

노인장기요양보험제도의 주요내용 및 정책과제에 대한 소고

- 개호보험제도의 실시현황 및 제도평가, 개혁내용 포함

이광재
(국민건강보험공단)

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

저출산·고령화현상은 복지 선진국가들에서 나타나는 일반적이고 공통적인 현상이지만, 우리나라의 인구 고령화속도가 영국, 독일 등 국가들보다 훨씬 빠르게 진행되고 있는 반면에, 핵가족화와 여성의 취업 증가, 가족의 부양가치관의 변화로 가족의 간병기능 약화 등으로 장기요양보호에 대한 사회적 수요가 더욱 증대되어 심각한 사회문제로 대두되고 많은 국가적 정책과제를 안겨주고 있다.

이에 정부는 이러한 문제의 중요성을 인식하여 2000년부터 노인장기요양보호의 정책과제를 검토하기 시작하였고, 6여년의 정책과정을 거치면서 2000년 「노인장기요양보호정책기획단」, 2003년 「공적노인요양보장추진기획단」, 2004년 「공적노인요양보장제도실행위원회」 등 정부 자문위원회를 설치·운영하여 우리나라에 적합한 제도의 모형을 연구·검토하여 본 실행모형을 기초로 입법과정을 거치게 되었다.

제266회 임시국회에서 「노인장기요양보험법」으로 2007년 4월2일에 의결되어 2008년 7월 1일부터 본격적으로 시행하게 된 것이다.

그러므로 현 시점에서 우리보다 앞선 복지선진국의 노인장기요양보호제도 발전과정 등은 우리에게 좋은 모델이 될 수 있는데, 일본은 고령사회에서 발생하는 제반 사회문제를 해결하기 위해 2000년 4월부터 개호보험제도를 실시하였고 시행 7년째를 맞이하고 있다. 우리나라와 일본은 유교적 문화의 전통을 공유하고 있을 뿐만 아니라 교육이나 사회복지제도 등의 분야에서도 서로 간에 제도교류를 통하여 제도적인 기반을 형성해왔으므로 특정 사회문제에 대한 해결방안에 있어서도 공통점을 상당한 정도로 공유하고 있다.

따라서, 본 연구는 내년 7월부터 시행하게 될 노인장기요양보험제도에 대한 정확한 이해와 공감대 형성, 일본의 개호보험제도 실시현황 및 제도 평가, 최근 개혁내용에 대한 고찰을 통하여 우리나라에의 정책적 시사점을 도출하고, 노인장기요양보험제도와 일본의 개호보험제도간의 내용을 상호 비교하므로써 우리나라 현재의 정치, 경제, 사회·문화적 여건 속에서 바람직한 한국형 노인장기요양보험제도를 생각해 볼 수 있는 계기 마련과 제도의 과제 도출과 이에 대한 개선방안을 모색 해보는데 있다.

2. 연구의 방법

본 연구는 노인장기요양보험제도를 수행한 실천경험과 선행연구를 중심으로 문헌연구를 하였다. 문헌연구는 우리나라 노인장기요양보험제도와 관련한 보건복지부 및 보건복지관련 연구기관 등의 각종 자료와 국내외 학위논문, OECD 발간 통계자료들, 그리고 각종 참고자료 등을 이용하여 분석하였다.

II. 개념정의 및 선행연구

1. Long-term Care의 개념

(1) “Long-term Care”의 개념은 학자에 따라서 다양한 의미로 사용되며, 각 국가의 재정적, 사회·문화적 배경에 따라 그 내용이 상당한 차이를 나타내고 있다. Kane과 Kane(1987)은 “선천적, 후천적으로 상당한 정도의 기능적 활동능력을 상실한 사람에게 지속적인 기간에 걸쳐 제공되는 일련의 건강보호서비스(health care service)와 대인적 보호서비스(personal care service), 사회적 서비스(social service)이다”라고 정의하였고, Gibson은 “가정, 지역사회, 기관에서 제공되는 모든 서비스로서 거택건강보호, 거택지지서비스¹⁾, 성인주간보호, 위탁보호 또는 숙식제공보호(foster care), 입종보호, 응급치료병원에서의 보호(swing beds), 은퇴 노인촌에서의 지속적인 보호, 요양소에서 보호 등이 포함된다”라고 하였다.

(2) 한국노인문제연구소에서 출판된 각국의 고령자간병보험제도(1998)에서 안필준, 이상각, 이미애 등은 “개호”, “pflege”, “long-term care” 등에 해당하는 것으로 “간병”이란 용어를 사용하고 있으며, 이성기(1997), 석재은(1999) 등은 이러한 용어를 사용하지 않고 “long-term care”라는 용어의 직접적 번역에 충실한 “장기요양보호” 또는 “장기요양”이라는 용어를, 한국치매협회에서는 “조호(助護)”라는 용어를, 김근홍(2002)은 독일어 “Pflege”라는 단어는 ‘보살피고 도움을 준다’는 뜻으로 우리말인 “수발”이란 용어를 사용하고 있다. OECD(1996)에서는 “고령으로 인한 치매 등 노인성질환 및 장애로 거동이 불가능하여 보호가 필요한 노인에 대한 제반 공식적·비공식적 지원을 의미하며, 이는 재가 및 시설에서 행해지는 의료보호(medical care), 요양보호(nursing care), 그리고 가사원조 및 수발 등의 사회적 보호(social care)를 모두 포괄하는 개념”이라고 정의하고 있다.

(3) 일본 개호보험법에서는 “신체상 또는 정신상의 장애가 있어서 입욕, 배설, 식사 등의 일상생활에 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대해 후생성령으로 정한 기간(6개월 이상) 동안에 상시 요양보호가 필요하다고 보여 지는 상태에 있는 자에게 제공하는 서비스”라고 정의하고 있고, 독일 장기요양(수발)보험제도에서는 “신체적, 지적 또는 정신적인 질병이나 장애로 일상생활 과정 중에서 보통 정기적으로 반복되는 동작이 장기간(적어도 6개월) 중등

1) 가정방문간호원, 홈메이커, 가정배달 음식서비스, 부양자를 위한 휴식서비스, 사례관리, 치료소로의 교통편의 제공 등이 있다.

도 또는 중도의 요양을 필요로 하는 자에게 제공되는 서비스” 라고 정의하고 있다(이광재, 2004).

(4) “Long-term Care” 에 대해 우리나라 학계에서는 현재까지도 “장기요양보호”, “장기간병”, “수발” 등 다양한 명칭으로 사용하고 있다. 이 가운데 공적노인요양보장제도 실행위원회에서는 “노인요양보험”, 국회에 2006. 2월 제출한 정부안에서는 “노인수발보험” 명칭이 사용되었으며, 2007. 4월에 “노인장기요양보험” 이라는 명칭이 국회에서 최종 의결되어 제도권에서는 “노인장기요양” 이라는 용어가 공식적으로 사용하게 되었다.

