

## 일본 공적개호보험제도 도입과정과 실천과제에 관한 연구

류 상 열\*

서론에서는 독일과 일본의 공적개호보험의 등장배경과 공적개호보험의 연구가 필요하다는 것을 전제하고, 제2장에서는 일본에서 최근 사회보장체계에 대한 새로운 구상배경을 (1) 지금까지의 사회보장정책이 안고 있는 한계점과 (2) 고령화의 진전에 따른 요개호대상자의 증대, 그리고 (3) 노인복지재원의 확보 등에 초점을 맞추어 고찰하고 있다. 제3장에서는 공적개호보험제도 도입을 위한 구체화 과정을 (1) 「개호보험제도안 대강」(介護保険制度案 大綱) 도출경과와, (2) 그 대강(大綱)에 나타난 제도의 기본골격을 고찰하고, 제4장에서는 2000년 4월에 일본에서 본격적으로 실시할 것에 대비한 제반준비와 실천과제에 대해서 (1) 서비스 담당기관 및 체계 (2) 서비스 내용 및 방법 (3) 실시과정에서 나타날 제 문제 등에 대해 설명하고 있다.

### I. 서론

19세기 후반 독일의 사회보험제도 입법화 이후 대부분의 선진복지국가들은 노후소득 보장, 질병, 질환, 각종 재해, 실업 등에 대한 대처방안으로 노령연금보험, 의료보험, 산재보험, 고용보험 등의 사회보장제도를 만들어 각종 복지서비스를 제공하고 우리나라도 선진복지국가와 비교한다면 1세기 정도 뒤진감은 있지만 1960년대부터 시작된 경제성장과 그에 따른 국민생활 수준과 복지 욕구 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 의료 보험은 운영방식을 두고 이익집단 간에 끊임없는 대립상태에 놓여 있다가 현재는 통합 운영하기로 결정하였다.

한편 선진복지국가들은 1970년대에 보수정치세력의 등장과 복지국가위기로 속에서 복지예산 축소, 지방자치단체 역할 및 지역주민의 복지참여를 유도하기 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

\* 성결대학교 사회복지학과 교수

복지서비스와 개호<sup>1)</sup>(成清美治,1992:292-299)를 목적으로 하는 제5의 사회보험제도인 공적개호보험법(Social Care- Insurance Law)을 20여년간의 논의과정을 거쳐 1994년 5월 재정하여 1995년 1월부터 단계적으로 실시하고 있다. (土田武史,1995:6) 이와같은 공적개호보험 도입에 관한 상황은 독일뿐만 아니라 일본에서도 마찬가지로 보여지고 있다. 즉 고령자 개호에 필요한 재원확보를 위해 1994년 4월 호소가와(細川) 내각은 현재 3%의 소비세를 7%로 인상한다는 국민복지세 구상을 발표했으나 대내외적인 반대에 부딪침에 따라 일반 소비세를 통해 재원을 확보하고자 한 본래의 계획을 수정해 새로운 사회보험 형태인 공적개호보험 도입을 구상하게 되었다. 이에 따라 노인 보건복지심의회와 각종 위원회 등은 공적개호보험 제도에 관한 구체적 검토와 논의를 시작하게 되었고, 1996년 6월에는 후생성(厚生省)에 의해 개호보험제도안 대강(介護保險制度案 大綱)이 발표되었다.

독일에서는 약 20년에 걸친 논의과정을 통해 창출해 낸 공적개호보험제도를 일본이 약 5년의 짧은 논의과정을 거쳐 제도화하려고하는 것은 노령인구의 증가, 노인복지서비스 제공을 위한 기반시설의 미확충에 따른 노인 의료비 증가와 의료보험 제정의 압박, 가족개호부담감의 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 및 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 논의과정 속에 나타난 문제점 도출은 21세기 한국 사회복지 비전을 추진하는데 적지 않은 도움을 줄 것이다.

따라서 본 연구에서는 일본 공적개호보험의 개념과 구상배경, 형성과정을 살펴보고 앞으로 실시될 공적개호보험의 실천과제에 대해 고찰함으로써 앞으로의 한국 노인복지정책 발전에 기여하고자 한다.

