

일본 개호보험제도의 개혁동향

Current improvement Issues in Japan's Long-Term Care Insurance Program

선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

1. 서론

일본은 개호보험(장기요양보험)제도를 우리나라보다 8년 빠른 지난 2000년도에 도입하였다. 당시의 노인인구비율은 17.3%였으며, 2010년 현재에는 23%를 초과하고 있다. 이는 상당히 고령화가 진행된 이후에야 비로소 개호보험제도를 도입하였다는 것을 의미하고, 또한, 일반가정에서의 고령자에 대한 간병수발이 상당히 진행된 다음에 공적제도를 도입하였다는 것을 동시에 의미하고 있다.

일반적으로 일본이 개호보험제도를 도입하기 이전에는 우리나라와 유사하게 사회복지법인인 운영하는 장기요양시설에서 지자체의 행정적 조치에 의해 저소득계층을 중심으로 공적 서비스를 제공하고 있었고, 일반소득계층은 높은 생활비용의 유료노인홈이나 노인요양병원 등에서 서비스를 제공받고 있었다고 말할 수 있다. 그렇지 않으면, 일반가정에서 배우자나 자녀(또는 자녀의 배우자)가 장기간에 걸쳐서 간

병수발하고 있었음을 짐작할 수 있겠다. 그러한 간병수발행위는 대부분이 여성이 담당하고 있었기 때문에 여성계에서는 보상이 없는 강제적인 간병수발에 삶의 자체를 위협하게 하는 것을 반대하고 있었다는 것이다. 그러한 일본 여성계의 의견을 적극적으로 반영하여 개호보험제도에서도 비자발적인 간병수발행위의 강제화 회귀를 막기 위하여 현금급여를 인정하고 있지 않은 실정이다.

어떻든 간에 개호보험제도의 도입은 가정에서의 여성에 의한 간병수발부담을 크게 경감시켜주었을 뿐만 아니라 일반가정의 개호비용부담을 축소시켜준 것만은 틀림이 없는 사실일 것이다. 그러한 긍정적인 효과를 나타내었던 제도를 일본에서는 매 5년마다 주기적으로 재분석하여 제도개혁을 단행하고 있는데, 지난 2005년도에 1차 개혁안을 마련하여 2006년도부터 시행해 왔고, 2010년부터 2차 개혁안을 놓고 현재에도 논의하고 있으며, 그 결정내용들은 2012년부터 적용할 것으로 계획하고 있다.

이러한 일련의 논의내용들은 후발국가인 우리나라에 대해 시사하는 바가 크다고 하겠다. 우리나라는 상대적으로 일본의 고령화율수준에 비해 빠른 시기에 제도를 도입하였는데, 이는 그만큼 고령자의 장기요양문제가 일반가정에 심각하게 영향을 주기 이전에 미리 대책을 마련하였다는 측면에서 평가해 볼 수 있을 것이다. 따라서, 우리나라보다 한발 앞서서 고령화를 겪고 있고, 고령화가 심화된 사회에서의 장기요양제도가 나아가야 할 방향을 검토하고 있다는 점에서 일본의 경험은 중요할 것으로 판단된다.

