

면지



Program

- 일시: 2012년 10월 17일(수) 13:30 ~ 17:00
- 장소: 한국보건사회연구원 신관 제1회의실
- 일정:

13:30 ~ 13:40 개회사

제1부 case study(사례발표)

노인요양시설에서의 의료 연계실태 사례

- 13:40 ~ 14:50
- 김신희 원장(구립용산노인전문요양원)
 - 한경미 원장(영락소규모요양원)

14:50 ~ 15:00 휴 식

제2부 주제발표

장기요양보험제도에서의 의료·복지 서비스 연계
(발제자)

- 15:00 ~ 16:00
- 복지적 관점 : 김찬우 교수(가톨릭대학교 사회복지학과)
 - 의료적 관점 : 노용균 교수(한림대학교 의과대학)

지정토론 및 종합토론
(토론자)

- 16:00 ~ 17:00
- 박재현 교수(성균관대학교 의과대학)
 - 박종연 박사(연세대학교 보건정책 및 관리연구소)
 - 윤종률 교수(한림대학교 의과대학)
 - 이지아 교수(경희대학교 간호과학대학)
 - 허준수 교수(송실대학교 사회복지학과)

17:00 폐 회 (17:30부터 석식)



Contents

주제발표

1. 장기요양제도에서의 의료·복지 서비스 연계 : 복지적 관점 ---- 1
- 김찬우(가톨릭대학교 사회복지학과 교수)
2. 장기요양제도에서의 의료·복지 서비스 연계 : 의료적 관점 ---- 23
- 노용균(한림대학교 의과대학 교수)

부 록

- 노인장기요양보험 기본계획(안) ----- 49

주제발표 1.

장기요양제도에서의 의료·복지 서비스 연계
: 복지적 관점

- 김찬우(가톨릭대학교 사회복지학과 교수)



장기요양제도에서의 의료·복지 서비스 연계체계 개선 방향

주제발표 1

김찬우 (가톨릭대학교)

목 차

1. 장기요양제도와 서비스 통합(연계)의 필요성
 - 1) 장기요양서비스의 특성
 - 2) 보건복지서비스 연계의 필요성
 - 3) 대상자의 복합적 욕구

2. 통합적 케어
 - 1) 통합의 수준: 연계-조정-통합
 - 2) 주요구성요소
 - 3) OECD 국가들의 전략

3. 한국 장기요양제도 환경과 연계체계 진단
 - 1) 연계부재로 인한 문제점
 - 2) 연계부재 원인

4. 한국에서의 연계 및 통합적 케어 제공 방향
 - 1) 단기적 개선방향
 - 2) 중장기적 개선방향

1. 장기요양제도와 서비스 통합의 필요성

- 장기요양 서비스의 연계·조정·통합은 장기요양 서비스의 기본적인 속성으로 따로 연계의 필요성을 제기하는 것 자체가 불필요하게 보일 수도 있으나 오늘날 많은 국가들의 고민 중 한 가지는 장기요양 서비스 제공에 있어 연계·조정·통합이 적절히 이루어지지 못해 발생하는 장기요양 서비스 체계의 분절성이나 단편성에 있음.

- 장기요양 서비스 연계·조정·통합의 필요성은 서비스의 정의에서 나타나는 장기요양의 특성, 이상적인 서비스의 구축과 관련된 케어의 연속망(continuum of care) 구축, 소비자 지향 및 서비스 선택(consumer direction and choice)의 경향이라는 라는 세 가지 영역에서 살펴보기로 하겠음.

1) 장기요양 서비스의 특성에서 나타난 연계의 필요성

- 통합적 장기요양서비스 = 1) 의료적특성 서비스 + 사회복지적 특성서비스
2) 시설요양 + 재가요양

- 서비스 통합(연계)의 필요성을 의료적 특성과 사회적 특성의 장기요양서비스들은 세 가지 특징에서 비교 분석해 보면 다음과 같다.
 - 첫째, 의료적 특성의 요양서비스들은 각 국가들의 의료보장(의료보험, 의료부조, 보편적 사회보장지원)의 재원에서 재정적 지원을 받고 사회복지적 특성의 서비스들의 경우는 장기요양 재원이 있는 경우 재정적 지원을 받고 있으나 그렇지 않은 경우는 사회복지 재원에서 지원을 받고 있는 경우가 많음
 - 둘째, 다양한 인력들의 상호협력이 필수적임.
의료적 특성의 서비스들의 주요 대상자들은 급성의료케어에서 치료 및 간호를 우선적으로 받은 경우나 의료적인 문제가 발생한 경우가 많다. 의료적 특성의 요양의

범주에 들어가는 서비스들은 간호사나 재활전문가들이 핵심 서비스 제공 인력으로 활동한다. 반면에 사회복지적 특성의 요양서비스는 사회복지인력이나 간병, 가사보조, 레크리에이션 담당자 등의 인력들이 주요 서비스제공인력이 됨.

- 셋째, 전통적으로 의료적성향 서비스들은 병원 및 시설요양에서 사회복지적 성향의 서비스들은 재가요양에서 제공되어왔던 장기요양이 의료적특성의 재가요양 범주의 서비스들이 증가로 변화되고 있음. 이 범주에 들어가는 서비스들은 시설요양 대상자의 재가요양지원을 통해 재가요양의 시설 대체효과를 강조해온 OECD 국가들의 전략에 따라 최근 크게 증가하고 있다.

- 장기요양 서비스는 일련의 서비스들로 구성되어 있으므로 한 대상자에게 서비스 제공의 효과성을 제고하기 위해서는 서비스의 연계가 필수적이라는 점을 보여줌.

2) 보건복지서비스 연계의 필요성

- 보건복지서비스 연계의 필요성은 서비스의 양적인 증가 현상과 맞물려, 더욱더 부각되고 있는 서비스 전달체계 상의 문제로 인하여 발생됨
특히 기존 보건복지서비스가 일차적인 관심이 되어야 하는 대상자의 욕구 중심적인 관점에서 벗어나 제공자 편의적인 부분이 강해왔음
- Kohn(1977: 함철호 외, 2001에서 재인용)에서는 서비스 연계에 대한 관심의 주요한 이유를 서비스의 파편화, 클라이언트 집단의 욕구 증가, 서비스의 효과성과 효율성에 관련되는 기관 책임성에 대한 요구 등 3가지로 규명
 - 증가하는 복지욕구의 다양성, 복지서비스의 양적 팽창, 지방화 현상으로 대변될 수 있는 복지환경의 변화와 관련하여, 이러한 과정에서 수요자의 입장에서 서비스 접근의 용이성과 기관의 책임성 입증에 고려하게 되면서, 기존의 전달체계와는 다른 새로운 전달체계로서 연계가 필요하게 되었다 할 수 있음

3) 대상자들의 복합적 요양욕구와 서비스통합의 필요성

- 장기요양 대상자들은 보건 및 복지 욕구 뿐 아니라 대상자의 장기요양욕구 중심에서 볼 때도 다양한 서비스를 필요로함.
- 뇌졸중과 치매는 고령과 관련된 장기요양이 필요한 대표적인 예. 뇌졸중환자의 경우는 신체기능을 회복하기 위한 지속적인 재활서비스가 요구되며, 상태가 심하지 않은 경우는 자신의 집에서 케어가 가능하다. 반면, 치매의 경우는 급성기치료(acute cure)보다는 수발을 담당하는 수발제공자에 대한 상담과 교육이 중요하다고 볼 수 있으며, 이때 케어의 연속성은 요양서비스 기간내 필요한 서비스 유형들을 전부 연계하거나 통합한 것으로 볼 수 있다.

〈표 1〉 뇌졸중(stroke)과 치매환자를 위한 핵심 요양 및 의료 서비스

요양서비스기간 내의 필요한 서비스 유형	서비스를 통해 가능한 혜택유무	
	뇌졸중(strok)	치매
위험관리를 통한 예방	있음	없음
투약을 통한 증세조절	제한적	제한됨
투약을 통한 기능회복	제한적	없음
물리치료를 통한 기능회복	있음	없음
독립생활을 위한 작업치료	있음	없음
자가회복을 위한 상담·교육	있음	매우 제한적
가족수발자를 위한 상담·교육	있음	필수적
퇴원후 외래 진료	있음 (단, 병원치료가 필요한 경우)	적용되지 않음
재가 대인 서비스	있음 (단, 케어제공이 집에서 가능한 경우)	있음 (단, 케어제공이 집에서 가능한 경우)
요양시설입소	재가서비스 만으로 부족한 경우	재가서비스나 수발가족의 한계가 있는 경우
호스피스케어	심각한 상태 (죽음이 임박한 정도)	있음

출처: 재인용 OECD (2005), p35.

- 더구나 문제는 다수 노인의 경우 이러한 복합적 욕구를 동시에 갖고 있어 각각의 서비스만으로는 기본적인 제도의 대상효율성(target efficiency)이 낮다는 점.
 - 동시에 중산층 대상의 복지서비스가 전무한 가운데 출발한 장기요양제도의 부담이 커질 수 밖에 없는 문제점 발생.

2. 통합적 케어

1) 통합의 수준¹⁾

- 통합적 케어에 있어 통합의 수준을 Leutz(1999)는 연계(linkage), 조정(coordination) 및 완전한 통합(full integration)의 세 가지 차원에서 다음과 같이 설명한다.
 - 첫째, **연계**는 기존의 단편적인 서비스와 자원들을 대상의 욕구에 맞추어 대상자에게 연결시켜주는 최소한의 변화 전략이다. 보다 거시적인 차원의 변화보다는 현 상태에서 대상에게 가능한 서비스들을 중계해주는(brokerage) 전통적인 사례관리 모형에 의해 설명되어진다.

1) 연계를 다른 개념의 차이를 이해하기 위해서는 연계의 다양한 수준에 관한 정의를 살펴볼 필요가 있다. 우선 Franklin과 Streeter(1995)의 연구에서는 서비스 연계 활동에 포함되는 수준들에는 비공식적 관계(Informal relationship), 조정(Coordination), 협조(Partnership), 협력(Collaboration), 통합(Integration)이 있다고 하였다. 연락(Communication)은 낮은 수준의 연계·협력으로 개별기관이 서비스 제공에 필요한 정보교환 및 정보공유의 단계이며, 개별 기관간 또는 기관 내의 서비스 효과성을 증대시킬 목적으로 이루어지는 것이다. 제휴(Cooperation)는 정보를 공유하고 협력을 통해 조직의 이익과 불필요한 중복을 피하고자 하는 것으로서 각 참여 조직 활동의 독자성을 인정한다. 그러므로 각 조직에 대하여 요구되는 책임은 거의 없으며, 최소한의 자원을 공유하고 각 조직의 자원을 독립적으로 사용한다. 조정(Coordination)은 서비스의 중복을 방지하고 자원을 효율적으로 관리하기 위하여 정기적인 모임 및 회의를 통하여(전문성 결합) 서비스 계획을 공동으로 수립한 후, 개별 기관들이 각각 서비스를 제공하는 것으로 개별 기관의 정체성을 유지하되 서비스 제공에 있어 Team approach를 시도해나가는 것이다. 즉, 연계 당사자들 간에 요구되는 일부 공식적인 책임만 있으면 최소한의 변화를 이끌게 된다. 협력(Collaboration)은 분리된 각 조직이 단일한 프로그램이나 서비스를 참여(join)하여 제공하기 위한 목적을 가지고 연계하되, 자신의 정체성을 유지하면서 자원을 공유하는 형태이다. 이를 통해 각 조직은 자원을 최대한 만들며 서비스 통합을 분배하고자 한다. 주요 공식적인 책임을 공유하며 새로운 자원을 투입하여 새로운 체계를 만들게 된다. 통합(Integration)은 개별기관들이 서비스 제공을 위하여 하나의 조직체로 통합되어 개별기관의 정체성을 유지하지 않고 새로운 조직체로의 정체성을 갖는 것으로 서비스 계획과 실천이 일원화되어 클라이언트에게 통합서비스를 제공하는 조직체를 만들어가는 것이다.

- 조정은 연계에 비해 서비스 대상과 서비스들 간에 보다 공식적인 연결 기제를 갖고 있다. 이러한 조정은 다양한 서비스 이용에 있어 행정조직이나 서비스조직의 장벽들을 제거하거나 최소화시킴으로 가능해진다. 그러나 조정역시 기존 서비스 전달체계의 큰 변화가 없는 상태에서 이루어진다.
- ‘완전한 통합’은 장기요양 서비스 대상관리와 서비스 제공과 관련된 재정운용, 자원관리 및 책임성 등에 대한 대대적인 개선을 통해 가능하게 된다. 앞서 언급된 케어의 연속망구축을 통한 재원과 전달체계의 통합은 완전한 통합 전략을 의미한다.

2) 통합적 케어의 주요구성요소

(1) 통합적 케어의 개념

- WHO(2003)에 의하면 통합적 케어는 “치료(cure)와 케어영역 간의 또는 각 영역내의 재정, 행정 및 서비스 공급 차원의 연결성(connectivity), 적소배치(alignment) 그리고 협동적 노력(collaboration)을 구축하기 위해 설계된 케어 모델이나 정책”으로 정의됨
- 통합적 케어제공의 기본 목적은 첫째, 케어의 질과 삶의 질을 증진시키고, 둘째 다양한 공급자와 케어 체계들이 요구되어지는 서비스 대상자의 복합적 문제해결을 위해 서비스 체계의 효율성을 증진시키는 데 있음.

(2) 통합적 케어 (또는 연계를 위해 필수적인)의 구성요소

- WHO(2003)는 OECD 국가의 통합모델을 사례를 다음의 영역에서 살펴봄.
 - 행정적 구조 의 통합
 - 서비스 제공장소 동일 배치(co-location)
 - 케어 네트워크
 - 케어/케이스 매니지먼트

- 주거와 요양서비스의 통합

- 또 Evashwick (1996) 은 통합적 장기요양 체계 구축과 관련하여 다음의 네 가지 통합 기제(integrative mechanism)를 제시하였다.

- 행정적 구조 및 조직의 통합
- 포괄적 인두제 방식의 재정운용
- 통합정보관리 시스템
- 케어 코오디네이션/매니지먼트

가. 행정구조의 통합

- 통합적 케어는 서비스 대상과 가장 가까운 수준에서의 단일 기관에 욕구사정, 케어 플랜작성, 서비스 조정, 질 관리 및 재정관리같은 핵심기능(key function)들을 수행할 수 있는 행정적 구조의 개선이 필요함, 즉 장기요양 서비스를 통합관리하는 기관이 필수적

나. 서비스 제공장소의 동일배치

- 다양한 서비스 제공장소를 물리적으로 동일한 장소에 배치하는 것은 '소비자 중심주의'의 기본 방향이 된다.

- 이 전략은 특히 장기요양서비스의 '수직적 통합(vertical integration)'과 관련되는데 수직적통합은 다양한 욕구에 맞는 복합적 서비스를 통합하여 한 장소에서 제공하는 것을 의미함 (Conrad and Dowling, 1990).
- 서비스 제공자나 재정관리자 경우에서도 이러한 동일장소 배치를 통해 기관 간 의사소통, 협조 및 팀 접근 등을 용이하게 할 수 있어 자원의 효율적 이용을 통한 재정의 안정을 도모할 수 있음.

