

노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향

2019. 12

강성호·김혜란

머 리 말

고령 인구의 급속한 증가와 장수화로 고령층에 대한 장기요양서비스 욕구가 증가하고 있다. 우리나라는 2017년 8월에 고령화율 14%를 초과하여 고령사회에 진입하였고, 2026년 초고령사회에 도달할 것으로 예상된다. 이러한 급속한 고령화는 질병 및 장수 리스크를 증가시켜 고령층의 장기요양서비스 수요 급증으로 나타날 것이다.

그동안 장기요양서비스는 공적 중심으로 운영되는 과정에서 복지서비스로 인식되어 민영 부문의 역할은 미미하였다. 즉, 장기요양보험이 2008년에 도입된 이후 장기요양서비스는 공적 영역 혹은 소규모 비영리단체를 중심으로 운영되었다. 급속한 고령화 과정에서 요양비는 지속적으로 증가하였고, 공적 부문은 재원 마련의 문제에 직면하게 되었다. 그러나 우리나라의 장기요양서비스의 욕구는 이제부터 본격화되고 있다는 점에서 추가적인 욕구에 대비하고 양질의 서비스 제공을 위해서는 민영 부문의 적극적 역할이 필요한 상황이다.

이에 본 연구는 良質의 요양서비스 제공과 재원 마련 측면에서 보험산업 역할의 필요성에 대해 살펴보았다. 이를 위해 우리나라의 장기요양서비스 및 보험을 평가하고, 독일, 일본 등 선진국의 보험산업에서 대응 사례를 검토하였다. 또한 해외사례 분석 및 실태조사를 통해 우리나라 보험산업의 장기요양사업 참여 가능 여부를 모색하였다.

나아가 본 보고서에서 제시한 대응 방안들이 장기요양서비스 및 관련 공·사적 보험에 대한 정책을 수립하고, 고령친화산업의 발전에 기여하기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며, 우리 원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2019년 12월

보 험 연 구 원
원장 안 철 경

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 2

1. 연구배경 및 목적 / 2
2. 선행연구 및 차별성 / 4
3. 연구의 구성 / 8

II. 우리나라 장기요양서비스/보험의 현황 및 평가 / 10

1. 장기요양서비스 및 요양보험의 현황 / 10
2. 장기요양서비스의 확대 가능성과 한계 / 29
3. 소결 / 38

III. 선진국의 장기요양보험/서비스 현황 및 시사점 / 40

1. 일본 / 40
2. 독일 / 58
3. 소결 / 71

IV. 보험회사의 장기요양사업 참여 가능성 검토 / 75

1. 실태조사를 통한 가능성 검토 / 75
2. 간병시장 규모와 경제적 효과 분석 / 94
3. 소결 / 101

V. 장기요양사업 및 간병보험의 정책방향 / 103

1. 기본방향 및 정부의 역할 / 103
2. 보험산업의 역할 제고를 위한 전제조건 / 107

VI. 결론 및 정책제언 / 114

| 참고문헌 | / 116

| 부록 | / 123

■ 표 차례

- 〈표 I-1〉 국내 선행연구 정리 / 6
- 〈표 I-2〉 국가별 요양서비스 및 공·사 장기요양보험 관련 연구 정리 / 7
- 〈표 II-1〉 요양병원과 요양시설 구분 / 12
- 〈표 II-2〉 보험산업의 장기요양서비스 사업 수행 관련 규정 / 13
- 〈표 II-3〉 요양병원과 요양시설 변화 추이 / 14
- 〈표 II-4〉 연도별 장기요양기관 인력 / 16
- 〈표 II-5〉 요양보험과 간병보험 비교 / 21
- 〈표 II-6〉 우리나라의 장기요양보험 등급판정 기준 / 22
- 〈표 II-7〉 연도별 장기요양보험 수급 인정자 및 수급자 증가 추이 / 23
- 〈표 II-8〉 연도별 장기요양 급여실적 / 23
- 〈표 II-9〉 간병보험 유형별 보험금 지급사유 / 26
- 〈표 II-10〉 판매 중인 간병보험 상품 현황(2019년 5월 기준) / 27
- 〈표 II-11〉 생명보험회사의 간병보험 실적 / 27
- 〈표 II-12〉 연령대별 치매보험 가입 현황(2014년 6월) / 28
- 〈표 II-13〉 한국의 고령화 추이 / 29
- 〈표 II-14〉 연령대별 간병보험 가입률 / 34
- 〈표 III-1〉 일본의 연령대별 고령인구 탄력성 / 41
- 〈표 III-2〉 일본의 연도별 제1호 피보험자 수 추이(연도 말 기준) / 43
- 〈표 III-3〉 서비스 유형별 수급자 수(2017년 기준) / 44
- 〈표 III-4〉 일본의 간병보험·개호특약 가입률 / 47
- 〈표 III-5〉 일본 손해보험회사의 부모간병비용보장보험 특약형 개발사례 / 48
- 〈표 III-6〉 일본의 유료노인홈 시설 수 및 증가 비율 / 49
- 〈표 III-7〉 각 개호 서비스의 영업이익률(수지차 비율) / 50
- 〈표 III-8〉 일본 보험회사의 간병사업 운영 현황 / 52
- 〈표 III-9〉 일본 생명보험회사가 제공하는 간병 관련 부가서비스 종류 / 53
- 〈표 III-10〉 요양서비스 관련 대기업 현황(2018년 3월) / 54
- 〈표 III-11〉 한국과 일본의 고령화 비교 / 57
- 〈표 III-12〉 독일의 유형별 장기요양기관 수(1999~2017년) / 61

■ 표 차례

- 〈표 III-13〉 독일의 80세 이상 인구 추이(2013~2060년) / 61
- 〈표 III-14〉 독일의 장기요양 수급자 현황(2017년 기준) / 63
- 〈표 III-15〉 독일의 요양보험 등급별 월급여액(2017년) / 65
- 〈표 III-16〉 독일의 연도별 요양보험 재정수지(2000~2015년) / 66
- 〈표 III-17〉 독일의 요양보험 등급판정 기준 / 67
- 〈표 III-18〉 독일 민영 요양보험 가입 현황(건강보험회사 기준) / 68
- 〈표 III-19〉 한·독·일의 인구·경제상황 비교 / 71
- 〈표 III-20〉 한·독·일의 치매 및 요양보험제도 비교 / 72
- 〈표 III-21〉 한·독·일의 요양보험 가입·수급, 재원의 국제비교 / 73
- 〈표 IV-1〉 조사설계 요약 / 76
- 〈표 IV-2〉 주요 설문 문항 / 76
- 〈표 IV-3〉 조사대상자 주요 특성 / 77
- 〈표 IV-4〉 수급 여부별 수급자의 동거 현황 / 78
- 〈표 IV-5〉 노인장기요양서비스 비수급자의 생활 방식 / 79
- 〈표 IV-6〉 수급자의 노인장기요양서비스 장소 / 80
- 〈표 IV-7〉 노인장기요양서비스 수급자의 서비스 유형별 이용 실태 및 희망 / 81
- 〈표 IV-8〉 민영보험회사의 장기간병보험 활성화 전망 / 83
- 〈표 IV-9〉 노인장기요양보험과 민영 장기간병보험의 역할 정립 / 83
- 〈표 IV-10〉 향후 노인장기요양서비스 수급 선호 장소 / 84
- 〈표 IV-11〉 민영 장기간병보험 가입 의향 / 85
- 〈표 IV-12〉 민영 장기간병보험의 가입을 원하는 시기 / 85
- 〈표 IV-13〉 민영 장기간병보험의 활성화 방안 / 86
- 〈표 IV-14〉 노인장기요양서비스에 필요한 자원 마련 방법 / 87
- 〈표 IV-15〉 보험회사에서 운영하는 장기요양시설 인지도 / 88
- 〈표 IV-16〉 보험회사의 요양서비스 제공사업의 적절성 / 88
- 〈표 IV-17〉 보험회사의 요양서비스 제공사업이 적절한 이유 / 89
- 〈표 IV-18〉 보험회사의 요양서비스 제공사업이 부적절한 이유 / 89
- 〈표 IV-19〉 보험회사가 요양서비스를 제공할 경우 이용 의향 / 90

■ 표 차례

- 〈표 IV-20〉 보험회사가 제공하는 요양서비스 중 가장 바라는 서비스 / 90
- 〈표 IV-21〉 보험회사의 요양시설 설립 선호 장소 / 91
- 〈표 IV-22〉 보험회사의 요양서비스가 비싸더라도 이용할 의향 / 91
- 〈표 IV-23〉 보험회사가 간병보험이나 주택연금과 같은 보험상품을 연계하여 개발할 때
이용 의향 정도 / 92
- 〈표 IV-24〉 부모님 간병을 위한 휴직 경험 / 93
- 〈표 IV-25〉 기업성 부모간병보험 찬성 정도 / 93
- 〈표 IV-26〉 기업성 부모간병보험의 가입 조건 / 94
- 〈표 IV-27〉 우리나라 치매 환자 수 및 유병률 전망 / 95
- 〈표 IV-28〉 일본 치매 환자 수 및 유병률 전망 / 96
- 〈표 IV-29〉 OECD 기준을 고려한 장기요양서비스 이용자 전망 / 97
- 〈표 IV-30〉 캡시니어 비중을 고려한 한국의 캡시니어 전망 / 98
- 〈표 IV-31〉 노인요양시설의 손익 및 수지분석 결과 / 99
- 〈표 IV-32〉 OECD 기준을 고려한 장기요양서비스 공급자 규모 전망 / 100
- 〈표 V-1〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 환경 및 수요 측면 / 104
- 〈표 V-2〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 간병준비 인식 제고 측면 / 105
- 〈표 V-3〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 요양 등 노후생활지원시스템 개선 / 106
- 〈표 V-4〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 공·사역할 분담 및 협력 / 107
- 〈표 V-5〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 민영기업 참여에 대한
진입장벽 완화 측면 / 108
- 〈표 V-6〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 良質의 서비스 제공 및
맞춤형 서비스 강화 / 110
- 〈표 V-7〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 고령화·장수화 속도를
고려한 인력확보 및 관리 등 측면 / 111
- 〈표 V-8〉 간병보험 발전의 제약 및 개선안 / 112

■ 그림 차례

- 〈그림 II-1〉 고령친화시장 규모 추이 및 전망 / 11
- 〈그림 II-2〉 주요국의 요양시설 및 요양병원의 침상 수 비교(2015년 기준) / 15
- 〈그림 II-3〉 연령대별 장기요양급여 지급 비중(2017년 기준) / 24
- 〈그림 II-4〉 노인장기요양보험 재정 추이 / 25
- 〈그림 II-5〉 노인장기요양보험 재정 전망(2018~2027년) / 25
- 〈그림 II-6〉 향후 가입희망 하는 생명보험 상품(복수응답) / 28
- 〈그림 II-7〉 65세 이상 노인의 복합만성질환 이환율(2008~2017년) / 30
- 〈그림 II-8〉 연령별 치매 진료자 수(2013~2017년) / 30
- 〈그림 II-9〉 건강보험 진료비 및 요양보험 급여비 비교 / 31
- 〈그림 II-10〉 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포 / 33
- 〈그림 II-11〉 연도별 건강실행점수 구성항목별 실태 비교(2014~2018년) / 34
- 〈그림 II-12〉 간병과 가구 경제 부담 / 35
- 〈그림 III-1〉 일본의 요개호 인정자 수(당해년도 말) / 43
- 〈그림 III-2〉 일본 개호보험의 총 지출 / 45
- 〈그림 III-3〉 독일의 공·사적 요양보험 체계 / 60
- 〈그림 III-4〉 65세 이상 연령 구간별 돌봄 필요자 비중 / 62
- 〈그림 III-5〉 독일 장기요양 수급자 증가 추이(1995~2018년) / 64
- 〈그림 III-6〉 독일의 공적 요양보험료율(1996~2019년) / 64
- 〈그림 III-7〉 독일의 자발적 보충형 장기간병보험 적립액 증가 추이 / 70
- 〈그림 IV-1〉 조사대상자 유형별 경제적 수준 / 77
- 〈그림 IV-2〉 조사대상자 유형별 가구원 수 / 78
- 〈그림 IV-3〉 노인장기요양서비스 수급자 간병 비용 부담 주체 / 80
- 〈그림 IV-4〉 노인장기요양서비스 수급자 간병 비용의 가계 부담정도 / 80
- 〈그림 IV-5〉 노인장기요양서비스 중단 경험 / 81
- 〈그림 IV-6〉 노인장기요양서비스 중단 이유 / 81
- 〈그림 IV-7〉 재원 마련 방법 / 82
- 〈그림 IV-8〉 요양시설 선택의 주된 기준 / 82
- 〈그림 IV-9〉 민영 장기간병보험의 적정한 월 평균 보험료 / 86

Status of Long-Term Care Service and Direction to Enhance the Role of Insurance Companies

The demand for long-term care services is expected to increase rapidly due to aging and longevity. However, the supply of high quality long-term care services is insufficient. The public sector faces financial problems, while the role of private sector is weak. Therefore, this study examined the necessity of the insurance industry's role in providing high quality long-term care services and financing.

According to the results of this study, first, the need for long-term care service is increasing both in quantity and quality in the process of rapidly aging population; however, the supply of nursing facilities is insufficient. Despite the efforts of the public sector, the cooperation of private sector is inevitable due to the public sector's financial problems. However, there are various practical constraints on the private sector's entry into long-term care business.

Second, in the case of Japan and Germany, it is difficult to evaluate their long-term care service uniformly due to the different environments. However, we found the characteristic that they had developed long-term care services through the introduction of market mechanisms and privatization. In particular, Japanese case suggests great implications to Korea, as the linkage between long-term care services and nursing insurance was shown.

Third, it is analyzed that long-term care demand in Korea will be expanded in the future. The cooperation of public and private sector is required to cope with such demand. Above all, it is time to look at how the care industry must respond and preempt the market as the silver industry expands.

요약

고령화와 장수화로 장기요양서비스 수요가 급증할 것으로 예상되나 이에 대응한 良質의 서비스 공급은 미흡한 상황이다. 공공부문은 재정문제에 직면해 있고, 민영부문은 영세화되어 있기 때문이다. 이에 본 연구는 良質의 요양서비스 제공과 재원 마련 측면에서 보험산업 역할의 필요성에 대해 살펴보았다.

본 연구결과에 의하면, 첫째, 급속한 고령화 과정에서 요양서비스 욕구는 양·질적으로 증가하고 있으나, 요양시설 등 공급은 부족한 상황이다. 그동안 정책적 노력에도 불구하고 공적부문의 재원 문제로 민영부문의 협력이 불가피한 상황이 초래되고 있다. 그러나 민영부문이 요양사업에 진출함에 있어 여러 가지 현실적 제약들이 존재하고 있다. 수요 측면에서는 서비스 욕구가 복합적이고, 간병인식이 낮아 재무적 준비가 부족하며, 가족 부양 의존성이 강하여 요양서비스 수요가 간병시장에 정상적으로 표출되지 못하고 있기 때문이다. 또한 공급 측면에서는 높은 초기 투자 비용, 경영리스크 부담, 평판리스크, 인력관리, 정책방향 등으로 산업화의 어려움이 존재하기 때문이다.

둘째, 일본과 독일의 사례를 통해 볼 때 인구, 사회, 제도적 환경이 달라 일괄적으로 평가하기는 어렵지만, 시장 메커니즘 도입과 민영화 촉진을 통해 요양서비스에 대응하고 있다는 특징을 발견할 수 있었다. 특히 일본은 요양사업에 보험회사 등이 적극적으로 참여할 수 있는 환경을 조성하고, 또한 요양사업과 간병보험의 유기적 연계 등이 특징으로 나타나 시사하는 바가 크다.

셋째, 실태조사와 경제적 효과 분석을 통해 볼 때 향후 우리나라의 간병시장은 2050년경에 현재의 2.5~4.5배(예비 간병시장 포함 시 4.2~6.2배)가 될 것으로 추정되었고, 이러한 시장 확대에 대응하기 위해 공·사 협력이 필요한 것으로 평가되었다.

무엇보다 고령산업의 성장과 함께 간병시장이 확대될 것이라는 점에서 시장에 어떻게 대응하고 선점해 나가느냐를 검토해야 할 시점이다. 이를 위해 산업의 제약요인으로 작용하는 문제점들을 우선적으로 해결할 필요가 있다. 특히, 간병보험은 보험산업과 강한 연계성을 가진다는 점에서 보험산업에서 적극적인 고민이 필요한 시점이다.

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

고령화와 장수화의 급속한 진행과 함께 만성질환, 치매¹⁾ 등 유병률 증가로 인해 노인장기요양에 대한 수요가 증가할 것으로 예상된다. 우리나라는 고령화율²⁾이 2017년 8월에 14%(726만 명)를 초과하면서 고령사회로 진입하였고,³⁾ 기대여명 증가⁴⁾로 장수화도 빠르게 진행되고 있다. 이러한 노인인구의 증가와 이들의 장수화는 치매 및 만성질환자의 증가로 이어져 요양과 같은 노인 돌봄서비스⁵⁾에 대한 수요가 확대될 것으로 예상된다.

또한 주거형태와 부양의식의 변화도 노인 돌봄서비스 수요를 결정짓는 주요한 요인으로 작용하고 있다.

노인 관련 주거형태의 변화를 보면, 최근 10년 동안 자녀와 동거가구는 감소하고 단독 또는 부부 노인가구는 증가한 것으로 나타나고 있다(통계청 2018b). 2017년 자녀동거가구는 23.7%로 2008년에 비해 3.9%p 감소한 반면, 노인단독가구는 23.6%, 노인부부가구는 48.4%로 2008년에 비해 각각 3.9%p, 1.31%p 증가하였다. 거동이 불편한 노인의 희망 거주형태는 ‘재가서비스를 받으면서 현재 집에 계속 머물고 싶다’(57.6%)가

1) 보건복지부 중앙치매센터가 발표한 『2016년 전국 치매역학조사』에서 60세 이상 치매 발병률은 2018년 7.15%에서 2040년 10.51%로 늘어날 것으로 전망됨

2) 65세 이상 인구 수(노인)가 증가하는 현상(노인인구비율(고령화율)=65세 이상 인구 수/전체 인구 수)

3) 행정안전부, 『주민등록인구통계』

4) 우리나라 기대수명(0세 기준 기대여명)은 1970년 61.9세에서 2014년 82.4세로 44년 동안 20.5세(연평균 0.47세) 증가하는 것으로 나타남(통계청 2018a: 통계청 홈페이지)

5) 여기서 돌봄서비스는 요양을 포함한 일반적 생활서비스까지 포괄하는 의미임

‘요양시설 입소를 희망’(31.9%)보다 높게 나타났다. 이는 간병이 필요할 경우 자신의 주거지와 지역에 머물면서 요양 받고자 함을 시사하고 있다.⁶⁾

부양의식의 변화를 보면, ‘스스로 해결’하거나 ‘가족과 더불어 국가와 사회’가 국민의 노후를 책임져야 한다는 인식이 강해지고 있다(통계청 2018b). 2018년 기준으로 부모부양을 ‘가족’이 해야 한다는 응답은 26.7%(2008년에 비해 14%p 낮음)인 반면, ‘가족과 더불어 정부·사회’가 책임을 져야 한다는 응답은 48.3%로 가장 높게 나타났다.

한편, 장수화로 인해 노노케어 증가 등 노인을 간병하는 주체도 노인, 즉 자녀가 고령자인 경우가 증가하고 있다. 이는 노노케어 가구에 대한 국가나 사회의 지원이 필요하고, 향후 이런 상황을 대비하여 퇴직 전에 충분한 요양비를 마련할 수 있는 시스템을 구축해야 함을 시사한다.

이에 정부는 2008년 7월 노인장기요양보험(이하, ‘요양보험’이라 함)⁷⁾을 도입하는 등 노인건강관리 정책을 강화하였다. 그러나 현재의 고령화 및 장수화 속도에 충분히 대응한 良質의 요양서비스를 제공하고 있는지는 의문이다.

이러한 상황을 고려하여 본 연구의 목적은 ① 장기요양서비스 관련 보험의 현황을 살펴보고, ② 보험산업의 장기요양서비스(요양사업) 참여 가능성을 검토하고, ③ 요양서비스 수요에 대한 재원 마련을 위해 간병보험의 역할을 검토하는 데 있다. 특히 장기요양서비스는 간병보험 등 재원 마련 측면에서 보험과 밀접히 관련된다는 점에서 보험산업의 동 서비스에 참여 가능성을 검토할 수 있다.⁸⁾ 다만, 보험산업의 요양사업 참여와 관련하여서는 직접적이고 단기적 수익 창출 측면보다는 보험산업의 이미지 제고를 통한 파생적 수익 가능성에 주목하고 있다. 파생적 수익이란 요양서비스 수행에 따른 기업이미지 제고를 통해 간병보험 등 관련 보험판매 증가에 따른 수익창출로 정의할 수 있다. 요양사업은 복지사업을 기본으로 하므로 수익 창출과는 거리가 있기 때문이다.

6) 이러한 현상은 일본, 독일의 경우도 유사한 것으로 이해되나, 자녀의 의향과는 다소 거리가 있는 것으로 조사되고 있음(삼성생명 은퇴연구소 2017)

7) 여기서는 공보험은 ‘노인장기요양보험’으로, 사보험은 ‘간병보험’으로 정의함

8) 고령층 대상 보험시장 현황은 강성호 외(2015)를 참조하기 바람

2. 선행연구 및 차별성

장기요양서비스 및 공·사 장기요양보험과 관련하여 선행연구는 다양하게 수행되어 왔으며, 다음과 같이 세 가지 유형으로 정리해 볼 수 있다.

첫째, 공보험(노인장기요양보험)과 장기요양서비스와의 관련성을 주로 다룬 연구들이다. 한국소비자원(2011)은 우리나라의 요양시설에 초점을 두고 문제점을 검토한 후 개선방안을 제시하고 있으며, 선우덕 외(2014)는 우리나라 노인장기요양보험의 선진화 필요성을 제시하고 있다. 황도경 외(2016)는 요양서비스와 의료와의 관계를 통해 노인 의료와 요양서비스의 수요를 분석하고 공급체계의 다양화를 모색하여 의료 및 요양서비스의 통합적 연계체계를 구축할 필요가 있음을 제안하고 있다. 김민경 외(2017)는 독일, 일본, 영국 등 주요 선진국의 장기요양제도의 특징을 살펴보고 이들 국가의 개혁동향 검토를 통해 우리나라의 노인장기요양보험의 개선방향을 제시하고 있다. 박은자 외(2017)는 요양병원과 요양시설의 질 관리 상태를 살펴보고 良質의 서비스 제공을 위한 개선방안을 제시하고 있다. 이호용 외(2018)는 장기요양기관 경영상태 분석 및 시설장에 대한 인식조사를 통해 수익성 분석을 수행하고 있다는 점이 특징이다.

이러한 선행연구들의 특징은 요양서비스 공급의 양극화⁹⁾ 등 서비스의 문제점을 공공부문의 영역에서 개선하는 것에 초점을 두고 있다.¹⁰⁾ 즉, 장기요양서비스의 재원 마련으로 공보험인 노인장기요양보험의 역할을 강조함으로써 사보험의 역할은 간과되고 있는 측면이 있다.

둘째, 고령화에 따른 사보험(간병보험)의 역할 강화의 필요성을 주로 다룬 연구들이다. 관련 선행연구로, 오영수(2008a)는 공적 장기요양보험의 도입에 대응하여 민영 장기간병보험 운영 방안에 대해 검토하였으며, 오승연 외(2016a)는 노인장기요양보험법 개정에 따른 보험산업의 대응 방향을 제시한 바 있다. 김석영(2018)은 경증치매보험 확대에 따라 보험회사가 리스크 관리를 강화할 필요가 있음을 제시하였다. 박선영

9) 공공기관에서 제공하는 良質의 서비스는 공급이 한정되어 있어, 수급불균형에 있고 영세기관에서 제공하는 서비스는 질적 측면에서 문제시 되는 지적이 많음

10) 한국소비자원(2011); 홍성대·홍필기·김철주(2007); 보건복지부·한국보건산업진흥원(2018); Cuellar, A. E. and J. M. Wiener(2000)의 다수의 연구들이 있음

(2014)은 간병보험의 재원으로 주택연금을 활용할 필요성에 대해 주장하였으며, 박복희 외(2018)는 간병보험의 가입요인으로 질병보험, 상해보험 등 다른 보험상품의 보유 여부가 중요함을 실증분석하였다. 김석영 외(2013)는 질병장애 및 장기요양인구 증가에 따라 간병보험이 더욱 활성화될 것이라는 점을 제시하고 있다.

이러한 연구들의 특징은 장기요양서비스 및 공보험과의 관계보다 민영 간병보험의 독립적 발전 가능성에 초점을 두고 있어, 공·사적 협력에 대한 모색이 고려되고 있지 못하다는 한계가 있다.

셋째, 선행연구들 중에는 공·사 보험과의 관계 및 민영화 등을 검토한 연구들이 있다. 관련 선행연구로, 오승연 외(2016b)는 독일의 장기요양보험 제도를 소개하고 우리나라 공보험과 사보험에 주는 시사점을 제시하고 있다. 김석영(2013)은 공적 장기요양보험 도입 및 확대에 따른 간병보험의 대응 전략을 마련할 필요성이 있다고 주장하였다. 홍성대 외(2007)는 영국, 독일, 미국의 공적 장기요양서비스의 민영화 추세를 검토하고 민영화에 따른 문제점(예: 서비스 질관리, 수익성 추구로 인한 다양한 서비스 부재 등)을 축소하는 대안으로 사회적 기업화를 제한하고 있다. 오영수(2008a)는 보험산업에서 노인장기요양서비스 제공 사업에 참여할 필요성이 있음을 제안하고 있다.

동 선행연구들의 특징 및 한계로는, 장기요양서비스 재원 마련으로 공보험과 사보험과의 관계를 고려하고 있다는 특징이 있으나, 보험산업에서 요양사업에의 직접적 참여에 대해서는 검토가 없거나 있다고 하더라도 노인장기요양보험 도입 이전의 내용(오영수 2008b)이어서 추가적인 연구가 요구된다.

〈표 I-1〉 국내 선행연구 정리

구분	선행연구	주요 내용
공보험	한국소비자원(2011)	노인 요양시설의 문제점 및 개선방안
	황도경 외(2016)	노인 의료와 요양서비스의 수요를 분석하고 공급체계의 다양화를 모색함으로써 공급의 통합적 연계 체계를 구축할 필요가 있음을 제안
	선우덕 외(2014)	노인장기요양보험 선진화를 위한 제도 개선방안
	김민경 외(2017)	주요국(독일, 일본, 영국 등)의 장기요양제도 현황과 개혁동향에 대해 정리
	박은자 외(2017)	요양병원, 요양시설의 질 관리 현황과 개선방안
	이호용 외(2018)	장기요양기관 경영상태 분석 및 시설장에 대한 인식조사
사보험	오영수(2008a)	장기요양보험의 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안
	오승연 외(2016a)	노인장기요양보험법 개정안 통과에 따른 보험산업에서의 대응 과제를 제시
	김석영(2018)	경증치매보험 확대에 따른 리스크 관리의 필요성 제시
	박선영(2014)	간병보험의 재원과 관련하여 주택연금 연계를 언급
	박복희 외(2018)	간병보험 가입요인에 대한 실증분석
	김석영 외(2013)	질병장애 및 장기요양인구 증가에 따른 간병보험 활성화 가능성 언급
공·사 보험 관계 /민영화 등	오승연 외(2016b)	독일의 장기요양보험 제도 소개 및 시사점 제시
	김석영(2013)	공적 장기요양보험 도입 및 확대에 따른 간병보험의 대응 전략 마련의 필요성 제시
	홍성대 외(2007)	공적 장기요양보호체계의 민영화 추세와 과제
	오영수(2008b)	보험산업에서 노인장기요양서비스 진출 필요성을 제안

이러한 장기요양서비스 및 관련 보험에 대한 해외 선행연구들도 매우 다양하게 있는 것으로 보인다.

해외 선행연구의 주요 연구결과도 큰 맥락에서 보면 고령화에 따른 요양수요자가 증가하고 이에 따른 요양서비스 및 요양보험의 필요성이 지속적으로 증대하고 있다는 점이다. 특히 요양보험과 관련하여서는 공적 요양보험의 재정문제로 인해 재원을 보험료에 국한하거나(독일), 사보험의 역할을 적극적으로 확대하는 정책(독일, 일본, 미국, 영국 등)으로 요약해 볼 수 있다.

일본의 장기요양서비스에 대해 류성경(2012), 류재광(2018)은 일본의 보험회사들이 간병보험과 요양서비스 사업으로 적극적으로 참여하고 있는 사례를 제시하고 있다. 한

편, 독일의 사례로, Besche, Vieweg(2017)는 독일의 간병보험에 대해 자세히 소개하고 있다는 점에서 참조할 만하다.

〈표 1-2〉 국가별 요양서비스 및 공·사 장기요양보험 관련 연구 정리

구분	선행연구
일본	류성경(2012), 일본 생명보험회사의 민영 장기간병보험 운영 사례에 관한 연구
	류재광(2018), 일본 개호 비즈니스의 동향과 시사점, 시니어케어 서비스 활성화와 공·사 협력, KIRI 심포지엄
	KEMPOREN(2017), Health Insurance, Long-Term Care Insurance and Health Insurance Societies in Japan
	다구치 켄타(2018), 일본 개호 사업의 수익성 확보 방안, 시니어케어 서비스 활성화와 공·사 협력, KIRI 심포지엄
	후루이치 신타로(2018), 동경해상의 개호사업 추진사례, KIRI 심포지엄, 제13회
독일	Besche, Vieweg(2017), Die Pflege-versicherung(The long-term care insurance) 8판
	Andreas Besche(2019), Long Term Care Insurance in Germany
	Gerhard Backer(2016), Reform of the long-term care insurance in Germany, EC ESPN Flash Report 2016/43
	Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel(2018), The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments, The Gerontologist, Volume 58, Issue 3, June 2018, Pages 588-597, https://doi.org/10.1093/geront/gnx018
영·미 등 기타	OECD(2017), health at a glance
	https://www.cdc.gov/nchs/nsltcp/index.htm
	Service Provision, Hospitalizations, and Chronic Conditions in Adult Day Services Centers: Findings From the 2016 National Study of Long-Term Care Providers
	Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2015-2016
	Rome, V., Harris-Kojetin, L., & Carder, P.(2019), Variation in Licensed Nurse Staffing Characteristics by State Requirements in Residential Care
	Reaves, E. L.(2015). Medicaid and Long-Term Services and Supports: A Primer

앞에서 살펴본 선행연구의 특징과 한계를 고려할 때 본 연구는 다음과 같은 점에서 차별화된다.

첫째, 본 연구는 장기요양서비스(요양사업)에 보험산업 등 민영부문의 참여 가능성을 살펴본다. 앞서 언급한 바와 같이 오영수(2008b)는 보험산업의 요양사업의 참여 가

능성에 대해 검토하였지만 장기요양보험제도가 도입된 2008년 이전의 상황에 대한 검토였다. 따라서, 해당 연구는 최근의 변화 상황을 고려하지 못한다는 점에서 추가적인 연구의 필요성이 있다. 그리고 나머지 대부분의 연구들은 간병 및 장기요양서비스의 재원 마련 수단으로 간병보험을 검토하고 있는 것으로 볼 수 있다. 이와 관련하여 오승연 외(2016a, 2016b)는 간병보험의 해외사례를 주로 검토하고 있으나 요양서비스 공급자로서 보험산업의 역할에 대한 연구는 아니다. 김석영(2013)은 요양보험의 보장범위 확대와 민영장기요양보험의 대응 방향에 대한 연구이다. 박선영(2014)도 주택연금과 연계한 간병보험 상품의 개발을 내용으로 한다는 점에서 장기요양서비스의 공급주체로서 보험회사의 역할을 논하는 것과는 거리가 있다.

둘째, 본 연구는 장기요양서비스와 간병보험의 관계에 초점을 둬으로써 재원문제를 공·사 협력 관점에서 접근한다. 이와 관련하여 대부분의 선행연구들은 재원 마련으로 보험료 인상, 수가 조정 등 노인장기요양보험 내에서의 해결을 고집하였다는 점에서 공·사 협력적 해소 방안이 미흡하였다.

셋째, 민영부문의 장기요양사업 참여 가능성을 판단하기 위해 서비스 수급대상자에 대한 인식조사, 보험회사 담당자 면담, 경제적 효과분석, 해외사례 조사 등 종합적 관점에서 검토한다. 특히, 장기요양서비스의 보험산업 참여가능성에 대한 실태조사는 한 번도 수행된 바가 없다는 점에서, 그리고 요양사업의 경제적 효과에 대한 검토는 선행연구에서 시도되지 못한 부분이라는 점에서 차별화된다.

3. 연구의 구성

본 연구는 총 5장으로 구성되어 있다. 서론에 이어 제2장에서는 우리나라 장기요양서비스와 관련 공·사 요양보험의 현황을 살펴보고 평가한다. 특히 장기요양서비스를 둘러싼 환경을 검토한 후 서비스의 확대 가능성을 보험산업 관점에서 진단하고 있다. 제3장에서는 선진국의 장기요양서비스 및 요양보험에 대해 살펴본 후 시사점을 모색하고 있다. 주요 분석 국가는 일본, 독일로 하였다. 일본은 민영보험회사들이 장기요양

사업¹¹⁾에 적극적으로 참여하고 있다는 점에서, 독일은 우리나라와 유사하게 건강보험 제도와 장기요양보험제도를 도입하여 동일 기관(건강보험공단)에서 함께 운영하고 있다는 점에서 참고할 국가로 판단하였다. 제4장에서는 우리나라의 보험산업이 장기요양사업에 참여 가능성이 있는지에 대해 살펴본다. 이를 위해 실태조사와 선진국의 경험 등을 고려한 확대 가능성을 검토한다. 먼저, 실태조사와 관련하여서는, 장기요양서비스를 받을 용의가 있는지, 산업 측면에서 역할 강화에 대해 어떻게 생각하는지 등에 대해 소비자 인식조사를 수행한 후에 이를 정리한다. 다음으로 선진국의 경험 등을 활용한 가능성 평가는 선진국의 고령화 과정과 이에 대한 공·사적 측면에서의 대응정도를 고려하여 향후 민영부문에서 역할 강화의 가능성을 제시하고자 한다. 제5장에서는 앞에서 살펴본 현황, 평가, 참여 가능성 분석 등을 바탕으로 보험산업 관점에서 요양사업 참여 및 간병보험 정책방향을 제시한다. 제6장에서는 결론 및 정책 제언으로 마무리하고자 한다.

11) '장기요양사업'이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인 등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 의미함(노인장기요양보험법 제2조)

II. 우리나라 장기요양서비스/보험의 현황 및 평가

1. 장기요양서비스 및 요양보험의 현황

가. 법적 개념과 보험산업과의 관계

장기요양서비스는 치매, 중풍 등 거동이 불편한 노인이나 중증장애인에 대해 시설(요양기관)이나 가정에서 장기요양급여¹²⁾를 제공하는 것을 의미한다. 장기요양서비스 재원은 공적인 경우 조세 혹은 보험방식¹³⁾으로, 사적인 경우 보험가입을 통해 마련하게 된다. 이와 관련하여 현재 우리나라는 공보험에서 제공하는 노인장기요양보험(이하 요양보험)과 사보험에서 제공하는 간병보험이 있다.

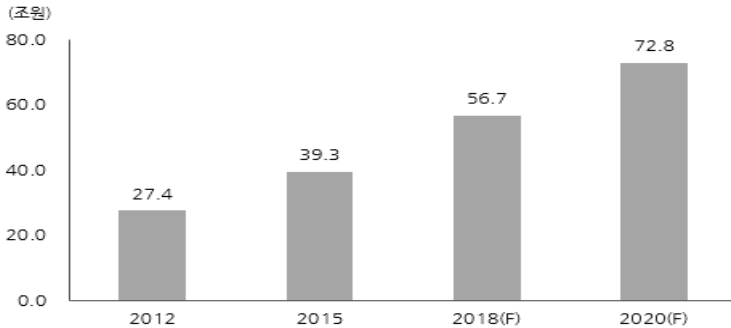
한편 장기요양서비스는 고령친화산업진흥법 및 시행령(이하, '고령친화산업법령'이라 함)¹⁴⁾에 의해 고령친화제품으로 분류되는 고령친화산업에 해당된다. 한국보건산업진흥원에서 추산한 고령친화시장 규모(금융업 제외)는 2012년 27조 4천억 원에서 2015년 39조 3천억 원으로 3년 동안 43% 증가하였다. 또한 동 기관의 추정에 의하면(보건복지부·한국보건산업진흥원 2018), 고령친화시장은 2015년부터 2020년까지 매년 13.1% 성장하여 2020년에 약 72조 8천억 원(GDP 대비 5.5%)에 달할 것으로 예상된다(KPMG(2017), p. 11).

12) '장기요양급여'란 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되어 등급판정기준에 따라 수급자로 된 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 '서비스'나 이에 갈음하여 지급하는 '현금' 등을 의미함(노인장기요양보험법 제2조 제2호)

13) 대부분의 국가는 조세방식으로 운영하나 우리나라, 독일, 일본은 보험방식을 취하고 있음(김민경 외 2017)

14) 고령친화산업 진흥법(제2조 제1항) 및 시행령(제2주)에서 고령친화산업을 ① 의료기기, ② 주택, ③ 요양서비스, ④ 금융·자산관리 서비스, ⑤ 정보기기 및 서비스, ⑥ 여가·관광문화 또는 건강지원서비스, ⑦ 농업용품 및 영농지원서비스, ⑧ 의약품·화장품, ⑨ 교통수단·교통시설 및 서비스, ⑩ 건강기능식품 및 급식 서비스의 10가지 세부 분야로 정의함

〈그림 II-1〉 고령친화시장 규모 추이 및 전망



자료: 한국보건산업진흥원(2015); KPMG(2017)

이러한 고령친화시장 중에서 요양산업의 성장률이 빠르게 성장하고 있음에 주목할 필요가 있다.¹⁵⁾ 이에 대해서는 다음 부분(나. 장기요양서비스 현황)에서 설명하고자 한다.

노인요양서비스의 공급기관인 장기요양기관(시설요양기관, 재가요양기관)¹⁶⁾은 시설요양과 재가요양서비스¹⁷⁾를 제공하고 그 대가로 장기요양급여를 받는다.

유의할 점은 시설요양(요양시설)은 노인장기요양보험법에 근거하며 의료법에 의한 요양병원과는 구분되며, 다음과 같은 점에서 주요한 차이가 있다(삼성생명 은퇴연구소 2017).

요양병원은 의사, 간호사 등의 의료진이 상주하나 요양시설에는 의료진이 상주하지 않고 외부의사(촉탁의)가 방문한다. 요양병원은 국민건강보험, 요양보험 모두 비급여는 본인부담이 원칙이고 급여에 본인부담이 적용된다는 점도 동일하나 세부적 내용에 차이는 있다.¹⁸⁾ 요양병원은 본인부담 상한제¹⁹⁾가 존재하나 요양시설에는 없다. 요양

15) 경제와 건강상태를 고려하여 일본의 고령자 시장 규모를 살펴보면, 경제력이 있는 노인이 시니어 시장의 10%를 차지하고, 고령화·장수화로 인해 간병시장이 시니어 시장의 10%를 차지할 것이라는 전망이 있음(류재광 2017)

16) '장기요양기관'이란 제31조에 따라 지정을 받은 기관 또는 제32조에 따라 지정의제된 재가장기요양기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관임(노인장기요양보험법 제2조)

17) 시설요양은 노인 등을 요양시설에 입소시켜서, 재가요양은 자신의 주거지에서 요양, 급식, 기타 일상생활에 필요한 서비스를 제공하는 것을 의미함(노인장기요양보험법 제23조)

18) 요양급여의 경우 재가급여와 시설급여에서 본인부담율은 각각 15%, 20%임. 다만, 국민기초생활보장법에 따른 수급권자는 면제이며, 기타의료급여 수급권자는 40~60% 감경됨(노인장기요양보험법 제40조 제1항)

19) 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어주기 위해 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외)의 총액이 개인별 상한금액('19년 기준 81~580만 원)을 초과하는 경우 초과금액을 건

병원의 식비는 급여가 적용되지만, 요양시설의 식사재료비(주식, 한식, 간식 등)는 비급여로 본인부담이다.

〈표 II-1〉 요양병원과 요양시설 구분

구분	요양병원	요양시설
법적 근거	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법
재원	건강보험	노인장기요양보험(건강보험료액의 약 7.38% (2018년), 국고(보험료 예상수입액의 20%), 본인부담으로 조달)
목적	질병이나 장애로 인해 장기 치료가 필요한 환자에게 의료서비스 제공	노화 등에 따른 신체, 정신적 기능 저하로 거동이 불편한 자에게 일상생활 지원
이용 대상	65세 이상 노인 환자 선택	- 노인장기요양보험 등급판정위원회에서 1~2급 인정하에 입소 가능 - 3~5등급자 중 가족구성원으로부터 수발 곤란, 주거환경 열악 등 특별한 사유 발생 시 예외적 입소 가능

자료: 이정택(2018): 노인장기요양보험 홈페이지(노인장기요양보장제도)를 참조하여 정리함

요양시설을 유형별로 보면 노인의료복지시설,²⁰⁾ 재가노인복지시설²¹⁾로 구분된다. 노인의료복지시설은 2008년(2008. 4. 4) 통합 및 개편과정에서 기존의 ‘노인요양시설, 노인전문요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인전문요양시설, 유료노인요양시설’을 ‘노인요양시설’로 통합하고, ‘노인요양공동생활가정’을 신설하였으며, 노인전문병원은 장기요양기관에서 제외되었다(노인장기요양보험 홈페이지/노인요양시설).

요양병원이 아닌 요양시설에 대한 설립 및 관련 서비스 수행은 의료행위가 아니므로 현재 보험산업에서도 가능하다. 즉, 보험회사의 장기요양서비스 사업 수행 여부는 보험업법 제11조의2, 제115조 제1항, 동법 시행령 제59조에 근거하여 보험업의 부수 업무 및 자회사 설립을 통해 수행할 수 있다.

강보험공단이 부담하는 제도임

20) 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 노인이 입소하여 급식·요양 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공받는 시설을 의미하며, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있음(노인복지법 제34조 제1항)

21) 살고 있는 지역에서 거주하면서 서비스를 제공받을 수 있는 시설로서 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 기타서비스로 구성됨(노인복지법 제38조)

〈표 II-2〉 보험산업의 장기요양서비스 사업 수행 관련 규정

구분	근거법	설명
부수업무	보험업법 제11조의2	경영건전성, 계약자 보호, 금융시장의 안정성을 해치지 않는 한 부수업무가 가능
자회사	보험업법 제115조 제1항 제4호	보험업의 건전성을 저해하지 아니하는 업무로서 대통령령으로 정하는 업무
	보험업법 시행령 제59조 제1항	건강·장묘·장기간병·신체장애 등의 사회복지사업 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무와 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설의 설치·운영에 관한 업무 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무

주: 보험업법을 참고하여 저자가 정리함

나. 장기요양서비스 현황

1) 장기요양서비스 시장 규모 및 시설

요양산업의 시장 규모는 2012년 2조 9,349억 원에서 연평균 16.6% 성장할 것으로 전망되어 앞서 설명한 고령친화 산업의 연평균성장률(약 13.1%)보다 높을 것으로 예상되고 있다. 이러한 추세를 고려하면 요양산업의 시장규모는 2020년에 10조 316억 원으로 전망된다.

