

제2-1분과

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

류 상 열(성결대학교 교수)

엄 기 욱(일본사회사업대학 사회사업연구소 연구원)

I. 머리말

19세기 후반 독일의 사회보험제도 입법화 이후 대부분의 선진복지국가들은 노후소득보장, 질병, 질환, 각종 재해, 실업 등에 대한 대처로서 노령연금보험, 의료보험, 산재보험, 고용보험 등의 사회보장제도를 만들어 각종 복지서비스를 제공하고 있다. 우리나라도 선진복지국가와 비교한다면 1세기 정도 뒤진감은 있지만 1960년대 부터 시작된 경제성장과 그에 따른 국민생활 수준과 복지욕구 증대, 노후생활에 대한 불안감 등의 영향으로 기본적인 사회보장체제를 갖추게 되었다. 그러나 국민연금은 아직 적용범위를 전국민으로 확대하지 못하고 있으며, 고용보험 또한 시행 초기단계이며, 전국민을 대상으로 하고 있는 의료보험은 운영방식을 두고 이익집단 간에 끊임없는 대립상태에 놓여 있다.

한편 선진복지국가들은 1970년대에 보수정치세력의 등장과 복지국가위기로 속에서 복지예산 축소, 지방자치단체 역할 및 지역주민의 복지참여 유도를 위한 계획 등이 추진되었다. 그러나 산업화, 도시화에 따른 가족구조의 변화, 핵가족화, 여성의 사회참여, 후기고령자의 증가 등에 의해 노인부양 및 보호에 대한 사회적 책임이 부각되고 있으며, 이에 따라 지금까지의 사회보장체제 만으로는 노인부양 및 보호의 한계성을 드러내고 있다. 따라서 독일은 고령자에 대한 복지서비스와 개호¹⁾를 목적으로 하는 제5의 사회보험제도인 공적개호보험법(Social Care-Insurance Law)을 20여년 간의 논의과정을 거쳐 1994년 5월 제정하여 1995년 1월 부터 단계적으로 실시하고 있다.²⁾ 이와 같은 공적개호보험 도입에

1) 개호(介護)란 영어로는 care로 표기되나, 일본에서는 다양한 정의가 사용되고 있다. 津久井 十는 개호란 사람과 사람과의 사이에서 일상생활상 신체적, 정신적, 사회적인 곤란에 처할 경우 서로 원조해 주는 상호부조의 의미가 있다고 했다. 一番ヶ瀬康子は 개호란 한마디로 말한다면 원조를 필요로 하는 사람에 대한 생활면의 보살핌이라고 할 수 있으며 다시말해서 생활에 대한 care라고 했다. 우리나라에서는 개호라는 용어에 대한 학계의 공통된 견해가 없으므로 개호라는 원어를 그대로 사용하고자 한다. 成清 美治, "介護概念の構築に向けて-テキストの比較研究から-", ソーシャルワーク研究, Vol. 17, No. 4, 1992, pp. 292-299.

2) 土田武史, "ドイツの介護保険法", 年金と雇用, 第13卷 第4号, 財団法人年金総合研究センター,

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

관한 상황은 독일 뿐만 아니라 일본에서도 마찬가지로 보여지고 있다. 즉 고령자 개호정책의 재원확보를 위해 1994년 4월 細川(호소가와) 내각은 현재 3%의 소비세를 7%로 인상한다는 국민복지세 구상을 발표했으나, 대내외적인 반대에 부딪침에 따라 일반 소비세를 통해 재원을 확보하고자 한 본래의 계획을 수정하여 새로운 사회보험 형태인 공적개호보험 도입을 구상하게 되었다. 이에 따라 노인보건복지심의회와 각종 위원회 등은 공적개호보험 제도에 관한 구체적 검토와 논의를 시작하게 되었고, 1996년 6월에는 후생성(厚生省)에 의해 「介護保険制度案 大綱」이 발표되었다.

독일이 약20년에 걸친 논의과정을 통해 창출해 낸 공적개호보험제도를 일본이 약5년의 짧은 논의과정을 거쳐 제도화하려고 하는 것은 노령인구의 증가, 노인복지서비스 제공을 위한 기반시설의 미확충에 따른 노인의료비 증가와 의료보험 재정의 압박, 가족 개호부담감의 한계 등이 사회복지의 당면한 긴급과제로 부각되었기 때문일 것이다.

한편 우리나라의 고령인구는 지금까지 완만하게 증가되고 있으나, 21세기초 부터는 1960년대 부터 국가적인 차원에서 추진되어 온 가족계획에 따른 저출산과 평균수명의 증가, 미혼층의 증가 등에 따라 급격히 증가할 것으로 예측되고 있다. 따라서 일본에서 논의되고 있는 공적개호보험에 대한 구상은 앞으로 우리가 직면하게 될 문제일 수 있으며, 특히 공적개호보험에 대한 실체파악과 논의과정에 나타난 문제점 도출은 21세기 한국 사회복지 비전을 추진하는데 적지 않은 도움을 줄 것이다.

따라서 본 연구에서는 일본 공적개호보험의 개념과 구상배경, 논의과정을 살펴봄으로써 공적개호보험 구상의 문제점을 분명히 하여, 앞으로의 한국 노인복지정책 발전에 기여하고자 한다.

II. 새로운 사회보장체계의 구상 배경

사회보장의 역사는 빈곤에 빠져있는 사람을 구제하는 구빈적인 제도를 중심으로 하는 시대로 부터 빈곤이나 생활곤란의 원인별로 대책을 강구하는 보편적인 제도로 발전해 왔다. 복지선진국들은 구빈행정과는 다른 형태의 노령연금이나 의료보험 등의 제도를 발전시켰다. 이는 산업화 과정에서 필연적으로 발생하는 실업이나 각종 재해에 대한 사회적 책임 증가와 구빈제도 대상자가 많아짐에 따른 비용 증가가 무시할 수 없게 되었기 때문이다. 따라서 빈곤상태에 이르기 전에 빈곤을 예방하기 위한 수단을 강구하는 것이 중요한 사회적 관심이 되었고, 그 과정은 크게 두가지 각기 다른 과정을 거치면서 발전해 왔다. 한 가지는 영국이나 북유럽에서 보여지고 있는것과 같이 보편적인 사업을 행정적 책임지는 형태이며, 또 다른 한 가지는 독일이나 일본과 같이 노동자대책으로서 직역에 따라서 사회보험을 정비하는 흐름이다. 따라서 전자가 조세방식의 노령연금제도를 채택하고 있는 반면, 후자의 나라에서는 사회보험방식의 노령연금제도를 운영하고 있다. 의료보험에 있어서도 마찬가지이다. 영국에서는 공공서비스 방식인 국민보건서비스(NHS)제도가

탄생했고, 독일이나 일본은 의료보험의 경영주체인 보험자에 의해 의료서비스가 제공되고 있다.

