

## 신자유주의 사회개혁으로서의 일본 공적개호보험:

시행 5년간의 사회적 결과를 중심으로

조영훈

(동의대학교)

### [요약]

1990년대 동안 일본사회를 뜨겁게 달구었던 공적개호보험이 2000년 4월 1일 마침내 시행되었다. 이 새로운 사회보험의 도입은 사회정책 연구자들에게 흥미로운 연구주제를 던져준다. 왜냐하면, 세계화의 진전에 따라 대부분의 선진 산업국가에서 복지부문의 축소 내지는 현상유지가 진행 중인 가운데 복지후진국인 일본에서는 복지확대정책이 시행된 것으로 보이기 때문이다. 이것은 세계화의 압력에 직면하여 모든 복지국가들의 축소가 목격될 것이라는 복지국가 연구자들의 일반적인 예상과 반대되는 것이다.

이 연구의 일차적인 목적은 공적개호보험의 도입이 복지국가 연구자들에게 던져준 수수께끼를 푸는데 있다. 이 연구의 가정은 공적개호보험이 사회보험의 외양을 갖고 있음에도 불구하고 기본적으로는 국가복지의 축소를 지향하며 장기간병서비스분야에서 국가의 책임감소와 개인의 책임증가를 가져온다고 하는 것이다. 이러한 가정이 경험적으로 입증된다면, 공적개호보험의 도입은 일본의 전통적인 축소 지향 사회정책이나 현재 세계적으로 진행되고 있는 복지국가 위축의 추세를 충실히 따르는 것으로 해석될 수 있다.

이를 위해서 이 연구는 공적개호보험이 초래한 다양한 결과들에 대한 종단적인 비교분석을 시도한다. 이 연구의 주요 관심대상은 사회보험으로서의 공적개호보험의 소득재분배 효과, 공적개호보험의 도입으로 인해 촉발된 장기간병서비스 분야의 상업화 경향, 공적개호보험 도입에 따른 장기간병 관련 사회보장제도의 재정에 대한 주체별 부담 변화의 추이 등이다. 이 연구는 일본의 장기간병 관련 사회보장제도의 성격이 공적개호보험의 도입을 전후하여 어떻게 변화하였는가를 몇 가지 지표를 통해 분석함으로써 공적개호보험의 신자유주의적 성격을 뚜렷하게 보여줄 것이다.

주제어: 사회민주주의모델, 장기간병, 민영화, 상업화, 의료보험

## 1. 머리말

1990년대 중후반 일본사회를 뜨겁게 달구었던 공적개호보험이 2000년 4월 1일 마침내 시행되었다. 국제적으로 공적장기간병보험(public long-term care insurance)이라고 불리는 이 새로운 사회보험의 도입은 사회정책 연구자들에게 흥미로운 연구주제를 던져준다.<sup>1)</sup> 왜냐하면, 세계화의 진전에 따라 대부분의 선진산업국가에서 국가복지의 축소 내지는 현상유지가 진행 중인 가운데 복지후진국인 일본에서는 복지확대정책이 시행된 것으로 보이기 때문이다. 이것은 세계화의 압력에 직면하여 모든 복지국가들의 축소가 목격될 것이라는 복지국가 연구자들의 일반적인 예상과 반대되는 것이다.

이 연구의 일차적인 목적은 공적개호보험의 도입이 복지국가 연구자들에게 던져준 수수께끼를 푸는 데 있다. 이 연구의 가정은 공적개호보험이 사회보험의 외양을 갖고 있기는 하지만 기본적으로는 국가복지의 축소를 지향하며 장기간병서비스분야에서 국가의 책임감소와 개인의 책임증가를 가져온다고 하는 것이다. 이러한 가정이 경험적으로 입증된다면, 공적개호보험의 도입은 일본의 전통적인 복지억제 사회정책이나 현재 세계적으로 진행되고 있는 복지국가 위축의 추세를 충실히 따르는 것으로 해석될 수 있다.

이 연구의 또 다른 목적은 일본 공적개호보험에 대한 분석을 통해 현재 복지국가 연구에서 지배적인 지위를 차지하고 있는 신자유주의 사회이론의 타당성을 검토하고 신자유주의 사회개혁의 문제점을 지적하는 데 있다. 신자유주의에 따르면, 국가복지의 축소 혹은 사회보장제도의 민영화로 인해서 발생하는 직접적인 결과는 사회서비스의 효율성 증대이며, 이런 점에서 신자유주의 사회개혁은 수급자에게 유리한 것이라고 한다. 이 연구의 가정은 공적개호보험이 초래한 장기간병서비스분야의 상업화로 인해서 장기간병서비스의 질적 수준이 낮아졌으며, 그 결과 수급자, 특히 저소득 수급자의 장기간병서비스 욕구 충족에 문제가 발생한다는 것이다.

일본학계에는 공적개호보험과 관련된 연구물들이 이미 상당히 축적되어 있다. 그리고 일부학자들은 사회민주주의이론의 관점에서 공적개호보험을 신자유주의 사회개혁의 일환으로 설명하기도 한다. 그렇지만, 기존연구들은 공적개호보험의 성격에 대한 자신들의 주장을 경험적인 자료들에 기초하여 체계적으로 논증하기보다는 단언하는 경향을 보이고 있다. 예를 들어서, 공적개호보험을 신자유주의적인 것으로 비판하는 연구자들은 장기간병서비스 수급자에 대한 현금보조금 지급이나 장기간병서비스 분야에 대한 영리기업의 참여허용 등과 같은 단편적인 사실들을 자기주장의 근거로 제시하고 있을 뿐이며, 공적개호보험의 도입으로 인해서 장기간병 관련 사회보장제도와 국가의 역할에 어떤 변화가 발생했는지를 적절하게 검토하지 않는다.

1) long-term care는 일본에서는 '개호(介護)'로 번역되지만 우리나라에서는 아직 공식용어가 합의되지 않았다. 보건복지부에서는 '노인요양'이라는 말을 사용하려고 하지만 장기간병의 대상이 노인에 한정되지도 않고 장기간병의 내용이 요양에 국한되지도 않기 때문에 그 단어는 적절하지 않다. 이 글에서는 '장기간병'이라는 용어를 주로 사용할 것이며, 일본 공적개호보험의 공식용어들인 경우에는 그대로 개호라는 용어를 쓰도록 하겠다.

이 연구는 다음과 같은 점에서 의의가 있다. 우선, 이 연구는 기존연구들과는 달리 공적개호보험이 초래한 다양한 결과들에 대한 종단적인(longitudinal) 비교분석을 통하여 공적개호보험의 신자유주의적 특징을 경험적으로 보여준다. 또한, 이 연구는 공적개호보험이 장기간병서비스의 수급자들 및 이해 당사자들에게 직접적으로 어떤 영향을 미쳤는가를 보여줄 것이다. 이렇게 되어야만 공적개호보험을 단순히 신자유주의적인 것으로 비난하는 것을 넘어서 공적개호보험과 신자유주의 복지정책의 문제점을 객관적으로 지적할 수 있기 때문이다. 마지막으로, 현재 우리나라에서 ‘공적노인요양보험’의 도입 방안에 대한 논의들이 활발하게 진행되고 있음을 감안할 때, 일본 공적개호보험의 문제점을 심도 있게 분석한 이 연구는 앞으로 성립될 우리나라의 장기간병 관련 사회보장제도의 내용과 방향에 대해서 시사하는 바가 클 것이다.

## 2. 공적개호보험에 대한 관점들

### 1) 공적개호보험 개관

과거 일본의 장기간병 관련 사회보장제도로는 복지분야에 속하는 고령자복지제도와 의료분야에 속하는 노인보건제도가 있었다. 전자는 주로 저소득 노인층을 대상으로 하는 공공부조로서 그 재원은 전액 공비(중앙정부와 지방정부의 지원금)였다. 후자는 70세 이상 고령자의 의료비용을 국가와 의료보험자가 절반씩 부담하는 것으로서 방문간호와 시설개호서비스를 제공하였다. 양자는 제도상의 차이는 있지만 어느 것이나 식비와 잡비를 제외하면 이용자 본인부담이 매우 적으며 저소득층의 경우 거의 무료로 이용할 수 있다는 특징을 지녔다. 새롭게 도입된 공적개호보험은 그 두 제도를 융합시키는 하위 대상자를 장기간병의 욕구가 있는 모든 노인들에게로 확대한 것으로서 일본정부가 주장하는 바에 따르면 ‘개호의 사회화’를 목적으로 한 것이었다.

공적개호보험의 기본적인 내용들은 다음과 같다. 우선, 적용대상은 40세 이상의 일본국민이다. 여기서 65세 이상의 노인들은 ‘제1호 피보험자’이며 어떤 요인에 의해서든지 장기간병 욕구가 발생하면 공적개호보험의 수급대상이 될 수 있다. 40-64세의 시민들은 ‘제2호 피보험자’로서 장기간병의 필요성이 노령화에 의해 야기되었을 때에만 수급대상이 될 수 있다. 보험료는 2000년 현재 ‘제 1호 피보험자’의 경우 소득수준에 따라서 월 2,500엔을 기준으로 하여 1,250엔-3,750엔으로 되어 있고, 이 액수는 주거 지역에 따라 조금씩 다르다. ‘제 2호 피보험자’의 보험료는 의료보험료와 함께 납부하는데 그 액수는 소득의 1.0% 정도이다.