이러한 요양산업의 시장 확대는 2008~2017년간 요양병원 및 요양시설을 꾸준히 증가시켜 왔으며, 시설 수 측면에서는 요양시설이, 시설규모 면에서는 요양병원이 많았다. 2017년 기준 요양시설 수는 요양병원 수에 비해 2.2배이나, 병상 수(혹은 침상 수)로는 요양시설이 요양병원의 55.5% 수준이다. 시설 당 병상 수(혹은 침상 수)는 요양병원이 184개, 요양시설이 47개여서²²⁾ 요양병원의 대형화 현상을 보여주고 있다.

22) 요양병원은 '28.1만 개/1,529개', 요양시설은 '15.6만 개/ 3,289개'로 산출함

〈표 II-3〉 요양병원과 요양시설 변화 추이

구분	2008년도	2012년도	2016년도	2017년도
요양병원(A)	690개 (7.6만 개)	1,103개 (14.0만 개)	1,428개 (24.2만 개)	1,529개 (28.1만개)
요양시설(B)	1,332개	2,610개 (11.9만 개)	3,136개 (15.0만 개)	3,289개 (15.6만개)
B/A	1.93배	2.37배 (85.0%)	2.20배 (62.0%)	2.15배 (55.5%)

주: 1) () 안은 병상 혹은 침상 수임

2) 요양시설에는 노인요양시설만 포함함(노인요양공동생활가정 제외)

자료: 이정택(2017); 요양병원은 보건복지부(2017), 요양시설은 국민건강보험공단(2017)을 참고하여 작성함

보건복지부(2019)에 의하면, 요양병원에서 최근 10년 동안(2008~2018년) 중증환자 비율은 낮아졌고 경증환자 비율은 증가한 것으로 나타났다.²³⁾ 상대적으로 대형화된 요양병원의 입소를 원하는 수급자들이 치료를 마친 후 요양기관으로 이동하여야 함에도 불구하고 요양병원에 남아 있는 경향이 있음을 보여준다. 이로 인해 요양병원 진료비 증가율이 다른 의료기관에 비해 현저히 높은 것으로 나타나고 있다.²⁴⁾

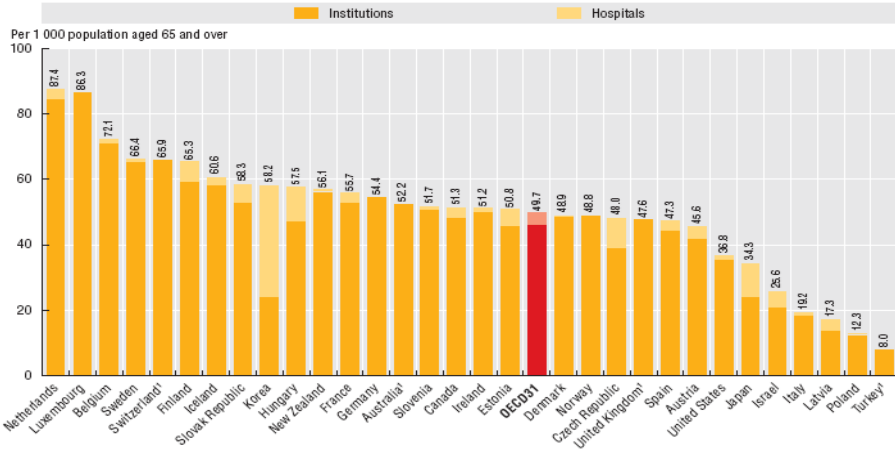
주요 국가와 비교할 때 우리나라의 전체 침상 수는 OECD 31개국의 평균보다 다소 높으나 다른 국가에 비해 요양시설 침상 수(65세 이상 1천 명당 침상 수 기준)는 매우 낮은 것으로 나타나고 있다. 이는 그만큼 시설이 부족함을 보여주며, 나아가 프라이버시를 고려한 병실 및 침상 수 확대 등 요양서비스 질이 충족된 인프라 개선의 필요성이 있음을 시사한다.

23) 보건복지부 보도자료(2019. 4. 30), “〈제7차 건강보험정책심의위원회〉 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결”에 의하면, 2008년 중증환자는 72.8%에서 2018년에 47.1%로 감소하여 경증환자의 요양병원 입소율이 증가함

24) 2010~2016년 60세 이상 건강보험의 노인진료비 전체는 92% 증가한 반면, 요양병원 진료비는 170% 증가함(이정택 2018)

〈그림 II-2〉 주요국의 요양시설 및 요양병원의 침상 수 비교(2015년 기준)

(단위: 65세 이상 1천 명당 침상 수)



자료: OECD(2017a), p. 213

한국개발연구원(2013)에 의하면, 우리나라 노인의료복지시설 입소자는 2010년 104,460명에서 2040년 261,808명으로 2.5배 증가하고, 재가노인복지시설 입소자는 동 기간 65,931명에서 224,930명으로 3.4배 증가할 것으로 전망한 바 있다.²⁵⁾ 시설보다는 집에서 요양서비스를 받고자 하는 욕구의 증가속도가 커지기는 하나 질적 서비스를 요구하는 경향도 함께 나타나고 있다는 점에 주목할 필요가 있다(박은자 외 2017; 류재광 2016).

또한 한국개발연구원(2013)은 우리나라 요양서비스 수요가 OECD 국가들의 평균 수요수준으로 수렴할 것을 가정할 경우(시설서비스 평균 이용률 4.9%, 재가서비스 평균 이용률 9.6%), 2040년 노인의료복지시설의 예상수요는 80만 2천 명이고 재가노인복지시설의 예상수요는 158만 명으로 추정하고 있다.²⁶⁾ 동 수치에 의하면 노인의료복지시설은 정원 대비 6.1배, 재가노인복지시설은 현원 대비 24배 증가하게 될 것으로 예상된다.

25) 통계청의 2012년 장래인구추계 시도편의 노인인구와 보건복지부 2011년 노인복지시설현황의 노인인구 대비 노인복지시설 이용인원 비율을 사용한 노인의료복지시설과 재가노인복지시설의 수요를 전망함(한국개발연구원(2013), p. 168)

26) 한국개발연구원(2013), p. 204

이러한 통계적 수치도 재가서비스에 대한 선호가 더 증대할 것으로 제시하기는 하나 시설서비스에 대한 욕구도 6.1배 증가한다는 점에 주목할 필요가 있다. 이를 고려할 때 현재의 시설규모에 대한 충분성 검토가 요구되고, 앞서 설명한 바와 같이 良質의 요양서비스 제공을 고민할 필요가 있음을 시사한다.

이에 대해서는 선진국의 경험을 고려하여 판단할 필요가 있으므로 제3장 선진국의 사례를 바탕으로 제4장에서 산업 활성화 가능성을 검토하고자 한다.

장기요양기관 및 관리 인력을 살펴보면 다음과 같다. 장기요양기관 수는 약 2만 여 개²⁷⁾(입소시설 5천 여개, 재가시설²⁸⁾ 1만 6천여 개소)로 관리 인력은 2017년 약 37만 7천 명이다. 관리 인력을 구분하면 요양보호사²⁹⁾가 34만 명(입소시설 6만 명, 재가기관 27만 명³⁰⁾)으로 전체의 90.3%를 차지하며, 사회복지사 4.9%, 간호조무사 2.6% 순으로 나타났다.

〈표 II-4〉 연도별 장기요양기관 인력

(단위: 명, %)

구분	2008	2015	2017
계	125,000	324,946	377,184 (100.0)
사회복지사	4,195	13,923	18,535 (4.9)
의사(축탁 포함)	-	1,415	2,198 (0.6)
간호사	2,951	2,719	2,791 (0.7)
간호조무사	2,373	9,099	9,845 (2.6)
치과위생사	-	4	7 (0.0)
물리(작업)치료사	-	1,952	2,024 (0.5)
요양보호사	114,000	294,788	340,624 (90.3)
영양사	-	1,046	1,160 (0.3)

주: 1) 각 직종 내 중복인원은 제거함(의사+축탁의, 물리+작업치료사, 요양보호사1급+2급)

2) 조리원, 사무원 등 기타종사자는 포함하지 않음

3) () 안은 점유율임

자료: 보건복지부 보도자료(2018. 8. 24), “2017 노인장기요양보험 통계연보 발간”

27) 노인요양시설 3,414개소, 노인요양공동생활가정 1,924개소, 재가노인복지시설 단기보호 등 16,334개소임(보건복지부 장기요양시설 유형별 현황 2019. 3. 31)

28) 재가서비스(5종, 노인장기요양보험법 제23조): ① 방문요양, ② 방문목욕, ③ 방문간호, ④ 주야간보호(하루 중 3~12시간), ⑤ 단기보호(월 15일)

29) 240시간의 요양보호사 교육과정을 이수하고 시·도지사가 실시하는 자격시험에 합격하여 자격 취득한 자를 말함

30) 보건복지부 보도자료(2017. 11. 7), “본인부담 경감 대상 확대, 경증치매대상 인지기원 등급 신설 등 장기요양보험 보장성 강화된다”

특히, 요양보호사는 요양보험제도가 도입된 2008년에 비해 2017년에 3배 정도 증가하고, 사회복지사와 간호조무사도 크게 증가했으나 간호사는 감소했다. 의사, 물리(작업)치료사 규모는 낮은 수준이어서 전반적으로 장기요양인력은 적은 것으로 평가되고 있다.

2) 보험산업의 요양사업 참여 사례

여기서는 민영 금융기관(자회사 포함)이 운영 중인 장기요양기관을 살펴보고 향후 요양사업 참여(투자 확대 포함) 가능성을 진단하고자 한다.

이와 관련하여 대표적 장기요양기관으로 KB손해보험의 자회사인 KB골든라이프케어에서 운영하는 위례빌리지와 강동케어센터가 있다. KB골든라이프케어는 급격한 노령화에 따른 은퇴노후준비 활성화를 목적으로 설립한 요양사업회사이다.

위례빌리지는 2019년 초에 개원하여 총 130석 규모의 침상 수를 갖추고 있으며, 1~2인실 중심으로 운영되고 있다. 요양보험 등급 판정을 받거나, 일상생활수행에 도움이 필요한 노인을 자격 대상으로 하고 있다. 위례빌리지의 담당자 면담에 의하면, 정원이 130석이지만 대기자가 100명 정도라는 점에서 지속적으로 동 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 보고 있다.³¹⁾ 이러한 이유에는 여유있는 노인인구가 밀집되어 있는 신도시라는 지역적 특성, 고급화에 따른 良質의 서비스 제공 기대, 개발 이익으로 인한 시설매입에 따른 부동산 가치의 증가도 있는 것으로 판단된다.

31) 담당자의 인터뷰 내용을 정리한 것임(2019년 4월)

■ KB골든라이프케어 위례빌리지³²⁾

- 개요: 일상생활을 수행하기 어려운 노인들을 대상으로 24시간 생활 전반을 지원하는 요양시설로 최적의 접근성 확보를 위해 도심에 위치하고 있음
- 이용안내

이용자격	- 노인장기요양보험 등급을 판정받은 어르신 - 일상생활 수행에 도움이 필요하신 어르신
이용비용	- 월 본인부담금 1인실(240~250만 원), 2인실(170~180만 원), 4인실(80~90만 원) - 1·2·4인실은 공통으로 장기요양급여 본인부담금(장기요양급여비용의 20%)과 식대(식비 및 간식비)를 포함한 금액이며, 1·2인실은 상급침실 이용료도 포함된 금액임 - 30일 기준의 금액으로 장기요양등급에 따라 차이가 발생함 - 촉탁의 진료비, 이/미용비, 교통비 등은 미포함
이용절차	- 사전접수 및 입소상담 후 입소신청서 제출하고 입소 계약

강동케어센터는 자율형선택 프로그램(물리치료, TV시청 등)을 수행한 후 귀가를 돕는 주야간보호(데이케어) 서비스 제공 기관이다. 자격대상은 위례빌리지와 동일하며, 관련 비용은 노인장기요양보험법에 따라 총급여비에 대하여 공단부담금 85%, 본인부담금 15%이며, 식사비, 간식비 등 비급여는 본인부담이다.

■ KB골든라이프케어 강동케어센터³³⁾

- 개요: 하루 중 일정한 시간 동안 케어센터에서 이용자의 활동을 지원하고, 신체 및 인지 기능의 유지 향상을 위한 다양한 프로그램과 식사 서비스를 제공함
- 이용안내

이용자격	- 노인장기요양보험 등급 판정 어르신 - 일상생활 수행에 도움이 필요한 어르신
이용비용	- 장기요양 총급여비에 대하여 공단부담금 85%, 본인부담금 15% - 식사비, 간식비 등 비급여 본인부담
운영시간	- 월~금: 오전8시~오후10시 / 토요일: 오전8시~오후6시

- 주요 프로그램: 시니어건강체조, 작업치료, 취미교육, 기능회복 프로그램, 물리치료 등
- 협력병원: 가톨릭대학교 서울성모병원, 청병원

32) <https://www.kbgoldenlifecare.co.kr/page/service>

33) <https://www.kbgoldenlifecare.co.kr/page/service>

공익재단에서 운영하는 형태가 있는데, 실버타운³⁴⁾ 형태로 운영하는 삼성생명공익재단의 노블카운티 너싱홈(복합실버타운³⁵⁾)이 있고, 하나공익재단과 고려대학교 간호대학이 산학협력을 통해 설립한 하나케어센터가 있다.

노블카운티 너싱홈은 사회공헌 사업의 일환으로 2001년 개원하였으며, 요양등급자를 대상으로 하는 요양시설과 달리, 실버타운으로 분류되고 있어 장기요양보험법이 아닌 노인복지법에 의해 운영되고 있다.

■ 삼성생명공익재단의 노블카운티 너싱홈³⁶⁾

- 개요: 가정과 같은 생활공간에서 간호, 간병, 전문재활치료, 다양한 문화와 여가 등을 통해 건강하고 다양하며 풍요롭게 노후의 삶을 즐길 수 있도록 함
- 이용안내

이용자격	- 노인복지법에 의거 만 60세 이상의 치매, 중풍 등 만성질환으로 일상생활 보조가 필요한 사람이 입주할 수 있음
이용비용	- 입주보증금 1인실(1억 원), 2인실(7천만 원), 4인실(5천만 원) - 월 생활비 1인실(551~681만 원), 2인실(427~463만 원), 4인실 350~388만 원)으로 요양등급에 따라(1등급 30만 원, 등급 간 30만 원) 부과 - 소모품비·의료비·식비(1인 90번 식사로 52만 원)는 별도로 부과

하나금융공익재단 하나케어센터는 치매, 중풍 등 노인성 만성 질환을 앓고 있는 노인을 수발하기 위해 2009년 3월에 개원한 장기요양기관이다. 'Unit Care'(노인 15명을 간호단위로 함) 시스템 및 요양시설 발전 등을 통하여 궁극적으로 사회구성원들의 삶의 질을 높이는 것을 목표로 하고 있다.

34) 실버타운은 법률적 용어가 아니므로 최근 의료서비스에 중점을 둔 요양원 성격의 시설로도 용어를 사용하는 경우도 있음. 일반적으로 노인복지주택 혹은 양로시설로 설립됨(KB금융지주 경영연구소 2015)

35) http://samsungnc.com/?page_id=12

36) http://samsungnc.com/?page_id=43

■ 하나금융공익재단의 하나케어센터³⁷⁾

- 개요: 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활이 어려운 어르신들에게 편안한 요양 환경을 제공함으로써 노후생활 안정을 도모하고 가족의 부담을 경감시켜 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 노인전문요양시설임
- 이용안내

이용자격	- 장기요양 1~2등급(시설급여) - 장기요양 3~4등급자로 판정받았으나, 등급판정위원회에서 다음 사유 중 1개 이상 해당하는 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자 가. 동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우 나. 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우 다. 심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우 - 장기요양 5등급자로 판정받았으나, 등급판정위원회에서 다음 사유 중 1개 이상 해당하고 의사소견서 치매진단 관련 보완서류의 영역이 일정점수 이상인 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자 가. 동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우 나. 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우
이용시설 및 서비스	- 입소정원: 99명(1인실: 7실, 2인실: 30실, 4인실: 8실) - 서비스: 건강관리 서비스(의료/재활서비스, 간호요양서비스, 영양 서비스), 전문프로그램(상담 및 심리 재활, 특정 질환 대상별 맞춤식 프로그램), 일상생활서비스(맞춤형 식단 제공, 개인위생, 여가지원)

- 일반후원, 특별후원, 물품후원 등의 후원을 받고 있음

위 사례들을 볼 때 보험회사 등을 중심으로 良質의 요양서비스 공급을 제공하는 요양시설 운영을 시작하고 있는 것으로 보인다. 아직 성과를 평가하기에는 이른 감이 있지만, 위례빌리지의 대기자 규모 등을 고려할 때 민영 시설에 대한 선호가 있다고 판단된다. 향후 급증할 것으로 보이는 간병수요를 고려한다면 보다 적극적인 민영의 대응이 요구된다고 하겠다. 경영전략 또는 사업모형에 대한 검토도 필요하다고 생각되나 자료 획득의 한계로 후속 연구로 남기고자 한다.

37) <http://www.hanacarecenter.or.kr/index.html>

다. 장기요양보험/간병보험 현황

여기서는 장기요양서비스 이용자의 재원 마련 수단으로 현행 공·사적 장기요양보험을 살펴보고자 한다.

공·사 보험은 근거법, 도입시기, 운영기관, 가입의무, 가입대상, 급여대상 등 대부분에 있어 차이가 나지만, 간병보험이 요양보험을 보완하는 역할을 하는 것이 일반적이다. 다만, 요양보험은 현물급여 형태로 지급되나 간병보험은 정액 보험금으로 지급되고 있어 실제로 어디에 사용되고 있는지에 대한 검토가 요구된다.

〈표 II-5〉 요양보험과 간병보험 비교

구분	요양보험(공적보험)	간병보험(민영보험)
근거법	노인장기요양보험법	보험업법
도입시기	'08.7월	'03.8월
운영기관	국민건강보험공단	보험회사
가입의무	있음	없음
가입대상	건강보험가입자(전국민)	개별 보험회사의 간병보험 인수기준을 충족하는 자
급여대상	65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환자(치매, 알츠하이머, 외내출혈, 파킨슨증 등)	보험기간 중 중증치매, 활동불능 진단 등 약관상 지급요건을 충족한 자
지급사유	장기요양등급 판정을 받고 요양서비스 수급 시 지급	약관상 지급사유 발생 시 (주된 지급사유 유형은 3가지)
급여종류	시설급여, 재가급여, 가족요양비 ³⁸⁾	약정보험금을 일시금(진단자금) 또는 연금(요양자금) 형태로 정액지급

자료: 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”을 참고하여 업데이트 함

38) 가족요양비는 도서벽지 거주, 전염병환자, 정신장애인 등의 사유로 수급자의 가족이 요양하게 되는 경우 현금으로 지급함(재가 및 시설급여와 중복 수급 불가)

1) 공공부문(장기요양보험)

장기요양보험 등급 기준 1~6등급(인지지원 등급 포함) 판정자가 대상이 된다.³⁹⁾ 이 중 시설급여 대상자인 1~2등급(중증)의 비중은 21% 수준이고, 재가급여 대상인 3등급 이하(경증)가 79%로 대부분인 것으로 나타나고 있다.

〈표 II-6〉 우리나라의 장기요양보험 등급판정 기준

장기요양등급	판정기준
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 95점 이상
2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 75점 이상 95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 60점 이상 75점 미만
4등급	일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 51점 이상 60점 미만
5등급	치매 환자 & 장기요양인정점수가 45점 이상 51점 미만
인지지원 등급(6등급)	치매 환자 & 장기요양인정점수가 45점 미만(2018년~)

주: 2008~2013년까지는 3등급으로 구분되었다가 2014년부터 4, 5등급 추가되었고, 2018년 이후 인지지원등급(6등급)이 신설됨

자료: 보건복지부 홈페이지; 노인장기요양보험 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

2017년 장기요양보험 인정자⁴⁰⁾(수급자) 수는 58만 5천 명(57만 9천 명)으로 전체 노인인구 대비 8%(7.9%)에 해당된다. 이러한 비율은 2013년 6.1%, 2015년 7.0%로 연간 0.5%p 증가하는 것으로 나타났다.

주목할 점은 인정자 및 수급자의 증가율은 노인인구 증가율보다 가파르게 상승해 왔고, 향후 더 강하게 나타날 것이라는 점이다. 특히 수급자 증가율은 2014년 8.5%에서 2017년 11.3%로 급속히 증가하였다.

39) 2017년 기준 1등급 4.3만 명, 2등급 8만 명, 3등급 19.6만 명, 4등급 22.4만 명, 5등급 4.2만 명임(국민건강보험공단 2018)

40) 장기요양인정 신청자 중 등급 판정을 인정받은 자(1, 2, 3, 4, 5등급, 인지등급)를 말함

〈표 II-7〉 연도별 장기요양보험 수급 인정자 및 수급자 증가 추이

(단위: 천 명, %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017
65세 이상 인구	6,193	6,463	6,719	6,940	7,311
노인인구 증가율		4.4	4.0	3.3	5.3
인정자	378	425	468	520	585
인정자 증가율		12.4	10.1	11.1	12.5
(노인인구 대비 인정률)	(6.1)	(6.6)	(7.0)	(7.5)	(8.0)
급여이용 수급자	400	434	475	520	579
수급자 증가율		8.5	9.4	9.5	11.3
(노인인구 대비 수급률)	(6.5)	(6.7)	(7.1)	(7.5)	(7.9)

주: 전체 의료보장인구(사망자 제외)

자료: 보건복지부 보도자료(2018. 8. 24), “2017 노인장기요양보험 통계연보 발간”; 국회예산정책처(2018)를 참고하여 재정리함

한편, 장기요양 급여비용은 2013년 연간 총 급여비 3조 5,230억 원(1인당 882만 원)에서 2017년 연간 총 급여비 5조 7,600억 원(1인당 995만 원)으로 급여비용은 지속적으로 증가해왔다. 연평균 급여비 증가율은 13.1%(1인당 연간 3.1%)이다.

〈표 II-8〉 연도별 장기요양 급여실적

구분	2013	2014	2015	2016	2017
급여이용수자 ¹⁾ (천 명)	400	434	475	520	579
1인당 급여비(천 원)	8,818	9,186	9,514	9,625	9,950
(연간 평균 3.1%)		(4.2)	(3.6)	(1.2)	(3.4)
급여비용(10억 원)	3,523	3,985	4,523	5,005	5,760
(연간 평균 13.1%)		(13.1)	(13.5)	(10.7)	(15.1)

주: 1) 급여이용수급자: 장기요양기관에 지급한 명세서상 서비스를 이용한 수급자 수

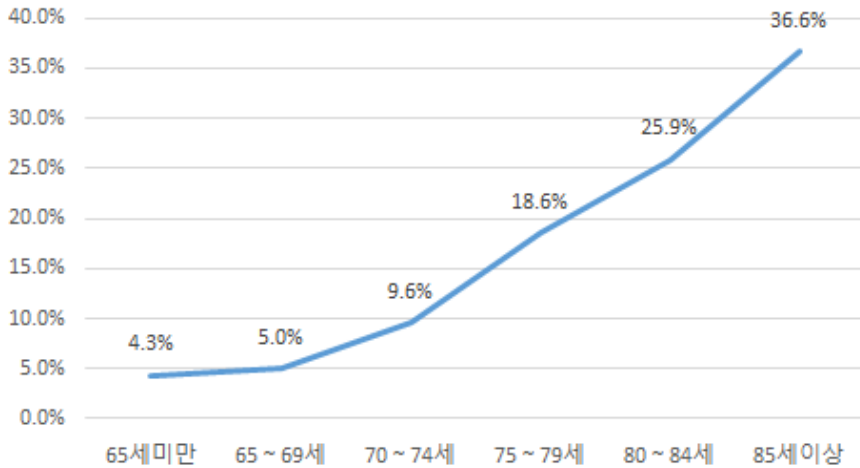
2) () 안은 연간 증가율임

자료: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N032&conn_path=12

이를 연령대별로 급여 지급 정도를 살펴본 결과, 2017년 기준으로 전체 급여액에서 80~84세가 25.9%, 85세 이상에서 36.6%를 차지하고 있으며, 본격적으로 장기요양수급 대상자가 될 것으로 예상되는 80세 이상에서 전체(5조 7,600억 원) 급여액의 62.5%를 차지하고 있다.⁴¹⁾

41) 장기요양수급자 비율을 65세 미만, 65~80세 미만, 80세 이상으로 구분하여 살펴보면, 일본은 각각 3.4%, 30.2%, 66.3%, 우리나라는 4.9%, 37.6%, 57.5%, 독일은 19.5%, 26.6%, 53.9%로 나타남. OECD 19개국의 평균은 각각 21.0%, 27.4%, 51.6%임(OECD(2017a), p. 207)

〈그림 II-3〉 연령대별 장기요양급여 지급 비중(2017년 기준)

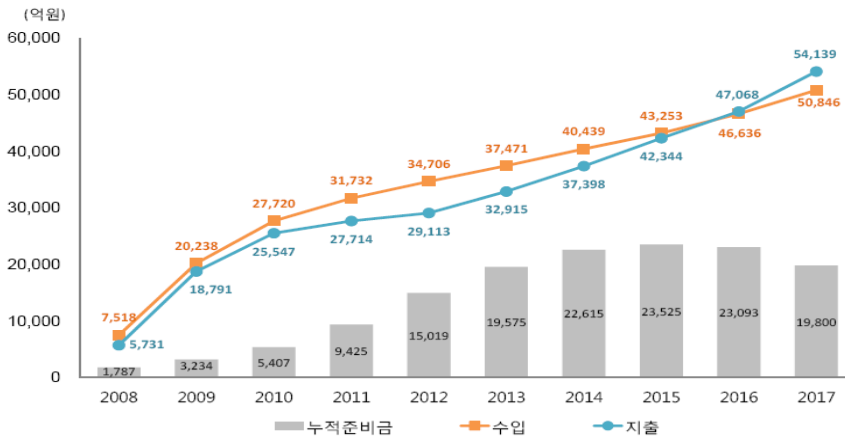


자료: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N032&conn_path=I2를 참고하여 저자가 산출함

우리나라 요양보험 재정을 보면, 수입은 2009년 2조 238억 원에서 2017년 5조 846억 원으로 연평균 12.2% 증가하였고,⁴²⁾ 지출은 2009년 1조 8,791억 원, 2017년 5조 4,139억 원으로 연평균 14.1% 증가하였다. 평균적으로 지출의 증가속도가 빨라 2016년부터 재정이 당기수지 적자로 전환되어 2017년 누적준비금은 1조 9,800억 원에 이르고 있다.

42) 공보험 가입자(적용인구)는 의료보장 적용인구와 동일한 5,249만 명(2018년 6월)임(국민건강보험공단 2018a). 여기서 순수 납부자는 2,553만 명(2018년)임(국민건강보험공단 2018b)

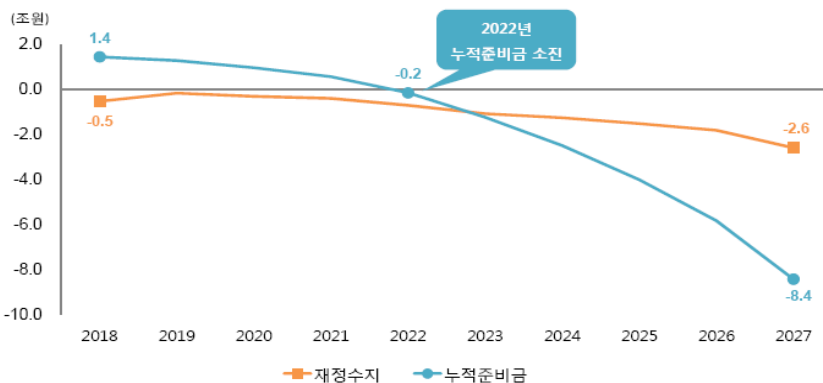
〈그림 II-4〉 노인장기요양보험 재정 추이



자료: 국회예산정책처(2018)

이러한 장기요양보험 재정상태는 2022년 이후 소진될 것으로 전망되고 있어 정책 당국은 장기요양보험 재정을 보험료 증가로 할 것인지 조세 투입을 통해 충당할 것인지 고민하고 있다. 고령화 추세와 이미 여러 분야에 투입된 복지재정의 확대를 고려할 때 공·사부문의 협력이 필요한 상황으로 보인다. 이러한 점에서 간병보험의 역할 강화를 통해 장기요양보험의 보완적 역할이 가능할 것으로 기대된다(김석영 외 2013).

〈그림 II-5〉 노인장기요양보험 재정 전망(2018~2027년)



주: 장기요양보험료율은 2019년 이후 8.51%로 고정, 국고지원금은 노인장기요양보험료 수입액 대비 18.32% (최근 5년 평균), 수가인상율은 2018년 11.34%, 2019년은 기결정된 5.36%, 2020년 이후는 명목임금인상률을 적용함(세부 가정은 국회예산정책처(2018)를 참고하기 바람)

자료: 국회예산정책처(2018)

2) 민영부문(간병보험)

요양보험제도가 도입되던 해인 2008년 이전인 2003년에 간병보험이 출시되었다.⁴³⁾ 간병보험은 보험기간 중 치매나 활동불능상태가 되어 다른 사람에 의한 간병이 필요할 경우,⁴⁴⁾ 간병자금을 지급하는 민영 보험이다.

간병보험의 지급 유형은 크게 3가지로 구분할 수 있는데, ①(회사기준) 해당 보험회사에서 인정하는 중증치매⁴⁵⁾ 또는 활동불능상태⁴⁶⁾로 진단된 경우, ②(공적기준) 정부의 요양보험 판정기준을 적용 받는 경우, ③(혼합형) 앞의 두 유형을 혼합한 방식으로 보험금을 지급하는 유형으로 구분된다. 일반적으로 간병보험에서는 공적기준을 적용하는 경향이 있다.

〈표 II-9〉 간병보험 유형별 보험금 지급사유

유형	보험금 지급사유
① 회사기준	중증치매 또는 활동불능상태로 진단확정
② 공적기준	요양보험 등급의 판정 (정부의 요양보험 판정기준 적용)
③ 혼합형	장기요양의 일정 등급을 받고 활동불능 혹은 중증치매 시(유형1, 유형2의 혼합방식)

자료: 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”

2019년 5월 현재 생명보험업계에서는 치매·간병보험 총 99종을 판매하고 있다.⁴⁷⁾ 예를 들면, 삼성생명은 ‘통합유니버설LTC중신보험’이라는 치매·간병보험을 판매하고 있으며, 한화생명은 보장성보험에 ‘LTC 보장특약’과 ‘소득보장특약’의 형태로 부가하

43) 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”

44) 일반적으로 중증치매·활동불능상태 중에서도 그 정도가 심하여 발생일로부터 90일 이상 계속되어 호전을 기대할 수 없는 경우 전문의 진단에 의해 보장됨

45) 보험계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인한 치매로 인지기능의 장애가 발생한 상태임

46) 보조기구를 사용여도 이동, 식사, 목욕, 옷 입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작(ADLs)을 스스로 할 수 없는 상태가 90일 이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태임

47) 삼성생명, 한화생명, 교보생명, NH농협생명, 미래에셋생명, 신한생명, 동양생명, 하나생명, KB생명, 흥국생명, DGB생명 등이 관련 보험을 제공하고 있음(네이버 이코노믹리뷰(2018. 9. 26), “유병장수시대 치매간병보험 어떤 것 고를까”(https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=16771760&memberNo=11292208&vType=VERTICAL))

여 판매하고 있다. 교보생명은 ‘교보미리미리CI보험’이라는 상품명으로 중대질병과 중증치매·일상생활장해 등 장기간병상태(LTC)를 보장한다.

〈표 II-10〉 판매 중인 간병보험 상품 현황(2019년 5월 기준)

(단위: 개)

생명보험		손해보험	
회사	상품 개수	회사	상품 개수
삼성생명	1	메리츠화재	8
흥국생명	7	한화손보	5
신한생명	12	롯데손보	1
KB	2	흥국화재	5
DGB	2	현대해상	14
KDB	4	KB손보	5
라이나 ¹⁾	6	DB손보	4
오렌지라이프	4	더케이손보	1
하나생명	6	농협손보	3
DB	4	-	-
메트라이프	1	-	-
동양생명	2	-	-
교보생명 ²⁾	2	합계	99

주: 1) 생명보험회사의 간병보험은 보장성보험 중 질병보험으로 분류되나 라이나의 경우 2개는 기타로 판매되고 있음

2) 교보생명은 간병보험을 특약형태로 판매하고 있음

3) 손해보험회사의 간병보험은 장기보장성보험의 형태임

자료: 생명보험협회 공시실; 손해보험협회 공시실

〈표 II-11〉 생명보험회사의 간병보험 실적

구분	2008년		2013년		2018년	
	건수 (천 건)	금액 (십억 원)	건수 (천 건)	금액 (십억 원)	건수 (천 건)	금액 (십억 원)
보유계약	143	2,443	125 (-12.6)	1,588 (-35.0)	264 (111.2)	4,539 (185.8)
신계약	9	252	19 (-30.1)	218 (-1.3)	42 (20.7)	659 (7.1)

주: () 안은 전년 대비 증가율임

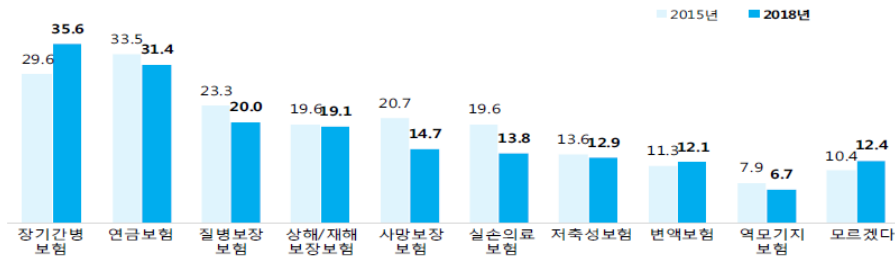
자료: 생명보험협회, 「보험통계」를 참고함; <http://kosis.kr/search/search.do>

손해보험에서도 장기 및 치매간병비의 형태로 보장하고 있는데 대부분 최초 1회성 지급인 일시금 형태, 대부분 정액형 보험형태로 판매되고 있다(조용운 2013; 김석영 2013).

생명보험 성향조사에 의하면 최근 3년 동안 다른 보험상품에 대한 가입 선호도는 하락한 반면, 장기간병보험을 가입하고 싶은 의향은 6.0%p(35.6% - 29.6%) 증가한 것으로 조사되어 장기간병보험에 대한 수요는 증가할 것으로 보인다.

〈그림 II-6〉 향후 가입희망 하는 생명보험 상품(복수응답)

(단위: %)



자료: 생명보험협회(2018), p. 74

〈표 II-12〉 연령대별 치매보험 가입 현황(2014년 6월)

(단위: 건, %)

구분	30세 미만	30세~50세 미만	50세~70세 미만	70세 이상	합계
건수	885,058	2,292,024	2,346,459	184,538	5,708,079
비율	15.5	40.2	41.1	3.2	100.0

주: '14. 6월 말 현재 피보험자 나이 기준임

자료: 한국소비자원(2016), p. 54; 보험업법 일부개정법률안(의안번호 15621 정부 제출) 정무위원회 검토보고서 (2015. 10)

2. 장기요양서비스의 확대 가능성과 한계

가. 장기요양서비스의 확대 가능성

우리나라의 고령화를 두 연령대로 구분하면, 65세 이상은 1990년 5.2%에서 2020년 15.8%, 2040년에는 32.9%로 증가할 것이고, 80세 이상도 동 기간 각각 0.7%에서 3.6%, 10.0%로 증가할 것으로 추정된다. 이러한 현상은 그동안 기대여명(기대수명은 최근 40년 동안 연간 0.45세 증가)이 지속적으로 증가한 결과와도 관련이 있다.

〈표 II-13〉 한국의 고령화 추이

(단위: 천 명, %)

구분	1990	2000	2010	2020	2025	2030	2035	2040
65세 이상	2,246 (5.2)	3,405 (7.2)	5,298 (10.7)	8,096 (15.8)	10,377 (20.2)	12,658 (24.7)	14,718 (29.0)	16,386 (32.9)
70세 이상	1,303 (3.0)	2,045 (4.3)	3,485 (7.0)	5,417 (10.6)	6,722 (13.1)	8,702 (17.0)	10,657 (21.0)	12,366 (24.8)
80세 이상	306 (0.7)	509 (1.1)	930 (1.9)	1,856 (3.6)	2,388 (4.7)	2,926 (5.7)	3,705 (7.3)	5,001 (10.0)
전체	42,918 (100.0)	47,379 (100.0)	49,546 (100.0)	51,269 (100.0)	51,339 (100.0)	51,152 (100.0)	50,685 (100.0)	49,784 (100.0)

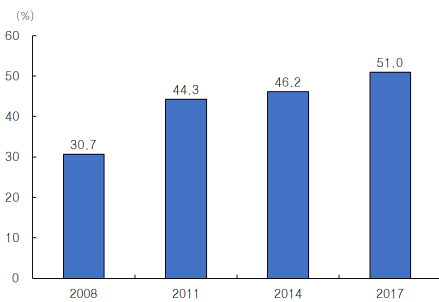
주: () 안은 전체 인구 수 대비 비율임

자료: United Nations/Probabilistic Projections/Population by Age Groups - Both Sexes

고령화와 장수화는 노인의 건강 악화와 질환 유발을 초래하는데, 우리나라 노인의 건강상태를 보면 3개 이상 만성질환이나 치매 진료자 수가 증가하는 것으로 나타난다. 즉, 2017년 기준으로 3개 이상의 만성질환자는 노인인구의 51%(2008년 대비 20.3%p 증가)이고, 치매 진료자는 노인인구의 약 7%(45만 9천 명, 2013년보다 1.5배 증가)였다. 특히 80세 이상의 치매 환자는 동 기간 1.8배 증가하였으며, 향후 이러한 후기고령자의 치매 유병률은 더욱 증가할 것으로 전망된다(건강보험심사평가원 2018. 10. 18; 보건복지부 중앙치매센터)

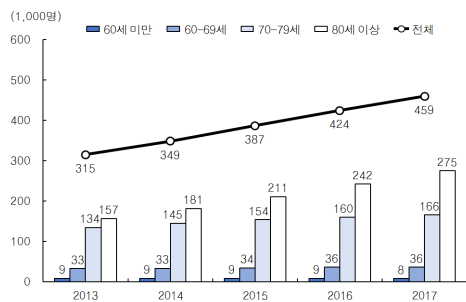
정부는 2017년 9월에 치매국가책임제⁴⁸⁾를 발표하여 공립요양병원을 확충하는 등⁴⁹⁾ 의료적 관점에서 대처하고 있다. 그러나 이러한 만성질환 및 치매와 같은 노인성 질환은 의료적 행태만이 아닌 생활서비스의 결합이 요구되므로 병원 중심이 아닌 지역사회 중심으로 인식이 전환될 필요가 있다는 지적이 있다.⁵⁰⁾

〈그림 II-7〉 65세 이상 노인의
복합만성질환 이환율(2008~2017년)



주: 조사대상자 중 3개 이상 만성질환을 가지고 있는 노인의 비율임
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「노인실태조사」, 각 연도

〈그림 II-8〉 연령별 치매 진료자 수
(2013~2017년)



주: 진료시점에 따라 중복 집계되어 연령별 진료자 수 합계와 전체 진료자 수가 차이 남
자료: 건강보험심사평가원(2018. 10. 18)

한편, 기능상태 관점에서 보면 연령이 증가할수록 ADL(일상생활수행능력: Activities of Daily Living) 제한 경험이 증가하고, 완전자립 비율이 감소하는 경향이 있다. 즉, 65~69세 89.4%, 70~74세 83.1%, 75~79세 70.8%, 80~84세 56.1%, 85세 이상 32.6%로 기능이 제한된다.⁵¹⁾

노인 질환자의 증가는 노인진료비 및 요양급여비 증가를 초래하게 된다. 2017년 65

48) 치매 요양비 및 의료비 부담 완화, 장기요양서비스 대상 확대, 치매안심센터 운영 등 치매 친화적 환경조성을 통해 국민 노후 삶의 질 향상을 목표로 함

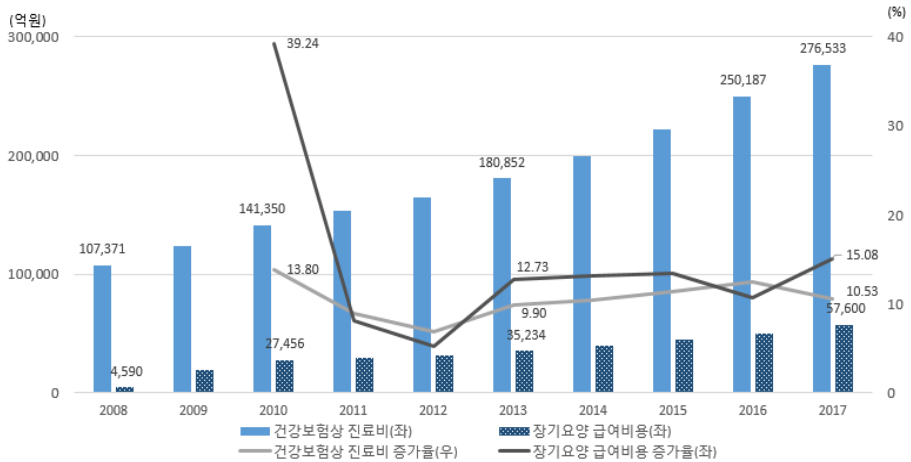
49) '17년 추경(605억 원)으로 전국 79개 공립요양병원 중 50개 공립요양병원에 치매안심병동 확충 추진 중이고, '19년에도 5개 공립요양병원과 제주의료원에 치매안심병동 확충예산 63억 원을 반영함(보건복지부 보도자료(2018. 12. 21), "공립요양병원 설치·운영 현황 관리 강화한다")

50) 만성질환에 대해서는 병원 입원이 아니라 요양으로 전환할 필요가 있음을 지적함(이규식 외 2017)

51) 보건복지부·한국보건사회연구원(2017); 보건복지부(2018c), p. 122

세 이상 고령자의 건강보험상 진료비는 28조 3,247억 원, 요양보험상 요양비는 5조 5,100억 원으로 진료비가 요양비의 5.1배 수준이나, 연평균 증가율(2010~2017년)을 보면 요양비가 15.0%로 진료비 10.7%에 비해 약 4.3%p 높다.

〈그림 II-9〉 건강보험 진료비 및 요양보험 급여비 비교



자료: 국민건강보험(2017), 각 연도

이는 그동안 노인진료비에 초점을 두고 고령화 문제에 접근하였다면, 향후에는 진료비뿐만 아니라 요양비 문제도 동시에 대비할 필요가 있음을 시사한다. 결국 고령화에 대비한 자원 마련이 무엇보다 중요할 수 있음을 보여주는 대목이라고 하겠다.

요양시설 수가 현재 양적으로 많다는 지적도 있으나, 제대로 된 요양시설은 부족하여 제공되고 있는 요양서비스의 질은 매우 낮다(한국소비자원 2011).⁵²⁾ 이와 관련하여 입소정원 9명 이하인 ‘노인요양공동생활가정’ 2,150개소 중 1,902개소가 개인시설인데, 여기서 제공하는 재가서비스는 현실적으로 질 관리가 불가능하다(황도경 외 2016). 이러한 점에서 良質의 서비스를 제공하기 위해서는 일정 규모(10인 이상)의 요양시설을 통한 공급이 필요한 것으로 보인다.⁵³⁾ 이와 관련하여, 앞서 살펴본 바와 같이 최근

52) 한국소비자원(2011)의 실태조사에 의하면, 요양시설의 서비스 질 향상이 필요하다는 응답 비율이 96.4%임

53) 선우택(2015)에 의하면, 현행 노인장기요양서비스의 질 관리가 어려운 이유로는 9인 이하 시설이 60% 수준으로 소규모 시설일수록 설치기준이 완화되어 잦은 신설/폐업이 발생하

동 사업에 적극적으로 참여하는 사례(KB골든라이프 위례빌리지)가 나타나고 있다는 점을 주목할 필요가 있다.

