

요양시설·요양병원 역할 정립 방안

이정택 보험연구원 연구위원
2018.09.07 (금)

목차

- I. 논의배경 및 사회적 환경
- II. 요양병원 현황 및 문제점
- III. 요양병원 제도 개선 방향

I. 논의배경 및 사회적 환경

1. 논의배경
2. 사회적 환경

1. 논의배경

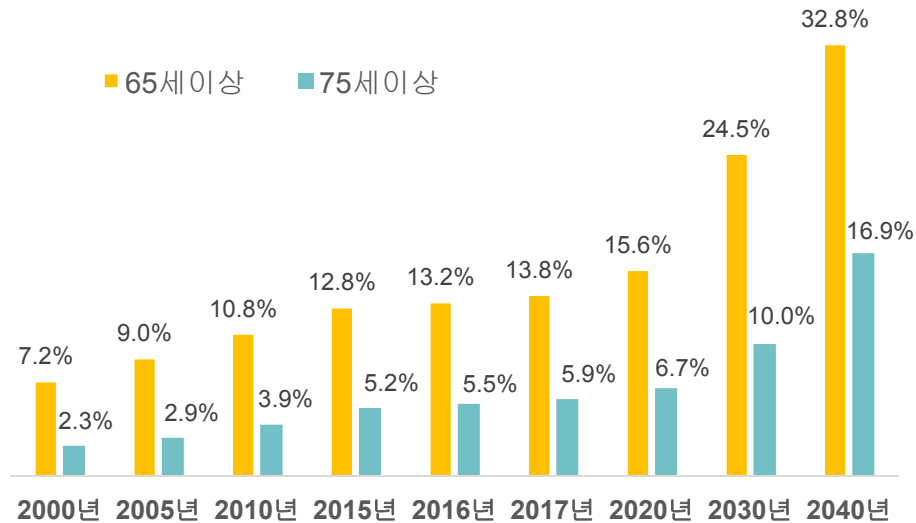
- 우리나라는 2017년 8월 고령사회[14% 이상] 진입하였으며, 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행 중
 - 2017년 65세 이상 고령자는 전체 인구의 13.8%를 차지, 2065년 42.5%가 될 것으로 전망
 - 한국의 노령화 지수는 442.3%로 세계에서 가장 클 것으로 전망
- 노인의료비 관리가 향후 건강보험 재정 건전성을 좌우할 중요 요인
 - 전체국민의료비 중 65세 이상 노인의료비 비중은 2010년(32.7%) → 2016년(39.0%)로 증가
 - 노인입원의료비 비중은 47.6%(2016년)로, 약 14%의 노인인구가 전체의료비의 절반 정도를 사용함
- 요양병원은 설립 취지와는 달리, 역할이 모호한 상태
 - 제도적으로 치료서비스와 돌봄서비스 이용자가 혼재되어 있어 입원이 장기화되는 사회적 입원문제 발생
 - 2008년 시행된 노인장기요양보험으로 인해 노인 돌봄서비스가 노인장기요양보험 시설 및 재가 급여

등으로 흡수됨에도 불구하고 요양시설의 입소자격이 엄격한 상태

2. 사회적 환경: 후기고령자의 급증

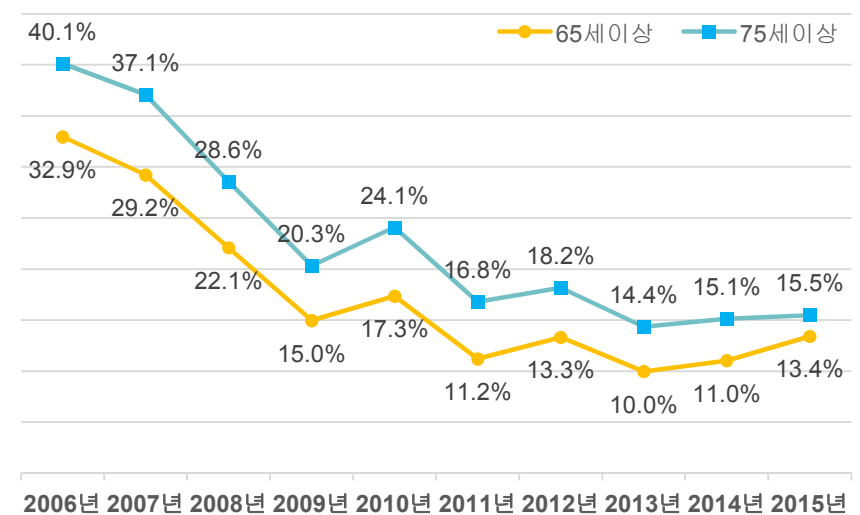
- 75세 이상 인구의 비중은 2040년 16.9%까지 급증할 전망
 - 후기고령자는 간병 및 의료비가 폭증하는 연령대로 노인의료비를 연구할 때 주목해야 하는 연령대
- 75세 이상 후기 고령자의 의료비 증가율이 65세 이상 고령자보다 높음
 - 향후 후기 고령 인구가 증가하는 추세를 볼 때 의료비 증가는 더욱 심화될 것임

우리나라 노인인구의 비중



자료: 통계청, 장래인구추계(2017)

노인인구의 입원의료비 증가율



자료: 건강보험심사평가원 의료빅데이터 시스템

3. 사회적 환경: 치매고령자의 증가

- 급속한 고령화에 따라 치매 유병률도 급상승

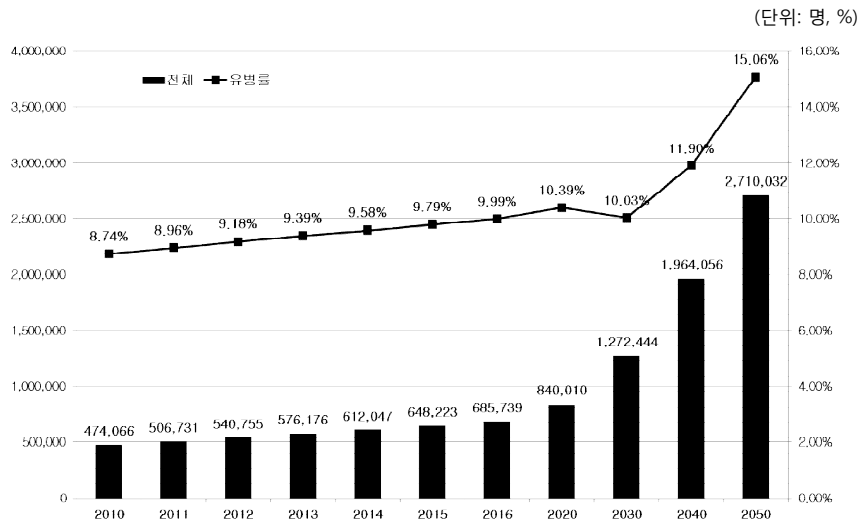
- 65세 인구의 치매유병율 2012년(9.18%), 2013년(10.03%), 2050년(15.06%)로 예측됨
- 치매환자수 2012년(514천명), 2030년(127만명), 2050년(271만명)으로 20년마다 약 2배씩 증가 예상

- 80세 이상 건강보험 치매환자[F00, F01, F02]는 전체치매환자의 55.7%

- 2010년 대비 2016년 치매환자 80세 이상(226.7%), 70대(109.7%), 60대(약40%) 증가

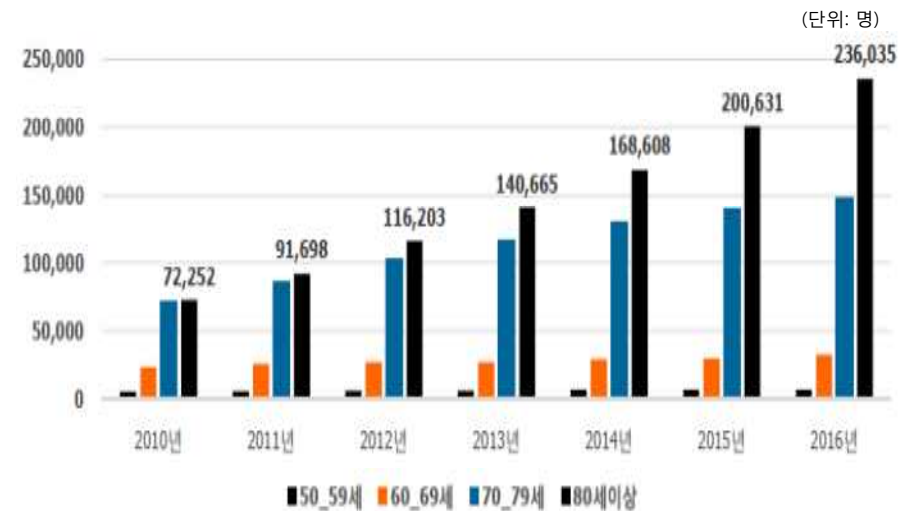
→ 치매환자의 증가는 돌봄서비스의 수요를 증가시킬 것으로 예상

한국 노인(65세 이상) 치매 유병률 및 환자수 추이



자료: 국민건강보험 통계연보

건강보험 치매환자 수 연도별 추이



자료: 건강보험심사평가원 의료빅데이터 시스템

4. 사회적 환경: 부모부양에 대한 사회적 인식의 변화

- 부모의 노후를 가족이 돌봐야 한다는 생각은 지속적으로 감소
 - 부모 부양은 가족: 40.7%(08년) > 36.0%(10년) > 33.2%(12년) > 31.7%(14년) > 30.8%(16년)
 - 부모 부양은 부모 스스로 해결해야 한다는 생각도 2008년(11.9%)에서 2016년(18.6%)로 증가
- 노인 부양의 사회적 책임 요구 확대
 - 부모 부양은 『가족·정부·사회』 모두가 책임져야 한다고 생각은 45.5%임

