

## 일본의 개호지원전문원제도의 구조와 특징

정재욱(창원대학교)

### I. 서론

일본은 1990년대 이후 고령인구의 급증과 어린이의 감소로 대변되는 인구구조의 급속한 변화, 국가재정의 악화, 세계화의 급진전 등에 직면하여 그 동안 유지되어왔던 중앙집권적 행정 체제에 대한 제도적 피로감 등이 노정되면서 지방자치단체와 주민의 자율성·책임성을 중시하는 지방분권체제로의 전환을 모색하게 하게 되었고, 이와 같은 과정에서 주민의 일상생활과 관련된 행정사무, 특히 사회복지사무를 지방자치단체, 특히 기초지방자치단체인 시정촌(市町村)으로 대폭 이양하는 사회복지분권개혁을 행정개혁의 핵심적 과제로써 추진하게 되었고(정재욱, 2004; 2005a), 이를 대변하였던 것이 2000년 4월 1일부터 시행된 지방분권추진일괄법(地方分權推進一括法)과 개호보험법(介護保險法), 그리고 동년 6월부터 시행된 소위 사회복지기초구조개혁<sup>1)</sup>이었다. 이때, 개호보험제도의 경우, 처음부터 시정촌이 제도운영의 법적·정책적 주체자로 규정되어 지방분권시대에 즈음한 새로운 형태의 사회복지시책으로써 각광을 받게 되었다<sup>2)</sup>. 한편, 개호보험제도와 관련하여 본 글에서 주목하게 되는 부분은 개호서비스의 이용과정에 있어서 이용자의 편의 및 자기결정을 종합적으로 지원하는 개호지원전문원제도(介護支援専門員制度)이다. 개호지원사무소에 의무적으로 배치·활동하는 개호지원전문원의 경우, 개호서비스의 이용과정에 있어서 이용자에 대한 지원기능을 통하여 이용자의 자립생활과 이용자분위 그리고 이용자주권의 실현에 기여하는 개호보험제도의 요체(要)로써 인식된다.

최근 한국에서도 지방분권과 고령자장기요양은 사회개혁의 키워드로 등장하고 있다. 특히 고령자장기요양의 경우, 급속한 고령화에 따른 장기요양대상자의 급증에도 불구하고 공적구제 차원의 제한된 수준의 시설서비스를 제외하고는 대부분 고액의 유료노인복지시설이나 가족수발 등에 의존함으로써 장기간의 시설입소(원)에 따른 높은 비용부담과 가족수발에 따른 가족

1) 동법의 정식명칭은 '社會福祉の増進のための社會福祉事業法等の一部を改正する等の法律'임.

2) 이와 같은 이유로 인하여 介護保險制度를 시정촌 사회복지시책의 옥동자(申し子)로 인식하기도 한다(加藤良重, 2004).

간의 갈등이 증폭되면서 사회적 쟁점으로 부상하고 있다. 이에 정부에서는 일본의 개호보험제도와 유사한 공적노인요양보장제도를 구상하면서<sup>3)</sup>, 개호지원전문원과 유사하는 기능을 수행하는 요양관리사(안)제도를 제시하였다(공적노인요양보장기획단,2005). 물론, 공적요양보장제도의 경우, 지방자치단체가 아닌 준중앙정부행정기관의 성격을 지닌 국민건강관리공단을 보험자로 하고 있으며, 요양계획서를 작성하는 요양관리사 역시 일반법인이 아닌 비영리법인에 소속하도록 하고 있다는 점 등에서는 일본 개호보험제도와 상당한 차이점을 보이기도 한다(노인요양보험법(안) 제36조).

