378개, 군 지역 163개가 증가하는데 그침. 시설 장기요양기관도 구 지역이 연평균 204개씩 증가한 반면, 시 지역 136개, 군 지역 52개씩 증가하여 대체로 대도시 증가가 뚜렷함(국민건강보험공단 내부자료).



〈표 8-29〉 장기요양기관 연도별 증감현황

(단위 : 개소, %, 2016.12.31. 현재)

구분			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	평균증가
재가	방문 요양	시	1,789	3,025	2,937	2,671	2,664	2,724	2,887	3,240	3,378	3,473	187
		군	713	1,201	1,311	1,275	1,216	1,212	1,241	1,334	1,459	1,484	86
		구	1,769	4,217	4,914	4,763	4,620	4,684	4,930	5,494	6,235	6,353	509
	방문 목욕	시	1,279	2,324	2,375	2,217	2,212	2,259	2,369	2,636	2,733	2,777	166
		군	508	887	1,013	1,008	959	953	946	1,004	1,084	1,102	66
		구	1,155	3,066	3,906	3,937	3,857	3,934	4,153	4,604	5,140	5,238	454
	방문 간호	시	273	301	238	212	195	195	204	204	197	204	-8
		군	92	103	94	77	63	60	59	57	58	59	-4
		구	248	382	407	403	368	342	322	312	343	358	12
	주야간 보호	시	364	425	445	449	453	503	619	756	848	894	59
		군	125	194	205	215	215	235	255	297	354	382	29
		구	307	487	623	657	663	689	813	962	1,208	1,279	108
	단기 보호	시	307	586	66	72	76	100	89	87	77	68	-27
		군	141	262	35	34	37	38	28	26	22	20	-13
		구	233	520	98	128	144	230	205	186	168	158	-8
	소계	시	4,012	6,661	6,061	5,621	5,600	5,781	6,168	6,923	7,233	7,416	378
		군	1,579	2,647	2,658	2,609	2,490	2,498	2,529	2,718	2,977	3,047	163
		구	3,712	8,672	9,948	9,888	9,652	9,879	10,423	11,558	13,094	13,386	1,075
시설	공동 생활 가정	시	160	441	583	648	707	829	858	848	796	801	71
		군	70	158	234	276	296	316	299	299	291	289	24
		구	85	335	526	648	736	1,005	997	1,001	963	960	97
	노인 요양 시설	시	734	751	958	928	1,005	1,048	1,159	1,264	1,291	1,320	65
		군	347	430	536	565	564	546	549	576	591	593	27
		구	304	513	914	996	1,018	904	1,005	1,095	1,255	1,268	107
	소계	시	894	1,192	1,541	1,576	1,712	1,877	2,017	2,112	2,087	2,121	136
		군	417	588	770	841	860	862	848	875	882	882	52
		구	389	848	1,440	1,644	1,754	1,909	2,002	2,096	2,218	2,228	204

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2016년말 기준).

○ 2009~2016년까지 장기요양 종사자의 변화를 살펴본 결과 요양보호사는 구 지역에서 연평균 2만 7,155명이 증가한 반면에 군 지역은 4,046명의 증가에 그쳤으며, 다른 인력도 동일한 경향을 보임(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 8-30〉 장기요양종사자 연도별 증감현황

(단위 : 명, 2016.12.31.현재)

직종	구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	평균증가
요양 보호사	소계	188,457	249,037	256,363	259,165	284,539	301,147	339,874	373,209	42,032
	시	53,910	65,022	67,741	69,393	75,681	81,332	91,354	99,528	10,831
	군	21,596	28,192	28,644	29,761	33,387	34,219	37,555	40,516	4,046
	구	112,951	155,823	159,978	160,011	175,471	185,596	210,965	233,165	27,155
사회 복지사	소계	4,946	5,697	5,843	6,199	6,720	10,185	12,378	14,721	1,642
	시	1,548	1,627	1,752	1,880	2,068	3,232	3,933	4,692	527
	군	787	895	909	985	998	1,492	1,819	2,109	218
	구	2,611	3,175	3,182	3,334	3,654	5,461	6,626	7,920	898
간호사	소계	3,119	2,969	2,836	2,731	2,616	2,651	2,653	2,719	40
	시	1,020	875	856	850	810	846	843	860	17
	군	396	387	354	312	288	295	291	296	-15
	구	1,703	1,707	1,626	1,569	1,518	1,510	1,519	1,563	38
간호 조무사	소계	3,904	5,008	5,762	6,364	7,255	8,923	8,481	9,146	1,004
	시	1,377	1,631	1,922	2,106	2,370	2,625	2,936	3,176	346
	군	761	970	1,144	1,184	1,278	1,303	1,386	1,463	139
	구	1,766	2,407	2,696	3,074	3,607	4,995	4,159	4,507	519
총 합계		200,426	262,711	270,804	274,459	301,130	322,906	363,386	399,795	44,718

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2016년말 기준).

○ 국가가 설립한 재가 및 시설 장기요양기관은 2016년 기준 전무하며, 지방자치 단체가 설치, 운영하는 재가 장기요양기관은 154개, 시설 장기요양기관은 105개로 각각 0.7%와 2.0%에 불과함(국민건강보험공단 내부자료).

- 공공인프라 부족으로 장기요양공급에 있어서 민간공급에 대한 적절한 견제가 불가능하고 건전한 경쟁관계도 성립 불가능

〈표 8-31〉 설립주체별 재가 및 시설현황(2016년말 기준)

(단위 : 개소, %)

구분		설립주체별									
		국가		지방자치단체		법인		개인		기타	
		기관수	비율	기관수	비율	기관수	비율	기관수	비율	기관수	비율
재가	방문요양	0	0	33	0.3%	1,510	13.6%	9,477	85.6%	52	0.5%
	방문목욕	0	0	19	0.2%	1,095	12.2%	7,805	87.1%	38	0.4%
	방문간호	0	0	4	0.7%	96	16.1%	492	82.3%	6	1.0%
	주야간보호	0	0	93	3.9%	851	35.3%	1,456	60.4%	10	0.4%
	단기보호	0	0	5	1.9%	56	21.0%	205	76.8%	1	0.4%
	소계	0	0	154	0.7%	3,608	15.5%	19,435	83.4%	107	0.5%
시설	공동생활가정	0	0	11	0.5%	207	10.1%	1,825	89.0%	7	0.3%
	노인요양시설	0	0	94	3.0%	1,200	38.3%	1,835	58.5%	8	0.3%
	소계	0	0	105	2.0%	1,407	27.1%	3,660	70.6%	15	0.3%

주 : 재가기관은 개별 서비스별 운영 중인 기관수로, 서비스간 중복이 배제되지 않음.

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2016년말 기준).

- 재가급여 종류별 미개설 지역을 살펴보면 방문목욕 1개 지역, 방문간호 64개 지역, 주야간보호 3개 지역, 단기보호 149개 지역이 해당되며, 시설급여 제공 기관은 전 지역에 설치되어 있었음(국민건강보험공단 내부자료).

〈표 8-32〉 장기요양시설 미설치 지역현황(2016년말 기준)

(단위 : 개소)

구분	재가						시설		
	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	소계	공동생활가정	노인요양시설	소계
미개설지역(시군구)	0	1	64	3	149	217	0	0	0

자료 : 국민건강보험공단 내부자료(2016년말 기준)

## □ 한계(문제점)

- 민간이 주도하는 장기요양기관 설립과 인력양성에 대한 공공개입의 한계 존재
- 지방자치단체의 부족한 행정력으로 기관·인력 수급체계 대응의 한계와 공단 개입의 어려움
  - 지역별 장기요양기관 및 인력의 수급체계에 대한 데이터 기반 정책개발 노력 미비

- 장기요양서비스 인프라 측면에서 공공성의 역할과 한계에 관한 사회적 합의가 부재하고, 공공인프라의 확대 비중과 역할에 대한 명확한 규정이 없어 추진계획 마련의 한계
  - 공공인프라 확대 시 민간 장기요양기관 등 이해관계자의 반발이 우려되고, 공공과 민간기관에 근무하는 장기요양인력에 대한 처우와 제공서비스 질 차이로 인력과 이용자 모두 불만 우려

#### 다. 해외사례

##### □ 일본<sup>57)</sup>

- 일본은 정부주도의 시설인력인프라 확충을 위한 장기 계획을 수립하여 체계적으로 추진하고 있음.
  - 일본은 개호보험제도 도입 이전에 골드플랜과 신골드플랜을 통해 시설 및 인력 인프라 확충의 목표치의 제시하고 추진함으로써, 선 인프라 구축, 후 보편적인 사회보험제도를 도입함.
- 중앙정부에서 지자체가 인프라 확충 및 억제에 근거로서 활용할 수 있는 명확한 기준으로서 평균 인프라 개념을 적용한 가이드라인을 제시함.
  - 현재는 규제철폐차원에서 폐지되었으나 전국 평균치에 따른 참작표준을 활용하여 인프라의 총량을 규제하는 방식임<sup>58)</sup>.
- 장기요양 인프라 중에서 재가가 아닌 시설급여 제공기관을 중점 대상으로 선정하여 관리하였음.
  - 참작표준은 각 지역의 시설 및 거주계서비스의 이용자수와 경증을 제외한

57) 일본사례는 1) 厚生労働省(2004), 介護保険制度改革の全体像-持続可能な介護保険制度の構築, 2004 2) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(2014.6), 3).厚生労働省(2015). “福祉・介護人材確保対策について” 등을 참고하여 작성함.

58) 일본의 지역밀착형 개호노인복지시설은 설치의 책임이 도도부현이 아니라 시정촌에 주어져 있기 때문에 시설 설치의 허가는 신고에 의해서만 이루어지는 것이 아니라 시정촌의 해당관할지역에 설치되어있는 시설의 양을 기준으로 조정되기 때문에 시설에 대한 허가가 나지 않을 수도 있음(국민건강보험공단·한국보건사회연구원. 2013. 장기요양 인프라 미래지향적 발전방안)

요개호 2에서 5의 요개호인정자수를 토대로 계산하였음. 신골드플랜 이후, 재택개호의 충실이라는 정책목표를 밝히고 있는 만큼, 재가급여보다는 시설급여제공 인프라를 중점 관리함으로써 재가급여 이용을 유도하였다고도 볼 수 있음. 현실적으로 재가급여는 수요에 대하여 탄력적으로 공급을 조정할 수 있는 여지가 크므로, 상대적으로 단기간에 조절이 어렵고 수요를 유발할 가능성이 높은 시설급여를 중점 관리하는 편이 효과적일 것임.

- 어떠한 지역의 ‘필요입소(이용) 정원 수’에 대한 일종의 가이드라인을 제공하는 것으로 구체적인 수식은 아래와 같으며, 2012년 현재 37%를 제시하고 있음.

$\text{시설 및 거주계서비스의 이용자수} / \text{요개호인정자수(요개호 2~5)} \leq 37\%$
--

- 장기요양서비스의 조정기구를 지역단위로 설치하고, 서비스의 구성과 양을 관리하고 있음.
  - 지역포괄케어시스템으로 대표되는 지역기반의 조정 기전을 마련하고 있는 것으로 이를 통해 지역 특성을 반영한 인프라의 적정구성 확보와 활용, 재가의 역할 지원 및 강화를 도모하고 있음.
- 한편, 일본 역시 개호노동에 대한 사회적인 평가가 낮고 평균임금도 다른 산업과 비교하여 상당히 낮아 인력난을 겪고 있는 상황
  - 개호노동은 가정부가 하는 일이라는 인식과 월급여성 임금으로 전산업 평균 33만엔과 비교하여 개호노동자는 21.3만엔으로 커다란 격차가 발생하고 있으며, 근무형태도 개호노동자는 비정규직이 46%로 전산업의 비율 33.4%보다도 높음.
- 이에 따라 일본은 2008년 5월 28일 법률 제44호를 통해 ‘개호종사자 등의 인재확보를 위한 개호종사자 등의 처우개선에 관한 법률’을 제정
  - 법 조문에서는 “정부는 고령자 등이 안심하고 생활할 수 있는 사회를 실현하기 위해 우수한 개호인력을 확보해야 하며 이를 위해 2009년 4월 1일까지 개호종사자 등의 임금수준과 처우개선을 위해 필요한 시책을 강구한다”고 명시

- 이후 ‘지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보의 촉진에 관한 법률(14.6)’이 제정된 바 있으며, ‘후생노동성이 발표한 개호인재확보 정책(15.2)’에서는 종합적·계획적인 추진을 위해 기본적인 방향으로서 양적 확보와 질적 향상의 양 측면을 제시함.
- 구체적으로는 2025년까지 도도부현(우리의 시군구)의 수급추계를 기초로 개호사업계획을 연동한 계획을 추진하고, 제한된 인재를 효과적으로 활용하기 위해 능력과 역할을 분담한 인재의 조합과 양성을 추진하여 양질의 팀케어를 제공할 수 있는 체계를 구축함. 한편 지역 마다 관계주체의 연대와 협동체계를 구축하여 지역의 실정에 대응한 효과적 대책을 추진하는 등의 정책 방향을 제시함.
- 사회보장제도개혁국민회의에서 개호직원 등의 인재확보 필요성을 제시하고, ‘개호인재 확보 방안’ 추진
  - 개호인재 확보를 통한 질 높은 개호보험서비스 제공을 위해 개호인재양성, 경력개발 체계 확립, 근무환경 정비·개선, 처우개선을 종합적으로 계획 및 추진
  - (처우개선) 기존의 교부금 방식을 ‘개호직원처우개선가산’으로 변경하고(‘12.4월~), 시설장 등 관리자의 인식제고를 위한 연수 실시
- 2015년 이후 약 10년 간의 지속적인 개호인재확보대책 마련
  - 2025년 215만명이 공급될 것으로 보았으나, 수요는 253만명으로 그 차이인 약 37만명의 추가 확보를 위해 2015년 이후 약 10년 간의 지속적인 개호인재확보대책을 마련
  - 도도부현 단위의 복지인재센터가 중심이 되어 지역의 개호복지사를 시작으로 한 복지·개호인재의 확보를 추진한다는 내용 포함

#### □ 미국 및 기타 유럽 국가<sup>59)</sup>

59) 「최은영, 권순만, 김찬우, 강주희(2005), OECD국가의 노인장기요양서비스 체계비교와 정책적 함의」를 참고하여 요약, 정리함.

○ 독일, 네덜란드, 영국은 공공-민간 혼합 제공체계를 채택하고 있음. 스웨덴, 덴마크는 공공중심 제공체계를 채택하고 있음. 미국은 민간중심 제공체계를 채택하고 있음.

- 북구유럽식 장기요양제도는 관리책임은 지방정부에 있고, 사례관리자(case manager)가 수혜자에게 필요한 서비스를 결정하며, 장기요양서비스는 주로 공공요양기관이 제공하거나 혹은 지방정부와 계약을 맺은 민간요양기관이 독점적으로 제공함.

○ 공급의 변화 및 민간공급 참여 유도방식을 각 국가의 경우에 따라 살펴보면,

- 독일은 장기요양보험의 도입 자체가 민간 영리 및 비영리 조직의 참여를 유도하는 것이었음. 수가책정 등에서 공공기관과 차별이 없었고 소비자가 장기요양 서비스를 이용할 수 있도록 소비자의 재정을 보조해주었으므로 민간기관이 운영될 수 있을 만큼의 안정적인 수요를 확보할 수 있었음. 장기요양보험이 도입되기 전 독일에서는 비영리 자선, 복지 기관들이 장기요양 서비스 제공에서 중추적인 역할을 하였음. 이들 기관에 대한 정부의 보조금 지급과 특별 대우는 여타 영리공급자들에게는 진입장벽으로 작용하였음. 그러나 장기요양보험 도입을 계기로 비영리공급자에게 주어지던 모든 특별 대우가 폐지되었음.
- 네덜란드는 이용자가 현금급여와 현물급여를 선택할 수 있으며, 케어 오피스(Care office)가 이용자와 공급자의 중간 역할을 하여 이용자를 대신해 공급자와 계약을 할 수 있게 함으로써 공급자간 경쟁을 유도하고 수요자 중심 서비스 공급을 확대하려 하고 있음.
- 스웨덴 장기요양에 대한 민간공급시장은 9개의 큰 회사가 70% 정도의 점유율로 지배적 역할을 수행하고 있음. 이들 회사는 자신의 시설을 건립하고 지방정부와 장기요양계약을 하면서 급증하였음. 지방정부는 바꾸쳐로 민간과 공공제공자 사이에서 선택이 가능하도록 하고 있음.
- 영국은 1980년대에는 공공부문이 요양 공급의 63%정도 비중을 차지했으나, 민간 공급자에 대한 보조금(supplementary benefit)과 지방정부의 민

영화 선호정책으로 민간 비중이 증가하여 1996년에는 너싱홈의 4분의 3정도가 민간부분이 되었고, 주거 시설의 절반 이상이 민간소유가 되었음. 이처럼 1980년대 민간 장기요양 사업자가 장기요양 서비스에 진입하는 것이 촉진되어 민간 케어 홈 등이 다수 설립되었으나 지방정부가 재정 압박에 직면하면서 민간 너싱홈 및 거주 홈에 제공하는 보조금을 적게 책정하게 되어 많은 민간 시설이 폐업하기도 하였음.

○ 공공 공급자의 역할은 우선적으로 시장 실패가 생기는 분야에서 그 중요성이 더욱 커짐. 보건의료에 비해 그 가능성이 적기는 하지만 장기요양서비스 역시 소비자 무지, 독점의 문제 등 시장실패의 가능성이 있음.

- 특정 지역에 독점 사업자가 생기면 가격 상승, 서비스 공급 저하 등 사회 후생 손실이 발생할 우려가 있음. 이를 완화하는 선의의 대리자 역할을 공공 공급자가 수행할 수 있을 것임. 또한 소비자 무지에 대한 문제점을 경감하기 위해 요양표준지침(guideline)의 마련과 실행, 소비자에게 정보 제공 등의 역할을 공공 공급자가 선도적으로 수행할 수 있을 것임.
- 또한 형평성 제고와 사회안전망 구축을 위한 역할을 수행할 수 있음. 비록 장기요양에 대한 공적 재정 체계가 갖추어졌다하더라도 여전히 취약계층은 존재하고 본인부담금 등에 의해 사각지대는 존재할 것이며 이들의 구매력은 다른 계층보다는 떨어질 수 있음.

○ 비영리 민간 공급자는 공공 공급자와 영리 민간 공급자의 중간자적 역할을 수행할 수 있음. 영리 민간 조직이 소홀히 할 수 있는 공익적 역할을 수행하되 공공 조직보다는 좀 더 효율적이고 질 높은 서비스를 제공할 수 있을 것임(최은영 외, 2005).



〈표 8-33〉 장기요양서비스 제공의 공공, 비영리 민간, 영리민간비율

(단위 : %)

국가	시설서비스				가정서비스			
	공공	비영리	민간영리	민간	공공	비영리	민간영리	민간
독일(1999)	12.2	54.2	n.a	33.6	2	47.2	n.a	50.9
일본(1996)	10	90	n.a	0	50.4	33.8	n.a	5.6
스웨덴(2001)	87.6	n.a	12.4		92.2	n.a	12.4	n.a
덴마크(2000)	72	28	n.a	0	n.a	n.a	n.a	n.a
영국	8	n.a	92	n.a	36	n.a	64	n.a
미국	6.7	n.a	93.3	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

자료 : 최은영, 권순만, 김찬우, 강주희(2005), OECD국가의 노인장기요양서비스 체계비교와 정책적 함의, 한국보건사회연구원.

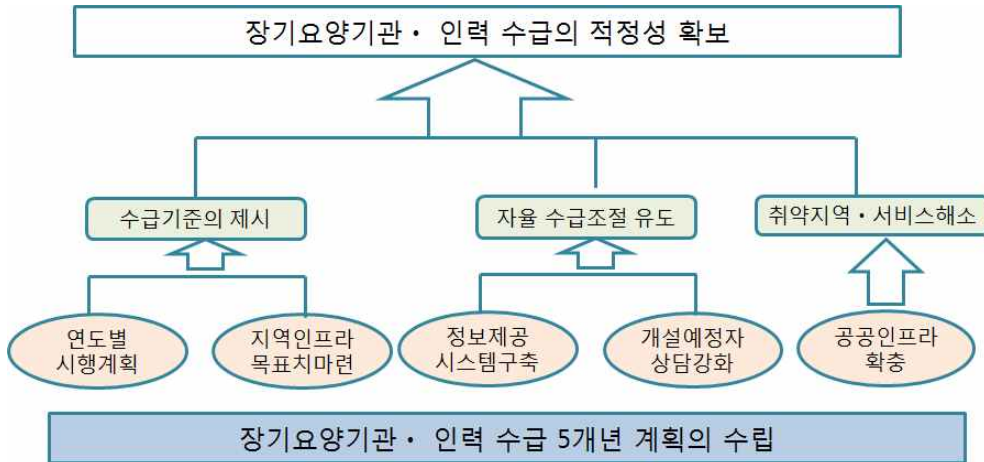
〈표 8-34〉 주요국가의 장기요양공급체계 요약

국가	공급체계
독일	-공익단체가 주로 서비스를 제공하고 국가나 지방정부가 이를 보완하는 구조임. 1995년 장기요양 보험이 도입되면서 민간 영리 사업자나 비영리 민간 조직 등의 진입이 촉진됨. -장기요양 서비스에 진입할 수 있는 기업·회사의 형태에는 제한이 없어 영리·비영리에 상관없이 진입하는 것이 가능하고 장기요양금고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족한 모든 장기요양서비스제공자에게 요양기관의 자격을 인정해 주며 조건을 충족한 공급자와의 계약을 거부할 수 없음.
일본	-비영리 조직이 지배적(90%의 너싱홈이 비영리 민간 공급임)이며 최근까지 영리민간 조직은 너싱홈을 운영하지 못하게 되어있음. 지역사회요양서비스의 경우 영리공급자 가능
네덜란드	-전통적으로는 수혜자 주변의 가족, 이웃이나 민간단체와 종교의 종파별로 조직된 민간 비영리 단체가 활약해왔음. 공적인 재정 체계가 도입되면서 지방·중앙 정부에 의한 공적 제공이 시작되지만 이런 전통이 여전히 남아 현재에도 주로 비영리 민간 조직에 의해 공급됨. -네덜란드는 법에서 장기요양보험 기금에 대한 영리 제공자의 접근을 제한하고 있기 때문에 장기요양에 대한 영리 제공자는 적은 비중을 차지하고 있음
스웨덴	-1990년대 초까지는 지방 정부가 독점적으로 장기요양 서비스를 제공해왔으나 그 이후에 민간 위탁이 증가하고 있음. -특별 주택이나 가정 서비스에는 특별한 진입 규제가 없어 기업, 재단, 협동조합 등이 공급자가 되는 것이 가능한데 다만 지방자치체로부터 민간 사업자가 위탁받기 위해서는 개설 인가를 지자체에게 받는 것이 필요함
영국	-장기요양을 포함한 복지 서비스 제공은 전통적으로 지방자치체의 역할로 받아들여지고 있었으나 1990년대 이후 민간 위탁이 증가하고 있음(민간 사업자의 대부분은 비영리 사업자임)
미국	-영리 민간 제공의 비율이 높음(너싱홈의 3분의 2가 영리 민간 소유). 주 별로 공급 체계가 차이가 남.