부모 부양에 대한 견해

구분	스스로 해결	가족	가족·정부·사회	정부·사회
2014년	16.6	31.7	47.3	4.4
2016년	18.6	30.8	45.5	5.1
남자	18.5	32.5	44.4	4.6
여자	18.7	29.2	46.6	5.6
1세대가구	25.8	29.1	39.9	5.2
2세대가구	16.2	30.2	48.8	4.7
3세대이상가구	14.3	33.1	47.3	5.3

자료: 통계청(2017), 2016년 사회조사

5. 사회적 환경: 요양병원

- 인구고령화로 인해 노인인구 의료비 증가는 당연한 현상이지만, 요양병원 진료비 증가가 두드러짐
 - 요양병원의 경우 치료서비스와 돌봄서비스 이용자가 혼재되어 입원이 장기화 됨
 - 전체 의료기관: 2008년 7.5조 원에서 2016년 19.2조원으로 2.6배 증가
 - 요양병원: 동기간 9천 9백억 원에서 4조 7천억 원으로 4.7배 증가
- 요양병원의 진료비 증가는 입원진료비 증가가 전인함

의료기관 65세 이상 건강보험 진료비

(단위: 억 원)

구분		2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
요양병원	계	17,344	21,266	26,148	31,659	37,479	42,112	47,145
	입원	16,593	20,471	25,275	30,730	36,425	41,050	46,019
	외래	752	795	873	929	1,055	1,062	1,125
모든 의료 기관	계	99,853	107,992	120,021	133,459	148,276	164,741	191,770
	입원	58,706	63,453	70,667	78,801	86,656	96,500	112,616
	외래	41,146	44,540	49,353	54,658	61,620	68,241	79,154

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계

II. 요양병원 현황 및 문제점

1. 요양병원 역할의 모호성
2. 요양병원 기관 수의 증가
3. 장기입원의 경향화
4. 요양병원과 실손의료보험

1. 요양병원 역할의 모호성: (1) 법적 정의

- [의료법 제3조] 요양병원을 “의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳, 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기입원이 필요한 환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관 ” 으로 규정
 - [의료법 시행 규칙 제36조] 입원 대상은 “노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 또는 상해 후의 회복기 환자로 주로 요양이 필요한 자 ” 로 규정하고 있음
 - 회복기 환자에 대한 재활 및 노인성 질환자, 만성기 환자에 대한 만성기 재활의 이중적 목적으로 제도 설계

의료법과 의료법 시행규칙 상의 요양병원의 정의

의료법 제 3조 2

장기입원이 필요한 환자를 대상으로
의료행위를 제공

의료법 시행 규칙 제 36조

노인성 질환자, 만성질환자 및 외과적 수술
후 또는 상해후의 회복기 환자로 주로
요양이 필요한 자

1. 영양병원 역할의 모호성: (2) 영양의 정의

- 노인장기요양보험에서도 영양을 규정함
 - 영양시설은 노화 등에 따른 신체·정신적 기능 저하로 거동이 불편한 자에게 일상생활 지원과 같은 돌봄서비스 제공을 목적으로 함[노인장기요양보험법 및 노인복지법 근거]
- 영양이 필요한 환자는 영양병원과 영양시설 중 어느 곳을 선택해야 하는지 제도적으로 불분명함
 - 영양병원은 이론적으로 급성기 의료기관과 장기요양시설 사이에서 회복기 치료를 통하여 지역사회로의 조기 복귀를 위한 치료를 담당하여야 함

영양병원과 영양시설의 비교

구분	영양병원	영양시설
법적근거	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법
재원	건강보험	노인장기요양보험 (건강보험료액의 약 7%, 국고 조달됨)
이용대상	65세 이상 노인 환자 선택	- 등급판정위원회 1~2급 인정하 입소 가능 - 3~5등급자 중 가족구성원으로부터 수발곤란, 주거환경 열악 등 특별한 사유 발생시 예외적으로 시설 입소 가능
시설기준	30병상 이상 입원실, 의무 기록실, 소독시설, 식당 등	침실(1실4인이하), 식당, 조리실, 세면장 및 목욕실 등
인력기준	의사: 환자 40명당 1인으로 상주(常主) 간호사: 환자 6명당 1인 요양보호사: 제한 없음	축탁의(월 2회 방문) 간호사: 입소자 25명당 1인 요양보호사: 입소자 2.5명당 1인
의사	진료, 검사, 투석, 수술 등 다양한 의료행위 수행 가능	행동문제, 낙상·탈수·실금·영양상태·통증 진단과 필요시 처방전 발행

1. 요양병원 역할의 모호성: (3) 장기요양시설과의 역할 중복

①

• 장기요양시설과의 기능 중복

- 2008년 7월 1일 노인장기요양보험이 시작되면서 노인요양시설과 요양병원간에 기능이 중복되고 상호연계체계가 미흡하여 본질적인 제도운용이 문제점으로 지적됨
- 주요 상병은 치매와 뇌졸중으로 유사하며, 요양병원과 요양시설의 환자·입소자의 건강 및 기능상태, 서비스 요구도, 중증도가 혼재되어 있는 것으로 나타남[선우덕 외, 2013; 윤희숙, 2010]
- 환자군을 대상으로 요양병원과 요양시설이 경쟁하는 상황에서 의료필요도가 낮고 돌봄서비스가 필요한 환자들이 요양병원을 이용한다든지, 의료필요도가 높은 환자들이 요양시설을 이용하는 모순이 발생

요양병원과 요양시설 환자군

요양병원	요양시설
• 의료필요도가 낮은 4개군 (문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)이 55%를 차지 *인지장애군, 신체기능저하군, 의료경도: 31.9%	• 의료필요도 높은 3개군 (의료최고도, 의료고도, 의료중도)이 30%를 차지

1. 요양병원 역할의 모호성: (3) 장기요양시설과의 역할 중복

②

• 요양병원과 요양시설간 역할 분담 모호

- 요양이 필요한 경우, 요양병원과 요양시설간의 기능 및 의료적 수요에 따른 선택보다는 의료비 부담 능력에 따라 소득이 높은 경우는 요양병원을, 소득이 낮은 경우는 요양시설을 이용함
- 요양병원은 요양시설과 비교하여 소득 5분위 계층(소득 상위 계층)의 입원 비율이 더 높음
 - 요양병원의 경우 상대적으로 본인부담금(간병비 및 기타 비용)이 높고, 의료진 인력 기준이 요양시설보다 높기 때문에 요양병원을 더 선호함

요양병원과 요양시설의 소득분위에 따른 비교

(단위: 명, %)

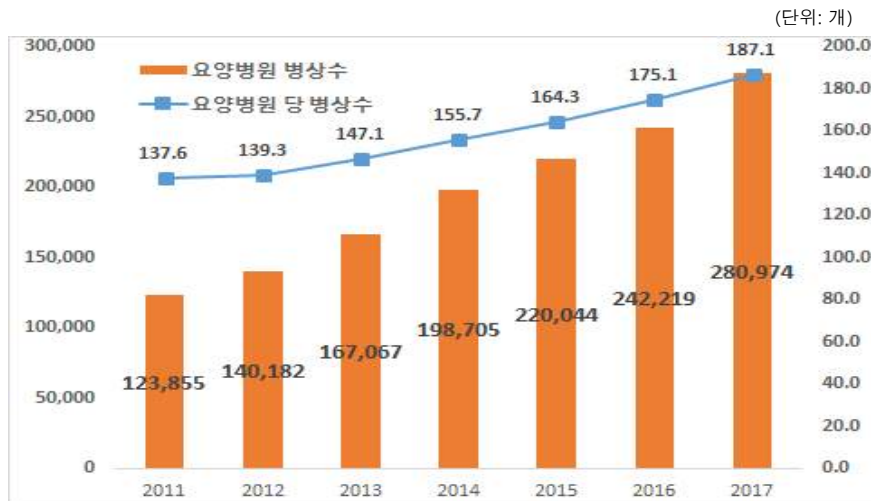
구분		2009년		2010년		2011년		2012년	
요양병원	1분위	7,218	13.60%	7,933	13.50%	9,368	14.20%	9,976	14.50%
	2분위	4,488	8.50%	5,006	8.50%	5,488	8.30%	5,821	8.50%
	3분위	6,022	11.30%	6,609	11.20%	7,698	11.70%	7,832	11.40%
	4분위	9,958	18.80%	10,846	18.40%	12,021	18.20%	12,518	18.30%
	5분위	25,419	47.90%	28,561	48.40%	31,298	47.50%	32,443	47.30%
요양시설	1분위	9,365	17.90%	14,199	18.30%	17,235	18.70%	19,002	19.00%
	2분위	5,260	10.00%	8,021	10.40%	9,696	10.50%	10,479	10.50%
	3분위	6,936	13.20%	10,173	13.10%	12,053	13.10%	13,189	13.20%
	4분위	10,285	19.60%	15,228	19.70%	18,164	19.70%	19,643	19.70%
	5분위	20,544	39.20%	29,836	38.50%	34,885	37.90%	37,561	37.60%

자료: 한국보건사회연구원(2013)