2. 선행연구 고찰

기존 연구들로는, 외국의 장기요양보호정책을 소개하면서 그 내용을 파악하여 그것이 우리나라 장기요양보호제도에 주는 시사점을 제시하고 노인장기요양보호정책의 도입 필요성을 인정하거나 도입을 위한 사전준비 및 선결과제를 제시한 연구(박광준, 1999 ; 신복기, 2000), 중·장기적인 차원에서 노인장기요양보호정책의 도입을 주장하는 연구(최성재, 1999 ; 석재은, 1999), Esping-Anderson 등의 분류기준에 따라 스웨덴, 독일, 영국, 일본을 각각 사회민주적, 보수주의적, 자유주의적, 유교주의적 복지국가로 구분하고, 복지국가 유형별로 장기요양보호제도의 특성을 살펴봄으로써 복지국가체제의 유형기준이 장기요양보호제도에도 관철되는가를 살펴보고, 한국 복지국가의 유형에 대한 논의를 통해 우리나라의 정치·경제·문화·역사 등 환경에 적절한 장기요양보호 정책모형을 제시하는 연구(이광재, 2004)가 있다.

또한, 노인장기요양보험법안 시행의 문제점과 쟁점에 초점을 맞추어 전개하면서 개선안 또는 정책적 과제를 함께 제시한 연구(김미숙, 2005 ; 최성재, 2006 ; 이규식, 2006), 일본의 개호보험시행 5년이 보여준 외형적 성과의 이면을 관찰하고 우리나라 노인요양보호제도 시안에 나타난 쟁점을 일본 개호보험과 비교분석한 후, 지속가능한 한국형 노인요양보호제도의 기본 전제를 제시한 연구(박수천, 2005), 일본의 개호보험제도 도입당시의 환경과 우리나라의 환경을 비교 검증을 통해 사회보험방식을 통한 우리나라의 노인요양보험제도의 도입은 시기상조임을 주장한 연구(엄기욱, 2004), 일본의 개호보험제도의 실태 및 현황을 분석한 후, 시행과정에서 나타난 문제점 고찰, 향후 과제에 대한 정책제언을 한 연구(윤문구, 2005), 우리나라와 일본의 장기요양보호정책 도입환경을 정치적·경제적·사회문화적 배경으로 구분하여 비교분석하여 장기요양보호정책의 발전과제와 방향을 제시하는 연구(박수정, 2005) 등이 있다.

3. 연구의 분석틀

사회복지정책의 내용을 분석하기 위한 분석틀을 개발한 학자로는 Gil, Priogmore & Atrherton, Dinitto, 그리고 Gilbert & Terrel(1998) 등이 있다. 사회복지정책의 분석틀은 학자에 따라 다양하게 제시되고 있지만, 본 연구에서 요구되는 분석틀은 거시적이고 포괄적이며 장기요양보호제도의 분석에 적합한 것이어야 한다. Gilbert와 Terrel의 사회복지정책 분석틀은 거시적이고 포괄적인 관점에서 정책을 체계적으로 분석할 수 있게 하므로 본 연구에서는 Gilbert와 Terrel의 분석틀에 의거 분석할 계획이다. 즉, 한국의 노인장기요양보험

제도의 적용대상, 서비스이용 및 서비스제공측면, 비용조달측면으로 구분하여 분석하고, 새로운 법률의 제정은 당시의 사회, 경제적인 요인 하에서 정치적 의사결정에 의해 성립되기 때문에 법 제정 당시의 정책환경적 요인인 인구고령화율, GDP 대비 사회보장지출비율과 정치적 요인인 노인장기요양보험제도의 추진과정 등을 Gilbert와 Terrel의 분석들에 추가하여 고찰하고자 한다.

Ⅲ. 노인장기요양보험제도 주요내용

1. 도입배경(내용 생략)

- (1) 인구의 고령화
- (2) 가족의 부양기능 약화
- (3) 요양욕구의 증가
- (4) 노인의료비의 증가
- (5) 경제적 배경

2. 추진과정 및 여론동향 등(내용 생략)

- (1) 추진과정
 - ① 위원회 논의단계(제도 태동기부터 입법예고 전까지 : ~ '05.5)
 - ② 정부안 확정단계(입법예고부터 국무회의 통과까지 : '05.5 ~ '06.2)
 - ③ 국회 논의단계(국회제출 이후부터 법제정까지 : '06.2 ~ '07.4)
- (2) 여론동향 등

3. 적용대상측면

1) 적용대상

보편주의 원칙에 따라 전 국민을 대상으로 하고 있다. 사회보험방식에 따라 보험가입자는 국민건강보험의 가입자와 같으며, 장기요양급여를 받을 자(수급자)는 「65세 이상의 노인 또는 64세 이하의 국민 중에서 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성질환을 가진 자로 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령이 정하는 등급판정기준에 따라 판정받은 자」로 하고 있다. 의료급여법에 의한 의료급여수급권자(국민기초생활보장수급권자 포함)도 이 법의 적용대상자에 포함하고 있다.

장애인을 적용대상으로 할 것인지에 대해서 의원 발의안은 대부분 포함하여야 한다고 하였으나, 제도 목적과 서비스의 내용 등이 다르고, 별도로 평가체계 개발 및 재정의 추가 소요 등의 이유로 장애인을 제외하기로 하였으며, 그 대신 장애인에 대한 대책을 강구하도록 하였다.

2) 적용범위

2004년 공적노인요양보장제도실행위원회에서는 노인요양보호가 필요한 대상자를 65세 이상 노인의 14.8%로 추정(2001년도 한국보건사회연구원의 연구결과)하여 요양보호대상 노인은 2007년에 약 72만명, 2010년에 약 80만명, 2013년에 약 89만명으로 추계되었다. 그런데 2005년 9월 보건복지부가 법안 공청회를 개최하면서 2008년에 1,2등급의 최중증대상자 1.3%(85천명)가 적용대상자이고 2010년에는 3등급의 중증대상자를 포함하여 2.7%(166천명)가 적용대상자로 발표하였다. 이 수치는 2005년 한국보건사회연구원과 보건복지부가 발표한 노인요양보호의 평가·판정체계의 연구결과에 기초한 것인데, 노인장기요양보호의 대상자는 65세 이상 노인인구의 12.1%로 나타났다.

최종 정부안에 따르면, 이 제도에 의하여 요양급여 혜택을 실제 받는 대상자는 2008년에 1-3등급의 중등증 대상자 158천명(노인인구의 3.1%), 2010년에는 169천명 수준이다.