자료 : 최은영, 권순만, 김찬우, 강주희(2005), OECD국가의 노인장기요양서비스 체계비교와 정책적 함의, 한국보건사회연구원.

## 라. 정책과제

[그림 8-10] 장기요양기관 수급지원체계 구성 추진 방향



### ① 장기요양 기관·인력 지역 균등화 추진계획의 마련

- 정부주도로 장기요양수요 증가에 따른 지역별 기관 및 인력 인프라 확충계획을 수립하여 추진
  - 장기요양기관·인력 지역수급체계 및 확충계획을 5년 단위로 수립하고, 연도별 시행계획 수립 및 추진. 매년 기관·인력 확충 및 지역균등 분포에 대한 실태를 점검하고 평가하며 연도별 시행계획 개선
    - 시군구 및 시도별 장기요양서비스계획을 작성하여 지역사회보장계획 및 지역보건의료계획 수립에 포함 또는 별도 운영하는 방안 검토필요
    - 4기('19~'22) 계획 수립을 앞두고 있는 시점 고려

### ② 기관·인력 수급체계 목표치 마련과 실행, 억제근거의 마련

- 기관·인력 인프라 확충의 목표치를 제시하고 추진하여 지역 간 균형과 적정수준의 확보 추진

- 정부차원에서 장기요양 서비스 제공을 위한 지역권역을 설정하고 권역별 기관·인력 수급 목표치의 제시로 서비스 제공에 적합한 기관·인력 확보체계 마련
- 지역별 평균 장기요양기관 및 인력 등의 개념을 적용한 적정 기관·인력 가이드라인을 제시하여 인프라의 총량 관리
- 지역 내 노인인구수, 인정자수, 노인성질환자 수 등 수요를 반영하여 합리적인 지역별 장기요양기관·인력 등 인프라 가이드라인 제시

### ③ 장기요양기관 개설 예정자 지방자치단체 상담조치 근거 마련

- 장기요양 개설 예정자가 설치 지역 담당자와 상담하도록 하고, 지나친 과잉공급 등 필요한 경우 개설을 불허할 수 있도록 함.
  - 개설 예정자 지방자치단체 상담의무화를 법령에 명시하고, 지역 내 시설 포화 등 지역에 개설을 불허할 수 있는 경우와 이유를 명확히 제시

### ④ 기관·인력 정보제공 시스템 구축 및 제공

- 지역별 장기요양 개설 관련 정보(수요자, 공급자 경쟁 등)제공을 위한 포털시스템 구축
  - 장기요양기관 개설 예정자와 장기요양인력이 지역별 정보를 확인하고 서비스 제공시장에 진입하여 서비스 제공시장의 혼란을 최소화할 수 있도록 지원
  - 지역별 장기요양기관 및 인력현황, 시도별 노인인구, 등급별 인정자 수 등 제공 ※ 행복 e음시스템 및 노인장기요양보험 홈페이지 등 활용
    - 현재 장기요양기관의 인력 및 시설 변동사항에 대한 정보를 지자체만이 아니라 보험자인 국민건강보험공단에도 제공하여 효율적으로 공유·활용할 수 있도록 관련 규정 개정 및 시스템 개선

### ⑤ 공공인프라 확대추진

- 공공인프라 확대추진계획의 수립

- 장기요양서비스 인프라 공공성 강화방안을 수립하고, 공공인프라 확대의 방법, 규모와 수준, 재원 등을 마련

○ 공공인프라 확대사업 추진

- 공공인프라는 장기요양서비스 공급이 부족한 취약지역과 민간기관이 제공할 기피하는 취약서비스를 우선적으로 확대 추진
- 기존 장기요양기관의 매입과 직접 설립 등을 통한 공공인프라 확대를 추진하고, 공공장기요양기관이 공공성을 담보할 수 있는 역할을 부여하여 실질적으로 공적기능을 수행하도록 설계
- 지방자치단체가 지역수요와 특성, 환경을 고려한 지역형 공공인프라 모형 개발 및 설립·운영을 할 수 있도록 유도

○ 공공인프라 관리방안과 공공인프라의 역할 설정

- 장기요양서비스 질 개선을 유도하기 위한 표준화된 서비스 모형개발 및 보급, 민간 장기요양기관의 질 개선 참여를 유도하고, 장기요양서비스 질 개선을 주도하는 공공인프라 역할계획 추진

## 마. 기대효과

□ 장기요양서비스 지역별 기관·인력 분포의 적정성 확보를 통한 서비스 이용자 접근성 개선

□ 장기요양서비스 제공의 공공과 민간의 건강한 경쟁관계 구축으로 인한 각종 기대효과

○ 장기요양서비스 서비스 질 개선, 지역 간 인프라 불균형 문제 해소, 이용자 서비스 접근성 개선, 서비스 질의 효율적 관리 등

- 장기요양서비스의 공공성 강화를 통한 취약지역 및 취약서비스 제공문제 해결
- 장기요양 서비스 표준모형의 개발과 제공을 통한 장기요양서비스의 표준화로 전반적 서비스 질 개선

## 2. 인력수급체계 정비

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 안정적인 서비스 공급을 위해, 요양보호사의 인력수급 문제가 중요 그러나 여전히 요양보호사의 저임금과 열악한 처우, 불안정한 고용상태, 낮은 사회적 인식 등에 대한 우려와 지적이 해소되지 못하고 있는 상황
  - 요양보호사를 포함한 장기요양종사자의 처우 개선 문제는 인력의 양적·질적 수준을 안정적으로 확보함으로써 국민이 안심하고 서비스를 받도록 사회보험으로서 급여의 적정성과 가입자의 수급권을 보장한다는 적극적인 관점에서 접근해야 함.

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- 요양보호사 처우개선비 제도 도입
  - ('13.3) 한시적 제도 시행 후 인건비 인상에 기여하는 점을 감안하여 도입되었으나, '18년 이후 폐지 예정
- ('15.3) 요양보호사 네이밍·심벌마크 표장 등록
  - 요양보호사 사회적 인식 개선 홍보기반 구축
- ('17.11) 장기요양요원 근속 장려급 지급 추진
- 지방자치단체에 장기요양요원지원센터 설치 추진
  - 광역 시·도 지원센터 설치현황 … 2017.6월말 기준
    - 장기요양요원지원센터 설치 : 서울시
    - 조례제정: 서울시, 대전시, 강원도, 경기도
    - 노인장기요양보험법 제47조의2 [신설 2016.5.29.]

## ○ 기타

- 장기요양요원 인건비 지출 비율 의무화
  - 노인장기요양보험법 제38조4항 [신설 2016.5.29.]
- 직무교육 진행, 건강관리 지원, 고충상담 창구 마련
- 장기요양 어울림 한마당 축제 : 정부(지자체) ↔ 공단 ↔ 공급자(종사자) 공동 참여

## □ 현황

- 제도 도입 이후 매년 지속적으로 장기요양기관과 인정자수가 증가하고 있으며, 이에 대응하여 서비스를 담당하는 장기요양 종사인력도 지속적으로 증가하고 있으나, 자격취득자에 비하여 실제 종사하는 인력의 비율은 낮은 상황
  - 장기요양서비스를 제공하는 요양보호사 인력도 지속적으로 증가하여 2016년 말 현재 약 140만명 이상의 요양보호사가 배출(국민건강보험공단 내부자료)되었으나, 실제 종사인력은 적은 상황
- 요양보호사의 저임금과 낮은 사회적 인식, 불안정한 고용상태, 장시간 근로, 심리적 소진 등에 대한 우려와 지적이 제도 도입 이후 지금까지 해소되지 못하고 있는 상황
  - 요양보호사의 노동현실 문제는 단기적으로 근로자 개인뿐만 아니라 수급자가 받게 되는 장기요양서비스의 질과 연결되며, 장기적으로는 장기요양현장에서의 인력수급과 제도의 지속발전을 위한 전제조건이 된다는 점에서 심각
- 고령사회 진입과 향후 베이비부머의 고령화에 따라 장기요양서비스 수요의 양적·질적 증가가 예상되는 시점에서 이에 대응할 수 있는 장기요양종사자 확보 및 지원 대책 마련이 시급한 상황
  - 현재의 임금을 중심으로 한 단기적 지원책을 넘어, 인력 수급의 안정성 확보의 차원에서 장기적이고 통합적인 접근과 체계 구축 필요

## □ 한계(문제점)

## ○ 장기요양요원에 대한 사회적 인식 부족

- 제공자, 수급자 측면 모두에서 전문 직업인으로서 장기요양요원에 대한 인식도가 저조(왜곡된 인식)
- 사회환경 개선사항으로는 모든 급여유형에서 ‘사회적인 홍보와 인식전환’이 우리 사회가 우선적으로 함께 노력해야 할 사항으로 지적되었으며, 다음으로는 ‘전담 고충상담창구 마련’, ‘정부(보험자)의 관리 및 감독 강화’, ‘지역주민(자원봉사) 협조 활성화’가 필요하다고 응답(서동민 외, 2012)

## ○ 낮은 임금과 처우

- 요양보호사 월 급여나 시급 수준이 타 분야에 비하여 낮게 형성, 장기요양 인력의 잦은 이직현상 발생
- 서동민 외(2012) 조사에서 요양보호사의 월평균 보수수준은 노인요양시설의 경우 약 130만원 전후였으며, 방문요양과 방문목욕은 약 56만원 전후로 비슷한 급여수준으로 조사되었으며, 장기요양기관 대표자가 시간당 지급한다고 응답한 시급수준은 평균 6,638원으로 보통 6천원 중반 수준
- 신경희, 남우근(2013) 연구에 따르면, 요양보호사의 임금은 시설근무 요양보호사의 실 수령액은 월 평균 136만원, 재가기관 근무자의 경우는 평균 시급 6,938원으로 조사
- 2015년에 실시된 장기요양기관 경영실태조사(정형선 외, 2015)의 장기요양기관 종사자 인건비 분석 결과<sup>60)</sup>에 따르면, 노인요양시설에서 근무하는 요양보호사의 월평균 인건비가 1,456,311원으로 가장 높았으며, 방문요양을 제공하는 요양보호사의 월평균 인건비는 634,748원으로 조사

## ○ 요양보호사 인력의 높은 여성 비중과 고령화 현상

60) 2015년 경영실태조사 분석기관의 종사자로 요양보호사 11,786명과 사회복지사, 간호사 등을 포함한 총 14,173명을 최종 분석대상으로 하였다(정형선 외, 2015)

- 장기요양요원의 대다수를 차지하는 요양보호사의 경우, 여성이 90%이상으로 성별 편중현상이 심각하며, 특히 50대 이상이 80%이상을 차지하는 등 고령화 현상도 두드러짐(정형선 외, 2015).
- 2015년 12월 현재 재가 장기요양기관에 근무하는 요양보호사를 성별을 기준으로 구분할 경우, 여성의 비율은 94.6%이고, 연령을 기준으로 할 경우 40대 이하 13.5%, 50대가 43.0%, 60대가 35.0%, 70대 이상 6.2%로 50대 이상이 전체의 약 84% 이상을 차지
- 시설의 경우는 여성이 약 93.8%였으며, 30대가 2.0%, 40대가 12.1%, 50대가 52.7%, 60대가 30.8%, 70대가 1.6%로 50대 이상이 약 85% 이상

#### ○ 불합리한 고용 및 근무형태 지속

- 관련 기준이 있음에도 시간제 비상근 인력을 중심으로 한 2교대, 전일제 근무가 일상화되어 있는 상황으로 비단 종사자의 열악한 근무환경 문제만이 아니라, 이로 인해 이용자의 안전과 서비스 질에도 악영향을 미치는 상황

#### ○ 장기요양기관의 구인난과 종사자의 높은 이직률, 수급 불균형 현상 심화

- 시설과 재가를 포괄한 장기요양현장에서 구인난을 호소하고 있으며, 종사자의 짧은 종사기간과 잦은 이직으로 안정적인 인력운영에 어려움
- 현재 종사자의 인력구성과 특성을 고려하였을 때, 이러한 현상은 장기적으로 더욱 심화될 가능성이 높을 것으로 판단

### 다. 해외사례

#### □ 독일<sup>61)</sup>

- 수발인력의 전문성 확보와 제도의 지속가능성 유지를 위해 전문 인력의 확충과 양성을 위한 대책 마련
- 법안제정을 통한 노인수발전문인력의 건강전문직업(기타 치료직업) 인정 및

61) 서동민, 김옥, 문성현, 이용재, 임정기 (2012) 「장기요양 종사인력 중장기 수급전망 및 과제」를 참고하여 작성함.



실습교육 강화, 수발직무에 관한 개념 정립 등 실시

- 시설에서 근무하는 노인수발전문인력의 최저임금 수준을 제시(2010년~)하여 적정임금 지급을 통한 처우개선 유도
- 직업적 전문성 부족과 과도한 근무시간이라는 문제점에 대한 대책으로, 발전가능성 있는 직업위상 강화, 전문성 제고를 위한 실습교육 강화, 수발직무에 대한 개념 정립, 적정임금 지급을 위한 방안 추진

## 라. 정책과제

□ 장기요양요원지원센터 설치 확대 및 기능 강화 추진

○ 노인장기요양보험법의 관련 규정(제47조의2)에 따라, 장기요양지원센터를 전국 지방자치단체로 확대하여 설치

- 지역사회 단위에서 장기요양요원지원센터의 기능이 원활히 수행될 수 있도록 지원
  - 센터 운영을 위한 시설 및 인력 기준 설정, 운영 지침 및 매뉴얼 마련, 주기적인 보고 및 평가체계 가동 등
- 중앙센터를 중심으로 개발 및 지원 기능을 강화하고, 지방자치단체 수준의 지역 센터를 운영을 통해 상담과 개입 등 직접 서비스 중심의 역할과 기능을 수행
  - 지자체, 노인보호전문기관, 지역사회보장협의체 등 지역사회 관련기관과의 연계를 통한 종사자 및 이용자 지원, 기관운영자에 대한 장기요양요원 인력풀 제공 및 구인 및 구직 연계 등

## 마. 기대효과

□ 장기요양요원 지원을 위한 전문 기관 확보

□ 장기요양요원 처우개선에 대한 지역의 책임성 강화



# 제 9 장

## 재정적 지속가능성 확보

제1절 안정적 자원관리 체계 마련

제2절 수가체계 재정비

제3절 적정 청구 유도 및 심사 고도화



# 9

## 재정적 지속가능성 확보 <<

### 제1절 안정적 재정관리 체계 마련

#### 1. 중장기 재정관리체계 개선

##### 가. 배경 및 필요성

###### □ 필요성

- 기존 단기(5년), 중기(10년), 장기(70년) 추계 모형을 수급자 확대, 수가체계 변경 등 정책변화를 반영할 수 있도록 개선하고, 향후 재정 변동이 있는 정책 도입 시 장기요양보험의 지속가능성을 제고할 수 있는 장기요양 재정관리 체계 구축

##### 나. 현황 및 문제점

###### □ 현황

- 제1차 장기요양보험 기본계획(2012)을 통해 중장기 재정위험 관리체계 마련을 위해 중장기 재정전망 모형 구축
  - 그동안 연구자별 추계방식에 다소 차이가 있으나, 주된 추계방식은 노인장기요양 급여 대상자의 규모를 추정한 뒤, 이를 바탕으로 재원 분담별 비용을 추계하는 것이었음.
- 국민건강보험공단의 추계 방법은 EU 추계 방식을 이용하여 추계모형을 구축하였음.
  - 성, 연령, 등급, 자격별로 인정자를 추계한 후 성, 연령, 등급, 자격별 1인당 급여비를 반영하여 추계하는 방식

- (참고) 주요 재정추계 모형

- 제도 시행 후 짧은 기간과 정책적 외생변수에 의한 장기요양제도의 변동이 크기 때문에 정확한 추계에 어려움이 있음.

〈표 9-1〉 주요 재정추계 모형

구 분	모형 개요	장단점
공단자체 추계 <sup>1)</sup>	연령, 자격, 등급, 급여종류별로 조정계수 <sup>4)</sup> 와 유병율을 고려한 인정자 및 총 지출추계	등급과 급여종류에 따라 인정자가 추계되었기에 정책적 변수를 반영할 수 있는 장점이 있으나, 분석 모형에 대한 논란이 있음
EU 방식 추계 <sup>2)</sup>	인구추계를 기반으로 하는 조성법에 따라 총급여비를 연령·등급·자격·급여종류별 4단계로 구분하여 각각 추계한 후 합산	거시 지표를 활용하여 전체 규모 파악이 용이하나 추계결과가 시나리오에 따라 큰 차이를 보임
PSSRU 추계 <sup>3)</sup>	성, 연령, 만성질환, 독거여부, 소득 변수에 따른 다양한 셀을 구성하여 이용확률과 이용자수, 총급여비를 추계	안정된 모형을 이용하여 분석하였으나, 정책 변화를 결과에 반영하는데 어려움

주: 1) 조정계수: 신규인정자 변화율, 재신청자 변화율, 갱신탈락자 변화율, 사망자 변화율 등을 반영한 계수

자료 : 1) 이호용 외(2016), 중장기 노인장기요양보험 재정전망, 건강보험공단

2) 박형수 외(2011), 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계 모형 개발에 관한 연구, 조세연

3) 권순만 외(2011), 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계, 건보공단서울대

○ 이와 같이 구축된 모형을 토대로 보험료율을 결정하였으며 현재 건강보험료액에 연계하여 장기요양보험료를 부과하고 있음.

- (참고) 건강보험과의 보험료 부과 연계의 장단점

- (장점) ① 건보의 경감 또는 면제까지 그대로 활용함으로써 업무 간편 ② 보험료 조정, 과오납금 반영 편리 ③ 국민들의 (준)조세저항을 적게 할 수 있음.
- (단점) ① 건강보험료액 변동에 따른 정책적 고려가 선행되어야 함으로 장기요양 재정 운영의 정책을 세우는데 시간적 차이가 존재. 이에 따라 향후 재정의 지속가능성 문제나 단기적 정책 반영에 고려사항이 많음 ② 보험료를 조정 문제에 탄력적으로 대응할 수 없음 ③ 건강보험료는 동결하게 되고, 노인장기요양보험료만 증가하게 되는 경우에 반발이 클 수 있음.

## □ 한계(문제점)

○ 그동안의 재정추계(중기, 장기)는 기재부 등 외부의 요구에 의해 주로 이루어졌으며, 이로 인해 재정추계의 주요 변수 및 가정 등이 외부에 의해 결정되어 추계 결과값과 장기요양 정책과의 괴리가 존재하였음.

- (단기 추계) '08년 제도 도입이후 매년 보험료 산정 및 수가 결정을 위해 5년간의 단기 추계 실시
- (중기 추계) '16년 기재부 주도(7대 사회보험 재정건전화 정책협의회 구성, '16.3)로 노인장기요양보험 포함 8개 사회보험을 대상으로 10년간의 중기 재정 전망을 추진하고, 차기년도 초에 전망 결과를 발표하며 이러한 중기 재정전망을 매년 추진하기로 결정
  - 8개 사회보험: 건강(노인장기요양 포함)·산재·고용보험, 국민·공무원·사학·군인 연금
- (장기 추계) 국가재정법 제7조 제2항 2호, 동법 시행령 제2조 제3항 및 사회보장기본법 제5조 제4항에 의거하여 장기재정추계 실시

## 〈관련 근거〉

- 국가재정법 제7조(재정운용계획의 수립 등) 제2항 제2호 : 장기 재정전망
  - 동법 시행령 제2조 3항: 기획재정부장관은 제7조제2항제2호에 따른 장기 재정전망을 할 때에는 40회계연도 이상의 기간을 대상으로 적어도 5년마다 실시하여야 한다.
- 사회보장기본법 제5조 제4항: 국가는 사회보장제도의 안정적인 운영을 위하여 중장기 사회보장 재정추계를 격년으로 실시하고 이를 공표하여야 한다.

○ 최근 OECD 주요국가에 비해 낮은 수급자 비율과 서비스 질 확대 요구로 인해 장기요양 수급자는 지속적으로 확대되고 있으며 수가 인상, 인프라 확충 등에 있어서 다양한 정책이 새롭게 실시되고 있으나 이에 대한 재정 전망은 분절적으로 이루어지고 있음.

○ 더욱이 다양한 정책 변화와 적정 보험료율 산출과의 연결 고리는 부족하였음.

- 장기요양보험 수입의 대부분인 보험료는 건강보험의 보험료 수입과 연동하여 건강보험 보험료율의 일정 비율을 매년 보험료율로 결정하고 있으며 2010년부터 2017년 현재까지 건강보험 보험료율(6.12%)의 6.55%(요양보

험 보험료율)로, 보험료 부과대상소득 기준으로는 0.4% 수준임.

〈표 9-2〉 보험료율 변화

(단위: %)

구 분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
노인장기요양보험	4.08	4.78	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55
국민건강보험	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80	5.89	5.99	6.07	6.12	6.12
소득대비 비율	0.21	0.24	0.35	0.37	0.38	0.39	0.39	0.40	0.40	0.40

자료 : 국민건강보험공단 내부자료.

- '16~'17년 국민건강보험의 당기수지 흑자로 인해 보험료율이 동결됨으로써 노인장기요양보험은 '16년 272억원, '17년 약 4천억원의 당기수지 적자가 예상됨.
- 적정한 보험료율의 인상이 없을 경우 당기수지 적자가 증가하여 '20년부터 누적수지 적자가 예상되므로, 안정적인 재원 관리를 위해서는 체계적인 적정보험료율 산출 방식에 대한 개선이 필요함.

## 다. 해외사례<sup>62)</sup>

### □ 일본

- 총비용에서 본인부담금 10%를 제외한 개호보험 급여비의 재원구성은 공적비용 50%와 보험료 50%로 구성됨.
- 보험료 50%의 구성은 제1호 피보험자(65세 이상)가 20%를 부과하고, 제2호 피보험자(40세 이상 65세 미만)가 30%를 부담하며, 40세 미만은 개호보험료의 부과 없음. 제1호 보험료와 제2호 보험료의 비율은 기간마다 제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 인구비율에 의해서 정해짐.

62) 해외사례는 「이호용 외(2012) 주요국 장기요양제도 비교 연구」와 「국민건강보험공단(2016, 2017), 건강보험 해외통신원 보고서」를 참고하여 요약, 정리함.



〈표 9-3〉 보험료 부과 및 징수 대상자

구분	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	-65세 이상의 자	-40세 이상 65세 미만의 건강보험가입자
보험료 산정	-소득계층별 정액 보험료 · 저소득자는 부담경감	-건강보험(직장) · 표준보수 x 개호보험료율(사업주 부담 있음) -국민건강보험(지역) · 소득률, 균등률 등으로 배분(국고지원 있음)
부과 징수	-시정촌이 징수 : 노령연금급여 등이 연 18만 엔 이상의 자는 공적연금으로부터 원천징수	-건강보험자가 건강보험의 보험료와 일괄하여 징수하고 시정촌에 교부

자료 : 1) 국민건강보험공단(2016). 건강보험 해외통신원 보고서.  
 2) 국민건강보험공단(2017). 건강보험 해외통신원 보고서.  
 3) 이호용 외(2012) 주요국 장기요양제도 비교 연구, 건강보험공단.