한편, 개호보험제도이든 노인요양보험제도이든 서비스이용자의 자기비용부담(보험료)을 전제로 운영되는 사회복지제도이기 때문에 관련서비스의 이용과정에 따른 이용자인 자기판단과 자기결정이 요구된다. 그러나 서비스의 이용자인 고령자의 경우, 여러 가지 이유로 인하여 개호서비스의 이용에 따른 합리적인 자기판단을 하기에는 많은 애로점이 존재한다. 이와 같은 이유로 인하여 일본에서는 고령자의 일상생활의 기초터전인 기초지방자치단체를 당해 제도의 법적·정책적 운영주체로 규정함과 동시에 지역사회에 산재한 다양한 형태의 사회복지자원에 대한 효율적 이용과 함께 즉시적·항시적 대응을 요구하는 고령자의 복잡·다양한 개호니즈를 고려하여 시장기능에 의하여 지원기능이 작동하는 개호지원사무소와 개호지원전문원을 도입·운영하게 되었다<sup>4)</sup>.

그 동안 일본의 사회복지제도의 개혁이나 개호보험제도 등과 관련하여 국내에서도 많은 글들이 발표되어왔지만(조추용,1998; 정재욱,2001;2005; 엄기욱,2005), 개호지원전문원제도에 대한 글은 매우 귀한 편이었다. 일본은 개호보험제도의 시행 5년째를 맞이하여 2005년 5월 현재 수정법률(안)이 국회에 제출·심의 중에 있으며, 여기서도 개호지원전문원에 관한 내용은 큰 비중을 차지하고 있다. 이와 같은 차원에서 본 논문에서는 일본 개호보험제도의 핵심적 구성요소의 하나인 개호지원전문원에 대하여 제도적 관점을 중심으로 이를 살펴보기로 한다. 이와 같은 내용은 일본의 개호보험제도 및 개호지원전문원에 대한 이해는 물론이고 한국의 공적요양보장제도, 특히 요양계획서(일본의 개호지원계획에 해당됨)의 작성을 담당하게 될 요양관리사에 대한 효율적인 제도운영을 모색하는데 있어서 시사점을 줄 수 있을 것으로 본다. 한국의 경우, 노인요양보장제도의 시행과정에 있어서 약 5만 명 이상의 요양관리사가 필요할 것으로 추정되고 있음을 고려한다면, 본 글의 내용은 요양관리사에 대한 효율적인 제도운영, 업무 내용, 선발 방법, 및 교육훈련 등에 대하여 시사점을 줄 수 있을 것으로 본다.

3) 당해 제도를 준비하는 과정에서 일본으로부터는 개호보험전문가 등이 한국을 직접 방문하여 토론과 의견을 교환하였다. 한국의 공적요양보험제도의 도입과정에 있어서 일본의 개호보험제도가 미친 영향은 鄭載旭,2005b를 참조.

4) 일본에서는 개호니즈에 대한 항시적·즉시적 대응원칙에 따라서 24시간동안의 지속적인 지원을 원칙으로 하고 있다.

## II. 개호보험제도와 개호지원전문원

### 1. 개호보험제도와 논의방향

일본은 소위 3S로 대변되는 고령화, 즉 속도(speed), 규모(scale), 및 후기고령자(senior elderly)의 급증에 즈음하여 사회복지제도에 대한 개혁이 1980년대 중반기부터 본격적으로 나타났다. 즉, 고령자증대와 어린이감소의 심화에 따른 사회복지서비스의 확대와 국가재정의 악화, 다양한 새로운 사회복지수요의 급증, 사회복지시설과 가족을 중심으로 한 서비스지원체제의 비효율성 및 조치제도(措置制度)<sup>5)</sup>로 따른 이용자의 피동성(被動性)과 몰인격성(沒人格性) 등에 대한 시정은 지금까지 유지되어 온 중앙집권적 사회복지제도에 대한 근본적 개혁을 전제하였다(二藤周平,2003; 總務省,2002; 古川孝順,1999). 이에 정부에서는 우선적으로 국가재정에 대한 압박을 해소하는 차원에서 1980년대 후반기에 기관위임사무로 규정·시행되어왔던 사회복지사무를 지방자치단체의 단체위임사무로 전환시킴과 동시에 관련 사무에 대한 국고보조금을 대폭 삭감하였다. 나아가서 1990년대 초반기에는 노령자보건복지추진10개년전략(골드플랜,1989년)과 노인복지법등의 일부를 개정하는 법률(1990년) 등을 통하여 고령자 및 장애자복지시설에 대한 입소(원)의 조치권을 시정촌으로 완전히 이양함으로써 지방자치단체, 특히 기초지방자치단체의 사회복지기능을 확대시켰다(정재욱,2005; 福祉士養成編輯委員會,2004a).

