

Session 2

공적노인요양보장제도의 정책방향

장 병 원
(보건복지부 노인요양보장과장)



장 병 원
(張 炳 元)

現: 보건복지부 노인요양보장과장

▶ 주 요 학 력

- 1995년 서울대학교 보건대학원 보건정책 전공, 석사
- 2002년 일본 사회사업대학 대학원 사회복지학 전공, 박사
- 1998-2002년 일본 사회사업대학 사회사업연구소, 객원연구원
- 2000-2002년 일본 동경대학 대학원 의학계연구과 객원연구원

▶ 경 력

- 보건복지부 - 보험급여과, 노인복지과, 감사관실, 보험정책과 등 사무관, 서기관
- 소록도병원 - 서무과장, 대통령비서실 삶의질향상기획단 행정관, 복지부 노인보건과장, 노인요양보장과장 (현재)
- 경희대학교 - 행정대학원 겸임 교수(사회복지학과, '03. 3-현재)

▶ 연구논문 및 저서

〈연구논문〉

- 고령화사회에 있어서 보건의료와 복지연계통합방향(박사학위 논문)
- 한.일 의료보험 개혁동향 비교연구(일본사회정책학회, 2000. 5)
- 고령화사회에 있어서 사회보장, 사회복지의 한.일 비교 (일본해외사회보장연구, 2001. 6)

- 한.일 노인의료비 및 노인보건정책 비교연구 (일본사회사업대학연보, 2000. 3)
- 일본의 노인보건의료정책 형성 및 노인의료비분석 (일본사회복지학회, 2001. 10)
- 공적노인요양보장정책의 방향과 기본과제 (계간노인복지연구,통권21, 한국노인복지학회, 2003년 가을호)

〈저 서〉

- 한.일 지역복지연구(공저, 나남출판사, 2000)
- 자기선택과 공동성-20세기의 노동.복지정책의반성 (일본사회정책학회편, 오차노미즈출판사, 2000)
- 노인장기요양보장에 관한 연구, 한국노인문제연구소, 2003

고령화 사회의 노인요양보장정책 방향

장 병 원
(보건복지부 노인요양보장과장)

I. 들어가는 말

21세기 한국에 있어 최대의 과제의 하나는 인구고령화 문제일 것이다. 최근의 인구고령화 추세는 '인구 충격(age-quake)'이라는 용어가 나올 만큼 전세계적 화두이며 각 국가의 핵심과제이다. 이는 인구고령화가 연금, 의료, 복지, 주택 등 사회보장은 물론 경제, 사회 전반에 걸쳐 광범위한 영향과 문제를 파생시키기 때문일 것이다. 세계에서 가장 급격한 고령화가 진행되고 있는 우리나라의 경우에도 예외일 수 없을 것이다. 이러한 고령화 문제 중 치매, 중풍 등 만성질환 등으로 인한 장기요양보호(long-term care) 문제는 국민들의 노후생활의 최대의 불안 요인으로서 가장 중요한 사회적 문제라 할 수 있다.

1980년대 이후, 고령화 선진각국에서는 요양보호 노인의 자립생활(自立生活)을 지원하기 위한 '요양보호의 사회화'가 공통의 고민이자 중요 과제였다(京極高宣, 1997). '요양보호의 사회화'의 최근의 대표적인 정책사례는 독일, 일본 등이 취한 사회보험방식의 요양보험제도 창설이다.

우리나라도 이러한 선진국의 정책조류 등에 영향을 받아 고령화 사회에 대응한 요양보호의 사회화에 대한 논의가 본격화되고 있다. 2000년 1월 보건복지부내에 「노인장기요양보호정책기획단」의 설치를 계기로 시작된 노인요양보장체계에 대한 논의는 2003년 3월, 참여정부가 '공적노인요양보장제도'를 2007년에 도입할 것임을 공식화하기에 이르렀다. 이를 효과적으로 추진할 목적으로 2003년 3월에 '공적노인요양보장추

진기획단'이 설치되고, 이어서 2004년 3월에는 '공적노인요양보장제도 실행위원회'와 '실무기획단'이 설치되어 우리나라 실정에 적합한 모형을 개발하고 있다.

본고에서는 우리나라의 인구고령화와 노인보건의료 실태를 분석한 후에, 고령화 사회에서의 노인요양보장 정책의 나아갈 방향을 제시하고자 한다.

II. 인구고령화 전개 및 노인보건의료 실태

1. 급속한 고령화의 진전과 노인환경의 변화

우리나라의 인구고령화와 노인환경 변화의 중요한 특징은 다음 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 인구고령화가 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되어 불과 19년만에 고령화 사회(ageing society)에서 고령사회(aged society)로 진전될 예정이다. 둘째, 인구구조의 급격한 변화로 노인부양부담이 크게 증가되고 있다. 현재 생산연령인구 약 9명이 노인 1명을 부양하는 체제이나, 2019년에는 5명이, 그 이후에는 3명이 1명의 노인을 부양해야할 것이다. 셋째, 급격한 출산율 저하(합계출산율 1.17)와 여성의 경제활동 참여 증가로 가족의 노인부양기능이 지속적으로 약화되고 있다.

〈표1〉 고령화 속도 국제비교

국 가	도달연도			소요 연수	
	7%	14%	20%	7→14%	14→20%
일 본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
독 일	1932	1972	2012	40	40
영 국	1929	1976	2021	47	45
이태리	1927	1988	2007	61	19
미 국	1942	2013	2028	71	15
한 국	2000	2019	2026	19	7

자료 : 한국통계청, 2001, UN, 2000

〈표2〉 출생아수 및 합계출산율 변화추이

(단위 : 천명, 명)

구 분	72	82	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
출생아수	955	859	739	724	729	721	696	678	643	616	637	557	495
합계출산율	4.14	2.42	1.78	1.67	1.67	1.65	1.58	1.54	1.47	1.42	1.47	1.30	1.17

* 통계청, 장래인구추계(2001)

35%수준(후생백서, 2000년, 다만, 원칙적으로 70세 이상과 65세 이상의 노인성 질환기준)인 점을 고려한다면, 우리나라 노인의료비 비율이 상당히 높음을 알 수 있다. 또한 노인인구 비율이 15-6%수준인 독일, 스웨덴, 핀란드, 영국 등의 32.3%-42.0%수준(OECD, 1997년)에 비해 결코 낮은 수준이 아님을 알 수 있다.

〈표3〉 노인의료비 증가 추이 (건강보험)

(단위 : 백만원)

연 도	전체 진료비 (증가지수)	노인진료비 (증가지수)	노인의료비 구성비(%)
1990	2,219,773(100)	239,173(100)	10.8
1995	5,977,453(269)	728,137(304)	12.2
2000	12,912,221(582)	2,255,497(943)	17.5
2001	17,843,327(804)	3,162,734(1,322)	17.7
2002	19,060,636(859)	3,681,467(1,539)	19.3
2003	20,533,600(925)	4,372,305(1,828)	21.3

자료 1) 국민건강보험관리공단, 『건강보험통계연보의료보험통계연보』,1999~2002

2) 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』,1990,1995~1998

2. 노인보건 및 요양보호 실태 및 문제점

1) 노인 건강상태

한국보건사회연구원의「1998년 전국노인생활실태 및 복지욕구조사」에 의하면, 65세 이상 노인의 약 86.7%가 관절염, 고혈압, 당뇨 등 각종 노인성 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났다. 아울러 중풍, 뇌혈관질환의 유병율이 4.4%(148천명), 치매 출현율이 8.3%(330천명)로 매우 높게 나타났다. 또한 일본 내각부가 일본, 미국, 독일, 한국, 스웨덴 등 5개국을 대상으로 5년마다 실시하는 「고령자의 생활과 의식에 관한 국제비교조사」(일본 내각부, 2000)에서도 건강하다는 비율이 한국의 경우 37.9%로서, 일본 등 3개국의 56.6-60.4%에 비해 크게 낮은 등 주관적인 건강상태도 좋지 않게 나타나고 있다. 결국 이러한 제 지표는 우리나라 노인의 건강상태가 저조함을 단적으로 보여주는 것이다.

2) 노인의료비 급증

〈표3〉는 건강보험 전체 진료비 및 노인의료비 증가 추이를 나타내고 있다. 1995년 7,281억 원에 불과하던 노인의료비는 매년 30%에 가까운 높은 증가를 보여, 2003년에는 전체의료비의 21.3%를 차지하는 4조3,723억 원에 이르고 있다. 2003년의 경우 1인당 의료비는 1,235천원으로서, 64세 이하의 일반 의료비에 비해 3.3배 높은 편이고, 수진율은 2.1배, 건당진료비 및 건당진료일수는 각각 1.6배, 1.8배 높다. 이러한 노인의료비의 증가는 노인인구수 증가, 수진율 증가, 1인당 의료비 증가 등 제 요인이 복합적으로 작용하고 있다. 이런 추세라면 2010년에는 30%수준으로 증가될 전망이다. 노인인구 17%대인 일본의 2000년 노인의료비가

〈표4〉 노인과 노인이외 의료비 제출 비교(2003년)

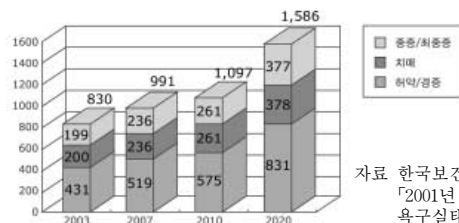
구 분	노인이외(0-64세)			노인(65세이상)			비율 (B/A)
	계(A)	입원	외래	계(B)	입원	외래	
1인당 진료비(천원)	371	90	281	1,235	434	800	3.3배
수진율(회)	12.24	0.10	12.14	25.84	0.32	25.52	2.1배
건당진료일수(일)	4.92	13.68	4.85	9.03	18.36	8.91	1.8배
건당진료비(천원)	30	928	23	48	1,348	31	1.6배

자료 건강보험심사평가원, 건강보험진료비 및 상병현황 자료, 2004. 3

3) 요양보호(long-term care) 노인 증가 및 인프라 부족

〈그림1〉에서 보는 바와 같이, 2003년 현재 65세 이상 노인의 약 20.9%인 83만 여명이 ADL이나 IADL 등의 문제로, 타인의 도움을 받지 않으면 일상생활이 어려운 요양보호대상자로 나타났다. 그 중에서도 허약을 제외한 당장 사회적 지원서비스가 필요한 대상자도 14.8%인 59만 여명으로 추계되었다. 앞으로 고령화 진전에 따라 2010년에는 110만 여명, 2020년에는 159만 명으로 늘어 날 전망이다. 이러한 요양보호 출현율은 독일 및 일본의 개호보험제도 시행 후 요양보호 인정자 비율인 14-15%수준과 비슷하다(후생노동성, 20003년 등).

〈그림1〉 장기요양보호 노인 증가추세



이러한 요양보호 대상자 중, 중증 이상으로서 가정에서 수발이 어려운 시설보호 대상노인은 65세 이상 노인의 2%인 79천명이고 나머지 511천명은 재가보호 대상으로 나타났다. 2003년 현재 요양시설, 전문요양시설, 요양병원의 병상은 29천 병상으로서, 수요 충족률은 37%정도이며, 재가복지 수혜자는 15천여 명으로서 3%수준(복지관 재가서비스 포함 시 5-6%)에 불과하다. 고령화 선진국의 경우 시설서비스와 재가복지 서비스를 받는 노인이 시설의 경우 노인인구의 6-7%, 재가의 경우 10-20% 수준(일본은 2000년 개호보험 실시로 약8%로 증가)에 이른다. 하지만 우리나라의 경우 시설 및 재가 공히 0.6-0.7%수준에 불과하다. 특히 요양시설이 기초생활보장 수급자 등 저소득 노인 위주로 확충되어 중산·서민층 노인들이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족한 점과, 유료요양시설 이용 시 월 평균 70-150만원 정도로 비용부담이 너무 과중한 점 등이 큰 문제로 지적 되고 있다.

〈표5〉 고령자 요양보호 비율 및 요양비 현황

	2000년		65세 이상		공적노인요양비('92~'95)	
	총인구 (백만명)	65세이상인구 (%)	재가서비스 수혜율(%)	시설입소비율 (%)	대GDP비 (%)	시설급여 비율(%)
한국	47	7.2	0.5	0.6	-	-
일본	126	17.2	5	6	0.9	65
독일	83	15.9	10	7	0.8	45
프랑스	59	15.9	6	6	0.5	59
덴마크	5.3	14.7	20	7	2.2	80
스웨덴	8.9	16.7	11	9	2.7	-
미국	277.8	12.4	16	6	0.7	67

자료: OECD Health Data 2003 등, 한국 보건복지부 내부자료 2003년

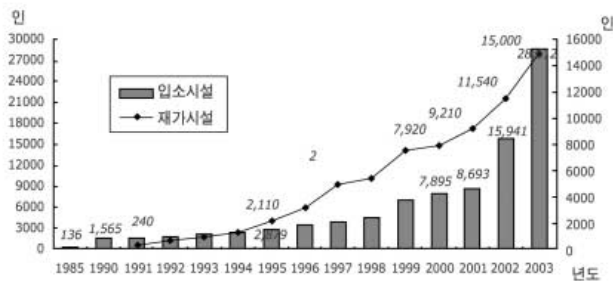
Ⅲ. 노인요양보장체계의 논의과정과 특징

1. 노인요양보장정책의 전개

고령화선진국의 요양보호정책은 '사적보호 우선정책'에서 '가족요양보호 지원정책'으로, 다시 요양보호 노인의 '자립지원정책'으로 전환되어 오고 있다¹⁾. 그러나 지금까지 우리나라의 장기요양보장정책은 사적요양보호 우선의 잔여적 모델(residual model)²⁾을 근간으로 해 왔고, 최근에는 요양보호가족 지원정책이 이를 보완하는 형태이다. 잔여적 모델은 가족이나 시장 등의 공급구조가 붕괴했을 때에 한하여 사회복지제도가 발동하는 것인데, 이에 따라 개인과 가족에게 1차적인 요양책임이 지워졌다. 다음으로 보충성의 원칙(principle of subsidiary)에 의거 지역사회, 종교단체 등 지역적 차원에서 요양서비스가 제공되고 있다. 정부의 역할은 개인과 가족에 의한 요양보호가 곤란한 저소득층 노인에게 대한 요양서비스 제공과 이들을 위한 요양시설 및 재가복지시설에 대한 투자, 사회복지법인에 대한 보조금 지원정도에 그치고 있다. 또한, '질병'과 '요양'이 엄격하게 법적으로 구분되어 있어, 건강보험에서는 요양보호에 대한 급여를 제공하지 않고 있다. 즉 요양병원 등에서 간병에 소요된 비용은 전액 본인이 부담하고 있다.

이러한 체계는 우리나라가 고령화 사회 초기로서 노인복지정책을 비롯한 노인요양보장문제가 주요 사회적 이슈로 등장되지도 못하고 있기 때문일 것이다. 다시 말하면 와상노인 출현율이 높은 75세 이상 후기 고령자의 비율이 7-8%를 차지하는 북구유럽이나 일본 등의 경우와는 달리, 아직은 요양보호 문제가 노인의 보편적 니드로서 대두되지 못하는 데 기인할 것이다.

〈그림 2〉 요양시설 및 재가복지시설 증가추이



주) 재가노인시설 이용인원에는 사회복지종합관 등에 병설되어 있는 재가복지봉사센터(409개소, 37,000명)는 노인만을 대상으로 하지 않기 때문에 이용인원에서 제외
 자료 : 보건복지부, 입소시설 및 재가노인복지시설 현황, 내부자료, 2003년

다음으로, 요양보호에 소요되는 비용인데, 우리나라는 요양보호노인의 급격한 증가로 요양보호비용(잠재)도 급격히 늘어날 전망이다. 한국보건사회연구원의 요양비용(잠재) 추계에 의하면, 2003년은 3조4,000억 원, 2007년은 4조938억 원, 그리고 2020년에는 8조 2,000억 원으로 증가될 전망이다(최병호 등, 2003년). 요양비용을 정확하게 산출하기 위해서는 의료비와 마찬가지로 요양비용도 공적 및 사적비용을 합계하지 않으면 안된다. 사적인 요양비 데이터가 없는 나라가 대부분인데 우리나라도 이에 대한 데이터가 없다. 다만, 요양시설 및 재가복지만을 대상으로 한 2003년도에 정부가 지출한 공적노인요양비용은 약1,568억 원인데, GDP에 차지하는 비율은 극히 미미한 수준으로 선진국의 GDP의 0.5-2.8%에 비해 아주 낮다.

1) 里見賢治・二木立・伊東敬文, 公的介護保険に異議あり, ミネルヴァ 書房, 1996年

2) 잔여적 모델은 가족이나 시장 등의 공급구조가 붕괴했을 때에 한하여 사회복지제도가 발동하는 것인데, 이에 따라 개인과 가족에게 1차적인 요양책임이 지워진다. 반면, 제도적 모델(institutional model)은 정부의 사회복지제도가 제1차적으로 기능하고 사적 및 시장이 이를 보완하는 형태이다

이에 따라 정부의 정책 중에서 노인요양보장 정책이 그다지 우선순위를 높게 차지하지 못한 채, 요양보호에 대한 패러다임의 근본적인 전환이 되지 못하고 있다. 그러나 1990년 중반이후 치매노인에 대한 문제가 사회적 문제로 대두되고 특히, 2002년 일본의 개호보험제도 시행 등 국제적 조류 등에 영향을 받아 노인요양보호정책에 대한 변화가 나타나기 시작한다. 2000년 건강보험 통합 및 의약분업 시행 이후 건강보험재정 파탄이라는 위기적 상황을 맞아, 2001. 5. 31 건강보험재정안정 종합대책, 소위 5.31대책이 수립되었다. 동 대책의 일환으로 노인의료비 증가 등에 대처하기 위해 노인요양보험제도 도입이 포함되고, 같은 해 8. 15 광복절 경축사에서 대통령이 노인요양보험제도 도입을 처음으로 공식적으로 제시하게 된다. 이후, 2002년의 노인장기요양보험제도의 도입검토 등을 주요골자로 하는 '노인보건복지종합대책' 및 10년간 추진 실행계획이 수립, 발표되었다. 하지만, 여전히 노인요양보장정책은 정부가 제1차적으로 기능하는 제도적 모델(institutional model)로 전환되지 못한 채, 2007년 공적요양보장제도의 도입을 기다리지 않으면 안 되는 상황이다.

2. 노인요양보장체계 논의 대두

1) 「노인장기요양보호정책기획단」-노인장기요양보호종합대책

정부는 2000년에 들어 노인장기요양보호문제에 체계적으로 대처하기 위한 정책적 대응에 착수했다. 보건복지부는 차관을 위원장으로 하여 각계 전문가 12인으로 「노인장기요양보호정책기획단」(이하 기획단이라 함)을 그해 1월에 발족하여 공식적으로 요양보호 문제를 논의하기 시작했다. 이 기획단은 1년여 간의 논의 및 연구결과를 바탕으로 2001년 2월에는「노인장기요양보호종합대책」을 발표하였는데 그 주요 내용은 다음 4가지로 요약할 수 있다³⁾. ①장기요양보호 수요 추계 : 2000년 현재 노인인구의 20.9%인 74만 명, 2010년에는 약 110만 명 전망 ②노인장기요양 기본정책 방향으로서 가능한 재가 또는 지역 서비스 제공(Ageing in Place) ③시설서비스와 재가서비스의 양면에서의 단계적 기반정비 추진 및 효과적인 서비스 제공을 위해 지역사회의 사회적 지원시스템(social support system) 구축 ④요양시설 부족에 대처하기 위해 노인인구의 2%에 해당하는 시설의 우선 확충 등이다. 이 보고서는 노인요양보호 문제를 정책 이슈로 끌어내어 사회적 논의가 가능하게 했다는 점, 기본방향을 제시하고 향후 추진과제를 명확히 했다는 점에서 의미를 부여할 수 있다. 그렇지만 기초 연구자료

및 연구기간 부족 등으로 지극히 기초적인 연구보고에 그치고 있을 뿐 우리나라가 지향해야 할 노인요양보호시스템의 이념과 방향성을 명확하게 제시하지 못한 아쉬움이 있다.

2) 기초연구실시 및 구체적 정책방안 논의(2001-2002년)

2001년과 2002년에는 기획단의 보고서에서 특정한 노인장기요양과 관련된 과제에 대한 연구가 진행되었다. 연구방향은 크게 두 가지이다. 그 하나는 장기요양보호의 욕구실태조사 및 이를 토대로 한 장기요양 수요와 시설 및 인력 인프라의 장기수급추계 등 정책 기초자료에 대한 연구이고, 또 하나는 이러한 기초자료를 활용한 구체적인 정책방안 연구이다. 이러한 연구는 주로 한국보건사회연구원 등 정책연구기관과 대학이 수행하였다. 정책방안 연구 중 주목할 만한 것은 「노인장기요양보험제도 도입방안 연구」⁴⁾이다. 이 연구는 주요국의 노인요양보호의 사회화의 제 모델을 분석한 후에 우리나라에 적합한 장기적인 요양보호모델로서 '요양보험제도' 도입 방안을 제시하였다. 이 보고서는 2-3차례에 걸친 공청회 개최, 수차례의 전문가 회의 개최 등 재원조달방식에 대한 사회적 논의를 시도하고 최초로 보험방식을 제안했다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있다. 하지만 재원조달방식에 대한 의견이 첨예하게 갈리는 상황에서 왜 보험방식을 하여야 하는지에 대한 논거가 불충분하여 연구자 차원의 제안 수준에 불과하다는 비판을 면키 어렵다.

3) 「노인보건복지대책위원회」-고령화사회에 대비한 노인보건복지종합대책

보건복지부 차원에서 논의되어 오던 노인요양보호 문제는 2001년 9월, 국무총리실「노인보건복지대책위원회」의 설치를 계기로 전 정부차원의 정책과제로 논의되기 시작한다. 이 위원회는 국무총리를 위원장으로 하고 각계 전문가로 구성되었는데 설치목적은 고령화사회에 대비한 노인보건복지대책 수립이다. 약 10개월간의 폭넓은 논의를 바탕으로 2002년 7월에는 고령화사회에 대비한 '노인보건복지종합대책'이 발표되었다⁵⁾. 그 핵심내용은 노인보건복지의 기본목표를 '건강하고 활력있는 노후생활'을 제시하고 이 목표를 달성하기 위한 전략으로 ①노인소득보장 및 고용촉진 ②노인건강보장 ③교육 및 문화, 여가 기회 확대 ④실버산업 활성화 ⑤노인보건복지 추진체계의 구축 등 5개 분야, 57개 과제를 선정하여 2003년부터 2007까지의 추진계획을 명확히 밝히고 있다. 특히 노인요양보호에 대해서는 '요양서비스를 이용하는데 소요되는 비용을 현재에는 이용자 개개인이 부담하고 있으나 장기적으

3) 보건복지부 노인장기요양보호정책기획단, 노인장기요양보호 종합대책방안, 2001년

4) 최병호외, 노인요양보험도입방안연구, 한국보건사회연구원, 2001년

5) 노인보건복지대책위원회, 고령화사회에 대비한 노인보건복지종합대책, 2002. 7

로는 이를 사회적으로 공동분담(risk pooling)하는 시스템을 개발할 필요가 있음을 지적하면서 공적노인요양보호체계의 구축방안으로서 「노인요양보험」 제도를 제안하고 있다. 그렇지만 여기서도 요양보호의 사회분담방안의 하나로 요양보험제도를 선연적으로 제안했을 뿐 노인요양보호체계의 기본방향이나 이념에 대한 충분한 논의나 요양보험제도 도입에 대한 구체적인 논거를 제시하지 못하고 있다.

