

이슈
보고서

2021

21

한·일 장기요양서비스 공급체계 비교 및 보험회사 진출 사례

조용운

머리말

정부는 2020년 65세 이상 노인 중 치매환자 수는 84만 명이고 2030년에는 136만 명을 상회할 것으로 전망하고 있다. 돌봄을 필요로 하는 노인의 절대적 규모가 매우 크게 증가할 것으로 전망하고 있는 것이다. 그런데 저출산으로 그들을 돌볼 인구는 줄어들고 있고 가족의 노인 돌봄 인식은 낮아지는 추세에 있다. 노인 돌봄 문제를 사회적으로 풀어내야 할 시기인 것이다.

정부는 2008년 노인장기요양보험제도 도입, 2017년 치매국가책임제 시행 등 적극적으로 이 문제에 대처해 나가고 있다. 노인장기요양보험제도는 영리법인이 장기요양서비스를 제공할 수 있도록 하여 민간부문이 중요한 역할을 담당하도록 하였고, 치매국가책임제는 치매 관리를 단순히 정부의 노인복지사업 영역으로 보는 것이 아니라 국가가 전면적으로 지원해야 할 영역으로 보고 공공부문이 적극적으로 역할을 수행하도록 하고 있다. 공·사 부문이 모두 노인 돌봄 문제 해결을 위해 역할을 확대해 가고 있는 것이다.

그런데 그동안 보험회사는 장기요양산업 진출에 적극적이지 않았다. 2001년 1개 비영리 재단법인, 2016년 1개 영리보험회사가 진출한 사례가 전부이다. 본 보고서는 한·일 장기요양보험제도에 대한 이해를 돕기 위해 두 나라를 비교하여 조사하였고, 이 과정에서 대형 영리법인들이 진출할 경우 도움이 될 수 있는 사항, 그리고 제도적 개선이 필요한 부분을 정리해 보았다. 이 보고서가 향후 보험회사와 같은 대형 법인이 장기요양산업에 진출할 경우 도움이 될 수 있기를 기대한다.

본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 보험연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝히 둔다.

2021년 12월

보험연구원 원장 안 철 경



목 차

• 요약	1
I. 서론	2
1. 연구 배경 및 목적	2
2. 선행연구	3
3. 연구 범위 및 방법	6
II. 장기요양서비스의 구성	7
1. 급여서비스	7
2. 본인일부부담	20
3. 비급여서비스	21
III. 장기요양서비스 공급체계	25
1. 공급체계	25
2. 보험자	29
3. 피보험자	32
4. 장기요양기관	35
IV. 보험회사의 진출 사례	49
1. 한국	49
2. 일본	53
3. 비교 평가	63
V. 검토의견	64
• 참고문헌	67

표 차례

〈표 II-1〉 일본 고령자를 위한 주거·시설 1시설당 실제 등록 정원 변화	11
〈표 II-2〉 일본 개호보험시설의 1시설당 정원 및 이용률	12
〈표 II-3〉 한·일 장기요양서비스 비교	13
〈표 II-4〉 치매환자 등록 현황 및 증가율	15
〈표 II-5〉 한·일 급여인정 등급 판정기준 비교	16
〈표 II-6〉 노인장기요양보험 급여인정자 현황 및 증가율	17
〈표 II-7〉 한·일 규모별 노인요양시설서비스 비교	19
〈표 II-8〉 한·일 재가급여 지급 한도액	22
〈표 II-9〉 개호보험 한도액 이용률	24
〈표 III-1〉 한·일 장기요양서비스 이용절차 비교	28
〈표 III-2〉 한·일 피보험자 비교	33
〈표 III-3〉 노인장기요양보험 수급자 현황	34
〈표 III-4〉 우리나라 노인복지시설 종류	36
〈표 III-5〉 우리나라 노인복지시설 현황 및 증가율	38
〈표 III-6〉 일본 장기요양기관 수 현황	40
〈표 III-7〉 우리나라 장기요양기관 1시설당 입소정원 현황 및 증가율	45
〈표 III-8〉 일본 고령자 주거·시설 1시설당 입소정원 변화	46
〈표 III-9〉 일본 유료노인홈 및 한국 노인의료복지시설 주요 시설기준 비교	48
〈표 IV-1〉 삼성노블카운터 시설 현황	49
〈표 IV-2〉 삼성노블카운터 노인요양시설(너싱홈) 장기요양서비스	51
〈표 IV-3〉 KB골든라이프케어 개요	52
〈표 IV-4〉 KB골든라이프케어 노인요양시설 장기요양서비스	53
〈표 IV-5〉 일본 보험회사 개호사업 운영 현황	54
〈표 IV-6〉 2021년 SOMPO케어 기업 현황	55
〈표 IV-7〉 2021년 SOMPO케어 입주시설 서비스	56
〈표 IV-8〉 2021년 동경해상일동베터라이프서비스 기업 현황	59
〈표 IV-9〉 동경해상일동베터라이프서비스 사업 내용	60
〈표 IV-10〉 동경해상일동베터라이프서비스 유료노인홈 서비스 사례	62

그림 차례

〈그림 II-1〉 한·일 장기요양 재가급여(영리법인)	8
〈그림 II-2〉 한·일 장기요양 시설급여(영리법인)	9
〈그림 II-3〉 우리나라 노인장기요양보험 급여인정 등급별 인원 및 증가율	17
〈그림 III-1〉 우리나라 운영체제	26
〈그림 III-2〉 일본 운영체제	26
〈그림 III-3〉 일본 개호 관련 유료노인홈 시설 수 추이	41
〈그림 III-4〉 일본 개호형유료노인홈 추이	42
〈그림 III-5〉 일본 주택형유료노인홈 추이	42
〈그림 III-6〉 일본 저비용노인홈(케어하우스) 추이	42
〈그림 III-7〉 일본 치매대응형공동생활개호(그룹홈) 추이	42

우리나라는 2008년 7월에 노인장기요양보험제도를 도입하였다. 동 제도는 공적 기관 및 비영리법인과 함께 영리법인이 장기요양서비스를 공급할 수 있도록 하면 저출산·고령화, 가족구조 변화 등으로 빠르게 증가하는 장기요양서비스의 수요를 충족시킬 수 있고 기관들 간의 경쟁으로 인하여 양질의 서비스가 제공될 것으로 기대되었다. 그러나 그럼에도 불구하고 요즈음 정부는 서비스의 질이 기대에 미치지 못하고 있고 향후 공급시설이 부족할 것으로 전망하고 있다.

법인들은 일정 수준 규모 이상으로 투자하여 다양한 인력 배치를 통한 양질의 서비스 제공이 가능하다고 할 수 있다. 법인의 요양산업 진출은 시설 확대 및 양질의 서비스 제공이라는 목표 달성에 도움이 될 수 있는 것이다. 그동안 보험회사는 요양산업 진출에 적극적이지 않았다. 2001년 1개 비영리재단법인이 투자한 사례와 2016년 1개 영리보험회사가 투자한 사례가 전부이다. 사업성이 불확실하고, 제도적으로 진출을 제한하는 부분이 있기 때문이다.

본 보고서는 한·일 장기요양보험제도에 대한 이해를 돕기 위해 두 나라를 비교조사하였고, 이 과정에서 법인들이 진출할 경우 참조할 만한 사항, 그리고 제도적 개선이 필요한 부분을 정리해 보았다. 첫째, 현재 ‘방문요양’, ‘방문목욕’, ‘방문간호’에 국한되어 있는 재가서비스에 추가로 ‘일용품 이외의 쇼핑’, ‘애완 동물관리’, ‘정원 청소 및 거실의 정리’, ‘전자 기기의 작동 확인’, ‘동거 가족의 식사’ 등을 함께 비급여로 제공하는 것을 검토할 필요가 있다. 둘째, 야간보장의 사각지대 해소를 위해 야간대응형방문서비스를 제공하는 것을 고려할 필요가 있다. 셋째, 노인요양시설은 터미널 서비스를 제공할 필요가 있다. 마지막으로, 정원 30인 이상 노인요양시설 설치자가 토지 및 건물을 소유하여야만 장기요양기관으로 지정을 받을 수 있도록 하고 있는 규정을 임대차가 가능하도록 개선할 필요가 있다.

1. 연구 배경 및 목적

우리나라는 2008년 7월에 노인장기요양보험제도를 도입하였다. 동 제도에서 급여서비스로 인정되는 좁은 의미의 요양서비스란 신체활동지원(배설, 식사), 일상생활지원(조리, 세탁, 청소), 목욕지원, 간호(처방전에 따라 간호사, 물리치료사 등이 건강관리) 4가지 서비스를 의미한다. 넓은 의미로는 예방을 위한 서비스 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련을 포함한다고 할 수 있다. 치매, 중풍 등을 앓고 있는 노인은 이러한 요양서비스들을 장기간 동안 필요로 한다. 노인장기요양보험제도는 주로 치매, 중풍 등을 앓고 있는 노인에게 장기간 동안 요양서비스를 제공하는 제도이다. 장기요양서비스는 이용자의 자택에서 제공될 수 있고 지정된 시설에서 제공될 수 있다.

노인장기요양보험제도를 도입할 당시에는 저출산·고령화가 급속하게 진전되고 가족구조가 변화하면서 가족 구성원이 노인에게 장기요양서비스를 제공하는 것이 점점 어려워지는 상황이었다. 우리나라는 이렇게 사회적으로 장기요양서비스의 수요가 증가하고 있었지만 그 수요를 충족시키기 위한 장기요양서비스 공급기관을 모두 공공재원으로 확보하는 것이 어려웠다. 우리나라가 선택한 방법은 주로 공공기관 및 비영리법인에서 장기요양서비스를 제공하도록 한 기존의 제도에서 벗어나 영리법인도 제공할 수 있도록 한 것이었다. 노인장기요양보험은 단기간에 많은 공급기관을 확보할 수 있어서 빠르게 증가하는 사회적 수요를 충족시킬 수 있을 것으로 기대되었다. 그리고 장기요양기관들 사이의 경쟁으로 인하여 양질의 장기요양서비스가 제공될 것으로 기대하였다.

그러나 요즈음 정부는 장기요양서비스의 공급기관이 부족할 것으로 전망하고 있고 각종 제도적 장치에도 불구하고 장기요양서비스의 질이 기대에 미치지 못하고 있는 것으로 평가하고 있다.¹⁾ 공급기관의 확보 및 질적 개선이라는 두 과제를 안고 있는 것이다.

비영리법인 혹은 영리법인들은 법인 차원에서 투자하기 때문에 일정 수준 이상의 규모로

1) 보건복지부(b)

투자가 가능하고 다양한 인력 배치를 통한 양질의 서비스 제공이 가능하다고 할 수 있다. 그런데 그동안 보험산업은 장기요양서비스 공급시설에 대한 투자에 적극적이지 않았다. 2001년 1개 비영리재단법인이 투자한 사례와 2016년 1개 영리보험회사가 투자한 사례가 전부이다. 경험이 적은데다가 사업성이 불확실하고, 제도적으로 진출을 제한하는 부분이 있기 때문이다.

본 보고서는 먼저 노인장기요양보험제도를 현황 통계와 병행 조사하여 동 제도에 대한 이해를 돕고자 한다. 그리고 보험회사 등 영리법인들이 노인장기요양서비스 시설에 투자할 경우 사업성에 도움이 될 만한 사항, 제도적 지원이 필요한 부분이 있는지를 조사하고자 한다.

우리나라의 제도와 유사한 일본의 개호(介護)보험제도는 2000년 4월 시작되어 우리나라 제도보다 역사가 길다. 우리나라가 제도 도입 당시에 일본의 제도를 참고하였고, 일본은 고령화 문제를 우리나라보다 앞서 경험하고 있기 때문에 일본의 제도를 참조하면서 연구를 진행하고자 한다. 특히, 영리법인이 장기요양서비스를 공급하는 것과 관련한 부분에 초점을 두고 조사하고자 한다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ장에서는 우리나라와 일본이 제공하고 있는 장기요양서비스는 무엇이 있는지를 조사하고 비교·평가한다. 제Ⅲ장에서는 장기요양서비스가 소비자에게 도달되는 체계를 조사하고 그 체계의 주요 주체인 피보험자, 보험자, 장기요양기관의 역할을 각각 조사·비교·평가한다. 제Ⅳ장에서는 우리나라와 일본의 보험회사가 진출한 사례를 조사한다. 제Ⅴ장에서는 검토의견을 제시하면서 결론을 맺는다.

2. 선행연구

노인장기요양보험에 관련한 연구는 매우 활발히 이루어져 왔다. 그런데 본 보고서는 영리법인이 장기요양서비스 산업에 진입하는 경우에 초점을 두고 있으므로 이에 대한 선행연구에 대해 집중하고자 한다.

최재성·이상우(2014)²⁾는 기존 문헌을 분석하는 방법으로 노인요양시설의 서비스 질 관리체계를 진단하고 대책을 제시하고 있다. 우리나라 노인요양시설의 서비스 질 관리체계

2) 최재성·이상우(2014)

의 문제점은 현지 시설 관리 인력 부족에 따른 정부 규제의 실효성 부족, 시설 평가 인력 부족 및 의료모델 중심의 평가지표, 노인요양시설의 자발적 노력을 유인할 수 있는 소비자 단체 활동(옴부즈만 제도)과 같은 기반 부재에 있다고 진단하고 있다. 지자체의 전문 인력 확충, 노인의 정서를 고려한 평가지표로 전환 및 평가전담 부서 설치, 시장 경쟁을 통한 소비자 선택권 강화, 민간 차원의 전문적이고 독립적인 서비스 질 인증제도 실시 등을 제안하고 있다. 정량적인 분석 그리고 시설의 소규모화 문제 제기 및 대안제시 등은 이루어지고 있지 않지만 방향성을 제시하고 있다는 면에서 의의가 있다고 할 수 있다.

박연환 외 5인(2015)³⁾은 노인요양시설(전국 13개소)에서 근무하고 있는 직원(간호사 19명, 사회복지사 13명)들의 시각에서 노인요양시설에서 제공하고 있는 일상생활지원, 신체 활동지원, 건강지원(간호) 중 건강지원의 현황과 욕구를 집단 면접을 통해 확인하고 구조화하였다. 노인요양시설은 규모에 따라 배치된 인력의 종류와 수에 많은 차이가 있고, 30병상 미만의 소규모 노인요양시설은 입소자 개개인의 요구에 맞춘 서비스를 제공하는 것이 불가능한 상황임을 밝히고 있다. 그리고 직원들은 직종별로 분업화되어 정해진 서비스를 제공하고 있다고 밝히고 있다. 노인요양시설 입소자들은 다수의 질환을 가지고 있는 경우가 많기 때문에 다양한 전문가들의 통합적 관리 체계 및 각 직종을 초월한 통합 교육이 필요하다는 정책 대안을 제시하고 있다. 소규모 노인요양시설의 한계를 지적하고 있지만 대책에 대해서는 언급하고 있지 않다.

임정기(2008)⁴⁾는 앤더슨과 뉴만(Andersen and Newman)의 행동주의 모델을 토대로 분석하여 노인의 욕구에 부응하는 서비스 관리체계를 마련하여야 한다고 주장하고 있다. 노인장기요양보험이 자원의 효율적 사용을 우선 목적으로 한다면 이용자의 서비스 필요 정도에 따라 제공하고자 하는 서비스 종류 및 양을 결정하고, 그 다음은 1인 거주 노인 등 거주형태, 치매질환 유무 등을 더 고려해 결정할 수 있다고 주장하고 있다. 그런데 서비스 종류 및 양을 결정할 때 필요도 등 객관적인 욕구의 상태도 중요하지만, 개인의 주관적 선호도가 더욱 중요한 이용 기준이어야 한다고 주장하고 있다. 이론적 접근이며 한·일 비교, 시설의 실태, 거주지 주변 시설의 선호 등의 내용은 다루고 있지 않다.

장세철·김경민(2009)⁵⁾은 2006년 이후 피보험자, 재원조달, 서비스 전달체계, 급여에 대

3) 박연환·방활란·김가혜·오세은·정영일·김홍수(2015)

4) 임정기(2008)

5) 장세철·김경민(2009)

해서 제도적으로 비교하였다. 일본의 제도를 소개하면서 우리나라의 노인장기요양보험 서비스는 일본 개호보험의 일반적인 서비스에 머무르고 있다고 평가하고 있다. 서비스 질의 확보와 향상을 위해 정보개시 표준화, 사업자 규제, 케어매니지먼트의 향상을 주장하고 있다. 이 논문은 참여하고 있는 민간사업자의 종류 및 역할, 시설 등에 대해서는 다루고 있지 않고 2008년 기준의 자료이어서 최근의 상황을 반영하고 있지 않다.

김지미(2017)⁶⁾는 한·일 양국 정부에 의해 추진된 사회서비스의 준시장화 과정을 문헌조사 방법으로 비교분석한다. 양국 정부는 짧은 기간 내에 서비스 공급량 확보의 수단으로서 시장화를 추진하였고, 공급자 간 경쟁과 이용자의 선택권 부여를 실현하고자 준시장화를 선택하였다. 그런데 한국에서는 공급자 간 과당경쟁의 문제가 발생하였고 이에 대한 대응으로써 공급자 간 원활한 경쟁을 조성하기 위한 정부의 역할이 필요하다고 주장하고 있다. 한·일 양국의 공통적인 과제로서, 요양인력의 열악한 노동조건 및 그로 인한 요양인력 부족 문제 등을 개선하는 방안이 마련될 필요가 있다고 주장하고 있다. 이 논문은 서비스 제공기관을 다루면서 요양시설의 종류 및 규모, 서비스의 질 등을 다루고 있지는 않다.

강성호·김혜란(2019)⁷⁾은 민간보험회사의 장기요양서비스를 다룬 보기 드문 자료이다. 요양서비스의 수요가 증가하는 상황에서 공급은 부족한 실정이므로 민영부문의 협력이 필요함을 주장하고 있다. 일본 개호보험 제도를 간략히 소개하면서 일본은 요양사업에 보험회사 등이 적극적으로 참여하고 있다는 점은 시사하는 바가 크다고 밝히고 있다. 한편, 설문조사를 실시하여 수급자의 소득수준, 가족 구성, 재원조달 방법, 이용 서비스 유형, 선호하는 장기요양서비스 제공기관 선정기준 등에 대한 실태를 조사하였다. 그리고 일본 보험회사의 참여 사례를 간략히 조사하였다. 장기요양보험제도의 세 당사자인 보험자, 피보험자, 장기요양기관을 분리하여 접근하지는 않았고, 서비스 내용 및 공급체계, 서비스의 질 문제, 초기 투자비용에 대한 대책, 한·일제도의 직접적인 비교분석은 다루고 있지 않다.

6) 김지미(2017)

7) 강성호·김혜란(2020)

3. 연구 범위 및 방법

노인장기요양보험의 직접적인 당사자들은 피보험자, 보험자, 장기요양기관이다. 본 보고서는 이들을 분리하여 각각에 대해 조사하고 한·일 양국의 제도를 비교·평가한다. 제도적인 조사와 동시에 통계적 접근을 병행하여 제도 개선을 위한 시사점을 찾고자 한다.

피보험자는 보험료를 납부하고 장기요양서비스를 이용한다. 본 보고서는 피보험자의 서비스 이용자격 조건, 이용 가능한 서비스 종류 등을 조사한다. 보험자는 재원을 마련하여 장기요양기관에 피보험자가 이용한 서비스 비용을 지급한다. 그리고 피보험자가 서비스를 이용할 수 있도록 각종 행정적 지원을 한다. 본 보고서는 보험자의 재원조달 방법, 비용 한도, 피보험자 보호를 위한 제도를 조사한다. 마지막으로, 장기요양기관이 장기요양 서비스를 제공한다. 장기요양기관의 종류 및 현황, 시설당 규모 등을 자세히 조사한다. 본 보고서는 한·일 양국의 제도를 전체적으로 조사하고 직접적인 비교를 통해 이해를 도우면서 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

본 보고서는 문헌조사를 실시하였다. 양국 정부의 홈페이지, 보험회사의 홈페이지를 통하여 자료를 습득하고, 포털사이트를 이용하여 보고서, 논문, 통계 등을 수집하였다. 현장감 있는 자료의 확보를 위해 기존 진출회사에 현황자료를 요청하여 이용하였다. 그리고 일본 전문가로부터 자료 및 자문을 받아 참조하였다.

