

외국 노인복지법에 관한 연구

김현수*

A study on the Foreign Senior Citizens' Welfare Act
hyeon-su kim*

요약

노령이란 본질적으로 건강이 쇠퇴하는 시기이다. 육체적으로나 정신적으로 매우 허약해지고, 장애의 발생이 높아 다른 사람에게 의존 가능성이 커지는 시기이다. 노인의료보호를 시도하는 국가로, 호주, 일본, 한국 등 일반 적용 체계를 채택하고 있는 나라에서는 최근 노인을 위한 장기보호 보험체계 개발을 위해 노력 중에 있다. 이는 가족구조의 변화로 인해 가정 외에서 장기보호의 해결책을 찾기 위한 것이다. 노인의 보건과 복지의 전반에 연결 지을 수 있는 단일법에 의해 종합적이고 체계적으로 규율되는 방식이 적당하다고 본다. 특히 노인이라는 특수한 계층의 사회복지서비스영역으로 보더라도 노인에 관해서는 다른 사회복지의 영역보다 보건과 복지의 통합화가 강하게 요구되기 때문이다. 물론, 노인복지법과 같은 법률이 반드시 필요한 것은 아닐 것이다. 서구 선진복지국가들 중에는 노인복지법과 같은 개별 법률이 없어도 우리나라보다 훨씬 충분한 노인복지를 누리고 있는 나라도 많다.

ABSTRACT

The old age officially means time when Health is weakened. To complete the social security against the social risks it is on the one hand necessary to provide an elaborate system of coordination in the field of social security. It should be pursued on law as well as policy. Social security benefits should be comparatively analysed to have implications for the national legislation.

키워드 : 노인(the old), 사회보장법(social security act), 복지(welfare), 노인복지법 (Senior Citizens' Welfare Act)

* 제1저자 : 경운대학교 조교수

• 투고일 : 2014. 10. 30, 심사일 : 2014. 11. 30, 게재확정일 : 2014. 12. 30.

1. 서론

노령이란 본질적으로 건강이 쇠퇴하는 시기이다. 육체적으로나 정신적으로 매우 허약해지고, 장애의 발생이 높아 다른 사람에게 의존 가능성이 커지는 시기이다.

노인계층의 상병구조도 전염성이나 급성질환 중심에서 비전염성 만성질환 중심으로 변화했다. 만성질환은 완치가 불가능하여 질병을 관리하는데 많은 비용을 소요하게 하여 질병에 대한 부담을 늘리게 한다. 만성질환은 장애를 수반하는 경우가 많다. 장애는 만성질환과 결부되어 만성질환이 환율이 높아지는 만큼 삶의 질을 저하시킨다.¹⁾

노인이 생각하는 가장 중요한 노후 준비는 ‘건강한 신체’(50.1%)이고, 그 다음으로는 ‘경제적 준비’(44.7%)이다. 노인이 생각하는 노인을 위해 가장 필요한 정책은 ‘기본적 생활유지를 위한 소득보장’(67.7%)이 가장 높고, 그 다음으로 ‘일자리지원’(12.1%), ‘건강증진 서비스’(7.5%) 순으로 높았다. 한국 노인의 건강에 대한 문제는 일본, 미국, 독일, 한국, 스웨덴 등 5개국을 대상으로 5년마다 실시하는 고령자의 생활과 의식에 관한 국제비교조사에서도 그 문제성이 단적으로 나타난다.

2. 각국의 노인보전 · 의료복지

2025년 세계 인구의 12억명은 60세 이상이 되며 이중 58%가 아시아 태평양 지역에 거주할 것으로 예상된다. 이 지역은 국가의 사회경제적 발전이 이루어지기 전에 급격한 고령화가 이루어질 것으로 전망된다. 일반적으로 만성질환의 시기가 빨라지고 식생활의 변화로 인한 비만이 만연하고 있다.