장기요양서비스를 둘러싼 환경 요인을 살펴본 결과, 향후 우리나라의 장기요양서비스는 양적·질적으로 확대·개선될 필요가 있는 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 동 서비스에 대한 민영부문, 특히 良質의 서비스 제공을 기대할 수 있는 민영기관의 참여가 활발하지는 못하다. 다음에서는 이러한 원인에 대해서 살펴보고자 한다.

나. 요양사업 참여에 대한 제약

1) 수요 측면의 제약

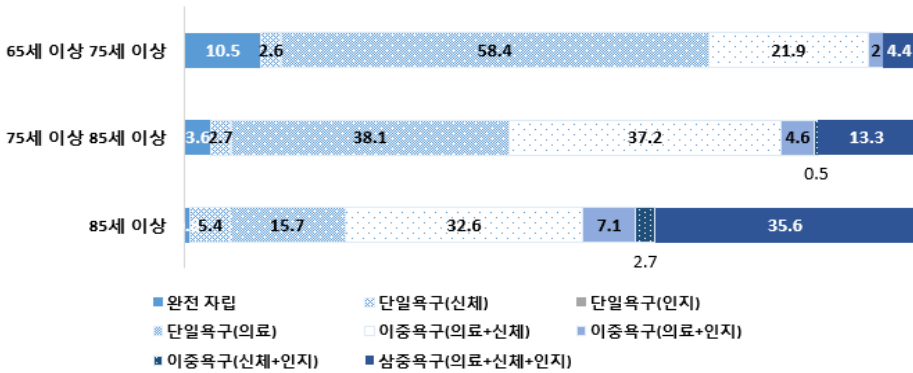
가) 서비스 욕구의 복합성

노인성 질환자는 치료와 돌봄서비스를 모두 충족해 주기를 원한다는 점에서 수요자는 동일 공간에서 두 서비스를 통합하여 제공받는 것을 선호한다. 노인실태조사에 의하면, 노인의 41.1%가 의료와 요양서비스의 복합욕구를 갖고 있고 연령이 증가할수록 증가하는 것으로 조사되고 있다.⁵⁴⁾ 이를 고려하면 현재 의료와 장기요양서비스의 동시 수급자(82.2%)의 절반이 치료서비스를 받을 필요가 없음에도 요양병원 서비스를 받는 것으로 추론할 수 있다.

고, 일단 장기요양시장에 진입하면 강제 퇴출이 쉽지 않기 때문에 파악함

54) 2015년 기준 노인장기요양등급 판정자(수급대상자)의 82.2%가 치료와 장기요양서비스를 동시에 이용하는 것으로 나타남(황도경 외 2016)

〈그림 II-10〉 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포



자료: 황도경 외(2016)

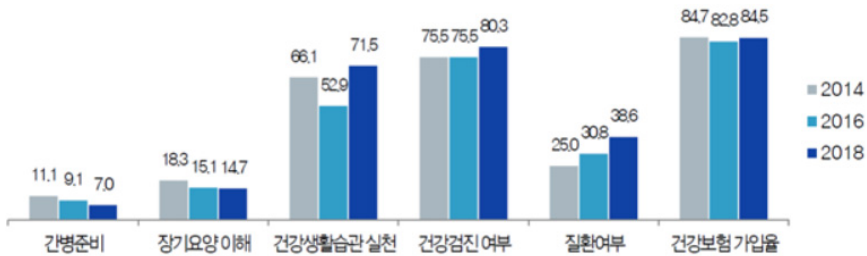
이는 치료가 완료된 후 요양서비스를 받아야 함에도 현실적으로 요양이 아닌 의료 서비스를 선택함으로써 요양서비스에 대한 수요가 표출되지 않을 수 있음을 의미하며, 치료의 의미가 없음에도 장기적으로 병원에 입원하려는 이른바 ‘사회적 입원’의 문제를 초래할 수 있게 된다(이건우 2008).

나) 간병 인식 낮아 재무적 준비 부족

사회적으로 볼 때 요양서비스의 필요성은 증가하고 있지만, 개인의 간병 준비 및 장기요양에 대한 이해는 미흡한 것으로 보인다. 삼성생명(2018a)에 의하면⁵⁵⁾ 간병준비, 장기요양 이해 등 장기요양 항목의 이해수준이 다른 건강 관련 항목에 비해 낮은 것으로 조사되었다. 이는 주변에 장기요양을 경험하는 경우가 많지 않아 요양서비스에 대해 미리 준비해야 한다는 인식수준이 낮음을 보여준다(〈그림 II-11〉 참조). 이로 인해 요양서비스의 사각지대가 많이 존재할 수 있음을 보여주고 있다.

55) 삼성생명(2018a)은 건강실행점수를 산출하기 위해 간병준비, 장기요양 이해, 건강생활습관 실천, 건강검진 여부, 질환 여부, 건강보험가입률 등을 구성항목으로 함

〈그림 II-11〉 연도별 건강실행점수 구성항목별 실태 비교(2014~2018년)



주: 건강생활습관 실천비율: 건강생활습관(금연, 절주, 주 3회 30분 이상 규칙적인 운동) 중 2가지 이상 실천 비율
 자료: 삼성생명(2018a)

간병에 대한 인식부족 등으로 요양서비스 수요를 위해 공적장기요양보험 외에 별도의 재무적 준비상태는 미흡한 것으로 보인다. 보험소비자 설문조사(2018)에 의하면 간병보험 가입자 비율은 2.5%로 나타났으며, 연령별로 볼 때 60세 이상이 4.8%로 가장 높기는 하였지만 전체적으로 낮은 것으로 판단된다. 가입률은 낮지만 가입 의향은 이보다 4배가 높은 수준인 10.0%로 나타나 60세 이상의 가입 의향은 16.0%에 다다른 것으로 조사되고 있다. 특히 본 연구에서 조사한 장기요양 필요자의 가입 의향은 67.5%⁵⁶⁾에 달하는 것으로 나타났다. 이는 현재 간병보험 가입 비율이 저조하나 향후 간병보험 시장의 확대가능성이 높을 것으로 이해된다.

〈표 II-14〉 연령대별 간병보험 가입률

(단위: %, 점)

구분	전체	20대	30대	40대	50대	60세 이상
가입률	2.5	0.5	1.4	1.2	3.4	4.8
가입 의향	10.0	3.5	5.1	7.0	15.0	16.0
상품만족도 (5점 만점)	3.81	2.5	4.0	4.0	3.63	4.0

자료: 보험연구원(2018), p. 69, p. 90, p. 107

56) 본 보고서의 제4장 실태조사 편을 참조하기 바람

다) 가족 부양에 의존

요양서비스 수요자는 시설보다는 가족에 의한 부양서비스를 선호하는 경향이 있고, 정책적으로도 수급자가 살던 곳에서 서비스를 받을 수 있도록, 즉 ‘Aging In Place’ 측면에서 재가서비스를 권장하고 있어 민영 기관 참여에 의한 요양사업의 활성화에 한계가 있다.

한편, 65세 이상 노인가구의 주요지출 항목인 생활비, 의료비, 간병비 중에서 간병비는 자녀가 부담하는 비중이 높은 것으로 조사되었다. 즉, 간병비는 전체 노인가구의 4.4%에서 지불경험이 있지만, 자녀가 일정/전액 부담하는 비중은 2.2%, 본인(배우자) 부담 1.2%로 나타났다(보건복지부·한국보건사회연구원 2017). 주목할 점은 앞서 살펴본 고령화, 장수화로 인해 초고령 부모에 대한 자녀의 간병비 부담은 증가할 것으로 우려된다는 점이다. 실제로 최근 5년간 가구원의 건강문제로 가계소득 감소를 경험한 가구는 61%였으며, 그 주된 이유로 간병으로 휴직 혹은 퇴직했기 때문(45%)인 것으로 나타났다(삼성생명 2018a; 2018c). 즉, 고령자의 장기요양서비스의 장기화는 부양가구원의 고용문제(휴직, 자발적 실업 등)를 유발할 수 있고, 이는 가구 소득이 감소할 수 있다는 점에서 수급자 개인의 문제가 아닌 가구 전체, 나아가 사회적 문제로 확대될 우려가 있다.

〈그림 II-12〉 간병과 가구 경제 부담

〈가족원의 건강문제로 인한 가계소득 감소 여부〉



〈가계소득 감소의 주된 이유〉



자료: 삼성생명(2018a); 삼성생명(2018c)

이와 더불어 지역별 요양시설 분포의 불균형은 사적 부양의 문제를 부추길 수 있다는 점에서 지역별 서비스 공급의 불균형에 대한 점검이 요구된다.

2) 공급측면의 제약⁵⁷⁾

가) 높은 초기 투자 비용

보험회사가 요양시설 참여를 통해 요양사업에 참여 시 애로사항으로 높은 초기 투자 비용이 든다는 점이다. 이러한 이유 중의 하나로, 현행 제도상 요양서비스를 제공하는 기관(법인)은 반드시 시설 소유주여야 한다고 규정되어 있기 때문이다.

이와 관련하여, 투자원리금임차방식(BTL: Build-Transfer-Lease)은 투자재원을 마련하는 방법이 될 수 있다는 지적이 있다.⁵⁸⁾

BTL은 건설사, 운영자, 재무적 투자자 등으로 구성되는 민영사업자가 학교·보육·노인요양시설 등 사회기반시설을 건설하여 정부에 이전하고 정부로부터 투자원리금을 임차료 형식으로 수취하는 방식이다(고석배 2006). 노인장기요양시설이 BTL 사업의 대상이 될 수 있는 근거로 2004년 ‘사회기반시설에 대한 민간투자법’(민간투자법) 개정에 의해서다. 이에 의하면 노인장기요양시설은 사회기반시설에 대한 민간투자법(민간투자법)에 의해 사회기반시설에 해당하기 때문이다.⁵⁹⁾

나) 회계환경 변화에 따른 경영리스크 부담

보험회사는 IFRS17, K-ICS 도입 등 회계환경 변화로 인해 자본 확충이 요구되는 상황에서 신규사업의 추진은 경영부담을 초래할 수 있다는 점이다. 즉, 요양사업을 자회사(노인장기요양회사) 방식으로 참여한 후 수익을 창출하지 못하여 자본금을 잠식할 경우 주회사인 보험회사는 경영리스크 및 재무불안정에 노출될 우려가 있다.

특히 요양사업의 특성상 원금 회수에 많은 시간이 소요되고, 수익창출을 장담할 수

57) 요양서비스 및 간병보험 관련 담당자의 인터뷰 내용을 바탕으로 정리한 것임

58) 민간이 공공시설을 짓고 정부가 임대하여 사용하는 민영투자방식으로, 민간은 시설완공 시점에서 소유권을 정부에 이전하는 대신에 일정기간 동안 시설의 사용·수익 권한을 획득함(오영수 2008b)

59) ‘민간투자법’ 제2조 제1항에 의해 「노인복지법」 제32조·제34조 및 제38조에 따른 노인주거복지시설, 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설은 ‘사회기반시설’에 해당함. 노인주거복지시설에는 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택이 포함됨

없어 사업리스크가 크다는 점이 제약요인으로 작용할 수 있다.

다) 평판리스크

재가시설 및 소규모 시설의 경우 상대적으로 설립기준⁶⁰⁾이 까다롭지 않다는 점으로 인해 요양시설이 난립하고 있다는 인식이 있다(선우덕 2015). 이러한 상황에서 보험산업이 이러한 문란한 시장질서에 동조한다는 오해가 발생한다면 평판리스크가 발생할 우려가 있다.

이와 관련하여 독일과 영국에서 추진된 장기요양서비스의 시장화는 노인의 다양한 욕구를 충족시키고, 시장규모가 확대되었다는 긍정적 평가 이면에, 비용 감축과 경쟁의 심화, 독점화, 시장의 양극화, 서비스 인력의 근무여건 악화 등 또 다른 사회적 문제를 초래한 바 있다(Scourfield 2007; Eichler & Pfau-Effinger 2009; 전용호 2012).

이는 사회복지제도를 기반으로 하고 있는 장기요양서비스에 대한 지나친 시장화는 부작용을 초래할 수 있고 이러한 부작용은 보험산업의 평판리스크로 작용될 수 있음을 보여준다.

라) 인력관리, 정책방향, 사업성격의 한계 등

요양사업을 추진함에 있어 良質의 서비스 인력 확보 및 관리에 어려움을 겪을 수 있다는 점도 지적될 수 있다. 이와 관련하여 미국, 일본⁶¹⁾의 경우 이러한 인력난을 고려하여 해외인력을 수입하여 추진하고 있고, 독일의 경우 인력난 문제로 정부차원에서 검토하여 추진 중에 있음을 고려할 필요가 있다.⁶²⁾

또한 소비트렌드 및 정책기조가 시설요양보다는 재가요양을 선호⁶³⁾하는 경향이 지속될 경우 보험회사 등 민영기관에서 시설서비스 공급자로서의 역할은 크지 않을 것

60) 기준요건 충족 시 지방자치단체에 신고로 설립 가능함

61) YAMADA Consulting Group(https://www.ycg-advisory.jp/industry/medical_care/senior-living/)

62) 독일 출장 자료임

63) 일부선진국의 경우 시설요양의 재정지원 부담으로 인해 재가요양을 장려하는 쪽으로 제도 개혁을 추진해왔음(예: 일본, 독일)

으로 판단된다. 다만, 良質의 서비스를 요구하는 경향이 나타나고 있다는 점에 주목할 필요는 있다(박은자 외 2017; 류재광 2016).

한편, 대부분의 노인장기요양사업이 요양보험제도에 의존할 수밖에 없어 수가 등에 의해 사업의 내용이 제약됨으로써 시장 자율에 의한 가격 형성이 어렵다는 점이다.

그리고 현행 장기요양보험법상 서비스운영 주체에 영리법인의 참여를 허용하지만, 원칙적으로 영리를 허용하지 않고 있다. 다만, 기타전출금⁶⁴⁾ 항목을 신설하여 간접적으로 영업이익을 허용하고 있기는 하나, 일반적 수익 재원으로 활용하는 것에 한계가 있다.⁶⁵⁾ 이러한 점에서 보험회사와 같은 영리법인의 참여는 현실적으로 제한될 수밖에 없다.

3. 소결

요양산업은 고령사회에서 중요한 역할을 하고 경제적 측면에서도 두드러진 성장을 하고 있다. 이러한 요양산업의 성장률(연 16.6%)을 고려하면 향후 초고령사회에서 요양산업이 고령친화산업(성장률 연 13.1%)을 선도할 것으로 예상된다.

그러나 현재 우리는 요양병원, 요양시설 간의 역할 정립 문제에 직면해 있고, 良質의 요양서비스 시설이 부족하며, 미래 수요에 대한 적정 규모를 추정하고 있지 못하는 등 여러 가지 문제에 직면해 있다. 특히, 적정 수요 규모 추정과 관련하여 한국개발연구원(2013)에 의하면, 현 추세를 고려한 노인의료복지시설 수는 2010년에 비해 2040년에 2.5배가 될 것으로 보았고, OECD 수준에 맞출 경우 6.1배 수준이 될 것으로 추정한 바 있다.

현실적으로 요양서비스 공급이 부족할 것이라는 점 외에 良質의 서비스에 대한 욕구도 증가하고 있다. 이러한 상황에서 보험회사 등을 중심으로 良質의 요양서비스 공

64) 사용하고 남을 것으로 예상되는 금액을 '기타전출금' 항목으로 세출예산에 편성하여 별도로 사용할 수 있도록 하고 있음(장기요양기관 재무·회계 계정과정 설명(<http://blog.daum.net/strie56/87>))

65) 보건복지부(2018b)

급을 제공하는 요양시설 개설의 움직임이 나타나고 있지만, 여전히 증가하는 간병수요에 대응하기에는 부족한 것으로 평가된다.

한편, 요양서비스 자원 마련과 관련하여 요양보험과 간병보험을 살펴본 결과, 요양서비스 수급자의 급증으로 현 요양보험 재정은 2022년에 소진되는 것으로 전망되었다. 공적보험료 인상이 쉽지 않고, 추가적 국고지원도 어려운 상황이므로 민영 간병보험의 역할이 강화될 필요가 있는 상황이다.

장기요양서비스의 확대가능성을 고령화·장수화, 연령별 기능상태, 진료비 관점에서 살펴본 결과, 초고령사회로 진행될수록 요양서비스 수요 규모는 증대할 수밖에 없는 구조를 가지고 있는 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 요양산업에 대한 민영 진출이 활발하지 못한 이유는 다음과 같이 수요 및 공급 측면의 제약이 있기 때문으로 분석되었다.

수요 측면의 제약으로는 서비스 욕구가 복합적이고, 간병인식이 낮아 재무적 준비가 부족하며, 가족 부양에 의존하기 때문으로 나타났다. 그리고 공급 측면의 제약으로는 높은 초기 투자 비용, 회계환경 변화에 따른 경영리스크 부담, 평판리스크, 기타 인력관리, 정책방향, 사업성격의 한계 등으로 분석되었다. 이러한 수요와 공급 측의 제약요인은 수요와 공급의 미스매칭을 가져와 시장실패로 이어진다는 점에서 조정자로서 정부 역할이 필요한 시점이라고 하겠다.

Ⅲ. 선진국의 장기요양보험/서비스 현황 및 시사점

공적 요양보험제도를 운영하고 있는 대부분의 선진국들은 장기요양서비스에 대한 재원 마련을 위해 동 보험을 도입하고 있으며, 보험료 혹은 조세방식으로 운영된다. 여기서는 우리나라와 유사하게 보험료 방식으로 운영하는 일본과 독일의 사례를 중심으로 살펴본다. 특히 일본은 민영보험회사들이 장기요양사업에 적극적으로 참여하고 있다는 점에서, 독일은 우리나라와 매우 유사한 체계를 갖고 있으면서 고령화에 대응하고 있다는 점을 염두에 두고 살펴보려고 한다.

1. 일본

가. 공적 요양보험의 역할과 한계

1) 공적 요양보험(개호보험⁶⁶⁾)의 도입 배경

일본이 요양보험제도를 도입하게 된 배경에는 급격한 고령화, 가족 부양의 한계, 의료비 부담, 요양서비스 재원 마련의 필요성 등이 있었다.

첫째, 고령화 측면을 보면, 일본이 요양보험제도를 도입한 2000년에 고령화율이 17.2%(노인부양비 25.5%)로 세계에서 고령화율이 가장 높기 시작한 시점이었다.⁶⁷⁾ 이

66) 일본에서는 장기요양보호, 장기요양보험을 '개호보험'(우리나라 요양보험과 동일 용어)으로 통칭한다는 점에서 일본 사례정리 부분에서는 '개호보험'으로 용어를 통일함. 개호보험법은 1997년 12월 17일 제정되어 2000년 4월 1일부터 시행됨

67) 2000년도 주요국의 고령화율을 보면, 독일 16.4%, 스웨덴 17.2%, 영국 15.9%, 미국 12.4%였음(KEMPOREN 2017; 김민경 외 2017)

러한 일본의 고령화는 2010년 22.9%, 2030년 30.4%, 2050년 36.3%로 급격히 증가하는 것으로 추정되어⁶⁸⁾ 고령화에 대응할 필요성이 확대되고 있었다.

특히, 연령대별로 볼 때 1990년 이후 60대 이상, 특히 80세 이상에서 고령인구가 탄력적으로 증가하고 있다는 점에서 장기요양의 필요성은 더욱 증가할 것으로 예상된다. 즉, 연령대별 고령인구 탄력성(비교연도의 고령인구 비율/기준연도의 고령인구 비율)을 살펴보면, 1990년에서 2000년까지, 2000년에서 2010년까지, 2010년에서 2020년까지 각각에 대해 60대는 1.22,⁶⁹⁾ 1.22, 0.89, 70대는 1.42, 1.27, 1.29, 80세 이상에서는 1.61, 1.68, 1.45로 추정되었다.

이러한 현상을 우리나라와 비교해 보면, 우리나라의 고령인구가 더 탄력적으로 증가하고 있다는 점에서 우리나라의 장기요양에 대한 대응이 지금보다 더 발 빠르게 조치될 필요가 있음을 시사하고 있다.

〈표 III-1〉 일본의 연령대별 고령인구 탄력성

구분	1990→2000	2000→2010	2010→2020
60대	1.22(1.37)	1.22(1.24)	0.89(1.52)
70대	1.42(1.39)	1.27(1.63)	1.29(1.33)
80세 이상	1.61(1.57)	1.68(1.73)	1.45(1.89)
전체(60세 이상)	1.33(1.39)	1.31(1.40)	1.13(1.51)

주: 1) 연령대별 고령인구 탄력성=비교연도의 고령자 비율/기준연도의 고령자 비율

2) () 안은 우리나라의 고령인구 탄력성임

자료: United Nations/Probabilistic Projections/Population by Age Groups-Both Sexes를 활용하여 저자가 산출함

둘째, 가족 중심의 고령자 부양은 핵가족화, 독거노인세대의 증가, 여성 경제활동 증가 등으로 약화되고 있었다. 이와 관련하여, 수발자의 60%는 60세 이상, 이 중 약 30%는 70세 이상이라는 점에서 일본은 ‘노노케어’가 일반화되어 왔다. 이로 인해 가족의 부양부담을 덜고, 독거노인의 생활 지원을 위해 새로운 시스템의 도입이 필요하게 된

68) UN/Prababilistic Projection(세계인구규모 추정 및 전망)을 참고하여 정리함

69) 1.22가 의미하는 것은 1990년에 60대 인구 비율이 1% 증가하였다면 2000년에는 증가 비율이 1.22%였다는 의미임. 이러한 현상이 80세 이상일수록 크다는 의미는 후기고령자의 비중이 시간이 지남에 따라 빠르게 증가하는 것을 의미함

것이다(김민경 외 2017).

셋째, 일본은 노인보건의료제도(1982년 노인보건법)와 노인복지제도(1963년 노인복지법) 간 연계가 원활하지 않아 서비스 제공 과정에서 노인요양비 및 노인의료비가 급증하였다. 특히, 의료 필요성이 없음에도 장기입원을 지속하는 이른바 ‘사회적 입원’의 문제가 발생하기에 이르렀고(이건우 2008), 이로 인해 노인을 대상으로 보건(의료)과 복지로 이분된 제도를 재편성할 필요성이 제기되어 왔다.

넷째, 1990년 이전 일본은 고령자에 대한 복지재원을 조세로 충당해왔지만, 이후 경제불황의 장기화로 조세재원을 통한 재원 마련이 원활하지 않았다. 이로 인해 사회보험료 방식의 요양보험제도가 도입되기에 이르렀다(김민경 외 2017).

2) 공적 요양보험(개호보험)의 주요 내용 및 한계

개호보험 가입 대상자는 보험료를 납부하는 40세 이상⁷⁰⁾인 자로 하며, 수급자는 인정자 중에서 ‘요개호’⁷¹⁾ 상태에 있는 자로 65세 이상인 제1호 피보험자와 노인성질환을 앓는 40~64세의 제2호 피보험자로 구분된다. 2006년 제도 개정을 통해 요개호자 뿐만 아니라 요지원자에 대해서도 개호예방급여를 신설하여 제공함으로써 서비스 대상범위를 확대하였다(김민경 외 2017).

2015년 개호보험 제1호 피보험자 수는 3천 382만 명⁷²⁾이었으며, 이 중 65~75세 미만은 51.6%, 75세 이상은 48.4%로 나타났다. 이를 연도별로 보면 75세 이상 피보험자 비중은 2010년을 예외로 하면 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다.

70) 우리나라는 소득활동하는 모든 사람을 대상으로 한다는 점에서 차이가 있음

71) 요개호는 요개호 상태에 있는 자로 1~5등급으로 구분되며, 요지원(2006년 도입)은 요개호 상태가 될 우려가 있는 자로 정의하며, 1, 2등급으로 구분됨

72) 제2호 피보험자 수는 2013년 기준 4,247만 명임(김민경 외(2017), p. 94)

〈표 III-2〉 일본의 연도별 제1호 피보험자 수 추이(연도 말 기준)

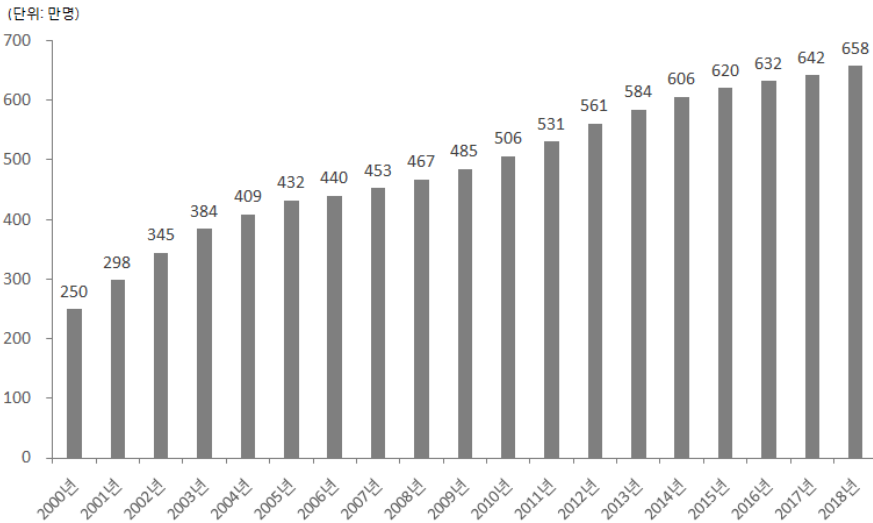
(단위: 천 명)

구분	65~75세 미만		75세 이상		계
2000	13,192	(58.8%)	9,231	(41.2%)	22,422
2005	14,125	(54.6%)	11,753	(45.4%)	25,878
2010	14,827	(50.9%)	14,283	(49.1%)	29,110
2015	17,449	(51.6%)	16,366	(48.4%)	33,816

자료: 厚生労働省(2017); 김민경 외(2017), p. 78

일본의 개호보험 수급 현황을 요개호 인정자 수 기준으로 살펴보면, 제도 도입 당시인 2000년 250만 명에서 2010년 506만 명으로 10년 동안 2배 증가하였고, 2018년 658만 명으로 18년 동안 2.6배 증가한 것으로 나타난다.⁷³⁾ 이를 노인인구 대비 요개호 인정자 비율로 보면, 2018년 18.8%⁷⁴⁾인 것으로 조사되었다.

〈그림 III-1〉 일본의 요개호 인정자 수(당해년도 말)



주: 제1호 및 제2호 피보험자 모두 포함하여 산출한 요개호 인정자 수임

자료: 厚生労働省, 介護保険事業状況報告, 각 연도

73) 2015년 요개호 인정자는 620만 명으로 이 중 제1호 피보험자가 98%(607만 명), 제2호 피보험자가 2%(14만 명)로 나타남(김민경 외(2017), p. 80)

74) 658만 명/3,500만 명

요양서비스는 크게 요개호자를 대상으로 하는 ‘개호급여’와 요지원자를 대상으로 하는 ‘개호예방급여’로 구분된다. 개호급여는 재가서비스,⁷⁵⁾ 재가개호지원, 지역밀착형서비스, 시설서비스로 구성되며, 개호예방급여는 개호예방서비스,⁷⁶⁾ 개호예방지원, 지역밀착형 개호예방서비스로 구성된다.⁷⁷⁾

서비스 유형별로 구분하여 항목별 수급 비중을 살펴보면, 2017년 기준으로 개호예방급여는 약 123만 명, 개호급여는 약 510만 명 정도 수급하여 개호급여가 개호예방급여에 비해 약 4.1배 수준으로 높다.

〈표 III-3〉 서비스 유형별 수급자 수(2017년 기준)

(단위: 천 명, %)

구분	개호급여	개호예방급여
전체	5,095.8 (100.0)	1,228.1 (100.0)
재가(예방)서비스	3,850.7 (75.6)	1,210.3 (98.6)
방문	3,372.2	1,137.9
단기입소	851.6	47.5
주택 요양관리지도	970.2	82.3
특정시설 입주자 생활 개호	267.4	43.7
재가 개호(예방) 지원	3,532.0 (69.3)	1,145.7 (93.3)
지역 밀착형 (예방)서비스	1,150.9 (22.6)	22.9 (1.9)
시설서비스	1,266.2 (24.8)	-
개호 복지	672.6	-
간호 보건	559.1	-
개호 요양	84.1	-

주: 1) 1년 중 개호 예방 서비스와 개호 서비스를 모두 받은 자는 각각 계상됨

2) () 안은 전체 대비 해당 항목 비율이며, 중복 수급 가능하므로 항목의 합이 100을 초과함

자료: 厚生労働省(2019. 3)

개호보험 재원 구조를 보면, 가입자(피보험자)가 재원의 절반을 보험료로 부담하고, 나머지는 정부(중앙정부와 지자체)가 조세로 부담하는 형태이다. 따라서, 재원은 보험

75) 거택서비스라고도 하며, 방문간호, 방문목욕, 특정복지용구 판매 등으로 구성됨

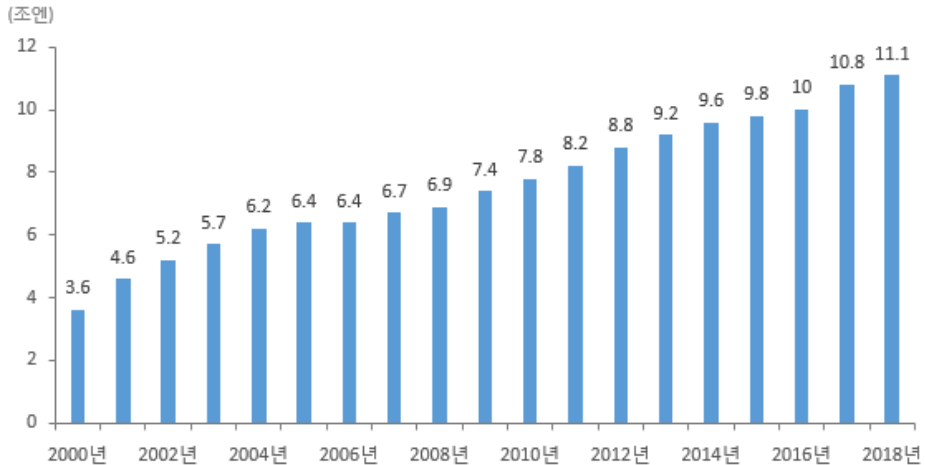
76) 개호급여의 재가서비스와 동일항목으로 구성됨

77) 大阪府(2018. 6) 참조함

료로 50%, 중앙정부에서 25%(조정교부금 5% 포함), 도도부현에서 12.5%, 시정촌에서 12.5%로 충당된다. 가입자는 제1호 피보험자(65세 이상)와 제2호 피보험자(40세부터 65세 미만)로 구분되고 각각 23%, 27%의 보험료⁷⁸⁾를 인원 수에 비례하여 부담한다. 단, 시설 등에 제공되는 급여에 대해서는 중앙정부가 20%, 도도부현이 17.5%를 부담한다(김민경 외 2017).⁷⁹⁾

일본 개호보험의 총 비용은 해마다 증가하고 있는데, 2000년 3.6조 엔에서 2018년 11.1조 엔으로 약 3배 증가하였다.

〈그림 III-2〉 일본 개호보험의 총 지출



주: 개호 보험에 관한 사무비용과 인건비 등은 포함하지 않음
 자료: <http://www.nli-research.co.jp>

78) 제1호 피보험자의 보험료는 개별 시정촌에서 징수하며, 원칙적으로 연금으로부터 원천징수함. 제2호 피보험자의 보험료는 각 건강보험자를 통해 징수함

79) 서비스 이용자의 본인부담은 10%이며, 2015년 8월 이후부터는 일정소득 이상자에 대해서는 20%를 적용함(2018년 법 개정으로 75세 이상자 중 고소득자에게 30%까지 본인부담을 인상함)

일본은 고령화에 따라 요양서비스의 필요성이 제기 되었고 그 과정에서 공적 요양 보험 도입을 통해 극복해왔다. 그 과정에서 조세와 사회보험료를 활용하여 재원을 충당하게 되었다. 그러나 이러한 조치에도 불구하고 일본이 급속한 고령화를 극복하기에는 공적부문만으로는 한계에 직면한 것으로 보인다. 이에 본인부담 확대, 민영의 역할 강화라는 형태로 지속적인 제도 개선을 추진해 오고 있고, 특히 보험산업의 역할이 강화되고 있는 특징을 보이고 있다.

즉 일본은 고령자 증가, 서비스 확대과정에서 공적부문의 재원 부담 등으로 민영부문의 참여를 권장하는 시장 메커니즘의 도입과 민영화를 지속적으로 추진하여 왔다 (이건우 2008).

나. 장기요양서비스에 대한 민영 보험산업의 역할

1) 간병보험의 제공 및 현황

일본의 민영 간병보험은 공적 개호보험이 도입된 2000년 이전부터 판매되어 왔다. 개호보험의 도입으로 장기요양서비스는 재원 충당 수단을 확보하면서 보다 체계화되었다. 이러한 개호보험과 장기요양서비스와의 관계 속에서 민영 간병보험은 개호보험을 보완하는 역할을 하고 있다.

일찍이 일본의 간병보험 등 제3분야 보험은 2001년 이전에는 외자계 보험회사와 중소 생명보험회사, 손해보험회사 등에서 주로 판매해왔으나 규제 완화로 2001년 1월부터 생·손보회사의 자회사가 판매할 수 있게 되었고, 당해 7월부터는 생·손보회사 모회사에서도 판매할 수 있게 되었다(류성경 2012).

일본에서 최초 개발된 민영 간병보험은 생명보험회사인 AFLAC이 1985년에 개발한 '치매개호보험'이었다. 도입 초기에는 개호 판정기준이 엄격하고 고객 니즈에 부합하지도 못하여 민영 간병보험의 판매가 저조하였다. 즉, 보험회사들은 중증인 요개호 4와 5에 해당하는 경우만 대상으로 하여 수혜 범위가 넓지 못했다.

일본 보험회사들은 1989년부터 동경해상을 비롯하여 손해보험회사들이 실손 보상

형인 ‘개호비용보험’을 판매하였으나, 개호보험 도입 후에 자연스럽게 판매가 중단되었다. 2001~2003년까지는 개호연금상품의 판매 비중이 높았으나, 그 이후에는 순수 보장형 간병보험 상품에 주력하여 온 것으로 보인다(류성경 2012).

일본 생명보험문화센터(2018)에서 수행한 실태조사 결과에 의하면, 일본의 현재 간병보험·개호특약 가입률은 가구 기준으로 2018년 14.1% 수준으로 2006~2018년(12년) 동안 15% 내외(13.7~16.1%) 수준으로 조사되었다.

〈표 III-4〉 일본의 간병보험·개호특약 가입률

(단위: %)

구분	전체 ¹⁾ 생명보험	민영 ²⁾ 생명보험	간병보험·개호특약 ³⁾		
			가구	세대주	배우자
2006년	90.3	76.4	16.1	12.9	7.3
2009년	90.3	76.2	13.7	11.1	6.2
2012년	80.5	78.4	14.2	10.8	7.6
2015년	89.2	78.6	15.3	11.8	7.9
2018년	88.7	79.1	14.1	10.5	7.8

주: 1) 민영생명보험+간포생명보험+간이보험+JA+공제 및 생협

2) 간포생명보험을 포함한 민영생명보험임

3) 간포생명보험을 제외함

4) 2018년 4월 5일부터 6월 3일까지 전국을 대상으로 가구원 2인 이상의 일반 가구를 무작위로 추출하여 방문조사한 결과임

자료: 生命保険文化センター(2018. 9)

또한 일본에서는 종업원의 부모에 대한 간병비용 보장을 위해 단체보험으로 ‘부모 간병비용보장보험’이 공급되고 있다(이상우 2019b). 이러한 공급의 배경에는 고령자 간병으로 직장을 그만두는 경우가 2008년 이후 매년 8만~10만 명 정도여서 해당자의 소득 감소, 경력단절, 인력 유출 등이 사회적 문제로 대두되었다는 데 있다. 일본 정부는 부모간병으로 퇴직하는 자의 경력단절과 소득 감소, 기업의 경제적 손실을 예방하기 위해 2015년 ‘간병퇴직 제로 정책’을 추진하기에 이르렀다. 동 정책은 일과 간병 양립을 위해 간병휴가·휴직제도 활성화, 근무시간 단축, 고용보험 지원, 기업에 대한 세제지원 등이 포함되어 있다.

일본 손해보험회사의 부모간병비용보장보험 특약형 개발사례를 살펴보면 다음 〈표 III-5〉과 같다.

〈표 III-5〉 일본 손해보험회사의 부모간병비용보장보험 특약형 개발사례

회사명	피보험자	보험금 지급 요건	보험가입금액
손보재팬	종업원의 부모님 (40~79세, 89세 가능) ¹⁾	간병보험 2등급 이상 90일간 지속	100~300만 엔
동경해상 니치도화재	종업원의 부모님 (40~84세, 89세 가능)	간병보험 3등급 이상	100~300만 엔
아이오손보	상동	간병보험 3등급 이상 90일간 지속	50~500만 엔
미츠이스미 토모해상	상동	상동	상동

주: 1) 40~79세까지 신규 가입 가능함(단, 89세까지 계약갱신 가능)

자료: 이상우(2019b)

또한 일본은 2018년 개호보험제도를 개편하는 과정에서 의료관리와 임종케어 등의 기능과 생활시설로서 기능을 겸비한 새로운 개호보험시설유형(개호요양원) 신설을 계획한 바 있다.

2) 일본 보험회사의 요양사업 참여 사례

일본 보험회사들은 요양사업에 참여하여 재가⁸⁰⁾ 및 시설 요양서비스를 제공하고 있다. 현재 요양사업에 참여 중인 보험회사는 손보 홀딩스와 동경해상 홀딩스, 미츠이시미토모 등의 손해보험회사와 아이오이넷세이, 니혼생명, 메이지야스다생명 등의 생명보험회사의 보험그룹이 주를 이룬다(이상우 2019a).

보험회사의 재가 요양사업은 방문간병, 주야간 간병,⁸¹⁾ 재가간병지원⁸²⁾ 등이며, 시설 요양사업은 유료노인홈⁸³⁾과 고령자 주택서비스, 저부담노인홈과 단체홈⁸⁴⁾ 그리고

80) 일본 관련 연구자료에서는 재가와 재택을 혼용해서 사용하고 있으며, 여기서는 재가로 통일하고자 함

81) 주야간 요양서비스는 요양보호사가 데일리서비스 사업소에 고령자를 통원시키거나 일상생활 지원, 생활기능 개선 등을 하루당 서비스로 제공하는 형태임

82) 간병사업 보조원이 간병인정 신청 대행, 재가간병 프로그램 계획 등을 작성하는 서비스를 제공함

83) 고령자의 부담으로 입소할 수 있는 고액의 간병요양시설임

84) 저소득계층인 경우 이용할 수 있는 시설임

간병보전시설⁸⁵⁾ 서비스 등이다. 특히, 보험회사는 수익성이 높고 고령자 본인부담이 높은 유료노인홈 사업에 참여하고 있다(이상우 2019a).

유료노인홈은 노인을 입주시켜 목욕·식사·개호 등을 제공하는 사업을 실시하는 시설이며(일본 노인복지법 제29조), 설치 시 도도부현 등의 사전 신고를 얻어야 한다. 또한 유료노인홈은 개호보험법의 특정 시설 입주자 생활 개호에 관한 지정 기준(인력 배치 기준, 시설 기준 및 운영 기준)을 충족해야 한다.

〈표 III-6〉 일본의 유료노인홈 시설 수 및 증가 비율

(단위: 개소, 명, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
시설 수	4,144	4,640	7,519	8,502	9,632	10,651	12,570	13,525
(연간 증가율)	-	12.0	62.0	13.1	13.3	10.6	18.0	7.6
입소 정원	195,972	216,174	315,234	350,990	391,144	424,828	482,792	518,507
(연간 증가율)	-	10.3	45.8	11.3	11.4	8.6	13.6	7.4

주: 고령자주택서비스를 제외한 유료노인홈 시설 수입(매년 10월 1일 현재 자료)

자료: 厚生労働省, 社会福祉施設等調査: 結果の概要, 각 연도

최근 일본 정부는 총량규제⁸⁶⁾로 인해 유료노인홈의 신규 개설보다는 '서비스 제공형 고령자 주택'이 증가하고 있다. 고령자 주택을 추가 확충하기 위해 2011년에 고령자 주택 서비스 제도가 도입되었다. '서비스 제공형 고령자 주택'은 최소한의 안부 확인과 생활 상담을 하는 것(일본 고령자거주법 제2조)을 제외하고는 고객 특성별 서비스 설계가 가능하여 이용자가 증가하고 있다. 공급 제약도 없어 2015년 12월 말에는 18.5만 호에 달하고 있다. 또한 '서비스 제공형 고령자 주택'은 유료노인홈과는 달리 신고제가 아닌 등록제로 운영되고 총량규제가 적용되지 않는다.⁸⁷⁾

85) 고령자의 간병상태가 호전될 경우 자택귀가 준비를 위해 재활훈련 등을 수행하는 비영리 법인이 운영하는 시설임

86) 총량규제란 각 도도부현 단위의 시설이나 거주제 서비스의 총량에 대한 규제로, 개호 서비스에 대한 지자체의 부담경감, 재가 간호의 권장 등이 목적임. 시설을 개설할 때 도도부현 지사에 의한 지정이 필요하지만, 도도부현이 정한 필요 이용 정원 수를 초과할 경우에 사업자 지정 등을 거부할 수 있음. 2006년 4월에 열린 개호 보험법의 개정에 따라 유료노인홈 수도 제한할 수 있게 되었음(<https://www.roujinhom-zenkokunet.jp/yougoshu/souryokisei.html>)

87) YAMADA Consulting Group(https://www.ycg-advisory.jp/industry/medical_care/senior-living/)

한편 일본의 개호서비스별로 운영수지를 살펴보면, 시설(주거형) 서비스에서 요양형 의료시설이 3.3%(2016년)이고, 재가서비스에서는 방문개호, 입소개호, 입소재활이 각각 4.8%, 4.9%, 5.1%(2016년)로 상대적으로 높은 운영수지를 보이는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-7〉 각 개호 서비스의 영업이익률(수지차 비율)¹⁾

(단위: %)

개호서비스		2015년	2016년
시설 (주거형) 서비스	개호 노인 복지 시설	2.5	1.6
	개호 노인 보건 시설	3.2	3.4
	개호 요양형 의료 시설	3.7	3.3
재가 서비스 ²⁾	방문개호	5.5	4.8
	방문목욕 개호	2.7	2.8
	방문간호	3.0	3.7
	방문재활	4.3	3.5
	입소개호	7.1	4.9
	입소재활	4.6	5.1
	단기 입소 생활 개호	3.2	3.8
	특정 시설 입소자 생활 개호	4.1	2.5
	복지용구 대여	3.7	4.5
	재가개호 지원	-1.8	-1.4

주: 1) 수지차 비율=(개호 서비스의 수입-간호 서비스 이용액)/개호 서비스의 수입

2) 재가개호 지원을 제외한 모든 서비스에 개호 예방이 포함됨

자료: 厚生労働省, 平成29年度介護事業経営実態調査結果の概要

한편, 일본 총무성(2012)에 의하면, 간병사업은 평균 영업이익률이 8.4%로 다른 산업⁸⁸⁾에 비해 안정적 수익 실현이 되고 있는 것으로 평가하고 있으며, 고령자 관련 시장규모가 100조 엔, 이 중 간병 관련 시장규모가 18.7조 엔을 상회할 것으로 전망하였다. 이에 일본 보험업계는 간병사업이 향후 보험산업의 새로운 수익을 창출할 수 있는 '제4의 핵심적 사업기반'으로 성장할 것으로 전망한 바 있다(이상우 2019a).

