

노동정책연구

2002. 제2권 제2호 pp.89~104

© 한국노동연구원

특

집

일본의 노인문제와 개호보험제도에 관한 고찰

이정*

일본은 전후의 경제적 급성장과 더불어 일본 사회의 고령화도 빠르게 진행되었다. 그 결과, 지금으로부터 반세기 후에는 세 사람 중 한 사람이 65세 이상의 고령자가 접하는 초고령사회가 도래하리라 예상하고 있다. 이처럼 급속히 진행되고 있는 고령사회의 최대의 문제는 노환이나 기초 질병으로 인하여 침상생활을 해야만 하는 고령자들을 “누가” “어디서” “어떻게” 수발할 것인가 하는 점이다.

이에 일본 정부 및 각 지방자치단체는 고령자들을 수발하기 위한 기반정비로서 기존의 「고령자보건복지계획」을 충실히 하면서, 정부 정책사업의 하나로 새로이 「개호보험」에 의한 「개호보험제도」를 창설하여, 이를 2000년 4월부터 시행해 오고 있다. 이 제도의 주된 목적은 노인으로서 하여금 최소한의 인간의 존엄성을 유지하면서 남은 여생을 보내도록 함과 동시에, 노인과 동거하는 가족들의 삶의 질을 향상시키는 데 있다.

본고에서는 이처럼 일본의 노인문제에 대한 새로운 해결책으로 주목을 받고 있는 공적 개호보험제도에 대하여, 동 제도를 창설하게 된 배경과 그 내용 및 향후 과제에 대한 검토를 하기로 한다.

핵심용어 : 노인문제, 개호보험, 개호제도

I. 문제의 제기

일본은 전후의 소득배가정책에 따른 경제적 급성장과 함께 일본사회의 고령화도 빠르게 진행되었다. 그 결과, 65세 이상의 노인(일본에서는 ‘고령자(高齢者)’라 함)은 현재 일본 전체 인구의 25%에 이르고 있으며, 2050년에는 세 사람 중 한 사람이 노인이

투고일: 2002년 6월 3일, 심사의뢰일: 2002년 6월 6일, 심사완료일: 6월 18일.

* 한국외국어대학교 법과대학 법학과 교수(lecjohn@hufs.ac.kr)

초고령사회가 도래하리라는 예측을 하고 있다.)¹⁾ 이처럼 급속히 진행되고 있는 고령사회의 최대의 문제는 노환이나 기초 질병으로 인하여 침상생활을 해야만 하는 노인²⁾ 및 치매증상이 있는 노인들을 “누가” “어디서” “어떻게” 수발을 해야 할 것인가 하는 점이다.

더구나 일본의 출생률³⁾은 점점 낮아지고 있는 반면에 평균 수명은 점차적으로 늘어나 현재 평균 수명률이 남녀 모두 세계 1위인 점을 고려할 때⁴⁾, 일본의 고령화는 한층 가속화되며, 일본 전체의 인구구조 및 가족구조에 커다란 변화를 가져오리라 예상된다. 이러한 일본사회의 구조적 변화를 감안할 때, 가족에 의한 노인수발(노인수발을 일본에서는 ‘개호(介護)’라고 함. 본고에서도 이를 편의상 ‘개호’라고 함)을 전제로 한 개호시스템만으로는 향후의 노인개호문제에 대응할 수 없다는 것이 명백해진다.

이에 일본 정부 및 각 지방자치단체는 노상자 및 치매성 노인들을 개호하기 위한 기반 정비로서 「고령자보건복지계획(高齡者保健福祉計畵)」을 충실히 하면서, 정부 정책사업의 하나로 새로이 ‘개호보험’에 의한 「개호보험제도」를 창설하여 이를 2000년 4월부터 시행해 오고 있다. 이 제도의 주된 목적은 노인이 남은 여생을 최소한의 인간의 존엄성을 유지하도록 함과 동시에, 노인과 동거하는 가족들의 삶의 질을 향상시키는 데 있다.

본고에서는 일본의 노인문제에 대한 새로운 해결책으로 주목을 받고 있는 공적 개호보험제도에 대하여, 동 제도를 창설하게 된 배경과 그 내용 및 향후 과제에 대한 검토를 하기로 한다.

1) 人口問題研究所 『日本の將來推計人口』, 1997년 1월.

2) 이러한 노인들을 일본에서는 “네따끼리(寝たきり)”라고 한다. 본고에서는 이들을 편의상 “노상자(老床者)”라 한다. 학자에 따라서는 “네따끼리(寝たきり)”를 “병상자(病床者)” 또는 “침대생활을 하는 자” 등으로 번역하는 경우도 있는데, 전자는 질병이 원인이 되어 침대생활을 하는 자를 말하며, 후자는 질병이나 사고 등이 원인이 되어 침대생활을 하는 자를 말하므로, 노환으로 인하여 침대생활을 하는 “네따끼리(寝たきり)”와는 그 의미가 다르다.

3) 일본의 평균 출생률을 보면, 1999년의 경우 1.34명으로 과거 최저치를 기록하고 있다(日本厚生労働省統計).

4) 일본인의 평균수명은 메이지(明治)·다이쇼(大正) 시대에는 40세에 지나지 않았으나, 1947년에 들어서면 남녀 모두 50세를 넘어섰다. 그 후 평균수명은 급격히 늘어나 1999년에는 남자가 77.10세, 여자가 83.99세로 세계 제일의 장수국으로 되었다.