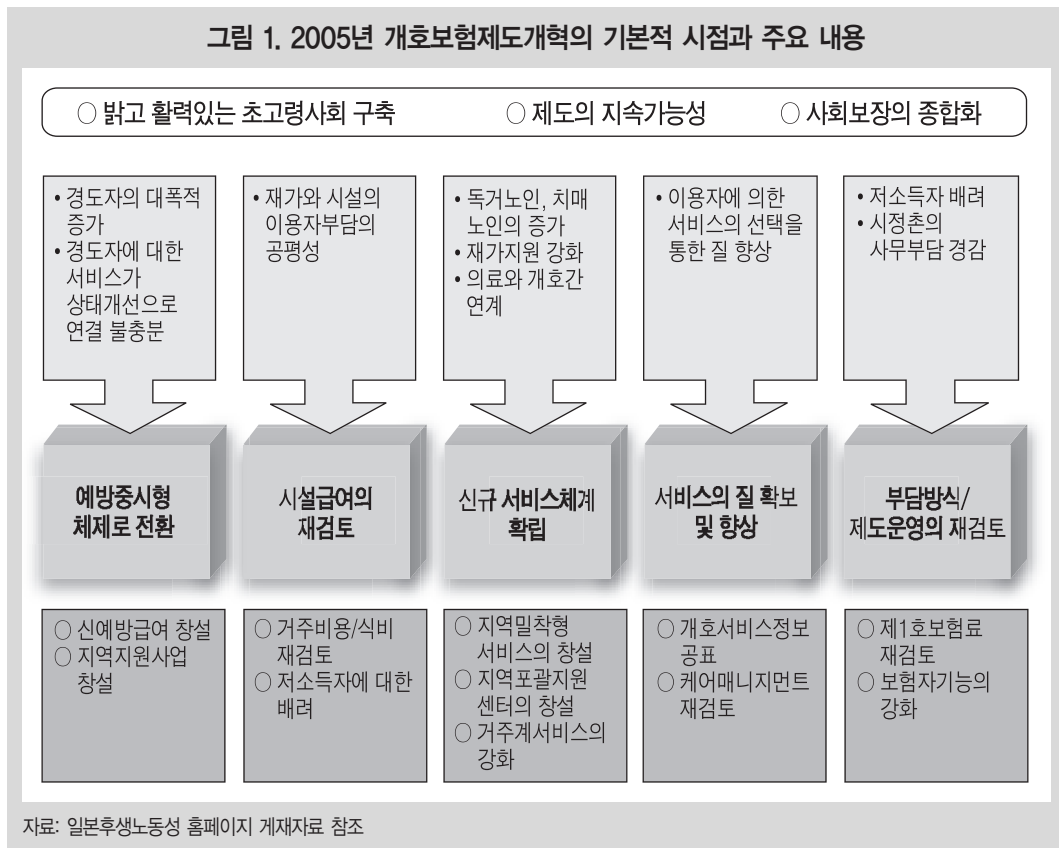
본고에서는 그동안 2차례에 걸쳐서 논의된 제도개혁의 내용을 정리하고, 그 의미를 파악해 본 후, 우리나라제도의 개선에 도움을 줄 수 있는 시사점을 제시하는데 있다.

2. 제도개혁의 논의내용과 배경

1) 1차 개혁(2005년)

2005년도 1차 개혁내용을 제시하면 [그림 1]과 같은데, 이를 분석해 보면, 그 배경을 알 수 있

그림 1. 2005년 개호보험제도개혁의 기본적 시점과 주요 내용



다. 즉, 예방중시형시스템으로의 전환, 시설급여의 수정, 신규 서비스체계의 확립, 서비스의 질 확보 및 향상, 부담수준 및 제도운영의 수정 등을 핵심적인 개혁내용으로 제시하고 있었다.

첫째, 예방중시형 시스템으로의 전환배경에는 제도시행이후 5년간의 실적을 분석해 본 결과, 요지원등급 및 요개호1등급의 경증에 해당하는 대상자가 폭증한 것으로 나타났고, 그것이 재정지출증가의 주요 요인으로 나타났기 때문이었다. 여기에서 경증자가 크게 늘어난 것은 두 가지의 요인으로 볼 수 있다. 그 하나의 요인은 경증자가 필요로 하는 서비스가 개호보험제도 이외의 지역복지제도에서 제공되지 못하여 보험제도권으로 진입하였기 때문이고, 또 다른 이유는 일단 개호보험급여대상자로 인정을 받고 나서는 대부분의 생활지원서비스를 보험제도에 의존함으로써 스스로 생활기능의 하락을 촉진시켜 급여지출이 늘어나게 유도하였기 때문이라는 것이다. 특히, 후생노동성이 분석한 결과에 의하면, 독거노인비중이 높은 지역일수록 경증자비중이 높게 나타나고 있는데, 이는 생활지원 등, 각 지자체의 지역복지서비스의 미흡에 기인한 것으로 지적하고 있다(후생노동성 홈페이지 참조).

이에 대한 대책으로 보험급여측면에서는 재가급여수준을 축소하여 자립의식을 고취시켰으며, 그 이외에 생활기능의 향상시켜 기능상의 증증화를 지연 또는 예방하기 위하여 운동기능의 향상, 영양개선, 구강기능의 향상을 위해 이용하도록 유도하고 있다. 또 다른 측면에서는 지자체가 지역지원사업을 강화하여 개호보험제도의 요지원대상이 될 우려가 있는 특정고령

자를 대상으로 하여 기능상태를 향상시키고 있는데, 그에 대한 비용을 개호보험재정에서 일부 지원하고 있다.

둘째, 시설급여의 수정배경에는 시설급여지출의 급증을 들 수 있다. 이는 재가요양서비스의 양과 질이 부족하여 시설입소에 의한 급여를 적극적으로 희망하였기 때문에 풀이할 수 있다. 실제적으로도 이용자1인당 시설급여액과 재가급여액을 비교해 보아도 시설급여액은 훨씬 높은 수준이고, 그 중에서도 민간 개인사업자에게도 허용하고 있는 장기입소가 가능한 치매노인그룹홈의 경우에는 다른 재가급여유형보다도 급여지출증가가 뚜렷했다는 것이다. 그 이외에도 장기요양시설이나 일반주택이나 이용자의 입장에서는 일종의 주거시설로 인식하고 있는 가운데에 주거실료 및 식사비용을 보면, 그러한 비용이 시설급여에는 포함되어 있는 반면에 재가급여에는 포함되어 있지 않다는 것은 형평성측면에서 위배된다는 것을 지적하고 있었다.