노인 건강 증진을 위한 접근하는 국가는 노인 건강을 증진하려는 노력은 만성질환을 예방하고, 건강보험급여를 개선시켜왔으며, WHO는 2002년부터 급속한 노령화 진전에 대한 통합적 대응을 위한 프로그램을 시도하고 있다. 통합적 대응은 수요 증가에 따른 만성질환 치료 및 예방에 대한 새로운 접근에 중점을 두고 있다.²⁾

노인의료보호를 시도하는 국가로, 호주, 일본, 한국 등 일반 적용 체계를 채택하고 있는 나라에서는 최근 노인을 위한 장기보호 보험체계 개발을 위해 노력 중에 있다. 이는 가족구조의 변화로 인해 가정 외에서 장기보호의 해결책을 찾기 위한 것이다.

일본의 경우 1983년에 노인보험법을 제정하고 2002년에는 법개정을 통해 노인을 위한 재택 보호와 40세 이상 시설 장기보호환자를 포함시킴으로써 장기보호 부담을 완화하였다. 태국의 새로운 일반적용체계인 ‘30바트계획’³⁾은 2000년에 마련되었는데, 이는 사적

영역의 퇴직 연봉자 외의 모든 노인에게 적용된다.

1) 독일

노인병동 또는 양로원은 만성질환에 걸린 노인이나 개호를 필요로 하는 노인에게 대해 종합적인 복지급부를 행하는 곳이다. 최근에는 이러한 시설들이 인접부지에 건설되어 동일경영체와 인원에 의해 운영되는 노인종합시설의 역할을 하는 종합양로센터가 증가하는 추세이다.⁴⁾ 일반적으로 노인요양시설은 공적기관보다는 민간단체가 많은 부분을 직영 또는 위탁을 통해 운영하고 있으며 실질적으로 대부분 요양시설의 운영주체는 비영리 민간단체이다.⁵⁾

노인시설의 입소자는 입소하려는 요양시설의 정해진 조건에 따라 계약을 체결하여 입소한다. 노인케어시설의 재정은 경영주체에 따라 공립, 비영리, 사회복지단체, 사립 등의 세 분야로 나누어 생각할 수 있다.

어떠한 형태이든 원칙적으로 계약에 의해 입주하는 방식이기 때문에 입주자 개인의 부담비율이 어느 정도 있기 마련이다.⁶⁾

독일의 경우 전체인구에서 15세 미만인구가 차지하는 비율이 2010년까지는 15%로 감소되는 데 비하여 65세 이상의 인구비율은 18%로 증가될 전망이다.⁷⁾ 이처럼 증가하는 노인인구의

비중은 개호수요의 증가를 가져오게 된다. 이러한 요개호대상자들의 증가로 인해 독일의 경우에는 개호의 문제를 사회보험방식을 통해 해결하고자 하였다. 이에 따라 독일의 5번째 사회보험 제도가 등장하게 된 것이다. 물론 의료보험과 밀접한 관계가 있는 개호보험을 의료보험에 포함시키지 않은 이유는 독일의 공적 의료보험 자체에서 노인성 만성질환을 일반적 의미의 ‘병’이 아니라 ‘신체적 기능의 저하에 다른 자연적 현상’으로 간주하여 의료보험의 급여대상에서 제외하려 하였기 때문이다. 그렇지만 개호보험에 필요한 업무는 의료보험의 영역에서 함께 다루고 있고 보험료 산정과 개호단계의 판정 등에 있어 의료보험제와 업무상 밀접한 관계를 형성하고 있다.

수발보험의 급여는 크게 재가개호서비스와 시설개호서비스로 구분된다. 이중 장애나 노화로 인해 자립적인 생활을 하는데 불가피하게 다른 사람의 도움을 필요로 하는 사람들을 대상으로 개호대상자의 집에서 개호서비스를 제공하는 것이 개호급여의 일반적인 유형이 되고 있는 재가개호서비스이다. 재가개호를 제공하는 사람을 수발자, 개호요원 혹은 개호인력이라 한다. 개호를 담당하고 있는 사람들은 주로 가족, 이웃, 자원봉사자, 그리고 전문인력으로 나뉜다.⁸⁾

시설개호서비스의 경우 물적급여는 매월 1550유로(2012년 부터)까지 보장

되고 3등급에 속하는 최고중증개호대상자의 경우에는 그 생활의 어려움을 감안하여 예외적으로 최대 1918유로(2012년 부터)까지 지급할 수 있다. 시설개호의 경우 개호대상자의 숙박비와 개호서비스와 관련된 일체의 비용이 시설에 지불한다.⁹⁾