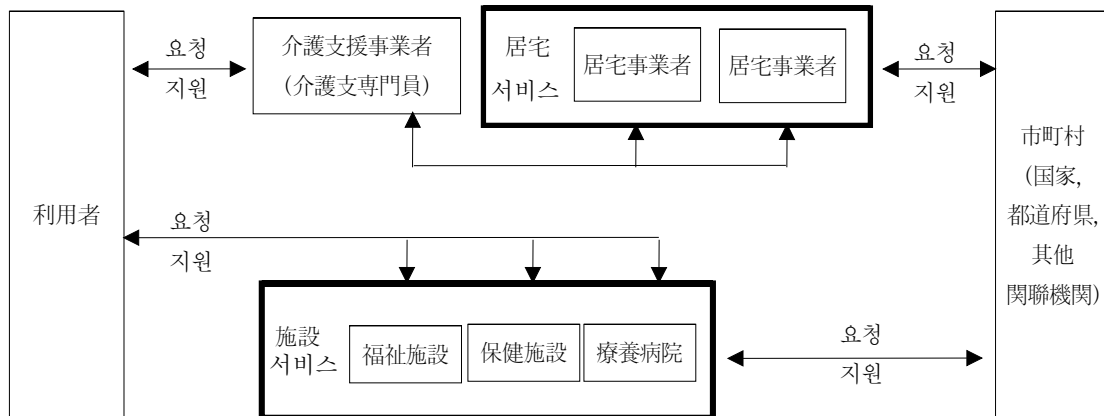
한편, 급속한 고령화는 고령자의 규모 확대와 함께 요원조고령자(要援助高齡者)의 규모도 크게 확대되어 개호서비스의 이용구조에 대한 개선을 동시에 요구하였다. 예를 들면, 농어산촌지역에 소재하는 지방자치단체의 경우, 65세 이상의 고령자가 전체주민의 약 50%에 이르게 된 오늘날, 지역사회부터의 격리를 원칙으로 한 시설서비스나 또는 가족수발 등을 중심으로 한 기존의 고령자장기개호체제는 지역사회의 공동화(空洞化)와 함께 가정의 폐쇄화로 나타났다(松田亮三,2004; 加藤良重,2004). 특히, 가족수발의 경우, 여성의 사회진출이 가속화되면서 노노개호(老老介護)가 증가하면서 가족수발에 대한 문제점은 큰 사회적 쟁점이 되었다. 이와 같은 배경 속에서 요원조고령자가 자신의 일상생활에 익숙한 가정과 지역사회를 중심으로 필요한 의료·보건·복지서비스를 자신의 의사(본위)에 따라서 체계적·종합적으로 이용할 수 있는 소위 '고령자개호의 사회화'가 논의되었고, 이것은 당시 진행되어 있었던 지방분권개혁에 편승하여 마침내 시정촌을 제도운영의 법적 주체자로 하는 개호보험제도의 등장으로 연계되었다(1997년12월17일 법률제123호제정, 2000년4월1일시행).

한편, 개호보험제도는 기본적으로 이용자의 재정부담(보험료)과 공적 재정지원에 기초한 사회보험방식의 고령자장기케어제도이다. 개호보험제도의 구성 요인과 관련 내용을 개호보험법을 중심으로 재정리하면 <그림1>와 같다. 먼저, 구성 요인으로서 보험자(제도운영자), 피보

5) 조치는 행정처분에 의하여 노인·장애인·어린이 등을 비롯한 사회복지대상자의 서비스이용관계를 행정기관 일방적으로 결정하는 제도이다. 조치제도에서 이용자는 수동적·피동적 모습을 지닌다.