## II. 새로운 사회보장체계의 구상배경

사회보장의 역사는 빈곤에 빠져있는 사람을 구제하는 구빈적인 제도를 중심으로 하는 시대로

- 1) 개호란 영어로는 Care로 표기되나, 일본에서는 다양한 정의가 사용되고있다. 進久井十는 개호란 사람과 사람과의 사이에서 일상생활상 신체적, 정신적, 사회적인 곤란에 처할 경우 서로 원조해 주는 상호부조의 의미가 있다고 했다. 이치반가세(一歩ヶ瀬)는 개호란 한마디로 말한다면 원조를 필요로 하는 사람에 대한 생활면의 보살핌이라고 할 수 있으며 다시말해서 생활에 대한 케어라고 했다. 우리나라에서는 개호라는 용어에 대한 학계의 공통된 견해가 없으므로 개호라는 원어를 그대로 사용하고자 한다.

부터 빈곤이나 생활곤란의 원인별로 대책을 강구하는 보편적인 제도로 발전해 왔다. 복지선진국들은 구빈행정과는 다른 형태의 노령연금이나 의료보험등의 제도를 발전시켰다. 이는 산업화 과정에서 필연적으로 발생하는 실업이나 각종재해에 대한 사회적책임 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 두 가지 각기 다른 과정을 거치면서 발전해 왔다. 한가지는 영국이나 북유럽에서 보여지고 있는 것과 같이 보편적인 사업을 행정이 책임지는 형태이며, 또 한가지는 독일이나 일본과 같이 노동자대책으로서 직역에 따라서 사회보험을 정비하는 흐름이다. 따라서 전자가 조세 방식의 노령연금제도를 채택하고 있는 반면, 후자의 나라에서는 사회보험방식의 노령연금제도를 운영하고 있다. 의료보험에 있어서도 마찬가지로 영국은 공공서비스방식인 국민보건서비스(NHS)제도가 탄생했고, 독일이나 일본은 의료보험의 경영주체인 보험자에 의해 의료서비스가 제공되고 있음을 알 수 있다.

1960년대 이후 두가지 유형의 사회보장제도는 북유럽 등에서 소득에 비례하는 사회보험이 추가되는 등 그 운영이나 대상면에서 어느 정도 접근되었으나, 최근에는 이들 국가들마다 고령자개호문제가 사회적으로 심각해짐에 따라 다시금 그 대책이 상이해지고 있다. 북유럽에서는 지금도 생활에 직접 관계되는 문제에 대해 행정이 보편적인 제도를 통해 대처해 왔기 때문에 고령자에 대한 개호문제, 장애인의 재활, 아동의 보육 등은 행정서비스를 확대하거나 전환하는 것을 통해 대처해 왔다(一圓みつや,1996: 11-12).

그러나 독일이나 일본 등은 전국적이고 보편적인 사회보험에 속하지 않는 개별적인 생활문제는 지방정부가 선별적인 복지제도를 통해 구제해 왔기 때문에 고령자개호에 대한 대책을 보편적, 효율적, 공평성을 갖는 제도로 발전시키기 위해서는 전국적으로 통일된 제도를 확립할 필요가 발생했다. 이에 대한 구체적 방안으로 제시된 것이 공적 개호보험이다. 즉 공적개호보험이란 요개호상태가 되었을 때 사회보험 방식을 이용해 현물급여나 현금급여 또는 이러한 것을 합친 개호급여 비용을 부담하는 제도이다. 다시말해서 사회보장의 한 형태인 사회보험방식을 통해 노령에 따른 장애나 치매질환 등에 의해 자력으로 일상생활을 할 수 없거나 개호를 필요로 하게 되었을 때 고령자가 독립과 자립을 확보하면서 공적인 개호서비스를 제공받는 제도이다. 여기서 말하는 독립과 자립의 확보란 새로운 복지개념으로서 목적·수단으로서의 자립자가 아닌 이념 내지는 목표로서의 자립생활을 위한 자립을 의미한다. 따라서 자립은 먼저 이용자의 의사와 선택존중, 자립가능성이 증시되어야 할 것이다.

## 1. 지금까지의 사회복지정책이 안고 있는 한계

일본은 1945년 태평양 전쟁의 패전과 함께 연합군의 정책적인 유도에 의해 구축된 사회복지

의 기본체제가 1989년까지 그 기본 골격을 그대로 유지해 왔다.

그 과정에서 아동복지법(1947년), 구생활보호법 (1949년), 그리고 신체 장애인복지법(1949년)이 제정되어 복지 3법체제에서 당시의 절대적인 빈곤상태에 대한 대처방안으로 조치제도(措置制度)를 도입하게 되었다. 이 때의 조치제도란 복지서비스를 실시함에 있어서 수혜자와 서비스 제공자간의 계약에 의해서 이루어지는 것이 아니고 행정관청이 자격요건에 맞는 자를 대상으로 필요한 서비스를 결정하는 행정처분인 것이다(厚生省高齢者介護對策本部事務局監修, 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: 109)).

