

Working Paper 2005-01

일본 개호보험제도의 실태와 문제점 및 정책제언 연구

윤 문 구

한국보건사회연구원

이 보고서는 한국보건사회연구원 연구부대사업인
『해외사회보장제도·정책연구』의 연구용역 결과보고서입니다.

목 차

요 약	1
제1장 서론	10
제1절 연구의 목적	10
제2절 연구의 대상과 방법	11
제3절 연구의 구성 및 내용	11
제2장 개호보험제도의 성립 배경 및 제정과정	13
제1절 제도의 성립배경	13
제2절 개호보험제도의 성립과정	18
제3장 개호보험법의 이념 및 중요 내용	22
제1절 목적	22
제2절 기본적인 이념	22
제3절 개호보험제도의 개요	23
제4장 개호보험제도의 실시 현황 및 실태	30
제1절 개호보험제도와 관련한 정책목표	30
제2절 골드플랜21과 개호보험	32

제3절 개호보험제도의 실시현황	34
제5장 개호보험제도에 대한 평가 및 문제점	52
제1절 개호보험제도 실시 후 나타난 변화	52
제2절 개호보험제도에 대한 평가	56
제3절 개호보험제도의 문제점	65
제6장 금후의 과제 및 정책제언	71
제1절 금후의 과제	71
제2절 한국에의 정책적 시사점	79
참고문헌	82

표 목 차

〈표 2- 1〉	요개호 고령자의 장래 추계	14
〈표 2- 2〉	각 시설별 이용 비용의 차	16
〈표 2- 3〉	개호보험제도 구상 및 성립까지의 주요 동향	21
〈표 3- 1〉	피보험자, 수급권자 보험료	24
〈표 3- 2〉	보험서비스의 내용	25
〈표 3- 3〉	개호서비스의 내용	26
〈표 3- 4〉	개호보험제도의 재원 구성비	28
〈표 4- 1〉	골드플랜, 신골드플랜, 골드플랜21의 정책목표 비교	30
〈표 4- 2〉	골드플랜21의 목표	33
〈표 4- 3〉	보험자 수의 추이	35
〈표 4- 4〉	제1호 피보험자 수의 추이	35
〈표 4- 5〉	요개호 인정자 수의 증가 추이	36
〈표 4- 6〉	요개호 인정자에 대한 구성비의 추이	37
〈표 4- 7〉	개호서비스 이용자 수의 증가 추이	38
〈표 4- 8〉	각 국의 시설서비스의 이용현황	40
〈표 4- 9〉	개호보험 3시설에 있어서 입소자의 재소기간 비교	41
〈표 4-10〉	개호보험 3시설의 현황	42
〈표 4-11〉	개호직원의 업무 종사별 현황	43
〈표 4-12〉	개호서비스 사업자의 추이	44
〈표 4-13〉	고령자 관계 급부비	47
〈표 4-14〉	개호 총 비용 및 급부비의 추이	49
〈표 4-15〉	개호보험의 재원 구성 및 비용구조	50
〈표 4-16〉	개호급부비의 장래 추계	51
〈표 5- 1〉	장애 정도별로 본 재택개호 태세의 변화	61

〈표 5- 2〉	주개호자의 신체적, 정신적, 사회적 부담의 평균	62
〈표 6- 1〉	요개호별 인정자 수의 추이	73
〈표 6- 2〉	사회지출 대국민소득비 및 국내 총생산의 국제비교	74
〈표 6- 3〉	국민 의료비의 대전년도 증가율	74

그림 목 차

[그림 4-1]	개호서비스 이용자 수의 현황 비교	38
[그림 4-2]	요개호 등급별 서비스 이용 현황	39
[그림 5-1]	가족개호의 의식 변화(1998년과 2002년도의 비교)	57
[그림 5-2]	개호서비스에 대한 이용자 만족도	59
[그림 5-3]	개호보험제도에 관한 평가	60
[그림 5-4]	가족부담의 경감에 대한 설문 결과	63
[그림 6-1]	의료보험의 의료비 추계 및 인구 구성비의 추계	75
[그림 6-2]	신체가 약해졌을 때 희망하는 주거형태	77

요 약

제1장 서론

1. 연구의 목적 및 의의

빠른 속도로 저출산, 고령화가 가속화 되고 있는 한국은 이러한 사회에서 발생하는 제반 문제에 대응하기 위해 여러 가지로 해결 방안을 모색하고 있다. 그 중에서도 특히, 허약 고령자의 개호 문제를 사회적 지원시스템으로 대응하기 위해, 공적 장기요양 보장제도의 도입을 준비하고 있다. 그러나 일본은 이미 2000년 4월부터 개호보험제도를 시행, 금년으로 6년째를 맞이하고 있다. 본 연구는 일본의 개호보험제도의 실태 및 현황을 구체적으로 조사, 분석한 후, 지금까지의 시행과정에서 나타난 문제점을 고찰한 후, 향후 과제에 대해 정책제언을 목적으로 하였다. 이러한 연구는 장기요양 보장제도의 도입을 준비 중인 한국에게는 반면교사로서 좋은 선행사례가 되리라고 생각한다.

2. 연구의 대상과 방법

본 연구의 대상은 일본의 개호보험제도를 대상으로 하고 있다. 연구의 시간적 범위로는 개호보험제도가 본격적으로 시행된 2000년 4월부터 금년 3월까지로 하였다. 연구의 방법으로는 주로 문헌연구를 중심으로 하였으며, 필요에 따라 인터뷰 조사를 병행하였다.

3. 연구의 구성

본 연구는 전체 6장으로 구성되어 있다. 제1장은 서론 부분이며, 제2장은 일본의 개호보험제도의 성립 배경을 정책 환경적 요인과 정치적 요인으로 구분하여 검토한 후, 제정과정에 대하여 살펴보았다. 제3장 이후는 본 연구의 본론에 해당되는데, 우선, 제3장에서는 개호보험제도의 중요 내용에 대하여 간략히 살펴보았다. 제4장에서는 제도 시행 이후 현황 및 실태를 정책 목표와 관련시켜 어느 정도 정책 목표가 실현되었나를 분석하였다. 그

리고 제5장에서는 제4장의 고찰을 토대로 동 제도에 대한 평가와 함께 노정된 문제점에 대하여 검토하였다. 그리고 마지막 제6장에서는 남은 과제와 함께 이러한 일본의 사례를 통하여 우리나라에 대한 정책적 시사점은 무엇인가에 대해 언급하였다.

제2장 개호보험제도의 성립배경 및 제정과정

1. 제도의 성립배경

본 장에서는 제도 성립 배경을 정책환경 요인으로는, 1) 고령자 및 요개호자의 증가, 2) 저출산의 문제, 3) 산업구조의 변화 등을 중심으로 살펴본 후, 정치적 요인으로는 1) 법제도상의 문제, 2) 재정상의 문제로 구분하여 고찰하였다.

이렇게 성립배경을 구분하여 살펴보는 이유는 새로운 정책의 성립은 당시의 사회, 경제적 정책환경의 요인 하에서 정치적 의사결정을 통해 성립되기 때문이다. 즉, 정책환경이 충분히 성숙되어 있다 할지라도 그것을 정책화 시키려는 정책 주창자의 역할이 없이는 새로운 정책이 성립되기 어렵기 때문이다.

2. 개호보험제도의 성립과정

본 절에서는 정책환경을 정치 액터가 어떻게 인식하고, 어떠한 방향으로 해결을 모색하는지 그 과정을 후생성에 초점을 맞추어, 1) 정책구상의 초기과정, 2) 정책시안의 작성 및 심의과정, 3) 정책안의 제출 및 국회심의 과정으로 구분하여 각각의 특징적인 사안에 대하여 살펴보았다.

제3장 개호보험법의 중요내용

1. 목적 및 이념

개호보험법의 목적 또는 이념인, 1) 재택개호의 추진, 2) 자립지원, 3) 개호문제의 해결,

4) 부담의 공정성 확보, 5) 이용자 분위 등에 대하여 법조문을 중심으로 살펴보았다. 그러나 개호보험법의 제정은 상기와 같은 목적 이외에 더 중요한 정책 목적이 있었다. 다시 말해, 증가하는 의료보험비를 새로운 재원으로 조달하고자 하는 정책 목적이 동 제도 성립에 커다란 영향을 미쳤다는 사실을 간과해서는 안 될 것이다.

2. 개호보험제도의 개요

개호보험제도의 중요 내용으로서, 1) 보험자, 2) 피보험자 범위, 3) 보험급부의 수속 및 내용, 4) 이용자 부담, 5) 사업자 및 시설, 6) 보험료 징수, 7) 재원 구성, 8) 보험자의 지원 등에 대해 가급적 법조문을 중심으로 살펴보았다.

중요 내용 중, 이용자 부담에 대해서는 구체적으로 이용부담금, 표준부담액에 대해 개호보험 3시설과 그룹 홈의 비용을 비교, 검토하였다. 검토한 결과, 일반적으로 특별양호 노인 홈의 경우는, 자기부담액이 약 5만 엔에서 7만 엔 정도 필요로 하고, 그룹 홈의 경우는, 약 10만 엔에서 15만 엔 정도로 특별양호 노인 홈의 시설보다 약 2배정도 이용자 부담이 크다는 것을 지적하였다.

제4장 개호보험제도의 실시 현황 및 실태

1. 골드플랜21과 개호보험

본 장에서는 개호보험제도가 시행 초기에 설정된 정책 목표량을 기준으로 5년이 경과 한 후, 어느 정도의 정책 실현을 하였는지에 대해 현황 및 실태를 파악하였다. 우선, 정책 목표량을 알아보기 위해, 후생성이 책정한 골드플랜21의 내용을 살펴보았다. 특히, 골드플랜21은 2000년부터 실시하여 2004년까지의 구체적인 서비스 제공량이 제시되어 있다. 따라서 1절에서는 골드플랜 21의 기본성격 및 방향, 그리고 구체적인 시책 내용 등에 대하여 기술하였다.

2. 개호보험제도의 실시현황

본 절에서는 그 동안 실시된 제도의 현황 및 실태에 대해 구체적으로 조사, 분석하였다.

구체적인 내용으로는, 1) 피보험자, 보험자의 현황 및 추이, 2) 요보호인정자 수의 추이, 3) 개호서비스 이용자 수의 추이, 4) 시설 및 인프라의 확보 현황, 5) 개호보험제정의 현황 등을 중심으로 가능한 한 후생노동성의 최근 자료를 사용하여 현황 및 추이를 분석하였다.

분석 결과, 몇 가지 중요한 사항에 대해 종합적으로 기술하면 다음과 같다.

첫째로, 개호서비스 이용자 수의 증가 추이를 보면, 2000년 4월, 149만 명에서 2004년 8월에는 325만 명으로, 4년간 약 2배 이상 증가하였다. 특히, 재택서비스 이용자 수는 시행 이후, 130%나 증가한 데 비해, 시설 서비스 이용자 수는 42% 증가에 그쳤다.

둘째로, 시설 기반정비 상황을 살펴보면, 골드플랜21에서 제시한 시설서비스의 입소자 목표량은 특별양호 노인홈이 36만 명, 노인보건시설이 29만 7천명으로 설정되어 있었는데, 실제 이용자 수는 특별양호 노인홈이 341,272명이고, 노인보건시설이 245,268명이 이용하여, 시설 기반정비는 순조롭게 진행되었다고 할 수 있다.

셋째로, 재택서비스와 관련하여 개호직원의 현황을 살펴보면, 골드플랜21에서는 방문개호사업으로 방문개호원을 35만 명(2억 2천5백만 시간)을 목표로 설정하였으나, 방문개호 부문에 종사하고 있는 수는 2003년 10월을 기준으로 24만 7,962명이었다. 물론, 시간적 차이를 고려한다 해도, 재택서비스의 경우는 목표보다 상당히 부족한 상황 이라고 할 수 있다.

넷째로, 재택서비스 부문 중, 증가 추세를 나타낸 부문은 복지용구 대여가 118%, 특정 시설입소자 생활보호가 234%로 증가하였는데, 특히 그 중에서도 치매대응형 공동생활개호(그룹 홈)의 경우는 4년간 8배 이상으로 증가하였다.

다섯째, 2004년 12월을 기준으로, 65세 이상의 고령자 수는 2,443만 명이었으나, 이 중 요보호 인정을 받은 자 수는 15.5%인 379만 명이었다. 그 중에서 고령자 전체인구의 13.7%에 해당하는 335만6,300명이 개호서비스를 수급하였다. 이 중 그룹 홈의 서비스 수급자 수는 8만1,100명, 특정시설입소자 생활개호 서비스 수급자가 4만 1,600명, 특별양호 노인홈 서비스 수급자가 36만 9,700명, 개호보건시설 서비스 수급자가 28만 6,100명, 개호요양형 시설서비스 수급자가 13만 7,300명이 개호보험에 의해 시설서비스를 수급 받았다. 따라서 전체 개호보험 적용시설의 이용자 전체 수는 총 91만 5,700명으로, 65세 이상 전체 고령자(제1호 피보험자)비율의 3.7%에 해당하는 고령자가 시설 서비스를 수급 받았다고 할 수 있다.

여섯째, 개호보험의 총 사업비를 보면, 2000년도에는 4000억 엔의 이용료를 포함하여 총

비용이 3조 6천억 엔이었다. 그러나 2001년도에 4조 6900억 엔, 2002년도에 5조 1000억 엔, 2003년도에는 5조 4000억 엔, 2004년도에는 6조 1000억 엔으로 매년 예산을 상회하여 증가추세에 있는데, 개호보험이 시행된 2000년도와 비교하면 50% 이상이나 증가하였다. 뿐만 아니라, 앞으로도 개호급부 비용은 계속적으로 증가하여 2015년에는 약12조엔, 2025년에는 약 20조 엔까지 이를 것으로 추계하고 있다.

제5장 개호보험제도에 대한 평가 및 문제점

본 장에서는 제4장의 논의를 바탕으로 개호보험제도가 도입, 실시된 이후, 무엇이 개선 되었으며, 어떠한 변화가 있었는지, 또한 그러한 변화에 대해 어떻게 평가하고 있는지에 대해, 가급적 주관적인 가치 판단을 배제하고, 사실을 중심으로 검토하였다. 그리고 난후, 제도 시행에 있어서 노정된 문제점에 대하여 언급하였다.

1. 개호보험제도 실시 후 나타난 변화

제도 시행 후, 나타난 변화는 여러 가지가 있지만 그 중에서도 중요한 변화라고 생각되어지는 6개 사항에 대하여 살펴보았다. 즉, 1) 조치제도에서 이용자 계약으로, 2) 서비스 공급 주체의 다양화, 3) 지방자치단체의 역할 변화, 4) 서비스 이용 절차의 통일 및 비용 부담의 공평성, 5) 재택복지의 정착, 6) 케어매니지먼트의 보편화란 관점에서 각각 이전과 비교하여 무엇이 달라졌는지 살펴보았다.

이러한 변화의 내용에 대한 정확한 이해는 다음의 개호보험의 평가(효과)나 문제점을 이해하는데 중요하다고 생각된다. 변화 내용 중 개호보험제도 이념의 하나인 이용자 본위란 관점에서 변화를 보면, 제도 도입으로 인해 기존의 조치제도에서 이용 당사자 계약에 의해 서비스를 수급 받을 수 있다는 것은 커다란 변화라고 할 수 있다. 더구나, 제도 실시 이전에는 시정촌이 직접 또는 사회복지법인에 위탁하여 관리하였던 서비스의 제공이 제도 시행 후에는 민간사업자를 포함, 공급주체가 다양화 되었다는 것도 새로운 변화라고 할 수 있겠다.

뿐만 아니라, 시설 이용자 부담면에서도, 이전에는 応能負担의 형식을 취해, 시설의 중

튜나 개인소득에 따라 이용료 부담에도 차이가 있었으나, 개호보험법하에서는 이용료로서 10% 定率負擔으로 바뀌었다. 더욱이, 제도도입 후, 새로운 변화의 하나는 서비스 이용 시, 케어매니지먼트가 일반화 또는 보편화되었다는 사실이다.

2. 개호보험제도에 대한 평가

본 절에서는 제도 시행 후, 가시적으로 보이는 변화가 있었는데, 그러한 변화에 대해 어떻게 평가하고 있는지에 대해, 개인의 주관적인 평가가 아닌 앙케이트 등 실증연구의 자료를 바탕으로 고찰하였다. 평가는 개호보험 제도의 내용 영역별로 크게 4가지로 구분하여 살펴보았다.

말하자면, 1) 개호서비스에 대한 의식변화에 대한 평가, 2) 니즈의 만족도 및 제도 전체에 대한 평가, 3) 개호의 사회화에 대한 평가, 4) 케어매니지먼트에 대한 평가로 각각의 부문에 대해 조사한 설문 결과를 중심으로 살펴보았다. 이 중에서도 특히 니즈의 만족도 및 제도 전체에 관한 평가와 개호의 사회화에 대한 평가는 본 연구와 관련하여 중요한 평가라고 생각된다.

우선, 니즈의 만족도 및 제도 전체에 대한 평가는, 가) 일본경제단체 연합회에 의한 평가, 나) 교토부의 의사협의회에 의한 평가, 다) 지방자치단체에 의한 평가, 라) 요미우리 신문사가 조사한 평가의 내용을 살펴보았다. 상기의 4가지 평가를 전체적으로 종합해 보면, 니즈의 만족 및 제도 전체에 대해서는 전부 긍정적인 방향으로 평가하였다. 특히, 지방자치단체의 이용자에 의한 평가는 86%가 이용 서비스에 만족 또는 대부분 만족하는 것으로 평가 되었다. 또한, 요미우리 신문사에 의한 개호보험제도에 관한 평가 결과를 보면, 「높게 또는 다소 평가한다」가 2003년 58%로, 2001년의 47.1%와 2000년도의 43.8%와 비교해 볼 때, 시간이 경과함에 따라 평가가 높아진다는 사실을 알 수 있었다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때, 지역별 또는 대상 집단의 차이가 있어서 이들 결과를 일반화 시키는 데에는 무리가 따를지 모르겠지만, 앞에서 언급한 제도 실시 이후의 변화 내용과 관련해 유추해 본다면, 개호보험제도 및 서비스 만족도에 대한 평가는 전체적으로 긍정적 이었다고 말할 수 있을 것이다.

다음으로, 개호보험의 중요 목적이기도 한 가족개호를 사회적 개호로 어느 정도 전환시켰는지, 말하자면, 개호보험 실시로 가족개호의 부담이 어느 정도 경감하였는지에 관해,

가) 스키하라에 의한 조사, 나) 지방자치단체에 의한 조사, 다) 요미우리 신문사에 의한 조사를 중심으로 살펴보았다. 조사결과를 종합해 보면, 지방 자치단체의 조사 결과를 제외한 2개의 조사에서는 제도 시행 후, 가족의 개호부담은 그다지 크게 경감되지 않았다고 평가하고 있다.

3. 개호보험제도의 문제점

본 절에서는 개호보험제도에 관한 문제점을 크게 제도시행 이전과 이후로 구분하여 고찰하였다. 굳이 시기 구분을 하여 살펴본 이유는, 전자의 문제점이 개괄적이며 일반적인 문제점이라 한다면, 후자는 보다 실증적이고 구체적인 문제점이라 할 수 있겠다.

가. 제도 시행 이전의 문제점

제도 시행 이전의 문제점으로는, 가) 행정재량권의 과다 문제, 나) 서비스 급부에 있어서 법률상의 문제, 다) 민간기업의 참입문제, 라) 기반정비 및 인프라에 대한 문제, 마) 요개호 인정에 대한 문제, 바) 보험료 및 이용자 부담에 대한 문제로 구분하여 검토하였다. 이중 요개호 인정에 관한 문제와 보험료 및 이용자 부담에 관한 문제는 시행 이전부터 상당히 이슈화 되었던 문제들이다.

나. 제도 시행 이후 노정된 문제점

제도 시행 후, 노정된 문제점으로는, 가) 요개호인정자, 서비스 이용자 수의 증가문제, 나) 기반정비 및 인프라 구축에 관한 문제, 다) 영리기업의 참입문제, 라) 개호의 사회화에 대한 문제, 마) 개호보수 부정청구의 문제, 바) 개호 급부비 및 이용자 부담에 관한 문제 등으로 구분하여, 최근 자료를 근거로 보다 구체적이고 상세하게 검토하였다.

제6장 금후의 관제 및 정책제언

마지막 장인 제6장에서는, 지금까지의 고찰을 바탕으로 앞으로 남은 과제는 무엇이며, 그리고 이러한 과제를 해결하기 위해서는, 어떠한 대응방안이 필요한지에 대해 살펴본 후,

마지막으로 일본의 사례를 통하여 우리나라에 주는 정책적 시사점은 무엇인가에 대하여 언급하였다.

1. 금후의 과제

기रो에 서 있는 일본의 개호보험제도가 앞으로 지속되기 위해서는 어떠한 이슈들이 과제로 남아 있는가에 대해서, 1) 개호서비스의 지역간 격차의 과제, 2) 개호 예방의 과제, 3) 개호보험 재정의 과제, 4) 재택복지의 과제, 5) 케어매니지먼트의 과제, 6) 치매성 고령자의 과제로 구분하여 과제에 대한 문제점을 지적하고, 향후, 대응방안에 대해서 언급하였다.

특히, 이러한 과제 중에서도 가장 중요하면서도 논의의 대상이 되는 재정과 관련된 문제를 사회보장 급부비, 의료보험 급부비와 비교한 후, 앞으로의 전망에 대하여 언급하였다. 즉, 일본의 사회보장 급부비가 국내 총생산에 차지하는 비율은 2001년을 기준으로 하여, 스웨덴이 29.50%, 프랑스가 28.45%, 독일이 28.77%, 영국이 22.35%, 미국이 15.17%인데 비해, 일본은 17.64%였다. 이것은 서구 선진 국가들과 비교해 볼 때, 높은 수준이 아니라는 것을 알 수 있다.

그러나, 일본의 국민의료비는 국민소득의 증가를 상회하여 증가추세에 있으며, 국민소득의 약8%를 차지하고 있다. 그 중에서 국민의료비의 1/3은 노인 의료비가 차지하고 있을 뿐 아니라, 증가율이 계속 높아지고 있다. 의료보험 의료비와 인구 구성의 추계를 살펴보면, 2007년도 총 의료비의 34.7조엔 중 65세 이상의 의료보험비가 18.8조 엔으로, 전체 의료보험 비용의 54.3%를 차지하고 있다. 더구나, 2025년에는 총 65.6조 엔의 의료비 중 고령자의 의료보험비가 45.0조 엔으로 전체 의료보험 비용의 60%를 차지하는 것으로 추계되었다.

이렇게 증가하는 노인 의료비의 지출을 억제하고, 새로운 재원을 확보할 목적으로 실시된 개호보험제도가 앞에서 지적한 바와 같이 2025년도에는 20조 엔까지 증가할 것으로 추계하였다. 이렇게 볼 때, 일본의 개호보험제도는 새로운 대응방안이 없는 한, 재정적인 면에서 많은 어려움에 직면하게 될 것이다.

2. 한국에의 정책적 시사점

첫째로, 재정문제와 관련하여 일본의 개호보험제도는 기रो에 서 있다고 할 수 있다. 왜

냐하면, 현행 일본의 개호보험제도는 서비스의 이용이 증가하거나 개호보수를 인상하게 되면 10%의 이용자 부담비 증가와 전체적으로 개호보험료를 인상하게끔 되어 있다. 그러나 현행의 제1호 피보험자의 보험료는 정액 보험료를 기본으로 하며, 역진성의 성격이 강하기 때문에 대폭적으로 보험료를 인상하게 되면, 국민의 강한 반발이 예상된다.

따라서 현행 보험료 부담의 기본적인 틀을 개정하지 않는 한, 피보험자의 범위를 확대한다 하더라도 급부비의 증가에 대응할 만한 보험료의 인상은 곤란할 것이다. 이러한 일본의 사례를 참고로 한국 정부는 피보험자의 범위, 보험료의 산정, 이용료 부담금, 공비 부담 등 보험 재정에 관한 사항을 장래의 수요를 충분히 고려하여, 깊이 있고 신중하게 검토해야 할 것이다.

둘째로, 상기의 재정문제와 관련하여, 장기요양 보장제도 도입의 궁극적인 목적을 명확히 규명할 필요가 있다. 일본의 경우, 증가하는 노인 의료비의 비용 부담을 개호보험제도의 도입으로 새롭게 충당하려는 정책 목적 하에서 개호보험이 실시되었지만, 결과적으로 보면 개호 급부비가 예상 이외로 급증하여 전체적 정책 효과라는 면에서는 큰 효과를 가져오지 못했다고 할 수 있다.

셋째로, 일본에서 개호보험제도가 본격적으로 논의되기 시작한 것은, 고령화율이 14%이 상인 고령사회라는 성숙한 정책환경과 그것을 정책화 시키려는 정부 여당 및 후생성이란 정책 주창자가 있었다. 후생성은 특히, 심의회 및 사적 자문기관을 적극적으로 활용하여 민의를 수렴하고, 전문가의 전문 지식을 바탕으로 시안에 대한 충분한 검토를 행하였다.

따라서 한국 정부도 장기요양 보장제도와 같은 중요 현안의 문제를 정책화 시킬 때에는 일본과 같이 충분한 시간적 여유를 갖고, 싱크탱크를 활용하는 것도 바람직한 방법이라 생각한다.

마지막으로, 일본은 개호보험제도 도입을 위해 제도 성립 이전부터 시설의 기반정비 및 인프라 구축을 위한 제반 시책을 강구해 왔다. 그럼에도 불구하고, 살펴보았듯이 맨과워 부족 및 제반 문제가 지적되고 있는 것을 고려한다면, 한국은 이러한 기반정비 및 인프라 구축에 심혈을 기울여야 할 것이다. 특히, 인프라 구축의 경우는, 시설 기반정비와 달리, 많은 시간을 필요로 하기 때문에 제도의 질적 향상을 위해서는 이러한 문제 해결에 보다 많은 관심을 가져야 한다.