험자(서비스이용자), 사업자 및 시설(개호서비스제공자), 개호지원사업자, 보험급부, 및 보험제정 등이 있다. 이때, 보험자는 시구정촌(市區町村)으로 되어있고, 피보험자는 65세 이상의 제1호피보험자와 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자인 제2호피보험자로 구성된다. 개호보험제도는 사회보험방식으로 운영되기 때문에 피보험자는 소정의 보험료를 납부하여야 하며, 국가·도도부현·시정촌·주변단체등도 재정적·기술적 차원의 각종 지원을 행한다. 물론, 보험급부는 요개호인정등(要介護認定等)<sup>6)</sup>을 받은 자가 지정된 개호서비스를 이용한 경우에만 지급된다.

<그림> 介護保険制度(役割을 중심으로)



자료: 본 모형은 개호보험법과 白澤政和(1997)의 분석모형을 참조하여 재구성하였다.

한편, 개호서비스는 크게 거택서비스와 시설서비스로 구분되며, 거택서비스사업자와 개호보험시설을 통하여 제공된다. 거택서비스사업자와 개호보험시설은 관계 법령에 따라서 당사자의 신청과 도도부현 지사의 지정으로 자격이 부여되며(개호보험법 제70조등), 거택서비스사업자로 지정을 받기 위해서는 반듯이 ‘법인구성, 사업소에 일정 수준의 수·지식·기능을 갖춘 종업원의 확보, 적정수준의 거택서비스사업능력의 구비’가 요구된다(개호보험법 제70조). 이와 같은 요건만 충족되면 기업체를 비롯하여 다양한 형태의 조직·단체·법인의 참여가 보장된다. 그리하여 2002년 10월 현재 거택서비스사업소는 전국 총 19,890개이며, 이것을 법인형태별로 재구분하면 사회복지법인 37.4%, 의료법인 25.6%, 영리법인(회사) 19.5%, 지방자치단체 6.1%, 사·재단법인 5.3%, 협동조합 3.7%, 특정비영리활동법인(NGO) 1.2%, 및 기타 1.2%로써, 시민단체와 순수영리단체의 참여의 확대가 주목된다(長壽社會開發センター, 2004). 시설서비스를 제공하는 개호보험시설은 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 및 개호요양형의료시설이 있다. 한편, 개호지원사업자와 여기에 소속된 개호지원전문원은 서비스의 이용자와 거택사업자·시정촌·기타 관련시설의 사이에서 이용자의 입장에서 개호서비스의 이용과정을 연계·조정·지원하는 기능을 수행한다(정재욱, 2005; 百瀬 孝·他, 2000).

한편, 지방분권시대의 시정촌 사회복지시책의 시금석(小笠原裕次, 2001; 小林雅彦, 2002)으로

6) 요개호인정등에는 要介護認定과 要支援認定이 포함된다.

평가되는 개호보험제도는 시행 5년을 맞이하여, 그 동안 노정된 문제점을 수정·보완하는 차원에서 2005년 5월 현재 국회에 개정법률(안)이 심의 중에 있다. 당해 제도의 운영과정에서 제기되었던 중요한 쟁점으로써는 개호보험료의 적정성, 서비스의 적정량, 서비스의 이용과정에 따른 이용자의 자기결정에 대한 지원기능, 서비스를 원조하는 사업소·시설의 다양성과 능력, 서비스에 대한 질적 강화와 객관적 평가체제, 서비스의 이용에 따른 피보험자간의 비용부담의 공평성, 및 이용자의 니즈 파악의 정확성 등이었다. 그리하여 당해 개정안<sup>7)</sup>에서는 다음과 같은 부분이 비중 있게 다루어지고 있다. 먼저 수정의 기본방향으로서 ‘개호보험제도의 지속가능성의 확보, 밝고 생동감이 있는 초고령사회의 구축, 및 사회보장의 종합화’를 제시하면서, 이와 같은 내용을 구체화하는 방안으로써 ‘지역사회를 중심으로 한 예방급부의 강화, 시설서비스에 대한 급부의 제한, 지역사회와 밀착된 서비스의 강화, 지역포괄지원센터의 설치·운영, 케어매니지먼트(care management)의 강화, 개호지원전문원의 능력 향상을 위한 자격·연수의 강화, 비용부담방법의 개선, 및 피보험자의 범위조정’ 등이다.<sup>8)</sup> 특히, 지역사회를 중심으로 한 예방급부와 지역포괄지원센터, 케어매니지먼트의 강화, 및 개호지원전문원의 자질 강화는 큰 주목을 받고 있다(メディカルビュー-社編集部, 2005).