그후 정신박약자 복지법(1960년), 노인복지법(1963년), 모자복지법(1964년)이 제정되어 앞의 복지 3법과 더불어 복지 6법 체제에 접어들게 되었으나 역시 조치제도의 영향은 그대로 남아 있었다.

그러나 1980년대에 들어서면서 복지관계 3심의회 합동기획분과회의 보고서 내용에서도 알 수 있듯이, 평균수명의 연장이나 출생을 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. 이와 같은 상황의 변화에 따라서 사회복지분야에서도 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 관련제도의 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”(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)고 설명하고 있다.

이와 같은 상황에 적절하게 대응하기 위해 노인복지법 등 복지관계 8법의 일부개정(1990년)이 이루어졌다. 그 주요한 내용은 가정봉사원과견 등의 재가복지서비스의 적극적인 추진, 특별양호노인시설 등에의 입소결정사무를 정촌(町村)으로 이양, 시정촌(市町村) 및 도도부현(都道府縣<sup>2)</sup>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 사회계획화가 구현되었다. 따라서 1950년대 초에 형성된 일본 사회복지의 기본틀은 1990년의 복지관계 8법 개정을 통해 복지개혁을 이룩했다고 할 수 있으나, 생활보호

2) 시정촌은 일본의 기초지방행정조직이며 도도부현은 광역지방행정조직이다.

제도로부터 탄생한 조치제도는 근본적으로 수정되지 않고 그대로 유지되고 있다.

이 조치제도는 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 점(京極高宣, 1995: 17-18) 등의 한계를 가지고 있어 앞에서 기술한 상황변화에 민감하게 대처할 수 없는 문제점을 안고 있기 때문에 새로운 제도의 필요성을 느끼게 된 것이다.

## 2. 고령화의 진전과 요개호대상자의 증대

<표 1> 인구구조의 추이와 장래추계

년도	총인구	65세이상	0-14세	15-64세	65세이상 (75세이상)	종속 인구지수	년소 인구지수	노년 인구지수	노년화 지수
단위	1000명	1000명	%	%	%	%	%	%	%
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

자료 : 일본총무청 통계국, 「국세조사」

주 : 1986년-1989년 및 1970-1995년은 「추계인구」(10월 1일 현재, 1995년은 계산치, 그 외는 확정치) 200년이  
후는 후생성인구문제 연구소, 「일본의 장래인구」(1992년 9월 추계, 2045년은 참고추계)

※의 단위는 10,000명

일본에서 공적개호보험에 대한 논의가 활발해진 가장 큰 이유는 무엇보다도 인구의 고령화와

그에 따른 요개호대상자의 급격한 증가에 연유한다고 할 수 있다. 인구고령화율을 살펴보면, 1995년 현재 65세 이상의 고령인구는 1,824만명으로 전체인구에서 차지하는 고령인구 비율은 14.6%, 75세 이상 고령자는 717만명(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, 2025년 이전에 전국민의 1/4이 고령자가 될 것이라고 예측하고 있다.<표1>. 그러나 개호보험은 의에 있어서 가장 많은 수혜대상이 되는 것은 75세 이상의 후기 고령자라는 점에서 후기고령자의 인구증가는 더욱 주목해야 한다. 즉 고령자에게 있어 요개호대상노인(와상노인, 치매성 노인)이 되는 비율은, 74세 이하에서 3.5%인 것에 반해, 75세 이상에서 6.5%, 80세 이상에서 24.0%를 나타내고 있어 고령화에 따라 요개호대상 노인이 급격하게 증가함을 알 수 있다. 이에 따라 어떠한 형태든지 도움을 필요로 하는 고령자가 급증하고 있고, 1990년 현재 약 100만명이 개호를 필요로 하는 와상고령자나 치매성고령자로 파악되고 있다(厚生省, 1994).

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. 노인복지 재원의 확보

일본은 고도경제성장 속에서 1961년 전국민연금보험과 전국민의료보험 실시, 1963년의 노인복지법 제정에 의해 고령자에 대한 소득보장, 의료보장, 사회복지서비스에 대한 구체적인 실시에 들어가게 되었다. 그러나 1968년 후생성에 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(J. C. Compbell, 1995 : 170-194).<sup>3)</sup> 이에 따라 동경도(東京都)는 광역지방자치단체로서는 처음으로 「노인의료비무료화」를 실시하게 되었고, 1972년에는 법제화되어 전국적으로 확대되었다.