대표적인 보험회사의 장기요양서비스인 '손보(SOMPO)케어'와 '동경해상'의 장기요

88) 건설업 4%, 소매업 6.4%, 숙박업 5.9%, 오락업 4.7%, 정보통신업 8.6%로 발표함

양서비스를 살펴보면 다음과 같다.

손보케어⁸⁹⁾는 일본의 대형 손보사인 손보(SOMPO)홀딩스가 요양서비스 관련 사업을 적극적 M&A를 통해 요양사업을 시작하였다. 이와 더불어 손보홀딩스그룹과 (주)아일소액단기보험은 要개호 상태를 개선하기 위한 일본 첫 전용 보험(내일을 향한 힘)을 2017년 9월 1일부터 손보케어 그룹의 시설 이용자 등에게 판매 중에 있다. 요지원, 요개호 판정을 받은 사람이 보험기간(1년) 중 개호등급이 개선될 경우 보험금을 지급한다. 이 상품은 개호상태 개선을 촉진하는 인센티브 설계형이라는 특징이 있다(다구치 켄타 2018).

동경해상은 1996년에 베타라이프서비스(BLS)를 설립하여 개호사업을 추진하고 있다(후루이치 신타로 2018). BLS는 케어매니저(케어플랜 작성) 및 방문개호 서비스, 유료노인홈 및 고령자용 주택 운영, 개호 관련 솔루션 서비스 등을 제공하고 있다. BLS는 40개의 미즈타마 개호 스테이션에서 케어매니저가 수요자에 맞는 서비스 종류·이용 스케줄을 마련하고 서비스를 제공하는 사업자와 연계서비스를 제공하고 있다. 또한 자택에서 생활할 수 있도록 케어플랜에 따라 신체 개호(목욕, 배설, 식사 등의 보조)나 생활 보조(청소, 식사준비, 장보기 대행 등) 서비스를 제공하고 있다. BLS는 유료노인홈인 ‘힐데모어 휴테’를 운영하여 개호 수요자에게 개호·간호 제공, 의료기관과 연계, 생애 마지막까지 안심하고 생활할 수 있도록 지원하고 있다.⁹⁰⁾ 또한 BLS는 2016년 주택 건설 대기업 ‘다이와 하우스’ 그룹으로부터 방문 개호 서비스 등의 기능을 갖춘 고령자용 주택 2개 건물을 위탁 받아 운영하고 있다. 직원이 입주자 안부 확인 및 생활 상담을 하고 방문 개호 사업체 소속의 헬퍼(도우미)가 건물 내 객실에 대한 방문 개호를 실시하고 있다. 이외에도 BLS는 보험계약자를 대상으로 개호 관련 전화 상담을 실시하고 있다. 참고로 BLS의 직원 수는 2018년 4월 현재 2,230명이며, 매출은 2018년 3월 결산에 의하면 85억 1,600만 엔이다. 영업이익은 3억 엔으로 3.3%의 영업이익률을 보이고 있다.

89) <https://www.sompocare.com/>

90) 보통 다른 홈의 경우, 치매 등이 진행되어 대처하기 힘들어지면 사업자 측이 입주 계약을 해지할 수 있다는 계약 조항이 일반적이거나, BLS의 유료노인홈은 개호와 간호 대응력을 강화하여 이와 같은 해지 조항을 폐지함

〈표 III-8〉 일본 보험회사의 간병사업 운영 현황

(단위: 개)

보험 그룹명	요양 사업자명	재가형 요양사업(점포 수)			시설 요양사업(호실 수)				
		방문 간병	주야간 간병	재가 간병 지원	유료 노인홈	고령자 주택 서비스	저부담 노인홈	단체홈	간병노인 보건시설
손보 홀딩스	(주)손보케어	625	61	n.d ³⁾	25,500				
동경해상 홀딩스	(주)동경해상 베타라이프	40	-	40	501	104	-	-	-
미츠이시미 토모	(주)미츠이시미 토모케어넷	3	-	3	223	-	-	-	-
아이오이 넷세이	(주)후레아이 서비스	-	4	-	n.d	-	-	-	-
니혼생명	넷세이성례 건강복지재단	2	-	1	760	-	-	-	n.d
메이지야 스다생명	(주)선비너스 타치가와	-	-	-	137	-	-	-	-
소니보험 그룹	(주)Lifecare Design	-	-	-	196	-	-	-	-

주: 1) 2018년 10월 기준임

2) n.d(no date)는 사업을 운영하고 있지만 숫자 확인이 안 됨

자료: JA共済総合研究所, 이상우(2019a) 재안용

일본의 생명보험회사들은 간병 관련 자회사 또는 외부 간병전문회사를 통하여 보험 상품 제공 시 간병 관련 부가서비스를 제공하고 있으며, 부가서비스가 확대되고 있는 추세이다.

대표적인 부가서비스는 간병상담서비스와 간병시설 등 소개·이용서비스이며 이외에도 간병 관련 정보, 심리적 지원 서비스 등을 제공하고 있다.

〈표 III-9〉 일본 생명보험회사가 제공하는 간병 관련 부가서비스 종류

(단위: 개)

서비스 종류	간병상담 서비스	간병시설 등의 소개·이용 서비스	정보제공·조사 서비스	심리적 지원 서비스	시큐리티 서비스 우대권	세미나 참가 서비스	앱 제공
제공 보험회사 수	17	13	9	8	5	3	5

자료: 이상우(2019a)

3) 민간 개호서비스 시장 현황

민간개호서비스 시장은 2017년 기준으로 6.5조 엔 정도의 규모로 추정되며, 업계 1위 니치이학관⁹¹⁾의 점유율은 2% 수준이다.

민간개호서비스 사장에는 보험회사뿐만 아니라 다른 산업에서도 장기요양사업에 참여하고 있는데, 이에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 일본에서는 보험회사 외에도 전자회사, 유통업체 등 다양한 분야에서 장기요양사업에 활발히 진입하는 것으로 나타나고 있다(류재광 2017).

① 전자회사인 파나소닉은 2015년 2개의 요양시설을 운영하고 있으며, 2019년까지 장기요양 관련 전자제품 및 관련 상품 판매를 확대하는 것을 계획하고 있다. ② 대형 유통업체인 이온 그룹은 대형마트 안에 재활 중심의 통원형 요양시설(데이케어서비스)을 확충한다고 발표한 바 있다. ③ 종합 경비업체인 ALSOK은 2012년부터 장기요양사업에 참여해 기존 장기요양회사 3개를 인수해 사업을 확대하고 있다. ④ 간병 및 치매 예방을 테마로 한 다양한 프로그램을 개발하고 제공하는 스포츠클럽인 '르네상스'는 노인을 대상으로 뇌활성화 프로그램 등 간병 및 치매 예방 프로그램을 개발해 인기를 얻고 있다. 또한 ⑤ 간병 지원 로봇과 간병 예방을 위한 사업이 등장하고 있다. 이와 관련하여 사이버다인(Cyberdyne)사가 개발한 HAL(간병, 재활지원로봇)은 뇌가 송출하는 신호를 센서가 감지하여 환자가 원하는 행위를 할 수 있게 도와주는 간병지원 로봇이다. 학습지 구몬사는 치매예방교실(뇌건강교실)이라는 프로그램을 개발해 지방자치

91) 1968년 12월에 창업하였으며, 의료사무수탁사업을 중심으로 시작하여 현재 '의료관련사업'과 '헬스케어사업', '교육사업' 등을 수행함(유재상 외 2017)

단체(이하, '지자체'라 함)나 고령자 시설에서 서비스 제공을 통해 간병 예방을 수행하고 있다.

〈표 III-10〉 요양서비스 관련 대기업 현황(2018년 3월)

(단위: 억 엔, %)

순위	회사명	매출액	영업 이익	영업 이익률	시설 수			특징
					방문개호 방문간호	유료노인홈 그룹홈 기타고령자 주택	데이케어 서비스	
1	니치 이학관	1,482	145	9.8	1018	428	382	의료사무 위탁 대기업
2	SOMPO 케어	1,192	60	5.1	255	444	59	손해보험회사 SOMPO홀딩스가 2015년 대형 전업사 2개를 M&A하여 통합
3	베넷세 홀딩스	1,119	89	7.9	23	316	6	1990년대 후반 교육사업에서 유료노인홈 사업에 진입
4	츠쿠이	742	47	6.4	127	79	498	데이케어 서비스 최대 기업
5	유니매트 리타이어 먼트 커뮤니티	451	41	9.1	18	159	192	오피스 커피 사업에서 M&A를 통해 사업 진출
6	센트케어 홀딩스	395	19	4.9	319	42	54	방문개호/간호 대기업으로 방문간호는 최다거점(80개) 보유
7	베스트 라이프	304	2	0.7	-	162	1	보급형 가격대의 유료노인홈 운영, 기숙사나 숙박시설을 개보수하여 사용
8	가와시마 코퍼레 이션	345	25	7.4	-	109	5	보급형 가격대의 유료노인홈 사업 영위, TV 광고를 통한 홍보로 유명
9	메디컬 케어 서비스	266	6	2.2	-	254	1	치매 그룹 홈 사업체 중 최대 규모
10	ALSOK	256	1	0.4	53	136	34	보안서비스 대기업, 2012년 방문개호 사업 진입 후 M&A를 거듭하며 성장
...	동경해상 일동 베터라이프 서비스	85	3	3.3	40	13	-	동경해상일동 화재보험회사에서 1996년 설립

주: 2017년도 각 회사 결산 자료 및 홈페이지 등을 참고함
자료: 후루이치 신타로(2018)

향후 개호 관련 서비스공급기관은 공적 보험의 재정난, 개호 종사자 구인난으로 인해 향후 서서히 통폐합 될 전망으로 보인다(후루이치 신타로 2018).

4) 정부의 민영 요양사업 활성화 정책

일본 정부는 간병보험과 관련하여 고령자 본인부담을 증액하거나 보장범위와 한도 조정 등 민영시장 확대를 유도하고, 치매·간병 예방사업, 간병생활 지원, 환자보호, 간병식사 등에 대한 민영의 진입장벽을 낮추어 왔다.

재정제도심의회(일본 재무부의 자문기관)는 개호보험의 재원 부족을 이유로 자기부담을 20%로 인상하도록 요구하고 있다. 현재 개호보험 이용자 부담은 10%가 원칙이나 소득수준에 따라 20~30%의 부담을 하고 있다.⁹²⁾

이와 관련하여, 2015년 개호보험제도 개정 시 고소득층을 대상으로 20% 자기부담을 도입하였는데, 이로 인해 이용이 줄어들기도 했다. 후생노동성에 따르면, 자기부담이 10%에서 20%로 오를 경우 개호서비스 이용을 줄인 비율이 3.8%로, 10% 자기부담의 경우 1.3% 줄인 것과 비교할 때 약 3배가 높은 것이다. 서비스 이용을 줄인 주요 이유는 개호비용이 부담되기 때문이라는 응답이 35.0%로 가장 높은 것으로 나타났다.

또한 케어플랜 유료화도 논의의 초점이 되고 있다. 현 제도에서 케어플랜은 전액 개호급여에서 조달되어 자기부담은 없으나, 케어매니저 이용에 대한 비용은 1인당 월평균 1만 4,000엔인데 본인부담이 10%로 결정되면 매월 1,400엔을 지불하게 될 것으로 예상된다. 이로 인해 고령자에 대한 부담 증가뿐 아니라 저소득층 가계를 압박할 우려가 있다는 지적이 일고 있다.⁹³⁾

한편, 요양시설과 관련하여 2011년에 ‘요양서비스 제공 고령자 전용 임대주택’에 관

92) 개호보험제도는 3년마다 개정되어 2018년에 개정되었는데, 그때까지 최대 20%였던 자기부담액을 고소득자를 대상으로 최대 30%까지 끌어올림

93) 일본은 2019년 8월 29일 ‘제80회 사회보장심의회 개호보험부회’에서 케어플랜의 유료화에 대한 논의를 함. 케어플랜의 도입 당시 이용자 부담을 설정하지 않은 이유는 개호보험 이용의 장벽을 낮출 목적이었으나, 재정적으로 지속 가능한 제도를 구축할 필요성에서 유료화에 대해 찬성하는 입장 간에 찬반논의가 있음(<http://www.care-mane.com/news/10379.html?CID=&TCD=0&CP=1>)

한 법률 개정을 통해 보험회사 등 민영사업자의 요양서비스에 대한 진입장벽을 완화하였다. 그리고 2014년에는 보험회사가 보험계약자에게 보험금 등 현금지급 서비스 대신 요양서비스 또는 실버타운 입주권 등의 현물급여를 선택할 수 있도록 제도를 개선했다(이상우 2019a).

다. 평가 및 시사점

첫째, 일본은 고령화에 대응하기 위해 장기요양서비스와 간병보험에 대한 지속적 개선에도 불구하고 서비스 및 보험상품 제공은 충분하지 못한 것으로 평가되고 있다.

2017년 기준 일본의 고령자는 3,514만 명(고령화율 27.7%), 이 중 80세 이상은 1,074만 명(전체 인구의 8.5%)이다. 반면, 우리나라의 고령자는 736만 명(고령화율 14.2%), 80세 이상은 163만 명(전체 인구의 3.1%)이어서 우리나라는 일본에 비해 2017년 기준으로 고령화 수준은 낮다. 그러나 일본보다 더 빠르게 고령화되고 있어 2050년 이후에는 우리나라의 고령화율이 세계에서 가장 높을 것으로 추정되고 있다.⁹⁴⁾

가장 최근 시점인 2015년 노후빈곤율을 보면, 일본은 19.6%, 우리나라는 44.3% 수준으로 우리나라의 노후빈곤율이 24.7%p 높다(OECD(2017b), p. 135). 요양보험제도 도입 시점을 비교하면, 일본과 우리나라는 각각 2000년, 2008년으로 약 8년의 차이가 있다. 동 제도 도입 당시 고령화율을 비교하면, 일본은 17.2%(2000년), 우리나라는 10.2%(2008)로 고령화 상황을 비교한 우리나라의 요양보험제도 도입은 상대적으로 빠른 것으로 이해된다. 그러나 세계 어느 나라보다 빠른 고령화 속도를 고려하면 현재의 대응 속도는 오히려 늦을 수 있다.

94) UN/Prababilistic Projection(세계인구규모 추정 및 전망)을 참고하여 정리함

〈표 III-11〉 한국과 일본의 고령화 비교

구분	일본	한국	차이
총인구	12,671만 명(2017년, 100.0%)	5,178만 명(2017년, 100.0%)	-
65세 이상	3,514만 명(2017년, 27.7%)	736만 명(2017년, 14.2%)	-
80세 이상	1,074만 명(2017년, 8.5%)	163만 명(2017년, 3.1%)	-
베이비부머 수	단카이 세대 약 566만 명 (총인구의 4.4%)	베이비부머 713만 명 (총 인구의 14.6%)	-
생산인구감소 시기	1995	2017	22년
노후빈곤율	19.6%(2015)	44.3%(2015)	24.7%p
고령화사회	1970년(7.1%)	2000년(7.2%)	30년
고령사회	1994년(14.1%)	2017년(14.2%)	23년
초고령사회	2005년(20.1%)	2026년(21.1%)	21년
요양보험 도입 연도	2000년(고령화율 17.2%)	2008년(고령화율 10.2%)	8년

자료: 통계청(2011); 류재광(2018); United Nations/Probabilistic Projections; OECD(2017b), p. 135(<http://statlinks.oecdcode.org/812017681p1t022.xlsx>); OECD Library/poverty-rate(연령별 빈곤율 국제비교)

둘째, 일본은 요양서비스 재원 마련을 위해 조세와 사회보험료가 절반씩 부담하고, 시장 메커니즘 도입과 민영화 축진을 통해 요양서비스에 대응하고 있다는 특징이 있다(이건우 2008). 이로 인해 사적부문 특히 보험산업이 간병사업에 적극적으로 참여함으로써 공적 부문과 협력하여 중요한 역할을 해오고 있는 것으로 보인다.

물론 일본의 요양사업은 전자회사(파나소닉), 유통업체(이온 그룹), 서비스업(르네상스) 등에서 다양하게 추진되었다. 그러나, 보험회사를 중심으로 기존 소형 사업자의 인수합병을 통해 良質의 요양서비스를 제공하고 있다는 점에서 다른 산업보다 성공적인 사업주체로 평가된다. 특히, 일본 보험회사의 유료노인홈 사업 참여는 良質의 서비스를 바라는 소비자와 기업의 수익 창출이라는 이해가 맞아 떨어진 결과로 보인다. 요양사업을 둘러싼 통폐합 현상은 향후에도 지속되고 이로 인해 사업주체의 대형화가 예상된다. 점에서 보험산업은 예의주시할 필요가 있다.

셋째, 보험회사의 경우 해당사업과 관련성이 높은 간병보험 상품과 연계를 통해 보험사업에 시너지 효과도 있는 것으로 판단된다.

특히 일본의 보험회사들은 자회사 또는 외부 간병전문회사를 통하여 보험상품 제공

시 요양서비스를 부가하여 제공하고 있다. 이는 요양서비스와 간병보험을 패키지화함으로써 공급자는 산업 간 시너지 효과를, 수요자는 비용절감 효과가 기대된다. 이러한 점에서 일본의 요양사업 추진과 관련하여서는 우리 보험산업에 시사하는 바가 크다고 하겠다.

넷째, 일본은 의료관리와 임종케어 기능과 생활시설로서 기능을 겸비한 새로운 개호보험시설유형(개호요양원)을 신설하고, 개호상태 개선 시 보험금을 지급하는 인센티브형 보험상품을 개발하고 있다는 점을 주목할 필요가 있다.

다섯째, 2014년 후생노동성의 조사에서 개호 서비스 사업자가 안고 있는 문제점으로서 “良質의 인력확보가 어렵다”, “지금의 개호보수로는 인재확보·정착을 위해 충분한 임금을 지불할 수 없다”, “경영(수지)이 어려워 노동 조건과 노동 환경을 개선하고 싶어도 할 수 없다” 등 인력과 관계된 것이 많았다는 점에서 이에 관련된 검토가 이루어질 필요가 있다.⁹⁵⁾

2. 독일

독일은 보험산업에서 요양사업을 직접적으로 운영하지 않아 요양서비스 공급자로서 보험산업의 영향은 크지 않다는 점에서 일본과 차이가 있다. 다만, 良質의 요양서비스 공급의 필요성을 인식하고 이에 대한 자원 마련에 초점을 두고 있다는 점에서 독일의 요양보험/간병보험을 검토하되, 민영보험의 공적보험 대체기능이 상당하다는 점에 대해 주목하고자 한다.

95) YAMADA Consulting Group(https://www.ycg-advisory.jp/industry/medical_care/senior-living/)

가. 공·사적 요양보험 체계와 특징

1) 요양보험 체계와 장기요양서비스

가) 요양보험 체계

독일은 고령화,⁹⁶⁾ 가족의 장기요양부담 증가, 질병금고(건강보험)의 재정 악화 등으로 1995년 4월에 별도의 요양보험제도(Pflegeversicherung)를 사회보험 형태로 도입하였다.⁹⁷⁾

독일의 요양보험의 피보험자는 공적 요양보험(SLTIC: Social Long Term Care Insurance)과 대체형 민영 요양보험(CPLTCI: Compulsory Private Long Term Care Insurance)에서 서비스를 제공받을 수 있다. 공적 요양보험과 대체형 민영 요양보험은 모두 강제보험이며, 각각 대상자의 88%, 12%를 보장하고 있다.⁹⁸⁾⁹⁹⁾ 대체형 민영 요양보험은 강제보험이고 공적 요양보험과 중복가입되지 않으므로 공적 요양보험으로 간주된다. 공적 요양보험(SLTIC)은 저소득층과 중산층을, 대체형 민영 요양보험(CPLTCI)은 고소득층·자영업자 그리고 공무원을 보장한다. 두 제도의 가입대상을 구분하는 소득기준(2019년)은 월 소득 5,062.50유로¹⁰⁰⁾(약 693만 원) 또는 연간수입 60,750유로(휴일 및 크리스마스 보너스 포함, 약 8,317만 원)이며, 매년 임금상승률에 따라 증가한다.¹⁰¹⁾ 장기요양서비스 재정은 사회보험 형태로 충당되나 건강보험과 재정적으로 완전히 분리독립된 기관인 요양금고(VDEK: Verband der Ersatzkassen)에서 수행한다.¹⁰²⁾ 그리고 장기요양서비스 공급은 민간이 주도하는 공·사 혼합체계이다(최은영, 2005).

96) 1930년 고령화사회, 1972년 고령사회 진입, 2009년 초고령사회 진입, 2060년 고령화율 34%가 예상됨(김민경 외(2017), p. 12; World Bank)

97) 1989년부터 노인대상 장기요양급여 일부를 실시하였는데, 이는 건강보험제도에서 시행한 것임(김성옥 외 2014)

98) European Commission(2018)

99) 2019년 독일 출장 자료: Andreas Besche(2019)

100) 유로환율은 1,369원 수준임(2019. 8. 13 기준)

101) 2019년 독일 출장 자료: Andreas Besche(2019)

102) 독일 요양보험의 재정은 건강보험과 분리되어 독립적으로 운영되나, 관리는 건강보험 운영주체인 질병금고가 담당함(홍성대 외 2007)

〈그림 III-3〉 독일의 공·사적 요양보험 체계



공적 및 대체형 민영 요양보험(CPLTCI) 외에도 임의로 가입하는 보충형 민영 요양보험(VPLTCI: Voluntary Private Supplementary LTCI)이 존재한다.

나) 장기요양서비스

장기요양서비스를 제공할 수 있는 기업·회사 형태는 영리·비영리¹⁰³⁾에 상관없고 장기요양금고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족하면 장기요양서비스 제공자에게 요양기관의 자격을 부여한다. 장기요양서비스 제공기관에 제공되는 수가는 장기요양금고와 지방정부가 개별 요양공급자들과 개별적인 계약을 통해 결정된다.

아래 표에서 보는 바와 같이 독일의 장기요양기관은 재가든 시설이든 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타난다.

103) 2013년 기준 독일의 장기요양서비스를 제공하는 재가기관은 12,700개소이며, 이 중 영리 기관 64%, 비영리 기관 35%, 공공기관 1% 수준임(김민경 외(2017), p. 53)

〈표 III-12〉 독일의 유형별 장기요양기관 수(1999~2017년)

(단위: 개소)

연도	재가기관	시설기관	급여유형 ¹⁾		
			완전주거 (상시입소시설)	단기보호	부분주거 (주야간보호)
1999	10,820	8,859	8,073	1,621	1,487
2003	10,619	9,743	8,775	1,603	1,720
2007	11,529	11,029	9,919	1,557	1,984
2011	12,349	12,354	10,706	1,673	2,767
2015	13,323	13,596	11,164	1,674	3,880
2017	14,050	14,480	11,241	1,205	4,455

주: 1) 시설기관의 서비스형태별 구분이며, 중복서비스를 제외하면 시설기관 수가 산출됨

2) 독일의 단기보호와 부분주거(주야간보호)는 우리나라와 달리 시설기관에 포함됨

자료: 독일 연방통계청(Statistisches Bundesamt); 김민경 외(2017), p. 40; 독일 연방보건부(BMG)

독일 전체 인구는 2017년 기준 8천 59만 명으로 이 중 장기요양 대상자는 4.5%로 추정되고 있다. 한편 장기요양 대상자의 절반 이상이 80세 이상 노인이고 이러한 80세 이상 노인인구비율은 2050년까지 지속적으로 증가할 것으로 추정된다.

최근의 독일의 요양서비스 및 보험에 대한 개선이 있어 왔음에도 불구하고 공급이 부족한 것으로 분석되고 있으며, Gerhard Backer(2016)에 의하면 3만 5천 명의 간호사가 부족한 것으로 추정되고 있다.

〈표 III-13〉 독일의 80세 이상 인구 추이(2013~2060년)

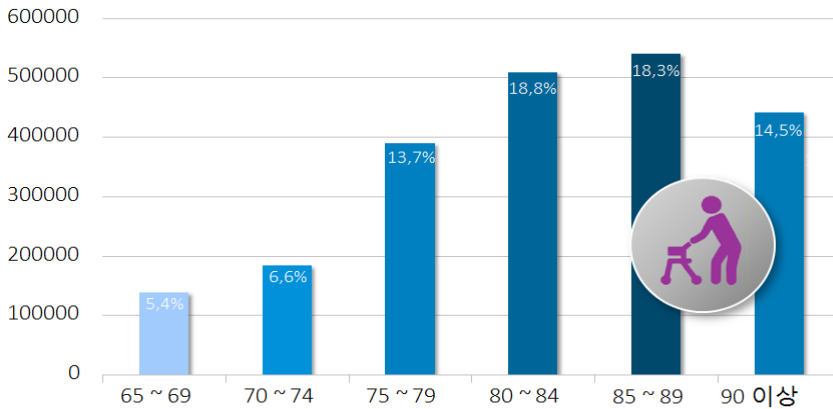
연도	전체인구(십만 명)	80세 이상 인구 수(십만 명)	80세 이상 인구비율(%)
2013	808	44	5.4
2020	820	59	7.2
2030	809	62	7.7
2040	789	78	9.9
2050	761	99	13.0
2060	731	90	12.3

자료: 독일연방보건부(BMG); 독일 출장 자료

장기요양 필요자를 65세 이상 노인의 연령별로 보면, 65~69세는 5.4%에 그치지만, 80대는 거의 20%에 근접한 수준으로(80~84세 18.8%, 85~89세 18.3%) 나타나고 있다.

〈그림 III-4〉 65세 이상 연령 구간별 돌봄 필요자 비중

(단위: 명)



자료: 독일 연방보건부(BMG); 독일 출장 자료

2) 공적 요양보험(Gesetzliche Pflegeversicherung)과 특징

가) 공적 요양보험 현황

독일의 요양보험제도는 신체적·정신적 장애로 인해 일상생활을 수행하는 데 있어 6개월 이상 타인의 도움을 필요로 하는 모든 사회 구성원을 대상으로 한다.¹⁰⁴⁾

장기요양서비스는 전체 대상자의 88%인 7천만 명이 공적 요양보험(SLTCl) 가입자고, 나머지 12%인 9백만 명이 대체형 민영 요양보험(CPLTCl) 가입자이다(독일 출장 자료).

공적 요양보험(대체형 포함) 급여의 종류는 재가서비스, 주야간 수발 서비스, 단기 수발, 시설보호(노인집합주택, 너싱홈,¹⁰⁵⁾ 노인종합시설)로 나뉘며, 급여 형태는 현물,

104) 사회법전 제11권 제14조 1항(국민건강보험 건강보험정책연구원(2017. 6), p. 17)

105) 완전주거시설에 생활하는 경우 장기요양조합은 2017년 기준 1등급은 125유로, 2등급은 770유로, 3등급은 1,262유로, 4등급은 1,775유로, 5등급은 2,000유로를 지급함(국민건강보험 건강보험정책연구원(2017. 6), p. 19)

현금, 혼합급여가 있다(오영수 2008a).

장기요양서비스 이용자는 2017년 341만 명으로 2003년도(190만 명) 이후 지속적으로 증가하였으며,¹⁰⁶⁾ 이 중 76%가 재가서비스를 이용할 정도로 시설서비스에 비해 재가서비스가 급속히 증가하였다.

〈표 III-14〉 독일의 장기요양 수급자 현황(2017년 기준)

(단위: 명, %)

구분	수급자 수	비율	등급					
			1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	기타
전체	3,414,378 (62.9)	100.0	1.4	46.0	30.0	16.1	6.6	0.2
재가	2,594,862 (60.5)	76.0	1.4	53.7	29.5	11.9	3.5	-
친지 ¹⁾	1,764,904 (57.7)	51.7	-	56.4	29.5	11.3	2.8	-
외래 ²⁾	829,958 (66.5)	24.3	4.5	47.7	29.5	13.2	5.0	-
시설	818,289 (70.4)	24.0	0.9	21.4	31.7	29.6	16.3	0.7
기타 ³⁾	1,227 (75.5)	0.0	100.0	-	-	-	-	-

주: 1) 요양서비스를 제공하는 친지(Allein Durch Angehörige)

2) 외래서비스 병행(Zusammen Mit/Durch Ambulante Pflegedienste)

3) 1등급이나 준안정케어서비스가 필요한 수급자를 말함

4) () 안은 여성비율임

자료: 독일 연방통계청, 장기요양수급자 규모(<https://translate.google.co.kr/>)

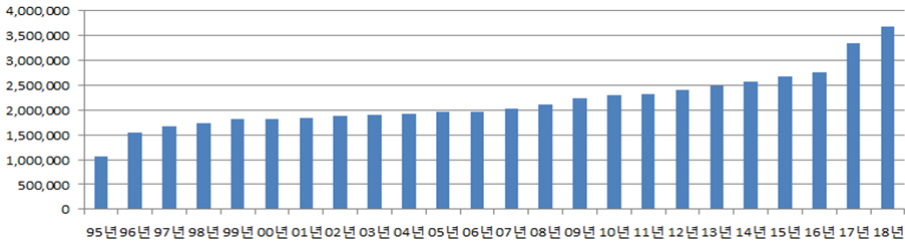
독일의 장기요양 수급자 수는 1997~2016년 동안 연평균 2.8% 증가하였으며, 장기요양 등급체계 개편의 영향으로 334만 명¹⁰⁷⁾(전년 대비 21.5% 증가), 2018년 369만 명으로 전년 대비 10.4% 증가하였다.

106) 1999년 2.5%에서 2010년 2.8%(2,300천 명), 2015년 267만 명, 2016년 273만 명으로 증가하였고, 2030년 3,300천 명으로 예상됨(독일 연방통계청(<http://www.destatis.de/>); BMG(2016), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung; 국민건강보험정책연구원(2017); Pamela Nadash et al 2018. 6)

107) 〈표 III-14〉와 차이가 나는 이유는 조사시점에 따라 수급자는 달라질 수 있기 때문임

〈그림 III-5〉 독일 장기요양 수급자 증가 추이(1995~2018년)

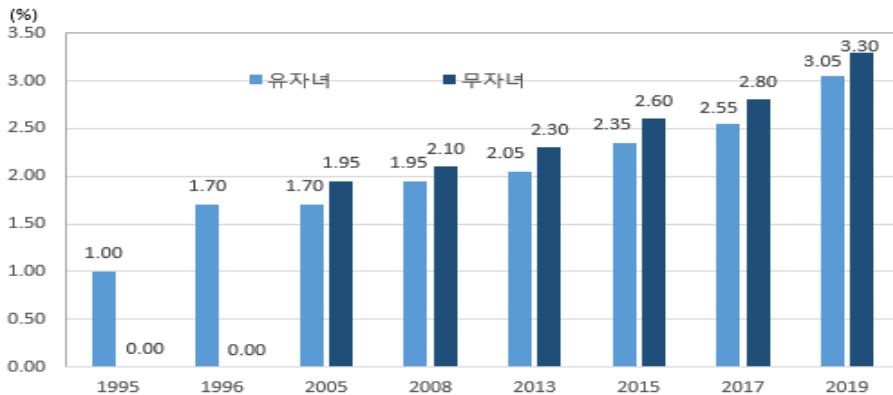
(단위: 명)



자료: 독일 연방보건부(BMG); 독일 출장 자료

독일의 공적 요양보험의 재원은 전액 보험료에 의존하며, 초과 금액은 수급자가 가족이 공동부담하는 '부분보장'을 원칙으로 한다. 요양보험 보험료율(유자녀 기준)은 시행 당시 1%에서 시작하여 2019년 기준 소득의 3.05%로 점진적으로 증가하여 왔으며, 근로자와 사용자가 절반씩 부담한다. 자녀가 없는 직장인¹⁰⁸⁾들은 0.25%p를 추가 납입하여 소득의 3.30%를 부담한다. 2019년 현재 자녀가 있는 경우 매월 최고 보험료는 138.40유로(19만 원)이다.

〈그림 III-6〉 독일의 공적 요양보험료율(1996~2019년)



자료: AOK(2019); 독일 출장 자료

108) Child Bonus Act의 제정으로 2005년부터 자녀가 없는 23세 이상의 가입자들에게 적용함
(국회예산정책처 2018: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>)

독일의 요양보험 등급별 월급여액을 살펴보면, 2017년 기준으로 재가현물서비스와 시설주야간보호서비스의 월급여액은 동일하고, 재가서비스의 현금서비스가 다른 유형에 비해 가장 낮은 급여를 지급하는 것으로 나타났다.

이러한 낮은 급여의 재가 현금서비스는 재정안정화에 초점을 두고 운영하고 있는 재가서비스¹⁰⁹⁾ 및 현금지급을 우선시 하는 독일의 요양보험 정책과 맥을 같이하고 있는 것으로 보인다.¹¹⁰⁾

〈표 III-15〉 독일의 요양보험 등급별 월급여액(2017년)

(단위: 유로)

등급	재가서비스		시설서비스	
	현물서비스	현금서비스	주야간보호	시설주거
1등급	-	-	-	125
2등급	689	316	689	770
3등급	1,298	545	1,298	1,262
4등급	1,612	728	1,612	1,775
5등급	1,995	901	1,995	2,005

자료: Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel(2018. 6), pp. 588~597

독일의 요양보험 재정수지를 살펴보면, 2008년 이후 재정수지가 흑자로 전환된 바 있으나(김민경 외(2017), p. 57) 과거 누적적자로 인해 2017년 이후 다시 적자로 전환된 것으로 나타나고 있다. 이로 인해 독일은 요양보험에 대한 재정안정화 개혁을 진행하고 있는 것으로 이해된다.

109) 2016년 기준 재가 및 시설 수급자의 규모는 전체 2,749천 명 중 재가서비스 수급자가 71.8%임(국민건강보험 건강보험정책연구원(2017. 6), p. 18)

110) 독일의 10개 주요 보험회사는 현금급여만을 제공하며, 장기요양서비스와 관련하여 민영 건강보험 가입자들에게 전화상담(Telefonische Beratung) 및 방문상담(Beratung vor Ort)을 무료로 제공함. 또한 Compass라는 상담 기관이 있음

〈표 III-16〉 독일의 연도별 요양보험 재정수지(2000~2015년)

(단위: 천 명, 억 유로)

연도	보험료 수입(A)	보험료 지출(B)	재정수지(A-B)
2000	165.4	166.7	(-1.3)
2005	174.9	178.6	(-3.7)
2008	197.7	191.4	(6.3)
2010	217.8	214.5	(3.3)
2015	306.9	290.1	(16.8)
2016	320.3	310.0	(10.3)
2017	361.0	385.2	(-24.2)
2018	377.2	412.7	(-35.5)

주: () 안은 수치차(A-B)임

자료: BMG(1995~2018), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

나) 공적 요양보험 특징

저출산과 고령화로 인하여 보험료 인상이 불가피해질 경우를 대비한 장기요양준비 기금(Pflegevorsorgefonds)이 있다. 동 기금은 사회법전 제11권(장기요양보험법) 제 135조에 근거하며, 2015년 2월 20일에 시작하여 2033년 12월에 지급을 시작하면서 종료되는 것으로 규정되어 있다. 기금적립액은 매년 요양보험료 수입의 약 0.1%이며 독일연방은행에 적립된다. 이는 2034년 베이비붐세대의 증가에 따른 장기요양대상자 수가 많아질 것을 전망하면서 보험료 인상이 불가피해질 미래를 미리 대비하여 준비하는 제도이다(김민경 외(2017), p. 56)

독일의 장기요양서비스는 시설보다는 재가서비스를 강조하는 방향으로 이루어지고 있다.¹¹¹⁾ 장기요양수급자가 현물급여인 장기요양서비스뿐만 아니라 현금급여를 선택할 수 있으며, 2013년 재가서비스 이용자의 약 80%가 현금급여를 선택하고 있다. 이외에도 간호지원, 주택개조수당, 무료 너싱케어와 같은 서비스는 추가적으로 급여된다(오영수 2008a).

2014년 10월 신체뿐만 아니라 심리 및 인지적 제한까지 요양대상에 포함하도록 요

111) 독일의 요양시설은 교회 및 재가 등 비공식적 제공자에 비해 54~80% 정도 비싼데, 정책적으로 요양시설에 대한 이용도를 줄이는 방향으로 정책을 추진함(Cuellar and Wiener 2000; 홍성대 외 2007)

양보험제도가 개선됨에 따라 2017년 1월 1일부터 치매 환자 등 정신질환 및 심리질환도 요양보험이 적용되면서 약 20만 명의 환자가 추가로 보험 혜택을 받게 되었다.¹¹²⁾

독일의 장기요양보험은 공적 요양보험과 대체형 민영 요양보험, 보충형 요양보험 등 역할이 구분되어 있으며 이에 따라 관련 조직도 재편되어 있다. 예를 들면, 독일은 민영 장기요양서비스와 관련하여 인정조사 및 등급판정을 위한 별도의 조직인 민영의료지원단(Medicproof)이 있다. Medicproof는 민영건강보험협회(PKV¹¹³⁾: Verband der Privaten Krankenversicherung)의 자회사로 주로 등급판정업무를 담당한다.¹¹⁴⁾ Medicproof는 신청자가 장기요양서비스가 필요한지에 대해 평가하며, 전국적으로 서비스를 제공한다.¹¹⁵⁾ 또한 민영 건강보험회사 외에 우체국직원의료보험조합과 연방철도직원의료보험 그리고 공공부조대상자를 관리하는 지자체로부터 위임받아 장기요양 등급 판정서비스도 제공한다(김민경 외 2017). 한편, 공적 요양보험을 가입한 대상자에 대한 장기요양등급은 MDK(공적건강보험소속의료지원단: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)에서 수행하며, 공·사적 기관이 구분되어 있다.¹¹⁶⁾

〈표 III-17〉 독일의 요양보험 등급판정 기준

장기요양 등급	판정기준(자립 및 기능장애 정도)	평가점수
1등급	경미(Minimal)	12.5~27 미만
2등급	주의(Significant)	27~47.5 미만
3등급	심각(Substantial)	47.5~70 미만
4등급	높은 심각(Highly Substantial)	70~90 미만
5등급	높은 심각성과 특별수발 필요 (Highly Substantial & Special Requirements of Care)	90~100

주: 2017년 이후 3등급 체계에서 5등급 체계로 전환됨

자료: 김민경 외(2017): 독일 출장 자료

112) 주독일대한민국대사관 홈페이지(정책)

113) 제3보험에 해당하는 질병 및 간병 관련 민영보험을 담당하고 있으며, 1947년부터 운영되어 2019년 현재 41개 회원사(16개 상호보험회사, 25개 상조회사)와 7개 특별회원사가 있음(독일 출장 자료)

114) 국민건강보험정책연구원(2017)

115) <https://www.medicproof.de/>

116) 광산·철도·해운 연금보험(KBS: Knappschaft-Bahn-See) 산하 의료지원단으로 사회의료지원단(SMD)이 있으며, 동 기관은 KBS의 위임을 받아 광산·철도·해운 업종 종사자들에 대한 등급판정서비스를 제공함(국민건강보험 건강보험정책연구원(2017), p. 27)

나. 민영 요양보험 및 특징

독일의 민영 요양보험은 강제(대체형)와 임의(보충형) 가입제도로 구분된다. 대체형 민영 요양보험은 독일의 사회보험제도들의 특성에서 알 수 있듯이 직역별로 구분되어 관리되는 과정에서 탄생하였다고 할 수 있다.

즉, 과거 사회보험 도입 시 블루칼라를 먼저 대상으로 하였고, 점차적으로 대상 범위를 넓히는 과정에서 통합관리보다는 직역별로 분리하여 제도를 도입하였다. 이 과정에서 후발 주자로 편입된 고소득층·자영업자 그리고 공무원을 대상으로 기존의 공적 요양보험과 별도로 대체형 민영 요양보험(CPLTCI)이 도입된 것이다.

〈표 III-18〉 독일 민영 요양보험 가입 현황(건강보험회사 기준)

(단위: 백만 유로, 천 명)

구분	수입보험료		가입자 수	
	대체형	보충형	대체형	보충형
2005	1,868	170	9,164	833
2010	2,096	439	9,593	1,700
2015	2,196	818	9,414	2,584
2016	2,165	890	9,375	2,677
2017	2,600	1,030	9,327	2,739

자료: 오승연 외(2016b); German Insurance Association(GDV)

1) 대체형 민영 요양보험(CPLTCI: Compulsory PLTCI)

2019년 현재 연간 수입 60,750유로(약 8,317만 원)를 초과한 경우에 대체형 민영 요양보험에 가입된다.¹¹⁷⁾ 동 보험의 보험료는 공적 요양보험과 동일하며,¹¹⁸⁾ 건강보험 회사에서 판매하고 있다. 동 보험의 가입자 수는 2017년 기준으로 약 9백 33만 명이며, 수입보험료는 약 26억 유로(약 3조 6천억 원)이다.

공적 및 대체형 민영 요양보험의 가입자 혜택은 원칙적으로 간호 보험업(SGB XI)에

117) <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeversicherung/#gesetzlich>

118) 국민건강보험 건강보험정책연구원(2017. 6)

따라 동일하다. 외래진료, 데이케어서비스, 입원환자 치료, 간병혜택 등을 받게 된다.¹¹⁹⁾

2) 보충형 민영 장기요양 보험(VPLTCI: Voluntary Private Supplementary LTCI)

독일 정부는 공적 요양 급여수준을 보충하기 위해 2013년부터 일정기준(월 납입 보험료 10유로 이상 보험가입)을 충족하여 보충형 민영 요양보험(Pflege-Bahr)에 가입할 경우 월 5유로(약 7천 원)의 보조금을 지원하고 있다(오승연 외 2016b).

보충형 민영 요양보험은 대체형 민영 요양보험(Compulsory PLTCI)과 구분되며, 보조금이 지급되기 전인 2012년 독일 인구인 7천 7백만 명의 약 3%인 2백 30만 명이 가입하고 있었으며, 2015년 현재 약 4%가 되고 있다. 보조금 혜택으로 가입한 규모는 68만 명으로 보고 있다.¹²⁰⁾ 급여는 현금으로 지급된다.

이외 다른 종류의 보충형 민영 요양보험도 존재한다. 보충형 민영 요양보험은 생명보험회사와 건강보험회사에서 제공하고 있다.¹²¹⁾

생명보험회사를 통해 가입할 수 있는 ‘간병인 연금보험’은 장기요양이 필요할 때 연금을 지급한다. 즉, 가입자는 장기요양이 요구될 때 평생 동안 매월(종신연금) 받거나 일시금으로 받을 수 있다. 실제 수령 금액은 납입 보험료와 투자수익에 따라 달라질 수 있으나, 최저 보장을 제공한다.

건강보험회사를 통해 가입할 수 있는 ‘케어보험’은 요양보험 보조금의 범위에 따라 달라지는 일일 수당 및 요양보험이 적용되지 않는 비용을 담보해준다.¹²²⁾¹²³⁾ 케어보험의 경우 가입 시 건강 및 연령이 보험료에 반영되며, 요양기간 동안 간병비용이 증가하더라도 대부분 보장이 된다. 가족이나 지인에 의한 돌봄은 간병비용 청구대상이 되지 않으며, 보험금 청구를 위해서는 공식적인 증명서가 필요하다.