이와 같은 관점에서 본 논문에서는 개호보험제도의 하부체제(subsystems)에 속하는 개호지원전문원에 대한 관련 내용을 제도론적 관점에서 다음과 같이 살펴보기로 한다. 즉, ① 개호보험제도에 대한 고찰과 이를 통한 개호지원전문원에 대한 제도적 위상을 확인하고 ② 개호지원서비스를 담당하는 개호지원전문원에 대하여 법제도와 함께 기존의 조사사료를 제2차적 자료로써 이용하여 이를 분석하기로 한다.

## 2. 개호지원서비스와 개호지원전문원

일본은 고령사회에 진입한 이후에도 노인복지법과 노인보건법을 중심으로 고령자장기케어가 시행되었다. 그런데 이들은 지도이념이나 법적 근거가 크게 달라서 서비스의 이용과정에 있어서 혼란과 비효율성이 지속되었다. 예를 들면, 노인복지법에 따른 서비스는 행정기관의 일방적 조치에 의하여 종류·지원기관 등이 결정됨으로써 서비스의 이용과정에 대한 고령자의 니즈가 반영되기 어려웠다. 한편, 노인보건법에 따른 서비스의 이용은 대부분 일반병원을 중심으로 한 장기입원, 즉 사회입원으로 이루어짐으로써 의료서비스의 왜곡과 의료재정이 확대되었다(福祉士養成講座編輯員會, 2004b). 이와 같은 배경 속에서 의료·보건·복지서비스를 일체화하여 체계적으로 제공할 수 있는 사회보험방식의 개호보험제도가 독일에 이어서 두 번째로 도입되었다.

7) 정식명칭은 개호보험법등의일부를수정하는법률안(介護保険法等の一部を改正する法律案)이다.

8) 이외에 치매를 認知症으로 용어 변경하거나, 양호노인홈, 재택개호지원센터, 사회복지시설직원등의 退職手當共濟制度 등도 포함되어있다.

개호보험제도는 공적재원·행정조치·시설서비스를 중심으로 한 기존의 고령자장기케어와는 달리, 사회공동체의식에 따른 사회보험방식과 자기결정 및 가정·지역사회를 중심으로 한 개호서비스의 이용을 의미한다. 즉, 개호보험제도는 개인의 보험재정부담에 따른 개호서비스의 이용에 대한 자기결정, 이용자의 일상생활에 익숙한 가정이나 지역사회를 중심으로 한 개호서비스의 이용을 원칙으로 한다(개호보험법 제1조). 따라서 개호서비스의 이념과 역할도 기존의 원호·육성·갱생과 같은 보호차원에서 이용자가 보유하고 있는 능력에 부응하여 자립적 일상생활을 영위할 수 있도록 원조하는, 소위 자립지원으로 나타나게 되었다.