셋째, 신규 서비스체계의 확립배경에는 장기요양시설의 확대설치의 한계와 재가에서의 케어가 원활하지 못한 치매 및 독거노인의 증가를 들 수 있다. 입소시설의 확대는 개호보험재정의 급증을 초래하는 것이기도 하지만, 이용자의 양질의 삶측면에서 보아도 긍정적이지 못한 것이고, 반드시 치매나 독거노인을 시설에 입소하여 보호하게 하는 것만이 최선이 아니라는 것이라 지적이 있었다. 또한, 거주지역에 장기요양시설이 부족한 경우에는 타 지역으로의 이전이 요구되고, 해당 지자체로서도 추가적인 시설의 확충문제가 심각해질 수 있다는 것이었다.

넷째, 서비스의 질 확보 및 향상과 부담방식 제도운영의 재검토 배경에서는 그동안의 개호 정책이 서비스의 양적 확대에 치중하였기에 상대적으로 부족한 질적 서비스의 제고에 노력을 기울여야 했었다는 것을 들 수 있다. 또한, 케어 매니저에 일임한 결과, 특정기관의 서비스, 또는 특정서비스중심의 이용방식으로 운영된 것이 서비스의 질적 개선으로 이어지지 못하였고, 급여지출의 효율성 내지는 효과성측면에서도 긍정적이지 못했다는 지적이 있었다. 한편에서는 그러한 낭비유발적인 급여지출의 증대는 결국 총재정지출의 증가를 유도하고, 다시 피보험자의 보험료 인상으로 이어져 저소득계층의 보험료부담이 가중되는 결과를 초래했다는 것이었다.

이상과 같은 제도환경의 변화를 분석하여 제시한 개혁내용은 상기한 [그림 1]에서 제시한 바와 같은데, 주요 내용을 정리하면 다음과 같다. 첫 번째의 예방중시형시스템의 전환측면에서는 이용자의 생활자립의식을 고취시켜 기능의 증진화를 지연시켜야 한다는 취지에서 지역사회의 허약노인 및 개호보험제도상의 경증자를 대상으로 한 신규 예방급여를 마련했고, 이들 계층의 보건의료 및 개호 등을 포괄적으로 취급할 수 있는 지역단위의 포괄케어시스템을 구축하고, 그 중심에는 지역포괄지원센터를 설치하기에 이르렀다. 동 센터의 역할은 전반적인 고령자의 생활을 지원하는 역할을 지니는 종합기관으로서 지역포괄케어플랜의 작성 및 예방중시형시스템을 지원하는 중심적 기관으로 책정하였던 것이다. 두 번째의 시설급여의 수정측면에서는 장기입소시설에서의 주거비용 및 식

비는 보험급여에서 제외하여 전액 이용자본인이 부담하는 것으로 전환되었다는 점이다. 이는 결국, 1인당 시설급여액의 감소로 나타나 보험 재정측면에서는 상당히 긍정적인 효과가 있었다는 것이다. 세 번째의 신규 서비스체계의 확립측면에서는 해당 거주지역에서의 케어를 지원하기 위하여 지역밀착형서비스를 마련하였다는 것이다. 이는 우선적으로 재가에서의 개호서비스가 가능하도록 하는 재가요양서비스의 형태를 다양화하고, 지역에서의 설치가 용이한 소규모형태의 입소시설을 확충하는 계기를 마련하였다. 예를 들면, 소규모다기능형시설, 치매노인대응형 주간보호시설, 야간대응형 방문개호시설, 소규모특별양호노인홈 등을 열거할 수 있겠다. 특히 그러한 시설들은 치매노인 및 독거노인을 중점 케어대상으로 하고 있다는 것이다. 네 번째의 서비스의 질 확보 및 향상측면에서는 장기요양시설(기관)의 개호서비스정보의 공개제도를 강제화하였다는 것이다.

