

- Leham, H. C. (1962). The creative production rates of versus past generations of scientists. *Journal of Gerontology*, 17, 409-417.
- Makinodan, T. (1977). *Immunity and aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schaie, K. W., & Strother, C., R. (1968). The effects of time and cohort differences on the interpretation of age changes in cognitive behavior. *Multivariate Behavioral Research*, 3, 259-294.
- Shock, N. (1977). *Biological theories of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology
1997, Vol. 6, 111-130

일본 공적개호보험제도의 구상배경 및 논의과정

엄기욱

광주여자대학교 사회복지학과

목 차

- I. 머리말
- II. 새로운 사회보장체계의 구상배경
- III. 공적개호보험제도 도입의 구체화 과정
- IV. 맺는 말
- 참 고 문 헌

I. 머리말

19세기 후반 독일에서 사회보험제도가 입법화된 이후 대부분의 선진국가들은 노후소득보장, 질병이나 질환 및 각종 재해, 실업 등에 대한 대처로서 노령연금보험, 의료보험, 산재보험, 고용보험 등의 사회보장제도를 만들어 각종 복지서비스를 제공하고 있다. 우리 나라는 선진국가들의 수준과 비교한다면 1세기 정도 늦었지만, 1960년대부터의 경제성장과 그에 따른 국민생활 수준과 복지욕구 증대, 노후생활에 대

이 논문에 관한 일체의 서신 왕래는 (우) 506-053 광주광역시 광산구 산정동 165번지 광주여자대학교 사회복지학과 엄기욱 교수 앞으로 하시기 바랍니다.

한 불안감 등의 영향으로 기본적인 사회보장체제를 갖추기 시작했다. 그러나 국민연금은 아직 적용범위를 전국민으로 확대하지 못하고 있으며, 고용보험 또한 시행 초기단계이며, 전국민을 대상으로 하고 있는 의료보험은 운영방식을 두고 이익집단 간의 끊임없는 대립상태에 놓여 있다.

한편 선진국가들은 1970년대에 보수정치세력의 등장과 복지국가 위기론 속에서 복지예산 축소, 지방자치단체 역할 및 지역주민의 복지 참여 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 있다. 곧 지금까지의 사회보장체제는 노인부양 및 보호의 한계성을 드러내고 있다. 따라서 독일은 고령자에 대한 복지서비스와 개호를 목적으로 하는 제5의 사회보험제도인 공적개호보험법(Social Care - Insurance Law)을 20여년 간의 논의끝에 1994년 5월 제정하여 1995년 1월부터 단계적으로 실시하고 있다 (土田武史, 1995). 여기에서 개호(介護)란 영문의 care로 표기되나, 일본에서는 다양한 정의가 사용되고 있다. 혹자는 개호를 사람과 사람과의 사이에서 일상생활상 신체적, 정신적, 사회적인 곤란에 처할 경우 서로 원조해 주는 상호부조의 의미로 표현하며, 다른 사람은 원조를 필요로 하는 사람에 대한 생활면의 보살핌, 즉 생활에 대한 care라고 했다 (成清美治, 1992).

이와 같은 공적개호보험 도입은 독일 뿐만 아니라 일본도 마찬가지 상황이다. 즉 고령자 개호정책의 재원확보를 위해 1994년 4월 호소가와(細川) 내각은 3%의 소비세를 7%로 인상시키려는 구상을 발표했으나, 대내외적인 거센 반대에 따라 일반 소비세를 통해 재원을 확보하려던 본래의 계획을 수정하여 새로운 사회보험 형태인 공적개호보험 도입을 구상하게 되었다. 이에 따라 노인보건복지 심의회 등 각종 위원회들은 공적개호보험 제도에 관한 구체적 검토와 논의를 시작하게 되었고, 1996년 6월 후생성(厚生省)에 의해 介護保険制度案 大綱이 발표되었다. 그리고 후생성은 공적개호보험제도 법안을 1996년 11월 29일 임시국회에 상정하였고, 1997년 5월 중의원 본회의를 통과시켰다.