II. 개호보험제도의 성립 배경

1. 개호의 의미

“개호(介護)”라는 용어가 노인복지 영역에서 등장하기 시작한 것은 1963년의 “특별양호노인홈(特別養護老人 Home)”⁵⁾을 설립할 당시에 간호사가 하는 “간호”와 구별하기 위하여 사용했다는 설이 있는가 하면, 위의 노인홈이 미국이나 유럽의 Nursing Home 을 모델로 하여 만들어졌기 때문에 영어로 “돌보다”라는 의미의 “care”가 개호라는 용어로 사용되게 되었다는 설 등이 있다.⁶⁾

아 물론 “개호”란 용어는 사회보장법 영역에 자주 등장하는 법률 용어임에도 불구하고 그 의미를 직접적으로 정의한 규정은 없다. 따라서 개호에 대한 학술적 해석이나 개호에 관련되는 규정들을 종합하여 개호의 의미를 파악할 수밖에 없다. 우선 학술적으로는 노상자 등에 대한 식사, 배설, 몸을 일으켜 세우고 눕히는 동작을 도와주는 “개조(介助)”와 구별하여, “개호”란 질병 및 장애 등으로 일상생활을 함에 지장이 있을 때, 노상자(老床者)의 일상생활(예를 들어 취사, 쇼핑, 세탁, 청소 등)을 수발하는 행위로서, 위에서 말한 ‘개조’보다 넓은 의미로 파악하며, 특히 가족뿐만 아니라 복지전문가에 의한 수발을 개호의 의미로 해석해 왔다.⁷⁾ 이러한 종래의 해석을 답습하여, 최근에는 “개호”의 의미를 “중도(重度)의 심신장애자나 노상자, 환자 등이 일상생활을 함에 있어 겪게 되는 여러 가지 곤란에 대한 서비스”로 해석하고 있으며⁸⁾, 또한 1987년에 제정된 “사회복지사(社會福祉士) 및 개호복지사법(介護福祉士法)”에서는 개호의 내용으로

5) “특별양호노인홈”의 개념에 대해서는 「특별양호노인홈 설비 및 운영에 관한 법률」에서 다음과 같이 규정하고 있다. 즉 동법 제2조 제1항은 “특별양호노인홈은 입소자에 대하여 건전한 환경하에서 사회복지사업에 관한 열의와 능력을 가진 직원으로 적절한 처우를 하도록 노력하여야 한다.”고 한 뒤, 동 조 2항에서는 “특별양호노인홈은 입소자의 처우에 관한 계획에 근거하여 가능한 한 자택생활에 복귀하는 것을 염두에 두고 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 상담 및 원조, 사회생활상의 편의제공, 기타 일상생활상의 수발, 기능훈련, 건강관리 및 요양상의 수발을 함으로써 입소자의 능력에 따라 자립하여 일상생활을 영위할 수 있도록 하여야만 한다.”라고 정의하고 있다. 특별양호노인홈을 영어로 굳이 번역한다면 “nursing house”에 가장 가깝다고 할 수 있다.

6) 이에 대해서는 小笠原裕次·橋本泰子·淺野仁 編集, 『高齢者福祉』(有斐閣, 2000년) 20쪽 이하 참조.

7) 『社會福祉辭典』, 1973.

8) 『現代社會福祉辭典』, 1998.

서 “입욕, 배설, 식사, 기타 개호”를 열거하고 있다(동 법 제2조 제2항).

이처럼 “개호”의 개념을 명확하게 정의한 규정이 없기 때문에, 그 의미에 대해서는 보는 관점에 따라 다소 차이가 있다. 하지만 이상의 내용을 종합한다면, “개호”란 “심신의 장애로 인하여 취사, 쇼핑, 배설, 세탁, 청소 등의 일상생활을 자기 스스로 할 수 없는 노상자에 대한 서비스”라고 정의할 수 있겠다.

2. 개호보험제도의 성립 배경

인간은 누구나 인간답게 행복한 삶을 누리길 원한다. 하지만 고령으로 인하여 심신에 장애를 가지고 있는 노인의 경우에는 자신의 힘만으로는 이러한 삶을 누릴 수 없으므로, 가족이나 친척의 도움을 받거나 또는 국가나 지방자치단체가 운영하고 있는 개호시설에 의존하지 않을 수 없다.

하지만 산업화로 인하여 핵가족화가 급속히 진행되면서, 노인의 부양을 더 이상 가족이나 친족에게 의지할 수 없게 되었다⁹⁾. 이에 일본 정부는 장기간의 준비와 연구 끝에, 지금으로부터 2년 전인 2000년 4월부터 신개호제도인 「개호보험제도」를 창설하여 실시하기에 이르렀다. 여기서 개호보험제도의 내용에 대한 이해를 돕기 위하여, 동 제도를 창설하게 된 배경에 대하여 간단히 살펴보기로 한다¹⁰⁾.

가. 개호를 필요로 하는 노인의 증가와 개호의 장기화 및 중도화

개호보험제도의 도입 배경으로서는 첫째, 개호의 장기화 및 중도화(重度化)를 들 수 있다. 즉 일본에서는 최근 들어 출생률 저하와 평균 수명의 연장으로 인하여 인구의 고령화가 급속히 진행되고 있을 뿐만 아니라 노상자에 대한 개호가 장기화되고 중도화되는 현상이 두드러지고 있다. 얼마 전까지만 해도 일본의 고령화율은 유럽의 다른 선진국에 비하여 비교적 낮은 수준이었다. 하지만 1999년에는 16.7%로 장기간에 걸쳐서 고령화가 진행되고 있는 이들 선진국들과 비슷한 수준에 이르게 되었다. 이러한 추세

9) 이에 대한 상세한 것은 堀勝洋, 『社會保障と扶養』, JURIST 1029호, 1995년, 177쪽 이하 참조.