- 제1호 피보험자가 부담하는 보험료는 개호보험의 재정에 따라 3년마다 책정함.
- 제1호 피보험자의 보험료의 경우 소득단계에 따라 시정촌 별로 설정됨.  
 그 중 연금액이 일정금액 이상인 자는 연금에서 공제되고, 그 외의 사람은 시정촌에 개별적으로 납부함.
- 제2호 피보험자인 경우 가입하고 있는 의료보험 산정방법에 근거해 설정되며, 의료보험료와 함께 일괄적으로 의료보험자가 징수함.

#### □ 독일

- 재원은 전액을 보험료에 의존함. 보험료 납입 대상 및 보험료율은 직업의 형태 및 사회보험제도 대상의 종류에 따라 달리 구분되며 보험료율은 자녀의 여부 등과 같은 분류사항에 의해 조금씩 차이가 있음.
- 연금 수혜자의 경우 국민연금에서 보험료 전액을 부담하고, 실업수당 수급자는 실업보험의 부담자가 보험료를 부담함.

〈표 9-4〉 장기요양 보험제도의 납부 대상 및 보험료율

납부대상	보험료 부담부분
직장가입자	(총입급) 고용자와 피고용자가 각 50% 부담
자영업자	(총 소득) 본인이 전액 부담
국민연금수혜자	국민연금에서 보험료 전액을 부담
실업수당 수급자	실업보험의 부담자가 부담
공적부조수급자	사회부조기관이 부담

자료 : 1) 국민건강보험공단(2016). 건강보험 해외통신원 보고서.  
 2) 국민건강보험공단(2017). 건강보험 해외통신원 보고서.  
 3) 이호용 외(2012) 주요국 장기요양제도 비교 연구, 건강보험공단.

## 라. 정책과제

### ① 중장기 재정 추계 모형 개선

- 고령화율, 인정률, 이용률 등 재정에 영향을 미치는 기본 변수에 대한 적절한 반영률 도출
- 치매 수급자 확대, 등급판정체계 변경 등 제도 변화를 고려한 합리적 모형 도출
- 중기 재정 추계와 장기 재정 추계를 통합한 중장기 재정 추계 모형 도출을 통한 예측 가능성 향상
- 분석모형에 대한 정당성을 높이기 위해 재정전망위원회(외부 전문가 포함) 운영을 통해 인정률, 이용률 등 재정 영향 변수 및 주요 가정의 추계 모형 도출

### ② 적정보험료율 추계 방식 개선

- 개선된 모형을 바탕으로 적정보험료율을 추계하되 장기요양보험 제도 개선이 있을 경우 최소 5년간의 재정 추계와 함께 적정보험료율을 분석하여 제시함으로써 재정 지출의 예측 가능성을 향상시킴.
- 국민건강보험의 평균 보험료를 예상하여 정책 변화에 따른 안정적 재정보호를 위한 보험료율 추계

### ③ 수시 점검 체계 마련

- 제도 도입으로 인한 인정자, 수가 변화 등 재정 지출 급증 요인을 수시로 점검·

분석하여 재정 위험에 선제적 대응할 수 있도록 정책 담당자(외부 전문가 포함)가 참여하는 수시 점검 체계 구축

#### **마. 기대효과**

- 객관적인 분석 자료 확보 및 정책 변화에 대한 선제적 대응으로 장기요양재정의 지속가능성 제고 / 노인장기요양보험 자원 다양화 방안을 위한 기초 자료로 활용 가능

## 2. 안정적인 자원 확보 방안 마련 검토

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 인구 고령화, 의료기술의 발전 등으로 평균 수명이 증가하면서 만성질환 및 치매 유병률 증가, 부양가족 수 감소 등 노인장기요양 서비스에 대한 욕구가 증가할 것으로 기대됨.
- 향후 노인장기요양보험 수입은 장기적으로 감소될 전망이지만 장기요양 수급 대상자 확대 등의 보장성 강화 정책으로 인하여 재정 지출은 증가가 필요하여 '20년부터는 누적수지 적자가 예상됨.
  - 이와 같은 지출 증가에 대비하여 중장기적으로 안정적인 자원 마련 차원에서 추가 자원 마련을 위한 다양한 방안을 모색하고자 함.

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 현황

- 2008년 7월 도입된 노인장기요양보험제도의 재정은 사회보험방식으로 운영되고 있음.
  - 재정수입 중 대부분은 보험료수입으로 충당하고, 국고지원금과 의료급여 부담금 등 일반재정수입으로부터 일부 지원
    - 국고지원금은 해당연도 보험료 예상수입의 20%, 의료급여 수급권자의 요양급여비와 관리운영비 지출규모는 의료급여 부담금으로 충당
  - 2010년부터 2016년 현재까지 평균 수입 비중을 보면, 전체 수입 중 장기요양보험료는 65.6%를 차지하고 있으며, 국고지원금 12.1%, 의료급여부담금 21.0%, 기타수입 1.3%임(국민건강보험공단, 각년도).
- 노인장기요양보험 지출에 가장 큰 영향을 미치는 인정자수는 65세 이상 인구

수 증가 및 등급개편 등으로 인해 최근까지 증가 추세를 유지하고 있음.

〈표 9-5〉 노인장기요양보험 인정자수 현황

(단위: 천명, %)

구 분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
인정자수(A) (판정 대비 인정률)	214 (80.8%)	287 (73.5%)	316 (67.8%)	324 (67.8%)	342 (69.0%)	378 (70.7%)	425 (72.5%)	468 (74.2%)	520 (76.3%)
1등급	57	57	49	43	39	37	38	38	41
2등급	58	68	75	73	71	71	72	71	74
3등급	99	137	184	204	233	252	170	176	186
4등급	-	-	-	-	-	-	134	163	189
5등급	-	-	-	-	-	-	10	19	30
65세 이상 인구수(B)	5,086	5,286	5,449	5,645	5,922	6,193	6,463	6,719	6,940
65세 이상 인구수 대비 인정자수 비율(A/B)	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%	5.8%	6.1%	6.6%	7.0%	7.5%

자료 : 국민건강보험공단. 노인장기요양보험 통계연보, 각년도.

○ 2008년 제도 도입 이후 당기수지는 지속적으로 흑자를 유지하였으나, 2016년 말 기준 432억 당기적자 발생(국민건강보험공단, 각년도)

- 이후 보험료율을 그대로 유지한다면 2020년에 누적준비금적립금이 소진될 것으로 전망(이호용, 문용필, 2017)<sup>63)</sup>.

63) 「이호용, 문용필(2017). 2014-2060 노인장기요양보험 중기재정전망, 기획재정부」를 준거로 함.

〈표 9-6〉 노인장기요양보험 재정현황

(단위: 억원)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
■ 수 입	7,518	20,238	27,720	31,732	34,706	37,472	40,439	43,253	46,635
- 장기요양보험료	3,723	11,371	17,509	20,806	23,137	24,969	26,612	28,479	30,506
- 국고지원금	1,181	2,044	3,323	3,883	4,152	4,591	5,033	5,166	5,525
- 의료급여부담금	2,575	6,689	6,708	6,779	7,028	7,450	8,068	8,812	9,773
- 기타수입	39	134	180	264	389	462	726	796	831
■ 지 출	5,731	18,791	25,547	27,714	29,113	32,915	37,399	42,344	47,067
- 장기요양급여비	4,585	17,236	23,916	25,894	27,244	30,898	35,012	39,738	44,120
- 관리운영비 등	1,146	1,555	1,631	1,820	1,869	2,017	2,387	2,606	2,947
■ 당기수지	1,787	1,447	2,173	4,018	5,593	4,557	3,040	909	△432
■ 누적수지	1,787	3,234	5,407	9,425	15,018	19,575	22,615	23,524	23,092
수입 중 보험료비율			63.2%	65.6%	66.7%	66.6%	65.8%	65.8%	65.4%
수입 중 국고지원비율			12.0%	12.2%	12.0%	12.3%	12.4%	11.9%	11.8%
수입 중 의료급여부담비율			24.2%	21.4%	20.3%	19.9%	20.0%	20.4%	21.0%
수입 중 기타수입 비율			0.6%	0.8%	1.1%	1.2%	1.8%	1.8%	1.8%

자료 : 국민건강보험공단. 현금흐름 기준. 각년도.

## □ 한계(문제점)

## ○ 법정 수준에 미달하는 국고지원

- 노인장기요양보험에서 보험료 외에 중요한 재원은 국고지원금임.
- 국고지원금은 현재 보험료 수입규모의 일정비율로 결정되는데, 매년 법적 기준 20%<sup>64)</sup>에 미달하는 18%수준에 머무르고 있음.
- 향후 재정목표 및 평가방식 등을 마련하고 국고지원금에 대한 중장기 운영계획을 수립할 필요가 있음.

〈표 9-7〉 노인장기요양보험의 국고 지원 비율

(단위: 억원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
수 입	7,518	20,238	27,720	31,732	34,706	37,472	40,439	43,253	46,635
- 장기요양보험료	3,723	11,371	17,509	20,806	23,137	24,969	26,612	28,479	30,506
- 국고지원금	1,181	2,044	3,323	3,883	4,152	4,591	5,033	5,166	5,525
국고지원비율	31.7%	18.0%	19.0%	18.7%	17.9%	18.4%	18.9%	18.1%	18.1%

자료 : 국민건강보험공단. 현금흐름 기준. 각년도.

64) 노인장기요양보험법 제58조 : ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.

## 다. 해외사례

□ 사회보험방식으로 운영하는 독일, 일본, 네덜란드 장기요양서비스(Long-term Care) 재정방식 중심으로 정리함.<sup>65)</sup>

### □ 독일

○ 장기요양보험은 가입 중 보험료를 기여하는 사회보험제도로, 발생하는 지출규모를 토대로 보험료를 결정

- 국고지원 없이 보험료로 재정이 운영되고 있으나 시설 이용시 주거비 등을 본인이 부담하고 있음.

○ 최근 요양보험급여를 확대하는 동시에 재정안정화 확보를 주된 목적으로 장기요양정책 개혁 중

- 2015년부터 1차 개혁 시행, 2017년 2차 개혁 예정

- 2015년부터 급여비와 보험수가를 물가상승률에 연동하여 증가하는 것으로 개혁하였는데, 이로 인해 재정부담이 가중되어 장기요양준비금 도입 등 추가적인<sup>66)</sup> 재정안정화 방안을 마련하였음.

• 이에 대비하여 2015년과 2017년 2차례 법개정을 통해 0.5%p 보험료를 인상(2.05%→2015년 2.35%→2017년 2.55%) 계획

- 자녀가 없는 수급자의 경우 0.25%의 추가부담이 있음.

○ 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds, 2015년 도입)

- 독일의 베이비붐 세대<sup>67)</sup>가 고령자가 되는 2034년 급증할 요양보험지출에 대비하여 2015년부터 20년간<sup>68)</sup> 매년 전년도 장기요양보험료 수입의

65) 해외사례는 「국민건강보험공단(2016, 2017), 건강보험 해외통신원 보고서」, 「유애정 외(2015), 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향-일본편-」, 「태윤희 외(2015), 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향-독일편-」을 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문 내 별도 표기함.

66) 2008년 장기요양지속발전법을 시행하면서 지출 증가에 대비하여 보험료율을 0.25%p(1.7%→1.95%) 인상하였으나, 재정안정화 차원에서 근본적인 대책으로는 부족했다는 평가

67) 1959년~1967년생 베이비부머는 124만명~136만명으로, 이들이 75세에 도달하여 요양보험 대상자가 증가할 수 있는 시기를 2034년으로 예측

68) 2015년 2월 20일부터 적립하였고 2033년말까지 적립

0.1%(매년 약 12억 유로)를 독일연방은행에 적립

- 베이비붐세대 등 인구구조의 특성을 반영하여 저출산·고령화로 인해 미래 부과방식 부담률이 급격하게 증가할 것으로 예상되므로 사전에 대비하는 준비금 성격이라고 볼 수 있음.
- 기존의 장기요양보험기금과 별도로 마련한 준비금은 주식, 펀드 등에 투자하여 법상 2035년부터 최장 10년간 정리하도록 되어 있음.
- 요양보험지출에 대한 부담은 준비금으로 일부 대비는 할 수 있으나, 보다 안정적인 재정운영을 위해 특정기간에 일시적으로 운영하는 준비금이 아닌 현재의 부과방식을 적립방식으로 전환하는 등 중장기 대책 마련 필요성이 제기됨.

#### □ 일본

- 일본의 개호보험에서는 중앙정부, 지방정부에서 50%를 지원함.
  - 개호보험은 사회보험제도로, 전 국민을 대상으로 의무가입을 통해 재원의 50%를 보험료로 징수하고 나머지는 정부예산<sup>69)</sup>으로 재정지원
  - 보험료는 65세 이상(1호 피보험자)은 소득구간별(9단계)로 정액으로 보험료를 부과하고, 40~64세(2호 피보험자)<sup>70)</sup>는 건강보험료에 포함하여 부과
- 향후 인구 고령화 속도 및 가계구조와 노동시장 변화를 감안하면 보험급여비에 대한 국가재정의 부담은 더욱 빠르게 증가할 것으로 예상됨에 따라 사회보장과 조세제도의 일체화 개혁 추진
  - 2010년부터 개호보험을 포함한 사회보장제도 개혁 및 이에 필요한 재원의 안정적 확보 등을 목표로 세제체계 개혁방안 검토
  - 2013년 지속 가능한 사회보장제도를 확립한다는 차원에서 제도개혁추진을 위한 ‘사회보장개혁프로그램법’을 제정하여 개혁을 구체적으로 실시하고 있음.
  - 사회보장재정의 안정화와 재원마련을 위해 소비세율을 2015년 10월부터

69) 정부의 재정지원은 중앙정부 25%, 지방비 12.5%, 시구정촌 12.5%

70) 2015년 기준 개호보험 보험료율은 1.58%



10%(2013년 5%)로 2배 인상<sup>71)</sup>

○ 2015년 개호보험개혁 계획 수립

- 개호보험제도는 이미 고령사회로 진입한 직후 도입되어 재정적 부담 가중
- 2015년 제도개혁 중 재정부담과 관련해서는 인구고령화 등으로 가중되는 보험지출의 급증으로 인해 지출은 억제하되, 보험료율 인상 등 추가적인 재원마련방안 포함
  - 특히 늘어나는 보험지출로 인해 일정 소득이상의 이용자에 대해서는 본인부담률을 20%로 인상

○ 제도의 지속가능성을 위해 추가 대책 마련

- 파산 등 고령자의 경제적 부담 증가에 따라 개호보험의 재정압박이 지속되고 있으며 사회보장재정의 안정화 차원에서 시행한 소비세 인상이 제대로 성과를 거두지 못하고 있음.
- 제도의 지속가능성 확보를 위해 일부 고소득층에 대한 본인부담비율을 높이는 등 2018년 개혁 예정

□ 네덜란드

○ 네덜란드의 장기요양서비스는 2015년 1월부터 시행하고 있는 ‘신장기요양보험제도’에서 제공

- 기존에는 1968년 도입된 ‘특별의료비보장제도’에서 요양서비스를 제공하였고 2015년부터는 장기요양보험제도로 대체
- 사회보험방식으로 대부분 보험료 수입으로 재원을 충당하고 보험료율<sup>72)</sup>은 매년 정부에서 결정
- 보험료수입 67%, 국고보조금 24%, 본인부담금 8%로 구성

○ 요양서비스 확대에 의해 지출규모가 꾸준히 증가하였고 재정지출에 대한 부담

71) 기존 대비 5%를 추가로 인상(국가재정 3.46%, 지방정부 1.54%)

72) 2015년 기준 보험료율은 9.65%

수준 가중 등으로 인해 2015년 개혁 추진

- 2015년 개혁에서는 추가적인 재원조달 대신 재정부담 완화를 위해 지출 절감 대책에 중점을 두고 있음.
- 시설서비스 대신 재가서비스를 강화하고, 경증 대상자의 경우 사회지원법 내 서비스 연계 및 일상생활 지원 서비스를 지자체로 이관

## 라. 정책과제

### ① 현행 국고 지원 비율 상향 조정 및 산정 방식 개선

- 많은 국가들이 노인이나 어린이와 같은 취약 계층에 대해서는 국가 책임을 강화하는 방향으로 정책 방향을 정하고 있음. 장기요양보험 재정 중 보험료의 비중이 높아지게 되면 고용주의 부담도 높아지게 되는데 장기요양보험의 경우 고용주 입장에서는 자신이 고용한 근로자가 아닌 대상자에게 기업이 많은 부담을 하게 되는 것에 대해 반감을 가질 수 있어 보험료율 인상은 정책적 저항이 있을 수 있음.
  - 독일이 장기요양준비금을 도입이 될 수 있었던 주요 이유 중 하나가 보험료 인상보다는 준비기금의 도입은 고용주의 부담이 없기 때문임.
  - 우리나라의 고령화는 빠르게 진행되고 있으므로 건강보험의 국고 지원율과 장기요양보험의 국가 지원율을 다르게 적용하여야 할 정책적인 명분도 충분함.
- 노인인구 대부분이 이용하는 장기요양보험의 경우 국고지원 현행 20%에서 일 정수준 높일 필요가 있음. 국고지원비율을 높이면, 보험료 부담 수준을 낮추는 효과가 발생함. 이로 인해 보험료 부담자와 장기요양서비스 이용자의 괴리를 줄일 수 있음.
  - 단기적으로는 노인장기요양보험법에 명시된 대로 20% 국고 지원
  - 중장기적으로는 국고 지원 비율을 높이는 방안을 제시하되 구체적인 상향 비율은 국가 재정 및 노인장기요양보험 재정 추계 결과, 보장성 강화 계획 등을 바탕으로 면밀한 검토를 통하여 결정

- 노인장기요양보험 재정에 국고 지원을 안정적으로 확보하기 위해서는 현재의 장기요양보험료 예상 수입액을 기준으로 하는 산정 방식을 개선할 필요가 있음.
- 고령화로 인한 장기요양 수요 증가로 지출이 갈수록 늘어감에 따라 국고지원 규모 차이 또한 비례적으로 늘어날 것으로 예측되므로, 향후 법정 지원액과 실제 지원액간 차이를 다다음 연도 예산에 반영하는 국고 지원의 사후 정산제 도입 필요

## ② 미래사회를 대비한 추가재원 도입가능성 논의

- 1955년부터 1963년 사이에 출생한 베이비붐 세대가 만 75세로 진입하는 2030년부터 장기요양에 대한 수요가 급증할 것으로 판단되므로 이를 대비하기 위하여 적립금 성격의 추가 재원 확보에 대한 논의가 필요함.
- 적립 목표액 및 적립 기간 등에 대한 설계는 향후 장기요양 서비스 수요 증가에 대한 면밀한 검토를 바탕으로 실행하여야 하며 보험료를 산정에 있어서도 이를 감안하여야 함.
  - 독일의 경우 전년도 장기요양보험료 수입의 0.1%를 베이비부머 세대가 75세에 진입하는 1년 전까지(2033년까지) 적립하여 1년 후부터(2035년부터) 사용하는 것으로 설계하였음.
  - 향후 보험료율 인상의 가능성이 높으므로 공청회 등을 통하여 합의 도출이 필요함.
    - 합의가 도출되어 실행이 결정된다면 2029년까지 약 10년간 적립할 수 있는데 수입에서의 적립률은 0.1%보다는 높게 책정하여야 할 것으로 판단됨.

## 마. 기대효과

- 중장기적으로 재정의 지속가능성 확보를 위한 재원마련으로 안정적 제도 운영에 기여
- 향후 인구사회학적 변화에 시의적절한 서비스 제공 가능

## 제2절 수가체계 재정비

### 1. 수가 산정요소 정비

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 현재 노인장기요양보험 수가는 급여유형별 보호노인 수 및 방문횟수를 바탕으로 설정한 표준모형에 따라 인건비 및 관리운영비를 산출하여 수가를 산정하고 있음.
- 인건비와 관리운영비라는 원가 구성의 기본 요소를 토대로 수가를 산정하고 있으나 이에 대한 개선 필요성이 대두되고 있음.
  - 요양시설의 수가 차등화를 통한 기능 분화, 각종 가감산 정리, 장기요양 서비스의 질 향상을 위하여 평가결과와 급여비 연동 재정비 등의 과제가 대두됨.