3. 논의과정의 특징

노인요양보장체계의 구축에 대한 논의와 관련해서는 일본이나 독일의 논의과정 등과 견주어 볼 때 다음과 같은 몇 가지 특징이 있음을 알 수 있다.

첫째, 그 간의 논의가 사회적·정치적인 문제로서 쟁점화하지 못함으로써 국민적 중요과제로 인식시키지 못했다. 독일의 경우 사회보험방식이나, 일반조세방식이나를 놓고 약 20년간 격렬한 논쟁이 이어졌다. 그리고 보험방식으로의 결정 이후에도 그 운영을 질병금고가 의료서비스와 함께 담당할 것인가, 아니면 요양금고를 새로 만들 것인가에 대한 논쟁이 오랜 기간 지속되면서 사회적 이슈로 부각되었다. 반면, 일본의 경우는 독일의 경험 등을 살려 제도 구상 초기단계에서부터 아주 치밀한 계획 하에 공적개호보험의 창설을 제안함으로써 사회적, 정치적인 문제로서 쟁점화에 성공했다. 새로운 요양보호체계의 구축을 현행의 복지서비스 확충이라는 형태 대신 공적개호보험을 제안한 것은 단기간에 국가적 중요 과제로 위치매김하는데 큰 효과를 거두었다⁶⁾. 하지만, 우리나라의 경우 이렇다 할 논쟁거리를 제기하지 못한 채, 정책담당자나 연구자레벨에서 원론적인 논의가 계속되고 있다.

둘째, 노인요양보장제도를 왜 도입하여야 하는가에 대한 이념과 목적이 불분명하다. 그 간의 논의 및 제안 등을 보면, 새로운 노인요양보장 체계를 구축하려는 궁극적인 목적이 '노인의료비 절감 등을 통한 건강보험재정 안정인지', '요양보호 비용의 사회적 분담인지', 아니면 '요양보호 가족의 부담경감 및 지원인지'를 명확히 하지 않고 있다. 더욱 큰 문제는 요양보장제도를 새롭게 구축하는 데 있어 가장 기본이념이 되어야 할 요양보호노인이 자신의 의사에 따라 스스로 생활을 영위할 수 있도록 하는 '자립생활지원'의 이념이 논의과정에서 간과되고 있다는 것이다. 이는 노인요양보험제도가 2001. 5. 31 건강보험재정 대책의 일환으로 처음 제기된 데도 원인이 있지만, 자립생활지원이라는 노인요양보호 이념에 대한 사회적 인식이 충분하지 못하기 때문일 것이다. 하지만 무엇보다도 논의의 핵심은 요양보호노인의 입장에 서서 어떻게 대상노인의 인권과 삶의 질을 보장할 것인가가 초점이 되지 않으면 안 될 것이다.

셋째, 우리나라가 지향해야 할 노인요양보호시스템의 방향성과 정책대안에 대한 논거가 매우 취약하다. 재원조달방식을 어떻게 가져갈 것인가에 따라 요양보호 시스템의 방향성과 운영체계가 매우 달라지는 등 시스템 구축의 핵심은 재원조달방식이라 해도 과언이 아니다. 사회보장에 있어 재원조달방식은 각각의 방식에 따라 장, 단점이 있기 때문에 일반적으로 각국마다 특수하며 학자나 전문가마다 의견이 첨예하게 갈리는 경우가 보통이다. 그럼에도 그간의 논의에서는 우리나라의 사회보장 및 의료보장체계 등의 특수상황에 대한 면밀한 분석 없이 보험방식이 제안되고 있다. 결국 우리나라의 특수 상황 하에서 왜 보험방식이어야 하는지에 대한 논거가 불충분하다는 비판을 면키 어렵다. 또한 공적제도가 시행되기 위해서는 적어도 어느 정도의 인프라 정비가 필요한지, 절대적으로 부족한 시설을 단기간 내에 확충하기 위한 전략은 무엇인지 등에 대한 논의도 거의 진행되지 않았다.

IV. 고령화 사회의 요양보장정책 방향

1. 새로운 요양보장체계 구축

참여정부는 노인요양보호에 종합적으로 대응하고자 '공적노인요양보장제도'를 2007년에 도입할 것임을 공식, 발표했다. 요양보호(long-term care)란 만성질환 등으로 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 보건·의료·요양·복지 등 모든 행태의 보호서비스를 말한다.(OECD 개념)

그러면, 왜 공적인 요양보호체계를 새로 구축하지 않으면 안 되는 것일까? 첫째는 고령화 사회에서의 요양보호는 노인 누구에게도 일어날 수 있는 보편적 리스크(risk)라는 점이다. 종전과는 달리 고령화 사회에서의 노인 요양보호 문제는 결코 특별한 것도, 한정된 사람의 문제도 아닌 국민 누구에게도 일어날 수 있는 보편적 리스크(risk)임에 틀림없다. 그러나 가족에 의한 요양보호기능은 급격히 저하되는 상황에서 보편적으로 발생하는 요양보호 위협에 적절히 대응하기 위해서는 사회적 요양보호가 중심이 되는 「공적인 요양보호시스템」의 구축이 불가피한 것이다.

둘째, 급격히 증가하는 노인요양비용을 감당해 내기 위해서는 사회적 연대에 의한 적절한 분담이 불가피하다. 현재 노인병원이나 전문노인요양시설 등에 입소할 경우 가족이 한 달에 부담하는 요양비용은 적게는 70여만 원부터 많게는 250만원 수준이다. 와상(臥床)상태의 요양기간을 평균 2년으로 잡는다면 1,680만원에서 6,000만원에 이른다. 사회 전체적인 요양보호비

6) 堀勝洋, 現代社會保障・社會福祉の 基本問題, ミネルヴァ 書房, 1997, p. 93

용도 2003년 현재 3조4,000억원 정도이나, 앞으로 2007년에는 4조900억원, 2020년에는 8조2,000억원으로 급격히 증가될 것으로 전망된다. 이와 같이 급증하는 노인요양비용은 가정이나 정부 등 어떤 하나의 주체가 부담하기는 어렵다. 따라서 정부, 이용노인, 일반국민 등 제 주체가 사회적인 연대를 통하여 비용을 분담하는 '요양비용의 사회화'가 불가피하며, 이를 위해 지금과는 다른 재원조달 시스템을 갖는 새로운 요양보장체계가 필요하다.

셋째, 현행 요양보장체제로서는 고령화사회에서의 노인요양문제에 적절히 대응할 수 없다는 점이다. 지금까지 노인요양보호는 일반재정에 의한 복지서비스의 한 형태로서 제공되고 있는데 자산조사(means test)를 필수조건으로 하여 생활보장 수급자 등 저소득계층에 한정되어 있다. 여기에는 크게 두 가지의 문제가 있다. 서비스 이용 그 자체가 본인의 의사와는 관계없이 시·군·구 등 행정주체의 결정에 의거 이루어진다는 점과, 재원이 일반예산에 의존하고 있기 때문에 재정적인 규제가 심하여 예산의 신장이 억제될 수밖에 없다는 점이다. 또한 의료측면에서도 의료서비스가 필요하지 않은 요양보호노인의 '사회적 입원' 현상과 병원 입원 시의 간병비 비급여 문제가 발생되고 있다. 과도한 간병비 부담은 노인부양가정의 경제적 위기를 초래할 정도로 심각하다. 따라서 현행의 복지와 의료체제로서는 심각해 가는 노인요양문제에 제대로 대응할 수 없다.

넷째, 고령화 사회 초기에 계획적이고 종합적인 요양보장체계 구축이 중요하다. 국가주도의 계획적이고 종합적인 인프라 확충과 더불어 복지다원주의(福祉多元主義, welfare pluralism)에 의한 다양한 공급주체가 참여하여 이를 보완해 나가지 않으면 급증하는 노인요양보호 욕구에 제대로 대응할 수 없다. 일본의 1987년 '사회복지사 및 개호복지사법'에 의한 맨 파워(man power)의 양성확보와 1989년의 골드플랜에 의한 노인보건복지 인프라의 계획적인 정비는 우리에게 많은 시사점을 주고 있다.

2. 이념과 기본방향

새롭게 도입될 공적노인요양보장제도는 노인의 '자립생활지원'과 요양보호가족의 부담경감이 기본이념이 될 것이다. 특히, 이 제도를 도입하는 궁극적인 목적은 '노인이 갖고 있는 잠재적 능력을 최대한 살려내어 스스로가 바라는 환경에서, 인간의 존엄성을 유지하면서 살아 갈 수 있도록 지원'하기 위함이다. 따라서 노인 요양보호의 기본이념은 노인이 자신의 의사에 따라 자립 생활이 가능하도록 적극적으로 지원하는 것, 즉 '자립지원'(自立支援)에 두어야 할 것이다. 자립지원이라는 이념은 요양보호서비스가 그것을 필요로 하는 노인 자신을 위하고 있음을 단적으로 표현하고 있다는 의미에서 중요하다. 종전의 시스템에서

는 요양보호 가족지원이 목표가 되어 서비스도 노인 본인이 아닌 가족에게 향해져 있었다. 이로 인하여 종전의 시스템에서는 '이용자 중심'과 같은 관점은 생기기 어렵다. 따라서 새로운 제도는 고령자 중심의 선택성과 자율의 가능성, 나아가 노인의 존엄이라는 기본사고가 바탕이 되는 요양보호노인의 '자립생활지원'을 그 기본이념으로 하여 설계해 나갈 것이다.

이러한 기본이념 하에 제도 구축의 정책방향은 다음과 같다(보건복지부, 2003). 그 핵심은 '요양보호의 욕구가 있는 노인은 누구라도, 언제 어디서나, 필요한 서비스를 받을 수 있는 체제'의 구축을 지향하는 것이다.

제도 구축의 기본방향은 ①모든 노인이 이용할 수 있는 보편적인 체제, ②서비스의 권리성과 선택성이 보장되는 이용자 중심체제, ③국가, 가족, 지역, 시민단체 및 민간 등 다양한 주체가 참여하여 지원하는 중층적(重層的)인 시스템, ④사회적 연대에 의한 요양보호비용의 확보체제, ⑤노인의료비 증가에 효율적으로 대처할 수 있는 시스템, ⑥요양보호 인프라 기반정비에 민간이 적극 참여할 수 있는 체제, ⑦제가 케어를 촉진하고 예방과 재활을 증시하는 시스템, ⑧대상자의 욕구(needs)사정, 케어플랜작성, 조정 등을 위한 케어매니지먼트(care management) 시스템 등이다.

3. 제도의 기본체제 안과 주요논점

1) 기획단의 기본체제안

2003년 3월, 공적노인요양보장체계의 실행 모델을 마련하기 위해 '공적노인요양보장추진기획단'(서울대 김용익교수, 복지부차관 공동위원장, 이하 기획단)이 설치됐다. 기획단은 1년간의 논의와 공청회 및 전문가조사 등을 종합하여 2004년 2월에 제도 기본 골격안을 내놓았다. 재원조달은 보험료와 조세의 혼합형태이며, 대상은 45세 이상으로 하되, 65세 이상의 중증노인부터 우선 적용하는 것이다. 보험료는 건강보험 가입자가 부담하며, 제도는 2007년도에 도입하여 2013년 이전 대상에게로 확대하는 것이다. 그러나 지난 1년간의 논의에서는 재원을 국가와 국민과 이용자가 구체적으로 어떻게 분담할 것인가, 건강보험과는 어떻게 역할을 분담하여 노인의료비 증가에 대처할 것인가, 급여의 형태(현물급여와 현금급여) 등에 대한 합의를 도출하지 못했다. 따라서 앞으로 이러한 과제에 대한 사회적 합의를 남겨 놓고 있다.

정부는 제도의 실행방안을 조기에 확정하기 위해 지난 3월 18일, 실행위원회 및 실무기획단을 구성했다. 이 위원회 등의 활동을 통하여 이러한 문제를 조기에 마무리 짓고, 이를 토대로 정부 관계 부처간 협의를 거쳐 올 상반기 중에 최종안을 확정할 계획이다. 최종안을 가지고 금년 중 노인요양보험법(가칭)의 제정을 추진하는 한편, 2005-2006년 2개년 동안 지역별 시범사업을 실시할 계획이다. 시범사업 결과를 평

가하여 나타난 문제점 등을 보완하고 충분한 사회적 논의를 거쳐, 2007년에는 공적노인요양보장제도를 본격적으로 실시할 계획이다.

〈표6〉 공적노인요양보장추진기획단 제도 기본골격안

기획단 제도골격(안)

- ◇ 기본방향 : 재가보호 중심, 시설보호의 최소화(재가80%, 시설20% 분담)
- ◇ 재원조달방식 : 사회보험료 + 조세
- ◇ 적용대상 : 45세 이상으로 하되, 65세 이상의 중증 및 농어촌 노인 우선적용
- ◇ 재원분담 기본원칙 : 보험료 + 조세 + 본인 분담
- 공공부조 대상 : 정부 조세(다만 기초생활수급자는 무료)
- ◇ 보험료 부담 : 건강보험 가입자(부조대상자는 조세 지원)
- ◇ 제도도입 및 확대일정 : '07년 제도도입, 단계적 확대추진, 13년에 100% 달성

2) 주요논점

① 제도운영 방식

노인요양보장제도를 타 사회보장제도와 독립된 제도를 할 것인가, 아니면 건강보험과의 일체형으로 할 것인가가 기본적인 논점의 하나이다. 국가보건서비스 제도를 운영하는 국가에서는 주로 의료제도에 포함하거나 사회복지서비스 제도로 운영하고 있다. 반면, 사회보험방식의 국가에서는 별도의 제도를 창설하여 독립적으로 운영하고 있다. 다만 보험방식이라도 네덜란드의 경우에는 건강보험 틀 내에서 단기보험과 장기요양보험으로 각각 구분(법, 재정별도 관리) 운영하고 있다. 독일과 일본의 경우에도 제도기본 운영방식을 둘러싸고 상당한 사회적 논의가 진행된 바 있다. 독일은 별도의 제도를 만들되 건강보험을 활용하는 형인데 반해, 일본은 시정촌이 보험자가 되는 지역의료보험형이다. 제도운영방식을 어떻게 가져갈 것인가는 그 나라의 사회보장체제와 밀접히 관련된 문제이나, 다음과 같은 점이 종합적으로 고려되어야 할 것이다. (1) 제도 도입 시행의 용이성 및 조기정착 가능성, (2) 새로운 제도에 대한 국민들의 수용성 및 납득 가능성, (3) 자격관리·보험료부과 징수 등 관리운영의 효율성, (4) 요양보호 노인들의 요양서비스 이용 시의 혼란의 최소화 및 편리성, (5) 건강보험, 노인복지, 산재보험 등 기존 제도와의 정합성, (6) 궁극적으로는 요양보호노인의 급증에 대응한 재정의 안정화 및 급여의 적정성이 보장되는 지속가능한 시스템 등이다. 제1기 기획단(안)은 새로운 제도를 창설하는 방향으로 논의를 집중하여 기본 안을 마련한 바 있다. 하지만 외국제도에서 보는 바와 같이, 운영방식에 대해서는 실현가능한 다양한 대안을 마련, 충분한 사회적 논의를 거쳐 우리나라 사회보장체제에 가장 적합한 최적 운영방식으로 결정하지 않으면 안 될 것이다.

〈표7〉 고령자 요양보호서비스 형태

요양보호서비스 제공형태	의료서비스			
	조 세		사 회 보 험	
	요양서비스 대상자		요양서비스 대상자	
	전 고령자	저소득층	전 고령자	저소득층
○의료서비스의 일부	덴마크, 핀란드, 뉴질랜드, 스웨덴		캐나다, 네덜란드, 호주	
○복지서비스로서	영국, 노르웨이	이탈리아, 영국		프랑스, 미국
○독립형	스페인, 프랑스		독일, 일본, 오스트리아	

자료 : OECD Health Data, 1998-2003

② 재원분담방안

기획단은 우리나라의 사회보장체제 하에서 가장 적합한 노인요양보장제도의 재원조달 방식으로 사회보험료와 조세의 혼합방식을 제시하였다. 이러한 방식에는 특별한 이견이 없는 것 같다. 문제는 정부, 국민, 이용자 등 각 주체가 어느 정도 분담할 것인가이다. 사회보험방식을 채택한 독일과 일본이 각각 분담체제가 다른데, 독일은 원칙적으로 보험료 100%로 재원을 충당하고 있다. 반면, 일본은 총재정의 약 45%수준(중앙과 지방이 각 50%분담)을 정부가 조세를 지원하고 있다. 기획단 안에서는 공공부조자의 요양비용을 포함하여 약 50%수준을 정부가 조세로서 지원하는 방안으로 되어 있다. 이에 대해 예산당국에서는 전액 보험료로서 충당하자는 의견이다. 올 상반기 중 부처간 협의 등을 통해 정부재원 분담비율을 확정해 나갈 계획이다. 재원분담에 있어서는 정부의 재정부담능력 이외, 건강보험 및 의료급여제도, 노인복지서비스 제도 등의 국고지원 비율이 참고가 될 것이며, 아울러 현재 노인의 경제 및 소득상황, 부담수준 등이 함께 고려될 것이다.

③ 의료서비스와의 관계

노인성 질환과 장기요양보호는 연속선상에 있어 노인 의학적으로 이를 명확히 구분하기 어렵다. 아울러 양자 간 서비스가 연계, 통합 제공됨이 효과적이라는 측면에서 의료와 요양보호의 구분여부가 중요한 논점이 되고 있다. 〈표7〉에서 보는 바와 같이, 많은 나라에서 요양보호를 의료서비스의 일부로서 제공하고 있다. 또 최근 보험방식의 독립형 요양보호제도를 도입, 시행하고 있는 독일과 일본도 그 형태가 각기 다르다. 독일의 경우는 의료(medical)와 요양보호(long-term care)를 구분하여 의료적인 서비스는 의료보험에서 부담하는데 비해, 일본은 요양병원의 의료서비스(건강보험으로 청구가능, 의료기관의 선택보장)와 방문간호 서비스를 개호보험제에서 제공한다. 우리나라의 경우에도 결국 요양병원과 방문간호를 어느 제도에서 담당할 것인가가 문제가 된다. 실무기획단 및 실행위원회는 논의를 거쳐 새 제도예의 포함여부를 결정해 나갈 계획이다. 검토방향은 서비스 제공의 효과성, 의료비 및 요양비의 효율성, 기존제도와의 정합성, 이해관계기관 간의 갈등의 최소화 등을 고려하여 건강보

협과의 관계를 설정할 것이다.

④ 관리 운영주체

관리운영 주체는 보험방식이나 조세방식이나에 따라 다르다. 조세방식의 경우 관리운영 주체는 대부분 지자체(주로 시군구)이다. 반면, 보험방식인 경우 중앙정부의 직접운영(네덜란드 등), 별도의 금고설치(독일) 또는 질병보험 금고예외의 위탁, 지자체(일본, 시정촌) 등으로 다양하다. 우리나라의 경우 주된 재원이 보험방식이기 때문에, (1) 건강보험공단 방안, (2) 시군구 방안, (3) 건강보험공단+시군구의 혼합방안 등 3가지의 대안을 검토할 수 있다. 지금까지 논의에서는 건강보험공단을 관리운영 주체로 하되, 시군구가 보완하는 형태가 적극 검토되고 있다. 그 이유로 건보공단은 보험료 부과·징수, 자격관리, 급여 및 재정관리 등 사회보험에 대한 경험(know how)이 풍부하다는 점, 보험료 부과징수에 대한 조직을 이미 갖추고 있어 관리 효율성과 운영의 안정성 면에서 다른 대안보다 뛰어나다는 점이 크게 고려되었다. 반면, 지방자치단체 관리방안은 보험자의 경험이 없어 보험료 부과·징수 등의 기본적 업무수행곤란, 공무원조직·증원의 어려움 및 이에 따른 운영비 과다소요 등이 약점으로 제기되었다. 혼합형은 재정관리 주체와 급여주체가 다른데서 오는 책임성의 문제, 재정적인 측면에서 상당한 문제점이 예상되었다. 그래서 건강보험공단을 관리운영주체로 하되, 지방자치단체의 사회복지에 대한 책임성 문제, 지방비 부담 여부 등을 고려하여 시군구가 노인요양보험에서 일정한 역할을 수행할 수 있도록 함이 바람직하다는 의견이 제시되었다. 즉, 시설 인프라 확충, 대상자 발굴, 자원개발 및 서비스 이용안내 의무 등을 법령 제정 시 구체적으로 명시하는 방안이다. 앞으로 이 문제는 재원관리주체와 급여관리주체의 일치, 관리운영의 효율성, 지역단위에서의 타 복지서비스와의 연계, 지자체 역할강화 등을 종합적으로 고려하는 등 폭넓은 의견수렴을 위해 6월 중 공청회를 개최하여 다양한 사회적 논의를 통해 확정할 계획이다.

4. 요양보장 급여 및 수가 등 운영체계 개발

제도의 기본 틀을 확정하는 작업과 함께, 실제 운영에 필요한 대상자 선정기준, 급여 및 수가체계 등 운영체계도 금년 말까지 개발완료하지 않으면 안 되는 중요과제이다.