독일이 20년간의 논의과정을 통해 창출해 낸 공적개호보험제도를 일본이 5년의 논의과정을 거쳐 제도화시킨 이유는 노령인구의 증가,

노인복지서비스 제공을 위한 기반시설의 미확충에 따른 노인의료비 증가와 의료보험 재정의 압박, 가족 개호부담감의 한계 등이 사회복지의 당면한 긴급과제로 부각되었기 때문일 것이다. 한편 우리 나라는 고령인구가 지금까지 완만하게 증가하고 있으나, 1960년대부터 국가적인 차원에서 추진되어 온 가족계획에 따른 저출산율과 평균수명의 증가, 미혼층의 증가 등에 따라 21세기 초부터 고령인구가 급격히 증가할 것으로 예측되고 있다. 따라서 일본에서 논의되고 있는 공적개호보험에 대한 구상은 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 본고에서는 일본 공적개호보험의 개념과 구상배경, 논의과정을 통하여 공적개호보험 구상의 문제점을 밝혀, 앞으로의 한국 노인복지 정책 발전에 기여하고자 한다.

II. 새로운 사회보장체계의 구상 배경

사회보장의 역사는 빈곤에 처한 자를 구제하는 구빈적 제도 중심의 시대로부터 빈곤이나 생활곤란의 원인별로 대책을 강구하는 보편적 제도의 시대로 발전해 왔다. 선진국들은 구빈행정과는 다른 형태의 노령연금이나 의료보험 등의 제도를 발전시켰다. 이는 산업화 과정에서 필연적으로 발생하는 실업이나 각종 재해에 대한 사회적 책임 증가와 구빈제도 대상자의 증가에 따른 비용을 무시할 수 없기 때문이다. 따라서 빈곤상태에 이르기 전에 빈곤을 예방하기 위한 수단을 강구하는 것이 중요한 사회적 관심사가 되었고, 그 과정은 크게 두가지 과정을 거치면서 발전해 왔다. 하나는 영국이나 북유럽과 같이 보편적인 사업을 행정부가 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. 의료보험의 예를 들면, 영국에서는 공공서비스 방식인 국민보건서비스(NHS)제도가 탄생했고, 독일이나 일본은 의료보험의 경영주체인 보험자에 의한 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 심각해지면서 다시 그 대책이 상이해지고 있다. 북유럽에서는 지금도 생활에 직접 관계되는 문제를 행정부가 보편화된 제도를 통해 대처해 왔기 때문에 고령자에 대한 개호문제나 장애인의 재활, 아동의 보육 등은 행정서비스의 확대나 전환 등으로 대처해 왔다 (一圓みつや, 1996).

그러나 독일이나 일본 등은 전국적이고 보편적인 사회보험에 속하지 않는 개별적인 생활문제는 지방정부가 선별적인 복지제도를 통해 구체화해 왔기 때문에 고령자 개호에 대한 대책을 보편성, 효율성, 공정성을 갖는 제도로 발전시키기 위해서는 전국적으로 통일된 제도를 확립할 필요가 있었다. 이에 대한 구체적 방안으로 제시된 제도가 공적개호보험이다. 즉 공적개호보험이란 요개호상태가 되었을 때 사회보험 방식을 이용해 현물이나 현금 급여 또는 이들을 합한 개호급여 비용을 부담하는 제도이다. 다시 말해서 사회보장의 한 형태인 사회보험방식을 통해 노령에 따른 장애나 치매, 질환 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 복지개념으로 목적·수단상 자립자조(self help)가 아닌 이념 목표상의 독립생활 (independent life)을 위한 자립(independence)을 의미한다. 따라서 자립은 먼저 이용자의 의사와 선택존중, 자립가능성이 중시되어야 한다.

1. 사회복지정책의 한계

1945년 태평양전쟁의 패전이후 연합군의 정책적 유도에 의해 구축된 일본의 사회복지 기본체제는 1989년까지 그 기본 골격을 그대로 유지했다. 즉 일본을 점령한 연합군 총사령부의 강력한 유도에 따라 공적부조를 국가의 책임에 의해 실시한다고 하는 “국가책임원칙”, 구제에 관해서는 차별적이나 우선적 선별을 해서는 안된다고 하는 “무차별평등원칙”, 그리고 구제액은 생활하는데 충분한 액수여야 한다는 “최저생활보장원칙”의 3원칙이 舊 생활보호법(1946년 제정) 속에 명문

화되어, 생존권 보장을 기본으로 하는 현대적인 복지이념이 제시되었다 (엄기욱, 1996).