2) 2차 개혁(2010년)

(1) 개혁배경

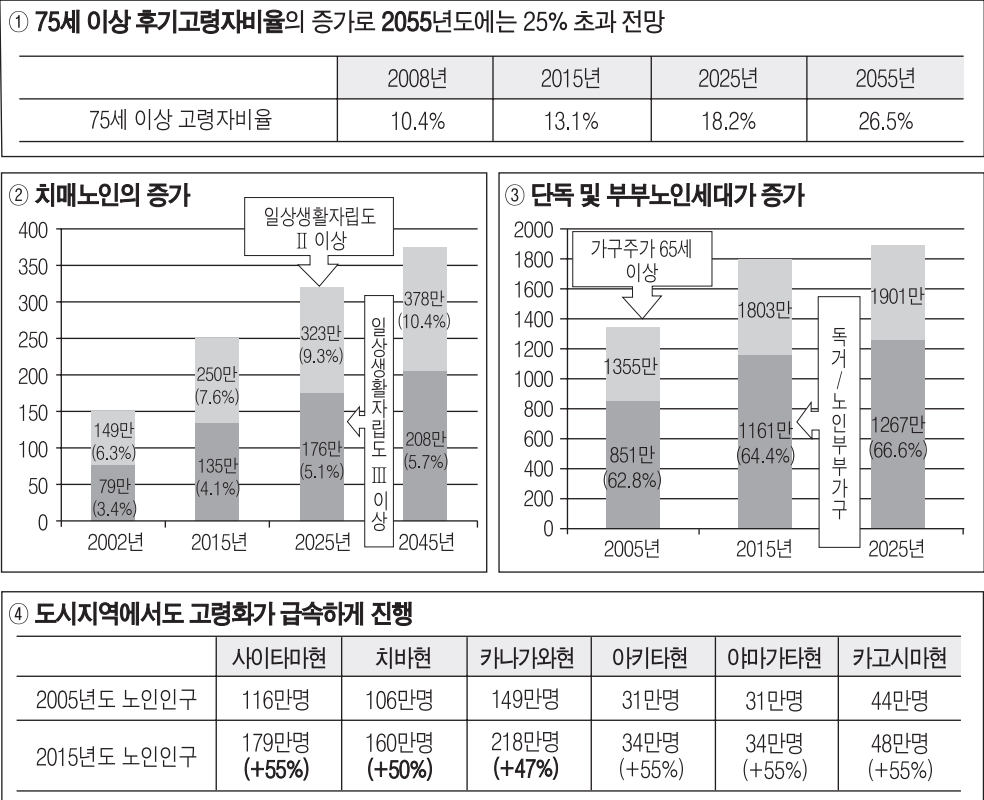
일본 개호보험제도의 2차 개혁배경의 핵심은 인구사회적 변화와 개호보험재정의 안정화에 두고 있다고 하겠다. 먼저, 인구사회적 변화에는 고령화의 심화와 그에 따른 특정연령이상의 고령자 급증으로 설명할 수 있다. 인구고령화현상은 유럽국가에 비해 아직도 낮은 출산율과 평균수명의 연장에 따른 전체 노인인구비율이 전체인구의 21%를 초과하고 있어 가히 폭발적인

수준으로 확대하고 있으며, 그 중에서도 75세 이상의 후기고령자비율도 폭발적으로 높아지고 있다. 특히, 일본의 제2차대전이후의 베이비붐세대가 후기고령자집단에 편입되는 2025년도가 개호서비스수요가 크게 폭증할 것으로 예측하고 있다. [그림 2]에서 볼 수 있듯이 2025년도가 되면, 후기고령자인구비율이 전체인구의 18.2%가 될 것으로 추정하고 있는데, 그 시기가 장기요양보호측면에서 보면, 후기고령자 일수록 장기요양욕구가 크게 증대되는 시점이

기도 하다. 더구나, 일본의 특성으로 도시지역에서의 고령화가 급속하게 진행되고 있어 장기요양수요가 커질 것이라는 전망이다. 지난 고도성장시기에 조성된 전원주택(베드타운)의 입주자들이 이제는 직장 등, 취업현장으로부터의 은퇴로 노년기에 접어들고 있어 지역사회의 고령화를 유도하고 있다는 것이다.

그리고, 인구사회적 변화 중에서 뚜렷하게 진행되고 있는 현상으로 치매노인의 증가와 노인 단독가구의 증가를 제시하고 있다. 이 중에서

그림 2. 제2차 개혁의 인구사회환경적 변화배경



자료: 일본후생노동성 홈페이지 게재자료 참조

치매노인의 증가는 후기고령자의 급증과 깊은 관련이 있는데, 특히 질병에 의한 치매보다는 알츠하이머와 같은 비질환성 치매의 경우 장기요양의 욕구가 더 높게 나타날 가능성이 있다는 것이다. 따라서, 장기요양서비스의 욕구를 지닌 노인(일상생활자립도 II 이상)이 2025년도에는 전체노인의 약 10% 정도 존재할 것으로 추정하고 있다. 또한, 노인단독가구는 일상생활기능의 장애에 노출될 우려가 가장 높은 집단에 해당하기 때문에 우선적인 장기요양대상자 범주에 놓여 있다고 하겠다. 2025년도의 경우, 전체 노인 가구 중에서 독거노인과 노인부부세대만으로 이루어진 노인단독가구의 비중은 전체의 2/3 수준에 이를 것으로 예측하고 있다.

