

# 일본 개호보험제도의 최근 개혁동향과 정책적 시사점

*Recent Reforms in Japan's Long-Term Care Insurance System and Their Policy Implications*

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

## 1. 들어가며

일본의 개호보험제도는 2015년도에 들어와서 큰 변화를 보여주고 있다. 그 변화의 이유는 2000년도에 제도를 도입한 이후 고령화의 심화로 서비스수급자가 지속적으로 증가하고 있고, 그로 인하여 보험재정지출이 늘어나, 재정수입을 확대하기 위해 보험료를 지속적으로 인상하여 왔지만, 장기적인 제도의 지속가능성에 불안을 느꼈기 때문이다.

일본은 2000년도에 제도를 도입한 이후 지금까지 4차례의 법 개정을 단행하였는데, 1차 개정은 2005년, 2차 개정은 2008년, 3차 개정은 2011년, 그리고 4차 개정은 2014년에 각각 이루어졌다. 1차 개정에서는 제도전반에 대한 개혁내용을 담고 있는데, 제도개혁의 기본방향으로 ①예방중시형 시스템으로의 전환, ②시설서비스급여의 수정, ③신규 서비스체계의 확립, ④서비스 질의 확보 및 향상, ⑤부담기준 및 제도운영의 개선을 제시하였고, 이에 따라 요자원대상자에 대한 급여내용의 변경, 시설에서의 거주비 및 식비의 비보험급여화,

지역밀착형서비스의 신설 및 지역포괄지원센터의 설치 등이 이루어졌다. 2차 개정에서는 개호서비스사업자의 부정사업 재발을 방지하고 개호사업 운영의 적정성을 도모하기 위해 법령준수 등의 업무관리체계를 정비하도록 의무화하고, 사업자의 본부 등에 대한 현장검사권을 신설하며, 부정사업자에 대한 처분 도피를 억제하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 3차 개정에서는 고령자가 살아온 삶의 터전에서 자립된 생활을 보낼 수 있도록 의료, 개호, 예방, 거주, 생활지원서비스 등을 분절적이지 않게 제공할 수 있는 '지역포괄케어시스템'의 구축에 중점을 두고 있다. 이에 따라 독거 및 중증의 요개호자를 대상으로 한 24시간 대응형 정기순회/수시대응서비스나 복합형 서비스를 개설하고, 개호인재의 확보 및 서비스질 향상대책이 추진되고 있다. 4차 개정에서는 지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁 추진에 관한 법률에 의거한 조치로 효율적이고 질 높은 의료제공체제를 구축함과 동시에 지역포괄케어시스템의 구축을 통해서 지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보를 추진하기 위해 의료법, 개호보험법 등 관계법령

을 정비하도록 하고 있는데, 그 중점내용은 지역포괄케어시스템의 구축과 비용부담의 공평화로 되어 있다.

본고에서는 4차 개정의 배경과 중점적이고 효율적인 제도운영을 목표로 한 개선내용을 중심으로 정리해보고, 후발국가인 우리나라의 장기요양 정책에 시사해주는 점을 제시해보고자 한다.

## 2. 최근 일본개호보험제도의 개선배경과 내용분석

### 1) 최근 제도개선의 배경

우선적으로 개호보험재정지출의 추이를 살펴보

면, (표 1)과 같이 제도를 도입한 2000년도에는 총 급여비용이 3.6조엔이었지만, 2014년에는 10조엔으로 약 3배나 증가하였다. 이와 같은 증가추이를 국민의료비와 비교를 하면, 2000~2012년간을 기준으로 할 때, 국민의료비<sup>1)</sup>는 연평균 2.2% 증가에 그치고 있는 반면에 개호비용은 연평균 7.7%로 나타나, 상당히 빠르게 비용지출이 늘어나고 있음을 알 수 있다. 이는 무엇보다도 인구고령화의 심화에 따른 노인인구의 지속적인 증가에 기인하고 있는데, 비용지출을 충당하기 위해서 피보험자의 보험료를 지속적으로 인상시켜 왔다. 다시 말하면, 제1호 피보험자(65세이상의 고령자)가 납부하는 월평균 보험료가 2000년도에는 2,911엔이었지만, 2015년부터는 5,514엔으로 거의 2배 수준으

