

한국과 일본의 노인장기요양보험제도에 관한 비교연구*

- 자치단체의 관점에서 -

Comparative Study on Long-term Care Insurance for the Elderly
in Korea and Japan
- focused on local government -

박 광 덕 (세명대학교 사회복지학과 교수 - 단독저자)

Abstract

Kwang-Duck Park

Japan is the best case study of a low-fertility and aged society in Korea, and the fundamental purpose of this study is to find clues in Japan to overcome Korea's low-fertility and aged society. Therefore, the researcher evaluates and analyzes the various social policy that Japan has taken for the aging society, and intends to find our social welfare policy for the elderly from there. In the analysis, the researcher basically stood in the position of new institutionalism, identified the policy's historicity, path dependency, and value orientation. Gilbert and Terrel used more practical for using spectrum not dichotomy. Their policy analysis breaks away from the dichotomous approach of the existing universalist value and the selective approach, and places selectivism and universalism as two extremes so that they can analyze more realistic aspects, and set their position on one spectrum. Research also use this analysis tool because It is a very realistic policy analysis method to analyze whether between two counties, Korea and Japan are differentiated with each other or not. Researcher intends to reveal the characteristics of the welfare states of Korea and Japan. The analysis includes selection of values for policy making, and the policies used in the analysis include not only long-term care insurance (LTC) but also social services for the elderly for a low-fertility and aging society. Through the analysis so far, the researcher confirmed the fact that Korea and Japan, which belong to the same type of welfare state, especially Long-term care insurance and social services for the elderly between the two countries. They are clearly divided into more selective perspectives in Korea and more universalistic perspectives in Japan. Finally, I would like to conclude by suggesting and writing about the establishment of a regional integrated care system that Japan is promoting as a measure for a low-fertility and aging society.

Keywords: LTC: Long-term Care Insurance, Universalism, Selectivism, New Institutionalism, Community Comprehensive Care System

* 본 연구는 세명대학교 2020년도 교내학술 연구과제에 의한 연구 결과임.

I. 서론

연구자가 일본의 저출산고령사회 대책에 관심을 갖는 이유는 단순히 일본이 세계에서 가장 최장수국이라는 데에 있지 않으며, 유사한 복지국가를 지향하고 있다는 것에서 찾고자 한다. 복지국가 유형론의 Esping-Andersen의 이론을 발전시킨 Greve Bent에 의하면, 당시 에스핑 앤더슨은 자료의 한계로 일본과 한국을 포함시키지 못한 것을 지적하면서, 느슨한 형태의 동일 범주로 자유주의와 보수주의적인 복합형태로서 “친복지보수적 복지체계”(pro-welfare conservative welfare regime in East Asia)로 분류하고 있다. 여기에 한국과 일본은 고령사회의 현상도 대학 20-30년정도의 시간적 간격을 두고 유사한 현상들이 일어나고 있으며, 2050년대 이후에는 양 국가 모두 동일한 인구통계적 상황에 놓이게 된다는 것이다.

따라서, 일본은 우리나라에서 저출산고령사회를 연구하는 데 있어서, 최고의 좋은 사례이며, 연구자는 우리나라의 저출산고령사회를 극복하는 단서를 일본에서 찾고자 하는 것이 이 연구의 근본적인 목적이다. 그러므로, 연구자는 일본이 취하여 왔던 고령사회에 대한 다양한 대책들을 평가하고 분석함으로써, 거기로부터 고령사회에 대한 우리의 대책을 찾고자 한다.

분석에 있어서 연구자는 기본적으로 신제도주의(new institutionalism)의 입장에서 서서 정책의 역사성과 경로의존성(path dependency), 그리고 가치지향을 중심으로 파악하였는데, 구체적으로는 Gilbert and Terrel의 분석모형을 연구자가 보다 단순화시켜서 사용하였다. 이들의 정책분석은 기존의 보편주의 가치와 선별주의적 접근방법이라는 이분법적 접근에서 벗어나 보다 현실적인 양상을 분석해 낼 수 있도록 선별주의(selectivism)와 보편주의(universalism)를 양극단으로 하고, 하나의 스펙트럼상에서 어디에 위치설정하는지를 분석해 내고자 하는 비교적 현실적인 정책분석방법이다. 연구자는 이러한 분석을 통하여 한국과 일본의 복지국가의 특성을 드러내 보이하고자 하며, 구체적으로는 정책결정을 위한 가치에 대한 선택이 포함되며, 분석에서 사용되는 정책은 노인장기요양보험(LTC: long-term care insurance)을 포함하는 자치단체의 노인돌봄정책이다.

한국과 일본의 노인장기요양보험제도를 자치단체의 관점에서 비교연구하는 본연구는 다음과 같은 내용과 방법을 통하여 진행하고자 한다.

첫째, 연구의 배경으로 한국과 일본의 저출산고령사회의 현황을 비교한다. 주로, 정부자료를 중심으로 중앙정부와 지방정부를 포함하여, 양국간 자료를 비교분석한다. 이를 통하여 연구자는 양국가의 저출산고령사회의 현상이 시간적 간격을 두고 얼마나 유사하게 이루어지고 있는지를 보여주하고자 한다

둘째, 한국과 일본의 장기요양보험제도에 대하여 비교한다. 지방자치단체 중에서도 기초자치단체를 중심으로 제도를 구상한 일본과 공기업인 국민건강보험공단이 중앙집중적으로 운영하는 제도인 우리나라의 노인장기요양보험제도와를 비교함으로써, 양국가가 추구하는 정책가

치의 차이를 보여주고자 한다.

끝으로, 본연구의 결과는 우리나라의 저출산고령사회에 대한 정책문제를 해결하기 위한 지역사회의 노인통합돌봄체계구축의 모델개발을 위한 근거자료로 활용될 수 있을 것이다.

II. 비교분석의 이론적 배경

1. 신제도주의적 접근방법

한국과 일본의 노인장기요양보험제도의 비교분석에서는 신제도주의를 활용한다. 제도주의(institutionalism)는 법, 규범, 규칙 등이 사회의 변화를 이끌어 낼 것이라는 점에 초점을 둔다. 제도주의는 과거의 영향이 오늘에 미치고 있으며, 경로의존성(path dependency)과 가치(values), 목적(goals) 등에 초점을 둔다. 방법론적으로는 귀납적(inductive)이고, 비교론적(comparative)이다. 일반적으로 사회복지정책을 설명하는 논리인 산업화 모형(industrialization model)이나, 권력자원모형(power resources model)으로는 미국의 사회복지전개과정을 설명하기 어렵다. 예를 들어, 영국은 산업화 모형으로, 스웨덴은 권력자원 모형으로 쉽게 설명이 가능하지만, 미국은 한계에 이른다. 따라서, 이 경우, 미국의 사회복지정책이 어떻게 해서 오늘에 이르고 있는지는 신제도주의(new institutionalism)가 해결해 줄 수 있다. 관련하여 다음의 명제를 제기하여 설명이 가능할 것이다. 첫째, 강력한 국가장치를 발전시킨 국가들은 사회보호의 수준이 높다. 둘째, 현존의 사회복지정책은 미래의 발전과 근본적인 영향을 미친다. 셋째, 정치제도가 소수자들에게 집중된 국가들은 거대한 복지국가를 형성하지 않았던 것이다.

다음으로, 거시적 제도비교를 통하여 우리나라와 일본의 장기요양제도를 비교한 후에, 구체적으로 양국의 노인장기보험의 미시적 정책분석은 Gilbert and Terrell의 정책분석모형을 활용하고자 한다. 끝으로, 연구자는 복지대상자들이 살아가는 기초자치단체를 중심으로 노인장기요양보험제도와 서비스가 어떻게 서비스 전달되고 정책집행이 이루어지는가를 비교하고자 한다.

2. 선행연구분석

장기요양보험제도에 대한 비교연구는 제도가 탄생한 이후에 꾸준히 연구되어 오고 있다. 제도가 시작된 2010년경까지는 대체로 제도자체에 대한 비교논문이 주를 이루었으나, 최근의 연구경향을 보면, 구체적인 급여체계의 비교 등 보다 정책집행차원에서의 비교연구가 이루어지고 있다. 이하에서는 본연구와 관련성이 있는 몇몇 중요한 연구들의 함의를 정리하고자 한다.