장기간병서비스를 원하는 자격 있는 시민들은 다소 복잡한 과정을 거쳐서 개호등급판정위원회로부터 자신의 개호등급(일상생활을 유지하기 위해 타인의 도움을 필요로 하는 정도)을 부여받는다. 개호등급은 가장 낮은 要支援과 要介護 1단계에서 要介護 5단계까지 여섯 등급으로 되어 있고, 수급자들은 자신에게 부여된 개호등급에 따라서 이용할 수 있는 장기간병서비스의 총량이 정해져 있다. 각 등

급별 장기간병서비스의 이용가능 범위는 가장 낮은 등급인 要支援의 경우 월 6,150단위이며, 1등급 16,580단위, 2등급 19,480단위, 3등급 26,750단위, 4등급 3,0600단위, 5등급 356,830단위이다. 여기서 1단위는 10엔을 원칙으로 하며 지역에 따라 0.12~0.72엔의 가산액이 붙기도 한다. 단, 이용자들은 자신이 구입하는 장기간병서비스의 금액 중 10%는 본인이 부담해야 한다.

공적개호보험의 재정은 다음과 같이 구성된다. 전체 비용의 10%는 이용자부담이며, 나머지 비용 가운데서 50%는 보험료이고 나머지 50%는 공비부담이다. 이를 좀더 세분해서 살펴보면, '제 1호 피보험자가 납부하는 보험료가 13%, '제 2호 피보험자가 납부하는 보험료가 33%, 중앙정부의 지원금이 25%, 그리고 지방정부의 지원금이 25%(광역 12.5%, 기초 12.5%)이다.

공적개호보험은 장기간병이라는 사회적 위험을 보장하기 위한 사회보험이지만 몇 가지 점에서 여타의 사회보험들과는 다른 특징을 지닌다. 우선, 연금이나 의료보험 등 다른 사회보험들이 국가나 그 산하단체에 의해 운영되는 데 반하여, 공적개호보험의 운영주체는 市町村 및 特別區와 같은 지방자치단체이다. 둘째, 다른 사회보험들의 재원이 주로 가입자의 보험료와 고용주의 부담금인 데 반해서, 공적개호보험은 전체 비용가운데서 이용자부담을 뺀 액수의 절반을 중앙정부와 지방정부가 부담한다.

## 2) 기존이론 검토

공적개호보험의 성격에 대해서는 두 가지의 대립되는 관점이 존재한다. 하나는 공적개호보험이 장기간병서비스분야에 보편주의를 가져온 것으로서 일본 사회보장제도의 일대 진보를 의미한다는 관점이다. 또 다른 하나는 공적개호보험이 장기간병서비스분야의 상업화와 국가의 책임감소를 동반하는 것으로서 신자유주의 복지개혁의 일환이라는 관점이다. 전자의 관점에 속하는 이론들로는 산업화론, 국가주의, 이익집단정치이론이 있다.<sup>2)</sup> 이 가운데서 이익집단정치이론은 다른 두 이론들과는 달리 경험적인 자료를 바탕으로 하여 체계적인 주장을 내놓고 있으며, 현재 서구 사회과학계에서 공적개호보험에 대한 지배적인 견해를 대표하고 있다. 후자의 관점에 속하는 이론으로는 사회민주주의이론이 있으며, 현재 공적개호보험을 비판하는 일부 일본학자들에 의해 지지되고 있다. 이하에서는 두 이론들의 주장을 소개하고 평가하겠다.

### (1) 이익집단정치이론

국가정책의 계급적 성격을 강조하는 정통 마르크스주의와 사회민주주의이론과는 달리 이익집단정

2) 복지국가발전이론 가운데 하나인 산업화론의 입장에 선 연구자들은 노령화의 급진전을 공적개호보험의 도입배경으로 지적하고 있다(丹羽幸一, 2000; 村上貴美子 1996). 이들에 따르면 공적개호보험의 도입은 장기간병욕구의 증대라는 사회적 요구에 대해 국가가 적절하게 대응한 것으로서 사회보장제도의 충실화를 의미한다고 한다. 국가주의를 따르는 학자들은 공적개호보험의 필요성을 가장 먼저 제기하고 그 도입방안에 대해 연구했던 것이 厚生省의 판료들이었다는 점에서 판료집단의 선도성 혹은 이해관철행위를 공적개호보험의 성립배경으로 간주한다(岡本祐三, 2000; 武智秀之, 2003). 이들도 산업화론자들과 마찬가지로 공적개호보험이 일본 사회보장제도의 진일보를 의미하는 것으로 간주한다.

치이론은 현대선진산업사회에서의 복지정책을 직업이나 인구학적 속성 등에 따라 구성된 다양한 이익 집단들의 정치적 갈등의 산물로 간주한다. 이 이론에 따르면, 공동의 이해관계와 내적 결속력이 강력하고 인적·물적 동원이 활발한 이익집단일수록 자신의 요구를 국가정책에 보다 더 많이 반영시키며, 이런 점에서 특정 복지정책의 산출과 내용은 그 정책을 둘러싼 다양한 이익집단들의 동원능력과 밀접한 관련이 있다(Berry, 1984; Pampel and Williamson, 1989; Pierson, 1996).

공적개호보험의 가장 직접적인 이해당사자가 노인이라는 점에서 이익집단정치이론을 따르는 학자들은 일본 공적개호보험의 성립을 설명하는 데 있어서 노인집단에 주목할 것으로 예상된다. 실제로, 이익집단정치이론의 관점에서 미국의 노인 관련 복지제도의 상대적 발달을 설명한 팸펠과 윌리엄슨은 노인이라는 이익집단에 초점을 두었던 것이다. 이에 반해서, 이익집단정치이론의 관점에서 일본 공적개호보험을 설명하는 학자들은 여성이라는 이익집단에 초점을 둔다. 그들에 따르면, 공적개호보험의 도입에 따른 가장 커다란 수혜자는 과거 노인들의 부양과 간병을 담당했던 여성들이며, 이런 점에서 공적개호보험은 여성계의 승리라고 한다(Eto, 2001a).

이익집단정치이론가들은 공적개호보험의 도입을 일본 사회보장제도의 커다란 진보로 평가한다. 그들에 따르면, 이전의 장기간병 관련 사회보장제도가 소수의 저소득층만을 대상으로 하는 공공부조의 성격을 지녔던 반면에, 새로 도입된 제도는 모든 노인들에게 보편적으로 적용되는 사회보험이라고 적용된다고 한다. 이와 같이 장기간병 관련 사회보장제도를 선별주의에 기초한 것에서 보편주의에 기초한 것으로 변화시켰다는 점에서 공적개호보험의 도입은 진정한 의미에서의 사회보장제도의 확대로 간주된다(Eto, 2001a: 18-22; Peng, 2003: 55).

이익집단정치이론가들은 공적개호보험이 이른바 '개호의 사회화'를 가능하게 함으로써 여성들의 가사부담을 크게 약화시켰을 뿐 아니라 일본의 장기간병 관련 사회보장제도에 일대 혁신을 가져온 것으로 평가한다. 그리고 이러한 사회보장제도상의 성과는 공적개호보험의 형성과정에서 여성단체가 주도적인 역할을 했던 것과 밀접한 관련이 있다고 한다. 그들에 따르면, 「고령사회를 좋게 하는 여성회」(高齢社會をよくする女性の會)와 같은 여성단체가 공적개호보험의 시안들이 만들어졌던 厚生省의 노인보전복지심의회에 참여하고 대중적인 집회를 통해 공적개호보험의 정당성을 주장하는 등의 방법으로 공적개호보험의 형성에 막대한 영향력을 행사하였다고 한다.

이익집단정치이론은 경험적인 자료에 근거한 체계적인 주장을 제시함으로써 학계, 특히 영어권 학술지들의 일본 공적개호보험의 연구에서 지배적인 견해로 자리 잡았다. 또한, 공적개호보험의 최종안이 그 형성과정에서 주도적인 역할을 수행했던 여성계의 주장을 반영하고 있다는 점에서 공적개호보험이 개호의 사회화를 통해 일본 사회보장제도를 진일보시켰다는 이익집단정치이론의 주장은 일면 논리적인 타당성을 지니고 있기도 하다. 그렇지만, 공적개호보험의 성격과 관련한 이익집단정치이론의 주장은 다음과 같은 문제점들을 내포하고 있다.

우선, 이익집단정치이론의 지적대로 공적개호보험이 과거 공공부조의 틀 속에서 운영되던 장기간병 서비스분야를 보편주의에 기초한 것으로 변화시킨 것은 사실이다. 모든 노인들(및 일부 중년층)은 보험료 납부를 전제로 하여 장기간병의 욕구 발생 시 정해진 수준의 급여를 받을 수 있게 된 것이다. 그러나 사회보험에 바탕을 둔 보편주의의 도입이 반드시 사회보장제도의 확대나 충실화를 의미하는 것

은 아니다. 사회보장제도가 충실화된다고 하는 것은 시민생활에 대한 국가의 책임증가, 정부 재정지원의 증가, 사회보장제도의 소득재분배 효과 증대, 사회복지서비스에 대한 일반시민들의 접근성 제고 등의 요소들을 동반해야 하는 반면에, 사회보험은 그러한 요소들을 동반하지 않을 수도 있기 때문이다.<sup>3)</sup> 따라서 공적개호보험의 도입이 사회보장제도의 충실화인가 아닌가 하는 것은 경험적 검토의 대상이 되어야 하는데, 이익집단정치이론가들은 그러한 과정을 생략한 채 자신의 주장을 단언하고 있기만 한다.