표 1. 개호보험재정지출(급여기준) 및 보험료 추이

구분	연도	급여비용(조엔)	제1피보험자 월보험료(엔)
제1기	2000년	3.6	2,911(전국 평균)
	2001년	4.6	
	2002년	5.2	
제2기	2003년	5.7	3,293(전국 평균)
	2004년	6.2	
	2005년	6.4	
제3기	2006년	6.4	4,090(전국 평균)
	2007년	6.7	
	2008년	6.9	
제4기	2009년	7.4	4,160(전국 평균)
	2010년	7.8	
	2011년	8.2	
제5기	2012년	8.8	4,972(전국 평균)
	2013년	9.4	
	2014년	10.0	
제6기	2015~2017년	-	5,514(전국 평균)

자료: 후생노동성(2015), 개호보험재정의 구조.

1) 국민의료비는 2000년 30조 1,418억엔, 2012년 39조 2,117억엔으로 집계됨(후생노동성, 국민의료비동향, 각년도 참조).

로 인상되었다. 그렇지만, 개호보험재정은 보험료 이외에 국가 및 지방자치단체의 부담금으로 충당되고 있는데, 일본경제의 부진으로 정부예산수입의 증가가 원활하지 못해 재정수입의 획기적인 확대를 기대할 수 없었다. 결국, 일본정부에서는 재정지출의 억제 및 효율화에 중점을 둔 대책을 수립, 시행할 수밖에 없다는 것이다.

먼저, 재정지출은 수량요인에 해당하는 요개호 인정자수와 가격요인에 해당하는 개호서비스수가에 의해 결정된다고 볼 수 있다. (표 2)에서 볼

수 있듯이 개호서비스 인정자수가 2000년 4월말, 218만명에서 2015년 4월말 608만명으로 2배가 넘는 수준으로 증가하였다. 이 중에서 경증자(요지원자 및 요개호1)가 차지하는 비중이 전체 인정자수의 거의 절반을 차지하는 것으로 나타나, 그동안 경증자의 증가가 상대적으로 컸고, 급여비용의 지출이 효율적이지 못했다는 것이다<sup>2)</sup>. 그래서 후술하겠지만, 경증자에 해당하는 자를 개호보험제도에서 지방자치단체사업의 대상자로 이관시키고 비용절감을 꾀하고 있다.

표 2. 요개호별 인정자수 추이

(단위: 만명)

연도	요지원1	요지원2	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	합계
2000.4	29.1		55.1	39.4	31.7	33.9	29.0	218
2001.4	32.0		70.9	49.0	35.8	36.5	34.1	258
2002.4	39.8		89.1	57.1	39.4	39.4	38.1	303
2003.4	50.5		107.0	64.1	43.1	42.4	41.4	349
2004.4	60.1		125.2	59.5	49.2	47.9	45.5	387
2005.4	67.4		133.2	61.4	52.7	49.7	46.5	411
2006.4	10.4	65.5	138.7	65.1	56.0	52.5	46.5	435
2007.4	52.7	52.1	88.0	75.6	65.2	54.7	48.9	441
2008.4	55.1	62.9	77.0	80.6	71.1	57.9	50.0	455
2009.4	57.5	66.2	78.8	82.3	73.8	59.0	51.5	469
2010.4	60.4	65.4	85.2	85.4	71.3	63.0	56.4	487
2011.4	66.2	66.9	91.0	90.1	70.0	64.1	59.3	508
2012.4	69.2	71.2	97.0	95.2	72.4	67.0	60.9	533
2013.4	77.3	77.1	105.2	99.3	74.7	69.6	61.2	564
2014.4	82.5	80.6	111.5	102.9	76.9	71.1	60.5	586
2015.4	87.4	83.9	117.6	106.2	79.3	73.0	60.4	608

자료: 후생노동성(2015), 개호보험재정의 구조.

2) 芝田文男, “개호보험제도 창설부터 10년간의 발자취 평가와 향후의 과제”, 간사이대학 경제정치연구소(편), 『사회보장과 재정을 생각한다』, 2012, 3 참조.