II

장기요양서비스의 구성

1. 급여서비스

가. 재가급여

1) 한국

우리나라는 노인장기요양보험 급여를 ‘재가급여’, ‘시설급여’, ‘특별현금급여’⁸⁾ 3가지로 나누고 있다. 재가급여에는 ‘방문서비스’, ‘주·야간보호’, ‘단기보호’, ‘기타재가급여’(복지 용구 등) 4가지가 있다.⁹⁾ 여기서 ‘방문서비스’는 장기요양서비스의 가장 기본이 되는 서비스로서 ‘방문요양’, ‘방문목욕’, ‘방문간호’ 3가지가 있다. 방문요양은 서비스 제공자가 대상자를 방문하여 신체활동지원(배설, 식사) 및 일상생활지원(조리, 세탁, 청소) 서비스를 제공하고, 방문목욕은 적정 도구를 이용하여 신체청결활동을 돕는 서비스이다. 방문간호는 의사의 지시에 따라 간호사 등이 건강관리를 제공하는 서비스이다.

주·야간보호는 대상자를 장기요양기관에서 하루 중 일정 시간 동안 보호하는 서비스이고, 단기보호는 일정 기간 동안 보호하는 서비스이다. 기타재가급여는 휠체어 등 각종 복지용구를 제공하는 서비스이다(〈그림 II-1〉, 〈표 II-3〉 참조).¹⁰⁾

8) 특별현금급여는 ‘가족요양비’, ‘특례요양비’, ‘요양병원간병비’가 있는데, 시행되고 있는 것은 가족요양비분임(「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)). 가족요양비는 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역이어서 불가피하게 가족 등으로부터 요양을 받는 경우에 지급되는 현금 급여임(「노인장기요양보험법」 제24조(가족요양비)). 공단은 장기요양서비스의 필요 정도에 관계없이 월 150,000원을 지급하고 있음

9) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)

10) 「노인복지법」 제38조(재가노인복지시설)

〈그림 II-1〉 한·일 장기요양 재가급여(영리법인)



2) 일본

일본 개호보험(우리나라의 노인장기요양보험)은 우리나라가 제공하는 ‘방문서비스’, ‘주·야간보호’, ‘단기보호’, ‘기타재가급여’ 4가지 재가급여(이하, 일본은 “재택급여”라 함)를 모두 제공하고 있다. 그리고 일본은 이외의 몇몇 다른 서비스를 추가적으로 제공하고 있다(〈그림 II-1〉, 〈표 II-3〉 참조).

[방문급여/방문개호] 일본은 우리나라의 방문급여와 동일한 서비스를 제공하면서 추가로 제공하는 방문서비스가 있다. 일본은 정시순회·수시대응형방문개호 및 간호, 야간대응형 방문개호서비스, 방문재활 및 요양관리지도 서비스를 지역밀착형(소규모)으로 제공하고 있다. 우리나라는 이러한 서비스를 제공하고 있지 않다. 첫째, 일본은 정시순회·수시대응형방문개호 및 간호서비스를 제공하고 있다. 이 서비스는 정기적인 순회 및 수시 안부연락에 대한 수급자의 반응 등에 따라 24시간 개호 및 간호서비스를 제공한다. 둘째, 일본은 야간대응형방문개호를 제공하고 있다. 야간에 서비스를 필요로 하는 수급자를 방문하여 지원하는 서비스이다. 야간(22시~06시)에 이용할 경우 이용자 본인부담이 50% 가산된다. 셋째, 일본 방문서비스는 방문재활 및 요양관리지도 서비스를 제공한다.

[주·야간보호/통원] 우리나라의 주·야간보호서비스는 일본의 통원에 해당한다고 할 수있다. 일본은 통원개호(데이서비스), 통원재활(데이케어), 치매대응형통원개호를 제공하고 있는데 이것들은 우리나라의 주·야간보호센터가 제공하고 있다. 치매대응형통원개호는 데이서비스 센터가 제공하는데, 이때 데이서비스센터는 대체로 지역밀착형(소규모)으로 운영된다.

[단기보호/단기입소] 우리나라의 단기보호서비스와 일본의 단기입소서비스는 동일한 종류의 서비스이다.

[기타재가급여/복지용구 및 주택 개수] 우리나라와 일본은 모두 기타재가급여로 복지용구를 제공하고 있다. 일본은 기타재가급여로 주택 개수서비스도 제공하고 있다.

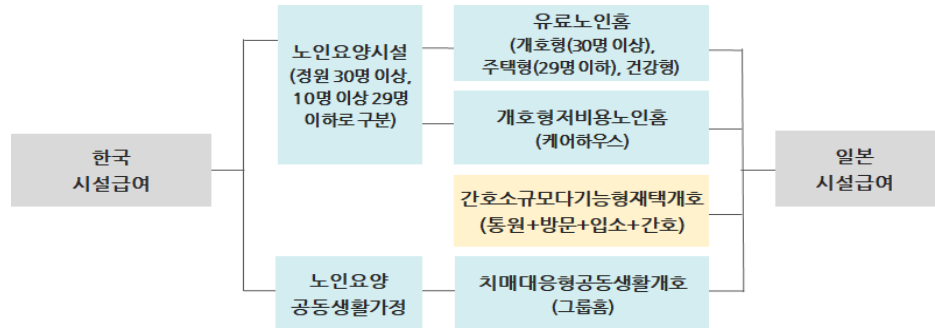
나. 시설급여

1) 한국

시설급여는 재가급여로 제공되는 서비스 및 시설입소 서비스를 모두 제공한다. 건강보험공단(이하, “공단”이라 함)이 인정한 서비스 수급자(이용자)를 시설에 장기간 동안 입소하도록 하여 신체활동지원, 일상생활지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말한다.¹¹⁾

시설급여를 제공하는 시설은 ‘노인요양시설’과 ‘노인요양공동생활가정’ 2종류가 있다. 두 시설의 차이는 규모에 있다. 노인요양시설은 입소정원 10명 이상 규모의 시설을 말하며, 노인요양공동생활가정은 입소정원 5명 이상 9명 이하 규모의 시설을 말한다.¹²⁾ 그리고 ‘노인요양시설’은 정원 30명 이상의 시설과 10명 이상 29명 이하의 시설로 구분하기도 한다(〈그림 II-2〉, 〈표 II-3〉 참조).

〈그림 II-2〉 한·일 장기요양 시설급여(영리법인)



11) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)

12) 「노인복지법」 시행규칙 제22조(노인의료복지시설의 시설기준 등)

2) 일본

일본 개호보험은 우리나라가 제공하는 ‘노인요양시설급여’, ‘노인요양공동생활가정급여’ 2가지 시설급여를 모두 제공하고 있다. 일본의 시설급여는 다소 세분화되어 있고 추가적인 서비스도 있다(〈그림 II-2〉, 〈표 II-3〉 참조).

[노인요양시설/개호형유료노인홈] 우리나라의 노인요양시설급여와 연결시킬 수 있는 것은 ‘특정시설입소자생활개호급여’이다. 이것은 유료노인홈,¹³⁾ 개호형저비용(輕費)노인홈(케어하우스)으로 구분된다.¹⁴⁾ 유료노인홈에는 개호형, 주택형, 건강형(혹은 서비스형) 세 종류가 있다. 첫째, 개호형유료노인홈은 시설 내에서 개호(신체활동지원, 일상생활지원, 간호) 등의 서비스를 제공하는 고령자용 거주시설이다. 도도부현(都道府県) 또는 시정촌(市町村)에 의한 지정(指定)을 필요로 하며 공공기관, 사회복지법인, 민간영리법인 등이 설치할 수 있다. 엄밀히 말하면, 개호형유료노인홈이 우리나라의 ‘노인요양시설’과 유사한 시설이라고 할 수 있다. 둘째, 주택형유료노인홈은 시설 내에서 일상생활지원 등의 서비스를 제공하는 고령자용 거주시설이다. 신체활동지원이 필요하게 된 경우 입주자 자신의 선택에 따라 주변 지역에서 제공하는 신체활동지원 등의 서비스를 이용하면서 생활을 계속하는 것이 가능하다. 마지막으로, 건강형유료노인홈은 식사 서비스를 제공하는 고령자용 거주시설이다. 개호가 필요하게 된 경우에는 계약을 해지해야 한다. 유료노인홈으로 분류되지만 개호보험급여와는 관련이 없다.¹⁵⁾

유료노인홈으로 등록된 시설의 1시설당 정원 규모를 보면 개호형유료노인홈은 60명, 주택형유료노인홈은 29명 수준이다. 일본은 정원 29명 이하 시설을 지역밀착형시설로 분류한다. 주택형은 지역밀착형시설로 분류할 수 있다(〈표 II-1〉 참조).

[개호형저비용노인홈] 저비용(輕費)노인홈(케어 하우스)은 도시에서 거실 면적 등을 좁게 하고 이용료를 낮춘 형태이다. ‘자립형’과 ‘개호형’이 있는데 자립형은 요개호(要介護)등급자가 입주할 수 없고, 개호형은 요개호등급자가 입주할 수 있다.¹⁶⁾ 우리나라의 ‘노인요양

13) 후생노동성, 유료노인홈(2021. 9. 13 검색)

https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan0000038009_1.pdf

14) 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>

15) 厚生労働省(2021. 9. 13 검색), 有料老人ホーム開設の法的要件:

https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan0000038009_1.pdf

16) <https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/nursinghome/carehouse/>

시설'이 저비용으로 운영되고 있는 형태라고 할 수 있다.

저비용(輕費)노인홈으로 등록된 시설의 1시설당 정원 규모를 보면 41명 수준이다(〈표 II-1〉 참조).

〈표 II-1〉 일본 고령자를 위한 주거·시설 1시설당 실제 등록 정원 변화

(단위: 명)

연도	유료노인홈			저비용노인홈 (케어하우스)	치매대응형 공동생활개호 (그룹홈)
	개호형	주택형	유료노인홈 (서비스형 제외)		
2019	60	29	38	41	15
2018	61	29	37	41	15
2017	61	29	36	41	15
2016	61	29	36	41	15
2015	61	28	36	42	15

자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020. 7. 8)

[노인요양공동생활가정/치매대응형공동생활개호(그룹홈)] 일본에는 우리나라의 노인요양공동생활가정에 해당하는 것으로 치매대응형공동생활개호(그룹홈)가 있다. 이것은 치매로 인해 개호가 필요한 수급자에게 공동생활 및 일상생활을 지원한다.

치매대응형공동생활개호시설(그룹홈)은 정원규모가 15명이다. 이 시설은 지역밀착형으로 운영되고 있다고 할 수 있다(〈표 II-1〉 참조).

[복합형 시설] 일본에는 재가급여(방문, 통원)와 시설급여(개호, 숙박)를 결합한 ‘소규모다기능형재택개호’ 시설이 있다. 이것은 고령자가 자신의 거주지에서 지속적으로 생활할 수 있도록 통원을 중심으로 숙박 및 방문개호 등 다양한 서비스를 조합하여 제공하는 서비스이다. 그리고 일본은 ‘간호소규모다기능형재택개호서비스’를 제공하고 있다. 이것은 소규모다기능형재택개호서비스에 간호서비스를 결합한 것이다.¹⁷⁾ 이러한 복합형 시설은 지역밀착형으로 운영되고 있고 우리나라에는 도입되어 있지 않다.

[공공시설] 일본의 개호보험시설(介護保険施設)이란 개호보험의 적용을 받는 공적인 시설

17) <https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitiha-koria.pdf>

이다. 주식회사·유한책임회사 등의 영리법인은 개설할 수 없다. 영리법인이 참여한 사례는 일본생명(日本生命)과 사회복지법인성예복지사업단(社会福祉法人聖隷福祉事業団)이 공동 설립한 공익재단법인 닛세이성예건강복지재단이 유일하다. 개호보험시설의 사업자는 후생노동성령으로 정하며 도도부현과 시구정촌, 광역 연합 및 일부 사무조합, 일본적십자사, 사회보험단체, 독립행정법인, 사회복지협의회, 사회복지법인, 의료법인, 기타 법인 등이 있다.¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾ 개호보험의 본인일부부담 부분에 거주비와 식비를 추가해도 비용은 대체로 낮은 편이다.

개호노인복지시설(특별양호노인홈), 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설, 개호의료원이 개호보험시설(介護保険施設)에 속하는 시설들이다. 개호노인복지시설(특별양호노인홈)²¹⁾은 노인복지시설(양호노인홈) 입소 대상자 중에서 요개호3 이상 고령자에게 개호서비스를 제공한다. 노인복지시설(양호노인홈)은 원칙적으로 일생생활이 가능하고 경제적으로 어려운 사람을 대상으로 한다. 지자체의 '조치 필요'라는 판단으로 입주하고 오래 머무를 수 없다. 개호노인복지시설(특별양호노인홈)은 지역밀착형으로 운영되는 경우가 있다. 개호요양형의료시설은 장기요양 필요자에게 의료적 관리하에서 개호 및 기능훈련을 제공한다. 개호의료원은 의학적 관리하에 개호 및 터미널 케어를 제공한다(〈표 II-2〉 참조).

〈표 II-2〉 일본 개호보험시설의 1시설당 정원 및 이용률

(단위: 명, %)

종류	2018		2019	
	정원	이용률	정원	이용률
개호노인복지시설	69.1	95.8	69.3	95.6
개호노인보건시설	86.2	89.2	86.4	89.2
개호의료원	74.0	91.0	65.0	94.7
개호요양형의료시설	43.4	90.0	41.1	88.3

주: 1) 이용률은 정원 대비 입소자 비율임

2) 개호요양형의료시설 「정원」은 개호지정 병상수임

자료: 厚生労働省, 각 연호

18) 2019년 개호노인복지시설은 개호노인복지시설의 95%는 사회복지법인인, 개호노인보건시설의 75.3%는 의료법인인, 개호의료원의 92.3%는 의료법인인, 개호요양형의료시설의 83.2%는 의료법인인 개설하고 있음

19) 厚生労働省(2019)

20) サービス付き高齢者向け住宅研究所

<http://www.senior-leverage.com/category/1721844.html>

21) <https://kaigoworker.jp/column/103/>

〈표 II-3〉 한·일 장기요양서비스 비교

일본	한국
주로 자택에서 거주: 재택급여, 거택급여	주로 자택에서 거주: 재가급여
1. 방문서비스 - 방문개호: 신체활동(목욕, 배설, 식사) 및 일상생활(조리, 세탁, 청소) 등 지원 - 방문간호: 의사지시서하 간호사 등이 의료 - 정시순회·수시대응형방문개호 및 간호*: 정기 순회 및 수시통보에 대한 반응 등 이용자 상황에 따라 24시간 제공 - 야간대응형방문개호* - 방문재활 및 요양관리지도 2. 통원서비스 - 통원개호(데이서비스): 신체활동 도움, 심신기능향상 훈련, 구강기능 향상 - 통원재활(데이케어): 시설, 위탁병원 등에서 재활치료, 일상생활 자립 지원 - 치매대응형통원개호*: 데이서비스센터 제공 3. 단기입소서비스 - 단기입소생활개호: 시설 단기숙박 개호 - 단기입소요양개호 4. 복지용구 및 주택 개수 - 복지용구 대여 및 구입: 휠체어 등	1. 일본의 방문서비스 관련 - 방문요양: 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동(배설, 식사) 및 일상생활(조리, 세탁, 청소) 등을 지원 - 방문목욕: 방문하여 목욕 서비스를 제공 - 방문간호: 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공 2. 일본의 통원서비스 관련 - 주·야간보호: 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공(일본의 통원서비스를 포괄) 3. 일본의 단기입소 관련 - 단기보호: 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호 4. 일본의 복지용구 및 주택 개수 관련 - 기타재가급여(복지용구): 수급자의 일상생활·신체활동에 필요용구 제공 등
주로 시설 입소: 시설급여	주로 시설 입소: 시설급여
1. 방문, 통원, 숙박의 복합적 서비스 - 소규모다기능형재택개호*: 통원 중심, 단기간 숙박 및 가정방문을 조합 - 간호소규모다기능형재택개호*: 간호추가 2. 특정시설입소자생활개호: 유료노인홈, 개호형저비용(輕費)노인홈(케어하우스) 등(지역밀착형은 정원 29명 이하*)	1. 일본 개호유료노인홈 등 관련 - 노인요양시설: 입소정원 10명 이상, 장기간 동안 입소 2. 일본의 그룹홈 관련 - 노인요양공동생활가정: 입소정원 5명 이상 9명 이하
3. 치매대응형공동생활개호(그룹홈)*	

주: *표시는 지역밀착형을 의미함

자료: 1) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)

2) 가와사키(<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitih-korea.pdf>)

3) 厚生労働省, 각 연호

〈표 II-3〉 계속

일본	한국
주로 시설 입소: 시설급여	주로 시설 입소: 시설급여
4. 개호보험시설(영리법인 불허) - 개호노인복지시설(특별양호노인홈): 일상생활 항상 개호필요자(지역밀착형은 정원 29명 이 하*) - 개호노인보건시설: 급성기 치료 후 재활 중 심, 의학적 관리하 개호, 의료 - 개호요양형의료시설: 급성기 치료 후 장기요 양 관리, 의학적 관리하 개호 - 개호의료원: 장기간 요양상 관리, 의학적 관 리하 개호, 터미널 케어	3. 일본의 개호보험시설 관련 - 공적요양시설: 국가·지자체가 사회복지 법인에 위탁 혹은 직접 운영 ※ 특별현금급여 - 가족요양비: 수급자가 가족 등으로부터 방 문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 등급 관계없이 현금 지급(월 150,000원)

다. 급여 등급

요양병원은 「의료법」 제3조에서 규정하는 의료기관이므로 상근 의사와 간호사가 있어야 하고 환자의 입원자격에 원칙적으로 제한을 두지 않는다. 요양보호사를 직접 고용할 의무는 없어 주로 위탁으로 요양서비스를 제공한다. 「노인장기요양보험법」이 규정하는 장기요양기관은 65세 이상의 노인 또는 노인성질환을 가진 65세 미만의 환자가 장기요양등급 판정을 받아야 이용자격을 얻는다. 의료기관이 아니므로 상근하는 의사는 없어도 되지만 상근 간호사는 있어야 한다. 단, 촉탁의에 의한 진료 및 약처방은 가능하다. 그리고 요양보호사를 직접 고용하여 장기요양서비스를 제공한다.

1) 한국

장기요양기관에서 장기요양서비스를 이용하고 싶은 사람은 노인장기요양보험으로부터 이용자격을 인정받아야 한다. 장기요양인정 신청이 접수되면 공단이 신청자를 조사표에 따라 현지조사를 실시하고 조사결과를 기초로 장기요양인정점수를 산정한다. 조사영역은 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활이 있다. 시·군·구 단위로 설치된 장기요양등급 판정위원회는 인정조사결과, 신청서, 의사 소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 토대로 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 혼자서 수행하기 어렵다고 인정되는 경우 등급 판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자(수급자)로 판정한다.²²⁾ 대체로 1, 2등급은 시설

서비스를 이용할 수 있고 3, 4, 5등급 및 인지지원등급은 재가서비스를 이용할 수 있다. 인지지원등급은 증가하는 치매(노인성질병)을 국가차원에서 예방 및 관리하기 위하여 2018년부터 시행한 등급이다(〈표 II-4〉, 〈표 II-5〉 참조).