2. 요양병원의 공급: (1) 기관 수 증가 ①

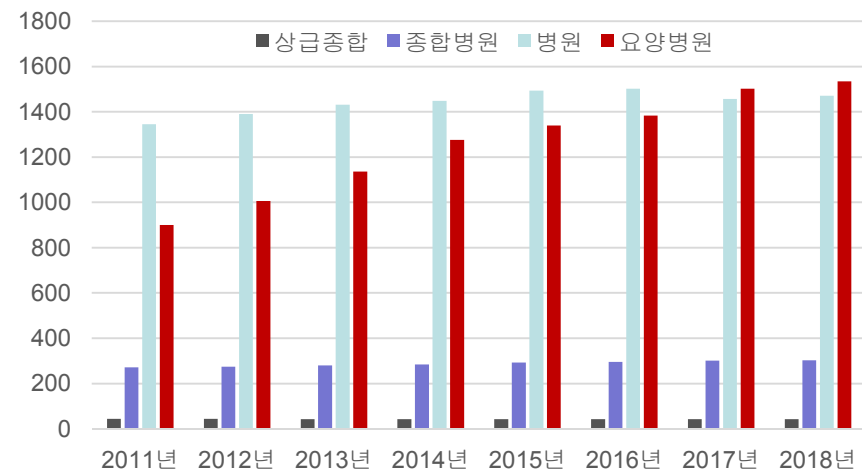
- 1994년 의료법 개정을 통해 의료기관의 종별 분류에 ‘요양병원’이 신설된 이래 요양병원의 기관 수 및 병상 수는 지속적으로 증가
 - 요양병원 기관 수는 2005년 120개에서 2017년 1,502개로 급증하여 10배 이상 증가
 - 요양병원 병상 수의 증가율은 기관 수의 증가율을 상회하여 증가, 이는 요양병원이 대형화되었음을 의미
 - 요양병원의 개소는 2017년부터 병원급 의료기관의 개소보다 많아짐

요양병원 병상 수 및 단위 병상 수



자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계

종별 의료기관 수



자료: KOSIS

2. 요양병원의 공급: (1) 기관 수 증가 ②

- 요양병원의 기관 수 증가는 개설기준이 단순하여 진입장벽이 낮은 것이 주요 요인
 - 요양병원의 시설 및 인력의 법적 기준은 다른 요양기관에 비해 낮은 수준임
 - 현재 의료법에서 의사 수는 일반 병원급 환자 20명당 1명, 요양병원 40명당 1명(한의사를 포함가능)
 - 간호사의 경우 병원급은 1일 입원 환자 2.5명당 1명으로 규정, 요양병원은 6명당 1명임
 - 병원급은 임상검사실, 방사선장치 설치토록 규정, 요양병원은 이런 규정이 존재하지 않음

요양병원과 다른 의료기관과의 인력기준 비교

구분	요양병원	병원	종합병원
의사	연평균 1일 입원환자 40명 당 1명 (한의사를 포함하여 환산함)	연평균 1일 입원환자 20명으로 나눈 수 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눈 수 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산
간호사	연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로 함 (단, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있음)	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산

3. 장기입원의 경향화: (1) 입원진료비

• 다른 의료기관에 비해 요양병원의 진료비 증가율이 급격함

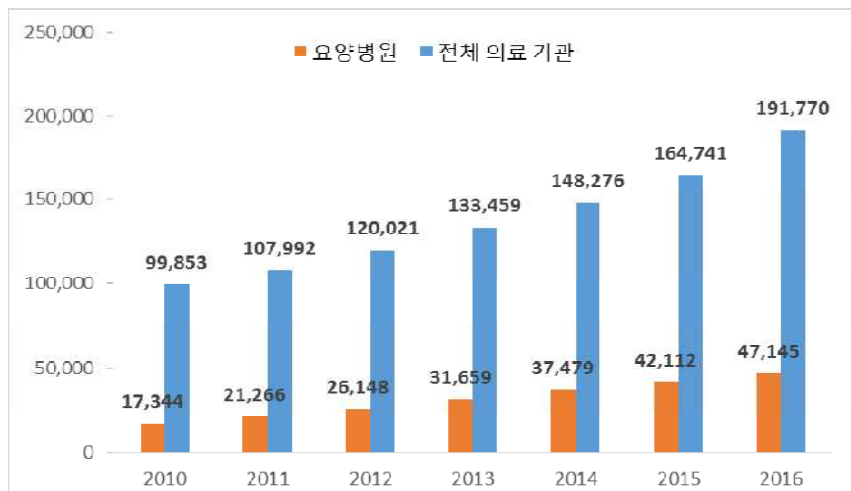
- 모든 의료기관의 65세 이상 건강보험 노인진료비는 2010년(9.9조원) → 2016년(19.2조원)으로 92% 반면, 요양병원 진료비는 동기간 1조 7천억 원 → 4조 7천억 원으로 170% 증가

- 특히 요양병원의 진료비 증가는 입원 진료비 증가가 견인, 그 증가율은 다른 의료기관에 비해 현저히 높음

* 요양병원 입원 진료비는 동기간 2008년(9천 4백억 원) → 2016년(4조 6천억 원)으로 4.9배 증가

의료기관 65세 이상 진료비와 요양병원 진료비 비교

(단위: 억원)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계

의료기관 65세 이상 진료비와 요양병원 건강보험 진료비

(단위: 억원)

구분		2010	2012	2013	2014	2015	2016
요양병원	입원	16,593	25,275	30,730	36,425	41,050	46,019
	외래	752	873	929	1,055	1,062	1,125
모든 의료기관	입원	58,706	70,667	78,801	86,656	96,500	112,616
	외래	41,146	49,353	54,658	61,620	68,241	79,154

자료: 국민건강보험공단, 2016년 노인장기요양통계연보

3. 장기입원의 경향화: (2) 입원환자수 와 입원일수 ①

- 요양병원 입원진료환자는 증가한 반면 내원진료환자는 감소
 - 입원진료환자는 2012년(229천명) → 2016년(338천명)으로 47.5% 증가, 내원진료환자는 감소
- 요양병원 환자 1인당 입원일수가 지속적으로 증가
 - 2012년 요양병원 환자 1인당 입원일수는 148일이었으나, 2016년 168.2일로 증가
 - 상급종합병원이나 종합병원의 경우 환자 1인당 입원일수는 오히려 감소

요양병원 입·내원 현황

구분		2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
입원	진료인원	229천명	260천명	292천명	315천명	338천명
	1인당 입원일수	148일	155일	160일	165일	168일
내원	진료인원	563천명	564천명	587천명	543천명	520천명
	1인당 내원일수	5.2일	5.1일	5.3일	5.5일	5.6일

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계

의료기관 입원 현황

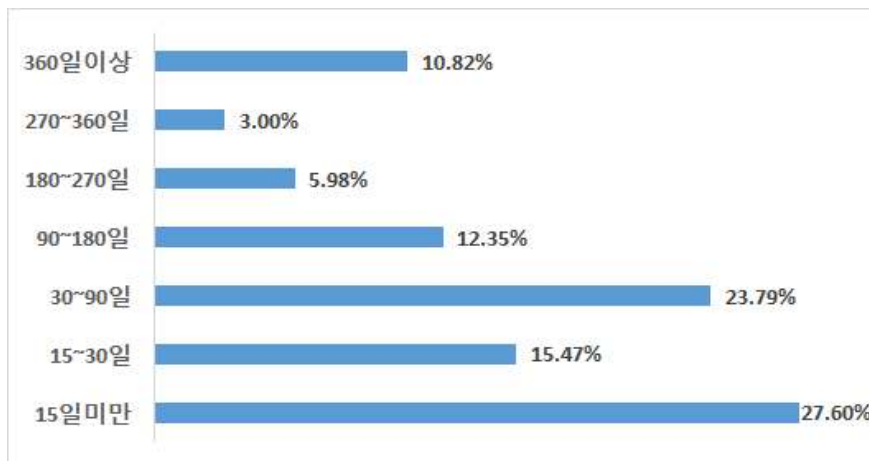
구분		2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
상급종합		11.0 일	10.9 일	9.6 일	10.9 일	9.7 일
종합병원		11.9 일	11.8 일	10.6 일	11.5 일	9.7 일
병원		14.7 일	14.3 일	13.3 일	13.1 일	12.7 일
의원		7.6 일	7.5 일	7.2 일	6.8 일	6.4 일

자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계

3. 장기입원의 경향화 : (2) 입원환자수 와 입원일수 ②

- 1회 입원 건당 평균 입원일수는 136.4일, 361일 이상 입원이 전체 입원의 10.8%를 차지함
 - 요양병원 이용자는 본인 또는 의사 판단 하에 치료 종결까지 서비스 이용이 가능 → 장기입원 유인이 됨
 - 의료서비스의 필요도 상대적으로 낮은 신체기능 저하군 환자의 17.6%가 361일 이상 입원하고 있음

요양병원 입원일수 비중



자료: 김정희(2014), 「요양병원 기능 정상화를 위한 제도 개선방안」

요양병원 환자분류별 평균재원일수

(단위: 일, %)

구분	의료 최고도	의료 고도	의료 중도	문제 행동군	인지 장애군	의료 경도	신체 기능 저하군
평균입원 일수(일)	63.2	88.7	86.7	77.6	105.9	86.5	54.6
361일 이상 입원환자 비율(%)	33.9	35.3	28.9	41.2	39.8	27.5	17.6