다음에, 공적개호보험 도입의 최종 승자는 이익집단정치이론이 주장한 것과 같은 여성단체가 아니라 시장자유주의 세력일 가능성이 크다. 이것을 보여주는 증거는 아이러니하게도 이익집단정치이론이 자기주장의 타당성의 근거로 들고 있는 ‘가족간병인에 대한 수당지급 금지’ 조항이다.<sup>4)</sup> 이 조항은 여성단체뿐 아니라 日經連(니케이렌: 日本經營者團體連盟)을 비롯한 경영자단체들에 의해서도 제기되었다. 이에 반해서 저소득층과 노동계층의 이해를 대변하는 사회세력들은 가족간병인에 대한 수당지급을 요구했던 것이다.<sup>5)</sup> 이런 점에서, ‘가족간병인에 대한 수당지급 금지’ 조항의 성립은 ‘가진 자’의 승리와 ‘못 가진 자’의 패배를 의미한다. 경영계는 수당지급의 금지에 따른 공적개호보험의 지출 감소와 그로 인한 공적개호보험 부담금의 감소라는 직접적인 이익을 얻었을 뿐 아니라 가족간병인에 대한 수당지급을 민영보험의 영역에 포함시킴으로써 보험업계의 사업영역 확대라는 간접적인 이익도 얻을 수 있었던 것이다.

이익집단정치이론이 공적개호보험을 매우 긍정적인 사회보장제도로 평가했던 것은 공적개호보험이 여성단체의 요구를 반영하였다는 인식 때문이었다. 그러나 그러한 인식은 사실과 부합하는 것으로 보기 어렵다. 공적개호보험은 개호의 사회화와 같은 여성계의 요구보다는 공공지출의 감소와 민간기업의 영역 확장을 통해 시장경제를 확대하려는 경영계의 요구를 반영한 것이며, 이런 점에서 공적개호보험은 사회보장제도의 충실화가 아니라 부실화를 의미할 수 있는 것이다.

- 3) 사회보험은 고용주로 하여금 사회보험기여금을 내도록 국가가 강제하는 것이기 때문에 사회보험의 도입을 국가책임의 증가와 동일시하는 연구자들도 있다. 그렇지만, 국가가 사회보험의 도입을 강제하기만 하고 그 재정에 대해 거의 책임을 지지 않는 경우에는 사회보험의 도입이 곧 국가책임의 증가를 가져온다고 할 수는 없다. 국가는 시민생활에 대한 자신의 책임을 고용주와 시민개인에게 떠넘긴 것이기 때문이다. 게다가, 사회보험은 보험료를 낼 수 없는 저소득층을 차별하고, 소득재분배 효과를 갖지 않도록 설계될 수도 있다. 이런 점에서, 사회보험은 어떻게 설계되는가에 따라 사회보장제도의 충실화일 수도 있고 그렇지 않을 수도 있는 것이다.
- 4) 이익집단정치이론가들은 공적개호보험에 대한 여성단체들의 영향력을 나타내는 증거로서 가족간병인에 대한 수당지급 조항이 공적개호보험의 최종안에서 빠진 것을 주로 인용한다. 그들에 따르면, 여성단체들은 가족간병인에 대한 수당지급이 여성에 의한 가족간병 관행을 지속시킴으로써 공적개호보험의 최대의 성과인 ‘개호의 사회화’를 저해한다는 이유에서 그 조항에 반대하였으며, 이러한 여성단체들의 요구가 최종안에 그대로 반영되었다는 사실이 공적개호보험 형성과정에서의 여성단체의 주도적인 역할을 보여주는 증거라고 한다.
- 5) 예를 들어서, 일본 최대의 노동조합조직인 連合(렌고: 日本労働組合總連合會)는 “공적개호 서비스는 ...재택 및 시설의 현물서비스의 제공을 기본으로 하면서도 본인이 외부의 서비스를 이용할 수 없는 경우와 본인이 외부의 서비스를 선택하지 않는 경우에는 공평성과 선택제 등을 보장하기 위해 현금급여를 제공할 필요가 있을 것이다”라고 하면서 가족간병인에 대한 수당의 제공을 촉구하고 있다(連合, 1995: 50).

## (2) 사회민주주의이론

1990년대 중반 공적개호보험의 도입이 사회적 이슈가 된 이래로 공적개호보험에 대한 다양한 비판들이 제기되었다. 그 가운데서 대표적인 것이 사회민주주의이론 관점에서의 비판이다. 사회민주주의 이론에 따르면, 강력한 사회민주주의세력(사회민주당 및 노동조합)의 부재로 인해서 일본은 선진산업 국가들 가운데 복지후진국으로 머물러 왔으며, 사회민주주의세력이 강력해지지 않는 한 일본의 사회 복지정책은 주변화의 길을 밟을 수밖에 없다고 한다(渡邊治, 2001; 淺井春夫, 2002). 이러한 관점에서 볼 때, 공적개호보험의 도입은 일본 사회보장제도의 확대나 충실화를 의미하지도 않고 여성을 포함한 모든 일본 시민들에게 똑같이 이로운 것도 아니다. 공적개호보험은 기본적으로는 일반시민들의 생활에 있어서 시장의 영향력의 강화를 의미하는 것으로서 신자유주의 사회개혁의 일환인 것이다. 그 근거는 다음과 같다.

첫째, 공적개호보험은 노인들을 장기간병이라는 사회적 위험으로부터 보호하기보다는 보험재정의 안정과 건전성을 확보하는 데 초점이 맞추어져 있다(박광준, 1997; 조영훈 1997). 공적개호보험은 잠재적인 수급자들이 개호급여를 받지 못하도록 체계적으로 방해하고 있는 것이다. 예를 들면, 개호급여를 원하는 노인은 개호인정위원회로부터 개호의 등급판정을 받아야 하는데, 이 위원회는 보험재정에 문제가 없도록 하기 위해서 매우 엄격한 판정을 내리고 있다. 그 결과, 이전의 제도적 틀에서는 개호급여를 받을 수 있었던 사람들 가운데 약 4만 명이 공적개호보험의 급여대상에서 제외되었다(伊藤周平, 2000).

둘째, 공적개호보험은 개호급여의 제공에 있어서 시장지향적인 개념에 기초한다. 그 가장 좋은 예가 장기간병서비스 이용 시에 부과되는 총비용 10%의 사용자부담이다. ‘공평’이라는 시장의 개념에 기초한 사용자부담은 소득 및 재산수준과 관계없이 장기간병서비스를 이용하는 모든 수급자들에게 일률적으로 적용된다. 이러한 사용자부담으로 인해서 가장 손해를 보는 사람들은 저소득층이다. 왜냐하면 그들은 공적개호보험의 도입 이전에는 필요한 장기간병서비스를 거의 무료로 제공받았지만 이제는 사용자부담으로 인해서 자신이 원하는 서비스를 적절한 수준으로 제공받을 수 없게 되었기 때문이다. 이런 점에서 시장의 원리에 기초한 사용자부담은 저소득 노인층의 건강과 생활수준을 크게 악화시키고 있다(伊藤周平, 2001; 최무현·김경희, 2004).

셋째, 공적개호보험은 장기간병서비스를 현물형태로 제공하는 것이 아니라 수급자가 자신에게 필요한 서비스를 시장에서 구입할 수 있는 현금형태로 급여를 제공한다. 일본정부의 주장에 따르면, 현금 형태의 급여지급을 채택한 것은 수급자의 선택의 자유를 보장하고 시장에서의 경쟁 강화를 통해 장기간병서비스분야의 효율성을 향상시키기 위한 것이었다. 그러나 이러한 형태의 사회보장제도는 신자유주의가 선호하는 소득보상제도 혹은 비용보상제도의 원형이며, 공적개호보험은 사회보장제도의 완전 상업화라는 궁극적인 목적을 위해 사회서비스의 부분적인 시장화부터 시작하는 신자유주의 사회개혁 프로젝트의 시발점이다(渡邊治 외, 2000; 二宮厚美, 2000).

마지막으로, 공적개호보험의 도입과 더불어 과거 공적 기관이 독점하였던 장기간병서비스 분야가 공적 기관들과 영리기업들이 서로 경쟁하는 시장의 영역으로 변화되었다. 이에 따라 서비스 제공자와

수급자의 관계는 과거의 수급자의 욕구와 사회연대성에 기초한 것으로부터 현금교환에 기초한 서비스 판매자와 구매자의 관계로 변화하였다. 공적개호보험의 도래와 함께 신자유주의가 선망하는 장기간병 서비스분야의 시장화가 시작된 것이다(芝田英昭, 2001; 横山壽一, 2003; 이숙중, 2000).

사회민주주의이론 관점에서의 연구들은 일본사회정책의 전통을 고려하고 있을 뿐 아니라 복지국가의 발전과 저발전에 영향을 미치는 사회적 지지기반의 문제에 관심을 둔다는 점에서 이익집단정치이론에 비해 보다 설득력 있는 주장을 제시하고 있다. 또한, 공적개호보험의 신자유주의적인 특징들을 다양한 차원에서 제시하고 있다는 점도 높히 평가받을 만하다. 반면에, 기존의 사회민주주의이론들은 다음과 같은 문제점을 지니고 있다.

우선, 기존연구들은 과거의 장기간병제도와 새로운 공적개호보험을 체계적으로 비교하지 않음으로써 공적개호보험의 도입으로 인해서 장기간병 관련 사회보장제도와 국가의 역할에 어떤 변화가 발생했는지, 그리고 일반시민들 및 저소득 노인층에 대해 제공되는 간병서비스의 수준과 질에 어떤 변화가 일어났는지를 적절하게 검토하지 않는다. 그들은 사회민주주의 세력이 허약한 상황 하에서 도입되었다는 점에서 공적개호보험이 필연적으로 신자유주의적인 성격을 지니며 저소득층에게는 불리하고 경영계의 이익에 봉사하는 것으로 가정하는 경향이 있다. 그렇지만, 공적개호보험이 신자유주의적인 것인지 하는 문제는 경험적인 자료를 통해서 검토되어 할 사항이다.