4. 서비스이용측면

1) 장기요양급여의 종류

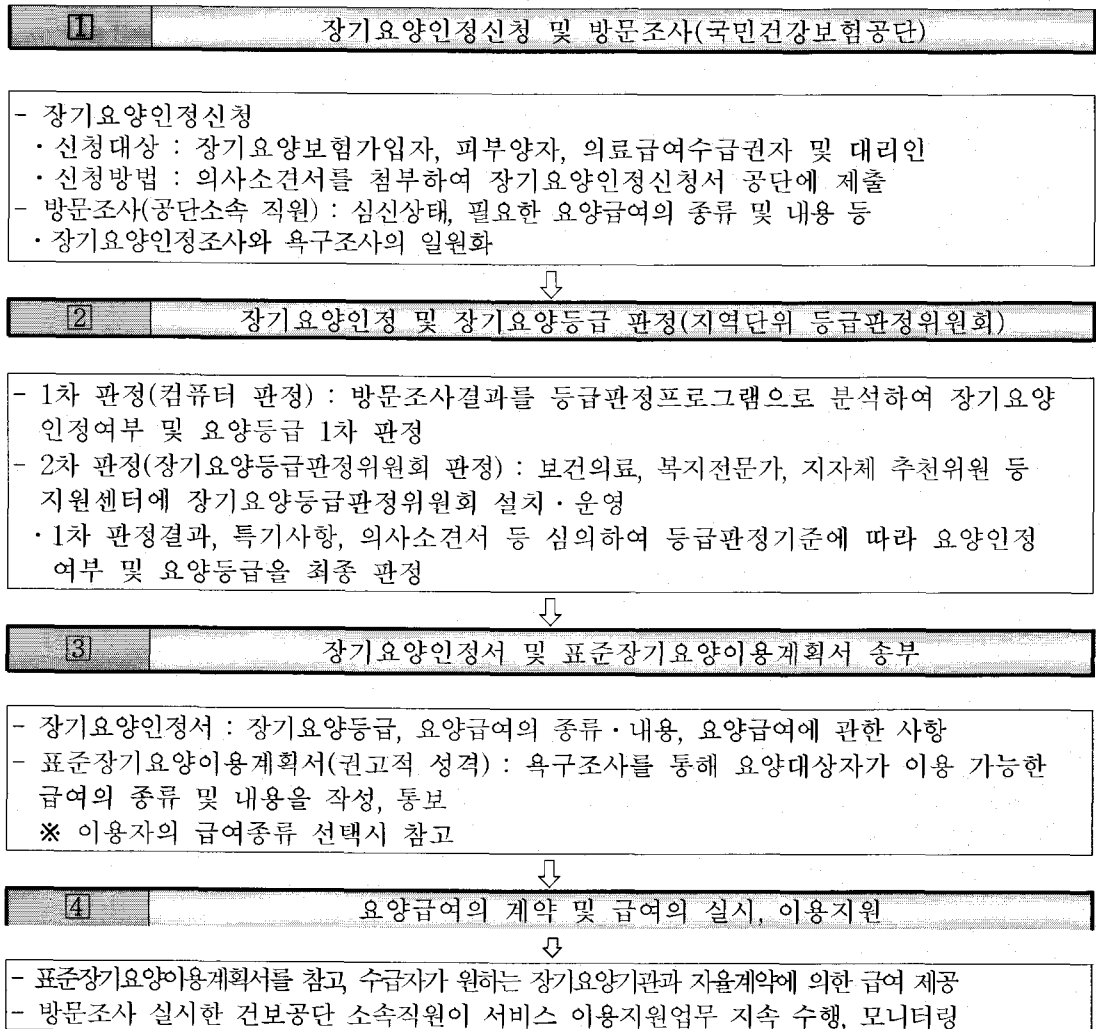
장기요양보호를 필요로 하는 노인에게 제공하는 요양서비스를 장기요양급여라고 하며, 장기요양급여의 종류는 크게 시설급여, 재가급여, 특별현금급여로 구분된다.

시설급여는 장기요양기관이 운영하는 노인복지법 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외)에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말한다.

재가급여에는 재가장기요양기관에서 제공하는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 및 복지용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것 등이 있다.

이러한 주된 장기요양급여 이외에 ①노인복지법에 의한 노인전문병원 또는 의료법에 의한 요양병원에 입원할때 장기요양에 소요되는 비용의 일부를 지급하는 요양병원간병비, ②장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 당해 장기요양급여의 일부를 지급하는 특례요양비, ③도서·벽지 지역 등 고시지역에 거주하는 경우 또는 신체·정신·성격 등의 사유로 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 경우에 지급하는 가족요양비 등의 현금급여도 제도화하고 있다.

2) 장기요양급여의 이용절차



5. 서비스제공측면

(1) 장기요양기관

장기요양급여를 제공하는 기관을 「장기요양기관」이라고 하며, 시설급여 또는 재가급여를 제공할 수 있는 기관으로 대별된다.

시설급여는 노인복지법상 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정이 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받은 장기요양기관이 제공 가능하며, 재가급여는 ①노인복지법상 재가노인복지시설로 신고한 자로서 노인장기요양보험법상 재가장기요양기관의 시설·인력기준을 갖추어 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받은 장기요양기관이 제공 가능하거나, ②노인장기요양보험법 제32조에 따라 설치된 재가장기요양기관은 장기요양기관으로 지정 의제되며 재가급여 제공이 가능하다.

정부는 2008년부터 노인장기요양보험제도를 실시하는 것을 전제로 시설 및 인력 인프라의 확충을 추진하고 있다. 「노인요양보호인프라 10개년 확충계획('02~'11)」에 따라 매년 100여개소의 시설 확충하여 왔고, 2006년말 기준으로 노인요양시설 총 정원은 41천명, 2008

년 노인장기요양보험제도 도입시 요양시설 수요는 39천명으로 시설 기존입소자(23천명)를 고려하면 요양시설 충족률은 66%, 재가시설 충족률은 61% 수준이지만 지역간 시설 불균형이 상존하고 있다. 16개 시도 중 7개 시도가 전국 평균에 미치지 못하고 있으며, 무료·실비·유료시설이 없는 시군구도 24개에 이르고 있다. 재가노인복지시설은 총 1,045개소(이용정원 51천명)가 운영 중이나, 재가시설이 없는 시군구가 19개소에 이르고 있는 실정이다.

(2) 장기요양 전문인력

법상 요양급여를 제공하는 인력으로 장기요양요원을 규정하고 있다. 정부는 질 높은 서비스 인력인프라 구축을 위해 노인복지법(제39조의2, 3)에 요양보호사 자격인정제를 도입하고, 요양보호사의 직무, 자격인정(등급구분, 등급별 교육과정 등), 요양보호사 교육기관의 신고기준 및 절차 등에 대하여는 노인복지법시행규칙을 마련하여 내년도에 시행할 예정이다.

또한 요양관리요원은 별도의 국가 자격제도를 두지 않고 현장경험이 일정기간(3년 이상) 동안 있는 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등 중에서 건보공단 직원으로 선발, 교육 후 활용할 계획이며 시범사업에서는 시행 중이다. 당초 자문위원회에서는 케어매니저(care manager) 제도의 도입을 제안하였는데, 행정절차의 복잡화로 서비스 이용불편 초래, 신규인원 증원으로 관리운영비 증가, 재가서비스 종류가 적은점 등의 이유로 노인장기요양보험법에는 케어매니저에 대한 규정이 포함되어 있지 않다.

6. 재원조달측면

노인장기요양보험법은 순수한 사회보험 형태가 아니라 국고보조(조세)와 사회보험 가입자의 보험료가 포함된 혼합형이라 할 수 있다. 즉, 요양보험제도의 요양급여 및 운영에 소요되는 비용을 정부부담(조세) + 가입자 보험료 + 본인부담금으로 충당하게 된다.