그리고, 가격적 요인으로 개호서비스수가를 제시하였는데, 일본은 개호보험제도의 도입시 인프라의 부족을 우려하여 실제의 경영수지의 결과보다 높은 수가를 책정, 적용하였고, 그 이후부터는 3년마다 정기적으로 수가를 조정하고 있는데, 2009

년과 2012년도를 제외하고는 수가인하가 단행되어 왔다(표 3). 이로 인한 재정지출의 절감효과는 분명히 나타나겠지만, 양질의 서비스를 제공해 온 시설로써는 상당한 경영압박을 받고 있다는 것이 최근의 상황이다.

표 3. 개호서비스수가의 개정 추이

연도	전체	시설서비스분	재가서비스분
2003년	- 2.3%	4.0%	+ 0.1%
2006년	- 0.5%[-2.4%]	± 0 %	1.0%
2009년	+ 3.0%	+ 1.3%	+ 1.7%
2012년	+ 1.2%	+ 0.2%	+ 1.0%
2015년	- 2.27%	- 0.85%	- 1.42%

주: 1) 2005년 10월에 제도개혁의 영향으로 시설에서의 거주비 및 식비를 비보험화하였기에 이를 포함하면 2006년도에는 -2.4%가 되고, 2014년도에도 소비세율(8%)의 인상으로 개호서비스시설에 실질적인 부담이 되지 않도록 보전할 필요가 있어서 0.63%를 인상하였음.

자료: 후생노동성(2015), 개호보험재정의 구조.

## 2) 최근 제도개선 의 주요 내용

### (1) 장기요양 인정대상자의 축소대책

전술한 바 있듯이 개호보험제도의 운영실적 결과를 보면, 무엇보다도 요개호인정자수의 증가가 심각하다는 것을 알 수 있다. 특히, 그 중에서도 경증에 해당한다고 하는 요지원대상자와 요개호 1등급자의 증가가 상대적으로 높았고, 지역간 격차도 높은 것으로 나타나고 있다. 원칙적으로 요지원대상자는 개호예방급여대상자로 구분하여 시설

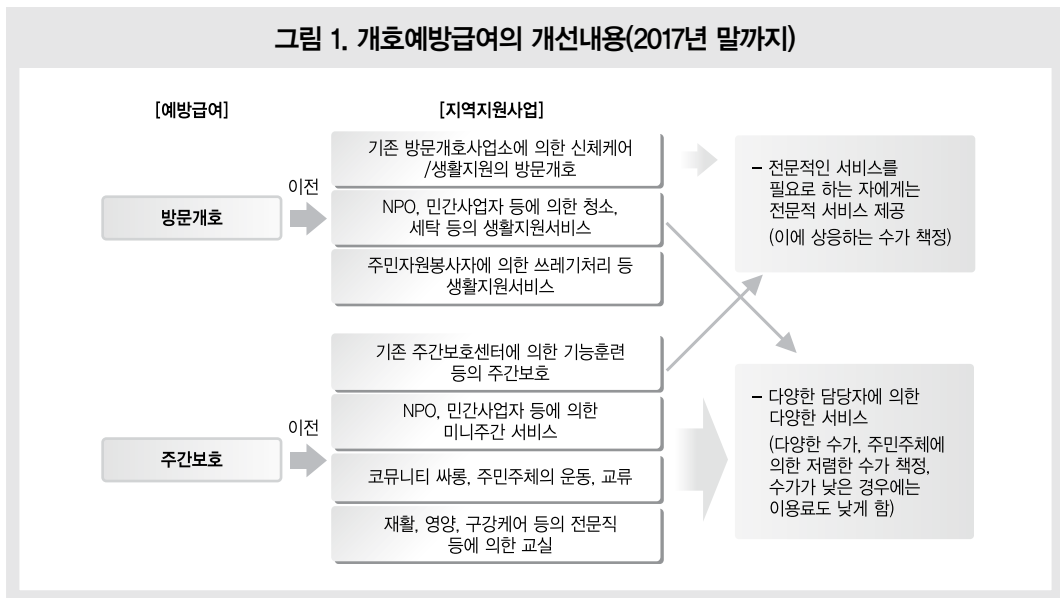
급여는 제외하고 재가급여만 받도록 하였는데, 그러한 재가급여가 예방의 목적을 지닌 서비스가 아니기 때문에 예방의 효과는 없었고, 보험재정지출을 증가시키는 데에만 기여하였다는 것이다. 그래서 2017년까지 요지원자를 대상으로 한 방문개호 및 주간보호에 대해서는 시정촌이 지역실정을 감안하여 서비스를 제공하도록 하게 함으로써 개호보험제도에서 시정촌의 지역지원사업으로 이관시킬 계획으로 있다. 다시 말하면, 개호등급체계는 현행대로 유지하지만, 요지원자의 방문개호 및 주간보호서비스에 한해서는 실시주체가 개호보험에