다음에, 기존연구들은 체계화된 이론적인 틀을 기초로 하여 자신의 주장을 펼치지 않는다. 공적개호보험이 신자유주의의 성격을 지닌다고 주장하기에 앞서서 신자유주의 복지정책의 특징들을 이론적인 차원에서 밝힌 다음 일본의 공적개호보험이 어떤 측면에서 그러한 특징들에 부합하는지를 보여주어야 하는데, 기존연구들은 대체로 이러한 과정을 생략하고 있는 것이다. 이와 비슷한 맥락에서, 기존 연구들이 제시하는 근거들은 하나로 통합되지 못하고 파편화되어 있다. 그 중 어떤 것들은 신자유주의의 특징을 나타내는 것인 반면에 다른 것들은 반드시 신자유주의 개혁과 밀접한 연관이 없을 수도 있는 것이다.

### 3. 공적개호보험의 사회적 결과

이상에서 검토하였듯이 공적개호보험의 성격에 대해서는 이익집단정치이론에 비해서 사회민주주의 이론의 주장이 보다 설득력이 있는 것은 분명하다. 문제는 사회민주주의이론의 주장을 어떻게 체계적으로 증명해 보일 수 있는가 하는 것이다. 이하에서는 신자유주의 복지정책의 특징을 이론적인 차원에서 간략하게 제시한 다음, 공적개호보험의 몇 가지 사회적 결과들에 대한 경험적 분석을 통해서 공적개호보험의 신자유주의적인 성격을 분명하게 밝혀내겠다. 이 과정에서 사회민주주의이론의 주장이 옳다는 것과 함께 이익집단정치이론의 주장이 잘못되었다는 것도 드러나게 될 것이다.



## 1) 신자유주의 복지정책의 특징

1990년대 세계화의 흐름에 편승하여 사회과학계와 현실정치에서 지배적인 지위를 차지하게 된 신자유주의사회이론은 ‘개인과 시장의 자유’ 및 ‘경제효율성 극대화’를 최고의 가치로 삼고 있다. 이러한 신자유주의의 관점에서 볼 때, 복지국가, 특히 보편주의에 기초한 개입주의 복지국가는 그러한 최고의 가치들을 방해하는 공공의 적이며, 그와 같은 복지국가는 축소되고 결국에 가서는 해체되어야 할 사회악이다.

사회복지와 관련하여 신자유주의사회이론이 지향하는 가장 이상적인 사회는 개인이 자신의 생활을 시장을 통해 온전히 책임지고 시민생활에 대한 국가의 개입이 완전히 철폐된 상태, 즉 사회보장제도의 완전민영화가 이루어지고 복지지출이 최소화된 상태이다. 다만, 선진민주사회에서는 복지제도에 대한 다양한 이해관계의 발달로 인해서 급진적인 개혁이 거의 불가능하기 때문에 제 아무리 철저한 신자유주의 정치세력이라고 하더라도 현실적으로는 보다 점진적이고 온건한 길을 택한다(조영훈, 2002).

현실에서 목격되는 신자유주의 복지정책의 특징들은 다음과 같다. 첫째, 사회보장지출수준을 동결시키거나 점진적으로 감축하는 가운데 사회보장비용에서 차지하는 국가부담의 비율을 줄이는 것이다. 이를 통해 사회보장지출에 대한 시민개인의 부담이 늘어나게 된다. 둘째, 시민권에 기초한 보편주의적인 성격의 사회보장제도를 개인의 기여와 책임에 기초하는 사회보험으로 대체하고자 한다. 단, 여기서의 사회보험은 보험의 수리원칙(위험도에 비례한 보험료 책정과 보험료에 비례한 급여 제공)이 철저히 적용되면서 소득재분배 효과가 없는 성격의 것이다.<sup>6)</sup> 셋째, 사회보장제도의 관리는 국가가 독점하는 가운데 사회복지서비스의 전달체계를 다원화하여 민간부문, 특히 영리기업의 참여를 적극 장려하는 것이다. 사회서비스부문에 경쟁의 원리를 도입함으로써 효율성과 소비자만족도를 높이는 것을 명목으로 한다는 점에서 전달체계의 민영화는 사회적으로 커다란 저항 없이 수용된다.

이상과 같은 방법들은 시민생활과 시장에 대한 국가의 개입을 약화시키고, 자신의 생활을 스스로 책임지는 자조·자립의 정신과 경제효율성을 가장 중요한 사회적 가치로 확립하며, 사회보장제도의 상업화를 초래한다. 그 결과 개인들은 생존을 위하여 더욱더 시장에 의존하게 되고, 사회서비스에 대한 접근성은 각 개인의 소득수준에 비례하여 차별화되며, 불평등한 분배구조를 지닌 자본주의 시장에서 발생하는 사회불평등은 더욱 악화된다.<sup>7)</sup>

6) 이와 같은 성격의 사회보험은 일부 계층의 의존심을 억누르면서 모든 시민들로 하여금 자신에게 닥칠 수 있는 위험에 스스로 대비하도록 만드는 것으로서 신자유주의가 추구하는 자조·자립의 가치를 반영한다. 사회보장제도의 완전상업화를 주장하는 대부분의 사람들도 이런 형태의 강제보험에 대해서는 반대하지 않는다. 예를 들어서, 칠레 연금민영화 사례에서 보이듯이 밀튼 프리드만은 사회보장제도의 완전상업화를 주장하면서도 강제적인 개인연금제도에 대해서는 찬성한다. 강제적인 개인연금은 비록 그것이 사회보험이기는 하지만 보험의 수리원칙이 철저히 적용되는데다가 상호 경쟁하는 민간기업들에 의해 관리 운영되고 있기 때문이다.

7) 신자유주의에 따르면, 현존하는 사회불평등을 수정하기 위해서는 시장에 대한 국가의 개입이 필요하게 되며 이것은 개인의 자유에 대한 심각한 위협이 되기 때문에 사회불평등은 있는 그대로 유지

어떤 사회복지정책의 성격을 파악하기 위해서는 그 정책의 추진주체가 누구이고 어떤 목적을 위해서 추진되었는가에 대한 분석을 통해 접근할 수도 있고, 그 정책의 결과 사회보장제도 및 국가-시장 관계에 어떤 변화가 발생했는가에 대한 분석을 통해 접근할 수도 있다. 이하에서는 후자의 접근방법에 기초하여 공적개호보험의 신자유주의적 성격을 밝혀보겠다.

## 2) 역진성과 소득에 따른 서비스 이용의 차별

공적개호보험의 도입으로 인해서 장기간병 욕구를 지닌 노인들은 자격을 갖춘 것으로 인정되기만 한다면 다양한 형태의 서비스를 받을 수 있게 되었다. 공적개호보험은 이전에는 장기간병서비스 비용을 모두 자신이 부담해야 했던 중산층 이상의 노인들로 하여금 서비스를 보다 저렴하게 이용할 수 있도록 해주었다. 또한, 극빈층 노인들은 공적개호보험의 개호부조의 덕분으로 이용자부담을 면제받게 되었다. 이런 점에서 공적개호보험은 모든 시민들에게 공평한 혜택을 제공하는 것으로 보일 수도 있다.

그렇지만, 공적개호보험은 더 이상 근로소득을 얻을 수 없는 노년층에게도 보험료를 부과하는데다가 보험료부과체계가 소득수준이 높은 가입자에게 유리하도록 설계되어 있다. 예를 들어서, 노년층 가입자에 대한 공적개호보험의 보험료 체계는 소득수준에 따라 5개의 등급으로 구성되며 최고등급이 최저등급의 3배로 책정되어 있다. 2000년을 기준으로 할 때 공공부조의 수급자가 내는 최저등급의 보험료는 매월 1,250엔이었는데 반해서 연소득 250만엔 이상인 노인이 납부하는 최고등급의 보험료는 3,750엔이었던 것이다. 여타의 사회보험들과는 달리 공공부조 수급계층에 대해서도 보험료를 징수한다는 문제점과 함께, 공적개호보험의 보험료체계는 소득세는 물론이고 최고소득계층이 최저소득계층에 비해 약 45배의 보험료를 납부하는 국민건강보험에 비해서 볼 때에도 매우 역진적인 특징을 보이고 있다(舟場正富·齋藤香里, 2003; 朝日建二, 2001). 이와 같이 보험재정에 대한 고소득층의 책임을 크게 악화시켰다는 점에서 공적개호보험은 소득재분배를 통한 사회연대성의 확보라는 사회보장제도의 기본원칙을 크게 훼손하고 있다.

그리고 보다 중요한 것으로서 공적개호보험은 모든 이용자에게 장기간병서비스 비용의 10%에 해당하는 이용자부담을 부과함으로써 서비스의 이용을 크게 억제하고 있다. 실제로, 수급자격자들 가운데서 실제로 장기간병서비스를 이용하는 사람들의 비율은 매년 80% 이하에 머무르고 있으며,<sup>8)</sup> 장기

되어야 하는 것이다. 다른 한편, 신자유주의에 따르면, 사회불평등의 존재는 경제성장과 사회의 역동성 유지를 위해서 필수적이다. 시장에서의 차별적인 보상으로 인해서 상위계층의 사람들은 자신의 자리를 지키기 위해서, 그리고 하위계층의 사람들은 상위계층으로 이동하기 위해서 자신의 잠재력을 최대한 발휘하고 자신에게 주어진 기회를 살리기 위해 최대한 노력하기 때문이라는 것이다 (Friedman and Friedman, 1980: 132-6; Hayek, 1976: 80-4).