한편, 개호보험재정의 안정화측면에서의 개혁논의는 그동안 1차 개혁이 의도한 재가중심의 장기요양체제의 부진과 그로 인한 시설중심의 급여지출이 지속적으로 증가하고 있고, 재가요양서비스간 분절적인 제공으로 재정지출의 효율성이 떨어져 있으며, 전체적으로 보건의료·개호·복지간 연계가 원활하게 이루어지지 않음으로 해서 발생하는 지출의 낭비가 개선되지 않고 있다는 것이다. 특히, 전체 장기요양대상자수의 많은 비중을 차지하고 있는 경증대상자에 대한 장기요양서비스가 생활지원형 서비스로 집중됨으로써 오히려 장기요양서비스가 생활기능의 하락을 유도하고 있다는 것, 그리고 그로 인하여 중증도 및 의료욕구가 높은 대상자의 급여지출이 상대적으로 미흡하다는 지적도 있다.

(2) 논의내용

제2차 개혁의 논의내용을 정리하면, <표 1>과 같다. 다시 말하면, (1) 지역포괄케어시스템의 구축, (2) 장기요양서비스의 질 확보 및 향상, (3) 케어종사자의 확보 및 자질 향상, (4) 급여와 부담의 균형 유지, (5) 지역포괄케어시스템 구축을 위한 보험자 역할의 개선, (6) 저소득자 지원 등이다.

첫째, 지역포괄케어시스템의 구축은, 그동안 고령자의 생활기능의 장애를 연속적으로 보지 않고, 분절적으로만 보고, 각 기능장애정도에 부합되는 서비스를 개별제도에서 각각 제공함으로써 서비스의 효과성뿐만 아니라 제도의 효율성도 미흡하였기 때문에 필요한 대책이다. 따라서, 지역을 단위로 하여 경증자로부터 중증자에 이르기까지 보건의료·개호·복지서비스가 연계적으로 제공될 수 있는 시스템을 구축하려고 하고 있다. 이를 위해서는 시설서비스의 내실화를 도모하면서 재가서비스를 확충시키는 것을 개혁방향으로 설정하고 있으며, 그 개혁내용으로 24시간 대응의 정기순회 및 수시대응의 서비스를 강화하고, 개호(방문요양)와 의료(방문간호)의 연계적 운영을 통해서 중증자의 욕구에도 부응할 수 있는 재가요양체제를 구축하고자 하고 있다. 그 이외에도 필요한 경우에는 일시적인 재가요양시설(소규모다기능형 시설 등)에서의 숙박이나, 가족의 개호부담을 경감시키기 위한 제도도 연계적인 개념 아래 마련하려고 하고 있다. 이러한 논의는 재가요양체제를 구축하여 보험재정의 지출을 직접적으로 축소시켜 보려는 의도가 있고, 개호예방과 관련한 각종

서비스체제를 구축하여 장기요양보험대상자의 확대를 억제하여 보려는 의도가 있음을 짐작할 수 있겠다.

둘째, 장기요양서비스의 질 확보 및 향상은, 장기요양서비스의 전달체계에 대한 효율성을 제고시킬 필요가 있었기 때문에 필요한 대책이다. 일본제도는 장기요양서비스를 제공하는데 있어서 케어매니저의 역할이 크게 작용하는 체제로 운영되고 있는데, 그러한 케어매니지먼트 체계에서 발생하는 비효율성은 서비스의 질뿐만 아니라 보험재정의 누수로까지 이어질 수 있다는 측면이 내포되어 있다. 케어매니저의 독립적이거나 중립적이지 못한 위치는 특정기관 또는 특정서비스의 이용으로 치우칠 가능성이 높기 때문에 우선적으로 논의되고 있는 개혁내용은 케어플랜작성에 필요한 비용을 이용자가 부담하는 유료화로 전환시키고, 재가서비스간 균형적 이용을 유도할 수 있는 케어플랜을 작성할 수 있도록 하는 체제를 구축하려고 하고 있다. 한편에서는 장기요양보험제도에서 다양한 서비스공급주체를 인정하고 있다는 것은 이용자의 적절한 선택을 도모하고, 공급주체간 상호경쟁을 통해서 서비스의 질을 향상시키려는 의도가 내포하고 있었다. 이를 위해서는 무엇보다도 각 공급주체가 제공하는 장기요양서비스의 내용과 질에 대한 객관적인 정보가 마련되고 공개되어 있어야 함을 전제로 하고 있기 때문에 도도부현이나 각 시정촌에서는 정보공개제도의 강화와 공급자에 대한 실지지도 및 감사도 강화시키는 방향으로 논의하고 있다.