1973년 이후 「노인의료비 무료화」 정책에 의해 고령자의 사회적 입원<sup>4)</sup>이 증가하고 국민의료

3) 1968년 조사에 의하면, 25-44세 罹患率은 6.3%로서 보험이용율은 6.5%였고, 65세 이상의 罹患率은 22.5%로서 보험이용율은 9.8%였다.

4) 단적인 예로 현재의 사회복지체제 속에서는, 노인병원에 입원하는 것이 조치제도에 의한 사회복지시설 입

비에서 차지하는 노인의료비가 1975년 13.4%에서 1992년에는 29.5%로 증가하는 현상을 나타냈다. 일본 정부는 1982년 노인보건법을 제정하여 노인병원 입원환자의 노인보건시설로의 흡수를 통해 의료비를 축소하고, 의료보험료를 인상하는 방법을 통해 사회적 입원에 대처해 왔다. 그럼

<표 2> 국민의료비와 노인의료비추이

년도	국민의료비		노인의료비		국민의료비에서 차지하는 노인의료비비율	노인의료수급대상자수		1인당 노인의료비	
	증가율		증가율			증가율		증가율	
단위	억엔	%	억엔	%	%	1,000인	%	1,000인	%
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

자료 : 후생성노인보건복지국, 「노인의료사업연보」

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

2) 1983년 2월 이후는 노인보건법에 의한 의료 대상자이다.

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

소 보다 비용이 적게 든다. 또한 사회복지서비스 준비가 늦어 시설입소대기 상태에 있는 고령자나 재가복지서비스를 제공받지 못해 지역에서 생활하기 곤란한 고령자가 의료적인 치료를 필요로 하지 않는 경우에도 노인 병원에 입원하는 경우가 많다.

에도 불구하고 노인보건법의 시행에 따라 노인의료비에 대한 정부 및 보험자간의 부담비율 증대에 다른 보험재정의 악화는 심각한 상황에 이르렀다고 할 수 있다 <표2>.

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 공론화 시켰다고 할 수 있다.

### Ⅲ. 공적개호보험제도 도입을 위한 구체화 과정

#### 1. 개호보험제도안 대강 도출 경과

서론에서 논한 것과 같이 일본에 있어 공적개호보험에 관한 구체적인 논의가 시작된 것은 그리 오래되지 않았다. 그러나 고령자 보건복지대책에 관한 일련의 노력은 소비세 도입과 연계되어 고령자 보건복지 10개년 계획이 수립되는 등 1980년대 후반부터 괄목할 만한 변화를 보였다. 그 중에서도 후생성에 설치된 (1992년 4월) 고령사회복지 비전 간담회는 「21세기 복지비전」(1994년 3월)이라는 보고서를 제출했다. 이 보고서에서는 21세기 사회복지정책의 기본방향을, 첫째 북유럽과 같은 고복지 고부담형이나 발전도상국과 같은 저복지 저부담형이 아닌 일본 독자의 적정급여와 적정 부담의 복지사회를 지향할 것을 제언했다. 둘째로는 종래의 연금·의료 중심형 사회보장에서 복지 중심형 사회보장으로 전환할 것 (구체적으로는 사회보험급여의 연금: 의료: 복지 비율을 현재의 5:4:1에서 5:3:2로 재구축할 것), 셋째로 주민참가나 자원봉사를 포함한 참가형 복지사회를 구축할 것이다. 고령자의 개호 니즈 증대, 다양화에 대한 대처로서 기존의 고령자보건복지추진 10개년 계획을 수정해 방문간호나 복지용구의 보급확충 등 새로운 추가계획과 시설서비스와 재가서비스 목표기준을 대폭 상향 조정해야 할 필요성을 논했다. 마지막으로 모든 국민이 필요로 하는 개호서비스를 손쉽게 제공받을 수 있는 새로운 개호체제를 창설할 것도 요구하고 있다.

후생성은 이 제언을 받아들여 후생성 사무차관을 본부장으로 하는 고령자개호대책본부를 설치해 (1994년4월), 구체적인 연구를 위한 고령자 개호·자립지원시스템연구회를 설치해, 앞으로의 고령자개호 기본이념과 기본방향에 관한 검토를 개시했고 같은 해 12월에는 최종보고서를 제출했다. 그 후 정부는 신고령자보건복지추진 10개년 계획을 작성했고, 이용자 위주의 자립지원, 보편주의, 종합적서비스 제공, 지역주의를 그 기본이념으로 할 것을 분명히 했다. 이상의 신



· 구 고령자 보건복지추진 10개년 전략정비 목표를 비교해 보면 <표3>과 같다.