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 목적

한국 통계청의 자료(2005년 11월 19일 발표)에 의하면 우리나라의 평균 수명은 2005년 77.9세에서 2030년에는 81.9세로, 그리고 2050년에는 83.3세까지 높아질 것으로 예측하였다. 이에 따라 65세 이상 고령자 인구는 2005년 9.1%에서 2018년에는 14.3%로 증가하여 UN이 규정한 고령사회(Aged society)로 진입, 더욱이 2026년에는 20.8%로 초고령사회^{주1)}(Super Aged society)에 도달할 것으로 전망되었다.

저출산, 고령화란 현상은 선진제국에서 나타나는 일반적이며 공통적인 현상이지만 문제는 한국이 세계에서 그 유례를 찾아볼 수 없는 빠른 속도로 진행되고 있다는 것이다. 특히 후기고령자(75세 이상의 고령자)의 증가는 개호를 필요로 하는 요개호 고령자를 증대시켜 고령자 개호문제가 커다란 사회문제를 야기 시킬 것으로 예상된다. 이와 같이 인구 고령화와 저출산 추세가 동시에 진행됨에 따라 정부도 다양한 부문에 걸쳐 그 해결방안을 모색 중에 있다.

반면, 일본정부는 고령사회에서 발생되는 제반 사회문제^{주2)}를 해결하기 위해 2000년 4월부터 개호보험제도를 실시하여 왔다. 동 제도는 시행 이전단계부터 다방면에 걸쳐 많은 문제점이 제기되었음에도 불구하고 일본 정부는 「先實施, 後修正」이란 슬로건 하에서 제도를 실시하여 왔다. 동 법은 시행 후 5년을 목표로 제도 전반에 대한 검토와 함께 수정을 하게끔 규정되어 있다. 따라서 작년에는 사회보장심의회 등을 중심으로 제도개혁에 대한 검토가 이루어지고 그 결과, 개호 보험법 및 관련 법률에 대해 개정안이 작성되어 국회에 제출되었다. 개정안의 전체적인 틀은 개호보험의 지출액의 증가를 억제하는 내용에 중점을 두고 이와 관련된 제반 시책의 시행을 내용으로 하고 있다.

주1) 일반적으로 65세 이상의 인구가 전체인구의 20% 이상에 도달한 사회를 초고령사회(Super-Aged security)라고 불리워지고 있다.

주2) 개호보험제도와 직접적으로 관련된 사회문제에는 가족개호의 한계문제, 사회적 입원문제, 건강보험료 증가의 문제 등을 지적할 수 있다.

이러한 최근의 논의를 바탕으로 본 연구에서는 시행 6년째를 맞이하고 있는 일본의 개호보험제도의 실태 및 현황을 구체적으로 조사, 분석함으로써 지금까지의 노정된 문제점을 파악한 후, 향후 대응방안에 대하여 제언함을 목적으로 한다. 이러한 연구는 금년7월부터 장기 요양보험제도를 시범사업으로서 실시 목전에 두고 있는 한국에게는 반면교사로서 좋은 선행사례가 되리라고 생각된다.

제 2 절 연구의 대상과 방법

본 연구의 대상은 1997년 12월 제정되어 2000년 4월부터 시행되고 있는 일본의 공적 개호보험제도를 대상으로 하고 있다. 시간적 범위로는 개호보험제도가 본격적으로 시행된 2000년 4월부터 새로운 개정안을 둘러싸고 현재 활발히 논의 중인 금년 3월까지로 한다.

연구의 방법으로는 주로 문헌연구를 중심으로 하였으며 필요에 따라 인터뷰 조사(Key Informant Approach) 를 병행하였다. 즉 개호보험제도의 성립배경과 제정과정 및 현황을 살펴보기 위하여 관련된 문헌을 수집, 분석한 후, 평가 부문에서는 기존의 앙케이트 조사 결과와 문헌자료를 통하여 기술하였다. 마지막으로 문제점 및 정책제언에 관해서는 기존의 문헌연구에서 충족시키지 못한 사항을 담당정책 실무자 및 연구자를 직. 간접적인 인터뷰를 통하여 필요한 사항을 청취하는 방법을 취하였다.

제 3 절 연구의 구성 및 내용

본 연구는 전체 6장으로 구성되어 있으며 서론을 제외하면, 모두 5장으로 구성되어 있다. 우선 제1장은 서론 부분으로서 연구의 목적 및 방법, 그리고 구성 내용을 기술하였다. 그리고 제2장에서는, 고령자 개호문제에 대해 가족 기능을 중시해 왔던 자민당 정부가 어떠한 이유로 공적개호의 방향으로 정책전환을 하였는지 즉, 개호 보험제도 성립의 배경을 정책 환경적 요인과 정치적 요인으로 구분하여 검토하고, 그 제정과정을 살펴보았다.

제3장에서 제5장까지는 본 연구의 본론에 해당하는 장으로서, 제3장에서는 제2장을 배경으로 성립한 개호보험제도의 내용에 대해서 간략히 살펴보았다. 그리고 제4장에서는 동

제도가 시행된 이후의 현황 및 실태를 정책목표와 관련시켜 어느 정도까지 목표가 실현되었는지를 고찰 하였다. 구체적인 내용으로는 첫째, 시설 서비스(노인요양시설) 이용자와 재택 서비스 이용자의 규모와 개호보험 적용시설 입소자의 인구 비율은 전체 인구비율과 비교하여 어느 정도인지, 둘째로, 특별양호 노인홈 등 수용시설과 비교하여 다른 시설(예를 들면 그룹 홈)의 요양 비용은 어느 정도 차이가 있는지, 셋째로는 개호보험제도 실시를 위한 인프라에 관해 시계별로 정리하여 목표충족 상태를 파악한다. 그리고 마지막으로 재정에 관해 기술하였다. 즉 의료보험 급여비의 비율에 관한 향후 전망 및 동 제도를 실시하기 위해 계획된 예산 예산과 실제 실시 후 집행된 예산과는 어느 정도 차이가 있으며 또한 앞으로 필요한 예산은 어느 정도이며 부족한 예산에 대한 대응방안은 무엇인가 등에 관해 구체적으로 검토하였다.

제5장에서는, 상기와 같은 현황 및 실태 파악의 결과를 바탕으로 전체적인 평가와 관련하여 제도 실시 후 노정된 문제점에 대하여 언급하였다. 그리고 마지막 장인 제6장에서는 남은 과제와 더불어 이러한 일본의 사례를 바탕으로 우리나라에 대한 정책적 시사점은 무엇인가에 대해 언급하였다.

제 2 장 개호보험제도의 성립 배경 및 제정과정

일본의 개호보험제도 성립에 관한 선행연구는 그 수를 헤아릴 수 없을 만큼 다수에 이른다. 그러나 이들 대부분의 연구들은 법 제정의 배경에 있어서 제정 주체인 정부 자민당의 논리를 대변하듯 정책 환경적인 요인에 착목한 연구가 대부분이다.

본 장에서는 이러한 주장과는 달리 성립 배경에 대해 정책 환경적 요인과 정치적 요인으로 대별하여 살펴보고자 한다. 왜냐하면 공적 개호보험제도를 공공정책의 하나로서 간주할 경우, 새로운 법률의 제정에는 당시의 사회, 경제적인 요인 하에서 정치적 의사결정에 의해 성립되기 때문이다. 따라서 개호보험제도 제정 당시의 정책환경은 어떠한 것이며 그러한 정책 환경이 어떠한 정치 요인(액터)들과 결합하여 제정 되었는지 살펴볼 필요가 있다. 특히 후자인 정치요인(액터)은 제도의 내용에 커다란 영향을 끼치고 있음을 언급해 두기로 한다.

제 1 절 제도의 성립배경

1. 고령자 및 요개호자의 증가

개호보험제도 구상 배경의 하나로서는 우선 인구 구조의 변화를 들 수 있다. 일본의 고령화 진행 상황을 국립 사회보장 인구문제 연구소의 「일본의 장래 추계인구」에 의하면, 1950년 이전의 노인인구 비율은 5% 미만으로 저조하였으나 1970년에는 7%를 넘어서 고령화 사회로 진입하였고, 1994년에는 14%까지 증가하였다. 그 이후에도 고령자 인구는 계속 증가하여 2006년에는 20%를 돌파, 초고령사회에 진입할 것이고 더욱이 2050년에는 최고의 정점인 35.7%까지 증가할 것이라고 예측하였다.

여기서 주목할 점은 고령자 인구 가운데 또 다른 고령화 현상이다. 말하자면, 고령자를 전기 고령자(65~75세)와 후기 고령자(75세 이상)로 구분할 수 있는데, 각각의 인구 비율 변화를 보면 일본의 경우, 고령자 인구 중에서도 특히 후기 고령자의 인구 증가가 두드러

진 현상으로 나타난다. 상기의 추계에 의하면 2020년을 기준으로 고령자 전체 비율 중 후기 고령자의 비율(14.2%)이 전기 고령자의 비율(13.6%)을 능가할 것으로 예측하였다(후생노동백서, 2004).

이와 같이 후기 고령자의 증가는 당연히 치매^{주3)} 및 네타키리의 발병률을 증가시키는 요인이 된다. 후생성의 추계에 의하면 <표 2-1>에서 보는바와 같이 요개호 고령자^{주4)}가 2000년에는 280만 명, 2010년에는 390만 명으로, 더욱이 2025년에는 520만 명으로 증가할 것으로 예측하였다. 이것은 매년 10만 명 전후의 요개호 고령자가 증가 경향에 있다는 사실로 앞으로 개호문제가 중요한 사회 문제의 하나임을 알 수 있다. 뿐만 아니라 1995년 후생성의 「인구 동태 및 사회경제 조사」 결과에 의하면 네타키리 노인 가운데 3년 이상 네타키리 상태에 있는 사람이 53%로 과반수에 달하고 있다. 또한 전체 가운데 약 3/4정도가 1년 이상 네타키리 상태이며, 65세 이상으로 사망한 자의 평균 네타키리 기간이 약 8.5 개월이나 되었다(후생백서, 1995).

<표 2-1> 요개호 고령자의 장래 추계

(단위: 만 명)

	2000년	2010년	2025년
네타키리 노인(치매노인포함) a	120	170	230
요개호 치매성노인(네타키리노인제외)b	20	30	40
허약 노인 c	130	190	260
요개호 노인 a+b+c	280	390	520

자료: 후생성 추계에 의해 표로 재 작성

2. 저출산의 문제

한국과 마찬가지로, 일본에서도 급격한 고령화 요인으로서의 평균 수명의 연장에 따른 장수화와 저출산을 들 수 있다. 일본의 「합계 특수 출생률」^{주5)}은, 戰後 베이비 붐 시대

주3) 후생노동성은 기존의 치매라는 용어가 일시적인 표현이라 간주하여 법정 용어로서 치매 대신 인지증(認知症)으로 용어를 변경하였다.

주4) 개호보험법 제7조에서는 요개호 상태 및 요개호자의 정의에 대해서 규정하고 있는데, 동 법에 의하면 요개호자란 요개호 상태뿐만 아니라 요지원 상태에 있는 「要支援者」도 포함하고 있다. 따라서 요개호자란 개호를 필요로 하는 고령자로서 여기에는 네타키리, 치매, 허약노인 등이 포함된다(社會福祉小六法, p.331).

인 1949년에는 4.32였다. 그러나 그 후 1975년에는 2.14로 급격히 저하하였고, 그 이후에도 출생률은 계속 감소되어 2001년에는 1.33까지 저하되었다. 일반적으로 인구를 유지하는데 필요한 수준인 2.08에 미치지 못하기 때문에 장래적으로는 인구의 감소가 예측된다. 출생 수를 비교해 보아도 1949년에는 270만 명이었으나 2001년에는 117만 명으로 절반 이하로 출생수가 감소하고 있다. 이와 같이 저출산 현상은 가족이란 미크로 수준에서 아동 수의 감소를 생각 할 경우, 장래적으로는 가족에 의한 개호, 부양기능의 저하를 예상할 수 있으며, 또한 사회라는 매크로 수준에서 볼 때는 전체 노동력 인구의 감소를 의미하기도 한다.

3. 산업구조의 변화

산업구조의 변화에 따라 가족 제도도 대가족 제도에서 핵가족화로 변화하였다. 1955년부터 1995년까지 40년간 일본의 평균 세대규모는 4.97명에서 2.82명으로 감소했다. 이러한 가족규모의 축소는 당연히 고령자 단독 세대를 증가시켰는데, 1965년부터 1995년까지 30년간에 고령자 단독세대는 7배로 증가하였다(三浦, 2001).

한편, 산업구조의 변화는 당연히 여성의 사회 참가를 촉진시켜, 생산연령인구 중 여성의 노동력률은 현재50%를 넘고 있으며 앞으로도 계속 증가 추세에 있다. 이와 같이 고령자 단독세대의 증가는 고령자가 고령자를 개호하는 「老老介護」 현상과, 3세대 가족에 있어서도 여성의 사회 활동 참가로 인해 가족개호의 기능 저하를 초래하게 되었다.

4. 노후생활에 관한 여론조사

정부가 새로운 정책을 수립하기 위해서는 가장 먼저 기초 자료를 필요로 하는데, 개호 보험제도 성립을 위한 사회조사로서는, 총리부가 실시한 「고령기 생활의 이미지에 관한 여론조사」가 있다. 본 조사는 1993년 총리부가 주체가 되어 개호보험제도와 관련하여 전국민을 상대로 정부 측에서 실시한 최초의 여론조사이다. 이 조사 결과에 의하면 국민의 89%가 ‘노후 생활에 불안감을 느끼고 있다’라고 대답하였고, 반면에 ‘특별히 불안을 느끼

주5) 「합계 특수 출생률」이란 한 사람의 여성이 일생동안 출산하는 아이의 평균치를 나타낸 수치를 말하는데 기본적으로 인구의 현상유지를 위해서는 그 비율이 2.1 이상이 되어야 한다.

지 않는다'는 대답은 9.6%에 지나지 않았다.

이러한 고령기 생활의 불안 요인으로는 자신이나 배우자의 신체가 쇠약해져 질병과 함께 네타키리 또는 치매노인이 되어 개호를 필요로 하게 되었을 경우, 가장 큰 불안을 느낀다고 하였다(總理府, 1993). 앞에서 기술한 「요개호 고령자의 추계」에 관한 후생성의 자료와 총리부가 실시한 「노후생활에 관한 여론조사」의 결과는, 그 이후 개호보험 도입을 위해 국민을 이해시키는데 있어서 중요한 자료로 활용되었다.

5. 제도상의 문제

개호보험제도 성립 이전의 고령자 개호 서비스는 건강보험(의료)과 노인복지법, 그리고 노인보건법에 의해 각각의 서비스가 제공되었다. 그러나 서로 상이한 제도 하에서 개별적으로 서비스가 제공되었기 때문에 이용 절차나 비용 부담의 면에서 불균형을 초래하였을 뿐 아니라, 이용자에 대한 충분한 서비스의 제공도 어려운 상황이었다(표 2-2 참조).

왜냐하면, 특별양호 노인홈이나 홈헬퍼 서비스 등의 노인복지 시책은 사회적, 경제적 약자에 대한 공적 시책으로서 출발한 서비스였기 때문이다. 또한 노인의료, 특히 입원의료의 경우는 치료를 목적으로 한 단기입원이 기본으로 되어있으나, 노인의 경우는 치료가 끝나도 돌아갈 곳이 없기 때문에 일반 병원에서 장기 입원하는 「사회적 입원」이 커다란 문제로 나타나게 되었다. 이러한 사회적 입원의 증가는 후술하는 의료비 증가의 중요한 요인이 되었다.

〈표 2-2〉 각 시설별 이용비용의 차이

종 류	비용(1인/월)	이용자부담(1인/월)	거실면적(1인당)
일반병원	50만 엔 정도	약5.6만 엔	4.3m ²
요양형 병상	42.6만 엔	약5.6만 엔	6.4m ²
노인보건시설	31.2만 엔	약6.3만 엔	8m ²
특별양호 노인홈	27.1만 엔	평균4.7만 엔	10m ²

출전: 月刊介護保険編集部 『介護保険ハンドブック』 法研, 1999, p.18.

이상과 같이 개호의 현황, 고령자 개호에 관한 현행제도의 문제점, 더욱이 사회보장 구조 개혁의 추진 등과 함께 현행의 노인복지제도와 노인보건제도의 재편성이 개호보험 구상의 배경이 되었다고 할 수 있다(尹文九, 1998).

6. 재정상의 문제

살펴본 바와 같이 개호보험 제도가 창설된 배경에는 여러 가지 요인이 있지만 그 중에서도 가장 중요하고 직접적으로 영향을 미친 요인으로는 재정상의 문제라고 생각된다. 주지하는 바와 같이 일본은 전후 고도 경제성장하에서 사회보장제도가 각 분야에서 확충됨에 따라 사회보장 관계비도 증대되게 되었다.

우선, 사회보장 급부비^{주6)}의 추이를 살펴보면 1970년도에 3.5조엔 이었던 것이 1975년에는 11.7조 엔으로 급증하였으며, 1980년에는 25.7조엔, 1990년에는 47.2조엔, 그리고 개호보험법이 제정된 1997년에는 69.4조 엔으로 급격히 증가되었다. 이는 국민1인당 평균 55만 엔, 1세대 당 153만 엔에 해당되는 금액이다(長谷, 2004). 또한 일반회계 중 사회보장 관계비용이 차지하는 비율을 살펴보면, 1960년에는 11.5%, 1970년에는 14.4%에 비해 1975년에는 18.5%로 급증하였으며 1980년에는 19.3%까지 증대되었다. 이와 같이 사회보장 관계비의 증가는 기본적으로 고도성장에 의한 풍부한 재원을 배경으로 가능하다고 말할 수 있다.

그러나 1980년대 이후는 저성장으로 인한 재정의 악화로 사회보장 급부비가 크게 증가하지 못했다. 예를 들면, 1970년도와 1980년도의 국민소득에 대한 사회보장 관계비의 비율을 보면, 5.77%에서 12.4%로 비약적으로 증가되었는데 반해 1990년도에는 13.65%로 낮은 증가에 그쳤다. 그러나 국민부담률은 고령사회의 진행과 더불어 증가하였다. 1970년대에 24.3%가 1980년에는 31.3%로 증가하였으며, 1997년에는 37.2%까지 증가하였다(經濟白書, 2000). 국민부담율의 증가는 직접세 중심의 세제 체계를 취하고 있는 일본에 있어서는 현역세대에게 많은 부담을 안겨주는 결과를 초래하였다. 따라서 정부·자민당은 1989년에 소비세를 도입하고, 1995년에는 소비세율을 3%에서 5%로 인상하였다.

한편, 사회보장 관련 비용부담과 관련하여 개호보험제도가 부상하게 된 직접적인 요인은 의료비 증대에 있다고 할 수 있다. 1989년도 『노인의료사업 연보』에 의하면 국민 의료

주6) 사회보장 급부란 의료, 연금, 복지, 고용보험 등의 사회보장 제도의 급부 총액을 ILO가 규정한 국제 비교의 기준에 의거하여 계산한 것을 말한다.

비중 노인 의료비의 비율은 1981년에는 19.9%였으나 1993년에는 31.6%로 13년간 12.7%나 증가하였다고 기술하고 있다(三浦, 2001). 그러나 문제는 의료비가 국민소득 증가율을 훨씬 초과하여 증가하고 있다는 사실이다. 노인의료비의 증가는 각 보험자의 거출금을 기초재원으로 하고 있기 때문에 현역세대에게 부담을 증가시킬 수밖에 없다. 따라서 노인 의료비를 어떠한 형태로 부담시킬 것인가에 대한 문제는 후생성에게 중요한 과제였다. 특히, 사회적 입원 문제와 함께 요개호 고령자의 증가를 고려한다면, 노인의료 문제는 개호보험법 제정에 중요한 배경이 되었다고 할 수 있다(尹文九, 1999).

제 2 절 개호보험제도의 성립과정

앞 절에서는 정책환경의 관점에서 개호보험이 제정되기 위한 배경을 주로 사회, 경제적 측면에서 검토하였다. 앞에서도 지적하였듯이 새로운 제도 및 정책의 탄생에는 정책환경 요인도 중요하지만, 그것을 실현하고자 하는 정책 주창자(정치 액터)의 역할을 필요로 하게 된다. 예를 들어, 총알이 장전되고 모든 사격준비가 완료되었다 하더라도 누군가 방아쇠를 당기지 않으면 총알이 발사되지 않듯이, 정책도 정책환경이 아무리 성숙되어 있다 할지라도 그것을 제정하려는 정치 액터의 활동 없이는 성립을 기대하기 어려울 것이다. 따라서 본 절에서는 정책환경을 정치액터가 어떻게 인식하고, 어떠한 방향으로 해결을 모색하였는지 그 과정을 후생성에 초점을 맞추어 살펴보기로 하겠다.

1. 정책구상의 초기 과정

1986년 12월 사회보장 인구문제 연구소는 「일본의 장래 추계인구」를 발표, 2010년에는 고령인구가 20%까지 상승하여 초고령 사회에 진입하고, 따라서 네타키리 노인이나 치매노인 등이 당시의 60만 명에서 2000년에는 100만 명에 이른다고 추계하였다.

후생성은 이러한 인구구조의 변화와 함께 세대규모의 축소, 여성의 사회참가 확대, 부양 의식의 변화로 가족 개호능력이 저하되고 있기 때문에 이에 상응하는 대응 시스템의 확립이 요청된다고 주장하면서 「고령사회 위기론」을 강조하였다. 동년 정부는 「장수사회 대책요강」을 발표하고, 고령사회의 위기를 회피하기 위해서는 사회보장제도 및 세계개혁의

필요성을 강조하였다. 그리고 소비세 도입 직전인 1988년 10월에 후생성은 「복지비전」을 공표한다. 1989년 소비세 도입과 함께 앞으로의 사회복지의 방향에 대해 시정촌의 역할중시 및 재택복지 충실 등을 골자로 하는 「고령자 보건복지 10개년전략(이하 골드 플랜)」이 책정되고, 동년 7월에는 후생성 내에 사적 자문기관으로 「개호대책 검토회」를 발족시켰다.

한편, 1993년 8월에 탄생한 호소카와(細川) 연립정권은 94년 2월에 고령자 개호에 필요한 재원을 세금으로 충당하자는 내용의 「국민복지세」의 구상을 제안하였으나, 대장성과 자민당의 강한 저항으로 백지화 된다. 후생성 내에서는 이러한 「국민복지세」의 구상이 무산됨에 따라, 고령자 개호에 필요한 새로운 재원으로서 「공적개호보험」을 창설하는 방향으로 본격적으로 움직이기 시작하였다(尹文九, 1999).

2. 정책시안의 심의 과정

후생성의 개호보험 시스템의 구축을 위한 본격적인 움직임으로는 후생대신의 사적 자문기관인 「고령사회 복지비전 환담회」가 설치되고, 동 환담회가 1994년 3월에 제안한 「21세기 복지비전」 책정한 이후라고 말할 수 있다.

동 복지비전에서는 언제, 어디에서, 누구든지 개호가 필요하게 되었을 때 서비스를 받을 수 있도록 하기 위한 기반정비를 목표로, 당시 진행 중인 골드플랜의 내용을 대폭 수정한 신골드플랜의 책정을 주장하였다. 그리고 사회보장 급부비율, 즉 사회보장 전체 급부 중 연금 : 의료 : 복지의 비율을 현행의 5:4:1의 비율에서 앞으로는 5:3:2의 비율로 전환하여 복지 중시형의 21세기를 지향한 개호시스템을 구축하여야 한다고 제안하였다.

21세기 복지비전을 계기로 후생성은 학식경험자를 중심으로 한 「고령자개호, 자립지원 시스템 연구회」에 검토를 의뢰함과 동시에, 동년 4월에는 후생성 사무차관을 본부장으로 하는 「고령자 개호대책 본부」를 설치하였다. 그리고 10월에는 「노인보건복지 심의회」를 신설하는 등 고령자의 개호문제에 대해서 본격적인 검토를 개시하였다.

이와 같이 후생성이 개호보험제도 도입에 적극적으로 행동을 취한 배경에는 보건 재정을 증대시키고 있는 노인보건제도의 거출금의 증가를 새로운 개호보험의 신설에 의해 전환시키려는 의도가 있었기 때문이라고 생각된다. 다시 말해, 폭등하는 노인 의료비를 개호보험의 보험료와 소비세의 형태로 국민부담을 전환하고자 하는 재원 정책으로서 구상되었다고 말할 수 있다(尹文九, 1999).

한편, 1994년 12월에 고령자개호 자립지원시스템 연구회는 『새로운 고령자 개호시스템의 구축을 지향하여』라는 제목의 보고서를 제출한다. 동 보고서에는 개호의 기본 이념을 고령자의 자립지원에 근거하여, 사회연대를 전제로 한 사회보험 방식의 신 개호 시스템의 구축을 제안하였다(厚生省高齢者介護對策本部事務局, 1995). 그 이후, 후생성은 1996년의 정기 국회에 법안을 제출한다는 방침을 굳히고, 1995년 2월 노인보건복지 심의회에 검토를 요청하였다. 동 심의회는 7월에 중간보고를, 그리고 제2차 보고를 걸쳐, 1996년 4월에 최종보고를 제출하였다.

3. 정책안의 제출 및 국회심의과정

후생성은 사회보장제도 심의회와 노인보건복지 심의회에 개호보험제도안에 대해 자문을 의뢰하여 승낙의 답신을 받았다. 그러나 동 시안은 어디까지나 하나의 시안에 불과할 뿐, 보험자인 시정촌 등 관계자들의 의견 일치를 보지 못한 채, 자민당 내에서 의견을 조정한 후, 가을 임시국회에 법안제출에 합의함에 따라, 본래 계획하였던 1996년 8월의 정기국회에 법안제출은 단념하게 되었다.

한편 6월에 여당은 당내에 개호보험제도 창설에 관한 프로젝트가 설치되었다. 그리고 9월에는 시정촌으로부터 지적사항이었던 재정이나 사무 측면에서 시정촌을 지원한다는 내용과, 재택 및 시설서비스를 2000년도에 동시 실시한다는 내용을 받아들인 수정안에 합의함으로써 시안은 일단락 마무리되었다.