다. 주거와 요양서비스의 통합

- 요양서비스가 제공되는 주거(service-enriched housing)의 확산은 특히 최근 OECD 국가의 요양제도에서 두드러진 변화
 - 전통적으로 의료 및 사회복지 서비스가 강조되어온 장기요양체계 에서 주거복지서비스는 통합의 핵심영역으로 간주되지는 않아왔으나, 재가서비스의 확대는 주거와 요양서비스의 통합을 중요한 통합적 케어의 영역으로 가능하게 함
 - 친고령자 주택(elderly-friendly housing)은 독립적인 생활을 가능하게 만드는 물리적 주거환경과 요양욕구에 맞는 부가적 요양서비스들을 통합하여 시설입소정도의 중증 요양서비스 대상자들도 재가요양을 가능하게 함

- 주거와 요양서비스의 통합은
 - a. 한 주거장소에 모든 요양서비스를 포함하여 제공하는 방안(service bundle)
 - b. 재가요양 서비스기관이 주거장소로 와서 요양서비스를 제공하는 방안(portable services)

3) OECD 국가들의 통합적 케어 전략

- OECD 국가들의 통합적 케어망 구축 전략은 크게 세 가지 차원에서 진행되어 왔음
 - 급성 케어와 장기 요양의 통합(integration of acute and long-term care)
 - 재정과 전달체계의 통합(integration of financing and service delivery)
 - 재가와 시설요양의 연속적 케어망(continuum of care) 구축 이라는 세 가지 차원의 통합목표 아래 정책들을 추진해 나가고 있음

- 이 관점에서 보면 케어의 연속망(continuum of care)은 다양한 상태의 장애 정도에 있는 대상자의 복합적인 서비스 욕구 해결을 위한 일련의 서비스들을 연계하고 조정하

는 망(network)으로(Evashwick, 1987), 통합의 가장 높은 수준으로 볼 수 있다.

- 그러나 급성케어와 장기요양의 통합이나 재정과 전달체계의 통합은 거시적인 차원의 변화전략으로 국가제도의 큰 변화를 요구하는 반면 케어의 연속망 구축은 서비스 전달체계의 변화로 가능하여 오늘날 통합적 케어와 유사한 개념으로 사용되고 있음 (WHO, 2003).

(1) 케어의 연속망구축을 위한 OECD 국가 사례

〈표 2〉 통합적 케어 구축을 위한 OECD 국가의 전략

	장기요양 체계	통합적 케어 구축	
		통합적 서비스 전달체계	장기요양 자원의 재배치
Australia	National Strategy for an Aging Australia(2001)	Aged Care Assesment Teams (ACATs); Co-ordinated trials: 재가요양	재가요양서비스에 대한 욕구사정과 서비스 지불의 통합(1997)
Austria			비공식적 수발자 지원을 위한 long-term care allowances의 통합체계
Canada	Collborative strategy for home and community care	CHOICE(Alberta); SIPA(Montreal)	
Germany			Long-term care insurance(1995)
Japan	Gold Plan2(2000)	케어 매니저를 활용한 서비스 제공	개호보험
Netherlands		지방 욕구사정 팀	
New Zealand	Health of Older People Strategy(2002)	지역보건수준에서의 급성케어와 장기요양의 통합(2003)	통합서비스에 대한 공동 자원
Norway	Action Plan for the Elderly(1998)	지방정부차원의 통합적 장기요양 케어제공(2002년후)	지방정부차원의 장기요양 자원
Spain	Gerontological Plan (2000-2005)	지역에서 의료와 복지서비스의 통합	지역에서의 의료 및 복지통합 자원
Sweden	National Action Plan on Policy for the Elderly	일차의료와 장기요양의 통합(지방정부수준)	통합재정; 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불신청

	장기요양 체계	통합적 케어 구축	
		통합적 서비스 전달체계	장기요양 자원의 재배치
United Kingdom	National Service Framework for Older People	케어매니지먼트 (1993이후) Single Assessment Process(요양욕구평가)	지방정부의 재정: 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불신청

출처: OECD's questionnaire on long-term care; 재인용 OECD (2005), p35

- OECD국가들의 최근 장기요양 제도의 목표 = 케어의 연속망(continuum of care)의 구축
 - 고단위비용의 시설요양을 억제하고 재가요양의 강조
 - 과거 시설안에서 통제와 조정이 용이했던 많은 서비스들이 지역사회를 중심으로 등장하게 됨에 따라 다양한 재가요양 서비스들의 통제와 조정이 필수적으로 대두되었으며 이러한 다양한 서비스들을 각 개인별 욕구에 부합시키기 위해 등장한 개념이 케어의 연속망이 되었음
 - 따라서 이 케어의 연속망의 구축을 위해서는 장기요양 서비스들간의 연계가 필수적인 기제가 되었음

- 특히 재정건전성을 확보하기 위한 재정과 전달체계의 통합을 통한 케어의 연속망 구축을 위해 다음 세 가지 체계 구축에 초점을 두고 있음
 - 첫째, 단일진입체계 (single entry point): 제도 진입에 있어 단일화된 사정체계를 통해 진입시점부터 관리해나갈 수 있는 체계 구축
 - 둘째, 서비스 이전(transfer)을 위한 통합정보체계 구축: 대상자의 특성상 재가와 시설, 의료와 장기요양 간의 다양한 서비스 이전에 대한 모니터링 및 조정, 의뢰 체계 구축
 - 셋째, 서비스제공기관에 대한 포괄지원방식: 인두제 방식의 포괄지원체계를 구축하여 개별지원보다 재정절감효과를 가져올 수 있는 지원체계 구축 (제공기관 스스로 통합 또는 연계로 incentive 를 갖고 동시에 risk 도 갖게끔 유도)

3. 한국 장기요양제도 환경과 연계체계 진단

1) 연계부재로 인한 문제점

- 현재의 서비스 제공체계는 의료와 복지, 급성치료와 장기요양, 재가와 시설서비스 등이 체계적으로 또는 유기적으로 연결되어 있지 못한 분절된(fragmented) 상태
 - 제도초기부터 건강보험과 장기요양보험의 엄격한 구분으로 대상자의 복합적 욕구에 대한 통합적 대처가 구조적으로 제한되어 있음
 - 한편 요양병원과 장기요양시설 입소기준의 구분이 명확하지 않아 장기요양시설에서도 충분히 요양이 가능한 환자가 요양병원에서 입원치료를 받게 되는 경우가 발생

- 장기요양체계 내의 의료 서비스 부재 (건강보험공단 선진화위원회, 2010)
 - 장기요양시설의 경우 노인의 변화하는 건강상태를 지속적으로 평가, 모니터링함으로써 발생하는 의료적 필요에 신속하고 적절히 대응하기에는 자원과 전문성이 미흡한 실정임
 - 실제 요양시설 관계자의 63%가 요양시설 입소자의 건강상태가 악화되거나 의학적 처치가 필요할 때 관리가 적절히 이루어지고 있고 없다고 응답한 것으로 드러남(노용균 등, 2010). 결과적으로 노인환자에게 적시에 적절한 의료가 제공되지 못함으로써 환자의 병세악화로 인한 응급실 이송과 병원입원의 위험이 커지게 됨

- 장기요양 진입시점 관련 문제점- 신청자격 기간관련 부분으로 현재 '6개월 이상의 요양 상태'와 관련 부분인데, 이 부분과 관련 급성기 케어에서의 전환 시점이 비현실적이라는 지적이 있음
 - 시기적으로 퇴원후 재가에서 장기간 대기한 후 신청을 해야한다는 점
 - 등급판정위원회가 적절한 판단을 하도록 되어 있으나 신청자체에 제한을 둔다면 등판위까지 갈 수가 없는 상황이 됨.

- ‘6개월 이상의 요양상태’와 관련 신청자의 제한 부분은 의료서비스와 장기요양 서비스 간의 연계 제도인 ‘아급성 케어’제도의 확대를 통해 문제를 개선해야 할 부분임
 - 진입시점관련 장기요양제도 신청상의 제약을 너무 강조할 경우 실제 수발자의 부담이 가장 큰 퇴원후 간병부분에 대한 제도의 적용이 근본적으로 차단되어 제도의 보장성 부분에 대한 불만이 강해질 수 있음
 - 따라서 치료종료 후에 장기요양의 안내에 대한 법적 장치를 마련하고 가능한 의뢰 및 연계가 일원화 될 수 있는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있음

2) 연계부재 원인

(1) 한국 보건복지환경에서 보건 및 복지 각 체계의 연계 필요성 인식 부족

- 기존 보건복지연계 사업들의 실패에서 보듯이 공공부문 중심의 전달체계 개편은 각 체계에서의 배타적 연계로 인해 필요성이 지극히 낮음

〈표 3〉 기존 보건복지연계 시범사업의 분석 및 평가 (이주열 외, 2007)

구 분	보건복지사무소 시범사업	지역사회복지협의체 시범사업
배경	<ul style="list-style-type: none"> • 1994년 사회복지정책심의위원회에서 공공 복지전달체계의 개선방안으로서 『보건복지사무소』案을 보건복지부에 건의 • 2개년간: 1995년 7월 ~ 1997년 6월 	<ul style="list-style-type: none"> • 1999년 보건복지사무소 시범사업 종결 • 2000년 ‘보건·복지기능연계 모형연구’(한국보건사회연구원)를 통해 보건복지 기능연계 도모를 위한 지역사회복지협의체 구성 필요성 확인 • 1개년간: 2001년 10월 ~ 2002년 11월
대상사업 범주 및 관련조직	<ul style="list-style-type: none"> • 공공조직 기능의 통합 • 관련 조직 <ul style="list-style-type: none"> - 보건소 조직 - 읍·면·동사무소 복지업무부서 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역복지의 전반적 계획·수립·심의·건의 • 관련 조직·기관·단체의 대표자 및 실무자 <ul style="list-style-type: none"> - 복지기관·단체, 보건의료기관·단체 - 공익단체, 시민·사회단체 - 보건·복지담당 공무원 - 보건·복지의료 학식·경험자
주요 연계 전략 및 체계	<ul style="list-style-type: none"> • 방문간호사업 * 기존의 방문간호사업 이외에는 별도의 연계전략이 수립되지 못하였으며, 관련된 조직들(보건소와 동사무소)의 업무대상이 불일치하여 업무장소를 통합한 것 이외에 	<ul style="list-style-type: none"> • 시범사업기간 모협의체 수행업무 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회복지계획의 수립 - 지역사회의 다양한 자원개발·연결 - 보건·복지서비스연계 기반 마련 • 시범사업기간 실무협의체 수행업무

구 분	보건복지사무소 시범사업	지역사회복지협의체 시범사업
	는 별도의 연계전략 수립과 실행의 효과를 보지는 못하였음	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 연계조정 기반 마련 - 지역의 복지문제에 대한 협의 - 연계, 조정된 서비스 제공 - 지역복지 관련 정보수집 및 보급 * 대부분의 사업내용이 지역사회의 복지계획의 수립과 기반 마련을 위한 협의와 정보수집에 치우쳐져 있으며, 직접적인 서비스 활동은 크게 활성화되지 못한 것으로 보임
연계 동기화 전략	<ul style="list-style-type: none"> • 업무장소통합으로, 별도의 동기화전략 미비 	<ul style="list-style-type: none"> • 회의비 및 활동비 지급 • 위원위촉 행사 등 개최
연계 장애요인	<ul style="list-style-type: none"> • 상호간 연계해야 할 사업이 없다고 생각하거나, 정보교류 이외에 기대사항이 없는 경우 • 연계를 위한 행정적 단일창구의 결여 문제 지적; 연계담당이 있더라도 활용성 낮음 • 연계의 다양한 수준 이해 부족; 지역사회 복지총량에 대한 전체적 조망의 입장은 부족함 • 보건소 고유 서비스의 부족으로 공공조직에서 연계의 필요성을 느끼지 않음; 개발 필요 • 공공조직과 보건소와의 전산망 공유가 이루어져 있기는 하지만, 열람의 제한 등이 있음 • 보건소의 인력부족 및 업무과중의 문제 • 민간복지기관과의 연계에서 우선순위 등 문제로 서비스 제공의 지연 • 각 조직의 전문직 간 알력문제 	

- 보건복지사무소에서는 공공조직의 기능적 통합에 치우쳐 실제 연계사업에 대해서는 특별한 관심은 없었던 것으로 보이고 다만 방문간호사업은 비교적 활발하게 진행되었으며, 이 사업에 대한 만족도는 비교적 높았던 것으로 평가상 나타남
 - 지역사회복지협의체는 지역사회 복지의 전반적인 계획 중심의 활동을 진행하였기에, 구체적인 연계사업으로 지적할만한 내용은 발견하기 어렵고 구체적인 연계사업이 없었음
 - 보건복지사무소의 실시될 당시에는 업무전산화 환경이 미비해 대상자와 관련된 정보의 교류가 활발하게 일어나지는 못했고, 지역사회복지협의체 시범사업시에는 업무관리 및 사례관리대상자를 입력하고 공유하는 시스템 구축이 되기는 했었지만, 참여자들 간의 활용이 그리 활발하지는 못했던 것으로 보임
 - 사업 참여자들에 대한 동기화 전략 즉, 인센티브와 관련된 부분은 양 사업이 거의

부재함

- 다만 이전 사업의 경험들을 반영할 수 있는 기회를 제공해주었다는 점에서 의의를 가진다고 할 수 있고 장기요양보험이라는 재정지원 자체가 갖는 연계의 필요성은 이러한 공공전달체계 개편과는 차이가 클 거로 판단됨

(2) 현 장기요양보험제도에서 서비스 제공기관의 인센티브 및 동기화 전략이 부재함

- 요양시설의 입장에서는 의료지원에 대한 수가반영이 지극히 낮고 의료기관 장기 입원 시 오히려 경영에 타격을 주고 있어 양 기관 간에 자발적 연계는 부재

(3) 이용자 입장에서 재정지원상의 연계 필요성 부재 : 현 지원체계가 이용자 개별 지원 방식으로 건강보험과 장기요양보험지원(등급내 이용 지원 가능 금액)을 각각 최대한 이용하는 데 있어 전혀 제한이 없음

- 즉, 연계 서비스의 부재로 의료 및 요양서비스 이용에 대한 소비자 불편은 존재하지만, 실제 연계된 서비스 체계가 구축된다고 하더라도 이를 이용해야만 하는 재정지원상의 규제도 없고, 특별한 유인책도 없음

4. 한국에서의 연계 및 통합적 케어 제공 방향

1) 단기적 연계전략

- 현재의 문제점에 대응할 수 있는 임시적 전략

(1) 의료기관에서 장기요양제도 진입대상 사전관리

- 의학적 필요도가 높은 입원노인에 대한 관리
 - 병원입원 노인환자에 대한 지속적인 건강평가와 모니터링을 통해 요양욕구가 강한 환자의 퇴원 또는 전원을 유도

- 병원에서 장기요양시설로의 전원을 위한 대기기간을 단축하기 위해 전문사례관리 시스템을 도입하고 전원 지연을 방지하기 위한 심사·평가체계도 구축해야 함.