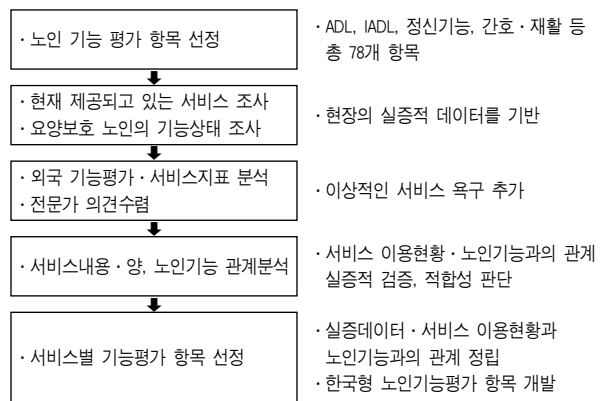
첫째, 우리나라 실정에 적합한 요양보호 평가·판정체계를 개발할 것이다. 요양보장제도는 고령자의 신체적 정신적 상태에 의거 요양보호의 필요여부와 보호의 수준이 결정되고 요양보호 대상자의 욕구에 맞게 서비스가 공정하게 제공되어야 한다. 이를 위해서는 대상노인을 판정하는 전국 공통의 객관적 기준(평가항목)과 판정절차 마련이 필수적이다. <표8>에서 보는

바와 같이, 일찍이 노인요양보장제도를 구축한 일본, 독일, 미국 등은 각기 노인기능상태와 서비스 필요도를 측정할 수 있는 평가판정체계를 갖고 있다. 1기 기획단에서는 독일, 일본, 미국, 호주 등의 판정평가도구를 분석하여 한국형 평가도구를 만들기 위해 기능평가 항목 78개(ADL 12항목, IADL 10항목, 간호처치 및 재활 13항목, 정신기능 43항목 등 총78항목)를 선정했다. 선정된 항목을 갖고 요양시설 및 요양병원 등 20개소, 노인 약 2,000여명과 직원 약 1,000명을 대상으로 1분간 타임스터디(time study) 조사를 실시했다. 현재 조사결과에 대한 분석 작업이 진행 중인데, 4월 말 경 그 결과가 나올 계획이다. 계속해서 올해에는 이 도구를 이용하여 재가노인의 기능 상태를 조사, 평가하고 재가시설에 대한 서비스 량 조사(1분간 타임스터디)를 실시할 것이다. 이와 같은 타당성 및 신뢰성 검증작업을 거쳐 올해 중 노인의 기능 상태를 평가하는 평가판정체계를 개발, 완료할 것이다. 합리적인 평가 판정체계를 확립하기 위해서 앞으로 광범위한 시범사업을 통해 실증적 데이터 구축을 해 나갈 것이다.

<표 8> 노인 기능 평가도구 국제비교

	일본	독일	미국	호주
총 항목수	79개	36개	46개	20개
· 신체적 기능영역	24개	36개	21개	7개
- ADL	옷갈아입기 등 18개	옷갈아입기 등 28개	옷갈아입기 등 13개	개인위생 등 6개
- IADL	머리빗기 등 6개	머리빗기 등 8개	개인위생 등 8개	개인위생 등 1개
· 기능 및 문제행동	의사전달 등 29개	-	의사전달 등 10개	의사소통 등 8개
· 간호처치 및 재활	점적관리 등 14개	-	산소호흡 등 14개	간호처치 등 2개
· 기타 특수의료· 사회적 서비스 등	욕청유무 등 12개	-	-	기타서비스 등 3개

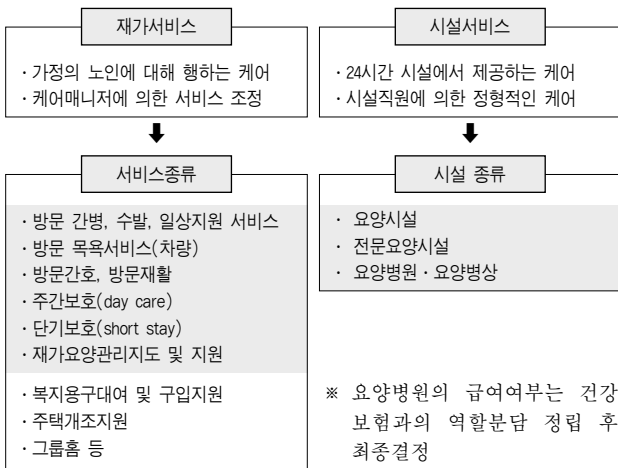
<표9> 평가·판정체계 개발 추진과정



둘째, 요양보호 급여 및 수가체계를 개발할 것이다. 노인질병 및 장기요양서비스의 특성상 질병이나 손상의 종류에 관계없이 최종적인 결과로서 기능상태(functional status)가 중요하다. 장기요양서비스의 급여는 의료·복지·요양 등 복합적인 서비스체계의 개발이 불가피하고, 포괄적이고 연속적인 장기요양서비스체계가 구축되어야 한다. 아울러 이러한 요양서비스에 따른 별도의 수가체계 개발이 필요하다. 특히, 요

양수가는 원칙적으로 행위별수가제나, 재원일수를 예측할 수 없으므로 DRG와 같은 진단군별(질병별) 포괄수가제의 적용도 곤란하다. 정부는 이러한 장기요양의 특성을 고려한 급여 및 수가체계 개발의 기본방향을 정립했다. (1) 노인의료비 증가 및 건강보험의 재정상황을 고려하여 요양병원에 대한 급여여부를 검토하고, (2) 가정 및 가족을 지원하기 위한 재가 및 시설서비스의 다양화를 지향하며, (3) 가족의 요양보호의 인정, 가족 등의 선택의 폭을 넓히기 위해 현금급여, 현물급여 등 급여의 종류를 폭넓게 검토하는 것이다. 또한 수가체계에 있어서는 (1) 서비스별 특성과 서비스 이용량(자원소모량)에 따른 수가의 차등화가 정확하게 반영될 수 있는 요양수가 체계를 지향하고, (2) 병원의 사회적 입원이나 시설입소의 선호 등 불필요한 비용지출이 최소화될 수 있는 비용·효과적인 구조지향, (3) 서비스의 질적 수준 유지 및 기술발진을 추구하되, 공급자의 환자 고르기 현상 등을 방지할 수 있는 제도적인 시스템을 지향할 것이다. 그간 기획단에서 논의한 요양급여 서비스 및 수가의 기본체계는 다음과 같다. 이러한 기본 틀을 바탕으로 앞으로 계속적인 논의를 통해 서비스 종류와 범위, 요양보호 수가체계를 확정해 나갈 계획이다.

〈그림3〉 요양보호서비스 기본체계



〈그림4〉 수가체계 개발방향

구 분	수가개발 대상	수가개발 방향
재 가 서비스	· 방문서비스 · 주간 보호 · 단기 보호 · 요양관리지도 · 그룹 홈 및 복지옹구대여 등	· 방문 서비스당 정액제 · 등급별 월 지급한도액 설정
시 설 서비스	· 요양시설 · 전문요양시설 · 요양병원 등	· 실비상환제 · 등급별(가능 상태별) 일당 또는 월당정액제 · 등급별 월상한액 설정

5. 요양보호 인프라의 계획적·종합적 확충

요양보호 인프라는 보편적인 공적요양보장체계를 구축하는데 있어 불가결의 전제가 된다. 시스템 확립에 필요한 시설과 인력(man power)의 확충에는 장기간이 소요됨으로 급격한 고령화가 진행되는 우리나라의 경우 인프라를 계획적이고 종합적으로 정비해 나가지 않으면 안 된다. 특히, 이러한 인프라의 양적, 질적 정비는 사회적 자본으로서 일반재정에 의한 공적 책임으로 강력히 추진되어야 할 것이다.

현재, '노인보건복지종합대책' (2002년)에 의거 노인 의료복지시설확충 10개년 계획이 추진되고 있다. 동 계획에는 2011년 요양보호 수요의 100%의 충족을 목표로 연차적으로 확충해 나가되, 공공성 강화를 위해 요양보장 인프라의 50-70% 수준은 공공으로 확충하고 나머지는 민간이 확충하도록 계획되어 있다. 여기에 소요되는 정부재정만도 약 2조원 이상(지방비 포함)이 소요될 것으로 추정된다. 이 계획은 공적요양보장체도의 차질없는 시행을 위해 인프라를 공공 중심으로 확충해 나가겠다는 정부의 강력한 정책의지의 표현이라 할 수 있다. 이와 같은 국가주도의 계획적 기반정비는 단기간 내에, 또한 지역간 균형적으로 기반을 정비할 수 있다는 점에서 무엇보다도 중요하다.

정부는 2004년에 요양시설 94개소, 요양병원 10개소 등 총 104개소의 시설을 신축하고 재가복지시설 49개소를 새로 확충할 것이다. 이와 함께, 기본욕구를 초과하는 복지수요는 민간이 담당하도록 복지다원주의(福祉多元主義, welfare pluralism)에 의한 공급주체의 다양화를 추진 할 것이다. 특히, 요양보호 서비스 분야에의 민간 참여는 <표10>에서 보는 바와 같이, 복지국가 위기가 대두된 80년 이후부터 본격화된 세계적 흐름이다. 공급주체는 종전의 공공중심에서 민간영리 및 민간비영리 중심으로 옮겨가고 있는데, 민간영리의 경우 독일(입소시설 및 재가시설)은 36-52% 수준, 일본(재가) 17%, 영국 및 미국(입소시설)은 43-67% 수준이다. 이러한 민간의 활발한 참여는 시설 간 경쟁시스템을 유도하고 서비스의 질 및 비용측면에서 효율적임은 물론, 부족한 인프라를 조기에 확보할 수 있다는 측면에서 긍정적으로 평가된다. 정부는 민간참여 촉진을 위해 법적·제도적 기반정비를 적극 추진해 나갈 것이다. 아울러 요양보호 인프라가 전국적으로 균형있게 설치되도록 중앙의 노인의료복지시설확충 10개년 계획에 발맞춰, 시·도 및 시·군·구가 노인요양보호 욕구실태조사를 실시하여 지역실정에 맞게 시설을 계획적으로 확충할 수 있도록 「시·군·구 노인 의료복지시설확충 10개년 계획」을 2004. 6. 30 까지 수립토록 한 바 있다.

〈표10〉 외국의 공급주체 현황

	독 일	일 본	영 국	미 국
입 소 시 설	9,165개소 - 민간(영리) 3,286개 (35.8%) - 민간비영리 5,130개 (56.0%) - 공공 749개(8.2%)	5,001개소 - 민간(영리) 131개 (2.6%) - 민간비영리(사회복 지법인) 4,230개 (85.8%) - 공공 580개(11.6%)	거주홈(Residential Care Home) 24,075개 - 지방정부(Local authority staffed) 1,874개(8.6%) - 비영리홈(Voluntary) 3,943개(18.1%) - 영리홈(Private) 9,441개(43.3%) - 소규모홈(Small homes) 6,541개 (30.3%)	Nursing Home 18,000개 - 영리성(Proprietary) 12,000개(66.5%) - 비영리자선 (Voluntary nonprofit) 4,800개(26.7%) - 정부 및 기타 1,200개 (6.7%)
재 가 시 설	10,594개소 - 민간(영리) 5,493개 (51.8%) - 민간비영리 4,897개 (46.2%) - 공공 204개(2.0%)	64,042개소 - 민간 11,095개 (17.3%) - 민간비영리(사회복 지법인, 의료법인 등) 50,548개(79.0%) - 공공 2,399개(3.7%)		

자료 : 일본 후생성 개호보험사업상황 보고, 2002년
홍미령, 장병원 등 공저 '노인장기요양보호제도에 관한
연구' 한국노인문제연구소, 2004 한국보건산업진흥원
'노인의료복지시설 시설기준에 관한 연구', 2003년 등

6. 노인요양보호 전문인력 양성·제도화

요양보호 서비스의 질적 보장을 위해서는 전문 인력의 양성체계를 조기에 구축할 필요가 있다. 정부는 노인보건복지종합대책에서 노인의학전문의, 노인전문간호사 및 간병전문인력의 양성제도화의 기본방향을 명확히 한 바 있다(노인보건복지대책위원회, 2002). 그 중에서도 특히, 일선현장의 간병전문인력은 가정봉사원, 간병복지사, 복지도우미, 간병사 등으로 다양화되어 있고, 통일적인 양성체계가 없어 서비스의 양적, 질적인 측면에서 많은 문제를 안고 있다.

이에 따라 간병전문인력의 양성 제도화를 서두를 필요가 있다. 전문 인력의 양성 제도화의 기본방향은 ①서비스의 질 보장, 효과성 제고를 위해 보건·의료·복지의 팀 접근법(team approach) 증시하고, ②전문인력의 조기 확보, 비용효과 등을 고려하여 신규인력의 양성보다는 기존 전문인력을 최대한 활용하는 것이다.

정부는 간병전문인력의 양성제도화를 위해 2003년에는 수급계획 추정 및 양성교육체계 마련을 위한 연구용역을 실시한 바 있다. 이를 토대로 관계전문가 및 단체 대표 등으로 구성된 '공적노인요양보장제도 실행위원회' 등의 논의를 거쳐, 2004년 상반기까지 간병전문인력의 양성제도화를 추진할 계획이다.

특히, 간병전문인력은 일본의 홈헬퍼(home-helper) 및 개호복지사(介護福祉士), 독일의 요양복지사(Altenpfleger, AP) 등 선진국의 케어워커(care worker)제도를 참고하여 우리 실정에 맞는 제도를 확립해 나갈 것이다. 간병전문인력의 신규자는 일본의 홈헬퍼 2급 정도의 100-150여 시간의 교육(강의 40-60

여 시간, 연습 20-30여 시간, 실습40-60여 시간)을 복지부장관이 지정한 교육훈련기관에서 받고 소정의 필기시험에 합격한 사람에게 자격을 줄 계획이다. 이와 함께 간호조무사, 유급봉사원 등 일정시간 이상의 경력자는 보수교육을 거쳐 자격을 부여하는 방안이 적극 검토되고 있다.

아울러 대상자의 욕구사정(needs assessment), 케어플랜(care plan) 작성, 서비스 조정 등의 업무를 수행할 케어매니저(care manager)도 시행 첫해인 2007년에 3천여 명이 필요한 것으로 추계되었다. 케어매니저는 사회복지사, 간호사 등 기존의 보건의료, 복지유자격을 대상으로, 일정시간 이상 교차교육(예, 간호사의 경우에는 사회복지 및 노인복지교육, 사회복지사의 경우에는 간호, 의학 기초교육 등)과 국가시험을 거쳐 자격을 부여하는 방안이 논의되고 있다.

〈표11〉 간병전문인력 수요추계

(단위 : 명)

년 도	요양보호사 수요	재가 요양보호사	시설 요양보호사
2007	143,943(43,490)	109,712(17,894)	34,231(25,596)
2010	159,252(94,229)	121,380(60,845)	37,872(33,384)
2020	230,296(243,142)	175,529(178,905)	54,767(64,237)

- 주) 1. 상근인원이거나, 휴일, 교대근무 등을 감안할 경우 약 30% 추가 필요
2. 단계적 확대계획에 의하면, 2007년 43천명, 2010년 94천명이 필요

자료 : 보건복지부, 노인요양보호전문인력 양성제도화 방안(내부 자료), 2004. 4

V. 제도도입에 따른 예측변화 및 기대효과

1. 예측되는 변화

새로운 요양보장 체제가 성공적으로 구축되면 노인복지 분야는 물론, 건강보험체계에서도 적지 않은 변화가 예상되며, 아울러 이 제도 실시로 여러 가지 기대효과가 나타날 것으로 전망된다.

첫째, 노인복지제도 및 건강보험제도의 재편이다. 현재는 요양보호노인의 의료는 건강보험에서, 복지 및 요양서비스는 노인복지제도에서 제공되는 분리체제로 되어 있으나, 앞으로 노인요양보험제도가 도입되면 치료, 요양, 재활, 예방 등 제 서비스가 이 제도 내에서 통합 제공된다. 이러한 통합적인 보건의료복지 서비스체제로 재편됨에 따라 서비스의 질과 이용의 효율성이 크게 강화되고 재정의 효과적인 충당 관리가 기대된다.

둘째, 사회복지의 패러다임의 대 전환이 예상된다. 새로운 제도는 지금까지 노인복지서비스가 저소득 노인에 한정된 선별주의 체제에서 모든 노인을 대상으로 하는 보편주의 체제로 전환되는 중요한 계기가 될

것이다. 이러한 변화는 사회복지의 패러다임을 근본적으로 변화시켜 노인복지는 물론, 장애인 복지 등 우리나라 사회복지를 한 단계 업그레이드 시켜 나가는 원동력이 될 것임에 틀림없다.

셋째, 이용자 중심의 새로운 요양보호 시스템이 구축될 것이다. 노인복지서비스는 그간 행정기관에 의한 조치체도로 제공되어 서비스가 시혜적 성격을 강하게 띄어왔음을 부인할 수 없다. 그러나 앞으로 이 제도하에서는 이용노인이나 그 가족이 직접 서비스 기관 등을 선택하여 계약하는 방식으로 전환된다. 즉 서비스의 권리성과 선택성이 강화되는 이용자 중심의 서비스 체제가 구축될 것이다. 아울러 케어 매니지먼트 기법을 도입함에 따라 노인의 요양보호 욕구에 맞는 다양하고 전문적인 서비스가 제공될 수 있을 것이다.

2. 기대효과

첫째, 고령화 사회에서 증가하는 노인요양비 문제에 사회적 공동대처로 요양보호 가족의 부담이 크게 경감되고 나아가 국민의 노후불안이 해소될 것이다. 특히 병원 입원시 혜택이 없는 간병비(월 100여만원)가 급여범위에 포함되고 요양병원 및 요양시설 이용 시 20% 수준만 부담하게 됨으로써 요양병원 월 150 → 30만원, 요양시설 월 70 → 14만원 수준으로 경감되어 가족의 부담이 큰 폭으로 완화될 것이다.

둘째, 노인의료비의 감소로 건강보험제정의 안정화에 기여할 것이다. 일본은 개호보험 도입 이후, 매년 5-9%의 증가되어 왔던 노인의료비가 2000년에는 5.2% 감소하였다. 이의 실질 감소는 11.8%에 해당한다. 앞으로 요양병원 등이 노인요양보험제도에 포함됨을 전제로, 일본의 노인의료비 경감률 등을 참고할 때, 전 노인에게 확대 실시되는 2011년에는 노인의료비의 약 10%(1조4,361억원)의 감소효과가 있을 것으로 전망된다.

셋째, 노인간병인력, 전문간호사 등의 새로운 일자리가 마련되는 등 고용창출 효과도 매우 크게 나타날 것이다. 특히 이러한 인력의 대부분은 여성인력으로써, 제도가 성숙되는 2013년경에는 약20만 명의 여성이 취업되고 노인부양 부담 완화로 여성의 사회적 진출에 크게 기여할 것이다.

넷째, 요양시설, 요양병원 등 요양보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화가 기대된다. 2011년까지 요양시설, 요양병원 1,086개소가 신축되고 여기에 약2조원(국고 및 지방비)이 투입될 계획이다. 또한 노인요양보험제도가 본격적으로 실시될 경우 요양보험 시장규모가 약 4-9조원에 달해 적지 않은 경제적 효과가 예상된다.

다섯째, 다양한 민간주체의 참여로 요양인프라가 단기간 내에 구축될 전망이다. 특히 간병, 간호 등 재가복지분야에 민간 사업자가 대폭적으로 참여할 것으로 예상된다. 이는 일본이나 독일의 정책적 경험이 이를

뒷받침하고 있는데, 일본의 경우 이 제도가 가시화되어 본격 실시된 이후, 간병분야에 59%, 간호분야에 82.7%를 민간사업자가 차지하고 있다. 우리나라도 입소시설은 물론, 재가복지에서의 민간의 적극적인 참여가 전망된다. 이러한 민간의 활발한 참여는 인프라 구축에 소요되는 정부재정을 절감하고 나아가 복지분야에도 경쟁체제가 도입되어 서비스의 질과 비용효과성이 향상될 것이다.

VI. 맺음 말

정부는 그간의 사회적 논의를 통해 마련한 기본체제안을 토대로, 아직 정리하지 못한 주제별 재정분담 방안, 관리운영주체, 건강보험과의 역할 분담방안 등의 과제를 빠른 시일 내에 풀어 나 갈 것이다. 특히, 각계각층과의 다양하고 폭넓은 사회적 논의와 부처간 협의 등을 통해 금년 정기국회에 '노인요양보험법'(가칭)을 상정·제정한다는 목표로 이를 추진할 것이다. 아울러 연말까지 평가판정체계 및 급여수가체계를 마무리하여 참여정부가 약속한 대로 2007년도에는 노인요양보험 제도가 본격적으로 도입, 실시되도록 해 나갈 것이다. 이를 통해 우리나라 노인의 건강과 삶의 질을 한 단계 높이고, 국민의 노후생활의 불안을 해소하는 사회 안전망(safety-network)으로서의 충분한 역할을 다하도록 할 것이다.

앞에서 언급한 바와 같이, 새로운 공적노인요양보장 제도는 우리나라 사회복지의 패러다임을 대 전환하는 계기가 될 것이다. 지금까지 저소득층 대상의 '선별주의 복지체제'에서 모든 노인을 대상으로 한 '보편주의 복지체제'로, 아울러 '공급자 중심'에서 '이용자 중심'으로의 획기적인 전환이 기대된다. 아울러 이 제도가 시행되면, 다른 사회복지의 개혁도 이어질 것으로 예상되어 우리나라 복지수준을 한 단계 끌어 올리는 견인차 역할을 할 것이다.

이러한 새로운 체계를 구축함에 있어 무엇보다도 중요한 것은 고령화 사회에 대응한 장기적이고 종합적인 시각에 입각하여 정책을 수립하는 일이다. 또한 보건의료복지 관계자와의 파트너십(partnership)의 확립과 일반국민의 적극적인 참여도 빼놓을 수 없는 주요과제이다. 지난 3월에, 확대 개편된 대통령 직속의 「고령화 및 미래사회위원회」를 중심으로, 전 정부와 국민이 함께 참여하여 폭넓은 사회적 논의를 통해, 경제·사회 등 국가의 전반적인 시스템을 고령사회에 적합하게 재구축한다는 차원에서 노인요양보장제도와 고령화 정책을 계획적이고 종합적으로 추진해 나갈 것이다.