〈표 II-4〉 치매환자 등록 현황 및 증가율

(단위: 명, %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
65세 이상	6,250,986	6,520,607	6,771,214	6,987,489	7,345,820	7,638,574	8,013,661
	-	4.3	3.8	3.2	5.1	4.0	4.9
치매	252,248	277,182	302,492	323,858	377,757	346,501	423,882
	-	9.9	9.1	7.1	16.6	-8.3	22.3
치매 비중	4.0	4.3	4.5	4.6	5.1	4.5	5.3

자료: 보건복지부(c)

2) 일본

일본은 장기요양서비스가 필요하다고 인정되는 자(요개호인정자)를 선별하기 위하여 서비스의 수고를 시간으로 환산하는 방법을 이용하고 있다. 일본은 약 3,500명의 노인을 대상으로 '48시간에 걸쳐 어떤 개호서비스가 어느 정도 실시되었나?'라는 것을 파악한 데이터를 구축하고 있다. 신청자의 신청이 접수되면 지자체는 현장조사를 실시하고 데이터에서 신청자 심신의 상황이 가장 가까운 고령자의 데이터를 찾는다. 이를 기초로 하여 식사 섭취 등 시중에 소요된 시간을 의미하는 '요개호인정 등 기준 시간'을 추계하여 요개호인정자 및 요개호도를 판정하고 있다. 대체로 요개호3, 4, 5등급은 시설서비스를 이용할 수 있고 요개호1, 2등급 및 요지원1, 2등급은 재택서비스를 이용할 수 있다(〈표 II-5〉 참조).²³⁾

22) [보건복지부고시 제2018-146호], 장기요양등급 판정기준에 관한 고시

23) 三原 岳(2020a)

〈표 II-5〉 한·일 급여인정 등급 판정기준 비교

한국		일본	
등급	기준	요개호도	기준
-	-	요지원1	요개호인정 등 기준시간 25분 이상 32분 미만(치매 원인)
인지지원 등급	치매(노인성질병)환자로서 장기요양인정 점수 45점 미만	요지원2	요개호인정 등 기준시간 32분 이상 50분 미만(치매 원인)
5등급	치매(노인성질병)환자로서 장기요양인정 점수 45점 이상 51점 미만	요개호1	요개호인정 등 기준시간 32분 이상 50분 미만
4등급	심신 기능상태의 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만	요개호2	요개호인정 등 기준시간 50분 이상 70분 미만
3등급	60점 이상 75점 미만	요개호3	요개호인정 등 기준시간 70분 이상 90분 미만
2등급	75점 이상 95점 미만	요개호4	요개호인정 등 기준시간 90분 이상 110분 미만
1등급	95점 이상인 자	요개호5	요개호인정 등 기준시간 110분 이상

자료: 1) 三原 岳(2020a)

2) 건강보험공단(a)

3) 우리나라 등급 판정 현황

장기요양서비스를 이용해도 좋다고 인정받은 사람(이하, “인정자”라 함)은 최근 4년 동안 빠르게 증가하고 있다. 2019년 772,206명이 급여인정을 받았는데 이는 전년 대비 15.1% 증가한 수치이다. 인정자 증가율이 노인인구 증가율보다 더 높아 노인인구 대비 인정률은 2016년 7.5%에서 2019년 9.6%로 증가한 것으로 나타났다(〈표 II-6〉 참조).

〈표 II-6〉 노인장기요양보험 급여인정자 현황 및 증가율

(단위: 명, %)

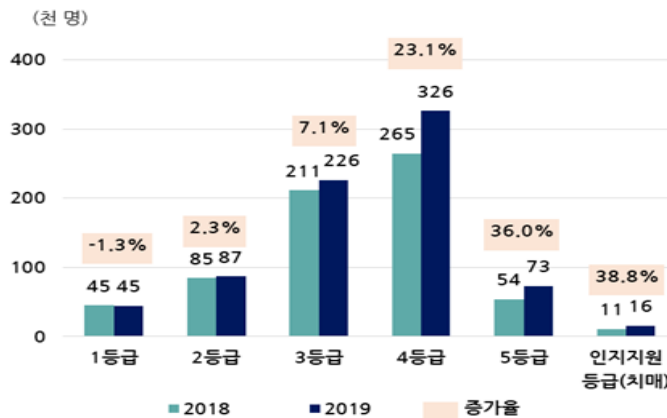
구분	2016	2017	2018	2019	평균증가율
65세 이상 인구	6,940,396	7,310,835	7,611,770	8,003,418	-
	-	5.3	4.1	5.1	4.9
신청자	848,829	923,543	1,009,209	1,113,093	-
	-	8.8	9.3	10.3	9.5
인정자	519,850	585,287	670,810	772,206	-
	-	12.6	14.6	15.1	14.1
노인인구 대비 인정률	7.5	8.0	8.8	9.6	-

자료: 건강보험공단(c), 각 연호

인지지원등급이 2018년부터 시행되기 시작하였기 때문에 그 이전의 통계를 평가하는 것은 유의미해 보이지 않는다. 등급별로 보면 2019년 인지지원등급이 전년 대비 38.8% 증가하여 가장 빠르게 증가하였다. 그 다음은 치매(노인성질환) 중심의 5등급이 빠르게 증가하고 있다.

요양필요도가 가장 높은 1등급은 2019년 전년 대비 -1.3% 줄어든 것으로 나타났다. 가장 큰 비중을 차지하고 있는 등급은 4등급(42.2%)이고 인지지원등급 인정자 수가 가장 적은 것으로 나타났다(〈그림 II-3〉 참조).

〈그림 II-3〉 우리나라 노인장기요양보험 급여인정 등급별 인원 및 증가율



자료: 국민건강보험공단(c), 각 연호

라. 비교 평가

[등급 판정 기준] 우리나라는 공단이 유일한 보험자의 역할을 하고 있고 하나의 등급 판정 기준을 적용하고 있다. 일본은 각 지방자치단체가 보험자의 역할을 하고 있고 등급의 판정 기준은 지방자치단체에 따라 조금씩 다르다.²⁴⁾

[요양등급] 우리나라 장기요양등급에는 5단계 장기요양등급 및 1개 인지지원등급이 있다. 일본은 개호필요 5단계 등급 및 2개 인지지원등급이 있다. 등급별로 적절한 서비스를 제공하여 재원을 효율적으로 지출하고자 한다는 점에서 두 나라의 제도는 유사하다고 할 수 있다. 차이가 있다면, 일본은 인지지원등급을 2개로 나누고 있다. 요지원1등급은 우리나라에 없는 등급이다. 일본은 2006년 개호보험제도를 개혁하면서 자립지원을 보다 강화하기 위해 경증대상자들을 대상으로 하는 신예방급부 그리고 요지원1등급을 창설하였다.²⁵⁾ 일본은 예방서비스를 강화하고 있다고 할 수 있다.

[방문급여] 재가급여 중에서 ‘방문요양’ 및 ‘방문간호’는 서비스 제공자가 수급자를 방문하여 제공한다. 이것은 두 나라에서 차이가 없다. 그리고 두 나라에서 이러한 서비스가 너무 제한적이라는 수급자의 불만이 있는 것도 공통점이다. 방문하였더라도 무거운 가구 옮기기, 가족 구성원을 위한 조리 등의 서비스는 제공하지 않기 때문이다.²⁶⁾ 제공하더라도 보험자로부터 보상은 받지 못한다.

[지역밀착형방문급여] 급여서비스에서 우리나라와 일본의 주요 차이점은 일본은 지역밀착형서비스를 적극적으로 제공하고 있다는 것이다. 지역밀착형은 해당지역에서 소규모로 운영된다. 일본은 2006년 제도를 개혁하면서 그동안 살아온 가까운 지역에서 서비스 이용이 가능하도록 하기 위하여 지역밀착형서비스를 창설하였다. 지역밀착형방문급여에는 정시순회·수시대응형방문개호 및 간호, 야간대응형방문개호가 있다. 이들은 우리나라에 도입되어 있지 않다.

[노인요양시설/유료노인홈] 일본의 유료노인홈은 대규모 개호형(정원 30명 이상)으로 운영되는 경우가 있고 소규모 주택형(정원 29명 이하)으로 운영되는 경우가 있다. 개호형은 신체활동지원 및 일상생활지원을 함께 제공하고, 주택형은 일상생활지원을 제공한다. 주

24) 三原 岳(2020b)

25) 장세철·김경민(2009)

26) 三原 岳(2020b)

택형은 신체활동지원서비스가 필요한 경우 외부의 방문서비스를 이용하도록 하고 있다. 소규모로 운영하더라도 신체활동지원 및 생활지원서비스를 모두 제공할 수 있도록 인근 지역의 인프라와 협력하고 있는 것이다.

우리나라의 노인요양시설은 정원 10명 이상 29명 이하의 소규모 시설과 30명 이상의 대규모 시설로 나눌 수 있다. 규모에 관계없이 일상생활지원 및 신체활동지원을 모두 제공하고 있다. 일본의 주택형(29명 이하)은 신체활동지원서비스를 내부에서 제공하지 않는다는 점은 양국의 차이점이다. 우리나라는 소규모 노인요양시설이 일본에 비해 많은 서비스를 제공하고 있다고 할 수 있다(〈표 II-7〉 참조).

〈표 II-7〉 한·일 규모별 노인요양시설서비스 비교

구분	일본		한국	
	개호형유료노인홈	주택형유료노인홈	대형노인요양시설	소형노인요양시설
정원 규모	60명 (규정은 없음)	29명 이하 (규정은 없음)	30명 이상 (실제 48명)	10명 이상 29명 이하
서비스	일상생활 지원 신체활동 지원	일상생활 지원 (신체활동 지원은 외부 이용)	일상생활 지원 신체활동 지원	일상생활 지원 신체활동 지원 (소규모로 많은 서비스)

[지역밀착형시설급여] 지역밀착형으로만 운영되고 있는 일본의 지역밀착형시설급여에는 소규모다기능형재택개호, 간호소규모다기능형재택개호, 치매대응형공동생활개호 3가지가 있다. 이들 중에서 일본의 치매대응형공동생활개호는 우리나라의 노인요양공동생활가정과 유사하다. 소규모다기능형재택개호, 간호소규모다기능형재택개호는 우리나라에 도입되어 있지 않다. 수급자들이 이들 서비스를 이용한 횟수는 방문개호의 2배에 이를 정도로 유용한 서비스이다.²⁷⁾

27) 2019년 9월 1개월 동안 1인당 서비스 이용 횟수를 보면 대표적 재택서비스인 방문개호는 18.7회이고, 소규모다기능형재택개호는 36.1회, 간호소규모다기능형재택개호는 41.8회로 나타남(厚生労働省 각 연호)

2. 본인일부부담

가. 제도

우리나라 급여서비스 이용자는 비용의 일부를 부담해야 한다. 본인일부부담은 재가급여 이용에 대해서는 급여비용의 15%, 시설급여에 대해서는 20%이다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 본인일부부담을 면제한다. 그리고 저소득층, 천재지변으로 인한 소득 감소자에 대해서 수급자 부담 감경 제도(본인일부부담금의 100분의 40~60)를 운영하고 있다.

일본의 급여서비스 이용에 대한 수급자 본인일부부담은 제1호 피보험자(65세 이상)의 경우 소득수준(연금소득 + 기타소득)에 따라 개호 비용의 10%, 20%, 30%이다. 개호보험의 재정난에 따라 2015년 8월부터 20% 부담, 2018년 8월부터 30% 부담이 도입되었다. 2019년 3월 수급자 중에서 20% 부담자는 4.9%, 30% 부담자는 3.7%로 나타났다.

제2호 피보험자(65세 미만 40세 이상)의 경우 소득과 관계없이 10%이다. 그리고 저소득층 등에 대해서는 본인일부부담을 면제 혹은 감경하는 제도를 운영하고 있다.²⁸⁾

나. 비교 평가

우리나라와 일본은 공통으로 본인일부부담제도를 운영하고 있다. 그런데 일본에 비해 우리나라의 본인일부부담률이 다소 높다. 일본은 본인일부부담이 20%, 30%인 경우는 일부 고소득층에 해당하고 대부분은 10%이다. 30%는 은퇴 이전 소득수준 이상의 자에게 부과된다. 우리나라는 장기요양시설 입소의 경우 일괄적으로 20%이다. 일본 중저소득층은 10% 본인부담이고, 우리나라 중저소득층은 20% 본인부담인 것이다.

28) 三原 岳(2020e)

3. 비급여서비스

가. 제도

우리나라 노인장기요양보험이 재가급여로 제공하는 것은 신체활동지원(배설, 식사, 목욕) 및 일상생활지원(조리, 세탁, 청소) 그리고 방문간호이다. 이외의 것은 방문하여 제공하더라도 보험자가 보상하지 않는다.

노인장기요양보험이 시설급여의 범위에 포함하지 않아 이용자가 전액본인부담해야 하는 서비스는 3종류가 있다. 첫째, 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조(장기요양급여의 범위 등)은 비급여 대상을 ‘식사재료비’, ‘상급침실 이용에 따른 추가비용’, ‘이·미용비’, ‘그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용’으로 명시하고 있다. 식사재료비는 재가서비스와 시설입소서비스의 형평성을 위해 전액본인부담으로 정하여진 것이다. 재택으로 서비스를 받고 있는 이용자는 자신의 비용으로 식사재료비를 구매하고 있는데 시설입소 서비스 이용자에게 보장하면 형평성에 맞지 않는다는 것이다. 상급침실 이용에 따른 추가비용은 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우에 추가로 발생하는 비용이다. 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용은 내부공문 및 업무지침 등의 형식으로 운용 중에 있다.

둘째, 공단이 작성한 장기요양인정서²⁹⁾에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 수급자가 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그 차액은 전액본인부담이다.³⁰⁾

마지막으로, 「노인장기요양보험법」 제28조(장기요양급여의 월 한도액)에 따른 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 장기요양급여는 전액본인부담이다. 예를 들어, 2021년 등급별 재가이용(복지용구는 제외) 월 한도액은 1등급의 경우 1,520,700원, 5등급의 경우 1,021,300원, 인지지원등급은 573,900원이다(〈표 II-8〉 참조).³¹⁾

시설급여의 월 한도액은 장기요양급여에 소요되는 장기요양기관의 각종 비용과 운영 현황 등을 고려하여 등급별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 1일당 급여비용에 월간

29) 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제6호서식]

30) 건강보험공단(b)

31) 보건복지부장관, 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」

일수를 곱하여 산정한다.

일본 개호보험의 재택비급여는 우리나라의 경우와 동일하다. 시설비급여는 ‘일상생활비’, ‘이·미용비’, ‘주거비’ ‘식비’ 등은 전액본인부담이고 우리나라와 마찬가지로 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 수급자가 선택하여 재가급여 및 시설급여를 받은 경우 그 차액은 전액본인부담이다. 그리고 월 한도액을 초과하는 재가급여 및 시설급여는 전액본인부담이다.³²⁾

〈표 II-8〉 한·일 재가급여 지급 한도액

일본		한국		
요개호도	1개월당 지급한도액(2020)	등급	1개월당 지급한도액 (2020)	1개월당 지급한도액 (2021)
사업대상자	약 6만 엔	-	-	-
요지원1				
요지원2	약 12만 엔	인지지원등급	566,600원	573,900원
요개호1	약 18만 엔	5등급	1,007,200원	1,021,300원
요개호2	약 21만 엔	4등급	1,173,200원	1,189,800원
요개호3	약 29만 엔	3등급	1,276,300원	1,295,400원
요개호4	약 33만 엔	2등급	1,331,800원	1,351,700원
요개호5	약 39만 엔	1등급	1,498,300원	1,520,700원

주: 1) 시설입소의 경우 등급별 그리고 시설 종류별로 1일 급여비를 정하고 있음. 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 참조

2) 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 급여를 이용하는 경우에 적용함

자료: 1) 三原 岳(2020b)

2) 가와사키(<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitih-koria.pdf>)

3) 보건복지부, 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」

32) 의료보험의 경우와 다름. 의료보험 진료와 의료보험 외 진료를 조합한 경우 보험진료 부분까지 전액본인부담이 됨. 즉, 원칙적으로 혼합진료는 금지되어 있음. 일부 선진의료(先進医療) 등에 한하여 인정 ‘환자신청요양’(『患者申出療養』)이라고 하는 구조가 도입되었으나, 이를 제외하고 원칙적으로 혼합진료는 금지되어 있음. ‘환자신청요양’ 부분은 전액본인부담하는 비급여에 해당한다고 할 수 있음

일본은 2006년 시설급여에 대한 개혁을 추진하면서 주거비와 식재료비를 본인부담으로 하였다. 그동안 재택서비스 이용자와 시설서비스 수급자의 부담에 차이가 있었다. 65세 이상 재택서비스 수급자의 경우 주거비와 식재료비를 본인 또는 가족이 지급한다. 그런데 시설서비스 수급자의 경우 주거비와 식재료비를 개호보험에서 급여로 지급하였다. 일본은 65세 이상 고령자의 개호보험 보험료를 연금에서 공제한다. 따라서 시설서비스 이용자는 연금에서 공제된 보험료를 주거비와 식재료비의 형태로 되돌려 받는 것이라는 지적이 있었다. 이러한 사회보장의 중복문제를 해소하기 위하여 주거비와 식재료비를 전액본인 부담으로 하고 있다.³³⁾

나. 비교 평가

일본은 장기요양비용의 전체를 보장하는 정책을 선택하고 있고, 우리나라는 저보험료·저급여 정책을 선택하고 있다고 볼 수 있다. 우리나라와 일본의 월 이용한도액은 차이가 있다.³⁴⁾ 재가급여의 경우 일본은 요개호5등급이 414만 원(2021년 9월 환율 기준) 수준이고, 우리나라는 152만 원 수준으로 물가수준 및 소득수준의 차이가 있다고 해도 일본의 보장 한도가 높게 설정되어 있다고 할 수 있다. 장기요양(개호)의 경우 동일한 증상이나 질병, 요양필요도를 보이더라도 그 개인의 생활환경이나 취향, 가족 상황, 주거 환경에 따라 요구되는 바가 다르기 때문에 장기요양(개호) 요구 정도 및 내용도 차이가 생긴다. 따라서 일본의 개호보험은 장기요양(개호) 요구 정도가 높은 사람을 기준으로 이용 한도를 설정하고 있다.³⁵⁾ 일본은 이용량 부족에 따른 소비자 불만이 적게 발생할 수 있고 우리나라는 많이 발생할 수 있는 구조인 것이다.

한편, 일본이 높은 이용한도를 설정하고 있더라도 요양서비스를 한도보다 적게 이용하는 경우가 많다. 실제로 요개호5등급의 경우 한도액을 모두 사용한 비율은 65.6% 정도이고, 요지원1의 경우는 26.7%에 불과하다. 높은 이용한도에 따른 보험료 부담이 크지 않을 수 있는 것이다(〈표 II-9〉 참조).

33) 三原 岳(2020b)

34) 의료보험은 의료기관에서 진단·치료를 받으면 질병이나 부상은 치료되면서 상황은 종결되기 때문에 이용 한도를 정하지 않음. 이와는 달리 노인장기요양(개호)보험은 수급자로 인정을 받은 후 서비스를 계속 이용하는 경향이 있기 때문에 재정과 인력의 제약조건을 고려하면 보험급여에서 상한을 설정하지 않을 수 없음

35) 三原 岳(2020b)

〈표 II-9〉 개호보험 한도액 이용률

(단위: %)

요지원1	요지원2	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
26.7	21.1	44.4	53.0	58.0	61.8	65.6

자료: 三原 岳(2020b)

우리나라는 상급침실 이용에 따른 추가비용을 전액본인부담으로 하고 있고, 일본은 모든 주거비를 전액본인부담으로 하고 있다. 우리나라는 일반침실 주거비의 일부를 보장하고 있고 일본은 주거비를 보장하고 있지 않는 것이다.