119) <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeversicherung/#gesetzlich>

120) Pamela Nadash et al(2018. 6)

121) Sabrina el al(2019)

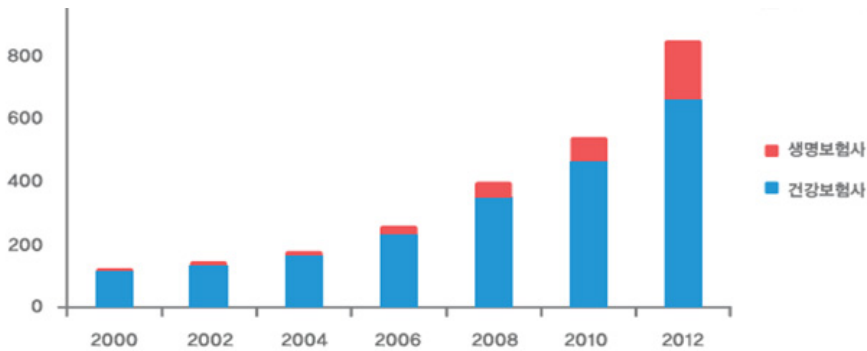
122) <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeversicherung/#gesetzlich>

123) GDV

자발적 보충형 민영 장기요양보험 적립액은 2000년부터 2012년 동안 그 규모는 매년 20%씩 증가하여 8.5억 유로(1조 2천억 원)에 이르는데, 이는 공적 요양보험 구조의 지속가능성에 대한 의구심 때문이라는 지적이 있다.¹²⁴⁾

〈그림 III-7〉 독일의 자발적 보충형 장기간병보험 적립액 증가 추이

(단위: EUR Mn.)



자료: 코리안리(2015. 2)를 재인용함

다. 평가 및 시사점

독일은 보험회사가 직접적으로 장기요양서비스를 공급하지 않지만, 요양보험 활성화를 통해 요양산업에 간접적으로 접근하고 있는 것으로 판단된다. 보험회사가 장기요양서비스의 공급자로 관심을 갖지 않는 이유는 다양한 민영기관에서 동 서비스를 제공하고 있어 보험회사는 보험상품 개발에 집중하는 것이 효과적인 것으로 보고 있기 때문이다.¹²⁵⁾

앞에서 살펴본 바와 같이 독일의 요양서비스는 시설보다 재가서비스가 활성화되어 있고, 요양보험 급여로 현금급여가 많은 것은 독일의 요양보험 정책의 결과이다. 즉, 이는 제도 및 사회 환경적 차이에 기인하는 것으로 볼 수 있다. 특히, 장기요양준비금을 일정기간 마련함으로써 미래 세대의 부담을 줄이는 정책은 우리도 심도 있게 검

124) 코리안리(2015. 2)

125) 독일 central 보험회사의 간병보험 담당자와의 면담결과(2019년 독일 출장결과)임

토해 볼 필요가 있는 제도로 판단된다.

이러한 환경하에서 독일의 요양 수가는 장기요양금고와 지방정부가 요양공급자들과 개별적인 계약을 통해 결정된다는 점에서 일괄적으로 적용되는 우리나라와 차이가 있다.

3. 소결

일본과 독일의 고령화율(우리나라 15%)은 2020년 기준 각각 28.5%, 23.0%로 초고령국가이다. 이들 국가의 기대수명(장수화)은 일본이 84.1세, 독일 81.1세이며 우리나라는 82.1세로 나타나고 있다. 전반적으로 고령화와 장수화 상황은 일본이 가장 심각하고, 독일, 우리나라 순으로 볼 수 있다. 특히 우리나라의 베이비부머(713만 명)는 2020년부터 65세 고령자로 진입하기 시작하고 2030년 이후부터는 본격적인 요양급여 수요자로 전환될 것이라는 점에서 폭발적으로 간병수요가 증가할 것으로 예상된다.

고령화와 장수화 등 노후에 대비한 경제적 수준 상태를 2017년 기준 1인당 GDP로 비교해 보면, 우리나라 29,744달러, 일본 38,428달러, 독일 44,470달러여서 경제적 여력은 우리나라가 가장 낮은 편이다.

〈표 III-19〉 한·독·일의 인구·경제상황 비교

구성	한국	일본	독일
인구 수(만 명, 2020)	51,269	126,476	83,784
노인인구(만 명, 2020)	810	3,592	1,817
고령화율(% , 2020)	15	28.5	23.0
장수화(기대수명, 년)	82.1	84.1	81.1
1인당 GDP(2017, 달러)	29,744	38,428	44,470

자료: KOSIS, OECD 국가의 주요지표를 참조함

고령화와 장수화의 대표적 지표인 치매율(노인인구 대비)을 보면, 우리나라는 약 7%(2017년), 일본은 15.7%(2015년)였으며 향후 급속하게 증가할 것으로 나타났다. 또한 독일, 일본 모두 우리나라의 요양보험과 같이 사회보험 형태로 운영되는 공보험제도를 도입하고 있는데, 제도 도입 시기, 가입대상, 재원조달, 수급조건 및 수급대상은 다소 차이가 있다. 이는 각 국가마다 처한 사회환경 및 제도적 특징에 따라서 달라질 수 있으므로 이를 고려한 정책평가 및 제도 도입이 고려될 필요가 있다.

가입(납부자)대상 측면에서는 우리나라와 독일은 소득활동자 모두를 대상으로 하나 일본은 40세 이상자만 납부하도록 하고 있다. 재원조달 측면에서 독일은 전액 보험료로 하고 있다는 특징이 있으며, 수급 측면에서도 독일은 전국민을 대상으로 하나 우리나라는 65세 이상과 일부 노인성 질환을 대상으로 하며, 일본은 40세 이상자를 대상으로 한다는 점에서 차이가 있다.

제도 전반적으로 볼 때 우리나라의 요양보험제도는 독일, 일본과 비교할 때 납부대상자 범위는 넓고 수급대상자 범위는 상대적으로 좁은 것으로 파악된다.

〈표 III-20〉 한·독·일의 치매 및 요양보험제도 비교

구성	한국	일본	독일
치매 환자 수 및 치매율 ¹⁾	45만 9천 명('17, 7%) → 303만 명('50, 16.1%) ¹²⁶⁾	517만 명('15, 15.7%) → 797만 명('50, 21.8%) ¹²⁷⁾	-
장기요양서비스(보험)제도	노인장기요양보험	개호보험	수발보험 (Gesetzliche Pflegeversicherung)
도입 시기	2008년 7월	2000년 4월	1995. 4(재가) 1996. 7(시설)
가입대상	건강보험 납부자 전체 (소득활동자)	40세 이상인 자	건강보험 납부자 전체 (소득활동자)
재원조달	국고: 보험료의 20% 보험료: 60~65% 본인: 시설 20%, 재가 15%	국고: 45% 보험료: 45% 본인: 10%	보험료: 100%

126) 류재광(2016)

127) 상동

〈표 III-20〉 계속

구성	한국	일본	독일
수급요건/대상	65세 이상&등급자 노인성질환자	1호: 65세 이상 &요개호(요지원) 2호: 40~64세 이상 &노인성질환자	모든 국민
사보험 도입	2003년	1985년 AFLAC의 치매개호보험	1985년

주: 1) 치매율은 65세 이상 노인을 대상으로 산출함

자료: KEMPOREN(2017); OECD Health Statistics 2017; 김민경 외(2017), p. 74, p. 157; 국회예산정책처(2018)를 참조함

〈표 III-21〉 한·독·일의 요양보험 가입·수급, 재원의 국제비교

구성		한국	일본	독일
가입자	공보험 (납부자)	2,553만 명 (2018년)	1호: 3,382만 명 (2015년) 2호: 4,247만 명 (2013년)	-
수급자	공보험 (수급자)	57.9만 명 (2017년)	604.1만 명 (2017년)	266.5만 명 (2015년)
	공보험 (수급률)	7.9% (2017년)	18.6% (2017년)	15.4% (2015년)
재원	공보험 (수입)	57,600억 원 (2017년)	99,337억 엔 (2015년)	279.1억 유로 (2016년)
	공보험 (지출)	-	97,254억엔 (2015년)	290.1억 유로 (2015년)

자료: KEMPOREN(2017); OECD Health Statistics 2017; 김민경 외(2017), p. 74, p. 157; 김기홍(2001. 12), p. 38를 참조함

한편, 요양보험 가입·수급, 재원에 대해 살펴보면, 가입자 수의 경우 우리나라는 건강보험 납부자와 동일한 2,553만 명(2018년)이고, 일본은 1호 가입자 기준으로 3,382만 명(2015년)이다. 공보험 수급률은 일본, 독일은 각각 18.6%(2017년), 15.4%(2015년)인 데 반해 우리나라는 7.9%(2017년)로 낮은 상황이다. 이로 인해 재정적 여력도 다른 나라에 비해 있는 것으로 볼 수 있다.

공적 요양보험 제도는 국가별로 다르고, 장기요양서비스 또한 각국의 상황에 맞게 변화하여 왔다. 그러나 고령화로 인한 요양보험의 자원부족은 모든 국가가 경험하고

있는 상황이기도 하지만, 고령화를 선행해간 선진국의 대처 방법에 대한 탐구는 시사하는 바가 크다고 하겠다.

물론 앞서 살펴본 바와 같이 아직까지는 장기요양 부문에서의 재정적 여력은 주요국에 비해 여유가 있는 것으로 보인다. 공통적으로 향후 우리나라의 고령화 속도 등 고령 관련 지표가 전반적으로 악화될 것이라는 점에서 지금부터 발 빠르게 대응해 나가야 하는 상황으로 볼 수 있다.

현재의 공적 장기요양 재원이 많이 지출되고 있다는 것을 생각한다면 민영보험시장이 상당한 규모로 성장할 것이 예상되지만, 실제 가입 권장을 위해서는 공·사적 재원간의 혼합적 전략이 요구되고 있다. 최근 논의에 의하면 단기적인 민영보험상품(초기 1~2년 정도를 지원하고 보험료를 낮추고 이후에는 공적지원과 결합)과 초기 1~2년은 공적에서 지원하고, 그 후에는 필요에 따른 상품 설계 등에 대한 내용이 거론되고 있다(김찬우 외 2018).

IV. 보험회사의 장기요양사업 참여 가능성 검토

1. 실태조사를 통한 가능성 검토

가. 실태조사 개요 및 기초통계

1) 실태조사 개요

본 조사는 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어 주기 위해 도입된 장기요양서비스와 간병보험의 개선 방향을 모색하고자 수행되었다.

조사대상자는 노인장기요양서비스 수급자,¹²⁸⁾ 필요자¹²⁹⁾ 그리고 일반 국민(향후 수급대상자)으로 구성된 2,094명으로 하였다. 조사대상을 가입자(소비자)로 한 이유는 가입자의 요양서비스 및 간병보험 가입 의향을 통해 보험회사의 신규사업 추진 및 다양한 보험상품 공급의 가능성을 예측하기 위함이다. 민영 장기요양서비스 공급자로서 보험회사 등에 대해서는 설문조사보다 실무자 면담이 더욱 효과적일 것으로 판단하여 이를 병행하였다.

구조화된 설문지를 활용하여 온라인 조사를 실시하였으며, 수급자와 필요자의 신체적, 정신적 건강 상태를 고려하여 대리응답을 허용하였다.

128) 현재 수급자 및 과거 수급경험이 있는 자를 수급자로 정의함

129) 수급자 혹은 수급한 경험은 없으나 노인장기요양서비스가 필요하다고 생각하는 자로 정의함

〈표 IV-1〉 조사설계 요약

구분	세부 내용
조사대상	- 국내에 거주하고 있는 만 30세 이상의 성인 남녀 - 본인/부모님 장기요양서비스 수급(경험)자 및 수급필요자 및 일반국민(수급경험 없고 수급이 필요하지도 않은 대상자)
조사방법	구조화된 설문지를 활용한 온라인 조사(Online Survey)
조사지역	전국 17개 광역 시도
완료표본	2,094명
조사기간	2019년 7월 18일~25일

주: 본 연구를 위해 별도로 표본을 선정하고 조사표를 설계함

조사내용은 크게 노인장기요양서비스 수급자(필요자 포함)의 일반사항, 노인장기요양보험제도에 대한 인식, 민영 장기간병보험 상품개발 등으로 구분하였다.

〈표 IV-2〉 주요 설문 문항

구분	세부 내용
노인장기요양서비스 수급자(또는 필요자) 일반사항	- 수급자 또는 필요자 여부, 학력, 가구형태, 건강상태, 경제수준 등 - 서비스 중단 경험, 만족도 등
노인장기요양보험 제도에 대한 인식	- 요양보험 가입 종류, 보험에 대한 인지도, 요양보험 활성화 전망 등 - 민영보험회사의 장기간병보험 판매 인지 여부, 민영부분의 활성화 전망, 적정한 월 평균 보험료 등
민영 장기간병보험 상품개발	- 민영 장기간병보험 상품개발 방향, 보험금 지급 방식, 부모님 간병을 위한 휴직 경험, 기업성 부모간병보험 찬성 정도
기타	- 판별질문: 응답자 연령, 노인장기요양서비스 수급(경험), 수급기간, 필요 여부 등 - 응답자의 인구통계학적 설문: 가구주 여부, 학력, 가구형태 등

주: 본 연구를 위해 연구진이 별도로 구성한 설문지임(세부내용은 부록을 참조 바람)

2) 기초통계

조사대상자는 전체 2,094명 중 수급자 27.1%, 필요자 35.1%, 일반국민 37.7%이고, 연령별로는 60세 이상 28.6%, 50대 27.7% 등으로 구성되었으며, 경제수준은 중간층 48.8%, 중하층 35.0%로 조사되었다.

〈표 IV-3〉 조사대상자 주요 특성

(단위: 명, %)

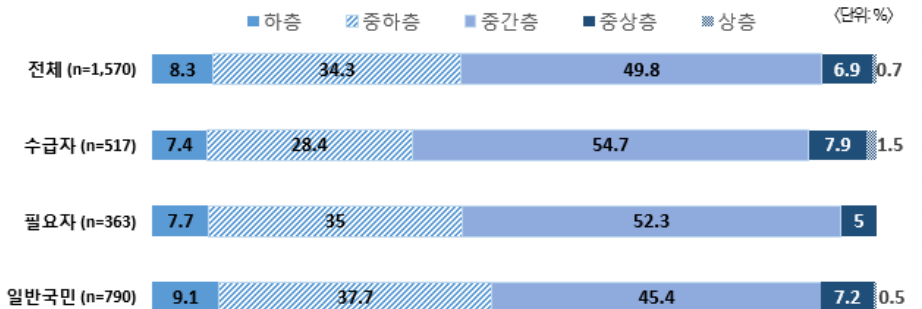
구분		빈도	비율
전체		2,094	100.0
수급 유형	수급자	568(51)	27.1(2.4)
	필요자	736(373)	35.1(17.8)
	일반국민	790	37.7
연령	30대	360	17.2
	40대	555	26.5
	50대	581	27.7
	60세 이상	598	28.6
경제수준	하층	189	9.0
	중하층	732	35.0
	중간층	1,021	48.8
	중상층	136	6.5
	상층	16	0.8

주: 1) () 안은 수급자, 필요자가 직접 응답한 빈도 및 비율임

2) 이하에서 수급대상자는 수급자와 필요자를 포함한 개념으로 사용함

수급대상자(수급자 및 필요자)는 상대적으로 일반국민에 비해 중간층 이상인 가구가 많은 것으로 나타났다. 즉 수급자와 필요자의 중간층 이상 가구비율(중간, 중상, 상층의 합산 비율)은 각각 64.1%, 57.3%로 일반국민 53.1%보다 높다.¹³⁰⁾

〈그림 IV-1〉 조사대상자 유형별 경제적 수준



130) 64.1%(54.7+7.9+1.5), 57.3%(52.3+5.0+0), 53.1%(45.4+7.2+0.5)

이는 수급대상자는 자녀 등과 함께 동거하는 비중이 높기 때문으로 보이는데, 조사에 의하면 비수급자 가구에 비해 수급자 가구의 노인 동거비율은 10.6%p 높은 것으로 나타났다. 이는 일반 노인가구의 경우 자녀와의 동거비율이 낮으나 장기요양이 필요한 고령자 가구는 자녀와의 동거비율이 높아짐을 짐작하게 한다.

〈표 IV-4〉 수급 여부별 수급자의 동거 현황

(단위: 명, %)

구분	비동거	동거	계
비수급자	197(55.0)	161(45.0)	358(100.0)
수급대상자	276(44.4)	346(55.6)	622(100.0)
전체	473(48.3)	507(51.7)	980(100.0)

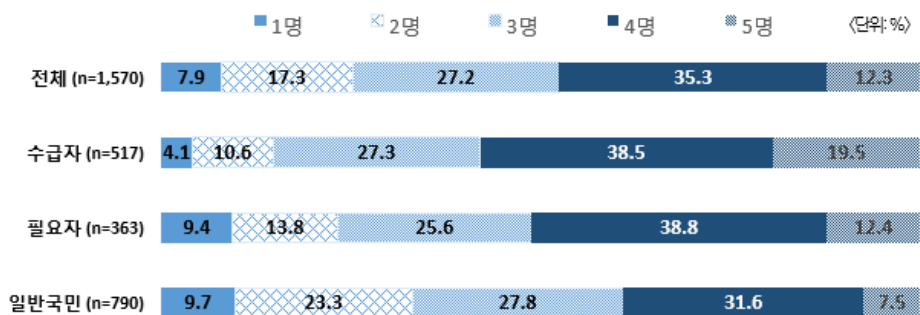
주: 1) 수급대상자는 수급자와 필요자 중 1인이라도 있는 가구로 정의함

2) 동거 여부는 본인의 부모님과 동거를 의미함

3) () 안은 비율임

자녀와 동거로 인해 수급대상자(수급자 및 필요자) 가구는 일반국민 가구에 비해 가구원 수가 많은 것으로 나타난다. 즉 수급자 혹은 필요자를 1명이라도 포함하는 3인 이상 가구 비율을 보면, 수급자가구는 85.3%, 필요자가구는 76.8%로 일반국민인 66.9%보다 높다.¹³¹⁾ 이는 앞서 설명한 수급대상자는 자녀 등과 함께 동거하는 비중이 높은 것과 일맥상통한다.

〈그림 IV-2〉 조사대상자 유형별 가구원 수



131) 85.3%(27.3+38.5+19.5), 76.8%(25.6+38.8+12.4), 66.9%(27.8+31.6+7.5)

나. 장기요양서비스 및 간병보험에 대한 실태 및 인식

1) 수급대상자의 요양서비스 수급 실태

노인장기요양서비스가 필요하지만 이를 수급하지 못하는 비수급 노인의 34.7%는 '아무 도움 없이 지내는' 요양서비스의 사각지대에 있는 것으로 나타났다. 이들이 서비스를 받지 못하는 주요 이유 중 하나는 '노인장기요양보험에 가입 여부를 알지 못하고 그러한 서비스가 있는지도 몰라서'(24.6%)였는데, 이는 제도에 대한 인지수준이 낮은 것을 보여준다.¹³²⁾ 특히, 가족의 도움도 받지 못하는 이유로는 자녀의 경제력이 부족(50.0%)하거나 자녀 가구 내 돌봐야 할 자녀가 있기 때문(25.0%)인 것으로 나타났다.¹³³⁾

〈표 IV-5〉 노인장기요양서비스 비수급자¹⁾의 생활 방식

(단위: %)

빈도	동거 가족의 도움 받음	비동거 자녀나 주변 도움 받음	아무 도움 없이 지냄	기타	계
842	39.1	26.1	34.7	0.1	100.0

주: 1) 수급의 필요성이 있다고 생각되나 노인장기요양서비스를 받지 못하고 있는 노인을 말함

노인장기요양서비스 수급자는 시설서비스(요양병원, 요양기관)보다는 재가서비스를 이용하는 것으로 조사되었다. 즉, 가족과 동거하면서 재가서비스를 받는 비중이 53.2%로 가장 높았으며, 별도로 거주하면서 재가서비스를 받는 비중은 22.8%로 전체 재가서비스 비중이 76.0%였다. 반면, 요양병원과 요양시설을 이용하는 비중은 각각 12.2%, 11.8%였다.

그러나 연령이 증가할수록, 경제적 수준이 양호할수록 재가서비스에서 시설서비스로 전환되는 경향이 있는 것으로 조사되었다. 즉, 시설서비스 이용자를 연령대별로 보면 60대는 14.7%였으나, 70대 20.9%, 80대 27.1%로 나타났다.¹³⁴⁾ 이를 경제적 수준별

132) 추가적으로 '노인장기요양보험에 가입되어 있지 않아 대상자가 아니어서'가 16.2%, '신청해도 선정될 것 같지 않아서'가 14.5%로 조사됨

133) 추가적으로 '자녀와 관계가 좋지 못하여'가 7.5%, '자녀의 건강상태가 좋지 못하여'가 3.8%, '자녀가 없어서'가 2.7%로 조사됨

134) 90세 이상은 56.0%가 시설을 이용하는 것으로 나타났으나 빈도가 낮아 유의성이 떨어짐

로 보면 경제수준이 낮은 수급자는 26.2%였으나, 중간 수준은 23.7%, 상위 수준은 30.6%로 나타났으며, 특히 고소득층에서 요양병원을 이용하는 경향이 있는 것으로 조사되었다.

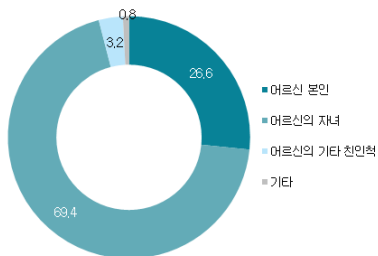
〈표 IV-6〉 수급자의 노인장기요양서비스 장소

(단위: 명, %)

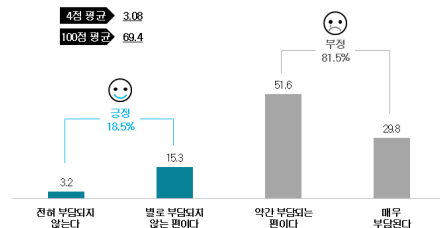
구분	빈도	시설서비스			재가서비스		계
		(소계)	요양 병원	요양 기관	가족 동거	별도 거주	
전체	517	(24.0)	12.2	11.8	53.2	22.8	100.0
연령 대	50대	6	(33.3)	33.3	0.0	66.7	100.0
	60대	102	(14.7)	4.9	9.8	70.6	100.0
	70대	177	(20.9)	9.0	11.9	51.4	100.0
	80대	207	(27.1)	15.5	11.6	48.3	100.0
	90세 이상	25	(56.0)	32.0	24.0	32.0	100.0
경제 수준	하	279	(26.2)	10.8	15.4	45.5	100.0
	중	253	(23.7)	13.4	10.3	61.3	100.0
	상	36	(30.6)	25.0	5.6	55.6	100.0

노인장기요양서비스 수급자의 69.4%는 자녀가 간병비를 부담하고 있었으며, 수급자 본인이 부담하는 경우는 26.6%였다. 간병 비용으로 인한 가구의 경제적 부담(매우+약간)은 응답자의 81.5%가 느끼고 있는 것으로 조사되었다.

〈그림 IV-3〉 노인장기요양서비스 수급자 간병 비용 부담 주체



〈그림 IV-4〉 노인장기요양서비스 수급자 간병 비용의 가계 부담정도



노인장기요양서비스 수급자가 지난 한 달간 이용하고 있는 요양급여서비스 유형별 이용 실태를 살펴보면, 방문요양이 44.0%로 가장 많았고, 복지용구가 32.1%, 방문간호가 30.8% 순이었다. 또한 가장 많이 이용하고 싶은 서비스도 방문요양이 26.9%로 가장 많았고, 다음으로 방문간호가 22.1%, 주(야)간 보호가 20.9%로 파악되었다.

전반적으로 방문요양 및 방문간호를 선호하는 것으로 이해되고, 자신의 집에서 거주하면서 시설을 이용하는 ‘주(야)간보호’에 대한 선호도 높은 것으로 나타났다.

〈표 IV-7〉 노인장기요양서비스 수급자의 서비스 유형별 이용 실태 및 희망

(단위: 명, %)

구분	빈도	방문요양	방문목욕	방문간호	주(야)간 보호	단기보호 (월 15일)	복지용구	기타	계
실태	(393)	44.0	22.6	30.8	13.7	12.5	32.1	-	100.0
희망	(517)	26.9	8.5	22.1	20.9	4.3	16.8	0.6	100.0

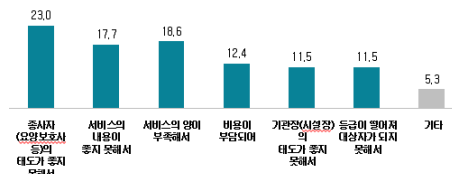
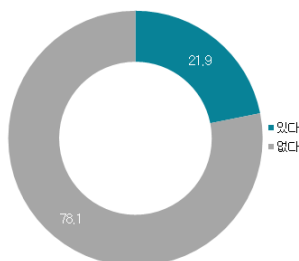
한편 수급자 중 21.9%는 노인장기요양서비스 중단 경험이 있는 것으로 나타났으며, 중단한 이유로는 ‘종사자(요양보호사 등)의 태도가 좋지 않아서’가 23.0%로 가장 많았고, 다음으로 ‘서비스의 양이 부족해서’(18.6%), ‘서비스의 내용이 좋지 못해서’(17.7%) 순으로 조사되었다.

전반적으로 비용보다는 서비스의 질적 측면으로 인해 중단 사유가 발생한 것으로 이해된다.

〈그림 IV-5〉 노인장기요양서비스 중단 경험 〈그림 IV-6〉 노인장기요양서비스 중단 이유

(단위: %)

(단위: %)

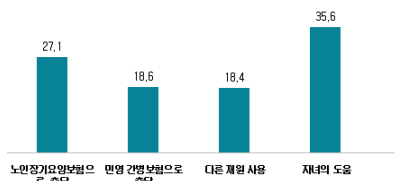


노인장기요양서비스를 받기 위해 필요한 자원 마련을 살펴보면, 수급자의 35.6%는 ‘자녀의 도움을 받고 있다’고 응답하였으며, ‘국가에서 운영하는 노인장기요양보험으로 충당하고 있다’고 응답한 비율도 27.1%로 나타났다.

수급자가 요양시설을 선택하는 기준은 ‘거리(거주지와 가까운 곳)’(36.3%), ‘저렴한 비용’(21.0%) 순으로 나타났다.

〈그림 IV-7〉 자원 마련 방법

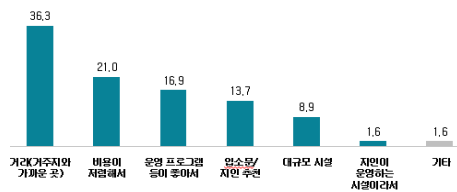
(단위: %)



주: 노인장기요양서비스 수급자를 대상으로 함

〈그림 IV-8〉 요양시설 선택의 주된 기준

(단위: %)



2) 간병보험에 대한 인식

민영보험회사에서 장기간병보험을 판매하고 있는 것을 알고 있다고 응답한 비율은 수급자 26.2%, 필요자 14.5%, 일반국민 16.8%로 파악되어 간병보험에 대한 인지정도가 매우 낮은 것으로 조사되었다. 이는 홍보, 교육 등을 통해 간병보험에 대한 인지 기회를 확대할 필요가 있음을 시사한다.

향후 민영보험회사가 판매하는 장기간병보험(주계약 혹은 특약형태 포함)이 활성화될 것인지에 대해 응답자의 대부분은 활성화될 것으로 보았다. 이와 관련하여 집단별로는 일반국민에 비해 수급자¹³⁵⁾와 필요자가 보다 긍정적인 전망을 하였다. 이렇게 활성화될 것으로 전망하는 가장 큰 이유는 ‘더 나은 요양서비스를 받기 위해 추가적으로 민영 간병보험에 들려고 할 것이므로’라는 응답이 39.3%로 가장 높았다.¹³⁶⁾ 반면, 민

135) 이하에서는 수급자와 필요자는 조사에 응답한 당사자와 대리응답자를 의미함

136) ‘노인장기요양보험의 본인부담이 커 이를 보완하기 위해 민영 장기간병보험을 많이 가입할 것이므로’가 38.8%, ‘보험회사에서 개인 특성에 맞는 다양한 맞춤형 간병보험을 제공할 것으로 예상되므로’가 11.2%, ‘장기요양보험의 재정문제로 민영 간병보험을 활성화하는 정책을 사용할 것이므로’ 10.7% 순으로 조사됨

영보험회사가 판매하는 장기간병보험이 활성화되지 않을 것으로 전망하는 가장 큰 이유는 응답자의 43.3%가 ‘비싼 보험료’로 들었다.

〈표 IV-8〉 민영보험회사의 장기간병보험 활성화 전망

(단위: 명, %)

구분	빈도	크게 활성화될 것이다	다소 활성화될 것이다	활성화되기 어려울 것이다	전혀 활성화되지 않을 것이다	계
전체	2,094	11.2	64.1	21.7	3.0	100.0
수급가구 대리응답자	568	12.9	65.0	18.1	4.0	100.0
필요가구 대리응답자	736	10.6	64.0	22.8	2.6	100.0
일반국민	790	10.5	63.7	23.2	2.7	100.0

주: 수급자 및 필요자는 응답자 본인과 이들의 대리응답자의 의견을 조사한 것임(이하 동일)

공·사적 제도 간 역할정립과 관련하여, 응답자의 대부분(61.8%)이 ‘민영 장기간병보험이 노인장기요양보험의 비보장 영역을 보장’해야 한다고 응답하였다. 이는 장기간병보험도 실손보험과 유사하게 공적 부문을 보완하도록 설계될 필요가 있음을 시사한다.

이러한 점에서 현재 실손보험에서 발생하고 있는 비급여 문제도 간병보험에서도 발생할 수 있다는 점에서 간병보험이 일반화되기 전에 이에 대한 제도적 점검이 필요할 것으로 보인다.

〈표 IV-9〉 노인장기요양보험과 민영 장기간병보험의 역할 정립

(단위: 명, %)

구분	빈도	민영 장기간병보험이 노인장기요양보험의 비보장 영역을 보장	민영 장기간병보험이 노인장기요양보험을 완전히 대체	시장성이 없으므로 민영 장기간병보험 사업을 하지 않음	기타	계
전체	2,094	61.8	22.4	15.6	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	568	50.0	32.2	17.8	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	736	63.7	20.2	15.8	0.3	100.0
일반국민	790	68.6	17.5	13.8	0.1	100.0

3) 향후 서비스 수급 및 간병보험 가입 의향

수급자와 필요자를 대상으로 한 조사의 결과가 향후에도 유사하게 나타날 것인지를 살펴보기 위해 아직 수급대상자가 아닌 연령층, 즉 수급자와 필요자 가구의 대리응답자와 일반국민을 대상으로 조사하였다.

일반국민의 53.4%가 장기요양서비스를 수급하기 위한 선호 장소로 ‘거주하는 집’으로 응답하여 재가서비스를 선호하는 것으로 조사되었다. 이러한 현상은 현재 우리나라의 수급자들의 일반적 특성과 앞서 살펴본 일본, 독일 등 선진국의 경우와도 유사한 것으로 나타났다. 그만큼 재가서비스의 효과적 제공을 고민할 필요가 있음을 시사한다.

〈표 IV-10〉 향후 노인장기요양서비스 수급 선호 장소

(단위: 명, %)

구분	빈도	요양병원	요양기관	거주하는 집에서	자녀 집에서	계
전체	2,094	22.6	23.1	52.8	1.5	100.0
수급가구 대리응답자	568	21.5	23.8	51.6	3.2	100.0
필요가구 대리응답자	736	23.4	22.4	53.1	1.1	100.0
일반국민	790	22.7	23.3	53.4	0.6	100.0

민영 장기간병보험에 가입하고 있지 않은 응답자의 가입 의향은 63.5%로 대체로 높았으며, 특히 필요자의 경우 67.5%로 다른 집단에 비해 다소 높았다. 이를 4점 평균으로 환산하면 전체 기준으로 2.67점(필요자 2.75점)으로 조사되었다.

〈표 IV-11〉 민영 장기간병보험 가입 의향¹⁾

(단위: 명, %, 점)

구분	빈도	매우 의향이 많다	약간 의향이 있는 편이다	별로 의향이 없는 편이다	전혀 의향이 없다	[긍정]	[부정]	4점 평균	계
전체	1,711	8.4	55.2	31.6	4.9	63.5	36.5	2.67	100.0
수급가구 대리응답자	386	8.8	57.5	28.8	4.9	66.3	33.7	2.70	100.0
필요가구 대리응답자	630	11.6	55.9	28.4	4.1	67.5	32.5	2.75	100.0
일반국민	695	5.2	53.2	36.0	5.6	58.4	41.6	2.58	100.0

주: 1) 민영 장기간병보험에 가입하고 있지 않은 응답자를 대상으로 함

민영 장기간병보험에 가입 의향이 있는 응답자는 평균적으로 60.6세에 가입할 의향이 있는 것으로 나타났으며, 연령대별로는 60~65세 미만에서 가입하겠다는 비율이 26.7%로 가장 높게 조사되었다.

〈표 IV-12〉 민영 장기간병보험의 가입을 원하는 시기

(단위: 명, %)

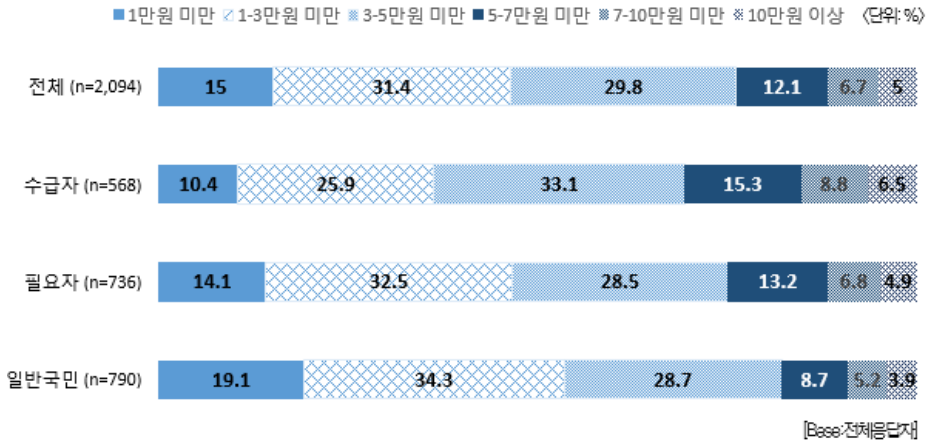
구분	빈도	55세 미만	55~60 세 미만	60~65 세 미만	65~70 세 미만	70~75 세 미만	75세 이상	계	평균(세)
전체	1,087	21.4	12.3	26.7	18.8	12.7	8.1	100.0	60.6
수급가구 대리응답자	256	27.0	16.0	33.6	12.1	7.4	3.9	100.0	58.3
필요가구 대리응답자	425	15.5	8.0	22.4	23.3	20.2	10.6	100.0	63.0
일반국민	406	24.1	14.5	26.8	18.2	8.1	8.1	100.0	59.5

주: 민영 장기간병보험에 가입하고 있지 않은 응답자를 대상으로 함

민영 장기간병보험의 적정한 월 평균 보험료로 '1~3만 원 미만'을 선호하는 응답자가 전체의 31.4%인 것으로 나타났다.

수급자나 필요자가 일반국민보다 적정 보험료 수준을 높게 선호하는 것으로 나타났는데, 이는 일반 국민에 비해 해당 보험에 대한 현실적 필요성을 강하게 느끼고 있는 것을 간접적으로 보여주고 있는 것으로 볼 수 있다.

〈그림 IV-9〉 민영 장기간병보험의 적정한 월 평균 보험료



민영 장기간병보험의 활성화 방안으로 ‘보장성이 강한 민영 간병보험 개발’이 36.9%로 가장 선호되는 것으로 조사되었다. 이는 수급자와 일반국민 모두 유사한 응답을 보였다. 다음으로 간병보험 활성화 방안으로 보험료 인하가 28.5%, 요양서비스와 연계된 간병보험 개발이 13.0%로 조사되었다.

〈표 IV-13〉 민영 장기간병보험의 활성화 방안

(단위: 명, %)

구분	빈도	보장성 강화된 간병보험 개발 ¹⁾	보험료 인하	서비스 연계형 간병보험 개발 ²⁾	홍보 강화 ³⁾	추가 세제혜택 제공 ⁴⁾	기타	계
전체	2,094	36.9	28.5	13.0	11.5	10.0	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	568	37.0	26.2	10.2	12.9	13.7	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	736	35.9	31.0	12.9	11.0	9.0	0.3	100.0
일반국민	790	37.7	27.8	15.1	11.0	8.4	0.0	100.0

주: 1) 정부의 노인장기요양보험에서 제공하지 못하는 부분에 대해 충분히 보장할 수 있는 민영 간병보험 개발

2) 良質의 요양시설을 이용할 수 있도록 연계된 간병보험을 개발해야 함

3) 가입 필요성에 대한 인식 제고를 위한 홍보 강화

4) 현행 보장성보험 세제혜택(100만 원 보험료 상한에 대해 13.2% 세액공제)과 별도 혹은 추가로 세제혜택 제공

향후 노인장기요양서비스를 받기 위해 필요한 재원 마련 방법으로 ‘노인장기요양보험만으로는 부족할 것이라고 생각하여 민영 간병보험에 가입하였거나 가입할 계획’이 33.4%로 가장 높았다.

이는 향후 요양서비스에 대한 재원 마련은 노인장기요양보험과 함께 민영 간병보험의 추가적 가입을 통해 충당하는 방향으로 전개될 것으로 보인다.

〈표 IV-14〉 노인장기요양서비스에 필요한 재원 마련 방법

(단위: 명, %)

구분	빈도	노인장기 요양보험 으로 충당 ¹⁾	민영 간병보험 가입/가입 계획 ²⁾	추가 재원 마련 ³⁾	노인장기 요양보험과 개인 소득 ⁴⁾	기타	계
전체	2,094	31.6	33.4	20.7	13.9	0.3	100.0
수급가구 대리응답자	568	25.2	38.6	24.6	11.3	0.4	100.0
필요가구 대리응답자	736	33.4	34.6	18.3	13.3	0.3	100.0
일반국민	790	34.4	28.6	20.1	16.5	0.4	100.0

주: 1) 국가에서 운영하는 노인장기요양보험으로 충당할 계획

2) 노인장기요양보험만으로는 부족할 것이라고 생각하여 민영 간병보험에 가입하였거나 가입할 계획

3) 노인장기요양보험, 간병보험으로 부족할 것으로 생각하여 추가적으로 재원을 더 마련할 계획

4) 노인장기요양보험과 개인적 소득(임대소득, 배당소득 등)

다. 보험산업과 장기요양서비스 관계성 검토

조사대상자의 대부분은 보험회사에서 운영하는 장기요양시설에 대해 ‘들어 본 적이 없다’(74.3%)로 응답하여 전반적으로 인지수준이 낮았다. 이러한 현상은 수급자에 비해 일반국민의 인지도가 더욱 낮은 것으로 조사되었다.

〈표 IV-15〉 보험회사에서 운영하는 장기요양시설 인지도

(단위: 명, %)

구분	빈도	들어 본 적 있다	들어 본 적 없다	계
전체	2,094	25.7	74.3	100.0
수급가구 대리응답자	568	39.4	60.6	100.0
필요가구 대리응답자	736	21.6	78.4	100.0
일반국민	790	19.7	80.3	100.0

주: KB콜드라이프케어에서 운영하는 위례빌리지와 강동케어센터에 대해 알고 있는지에 대해 설문함

한편, 보험회사가 요양서비스를 제공하는 것이 적절하다고 생각하는지에 대해서는 응답자의 64.5%가 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났다. 이를 4점 평균으로 환산하면 2.5점보다 높은 2.74점이었다. 이러한 인식은 일반국민에 비해 수급대상자인 수급자와 필요자가 더 높았다.

〈표 IV-16〉 보험회사의 요양서비스 제공사업의 적절성

(단위: 명, %)

구분	빈도	매우 적절하다	적절한 편이다	적절하지 않은 편이다	전혀 적절하지 않다	4점 평균
전체	2,094	6.6	64.5	25.5	3.4	2.74
수급가구 대리응답자	568	9.0	60.6	28.0	2.5	2.76
필요가구 대리응답자	736	6.5	68.5	21.9	3.1	2.78
일반국민	790	4.9	63.7	27.1	4.3	2.69

보험회사가 요양서비스를 제공하는 것이 적절하다고 생각하는 이유로는, 응답자의 54.1%가 ‘보험회사에는 이미 간병보험이 있어 요양서비스 재원으로 활용할 수 있기 때문’으로 응답하였다. 이는 현재 간병보험 상품과 요양시설 서비스 간의 연계성 강화의 가능성을 긍정적으로 평가하는 것으로 이해된다.

〈표 IV-17〉 보험회사의 요양서비스 제공사업이 적절한 이유

(단위: 명, %)

구분	빈도	요양과 보험 간 연관성이 높아서 ¹⁾	간병보험을 재원으로 활용할 수 있어서 ²⁾	설계사 활용을 통해 정보제공 원활 ³⁾	기타	계
전체	1,489	33.4	54.1	12.5	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	395	26.8	60.8	12.4	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	552	34.4	51.3	14.1	0.2	100.0
일반국민	542	37.1	52.0	10.9	0.0	100.0

주: 1) 요양(간병)사업과 보험산업 간 연관성이 가장 높으므로

2) 보험회사에는 이미 간병보험이 있어 요양서비스 재원으로 활용할 수 있기 때문에

3) 설계사 등을 활용하면 요양수급자에게 필요한 관련 정보(의료, 보험)를 원활히 제공할 수 있으므로

반면 해당 사업이 적절하지 않다고 생각하는 이유로는 ‘고가의 간병보험 중심으로 보험상품을 개발할 것 같아서’(33.6%)로 나타났다.

〈표 IV-18〉 보험회사의 요양서비스 제공사업이 부적절한 이유

(단위: 명, %)

구분	빈도	영리 기업이 진출은 시기상조 ¹⁾	전문성이 없으므로	고액요양 서비스를 제공할 것 같아서 ²⁾	고가의 간병보험을 제공할 것 같아서 ³⁾	기타	계
전체	605	17.5	17.4	31.4	33.6	0.2	100.0
수급가구 대리응답자	173	15.6	20.8	37.0	26.0	0.6	100.0
필요가구 대리응답자	184	18.5	14.7	34.8	32.1	0.0	100.0
일반국민	248	18.1	16.9	25.0	39.9	0.0	100.0

주: 1) 아직 보험회사와 같은 영리 기업이 진출하는 것은 시기상조라고 생각하기 때문에

2) 고액형 요양시설 중심으로 요양서비스를 제공할 것 같아서

3) 良質의 요양서비스를 제공한다는 이유로 고가의 간병보험 중심으로 보험상품을 개발할 것 같아서

보험회사가 요양서비스를 제공할 경우 이용할 의향에 대해서는 응답자의 69%(매우 의향 9.9%, 약간 의향 59.1%)가 긍정적인 것으로 조사되었다. 이를 4점 평균으로 환산 시 2.75점으로 나타났으며, 앞서와 유사하게 이용의향에 대한 인식은 일반국민에 비해 수급대상자인 수급자와 필요자가 더 높았다. 반면 보험회사가 제공하는 요양시설이나 재가서비스를 이용할 의향이 없는 가장 주된 이유는 '비용이 비쌀 것 같아서'(47.4%)라는 이유였으며, 수급자의 경우 '신뢰가 가지 않아서'(25.7%) 순으로 나타났다.¹³⁷⁾

〈표 IV-19〉 보험회사가 요양서비스를 제공할 경우 이용 의향

(단위: 명, %, 점)

구분	빈도	매우 의향이 많다	약간 의향이 있는 편이다	별로 의향이 없는 편이다	전혀 의향이 없다	4점 평균
전체	2,094	9.9	59.1	26.8	4.2	2.75
수급가구 대리응답자	568	13.9	58.3	23.9	3.9	2.82
필요가구 대리응답자	736	10.9	61.7	24.3	3.1	2.80
일반국민	790	6.1	57.2	31.3	5.4	2.64

한편 보험회사가 제공하는 요양서비스 중 가장 바라는 서비스는, 응답자의 79.5%가 데이케어센터(주(야)간보호센터) 서비스였다. 이는 앞에서 본인의 집에서 거주하면서 요양서비스를 받고자 하는 경향이 강함을 뒷받침해 주는 결과로 볼 수 있다.