우선, 김지수(2021)의 연구에 의하면, 일본과 우리나라는 모두 전통적인 가족의 역할을 강조

한 가족주의에 기초한 노인돌봄서비스를 대신하여 공적 노인돌봄체계를 구축하여 왔다고 하면서, 최근의 지역사회 노인통합돌봄 제도의 추진을 가족돌봄체계에 대한 대안으로 일본의 체계를 도입하기 위한 분석을 시도하고 있다. 이러한 연구경향은 본연구자의 시점과 동일한 분석시점이라고 할 것이다. 다음으로, 임영희·주창범(2021)의 연구에 의하면, 일반적으로 자립생활이 가능한 노인은 여가활동으로 노인복지센터와 경로당을 이용하고 있으나, 노환이나 병으로 거동이 불편하여 타인의 돌봄이 필요한 노인들을 본인의 의사와 상관없이 데이케어센터, 또는 요양원이라는 시설에 입소하여 남은 생을 가족과 떨어져 외롭고 쓸쓸히 마감하고 있는 실정임에 비추어, 장기요양보험의 등급판정의 대상이 되지 않는 상당수의 일반노인들을 위한 대책모색을 추구하고 있으며, 그 모델을 일본의 지역포괄지원센터의 구상에서 찾고 소규모 노인복지센터의 설치와 운영을 제안하고 있다. 그러나, 이것은 일본의 경우, 장기요양보험제도의 운영주체가 지방자치단체임에 그 가능성이 있음을 비하여, 우리나라는 국민건강보험공단이 운영주체이므로, 장기요양보험의 재정을 소규모 노인복지센터의 설치와 운영에 충당하기는 어려울 것으로 생각된다. 다음으로 장효진·이채정(2021)의 연구에 의하면, 한국, 독일, 일본의 장기요양보험제도를 재정적 지속가능성 확보, 적용범위 확대, 서비스 질 제고라는 정책목표와 이를 달성하기 위한 정책수단을 중심으로 비교·분석하였는데, 이를 통하여 우리나라는 노인장기요양보험제도의 세 가지 목표를 동시에 달성하기 위해서 재가서비스의 질 제고와 전달체계의 관리·감독을 강화할 필요가 있다고 제안하고 있다. 이 연구에서 볼 수 있듯이, 우리나라에서 장기요양보험제도의 비교연구를 하는 경우에는 일본과 독일의 사례가 자주 등장하고 있어서, 연구자의 비교연구도 보편성을 벗어난 것은 아님을 알 수 있다.

또한, 김수홍·이와타준·유재상(2019)의 연구에 의하면, 우리나라의 노인장기요양보험제도의 2008년 도입에 있어서 일본에 비해 고령화가 늦음에도 상대적으로 빠른 시기에 도입된 것은 고령화가 진전속도와 건강보험의 재정적자로 인한 것이었다는 점을 지적하면서, 장기요양보험제도의 안정적인 운영을 위하여 4가지 차원, 즉 자원확보에 대한 노력, 장기요양보험 사업계획의 책정, 케어매니저 창설, 돌봄인재의 질향상 등의 관점에서 단순하게 일본제도와 현황을 소개하고 있다. 한편 권성철(2019)의 연구는 일본과의 장기요양제도의 형성과 전개과정에 대한 비교연구를 통하여 한국 노인장기요양보험제도의 발전적 대안을 찾고자 하였는데, 그는 통합적 돌봄 정책체계의 구축, 장기요양제도의 예방적 기능강화, 장기요양시설 전문인력의 교육강화 등의 장기요양보험제도의 운영과 관련하여 질적성장을 위한 제언을 하고 있다. 그리고 유애정(2019)의 연구에서는 2019년 보건복지부의 커뮤니티 케어 구축의 필요성과 관련하여 일본의 지역포괄 케어시스템의 과정에서의 장기요양보험제도의 운영현황과 개정과정을 분석하고 있다. 김찬우·신수경(2018)의 연구에 의하면, 최근 미국과 일본의 장기요양제도 관련 주요 개혁을 비교 분석하여 한국 노인장기요양 정책에 시사점을 연구목적으로 제시하고서, 지역사회 중심의 장기요양보호에 대한 지역성, 예방성 및 의료-요양 통합성 등을 강조하여 정책제언하고

있다. 끝으로, 김효정(2018)의 연구는 본연구자와 동일하게 Gilbert and Terrell의 모델을 통하여 정책분석을 하고 있다. 이 연구는 노인돌봄의 영역이 기본적으로 가족의 역할이 큰 부분을 여전히 점하고 있는 것이 장기요양보험이 시행된지 10년을 맞이하는 시점에서 여전히 문제임을 지적하면서 지속적으로 이루어질 것으로 예견되는 비공식 요양제공자에 대한 제도적인 정착을 위한 정책적 제언을 독일과의 비교연구를 통하여 제시하고 있다. 연구자는 Gilbert and Terrell의 분석모형을 통하여 도출된 의미있는 것으로서, 재정적 측면에서 현금급여 정책의 유무로서 독일의 경우, 비공식 요양제공자 지원뿐만 아니라 장기요양보험 전체차원에서 더 적은 비용으로 더 많은 대상자에게 혜택을 제공하여 상대적으로 우리나라 보다 효율적이라고 지적하고 있다. 이는 우리나라의 제도에 시사하는 바가 크다고 할 것이다.

이상과 같은 선행연구를 통하여, 본 연구자는 장기요양보험제도에 있어서 우리나라와 일본을 비교연구하는 것은 매우 의미있는 것임으로 확인할 수 있었으며, 구체적으로 분석에 있어서도 제도주의 분석의 실용성과 Gilbert and Terrell의 분석틀을 활용한 일본의 장기요양보험제도와와의 비교연구가 없음을 확인하고, 학문적으로 실용적으로도 연구추진의 필요성을 확인할 수 있었다.

3. Gilbert and Terrell의 정책분석의 틀

본연구는 우리나라와 일본의 장기요양보험제도를 자치단체의 차원에서 비교하고자 하는 것으로서, 연구자는 분석의 틀로서 Gilbert and Terrell의 분석모형을 사용하고자 한다. 다음의 <그림 1>에서 볼 수 있듯이, Gilbert and Terrell의 분석의 틀은 사회복지정책에서 누가 편익을 받고 어떤 자격기준을 적용할 것인가에 대한 원리로 일견 보편주의와 선별주의의 극단적인 양대원리를 생각하는 경향이지만, 실제로는 그들이 제시하는 것처럼 단순하지는 않다. 특히, 추상적인 이분법은 자격기준을 개념화하는 데 있어서 출발점으로 유용할 수 있을 것이지만, 그 보다는 선택의 연속체(continua of choice)로 하는 것이 보다 현실적일 것이다. 따라서, Gilbert and Terrell은 양극단의 원리를 기본으로 스펙트럼상에 다양한 범주를 사람들은 접근할 수 있도록 하고 있다. 따라서, 본연구에서도 Gilbert and Terrell의 4가지 원리를 받아들여서, 보편주의의 극단에는 귀속적 욕구(attributed need)를, 선별주의의 자산조사에 의한 니즈(menas test need)를 두고 그 중간에 보상(compensation)과 진단적 차별(diagnosis differentiation)을 포함한 4단계의 구별을 분석의 도구로서 사용하고자 한다. 이하에서는 각각을 간략히 정리하고자 한다(Gilbert and Terrell, 2005:119).

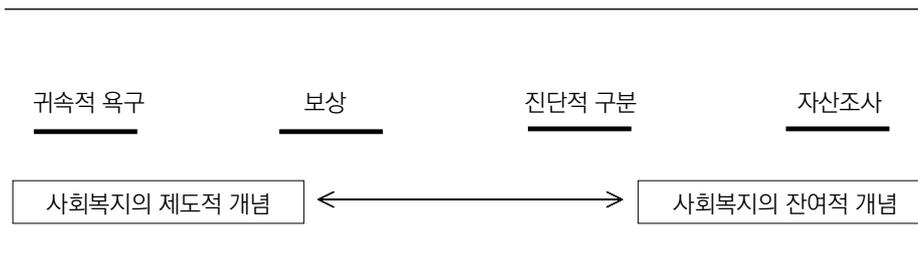
첫째, 귀속적 욕구에 근거한 자격요건은 현존하는 사회적, 경제적 장치에 의하여는 충족되지 않는 보통을 욕구를 가지고 있는 일단의 사람들의 집단속의 구성원이라는 조건을 강조한다. 이 원리하에서는 욕구는 규범적 기준에 의하여 규정된다. 여기서는 두가지 조건들이 집단에 속하는 것으로 할당되는 데, 첫째는 욕구의 규범적 기준이고, 둘째는 집단지향적인 할당을 의미한다.