셋째, 케어종사자의 확보 및 자질 향상은, 일본제도가 현물급여방식만을 유지하고 있어 전

문직의 케어종사자의 확보 및 질적 유지가 중요하기 때문에 필요한 대책이다. 케어종사자인 간호복지사나 흡혈퍼의 자국민부족으로 인도네시아, 필리핀 등으로부터의 인력을 활용하고 있기는 하지만 제한적이다. 결국, 간호직원의 처우를 개선하여 자국민을 유인하려는 대책을 강구해 왔었는데, 그러한 처우개선교부금의 폐지를 놓고 고민중인 것으로 알려지고 있다. 그러나, 케어종사자의 급여 등 근로조건에 대해 노사가 자율적으로 결정하는 것이 적당하다는 점, 교부금의 대상자가 케어종사자에 한정하고 있다는 점, 현재 일본정부의 재정이 심각한 수준에 있다는 점 등을 들어 교부금이 아닌 장기요양수가를 통해서 처우개선을 도모하여야 한다는 움직임도 있다. 한편으로는, 간호복지사의 업무범위를 단순한 신체적 케어 및 생활지원에 그치는 것이 아니라 의료기관의 도움에 의하지 않고서도 자택, 노인요양시설, 그룹홈에서 지속적으로 케어가 가능하도록 하기 위해 일부의 의료행위에 한하여 수행할 수 있도록 한다는 것이다.

넷째, 급여와 부담간 균형유지는, 사회보험제도가 자체가 급여와 부담간 균형을 유지하여야 하는 기본전제가 있기 때문에 필요한 대책이다. 그동안 일본은 보험료의 인상을 억제하기 위해서 특례교부금이나 시정촌준비기금을 동원한 것으로 알려지고 있는데, 앞으로도 보험급여비의 증가가 예견되고 있지만, 국고부담의 증대는 기대하기가 어렵기 때문에 보험료수입의 다변화를 계획하고 있다. 보험료부과대상소득의 확대, 고소득지역주민의 보험료부담의 인상 등이 논의되고 있으며, 한편으로는 보험료의 인상을

억제시키기 위해 국고부담비율의 상향조정도 논의되고 있다. 더욱이 고소득계층의 경우는 보험료부담의 증대뿐만 아니라 서비스의 이용자 본인부담률의 상향조정도 논의하고 있다. 그런데, 보험급여지출의 증대에 부합되는 보험료수입의 확대를 도모하기 위한 근본적인 대책의 하나로 보험료부담계층의 연령인하를 놓고 지속적으로 논의해 왔다는 것이다. 이번의 2차 개혁에서도 피보험자의 연령을 인하하는 방법에 대해 논의하고 있으며, 아울러 비노인계층의 장애인에 대한 개호보험제도로의 편입도 포괄하여 논의하여 왔다는 것이다.

다섯째, 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 보험지역화의 개선은, 시정촌이 개호보험제도의 보험자로 되어 있으면서 지역복지사업의 주체로도 되어 있다는 점에서 볼 때 지역포괄케어시스템의 구축이 당연하기 때문에 필요한 대책으로 볼 수 있다. 다시 말하면, 지자체인 시정촌이 지역복지계획의 큰 테두리안에서 개호서비스가 제공되는 것이기 때문에 자연스럽게 지자체의 서비스수요에 대응하는 서비스의 총량을 책정하여 규제하는 것이 가능하다는 것이다. 따라서, 보험자인 시정촌은 일상생활권역별 육구 조사를 실시하여 필요한 서비스양을 추정하고 계획을 수립하도록 하고 있지만, 더 나아가 지자체의 결정으로 지불될 수 있는 장기요양수가를 설정할 수 있게 하는 등, 보험자로서의 재량을 확대하는 것도 논의하여 왔다.

여섯째, 저소득자의 지원은, 과거 개호보험제도가 도입되기 이전에 노인복지법이나 노인보건법 아래서 비용부담을 별로 느끼지 않고 서비스를 이용하던 저소득층이 정률제에 의한 이용

비용부담을 과중하게 느끼고 있기 때문에 필요한 대책이다. 따라서 이들을 국가차원에서 지원하기 위해 마련된 보충급부의 시행방안을 검토하고 있는데, 가족의 부담능력을 고려하여야 한 다든가, 유니트케어형 개인실을 이용할 수 있게 한다든가 하는 것도 아울러 검토대상에 포함되어 있다. 또한, 고령자에 따라서는 현행 보험료 수준이 소득수준에 비해 과중하다고 생각할 수 있다는 점에서 보험료경감문제에 대해서도 논의하고 있다.