1960년대 이후 이 두가지 유형의 사회보장제도는 북유럽 등에서 소득에 비례하는 사회보험이 추가되는 등 그 운영이나 대상면에서 어느 정도 접근되었으나, 최근에는 국가마다 고령자 개호문제가 사회적으로 심각해짐에 따라 다시금 그 대책이 상이해지고 있다. 북유럽에서는 지금도 생활에 직접 관계되는 문제에 대해 행정이 보편적인 제도를 통해 대처해 왔기 때문에 고령자에 대한 개호문제나 장애인의 재활, 아동의 보육 등은 행정서비스를 확대하거나 전환하는 것 등을 통해 대처해 왔다.³⁾

그러나 독일이나 일본 등은 전국적이고 보편적인 사회보험에 속하지 않는 개별적인 생활문제는 지방정부가 선별적인 복지제도를 통해 구제해 왔기 때문에 고령자 개호에 대한 대책을 보편적, 효율적, 공정성을 갖는 제도로 발전시키기 위해서는 전국적으로 통일된 제도를 확립할 필요가 있었다. 이에 대한 구체적 방안으로 제시된 것이 공적개호보험이다. 즉 공적개호보험이란 요개호상태가 되었을때 사회보험 방식을 이용해 현물급여나 현금급여 또는 이러한 것을 합친 개호급여 비용을 부담하는 제도이다. 다시말해서 사회보장의 한 형태인 사회보험방식을 통해 노령에 따른 장애나 치매, 질환 등에 의해 자력으로 일상생활을 할 수 없거나 개호를 필요로 하게 되었을때 고령자가 독립과 자립을 확보하면서 공적인 개호서비스를 제공받는 제도이다. 여기서 말하는 독립과 자립의 확보란 새로운 복지개념으로서 목적·수단으로서의 자립자조(self help)가 아닌 이념 내지는 목표로서의 자립생활(independent life)을 위한 자립(independence)을 의미한다. 따라서 자립은 먼저 이용자의 의사와 선택준중, 자립가능성이 중시되어야 할 것이다.

1. 사회복지정책이 안고 있는 한계

1945년 태평양전쟁의 패전과 함께 연합군의 정책적인 유도에 의해 구축된 일본 사회복지의 기본체제는 1989년 까지 그 기본골격을 그대로 유지했다. 즉 일본을 점령한 연합군 총사령부의 강력한 유도에 따라 공적부조에 관한 한 국가의 책임에 의해 실시한다고 하는 「국가책임원칙」, 구제에 관해서는 차별적·우선적 선별을 해서는 안된다고 하는 「무차별평등원칙」, 그 구제액은 생활하는데 충분한 액수여야 한다는 「최저생활보장원칙」의 3원칙이 舊生活保護法(1946년 제정) 속에 명문화되어, 생존권 보장을 기본으로 하는 현대적인 복지이념이 제시되었다.⁴⁾

그 후 아동복지법(1947년), 신체장애자복지법(1949년)이 제정되어 복지3법 체제에 접어들게 되었고, 당시의 절대적인 빈곤상태에 대한 복지서비스를 적절하게 제공 또는 실시하기 위해 措置制度를 도입하게 되었다. 조치제도란 복지서비스 실시가 이용자와 서비스 제공자 간의 사적 계약에 의해 이루어지는 것이 아니고 행정관청이 자격요건을 갖춘 자를

3) 一圓みつや, “介護保険制度の構想と運営”, JURIST, NO. 1094, 1996, pp. 11-12.

4) 좀더 구체적인 내용은 미우라 후미오 지음, 엄기옥 옮김, 사회복지정책론 -복지니드와 복지개혁-, 도서출판 신한, 1996, 제8장 사회복지정책연구와 회고를 참고하기 바람.

일본 공적개호보협제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

대상으로 필요한 서비스 제공을 결정하는 행정처분인 것이다.⁵⁾ 따라서 재가서비스 또는 시설서비스를 불문하고 지방공공단체는 스스로 또는 사회복지법인 등에 복지사업을 위탁하고 그에 소요되는 비용을 공적비용에 의해 부담하게 된다. 그러나 일본 헌법 제89조에서는 “공금 그외의 공적인 재산은 종교상의 조직 또는 단체에 의한 사용·편익이나 유지를 위하거나, 공적인 지배에 속하지 않는 자선, 교육, 박애사업에 지출되거나 이용되어서는 안된다”고 하는 규정에 의해 공적인 지배에 놓이지 않는 민간사회복지사업에게는 공금을 지출할 수가 없었다. 따라서 이 규정을 만족시키기 위해 사회복지사업법(1951년 제정)에 사회복지사업의 범위를 나열개념에 의해 한정시키고 사회복지사업을 규제하여 공적인 지배 아래 두었다. 더우기 민간사회복지사업의 경영주체로서 공공성이 높은 사회복지법인을 창설하고 이에 대한 강력한 규제와 지도감독을 실시함으로써 한층 공적인 지배 아래 민간사회복지사업을 위치하게 하는 구조를 확립시켰다.

이와같은 구조는 정신박약자복지법(1960년), 노인복지법(1963년), 모자복지법(1964년)이 제정되어 앞의 복지3법과 더불어 복지6법체제에 접어든 이후에도 분야별 대상자 확대 차원 이외에, 근본적인 차원에서의 변화는 일어나지 않았다.