(2) 장기요양기관에서 의료서비스 제공개선

- 요양시설과 같이 장기간 입소하여 보호를 받는 노인의 경우 건강상태에 대한 주기적인 평가와 신속한 대처가 필요
 - 시설내 간호사와 지역사회 의사 간의 협력팀을 통해 적절한 의료가 시설 내에서 이루어질 수 있도록 제도적 장치 마련

(3) 단일기능평가도구 개발

- 의료, 복지 기관과 장기요양기관에서 노인의 질환, 신체 및 인지기능상태, 복지욕구, 생활환경 등 노인의 다양한 건강영역에 대해 공통적으로 평가할 수 있는 단일화된 기능평가도구의 개발이 필요함
 - 단일 기능평가도구를 통한 환자정보가 의료와 장기요양기관 간에 실시간으로 공유될 수 있도록 전산화된 시스템을 구축함으로써 노인상태 모니터링을 통한 적절한 서비스로의 연계
- 현재 생애주기(65세) 건강진단 제도를 활용할 수도 있고, 장기요양 신청시 건강보험재정지원을 통해 복합적 욕구평가를 실시할 수도 있음
 - 다만 요양제도 등급판정기준은 현행과 같이 적용함

2) 중장기적 연계전략

- 재정과 전달체계의 통합, 행정구조의 개편 및 재정지원방식의 변화를 동반하는 전략

(1) 행정적 구조 및 재정의 통합적 관리

- 현재구조는 건강보험공단이라는 통합된 구조에서 각각의 의료서비스와 장기요양서비스를 관리하는 구조
 - 한국은 외형상으로 통합 관리운영주체를 갖고 있으나 재정의 분리, 지자체와의 관계 등에서 보다 통합적인 행정조직 개편이 필요함
 - 실제 재정의 엄격한 분리속에 공단내부 업무내에서도 엄격히 분리되고 있음
 - 통합적 케어체계 구축을 위해서는 최소 장기요양대상자의 의료서비스 관련 업무까지도 통합적으로 관리되는 것이 전제되어야함

- 통합적 재정관리: 전달체계와 재정간의 실질적 연계의 전제
 - 통합적 재정관리가 중요한 이유는 의료와 장기요양 통합제공체계의 모형이 통합적 운영을 전제로 하고 있기 때문임
 - 전적인 통합재정이 당장 어렵다면 우선적으로 장기요양 대상노인의 경우 통합적인 재정운영의 가능성을 모색해서 효율적 관리를 해나갈수 있음
 - 다양한 연계·조정사업 수행이 용이해지며, 관리운영비가 절감되며, 의료와 장기요양간의 비용전가(cost shifting) 문제가 해결됨
 - 비용통제기제로서 선불제, 인두제, 환자중증도 보정(risk-adjusted) 지불제 등을 검토해볼 수 있음.

(2) 서비스 제공장소 동일배치(co-location)

- 재가요양시설의 동일배치
 - 현 재가요양시설을 동일배치할 경우 주야간보호시설 중심의 동일 배치가 가장 효과적으로 볼 수 있음
 - 이 경우 주야간보호시설을 거점으로 재가요양 전반적인 케어플랜 수립과 실행을

점검해나가는 것이 필요함

- 요양보호 대상자의 주야간 및 방문 서비스 혼합이용을 권장(장기적으로 주야간인프라가 확대구축되면 주야간보호시설이 주변방문요양기관과 협약하여 거점기관으로 제도가 실행되어야 현 제도내 재가서비스관련 여러 가지 문제점(요양보호사, 서비스 질, 서비스 오남용, 등이 해결된다고 봄)

□ 시설과 통합재가요양시설간의 연계 및 조정

- 제도가 점차 안정화되어(10년정도) 요양시설과 재가시설간의 대상자 transfer가 크게 증가될 것으로 예상됨
- 이에 따른 연계 및 조정 전담 조직이 사례관리체계 중심으로 이루어져야함.
- 연계 및 조정에 따른 비용이 수가체계에서 고려되어야함

□ 종합병원, 재활병원, 요양시설간의 연계 및 조정

- 이 부분은 요양제도와 의료제도간의 통합과 관련된 부분으로 현재 국내 아급성케어 체계에 대한 전면 개편이 전제되어야 함
- 앞서 언급되었듯이 급성질병이나 낙상 등으로 병원에 입원후 퇴원해 6개월내 사망자와 그 가족의 경우 현재 장기요양제도에 대한 불만이 상당히 큼

(3) 주거와 요양서비스의 통합

□ 한국형 service-enriched housing의 개념 (아래의 세 가지)

- 다기능일가구형태 (한 건물에 여러 가지 기능을 갖춘 시설)
- 주거전용우선 + 제한된 재가요양 (주거전용의 생활시설에 간단한 low-tech 서비스를 제공하고 보다 다양한 서비스를 연결시켜주는 시설)
- 주거전용 (아래 노인전용 주택시설과 동일)

□ 노인전용 주택건설 및 보급의 가능성

- 이 부분은 저소득층 노인의 경우에는 공공부조와 주거급여의 통합으로 중산층 이상 노인들에게는 주택분양정책과 요양시설(소규모 생활시설) 제공정책의 통합으로 가능하나 후자의 경우보다 전자의 경우가 우선적으로 검토될 필요가 있음
- 현 주거급여의 경우는 급여의 현실성과 관련된 주거급여의 수준 및 수급범위 문제, 공공임대주택의 공급부족, 전세 및 주택구입 용자제도의 부족 및 대상가구의 제한이 가장 큰 문제점으로 부각되고 있음.

□ 노인주거복지 정책과 요양정책의 통합

- 주거복지 정책은 임대료보조 정책과 주택공급정책이 맞물려 실시되고 있으며, 현재는 공공부조급여안에 주거급여가 통합되어 지급되고 있음
- 현실적으로 요양정책과 관련하여 주거급여를 분리운영하여 현금과 현물의 배합을 강조하는 정책이 필요함
- 따라서 저소득층 노인의 경우는 기존 주거복지 급여에 요양서비스 급여를 통합하여 제공함으로써 재가복지 시설이나 소규모 공동거주 시설로의 유인을 통해 주거 및 요양 보장 정책을 실시하고,
- 유료 노인전용주택 또는 케어가 제공되는 노인공동주택의 구입이나 임대료 납부가 어느 정도 가능한 소득층에게는 본인부담과 공적보조를 동시에 고려해나갈 필요가 있음

(4) 사회보험체계에서의 각 통합수준에 대한 incentive 마련

□ 재가요양통합

- 통합시설에 대한 총괄예산 지원제를 실시
- 일부 지자체의 기본적 수가이외의 예산지원이 행해지고 있으나 주야간보호에 대한 양적확대보다 기능정립 및 역할 강화가 동시에 이루어져야함

- 또 통합시설에서는 교통서비스를 필수적인 서비스로 지정하고 이에 대한 수가상에서 특별지원이 필요하다고 봄

□ 요양시설과 재가요양시설간의 통합

- 요양시설이 통합재가요양시설을 갖출 경우 총괄예산지원 및 설립 지원
- 시설과 재가요양의 통합은 불필요한 요양시설 입주의 감소와 동시에 서비스 제공자가 갖는 재정적 risk를 감소하는 측면에서 제고되어야 함

(5) 사례관리와 통합서비스 제공체계 구축: 의료와 복지 팀접근

□ 의료 및 복지 전문가로 구성된 팀에 의한 포괄적 노인기능평가를 통한 지속적인 노인 관리가 지자체별로 우선 실시되어야 함.

- 전문가팀의 일원으로서 사례관리자는 노인기능평가를 관리체계와 접목시켜주는 역할을 담당
- 이후 노인이 장기요양대상자가 되었을 때 초기 기능평가와 2차 평가에 따른 공동요양계획을 수립하여 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 전략을 수립하고 실행에 옮길 수 있는 조직체계를 구성하는 것이 필요함.
- 사례관리자의 소속 또는 재정지원 기관을 공공과 민간이 참여하는 컨소시엄 형태로 구성하는 것도 성공적인 재원협력 모델의 옵션이 될 수 있음
- 지역별 보험자 직영시설의 설립 및 지역 적정 서비스 제공기관의 공영화를 위해 지역자치단체가 직접 운영하는 기관 설립 등에 우선적으로 공동 전산망 활용을 가능하게 하여 시범적으로 실시해볼 수도 있음

□ 초기 체계 구축 비용 및 인력지원에 대한 비용 부담이 될 수 있으나 전문협력팀적 접근은 서비스 제공의 중복 감소, 병원 입원을 감소, 요양시설 입소율 감소 등 효율화 증대로 인한 비용절감에도 기여

- 궁극적으로 의료, 요양, 복지 혜택을 동시에 기대하는 현재 또는 예비 이용자의 욕구를 충족하기 위해서는 사례관리 중심의 체계가 통합재정과 맞물려 통합적으로 실현되어야 고령사회에 대비하는 의료복지 연계체계가 실행된다고 볼 수 있음.

주제발표 2.

장기요양제도에서의 의료·복지 서비스 연계
: 의료적 관점

- 노용균(한림대학교 의과대학 교수)



장기요양보험제도에서의 의료의 역할 - 대상자의 의학적 욕구 관리 방안 -

2012. 10. 17
한림대학교 의과대학
노용균

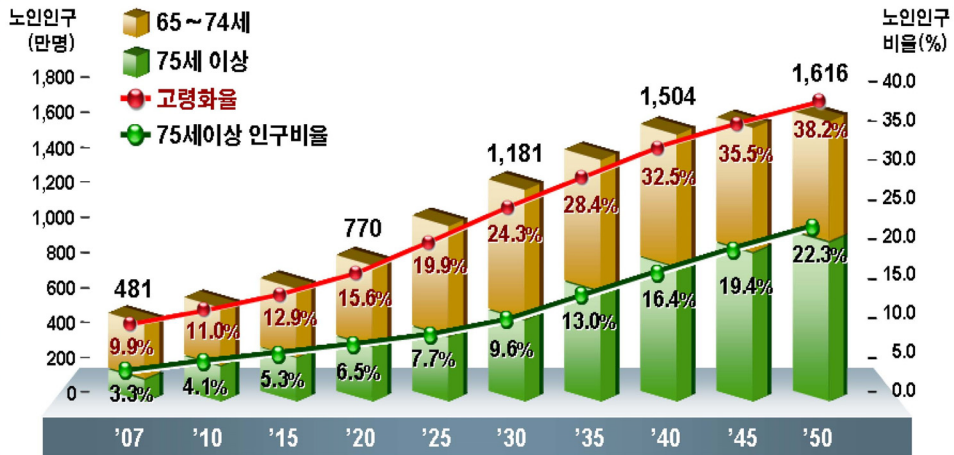
HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

Contents

- 노인 건강관리의 연속성
 - Continuum of Care
- 입소자의 건강 상태, 관리 필요성
- 의학적 관리 방안: 촉탁의 제도 중심으로
 - 촉탁의 제도 운영 현황
 - 촉탁의 제도 개선 방안
- 노인장기요양보험 발전 방안

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

노인 인구 비율 및 고령화율

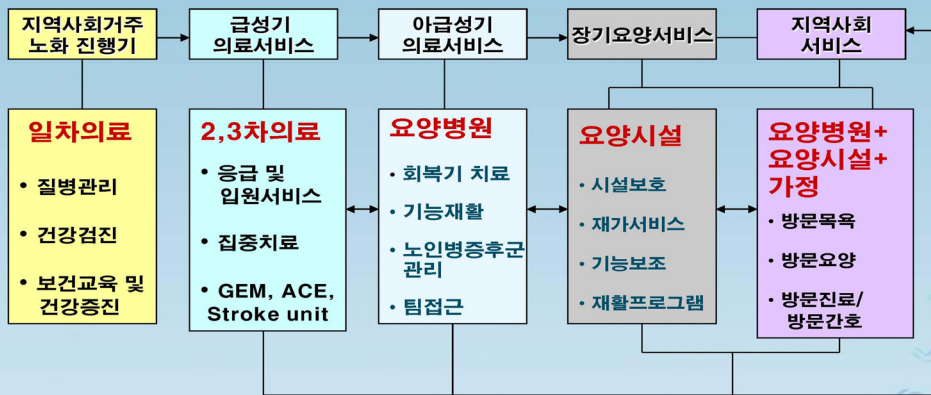


자료: 통계청 「전국장래인구추계(2006)」 「2007 고령자 통계」

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

3

노인 건강관리의 연속성 (Continuum of Care)



※ 선우덕 등 『고령화 사회에서의 노인보건의료 체계 구축 방안』 의 모식도에서 수정
출처: 윤중률, 노인장기요양보험제도와 의료계의 역할, 정책포럼 2008년 춘계학술대회

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

4

장기요양보호제도의 목적

- 고령 및 만성 질병에 의한 일상생활장애를 가진 노인에게 **건강증진과 생활 안정**을 제공하고 가족 수발 부담을 줄여주는 것
- 각종질환과, 보건복지 욕구를 종합적으로 평가하여 **포괄적 서비스**를 적절히 제공하고 건강이 악화되지 않도록 **의료서비스와 연계**하는 것이 기본 원칙

노인장기요양보험의 목적

- ❖ **고령이나 노인성 질병** 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 들에게
- ❖ **신체활동 또는 가사활동 지원** 등의 장기요양급여 서비스를 수급자에게 제공
- ❖ **노후의 건강증진 및 생활안정**을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 **삶의 질**을 향상하도록 함

○ 장기요양 등급판정기준

등급구분	판정기준
장기요양 1등급	장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	장기요양인정점수가 75점이상 95점 미만인자
장기요양 3등급	장기요양인정점수가 55점이상 75점 미만인자

* 장기요양 1등급~3등급은 노인인구의 3.1%인 16만명으로 추계

○ 등급별 상대상

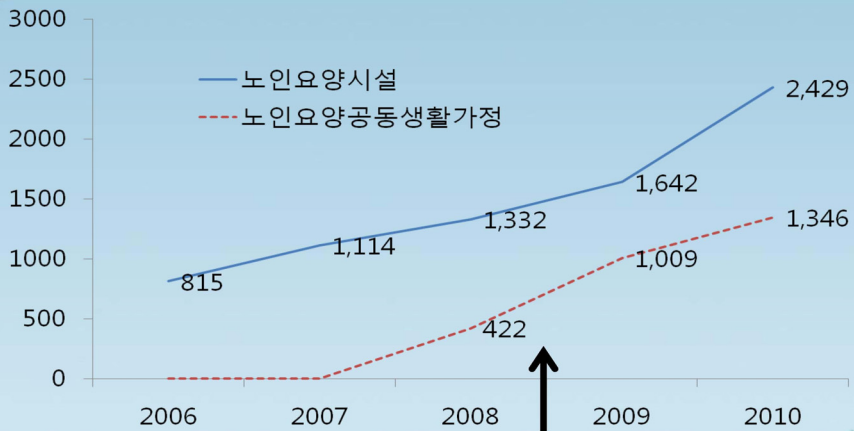
	요양 1등급 (최중증)	요양 2등급 (중증)	요양 3등급 (중등증)	등급외 (경증)
상 태 상	· 하루 종일 침대 위 에서 생활자로 스스로 로 움직일 수 없는 외병 상태 · 일상생활활동의 식 사·배설·옷 벗고입 기의 모든 활동에 서 전적으로 다른 사람의 도움 필요	· 휠체어를 이용하지만 앉은 자세를 유지하 지 못함 · 식사·배설·옷벗고입 기 등에서 다른 사람 의 완전한 도움이 필요 · 하루중 대부분의 시 간을 침대위에서 지 내는 경우가 많음	· 식사·배설·옷 벗고 입기 등에서 부분 적으로 도움필요 · 다른 사람의 도움을 받아야만 외출가능	· 식사·배설·옷벗고입 기 모두가 대체로 자립이나, 생활 관 리 능력이 저하하는 등으로 가끔 지원 필요
조 사 표	· 체위변경, 식사하 기, 일어나 앉기 등 ADL에서 6개 이상 완전도움	· 식사하기, 일어나 앉 기, 세수하기, 양치질 하기 등 ADL에서 5개 이상 부분도움	· 양치하기, 세수하기 등 ADL에서 3~5개 정도 부분도움	· 목욕, 옷 벗고 입기 등 ADL에서 1~2개 부분 도움