구 분	내 용
가입자 장기요양보험 료 (50%)	-건강보험료와 통합징수, 독립회계로 관리 -장기요양보험료= 건강보험료액 × 장기요양보험료율 -장기요양보험료율은 보건복지부장관 소속 장기요양위원회 심의를 거쳐 대통령령으로 정함
정부부담 (30%)	-국가는 예산의 범위 안에서 당해연도 장기요양보험료 예상수입액의 20% 상당금액을 건보공단에 지원 -국가와 지자체는 의료수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급 비용, 방문간호지시서 발급비용 중 건보공단이 부담하여야 할 비용과 관리운영비의 전액을 대통령령으로 정하는 바에 따라 각각 부담
본인일부부담 (20%)	-재가급여의 경우 장기요양급여비용의 15%, 시설급여의 경우는 20% -국민기초생활보장법에 의한 수급자는 면제 -의료급여수급권자 및 소득·재산 등이 장관이 고시하는 일정금액 이하인 자, 생계곤란한 자는 본인일부부담금의 50% 감경

IV. 개호보험제도 실시현황·평가 및 정책적 시사점

1. 양 국가간의 제도 비교

구분	한 국	일 본
정책환경적 측면	-노인인구비율: 9.5%('06) -노년부양비: 13.2%('06) -노령화지수: 50.9%('06) -여성경제활동참가율: 50.3%('06) -1인당 GDP 대비 사회보장지출: 7.9%('03)	-노인인구비율: 20.2%('06) -노년부양비: 30.7%('06) -여성경제활동참가율: 57.4%('04) -1인당 GDP 대비 사회보장지출 18.4%('03)
적용대상 측면	-전국민(건보대상, 의료급여수급권자) -수급자격: 65세 이상 노인과 65세 미만자 중에서 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등 노인성 질병을 가진 자로서 요양등급판정을 받은 자 * 65세 미만 장애인 미포함. 단, 부대결의 채택 -실제 적용대상자: 17만명(노인인구의 3.1%)	-65세 이상 노인(1호 피보험자) 과 40 세65세 미만인 의료보험가입자(2호 피보험자) -수급자격: 요지원자 또는 요개호자 단 2호 피보험자는 초로기치매, 뇌혈관장애 등 16개 질병자에 한함) -실제 적용대상자: 440만명('07.3)
서비스이용 측면	-급여종류 · 시설급여(2종): 노인요양시설, 노인요양공동 생활가정 · 재가급여(6종): 방문요양, 방문목욕 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구지원 · 특별현금급여(3종): 가족요양비, 요양병원간병비, 특별요양비 -이용절차: 요양인정신청·방문조사→등급판정 →인정서·표준장기요양이용계획서 송부→이용계약·급여실시	-급여종류 · 시설서비스(3종): 개호노인복지시설, 개호노인 보건시설, 개호요양형의료시설 · 재가서비스(13종): 방문개호, 방문입욕개호, 방문재활, 재가요양관리지도, 통소개호 등 · 지역밀착형서비스(9종): 소규모다기능형재가개호, 인지증대응형공동생활개호 등 -이용절차: 개호인정신청·방문조사→요개호판정→인정서 송부→케어플랜작성→서비스이용
서비스제공 측면	-시설, 인력을 갖추어 시군구의 지정절차 필요 -재가장기요양기관의 설치 신고: 시장원리도입, 직접서비스 인력만 규정 -장기요양요원: 요양보호사 제도 도입 -요양관리요원: 별도 자격을 두지 않고, 건보공단 직원으로 채용, 운용	-인원,사업기준 등을 갖추어 도도부현 지사의 지정 또는 허가 필요 -재가서비스: 서비스 제공주체의 종별 불문 -개호인력: 개호지원전문원(케어매니저), 개호복지사 자격신설, 방문개호원(홈헬퍼) 등
재원조달 측면	-혼합형: 보험료(50%)+조세(30%)+이용자본인 부담(20%) -본인부담: 시설급여 20%, 재가급여 10%	-혼합형: 보험료(45%)+공비(45%, 국가·시정촌 각각 1/2)+이용자본인부담(10%) -본인부담: 시설,재가급여 불문 10%

2. 제도 실시현황

1) 요개호인정자 수

개호보험제도가 시행된 2000년 4월말에는 요지원·요개호 인정자는 218만명이었으나, 2004.4월에는 387만명, 2007.3월말에는 440만명으로 약 2배로 증가하였다. 이는 고령자 수

의 증가율을 훨씬 상회하여 증가한 것이다.

그리고 6년 동안 요개호 인정자수는 평균 2배 증가한 반면에, 요지원·요개호 1등급 등 경증자의 증가는 전체 평균 증가율보다 훨씬 높은 2.5배의 증가율을 보였으며, 2006. 4월말 기준하여 요지원과 요개호 1등급 인정자는 49.4%로 전체의 절반 정도를 차지한다.

2) 개호서비스 이용자수

개호서비스 이용자의 수와 서비스의 양은 전체적으로 증가하였는데, 재가서비스이용자는 171%, 시설서비스이용자는 52%, 전체적으로는 130%가 증가되었다. 2000.4월에는 재가서비스 이용자가 97만명, 시설이용자가 52만명으로 거의 1.9:1의 비율이었으나, 2006.4월에는 재가서비스 이용자가 263만명, 시설이용자가 79만명으로 3.3:1의 비율로 재가서비스 이용자가 크게 증가하였다. 개호서비스 이용율은 78.6%이며, 요개호 등급이 높을수록 시설서비스 이용율이 높는데, 요개호 4등급과 5등급 중에서 이용자의 절반 이상이 시설서비스를 이용했다.

3) 개호서비스 사업소

입소시설 중에서 개호요양형의료시설은 감소 경향을 보였으며, 재가서비스 사업소 중에서 방문개호, 통소개호, 인지증대응형 통소개호, 복지용구대여, 특정복지용구판매 등의 사업소가 크게 증가하였는데 이는 개호보험제도에서는 시설보다 재가복지에 중점을 두고 있고, 2005년도 개호보험 개혁으로 지역밀착형서비스가 실시되었기 때문이라고 볼 수 있다.

(4) 개호보험 재정

제도 발족시의 총비용 약 3.6조엔(이용료를 뺀 급부비로 약 3.2조엔, 4월을 제외한 11개월분)에서 2006년도 예산에서는 7.1조엔으로 거의 두 배가 증가했다.

3. 제도 평가

1) 개호서비스에 관한 인식변화에 대한 평가

내각부가 개호보험제도가 도입되기 이전인 1995년과 도입 이후인 2003년, 2회에 걸쳐 실시한 「고령자 개호에 관한 여론조사」가 있다. 「만약 자신이 노후에 네타키리 및 치매상태가 되어 개호가 필요하게 되었을 때, 누구에게 개호를 받고 싶은가」라는 항목에 대해 설문한 결과, 가족개호만을 선호한 비율이 1995년에는 25%였는데, 2003년에는 12.1%로 낮아졌다. 반면에, 「홈헬퍼 등 외부자의 개호를 중심으로 하되, 가족에게 개호서비스를 받고 싶다」고 응답한 비율은 21.5%에서 31.5%로 증가하였다(內閣部, 2003). 이러한 조사결과는 개호서비스가 가족만이 아닌 사회적 개호의 가능성을 시사하였다고 말할 수 있다.