그러나 1980년대에 들어서면서 복지관계3심의회 합동기획분과회의 보고서 내용에서도 알수 있듯이, “평균수명의 연장이나 출생율 저하에 따른 인구구조의 급격한 고령화, 국민의식의 다양화와 개성화, 핵가족화의 진행과 세대인원의 감소, 동거율의 저하, 취업구조의 변화와 여성의 사회진출, 대폭적인 소득향상 등 복지를 둘러싸고 있는 사회적, 경제적, 문화적인 환경이 40년간 크게 변화했다. 이와같은 상황 변화에 따라 사회복지 분야에서도 정상화 이념의 고양, 복지니드의 증대, 다양화, 고도화, 재가복지서비스의 발전, 복지서비스 전달주체나 조직의 다양화와 확대, 복지서비스의 일반화와 비용부담원칙의 확립, 공사역할분담, 행정개혁의 추진과 국가·지방의 역할분담, 의료·연금제도 등 관련 제도의 확충과 성숙화, 복지와 보건·의료와의 연계, 국제화 등 현행제도의 기본구조가 확립된 1950년대 전반에는 예상할 수 없었던 새로운 움직임이 근래 급속하게 진전되었기 때문에 새로운 상황에 대응할 수 있는 사회복지 운영실시체제를 구축함과 함께 새로운 이념에 근거한 복지서비스체제를 실현하는 것이 필요하게 되었다”고 설명하고 있다.

이와 같은 상황인식에 적절하게 대응하기 위해 노인복지법 등 복지관계 8법의 일부 개정(1990년)이 이루어졌다. 그 주요한 내용은 가정봉사원과전 등의 재가복지서비스의 적극적인 추진, 特別養護老人시설 등의 입소결정사무를 町村으로 이양, 市町村 및 都道府縣⁷⁾의 노인보건복지계획 작성, 노인건강유지사업을 촉진하기 위한 전국 규모의 법인 지정, 유료노인복지시설에 대한 지도감독 강화 등이다. 특히 1993년 4월 부터는 재가복지서비스와 시설복지서비스의 기반정비를 주요한 내용으로 하는 노인보건복지계획이 작성됨에 따라 일본 사회복지 역사상 최초의 사회계획화(Social Planning)가 구현되었다. 따라서 1950년대 초에 형성된 일본 사회복지의 기본틀은 1990년의 복지관계 8법 개정을 통해 복지개혁을 이룩했다고 할 수 있으나, 생활보호제도로부터 탄생한 措置制度는 근본적으로

5) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修, 新たな高齢者介護システムの確立について, きょうせい, 1995, p.109

6) 社會福祉關係三審議會合同企劃分科會意見具申, 今後の社會福祉のあり方について, 1989.

7) 市町村은 일본의 기초지방행정조직이며 都道府縣은 광역지방행정조직이다.

수정되지 않고 그대로 유지되고 있다.

이 제도는 서비스 이용자에게, 첫째로 본인의 의사에 의해 서비스를 선택할 수 없다고 하는 점, 둘째로 프라이버시를 침해할 수 있는 소득조사나 가족조사 등을 동반한다고 하는 점, 셋째로 재정적인 조정에 크게 좌우될 수 있어 예산 확보가 불안정하다는 점, 넷째로 서비스가 획일적이고 서비스 수준의 향상과 연결되지 않는다고 하는 점, 다섯째로 보건·의료와 제도간의 조정이나 연계를 도모하기 어렵다고 하는 점⁸⁾ 등의 한계를 가지고 있어, 앞에서 기술한 상황변화에 민감하게 대처할 수 없는 문제점을 안고 있다.

2. 고령화의 진전과 요개호대상자의 증대

<표 1> 인구구조의 추이와 장래추계

年次	總人口	65歲以上人口	年齡3區分構成比			從屬人口指數	年少人口指數	老年人口指數	老年化指數
			0~14歲	15~64歲	65歲以上(75歲以上)				
단위	千名	千名	%	%	%	%	%	%	%
1920	55,963	2,941	36.5	58.3	5.3 (1.3)	71.6	62.6	9.0	14.4
1950	84,115	4,155	35.4	59.6	4.9 (1.3)	67.7	59.4	8.3	13.9
1960	94,302	5,398	30.2	64.1	5.7 (1.7)	55.9	47.0	8.9	19.0
1970	104,665	7,393	24.0	68.9	7.1 (2.1)	45.1	34.9	10.3	29.4
1980	117,060	10,647	23.5	67.3	9.1 (3.1)	48.4	34.9	13.5	38.7
1985	121,049	12,468	21.5	68.2	10.3 (3.9)	46.7	31.6	15.1	47.9
1990	123,611	14,895	18.2	69.5	12.0 (4.8)	43.5	26.2	17.3	66.2
1995	*12,527	*1,824	16.0	69.5	14.6 (5.7)	44.0	23.0	21.0	91.1
2000	127,385	21,699	15.2	67.8	17.0 (6.9)	47.5	22.4	25.1	112.2
2025	125,806	32,440	14.5	59.7	25.8 (14.5)	67.5	24.3	43.2	177.8
2045	114,432	32,491	15.8	55.8	28.4 (14.7)	79.2	28.3	50.9	179.8

資料: 總務廳統計局, 「國勢調査」

註: 1986~1989년 및 1970~1995년은 「추계인구」(10월 1일 現在, 1995년은 계산치, 그 외는 확정치) 2000년 이후는 厚生省人口問題研究所, 「日本の將來推計人口」(1992년 9월 추계, 2045년은 참고추계)

8) 京極高宣, “高齢者介護問題の現状と新介護システムの基本的考え方”, 社會福祉研究, 第63号, 鐵道弘濟會, 1995, pp. 17-18.

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

*의 단위는 만명

일본에서 공적개호보험에 대한 논의가 활발해진 가장 큰 이유는 무엇보다도 인구의 고령화와 그에 따른 요개호대상자의 급격한 증가에 있다. 인구고령화율은 <표 1>에서와 같이, 1995년 현재 65세 이상의 고령인구는 1,824만명으로서 전체인구에서 차지하는 고령인구 비율은 14.6%이며, 75세 이상 고령자는 717만명으로 5.7%이다. 일본의 인구구조 추이의 특징은 급격한 고령화의 진전과 저출산화 현상이 뚜렷하다는 점이다. 일본의 고령인구는 1960년에 이미 현재의 우리나라와 비슷한 수준인 5.7%를 나타냈으며, 2020년 이전에 전국민의 1/4이 고령자가 될 것이라고 예측되고 있다.