노인의료복지시설의 목적

- 노인요양시설은 치매, 중풍 등의 노화 및 노인성질환으로 인한 신체, 정신 기능의 쇠퇴로 거동이 불편한 자에 대한 신체활동 및 일상 가사지원 등의 복지 서비스제공을 주된 목적으로 함

노인의료 복지시설	노인요양 시설	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상 생활에 필요한 편의를 제공	○ 노인성질환 등으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 「노인장기요양보험법」 제15조에 따른 장기요양급여수급자나 기초수급권자로서 65세 이상의 자 다. 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자 라. 입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는 노인요양 시설 또는 노인요양공동생활가정의 경우는 60세 이상의 자	
노인의료 복지시설	노인요양 공동생활 가정	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공		
노인전문 병원	노인전문 병원	주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설 ↳ 의료법에 의한 의료기관을 개설할 수 있는 재·치과의사 및 조산사 제외에 한하여 시·도지사의 허가를 받아 설치	가 노인성질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자 나. 임종을 앞둔 환자	사도지사 허가

노인의료복지시설 현황



노인장기요양보험 제정

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

9

요양시설 인력 기준

	노인요양시설		노인요양공동생활가정
	입소자 30인 이상	입소자 10~29인 이하	입소자 5~9인 이하
시설장	1명	1명	
사무국장	1명 (단, 50인 미만은 임의)	1명	1명
사회복지사	1명 (단, 100인 초과시 추가)		
의사(축탁의사)	필요수 (축탁의나 의료기관 협약)	필요수 (축탁의나 의료기관 협약)	-
간호(조무)사	입소자 25인당 1명	1명	1명
물리(작업)치료사	1명 (단, 100인 초과시 추가)	필요수	
요양보호사	입소자 2.5인당 1명	입소자 2.5인당 1명	입소자 3인당 1명
영양사	1명 (단, 50인 미만은 임의)	-	-
조리원	필요수	필요수	-
사무원	필요수	-	-
위생원	필요수	필요수	-
관리원	필요수	-	-

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

10

요양시설 입소자 건강 관리

- 요양시설 입소자(1, 2등급)는 치매, 뇌졸중 등 지속적인 건강 관리가 필요한 만성 질환자
- 규정: 노인의료복지시설에는 입소자 건강관리를 위한 책임자를 두고 의사, 간호사 기타 자격이 있는 자가 그 임무를 수행하여야 한다.
 - 촉탁의나 협약의료 기관의 의사는 입소자 별로 2주에 1회 이상 진찰 등을 실시
 - 가급적 가정의학과, 내과, 재활의학과, 신경과, 정신과 또는 한방 신경정신과 등 선정
- 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립방안 연구 : 보건복지부 용역 연구(2010년, 연구책임자 노용균)
 - 요양시설 입소자가 적절한 의학적 관리를 받고 있는가?

입소자, 입원환자의 상태 조사

- 목적 : 시설과 병원에 입소(원)하고 있는 장기요양보호 대상자의 상태 평가
- 대상 : 요양시설(20개, 입소자 163명)과 요양병원(14개, 입원환자 197명)
- 평가 도구 : 입소기준 판정조사표* 활용
- 판정조사표 구성 : 8개 영역 86개 항목
 - 요양등급 판정 5개 영역 : 기본적 일상생활활동 13개, 인지 기능 7개, 행동변화 14개, 간호처치 10개, 재활영역 10개 문항
 - 추가 영역 : 의료처치 12개, 건강상태, 16개, 상태의 안정성 4개 문항

* 노인장기요양보험 도입에 따른 건강보험 적용기준 설정에 관한 연구, 2008년

영역	항목	
기본적 일상생활활동 (K-ADL)	K-ADL(12항목): 악화 여부 1개 항목 추가	
	1. 옷 벗고 입기, 2. 세수하기, 7. 일어나 앉기, 8. 옮겨 앉기 3. 양치질하기, 4. 목욕하기, 9. 방 밖으로 나오기, 10. 화장실 사용하기 5. 식사하기, 6. 체위 변경하기, 11. 대변 조절하기, 12. 소변 조절하기	
인지기능 행동변화	인지기능 영역(7항목)	행동변화 영역(14항목)
	1. 단기 기억장애 2. 시간 불인지 3. 장소 불인지 4. 나이, 생년월일 불인지 5. 지시 불인지 6. 상황판단력 감퇴 7. 의사소통 장애	1. 망상 2. 환각, 환청 3. 슬픈, 울음 상태 4. 불규칙수면, 주야혼돈 5. 도중에 저항 6. 서성거림, 안절부절못함 7. 길을 잃음
특수 처치 영역 (통상적인 간호처치, 의료처치)	간호처치(9항목): 1개항목과 처치 기간 추가, 의료처치 영역 12개항목 추가	
	<간호처치 영역> 1. 기판지 갈개판 간호 2. 흡인 3. 산소요법 4. 욕창 간호 I 5. 경관영양 6. 압성 통증 간호 7. 도뇨 관리 8. 장루 관리 9. 루식 간호 I 10. 당뇨발 간호 - 위의 처치가 30일 이내인가, 30일 이상 지속되고 있는가.	<의료처치 영역> 1. 정맥주사에 의한 투약 2. 중심정맥 영양 3. 항암요법 4. 수혈 5. 흡입기 요법 6. 인공호흡기 7. 급성 의학적 상황에 대한 감시 8. 욕창 간호 II 9. 수술 후, 개방 창상에 대한 치료 및 드레싱 10. 루식 간호 II 11. 전문재활치료 서비스 12. 문제행동 관리, 정신치료 및 위기 중재

13

KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

재활영역	운동장애(4항목)	완결장애(6항목)
		좌/우측 상지 좌/우측 하지
건강상태 영역	16개 항목 추가	
	1. 의식 상태 변화 2. 체내(장내) 출혈 3. 지속적인 고열 4. 심한 탈수 5. 급격한 체중변화 6. 불충분한 수분 공급 7. 부종 8. 호흡곤란	
상태의 안정성	4개 항목 추가	
	1. 입원환자의 인지기능, ADL, 경서행동 등이 불안정하거나 악화됨 (또는 악화되게 하는 상황이나 질병이 발생함) 2. 만성적인 건강 문제가 갑작스럽게 악화됨 3. 말기 질환으로 6개월 이하의 생존이 예측됨 4. 해당 사항 없음	

14

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

관정조사표 8개 영역별 분포

영역	요양시설 (N=163)			요양병원 (N=197)		p-value
	Mean (SD)	최소-최대	Mean (SD)	최소-최대		
일상생활활동	15.4 (7.2)	0 - 24	17.0 (6.9)	0 - 24	0.060	
인지 기능	4.0 (2.7)	0 - 7	3.9 (2.8)	0 - 7	0.731	
행동 변화	3.3 (3.3)	0 - 14	2.0 (2.6)	0 - 12	0.000*	
건강 상태	0.4 (0.7)	0 - 4	0.6 (1.1)	0 - 5	0.084	
간호 처치	0.4 (0.9)	0 - 4	0.9 (1.3)	0 - 6	0.001*	
의료 처치	0.4 (0.6)	0 - 2	0.7 (1.0)	0 - 5	0.000*	
재활(운동장애)	3.6 (2.5)	0 - 8	3.8 (2.7)	0 - 8	0.515	
재활(관절장애)	5.2 (4.1)	0 - 12	5.6 (4.4)	0 - 12	0.476	
상태의 안정성	0.2 (0.5)	0 - 3	0.2 (0.6)	0 - 3	0.737	

노용균. 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구 2010. 보건복지부 15

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

건강 상태 증상 유소견자 비율

p > 0.05

유 증상 개수	요양시설(%)		요양병원(%)	
0	123	75.5%	138	70.1%
1	27	16.6%	33	16.8%
2	10	6.1%	10	5.1%
3	2	1.2%	8	4.1%
4	1	0.6%	4	2.0%
5			4	2.0%
합계	163	100.0%	197	100.0%

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

16

간호 처치 필요자 비율

p < 0.05

필요 처치 개수	요양시설(%)		요양병원(%)	
0	131	80.4%	117	59.4%
1	13	8.0%	39	19.8%
2	10	6.1%	14	7.1%
3	6	3.7%	16	8.1%
4	3	1.8%	5	2.5%
5			5	2.5%
6			1	0.5%
합계	163	100.0%	197	100.0%

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

17

의료 처치 필요자 비율

p < 0.05

필요 처치 개수	요양시설(%)		요양병원(%)	
0	116	71.2%	103	52.3%
1	35	21.5%	64	32.5%
2	12	7.4%	19	9.6%
3			7	3.6%
4			3	1.5%
5			1	0.5%
합계	163	100.0%	197	100.0%

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

18

상태 안정성 악화 비율

p > 0.05

상태 악화 개수	요양시설(%)		요양병원(%)	
0	136	83.4%	163	85.3%
1	24	14.7%	17	8.6%
2	2	1.2%	11	5.6%
3	1	0.6%	1	0.5%
합계	163	100.0%	197	100.0%

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

19

입소자 의학적 관리 적절성, 미관리 이유

	p<0.01	요양 시설(%)		요양 병원(%)	
그렇다	65	63.1%	6	12.8%	
그렇지 않다	36	35.0%	40	85.1%	
잘 모르겠다	2	1.9%	1	2.1%	
합계	103	100.0%	47	100.0%	

	요양 시설(%)		요양 병원(%)	
시설내 의료처치 가능 인력의 부족	19	33.3%	37	47.4%
시설내 의료장비의 부족	11	19.3%	26	33.3%
축탁의, 협력의료기관과의 관계 미비	8	14.0%	5	6.4%
가족의 치료 의지가 부족 또는 경제적 문제	13	22.8%	10	12.8%
시설내에서 처치 능력은 있으나 의료법에 위배되므로	6	10.5%	0	0.0%
합계	57	100.0%	78	100.0%

노용균. 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구 2010. 보건복지부

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

20

협력의료기관과의 협조 관계, 미협조 이유

	p<0.01	요양 시설(%)	요양 병원(%)
그렇다	71	68.9%	6 12.8%
그렇지 않다	26	25.2%	35 74.5%
잘 모르겠다	6	5.8%	6 12.8%
합계	103	100.0%	47 100.0%

	요양 시설(%)	요양 병원(%)
의료인과 의료기관의 무관심	9 23.7%	10 14.7%
의료인에 대한 적절한 보상 부족	15 39.5%	15 22.1%
안정적인 요양시설 입소자 확보를 위해서	1 2.6%	13 19.1%
치료 필요성에 대한 가족의 이해 부족	5 13.2%	15 22.1%
환자 회송 체계의 미비(의뢰, 퇴의뢰)	8 21.1%	15 22.1%
합계	38 100.0%	68 100.0%

노용균. 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구 2010. 보건복지부 21

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

병원에서 시설로 전원 적절성, 미적절 이유

	p>0.05	요양 시설(%)	요양 병원(%)
그렇다	16	15.5%	6 12.8%
그렇지 않다	76	73.8%	32 68.1%
잘 모르겠다	11	10.7%	9 19.1%
합계	103	100.0%	47 100.0%

	요양 시설(%)	요양 병원(%)
환자와 가족의 병원에 대한 선호도	17 14.9%	18 29.0%
병원이나 시설 간에 본인 부담금의 차이가 미미하므로	20 17.5%	18 29.0%
요양병원의 안정적인 환자 확보를 위해서	53 46.5%	9 14.5%
양 기관의 입소(원) 대상자의 구분기준이 없어서	24 21.1%	17 27.4%
합계	114 100.0%	62 100.0%

노용균. 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구 2010. 보건복지부 22

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

노인요양시설과 역할에 대한 의견

- **요양등급 판정 조사표**
 - 대상자의 건강상태나 의료필요도를 평가하지 못하므로 대상자들이 요양시설과 요양병원에 혼재될 수 밖에 없음
 - 의료서비스가 적극 필요한 노인이 시설 입소서비스를 받게 됨 : 방치수준의 여성 (김덕진 대한노인병원협회장)
- **요양시설 입소자중 건강상태 악화로 의료처치가 필요한데도 일부 보호자들은 병원치료를 거부함**
 - 시설운영에 감당키 어렵고, **노인학대, 노인인권**과 관련됨
 - 최소한의 전원규정이 마련되어야 함.
(한국노인복지시설협회 제도개선소위원회 김영기 위원장)
- **치료가 필요한 경우 적절하게 병원으로 **전원에 대한 강제규정** 필요**
 - 요양병원에서 상태가 안정되었을 경우 반드시 시설로 재전원하는 시스템 병행되어야.
(조혜숙. 한국녀성협 회장)
- **의사소견서는 요양원 입소자에게 무의미 함 - 대부분이 발급예외자**

노용균. 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구 2010. 보건복지부

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

23

노인 요양시설 축탁의 제도 개선 방안 연구 (보건복지부 용역 연구, 2011년)

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

24

노인의료복지시설의 운영 기준

- 가. 노인의료복지시설에는 입소자 건강관리를 위한 책임자를 두고 의사·간호사 기타 자격이 있는 자가 그 임무를 수행하여야 한다.
 - 나. 전담의사를 두지 아니한 시설은 촉탁의사(시간제 계약에 의한 의사를 포함한다)를 두어야 한다.
 - 다. 촉탁의사를 두는 시설의 장은 **촉탁의사가 매주 2회 이상(1회당 2시간 이상)** 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 취하도록 하여야 한다.
 - 라. 입소자 및 직원에 대하여는 연 1회 이상의 건강진단을 하여야 하며 건강진단결과 건강이 좋지 아니한 자에 대하여는 그 치료를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.
 - 마. 입소자에 대하여 그 건강상태에 따라 적절한 훈련과 휴식을 하도록 하여야 한다.
 - 바. 시설의 환경을 항상 청결하게 하고 그 위생관리에 유의하여야 한다.
- (노인복지법 2008. 1)

협약의료기관 및 촉탁의사 운영기준

- 촉탁의 인건비(70명 기준)는 월 190만원 한도 내에서 지급 가능
- 촉탁의와 요양시설장의 협의에 의해 결정
- 관련 비용은 요양수가에 포함됨