2) 개호의 사회화에 대한 평가

2003. 8월에 전국의 20세 이상 남녀 3,000명을 대상으로 실시한 「개호보험제도에 관한 여론조사」에서 개호의 사회화에 대하여 설문한 결과, 29.3%만이 개호보험제도 실시로 인해 「개호에 대한 가족부담이 가벼워졌다」라고 회답하였고, 「그렇지 않다」가 35%, 「어느 쪽도 말할 수 없다」가 29.4%로 나타났다. 반면에, 2003. 9월에 요미우리 신문사가 전국의 지

방자치단체를 상대로 개호보험에 대한 앙케이트를 실시하였는데, 「가족의 개호부담이 경감되었나」라는 질문에 대해 「그렇게 생각한다」라고 회답한 지방자치단체가 76%에 달하였다.

요미우리 신문사가 2003.9월에 동일항목으로 대상자만 달리하여 설문조사를 실시하였는데 그 결과가 상이하다. 이는 지방자치단체는 개호보험의 실시주체인 보험자였기 때문에 긍정적으로 평가하지 않았나라고 생각할 수 있다.

3) 서비스비용 및 개호보험료 부담관련 평가

서비스비용에 대한 심리적 부담에 대해 3개 縣(후쿠시마현, 히로시마현, 고치현)과 1개 市(고베시) 거주 주민 중에서 서비스이용자 6,668명으로부터 앙케이트 조사결과, 이용자의 약 42%가 서비스비용이 서비스의 질과 양에 적당하다고 응답하였다. 그리고 개호보험료에 대한 심리적 부담에 대해서는 2개 縣(미야기현, 후쿠시마현)과 2개 市(치바시, 와가야마시)의 피보험자 중 4,649명으로부터 앙케이트 조사결과, 약 52%가 본인이 내는 개호보험료가 적당하다고 응답했다.

4) 케어매니지먼트에 대한 평가

장수사회개발센터에서 2001년도에 실시한 거택개호지원사업 및 개호지원전문원 업무실태에 관한 조사에 의하면, 고령자의 상황을 판단하는 어세스먼트(니즈탐색)가 충분하지 않아 적절하고 효과적인 서비스 제공이 이루어지지 않고 있으며, 한 종류의 서비스만의 케어플랜의 작성이 반수 이상이라고 한다. 서비스를 제공하는 담당자 등 개호의 방침을 설정하고 공유하는 장소인 케어컨퍼런스의 개최도 충분히 이루어지지 않고(개최 71.1%이며 이 중에서 월 1회 이상 정례적으로 개최하는 것은 21.2%), 담당자가 같은 인식 하에서 종합적으로 자립지원을 위한 서비스제공이 이루어지고 있는가에 대해서도 의문이 있다.

4. 최근 개혁내용

2000.4월에 개호보험제도가 도입되었을 당시, 제도시행 5년 후에 제도관련 전반 내용에 대한 재검토가 예정되어 있었는데(부칙 제2조), 제도의 기본이념인 고령자의 「자립지원」, 「존엄의 유지」를 기본으로 하면서 제도의 지속가능성을 높여가기 위해 2005년에 개호보험 개정안이 마련되어 2006.4월부터 시행하게 되었다. 주요 논점은 「급증하는 급여비」, 「경증 인정자의 증가」, 「시설급여의 편중」 등인데, 이에 대처하기 위해 「개호예방의 추진」, 「시설입소자의 거주비·식비부담」, 「시정촌 권한의 강화」, 「사업자 정보의 공개」, 「보험료 기준의 재검토」 등이 이루어졌다.

1) 예방중시형 시스템으로 전환

<p>① 신 예방급여의 창설</p> <ul style="list-style-type: none"> -요개호상태 등의 경감, 악화 방지에 효과적인경증자를 대상으로 하는 새로운 예방급여 창설 -신예방급여의 개호예방을 위해 「지역포괄지원센터」 등 실시 <p>② 지역지원사업의 창설</p> <ul style="list-style-type: none"> -요지원·요개호가 될 우려가 있는 고령자를 대상으로 효과적인 개호예방사업을 개호보험 제도화 	<p>←</p>	<ul style="list-style-type: none"> -경증자(요지원·요개호1)의 대폭적인 증가 -경증자에 대한 서비스가 상대적으로 개선으로 이어지지 않아 개호예방 중시
--	----------	---

2) 시설급여 재검토

<p>① 개호보험 3시설(단기보호 포함)의 거주비·식비를 비급여화</p> <p>② 저소득자에 대한 배려 저소득자의 시설이용이 곤란하지 않도록, 부담경감을 위해 새로운 보완적 급여 신설</p>	<p>← -재가와 시설 이용자 간 부담의 공평성</p> <p>-개호보험과 연금급여의 중복 개선</p>
--	--

3) 새로운 서비스체계의 확립

<p>① 지역밀착형 서비스의 창설</p> <p>-친밀한 지역에서, 지역의 특성에 따른 다양하고 유연한 서비스 제공이 가능하도록 「지역밀착형 서비스」를 창설 (예) 소규모 다기능형 거택개호, 인지증 고령자그룹홈, 인지증 고령자전용 주간서비스, 야간대응형 방문개호 등</p> <p>② 지역포괄지원센터의 창설</p> <p>-지역에 있어서의 종합적인 상담창구 기능, 개호예방 매니지먼트, 포괄적·계속적 매니지먼트의 지원을 담당하는 「지역포괄지원센터」 신설</p> <p>③ 거주계 서비스 확충</p> <p>-케어 가능한 거주시설의 확충</p> <p>-유료양로원의 재검토</p> <p>④ 의료와 개호의 연계, 기능분담</p> <p>-중증 요개호자의 지원강화</p>	<p>← -독신생활 고령자나 인지증 고령자의 증가</p> <p>-거택지원의 강화</p> <p>-의료와 개호와의 제휴</p>
---	--

(4) 서비스의 질 확보

<p>① 정보개시의 표준화</p> <p>-개호서비스 사업자의 사업소 정보공개 의무부여</p> <p>② 사업자 규제 재검토</p> <p>-지정 갱신제 도입, 결격요건 재검토</p> <p>③ 케어매니지먼트의 직정화</p> <p>-케어매니저 자격 갱신제 도입, 연수 의무화</p> <p>-표준담당건수의 조정, 부정행위시 벌칙 강화 등</p> <p>④ 서비스의 전문성과 생활환경의 향상</p> <p>-방문개호원의 전문성 향상 등</p>	<p>← -지정취소 사업자 증가 등 질 확보가 과제</p> <p>-서비스 이용자의 선택권과 서비스의 전문성 향상</p> <p>-실효성 있는 사후 규제를</p> <p>-케어매니지먼트의 공평·공정성 확보</p>
---	---

(5) 부담방법 및 제도운영의 재검토

<p>① 제1호 보험료의 설정·징수방법 개선</p> <p>-설정방법 재검토</p> <p>· 저소득자에 대한 보험료 경감 등 부담능력을 치밀하게 반영한 보험료 설정</p> <p>-징수방법 재검토</p> <p>· 특별징수(연금으로부터 공제)대상을 유족연금, 장애연금으로 확대</p> <p>② 요개호 인정사무 재검토</p> <p>-신청대행, 위탁조사 재검토</p> <p>③ 시정촌(보험자)의 기능 강화</p> <p>-도도부현 지사의 사업자 지정에 있어 시정촌의 관여 강화</p> <p>-시정촌장의 사업소 조사권한 강화</p> <p>-시정촌 사무의 외부 위탁 등 관련규정 정비</p>	<p>← -저소득자에 대한 배려</p> <p>-이용자의 편리성 향상</p> <p>-시정촌의 사무부담 경감</p> <p>-보다 주체성을 발휘한 보험 운영</p>
--	--

5. 우리나라에의 정책적 시사점

1) 요양보호대상의 확대

일본은 “중고년 개호보험”으로 출발하였는데, 지금까지도 보험재정 안정화를 위해 현재의 피보험자의 연령인 40세 이상에서 30세 이상 또는 20세 이상으로 확대하자는 주장이 계속되고 있다. 또한, 장애인지원비제도 도입과정에서부터 장애인자립지원법 개정에 이르기까지 장애인제도와 개호보험제도와와의 제도 통합이 꾸준히 제기되어 오고 있는 점은 노인장기요양보험제도를 도입하는 우리의 입장에서는 눈여겨 보아야 할 점이라고 생각한다.