10) 이에 대한 참고문헌으로는, 荒木誠之, 『社會保障法讀本』(有斐閣選書, 2000년) 231쪽 이하; 西原通雄編, 『社會保障法』, 第4版(有斐閣雙書, 2000년) 166쪽 이하; 小西國友, 『社會保障法』(有斐閣ブックス, 2001년) 232쪽 이하; 桑原洋子, 『社會福祉法制要説』第3版(有斐閣, 1999년) 288쪽 이하; JURIST 1094號(1996년) 特集「公的介護保險制度」, 河野正輝=菊池高志編, 『高齢者の法』(有斐閣, 1996년) 등이 있다.

로 간다면, 2010년에는 전체 인구의 약 22%가, 그리고 2020년에는 전체 인구의 4분의 1이 넘는 27%가 노인이 접하는 세계 제일의 초고령화사회가 되리라는 예상이 지배적이다.¹¹⁾

또한 개호를 필요로 하는 기간을 보면, 3년 이상이 전체의 53%로 절반 이상을 차지하며, 1년 이상은 전체의 약 4분의 3에 이르고 있다. 후생노동성의 통계에 따르면 65세 이상 사망자의 평균 개호기간은 8.5개월로 나타나고 있다.¹²⁾

나. 가정의 개호기능 약화와 가족개호의 한계

두 번째 배경으로서는 가족에 의한 개호가 한계에 이르렀다는 점을 들 수 있겠다. 지금까지는 재택개호의 상당부분을 가족이 분담해 왔으나, 가족규모의 축소(1999년의 평균 세대인원은 2.79명), 65세 이상 노인의 자식과의 동거비율의 저하(1999년의 경우, 약 50%), 노인 부부만의 세대 및 노인 단독세대의 증가(1999년의 경우, 양자를 합한 비율은 전체의 약 45%), 여성 취업자의 증가 등으로 인하여 가정의 개호기능은 현저히 저하되면서 가족개호의 한계가 드러나게 되었다.¹³⁾

특히 개호의 장기화 및 중도화가 진행됨에 따라 집에서 노상자를 개호하는 사람의 85%가 여성들로서, 이들의 연령을 보면 전체의 과반수 이상이 60세 이상, 4분의 1이 70세 이상이다. 다시 말해서 재택개호의 절반 이상은 노인이 노인을 수발하는 소위 “노노개호(老老介護)”의 경우이다. 그 결과 노상자들에 대한 식사나 배설 등으로 인한 스트레스 및 정신적·경제적 부담으로 인하여 가족들은 정신적·육체적으로 과중한 부담을 받고 있다.

다. 기존 개호제도의 문제점

세 번째로는 기존의 개호제도가 그 기능을 충분히 다하지 못했다는 것을 그 배경으로 들 수 있겠다. 종래의 고령자 개호에 대한 공적제도로서는 1963년에 제정된 「노인복지법(老人福祉法)」에 기초한 노인복지제도가 중심이 되어 왔다.

노인복지제도에 있어 복지정책은 크게 “재택복지서비스”와 “시설복지서비스”로 대별할 수 있다. 우선 재택복지서비스로는 방문개호(訪問介護 : home help service)사업, 단기입소생활개호(短期入所生活介護 : short stay), 통소개호(通所介護 : day service), 재택

11) 鬼崎信好ほか, 『介護保険キーワード辞典』(中央法規, 2001년) 2쪽.

12) 厚生労働省大臣官房政策課, 『社会保障法入門』(1999년).

13) 鬼崎, 앞의 책, 2쪽.

개호지원(在宅介護支援) 센터 운영사업, 노인일상생활용품구급부 등 사업(老人日常生活用具給付等事業) 등이 있다.

이에 비해 시설복지서비스로는 입소시설(入所施設)로서의 특별양호노인(特別養護老人) 홈, 양호노인(養護老人) 홈 및 경비노인(輕費老人) 홈(care house 포함) 등과, 이용시설로서 노인복지센터와 노인휴식의 집(이를 “老人憩의 家”라고 함) 등이 있다.

이처럼 공비를 재원으로 하는 기존의 노인개호제도는 지방자치단체에 의한 확실적인 운영 및 복지와 의료가 별개의 제도로 연계성이 없었기 때문에 다음과 같은 문제점이 지적되어 왔다.

첫째, 지방자치단체인 시정촌(市町村)이 행정처분으로서 개호서비스의 종류와 내용 및 개호시설 등을 결정하여 왔으나, 이는 이용자의 입장에서 보면 개호서비스에 대한 청구권이 애매모호할 뿐만 아니라, 경쟁원리가 개입될 여지가 없기 때문에 개호서비스의 내용이 획일화하는 제약이 있었다.

둘째, 종래의 개호제도를 이용함에 있어서는 이용자에 대한 소득조사를 하게 되어 있는데, 이러한 소득조사는 이용자들이 개호제도에 대하여 심리적으로 저항감을 느끼게 하는 원인이 되어 온 것도 사실이다.

셋째, 종래의 개호제도는 노인 및 부양의무자의 수입에 따른 소위 “능력부담”을 원칙으로 하고 있었기 때문에, 중·고소득층의 경우에는 무거운 부담이 가중되는 등의 문제점이 있었다.

넷째, 일본의 현행 의료제도하에서는 사회복지시설이나 홈헬퍼(home helper) 등의 개호서비스가 불충분할 뿐만 아니라 중·고소득자의 경우에는 병원에 입원하는 것보다 개호서비스를 받는 쪽이 오히려 경제적 코스트가 높고 또한 심리적 저항도 따르기 때문에, 많은 노인들이 치료받을 필요가 없음에도 불구하고 개호를 이유로 일반병원에 장기간 입원하는 등, 의료서비스에 대한 부적절한 이용 등이 그 문제로 지적되어 왔다(이러한 입원을 일본에서는 “사회적 입원(社會的入院)”이라고 함).