8) 2000년 12월말 현재 개호서비스 수급자격자 249.8만명 가운데서 76%인 193.1만명(재택서비스 129.7만명 및 시설서비스 62.4만명)만이 실제로 간병서비스를 이용하였으며, 2003년 12월에는 375.9만명 가운데서 78%인 294.5만명(재택서비스 220.4만명 및 시설서비스 74.1만명)이, 그리고 2004년 9월에는 402.4만명 가운데 78%인 315.7만명(재택 239.3만명 및 시설 76.4만명)이 간병서비스를 이용하였다(厚生労働省, 각년도).

간병서비스의 실제 수급자들은 자신의 개호등급에 허용된 서비스 총량의 50% 미만을 사용하고 있는 것으로 보고된다.<sup>9)</sup> 이러한 사실들은 공적개호보험의 우선적인 관심이 장기간병이라는 사회적 위험에 대한 적절한 보장보다는 재정안정에 있다는 것을 의미한다.

게다가 이용자부담은 저소득층 노인에게 더 불리하게 작용한다. 공공부조수급자들의 경우 이용자부담의 상한선이 매월 15,000엔으로 설정되어 있기는 하지만, 저소득층일수록 이용자부담 때문에 자신에게 허용된 장기간병서비스를 덜 이용하는 것이다. 이것을 보여주는 몇 가지 예가 있다. 우선, 2002년에 1,263명을 대상으로 한 한 조사에 따르면 공적개호보험의 도입 이후 장기간병서비스의 이용정도가 줄어들었다고 응답한 사람이 약 18%였으며 그들 가운데서 약 14%는 그 이유가 이용자부담에 있다고 하였다(厚生労働省, 2002b: 4). 또한, 2,822명을 대상으로 한 또 다른 조사는 응답자의 5.7%가 이용자부담 때문에 장기간병서비스를 전혀 이용하지 않았다고 보고하고 있다(總務省, 2002: 19).

과거의 장기간병 관련 사회보장제도의 틀 속에서는 공공부조수급자들뿐 아니라 일정 소득이하의 저소득층도 무료로 장기간병서비스를 제공받았었다. 또한, 장기간병서비스 이용자들은 자신의 소득수준에 따라서 이용자부담을 부과 받았기 때문에 저소득층일수록 이용자부담이 더 가벼웠었다. 반면에 새롭게 도입된 공적개호보험의 틀 속에서는 일부 공공부조수급자를 제외한 모든 수급자들이 동일한 비율의 이용자부담을 내도록 되었기 때문에 소득수준이 낮을수록 장기간병서비스를 더 적게 이용할 수밖에 없게 되었다. 결국, 공적개호보험은 장기간병 관련 사회보장제도를 고소득계층에게 유리한 것으로 변화시킨 것이다.

공적개호보험은 적용대상을 모든 노인들에게 확대함으로써 장기간병서비스 제공의 원칙을 선택주의에서 보편주의로 변화시켰다고 하는 이익집단정치이론의 주장은 완전히 틀린 것이 아닐 수도 있다. 그렇지만, 저소득층의 장기간병서비스 이용을 체계적으로 억제하고 있다는 점에서 공적개호보험에 내재된 보편주의는 사회보장제도의 궁극적인 목적으로서의 보편주의, 즉 욕구를 지닌 모든 사람들이 아무런 제한 없이 복지서비스를 이용하도록 한다는 원칙과는 구별되어야 한다. 공적개호보험의 보편주의는 일정 소득 이상의 노인들에게만 적용될 뿐인 것이다. 중산층 노인들에게는 과거보다 더 저렴한 비용으로 장기간병서비스를 이용할 수 있도록 허용한 반면에, 저소득 노인들에 대해서는 과거에 비해 장기간병서비스에 대한 접근성을 크게 제한한다는 점에서 공적개호보험은 차별적이며 역진적 것이다.

제대로 된 사회보장제도라면 그것은 시장에서 필연적으로 발생하는 사회불평등을 소득재분배 정책이라는 인위적인 수단을 통해 감소시키고 그럼으로써 사회통합과 사회연대성을 향상시켜야 한다. 사회보장제도는 모든 개인들이 자신이 기여한 만큼 보상받고 자신의 생활에 대해 자신이 책임을 져야 한다는 시장 이데올로기에 저항하는 것이다. 그러나 공적개호보험은 시장지향적인 이념에 기초하여 사회불평등의 약화가 아니라 악화를 초래하고 있으며, 이런 점에서 공적개호보험은 신자유주의 사회

9) 2004년 5월을 기준으로 할 때 각 등급별 이용한도 기준액에 대한 이용비율을 보면 다음과 같다. 要支援 47.8%, 要介護 1단계 35.8%, 要介護 2단계 45.2%, 要介護 3단계 48.2%, 要介護 4단계 51.1%, 要介護 5단계 51.1%. 여섯 개 등급 전체적으로 보면 총 이용한도 135,790단위 가운데서 64,508단위만이 실제로 사용되어 47.6%의 이용률을 보이고 있다(厚生労働省, 2004c: 256).

개혁 정책의 일환으로 간주될 수 있다.

### 3) 장기간병서비스분야의 시장화

공적개호보험의 도입과 함께 장기간병서비스분야에서 나타난 근본적인 변화는 영리기업들의 진입이 허용되었다는 것이다. 과거 장기간병서비스분야는 ‘措置制度’라고 하여 정부가 직접적으로 서비스 제공기관에 대해 보조금을 지급하거나 서비스 제공기관으로부터 서비스를 구입하여 수급자들에게 분배하는 형태로 운영되었었다. 이러한 제도적 틀 속에서는 장기간병서비스 제공기관들이 모두 비영리단체이거나 공공단체였으며, 장기간병서비스분야는 전적으로 공적인 성격을 지니고 있었다.

이러한 변화가 발생하게 된 이유로 정부가 들고 있는 것은 과거의 제도에서는 수급자들이 서비스 제공기관을 선택할 자유가 없었고 바로 이러한 이유 때문에 서비스 제공기관들의 운영효율성이 매우 낮았다는 것이다. 이런 점에서 영리기업의 진입 허용은 수급자들의 이익을 위한 조치였다고 주장되고 있다. 영리기업의 진입 허용조치로 인해서 수급자들이 어느 정도나 혜택을 보았는가 하는 것은 또 다른 연구의 대상이다. 다만 여기서 지적하고 싶은 것은 그러한 조치로 인해서 장기간병서비스분야에서 비영리단체와 공공단체의 비중이 점차 줄어드는 반면 영리기업의 비중은 급속하게 늘어나고 있다는 사실이다. 공적개호보험의 도입과 함께 수급자들이 필요한 서비스를 시장에서 구입하게 됨으로써 장기간병서비스는 상품이 되었고 장기간병서비스 제공기관들의 우선적인 관심은 노인들의 생활향상 및 사회통합이 아니라 경쟁력과 영리추구로 옮겨가게 된 것이다.

<표 1>은 영리기업들의 비중이 장기간병서비스 각 분야에서 얼마나 빨리 증가하고 있는가를 보여 준다. 예를 들어서 장기간병서비스 가운데 가장 일반적으로 이용되고 있는 방문개호의 경우 영리기업의 비중은 공적개호보험이 시행되고 6개월이 지난 2000년 10월에는 전체 업체 가운데 30.3%에 불과했지만 2003년 10월에는 44.8%로 크게 증가하였다. 같은 기간 전체 업체수가 9,833개에서 15,701개로 늘어났기 때문에 영리기업체의 숫자는 2000년 10월의 2,979개에서 2003년 4월에는 7,034개로 두 배 이상 증가하였다. 다른 분야에서도 비슷한 현상이 나타나고 있으며, 특히 통근개호 분야에서는 영리기업의 비중이 45%에서 19.1%로 네 배 이상 증가한 것으로 나타났다. 또한, 1980년대에 영리기업의 참여가 허용된 복지용구대여분야는 2000년 10월에는 그 비중이 80%를 넘었고 2003년 4월에는 90%에 육박하고 있다. 업체수로 본다면 영리기업은 2,218개에서 6,126개로 세 배 가까이 증가한 것이다.

이에 반해서, 공공단체의 비중은 지속적으로 감소하고 있다. 예를 들어서, 방문개호에서 공공단체가 차지하는 비중은 2000년에 6.6%였으나 2003년에는 1.5%로 크게 줄어들었다. 방문목욕과 재택개호지원도 사정은 마찬가지로 같은 기간 동안 8.6% 및 12.2%에서 2.0% 및 4.6%로 급속하게 감소하였다. 특히 통근개호의 경우에는 2000년 22.2%로 영리기업에 비해 4배 정도 높았지만 2003년에는 3.6%로 극감하여 영리기업의 1/5수준으로 떨어졌다. 전체적으로 볼 때 영리기업이 장기간병서비스분야의 급성장을 주도하는 가운데 공공단체는 상대적으로뿐 아니라 절대적으로도 감소하고 있다.

다른 자료에 따르면, 전체적으로 재택개호서비스 사업자의 숫자는 2000년 7월의 33,100개에서 2004년 4월에는 55,660개로 22,560개 증가하였으며, 그 가운데서 영리기업의 숫자는 10,222개에서 24,795개

로 14,573개 더 늘어났다. 전체 사업자의 숫자가 68% 늘어난 데 반하여 영리기업의 숫자는 143%나 더 늘어난 것이다. 채택개호서비스 사업의 운영주체별로 본다면, 2000년 7월을 100으로 할 때 2004년 4월 현재 영리기업은 243으로 크게 높아진 반면에, 사회복지법인은 122로 약간 증가하였고 지방공공단체는 93으로 오히려 감소하였다. 이에 따라 전체사업자 가운데 영리기업의 비율은 31%에서 45%로 급증하게 되었다(厚生労働省, 2004b: 55). 이러한 증가속도로 미루어 볼 때 멀지 않은 장래에 장기간 병서비스분야에서 민간영리기업이 지배적인 지위를 차지하게 될 것이며, 이와 같이 장기간병서비스분야의 시장화가 급속하게 촉진되었다는 점에서 공적개호보험은 신자유주의의 특징을 지닌 사회정책으로 평가될 수 있다.