<참고 및 인용문헌>

- 선우덕 외(2001), “노인장기요양보호욕구실태조사 및 정책방안”, 한국보건사회연구원
- 京極高宣(1997), “介護保険の戦略”, 中央法規
- UN(2000), The Sex and Age Distribution of World Population
- 한국통계청(2001), “장래인구 추계”
- 厚生労働省(2003), “介護給付費実態調査月報” 및 増田雅暢(2003), “日本介護保険制度の特徴”, 국제세미나, 한국보건사회연구원
- 日本内閣部 政策總括官(2000), “高齢者の生活と意識に関する國際比較調査”
- 里見賢治・二木立・伊東敬文(1996), “公的介護保険に異議あり”, ミネルヴァ 書房
- 보건복지부 노인장기요양보호정책기획단(2001), “노인장기요양보호 종합대책방안”
- 최병호 외(2001), “노인요양보험도입방안연구”, 한국보건사회연구원, 노인보건복지대책위원회(2002), “고령화사회에 대비한 노인보건복지종합대책”
- 堀勝洋(1997), “現代社會保障・社會福祉の基本問題”, ミネルヴァ 書房,
- 이신호 외(2003), “요양병원 운영실태 조사”, 한국보건산업진흥원
- 보건복지부(2003), “노인의료비 장기추계”
- ぎょうせい(2002), “平成14年版介護保険の手引”
- 日本厚生省 高齢者介護・自立システム研究會(1994), “新たな高齢者介護システムの構築を目指して”
- 日本厚生省 (2000), “平成12年版厚生白書”
- 増田雅暢(2003), “介護保険見直しの争点”, 法律文化社
- 보건복지부(2003), “공적노인요양보장제도 추진기본방향 및 『기획단』설치·운영계획”
- 공적노인요양보장추진기획단(2004. 2) “공적노인요양보장체계 최종보고”
- 최병호 외(2003), ‘공적노인요양보호체계 발전방안 연구’, 한국보건사회연구원, 보건복지부
- 홍미령, 장병원 등 공저(2004) “공적노인요양보호체계 발전방안 연구”, 한국노인문제연구소
- 장현숙 외(2003) “노인의료복지시설 시설기준에 관한 연구”, 한국보건산업진흥원



고령사회의 노인요양보장 정책방향

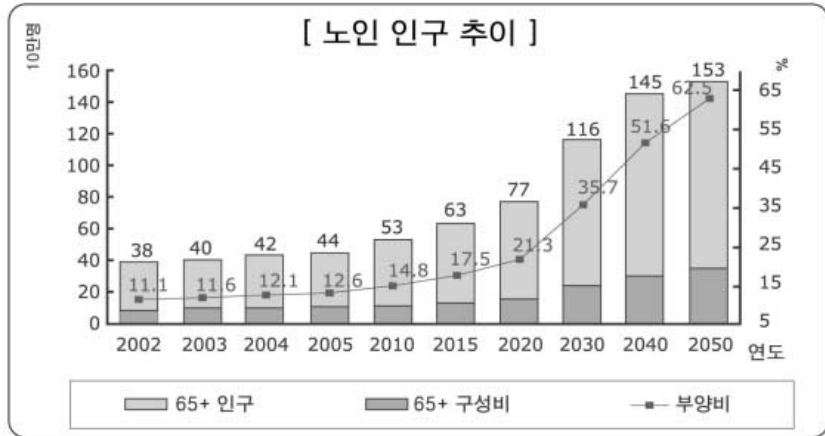
2004. 5. 20

보건복지부 노인요양보장과장
장 병 원

I. 고령화 및 노인보건복지 현주소

1. 급속한 고령화의 진전

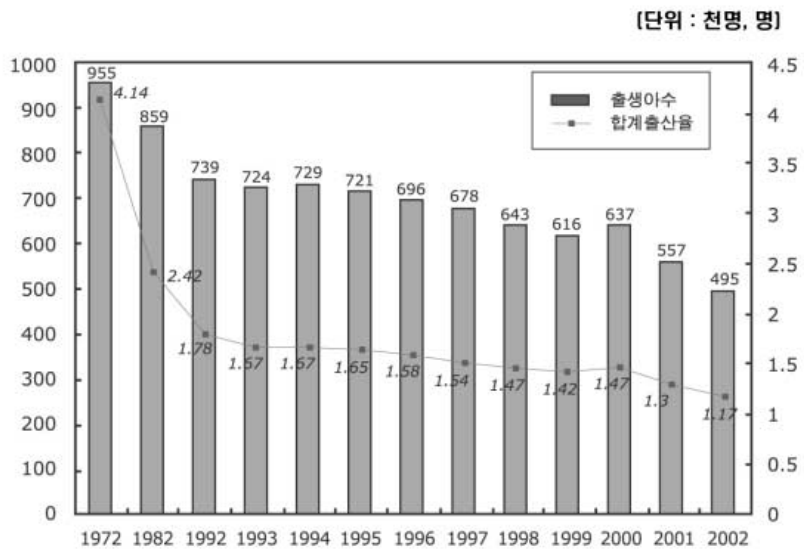
- ◆ 2004년 : 417만 명 (8.7%, Ageing Society)
- ◆ 2019년 : 731만 명 (14.4%, Aged Society)



※ 고령화속도: 한국19년, 일본24년, 프랑스115년, 영국47년, 독일40년, 미국 71년

보건복지부 노인요양보장과

2. 출생아수 및 합계출산율 변화추이



통계청, 장래인구추계(2001) 등

보건복지부 노인요양보장과


3. 노인부양 부담 증가

◆ 노년부양비

- '04년 12.1% (8.3명이 1명의 노인부양)
- '19년 19.8% (5명이 1명의 노인부양)
- '25년 28.2% (3.5명이 1명의 노인부양)

◆ 노인부양기능약화

- 3세대 이상 가구 : '95년 38.4% ⇒ '00년 29.9%
- 노인단독 또는 노인만의 가구 : 36.6% ⇒ 44.9%

 보건복지부 노인요양보장과


4. 노인특성과 생활실태

◆ 낮은 소득과 경제활동기회의 제한

- 기초생활보장수급자 비율 : 전체 3.2%, 노인 10.1%
- 국민연금, 특수직역연금, 경로연금 수혜자 20% 수준

◆ 공적소득보장제도 수급 현황

- 국민연금, 특수직역연금, 경로연금 수혜자 20% 수준
- 경로연금=노령수당(65+) +무각출 노령연금('33.7 이전)
- '03년 1월 현재, 전체노인의 16%, 62만 명에게 월3.5-5만원 지급 (수급자 33만 명, 차상위 29만원)

 보건복지부 노인요양보장과

5. 노인건강상태

- ◆ 약 86.7%의 노인이 각종 노인성 만성질환자
 - 관절염, 요통·좌골통, 고혈압, 소화성 궤양, 백내장
 - ◆ 치매(8.3%, 330천명) : 중증 1.1%, 중등증 2.3%, 경증 4.9%
 - 유병률 증가 : '03년(8.3%), '10년(8.6%), '20 (9.0%)
 - ◆ 중풍, 뇌혈관 질환 4.4%
 - ◆ 일본 내각부 고령자의 생활과 의식에 관한 국제비교조사(00년)
 - 건강하다는 비율 : 한국 37.9%, 일본 등 3개국 56.6-60.4%
 - 노후건강에 대한 고민 : 56.0%, 타4개국 38.5-48.9%
- ※ 일본, 미국, 독일, 한국, 스페인 -매 5년마다 실시

보건복지부 노인요양보장과

6. 노인의료비 증가

(단위 : 억원, %)

	1985	1990	1995	2000	2003
전체의료비 (증가지수)	5,832 (100)	22,197 (381)	59,774 (1,052)	129,122 (2,214)	205,336 (3,229)
노인의료비 (증가지수)	275 (100)	2,392 (869)	7,281 (2,643)	22,555 (8,202)	43,723 (13,220)
노인의료비 구성비	4.7	8.2	12.2	17.5	21.3

- '95-'01년 증가율 : 일반 20.3%, 노인 27.9% '10년 30%수준예상
- 일본 사례 : 총의료비 30.7조엔 중 노인의료비 11.0조엔 (35.8%,2001)

보건복지부 노인요양보장과

6-1. 노인과 노인이외 의료비 제출 비교(2003년)

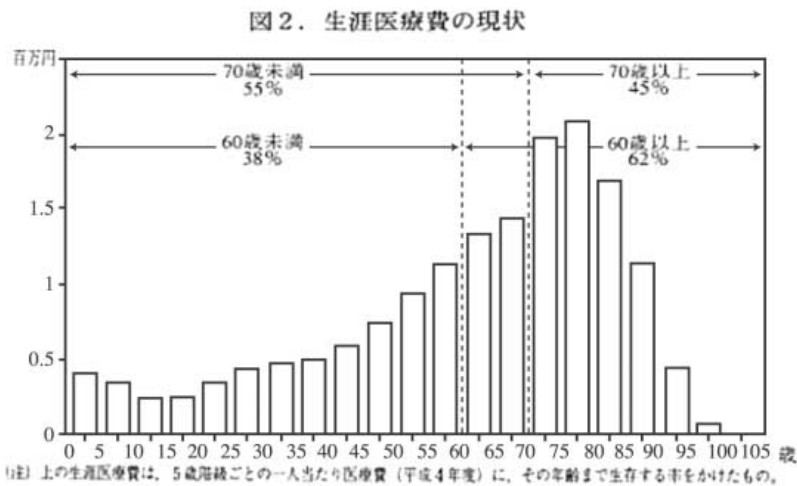
구분	노인이외(0-64세)			노인(65세 이상)			비율(B/A)
	계(A)	입원	외래	계(B)	입원	외래	
1인당 진료비(천원)	371	90	281	1,235	434	800	3.3배
수진율(회)	12.24	0.10	12.14	25.84	0.32	25.52	2.1배
건당진료일수(일)	4.92	13.68	4.85	9.03	18.36	8.91	1.8배
건강진료비(천원)	30	928	23	48	1,348	31	1.6배

자료 : 건강보험심사평가원, 건강보험진료비 및 상병연환 자료, 2004. 3

보건복지부 노인요양보장과

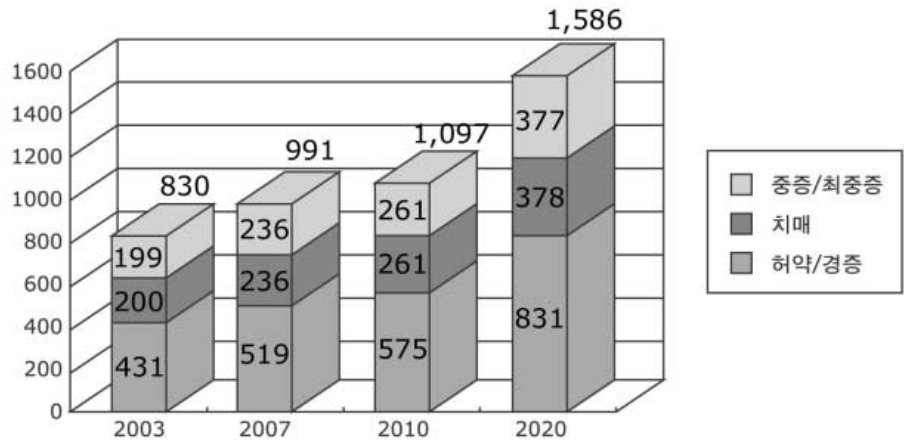
참 고 1 : 일본의 국민 1인당 생애 의료비

○ 국민 한사람이 평생에 걸쳐 소요되는 의료비 : 17백만엔(1992년 추정)



보건복지부 노인요양보장과

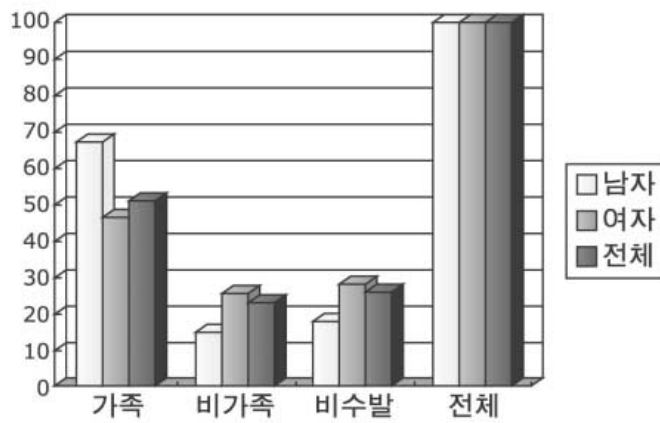
7. 장기요양보호 노인 급증



※ 경증치매이상: 03년 59만 명 → 07년 71만 명 → 10년 79만 명 → 20년 114만 명
 ※ 한국보건사회연구원, 노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책 방안, 01. 12

보건복지부 노인요양보장과

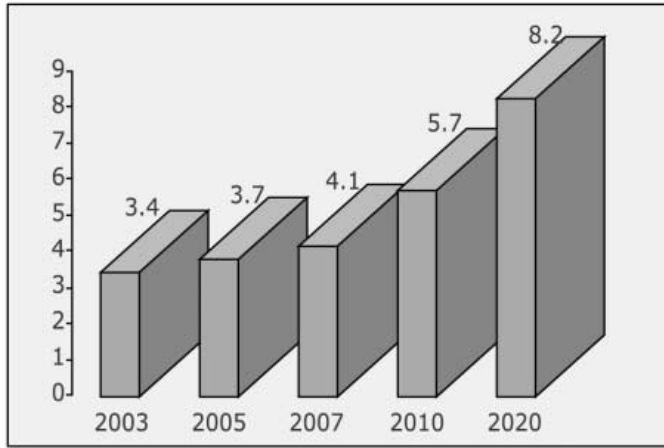
7-1. 장기요양보호대상 노인수발실태



※ 자료 : 한국보건사회연구원 『노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책 방안』 연구용역결과, 2001. 12

보건복지부 노인요양보장과

7-2. 장기요양보호비용(잠재)추계

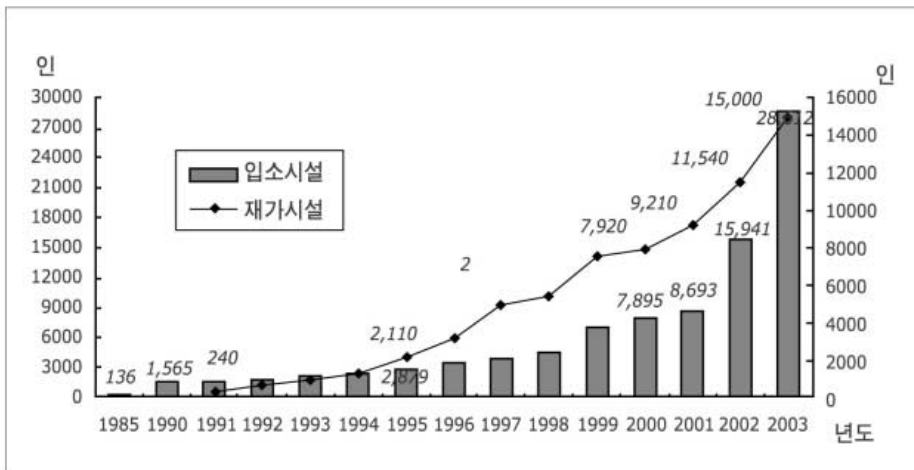


※ 한국보건사회연구원 『공적노인요양보장체계 발전방안연구』, 2003. 4

보건복지부 노인요양보장과

8. 요양시설 및 재가 인프라 부족

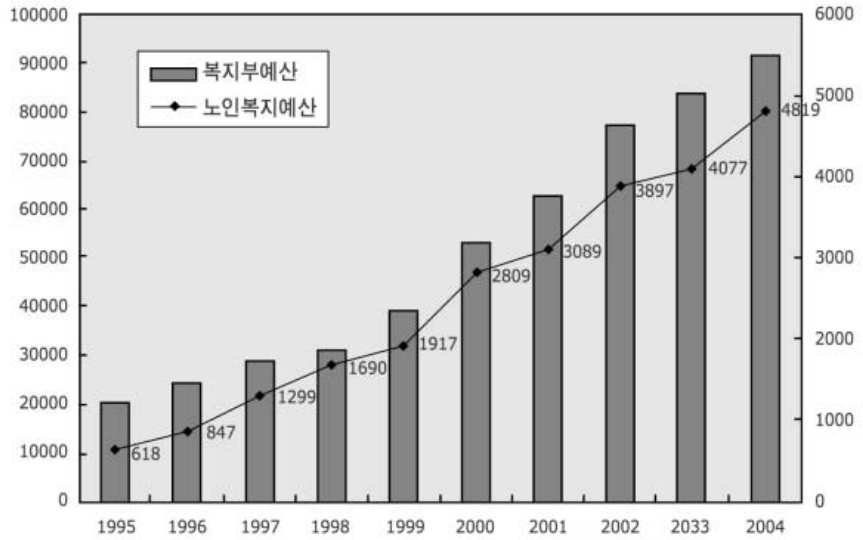
요양시설 : 수요의 35%, 재가 : 수요의 10%수준



자료 : 보건복지부 내부자료, 2003년 (유료 1,141명상 포함)

보건복지부 노인요양보장과

9. 노인보건복지 예산 증가추이



보건복지부 노인요양보장과

10. 노인보건복지정책의 문제점 종합

◆ 고령화사회에 대응한 범정부 차원의 『종합적·체계적』 노인복지대책 미비

– 노인의 취업·소득, 건강·복지, 학습·사회참가, 생활환경 등

◆ 예방에서 치료, 기능훈련에 이르는 『종합적·포괄적』 노인보건의료제도 미 확립

◆ 고령화 진전 및 질병구조변화, 노인의료비 증가에 대응한 의료공급체계 및 수가체계 미비

◆ 치매, 중풍 등 요양보호 노인을 위한 시설·인력 등 인프라 부족 및 요양보호비용 증가에 사회연대적 대응체제 불비

※ 지금까지 사적요양보장 우선의 잔여적 모델(residual model)

보건복지부 노인보건과

II. 노인요양보장제도 정책방향

1. 추진경과

○ 공적노인요양보장제도 추진배경

- '01. 8. 15 경축사에서 「노인요양보험제도 도입」 제시
- '02. 10. 노인보건복지종합대책에 '07. 이후 공적노인요양보호 체계 구축
- '03. 4. 「보건복지부 대통령업무보고」, 공적요양보장제도 도입 추진
 - ※ 대통령공약 : 노인요양보험제도 시범실시 후 공적노인요양보장제도 도입

○ 공적노인요양보장추진기획단, 실행위원회 구성

- 공적노인요양보장제도 실행모형 개발을 위해 기획단 구성(위원장 복지부 차관, 김용익 서울대 교수) : 2003. 3. 17
 - 공청회 개최(2회), 전문가 조사(1회)
- 기획단을 토대로 실행방안을 마련하기 위해 공적노인요양보장제도 실행위원회(차관, 차흥봉 전 장관) 및 실무기획단 설치 : 2004. 3. 22

2. 공적노인요양보장제도 도입 필요성

치매, 중풍 등 요양보호 필요노인(14.8%)이 급속히 증가

- 2003년 59만명 → 2010년 79만명 → 2020년 114만명
- 요양비용(잠재): '03년 3.4조원 → '07년 4.1조원 → '20년 8.3조원 증가

요양시설 절대 부족(수요의 31%), 유료시설 비용부담 과중

※ 비용부담(월): 요양시설 32~70만원, 유료요양·요양병원 100~250만원

노인의료비 급증

- '90년 2,391억원(10.8%) → '95년 7,281억원(12.2%) → '03년 4조 3,723억원(21.3%)

현행 의료 및 건강보험체제로는 효과적 대응 불가

- 사회적 입원(노인입원의 46.8%), 간병비 비급여

보건복지부 노인요양보장과

3. 정책방안: 노인요양보험제도 도입

정책방안	정책내용	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13
공적노인 요양보험 제도의 도입	<ul style="list-style-type: none"> ● 관련법 제정 ● 재원조달방식: 사회보험방식+ 조세(저소득층) ● 적용대상: 농어촌 노인, 65세 이상 최중증, 45세 이상 등 단계적 적용 ● 재원부담 기본원칙: 보험료+조세+본인 ● 보험료 부담: 건강보험 가입자(부조대상자는 조세 지원) 										
시범사업 실시	<ul style="list-style-type: none"> ● 요양서비스 체계 정립 및 대상자 선정기준, 요양보호 급여·수가 등 실행모형 개발 추진 ● 시범사업 실시 										
전문인력 양성 및 제도화 추진	<ul style="list-style-type: none"> ● 간병전문인력, 노인전문간호사, 케어매니저 등 전문인력의 제도·양성화 										

보건복지부 노인요양보장과

2. 공적노인요양보장제도 도입

3-1. 주요국 장기요양서비스제도일본

제도명	일본 공적개호보험 ('00.4)	독일 수발보험 ('95.4)	영국 별도제도 없음 (국가보건서비스 일부)	스웨덴 별도제도 없음 (의료보장 일부)
급여대상	<ul style="list-style-type: none"> 65세 이상은 최중증 → 허약노인 40~64세는 노인성 질환으로 인한 장애발생자 	<ul style="list-style-type: none"> 6개월이상 요양이 필요한 자 (연령구분 없음) 	<ul style="list-style-type: none"> 남성은 65세 이상, 여성은 60세 이상 보호서비스 필요자 	<ul style="list-style-type: none"> 65세 이상 거동불편자
재원조달	<ul style="list-style-type: none"> 보험료: 45% (65세 이상 15, 40~64세 30) 정부지원: 45% (중앙 22.5, 지방 22.5) 본인부담: 10% 	<ul style="list-style-type: none"> 보험료: 100% 본인부담: 숙박비·식비는 전액 본인부담 	<ul style="list-style-type: none"> 국가보건서비스 재원에서 부담 * 본인부담금 2% 	<ul style="list-style-type: none"> 정부보조금(지방세 등) 및 본인 부담금 * 대부분 정부보조
보험료 부과	<ul style="list-style-type: none"> 근로자: 사용자와 근로자 50%씩 분담 자영업자: 본인 50%, 정부 50% 	<ul style="list-style-type: none"> 근로자: 사용자와 근로자 50%씩 분담 자영업자: 본인 100% 연금자: 본인과 연금보험자 50%씩 분담 	<ul style="list-style-type: none"> 별도 보험료 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 별도 보험료 없음
서비스 종류	<ul style="list-style-type: none"> 재가: 방문개호, 주·단기보호 등 시설: 특별양호 시설, 요양병원 및 병상 등 	<ul style="list-style-type: none"> 재가: 방문개호, 주·단기보호 등 시설: 특별양호 시설, 요양병원 및 병상 등 	<ul style="list-style-type: none"> 재가: 가정간호, 주간 보호 등 시설: 노인홈, 요양원 등 	<ul style="list-style-type: none"> 재가: 가정봉사원 파견, 가정 간호, 통역 등 시설: 그룹홈, 요양원, 노인병원 등

◆ 영국 국가보건서비스 재원' 001 : 조세 78%, 국민보험기금 12%, 본인부담금 2%, 병원신탁 5%, 기타 3%

4. 공적 노인 요양 보장 이념 및 필요성

이념 및 목적

- ◆ 요양보호 노인의 자립생활 지원
- ◆ 장기간의 과중한 가족부담 경감

새 제도 구축 필요성

- ◆ 고령사회에서의 보편적 리스크의 사회화 필요(risk pooling)
- ◆ 장기요양부담·비용의 사회적 공동 부담 체계 필요
- ◆ 현행의 의료, 요양, 복지의 분립체계로서는 대응 곤란
- ◆ 고령화 사회 초기에 계획적, 종합적 요양보장체계 구축필요

고령화 사회의 노인요양보장정책 방향



"중풍이 골수에 들어 입가에는 언제나 침이 흐르고 왼편 다리는 늘 마비되어 있습니다. 우리 고향에서 얼음 위에서 잉어 낚시를 하는 늙은이들이 쓰던 모자 생각나십니까? 항상 그 숨모자를 머리에 쓰고 지내야 하는 지경입니다. 게다가 최근에는 혀도 굳어서 말도 헛갈리곤 합니다. 살 날이 얼마 남지 않은 것 같습니다."