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

##### ① 요양시설 수가 개선 과정

##### ○ 2009년

- 수가 가감산 기준 마련('09.1.1. 시행)
  - 정원초과 감산(수가의 70% 산정)
  - 인력배치기준 위반 감산(결원비율 또는 인원에 따라 70 ~ 90% 산정)
- 감산 기준 일부 개정 및 가산 기준 신설('09.10. 시행)
  - 정원초과 감산(초과비율에 따라 5 ~ 30% 감산)
  - 등급개선장려금 가산 신설

## ○ 2012년 1월 시행

- 수가 가감산 개선
  - 야간배치인력 강화 가산, 간호사 추가배치 가산 신설
  - 감산 적용받는 경우 급여비용 가산 불가
  - 입소시설 배상책임보험 차등 감산(3~10%)
  - 최대 감산율 조정(50% → 40%)

## ○ 2013년 3월 시행

- 요양보호사 처우개선비 지급(시간당 625원)

## ○ 2014년 1월 시행

- 직접서비스 인력 추가배치 가산체계 개선
  - 산정기준 조정 및 가산 점수 세분화
  - 간호사 및 야간 직원배치 : 가산점수 체계로 개편
- 등급개선장려금 폐지
- 맞춤형 서비스 제공가산 신설
- 필요인력 배치 가산 신설
- 정원초과 감산 일자별 적용

## ○ 2014년 7월 시행

- 야간직원배치 강화 가산 : 1인당 0.15점 → 0.4점
- 근무인원 계산 및 근무인원 계산 특례 기준 변경
  - 1인 : 160인 이상 근무 → 월 기준 근무시간
  - 퇴사특례 조정(3개월 → 6개월)

## ○ 2016년 1월 시행

- 시설급여와 단기보호급여 같은 월에 제공 불가
- 인력추가배치 가산 산정방식 단순화(4단계 → 2단계)

○ 2016년 9월 시행

- 치매전담형 기관 유형(입소시설, 주야간보호) 신설
  - 1인실 설치, 요양보호사 2:1배치 등 시설·인력기준 강화
- 일반수가 보다 23~25% 높게 책정

○ 2016년 9월 시행

- 촉탁의 활동비용(진료비용 및 방문비용) 신설 : 수급자 월2회, 촉탁의 1일 50명 진료

○ 2017년 1월 시행

- 필요수 인력배치기준 가산 삭제(공동생활가정은 조리원 가산 인정)
- 조리원, 위생원, 보조원 감액기준 및 퇴사특례 기준 신설
- 간호사 배치가산 점수 상향 : 0.4점 → 0.6점
- 야간 직원배치 가산 기준 완화
- 인력추가배치 가산 미충족기관 및 감액기관 가산 산정기준 개정
  - 인력배치기준 미충족 : 간호사, 야간직원배치, 맞춤형 서비스 제공가산 인정
  - 배상책임보험 미가입감산 : 모든 가산 인정

② 가감산

○ 가산 항목

- 인력 추가배치 가산
  - 2009년 10월 1일 신설
  - 법정 배치기준에 비해 인력을 추가 배치한 경우 급여비용 가산 인정
  - 급여유형별(시설급여, 주야간보호, 단기보호)로 기준 상이
- 야간직원 배치 가산
  - 2012년 1월 1일 신설
  - 시설급여기관(노인공동생활가정 제외), 단기보호기관에서 야간시간(22

시부터 다음날 6시)동안 요양보호사 및 간호(조무)사 중 1명 이상이 근무한 경우 가산 인정(가산점수 0.4점)

- 간호사 배치 가산
  - 시설급여기관, 주야간보호기관, 단기보호기관의 법적 의무 배치인력인 간호사 또는 간호조무사 중에서 간호사를 배치한 경우 가산(간호사 1인당 0.6점)
- 맞춤형 서비스 제공 가산
  - 시설 급여기관, 단기보호기관 및 주야간보호기관에서 입소자의 건강수준 유지·개선 등을 위하여 기본프로그램을 제공하고 수급자 상태별 맞춤형 프로그램을 제공하는 경우 가산(0.2점~0.4점)
- 방문요양 사회복지사 등 배치 가산
  - 방문요양급여를 포함하여 1가지 이상 가정방문급여를 제공하는 기관의 수급자 수가 15명 이상인 경우 의무 사회복지사 1명 배치에 대한 가산을 인정. 의무배치 이외에 사회복지사, 간호(조무)사 및 팀장급 요양보호사 중 1명 이상을 추가로 배치하면 가산 산정방법에 따라 기관 당 최대 3명까지 가산 인정
  - 16.12월(5,103/2,444개소) → 3월(5,110/3,977개소)

#### ○ 감산 항목

- 정원초과 감액
  - 시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관에서 정원을 초과하여 운영할 경우 수급자 전원에 대하여 해당일의 급여비용을 그 초과비율에 따라 감액
- 전문인 배상책임보험 미가입
  - 시설급여기관, 주야간보호기관 단기보호기관의 수급자 전원에 대한 배상책임보험 가입과, 가정방문급여 종사자의 배상책임보험 가입을 의무화하고 이를 위반 시 해당일 급여비용의 10% 감액
- 인력배치 기준 위반 감액

- 인력추가배치 가산 적용기준과 같이 감산 제도는 유지하되 관리 방법에 대한 개선 필요
- 개선안 : 종사자의 근무시간을 월 단위 → 분기 단위로 변경

### ③ 평가결과 가산금

#### ○ 2009~2012년

- 상위 10%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 5%

#### ○ 2013~2014년

- 상위 10%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 3%
- 상위 20%이면서 B등급 기관: 전년도 공단부담금의 2%
- E에서 C등급으로 현저히 향상된 기관: 전년도 공단부담금의 1%

#### ○ 2015년

- 상위 10%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 2%
- 상위 20%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 1%
- 복지용구 상위 10%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 1%(대여품목만 해당)
- 복지용구 상위 20%이면서 A등급 기관: 전년도 공단부담금의 0.5%(대여품목만 해당)

### □ 현황

- 노인요양시설은 법적으로 입소자 수에 따라 직원의 배치기준이 상이함에도 불구하고 현재 입소자 수 70인을 표준모형으로 하여 단일 수가를 적용하고 있음.
  - 물리치료사의 경우 입소자 수 30인 미만 시설에는 의무 배치가 아니며 사무국장, 사무원, 관리인은 입소자 수 50인 이상 시설에서만 의무적으로 배치하도록 규정하고 있음.
  - 현재의 70인을 표준모형으로 하는 단일 수가 구조 하에서는 입소자 수 30



인 미만의 소규모 시설의 손익률이 상대적으로 높은 결과가 초래되고 있음(이우천 외, 2017). 이것은 노인복지법의 규정상 인력 배치 기준이 가장 낮기 때문에 직접 인건비의 절대 액수가 적은 데서 비롯된 것임.

〈표 9-8〉 규모별 손익률, 노인요양시설

규모 (기관수)	30인 미만 (61)	30~69 (65)	70~84 (17)	85~99 (8)	100인 이상 (6)	합계 (157)
손익률	2.24%	-0.75%	-0.51%	4.36%	1.96%	0.63%

주: 2014년 경영실태조사 원자료 분석 결과임

자료: 이우천 외(2017). 장기요양 수가체계 합리화를 위한 연구. 국민건강보험공단, 상지대학교.

- 30인 미만의 소규모 시설의 경우 국민건강보험공단에서 실시한 기관 평가 결과 우수 등급인 A, B 등급의 비중이 20%에도 미치지 못하여(국민건강보험공단, 2015) 상대적으로 서비스의 질이 저하된다고 할 수 있음.

〈표 9-9〉 규모별 질 평가 등급별 분포, 노인요양시설(2015)

구분	30인 미만	30- 49	50- 69	70- 74	75- 84	85- 99	100인 이상	계	x2
A,B 빈도	334	180	211	50	82	93	69	1019	275.63***
등급 %	31.9	41.0	65.1	74.6	63.6	77.5	87.3	46.2	
C,D,E 빈도	712	259	113	17	47	27	10	1185	
등급 %	68.1	59.0	34.9	25.4	36.4	22.5	12.7	53.8	

주: 1) 국민건강보험공단의 2015년 평가결과에 대한 분석 결과임

2) \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

자료: 이우천 외(2017). 장기요양 수가체계 합리화를 위한 연구. 국민건강보험공단, 상지대학교.

○ 시설 장기요양기관의 경우 일당정액의 형태, 재가 장기요양기관의 경우 시간당 정액의 형태로 포괄형 수가를 적용하고 있으나 인력 배치 수준 및 특정 서비스 공급과 관련한 가감산의 비중이 증가하고 있음.

- 2015년의 경우 수가 인상률은 0%이었으나 가산금의 비중이 급여비의 3.76%(국민건강보험공단 내부자료)를 차지하여 실제적으로는 수가가 인상되는 효과를 가져왔음.

〈표 9-10〉 연도별 급여비 중 가산금 비중

(단위 : %)

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
가산금 (급여비비중)	0.05%	0.66%	0.66%	0.75%	0.8%	2.54%	3.76%

자료: 국민건강보험공단 내부자료

○ 2009년부터 실시한 장기요양기관 대상 평가는 그 목적이 서비스 질 향상을 유도하는 것임. 이를 촉진하고자 평가 결과가 우수한 기관에 대해서는 가산금을 지급하고 있음.

- 상위 10%범위에 속하면서 최고 등급을 받은 장기요양기관에 대하여 공단 부담금의 100분의 2를 가산금으로 지급하는 기준을 마련하였음. 다만 당해 정기평가 계획 공고일 이후 행정처분을 받았거나 그 밖의 사유로 가산지급이 부적절한 것으로 평가위원회가 심의·의결한 기관에 대하여는 가산지급대상에서 제외하고 있음.

#### □ 한계(문제점)

○ 현재 노인요양시설의 수가는 경영상태를 명확하게 반영하는데 한계가 있으며 규모의 경제 하에서 양질의 서비스 제공을 견인하지 못한 문제점이 있음.

- 더욱이 전문적인 서비스를 제공하기에는 부족한 부분이 있어 '16.7월 도입한 치매전담형 장기요양시설의 경우 수가가 낮아 제공기관 유인 부족('17년 31개소)

- 2등급 치매노인 기준, 치매전담형 입소시설에 연간 467만원 추가 지급

○ 인력 배치 수준 및 특정 서비스 제공과 관련된 가감산의 종류가 많고 이러한 가감산이 중장기적인 계획 하에서 신설되지 않는 경우가 있어 포괄형 수가인 노인장기요양보험의 수가체계를 왜곡시킬 우려가 있음.

○ 노인장기요양보험 제38조 3항에는 '장기요양기관의 장기요양급여 평가결과에 따라 장기요양급여 비용을 가산 또는 감액조정하여 지급할 수 있다'고 명시되어 있으나 실제 감산없이 가산만을 제공하고 있음.

- 가산의 효과를 명확하게 알 수 없고 하위기관에 대한 감산은 하고 있지 않음.

#### 다. 해외사례

##### □ 일본<sup>73)</sup>

- 이용자 중심의 서비스 지원(person-centered care)을 위해 개인별 유니트 케어(unit care) 실시를 추진하고 있으며 2006년 이후 신설하는 요양시설의 경우 유니트 환경 구축을 의무화하고 있음.
- 기존 요양시설과 유니트케어를 제공하는 요양시설의 수가체계를 구분하여 산정하고 있어 전문서비스에 대한 보상을 하고 있음.

##### □ 미국 CMS에서의 너싱홈 성과지불제도 시범사업<sup>74)</sup>

- 미국에서는 너싱홈을 대상으로 한 질 평가결과를 수가에 연결하는 시범사업을 실시하고 있음.
- IOM(Institute of Medicine)에서 2001년에 출간한 “Crossing the Quality Chasm(질 차이를 넘어)” 보고서에서 지불 인센티브는 질 개선에 부합하여야 한다고 주장하였음. 너싱홈 가감지급(Nursing Home Quality-Based Purchasing: NHQBP) 시범사업은 IOM의 이러한 주장에 근거한 정책 결정이며 CMS의 광범위한 장기요양 질 개선의 한 부분이었음.
- CMS에서는 인력 수준, 예방가능 입원율, RAI-MDS로 측정된 진료결과, 주 정부의 감사결과를 토대로 성과 지표를 도출할 것을 제안하였음.

73) 일본사례는 보건복지부(2017). 공무국외출장보고서(2017.5.19.).p.7.의 내용을 요약, 정리함.

74) 「White A et al(2009). Nursing home value-based purchasing demonstration: Design refinements.」을 참고하여 요약, 정리함.

〈표 9-11〉 CMS의 너싱홈 가감지급 사업의 성과지표

영역	지표	배점
인력수준	입소자 당 간호사(RN) 및 간호부장(DON) 투입시간	10
	입소자 당 간호조무사(CNA) 투입시간	5
	입소자 당 간호인력 투입시간	5
	간호인력 이직률	10
예방가능 입원율	예방가능 입원율(30일 이상 90일 미만의 단기입소자)	30
	예방가능 입원율(90일 이상의 장기입소자)	
결과	일상생활수행능력 감퇴 입소자분율(장기입소자)	20
	방밖으로 나오기 악화 입소자분율(장기입소자)	
	고위험군의 욕창 유병률(장기입소자)	
	요치도뇨관 환자분율(장기입소자)	
	신체 억제된 환자분율(장기입소자)	
	ADL 기능 수준 개선 입소자분율(단기입소자)	
	이동, 방밖으로 나오기가 개선되거나 독립적인 입소자분율(단기입소자)	
	요실금 개선 실패(단기환자)	
	감사결과	20

○ CMS에서는 성과기반 지불제도를 설계하는데 있어 몇 가지 고려사항을 권고하였음.

- 가감지급은 전반적인 성과점수에 근거해서 할당되어야 함.
  - 가산은 질이 높은 기관과 더불어 확실한 질 개선을 보인 기관에 지급되어야 함.
- 가산은 상위 20%의 기관에 한하여 지급하되 상위 10% 기관과 그 다음 10% 기관의 가산 수준에는 차등을 두어야 하며, 기관 현원 수에 근거하여 가중치를 두는 것이 합리적임.

## 라. 정책과제

### ① 규모별, 기능별 수가 차등화

○ 노인장기요양보험 제도 설계 시에는 국가가 사회보장제도를 통하여 보장하고자 하는 서비스 질의 표준을 설정하고 필요한 서비스 비용을 보상하는 수가 수준을 산출하는 의미로 표준모형을 설정하여 수가를 산출하였음.

- 표준모형이 당초 취지대로라면 70인 정도의 대규모 시설의 서비스 질이 우수하고 수익구조가 양호한 결과를 가져와야 하는데 현실에서는 서비스 질이 가장 나쁜 30인 미만 소규모 시설에서 수익률이 가장 좋은 결과가 도출

되었음.

- 현재 시설 규모에 따라서 입소자의 중증도 구성에도 차이가 있는 것으로 분석됨.
  - 인력의 법적 배치 기준을 바탕으로 30인 미만, 30~49인, 50인 이상으로 규모를 구분하여 입소자의 중증도를 분석한 결과 50인 이상 기관에서 1등급과 2등급의 중증 입소자의 비중이 30인 미만이나 30~49인 시설보다 높았음.

〈표 9-12〉 노인요양시설의 규모별 입소자의 요양등급 비율

(단위: %)

구분	〈 30인(n=1,659)		30~49인(n=578)		50인≥(n=812)		전체(n=3,049)	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
1등급	9.58	9.05	10.59	7.23	12.45	6.94	10.54	8.29
2등급	23.53	12.33	25.45	9.35	25.79	8.25	24.49	10.88
3등급	41.66	12.96	41.06	8.94	38.57	7.55	40.73	11.11
4등급	22.63	12.64	20.30	9.08	19.87	8.10	21.45	11.03
5등급	0.95	2.40	0.70	1.50	0.54	1.07	0.80	1.98

주: 국민건강보험공단 내부자료(2015년 노인장기요양보험 청구자료 분석 결과임).

- 이에 따라 30인 미만 시설의 경우 1, 2등급 입소자의 비율이 약 33%이었으나 50인 이상에서는 이러한 비율이 약 38%이었고 반면 3~ 4등급 입소자 비율은 30인 미만 시설에서 약 64%이었으나 50인 이상 시설에서는 약 58%이었음.
  - 분석 결과는 다양한 인력이 배치되어 있는 대규모 시설에서 중증의 입소자에게 서비스를 제공하는 것이 가능하다는 것을 의미하며 결국 이것은 어떤 기준으로든 수가를 다르게 보상하여야 함을 시사하는 것임.
- 현재 수가 산정요소에 포함되어 있지 않은 규모나 기능을 고려하여 수가를 산출하는 방안을 제안하되, 수가체계 변화가 미칠 파장을 염두하여 단계적 접근을 제안함.
- 수가는 단순히 장기요양기관 서비스 제공에 대한 금전적 보상이라는 차원을 넘어 서비스의 양(volume), 종류(type), 질(volume) 등에 대한 국가의 지향점을 보여주는 중요한 정책적 수단임.
  - 요양거주, 보건·의료·복지 등 요양시설 대상자의 복합적 욕구와 건강상태를

고려한다면 현재보다 전문화, 다양화된 방식으로 서비스를 제공할 수 있도록 유도하는 수가체계가 필요함. 그러나 이러한 수가체계를 마련하기 위해서는 전문화, 다양화된 방식의 서비스를 요구하는 대상자를 선별하는 기준 및 방법과 이러한 서비스를 제공하는 기관에 대한 기준, 서비스의 구체적인 내용을 개발하는 것이 우선 과제임. 그런데 해결방안을 찾는 것은 단기간에 가능하지 않기 때문에 단계적으로 접근하는 것이 필요함.

#### ○ (1단계) 규모별 수가 인상 차등화

- 경영수지상 규모별로 왜곡되어 있는 현 실태를 개선할 수 있도록 노인요양시설을 10인 이상 30인 미만, 30인 이상 50인 미만, 50인 이상으로 구분하여 수가를 차등화함.
- 차등화의 방법은 여러 가지가 있을 수 있으나 수가 인상의 폭을 규모별로 다르게 하여 소규모 시설의 경우 수가 인상 폭을 대규모 시설의 절반 수준으로 조정하는 등의 방안을 채택하는 것이 가장 현실적임.
- 수가체계가 요양시설의 전문화, 다양화를 유도하기 위해서 단순히 규모별로 수가를 다르게 하는 것은 장기적으로 지속적으로 적용할 수 있는 방안은 아님. 또한 수급자 측면에서는 본인부담금이 달라지므로 저소득층 노인이 질이 저하되는 소규모 시설을 이용할 가능성이 높아지므로 이에 대한 고려가 필요함.

#### ○ (2단계) 기능별 수가 다양화

- 수가를 다양화함으로써 기능의 분화를 유도할 수 있으며 중증도에 따라 적합한 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 구분하는 것이 현실적으로 가장 타당함.
- 이러한 기본적인 틀을 바탕으로 기본 시설, 간호전문시설, 치매전문시설로 구분이 가능한데 이것은 시설 단위로도 시설 내 유니트 단위로도 가능함.

[그림 9-1] 규모별, 기능별 수가 다양화(안)

구분(안)	현재	2020년
기본 시설	일당정액수가	기본 일당정액수가
간호 전문시설	일당정액수가	기본 일당정액수가 + 전문서비스 수가
치매 전문시설	일당정액수가	기본 일당정액수가 + 전문서비스 수가

- 기능 분화를 유도하는 수가 차등화 방안을 실현하기 위해서 다음과 같은 세부 이행 과제 필요
  - 제공기관 기준 설정: 인력 기준, 시설 기준, 입소자 기준(중증도, 요구도 등)
  - 급여 제공 기준 및 수가 개발
  - 건보공단의 급여 내용 확인 및 모니터링 절차 마련

## ② 각종 가감산 재정비

### ○ 각종 가감산 제도 정비의 원칙

- 가감산 기준에 따른 성과를 면밀히 검토
- 기본 원칙은 포괄수가의 원래 취지를 해치지 않는 범위에서 가감산의 종류를 줄이고 가감산 제도가 제 기능을 할 수 있도록 가산과 감산의 폭은 상향 조정

### ○ 가감산 재정비의 단기 방향

- 기관당 변이가 존재하고 서비스 질 향상이 목적인 가감산 제도는 존치하되 적용방법을 개선 필요 여부 확인 후 제도 보완
  - 인력추가 배치 가산, 인력배치기준 위반 감액, 방문요양 사회복지사 등 배치 가산
- 기본 수가에 포함되어 중복 지급되는 경우 폐지

- 야간배치 가산의 경우 근로기준법령을 지킬 수 있도록 기본수가에 포함하여 보상
- 맞춤형 서비스 제공 가산의 경우 입소자의 건강 수준의 유지 향상을 위하여 기관이 의무적으로 수행하여야 하는 활동이며, 이를 위하여 기본 수가를 책정한 것임. 따라서 중복 지급되는 것이라 할 수 있으므로 폐지
- 프로그램 관리자 가산(수급자 1인당 월 6,000원), 주야간보호의 이동서비스 가산, 목욕가산은 중복보상 여부 검토 후 폐지
- 가감산의 본래 취지를 달성하여 기관당 변이가 거의 존재하지 않는 경우에는 폐지하되 평가를 통한 지속적인 모니터링 실시
- 정원초과 감액의 경우 '16년 말 현재 감산기관은 7,261개소(입소형기관) 중 0.12%에 해당하는 9개소로 대다수의 기관은 정원 범위 내에서 운영(국민건강보험공단 내부자료)하고 있어 감산 효과를 달성하였다고 판단되므로 감산 제도는 폐지하되 평가항목으로 연계
- 전문인 배상책임보험 미가입 감액의 경우 '16년 말 현재 감산기관은 7,261개소(입소형기관)중 0.55%인 40개소로 대다수의 기관이 가입하고 있고(국민건강보험공단 내부자료), 배상보험 미가입으로 인한 민·형사상 책임은 기관이 지고 있기 때문에 급여비용 감산은 지나친 규제에 해당할 수 있으므로 감산 제도는 폐지하되 평가항목으로 연계

#### ○ 가감산 재정비의 중장기 방향

- 중장기적으로는 가감산은 대부분 정리하고 기본 수가에 반영하는 것이 타당함.
- 이때 고려하여야 할 사항은 ① 기본 수가에 반영할 때는 법적 인력 기준을 상향 조정하는 것을 검토하여야 하며, ② 현재 가감산 중에서는 가산에 해당하는 금액을 100% 공단 부담금으로 지불하는 항목이 있는데 기본 수가에 반영하는 경우 본인부담금이 증가할 유인이 있으므로 이에 대한 검토가 필요함.

#### ○ 가감산의 종류가 매우 다양하기 때문에 일시에 모든 가감산을 재정비하는 것은 불가능함.



- 중장기적인 계획하에 일정한 기간을 두고 지속적으로 재정비할 필요가 있음.

### ③ 평가결과 급여비용 연계

#### ○ 우수기관에 지급하는 가산의 효과 검증

- 가산을 받은 우수기관의 평가점수가 유지 혹은 상향되었는지 검토하여 효과를 검증하는 것이 필요
- 가산의 효과가 미미할 경우 폐지 등을 검토할 필요가 있음.

#### ○ 평가결과 하위 기관에 대한 감산 검토

- 현재 평가결과 하위 기관에 대한 감산의 법적 근거는 마련되어 있는 상태이지만 실제 적용하지 못하고 있음.
  - 이는 장기요양기관의 수입 감소로 인한 반발보다는 수급자에 대한 서비스 질 저하로 이어질 수 있다는 우려가 있기 때문임.
- 질이 저하되는 기관을 대상으로 하는 감산은 이들 기관에 대한 퇴출을 암시하는 신호로 시장에 작동할 수 있으므로, 퇴출에 대한 법적 토대가 마련되기 전까지는 일부 하위 기관에 대한 강한 감산 적용을 검토할 필요가 있음.

## 마. 기대효과 / 고려사항

### □ 기대효과

- 가감산을 정리함으로써 수가체계를 단순화하는 한편, 운영의 효율성을 높일 수 있는 효과가 있음.

### □ 고려사항

- 현재 수가 하에서 수익을 창출하고 있었던 소규모 시설의 반발이 예상됨.
  - 소규모 시설의 수가를 현재보다 삭감하는 것이 아니라 규모가 큰 시설의 수가 인상률을 높여주는 방향으로 정책을 집행하여야 반발을 최소화하면서 전문 시설이 증가하도록 유도할 수 있을 것임.

- 전문 시설에 입소하는 어르신의 경우 본인부담금의 절대 금액이 상승할 것으로 예상되므로 현재와 동일한 본인부담률을 적용하는 방안이 아닌 다른 방안을 고안할 필요가 있음.
- 가감산 중 일정 부분을 기본 수가(일당정액수가, 시간당 정액수가)에 포함시킬 경우 서비스의 과소 제공에 대한 모니터링이 필요함.

## 2. 수가 결정체계 개편

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 필요성

- 장기요양보험 수가 결정 체계를 합리적으로 개편하여 재정의 예측 가능성을 높이고 불필요한 논의 감소

### 나. 현황 및 문제점

#### □ 제도 개선 추진 경과

- 제1차 장기요양 기본계획 연구용역(선우덕 외, 2012)에서는 ‘수가결정 방식의 개선’ 정책과제가 포함되어 있었으나 그 이후 제도 개선의 추진은 미흡하였다고 할 수 있음.

#### □ 현황

- 현재 급여유형별로 기관의 표준모형을 산정하여 표준모형 운영에 필요한 인건비와 관리운영비를 토대로 매년 수가를 결정하는 방식을 채택하고 있음.
- 장기요양수가는 매년 개최되는 장기요양위원회에서 심의·결정되고 있으며, 제도 전반적인 관점이라기보다는 개별 급여서비스마다의 사안 혹은 정책적 요구가 발생하는 경우에 수가 조정되고 있음.
  - 이에 따라 수가가 설정되고, 개정될 때마다 수가운영계획이 책정되어 있지 않은 실정임.