덧붙여, 노인에 대한 의료는 각종 의료보험제도에 의하여 그 의료비가 보장되어 왔으나, 1980년대부터는 “노인보건법(老人保健法 : 1987년 제정)에 따라 의료서비스의 제공 및 의료비 보장이 이루어지고 있다. 의료는 원래 질병에 대한 치료가 목적이지만, 개호를 요하는 노인의 증가와 함께 의료기관이 실질적으로 개호서비스를 상당부분 커버하고 있다. 그 배경에는 일본의 경우, 의료기관의 병상수는 많은 반면에 개호복지서비스의 정비가 상대적으로 뒤떨어져 있는 점을 들 수 있다.

또한 의료기관은 많은 노인들을 장기입원환자로서 수용하고 있을 뿐만 아니라, 노인 보건제도에서는 노인방문간호와 노인보건시설 그리고 요양형병상군(療養型病床群) 등과

같이 개호적 성격이 강한 의료서비스에 대해서는 일반의료서비스보다도 공비부담률을 높게 하여 대응해 왔다. 그 결과, 노인에 대한 의료비는 매년 증가하여 2000년도의 경우에는 10조엔(한화 약 100조원)을 초과하고 있으며, 이는 일본 전체 국민의료비의 약 35%에 해당한다.

Ⅲ. 개호보험제도의 개요

일본은 이상에서 설명한 기존의 개호제도에 대한 문제점을 보완하여 노인들이 인간으로서의 최소한의 존엄성을 유지하다가 아름다운 최후를 맞이할 수 있는 사회적 지원 시스템을 창설하였는데, 그것이 바로 1997년 12월에 제정되어 2000년 4월부터 실시하고 있는 개호보험법이다. 이하에서는 동 법의 내용에 대하여 간단히 살펴보기로 한다.

1. 개호보험제도의 기본리념

개호보험제도가 지향하고 있는 기본 이념은 크게 “이용자의 선택에 의한 복지서비스” 및 “생활의 자립지원(自立支援)¹⁴⁾”으로 구분할 수 있는데, 이를 더욱 세분하여 구체적으로 검토하면 다음의 다섯가지로 요약할 수 있다.

가. 개호의 사회화

우선 개호의 사회화(社會化)를 들 수 있다. 고령화에 따른 최대의 불안요인의 하나인 개호문제에 대하여 사회 전체가 지원하는 시스템을 구축하는 것이다. 즉 이러한 사회적인 개호시스템을 통하여 노인들로부터 개호에 대한 불안을 제거하여 그들이 안심하고 노후를 보낼 수 있게 함과 동시에, 노인을 부양하고 있는 가족들에 대해서도 개호로 인한 부담을 경감시키는 것을 개호보험제도의 이념으로 하고 있다. 또한 개호서비스를 받아야만 할 경우에도 이용자 스스로가 자기의 의사에 따라 자립하여 질적 수준

14) 사회보장의 목적으로서 “생활의 보장·생활의 안정”과 함께 “자립지원”을 들고 있다(『平成11年版 厚生白書』 참조). 개호보험제도를 창설할 때에도 노인개호의 기본 이념으로서 “고령자의 자립지원”이 강조되어, 이러한 이념은 개호보험법상의 규정에도 반영되게 되었다. 다시 말해서 개호서비스를 제공하는 목적으로서 개호를 필요로 하는 상태로 되더라도 자기의 능력에 따라 자립하여 일상생활을 할 수 있도록 지원하는 것을 들고 있다.

이 높은 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 것이 본 제도의 취지라고 할 수 있다.

나. 이용자 위주 및 서비스의 통합

노인복지제도와 노인보건제도가 별개의 제도로 운영해 온 종래의 방식을 재편성하여, 노인이 개호서비스를 요하는 상태로 되더라도 이용자의 의사와 희망을 존중하여 다양한 사업 주체(개호를 업으로 하는 단체)로부터 필요한 개호서비스를 종합적·일괄적으로 받을 수 있도록 하는 이용자 본위의 제도로 함을 그 이념으로 하고 있다. 또한 개호서비스를 요하는 노인이 적절한 개호서비스를 받을 수 있도록 하게 하기 위하여 “개호지원(介護支援) 서비스시스템(care management system)”을 도입하고 있다.

다. 사회보험방식의 도입

개호비용은 향후 꾸준히 증가하리라 예상되는데, 이에 대한 재원을 안정적으로 확보하기 위하여 개호서비스에 대한 급부와 부담과의 관계를 명확하게 함과 동시에 국민의 공동연대(共同連帶)¹⁵⁾라는 사고방식에 의거하여 사회보험방식(社會保險方式)으로 대응하고 있다. 이를 위하여 노인 자신도 피보험자가 되며 현역 세대와 함께 동 제도를 유지하는 주체가 된다.

개호보험을 보험료에 기초한 사회보험방식으로 할 것인가 아니면 세금을 재원으로 하는 소위 공비방식(公費方式)으로 할 것인가가 동 보험제도를 도입할 당시의 논점 중의 하나였는데, 그 주된 이유에 대해서는 “비용부담”의 부분에서 상세히 후술한다.