구분	건강보험	의료급여
대상자	장기요양기관(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정) 입소자 (장기요양보험수급권자 및 등급외자)	
원외 처방전 교부시	의사	의료기관에 소속된 촉탁의 또는 협약의료기관 의사(한 의사 포함)
	교부 비용	처방의사가 속한 요양기관중별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수 ²⁾ 중별 구분없이 의원급 재진진찰료 중 외래관리료
본인 부담액	외래본인부담율 적용³⁾ (의원급 요양기관은 요양급여비용총액 불문 30%)	
	1차기관 : 1,000원 2차기관 : (1중)1,500원 (2중)정률 15%	
약국약제비 ⁴⁾	별도 산정	
기타	○ 원외처방전 교부없이 진찰만 이루어진 경우 , 원외처방전 교부 이외 행위 등(가정간호 포함) 비용 산정 불가 ○ 원외처방전 교부 관련 비용(외래관리료, 약국약제비)산정은 2008.7.1 진료분부터 가능	

2) 원외처방전 발급비용(건강보험) : 의원급 2,410원(본인부담 723원)
 , 종합전문요양기관 6,490원(전액 본인부담)

일본의 개호보험 시설 종류와 인력 기준

	개호노인복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형 의료시설
설치근거	노인 복지법 근거에 의해 인정된 특별 요양 노인층을 지정	개호보험법 근거에 의한 개설 허가	의료법에 근거 허가된 병원 또는 진료소의 요양형 병상군 등을 지정
의료	의료 보험 급여	시설 요양시 필요한 의료 제공은 개호보험에서 급여	시설 요양에서의 일상적 의료제공은 개호보험에서 급여
이용 대상자	상시 개호가 필요한 자로써 재가 생활이 곤란한 개호 필요자	병상안정기르, 입원 치료는 필요 없으나, 사회복귀 또는 간호·개호가 필요한 요개호자	카테타를 자각하고 있는 등 상시 의료관리가 필요한 안경기의 요개호자
설비 등의 지정 기준	요양실(1인당 10.65㎡ 이상) 의무실 식당 및 기능 훈련실(3㎡ 이상, 지장이 없을 경우 동일장소 가능) 욕실 등	요양실(1인당 8㎡ 이상) 건활실 기능 훈련실(1인당 1㎡ 이상) 담화실 식당(1인당 2㎡ 이상), 욕실 등	병실(1인당 6.4㎡ 이상) 기능훈련실 담화실 욕실, 식당 등
인원 기준 (입소정원 100인당)	의사(비상근가능)1인 간호직원 3인 개호직원 31인 개호지원전문원 1인 기타 생활지도원 등	의사(상근) 1인 간호직원 9인 개호직원 25인 이학요법사 또는 작업요법사 1인 기타 지원 상담원 등 (간호직원수는 간호·개호직원 총수의 2/7, 개호직원수는 간호·개호직원 총수의 5/7)	의사 3인 간호직원 17인 개호직원 17인 개호지원 전문원 1인 기타 약제사, 영양사 등

27

요양시설 대상 설문

- 조사 대상 요양시설 입소자 : 36명
 - 촉탁의 진료받는 노인: 평균 27명(77%)
 - 병, 의원 정기 진료 노인: 평균 16명
 - 입소 중 병원 입원 후 재입소한 노인: 평균 7.7명
 - 평균 입소기간: 21개월
- 촉탁의를 통한 입소자 건강관리가 필수임
- 요양시설장의 촉탁의에 대한 인식
 - 촉탁의 방문 필요하지 않음: 26.3%
 - 필요치 않은 이유: 촉탁의 진료가 도움 안됨: 53.8%

박재현, 노용균 등. 노인요양시설 촉탁의 제도 개선방안 연구. 2011. 보건복지부

28

촉탁의 운영 현황

		N(%)
협약 요양시설 수	1개	80(48.2)
	2개	35(21.1)
	3개	19(11.4)
	4개이상	28(16.9)
촉탁의 시작년도	2009년 이전	34(20.5)
	2009	40(24.1)
	2010	50(30.1)
시작하게 된 계기 (종류응답, 사람 수 기준)	요양시설의 요청	126(75.9)
	본인이 자원	7(4.2)
	협력병원의 요청	20(12.0)
	지인의 소개	23(13.9)
방문횟수	불사 차원	29(17.5)
	1주에 1회	23(13.9)
	2주에 1회	90(54.2)
	3주에 1회	2 (1.2)
방문 시간대	4주에 1회	30(18.1)
	주중 일과 시간	93(56.0)
	진료 시작 전 아침시간	10 (6.0)
	진료 후 야간	22(13.3)
	주말이나 휴일	25(15.1)
합계		166(100.0)

과목	N(%)
가정의학과	23(20.2)
내과	21(18.4)
신경과	10 (8.8)
외과	9 (7.9)
정신과	8 (7.0)
전공과목	
한방내과	5 (4.4)
한방재활의학과	2 (1.8)
재활의학과	1 (0.9)
한방신경정신과	-
기타	15(13.2)
무응답	20(17.5)
합계	114(100.0)

촉탁의 운영 현황

- **개원의 비율 높음 : 57.8%**
- **촉탁의의 진료 방식**
 - 2주 1회를 채우지 못하는 비율: 32%
 - 모든 입소자에 대해 1:1 진료 못하는 비율: 47.7%
 - 1인당 평균 2-5분 소요
- **입소자 전원이 잘 되지 못함(촉탁의): 36.2%**
 - 이유: 치료 필요성에 대한 가족 이해 부족: 40.6%
- **입소시부터 입소 기준을 정하고 제한할 필요**

박재현, 노용균 등. 노인요양시설 촉탁의 제도 개선방안 연구. 2011. 보건복지부

입소노인 건강관리 잘 되지 않는 이유

- 건강관리가 잘 되고 있지 않다고 답한 비율
- 촉탁의: 45.8% / 시설장: 4.2%
- 촉탁의와 시설장의 인식 차이

	N(%)
가족의 치료 의지가 부족 또는 경제적 문제	60(78.9)
요양시설 운영자의 건강관리 인식부족	39(51.3)
의료인에 대한 적절한 보상 부족	34(44.7)
촉탁의, 협력의료기관과의 관계 미비	22(28.9)
의료인과 의료기관의 무관심	13(17.1)
기타	6(7.9)

박재현, 노용균 등. 노인요양시설 촉탁의 제도 개선방안 연구. 2011. 보건복지부

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

31

촉탁의 보수

		N(%)	금액(천원)
보수	받는다	47(28.3)	648.0
	받지 않는다	117(70.5)	-
	무응답	2 (1.2)	-
시설크기별 평균 보수 금액 (중복응답, 단위:천원)	9인 미만 시설	15(26.3)	142.7
	10-29인 시설	19(33.3)	251.6
	30-99인 시설	19(33.3)	850.5
	100인 이상 시설	4(7.0)	900.0

- 촉탁의 비용 분리
 - 촉탁의: 71.7% 찬성, 3.0% 반대
 - 시설장: 43.3% 찬성, 30.5% 반대
- 촉탁의 희망 보수: 월 17,000-19,000원/입소자당

박재현, 노용균 등. 노인요양시설 촉탁의 제도 개선방안 연구. 2011. 보건복지부

HALLYM UNIVERSITY MEDICAL CENTER
KANGNAM SACRED HEART HOSPITAL

32

촉탁의 자격(촉탁의 답변)

● 촉탁의 선정시 자격

- 필요함 58.4% / 필요하지 않음 29.5%

● 촉탁의 자격 기준(중복 응답)

- 노인의학 관련 전문과목 전문의: 46.0%
- 노인의학에 대한 일정 시간 연수 교육 이수자: 26.0%
- 노인의학 관련 학회의 인정의 소지자: 16.7%
- 노인의학 관련 학회 회원: 5.3%

● 촉탁의 교육

- 노인질환 관련 교육, 연수 참석 비율: 68.7%

촉탁의 제도와 운영 문제점

● 요양시설간의 큰 격차

- 취약지역(농촌, 산간지역): 전문인력 부족, 촉탁의 방문 힘들

● 일부 요양기관에서 촉탁의 제도의 형식적 운영

- 이유: 부적절한 보상, 촉탁의 역할 규정 미비, 촉탁의 행정력 부재

● 요양시설에서 촉탁의가 진료할 수 있는 환경 조성이 안 됨

- 환자 발생할 경우 병원으로 이송이 안되면 의료문제 해결 불가능

● 촉탁의의 행정력 부재

- 촉탁의 권고사항에 대한 이행을 강제할 수 없음

● 촉탁의의 전문성 미비

- 1개의 진료과목 전공으로는 전문성 한계 (교육제도 필요)

● 촉탁의 비용 보상이 잘 안됨

- 접근이 어려운 취약지역이 더 문제 (지역에 따라 가산수가 필요)

● 촉탁의에 대한 명확한 역할 규정 부재

- 촉탁의 진료의 질에 변이가 큼

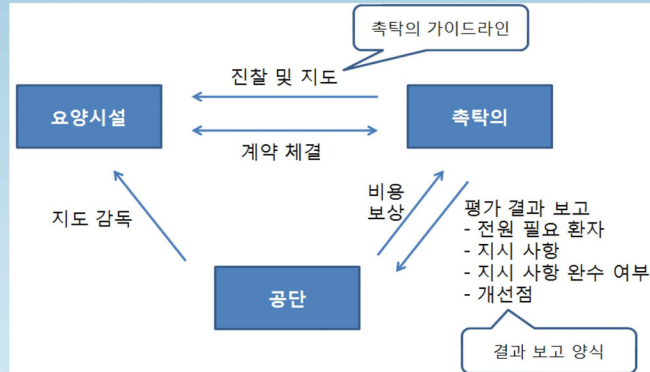
촉탁의 제도 개선 방안

촉탁의 제도 개선 방안

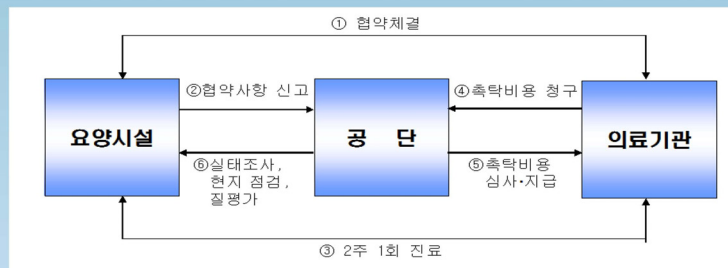
- 국가적 촉탁의 자격, 등록 및 관리제도 신설
 - 촉탁의 자격 인증제, 촉탁의 보수교육
 - 촉탁의 실제 방문 여부, 방문 회수 모니터링 필요
 - 공단/지사를 통해 촉탁의 등록 및 직접 관리
- 요양시설에 대한 평가, 지도 점검 강화
 - 촉탁의 진료 여부, 촉탁의 권고사항 이행 여부, 입소 적절성에 대한 평가 강화 (방문기록지 이용)
 - 지역의사회와 연계한 현장방문 평가
 - 법적 명시 사항 지키지 못할 경우 페널티 부여
- 촉탁의 수가 분리
 - 공단에 지급 청구할 수 있는 시스템 개발 필요
 - 방문당 기본료 + 입소자 수에 따른 가산 방식 도입(취약지역 접근성 개선)

촉탁의 제도 개선 방안

- 공단과 연계한 촉탁의의 행정력 부여
 - 촉탁의의 방문기록지 작성 의무화
 - 공단의 영양시설 평가, 지도 시 활용



촉탁의 지불 보상제도 개선방안



- 수급자 1인당 월 촉탁비용 : 2,000,000원/70명=28,571원/월
- 수급자 1인당 월 28,571원으로 보상(수급자 1회 진료당 14,286원)
- 향후 방문당 기본 단가 + 입소자에 따른 차등 수가 개발 필요

촉탁의 제도 개선 방안

- **입소전 촉탁의의 입소적절성 판정 제도 도입**
 - 공단의 평가, 지도 점검을 통해 입소전에 촉탁의로 부터 입소 적절성을 평가 받지 못하였거나 부적절로 평가 받은 사람을 입소시켰을 경우: 패널티 부여 필요
- **촉탁의 진료지침(가이드라인)개발 및 배포**
 - 촉탁의의 역할 및 권리 명시
 - 응급상황, 이송지침 추가
 - 요양시설장 및 근무자에 대한 교육 필요
- **의무기록 양식 보완 및 전산프로그램화**
 - 전산프로그램 공유 + 원격진료 검토

촉탁의 제도 개선 방안

- **촉탁의에 대한 교육 시스템 개발 및 시행**
 - 표준프로그램 개발학회와 연계하여 매년 보수교육 이수 의무화 (노인병학회 1년 6시간 이수)
- **요양시설 직원에 대한 교육 시스템 개발 및 시행**
 - 시설장, 간호사, 기타인력에 대한 교육 프로그램 개발 및 이수 의무화
- **촉탁의 역할만 하는 전담의에 대한 지원**
 - 해당 지역의 보건소에 등록하여 처방전 발행 및 처방료 신청을 할 수 있도록 하는 제도적 지원
- **9인 이하 시설의 규정 강화**
 - 촉탁의 계약, 간호사 배치 의무화(비상근도 가능)

노인장기요양보험 발전방안

입소자 적절한 의학적 치료 강화 방안

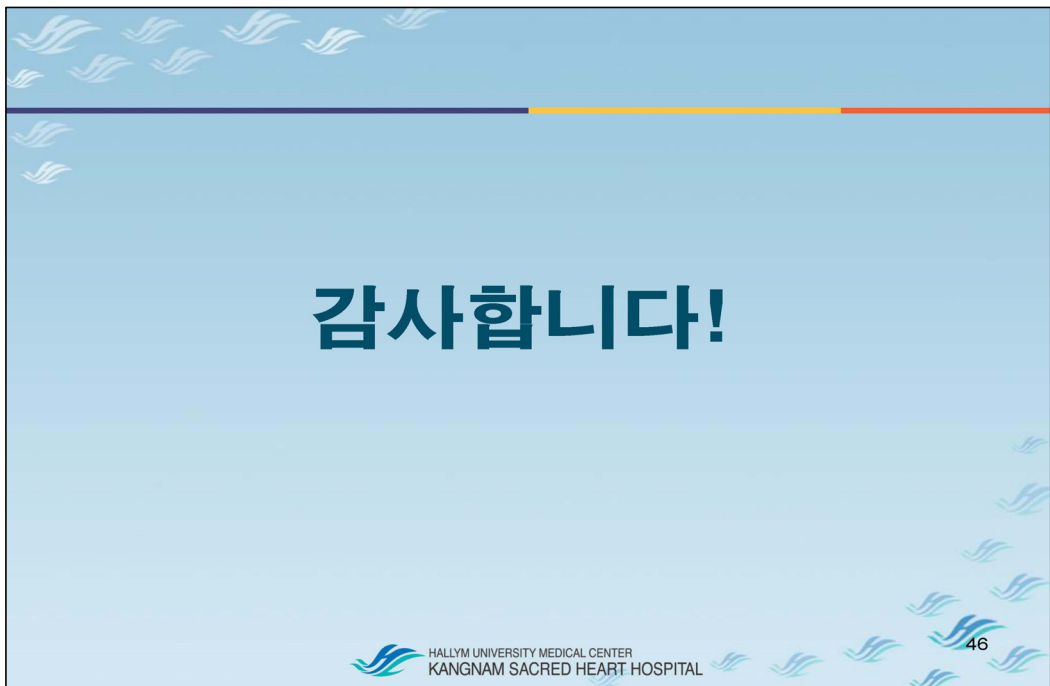
- **입소자 입소 전 건강 상태 평가 의무화**
 - 요양병원에서와 같은 건강 및 기능상태 평가를 필수 요건
 - 등급 판정 시 치료 필요도 높은 대상자는 요양병원 등에서 치료를 받고 상태 안정된 후 요양시설 전원
- **건강 관리 강화를 위한 주치의 선정과 진료 규정 강화**
 - 지역사회 급성기병원, 요양병원, 개원의 등 노인병 관련 전문의로 주치의 선정
 - 협력이료기관 의료인과 촉탁의 또는 주치의 방문 진료 강화
 - 의료기관 전원이 필요한 대상자는 의무적으로 전원
- **요양시설과 협력이료기관간의 전원 협력체계 강화**
- **요양기관 운영자와 가족의 의학적 치료 필요성에 대한 인식 전환**
- **협력이료기관 및 의료인에 대한 적절한 보상체계 마련**
- **요양보호 대상자의 요양병원 입원시 간병비 지원**