동 수정시안은 1996년 11월 29일, 제139회 임시국회에 개호보험 관련3법안(주7)을 국회에 제출하였으나 결말을 보지 못한 채 140회 국회에서 계속 심의사항으로 남았다. 1997년 2월, 중의원 후생 위원회에서의 심의를 시작으로 지방 공청회 또는 참고인들로부터 의견 청취를 포함해 54시간 이상 심의와 함께, 5월 21일에는 개호보험 사업계획의 피보험자의 의견반영, 법률시안 후 5년을 주기로 검토한다는 새로운 규정을 삽입한 수정안이 가결되었다. 그 이후 개호보험 법안은 우여곡절을 거친 끝에 1997년 12월 7일 가결 성립하였다(주8)(尹文九, 1999).

주7) 개호보험 3법안이란 개호보험법안, 개호보험 시행령법안, 의료법의 일부를 수정한 법률안을 가르킨다.

주8) 개호보험법안의 시안 작성과정에서 국회성립 과정까지의 자세한 사항에 관해서는 尹文九, 1999, 2000 『복지개혁의 정치과정·공적개호보험법안의 제정을 중심으로』를 참조하기 바란다.

<표 2-3>에서와 같이 동 법률이 제정되기까지는 후생성이 「개호문제 검토회」를 만든 구상단계로부터는 8년 이상 시간이, 또한 1994년 3월에 「21세기 복지비전」이 책정된 후 후생성이 본격적으로 대응한 이래로부터는 3년 9개월이, 그리고 1996년 11월 29일 국회에 제출된 이후부터는 13개월의 시간을 필요로 하게 되었다.

<표 2-3> 개호보험제도 구상 및 성립까지의 주요 동향

년 월	내 용
1986. 12	사회보장 인구문제연구소 「일본의 장래 추계인구」 발표
1988. 12	후생성 「복지비전」 발표
1989. 7	후생성 「개호대책 검토회」 발족
12	고령자 보건복지10개년전략 책정(골드플랜)
1990	복지8법 개정
1994. 3	「21세기 복지비전」 발표→신골드플랜과 개호보험제도 창설을 제언
4	후생성 「고령자 개호대책본부」 설치
9	사회보장제도 심의회가 공적개호보험제도 창설을 제언
10	「노인보건복지 심의회」 신설
12	「고령자개호, 자립시스템연구회」가 보고서제출→신골드플랜 책정
1995. 2	노인보건복지 심의회가 공적개호제도에 대한 심의 개시
1996. 4	노인보건복지 심의회 최종보고서 제출
6	후생성이 개호보험제도 시안을 노인보건복지 심의회에 자문의뢰
6.17	개호보험제도 창설에 관해 여당 합의
6.25	여당 개호보험제도 창설에 관한 프로젝트팀 창설
11.29	제139회 임시국회에 「개호보험관련 3법안」 제출→계속 심의 사항
1997. 2.25	제140회 정기국회, 중의원 후생위원회에서 심의 개시
5.22	중의원 후생위원회에서 수정, 가결
12.9	제141회 임시국회에서 3법안 가결 성립

자료 : 후생성연표를 기초로 작성

제 3 장 개호보험법의 이념 및 중요 내용

개호보험법은 개호문제를 국가차원에서 다룬 법률로서는 세계에서 독일에 이어, 둘째로 성립한 법률임과 동시에 일본 내에서 다섯 번째의 사회보험에 해당된다. 본 장에서는 개호보험법의 목적 및 이념, 그리고 중요 내용에 대하여 후생성 자료와 법조문 등을 참고로 간단히 정리하기로 한다.

제 1 절 목적

개호보험법 제1조에서는 동법의 목적에 대하여 다음과 같이 규정하고 있다. 본 법률은 가령(노화)이 원인으로 발생하는 질병에 의해 요개호상태로 되어, 개호기능훈련, 간호, 요양상의 관리 및 그 외의 의료를 필요로 하는 자가 자신의 능력에 알맞는 서비스를 제공받아, 자립생활이 가능하도록 함으로써 궁극적으로 국민의 보건의료 향상 및 복지증진을 도모하는 것을 목적으로 하고 있다(ミネルヴァ書房編集部, 2003).

제 2 절 기본적인 이념

후생성은 개호보험의 기본 이념으로 다음과 같은 여섯 항목을 제시하고 있다.

첫째, 금후 증가가 예상되는 개호비용을 장래에 안정적으로 확보하기 위해, 보험자 부담과 급부서비스와의 대응관계를 명확히 함과 동시에 국민의 연대, 상호부조를 기초로 한 사회보험방식으로 대응한다.

둘째, 개호서비스를 고령자의 관점에서 고령자 자신이 서비스의 내용이나 종류, 사업자 등을 선택할 수 있는 이용자 본위(위주) 제도로 한다.

셋째, 현행의 조치제도를 폐지하고 이용자와 서비스제공자가 계약을 체결, 민간 사업자나 영리 조직 등을 포함한 서비스 제공 주체를 다양화한다라고 기본이념을 제시하고 있다

(金野, 1999). 한편, 개호보험법 제2조에서는 보험급부에 대하여 구체적으로 다음과 같은 사항을 배려한 이념에 의거하여 행해져야 한다고 규정하고 있다.

넷째, 서비스의 제공은 신속하게 행해져야 하며, 보험급부는 요개호 상태의 경감, 악화의 방지 및 예방에 이바지될 수 있도록 함과 동시에, 의료와 연대를 배려하여 행해져야 한다(제2조2항).

다섯째, 개호보험제도는 피보험자 본인의 자기 결정을 최대한 존중하며, 자신의 선택에 의거, 개개인에게 알맞은 보건, 의료, 복지 등 서비스가 다양한 사업자나 시설로부터 종합적, 효율적으로 제공될 수 있도록 배려되지 않으면 안 된다(제2조3항).

여섯째, 대부분의 고령자는 요개호 상태에서도 가족이나 익숙한 지역에서 생활하기를 원하고 있기 때문에, 가능하면 재택에서 자립생활이 가능하도록 배려되어야만 한다고 규정하고 있다(제2조4항).

이상과 같이 개호보험법의 이념은 의료와의 연대, 피보험자에 의한 서비스의 선택, 종합적이고 효율적인 서비스의 제공, 자립의 지원, 서비스 공급자의 다양화 등을 기본이념으로 하고 있다.

제 3 절 개호보험제도의 개요

1. 보험자

보험자는 개호서비스의 지역성을 고려하여, 국민과 가장 밀접한 관계에 있는 행정단위인 시정촌 및 특별구를 보험자(운영주체)로 지정하고 있다. 보험자는 피보험자의 보험료를 징수하여 보험사고가 발생할 경우 보험급부를 행하는 등 보험재정의 균형을 도모하면서 개호보험을 실제로 운영하는 주체이다. 따라서 시정촌 및 특별구는 특별회계를 편성하여 개호보험에 관한 수입과 지출을 관리하여야한다(제3조2항).

또한 중앙정부와 도도부현, 의료보험자, 연금보험자가 시정촌 및 특별구인 보험자를 재정면 또는 사무적인 면에서 지원한다(제3조).

2. 피보험자의 범위

피보험자는 40세 이상으로 <표 3-1>에서 보는바와 같이, 65세 이상의 제1호 피보험자와, 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자인 제2호 피보험자로 구분하고 있다.

그 중 제1호 피보험자는 요개호 상태나 일상생활에서 지원이 필요한 상태(요지원상태)로 되었을 경우 서비스를 제공 받을 수 있다. 그러나 제2호 피보험자의 경우는, 초로기의 치매, 또는 뇌혈관질환 등 노화가 원인인 질병⁹⁾에 의한 요개호 상태나 요지원 상태로 되었을 경우에 한하여 서비스를 수급 받을 수 있다(제9조). 다만, 신체장애자 요양시설의 입소자와, 그외 특별한 이유가 있어 후생노동성령의 규정에 해당되는 경우는 당분간 피보험자의 적용조항에서 제외된다는 적용제외의 규정을 두고 있다.

<표 3-1> 피보험자, 수급권자 보험료

구 분	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상범위	65세 이상인 자	40세 이상, 65세 미만의 의료보험가입자
서비스수급권자	요개호자(네타키리, 치매) 요지원자(허약노인)	제1호 수급권자 중 특정질병에 한함 ¹⁾
보험료부담	시정촌, 특별구가 징수	의료 보험자가 의료 보험료로서 징수 하여 일괄 납부
징수방법	소득단계별 정액보험료 보통징수 및 연금에서 제외	건강보험:표준보수×개호보험료율 국민건강보험:소득, 균등별로 안배

주: 1) 특정 질병 이외의 사유로 인한 것에 대해서는 현행의 장애자복지법에 의거, 서비스를 제공하고 있다.
자료: 『介護保険の手引き』 ぎょうせい, 2004, p.42.

3. 보험금부의 수속 및 내용

개호보험 서비스를 제공받기 위해서는 서비스가 필요한 상태인지 아닌지 상태에 대한 인정¹⁰⁾을 받아야만 한다. 인정을 받기위해서 피보험자는 요개호 인정에 대한 신청을 하

주9) 개호보험법 제7조3항, 4항에서 각각 요개호자, 요지원자에 대하여 규정하고 있는데, 서비스를 제공함에 있어서 제2호 피보험자의 경우는 후생성이 지정한 15종류에 해당하는 「특정 질병」에 한해서만 개호 서비스를 제공받을 수 있도록 규정하고 있다
주10) 인정에는 크게 요개호자와 요지원자로 구분된다. 전자는 네타키리나 치매 등으로 요개호 상태에 있는 제1호 피보험자와 특정질병에 해당하는 제2호 피보험자가 해당된다. 후자는 요개호 상태로 될 우려상태

여야만 한다. 신청을 받은 보험자는 신청자의 심신 상황에 관한 조사를 행하는데, 조사는 시정촌 직원 외에 지정 거택개호지원 사업자나 개호보험 시설에 위탁할 수도 있다.

이러한 조사결과와 담당 의사의 의견을 종합하여 시정촌에 설치된 「개호인정 심사회」 주11)에서 심사, 판정한 결과에 따라 시정촌이 요개호 인정작업을 행한다. 여기서 요개호 인정을 받은 자에 대해서는 <표 3-2>와 같이 재택 또는 시설 양측으로부터 다양한 서비스를 제공받을 수 있다. 반면에, 요지원 인정을 받은 자는 요개호 상태의 발생을 예방한다는 관점에서 재택서비스만을 수급할 수 있다(제18조, 제41조).

<표 3-2> 보험서비스의 내용

구 분	재택서비스	시설서비스
요개호자	방문개호 방문입욕개호 방문재활 방문간호 데이서비스 단기입소 그룹 홈 개호 복지용구의 대여, 구입비 지급 주택보수비 지급	특별양호 노인홈 노인보건시설 지정 개호요양형 의료시설
요지원자	상 동	해당 없음

4. 이용자 부담

이용자 부담에 대해서는 서비스 이용자와 이용하지 않는 자와의 부담 면에서 공평성과 서비스 이용에 대한 비용 부담을 의식시킨다는 관점에서 서비스 이용비용의 10%의 부담금이 설정되어 있다(제41조). 다시 말해, 서비스를 이용한 피보험자가 개호서비스를 이용하

에 있는 제1호 피보험자와 특정 질병에 해당하는 제2호 피보험자가 해당된다.

주11) 요개호인정을 심사하는 기구로서 위원은 보건, 의료, 복지 등의 학식경험자 중 시정촌장이 임명하도록 되어있다(제15조).

였을 경우 서비스 제공자에 대해, 서비스 이용에 필요로 한 비용의 10%를 이용자가 부담하게 되어있다(주12). 다만, 재택개호 서비스 계획의 작성 등 재택개호 지원서비스(예를 들면 케어플랜 작성)에 대해서는 이용자 부담이 없다.

그러나 시설입소자의 경우는 10%의 이용자 부담 이외에 표준부담액(주13)을 이용자가 추가로 부담하여야 한다. 표준 부담액에는 일상 생활비와 식비가 포함되는데, 재택서비스의 경우는 해당되지 않으나 시설 입소자의 경우, 식비는 일상생활비로서 간주되어 표준부담액을 이용자 부담 비용으로 하고 있다. 그러나 표준부담액은 입소시설에 따라 또는 요개호 등급에 따라 이용 금액에 다소 차이가 있다(표 3-3 참조).

<표 3-3> 개호서비스의 비용 (요개호4의 경우 1개월 금액)

		특별양호 노인홈	노인보건 시설	개호요양형 의료시설	그룹 홈	재택 ¹²⁾
총 비용액	일상생활비	27만 엔	29만6천 엔	38만6천 엔	25만7천 엔	15만3천 엔 (평균)
	식사	6만4천 엔	6만4천 엔	6만4천 엔		
이용자 부담액	일상생활비	2만7천 엔	3만 엔	3만9천 엔	2만6천 엔	1만5천 엔 (평균)
	식사	9천 ~ 2만4천 엔	9천 ~ 2만4천 엔	9천 ~ 2만4천 엔	사업자와 이용자의 계약에 의함	

주: 1) 재택의 개호급부액은 2004년 3월을 기준으로 한 것임.

2) 재택의 경우, 총비용의 한도액은 30만6천 엔으로 설정되어 있기 때문에 이용자 부담액도 10%인 3만 천 엔이 한도액으로 되어있다.

자료: 『介護保険手引き』 2004, p.128의 내용을 참고로 재작성

<표 3-3>에서 보는바와 같이, 입소시설에 따라 비용의 차이가 있음을 알 수 있는데, 평균적으로 재택보다 시설의 경우가 많은 비용을 필요로 한다. 비용 면에서 시설 중에서는 의료를 필요로 하는 개호 요양형 의료시설이 가장 많은 비용을 필요로 한다는 것을 알 수 있다. 특히 개호보험 3시설(주14) 최근 증가추세에 있는 그룹 홈과의 이용자 부담액의 차이를 보면,

주12) 비용지불 방법은 우선 서비스 이용자(피보험자)는 서비스 이용에 필요한 총비용을 서비스 제공업체에게 지불한다. 그리고 그 이후에, 보험자인 시정촌에서 총 지불비용 중 90%를 상환 받게 되어있다.

주13) 표준부담액이란 부담면에서 재택에서 생활하고 있는 요개호자와 공평성을 도모하기 위해, 평균적으로 가계에서 부담하는 비용에 상당하는 금액을 말하는데 여기에는 식비와 일상 생활비가 포함된다.

앞에서도 언급한바와 같이 입소시설의 종류 및 피보험자의 요보호 등급에 따라 다르다. 더욱이 그룹홈의 경우는 식사비를 포함하여 생활에 필요한 개인용품비에 대해서는 사업자와 이용자의 계약을 근거로 하고 있기 때문에 시설마다 차이가 있어서 정확한 비교가 어렵다.

그러나 일반적으로 특별양호 노인홈의 경우 자기부담액이 약5만 엔에서 7만 엔 정도이나, 그룹홈의 경우는 약10만 엔에서 15만 엔 정도로 그룹홈이 약2배정도 이용자의 부담이 크다고 할 수 있다(주15).

한편, 10%의 이용자 부담이 고액이 될 경우에는 부담 상한선을 설정하여, 그것을 오버하는 경우에 대해서는 고액 개호 서비스비를 지급 받을 수 있다(제51조). 뿐만 아니라, 이러한 고액 개호서비스비의 지급 기준액 및 식비의 표준 부담액을 설정할 때에 저소득자에 대해서는 별도로 일정의 배려가 행해지고 있다.

5. 사업자 및 시설

보험급부는 원칙적으로 도도부현 지사의 지정을 받은 사업자와 시설에서 서비스를 제공 받게 되어있다. 도도부현 지사는 재택서비스 사업 또는 재택 개호 지원사업자가 사업 신청을 하게 되면 후생대신이 정한 인원, 설비 및 운영에 관한 기준 등에 따라 지정을 하게 된다. 그러나 의료행위를 필요로 하는 개호노인 보건시설이나 지정 개호요양형 의료시설 또는 특별양호 노인홈의 경우는 지정이 아닌 도도부현 지사의 허가를 필요로 하게 되어있다. 또한, 지정 재택 개호지원 사업자 및 개호보험 시설에는 법률상 케어매니저를 반드시 설치하도록 규정하고 있다(제110조).

6. 보험료 징수

보험료는 크게 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 구분되는데, 제1호 피보험자는 저소득자의 부담을 경감한다는 취지 하에, 시정촌별로 소득에 상응한 정액 보험료로 설정되어 있다. 보험료는 시정촌의 서비스 수준에 맞추어 설정되며 이러한 보험료 설정은 3년마다

주14) 개호보험 3시설이란 특별양호 노인홈, 노인보건시설, 개호요양형 의료시설 등 3개의 시설을 말한다.

주15) 현재 약3,000개에 달하는 그룹홈 사업소의 이용자 부담액에 관한 정확한 평균금액은 아직 나와 있지 않다. 다만, 여기서 제시하는 추정금액은 본 연구자가 살펴본 몇 개의 그룹홈 비용 부담금액과 그룹홈을 운영하고 있는 사회복지법인 光明會의 거택지원 사업소의 담당자와의 인터뷰를 참고로 한 것이다.

수정하게끔 되어있다. 보험료 징수 방법으로 18만엔 이상의 연금 수급자는 연금에서 인출하고, 그 외에는 보험자가 개별적으로 징수한다(제131조).

한편, 제2호 피보험자는 의료보험자가 보험료와 같이 징수하여, 개호보험자(시정촌)에게 납부한다. 즉, 제2호 피보험자는 자신이 가입해 있는 의료보험과 같이 개호 보험료를 납부하고 보험자를 경유하여 시정촌에 교부된다.

7. 재원구성

개호 총 비용에서 이용자 부담을 제외한 금액을 급부비라고 하는데 급부에 필요한 비용을 안정적으로 공급하기 위해, 급부비의 50%를 공비¹⁶⁾로 하고 나머지 50%를 보험료로 충당하고 있다. 공비 중 국가, 도도부현, 시정촌의 부담비율은 총 급부비의 25% : 12.5% : 12.5%로 되어있다(표 3-4 참조).

그런데 국가 부담의 25%중 5%에 해당하는 금액은 「조정교부금」으로 후기 고령자의 비율의 차이나 고령자의 부담 능력의 차이 등으로 인해 발생하는 시정촌 간의 재정력의 격차조정을 위해 사용되고 있다.

〈표 3-4〉 개호보험제도의 재원 구성비

보험료 50%	제1호보험자(17%) 2,200만 명	연금에서 특별징수(80%)	보통징수 (20%)
	제2호보험자(33%) 4,300만 명	의료보험자	
공비 50%	국비(25%) 이 중 50%는 조정교부금		
	도도부현 (12.5%)		
	시정촌(12.5%)		
이 용 자 부 담			

주: 1) 보험료의 비율 산정은 2003년을 기준으로 한 것임.
자료 : 후생성자료를 기초로 재 작성

주16) 공비란 세금을 재원으로 하는 국가 및 지방 공공단체의 부담금을 말하며, 개호 보험 에서 공비 부담율은 급부비 50%중 국가가 절반인 25%, 도도부현 및 시정촌이 각각 12.5%씩 부담하게 되어있다.

8. 보험자 (시정촌) 지원

보험자인 시정촌에 대한 재정적 지원을 살펴보면 첫째로, 요개호 인정에 필요한 사무경비의 절반에 상당하는 금액을 국가가 교부한다. 그리고 도도부현은 재정 안정 기금을 두어 시정촌의 예산을 상회하는 급부비의 증가, 보험료의 미납 등에 의한 보험채정 적자를 일시적으로 충당하기위해 자금을 대여 또는 교부하도록 되어있다(제122조). 또한, 사무 실시면에서 도도부현은 복수의 시정촌에 의한 개호인정 심사회의 공동설치에 대해서 지원하며, 시정촌에 의한 실시가 곤란할 경우에는 위탁을 받아 심사 판정 업무를 할 수도 있다.

제 4 장 개호보험제도의 실시 현황 및 실태

본 장에서는 2000년 4월에 시작되어 시행6년째를 맞이한 개호보험제도가 시행 초기 설정된 정책목표와 관련하여 어느 정도의 정책 실현을 하였는지에 대해 실시현황 및 실태를 파악하였다.

제 1 절 개호보험제도와 관련한 정책목표

개호보험제도와 관련하여 후생성이 정책목표를 구체적으로 제시한 자료는 다음의 <표 4-1>에서 보는바와 같이 1989년의 고령자 보건복지10개년전략(골드플랜), 1994년의 신 고령자 보건복지 10개년전략(신골드플랜), 그리고, 1999년 12월에 책정된 골드플랜21을 들 수 있다. 각각의 플랜을 비교하여 전체적인 수준에서 정책변화의 특징에 대하여 언급하기로 하겠다.

<표 4-1> 골드플랜, 신골드플랜, 골드플랜21의 정책목표 비교

중요항목	세부항목	골드플랜(89)	신골드플랜(94)	골드플랜21(99)
재택서비스	방문개호원	10만인	17만인	35만인
	단기입소	5만 인분	6만 인분	9.6만 인분
	데이서비스	1만 개소	1.7만 개소	2.6만 개소
	재택개호지원센터	1만 개소	1.7만 개소	—
	노인방문간호사업소	—	5000개소	9900개소
시설서비스	특별양호노인홈	24만 인분	29만 인분	36만 인분
	노인보건시설	28만 인분	28만 인분	29.7만 인분
생활지원서비스	고령자생활복지센터	400개소	400개소	1800개소
	케어 하우스	10만 인분	10만 인분	10.5만 인분
	그룹홈	—	—	3200개소

자료 : 『厚生白書』 2000年度の 자료를 이용하여 재 작성

위의 <표 4-1>을 참고로, 일본 정부의 개호서비스 정책과 관련하여 몇 가지 특징을 지적할 수 있다. 첫째로, 서비스의 급부를 재택과 시설서비스로 구분하여 비교하여 보면, 정책의 중심이 재택서비스에 중점을 두고 있는 것을 알 수 있다. 각 계획이 책정될 때마다 기본적으로 강조하고 있는 내용 중의 하나가 재택복지에 중점을 두고 정책을 추진해 나간다는 것이었다. 상기의 정책목표를 비교해 보아도 재택복지의 기본이 되는 방문개호 사업, 단기입소 사업, 데이서비스 사업 및 노인방문간호 사업은 획기적인 숫자로 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히, 1999년부터 5개년동안 방문개호 사업을 2배로 증가시킨다는 것은 2000년부터 실시될 개호보험제도와 깊은 연관성이 있다고 할 수 있다.

둘째로, 시설복지를 살펴보면 재택복지와 비교하여 완만한 증가 추세에 있음을 알 수 있다. 특히 노인보건시설의 경우는 1989년의 골드플랜 책정 당시 28만 명분이 10년이 지난 1999년에도 29만7천 명분으로 10년간 별로 증가하지 않았음을 알 수 있다. 그 이유로는 1980년대 중반부터 「사회적 입원」 문제를 해소하기 위한 방안으로서 당시 정부는 「중간시설」^{주17)}으로서 노인보건 시설을 확장시켰다. 동 시설은 요개호자에 대해 시설에 입소시켜 간호 등 의학적 관리와 더불어 개호 및 기능훈련, 그 외 일상생활에 필요한 도움을 지원 할 목적으로 설립되었다(介護保險法, 제94조). 그러나 개호보험 실시이후 재택복지 중심의 정책전환에 따라 기능 및 역할이 증대되지 못하였다고 생각된다.

셋째로, 골드플랜²¹에서는 생활지원 서비스로 고령자 생활복지센터와 새로운 시설로서 치매대응형 공동생활 개호시설(이하 그룹홈)의 신설을 들 수 있다. 여기서 주목해야 할 사항은 왜 자민당 정부가 예산증대를 필요로 하는 방향으로 새로운 정책을 책정하였나 하는 것이다. 물론 수렴이론 또는 산업화 이론에 입각하여 이해할 수도 있겠지만, 다른 측면으로도 생각해 볼 수 있다. 왜냐하면, 1989년에 골드플랜이 성립과 동시에 처음으로 소비세가 도입되었다. 그 후 1994년에는 신골드플랜의 책정과 함께 소비세가 3%에서 5%로 증가하였으며, 1999년 골드플랜²¹이 책정된 후 2004년부터는 소비세의 5%를 별도로 지불하지 않고 물건가격에 포함시키게끔 변경하였다. 이와 같은 상황을 고려해 볼 때 소비세(재정)과 복지서비스는 깊은 상관관계가 있다고 말할 수 있다.

주17) 중간시설이란, 병원에서 퇴원하였으나 집으로 돌아갈 상황이 안 되는 사람들을 일시적으로 입소시켜, 재활훈련 등을 통해 후에 가정에 복귀시킬 목적으로 설립한 시설을 가르키는데, 공식명으로는 노인보건시설이라 한다. 이 노인보건시설은 개호보험 실시이후 개호노인보건시설로 바뀌었다.

제 2 절 골드플랜21과 개호보험

본 절에서는 1999년 12월에 책정된 「골드플랜21」^{주18)}의 기본성격, 서비스 목표량, 그리고 금후의 구체적인 시책 방향에 대하여 살펴보기로 하겠다. 골드플랜21에 대해 구체적으로 검토하는 이유는 다음 절에서 개호보험의 실시현황을 분석할 때 중요한 기준이 되기 때문이다. 왜냐하면 동 플랜은 신골드플랜이 종료되고 개호보험이 실시되기 직전인 1999년 12월에 책정되었을 뿐만 아니라, 그 내용에 있어서도 개호보험제도 실시의 방향이나 기준 및 목표를 제시하고 있기 때문이다.

1. 골드플랜21의 기본방향

후생성은 1995년부터 99년까지 5개년 계획사업으로 개호보험제도 시행에 있어 원활한 서비스의 공급을 위해 신골드플랜을 추진해왔다. 동 플랜의 사업종료 1년 전인 1998년을 기준으로 추진상황을 목표량과 비교하여 보면 전반적으로 순조롭게 진행되었다고 말하고 있다^{주19)}. 그러나 문제점으로 지역이나 서비스 종류에 따라 차이가 있었으며, 또한 재택서비스의 공급체제 부족으로 시설서비스 쪽으로 과대한 수요가 발생되었다는 지적도 있었다. 이러한 문제점과 함께 골드플랜21은 신골드플랜의 종료와 2000년 4월부터 개호보험제도의 실시란 새로운 상황을 토대로 책정되었다. 동 플랜에서는 개호서비스의 기반정비, 개호예방, 생활지원 등에 중점을 두고, 각 서비스를 통합적으로 추진함으로써 고령자가 건강하고 삶의 보람과 긍지를 갖고 사회활동에 참가할 수 있도록 하는데 그 목적을 두고 있다고 기술하고 있다.