#### □ 한계(문제점)

- 인건비와 관리운영비 수준에 대한 합의가 이루어지기 어려워 공급자와 보험자간의 소모적인 논쟁이 매년 지속되고 있음.
- 전반적인 수가 운영 계획이 수립되어 있지 않기 때문에 공급기관은 수입에 대

한 예측이 어렵고 보험자는 재정 지출에 대한 예측이 어려움

#### 다. 해외사례<sup>75)</sup>

##### □ 일본 개호보험제도의 개호보수 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 개정, 2015년에 5차 개정, 2018년에 6차 개정이 이루어질 예정임.
  - 2005년도에는 계획에 따른 1차 개호보험제도의 개혁이 단행되어 그 결과를 수가에 반영하기 위하여 2005년 10월에 시설급여관련 수가가 개정되는 등, 개정사유가 발생하는 시에는 적절하게 이루어지고 있음.
- 일본의 경우 제도 개편과 수가 개편은 동일한 주기로 이루어지고 있음. 다시 말하면 제도 개편을 수가에서 반영하는 방식으로 운영되고 있음.

##### □ 독일 장기요양보험제도의 수가 개정사례

- 독일은 부정기적으로 장기요양 수가를 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.

75) 일본 및 독일의 사례는 「선우덕 외(2012). 제1차 장기요양 기본계획 수립방안연구」를 참고하여 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문 내 별도 표기함.

#### □ 오스트리아 사례

- 인플레이션에 따라 다소의 수가 인상은 있으나 매년 인상하는 체계는 아님(보건복지부, 2015).

### 라. 정책과제

#### ① 중장기적인 수가 운영 계획 수립을 위한 제도개선전문위원회 신설

- 급여 유형별로 보장성 강화 및 신규 급여 도입에 대한 계획을 기반으로 수가 운영에 대한 세부 계획을 수립하고 이를 바탕으로 수가를 개정하여 공급기관과 보험자 모두 재정 지출에 대한 예측 가능성을 높임.
- 이를 위해서 장기요양위원회 산하에 소위원회 성격의 제도개선전문위원회(가칭)를 신설하여 산발적, 즉시적 제도 개선을 지양하도록 함.

#### ② 결정 주기 및 방법 변경

- 수가의 산정은 급여의 내용, 장기요양 상태 구분 등과 같은 변수의 급격한 변화가 발생하지 않는 한 수시로 결정되기 보다는 중장기재정운영체계 아래에서 이루어져야 할 것이고, 이를 통해서 장기요양시설 및 기관으로 하여금 안정되고 효율적인 경영계획하에 운영할 수 있도록 하여야 함.
- 이를 위해서 장기요양보험의 제도 개선과 수가 개편을 연계함.
  - 수가는 제도를 구현해내는 수단이므로 제도 개선과 수가 개편은 연계되어야 함.
  - 제도 개선의 주기와 수가 개편의 주기를 3~5년으로 통일하여 정책 변화에 대한 예측가능성을 높이도록 함.
- 정기적인 수가 개정이 이루어지지 않는 경우에는 장기요양기관이 경영실태나 물가상승률은 해마다 달라지므로 거시지표인 장기요양기관의 경영실태와 물가상승률만을 고려하여 수가의 상승률을 결정하는 방식으로 수가 결정 체계를 단순화함.

- 제도개선 및 새로운 정책이 도입될 경우 3년에서 주기를 짧게 할 수 있도록 함.

#### 마. 기대효과

- 노인장기요양보험 재정 운영의 효율성이 제고될 것으로 기대됨.
  - 보험자와 공급기관 모두 수가에 대한 예측성이 높아지므로 재정을 효율적으로 운영할 수 있는 기반이 마련됨.
- 수가 운영 계획이 수립되어 있음에도 불구하고 돌발적인 공급기관의 수가 인상 요구 등이 발생할 수 있을 것으로 판단되며 이에 대한 충분한 이해를 할 수 있도록 논의를 하는 것이 바람직함.

### 제3절 적정 청구 유도 및 심사 고도화

#### 가. 배경 및 필요성

##### □ 필요성

- 장기요양급여비용 청구의 지속적인 증가와 함께 수급자에게 제공된 장기요양급여가 관련규정에 따라 적정하게 제공되었는지의 여부, 급여비용의 정확한 청구여부 등을 조사하여 장기요양기관의 부적정한 급여비용 청구를 방지하고 부당청구에 대한 대책을 마련하여 지출의 적정성을 제고하고자 함.

#### 나. 현황 및 문제점

##### □ 제도 개선 추진 경과

- ('08) 현지조사 실시
- ('09) 부당청구 장기요양기관 신고 포상금제도 도입
- ('11) 재가급여전자관리시스템(RFID) 구축, 청구상담봉사자제도 도입
- ('12~'13) 청구심사계시판, 장기요양급여비용 청구자율개선제, 장기요양기관 기획현지조사 대상항목 사전예고제 도입
- ('12.6) 건강보험의 포괄수가제
  - 건강보험에서 일부 질병군에 사용하고 있는 포괄수가제의 경우, 제도로 도입 후 2012년 6월 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」고시를 개정함.
  - 요양기관이 건강보험심사평가원에 청구 시 질병군 요양급여비용 행위별 진료내역을 함께 송부하도록 하고 있음. 즉 포괄형 수가제도를 사용하면 서 요양기관이 청구시 질병군 요양급여비용 행위별 진료내역을 함께 송부하도록 하고 있음.
  - 항번호, 목번호, 단가, 1일 투여량, 투여실시횟수, 총 투여일수, 1회 투약

량, 금액 등을 명시하고 있음.

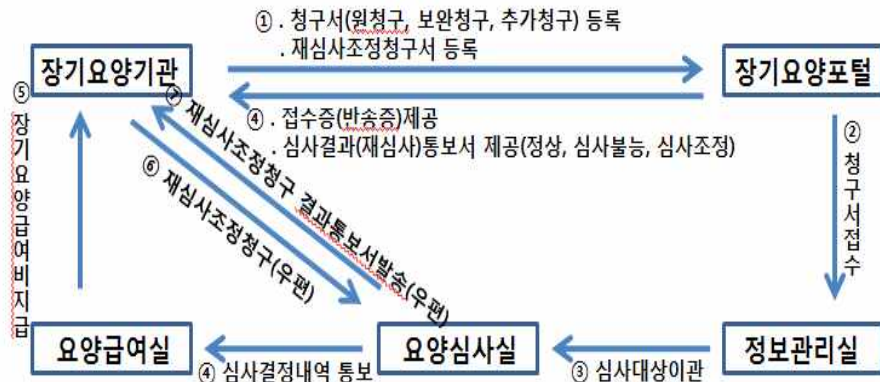
- 실폐괄수가제 시범사업을 실시하면서 다음과 같이 심사를 실시함.
  - 심사는 요양기관으로부터 진료기록부, 본인부담금 수납대장 등을 제출받아 청구된 진료비 청구명세서와 대조 확인하는 서면 확인 방법으로 실시하되 필요한 경우 현장에 직접 방문하여 실시함.
  - 확인심사는 시범요양기관이 청구한 진료비 청구 건 중 추출된 표본을 대상으로 실시하며, 확인심사결과 착오 청구 등이 확인된 경우에는 착오 청구에 해당되는 금액을 당해 요양기관의 차기 지급액에서 조정함.

○ ('14) 부당청구기관의 비율을 낮추기 위해 Risk Mart를 통한 적정청구지원시스템 구축

#### □ 현황

- 노인장기요양보험의 경우 시설급여는 일당정액수가를, 재가급여의 경우에는 시간당 수가를 사용하고 있어 포괄형 수가제를 적용하고 있음.
- 포괄형 수가제를 사용하고 있으나 실제 서비스 제공 내역에 대해서는 청구시에 근거 자료를 제출하지 않고 있어 보험자인 건보공단에서는 제한적인 심사만 가능한 실정임.

[그림 9-2] 장기요양급여비용 청구심사 및 지급 처리 흐름도



자료: 국민건강보험공단(2017). 2017 장기요양기관 업무안내.



○ 장기요양기관은 2008년 8,318개소에서 2016년 19,398개소로 급격히 증가하면서(국민건강보험공단, 2008; 2016), 장기요양급여비 청구도 지속적으로 증가하고 있으며 이러한 공급과잉에 따른 과다경쟁으로 부적정 청구사례도 증가하고 있음.

- 현지조사 사후관리건수는 2014년 416건에서 2016년 710건으로 증가하였고, 현지조사 환수결정금액도 2014년 178억원에서 2016년 345억원으로 늘어났으며(국민건강보험단 내부자료) 향후에도 지속적인 증가가 예상됨.

#### □ 한계(문제점)

○ 장기요양기관의 급여비 청구에 대한 심사와 부적정 청구에 대한 관리는 노인 장기요양보험 지출의 적정성을 제고한다는 측면에서 매우 중요하며 향후 증가가 예상되는 재정 관리의 핵심 전략이라고 할 수 있음.

○ 현행 건보공단의 심사 및 부적정 청구 기관 관리에 있어서는 정밀하고 고도화된 기법이 요구됨.

- 단순한 급여비용 청구가 아닌 급여제공 내역을 토대로 한 심사로의 전환
- 부당청구 사전예방 시스템의 개선을 통한 심사의 효율화
- 현지확인 심사 강화를 통한 적극적인 부당 청구 적발 및 사후관리 강화

### 다. 해외사례<sup>76)</sup>

#### □ 미국

○ 1999년 진료비 부당청구방지법이 제정됨. 이는 보건부, 노동부, 보훈처와 인사관리처의 모든 감사관에게 모든 연방법률에 위반한 부정청구 및 과잉진료를 예방, 억제, 통제와 관련하여 감사권, 민형사상 조사권, 현지조사권, 평가권을 부여함.

76) 해외사례는 「김욱, 서동민, 문성현, 이용재, 최인덕(2013). 장기요양급여 부당청구 사전예방체계 구축방안」과 「강희정, 김옥문, 홍재석, 이성우(2010). 부당청구 사전예방체계 구축방안」을 참고하여 요약, 정리함.

- 미국의 부당청구는 미국 보건부와 법무부의 공조로 감사 및 조사되어 처리되고 있음. 부당청구 사건들은 각 지역별로 수사가 진행되고 있으며 부당청구 자체를 방지하기 위한 사업 운영하고 있음.
- CMS는 심사강화와 예측 분석을 통해 부당청구 예방 사업을 시행하고 있음
  - 전문 심사(medical review)를 강화하고, 심사량을 늘림.
  - 부당청구예방시스템(FPS)을 통해 환자분류군(RUG)을 업코딩하는 기관을 확인함.
- CMS는 주 조사기구(State Survey agency)와 인증 받은 기관이 계약을 맺어 요양시설이 연방규정을 준수하고 있는지를 확인하고 있음. 주로 환자평가 정보의 정확성을 보여주며, 준수 정도가 낮을 경우 요양시설의 기관장을 소환하여 향후 메디케어와의 관계(계속 가입 여부)에 영향이 있을 것을 알림. 또한 일부 기관의 청구서를 표본추출하여 심층심사하고, 지불액의 오류 비율을 확인하고 있음.
  - 부당청구 예방사업으로 CMS에서 수집한 데이터를 예측모델링을 이용해서 위험성을 지수화시켜 잠재적인 허위청구나 과잉진료 등의 징후가 나타날 때에는 급여 청구를 중지하고 미리 공적보험제도에서 제외시킴.

#### □ 일본

- 후생노동성은 개호서비스사업자에 대한 행정기관의 지도감사에 대해서 ‘지도’는 개호서비스사업자 등의 육성·지원을 기본으로 하여 서비스의 질 확보 및 향상을 도모하는 것을 주된 목적으로 하고, ‘감사’는 개호서비스의 내용과 개호수가의 청구에 관하여 감사를 하여 개호급여의 적정화 등을 도모하는 것을 주된 목적으로 하여 실시함.
  - 감사 실시결과에 근거한 개호서비스사업자로부터의 개호수가의 반납조치 시행하고 있음. 이는 개호보험법에 근거하여 개호수가의 부정수급이 이루어졌다고 판명되는 경우, 시정촌은 반환금을 징수하고 가산금을 부담하도록 함. 또한 과오청구 발생시 과오조정에 의해 이미 지급한 개호급여비를

철회하여 청구 이전의 상태로 되돌리고 철회처리를 한 다음, 다음 달의 지급에서 철회분의 금액을 상쇄하여 지급액을 조정하고 있음.

- 개호보험의 운영을 담당하는 보험자(시정촌)의 기능을 강화하기 위해 지도·감독 권한을 시정촌에도 부여함.
- 사업자의 본부에 대한 불시검사 권한을 도입하여 조직적으로 관여된 부정행위가 의심되는 경우 국가, 도도부현, 시정촌은 사업자 본부를 불시에 검사함.
- 개호급부적정화시스템을 운영하여 개호서비스사업소 등의 부적정 또는 부당청구를 발견하여 조치하고, 수급자에게 서비스 급부실적을 제공하여 개호보험제도에 대한 이해를 향상시키고 개호서비스 사업소에 대하여 올바른 청구를 유도하기 위한 목적으로 구축함.

#### □ 독일

- 부당행위에 대처하기 위해 건강보험법과 수발보험법에 의거해 조사 및 검사 부서를 두고 있음. 조사 및 검사 부서에서는 건강보험이나 수발보험 운영에 있어 제공자의 불규칙적 비용청구 또는 불법 혹은 목적에 맞지 않는 비용청구에 대한 것을 조사함.
  - 모든 수발기관은 수발보험에 따라 매년 불시 제공서비스와 서비스 질에 대한 정기검사를 받도록 되어 있음.
- RFID시스템 도입
- 급여비용 청구시 서비스 내역 정리한 서비스제공증명서를 수발금고에 의무적으로 제출함.

## 라. 정책과제

### ① 청구방법 개편

- 서비스 제공 내역에 대한 심사가 가능하기 위해서는 현재의 청구방법을 개선하여야 함. 현재 장기요양기관이 청구 시 제출하는 장기요양급여비용 청구서,

장기요양급여비용 청구명세서에는 서비스 제공 내용에 대한 정보가 수록되어 있지 않음

- 장기요양급여제공기록지를 활용하는 것이 현실적인 방안임
  - 현행 장기요양급여제공기록지(노인장기요양보험법 시행규칙의 별지 서식)에는 1) 방문요양의 경우 서비스 제공시간을 포함하여 신체활동지원 서비스, 인지활동지원 서비스, 정서지원 서비스, 가사 및 일상생활지원서비스를, 2) 방문목욕은 목욕종류, 3) 방문간호는 질병관리 서비스, 영양관리 서비스, 배설관리 서비스, 신체훈련 서비스, 인지훈련 서비스, 교육상담 서비스, 4) 주야간보호는 이동서비스 제공여부, 신체활동 지원서비스, 간호 및 처치 서비스, 기능회복훈련 서비스, 5) 시설 및 단기보호는 신체활동지원 서비스, 간호 및 처치 서비스, 기능회복 훈련 서비스 등의 항목별 내용 및 급여제공시간을 기입하도록 되어 있음.
- 현재는 장기요양급여제공기록지는 전산으로 건보공단에 전송되지 않고 있음. 따라서 장기요양급여제공기록지를 표준화하여 전산으로 건보공단에 전송되게 한다면 제공 내역을 토대로 심사가 가능함

#### ○ 장기요양기록지 표준화 연구 실시

- 현재 사용하고 있는 장기요양기록지, 서울요양원의 서비스 제공 내역 데이터 등을 이용하여 서비스 표준화를 위한 연구 실시
  - 연구 결과를 토대로 현재 장기요양기록지를 그대로 전산화하여 청구 시 건보공단으로 송부하게 할 것인지 청구를 위한 단순화된 서식을 개발할 것인지 검토
- 전산화 도입을 위한 공급자의 의견을 충분히 수렴하여 실제 시행가능한 제도가 되도록 함.

#### ○ 장기요양기록지 전산화 프로그램 개발 및 보급

#### ○ 시범사업 실시 및 평가

- 규모별, 급여유형별, 소재지별, 설립유형별 등으로 층화하여 시범기관 모집
- 시범사업을 통하여 제도 수용성을 높이고 적용 가능성을 높이는 방안 강구

## ○ 제도화

- 청구 시 장기요양급여제공기록지 함께 송부
- 장기요양급여제공기록지를 토대로 심사 실시

## ② 급여비용 적정청구 사전·사후 관리 현황 파악 및 효과 분석

- 적정청구 유도 및 사후관리 운영 현황 파악
- 급여비용 사전예방, 사후관리 강화를 위한 시스템 개선 연구용역 실시

## ③ 부적정 청구 사전예방 시스템 개선

- 적정청구 확산을 위한 재가급여전자관리시스템(RFID) 의무화 추진
- 급여비용 청구 전산점검 항목 고도화
- 적정청구지원시스템(FDS) 기반 청구내용 현지확인심사 확대

## ④ 부적정 청구 기관 사후관리 강화 방안 마련

- 부당 적발률 높은 사후 부당모형 개선 및 신규개발
- 신고포상금제 활성화, 현지조사기법 및 사후관리 고도화

**마. 기대효과 / 고려사항**

## □ 기대효과

- 현황 분석 자료 확보 및 사후적 적발위주의 관리의 한계점을 보완하여 노인장기요양보험재정의 지속가능성 확보
  - 합리적이고 효율적인 장기요양급여 부당청구 관리제도를 마련하기 위한 방안을 위한 기초자료로 활용

## □ 고려사항

- 청구방법 개편에 따른 장기요양기관의 반발 예상



# 제 10 장

## 의료·요양·복지간 연계체계 구축

제1절 의료와 요양의 관계 정립

제2절 장기요양보험과 노인돌봄사회서비스간 역할정립

제3절 장기요양과 의료의 자원 분담 체계 정비





## 제1절 의료와 요양의 관계 정립

### 가. 배경 및 필요성

#### □ 이용자 욕구 측면 - 이용자 중심 통합적 케어

○ 장기요양 대상자의 기능장애는 대체로 만성질환과 관련된 것으로, 노인 질환의 특성 상 시간 경과에 따라 중증도가 심해지는 경향이 있어 지속적인 의료적 처치가 요구됨(노용균 외, 2010).

- 특히, 요양시설 입소자 가운데에는 전문적인 간호처치가 필요한 경우가 다수 있으나, 시설 내 의료 및 간호 처치 제공(범위, 절차, 보상 등) 관련하여 법률 근거가 마련되어 있지 않고 시설 간호인력의 수, 전문성 부족으로 인해 충실히 대응하지 못하고 있음.

○ 재가 영역에서도 방문간호가 운영되고 있으나 이용률은 매우 낮은 상황으로, 거동 불편 노인의 의료적 욕구가 적절히 관리되지 못할 우려가 있음.

○ 이로 인해, 만성적인 의료 및 간호처치 욕구를 가진 인정자들은 재가 환경에서는 병원 입퇴원 반복, 잦은 외래방문의 불편함 때문에 요양병원 등 의료기관에 입원하는 실정이며, 의료서비스 이용 불편이 해소된다면 시설로 재입소하기를 희망함(한은정 등, 2016).

#### □ 서비스 질 확보 측면 - 증상 악화 및 합병증 예방, 불필요한 입원 감소

○ 장기요양 대상자의 건강 및 기능 수준의 악화를 예방하고 최상의 기능상태를 유지하기 위해서는 체계적인 케어 욕구 사정과 효과적인 처치, 연속성 있는 케어가 필요

- 장기요양인정 시 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활 등 다양한

관점에서 장기요양 필요도를 평가, 판정함에도 불구하고, 실제 서비스 제공 시설과 인력 인프라는 일상생활 신체활동지원 및 가사지원 서비스를 중심으로 구축되어 있어 건강 측면에서의 효과적인 처치, 연속성 있는 케어 제공에 한계

- 특히, 간호처치 및 재활 욕구를 평가함에도 불구하고, 시설 및 재가서비스 영역에는 이러한 욕구에 체계적으로 대응할 수 있는 인적, 물적 자원이 배치되어 있지 않은 실정임.

- 이러한 현실은 대상자의 증상 악화, 합병증 발생에 따른 병원 입원 등 부정적 건강 결과와 건강보험재정 부담 증가로 나타남.

#### □ 보건의료복지 서비스 조정, 통합 - 재원의 효율적 배분, 사용

- 요양시설 입소자의 의료, 복지에 대한 서비스 욕구는 복합적임. 그러나 서비스 제공체계는 건강보험을 주된 재원으로 하는 의료서비스와 장기요양보험을 주된 재원으로 하는 요양서비스로 이분화 되어 있어, 노인에 대한 의료-요양 서비스의 사각지대 발생과 비효율적 배분의 문제가 심각함(김주경, 2017).

- 보건 및 복지 서비스가 상호 연결되고 이행이 조화롭게 이루어지도록 조정, 통합하는 것이 필요. 장기요양체계는 보건의료서비스와 긴밀한 관계를 이루며 작동해야 함.

- 장기요양서비스 이용자들은 흔히 만성질환과 장애로 인한 복합적인 질병상태로 고통 받기 때문에, 연속성 있는 케어와 다층적인 케어 제공이 필요함. 많은 장기요양서비스 이용자들이 보건의료서비스와 장기요양서비스 양쪽을 오가며 반복해서 이동하고 있지만, 이러한 과정에서 받을 수 있는 지지와 공유할 수 있는 정보는 비효율적이고 산발적이며 부적절함. 결과적으로 케어의 질에 부정적인 영향을 끼침.

- 문제는 건강보험 요양병원과 장기요양보험 요양시설의 운영체계가 별개의 방식으로 상호 연계 없이 이루어지고 있다는 것이며, 상당 부분 복합적으로 발생하는 의료와 요양 서비스를 조정할 수 있는 정책 기전이 작동하고 있지 않다는 것임.

- 현재 노인요양시설 등 장기요양기관의 자원 수준으로는 케어 하기 어려운 의료적 욕구를 가진 대상자가 시설에 입소해 있거나 가정에서 머물고 있으나, 이들의 욕구를 장기요양에서 케어할 수 있도록 제도를 개선할 것인지 (의료법 포함), 또 어느 수준의 의료필요도를 가진 장기요양 인정자를 병원으로 전원하도록 유도할 것인지 서비스 조정체계가 필요함.
- 제공체계의 개혁은 재원체계의 뒷받침이 없으면 성공할 수 없는 것이 국내 외의 공통적인 경험인 바, 건강보험과 장기요양보험 재원을 이들 병원과 시설의 재편에 적절히 활용하는 지혜가 발휘될 필요가 있음.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 제도 개선 추진 경과

- (촉탁의 제도 개선) 촉탁의 제도가 형식적으로 운영되는 문제점을 해결하기 위해, 2016년 9월에는 전반적인 제도를 재정비하여 촉탁의 서비스의 내실화를 도모함.

[그림 10-1] 촉탁의 제도 개선 전후 비교

구분	개선전	개선후
자격	의사 또는 한의사	의사, 한의사, 치과의사
지정	시설장이 임의 선택지정	시설장이 지역 의사회 추천받아 지정
등록	'시설정보시스템'에 등록(성명, 전화번호)	등록정보 확대(소속병원, 전공, 교육여부 추가)
교육	촉탁의 교육 미실시	촉탁의 교육 실시
활동비	시설수가에 촉탁의 인건비 포함, 시설이 자율 지급	진료 인원별 비용 지급 의사가 공단에 청구 → 공단 지급

자료 : 보건복지부(2017.1.9.). 요양시설 촉탁의사 제도개선 안내.