그런데, 고령자의 경우 서비스의 이용과정에 있어서 이와 같은 이념과 실천방법이 온전히 적용되는 데는 한계가 있다. 예를 들면, 자신의 복지니즈, 서비스의 공급기관, 서비스의 종류·량·질 및 지역사회의 다양한 공식·비공식적 사회복지자원 등에 대한 정보 수집은 물론이고, 개호서비스의 선택에 대한 합리적인 자기결정에도 많은 애로점을 느낀다(古川孝順,1999). 만약, 이와 같은 여건이 계속되면 개호보험제도는 자기부담(보험료)만 늘어나고 서비스이용은 사실상 타율적으로 이루어지는 이중적 부담체제로 전락할 수도 제도가 있다(二藤周平,2003). 따라서 이와 같은 제약점을 보완하는 장치로서 제도화된 것이 개호서비스의 이용과정을 총체적으로 상담·지원하는 개호지원서비스제도의 도입이었다(정재욱,2005; 岡本秀明,2002).

개호지원서비스제도의 도입 필요성은 1994년 후생성산하의 ‘고령자개호·자립지원시스템연구회’의 보고서에서 처음으로 제시되었다. 당해 보고서에서는 사회보험방식과 이용자의 자립지원기능을 중심으로 한 개호보험제도의 도입을 주장하면서, 자립지원과 관련하여 개호서비스계획(care plan)과 팀워크(team work)를 중심으로 한 개호지원서비스기능을 제시하였으며, 이후 개호보험법에서는 이와 같은 개호지원서비스의 이념을 개호지원사업소와 개호지원전문원을 통하여 보다 구체화하였다(개호복지법 제7조18항).

개호지원서비스는 기본적으로 이용자(요원조고령자)의 의뢰를 전제로 하여 ‘서비스의 이용과정에 대한 계획, 서비스제공자인 사업자의 선별, 서비스의 이용에 대한 계획서의 작성, 계획서에 따른 서비스의 구체적인 제공 확인, 이용자와 사업자·행정기관간의 연락·조정 및 개호보험시설에의 안내’ 등을 지원하는 ‘개호서비스에 대한 종합지원서비스’이다. 따라서 이용자의 입장에서 보면 개호지원서비스는 일종의 간접적·부가적 서비스에 해당되며<sup>9)</sup>, 나아가서 이와 같은 서비스가 시장기능에 따라서 작동하기 때문에 개호서비스에 대한 이용자의 선택폭은 확대되게 된다(對馬德昭,1999).

이와 같은 개호지원서비스의 등장으로 인하여 일본의 경우, 사회복지서비스의 이용과정에 대한 패러다임(paradigm)이 크게 변하였다. 즉, 지금까지는 서비스의 이용과정에 있어서 자신이 필요로 한 관련서비스를 담당하는 각종 복지시설(기관)에 대한 방문과 상담·신청·계약 등을 통하여 서비스를 개별적 차원에서 이용하였지만, 개호지원서비스와 이를 담당하는 개호지원전문원의 등장으로 인하여 이제는 서비스이용자는 자신이 필요로 하는 개호서비스를 개호

9) 방문간호는 이용자의 니즈와 직접 관련된 서비스이지만 개호지원서비스는 이와 같은 서비스를 안내·조정하는 서비스이다. 환자에 대한 주사투여와 의사의 처방전을 비교할 수 있을 것이다.

지원전문원이라는 단일창구를 통하여 이를 종합적·체계적으로 이용할 수 있게 되었다. 예를 들면, 기존에는 이용자가 시정촌에 설치된 복지센터, 보건센터, 노인보건센터, 병원·진료소, 방문간호센터, 및 사회복지협의회와 같은 복지기관 등을 개별 방문하여 상담·계약 등을 통하여 필요로 한 서비스를 제공받았지만 지금은 개호지원전문원이 제공하는 개호지원서비스를 통하여 자신의 복지니즈에 부합하는 관련서비스를 종합적·체계적으로 이용할 수 있게 되었다. 따라서 개호지원전문원의 등장은 일본 사회복지서비스의 이용체제의 패러다임의 변화와 직결되고 있다(白澤政和,1997). 이미 <그림1>에서 제시하듯이 개호지원전문원은 기본적으로 이용자와 개호서비스제공자인 사업자·시설·기타기관, 및 제도운영자인 시정촌의 사이에서 개호서비스의 이용과정을 종합적으로 상담·조정·지원·보장하는 종합지원창구의 역할을 수행한다.