(2) 대국민 합의과정 도출

일본은 정부주관 하에 제도에 대한 대국민 의식조사, 요개호자 실태 추이조사, 다양한 방법으로의 여론조사 및 홍보활동 전개, 일찍부터 사적 자문기관 및 심의회를 설치하여 제도 내용에 대해 다양한 채널로부터 정보 입수 및 논의를 거듭하여 왔다.

노인장기요양보험제도가 2008년 7월부터 실시될 예정임에도 불구하고 체계적이고 다양한 홍보매체를 통한 대국민 홍보부족, 일부지역에 한하여 시범사업 실시 등으로 제도내용과 제도 실시에 관하여 모르는 국민이 대다수인 실정이다. 이는 새로운 사회보장제도의 도입에 대한 대국민 여론수렴, 합의과정이 충분하지 않았다는 것을 반증하는 것이라 볼 수도 있다.

(3) 시설 및 인력 인프라 구축

일본은 개호보험제도의 도입을 위해 일찍부터 시설의 기반정비 및 인프라 구축을 위한 제반 시책을 실시하여 왔다. 도입 당시부터 「보험은 있고 개호서비스는 없다」라는 말이 유포되면서 서비스 부족에 대해 많은 지적을 받아왔다. 골드플랜과 신 골드플랜에 이어 2000년에는 2004년도의 개호서비스 제공의 목표치를 설정한 「골드플랜 21」을 책정하여 계획적으로 서비스 확충을 꾀하고 있으나, 아직까지도 개호서비스는 부족하며 특히 지역에 따라 서비스의 격차가 크게 나타나고 있는 것이 문제점으로 지적되고 있다.

또한 일본은 나름대로 인력인프라 구축을 위해서 1987년에 개호복지사를 국가 자격증으로 하는 법률을 제정하여 개호업무를 전담하는 인력을 양성해 왔으나 인력부족의 문제가 지적되고 있는 것을 고려한다면, 한국도 맨파워의 문제는 제도 시행에 중요한 영향을 미칠 것으로 생각되며, 제도 시행 전에 철저한 대책강구가 필요하다 할 것이다.

(4) 저소득 고령자의 서비스 이용제한

개호의 사회화란 목적 하에 실시된 개호보험제도가 실체는 기대 이하로 거택개호의 부담이 경감되지 않았으며, 저소득자의 경우에는 오히려 개호부담이 증가하였다. 개호보험에서 10%의 이용자부담의 도입은 종래 복지제도 하에서는 무료 또는 소액으로 서비스 이용이 가능했던 저소득자들에게 개호서비스를 억제하는 결과를 가져왔기 때문에 개호보험제도는 보험료 및 이용자 부담에 있어서 저소득층에 대한 대책이 미흡하다는 비판을 받고 있다.

(5) 예방급여 확대 및 인지증(치매) 케어

개호보험제도 실시 후, 요개호 인정자의 수가 매년 증가 추세에 있고 이중에서 요지원자나 요개호 1등급의 경증(輕症)의 인정자 수가 크게 증가했으며, 경증의 인정자가 중증쪽으로

로 비율이 점차 높아진다는 것은 우리에게 시사하는 바가 크다. 아울러, 요개호 고령자 중에 거의 절반에 해당하는 사람이 인지증(치매성)이라는 사실이다.

이에 적극적으로 대응하는 방안으로 개호보험법을 2005년도에 개정하였는데, 개호예방형 개호로의 전환 및 인지증고령자케어의 중시로 지역지원사업 또는 지역밀착형서비스라는 새로운 서비스를 창설하여 지역을 중시한 점이다.

(6) 적합한 케어매니지먼트체계 운영

케어매니지먼트는 고령자의 상태를 적절히 파악하여 자립지원에 필요한 서비스를 종합적, 계획적으로 제공하기 위한 것으로 제도의 핵심이라고도 할 수 있고, 보험의 원리에 케어매니지먼트방식을 도입하고 있는 점이 일본제도의 특징이다. 일본의 케어매니저는 독립한 기관의 직원이지만 일반적으로 서비스제공기관인 지정거택개호지원사업자, 개호보험시설 등에 속해 있으며 개호보수(介護報酬)를 전제로 해서 서비스계획의 작성과 서비스의 조정 등 급부의 관리를 행한다.

케어매니저는 개호보험제도의 도입과 더불어 신설된 자격제도로써 1998년도부터 실시되었는데, 고령자의 심신상태를 판단하는 어세스먼트의 불충분, 케어플랜 계획시 한 종류의 서비스만으로 작성하는 것이 대부분인 점, 형식적인 이용자 방문이나 일반 사무처리에 집중하고 있는 점, 케어매니저가 개호보험시설 등에의 소속으로 인한 시설에 유리한 케어플랜 작성, 업무에 비해 낮은 보수의 상황 등 케어매니저의 제도 전반에 대하여 문제점이 부각되고 있다.

이에 일본 정부에서는 서비스의 질 확보와 향상을 위해 케어매니저의 자격갱신제(5년간) 도입, 갱신시 연수의 의무화, 명의대여 등 부정행위에 대한 강화, 주임케어매니저제도의 신설 및 담당건수의 재조정 등의 내용으로 개호보험법을 개정하여 시행중이다.

V. 제도의 과제 및 제언

1. 안정적인 재원확보

우리나라 노인장기요양보험제도의 재원조달방법은 사회보험방식에 의하여 보험료를 주된 재원으로 하고 정부가 일정부분의 국고지원을 부담하며, 서비스 이용자에게 일부 본인부담을 하도록 하고 있다.

요양보험의 재원조달을 보험방식이든, 조세방식이든 어떤 모델을 채택할 것인가는 그 나라의 사회보장체제와 밀접히 관련되어 있다. 국가의 재정부담을 전제하지 않고 사회보험을 도입한다면, 국민들의 부담을 가중시키는 결과를 초래한다는 점을 간과해서는 않된다.

아울러, 우리나라의 GDP 대비 국민부담율과 사회지출비의 수준은 OECD 국가 중 최저 수준이므로 향후 요구되는 복지수요를 선진국 수준으로 충족시키기 위해서는, OECD 국가들이 평균적으로 부담하고 보편적으로 누리고 있는 복지수준에 근접한 사회지출비 및 국민부담의 증가, 노인복지예산의 대폭 확대가 필요하다. 또한 사회복지분야에 대한 중앙정부와 지방자치단체간의 기능 및 역할 재정립과 총 국가복지재정의 효율적이고 효과적인 운용(사용) 및

재원분담방안도 심도 있게 고민해야 할 사안이라 생각된다.