요양 기관의 역할(개념) 정립

- **요양시설과 요양병원 관계자의 합의(컨센서스) 도출**
 - 제도적, 법률적 지원 방안 마련
- **요양시설**
 - 생활 거주 기능
 - 질병이 안정되어 있어, 일정한 주기로 의사의 지도 감독이 필요한 자
- **요양병원**
 - 의료의 필요도가 높은 자를 대상으로 하는 치료 기능
 - 집중적인 재활치료 기능
 - 질병이 불안정하여 상시적으로 의사의 지도 감독이 필요한 자
 - 등급판정항목에서 제시하고 있는 간호/재활처치 항목 이외의 의료적 욕구를 지닌 자

요양보호 대상자의 기준 마련

- **평가 체계 마련**
 - 요양등급 판정 시 질병의 중등도, 응급 상태, 회복, 악화 가능성 등을 전문가(의료진 등)에 의해 입소 전 및 입소 후에도 정기적으로 평가가 되고 적절한 시점에 진단과 평가, 치료가 이루어질 수 있는
- **새로운 요양보호 대상자 등급 판정 도구 개발의 필요성 : 입소기준 판정표**
 - 건강상태, 의료적 처치, 간호처치, 상태의 안정성 등 의료필요도 반영



부 록

노인장기요양보험 기본계획(안)



노인장기요양보험 기본계획(안)

2012. 9



보건복지부

수립배경

- ◆ 금년은 제 5의 사회보험이라고 불리는 장기요양보험이 시행된 지 5년째로 접어드는 시기
 - 그간은 제도의 안정적 정착을 위해 시설, 인력 등 공급측면에 초점을 맞춘 인프라 확충에 주력한 시기였다면,

 - ◆ 향후 5년은 고령사회 진입에 대비해야 하는 중요한 시기로
 - 점증하는 요양 수요를 안정적으로 흡수하고 서비스의 품질을 향상시켜 장기요양보험을 국민들에게 신뢰받는 제도로 한 단계 더 발전시켜야 할 시점
- ⇒ 이러한 관점에서 장기요양 기본계획을 수립하고자 함

목 차

I. 성과와 한계	54
II. 정책 환경 전망	56
III. 추진목표 및 전략	58
IV. 세부 과제	59
1. 장기요양보험 보장성 확대	59
2. 다양하고 질 높은 서비스 제공	63
3. 전달체계의 효율성 강화	70
4. 재정 관리 강화	74

I 제도 도입 이후 성과와 한계

- '08.7월 노인장기요양보험 제도 도입으로 어르신들의 노후 돌봄과 가족 부담 완화를 위한 제도적 틀을 완비
 - 그 동안 제도의 성공적 안착을 위해 법·제도 정비, 인력 및 시설 등 인프라 확충에 주력
 - 장기요양 인정자 수는 현재 약 33만명(전체 노인인구의 5.7% 규모)으로 현재 인정자 증가 추이는 안정화된 상태
 - 장기요양기관은 현재 재가 시설 19천개, 입소시설 4천개가 개설되어 있고, 지역별 편차는 있으나, 인정자 대비 공급 규모는 다소 여유 있는 상황*
 - * 입소시설의 경우 정원대비 현원 비율('11.12월 기준)은 전국 평균이 81%(서울 91%) 수준
 - 장기요양인력은 현재 총 29만여명이 종사하고 있으며, 그 중 요양보호사는 24만명(84.4%) 차지

〈 장기요양보험제도 주요 현황 〉

구분		'08.7월	'08.12월	'09.12월	'10.12월	'11.12월	'12.6월
수혜자 (만명)	인정자 (%)	14.7(2.9)	21.4(4.2)	28.7(5.4)	31.6(5.8)	32.4(5.7)	32.8(5.7)
	이용자(만명)	7.0	14.8	22.9	28.1	28.8	29.0
시설 (개소)	전체 시설	5,576	8,444	21,694	23,698	23,566	23,537
	재가기관	4,332	6,744	19,066	19,947	19,505	19,346
	입소시설	1,244	1,700	2,628	3,751	4,061	4,181
종사 인력	전체 인력	50,824	111,040	209,471	267,897	273,526	287,362
	요양보호사	41,078	88,165	175,939	228,832	232,493	242,437

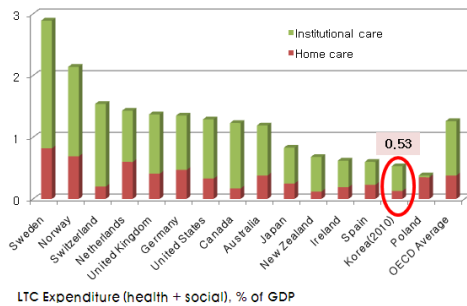
- 동 제도 도입 이후 가족의 영양부담을 덜고 영양 필요 어르신에 대한 체계적 케어라는 측면에서 큰 효과를 거두고
 - 특히, 일자리 및 부가가치 창출, 의료비 절감 등 사회·경제적 측면에서도 상당한 기여를 한 것으로 평가

※ 조세연구원 연구 결과 ('11년)

- 이용자 가족 1천명 대상 조사 결과 동 제도의 도입으로 경제활동의 기회가 증가했으며, 심리적 부담감이 크게 감소하였다고 응답
- 요양서비스를 이용중인 23천명에 대해 기능상태 변화 조사결과, 전반적으로 건강기능이 개선된 것으로 조사
- 경제적 효과 조사 결과, i) 일자리 창출 4만명('08년) → 28만명 ('11년), ii) 부가가치 창출 3.4조 원('09년) → 6.9조원('11년), iii) 1인당 진료비 감소 412만원 (미이용자는 '07년 513만원 → '09년 893만원으로 380만원이 증가한 반면, 이용자는 '07년 317만원 → '09년 285만원으로 32만원 감소)로 분석

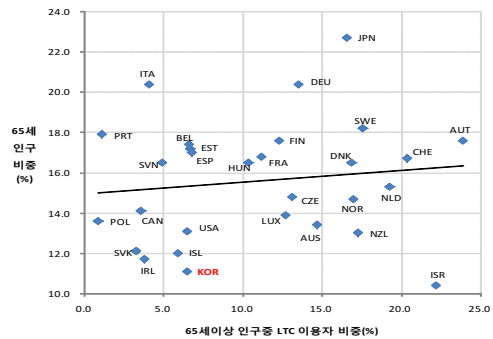
- 다만, 중증자 위주의 제도 설계로 인해 OECD 국가와 비교해 수혜범위가 넓지 못하고 (OECD 평균 수혜 비율 : 11%)
 - 시설간 서비스 품질 격차, 특정 급여(방문요양)에 서비스 편중, 장기요양 종사자의 낮은 처우 등은 지속적으로 개선 필요

〈GDP 대비 장기요양비 비중('12.OECD)〉



* 연세대학교 정형선(2012)

〈65세 이상 고령인구와 LTC 이용자비중('12.OECD)〉

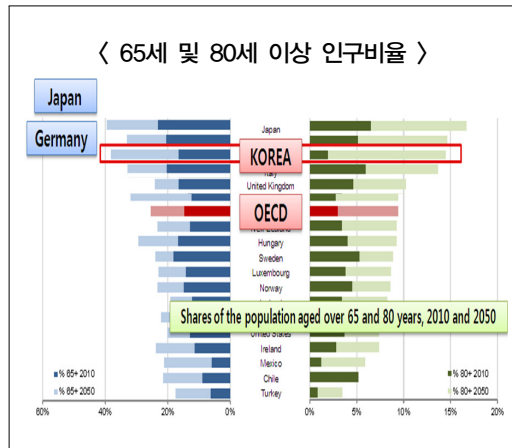
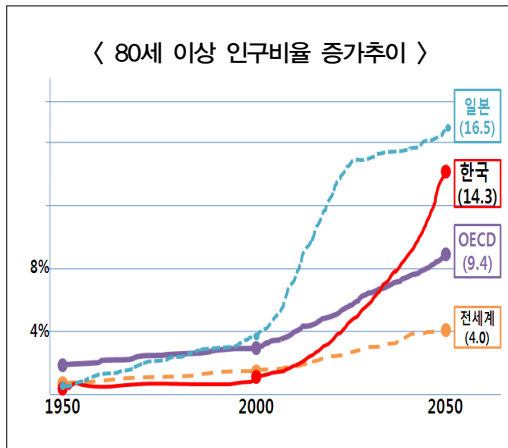


II 향후 정책 환경 전망

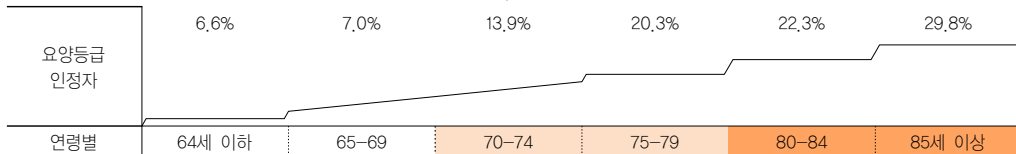
- 우리나라는 이미 초고령사회로 접어든 일본 등 다른 OECD 국가에 비해 고령화율은 낮으나 고령화 속도는 매우 가파른 상황
- 특히, 요양 필요가 높은 80세 이상 인구²⁾ 증가가 가장 가파를 것으로 예상

〈 우리나라 노인 인구 추이(통계청 인구추계) 〉

구분	2012	2017	2020	2026	2030	2040	2050
65세 이상 인구 비율	11.8%	14.0%	15.7%	20.8%	24.3%	32.3%	37.4%
80세 이상 인구비율	2.3%	3.1%	3.7%	4.6%	5.3%	9.4%	14.3%

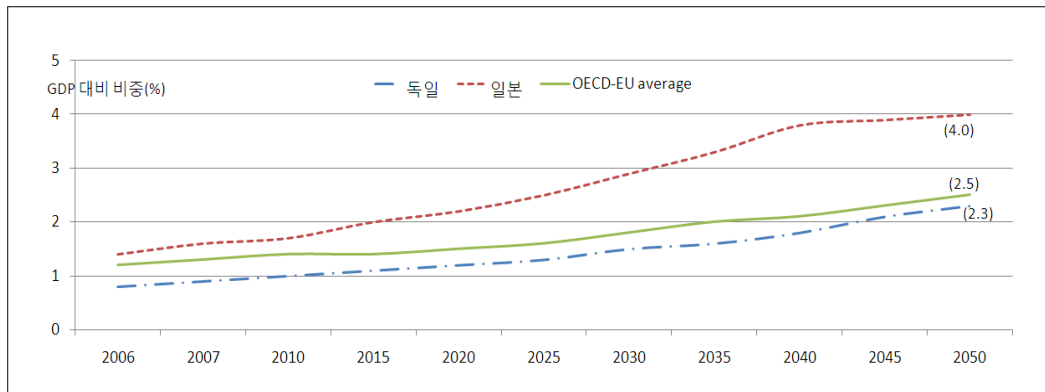


2) 현재 장기요양 인정자 분포 : 80세 이상 인정자 52.1%, 인정자 평균 연령 : 79.2세



- 장기적인 재정지출 측면에서는 **현행 장기요양보험 재정지출 규모는 GDP대비 0.26%(11년 3.0조원)수준으로**
- OECD 평균지출 GDP 대비 1.25%에 비하면 낮은 수준이나, 향후 지속적 증가 예상
 - * GDP 대비 장기요양비 지출 비중('10년) : 독일 1.35%, 일본 0.83%, 영국 1.37%
- 장기적으로 한국의 경우 '50년경 GDP 대비 2% (장기요양+요양병원 포함, OECD 한국경제보고서 '12년)수준에 근접할 것으로 전망

〈 OECD 주요국가의 Long-term Care 중장기 재정지출 전망 〉



- 서비스 수요자 측면에서는 **장기요양 수혜자 확대 요구와 더불어**
- 고소득층 등 일부 구매력있는 수요자 중심으로 좀 더 다양화하고 차별화된 요양 서비스에 대한 욕구도 증가
 - * 베이비붐세대는 이전세대에 비해 고학력(고졸이상이 75%), 도시 거주자(도시지역 거주비율 82.3%), 경제적으로는 중산층(주택보유 비율 73%)이 다수
 - 기존의 전통적인 입소시설 중심의 요양보다 가능한 자신의 가정에서 생활하면서 필요한 요양 서비스를 받길 희망하는 경우가 많을 것으로 예측

III 추진 목표 및 과제

목 표	가족의 요양부담을 줄이고 요양서비스의 품질 제고
-----	----------------------------



분야별 추진 과제	분야	세부 추진 과제
	1. 장기요양보험 보장성 확대	<ul style="list-style-type: none"> ① 적정 수준의 수혜 대상 확대 ② 등급외자에 대한 지원 강화 ③ 본인부담 감면 대상 확대
	2. 다양하고 질 높은 서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> ① 다양한 재가 서비스 활성화 ② 요양기관 서비스 품질 관리 강화 ③ 요양기관 종사자 처우 개선
	3. 전달체계의 효율성 강화	<ul style="list-style-type: none"> ① 적정 장기요양기관 확충 ② 요양기관 관리체계 개선 ③ 요양병원과 시설간 역할 정립
	4. 재정 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> ① 중장기 재정관리체계 확립 ② 부당청구 등 재정누수 방지 ③ 요양기관 회계투명성 강화

IV 세부 과제

1 장기요양보험 보장성 확대

가. 현황 및 실태

- '08.7월 제도 도입 이후 인구 구조나 한정된 재정여건 등을 감안하여 **중증도가 높은 대상자에 우선순위를 두고 제도가 시행됨에 따라**
- 시행 5년차에 접어든 현재 시점에서는 지나치게 엄격한 수혜자 인정제도에 대한 **재검토가 필요하다는 지적이 다수 제기**
 - 특히 신체기능은 양호하나 간헐적 문제행동을 보이는 **경증 치매노인의 경우 낮은 등급 또는 등급탈락에 따른 개선 요구 지속 제기**

* '12년 6월말 기준 치매노인 495천명 중 장기요양 인정자는 28%인 139천명 수준

◆ 치매관련 등급판정 개선 요구 사례 ◆

- 치매로 2개월 전 밖으로 나가 인근 아파트 근처에서 배회한 적이 있으며, 이후에도 무조건 밖으로 나가려는 행동이 나타나고 있으나 등급외 판정(여, 75세)
- 치매로 반찬을 데워 먹으려 가스 불에 냄비를 올려놓고 그냥 나가 불이 날 뻔 했으며, 아파트 주위를 배회하며 집을 찾아오지 못하는 경우도 종종 있으나, 등급외 판정(여, 80세)