독일 각 주는 주단위의 공간계획법과 민법 중 토지재산법의 일반규정에 의해 더 이상 가족 묘지를 허락하지 않고 모든 묘지와 장묘관리를 국가가 담당하게 되었다. 묘지 및 장묘관리법¹⁰⁾은 묘지를 일정한 기간 동안만 이용할 수 있도록 규정하고 있다.¹¹⁾ 독일에서는 삶의 연속으로 무덤까지 사회복지제도가 적용되고 있다. 즉, 묘지 사용시 고소득층에게 많은 세금과 사용료를 부과하고 저소득층에게는 저렴한 가격으로 똑같이 묘지에 묻히게 하고 있다.¹²⁾ 이러한 점은 특히 노인의 사망과 관련하여 생전에 그 매장비용의 요율이 결정되는데 노령재산법 및 2001년에 제정된 노령재산충원법은 그에 관한 기준을 정하고 있다.¹³⁾

또한 사회복지법전은 연금수급중인 노인이 사망한 경우 그 장제비를 노령연금에서 부담하도록 규정하고 있으며 연방사회부조법은 사회부조 대상 노인의 사망 시에 장제비의 전액을 지방정부가 부담하도록 하고 있다.¹⁴⁾

독일의 사회부조제도는 19세기 산업화를 배경으로 한 소득편차의 확대와 이로 인해 파생된 빈민층에 대한 구제

를 목적으로 하는 사회정책적 고려에서 출발되었다. 이는 1842년에 제정된 '빈민구제의무화에 관한 법률'에 뿌리를 두고 있다. 현행 독일의 사회부조법제는 1961년 제정되어 1962년에 발효된 연방사회부조법을 그 법적 근거로 하고 있다.

이 법률은 '문화적이면서도 인간다운 생활을 할 가능성이 없는 자의 생계 지원'을 사회부조의 기본적 목적으로 설정하고 있다.¹⁵⁾

2) 일본

생활보호법에 있어서 보호(부조)의 종류로서 종래의 7개의 부조와 추가적으로 개호부조가 창설되어 곤궁 때문에 최저한도의 생활을 유지할 수 없는 요개호자 및 요지원자에 대해서 개호부조가 행해지도록 하였다(개호보험법시행령 제 54조). 개호부조 등 보호의 실시 에 있어서, 65세 이상의 피보험자(제1호 피보험자)와 40세 이상 65세미만의 제2호피보험자자격을 갖지 않는 자는 그 취급이 차이가 있다. 즉, 생활보호의 피보호자가 65세 이상의 경우 제1호 피보험자가 되지만, 생활보호법에서의 보충성의 원리 자산·능력의 활용, 타법우선 등에 의거하여, 개호보험의 급부가 행해져야 할 경우에 그것이 우선적으로 행해지고, 개호보험의 급부로 보완되지 않는 일상생활비, 개호보험의

보험료, 그리고 이용자 부담에 대해서 생활부조가 행해지는 것이 된다.

노인복지법상 노인이라 해도 그 심신상황에 개별차가 크므로 연령으로 획일적으로 정할 것이 아니라 사회통념에 맡기는 취지라는 것으로 이해하지만, 거택생활지원사업 등(동법 제10조의 4)과 노인홈에의 입소조치 등(동법 제11조)의 대상연령에 대해서는 만 65세 이상으로 정해지고 있다.

한편 노인보건법에 기초하는 노인의료급부에 대해서는 그 대상을 원칙적으로 만75세 이상 및 65세 이상의 장애인 등으로 정하고 있어 법제도에 따라서도 차이가 보인다.¹⁶⁾

노인복지의 조치 등에 관한 비용은 국가, 도도부현 및 시정촌이 각각 지불하는 것으로 되어 있다.¹⁷⁾

노인복지법상의 조치의 다수는 개호보험법의 시행에 따라 개호보험급부를 전제로 하는 보충적인 것이다. 즉, 개호보험의 급부 신청을 하지 않거나 또는 신청할 수 없는 자에 대해서는 조치에 의하는 것이 되고 있다. 또한 개호보험제도의 도입에 의해 이전부터 계약시설로 되어 있었던 경비 노인홈과 함께 특별 요양노인홈도 개호노인복지시설로서 계약시설이 된다.