또한 이러한 목적을 달성시키기 위한 기본방향으로서 다음과 같은 4가지의 구체적인 목표를 설정하고 있다. 첫째로, 가능한 한 많은 고령자가 건강과 삶의 보람 및 긍지를 갖고 사회활동에 참가할 수 있도록 새로운 고령자 상을 구축하는 것. 둘째로, 요개호의 고령자

주18) 1999년 12월에 「금후5개년 고령자 보건복지 시책방향(골드플랜21)」이 책정 되었으나, 내용면에서 개호보험제도와 상당한 관련이 있기 때문에 약칭으로서 골드 플랜으로, 그리고 21세기를 지향한 플랜이라는 의미에서 「골드플랜21」이란 명칭으로 명명되었다(厚生白書, 2000).

주19) 2000년 후생백에서는 신골드플랜의 목표와 실적(1998년 기준)에 대해서 구체적으로 기술하고 있다. 이러한 수치(실적)를 기준으로 정부관계자들은 전반적으로 순조롭게 진행되었다는 애매한 말을 사용하고 있다. 그러나 동 플랜의 종료 년도인 1999년에 관한 실적은 그 이후의 후생백서 및 후생성관계의 어떠한 자료에서도 찾아 볼 수 없다.

가 자립생활이 가능할 수 있도록, 또한 개호가정에 지원이 가능할 수 있도록 개호서비스를 질이나 양적인 측면에서 확보하는 것. 셋째로, 지역 내에서 요개호 고령자에 대한 지원체제가 정비될 수 있도록 주민 상호간 협력하여 지역사회를 만들어 가는 것. 그리고 마지막으로, 계약에 의한 서비스 제공이란 새로운 제도(개호보험제도)가 정착될 수 있도록 개호서비스에 대한 신뢰성의 확보를 도모하는 것으로 기본방향이 설정되어 있다.

동 플랜은 개호보험제도가 실시되는 2000년부터 2004년까지 5년간으로 계획되었으나, 개호보험 사업계획과 관련하여 상황의 변화에 따라 개정한다고 되어있다(厚生白書, 2000).

2. 골드플랜21의 정책목표

각 자치단체가 작성한 개호보험 사업계획에서 제시한 개호서비스 예상량의 추계를 근거로 동 플랜이 제시한 목표량을 살펴보면 <표 4-2>와 같다.

<표 4-2> 골드플랜21의 목표

(단위: 人)

구 분	1998년	2004년
방문개호	157,711인	35만인(225백만시간)
방문간호 사업소	3,384개소	9,900개소(44백만시간)
데이서비스	11,458개소	26,000개소
단기입소생활개호	49,242인분	96,000인분
특별양호 노인홈	279,147인분	36만인분
개호노인보건시설	207,595인분	297,000인분
경비노인홈	37,492인분	10만5,000인분
그룹홈	—	3,200개소
고령자생활복지센터	243개소	1,800개소

자료: 『후생백서』 2000, p.168 <표1-2-1>의 「신골드플랜의 진보상황의 지표」와 『개호보험 핸드북』 2003, p.183의 「平成16년도 개호서비스의 제공량」을 근거로 재 작성

3. 목표달성을 위한 금후의 구체적인 시책

골드플랜21에서는 목표달성을 위한 구체적인 시책으로서 다음의 6개 사항을 제시하면서, 국가, 도도부현, 시정촌이 각각의 역할을 담당하여 실시하여야 한다고 하고 있다.

구체적인 시책으로서 첫째는 개호서비스 기반정비로 서비스의 양이나 질적 확보를 도모

할 것. 둘째는 앞으로의 중점과제의 하나로서 치매성 고령자 지원대책을 적극적으로 추진할 것. 셋째는 건강한 고령자 양성대책으로 특히 젊고 건강한 전기고령자들이 적극적으로 사회활동에 참여함으로써 치매를 예방하고 건강한 삶을 유지할 수 있도록 제반시책을 강구할 것. 넷째는 생활 지원체제의 정비로 지역 내에서 생활이 가능하도록 생활 지원서비스 또는 주거환경을 정비할 것. 다섯째는 이용자 보호와 신뢰 가능한 개호서비스의 육성으로 특히 개호서비스에 있어서 신뢰성의 확보를 도모하고, 개호 담당 서비스사업의 건전 육성을 도모하여야 할 것. 그리고 마지막으로 장수과학, 복지교육, 국제교류 등을 통해 고령자의 보건복지의 기초를 유지하는 기반 강화에 노력할 것 등을 구체적인 실시 사항으로 제시하고 있다(厚生白書, 2000).

이러한 구체적인 시책을 위해, 2000년도 예산에서 특별양호 노인홈, 노인보건시설 등의 시설정비를 위한 경비로 1,331억 엔을, 개호예방, 생활지원등 시설정비 이외의 사업을 위한 경비로 1,383억 엔을, 종합하여 2,714억 엔을 예산으로 편성하였다.

제 3 절 개호보험제도의 실시현황

2005년도는 개호보험법 시행 후 5년이 경과하였을 뿐만 아니라, 2003년도에는 보험료 개정을 비롯하여 개호보수의 개정이 이루어지게 되었다. 그리고 작년에는 제도 개혁 전반에 대한 검토와 함께 개호보험법 및 관련 법률에 대해서도 개정안이 작성되어 국회에 제출되기도 하였다. 이러한 상황에 입각하여, 본 절에서는 그동안 실시된 제도의 현황 및 실태에 대해 보다 상세하게 검토하기로 하겠다.

구체적인 내용으로는 첫째로, 피보험자의 현황, 둘째로, 재택 및 시설서비스 이용자의 현황 및 비율, 셋째로, 시설별 이용부담액의 차이, 넷째로, 사업자, 케어매니저, 방문개호원 등의 인프라의 실태 및 현황, 그리고 마지막으로, 개호보험 재정상황 등에 대해 살펴보기로 한다.

1. 보험자, 피보험자, 요개호인정자의 현황

가. 보험자수의 상황

보험자 수는 개호보험 개시년도인 2000년에는 3,252개소였는데, 그 후 서서히 감소하여

2001년에는 3,249개소로, 2002년에는 3,241개소, 그리고 2003년에는 3,213개소로 3년 동안 총39개소가 감소하였다. 이렇게 보험자가 감소한 이유는 합병특례법의 추진 하에서 지방 자치단체들도 효율적인 개호보험 관리운영을 위해 시정촌을 합병하였기 때문이다^{주20)}. 시정촌 합병이 어느 정도 진행되느냐는 개호보험의 보험자 운영에도 많은 영향을 미치리라고 예상된다.

〈표 4-3〉 보험자 수의 추이

2000년도	2001년도	2002년도	2003년도 ¹⁾
3,252개소	3,249개소	3,241개소	3,213개소

주: 1) 2003년도의 자료는 8월말 현재의 수치임.
 자료: 厚生労働省労働局의 자료를 근거로 작성

나. 피보험자 수의 현황

피보험자에는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 구분되는데, 개호보험 서비스 이용대상자의 대부분은 제1호피보험자에 해당된다. 따라서 여기서는 제1호 피보험자로 한정하여 그 추이를 살펴보기로 하겠다. 65세 이상의 제1호 피보험자는 2000년 4월을 기준으로 2165만 명이었으나 2001년 4월에는 2247만 명으로 증가하였으며, 2004년 2월에는 2443만 명으로 3년 10개월 사이에 13%인 280만 명이나 증가하였다. 현재에도 고령화 현상이 가속되고 있기 때문에 제1호 피보험자수는 앞으로도 계속 증가추세에 있다.

〈표 4-4〉 제1호 피보험자 수의 추이

2000년4월	2001년4월	2002년4월	2003년3월	2004년3월
2,165만 명	2,247만 명	2,322만 명	2,393만 명	2,443만 명

자료: 厚生労働省, 『介護保険事業状況報告』를 근거로 작성

주20) 여기서는 2003년까지의 보험자 상황은 기술하였으나, 현재 많은 전국의 시정촌들이 합병특례법의 종료기간인 2005년 3월말을 목표로 합병을 협의 중에 있기 때문에 그 이후에는 보험자가 더욱 감소될 것으로 예상된다.

2. 요개호인정자 수의 추이

개호보험법 제19조에서는 개호급부를 받고자 하는 피보험자는 요개호 인정을 받아야만 한다고 규정하고 있는데, 요개호 인정에는 개호의 필요 정도에 따라 크게 요지원과 요개호로 구분된다. 그 중에서 요개호는 상태에 따라 요개호 1등급에서 5등급으로 분류되어있기 때문에, 요개호 인정 구분은 요지원을 포함하여 전체로는 6등급으로 분류되어 있으며, 등급별 개호서비스의 종류나 보험금부액에 차이가 있다^{주21)}.

<표 4-5>에서 보는 바와 같이 요개호인정자 수는 2000년4월에는 218만 2천명이었으나 2001년 4월에는 258만 2천명, 또 2002년 4월에는 302만 9천명, 그리고 2003년 4월에는 348만 4천명으로, 더욱이 2004년 4월말에는 379만 5천명으로 4년간 179만 3천명이나 급속히 증가하였는데, 이것은 고령자 수의 증가율을 상회하여 증가하고 있는 현상이다.

<표 4-5> 요개호 인정자수의 증가추이¹⁾

(단위: 만 명)

년도	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
수	218.2	258.2	302.9	348.4	379.5

주: 1) 각년도의 4월말을 기준으로 계산한 것임.

자료: 厚生労働省 『介護保険事業状況報告』를 근거로 작성

한편, 요개호 인정자수의 내역을 살펴보면 4년간 전체증가율은 73.9%인데 그 중에서도 요지원, 요개호1, 요개호2 등 낮은 등급인정자의 증가가 전체평균 증가율보다 높게 나타났다. 특히, 요개호1의 경우는 거의 2배로 증가했으며, 요지원도 80%정도로 현저하게 증가하고 있음을 <표 4-6>를 통해 알 수 있다.

주21) 예를 들어, 보험금부에는 개호급부, 예방급부, 시정촌 특별급부가 있는데 개호급부(요개호 인정자)는 시설과 재택서비스 모두 이용가능 하지만, 예방급부(요지원 인정자)의 경우는, 재택서비스만이 이용 가능하다. 또한 등급별 보험금액도 시정촌의 재정 능력에 따라 금액이 상이하게 설정되어 있다.

〈표 4-6〉 요개호 인정자에 대한 구성비의 추이¹⁾

(단위: 만 명)

등급구분 년도	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년
요개호5(구성%)	29.0(13.3)	34.1(13.2)	38.1(12.6)	41.4(11.9)	44.9(11.8)
요개호4(구성%)	33.9(15.5)	36.5(14.1)	39.4(13.0)	42.4(12.2)	46.6(12.3)
요개호3(구성%)	31.7(14.5)	35.8(13.9)	39.4(13.0)	43.1(12.4)	47.7(12.5)
요개호2(구성%)	39.4(18.1)	49.0(19.0)	57.1(18.9)	64.1(18.4)	59.5(13.7)
요개호1(구성%)	55.1(25.3)	70.9(27.5)	89.1(29.4)	107.0(30.7)	122.5(32.3)
요지원 (구성%)	29.1(13.3)	32.0(12.4)	39.8(13.1)	50.5(14.5)	58.1(15.3)
합 계	218.2	218.2	302.9	318.4	379.5

주: 1) 각 년도의 4월말을 기준으로 계산한 것임.

자료: 『介護白書2004』 p.18의 자료와 후생성의 개호보험사업 상황보고 자료로 재작성

그 결과, 요개호 인정자 수의 구성비를 보면 2004년 4월말까지 요지원자가 15.3%, 요개호자가 32.3%, 요지원과 요개호자가 48.6%로 전체의 약 절반정도를 차지하고 있음을 알 수 있다(표 4-6 참조).

3. 개호서비스 이용자수 증가의 추이

개호보험제도 실시 3년 후인 2003년 4월에 처음으로 각 시정촌(보험자)이 개호보험료에 대한 수정작업이 이루어졌으며, 정부도 개호보수에 대한 개정을 하는 등 개호보험제도도 새로운 상황을 맞이하였다. 그 동안 개호서비스 이용자 수는 크게 증가하여 2000년 4월에 149만명에서 2004년 8월에는 325만 명으로 4년 4개월 만에 약2배 이상으로 증가했다(www.eonet.ne.jp).

이러한 서비스 이용자 수의 증가는 동일 시기의 일본 고령화의 속도가 9%였음을 감안하면 상당히 빠른 속도로 서비스 이용자가 증가하고 있다는 것을 알 수 있다. 그 중에서도 특히, 재택서비스의 이용자 수가 130%로 시설서비스의 42%에 비해 현저하게 증가하였다. 이러한 현상을 개호보험 제도에 있어 중요한 목적중 하나가 재택서비스를 중점적으로 실시한다는 데 있다는 것을 고려해 볼 때 그 목적은 어느 정도 달성되었다고도 할 수 있겠다²²⁾.

서비스이용자를 재택서비스 이용자와 시설서비스 이용자로 구분하여 보면, 2000년 4월 당시에 재택이용자 97만 명, 시설이용자가 52만 명으로 거의 2:1의 비율이었으나, 2002년 4월에는 재택이 172만 명, 시설이 69만 명으로 증가하였고, 2004년 8월에는 재택 247만 명, 시설이 98명으로 약 3:1의 비율로 재택서비스 이용자가 약3배 이상 증가하였다(표 4-7, 그림 4-1 참조).

〈표 4-7〉 개호서비스 이용자수의 증가 추이

(단위: 만 명)

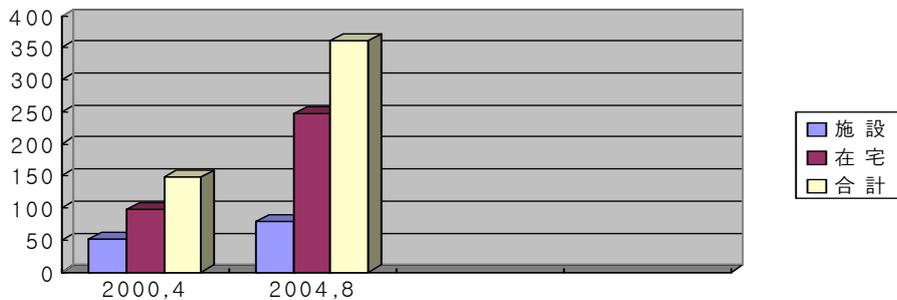
종류 년도	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년8월
시설서비스(%)	52	65(25%)	69(32.6%)	72(38.4%)	78(50%)
재택서비스(%)	97	142(46.3%)	172(77.3%)	202(108.2%)	247(154.6%)
합 계 (%)	149	207(38.9%)	241(61.7%)	274(83.8%)	325(142.9%)

주: 1) 2003년 12월을 제외한 각 년도는 4월말을 기준으로 계산한 것임.

2) ()안의 %는 2000년도를 기준으로 증가율을 나타낸 것임.

자료: 후생노동성 개호보험사업 상황보고 자료를 근거로 작성

〔그림 4-1〕 개호서비스 이용자수의 현황비교

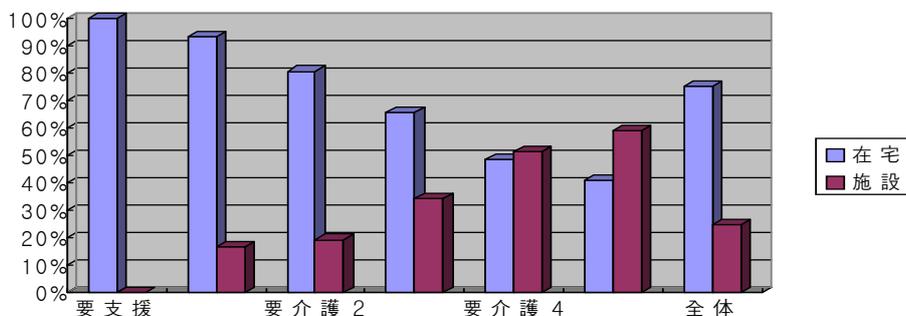


자료: 후생노동성 개호보험사업상황 보고 자료를 근거로 작성

주22) 2000년 총리부가 실시한 고령자 주택과 생활환경에 관한 의식조사」에서, 자신의 신체가 약해졌을 때 살고 싶은 형태에 대해 설문한 결과, 고령자의 60%정도가 요개호 상태가 되어도 현재의 자택생활을 희망한다고 답한 것에 비해 시설입소의 희망자는 20%에도 미치지 못하는 것으로 나타났다(총리부, 2001).

한편, 요개호 등급별 서비스 이용 상황을 보면, 요지원 인정자의 경우는 법률적으로 시설서비스를 이용할 수 없기 때문에 당연히 100% 시설서비스를 이용할 수 밖에 없다. 그러나 요개호 인정자의 경우는 시설이나 재택 등 모든 서비스 이용이 가능하다. 2004년 2월을 기준으로 요개호 인정자의 서비스 이용 상황을 보면 [그림 4-2]와 같이 요개호1은 재택이 93.1%, 요개호2는 80.6%, 요개호3은 65.8%, 요개호4는 48.6%, 요개호5는 40.8%로 나타나 일반적으로 요개호 등급이 높을수록 시설서비스 이용률이 높다는 것을 알 수 있다.

[그림 4-2] 요개호 등급별 서비스 이용상황



주: 1) 이용비율의 현황을 2004년 2월을 기준으로 한 것임.
 자료: 개호급부비 실태조사월보(2004년 2월분)의 자료와 『厚生白書』 2004, p206를 사용하여 제작됨

또한, [그림 4-2]와 같이 전체의 75.3%가 재택서비스를, 나머지 24.7%가 시설 서비스를 이용하고 있는데 시설서비스에는 크게 개호노인 복지시설(특별양호 노인홈), 개호노인 보건시설, 개호요양형 의료시설로 구분되는데, 시설서비스 전체 이용자 중 개호노인 복지시설의 이용률은 28.9%로 전체시설 이용률의 절반 이상을 차지하고 있다. 재택서비스에는 방문개호, 데이서비스, 복지용구대여, 단기입소 생활개호 등이 있는데 그중에서도 방문개호, 데이서비스, 복지용구대여 등의 서비스 이용률이 급격한 증가추세에 있을 뿐만 아니라 이용률도 높다.

이상과 같이 일본의 개호서비스의 이용자 현황에 대하여 시설 및 재택서비스로 분류하여 살펴보았다. 다음으로, 개호시설 서비스의 이용 현황을 OECD국가 중 몇개의 국가를 대상으로 비교주²³⁾하여 보면 <표 4-8>과 같다.

<표 4-8> 각국의 시설서비스의 이용현황

국명	년도	개호시설	케어형 고령자주택	합계
영국	1984	노인홈 3.0%	리타이어먼트하우스 5.0%	8.0%
덴마크	1989	프라이엠 5.0%	서비스형 고령자주택 3.7%	8.7%
스웨덴	1990	노인홈 5.0%	서비스하우스 5.6%	10.6%
미국	1992	나스팅홈 5.0%	리타이어먼트하우스 5.0%	10.0%
독일 ¹⁾	2003	노인홈 8.7%	—	8.7%
일본	2004	노인홈 24.7%	고령자주택 0.8%	25.3%

주: 1) 독일은 개호보험을 전 국민을 대상으로 하고 있기 때문에 전체 피보험자수 (702만6,000명)에서 개호보험 시설 이용자 수(61만2,499명)의 비율을 비교하면 그 비율은 낮게 나타난다.
 자료: 『사회보험 심의회』의 제8회(2003, 1, 26)의 자료와 『세계의 사회복지연감 2004』의 자료를 근거로 재작성

한편, 시설입소자의 상황을 재소기간별로 보면, <표 4-9>와 같이 개호노인 복지시설에서는 3년 이상 자가 약 절반이상을 차지할 뿐 아니라, 5년 이상 자도 28.2%를 차지하고 있다. 그러나 시설 성격상 중간시설의 의미를 지닌 개호노인 보건시설의 경우는 1년 미만 자가 약 60%를 차지한 데 비해, 3년 이상 자는 10% 이하로 되어있다. 그리고 개호요양형 의료시설은 1년 미만자가 약 절반으로 개호노인 복지시설보다 재소기간이 짧지만 한편으로 5년 이상 자도 7.6%나 되고 있다.

마지막으로, 평균재소 일수를 보면 개호노인 복지시설이 1,445.3일로 가장 길며, 그 다음으로 개호요양형 의료시설이 654.5일이며, 개호노인 보건시설은 395.4일로 가장 짧다. 따라서 개호노인 보건시설의 평균일수는 개호노인 복지시설의 5분의 1정도로 되어있다(全國老人保健施設協會, 2004).

주23) 비교연구를 할 때 기본적으로 필요한 요건이 공통변수(예를 들면, 동일년도, 동일 개념)를 중심으로 비교를 해야 하나 본 연구를 수행하는데 있어서 공통변수에 대한 수집에 어려움이 있었다. 왜냐하면, 상기의 국가들 중 독일과 일본을 제외하고는 공적 개호보험제도를 실시하고 있지 않고 있으며, 또한 각국의 시설 개념의 정의에 있어서도 동일하지 않기 때문에 정확한 숫자의 파악이 곤란하였다. 본 연구자도 가능하면 최신 자료를 근거로 국가 간 비교를 위해 내각부 및 노동후생성 등 관계 담당자들에게 자료를 요청하였으나 기대할 만한 자료를 얻지는 못하였다.

<표 4-9> 개호보험 3시설에 있어서 입소자의 재소기간 비교¹⁾

기 간	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형 의료시설
3개월 미만	4.2%	22.7%	14.0%
6개월~1년	10.1%	19.3%	16.5%
1년~2년	17.9%	23.3%	35.6%
3년~4년	10.6%	3.6%	4.4%
5년 이상	28.2%	1.3%	7.6%
평균재소일수	1445.3일	395.4일	654.5일

주: 1) 2001년 9월을 기준으로 한 자료임.

자료: 『介護白書』 2004년, p.34에서 재작성

4. 시설 및 인프라의 현황

개호보험제도를 원활히 수행하기 위해 골드플랜21(표 4-1 참조)에서는 구체적으로 기반 정비 목표를 설정하였는데, 여기서는 동 플랜과 비교하여 제도실시를 위해 어느 정도 시설 및 인프라가 정비되었는가에 대하여 살펴보기로 하겠다^{주24)}.

기반정비 사업에는 재택사업과 시설사업으로 구분되는데, 전자에는 방문형 서비스와 통소, 그리고 단기입소형이 있으며, 후자에는 시설형 서비스와 생활지원형 서비스로 구분할 수 있다. 우선 시설서비스의 정비 현황을 개호보험 3시설을 중심으로 살펴보면 <표 4-10>과 같다.

주24) 본 연구를 위해 다양한 방면에서 자료를 수집하였다. 그러나 골드플랜21에서 제시한 구체적인 항목에 대해 정확한 현황을 파악하지는 못 하였다. 왜냐하면, 개호보험법에서는 특히 재택서비스 제공자의 경우, 민간부문의 참여를 허락하였기 때문에, 그 부분에 대한 전국적인 수준에서 데이터가 부재할 뿐만 아니라, 중복되는 경우도 있다. 따라서, 본 연구에서는 후생노동성 관계의 자료에 의거하여 공공부문에 대한 시설 및 인프라의 현황을 중심으로 기술하였다.

<표 4-10> 개호보험 3시설의 현황

년도 시설		2001년4월	2002년10월	2003년10월	2005년3월 ¹⁾
		개호노인 복지시설	입소정원수	309,817	330,916
	입소자 수	—	326,159	341,272	—
	이용률(%)	—	98.6%	98.6%	—
개호노인 보건시설	입소정원수	240,764	254,918	263,612	297,000
	입소자 수	—	233,740	245,268	—
	이용률(%)	—	91%	91.7%	—
개호요양 의료시설	입소정원수	118,598	137,968	139,636	—
	입소자 수	—	126,865	129,365	—
	이용률(%)	—	92.0%	92.6%	—

주: 1) 2005년 3월의 숫자는 골드플랜21이 종료하는 시점으로 목표치를 나타낸 것임.

자료: 厚生省老健局的 平成15年度 「개호서비스 시설 및 사업소 조사결과 상황」의 자료를 근거로 작성

<표 4-10>에서 보는 바와 같이, 개호노인 복지시설 (특별양호 노인홈)의 경우는 정원 수가 340,592명에, 입소자 수가 341,272명으로 이용률은 98.6%를 나타내고 있다. 또한 개호노인 보건시설은 정원 수가 263,612명에, 입소자 수가 245,268명으로 이용률은 91.7%를 보이고 있다. 그리고 개호요양형 의료시설은 정원 수가 139,636명에, 입소자 수가 129,365명으로 92.6%의 이용률을 나타내고 있다. 이와 같이 전체적으로 볼 때, 골드플랜21의 목표량인 36만 명(개호노인 복지시설)과 29.7만 명(개호노인 보건시설)으로 설정되어 있는데, 본 자료는 2003년 10월을 기준으로 한 것이기 때문에 그 이후에도 시설관계 부문의 정비는 순조롭게 진행되었을 것으로 추측된다.

한편 동 시설의 개설 주체 별로 구성비를 살펴보면, 개호노인 복지시설(특별양호 노인홈)은 행정부문(도도부현 및 시정촌)이 7.4%에 비해 사회복지법인이 88.9%를 개설 및 운영하고 있다. 그러나 개호노인 보건시설 및 개호요양형 의료시설의 경우는, 행정이 각각 4.0%, 4.9%를, 그리고 의료법인이 각각 73.1%, 74.7%를 차지하고 있는 것으로 나타났다 (<http://www.mhlw.go.jp/Kaigo>).

다음으로 재택서비스에는 앞서서의 <표 3-2>와 같이 다양한 사업이 있는데, 여기서는

동사업의 근간이 되는 방문개호사업과 중요한 몇 가지 사업의 실태에 대하여 알아보기로 하겠다. 우선, 재택서비스 사업소에 근무하는 전체 종사자 수는 방문형 서비스인 방문개호 사업소가 11만 8,178명, 방문입욕 사업소가 1만 836명, 방문간호 사업소가 2만 2,935명이며, 통소형 서비스인 통소개호 사업소는 10만 1,350명이 종사하고 있다. 또한, 개호보험시설에 근무하고 있는 종사자 수는 개호노인 복지시설이 18만 8,423명, 개호노인 보건시설이 14만 912명, 개호요양형 시설에 11만 770명이 종사하고 있는 것으로 나타나, 2003년 10월을 기준으로 전체 총 종사자 수는 69만 3,404명이 개호관련 업무에 종사하고 있다.