- 장기요양보험 수혜대상에서 제외된 등급외자는 지자체의 노인 돌봄 서비스 등으로 지원이 되고 있으나,
 - 수혜대상자가 선별적이고 서비스의 지원 내용도 제한적인 상황

〈 장기요양보험 (재가)과 노인돌봄(종합) 서비스 비교 〉

구분	장기요양보험	노인돌봄 종합 서비스
대 상	1-3등급 19만명	등급외 A·B, 치매·중풍 질환자 32천명
서비스	방문요양·목욕, 주야간보호 등	방문요양, 주간서비스
이용시간 ¹⁾	월 92시간(1일 4시간)	월 27시간/36시간(1일 3시간)
본인부담 ²⁾	이용금액의 15% (수급자 무료)	소득수준별 차등 (기초수급자 무료, 차상위 18~24, 일반 36~48천원)

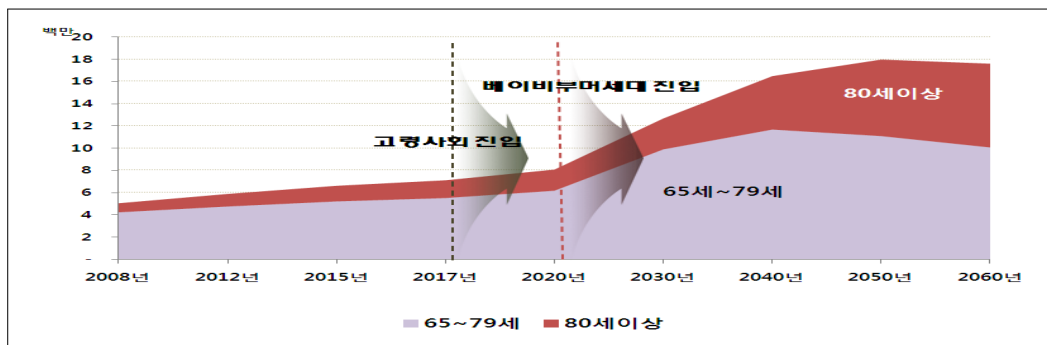
1) 장기요양보험 이용시간 및 본인부담은 3등급자의 방문요양 서비스 이용 기준

2) 등급외 A·B자(14만명): 전국가구평균 150% 이하, 치매중풍 질환자 : 전국가구평균 200% 이하

⇒ 장기요양 수혜범위의 확대를 위해서 **장기요양보험(보험사업)과 노인돌봄 (예산사업) 간의 역할 정립이 필요**

- 향후 베이비 붐 세대의 고령화가 마무리되는 '30년 이후부터는 장기요양 수요가 급격히 증가할 것으로 예상
 - 장기요양 수요의 급격한 증가를 완화할 수 있는 다양한 예방사업 모델을 검토할 필요

〈 노인인구 증가추이 ('08~'60년) 〉



나. 세부추진계획

과제 1 : 적정 수혜대상 확대

- 수혜범위 확대는 가족의 전통적 역할의 하나였던 요양기능에 대해 사회가 지원해야 하는 범위를 결정하는 문제
 - * 요양 필요 및 범위에 대한 사회적 요구, 국민들의 부담 능력, 재정의 지속가능성, 선함국의 경험 등 다각적 측면에서 고려가 필요
- 고령사회의 현실적 요양수요를 충족시키고 치매 등에 의한 가족의 현실적 수발부담을 경감하기 위해서는
 - 실외활동이 어렵거나 치매 등으로 요양 부담이 상시적으로 높은 사람은 장기요양보험 대상에 원칙적으로 포함
 - * 일시적 또는 특정 필요에 의한 요양은 지역사회에서 지방자치단체 중심의 노인돌봄 또는 지역자원 서비스를 연계

〈 요양보험대상 범위 확대 모형 〉		기능 상태 (예시)	
	현행	<ul style="list-style-type: none"> ■ 일상생활의 대부분을 실내에서 생활하고 있고, 실내이동에 상당한 어려움을 겪고 세면, 양치, 식사, 화장실 이용 등에 도움 필요 ■ 사물 변별 능력이 현저히 저하된 증증도의 인지 상태를 나타내는 경우 	
	개선	<ul style="list-style-type: none"> ■ 실내에서 주변사물을 잡고 스스로 보행이 가능하나, 목욕, 식사 준비 등에 도움 필요 ■ 근거리 외출은 보조기 등에 의존해서 가능하나, 장거리 외출시 상당 부분 도움이 필요 ■ 인지장애로 간헐적으로 문제행동을 유발, 가족의 상시적 수발 필요 	

* 독일, 일본은 지원 범위에 장보기, 근거리 외출 등 수단적 일상생활 수행 능력(Instrumental Activities of Daily Living) 제한을 받는 사람들까지 확대

’17년까지 전체어르신의 7% 수준(50만명)으로 수급자 확대

과제 2 : 등급외자에 대한 지원 강화

□ 장기요양 등급자 및 등외자에 대한 사회적 지원 체계 정립

상시적 요양 필요 (보험사업)	장기요양 보험	장기요양보험수급자에 대해 재가 및 시설급여 서비스 제공 (33만명)
일시적 또는 특정 필요에 의한 요양 (예산사업)	노인종합 돌봄	장기요양등급외자를 중심으로 가사 및 활동지원 서비스 제공 (32천명, 663억원)
	노인기본 돌봄	낙상 등으로 요양이 필요한 독거 노인에 단기(2개월) 가사지원 (6천명, 18억원)

- ① (노인기본돌봄) 골절로 인한 외상상태 등 특정필요에 의해 일시적 요양이 필요한 차상위 독거노인에게 청소·세탁·취사 지원 서비스 제공
- ② (노인종합돌봄) 노인 돌봄 서비스에 대한 수혜범위를 단계적으로 확대해 장기요양 등급외자에 대한 생활지원 서비스 강화

- 향후 베이붐 세대의 고령화로 예상되는 본격적인 요양수요에 대비하여 장기요양보험 인정 탈락자 중 고위험군을 중심으로 낙상 및 치매 예방 등 노인성질환 예방 시범사업 추진
- * 노인 운동, 이동보조기 등 근력운동을 위한 복지용구 대여, 낙상 및 치매 예방을 위한 가정방문형 예방사업 등 다양한 사업 모델 검토

과제 3 : 본인부담 감면 대상 확대

- 은퇴후 소득활동이 사실상 어려운 어르신들의 현실을 감안하여 장기요양 급여의 본인부담 경감 수혜자의 확대 추진
- 경감대상 규모를 노인 종합 돌봄 서비스의 경감 수준으로 확대 (4인가구 직장가입자 보험료 기준, 현행 20,800원/월 → 52,100원/월)
- * 현재 본인부담 감면 규모: 88천명 (전체 장기요양수급자의 27% : 기초·의료급여수급자 60천명, 차상위층 8천명, 저소득층 20천명)

가. 현황 및 실태

□ 특정 급여에 편중된 재가서비스 이용 행태

○ 이용자의 다수가 '일상 가사 지원' 중심의 방문요양에 편중

- 신체 또는 인지 기능의 악화를 지연시키고, 재가 자립생활 지원을 위한 다양한 서비스 이용이 제약된 상황

* 국가간 서비스 이용 행태 비교

구분	한국('12.6월)	일본 개호보험 ('12.4월)
방문요양	80.7%	21.3%
주야간보호	7.6%	35.1%

○ 방문요양급여 중 가족이 서비스를 제공하는 가족요양보호사의 비중이 높은 상황 (전체 방문요양보호사 12만명 중 35%, 4.2만명)

* (폐지) 케어의 질적 수준을 낮추고 가족의 부담을 가중시킨다는 입장 vs (유지)가족의 유대감 증진, 무분별한 시설 입소 억제 등 순기능을 가지고 있다는 입장

□ 급여 범위와 내용에 대한 구체적 기준 부족

○ 시설장과 종사자, 서비스 제공자와 이용자간 상반된 시각

* (예시) 입소시설에서 조리, 청소, 빨래 등과 관련해서 요양보호사의 불만, 방문요양의 경우 수급자에 대한 급여제공보다는 농사일 등 급여외 서비스를 요구하는 경우도 발생

○ 수급자의 요양필요도나 욕구를 반영한 계획된 급여가 제공되지 못하고 가족 또는 요양보호사 편익에 의한 급여 제공

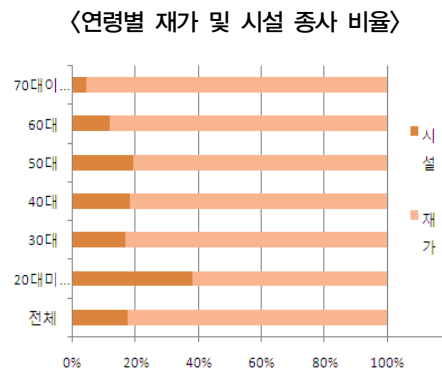
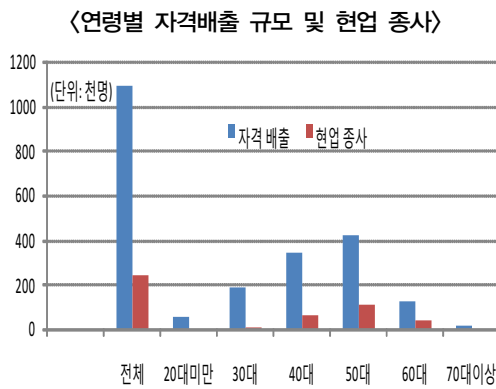
- 서비스 결과보다는 시설환경 중심의 평가 행태
 - 기관평가제도는 '09년 최초 시행 후 현장에서 정착되고는 있으나,
 - 서비스 결과보다는 기관운영, 시설환경 중심으로 평가가 되고 있고, 과도한 평가지표로 인해 피평가기관의 행정부담 가중

〈 시설·재가기관 평가지표 현황 〉

구 분	지표현황 (개수)		주 요 내 용
	시설('11)	재가('10)	
기관운영	19	15~17	건강검진, 적정급여지급, 4대보험 가입, 응급대응
환경·안전	24	5~9	시설 안전, 종사자 복장, 장비 등 서비스 환경
관리·책임	10	8~12	수급자 상태파악, 배상책임보험 가입 등
급여제공과정	40	16~21	이용자 질병·인지 등 욕구평가 및 기록관리 등
급여제공결과	5	2~4	수급자 신체청결, 상태호전, 수급자 만족도 등

- 과잉 경쟁으로 인한 불법적 운영 행태
 - 소규모 시설의 난립에 따른 과잉경쟁으로 본인부담 면제 또는 대납, 불법적 수급자 유치 등 불법적 운영 행태가 발생하고 있고,
 - 소규모 요양기관일수록 서비스 질이 낮은 것으로 평가
 - * 요양기관 규모별 서비스 평가 (전체평균 75.8점) : 9인 이하 74.7점 < 10~29인 82.0점 < 30인 이상 89.1점

- 요양보호사 수급 불일치 및 낮은 처우
 - 현재 요양보호사 배출 규모는 '12. 6월 109만명 수준으로 절대 규모면에서는 부족하다고는 볼 수 없으나,
 - 현장에서는 요양보호사 구인난을 호소하고 있는 상황



- 실제 근무 요양보호사들의 연령대가 4-50대 이상의 중장년층이 많아 장기적 인력 수급에 일정부분 어려움 존재

(단위 : 명)

연령대	20대미만	30대	40대	50대	60대	70대이상
전체	3,393	13,682	61,994	115,217	42,490	5,661
242,437	(1.4%)	(5.6%)	(25.6%)	(47.5%)	(17.5%)	(2.3%)

- 특히, 보수 수준 등 처우 및 근무여건이 열악해 요양업무 기피와 잦은 이직의 요인으로 작용

* 요양보호사 임금은 근로형태에 따라 차이가 있으나, 전일제의 경우 130~140만원 (2~3교대, 월5일 휴무), 시간제의 경우 시간당 7천원 수준

나. 세부 추진계획

과제 1 : 다양한 재가 서비스 활성화

- 2개 이상의 재가급여 서비스를 수급자가 필요시 이용할 수 있도록 월한도액 인상
- 재가 현물 서비스의 질적 수준 향상을 위한 제도 개선
 - ① **주야간 보호** : 신체 및 인지기능 개선을 위한 다양한 표준 프로그램 개발·보급, 송영 서비스 비용 현실화 등 서비스 활성화 유도
 - * 치매상담센터와 주야간보호간 연계 강화, 건강안마 등 신체기능 유지 프로그램 활성화
 - ② **방문 요양** : 가사지원보다는 신체 기능 개선에 보다 많은 서비스가 제공될 수 있도록 급여제공 내용, 시간 등 조정
 - ③ **방문 간호** : 서비스 이용 활성화를 위해 방문간호 이용절차 개선, 재료대 가격 현실화 등 추진
 - ④ **복지 용구** : 급여 품목을 수요자의 욕구에 맞게 확대하되 등재품목 정비, 구입·대여 분류체계 재조정 등 관리 체계 합리화 도모
- 중장기적으로는 가족의 비공식 요양 부담, 차별화된 서비스 수요 충족 등을 위해 현금 급여 개선 방안 강구
 - * 가족요양비와 가족요양보호사 제도를 현금 급여 개선 차원에서 함께 검토

과제 2 : 서비스 품질 관리 강화

- 급여제공기준 마련 및 급여 이용지원 강화
 - 일정한 수준의 서비스 품질을 담보할 수 있도록 **급여 제공 기준 마련 및 실천 매뉴얼 발간·배포**
 - 장기요양기관, 장기요양요원이 급여제공시 지켜야할 최소 기준과 재가 및 시설급여 등 급여 유형별 세부적인 가이드라인 마련
 - 서비스 제공인력에 대한 부당한 요구를 근절하기 위해 **수급자 부당요구에 대한 제재 방안 강구**
 - 수급자의 합리적인 급여이용을 돕기 위해 보험자의 **개인별 적정 급여이용계획 수립 지원과 서비스 이용에 대한 상담 및 교육 강화**

- 요양시설 평가 체계 개선
 - 수요자의 합리적 선택에 영향을 줄 수 있는 중요지표에 대해 세부 평가 결과까지 공개 하고,
 - **과다한 평가지표 수는 조정 하되, 급여제공과정 및 서비스 결과(outcome) 중심의 평가지표 비중은 확대**
 - * 중장기적으로는 독립적인 평가기관에 의해 서비스 품질 관리를 수시로(random) 실시하는 방안 검토
 - 우수시설 인센티브 방식을 정률방식(전년도 급여청구액의 5%)에서 규모별, 시설 유형별로 차등화하고 인센티브 대상 기관은 확대
 - 서비스 품질 개선을 위해 평가 우수시설 관리자가 시설 운영 노하우 등을 전수하는 멘토제 도입 추진

- 부적정 시설에 대한 관리체계 강화
 - 법정 인력 및 시설 미충족 시설을 단계적으로 정비하고
 - 부적정 시설의 재진입을 엄격히 제한할 수 있도록 지정취소 시설의 재신청 기간을 현행 2~6개월에서 1~2년으로 확대하고
 - 일정기간 운영 실적이 없는 기관에 대해서는 지정 취소
 - 중장기적으로는 요양보험법을 상습적으로 위반하는 시설장은 요양보험 재진입 제한 등 적극적 제재 강화 방안을 강구하고
 - 영세시설의 난립을 차단하고 일정한 수준을 갖춘 기관이 장기요양보험 서비스 기관이 되도록 현행 장기요양기관 지정제를 개선