둘째는 보상에 근거한 자격조건이란 구체적인 사회적, 경제적 기여, 예를 들어 전쟁전역자 또는 사회보험의 기여자 또는 인종차별이나 성차별의 희생자와 같은 사회에서 차별이라는 부당한 고통을 받아 왔던 사람들의 집단에서의 구성원으로 조건지워진다. 가장 논쟁적인 보상은 프로그램에 한정하여 보면, “적극적 차별시정 조치(affirmative action)”로서, 원래는 1970년대 동안 연방정부의 집행활동에 의하여 추진된 것으로, 과거의 아프리카인 미국인들에 대하여 접근과 기회의 규범적인 통로를 추진했던 것에서 기인한다.

세 번째로, 진단적 차별에 근거한 자격요건은 개별사례에 대한 전문직업적 판단에 한계지워진다. 여기서는 구체적인 상품과 서비스를 필요로 하는 사례에 대한 것으로 적용될 수 있는 원리들로서는 첫째, 개별적 할당, 한국과 일본의 장기요양보험제도에서 볼 수 있듯이 고객의 증상과 정도에 근거하여 전문직업적 판단을 하는 욕구에 대한 기술적, 진단적 기준에 근거하는 것이다.

끝으로, 네 번째는 자산평가 욕구에 근거하는 자격요건으로 상품과 서비스를 구매하기 위한 개인적인 무능력과 관련된 증거에 근거한다. 사회적 급여에 대한 개인적인 접근은 원칙적으로 그 사람의 경제적 환경에 의하여 제한된다. 이 원리를 적용하는 주된 조건은 개인적인 할당으로 욕구에 대한 경제적 기준에 근거한다. 우리는 자산평가 프로그램을 빈곤한 사람들을 위한 안전망을 제공하는 것으로 자산평가 프로그램을 생각하는 경향이지만, 많은 공공적 편인은 소득의 사다리에 의하여 분배된다. 예를 들어, 저소득층을 위한 공공주택과 같은 가장 심각하게 경제적으로 빈곤한 사람들이다. 이들은 복지수급자들, 홈리스, 정신질환자, 다차원적 문제 가정 등이다. 이들을 위하여는 자격조건을 더욱 넓혀서 안정적인 근로계층 가정에 들어오게 된 자격조건 표준을 넓히자는 것이다.

할당의 원리



〈그림 1〉 할당의 원리를 이용한 분석의 틀

Ⅲ. 우리나라와 일본의 장기요양보험제도의 현황

우리나라와 일본은 급속한 고령화의 진전으로 노령, 치매, 그리고 중풍 등으로 장기요양을 필요로 하는 노인의 수는 급증하여 왔다. 여기에 가족에 의한 간병은 핵가족화 및 여성의 사회 참여 증가 등에 따라 약화되었다. 이에 따라 정부는 고령화초기에 공적 노인요양보장체제를 확립하여 국민의 노후불안을 해소하고 노인요양가정의 부양부담을 경감하고자, 일반 국민을 대상으로 수요자 선택권 중심의 전문적이고 다양한 서비스를 제공하는 제5의 사회보험제도로 노인장기요양보험이 2008년에 도입되었다.

노인장기요양보험법의 주요내용을 살펴보면, 첫째, 제도의 적용대상은 전국민이며, 장기요양 신청대상자는 65세 이상 노인과 65세 미만이라도 노인성질환을 가진 국민으로 6개월 이상 혼자 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 등급판정을 받은 국민으로 되어 있다. 장기요양보험제도의 운영자는 국민건강보험공단이며, 국가지원은 장기요양보험료 예상액의 20%와 의료급여 수급권자 장기요양급여 비용부담(국가와 지자체 부담분), 및 공무원 및 교직원 등 장기요양보험료 국가부담을 내용으로 한다. 본인일부 부담금은 본인도 급여비용 일부를 부담하는 제도로 시설 급여는 20%, 재가급여는 15% 부담하도록 되어 있다.

1. 장기요양보험제도의 기본적 구조비교

1) 적용대상 및 범위의 비교 비교

우리나라의 노인장기요양보험제도의 적용대상은 보편주의의 원칙에 따라 전국민을 대상으로 하고 있다. 사회보험방식에 따라 보험가입자는 국민건강보험의 가입자와 같으며, 장기요양 급여를 받을 자는 “65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 국민 중에서 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 등 노인성 질병을 가진 자로 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우, 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령이 정하는 등급판정기준에 따라 판정받은 자”로 하고 있다. 이상과 같이 노인장기요양보험제도는 기본적으로 노인을 위한 것으로서 앞으로 고령사회의 노인요양서비스의 수요에 대비하기 위한 제도라는 점에 기인하는 것으로 볼 수 있다. 또한, 의료급여법에 의한 의료급여수급권자도 이 법의 대상자에 포함된다(이광재, 2007:109-110).

한편, 일본의 개호보험제도는 사회전체로 고령자의 간호와 간병을 지탱하는 구조로서 창설되었다. 보험의 대상자는 65세 이상의 제1호 피보험자와 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자인 제2호 피보험자로 구분된다. 기본적으로 일본의 기초자치단체인 시정촌에 거주하는 자가 대상자이고, 65세 이상인 고령자는 개호보험의 피보험자가 되므로, 의료보험제도에 있는 피부양자라는 개념은 개개인이 피보험자가 된다. 제1호 피보험자와 제2호 피보험자는 보험료의 부

과 및 징수방법이 다른 것 외에도 수급권, 즉 보험급여의 범위에서 차이가 있다. 제1호 피보험자는 요개호상태나 일상생활에서 지원이 필요한 상태, 즉 요지원상태가 되었을 때 서비스를 받을 수 있다. 그러나 제2호 피보험자의 경우는 인지증, 뇌혈관질환 등 노화가 원인인 질병에 의한 요개호상태나 요지원상태로 되었을 경우에 한하여 서비스를 수급받을 수 있다. 따라서, 40세 미만의 젊은 장애인의 경우에는 장애인복지법에 따른 공비로 “장애인 플랜”에 의해 개호서비스 등이 제공되며, 신체장애인요양시설의 입소자인 경우에는 설령 40세 이상이라 하더라도 개호보험 적용에서 제외되어, 개호보험의 피보험자가 될 수 없으므로, 복지제도의 대상이 된다.

2) 요양등급과 요양급여수가

보험제도에는 보험을 제공하고 운영하는 보험자와 보험의 편익을 받는 이용자가 존재한다. 한국의 노인장기요양보험제도에 있어서는 보험자는 국민건강보험공단임에 비하여, 일본의 경우에는 보험자가 기본적으로 기초자치단체인 시정촌이지만, 몇 개의 시정촌이 합동하여 광역연합을 이루고, 일부사무조합을 형성하여, 보험자가 되는 것도 인정되고 있다. 보험제도의 이용자에는 보험료를 지불하는 피보험자와 실제로 서비스를 받을 수 있는 이용가능자라는 2가지 측면이 존재하는 데, 일본의 장기요양보험제도에서는 반드시 피보험자와 이용가능자가 일치하지 않는다. 피보험자는 65세 이상의 고령자(제1호 피보험자)와 40세에서 64세 까지(제2호 피보험자)로 연령에 의하여 구분된다. 장기요양보험에 의한 서비스를 받을 수 있는 것은 65세 이상의 고령자와, 제2호 피보험자 중 파킨슨병 등 고령화관련 질병으로 돌봄을 필요로 하는 자이다.

실제로 요양급여서비스를 받기 위하여는 “요양등급”을 받아야 한다. 이 인정에 의하여 규정된 “요양등급”의 수준에 대응하여, 장기요양보험에 있어서 이용가능한 서비스와 급부의 상한액 등이 규정되어 있다. 이것은 장기요양보험의 특징이다. 이러한 배경에는 치료하는 목표가 있는 의료와 달리, 연령이 높아진다는 불가역적인 것을 대상으로 하는 돌봄의 특징이 있다. 즉, 요양서비스는 투입규준을 객관적으로 인정하는 것이 어렵고, 공적보험에서는 돌봄을 제공하는 경우에 상한선을 그을 필요가 있기 때문이다.