1963년 제정된 노인복지법은 1973년에 일부가 개정되었고, 노인의료비 무료화가 제시되었다.¹⁸⁾ 노인의료비 무료화란 의료보험제도의 자기부담부분을 공비로 처리해주는 제도였다. 노인보건

법은 ①예방에서 사회복지까지의 포괄적인 의료를 고령자에게 제공하고, ②고령자의 의료비용을 국가, 지방공공단체, 의료보험제도가 보험자로서 지출하며, ③고령자는 진찰을 받을 때에 일부비용을 부담함으로써 부담의 공평화와 적절한 진찰을 촉진하는 것을 목적으로 하였다. 따라서 노인복지보건법의 제정에 의해 종래 노인복지법에서 실시되어 온 고령자의 의료보험이 새로운 제도를 별도로 만들어지고, 일본 고령자의 복지제도와 의료·보건제도의 두가지 체제로 고령자의 생활을 보장하는 체계가 되었다.

노인보건법 자체에서는 각출 급부라는 것을 매체로 한 사회보험관계는 존재하지 않는다. 그러나 생활보호를 받고 있는 자 등을 제외하여, 고령자라도 어떠한 형태로든 각종 의료보험의 피보험자나 피부양자인 것에는 변화가 없고 이런 지위에 의거하여 노인보건법상의 급부 등이 행해지는 것이다.

시정촌(특별구를 포함한다)은 당해 시정촌에 거주지를 갖고 있는 40세 이상의 자에 대하여, 의료 등 이외의 보건사업을 행한다.(노인복지법 제20조)

노인의료에 대한 비용부담의 구조는 노인의료에 소요된 비용에서 일부 부담금을 공제한 액의 30%를 공비(公費)¹⁹⁾에서 부담하고, 나머지 70%를 각 의료보험제도에서의 각출에 의한 공동부담으로 한다.

기존의 행정의 서비스 대상자 및 내

용을 결정하는 조처였다면 개호보호 시행이후에는 사회보험방식에 의해 필요한 서비스를 이용자가 자유롭게 선택하고 계약에 의해 서비스를 받을 수 있는 구조로 전환한 것이라 할 수 있다.²⁰⁾ 공적개호보험제도라는 정책이 나오기까지 최근 일본의 노인복지정책의 전개과정을 정리하면 장수사회대책대강(1986)→골드플랜(1989)→사회복지관계법 개정(1990)→신골드플랜(1995)→골드플랜 21책정(1999)→개호보험법 실시(2000)→개호보험제도의 개혁²¹⁾으로 이어진다.²²⁾

개호보험제도가 지향하고 있는 기본이념은 크게 이용자의 선택에 의한 복지서비스 및 생활의 자립지원으로 구분할 수 있는데 이는 개호의 사회화, 거택개호 우선, 이용자 위주 및 서비스의 통합, 사회보험방식의 도입, 보험자인 시정촌중심의 제도운영으로 요약된다. 사회보장의 목적으로서 "생활의 보장·생활의 안정"과 함께 "자립지원"을 들고 있다.

일본은 기존의 개호제도에 대한 문제점을 보완하여 노인들이 남은 여생을 인간으로서 최소한의 존엄성을 유지함과 아울러, 노인을 부양하는 가족들의 삶의 질을 향상시키기 위한 사회적 지원 시스템을 창설하였다.

우리나라보다 앞서 시행한 일본의 개호보험제도상에도 치매환자 등의 요보호 인정이나 조사원의 역량에 따른 판정문제, 저소득자의 보험료 미납에 따

른 개호 거절 및 무보험자의 문제, 시정촌의 기반정비가 불충분으로 인한 서비스의 양과 질 및 지역간 격차의 문제, 이용료부담의 문제, 현행 개호보험에서는 제2호 피보험자인 40세 이상 65세 미만인 사람은 요보호의 상태가 되어도 그 원인이 노령화에 수반한 질병이 아니면 보험이 적용되지 않는 데에 따른 피보험자의 범위, 개호보험의 적용범위의 확대 등 문제점이 드러나고 있다.²³⁾