3. 장기입원의 경향화: (3) 사회적 입원

- 신체기능저하군에 속하는 환자수의 지속적인 증가

- 신체기능저하군에 속하는 환자 중에서 질병치료가 아닌 생활·요양 등을 위해 병원에 입원하는 사회적

입원이 발생하며, 건강보험 재정의 불필요한 지출로 이어지고 있음

- 2014년 43,439명 → 2016년 58,505명으로 34.6% 증가

- 진료비(본인부담금 포함)는 2,087억 원 → 3,490억 원으로 67.2% 증가

신체기능저하군 의료보장별 실인원수 및 총진료비

구 분	신체기능저하군				7개 분류군 전체합계	
	인원	%	진료비	%	인원	진료비
2014년	43,439	8.76%	2,087억 7,274만	4.74%	496,034	4조 4,049억 9,164만
2015년	50,811	9.63%	2,663억 48만	5.43%	527,514	4조 9,057억 6,997만
2016년	58,505	10.76%	3,490억 8,538만	6.43%	543,753	5조 4,277억 9,091만

자료: 김승희 의원실 국감자료, 건강보험심사평가원 제공

4. 요양병원과 실손보험: (1) 지급보험금

• 생명보험사의 지급보험금 통계

- 총 15,800개 의료기관을 대상으로 한 통계로, 요양병원은 104개소를 분석함
- 2011년 대비 2016년 요양병원 지급보험금은 약 590% 증가, 29억 6천만 원이 지급됨
- 총액 규모로 4천 793억 원에 비해 미미하나 증가율은 종별 의료기관 중 가장 급격히 증가됨

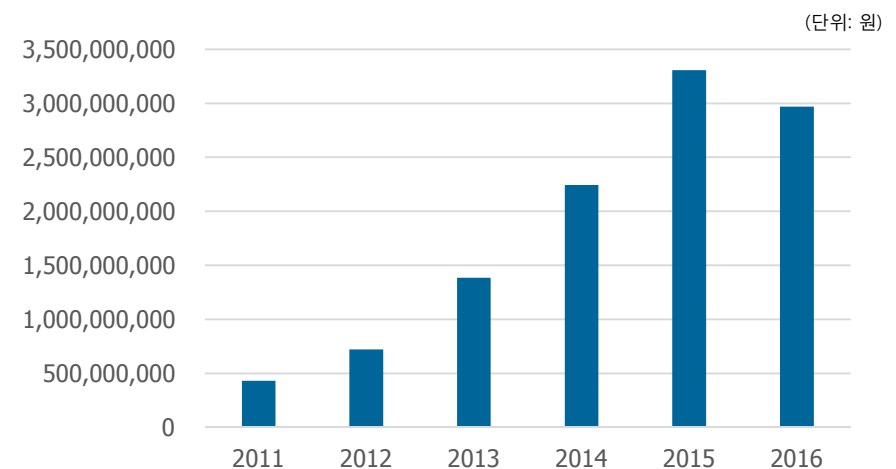
의료기관 종별 지급보험금 추이

(단위: 억 원)

연도	병원	상급종합	요양병원	의원	종합병원
2011	289.5	687	4.3	2.39	523.1
2012	534.1	965.5	7.21	3.85	763.1
2013	770.3	1278.6	13.85	5.56	1020.07
2014	999	1487.2	22.44	7.4	1238.4
2015	1164.9	1561.8	33.06	9.01	1382.7
2016	1118.7	1470	29.69	8.26	1348.4

자료: 보험개발원

요양병원 지급보험금 추이



자료: 보험개발원

4. 요양병원과 실손보험: (2) 청구자수

- 요양병원 관련 보험금 청구자수는 증가추세
 - 2011년 534명에서 2016년 1,412명으로 164% 증가함
 - * 상급병원은 87%, 종합병원은 113%, 병원은 158%, 의원은 139%
 - 요양병원 관련 청구자수는 전체 청구자수 대비 미미하나, 그 증가율은 종별 가장 높음

종별 실손보험 청구자수

(단위: 명)

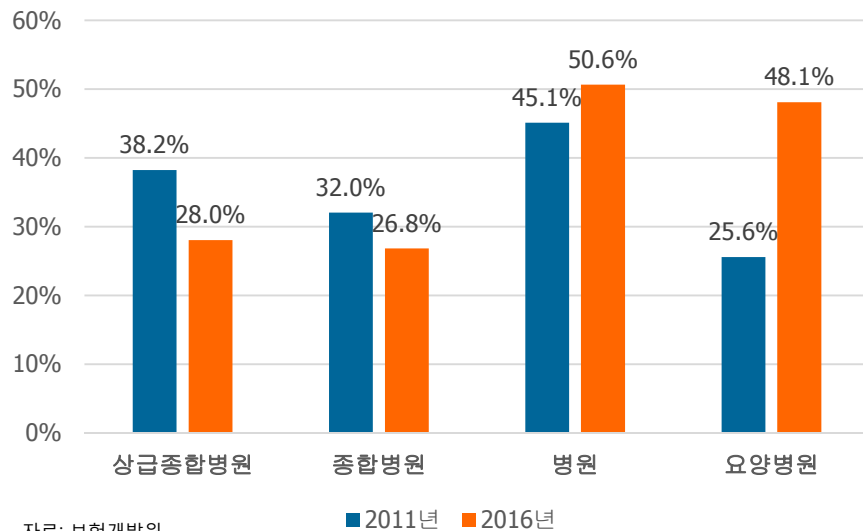
구분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
병원	86,418	126,401	177,614	226,640	249,406	223,507
상급종합병원	125,326	158,699	208,381	256,128	267,666	235,470
요양병원	534	771	1,103	1,394	1,662	1,412
의원	180,038	255,618	352,005	445,494	502,024	430,371
종합병원	159,775	211,478	283,558	349,414	375,500	340,780

자료: 보험개발원

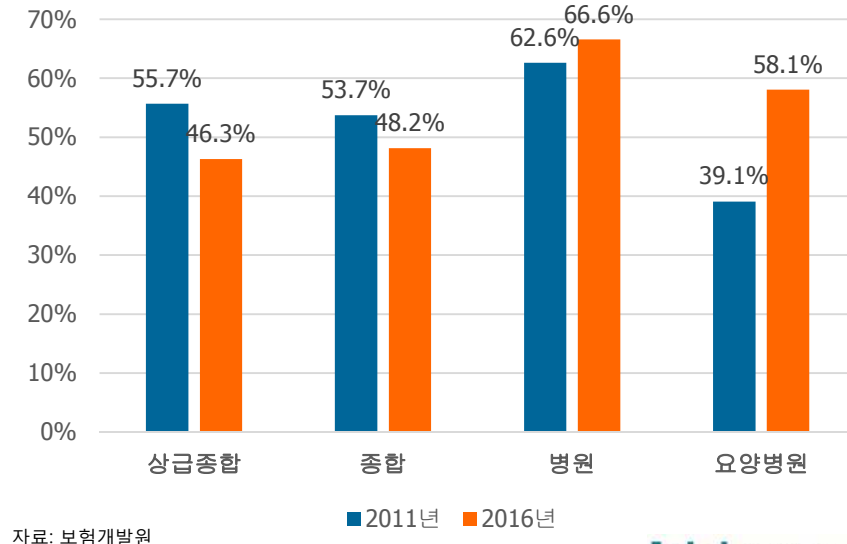
4. 요양병원과 실손보험: (3) 요양병원의 비급여

- 요양병원의 총진료비 대비 비급여 비중은 증가추세
 - 총진료비 = 급여 공단 지급금 + 급여 본인부담금 + 비급여
 - 요양병원의 비급여 비중은 2011년 25.6%에서 2016년 48.1%로 급격히 증가
 - * 상급종합병원, 종합병원의 경우 비급여 비중은 감소했으며, 병원은 미미하게 증가

종별 총진료비 대비 비급여 비중



종별 총진료비 대비 본인부담 비중



Ⅲ. 요양병원 제도 개선 방향

1. 입원환자의 심사강화
2. 요양병원의 수가개선
3. 요양병원 인력·시설 기준 정비
4. 요양병원과 요양시설 전원 프로세스 구축
5. 통합의료체계의 구축
6. 요약

1. 입원환자의 심사강화

- 입원환자 심사 강화: 의사소견서 첨부 의무화

- 다른 의료기관에서 전원되는 환자의 경우 요양병원 입원 타당성 평가를 위해 의사소견서 첨부 의무화

* 소견서 내용: 입원일, 퇴원일, 입원 주요 상병, 입원시 환자에게 시행한 주요 처치 및 수술, 혼수 상태 여부, 인지기능 문제여부, 치매일 경우 중증도에 대한 소견, 행동증상이 있을 경우 요양병원 입원 적정성에 대한 소견, 일상 생활수행능력에 대한 소견, 대소변 조절 상태에 대한 소견, 장기입원의 필요성에 대한 소견, 입원 일수에 대한 소견, 필요한 처치에 대한 소견 등이 포함 [송현중, 2010]