그러나 개호보험논의에 있어 가장 많은 수혜대상이 되는 것은 75세 이상의 후기고령자라는 점에서 후기고령자의 인구증가를 더욱 주목해야 한다. 즉 고령자에게 있어 요개호대상노인(와상노인, 치매성노인)이 되는 비율은, 74세 이하에서 3.5%인 것에 반해, 75세 이상에서 6.5%, 80세 이상에서 11.5%, 85세 이상에서 24.0%로 고령화에 따라 요개호대상노인이 급격하게 증가함을 알 수 있다. 이에 따라 어떠한 형태든지 도움을 필요로 하는 고령자가 급증하고 있고 1990년 현재 약 100만명이 개호를 필요로 하는 와상고령자나 치매성 고령자로 파악되고 있다.⁹⁾

한편 예전에는 고령자에 대한 보호기간이 짧았으나 생활수준의 향상, 의학의 발달 등에 의해 평균수명이 연장되면서 보호를 필요로 하는 기간도 장기화되고 있다. 따라서 고령자에 대한 보호 및 부양은 생활속의 일부분이 되어 질적, 양적인 측면에서 커다란 변화를 보이고 있다. 그러나 가족형태의 변화에 따른 독신이나 부부세대의 증가, 여성의 사회참여 확대, 부양의식의 변화, 저출산화 등에 의해 고령자에 대한 보호를 가족에게만 의지할 수 없는 상황에 직면하게 되어, 적절한 사회적 지원체제를 강구하지 않으면 안되게 되었다

3. 노인복지재원의 확보

일본은 고도경제성장 속에서 1961년 전국민연금보험과 전국민의료보험 실시, 1963년의 노인복지법 제정에 의해 고령자에 대한 소득보장, 의료보장, 사회복지서비스에 대한 구체적인 실시에 들어가게 되었다. 그러나 1968년 厚生省에 의한 환자조사에 따르면 65세 이상 고령자는 청장년층에 비해 3배 정도의 질환을 가지고 있으나 의료기관을 이용하는 비율은 그다지 높지 않으며, 그 이유는 의료비 부담이 크기 때문이라는 조사결과를 얻었다.¹⁰⁾

9) 厚生省, 國民生活基礎調査, 1994.

10) 1968년 조사에 의하면, 25~44세의 罹患率은 6.3%로서 보험이용율은 6.5%였고, 65세 이상의 罹患率은 22.5%로서 보험이용율은 9.8%였다. J. C. Campbell 著, 三浦文夫·坂田周一監譯, 日本政府と高齢化社會, 中央法規, 1995, pp. 170-194.

<표 2> 국민의료비와 노인의료비 추이

年次	國民醫療費		老人醫療費		국민의료비에서 차지하는 노인의료비 비율	노인의료 수급대상자수		1인당 노인의료비	
	증가율		증가율			증가율		증가율	
단위	億円	%	億円	%	%	千人	%	千人	%
1975	64,779	20.4	8,666	30.3	13.4	4,700	4.6	184	24.5
1976	76,684	18.4	10,780	24.4	14.1	4,894	4.1	220	19.5
1977	85,686	11.7	12,872	19.4	15.0	5,146	5.1	250	13.6
1978	100,042	16.8	15,948	23.9	15.9	5,408	5.1	295	17.9
1979	109,510	9.5	18,503	16.0	16.9	5,675	4.9	326	10.6
1980	119,805	9.4	21,269	14.9	17.8	5,907	4.1	360	10.4
1981	128,709	7.4	24,281	14.2	18.9	6,158	4.3	394	9.5
1982	138,659	7.7	27,487	-	19.8	6,465	5.0	425	7.8
1983	145,438	4.9	33,185	-	22.8	8,491	15.9	443	4.2
1984	150,932	3.8	36,093	8.8	23.9	7,823	4.4	461	4.2
1985	160,159	6.1	40,673	12.7	25.4	8,157	4.3	499	8.1
1986	170,690	6.6	44,377	9.1	26.0	8,484	4.0	523	4.9
1987	180,759	5.9	48,309	8.9	26.7	8,805	3.8	549	4.9
1988	187,554	3.8	51,593	6.8	27.5	9,084	3.2	568	3.5
1989	197,290	5.2	55,578	7.7	28.2	9,363	3.1	594	4.5
1990	206,074	4.5	59,269	6.6	28.8	9,732	3.9	609	2.6
1991	218,260	5.9	64,095	8.1	29.4	10,112	3.9	634	4.1
1992	234,784	7.6	69,372	8.2	29.5	10,488	3.7	661	4.4

資料: 厚生省老人保健福祉局, 「老人醫療事業年報」

註: 1) 1983년 1월 이전은 노인의료비지급제도에 의한 대상자이다.

2) 1983년 2월 이후는 노인보건법에 의한 의료대상자이다.

3) 1983년도 노인의료비에 관해서는 노인보건제도 창설에 따라 대상자가 증가했기 때문에 전년도와 단순히 비교할 수 없는 점에 유의할 필요가 있다.

이에 따라 東京都는 광역지방자치단체로서는 처음으로 「노인의료비 무료화」를 실시하게 되었고, 1972년에는 법제화되어 전국적으로 확대되었다.

1973년 이후 「노인의료비 무료화」 정책에 의해 고령자의 사회적 입원¹¹⁾이 증가하고 <표 2>에서와 같이 국민의료비에서 차지하는 노인의료비가 1975년 13.4%에서 1992년에는 29.5%로 증가하는 현상을 나타냈다. 일본 정부는 1982년 노인보건법을 제정하여 노인

11) 단적인 예로 현재의 사회복지체계 속에서는, 노인병원에 입원하는 것이 조치제도에 의한 사회복지시설 입소 보다 비용이 적게 든다. 또한 사회복지서비스 준비가 늦어 시설입소 대기 상태에 있는 고령자나 재가복지서비스를 제공받지 못해 지역에서 생활하기 곤란한 고령자가 의료적인 치료를 필요로 하지 않는 경우에도 노인병원에 입원하는 경우가 많다.

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

병원 입원환자의 노인보건시설로의 흡수를 통해 의료비를 축소하고, 의료보험료를 인상하는 방법을 통해 사회적 입원에 대처해 왔다. 그럼에도 불구하고 노인보건법의 시행에 따라 노인의료비에 대한 정부 및 보험자간의 부담비율 증대에 따른 보험제정의 악화는 심각한 상황에 이르렀다고 할수 있다.