라. 시정촌 중심의 제도 운영

개호보험제도를 비롯한 노인복지제도 및 골드플랜(gold plan) 등의 행정정책에 있어서는 시정촌(市町村: 이에 관해서는 본고 주 16 참조)이 중심이 되어야 한다는 것이 기본 이념이 되고 있다. 이는 근래의 지방분권 이념을 전제로 주민에게 가장 가까운 지

15) “共同連帶”는 사회보장제도를 구성하는 기본적 사고방식으로서 “연대정신(連帶精神)을 의미한다고 볼 수 있다. 단, 사회보장제도에서는 법적으로 개개인에 대하여 연대를 강제하고 있는 점 등으로 미루어, 사적 또는 임의적인 연대와는 구별하여 “사회연대(社會連帶)”라고 표현하는 쪽이 더 적절할지도 모른다. 1995년의 “사회보장제도심의회권고(社會保障制度審議會勸告)”에서도 사회연대의 중요성을 강조하고 있다. 동 권고에 따르면 “사회연대라 함은 의지하지 않고 자기 자신 및 가족들의 생활에 대한 책임을 다하는 것처럼, 다른 사람들과 함께 살면서 서로 도와주는 것”이라고 기술하고 있다. 이에 대하여 개호보험법에서는 제1조(목적) 및 제4조(국민의 노력 및 의무)에서 “共同連帶”라는 용어를 사용하고 있다.

방자치단체인 시정촌을 보험자(保險者)로 하여, 이 시정촌이 주체가 되어 개호보험제도를 운영함으로써 노인들과 그 가족들이 안심하고 살 수 있는 지역사회를 만드는 것을 그 이념으로 하고 있다.

마. 사회보장구조 개혁의 일보

복지와 의료의 분리에 따른 이용자 부담의 불균형을 시정할 뿐만 아니라, 소위 “사회적 입원”을 해소할 수 있는 여건을 마련하는 등, 의료비의 낭비를 억제함과 동시에 의료보험으로부터 개호부분을 분리하여 의료보험제도를 본래의 목적인 치료에 사용되도록 하는 것을 목표로 하고 있다. 또한 서비스의 양적 확대 및 질적 향상을 피하기 위하여, 개호보험제도를 활용함에 있어 민간사업자의 참가를 허용하고 있다.

이러한 일련의 조치는 1990년대 후반부터 일본 정부가 추진해 온 사회보장제도 전반에 걸친 구조개혁에 합치하는 것으로, 개호보험제도는 그동안의 노력에 대한 결실이라고 평가할 수 있겠다.

2. 개호보험제도의 보험자와 피보험자

가. 보험자

“보험자(保險者)”라 함은 보험사업의 경영 주체를 의미하는 것으로, 개호보험제도의 보험자는 기초단체인 시정촌(市町村) 및 특별구(特別區)¹⁶⁾가 되며, 이를 국가, 도도부현(都道府縣), 의료보험자 및 연금보험자가 중층적으로 지원하는 구조로 되어 있다. 보험자의 역할은 다른 사회보험의 경우와 같이 강제력을 가지고 피보험자를 보험에 가입시키고 보험사고가 발생한 경우에는 피보험자에 대하여 보험금부를 행하며, 피보험자로부터 보험료를 징수하고 보험료 수입 및 국가로부터의 부담금 등을 재원으로 보험정책의 균형을 피하면서 사업을 운영해 나가는 것이다.

개호보험제도가 사회 전체에 정착하기 위해서는 개호나 지원을 필요로 하는 자가 필요한 개호서비스를 이용할 수 있는 체제가 확립되어 있지 않으면 안 된다. 따라서 보험자인 시정촌 및 특별구로 하여금 국가의 기본 방침에 따라 3년마다 5년을 1기(期)로 하는 “시정촌개호보험사업계획(市町村介護保險事業計畫)”을 수립하도록 하고 있다¹⁷⁾. 이

16) 여기서 말하는 시정촌(市町村)이라 함은 우리 나라의 시(市)·군(郡) 등의 행정구역에 해당하며, 특별구(特別區)라 함은 서울특별시나 광역시의 구(區)에 해당하는 행정구역을 말한다.

17) 介護保險法 제117조 제1항.

러한 의미에서 개호보험사업계획은 “법정계획(法定計畫)”의 성격을 가진다고 할 수 있겠다.

동 사업계획은, ① 당해 연도의 보험금부의 대상이 되는 개호서비스를 종류별로 그 정도를 파악하고, ② 당해 서비스의 종류별로 예상되는 정도를 확보하기 위한 대책, ③ 지정주택(指定居宅) 서비스사업·지정주택(指定居宅) 개호지원사업을 하는 자들 상호간의 연대확보에 관한 사업 및 기타 당해 서비스의 원활한 제공을 위한 사업에 관한 사항, ④ 그 외 보험금부의 원활한 실시를 피하기 위한 사항을 정하도록 되어 있다.¹⁸⁾ 또한, ⑤ 개호서비스를 요하는 노인의 수(數)·서비스에 대한 이용 여부 등을 감안하여, ⑥ 노인보건복지계획 등과의 조화를 꾀하면서, ⑦ 계획을 수립·변경할 때에는 사전에 피보험자의 의견이 반영되도록 조치를 강구함과 동시에, 도도부현(都道府縣)의 의견도 청취하여야만 한다.¹⁹⁾

나. 피보험자

사회보험에 있어 “피보험자”란 일반적으로 보험료를 부담하며, 보험사고가 발생한 경우에 보험금부를 받을 수 있는 자를 의미한다. 개호보험의 경우, 노화에 따른 개호의 필요성 등에 착안하여 노인뿐만 아니라 40세 이상을 피보험자로 하고 있다. 이러한 피보험자는 개호의 필요성이 생길 확률과 보험료의 부과 및 징수방법 등의 차이에 따라, 연령을 기준으로 하여 크게 “제1호 피보험자(65세 이상)”와 “제2호 피보험자(40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자)”로 구분된다. 양자의 차이에 대하여 간략히 살펴보면 다음과 같다.