- 그 외 집에서 다른 서비스를 받지 않다가 입원하는 경우(초진시)에 의사소견서를 작성하여 보관 의무화

2. 요양병원의 수가개선

- 요양병원 입원료 체감 적용기간 세분화 및 일당 정액의 비율로 감산하여 감산금액 증액
 - 현재 입원료 체감에 따른 수가 감산이 요양병원 입원료의 5%, 10%로 효과 미비 & 환자 부담 감소
 - 입원료 체감적용 시점을 180일 기준보다 짧은 120일, 150일 등을 고려해볼 수 있고, 장기입원 시 수가
감액 강화
- 장기입원의 경우 본인부담상한제 혜택으로 요양병원을 요양시설보다 선호
 - 요양병원의 경우 간병비가 발생하나 장기입원환자의 경우 본인부담상한액을 초과하는 금액을 돌려받기 때문에 요양시설과 본인부담 차이가 거의 없음
 - 실제로 간병비를 제외한 요양시설과 요양병원의 월 평균 환자 본인부담금[비급여포함]은 50만원 전후로 비슷[선우덕 외, 2013]
- 요양병원에 예외적인 본인부담상한제 제한을 일시적으로 두어 그 효과를 살피는 것이 필요함
 - 본인부담상한제 목적: 환자의 본인부담을 경감시켜 건강보험의 보장률을 향상
 - 그러나 요양병원 입원환자의 40%가 본인부담상한제의 혜택을 받는 등 중증환자가 입원하는 급성기 병원에 비해 지나치게 혜택이 집중되어 있음

3. 요양병원 인력·시설 기준 정비

- 전문재활 기준 강화

- 환자평가표 정보와 전문재활 종류를 연동하여 불필요한 재활서비스를 관리할 필요가 있음

- * 뇌졸중의 경우 발생일로부터 기간이 경과함에 따라 상급병원이나 종합병원에서 재활치료 처방이 감소하는데 비해 요양병원에서는 유지하거나 증가하는 양상이 있음

- 인력 차등 및 가산 조정

- 불필요한 가산을 조정하고 실질적인 질 향상을 위한 인력가산(간호사 인력)을 강화할 필요가 있음

- 추후 기관의 환자구성에 따라 간호인력 차등 기준을 달리할 필요가 있음

- 의료인력(의사, 간호사) 정원 기준 강화

의료인력 정원 기준

구분	의료인력 기준	현행	개선
의사	연평균 1일 입원환자 40명 기준 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산	1명	2명(종합병원 기준)
간호사	연평균 1일 입원 환자 6명 기준 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산 단, 간호조무사는 간호사 정원의 2/3이하	1명	2.4명(종합병원 기준)

4. 요양병원과 요양시설 전원 프로세스의 구축

- 요양병원에서 요양시설로 전원 시 진료기록 송부 범위 미비
 - 요양병원 치료 종료 환자는 요양시설로 전원시키는 제도를 마련하고, 요양병원과 시설간 진료정보 공유 가능하도록 개선 필요
- 요양병원과 요양시설 간 전원체계의 미비는 의사가 상주하지 않는 요양시설에 대한 불안감을 가중시키고, 요양시설의 형식적 촉탁의 제도는 불안감을 해소시키기에는 역부족임
 - 요양시설 입소자의 치료필요 시 상시 병원이송 및 조치가 안될 수 있다는 불안감이 요양병원을 요양시설보다 선호하는 요인으로 작용함
 - 요양시설 촉탁의가 매월 요양시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 있으나, 의료서비스 니즈 충족에는 불충분함

요양병원 전원 관련 법규(의료법 시행규칙)

구분	현행	개선
의료법 시행규칙 제36조 (요양병원의 운영)	제4항 각급 의료기관은 제1항에 따른 환자를 요양병원으로 옮긴 경우에는 환자 이송과 동시에 진료기록 사본 등을 그 요양병원에 송부하여야 한다 <개정 2010.1.29, 2015.12.23>	제8항 신설 요양병원 개설자는 환자가 전원한 『노인복지법』 제34조에 따른 노인의료복지시설에 진료기록 사본 등을 그 노인의료복지시설에 송부하여야 한다.

5. 통합의료체계의 구축: (1) 개요

- 치료, 재활, 요양까지 노인들의 의료수요에 따른 구체적이고 세분화된 의료전달체계가 필요
 - 요양병원과 요양시설의 기능이 중첩: 요양병원과 요양시설의 환자 유치를 위해 경쟁하는 형태임
 - * 의료필요도가 낮은 돌봄서비스가 필요한 환자들이 요양병원을 이용하든지, 의료필요도가 높은 환자들이 요양시설을 이용하는 모순이 발생
 - 요양병원은 의료공급체계 내에서도 역할이 불분명함
 - * 재활치료를 담당하는 전문재활의료기관의 수가 부족하여 충분한 회복기 재활치료를 받지 못하고 유지기 재활치료를 담당하는 요양병원을 이용
 - * 현재 급성기 병원은 입원일수의 제약과 장기입원의 수익성이 낮기 때문에 급성기 환자를 수술 처치 후 퇴원시킴. 요양병원에 회복기, 유지기의 장기입원환자가 섞여 있고, 상당수의 요양병원은 재활서비스를 제공할 능력이 없는 것으로 보고됨
- 우리나라 요양병원은 요양시설과 기능이 중첩되고 있을 뿐 만 아니라 급성기 병원들과도 역할이 중첩되고 있음.

5. 통합의료체계의 구축: (2) 의료시설복지복합체: 일본사례

- 일본의 의료시설복지복합체란 의료기관의 개설자가 각 종 복지시설을 개설하여 의료·복지 서비스의 일체를 제공함
 - 1970~80년대 중반까지 민간병원은 병원의 규모를 확대하고 병원을 체인화하는 경영전략을 실시하였으나, 1987년 지역의료계획에 따라 병원신설이 제한됨
 - 병원신설이 어려워지자 요양시설과 같은 복지시설로 병원들이 진출함. 1994년 개호보험제도의 도입으로 의료시설복지복합체가 급증함
- 의료시설과 복지시설이 독립적으로 서비스를 제공하는 경우 불필요한 경쟁이 유발되지만, 의료시설이 복지시설을 동시에 제공하는 경우 경쟁이 감소하여 자원배분이 효율화될 수 있는 장점이 있음
- 종합병원, 병원, 요양병원, 재활병원, 개호노인 복지시설을 모두 가지고 있는 형태가 노인의료복지복합체의 전형적인 모습임
 - 환자의 상태에 따라 환자가 병원과 시설에 유기적으로 이동할 수 있는 시너지 효과가 있음

5. 통합 의료 체계의 구축: (3) 재활의료기관 ①

- 국내재활의료기관의 재활의료 공급체계

- 상급종합병원·종합병원: 발병 초기 급성기 재활환자를 대상으로 합병증 치료와 함께 시술 위주의 진료 및 조기 집중재활 치료가 이루어짐
- 요양병원: 만성기 환자를 대상으로 보존적 재활치료와 외래 재활치료

- 그러나 현행 재활의료 공급체계는 위와 같은 역할 구분을 못하는 구조적인 문제점을 가지고 있음

- 재활의료 공급이 부족하고 전달시스템이 현 의료전달시스템에서 생략되어 있음

- * (입원료 체감제) 입원료가 입원기간에 비례하여 체감하기 때문에 재활환자가 한 기관에서 재활치료를 받지 못하고 입·퇴원을 반복하는 현상이 발생함

- * 급성기 병원에서는 장기치료가, 요양병원에서는 적극적인 재활치료가 어려워 회복기 환자들이 여러 병원을 전전하는 문제가 발생

- * 회복기 재활치료를 담당하는 전문재활의료기관의 수가 부족하여 충분한 회복기 재활치료를 받지 못하고 유지기 재활치료를 담당하는 요양병원을 이용, 전체전문재활치료비의 50%이상이 요양병원에서 사용된다는 연구도 존재

5. 통합 의료 체계의 구축: (3) 재활의료기관 ②

- 일본의 재활의료전달체계는 급성기, 회복기, 유지기로 구분
 - 회복기 재활병동 중심으로 이루어지는 재활치료는 질병 발생 후 3~6개월에 걸쳐서 이루어지는 서비스로 회복기 재활치료에 해당
 - 2000년 4월 입원에 의한 의료비 증가를 억제하고 재택 복귀를 목적으로 재활병동 신설, 2007년 신고된 재활병수는 총 42,174임
 - 구체적으로 뇌졸중이나 골절 등 신체활동이 제한된 환자나 재활의사나 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등의 도움을 통한 재활 훈련을 위한 병동
- 기본 입원 수가 감산
 - 입원환자의 재택복귀율이 60%이상, 중증도가 높은 환자의 경우 15%이상이 재택복귀하지 않을 경우 기본 입원 수가 감산(2008년, 입원수가 개정)