일본정부에서는 이상과 같은 분야에 대해 2011년까지 논의한 후, 그 결정안을 2012년도부터 제도에 적용할 예정으로 있는데, 2차 개혁의 기본방향으로 설정한 것은 하나가, 일상생활 권역내에서 의료, 개호, 예방, 주거 및 생활지원 서비스가 분절적이지 않고 유기적이면서 일체적으로 제공될 수 있도록 하는 지역포괄케어시스템을 실현시킨다는 것이고, 또 하나가, 급여의 효율화 및 중점화를 추진하여 급여와 부담의 균형을 도모하는 것으로 장래의 지속가능한 개호보험제도로 구축해 나간다는 것이다.

3. 결론: 일본 제도개혁으로부터의 시사점

이상과 같은 두 차례에 걸친 제도개혁으로부터 얻을 수 있는 시사점을 정리해보면 다음과 같다.

첫째는 제도의 안정적인 유지를 위해서는 서비스의 효율성과 중점화가 중요한데, 효율성 측면에서는 고령자의 자립성을 저해할 수 있는 서

표 1. 제2차 일본개호보험제도의 개혁 논의내용

논의과제	핵심적 논의내용
<p>1. 지역포괄케어시스템의 구축</p> <p>(1) 독거, 중증 대상자대응 가능한 서비스 개발</p> <p>① 24시간대응이 가능한 정기순회, 수시대응서비스 개발</p> <p>② 복합형 서비스</p> <p>③ 케어인력에 의한 일부 의료행위 인정</p> <p>④ 재활추진</p> <p>(2) 요지원자 및, 경도 요개호자용 서비스 개발</p> <p>(3) 지역지원사업</p> <p>(4) 고령자주거형태의 개선</p> <p>(5) 시설서비스의 개선</p> <p>① 개호기반 개선</p> <p>② 개호요양병상의 개선</p> <p>(6) 치매고령자 대응</p> <p>(7) 장기요양대상가족의 지원</p> <p>(8) 지역포괄지원센터의 운영 활성화</p>	<p>- 재가요양자의 중증화에 대응</p> <p>- 소규모다기능형 서비스 확충</p> <p>- 의료적 욕구가 높은 중증자 대응</p> <p>- 기능 유지 및 향상, 태택복귀 제고</p> <p>- 신예방급여의 재검토</p> <p>- 지역의 개호예방사업의 내실화</p> <p>- 고령자주택의 활성화</p> <p>- 사회복지법인증심의 시설설치조건 개선</p> <p>- 개호요양병상(노인요양병원)의 전환</p> <p>- 치매고령자의 종합대책 개선, 권리옹호제</p> <p>- 개호휴업제도의 활성화</p> <p>- 동 센터의 기능강화</p>
<p>2. 장기요양서비스의 질 확보 및 향상</p> <p>(1) 케어매니지먼트의 개선</p> <p>① 케어플랜, 케어매니저의 질 향상</p> <p>② 케어플랜의 이용자부담제 도입</p> <p>③ 시설내 케어매니저의 역할 개선</p> <p>(2) 요개호인정체계의 개선</p> <p>① 재가급여의 월한도액 기준 개선</p> <p>(3) 정보공개제도 및 지도감독</p>	<p>- 케어매니저의 독립성 및 중립성 강화</p> <p>- 케어플랜작성비용의 유료화</p> <p>- 시설내 전문 직종자간 역할분담 개선</p> <p>- 월한도액 이내에서의 서비스의 편중 개선</p> <p>- 정보공개제도의 개선</p>
<p>3. 케어종사자(노동력) 확보 및 자질 향상</p> <p>① 처우개선의 대책마련</p> <p>② 고용관리</p> <p>③ 신분상승대책</p> <p>④ 의료적 케어 개선</p>	<p>- 개호직원처우개선교부금의 개선</p> <p>- 개호종사자고용의 노동법규 위배 개선</p> <p>- 양질의 개호인력 확보</p> <p>- 개호종사자의 일부 의료행위 인정</p>
<p>4. 급여와 부담간 균형유지</p> <p>① 부담 및 급여체계 개선</p> <p>② 보험료산정의 소득기준 개선</p> <p>③ 재정안정화기금 개선</p> <p>④ 국고부담의 개선</p> <p>⑤ 급여 개선</p> <p>⑥ 피보험자범위의 개선</p>	<p>- 보험료인상의 억제, 재정의 부과방식 운영</p> <p>- 총소득기준, 장기요양수가의 지역계수 조정</p> <p>- 재정안정화기금의 활용방식 개선</p> <p>- 보험료증가의 억제로 인한 공비부담 인상</p> <p>- 소득수준을 감안한 이용자본인부담제 도입</p> <p>- 보험료부담계층의 연령수준 인하</p>