3) 이에 소요되는 재정은 현행과 동일하게 국가, 도도부현, 시정촌, 피보험자 보험료로 조달하는 것으로 되어 있어 재정과 관련한 시정촌의 부담은 변함이 없겠지만, 장기적으로는 보험재정으로부터의 부담을 폐지할 예정임.

서 시정촌 지역사업으로 전환된다는 것이다<sup>3)</sup>. 아 울러 이들에게 서비스를 제공해 줄 수 있는 기관도 기존의 개호보험법에 의한 개호서비스사업자 이 외에 NPO, 민간기업, 자원봉사센터 등 지역내에 있는 다양한 자원을 활용하는 것으로 되어 있다. 이에 대한 자세한 설명은 [그림 1]과 같다.

(2) 입소생활시설(특별양호노인홈)의 입소기준 강화대책

일본의 입소생활시설에는 특별양호노인홈이 있 는데, 이는 우리나라의 노인요양시설과 유사한 시 설이다. 그동안 요개호등급으로 인정받으면 등급 과 관계없이 시설에 입소할 수 있었지만, 2015년 4월부터는 원칙적으로 요개호3 이상 중도의 요개 호 상태에 있는 자에게만 제한하고 있다. 그 이유 는 시설입소를 희망하고 있지만, 시설설치의 부족 등으로 재택생활을 할 수밖에 없는 중증의 요개호 자가 많이 있기 때문으로 일본정부는 설명하고 있



**표 4. 요개호도별 특별양호노인홈 입소 신청자수(2014)** (단위: 만명, %)

구분	요개호 1~2	요개호 3	요개호 4~5	합 계
전 체	17.8(34.1)	12.6(24.1)	21.9(41.8)	52.4(100.0)
재택거주자	10.7(20.4)	6.6(12.7)	8.7(16.5)	26.0( 49.6)
재택이외 거주자	7.1(13.6)	6.0(11.4)	13.2(25.3)	26.4( 50.4)

자료: 후생노동성, 특별양호노인홈의 입소신청자 상황, 2014.3

다(표 4).

일본은 특별양호노인홈(30인 이상의 규모로 정의)의 설치·운영주체로 주로 사회복지법인에게만 허용하고 있는데다가 시설서비스비용이 재가서비스비용에 비해 상당히 높아서 재정지출증가의 요인으로 보고 있기 때문에 전국적으로 시설이 부족하고, 이로 인한 입소대기자수가 50만명에 이르는 보고가 있다. 이러한 문제를 해결하고자 일본정부에서는 입소자격의 우선순위를 둘 수밖에 없었다. 다만, 요개호 3 이하인 자일지라도 시설에 입소할 수 있는 특례기준이 있는데, 이는 ①치매로 일상생활에 지장을 줄 수 있는 증상이 자주 보이는 경우, ②지적장애나, 정신장애 등으로 일상생활에

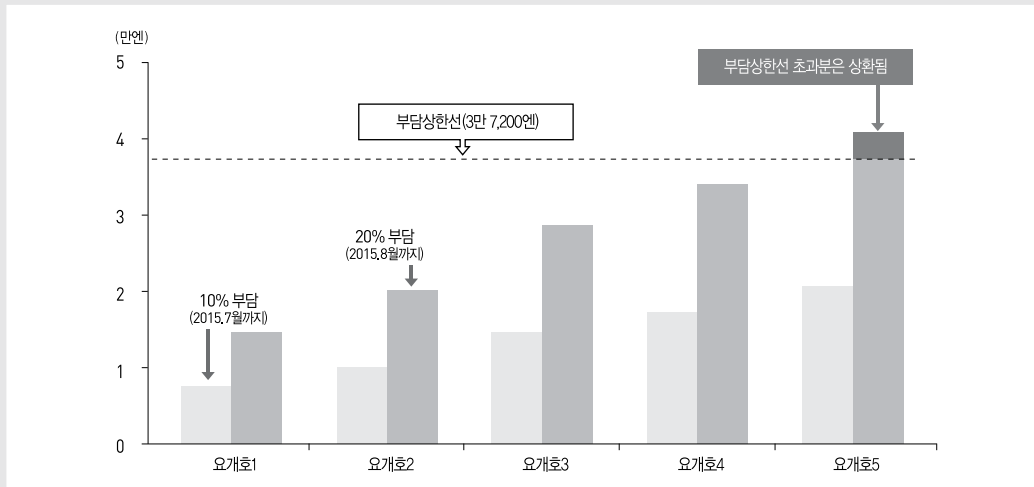
지장을 줄 수 있는 증상이 자주 보이는 경우, ③심각한 학대가 의심되어 심신의 안전 및 안심의 확보가 곤란한 상태에 있는 경우, ④독거 등, 가족의 지원을 기대할 수 없고 지역에서의 개호서비스 공급이 불충분한 경우이다.

### (3) 서비스비용의 본인부담금 인상대책

일본은 2000년에 제도를 도입한 이후 지금까지 개호서비스비용에 대한 이용자 본인부담금으로 총비용의 10%를 유지해 왔지만, 금년도 8월부터는 소득수준을 감안하여 차등화시키는 것으로 전환하였다. 다시 말하면, 자산 및 소득이 높은 고령자에게 본인부담금을 더 내게 하는 방식<sup>4)</sup>인데, 공

그림 2. 65세이상 고령자의 본인부담금 인상방식(2015. 8월 이후)

(재가서비스의 월평균액 기준)



자료: 후생노동성자료(2014) (지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보추진을 위한 관계법률정비에 관한 법률 개요)

4) 원래는 연간 합계소득금액이 160만엔 이상인 고령자를 대상으로 하고 있는데, 여기에서 합계소득금액이란, 수입에서 공적연금 등 공제 및 급여소득공제, 필요경비를 공제한 후, 기초공제 및 인적 공제 등을 공제하기 이전의 소득금액을 말하고 있음. 다만, 160만엔 이상이더라도 실제의 수입이나 세대구성에 따라서 20%의 본인부담을 적용대상자에서 제외될 수 있음.

표 5. 소득수준별 고액 개호서비스비의 기준(월 부담상한액)

구분	월 부담상한액
현역 근로자정도의 소득자에 해당하는 자가 있는 세대의 경우	44,400엔(세대)
세대내 가족 중에 시구정촌민세를 납부하는 자가 있는 경우	37,200엔(세대)
세대의 전원이 시구정촌민세를 납부하지 않는 경우	24,600엔(세대)
- 노령복지연금을 받고 있는 경우	24,600엔(세대)
- 전년도 합계소득금액과 공적연금 등 수입액의 합계가 연간 180만엔 이하인 경우	15,000엔(개인)
생활보호대상자 등	15,000엔(개인)

적연금수입액이 연간 280만엔 이상<sup>5)</sup>인 독신고령자에게는 기존의 10%에서 20%로 인상된다. 예를 들면, 주간보호서비스와 방문개호서비스를 이용하는 요게호 3에 해당하는 경우, 평균적으로 서비스를 이용하는 경우 월 14만엔의 비용이 소요되어 이용자부담금은 14,000엔이 되는데, 이 수준이 28,000엔으로 인상된다. 그렇지만, 부담률은 매년 전년도 자산 및 소득수준의 변화에 따라 조정되며, 20%의 부담자로 책정되어도 매달 부담액이 2배가 되는 것이 아니다. 즉, 보다 많은 서비스를 필요로 하는 이용자가 본인부담금이 너무 많아지는 것을 방지하기 위해서 매달 부담상한액을 설정해 놓고 있는데, 이는 세대단위로 저소득자를 제외하고는 부담상한액이 3만 7,200엔이다<sup>6)</sup>.

한편, 우리나라의 노인요양시설에 해당하는 특

별양호노인홈에 입소한 고령자나, 재활목적의 노인보건시설 및 만성질환 등으로 장기요양이 필요한 고령자가 입원하는 요양병상에 입원한 고령자는 일정수준 이상의 금융자산을 가지고 있다면<sup>7)</sup>, 소득수준이 낮아도 식비와 거주비에 대한 비용을 부담하여야 한다. 이러한 시설에 입소하여 주민세를 납부하지 않는 저소득계층에게는 식비 및 거주비 해당분으로 지금까지 월 2만~7만엔 정도가 보조되고 있었지만, 8월부터는 자산이 독신세대로 천만엔 초과나, 부부세대로 2천만엔 초과하면, 소득수준에 관계없이 보조를 중단한다. 일본 정부에 의하면, 연간수입 150만엔미만의 독신고령자의 11%는 1천만엔 이하의 자산이 있는 것으로 추정하고 있다. 원래 개호서비스가 필요하지만 시설에 입소하지 않고 재가에서 서비스를 받으면 저소득

5) 후생노동성의 추정에 따르면, 65세이상 고령자중 소득이 상위 20%(전국평균)에 해당하는 수준인데, 이용자본인이 10%부담자인지, 20%부담자인지는 시정촌에서 책정하여 발급하는 '부담비율증'으로 확인할 수 있음.

6) 20%의 부담제를 도입하면, 재가서비스이용자 중, 요게호 4인 자는 51%, 요게호 5인 자는 62%가 상한액에 도달한다고 하고, 특별양호노인홈 입소자의 경우에는 대부분의 입소자가 상한액=부담액이 되기 때문에 실제적으로는 20%의 부담제에 해당하는 고령자는 거의 없는 것으로 추정함. 또한, 1인의 연간소득액이 383만엔이상인 경우에는 부담상한액도 4만 4,400엔으로 인상됨.

7) 여기에서 자산이라 함은 예·저축금 이외에 주식이나 채권, 투자신탁 등 간단하게 시가평가나 현금화할 수 있는 금융자산도 포함되는데, 생명보험이나 자동차, 부동산, 보석 등은 시가평가가 어렵다는 이유로 포함되지 않음. 그리고 금융자산은 참고자료나 자신의 신고액을 기준으로 하고 있는데, 부정신고로 발견되는 경우에는 보조받은 금액의 3배를 상한하도록 조치를 취해 놓고 있음.

자이더라도 식비나 광열비, 집세 등을 부담하여야 하기 때문에 시설과 재가에서의 공평한 부담을 이르게 하는 것이 제도개선의 목적이다.

그런데, 의료서비스와 개호서비스를 동시에 이용하는 세대는 부담금이 늘어날 가능성이 있다. 즉, 소득이 많은 70세미만의 고령자세대를 대상으로 의료·개호비용을 합산한 본인부담금의 상한액이 늘어나기 때문이다. 이러한 문제점을 고려하여 기존의 고액의료·고액개호합산제도를 개정할 예정이다. 이는 의료비나 개호비의 본인부담금에는 각각 월 상한액이 설정되어 있지만, 의료비 및 개호비의 부담이 동시에 발생하는 세대를 보호하기 위해 그 합산액에 별도의 상한액을 설치한 제도이다. 예를 들면, 연간수입 8백만엔인 68세의 고령자가 심장질환으로 통원하고, 동시에 배우자가 요양 시설에 입소한 경우 의료비와 개호비의 합산총액이 연간 1천만엔이 초과해도 이상하지는 않지만, 합산제도에 의해 2015년 7월까지의 실제의 본인부담액은 135만엔에 그치고 있었다. 원래 의료비의 상한과 개호비의 상한을 단순히 합하면 연간 156만엔(8월이후는 165만엔)정도가 소요되지만, 합산제도에 의하면 상한이 내려가고 차액분을 상환받을 수 있기 때문이다. 8월 이후에는 동일한 조건일 때 본인부담액은 141만엔으로 늘어나게 되는데, 이는 지난 1월부터 고소득자의 의료비 상한액이 인상되었기 때문이다.