그후 아동복지법(1947년)과 신체장애자복지법(1949년)이 제정되어 복지3법 체제에 접어들었는데, 당시 절대 빈곤상태에 대한 복지서비스를 적절하게 제공 또는 실시하기 위해 조치(措置)제도를 도입하게 되었다. 조치제도란 복지서비스 실시가 이용자와 서비스 제공자 간의 사적 계약에 의해 이루어지는 것이 아니라 자격요건을 갖춘 자를 대상으로 행정관청이 필요한 서비스 제공을 결정하는 행정처분이다 (厚生省, 1995). 따라서 지방공공단체는 재가서비스 또는 시설서비스를 불문하고 개인이나 사회복지법인 등에 복지사업을 위탁하고 그에 소요되는 비용을 공적비용에 의해 지원하였다. 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”는 규정에 의해 공적인 지배에 놓이지 않는 민간 사회복지사업에는 공금을 지출할 수가 없었다. 따라서 이 규정을 만족시키기 위해 사회복지사업법(1951년 제정)에 사회복지사업의 범위를 한정시켜 공적인 지배 아래 두었다. 더우기 민간 사회복지사업의 경영주체로서 공공성이 높은 사회복지법인을 창설하고 이에 대한 강력한 규제와 지도감독을 실시하여 공적인 지배 아래 민간사회복지사업을 두게 하는 구조로 확립시켰다.

이러한 구조는 정신박약자복지법(1960년), 노인복지법(1963년), 모자복지법(1964년)이 제정되어 앞의 복지3법과 더불어 복지6법체제에 접어든 이후에도 분야별 대상자 확대 차원 이외의 근본적인 변화가 없었다. 그러나 1980년대에 들어서면서 복지관계 3심의회(三審議會) 합동기획분과회의 보고서 내용에 “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. 이러한 상황 변화에 따라 사회복지 분야에서도 정상화 이념의 고양, 복지욕구의 증대, 다양화, 고도화, 재가복지 서비스의 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 언급되어 있다 (엄기욱, 1996).

이와 같은 상황인식에 적절하게 대응하기 위해 노인복지법 등 복지관계 8법의 일부 개정(1990년)이 이루어졌다. 그 주요한 내용은 가정봉사원파견 등의 재가복지 서비스의 적극적 추진, 특별양호 노인시설 등의 입소결정사무를 町村으로 이양, 市町村 및 都道府縣의 노인보건 복지계획 작성, 노인건강 유지사업 촉진을 위한 전국 규모의 법인 지정, 유료 노인복지시설에 대한 지도감독 강화 등이다 [주: 市町村은 일본의 기초 지방행정조직이며, 都道府縣은 광역 지방행정조직이다]. 특히 1993년 4월 재가복지 서비스와 시설복지 서비스의 기반정비를 주요한 내용으로 하는 노인보건 복지계획이 작성되면서 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 조치제도는 근본적으로 수정되지 않고 그대로 유지되고 있다. 이 제도는 서비스 이용자에게, 1) 본인의 의사에 의해 서비스를 선택할 수 없다, 2) 프라이버시를 침해할 수 있는 소득조사나 가족조사 등을 동반한다, 3) 재정적인 조정에 크게 좌우될 수 있어 예산 확보가 불안정하다, 4) 서비스가 획일적이고 서비스 수준의 향상과 연결되지 않는다, 그리고 5) 보건의료와 제도간의 조정이나 연계를 도모하기 어렵다는 점 등의 한계가 있다. 앞에서 기술한 상황변화에 민감하게 대처할 수 없는 문제점을 안고 있다 (京極高宣, 1995).