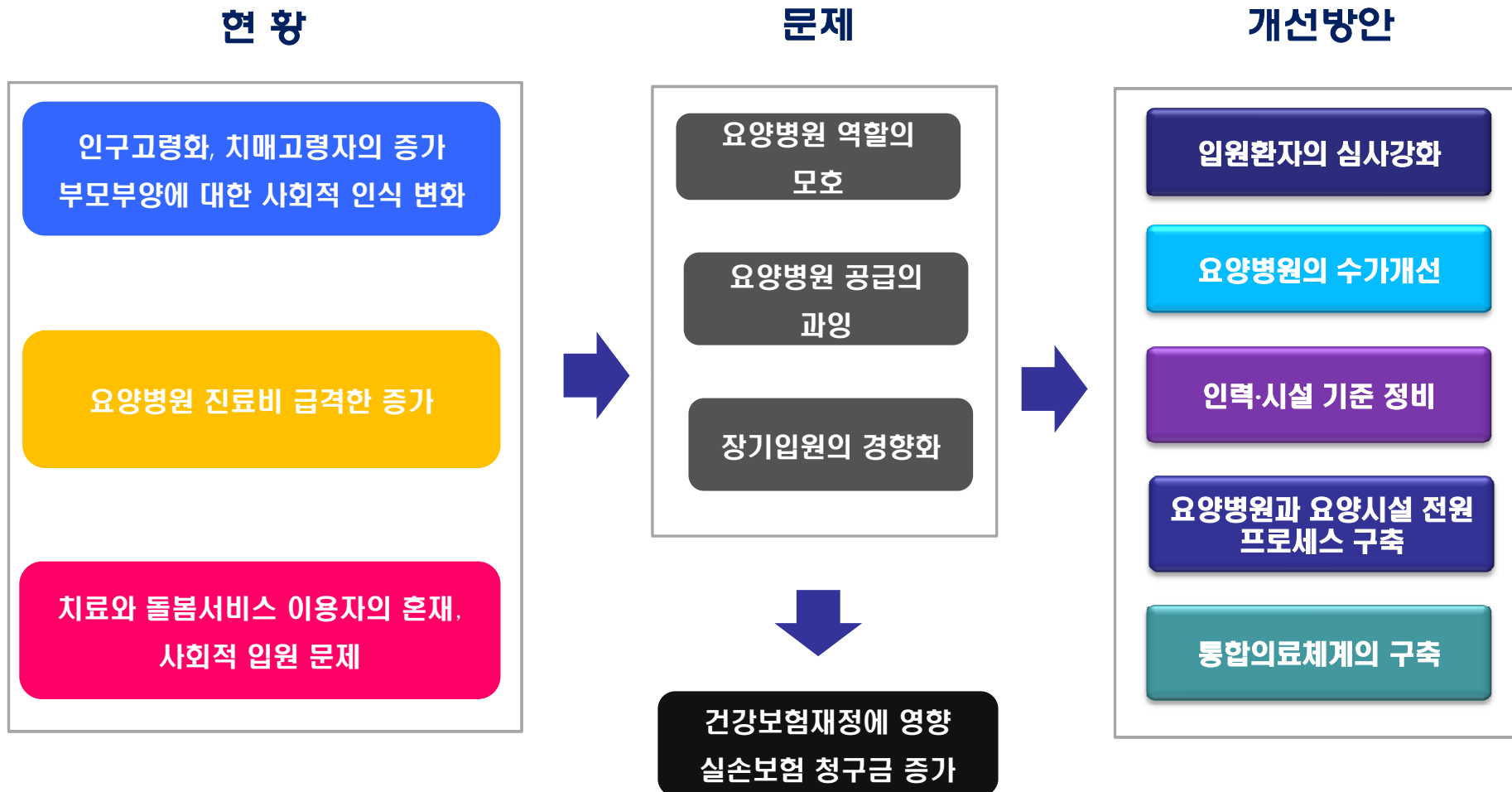
일본의 재활병원, 병동

증상	입원 가능 환자	최대입원가능기간
뇌혈관질환, 척수손상, 두부외상, 뇌종양, 뇌염, 급성뇌증, 척수염, 다발성 신경염, 다발성 경화증 등의 발병 또는 수술 후 보철물 장착 훈련이 필요로 하는 환자	발병 또는 수술 후 2개월 이내의 환자	150일
뇌 기능 장애를 동반한 중증 뇌혈관 장애, 심한 두부 손상, 두부 외상 등의 발병 또는 수술 환자	발병 또는 수술 후 2개월 이내의 환자	180일
대퇴골, 골반, 척추, 고관절 발병 또는 수술 환자	발병 또는 수술 후 2개월 이내의 환자	90일

5. 통합 의료 체계의 구축: (3) 재활의료기관 ③

- 급성기 병원, 요양병원, 재활전문, 요양시설 등의 역할을 세분화하고 그 기능에 기반한 연결 체계를 명확히 구성해야 함
 - 지속적 치료가 필요한 환자에 한해 요양병원에 입원이 가능하게 하고, 치료종료환자는 요양시설로 전원시키는 제도개선이 필요함
- 현실적으로 개별 요양병원은 전문재활분야를 선택, 발전을 추진할 필요
 - 수요와 전문성에 맞는 발전전략을 수립하여 요양시설과의 환자 유치 경쟁에서 벗어날 필요
 - 요양병원을 회복기 재활병원과 유지기 재활병원으로 분화하여 발전시킬 필요
 - 요양병원이 이러한 재활병원의 수준을 유지하기 힘든 경우 요양시설로 전환을 유도
 - * 671개 요양병원을 분석한 결과, 약 43%의 요양병원은 유형을 구분하기 어려움: 분석 대상 요양병원 중
 - 9.1%는 재활치료와 내과재활치료 중심의 요양병원으로 분류, 19.4%는 치매치료 중심, 20.6%는 내과질환 치료 중심, 42.3%는 분류가 불가능
- 노인 건강관리를 위한 급성기 → 회복기 → 유지기 → 장기요양 전달체계의 효율적인 연계가 필요

6. 요약



감사합니다

日本 개호 비즈니스의 동향과 시사점

2018. 9. 7

삼성생명 은퇴연구소
류재광 수석연구원

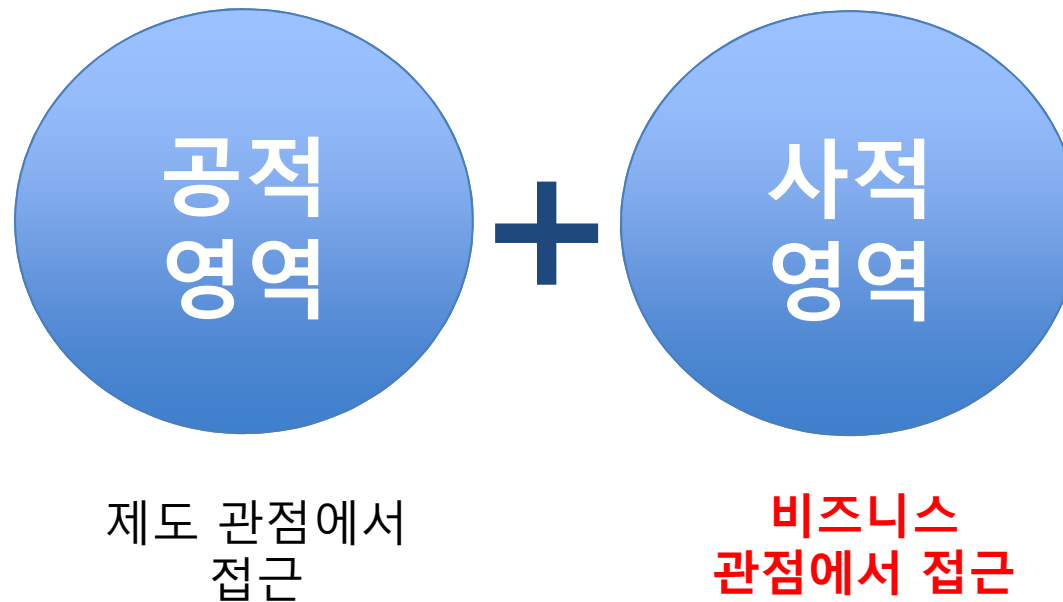
* 본 자료는 발표자 개인의 소견으로 소속기관과 일절 관계가 없습니다.

삼성생명

SAMSUNG

이번 발표는...

< 장기요양의 두 영역 >



⇒ 일본 장기요양 비즈니스의 특징 및
흐름 파악

* 개호(介護)는 장기요양을 의미하는 일본어 표현으로 본 고에서는 개호로 통일 2

Contents

01 / 일본 고령화와 케어 노인의 현 주소

02 / 일본 개호 비즈니스의 특징 및 동향

03 / 우리에게 주는 시사점

1. 일본 고령화와 케어 노인의 현 주소

1) 일본 고령화 현황

□ 일본 고령자 인구 3,514만 명, 전체 인구의 27.7%

- 80세 이상 1000만 명, 90세 이상 200만 명을 초과

<일본 고령자 인구 현황>

구분	인구(만명)	비중(%)
총인구	12,671	100.0
① 65세 이상	3,514	27.7
- 80세 이상	1,074	8.5
- 90세 이상	206	1.6
- 100세 이상	7	0.1
② 15-64세	7,596	59.9
③ 15세 미만	1,562	12.3

2) 한국과 일본의 고령화 격차

□ 우리보다 20여 년 앞서가는 일본의 고령화

<한국과 일본의 고령화 격차>

구분	일본	한국	차이
고령화사회	1970년 (7.1%)	2000년 (7.2%)	30년
고령사회	1994년 (14.1%)	2017년 (14.2%)	23년
초고령사회	2005년 (20.1%)	2026년 (21.1%)	21년