<표 1> 장기간병서비스분야에서의 영리기업 및 공공단체의 비중 변화 추이

(단위: 개, %)

사업명	2000. 10.			2002. 10.			2003. 10		
	업체수	영리기업	공공단체	업체수	영리기업	공공단체	업체수	영리기업	공공단체
방문개호	9,833	30.3	6.6	12,379	36.1	2.1	15,701	44.8	1.5
방문목욕	2,269	23.1	8.6	2,329	25.1	2.1	2,474	28.7	2.0
방문간호	4,730	6.0	8.4	4,996	9.2	7.2	5,091	10.9	6.8
통근개호	8,087	4.5	22.2	10,534	12.8	4.6	12,498	19.1	3.6
단기보호	4,515	0.6	13.6	5,160	0.5	6.5	5,439	0.9	5.8
복지용구대여	2,685	82.6	1.6	4,114	83.3	1.0	5,016	87.0	0.3
채택개호지원	17,176	18.1	12.2	20,752	20.5	5.7	23,184	26.0	4.6

주) 공공단체에는 지방공공단체와 사회보험관계단체가 포함

출처) (厚生労働省 2000; 厚生労働省 2001a; 厚生労働省 2003; 厚生労働省, 2004a)

이와 같이 영리기업이 지배적으로 되어가고 있다고 하는 것이 과연 신자유주의의 주장대로 장기간 병서비스분야의 운영효율성의 향상과 그에 따른 수급자의 이익증진에 기여할 것인가? 이에 대해서 정확한 평가를 내리기는 어렵다. 다만 분명한 것은 영리기업은 공공단체나 비영리단체에 비해서 볼 때 이윤율이 크게 높으며, 그러한 높은 이윤율은 서비스수준의 저하와 깊은 관계가 있다는 것이다. 예를 들어서, 2002년 4월 현재 정부보조금 수입을 포함하여 방문개호에 종사하는 업체들의 평균이윤율이 0.6%였고 지방공공단체와 사회복지기관(사회복지협의회 소속의 사회복지법인)의 이윤율이 -18.1% 및 -7.7%를 기록했는데 반해서, 영리기업의 이윤율은 9.5%였다(厚生労働省, 2002c).

영리기업의 이윤율이 높은 것은 주로 장기간병서비스에 대한 지출의 억제에서 연유한다.<sup>10)</sup> 사회복

10) 2002년 4월 현재 방문개호서비스분야의 한 업체당 이용자의 숫자 및 월수입(보조금을 제외한 개호 서비스 수입) 현황은 영리기업 83.3명 및 419만엔, 지방공공단체 38.8명 및 159만엔, 그리고 사회복지기관 78.2명 및 287만엔이었다. 따라서 이용자 일인당 월수입은 영리기업이 5만엔인데 반해서 지방공공단체는 4만엔, 그리고 사회복지기관은 3만7천엔 정도가 된다(厚生労働省, 2002c). 개호서비스의 모든 항목들에 대한 가격이 일률적으로 정해져있다는 점을 감안하면 영리기업은 개호등급이 높은(따라서 이용시간이 많은) 이용자들을 주요공략대상으로 했거나, 다른 업체들에 비해서 이용자의 개호서비스 이용을 보다 적극적으로 유도한 것이 된다. 영리기업의 높은 이윤율은 수입부문에서의 이러한 차이에서도 연유한다. 이와 함께, 이러한 자료가 보여주는 것은 장기간병서비스분야에서 영리기업의 지배력이 확대되면 될수록 경제적 지위가 낮은 수요자들은 장기간병서비스 이용

지기관과 지방공공단체가 총수입의 91.1% 및 115.3%를 서비스 제공에 사용한 반면에, 민간영리기업은 총수입의 단지 73.8%만을 서비스제공 비용으로 지출하고 있는 것이다. 이것은 영리기업들이 노동 집약적인 장기간병서비스 분야에서 노동비용을 줄인 결과이며, 노동비용의 절감은 장기간병서비스 노동자들의 임금을 삭감하고 비정규직 근로자들을 확대함으로써 가능한 일이었다. 현재 장기간병서비스 분야의 비정규직 비율은 약 36~38%로서 이는 일본사회의 평균비율에 비해 거의 10% 높은 수치이다. 특히 재택개호서비스분야에서는 그 비율이 41.6%에 이르는 것으로 조사되었다.<sup>11)</sup>

비영리단체와 공공기관의 비정규직 비율이 상대적으로 낮은 데 반해서 영리기업의 비정규직의 비율이 높다는 것은 장기간병서비스 분야에서 2위를 점하고 있는 콤포스(Compson)사의 경우를 보면 잘 알 수 있다. 2000년 4월 현재 그 회사의 비정규직 인원은 15,000명으로서 정규직 근로자 4,400명의 3배를 넘고 있다(舟場正富·齋藤香里, 2003: 293). 위에서 서술한 대로 재택개호서비스분야의 비정규직 비율이 40%를 약간 넘는다는 것을 감안한다면 민간영리기업의 비정규직 비율은 지나치게 높은 것이다. 이와 같이 영리기업의 높은 이윤율은 노동조건을 악화할 수 있는 요인이었으며, 이러한 노동조건 악화는 제공되는 장기간병서비스 수준의 저하로 이어진다. 장기간병서비스분야에서의 영리기업의 지배력 확대는 수급자에게 불리한 결과를 초래하는 것이다.

#### 4) 국가의 재정부담 감소와 개인의 재정부담 증가

일반적으로 사회보장재정은 국고(일반조세 및 목적세), 지방정부부담금, 사회보험기여금(사회보험료), 서비스이용자 본인부담으로 구성된다. 시민들의 사회생활에서 국가의 책임을 줄이고 개인의 책임을 늘리려는 신자유주의 복지정책은 사회보장재정에서 차지하는 국가의 부담비율을 낮추고 개인의 부담비율을 높이려고 한다. 따라서 공적개호보험의 성격을 규명하기 위해서는 공적개호보험의 도입 이후 각 주체들의 재정부담비율에 어떤 변화가 발생했는가를 분석할 필요가 있다.

<표 2>에서 보듯이, 일본 후생성의 추계에 따르면 2000년도의 장기간병 관련 비용은 공적개호보험이 시행되지 않았을 경우 3조 7,600억엔이며, 이 가운데서 의료분야인 노인보건제도에서 2조 2,700억엔이 지출되고 복지분야인 고령자복지제도에서 1조 4,900억엔이 지출되었을 것이라고 한다(朝日新聞 2000.3.19).<sup>12)</sup> 이 액수들의 비용분담은 다음과 같이 되었을 것이다. 우선, 노인보건제도에서는 본인부

에 제한을 받을 가능성이 높아진다는 것이다.

11) 참고로, 한 조사에 따르면 2002년 가을 현재 재택개호서비스분야의 직원구성은 정규직 58.4% 및 비정규직 41.6%였으며, 비정규직 가운데서 12.5%가 상근직, 15.2%가 시간제 15.2%, 그리고 13.9%가 등록형(근무하는 소정 노동시간을 장기적으로 고정하지 않은 채 주로 이용자가 요청하는 시간에 맞추어 근무하는 형태로서 비정규직 가운데 가장 노동조건이 열악함이었다고 한다. 이들의 보수는 시간당으로 환산하면 정규직 1.112~1.579엔인데 반해서 비정규상근 783~974엔, 시간제 866~964엔, 등록직 718~1.016엔이라고 한다(小林謙一, 2004: 41, 49). 또 다른 조사에 따르면, 방문개호분야만을 대상으로 할 때 한 업체당 근로자 9.2명 가운데서 5.0명(54.3%)이 비상근근로자였으며, 방문목욕은 4.5명 가운데 1.4명(31.1%), 방문간호는 4.2명 가운데 1.2명(28.6%), 그리고 통근개호는 6.7명 가운데 2.1(31.3%)명이 비상근근로자였다(厚生労働省, 2004a).

12) 이 수치는 (MHLW, 2000)의 것과 일치하며, 이런 점에서 근거가 분명한 수치라고 할 수 있다. 여

담이 1,657억엔(7.3%)이고, 의료보험자가 1조 522억엔(46.4%)을 부담하며, 나머지는 중앙정부와 지방정부가 각각 7,014억엔(30.9%) 및 3,507억엔(15.4%)씩 부담한다.<sup>13)</sup> 다음에, 고령자복지제도에서는 본인부담이 1,700억엔(11.4%)이고, 중앙정부와 지방정부가 각각 6,600억엔(44.3%)씩 부담했을 것이다.<sup>14)</sup> 결국, 장기간병 관련 비용 3조 7,600억엔은 본인부담 3,357억엔(8.9%), 의료보험자 1조 522억엔(28.0%), 중앙정부 1조 3,614억엔(36.2%), 그리고 지방정부 1조 107억엔(26.9%)씩 분담되었을 것이다.