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

항목	고령자보건복지추진 10개년 전략에 의한 정비목표	신고령자보건복지추진 10개년 전략에 의한 정비목표
재가서비스		
가정봉사원	10만명	17만명
가정봉사원스태이션	-	1만개소
단기보호	5만인분	6만인분
주간보호	1만개소	1만7천개소
재가개호지원센터	1만개소	1만개소
노인방문간호스태이션	-	5,00개소
시설서비스		
특별양호노인홈	24만인분	29만인분
노인보건시설	28만인분	28만인분
고령자생활복지센터	400개소	400개소
케어하우스	10만인분	10만인분
인력양성확보		
개호직원	-	20만명
간호직원등	-	10만명
물리치료사·작업치료사	-	1만5천명

자료 : 후생성

이와같이 새로운 사회보장체제의 필요성과 이를 위해 갖추어야 할 복지기반 정비에 대한 계획이 수립됨에 따라, 후생성 대신 자문기구인 노인보건복지심의회(1995년 1월)는 본격적인 제도 도입을 위한 구체화 작업에 들어가, 제1차 보고(같은 해 7월), 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 제 1부 개호보험제도의 기본목표, 제 2부 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. 「개호보험제도안 대강」은 노인보건복지심의회 최종보고의 기본 골격을 그대로 유지하고 있다.

그러나 새로운 사회보장체제 구축을 위한 검토는 이미 사회보장제도심의회에서 계속 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 제도간의 구체적 재검토를 통해 21세기 고령사회에 알맞은 사회보장체제로 재구축 할 것을 사회보장제도 심의회 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 세대에 협력을 통해 생활하게 된다는 것을 의미하고 있다. 그리고 사회보장추진 원칙은 보편성, 공평성, 종합성, 권리성, 유효성에 입각해야 하며 공적개호보험 도입의 당위론으로 주목받고 있는 권리성 문제는 일본 헌법 제 25조 제 1항에 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 이익단체<sup>5)</sup>로 하여금 그들의 입장을 제시할 수 있는 기회를 제공하였다. 따라서 국민적인관심을 집중시킬 수 있었고 대부분의 국민들이 공적개호보험 제도 도입에 찬성하게 되었다.<sup>6)</sup>

## 2. 「개호보험제도안 대강」에 나타난 제도의 기본골격

후생성은 1996년 6월 노인보건복지심의회와 사회보장제도심의회에 「개호보험제도안 대강」을

- 5) 후생성에 제출된 각종 정당, 지방자치단체 및 이익단체의 공적개호보험에 대한 제언 및 의견은 日本共產黨, 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 약 30개 단체에 이른다. 물론 이중에는 공적개호보험에 대한 반대입장을 표명한 단체도 있다.
- 6) 毎日新聞社の 1994년 9월 고령자개호에 대한 여론조사에 의하면, 공적개호보험 도입에 찬성한 사람은 86%, 반대한 사람은 9%였다.

제출해 새로운 개호제도 창설에 대한 자문을 구했으며 각각의 심의회는 이를 승낙하는 형태의 답신을 제출했다. 후생성이 자문을 구한 「개호보험제도안」은 개호보험제의 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 시정촌 및 특별구로 한다. 그러나 보험운영의 안정성, 효율성을 확보하기 위해 보험운영의 광역화, 재정조정등의 지원시책을 강구한다. 즉 정부와 도도부현, 시정촌 및 의료보험자는 각각의 역할에 맞추어 중층적으로 상호보완하는 관계를 유지하기 위해 예를 들어 도도부현에 연합조직을 만들어 보험료 기준의 설정, 재정조정, 개호서비스 제공기관의 조정 등을 행한다. 또한 정부와 도도부현, 시정촌은 연합조직이 행하는 재정지원사업을 공동으로 지원하며 요개호인정에 관한 사항은 시정촌 이외에 도도부현이나 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 해서 사회연대에 의한 개호비용을 부담한다.