2. 고령화의 진전과 요개호대상자의 증대

일본에서 공적개호보험에 대한 논의가 활발해진 가장 큰 이유는 무엇보다도 인구의 고령화와 그에 따른 요개호대상자의 급격한 증가에 있다. 인구고령화율은 <표 1>에 제시된 바처럼 1995년 현재 65세 이상의 고령인구는 1,824만명으로 전체인구에서 차지하는 비율이

14.6%이며, 75세 이상 고령자는 717만명으로 전체인구의 5.7%이다. 일본의 인구구조 추이의 특징은 급격한 고령화의 진전과 저출산화 현상이 뚜렷하다. 일본의 고령인구는 1960년에 이미 우리 나라의 1990년대 중반 수준인 5.7%였으며, 2020년 이전에 전국민의 1/4이 고령자가 될 것이라고 예측되고 있다.

<표 1> 인구구조 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 세	15~64 세	65세+ (75세+)				
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	125,270	18,240	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」

厚生省人口問題研究所, 「日本の將來推計人口」

그러나 개호보험의 수혜대상자가 대부분 75세 이상의 후기고령자라는 점에서 후기고령자의 인구증가를 더욱 주목해야 한다. 즉 고령자에게 있어 요개호대상노인(예: 와상노인, 치매성노인)이 되는 비율은 74세 이하에서는 3.5%였지만, 75세 이상은 6.5%, 80세 이상은 11.5%, 85세 이상은 24.0%로 고령화에 따른 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 치매성 고령자로 파악되고 있다(厚生省, 1994).

한편 예전에는 고령자에 대한 보호기간이 짧았으나 생활수준의 향상이나 의학의 발달 등으로 평균수명이 연장되면서 보호를 필요로 하는 기간도 장기화되고 있다. 따라서 고령자에 대한 보호 및 부양은 생활의 일부분으로 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 않을 수 밖에 없었다.

3. 노인복지재원의 확보

일본은 고도의 경제성장 속에서 1961년 전국민 연금보험과 의료보험 실시, 1963년의 노인복지법 제정에 의해 고령자에 대한 소득보장, 의료보장, 사회복지서비스에 대한 구체적인 실시에 들어갔다. 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(三浦文夫·坂田周一監, 1995). 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 입원이 증가했는데, <표 2>처럼 국민의료비에서 차지하는 노인의료비가 1975년 13.4%에서 1992년 29.5%로 증가하는 현상을 나타냈다. [주: 단적인 예로 현재의 사회복지체계 속에서는 노인병원의 입원은 조치제도에 의한 사회복지시설 입소보다 비용이 적게 든다. 또한 사회복지

지 서비스 정비가 늦어 시설 입소대기 상태에 있는 고령자나 재가 복지서비스를 제공받지 못해 지역에서 생활하기 곤란한 고령자가 의료적인 치료비를 필요로 하지 않는 경우에도 노인병원에 입원하는 경우가 많다.] 일본 정부는 1982년 노인보건법을 제정하여 노인병원 입원 환자의 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 보험재정의 악화는 심각한 상황에 이르렀다. 그러나 절대적인 고령인구의 증가에 대처할 수 있는 근본적 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 도입의 구체화 과정

1. 介護保険制度案 大綱 도출 경과

전술한 바와 같이 일본에서 공적개호보험에 관한 구체적인 논의의 시작은 그리 오래되지 않았다. 그러나 고령자 보건복지대책에 관한 일련의 노력은 소비세 도입과 연계되어 고령자 보건복지 추진 10개년 전략이 책정되는 등 1980년대 후반부터 괄목할 만한 변화를 보였다. 그 예로 1992년 4월 조직된고령사회 복지비전 간담회는 “21세기 복지비전”(1994년 3월)이라는 보고서를 후생성에 제출했다. 이 보고서에서는 21세기 사회복지정책의 기본방향으로 1) 복유럽과 같은 고복지 고부담형이나 발전도상국과 같은 저복지 저부담형이 아닌 일본 독자의 적정급여와 적정부담의 복지사회 지향, 2) 종래의 연금이나 의료중심형 사회보장에서 복지중심형 사회보장으로 전환(구체적으로 사회보험급여의 연금: 의료: 복지 비율을 현재의 5:4:1에서 5:3:2로 재구축), 3) 주민참가나 자원봉사를 포함한 참가형 복지사회의 구축을 제안하였다.