과제 3 : 요양기관 종사자 처우 개선

- 요양기관 종사자 근로 여건 개선
 - 요양기관 종사자가 업무에 전념할 수 있도록 임금 적정화 방안 마련
 - 수가 결정시 기관의 경영수지 외에도 시설 종사자의 처우 등을 고려
 - * 사회복지시설의 생활지도원 임금 수준으로 단계적으로 상향하는 방안 검토
 - 종사자 고용 안정성 및 처우 개선 노력 정도를 기관 평가에 반영
 - * 포상금의 일정 비율(예: 50% 이상) 이상을 종사자 처우 개선에 의무적으로 사용
 - 종사자의 권익보호를 위한 표준근로계약서를 마련·보급하고 종사자에 대한 불법·부당 행위에 대한 지도·점검 강화
 - * 근로시간 및 임금항목, 휴게시간 등을 상세히 명시하도록 해 포괄임금제 남용 차단

- 요양기관 종사자 근무 환경 개선
 - **과중한 업무 부담을 완화하고 보다 안전한 근무환경을 조성하기 위해**
 - (입소 시설) **요양시설 종사자 인력기준을** 현행 수급자 2.5명당 1명에서 장기적으로 **2.0명당 1명으로 강화** 추진
 - * '08년 이전 설치된 시설 중 3인 또는 5인당 1명의 요양보호사를 두는 것이 허용된 시설은 '13.4월 이후 부터는 2.5명당 1명으로 인력 기준을 충족토록 할 예정
 - (재가 기관) 신규 설치 방문요양기관에만 적용하던 인력기준*을 **중전 설치·운영시설(10.2.24 개정이전시설 5,361개소)에도 적용** 추진
 - * 요양보호사 3명(농어촌 2명) → 15명(5명) 이상, 상근 20%(3명) 이상
 - **안전·보건교육을 강화**하고 정기적으로 **근무환경상의 위해요인 등에 대한 지도·점검 강화**

- 요양보호사의 직무 전문성 향상
 - **일정한 시간(예: 연 4시간 한도)의 직무교육을 근무시간으로 인정**해 요양보호사의 교육 참여도를 높이고
 - 직장내에서 **개인역량 발전을 도모할 수 있도록 경력관리 모델 제시**

- 적정 수급관리 기반 마련
 - 장기요양 비종사 인력에 대한 3년 단위의 실태조사를 통해 **장기적 인력 수급계획의 기반을 마련**
 - 실태조사를 통해 비종사 요양보호사 중 실제 요양시장에서 일할 인력 규모를 파악하고, **요양보호사 인력의 시장 유입 유도 방안 강구**

가. 현황 및 실태

- '12. 6월 현재 재가기관은 약 19천여개, 입소시설은 4천여개로 총량 공급 측면에서는 현재 이용자에 비해 공급이 다소 과잉 상황
- 재가기관의 경우는 최근 증가추세가 안정화되고 있으며, 입소시설은 9인 이하의 소규모 시설을 중심으로 증가하는 경향

(단위: 개소)

구분		'08.12월	'09.12월	'10.12월	'11.12월	'12.6월
재가	소계	10,033	19,066	19,947	19,505	19,346
	방문 요양	4,271	8,443	9,164	8,709	8,565
	기타	5,762	10,623	10,783	10,796	10,781
입소	소계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,181
	9인 이하	406	995	1,480	1,667	1,724
	10-50인 미만	692	931	1,433	1,543	1,589
	50인 이상	602	702	838	851	868

- 인프라 분포 측면에서는 지역별로 입소 및 재가기관별로 편차가 존재
 - 수도권외의 경우 전체적으로 입소 및 재가 인프라는 충족하고 있으나, 서울의 경우에만 입소시설의 충족률이 70%에 불과
 - 수도권을 제외한 기타 지역의 경우 입소 시설의 수요 대비 충족률이 높은 상황(105%)이나 방문요양외 재가기관의 인프라는 많지 않은 상황
 - * 방문요양외 재가기관의 수도권 집중율 : 43.8%('12.6월말 기준)

- 보험자와 지자체간, 요양병원과 시설간 역할관계를 보다 명확히 정립할 필요가 있다는 지적이 다수 제기

① 지자체와 보험자간 연계체계 미흡

- 요양보험 도입 당시 지자체는 관내의 인프라를 확충·관리하고 보험자는 장기요양보험의 관리·운영업무를 하도록 했으나,
 - 지자체의 전문성 부족, 시군구별로 분산된 관리체계 등으로 인프라의 체계적 관리에 상당한 문제점 노출
 - * (예시) 시설의 이력 관리가 시군구별로 분산, 인프라의 체계적 관리에 상당한 어려움

② 요양병원과 시설간 역할 관계 재정립 필요

- 요양병원은 아급성기(post-acute) 환자에 대한 의료서비스, 요양시설은 독립생활이 어려운 노인에 대한 생활지원을 목적으로 설립되었으나,
 - 요양병원과 요양시설에 특성이 유사한 대상자가 이용함으로써 기관간의 기능적 혼란과 자원 활용의 비효율 문제 제기

▣ 요양병원-시설 기능중복의 원인 ▣

- (공급자) 시설은 의료·간호 기능 미흡, 병원은 덤핑으로 병상 채우기 경쟁
 - 요양보험 제도 설계시 요양시설 본인부담이 적도록 설계했으나 병원의 덤핑경쟁으로 본인부담 차이가 줄어드는 상황
- (수요자) 정서적 선호 및 사회적 인식 “우리 어머니 병원에 모셨어” 등

나. 세부 추진계획

과제 1 : 적정 장기요양기관 확충

□ 장기요양기관 확충 방향

① 입소시설 보다 재가 서비스 확충에 중점

- 입소시설은 전체 이용자의 30%내외를 유지하되 적정 규모화 유도
- 재가 서비스는 주야간 서비스를 중심으로 한 복합재가기관 중심으로 확충하되, 치매전문 등 특성화 유도

② 민간 자원과 균형을 이룰 수 있도록 서비스 부족 지역을 우선으로 지자체, 보험자 중심의 공공형 인프라 확충에 중점

- 시군구의 재정여건이 어렵고 민간 공급이 부족한 경우 보험자 직영의 인프라 확충
- 농어촌 등 서비스 소외지역은 보건소 등 공공기관 부설 재가기관 설치 활성화 유도

- 입소 시설 (정원) : '11년 124천명 → '17년 155천명(+31천명)
* 공공시설 정원: '11년 74천명 → '17년 100천명
- 재가 기관 (이용자) : '11년 184천명 → '17년 314천명(+130천명)
* 주야간시설 : '11년 15천명 → '17년 31천명

과제 2 : 요양기관 관리체계 개선

- 장기요양기관 관리 법규 체계 정비
 - 노인복지법과 장기요양보험법으로 이원화된 요양시설관련 법규체계를 정비
 - 장기요양기관의 설치기준 및 신고 등은 노인복지법으로 통일하고
 - 장기요양보험법에서는 장기요양기관의 지정 관련 사항을 구체화

- 보험공단과 지자체간 협력 체계 강화
 - 공단-지자체간 장기요양 수급자 및 등외자 정보 공유를 강화하고
 - 지역사회에서 어르신에게 다양한 서비스를 One-stop으로 제공할 수 있는 협력 모델 개발

과제 3 : 요양병원과 시설간 역할정립

- 입소시설 내 의료 기능 강화
 - 의료서비스 부족 우려로 시설 입소를 꺼리는 문제를 해소하기 위해
 - 협력의료기관과 촉탁의 진료활동에 대한 구체적 기준을 마련하고,
 - 시설 수급자에 대한 진료 활동을 시설 평가에 반영하는 등 성실한 진료활동이 이루어질 수 있도록 유인체계 마련

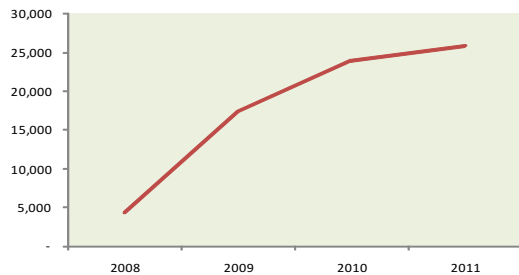
- 중장기적으로는 요양 서비스의 질적 개선을 위해 요양보험 내 의료 서비스를 보완할 수 있는 다양한 대안 검토

가. 현황 및 실태

- '08.7월 제도도입 이후 지난해 말까지 재정추이를 분석한 결과
 - '10년까지 가파른 증가를 보이던 장기요양급여비용이 지난해부터수급자 증가 추세의 둔화에 따라 안정적 추세를 유지

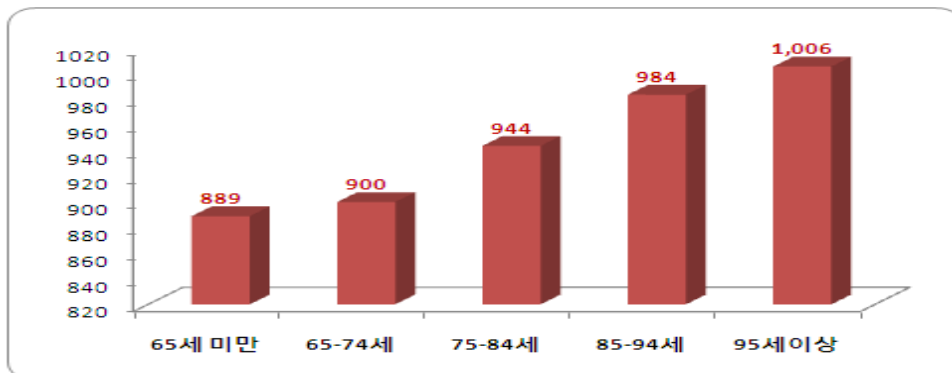
(단위 : 억원, %)

구분	'08년	'09년	'10년	'11년
계	4,267	17,369	24,023	25,882
시설	2,628	7,513	10,283	12,178
재가	1,639	9,856	13,740	13,704

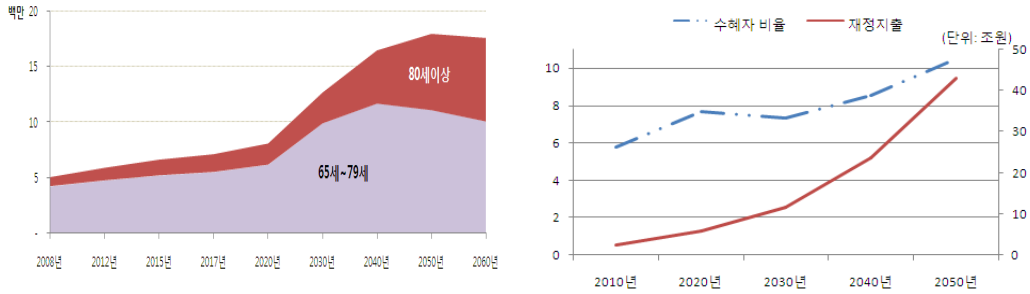


- 다만, 연령이 높을수록 급여비 사용액은 증가하는 경향

〈'11년 연령별 1인당 월평균 급여비 지급액〉



- 그러나, 베이비붐 세대의 고령화 등으로 고령인구 규모가 급격하게 커지게 됨에 따라 장기적 재정지출 소요도 '30년 이후부터 급격하게 증가할 전망



* 출처 : 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계 ('11년 서울대)

- 사후관리 측면에서는 최근 4년간 현지조사를 지속적으로 강화하고 있으나,
 - 허위 혹은 부당 청구가 갈수록 지능화·은밀화되고 있어 사후적 현지조사를 통한 위법행위 적발에는 일정부분 한계

☞ **허위청구 사례** : 대전 소재 △△요양시설은 요양보호사 교육원 등으로부터 자격증을 대여 받거나, 실제 근무하지 않는 친인척 및 지인을 근무한 것처럼 속이는 등의 방법으로 총 3년간 11억 원을 허위청구

〈 장기요양기관 부당청구 추이 〉

(단위 : 개소, 백만원)

구분	조사기관	부당청구 기관			
		부당기관	총 청구액	부당청구금액	부당비율(%)
2008	142	108	5,453	444	8.1
2009	476	349	56,720	3,225	5.7
2010	3,504	2,311	432,961	12,764	2.9
2011	1,928	1,201	255,992	9,698	3.8

* 공익신고 및 부당개연성이 높은 기관을 중심으로 현지조사를 실시한 결과임

나. 세부 추진계획

과제 1 : 중장기 재정관리체계 마련

- 중장기 재정전망 모형 구축
 - 장기적 재정 위험에 대비하고 재정 운용의 예측력을 높이기 위해 우리나라 요양 서비스 현실에 적합한 중장기 재정전망 모형을 구축
 - 5년 단위의 장기재정전망을 통해 재정 지출 위험 요인 또는 재정지출 급증 요인을 수시로 점검·분석해 재정 위험에 선제적 대응

- 적정 보험료율 결정 및 건전 재정 유지
 - 지속적 보장성 확대와 재정안정간 균형을 이룰 수 있도록 지출 효율화에 노력하되
 - 수혜대상 확대, 서비스 질 개선 등 국민의 눈높이에 맞는 보장성 확대에 대응하여 적정 요양보험료율 결정

과제 2 : 부당청구 등 재정누수관리 강화

- 불필요한 과잉 수요 억제 및 착오 청구 발생 등이 최소화될 수 있도록
 - 기관 자율로 적정급여를 청구할 수 있도록 하고 착오 및 부당청구가 사전·사후에 점검될 수 있도록 전산심사관리를 지속 보완
 - 현행 RFID 방식의 재가급여 전자관리시스템을 보다 간편하고 편리한 방식으로 개선 추진

- 건전한 수급질서를 확립하고 부당청구에 대한 감시체계를 강화하기 위해
 - 신고포상금 지급액을 상향하고, 부당청구 상시모니터링 시스템을 도입*하는 한편,
 - * 부당감지시스템(Fraud Detection System : FDS) : 그간의 부당적발 자료 등을 기초로 부당청구 감지 모형을 개발, '14년 도입 예정
 - 위법 청구에 따른 기대심리를 차단할 수 있도록 부당이득금에 비례한 과징금 부과, 명단 공표, 행정처분의 승계 등 구체적 제재규정 마련
 - 등급인정 과정에서 조사직원을 속이거나 부정한 방법을 통해 장기요양 수급자격을 얻거나 등급을 상향하는 행위에 대한 관리 대책 마련
 - * 법무부, 경찰청 등과 유기적 협조체계 구축하여 수급자 자격관리 강화

과제 3 : 요양기관 회계 투명성 강화

- 장기요양시설은 보험료, 국고 등 공공재원으로 운영되는 만큼 재정운영의 투명성을 확보하고 합리적 원가 분석을 위한 토대 구축 필요
 - 이를 위해 장기요양기관에 적합한 재무회계기준을 마련, 관련 전산시스템 구축 및 시설 종사자 교육 등을 거쳐 도입

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO