



# 한국과 일본의 노인 대상 지역사회 재활서비스 비교 연구: 노인장기요양보험 제도를 중심으로

이민영

국립재활원 재활연구소 건강보건연구과

## Comparison of Community Rehabilitation Services for the Elderly in South Korea and Japan: Focusing on the Long-Term Care Insurance System

Minyoung Lee, PT, PhD

Department of Healthcare and Public Health Research, National Rehabilitation Research Institute, Ministry of Health and Welfare, Seoul, Korea

### Article Info

Received April 5, 2022  
Revised April 22, 2022  
Accepted April 22, 2022

### Corresponding Author

Minyoung Lee  
E-mail: wharen88@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-4500-4518>

### Key Words

Community care  
Community rehabilitation  
Long-Term Care Insurance  
Outpatient rehabilitation  
Visiting rehabilitation

**Background:** As South Korea enters an aged society, the government has emphasized the need for a soft landing of the older adults into the community after the acute and recovery periods under a national policy of “community care.” However, the institutionalization of community rehabilitation services to implement this is insufficient. Japan had already entered an aged society when the Long-Term Care Insurance System was introduced in 2000. Thus, the case of Japan’s institutionalization of the system is expected to have implications for us in supplementing a suitable system for the aged society.

**Objects:** This study compared the institutionalization process of the Long-Term Care Insurance System in South Korea and Japan and the services currently being implemented in each country.

**Methods:** To examine the institutionalization process and services of the system, related legal rules and regulations, government reports, and articles were reviewed. To examine the operation status of the system, statistical data provided by each country’s government were analyzed.

**Results:** Japan recognized the importance of community rehabilitation even before the enactment of Long-Term Care Insurance. Thus, community rehabilitation services, such as home-visit rehabilitation and health facilities, were already stipulated in the law. Under such institutional legacy, Long-Term Care Insurance was able to establish a service system, which balanced welfare and health-related services, including various types of services with enhanced rehabilitation functions. In South Korea, rehabilitation policies were not much considered in the process of institutionalizing the system; thus, it was composed mainly of services focusing on care and recuperation.

**Conclusion:** In order to realize community care, rehabilitation services need to be developed in Long-Term Care Insurance System in various forms such as home-visit services, daily services, short stay, and facility services.

## INTRODUCTION

우리나라 정부재정으로 운영되는 주요 노인 돌봄 제도로는 노인장기요양보험(이하 ‘장기요양보험’) 서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 치매관리

사업 등이 있다[1]. 이 중 장기요양보험 서비스는 국가적 차원에서 가장 보편적으로 제공되는 사회보험 서비스로, 노인 돌봄과 관련한 정부재정 지출 비용 중 90% 이상을 점하는 등 노인 돌봄에 있어서 절대적인 정책적 및 재정적 비중을 차지한다[1]. 장기요양보험제도의 목적은 고



령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동을 지원하는 것으로[2], 본 제도에서 제공하는 서비스 유형을 통해서 확인할 수 있듯이 우리나라의 장기요양보험제도는 요양과 돌봄 등 주로 복지 측면의 지원에 초점이 맞추어져 있고, 보건 의료 측면의 지원은 방문간호 정도에 그치고 있다[2].

우리나라는 2026년에 전체 인구 중 노인 인구가 20% 이상을 차지하는 초고령사회로 진입할 것으로 예상되는 가운데[3], 정부는 지난 2018년에 지역사회 통합돌봄(일명 '커뮤니티케어') 정책 기본계획을 발표하고 2019년부터 16개 지자체 선도사업을 진행하였으며, 2026년부터는 전체 지역으로 보편화 시킬 계획이다[4,5]. 보건복지부가 정의하는 지역사회 통합돌봄은 "돌봄이 필요한 주민이 자신이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건 의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스 정책"으로 정부에서 시행하는 전반적인 노인 보건복지 정책을 포괄하는 정책 기조로 볼 수 있다[4,5]. 이에, 정부에서는 효율적인 장기요양보험의 운영을 위해서 커뮤니티케어에 걸맞은 차세대 장기요양보험을 구축하겠다는 계획을 제시하였다[6].

그러나 아쉽게도 정부가 제시한 차세대 장기요양보험 개편 내용을 살펴보면 그간 학계에서 지속적으로 필요성을 제기해온 방문재활 등 [7-10] 재활서비스 신설에 대한 내용은 포함되어 있지 않고, 방문요양·간호·목욕·주야간보호 등 기존에 존재하던 서비스들을 통합적으로 제공할 수 있는 재가급여를 도입하는 안에 그치고 있다[6]. 뿐만 아니라 장기요양보험 개편 이외의 지역사회 통합돌봄 정책에서도 재활서비스 확충에 대한 내용은 포함되어 있지 않다[6]. 세계 여러 국가에서 커뮤니티케어를 도입한 배경에는 고령화로 인한 입원 장기화와 그에 따른 의료비 증가, 병원을 찾아 전전해야 하는 재활난민 발생 등의 연쇄적 악순환을 해결하고자 급성기 병원입원 기간을 최대한 단축시키고 가능한 조기에 회복기 및 생활기 재활 단계로 진입시키겠다는 의도가 내포되어 있다. 한국에도 2019년에 재활의료기관 제도가 신설됨에 따라 급성기 병원을 퇴원한 환자들이 회복기에 집중적인 재활서비스를 받을 수 있는 방안은 마련되었으나[11], 제한된 회복기 재활기간이 종료되면 지역사회 내 재활서비스 부재로 다시 재활난민 발생과 개인 의료비 증가 문제에 봉착하게 될 수 있다. 또한, 예방할 수 있었던 질환의 재발과 장애를 막지 못해 강도 높은 요양 및 시설급여 비용이 지속적으로 지출될 수 있다.

한국 장기요양보험제도에서 재활서비스의 부재는 2000년 개호보험(한국의 '장기요양보험') 시행 시점부터 방문재활, 방문간호, 통소재활, 개호노인보건시설 등 재활 기능이 강화된 재가 및 시설서비스들을 다수 규정하고 있는 일본의 상황과 대비된다[12,13]. 재활 관련 정책에 대한 한국과 일본 간의 이 같은 차이는 '지역사회 재활' 혹은 '생활기 재활'의 필요성에 대한 양국 간의 근본적인 인식 차이에서 비롯된 것으로 보인다. 일본의 경우 개호보험 제정 전부터 일찍이 지역사회 재활에 대한 인식이 일반화되어 있었고[14], 1963년 노인복지법 제정 이후 1982년 노인보건법 제정으로 방문재활 및 노인보건시설 등의

제도들이 이미 신설되었다[15,16]. 개호보험 시행 이후에는 정부 차원에서 생활기 재활의 존재 방식에 대한 연구를 몇차례 수행하고 그 연구 결과들에 기반하여 개호보험 개정의 방향성을 제시해왔다[17-20]. 가령, 2003년 보고서에서는 급성기-회복기-생활기에 걸친 끊김 없는 재활과 특히, 생활기 재활의 중요성을 강조하고 요양 중심의 서비스만으로는 노인의 생활기능 저하를 미연에 방지하지 못하여 시간이 지날수록 요양 필요도가 높아지고 서비스 제공 기간이 길어진다고 보고하였다[17]. 2014년 보고서에서는 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)에서 정의하는 생활기능의 요소, 즉 '심신기능', '활동', '참여'를 독려하는 재활을 강조하고, 동일 년도부터 추진되는 지역포괄케어(일명 '커뮤니티케어')에서 재활과 재가서비스가 수행해야 하는 역할 등을 집중적으로 검토하였다[18].

2022년 현재 한국의 고령화율은 17.6%로 일본이 개호보험을 시행하기 시작한 2000년 당시의 고령화율인 17.3%와 비슷한 수준이다[3]. 이제 한국은 고령사회(aged society)에 걸맞은 장기요양보험 체제로의 개편이 필요한 시점이고, 그 방편 중 하나로 '지역사회 재활'에 대한 인식 전환과 정책 개발이 필요하다. 그간 다수의 국내 연구에서 한국과 일본의 장기요양보험 서비스를 비교한 바 있으나[21-24], 비교대상이 개별 서비스 내용이 아닌 서비스 체계에 머무르고 있고 특히 재활서비스에 초점을 둔 연구는 미흡한 상황이다. 이에, 본 연구에서는: (1) 한국과 일본의 장기요양보험의 제도화 과정, (2) 현행 장기요양보험 서비스 체계, (3) 재활 관련 서비스 내용 및 운영현황을 비교함으로써 한국 장기요양보험 재활 정책의 현 주소를 확인하고 향후 개선되어야 할 보완점을 점검하는 데에 필요한 정보를 제공하고자 한다. 본 연구를 통해 재활전문직 및 정책입안자들이 지역사회 재활에 더욱 관심을 가지고 발전적인 정책을 제안하고 입안하는 데에 도움이 될 수 있기를 기대한다.

## MATERIALS AND METHODS

### 1. 연구설계

본 연구에서는 한국과 일본의 장기요양보험의 제도화 과정, 현행 장기요양보험 서비스 체계, 재활 관련 서비스 내용 및 운영현황을 문헌 고찰을 통해 살펴보고자 한다. 장기요양보험의 제도화 과정에서는 양국의 노인 보건복지 관련 법제도들과 장기요양보험법이 제정되기까지의 과정, 제정 이후 주요 개정 내용 등을 살펴보았다. 현행 장기요양보험 서비스 체계에서는 양국에서 가장 최근에 개정된 장기요양보험법에 근거하여 서비스 유형 및 종류를 살펴보았다. 재활 관련 서비스 내용 및 운영현황에서는 양국의 장기요양보험 서비스 중 물리·작업·언어치료사 등 재활전문직을 인력조건으로 포함하고 있는 서비스들에 대하여 목적 및 내용, 시설개설 및 인력배치 기준, 이용자 수, 제공 시설 수, 지출비용 등을 살펴보았다.

## 2. 자료수집 및 분석

문헌고찰을 위하여 한국과 일본의 노인 보건복지 관련 법규정(e.g., 노인복지법, 노인보건법, 장기요양보험법 등) 및 정부보고서, 논문 등을 분석하였다. 재활 관련 서비스 내용 및 운영현황 중 정량적 데이터(e.g., 서비스 이용자 수, 서비스 제공 시설 수, 서비스 지출비용 등)는 일본의 경우 후생노동성에서 제공하는 개호급부비실태통계(2018.5-2019.4)를 통해, 한국의 경우 통계청에서 제공하는 장기요양보험통계(2019.1-2019.12)를 통해 취득하였다. 자료분석 기간은 코로나바이러스감염증(COVID-19)이 장기요양보험 서비스 이용에 미칠 수 있는 영향을 고려하여 2020년 이전 1년간으로 설정하였다. 상기 일본어 자료들은 저자가 수집하여 번역하는 과정을 거쳤다.

## 3. 용어 정리

본문에서 사용된 일본 제도명은 직역하되, 동일한 의미를 가진 한국 제도명이 있는 경우에는 단어가 최초 출현 시 괄호 안에 한국 제도명을 표기하였다. 일본 제도명에 사용된 단어 중 한국에서 사용되지 않는 단어는 다음과 같이 한국식으로 의역 가능하나, 본문에서는 일본식 표현을 그대로 사용하였다(e.g., ‘개호’ → ‘요양’, ‘인지증’ → ‘치매’, ‘거택’ → ‘재가’)

# RESULTS

## 1. 장기요양보험 제도화 과정

### 1) 일본

1963년에 노인복지법이 제정되어 특별양호노인홈(한국의 ‘노인요양 시설’)이 창설되고 방문개호사업(한국의 ‘방문요양’) 및 노인가정봉사원이 법제화되었다[15,21-25]. 1970년에 총 인구의 65세 이상이 7%를 넘는 고령화사회를 맞으면서 1973년에 노인의료비가 무료화되고, 1978년에 단기입소생활개호사업, 1979년에 데이서비스사업(한국의

‘주간보호’)이 창설되었다[15,21-25].

1980년에 들어서서는 사회적 입원과 외상노인이 문제되는 가운데, 1982년 노인보건법이 제정되어 노인의료비가 무상에서 10% 자기부담으로 전환되었다[16]. 1987년 노인보건법 개정으로 노인보건시설이 창설되었다. 1989년에는 고령자보건복지추진 10개년 전략, 일명 ‘골드플랜’(Gold Plan)을 통해 노인가정봉사원, 단기입소생활개호, 데이 서비스 등 재가서비스를 증가시키고 특별양호노인홈, 노인보건시설 등을 긴급 재정비하였다. 1992년 노인보건법 개정으로 노인방문간호제도 가 창설되어 방문간호스테이션을 통한 방문간호 및 방문재활이 시작되었다[16,21-25].

1994년에 총 인구의 65세 이상이 14%를 넘는 고령사회를 맞으면서 1997년에 독일을 모델로 한 개호보험이 창설되고, 2000년부터 개시되었다. 그에 따라 기존에 노인복지법 및 노인보건법에서 규정하던 재가 및 시설서비스들에 대한 근거법이 개호보험법으로 이전되었다[12,13]. 현행 장기요양보험법에서 보험자는 시정촌(市村町) 및 특별구(도쿄 23구)이고, 피보험자는 65세 이상의 노인과 40세 이상 64세 미만인 성인인면서 정부가 정한 16개 질환이 있는 자 중 일상생활 전반에서 도움이 필요한 자(이하 ‘요개호자’)이거나 혹은 다소의 지원이 필요하다고 인정되는 자(이하 ‘요지원자’)이다[12,13]. 개호보험은 사회보험으로 재원은 피보험자가 지불한 보험료 50%와 국가(25%), 도도부현(都道府県) (12.5%), 시정촌(12.5%) 등 조세 50%로 충당하고, 피보험자가 서비스 이용 시 10%-30%의 자기부담금을 추가로 지불하도록 하였다 [13,21-25].

개호보험의 급여수가를 규정하는 개호보수 규정은 3년마다 개정하도록 되어 있어 현재까지 총 8차례 개정이 시행되었다[12,13]. 2000년 제도 창설 당시 개호등급은 요개호1-5 (요개호5가 가장 중증도가 높음)로 구분되고, 거택개호서비스 12종 및 시설서비스 2종이 규정되었다[12,13]. 2006년 개정에서 개호등급에 요개호1-5 이외 별도로 요지원1-2가 추가로 창설되고, 요지원자들을 위한 거택개호서비스 10

**Table 1.** Types of long-term care or support required in Japan

Type	Indicative condition (during 48 h) <sup>a</sup>
Support Required 1	The person can rise, walk, and perform most other essential daily life activities by himself/herself. However, the person needs some support for task-based activities in daily life, including cooking, shopping and taking oral medicine (25 ≤ min < 32).
Support Required 2	The person's ability to handle task-based activities in daily life is slightly lower than that of individuals in the Support Required 1 category, and he/she needs more support (32 ≤ min < 50).
Care Level 1	The person faces difficulty in performing essential daily life activities by himself/herself. The person's ability to handle task-based activities in daily life is lower than that of individuals in the Support Required 2 category (32 ≤ min < 50).
Care Level 2	The person is in a state similar to that detailed under Care Level 1, but requires more care to be able to perform essential daily life activities (50 ≤ min < 70).
Care Level 3	Compared with state of Care Level 2, the person's abilities to perform essential daily life activities and task-based activities are significantly lower. As a result, he/she requires almost constant care (70 ≤ min < 90).
Care Level 4	The person is in a state similar to that detailed under Care Level 3, but his/her ability to act is lower. As a result, he/she faces difficulty living without constant care (90 ≤ min < 110).
Care Level 5	The person's ability to act is even lower than that of individuals in the Care Level 4 category. As a result, he/she requires almost constant care to live (min ≤ 110).

<sup>a</sup>Standard hour of need for long-term care was obtained through tree analysis using the results of 74 long-term care accreditation items to evaluate a person's mental and physical condition. Adapted from 'Guidebook for long-term care insurance' of Shinjuku City Long-Term Care Insurance Division (2018) [26].

종이 규정되었다[12,13]. 그 외 지역밀착형 서비스 6종도 새롭게 창설되고 2012년 개정에서 지역밀착형 서비스 2종이 추가로 창설되었다[12,13]. 2014년에 특별양호노인후에 입소 가능한 자가 요개호3 이상의 고령자로 제한됨으로써 중증 고령자를 위한 시설로 기능이 개편되었다[12,13]. 2016년 개정에서 지역밀착형 서비스 1종이 추가로 창설되었다. 2017년 개정에서 장기요양을 위한 의료적 대응과 일상생활 돌봄 서비스를 일체적으로 제공할 수 있는 '개호의료원'이 시설서비스 중 하나로 추가 창설되었다[12,13]. 2021년에는 개호보험과 관련하여 산출되는 각종 데이터를 총괄적으로 관리하는 과학적개호정보시스템, 일명 'LIFE'(Long-Term Care Information System for Evidence) 시스템이 구축되었다[12,13]. 2022년 현재 시점의 일본 개호보험 등급을 Table 1에 정리하였다[26]. 개호등급 인정은 1차적으로 시정촌의 개호 인정조사자에 의한 심신 상태 파악 및 주치의 의견서에 의한 컴퓨터 판정에 의하고, 2차적으로 보건, 의료, 복지 학계 및 임상가로 구성된 개호인정심사회가 1차 판정 결과에 기반해 심사하여 결정된다[13].

## 2) 한국

1981년에 노인복지법이 제정되면서 그 전까지 1961년 제정된 생활보호법에 근거하여 대응해왔던 고령자 복지가 독립된 정책분야가 되었다[24,27]. 노인복지법 제정 시 노인복지시설 중 하나로 '노인요양시설'이 규정되었다. 1989년 노인복지법 개정으로 '가정봉사사업', '재가노인' 등의 용어가 사용되기 시작하였고, 1993년 노인복지법 개정에서 가정봉사파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업 등 재가노인복지 서비스가 법에 명시되었다[24,25].

정부는 노인인구가 전체인구의 7%를 넘긴 2001년에 노인요양보장제도 도입을 제시하였다. 그 후 시범사업을 거쳐 2007년에 장기요양보험법이 제정되고, 2008년부터 시행되었다[2]. 장기요양보험법에서 보험자는 국민건강보험공단이고, 피보험자는 만65세 이상 또는 만65세 미만으로 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자 중 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자(이하 '등급인정자')이다. 노인 장기요양법은 사회보험으로, 재원은 피보험자가 지불한 보험료 50%, 조세30%, 자기부담금 20%이다[2,21-25].

2008년 제도 시행 당시 노인장기요양법에서 규정하는 장기요양서비스로는 기존에 노인복지법에 규정되었던 주간보호, 단기보호, 노인요양시설 등이 있고, 이에 더하여 각종 방문 서비스들과 노인요양공동생

활가정 등이 추가로 창설되었다[2,27]. 2008년 당시 장기요양 인정등급은 신체기능 수준을 기준으로 1-3등급(1등급이 가장 중증도가 높음) 및 등급외자로 구분하여 등급자에게는 재가급여 5종, 시설급여 2종, 특별현금급여 3종 등 장기요양법에 규정된 서비스가 제공되고, 등급외자는 지역사회에서 제공하는 노인 보건복지서비스들에 연계될 수 있도록 하였다[2,28,29]. 2008년 제도 창설 시점부터 장기요양보험 정보시스템이 구축되어 장기요양 관련 데이터를 데이터베이스화 하였다. 2014년에 등급체계가 3등급 체계에서 5등급 체계로 개편되고, 5등급은 '치매특별등급'이 되었다[2,28,29]. 이때, 인지활동형 방문요양서비스도 창설되어, 5등급 인정자에게는 주·야간보호급여가 우선 제공되며, 수급자의 심신상태 및 욕구에 따라 인지활동형 방문요양도 제공될 수 있도록 하였다. 2016년에는 인지활동형 방문요양서비스를 치매판정을 받은 1-5등급 인정자 모두가 선택할 수 있도록 대상범위가 확대되었다[2,28,29]. 2018년에 신체적 기능상태와 관계없이 치매질환만 있는 경우에도 인정되는 '인지지원등급'이 추가로 창설되었다[2,28,29]. 2022년 현재 시점의 한국 장기요양보험등급을 Table 2에 정리하였다. 장기요양등급 인정은 1차적으로 건강보험공단 인정조사자에 의한 심신 상태 파악 및 주치의 의견서에 의한 판정에 따르고, 2차적으로 보건, 의료, 복지 학계 및 임상가로 구성된 등급판정위원회가 1차 판정 결과에 기반하여 심사한다[2,28].

## 2. 장기요양보험 서비스 체계

### 1) 일본

서비스 유형으로는 (1) 거택개호서비스(12종), (2) 시설서비스(4종), (3) 지역밀착형 서비스(9종), (4) 거택개호지원(일명 '케어매니지먼트')이 있다[12,13]. 이 중 거택개호 및 시설서비스는 도도부현 등에서 지정 및 감독하는 서비스들로 전국 일률적인 기준에 의해 서비스가 제공되고, 지역밀착형 서비스와 거택개호지원은 시정촌에서 지정 및 감독하는 서비스들로 지역의 사정에 맞게 차별화된 서비스가 제공된다[12,13]. 요지원자는 시설서비스의 대상이 되지 않고, 재가서비스와 지역밀착형 서비스에서도 이용 가능한 서비스 종류가 제한된다.

거택개호서비스는 다시 (1) 방문서비스(5종), (2) 통소서비스(2종), (3) 단기입소서비스(2종), (4) 특정시설입거자생활개호, (5) 복지용구대여, (6) 특정복지용구판매로 분류된다[12,13]. 거택개호서비스 중 방문개호 및 방문목욕, 통소개호(한국의 '주간보호'), 단기입소요양개호(한

**Table 2.** Types of long-term care or support required in South Korea

Type	Indicative condition <sup>a</sup>
Care Level 1	A condition in which the person required help in all aspects of daily life (score > 95)
Care Level 2	A condition in which the person required help in most parts of daily life (75 ≤ score < 95)
Care Level 3	A condition in which the person required help in parts of daily life (60 ≤ score < 75)
Care Level 4	A condition in which the person required help in small parts of daily life (51 ≤ score < 60)
Care Level 5	Dementia (45 ≤ score < 51)
Cognitive Support Level	Dementia (45 < score)

<sup>a</sup>Long-term care accreditation score was obtained through tree analysis using the results of 52 long-term care accreditation items to evaluate a person's mental and physical condition. Adapted from 'Enforcement decree of the long-term care insurance act' of Ministry of Health and Welfare (2021) [28].

국의 '단기보호') 등은 한국에도 유사한 서비스가 존재하나, 방문재활, 거택요양관리지도, 통소재활, 단기입소생활개호, 특정시설입거자생활개호 등은 한국에 존재하지 않는다. 거택개호서비스를 제공하는 '사업소'는 도도부현에서 지정하고, 사업소를 개설할 수 있는 주체는 의료법인, 사회복지법인, 지역공공기관 등으로 다양하며 서비스마다 가능한 주체가 상이하[12,13]. 다만, 요지원자들을 위한 방문개호와 통소개호 서비스를 제공하는 사업소는 시정촌에서 지정하고, 지역 내 다양한 자원을 활용하자는 취지에서 의료법인, 사회복지법인, 지역공공기관 외에 비영리 단체(non-profit organization, NPO), 주식회사 등도 개설주체가 될 수 있도록 규정하고 있다.

시설서비스에는 개호보험법 3시설로 일컬어지는 개호노인복지시설과 개호노인보건시설, 개호의료원에서 제공하는 서비스들이 있다[12,13]. 개호노인복지시설은 흔히 '특별양호노인홈'이라고도 일컫는데 한국의 노인요양시설에 해당되고, 개호노인보건시설과 개호의료원은 한국에 존재하지 않는다. 개호노인복지시설은 요개호3 이상의 돌봄요구도가 높은 요개호자를 대상으로 하고, 나머지 두 시설은 모든 등급의 요개호자를 대상으로 한다.

지역밀착형 서비스들은 치매나 중증 요개호자가 가능한 시설에 입소하지 않고 자신이 살던 지역 내에서 거주하면서 케어 받을 수 있도록 지원하기 위한 것들로, 시정촌이 관리 감독하여 지역마다 서비스 내용에 차이가 있다[12,13]. 지역밀착형 서비스는 자택 혹은 소규모 시설에 거주하는 요개호자 혹은 요지원자를 대상으로 유사 시나 야간에 짧은 시간 여러 차례 방문하여 방문요양이나 방문간호, 혹은 이 둘을 통합한 서비스를 제공한다는 것, 한 시설에서 통소·방문·입소 등의 서비스를 통합적으로 제공하는 등 지역의 상황에 맞게 융통성이 있고, 복합적이며, 소규모로 운영된다는 특징이 있다. 한국에서는 장기요양보험제도에 의해 지역밀착형 서비스들을 별도로 규정하고 있지 않다.

거택개호지원은 요개호자에게 케어매니지먼트를 지원하기 위한 서비스들로 이들 서비스를 제공하는 사업소에는 케어매니저들이 상주하면서 케어플랜 작성, 개호상담, 필요한 서비스로의 연락과 조정, 개호보험신청 등의 작업을 수행한다[12,13]. 요지원자에게 제공하는 케어매니지먼트는 개호예방지원이라 하고, 이를 제공하는 사업소는 지역포괄지원센터가 된다[12,13]. 한국에서는 등급인정자에 대한 케어매니지먼트를 별도로 규정하고 있지 않다.

## 2) 한국

서비스 유형으로는 (1) 재가급여(6종), (2) 시설급여(2종), (3) 특별현금급여(3종)이 있다. 재가급여는 다시 (1) 방문서비스(3종), (2) 주·야간보호, (3) 단기보호, (4) 기타재가급여(복지용구)로 구분된다[2,28]. 시설급여에는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있는데, 각각 일본의 특별양호노인홈 및 치매대응형 공동생활개호와 유사하다. 재가급여는 모든 장기요양 등급인정자가 이용할 수 있는 것에 반하여, 시설급여는 1-2등급자만 이용할 수 있다[2,28,29]. 또한, 1-5등급 인정자가 치매판정을 받은 경우에는 인지활동형 방문요양 서비스를 이용할

수 있다[2,28,29]. 인지지원등급의 경우 주·야간보호만 이용 가능하다[2,28,29]. 재가급여 및 시설급여를 제공하는 장기요양기관은 각각 노인복지법 상의 재가노인복지시설과 노인의료복지시설로 사회복지시설에 해당된다[2,28]. 급여를 서비스가 아닌 현금으로 제공하는 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비 등이 있다[2,28]. 특별현금급여는 일본의 개호보험 서비스에는 존재하지 않는다.

## 3. 재활 관련 서비스 내용 및 운영현황

### 1) 일본

도도부현이 관리·감독하는 총 15개 재가서비스 및 시설서비스 중 10개 서비스의 인력조건에 재활전문직이 포함되어 있다[12,30-40]. 다만, 물리·작업·언어치료사 등 재활전문직의 배치기준은 '필요한 적정 수'의 재활전문직 배치를 권고하는 수준에서 일정 비율의 재활전문직을 필수로 배치할 것을 요구하는 수준까지 다양하다. 이들 재활 관련 서비스 중 서비스 목적 및 내용 등으로 판단하였을 때, 방문재활[30], 방문간호[31], 통소재활[32], 개호노인보건시설[33]은 재활전문직을 적극적으로 활용하여 자립지원 및 일상생활활동, 혹은 재택복귀를 지원하는 재활 강화형 서비스들이다. 그 외 재활전문직을 인력조건에 포함하고 있는 서비스에는 통소개호[34], 단기입소생활개호[35], 단기입소요양개호[36], 특정시설입거자생활개호[37], 개호노인복지시설[38], 개호의료원[39] 등이 있다. 이들 서비스는 대체로 재활보다는 돌봄·요양에 초점이 맞추어져 있으나, 법에서 명시한 서비스 목적에 공통적으로 '기능훈련'을 포함하고, 인력조건 중 '기능훈련지도원 1명 이상' 혹은 '필요한 적정 수의 재활전문직' 배치를 요구한다. 일본 장기요양보험법에서 정의하는 기능훈련지도원이란 이용자 개인의 심신상태에 맞추어 기능훈련을 수행하는 자로서, 간호사 혹은 준간호사(准看護師), 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 안마·마사지·지압사, 유도정복사, 침구사가 포함된다[12].

일본의 총 개호보험 지출비용은 약 9,910,728백만엔(한화 약 101조 원)이고, 지출 비율이 높은 서비스 유형은 거택개호서비스(43.7%), 시설서비스(34.1%), 지역밀착형서비스(17.5%) 순이다[40]. 재활 강화형 서비스 중 이용자 수가 많은 것은 통소재활(621.8천 명), 개호노인보건시설(566.2천 명), 방문간호(701.0천 명), 방문재활(153.6천 명) 순이고, 서비스 지출비율이 높은 것은 개호노인보건시설(13.2%), 통소재활(4.1%), 방문간호(2.6%), 방문재활(0.4%) 순으로 개호노인보건시설과 통소재활의 이용자 수 및 지출비용이 방문재활 및 방문간호보다 높다[40]. Table 3에서 일본 장기요양보험 서비스별 이용자 수, 제공 시설 수, 지출비율을 제시하였다.

다음에서는 인력조건 중 재활전문직을 포함하는 9개 개호보험서비스들 중 4개 재활 강화형 서비스들에 대해서 목적 및 내용, 시설개설 및 인력배치 기준, 수행시간 등을 구체적으로 살펴보고, 기타 재활 관련 서비스들에 대해서는 목적을 중심으로 간단히 살펴보았다.

**Table 3.** Long-Term Care Insurance System of Japan and its operation status

Category	Long-term care service	Facility	User (1,000)	Service expense <sup>d</sup>	
In-home service <sup>a</sup>	Home-visit service	• Home-visit long-term care	33,176	1,456.7	9.1
		• Home-visit bathing long-term care	1,770	123.0	0.5
		• <b>Home-visit nursing</b>	11,795	701.0	2.6
		• <b>Home-visit rehabilitation</b>	4,614	153.6	0.4
		• Guidance for management of in-home medical care	39,123	1,053.5	1.1
	Daily service	• <b>Outpatient day long-term care (day service)</b>	23,881	1,604.5	12.5
		• <b>Outpatient rehabilitation (day care)</b>	7,920	621.8	4.1
	Short stay	• <b>Short-term admission for daily life long-term care</b>	10,615	739.1	4.3
		• <b>Short-term admission for recuperation</b>	3,781	152.9	0.6
	Facility service <sup>a</sup>	• <b>Daily life long-term care admitted to a specified facility</b>	5,550	280.6	5.4
• Rental service of equipment for long-term care covered by public aid		7,113	2,413.1	3.0	
• <b>Long-term care welfare facility for the elderly (Special nursing home for the elderly)</b>		8,057	690.7	18.6	
• <b>Long-term care health facility</b>		4,285	566.2	13.2	
• Sanatorium medical facility for the elderly requiring long-term care <sup>c</sup>		912	73.0	2.0	
• <b>Integrated facility for medical and long-term care</b>		145	12.4	0.2	
• Regular visiting/on demand home-visit long-term/nursing care		946	36.8	0.5	
Community-based service <sup>b</sup>	• Home visit at night for long-term care	172	12.6	0.0	
	• Community-based outpatient day long-term care	19,452	596.8	4.1	
	• Outpatient long-term care of dementia patients	3,439	82.7	0.9	
	• Multifunctional long-term care in a small group home	5,648	143.2	2.5	
	• Communal daily long-term care for dementia patients (group home)	13,904	257.4	6.9	
	• Daily life long-term care for people admitted to a community-based specified facility	350	10.4	0.2	
	• Daily life long-term care for people admitted to a special nursing home	2,344	75.7	2.1	
	• Combined multiple Service	627	18.1	0.3	

Values are presented as number only or percent. Bold text means services that require rehabilitation professionals as a manpower condition. <sup>a</sup>Services designated and supervised by prefectures, ordinance-designated cities, and core cities. <sup>b</sup>Services designated and supervised by municipalities. <sup>c</sup>Services decided to be abolished by the 2017 Long-Term Care Insurance Act revision, but there are exceptions, the number of facilities and users remaining until 2035. <sup>d</sup>Of the total service expenses, the expenses related to preventive long-term care, the expenses related to the care management as well as the expenses paid by municipalities, were not included. Adapted from 'Actual statistics such as long-term care benefits expenses in 2018-2019' of Ministry of Health, Labor and Welfare (2019) [40].

**(1) 재활 강화형 서비스**

① 방문재활[12,20,30]

방문재활은 “거택에서 심신과 기능의 유지회복을 위하여 일상생활의 자립을 돕기 위하여 수행되는 물리치료, 작업치료 등 필요한 재활”로 “통원이 곤란한 자에 대해서 지정방문재활사업소의 물리치료사, 작업치료사 또는 언어치료사가 계획적으로 의학관리를 수행하는 의사의 지시에 근거하여 방문재활을 수행”하는 것이다. 방문재활사업소 개설은 병원, 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원 등에서 가능하다. 인력 기준은 상임 의사 1명 이상과 물리치료사·작업치료사·언어치료사 적당 수이다. 시설에 고용된 평균 상근 환산 재활전문직 직원수는 2019년 기준으로 물리치료사 2.91명, 작업치료사 1.18명, 언어치료사 0.37명으로 물리치료사가 가장 많이 고용되었다. 서비스 내용은 전신상태 및 생활상황 파악, 배변/배뇨상황의 파악, 외출연습, 자가연습지도, 가족지도, 복약지도, 복지용구의 선택과 주택환경의 정비 등이다. 재활서비스는 20분을 1단위로, 최대 주 6단위까지 산정 가능하다. 1회 방문재활 소요시간은 일반적으로 40-60분 정도이다.

② 방문간호[12,31,40]

방문간호는 “질병 또는 부상에 의해서 거택에서 계속해서 요양을 받

아야 하는 상태에 있는 자에게 거택에서 간호사 등에 의한 요양 및 필요한 진료보조를 수행”하는 것이다. 방문간호사업소 개설은 병원, 진료소, 또는 방문간호스테이션에서 가능하다, 병원 및 진료소에서 수행하는 방문간호에는 치료사들에 의한 방문재활을 수행할 수 없도록 되어 있으므로 치료사들은 방문간호스테이션을 통해서만 방문재활 서비스를 제공할 수 있다. 방문간호스테이션의 인력 기준은 관리자로서 상근 보건사 또는 간호사 1명, 보건사, 간호사 또는 준간호사 상근 환산 2.5명 이상, 물리치료사·작업치료사·언어치료사 적당 수이다. 방문간호스테이션을 통해 제공되는 방문재활의 내용은 사실 상 방문재활사업소를 통해 제공되는 것과 동일하다. 다만, 방문간호스테이션을 통해 제공되는 방문재활은 간호업무의 보조적 기능으로서 재활전문직의 배치는 선택적이므로 간호사가 직접 재활서비스를 제공할 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 방문간호스테이션을 통한 방문간호비 청구건수를 살펴보면 재활전문직에 의한 청구 건수의 비율이 2019년도 기준 53.5%를 차지하고, 해를 거듭할수록 그 비율이 증가하는 추세이다. 방문간호스테이션을 통한 재활치료는 20분을 1단위로 하며, 최대 주 6단위(120분)까지 산정 가능하다.

③ 통소재활[12,20,32]

통소재활은 “개호노인보건시설, 개호의료원, 병원, 진료소 및 그 외의 후생노동성령으로 정하는 시설에 다니면서, 심신기능의 유지회복을 도모하고, 일상생활의 자립을 돕기 위해서 행해지는 물리치료, 작업치료 및 기타 필요한 재활”로 ‘노인데이케어서비스’라고도 한다. 통소재활사업소 개설은 병원, 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원 등에서 가능하다. 인력 기준은 상임 의사 1명 이상, 이용자 10명 당 종사자(e.g., 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 간호사, 유간호사, 간호직원 등) 1명 이상, 이용자 100명 당 물리치료사·작업치료사·언어치료사 1명 이상이다. 2019년도 기준으로 재활전문직 3직종을 모두 고용한 사업소는 32.5%이었다. 평균 상근 환산 재활전문직 직원수는 물리치료사 2.21명, 작업치료사 0.95명, 언어치료사 0.19명으로 물리치료사가 가장 많이 고용되었다. 통소재활은 질환이 어느 정도 안정된 회복기나 골절 등의 근골격계 손상 이후 기능저하가 나타났을 경우 이용하기 적절한 서비스로, 의사의 진찰결과에 근거해서 기능유지회복훈련, 일상생활동작훈련 등을 실시하는 등 돌봄 보다는 재활에 초점이 맞추어져 있다. 통소재활 시설은 그 규모에 따라 통상규모형(월 750명 이내), 대규모형(I) (월 751명 이상 900명 이내), 대규모형(II) (월 901명 이상)으로 구분되고, 규모가 작을수록 높은 기본서비스비가 산정된다. 하루 서비스 제공 시간은 ‘1시간 이상 2시간 미만’부터, ‘7시간 이상 8시간 미만’까지 1시간 단위로 세분화되어 있다.

④ 개호노인보건시설[12,33,41]

개호노인보건시설은 “주로 심신기능의 유지회복을 도모하고, 거택에서의 생활을 영위할 수 있도록 하는 지원이 필요한 사람에 대해서, 시설서비스 계획에 근거하여, 간호, 의학적 관리하에서의 돌봄 및 기능훈련, 그 외 필요한 의료 및 일상생활상 돌봄을 실시하는 시설”이다. 개호노인보건시설 개설은 병원 및 진료소 등 의료법인과 사회복지법인에서 가능하다. 인력 기준은 상임 의사 1명 이상, 간호 및 개호직원 3명당 1명, 지원상담원 1명 이상, 물리치료사·작업치료사·언어치료사 100명당 1명 이상 등이다. 2019년도 기준으로 재활전문직 3직종을 모두 고용한 시설은 45%, 3직종 중 한 직종이라도 고용한 시설은 53%이었다. 본 시설의 창설 취지는 돌봄을 요하는 노인에게 의료 및 복지차원의 서비스를 일체적으로 제공할 수 있도록 의료기관과 개호노인복지시설 각각의 장점을 살리는 것으로, 이용자가 3-6개월의 단기간 입소해 있는 동안 재택복귀를 목적으로 하는 재활훈련 등의 서비스를 제공하는 ‘중간시설’로 평가받고 있다. 2012년 이후 커뮤니티케어의 영향으로 재택복귀를 위한 재활 및 의료케어 기능을 강화하여 재택복귀 상황과 병상 전환율을 지표로 개호보수 체계를 차별화하였다. 즉, 시설 유형을 재택복귀 초강화형 시설(‘초강화형’), 재택복귀 강화형 시설(‘강화형’), 재택복귀 및 재택요양지원기능 가산 산정시설(‘가산형’), 그 외 시설(‘종래형’) 등 4가지로 구분하고 초강화형에 가장 높은 서비스비를 산정한다. 일반적으로 재활훈련은 1회 20-30분, 주2회 정도 실시한다.

(2) 기타 재활 관련 서비스

① 통소개호[12,34]

통소개호란 “노인데이서비스센터에 다니면서, 입욕, 배설, 식사 등의 돌봄, 그 외 일상생활 상의 돌봄과 기능훈련을 수행하는 것”으로, ‘노인데이서비스’라고도 한다. 인력기준 중 1명 이상의 기능훈련지도원이 포함된다. 이용자 수에 따라 지역밀착형(18명 이하), 통상규모형(월 300명 초과 750명 이하), 대규모형(I) (월 750명 초과 900명 이내), 대규모형(II) (월 900 이상)으로 구분하고, 정원이 작을수록 높은 기본서비스비가 산정된다. 치매가 있는 요개호자 및 요지원자를 위해서는 지역밀착형 서비스 유형 중 ‘인지대응형 통소개호’가 별도로 존재한다. 하루 서비스 제공 시간은 ‘3시간 이상 4시간 미만’부터, ‘8시간 이상 9시간 미만’까지 1시간 단위로 세분화되어 있다.

② 단기입소생활개호[12,35]

단기입소생활개호란 “노인단기입소시설, 특별양호노인홈 등에 단기간 입소하여 입욕, 배설, 식사 등의 돌봄, 그 외 일상생활 상의 돌봄과 기능훈련을 수행하는 것”이다. 개호보수로 인정되는 것은 최장 연속 30일까지이고, 31일째부터는 전액자비로 부담한다. 또한, 원칙적으로 총 이용일수의 합은 개호인정기간의 반을 넘지 않는 범위이다. 인력기준 중 1명 이상의 기능훈련지도원이 포함된다.

③ 단기입소요양개호[12,36]

단기입소요양개호란 “개호노인보건시설, 개호요양원, 병원 및 진료소, 개호요양형의료시설 등의 시설에 단기간 입소하여 간호, 의학적 관리하에 돌봄 및 기능훈련, 의료조치 및 일상생활 상의 돌봄을 실시하는 것”으로, 일반적으로 단기입소생활개호 서비스를 이용하는 경우보다 심신 상태가 중증이고, 의료 필요도가 높은 경우에 이용하는 시설이다. 개호보수로 인정되는 것은 최장 연속 30일까지이고, 31일째부터는 전액자비로 부담한다. 또한, 원칙적으로 총 이용일수의 합은 개호인정기간의 반을 넘지 않는 범위이다. 입소하였다가 당일 귀가하는 방식으로도 이용 가능하며, 그러한 경우에는 이용시간은 3시간 이상부터 8시간 미만까지 이용 가능하다. 재활전문직 관련 인력 기준은 서비스를 제공하는 시설의 개설기준에 따른다.

④ 특정시설입거자생활개호[12,37]

특정시설입거자생활개호란 “특정시설에 입거해 있는 요개호자(혹은 요지원자)에 대해서 당해 특정시설이 제공하는 서비스 내용, 그 서비스 제공을 담당하는 자, 그 외 후생노동성령이 정하는 사항에 따른 계획에 근거하여 입욕, 배설, 식사 등의 돌봄, 그 외 일상생활 상의 돌봄, 기능훈련 및 요양상의 돌봄을 수행하는 것”이다. ‘특정시설’이란 유료노인홈, 요양노인홈, 경비노인홈 등 후생노동성령으로 정하는 시설이다. 즉, 본래 개호보수 지불 대상 시설이 아닌 곳에 거주하는 경우에도 개호보험 상의 특정시설입거자생활개호에 부합하는 시설 및 인력기준을 갖추고 상기 서비스들을 제공하는 경우에는 개호보수 지불의 대상

이 될 수 있다. 인력기준 중 1명 이상의 기능훈련지도원이 포함된다.

⑤ 개호노인복지시설[12,38]

개호노인복지시설은 “시설 서비스 계획에 근거해, 입욕, 배설, 식사 등의 돌봄, 그 외의 일상생활상의 돌봄, 기능훈련, 건 관리 및 요양 상의 돌봄을 수행하는 시설”로, ‘특별양호노인홈’ 혹은 ‘노인테이서비스 센터’ 라고도 한다. 요개호도가 중증인 요개호3~5등급자가 입소 가능하다. 인력기준 중 1명 이상의 기능훈련지도원이 포함된다.

⑥ 개호의료원[12,39]

개호의료원은 “주로 장기 요양이 필요한 자에 대하여 시설서비스계획에 근거하여 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리 하에서의 돌봄 및 기능훈련, 기타 필요한 의료 및 일상생활 상의 돌봄을 수행하는 시설”이다. 초고령인구 증가에 따라 요양생활이 장기화되고, 동시에 의료 및 돌봄에 대한 요구도도 높아짐에 따라 주거기능 강화와 일상생활 상에 필요한 의료조치와 간호 체계를 동시에 필요로 하는 시대적 상황에 부응하고자 2017년 개호보험법 개정으로 창설된 제도이다. 인력 기준으로 적정수의 재활전문직 배치를 권고하고 있다.

2) 한국

재가 및 시설서비스 총 8개 중 인력조건에 재활전문직이 포함되어 있는 서비스는 주·야간보호, 단기입소, 노인요양시설이다[2,27,28,42]. 물리치료사·작업치료사 등 재활전문직의 인력배치 기준은 서비스마다 상이하고, 인력조건에 언어치료사는 포함되어 있지 않다.

한국의 총 장기요양보험 비용은 2019년 기준 약 8.5조원이고, 지출 비율이 높은 서비스 유형은 재가서비스(56.0%), 시설서비스(44.0%) 순이다. 각 서비스의 지출비율은 방문요양(38.5%)과 노인요양시설(40.1%)에서 압도적으로 높고, 방문간호(0.3%)가 가장 저조하다 [43]. 재활 관련 서비스 중 서비스 이용자 수가 많은 것은 노인요양시설(199.1천 명), 주·야간보호(116.5천 명), 단기보호(3.9천 명) 순이고, 서비스 지출비율이 높은 것도 노인요양시설(40.1%) 주·야간보호(13.4%), 단기보호(0.1%) 순이다[43]. Table 4에서 한국 장기요양보험 서비스별 이용자 수, 제공 시설 수, 지출비율을 제시하였다.

다음에서는 주·야간보호, 단기입소, 노인요양시설의 서비스 목적 및 내용, 시설개설 및 인력배치 기준, 서비스 수행시간 등을 살펴보았다.

(1) 주·야간보호[2,27,28,42]

주·야간보호는 “수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여”로, 이와 같은 서비스를 제공하는 시설을 ‘주야간보호센터’라고 한다. 세부적으로는 건강관리 및 위생관리, 신체상태를 고려한 운동, 사회적응 훈련, 가족교육 등 가족지지 및 참여프로그램 제공 등의 역할을 수행한다. 우리나라의 일반적인 주·야간보호의 개념은 재가 치매노인들에게 지역사회에서 생활할 수 있도록 돕고 저하된 신체적, 인지적 기능의 회복과 유지를 위한 다양한 활동을 제공하는 것을 의미한다. 시설장은 사회복지사, 의료인, 물리·작업치료사(1년 이상 실무경력), 요양보호사(2급 제외, 5년 이상 실무경력, 교육이수), 간호조무사(5년 이상 실무경력, 교육이수)로 상근하는 자가 가능하다. 인력기준 중 간호(조무)사와 물리·작업치료사 중 1명 이상이 요건으로 포함되어 있다. 8시부터 22시까지를 하루 표준급여 제공시간으로 하되 서비스 제공시간 당 급여비용은 ‘3시간 이상 6시간 미만’부터, ‘13시간 초과까지 2~3시간 간격으로 세분화되어 있다(장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시).

(2) 단기보호[2,27,28,42]

단기보호는 “수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정한 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여”이다. 세부적으로는 규칙적인 식사제공, 건강관리 및 위생관리, 신체상태를 고려한 적절한 운동 제공 등의 활동을 수행한다. 단기보호급여 제공 기간은 월 9일 이내로 하고, 1회 9일 이내의 범위에서 연간 4회까지 연장해서 이용할 수 있다. 시설장은 사회복지사, 의료인, 물리·작업치료사(1년 이상 실무경력), 요양보호사(2급 제외, 5년 이상 실무경력, 교육이수), 간호조무사(5년 이상 실무경력, 교육이수)로 상근하는 자가 가능하다. 인력기준 중 이용자가 30명 이상인 경우 1명의 물리치료사 또는 작업치료사 배치를 요건으로 한다.

Table 4. Long-Term Care Insurance System of South Korea and its operation status

Category	Long-term care service		Facility	User (1,000)	Service expense <sup>a</sup>
In-home service	Home-visit service	• Home-visit long-term care	12,243	409.5	38.5
		• Home-visit bathing long-term care	4,760	81.3	1.5
		• Home-visit nursing	552	15.7	0.3
	• Day and night care	• Short stay	4,018	116.5	13.4
		• Equipment for long-term care	139	3.9	0.1
		• Long-term care facility (nursing home for the elderly)	1,532	338.4	2.2
Facility service	• Long-term care facility (nursing home for the elderly)	3,725	199.1	40.1	
	• Elderly group home	2,141	23.0	3.9	

Values are presented as number only or percent. Bold text means services that require rehabilitation professionals as a manpower condition. <sup>a</sup>Of the total service expenses, the expenses for special cash benefits are excluded. Modified from ‘Long-term care insurance statistics’ of Statistics Korea (2019) [43].



### (3) 노인요양시설[2,27,28,42]

노인요양시설은 “장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신 기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여”를 제공하는 곳으로, 흔히 ‘요양원’이라고 일컫는다. 세부적으로는 식사, 구강관리, 목욕, 배변관리, 이동지원 등의 급여, 기능회복 훈련, 물리·작업치료, 인지기능 및 여가 프로그램, 가족교육 등 가족지지 및 참여 프로그램 제공 등의 활동을 수행한다. 시설장은 사회복지사 또는 의료인이며, 의료기관의 일부를 시설로 신고한 경우에는 의료기관의 장(의료인인 경우만 해당)이 해당 시설의 장을 겸직할 수 있다. 인력기준 중 입소자가 30명 이상이 시설에 대해서 이용자 100명 당 1명의 물리치료사 또는 작업치료사의 배치를 요건으로 하다.

## DISCUSSION

본 연구에서는 한국과 일본의 장기요양보험 제도화 과정, 서비스 체계, 서비스 내용 및 운영현황을 비교함으로써 한국 장기요양보험 재활 관련 정책의 현 주소를 확인하고 향후 개선되어야 할 보완점을 점검하였다. 일본은 한국보다 빠르게 진행된 고령화로 장기요양보험 제정 전부터 ‘지역사회 재활’, ‘생활기 재활’의 중요성을 인식하고 노인 보건 관련 법제도 하에 재활서비스가 규정되어 있었으며, 이 법제도들이 장기요양보험에 편입되어 복지와 보건의 균형 잡힌 서비스 체계를 갖추 수 있었다. 이에 비해 한국은 장기요양보험의 제도화 과정에서 재활에 대한 중요성 인식과 정책적 제고가 미흡하였고, 그 결과 서비스 체계에서 돌봄 및 요양에 초점을 맞춘 서비스들 위주로 구성되었다.

양국의 서비스 체계에서 두드러진 차이점은 일본의 경우 복지와 보건 측면의 서비스가 비슷한 비율로 존재하나, 한국은 돌봄 및 요양 등 복지 측면의 서비스가 주를 이루고 있다는 점이다. 특히, ‘방문재활’, ‘통소재활’ 등 서비스명에서도 확인할 수 있듯이 일본의 경우 재활을 비중 있게 다루고, 대부분의 서비스에서 재활전문직을 인력조건으로 포함하고 있다. 양국간 서비스 체계의 이 같은 차이가 비단 한 가지 이유에서 비롯된 것은 아니겠으나, 그 중 하나는 장기요양보험법의 제도화 과정에서 찾을 수 있다. 일본은 장기요양보험법 제정에 앞서 노인복지법과 노인보건법이 제정되었고, 각 법에서 규정하던 복지 및 보건 관련 서비스들이 노인장기요양보험법에 편입되었다. 한국의 경우에는 노인복지법 제정 이후, 노인보건법은 제정된 바 없이 바로 노인장기요양보험법이 제정되었다. 이와 같은 양국의 제도화 과정의 차이는 현재 한국에서 시행되고 있는 장기요양보험법에 보건 관련 서비스가 상대적으로 미흡한 결과에 대한 원인 중 한가지로 보인다.

또한, 일본은 장기요양보험법을 도입한 2000년 이전에 이미 노인인구가 14% 이상인 고령사회에 진입한 상태로 와상노인 증가와 장기 입원 등의 문제가 대두되면서 학계 및 지역사회 현장에서 ‘지역사회 재활’, ‘생활기 재활’에 대한 관심이 증대되었고, 그 중요성을 인식하는 사회적 분위기가 형성되어 있었다[14]. 장기요양보험법 도입 후에는 정부차원에서 장기요양보험에 있어 ‘생활기 재활’과 ‘지역사회 재활’의

존재방식에 대한 연구를 수행하였고[17-20], 그 결과에 기반하여 재활 정책을 수립하였다. 한편, 한국은 2000년 노인인구가 7%를 넘는 수준의 비교적 고령화율이 높지 않은 상태에서 국외사례를 벤치마킹하여 제도를 도입하였으나, 그 과정에서 충분한 사회적 합의가 부족한 가운데 정부의 제도 도입 추진의지에 따라 정책이 결정된 경향이 있다. 그 결과, 지역사회 재활에 대한 필요성 인식과 정책적 설계가 누락된 상태에서 노인복지법에 이미 규정되어 있던 서비스에 방문형 서비스들과 노인요양공동생활가정을 추가하는 형식으로 서비스 체계가 구성된 것으로 보인다. 이제 한국도 고령사회에 진입하였고, 세계적으로 유례없이 가파른 속도로 초고령사회를 향해 질주하고 있다. 또한 그간 여러 연구에서 방문재활에 대한 사회적 요구를 보고하는 등[7-10] 지역사회 재활의 필요성에 대한 사회적 공감대도 형성된 것으로 보인다. 이에, 정부차원에서 장기요양보험에서 재활 정책 방향을 제시하고 설계할 필요가 있을 것이다.

일본과 한국은 각각 2014년과 2019년부터 커뮤니티케어를 시행하고 있는데, 이는 곧 자신이 살던 집, 혹은 그룹홈에서 복합적인 재가 서비스를 받을 수 있는 환경 구축을 의미한다[4,5,44]. 이와 같은 환경 구축에 앞서 전제되어야 할 것은 급성기병원 입원기간을 최대한 단축시키고 가능한 조기에 회복기 재활 단계를 거쳐 생활기 재활 단계로 연락처를 시킬 수 있는 제도적 장치이다. 일본의 경우 장기요양보험에서 방문, 통소, 시설 서비스 등의 다양한 형태로 재활 기능을 강화한 서비스를 제공하고 있어 급성기 및 회복기 이후 생활기 재활 단계로의 연락처를 위한 제도적 장치가 어느정도 갖추어져 있다고 판단된다. 예를 들어, 병원 퇴원 이후 바로 재택복구가 어려운 경우에는 최장 6개월 동안 개호노인보건시설 등 소위 ‘중간시설’을 이용할 수 있고[33], 재택복구 이후에는 질환의 증증도에 따라 통소재활 혹은 방문재활 등을 이용할 수 있다[30,32]. 또한 지역밀착형 서비스들을 이용하여 재택에서 다양한 재가서비스를 복합적으로 받는다면, 한 시설에서 통소·방문·입소 서비스 통합적으로 제공받는다면, 혹은 지역 내 소규모 시설에서 통소개호나 치매관리를 받는 것이 가능하다[13]. 한편, 한국의 경우 장기요양보험 서비스에서 명확하게 보건 관련 서비스라고 할 수 있는 방문간호 정도이고, 주·야간보호, 단기보호, 노인요양시설 등은 물리·작업치료사 배치를 인력조건으로 하고는 있으나, 특별히 재활 기능에 초점을 맞춘 서비스라고 할 수는 없어 결과적으로 재활서비스는 부재한 것으로 판단된다. 다만, 2020년 노인복지법 시행규칙 개정[42]으로 재가 노인복지시설, 방문요양, 주·야간보호, 단기보호, 방문목욕서비스에 대한 시설장 자격에 물리·작업치료사가 포함되게 된 것은 해당 시설에서 재활 기능을 강화시킬 수 있는 여지가 생겼다는 점에서 고무적이라고 하겠으나, 인력조건만 강화시킬 것이 아니라 근본적으로 재활에 초점을 맞춘 서비스 세분화가 필요하다. 특히, 그간 학계에서 활발하게 연구되어 온 방문재활 뿐 아니라, 주간보호나 단기간 동안 이용가능한 중간시설 형태의 재활서비스 도입에 대한 검토가 필요하다. 이와 관련한 일본의 서비스 운영 사례를 보면, 재활 강화형 서비스들 중에서 방문재활이나 방문간호 보다 낮 동안만 이용하는 통소재활이나 6개월 이내의

단기간 입소하는 개호노인보건시설 등 중간시설 이용자가 많았다는 점에 주목할 필요가 있다[40].

2018년 이후 한국 정부는 4개의 노인 돌봄 관련 시범사업(e.g., 지역 사회 통합돌봄 선도사업, 사회서비스원 시범사업, 새로운 노인맞춤돌봄서비스 사업, 노인돌봄 전달체계 개편 시범사업)을 시행하면서 기존의 장기요양보험의 한계점을 극복하고자 노력하였다[45]. 이들 사업은 지자체의 관리 감독 하에 장기요양보험보다 대상자 범위를 넓혀서 보건과 복지서비스를 연계, 통합한 재가서비스 제공을 주요한 내용으로 하고 있는 등 지역주도형 서비스로서 새로운 대안이 될 수 있을 것으로 보이고, 일본의 지역밀착형 서비스와 그 특성이 유사한 것으로 보인다. 다만, 재활서비스 적용은 이들 사업들 중에서도 일부, 그 중에서도 일부 지역에서만 시도되고 있고, 전반적으로는 여전히 중점적으로 다루어지고 있지 못한 것으로 보여서, 지역 내 재활서비스에 대한 높은 요구에 부응할 수 있는 제도가 될 수 있을지는 의문이다. 또한, 이들 사업의 관리감독 주체와 재원이 제 각각으로 운영되어 전국에 보편적으로 적용 가능한 모델로 자리잡기 위해서는 아직도 해결해야 할 과제가 많은 것으로 보인다[45]. 국내에서 장기요양보험은 전체 노인을 대상으로 한 가장 보편적인 모델로 노인 돌봄의 제1차적인 사회안전망으로 기능하고 있으며, 사회보험 방식을 채택하고 있어 지속 가능성이 어느 정도 보장된다. 이 같은 상황을 감안하였을 때, 향후 이들 선도사업 혹은 시범사업들을 보편적인 모델로 정착시키는 데 있어서 장기요양보험과 별개의 서비스로 개발하는 것보다는 장기요양보험 서비스 중 하나로 발전시키거나, 최소한 장기요양보험과의 밀접한 연계 하에 발전시켜 나갈 필요가 있을 것이다.

본 연구에서 한국과 일본의 사회문화적인 특성에 대한 고려 없이 제도를 단순 비교한 것은 연구의 한계점으로 남는다. 향후 장기요양보험 재활서비스 정책 설계 시에는 양국간의 사회문화적 차이를 감안한 면밀한 비교분석이 필요할 것이다.