3) 프랑스

가정에서 노후를 보내는 노인들이 시설에 들어가서 사는 노인들보다 노후의 건강과 생활적응에 보다 긍정적이라는 것이 관련연구 및 조사의 일반적인 결과이다. 즉, 대부분의 노인들이 노후에 시설에 들어가는 것을 자신이 편안하게 살 수 있는 집으로 알고 들어간다는 생각보다는 죽음을 기다리는 장소 정도로 생각한다는 것이다. 그래서 거의 모든 노인들은 노후에 시설에 들어가서 살기를 희망하고 있지 않다. 따라서 대부분의 나라들이 시설화율을 낮추기 위해 재가복지서비스를 확장하는 프로그램을 다양하게 모색하고 있으나 노령화사회화에 따라 병약한 독신 노인이 증가하여 시설화율은 높아질 수밖에 없다.²⁴⁾

자택거주가 불가능한 상태에 있거나

건강상태에 보다 적합한 환경에서 거주하기를 원하는 노인은 시설입소, 가정 위탁 및 중간적 형태의 시설 등의 크게 세 형태의 시설에 입소할 수 있다.

프랑스에서 노인의 시설입소에 관한 법률은 1970년 12월 31일의 법률을 개정된 병원개혁에 관한 1991.7.31 법률 n° 91-748과 사회 및 의료사회복지제도에 관한 1975.6.30 법률을 개정한 2002.1.2. 법률 n° 5-535이다.²⁵⁾ 1970년 법률과 1975년 법률에서 병원은 순수한 치료적 역할만을 수행하고 노인수용의 기능은 그 역할에서 제외하고자 했다. 그 결과 의료영역과 사회 및 의료사회복지 영역간의 분할이 이루어졌다. 이러한 기능분할은 바로 현실적인 어려움에 직면하게 되었다. 즉, 전부 또는 부분적으로 생활의 자립을 상실한 수많은 노인들은 항상적인 의료적 관찰을 요하는 케어를 필요로 하며 이는 일정한 사회복지분야의 수용시설들을 의료적 영역으로 흡수하게 되었으며 노인들은 장기체류의 수용서비스를 갖춘 병원에 다시 입원하게 되었다. 두 분야 사이의 경계가 지속적으로 완화됨에도 불구하고 1970년 법률과 1975년 법률에서 구분은 여전히 유효하다. 따라서 현재 노인수용시설은 포괄적으로 1991년 법률에 의해 규율되는 의료영역에 속하거나 2002년 법률이 적용되는 사회 및 의료사회복지 영역에 속한다.²⁶⁾

공공 또는 민간의료분야의 시설은 단기치료, 후속치료 또는 재활치료 및 장

기치료 서비스의 제공을 목적으로 한다. 이 비용은 전부 또는 부분적으로 정액의 본인부담을 제외하고 질병보험에서 부담한다.²⁷⁾

이는 재택유지와 시설입조의 중간적 성격을 가지는 소규모의 시설이다. 관리자는 입소자와 그 가족을 일상생활의 다양한 일에 참가시켜 사회적 격리감을 배제하여 가능한 한 자립성을 확보시킨다. 이와 유사한 것으로는 수용아파트가 있다.

1989년까지 보수를 대가로 노인을 개인의 가정에 수용할 수 있는 가능성은 사회부조 수급인에게만 한정되었다. 그리고 이를 위해서 수용인은 도의회 의장과 협약을 체결하여야 했다. 이러한 방식은 수용인의 10명 정도를 자택에 수용하는 등의 남용적인 상황이 발생하였고, 이에 따라 사회부조의 수급인이 아닌 노인을 수용하는 것을 금지하였다. 이는 1989년 7월 10일 법률 n° 89-475의 채택에 의해 폐기되었다. 이후 노인은 사회부조수급인인지 여부와 관계없이 개인에 의해 유급으로 수용될 수 있다. 이 경우 개인은 도의회 의장의 승인을 얻고 수용되는 자와 계약을 체결해야 한다. 도의회 의장의 승인을 얻기 위해서는 일정의 요건을 충족하여야 한다.²⁸⁾