그러나 골드플랜²¹에서는 이중에서도 방문개호사업과 관련해 필요한 인프라로 2004년 3월말까지 35만 명을 확충한다는 목표를 내세웠다. 따라서 전체 종사자 중 방문개호업무와 직접적으로 관련 있는 개호 종사자의 수를 사업별로 살펴보기로 하겠다(표 4-11 참조).

<표 4-11> 개호직원의 업무종사별 현황¹⁾

시설 개호 종사자	개인노인 복지시설	118,203	합계: 24만740명	총합계: 48만8,702명
	개호노인 보건시설	35,046		
	개호요양형 의료시설	47,491		
재택 개호 종사자	방문개호	112,920	합계: 24만7,962명	
	방문입욕개호	7,054		
	통소개호(방문간호)	55,673		
	통소재활 사업소	15,247		
	단기입소 생활개호	39,235		
	치매대응형 공동생활개호	17,833		

주: 1) 2003년 10월 기준으로 집계될 것임

자료: 『介護白書』 2004, p.100 <표 3-1-13> 직종별 상근종사자수를 근거로 제작성.

개호업무에 종사하는 개호직원은 시설개호 종사자와 방문개호 종사자로 구분되는데, 방문개호 종사자의 수는 24만 7,962명이고, 시설개호 종사자는 24만 740명으로 총 개호종사자 수는 48만 8,702명으로 집계되었다^{주25)}. 그러나, 여기서는 재택서비스에 관한 인프라를

주25) 개호종사자의 현황 파악에 있어 유의할 사항은 방문개호에 있어서는 정규직 종사자 보다 비정규직 종사자의 수가 약 4배정도 많다. 비정규직 종사자의 경우는 2개 이상 의 사업소에서 일을 하고 있기 때문에 정확한 현황 파악이 어렵고, 이를 고려하면 실제 인원은 집계된 인원보다 감소가 예상된다.

과약하고 있기 때문에 방문개호부문에 종사하고 있는 총 종사자 수에 대해 사업부문별로 살펴보면, 방문개호부문이 11만 2,920명, 방문입욕개호가 7,054명, 방문간호 사업소가 55,673명, 통소재활업소가 15,247명, 단기입소 생활개호가 39,235명, 치매대응형 공동생활 개호(그룹 홈)가 17,823명으로 총 24만 7,962명으로 구성되어 있다. 이러한 숫자는 골드플랜21에서 목표로 제시한 방문개호원의 수인 35만 명에는 부족한 상황이다. 그러나 데이터를 집계한 시점이 2003년 10월이라는 점과 방문개호원의 수가 계속적으로 증가추세에 있다는 점을 감안하여야 할 것이다^{주26)}.

이와 같이 개호업무 종사자 수의 증가는 당연히 사업을 담당하는 사업자 수의 증가를 의미하기도 하는데, 개호서비스 사업자수의 추이를 살펴보면 <표 4-12>와 같다.

<표 4-12> 개호서비스 사업자의 추이

서비스종류		2005년5월말	2004년5월말	증가율
재	방문개호	12,650	21,112	66.9%
	방문입욕개호	2,654	2,936	11.9%
	방문간호	41,044	65,446	59.5%
	방문재활	29,421	52,251	77.6%
	통소개호	7,740	14,256	84.2%
택	복지용구 대여	3,653	7,985	118.6%
	단기입소 생활개호	4,607	5,695	23.6%
	치매대응형 공동생활개호	535	5,003	835.1%
	특정시설입소자 생활개호	257	832	223.7%
시설	개호노인 복지시설	4,416	5,226	18.3%
	개호노인 보건시설	2,532	3,100	22.4%
	개호요양형 의료시설	3,782	3,877	2.5%

출전: 『介護保険の手引き』 2004, p.21에서 인용.

주26) 방문개호원의 정확한 숫자과약을 위하여 후생성 노건국과 기획과 담당자에게 최근의 데이터를 의뢰하였지만 입수가 불가능하였다. 인터뷰한 담당자에 의하면 방문개호 사업의 경우는 많은 부문을 민간부문이 담당하고 있기 때문에 최근의 정확한 데이터의 집계가 어렵다는 것으로 이유를 대신하였다. 그러나 본 연구자의 사견으로는 물론 그러한 면도 부정할 수 없겠지만 아직 목표달성에 미치지 못하여 자료를 공개하지 않고 있지 않을까라는 생각도 든다.

<표 4-12>와 지금까지의 고찰을 통해 시설 및 재택서비스의 현황에 대해 종합적으로 정리해 보면 다음과 같다. 첫째로, 기반정비의 현황을 시설과 재택으로 구분하여 볼 때, 전체적으로 시설 증가율은 완만한 데에 비해, 재택의 경우는 급격한 증가현상을 나타내고 있다는 사실을 알 수 있다. 이러한 이유는 시설의 경우 개호보험 실시 이전부터 이미 어느 정도 수준으로 기반정비가 이루어졌다는 점도 있겠지만 개호보험제도에서는 시설보다 재택에 중점을 두고 있다는 사실을 알 수 있다.

둘째로 재택서비스 부문 중에서도 방문입욕 개호의 증가율은 11.9%에 비해 복지용구대여(118.6%), 특정시설입소자 생활보호(223.7%), 치매대응형 입소자 생활개호부문(835.1%)에 있어서는 많은 증가율을 보이고 있다. 특히 치매대응형 공동생활개호(그룹 홈)는 4년간 약 8배 이상 급증하였는데, 동 사업은 개호보험제도 실시 이후, 노동후생성²⁷⁾이 적극적으로 관심을 갖고 추진하였던 사업의 하나였다.

셋째로 재택서비스와 관련하여 요개호도별 이용자 및 입소자 수의 추이를 보면, 방문개호사업은 비교적 개호의 정도가 약한 요개호2 이하의 인정자가 약 70%를 차지하고 있으나, 방문입욕 개호는 중도의 개호를 필요로 하는 요개호4와 요개호5의 인정을 받은 자가 70%이상을 차지하고 있다. 시설서비스는 개호노인 복지시설(특별양호 노인홈)과 개호요양형 의료시설의 경우가 개호노인 보건시설보다 重度の 요개호자가 이용하고 있다(<http://www.mhlw.go.jp>).

마지막으로, 2004년 12월을 기준으로 제1호 피보험자(65세 이상)는 2443만 명이었으나, 요개호 인정을 받은 자의 수는 15.5%의 379만 명이였다. 그중에서 전체인구의 13.7%에 해당하는 335만 6,300명이 개호서비스를 수급하였다. 이중 치매대응형 공동생활 개호(그룹 홈) 서비스의 수급자가 8만 1,100명, 특정시설 입소자 생활개호 서비스의 수급자가 4만 1,600명, 개호노인 복지시설(특별양호 노인홈) 서비스 수급자가 36만 9,700명, 개호보건 시설서비스 수급자가 28만 6,100명, 마지막으로 개호 요양형시설 서비스 수급자가 13만 7,300명이 서비스를 이용하였다. 따라서 전체 개호보험 적용시설 입소자의 전체 수는 91만 5,700명으로 65세 이상 전체 고령자 비율에서 3.7%에 해당 하는 고령자가 시설 서비스를 수급 받고 있다(http://www.mhlw.go.jp/Kaigo/2005/01_hyo1.html).

주27) 2001년 일본은 행정개혁 하에서 성령의 재개편이 이루어졌다. 따라서 이전의 후생성과 노동성이 통합하여 후생노동성으로 개편되었다. 따라서 이전에는 후생성으로 표기되었으나 그 이후로 후생노동성으로 표기하고 있다.

5. 개호보험재정의 현황

여기서는 매크로 수준에서 사회보장 급부비, 중간수준에서 고령자 관계급부비를 간단히 살펴본 후 마이크로 수준에서 개호보험 재정의 상황에 대해 구체적으로 살펴보기로 하겠다.

가. 사회보장 급부비의 추이 및 특징

2002년도의 전체 사회보장 급부비는 83조 5666억 엔이었으며 고령화의 영향으로 매년 증가 추세에 있다. 국민소득의 전체비율 중 사회보장 급부 비율은 1970년도의 5.8%에서 1980년도의 12.19%, 90년도의 13.67%에서 2002년도에는 23.03%까지 상승하여 과거 최대를 기록하였다. 그러나 사회보장 급부비 중 대국민 소득비를 국제비교 해 볼 때 1996년을 기준으로 일본은 17.37%, 스웨덴이 45.85%, 독일이 37.68%, 미국은 17.99%로, 미국과는 동일 수준에 있으나, 스웨덴, 독일과 비교하여 상당히 낮은 상태에 있다.

한편, 사회보장 급부비를 의료, 연금, 복지 등 부문 별로 분류해 보면, 의료가 26조 2744억 엔으로 그 비율이 31.4%, 연금이 44조 7781억 엔으로 53.1%, 그리고 개호보험 비용을 포함한 노인복지서비스 급부비가 12조 9140억 엔으로 15.5%를 차지하고 있다. 또한 전년도대비(2001년) 증가율을 보면, 의료는 1.4%증가한데 비해 연금은 4.2% 증가하였으며, 노인복지서비스 급부비는 6.0%까지 증가하여 부문별에서는 연금 상승률을 상회하여 가장 많이 증가하였다.

다음으로, 사회보장 급부비를 기능별^{주28)}로 구분하여 그 특징을 살펴보면 우선, 가장 많은 비율을 차지하는 부문이 고령자 관계부문으로 41조 2382억 엔으로 총 급부비 중 49.3%를 차지하고 있다. 그리고 둘째로 많은 부문은 보건, 의료부문으로 25조 8374억 엔을 차지, 총액의 30.9%를 차지하고 있다. 반면에 실업은 2조 5472억 엔으로 3%, 생활보호 및 그 이외가 1조 9654억 엔으로 2.4%, 장애가 1조 9393억 엔으로 2.3%로 이들이 차지하는 비율은 상대적으로 낮은 것으로 나타났다(勝又幸子, 2003).

나. 고령자 관계 급부비의 현황

다음으로 전체 사회보장 급부비 중에서 고령자 관계 급부비의 비율을 살펴보면 <표

주28) 국립사회보장 인구문제연구소의 자료에 의하면, 사회보장 급부비를 고령, 유족, 장애, 노동재해, 보건의료, 가족, 실업, 주택, 생활보호 등 9기능으로 분류하고 있다.

4-13>과 같다. <표 4-13>에서 보는 바와 같이 사회보장 급부비 중 연금보험 급부비가 약 42조 5000억엔, 노인보건 급부비가 약 10조 7000억 엔, 고령자 복지서비스 급부비가 5조 800억 엔, 그리고 고령자 고용계속 급부비가 약 1400억 엔으로 구성되었다. 따라서 고령자 관계 급부비(2003년도)의 총액은 58조 4379억 엔으로, 사회보장 급부비 전체의 69.9%를 차지하고 있으나 매년 증가 추세에 있는 것이 특징이다.

한편, 고령자 관계급부비 중 노인보건 급부비의 비율은 거의 증가하지 않았는데 비해, 노인복지 서비스가 13%, 고연령 고용계속사업 급부비가 15%로 급격히 증가하였다. 이렇게 노인보건 급부비가 증가하지 않는 이유는 2002년 4월부터 진료보수 및 약값의 개정의료비를 기준으로 2.7% 인하와 동년10월에 노인보건법 개정으로 10%의 자기부담이 실시된 것에 기인한다고 생각된다. 그리고 노인복지서비스 및 고연령 고용계속 급부비가 급격히 증가한 이유는 전자는 개호보험 실시로 급부비가 증가하였으며, 후자는 금후 연금 수급연령을 65세까지 늘리는 것과 관련하여 정부가 고령자의 계속고용을 지원하고 있기 때문이라고 생각된다.

<표 4-13> 고령자 관계 급부비

(단위: 억 엔)

	2001년도	2002년도	對前년도 증가율
사회보장 급부비	814,007	835,666	2.7%
연금보험 급부비	406,178	425,025	4.6%
노인보건(의료분) 급부비	107,216	107,125	0.1%
노인복지서비스 급부비 ¹⁾	44,873	50,792	13.2%
고연령 고용계속 급부비	1,250	1,437	15.0%
계	559,517 (68.7)	584,379 (69.9)	4.4%
65세이상 인구	2,287만명	2,363만명	3.3%
70세이상 인구	1,559만명	1,625만명	4.2%
75세이상 인구	953만명	1,004만명	5.4%

주: 1) 노인복지서비스 급부비는 개호대책 급부비와 개호보험 이외의 재택복지 서비스비 등으로 구성되어 있다.
출전: 勝又幸子 『平成14年度社會保障給付費(概要)』 國立社會保障, 人口問題研究所, 2004, p.5 .

다. 개호보험 재정의 현황

개호보험의 재정 현황의 추이(주29)를 살펴보면 <표 4-14>와 같다. 즉, 개호보험제도가 실시된 2000년도에는 4000억 엔의 이용료를 포함하여 총 세입 비용이 3조 8000억 엔이었는데, 이 중 3조 5900억 엔이 총사업비로 지출되어 2100억 엔이 흑자였다. 2001년도 결산에서는 세입이 4조 6600억 엔에 비해, 세출이 4조 5530억 엔으로 1036억 엔이 흑자였다. 그러나 각 보험자 별로 살펴보면 도도부현에 설치된 재정안정화 기금에서 대부를 받은 보험자가 2000년도에는 78개 보험자였던 것이 2001년도에는 398개, 2002년도에는 전보험자의 26%에 해당하는 735개로 증가 경향에 있다는 것을 고려해야만 한다(増田, 2004).

또한, 2002년도에는 4조 5000억 엔, 2003년도에는 4조 8000억 엔, 2004년도에는 5조 4000억 엔, 2005년도에는 6조 엔으로, 매년 예산을 상회하여 증가추세에 있는데, 개호보험 제도가 실시된 2000년도와 비교하면 5년간 약40% 이상 증가하였음을 알 수 있다.

이와 같이, 개호보험 비용의 증가는 동 제도의 이념이기도 한 「필요한 서비스를, 필요로 하는 자가, 언제든지 이용할 수 있다」는 것과 관련하여 지금까지의 조치제도와 비교하여, 이용자의 관점에서 볼 때는 크게 개선되었다는 것을 의미한다. 그러나 한편으로는 앞으로 제도를 안정화시키기 위해서는 개호보험의 절반이 보험료로 구성되어 있기 때문에 피보험자의 보험료 인상이 불가피하다는 것을 예시하기도 한다.

주29) 개호보험의 재정추이에 관한 자료를 살펴보면, 자료에 따라 그 금액에 있어 차이가 있다. 왜냐하면, 사회보장 심의회가 예산 예산의 추이를 산정할 때, 개호보험 단가의 증가율을 2%의 경우(사례A), 3%의 경우(사례B), 4%의 경우(사례C)로, 세 가지 사례를 적용하여 예산을 산정하였기 때문에 어느 사례를 기준으로 하는냐에 따라 금액이 상이하다. 그러나 일반적으로는 사례B를 사용하고 있는데 여기서는 내각부의 정책총괄관이 작성한 자료를 사용하였다.

〈표 4-14〉 개호재정 예산의 추이¹⁾

(단위: 억 엔)

	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
세입총액	38,000	46,600	45,200	48,000	54,500	60,000
제1피보험자	1,900	5,900	7,700	8,600	9,800	10,800
제2피보험자	11,240	13,400	14,900	15,400	17,450	19,200
공비부담금	24,750	25,100	22,600	24,000	27,300	30,000
세출금액	35,900	45,500	45,200	48,000	54,500	60,000
보험급부비	32,520	41,200	45,200	48,000	54,500	60,000
이용자부담액	4,000	5,000	6,000	6,000	6,800	8,500
총비용	42,000	51,600	51,200	54,000	61,200	68,500

주: 1) 백단위에서 반올림한 금액임.

출전: 増田雅暢, 『介護保険見直しへの提言』法研, 2004, p.0을 자료로 제작성.

제3장 7절의 재원구성부문에서 간단히 언급하였듯이, 개호 총 비용은 전체비용의 10%가 이용자 부담으로 되어있고, 나머지가 개호보험료로 충당하게 되어있다. <표 4-15>에서 알 수 있듯이 급부비용은 보험료와 공비가 각각 50%씩 부담하며, 보험료 중 18%는 65세 이상의 제1호 피보험자의 보험료로 징수하고, 나머지 32%는 40세에서 64세인 제2호 피보험자의 보험료로 충당하게 되어있다. 그리고 50%의 공비 중 국가가 25%, 도도부현, 시정촌이 각각 12.5%씩 부담하게 되어있다.

〈표 4-15〉 개호보험의 재원구성 및 비용구조

총비용액[5조 3995억 엔] - 이용자부담액[5950억 엔] = 급부비[4조 8045억 엔]

보험료 50%	제1호 보험료	18%	8,648억엔	재택서비스: (방문개호, 방문간호 등) 2조 745억엔
	제2호 납부금	32%	1조5,374억엔	
공비 50%	국가	부담금20%	9,609억엔	시설서비스: 개호의료형 의료시설 개호노인 보건시설 개호노인 복지시설 2조 7,300억엔
	국가	조정교부금5%	2,402억엔	
	도도부현	12.5%	6,006억엔	
	시정촌	12.5%	6,006억엔	

수입

수입총비용: 4조 8,045억엔

지출

지출총비용: 4조 8,045억엔

이용자 부담

5,950억 엔

총비용: 5조3,995억 엔

*숫자는 반올림하였기 때문에 합계에서는 일치하지 않음.
*제1호보험료는 2003년도의 급부비액을 계산.
*제2호납부금은 그 외의 정산분으로 295억 엔 증가하였음.
자료: 『介護白書』 2004, p.66을 기초로 제작성

2003년도 개호보험 총비용을 구체적으로 살펴보면, 이용자 부담액이 5950억 엔, 급부비가 4조 8045억 엔으로 총비용액은 5조 3995억 엔이었다. 비용총액의 내역을 보면, 재택서비스가 2조 745억 엔, 그리고 시설서비스가 2조 7300억 엔으로 비용면에서는 시설과 재택에 큰 차이는 없었다. 그러나 이용자 수에 있어서 시설은 72만 명으로 전체 이용의 26%인 반면에, 재택의 경우는 209만 명으로 전체의 74%가 재택서비스의 급부를 받고 있는 것으로 나타났다. 또한 비용부담의 내역을 보면 제1호 보험료가 8648억 엔, 제2호의 납부금이

1조 5374억 엔으로 구성되어 있다.

이상과 같이 개호 총비용의 추이와 함께 2003년도 개호비용의 내역에 대해 구체적으로 살펴보았는데, 인구의 고령화로 앞으로도 개호급부비용은 계속적으로 증가하여 2015년에는 약 12조엔, 2025년에는 약 20조 엔에 이를 것으로 추계되고 있다(표 4-16 참조). 따라서 개호보험 비용이 차지하는 대국민소득 비율도 2002년의 약1%에서 2015년에는 약2.5%로, 그리고 2005년에는 3.5%로 상승함에 따라, 사회보장 급부비의 비율도 2002년도의 6.1%에서, 2015년에 9.0%로, 그리고 2025년에는 11.4%까지 이를 것으로 예측하고 있다(介護白書, 2004).

〈표 4-16〉 개호급부비의 장래 추계¹⁾

	2002년도	2005년도	2015년도	2025년도
급부비	5조엔	6조엔	12조엔	20조엔
대국민소득비율	1.0%	1.5%	2.5%	3.5%
사회보장급부비 중 차지비율	6.1%	6.6%	9.0%	11.4%

주: 1) 상기의 개호급부비의 장래 추계는 2002년도 예산베이스를 기준으로 추이한 것임.

자료: 『介護白書』 2004, p.66 개호급부비의 장래 추계를 인용

제 5 장 개호보험제도에 대한 평가 및 문제점

본 장에서는 제4장에서 논의된 바탕으로 개호보험제도가 도입, 실시된 이후 무엇이 개선되었으며, 어떠한 변화가 있었는지, 또한 그러한 변화와 더불어 실시 후 결과에 대해 어떻게 평가되고 있는지에 관해 살펴본다. 그리고 난후, 제도 시행에 있어서 노정된 문제점에 대하여 언급하기로 하겠다.

제 1 절 개호보험제도 실시 후 나타난 변화

주지하는 바와 같이 일본은 개호보험 실시이후 복지 분야에 있어서 많은 변화를 초래하였다고 말하여지고 있다. 본 절에서는 개호보험의 도입에 의해 무엇이, 어떻게 변화하였는지에 대해 제도 성립의 배경, 제도의 이념 및 목적, 내용 등을 근거로 하여 검토하기로 하겠다. 이러한 변화의 내용에 대한 정확한 이해는 다음의 개호보험제도의 평가(성과)나 문제점을 논의하는데 있어서 중요하다고 생각된다.

1. 조치제도에서 이용자 계약으로

개호보험제도 이념을 규정하고 있는 개호보험법 제2조3항에서는 보험급부는 피보험자의 심신의 상태에 의거하여 자신의 선택에 따라 적절한 보건의료 서비스 및 복지서비스를 제공받을 수 있도록 하여야 한다고 규정하고 있다(ミネルヴァ書房編集部, 2004). 상기의 규정은 지금까지 조치제도에 의해 제공되어 왔던 서비스의 이용 방법을 일변시켰다고 말할 수 있다. 다시 말하여, 피보험자가 개호를 필요로 할 때 객관적인 기준에 따라 요개호자로 인정받게 되면 소득 수준에 관계없이 자신의 기호에 맞는 사업자를 선택하여 서비스를 이용 받을 수 있게 바뀌었다.

또한, 서비스의 구체적인 이용방법을 알지 못할 경우, 개호지원 전문요원(케어 매니저)에게 정보나 개호서비스의 이용계획을 의뢰할 수도 있다. 이와 같이 서비스 이용자와 제공

자가 대등한 입장에서 계약을 체결, 서비스를 이용한다는 점에서 종전의 조치제도와 비교하면 커다란 변화라고 말할 수 있다^{주30)}. 이러한 서비스이용 및 절차에 관한 제도의 변화는 이용자에 의한 서비스와 사업자의 선택의 폭을 넓힐 수 있다는 효과도 기대할 수 있지만 한편으로는 행정관여의 여지가 작아진다는 것도 고려하여야 한다. 따라서 계약제도하에서는 특히 지적장애 및 판단능력이 부족한 서비스 이용자에 대해서는 이용자의 권리가 보호될 수 있도록 배려되어야만 할 것이다(平岡公一, 2005).

2. 서비스 공급주체의 다양화

개호보험법 제2조3항에는 적절한 보건의료 서비스 및 복지서비스가 다양한 서비스 공급주체에 의해 종합적 또는 효율적으로 제공되어질 수 있도록 배려되어야 한다고 규정하고 있다. 그러면서 이러한 이념을 달성시키기 위한 구체적인 사항으로 동 법 제70조에서 115조까지 사업자 및 시설에 대해 상세히 규정하고 있다. 이러한 법적 규정을 근거로 개호보험제도의 도입은 서비스제공 사업자에게 많은 영향을 미쳤다. 특히, 제도실시 이전에는 시설서비스의 많은 부분을 시정촌이 직접, 또는 사회복지법인 등에 위탁하여 관리하였다. 그러나 개호보험법에서는 서비스제공 주체로 민간사업자의 참여도 가능하게 됨에 따라, 여러 분야의 사업자에 의해 다양한 서비스가 제공되게 되었다.

사업자는 복수의 사업을 행하는 경우가 많지만 단순하게 개호사업자 수를 살펴보면, 2002년에 33만 2,246개소에서 2003년에는 35만 1,483개소로, 1년간에 1만 9,237개 사업자가 증가하였다. 이와 같이 수적인 증가와 함께 경영주체에 있어서도 많은 변화가 있었다. 특히, 방문개호 사업 분야는 2003년 4월을 기준으로 총 사업자수 1만 7,177개 사업자 중 영리법인이 8,281개 사업소로 약 절반 정도의 영리법인이 방문개호 사업에 참여하고 있다(介護白書, 2004).

이와 같이 서비스 공급주체의 다원화란 면에서는 개호보험제도에 의한 변화의 결과라고 말할 수 있을 것이다. 그러나 개호보험제도 도입의 목적의 하나인 공급체제의 다원화와

주30) 서비스 이용에서 종전의 조치제도에서 계약제도로 바뀌었다는 견해에 대하여 오차노 미즈대학 히라오카(平岡公一)교수는 이러한 견해는 조치제도를 너무 단순화시켰다고 이견을 제시한다. 그에 의하면, 과거의 조치제도 하에서도 서비스 이용자의 의향을 전혀 무시하고 행정이 모든 것을 결정한다는 것은 있을 수 없는 일뿐만 아니라, 오히려 조치제도 하에서는 행정이 책임을 갖고 서비스를 제공하였다는 중요한 면도 있었다고 주장하고 있다.

시장원리를 기초로 서비스를 질적인 면을 향상시킨다는 부분에 대해서는 다음의 문제점 부분에서 논의하기로 하겠다.

3. 지방자치단체의 역할변화

시정촌은 기존의 조치제도와는 달리, 제도 도입 후 기존의 서비스 제공의 주체란 역할에서 벗어나, 서비스이용(요개호 구분, 보험료 책정 등)을 결정한다든지, 이용자가 서비스를 안심하고 이용할 수 있도록 서비스의 내용을 정비한다든지 또는 이용자가 사업자에게 피해를 받지 않도록 이용자를 보호하는 제도를 정비하는 등의 업무로 바뀌었다.

더욱이 동 법 제3조에서도 개호보험의 실시 주체를 시정촌 및 특별구로 함으로서 개호보험 실시로 지방자치단체의 권한을 강화시켰다고 할 수 있다. 예를 들면, 기존의 기관 위임사무가 대부분이었던 사회복지 분야의 업무를 단체 위임사무로 전환함으로써 지방자치단체가 독자적으로 사회복지의 업무수행이 가능하게 되었다. 이와 같이 개호보험법의 성립으로 인해 지방자치단체의 역할 및 기능에서 많은 변화가 있었다고 할 수 있다³¹⁾.