Ⅲ

장기요양서비스 공급체계

1. 공급체계

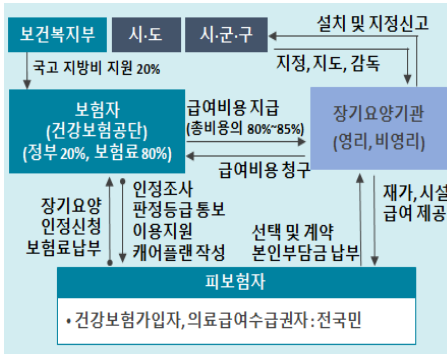
가. 장기요양서비스 이용 절차

1) 한국

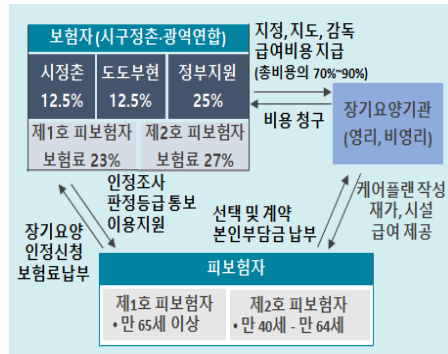
우리나라 장기요양서비스 이용절차는 장기요양서비스가 필요한 사람이 장기요양인정신청서를 공단에 제출하면서 시작된다. 신청서를 접수한 공단이 신청인에 대한 조사를 실시하고 조사결과를 등급 판정위원회에 전달한다. 등급 판정위원회는 신청인이 신청서를 제출한 날부터 30일 이내에 장기요양등급을 판정한다. 공단은 그 판정 결과에 따라 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용을 포함하는 장기요양인정서, 월 한도액 범위 안에서 이용할 수 있도록 하는 표준장기요양이용계획서를 작성하여 신청인에게 송부한다. 인정받은 신청인(수급자)는 표준장기요양이용계획서를 고려하여 희망에 따라 지방자치단체가 지정·감독하고 있는 장기요양기관(재가급여, 시설급여 제공)을 선택하고, 장기요양서비스의 이용에 관한 계약을 하여, 재가급여 또는 시설급여를 받는다. 이용 후에 수급자는 본인일부부담금 및 비급여본인부담금을 장기요양기관에게 지급한다. 장기요양기관은 본인일부부담금을 제외한 급여비용을 보험자에게 청구한다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조).³⁶⁾

36) 건강보험공단(a)

〈그림 III-1〉 우리나라 운영체계



〈그림 III-2〉 일본 운영체계



2) 일본

일본은 개호가 필요한 사람이 개호필요(지원필요) 인정 신청서를 시구정촌의 창구에 제출하면서 시작된다. 각 지방자치단체에 설치되어 있는 지역포괄지원센터³⁷⁾ 등이 신청을 대행하는 것이 가능하다.³⁸⁾ 신청이 접수되면 시구정촌이 조사하고 심사하여 개호필요 정도를 판정한다. 시구정촌이 판정결과를 신청자에게 통지(신청일로부터 30일 이내)하면 재택서비스 인정통지를 받은 신청자(수급자)는 본인이 혹은 케어매니저³⁹⁾가 근무하는 재택개호지원사업소와 계약한 후 케어매니저와 함께 개호서비스계획(케어플랜)을 작성하여 계획에 따라 개호서비스를 이용한다. 그리고 케어매니저의 소개를 받아 그 외의 필요한 개호서비스사업소와 계약을 한다.

37) 지역포괄지원센터는 2006년 제도개혁을 하면서 창설되었음. 이것은 고령자가 거주하는 지역에서 장기요양이 필요한 상태에 있는 고령자의 요구나 상태의 변화에 대응한 보건·의료·복지 등 필요서비스를 종합적으로 제공하는 기관임. 필요한 경우 개호에 관한 상담을 할 수 있고 개호서비스 혹은 그 외의 다양한 지원을 받을 수 있도록 신청 절차를 도와줌. 그리고 지원필요1, 2등급에 대한 개호예방서비스 계획의 작성, 개호예방 매니지먼트, 케어매니지먼트 기능을 가진 그 지역의 중추적인 기관임. 시구정촌이나 시구정촌이 위탁하는 조직에 의해 공적으로 운영되고 상담·지원은 무료임

38) 2006년 이전에는 일정 자격을 갖춘 사업자가 신청 및 인정조사대행을 실시할 수 있었음. 그런데 요개호도가 시구정촌이 실행하는 경우보다 높게 나타나 대행제도를 폐지하였음

39) 케어매니지먼트란 “수급자의 사회생활에서 여러 요구를 충족시키기 위해 적절한 사회자원과 연계절차의 총체”라고 정의할 수 있음. 목표는 (1) 의료, 심리, 복지 등 종합적인 접근 방식으로 이용자의 지역생활을 지원, (2) QOL(삶의 질) 향상, (3) 재원 컨트롤임. 케어매니저는 케어플랜의 작성뿐만이 아니라, 수급자 본인의 의사결정을 지원하기 위해 “평가 → 케어플랜 작성 → 서비스담당자 회의 → 지급관리 → 모니터링 → 평가” 업무를 수행함(三原 岳 2020c)

시설급여수급자는 시설을 선택하고 그 시설에서 케어플랜을 작성한 후에 시설급여를 받는다. 이용 후 수급자는 본인부담금을 사업자에게 지급한다. 사업자는 수급자의 본인일부 부담금을 제외한 급여비용을 보험자에게 청구한다(〈그림 III-2〉 참조).⁴⁰⁾

3) 비교 평가

우리나라와 일본은 수급자 권익 증진을 위하여 수급자가 장기요양기관을 선택할 수 있도록 하고 있다. 두 나라는 장기요양보험제도 이전에는 행정조치의 일환으로 대상자를 지정된 장기요양기관(대체로 비영리사회복지법인)에 입소시켰다. 이것은 입소자의 선택권을 침해할 수 있다는 평가를 받고 있었다. 두 나라는 이러한 부정적 평가를 피하기 위하여 피보험자가 장기요양기관을 자유롭게 선택할 수 있도록 하였다.

절차상 우리나라 제도는 수급자 맞춤형 서비스를 제공하는 데 어려움이 있다. 일본은 재택서비스의 경우 수급자가 지방자치단체의 지원사업소 혹은 재택개호지원사업자의 케어매니저에게 의뢰하여 개호서비스계획(케어플랜)을 작성할 수 있도록 하고 있다. 우리나라는 공단이 개인별 표준장기요양이용계획서를 작성하여 송부하도록 하고 있다. 우리나라는 수급자와 상담 없이 표준장기요양이용계획서가 작성되고 있는 것이다(〈표 III-1〉 참조).

마지막으로, 일본은 케어매니저가 공급체계에서 케어플랜을 작성하는 등 중요한 역할을 담당하고 있다. 케어매니저가 시종일관 수급자를 관리하기 때문에 수급자는 큰 어려움 없이 서비스를 이용할 수 있다. 우리나라 케어매니저는 2008년 처음으로 도입된 직종으로 아직까지 간호사와 사회복지사 등 비슷한 직업군에서 일을 하던 사람들이 주로 종사하고 있다.⁴¹⁾ 우리나라 케어매니저는 장기요양서비스에 필요한 직무를 전체적으로 관리하는 일본의 케어매니저의 역할과 차이가 있다.

40) 三原 岳(2020d)

41) 정민영·손명동·박천규(2009)

〈표 Ⅲ-1〉 한·일 장기요양서비스 이용절차 비교

단계	일본	한국
1단계 (인정신청)	• 시구청촌의 창구에서 '개호 필요(지원필요) 인정'을 신청 • 지역포괄지원센터 등에서 신청을 대행 가능	• 신청자는 공단에 장기요양인정 신청
2단계 (등급 판정)	• 시구청촌의 조사원이 각 가정을 방문하여 심신의 상황에 대해 본인이나 가족에게 질문하는 등의 방식으로 조사 • 인정조사의 결과와 주치의의 의견서를 바탕으로 '개호 인정심사회'에서 등급 판정 • 개호필요1~5등급 또는 지원필요1, 2등급	• 공단은 조사한 인정조사결과 및 의사소견서 등을 참고하여 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 등급 판정기준에 따라 등급 판정
3단계 (결과통지)	• 신청일로부터 30일 이내에 시구청촌에서 인정 결과 통지	• 공단이 장기요양등급을 받은 자에게 장기요양 인정서 및 표준장기요양이용계획서 작성·송부
4단계 (케어플랜 작성)	• 재택: 재택 개호지원 사업자와 계약한 후, 그 사업자의 케어매니저에게 의뢰하여 이용할 서비스를 결정하고 개호 서비스 계획(케어플랜)을 작성 • 시설입소: 희망시설에 직접신청 • 지원필요1, 2등급: 지역포괄지원센터 등에서 담당자가 개호예방서비스 계획을 작성	• 3단계에서 공단이 표준장기요양이용계획서를 일괄 작성
5단계 (이용)	• 케어플랜에 입각한 재택 서비스나 시설 서비스를 이용	• 수급자는 표준장기요양이용계획서를 고려하여 희망에 따라 장기요양기관을 선택하고 장기요양급여를 받음

자료: 1) 건강보험공단(a)

2) 三原 岳(2020a)

2. 보험자

가. 보험자

1) 한국

우리나라 보험자는 전국 유일 기관인 공단이다. 피보험자가 장기요양기관에서 장기요양 서비스를 이용하면 보험자가 재원을 조달하여 그 비용의 일부 혹은 전부를 보조해준다. 그리고 수급자에 대한 장기요양급여 관련 등급 평가 및 표준장기요양이용계획서 작성 등 이용지원, 재가 및 시설급여비용의 심사 및 지급, 장기요양사업에 관한 조사, 연구 및 홍보, 노인성질환예방사업 등을 관장하고 있다.

장기요양기관을 지정·지도·감독하는 곳은 지방자치단체이다. 지방자치단체가 장기요양 기관을 지정하면 지체 없이 공단에 통보하도록 하고 있다.

2) 일본

일본 개호보험의 보험자는 지방자치단체인 시구정촌이다. 시구정촌이 재원을 조달하고 피보험자가 장기요양기관에서 장기요양서비스를 이용하면 그 비용의 일부 혹은 전부를 보조해준다. 그리고 시구정촌이 우리나라 보험자가 수행하는 업무(표준장기요양이용계획서 작성 제외)를 수행하고 장기요양기관의 지정·지도·감독을 병행하여 수행한다.⁴²⁾

3) 비교 평가

우리나라는 단일 보험자 시스템이고, 일본은 다수 보험자 시스템이다. 우리나라는 건강보험과의 중복 업무를 피하면서 전국에 걸쳐 일관성 있고 효율적인 관리가 가능하다는 장점이 있다. 그러나 지방자치단체의 역할이 줄어들어서 일본의 지역밀착형서비스와 같은 서비스를 제공하기에는 불리한 구조이다.

두 나라의 주요 차이는 일본은 보험자와 지방자치단체가 동일한 반면, 우리나라는 다르다

42) 장세철·김경민(2009)

는 점이다. 우리나라는 장기요양기관 지정·지도·감독 주체와 평가 주체가 다르고 일본은 동일한 것이다. 우리나라는 장기요양기관을 관리하여 서비스의 질을 개선하기 위해서는 지정·지도·감독 권한 없이 보험자의 역할이 실효성 있게 작용할 수 있도록 할 필요가 있는 상황이다.⁴³⁾

나. 재원조달

1) 한국

보험자의 주요 역할 중의 하나는 재원조달에 있다. 공단은 정부 지원과 보험료 징수를 통해서 재원을 조달한다. 정부는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 20%에 상당하는 금액을 공단에 지원하고 있다. 그리고 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담한다.⁴⁴⁾

장기요양보험료는 건강보험제도의 보험료 부과체계를 그대로 활용하여 산정하고 건강보험료와 합산하여 징수한다. 장기요양보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율을 곱하여 산정된다. 즉, 2021년 건강보험료율 6.86% × 장기요양보험료율 11.52% = 소득 대비 요율 0.79%로 산정된다.⁴⁵⁾

2) 일본

일본의 보험자는 정부보조와 보험료로부터 재원을 조달한다. 개호급여를 위해 필요한 재원의 25%는 중앙정부, 25%는 지방정부(시정촌 12.5%, 도도부현 12.5%)에서 제공하며, 50%는 보험료(2021년 제1호 피보험자 보험료 23%, 제2호 피보험자 보험료 27%)로부터 조달한다.

43) 최재성·이상우(2014)

44) 「노인장기요양보험법」 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등)는 국가는 노인성질환예방사업을 수행하는 지방자치단체 또는 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단(이하, “공단”이라 함)에 대하여 이에 소요되는 비용을 지원할 수 있도록 하고 있음

45) 보건복지부 보도자료(2020. 9. 8), “21년 장기요양보험료율 11.52%, 세대 평균 보험료 1,787원 증가”

만 65세 이상의 자(제1호 피보험자)와 40세 이상 65세 미만의 자(제2호 피보험자)는 보험료의 징수 방법이 다르다. 제1호 피보험자의 경우 시구정촌 혹은 특별연합구가 연금으로부터 만 65세에 도달하는 월부터 공제하여 징수한다. 65세 이상의 자가 재해·소득 감소 등으로 인해 개호보험료의 납부가 어려운 경우에는 개호보험료를 감면받을 수 있다. 또한 신종 코로나 바이러스 감염증의 영향으로 인해 수입이 감소한 경우에도 개호보험료를 감면받을 수 있다. 제2호 피보험자의 경우 공공 건강보험공단이 만 40세가 되는 달부터 공공 건강보험료와 합산해서 징수한다.⁴⁶⁾

그리고 지방자치단체별로 보험료 수준이 다르다. 소득수준이 높을수록 부담액이 커지는 구조로 되어 있는데 그 소득수준별 보험료 격차가 지방자치단체별로 다르다.⁴⁷⁾

3) 비교 평가

한·일의 재원조달 방법을 비교해보면 정부지원, 보험료를 재원으로 하여 구성은 동일하다고 할 수 있다. 그런데 일본은 정부 지원이 50%에 달하고 결과적으로 피보험자가 납부하는 보험료가 차지하는 비중은 50%이다. 우리나라는 중앙정부의 지원이 20%이고 나머지는 보험료로부터 조달된다. 우리나라가 일본보다 피보험자의 보험료 부담 비중이 다소 크게 편성되어 있는 것이다.

우리나라는 65세 이상자와 미만자에 대한 보험료 징수 방법에 차이가 없다. 일본은 65세 이상자에 대해서는 연금에서 공제하여 65세 미만자와 다른 방법으로 징수하고 있다.

46) 가와사키(<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitih-koria.pdf>)

47) 三原 岳(2020b)

3. 피보험자

가. 적용 대상 및 수급 요건

1) 한국

[급여 적용 대상자] 우리나라 노인장기요양보험의 급여를 받을 수 있는 사람은 장기요양보험 가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자를 포함한 “노인등”이다.⁴⁸⁾ 이때 “장기요양보험 가입자”는 「국민건강보험법」에 따른 건강보험가입자(국내에 거주하는 국민 또는 피부양자)이며,⁴⁹⁾ “의료급여수급권자”는 「의료급여법」에 따른 수급권자이다. 국민건강보험은 의료급여수급권자를 포함하고 있지 않지만 노인장기요양보험은 포함하고 있는 것이다. 그리고 “노인등”이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병⁵⁰⁾을 가진 자를 말한다.⁵¹⁾

[수급 요건] 노인장기요양보험의 급여를 받기 위해서 만 65세 이상인 자는 6개월 이상 혼자서는 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급 판정위원회에서 1~5등급 혹은 인지기원 등급으로 장기요양인정을 받아야 한다. 만 65세 미만인 자는 그 상태가 노화에 기인하는 특정 질병에 의해 발생한 경우 장기요양인정 등급을 받아 급여를 받을 수 있다.

2) 일본

[급여 적용 대상자] 일본 개호보험의 급여 적용 대상자는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자가 있다. 제1호 피보험자의 대상자는 65세 이상의 자이며, 제2호 피보험자의 대상자는 만 40세 이상 만 65세 미만의 공공 의료보험가입자이다. 만 40세가 되면 자동으로 자격을

48) 「노인장기요양보험법」 제12조(장기요양인정의 신청자격)

49) 「노인장기요양보험법」 제7조(장기요양보험)

50) 「노인장기요양보험법 시행령」 [별표 1]: 가. 알츠하이머병에서의 치매, 나. 혈관성 치매, 다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매, 라. 상세불명의 치매, 마. 알츠하이머병, 바. 지주막하출혈, 사. 뇌내출혈, 아. 기타 비외상성 두개내출혈, 자. 뇌경색증, 차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중, 카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 파. 기타 뇌혈관질환, 하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 거. 뇌혈관질환의 후유증, 너. 파킨슨병, 더. 이차성 파킨슨증, 러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증, 머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환, 베틀. 중풍후유증, 서. 진전(震顫)

51) 「노인장기요양보험법」 제2조(정의) 제1호

취득하며, 만 65세가 되면 자동으로 제1호 피보험자로 전환된다.⁵²⁾

[수급 요건] 일본은 제1호 피보험자가 ‘개호필요1~5등급’ 또는 ‘지원필요1, 2등급’으로 분류되면 급여를 받을 수 있다. 제2호 피보험자는 개호필요(지원필요) 상태에 해당하는 자이어야 하고 동시에 그 상태가 노화에 기인하는 특정 질병에 의해 발생한 경우 급여를 받을 수 있다.⁵³⁾

3) 비교 평가

한·일 간의 급여 적용대상자(피보험자)를 비교해보면 일본은 제2호 피보험자를 만 65세 미만부터 만 40세 이상의 연령을 대상으로 하고 있고, 우리나라는 만 65세 미만 전국민을 대상으로 하고 있다는 차이가 있다. 일본은 실제 서비스의 수혜는 고령자가 아니더라도 만 40세 이상이 되어야 이루어진다는 점을 강조하여 40세 미만을 제외하였다. 우리나라는 장기요양의 문제를 사회의 연대책임 문제로 보고 이 제도에 소요되는 비용은 국민 전체가 부담해야 한다는 논리로 연령대상을 넓게 하고 있다(〈표 III-2〉 참조).

〈표 III-2〉 한·일 피보험자 비교

구분	일본		한국	
	만 65세 이상 (제1호 피보험자)	만 40세~만 64세 (제2호 피보험자)	65세 이상	65세 미만
대상	65세 이상	만 40세 이상 만 65세 미만으로 의료보험 가입자	65세 이상 국건강보험가입자 및 의료급여 수급권자	65세 미만 국민건강보험가입자 및 의료급여 수급권자
수급 요건	- 개호필요 상태 (1~5등급) - 지원필요 상태 (1, 2등급)	개호필요(지원필요) 상태가 노화에 기인하는 질병(특정 질병)에 의한 경우에 한정	2017년까지 1~5등급 판정을 받은 노인등 2018년부터 ‘인지지원(치매)등급’ 포함	치매 등 노인성질환을 가진 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자

52) 介護保険法施行規則, 第二章

53) 1) 介護保険法施行規則, 第三章

2) 가와사키(<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitiha-koria.pdf>)

〈표 Ⅲ-2〉 계속

구분	일본		한국	
	만 65세 이상 (제1호 피보험자)	만 40세~만 64세 (제2호 피보험자)	65세 이상	65세 미만
보험료	시정촌과 특별구가 징수(원칙상 만 65세부터 연금에서 공제)	건강보험료와 합산해서 징수 (원칙상 사업주가 1/2을 부담) 만 40세가 되는 달부터 징수	의료보험료와 합산해서 징수	의료보험료와 합산해서 징수

자료: 1) 介護保険法施行規則

2) 가와사키(<https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitiha-koria.pdf>)

3) 「노인장기요양보험법」 제12조(장기요양인정의 신청자격)

나. 수급자 현황

우리나라 급여수급자는 2019년 732,181명으로 나타났고, 최근 3년간 연평균 12.1% 증가율을 보이고 있다. 수급자 1인당 월평균 급여비는 2019년 1,284,256원으로 나타났고, 최근 3년간 연평균 6.4% 증가율을 기록하였다. 수급자 및 1인당 급여비가 급증하고 있어서 보험료의 상승 압력이 있을 것으로 판단된다(〈표 Ⅲ-3〉 참조).