흑산도 형 약전에게 쓴 편지 중

보건복지부 노인요양보장과

5. 공적노인요양보장체계 기본방향 정립



보건복지부 노인요양보장과

6. 재원조달방식 검토

	제 1 안	제 2 안	제 3 안
개요	<ul style="list-style-type: none"> · 주된 재원 보험방식+ 국고보조 · 일반: 보험료 50%, 조세 30%, 본인 20% · 부조: 국고 90%, 본인 10% (차상위계층) 	<ul style="list-style-type: none"> · 완전 조세방식 · 초기: 취약층→보편적 확대 · 국고 60~70%, 본인 30~40% 수준 	<ul style="list-style-type: none"> · 완전 보험방식 · 보험료 70%, 본인 30% · 부조: 의료급여와 동일 <ul style="list-style-type: none"> - 1종: 정부지원 100% - 2종: 정부지원 90%, 본인 10%
장점	<ul style="list-style-type: none"> · 전국민 보편적 적용 용이 · 재원의 안정적 조달 및 기존 사회보장제제와의 정합성 확보 	<ul style="list-style-type: none"> · 관리비용, 지출통제 용이 · 지방자치단체 역할 제고 가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 전국민 보편적 적용 용이 · 재원의 안정적 조달 및 제도 정합성 확보
단점	<ul style="list-style-type: none"> · 새로운 사회보험제도 창설 및 보험료 부담 비판 	<ul style="list-style-type: none"> · 정부재정 과다소요 · 전 노인에 대한 보편적 확대에 상당기간 소요 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인복지의 국가책임성 논란 · 보험료 부담에 대한 비판
정책 고려 사항	<ul style="list-style-type: none"> · 국고부담비율에 대한 부처간 협의 · 보험료 부담 대상자 	<ul style="list-style-type: none"> · 단계별 확대 계획 · 특별목적세 신설 여부 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강보험가입자 및 사용자의 보험부담

보건복지부 노인요양보장과

7. 기획단 제도골격(안)

재원조달방식	<ul style="list-style-type: none"> · 사회보험방식+조세
대상자	<ul style="list-style-type: none"> · 45세 이상으로 하되, 65세 이상 노인부터 우선 적용
재원분담	<ul style="list-style-type: none"> · 일반: 보험료 50%, 조세 30%, 본인 20% · 부조대상: 조세 90%, 이용시 본인부담 10% (수급자 무료)
보험료 부담	<ul style="list-style-type: none"> · 건강보험가입자(부조대상자 조세 지원)
공공부조 대상자	<ul style="list-style-type: none"> · 기초생활수급자 및 차상위 가구
제도도입 및 확대일정	<ul style="list-style-type: none"> · 1단계('07~'08): 65세 이상 최중증 (단, 농어촌 및 부조 대상자는 중증 이상) · 2단계('09~'10): 65세 이상 중증 (단, 농어촌 및 부조대상자는 경증 이상) · 3단계('11~'12): 65세 이상 경증 · 4단계('13~): 65세 이상 경증 치매 이상 및 45세 이상 노인성 질환 대상자
관리운영주체 (보험자)	<ul style="list-style-type: none"> · 잠정적으로 건강보험공단으로 정함

7-1. 주요 논점 검토

제도운영방식

- 독립형 : 다른 사회보장제도와 독립된 새로운 제도
- 건강보험일체형 : 건강보험의 틀내에서 요양급여 신설 제공

요양병원 포함 여부

- 독일 : 질병금고, 일본 : 개호보험제도
- 장점 : 의료·요양 등 연속적 서비스 제공, 건강보험재정 기여
- 단점 : 요양보장제도 재정문제, 건강보험 재정적자 전가 비판

재원분담방안

- 독일 : 전액보험료(시설 이용시 40-50% 본인부담)
- 일본 : 공비 45%, 보험료 45%, 이용자 부담 10%
- 한국 : 보험료, 조세, 이용자 부담 수준

보건복지부 노인요양보장과

3. 재원조달방식 대안검토 및 선택

8. 재원 시뮬레이션

재가 및 요양시설 장기수요

	대상자수(천명)					비용(억원, 2003년 현재가격기준)				
	사회보험		공공부조		합계	사회보험		공공부조		합계
	시설	재가	시설	재가		시설	재가	시설	재가	
2007	36	53	29	547	165	6,297	4,503	4,283	4,004	19,087
2009	68	182	31	131	421	9,994	13,696	4,575	9,208	37,463
2011	80	545	37	250	912	10,582	21,402	4,844	9,796	46,624
2013	102	704	47	322	1,175	11,882	33,662	5,439	15,409	66,392

재원구성과 월보험료

	재원의 분담(억원)				가입자당 월부담액(원)	
	본인부담	보험료	조세	합계	조세부담	보험료부담
2007	2,750	5,400	10,937	19,087	5,370	2,651
2009	5,719	11,840	19,904	37,463	9,634	5,731
2011	7,411	15,992	23,191	46,624	11,080	7,640
2013	10,595	22,773	33,024	66,392	15,676	10,810

보건복지부 노인요양보장과

9. 평가 판정체계 개발 추진

• 노인기능평가항목 선정

- ADL 12개 항목, 간호처치 및 재활 13개 항목, 정신기능 43개 항목 등 총 78항목

• 현재 제공되고 있는 서비스 조사
• 요양보호 노인의 기능상태 조사

- 기능평가 서비스코드 개발(총 294항목)
- 노인기능평가 및 서비스 실태조사 실시 ('03. 11. 24~12. 22)
• 대상시설 : 요양시설 및 요양병원 등 15개소
• 노인 약 1,200여명 기능평가 실시, 직원 약 350명 1분 타임스터디 조사

• 전문기능 평가, 서비스지표 분석
• 전문가 의견수렴

- 이상적인 서비스 욕구 추가

• 서비스 내용, 양, 노인기능 관계 분석

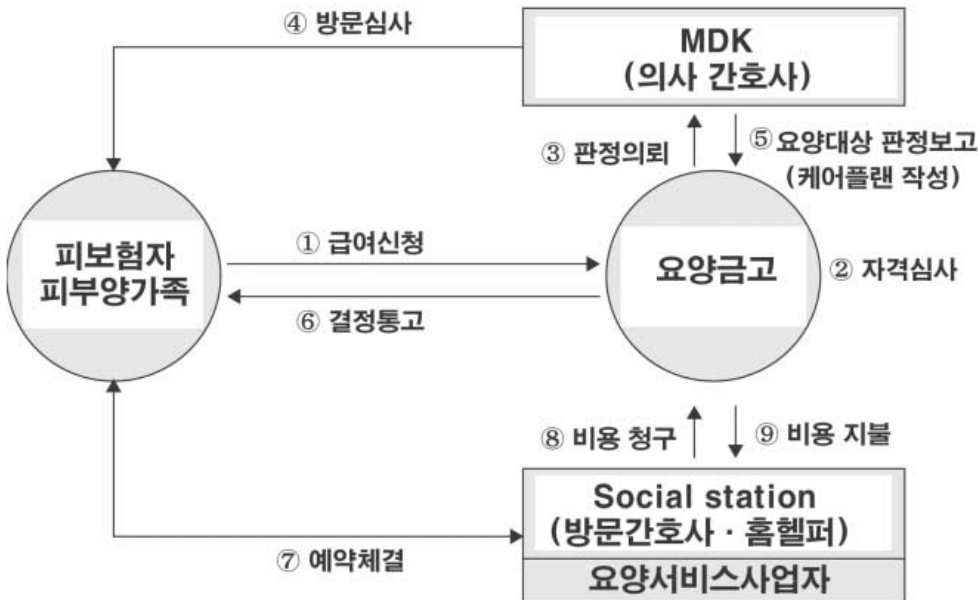
- 현재 일본의 전문가 자문 등을 받아 조사결과 분석중

• 서비스별 기능평가 항목 선정

- 실증데이터, 서비스 이용현황과 노인기능간 관계정립
- 한국형 노인기능평가항목 개발

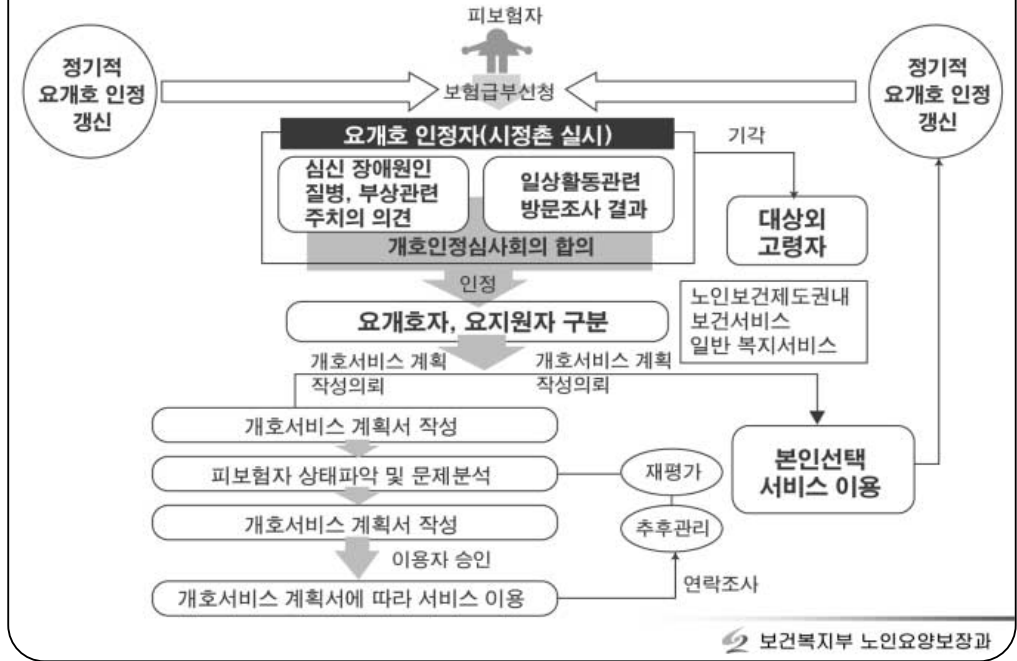
보건복지부 노인요양보장과

참고 1. 독일의 평가 판정체계



보건복지부 노인요양보장과

참고2. 일본의 개호인정 절차



5. 요양보호 급여 및 수가체계 개편

10. 요양보호 서비스 기본체계

재가서비스

- 가정의 노인에 대해 행하는 케어
- 케어매니저에 의한 서비스 조정

시설서비스

- 24시간 시설에서 제공하는 케어
- 시설직원에 의한 정형적인 케어

서비스종류

- 방문 간병, 수발, 일상지원서비스
- 방문목욕서비스(차량)
- 방문간호, 방문재활
- 주간보호
- 단기보호
- 재가요양관리지도 및 지원
- 복지용구대여 및 구입지원
- 주택개조 지원
- 그룹홈 등

시설종류

- 요양시설
- 전문요양시설
- 요양병원, 요양병상

※ 요양병원의 급여여부는 건강보험과의 역할분담 정립후 최종 결정

보건복지부 노인요양보장과

11. 수가체계 개발방향(안)

구분	수가개발 대상	수가개발 방향
재가 서비스	· 방문서비스 · 주간보호 · 단기보호 · 요양관리지도 · 그룹홈 및 복지용구대여 등	· 방문서비스당 정액제 · 등급별 월 지급한도액 설정
	· 복지용구 구입 · 주택개수비 등	· 실비상환제
시설 서비스	· 요양시설 · 전문요양시설 · 요양병원 등	· 등급별(기능상태별) 일당 또는 월당 정액제 · 등급별 월상환액 설정

보건복지부 노인요양보장과

2. 요양인프라 확충계획

12-1. 기본방향

- ▶ 재가보호 우선원칙 : 재가보호 80%, 시설 20% 수준 유지
- ▶ 공공, 민간, 비영리단체 등 공급주체의 다양화를 기하되, 공공시설 중심으로 구축
- ▶ 노인의 다양한 욕구에 대응, 보건·의료·요양·복지 등 통합서비스 제공
 - 공공의료체계를 적극 활용한 재가 및 요양시설체계 구축 병행
- ▶ 케어지식과 기술을 갖춘 전문인력의 양성, 확충으로 서비스의 전문화
- ▶ 무료, 실비 등의 경제적 조건이 아닌, 심신의 기능상태에 따른 서비스가 선택 제공될 수 있는 시설의 사회적 통합 지향

보건복지부 노인요양보장과

12-2. 노인요양시설간 기능정립방안

구분	요양병원	요양시설(A형)	요양시설(B형)
목표	질병회복과 재활	상태악화속도 완화 및 기능상태 유지	
주대상자	조기퇴원자 중 회복치료 필요자	회복 불가능한 자 중 간호, 재활, 서비스 필요자	회복 불가능한 자 중 간호, 재활, 서비스 필요자 및 신체기능저하자
제공 서비스	의료서비스 강화, 전문간호, 재활, ADL, 지원서비스 등을 제공	케어/사례관리, 의료적 치료, 전문간호, ADL 지원 서비스, 식사제공, 재활, 오락치료, 상담, 여가생활 지원, 노인호스피스, 치매노인 케어관리	케어/사례관리, 의료적 치료, 전문간호, ADL 지원서비스, 식사제공, 재활, 오락치료, 상담, 여가생활지원 등
재원	급성질환: 건강보험 요양서비스: 요양보장	요양보장	

보건복지부 노인요양보장과

12-3. 요양시설 및 요양병원 확충계획

(단위:개소,명.%)

연도별	'03	'05	'07	'09	'11
합계	338 (25,022)	510 (37,082)	702 (50,642)	894 (64,202)	1,086 (77,762)
요양시설	161 (11,270)	252 (17,640)	348 (24,360)	422 (29,540)	488 (34,160)
전문요양시설	132 (9,240)	207 (14,490)	289 (20,230)	393 (27,510)	505 (35,350)
치매요양병원	45 (4,512)	51 (4,952)	65 (6,052)	79 (7,152)	93 (8,252)
시설보호대상자	79,380	87,519	95,848	102,964	109,535
시설보호율	31.5	42.5	52.8	61.2	71.0

※ 2011 확충목표 :1,543개소 109천명 (정부지원 1,086개소 78천명, 민간 457개소 32천명)

보건복지부 노인요양보장과

12-4. 재가복지시설 확충계획

(단위:개소,명.%)

연도별	'03	'05	'07	'09	'11
합계	371 (15,200)	1,017 (52,700)	2,242 (114,700)	3,967 (200,700)	6,409 (319,930)
가파시설	120	470	1,020	1,770	2,769
주간보호	166	416	866	1,516	2,561
단기보호	31	131	356	681	1,079
재가보호대상자	320,974	353,080	387,528	416,319	442,925
재가 보호율	4.7	14.9	29.6	48.2	72.2

※ 재가수요는 요양보호대상 치매, 허약노인 중 경증 제외 (노인 약 8%)

※ 2011 확충목표 :8,870개소 443천명
(정부지원 6,409개소 320천명, 민간 2,461개소 123천명)

보건복지부 노인요양보장과

6. 시설·인력의 장기수급 및 확충방안

13. 요양보호 전문인력양성 제도화

서비스의 질 보장, 효과성 제고를 위해 보건·의료·복지의 팀 접근법 (team-approach) 중시

기본방향

전문인력의 조기 확보, 비용효과 등을 고려, 신규인력의 양성보다는 기존 전문인력의 최대 활용

● 노인전문(가정)간호사

수요추계

년도	계	요양시설 수요	재가시설 수요	방문간호수용
2007	14,316	4,335	6,369	3,612
2010	15,781	4,719	7,046	3,996
2020	22,474	6,507	10,189	5,778

양성방안

- ♣ 노인전문간호사는 '03년 제도화, 요양병원·전문요양시설 등에서 연수 등을 거쳐 '06년부터 본격 배출
- ♣ 방문간호는 기존의 가정간호사와 노인전문간호사가 담당

보건복지부 노인요양보장과

● 케어매니저(요양관리사, 가칭)

수요추계

년도	케어매니저 수요	재가 케어매니저	시설 케어매니저
2007	10,112	8,556	1,556
2010	11,160	9,466	1,694
2020	16,024	13,688	2,336

양성방안

- ♣ 단기적으로 간호사, 사회복지사 등 보건의료, 복지분야의 면허·자격자에 대한 일정수준의 교육이수 후 자격부여
- ♣ 장기적으로 신규자격제도를 도입하여 적정 인력양성 및 질적 수준 제고

보건복지부 노인요양보장과

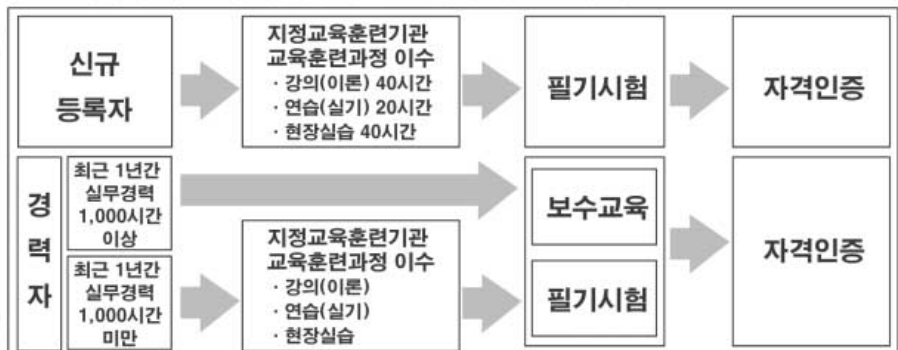
● 간병전문인력

수요추계

년도	간병전문인력 수요	재가 간병전문인력	시설 간병전문인력
2007	143,943	109,712	34,231
2010	159,252	121,380	37,872
2020	230,296	175,529	54,767

※ 상근인원이나 휴일, 교대근무 등을 감안할 경우 약 30% 추가 필요

양성방안



보건복지부 노인요양보장과

14. 향후 주요검토 과제

제도
기본체제

- 보험자 등 관리운영 주체, 지자체의 부담 등 역할
- 건강보험과의 역할 정립
- 시범사업 설계, 정치적·국민적 정책이슈화 및 여론조성 등

평가·판정

- 기능평가 항목 최종 선정 및 타당도 검증
- 필요도(needs) 또는 기능장애에 따른 등급화

수가·급여

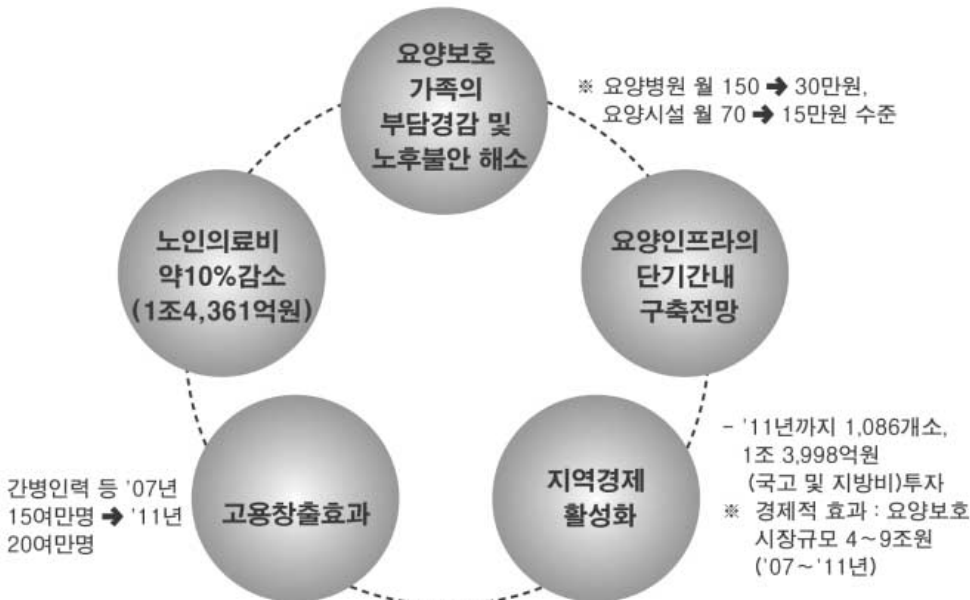
- 급여서비스 종류·범위 및 수준 결정
- 현물중심체제, 현금급여 인정 여부 등
- 요양병원, 요양시설, 재가서비스 등 요양수가체계 개발

시설·인력

- 요양병원과 요양시설의 지역적 균형배치방안 강구
- 보건, 의료, 복지의 연계, 통합시스템 구축방안 등

보건복지부 노인요양보장과

15. 새로운 요양보장제도의 기대효과



보건복지부 노인요양보장과

III. 공적노인요양보장제도 이후 변화전망

1. 노인복지제도 및 건강보험제도의 재편

♣ 의료와 복지서비스의 분립제공체제 → 치료, 요양, 재활, 예방 등 통합적인 보건의료복지서비스 체제로 재편

노인복지	
시설	<ul style="list-style-type: none"> •요양시설 •실비요양시설 •전문요양시설
재가	<ul style="list-style-type: none"> •가정봉사원 파견서비스 •단기보호 •주간보호
건강보험	
시설	<ul style="list-style-type: none"> •일반병원 •노인병원, 요양병원
재가	<ul style="list-style-type: none"> •가정간호 •방문보건



노인요양보험	
시설	<ul style="list-style-type: none"> •요양시설 •요양병원
재가	<ul style="list-style-type: none"> •간병·수발 서비스 •방문간호, 방문재활지원 •단기보호 •주간보호 •재활보호 •치매고령자 그룹홈 •복지용구급부 및 대여 등

2. 이용자 중심의 새로운 요양보호 시스템 구축



보건복지부 노인요양보장과

3. 노인의료(care)의 기본적 유형 재정립



보건복지부 노인요양보장과

4. 의료공급체계 및 수가체계의 개편

급성질환 치료 중심의 『급성병원』, 만성질환 중심의 『만성병원』
(요양병원)으로 의료시스템의 기능분류 추진

- 장기care, 재활 중심의 요양병원, 노인병원, 또는 care-mix병원 급격히 증가
- ※ 일본 개호보험 도입 후 중소병원의 요양병원 전환이 정책적으로 추진 중임

◆ 요양병원 등에 대한 포괄수가제, 또는 정액제 수가 전환 예상

- 사회적 입원 시정, 노인의료비 증가 대응

※ 현재 요양병원수가 개발 중이며, 요양보호수가와의 정합성 검토

보건복지부 노인요양보장과

5. 보건의료와 복지서비스의 연계, 통합 강화

◆ 보건의료, 복지의 복합체 시설 증가

- 노인병원, 치매요양병원이 모체가 되어 전문요양시설, 요양시설, 유료노인요양시설, day-care 시설 설치

※ 일본 : 의료기관 모체 복지시설이 969개소('96), 이후 급증

◆ 의료시설과 복지시설과의 역할 분담 및 경쟁 격화

- 일본 : 노인병원 등 10-14%, 요양시설24%, 보건시설 26-30%, 재가 33-37%
- 개호보험 이후 : 재가 63%, 시설 37% < 병원 등 19%, 시설 46%, 보건시설 35% >
- 이용자 확보면에서, 경영측면에서 단독 복지시설에 절대 유리하기 때문에 복합체가 승자 예상

◆ 의사, 간호사, 복지관계자 등의 team-approach 시스템 구축


보건복지부 노인요양보장과

6. 방문 간호, 재활 서비스 활성화

- ◆ 서비스의 효율화, 요양비용 절감을 위해 방문진료, 방문간호, 방문 재활 및 homehelper 등의 재가복지 서비스 증가 예상

※ 일본 : 방문간호 스테이션 12,379개소(99년 4,464개소)
이용노인 76만 명 (99년 14만 여명)