또한 고령자의 개호욕구의 증대와 다양화에 대한 대처로서 기존의 고령자 보건복지 추진 10개년 계획을 수정하여 방문간호나 복지

<표2> 국민의료비와 노인의료비 추이

年次	國民醫療費		老人醫療費		국민의료비 에서 차지하는 노인의료비 비율	노인의료 수급대상자수		1인당 노인의료비	
	증가 율		증가 율			증가 율		증가 율	
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」

주: 1983년 1월 이전은 노인의료비지급제도에 의한 대상자이며, 1983년 2월 이후는 노인보건법에 의한 의료대상자이다. 1983년도 노인의료비에 관해서는 노인보건 제도 창설에 따라 대상자가 증가했기 때문에 전년도와 단순히 비교할 수 없음을 유의해야 한다.

육구의 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.

후생성은 이 제안을 받아들여 후생성 사무차관을 본부장으로 하는 고령자 개호대책본부를 설치하고(1994년 4월), 구체적인 연구를 위한 고령자개호·자립지원 시스템연구회를 구성하여 앞으로의 고령자개호 기본이념과 기본방향에 관한 검토를 개시한 다음 동년 12월에는 최종 보고서를 제출했다. 그 후 정부는 新고령자 보건복지 추진 10개년 전략을 작성했고, 이용자 위주의 자립지원, 보편주의, 종합적서비스 제공, 지역주의를 그 기본이념으로 명시하였다. 이상의 신, 구 고령자 보건복지추진 10개년 전략 정비목표를 비교해 보면 아래 <표 3>과 같다.

이와 같이 새로운 사회보장체제의 필요성과 이를 위해 갖추어야 할 복지기반 정비에 대한 계획이 수립되자, 후생성大臣 자문기구인 노인 보건복지심의회는 1995년 1월 본격적인 제도 도입을 위한 구체화 작업에 들어갔으며, 동년 7월 제1차 보고 1996년 1월 제2차 보고에 이어 1996년 4월 최종보고서를 제출했다. “고령자개호보험제도 창설에 관해서 - 심의 개요·국민의 논의를 깊게하기 위해서-”라는 제목의 최종보고서는 개호보험제도의 기본목표, 개호보험의 이상적 방향, 개호보험제도의 이상적 방향 및 기반정비를 서술하고 있다. 부제에서 알 수 있듯이 국민적 이해와 합의를 도출하기 위해 구체적 내용과 예상되는 사례에 대한 서비스 수준 등에 대한 자료가 제시되어 있다.

介護保險制度案 大綱은 노인보건복지 심의회 최종보고서의 기본 골격을 그대로 유지하고 있다. 그러나 새로운 사회보장체제 구축을 위한 검토는 이미 사회보장제도심의회에서 계속 논의되고 있었다 [주: 사회보장제도 심의회는 사회보장에 관한 조사, 심의 및 권고를 행하는 기관으로 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 임명하여 국회의원 10명, 각계각성 차관 4명, 학계전문가 10명, 그리고 노사, 의학, 치과학, 약학, 기타 사회보험 관계자 10명으로 구성된다]. 일본의 사회보장에 관한 기본이념의 구축

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

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

資料: 厚生省

사회보장제도심의회가 1950년에 사회보장제도에 관한 권고를 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 초점을 맞추었다.

사회보장제도 심의회는 시대적 상황의 변화에 따라 1991년부터 사회보장의 이념, 21세기 사회보장의 기본적 방향 및 사회보장 각 제도를 구체적으로 재검토했다. 그리하여 1995년 7월에는 21세기 고령사회에 알맞는 사회보장체제로 재구축할 것을 사회보장제도 심의회 설치법(제2조 1항) 규정에 의거 권고하기에 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 되어서 현역에서 은퇴한 사람들에게 대한 장기적인 생활을 보장한다는 성격을 지닌다. 이에 따른 상당 부분은 현역에서 일하는 자들에 의해 부담되고 지탱되는데, 이는 그들이 역시 장차 고령화되어 다음 세대의 협력을 통해 생활하게 됨을 의미한다. 그리고 사회보장추진 원칙은 보편성, 공평성, 종합성, 권리성, 유효성에 입각해야 하며 공적개호보험 도입의 당위론으로 주목받고 있는 권리성 문제는 일본 헌법 제25조 제1항에 근거해 모든 국민은 건강하고 문화적인 최저 생활을 영위할 권리가 있다는 내용과 관련되고 있다.