그러나 절대적인 고령인구의 증가에 대처할 수 있는 근본적인 사회보장체제를 구축하지 않는 이상, 고령자에 대한 보건·의료·복지에 필요한 재원확보와 질적서비스 제공이 불가능하다고 하는 인식의 확대가 새로운 형태의 사회보장체제 구축의 필요성을 공론화시켰다고 할 수 있다.

III. 공적개호보험제도 도입을 위한 구체화 과정

1. 「介護保険制度案 大綱」 도출 경과

머리말에서 논의한 바와 같이 일본에 있어 공적개호보험에 관한 구체적인 논의가 시작된 것은 그리 오래되지 않았다. 그러나 고령자 보건복지대책에 관한 일련의 노력은 소비세 도입과 연계되어 고령자보건복지추진10개년 전략이 책정되는 등 1980년대 후반부터 괄목할 만한 변화를 보였다. 그 중에서도 厚生省에 설치된(1992년 4월) 고령사회복지비전간담회는 「21세기 복지비전」(1994년 3월) 이라는 보고서를 제출했다. 이 보고서에서는 21세기 사회복지정책의 기본방향을, 첫째 복유럽과 같은 고복지 고부담형이나 발전도상국과 같은 저복지 저부담형이 아닌 일본 독자의 적정급여와 적정부담의 복지사회를 지향할 것, 둘째로 종래의 연금·의료중심형 사회보장에서 복지중심형 사회보장으로 전환할 것(구체적으로는 사회보험급여의 연금:의료:복지 비율을 현재의 5:4:1에서 5:3:2로 재구축할 것), 셋째로 주민참가나 자원봉사를 포함한 참가형복지사회를 구축할 것을 제안하였다. 또한, 고령자의 개호니드의 증대와 다양화에 대한 대처로서 기존의 고령자보건복지추진10개년 계획을 수정하여 방문간호나 복지용구의 보급확충 등 새로운 추가계획과 시설서비스와 재가서비스 목표기준을 대폭 상향 조정해야 할 필요성을 논의하였다. 마지막으로 모든 국민이 필요로 하는 개호서비스를 손쉽게 제공받을 수 있는 새로운 개호체제를 창설할 것도 요구하고 있다.

厚生省은 이 제언을 받아들여 厚生省 事務次官을 본부장으로 하는 고령자개호대책본부를 설치하고(1994년 4월), 구체적인 연구를 위한 고령자개호·자립지원시스템연구회를 설치하여, 앞으로의 고령자개호 기본이념과 기본방향에 관한 검토를 개시했고 같은 해 12월에는 최종보고서를 제출했다. 그 후 정부는 新고령자보건복지추진10개년 전략을 작성했고, 이용자 위주의 자립지원, 보편주의, 종합적서비스 제공, 지역주의를 그 기본이념으로 할 것을 분명히 했다. 이상의 신, 구 고령자 보건복지추진 10개년 전략 정비목표를 비교해 보면 아래 <표 3>과 같다.

<표 3> 신·구 고령자 보건복지추진 10개년 전략 정비목표(1999년도 말까지의 정비목표)

항 목	고령자 보건복지추진10개년 전략에 의한 정비목표	新高령자보건복지추진 10개년 전략에 의한 정비목표
재가서비스		
가정봉사원	10만명	17만명
가정봉사원 스테이션	-	1만개소
단기보호	5만명분	6만인분
주간보호	1만개소	1.7만개소
재가개호지원센터	1만개소	1만개소
노인방문간호스테이션	-	5,000개소
시설서비스		
특별양호노인홈	24만명분	29만인분
노인보건시설	28만명분	28만인분
고령자생활복지센터	400개소	400개소
케어하우스	10만명	10만인분
인재양성확보		
개호직원	-	20만명
간호직원 등	-	10만명
물리치료사·작업치료사	-	1.5만명

*資料: 厚生省

이와 같이 새로운 사회보장체제의 필요성과 이를 위해 갖추어야 할 복지기반 정비에 대한 계획이 수립됨에 따라, 厚生省大臣 자문기구인 노인보건복지심의회(1995년 1월)는 본격적인 제도 도입을 위한 구체화 작업에 들어가, 제1차 보고(같은 해 7월)와 제2차 보고(1996년 1월)에 이어 최종보고서(같은 해 4월)를 제출했다. 최종보고서는 「고령자개호보험제도 창설에 관해서-심의 개요·국민의 논의를 깊게하기 위해서-」라는 제목 아래 제1부 개호보험제도의 기본목표, 제2부 개호보험의 이상적 방향, 3부 개호보험제도의 이상적 방향, 제4부 기반정비로 구성되어 있다. 부제목에서 알 수 있는 바와 같이 국민적 이해와 합의를 도출하기 위해 구체적 내용과 예상되는 사례에 대한 서비스 수준 등에 대한 자료가 제시되어 있다. 「介護保険制度案 大綱」은 노인보건복지심의회 최종보고의 기본 골격을 그대로 유지하고 있다.

그러나 새로운 사회보장체제 구축을 위한 검토는 이미 사회보장제도심의회¹²⁾에서 계

12) 사회보장제도심의회 설치법에 근거해 사회보장에 관한 조사, 심의 및 권고를 행하는 기관으로서 총리부에 속해 있다. 심의회 스스로 사회보장에 관한 권고를 하기도 하고 관계 각 대신이 사회보장에 관한 기획, 입법 또는 운영의 골격을 입안 실시할 경우는 우선 이 심의회의 의견을 수렴해야 한다. 위원은 내각총리대신이 임명하며 국회의원10명, 각계각층 차관 4명, 학계전문가 10명, 그리고 노사, 의학, 치과학, 약학, 기타 사회보험관계자 10명으로 구성된다.