- (원격건강관리 시범사업) 2016년 11월부터 촉탁의 진료 제도와 원격의료를 결합한 '요양시설 건강관리강화 시범사업'을 추진 중임(권진희 외, 2017)<sup>77)</sup>.

77) 「권진희 외(2017). 요양시설 건강관리강화 시범사업 평가. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원」의 내용을 요약함.

- 목적 : 거동이 불편한 요양시설 입소노인의 의료서비스 접근성 향상
- 주요 내용
  - (의료인간 협진) 의료기관 촉탁의 - 요양시설 간호사간 원격 협진(단, 의료인이 아닌 간호조무사는 배제)
  - (시기) 촉탁의 방문 진료일(2회/월) 사이(월1회 원칙, 필요시 추가이용 가능)
  - (내용) 시설 간호사의 도움을 받아 촉탁의가 의료용 스코프 등을 활용해 진찰
  - (기타) 처방전 발행 불가, 수가는 촉탁의 재진비용(10,620원), 본인부담금 면제
- 현황 : '17년 9월말 기준 134개 시설 장비설치, 2,682건(1,613명) 이용

#### □ 현황 및 문제점

- 노인요양시설 입소자의 건강상태 악화 또는 의학적 처치가 필요할 때 관리가 적절히 이루어지고 있지 않다고 응답한 비율이 63.1%로 나타남(노용균 외, 2010).
  - 더욱이 요양시설의 낮은 촉탁의 고용률 특히 노인요양공동생활가정과 같은 소규모 시설의 촉탁의 부재, 그나마 제공되는 촉탁의의 진료도 기본진찰과 건강상담에 머무르고 원외처방 및 투약 등이 1인당 연 4회에 국한되는 등 실질적인 진료제공이 되고 있지 못하여 요양시설 입소 노인의 외래 이용률이 높게 나타나고 있음(신현영, 2015).
- 요양시설과 의료기관간 협조가 잘 이루어지지 않는 이유로는 적절한 보상체계 부족(39.5%), 의료인과 의료기관 무관심(23.7%), 가족의 이해부족(13.2%) 등이 제시됨(노용균 외, 2010). 하지만, 이는 표면상의 이유일 뿐 개별 시설이나 기관들은 독립적인 경영주체이고 각자의 이익을 추구하는 경쟁자인 상황에서 제도적인 해결방안이 강구되기 전에는 이러한 제공주체들이 공동의 선을 위해 행동해주기를 기대하기는 어려울 것임.
- 입소 노인의 경우 장기요양등급이 높을수록 욕창, 요실금과 유치도뇨관, 인지

기능/치매, 의사소통 등 강도 높은 전문 간호서비스를 필요로 함. 1, 2 등급이 외상 상태의 전적 또는 부분적 전문간호를 요구하는 반면, 3등급은 관찰과 물리적인 안전한 환경에 주의를 기울이는 것이 필요함(방은주 외, 2010).

○ 노인요양시설 간호사 확보 수준은 욕창발생률, 폐렴 등 건강관리, 대상자 및 가족과의 상담, 서비스 질 관리, 응급상황에의 대응, 의료기관과의 의사소통에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 평가됨에도 불구하고(김윤미 외, 2014), '16.4월 기준 공동생활가정의 7.1%(140개소), 노인요양시설의 30.2%(861개소)만이 간호사가 근무하는 실정임.

- 요양시설의 입소자에게 제공되는 서비스를 보면, 상처간호(81.3%), 체위변경(80.8%)에 대해서는 제공하고 있다는 응답이 높은 반면, 흡인(47.0%), 인공호흡기(25.0%), 기관절개관 관리(11.8%), 정맥투약(10.1%) 등은 제공한다는 응답이 적어 입소자의 의료적 요구에 맞는 서비스가 제공되고 있는지 의문이 제기됨(권순만, 2013).

○ 인정조사표의 간호처치 10개 항목을 급여이용행태별로 분석해 보면,

- 간호처치 항목 1개 이상자 수는 재가(14,699명, 그룹의 6.6%), 미이용(8,874명, 그룹의 9.4%), 시설(8,705명, 그룹의 6.5%) 순이었고, 3개 이상자에서 미이용자 수가 가장 많았음.
- 의료필요도가 높은 인정자 중 상당수가 요양병원 등으로 이전한 것으로 추정할 수 있으며, 요양시설 뿐 아니라 재가 수급자에서도 간호처치가 필요한 비율이 높게 나타남.
- 이는 의료서비스 이용 불편 해소 및 의료사각지대 예방을 위한 대책의 필요성을 보여줌.

## 다. 해외사례<sup>78)</sup>

### □ 주요 선진국 정책 동향

- 요양시설 내에서 일상생활지원을 위한 요양서비스와 건강관리를 위한 의료서비스를 함께 통합적으로 제공하는 전달체계를 구축하려 하고 있음(책임의사, 주치의, 상근의사, 전문간호사 등 배치).
- 이용자가 머무는 생활공간의 변화나 이동 없이 급성기 의료를 제외한 의료처치 및 간호처치를 제공받아서 ageing in place를 실현하고자 하고 있음.

### □ 일본

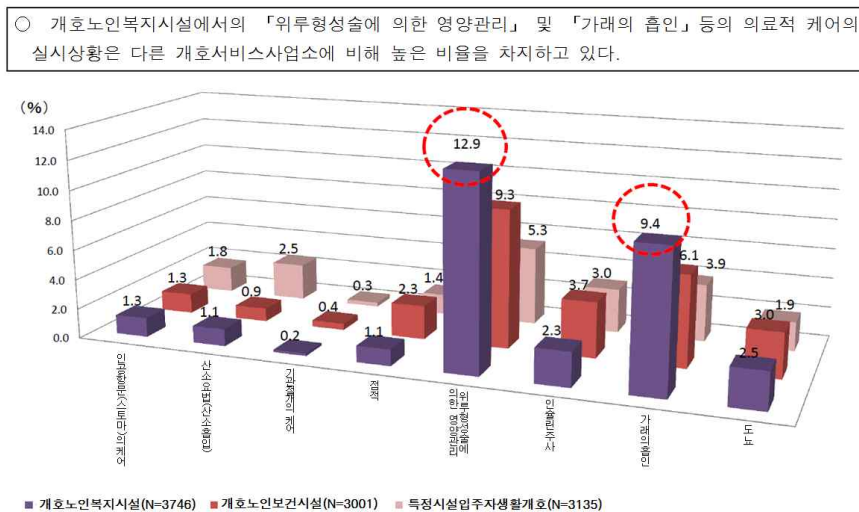
- 만성기 입원의료 수요의 의료요양병상 쏠림 현상을 억제하고 의료요양병상과 개호시설 간 기능 중복 문제를 해결하기 위해, 만성기 입원의료의 포괄평가제도(의료 및 ADL 구분에 따른 대상자 평가절차)를 마련, 시행하고 있음.
  - 병원의 간호사가 1개월 간 대상자의 상태를 지속적으로 체크하여 의사가 그 결과를 판정
  - 병원에서 퇴원여부가 결정(의료 및 ADL구분에 따른 포괄적 평가)되면, 지역의 케어매니저가 병원을 방문하여 해당 대상자에게 개호보험 신청 및 서비스 이용과 관련한 정보 제공(가산 지급)
- 개호보험에서는 개호요양병상 폐지 정책에 따라, 개호요양형 노인보건시설(의사 상주)을 도입하여 중증화 되고 있는 개호보험 시설급여 이용자의 의료 욕구에 적극적으로 대응하고 있음.
  - 기관절개관, 주기적 흡인, 인공호흡기, 호흡기계·심혈관계 모니터링 등 중증 의료욕구가 있는 대상자를 개호요양형 노인보건시설에서 담당
- 뿐만 아니라 우리나라 요양시설에 해당하는 개호노인복지시설에도 상근의사 배치 가산, 간호체제가산, 일상생활계속지원가산 등을 도입하여 중증 입소자

78) 해외사례는 「이정석 외(2017). 장기요양기관 전문요양실 모델 개발 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원」의 내용을 요약, 정리하였으며, 출처가 다를 경우 본문에 별도 표기함.

를 가능한 한 건강보험으로 이송하지 않고 의료, 요양 통합서비스를 통해 임종기까지 개호보험 영역에서 커버하려고 유도함.

- 2012년에는 개호노인복지시설 입소자의 증증화, 간호직원 인력부족 등의 문제에 대응하기 위하여 사회복지사 및 개호복지사법의 개정('12.4월)을 통해 개호복지사 및 관련 연수를 이수한 개호직원이 간호직원의 업무이던 객담흡인, 경관영양관리 등을 실시할 수 있도록 허용함.

[그림 10-2] 개호서비스 사업소 내에서 실시하는 의료적 케어



자료 : 미스비치종합연구소(2012). 2012년도 노인보건 건강증진 등 사업 '개호서비스사업소에서의 이상적인 의료적의 모습에 관한 조사연구사업'

## □ 영국

- 간호사에 의한 24시간 모니터링과 처치가 필요하다고 인정된 경우(스크리닝 절차 있음), 간호서비스 제공형 케어홈<sup>79)</sup>에 입소하여 필요한 간호서비스를 제공받도록 함. 이 때, 케어홈 이용 비용은 본인이 부담(소득수준에 따라 차등, 지자체 원조)하고, 의료서비스(health care) 비용은 NHS에서 전액 부담함(이

79) '케어홈(care home)'이라는 용어는 Care Quality Commission에 등록된 모든 레지덴셜 및 너싱홈을 총칭함. 케어 홈은 일반 케어홈(레지덴셜 홈), 너싱케어홈, 치매환자를 위한 케어홈, 이중 등록 케어홈(레지덴셜과 너싱홈을 병행)의 4가지 유형으로 구분할 수 있음

용자 무료).

- 간호사가 상주하지 않는 일반 케어홈의 경우, 정기적으로 방문간호사나 가정의(GP)가 방문하여 필요한 의료서비스를 제공함.

#### □ 미국

- 대부분의 너싱홈이 동시에 Skilled Nursing Facility(SNF)로 승인을 받아 일상생활지원서비스와 의료서비스 제공 자격을 동시에 갖추고 있음<sup>80)</sup>.
- 메디케어에서 급여하는 SNF 서비스는 급성기병원 퇴원 후 최대 100일까지만 급여(평균 재원일수 22일)하며, 이후 장기요양을 위한 너싱홈 입소 유지는 각 개인의 민간보험, 본인부담능력, 빈민층의 경우 메디케이드의 입소자격 심사 결과에 따라 달라짐.
- 메디케이드 급여 너싱홈 서비스에는 의사 방문진료, 간호사에 의한 기본간호를 포함한 간호처치, 영양사에 의한 영양관리, 약사에 의한 약물관리, 치과 서비스, 물리치료사 및 작업치료사에 의한 재활서비스가 포함됨.

#### □ 독일

- 요양시설 케어인력의 50% 이상을 간호사로 배치하도록 의무화 하고 있으며, 모든 입소자는 주치의(주 1회 진료)를 두고 있음.
- 따라서 급성기 의료 이외에 일상생활에 필요한 만성적인 의료 및 간호서비스가 제공됨. 비용부담의 경우, 주거비는 본인 전액 부담(빈민층은 지자체 원조), 요양비는 장기요양보험이 부담, 의료서비스 비용은 건강보험이 부담하는 것을 원칙으로 함.

80) 공급자가 통합된 의료복지복합체로 이해할 수 있음. 우리나라 의료복지복합체는 요양병원과 요양시설이 가까운 위치(동일 건물, 동일 대지 등)에 함께 자리한 것을 의미하지만, 미국의 너싱홈은 입소자의 공간 이동 없이 복합서비스를 제공함. 입소자의 의료적 필요도에 따라 해당 지불자에게 서비스 비용을 청구할 수 있음



## 라. 정책과제

### ① (정책 목표) 대상자 중심의 의료-요양 통합서비스 제공 체계 마련

- 거동이 어려운 장기요양 대상자가 의료서비스 이용 불편으로 인해 필요한 의료 서비스를 이용하지 못하여 증상이 악화되거나 방임되는 상황을 방지하기 위해, 대상자가 생활하고 있는 곳으로 필요한 의료서비스가 전달될 수 있도록 함.
  - 중증 입소자의 증상 악화 방지 및 합병증 예방으로 케어의 성과를 높이고, 시설 거주를 지속적으로 지원함.
- 중증 입소자의 시설 내 의료이용을 용이하게 하고 효율적 의료 이용을 통해 건강보험재정 절감에 기여함.
- 장기요양 대상자가 생활하는 요양시설 및 가정 안에서 의료인에 의해 일상생활에 필요한 의료 및 간호처치를 제공받을 수 있도록 법제도를 정비하고, 시설·인력 기준과 보상체계를 마련함.
- 장기요양보험에서 커버할 의료서비스 범위(의료적 필요도 수준) 설정이 중요함.
  - 장기요양 재가 방문간호에서는 인정조사표의 간호처치 10개 항목 및 인공호흡기, 중심정맥영양 등을 서비스 범위로 포함함.
  - 장기요양 대상자의 일상생활에 필요한 의료행위를 반영해야 함.

### ② (시설 구분) 대상자의 의료필요도에 맞는 전문요양서비스 모델 개발

- 장기요양 인정 조사 시 간호처치 10개 항목에 대한 필요도를 반영하고 있으므로, 최소한 이를 포함하여 장기요양 대상자의 일상생활에 필요한 의료행위를 요양시설 및 가정 안에서 제공 필요함.
  - 이를 위하여, 전문요양시설 유형 신설, 요양시설 내 전문요양실(간호유닛) 도입(유형 신설이 여의치 않을 경우는 소위 전문요양가산 수가를 마련
  - 재가 방문간호와 연계한 촉탁의 왕진제도의 도입을 검토
    - (쟁점) 간호처치 10개 항목 중, 경관영양, 흡인, 기관절개관 관리, 산소요법, 당뇨발 간호, 암성통증간호 항목은 요양병원 환자분류기준 ‘의료고

도'에 해당하며, 2단계 욕창 이상, 장루간호 항목은 '의료중도'에 해당함.  
현재 요양병원 입원환자의 의료필요도 수준이 간호처치 욕구수준과 상당히 중복

- 전문요양서비스 모델의 핵심은 간호서비스 기능과 생활지원 기능을 복합한 통합제공모델이어야 한다는 점
- 요양병원 기능개편 방안과 연계하여 논의 필요
  - 요양병원의 일부는 재활병원으로 전환하거나 회복기재활가산 수가를 적용받아 전문재활 및 아급성기 케어에 집중
  - 일상생활에서 필요한 간호 중심의 의료행위는 장기요양시설이나 재가에서 받을 수 있게 함으로써 장기요양 대상자의 삶의 질, 건강 성과, 건강보험재정 측면에서 효율성 향상에 기여
  - (쟁점) 요양병원 기능 개편 결과에 따라 서비스 수준에 맞추어 수가가 설계되어야 함. 요양병원의 수가는 간병비용을 포함하지 않은 수가이고, 간호 중심의 의료기능을 포함한 장기요양시설의 가산수가는 간병비용이 포함된 수가임.

### ③ (대상자 구분) 대상자의 의료필요도에 맞는 적정 서비스 이용 지원 체계 구축

- 요양병원-요양시설 간 기능 중복에 따른 이용자 혼선과 불편, 재정적 낭비 문제를 해소하기 위하여, 대상자의 의료필요도에 따른 두 공급주체 간의 역할 구분이 필요함.
- 건강보험을 재원으로 하는 요양병원의 대상과 장기요양보험을 재원으로 하는 요양시설의 대상자를 의료필요도에 따라 판정, 구분할 수 있도록, 의료 및 요양 필요도의 판정 항목, 기준, 절차를 마련함.
- 요양병원-요양시설 간 대상자 전원 체계가 작동할 수 있도록 퇴원계획 수립, 케어 조정 업무 등을 수행할 전문인력을 배치하고 이들에 대한 금전적 인센티브가 마련되어야 함.
  - (쟁점) 현재는 요양병원 입원기준이 마련되어 있지 않아 원하는 사람은 누

구나 입원 가능함. 요양병원 공급과잉 상태에서 요양병원이 적정 입원환자를 받고 그렇지 않은 경우를 전원하게 하기 위해서는 의료필요도가 높은 환자 중심의 가산수와 동시에 낮은 환자에 대한 감산 수가를 병행해야 함.

- 반면 요양시설은 등급인정이라는 문지기 기능이 있으나 의료필요도가 증진된 자가 등급인정을 받은 경우 입소를 유예시키고 병원 입원을 유도할 기전이 없음. 등급판정과정에 의료필요도 기준 이상인 자에 대해 의사소견서 기능을 활용하여 각하, 또는 판정 유예, 병원입원 조정 등 할 수 있도록 보완이 필요함.

#### ④ (요양에서의 의료제공방식) 장기요양기관에 의료자원 투입

- 기존의 요양병원 입원, 가정간호방문 등의 의료서비스 연계방식은 케어의 단절, 일회성 처치 등의 한계점을 가지므로, 장기요양 영역 내에서 일상생활에 필요한 간호 중심의 의료를 통합하여 직접 관리할 필요가 있음.
- 전문요양서비스 모델 개발을 통한 요양시설 의료서비스 강화
  - 간호사 배치 강화, 간호인력 24시간 근무, 촉탁의사 주1회 방문 등 간호사의 역할을 확대한 시설모델을 개발하여, 흡인, 욕창간호, 기관지절개관 간호, 경관영양관리 등 중증 의료, 간호처치 대상자를 장기요양시설에서 직접 케어함.
- 중증 재가수급자의 지역사회 계속 거주(Aging In Place)를 위한 촉탁의사 왕진제도 도입
  - 촉탁의사 왕진과 방문간호서비스를 활성화하고 상호 연계를 강화하여 중증 의료, 간호처치 대상자가 가정에서 생활할 수 있도록 지원함.
- 농어촌 등 의료기관 접근성이 낮은 지역에 위치한 노인요양시설 대상 스마트 헬스케어 활용(처방전 발행, 간호처치 지시, 감독 역할 등)

## 제2절 장기요양보험과 노인돌봄사회서비스간 역할정립

### 가. 배경 및 필요성

- 2000년대 이후 노인돌봄바우처(현, 노인돌봄종합서비스) 도입을 비롯하여, 노인 장기요양보험 도입, 노인재가서비스 등의 기능 제한 노인을 보호하기 위한 제도가 급격히 확대됨.
- 이는 사회복지 확대, 가족 중심 노부모 부양의 어려움 등의 원인으로 사회적 노인보호 필요성이 증가한 결과임.
- 노인장기요양보험은 기존 잔여적 복지 관점에서 사회보험방식을 통한 노인 돌봄을 실천함으로써 노인돌봄 체계에서 중심적 역할을 수행하게 됨. 이로 인해 동 제도의 변화는 타 제도의 변화를 가져옴.
  - 현재 노인 돌봄 정책은 노인장기요양보험의 잔여적 개념으로 정책대상자가 분류되어있으며, 장기요양의 대상자가 확대됨에 따라 그 외의 정책에서도 대상자가 점차적으로 변화됨.
  - 그러나 제공되는 서비스는 변화된 대상자 집단의 특성을 반영하지 못하는 한계를 보임.
- 따라서 연속적 노인돌봄체계의 구축이라는 목표 아래 각 정책의 기본방향을 설정하고 장기적인 로드맵을 구축할 필요가 있음.
  - 노인돌봄의 다양한 정책별 목적과 역할 - 대상자 - 서비스 내용 - 공급기관/인력 인프라 체계화가 요구됨.
  - 특히 지역사회 계속 거주(aging in place)를 위한 다양한 제도와 서비스 간 역할 체계화 필요

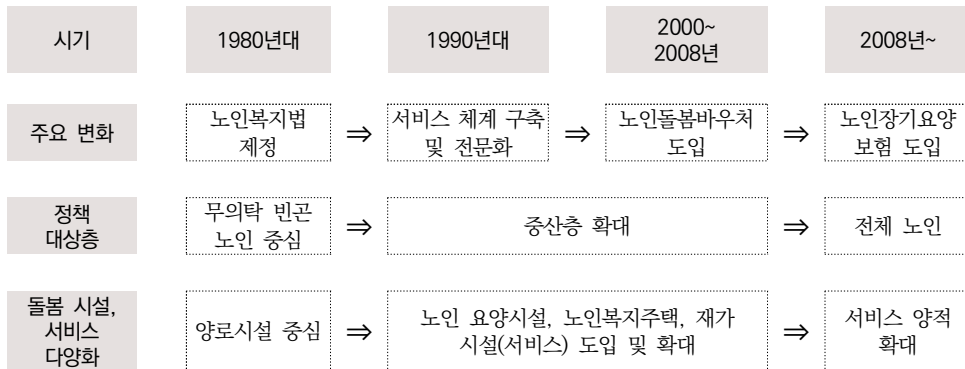
### 나. 현황 및 문제점

#### □ 현황

- 노인돌봄 정책은 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스(돌봄바우처) 등에 의

해 급격히 양적 확대가 이루어짐.

[그림 10-3] 노인 돌봄 정책의 변화 과정



출처: 정경희 외(2016). 노인복지정책진단과 발전방향 모색, 한국보건사회연구원, p 142

○ 노인돌봄정책은 각 정책별 방문형서비스, 지역사회서비스, 기타 서비스와 시설서비스로 구분됨. 정책간 대상자 구분은 있으나 서비스 내용은 매우 유사하게 나타남.

〈표 10-1〉 노인 돌봄 정책 분류

구분	방문형 서비스	지역사회 서비스	기타 서비스	시설 서비스
노인장기요양보험	-방문요양 -방문목욕 -방문간호	-주야간보호서비스 -단기보호서비스	-복지용구서비스	-노인요양시설 -노인요양공동생활가정
노인돌봄서비스	-노인돌봄기본서비스 -노인돌봄종합서비스 (방문요양)	-노인돌봄종합서비스 (주야간보호형)	-노인돌봄기본서비스	-
재가노인지원 서비스	-재가노인지원서비스 -재가노인서비스 (노인복지관)	-	-재가노인지원서비스 -재가노인서비스 (노인복지관)	-
노인주거정책	-	-	-	-양로시설 -노인공동생활가정 -노인복지주택

자료 : 보건복지부(2017). 노인보건복지 사업안내.

○ 노인돌봄 정책 변화에 따라 대상자 특성변화에 따른 목적, 서비스 내용의 변화가 요구되나 그렇지 못한 상황임.

- 제도간 정책목적에 따른 차별화된 서비스가 마련되지 못함.

(목적)

- 노인장기요양보험 : 혼자서 일상생활수행이 어려운 자의 활동지원
- 노인돌봄종합서비스 : 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사활동지원 또는 주간보호서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회·경제적 활동기반 조성

(대상)

- 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스 : 제도간 연동을 통해 대상자 구분. 노인돌봄종합서비스는 장기요양보험의 등급판정을 통해 ‘등급외자’를 대상으로 실시함.
- 제도초기 등급외자는 인정점수 55점 미만자로 일상생활기능에 3~4개의 제한이 있는 상태였으나, 5등급으로 확대 이후 노인돌봄종합서비스의 주요대상자인 등급외 A(인정점수 45~51점미만/비치매)와 등급외 B(40~45세 미만) 중 치매질환자를 중심임. 이들 등급외 A와 B의 기능수준은 일상생활기능(ADL)에서 1~2개 제한과 수단적 일상생활기능(IADL)의 제한이 있는 대상임.