우선 “제1호 피보험자”는 市町村의 행정구역 내에 주소를 가진 65세 이상의 노인이면, 생활보호의 피보험자일지라도 당연히 피보험자가 되며, 개호보험으로부터 개호서비스를 받을 수 있다. 그러나 이러한 피보험자의 경우에는 보험료 및 이용료를 부담할 능력이 없기 때문에 생활부조(生活扶助) 또는 개호부조(介護扶助)를 받게 되어 있다.

이에 비하여 “제2호 피보험자”의 경우에는 市町村의 행정구역 내에 주소를 가진 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자가 그 대상이 된다. 여기서 말하는 “의료보험 가입자”란 의료보험(건강보험, 국민건강보험, 선원보험, 각종 공제보험)의 피보험자 및 조합원 등에 국한되지 않고, 피용자 보험의 피부양자도 포함된다. 또한 의료보험 가입요건과의 관계에서, 피보험자로서 의료보험에 가입되어 있지 않는 자는 개호보험의 피보

18) 介護保險法 제117조 제2항.

19) 介護保險法 제117조 제3항 이하.

험자가 될 수 없으며, 이들은 생활보호로부터 개호부조를 받도록 되어 있다.

3. 보험급부의 절차와 내용

개호를 필요로 하는 자(노상자, 치매노인) 또는 개호의 필요성이 예상되는 자(심신이 허약한 자)가 개호보험법에 따른 서비스를 받기 위해서는 다음과 같은 절차에 따라 개호를 신청하여 개호의 등급에 따른 인정을 받아야 한다.

가. 신청 및 인정조사

개호보험법상의 보험급부의 전제가 되는 개호인정신청은 시정촌(特別區를 포함. 이하 동일함)에 해야 한다. 신청은 본인 또는 가족이 하는 것이 원칙이지만, 재택(居宅)개호지원사업자(care management 기관)²⁰나 개호보험시설(개호기관)에 의한 대행도 가능하다.

신청을 받은 시정촌은 피보험자의 ADR(일상생활 동작능력) 등의 상태 및 상황을 파악하기 위하여 피보험자의 자택에 조사원을 파견한다. 조사는 시정촌의 조사원이 하는 것이 원칙이지만, 시정촌은 지정재택(指定居宅)개호지원사업자 또는 개호보험시설에 위탁할 수도 있다.

1차 판정은 시정촌 직원 등이 행한 일상생활 동작 등에 관한 조사 결과에 따라 컴퓨터로 개호 정도를 추계한 것이다. 조사원은 국가가 정한 전국 공통의 조사표에 따라 팔 다리 동작, 돌아눕기, 일어서기, 옷갈아 입기, 식사·배설시의 도움이 필요한지의 여부 및 정도 등 일상생활 동작에 관한 73개 항목, 그리고 주사(注射)관리, 인공항문의 처리, 기관절개의 처치 등 특별한 의료에 관한 12개 항목에 대하여 항목별로 그 정도를 조사한다. 뿐만 아니라 개호 정도에 대한 구분은 일상생활 동작의 능력 등 심신상태에 대한 것이기 때문에, 1차 판정에서는 노인이 단독 세대인지 아니면 동거 세대인지의 여부와 같은 가족상황이나 주거형태 등의 사회적 환경은 판단기준에 들어가지 않는다.

또한 2차 판정을 행하는 개호인정심사회에서는 1차 판정의 결과와 인정조사의 특기 사항, 주치의의 의견서를 기초로 하여 전국적으로 통일된 기준에 따라 심사 판정을 하

20) “居宅介護支援事業者”라 함은 개호의 필요성을 인정받은 자가 재택서비스를 적절히 이용할 수 있도록 피보험자의 의뢰를 받아서 개호서비스계획을 작성하고 지정재택(指定居宅)서비스사업자와의 연락·조정 및 편의를 제공하는 사업자를 말하며, 이 사업을 하기 위해서는 도도부현(都道府縣)에 신청하여 그 지정을 받아야만 한다.

게 된다.

나. 심사 판정 및 요개호도

보험자(市町村)는 개호인정심의회(介護認定審議會)를 설치하여 전국 공통의 일률적인 기준에 따라 개호 및 지원(支援)의 필요성 여부를 판단하게 된다. 이를 좀더 구체적으로 설명하면, 개호인정심의회는 인정조사 결과(1차 판정) 및 주치의의 의견서에 의거하여 ① 개호 또는 지원이 필요한지의 여부, ② 개호의 필요도(要介護度)에 따른 구분, ③ 제2호 피보험자의 개호 필요성이 특정 질병에 의한 것인지의 여부 등에 대하여 심사 판정을 한다. 또한, ④ 경우에 따라서는 필요한 요양에 관한 사항 및 유의해야 할 사항에 대한 의견서를 첨부하기도 한다. 그리고 보험자는 개호인정심의회(의)의 심사 판정의 결과에 따라 인정 여부를 결정한 뒤 그 결과를 피보험자에게 통지한다.

개호의 필요성이 인정된 경우, 그 필요의 정도에 따라 5단계로 구분하여 개호서비스를 제공한다. 입욕이나 배설 그리고 식사 등 일상생활의 일부에 대하여 부분적인 개호서비스가 요구되는 상태(要介護度 1)부터 최고 중도(重度)의 개호가 필요한 상태(要介護度 5)에 이르기까지 5단계로 구분된다(표 1 참조).

<표 1> 要介護度別 區分에 따른 支給限度基準額

區 分	訪問通所서비스	短期入所서비스
要支援 (사회적 지원을 요하는 상태)	6,150단위/월	7일/6월
要介護 1 (부분적 개호를 요하는 상태)	16,580단위/월	14일/6월
要介護 2 (輕度の 개호를 요하는 상태)	19,480단위/월	14일/6월
要介護 3 (中等度の 개호를 요하는 상태)	26,750단위/월	21일/6월
要介護 4 (重度의 개호를 요하는 상태)	30,600단위/월	21일/6월
要介護 5 (最重度의 개호를 요하는 상태)	35,830단위/월	42일/6월

뿐만 아니라 신체상 또는 정신상의 장애로 인하여 정상적인 일상생활을 하기가 곤란하다고 판단되는 자에 대해서는 사회적 지원을 요하는 상태(要支援)로 구분하여 지원서비스를 제공하고 있다.