피보험자는 급여나 부담의 차이 등이 있을 수 있으므로 65세 이상인 자 (제1호 피보험자)와 40-64세인 자 (제 2호 피보험자)를 구분하여 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)도 와상예방 등의 관점에서 필요한 서비스를 제공한다. 제1호 피보험자는 고령자이기 때문에 그 원인을 불문하고 일반적으로 개호보험의 대상자가 되며 제 2호 피보험자는 노화에 따른 개호라는 관점에서 구체적으로 대상범위를 정한다. 개호급여의 수급수속은 피보험자가 급

여를 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 받는 피보험자는 스스로의 의사에 따라 이용하고 싶은 개호서비스 종류나 개호서비스 제공기관을 선택할 수 있다. 그리고 스스로의 의사에 의해 케어 플랜(care plan) 작성을 케어 플랜 작성기관에 의뢰 할 수 있으며, 개호시설은 케어플랜을 작성해서 이에 따른 시설 서비스를 제공한다.

요개호 인정을 받은 피보험자는 재가 서비스를 이용할 경우 요개호 등급에 설정된 개호급여액의 범위내에서 실제로 이용한 개호서비스에 대한 급여를 받을 수 있다. 또한 초과분은 본인 부담에 의해 서비스를 받을 수 있게 하는 등의 유연한 제도가 되게 한다. 재가서비스에 관한 개호급여액은 현실적으로 제공가능한 서비스 양에 적절한 수준을 지향한다. 시설 서비스는 피보험자의 요개호 정도나 시설 직원배치 상황 등을 고려하여 필요한 비용에 근거해 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 가정봉사원과 견서비스, 주간보호서비스, 재활서비스, 단기보호서비스, 방문간호서비스, 복지용구서비스, 치매성노인 그룹 홈, 주택개수서비스, 방문입욕서비스, 의학적관리등의 서비스, 유료노인 홈·케어하우스 등에 대한 개호서비스, 케이스 매니지먼트(Case Management) 서비스 등이다. 시설서비스는 특별양호노인시설, 노인보건시설, 요양형병상군(요양형 병원 특히 노인 병원을 새롭게 재편성하여 개호시설로 전환한 형태), 기타개호체제를 갖춘 시설로 한다.

재가서비스는 가능한 재가생활이 가능하도록 하기 위해 24시간 대응체제를 갖추기 위해 조기, 야간, 심야의 순회서비스를 실시한다. 시정촌은 지역의 비영리조직 등이 제공하는 재가서비스로서 필요하고 적당하다고 인정된 것은 급여액의 범위내에서 급여대상으로 설정할 수 있으며 지역의 실정에 맞는 독자적인 서비스의 부가급여를 제공할 수 있다. 가족개호에 대한 현금지급을 원칙적으로 당분간 시행하지 않는다.

개호서비스 제공기관은 일정의 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 개호급여비총액의 1/2로 하며, 공비부담은 개호급여비총액의 1/2로 한다. 공비부담은 국가 및 지방자치단체가 각각 1/4(도도부현 및 시정촌은 각각 1/4)에 상당하는 비용을 정산방식에 의해 부담한다.

시행시기는 원활한 시행을 목표로 필요한 준비기간을 두기 위해 2000년 4월부터 실시한다. 이 경우 재가서비스는 선행실시하고 사회적입원 해소를 도모하면서 기반정비 상황을 고려해 시설서비스는 2001년을 목표로 실시한다.

### IV. 공적개호보험 실천 상에 있어서 주요과제

일본이 안고 있는 인구학적 특성과 정책적인 대응이 제대로 이루어지지 못함으로 인해 긴박하게 개호체제를 구축할 수 밖에 없는 현실에 따라 공적개호보험 구상은 짧은 기간의 논의 과정을 거쳐 제도 창출을 하게 된 것이다. 그러나 공적개호보험 논의와 정책전환 과정의 특징을 살펴보면 정책전환을 위한 준비 단계에서부터 비록 관 주도적이긴 하지만 학자를 중심으로한 전문가 및 전문기관의 역할이 컸다는 것을 알 수 있다. 그리고 각종 이익 단체의 활발한 움직임 또한 국민적 이익을 대변하는 중요한 역할을 담당하게 되었다. 그럼에도 불구하고 공적개호보험제도를 실시함에 있어 수많은 과제가 산적해 있는 것이다.