[그림 10-4] 노인장기요양보험 및 노인돌봄종합서비스 대상자 기준 변경

기준인정점수 \ 변경시기	08.7	12.7	13.7	14.7~현재
55				
53				
51				
45				
40				

주: ■ 장기요양보험 □ 노인돌봄종합서비스  
자료: 저자 작성

(서비스 내용)

- 노인장기요양보험의 재가서비스와 노인돌봄종합서비스 : 서비스량 유사

- 노인돌봄기본서비스(독거노인서비스)와 재가노인지원서비스 : 기능상태 보다는 독거, 저소득 등의 취약계층 노인 보호를 수행한다는 점에서 유사
- 노인돌봄종합서비스와 돌봄기본서비스, 재가노인지원서비스에서는 일상 생활 기능 제한 비중이 감소하였으며, 이들의 기능악화를 예방하기 위한 서비스가 필요함.
- 현재 가사 활동을 지원하는 서비스를 적정수준으로 유지하되, 신체정신 적 기능의 악화를 방지하기 위한 정책적 노력이 요구됨. 특히 노인돌봄종합서비스는 지자체 사업으로 지역별 예산확보 수준에 따라 서비스의 수급권 차이가 발생하고, 이로 인해 욕구 사각지대가 발생함.

- 지방자치단체의 지역사회보장계획에서도 장기요양 영역에 대한 계획이 부재함.
  - 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 제35조(지역사회 보장에 관한 계획의 수립)에 따라 4년마다 “지역사회보장계획”을 수립하고 있으나, 대부분의 지역사회보장계획에서의 노인돌봄은 장기요양보험 영역 은 제외한 노인돌봄을 중심으로 계획을 수립함으로써, 돌봄에 대한 총괄적 인 지역단위 계획의 수립과 수행이 어려움.

#### 다. 해외사례<sup>81)</sup>

##### □ 일본

- 지역포괄케어시스템을 중심으로 한 의료와 개호보험과 지역노인서비스간 연계적 제공체계를 갖추도록 함.
  - 2006년 지역지원사업을 신설. 이는 요개호 상태가 될 수 있는 가능성이 있는 대상자에게 지역단위에서 개호예방사업, 포괄적 지원사업, 임의사업 등을 추진하여 서비스 제공(각 시정촌에서 개호보험급여비의 3%이내에서 재정을 투입하도록 제시)

81) 「이윤경 외(2017), 지역사회 계속거주(Aging in place) 관점에서의 노인장기요양보험 개편방안, 한국보건사회연구원」의 내용을 일부 요약

- 2015년 개혁에서는 개호보험의 예방급여를 지역사회지원사업으로 재편성
  - 개호예방급여(요지원 1,2대상) 중 방문개호와 통소개호(주야간보호)를 폐지
- 노인과 지역을 중심으로 요양돌봄서비스가 재편되었으며, 이 중 개호보험은 ‘요양’에 초점을 두며, 지역에서의 서비스는 생활지원, 개호예방에 초점을 두고 개편함.

#### □ 네덜란드

- 2015년 의료-요양-돌봄체계에 전면적 개편을 실시함. 기존 장기요양보험을 축소하여 새로운 장기요양보험(Wlz)으로 개편하고, 사회복지(Wmo)와 건강보험(ZVW)으로 기능을 이전하면서 지역사회 중심 보호체계로 전환함.

〈표 10-2〉 네덜란드의 2015 개혁 이전 보건의료·복지체계

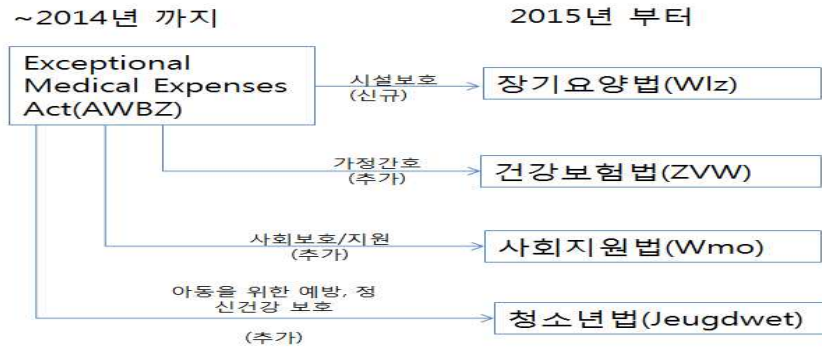
네덜란드 제도 서비스 영역	장기요양보험 (AWBZ)	사회복지(WMO)	건강보험(ZVW)
장기요양 (Long term care: LTC)	일상생활 도움, 신체활동지원, 간호, 치료 시설입소	가사지원서비스	일부의료기기 (보장구)
사회복지 (LTC관련)		식사배달 주택개선 교통서비스	
non-LTC	모성간호 재활치료(뇌심혈 또는 가정내) 일시적 치료	다양한 사회복지서비스	의료

자료 : 이윤경 외(2012), 장기요양등급판정 도구개편에 관한연구, 국민건강보험공단·한국보건사회연구원·가톨릭대학교, p.179.

- 지역에 거주하는 노인의 경우 신체지원 및 가사, 교통서비스 등의 다양한 돌봄을 필요로 하므로 이들 서비스 욕구의 통합적 사정과 서비스의 제공 계획이 실시됨.
- 또한 건강보험에서의 지역간호사 제도 부활을 통해, 지역사회에서 계속 거주하도록(aging in place) 지원(이들을 중심으로 한 노인돌봄이 주축)
- 지역 노인돌봄서비스 : 가사, 식사 등의 일상생활보조, 주택개조 및 물품지원, 주야간보호센터 등



[그림 10-5] 네덜란드의 돌봄 및 의료체계 개혁(2015년 개혁)



자료 : 이윤경 외(2017). 지역사회 계속거주(Aging in place) 관점에서의 노인장기요양보험 개편방안. 한국보건사회연구원

## 라. 정책과제

### ① 노인을 중심으로 하여 돌봄제도의 대상 및 역할 분담 방안마련 및 각 제도간 개편

- 장기요양보험 : 일상생활지원 및 수급자의 기능악화 예방 초점
- 지역사회노인돌봄서비스 : 지역사회 생활 유지 및 기능악화 예방(현, 노인장기요양보험법의 노인성질환예방사업)
  - 현재 노인돌봄종합서비스, 독거노인보호사업, 재가노인복지서비스로 운영되는 사업을 통합
  - 지역사회에서의 통합적 보호를 이용하도록 지역단위 사례관리 실시, 장기요양보험의 사례관리와 추후 연계
  - 현재 노인장기요양보험법 제4조 국가 및 지방자치단체의 책무로서 노인성질환예방사업 규정 → 노인복지법의 국가 및 지방자치단체의 책무로 전환하여 지역단위 예방사업으로 시행
- 구체적 방안 마련을 위한 연구 수행

〈표 10-3〉 지역사회 노인돌봄 체계 개편(안)

정책	노인장기요양보험	지역사회노인돌봄서비스
목적	-신체기능 관리 및 요양	-지역사회 생활 유지 및 기능 악화 예방 -(현, 노인장기요양보험법의 노인성질환예방사업 포함)
주요대상자	-신체 및 정신적 기능악화로 인한 자립적 일상생활 수행(ADL)이 어려운자 (* ADL 제한노인까지 확대)	-신체적 기능 허약으로 인한 자립적 사회활동(IADL)이 어려운 자 -기능 제한은 없으나 독거, 고령 등으로 보호를 필요로 하는 자
제공서비스	-일상생활지원 및 부분적 건강관리를 위한 의료서비스	-지역사회노인돌봄서비스 사례관리 -사회활동지원서비스 -기능유지 등을 위한 예방서비스(운동, 식습관 등 건강관리 등
서비스제공 기관	-요양 기관 및 시설	-지역내 보건,복지,건강관리 기관 • 보건소, 치매안심센터, 복지관, 재가노인지원센터, 독거노인지원센터(일부지자체) 등
(현재사업)	-노인장기요양보험	-노인돌봄종합서비스, 독거노인보호사업, 재가노인복지서비스

## ② 지방자치단체별 지역사회보장계획과 연동하여 장기요양계획 수립

○ 지방자치단체의 지역사회보장계획과의 연동을 통해 장기요양에 대한 지역별 종합적 계획이 이루어지도록 함.

- 지역단위의 서비스 기관과 인력 양성 및 질관리를 위한 계획에 반드시 포함
  - 지역사회보장계획 : 3기(2015년~2018년) 진행중이며, 대부분의 지자체에서는 2018년 4기 지역사회보장계획을 수립 예정. 따라서 4기 지역사회보장계획에는 2차 장기요양 기본계획을 바탕으로 세부시행계획 수립이 이루어져야 할 것임.
  - 향후 두 계획간 주기 차이(4년 / 5년)에 대한 조정 필요

## ③ 장기요양등급외자에 대한 지역서비스 연계 강화: 지역사회노인돌봄 사례관리와 연계

○ 장기요양등급외자에 대해 지역사회에서 돌봄을 받을수 있도록 지역사회노인돌봄사례관리와 연계

- 장기요양보험에서 대상자는 아니지만 IADL의 제한 또는 그 외 생활지원서비스가 필요한 경우 지역사회노인돌봄 서비스와 연계
- 현재 지역사회노인돌봄사례관리(컨택포인트) 부재하므로, 지역별로 컨택포

- 인트를 지정하여 체계화(예, 치매안심센터 또는 읍면동사무소 등)
- 지역사회돌봄사례관리로 연계할 경우 노인에 대한 욕구사정 정보에 대한 공유를 통해 업무효율화

#### 마. 기대효과

- 노인의 기능 단계 및 욕구에 따른 체계화된 서비스 이용
  - 지역단위 노인 돌봄서비스 통합·조정을 통한 효율성 향상
  - 노인의 기능악화 예방을 통한 노후 삶의 질 향상 및 사회적 비용 감소
- 지역단위 노인장기요양보험과 기타 노인돌봄서비스간 협업, 연계 체계 구축

### 제3절 장기요양과 의료의 자원 분담 체계 정비

#### 가. 배경 및 필요성

- 노인의 경우 보건의료서비스와 장기요양서비스에 대한 수요를 동시에 가지고 있고 서비스 간의 경계가 불분명한 부분이 있는 만큼, 자원조달 기전으로서의 건강보험과 노인장기요양보험 각 제도 간의 역할 구분이 쟁점이 됨.
  - 두 보험은 별개의 자원조달체계를 유지하여 대상으로 하는 서비스의 제공주체와 서비스의 내용을 달리하고 있으나, 인구고령화의 진행에 따라 같은 사람이 의료와 요양 서비스를 동시에 필요로 하는 경우가 많아지고 있음.
  - 고령화가 가속화되고 있는 상황에서 급성기 이후인 만성기나 유지기에 제공되는 의료 및 요양서비스에 대한 재정조달체계를 정비하지 않으면 고령사회 및 초고령사회에서의 서비스를 담보하는데 혼선이 빚어지고 노인에 대한 부양 부담이 커질 수 있음.
    - 노인인구 중 80세 이상(요양필요도가 높은 집단)의 비율 : '15년 21%에서

’50년 38%로 증가(통계청, 2017. 10.31.반출)

- 노인에게 필수적 보건의료서비스에의 접근성이 제약되거나 비효율적 자원 배분이 발생하지 않도록 재정조달체계를 설계해야 함.
  - 건강보험과 장기요양보험의 재원 조달기능을 통하여 요양병원과 요양시설의 역할을 정립하고 과당경쟁을 완화해야 함.

## 나. 현황 및 문제점

### □ 현황

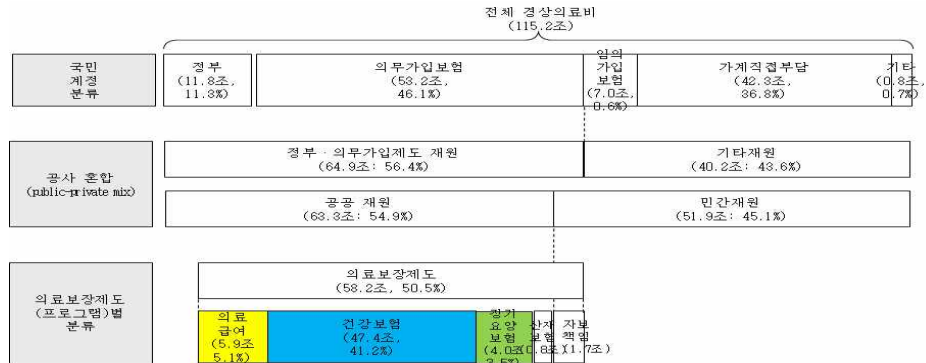
#### ① 재정조달제도의 구성

- 현행 건강보험 및 노인장기요양보험에 있어서 보건의료 및 요양 서비스 지출의 재원은 서비스의 제공기관을 기준으로 하고 있음.
  - 요양병원에서 제공되는 서비스는 건강보험이, 요양시설에서 제공되는 서비스는 노인장기요양보험이 적용됨.
- 요양병원에서의 건강보험은 모든 환자를 대상으로 하여 일당정액수가제와 본인부담상한제가 적용되나 간병비의 부담은 전적으로 환자에게 있는 반면, 요양시설에서의 노인장기요양보험은 등급판정을 통과한 수급자에게만 적용되고 간병서비스 비용을 포함한 일당정액수가가 적용됨.

#### ② 재원의 현황

- 2015년의 전체 경상의료비 115.2조 원 중에서 건강보험/의료급여를 재원으로 한 지출(보험료 및 정부지원 포함, 본인부담 제외)은 53.3조원으로 46.3%에 해당하고, 장기요양보험을 재원으로 한 지출(보험료 및 정부지원 포함, 본인부담 제외)은 4.0조원으로 3.5%에 해당함(정형선 외, 2016).
  - 본인부담을 포함할 경우, 전체 장기요양보험 규모는 4.8조원으로 이는공단부담금 4.0조원 외에도 법정본인부담 5천여억원과 비급여본인부담 2천여억원(추정치)으로 구성됨.

[그림 10-6] 전체 경상의료비 재원현황



주: 정형선, 신정우(2016)의 자료를 활용하여 재구성함.

자료: 정형선, 신정우(2016). 2015년 국민보건계정. 보건복지부.

- 노인장기요양보험 제도 시행 이후 장기요양보험 지출은 연평균 15.0%의 증가율을 보였지만 재정 수입도 연평균 16.7% 증가하여 2015년 누적 적립금이 1조 5천억원에 달함.
- 노인인구 증가에 따른 수급자수 증가, 최근 계속된 수가 인상 등으로 흑자규모가 감소할 것으로 예상됨.
- 평균 수가인상률 ('14) 4.3%, ('16) 1.72%, ('18) 평균 13.34%(보건복지부 보도자료, 2014; 2015)<sup>82)</sup>

#### □ 한계(문제점)

○ 요양병원 입원에는 등급판정이 불필요한 바, 일부 요양병원에서는 건강보험 재원으로부터의 수입만을 노리고 본인부담을 경감하여 환자를 유인하게 되고, 이에 따라 요양병원에 병원서비스를 필요로 하지 않는 사람들이 생활형 입원을 하는 소위 '사회적 입원' 현상이 발생함. 이는 건강보험 재원 투입의 왜곡을 가져옴.

82) 해당내용은 「보건복지부(2014.5.2.). 치매특별등급 신설 등 장기요양보험 등급체계 개편에 따른 신설조정 및 보험료율 결정」 보도자료, 「보건복지부(2015.11.13.). 16년 장기요양 보험료율 현행 유지, 수가는 평균 0.97% 인상」 보도자료를 참고로 함.

○ 요양시설에 입소한 수급자들이 병원에 이송하기도 번거롭고 이송되는 경우 장기요양보험에서의 지불이 중단되므로 욕창, 요실금과 유치도뇨관, 인지기능의 상실/치매, 의사소통 등의 의료/간호 서비스의 이용이 제약되고, 반면에 촉탁의의 진료는 형식적이고 원외처방이나 투약이 제대로 이루어지지 못해 요양시설은 의료와 간호의 사각지대에 놓이게 됨. 입소자는 상이한 의료 수요를 가짐에도 획일화된 시설서비스만이 주로 제공됨. 이는 중장기적으로 건강보험과 장기요양보험 모두의 추가적 재원 투입을 초래함.

- 요양시설 입소자의 건강관리나 의학적 처치가 적절히 이루어지고 있지 않다고 응답한 비율이 63.1%로 나타남(노용균 외, 2010).
- 9인 이하의 노인요양공동생활가정은 의사 또는 촉탁의를 의무적으로 배치하도록 규정되어 있지 않아 절반 정도(1,584개소 중 773개 시설: 2013년 시설급여 평가결과)만이 촉탁의를 두어 운영하고 있음.

○ 재가의 장기요양 수급자도 장기요양보험을 재원으로 하여 방문요양에 편중된 재가서비스를 받고 있어, 적절한 보건의료서비스를 받지 못하는 경우 신체기능이나 인지기능이 악화되고 자립생활이 어려워지게 됨. 이는 중장기적으로 건강보험과 장기요양보험 모두의 추가적 재원 투입을 초래함.

- 재가수급자의 84%가 방문요양을 이용하는 바, 이는 1일 최대 4시간 동안 일상 가사를 지원하는 것임.

○ 등급외자에게는 노인돌봄서비스 사업을 재원으로 한 서비스가 제공되고 있으나, 수혜대상이 선별적이고 이용하는 서비스는 등급인정자와 차별화되지 못함. 이는 중장기적으로 건강보험과 장기요양보험 모두의 추가적 재원 투입을 초래함.

- 2016년 기준 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 이용자는 37,179명으로, 약 24.4%에 그침(보건복지부, 2016; 국민건강보험공단, 2016)<sup>83)</sup>.
- 많은 노인이 독거 중이거나 돌봐줄 가족이 없어 기본적 의식주를 해결하기 어려움.

83) 노인돌봄종합서비스 이용자 수는 「보건복지부(2016). 예산 및 기금운용계획」, 등급외자 수는 「국민건강보험공단(2016). 2016 노인장기요양보험통계연보」를 활용함.

## 다. 해외사례<sup>84)</sup>

### □ 일본

- 일본에서 병원 등 의료기관은 의료보험이 주된 재원이 되고, 개호노인보건시설이나 개호노인복지시설은 개호보험이 주된 재원이 되도록 정비해나가고 있음.
  - 의료기관의 개호요양병상을 폐지해 나가고 있으며, 대신에 1980년대 이후 지속되어온 의사 상주의 노인보건시설을 개호요양형 노인보건시설로 전환하여 개호보험 시설급여 이용자에게 의료/간호서비스를 제공함.
  - 일본의 노인보건시설은 의사가 1인 이상 상주하도록 되어 있고, 개호보험이 도입되기 훨씬 전인 1983년부터 시작된 노인보건제도를 위해 설치되어 의료보험이 적용되었으며, 노인보건의료제도의 주된 제공기관이었음. 한국의 요양병원은 서비스 제공수준 등에 비추어 상당수가 일본의 노인보건시설에 해당함.
  - 개호보험제도의 시작으로 노인보건시설의 서비스는 방문간호서비스, 데이케어센터서비스와 함께 개호보험에 의한 급여로 이전되었지만, 아직까지는 의료기관에서도 개호보험이 적용되고 있는 상황임(개호요양병상 등).
- 시설개호서비스로서는 ‘개호요양형의료시설’, ‘개호노인보건시설’, ‘개호노인복지시설’ 서비스가 제공됨.
  - 개호요양형의료시설은 의료기관인데 개호보험을 재원으로 하는 경우이고, 개호노인보건시설은 과거에는 보건의료기관의 역할을 하다가 개호보험이 시작되면서 요양시설로 전환한 경우임.
  - 개호노인복지시설은 개호보험을 재원으로 하는 요양시설이지만 상근의사 배치 가산, 간호체제가산, 일상생활계속지원가산 등 의료와 요양을 통합적으로 제공함.
  - 개호보험을 계기로 노인을 위한 복지서비스가 조세와 개인부담에 의존하

84) 해외사례는 「厚生労働統計協会(2016). 保険と年金の動向. 第63巻. 厚生労働統計協会.」를 참고로 요약, 정리함.

는 체제에서 사회보험을 중심으로 한 체제로 전환함.

- 입소자를 의료기관으로 이동시키기보다는 입소자에게 의료서비스가 찾아갈 수 있도록 하고 개호보험 재원을 통해 실현하고자 함.
- 2012년에는 사회복지사 및 개호복지사법이 개정되어, 개호복지사 및 관련 연수를 이수한 개호직원이 객담흡인, 경관영양관리 등 기존의 간호직원의 업무를 할 수 있게 됨.

○ 재가개호서비스로서는 우리의 경우보다 훨씬 다양한 내용이 제공됨.

- 방문간호, 방문개호, 방문입욕개호, 방문재활, 통원개호(day service), 통원재활(day care), 단기입소 생활개호 및 단기입소 요양개호(short stay), 치매대응형공동생활개호(치매성노인그룹홈), 특정시설입소자생활개호(유료노인홈), 복지용구 대여, 거택개호복지 용구 구입비, 거택개호 주택개수비, 거택개호 지원 등이 있음.

## 라. 정책과제

### ① 제공서비스별 재정조달체계 및 재원 분담체계의 정비

○ 노인의 건강 상태나 의료 및 요양 필요도에 따른 판정기준을 마련하고 측정 결과에 따라 적절한 서비스를 받을 수 있도록 함.

- 요양병원의 간호사가 일정 기간 동안 대상자의 상태를 지속적으로 체크하면, 의사가 의료 및 요양의 필요성을 종합적으로 평가하여 판정
- 병원에서 퇴원이 결정되면, 국민건강보험공단이나 지역의 케어매니저가 해당 대상자에게 장기요양보험의 신청 및 서비스 이용과 관련한 정보를 제공

○ 이를 실효성 있게 뒷받침하기 위해서는 제공 기관과 서비스에 따라 적정 보험 재원을 결합해야 함.

- 요양병원은 건강보험, 요양시설은 장기요양보험을 기본 재원으로 하는 원칙은 유지하고, 향후에는 두 보험의 수가나 금전적 인센티브를 활용하여 요양병원 및 요양시설의 분류를 정교하게 재편성하고 입원/입소 대상자를 조정



- 중장기적으로는, 지역사회 계속 거주(aging in place)의 관점에서 의료기관에서 요양시설 및 가정에 이르기까지의 ‘지역연계(critical path)’를 건강보험과 장기요양보험의 수가 항목에 반영해서 단절 없는 서비스 제공체계가 이루어지도록 재정적으로 지원할 수 있어야 함.