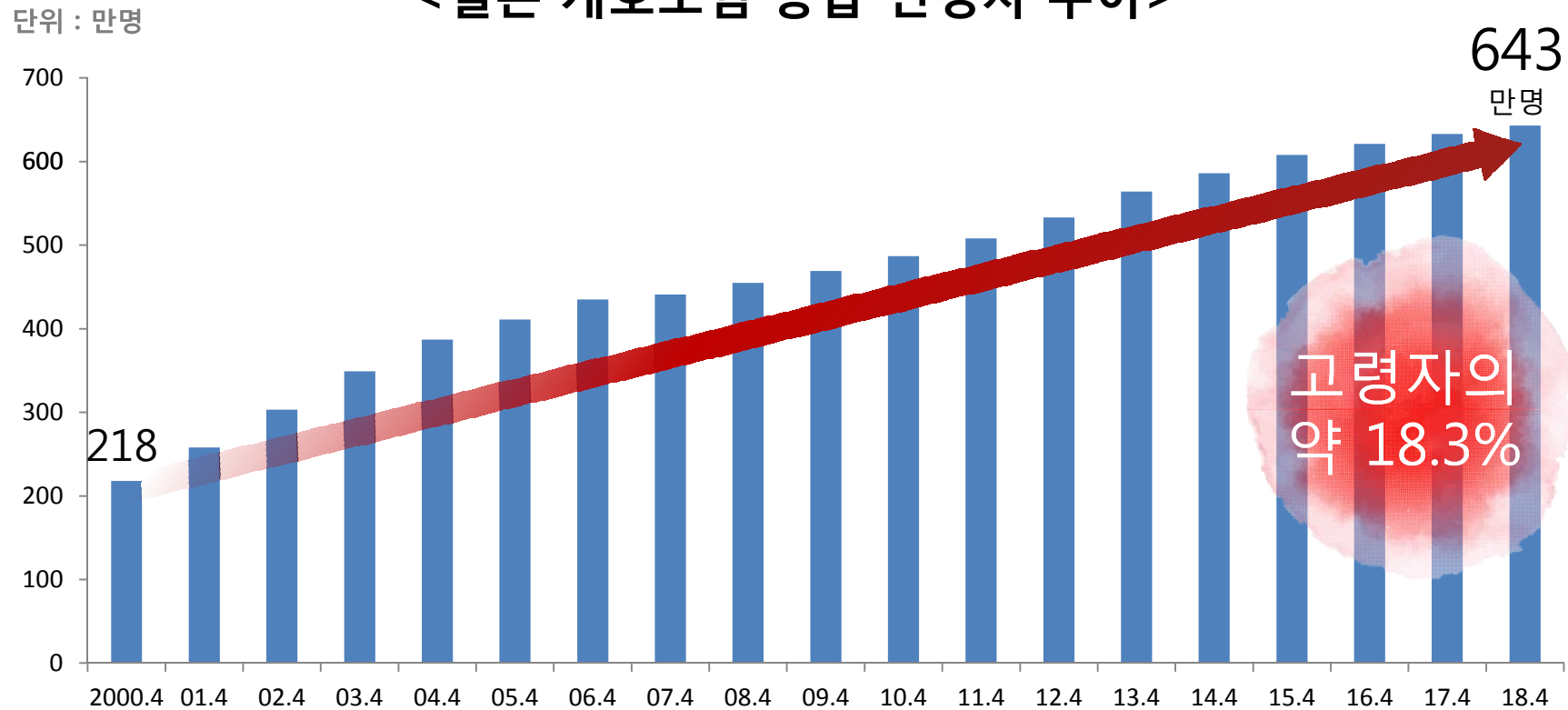
자료: 한국 통계청, 日本総務相統計局

3) 급속히 증가하는 케어 노인

□ 고령화로 인해 거동이 불편한 고령자가 급속히 증가

- 공적 개호보험 등급 인정자는 640만 명을 넘어섬

<일본 개호보험 등급 인정자 추이>



4) 케어노인 증가로 직면한 문제들

①노노케어와 가족의 부담

<노인간병 주체 변화>

구분	배우자	자녀	자녀의 배우자	사업자
'01년	25.9%	19.9%	22.5%	9.3%
'16년	25.2%	21.8%	9.7%	13.0%

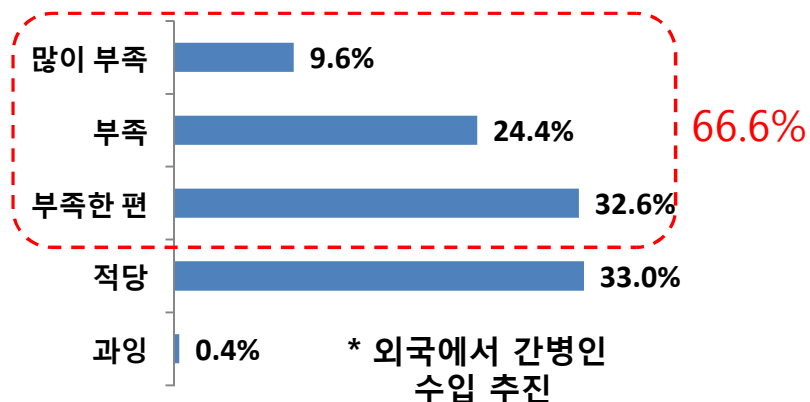
자료: 厚生労働省 (2017) 『平成28年国民生活基礎調査』.

②일과 간병의 균형

- 간병 이직(離職): 연간 10만 명
- 일과 간병의 균형이 중요과제로 부각

⇒ 일손 부족 상황에서
아베 정권은 **간병이직 제로화** 추진

③간병인력 부족



자료:介護労働安定センター(2018.8) 『平成29年度介護労働実態調査結果について』.

④개인과 국가의 부담 증가

- 개호보험 자원 구조
 - 보험료 50%, 공적 부담 50%
- 개호 보험료(전국 평균)
 - 2001년: 2,911엔->18년 5,514엔
- 공적 부담액 급증
 - 2000년도: 1.6조엔
 - 2018년도: 5.1조엔(예산)

자료: 厚生労働省

2. 일본 개호 비즈니스의 특징 및 동향

먼저 핵심내용을 정리하면...

특징

- 1) 고령화로 급속히 성장한 신생산업
- 2) 정부의 간병정책이 큰 영향
- 3) 비즈니스 차별화의 어려움

동향

- 4) M&A를 통한 **유흥종** 진출 활발
- 5) 일부 대기업의 적극적인 시장 진출
- 6) 혁신 부족, 그러나 최근 새로운 움직임

향후

- 7) 기대되는 재택간병 비즈니스

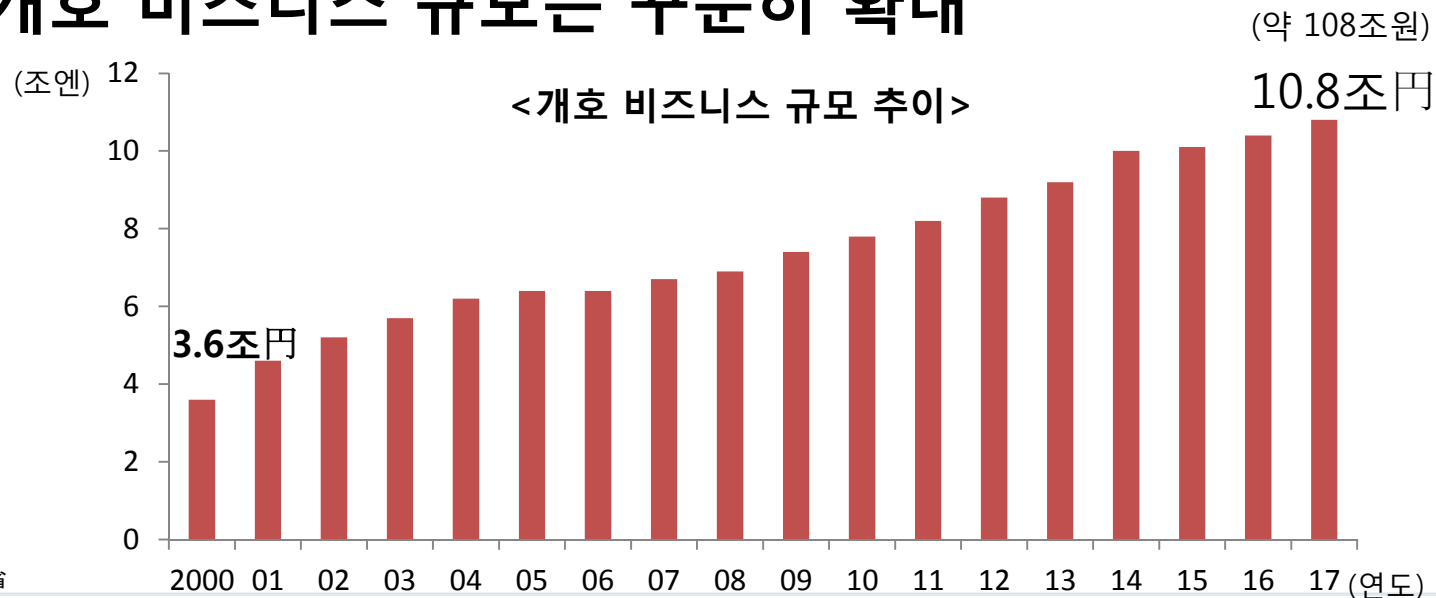
1) 고령화로 급속히 성장한 신생산업

□ 2000년 공적 개호보험 도입으로 개호비즈니스 성장

기존 접근 방식	2000년 이후
사회복지법인, 의료법인 등이 공익(복지)사업 관점에서 접근	순수 민간 기업이 비즈니스 관점에서 진출

⇒ 비즈니스 모델에 대한 탐색이 지속되고 있는 상황

□ 개호 비즈니스 규모는 꾸준히 확대



2) 정부의 간병정책이 큰 영향

□ 민간이 제공하는 개호 서비스의 비용 부담

- 개인부담: 10% (소득 높으면 20~30%)
- 개호보험: 90% 부담



- 개호보수 조정에 따른 비즈니스 영향이 매우 큼
- 전형적인 규제 산업의 특성

□ 개호보수 조정을 할 때마다 기업 수익에 큰 영향

- 개호보수는 3년에 1회 조정(부분적으로 비정기 조정 있음)
 - ⇒ 2015년에 2.27% 인하 -> 개인이 운영하는 요양시설 등 경영난에 직면
- 요양시설에서 임종 서비스를 제공하면 수가에 가산점 추가
 - ⇒ 많은 시설이 임종 서비스 도입