2. 수급대상자의 범위 확대

정부는 노인장기요양보험의 가입자는 전 국민으로 하고 그 수급자는 65세 이상의 노인과 64세 이하의 노인성질환자로 되어 있어 64세 이하의 장애인이 제외되어 있고, 요양보험 재정의 장기적 운용을 위해 심신기능 상태가 중증이상의 노인을 수급대상으로 적용함에 따라 수급자의 수가 크게 제한될 수 있다. 이렇게 될 경우, 가입자와 수급자가 일치하지 아니하는 문제가 존재하고, 노인인구 중 일부 대상자(노인의 3.1%)를 위하여 모든 국민이 보험료를 부담하는 사회보험의 원리가 성립할 수 있느냐 하는 기본적인 문제가 제기될 수 있다.

가입자와 수급대상 범위는 정부재정 및 부담주체의 부담능력, 시행의 순응성, 현행 노인 및 장애인의 요양보호실태 등을 종합적으로 감안하여 결정하여야 할 사안이나, 장기적인 목표 및 우선순위에 따라 수급대상을 단계적으로 확대하는 전략도 필요하며, 단계적 확대방안에 대한 청사진을 국민들에게 가시적으로 보여줘야 할 것이다.

아울러, 최근 일본에서는 장애인에 대한 지원내용이 개호보험형에 가까운 형태로 개정되었고 장애인제도와 개호보험제도와 통합논의가 꾸준히 제기되어 오고 있는 점 등은 향후 우리나라의 장애인복지제도와 장기요양보험제도간 역할 및 기능 재정립, 제도의 방향성 설정에 시사하는 바가 크다고 본다.

3. 시설 및 인력 인프라의 확충

노인장기요양보험제도의 성공적인 제도 정착을 위해서는 무엇보다 장기요양서비스를 필요할 때 언제든지 제공받을 수 있는 시설인프라 구축이 중요하다. 그러나 지자체의 재정부담 문제와 지역사회의 시설에 대한 님비현상 극심 등으로 단기간에 시설인프라 확충이 쉽지는 않을 전망이다.

따라서 효율적인 재원확보를 위한 특별 재원대책 마련, 경로당의 요양시설로의 활용방안, 경영이 어려운 중소병원 또는 입소율이 저조한 아동보육시설을 노인요양시설로의 전환, 노인요양공동생활가정(그룹홈)·소규모요양시설, 서비스제공기관의 복합형태 운영 등으로 노인들의 장기요양욕구에 대응하는 다양한 시설들이 조기에 확충할 수 있는 특단의 대책 마련 및 시행이 필요하다.

또한, 치매고령자나 독신생활 고령자가 가능한 정든 지역에서 계속 생활(Aging in place)할 수 있도록 지역밀착형 서비스의 신설 및 케어가 포함된 고령자주택의 정비 등을 시행하고 있는 일본의 개호보험제도 개혁내용을 면밀히 검토하여 우리나라에도 도입할 필요가 있다. 아울러, 부족한 시설을 확충하기 위한 제언으로 종교시설을 사회복지시설로의 활용방안을 적극 권장한다.

그리고 인력 인프라, 즉 맨파워(man-power) 문제도 적지 않은 과제가 있다. 현재의 사회복지사와 케어복지사 인력 간, 간병전문인력 간의 역할 재정립을 통하여 고급인력에 의한 고비용 구조는 가능한 지양(止揚)되고, 우리 실정에 적합한 방안이 논의되어야 할 것이다.

4. 제도도입에 대한 사회적 합의

독일과 일본은 새로운 제도 창설을 둘러싸고 오랜 기간 사회적 논의가 계속되었다.

법안 마련 및 심의과정에서 재원조달방식 및 사회적 부담방안, 의료와의 관계, 요양보호 대상 범위 등에 대한 다양한 논의가 있어 왔지만, 충분한 사회적 합의를 이끌어 내지 못했다는 아쉬움도 있다. 제도 시행과정에서도 제도의 지속가능성 확보와 노인 등 이용자들의 이용편익 제고 등을 위해 이러한 사회적 쟁점에 대하여 각계 전문가와 이용자인 노인은 물론, 서비스제공자, 비용부담의 주체인 일반국민, 노동자, 사용자, 정부대표 등 다양한 계층이 고루 참여하여 대승적인 입장에서 논의와 사회적인 합의를 이루어야 할 것이다.

5. 장기요양서비스의 질 확보

장기요양인정자는 장기요양서비스를 받을 권리가 법률에 의해 부여되므로 요양서비스 질의 확보문제가 대두될 것으로 보여진다.

제도 시행초기에는 제도시행의 연착륙 및 조기 정착이 우선시 되겠지만, 요양서비스의 권리성 및 노인들의 요양서비스 욕구의 다양화 등으로 요양서비스의 질적 확보문제는 공적 개호보험제도를 우리나라보다 먼저 시행한 일본, 독일 등의 예로보아도 머지않은 장래에 큰 쟁점사항으로 부상될 것으로 전망된다.

따라서, 노인장기요양보험법 하위법령을 입법함에 있어 요양서비스의 수준 향상과 이용자 중심의 서비스지원체계 구축을 위해 효율적인 서비스의 질 평가 및 관리방안을 구체적으로 마련하여 시행해야 할 것이다.

6. 치매노인에 대한 체계적·종합적 관리

2005년도 65세 이상 노인 중 치매노인이 364천명(전체노인의 8.3%)으로 추정되며 인구고령화와 함께 치매(인지증) 노인의 수는 계속 증가될 것으로 전망되며 치매노인과 함께 고통을 겪게 될 가족들도 그만큼 많아질 것이므로 치매노인 부양문제는 사회적으로 심각한 문제임이 분명하다. 또한 노인장기요양보험제도의 주 서비스대상이 치매·중풍 등을 앓은 노인이기 때문에 노인장기요양보험제도 도입을 하는 현 상황 하에서 치매노인에 대한 체계적이고 종합적인 관리에 심각하게 고려해야 한다.

아울러 치매(인지증)는 조기발견, 조기치료가 중요하고 바람직한데, 이는 장기적으로는 보험재정 안정을 꾀할 수 있어 국민경제비용의 절감에 큰 효과가 있다. 그리고 정상인도 “치매 예비군”이라는 생각 하에 케어의 접근성 제고를 위해 지역사회에서의 케어시스템 구축이 절실히 필요하다고 할 것이다.

7. 소득·주거·여가 등 종합적 서비스제공체계 개발

노인복지는 노인이 당면한 빈곤, 질병, 고독, 소외 등의 문제에 대한 해결뿐만 아니라 노후의 생활안정과 건강을 유지하고 행복한 삶을 영위하도록 국가와 민간이 조직적으로 실천

하는 활동이므로 노인에게 소득, 의료, 주거, 고용, 여가, 교육 및 사회적 서비스를 통합적이고 지속적으로 제공할 수 있는 종합적인 서비스 제공체계 개발이 필요하다.