〈표 Ⅲ-3〉 노인장기요양보험 수급자 현황

구분	2016	2017	2018	2019	평균증가율
급여이용수급자(명)	520,043	578,867	648,792	732,181	12.1%
급여제공일수(만 일)	10,997	12,292	13,593	15,434	12.0%
급여이용수급자 1인당 월평균 급여비(원)	1,067,761	1,103,129	1,208,942	1,284,256	6.4%
급여이용수급자 1인당 월평균 공단부담금(원)	942,415	975,496	1,077,291	1,159,922	7.2%

주: 급여제공 일수는 같은 날짜에 여러 번 장기요양서비스를 제공받을 경우 하루로 계산함

자료: 건강보험공단, 각 연호

4. 장기요양기관

가. 장기요양기관 종류 및 현황

1) 한국

가) 장기요양기관 종류

장기요양기관은 「노인장기요양보험법」에 의거하여 지정된다.⁵⁴⁾ 동 법 제31조는 장기요양기관으로 지정을 받을 수 있는 시설을 “「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설 중 대통령령으로 정하는 시설”로 한정하고 있다. “「노인복지법」 제31조에서 규정한 노인복지시설”은 1. 노인주거복지시설, 2. 노인의료복지시설, 3. 노인여가복지시설, 4. 재가노인복지시설, 5. 노인보호전문기관, 6. 노인일자리지원기관, 7. 학대피해노인 전용쉼터가 있다. 이들 7가지 중에서 “대통령령으로 정하는 시설”이란 「노인장기요양보험법 시행령」 제14조(장기요양기관의 지정 대상)에 따르면 노인의료복지시설(「노인복지법」 제34조) 및 재가노인복지시설(같은 법 제38조)을 말한다. 즉, 노인장기요양보험의 급여를 제공하는 장기요양기관은 노인의료복지시설(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정)⁵⁵⁾ 그리고 재가노인복지시설(방문요양서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 그 밖의 보건복지부령이 정하는 서비스를 목적으로 하는 시설)을 말한다(〈표 III-4〉 참조).

54) 「노인장기요양보험법」 제31조(장기요양기관의 지정)은 재가급여 또는 시설급여를 제공하는 장기요양기관을 운영하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 장기요양에 필요한 시설 및 인력을 갖추어 소재지를 관할 구역으로 하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 지정을 받도록 하고 있음

55) “1. 노인요양시설: 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
2. 노인요양공동생활가정: 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설”

〈표 Ⅲ-4〉 우리나라 노인복지시설 종류

복지시설 종류	세부 유형	주요 서비스 내용	대상자
노인주거복지시설 「노인복지법」 제32조 : 일상생활에 지장이 없는 노인 입소	양로시설	노인을 입소시켜 급식 및 편의 제공	65세 이상 기초수급권자, 부양받지 못하는 65세 이상의 자, 저소득 65세 이상의 자, 전액수납 양로시설 또는 노인공동생활가정의 경우 60세 이상의 자
	노인공동생활가정	노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식 및 편의 제공	
	노인복지주택	주거시설을 임대하여 주거 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 제공	독립 주거 지장 없는 60세 이상
노인의료복지시설 「노인복지법」 제34조 : 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애 발생 노인 입소	노인요양시설	급식·요양과 편의 제공	장기요양급여수급자, 65세 이상 기초수급권자, 전액수납 양로시설 또는 노인요양공동생활가정의 경우 60세 이상
	노인요양 공동생활가정	가정과 같은 주거여건(소규모 시설)과 급식·요양과 편의 제공	
노인여가복지시설 「노인복지법」 제36조 : 건강한 60세 이상의 자	노인복지관	노인의 교양·취미생활 및 사회참여활동 등	60세 이상의 자
	경로당	자율적으로 친목도모·취미활동·공동작업장 운영 등	
	노인교실	취미생활·노인건강유지·소득보장 기타 학습프로그램을 제공	
재가노인복지시설 「노인복지법」 제38조 : 신체적·정신적 장애 있는 65세 이상 재가 노인 혹은 60세 이상의 전액 수납 시설 (양로시설 또는 노인공동생활가정 등) 입소자	방문요양서비스	필요한 각종 편의를 방문하여 제공	가정에서 보호 필요자
	방문목욕서비스	방문하여 목욕을 제공	가정에서 목욕 필요자
	방문간호서비스	방문하여 간호	가정에서 간호 필요자
	주·야간보호 서비스	부득이한 사유로 가족보호를 받을 수 없는 노인 주·야간 보호	주야간 보호 필요자
	단기보호서비스	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 노인 입소 보호	단기 입소 보호 필요자
	복지용구지원 서비스	복지용구 지원	복지용구 필요자
	재가노인지원 서비스	위 6가지 외의 상담교육, 정보 제공 및 각종서비스	각종 서비스 필요자

주: 이외에 「노인복지법」 제31조에서 규정한 노인복지시설은 노인보호전문기관, 노인일자리지원기관, 학대피해노인 전용쉼터가 있음

자료: 1) 「노인복지법」 제31조

2) 보건복지부(a)

나) 장기요양기관 수 현황

2020년 우리나라 방문요양시설은 2,656개소, 주·야간보호시설은 2,321개소로 6개 재가 노인복지시설 중에서 이들이 큰 비중을 차지한다. 방문요양시설은 전년 대비 75.5%, 주·야간보호시설은 27.8% 증가하는 등 매년 큰 폭으로 증가하고 있다.

그리고 방문요양시설은 특성상 입소정원이 없고, 주·야간보호시설 입소정원은 2020년 전년 대비 36.8% 증가하는 등 매년 큰 폭으로 증가하고 있다.

2020년 우리나라 노인요양시설은 3,844개소, 노인요양공동생활가정은 1,881개소이다. 노인요양시설 수는 2020년 전년 대비 6.9% 증가하는 등 매년 지속적으로 증가하고 있는 반면, 노인요양공동생활가정은 -2.7% 증가하는 등 지속적으로 감소하는 것으로 나타났다.

노인요양시설 총 입소정원은 2020년 전년 대비 7.1% 증가하는 등 매년 지속적으로 증가하고 있는 반면, 노인요양공동생활가정 총 입소정원은 -0.1% 증가하는 등 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다(표 III-5) 참조).

〈표 Ⅲ-5〉 우리나라 노인복지시설 현황 및 증가율

(단위: 개소, 명, %)

복지 시설 종류	세부 유형	2016		2017		2018		2019		2020	
		시설 수	입소 정원	시설 수	입소 정원	시설 수	입소 정원	시설 수	입소 정원	시설 수	입소 정원
노인 주거 복지 시설	소계	425	19,993	404	19,652	390	19,897	382	21,674	352	20,497
		-	-	-4.9%	-1.7%	-3.5%	1.2%	-2.1%	8.9%	-7.9%	-5.4%
	양로시설	265	13,283	252	12,562	238	12,510	232	13,036	209	11,619
	노인공동생활가정	128	1,062	119	1,092	117	998	115	954	107	953
	노인복지주택	32	5,648	33	5,998	35	6,389	35	7,684	36	7,925
노인 의료 복지 시설	소계	5,163	167,899	5,242	170,926	5,287	177,318	5,529	190,820	5,725	203,075
		-	-	1.5%	1.8%	0.9%	3.7%	4.6%	7.6%	3.5%	6.4%
	노인요양시설	3,136	150,025	3,261	153,785	3,390	160,594	3,595	174,015	3,844	186,289
		-	-	4.0%	2.5%	4.0%	4.4%	6.0%	8.4%	6.9%	7.1%
	노인요양공동생활 가정	2,027	17,874	1,981	17,141	1,897	16,724	1,934	16,805	1,881	16,786
		-	-	-2.3%	-4.1%	-4.2%	-2.4%	2.0%	0.5%	-2.7%	-0.1%
노인 여가 복지 시설	소계	66,787	0	67,324	0	68,013	0	68,413	0	69,005	0
		-	-	0.8%	-	1.0%	-	0.6%	-	0.9%	-
	노인복지관	350	0	364	0	385	0	391	0	398	0
	경로당	65,044	0	65,604	0	66,286	0	66,737	0	67,316	0
	노인교실	1,393	0	1,356	0	1,342	0	1,285	0	1,291	0
재가 노인 복지 시설	소계	3,168	24,709	3,216	28,898	3,494	34,642	4,821	53,831	7,212	73,595
		-	-	1.5%	17.0%	8.6%	19.9%	38.0%	55.4%	49.6%	36.7%
	방문요양서비스	1,009	0	1,001	0	1,051	0	1,513	0	2,656	0
		-	-	-0.8%	-	5.0%	-	44.0%	-	75.5%	-
	주·야간 보호서비스	1,086	23,767	1,174	27,934	1,312	33,815	1,816	53,087	2,321	72,639
		-	-	8.1%	17.5%	11.8%	21.1%	38.4%	57.0%	27.8%	36.8%
	단기보호서비스	95	942	80	964	73	827	78	744	73	956
		-	-	-15.8%	2.3%	-8.8%	-14.2%	6.8%	-10.0%	-6.4%	28.5%
	방문목욕서비스	588	0	609	0	650	0	942	0	1,596	0
	방문간호서비스	0	0	10	0	0	0	60	0	95	0
	복지옹구지원 서비스	0	0	0	0	0	0	0	0	86	0
	재가노인지원 서비스	390	0	342	0	0	0	412	0	385	0

주: 이외에 「노인복지법」 제31조에서 규정한 노인복지시설은 노인보호전문기관(「노인복지법」 제39조의5), 노인일자리지원기관, 학대피해노인 전용쉼터(「노인복지법」 제39조의19)가 있음

자료: 보건복지부(a)

2) 일본

가) 장기요양기관의 종류

일본은 장기요양기관을 급여 중심으로 분류하고 있다. 개호예방서비스사업소, 지역밀착형개호예방서비스사업소, 개호예방지원사업소(지역포괄지원센터), 재택서비스사업소, 지역밀착형서비스사업소, 재택개호지원사업소, 공적 개호보험시설로 분류하고 있다.⁵⁶⁾ 이 분류 체계에서는 특정시설입소자생활개호(유료노인홈, 개호형저비용(輕費)노인홈)이 시설단위로 나타나지 않아 본 보고서는 별도로 조사하였다.

나) 장기요양기관 수 현황

① 급여 종류별 현황

2019년 가장 많은 수의 장기요양기관이 재택서비스사업소(117,953개소)이고, 가장 적은 것은 지방자치단체를 중심으로 설치한 개호예방지원사업소(5,199개소)이다.

2017년부터 2019년까지 연평균 장기요양기관 수의 전체적 추세를 보면 간호 및 복합적 서비스를 제공하는 기관은 증가하고 목욕, 치매대응서비스 등 단일 서비스만을 제공하는 기관은 감소하는 추세에 있다. 특징적인 사항 몇 가지를 설명하면 다음과 같다.

재택서비스사업소 수는 소폭으로 증가(0.5%)한 가운데 방문간호스테이션이 큰 폭으로 증가(6.0%)하였고, 방문목욕개호가 큰 폭으로 감소(-5.2%)하였다.

지역밀착형서비스사업소 수는 소폭으로 증가(0.4%)한 가운데 복합형(간호소규모다기능형재택개호)(23.1%) 및 정기순회·수시대응형방문개호간호(8.9%)가 큰 폭으로 증가하였고, 치매대응형통원개호가 소폭으로 감소(-2.1%)하였다.

공적 개호보험시설 수는 소폭으로 증가(0.9%)한 가운데 2018년 처음으로 개설된 개호의료원이 큰 폭으로 증가(295.2%)하였고, 개호요양형의료시설이 큰 폭으로 감소(-16.5%)하였다(표 III-6 참조).

56) 厚生労働省(2020)

〈표 III-6〉 일본 장기요양기관 수 현황

(단위: 개, %)

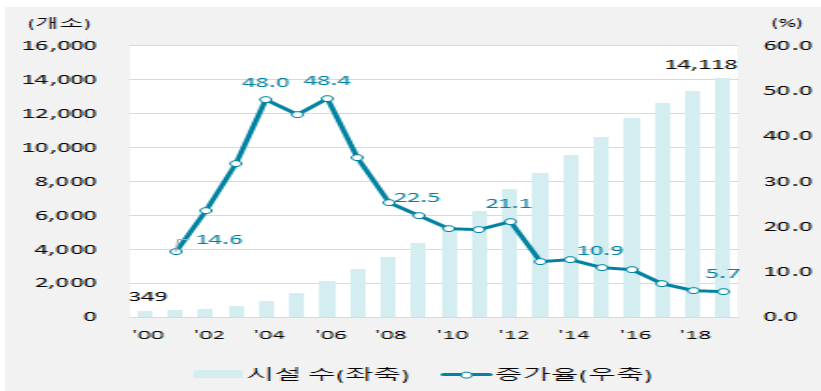
구분	급여종류	2017	2018	2019	평균 증가율
개호예방 서비스 사업소	개호예방방문목욕개호	1,865	1,715	1,626	-6.6
	개호예방방문간호스테이션	10,133	10,654	11,301	5.6
	개호예방통원재활	7,837	8,062	8,226	2.5
	개호예방단기입소생활개호	10,729	10,906	11,037	1.4
	개호예방단기입소요양개호	5,223	5,182	5,101	-1.2
	개호예방특정시설입주자생활개호	4,657	4,816	4,917	2.8
	개호예방복지용구대여	7,948	7,773	7,549	-2.5
	특정개호예방복지용구판매	8,043	7,830	7,597	-2.8
	소계	56,435	56,938	57,354	0.8
지역밀착형 개호예방 서비스 사업소	개호예방치매대응형통원개호	3,849	3,754	3,664	-2.4
	개호예방소규모다기능형재택개호	4,842	4,972	5,017	1.8
	개호예방치매대응형공동생활개호	12,952	13,251	13,384	1.7
	소계	21,643	21,977	22,065	1.0
개호예방지원사업소(지역포괄지원센터)		5,020	5,147	5,199	1.8
재택서비스 사업소	방문개호	35,311	35,111	34,825	-0.7
	방문목욕개호	1,993	1,885	1,790	-5.2
	방문간호스테이션	10,305	10,884	11,580	6.0
	통원개호(데이서비스)	23,597	23,861	24,035	0.9
	통원재활(데이케어)	7,915	8,142	8,318	2.5
	단기입소생활개호	11,205	11,434	11,566	1.6
	단기입소요양개호	5,359	5,316	5,230	-1.2
	특정시설입소자생활개호	5,010	5,198	5,328	3.1
	복지용구대여	8,012	7,866	7,651	-2.3
	특정복지용구판매	8,072	7,862	7,630	-2.8
	소계	116,779	117,559	117,953	0.5
지역밀착형 서비스 사업소	정기순회·수시대응형방문개호간호	861	975	1,020	8.9
	야간대응형방문개호	217	221	228	2.5
	지역밀착형통원개호	20,492	19,963	19,858	-1.6
	치매대응형통원개호	4,146	4,065	3,973	-2.1
	소규모다기능형재택개호	5,342	5,469	5,502	1.5
	치매대응형공동생활개호	13,346	13,618	13,760	1.5
	지역밀착형특정시설입주자생활개호	320	328	352	4.9
	복합형(간호소규모다기능형재택개호)	390	512	588	23.1
	지역밀착형개호노인복지시설	2,158	2,314	2,359	4.6
	소계	47,272	47,465	47,640	0.4
재택개호지원사업소		41,273	40,956	40,118	-1.4
공적 개호보험 시설	개호노인복지시설	7,891	8,097	8,234	2.2
	개호노인보건시설	4,322	4,335	4,337	0.2
	개호의료원	n.a.	62	245	295.2
	개호요양형의료시설	1,196	1,026	833	-16.5
	소계	13,409	13,520	13,649	0.9

자료: 厚生労働省, 각 연호

② 유료노인홈

유료노인홈은 2005년을 전후로 하여 빠르게 증가하였다. 2006년 전년 대비 48.4% 증가하였다(〈그림 III-3〉 참조). 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 2000년 개호보험제도 도입 당시에 개호보험제도는 민간영리사업자의 진출이 가능하도록 하였다. 둘째, 2006년 『노인복지법』은 개호형유료노인홈의 정원 요건을 폐지(10인 이상 요건 폐지)하였다. 셋째, 2006년 노인복지법은 개호형유료노인홈이 제공할 수 있는 급여성서비스를 확대하였다. 그 이전에는 식사 제공만 가능하였으나 그 이후에는 신체활동지원(식사수발, 배변, 목욕), 일상생활지원(조리, 세탁, 청소), 건강관리(간호)를 제공할 수 있도록 개정하였다. 2006년 개정 당시 식재료비는 비급여로 전환되었다. 마지막으로, 노인의 수요가 확대되고 있고 비교적 낮은 비용으로 입소할 수 있다.⁵⁷⁾

〈그림 III-3〉 일본 개호 관련 유료노인홈 시설 수 추이



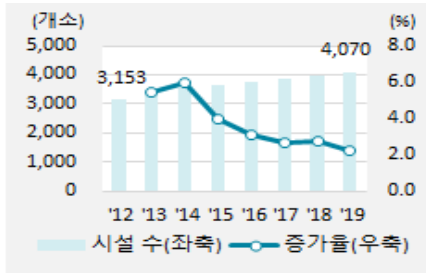
자료: 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8), 特定施設入居者生活介護(資料7), 厚生労働省

개호형유료노인홈보다 주택형유료노인홈이 다수를 차지하고 있다. 2019년 개호형유료노인홈 시설 수는 4,070개소이고, 주택형유료노인홈은 10,029개소로 약 2.5배에 이른다.

개호형유료노인홈 보다는 주택형유료노인홈이 빠르게 성장하고 있다. 2019년 전년 대비 개호형유료노인홈 시설 수는 2.3%, 주택형유료노인홈은 7.2% 증가하였다. 두 종류의 시설 모두 증가 추세는 둔화하고 있다(〈그림 III-4〉, 〈그림 III-5〉 참조).

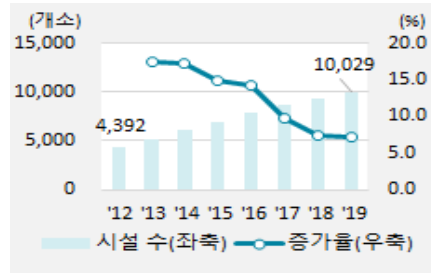
57) 厚生労働省(2021. 9. 13 검색), 有料老人ホーム開設の法的要件(https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan0000038009_1.pdf)

〈그림 Ⅲ-4〉 일본 개호형유료노인홈 추이



주: 개호형과 주택형은 후생노동성이 재계시한 통계임
자료: 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

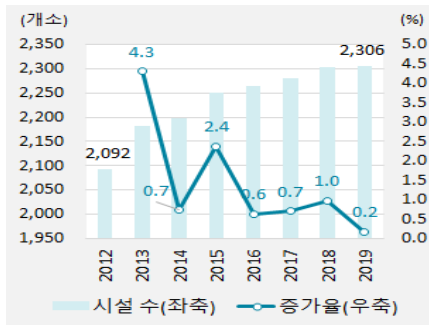
〈그림 Ⅲ-5〉 일본 주택형유료노인홈 추이



주: 개호형과 주택형은 후생노동성이 재계시한 통계임
자료: 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

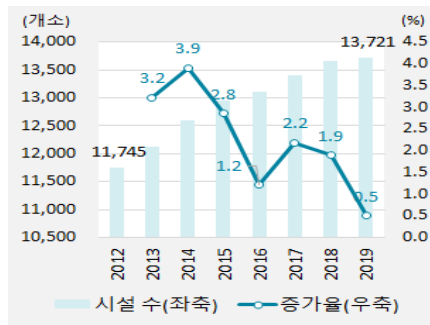
저비용노인홈 및 치매대응형공동생활개호시설 수는 증가 추세가 둔화되고 있는 것으로 나타났다. 지속적으로 증가율이 줄어들어 저비용노인홈은 2019년 전년 대비 0.2%, 치매 대응형공동생활개호시설은 0.5% 증가하는 데 그쳤다(〈그림 Ⅲ-6〉, 〈그림 Ⅲ-7〉 참조).