4. 이용 절차의 통일 및 비용부담의 공정성

후생노동성이 개호보험 도입 배경의 하나로 주장한 사항은 고령자 개호서비스가 복지(노인복지법)와 의료(의료보험법) 및 보건(노인보건법)으로 구분되어 각각 이용 절차와 이용자 부담이 다르기 때문에 이용하기 쉬운 제도와 부담의 공정성을 도모하기 위해서는 개호보험제도 도입이 필요하다고 주장하였다 (厚生白書, 2001). 사실, 제도 실시이후, 이러한 기존제도의 문제점은 어느 정도 해결되었다. 왜냐하면 이전에는 복지, 의료, 보건의 각 제도 하에서 개별적인 기준에 의해 제공되어 왔던 서비스가 개호서비스란 통일된 제도 하에 제공되게 되었기 때문이다.

게다가, 이용자 부담 면에 있어서도 이전에는 앞의 <표 2-2>에서 보는 바와 같이 시설의 종류에 따라 이용료의 기준도 달랐다. 예를 들어, 특별양호 노인홈이나 방문개호 사업

주31) 개호보험법의 도입으로 지방자치단체의 권한이 강화되었다는 의견에 대해서는 연구자에 따라 의견이 다르다. 예를 들어, 히라오카 교수는 개호보험법에서 규정하고 있는 요개호 인정기준, 서비스의 종류, 급부의 상한, 보험료와 이용료의 기준 등이 전국적으로 통일되어있어 오히려 지방자치단체의 독자적인 정책전개에 제약을 가져왔다고 하기도 한다.

의 경우는 소득에 따라 이용료가 결정되는 応能負担의 형식을 취하였다. 그러나 제도가 도입된 이후부터는 서비스의 종류와 관계없이 서비스 이용료로서 10%의 定率負担으로 바뀌었다. 그리고, 저소득자 및 고액개호서비스비에 대해서는 이용자 부담의 상한액이 설정되어 있어 이용자 부담을 가능하면 줄이려고 하였다. 이렇듯 부담의 공평성이란 면만을 고려한다면 동 제도의 도입은 새로운 변화를 가져왔다고 말할 수 있다.

5. 재택복지의 정착

전후, 중앙집권적 성격이 짙었던 사회복지 행정분야도 1980년대의 개혁과 함께 지방분권, 지역복지의 방향으로 정책전환을 하였다. 개호보험도 이러한 시대적 배경과 함께 복지에 있어 노말리제이션의 실현이란 정책목표 하에서 기존의 시설 위주의 서비스 제공을 지양하고 재택복지 방향으로 서비스를 실시하여 왔다.

개호보험제도 실시 후 3년 동안(2003년 4월을 기준) 시설과 재택으로 구분하여 이용비용을 살펴보면, 시설서비스 이용자는 42% 증가한데 비해, 재택서비스는 130%나 대폭 증가하였다. 특히, 치매성 고령자 대책의 일환으로 실시한 그룹홈은 개호보험 도입 당시는 266개소에 불과하였는데 노동후생성의 적극적인 지원(운영비 보조)하에서, 2004년 6월에는 약 20배에 가까운 5,246개소 급증하였으며, 그 이후에도 1일 5개소 정도 추세로 증가하고 있다^{주32)}(<http://www.navinavi.co.jp/kaigo/news.html>).

이러한 결과는 개호보험제도의 목적중의 하나인 재택서비스를 중점적으로 실시한다는 정부의 방침을 고려하여 볼 때, 어느 정도 기대의 정책목표는 실현되었다고 말할 수 있다.

6. 케어매니지먼트 제도의 도입

개호보험법 제7조 18항에 의거, 개호보험법 도입 이후 요개호 인정자에게 거택개호 지원사업^{주33)}(케어매니지먼트)을 이용할 수 있게 되었다. 물론 케어매니지먼트는 개호보험

주32) 이와 같이 단기간 내에 그룹홈의 급격한 증가는 시정촌의 개호보험 재정압박 요인이 되어, 그룹홈의 설치를 실질적으로 제한하고 있다는 사실이 아사히 신문(朝日新聞)이 행한 전국 지방 자치단체장들에 대한 앙케이트 조사 결과로 나타났다. 동 앙케이트 결과에 의하면, 규제 제한 및 검토 중에 있는 지방 자치단체의 수가 3,100개로 이는 전국 지방 자치단체 수의 3분의 1에 달한다. 따라서 후생성도 그룹홈의 설치를 시정촌이 통제할 수 있도록 사업자를 선정하는 권한을 이양한다는 방침을 세웠다(朝日新聞, 2004, 7, 26).

주33) 거택개호 지원이란 재택에서 요개호자가 적절한 서비스 이용이 가능하도록 케어매니저에게 의뢰하여

실시 이전에도 재택개호 지원센터 등에서 일부의 이용자에 대하여 실시하였지만 광범위하게 보편적으로 이용되지 못하였다. 그러나 개호보험법에서는 보험 급부 대상자에게는 본인의 희망에 따라 무료로 케어매니지먼트 서비스를 제공 받을 수 있도록 규정함에 따라 일반적으로 사용하게 되었다고 할 수 있다. 이와 같이 케어매니지먼트의 보편화는 서비스 제공에 있어 고령자의 선택에 의한 적절한 서비스가 종합적 또는 효율적으로 제공되어야 한다는 개호보험의 기본이념을 고려할 때 매우 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다 (개호보험법 제2조3항).

제 2 절 개호보험제도에 대한 평가

앞 절에서는 개호보험제도의 도입이후 나타난 변화에 대하여 주관적인 가치판단을 배제하고, 가급적 사실의 변화를 중심으로 검토하였다.

본 절에서는 앞에서 언급 하였듯이, 그동안 기반정비의 확대 및 인프라가 제도시행 이전과 비교하여 많이 증가하였는데, 이러한 변화가 가족개호에서 사회적 개호로 전환되어 실제로 가족개호자의 개호부담이 경감되었는지, 서비스는 충족되었는지, 케어매니지먼트는 정말로 이용자 중심으로 이루어지고 있는지, 재택복지의 이념은 어느 정도 달성 되었는지 등에 관해 가능한 한 실증연구의 자료를 바탕으로 검토하기로 하겠다.

1. 개호서비스에 대한 인식변화에 대한 평가

가족개호 및 개호서비스에 관한 사람들의 인식변화에 대해서 내각부가 실시한 「고령자 개호에 관한 여론조사」가 있다. 동 조사는 개호보험제도가 도입되기 이전인 1995년과 도입 이후인 2003년, 2회에 걸쳐 실시되었다.

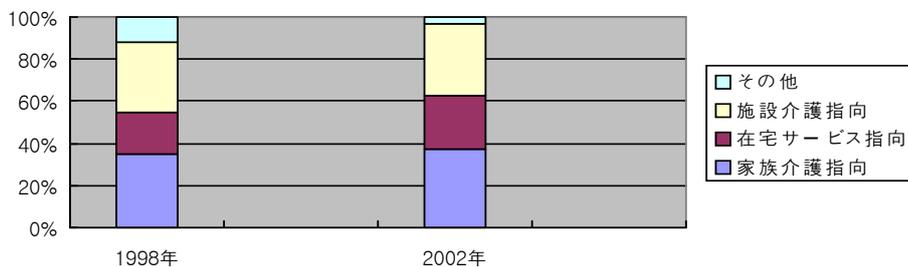
조사표에서 「만약 자신이 노후에 네타키리 및 치매상태가 되어 개호가 필요하게 되었을 때, 누구에게 개호를 받고 싶은가」라는 항목에 대해 설문한 결과, 가족개호만을 선호한 비율이 1995년에는 25%였는데, 2003년도에는 12.1%저하하였다. 반면에, 「홈헬퍼 등 외

서비스에 대한 계획을 작성하는 것뿐만 아니라, 서비스 사업자 등과 연락조정을 통하여 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 여러 가지 정보를 제공 또는 지원해 주는 것을 말한다.

부자의 개호를 중심으로 하되 병행하여 가족에게 개호서비스를 받고 싶다」고 응답한 비율은 21.5%에서 31.5%로 증가하였다(內閣部, 2003). 이러한 조사 결과는 평가 문제와는 직접적으로 관련은 없다하더라도 개호서비스가 가족만이 아닌 사회적 개호의 가능성을 시사하였다고 말할 수 있다.

한편, 스기사와(杉澤秀博)교수가 東京都의 三鷹市를 중심으로 1998년과 2002년에 조사를 하였다. 조사결과를 보면, [그림 5-1]과 같이, 재택서비스를 지향한다는 항목에 대해서는 19.6%에서 25.9%로 증가하였다. 그러나 중요한 것은, 2002년에는 가족개호를 지향하는 비율이 재택개호 지향보다 10% 이상 높았으며 이 비율은 1998년과 비교하여 큰 차이는 없었다. 다시 말하여, 재택개호에 대한 선호가 높은 것은 가족개호 지향이 감소했다는 사실 보다는, 그 이외로 회답한 고령자의 비율이 감소함으로써 나타난 결과라고 할 수 있다. 이러한 결과로부터 알 수 있는 것은 개호보험제도가 실시된 이후, 고령자 사이에서 개호서비스를 받아들이는 태도에 변화는 있었지만 크게 바뀌었다고는 말할 수 없다 (杉澤, 2005).

[그림 5-1] 가족개호 의식의 변화(1998년도와 2002년도의 비교)



출전 : 杉澤秀博編著 『介護保険制度の評価』 三和書籍, 2005, p.39에서 인용.

2. 니즈의 만족도 및 제도 전체에 대한 평가

가. 일본 경제단체 연합회에 의한 평가

2004년 4월에 일본 경제단체 연합회가 「개호보험제도 개혁에 대한 의견」이란 테마로 보고서를 작성, 그 동안의 개호보험제도에 대하여 제도내용과 운영결과로 구분하여 평가

를 하였다(<http://www.Keidanren.or.jp/policy/2004/034.html>).

그 평가내용을 살펴보면, 우선, 제도 내용면에서는 첫째, 요개호 인정제도 및 케어매니지먼트 등의 도입에 의해 개호서비스의 공평화 및 적정화가 이루어질 수 있도록 되어 있다는 점. 둘째, 재택서비스 이용에 있어서는 요개호도 별로 지급 한도액이 설정되어 있으며, 또한 시설서비스 이용에 있어서는 요개호도 별로 정액급부 등의 급부비의 상한가가 설정되었다는 점. 셋째, 공적보험의 개호서비스와 보험이외의 개호서비스 등이 편성되어 이용 가능하게 되었다는 점. 넷째, 보험사무의 전자화로 인해 급부내용의 비교, 분석 등의 효율화가 이루어질 수 있게 설계되어 있다는 점 등을 제도내용으로서 평가되어야 할 부분이라고 주장하였다. 그리고 제도의 운영결과에 대한 평가로서는 첫째, 종래의 조치제도에서 이용자의 선택이 가능한 제도로 바뀌었기 때문에 이용자의 심리적 저항감의 제거가 가능했다는 점, 둘째, 가족개호의 과중한 부담이 경감되었다는 것. 셋째, 민간기업의 참여로 개호서비스의 기반정비가 이루어졌을 뿐만 아니라, 개호서비스의 질적 향상과 양적 확대가 가능하였다는 것 등을 제도의 운영결과로서 평가할 부분이라고 기술하였다.

나. 교토부(京都府) 의사협회에 의한 평가

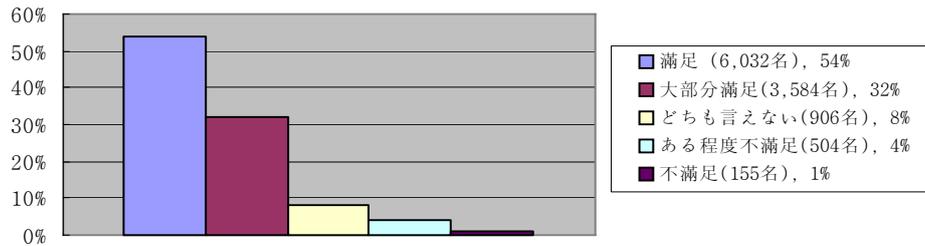
京都府 의사협회는 2004년 7월에 124명의 회원을 대상으로 「개호보험제도의 수정」을 테마로 앙케이트를 실시하여 그 결과를 공표하였다. 앙케이트 항목 중 현행제도에 대한 평가에 대해 설문한 결과 「높게 평가된다」와 「어느 정도 평가된다」라고 64%가 회답한 반면, 「절대 평가할 수 없다」와 「그다지 평가할 수 없다」라고 회답한 비율이 31%였다.

이와 같은 결과를 볼 때, 현행 개호보험에 대해 평가될 수 있다는 비율이 평가될 수 없다는 비율의 2배에 해당됨을 알 수 있다(京都新聞, 2004, 8, 4).

다. 지방자치단체의 이용자에 대한 만족도 평가

2003년도 「후생노동백서」에 의하면 개호보험제도에서 이용자 만족도에 대해 지방자치단체가 실시한 앙케이트 결과를 기술하고 있다(厚生労働白書, 2003). 동 앙케이트 결과를 보면 이용서비스에 대해 「만족」또는 「대부분만족」한다는 회답이 86%로 되어있어 당시 서비스를 이용하고 있는 이용자들에게는 높은 만족도를 나타내고 있다(그림 5-2 참조).

[그림 5-2] 개호서비스에 대한 이용자 만족도¹⁾



주: 1) 상기의 앙케이트는 7개 縣과 2개 市에서 11,181명으로부터 회답을 집계한 것임.
출전: 『厚生労働白書』 2003, p.289 에서 인용.

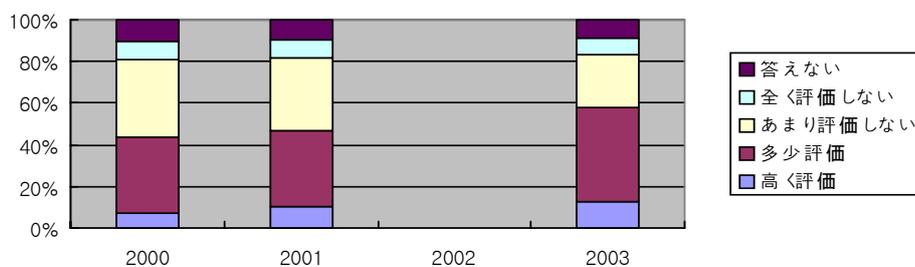
라. 요미우리(讀賣)신문사에 의한 평가주³⁴⁾

요미우리 신문은 개호보험 실시 이후 3회(2000년 9월, 2001년 9월, 2003년 8월)에 걸쳐 개호보험제도에 관하여 앙케이트를 실시하였다(讀賣新聞, 2003, 9,11). 조사 결과를 보면 [그림 5-3]과 같이 2003년의 조사에서는 「높게 또는 다소 평가한다」가 58%로, 2001년도의 47.1%와 2000년도의 43.8%와 비교해 볼 때, 약 10% 이상이 평가 한다는 방향으로 회답하였다.

반면에 「그다지 평가 할 수 없다와 전혀 평가 할 수 없다」라고 대답한 비율은 2003년도의 33.5%로, 2001년도의 43.2%와 2000년도의 46.1%와 비교해 볼 때 10% 이상이 감소하였음을 알 수 있다. 따라서 상기의 조사 결과를 보면 시간이 지날수록 평가쪽으로 비율이 높아짐을 알 수 있다.

주34) 요미우리 신문사가 2003년 8월30일과 31일, 양일에 걸쳐, 전국의 20세 이상 남녀 3,000명을 대상으로 개호보험에 대한 설문 조사를 실시하였다. 유효 회답 수는 1,903명으로 회답율은 63.5%였다.

[그림 5-3] 개호보험제도에 관한 평가



출전: 讀賣新聞, 2003, 9, 11 朝刊

이상의 결과를 종합해 볼 때, 지역별 특성 및 대상집단의 특성 등으로 이들 결과를 일반화시키는 데에는 무리가 따를지 모르겠지만, 전술한 제도 실시 이후의 변화 내용과 관련해 유추해 볼 때, 개호보험제도 및 서비스 만족도에 대한 평가는 긍정적이라고 말할 수 있다.

3. 개호의 사회화에 대한 평가

개호보험 실시 이후, 개호서비스의 이용자 수나 이용량, 서비스사업자 수 등 시설 및 인프라인프라가 증가하였다는 것은 이미 앞 장에서 검토한 바와 같다. 이와 같은 변화를 고려해 볼 때, 재택서비스의 이용 증가는 일단 가족개호에서 사회적개호로 바뀌고 있다고도 말할 수 있다. 따라서, 여기서는 개호보험의 궁극적인 목적이기도 한 가족개호를 사회적개호로 어느 정도 전환하였는지, 다시 말하여 개호보험 실시로 가족개호자의 부담이 어느 정도 경감하였는지에 관한 평가에 대해 살펴보기로 하겠다.

가. 스키하라(杉原陽子)에 의한 조사^{주35)}

동 조사에서는 개호사회화 즉 제도 시행 후, 가족개호의 부담이 실제로 어느 정도 경감하였는가를 조사하였다. 우선 재택개호 태세가 어떻게 변화하고 있는가를 고령자 장애정도에 따라 조사하였다. <표 5-1>에서 시사하는 바와 같이, 신체장애자와 치매는 장애정도를 中度(중간)~重度(심함) 및 신체장애가 中度~重度로 치매는 輕度(가벼움)의 고령자 세대에서는 [주개호자]가 가족이고 [부개호자]가 홈헬퍼가 된다. 홈헬퍼가 주개호자인 경우는 「홈헬퍼 주체」의 재택개호 태세를 취하는 비율이 증가함을 알 수 있다. 그러나 신체장애가 輕度로 치매가 中度~重度인 경우 다시 말하여 거동할 수 있는 치매 고령자가 있는 세대에서는 2002년 시점에 있어서도 「홈헬퍼 주체」는 6%에 지나지 않았다.

<표 5-1> 장애정도 별로 본 재택개호 태세의 변화

재택개호태세	신체장애가 中-重度 치매는 輕度			신체장애가 輕度 치매는 中-重度			신체장애, 치매 모두 中-重度		
	1996	1998	2002	1996	1998	2002	1996	1998	2002
<실시주체> [주,부개호자 모두가족]	59.3	58.1	51.1	65.5	58.5	66.3	67.8	68.3	53.6
[주개호자가족, 부개호자없음]	30.5	29.8	28.2	34.5	39.0	27.7	28.2	20.7	30.0
<홈헬퍼 주체> [주개호자가족, 부개호자 헬퍼]	7.4	11.3	2.6	0.0	2.4	4.8	4.0	11.0	13.6
[주개호자헬퍼]	2.2	0.8	8.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	2.9

* 신체장애, 치매 모두 輕度の 경우는 제외하였음.

출전 : 杉澤秀博編著 『介護保險制度評價』 三和書籍, 2005, p.78

주35) 동 조사는 스키하라(杉原陽子, 도쿄노인문제연구소 연구)가 일본 문부성의 과학 연구비의 일환으로 조사한 것이다. 스쿠링구 조사에서 2002년 1월 1일을 기준으로 도쿄 미타시에 사는 65세 모든 주민인 22,660명 중 계통추출법으로 10,000명을 추출하여, 우편회수 방법으로 실시하였다. 회수자는 10,000명 중 9,045명으로, 회수율은 90.5%였다. 보다 자세한 것은, 杉澤秀博編著 『介護保險制度評價』 三和書籍, 2005, 제3장을 참고하기 바람.

개호보험 시행과 함께 홈헬퍼를 중심으로 하는 재택서비스의 이용은 확실히 증가하고 있지만, 2002년 단계에서는 아직도 가족을 주체로 한 재택개호 태세가 80% 이상을 차지하고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 장시간의 보살핌을 필요로 하는 거동치매 고령자가 있는 세대에서는 90% 이상이 가족개호를 전제로 하고 있으며, 개호주체를 홈헬퍼가 담당할 정도로 전환은 아직 이루어지지 않았다(杉原陽子, 2005).

다음으로, 개호자의 신체적, 정신적, 사회적 부담의 경과를 파악하기 위해 <표 5-2>는 주개호자의 신체에 대한 호소수, 개호에 의한 정서적(정신) 소모와 사회생활에 지장이란 세 가지 측면을 조사하여 개호자의 부담의 변화를 나타내고 있다. 조사결과, 신체적 호소수와 사회생활상의 부담이란 측면은 커다란 변화가 없었지만, 개호자의 정서적 소모는 제도 도입 전보다 악화되었다.

<표 5-2> 주개호자의 신체적, 정신적, 사회적 부담의 평균(표준절차)¹⁾

	1996년	1998년	2002년	F치(df)
신체적 호소수	5.12(0.11)	5.24(0.17)	5.35(0.15)	0.787(2)
정서적 소모	8.91(0.18)	9.11(0.28)	10.11(0.24)	8.11(2)
사회생활상의 부담	6.48(0.12)	6.99(0.19)	6.80(0.16)	3.034(2)

주: 1) 주개호자가 회답했던 경우에 한정

출전: 杉澤秀博編著 『介護保険制度評価』 三和書籍, 2005, p.85.

이와 같은 사실로 볼 때, 전체적으로 재택서비스의 이용은 증가하였지만, 재택개호의 주요 담당자는 아직도 가족이 개호를 담당하는 사례가 많은 것으로 볼 때 개호자의 신체적, 정서적, 사회적 부담이 기대 이상으로 크게 경감하는 수준에는 아직 이르지 못하였다고 말할 수 있다. 더욱이, 개호자의 상담에 관한 니즈는 증가함에도 불구하고, 상담자 수가 감소하고 있기 때문에, 금후, 개호자의 정신적 부담은 더욱 증가할 것으로 예상된다(<http://www.crs.or.jp/56511.htm>).

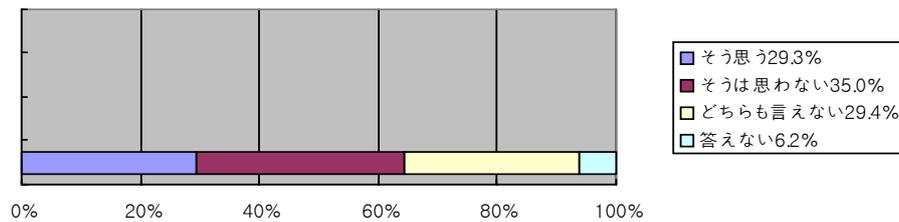
나. 지방자치단체에 대한 조사주36)

2003년 9월 상순에 요미우리 신문사가 전국의 지방자치단체를 상대로 개호보험에 대한 앙케이트를 실시하였다. 동 앙케이트에서는 개호보험제도 실시 후 변화에 대하여 여러 항목으로 구분하여 설문을 하였다. 개호의 사회화와 관련된 항목 평가에서는 제도 실시 후 「가족의 개호부담이 경감되었나」 라는 질문에 대해 「그렇게 생각한다」 라고 회답한 지방자치단체가 76%에나 달하였다. 이것은 2001년 조사와 비교하여 볼 때 큰 폭으로 부담이 경감하였다는 것을 나타내고 있다. 이외에도 「이용자가 서비스나 사업자 선정이 쉽게 되었다」 가 63%, 「서비스의 질이 향상되었다」 가 51% 등 긍정적인 회답이 절반을 넘어 전체적인 평가가 2001년의 조사결과보다 높게 평가되었다. 그러나 「재택에서 생활유지가 불가능하였다」 가 31%, 「사회적 입원이 감소하였다」 가 22% 등으로 나타나 개호보험의 목적이 반드시 달성되었다고는 말할 수 없다(www.yomiuri.co.jp).

다. 요미우리 신문사에 의한 평가

한편, 요미우리신문사가 2003년 8월에 전국의 20세 이상 남녀3,000명을 대상으로 실시한 「개호보험제도에 관한 여론조사」 에서 개호의 사회화에 대하여 설문한 결과, 29.3%만이 개호보험제도 실시로 인해 「개호에 대한 가족부담이 가벼워졌다」 라고 회답하였다. 반면에, 「그렇지 않다」 가 35%, 「어느 쪽도 말할 수 없다」 가 29.4%로 나타났다(그림 5-4 참조).

[그림 5-4] 가족부담의 경감에 대한 설문 결과



출전 : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/>

주36) 동 조사는 요미우리 신문사가 개호보험제도에 대해 전국의 3,204개의 시정촌(토쿄의 23구를 포함) 을 대상으로 2003년 9월 상순에 우편조사로 실시하였다. 회답은 2,898자치단체로 회수율은 90%였다.

여기서 재미있는 사실은 동 신문사가 개호보험 실시 3년 후인 2003년 9월 동 시기에 동 일항목으로 대상만 달리하여 설문조사를 실시하였는데 그 결과는 상이하다. 다시 말해 지방자치단체의 경우는 개족개호의 부담경감에 대해 76%가 경감되었다고 응답한 반면, 20세 이상의 일반인을 대상으로 하였을 때는 29.3%만이 긍정적으로 대답하였다. 이렇듯 지방자치단체의 조사결과가, 다른 두 조사(스기하라의 조사와 요미우리의 일반인 대상으로 한 조사)와 다르게 집계된 이유는 지방자치단체는 개호보험의 실시 주체인 보험자였기 때문에 긍정적으로 평가하지 않았나 라고 생각된다.

4. 케어매니지먼트에 대한 평가

개호보험제도에서 중요한 이념의 하나는 「조치제도에서 이용자 계약으로」 라고 하는 즉, 행정이 조치로서 서비스의 공급을 결정하는 제도에서 이용자 자신이 서비스를 선택할 수 있다는 「이용자 본위」의 제도로 전환하는 데 있다고 말할 수 있다. 이러한 「이용자 본위」를 실현시키기 위해 이용되고 있는 케어매니지먼트와 케어플랜에 대해 어떻게 평가되고 있는지에 대해 타나카(田中千枝子)교수의 조사 결과를 중심으로 살펴보기로 한다.