#### 1. 보험형태에 대한 논의

초기의 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에서 가장 핵심적인 쟁점이 되었던 것은 조세 부담방식을 통한 개호서비스를 제공할 것이냐 사회보험방식을 통한 개호서비스를 제공할 것이냐 하는 문제였다. 조세부담방식을 도입할 경우 권리성이나 기반정비에 대한 책임성 회피, 행정 편의주의에 빠질 염려, 세금증가에 대한 국민적 반발이 우려되는 등의 문제가 있는 반면, 저소득자 부담감 감소, 모든 국민이 누수되는 현상없이 급여대상이 되는 보편성의 장점을 가지고 있다. 이상 두가지 안 중에서 최종적으로 조세부담방식이 아닌 보험방식을 채택하게 되었는데 이 문제에 대해서는 지금까지도 찬반양론이 팽팽히 맞서고 있는 실정이며, 심지어 일부 정당에서는 공적개호보험의 폐지를 주장하기도 한다.

이는 국민부담의 가중을 중요한 문제로 거론하고 있기 때문이다. 최근 일본경기의 후퇴와도 밀접한 관계를 지어 재론의 여지가 생기기 시작한 것이다. 그러나 고령화 사회에서의 노인의 케

어문제는 한시도 방관할 수 없는 현실속에서 일본 정부는 공적개호보험 실시를 앞두고 준비에 박차를 가하고 있으나 2000년과 2001년에 실시키로한 재가 서비스와 시설서비스를 위해서 시간의 촉박함을 느끼지 않을 수 없다.

## 2. 서비스의 기반조성

현재 공적개호보험 제도 실현에 있어 중요한 논점이 되고 있는 것은 재가 및 시설서비스 기반 정비문제, 피보험자의 보험료 부담과 몇세부터 요구할 것인가, 보험료 금액, 보험자를 시정촌으로 하는 것에 대한 적절성, 공비부담 정도, 가족개호에 대한 현금 급여, 시설서비스에 대한 보험적용시기 등이다.

그중에서도 가장 큰 장애요인이 되는 것은 재가 및 시설서비스 기반 정비의 불충분과 그와 관련된 제반 사항일 것이다. 후생성이 계산한 개호에 필요한 비용은 가정에 의한 개호를 유료가 정봉사원 비용으로 환산한 것을 포함해서 2000년에 7조 7천억 엔이 되나 신고령자보건복지 10개년 추진 계획에 의한 기반정비가 완료되더라도 2000년에 4조 4천억 엔 분의 개호서비스 밖에 제공할 수 없는 상황이다(板本重雄篇, 1996 : 23-25). 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 예산편상만으로 단기간에 쉽게 해결할 수 없는 과제이다. <표2>와 같이 고령자보건복지 10개년 추진계획에서는 2000년까지 유급가정봉사원을 10만명 양성한다는 계획을 발표했으나, 5년 후에 새롭게 추가 작성된 신고령자보건복지 10개년 추진계획에서는 17만명으로 상향 조정했고, 새로이 개호직원 20만명, 간호직원 10만명, 물리치료사·작업치료사 1만 5천명 확보를 계획하고 있다. 「개호보험제도안 대강」에서는 재가서비스를 선행실시하고 기반정비 상황을 고려해 시설서비스는 2001년을 목표로 실시한다고 했다. 이는 앞으로 남은 기간동안 개호전문가 확보와 기반정비의 확충이 어렵다는 것을 대변하는 내용이라고 할 수 있다. 케어 플랜이나 케이스 매니지먼트를 담당하고 개호대상자 인정 판정을 담당할 전문가의 양성 또한 앞으로 남아 있는 과제일 것이다.

## 3. 사업주체 및 피보험자

사업주체 즉 개호보험의 보험자는 개호법률 제3조에 의하여 시정촌 및 특별구로 정하고 있다. 보험자로 지정된 시정촌 및 특별구는 보험료를 정하고, 징수하는 기능과 보험금부의 결정

및 지불하는 기능 등 보험자로서의 두가지 기능을 하게 된다.

이부분에 있어서도 일본에서는 상당한 논의가 일어나고 있다. 즉 시정촌에서 보험자로서 기능이 원만하게 이루어지기 위해서는 관련단체들간의 협력이 필요하기 때문이다. 특히 전국의 사회복지협의회, 복지공사, 개호지원센터 등과의 유대는 중요한 과제로 남아있다.

피보험자는 법률 제9조 및 10조에서 규정하고 있으며, 크게 1호 피보험자 (65세이상)와 2호 피보험자 (40~64세)로 구분하고 있는데, 보험료 정수와 급부에 있어서 1호 피보험자와 2호 피보험자는 그 적용내용을 차등화해야 하는 문제와 급부에 필요한 제원문제가 대두된다. 이 보험의 성격이 공적보험이라 보험료의 1/2을 정부가 부담하게 되어 있지만 피보험자의 부담도 1/2을 차지하기 때문에 피보험자와 보험자가 보험료 마련에 대한 어려움이 예상된다. 이를 위해 일본정부와 시정촌은 충분한 준비를 하고 있으나 막상 실시해 들어가면 사업주체 및 피보험자의 재정조달이 어려운 과제로 등장할 것이다.