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

속 논의되고 있었다. 일본 사회보장에 관한 기본이념을 구축한 것은 사회보장제도심의회가 1950년에 「사회보장제도에 관한 권고」를 정부에 제출함에 따른 것이다. 그 내용은 사회보장 이념과 제도의 구체적인 방향을 처음으로 포괄적·체계적으로 제시했으나, 당시는 패전 후의 사회적·경제적 혼란 상황이었기 때문에, 기본방향은 당분간 최저한의 응급적 대책에 초점이 맞추어 졌다. 사회보장제도심의회는 시대적 상황의 변화에 따라 1991년부터 사회보장의 이념, 21세기 사회보장의 기본적 방향 및 사회보장 각 제도 간의 구체적 재검토를 통해 21세기 고령사회에 알맞는 사회보장체제로 재구축할 것을 사회보장제도심의회 설치법 제2조 1항의 규정에 의거 권고(1995년 7월)하기에 이른다. 이 권고의 기본이념 중에서 특히 강조되고 있는 부분은 앞으로의 사회보장은 세대 간에 걸친 연대에 의해 성립되고 유지되어야 한다는 것이다. 즉 사회보장은 평균수명의 연장 아래 고령자가 되며 현역에서 은퇴한 사람들에 대한 장기적인 생활을 보장한다는 성격을 가지고 있다. 이에 따른 상당부분은 현역에서 일하는 자들에 의해 부담되고 지탱되고, 그들 역시 장차 고령화되어 다음 세대의 협력을 통해 생활하게 된다는 것을 의미하고 있다. 그리고 사회보장 추진 원칙은 보편성, 공정성, 종합성, 권리성, 유효성에 입각해야 하며 공적개호보험 도입의 당위론으로 주목받고 있는 권리성 문제는 일본 헌법 제25조 제1항에 근거해 모든 국민은 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 영위할 권리가 있다는 내용과 관련되고 있다. 일본에서는 이 규정을 충족시키기 위해 만들어진 생활보호법은 물론 사회보험, 아동수당 등을 수급하는 것은 국민의 권리로서 확고한 자리를 잡고 있다. 사회복지서비스 등의 급여문제는 권리성이라는 차원에서 지금까지도 해결되어야 할 과제로 남아있어 공적개호보험제도 도입으로 보험료를 부담한다면 급여를 권리로서 받게 된다는 점을 선명하게 하고 있다.

이와같이 전문가 단체에 의한 공적개호보험에 대한 입장과 구체적 제안의 공론화는 각종 이익단체¹³⁾로 하여금 그들의 입장을 제시할 수 있는 기회를 제공하였다. 따라서 국민적인 관심을 집중시킬 수 있었고 대부분의 국민들이 공적개호보험 제도 도입에 찬성하게 되었다.¹⁴⁾

2. 「介護保険制度案 大綱」에 나타난 제도의 기본골격

厚生省은 1996년 6월 노인보건복지심의회와 사회보장제도심의회에 「介護保険制度案 大綱」을 제출해 새로운 개호제도 창설에 대한 자문을 구했으며 각각의 심의회는 이를 승낙하는 형태의 답신을 제출했다. 厚生省이 자문을 구한 「介護保険制度案 大綱」은 개

13) 厚生省에 제출된 각종 정당, 지방자치단체 및 이익단체의 공적개호보험에 대한 제언 및 의견은 日本共産黨, 社會民主黨, 全國市長會·町村會, 東京都市長會·町村會, 全國社會福祉協議會, 日本社會福祉士會, 住民參加型在宅福祉서비스團體全國聯絡會, 日本醫師會醫療政策會議, 日本病院會, 日本辯護士聯合會 등 약30단체에 이른다. 물론 이 중에는 공적개호보험에 대한 반대입장을 표명한 단체도 있다.

14) 毎日新聞社の 1994년 9월 고령자개호에 대한 여론조사에 의하면, 공적개호보험 도입에 찬성한 사람이 86%, 반대한 사람이 9%였다.

호보험제의 기본적 사고와 실시를 위한 조건준비, 개호보험제의 골격, 타 제도의 개정으로 구성되어 있으며 여기에서는 개호보험제도의 골격에 관한 내용을 살펴보기로 한다.

1) 사업주체

공적개호보험의 사업주체(보험자)는 市町村 및 特別區로 한다. 그러나 보험운영의 안정성, 효율성을 확보하기 위해 보험운영의 광역화, 재정조정 등의 지원시책을 강구한다. 즉 정부와 都道府縣, 市町村 및 의료보험자는 각각의 역할에 맞추어 중층적으로 상호보완하는 관계를 유지하기 위해 예를들어 都道府縣에 연합조직을 만들어 보험료기준의 설정, 재정조정, 개호서비스 제공기관의 조정 등을 행한다. 또한 정부와 都道府縣, 市町村은 연합조직이 행하는 재정지원사업을 공동으로 지원하며 요개호인정에 관한 사항은 市町村 이외에 都道府縣이나 연합조직에 위탁할 수 있다.

2) 피보험자

개호보험제도는 고령화 문제가 커다란 사회문제가 되고 있는 상황을 고려하여 노화에 따른 개호 니드에 적절하게 대처하는 것을 목적으로 한다. 개호보험이 대상으로 하는 노화에 따른 개호 니드는 고령기 뿐만 아니라 중년후반기에 있어서도 마찬가지라고 할 수 있다. 또한 40세 이후가 되면 일반적으로 부모를 보호해야 할 필요가 있고, 가족이라는 입장에서 개호보험에 의한 사회적 지원이라는 이익을 얻을 가능성이 높음으로 40세 이상인 자를 피보험자로 하여 사회연대에 의한 개호비용을 충당한다.

피보험자는 급여나 부담의 차이 등이 있을 수 있으므로 65세 이상인 자(제1호 피보험자)와 40~64세인 자(제2호 피보험자)를 구분하고 고령자는 중심적인 수급자이므로 그가 거주하는 지역에서 받은 개호서비스의 수준에 맞는 보험료를 부담하며, 40~64세인 자는 사회적 부양이라는 관점에서 전국 공통의 비용을 부담한다.

3) 개호급여

수급자는 피보험자이면서 노화에 따른 개호를 필요로 하는 자(요개호자)로 하며, 허약노인(요지원자)에게도 와상예방 등의 관점에서 필요한 서비스를 제공한다. 제1호 피보험자는 고령자이기 때문에 그 원인을 불문하고 일반적으로 개호보험의 대상자가 되며 제2호 피보험자는 노화에 따른 개호라는 관점에서 구체적으로 대상범위를 정한다. 개호급여의 수급수속은 피보험자가 급여를 받고자 할 때에는 보험자에게 신청해서 개호가 필요한 상태에 있다는 판정을 받아야 한다. 인정은 요개호 인정 심사회가 국가가 정한 공평하고 객관적인 기준에 따라 전문가의 합의에 의한 심사결과에 근거해 보험자가 결정한다. 그러나 피보험자가 판단능력이 없거나 보호자가 없는 경우 긴급한 보호가 필요한 경우에는 행정조치에 의해 서비스 이용을 확보한다. 요개호 인정을 받은 피보험자는 스스로의 의사에 따라 이용하고 싶은 개호서비스의 종류나 개호서비스 제공기관을 선택할 수 있다. 그리고 스스로의 의사에 의해 케어 플랜(care plan) 작성을 케어 플랜 작성기관에 의뢰할 수 있으며, 개호시설은 케어 플랜을 작성하고 이에 따른 시설서비스를 제공한다.