한편, 요양급여인정을 받기 위해서는, 보험자에 의하여 등급판정위원회가 설치되는 데, 등급판정위원회는 보건과 의료, 그리고 복지의 전문가들에 의하여 구성된다. 일본에서는 불봄인정 심사회라고 한다. 우리나라의 경우, 장기요양급여를 받기 위하여는 우선 장기요양급여를 받고자 하는 자가 의사 또는 한의사가 발급하는 의사소견서를 첨부하여 보험자인 국민건강보험공단(이하 약하여 건보공단)에 장기요양인정신청서를 제출하여야 한다. 신청서가 접수되면, 건보공단은 소속직원으로 하여금 신청인을 방문하여 심신상태 및 필요한 장기요양급여의 종류와 내용 등을 조사하게 하고, 동 조사결과를 장기요양 등급판정위원회에 회부하여 위원회에서 장기요양인정여부와 요양등급을 심사.판정하도록 하고 있다.

일본의 경우, 등급판정을 보면 2006년까지는 “요지원”과 “요돌봄 1-5”의 단계를 포함하여

모두 6단계였으나, 2006년도 이후는 요지원 1,2와 요돌봄 1-5 등의 모두 7단계로 구성되며, 여기에 해당되지 않는 경우에는 장기요양보험에 의한 급여를 받을 수 없다. 우리나라의 경우, 2020년 현재 장기요양등급 1-5등급과 인지지원 등급까지 모두 6등급으로 구별하고 있다. 한편, 이러한 등급판정이 보험자별로 격차를 보이는가 어떤가에 대하여는 우리나라의 경우에는 보험자가 국민건강보험공단이므로, 등급판정위원회별로 비교하여 보면, 제천시의 경우, 신청자 대비 등급판정자의 비율이 75.21%임에 비하여, 충주는 71.36%이고, 73.54%를 보임에 비하여, 일본의 경우에는 지자체별로 재정상황에 의하여 인정율이 다르고, 낮은 것을 보여주고 있다. 이와 관련하여서는 등급판정의 항목의 타당성 등의 점에서도 논란이 되고 있는 데, 이것은 돌봄비용의 근간을 규정하는 것으로 앞으로도 많은 논란이 있을 것으로 생각된다.

끝으로, 장기요양보험제도에 의한 보험서비스에 대한 비용에 있어서는 우리나라의 경우에는 수급자가 재가급여는 장기요양급여 비용의 15%를 부담하고, 시설급여는 20%를 부담하는 것으로 규정되어 있다. 반면에 일본의 경우에는 2015년 이전에는 10%의 자기부담을 하였으나, 개정에 의하여 고소득층은 20%의 부담으로 개정되었다.

3) 장기요양보험으로 제공되는 서비스

우리나라의 노인장기요양보험제도에 의하여 제공되는 급여의 종류에는 재가급여와 시설급여 두가지로 대별할수 있으며, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주.야간보호, 그리고 단기보호 등이 포함된다. 시설급여에는 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 및 향상을 위하여 교육, 훈련 등을 제공하는 서비스이며, 이외에도 특별현금급여로서 가족요양비, 특례요양비, 그리고 요양병원간병비 등의 서비스가 제공되고 있다. 일본의 경우에는 장기요양보험제도로 제공되는 서비스는 크게 첫째, 시설서비스, 둘째, 재가서비스, 그리고 셋째, 지역밀착형 서비스 등이 있으며, 여기에 관련되는 시설로는 돌봄노인복지시설, 돌봄노인보건시설, 그리고 돌봄요양형 의료시설 등이 포함된다. 일본의 돌봄노인복지시설은 특별양호노인시설로 자기집에서 돌봄이 어려운 사람을 대상으로 기간을 정하지 않고 입소시키는 시설이다. 그리고 돌봄노인보건시설이란 병원등으로부터 퇴원후에 집으로 복귀를 목표로 하여 신신의 기능회복훈련을 하는 재활시설이다. 돌봄요양형 의료시설은 돌봄노인보건시설 보다도 중증의 급성질환과 장애를 가진 고령자를 받아 들이는 의료시설이다. 한편, 일본의 장기요양보험제도를 특징지우는 것 중의 하나가 일본의 개가서비스이다. 이것은 고령자의 자택을 방문하여 돌봄을 행하는 방문관련 서비스로서 상당히 다양하게 이루어지고 있다. 여기에 속하는 것들로 방문요양, 방문목욕, 방문재활, 방문간호, 재택요양관리지도 등의 서비스가 있다. 이 중에서 방문간호, 재택요양관리지도는 간호사 등이 의료관련의 직원에 의한 방문관련 서비스이며, 의료보험에 의한 왕진과는 명확한 구별을 하고 있다. 방문요양의 한축은 목욕, 배설, 식사 등 신체적 접촉을 수반하는 “신체요양”으로, 일상생활동작과 의욕의 향상을 목적으로

하고 있다. 또 다른 한축은 조리, 세탁, 청소 등의 가사를 행하는 “생활원조”로서, 본인과 가족이 가사를 행하는 것이 곤란한 경우데 이루어진다. 그리고 또 하나의 커다란 부문으로서, 낮시간 동안에 귀가하는 것으로, 고령자를 시설에 맡기고, 시설까지의 픽업을 행하는 통원형태의 서비스를 들 수 있다. 이 부분에는 통원요양, 통원재활 등이 포함된다. 이것들은 이용자의 기능개선과 생활원조를 행할 뿐만 아니라, 동거가족이 있는 경우에는 가족돌봄자의 취업과 돌봄으로부터의 잠시 휴식한다는 점에서 중요한 목적이 있다. 특히, 30일까지의 단기간 고령자를 시설에 맡기는 단기입소관련 서비스부문에는 단기입소생활요양, 단기입소요양돌봄 등이 포함된다. 또한, 제도적으로는 재가서비스에 포함되지만, 시설에서의 돌봄을 제공하는 부문으로, 유료 노인시설과 고령자 전문주택 등 특정시설입소요양이 있다. 이것과 지역밀착형 서비스에 속하는 치매대응형 공동주택(치매대응 group home)은 시설관련서비스와 대체적인 관계에 있는 것으로 생각된다. 또한, 시설관련서비스에 참여할 수 있는 비영리법인의 일부 법인격으로 제한되지만, 재가관련서비스와 지역밀착형서비스에는 영리법인의 참여가 가능하도록 되어 있다.

이와 같이, 재가관련서비스는 다양한 부문을 포함하여, 각각의 서비스는 상호간에 서로 관련되고 있다. 이와 같은 복잡한 부문으로부터, 각각의 돌봄제공자와의 서비스를 이용해야만 하는 것을 규정하는 것이 care manager이다. care manager는 무엇을 얼마만큼, 어떤 서비스 제공사업자로부터 살 수 있는 있는가를 규정한 care plan을 작성한다. care manager의 존재는 일본 독자적이라고 말할 수 있다. 장기요양보험제도가 발족한 당초의 장기요양서비스는 시설관련서비스와 재가관련 서비스만 이었었지만, 2006년의 개정에 의하여, 이들의 혼합적인 서비스인 지역밀착형 서비스가 도입되었다. 시설관련서비스와 재가관련 서비스에 있어서 서비스 제공사업을 운영하는 데 있어서는 일본의 광역자치단체인 도도부현의 수장과 정령시에서는 시장에 의하여 허가제가 필요하며, 2006년 개정 이후는 6년마다 지정갱신을 필요하도록 하고 있다. 한편, 지역밀착형 서비스에서는 서비스 사업자의 지정도 기초자치단체가 행하는 등 차이점이 있으며, 그 명칭 그대로 지역에 뿌리를 내린 서비스 제공을 목표로 하는 것이다.

4) 장기요양보험제도에 있어서의 재정비교

우리나라의 노인장기요양보험법은 순수한 형태의 사회보험이 아니라 국고보조(조세)와 사회보험 가입자의 보험료가 포함된 혼합형이라고 할 수 있다. 즉, 요양보험제도의 요양급여 및 운영에 소요되는 비용을 정부부담(조세)과 가입자의 보험료, 그리고 본인부담금으로 충당하도록 설계되어 있다. 이하에서는 다음의 <표 1>과 같이 일본과 우리나라의 장기요양보험의 재정구조에 대하여 비교검토하고자 한다.