1997년 법률에서 비용을 두 가지 형태로 분리하였다. 즉 노인수용시설에서의 숙박비용과 케어비용을 구분한 것이다. 숙박비용은 거주자와 그 가족 및

또는 사회부조가 부담한다. 케어비용은 다소 복잡한 규칙에 따른다. 보건분야의 시설과 관련하여 장기의 케어서비스에는 모든 케어비용을 포괄하는 정액의 케어비를 포함하는 입원요율이 적용된다. 이 정액은 질병보험제도에서 부담한다. 질병보험제도에 가입하지 않은 거주자에 대해서는 케어에 대해 일일 정액제가 적용되며 이는 의료부조에 의해 부담될 수 있다. 사회 및 의료사회복지분야의 시설은 의료행위를 하는 경우 케어비용은 포괄적인 정액제이며 질병보험금고에서 이를 부담한다. 중간적 성격의 시설이나 개인가정에 수용되어 있는 자는 케어를 위해 이용하며, 이 경우 다른 사회복지분야의 시설과 마찬가지로 급여를 적용받는다. 즉 그 비용은 사회복지시설에서와 동일한 조건으로 질병보험에서 부담한다.²⁹⁾

프랑스 노인의 재택유지정책은 노인복지정책의 핵심이다. 재가복지는 두 범주로 나누어 실시되고 있다. 의료서비스 및 간병보호를 목적으로 하는 의료사업정책에 속하는 것과 의료서비스 이외의 일상적인 생활원조서비스를 목적으로 하는 사회사업정책에 속하는 지원급여이다. 절차적 측면에서 보면 사회사업은 기본적으로 희망자의 신청에 의해 서비스 제공기관이 급부를 결정하지만 의료사업은 의료서비스이기 때문에 의사의 진단에 따라서 서비스가 제공된다. 비용측면에서 보면 사회사업은 원칙적으로 본인부담으로 되어 있다.

다만 사안의 사회적 성격을 고려하여 시장가격보다 저렴하게 가격이 결정되는 경우가 적지 않다.

생계능력이 없는 노인은 자치단체가 제공하는 사회부조와 각종 연금기금에 의한 비용부담이 있게 된다. 이에 비해 의료서비스는 기본적으로 질병보험에 의한 비용부담이 있게 된다.³⁰⁾

3. 결론

노인복지는 ‘노인이 인간다운 생활을 영위하면서 자기가 속한 가족과 사회에 적응하고 통합할 수 있도록 필요한 자원과 서비스를 제공하는데 관련된 공적 및 사적차원에서 조직적인 제반 활동’이라 할 수 있다.³¹⁾ 이러한 점에서 볼 때 노인문제에 대한 법제도적인 대응책을 보면 노인복지는 노인생활 일부만을 보장하기 위한 것이 아니라 노인생활의 전체를 제도적으로 보장하기 위한 종합적인 대책으로서 소득보장, 의료보장, 주거환경보장, 노인복지서비스 보장 등이 있다.³²⁾

공공부조법에 의한 노인의 최저복지 대책은 무의탁노인을 수용보호하는 시설보호와 재가영세노인에 대한 거택보호로 대별되고, 또한 이들에 대한 의료보호제도가 있다. 이에 비하여 노인복지법에서는 i)생활보호법상의 거택보호를 받기가 곤란한 자를 양로시설 혹은 노인요양시설에 입소시키고, ii)공공부

조법의 보호를 받지 못하는 65세 미만의 자라도 노쇠현상이 현저하여 특별한 보호를 필요로 하면 위의 시설에 입소시키며, iii)경로우대제도를 채택함으로써 공공부조법과는 보완관계를 이루면서 한층 더 발전된 노인복지대책을 마련하고 있다.³³⁾

노인의 보건과 복지의 전반에 연결 지을 수 있는 단일법에 의해 종합적이고 체계적으로 규율되는 방식이 적당하다고 본다. 노인문제는 단순히 노인계층만의 문제가 아니라 사회 · 경제 · 문화 전반에 영향을 미치는 종합적인 사회문제이며, 이들 각 영역은 개별적이 아니라 종합적이고 융합적으로 작용하는 현상들이 많을뿐더러, 특히 노인이라는 특수한 계층의 사회복지서비스 영역으로 보더라도 노인에 관해서는 다른 사회복지의 영역보다 보건과 복지의 통합화가 강하게 요구되기 때문이다.