일본에서는 이 규정을 충족시키기 위해 만들어진 생활보호법을 사회보험, 아동수당 등과 더불어 국민의 권리로 이해하고 있다. 사회복지 서비스 등의 급여문제는 권리의 차원에서 미해결의 과제로 남아 있지만, 공적개호보험제도 도입으로 보험료를 부담한다면 급여를 권리로 받게 된다는 점을 선명하게 하고 있다. 이와 같이 전문가 단체에 의한 공적개호보험에 대한 입장과 구체적 제안의 공론화는 각종 이익단체로 하여금 그들의 입장을 제시할 수 있는 기회를 제공하였다 [주: 후생성에 이 보항에 대한 의결을 제출한 정당, 지방자치단체 및 이익단체는 일본공산당, 사회민주당, 전국시장회·町村會, 동경都市長會·町村會, 전국 사회복지협의회, 일본 사회복지士會, 주민참가형 주택복지서비스 단체전국연락회, 일본의사회 의료정책회의, 일본병원회, 일본변호사연합회 등 약 30단체에 이른다. 물론 이중에는 공적개호보

협에 대한 반대입장을 표명한 단체도 있다]. 이에 국민적인 관심을 집중시킬 수 있었고, 다수 국민들도 공적개호보험 제도 도입에 찬성하게 되었다 [주: 매일신문사의 1994년 9월 고령자개호에 대한 여론조사에 의하면, 공적개호보험 도입에 찬성한 사람이 86%, 반대한 사람이 9%였다].

2. 介護保険制度案 大綱의 기본골격

후생성은 1996년 6월 노인보건복지 심의회와 사회보장제도 심의회에 介護保険制度案 大綱을 제출해 새로운 개호제도 창설에 대한 자문을 구했으며, 두 심의회는 모두 이를 승낙한다는 답신을 제출했다. 후생성이 자문을 구했던 介護保険制度案 大綱은 개호보험제의 기본적 사고와 실시를 위한 조건준비, 개호보험제의 골격, 타 제도의 개정으로 구성되어 있으며, 개호보험제도의 기본 내용은 다음과 같다.

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 위한 연합조직을 都道府縣에 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 사회문제로 부각된 상황을 고려하여 노화에 따른 개호 니드에 적절하게 대처하는 것을 목적으로 한다. 그러나 노화에 따른 개호 니드는 고령기 뿐만 아니라 중년후반기에 있어서도 마찬가지다. 예를 들면, 40세 이후가 되면 일반적으로

노부모를 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 차이가 있으므로 65세 이상인 자를 제1호 피보험자, 그리고 40~64세인 자를 제2호 피보험자로 구분한다. 또 제1호 피보험자가 중심적인 수급자이므로 그는 어디에서든지 자신의 거주자에서 받은 개호서비스의 수준에 맞는 보험료를 부담하는 반면, 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 제공받는다. 제1호 피보험자는 고령자이므로 이유를 불문하고 일반적으로 개호보험의 대상자가 되며, 제2호 피보험자는 노화에 따른 개호의 관점에서 대상범위를 구체적으로 정한다. 개호급여의 수급수속은 다음과 같다. 우선 피보험자가 급여를 받고자 할 때 보험자에게 개호가 필요한 상태라는 신청을 해야 한다. 그러면 요개호 인정심사회는 국가가 정한 공평하고 객관적인 기준에 따라 전문가의 합의에 의한 심사결과에 근거해 결정한다. 그러나 피보험자가 판단능력이나 보호자가 없거나 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 피보험자가 재가서비스를 이용할 경우 요개호 등급에 설정된 개호급여액의 범위내에서 실제로 이용한 개호서비스에 대한 급여를 받을 수 있다. 또한 초과분은 본인 부담에 의해 서비스를 받을 수도 있다. 재가서비스에 관한 개호급여액은 현실적으로 제공가능한 서비스에 적절한 수준으로 결정하며, 서비스 기반 정비의 진척상황에 맞추어 단계적인 수준으로 서비스가 제공된다. 시설서비스는 치보험자의 요개호 정도나 시설 직원배치 상황 등을 고려하여 필