일본정부에서는 고령자가 증가하고 있는 가운데 건강보험과 개호보험을 유지하기 위해 능력에 따라 많이 부담하는 소위 '소득수준 연계 부담'의 개혁을 추진하고 있는 것이다. 이번 개혁도 그러한 차원에서 실시하는 것이고, 실제로 합산제도를

이용할 때에는 연간단위로 본인부담액을 합산하고 상환을 받게 된다.

### 3. 정책적 시사점

일본의 개호보험제도는 기존의 노인복지제도와 노인보건제도를 수정해서 창설된 제도이다. 특히, 노인보건제도에서 제공되던 방문간호, 재활, 요양병상 등 의료서비스를 개호보험제도로 이관함으로써 현행과 같은 상당한 부분의 의료서비스가 개호보험제도에 포함되게 되었다. 이로 인하여 개호보험제도는 도입초기부터 의료보험지출비용의 일부를 개호보험제도로 이관되었을 뿐, 의료비절감 효과는 크지 않을 것으로 일컬어지고 있었다. 실제적으로도 의료서비스, 특히 개호요양병상(소위, 요양병원에 해당함)의 1인당 지출액이 시설서비스 중에 가장 높아서 보험재정지출의 주요 요인으로 지적되어 왔다. 급기야는 개호보험제도에서의 시설서비스에서 제외시킬 계획으로 있으며, 이미 2012년 이후부터 개호요양병상의 신설은 허가하지 않고 있다. 기존의 개호요양병상은 노인보건시설이나 특별양호노인홈으로 전환하도록 유도하고 있으며, 한쪽에서는 중증의 요계호자라도 재택에서도 서비스를 받으면서 생활할 수 있도록 지원하는 24시간 수시대응형방문서비스를 개설, 제공하는 등 많은 노력을 기울이고 있는 실정이다.

그럼에도 불구하고 개호보험재정은 전술한 바와 같이 계속적으로 증가하고 있기 때문에 보험재정의 수입확보 차원에서는 인상되는 소비세율의 일부를 개호보험에 투입하거나, 65세 이상의 고령자를 대상으로 한 보험료율을 인상하는 조치를 취



하고 있고, 다른 한편으로 재정지출의 억제차원에서는 경증의 요지원자를 개호보험제도에서 분리시켜 지자체의 부담으로 전환하여 개호보험제도의 대상자수 자체를 축소시키고 있으며, 개호서비스수가의 인상을 억제시키고 이용자 본인부담율을 소득수준에 따라서 차등 부과하는 방식을 도입하기에 이르렀다.

이와 같은 일본의 보험재정의 안정화대책은 우리나라의 경우 향후 베이비붐세대의 노년기진입에 따른 장기요양수요자의 급증이 예상되기 때문에 우리에게 주는 시사점을 정리, 제시해보고자 한다.

첫째, 장기요양인정대상자의 신중한 확대가 필요하다. 우리나라는 초기에는 중등증 이상의 대상자를 중심으로 한 제도를 도입하였다. 이는 독일제도와 유사한데, 인프라 확보의 어려움 예상도 있었기 때문이다. 그러나, 2010년도 이후부터 경증에 해당하는 대상자까지 적용범위를 확대시켜 왔고, 급기야는 진단자체가 용이하지 않은 경증의 치매질환자까지 확대시켜 왔다. 그럼에도 불구하고 전체 노인인구대비 장기요양인정자율이 7%에도 못미치고 있는데, 이는 인구고령화의 진전이 다른 선진국가들에 비해 늦게 시작되어 기존의 장기요양 대상자 자체가 적었고, 제도도입 이후 장기요양인정자수의 누적도 부족했기 때문으로 판단된다. 따라서, 인구고령화의 심화가 예상되고 누적 인정자수도 늘어날 것이기 때문에 빠른 시기에 인정자비율이 10% 이상이 될 것으로 판단된다. 따라서, 경증의 대상자에 대한 적용확대는 신중하게 검토하여야 할 것이고, 무엇보다도 일본의 경험에서도 알 수 있듯이 경증대상자에 적합한 서비스의 개발이

필요하고, 이를 통해서 장기요양대상자로의 조기진입을 억제시킬 필요가 있다.