〈표 1〉 한국과 일본의 노인장기요양보험제도의 재원구성¹⁾

구분	한국	일본
공적부문	조세(30%): 국가는 예산의 범위내에서 당해연도 장기요양보험료 예상수입액의 20% 상당금액을 건보공단에 지원	50%로: 중앙정부(25%), 광역자치단체(12.5%), 기초자치단체(12.5%)
보험료	국민건강보험가입자 건강보험료액 * 장기요양보험료율	제1호 피보험자보험료(65세이상 고령자), 제2호 피보험자보험료(40세 이상 64세까지)는 전체 인구비율에 근거하여 결정된다. 제2호 피보험자 보험료는 표준보수월액의 일정비율이라고 규정되어 있어서, 단기적으로 보험료와 부담액을 일치시키지 않고, 전국을 대상으로 한다.
본인 부담분	재가급여: 장기요양급여비용의 15%, 시설급여: 장기요양급여비용의 20%	자기부담분 10%, 2006년 이후 고소득층은 20%로 변경.
기금		재정안정화 기금: 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체가 각각 1/3씩 부담하여 형성된 기금으로, 재정부족액 중에서 보험료납부 부족액의 1/2을 교부하고, 나머지 1/2과 급부비 증분은 대출로 처리한다.

5) 지역요양과 의료와의 연계에 있어서의 과제

사회보장제도개혁 국민요양의 보고서에서는 다음과 같은 내용이 기술되어 있다. 즉, “... 장래적으로 장기요양보험 사업계획과 의료계획이 기초자치단체인 시정촌과 광역자치단체인 도도부현이 공동으로 책정하는 일체적인 ”지역의료 및 포괄 돌봄 계획“이라고도 말할 수 있을 정도로 연계의 밀도를 높여갈 필요가 있다”라고 것이다. 여기서 주목되는 것은 광역자치단체와 기초자치단체의 일체화이고, 요양과 의료와의 연계를 강조하고 있는 것이다. 일본에서는 2006년도의 제도개정에 의하여 구체적으로 나타나고 있음에 비하여, 우리나라에서는 2019년도의 커뮤니티케어의 시작에 의하여 비로서 제기되기 시작하였다. 우리나라의 경우, 여전히 커뮤니티케어에 대한 구체적인 규정이 법률상 존재하지 않으므로, 일본의 경우를 참고하고자 한다. 일본은 제6기 장기요양보험사업계획에 의하면, 당시까지는 없었던 2025년도의 추계 및 목표를 기술하도록 요구하고 있다. 지역밀착형 시설에 대하여는 보험자가, 장기요양보험시설에 대하여 광역자치단체가, 필요한 정원 총수를 넘는 경우에는 지정 등을 하지 않을 수 있다는 규정 등을 함께 생각해 보면, 의료와 돌봄의 연계에 의한 재가형 돌봄의 추진이 강조되고 있다. 이것은 달리말하면 요돌봄 수요자를 가능한 한 지역내에서 포함시키는 것이 바람직하다라는 전제에 입각한 정책적 방향성을 채택하고 있다고 말할 수 있겠다.

1) 일본의 경우, 2006년 개정이후, 시설등 급부비에 대하여는 변화가 있어서, 중앙정부(20%), 광역자치단체(17.5%), 기초자치단체(12.5%)로 광역자치단체의 부담을 증가시켰다. 또한, 국가 부담 중 5%는 보험자별로 후기고령자의 비율과 제1호 피보험자의소득의 상황에 대응하여 조정교부금으로서 국가로부터 교부된다.

이 경우, 지역에서는 요돌봄수요자가 “살기에 익숙한 지역”에서 매우 좁은 범위를 가르키는 것으로, 현재의 보험자가 기초자치단체인 것과 대응된다. 한편으로, 현재 이상으로 광역자치단체인 도도부현의 관여도 요구되고 있어서, 보험자와 도도부현의 연계강화 등이거나 관계를 불투명하게 할 것인가에 대한 판단이 어렵다. 현재에도 장기요양보험의 운영에 어려움을 겪고 있는 보험자가 존재하고 있으며, 현상의 구조를 유지하면서도 광역자치단체인 도도부현과의 연계를 강화한다라는 것에는 의문이 생긴다. 현재의 보험자는 조치제도가 기초자치단체인 시구정촌에서 이루어지고 있었던 잔재라고도 말할 수 있는 것으로, 보험자로서의 기초자치단체를 상용시킬 것인가에 대한 엄밀한 검증이 이루어지고 있지 않다. 또한, 단독으로 충분한 보험자 기능을 할 수 없는 자단체에 대하여는 일부 사무조합과 광역연합 등에 의하여 운영하고 있는데, 이와 같은 조직형태에 의한 운영의 효율성에 대하여도 검증한 것은 적은 것이 현실이다. 그 중에서도 simizu and inagura(2006)는 제도전체와 틀, 가격, 서비스 내용 등이 국가에 의하여 통일되어 있는 한편, 운영 등이 보험자에 맡겨져 있다라는 “집권적이면서도 분권적” 접근방법하에서는 보험자의 재정상황이 인정율과 이용율에 영향을 미치고, 재정상황이 악화하고 있는 보험자는 요돌봄인정을 엄하게 하거나 이용자수를 제한하고 있을 가능성이 있다는 것을 지적하고 있다. 앞으로, 의료와 돌봄에 대하여 지역성을 보다 중시한다고 한다면, 보험자 기능이 충분히 발휘될 수 지역의 바람직한 방향에 대하여 논의가 필요할 것이다.

IV. 한국과 일본의 장기요양보험제도의 비교분석

1. 한국과 일본의 장기요양보험 수혜자 비교분석

여기서는 장기요양보험의 수혜자에 대하여 비교하고자 한다. 일본이 2000년부터 우리나라는 2008년부터 실시해 온 노인장기요양보험에 있어서 총인구 대비 수혜자 비율을 검토한 것이다. 분석의 결과, 다음의 <표 2>에서 볼 수 있듯이, 일본은 우리나라보다 2배 이상의 높은 수혜율을 보여주고 있었다.

<표 2> 한국과 일본의 장기요양보험 수혜자 비교

년도		2008	2010	2015	2016	2017
고령자 인구(A)	한국	5,086	5,449	6,719	6,940	7,310
	일본	21,827	29,768	34,658	35,315	35,195
수혜자수 (B)	한국	214	316	468	520	585
	일본	2,182	4,870	6,080	6,320	6,331
비율 (B/A)	한국	4.2%	5.8%	7.0%	7.5%	8.0%
	일본	9.98%	16.35%	17.54%	17.89%	17.99%

2. 한국과 일본의 노인장기요양보험제도의 변화과정 분석

한국의 장기요양보험제도의 도입과정을 살펴보기 위하여는 2001년부터 생각해 볼 필요가 있다. 당시 김대중정부는 광복절 대통령 연설을 통하여 고령화시대에 대비하여 노인요양보장 제도를 도입할 계획이라는 것을 발표하였다. 사실은 그 이전부터 노인요양보장제도를 시행하기 위한 준비체제의 구축작업이 행하여지고 있었다. 2000년부터 2002년까지의 “노인장기요양 보호정책기획단”이 활동하고 기초연구를 수행하였으며, 2003년 3월부터 1년간은 “공적노인요양보장제도실행위원회”가 운영되었다. 2005년 7월부터 3년간은 3차에 걸쳐서 모델사업이 진행되었으며, 그것을 통하여 등급판정, 서비스 이용지원, 보수의 수준 등을 결정하기 위한 경험과 근거자료를 얻을 수 있었다.

이와 같은 과정에서 법안의 명칭, 대상자의 범위, 보험자 또는 관리운영기관, 현금급부의 유무 등의 다양한 쟁점에 대하여 다양한 논의가 진행되었다. 특히, 2차 및 3차 테스트사업이 이루어지는 사이, 제도의 시행을 향한 구체적인 내용이 결정되고 있었다. 2007년 4월 27일에는 노인장기요양보험법이 제정되었으며, 그 후, 제도의 실시에 대한 하위법령이 1단계와 2단계에 걸쳐서 만들어졌다. 동법에서 규정하고 있는 장기요양위원회는 제도의 시행 이전부터 사전에 가입자, 공급자, 공익대표로 구성되어 2007년 12월 31일 제도시행 초년도의 보험요율 및 보수수준을 정하였다.