〈표 IV-20〉 보험회사가 제공하는 요양서비스 중 가장 바라는 서비스

(단위: 명, %)

구분	빈도	데이케어센터	재가서비스	요양시설	기타	계
전체	1,444	36.7	32.8	30.3	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	410	49.5	23.4	27.1	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	534	31.5	35.8	32.4	0.4	100.0
일반국민	500	31.8	37.4	30.8	0.0	100.0

137) 나머지는 '정부(건강보험공단)에서 제공하는 노인장기요양서비스 만으로도 충분하다고 생각해서'를 18.0%, '전문적이지 않을 것 같아서'를 8.9%로 응답함

보험회사가 설립하는 요양시설의 장소에 대해 응답자는 대체적으로 공기가 좋은 외곽을 선호(63.8%)하는 것으로 조사되었다. 이러한 현상은 교통이 편리한 지역(도심)에 요양시설을 갖출 필요가 있다는 최근의 연구들(류재광 2018)과 다소 다른 결과로 보인다.

아마도 요양시설에 입주하는 수급대상자는 교통 서비스를 이용할 필요가 없다는 점에서 도심보다 외곽을 선호한 것으로 이해된다. 가족과의 만남 등을 고려할 경우 교통이 편리한 도심을 선호할 수 있지만, 일상생활을 시설에서 보내야 하는 수급자 입장에서 공기가 좋은 외곽이 선호될 수 있다는 점에서 향후 입지에 대한 심층적 고민이 필요하다고 하겠다.

〈표 IV-21〉 보험회사의 요양시설 설립 선호 장소

(단위: 명, %)

구분	빈도	교통이 편리한 도심	공기가 좋은 외곽	기타	계
전체	1,444	36.1	63.8	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	410	37.1	62.9	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	534	33.7	66.1	0.2	100.0
일반국민	500	38.0	62.0	0.0	100.0

보험회사의 요양서비스가 비싸더라도 이용할 의향이 있다는 응답이 전체의 68.6%였다. 이는 비용보다 서비스의 질을 선호하는 경향이 있다는 점을 방증하는 것이며, 수급자(72.4%)가 일반국민(67.6%)에 비해 이러한 선호 경향은 더 강한 것으로 나타났다.

〈표 IV-22〉 보험회사의 요양서비스가 비싸더라도 이용할 의향

(단위: 명, %)

구분	빈도	있다	없다	기타	계
전체	1,444	68.6	29.8	1.5	100.0
수급가구 대리응답자	410	72.4	26.6	1.0	100.0
필요가구 대리응답자	534	66.7	31.6	1.7	100.0
일반국민	500	67.6	30.6	1.8	100.0

보험회사가 간병보험이나 주택연금과 같은 보험상품을 요양서비스와 연계하여 개발할 경우 전체 응답자의 71.0%(약간 의향 61.7%, 매우 의향 9.3%)가 해당 금융상품을 이용할 의향이 있는 것으로 조사되었다. 이를 4점 평균으로 할 경우 2.77점으로 나타났다. 앞서와 유사하게 해당 금융상품의 이용 의향에 대한 인식은 일반국민에 비해 수급대상자인 수급자와 필요자가 더 높았다.

〈표 IV-23〉 보험회사가 간병보험이나 주택연금과 같은 보험상품을 연계하여 개발할 때 이용 의향 정도

(단위: 명, %, 점)

구분	빈도	매우 의향이 많다	약간 의향이 있는 편이다	별로 의향이 없는 편이다	전혀 의향이 없다	4점 평균
전체	2,094	9.3	61.7	25.2	3.8	2.77
수급가구 대리응답자	568	13.6	61.1	21.7	3.7	2.85
필요가구 대리응답자	736	10.1	64.5	22.7	2.7	2.82
일반국민	790	5.4	59.6	30.1	4.8	2.66

한편, 부모님 간병을 위한 휴직 경험에 대해서는 응답자의 대부분(82.1%)은 경험이 없었던 것으로 조사되었다. 그러나 일반적으로 부모님 간병은 본인이 퇴직에 임박하였을 경우에 경험하게 되는 경향이 있다는 점에서 현실적으로 유경험 비율이 17.9%라는 것은 적지 않은 것을 시사한다.

이를 연령별로 살펴보면, 응답자의 연령이 증가할수록 요양서비스를 받아야 할 부모님이 존재할 확률은 높아진다는 점에서 휴직 경험도 그만큼 증가하는 것으로 나타난다. 특히, 이미 본인이 수급자나 필요자인 경우 부모님 간병을 위해 휴직을 경험한 비율이 증가한다는 것 또한 이러한 현상을 설명해 주고 있다.

〈표 IV-24〉 부모님 간병을 위한 휴직 경험

(단위: 명, %)

구분	빈도	있(었)다	없(었)다	계
전체	2,094	17.9	82.1	100.0
수급가구 대리응답자	568	33.1	66.9	100.0
필요가구 대리응답자	736	16.8	83.2	100.0
일반국민	790	7.8	92.2	100.0

기업성 부모간병보험을 도입하는 것에 대해 응답자의 82.3%(찬성하는 편 67.8%, 매우 찬성 14.5%)가 긍정적으로 보았다. 이를 4점 평균으로 할 경우 2.94점으로 나타나 전반적으로 기업성 부모간병보험을 도입하는 것에 대해서는 긍정적으로 판단된다.

〈표 IV-25〉 기업성 부모간병보험 찬성 정도

(단위: 명, %, 점)

구분	빈도	매우 찬성한다	찬성하는 편이다	찬성하지 않은 편이다	전혀 찬성하지 않는다	4점 평균
전체	2,094	14.5	67.8	15.2	2.4	2.94
수급가구 대리응답자	568	17.8	64.6	14.8	2.8	2.97
필요가구 대리응답자	736	14.0	70.8	13.7	1.5	2.97
일반국민	790	12.7	67.3	17.0	3.0	2.90

한편, 기업성 부모간병보험을 기업에서 직원에 제공하는 시혜적 상품이 아닌 일정 정도 본인의 부담을 조건으로 할 경우 인식변화에 대해 조사하였다. 이 경우 응답자의 65.5%가 '단체보험의 보험료를 회사와 본인이 일정비율로 부담한다면 동의한다'고 응답하여 본인부담이 일부 있더라도 부모간병보험 도입에 긍정적인 것으로 조사되었다.

'기업성 부모간병보험의 가입에 찬성하지 않은 이유'로는 '어르신 간병을 위한 휴직 및 휴가제도는 개인적으로 해결해야 할 문제라고 생각하기 때문에'가 43.8%, '기업성 부모간병보험보다 다른 형태로 지원이 이루어졌으면 하기 때문에'가 36.8%, '회사에서 임금이나 다른 복지제도 등을 줄일 것이기 때문에'가 18.6% 순으로 나타났다.

〈표 IV-26〉 기업성 부모간병보험의 가입 조건

(단위: 명, %)

구분	빈도	개별 간병보험 보다 부담이 적으면 동의 ¹⁾	회사와 본인이 일정비율로 부담한다면 동의 ²⁾	회사에서 모두 부담한다면 동의 ³⁾	기타	계
전체	1,724	22.0	65.5	12.4	0.1	100.0
수급가구 대리응답자	468	22.0	65.6	12.4	0.0	100.0
필요가구 대리응답자	624	23.6	64.9	11.4	0.2	100.0
일반국민	632	20.4	66.1	13.4	0.0	100.0

주: 1) 단체보험의 보험료를 본인이 모두 부담하더라도, 개별적으로 가입해야 할 간병보험보다 부담이 적으면 동의한다

2) 단체보험의 보험료를 회사와 본인이 일정비율로 부담한다면 동의한다

3) 단체보험의 보험료를 회사에서 모두 부담한다면 동의한다

실태조사 결과 시장 확대가능성이 존재할 것으로 보이나 불확실성도 상당부분 있는 것으로 판단된다. 이에 거시적 측면에서 시장확대 가능성과 수익성 측면을 보완적으로 살펴보고자 한다.

2. 간병시장 규모와 경제적 효과 분석

가. 간병시장 규모 추정

향후 후기고령자가 급증할 것을 고려하면 장기요양서비스에 대한 수요는 확대될 것이고 이에 대비하여 공급도 증가될 필요가 있다. 이러한 간병시장의 확대 가능성을 치매 유병률, 요양서비스 수급자, 예비 수요 관점에서 추정하고자 한다.

1) 치매 유병률을 활용한 간병시장 규모 추정

앞서 설명한 바와 같이 우리나라는 2017년 기준으로 3개 이상의 만성질환자는 노인

인구의 51%이고, 치매 진료자는 노인인구의 약 7%(45만 9천 명)로 추정되고 있다. 그리고 향후 후기고령자의 증가로 치매 유병률은 더욱 증가할 것으로 전망된 바 있다(건강보험심사평가원 2018. 10. 18; 보건복지부 중앙치매센터).

이를 고려하여 우리나라의 65세 이상자 중 치매 인구와 유병률을 보면, 2018년에서 2050년까지(32년 동안) 치매노인은 74.9만 명에서 302.7만 명으로 유병률은 10.1%에서 16.1%로 6.0%p 증가할 것으로 예상된다. 이를 단순히 치매 환자 수만큼 간병시장이 확대될 것으로 본다면, 동 기간 시장확대는 4배 수준으로 커질 것으로 전망된다.

〈표 IV-27〉 우리나라 치매 환자 수 및 유병률 전망

(단위: 천 명, %, 배)

구분	2018	2019	2020	2030	2040	2050
65세 이상	7,381	7,694	8,134	12,955	17,120	18,813
치매노인인구	749	791	837	1,368	2,177	3,027
치매 유병률	(10.1)	(10.3)	(10.3)	(10.6)	(12.7)	(16.1)
시장확대 정도 ¹⁾	1.0	1.1	1.1	1.8	2.9	4.0

주: 1) 2018년 대비 해당 연도의 치매노인인구 수 배율임

자료: 보건복지부 중앙치매센터(2018); 보건복지부, 2019년 치매정책 사업 안내

이를 일본의 경우와 비교해 보면, 2015년에서 2050년 동안 일본의 치매노인인구 수는 517만 명에서 797만 명으로 1.5배 증가하고, 동 기간 유병률은 15.7%에서 21.8%로 6.1%p 증가할 것으로 예상된다(류재광 2016). 일본의 경우 환자 수 기준으로 시장이 1.5배만큼 확대될 것이라고 본다면 우리나라의 4배는 매우 높은 수준으로 보인다. 그만큼 수급의 적절한 조정을 통해 미래의 노인 건강문제를 지혜롭게 해결해 가야 할 중요한 시점에 있다.

〈표 IV-28〉 일본 치매 환자 수 및 유병률 전망

(단위: 천 명, %, 배)

구분	2015	2020	2025	2030	2050
65세 이상	32,930	35,000	35,526	35,769	36,560
치매노인인구	5,170	6,020	6,750	7,440	7,970
치매 유병률	(15.7)	(17.2)	(19.0)	(20.8)	(21.8)
시장확대 정도 ¹⁾	-	1.2	1.3	1.4	1.5

주: 1) 2015년 대비 해당 연도의 치매노인인구 수 배율임

자료: 류재광(2016)을 참고하여 재정리함

한편, OECD 평균(17.0%)에 비해 젊은 국가라고 할 수 있는 미국도 2015년 고령화율이 14.7%에서 40년 후에 두 배 이상이 될 것으로 예상한 바 있다(Reaves 2015). 고령화율만 고려하면 동 기간 고령층 대상 시장의 규모가 2배 이상으로 증가할 것으로 예상되며, 특히 85세 이상 인구집단은 65세부터 84세 사이의 인구집단에 비해 장기요양 서비스를 필요로 할 확률이 4배 이상 더 높다(김민경 외(2017), p. 158)는 점에서 초고령층을 중심으로 요양서비스 및 간병보험 시장이 확대될 것으로 추정된다.

2) 요양서비스 수급자를 활용한 간병시장 규모 추정

치매 유병률보다 직접적인 변수로 요양서비스 수급자에 대한 전망을 통해 요양시장의 확대가능성을 검토할 수 있다. 여기서는 한국개발연구원(2013)에서 산출한 방법¹³⁸⁾과 유사하게 우리나라 요양서비스 수요가 OECD 국가들의 평균 수요수준으로 수렴할 것을 가정(65세 이상자 중 장기요양 이용자 비율을 적용한 2015년 기준 OECD 평균은 13.0%)하여 산출하였다.

동 방법에 의해 우리나라 서비스 이용자 비율을 적용할 경우 2018년에 비해 2050년에는 2.5배 수준으로 서비스 이용자가 증가할 것으로 전망되었으나, 선진국 수준으로 고려할 경우 4.5배 수준이 될 것으로 전망되었다.

138) 동 분석에서는 OECD 국가들의 시설서비스 평균 이용률 4.9%, 재가서비스 평균 이용률 9.6%를 적정수준으로 가정하여 추정하였음

〈표 IV-29〉 OECD 기준을 고려한 장기요양서비스 이용자 전망

(단위: 천 명, 배)

적용 기준	구분	2018	2020	2030	2040	2050
	65세 이상(A)	7,381	8,134	12,955	17,120	18,813
우리 나라	서비스 이용자 비율(B1) ¹⁾ 적용 시(A×B) ¹⁾	546	602	959	1,267	1,392
	2018년 대비 시장 확대 ²⁾	-	1.1	1.8	2.3	2.5
OECD	서비스 이용자 비율(B2) ¹⁾ 적용 시(A×B) ²⁾	-	1,057	1,684	2,226	2,446
	2018년 대비 시장 확대 ²⁾	-	1.9	3.1	4.1	4.5

주: 1) OECD(2017a), p. 207에서 '65세 이상자 중 장기요양 이용자 비율'은 OECD 평균은 13.0%, 우리나라 평균은 7.4%(2015년 기준)임

2) 2018년 서비스 이용자 수 대비 해당 연도의 서비스 이용자 수의 비율로 산출함

3) 갱시니어/의향 고려한 예비수요의 시장규모 추정

한편, 장기요양 수급자의 증가와 함께 갱시니어¹³⁹⁾를 고려할 경우 시장은 더욱 확대 될 것이라는 점이다. 갱시니어는 현재 장기요양수급자는 아니지만 장기요양수급자가 될 수 있는 노인을 의미하는데, 이들이 대거 수급자로 전환될 경우 수용시설 부족 등으로 장기요양서비스의 사각지대에 놓일 우려가 있다는 점 또한 고려되어야 한다. 동경대 아키야마 교수에 의하면 60대 후반에서 70대 초반을 갱시니어로 보고 있다(류재광 2017). 일본의 갱시니어는 약 1,200만 명으로 추계되며, 이는 65~74세 인구(1,733만 명, 2015년) 중 약 70%가 해당된다.

이를 고려하여 우리나라의 갱시니어 시장의 확대 정도를 보면, 2018년에 비해 2020년에 1.1배로 증가한 후 2040년까지 1.86배로 증가하게 될 것으로 추정된다.

139) 일본종합연구소는 장기요양수급 노인과 건강한 노인의 중간상태에 있는 노인을 '갱시니어'로 명명하고 이를 대상으로 새로운 사업의 창출을 주장함(류재광(2017), p. 16)

〈표 IV-30〉 갭시니어 비중을 고려한 한국의 갭시니어 전망

(단위: 천 명, 배)

구분	2018	2020	2030	2040	2050
65~74세(A)	4,263	4,677	7,430	7,909	7,106
갭시니어 비율(B) ¹⁾ 적용 시(A×B)	2,984	3,274	5,201	5,537	4,974
2018년 대비 시장 확대 정도 ²⁾	-	1.10	1.74	1.86	1.67

주: 1) 갭시니어 비율은 70% 적용함

2) 2018년 갭시니어 대상자 수 대비 해당 연도의 서비스 이용자 수의 비율로 산출함

나. 경제적 효과 분석

1) 수익성 효과

여기서는 요양사업이 복지사업이라는 측면에서 출발하였지만, 고령자시장의 확대로 일본의 경우 간병사업이 수익에도 기여하고 있는 것으로 분석된 바 있다. 즉, 앞에 설명한 바와 같이 일본 총무성(2012)은 간병사업의 평균 영업이익률이 8.4%로 다른 산업¹⁴⁰⁾에 비해 안정적 수익 실현이 되고 있는 것으로 평가한 바 있다.

이에 본 연구에서는 우리나라의 요양사업은 상대적으로 공공기관을 중심으로 운영되고 있고, 소규모의 민영기관이 참여하고 있다는 점에서 일본의 상황과는 다소 차이는 있지만, 선행연구에서 제시하고 있는 수익성 검토를 통해 향후 요양사업 발전 가능성을 검토해 보고자 한다.

요양시설의 수익성을 살펴보기 위해 손익분석과 수지분석의 두 가지 관점에서 접근할 수 있는데,¹⁴¹⁾ 이호용 외(2018)에 의하면, 노인요양시설의 경영실태를 손익분석과 수지분석 관점에서 살펴본 결과, 손익률은 0.1%, 수지율은 4.7%로 나타났다.¹⁴²⁾

140) 건설업 4%, 소매업 6.4%, 숙박업 5.9%, 오락업 4.7%, 정보통신업 8.6%로 발표함

141) '손익분석'은 장기요양사업과 관련된 모든 수익과 비용을 대상으로 하며, 수익에는 장기요양사업수익이 포함되고, 지출에는 장기요양사업비용이 포함됨. 회계에서 '수익'은 순자산의 증가를 의미하며 현금의 유입을 의미하는 '수입'과는 구분되고, '비용'은 순자산의 감소를 의미하며 현금의 유출을 의미하는 '지출'과 구분됨(이호용 외 2018).

142) 2017년 장기요양기관 패널 경영실태조사에 참여한 장기요양기관의 시설장을 대상으로 조사함(이호용 외 2018)

일반적으로 장기요양사업의 수익성 판단은 손익관점에서¹⁴³⁾ 접근하므로, 현시점에서 기존의 형태로의 요양사업 추진 시 실효성은 떨어지는 것으로 이해 할 수 있다.

〈표 IV-31〉 노인요양시설의 손익 및 수지분석 결과

(단위: 개소, 천 원, %)

손익 분석	기관 수	수익(a)	비용(b)	차이(a-b)	손익률 [(a-b)/a]
	116	1,319,780	1,317,865	1,915	0.1
수지 분석	기관 수	수입(a)	지출(b)	차이(a-b)	수지율 [(a-b)/a]
	116	1,439,420	1,371,959	67,461	4.7

자료: 이호용 외(2018), p. 113, p. 128을 참조함

2) 고용창출 가능성

일본에서는 급격한 간병수요 증가로 부족한 간병인력 규모는 2025년에 30만 명을 넘을 것으로 전망되고 있다(삼성생명 2018b). 일본에서 간병인력이 부족하다고 응답한 비율이 66.6%로 나타났으며(류재광 2018), 이러한 부족한 간병인을 충족하기 위해 외국에서 간병인력을 수입하고 있는 상황이다. 이와 관련하여 EPA(Economic Partnership Agreement)를 통해 2006년 필리핀, 2007년 인도네시아와 베트남에서 간병인을 수입한 바 있다. 또한 일본은 2017년 11월부터는 ‘외국인 기능실습제도’의 대상 직종에 ‘간병’ 분야를 포함시켜 15개국에서 간병인력을 수입하기 위한 인프라를 정비하고 있다(삼성생명 2018b).

일본도 급속히 고령화되고 있는 상황에서 대응이 늦어 수급조정에 어려움을 겪고, 외국에서 간병인력을 수입한 것으로 이해된다. 이에 우리나라는 고령화 속도를 고려하면 일본보다 더 서둘러야 할 것으로 판단되며, 이 과정에서 부수적인 관련 산업의 일자리 창출 기회도 나타날 것으로 기대된다.

143) 일반적으로 장기요양사업의 수익성 판단은 한 해 동안 발생한 수익과 비용을 근거로 이익을 계산하는 ‘경영손익’의 방법이 수지분석 방법 보다 더 적절하다는 견해가 있음(이호용 외 2018)

일자리 창출에 대한 추정도 앞서 한국개발연구원(2013)에서 산출한 방법론을 응용하였다. 이에 의하면 우리나라 요양서비스 공급자 인력이 OECD 국가들의 평균 수요 수준으로 수렴할 것을 가정('65세 이상 고령자 대비 장기요양 인력'은 OECD 평균은 5.7%(2015년 기준), 우리나라는 2017년 기준 5.2% 적용)할 경우 2018년 대비 요양서비스 인력은 2020년 1.2배로 증가한 후 지속적으로 증가하여 2050년에는 현재 인력의 2.8배가 될 것으로 추정된다. 한편, 우리나라의 공급자 인력 비율을 사용할 경우 2018년 대비 요양서비스 인력 규모는 2020년에 1.1배가 된 후 지속적으로 증가하여 2050년에는 현재 인력의 2.5배가 될 것으로 추정된다.

고용창출 효과는 앞으로 30년 후 현재에 비해 2.5~2.8배 수준이 될 것으로 추정된다.

〈표 IV-32〉 OECD 기준을 고려한 장기요양서비스 공급자 규모 전망

(단위: 천 명, 배)

적용기준	구분	2018	2020	2030	2040	2050
	65세 이상(A)	7,381	8,134	12,955	17,120	18,813
우리나라	서비스 공급자 비율(B1) ¹⁾ 적용 시 (A×B) ¹⁾	381	419	668	883	970
	2018년 대비 인력 증대 규모 ²⁾	-	1.1	1.8	2.3	2.5
OECD	서비스 공급자 비율(B2) ¹⁾ 적용 시 (A×B) ²⁾	-	464	738	976	1,072
	2018년 대비 인력 증대 규모 ²⁾	-	1.2	1.9	2.6	2.8

주: 1) OECD(2017a), p. 211에서 '65세 이상 고령자 대비 장기요양 인력'은 OECD 평균은 5.7%(B2, 2015년 기준), 우리나라 평균은 5.2%를 적용함(B1, 65세 이상자 수는 2017년 기준 7,311천 명, 요양서비스 공급자 인력은 377천 명이어서 이를 적용함. 다만, OECD(2017a)에서는 2015년 기준 3.3%로 되어 있으나 5.2%로 조정함)

2) 2018년 서비스 이용자 수 대비 해당 연도의 서비스 이용자 수의 비율로 산출함

3. 소결

제4장에서는 보험회사의 장기요양사업 참여 가능성에 대해 검토하였다. 이를 위해 수요자(미래 수요자인 일반국민 포함)를 대상으로 실시한 설문조사 결과를 살펴보았고, 또한 초고령사회에서 간병시장 규모가 어느 정도 확대될 것인지를 파악하기 위해 치매 유병률, 요양서비스 수급자, 예비 수요 관점에서 추정하였다.

먼저, 설문조사 결과에 대해 정리하면 다음과 같다. 조사대상자는 수급자, 필요자, 일반국민으로 구분하였는데, 이는 현재 수급자와 미래 수급자(필요자, 일반국민) 간 비교를 통해 인식변화가 있을 것인지를 검토하기 위함이었다. 조사대상자 중 수급자 가구는 일반노인가구와 달리 가족부양이 필요하므로 경제력 있는 자녀와 함께 사는 경향이 있었다. 이로 인해 수급자 가구는 중산층으로 분류되는 경향이 있고, 가구원 수가 일반가구보다 많다는 특성을 보였다. 이를 간병시장의 현재 및 향후의 모습 그리고 보험산업과 장기요양서비스와의 관계로 구분하여 살펴보면 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 수급대상자(수급자 및 필요자)의 현 실태를 살펴보면, 비수급 노인의 34.7%는 가족을 포함하여 아무런 도움을 받지 못하는 사각지대에 놓여 있었다. 수급자의 경우 재가서비스를 주로 이용하였으며, 자녀가 간병비를 부담하는 경우는 69.4%로 조사되었다. 노인장기요양서비스 중단 경험이 있는 수급자는 21.9%였다. 이는 요양서비스의 사각지대를 줄일 필요가 있고, 자녀의 간병비 부담을 완화하고, 나아가 요양서비스의 질을 제고할 필요가 있는 것을 시사하고 있다.

둘째, 향후 서비스 수급 및 간병보험 가입 의향을 살펴보면, 간병보험 미가입자의 간병보험 가입 의향은 63.5%였고, 특히 60~65세 미만에서 가입 의향이 높았다. 민영 장기간병보험의 적정한 월 평균 보험료로 '1~3만 원 미만'을 선호하였으며, 해당 보험의 현실적 필요성이 높은 수급자나 필요자가 일반국민보다 적정 보험료 수준을 높게 선호하는 것으로 나타났다. 민영 장기간병보험의 활성화 방안으로 '보장성이 강한 민영 간병보험 개발'이 36.9%로 가장 선호되었다. 향후 노인장기요양서비스 재원 마련으로 민영 간병보험에 가입할 계획이 높다는 점에서 간병보험은 요양보험을 보충하는 역할로 선호될 것으로 기대된다.

셋째, 보험산업과 장기요양서비스에 대한 관계성을 살펴보면, 현재 보험회사에서 운영하고 있는 장기요양시설에 대해 대부분 알지 못하였으나, 보험회사의 요양사업 참여에 대해서는 64.5%가 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났다. 그 이유로 응답자의 54.1%가 보험회사의 간병보험을 요양서비스 재원으로 활용할 수 있다는 것을 주요 원인으로 들었다. 또한 보험회사가 요양서비스를 제공할 경우 이용할 의향에 대해서는 69%로 긍정적인 편이었다. 이 중 가장 바라는 서비스는 응답자의 79.5%가 데이케어센터(주(야)간보호센터) 서비스로 조사되었다. 보험회사의 요양서비스가 비싸더라도 이용할 의향이 있다는 응답이 전체의 68.6%로 비용보다 서비스의 질을 선호하는 경향이 있다는 점을 보여주었다. 부모님 간병을 위한 휴직 경험은 17.9%였는데, 부모님 간병은 본인이 퇴직에 임박하였을 경우에 경험하게 되는 경향이 있다는 점에서 현실적으로 높은 비율로 볼 수 있다. 이와 관련하여 기업성 부모간병보험을 도입하는 것에 대해 응답자의 82.3%가 긍정적으로 보았다.

위 실태조사 결과를 살펴보면, 시장 확대 가능성이 존재하고 장기요양서비스는 간병보험과 연계성이 강하다는 점에서 다른 산업에 비해 보험산업의 진출이 용이할 것으로 이해된다.

보완적으로 거시적 측면에서 시장확대 가능성과 수익성을 살펴보기 위해 간병시장 규모 추정과 경제적 효과를 분석하였다.

이에 의하면, 치매 유병률과 요양서비스 수급자 추이를 고려할 경우 현재 간병시장은 2050년경에 각각 4배 수준, 2.5배(OECD 기준 적용 시 4.5배) 수준으로 확대될 것으로 추정되었다. 한편 갭시니어를 고려할 경우 현재 예비간병시장은 1.7배 수준이 될 것으로 전망되었다. 이를 통해 볼 때 2050년 즈음에는 현재 간병시장의 2.5~4.5배(예비 간병시장 포함 시 4.2~6.2배)가 될 것으로 추정되었다.

실태조사와 경제적 효과 분석을 통해 볼 때 향후 간병시장이 확대될 것은 분명한 것으로 보인다. 이제 이러한 신시장을 누가 선점하고, 어떻게 개척해 나갈 것이냐가 관건이 될 것이다. 그럼에도 앞서 살펴본 바와 같이 간병시장의 확대 가능성에도 불구하고 수요 및 공급 측면의 제약으로 인해 신시장에 대한 진입은 활발하지 못한 상황이다.

이러한 관점에서 다음 제5장에서는 장기요양사업 및 간병보험의 정책방향에 대해 살펴보고자 한다.

V. 장기요양사업 및 간병보험의 정책방향

1. 기본방향 및 정부의 역할

가. 의료와 요양의 역할 분담 명확 및 연계 강화

앞서 살펴본 바와 같이 일반적으로 노인의 의료 및 요양의 욕구는 중복적·복합적으로 나타나는 경향이 있어(황도경 외 2016) 현실적으로 의료와 요양서비스를 분리하기 어렵다는 점에서 두 서비스 간 충돌의 우려가 있다. 또한 의료와 요양의 중복 욕구가 존재할 경우 대부분은 두 서비스를 모두 충족해 주는 기관을 원하는 경향이 있고, 이로 인해 치료기간이 종료되었음에도 의료시설인 요양병원에 잔류함으로써 과잉진료 문제를 초래하게 된다.

이러한 점에서 의료와 요양의 역할 분담을 명확히 하되 연계체계를 강화하여 서비스 효율성을 제고할 필요가 있다. 즉, 의료서비스의 필요성이 높은 환자는 요양병원으로, 요양서비스의 필요성이 높은 수급자는 요양시설로 배정하되, 두 서비스의 연계가 원활하도록 체계적인 관리가 필요하다.

이렇게 되기 위해서는 제도가 가지고 있는 현실적 문제점이 우선적으로 개선될 필요가 있다. 예를 들어, 건강보험은 의료비 본인부담 상한제가 있으나 요양보험은 이에 상응하는 제도가 없다. 따라서, 요양병원은 오래 머무를수록 요양시설에 비해 비용이 적게 들 수 있는 모순에 빠져 있다. 이를 개선하기 위해 의료비 본인부담 상한수준에 대한 검토가 필요하고 양질의 요양서비스 제공이 가능하도록 요양서비스에 대한 재정 지원 수준도 재검토될 필요가 있다.

그러나 그동안 우리나라는 의료와 요양을 분리하는 것에만 초점을 두었을 뿐 효과

적으로 연계하기 위한 정책대안은 부재하다는 점에서 의료와 요양의 연계서비스 개발이 필요하다.

이와 관련하여 일본은 2008년 후기고령자 의료보험 개혁, 그리고 2015년 의료·개호 종합확보법을 통해 지역사회 차원의 의료·요양 연계를 강조해왔다. 또한 일본은 2018년 개호보험제도 개편 과정에서 의료와 임종케어의 기능을 연계한 새로운 개호보험시설유형(개호요양원)을 신설한 바 있는데 동 사업의 성과에 대해서도 주목할 필요가 있다.

〈표 V-1〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 환경 및 수요 측면

제약/한계점	개선안
· 서비스 욕구의 복합성 및 충돌성 - (복합)중복·만성질환자 증가 - 치료와 요양 욕구의 복합성 - (충돌)요양병원 선호(사회적 입원)에 따른 - 과잉진료→요양수요 과소 표출 * 본인부담 상한선이 제도마다 다름 * 연계가 원활하지 않기 때문	· 의료/요양의 역할 분담 명확/연계 강화 - 의료와 요양의 역할 분담은 명확히 함 - 욕구복합성을 충족하기 위해 연계 강화 * 의료비 본인부담 상한에 대한 검토와 양질의 요양서비스 제공이 가능하도록 재정지원 재검토가 필요 * 의료와 임종케어를 연계한 개호요양원 신설 등(일본)

나. 간병준비 인식 제고

부양의식 약화로 노부모 스스로 노후를 책임져야 한다는 인식이 증가하고 있으나 자신이 간병준비를 하였거나 하고 있는 경우는 드물다.

이는 앞서 설명한 바와 같이 장기요양을 경험하는 경우가 많지 않고 또한 간병준비는 요양수급자가 되기 전에 준비해야 한다는 점에서 그동안 인식수준은 낮다고 하겠다. 이로 인해 간병보험 가입률은 2.5% 수준에 그치고 있다. 다만 가입 의향은 상대적으로 높게 나타났다는 점에서 홍보 및 교육을 통해 간병준비 인식이 제고될 수 있을 것으로 기대된다. 즉, 간병 준비를 충실히 하기 위해서는 퇴직 전에 충분한 교육이 수반될 필요가 있음을 시사한다.

특히, 간병은 질병과 다르다는 점에서 의료비와 별도로 준비가 필요하다는 점을 인식시키고, 사전적 준비를 충실히 할 필요가 있다.

〈표 V-2〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 간병준비 인식 제고 측면

제약/한계점	개선안
· 간병인식 낮아 재무적 준비 부족 - (인식)간병준비, 장기요양 이해 등 장기요양 항목의 이해수준 낮음(삼성생명 2018a) * 간병준비 7점, 장기요양 이해 14.7점 vs. 건강생활습관 실천 71.5점, 건강검진 여부 80.3점 - (준비)장기요양보험 외 준비 없음 * 간병보험 가입률 2.5%(60세 이상 4.8%) * 가입 의향은 이보다 4배 수준으로 높은 10.0%	· 홍보/교육 통한 간병준비 인식 제고 - 퇴직 후에는 늦을 수 있으므로 퇴직 전에 충분한 교육 실시 - 병원이 아닌 요양 중심으로 인식이 전환될 수 있도록 교육 필요 · 의료비와 별도로 요양비를 준비할 수 있도록 교육 - 요양(간병)은 질병과 다르므로 의료비 외 별도로 간병비 준비

다. 요양 등 노후생활지원시스템 개선

앞에서 살펴본 바와 같이 요양서비스 수요자는 시설보다는 가족에 의한 부양서비스를 선호하는 경향이 있고, 정책적으로도 고령화에 따른 간병비 국고부담 증가와 가족 부양우선 정책 등으로 재가서비스를 권장하는 측면도 있다. 이로 인해 고령 부모에 대한 자녀의 간병부담(비용 및 서비스 제공 모두)은 증가할 수 있어, 간병은 고령자 개인의 문제가 아닌 가구전체, 즉 사회적 문제로 확산될 우려가 있다.

본 연구에서 수행한 실태조사에 의하더라도 수급자(혹은 필요자)의 연령이 증가할수록 재가서비스에서 시설서비스로 전환되는 경향이 있다는 점은 자녀가 부양부담으로 인해 초고령 부모를 시설에 맡길 수밖에 없는 것으로 볼 수 있다. 즉, 요양서비스 수요자(초고령 부모)는 가족부양을 선호하나 자녀는 이와 달리 일정정도까지는 의무감으로 부모를 수행하나 일정 기간 이후에는 한계에 직면하게 됨을 추측하게 한다.

이러한 사적 부양부담을 완화하기 위해 서비스 수요자의 요양 및 생활 지원을 위한 새로운 시스템의 도입이 필요하다. 즉, 국가 재정문제를 완화하기 위해 재가서비스로 유도하는 경향이 있는데, 재가서비스가 현실적으로 질 관리가 어렵다는 점에서(황도경 외 2016), 良質의 서비스 공급과 돌봄서비스를 제공하는 가구의 수발부담을 완화할 수 있도록 시설서비스 공급에 대한 정책 재검토가 요구된다. 또한 지역별 서비스 및 시설 분포가 균형적이지 못해 맡길 시설 부족에서 오는 사적 부담의 발생가능성도 있으므로 지역적 형평성을 고려하여 개선해 나갈 필요가 있다.

〈표 V-3〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 요양 등 노후생활지원시스템 개선

제약/한계점	개선안
· 가족부양 의존으로 가계부담 증가 및 시장화 한계 - (개인)시설보다 가족 부양(선호 vs. 현실) * 자녀의 간병비 부담 증가: 개인→사회문제 * 초고령 부모는 시설에 수용되는 경향 * 지역별로 서비스·시설 분포의 불균형으로 수도권에 비해 지방에서 가족부양 부담은 더 큼 - (정부)간병비 국고부담으로 정책적으로 재가서비스 권장	· 요양/생활 지원 신시스템 도입 - 지역별 서비스·시설 분포의 불균형 완화 * 요양시설의 수도권 편중 해소: 공공시설은 지역별로 고르게 공급, 민영시설은 경쟁 통해 질 제고 - 良質의 요양서비스와 돌봄 가구원의 수발부담 완화를 위한 시설서비스 공급에 대한 검토가 필요 * 재가서비스는 질 관리가 불가능(황도경 외 2016)하고, 가계부담(인적, 물적) 증가를 초래하므로 적절한 시설서비스 공급을 통해 가구원의 수발부담을 완화할 필요

라. 공·사역할 분담 및 협력

요양보험의 재정적 문제를 완화하기 위해 공·사 간 역할 분담 및 협력을 통해 해소해 나갈 필요가 있다.

공적부문은 보험료 인상이 불가피하게 될 상황에 미리 대비하여 독일의 경우와 같은 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds)의 도입에 대한 논의도 필요하다. 한편, 일본, 독일, 영국 등이 추진한 민영화 정책을 고려하여 良質의 서비스가 공급될 수 있도록 유도할 필요가 있다. 특히 일본은 사회보장개혁 과정에서 개인의 역할은 확대되었고 공적 책임은 약화시켜 왔다는 점은 재정과 良質의 요양서비스 공급 측면에서 시사하는 바가 크다.

이와 관련하여, 민영 참여 활성화를 통한 良質의 요양서비스를 제공하거나(일본, 독일), 요양서비스와 간병보험 연계를 통한 요양산업 활성화 정책(일본), 민영보험으로 공적보험을 대체하거나 민영 간병보험에 보조금을 지원하는 정책(독일), 그리고 요양수가 체결 시 정부와 서비스 공급자 간 개별계약 형태로 체결하는 사례(독일), 공적 부문의 재원 부담으로 시장 메커니즘의 도입과 민영화 추진(독일, 일본) 등은 우리나라 요양서비스 정책 발전을 위해 검토할 필요가 있다.

〈표 V-4〉 요양서비스 활성화의 제약 및 개선안: 공·사역할 분담 및 협력

제약/한계점	개선안
· 고령화, 장수화 등으로 노인부양 문제가 발생 - 재가서비스 등 가족 부양에 의존하도록 유도하였으나 한계에 직면 - 공적부문도 재정지원의 한계에 직면 → 새로운 공·사역할 분담 필요	· 공·사역할 분담 명확화 및 협력이 필요 - 공적부문: 장기요양준비기금 도입 - 사적부문: 민영 참여 활성화 및 시장화 유도 * 시장 메커니즘의 도입과 민영화를 통한 요양서비스 제공(일본, 독일) * 민영보험의 공적보험 대체 및 보조금(독일) * 수가 체결 시 정부와 서비스 공급자 간 개별 계약(독일) * 요양서비스와 간병보험 연계(일본) 등

2. 보험산업의 역할 제고를 위한 전제조건

가. 요양사업 참여 활성화

1) 민영기업 참여에 대한 진입장벽 완화

공공부문의 재정문제 등으로 민영부문의 적극적 참여가 요구되는 상황이고, 앞서 살펴본 바와 같이 요양서비스는 재원 충당을 위해 공·사적 보험과 밀접한 관련성을 갖는다는 점에서 요양사업에 보험산업의 참여가 장려된다.

이러한 점에서 진입장벽으로 작용할 수 있는 법제도적 제약을 검토하고, 초기 투자 비용, 경영리스크 문제 등에 대한 정책적 지원이 필요한 것으로 판단된다.

높은 초기 투자 비용 문제와 관련하여서는 우선적으로 시설소유와 경영자가 동일인이어야 한다는 점을 완화할 필요가 있고, BTL방식을 적극적으로 활용할 수 있는 정책 환경이 제공될 필요가 있다. 즉, 투자원리금임차방식(BTL: Build-Transfer-Lease)을 민영기업에서 적극적으로 활용할 수 있다면 그만큼 투자재원 마련이 원활할 수 있을 것으로 판단된다. 그동안 BTL 사업은 복지기관, 의료기관 등 비영리기관을 중심으로 추진되어 온 것으로 보이는데, 보험회사 등 영리기관도 동 사업에 참여할 수 있도록 하는 방안을 모색할 필요가 있다.

앞서 설명한 바와 같이 보험회사들은 IFRS17, K-ICS 도입 등 회계환경 변화와 관련하여 신규사업 추진에 대한 부담이 발생하고 있는 상황이고, 또한 요양사업에 대한 수익창출의 불확실성으로 인해 경영리스크에 대한 부담이 존재하고 있다.

이러한 문제를 완화하기 위해 요양사업이 공공성을 갖고 있다는 점에서 정부 정책에 대한 민영의 협력이라는 점을 고려할 필요가 있다. 이 경우 요양사업에 대한 정부의 정책적 지원에 정당성을 갖는다고 할 수 있다. 즉, 보험회사가 갖고 있는 환경적 리스크에 대한 정책적 지원이 수반되어야 良質의 서비스를 제공하는 기관으로 참여 여부가 결정될 수 있을 것이기 때문이다.

한편, 보험산업에서는 단기간에 수익을 확보하는 전략보다는 기업 이미지 제고를 통해 장기적으로 수익률 제고가 가능한지에 대해 종합적으로 검토할 필요성이 있다.

〈표 V-5〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 민영기업 참여에 대한 진입장벽 완화 측면

제약/한계점	개선안
· 높은 초기 투자 비용 - 시설 소유와 경영의 일원화 - BTL방식 활용이 공공기관 중심으로	· 민영기업 참여에 대한 진입장벽 완화 - (정부)시설소유와 경영의 이원화 - (정부)보험회사도 BTL방식을 적극적으로 활용할 수 있도록 함
· 경영리스크 부담 - IFRS17, K-ICS 환경하에 신규사업 추진의 부담 - 수익창출 가능성 판단의 어려움	- (정부)요양사업의 공공성을 고려하여 정부의 정책지원 * 요양사업 평가 통해 우수 업체 지원(법인세 감면 등) - (기업)기업 이미지 제고를 통한 장기적 수익률 제고의 가능성 검토

2) 良質의 서비스 제공 및 맞춤형 서비스 강화

앞서 살펴본 바와 같이 현재 요양시설은 9인 이하 소규모 시설이 전체의 60%를 차지하여 소형화되어 있다고 볼 수 있고, 이러한 소규모 시설일수록 설치기준이 완화되어 잦은 신설/폐업이 발생하고 있다. 또한 일단 장기요양시장에 진입하게 되면 강제 퇴출이 쉽지 않아 良質의 서비스 제공이 어렵고(선우덕 2015), 소규모 시설의 재가서비

스는 현실적으로 질 관리가 불가능하다는 점에서(황도경 외 2016) 평판에 민감한 기관의 참여는 쉽지 않다.

그럼에도 불구하고 良質의 서비스 제공을 위해 일정 규모 이상(예: 100인 이상)의 시설서비스가 요구된다는 점에서 보험회사와 같이 良質의 서비스 공급이 가능한 민영기업의 참여가 필요하다. 이와 관련하여 일본의 사례에서 보듯이 요양시설의 대형화를 통해 良質의 요양서비스를 제공하고 있는 일본 보험회사의 유료노인홈은 시사하는 바가 크다.

한편, 대부분의 복지사업에서 정부는 취약계층을 중심으로 접근하고 있어 욕구를 고려한 맞춤형 서비스는 충족되기 어려웠다. 장기요양서비스도 지금까지 저비용 중심으로 설계되어 질보다는 양적 측면에 초점을 둔 것으로 이해된다.

그러나 장기요양서비스는 소득보다는 신체적 기능에 따라 제공받게 되므로 다양한 요양 욕구를 고려한 맞춤형 서비스가 제공될 필요가 있다. 이와 관련하여 앞서 설문조사 결과에서 보듯이 데이케어 서비스에 대한 선호, 요양서비스가 비싸더라도 이용할 의향의 존재, 부모간병보험 도입 등에 대한 욕구가 존재한다는 점에서 해당 욕구를 반영한 맞춤형 서비스를 공급할 필요가 있다.

한편, 개별 부담 및 비용 문제를 무시하기 어려우므로 공공기관은 저소득층을 중심으로 서비스를 제공하고, 중산층 이상에 대해서는 보험산업과 같이 민영부문에서 양질의 요양시설 공급을 통해 충당할 필요가 있어 보인다. 물론 궁극적으로는 이러한 소득 기준보다 장기요양서비스의 욕구 기준으로 요양서비스 공급이 추진될 필요가 있다. 이러한 良質의 요양서비스 제공과 보험산업 간 원활한 연계는 공·사 협력 차원에서 요양서비스 정책을 개선시킬 것으로 판단된다. 이와 관련하여 선진국 사례에서 다루지는 않았지만 미국의 경우 중산층을 중심으로 공적부문에서 지원되지 않는 홈케어에 대한 보장 욕구가 증가하고 있는 추세라는 점은 요양서비스 수요에서 중산층을 고려할 필요성이 있음을 시사하고 있다.