2000년 4월에 공적개호보험이 도입되면서 장기간병서비스가 확대되었다. 정부의 추계에 따르면, 2000년도의 공적개호보험의 비용총액은 4조3,000억엔이라고 한다. 이 금액 가운데서 5,000억엔(11.6%)은 본인부담이고 나머지 3억8,000억엔은 개호보험료 1조9,000억엔(44.2%), 중앙정부 9,500억엔(22.1%), 지방정부 9,400억엔(22.1%)씩 부담하도록 되었다(朝日新聞 2000.3.18).<sup>15)</sup>

기서 노인보건제도는 70세 이상 고령자를 대상으로 하는 의료서비스로서 최근에는 10%의 정률부담이 부과되고 있지만 공적개호보험이 도입될 당시에는 약간의 정액부담만이 부과되었다. 노인보건에 대한 지출액은 1999년 11조8천억엔이었으며, 본문에 제시된 2조2,700억엔은 노인보건 가운데서 장기간병과 관련이 있는 하위분야(방문간호, 노인보건시설, 장기입원 등)에 지출될 비용인 것으로 보인다. 고령자복지제도는 각종 형태의 재택서비스(방문개호, 단기입스, 주간보호 등)와 시설서비스(特別養護老人ホーム 등 일상생활을 독립적으로 영위하는 데 어려움이 있는 노인들을 장기적으로 입소시켜 보호하는 시설)를 포함하며, 본문에 제시된 1조4,900억엔은 이 두 분야를 비롯한 장기간병 관련 서비스에 지출될 비용일 것이다.

- 13) 노인보건제도는 본인부담을 뺀 총비용 가운데서 정부(중앙 및 지방)가 30%를 부담하고 의료보험자가 70%를 부담하지만, 노인보건 가운데서 장기간병 관련분야의 비용은 중앙정부 1/3, 지방정부 1/6, 의료보험자 1/2씩 부담하도록 되어 있다. 본문에 제시된 본인부담 비율은 1999년 노인보건 예산 총액(11조8천억엔) 가운데서 본인부담(8,597억엔)의 비율을 그대로 사용하였다(社會保障統計年報, 2003: 384).
- 14) 고령자복지제도의 본인부담 비율은 현실적으로 정확한 수치를 파악할 수 없기 때문에 다음과 같은 절차를 밟아서 개략적으로 산출하였다. 고령자복지제도는 소득수준에 따라 본인부담액이 결정되며, 재택개호서비스와 시설개호서비스 등 서비스의 종류에 따라 본인부담이 크게 다르다. 전자의 경우 1996년 현재 방문개호 이용자의 83.1%는 본인부담이 없었으며 7.9%가 월 5,000엔 미만, 3.7%가 월 5,000-1만엔, 2.6%가 1만엔 이상 등이었다(厚生労働省, 1996). 여기서 각 비용등급의 중간치를 잡아서 방문개호 이용자의 월평균부담액을 구하면,  $(83.1 \times 0) + (7.9 \times 2,500) + (3.7 \times 7,500) + (2.6 \times 15,000) = 86500/100 = 865$ 엔이 된다. 1996년도의 방문개호 비용 총액이 880억엔이고 이용자가 228,992세대이므로 한 세대당 방문개호 비용총액은 월 32,000엔이다. 따라서 방문개호 총비용 가운데 이용자부담의 비율은 2.7%이며, 이 비율이 재택개호서비스 전체의 본인부담 비율과 같다고 가정하면 재택개호서비스의 본인부담액은 61억엔(재택개호서비스 비용총액 2,270억엔에 본인부담률 2.7%를 곱한 수치)이 된다. 다른 한편, 시설개호서비스는 주로 특별양호노인홈을 지칭한다. 이 시설은 일인당 한달 총비용 27만엔 가운데서 45,000엔(식비포함)이 본인부담이기 때문에((厚生労働省, 1999) 전체 비용에 대한 본인부담의 비율은 16.7%이며, 시설개호서비스 전체의 본인부담액은 618억엔(시설개호서비스 비용총액 3,700억엔에 본인부담률 16.7%를 곱한 수치)가 된다. 결국, 1996년도 고령자복지제도의 총비용 5,972억엔 가운데서 본인부담 총액은 679억엔이며, 본인부담률은 11.37%가 된다.
- 15) 이러한 수치들은 2000년도 전체에 대한 예상치였으며, 공적개호보험이 4월부터 시행되었기 실제로는 총비용이 3조 6,300억이었다. 이 가운데서 본인부담 4,000억을 뺀 3조 2,300억엔은 개호보험료 1조 6,000억엔, 중앙정부 8천억엔, 지방정부 8천억엔씩 분담되었다(厚生労働省, 2001c). 이와 함께, 시민들의 반발에 따른 노인들의 보험료 감액 및 유예 조치로 인해 실제로는 중앙정부의 부담이 더 늘어났다.

&lt;표 2&gt; 장기간병 비용부담의 변화

(단위: 억엔, %)

	기존 제도			공적개호보험
	노인보건	고령자복지	합계	
총비용	22,700(100.0)	14,900(100.0)	37,600(100.0)	43,000(100.0)
본인부담	1,657(7.3)	1,700(11.4)	3,357(8.9)	5,000(11.6)
의료보험	10,522(46.4)	-	10,522(28.0)	-
개호보험	-	-	-	19,000(44.2)
중앙정부	7,014(30.9)	6,600(44.3)	13,614(36.2)	9,500(22.1)
지방정부	7,014(15.4)	6,600(44.3)	10,107(26.9)	9,500(22.1)

전체적으로 보면, 공적개호보험의 도입으로 인해서 장기간병 관련 사회보장비용은 3조 7,600억엔에서 4조 3,000억엔으로 5,400억엔 증가하였다. 공적개호보험 도입 이전과 이후의 각 주체별 재정분담액수 및 비율의 변화는 다음과 같다. 본인부담은 3,357억엔(8.9%)에서 5,000억엔(11.6%)으로 액수와 비중이 모두 약간씩 증가하였다. 사회보험료는 의료보험료 1조 522억엔(28.0%)이 전액 삭감된 대신에 개호보험료가 1조 9,000억엔(44.2%) 새롭게 부과됨으로써 금액으로는 8천억엔 이상, 그리고 비율의 측면에서는 16% 이상 급증하였다. 이에 반해서, 지방정부(광역단체 및 기초단체)는 1조 107억엔(26.9%)에서 9,400억엔(22.1%)으로 액수와 비중 모두 약간 감소하였고, 중앙정부는 1조 3,614억엔(36.2%)에서 9,500억엔(22.1%)으로 금액으로는 4천억엔 이상, 비율의 측면에서는 14% 이상 감소하였다.

이와 같이 공적개호보험의 도입으로 인해서 사회보장재정에 대한 국가의 책임은 크게 감소한 반면에 개인들의 부담은 크게 늘어났다. 일반시민들은 이용자 본인부담을 더욱 많이 납부해야 할 뿐 아니라 사회보험료도 더 많이 지불하게 된 것이다.<sup>16)</sup> 공적개호보험의 도입과 함께 장기간병서비스가 확대되고 장기간병 관련 사회보장비용이 증가하였다는 점에서 공적개호보험은 여성단체들이 주장했고 일본정부가 표방했던 이른바 ‘개호의 사회화’의 실현수단이 되는 듯이 보인다. 그렇지만, 그러한 ‘개호의 사회화’는 장기간병이라는 사회적 위험의 보장에 대한 국가의 책임 감소와 일반시민들의 새로운 부담 증가에 기초하고 있으며, 이런 점에서 공적개호보험의 도입은 진정한 의미에서의 사회보장제도의 확대라고 볼 수 없다.

16) 2001년의 공적개호보험의 재정구성을 보면, 총 비용 약 4조8천억엔에서 이용자 부담액 5,600억엔을 뺀 4조2,100억엔 가운데서, 중앙정부 및 지방정부 지원액이 2조 1천억엔(50%)이고 보험료가 2조 1천억엔(50%)이었다. 보험료는 65세 이상 노인을 대상으로 하는 제 1호 피보험자 보험료 7,200억엔(17%)과 현역근로세대를 대상으로 하는 제 2호 피보험자 보험료가 1조4천억엔(33%)으로 구성된다(伊藤周平, 2001: 29). 이러한 비용부담 비율은 일정하게 유지되어, 2004년의 개호보험 비용구성은 총비용 6조1천억엔에서 이용자부담 6천억엔을 뺀 5조5천억엔 가운데서 국고 및 지방정부 2조 7,300억엔(50%), 보험료 2조7,300억엔(50%)이며, 보험료는 다시 제 1호 보험료 9,800억엔(18%) 및 제 2호 보험료 1조7,400억엔(32%)이었다(厚生労働省 2004b: 148).



## 5. 맺음말

1970년대 중후반 이른바 복지국가 위기의 시대 이후 전 세계적으로 각광을 받게 된 신자유주의는 개인의 자유를 최대한 보장하고 경제성장을 촉진하기 위해서는 복지국가가 해체되고 시장에 대한 국가의 개입이 최소화되어야 한다고 주장한다. 이러한 신자유주의의 관점에서 볼 때 사회보장제도의 완전민영화가 가장 바람직하지만, 현실적으로는 각종 사회보장제도를 둘러싼 이해관계를 완전히 무시할 수 없기 때문에 신자유주의는 복지전달체계의 민영화, 사회복지서비스 영역에서의 경쟁체제 도입, 사회보장재정에 대한 국가부담의 축소 등의 점진적인 방법을 채택한다. 그리고 이러한 사회개혁들은 시민생활에서의 시장의 역할 증가와 사회 불평등의 확대라고 하는 신자유주의가 선망하는 사회적 결과들은 산출한다.