〈그림 Ⅲ-6〉 일본 저비용노인홈
(케어하우스) 추이



자료: 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

〈그림 Ⅲ-7〉 일본 치매대응형공동생활개호
(그룹홈) 추이



자료: 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

나. 시설 규모 기준 및 1시설당 정원 현황

1) 한국

가) 규모 기준

[노인의료복지시설] 장기요양기관으로 지정을 받을 수 있는 노인의료복지시설의 시설기준은 「노인복지법」 시행규칙 제22조(노인의료복지시설의 시설기준등)에서 규정하고 있다.⁵⁸⁾ 동 시행규칙은 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준을 규정하고 있고 재가노인복지시설의 병설·운명을 할 수 있도록 하고 있다. 노인요양시설은 입소정원 10명 이상, 노인요양공동생활가정은 입소정원 5명 이상 9명 이하로 규정하고 있다. 그리고 노인의료복지시설의 설치에 관한 특례를 규정하고 있다.

“시설(노인의료복지시설) 설치자는 시설을 설치할 토지 및 건물의 소유권을 확보해야 하고, …… 이하 생략 ……”

동시에 동 규정은 정원 30명 미만의 노인요양시설의 경우에는 예외 규정을 두고 있다.

“입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는 노인요양시설을 설치하는 경우, 보건복지부장관이 지정하여 고시하는 지역에 입소자 30명 미만의 노인요양시설을 설치하는 경우 …… 중략 …… 노인요양공동생활가정을 설치하는 경우에는 …… 중략 …… 타인 소유의 토지 및 건물을 사용하여 설치할 수 있다.”

즉, 정원 30인 미만 10명 이상 규모의 노인요양시설은 토지 및 건물의 소유권을 확보해야 할 강제조항을 회피할 수 있는 것이다. 이러한 규제는 대규모 노인요양시설의 설치를 제한하고 소규모 노인요양시설의 확산을 결과할 수 있다.

[재가노인복지시설] 장기요양기관으로 지정을 받을 수 있는 재가노인복지시설의 시설기준은 「노인복지법」 시행규칙 제29조(노인의료복지시설의 시설기준등)에서 규정하고 있

58) 「노인복지법」 시행규칙 [별표 4]: 「노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22조 제1항 관련)」

다.⁵⁹⁾ 동 규칙은 재가노인복지시설의 시설규모를 규정하면서 주·야간보호시설 및 단기보호시설의 경우에는 이용자 10명 이상일 경우와 미만일 경우를 구분하여 설비조건을 규정하고 있다. 하나의 재가노인복지시설에서 여러 가지 재가노인복지서비스(복지용구지원서비스는 제외)를 함께 제공할 수 있도록 하고 있으며 노인의료복지시설의 설치에 관한 특례의 경우와 달리 시설 설치자의 시설을 설치할 토지 및 건물의 소유권을 확보해야 할 강제조항을 두고 있지 않다.

나) 1시설당 입소정원 현황

우리나라 노인요양시설 1시설당 입소정원 규모는 크게 증가하고 있다고 할 수 없다. 2020년 1시설당 입소정원이 전년 대비 0.1% 증가에 그치는 등 큰 변화를 보이지 않고 있다. 토지 및 건물 소유권 확보 의무 조항 때문일 수 있다고 판단된다. 그리고 노인요양공동생활의 입소정원은 법규로 9명 이내로 정해져 있기 때문에 9명 가까운 수준에 머물러 있다.

주·야간보호시설 1시설당 입소정원은 2020년 전년 대비 7.1% 증가하는 등 매년 큰 폭으로 증가하고 있다. 소유권 확보 없이 임대차 계약으로 설치하는 것이 가능하기 때문일 수 있다고 판단된다.

단기보호시설 1시설당 입소정원은 규모가 작고 해마다 시설수의 등락을 보여 규모의 확대를 단정적으로 말할 수 없다(표 III-7) 참조).

59) 「노인복지법」 시행규칙 [별표 9]: 「재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제29조 제1항 관련)」

〈표 III-7〉 우리나라 장기요양기관 1시설당 입소정원 현황 및 증가율

(단위: 명, %)

종류	세부 유형	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
노인의료 복지시설	소계	32.5	32.6	33.5	34.5	35.5	-
		-	0.3	2.9	2.9	2.8	2.2
	노인요양시설	47.8	47.2	47.4	48.4	48.5	-
		-	-1.4	0.5	2.2	0.1	0.4
	노인요양공동생 활가정	8.8	8.7	8.8	8.7	8.9	-
		-	-1.9	1.9	-1.4	2.7	0.3
재가노인 복지시설	주·야간보호	21.9	23.8	25.8	29.2	31.3	-
		-	8.7	8.3	13.4	7.1	9.4
	단기보호	9.9	12.1	11.3	9.5	13.1	-
		-	21.5	-6.0	-15.8	37.3	9.2

자료: 보건복지부(a)

2) 일본

가) 규모 기준

일본에서 영리법인이 입소시설서비스를 제공하기 위해 설치할 수 있는 장기요양기관은 「특정시설입주자생활개호」시설이다. 여기에는 유료노인홈, 저비용노인홈이 포함된다. 유료노인홈에는 개호형, 주택형, 건강형(혹은 서비스형) 세 종류가 있다. 이 중에서 건강형은 개호가 필요 없는 사람들이 입소하므로 본 보고서에서는 설명을 제외한다.

개호형유료노인홈은 일상생활지원, 신체활동지원 및 간호서비스 모두를 제공한다. 개호형유료노인홈의 지정요건은 입소서비스 사업자와 개호(일상생활지원, 신체활동지원) 및 간호 사업자가 동일할 것을 요구하지 않는다. 개호형유료노인홈의 지정요건은 입소서비스와 개호 및 간호 등의 서비스를 동시에 제공하는지 여부에 있기 때문에 입소서비스 사업자와 개호 및 간호 사업자가 다르더라도 양자가 위탁 관계가 있고, 경영상의 일체성이 인정되는 시설에 대해서는 개호형유료노인홈으로 지정된다.

개호형유료노인홈은 입소정원 규모의 제한을 두지 않는다. 개호유료노인홈의 정의는 입

소 인원의 많고 적음에 의한 기준은 두고 있지 않다. 1명을 상대로 입소서비스와 개호 및 간호 등 서비스를 제공하면 개호형유료노인홈으로 분류된다. 2006년 이전에는 “10명 이상”이라는 기준이 있었지만, 2006년 개정에 의해 이 조항은 삭제되었다.⁶⁰⁾

주택형유료노인홈은 일상생활지원서비스만을 제공한다. 신체활동지원 및 간호서비스는 제공하지 않는다. 그런데 입소자가 필요한 경우 신체활동지원 및 간호서비스를 외부로부터 제공받을 수 있다. 이러한 경우 주택형유료노인홈은 개호형유료노인홈과 동일한 서비스를 제공할 수 있는 것이다. 실제로 주택형유료노인홈은 정원 29명 이하 규모로 운영되고 있다. 작은 규모로 모든 서비스를 제공할 수 있도록 제도가 설계되어 있는 것이다.

나) 1시설당 입소정원 현황

일본 1시설당 유료노인홈 입소정원 규모는 최근 4년간 일정하다. 개호형유료노인홈은 60명 수준이고 주택형은 29명에 머물러 있다. 이 통계는 실제로 등록한 사업소의 정원을 조사한 자료이다(〈표 III-8〉 참조).

참고로 특정시설입소자생활개호에 속하는 저비용노인홈(케어하우스)(41명) 및 치매대응형공동생활개호(그룹홈)(15명)의 경우도 정원규모의 변화가 나타나고 있지 않다.

〈표 III-8〉 일본 고령자 주거·시설 1시설당 입소정원 변화

(단위: 명)

연도	유료노인홈			저비용노인홈 (케어하우스)	치매대응형 공동생활개호 (그룹홈)
	개호형	주택형	개호관련 유료노인홈 (서비스형 제외)		
2019	60	29	38	41	15
2018	61	29	37	41	15
2017	61	29	36	41	15
2016	61	29	36	41	15
2015	61	28	36	42	15

자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020. 7. 8)

60) 社保審 - 介護給付費分科会(2020. 7. 8)

다. 비교 평가

우리나라의 노인장기요양보험제도와 일본의 개호보험제도는 공통으로 영리기업뿐만 아니라 공공기관 및 민간비영리조직 등 다양한 주체가 자유롭게 장기요양기관으로 참여할 수 있도록 하고 있다. 공공 부문이 필요한 장기요양시설을 모두 설치할 수 없었기 때문이다. 그리고 기업 간 경쟁 유도라는 시장원리를 도입하면 서비스 질을 높일 수 있을 것으로 보았기 때문이다.⁶¹⁾

우리나라와 일본의 차이점 중의 하나는 규모에 따른 규제 차이라고 할 수 있다. 우리나라는 노인요양시설(일본의 개호형유료노인홈)에 대해서 규모별 규제의 정도가 다르다. 정원 30명 이상의 규모를 가진 민간 노인요양시설은 시설 설치자가 토지 및 건물을 소유하여야만 하는 강제 조항의 적용을 받고 있고, 정원 30명 미만의 규모를 가진 노인요양시설은 그렇지 않다. 정원 30명 이상 규모의 시설 설치를 어렵게 하고 있는 것이다. 실제로 2020년 노인요양시설의 1시설당 입소정원은 48.5명으로 전년 대비 0.1% 증가하여 규모의 확대가 이루어지고 있다고 할 수 없다.

우리나라 재가노인복지시설은 그러한 강제 조항을 두고 있지 않다. 재가노인복지시설은 규모의 확대가 용이한 법적 환경에 놓여있는 것이다. 실제로 재가노인복지시설에 속하는 주·야간보호시설은 1시설당 정원규모가 7.1% 증가하여 규모의 확대가 빠르게 진행되고 있다고 할 수 있다.

일본은 규모의 차이에 따른 규제의 차이를 찾아보기 어렵다. 2006년 개정된 일본 노인복지법은 개호형유료노인홈의 정원 요건을 폐지(10인 이상 요건 폐지)하였다. 개호형유료노인홈은 규모에 관계없이 그리고 시설의 소유 여부와 관계없이 설비를 갖추고 개호서비스를 제공하면 사업자 지정을 받을 수 있다(표 III-9) 참조.⁶²⁾

그리고 방문개호사업소의 경우를 예를 들면, 심지어 사무실, 설비 및 비품 등을 반드시 사업자가 소유하고 있을 필요는 없고 대여 받고 있는 것으로도 무방하다.⁶³⁾

61) 三原 岳(2020f)

62) 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)

63) サービス付き高齢者向け住宅研究所(2021. 9. 13 검색), 訪問介護・介護予防訪問介護事業所開設の法的要件

〈표 Ⅲ-9〉 일본 유료노인홈 및 한국 노인의료복지시설 주요 시설기준 비교

일본		한국
개호형유료노인홈	주택형유료노인홈	노인의료복지시설
• 개호거실: 원칙 개인실, 개인 정보 보호의 배려, 간호를 실시 할 적당한 넓이, 지하에 마련하지 않는 등 • 임시간호실: 간호를 위해 적당한 넓이 • 욕실: 신체부자유자가 목욕하는 데 적합한 것 • 화장실: 거실이 있는 층마다 설치하고 비상설비 갖추 • 식당, 기능훈련실: 기능을 충분히 발휘할 수 있는 적당한 넓이 • 시설 전체: 이용자가 휠체어로 원활하게 이동 할 수 있는 공간과 구조	• 법령상의 규정은 없지만, 표준 지도 지침(국장통지) 이용 • 지침: 일반거실, 개호거실, 임시간호실은 개인실 원칙, 입주자 1인당 바닥 면적은 13 평방미터 이상 등	• 노인요양시설: 입소정원 10명 이상(입소정원 1명당 연면적 23.6㎡ 이상) • 노인요양공동생활가정: 입소정원 5명 이상 9명 이하(입소정원 1명당 연면적 20.5㎡ 이상) • 시설의 구조 및 설비는 일조·채광·환기 등 입소자의 보건위생과 재해방지 등을 충분히 고려해야 한다. • 복도·화장실·침실 등 입소자가 통상 이용하는 설비는 휠체어 등이 이동 가능한 공간을 확보해야 한다.
• 한국의 노인의료복지시설 설치에 관한 특례와 같은 규정을 찾아보기 어려움	• 한국의 노인의료복지시설 설치에 관한 특례와 같은 규정을 찾아보기 어려움	• 노인의료복지시설 설치에 관한 특례: 가. 시설 설치자는 시설을 설치할 토지 및 건물의 소유권을 확보해야 하고... 나. 입소자 30명 미만의 노인요양시설을 설치하는 경우 ... 노인요양공동생활가정을 설치하는 경우에는 요건을 갖춘 경우 타인 소유의 토지 및 건물을 사용하여 설치할 수 있다.

자료: 1) 社保審 - 介護給付費分科会(2020, 7. 8)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>

2) 「노인복지법」 시행규칙 [별표 4]: 「노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22조 제1항 관련)」

IV

보험회사의 진출 사례

1. 한국

가. 삼성노블카운티

1) 개요

2001년 삼성생명공익재단이 설립한 삼성노블카운티는 「노인복지법」을 따르는 노인주거 복지시설(양로시설) 및 노인의료복지시설(노인요양시설)을 병설한 형태이다. 삼성노블카운티 너싱홈이 노인요양시설에 해당한다. 2021년 현재 일상생활에 지장이 없는 노인이 입소하는 양로시설은 555세대이고, 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생한 노인이 입소하는 노인요양시설은 174베드를 설비하고 있다. 계약률은 모두 100%, 입주율은 99%이다(〈표 IV-1〉 참조).

〈표 IV-1〉 삼성노블카운티 시설 현황

구분	내용	구분	내용
토지	68,107평	양로시설	29,772평 555세대 (30, 36, 40, 46, 50, 56, 72평형, 프리미엄 형)
연면적	48,713평	노인요양시설	4,061평 174 베드(1, 2, 4인실)
건축물 수	5동	의료여가 편의시설	10,631평 (클리닉, 뇌 건강센터, 어린이집, 문화센터, 도서관, 편의점, 약국, 여행사, 중식당)
최대 총수	지상 20, 지하 3층	스포츠시설	3,964평 (수영장, 헬스, 사우나, 종합체육관, 골프연습장, 에어로빅, 스쿼시 등)
-	-	옥외시설	286평(연결통로 등)

양로시설은 입주 예정일 기준 만 60세 이상이면 입주가 가능하며, 부부세대인 경우 두 사람 중 한 명이 만 60세 이상이면 입주 가능하다. 입주보증금은 주거공간 및 부대시설(리빙프라자, 스포츠센터 등) 이용에 대한 보증금 성격으로 퇴소 시 계약 방식에 따라 반환된다. 계약기간은 입주 후 3년으로 재계약 시 입주 보증금은 변동될 수 있다. 월 생활비는 가사 서비스, 건강검진, 스포츠, 문화센터 등 부대시설 이용료(강습료 50% 할인)가 포함되어 있으며 월사용량과 매년 물가상승에 따라 변동된다.

양로시설 입소자 평균 연령은 2001년 개원 초기에 72세였는데 2020년 현재는 만 85세로 고연령화 되었다. 그리고 개원 초기에 연금생활자는 10% 정도였는데, 현재는 17%로 증가하였다.

노인요양시설은 만 65세 이상의 치매, 중풍 등 노인성 질환으로 일상생활 보조가 필요한 사람이 입주할 수 있다. 주거공간 및 부대시설 이용에 대해 납부하는 보증금을 납부해야 한다. 입주보증금은 퇴소 시 전액 반환된다. 월 생활비는 요양등급에 따라 차등 부과되며, 소모품비·의료비·식비(1인 90식 54만 원)는 별도로 부과된다. 1인실 월간 생활비는 605~784만 원(입주 보증금 1억 원), 2인실 442~519만 원(입주 보증금 7천만 원), 4인실 400~420만 원(입주 보증금 5천만 원)이다.

노블카운티에 입소한 이용자들은 노인장기요양보험으로부터 보험금을 받을 수 없다. 전액본인부담을 하고 있는 것이다. 정원 30인 이상 노인요양시설은 시설 설치자가 시설의 토지 및 건물을 소유하여야 하는데, 삼성노블카운티 너싱홈은 임대차 계약하여 운영하고 있기 때문이다.

노인요양시설 입소자 평균 연령은 2020년 현재 만 86세이다. 그리고 보유질환은 복합질환을 중복하여 계산하면 치매(86%), 뇌졸중(35%), 파킨슨·신경계(44%)이다.

2) 서비스

노인요양시설은 노인장기요양보험의 급여 및 비급여에 해당하는 서비스를 제공한다. 요양보호사가 신체활동 및 일상생활을 지원한다. 간호사가 처방에 따라 간호서비스를 제공한다. 전담 물리치료사들이 물리치료서비스를 제공하는 등 다양한 서비스를 제공한다. 식사는 맞춤형 식단을 제공한다(표 IV-2 참조).

〈표 IV-2〉 삼성노블카운티 노인요양시설(너싱홈) 장기요양서비스

구분	내용
신체활동 및 일상생활지원	식사도움: 전용식당에서의 식사보조 청결도움: 세안 및 목욕보조 배변도움: 화장실이용, 요실금, 변실금 관리 이동지원: 이동보조 및 산책지원 안녕확인: 생활안전확인, 규칙적 야간순회
간호	당뇨관리: 혈당체크, 인슐린 주사, 저혈당 관리 투약관리: 투약시간관리, 복약 관리, 약품관리 활력증후 체크: 규칙적 건강상태 체크 전문간호: 튜브(비위관, 도뇨관)관리, 상처·욕창간호 응급대응: 24시간 간호사 상주 및 응급 시 후송지원
전문의 처방에 따른 물리치료	열전기 치료: 복합전기 치료, 적외선 치료, 핫팩, 아이스팩 운동치료: 근력 및 밸런스 훈련 전문재활 치료: 뇌신경계재활(파킨슨, 뇌졸중), 보바스테크닉, PNF테크닉 수술 후 재활: 인공관절, 디스크, 골절 후 재활훈련
작업치료	인지재활: 치매인지재활 삼김훈련: 구강운동, 전기자극치료 상지훈련: 관절운동 및 소근육 운동
치료레크레이션	전문치료프로그램: 음악, 원예, 미술, 웃음 기억력 증진교실, 인지재활체조, 색채심리프로그램 개별 맞춤 치료프로그램
식사	맞춤형 식단: 치아 및 건강상태, 기호를 반영한 개인별 메뉴 제공 건강 식단: 저염, 저지방, 저당을 원칙으로, Slow Food를 지향

자료: 삼성노블카운티 홈페이지(2021. 9)

나. KB골든라이프케어

1) 개요

2016년 KB손해보험주식회사는 서울시 도심에 KB골든라이프케어를 설립하였다. 2021년 7월 현재 노인을 주·야간 보호하는 주·야간보호시설 2개소 및 장기요양급여수급자가 주로 입소하는 노인요양시설 2개소를 운영 중에 있고 독립 주거에 지장이 없는 60세 이상을 대상으로 임대하는 노인복지주택(「노인복지법」 제32조) 사업을 준비 중에 있다. 여기서 주·야간보호시설 및 노인요양시설은 노인장기요양보험의 급여적용대상이지만 노인복지주택은 시설급여적용 대상이 아니다. 중장기적으로 요양시설 수요 대비 공급이 부족하고

노인인구 증가율이 높은 서울, 수도권 및 지방 대도시를 중심으로 사업을 확대한다는 계획을 가지고 있다.

노인복지주택은 전문적인 관리를 통해 입주자의 불편 및 불안을 해소하고 노인요양시설의 입소를 늦추는 효과를 기대할 수 있다(〈표 IV-3〉 참조).