## ② 요양병원의 재편과 재원

- 기존의 재활전문병원 및 요양병원이 재활병원으로 전환한 경우는 건강보험에서 회복기재활가산 입원료를 적용
- 일반급성기병원 및 요양병원에 회복기재활병동을 구분해서 두고, 회복기 재활을 위한 시설·인력 기준과 과정·결과 지표를 엄격히 확인하는 전제 하에 건강보험에서 회복기재활가산 입원료를 적용
- 요양병원 중 일부는 유지기요양병원으로 전환하거나, 회복기재활병동을 제외한 나머지를 유지기요양병동으로 규정하여 현행과 같이 건강보험의 일당정액 방식의 입원료를 적용하되, 중장기적으로는 장기요양보험을 재원으로 하는 기관으로 전환(일본의 개호의료기관의 전개양상을 추구 관찰 필요)
  - 유지기요양병원이 제공하는 서비스는 대부분 생활서비스이기 때문에 이를 건강보험의 재원으로 하기 보다는 장기요양보험으로 하는 것이 적절함: OECD의 보건계정체계(System of Health Accounts)에서도 우리의 요양병원에서의 지출은 ‘curative care expenditure’가 아닌 ‘long-term care expenditure’로 분류되고 있음.
  - 특히 유지기 생활을 하고 있는 노인에게 급성기병원과 마찬가지로 본인부담상한제를 적용해서 입원비의 부담을 줄이게 되면 ‘병원’ 장기 체류의 도덕적 해이가 발생하게 됨. 장기요양보험의 시설입소 대상자의 경우 요양병원 입원이 장기화되는 경우는 본인부담상한제 적용을 중단하는 등 역유인을 강구해야 함.
- 요양병원 중 회복기나 유지기에서의 종합재활을 위한 산정기준 및 인력 기준을 충족하기 어려워 장기요양서비스를 제공하는 요양시설로 전환하고자 하는

경우 시설기준 완화 등 과도기적 유예조치를 강구함.

- 의료법인인 요양병원의 경우 상속 관계 등 법인 재산의 성격을 감안한 일정 지분을 인정하여 퇴출 기전을 마련하여 타 사업으로의 전환을 유도함.

### ③ 요양시설 내의 의료 및 요양서비스의 재원 구분

- 병원으로 이송된 수급자에게 제공되는 의료서비스에 대한 재정부담은 건강보험이, 시설에 체류하면서 받는 촉탁의사 등의 왕진서비스, 간호인력의 간호서비스, 요양보호사 등의 요양서비스에 대한 재정부담은 장기요양보험이 하도록 제도를 정비함.
  - 요양시설에서 요양서비스만이 아니고 촉탁의나 전문간호사에 의한 기본적인 의료/간호서비스가 통합적으로 제공되는 것이 전제임.
- 요양시설 내에서 의료서비스를 지원할 수 있는 치료 가능 인력 및 원격 지원 체계를 확대하고, 의료 및 요양행위에 대한 건강보험 및 장기요양보험 재원을 구분하여 설정함.
  - 급성기 치료의 필요성이 있는 경우가 아니면 의료기관으로의 이송 없이도 아급성기의 의료처치 및 간호처치가 제공되는 체계를 갖추어야 함. 그 재원은 장기요양보험으로 함.
  - 의료서비스 연계를 위한 기준 및 요양병원 이송의 기준을 마련하고 건강보험 본인부담 체계를 재설정함.
  - 벽·오지 등 의료기관의 접근성이 낮은 지역에 위치한 요양시설을 대상으로 원격의료(처방전 발행, 간호처치 지시, 감독 역할 등) 인프라를 갖추고 활성화하며, 인프라 구축을 위한 비용 및 원격의료에 대한 수가는 장기요양보험을 재원으로 함.
  - 요양시설을 중심으로 한 방문간호, 주야간보호, 요양통합형서비스에서의 간호서비스는 장기요양보험을 재원으로 함.
    - 요양시설 내에서 간호인력을 중심으로 자체적으로 조치 가능한 간호행위의 기준을 마련함: 인정조사표의 간호처치 10개 항목[경관영양, 흡인,

기관절개관 관리, 산소요법, 당뇨발 간호, 암성통증간호 항목 (의료고도) 및 2단계 욕창 이상, 장루간호 항목 (의료고도) 등] 및 인공호흡기, 중심정맥영양 등 [이러한 ‘전문요양서비스’가 간호인력을 중심으로 제공되는 시설을 ‘전문요양시설’로 구분할 수도 있음]

- 집중간호를 위한 ‘간호유니트’와 치매노인을 위한 ‘치매케어 유니트’를 설치하되 재원은 장기요양보험으로 함.

#### ④ 재가의 의료 및 요양서비스의 재원 구분

○ 의사왕진·가정간호·방문간호·주야간보호를 활성화하고 이를 위한 건강보험 및 장기요양보험의 재원 분담구조를 정함.

- 의료기관을 중심으로 한 의사왕진 및 가정간호의 확대는 단기간 내에 이루어지기 어려운 변화이지만 중장기적 계획 하에 지속적으로 추진하며 이를 위해 건강보험의 수가를 현실화 함.

○ 지역의 수용체계 정비 상황을 보아가면서, ‘지역연계(critical path)’를 위한 재원을 건강보험과 장기요양보험에서 수가 항목으로 설정

- 의료기관에서 요양시설이나 가정으로 퇴원하는 경우는 의료기관의 연계체계 및 퇴원정보제공에 대한 가산수가 건강보험을 재원으로 지불될 수 있도록 함.
- 요양시설 및 재가에서의 케어플랜은 장기요양보험을 재원으로 하게 됨.

#### ⑤ 재정의 변화

○ 요양병원-요양시설 간의 역할 재정립에 따라 건강보험에서는 재정 절감, 장기요양에서는 추가적인 재정 부담이 있게 됨. 종합하면, 재원조달의 효율화에 따라 매년 약 3천억원의 재정 절감이 예상됨.

- 요양병원 입원이 연간 38천명 감소하게 되면 건강보험 재정 부담은 약 5천억 원 감소됨.
- 장기요양 수급자의 요양시설 이용이 연간 14천명 증가하게 되면 장기요양

보험에서 약 2천 억 원 추가적으로 재정이 소요됨.

- 재가급여 우선 원칙에 따라 시설급여 비중을 30% 이내로 단계적으로 축소하게 되면, 현재의 수가 기준으로는 장기요양보험의 재정 부담이 줄어들겠지만 재가급여의 충실화에 따라 추가적으로 재정이 소요됨.
- 보건의료 사각지대 해소를 위해서는 그 정도에 따라 가변적인 비용이 추가적으로 소요될 것임.

## 참고문헌 <<

- 강은나, 박세경, 배혜원, 이민홍, 오세웅, 홍이진(2014). 초저출산·초고령화사회의 위험과 대응 전략. 한국보건사회연구원.
- 강희정, 김옥문, 홍재석, 이성우(2010). 부당청구 사전예방체계 구축방안. 건강보험심사평가원.
- 건강보험정책연구원(2016). 2015-2025년 노인장기요양보험 중기 재정추계 - 보험분과위원회-.
- 건강보험정책연구원. 건강보험정책연구원 내부자료.
- 교통약자의 이동편의 증진법(법률 제14116호).
- 국민건강보험공단. 국민건강보험공단 내부자료.
- \_\_\_\_\_. 노인장기요양보험 통계연보. 각년도.
- \_\_\_\_\_. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.
- \_\_\_\_\_. 현금흐름 기준. 각년도.
- \_\_\_\_\_. (2012). 노인요양공동생활가정 실태조사.
- \_\_\_\_\_. (2015). 장기요양기관 시설급여 정기평가 결과.
- \_\_\_\_\_. (2016a). 「노인장기요양 서비스 질 높이기 위해 장기요양종사자 치매전문교육 대폭 강화」 보도자료(2016.3.7.).
- \_\_\_\_\_. (2016b). 2016 이용자 만족도 조사.
- \_\_\_\_\_. (2016c). 건강보험 해외통신원 보고서.
- \_\_\_\_\_. (2017a). 건강보험 해외통신원 보고서.
- \_\_\_\_\_. (2017b). 장기요양기관 업무 안내.
- 국민건강보험공단·한국보건사회연구원(2013). 장기요양 인프라 미래지향적 발전방안.
- 권순만 등(2011). 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계. 국민건강보험공단·서울대학교.
- 권순만, 김홍수, 원장원, 이지윤, 김호(2013). 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스 제도 개선 방안. 서울대학교, 국민건강보험공단.
- 권오정, 김동숙, 이용민(2016). 노인을 위한 주택개조 관련 산업 동향에 대한 고찰. *대한건축학회 논문집 계획계*, 32(5), pp.39~50.
- 권진희, 이정석, 한은정, 유애정, 장혜민, 나영균(2017). 요양시설 건강관리강화 시범사업 평가. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 김대중(2013). 복지용구 급여제도 현황 및 개선방안. 보건복지포럼.

- 김명희(2009). 노인장기요양보험제도에 의한 방문간호사의 역할, 업무분석. *한국보건간호학회지*, 23(2), pp.232~250.
- 김명희(2010). 노인장기요양보험제도에 의한 방문간호 표준개발. *한국간호학회지*, 24(2), pp.285~301.
- 김미혜, 전용호, 조문기, 전성남 외 (2015). 단기보호급여 기능 재정립 방안연구. 보건복지부.
- 김세진(2012). 네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. 보건복지포럼, 10.
- 김옥, 서동민, 문성현, 이용재, 최인덕(2013). 장기요양급여 부담청구 사전예방체계 구축방안. 국민건강보험공단.
- 김정선(2017). 노인의 특징별 맞춤형 식사서비스 제공을 위한 지원 방안. *보건복지 ISSUE&FOCUS*, 제341호(2017-12).
- 김주경(2017). 노인 의료서비스 제공체계 현황과 과제. 고령사회 대응 노인의료복지 제공체계 개선방안 국회세미나 자료집. 국회입법조사처.
- 김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구, *사회복지연구*, 26(4), pp.91~122.
- 김찬우(2006). OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교연구, *한국사회복지행정학*, 8(2), pp.65-103.
- 김찬우(2013). 노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰. *보건사회연구*, 33(2), pp. 005-028.
- 노용균, 선우덕, 윤종률, 원장원, 이동우, 이동호, 기평석, 조항석(2010). 노인요양시설과 요양병원의 역할정립 방안 연구. 보건복지부.
- 노인장기요양보험법.
- 노인복지법 시행규칙. 노인의료복지시설의 시설 기준 및 직원배치기준. (개정 2016.8.31.)
- 미래창조과학부-한국과학기술평가원(2017). 2016년 기술수준 평가 총괄본.
- 미스비치종합연구소(2012). 2012년도 노인보건 건강증진 등 사업 '개호서비스사업소에서의 이상적인 의료직의 모습에 관한 조사연구사업'
- 미츠비시UFJ 리서치&컨설팅(2013). 지역포괄케어시스템의 구축에 있어서 향후 검토를 위한 논점. 지역포괄케어연구회.
- 박남희, 권오정, 최령, 신혜인(2006). 한국과 일본의 노인가구 주택개조 관련 정책에 관한 고찰. *한국주거학회논문집*, 17(6), pp.109~118.
- 박명화(2017). 장기요양 가족지원 정책의 추진현황과 과제: 미국의 장기요양 가족지원 정책을 중심으로. 한국노인복지학회 2017년 춘계학술대회 자료집.
- 박형수, 전병목(2011). 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계 모형 개발에 관한 연구. 조

세재정연구원.

박형순(2015). 신체기능 복원 및 재활기술 동향. 융합 Weekly tip. 한국과학기술원

방은주, 윤순녕(2010). 노인요양시설 입소자의 영양등급별 건강 요구 : RAI-MDS-FC를 적용하여. *지역사회간호학회지*, 21(2), pp.263-272.

보건복지부(2012). 제1차 장기요양기본계획.

\_\_\_\_\_ (2014). 「치매특별등급 신설 등 장기요양보험 등급체계 개편에 따른 신설·조정 및 보험료율 결정」 보도자료(2014.5.2.)

\_\_\_\_\_ (2015a). 「16년 장기요양 보험료율 현행 유지, 수가는 평균 0.97% 인상」 보도자료 (2015.11.13.).

\_\_\_\_\_ (2015b). 국외출장(오스트리아, 독일) 결과 보고(2015.11.).

\_\_\_\_\_ (2016a). 예산 및 기금운용계획

\_\_\_\_\_ (2016b). 요양보호사 표준교육교재.

\_\_\_\_\_ (2016c). 「수급자 가정에 힘이 되는 장기요양 통합재가서비스」 보도자료.(2016.12.12.)

\_\_\_\_\_ (2017a). 공무국외출장보고서(2017.5.19.).

\_\_\_\_\_ (2017b). 보건복지통계연보.

\_\_\_\_\_ (2017c). 요양시설 축탁의사 제도개선 안내.(2017.1.9.)

보건복지부·보건사회연구원. 전국노인실태조사. 각년도.

\_\_\_\_\_ (2017). 제2차 장기요양 기본계획 3차 총괄 회의자료(내부자료).

보건복지부·한국과학기술원(2015). 사회혁신과 과학기술을 활용한 사회서비스 발전방안

사회보장정보원(2017). 보건복지부 사회서비스 전자바우처 노인돌봄종합서비스 안내

서동민·김옥·문성현·이용재·임정기(2012). 장기요양 종사인력 중장기 수급전망 및 과제. 국민건강보험공단·백석대학교.

서지영 외(2016). 고령친화 R&D 동향분석. 과학기술정책연구원.

석재은 외(2009). 방문요양 수가 및 급여기준 개선방안 연구. 보건복지부·한림대학교산학협력단

석재은(2010). 공급자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 개선방안. *보건복지포럼*, 168, pp.34~44.

석재은, 윤지영, 김명숙, 홍승은(2010). 동거가족 요양보호사의 현황과 쟁점. 한국사회복지정책학회 2010 추계학술대회.

석재은, 임정기, 윤지영, 이기주, 박금화(2009). 방문요양 수가 및 급여기준 개선방안 연구. 보건복지부·한림대학교산학협력단.

선우덕, 이윤경, 김진수, 유근춘, 석재은, 강임옥, 양찬미, 이은진(2012). 제1차 장기요양기본계

- 획 수립방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 이경락, 김대중, 오찬옥, 남현주, 정민예 등(2013). 장기요양 인프라 미래지향적 발전방안. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 강은나, 황주희, 이윤경, 김홍수, 최인덕 등(2016). 노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안. 보건사회연구원.
- 선우덕(2016). 일본의 고령자 개호식품 실태분석, *보건복지포럼*, 231(1). pp.93-102.
- 신경희, 남우근(2013). 서울시 요양보호사 노동실태와 개선방안. 서울연구원, 보건복지자원연구원.
- 신현영(2015). 장기노인요양시설 촉탁의 제도의 어제와 오늘. *임상노인의학회지*, 17(1), pp.16-21.
- 엄기욱·박인아(2014). 요양보호사 교육제도 개선방안 연구. 보건복지부·군산대학교산학협력단.
- 여경수(2011). 고령화 사회에 있어서 고령자주거복지를 위한 법제도적 개선방안. *서울법학* 19(2), pp.391~426.
- 외교부(2016). OECD 2016 사회복지지출 통계(SOCX) 주요내용.
- 유애정 외(2015). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향-일본편-. 국민건강보험공단.
- 유애정·이호용·김경아·조정완·김도훈(2012). 장기요양시설 서비스 전문성 강화 방안. 건강보험정책연구원.
- 유재남(2008). 영국, 독일, 호주의 노인장기요양보호에서의 케어매니지먼트 체계 비교분석. *노인복지연구*, 43, pp.381-406.
- 윤영덕, 이선미, 강하림, 곽동선(2014). 주요국 건강보장제도 현황과 개혁동향(스웨덴). 국민건강보험공단.
- 윤종률, 노용균, 권석범 등(2014). 노인장기요양보험제도의 65세 미만자 노인성질환 인정범위의 적정성 등에 대한 연구. 국민건강보험공단.
- 윤희영, 유해연(2014). 일본의 사회 약자를 위한 공적 임대주택 지원제도 연구. *대한건축학회 논문집 계획계*, 30(1), pp.3~14.
- 윤희숙(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원
- 이광석(2007). 영국 공공주택정책의 정책 방향과 한국에의 시사점. *노인복지연구*, 37, pp.335~359.
- 이동우(2011). 장기요양 치매환자에 대한 효율적 관리방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이우천 외(2017). 장기요양 수가체계 합리화를 위한 연구. 국민건강보험공단·상지대학교.
- 이윤경(2010). 이용자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 평가 및 개선방안. *보건복지포럼*,



168, pp.25~33.

- 이윤경, 김찬우, 손창균, 선우덕, 정경희, 임정기 등(2012). 장기요양등급판정 도구개편에 관한 연구. 국민건강보험공단·한국보건사회연구원·가톨릭대학교.
- 이윤경, 강은나, 오미애, 황주희, 배혜원, 김찬우, 남현주(2016). 장기요양등급판정체계 개편에 관한 연구. 국민건강보험공단·보건사회연구원.
- 이재완, 최인덕, 박순우, 권형준, 김승용, 서동민 (2012). 시군구 단위 장기요양 인프라 수요 공급 추계 및 관리방안. 국민건강보험공단·공주대학교.
- 이정석, 박상희, 유애정, 한은정, 문용필, 박세영, 윤종률, 이윤환, 박종덕(2017). 장기요양기관 전문요양실 모델 개발에 관한 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이지평, 류상윤, 김혜경(2017). 일본의 4차 산업혁명 추진 동향과 Society 5.0. LG경제연구원.
- 이현정(2007). 일본의 고령자 주거지원정책 및 고령자 주택 특성 분석. *대한건축학회 논문집 계획계*, 23(12), pp.11~18.
- 이호용 외(2012). 주요국 장기요양제도 비교 연구. 국민건강보험공단.
- 이호용, 문용필(2017). 2014~2060 노인장기요양보험 중기재정전망. 기획재정부.
- 이호용, 문용필, 나영균(2017). 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 임정기, 최명민, 김옥(2011). 노인장기요양보험에서의 케어매니지먼트 기능과 운영에 대한 인식연구. *한국사회정책*, 18(3), pp.191-222.
- 임지영, 김은주, 최경원, 이정석, 노원정(2012). 노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(8), pp.283~299
- 장숙량 외(2016). 장기요양기관 종사자 교육의 고도화 방안 보고서. 국민건강보험공단.
- 전국소규모다기능형거택개호사업자연합회(2014). 운영추진회의 등을 활용한 소규모다기능형거택개호의 질 향상에 관한 조사 연구사업.
- 정경희, 이소정, 이윤경, 김수봉, 선우덕, 오영희 등(2010). 베이비부머의 생활실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미(2016). 노인복지정책진단과 발전 전략 모색. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 석재은, 선우덕, 김찬우, 이태화, 이태진, 이윤경, 김희경, 김순환(2005). 공적노인요양 보장제도 평가 판정체계 및 급여 수가 개발. 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- 정형선, 이해중, 서영준, 신정우(2015). 장기요양기관 경영수지 분석 및 5등급 신설 가산 항목과 급여제공기준 효과성 분석. 국민건강보험공단, 한국사회보장학회.

- 정형선, 신정우(2016). 2015년 국민보건계정. 보건복지부.
- 최봉석(2005). 독일의 노인복지서비스법제에 관한 비교법적 고찰. *토지공법연구*, 29, pp.413~436.
- 최은영, 권순만, 김찬우, 강주희(2005). OECD국가의 노인장기요양서비스 체계비교와 정책적 함의. 한국보건사회연구원.
- 태운희 외(2015). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향-독일편-. 국민건강보험공단.
- 통계청. 사회조사. 각년도.
- \_\_\_\_\_. 인구총조사. 각년도.
- \_\_\_\_\_. 장래가구추계.
- \_\_\_\_\_. 장래인구추계.
- \_\_\_\_\_(2015). 2015 인구주택총조사 표본 집계 결과 - 여성·출산력·아동, 주거실태-.
- \_\_\_\_\_(2016). 고령자통계.
- \_\_\_\_\_(2016). 생명표.
- 한국과학기술기획평가원(2016). 과학기술혁신을 통한 고령사회 대응 정책방향 - 일본사례를 중심으로.
- 한은정(2017). 장기요양 가족상담지원 시범사업 운영 및 평가. 한국노인복지학회 2017년 추계 학술대회 자료집.
- 한은정, 이정석, 박세영, 박상희(2016). 장기요양 가족상담지원 시범사업 운영 및 평가 II. 국민건강보험공단.
- 한은정, 이정석, 박세영, 유애정(2017). 장기요양 인정자의 급여이용 행태별 부양실태조사. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 한은정, 이지혜, 권진희, 이정석(2015). 장기요양 가족상담지원 시범사업 운영 및 평가 I. 국민건강보험공단.
- 행정안전부. 주민등록인구.
- 홍성욱(2011). 동거가족 요양보호사의 급여 현황과 과제. 국민건강보험공단 *건강보험정책연구원*. 1A1). pp.142~152.
- 후생노동성(2008). 개호종사자 등의 인재확보를 위한 개호종사자 등의 처우개선에 관한 법률.
- 후생노동성(2013). 사회보험심의회 개호보험분과 자료.
- 후생노동성(2014). 지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보의 촉진에 관한 법률.
- 후생노동성(2015). 개호인재확보 정책.
- 厚生労働省(2004). 介護保険制度改革の全体像-持続可能な介護保険制度の構築.

厚生労働省(2015.2) “福祉・介護人材確保対策について”.

厚生労働統計協会(2016). 保険と年金の動向. 第63巻. 厚生労働統計協会.

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(2014.6).

Bundesministerium für Gesundheit (2011). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (08/11)*

BMG, 2017: 1.

Colombo, F. et al.(2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

Doty, P., Liu, K., & Weiner, J(1985). Special report: An overview of long term care, *Health Care Financing Review*, 6(3).

Evashwick, CJ(1996). *The Continuum of Long Term Care : An Integrated Systems Approach*. Delmar Publishers.

Gori, C., Fernandez, J., & Wittenberg, R.(2016). *Long-term care reforms in OECD countries*.

OECD(1996). *Caring for Frail Elderly: Policies in Evolution*, Paris.

\_\_\_\_\_(2005). *The older health project long-term care for older people*.

\_\_\_\_\_. *Health data*.

\_\_\_\_\_. *Health stats. Demographics references*.

\_\_\_\_\_. *Health stats. Long-term care recipients in institution, at home*.

\_\_\_\_\_. *SOCX database*.

Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization, Eurostat(2011). *A system of health accounts 2011. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development: 2011*.

Pratt, JR(1999). *Long Term Care: Managing across the Continuum, An Aspen Publication*.

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. K. Wingenfeld, Dr. A. Büscher, Dr. U. Heine, Dr. B. Gansweid(2008), *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*, 빌레펠트 대학 간호학연구원(IPW) · 베스트팔렌-리페 의료보험 의학처(MDK WL)

United Nations. *World Population Prospects: The 2017 Revision*.

White A et al.,(2009). *Nursing home value-based purchasing demonstration: Design*

*refinements.* Abt Association.

전자사이트

국가통계포털 <http://kosis.kr>

보건복지부 사회서비스 전자바우처 노인돌봄종합서비스 안내 [www.socialservice.or.kr](http://www.socialservice.or.kr)

중앙치매센터 [www.nid.or.kr](http://www.nid.or.kr)

통계분류포털 <http://kssc.kostat.go.kr>

[www.kcwz.nl/index](http://www.kcwz.nl/index)