타나카교수는 케어플랜에 대한 만족도를 평가하기 위해 「전체적으로 케어플랜에 어느 정도 만족하고 있는가」라는 질문에 대해 「매우 만족」, 「어느 정도 만족」, 「별로 만족하지 않는다」, 「전혀 만족하지 않는다」의 4개의 선택지로 회답을 얻었다. 설문결과를 보면, 「매우 만족」이 21%, 「어느 정도 만족」이 61.3%로 회답자 중 82.3%가 서비스 이용 시 작성하는 케어플랜에 높은 만족을 표시하였다. 반면에, 「별로 만족하지 않는다」가 7%, 「전혀 만족하지 않는다」가 2.7%, 무응답이 2.4%, 「케어플랜을 작성하지 않는다」가 5.2%로 각각 나타나 전체적으로 「만족하지 않는다」는 10%에도 미치지 못하였다(田中千枝子, 2005).

여기서, 어떠한 요인이 케어플랜 만족도에 영향을 미치는가에 대해 살펴 본 결과, 사업자는 케어플랜 만족도에 그다지 영향을 미치지 못하는데 반해, 이용자의 수입, 생활태도, 그리고 케어매니저의 태도가 이용자의 케어플랜 만족도에 커다란 영향을 미치고 있다는 것을 알았다. 특히, 이중에서도 케어매니저의 태도는 케어플랜의 만족도에 가장 많은 영향을 미치고 있는 것으로 나타났는데, 예를 들어 케어매니저의 태도가 좋으면 좋을수록 만족도가 높다는 결과를 나타냈다. 이것은 케어매니저가 이용자에게 어떠한 태도로 대하는

가 하는 대응태도가 매우 중요하다는 사실을 시사하고 있다.

제 3 절 개호보험제도의 문제점

시행 6년째를 맞이하고 있는 개호보험제도는 제도 성립 이전부터 다방면으로부터 많은 문제점이 제기되었다. 본 절에서는 개호보험제도에 관한 문제점을 크게 제도성립 이전과 시행이후 노정된 문제점으로 구분하여 검토하고자 한다. 물론 제도 시행 후 새롭게 노정된 문제점도 있지만, 시행 이전부터 제기되었던 문제점과 연속선상의 문제점도 있음을 전제로 한다. 그럼에도 불구하고 굳이 시기구분을 하는 이유는 전자의 문제점들이 개괄적이며 일반적인 문제점이라 한다면, 후자는 실증적이며 보다 구체적인 문제점이라 할 수 있겠다.

1. 제도 시행 이전부터의 문제점

법 내용 및 제도상의 문제로 우선 지적할 수 있는 것은 첫째는, 내용에 있어서 행정 재량의 범위가 너무 많다는 것을 들 수 있다. 즉, 개호보험법에는 300여 개에 가까운 政省숙이 있어, 예를 들면 요개호인정, 서비스 급부대상자, 등 중요한 사항의 많은 부분이 政省숙으로 규정되어 있다는 것이다³⁷⁾. 이것은 후생성이 정책환경 및 상황에 따라 내용을 쉽게 변경할 수 있게 되어있기 때문에 개호보험의 중요사항에 대한 실질적인 결정권이 후생관료에 의해 좌우된다는 것이다.

둘째는, 동 제도에 있어서 보험자와 피보험자, 그리고 보험자와 보험급부 제공기관의 관계는 법률상으로 공법상의 급부관계에 있으나, 서비스 수급자와 서비스 제공기관과의 관계는 당사자간의 계약을 전제로 하기 때문에 사법상 계약관계에 있다고 할 수 있다. 이러한 법적 규정은 만일 보험급부 제공기관이 서비스 수급자와 문제가 발생하였을 경우, 보험자인 행정측에는 책임이 없다는 것을 의미하기도 한다(尹文九, 2003).

셋째는, 동 법에서는 서비스 제공기관으로서 민간기업의 참여가 가능하게 되어있다. 그

주37) 주지하는 바와 같이,政省숙은 국회의 심의를 필요치 않기 때문에 개정이 용이한데, 이러한 政省숙이 개호보험법에는 300여 개소 가까이 존재한다

러나 이러한 영리기업의 참입에 의해 서비스 질의 향상이 아닌 저하와 이용자의 권리가 침해될 가능성이 발생할 수도 있다는 우려도 지적되고 있다(伊藤周平, 1997). 왜냐하면, 영리기업은 본래 영리를 목적으로 하기 때문에 사업의 궁극적인 목적이 서비스 이용자를 위한 것이 아니고 기업의 이윤추구에 있기 때문이다. 따라서 타산이 맞지 않는 경우 그 지역에서 사업을 철수하여 서비스의 공백지역이 생길 수도 있다. 이것은 제도상 경쟁원리를 주장하면서도 서비스의 질 보다는 서비스 제공가격(보수료)이 정해져있기 때문이라고 할 수 있다.

넷째, 기반정비 및 인프라 구축에 관한 문제이다. 동 법에서는 개호보험 실시를 위한 기반정비 및 인프라 구축을 위해 신골드플랜, 골드플랜²¹에서 구체적인 목표량을 설정하고 있다. 그러나 이러한 목표달성이 용이하지 않으며 가령, 후생성이 추계한 흠헬퍼의 수가 확보 되었다 하더라도, 다른 한편으로는 이용자 수가 급증하고 있기 때문에 서구의 복지 국가들과 비교해 볼 때 충분한 숫자는 아니다. 뿐만 아니라, 지역별로의 수급 불균형 및 흠헬퍼의 서비스 질과 관련한 여러 가지 문제점 등이 있다.

다섯째, 서비스의 급부는 기본적으로 요개호 인정을 필요로 하는데 이러한 요개호 인정과 관련하여 다양한 문제들이 제기되고 있다. 예를 들면, 인정기준에 관한 문제로 개호보험법에서는 전국적으로 통일된 요개호 인정기준에 따라 인정작업이 이루어지게 되었다. 그러나 이러한 전국 일률적인 기준은 지방분권 및 지역복지를 실시해 나간다는 취지에서 볼 때, 오히려 지방자치단체의 역할 및 권한을 저해하는 요인이라고도 생각된다. 또한 절차 및 시간의 문제로 신청에서 인정, 서비스 수급까지의 수속이 복잡할 뿐 아니라, 많은 시간을 기다려야 한다는 것도 커다란 문제로 제기되고 있다. 예를 들어, 의료보험의 경우는, 의료 서비스를 받기위해 의료기관 창구에 신청을 하게 되면 바로 서비스를 제공받는데 비해, 개호보험의 경우는 인정까지 수개월의 시간이 걸릴 뿐 아니라 인정을 받았다 하더라도 시설 입소의 경우, 시설대기자가 많을 때에는 몇 년을 대기하는 경우도 있다(尹文九, 2003).

마지막으로, 보험료 및 이용자 부담에 관한 문제이다. 세금 방식이 아닌 사회보험 방식을 취하고 있기 때문에, 피보험자는 일정의 보험료와 서비스 이용 시 이용료를 부담하여야만 한다. 제도성립 당시, 제1피보험자의 보험료는 월2,500엔 정도였으나, 개호보험법에서는 3년마다 보험료를 개정하게끔 되어있어, 필요에 따라 보험료는 계속 증가될 것으로 예상된다. 여기에 서비스 이용 시 10%의 이용료 부담과 함께 특히, 시설서비스를 이용할 경

우에는 표준부담액(식비나 생활비)을 추가로 지불해야 되는데, 이러한 점 등을 고려하면 저소득 고령자에게는 커다란 부담이 된다. 그 결과, 요개호 인정을 받고서도 부담비용의 문제로 실제 서비스를 이용하지 못하는 사례가 나타날 것으로 예상된다^{주38)}. 이외에도 보험료 미납의 문제, 연금으로부터 보험료의 원천징수의 문제^{주39)}, 보험료는 지불해도 요개호 인정을 받지 못하면 서비스를 받지 못한다는 기본적으로 보험원리에 맞지 않는다는 문제점도 지적되고 있다.

2. 제도 시행 이후 노정된 문제점

개호보험제도 시행 이후 노정된 문제점으로는 첫째, 요개호 인정자 수, 서비스 이용자 수, 재원증가의 문제를 들 수 있다. 제도 실시 이전과 비교하여, 예상 이외로 제1호 피보험자(65세 이상)의 증가 비율에 비해 요개호 인정자의 비율이 크게 증가하였다. 예를 들어, 개호보험이 실시된 2000년 4월, 당시 요개호 인정자 수는 18만 2천명이었으나, 2004년 4월에는 379만 5천명으로 4년간 179만 3천명(무려 73.9%)이나 증가하였다(표 4-5 참조). 이러한 요개호 인정자 수의 급증은 필연적으로 서비스 이용자 수의 증가를 초래하였다.

서비스 이용자 수의 증가 현황을 살펴보면, 2000년 4월에 149만 명에서 2004년 8월에는 325만 명으로 증가하여 4년 4개월 만에 2배 이상으로 증가하였다(표 4-7 참조). 이와 같은 서비스 이용자 수의 증가는 동일시기에 고령화의 속도가 9%였음을 고려한다면, 급속한 스피드로 서비스 이용자 수가 증가하고 있다는 사실을 보여주고 있다.

이와 같이 서비스 이용자 수의 증가비율에 비해 개호보험 수급자 수의 비율증가가 저조할 경우, 당연히 개호비용의 증대를 초래하게 된다. 그 결과, 개호 총비용은 2000년 4월에 3조6,000억 엔 이었으나 점점 증가하여 금년도(2005년)에는 6조 엔을 넘어, 앞으로도 매년 10%씩 증가, 2015년에는 12조 엔으로, 그리고 2025년에는 20조 엔에 달할 것으로 예측하고 있다(표 4-15 참조). 이와 같이 개호비용의 증대는 보험자뿐만 아니라, 피보험자의 부담

주38) 요개호 인정을 받아도 서비스를 이용하지 못하는 사례로는, 본인 스스로가 본인 부담료를 지불 할 능력이 없어 서비스 이용을 못하는 경우와, 본인은 서비스를 원하지만 서비스제공자(사업자)로부터 거절당하는 사례도 있다. 왜냐하면, 개호 보험법에서는 서비스 이용의 총비용을 우선 이용자가 사업자에게 지불하고 나중에 총비용의 90%를 상환 받게 되어있다. 따라서 이용자가 서비스 이용비용을 사업자에게 지불하지 못한 경우, 사업자는 서비스 제공을 거절할 수도 있을 것이다.

주39) 보험료 미납과 관련하여 제1호 피보험자 중 일정액 이상 연금수급 대상자는 연금액에서 보험료를 원천징수하도록 되어있다.

증가를 가져오게 된다. 이미 2003년 4월에 보험료가 개정되어 제1호 피보험자의 보험료 표준액의 평균을 2,911엔에서 3,293엔으로 13.1% 증가시켰다.

후생노동성에 의하면, 현행 제도를 유지할 경우 65세 이상인 제1호 피보험자의 보험료가 2014년에는 6,000엔까지 증가가 예상된다고 하였다. 특히, 시설입소자의 경우는 2003년의 개호보수의 개정으로 특별양호 노인홈의 개실화를 추진하면서 개실 입소자에게 월5만 엔정도 주거비(호텔비용)를 새롭게 징수하여 개실입소자의 경우, 부담 비용은 월10만 엔 정도로 증가되었다. 저소득고령자에게 이러한 부담증가는 서비스 이용을 어렵게 하는 요인의 하나라고 생각할 수 있다. 또한 개호보험의 운영주체인 시정촌의 경우도 재정이 증가하여 전국의 약 30%에 가까운 시정촌이 보험비보다 급부비가 많이 지출되어 국가의 재정안정화 기금을 사용하고 있는 것으로 나타났다(田近榮治, 2005).

둘째로, 후생노동성은 금년 3월말까지 홈헬퍼의 수를 35만 명까지 증원시킬 계획이었으나, 25만 명(2003년 10월 기준)으로 목표에 이르지 못하였다. 이와 같이 양적인 면에서의 부족현상을 차치하더라도 홈헬퍼 등 실제 개호서비스를 담당하고 있는 개호노동자들의 노동조건 악화 및 저임금, 불안정고용 등이 확대되어 지역에 따라서는 인력의 부족의 문제에 직면해 있다. 게다가, 개호보험 시행 후, 많은 시정촌에서 자치체 직영 또는 위탁에 의한 방문개호 사업을 축소 또는 폐지함으로써 정식직원에서 파트타임으로 전환되었을 뿐만 아니라, 그 중에서도 절반 이상이 교통비도 지급받지 못하는 것으로 나타나고 있다. 이렇게 열악한 노동조건은 특히 시설이용자에게의 확대로 연결되어 최근 입소시설 내에서 확대문제가 사회이슈화되고 있다. 또한 케어매니저의 경우도 개호보수(재택개호서비스 등)가 적은 연유로 임금수준이 낮게 책정되어 있어 사업자 측에서도 충분한 인력을 배치하지 못하기 때문에 겸직하는 경우가 많다. 더욱이 케어매니저는 시정촌으로 부터 위탁을 받은 요개호 인정조사 및 급부관리 업무도 겸해야 하기 때문에 많은 케어매니저가 잔업과 장시간의 중노동이란 열악한 노동조건에 업무를 수행하고 있다고 각종 조사에서 보고되고 있다^{주40)} (伊藤周平, 2005).

셋째로, 사업자간의 경쟁을 통하여 서비스의 질을 향상시킨다는 취지 하에 재택서비스

주40) 홈헬퍼 및 케어매니저에 대한 상기의 문제점 이외에 이토(伊藤周平)교수는 이동시간을 업무시간으로 산정하지 않는 것도 큰 문제점이라고 지적하고 있다. 다시 말하여, 홈헬퍼 및 케어매니저가 주택에서 주택을 이동할 때 소요된 시간을 업무시간으로 산정하지 않는다는 것이다. 물론 도쿄와 같이 주택이 밀집해 있어서 이동시간이 적은 도시지역의 경우는 큰 문제가 되지 않겠지만, 농촌 산간지역이나 홋카이도 같은 넓은 지역에서는 실제로 이러한 이동 시간이 크게 문제가 된다고 지적하였다.

부문에서는 NPO법인, 의료법인 뿐만 아니라 영리기업의 참입도 가능하게 하였다. 그 결과, 영리법인의 사업자 수는 1만 222개 사업소(2000년7월)에서 2만 4,995개소(2004년 7월)로, 3년 9개월 만에 1만 4,753개소(약 1.5배)가 증가하였다. 이것은 동일시기에 지방자치단체가 운영하는 시설이 1,672개에서 1,554개로 오히려 118개 시설(7%감소)이 감소한 것과는 대조적 현상이다. 그렇다면 이러한 영리법인의 증가로 서비스의 면에서 향상을 가져왔는가 하는 의문이 제기된다. 이에 대해, 히라오카(平岡)교수는 시장 메커니즘을 도입하였다 하더라도 실제에 있어서는 이용료에 대한 규제가 강했기 때문에, 초기에는 사업자간의 경쟁이 한정적으로 거의 가격 경쟁이 이루어지지 못했으나, 시간이 경과하면서 조금씩 경쟁이 활발해지게 되었다고 말하였다(2005, 3,19 인터뷰).

그러나 이러한 가격경쟁에 의한 서비스질의 향상이라는 면보다는 영리기업의 참입으로 인하여 매상을 높이기 위해 케어매니저가 자신이 속한 기관의 서비스를 이용자에게 필요 이상으로 이용시키는가 하면 개호보수의 부정청구 건수가 급증하였다. 마이니치(毎日)신문 보도에 의하면, 개호보수의 부정청구 등으로 도도부현으로부터 지정취소 처분을 받은 서비스 사업자 수는 2004년에 72사업자로, 이것은 2000년도의 7사업소에 비해 무려10배 이상 증가한 것이다. 한편, 시정촌이나 도도부현이 개호보수를 부정 또는 부당하게 청구한 서비스 사업자에 반환을 요구한 금액이 2002년에 32억 1000만 엔에 이른다고 하였는데⁴¹⁾, 문제는 앞으로도 이러한 현상이 더욱 많아질 것으로 예상된다는 것이다 (<http://www.Kaigo110.co.jp>).

넷째로, 개호의 사회화란 목적 하에 실시된 개호보험제도가 실체는 기대 이하로 채택개호의 부담이 경감되지 않았으며, 저소득자의 경우는 오히려 개호부담이 증가 하였다. 왜냐하면, 개호보험에서 10%의 이용자 부담의 도입은 종래 복지제도 하에서는 무료 또는 소액으로 서비스 이용이 가능했던 저소득자들에게 개호서비스를 억제하는 결과를 가져왔기 때문이다. 또한 동 제도에서는 요개호 인정 등급 및 개호급부의 지급 한도액이 설정되어 있어 그 이상을 초월할 경우, 그 부문에 대해서는 전액 자기 부담으로 되어있기 때문에, 重度的 요개호자일수록 많은 비용을 필요로 한다.

주41) 32억 1000만 엔의 부당청구 사건 중 가장 많은 곳은 특별양호 노인홈으로 9억 1400만 엔이고 다음은 노인보건시설이 6억 3100만 엔, 통소재활센터가 5억 6000만 엔, 개호요양형 시설이 4억 2500만 엔의 순으로 나타났다. 후생노동성은 급증하는 개호보수의 부정청구나 부적절한 서비스 제공을 방지하기 위해 2003년부터 「적정화」 사업을 실시하고 있다(<http://www.navinavi.co.jp/kaigo/news.htm>).

특히 치매고령자의 경우 重度의 개호를 필요로 하나 거동이 가능하다는 이유로 낮은 등급을 인정받아, 필요한 서비스를 충분히 이용할 수 없는 사례도 많다. 그 결과 제도시행 이후, 시설입소 희망자가 급증함에 따라, 시설입소 대기자 수도 급격히 증가하는 현상을 초래, 커다란 이슈가 되었다. 그럼에도 불구하고, 정부는 시설입소 대기자의 숫자에 대해서는 침묵으로 일관하였으나, 2002년12월 아사히신문사가 전국자치체를 대상으로 조사를 실시한 결과, 특별양호 노인홈의 입소 대기자 수는 전국에서 당시기준으로 특별양호 노인홈의 입소자의 70%에 해당하는 23만 3천명에 이른다고 발표하였다(朝日新聞, 2003. 2. 5)^{주42)}. 이러한 시설입소 대기자는 전반적으로 장애 정도가 중증이고, 개호자의 개호부담감도 많은데다가, 경제적으로도 여유가 없다 는데 문제가 있다^{주43)}. 따라서 시설입소 대기자의 증가문제는 개호의 사회화라는 관점에서 보더라도 간과할 수 없는 중요한 문제라고 생각된다.

마지막으로, 앞서서도 언급한 바 있듯이, 개호보험제도 시행 이후, 새롭게 나타난 문제점의 하나로 개호보수의 부정청구를 들 수 있다. 사태의 정도가 심각해지자 후생노동성은 개호보수의 부정청구 및 부적절한 서비스 제공의 방지를 위해 모든 개호보험 서비스사업소에 대해 서비스의 질을 객관적으로 체크할 수 있는 「제3자 평가」의 제도 실시를 검토하고 있다. 「개호보험 서비스의 평가에 관한 조사 위원회」가 종합한 중간보고에서, 구체적인 방법으로 서비스의 종류별로 사업소가 표시해야 할 정보를 정해, 제3자가 확인한 다음 모든 정보를 공개하는 시스템의 구축을 제의하였다.

실시체로서는 도도부현 별로 평가기관을 설치하여, 연 1회 정도 조사를 행한다는 것과 조사원은 전문적인 연수를 받는 것을 요건으로 하며, 조사 결과에 대해서는 인터넷에 공개한다는 내용 등을 제안하였다^{주44)}.

그러나 이러한 제3자 서비스 평가에 대해 문제점이 지적되었는데, 우선, 서비스 평가는 서비스의 질적 개선을 위한 수단이지, 그 자체가 목적이 아니라는 것이다. 또한 서비스의 질의 표준이 되는 척도가 제시되지 않은 상태에서 평가가 행하여질 때 객관적인 평가가 어렵다는 것 등을 들 수 있다(本澤巳代子, 2005).

주42) 일본 공산당의 발표에 의하면, 아사히 신문이 조사한 숫자보다 10만 명 이상이 많은 약35만 명이나 시설입소 대기자가 있는 것으로 파악되었다.

주43) 히라오카 교수가 도쿄 내의 인정지역을 조사하여 분석한 결과를 인용하였다.

주44) 그러나 정부는 제3자 평가를 전면적으로 도입하는 것은 곤란하다고 하면서, 그 대신에 표준화된 정보를 정기적으로 표시하는 것을 사업자에게 의무화시키는 「정보표시의 표준화」란 제도를 도입한다는 방침을 세우고 있다(平岡公, 2005)

제 6 장 금후의 과제 및 정책제언

지금까지 검토한 바와 같이, 요개호인정자 및 서비스 이용자 수의 증가추이 면을 볼 때, 개호보험제도는 점차적으로 정착되어가고 있다고 할 수 있다. 그러나 그 실태를 보면 제도의 이념인 자립지원의 촉진이나 가족개호부담의 경감, 재택복지의 실현 이란 관점에서 볼 때 충분히 정책목표가 달성되었다고는 할 수 없다. 또한 개호급부 비용의 증대는 향후 제도의 지속가능성에 대한 의문도 제기되고 있다. 이러한 점에 입각하여 본 장에서는 이상의 평가 및 문제점을 근거로 앞으로 남은 과제는 무엇이며, 그리고 이러한 과제를 해결하기 위해서는 어떠한 대응방안이 필요 한지에 대해 살펴본 후, 마지막으로 정책함의에 대해 언급하기로 하겠다.

제 1 절 금후의 과제

1. 개호서비스의 지역간 격차의 과제

개호보험제도는 시정촌이 모든 부문에서 주체가 되어 운영, 관리, 책임하에 실시되고 있다. 그러나 시정촌에 따라 인구규모, 고령화 비율, 요개호자 출현율, 소득수준의 격차 등 다방면으로부터 지역간의 격차문제가 발생하고 있다. 그 결과, 개호보험료의 비율이나 재정조정, 민간서비스 사업자의 시장침입 등에 많은 영향을 미치고 있다.

지역사회 내에서 자립생활이 가능토록 지원하는 것이 개호보험의 기본 목표이자 이념이기 때문에 시정촌의 역할은 매우 중요하다. 이러한 시정촌이 개호보험 사업계획에 의해 필요한 니즈가 정확히 파악되었다 하더라도, 고령화율이 높은 과소 지역에서는 지리적 조건이나 서비스 공급의 부족으로 충분한 서비스의 제공이 용이하지 않을 수도 있다. 또한 재정규모가 작은 시정촌에서는 많은 자금을 필요로 하는 시설정비에 보조금을 지원할 여유가 없어, 니즈가 있어도 시설서비스의 확보가 어려운 상황이다.

한편, 도시 지역에서는 땅값이 비싸, 니즈에 알맞는 새로운 시설 건설이 곤란한 상황이

다. 급부비의 지역 격차를 보더라도 도도부현 수준의 비교에서 최대 1.8배의 지역격차가 발생하고 있는데, 이것이 시정촌의 수준에서는 그 차이가 더욱 확대 될 것으로 예상된다^{주45)}(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003>).

물론, 개호보험제도에서는 이러한 지역간의 격차조정을 위해 공비의 5%를 재정교부금으로 설정하고 있지만, 이것이 지역간의 격차문제를 해소하는데 어느 정도 효과가 있는지는 의문이다. 따라서 개호보험제도가 시정촌의 전적인 책임 하에서 효율적으로 시행되기 위해서는 이러한 지역간의 격차해소 문제가 선결과제의 하나라고 생각된다.

2. 개호예방의 과제

고령장애자에게 필요한 서비스는 순수한 의미에서의 의료서비스보다 넓은 의미에서의 생활지원 서비스가 보다 중요하다. 다시 말하여, 의학적 치료행위(cure) 보다도 일상생활의 유지를 위한 생활지원(care)이 중요한 사회의 니즈가 된다는 것이다.

후생성의 「인구동태 및 사회경제조사」의 결과에 의하면, 네타키리 고령자로 3년 이상 네타키리 상태로 있는 사람이 53%로 절반 이상이며, 전체 고령자 중 3/4정도가 1년 이상, 그리고 65세 이상 사망자 중 전체 평균 네타키리 기간이 약 9개월 정도라고 보고하였다. 이와 관련하여 개호보험제도 실시 후 요개호 인정자 수는 매년 증가 추세에 있다는 것은 이미 언급하였는데, 여기서 중요한 것은 요개호 인정자 중 요지원이나 요개호 1등급의 輕度の 인정자 수가 크게 증가하고 있다는 사실이다.

<표 6-1>에서 알 수 있듯이, 요개호 인정의 증가비율을 비교하여 볼 때, 요지원이 99.6%, 요개호1이 123.5%로, 전체 증가비율인 73.9% 보다 증가비율이 높음을 알 수 있다.

주45) 단순히 지역간의 고령자 율을 비교해 보아도 도도부현 수준에서는 고령화율이 가장 높은 시마네현(島根縣)이 25%이고, 가장 낮은 사이타마현(埼玉縣)이 13.5%로 그 차이는 12%정도에 불과하다. 그러나, 시정촌의 비교에서는 가장 높은 야마구치현(山口縣) 토와마치(東和町)는 고령화율이 50%인데 비해, 치바현(千葉縣)의 우라야스시(浦安市)는 7.3%로, 무려 7배의 차이가 있다는 것을 고려할 때, 시정촌의 지역격차는 다양한 방면에서 격차가 더욱 클 것으로 예상된다.

〈표 6-1〉 요개호도 별 인정자 수의 추이

(단위: 천 명)

년도 등급	요지원	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	합 계
2000. 4	291	551	394	317	339	290	2,182
2004. 4	581	1,225	595	477	466	449	3,795
증가율	99.6%	123.5%	51%	50%	37.4%	54.8%	73.9%

자료: 『厚生労働白書』 2004, p.205 [그림 5-2]에 기초하여 재작성.

더구나 요지원과 요개호1의 輕度の 인정자가 점차 重度쪽으로 비율이 높아진다는 조사 결과는 輕度 인정자에 대한 새로운 개호서비스의 제공이 필요하고 있음을 시사 한다. 따라서, 금후는 이러한 輕度 인정자가 더 이상 악화하지 않도록 예방을 위한 대응 방안을 강구해 나가는 것이 재정적인 면에서나 개호의 사회화, 가족의 부담 등을 고려할 때 중요한 과제라고 생각된다.