〈표 IV-3〉 KB골드라이프케어 개요

구분	내용	시설구분	내용
자본금	260억 원	주·야간보호시설	A사업소: 정원 49명 B사업소: 정원 21명
최대 주주	KB손해보험주식회사 (100%)	노인요양시설	C사업소: 정원 132명 (1인실 52명, 2인실 40명, 4인실 40명) D사업소: 정원 80명 (1인실 36명, 2인실 44명)
직원 수	212명(2021년)	노인복지주택	준비 중

자료: KB골드라이프케어 제공자료(2021. 7)

2) 노인요양시설

노인요양시설은 「노인장기요양보험법」 체계 내에서 운영되고 노인장기요양시설 등급 판정을 받은 사람이 입소할 수 있다. 노인장기요양보험의 급여를 받을 수 있는 시설이다. 장기요양 총급여비 중 본인일부부담금은 8~20%이다. 그리고 비급여에 해당하는 상급침실료, 식사비, 간식비, 이·미용비 등은 전액본인부담이다. C사업소의 경우 1인실 3항목(이·미용비, 촉탁의사 진료비는 별도) 합산 비급여 본인부담금 및 본인일부부담금은 270~280만 원, 2인실은 195~205만 원, 4인실은 상급침실료가 없어서 80~90만 원이다. 치매전담실을 운영하고 있는데, 4항목 합산 본인부담금은 280~285만 원이다. D사업소는 1인실 및 2인실만을 운영하고 있다. 1인실은 285~305만 원, 2인실은 195~210만 원이다. 입주보증금 혹은 계약금은 없다(〈표 IV-4〉 참조).

〈표 IV-4〉 KB골드라이프케어 노인요양시설 장기요양서비스

구분	내용
신체활동 및 일상생활지원	청결도움, 배변도움, 이동지원, 식사도움
간호	당뇨관리, 투약관리, 매일 건강 체크, 24시간 간호, 전문 간호 건강 상담
전문의의 처방에 따라 의료지원	자문의 진료, 가정간호서비스 연계, 분야별 전문병원 연계, 응급 시 대응체계
재활치료	인지재활, 삼킴훈련, 운동치료, 열전기치료, 공기압박치료
식사	개별 영양관리, 맞춤형 식단, 건강 식단

자료: KB골드라이프케어 홈페이지(2021. 9)

3) 주·야간보호시설

주·야간보호시설은 「노인장기요양보험법」 체계 내에서 운영되고 있다. 하루 중 일정한 시간 동안 시설이 이용자의 활동을 지원하고, 신체 및 인지 기능의 유지 향상을 위한 다양한 프로그램과 식사 서비스를 제공하고 있다. 케어플랜을 작성하고 케어플랜에 따라 일상생활 지원, 신체활동지원, 목욕지원, 간호서비스를 제공하고 있다. 그리고 시니어 건강 체조, 작업치료, 전산화 인지 재활, 구강체조, 민요교실, 공예교실 등 다양한 소그룹 활동이 가능하고, 치매전담 프로그램을 운영하고 있다.

2. 일본

장기요양 사업에 진출한 일본 보험회사는 2018년 현재 6개사인 것으로 나타났다. SOMPO홀딩스(SOMPOホールディングス)주식회사가 가장 큰 규모로 진출하였고, 그 다음은 동경해상일동주식회사이다. 큰 규모로 진출한 이들 2개 회사를 각각 조사하고자 한다(〈표 IV-5〉 참조).

〈표 IV-5〉 일본 보험회사 개호사업 운영 현황

보험회사	개호사업자 (자회사)	재택(사업소 수)			시설(호실 수)			
		방문개호	통원 개호	재택개호 지원	유료 노인홈 (서비스 형제외)	서비스형 유료노인 홈	저비용노 인홈	치매대응 형공동생 활개호
SOMPO 홀딩스	SOMPO케어	500	58	-	27,000			
동경해상 일동손해 보험	동경해상일동베 터라이프서비스	40	-	40	500	104	-	-
미쓰이 스미토모	미쓰이스미토모 해상케어넷	3	-	3	223	-	-	-
아이오이 닛세이	후레애(ふれ愛) 터라이프서비스	-	4	-	-	-	-	-
일본생명	공익재단법인 닛세이성례 건강복지재단	2	-	1	760	-	-	-
메이지 야스다 생명	선비너스 다치가와	-	-	-	137	-	-	-

주: 1) 일반 사단법인 생명보험협회 및 일반 사단법인 일본 손해보험협회의 회원 회사를 대상으로 각사 홈페이지에서 작성(2018. 10. 30 열람)

2) 호실 수에는 특정시설입주자생활개호 등록 되지 않은 시설의 재실 수도 포함함

3) SOMPO케어는 2021년 기준으로 업데이트 함

자료: 松吉 夏之介(2018. 12)

가. SOMPO케어주식회사

1) 개요

1997년 설립된 SOMPO케어(SOMPOケア)주식회사는 SOMPO홀딩스(SOMPOホールディングス)주식회사의 자회사이다. 2010년 4월 설립된 SOMPO홀딩스는 손해보험 사업을 중심으로 해외보험 사업, 생명보험 사업, 개호노인 사업, 디지털 사업, 의료 사업 등을 사업 내용으로 하고 있다. SOMPO홀딩스⁶⁴⁾ 자본금은 1,000억 엔이고 근로자는 2020년 3월 31일 현재 323명이다.

SOMPO케어는 2021년 3월 관련분야 상장회사 중 매출액 2위(1,318억 엔, 1위는 1,537억 엔)를 차지한 대기업이다. 개호형유료노인홈 시설 수가 286개소, 재택개호사업소는 500개에 이른다(표 IV-6) 참조).

〈표 IV-6〉 2021년 SOMPO케어 기업 현황

구분	내용	구분	내용
사업내용	개호·시니어 사업	총 시설개호 재실 수	약 27,000실
자본금	39억 2,516만 엔	개호유료노인홈	286개소
직원 수	23,611명(파트타임 포함)	서비스고령자용주택	145동
매출액	1,318억 엔(2020년 2위)	재택개호	500사업소
본사 외	전국 11개 지점	통원개호	58사업소

자료: 1) SOMPOホールディングス株式会社 홈페이지(2021. 9. 17 검색)
2) SOMPOケア 홈페이지(2021. 9. 17 검색)

2) 시설서비스 내용

SOMPO케어는 입소시설서비스로 개호형유료노인홈, 주택형유료노인홈, 서비스고령자용 주택, 치매대응형공동생활개호시설(그룹홈), 개호형저비용노인홈(케어하우스)서비스를 제공하면서 재택서비스로 방문 및 통원서비스를 제공하고 있다(표 IV-7) 참조). 법적으로 허용된 모든 개호보험 서비스를 제공하고 있다고 할 수 있다. 재택서비스는 제도적으로 정해진 서비스를 제공한다. 시설서비스는 각 회사마다 효율성을 추구하는 등 다양한 서비스를 제공할 수 있기 때문에 상세히 조사하고자 한다.

64) SOMPO홀딩스는 독자적인 개호 프로그램 개발을 추진하고 있음. 첫째, 2020년 7월 인지기능저하 억제에 효과적인 프로그램 “SOMPO 스마일 에이징 프로그램”을 개발함. 이것은 노인의 생활 습관 개선을 통해 인지기능 저하를 예방하는 프로그램임. 향후 본 프로그램을 전국에 전개해 나감으로써 일본의 치매 발병 위험 감소를 목표로 하고 있음. 둘째, “SOMPO 치매 지원 프로그램”을 전개하고 있음. 이 프로그램은 “치매 상태가 되어도 사람답게 살 수 있는 사회”를 목표로 함. 인지기능 검사와 인지기능 저하의 예방에 도움이 되는 서비스, 치매의 기초 지식과 간호에 대한 정보를 제공하는 Web 서비스, 치매 지원 “SOMPO 미소 클럽”과 MCI (경도인지 장애)을 보장하는 건강 지원형 상품 “미소를 지키는 치매 보험”, 부모를 간호하면서 “일과 개호의 양립”을 지원할 수 있는 업계 최초의 보험 “부모와 자식의 힘” 등의 서비스 상품을 판매하고 치매에 관한 연구와 계몽 활동을 실시하고 있음 SOMPOホールディングス株式会社 홈페이지(2021. 9. 17 검색)

〈표 IV-7〉 2021년 SOMPO케어 입주시설 서비스

시설 종류	서비스 내용
개호형유료노인홈	• 24시간 개호 직원이 상주하고 신체활동, 가사, 간호, 건강 상담 및 재활 등 다양한 서비스를 제공 • 프라이버시 보장 거실, 커뮤니케이션 공간 • 개별 요청 식사 제공
주택형노인홈·서비스고령자용주택	• 장애인 구조 등 노인을 배려한 시니어 주택 • 24시간 모니터링, 생활 상담 등 안심 서비스 이용하면서 일반 주택처럼 자유로운 생활 가능 • 필요에 따라 개호·간호 서비스 이용 • 24시간 모니터링, 정해진 횟수의 안부 확인, 긴급 시 대응 • 택배 준비와 전구 교체 등 생활 밀착 지원 • 각 거실에 주방과 세탁기
치매대응형공동생활개호시설(그룹홈)	• 가정적인 분위기 속에서 9명 이하의 소수 인원으로 직원들과 함께 식사 준비, 청소, 세탁 등을 실시하는 것으로 치매의 증상을 평온하게 하는 것을 목표
개호형저비용 노인홈(케어하우스)	• 생활지원 서비스를 받으면서 자립 생활을 보낼 수 있도록 지원 • 지자체의 지원을 받는 형태로 비교적 낮은 가격으로 입주 • 자립 시설과 개호 시설을 준비하여 몸의 상태에 따라 개호 서비스를 이용할 수 있고 요개호 상태가 되어도 계속 지낼 수 있음

자료: SOMPOケア 홈페이지(2021. 9. 24 검색)

SOMPO케어는 대기업의 장점을 이용하여 양질의 서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다. 첫째, 개호가 필요하게 되어도 고령자 자신이 살고 싶은 곳(거주지)에서 생활을 계속할 수 있는 환경의 제공에 주력하고 있다. 한 곳에 대규모 시설을 설치하기보다는 50~60실 전후 정도의 시설을 지역적으로 분산하고 있다. 둘째, 맞춤 서비스를 위하여 개호보험자의 평가결과 외에 지금까지의 삶의 궤적이나 좋아하는 습관도 고려하여 개별 케어플랜을 작성하고 있다. 셋째, 개호서비스 외에 일상생활 속에서 본인이 할 수 있는 것의 능력 향상을 위한 서비스를 제공한다. 마지막으로, 치매 상태가 되어도 안심하고 살 수 있는 지역 환경을 조성하기 위하여 이용자와 가족 그리고 지역과의 연계 속에서 치매에 대한 올바른 지식·정보의 제공에 노력하고 있다.

SOMPO케어는 SOMPO홀딩스와 공동으로 국내외 최신 기술의 실증 등을 수행하는 연구소 Future Care Lab in Japan(이하, “리빙 랩”이라 함)을 개설하였다. 리빙 랩은 거주 공간을 모방하여 생활 실험을 반복적으로 수행한다. 리빙 랩은 ICT 디지털 기술의 활용과 사

람이 본래 해야 할 간호를 재정의 하는 것을 통해 '인간'과 '기술'의 공생에 의한 새로운 치료 방식을 제안하고 있다. 실험실에서 확실한 기술·안전성 검증을 실시하여 실효성 있는 기술을 개호서비스의 현장에 도입하고 개호서비스의 품질 향상 및 생산성 향상을 목표로 하고 있다. 그 결과 개호 인력의 부족 문제를 해소하고 지속 가능한 개호 사업 모델의 구축에 기여하고 있다.⁶⁵⁾

예를 들어, ICT 디지털 센서를 활용하고 있다. 그 결과 야간 순찰을 간소화하는 동시에 입주자의 수면 상태(호흡·심장)를 파악하고 생활 리듬 관리를 안정적으로 수행할 수 있게 되었다. 입주자의 숙면 향상, 개호 직원의 야간 이동 거리 40% 감소, 직원의 신체적 부하 경감 효과를 거두고 있다. 그리고 야근 직원이 3명에서 2명으로 줄어드는 효과도 얻고 있다.⁶⁶⁾

SOMPO케어는 가정에서 치매환자를 돌보고 있는 사람들에게 개호지식을 제공하는 사이트⁶⁷⁾를 운영하고 있다. 이 사이트는 SOMPO케어의 직원들이 치매 관리에 대한 평소 생각을 공개하고 있는 사이트이다. 치매 관리의 구체적인 지식과 노하우를 사회에 공개하고 있는 것이다.⁶⁸⁾

3) 인재양성

SOMPO케어는 인재 육성을 통한 인력 부족 문제를 해결하기 위해 노력하고 있다. 기업 내의 대학 “SOMPO 관리 대학”을 설립하고 직원의 지식·기술·정서의 육성에 노력하고 있다. 또한 대학이나 전문교육기관과의 연계를 통해 의료 현장의 연구과제도 진행하고 있다.

4) 성장 전략

SOMPO케어는 개호사업을 확대해 가고 있다. 먼저 인수합병 방법을 이용하고 있다. SOMPO케어는 2020년 12월 1일 수도권을 중심으로 개호형유료노인홈 및 서비스고령자

65) SOMPOホールディングス株式会社 홈페이지(2021. 9. 17 검색)
<https://www.sompo-hd.com/company/summary/>

66) 社保審-介護給付費分科会(2020. 7. 8)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>

67) 認知症ケアのヒントがみつかる『あんな こんな』by SOMPOケア

68) SOMPOホールディングス株式会社 홈페이지(2021. 9. 17 검색)
<https://www.sompo-hd.com/company/summary/>

용주택 등 19 사업소를 운영하는 동경건물(東京建物)시니어라이프서포트주식회사의 주식 100%를 취득하였고, 그 후 2021년 3월 1일 흡수합병 하였다.⁶⁹⁾

그리고 SOMPO케어는 사업을 확대하기 위해 전국에 걸쳐 신시장 개척에 주력하고 있다. 유료노인홈(개호형·주택형), 서비스고령자용주택의 확대를 위해 지속적으로 신규 용지를 모집하고 있다.

모집하고 있는 건물 및 토지 규모는 적지 않은 크기이다. 건물은 25~30㎡ 정도 넓이의 50~60실 전후를 주요 대상으로 하고 있다. 토지는 약 1,650㎡(500평)~약 3,300㎡(1,000평) 규모를 대상으로 하고 있다.

2021년 현재 주로 도시지역에 집중하여 진출을 추진하고 있다.⁷⁰⁾ 모집하고 있는 지역 13개 중 대부분은 도시지역이다.

그리고 교통이 편리한 위치를 찾고 있다. 가까운 역에서 대략 도보로 10분 거리의 주거 지역(주거 환경으로 적지)을 찾고 있다. 그렇지 않은 경우 버스 등의 대중교통을 통해 편리성이 확보될 수 있는 곳을 찾고 있다.

매매 혹은 임대 형태로 추진하고 있다. 토지·건물 임대차, 토지임차(SOMPO케어에서 건물 건축), 토지 구입(SOMPO케어에서 토지 구입 후 건물 건축) 방법을 모두 추진하고 있다. 토지·건물 임대차의 경우 20년간의 임대차 계약을 원칙으로 하고 있다.⁷¹⁾

나. 동경해상일동베터라이프서비스주식회사

1) 개요

2000년 설립된 동경해상일동베터라이프서비스주식회사(東京海上日動ベターライフサービス株式会社)⁷²⁾는 동경해상일동화재보험주식회사(東京海上日動火災保険株式会社)의 자

69) SOMPOホールディングス株式会社 홈페이지(2021. 9. 17 검색)
<https://www.sompo-hd.com/company/summary/>

70) 모집지역: 北海道(札幌市)·宮城県(仙台市)·東京都·千葉県·神奈川県·愛知県(名古屋市)·石川県(金沢市)·大阪府·京
都府(京都市)·兵庫県(西宮市·芦屋市)·岡山県·福岡県(福岡市)

71) SOMPOケア 홈페이지(2021. 9. 17 검색)

72) Tokio Marine Nichido Better Life Service Co.,Ltd.

회사이다. 동경해상일동화재보험주식회사는 일본에서 대표적인 손해보험회사로 동경해상일동베테라이프서비스주식회사(이하, “베테라이프”라 함)의 지분 100%를 소유하고 있다.

베테라이프는 보험산업에서 SOMPO케어 다음으로 큰 규모의 개호사업자이다. 장기요양 시설로 개호형유료노인홈은 501개실, 서비스고령자용주택은 104개실을 운영하고 있고, 재택개호 사업소는 40개소를 운영하고 있다(〈표 IV-8〉 참조). SOMPO케어가 운영하고 있는 것 중에서 주택형유료노인홈, 치매대응형공동생활개호시설(그룹홈), 개호형저비용노인홈(케어하우스)는 운영하고 있지 않다.

〈표 IV-8〉 2021년 동경해상일동베테라이프서비스 기업 현황

구분	내용	구분	규모
사업내용	종합 개호 사업	총 시설개호 재실수	약 604실
자본금	1억 엔	개호유료노인홈	500실(11개소)
직원 수	2,156명	서비스고령자용주택	104실
주주	동경해상일동화재보험주식회사(100%)	재택개호 사업소	40개소
주요 제휴처	사회복지법인성예복지사업단 (聖隷福祉事業団)	개호지원 사업소	40개소

자료: 東京海上日動ベターライフサービス株式会社 홈페이지(2021. 11. 11 검색)

2) 서비스 내용

첫째, 베테라이프는 케어플랜을 작성하는 재택개호지원 사업과 개호보험의 보장을 받는 방문개호서비스를 제공한다.⁷³⁾

둘째, 서비스형유료노인홈을 운영하고 있다. 이것은 시니어용 임대 주택으로 질 높은 생활지원 서비스와 동경해상 그룹의 의료 지원 체제 「메디컬 콜 센터」를 갖춘 시설이다. 개호보험의 지정기관 대상은 아닌 시설이다.

73) 2017년 1월 동경도(東京都) 세타가야구(世田谷区)에 재택개호 사업소 ‘미즈타마개호스테이션산겐자야(みずたま介護ステーション三軒茶屋)’를 개설함. 2019년 6월 미쓰이 부동산 그룹이 기획·건설·운영하는 “파크웰 스테이트 하마다 산”의 관내 운영의 일부를 수탁해 병설개호사업소로서, ‘TOKIORI하마다산(TOKIORI浜田山)’을 개설함. 2019년 10월 ‘엘캐빈이나카 해안’에 성예복지사업단 등과 공동 운영하는 ‘미즈타마개호스테이션이나모해안(みずたま介護ステーション稲毛海岸)’을 개설함

셋째, 법인·기업용 솔루션 서비스를 제공한다. 일반 기업 및 복지 관련 기업을 위해서 개호 및 복지 관련 정보를 제공한다.

마지막으로, 개호형유료노인홈을 운영하고 있다. 가나가와(神奈川)를 중심으로 동경·교토·나가노의 4도부현(4都府県)에서 11개소의 개호형유료노인홈(500실)을 운영하고 있다(〈표 IV-9〉 참조). 개호형유료노인홈은 별도로 조사해 보고자 한다.

〈표 IV-9〉 동경해상일동베터라이프서비스 사업 내용

구분	서비스 내용
방문개호	• 방문개호서비스를 제공
재택개호지원	• 케어플랜을 작성하는 재택개호지원 사업
개호형유료노인홈	• 24시간 개호 직원이 상주하고 신체활동, 일상생활, 간호, 건강 상담 및 재활 등 서비스를 제공 • 24시간 간호사 상주 서비스 • 브랜드 네임은 ‘힐데모어휴테(ヒルデモア/ヒュッテ)(요정 오두막이라는 의미)’
서비스형고령자용주택	• 노인의 편의를 제공하는 임대주택 • 필요에 따라 개호·간호 서비스 이용 • 동경해상 그룹의 의료지원체제 ‘메디컬 콜 센터’ 운영
법인·기업용 솔루션 서비스	• 일반 기업을 위해 개호 전문직에 의한 「일과 개호의 양립 세미나」를 제공 • 복지 관련 기업을 위해서 사업 운영에 빠뜨릴 수 없는 리스크 매니지먼트·인재육성 세미나 등의 강사 파견

자료: 東京海上日動ベターライフサービス株式会社 홈페이지(2021. 11 검색)

3) 개호형유료노인홈 서비스 내용

개호형유료노인홈은 브랜드네임이 ‘힐데모어휴테(ヒルデモア/ヒュッテ)’⁷⁴⁾이다. 개호형유료노인홈은 두 가지 특징적인 운영방침을 가지고 있다. 하나는 일상생활을 실행하는 신체기능의 유지 및 향상을 지원하는 것을 우선으로 한다는 것이다. 또 하나는 입주자가 자신의 생각을 가지고 스스로 결정하도록 생각을 이끌어내는 ‘의욕지원’과 자신의 행동을 스스로 직접 결정하도록 하는 ‘자율지원’을 서비스 제공 방향으로 하고 있다는 것이다. 의

74) 힐데모어(Hyldemoer)라는 이름은 덴마크의 동화 작가 안데르센의 작품에 등장하는 요정에서 유래함. 이 요정은 인생의 아름다운 추억을 토른하는 노인을 칭찬하고 응원하고 지켜 준다고 함. 휴테(Hutte)란 산 오두막이라는 의미임

육지원은 입주자가 ‘이렇게 싶다’, ‘이것을 하고 싶다’는 마음을 이끌어 낸다. 자율지원은 입주자 한 사람 한 사람의 상태를 확인하면서 선택 가능한 항목을 제안해 자율적 의사 결정을 이끌어 낸다.