〈표 1〉 계속

논의과제	핵심적 논의내용
5. 지역포괄케어시스템 구축을 위한 보험자역할 개선 ① 개호보험사업계획 개선 ② 지역육구에 대응하는 사업자 지정 ③ 보험자의 독자적인 장기요양수가 설정 ④ 지역주권	- 일상생활권별 장기요양육구 책정 및 계획 - 시정촌별 인프라총량제 구축 - 시정촌에 대한 재량권부여문제 - 시정촌역할의 강화
6. 저소득자 지원 ① 보충급여 ② 가족의 부담능력 검토 ③ 유니트형 개인실의 부담능력 경감 ④ 다인실의 급여범위 개선 ⑤ 고령자 보험료부담의 경감	- 저소득자의 비용부담 경감 지원 - 노인요양시설입소자 가족의 부담 경감 지원 - 저소득자의 유니트시설 입소부담 경감 지원 - 이용자부담의 강화 - 저소득고령자의 지원

자료: 일본후생노동성 홈페이지 게재자료 참조

비스제공방식을 지양하여야 하고, 중점화 측면에서는 중증자를 중심으로 수급대상자를 집중화시켜야 한다는 것이다. 다시 말하면, 장기요양보험재정을 신체적 케어(간병수발)비용의 지불에 충당하는 것으로 하고, 자립적으로 가사활동을 수행할 수 있는 정도라면 생활지원서비스를 최소화하는 방향으로 개선하여야 한다는 것이다. 이는 경증자의 경우 신체케어보다는 생활지원서비스의 욕구가 큰 집단이기 때문에 과도한 생활지원서비스는 오히려 신체적 기능의 하락을 촉진시킬 우려가 높다는 점을 감안하여야 한다는 것이다. 따라서 가급적이면 생활지원서비스의 욕구가 큰 경증자는 지역복지차원에서 제공되는 서비스로 지원해줄 필요가 있을 것이다. 이와 관련하여 볼 때 장기요양급여대상자의 범위확대는 신중하게 다룰 필요가 있다.

둘째, 장기요양보험재정의 압박을 주는 급여가 시설서비스급여인 것은 틀림이 없을 것인데,

일본을 비롯한 유럽국가들의 정책을 보더라도 가급적이면 중증자라 하더라도 시설입소를 지양하고 재택에서의 급여수급을 지향하고 있기 때문에 재가서비스의 확충방안을 강구해 볼 필요가 있다. 결론적으로 재가서비스의 내실화는 시설입소를 축소시킬 수 있으며, 이용당사자에게도 삶의 질적 측면에서 긍정적이기 때문에 필요하다. 일본에서는 24시간의 방문요양서비스의 순회 및 수시대응체제를 내실화시키는 것으로 거의 확정하고 있는데, 그러한 체제는 사실상 유럽국가에서는 보편적인 방식이라 할 수 있다. 더 나아가 재가서비스의 경직적인 제공체제를 탈피하려고 하는 것은 우리에게도 시사하는 바가 크다고 하겠다. 다시 말하면, 데이케어센터(day-care center)라 하더라도 주야간에만 이용하는 시설이 아니라 필요하면 숙박까지 가능한 시설로도 기능하게 한다는 것이다.

마지막으로, 기능장애의 발생과정을 보면, 허

약한 상태에서부터 출발하여 경증 및 중증의 장애 상태로 진행해 나가는 것이 일반적인 순서인데, 제도의 장기간 지속유지를 위해서는 기능장애의 발생을 사전적으로 지연 또는 예방할 수 있는 단계부터 서비스체계가 연계적으로 제공될 수 있도록 하게 하는 것이 필요하다. 이는 현재 일본개혁과정 속에서 거론하고 있는 것이 지역 포괄케어의 개념이라 할 수 있다. 이는 기능상태의 정도에 따라서 필요한 각종 서비스를 지역 내에서 포괄적으로 제공하게 한다는 것이다. 기본적으로는 허약상태라고 할 수 있는 단계에서

부터 케어관리가 들어가게 한다는 것이지만, 그 이전의 건강한 상태까지 고려하는 것이 가장 효과적이라 하겠다. 다시 말하면, 건강증진프로그램 자체를 기능장애의 예방차원에서 실시할 수 있도록 개발하여야 할 것이다.

이제 우리나라도 매 5년마다 제도를 재검토하여야 하기 때문에, 2014년도부터는 신규 제도로 운영하여야 할 것이다. 지금부터라도 향후 2년간에는 제도의 성과를 면밀하게 분석하여 효율적인 제도로 개편하여야 하기 때문에 일본의 경험을 예의주시할 필요가 있다. 