〈표 V-6〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 良質의 서비스 제공 및 맞춤형 서비스 강화

제약/한계점	개선안
· 평판리스크 - 소규모 시설일수록 설치기준이 완화되어 잦은 신설/폐업이 발생 - 소규모 요양시설 난립에 따른 요양사업의 부정적 인식 - 평판에 민감한 기관의 참여는 쉽지 않은 상황	· 良質의 서비스 제공 및 관리를 통해 극복 가능 - (정부)요양서비스 제공에 부정적 인식을 주는 시설에 대한 규제를 강화 - (기업)良質의 요양서비스 제공과 보험산업간 연계 * 일본 유료노인홈과 같이 良質의 요양서비스 제공을 통해 수익창출도 가능함 · 중산층에 대한 서비스 강화를 통한 시장형성 주도 - (기업)수요층이 넓은 중산층을 대상으로 요양서비스와 간병보험 연계상품 개발

3) 고령화/장수화 속도를 고려한 인력 확보 및 관리 등

우리나라보다 고령화를 먼저 경험한 일본, 독일의 경우 요양서비스의 수급이 고령화/장수화 속도에 충분히 대응하지 못한 것으로 이해된다. 이러한 문제가 발생한 원인 중의 하나로 良質의 서비스 공급인력을 확보하지 못하였고 관리도 어렵다는 점이 지적된다(후생노동성 2014). 이로 인해 일본 등에서는 부족한 간병인력을 외국에서 수입하는 상황도 발생하였음을 타산지석으로 삼아야 할 것이다. 이를 고려할 때 향후 증가하는 고령인구와 변화하는 사회 환경을 고려한 良質의 요양서비스 인력확보 및 관리가 필요하다.

재가서비스에 대한 선호가 전반적으로 높게 나타나지만, 초고령자에 대한 간병부담 등으로 재가에서 시설요양으로 전환을 필요로 한다는 지적이 있다(Statistisches Bundesamt(2005), p. 8; 오정립 2017). 이를 고려할 때 전기 고령자는 재가서비스를, 후기고령자는 시설서비스를 활용하는 이원화 정책이 효과적일 것으로 판단된다.

현재 우리나라의 장기요양보험 수가는 중앙정부 차원에서 일괄적으로 책정하는 형태여서 요양사업을 통한 수익창출은 한계가 있다. 요양사업 정책과 관련하여 민영기관, 특히 영리법인까지 참여를 허용한 상황에서 일정 이상의 수익창출이 가능하도록 시장주의에 의한 운영이 필요하다고 판단된다. 예를 들어, 수가 설정을 계약제로 허용

하거나, 일정 범위(수익 수준 혹은 비급여 확대)를 정해서 수익이 창출될 수 있도록 허용함으로써 良質의 서비스 제공이 시장시스템에 의해 자율적으로 작동하도록 할 필요가 있다.

이와 관련하여 독일의 경우 장기요양 수가 결정이 장기요양금고(혹은 지방정부)가 개별 요양공급자들과 개별적인 계약을 통해 결정되고 있다는 점을 고려할 필요가 있다. 또한 요양보험의 비급여 항목에 재활치료를 포함하여 양질의 재활치료가 가능할 수 있도록 비급여 규제를 완화해 나갈 필요가 있다.

〈표 V-7〉 요양서비스에 대한 보험산업 참여의 제약 및 개선안: 고령화·장수화 속도를 고려한 인력확보 및 관리 등 측면

제약/한계점	개선안
· (인력관리) 良質의 서비스 인력확보 및 관리의 어려움 * 일본의 간병인력 수급차질로 외국에서 인력 수입 · (정책방향) 재가서비스 권장 * 초고령자에 대한 간병부담으로 시설요양으로 전환을 원하는 사례 발생 · (사업성격) 수가 통제 및 비영리 원칙	· (정부) 고령화·장수화 속도를 고려한 인력 확보 및 관리 등 · (정부) 시설요양과 재가요양의 균형 - 先재가·後시설서비스의 이원화 정책 추진 · (정부) 수가 설정의 계약제 검토, 비급여 규제완화, 서비스 질 제고를 위해 일정 범위 영리추구 허용 * 수가 체결 시 정부와 서비스 공급자 간 개별계약(독일) * 현재 비영리 원칙하에 기타전출금을 통해 간접적으로 영리성 허용

나. 재원으로서는 간병보험 등 활성화

노인장기요양서비스 욕구 증가와 관련 간병보험 필요성에 대한 인식 제고로 장기간 병보험의 수요가 확대될 것으로 예상할 수 있다. 기존의 간병보험 상품의 개선뿐만 아니라, ‘기업성 부모간병보험’(가칭)을 개발할 필요성이 있다.

일본의 경우 간병으로 인해 직장을 그만두는 사례가 연간 10만 건에 이른다는 점¹⁴⁴⁾ 간병행위가 개인의 문제에서 사회적 문제로 다루어져야 함을 시사하고 있다. 이

144) 한국경제(2019. 1. 13), “급격한 고령화…일본의 ‘간병 쓰나미’가 주는 교훈”

와 관련하여 일본에서는 종업원의 부모에 대한 간병비용 보장을 위해 단체보험으로 '부모간병비용보장보험'이 활발히 공급되고 있다(이상우 2019b). 이는 근무하는 기업에서도 함께 가족의 간병비 부담을 줄이는 노력을 하고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다. 동 보험의 도입과 관련하여 본 연구의 조사에서도 응답자의 82.3%가 도입의 필요성에 긍정적이었고, 또한 긍정 응답자의 66.5%가 본인의 일정 부담에 동의하는 것으로 나타났다.

이러한 점에서 간병보험상품의 활성화를 위해 개인 및 참여 기업에 대한 정부의 정책적 지원(예, 간병휴가·휴직제도 활성화, 기업의 세제지원 등)이 필요하다.

가족 구성원 중에서 요양서비스를 받는 사람이 있는 경우 가구소득의 감소 외에 가족의 간병활동이 수반될 수밖에 없다. 따라서, 수발기간의 장기화에 대응한 가족간병인 보호 장치가 필요하다. 즉, 장기요양수급자가 되면 사망시점까지 수급자로 되는 경향이 있어 수발기간이 장기화된다는 특징이 있다.¹⁴⁵⁾

〈표 V-8〉 간병보험 발전의 제약 및 개선안

제약/한계점	개선안
· 요양에 대한 인식 약화로 간병보험 자체에 대한 관심 낮았음 - 최근 간병보험 수요 증가는 인식전환이 되고 있음을 시사 · 가구원 중 요양서비스 수급자가 있는 경우 가구소득의 감소 외에 가족의 간병활동이 수반 - 수발기간의 장기화될 경우 개인의 문제가 아닌 가구전체, 사회적 문제로 확대	· 기업성부모간병보험(가칭) 개발, 도입, 정책적 지원이 필요 - (보험회사/기업) 기업성부모간병보험(가칭) 개발 및 도입이 필요 * 응답자의 82.3%가 도입 필요성 인식, 그 중 66.5%는 일정 부담에 동의 * 일본에서는 동 보험이 공급됨 - (정부) 간병보험상품의 활성화를 위해 정부의 정책적 지원이 필요 * 예: 간병휴가·휴직제도 활성화, 기업의 세제지원 등이 필요 · 가족 간병인 보호 장치가 필요 - (보험회사/기업) 치매가족휴가제를 활성화하기 위해 민영 보험상품을 개발 * 단체보험일 경우 기업의 적극적 참여가 필요 * 현재 장기요양보험에 연 6회 허용하는 치매가족휴가제가 도입되어 시행 중

145) 2004년 기준 5년 이상 수발기간은 전체의 39%임(오영수 2008a)

이와 관련하여, 현재 공적 장기요양보험에 연간 6회까지 허용하고 있는 치매가족휴가제¹⁴⁶⁾가 있는데, 간병보험에서도 이를 상품화할 필요가 있는지를 검토할 필요가 있다. 특히, 타 요양기관과 제휴하거나 자회사로 요양사업을 수행할 경우 요양서비스와 연계된 상품으로 개발을 검토할 필요가 있다.

146) 치매가족휴가제는 노인장기요양서비스, 노인돌봄종합서비스 이용자가 대상이며, 2014년 7월 도입됨. 동 제도는 치매노인을 단기 보호시설에 입소시키거나, 요양보호사가 가정을 방문해 24시간 일대일 요양서비스를 제공하는 방식임. 연간 최대 6일 사용이 가능하며, 2017년 현재 비용은 하루에 단기보호시설 입소 4만 8,820원(1등급 수급자 기준), 24시간 방문요양서비스는 13만 5,260원으로 이 중 85%는 공단이 부담하고 15%만 환자 가족이 부담하면 됨

VI. 결론 및 정책제언

고령화와 장수화로 장기요양서비스 수요 증대가 예상되나 이에 대응한 良質의 공급은 미흡한 상태다. 공공부문의 역할은 재정문제로 한계에 직면해 있고, 민영부문은 영세화되어 있기 때문으로 판단된다. 최근 이에 대한 정책적 관심이 제고되고 또한 일본과 같이 보험산업의 적극적 참여에 산업과 학계, 그리고 정부도 이에 대한 관심을 보이는 것으로 이해된다.

이러한 배경하에 본 연구는 良質의 요양서비스 제공과 이에 대한 자원 마련 관점에서 보험산업의 역할 제고가 가능한지에 대해 살펴보았다. 본 연구에서 제시하고 있는 주요 연구결과는 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 초고령화에 대응한 요양서비스 욕구는 증가하고 있고 이에 대응하여 요양시설, 요양인력 등 공급부문의 성장도 있었다. 그럼에도 불구하고 욕구 수준을 충족시키기에는 부족한 측면이 있고, 여기에 良質의 요양서비스에 대한 욕구도 증가하는 상황에 직면해 있다.

그동안 이러한 문제를 해결하기 위한 자원 마련은 노인장기요양보험이라는 공보험을 통해 추진해 왔지만, 요양보험 자원 소진의 문제에 직면해 있다. 물론 요양보험료 인상과 국고지원의 가능성이 있지만, 전반적으로 공적부문의 부담으로 작용하고 있어 민영부문의 협력이 요구되는 상황이다.

이에 공적부문과의 역할 분담 차원에서 민영부문의 요양사업 추진과 간병보험의 역할이 중요해질 것으로 보인다. 그러나 요양사업에 민영이 진출하기에는 여러 가지 제약들이 존재하고 있다. 수요 측면의 제약으로는 서비스 욕구가 복합적이고, 간병인식이 낮아 재무적 준비가 부족하며, 가족 부양에 의존하여 요양서비스 수요가 정상적으로 표출되고 있지 못하다는 것이다. 공급 측면의 제약으로는 높은 초기 투자 비용, 회

계환경 변화에 따른 경영리스크 부담, 평판리스크, 기타 인력관리, 정책방향, 사업성격의 한계 등으로 공급에 따른 수익창출 등 경제적 효과에 대한 불확실성이 존재하고 있다는 점이다.

이러한 문제를 해소하기 위해 일본과 독일의 사례를 살펴보았다. 물론 두 국가 모두 우리나라와 인구, 사회, 제도적 환경이 달라 일괄적으로 평가하기는 어렵다. 다만, 우리보다 고령화를 먼저 경험하면서 대응해온 선진국의 대처 방법에 대한 탐구는 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 일본은 고령화에 대응하여 요양사업에 보험회사 등이 적극적으로 참여할 수 있도록 장을 제공하고 있으며, 여기에 간병보험 등 보험상품의 공급이 활발하게 결합되는 것으로 평가된다. 독일은 요양사업 자체에 보험회사가 참여하는 경우는 발견하기 어려우나 민영기관의 적극적인 참여가 가능하도록 정부와 계약방식에 의해 서비스를 추진한다는 점에서 참고할 만한 것으로 판단되었다.

물론 선진국에 비해 우리나라는 아직까지 재정적 여력은 여유가 있는 것으로 나타났다. 그러나 향후 우리나라의 고령화 속도 등 고령 관련 지표가 전반적으로 악화될 것이라는 점에서 지금보다 더 빠르게 대응해 갈 필요가 있는 것으로 판단된다.

본 연구에서 살펴본 실태조사와 경제적 효과 분석에 의해서도 향후 우리나라는 간병시장의 확대는 분명하다. 이제 이러한 새로운 시장에 어떻게 대응하고 선점해 나가느냐를 검토해야 할 시점이라고 보인다.

앞서 살펴본 바와 같이 여러 가지 제약이 존재하고 있음에도 명확한 해결책을 발견하지 못하고 있다는 점이 산업의 고민이다. 다만 요양시장의 확대 가능성이라는 방향성은 명확하고, 또한 장기요양서비스가 고령위험에 대응한다는 점과 간병보험 등 보험산업과 강한 연계성을 가진다는 점에서 보험산업에서 적극적인 고민이 필요한 시점이라고 하겠다.

참고문헌

- 강성호·정원석·김동겸(2015), 『고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례』, 보험연구원
- 건강보험심사평가원(2018. 10. 18.), 「보건의료빅데이터개방시스템」
- 고석배(2006), 「BTL방식의 민영투자사업과 PF금융」, KDB산업은행
- 국민건강보험공단(2017), 『2017년 노인장기요양보험 통계연보』
- _____ (2018), 『2018년 노인장기요양보험 통계연보』
- _____ (2018a), 『2018년 상반기 노인장기요양보험 주요통계』
- _____ (2018b), 『2018년 건강보험주요통계』
- 국민건강보험정책연구원(2017. 6), “노인장기요양보험 지속가능성 제고 방안 마련을 위한 국외출장(영국, 독일) 출장 결과 보고”
- _____ (2017), 「2017 주요국의 장기요양제도 현황과 개혁동향」
- 국회예산정책처(2018), 「2018~2027년 노인장기요양보험 재정전망」
- 김기홍(2001. 12), 『노령화사회의 진전에 따른 민영 장기간병보험 발전방안』, 보험개발원
- 김민경·권진희·나영균·박상희·이희승·이정석·이호용·한은정·유애정·문용필·박세영·정서현·장혜민(2017), 『2017 주요국의 장기요양제도 현황과 개혁동향』, 건강보험정책연구원
- 김석영(2013), 「노인장기요양보험의 보장범위 확대와 민영장기요양보험의 문제점」, 『KiRi Weekly』, 제237호, 보험연구원
- _____ (2018), 「치매 국가책임제와 보험의 역할」, 『KiRi리포트』, 제457호, 보험연구원
- 김석영·김혜란·김세영(2013), 『질병장애 및 장기요양 인구조증가에 관한 연구』
- 김성옥·김유리·정희정(2014), 『주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향(독일편)』, 국민건강보험정책연구원
- 김찬우·신수경(2018), 『미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰-오바마 법안과 아베 개혁을 중심으로-』
- 다구치 켄타(2018), “일본 개호 사업의 수익성 확보 방안, 시니어케어 서비스 활성화와

- 공·사 협력”, KiRi 심포지엄
- 류성경(2012), 『일본 생명보험회사의 민영 장기간병보험 운영 사례에 관한 연구』
- 류재광(2016), 「고령자 1000만 명 시대에 대비하자」, 『Retirement Report』, 삼성생명 은퇴연구소
- _____(2017), 『일본 시니어 비즈니스 동향과 시사점』, 삼성생명은퇴연구소
- _____(2018), “일본 개호 비즈니스의 동향과 시사점, 시니어케어 서비스 활성화와 공·사 협력”, KiRi 심포지엄
- 박복희·전희주(2018), 「제3보험의 가입 요인 : 간병보험을 중심으로」, 『리스크관리연구』, 제29권 제3호, pp. 77~106
- 박선영(2014), 『주택연금 연계 간병보험제도 도입방안』, 보험연구원
- 박은자·서제희·정연·윤시몬·이나경(2017), 『요양병원, 요양시설의 질 관리 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원
- 보건복지부, 2019년 치매정책 사업 안내
- _____(2017), 『건강보험통계연보』
- _____(2018a), 『2017 노인장기요양보험 통계연보』
- _____(2018b), 『장기요양기관 재무·회계 Q&A』
- _____(2018c), 『통계로 보는 사회보장 2018』
- _____(2019. 3. 31), 『장기요양시설 유형별 현황』
- 보건복지부 중앙치매센터(2018), 『2016년 전국 치매역학조사 보고서』
- 보건복지부 한국보건사회연구원, 『노인실태조사』, 각 연도
- 보건복지부·한국보건산업진흥원(2018), “고령친화산업의 새로운 패러다임 개척”, 2018년 고령친화산업 정책 포럼
- 보험업법 일부개정법률안(의안번호 15621 정부 제출) 정무위원회 검토보고서(2015. 10)
- 보험연구원(2018), 『보험소비자 설문조사』
- 삼성생명(2018a), 『은퇴준비지수2018』
- _____(2018b), 『머니in라이프』, vol. 35
- _____(2018c), 『머니in라이프』, vol. 43

- 삼성생명 은퇴연구소(2017), 『부모의 요양, 자녀가 알아야 할 것들』, p. 12
- 삼정회계법인(2017), 「고령사회 진입과 시니어 비즈니스의 기회」, 『Samjong Insight』, p. 11
- 생명보험협회, 『보험통계』
- _____ (2018), 『제15차 생명보험 성향조사』
- 선우덕(2015), 「노인장기요양시설의 설치 현황 분석과 정책적 시사점」, 『보건·복지 Issue & Focus』, 한국보건사회연구원
- 선우덕·이태화·서동민·정순돌·김세진(2014), 『노인장기요양보험 선진화를 위한 제도 개선방안』, 정책보고서, 한국보건사회연구원
- 오승연·김미화(2016a), 「노인장기요양보험법 개정안 통과와 시사점」, 『KiRi Weekly』, 보험연구원
- _____ (2016b), 『독일의 공·사 장기요양보험제도 현황과 시사점』
- 오영수(2008a), 『노인장기요양보험의 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안』, 조사 연구자료, 보험연구원
- _____ (2008b), 『보험회사의 노인장기요양사업 진출 방안』, 보험연구원
- 오정립(2017), 「독일 노인장기요양제도의 발달: 사회적 현대화 관점을 중심으로」, 『노인복지연구』, 72(1), pp. 9~35
- 유재상·미즈노 나유리·김수홍(2017), 『장기요양시설의 경영혁신과 운영개선 방안: 일본 노인요양시설의 경영전략에 관한 사례연구』
- 이건우(2008), 『일본 사회복지서비스의 시장화 추이와 시사점』, 산업연구원
- 이규식 외(2017), 『고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안』, (사)건강복지정책연구원
- 이상우(2019a), 「일본 보험회사의 간병사업 진출 현황과 함의」, 『고령화리뷰』, 제30호, 이슈분석, 보험연구원
- _____ (2019b), 「일본의 기업성 부모간병보험 개발 확대」, 『고령화리뷰』, 제32호, 국내외 동향, 보험연구원
- 이정택(2017), 「요양병원 현황 및 개선과제」, 『고령화리뷰』, 제14호

- _____(2018), “요양시설·요양병원 역할 정립방안, 시니어케어 서비스 활성화와 공·사 협력”, KiRi 심포지엄
- 이호용·박세영·문용필·정현진·김기봉(2018), 『2017 장기요양기관 패널 경영실태조사』, 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 전용호(2012), 「영국과 독일의 노인장기요양서비스의 시장화와 그 결과: 이용자 관점에서의 평가를 중심으로」, 『보건사회연구』 32(2), pp. 143~169
- 조용운(2013), 「민간간병보험의 발전방향」, 『KiRi Weekly』, 제253호, 보험연구원
- 최은영(2005), 『OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의』, 한국보건사회연구원
- 코리안리(2015. 2), Insurance World
- 통계청(2011), 『장래인구추계: 2010-2060』
- _____(2018a), 『2018 고령자 통계』
- _____(2018b), 『한국의 사회동향 2018』
- 한국개발연구원(2013), 『복지시설의 임대형(BTL) 민자사업 적용에 관한 연구』
- 한국보건산업진흥원(2015), 『고령진화산업 실태조사 및 산업분석』
- 한국소비자원(2011), 『노인 요양시설의 문제점 및 개선방안』
- _____(2016), 『고령소비자 대상 치매보험 문제점 및 개선방안』
- 행정안전부, 『주민등록인구통계』
- 홍성대·홍필기·김철주(2007), 『공적 장기요양보호체계의 민영화 추세와 과제』, 한국사회복지정책연구원
- 황도경·신영석·이윤경·최병호·김찬우·박금령·김은아(2016), 『노인 의료와 요양 서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축』, 한국보건사회연구원
- 후루이치 신타로(2018), “동경해상의 개호사업 추진사례”, KiRi 심포지엄 제13회
- KB금융지주 경영연구소(2015), 「노후 실버타운 잘 선택하기」, 『KB골든라이프』, 2015-08호

- Andreas Besche(2019), *Long Term Care Insurance in Germany*
- Besche, Vieweg(2017), *Die Pflege-versicherung(The long-term care insurance)*, 8판
- BMG(1995~2018), *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung*
- _____(2016), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*
- Cuellar, A. E. and J. M. Wiener(2000), "Can Social Insurance for Long-Term Care Work? The Experience of Germany," *Health Affairs*, 19(3), pp. 8~25
- Eichler, M., Pfau-Effinger, B.,(2009), "The consumer principle in the care of elderly people: Free choice and actual choice in the German welfare state", *Social Policy & Administration*, 43(6), pp. 617~633
- European Commission(2018), *LONG-TERM CARE IN GERMANY*
- Gerhard Backer(2016), "Reform of the long-term care insurance in Germany", *EC ESPN Flash Report*, 2016/43
- German Insurance Association(GDV), *Statistical Yearbook of German Insurance 2018*
- KEMPONEN(2017), *Health Insurance, Long-Term Care Insurance and Health Insurance Societies in Japan*
- Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2015~2016
- NAIC(2017. 3. 31), State of the U.S. Long-term Care Insurance Industry
- OECD(2017a), *Health at a glance 2017*
- _____(2017b), *Pension at a glance*
- Pamela Nadash, Pamela Doty, Matthias von Schwanenflügel(2018. 6), "The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments", *The Gerontologist*, Volume 58, Issue 3, pp. 588~597(<https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>)
- Reaves, E. L.(2015). "Medicaid and Long-Term Services and Supports: A Primer", Retrieved from(<https://www.kff.org/medicaid/report/medicaid-and-long-t>

- erm-services-and-supports-a-primer/)
- Rome, V., Harris-Kojetin, L., & Carder, P.(2019), "Variation in Licensed Nurse Staffing Characteristics by State Requirements in Residential Care"
- Sabrina Link(2019), "Long Term Care Reform in Germany At Long Last", *British Actuarial Journal*, vol. 3, pp. 1~8
- Scourfield, P.(2007), "Are there reasons to be worried about the cartelization of residential care?", *Critical Social Policy*, 27(2), pp. 155~180
- Service Provision, "Hospitalizations, and Chronic Conditions in Adult Day Services Centers: Findings From the 2016 National Study of Long-Term Care Providers"
- Statistisches Bundesamt(2005), "Bericht. Pflegestatistik 2003–Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung", *Deutschlandergebnisse*, Bonn
(https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialpflege1Bericht2003.pdf?__blob=publicationFile, 2016/07/2)
- United Nations/Probabilistic Projections
- World Bank, World Development Indicators
- 生命保険文化センター(2018. 9), 生命保険に関する全国実態調査
厚生労働省, 平成29年度介護事業経営実態調査結果の概要
_____, 介護保険事業状況報告, 각 연도
_____, 社会福祉施設等調査: 結果の概要, 각 연도
_____(2019. 3), 介護給付費等実態統計: 結果の概要
_____(2017), 平成27年度 介護保険事業状況報告 概要
大阪府(2018. 6), 개호보험 제도에 관하여
후생노동성(2014), 2014년도 노동간병 실태조사
JA共済総合研究所, 保険会社における介護事業の展開状況等について

국가법령정보센터 홈페이지(<http://www.law.go.kr>)

국가통계포털(<http://kosis.kr/search/search.do>)

국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr>)

생명보험협회 공시실(<https://pub.insure.or.kr>)

손해보험협회 공시실(<http://kpub.knia.or.kr>)

주독일대한민국대사관

하나케어센터 홈페이지(<http://www.hanacarecenter.or.kr/index.html>)

행정안전부 홈페이지(www.mois.go.kr)

KB골든라이프케어(<https://www.kbgoldenlifecare.co.kr/page/service>)

AOK(<https://www.aok.de/pk/uni/>)

YAMADA Consulting Group(https://www.ycg-advisory.jp/industry/medical_care/sinior-living/)

U.S. Department of Health & Human Services(<https://www.cdc.gov/nchs/nsitcp/index.htm>)

독일 연방통계청(<http://www.destatis.de>)

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>

<http://www.care-mane.com/news/10379.html?CID=&TCD=0&CP=1>

<https://www.medicproof.de/>

<http://www.nli-research.co.jp>

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegeversicherung/#gesetzlich>

<https://www.roujinhom-zenkokunet.jp/yougoshu/souryokisei.html>

<https://www.sompocare.com/>

부록. 장기요양서비스 및 관련 보험조사를 위한 설문지

장기요양서비스 및 관련 보험에 대한 조사

ID

안녕하십니까?

보험연구원은 ㈜닐슨코리아에 의뢰하여 노인장기요양서비스를 받고 있거나 필요한 어르신(만 65세 이상의 노인이나 65세 미만으로 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 어르신, 65세 미만의 노인성 질병이 없는 일반적인 장애인인 제외)을 대상으로 '장기요양서비스 및 관련 보험에 대한 조사'를 실시하고 있습니다.

본 조사는 향후 장기요양서비스의 개선방향을 도출하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어 줄으로써 국민의 삶의 질 향상을 목적으로 한 노인정책 수립에 필요한 기초자료를 생산하는데 그 목적이 있습니다.

응답하신 모든 내용은 수치화하여 통계자료로만 활용되며, 응답하신 내용은 통계법 제33조에 의거하여 비밀이 보장됩니다. 귀하가 공소에 생각하시는 그대로 솔직하게 답변해 주시면 됩니다. 바쁘시겠지만 잠시만 시간을 내어주시면 감사하겠습니다.

귀하의 답변은 우리나라 노인정책 수립에 매우 귀중한 자료가 될 것입니다. 감사합니다.

2019년 7월

주 관 기 관	 보험연구원	보험연구원
		● 홈페이지 : http://www.kiri.or.kr/ ● 담당자 : 보험연구원 생명·연금연구실 ● 주소 : 서울시 영등포구 국제금융로6길 38(여의도동 35-4)
조 사 기 관	(주)닐슨코리아	(주)닐슨코리아
		● 홈페이지 : http://www.nielsen.com/kr ● 담당자 : CI 클라이언트서비스 ● 주소 : 서울시 중구 서소문로 50 센트럴플라자 13-16층 (우:100-853)

노인장기요양서비스란 국가와 사회가 함께 재원을 마련하여 고령이나 치매, 중풍 등의 노인성 질병으로 혼자서는 거동이 불편한 어르신께 취사, 청소, 세탁, 간호, 목욕, 배변처리 등 필요한 요양서비스를 제공해 드리는 사회적 보살핌을 실현하는 제도입니다.

1. 장기요양서비스 신청자격 : 65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로 노인성 질병(치매, 뇌혈관질환, 파킨슨병 등)을 가진 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 어르신(65세 미만의 노인성 질병이 없는 일반적인 장애인인 제외)

2. 장기요양서비스 신청인 : 본인 (가족이나 친지 대리 신청 가능)이나 대리인(본인이 의사표현이 불가능한 경우)

3. 수급가능 대상 : 장기요양등급 1~6등급(인지지원등급 포함)을 인정받아야만 수급

4. 장기요양서비스 비용 : 재가 서비스 비용의 15%, 시설서비스 비용의 20%는 본인부담(국민기초생활수급권자는 본인부담금이 없으며 의료급여수급권자는 본인부담금의 절반(7.5%, 10%)만 부담)

5. 장기요양서비스 내용

(1) 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동이나 일상생활에 필요한 가사활동을 지원

(2) 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕 설비를 갖춘 차량을 이용하여 수급자의 가정을 방문하여 목욕 서비스를 제공

(3) 방문간호 : 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 서비스를 제공

(4) 주(야)간보호 : 어르신을 하루 중 일정한 시간동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급 서비스 등 심신기능의 유지와 향상을 위한 교육·훈련 등을 제공

(5) 복지용구 : 심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 어르신께 일상생활과 신체활동 지원과 인지기능의 유지 및 기능향상에 필요한 용구를 구입하거나 대여

0 판별 질문

먼저, 귀하나 귀하의 부모님이 노인장기요양서비스의 대상자인지 알아보기 위해 몇가지 질문을 여쭙 보겠습니다.

본 조사는 만 30세(1989년 1월 1일) 이상의 성인 남녀를 대상으로 진행합니다.

SQ1) 귀하는 연령이 만으로 몇 세입니까? 만()세

[지침] ○ 만 30세 이상만 조사 진행, 출생시기에 따라 30대, 40대, 50대, 60세 이상으로 구분하여 표본할당

① 30대 ② 40대 ③ 50대 → SQ2로 이동

④ 60세 이상 → SQ1-1로 이동

SQ1-1 (SQ1에서 ④ 60세 이상을 응답한 경우)

귀하는 현재 노인장기요양서비스를 수급 받고 있거나 이전에 수급 받은 적이 있습니까?

① 현재 수급 받고 있다 → SQ1-2로 이동 ② 이전에 수급 받은 적이 있다 → SQ1-2로 이동

③ 수급 받은 적이 없다 → SQ1-3으로 이동

SQ1-2 (노인장기요양서비스를 수급 받은 적이 있는 경우)

그럼, 귀하가 노인장기요양서비스를 수급 받은 기간은 총 얼마나 됩니까?

() 년 () 개월 → SQ6은 미응답, part I)의 문3)번부터 응답, part IV)의 DQ1과 DQ8, DQ9 응답
→ '년과 개월 중 기간이 없는 경우 '0'을 입력해 주시기 바랍니다.'라는 지시문 제시

SQ1-3 (현재 노인장기요양서비스를 수급 받은 적이 없는 경우)

귀하는 현재 노인장기요양서비스가 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

① 매우 필요하다 ② 약간 필요한 편이다 → SQ3~SQ5, 문3~문10, 문21~문43-20, DQ1과 DQ8, DQ9 응답

③ 별로 필요하지 않은 편이다 ④ 전혀 필요하지 않다 → SQ3~SQ5, 문21)부터 끝까지 응답

SQ2) 귀하의 성별은 무엇입니까? ① 남자 ② 여자

SQ3) 귀하가 사는 지역은 어디입니까?

1. 서울 2. 부산 3. 대구 4. 인천 5. 광주 6. 대전 7. 울산 8. 경기 9. 세종
10. 강원 11. 충북 12. 충남 13. 전북 14. 전남 15. 경북 16. 경남 17. 제주

SQ4) 귀하가 사는 지역의 규모는 다음 중 어디에 해당하십니까?

① 대도시 ② 중소도시 ③ 읍면지역

SQ5) 귀하의 결혼상태는 어떻게 되십니까?

① 미혼 ② 기혼(유배우) ③ 기타(사별, 이혼, 별거 등)

SQ6) 귀하의 부모님 중 현재 생존해 계신 분의 연령과 노인장기요양서비스 수급 및 필요여부를 여쭙겠습니다.

노인장기요양서비스가 필요한 분은 '65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로 노인성 질환(치매, 뇌혈관 질환,

파킨슨병 등)을 가진 분 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 생각되는 어르신

(65세 미만의 노인성 질환이 없는 일반적인 장애인은 제외)을 말합니다.

질문 번호	관계	생존 여부	응답 여부	주된 비동거 사유	만 연령	노인장기요양서비스 수급 여부	노인장기요양서비스 필요 여부(비수급자만)
1	본인의 아버지	① 생존 → ② 사망 ↘	① 동거 ② 비동거		___세	① 수급 ↘ ② 비수급 →	① 필요 ② 불필요
2	본인의 어머니	① 생존 → ② 사망 ↘	① 동거 ② 비동거		___세	① 수급 ↘ ② 비수급 →	① 필요 ② 불필요

[지침] ○ 주된 비동거 사유 : ① 다른 자녀 및 가족이 모시고 있어서 ② 경제력이 부족해서 ③ 건강상태가 좋지 못하여

④ 자녀 등 돌봐야 할 다른 가구원이 있어서 ⑤ 요양시설에 모시고 있어서 ⑥ 부모님의 경제 능력이 충분해서

⑦ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

※ 노인장기요양서비스 수급자(혹은 필요자)가 1명도 없는 경우 PART II) 질문으로 이동

I 노인장기요양서비스 수급자(또는 필요자) 일반사항

귀하 또는 귀하의 부모님 중 노인장기요양서비스 수급자 또는 노인장기요양서비스가 필요한 어르신에 해당하는 질문을 드리겠습니다. 노인장기요양서비스 수급자(또는 필요자)가 2명 이상일 경우 먼저 수급자 기준, 다음으로 연장자를 기준으로 응답해 주시기 바랍니다. 어르신이 직접 응답하기 어려운 상황이면 응답자가 어르신의 의중을 생각하여 응답해 주시기 바랍니다. 어르신과 함께 동거하지 않는 가구원도 대리로 응답할 수 있으나, 어르신 혹은 어르신 가정의 상황을 잘 아는 분이 답해 주시기 바랍니다.

[지침] ○ 응답자 본인 이 노인장기요양서비스 수급자나 필요자(SQ1-1)에 ① 또는 ② 응답자(수급자), 또는 SQ1-3)에 ① 또는 ② 응답자(필요자) : 문1), 문1-1), 문1-2), 문2) 제외, 파트 IV)의 DQ2~DQ7까지 제외

I-1. 노인장기요양서비스 수급자나 필요자 어르신의 일반사항(어르신 기준)

[지침] ○ 응답자나 응답자의 부모님 중 노인장기요양서비스 수급자나 필요자 어르신이 있는 경우(본인(SQ1-1)에 ① 또는 ② 응답자(수급자), 또는 SQ1-3)에 ① 또는 ② 응답자(필요자), 응답자의 부모님에 SQ6)에서 아버지(또는 어머니)가 노인장기요양서비스 수급여부에 ① 수급 또는 필요여부에 ① 필요인 경우에만 질문

문1) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신은 다음 중 누구입니까?

[지침] ○ 표고표시. SQ6에서 2명 중 수급자 또는 필요자 어르신만 예시로 제시

① 본인의 아버지 ② 본인의 어머니

[검토] ○ 수급자 또는 필요자 어르신에 위의 응답 제시 가능한지 검토

문1-1) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신이 사는 지역은 어디입니까?

1. 서울 2. 부산 3. 대구 4. 인천 5. 광주 6. 대전 7. 울산 8. 경기 9. 세종
10. 강원 11. 충북 12. 충남 13. 전북 14. 전남 15. 경북 16. 경남 17. 제주

문1-2) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신이 사는 지역의 규모는 다음 중 어디에 해당합니까?

① 대도시 ② 중소도시 ③ 읍면지역

문2) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신의 결혼상태는 어떻게 되십니까?

① 미혼 ② 기혼(유배우) ③ 기타(사별, 이혼, 별거 등)

문3) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신은 학교를 어디까지 다니셨습니까?

(※ 예 : 중학교 중퇴는 초등학교 졸업으로 응답)

① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업 ⑤ 전문대학 졸업 ⑥ 대학/대학원 졸업

문4) 현재 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신이 함께 살고 있는 가구의 총 가구원 수는 몇 명입니까?

(본인 포함)

※ 학업, 직장, 군복무 등으로 인해 잠시 따로 살지만, 실질적으로 생계를 같이하는 가족 구성원을 모두 포함해주시시오.
(명) [지침] ○ 1~9명

문5) 현재 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요자 어르신이 함께 살고 있는 가구의 형태는 다음 중 어디에 해당합니까? 어르신을 기준으로 응답해 주십시오(자녀가 있더라도 따로 살고 있으면 ② 부부(동거 자녀 없음)으로 응답해 주십시오).

※ 용어해설 : 가구형태

- 단독 : 1인 가구

- 모자 : 어머니와 만 18세 미만의 미혼자녀로만 구성된 가구

- 부자 : 아버지와 만 18세 미만의 미혼자녀로만 구성된 가구

- 조손가구 : 만 18세 미만의 자가 만 65세 이상인 노인과 같이 사는 경우 노인을 가구주로 하는 가구

- 3세대 이상 : 부모-본인-자녀, 혹은 본인-자녀-손자녀로 구성된 가구

- 기타 : 위에 해당되지 않는 가구

① 단독 ② 부부(동거 자녀 없음) ③ 부부(동거 자녀 있음) ④ 모자 가구 ⑤ 부자 가구
⑥ 조손가구 ⑦ 3세대 이상 ⑧ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문6) 현재 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요한 어르신께서 거주하는 주택의 소유형태는 무엇입니까?

- ① 자가 ② 전세 ③ 월세 ④ 무상 거주(친지, 친척) ⑤ 기타

문7) 현재 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요한 어르신 가구의 경제적 수준은 우리 사회의 소득계층을 다섯 집단으로 구분할 때, 다음 중 어느 계층에 속한다고 생각하십니까?

하중	중하중	중간중	중상중	상중
①	②	③	④	⑤

문8) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요한 어르신은 은퇴하시기 전(은퇴하지 않으셨다면 현재의 근로형태) 다음 중 어떤 형태의 근로를 하셨습니까? 가장 주된 일자리를 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.

※ 주된 일자리

· 두 가지 이상의 일자리(예: 회사에 다니면서 가게를 운영)가 있는 경우 가장 많은 시간을 투입하는 일자리를 주된 일자리로 봄
· 두 가지 이상의 일자리에 동일한 시간을 투입하는 경우, 수입이 상대적으로 많은 일자리를 주된 일자리로 봄

- ① 정규직 근로자 ② 기간제(계약직) 근로자 ③ 종업원을 둔 자영업자
④ 종업원을 두지 않은 자영업자 또는 무급가족종사자 ⑤ 부동산 임대소득 및 금융소득 생활자
⑥ 임시직, 일용직 등 기타 비정규직 근로자 ⑦ 근로활동 중 하지 않음
⑧ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문9) 노인장기요양서비스 수급자 또는 필요한 어르신의 가구에서 현재 주요한 생활 수단은 무엇입니까?

다음 중에서 순서대로 세 가지만 응답해 주십시오. (1순위:) (2순위:) (3순위:)

- ① 국민연금이나 직역연금(공무원, 군인, 사학연금 등) ② 퇴직(연)금 ③ 개인연금(연금저축, 연금보험 포함)
④ 주택연금이나 농지연금 ⑤ 예금, 주식, 펀드 등 금융자산 ⑥ 부동산 자산의 임대료 등
⑦ 자녀가 주는 생활비 ⑧ 가구의 근로소득 ⑨ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

I-2. 노인장기요양서비스 수급 현황(어르신 기준)

[지침] ○ 응답자나 응답자의 부모님 중 노인장기요양서비스가 필요한 어르신인 경우(SQ1-3)에 ① 또는 ② 응답자 (본인 필요자), SQ6에 본인의 아버지(또는 어머니)가 노인장기요양서비스 필요여부에 ① 필요 응답자 : 문10)만 응답한 후 파트 II)로 이동

○ 응답자나 응답자의 부모님 중 노인장기요양서비스 수급자인 경우(SQ1-1)에 ① 또는 ② 응답자 또는 SQ6에 본인의 아버지(또는 어머니)가 노인장기요양서비스 수급여부에 ① 수급 응답자 : 문11)부터 응답
[검토] ○ 수급자와 필요자가 같이 있는 경우 문10)이 제시됨, 수급자인 어르신을 응답으로 선택한 경우 문10) 제시하지 않 것

문10) 현재 노인장기요양서비스가 필요한 어르신이 어떻게 생활하고 있습니까?

- ① 국가(건강보험공단)에서 제공하는 노인장기요양서비스를 받지 않고 자녀나 주변의 도움을 받아 생활하고 있다
② 아무 도움 없이 지내고 있다 ③ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문10-1) (문10)에서 ①~③ 응답자 어르신이 노인장기요양서비스를 받지 못하고 있는 이유는 무엇입니까?

※ '노인장기요양보험 가입자'란 어르신이 노인장기요양보험에 피보험자로 직접 가입되어 있거나, 자녀나 배우자의 부양 대상자로 가입되어 있는 경우 모두 해당됩니다.

- ① 노인장기요양보험에 가입되어 있지 않아 대상자가 아니어서
② 노인장기요양보험에 가입여부를 알지 못하고 그러한 서비스가 있는지도 몰라서
③ 노인장기요양보험에 가입되어 있지만 신청할 줄 몰라서
④ 노인장기요양서비스를 신청하였지만, 등급 외 판정이 나서
⑤ 신청해도 선정될 것 같지 않아서
⑥ 별 도움이 될 것 같지 않아서
⑦ 아직은 특별하게 도움이 필요 없어서
⑧ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문10-2) (문10)번에서 ② 응답자)

어르신이 요양이 필요하나 가족으로 부터 도움을 받지 못하는 이유는 무엇입니까?

- ① 자녀가 없어서
 ② 자녀가 있어도 자녀의 경제력이 부족해서
 ③ 자녀의 건강상태가 좋지 못하여
 ④ 자녀가 ~~순자녀~~ 등을 돌봐야 할 다른 가구원이 있어서
 ⑤ 자녀와 관계가 좋지 못하여
 ⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)
 [지침] 응답 후 파트 II)로 이동

지금부터는 귀하 또는 귀하의 부모님이 노인장기요양서비스 수급자인 경우만 응답해 주시기 바랍니다.

문11) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신은 가정에 계신가요?

아니면 요양시설(요양병원 혹은 요양기관)에 계신가요?

- ① 요양병원 ② 요양기관 ③ 응답자와 함께 거주 ④ 다른 가족과 함께 거주 ⑤ 어르신들 별도 거주
 ⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

[검토] ① 요양병원 ③ 요양기관을 응답한 경우 문11-2)에 응답이 나오게 안내

○ '년과 개월 중 기간이 없을 경우 '0'을 입력해 주시기 바랍니다. 라는 지시는 제시

문11-1) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신이 노인장기요양서비스를 받은 기간(어르신이 치매나 중풍에 걸리기 이전에 부양한 기간은 제외(요양이 필요한 기간만 기록))은 총 어느 정도입니까?

(년 개월)

문11-2) 노인장기요양서비스를 받는 기간 중 요양시설에 계신 기간은 모두 합해 어느 정도인지요? (년 개월)

문11-3) 노인장기요양서비스를 받는 기간 중 요양시설 외에서 계신 기간은 모두 어느 정도인지요? (년 개월)

[지침] 전체 노인요양서비스 이용 기간 = 요양시설 + 재가

문12) (문11)에서 ① 또는 ②를 응답한 경우)

현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신의 간병 비용은 주로 누가 부담하고 있습니까?

- ① 어르신 본인 ② 어르신의 자녀 ③ 어르신의 기타 친인척 ④ 기타(구체적으로 적어주세요 :)

문13) (문11)에서 ① 또는 ②를 응답한 경우)

현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신의 간병으로 인해 가구의 경제적 부담은 어느 정도입니까?

- ① 전혀 부담되지 않는다 ② 별로 부담되지 않는다 ③ 약간 부담되는 편이다 ④ 매우 부담된다

문14) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신의 현재 등급상태는 어떻게 되십니까?