논의의 초기부터 “보험료의 부담만이 있고, 서비스는 없다”라는 제도가 되지 않을 수 없다라는 걱정이 계속되었다. 이 시기는 요양시설의 인프라를 확충하고, 재가시설에의 민간참여를 유도하기 위하여 노력이 투입되었다. 요양보호사의 양성을 위한 교육이 2008년 2월부터 시작되고, 3월부터는 자격증이 교부되기 시작하였다. 제도의 원활한 시행을 위하여는 국민이 노인장기요양보험제도가 무엇이고, 누가 신청대상인가를 알아야만 하기 때문에, 홍보가 가장 중요하였다. 관리운영주체인 국민건강보험공단도, 조직과 인재의 구축, 전산시스템의 개발, 교육, 각 지역사무소에 있어서 등급판정위원회의 구성과 운영, 장기요양센터의 개소를 향한 신청의 접수 등, 실무적인 준비작업을 추진하였다. 이리하여 2008년 4월부터의 신청접수가 시작되었으며, 드디어 7월부터는 노인장기요양보험제도에 의한 요양서비스가 제공되기 시작하였다.

노인장기요양보험제도의 시행 첫연도인 2008년의 각종통계는 연간유량의 비교에는 적절하지 않다. 하반기만 적용되었기 때문에 연간자료가 아니기 때문이다. 또한, 제도의 초기이기 때문에 신규신청자, 대상자 및 이용자가 집중하고 있다. 그럼에도 불구하고, 초년도의 상황은 다양한 면에서 의미가 있기 때문에 간단하게 확인하고자 한다. 다음의 <표 3>에서 확인할 수 있듯이, 2008년 12월말 당시 누적 신청인수는 376,030명으로, 이 중에서 등급판정을 종료한 사람은 336,580명, 그 중에서 인정자는 63.7%의 214,480명이었다. 인정자 중에서 147,801(68.9%)가 장기요양급부를 이용하고, 그 중에서 시설급부는 56,370(26.3%), 재가급여는 91,431명(42.6%)이었다. 요양시설도 또한 급속하게 증가하여 당시, 수요를 어느 정도 충족하는 것으로 되어야.

재가시설 주는 오히려 일부의 지역에서 과잉을 걱정하는 수준이었다. 요양보호사는 제도시행 전까지 6만명 이상이 양성되었다.

〈표 3〉 제도의 시행전에 있어서의 재가시설과 요양보호사의 수요 및 공급

구분		2006년	2007년
방문요양	합계	523개소	767개소
	주간보호	409개소	504개소
	단기입소	113개소	137개소
요양보호사의 수요와 공급	총족율	65.4%	82.7%
	수요	62,027명	62,027명
	공급	40,589명	51,310명

한편, 일본의 노인장기요양보험제도는 도입되기 이전부터 오늘날까지의 일련의 전개과정을 살펴보고자 한다. 일본은 2000년 4월에 사회전체로 고령자의 간호와 간병을 지탱하는 구조로서 창설된 개호보험제도는 현재 2016년으로 17년째를 맞았다. 이 제도는 늙게 되면, 뇌경색 등의 질병과 상처로 인하여, 전혀 움직이지 못하는 장애를 비롯하여 신체가 부자유스런 상태가 되거나, 혹은 인지증이 발병하거나 해서, 개호가 필요하게 된 경우에, 들어간 비용의 10% 또는 20%를 부담하는 것에 의하여, 간호와 간병의 서비스 사업자가 제공하는 서비스를 받는 것이 가능한 것이다. 일본의 개호보험제도 창설전의 노인복지정책은, 1963년에 노인복지법이 제정 되는 것에 의하여 시작되었으며, 그 전년에는 방문간호와 간병(home helper) 사업이 창설되고, 노인복지법의 제정에 의하여 특별양호노인홈이, 1978년에는 단기입소 생활 간호와 간병사업(short stay services)이, 1979년에는 당일로 돌아가는 간호와 간병사업(day care services) 등이 계속하여 창설되었다. 다음의 〈표 4〉은 일본의 개호보험제도 창설전의 노인복지와 노인의료정책의 전개과정을 검토한 것이다.

〈표 4〉 일본의 노인의료정책의 전개과정

연대	고령화율	주요정책
1960년대 노인복지정책의 태동기	5.7% (1960년)	1962년 방문간호와 간병(home helper services) 사업의 창설 1963년 노인복지법 제정: 특별양호노인홈의 창설, 방문개호의 법제화
1970년대 노인의료비 증대	7.1% (1970년)	1973년 노인의료비 무료화 1978년 단기입소생활 개호(short stay services) 사업의 창설 1979년 당일귀가 간호와 간병서비스(day care services) 창설
1980년대 사회적 입원과 노인의 사회적 문제화	9.1% (1980년)	1982년 노인보건법의 제정: 노인의료비의 일정부담의 도입 등 1987년 노인보건법 개정 (노인보건시설의 창설) 1989년 소비세의 창설(3%), 골드 플랜(고령자보건복지추진 10개년 전략)의 책정, 시설의 긴급정비와 재가복지의 증진

1990년대 골드 플랜의 추진, 개호보험제도의 도입준비	12.0% (1990년)	1990년 복지8법의 개정, 복지서비스의 시정촌에의 일원화, 노인보건복지계획 1992년 노인보건법 개정(노인방문간호제도 창설) 1994년 후생성에 고령자개호대책본부를 설치(개호보험제도의 검토), 신골드플랜 책정(정비목표를 상향 수정) 1996년 개호보험제도 창설에 관한 연립여당 3당(자민당, 사회당, 신당 사きが게) 정책합의 1997년 소비세의 인상(3% → 5%), 개호보험법 성립
2000년대 개호보험제도의 실시	17.3% (2000년)	2000년 개호보험법 시행

자료: 일본 후생노동성, 2016:97.

당시의 노인복지정책은 시정촌이 서비스 내용을 결정하는 소위 조치(행정처분)으로서 서비스를 제공하고 있었기 때문에, 이용자 자신이 서비스를 선택하는 것이 어렵게 되었다. 또한, 이용에 있어서는 소득조사가 필요하기 때문에, 많은 사람들에 있어서는 심리적 저항이 있어서 이용하기 어렵고, 또한, 본인과 부양의무자의 수입에 대응한 비용징수가 있으며, 중고소득자층의 부담이 무거운 것으로 되고 있다.

이러한 중에서 고령화는 진전되어, 1960년에는 5.7%이었던 고령화율은, 1980년에는 9.1%, 1990년에는 12.0%가 되어, 요개호고령자의 증가에 수반하여, 개호니즈는 점점 증대하였다. 추가하여, 개호기간의 장기화, 핵가족화의 진행, 개호하는 가족자신의 고령화 등, 요개호고령자를 지탱하여 왔던 가족을 둘러싼 상황도 변화하고, 종래의 노인복지제도에 의한 대응에는 한계가 드러났다. 그래서, 고령자의 간호와 간병을 사회전체로 서로 돕고 지탱하는 구조로서의 개호보험제도를 창설하는 것으로 되었으며, 2000년에 개호보험법이 시행되었다. 제도의 기본적인 사고방식은 자립지원, 이용자 본위, 사회보험방식의 3가지이다. 구체적으로는 자립지원이란 단순히 간호와 간병을 요하는 고령자의 신변 주위의 도움과 지원을 하는 것이다. 또한, 이용자의 선택에 의하여, 다양한 주체로부터 보건의료서비스와 복지서비스를 종합적으로 받을 수 있는 제도로 하였다. 특히, 급부와 부담의 관계가 명확한 사회보험방식을 채용하였다. 제도창설의 당초의 2000년은 218만명이었던 요개호.요지원 인정자 수는 2014년 4월 현재에서 586만명으로 약 2.69배가 되고 있으며, 개호보험제도는 착실하게 사회로 정착하여 오고 있다.

3. 한국과 일본의 노인장기요양보험제도의 분석결과

한국과 일본의 노인장기요양보험제도를 비교하면서, 가장 눈에 띄는 특징은 첫번째가 앞에서 지적한 바와 같이, 수혜자의 비율이 고령자 인구가 세계 최고인 일본이 고령화율이 아직은 선진제국들에 비하여 상대적으로 낮은 우리나라 보다 두배 이상 이루어지고 있다는 것이다. 이것은 그 만큼 요양서비스가 활발하게 이루어지고 있다는 것이 될 것이다. 우리나라의 보다 적극적인 역할 증대가 필요하다. 그리고 또 하나의 특징은 요양서비스의 내용이다.