가) 개호형유료노인홈은 간호사가 24시간 상주하고 있다. 입주자의 건강관리나 건강 불안으로부터 오는 상담에 언제라도 대응하고 있다. 협력 의료기관의 의사와 24시간 제후 체제를 확립하고 있다.

나) 팀 케어(チームケア)를 실시하고 있다. 케어매니저, 재활 스텝, 주방 스텝, 간호 스텝 등 여러 직종의 전문 스텝이 팀을 이루어 제후하면서 다각적인 팀 케어를 실시하고 있다. 그 중에서도 입주자에게 가장 친숙한 존재로서 ‘콘택트 퍼슨’이라는 역할을 담당하는 케어 스텝이 있는 점이 특징이다. 콘택트 퍼슨은 입주자의 삶부터 일상생활의 희망까지 대화를 통해 깊이 파악하여 팀 스텝과 공유한다. 팀 케어는 집에 있을 때는 얻을 수 없는 전문적인 제안을 하여 자신답게 살 수 있도록 지원한다.

다) 자율적 의사 결정을 지원하기 위해 프레일(허약)과 치매예방프로그램을 개발하여 제공하고 있다. 프레일이란 나이가 들면서 체력이나 정신력이 약해져 건강과 요개호의 중간 상태를 말한다. 프레일을 예방하기 위해서는 운동, 영양(식사와 구강 기능의 유지), 사회 참여가 유효한 방법으로 알려져 있다. 힐데모어휴테에서는 일상적인 훈련과 체조, 관리영양사의 감수에 의한 양질의 영양 식사 및 맛있는 식사, 치과 위생사나 언어청각사의 지도에 근거한 1일 3회의 구강 케어, 입주자·가족·외부자원봉사자와 함께 즐기는 다양한 활동을 제공한다.

라) 노리프트케어(신체를 들어 올리지 않고 케어) 정책을 도입하였다. 스텝이 손으로 무리하게 노인을 들어 올리면 불안이나 공포로 노인의 몸이 굳어질 수 있고 자연스러운 움직임을 못하게 할 수 있어서 노인의 자립도를 빼앗아 버리는 것이다. 따라서 때로는 도구를 사용하여 자연스러운 동작을 지원함으로써 입주자의 의욕과 자율을 추구하고 있다. 2017년 학회나 포럼에서 ‘노리프트케어 대처 사례’를 발표하기도 하였다.

마) 다양한 프로그램을 제공하고 있다(표 IV-10) 참조). 첫째, 활동량을 늘리는 프로그램이다. 계절 이벤트는 물론, 입주자의 취미나 스텝의 전문성을 살리고, 가족이나 자원봉사자도 적극적으로 참가하는 다채로운 프로그램을 운영하고 있다. 둘째, 직영 주방에서 관리영양사가 영양과 맛을 동시에 고려한 식사를 제공한다. 그리고 재미있는 식사를 위한 이벤트를 실시하고 있다. 셋째, 각 개인의 상태에 맞추어 일상적인 생활 자

체가 재활에 연결될 수 있도록 여러 직종의 전문 스텝이 제휴해 생활 재활 메뉴를 작성하여 팀에서 입주자를 지원한다. 넷째, 개인 맞춤형 치매관리서비스(퍼슨 센터드 케어(PCC))를 제공한다. 개인 맞춤형 서비스는 DCM(Dementia Care Mapping) 방법을 이용하여 제공한다. DCM 자격 취득자가 57명(그 중 상급 자격자 4명)이 재직하고 있다. 마지막으로, 인생의 마지막 날까지 안심하고 살 수 있도록 입주자와 가족의 의향을 수용하여 터미널서비스를 제공한다. 이 서비스는 협력 의료기관과 제휴하면서 여러 직종으로 이루어지는 팀 케어로 제공된다.

〈표 IV-10〉 동경해상일동베타라이프서비스 유료노인홈 서비스 사례

구분	서비스 내용
활동	- 야외 바베큐와 점심 혹은 다과회 등 라이브 주방, 간식 만들기, 온라인 해외여행, 대학생 자원봉사 서클과의 콜라보 활동으로써 퀴즈 대회나 체조, 음악활동 - 머리로 생각하는 코그니션 과제와 신체를 움직이는 운동 과제를 동시에 실시하는 코그니사이즈(コグニサイズ) 등
식사	- 눈앞에서 요리를 마무리하는 ‘라이브 키친’, 입주자와 함께 간식 만들기를 즐기는 ‘카페’, 외식 기분을 맛보는 ‘이자카야’ 등 식사가 더 즐겁고 맛있게 느껴지는 이벤트 - 또한, 한 사람 한 사람의 상태에 맞추어 충분한 영양을 섭취할 수 있도록 6 종류의 식사 형태를 제공 - 구강관리를 고려한 식사 제공
재활	- 개별 재활은 기능 훈련 지도원이 주치의와 제휴하면서 메뉴를 작성해 단기에 집중적으로 실시 - 입주자끼리 커뮤니케이션을 취하면서 체조나 게임 등의 집단 재활을 실시
치매관리	개인 맞춤 서비스를 위해 DCM(Dementia Care Mapping) 방법을 사용하여 어떤 환경이면 치매가 온화하게 그 개인답게 보낼 수 있는지를 파악하고 그러한 상태를 오래 유지할 수 있도록 매일 케어 서비스
터미널케어	- 스텝이 터미널케어 제공 - 홈 내에서 장례식

자료: 東京海上日動ベターライフサービス株式会社 홈페이지(2021. 11 검색)

4) 인력 관리

베타라이프는 신입사원에게 기초부터 자체 교육하여 불안 없이 입주자에게 대응할 수 있도록 연수교육을 실시하고 있다. 그 결과 스텝의 이직률은 10% 이하이다. 개호 스텝의 자격증 보유율은 100%, 국가 자격인 개호복지사 자격증 보유율은 70%이다.

동경해상그룹 내의 인재 교류, 해외 복지선진국에서의 연수도 계획적으로 실시하여 서비스 품질 향상에 노력하고 있다. 특히 관리직은 매니지먼트(7개의 습관 Care, 코칭 연수, 노무 관리 연수 등) 수강을 필수로 하고 있다.

3. 비교 평가

두 나라의 공통점이 있다면 아직은 장기요양사업에 참여하고 있는 보험회사는 우리나라 영리법인 1개사, 일본은 6개사로 많지 않다는 것이다. 이것은 다음과 같은 이유가 있을 것으로 판단된다. 첫째, 공공 보험자가 지급하는 장기요양비용만으로 수익을 확보하면서 장기요양사업을 운영하는 것은 경험이 적은 신규 사업자에게 있어서 어려움이 있을 것이다. 둘째, 장기요양보험과 보험사업과의 시너지 효과를 파악하는 것은 어려움이 많을 것이다. 셋째, 시너지 효과를 기대할 수 있는 보험 사업을 찾는 것도 쉬운 일이 아닐 것이다. 마지막으로, 입소요양시설(노인요양시설, 유료노인홈)의 개설에는 부동산 취득이나 건물시공에 있어서 큰 비용을 요한다. 중소 보험회사들이 입소요양시설에 참여하기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 이러한 이유로 일부 자산규모가 큰 회사만이 리스크를 감내하면서 진출하고 있는 것으로 판단된다.

또 하나의 공통점이 있다면 우리나라와 일본은 자회사 형태로 진출하고 있다는 점이다. 두 나라 모두에서 장기요양사업은 금융관련 업무로서 자회사 등이 실행하는 것으로 되어 있다.⁷⁵⁾

앞에서 조사한 사례를 볼 때 두 나라 보험회사는 제도적으로 정해진 장기요양서비스를 제공하고 있다는 점에서 큰 차이를 찾기는 어렵다. 차이점이 있다면 일본은 법인·기업용 솔루션 서비스, 터미널 서비스를 제공하고 있으며 기업 내에서 인력 양성을 위한 프로그램을 가지고 있다는 것이다. 우리나라도 서비스의 다변화 그리고 부족한 인력 보충을 위해서 이러한 점들을 참조할 만 하다고 본다.

75) 松吉 夏之介(2018. 12)

우리나라 노인장기요양보험과 일본 개호보험은 도입 당시부터 장기요양서비스의 수급자가 장기요양기관을 선택할 수 있는 체제로 설계되었다(〈그림 III-1〉, 〈그림 III-2〉 참조). 그리고 수급자가 장기요양서비스의 양 및 종류를 이용한다 범위 내에서 선택하는 것이 가능하도록 하고 있다. 두 나라의 제도는 선택의 기회가 주어지고 있다는 면에서 소비자 중심의 제도라고 할 수 있다.⁷⁶⁾⁷⁷⁾

그런데 우리나라 장기요양서비스는 선택의 폭이 제한적이라고 할 수 있다. 방문급여서비스는 신체활동지원(배설, 식사) 및 일상생활지원(조리, 세탁, 청소), 방문목욕지원, 간호서비스만을 제공하고 있다. 그리고 입소시설서비스의 비급여서비스 종류도 극히 제한적이며 사실상 ‘식사재료비’, ‘상급침실 이용에 따른 추가비용’, ‘이·미용비’만이 허용되고 있다. 우리나라는 서비스 내용이 부족하다는 수급자 불만이 있는 것은 어쩌면 당연한 현상일 것이다.⁷⁸⁾⁷⁹⁾ 장기요양서비스 범위의 확대를 통한 소비자 선택 범위를 확대할 필요가 있다.

[재가비급여서비스 확대] 현재의 방문급여서비스를 제공하면서 추가적인 서비스를 비급여로 제공할 수 있도록 하는 것을 검토해볼 필요가 있다. 일본은 규제개혁추진회의가 규제를 완화하기 위하여 방문서비스의 비급여 범위 확대를 제안하였다. 수급자들이 제한된 방문서비스에 대해 이의를 제기하고 있기 때문이다. 2018년도부터 정부와 동경도는 토시마구(豊島区)에서 ‘혼합개호’ 시범사업(사업명, “선택적 개호”)를 실시하고 있다. 이것은

76) 우리나라는 노인장기요양보험이 도입되기 이전에는 행정기관이 극히 일부 저소득층을 대상으로 장기요양서비스를 제공하였음. 행정기관이 직접 서비스를 제공하기 보다는 주로 민간 비영리사회복지기관에 위탁하면서 보조금을 지원하는 구조였음. 서비스의 수급자격 심사 및 비영리사회복지기관 선택은 행정기관에 의해 이루어졌고 서비스 종류 결정 등은 서비스를 제공하는 비영리사회복지기관에 의해 이루어졌음. 이러한 구조하에서 비영리사회복지기관은 독점적인 서비스 공급자로서 존재하였고, 서비스 이용자는 아무런 선택권이 없어 인권을 존중받지 못할 수 있는 상황이었음(김지미 2017)

77) 개호보험제도 도입 이전에는 우리나라와 같이 주로 저소득층에게 개호서비스를 행정조치(措置) 방식으로 제공하여 수급자의 선택권이 배려되고 있지 않았음(김지미 2017)

78) 三原 岳(2020b)

79) 강성호·김혜란(2020)

‘일용품 이외의 쇼핑’, ‘애완 동물관리’, ‘정원 청소 및 거실의 정리’, ‘전자 기기의 작동 확인’, ‘동거 가족의 식사’ 등 현재 방문개호에 적용되지 않는 서비스를 방문개호와 함께 제공하는 것이다. 혼자 거주하는 노인, 노부부만 거주하는 노인들이 건강한 시기의 일상생활을 연장하는 효과를 기대할 수 있다.

[주·야간보호서비스 확대] 일본은 개호보험 급여서비스의 하나로 야간대응형방문개호를 제공하고 있다. 이를 전문적으로 제공하는 기관이 2017년 221개소에서 2019년 228개소로 늘어났다(표 III-6) 참조). 우리나라 노인장기요양보험은 이와 같은 서비스를 급여항목에 포함하거나 재정이 부담스러운 경우 장기요양기관이 주·야간보호서비스 이용자를 대상으로 하여 비급여서비스로 제공할 수 있도록 하는 것을 고려해볼 만 하다. 주·야간보호서비스 이용자가 주간에는 노인장기요양보험이 보장하는 주·야간보호서비스를 이용하고 야간에는 야간대응형방문서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다. 주·야간보호서비스 이용자가 자택으로 귀가한 후에 요청 시 혹은 이상 징후가 있을 시 서비스를 제공하면 요양의 사각지대를 해소하는 효과를 기대할 수 있을 것이다. 특히, 혼자 거주하는 노인, 노부부만 거주하는 노인의 경우 유용한 서비스가 될 수 있을 것이다. ICT 기기 등을 이용하면 모니터링이 가능하여 효율적 관리가 가능할 것이다. 노인요양시설은 법적으로 재가서비스를 병행하여 제공할 수 있다.

[터미널 서비스 제공] 일본의 개호형유료노인홈이 터미널 서비스를 제공하고 있다는 사례는 우리나라가 참조할 만 하다. 동경해상일동베터라이프서비스의 개호형유료노인홈에서는 임종에 임박한 사람의 약 80%가 터미널 케어를 받고 있다.⁸⁰⁾ 그리고 약 3분의 1은 희망에 의해 홈 내에서 장례를 집행하였다. 자신의 방에서 끝까지 지낼 수 있어서 입소자들은 안심하고 지낼 수 있게 되는 효과를 기대할 수 있다.

[중대형 노인요양시설 확대] 우리나라는 중대형 노인요양시설이 확산될 수 있도록 제도적으로 지원할 필요가 있다. 정부는 다양한 인력이 배치되어 양질의 서비스를 제공할 수 있는 적정 규모 이상의 장기요양기관이 증가할 필요가 있다고 보고 있다.⁸¹⁾ 그런데 제III장에서 조사한 바와 같이 현행제도는 적정규모 이상의 노인요양시설이 증가하는 것을 장려하고 있다고 보기 어렵다. 정원 30인 이상 노인요양시설 설치자가 토지 및 건물을 소유하여야만 장기요양기관 지정을 받을 수 있도록 하고 있기 때문이다. 일본의 SOMPO케어는

80) 大手事業者の施設特集, 東京海上日動ベターライフサービス株式会社(2021. 11 검색)
<https://www.sagasix.jp/theme/major/hyldemoer>

81) 보건복지부(b)

여러 도시지역에서 정원 50~60명 규모의 유료노인홈을 확대하고 있음을 알 수 있다. 시설의 확보 방법은 매매 혹은 임대차 둘 다 가능하다. 임대차가 가능할 수 있도록 하면 중대형 노인요양시설이 확산되는 효과를 기대할 수 있다. SOMPO케어와 동경해상일동베터 라이프서비스 사례를 보면 이들은 중대형 시설을 갖추고 다양하고, 전문적이며, 종합적인 방법으로 서비스를 제공하고 있다. 중대형 노인요양시설이 확산되면 양질의 서비스가 제공되는 효과를 얻을 수 있다.

노인장기요양보험 제도가 소비자가 원하는 서비스 그리고 양질의 서비스를 제공하여 한층 더 소비자 중심 제도로 빛날 수 있기를 기대한다.

참고문헌

- 강성호·김혜란(2020), 「노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할제고 방향」, 보험연구원
- 건강보험공단(a), 『2020 노인장기요양보험통계연보』
_____ (b), 『2021 노인장기요양보험통계연보』
_____ (c), 『노인장기요양보험통계연보』, 각 연호
- 김지미(2017), 「장기요양서비스 제공체계의 시장화에 대한 한일 비교연구」, 『일본문화연구』, 63, pp. 123~147
- 박연환·방활란·김가혜·오세은·정영일·김홍수(2015), 「노인요양시설 건강지원서비스 현황과 장애요인: 포커스 집단 면접」, 『Korean Journal of Adult Nursing』, Vol. 27, No. 4, pp. 418~427
- 보건복지부(a), 「2021 노인복지시설 현황」
_____ (b), 「2018-2022 제2차 장기요양 기본계획(안)」
_____ (c), 『2020 보건복지통계연보』
- 임정기(2008), 「의사결정분석을 이용한 우리나라 노인의 요양시설서비스 이용결정요인에 관한 연구」, 『한국사회복지학』, Vol. 60, No. 3, pp. 129~150
- 장세철·김경민(2009), 「일본의 개호보험과 한국의 노인장기요양보험제도에 관한 비교 고찰」, 『일어일문학』, 42, pp. 325~345
- 정민영·손명동·박천규(2009), 「케어매니저 양성을 위한 교육과정 개발」, 『한국콘텐츠학회』, pp. 1064~1069
- 최재성·이상우(2014. 9), 「한국 노인요양시설의 서비스 질 관리: 정부규제와 평가?」, 『서울도시연구』, 제15권, 제3호, pp. 127~145
- 厚生労働省, 介護サービス施設・事業所調査: 結果の概要, 각 연호
_____ (2019), 介護サービス施設・事業所調査: 結果の概要

_____ (2020), 介護サービス施設・事業所調査: 結果の概要

三原 岳(2020a), 20年を迎えた介護保険の再考 (2) 要介護認定とは何か - 費用抑制を目指したサービスへの「入口」, 日本生命基礎研究所

_____ (2020b), 20年を迎えた介護保険の再考 (3) 限度額とは何か - 保険給付の上限を定める意味合い, 日本生命基礎研究所

_____ (2020c), 20年を迎えた介護保険の再考 (4) ケアマネジメント, 日本生命基礎研究所

_____ (2020d), 20年を迎えた介護保険の再考 (6) 契約制度を考える - 自己選択や対等な関係性の現れ, 日本生命基礎研究所

_____ (2020e), 20年を迎えた介護保険の再考 (7) 自己負担を考える - 医療と介護の対比で見える特色, 日本生命基礎研究所

_____ (2020f), 20年を迎えた介護保険の再考 (16) 準市場の功罪 - 民間参入を促した狙いと効果, マイナス面, 日本生命基礎研究所

介護保険法施行規則, 第二章・被保険者, 第三章・保険給付, 第六章・保険料等

社保審 - 介護給付費分科会(2020. 7. 8), 特定施設入居者生活介護(資料7), 厚生労働省

松吉 夏之介(2018. 12), 保険会社における介護事業の展開状況等について, 共済総研レポート
No. 160

サービス付き高齢者向け住宅研究所, 訪問介護・介護予防訪問介護事業所開設の法的要件

https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan0000038009_1.pdf

<https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/nursinghome/carehouse/>

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>

https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan0000038009_1.pdf <https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitiha-koria.pdf>

<http://www.senior-leverage.com/category/1721844.html>

<https://kaigoworker.jp/column/103/>

[https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitihakor
ia.pdf](https://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000049/49639/20konnitihakor
ia.pdf)

[https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan00000380
09_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan00000380
09_1.pdf)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000648154.pdf>

<https://www.sompo-hd.com/company/summary/>

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

도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)

저자약력

조용운 The University of Houston 경제학 박사 / 연구위원
E-mail : ywcho@kiri.or.kr

이슈보고서 2021-21

한·일 장기요양서비스 공급체계 비교 및 보험회사 진출 사례

발 행 일 2021년 12월

발 행 인 안 철 경

발 행 처 보험연구원

주 소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩

인 쇄 소 고려씨앤피

ISBN 979-11-89741-68-6
979-11-89741-37-2(세트)