둘째, 노인요양시설의 의료서비스 강화가 필요하다. 우리나라의 요양병원은 장기요양보험시설에서 제외되어 있어 병원에 입원하는 경우, 보험급여가 중단되게 되어 있다. 현재 노인요양시설에서는 심한 행동장애를 일으키는 치매질환자나 진료행위가 수시로 필요한 입소자를 안전하게 보호할 수 있는 환경이 되지 못하여 필요 이상으로 요양병원으로 이송되는 입소자가 적지 않은 것으로 보인다. 이는 노인요양시설에서의 의사, 간호사 등 의료인력이 부족하고, 특히 소규모 시설을 중심으로 한 시설환경 자체도 열악하기 때문이다. 따라서, 촉탁의제도 및 간호사 채용기준을 개선한 별도의 시설모형이 필요하고, 생활주거공간으로써 부족한 건물에 시설을 설치할 수 있게 한 현행 시설설치기준의 개선이 요구된다.

셋째, 재가서비스의 강화가 필요하다. 전술한 노인요양시설의 개선이외에 현재 노인요양시설의 입소기준이 요양등급 1 및 2의 대상자에게만 허용되고 있는데, 최근 일본의 경험으로 비추어 보면 상당히 의미있는 조치였지만, 상대적으로 시설입소에 제한을 받고 있는 대상자가 장기적으로 재가에서 생활할 수 있도록 지원하는 서비스의 개발은 미흡했다고 생각된다. 현재의 재가서비스도 연계 통합적이지 아니라 개별적이고 분절적으로 제공되고 있는 실정이다. 따라서, 방문요양 및 방문간호(재활)서비스의 복합모형이나, 주야간보호센터에서 급격한 기능하락 방지를 위한 의료재활서비스의 개발이 필요하다.

넷째, 소득수준별로 이용자 본인이 부담할 수

있는 장기요양비용의 상한선을 차등적으로 설정할 필요가 있다. 현행 장기요양서비스의 비용은 이용자가 일부 부담하고 있는데, 재가서비스의 경우 일반소득자는 총비용의 15%, 저소득자는 7.5%, 기초수급자는 무료이다. 현재 고령자의 소득수준은 매우 열악한 상태이고 공적연금 수급자도 상당히 적은 수준이기 때문에 본인의 소득부족으로 서비스이용의 월 한도액 이내라도 충분한 서비스 이용이 제한받고 있는 수급자가 존재하고 있다. 따라서, 이용자의 공적연금소득 등 재산 상태를 감안하여 저소득자인 경우에는 월 한도액 이내라도 이용자의 부담액이 월 상한선 이상에 해당하는 경우에는 초과분을 상환해 줄 수 있는 방안이 필요하다.

마지막으로, 장기적 지속 가능한 제도를 달성할 수 있는 개선대책을 마련하고 이를 지원할 수 있는 장기요양서비스 수가의 적용, 실시가 필요하다.

## 4. 나가며

우리나라의 인구고령화 속도는 일본만큼 빠르게 진행되고 있고, 현재의 저출산 상태에서는 그 속도가 떨어질 기미가 보이지 않는다. 현재의 장기요양 인정자비율이 그대로 유지된다고 하더라도 장기요양 수급자수는 크게 늘어날 것이고, 그로 인한 재정지출도 급증할 것으로 예상되어 일본의 경험을 잘 살펴볼 필요가 있겠다. 이는 장기요양서비스의 수급으로 인하여 조금씩 수명이 연장되는 경향이 있기 때문이어서<sup>8)</sup> 장기요양서비스 수급자가 되지 않도록 하기 위해서는 정부에서는 예방적 서비스의 개발, 보급이 필요하고, 더 나아가 건강한 노후(healthy ageing)를 영위하도록 하여 생활기능의 자립성을 장기간 유지할 수 있도록 하는 정책을 개발하여야 한다. ■

8) 일본 생명보험문화센터의 추계에 의하면, 후생노동성에서 발표한 평균수명의 연장추이와 관련하여, 와상상태의 기간이 10년이상인 요개호자의 비율이 점점 높아지고 있고, 개호(수발)기간이 점차적으로 연장되고 있다고 발표함(생명보험문화센터, 생명보험에 관한 전국실태조사, 2012년 참조).