일본의 고령자의 삶과 관련되어 돌봄서비스로서 필요한 거의 모든 요소들을 노인장기요양보험제도의 틀속에 포함하고 있지만, 우리나라는 방문요양과 생활시설에의 입소서비스만이 노인장기요양보험제도의 서비스의 틀 속에 포함되고 있어서, 기타의 고령자의 생활과 관련된 필요한 서비스들은 자치단체의 노인돌봄서비스로서 자치단체의 관할아래 지역사회의 시설과 기관을 통하여 제공되는 것이다. 이 경우, 재정은 중앙정부의 보조금과 지방정부의 예산에 의하여 추진되기 때문에, 재정상의 한계로 인하여 자연스럽게 자산평가에 따른 욕구를 충족하는 선별주의에 근거하게 되는 것이다. 다음의 <표 5>은 우리나라와 일본의 장기요양보험제도의 급여내용을 분석의 틀을 갖고 분석한 결과를 보여주고 있다. 결과를 정리하면, 다음과 같다.

<표 5> 한국과 일본의 노인장기요양서비스의 비교분석

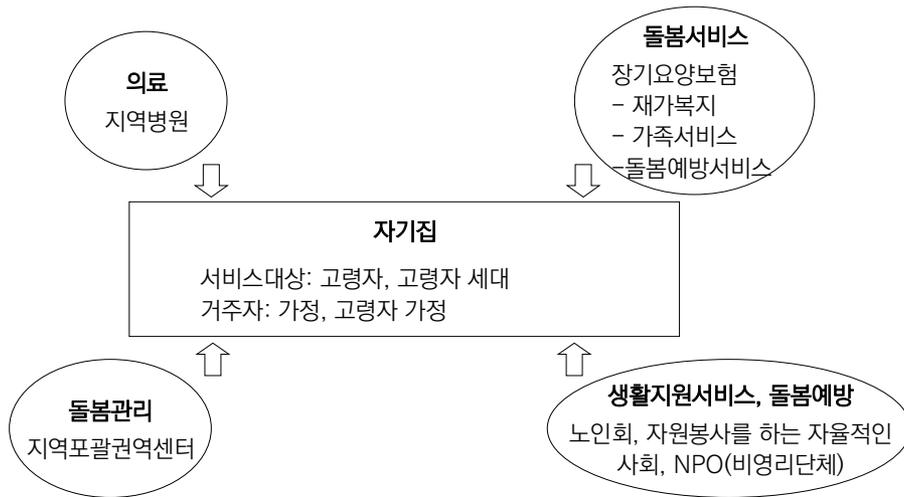
국가별 내용		기준	귀속적 욕구	보상	진단적 차별	자산평가 욕구
		보편주의 <-----> 선별주의				
방문간호서비스	한국				방문요양	방문간호(비보험)
	일본			보험급여로서 제공함		
통원서비스	한국			보험급여로서 제공함		
	일본		보험급여로서 제공			
단기체류서비스	한국	해당사항 없음				
	일본		보험급여로서 제공			
거주형서비스	한국	해당사항 없음				
	일본		보험급여로서 제공			
생활시설서비스	한국			보험급여로 제공		
	일본			보험급여로 제공		

우리나라의 장기요양보험제도는 보편주의와 선별주의의 스펙트럼에 의한 분석결과, 기본적으로 진단적 판단의 등급판정을 기본으로 함에도 불구하고, 실질적으로 요양급여 이외의 다양한 돌봄 서비스가 장기요양보험제도에 의하여 커버되는 것이 아니라 기초자치단체의 노인장애인과 등에 의하여 이루어지고 있어서, 취약계층 중심으로 서비스가 제공되는 한계를 보여주고 있다. 따라서, 스펙트럼의 분석의 결과 보다 오른쪽 지향으로 선별주의적 특성이 보다 나타남을 알 수 있다. 반면에, 일본의 경우에는 거의 모든 고령자 돌봄서비스에 대한 욕구를 장기요양보험제도로 커버하고 있다. 따라서, 등급판정을 기본으로 하여 스펙트럼으로 보아서 진단적 차별을 근간으로 하면서도 기본적으로 사회보험의 성격인 기여에 대한 보상으로서의 성격을 잘 보여주고 있다. 따라서, 스펙트럼 분석의 결과를 보면, 일본의 경우에는 보다 왼쪽 지향으로 보편주의적 제도적 특성이 나타남을 알 수 있다.

끝으로, 일본은 보다 보편적인 제도를 지향함으로써 저소득층만이 아니라 고령자 전체의 돌

봄욕구에 대응함으로써 노인이 자신의 가정 혹은 지역사회에서 필요한 서비스를 제공받으며 살아갈 수 있는 Aging in place가 장기요양의 지향가치라는 것을 실현하고있다는 생각이다. 이러한 가치를 실현에 옮긴 것이 일본이 추진하고 있는 지역포괄돌봄체계인 것이다. 이하에서는 간략히 소개하고자 한다.

일본은 2011년 이후 일본정부는 장기요양보험법(일본명 개호보험법)을 개정하여 지역포괄돌봄체계의 구축을 추진하고자 하였다. 이러한 지역포괄돌봄체계의 구조는 첫째, 재가의료와 돌봄서비스의 연계의 추진, 둘째, 치매증 대책의 추진, 셋째, 지역돌봄회의의 추진, 그리고 넷째, 생활지원서비스의 충실 및 강화 등으로 되어 있다. 다음의 <그림 2>은 일본의 지역포괄돌봄체계를 보여주고 있다.



<그림 2> 일본의 지역포괄돌봄체계

상기의 <그림 2>에서 볼 수 있는 지역포괄 돌봄체계의 구축은 지역에 있어서 의료와 보건과 복지의 통합인 데, 초고령사회에 들어가서 후기 고령자가 급증하게 되면, 만성질환을 가진 고령자가 대다수이게 될 것인바, 이 경우, 의료의 관점은 치료의 관점이 아니라, 관리 즉, 돌봄 계획의 작성과 관련된 것으로 생각되며, 이를 위하여 생활권을 근거로 하여, 의료와 보건, 그리고 복지의 통합체계의 구축을 추구하는 것이다.

V. 맺음말

지금까지의 분석을 통하여 연구자는 복지국가 유형화에서 동일한 유형에 속하는 한국과 일본에 있어서 실질적으로는 제도가 구현되는 과정에서는 보다 선별주의적인 한국과 보다 보편주의

적인 일본으로 분명하게 갈라진다는 사실을 확인할 수 있었다. 결국, 우리나라는 노인복지라는 보편적 복지의 범주에 속하는 영역임에도 불구하고, 여전히 선별적 서비스가 이루어지고 있다는 사실이다. 여기에 지금부터 급속하게 진행될 고령사회의 어두운 그늘을 이미 나타나고 있는 농촌부의 고령사회의 어려움으로부터 도심부에서도 저출산고령사회가 진행되고 그 문제점이 노정될 것이다. 이에 연구자는 동일한 복지레짐에서 일본처럼 보다 보편적서비스로 나아가야 한다는 근거가 확인되었으므로, 이제 일본이 저출산고령사회의 방안으로 추진하고 있는 지역통합돌봄체계의 구축으로부터 그 보편성과 제도정착에 있어서 주민참여 등에 대하여 철저하게 검토하고 제도적 모방과 동형화, 소위 제도주의에서 말하는 모방적 동형화(mimetic isomorphism)를 하여야 할 것이다(DiMaggio and Powell, 1991:70). 이러한 일본의 추진하고 있는 지역통합돌봄체계의 구축은 다양하며, 전국 공통의 시스템은 없으며, 실제로도 네트워크라는 점에 특징이 있다. 또한, 지역통합돌봄계획의 수립은 법정 필수사항이 아니라, 그 지역에 실정에 맞게 임의적으로 하도록 하고 있는 점도 지방자치에 맞는 접근 방법으로 생각되어 우리에게 시사하는 바가 크다. 이러한 지역포괄 돌봄체계의 주된 대상은 도심부이며, 지역의료계획과의 연계성이 중요하다. 우리나라의 경우에는 주민자치센터의 업무를 권역으로 조정하여 지역포괄지원센터의 건립이 가능할 것이며, 의료적 접근이 중요한 바 자치단체별로 1개소인 보건소를 보다 지역별로 나누어서 마을 보건소의 건립도 추진해 보아야 할 것이다.