1차 판정의 개호 정도는 인정조사로부터 추계되는 개호가 필요한 기준 시간의 길이에 따라 결정된다. 이 개호 시간은, 직접생활개조(直接生活介助 : 입욕, 배설, 식사 등의 개호), 간접생활개조(間接生活介助 : 세탁, 청소 등의 가사원조 등), 문제행동관련개조(問題行動關連介助 : 배회에 대한 탐색, 불결한 행위에 따른 뒷처리 등), 기능훈련관련행위

(機能訓練關聯行爲 : 보행훈련, 일상생활 훈련 등의 기능훈련), 의료관련행위(醫療關聯行爲 : 수액(輸液)관리, 진료보조 등)의 5개 분야별로 추계하여 합산하게 되어 있다.

재택서비스에 대해서는 개호 및 지원을 필요로 하는 단계별로 서비스 등에 따라 보험급부의 상한액(區分支給限度基準額)이 설정되어 있다. 또한 시설서비스를 이용할 수 있는 것은 개호의 정도(要介護度)가 1에서 5까지의 피보험자에 한정되며, 지원(支援)이 필요한 것으로 인정된 피보험자는 그 대상에서 제외된다.

다. 개호서비스의 신청 및 고충처리

개호 또는 지원 신청이 받아들여진 경우, 피보험자는 지역의 개호지원전문원(이들을 “care manager”라고 부른다)에게 개호서비스계획(care plan)의 작성을 의뢰할 수 있다. 뿐만 아니라 개호 또는 지원 신청이 인정된 피보험자 본인이나 그 가족은, 각종 서비스를 스스로 조정하여 재택서비스 계획을 작성, 이를 보험자에게 제출함으로써 지정재택서비스(이를 일본에서는 “지정거택(指定居宅)서비스”라 한다)의 대리수령을 가능케 하는 방법도 있다.

하지만 피보험자나 그 가족들은 갑작스런 서비스 이용에 대한 자기 결정 및 자기 선택을 해야 하기 때문에, 구체적으로 어떤 서비스를 어떻게 조정하여 케어플랜을 수립해야 할지 당황하기 쉽다. 때문에 피보험자나 그 가족은 지역의 개호지원 전문원에게 사정을 설명한 뒤, 자기에게 맞는 케어계획서를 작성, 계약을 체결함으로써 재택서비스 사업자로부터 필요한 서비스를 받을 수가 있다.

보험자가 개호인정에 대한 결정이나 보험료의 징수 등에 불복하는 경우에는 도도부현에 설치되어 있는 ‘개호보험심사회’에 심사를 청구할 수 있다.²¹⁾ 동 심사회는 도도부현의 부속기관으로서 보험자가 행한 행정처분²²⁾에 대한 불복 신청을 심리하고 결정하는 역할을 한다.

개호보험심사회는 ① 피보험자 대표(3명), ② 시정촌 대표(3명), ③ 공익 대표(3명 이상. 인정처분에 대한 심사청구를 다루는 합의체에 관한 사항을 조례로 정하도록 되어 있다)로 구성된다. 또한 요개호(要介護)·요지원(要支援)에 관한 심사청구를 신속·정확하게 하기 위하여, 보건·복지·의료 분야에 정통한 전문가를 “전문조사원”으로 배치할 수도 있다. 뿐만 아니라 개호서비스의 내용에 관한 고충은 도도부현에 설치되어 있

21) 介護保険法 제183조.

22) 보험자(시정촌)가 행하는 행정처분으로는, ① 요개호(要介護)·요지원인정(要支援認定)에 관한 처분, 급부 제한에 관한 처분, ② 보험료 부과징수에 관한 처분, 보험료 체납처분 등이 대표적이다.

는 국민건강보험단체연합회(都道府縣國民健康保險團體聯合會)를 통하여 해결하도록 하고 있다.

4. 비용부담

개호보험금부에 소요되는 비용은 <표 2>에서 보는 바와 같이, 국가 및 지방자치단체가 부담하는 공비, 피보험자가 부담하는 보험료, 개호 이용자가 부담하는 비용으로 충당하고 있다.

비용부담의 내용을 구체적으로 살펴보면, 우선 개호보험 총금부비의 2분의 1에 해당하는 공비의 경우, 국가가 4분의 1(25%), 도도부현과 시정촌이 각각 8분의 1(12.5%)씩을 부담하게 된다.

개호보험 총금부비의 나머지 절반은 보험료를 재원으로 하고 있다. 이 중 개호보험 총금부비의 33%에 상당하는 금액을 제2호 피보험자가 부담하고 있다. 각 의료보험자는 의료보험료의 일부로서 징수한 개호보험료를 일단 “사회보험진료보수지불기금(社會保險診療報酬支拂基金)”에 적립한 뒤, 이를 재원으로 각 시정촌의 “개호보험특별회계”라는 명목하에 일정비(개호보험 총금부비의 33%)의 “교부금(交付金)”이 지급되도록 되어 있다.

개호보험 총금부비로부터 위의 교부금(33%)과 공비(50%)를 제외한 나머지(전 시정촌 평균 17%)는 개호보험자인 시정촌이 제1호 피보험자로부터 보험료의 명목으로 징수하게 된다.