- ◆ 의사의 지도 하에 민간가정간호센터의 활성화, care-manager를 중심으로 한 노인전문간호사, 사회복지사, 재활전문인력, 간병전문인력 등 team 구성에 의한 다양한 재가복지팀 증가 예상

 보건복지부 노인요양보장과


7. 재가복지 중심의 노인복지정책 전환

- ◆ 재가복지 중심으로 노인보건복지 방향 전환

- 시설이 충분히 확충된 선진국의 경우 80년대 중반이후 병원에서 시설로, 시설보호에서 재가복지로 방향 전환 추세
- 공적요양보장제도에서의 역할분담의 기본방향은 시설 20%, 재가 80% 임

※ 영국의 경우 80년대 이후 community care 로 방향전환, 90년 NHS & Community Care Act 제정 이후 보건의료 및 복지의 연계 통합 등 재가 복지 대폭 강화

※ 일본의 경우 89년 gold plan 책정으로 재가복지시설을 계획적, 종합적으로 대폭 확충하고, 이어서 신 gold plan, gold plan 21에 의한 재가복지의 기반이 크게 강화

 보건복지부 노인요양보장과

8. 공급주체의 다양화 및 민간참여 활성화

- ◆ 노인요양병원, 보건소 등에 주간보호시설 및 단기보호 시설 병설 확대
 - 기존시설 및 인력의 효율적인 활용으로 비용효과제고 및 서비스 질 향상
 - ◆ 재가복지시설의 다양화 추진
 - 요양보호 예방, 생활지원을 위한 노인 그룹 홈(group home), 재가요양보호 지원센터, 고령자종합상담센터, 주택개수지원 사업 등 개발
 - ◆ 민간사업자 참여 촉진을 위한 금융, 세제 등 다양한 정책 추진
 - 재가복지 수요의 30% 이상을 민간이 확충 유도
- ※ 공적요양보장제도의 재원조달방식, 급여유형 및 요양보호 수가 등이 확정되면, 요양보호 시장에 민간의 참여가 급증할 것으로 예상

보건복지부 노인요양보장과

경청해 주셔서 감사드립니다

보건복지부 노인요양보장과

Session 2

일본의 개호보험 4년간의 성과와 과제

마스다 마사노부
Masanobu Masuda
(일본국립보건의료과학원 복지서비스부장)



Masanobu MASUDA

現: 일본 국립보건의료과학원 복지서비스 부장

▶ 주 요 학 력

1976.3 도쿄대학교 국제관계학 전공
1979.9 ~ 1980.5 뉴욕, 시라큐스 대학교 대학원 석사

▶ 경 력

1979.4 ~ 1979.5 Chuou-Koronsha 출판사, 편집자
1981.4 ~ 1991.6 일본보건복지부, 정책기획국 의료보험과 등 근무
1991.6 ~ 1994.3 오카야마市(Okayama), 사회서비스부 부장
1994.4 ~ 1996.6 일본보건복지부, 장기요양보장 대책본부 등 근무
1996.7 ~ 1998.6 규슈(Kyushu) 대학교, 법학과 부교수
1998.7 ~ 1999.8 일본보건복지부, 정책기획국 정책조사관
1999.9 ~ 2001.1 국립인구사회보장연구원, 연구기획조정부 부장
2001.1 ~ 2003.8 일본후생성, 시스템기획 및 데이터관리 사무소 통계정보부 부장
2002.8 ~ 현재 국립보건원, 보건복지부 부장

▶ 연구논문 및 저서

고령자의 법(1998)
알기 쉬운 개호보험법(2000)
세계의 개호사정(2002)
개호보험서비스에 대한 위기관리(2003)
개호보험시스템의 이슈(2003)
개호보험시스템에 대한 제언(2004)

일본의 개호보험 4년간의 성과와 과제

마스다 마사노부
(일본 국립보건의료과학원 복지서비스부장)

1. 시행 후 4년간의 상황

일본의 개호보험 제도는 2000년 4월 1일에 시행이 후, 4년간이 경과해, 5년째를 맞이하고 있다. 올해(2004년)는, 개호보험법 부칙 제2조의 규정에 근거해, 시행 후 5년을 목표로 한 제도 개정을 위한 검토를 하고 있어 내년의 국회에서 법을 개정을 할 예정이다.

본 강연에서는 먼저 일본의 개호보험 시행 후 4년간의 상황, 이어서 개호보험 도입에 있어서 관계자가 고생한 점과 개호보험 도입에 의해 사회복지 분야에 생긴 변화를 설명하고, 마지막으로 개호보험 개정에 있어서의 과제를 설명하겠다.

개호보험 시행 후 4년간의 상황에 대해서는, 다양한 데이터를 이용해 설명하겠다.

(1) 피보험자, 요개호자 상황

개호보험에서는 40세 이상인 자가 피보험자가 되며, 전피보험자수는, 약 6,600만명(2003년 10월 현재)으로 전인구의 52%이다. 이 중, 65세 이상의 제1호 피보험자는 2,420만명으로 3년 6개월 사이에 265만명, 12%의 증가하였다. 한편, 40세 이상 65세 미만의 제2호 피보험자는 2003년도에는 4,211만 명으로 2000년과 비교해 약 200만명이 감소 하였다. 피보험자수의 변화는 인구의 고령화의 상황을 반영하고 있다.

요지원, 개호 인정자 수는 2003년 10월말 현재에 371만명 이다. 3년 6개월 사이에 153만 명, 70% 정도

의 큰 폭으로 증가하고 있다. 65세 이상의 고령자 가운데, 15%, 약 7명에게 1명은 요지원·개호 인정자라고 볼 수 있다.

이와 같이 요개호자가 증가한 것은, 고령자의 신체 상황이 급속히 악화되었다는 것은 아니고, 개호보험 제도가 국민의 사이에 정착해, 많은 고령자가 요개호 인정을 받게 된 것을 나타내고 있다. 현재에도 매월 평균 10만건의 신규 인정 신청이 이루어 지고 있다.

요개호도별 비율을 보면 2003년 10월말 현재로, 요 지원이 15%, 요개호1이 31%, 요개호2가 16%, 요개호3이 13%, 요개호4가 12%, 요개호5가 12% 이다. 제도 시행 후, 요지원, 요개호1이라고 하는 간호도가 낮은 사람들의 증가율이 높아져 3년 6개월 사이에 2배에 증가해, 요양 간호자 전체의 46%를 차지하고 있다.

(2) 서비스의 이용 상황

개호 서비스 이용자 수를 보면, 2003년 8월 현재 재택 서비스 이용자는 214만명, 시설 서비스의 이용자는 73만명으로 합계 287만명 이다. 3년 4개월간 재택 서비스 이용자는 120%, 시설 서비스 이용자는 42%증가하여 전체로 약 2배 증가하였다. 이 기간 65세 이상의 피보험자수의 성장은 12%이므로 개호 서비스의 이용자가 큰 폭으로 증가한 것을 알 수 있다. 예를 들어, 방문 개호(홈헬퍼 서비스) 이용자 수는 3년 4개월간으로 4배 가깝게 증대하고 있다. 개호보험 제도의 도

입으로 개호서비스가 필요한 사람은 누구라도 부담 없이 서비스를 이용하게 되었다고 하는 것을 알 수 있다.

한편, 시설 서비스의 성장은 재택서비스에 비하면 낮지만, 이것은 시설의 정비상황의 제약을 받고 있기 때문이다. 개호노인복지 시설(특별양호 노인홈)을 비롯해 대부분의 시설의 입소율 100%이며, 동시에 많은 사람이 입소를 기다리고 있는 상황이다. 즉 개호보험 시설을 증설하면, 시설서비스의 이용자는 증가하는 관계에 있다.

요개호도별 서비스의 이용 상황을 보면, 요개호가 높은 사람일수록 시설 서비스를 이용하는 비율이 높아지고 있다. 요개호 4 및 5중에서 이용자의 반수 이상이 시설 서비스를 이용하고 있다. 또한 요개호도별로 본 재택 서비스의 이용 상황을 보면 요지원이나 요개호 1인 개호도가 낮은 사람들은 중심으로 방문개호나 데이서비스를 이용하고 있다. 방문개호의 내용도 신체 개호가 아니라 주로 식사 준비나 청소 등의 생활 지원이다. 요개호 4나 5처럼 개호도가 높아지면, 방문간호나 단기 보호의 이용 비율이 높아진다.

재택서비스 이용자의 1인당 이용액은 요개호도에 따라 증가하고 있다. 2003년 10월의 1개월당 평균 이용액은 요지원이 29,160엔, 요개호 1이 58,760엔, 요개호 2가 87,040엔, 요개호 3이 128,070엔, 요개호 4가 155,550엔, 요개호 5가 181,540엔에 이르고 있다. 다만 각 개호도의 지급 한도액까지 사용하는 사람은 적으며 평균 이용액의 지급한도액에 대한 이용 비율은 약 4할의 수준이다. 이와 같은 경향은 제도 시행으로부터 큰 변화가 없다.

재택서비스 이용자의 1개월당 평균 이용액은 약 89,000엔인데 비해 시설 서비스 이용자의 경우에는 약 354,000엔이 되고 있다. 즉 개호 서비스의 이용자를 재택서비스 이용자와 시설서비스 이용자로 구분하면, 이용자 수에서는 재택이 74%, 시설이 26%인데 비해 개호급부비용에서는 재택이 45%, 시설이 55%로 시설 서비스의 비중이 커지고 있다. 다만, 제도 시행직후와 비교를 하면, 재택 서비스 이용자 수의 급증에 따라 개호 급부비용에서 재택이 차지하는 비율이 확대되고 있다고 볼 수 있다.

(3) 개호보험 재정의 상황

개호보험 재정을 보면, 개호비용(개호 급부비와 이용자의 자기 부담을 합제한 금액)은 2000년도 3.6조엔으로 부터, 2001년도 4.6조엔, 2002년도 5.2조엔, 2003년도(예산 베이스) 5.7조엔, 2004년도 6.1조엔(예산 베이스)으로 매년 약 5,000억엔의 성장을 나타내고 있다.

개호보험은 서비스 이용 확대에 따라 개호급부비가 증가해 보험 재정이 어려운 상황에 향하고 있다고 알고 있지만 가장 최근의 결산 데이터인 2002년도 개호보험 사업보고에서는, 세입총액 50,480억엔에 대해서, 세출총액은 49,835억엔으로 전국 기준으로 645억엔의 흑자를 기록하고 있다.

개호급부비용의 증대에 동반해 보험료도 증가 경향에 있다. 제1호 피보험자의 전국 평균 보험료액은 월 2,911엔(2000년도부터 2002년도)으로부터, 월 3,293엔(2003년도부터 2005년도)으로 13%증가 하였다. 또한 제2호 피보험자의 보험료는 2004년도 전국 평균 일인당 월액 3,470엔이며, 전년도 대비 14%의 증가하였다.

제1호 보험료의 수납율은 98.4%로 높은 수준을 유지하고 있다. 더불어 연금으로부터 공제를 하는 특별징수에서는 100%의 수납율을 보이고 있지만, 기초지방자치단체가 직접 피보험자로부터 보험료를 징수하는 보통징수에서는 91.9% 정도이다.

(4) 개호보험 제도에 대한 평가

개호보험 제도에 대해서 국민의 평가는 어떻게 되어 있을까? 요미우리 신문사의 여론 조사(2003년 9월)에 의하면, 개호보험 제도에 대해서 「긍정적이다」라고 대답하는 사람이 58%로 「부정적이다」(38%)를 웃돌고 있다. 同社의 여론 조사로 도입 직후의 2000년 실시한 조사에서는 「부정적이다」가 46%, 「긍정적이다」가 44%였으므로, 시행 후 3년간에 「긍정적이다」라고 대답하는 사람이 증가하고 있다. 그 이유로서는 개호서비스의 이용자가 증대하는 등 개호보험 제도의 취지나 구조에 대한 국민의 인지도가 높아졌기 때문이라고 생각된다.

2. 개호보험 도입 있어서 어려웠던 점

개호보험제도의 도입에 대해서는 관계자 사이에서는 다양한 어려움이 있었다. 개호보험법이 국회를 통과한 것은 1997년 12월이지만, 2000년 4월 시행까지의 2년 3개월 사이에, 국가(후생성), 지방공공단체(광역 및 기초지방자치단체), 복지·의료의 관계자에 있어서 제도의 원활한 시행을 위해 수많은 준비작업이 필요하였다. 요개호 인정기준이나 그 실시 방법, 개호서비스 사업자의 지정 기준, 개호 보수 등 모두가 처음으로 만드는 것뿐이었으며 동시에 전례가 없기 때문에, 대단한 업무량이 필요한 준비작업이 되었다. 담당자들은 각각의 테마별로 팀을 구성해 일을 추진하였고, 모두 연일 밤 늦게까지 고생하였다. 이러한 가운데 우선은 기준 등을 작성해 실시하고 나중에 문제가 발생하

면 개선하려고 했던 것도 있다. 후생성의 개호보험 담당 관료들에게 있어서는 시행까지 결정하지 않으면 안 되는 규칙이나 기준이 산적해 있었기 때문에 문자 그대로 「달리면서 생각한다」라고 하는 상태로, 일을 진행시켜 왔다.

본 고에서는 국가 및 지방공공단체에 있어서의 준비작업에 대해 설명하고자 한다.

국가(후생성)에서는, 다음과 같은 과제에 대해 심의회에서 심의를 진행시키면서, 그 내용을 결정해나갔다.

- ① 개호보험법의 위임을 받은 300개에 달하는 사항을 확정하기 위한 법률 시행령이나 성령의 작성
- ② 요개호인정 기준의 작성
- ③ 개호지원 전문원(케어 매니저)의 요건 확정과 자격 시험 요령 작성이나 시험의 전국적인 실시
- ④ 기초지방자치단체에 있어서의 피보험자 파악과 보험료의 부과 기준이나 징수 방법의 설정
- ⑤ 노령연금으로부터 제1호 피보험자의 보험료를 공제한다고 하는 구조 구축
- ⑥ 제2호 피보험자의 보험료의 부과 기준이나 징수 방법의 설정
- ⑦ 개호서비스 사업자나 개호보험 시설의 지정기준 작성과 광역지방자치단체의 지정을 위한 수속 정비
- ⑧ 지방자치단체에서 작성하는 개호보험 지원 계획이나 개호보험 사업 계획의 지침 만들기
- ⑨ 개호 보수의 설정
- ⑩ 1999년도에 종료되는 신고령자 보건복지 추진 10개년 전략(신골드플랜) 재검토와 새로운 계획의 작성

이상의 사항 중에서, 개호 사업자나 이용자에게 있어 최대의 관심사인 것이, 개호 보수의 설정이다. 이에 대해서는, 심의회 가운데에 부회를 만들어, 약 1년 8개월간의 심의를 거쳐, 제도 시행 직전의 2000년 2월 개호 보수에 관한 대신 고시를 발표할 수가 있었다. 또, 전국의 지방공공단체에 대해서 나라의 검토 상황이나 검토 결과를 전달하는 것으로써 국기와 보조를 맞추고, 지방공공단체에서도 준비를 진행시킬 수가 있도록 하기 위한 국가가 주최하는 「전국 광역지방자치단체 개호보험 담당 과장 회의」를 법 시행까지의 사이에 9회 개최하였다.

한편, 지방자치단체도 준비작업이 산적해 있었다. 우선, 개호보험 담당의 부국의 설치나 직원의 배치가 필요하였다. 계속해서 국가의 검토 상황을 답습하면서 많은 준비작업이 시작되었다. 특히 보험자인 기초지방자치단체에서는 직접 주민에 대해서 보험료 징수나 요개호 인정 등의 사무를 실시하기 위해서, 개호보험 제도에 대해 주민들에게 설명회 실시를 비롯해 다음

과 같은 많은 과제가 있었다.

- ① 피보험자 장부 작성이나 피보험자증의 작성·교부등의 피보험자 관리에 관한 사무
- ② 개호 인정 심사회의 설치
- ③ 요개호 인정의 사전 실시 등 요개호 인정 등에 관한 사무
- ④ 개호보험 사업 계획 작성 사무
- ⑤ 보험료의 부과·징수등에 관한 사무
- ⑥ 개호보험 특별 회계의 설치에 관한 사무
- ⑦ 조례나 규칙의 제정 사무

이상의 사항 중에서 요개호 인정 사무에 대해서는 국민으로부터 요개호 인정 기준의 타당성, 방문 조사를 통한 과제, 개호 인정 심사회에서의 심사상의 과제 등이 시행 전부터 많은 관심이 모아져 있었다. 2000년 4월부터의 원활한 시행을 위해 국가 및 지방공공단체가 협력을 해 주의 깊게 준비가 진행되었다. 법률안이 국회에 제안된 해인 1996년도부터 모델 사업이 실시되었다. 우선, 1996년도 전국 60개 지역, 1997년도 416개 지역 905 시읍면에서 실시해, 1998년도에는 전국에서 실시되었다. 그리고 법 시행의 반년전의 1999년 10월부터는 전시읍면으로 정식적 요개호 인정 사무가 개시되었다. 이러한 준비작업을 통해 요개호 인정 기준의 수정, 개호 인정 심사회의 운영 방법 확립, 시읍면에 있어서의 경험의 축적이 이루어졌다.

3. 개호보험 도입으로 사회 복지 분야에 생긴 변화

개호보험 제도는 일본의 사회 복지 분야에 있어서 복지 서비스에 대한 일반인들의 견해와 개호서비스의 본연의 자세, 그리고 기초지방자치단체 행정의 본연의 자세에 대해서도 큰 변화를 가져왔다. 개호보험 제도의 창설은 일본의 사회보장 역사 중에서도 획기적인 사건이라고 평가할 수 있다.

(1) 복지 서비스의 개념을 바꾼다

개호보험 도입 전에는 방문개호나 특별양호노인흡입소와 같은 복지서비스는, 이를 필요로 하는 고령자(요원호고령자라고 부르고 있었다)에 대해서 행정 기관이 주는 서비스로서 자리매김해지고 있었다. 개호보험 도입에 의해 이러한 서비스는 이용자가 서비스 제공 기관을 선택해 스스로 이용하는 서비스로 변화하였다. 말하자면, 「행정기관의 혜택적인 복지」로부터 「이용자 주체의 복지」로 변화 하였다. 과거 복지서비스를 이용하는 사람은 저소득자나 독신자들에게 한정되고 있었다. 그러나 개호보험 제도 도입 후는, 고령자의 약 15%가 요지원·개호자이며, 약 12%의 사람

들이 개호서비스를 이용 하는 상황에 있다. 누구라도 필요가 있으면 이용한다고 하는 「일반적인 서비스」로 변화하였다.

(2) 개호 서비스의 제공 주체를 바꾼다

개호서비스의 제공 주체가, 과거 「시읍면 또는 시읍면으로부터 위탁을 받은 사회복지법인 중심형」에서 주식회사 등의 영리법인이나 농협, 생협, NPO(특정비영리 활동 법인) 등이 활발하게 참가하는 「서비스 제공 주체의 다원형」으로 바뀌었다. 개호보험 제도에서는 재택 서비스에 대해 일정 기준을 충족한다면 영리법인으로도 참가할 수 있도록 되었다. 영리 법인 등의 참가 인정으로 서비스의 양적 확대와 제공 주체간의 경쟁을 통한 서비스의 질 향상을 도모하게 되었다.

민간기업에서 볼 때 개호보험 제도의 도입은 새로운 「비즈니스 기회」 즉, 고령자를 소비자로 하는 새로운 서비스 시장이 만들어진 것으로 인식되었다. 예를 들어, 방문개호사업에 대해서는 전국 각지에 영업소를 설치하고 텔레비전이나 신문에서 광고를 하고, 주식을 공개하는 기업까지 등장하였다. 2003년 9월 현재, 전국 방문개호사업소 18,614개소 가운데, 영리 법인의 사업소는 50%를 차지할 정도로 증가하였다. 그 외에 영리 법인의 비율이 높은 서비스는 복지용구 대여 사업소(영리 법인이 전체에 차지하는 비율은 90%), 유료 양로원 등의 특정 시설입소자 생활개호사업소(74%), 치매 대응형 공동 생활 개호사업소(그룹 홈)(42%), 주택개호 지원사업소(29%)이다. 기초지방자치단체가 스스로 서비스를 제공하는 곳은, 시골과 같이 민간기업이 진출하기 어려운 지역을 제외하면 거의 없다. 또 과거 복지분야에서 중심적인 역할을 이루어 온 사회복지법인도 영리법인 등의 다른 사업주체와의 경쟁 속에서 사업의 효율적 운영이나 서비스의 질 향상에 노력하게 되었다.

(3) 서비스의 내용을 바꾼다

서비스 제공 사업자에게 있어서 서비스의 질 향상이 큰 테마가 되고 있어 「어느 사업주체에서도 비슷한 획일적인 서비스」로부터 「이용자의 심신의 상태에 따른 서비스」의 제공으로 바뀌고 있다. 개호보험에서는 서비스 사업자는 이용자와의 사이의 계약에 근거해 서비스를 제공한다. 서비스의 내용이 부족하면 이용자로부터 계약 위반으로서 시정이 요구된다. 서비스 사업자는 이용자의 기본적 인권을 충분히 존중하면서, 이용자로부터 평가받는 서비스를 제공하지 않으면 안 된다.

이러한 생각으로부터 개호보험 도입 후, 예를 들어 떨어지는 것을 방지하기 위해 고령자를 침대에 끈으로 붙들어매어 버리는 것 같은 신체 구속에 대해서는

원칙으로서 금지라고 하는 지도를 하고 있다. 혹은 특별 양호 노인홈의 방에 대해서도 2003년도부터 종래의 4인 거주 방과 같은 「집거형」으로부터, 개인의 프라이버시도 존중한 「개실·유니트 케어형」이 기본이 되고 있다. 이외 이용자의 불평 해결 시스템이나 서비스에 대한 제3자 평가 사업, 복지 서비스의 이용원조 사업 등이 새로운 구조도 제도화되고 있다.

(4) 기초지방자치단체 행정을 바꾼다

지방행정 분야에 있어도, 「국가 지시에 근거하는 획일적인 행정」으로부터 「지역의 특성에 응하면서, 주민도 참가하는 개호 행정의 전개」로 변화하고 있다.

기초지방자치단체는 주민참가의 개호보험 사업 계획 작성, 요개호 인정 업무, 보험료의 설정·부과·징수, 독자 사업의 실시 등, 주민의 의향을 반영하면서 개호보험 제도를 운영해 나가게 된다. 기초지방자치단체는 그 지역에 따라 특징 있는 개호보험의 운영을 실시하는 것이 가능하다. 개호보험 운영은 국가가 정한 것을 그대로 실시하는 것만으로 있던 종래의 복지행정과 그 성격이 크게 다르다. 시행 당초 「개호보험은 지방 분권의 시금석」이라고도 불리었다.