#### 4. 서비스 방법

개호서비스는 2000년부터 실시예정인 재가서비스와 그 다음에 실시예정인 시설서비스로 나누어 생각할 수 있는데 두 서비스 영역을 불문하고 개호서비스에 적합한 새로운 기술을 개발하여 서비스의 질적 향상은 물론 개호보험이 추구하는 요개호 대상자의 삶의 질의 향상을 도모해야 할 것이다.

이를 위해서는 최근 일본에서도 상당한 관심을 가지고 그 방법을 찾고 있는데 지금까지 노인의 개호에 많이 활용된 케이스메니지먼트를 주요 기술로 등장시키고 있다. 이에 대한 연구를 통해 적용가능성과 효과성에 대해 면밀한 검토가 이루어지고 있다. 그러나 한가지 기술로 요개호 대상자의 니드를 충족시키기에는 부족할 것이므로 케이스 메니지먼트를 비롯한 타기술의 도입도 고려해야 할 과제를 안고 있다.

### V. 결론

본 연구에서는 일본 공적개호보험 제도의 도입 배경과 논의 과정에서 나타난 문제점과 시행상에 있어서의 과제에 대해서 고찰해 보았다.

일본에서는 앞서서도 언급한 바와 같이 급속한 고령화에 따른 다양한 요구를 충족시키기 위해 부단히 노력해오고 있는데 그 일환으로 공적개호보험의 도입을 서두르고 있는 인상을 갖게

한다. 그러나 단적으로 병원이 없는 의료보험이 존재할 수 없듯이 개호서비스가 없는 개호보험은 존재할 수가 없기 때문에 여러 가지 준비를 필요로 하고 있다. 이러한 요인 때문에 공적개호보험을 2000년 4월에 시행할 수 있을까하는 비관적인 견해를 갖고 있는 사람들도 있다.

일본은 패전 후 외부주도에 의해 사회복지의 기본틀을 확립했고 그 후 반세기 동안 확충과 성숙화 단계를 거쳐 조치제도를 폐지하고 복지수요자의 참여하에 이루어지는 사회복지체제의 근본적인 개혁과정을 겪고 있다.

공적개호보험은 이런 개혁 조치와 맞물려 상승효과를 얻을 수 있는 대신 보험료의 국민적 부담이라는 과제도 함께 안게 된다.

우리나라에 있어서도 일본의 뒤를 이어 개호보험의 도입이 필요할 때가 올 것이다. 그러나 일본을 비롯한 선행국가들의 경험을 살려 장단점을 파악한 후 신중하게 대처해야 할 것이다. 이에 대해서는 다음 기회에 더 깊은 연구가 필요하다고 생각한다.



## 참 고 문 헌

- 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.
- 土田武史. “ドイツの介護保険法”. 年金と雇用. 第13巻. 第4号. 財団法人年金総合研究センター. 1995.
- 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. ぎよらせい. 1995.
- 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.
- 京 高宣. “高齢者介護問題の現想と新介護システムの基本的考方”. 社會福祉研究. 63号. 鐵道弘濟會. 1995. pp. 17-18.
- 厚生省. 國民生活基礎調査. 1994.
- 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.
- 韓日新聞. 1995年 11月 29日 記事內容.

Abstract

## A Study on the Introduction Process and Practical Problem of Social Care Insurance System in Japan

Ryu, Sang Yeol

The substance of this study can be summarized as follows.

In introduction, this paper traces the factors of the advent of social care insurance in Germany and Japan and Premises that it is necessary to study social care insurance.

In Chapter II, this paper examines the new idea of the recent social security system in japan, centering on the limit of social security policy today, the increase in the number of the poor and the needy and securing financial resources for elder welfare.

In Chapter III, this paper studies the process of materialization for the introduction of social care insurance by considering the process of making "Outline of the Bill of Social Care Insurance System" and the general frame of the system in this "Outline".

In ChapterIV, this paper explains the facilities in charge and the system of them, the contents and methods of social care insurance, all the arrangements needed in the process of practice, and the like, in connection with all the arrangements for and practical problem of social care insurance which will take effect in earnest in April, 2000 in Japan.

Tel : 0343-467-8121

Fax : 0343-449-0529

E-mail : RYUSL@hanmail.net.