요한 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 가정봉사원파견 서비스, 주간보호 서비스, 재활 서비스, 단기보호 서비스, 방문간호 서비스, 복지용구 서비스, 치매성노인 그룹 홈, 주택개수서비스, 방문입욕 서비스, 의학적 관리 등의 서비스, 유료노인 홈·케어하우스 등에 대한 개호서비스, 케어메니지먼트(care management)서비스 등이다. 시설서비스는 특별양호 노인시설, 노인보건시설, 療養型病床群 (요양형 병원 특히 노인병원을 재편성하여 개호시설로 전환한 형태), 기타 개호체제를 갖춘 시설로 한다.

재가서비스는 가능한 한 재가생활을 유지하도록 24시간 대응체제를 갖추는 조기, 야간, 심야의 순회서비스를 보급한다. 市町村은 지역의 비영리조직 등이 제공하는 필요하고 적당하다고 인정된 재가서비스를 급여액의 범위내에서 급여대상으로 설정할 수 있으며, 지역의 실정에 맞는 독자적인 서비스의 부가급여를 제공할 수 있다. 가족개호에 대한 현금지급은 원칙적으로 당분간 시행하지 않는다. 개호서비스 제공기관은 일정의 요건을 갖추고 안정적으로 개호서비스를 제공할 수 있는 기관으로 한다. 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

제1호 및 제2호 피보험자의 개호비용 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 4월부터 실시한다. 이 경우 재가서비스를 먼저 실시하여 사회적 입원 해소를 도모하지만, 기반정비 상황을 고려하여 시설서비스는 2001년을 목표로 실시한다.

3. 공적개호보험 구상의 특징과 문제점

일본은 인구학적 특성에 제대로 정책적으로 대응하지 못한 탓에 개호체제를 긴박하게 구축할 수 밖에 없었다. 그러나 일본의 공적개호보험 구상은 현재 짧은 기간의 논의과정 속에서도 제도 창출을 위한 마무리 준비단계에 달해 있다. 그러나 공적개호보험 논의와 정책전환과정의 특징을 살펴 보면, 정책전환을 위한 준비단계에서 부터도 비록 관주도적이긴 하나 학자를 중심으로 한 전문가 기관의 역할이 컸다. 즉 각종 심의회나 연구회의 연구가 제도의 기본 틀이 되고 있으며, 이를 받아들인 내부조직체제는 다원화된 합의체제를 이루고 있다. 그리고 각종 이익단체의 활발한 움직임 또한 국민적 이익을 대변하는 중요한 역할을 담당하고 있다.

초기의 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에서 가장 핵심적인 쟁점은 조세부담방식으로 개호서비스를 제공할 것인가 사회보험방식으로 개호서비스를 제공할 것인가의 문제였다. 조세부담방식을 도입할 경우 권리성이나 기반정비에 대한 책임성 회피, 행정편의주의에 빠질 염려, 세금증가에 대한 국민적 반발이 우려되는 문제가 있는 반면, 저소득자 부담감 감소, 모든 국민이 누수되는 현상없이 급여대상이 되는 보편성의 장점을 가지고 있다. 그럼에도 불구하고 사회보험방식으로 제도의 기본골격이 잡힌 것은 조세부담방식의 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 논점은 재가 및 시설서비스 기반 정비문제, 피보험자의 보험료 부담과 부담연령, 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 기반정비의 불충분과 그와 관련된 제반 사항일 것이다. 후생성이 계산한 개호에 필요한 비용은 가정에 의한 개호를 유급가정봉사원 비용으로 환산한 것을 포함해서 2000년에 7조 7천억엔이 되나 新 고령자보건복지추진 10개년 전략에 의한 기반정비가 완료되더라도 2000년에 4조 4천억엔 분의 개호서비스 밖에 제공할 수 없는 상황이다 (坂本重雄,

1996). 따라서 극단적으로 말해서 보험은 존재하나 개호는 없는 현실 문제가 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 확보 문제는 예산편성만으로 단기간에 쉽게 해결할 수 없는 과제이다. <표 2>에서와 같이 고령자보건복지추진 10개년 전략에서는 2000년까지 유급가정봉사원을 10만명 양성한다는 계획을 발표했으나, 5년 후 새롭게 추가 작성된 新고령자보건복지추진 10개년 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 앞으로 남아 있는 과제일 것이다.