개호보험 제도의 검토 단계에 있어, 안심하게 주민이 생활할 수 있는 「복지 자치단체」의 창설을 목표로 28개의 시읍면장이 모여 「복지 자치단체 유니트」가 발족하였다. 그 후, 약 180 시읍면이 참가하기까지 확대했지만, 이에 참가한 시읍면은, 다른 지방 자치단체와는 달리 개호보험법의 제정 추진을 국민에게 호소하였다. 복지 자치단체 유니트의 시읍면 중에서, 독특하게 혹은 선구적인 개호보험 행정을 전개해 다른 시읍면의 참고가 되거나 전국적으로 이름을 알려지게 되거나 한 시읍면이 나타났다. 개호보험이 지방행정의 활성화를 재촉했다고 말할 수 있다.

또, 개호보험 제도 도입을 계기로 개호보건사업의 광역적인 운영이 피해지게 되었다. 예를 들어, 요개호 인정을 실시하는 개호인정심사회는, 지방 자치법상의 광역 연합이나 일부 사무조합 등의 구조를 활용해, 약 8할의 시읍면은 다른 시읍면과 공동으로 설치·운영을 하고 있다. 이렇게 함으로써 사무 경비의 절감이나, 전문위원의 확보가 용이해졌다. 게다가 보험자 운영 그 자체를 광역적으로 실시하는 곳도 나타났다. 2003년도로는, 39개의 광역 연합과 30개의 일부 사무조합 등이 조직 되고 있어 쉰 시읍면의 약 6분의 1이 광역적인 보험자 운영을 실시하고 있다.

4. 개호보험 개정에 있어서의 과제

(1) 심의회에서의 논의

개호보험 제도는 법률 부칙에서 시행 후 5년 내에 제도에 대한 전반적인 검토를 걸쳐 그 결과에 근거해 필요한 개정을 실시토록 되어있다. 따라서 2003년5월부터 후생노동성의 심의회에서 검토가 진행되고 있다. 재검토에 있어서의 과제는 개호보험법 제정 시점에서 향후 과제로 상정해 놓았던 것, 제도 시행 후에 새롭게 과제로 해 부상한 것, 그리고 타제도와와의 관련성으로 인해 검토해야 할 과제가 있다.

현재 심의회에서는 이하와 같은 사항에 관해서 논의를 진행하고 있으며 금년 7월부터 8월 무렵에 의견을 정리할 예정이다.

- ① 보험자의 자세
- ② 피보험자의 범위
- ③ 보험금부의 내용이나 수준
- ④ 서비스의 질의 확보
- ⑤ 요개호 인정
- ⑥ 보험료 부담
- ⑦ 타제도와와의 관계 등

(2) 개정의 있어서의 논점

수 많은 재검토 과제 중에서 특히 제도의 골격에 영향을 주는 것 등 논점이 되고 있는 사항에 대해 설명토록 하겠다.

(가) 피보험자의 범위의 확대

제1의 논점은 피보험자 범위의 확대에 대한 논의이다. 현행 제도에서는 40세 이상의 사람이 피보험자로 하고 있습니다만 문제를 내포하고 있다.

한나는 40세 이상 65세 미만의 제2호 피보험자는 65세 이상의 제1호 피보험자와 같은 보험료 부담을 하면서 보험금부는 거의 받고 있지 못하고 있다는 문제이다. 2002년도 제2호 피보험자 전체의 보험료 총액은 15, 383억엔 이지만, 보험금부액은 1, 300억엔에 지나지 않는다. 이는 제2호 피보험자가 개호보험으로부터 금부를 받게 되는 경우가, 15 종류의 특정 질병에 의한 요지원 상태로 한정되고 있기 때문이다. 한편, 제1호 피보험자 보험료 총액은 8, 060억엔 이지만, 보험금부는 45, 000억엔이 되고 있다. 일본의 개호보험은, 실질적으로는 「고령자를 위한 개호보험」이라고 하는 성격을 가지고 있다.

또 다른 개호보험 정착으로 보험금부가 증대함과 함께 보험료 부담도 증대하고 있다는 것이다. 기초지방자치단체로부터는 고령자의 보험료 부담이 너무 과도해 피보험자 범위를 확대하거나 국가 부담의 증대

를 통해 보험료의 인상을 완화해야만 한다는 의견이 나오고 있다.

피보험자의 범위를 「40세 이상」으로부터, 「30세 이상」또는 「20세 이상」으로 확대하는 것에 대한 의견도 대두되고 있다. 피보험자수가 증대하면 고령자의 보험료 부담은 완화하게 된다. 그러나 단지 보험료 부담만을 요구하는 것은 젊은 세대의 이해를 얻을 수 없기 때문에 이와 함께 제2호 피보험자 보험금부의 확대를 포함해 보험금부 대상을 확대하는 것을 검토할 필요가 있다.

이와 같은 논점은 개호보험 제도 도입 시 개호보험 금부대상에서 제외된 이른바 「청년 장애자(65세 미만의 장애자)」에 대한 개호보험 적용 문제와도 관련이 있다. 당시 생각은 청년 장애자에 대한 개호 서비스에 대해서는 기본적으로는 장애자 복지 분야의 문제라고 생각하였다. 다만, 그 후 장애자 복지분야에서도 장애자는 각종 복지서비스를 서비스제공 사업자와의 계약에 의해 이용한다는 「장애자지원비제도」가 2003년 4월부터 시행되게 되었다. 이에 따라 개호보험 적용 문제가 다시 대두되었다. 장애자지원비제도는 그 재원 전액이 국가 및 지방공공단체의 조세 재원에 의존하고 있는 것으로 서비스 이용량이 급속히 확대했을 경우 국가나 지방공공단체의 예산으로는 유연하게 대응할 수 없는 문제가 등장하였다. 이런 문제에서 「청년 장애자」 개호서비스에 대해 장애자지원비제도가 아닌 개호보험 제도로 대응하는 것에 대한 의견이 지방자치단체 관계자로부터 대두되었다.

본인은 이 문제에 대해서는 장애가 있는 사람도 장애가 없는 사람과 같게 사회 생활을 보내는 것이 바람직하다고 하는 「노멀라이제이션」의 이념에서 청년 장애자도 피보험자로서 개호보험료를 부담한다면, 개호서비스도 개호보험으로부터 금부를 받는다고 하는 것이 당연하지 않을까라는 의견을 가지고 있다. 다만 청년장애자에 대한 요개호 인정 기준이나 케어매니지먼트 기술을 개발할 필요가 있고, 개호보험 금부만으로는 불충분한 증증 장애자에 대해서 개호보험 금부와 조합한 조세 재원에 의한 금부가 필요한 것 등 좀더 시간을 들여 실제로 실시 가능한 구체적인 구조를 검토해 갈 필요가 있다고 생각하고 있다.

(나) 개호보험 재정의 안정적 운영

두번째 논점은 개호보험 재정을 안정화 시켜 장래에 걸쳐서 지속 가능한 제도로 정착토록 하는 것이다. 개호서비스 이용량 증대에 동반해 개호보험 금부가 증대하고 있다. 이와 같은 추세로는 국가나 지방공공단체의 부담, 피보험자 보험료 부담이 증대해 결국에는 개호보험 재정이 과탄하는 것은 아닌가라는 소리가 지방자치단체 관계자로부터 들리고 있다.

보험재정의 안정을 위해서는 보험급부 증대의 억제나, 보험료 수입이나 공비부담 증대라고 하는 정책을 고려할 수 있다. 전술한 바와 같이 피보험자 범위 확대는 보험료 수입 증대를 가져온다. 다만, 청년장애자에 대한 개호 서비스를 개호보험 적용한다면 그 만큼 개호보험 재정 부담이 확대된다. 청년장애자에 대한 개호비용은 2003년도의 약 7,000억엔이 소요되었다.

보험급부 증대를 억제하는 방법으로는 시설서비스에 있어서 이용자 부담의 재검토를 들 수 있다. 개호보험 제도의 창설 이념으로서 「재택 생활의 중시」가 있지만, 실제로는 시설서비스에 대한 요구가 강해지고 있다. 재택서비스 이용자 이용액은 월액 8.9만엔이지만, 시설 서비스 이용자의 이용액은 월액 35.4만엔에 이르고 있다. 이 결과, 피보험자중에서 시설서비스 이용자가 많은 시읍면이나, 고령자 인구에 비해 개호보험 시설의 정원수가 많은 시읍면에서는 피보험자 일인당의 보험급부비가 높아 그 결과 보험료 부담도 높아지고 있다. 가장 보험료가 높은 곳의 보험료는 1인당 월 5,940엔으로 가장 저렴한 곳의 3.3배가 되고 있다.

따라서, 보험재정을 안정화 하기 위해서는 시설서비스에 대한 과잉요구를 억제할 필요가 있다. 현 상태로서는, 시설입소자는 보험급부의 10%와 식비의 일부 부담만하기 때문에 재택생활 보다 생활비가 싸진다. 따라서 시설입소자에 대해서 이른바 호텔 코스트(방세나 광열비 등)을 징수하는 등, 이용자 부담의 재검토를 실시해 재택 생활과의 공평을 꾀할 필요가 있다.

또한 보험급부의 적정화를 꾀할 필요가 있다. 예를 들어 요지원 대상자에 대해 월차나 특수 침대의 대여라고 하는 서비스를 하고 있지만, 스스로 보행하는 의욕을 제한하는 등 오히려 요개호도를 악화시켜 버리고 있다고 하는 연구 결과가 있다. 이러한 쓸데없는 보험급부를 제한함과 동시에 케어 매니저에 의한 적절한 개호서비스 계획의 작성이 필요하다.

게다가 최근에는, 지정 기준을 채우지 못한 사업자에 의한 보험급부 신청, 가공의 서비스 실시에 의한 허위 보험급부 신청 등, 사업자로부터의 부정청구 사례가 증가하고 있다. 각 지방자치단체에서는 사업자에 대한 지도 강화나 종사자에 대한 교육·연수의 강화가 필요하다.

(3) 보험급부의 내용이나 수준

세 번째 논점은, 보험급부의 내용이나 수준에 관한 것이다.

보험급부 범위를 기본적인 부분으로 한정해야 하는 것이라고 하는 의견이 있는 반면, 반대로, 보험급부

속, 식사배달서비스나 이동 지원서비스를 추가하는 편이 좋다고 하는 의견도 있다. 또 이용자 부담에 대해서 현재의 1할 부담에서는 이용자의 부담액이 너무 싸기 때문에 서비스의 과잉이용으로 연결되기 쉬운바, 서비스 이용에서의 코스트 의식을 환기시키기 위해, 2할 또는 3할 부담으로 증가시켜야 한다는 지적이 재무성의 심의회로부터 대두되고 있다.

원래 건강한 고령자를 늘리고자 하는 것이 개호보험의 이용 억제로 연결되는 것이므로 고령자의 건강 만들기나 개호예방의 적극적인 추진이 중요하다. 기초 지방자치단체는 요양 대상자 뿐만이 아니라, 「요양 간호자 예비군」이기도 한 요지원자나 일반의 고령자에 대한 개호 예방사업 예를 들어 근력 트레이닝 등과 같은 운동사업을 추진해 가는 것이 중요하다. 후생노동성에서도 「개호 예방·지역 지원 사업」으로서 지자체가 실시하는 개호예방 사업을 지원하고 있다.

보험급부의 수준에 대해 요개호도별 개호보험 지급 한도액 수준을 어느 정도로 설정하는지 하는 문제는 보험재정과와의 관계에 있어서도 중대한 과제이다. 일본의 경우 독일 개호보험보다 대체로 높은 수준으로 설정하고 있다. 이는 요개호도별로 필요 충분한 개호서비스를 이용할 수 있는 급부 수준으로서 지급 한도액을 설정했기 때문이다. 그 결과 예를 들어, 요개호도 5의 경우 재택서비스는 월 약 36만엔까지 이용할 수 있다. 이는 연간으로는 430만엔에 이른다. 월 3,200엔, 연간 38,000엔 전후의 보험료로 이만큼의 보험급부를 받을 수 있는 것은 이용자에게 있어서는 매우 기쁜 일이지만, 보험재정에 있어서는 피보험자 100명 이상의 보험료에 해당하는 부담이 된다. 한편, 독일 개호보험 제도에서는, 기본적으로 요개호도별 보험급부액은 보험재정으로 대응 가능한 수준으로 설정한다. 이 금액을 넘는 이용에 대해서는 이용자 자기 부담이 된다. 시설 서비스의 경우, 실질적으로는 5할 정도의 급부율이라고 말하고 있다.

한국의 개호보험 제도를 구축에 있어서 개호보수의 수준이나 요개호도별 지급 한도액은 보험재정에 직접적인 영향을 미치므로 신중하고 면밀하게 논의를 해야 한다.

마지막으로 본인은 원래 개호분야에 있어서는 가족이나 지인, 자원봉사라고 하는 「비공식적」인 사람들의 노동이 중요한 역할을 이루고 있다고 생각하고 있다. 개호보험 제도를 도입한다면, 이러한 가족 사이의 「무상 노동」에 대해서도 정당하게 평가를 해주어야 하지 않을까 하는 생각을 가지고 있다. 요개호자 본인도 가능하면 완전히 타인의 개호보다 가족이나 아는 사람으로부터의 개호를 받는 것을 바라는 사람이 많다고 생각한다. 가족에게 개호를 강제하는 것은 문제이지만,

가족이 스스로 개호를 하는 경우에는 일정한 조건(예를 들어, 홈 헬퍼의 자격을 가지는 것 등)을 부여한 후, 개호수당과 같은 현금을 지급한다고 할 방법이 바람직한 것이라고 생각하고 있다. 그렇게 함으로써 사회 전반적인 개호 코스트를 경감할 수가 있다. 일본에서는 검토 단계에서 개호수당에 대해서는 반대론이 강하여 제도화되지 않았지만, 독일에서는, 제도 초기부터 현물급부와 현금급부의 2체제가 양존하고 있다. 독일에서는 현금 급부에 대해 높은 평가를 하고 있으며, 또, 현금급부로 인해 개호서비스 분야에 문제가 발생했다는 일은 들어본 적이 없다. 개호를 사회전체를 지지해 간다고 하는 개념에서 본다면 외부 사업자의 서비스나 가족이나 지인에 의한 서비스도 같은 내용의 서비스이면, 똑같이 평가를 해야 한다고 생각한다.

日本の介護保険 －4年間の成果と課題－

2004年5月
国立保健医療科学院
福祉サービス部長
増田 雅暢

1

目 次

- I 施行後4年間の状況
- II 介護保険導入にあたって苦労した点
- III 介護保険導入により社会福祉分野などに
生じた変化
- IV 介護保険見直しにあたっての課題

2

I 施行後4年間の状況

1 被保険者数の推移

○ 第1号被保険者数は、3年半で12%増。第2号被保険者数は2%減

	2000年	2001年	2002年	2003年
第1号被保険者(65歳以上)	2,165 (218)	2,247 (249)	2,322 (292)	2,420 (358)
第2号被保険者(40~65歳未満)	4,308	4,282 (9)	4,265 (11)	4,211 (13)

(注1) 第1号被保険者は各年4月末(2003年は10月末)、第2号被保険者は各年度の見込み値

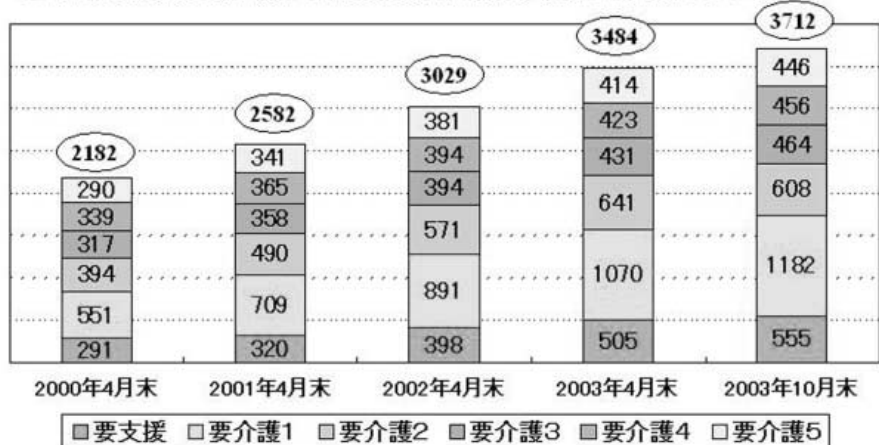
(注2) ()内は、各年4月末現在の要支援・要介護者数。2003年は10月末、2000年は1号と2号の合算の数値

2 要支援・要介護認定者数の推移

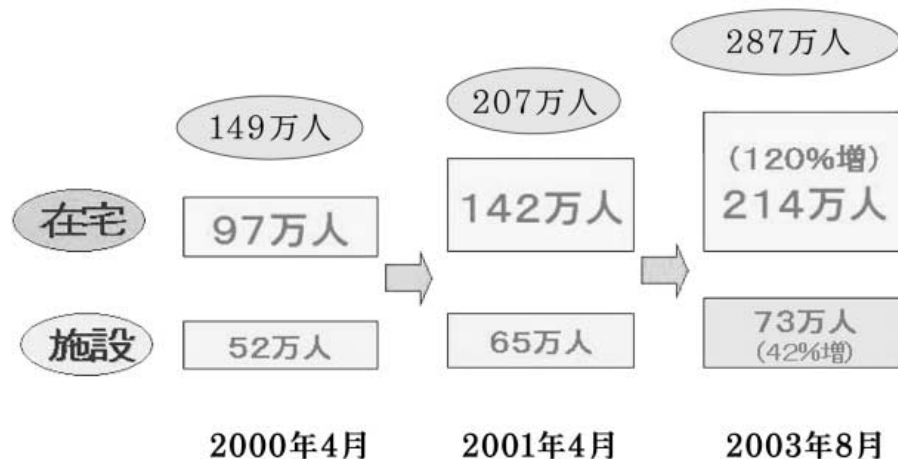
○要支援・要介護認定者数は、3年半で153万人増加(70%増)

○65歳以上では、358万人(被保険者の15.0%)

○特に、要支援・要介護1の認定を受けた人が大幅に増加(106%増)

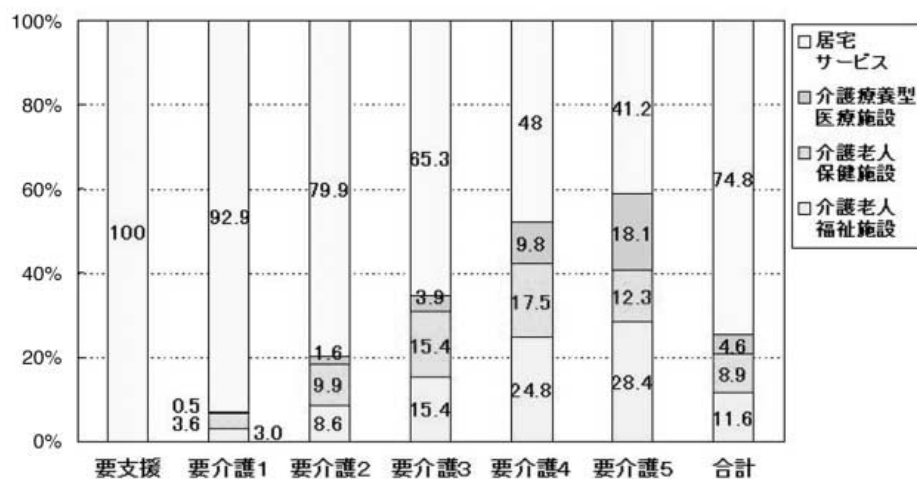


3 介護サービスの利用者数の推移



(出典)介護保険事業状況報告

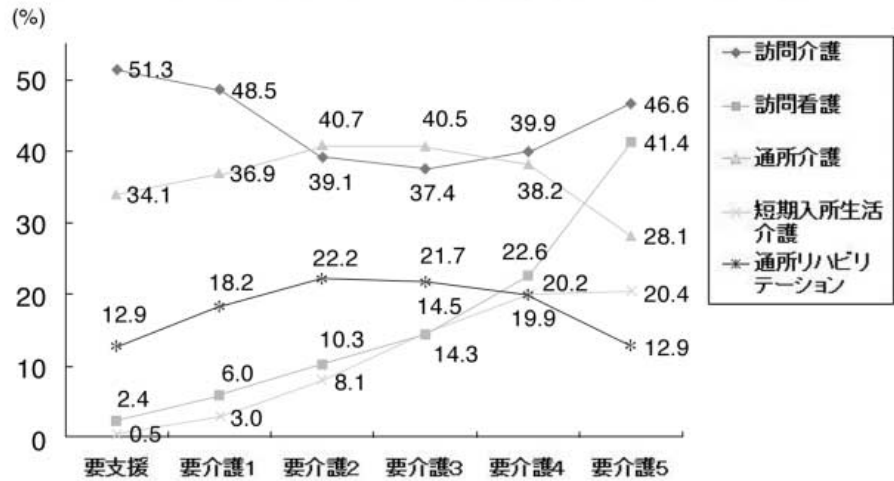
4 要介護度別にみた在宅・施設サービスの利用状況



(出典)介護給付費実態調査月報(2003年10月審査分)

5 要介護度別にみた在宅サービスの利用状況

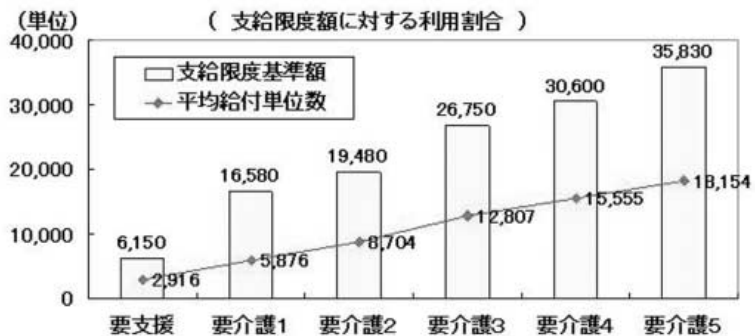
(要介護度別の在宅サービス利用者総数に占める各サービス利用者の割合 単位%)



(出典)介護給付費実態調査月報(2003年10月審査分)

6 在宅サービス1人当たりのサービス利用法

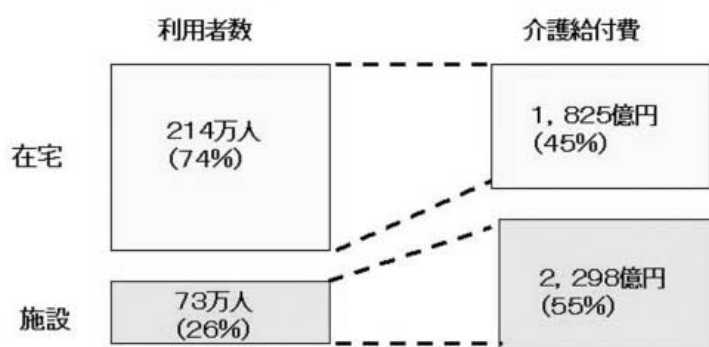
- 1人当たりのサービス利用額は、要介護度に応じ比例的に増加。
- 支給限度基準額に対する利用割合は、おおむね4割程度。