3. 개호보험 재정의 과제

앞에서도 살펴보았듯이, 일본의 연금, 의료, 개호보험 등을 포함한 사회보장 급부비가 GDP(국내총생산)에 차지한 비율은 2001년을 기준으로, 스웨덴이 29.50%, 프랑스가 28.45%, 독일이 28.77%, 영국이 22.35%, 미국이 15.17%에 대해 일본은 17.64%였다(표 6-2 참조).

이것은 서구선진국들과 비교해 볼 때 높은 수준이 아니다. 따라서 의료비 및 개호보험을 포함하여 사회보장 관계 재정문제를 근본적으로 해결하기 위해 장기적으로는 사회보장비의 비중을 높여, 노후의 불안을 불식시킬 필요가 있다. 물론, 서구와 비교하면 사회지출 비율이 낮지만, 일본의 경우, 문제는 저성장 경제하에서 사회보장 재정부담비율이 매년 증가 추세에 있다는 사실이다. 이러한 근본적인 문제 해결의 방안으로 히로이(廣井良典)교수는 환경세를 도입하여 새로운 사회보장 재원으로 충당하여야 한다고 주장하고 있다.

〈표 6-2〉 사회지출 대 국민소득비 및 대 국내총생산의 국제 비교(2001)

	일본	미국	영국	독일	프랑스	스웨덴
대 국민소득비	24.02%	17.05%	28.90%	38.83%	38.88%	41.48%
국내 총생산비	17.64%	15.17%	23.35%	28.77%	28.45%	29.50%

출전: 「사회보장 급부비」 2002, 국립사회보장·인구문제연구소, p.41에서 인용.

한편, 일본의 국민의료비는 국민소득의 증가를 상회하여 증가하고 있으며 국민소득의 약8%를 차지하고 있다. 그 중에서 국민의료비의 1/3을 노인의료비가 차지하고 있을 뿐 아니라, 증가율이 <표 6-3>에서 보는 바와 같이 계속적으로 높아지고 있다.

〈표 6-3〉 국민의료비의 대 전년도 증가율

(단위: %)

	1988년	1991년	1993년	1995년	1997년	1999년	2001년
국민의료비	6.1	5.9	3.8	4.5	1.9	3.7	3.2
노인의료비	12.7	8.1	7.4	9.3	5.7	8.4	4.1
국민소득	6.8	6.4	0.0	1.3	0.9	▲1.6	▲2.7

자료: 『厚生労働白書』 2004, p.239 [그림 7-1]에서 인용.

2002년도 정부의 건강보험 단 년도 수지는 피보험자 수와 급여의 감소로 인해 보험료 수입도 감소하여 과거 최대의 약 6200억 엔이 적자로 그동안 누적수지도 적자로 되었다. 또한 시정촌이 운영하는 국민건강보험의 재정도 마찬가지로 어려운 경제상황, 고령자나 저소득자의 증가로 인해 2002년도에 약 2300억 엔의 경상적자가 되었다.

의료보험재정에 대해 살펴보면, 2002년도의 건강보험 조합의 재정은 피보험자 수와 보험료 수입이 대폭으로 감소하였는데 비해 노인보건 지출금과 퇴직자 급부금의 증가로 과거 최고의 4000억 엔의 경상적자였다.

또한 의료보험의 의료비와 인구구성의 추계를 살펴보면, 2007년도 총 의료비의 약 34.7조엔 중 65세 이상의 의료보험비가 18.8조 엔으로 전체 의료보험 비용의 54.3%를 차지하고 있다. 더구나 2025년에는 총 65.6조 엔의 의료비 중 고령자의 의료 보험비가 45.0조 엔으로 전체 의료보험 비용의 60%를 차지하는 것으로 추계되었다. 특히, 이 중에서도 75세

이상인 후기고령자의 의료보험비가 급증하고 있다는 사실은 다음의 [그림 6-1]을 통하여 알 수 있다.

이러한 의료비의 증가를 적정화하기 위해서는 증가하는 부담을 어떻게 하면 국민 전체가 공평하게 부담해야 하는가가 중요하다. 개호보험제도의 도입은 이와 같이 증가하는 의료보험 비용의 부담을 줄이고 부담을 공평하게 한다는 정부의 의도 하에서 실시되었다.

그러나 개호 급부비도 의료비의 증가와 함께 예상외로 증가추세에 있다. 앞서서도 살펴 보았듯이, 사회보장 급부비 중 개호급부비의 비율이 개호보험이 시행된 2000년도에는 3.6조 엔이었는데 매년 증가하여 2004년도에는 6.1조 엔으로, 그리고 2025년도에는 20조 엔까지 증가할 것으로 추계하고 있다(ぎょうせい, 2004).

[그림 6-1] 의료보험의 의료비 추계 및 인구 구성비의 추계

가. 의료보험의 의료비 추계

12.2조 엔 (35.2%)	75세	34.3조 엔 (52.3%)
6.6조 엔 (19.1%)		11.0조 엔 (16.7%)
15.9조 엔 (45.7%)		20.3조 엔 (31.0%)
	65세	

자료: 후생노동성의 의료보험 부회 제출자료

나. 인구구성비의 추계

	1,200만 명 (9.7%)	2,000만 명 (16.7%)
75세	1,500만 명 (11.4%)	1,400만 명 (11.9%)
65세	10,160만 명 (78.9%)	8,600만 명 (71.3%)

이와 같이 증가경향에 있는 개호급부비에 대한 과제를 살펴보면, 우선, 서비스 급부의 증가에 비해 보험료 수입의 충분한 확보가 어렵다는 점을 들 수 있다. 제1호 피보험자는 2000년 4월에 2165만 명에서 2004년 2월에 2443만 명으로 매년 약 3%정도씩 증가하고 있다. 이 중 일정 비율이 요개호자로 된다고 가정하면, 그 수의 증가만큼 서비스 급부비도 증

가되게 된다. 그런데 재택서비스의 부족이나 기존의 가족 간호의 부담이 증가하게 되면, 재택보다는 시설을 선호하게 되어 결국 시설간호 서비스를 이용하는 비율이 증가된다. 특히 과소지역이나 고령화율이 높은 지역일수록 시설서비스를 이용하는 경향이 높게 나타났다.

현행의 개호보험법에서는 서비스 급부비의 18%중, 제1호 피보험자로부터 보험료를 징수하게 되어있기 때문에 시설서비스 수요자가 많은 지역에서는 제1호 피보험자의 보험율을 높게 설정해야만 한다. 그러나 제1호 피보험자의 경우는 연금생활자를 포함하여 경제적으로 여유가 없는 고령자가 다수 포함되어 있다. 더구나, 고령화의 가속으로 2025년에는 총 인구의 약30%정도가 제1호 피보험자로 추계되고 있어 보험료 문제는 동 제도가 지속되기 위해서는 무엇보다도 중요한 사항이라 할 수 있다.

따라서 신 개정안에서는 피보험자의 범위를 확대시키는 즉, 20세에서 39세까지의 제3호 피보험자로 새롭게 설정하자는 제안을 제시하고 있다.

4. 재택복지의 과제

개호보험은 재택복지에 중점을 두고, 그것을 실현시키기 위해 실제 서비스 이용 면에 있어서도 시설 이용자보다 재택서비스가 현저하게 증가하였다. 그러나 한편으로 특별양호 노인홈의 입소 신청서가 급증한다는 지적^{주46)}과 함께 실제로 시설입소 대기자의 문제가 과제로 남아있다. 한편, 고령자 자신은 대부분이 재택에서 계속 생활하기를 희망하고 있는 것으로 나타났다. 내각부에서 고령자들에게 개호가 필요할 때의 생활 장소에 대해 설문한 결과, 고령자의 60%가 현재의 자택에서 생활하기를 희망하고 있으며, 시설입소의 희망은 20%에도 미치지 못하였다(그림 6-2 참조).

주46) 개호보험제도는 행정에 의해 시설입소의 결정을 하는 것이 아니라, 본인의 의사 선택에 따라 신청하게 되어있기 때문에 지금 당장 입소를 필요로 하지 않는 고령자도 미리 신청을 하고 있는 것이다. 예를 들어, 이용 희망자 실태에 관한 건강보험 조합 연합회의 조사에서는 입소 신청자 중 정말로 입소가 필요하다고 판단되는 경우는 30% 정도에 지나지 않고, 나머지 60%는 재택생활이 가능한(그 중에서 20%는 본인이 아닌 가족이 입소를 희망하고 있음) 경우라고 하였다.

[그림 6-2] 신체가 약해졌을 때 희망하는 주거형태



출전: 내각부 「고령자의 주택과 생활환경에 관한 의식조사」, 2002

또한, 개호서비스의 이용 실태를 보면, 경도의 요개호 인정자는 재택서비스의 이용이 높은 반면에 중도의 경우는 반수 이상이 시설서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다. 그러나, 고령자 요개호 상태가 심해져도 가능하면 재택생활을 희망하지만, 중도의 경우, 재택에서 생활이 가능한 경우는 절반이하로, 현재의 재택서비스는 전체 요개호자가 재택생활이 가능할 수 있을 정도까지는 이르지 못하였다. 이와 같이 재택생활을 희망하는 자가 많음에도 불구하고 이에 충분한 서비스가 제공되지 못하고 있는 실정을 고려한다면, 새로운 서비스 체계의 검토가 필요하다고 말할 수 있다.

5. 케어매니지먼트의 과제

개호보험제도에 있어서 케어매니지먼트는 제도 이념의 하나인 「이용자 본위」를 실현시키기 위해 새롭게 도입된 것이다. 케어매니지먼트는 고령자의 상태를 적절히 파악하여 자립지원에 필요한 서비스를 종합적, 계획적으로 제공하기 위한 것으로 제도의 중핵이라고도 할 수 있다. 그러나 고령자의 상황을 판단하는 어세스먼트(니즈 탐색)가 충분치 않기 때문에 적절하고 효과적인 서비스 제공이 되지 않는다는 지적도 있다.

실제로, 케어매니저가 한 종류의 서비스만을 받는 케어플랜을 작성하는 비율이 반수정도에 이르고, 필요한 서비스가 적절히 제공되고 있는지에 대해서도 의문이 제기되고 있다.

2003년에 실시한 「케어매니저의 실태 및 의식조사」에 의하면, 93%의 케어 매니저는 이용자의 자택 방문을 희망하고 있으나, 현실적으로는 대부분의 케어 매니저들이 형식적인 이용자 방문이나 일반 사무처리에 시간을 보내고 있기 때문에 자립지원을 도와주는 본래의 케어매니지먼트의 실천이 곤란하다는 조사 결과도 나왔다^{주47)}. 동 연락협의회는 이러한 문제를 해결하고 케어매니지먼트의 질적 향상을 위해서는 이용자 주택을 직접 방문하여 면접이나 상담을 충분히 한 다음, 케어플랜을 작성하고 그 이후에, 사업자(서비스 제공자)와의 조정과 모니터링이 필요하다고 하였다. 이를 위해서는 각각의 재택개호 지원사업소에서 이용자에 대한 어세스먼트를 중시하고, 개별의 니즈에 대응한 질 높은 케어플랜이 책정될 수 있도록 담당 이용자 수를 설정하여 그 정보를 표시할 필요가 있다고 제안하였다.

6. 치매성 고령자의 과제

개호보험 실시이후 예상외로 요개호 고령자가 급증하였는데, 그 중 거의 절반에 해당하는 사람이 치매성이라는 사실이 알려졌다. 또한 후생성이 개호보험 제1호 피보험자에 대해 2002년 1월부터 12월까지 요개호 인정 데이터를 기초로 추계한 결과, 요개호 인정자 중 어떠한 형태로도 개호, 지원을 필요로 하는 치매성 고령자는 2004년에 149만 명이었던 것이 2015년에는 250만 명으로, 더욱이 2025년에는 323만 명으로 증가한다고 추계하였다(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/3c.html>).

이와 같이, 요개호 고령자 중 치매성 요개호 고령자의 급증은 새로운 대책을 필요로 한다. 따라서 후생노동성도 이에 대한 대응으로 그룹홈의 확장을 지원한 결과, 개호보험법이 제정된 1997년에는 7개소에 불과하였던 것이, 2000년3월에는 903개소로, 그리고 2003년 3월에는 약 2,832개소로 급증하였다. 이렇듯 앞으로 치매성 고령자들에 대한 개호는 고령자 개호의 중심적인 과제라고 할 수도 있다.

주47) 전국 케어매니저 연락협의회가 2003년 말에 케어매니저를 대상으로 실태 조사를 하여, 그 결과를 사회 보장심의회 개호보험부회에 제언을 하였다.

제 2 절 한국에의 정책적 시사점

이상과 같이, 일본의 개호보험제도의 실태 및 평가와 관련하여 문제점을 중심으로 고찰하였다. 본 절에서는 이러한 논의가 장기요양 보험제도 실시를 준비하고 있는 한국 정부에 시사하는 정책적 함의는 무엇인가에 대해, 개괄적으로 언급함으로써 본 연구를 마무리하고자 한다.

먼저, 일본의 개호보험의 딜레마에 대하여 살펴보면, 현행, 일본의 개호보험제도는 서비스의 이용이 증가하거나, 개호보수를 인상하게 되면 10%의 이용자 부담비의 증가만이 아닌, 전체적으로 개호 보험료를 인상하게끔 되어 있다. 그러나 현행의 제1호 피보험자의 개호 보험료는 정액 보험료를 기본으로 하며, 역진성의 성격이 강하기 때문에 보험료를 대폭 인상하게 되면 상당한 반발이 예상되며, 정책적으로 보아도 한계가 있다.

예를 들어, 월 1만 5천 엔의 노령연금 생활의 저소득자에게 개호보험료를 원천징수하고 있는데, 현행 제도에서 개호보험료가 1만 5천 엔까지 인상된다고 가정하면, 실질적인 연금 수령 금액은 제로가 된다는 것이다. 결국, 현행의 역진성이 강한 보험료 부담의 틀을 개정하여 어느 정도 개호 보험료의 증대에 대응 가능한 내용으로 제도를 개정하지 않는 한, 피보험자의 범위를 20세까지 확대한다 하더라도 일시적인 보험료 부담의 경감은 될지 모르나, 급부비의 증가에 대응할 만큼의 보험료 인상은 곤란할 것이다.

이러한 의미에서 볼 때, 개호보험 재정의 압박은 더욱 심각해진다. 따라서 현재의 사회보험 방식을 유지할 경우, 남은 방법은 급부의 수정이나 서비스 공급의 제한이란 급부 억제 방향으로 정책을 추진할 수밖에 없을 것이다.

이러한 상황을 참고로, 한국 정부는 피보험자의 범위, 보험료 산정, 이용부담료, 시설입소자들의 표준부담액, 등 보험재정에 관한 사항을 논의 및 규정할 때, 임기응변식이 아니라, 장애에도 큰 문제가 발생하지 않도록 일본의 선례를 참고하여 보다 신중하고 깊이 있게 검토하여야 할 것이다.

둘째로, 상기의 재정문제와 관련하여, 한국에서 논의되고 있는 장기요양 보장제도 도입의 궁극적인 목적을 명확히 규명하여야 할 것이다. 앞서서도 살펴보았지만, 일본의 개호보험제도가 도입된 목적으로서 일반적으로 강조되어 온 것이, 재택개호의 추진, 고령자의 자립지원, 여성의 가족개호 부담에서의 해방, 이용자 본위의 제도, 부담 면에서의 공평성 확보, 각 제도간의 문제점 시정 등이었다.

물론, 제반 사회문제를 해결하기 위한 정부의 방침이 정책이라고 말할 수 있다면, 개호 보험제도도 심각성을 더해가는 가족개호 문제를 해결하는데 있다는 것은 두말할 나위도 없다. 그러나, 일본에서 개호보험제도의 탄생은 이러한 가족개호 한계의 문제를 해결한다는 이념적 목적과 가속화하는 고령사회에서 사회보장의 비용부담 문제를 해결하려는 궁극적인 정책 목표가 있었다고 생각된다.

주지하는 바와 같이, 일본의 개호보험제도의 목적은 1980년대 초반부터 줄곧 현안의 문제로서 제기되어 왔던 의료 분야와 복지 분야의 구조 개혁의 일환이었다고 생각할 수도 있다. 다시 말해, 의료 분야에서는 기존의 의료체제, 구체적으로 말하면, 고령자 의료를 위해 사용되는 피용자 의료보험 제도의 재정 건전화, 국민건강 보험제도의 적자구조의 시정, 과잉병상 수의 삭감 등을 포함하여 증가하는 국민 의료비를 어떻게 억제하는 방향으로 정책의 관심이 집중되었다. 더군다나, 국민 의료비 중 노인의료비 의 급증은 사회보장의 비용을 증가시키게 되었는데, 이러한 비용부담을 개호보험제도의 도입으로 새롭게 조달하려는 정부·후생성의 정책 목적이 있었다고 할 수 있다.

결과적으로, 의료비 증가 억제란 면에서는 소폭의 정책 효과는 있었는지 모르겠지만, 반대로 개호급부비가 예상 이외로 급증하여, 전체적인 정책 효과라는 면에서는 큰 효과를 가져오지 못했다고 할 수 있다. 따라서 한국 정부도 장기요양 보장제도가 누구를 위하여, 무엇 때문에 도입해야 하는지, 제도의 궁극적인 목적을 명확히 규명해야 할 것이다.

셋째로, 제2장에서 제도 도입 배경과 제정 과정에 대하여 검토한 바와 같이, 개호 보험제도는 일본사회가 고령사회라고 하는 성숙한 정책 환경과 그것을 제도화 시키려는 정부 여당 및 후생성의 정책 주창자가 일관되게 제도 도입의 목적과 필요성을 국민들에게 강조하면서, 정책 실현을 위해 노력하였다.

예를 들어, 국민들의 정책 순응을 높이기 위해, 정부 후생성은 의식조사를 시작으로 요개호자 실태 추이조사 등, 여러 방면에 걸쳐 다양한 조사를 실시하였을 뿐 아니라, 그 결과를 매스컴을 통해 국민들에게 적극적으로 홍보 하였다. 더욱이, 후생성은 일찍부터 사적 자문기관 및 심의회를 설치하여, 제도 내용에 대해 다양한 채널로부터 정보 입수 및 논의를 거듭하여 왔다.

당연히, 정책결정 방식에 있어서 한국과 일본은 차이가 있지만, 일본의 경우, 사적 자문기관을 적극적으로 활용하여 민의를 수렴하고, 전문가의 전문지식을 충분히 반영한다는

면에서는 자문기관의 적절한 활용은 참고가 될 수도 있을 것이다. 물론, 이러한 일본의 심의회 및 사적 자문기관에 대한 역할 및 기능에 대해서는 학자에 따라 의견이 다르며, 한국도 다수 있지만, 복지분야로 한정하여 볼 때, 상당부분 전문가의 의견이 반영되는 것 같다. 따라서, 한국 정부도 국민적 관심이 대상이 되는 중요 현안 문제를 정책화 할 때에는 이러한 심의회 및 사적 자문기관을 활용하는 것도 바람직 한 방법의 하나라고 생각된다.

넷째로, 일본은 개호보험제도의 도입을 위해 일찍부터 시설의 기반 정비 및 인프라 구축을 위한 제반 시책을 실시하여 왔다. 특히, 인프라 구축을 위해서는 이미 1987년에 개호복지사를 국가 자격증으로 하는 법률을 제정하여, 개호 업무를 전담하는 인력을 양성해 왔다. 그럼에도 불구하고, 앞에서 살펴본 바와 같이, 인력부족의 문제가 지적되고 있는 것을 고려한다면, 한국도 맨파워의 문제는 제도 시행에 중요한 영향을 미칠 것으로 생각된다. 시설 기반정비와 달리, 인프라 구축에는 많은 시간을 필요로 한다. 이러한 점을 감안하여 장기요양 보장제도가 충실히 시행되기 위해서는 무엇보다도 맨파워의 확립이 중요하다고 할 수 있다.

일본의 경우는 수요와 공급의 균형을 맞추기 위해 시정촌이에 「노인보건 복지 계획」의 책정을 의무화 시켰다. 그리고, 그 계획 하에서 지역의 정확한 요개호 고령자 의 숫자 및 니즈를 파악한 후, 정부에서 각 시정촌에서 파악된 니즈를 전체적으로 집계한 후, 그 결과에 의거하여 신골드플랜, 또는 골드플랜²¹에서 전국적인 목표량을 제시하였다. 그렇게 하였음에도 불구하고, 실시 이후, 다양한 문제가 드러난 것을 고려한다면, 인프라 구축의 문제는 시설 기반정비와 함께 중요한 사안의 하나라고 생각된다. 이 외에도 일본의 사례를 통해, 구체적인 사항에 있어서 정책적 시사점은 많이 있으나 다음 기회를 통하여 언급하기로 하겠다.

참고문헌

- 伊藤周平, 『改革提言・介護保険』, 青木書店, 2004.
- _____, 『介護保険制度と障害者支援費制度のゆくえ—介護保険法改正の検討を中心に』, 日本社会福祉学会関連部会研究会 発表資料, 2005. 3. 12.
- 丸尾直美・川野辺裕幸編, 『高齢者福祉サービスの市場化、IT化、人間化』, ぎょうせい, 2005.
- 三友雅夫監修, 『介護保障の課題と展望』, 中央法規出版, 2002.
- ぎょうせい編, 『平成16年度版介護保険の手引き』, ぎょうせい, 2004.
- 杉澤秀博編著, 『介護保険制度の評価—高齢者、家族の視点から—』, 三和書籍, 2005.
- 長谷憲明, 『介護保険制度入門』, 瀬谷出版, 2004.
- 東京都高齢者研究・福祉振興財団, 『介護保険轉換期』, 東神堂, 2005.
- 全国老人保健施設協議会, 『平成16年度版 介護白書—5年目を迎えた介護保険制度—』, ぎょうせい, 2004.
- 月刊介護保険編集部編, 『介護保険ハンドブック』, 法研, 2003.
- 尹文九, 『福祉改革の政治過程—公的介護法案の制定を中心に—』, 『筑波法政』, 第26号, 1999.
- _____, 『戦後日本の高齢者福祉』, ミネルヴァ書房, 2005. 7. 出版予定
- _____, 『日本の高齢社会と介護問題—その解決策を求めて—』, 『日本研究』, Vol.11, 2004.
- 東京都武蔵野市, 『介護保険施行5年後の制度見直しに向けて』, 2003.
- 富家孝, 『介護保険制度は国民を幸せにしたか—導入5年目の行きづまり』, 『中央公論』, 2004, 12月号
- 上田照子・荒井由美子, 『在宅要介護高齢者を介護する家族における不適切処遇について』, 『老年社会学』, Vol.26, No.2, 2004. 6.
- 須田木線子・浅川典子, 『介護保険制度における介護老人施設の適応戦略とジレンマ』,

- 『社会福祉学』, Vol.45, 2004.11.
- 平岡公一, 「岐路に立つ日本の介護保険制度」, 日・韓福祉研究会 発表資料, 2005.3, pp.19～20.
- _____, 「福祉国家の再編と市場化—日本の介護保険を事例として—」, 笠原浩・武川正吾編, 『福祉国家の変貌』, 東神堂, 2003.
- 清水谷論・野口晴子, 『介護・保育サービス市場の経済分析』, 東洋経済新報社, 2004.
- 田辺榮治, 「介護保険の課題と障害者施策」, 『月刊ケアマネジメント』, 2005.1.
- 中村秀一, 「介護保険法改正のポイント」, 『介護保険情報』, 2005. 3.
- 池田省三外, 「保険者と介護保険制度改正」, 『介護保険情報』, 2005. 1.
- 健康保険組合連合会, 『医療制度改革並びに介護保険制度の見直しに向けて』, 2004. 7.
- 日本経済団体連合会, 『介護保険制度の改革についての意見』, 2004. 4.
- 三浦文夫編, 『図説高齢者白書』, 全国社会福祉協議会, 2001.
- 厚生労働省介護制度改革本部, 『介護保険制度の見直しについて』, 2004. 6.
- _____, 『全国介護保険担当課長会議』, 2004. 9.
- _____, 『介護給付費実態調査月報』, 2005. 1.
- 菊池いづみ, 「介護保険導入によって変わる介護手当の実態調査研究」, 福祉社会学会 発表資料, 2004. 6.
- ミネルヴァ書房編集部編, 『社会福祉小六法』, ミネルヴァ書房, 2003.
- 総理府, 「高齢者の生活イメージに関する世論調査」, 1993.
- _____, 「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」, 2001.
- 前田信雄, 「日本の介護保険、ドイツの介護保険」, 労働旬報社, 1997.
- 増田雅暢, 『介護保険見直しへの提言—5年目の課題と展望—』, 法研, 2004.
- 中村優一他, 『世界の社会福祉年鑑2004』, 旬報社, 2003.
- 金野充博, 『これが介護保険だ』, 日本法令, 1999.
- 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構想を目指して』, ぎょうせい, 1995.
- 膳又幸子, 「平成4年度社会保障給付費」, 国立社会保障・人口問題研究所, 2003.
- 田近榮治, 「介護保険の課題と障害者施策」, 『月刊ケアマネジメント』, 2005年1月号
- 杉原陽子, 「介護の社会化や在宅重視の理念はどの程度達成されたか」, 『介護保険制度

の評価』, 三和書籍, 2005.

田中千枝子, 『ケアマネジメントは利用者本位に行われているか』, 『介護保険制度の評価』, 三和書籍, 2005.

本澤巳代子編, 『介護保険轉換期—新制度の仕組みとドイツ制度の現状』, 東京都高齢者研究・福祉振興財団, 2005.

和泉徹彦・杉山育美, 『介護保険制度の現状、課題、改革の方向』, 『高齢者福祉サービスの市場化・IT化・人間化』, ぎょうせい, 2005.

관련 홈페이지

<http://www.cao.jo.jp/>

<http://www.mhlw.go.jp/index.html>

<http://www.wan.go.jp/>

http://www.rinku_finekaigo.jp/

<http://www.jil.jp/jil.files/Kaigohokenn/>

<http://www.Kaigo110.co.jp>

<http://www.crs.or.jp/56511.htm>

<http://www.Keidanren.or.jp/2004/034.html>

<http://www.navinavi.co.jp/kaigo/news.html>

<http://www.kaigoseido.net/kaigohoken/04docu/0126jousei.htm>

<http://www.city.setagaya.tokyo.jp/kaigo/dai3/>