IV. 맺는 말

본 연구에서는 일본 공적개호보험 제도의 구상배경과 제도 도입을 위한 논의과정 속에 나타난 문제점과 남은 과제에 대해서 논의하였다. 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 고령자보건복지추진 10개년 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, 특

히 사회복지서비스 부분에 사용되는 비율은 극히 미진한 상태에 있다. 2000년대 초반에는 우리나라의 고령인구가 현재의 일본 수준과 비슷해질 것이므로 노인복지서비스 부분에 대한 기반 정비 확충은 당면한 과제가 아닐 수 없다.

둘째, 우리나라에 있어서도 사회복지관련 전문가 집단의 활성화를 통한 사회복지 이념정립과 방향성 제시가 필요하다. 손준규 (1992)는 우리나라 사회보장정책의 특징으로서 1960년대의 정책결정과 주도역할은 전문가에 의해 이루어 졌으나, 1970년대의 주도자는 관료였다고 논하고 있다. 1994년 1월에 보건복지부 장관 자문기구로 한시적으로 설치되었던 사회보장정책 심의위원회나 1995년 12월에 제정된 사회보장기본법 제16조에 의거하여 설치·운영되고 있는 사회보장 심의위원회 그리고 최근에 학계나 정부기관의 복지관련 전문가들로 구성된 국민복지기획단(1995년 5월)이나 보건복지제도 개혁위원회(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 조차제도폐지라는 사회복지체제의 근본적인 개혁과정을 겪고 있다. 현재 우리나라는 사회보장체제의 창의적인 모색보다는 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.

참고문헌

- 손준규 (1992). 현대복지정책론. 서울: 대학출판사.
 엄기욱 역 (1996). 사회복지정책론-복지니드와 복지개혁. 서울: 신한.
 土田武史 (1995). ドイツの介護保険法. 年金と雇用, 13 (4), 財団法人年金総合研究センター.
 成青美治 (1992). 介護概念の構策に向けて-テキストの比較研究から.

Social Work 연구, 17 (4), 292-299.

一圓みっや (1996). 介護保険制度の構想と運営, *ジュリスト*, 4094號, 11-12.

厚生省 (1995). 新たな高齢者介護システムの確立について. *ぎょうせい*.

厚生省 : 高齢者介護対策本部事務局 (監修).

京極高宣 (1995). 高齢者介護問題の現状と課題システムの基本的考え方. *社會福祉研究*, 63, 17-18.

三浦文夫・坂田周一監 譯 (1995). 日本政府と高齢化社會. *中央法規* 107-194.

坂本重雄 (1996). 高齢者介護の政策課題. 東京: *けいそう書房*.

한국노년학 연구회 학술발표회 개최 상황

1991. 5. 11. 창립총회

1991. 6. 29. 하계집담회 (제1회)

발표자 : 송대현 교수 (전남대학교 심리학과)

장 소 : 전남대학교 사회과학대학 교수회의실

주 제 : 노년학 연구의 필요성

1991. 9. 28. 제 1 회 (1991년도) 정기학술대회

장 소 : 전남대학교 제2학생회관 회의실

좌 장 : 이영철 교수 (광주대학교 사회복지학과)

발표자 : 박재간 소장 (한국노인문제연구소)

제 목 : 노인 문제의 현황과 정책 과제

발표자 : 송은규 교수 (전남대학교 의과대학 정형외과학교실)

제 목 : 노인과 관절염

발표자 : 윤 진 교수 (연세대학교 심리학과)

제 목 : 인생 회고과정을 통한 노년기의 심리적 적응연구

발표자 : 조유향 교수 (목포전문대학 간호과)

제 목 : 말기환자에 대한 간호와 Hospice적 접근방법

발표자 : 서혜경 교수 (광주대학교 보건학)

제 목 : 죽음의 준비를 위한 후기 성인교육

발표자 : 박무정 교감 (광주 태봉국민학교)

제 목 : 연령증가에 따른 지각과제수행능력의 차이