요개호 인정을 받은 피보험자는 재가서비스를 이용할 경우 요개호 등급에 설정된 개호

일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구

급여액의 범위내에서 실제로 이용한 개호서비스에 대한 급여를 받을 수 있다. 또한 초과분은 본인 부담에 의해 서비스를 받을 수 있게 하는 등의 유연한 제도가 되게 한다. 재가 서비스에 관한 개호급여액은 현실적으로 제공가능한 서비스 양에 적절한 수준으로 하며 서비스 기반 정비의 진척상황에 맞추어 단계적으로 바람직한 수준의 실현을 지향한다. 시설서비스는 피보험자의 요개호 정도나 시설 직원배치 상황 등을 고려하여 필요한 비용에 근거하여 개호급여액을 설정한다.

개호서비스의 이용자 부담은 개호급여 대상이 되는 비용의 10%로 한다. 시설에서의 식비는 이용자 부담으로 하며, 일상생활비는 급여대상에서 제외한다.

구체적 대상이 되는 개호서비스는 재가서비스와 시설서비스이며, 재가서비스는 가정봉사원과견서비스, 주간보호서비스, 재활서비스, 단기보호서비스, 방문간호서비스, 복지옹구서비스, 치매성노인 그룹 홈, 주택개수서비스, 방문입욕서비스, 의학적 관리 등의 서비스, 유료노인 홈·케어하우스 등에 대한 개호서비스, 케어 매니지먼트(care management)서비스 등이다. 시설서비스는 특별양호노인시설, 노인보건시설, 療養型病床群(요양형 병원 특히 노인병원을 새롭게 재편성하여 개호시설로 전환한 형태), 기타 개호체제를 갖춘 시설로 한다.

재가서비스는 가능한 한 재가생활이 가능하도록 하기 위해 24시간 대응체제를 갖추기 위해 조기, 야간, 심야의 순회서비스를 보급한다. 市町村은 지역의 비영리조직 등이 제공하는 재가서비스로서 필요하고 적당하다고 인정된 것은 급여액의 범위내에서 급여대상으로 설정할 수 있으며 지역의 실정에 맞는 독자적인 서비스의 부가급여를 제공할 수 있다. 가개호에 대한 현금지급은 원칙적으로 당분간 시행하지 않는다.

개호서비스 제공기관은 일정한 요건을 갖추고 안정적으로 개호서비스를 제공할 수 있는 기관으로 하며, 시설서비스는 당분간 현행의 사업주체를 기본으로 하나, 재가서비스는 이용자 본위의 효율적인 서비스 제공이라는 관점에서 민간사업자나 주민참가 비영리조직 등 다양한 주체가 참가할 수 있도록 한다.

4) 비용부담 및 시행시기

개호비용의 부담은 제1호 및 제2호 피보험자의 부담은 개호급여비 총액의 1/2로 하며, 공비부담은 개호급여비 총액의 1/2로 한다. 공비부담은 국가 및 지방자치단체가 각각 1/4(都道府縣 및 市町村은 각각 1/8)에 상당하는 비용을 정산방식에 의해 부담한다.

시행시기는 원활한 시행을 목표로 필요한 준비기간을 두기 위해 1999년 4월 부터 실시한다. 이 경우 재가서비스를 먼저 실시하고 사회적 입원 해소를 도모하고 기반정비 상황을 고려하여 시설서비스는 2001년을 목표로 실시한다.

3. 공적개호보험 구상에 나타난 특징과 문제점

일본이 안고 있는 인구학적 특성과 정책적인 대응이 제대로 이루어지지 못함으로 인해 긴박하게 개호체제를 구축할 수 밖에 없는 현실에 따른 공적개호보험 구상은 짧은 기간

의 논의과정 속에서 제도 창출을 위한 마무리 준비단계에 달해 있다. 그러나 공적개호보험 논의와 정책전환 과정의 특징을 살펴보면, 정책전환을 위한 준비단계에서 부터도 비록 관주도적이긴 하나 학자를 중심으로 한 전문가 기관의 역할이 컸다는 것을 알 수 있다. 즉 각종 심의회나 연구회의 연구가 제도의 기본 틀이 되고 있으며, 이를 기본적으로 받아들여지게 하는 내부조직체제는 다원화 된 합의체제를 이루고 있다. 그리고 각종 이익단체의 활발한 움직임 또한 국민적 이익을 대변하는 중요한 역할을 담당하고 있다.

초기의 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에서 가장 핵심적인 쟁점이 되었던 것은 조세부담방식을 통한 개호서비스를 제공할 것이냐 사회보험방식을 통한 개호서비스를 제공할 것이냐 하는 문제였다. 조세부담방식을 도입할 경우 권리성이나 기반정비에 대한 책임성 회피, 행정편의주의에 빠질 염려, 세금증가에 대한 국민적 반발이 우려되는 등의 문제가 있는 반면, 저소득자 부담감 감소, 모든 국민이 누수되는 현상없이 급여대상이 되는 보편성의 장점을 가지고 있다. 그럼에도 불구하고 사회보험방식으로 제도의 기본골격이 잡힌 것은, 조세부담방식이 안고 있는 단점을 보완할 수 있다는 점 이외에 보험료의 각출의무를 집단적 연대의무로 집약시켜 자조와 상호부조 의식을 높이기 위한 것이라고 할 수 있다.