- ① 1등급 ② 2등급 ③ 3등급 ④ 4등급 ⑤ 5등급 ⑥ 6등급(인지지원 등급) ⑦ 잘 모르겠다

문15) (문11)에서 ③, ④, ⑤ 응답자만)

현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신이 지난 한달간 이용하고 있는 요양급여서비스를 모두 체크해 주세요.

- ① 방문요양 ② 방문목욕 ③ 방문간호 ④ 주(야)간보호 ⑤ 단기보호(월 15일) ⑥ 복지등급

문15-1) (모든 서비스 제시) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신이 앞으로 가장 많이 이용하고 싶은 요양급여서비스를 하나만 선택해 주세요.

- ① 방문요양 ② 방문목욕 ③ 방문간호 ④ 주(야)간보호 ⑤ 단기보호(월 15일) ⑥ 복지등급
 ⑦ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

[검토] ○ 모든 서비스가 제시되지 않음. 문 15와 상관없이 모든 서비스 제시

문16) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신이 노인장기요양서비스를 받다가 중단한 적이 있습니까?

- ① 있다 → 문16-1)로 이동 ② 없다 → 문17)로 이동

문16-1) (만약에 중단한 적이 있다면)

그럼, 노인장기요양서비스를 중단한 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 서비스의 내용이 좋지 못해서 ② 서비스의 양이 부족해서
 ③ 기관장(시설장)의 태도가 좋지 못해서 ④ 종사자(요양보호사 등)의 태도가 좋지 못해서
 ⑤ 등급이 떨어져 대상자가 되지 못해서 ⑥ 비용이 부담되어
 ⑦ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문17) 현재 노인장기요양서비스 수급자의 서비스, 일상생활 기능, 서비스 만족도에 대한 내용입니다.

각 항목별로 해당하는 곳에 응답해 주시기 바랍니다.

내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다	잘 모르겠다/ 해당없다
1) 어르신이 필요로 하는 서비스를 제공받고 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
2) 어르신이 서비스를 받으며 신체 기능의 유지 및 개선 측면에서 건강상태가 좋아지고 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
3) 어르신이 가족의 <u>수발없이</u> 생활하는데 장기요양서비스가 도움이 된다	①	②	③	④	⑤	⑥
4) 어르신은 장기요양서비스에 대해서 전반적으로 만족한다.	①	②	③	④	⑤	⑥

문18) 현재 노인장기요양서비스 수급자의 장기요양서비스 이용과정에 대한 내용입니다. 각 항목별로 해당하는 곳에 응답해 주시기 바랍니다.

내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그저 그렇다	그런 편이다	매우 그렇다	잘 모르겠다/ 해당없음
1) (현재 요양시설을 이용하고 있는 어르신: 문11)에서 ① 또는 ②를 응답한 경우) 장기요양기관(서비스기관)이 어르신이 이용하기에 가까운 곳에 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
2) (전체) 요양보호사가 서비스를 전문적으로 잘 제공하고 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
3) (전체) 요양보호사(또는 간호사)가 제공하는 서비스 양이 적절하다	①	②	③	④	⑤	⑥
4) (전체) 요양보호사(또는 간호사)로부터 원하는 시간대 및 계획된 날짜에 서비스를 받을 수 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
5) (전체) 여러 서비스가 잘 연계되어 제공되고 있다	①	②	③	④	⑤	⑥
6) (재가 및 데이케어 서비스 어르신: 문11)에서 ①, ②, ③, ④를 응답한 경우) 어르신이 살고 있는 주택환경(집구조 등)이 서비스를 받는데 어려움이 없다	①	②	③	④	⑤	⑥

문19) 현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신은 노인장기요양서비스를 받기 위해 필요한 재원은 어떻게 마련하고 있습니까? 가장 주된 재원 마련 방법을 응답해 주십시오.

- ① 국가에서 운영하는 노인장기요양보험으로 충당하고 있다
 ② 노인장기요양보험만으로 부족하여 미리 가입한 민영 간병보험으로 충당하고 있다
 ③ 노인장기요양보험, 간병보험으로 부족하여 스스로 다른 재원을 마련하여 사용하고 있다
 ④ 노인장기요양보험, 간병보험으로 부족하여 자녀의 도움을 받고 있다
 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문20) (현재 요양시설을 이용하고 있는 어르신이 있는 경우: 문11)에서 ① 또는 ②를 응답)

현재 노인장기요양서비스 수급자인 어르신의 요양시설 선택의 가장 주된 기준은 무엇입니까?

- ① 거리(거주지와 가까운 곳) ② 비용이 저렴해서 ③ 인스런/지인 추천
 ④ 대규모 시설 ⑤ 운영 프로그램 등이 좋아서 ⑥ 지인이 운영하는 시설이라서
 ⑦ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

II 노인장기요양보험제도에 대한 인식(응답자 기준)

노인장기요양보험제도에 대한 인식 부분은 응답자 본인 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.

간병보험은 크게 운영 주체에 따라 공적 장기간병보험과 민영장기간병보험으로 나눌 수 있습니다.

- 노인장기요양보험제도 : 국가가 운영하는 공적 장기간병보험으로 2008년 7월 1일부터 시행되었으며, 가족이 전적으로 부담하던 노령 및 노인성질환 등으로 인한 장기간의 간병·요양 문제를 국가와 사회가 분담하는 제도로 65세 이상의 노인 및 65세 미만으로 노인성 질병을 겪고 있는 국민을 가양대상으로 함. 요양급여제공을 위해 심신의 상태에 따라 장기요양 인정점수를 산정하고 이를 토대로 등급을 판정하며, 해당 등급에 따라 요양서비스를 제공받고 그 비용에 대해 지원받을 수 있음
- 노인장기요양서비스 : 노인장기요양보험제도 도입에 따라 등급 판정을 받고 제공받는 요양 서비스로 요양시설, 재가노인복지시설, 재가서비스(목욕 등) 등을 의미함
- 민영 장기간병보험 : 민영보험회사가 판매(매입)하는 장기간병보험은 피보험자가 보험기간 중 재해 또는 질병 등으로 인해 타인의 도움이 필요한 장기간병 상태가 되었을 때 본인과 가족의 육체적, 경제적 그리고 정신적 고통을 덜어주기 위한 간병 비용을 지급하는 보험임

<노인장기요양보험제도에 대한 견해>

문21) 현재 귀하는 정부(건강보험공단)에서 운영하는 노인장기요양보험에 가입하고 있습니까? 제도상 건강보험료를 납부하고 있으면 장기요양 보험을 함께 납부하고 있습니다. 건강보험료 납부 방식에 따라 응답해 주시기 바랍니다.

- ① 본인이 피보험자로 직접 가입 ② 자녀나 배우자의 부양대상자로 가입
③ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문22) 귀하는 정부가 사회보험 방식으로 운영하고 있는 노인장기요양보험제도 전반에 대해서 어느 정도 알고 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 잘 안다 ② 대체로 알고 있는 편이다 ③ 모르는 편이다 ④ 전혀 모르고 있다

문23) 귀하는 향후 정부의 노인장기요양보험제도가 얼마나 활성화될 것으로 생각하십니까?

- ① 크게 활성화될 것이다 ② 다소 활성화될 것이다 ③ 활성화되기 어려울 것이다
④ 전혀 활성화되지 않을 것이다

문23-1) (문23번)에서 ① 또는 ②로 답변한 경우)

귀하가 정부의 노인장기요양보험제도가 향후 활성화될 것으로 생각하는 가장 주된 이유가 무엇입니까?

- ① 장기요양서비스를 이용하려면 장기요양보험에 가입해야 하므로(정부가 강제로 제도에 가입시키므로)
② 저렴한 보험료로 양질의 요양서비스를 받을 수 있을 것 같아서
③ 정부가 장기요양보험제도를 지속적으로 개선시킬 것이므로
④ 고령화로 인해 일상적으로 필요할 것 같아서
⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문23-2) (문23번)에서 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

귀하가 정부의 노인장기요양보험제도가 향후 활성화되지 않을 것으로 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 요양시설, 전문인력 등 인프라 준비가 미흡한 것 같아서 ② 본인부담금 수준이 높을 것 같아서
③ 양질의 요양서비스를 제공하지 못할 것 같아서 ④ 장기요양 등급판정이 까다로울 것 같아서
⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문24) 귀하는 민영보험회사에서 장기간병보험을 판매하고 있는 것을 알고 있습니까?

- ① 알고 있다 ② 말만 들어본 적이 있다 ③ 들어 본 적이 없다

문25) 귀하는 향후 정부의 노인장기요양보험제도와 함께 민영보험사가 판매하는 장기간병보험(주계약 혹은 특약 형태도 포함)도 활성화될 것으로 생각하십니까?

- ① 크게 활성화될 것이다 ② 다소 활성화될 것이다
③ 활성화되기 어려울 것이다 ④ 전혀 활성화되지 않을 것이다

문25-1) (문25) 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

귀하가 정부의 노인장기요양보험제도와 함께 향후 민영 장기간병보험제도가 활성화될 것으로 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 장기요양보험의 재정문제로 민영 간병보험을 활성화하는 정책을 사용할 것이므로
② 노인장기요양보험의 본인부담이 커 이를 보완하기 위해 민영 장기간병보험을 많이 가입할 것이므로
③ 더 나은 요양서비스를 받기 위해 추가적으로 민영 간병보험에 들려고 할 것이므로
④ 보험회사에서 개인 특성에 맞는 다양한 맞춤형 간병보험을 제공할 것으로 예상되므로
⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문25-2) (문25) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

귀하가 정부의 노인장기요양보험제도로 인해 향후 민영 장기간병보험제도가 활성화되지 않을 것으로 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 노인장기요양보험으로 서비스가 대부분 보장되므로
② 민영 장기간병보험에서 제공하는 서비스가 만족스럽지 못하므로
③ 노인장기요양보험과 연계성이 없으므로
④ 요양시설 등 관련 인프라가 미흡하여 간병보험 가입해도 이용하지 못할 것 같아서
⑤ 장기간병보험의 필요성에 대한 소비자들의 인식 부족
⑥ 비싼 보험료
⑦ 판매채널(설계사, 홈쇼핑, 텔레마케팅 등)의 전문성이 부족하여
⑧ 보험회사의 소극적 마케팅 전략
⑨ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문26) 귀하는 정부의 노인장기요양보험제도와 민영 장기간병보험제도의 역할이 향후 어떻게 정립되는 것이 바람직하다고 생각하십니까?

- ① 민영 장기간병보험이 노인장기요양보험의 비보장 영역을 보장
② 민영 장기간병보험이 노인장기요양보험을 완전히 대체
③ 시장성이 없으므로 민영 장기간병보험 사업을 하지 않을
④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문27) 귀하는 정부의 노인장기요양보험과 민영 장기간병보험이 모두 활성화되기 위해 상호간에 협력이 가장 필요한 부문은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 요양시설 및 서비스 인력 등 인프라 확충 ② 양질의 보험상품 및 서비스 개발
③ 장기요양등급 판정 일원화 및 합리화 ④ 이용자 및 서비스 공급자의 도덕적 해이 방지
⑤ 노인장기요양보험과 민영 장기간병보험간 분명한 역할 분담
⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문28) [지침] 만 60세 이상 응답자에게는 본인에 대해서만 질문
귀하나 귀하의 부모님은 현재 민영 장기간병보험에 가입하고 있습니까?

(본인이나 부모님이 민영 장기간병보험을 가입하고 있다는 응답자만

: 문28) 표에서 본인, 아버지, 어머니의 ① 가입 응답자)

그럼, 귀하나 귀하의 부모님은 언제 민영장기간병 보험에 가입하셨습니다까?

귀하나 귀하의 부모님이 가입하고 있는 민영 장기간병보험은 월 평균 얼마정도입니까?

그럼, 납부하고 있는 민영 장기간병보험료는 어느 정도 부담이 됩니까?

질문 번호	관계	민영 장기간병보험 가입여부	가입 연령	월 평균 납부액(보기)	부담정도			
					전혀 부담되지 않음	별로 부담되지 않음	약간 부담되는 것	매우 부담
1	본인	① 가입 → ② 비가입 →	()세		1	2	3	4
2	아버지	① 가입 → ② 비가입 →	()세		1	2	3	4
3	어머니	① 가입 → ② 비가입 →	()세		1	2	3	4
합 계								

[지침] 월 평균 납부액 보기

- ① 1만원 미만 ② 1~3만원 미만 ③ 3~5만원 미만 ④ 5~7만원 미만 ⑤ 7~10만원 미만
⑥ 10~15만원 미만 ⑦ 15~20만원 미만 ⑧ 20~30만원 미만 ⑨ 30~50만원 미만 ⑩ 50만원 이상

문28-3) (문28)에서 본인이 ② 비가입으로 응답한 경우]

그럼, 귀하가 민영 장기간병보험에 가입하고 있지 않은 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 다른 필요한 지출이 많아서 ② 필요성을 못 느껴서 ③ 그런 보험이 있는지 몰라서
④ 보험료가 부담이 되어 ⑤ 다른 보험으로 충분할 것 같아서
⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문28-4) (문28)에서 본인이 ② 비가입으로 응답한 경우]

귀하는 여권이 된다면 민영 장기간병보험에 가입할 의향이 얼마나 있습니까?

- ① 매우 의향이 많다 ② 약간 의향이 있는 편이다 ③ 별로 의향이 없는 편이다 ④ 전혀 의향이 없다

문28-5) (문28-4) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우]

그럼, 귀하는 민영 장기간병보험에 언제쯤 가입하고 싶습니까? ()세 때

[검토] ○ 지금 응답 연령보다는 늦어야 함.

문29) (전체 응답)

귀하는 본인의 노후를 대비하여 적절하다고 생각하는 민영 장기간병보험의 월 평균 보험료는
어느 정도입니까? 본인이 생각하는 장기 간병 서비스도 고려하여 응답해 주시기 바랍니다.

여기서 '본인이 생각하는 장기 간병 서비스'란 본인이 현재 연령에서 가입하여 수급자가 될 것으로 예상할 때 받고 싶어하는 수준의 간병서비스를 의미합니다(예를 들면, 현재 45세에 응답자가 자신이 85세가 되어 수급자가 될 것으로 예상할 경우 소득이 있을 때(45세에서 은퇴시점까지) 매월 얼마 정도 납부할 의향이 있을지를 묻는 것입니다).

- ① 1만원 미만 ② 1~3만원 미만 ③ 3~5만원 미만 ④ 5~7만원 미만 ⑤ 7~10만원 미만
⑥ 10~15만원 미만 ⑦ 15~20만원 미만 ⑧ 20~30만원 미만 ⑨ 30~50만원 미만 ⑩ 50만원 이상

문30) 귀하는 민영 장기간병보험의 활성화를 위하여 향후 어떠한 조치가 취해지는 것이 적절할 것으로 생각하십니까?

- ① 보험료 인하 ② 가입 필요성에 대한 인식 제고를 위한 홍보 강화
 ③ 정부의 노인장기요양보험에서 제공하지 못하는 부분에 대해 충분히 보장할 수 있는 민영 간병보험 개발
 ④ 현행 보장성보험 세제혜택(100만원 보험료 상한에 대해 13.2% 세액공제)과 별도로 혹은 추가로 세제혜택 제공
 ⑤ 양질의 요양시설을 이용할 수 있도록 연계된 간병보험을 개발해야 함
 ⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

<향후 노인장기요양서비스 이용 의향>

문31) 향후 귀하가 노인장기요양서비스를 받아야 하는 상황이 된다면 다음 중 어느 곳에서 서비스를 받고 싶으십니까?

- ① 요양병원 ② 요양기관 ③ 거주하는 집에서 ④ 자녀 집에서 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문31-1) (문31) 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

그럼, 귀하가 향후 노인장기요양서비스를 받을 때 요양시설에 들어갈 것을 계획하신다면 가장 주된 선택 기준은 무엇입니까?

- ① 거리(거주지와 가까운 곳) ② 비용 ③ 입소료/지인 추천
 ④ 대규모 시설 ⑤ 운영 프로그램 ⑥ 운영하는 사람이 지인
 ⑦ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문32) 향후 귀하가 노인장기요양서비스를 받기 위해 필요한 자원은 어떻게 마련하실 계획입니까?

- ① 국가에서 운영하는 노인장기요양보험으로 충당할 계획
 ② 노인장기요양보험만으로 부족할 것이라고 생각하여 민영 간병보험에 가입하였거나 가입할 계획
 ③ 노인장기요양보험, 간병보험으로 부족할 것으로 생각하여 추가적으로 자원을 더 마련할 계획
 ④ 노인장기요양보험과 개인적 소득(임대소득, 배당소득 등)
 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문33) 귀하는 보험회사에서 운영하는 장기요양시설(예: 위례빌리지, 강동케어센터)이 있다는 것을 들어보신 적이 있습니까?

- ① 들어 본 적이 있다 ② 들어 본 적이 없다

문34) 귀하는 보험회사가 요양시설 및 재가서비스 제공 관련 사업을 하는 것을 대해서 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 적절하다 ② 적절한 편이다 ③ 적절하지 않은 편이다 ④ 전혀 적절하지 않다

문34-1) (문34) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우)

귀하가 보험회사가 요양시설 및 재가서비스 제공 관련 사업을 수행하는 것이 적절하다고 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 요양(간병)사업과 보험산업간 연관성이 가장 높으므로
 ② 기존의 간병보험이 있으므로 요양서비스 재원으로 활용하기에 효과적이기 때문에
 ③ 설계사 등을 활용하면 요양수급자에게 필요한 관련정보(의료, 보험)를 원활히 제공할 수 있으므로
 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문34-2) (문34) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우)

귀하가 보험회사가 요양시설 및 재가서비스 제공 관련 사업을 수행하는 것이 적절하지 않다고 생각하는 가장 주된 이유가 무엇입니까?

- ① 아직 보험회사와 같은 열리 기업이 진출하는 것은 시기상조라고 생각하기 때문에
 ② 전문성이 없으므로
 ③ 고령층 요양시설 중심으로 요양서비스를 제공할 것 같아서
 ④ 양질의 요양서비스를 제공한다는 이유로 고가의 간병보험 중심으로 보험상품을 개발할 것 같아서
 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문35) 귀하는 향후 보험회사가 요양시설 및 재가서비스를 제공한다면 이용할 의향이 얼마나 있습니까?

- ① 매우 의향이 많다 ② 약간 의향이 있는 편이다 ③ 별로 의향이 없는 편이다 ④ 전혀 의향이 없다

문35-1) (문35) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

그럼, 귀하는 보험회사가 제공하는 요양시설 및 재가서비스를 이용할 경우
다음 중 어떤 서비스를 가장 원하십니까?

- ① 요양시설에서 요양서비스를 받고 싶음
② 데이케어센터(주간보호센터)에서 요양서비스를 받고 싶음
③ 재가서비스 수준에서 요양서비스를 받고 싶음
④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문35-2) (문35) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

귀하가 보험회사가 제공하는 요양시설 및 재가서비스를 이용할 의향이 있는 그 이유는
무엇입니까? 다음 중에서 중요한 순서대로 2가지를 응답해 주십시오. (1순위: , 2순위:)

- ① 대기업이라 믿음직해서 ② 시설이 좋을 것 같아서 ③ 보험상품과 연계혜택이 있을 것 같아서
④ 전문적일 것 같아서 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문35-3) (문35) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

귀하는 보험회사가 요양시설은 어디에 설립하면 좋겠습니까?

- ① 교통이 편리한 도심 ② 공기가 좋은 외곽 ③ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문35-4) (문35) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

귀하는 보험회사가 제공하는 요양시설로부터 받고 싶은 양질의 서비스는 무엇입니까?

- ① 건강관리 서비스 ② 잘 교육된 요양보호사가 제공하는 서비스
③ 맞춤형 식사 ④ 깨끗하고 아늑한 주거 공간 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문35-5) (문35) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

귀하는 보험회사가 요양시설 및 재가서비스 사업을 할 때 양질의 서비스를 제공한다면
다소 비용이 비싸더라도 이용할 의향이 있습니까?

- ① 있다 ② 없다 ③ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문35-6) (문35) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우

귀하가 보험회사가 제공하는 요양시설 및 재가서비스를 이용할 의향이 없는 가장 주된 이유는
무엇입니까? 다음 중에서 중요한 순서대로 2가지를 응답해 주십시오. (1순위: , 2순위:)

- ① 비용이 비쌀 것 같아서 ② 신뢰가 가지 않아서
③ 정부(건강보험공단)에서 제공하는 노인장기요양서비스만으로도 충분하다고 생각해서
④ 전문적이지 않을 것 같아서 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문36) 귀하는 향후 보험회사가 요양서비스 비용을 충당하기 위해 간병보험이나 주택연금과 같은 보험상품을 연계하여 개발한다면 해당 보험상품에 가입할 의향이 얼마나 있습니까?

- ① 매우 의향이 많다 ② 약간 의향이 있는 편이다 ③ 별로 의향이 없는 편이다 ④ 전혀 의향이 없다

문36-1) (문36) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우

귀하가 요양서비스 비용을 충당하는 보험 상품에 가입할 의향이 없는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 현재 다른 건강보험에 충분히 가입해 있기 때문에
② 국민건강보험공단이 제공하는 노인장기요양서비스로도 충분하다고 생각하기 때문에
③ 노인장기요양서비스는 당연히 국가에서 책임져야 하므로 향후 통 서비스의 보장수준이 증가할 것이기 때문에
④ 주택연금의 일정액이 노후장기요양치유비용 사용되면 연금수령액이 줄어들 것이기 때문에
⑤ 민간에서 제공하는 노후장기요양서비스의 질을 신뢰하지 않기 때문에
⑥ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

III 민영 장기간병보험 상품개발 (응답자 기준)

응답자 본인 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.

민영보험회사에서 판매하고 있는 장기간병보험은 피보험자가 보험기간 중 재해 또는 질병 등으로 인해 타인의 도움이 필요한 장기간병 상태가 되었을 때 본인과 가족의 육체적, 경제적 그리고 정신적 고통을 덜어주기 위한 간병 비용을 지급하는 보험입니다.

문37) 귀하는 노인장기요양보험 운영, 상품운영 환경, 제도적 여건 등을 고려할 때 민영 장기간병보험의 상품개발 방향이 어떻게 되어야 할 것으로 생각하십니까?

- 주계약이란 보험계약의 가장 기본이 되는 보장항목에 대한 계약으로 주계약 없이 보험가입이 불가능하며, 기본이 되는 보장항목으로 인하여 배거나 변경이 불가함
- 특약이란 여러 부가적인 목적을 보장하는 계약으로 특별보험약관의 증입일임. 무조건 가입해야하는 의무부가 특약과 필요에 따라 선택할 수 있는 선택 특약으로 나뉘며, 필요하거나 부족한 보장을 자유롭게 선택하여 가입이 가능함

① 주계약으로 운영 ② 특약으로 운영 ③ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문38) 귀하는 노인장기요양보험 운영, 상품운영 환경, 제도적 여건 등을 고려할 때 보험금 지급 방식과 관련하여 민영 장기간병보험의 상품개발 방향이 어떻게 되는 것이 적절할 것으로 생각하십니까?

민영보험회사가 판매하는 민영 장기간병보험은 보험금 지급방식에 따라 정액보상형과 실손보상형으로 구분될 수 있음. 정액보상형은 치료비 규모와 상관없이 보험사고(간병)가 발생하면 계약 당시에 보상하기로 약정한 금액을 보험금으로 지급하며, 실손보상형은 보험사고(간병)가 발생했을 때 정해진 한도 내에서 실제로 발생한 손해액 만큼만을 지급함

① 정액형으로 개발 ② 실손보상형으로 개발 ③ 두 가지 방식을 혼합 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문38-1) (문38) 질문에 대해 ①로 응답한 경우)

귀하는 민영 장기간병보험의 보험금 지급 방식과 관련하여 정액형 상품 개발을 선호한다고 했는데, 일시금과 매월 연금식 지급 중 어느 것이 적절할 것으로 생각하십니까?

① 일시금 ② 매월 연금식 지급 ③ 두 가지 방식을 혼합 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문39) 귀하는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양뿐만 아니라 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 매우 적절하다 ② 적절한 편이다 ③ 적절하지 않은 편이다 ④ 전혀 적절하지 않다

문39-1) (문39) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우)

귀하가 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양뿐만 아니라 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 적절할 것으로 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 노인성 요양과 장애 요양의 실질적 차이가 없으므로
- ② 장애를 포함하여 시장 저변이 확대되면 간병보험의 보험료가 줄어들어 부담이 감소하므로
- ③ 민영보험의 사회보장적 기능 강화를 위하여
- ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문39-2) (문39) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우)

귀하가 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양 뿐만 아니라 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 적절하지 않을 것으로 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 노인성 요양과 장애 요양은 원인이 다르므로
 ② 노인성 요양과 장애 요양은 등급 판정을 입원화하기 어려우므로
 ③ 두 요양은 리스크가 달라 동일 상품으로 보장을 할 경우 가입자간 형평성 문제가 발생할 수 있으므로
 ④ 보험회사가 알아야 할 리스크가 커지므로
 ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문40) 귀하는 민영 장기간병보험 상품의 리스크 관리와 소비자 니즈 대응 등을 위해 어떤 상품이 민영 장기간병보험과 결합되어 개발되는 것이 적절한 것으로 생각하십니까?

- 개인연금보험: 개인이 노후생활, 보육 및 장래 생활안정을 목적으로 일정한 기간 동안 보험료를 납부하면 사망할 때까지 또는 일정 기간 동안 매년 또는 매월 정해진 금액을 받을 수 있는 생명보험을 의미함
 - 종신보험: 기간을 정하지 않고 언제나 사망하면 보험금을 지급함
 - 민영건강보험: 민영 보험회사에서 판매하는 상품으로 국민건강보험의 적용을 받고도 병원비나 약값으로 내야하는 본인부담 의료비를 보장(본인부담금 공제)

- ① 개인연금(annuity) ② 종신보험 ③ 민영건강보험 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문41) 귀하는 본인의 부모님을 간병하기 위해 직장을 휴직한 경험이 있습니까?

- ① 있(었)다 ② 없(었)다

문42) 귀하는 직장에서 본인의 부모님을 간병하기 위해 휴직이나 휴가 제도를 두고 해당 제도의 재원 마련을 위해 해당 기업이 단체보험 형태로 '기원성 부모 간병보험'에 가입하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 찬성한다 ② 찬성하는 편이다 ③ 찬성하지 않은 편이다 ④ 전혀 찬성하지 않는다

문42-1) (문42) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우)

귀하의 부모님 간병을 위한 단체보험인 '기원성 부모 간병보험'을 본인이 다니는 회사에서 다음과 같은 조건으로 가입한다면 귀하는 어디까지 동의하실지 최대 허용 범위를 응답해 주십시오.

- ① 단체보험의 보험료를 본인이 모두 부담하더라도, 개별적으로 가입해야 할 간병보험보다 부담이 적으면 동의한다
 ② 단체보험의 보험료를 회사와 본인이 일정비율로 부담한다면 동의한다
 ③ 단체보험의 보험료를 회사에서 모두 부담한다면 동의한다
 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문42-1) (문42) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우)

귀하의 부모님 간병을 위한 단체보험인 '기원성 부모 간병보험'을 도입하는 것에 대해 찬성하지 않는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 회사에서 임금이나 다른 복지제도 등을 줄일 것이기 때문에
 ② 기원성 부모 간병보험 보다 다른 형태로 지원이 이루어 졌으면 하기 때문에
 ③ 어르신 간병을 위한 휴직 및 휴가제도는 개인적으로 해결해야 할 문제라고 생각하기 때문에
 ④ 기타(구체적으로 적어 주세요 :)

문43) 귀하는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험의 장기요양 등급판정과 관련하여 정부에서 운영하는 노인장기요양보험의 등급 판정 결과를 받아들이며 사용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 적절하다 ② 적절한 편이다 ③ 적절하지 않은 편이다 ④ 전혀 적절하지 않다

DQ6) 귀댁의 경제적 수준은 우리 사회의 소득계층을 다섯 집단으로 구분할 때, 다음 중 어느 계층에 속한다고 생각하십니까?

하층	중하층	중간층	중상층	상층
①	②	③	④	⑤

DQ7) 귀하는 현재 어떤 형태의 근로를 하고 있습니까?

- ① 정규직 근로자 ② 기간제(계약직) 근로자 ③ 종업원을 둔 자영업자
 ④ 종업원을 두지 않은 자영업자 또는 무급가족종사자 ⑤ 부동산 임대소득 및 금융소득 생활자
 ⑥ 일시직, 일용직 등 기타 비정규직 근로자 ⑦ 근로활동을 하지 않음
 ⑧ 기타(구체적으로 적어 주세요. :)

DQ8) 귀댁의 월 평균 소득은 어느 정도입니까? 가구원(본인 포함)의 소득(근로소득, 사업소득, 재산소득, 경상이전소득, 비경상소득)을 모두 합해서 세전소득으로 응답해 주시기 바랍니다.

[검토] ○ '본인 포함' 위임 진하게 표시

- ① 100만원 미만 ② 100~200만원 미만 ③ 200~300만원 미만
 ④ 300~400만원 미만 ⑤ 400~500만원 미만 ⑥ 500~600만원 미만
 ⑦ 600~700만원 미만 ⑧ 700~800만원 미만 ⑨ 800~900만원 미만
 ⑩ 900~1000만원 미만 ⑪ 1000만원 이상

DQ9) 마지막으로 귀댁 가구원(본인 포함)이 가입한 보험을 모두 합해서 응답해 주시기 바랍니다.

[검토] ○ '본인 포함' 위임 진하게 표시 하위 항목에도 '본인 포함' 진하게 표시

보험 상품 종류	가입 여부	보험료(보기 제시)
① 자동차보험(개인용 승용차)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원
② 실손의료보험, 질병 보험(암, 심혈관질환 등)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원
③ 상해(운전자보험, 장해보험 등), 사망보험(종신보험, 정기보험), 연금보험(연금연금, 연금유니펀딩, 연금저축, 등)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원
④ 저축성 보험(개인연금 포함)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원
⑤ 어린이보험(15세 미만)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원
⑥ 기타 (직접 적어주세요 :)	① 가입 ② 비가입	월 ()만원

[자동차 보험(개인용 승용차) 보험료 보기]

- ① 10만원 미만 ② 10~20만원 미만 ③ 20~30만원 미만 ④ 30~40만원 미만 ⑤ 40~50만원 미만
 ⑥ 50~60만원 미만 ⑦ 60~70만원 미만 ⑧ 70~80만원 미만 ⑨ 80~90만원 미만 ⑩ 90~100만원 미만
 ⑪ 100만원 이상

[실손의료, 질병 ~ 기타 보험료 보기]

- ① 1만원 미만 ② 1~3만원 미만 ③ 3~5만원 미만 ④ 5~7만원 미만 ⑤ 7~10만원 미만
 ⑥ 10~15만원 미만 ⑦ 15~20만원 미만 ⑧ 20~30만원 미만 ⑨ 30~50만원 미만 ⑩ 50만원 이상

오랜 시간 설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다.

응답해 주신 내용을 소중하게 사용하겠습니다.

문43-1) (문43) 질문에 대해 ① 또는 ②로 응답한 경우

그럼, 귀하가 그렇게 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 두 보험제도간 등급 판정의 차이를 줄 이유가 없기 때문에
- ② 보험계약자와 이중 판정에 따른 부작용을 줄이기 위해
- ③ 비용절감 효과가 클 것이므로
- ④ 보험사기 방지를 예방하는 효과가 있기 때문에
- ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

문43-2) (문43) 질문에 대해 ③ 또는 ④로 응답한 경우

그럼, 귀하가 그렇게 생각하는 가장 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 두 보험제도간 보장구조 및 방법의 차이가 있으므로
- ② 노인장기요양보험은 등급 판정이 관대하여 보험금 누수 요인이 되므로
- ③ 민영보험회사의 고객 정보가 누출될 것이므로
- ④ 장기간병보험의 독자적 발전에 저해되므로
- ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

IV 응답자 특성(응답자 기준)

마지막으로 자료 분류를 위해 응답자와 가구에 대한 일반적인 사항을 여쭙보겠습니다.

DQ1) 귀하는 가구주입니까?

- ① 가구주 ② 가구원

DQ2) 귀하는 학교를 어디까지 다니셨습니까? (※ 예, 중학교 중퇴는 초등학교 졸업으로 표시함)

- ① 무학 ② 초등학교 졸업 ③ 중학교 졸업 ④ 고등학교 졸업 ⑤ 전문대학 졸업 ⑥ 대학/대학원 졸업

DQ3) 귀하 가구의 가구원 수(본인 포함)는 어떻게 되십니까? (명)

※ 학업, 직장, 군복무 등으로 인해 잠시 따로 살지만 실질적으로 생계를 같이하는 가족 구성원을 모두 포함해주시요

DQ4) 귀하 가구의 가구형태는 다음 중 어디에 해당하십니까?

※ 동거해설: 가구없음

- 단독: 1인 가구
- 모자: 어머니와 만 18세 미만의 미혼자녀로만 구성된 가구
- 부자: 아버지와 만 18세 미만의 미혼자녀로만 구성된 가구
- 조손가구: 만 18세 미만의 자가 만 65세 이상인 노인과 같이 사는 경우 노인을 가구주로 하는 가구
- 3세대 이상: 부모+본인+자녀, 혹은 본인+자녀+손자녀로 구성된 가구
- 기타: 위에 해당되지 않는 가구

- ① 단독 ② 부부(자녀 없음) ③ 부부(자녀 있음) ④ 모자 가구 ⑤ 부자 가구
- ⑥ 조손가구 ⑦ 3세대 이상 ⑧ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

DQ5) 귀하가 거주하는 주택의 소유형태는 무엇입니까?

- ① 자가 ② 전세 ③ 월세 ④ 무상 거주(친지, 친척) ⑤ 기타(구체적으로 적어 주세요:)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영·윤성훈·이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식·채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공·사연계연금 연구 / 정원석·강성호·마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식·강성호·김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열·최장훈·김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준·정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·이혜은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정·박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형·이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송윤아·이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈·이태열·김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석·이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희·한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중·김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 / 지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화·박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2

- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2
- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2
- 2018-6 제리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연·김석영·이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희·이태열·김유미 2018.4
- 2018-10 정신질환 위험보장 강화 방안 / 이정택·임태준·김동겸 2018.4
- 2018-11 기초서류 준수의무 위반 시 과징금 부과기준 개선방안 /
황현아·백영화·권오경 2018.8
- 2018-12 2018년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2018.9
- 2018-13 상속법의 관점에서 본 생명보험 / 최준규 2018.9
- 2018-14 호주 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이경희 2018.9
- 2018-15 빅데이터 기반의 사이버위험 측정 방법 및 사이버사고 예측모형 연구 /
이진무 2018.9
- 2018-16 빅데이터 분석에 의한 요율산정 방법 비교: 실손의료보험 적용 사례 /
이항석 2018.9
- 2018-17 보험 모집 행위의 의미 및 범위에 대한 검토 / 백영화·손민숙 2018.10
- 2018-18 보험회사 해외채권투자와 환헤지 / 황인창·임준환·채원영 2018.10
- 2018-19 베트남 생명보험산업의 현황 및 시사점 / 조용운·김동겸 2018.10
- 2018-20 여성 관련 연금정책 평가와 개선 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2018.10
- 2018-21 디지털 경제 활성화를 위한 사이버보험 역할 제고 방안 / 임준·이상우·
이소양 2018.11
- 2018-22 인구 고령화와 일본 보험산업 변화 / 윤성훈·김석영·한성원·손민숙 2018.11
- 2018-23 퇴직연금금 디폴트 옵션 도입 방안 및 부채연계투자전략에 관한 연구 /
성주호 2018.11
- 2018-24 보험 산업의 블록체인 활용: 점검 및 대응 / 김현수·권혁준 2018.11
- 2018-25 생명보험산업의 금리위험 평가: 보험부채 중심으로 / 임준환·최장훈·한성원
2018.11
- 2018-26 보험회사의 장수위험에 관한 연구 / 김세중·김유미 2018.11
- 2018-27 보험산업 전망과 과제: 2019년 및 중장기 / 동향분석실 2018.11
- 2018-28 보험산업 중장기 전망 / 전용식·김유미·최예린 2018.12
- 2018-29 빅데이터 활용 현황과 개선 방안 / 최창희·홍민지 2018.12
- 2018-30 판매채널 변화가 보험산업에 미치는 영향 / 정원석·김석영·박정희 2018.12
- 2018-31 Solvency II 시행 전후 유럽보험시장과 시사점 / 김해식 2018.12

- 2018-32 보험회사 대출채권 운용의 특징과 시사점 / 조영현·황인창·이혜은 2018.12
 2019-1 보험회사의 시스템리스크에 대한 고찰 / 김범 2019.1
 2019-2 인도 보험시장 현황 및 진출 전략 / 이승준·정인영 2019.8
 2019-3 2019년 보험소비자 설문조사 / 금융소비자연구실 2019.10
 2019-4 암보험 관련 주요 분쟁사례 연구 / 백영화·박정희 2019.10
 2019-5 계약자 신뢰 제고를 위한 보험마케팅 - 상품과 수수료 중심으로 - / 정세창 2019.10
 2019-6 생명보험 전매거래에 관한 연구 / 홍지민 2019.10
 2019-7 재보험 출재전략 연구 / 김석영·이규성 2019.11
 2019-8 확정급여형 퇴직연금 수급권보호 방안 / 류건식·강성호·이상우 2019.11
 2019-9 금융소비자보호법의 도입과 정책과제 / 양승현·손민숙 2019. 11
 2019-10 2020년 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2019.12

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목·장동식·김동겸 2008.1
 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식·이경희·김동겸 2008.3
 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경·권오경 2009.1
 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원·이혜은 2009.3
 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3
 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도·김대환 2009.8
 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도·김대환·김혜란 2010.1
 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원·이혜은 2010.4
 2010-2 생명보험상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5
 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익·김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호·최 원 2008.3
 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·이태열·신중협·황진태·

- 유진아·김세환·이정환·박정희·김세중·최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익·이민환·유경원·최영목·최형선·최 원·이경아·이혜은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수·김경환·이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·황진태·변혜원·이경희·이정환·박정희·김세중·최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품 판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경·변혜원·권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·김대환·이경희·이정환·최 원·김세중·최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수·안철경·변혜원·최영목·최형선·김경환·이상우·박정희·김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수·김경환·박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈·류건식·오영수·조용운·진 익·유진아·변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경·이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·황진태·이정환·최 원·김세중·오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린·이기형·정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형·변혜원·정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형·임준환·김해식·이경희·조영현·정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우·윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식·김대환·이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·이정환·최 원·김세중·채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체계 개편과 보험산업 역할 / 진 익·오병국·이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준·김해식·조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·최 원·김세중·채원영 2013.12

- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준·강민규·이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린·김해식·김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열·강성호·김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운·김경환·김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제 - IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식·조재린·이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호·정봉은·김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준·이정택·김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형·한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익·유시용·이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목·최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경·권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수·김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식·이창우·이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실·정책연구실·동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실·재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재·장동식·서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부보험 도입 방안 / 김해식·최영목·김소연·장동식·서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7

- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경·변혜원·서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목·김소연·김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도·황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운·황진태·김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식·김대환·이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환·류건식·이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현·전용식·이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : @sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식·김석영·김세영·이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환·류건식·김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린·황진태·권용재·채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식·채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도·조용운·이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환·정봉은·황인창·이혜은·김혜란·정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희·황인창·이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식·강성호·김동겸 2016.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문·김진익·지재원·박정희·김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3

- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경·기승도·이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경·이상우·권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면·이정환·최이섭·정중영·최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익·김상수·김종훈·변귀영·유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환·전선애·최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교·오영수·김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환·이민환·
윤건용·최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운·김세환·김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식·장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협·
최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교·김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우·이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원·박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송운아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운·서대교·김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익·김해식·유진아·김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식·이창우·이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경·황진태·서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환·최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익·김해식·김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우·이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운·변혜원·이승준·
김경환·오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태·전용식·윤상호·기승도·
이상우·최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우·오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식·김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식·황진태·변혜원·정원석·

- 박선영·이상우·최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운·황진태·조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식·변혜원·황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원·조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영·권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석·강성호·이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정·최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태·박선영·권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주·전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식·윤성훈·채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운·오승연·김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환·강민규·이해랑 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식·변혜원·정원석·박선영·오승연·이상우·최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영·김세중·김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식·조영현·채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영·권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·조재린·김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 - 대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희·정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열·황진태·이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연·김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식·조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준·민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식·김세중·김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식·송운아·채원영 2016.4
- 2016-5 금융·보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석·임 준·김유미 2016.5

- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린·황인창·이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중·소형 보험회사의 생존전략 / 이태열·김해식·김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중·김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형·김혜란 2016.9
- 2019-1 자동차보험 잔여시장제도 개선 방향 연구 / 기승도·홍민지 2019.5

■ 이슈보고서

- 2019-1 실손의료보험 현황과 개선 방안 / 정성희·문혜정 2019.10

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원·김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 - Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식·이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호·정원석·김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험회사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은·이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원·이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근·박춘원·이향용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주·박선영·김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석·김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영·김혜란 2015.12
- 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2
- 2018-2 리콜 리스크관리와 보험의 역할 / 김세환 2018.12
- 2018-3 주요국 혼합형 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이상우 2018.12

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4

- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1
- 제 11호 2018년 연차보고서 / 보험연구원 2019.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
- 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
- 제14호 Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
- 제15호 Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
- 제16호 Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
- 제17호 Korean Insurance Industry 2018 / KIRI, 2018.8
- 제18호 Korean Insurance Industry 2019 / KIRI, 2019.8
- 제 7 호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
- 제 8 호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
- 제 9 호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
- 제10호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
- 제11호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
- 제12호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
- 제13호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
- 제14호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
- 제15호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2

제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11
제23호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2017/ KIRI, 2018.2
제24호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2017/ KIRI, 2018.5
제25호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2018/ KIRI, 2018.8
제26호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2018/ KIRI, 2018.12
제27호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2018/ KIRI, 2019.2
제28호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2018/ KIRI, 2019.4
제29호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2019/ KIRI, 2019.10
제30호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2019/ KIRI, 2019.12

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
2008-2	보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
2008-3	FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
2008-4	퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식·서성민 2008.12
2009-1	FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
2009-2	퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식·김동겸 2009.3
2009-3	퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식·이상우 2009.6
2009-4	퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식·이상우 2009.10
2010-1	복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환·이상우·김혜란 2010.4
2010-2	FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
2010-3	보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
2010-4	장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환·이기형 2010.9
2010-5	퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식·이상우 2010.9

- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선·김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환·류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운·이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈·전용식·전성주·채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형·정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환·이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(III): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험회사업 매각 원인과 시사점 / 전용식·윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영·김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 진전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열·조재린·황진태·송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환·황인창·이혜은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호·류건식·정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창·조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희·이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7

- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식·이태열 2017.7
 2018-1 2018년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2018.7
 2018-2 북한 보험산업의 이해와 대응 / 안철경·정인영 2018.7
 2019-1 기후변화 위험과 보험회사의 대응 방안 / 이승준 2019.4
 2019-2 2019년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2019.7
 2019-3 보험생태계 강화를 위한 과제 / 김동겸·정인영 2019.8
 2019-4 저(무)해지 환급형 보험 현황 및 분석 / 김규동 2019.12

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식·김동겸 2008.2
 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
 28호 일본 금융상품 판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
 29호 보험회사의 노인장기요양사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경·권오경 2008.7
 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식·김동겸 2008.7
 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희·서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『 도서 회원 가입 안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775 - 9113 팩스 : (02) 3775 - 9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401 - 01 - 125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9113 / lsy@kiri.or.kr)

저 자 약 력

강 성 호

성균관대학교 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : ksh0515@kiri.or.kr)

김 혜 란

건국대학교 경영학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : hrkim@kiri.or.kr)

연구보고서 2019-11

노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향

발행일 2019년 12월

발행인 안 철 경

발행처 **보 험 연 구 원**

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38

화재보험협회빌딩

대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-89741-21-1 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원