<개호보수 개정을 추이>

연도	2003	2006	2009	2012	2014	2015	2017	2018
개호 보수	-2.3%	-0.5%	+3.0%	+1.2%	+0.63%	-2.27%	+1.14%	+0.54%

자료: 厚生労働省

3) 비즈니스 차별화의 어려움

□ 시설 이용 고객이 결국 사망한다는 점에서 차별화 어려움

- 이미 거동이 불편한 상태에서 요양시설에 입소해 건강을 회복하기 어렵고 결국엔 사망한다는 점에서 본질적인 차별화가 어려움(병원과 차이)
- 자녀와의 갈등: 양질의 서비스로 수명 증가 vs 비용 부담을 느끼는 자녀

⇒ 비즈니스를 어떻게 차별화할까가 큰 고민



□ 시설 수준, 브랜드 이미지, 서비스 이행 등이 주요 이슈

- 시설 수준을 높이면 투자금 증가로 수익 창출의 어려움
- 차별화된 브랜드 이미지 구축: 코스트 발생, 실추되지 않게 하는 것이 중요
- 고객과 약속한 서비스 이행: 제 3자 평가를 통해 결과를 인터넷에 공개

4) M&A를 통한 이업종 진출 활발

□ M&A가 비교적 활발, 이(異)업종에서 신규 진출 많음

- 이자카야 회사 와타미: 아루 개호를 인수해 시장 진입
- 와타미 개호사업 난항-> 2015년 12월, 대형 손보사 손보재팬 그룹에 매각
- 기존 개호 기업은 대부분 영세, 인수할 자금여력이 없음
- 이업종에서 새로운 성장 동력 확보를 위해 신규 진출

예) 세콤: 종합 경비회사, 츠쿠이: 건설회사가 모태
베네세: 아동 학습지 회사, 손보재팬: 손해보험사
파나소닉: 대표적인 전자회사

□ M&A 배경: 매각 기업과 인수 기업 양쪽에 장점 존재

- 매각기업: 복잡한 사후 문제를 간단히 해결
 - > 기존 고객이 퇴실하지 않고 그대로 시설에서 머물 수 있는 장점
- 인수기업: 단기간에 사업을 궤도에 올릴 수 있는 장점
 - > 시설과 인력, 경험과 노하우를 한번에 승계 가능

5) 일부 대기업의 적극적인 시장진출

(SOMPO홀딩스 사례)

□ 대형 손보사 SOMPO홀딩스는 적극적 M&A로 업계 Top 기업으로 부각

- 2015~16년: 업계 대기업인 와타미와 메시지를 각각 인수
'SOMPO케어 넥스트', 'SOMPO케어 메시지'로 사명 변경
그룹 개호사업 컨트롤타워인 'SOMPO케어주식회사' 설립
- 2018년 7월: SOMPO케어로 합병
- 개호 시설: 299개(25,500실:업계1위), 재택서비스 거점: 625개, 총 매출 업계2위

□ 개호 비즈니스를 통한 수익 창출, 손보 비즈니스와 시너지 추구

- 개호 시설, 데이서비스 거점, 방문 간호, 방문간병 등 브랜드를 통일,
대기업의 경영 노하우를 개호 비즈니스에 접목
- 본업과 시너지 효과를 위해 일반 기업이 종업원을 위해 가입하는
단체의료보험에 개호 서포트 플랜을 만들어 종업원 대상으로 개호 관련
서비스 제공

5) 일부 대기업의 적극적인 시장진출

(파나소닉, Panasonic)

□ 개호관련 자회사 4개를 통합, 개호 비즈니스 체계화 및 확대

- 개호 관련 기업 4개 통합, 2016년 파나소닉 에이지프리 설립
 - 직원: 3300명, 요양시설 3개, 데이 서비스 시설 74개, 소규모 다기능 재택간병 시설 32개, 케어용품 판매 및 대여 시설 123개
 - 향후 계획: 재택관련 사업 거점 255개, 요양시설 거점 350개까지 확대
- 고령자에 대한 체계적 연구 및 신상품을 꾸준히 개발해 판매
 - 시설 운영과 함께 고령자의 건강 상태별 니즈에 대한 체계적인 연구 추진
 - 침대가 분리되면서 휠체어로 변신하는 와상노인 이동 지원 제품 개발
 - 센서 기술을 활용해 요양시설의 입주자 상태와 행동을 실시간으로 파악해 효율성을 높이는 시스템을 개발해 판매

⇒ 2016년 매출 300억엔-> '18년 750억엔, '25년 2000억엔까지 확대

6) 혁신 부족, 그러나 최근 새로운 움직임

□ 타 산업과 비교해 그동안 혁신이 부족하다는 비판

- 그동안 기술혁신과 거리가 먼 복지법인 등이 산업을 주도
- 간병 기기, 복지 용구 니즈는 매우 다양하지만 전자회사나 기타 제조업이 개호산업에 진출하는 경우가 거의 없었고, 고령자 니즈에 대한 정보도 부족해 상품 개발로 이어지지 못함

□ 최근 ICT, 간병 로봇, AI 등을 활용하는 새로운 움직임

- 센서를 활용한 간병 업무의 효율화, 고령자의 재활을 지원하는 부착형 로봇이나 간병 로봇, 인공지능을 탑재한 간병용 커뮤니케이션 로봇 등 최근 혁신의 움직임
- 일본정부는 로봇 新전략(2015년), 미래투자전략2017 등에서 개호로봇 개발 지원을 발표하고, 후생노동성은 2018년에 '개호로봇 개발 및 보급 추진실' 설치

7) 기대되는 재택간병 비즈니스

□ 간병정책을 시설입소에서 재택간병으로 전환

- 개호와 관련한 국가 부담을 줄이기 위해 1인당 비용이 상대적으로 적은 재택 간병 서비스를 강화하는 쪽으로 정책 전환
 - 공적 개호시설의 입소 기준을 엄격하게 적용, 재택 간병 서비스에 대해 새롭게 보험을 적용하는 등 재택간병시스템 확대

□ '지역포괄 케어시스템'이라는 재택간병시스템을 구축

- 거동이 불편한 고령자가 자택이나 친숙한 거주지역에서 생활을 계속할 수 있도록 개호 서비스를 포함한 5개 서비스를 통합 제공하는 지원 체제
 - ①간병 서비스, ②간병 예방, ③의료 서비스, ④생활지원 서비스, ⑤주거 서비스
- 특히 의료나 간호서비스를 24시간 제공하는 '정기순회 및 수시대응 서비스' 강화, 방문요양과 방문간호의 연계적 운영을 통해 중증자 요구에도 부응할 수 있는 재택 서비스 체제 구축

⇒ 향후 재택 간병 비즈니스가 더욱 활성화될 전망

3. 우리에게 주는 시사점

우리에게 주는 시사점

□ 장기요양 산업을 보는 관점에 대해 활발한 논의 필요

- 향후 장기요양에 대한 니즈는 급격히 증가할 전망
- 장기요양 산업은 복지인가? 비즈니스인가?
- 서비스의 질적 향상은 어떻게? 내가 나이 들어 살고 싶은 시설이 있나?

□ 질적 성장을 위해 다양한 기업이 진입하도록 유도할 필요

- 시설투자, 우수한 인력 확보, 표준화된 서비스 제공은 필수 조건
⇒ 영세 기업의 한계
- 다양한 기업이 장기요양 산업에 진출해서 본업과 시너지를 창출하고
경영 노하우를 업계에 전파하는 것이 필요
- 시설 투자에 따른 세제 혜택, 부가 서비스 개발 등의 규제 완화

□ 중장기적으로 재택 간병 서비스의 체계적 육성이 필요

- 일본 사례와 같이 시설입소는 국가와 개인의 비용 부담이 큰 상황
- 고령자의 인식 전환과 함께 향후 재택 간병 니즈는 확대될 전망
- 재택 간병과 관련한 다양한 서비스가 제공되도록 체계적 육성 필요

참고 문헌

- 류재광(2014), '일본 공적LTC의 제도 개혁 흐름과 시사점' 삼성생명은퇴연구소.
- 류재광(2015), '노인간병, 시설입소인가 재택간병인가? -일본 사례를 중심으로-', 삼성생명은퇴연구소.
- 류재광(2016), '고령자 1000만명 시대에 대비하자', 은퇴리포트 제82호, 삼성생명은퇴연구소.
- 류재광(2017), '일본 시니어비즈니스의 동향과 시사점', 은퇴리포트 제106호, 삼성생명 은퇴연구소.
- 류재광(2017), '재택간병시스템 구축에 도전하는 일본 사례와 시사점', 은퇴리포트 제110호, 삼성생명 은퇴연구소.
- 최상태·한주형(2018), "시니어 시프트", 한국경제신문.
- イノウ編(2017)、『介護業界の仕組みと流れ』、ソシム。
- 川原経営総合センター(2017)、『最新介護ビジネスの動向とカラクリがよくわかる本』、秀和システム。



감사합니다

삼성생명



22