현재 공적개호보험 제도 실현에 있어 중요한 논점이 되고 있는 것은 재가 및 시설서비스 기반 정비문제, 피보험자의 보험료 부담과 몇세 부터 요구할 것인가, 보험료 금액, 보험자를 市町村으로 하는 것에 대한 적절성, 공비부담 정도, 가족개호에 대한 현금급여, 시설서비스에 대한 보험적용 시기 등이다. 그중에서도 가장 큰 장애요인이 되는 것은 재가 및 시설서비스 기반 정비의 불충분과 그와 관련된 제반 사항일 것이다. 厚生省이 계산한 개호에 필요한 비용은 가정에 의한 개호를 유급가정봉사원 비용으로 환산한 것을 포함해서 2000년에 7조 7천억 엔이 되나 新고령자보건복지추진10개년 전략에 의한 기반정비가 완료되더라도 2000년에 4조 4천억 엔 분의 개호서비스 밖에 제공할 수 없는 상황이다.¹⁵⁾ 따라서 극단적으로 말해서 보험은 존재하나 개호는 없는 현실문제가 대두된다. 더구나 지역에 따른 서비스 양과 질의 격차발생은 공평하게 제공되어야 할 사회보장의 원리·원칙에도 문제의 소지를 남기고 있다.

개호서비스의 본질은 개호지원 전문가인 가정봉사원, 개호직원, 방문간호사 등에 의한 인적서비스에 있으며, 이와 같은 인적자원 확보문제는 예산편성만으로 단기간에 쉽게 해결할 수 없는 과제이다. <표 2>에서와 같이 고령자보건복지추진10개년 전략에서는 2000년까지 유급가정봉사원을 10만명 양성한다는 계획을 발표했으나, 5년 후에 새롭게 추가 작성된 新고령자보건복지추진10개년 전략에서는 17만명으로 상향 조정했고, 새로이 개호직원 20만명, 간호직원 10만명, 물리치료사·작업치료사 1만 5천명 확보를 계획하고 있다. 「介護保険制度案 大綱」에서는 재가서비스를 선행 실시하고 기반정비 상황을 고려하여 시설서비스는 2001년을 목표로 실시한다고 했다. 이는 앞으로 남은 기간 동안 개호전문가 확보와 기반정비의 확충이 어렵다는 것을 대변하는 내용이라고 할 수 있다. 케어 플랜이나 케이스 매니지먼트를 담당하고 개호대상자 인정 판정을 담당할 전문가의 양성 또한

15) 坂本重雄編著, 高齢者介護の政策課題, けいそう書房, 1996, pp. 23-25.

앞으로 남아 있는 과제일 것이다.

厚生省은 올 정기국회에 개호보험법안을 제출할 계획이었으나 정부 여당의 정치적 부담을 이유로, 1997년 차기 정기국회에 제출할 것을 여당 책임자 회의에서 정식으로 결정했다. 즉 自民黨 간부가 “국민에게 새로운 부담을 요구하는 개호보험은 총선거 후에 제출하지 않으면 성립이 위험해진다”¹⁶⁾고 발언한 것과 상통하는 결과라고 할 수 있겠다.

IV. 맺는말

본 연구에서는 일본 공적개호보험 제도의 구상배경과 제도 도입을 위한 논의과정 속에 나타난 문제점과 남은 과제에 대해서 논의해 보았다. 현재 진행중에 있는 공적개호보험에 관한 논의가 우리나라 사회복지의 현실에 주는 시사점은 다음 세가지로 요약할 수 있다.

첫째, 일본은 현재 1980년대 후반 이후 고령화에 따른 긴박한 사회상황에 따라 선진복지국가에서도 그 예를 찾아보기 힘든 국가차원의 수치목표 설정인 고령자보건복지추진10개년 전략을 통해 사회복지 기반을 확충하고 있으며, 그와 병행해서 공적개호보험이라는 제5의 사회보험 도입을 추진하고 있다. 그러나 단적으로 병원이 없는 의료보험이 존재할 수 없듯이 개호서비스가 없는 개호보험은 존재할 수가 없으므로 이에 대한 시급한 대처를 필요로 하고 있다. 우리나라의 경우 국가예산에서 차지하는 사회보장비는 약 6%에 지나지 않으며, 특히 사회복지서비스 부분에 사용되는 비율은 극히 미진한 상태에 있다. 2000년대 초에는 우리나라의 고령인구가 현재의 일본 수준과 비슷해질 것이므로 노인복지서비스 부분에 대한 기반 정비 확충은 당연한 과제가 아닐 수 없다.

둘째, 우리나라에 있어서도 사회복지관련 전문가 집단의 활성화를 통한 사회복지 이념 정립과 방향성 제시가 필요하다. 손준규 교수는 우리나라 사회보장정책의 특징으로서 1960년대의 정책결정과 주도역할은 전문가에 의해 이루어 졌으나, 1970년대의 주도자는 관료였다¹⁷⁾고 논하고 있다. 1994년 1월에 보건복지부 장관 자문기구로 한시적으로 설치되었던 사회보장정책심의위원회나 1995년 12월에 제정된 사회보장기본법 제16조에 의거하여 설치·운영되고 있는 사회보장심의위원회 그리고 최근에 학계나 정부기관의 복지관련 전문가들로 구성된 국민복지기획단(1995년 5월)이나 보건복지제도개혁위원회(1996년 7월) 등을 통하여 삶의 질 세계화를 위한 21세기 한국의 복지기본구상이 발표되고 있는 현상은 고무적인 일이나, 일시적인 기술론이나 제도론 모색을 위한 논의에 머무르는 경향을 볼 수 있다. 따라서 일본의 사회보장제도심의회와 같은 성격의 전문가단체를 만들고 활성화시켜 21세기에 맞는 사회복지의 기본틀을 만들 필요가 있을 것이다.

셋째, 일본은 패전 후 외부주도에 의해 사회복지의 기본틀을 확립했고 반세기에 걸친 확충과 성숙화 단계를 거쳐 조치제도폐지라는 사회복지체제의 근본적인 개혁과정을 겪고

16) 朝日新聞, 1995年 11月 29日 記事內容.

17) 손준규, 현대복지정책론, 대학출판사, 1992, p. 157.

있다. 현재 우리나라는 사회보장체제의 창의적인 모색 보다는 타국의 것을 모방 도입하여 형태 갖추기에 급급하고 있는 인상을 주고 있다. 이제 기본적인 사회보장제도는 갖추었으므로 앞으로는 우리의 현실에 적합한 창의적인 사회보장체제 확립을 위한 노력이 요구된다고 하겠다.