이를 위해서 전국 거주지역마다 설치되어 있는 경로당을 여가복지시설로 뿐만 아니라 지역사회 노인센터로서의 노인종합서비스 시설로 활성화하여 급속한 고령화 사회의 유효자원으로 활용하기 위해 경로당 기능을 쇄신할 필요가 있으며, 노인의 심신상태와 욕구에 적절한 노인복지주택의 건설, 주택개조를 통한 베리어프리(barrier-free)의 주거여건을 조성, 복지용구지원 확대 등으로 재가복지중심의 서비스를 지향해야 한다.

8. 제도의 단계적 도입

일본이나 독일 등과는 달리 우리나라는 압축적인 고령화 속도와 세계에서 유례없이 낮은 저출산, 국가와 가계경제의 어려움으로 인한 가족제도 붕괴현상, 지금까지의 선별적이고 제한적인 저소득계층 노인에 대한 사회복지서비스 제공 현실 등을 감안하면 개호에 대한 공적 제도를 가능한 조기에 도입하여 실시하는 것이 노인의 삶의 질 향상과 그 가족들의 부양부담을 덜어 주고자 하는 정부의 선택이 장기적인 안목에서 바람직하다고 본다.

그러나 우리의 국민경제를 감안해보면, 새로운 제도창설에 따른 재정부담을 과연 감당할 수 있겠는가에 대하여 신중히 뒤 돌아 보아야 할 것으로 생각한다. 보험재정 부담층에 비해 요양서비스 이용가능자의 매우 적은 비율 등도 장기요양보험제도의 지속가능성을 우려하게 할 요인이 될 수 있다.

노인장기요양보험제도가 한시적인 제도가 아니고 우리의 다음 세대로 계속 이어져 가는 사회보장제도가 되기 위해서는 차세대의 부담이 적은 한국형 공적제도가 되어야 하므로 제도 도입시기에 대해 좀 더 신중한 판단과 진행이 아쉽다고 생각한다. 우리의 경제·사회 등 제반 환경을 종합적으로 고려하여 요양수요를 충족하기 위한 인프라를 우선적으로 구축해 가면서 정부재정에 의해 요양서비스 적용대상과 서비스 수준을 점차 확대하는 등 장기적이고 단계적으로 공적 요양제도를 도입하는 방안도 나름대로 대안이 될 수 있지 않았나 생각한다.

9. 사회투자정책 정비

선진 복지국가들은 근래의 급격한 경제사회적 구조변화에 대응하여 사회정책(social policy)의 사전적·투자적·적극적 성격을 보다 강조하는 '사회투자정책'을 적극 추구하고 있다.

현재의 한국에서도 노동시장의 양극화·서비스 경제 및 지식기반경제로의 이행과 저출산·고령화·가족구조의 불안정 등 새로운 사회적 쟁점들이 형성되고 있어서 서구에서 사회투자정책이 부상하게 된 경제사회구조 및 인구가족구조의 변화 등과 상당한 유사성이 존재하고 있다.

이러한 의미에서 신자유주의 사회정책에 대응하기 위해 출현한 '사회투자전략'은 변화된 경제사회적 조건 하에서 경제성장과 사회복지를 결합시켜야 하는 한국의 상황에서 새로운 한국사회의 사회정책 패러다임으로서 추진해 볼 충분한 가치가 있다고 생각한다(김연명,

2007). 2008년 7월부터 시행하는 노인장기요양보험제도와 연계하여 요양보호사 등 장기요양 서비스 제공인력의 양성을 통한 사회서비스 일자리의 창출, 생애주기별 건강관리가 자기주도형으로 이루어 질 수 있도록 합리적인 관리시스템 개발, 장기요양급여의 하나인 복지용구의 구입 및 대여사업 실시에 따른 고령친화산업의 체계적인 육성 등을 사회투자정책 프로그램과 맞물려 구체적으로 시도해 봄직하다.

참고문헌

- 국민건강보험공단 노인수발보험실행준비단 譯, 2006, 「일본 개호보험의 재출발」(宮武剛 著).
- 김미숙, 2004, “일본의 공적개호보험제도의 문제점과 과제”, 노인복지연구통권21호, 한국노인복지학회.
- 김연명, 2007, “경제사회구조의 변화와 한국사회복지의 대응”, 「제3차 사회보장 국제학술대회」, 비교사회정책연구회, 104-107.
- 보건복지부, 2006, 「보건복지백서」.
- 보건복지부(사)종교문화발전연구원, 2006, “종교시설의 사회복지시설로의 활용방안 연구”, (사)종교문화발전연구원.
- 보건복지부, 2007, 「노인복지시설현황」.
- 보건복지부, 2007.4.27, “노인장기요양보험법(법률 제8403호로 공포 및 관보게재)”.
- 보건복지부, 2007.6.8, “노인장기요양보험법시행령 및 시행규칙 입법예고안 설명자료”.
- 보건복지부, 2007, 「노인장기요양보험 인프라 확충안내」.
- 오병훈 외, 2006, 지역사회 치매통합관리시스템 구축, 정책보고서.
- 윤문구, 2005, “일본 개호보험제도의 실태와 문제점 및 정책제언 연구”, 한국보건사회연구원, Working paper 2005-01.
- 임기욱, 2004, “한국과 일본의 장기요양보장제도 도입환경 비교연구”, 「노인복지연구」, 한국노인복지학회.
- 이광재, 2007, 「노인요양보험제도의 이해」(12월초 출판예정), 서울 : 공동체.
- 이광재, 2004, “노인요양보호제도에 관한 복지국가유형별 비교연구”, 충남대학교 석사논문.
- 선현규 외, 2006, 「일본의 개호보험제도」, 일본케어워크연구소 역서, 학연사.
- 장병원, 2005, “공적 노인요양보장정책의 방향과 기본문제”, 노인복지연구 통권 21호.
- 정경희 외, 2005, 「2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 한국보건사회연구원.
- 통계청, 2006.7.12, 「장래인구추계」.
- 황경성, 2004, 「일본의 고령자보건복지제도와 정책」, 학지사.
- 國立社會保障・人口問題研究所, 2002.1, 「日本の將來推計人口」.
- 노동부, 2006, 「介護保險制度 改革의 概要」.
- 厚生労働省, 2004, 「介護白書」, 介護給付費의 將來推計.
- 厚生労働省, 2005, 「介護保險制度改革의 概要」, “介護保險法 改正과 介護報酬改正”.
- 厚生労働省, 2006, “介護保險事業 現況報告書”.
- 厚生労働省, 2006, “介護서비스 費用 實態調査結果”.
- 厚生労働省, 2006, “介護서비스 施設 및 事業所 調査結果”.
- OECD, 2005, “Extending Opportunities : How Active Social Policy Can Benefit Us All”. OECD, 2005, “Long-Term Care Services to Older People, A Perspective on Future Needs :

then Impact of Improving Health of Older Person", Aging Working Papers 4.2.
OECD, 2006, "Social Expenditure Database" .
OECD, 2006, Factbook, "Economic, Environmental and Social Statistics" .
UN , 2005, 「The Sex and Age Distribution of World Population」, 일본 국립 사회보장인구문제연구소, 「인구통계자료집」 .
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/>.