이상과 같이 연구자가 Gilbert and Terrell의 분석의 틀을 통하여 제시한 내용을 정책결정에 있어서의 가치부분에 중점을 둔 것으로, 이후 후속적인 연구로서 정책집행을 위한 본격적인 연구가 필요한 데, 이 경우 지방분권의 한계가 크게 대두될 것으로 걱정이 앞서는 바, 후속연구에 의하여 철저하게 분석되어야 할 것이다.

〈참고문헌〉

- 권성철(2019). 한국과 일본의 장기요양제도의 형성과 전개과정에 고나한 비교고찰, 「일본문화연구」 제69권, 25-49. 동아시아일본학회.
- 김수홍·이와타준·유재상(2019). 한국노인장기요양보험제도의 과제와 방향성 제시: 일본 노인사회보장제도의 변천과정에 대한 신층분석을 통해서, 「장기요양연구」 제7권 제2호, 19-44. 한국장기요양학회.
- 김지수(2021). 가족돌봄 대안으로서의 지역사회 노인통합돌봄의 가능성: 일본 지자체에서의 대응 사례와 한국에의 시사점, 「일본문화연구」 제79권, 5-31. 서울: 동아시아일본학회.
- 김찬우·신수경(2018). 미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰 - 오바마 법안과 아베 개혁을 중심으로-, 「노인복지연구」, 제73권 제1호, 133-161. 한국노인복지학회

- 김효정(2018). 한국과 독일 장기요양보험제도 비교연구 : 비공식 돌봄 제공자 지원정책을 중심으로, 서울대학교 행정학전공 박사학위 논문.
- 박광덕(2021). 사회복지개론.(경기도: 도서출판 양서원).
- 박광덕 외3인(2021). 제천형 지역사회 노인통합돌봄 모델 구축을 위한 연구용역 보고서, 제천시청 연구보고서.
- 임영희·주창범(2021). 소규모 노인복지센터의 효율적 운영방안에 관한 연구: 일본의 노인복지센터, 지역포괄지원센터와 비교연구, 「사회과학연구」 제28권 제1호, 130-156. 동국대학교 사회과학연구원.
- 보건복지부(2021). 보건복지백서 2017 - 2020.
- 유애정(2019). 일본의 지역포괄케어시스템 구축과 개호보험제도 개정과정의 정책적 시사점, 「한국노년학」, 제39권 제1호, 1-20. 한국노년학회.
- 장효진·이채정(2021). 노인장기요양보험제도의 정책목표와 정책수단간 관계분석 - 한국·독일·일본 사례비교연구, 「사회과학연구」 제37권 제1호, 27-53. 경성대학교 사회과학연구소.
- 牧里每治.山本隆共編.(2008). 住民主體의 地域福祉論: 理論과 實踐.京都:法律出版社.
- 武川正吾編.(2005). 地域福祉計畫: 거버넌스 시대의 사회복지계획.東京:有斐閣.
- 森川美繪의 編著.(2018). 동아시아의 고령자돌봄: 국가.지역.가족의 향방.(東京: 東信堂).
- 社會福祉法令研究會.(2001). 社會福祉法の 解説.(東京: 中央法規).
- 日本 伊賀市地域福祉計畫(2017). 3기.
- 日本 內閣府편(2005). 平成 16年度 高齡者の 日常生活에 관한 意識調査.
- 日本 厚生勞動省編(2017). 平成 28年度 厚生勞動白書: 人口高齡化를 넘는 사회모형을 생각한다. 厚生勞動省
- 全國社會福祉協議會(2016). 지역포괄케어시스템과 지금부터의 지역만들기. 월간복지. Vol. 80. 東京: 전국사회복지협의회. 2016년 7월호.
- (財)厚生勞動統計協會.(2016). 국민의 복지와 개호의 동향 2016-2017. Vol. 63. No.10. (東京: (재) 후생노동통계협회).
- 國立社會保障.人口問題研究所編(2019). 社會保障統計年報.(2019).法研.
- Aspalter, C.(2013). Real-typical and Ideal-typical Methods. In Greve B.(ed.), *The Routledge Handbook of the Welfare State*. New York: Routledge, pp.393-406.
- DiMaggio,P.J.and Powell, Walter W.(1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Esping-Andersen, G.(1990). *The Three World of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Anderson, G.(2002). *Why we need a new welfare state*.New York:Oxford University Press.
- Greve, Bent.(2015). *Welfare and the Welfare State: present and future*.New York:Routledge

- Gilbert, N., & Terrell, P. (2005). *Dimensions of social welfare policy* (6th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Rapp, C., Pettus, C., & Goscha, R. (2006). Principle of strengths-based policy. *Journal of Policy Practice*, 5(4), 3-18.
- Hogwood, B. and Gunn, L. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press.
- Scott W. Richard and Davis, Gerald F. (2007). *Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives*, 5th Ed. N.J.: Pearson Education, Inc.
- Spicker, Paul (2014). *Social Policy : theory and practice*. 3rd Ed. University of Bristol : Policy Press.
- Townsend, Peter (1976). *Sociology and social policy*. Harmondsworth: Penguin.

접수일(2022년 06월 30일)

수정일(2022년 08월 08일)

게재확정일(2022년 08월 17일)

〈국문초록〉

한국과 일본의 노인장기요양보험제도에 관한 비교연구: 자치단체의 관점에서

일본은 우리나라에서 저출산고령사회를 연구하는 데 있어서, 최고의 좋은 사례이며, 연구자는 우리나라의 저출산고령사회를 극복하는 단서를 일본에서 찾고자 하는 것이 이 연구의 근본적인 목적이다. 그러므로, 연구자는 일본이 취하여 왔던 고령사회에 대한 다양한 대책들을 평가하고 분석함으로써, 거기로부터 고령사회에 대한 우리의 대책을 찾고자 한다. 분석에서 연구자는 기본적으로 새로운 제도주의의 입장에 서서 정책의 역사성, 경로의존성, 가치지향성을 파악하였다. Gilbert과 Terrell은 이분법이 아닌 스펙트럼을 사용하는 데 더 실용적인 방법을 사용했다. 그들의 정책분석은 기존의 보편주의적 가치의 이분법적 접근과 선택적 접근에서 탈피하여 선택주의와 보편주의를 양극단으로 하여 보다 현실적인 측면을 분석하고자 하나의 스펙트럼에 입장을 놓을 수 있도록 한다. 연구에서도 이 분석도구를 사용하는데, 이는 한국과 일본이라는 두 국가간의 차별성을 분석하는 매우 현실적인 정책분석 방법이기 때문이다. 연구자는 한국과 일본의 복지국가의 특징을 밝히고자 한다. 분석에는 정책결정을 위한 가치선택이 포함되며, 분석에 사용된 정책에는 장기요양보험(LTC)뿐만 아니라 저출산·고령화 사회를 위한 고령자를 위한 사회서비스도 포함된다. 연구자는 지금까지의 분석을 통해 한국과 일본이 같은 복지국가, 특히 개호보험과 고령자 사회복지에 속하는 국가가 한국에서 보다 선택적인 관점과 보다 보편적인 관점으로 명확하게 구분되어 있다는 사실을 확인하였으며, 일본이 저출산·고령화 사회에 대한 대책으로 추진하고 있는 지역통합의료체계 구축에 대해 제안하고 있다.

주제어: 장기요양보험, 보편주의, 선별주의, 신제도주의, 지역통합돌봄체계

박광덕(朴光德: 단독저자) 교수는 경희대학교 행정학과에서 행정학 박사학위 (일본의 사회복지정책결정에 관한 연구, 1992)와 연세대학교에서 사회복지학 박사학위 (사회복지시설장의 제도적 환경 인식과 조직성과의 관계에서 리더십의 조절효과 분석: 장기요양기관을 중심으로, 2014) 등 더블 디그리를 취득하고 세명대학교 행정학과와 사회복지학과 교수, 사회과학대학장 등을 역임하고, 현재는 교수로 있음. 주요 연구분야로서는 사회복지행정, 사회복지정책, 그리고 서비스 전달체계 등에 관심이 있으며, 최근의 연구로서는 “제천형 지역사회 통합돌봄 모델 구축 연구(2022)”가 있다(gdperk@semyung.ac.kr).