본문에서 서술한 공적개호보험의 특징들은 다음과 같은 것들이었다. 첫째, 공적개호보험은 그 보험료체계를 고소득층에게 유리하도록 설정하였으며 이용자부담의 신설 내지는 확대를 통해서 저소득 노인층의 장기간병서비스에 대한 접근성을 과거에 비해 크게 제한하였다. 둘째, 공적개호보험은 장기간병분야에 영리기업의 참여를 촉진하고 시장경쟁체제를 급속하게 도입하여 장기간병서비스의 공공성을 약화시켰다. 셋째, 공적개호보험은 이용자부담과 함께 일반시민들의 보험료 부담을 증가시킨 반면에 장기간병 관련 사회보장제도에 대한 국가의 재정부담을 감소시켰다. 이러한 조치들은 공평과 효율이라고 하는 시장원리를 반영한 것들로서 공적개호보험이 신자유주의 사회개혁과 같은 맥락에 있는 것임을 보여준다.

사회보험으로서의 공적개호보험은 사회보장제도의 확대로 비취질 수 있기 때문에 공적개호보험을 신자유주의 사회개혁의 일환으로 보기 어려울 수도 있다. 그렇지만, 공적개호보험은 일반적인 사회보험들과는 달리 고용주부담을 크게 증가시키지 않았고(고용주부담은 전체 비용의 약 15%) 소득수준에 따른 적절한 보험료부담체계를 갖고 있지도 않다. 또한, 공적개호보험은 장기간병이라는 위험에 대한 보장보다는 국가의 사회보장재정 부담 감소와 개호보험제도의 재정안정 등의 재정상의 고려를 우선시하고 있다. 이러한 사실들로 미루어 볼 때, 공적개호보험은 새로운 사회보험의 도입이기는 하지만 소득재분배와 사회통합의 증진을 목적으로 하는 진정한 의미의 사회보장제도의 확대라고는 할 수 없다.

현재 우리나라에서는 가칭 ‘노인장기요양보장제도’의 도입 방안이 활발하게 논의되고 있다. 노령화의 급진전과 사회적 부양의 당위성의 차원에서 장기간병 관련 사회보장제도의 도입이 필요할 수는 있다. 그렇지만, 현재 마련되고 있는 ‘공적노인요양보험’ 시안은 기본적으로 일본의 공적개호보험을 답습하고 있는 것으로서 이 논문에서 제시한 바에 따르면 자칫 사회보장제도의 충실화와 거리가 있을 수도 있다. 제도는 일단 도입되고 나면 수정하기가 힘들다는 점에서 충분한 시일을 두고 연구하여 제대로 된 장기간병 관련 사회보장제도를 만들어 낼 필요가 있다.

## 참고문헌

- 김미숙. 2003. “일본의 공적개호보험제도의 문제점과 과제”. 『노인복지연구』 21권. pp. 239-261.
- 박광준. 1997. “일본의 개호보험도입의 논의”. 『한국사회복지정책논총』 제 9집.
- 이숙중. 2000. “일본의 복지개혁: 개호보험과 연금개혁을 중심으로”. 현대일본학회. 『일본연구논총』. pp. 375-412.
- 정형선. 2002. “일본 노인보건 및 개호보험 재원분담구조의 변화”. 『보건경제연구』 8권 2호 pp. 19-36.
- 조영훈. 2002. “신자유주의 복지정책의 이론과 현실”. 『현상과 인식』. 26권3호. pp. 95-118.
- . 1997. “일본 공적개호보험 도입의 문제점”. 『경제와 사회』 34권. pp. 173-192.
- 최무현·김경희. “일본의 복지레짐의 성격 변화: 개호보험의 도입을 중심으로”. 『한국행정학보』 38권5호. pp. 303-325.
- 岡本祐三. 2000. 『介護保険の教室』. 東京: PHP.
- 武智秀之. 2003. “社会保障改革と官僚制”. 武智秀之(編). 『福祉國家のガヴァナンス』. 京都: ミネルヴァ書房.
- 丹羽幸一. 2000. 『IT醫療革命』. 東京: 東洋經濟新報社.
- 渡邊治. 2001. 『構造改革』で日本は幸せになるのか?. 東京: 萌文社.
- 渡邊治 외. 2000. 『どうする日本の福祉』. 東京: 青木書店.
- 三浦丈夫·竹内孝仁. 2001. 『介護サービスの基礎知識』. 東京: 自由國民社.
- 小林謙一. 2004. “介護職員の雇用形態の多様化と人事・給與管理”. 『大原社會問題研究所雜誌』 548호. pp. 39-55.
- 阿部敦. 2003. 『社会保障政策從屬型ボランティア政策』. 大坂公立大學共同出版會. 連合. 1995. “新しい介護システムについての基本的考え方”. 『賃金と社会保障』. 1164호에 재수록.
- 二宮厚美. 2002. 『日本經濟の危機と新福祉國家への道』. 東京: 新日本出版社.
- 伊藤周平. 2001. 『介護保険を問いなおす』. 東京: ちくま新書.
- . 2000. 『介護保険と社會福祉』. 京都: ミネルヴァ書房.
- 朝日建二. 2001. 『醫療改革を見る40のポイント』. 東京: 大月書店.
- 舟場正富·齋藤香里. 2003. 介護財政の國際的展開. 京都: ミネルヴァ書房.
- 芝田英昭. 2001. “福祉の市場化の實像”. 『賃金と社会保障』. 1302호. pp. 60-70.
- 淺井春夫. 2002. 『市場原理と弱肉強食の福祉への道』. 東京: あげび書房.
- 村上貴美子. 1996. “公的介護保險構想の背景”. 西川克己(편). 『公的介護保險制度の今日の時点』. 東京: 小林出版.
- 總務省. 2002. “介護保險の運營狀況に關する 實態調査結果に基づく 勸告”. (厚生勞働省, 2002b: 14-21)에 게재.
- 橫山壽一. 2003. 『社會保障の市場化・營利化』. 東京: 新日本出版社.
- 厚生勞働省. 각년도 『介護保險事業狀況報告』.
- \_\_\_\_\_. 1996. 『在宅高齢者福祉サービス利用料等實態調査』. (阿部敦, 2003: 258)에서 재인용.
- \_\_\_\_\_. 1999. 『介護保險制度Q&A』.
- \_\_\_\_\_. 2000. 『平成11年訪問看護統計調査の概況』.
- \_\_\_\_\_. 2001a. 『平成12年介護サービス施設・事業所調査の概況』.

- \_\_\_\_\_ . 2001b. 『介護労働実態調査中間結果報告』 .
- \_\_\_\_\_ . 2001c. 『平成12年度介護保険事業状況』 .
- \_\_\_\_\_ . 2002a. 『全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長會議資料』 .
- \_\_\_\_\_ . 2002b. 『全国介護保険擔當課長會議資料』 .
- \_\_\_\_\_ . 2002c. 『介護事業經營實態調査結果』 .
- \_\_\_\_\_ . 2003a. 『平成14年介護サービス施設・事業所調査結果速報』 .
- \_\_\_\_\_ . 2003b. 『第20回社會保障審議會介護給付費分科會資料』 .
- \_\_\_\_\_ . 2004a. 『平成15年介護サービス施設・事業所調査結果の概況』 .
- \_\_\_\_\_ . 2004b. 『第14回社會保障審議會介護保險部會資料』 .
- \_\_\_\_\_ . 2004c. 『全国介護保険擔當課長會議資料』 .

MHLW(Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan). 2000. "The Current Status of Long-Term Insurance Scheme in Japan". *Room Document Submitted to OECD Working Party on Social Policy*(October, 2000) (정형선, 2002: 31-32)에서 재인용

Berry, J. M. 1984. *The Interest Group Society*. Boston: Little Brown.

Eto, Mo. 2001a. "Public Involvement in Social Policy Reform: Seen from the Perspective of Japan's Elderly-Care Insurance Scheme". *Journal of Social Policy*. 30(1). pp. 17-36.

. 2001b. "Women's Leverage on Social Policymaking in Japan". *Political Science & Politics*. 34(2). pp. 241-246.

Friedman, M. and R. Friedman. 1980. *Free to Choose*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Hayek, Friedrich von. 1976. *Law, Legislation and Liberty*, Vol. II. London: Routledge and Kegan.

Pampel, F. and J. Williamson. 1989. *Age, Class, Politics, and the Welfare State*. New York: Cambridge University Press.

Peng, Ito. 2003. "Gender, Demography, and Welfare State Restructuring in Japan". K. Marshall and O. Butzbach(eds). *New Social Policy Agendas for Europe and Asia*. Washington, D.C.: World Bank.

## The Introduction of the Japanese Public Long-Term Care Insurance as a Neo-Liberal Social Reform

Cho, Young-Hoon  
(Dong-Eui University)

Japan has remained a welfare laggard among advanced industrial democracies. Therefore, the introduction of the public long-term care insurance(koteki kaigo hoken in Japanese) in April of 2000 looks very unique in terms of the Japanese social security tradition, because it can be interpreted as the expansion of social security system and the weakening of the market power over the livelihood of the ordinary people. In the era of globalization, in which even the highly developed welfare states are forced to shrink their social security systems, Japan, a welfare laggard, looks like being headed to the opposite direction.

This article aims to define the character of the public long-term care insurance, and thereby, to evaluate the recent social policy of the Japanese government. This study follows the social democratic model in the study of the welfare state development, which assumes that, under the condition of a weak social democratic party and a fragmented labor movement, the introduction of the long-term care insurance is not equal to the improvement of the Japanese social security system.

The main argument of this article is that the long-term care insurance, notwithstanding its appearance as an expansion of public sphere, is part of market-oriented neo-liberal social reforms, which have remained the main feature of the Japanese social policies since the mid-1970's. For this, this study will do a longitudinal analysis on the social consequences of the long-term care insurance incurred to the Japanese social security system for the long-term care, focusing on the income redistribution, the marketization of long-term care sector and the changes in the financial burden of the government, social insurers and general citizens.

Key words: social democratic model, neo-liberal social reform, marketization, medical insurance

[접수일 2005. 2. 18. 게재확정일 2005. 5. 2.]