## CONCLUSIONS

일본은 우리보다 빠르게 진행된 고령화로 장기요양보험 제정 전부터 '지역사회 재활', '생활기 재활'의 중요성을 인식하여 노인 보건 관련 법제도 하에 재활서비스가 규정되어 있었고, 이들 법제도가 장기요양보험법에 편입되어 복지와 보건의 균형 잡힌 서비스 체계를 갖출 수 있었다. 이에 비해 한국은 장기요양보험의 제도화 과정에서 재활의 중요성에 대한 인식과 정책적 제고가 미흡하였고, 그 결과 돌봄·요양에 중점을 둔 서비스들 위주로 구성되었다. 이 같은 장기요양보험의 제도적 결함을 보완하고자 최근 지자체 중심으로 보건과 복지서비스를 연계, 통합한 재가서비스 제공을 주요한 내용으로 하는 사업들이 시범적으로 시행되고 있으나, 이들 사업에서도 여전히 재활서비스는 중점적으로 다루어지고 있지 못하다. 재활난민 해소와 커뮤니티케어 실현을 위해서 향후 장기요양보험제도 및 이와 연계된 노인 돌봄 사업들에서 방문, 주·야간, 단기입소, 시설입소 서비스 등의 다양한 형태로 재활 기능

이 강화된 서비스가 개발될 필요가 있다.

## FUNDING

None to declare.

## ACKNOWLEDGEMENTS

None.

## CONFLICTS OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## REFERENCES

1. **Choi SE.** Long-term care insurance for the elderly and financial policy for senior care in the aging society. Korea Institute of Public Finance [Internet]. Sejong: 2022 Feb 15 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.kipf.re.kr/kor/Publication/All/kiPublish/ALL/view.do?serialNo=526759>.
2. **Ministry of Health and Welfare.** The long-term care act of South Korea. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2021 Jul 27 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20220128&lsiSeq=234301#0000>.
3. **Statistics Korea.** 2021 statistics on the aged. Korean Statistical Information Service [Internet]. Daejeon: 2021 Sep 29 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403253](https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403253).
4. **Ministry of Health and Welfare.** "Providing social services centered on home and local communities" full-scale promotion of community care. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2018 Mar 12 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=344177](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344177).
5. **Ministry of Health and Welfare.** 「Community integrated care」, the first step in 8 local governments. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2019 Apr 4 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=3&CONT\\_SEQ=348925&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%ED%86%B5%ED%95%A9%EB%8F%8C%EB%B4%84](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=348925&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%ED%86%B5%ED%95%A9%EB%8F%8C%EB%B4%84).

6. **Ministry of Health and Welfare.** Community integrity care (community care). Korea.kr [Internet]. Sejong: 2021 Nov 17 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>.
7. **Yi CH, Weon JH, Ok JY.** House visits by physical therapist and patient needs. *Phys Ther Korea* 2000;7(1):64-78.
8. **Yang YA, An SJ, Park YH, Park BR, Heo J, Park JS, et al.** A study of visiting rehabilitation service and implementation method. *J Korean Aging Health Friendly Policy Assoc* 2011;3(1):59-70.
9. **Kwon HJ, Kim YK, Moon TS, Hwang SS, Lee KJ.** Research to the recognition and the need of development for proper insurance costs for home physical therapy, visiting physical therapy and school of physical therapy. *J Korean Phys Ther Sci* 2013;20(1):27-35.
10. **Jung DI, Kim CK, Ko DS.** The survey of awareness and necessity on introduce home physical therapy in the long-term care insurance. *J Korea Contents Assoc* 2014;14(6):298-306.
11. **Ministry of Health and Welfare.** Notification on the designation and operation of rehabilitation medical institutions. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2019 Aug 30 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0406vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=030406&CONT\\_SEQ=350647](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0406vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030406&CONT_SEQ=350647).
12. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** The long-term care act. e-Gov Law Search [Internet]. Tokyo: 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123>.
13. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** Outline of long-term care insurance system. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html).
14. **Ota H, Takeuchi T.** Current status and issues of regional rehabilitation activities. *Jpn J Rehabil Med* 1993;30(2):91-112.
15. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** Act on social welfare for the elderly. e-Gov Law Search [Internet]. Tokyo: 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=338AC0000000133\\_20210401\\_502AC0000000052](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=338AC0000000133_20210401_502AC0000000052).
16. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** Geriatric health law. e-Gov Law Search [Internet]. Tokyo: 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=338AC0000000133\\_20210401\\_502AC0000000052](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=338AC0000000133_20210401_502AC0000000052).
17. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** The direction of elderly rehabilitation. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2014 Sep 29 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000059463.html>.
18. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** Report of a new rehabilitation study group for the elderly in the community. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2015 Mar [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000081906.html>.
19. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Fact-finding on rehabilitation in chronic phase. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2014 Jul 16 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051721.html>.
20. **Japan Association for Day Care.** Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them. Japan Association for Day Care [Internet]. Tokyo: 2019 Feb 3 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://day-care.jp/about/about06>.
21. **Ryu SK.** A comparative study on public long term care insurance in Korea-Japan. *J Korean Assoc Mod Jpn* 2008;22:233-48.
22. **Lee KJ.** A study on the policy network of long-term care insurance for the elderly - a comparative study of policy process stage between Korea and Japan -. *Korean Soc Secur Assoc* 2009;2009(2):151-83.
23. **Kim DJ, Yang YA.** A study of Korean elderly health care system and it's improvement plan. *J Korean Aging Health Friendly Policy Assoc* 2012;4(2):1-7.
24. **Kim S, Iwata J, Yoo J.** Challenges that Korea's long-term care insurance faces and setting directions moving forward: research on the history of Japan's social security scheme. *J Korean Long Term Care* 2019;7(2):19-44.
25. **Oh MH.** Comparative study of after effect of the act on long-term care insurance for aged between Korea and Japan. *J Korean Long Term Care* 2014;2(1):54-86.
26. **Shinjuku City Long-term Care Insurance Division.** Guidebook for long-term care insurance. Tokyo: Shinjuku City Long-term Care Insurance Division; 2018.
27. **Ministry of Health and Welfare.** Welfare of senior citizens act. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2021 Dec 21 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20220322&lsiSeq=238097#0000>.
28. **Ministry of Health and Welfare.** Enforcement decree of the

- long-term care insurance act. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2021 Dec 21 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20220101&lsiSeq=238121#0000>.
29. **Ministry of Health and Welfare.** Announcement on standards for providing long-term care benefits and method of calculating benefit costs. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2018 Dec 26 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000174636>.
  30. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Home-visit rehabilitation. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Aug 19 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13021.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13021.html).
  31. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Home-visit nursing. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Aug 19 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13021.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13021.html).
  32. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Outpatient rehabilitation. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Jul 20 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_12499.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12499.html).
  33. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Long-term care health facility. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Aug 27 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13082.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13082.html).
  34. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Outpatient day long-term care. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Jul 20 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_12499.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12499.html).
  35. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Short-term admission for daily life long-term care. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Jul 20 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_12499.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12499.html).
  36. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Short-term admission for recuperation. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Jul 20 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_12499.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12499.html).
  37. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Daily life long-term care admitted to a specified facility. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Jul 8 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_12239.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12239.html).
  38. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Long-term care welfare facility for the elderly. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Aug 27 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13082.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13082.html).
  39. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Integrated facility for medical and long-term care. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2020 Aug 27 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_13082.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13082.html).
  40. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** Actual statistics such as long-term care benefits expenses. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2019 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/18/index.html>.
  41. **Long-term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council.** Research related to verification of the effect of revision of long-term care fees. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Tokyo: 2021 Mar 24 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_17054.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17054.html).
  42. **Ministry of Health and Welfare.** Enforcement rule of the welfare of senior citizens act. Ministry of Health and Welfare [Internet]. Sejong: 2019 Jul 5 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=209853&viewCls=lsRvsDocInfoR#>.
  43. **Statistics Korea.** Long-term care insurance statistics. Korean Statistical Information Service [Internet]. Daejeon: 2019 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M\\_01\\_01&vwcd=MT\\_ZTITLE&parmTabId=M\\_01\\_01&outLink=Y&entrType](https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01&outLink=Y&entrType).
  44. **Ministry of Health, Labour and Welfare.** The act of totally reservation of medical care and nursing care. e-Gov Law Search [Internet]. Tokyo: 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=401AC0000000064\\_20220201\\_503AC0000000049](https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=401AC0000000064_20220201_503AC0000000049).
  45. **Moon Y.** Analysis of issues related to policy changes of elderly care for long-term care insurance. HSS21 2021;12(5):2201-14.