물론, 노인복지법과 같은 법률이 반드시 필요한 것은 아닐 것이다. 서구 선진복지국가들 중에는 노인복지법과 같은 개별법률이 없어도 우리나라보다 훨씬 충분한 노인복지를 누리고 있는 나라도 많기 때문이다.³⁴⁾

참고문헌

1) 이규식, “고령화시대의 의료보장정책”, 나라경제, 2002, 37면 이하.
 2) UNESCAP(아태경제사회이사회), 2004, 성인지 사회보호 워크샵(노인 보건보호) 보고서.

3) ‘30바트 계획’은 세금에 기반하고 있으며 보호서비스를 위해 환자들은 30바트(약 800~900원)만 내면 된다.
 4) Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Bericht 1994, S.6f.
 5) Bäcker, G. G./Heinze, R. G./Naegle, G.(Hrsg.), Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen, Münster, 2000, S. 192f.
 6) 이에 관하여 자세한 것은 최봉석, 2004, 독일의 노인복지법제 연구, 한국법제연구원, 85~90면 참조.
 7) Statistisches Bundesamt(Hrsg.), 1998, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.
 8) SGB XI 제23조.
 9) SGB XI 제43조.
 10) BestG:Gesetz über Friedhofs- und Bestattungswesen:Bestattungsgesetz. 이하 BestG라 한다.
 11) BestG 제3조 제2항.
 12) BestG 제14조 제2항.
 13) Altenvermögensergänzungsgesetz 제17조 3항 4호.
 14) Sozialhilfegesetz 제27조 제3항 4호.
 15) BMFus, Bericht 1994, S.5f.
 16) 김정순, “일본의 노인복지법제”, 한국법제연구원, 고령사회법제, 2004, 51면.
 17) 김정순, 위의 연구보고서, 59면.
 18) 노인복지법 제 10조 2에 새로 첨가된 「노인의료비의 지급」이란 70세 이상인 자의 질병이나 부상에 대해서 건강보험 등의 피용자보험이나 국민건강보험에서 이른바 자기부담부분에 대해서 공비로 보장하는 것이다. 1971(소화46)년에 발족한 田中角榮(전중각영) 내각에 의한 「복지원년」 선언을 받은 제도 창설이었다. 노인의료비무료화(정확히는 노인의료비지급제도)는 노인복지 보건 제도로서 신기원을 이루는 것이고 할 수 있다.
 19) 국가가 20%, 도도부현이 5%, 시정촌이 5%를 부담한다.
 20) 박명숙·남영신, 한국과 일본의 노인복지제도에 관한 비교연구, 「유라시아연구」 제7권 제1호(통권 제16호), 2010, 310면 참조.
 21) 주요내용은 2005년 시설급요검토, 2006년 예방중시형 시스템으로 전환, 새로운 서비스체계의 확립, 서비스 질의 향상, 부담방향 제도운영의 검토 등이다.
 22) 박명숙·남영신, 위의 논문, 310면 참조.
 23) 자세한 것은 김정순, 앞의 연구보고서, 81~83면 참조.
 24) 이에 관하여 자세한 것은 최순남, 현대노인복지론, 법문사, 2002, 402~403면 참조.
 25) CASF, art. L. 312-1.
 26) 조임영, 고령사회와 노인복지법제의 체계개선, 「고령사회법제 7」, 2004, 50~51면 참조.

- 27) 박재간, “프랑스의 노인간병보호정책”, 「노인복지정책연구」 제12권, 한국 노인문제연구소, 1998. 162~163면 참조.
- 28) 조임영, 앞의 논문, 57면 참조.
- 29) 조임영, 위의 연구보고서, 58~60면 참조.
- 30) 박재간, 위의 연구보고서, 147면.
- 31) 최성재·장인협, 노인복지학, 서울대학교출판부, 2002, 22면.
- 32) 권육상, 2005, 최신 노인복지론, 유풍출판사, 32면.
- 33) 김유성, 2002, 한국사회보장법론, 법문사, 432면.
- 34) 森幹郎 著(송대현 譯), 1992, 정책시점의 노년학, 성원사, 29면.