이용자 부담에 대해서는 서비스를 이용하는 자와 이용하지 않는 자와의 부담을 공평히 하면서 아울러 코스트 의식을 환기시킨다는 견지에서 총금부비의 1할에 해당하는 부담(그 외 시설입소자에 대해서는 식비 부담)을 지우고 있다. 단, 이 부담이 고액인 경우에는 상한선을 설정함과 동시에 저소득자에 대해서는 식비 및 부담금의 상한선을 낮게 설정하고 있다.

<표 2> 개호금부의 비재원구성

(단위: %)

국가부담	도도부현의 부담금	시정촌의 부담금	제2호 피보험자의 보험료	제1호 피보험자의 보험료	조정교부금 (평균)
20.0	12.5	12.5	33.0	17.0	5.0

자료: 日本厚生労働省, 『統計年鑑』, 2000.

IV. 결어 : 특징 및 과제를 중심으로

일본의 개호보험제도는 2000년 4월부터 실시하여 2년 남짓 경과되었다. 따라서 일본의 개호보험제도에 대한 평가를 제대로 하려면 지금까지의 실시 자료를 근거로 충분한 분석작업이 선행되어야 하리라 생각한다. 물론 일본 후생노동성이 매년 발간하는 백서나 민간단체가 독자적으로 조사한 통계가 소수 있지만²³⁾, 대부분이 1년 전의 통계 자료이기 때문에 현행 개호보험제도에 대한 정확한 평가를 하기에는 불충분하다. 따라서 본고에서는 현행 개호보험제도의 특징과 아울러 동 제도 전반에 대한 문제점을 지적하는 데 그치기로 한다.

현행 개호보험제도의 최대의 특징은 “노인의료”와 “노인복지”로 이원화되어 있던 기존의 제도를 재편성함으로써 이용자의 자유로운 선택에 의하여 개호서비스를 종합적·일체적으로 받을 수 있도록 하였다는 점을 들 수 있겠다. 이를 좀더 구체적으로 설명하면 첫째, 현행 개호보험제도는 개호보험을 의료보험으로부터 분리하여 그 재원을 급부와 부담과의 관계를 명확하게 하기 위하여 사회보험방식을 취하고 있다. 둘째, 현행 개호보험제도하에서는 보험자를 주민에 가장 가까운 시정촌 수준의 자치단체로 하여, 40세 이상을 피보험자로 할 뿐만 아니라 65세 이상의 노인들에게도 피보험자로서 부담을 지게 하고 있다. 또한 서비스 제공면에 있어서도 다양한 니즈(needs)에 대응하게 하기 위하여 민간영리단체를 포함한 다원적인 서비스 공급단체의 참가를 적극적으로 유치하고 있는 것이 특징이다.

이처럼 일본의 고령화사회는 개호보험제도의 도입에 의하여 커다란 전환기를 맞이하게 되었다. 가족개호로부터 사회적개호로, 그리고 획일적인 개호로부터 자유경쟁논리에 입각한 다양한 개호로 이행하고 있다. 하지만 개호를 직접 담당하는 홈헬퍼의 실태를 들여다 보면 과연 이러한 전환이 소기의 목적을 달성할 수 있을지 의문이다. 개호제도를 두고 있는 상당수의 나라들이 최근 들어 여러 가지 방향으로 전환을 시도하고 있다. 지금까지 복지국가라고 일컬어져 온 유럽의 선진국들도 공적 서비스에 전적으로 의지해 오던 종래의 방식에서 탈피하여, 개호시장을 개방하여 개호를 민간단체에 위탁

23) 厚生労働省, 『厚生白書』(2001년); 小笠・橋本・淺野, 앞의 책; 廣瀬眞理子, 「介護保険給付の實態と課題」, 日本社會保障法學會編, 『社會保障法—醫療保障法・介護保障法』(法律文化社, 2001년) 164쪽 이하 등이 있다.

하거나 가족들에 의한 개호를 재평가함으로써 효율적이고 다양한 서비스로로의 전환을 꾀하고 있다.

하지만 가족개호의 경우 하나만 보더라도 기본적인 책무를 국가 또는 지방자치단체가 지도록 하고 있는 다른 나라에서는, 개호를 하는 자와 받는 자 모두의 생활을 보장하고 있다. 개호를 하는 자에 대하여 노동자성을 인정할 것인가의 여부는 나라에 따라 물론 차이가 있지만, 개호를 필요로 하는 자에 대한 개호 보장과 함께 개호를 하는 자도 무상으로 개호를 하지 않도록 하기 위한 사회보장법제도가 정비되어 있다. 이에 비하여 2001년도부터 실시하고 있는 일본의 “가족개호위로금사업(家族介護慰勞金事業)”은 가족개호에 대하여 연간 10만엔(한화 약 100만원)을 상한으로 하는 금품을 지원하는데 그치고 있다. 이는 가족개호에 대한 사회적 인식이 부족할 뿐만 아니라, 개호서비스에 따른 고용확대에 대한 무관심을 단적으로 말해 주고 있다.

현행 개호시스템이 “조치제도”로부터 “사회보험제도”로 전환됨으로써 이용자 위주의 서비스시스템으로 되었다고는 하나, 이 제도가 향후 노인들로 하여금 장기의료 및 개호로부터 불안을 해소시킴과 동시에 노인들이 자립하여 생활할 수 있도록 하기 위해서는, 위에서 지적한 사항 외에도, 의사능력이 저하된 노인에 대해서는 성년후견(成年後見)제도 및 지역복지권리옹호(地域福祉權利擁護)제도 등에 의한 네트워크를 강화함과 동시에, 개호시설과 홈헬퍼 등을 충분히 확보하여 피보험자가 필요할 때에 적절한 개호 서비스를 받을 수 있도록 기반정비를 충실히 해야 하리라 생각된다.