	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均利用率	47.4%	35.4%	44.7%	47.9%	50.8%	50.7%

(出典)介護給付費実態調査月報(2003年10月審査分)

7 在宅及び施設サービスの利用者数及び介護給付費（1か月）

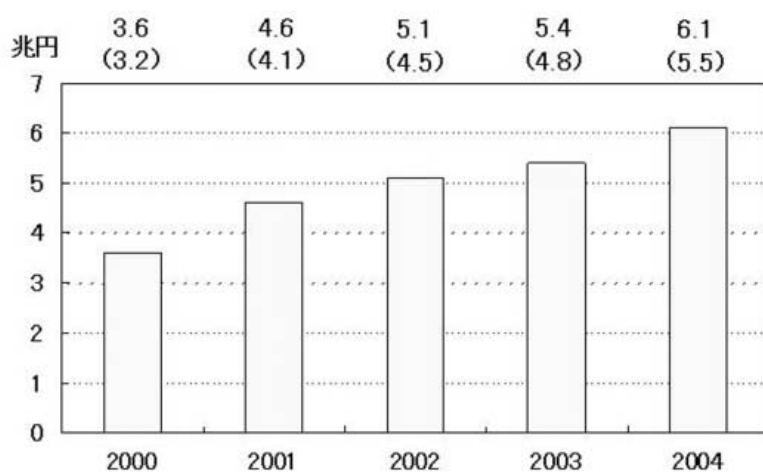


(注) 在宅サービス利用者の1人あたり1か月平均利用額は、約89,000円、施設サービス利用者の場合は、約354,000円(2004年1月審査分)

(出典) 介護保険事業状況報告、介護給付費実態調査月報

9

8 介護費の状況



(注) 介護給付費と利用者負担額を合計した金額。()内は介護給付費。
2000年度(11か月分)、2001年度及び2002年度は決算ベース。
2003年度及び2004年度は予算ベースの数字。

10

9 保険料の変化

○第1号被保険者

(全国平均)

(2000年度から02年度)

月額 2,911円

(2003年度から05年度)

月額 3,293円(13.1%)

○第2号被保険者

2000年 月額 2,629円

(年額 28,915円)

2001年 月額 2,702円

(年額 32,425円)

2002年 月額 2,918円

(年額 35,019円)

2003年 月額 3,043円

(年額 36,515円)

2004年 月額 3,472円

(年額 41,665円)

(注)第1号被保険者の保険料は、市町村ごとに、第2号被保険者の保険料率は、各医療保険者ごとに異なる。政府管掌健康保険の場合、保険料率は、総報酬の1.11%。

10 介護保険に対する評価

「介護保険制度を評価しているか」との問いに対する回答

(読売新聞世論調査 2003年9月11日朝刊)



II 介護保険導入にあたって苦労した点

11 国(厚生省)における準備作業

- (1) 300の事項を確定するための法律施行令や省令の作成
- (2) 要介護認定基準の作成や要介護認定方法の検討
- (3) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資格要件の確定と資格試験の要領作成、試験の全国実施
- (4) 保険料の賦課基準や徴収方法の設定
- (5) 老齢年金から保険料を天引きする方法の構築
- (6) 介護サービス事業者や介護保険施設の指定基準の作成
- (7) 市町村の介護保険事業計画の策定指針づくり
- (8) 介護報酬の設定

13

12 市町村(保険者)の準備作業

- (1) 住民に対する説明会の実施
- (2) 被保険者管理に関する事務(被保険者台帳や被保険者証の交付など)
- (3) 介護認定審査会の設置
- (4) 要介護認定の実施のための準備(モデル事業の実施など)
- (5) 市町村介護保険事業計画の作成
- (6) 保険料の賦課・徴収に関する事務
- (7) 介護保険特別会計の設置に関する事務
- (8) 条例や規則の制定事務

14

Ⅲ 介護保険導入により社会福祉分野に生じた変化

13 介護保険導入により生じた変化

- (1) 福祉サービスの概念を変える
「行政機関の恩恵的な福祉」から「利用者主体の福祉」へ
- (2) 介護サービスの提供主体を変える
株式会社等の営利法人も参入する「サービス提供の多元型」へ
- (3) サービスの内容を変える
「画一的なサービス」から「利用者の心身の状況に応じたサービス」へ
「サービスの質の向上」へ(身体拘束の禁止、個室・ユニットケア型の特養ホーム、苦情解決システム、第三者評価など)
- (4) 市町村行政を変える
「国の指示に基づく画一的な行政」から「地域の特性に応じた住民参加の行政の展開」へ／介護保険事業の広域的運営へ

15

Ⅳ 介護保険見直しにあたっての課題

14 介護保険見直しにあたっての課題

- 社会保障審議会介護保険部会における検討課題
 - (1) 保険者のあり方
 - (2) 被保険者の範囲
 - (3) 保険給付の内容や水準
 - (4) サービスの質の確保
 - (5) 要介護認定
 - (6) 保険料の負担のあり方
 - (7) 他制度との関係等

16

15 主な論点

- (1) 被保険者の範囲の拡大
- (2) 介護保険財政の安定的運営
 - ・保険給付費増大の抑制(在宅と施設との間の負担の公平、保険給付の適正化、不正請求の防止など)
- (3) 保険給付の内容や水準
 - ・保険給付の範囲の見直しや新たな給付の検討
 - ・一部負担の割合の見直し
 - ・痴呆性高齢者に対する介護サービスのあり方
 - ・介護報酬や支給限度額の水準

17

16 第1号被保険者と第2号被保険者

	人数 (千人)	要支援・ 要介護者	保険料 (億円)	保険給付 額 (億円)
第1号被 保険者	23,934 (36%)	3,324 (96%)	8,063 (34%)	45,014 (97%)
第2号被 保険者	42,645 (64%)	121 (4%)	15,383 (64%)	1,247 (3%)
合計	66,579	3,445	23,446	46,261

(出典)平成14(2002)年度介護保険事業報告

18

17 被保険者の範囲

○被保険者の範囲を、現行制度の「40歳以上」から「20歳以上」などに引下げるか



(課題)

(1) 第2号被保険者の保険給付適用範囲の拡大

(2) 障害者支援費制度との統合

- ・支援費制度とは、障害者は市町村に対して支援費の支給申請を行い、市町村の支給決定を受けて、都道府県知事が指定する事業者・施設のサービスを選択し、利用する仕組み
- ・訪問介護、デイサービス、ショートステイなど、介護保険と同様のサービスが対象

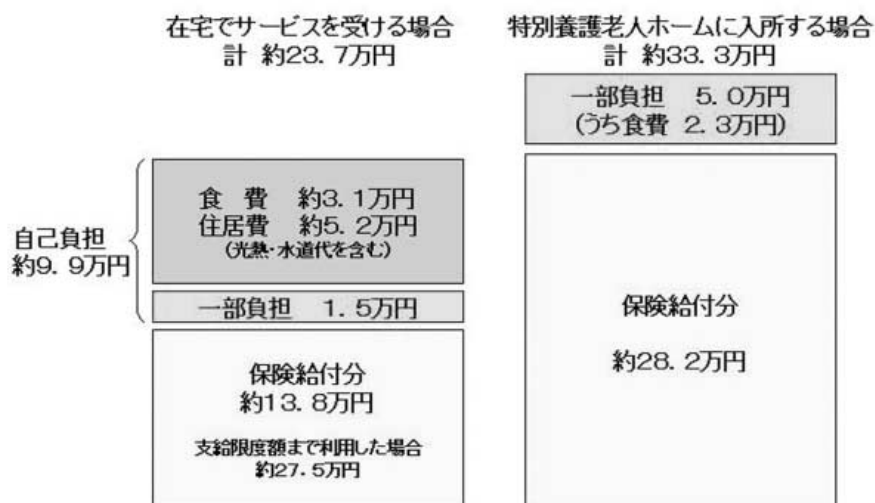
19

18 2004年度予算案における費用負担構造

第一号保険料(18%)	9,813億円	} 保険負担(50%) 27,258億円
第二号保険料(当該年度分)(32%)	17,445億円	
国庫(再掲)	4,087億円	
国(20% 負担金)	10,903億円	} 公費負担(50%) 27,258億円
国(5% 調整交付金)	2,726億円	
都道府県(12.5%)	6,814億円	
市町村 (12.5%)	6,814億円	
介護給付費	計 54,515億円	

20

19 在宅と施設の費用負担の比較



(注)単身の要介護4の高齢者について比較したものの。

21

20 高齢者の健康づくりや介護予防の推進

○高齢者のうち、要支援・要介護者は358万人

(2003年10月末)。65歳以上人口の15%

最近では、要支援・要介護1という要介護度が低い人たちが急増

○健康づくりや介護予防の重要性:①要介護者にならない、②要介護度の進展を遅らせる、③要介護度を軽くする



○老人保健事業(高齢者の健康づくり)の推進

○介護予防・地域支え合い事業の推進

転倒骨折予防教室(2004市町村で実施)、IADL(日常生活関連動作)訓練事業(558市町村で実施)、筋力トレーニング教室など

22

21 支給限度基準額の日本とドイツの比較
(在宅サービスの場合)

日 本	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	61,500	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
ド イ ツ				要介護 度Ⅰ	要介護 度Ⅱ	要介護 度Ⅲ
				49,920	119,730	186,160

(注)単位は円。ドイツについては現物給付の限度額を1ユーロ=130円で算定。なお、要介護度Ⅲの
対象者のうち、特に過酷なケースについては、月額249,340円までの支給が認められている。

Session 2

일본개호보험 인정시스템 구조

쯔쯔이 타카코

Takako Tsutsui

(일본국립보건의료과학원 복지서비스부 복지매니지먼트실장)



Tsutsui Takako

現: 일본국립보건의료과학원 복지서비스부
복지매니지먼트실 실장

▶ 주 요 학 력

1992 ~ 1995 니혼대학교, 과학기술대학원 건축학과 공학 박사
1989 ~ 1991 일본사회사업대학, 사회과학대학 사회복지학과
사회학 석사
1986 ~ 1988 쓰쿠바대학교, 교육학 석사과정 교육학 석사

▶ 경 력

2000 ~ 현재 국립보건원, 보건복지서비스부 실장
1997 ~ 2000 국립보건서비스관리원, 건강관리재정부 연구위원
1995 ~ 1999 일본국립사회복지 개호보험 위원회, 연구원
1994 ~ 1997 국립보건원, 보건행정부 연구원
1994 ~ 1996 국립보건서비스관리원, 건강관리재정부 연구원
1993 ~ 1996 일본사회사업대학, 강사

▶ 수 상 경 력

2001 Kawai Memorial Award
(보건, 보험, 연금 통계 연구에 정진한 올해의 우수연구
수상)
2000 SONPO JAPAN Award
(Sonpo 재단에서 사회서비스 및 행정 관련
올해의 우수 과학연구 수상)
1995 Hitoshi Yoshimura Award
(보건사회보장보험에 대한 공공정책 및 행정을 연계한
우수연구를 수행한 떠오르는 연구자 수상)

▶ 연구논문 및 저서

입문 개호서비스매니지먼트(1998)
케어서비스 매니지먼트(1999)
요보호육구 인정프로그램의 이해를 위한 가이드(1999)
개호보호 관리와 서비스의 전략(2001)
개호서비스론 케어의 기준화와 가족개호의 장래(2001)

일본개호보험 인정시스템 구조

(일본 개호보험 인정시스템의 발전의 배경과 미래를 위한 이슈)

쯔쯔이 타카코

(일본국립보건의료과학원 복지서비스부 복지매니지먼트실장)

1장: 일본개호보험 인정시스템 연구의 배경

“일본개호보험 인정시스템”은 개호보험이 도입된 2000년에 시작되었다. 이 인정시스템은 일본에서 개호보험을 통해 개호(장기요양보호)를 제공할 수 있는 필수적인 역할을 하며, 많은 사람들의 노력을 통해 개발되어 수립되었다.

이 새로운 시스템은 일본의 개호시설에 많은 변화를 불러일으켰다. 첫째, 과거 일본에는 “양질의 개호서비스”를 판단할 수 있는 객관적인 평가 기준이 없었다. 하지만 개호보험 인정시스템은 개호서비스 평가를 할 수 있는 좋은 기회를 마련했다. 둘째, 개호보험 인정시스템을 구성하는 데이터는 임상적인 차원에서 개호 제공하며 일본의 개호시설에 대해 잘 아는 전문가들이 수집한 것이다. 엄청난 양의 데이터를 통계학적인 방법을 통해 분석했고 이 시스템은 이 분석의 결과에 기반 되어 구성됐다. 이 과정을 통해 과거에 임상적 개호시설에서 경험과 직관에 기반한 개호에서 과학적인 접근방법을 통한 개호로의 변화가 일어났다. 이러한 변화는 일본에서 경험적인 증거에 기반한 개호접근방식을 뿌리내리게 하는데 필수적이었다. 셋째, 이 데이터를 사용해서 형성된 컴퓨터 시스템은 1995년과 1998년 사이 일본의 개호 시설의 분석의 결과에 기반 되어 수정되었다(“노인대상 개호시스템 도입을 위한 지원운영 또는 모델 운영”으로 언급됨). 경험적인 연구에 기반해서(전체적으로 이 조사는 개호를 받는 20 만 명의 노인들을 대상으로 함) 그 이후부터

개호에 대한 정책을 고려할 때는 반드시 경험적인 데이터에 기반한 증거가 제시될 필요가 있다는 원칙이 세워졌다.

증거에 기반하여 시스템을 고안하는 연구방법은 개호보험시스템에서 시작하였기 때문에 이러한 원칙의 수립은 일본 노인건강관리 및 복지 행정과 관련 분야 종사자들에 있어서 특히 중요한 전환점이 되었다. 불행하게도 일본 의료 시스템에서 증거에 기반하여 시스템을 고안하거나 의료 치료의 보상을 결정하는 메커니즘이 성립되지 않았기 때문에 이러한 상황은 결과적으로 최근에 일어나는 중앙 사회보험 의료위원회(Central Social Insurance Medical Council)의 부패 등 심각한 문제를 일으키게 되는 것이다. 일본에서는 의료 치료 보상은 일본 후생노동성의 자문 단체인 중앙 사회보험 의료위원회가 결정한다. 이 자문 단체는 의료서비스 보상 개정 (의사, 병원과 약국이 의료 보험에서 받는 보상) 등을 논의하며, 이런 논의를 요약해서 일본 후생노동성에 보고서를 제출한다. 중앙 사회보험 의료위원회에는 총 20명의 회원이 있는데, 의료서비스 보상을 지불하는 8개의 대표기관 (일본의료보험사회협회, 기업 조직과 사회 보험청) 과 보상을 받는 8개의 대표기관 (의사, 치과의사, 약사 조직들), 4명의 대학 교수와 그 이외에도 10명의 상설 위원회 회원으로 구성되어 있다.

중앙 사회 보험 의료 위원회 내에서 일어난 사건으로 4월 14일 일본 도쿄 검찰청은 5명을 체포하였다.

일본치과협회 회장을 뇌물을 준 혐의로, 일본건강보험사회 부회장과 전 사회보험청의 사무총장 등 중앙사회 보험 의료 위원회의 두 명의 회원등은 뇌물수수 혐의로 체포되었다. 검찰청에 따르면 일본치과협회 회장은 의료 서비스 보상 개정에 대한 논의시 일본치과협회에 유리하게 증언하는 대가로 위원회 회원들에게 330만엔에 달하는 현금과 금품을 제공했다고 한다.

뇌물 사건이 공공 기관인 중앙 사회 보험 의료 위원회에서 일어났으며, 뇌물 수수 혐의를 받은 사람들이 일본 후생노동청 전직 고위관료이기 때문에 만약 이 혐의가 사실로 밝혀진다면, 일본 국민들의 국가 의료 개호 행정에 대한 신뢰를 상당부분 실추시킬 것이다.

이 사건의 배경 역시 일본 의료시스템의 의료서비스가 경험적인 데이터에 기반한 서비스 평가를 하지 않고 관련 기관의 논의에 기반한 의료 서비스를 평가하는 역사와 관련이 있다. 특히 전 사무총장과 정치적인 압력을 행사하는 일본치과협회의 공모로 이러한 사건이 벌어졌다. 만약 개정을 위하여 경험적인 데이터에 기반해서 의료서비스를 보상하는 매커니즘이 있었다면 이런 애석한 상황이 일어나지 않았을 수도 있다.

일본에서 운영되고 있는 모든 개호보험 인정시스템에 있어서 개호보험 인정을 받는 노인들과 노인에게 제공되는 금액에 대한 데이터를 모두 수집하는데, 이러한 데이터는 개호서비스 보상에 대한 개정에 있어서 매우 중요하다. “이 데이터에 기반하지 않은 채 더욱 많은 보상을 바라는 정치적인 압력 단체의 요구에 불응하는” 원칙이 세워졌고 첫번째 개정을 통해 보상액이 감소되었다.

최근에는 이 데이터 분석 결과에 따라 노인들의 개호수준의 변화를 예측하는 메커니즘 등을 고려하자는 움직임이 있다. 이 자료의 발표를 통해 개호서비스의 보상과 관련된 과정을 점진적으로 설립하자는 논의가 일어나고 있으며, 의료치료 의 보상과 관련한 개정과 같이 경험적으로 축적된 데이터에 기반하지 않은 논의는 일어날 가능성은 거의 없다.

이런 측면에서 개호보험 인정시스템은 일본의 노인 대상 개호행정뿐만 아니라 의료시스템과 다른 행정부분에까지 영향을 미치고 있다. 이는 개호인정시스템이 다음과 같이 수 차례의 실험을 통해 만들어진 탄탄한 모델을 사용하기 때문이다.

이 논문에서 우리는 작성자의 근본적인 연구가 행해진 1990년대 초부터 시작한 주요 개호 보험 인정시스템의 역사에 대해 논의하고 인정시스템의 현황도

언급할 것이다.

2장: 개호 보험 인정 시스템을 구성하려는 노력-RUG III의 실패

1990년대 전반부에 미국의 몇 지역에서 쓰이는 MDS-RAPs 방식이 일본에 도입될 수 있을지에 대한 조사가 진행되었다. 이 방식은 “RUG (Resource Utilization Groups: 자원 활용 그룹) III,”이라고 불리는데 비용(“자원 활용”이라고 표현)을 목표 변수로 활용하는 분류 방법이다. 즉 분류를 위해 사용되는 지수는 시설의 자원 활용도이다.

구체적으로 봤을 때 이 방식에서 쓰이는 44개의 카테고리에는 다음의 일곱 가지 조건과 결합한 개호 수준으로 표현된다:

- 1) “특별 재활 프로그램”의 빈도: 적어도 일주일에 3번 전문가가 재활 프로그램 제공
- 2) 광범위한 서비스: 호흡기나 다른 비교적 높은 수준의 의료용 도구 사용
- 3) 특별 개호: 상해나 질병으로 활동을 하지 못해서 행해지는 의료 개호나 치료
- 4) 임상적으로 복잡함: 의료 치료를 요하며 광범위한 개호 범위
- 5) 손상된 인지
- 6) 행동 장애
- 7) 신체 기능 제한

조건1) 은 개호와 가장 밀접하게 연관되어 있으며, 다음으로 2) 광범위한 서비스에 이어 3) 특별 개호순이다. 다시 말해 개호욕구가 증가할수록 숫자는 줄어든다.

이 그룹은 노인의 상태와 이미 제공되는 서비스의 양에 따라 개호의 수준을 구분하려고 시도한다. (예: 의료 개호나 재활). 1)-7) 카테고리는 플로우차트에 나와있고 1)번 문항인 “재활의 빈도”가 분류에 가장 큰 영향을 미친다. 미국에서는 노인들의 개호 분야에서 “재활”을 넓게 받아들이는 현상이 이를 부분적으로 반영하며 일본과 비교했을 때 재활 치료사들의 봉급이 훨씬 높다는 사실과도 연관되어 있을 수 있다.

하지만 조사의 결과에 따라 일본의 상황은 미국과는 매우 다르고 이런 카테고리는 일본에서 현실적으로 쓰일 수가 없다는 결론을 도출하게 되었다. RUG III 는 필요 개호 수준은 이미 제공되는 서비스의 양에 큰 영향을 받는다는 점에서 합리적인 시스템이다. -예를 들어 의료 개호, 재활 혹은 간호-하지만 불행하게도 이런 카테고리는 일본의 상황과 일치되지 않는다.

예를 들어 일본 노인 개호의 실질적인 사례에서와 같이 개호는 의료개호나 간호에 기반한 것이 아니라 그 당시에 공인 받는 전문가가 아닌 사람들이 제공한 위생과 다른 개인개호에 기반하고 있다. 결과적으로 제공되는 개호가 의료나 간호 전문가들이 참여하는 의료, 간호나 재활 프로그램에 기반하는 경우는 매우 드물기 때문에 RUG III 가 미국에서 사용되고 있지만 일본에서 이 시스템을 그대로 도입하는 것은 불가능했다.

3장: 사회적, 문화적인 배경을 반영하는 일본 개호보험 인정시스템 필요

이제 개호보험 인정시스템과 관련하여 다른 나라에서는 개호인정시스템의 형식으로 어떠한 접근방식을 갖는지 살펴볼 것이다. 미국에서는 비용이 분류의 기준으로 사용된다. 일본 전에 개호보험시스템을 도입한 독일은 다음과 같은 접근방식을 사용한다: “개호의 상태는 평상시에 특정한 일을 할 수 있는 능력이 제한되거나 상실된 상황에 기반해야 한다. 개호 상태에 대한 판단 기준은 일상생활에서 과업을 수행할 수 있는 능력에 기반되어야 하며, 질병이나 (예: 암, 에이즈) 장애(마비나 시각/청각 장애) 등 상황의 심각성에 기반해서는 안 된다.”

독일에서 개호 정도의 판단은 과업을 수행할 수 있는 능력에 기반해 있다. 앞서 말한 바와 같이 “개호요구 분류”는 각 나라마다 다른 특성이 있으며, 한 나라에서 적합하다는 평가를 받는 방식이라도 “그대로” 다른 나라에 적용하기는 어렵다. 개호와 관련된 문제들의 배경은 나라에 따라 매우 다른데, 이는 가족과 지역사회와의 관계와 건강, 의료와 복지서비스가 제공되는 상황에 따라 다르다. 과거 노인들을 위한 개호가 비공식적인 관계에 의존했기 때문에 이런 개호가 국가적인 특성과 문화적인 배경에 따라 많은 영향을 받을 것이라는 예측을 할 수 있다.

일본에서 개호 분류를 위해 쓰인 방식은 실제 개호의 모습에 대한 과학적인 분석에 기반 되어 있었으며, 더욱 나은 개호를 제공하는 방식의 연구가 뒤따랐다. 여기서 쓰인 접근방식은 노인의 신체를 분류하는 것이 아니라 노인이 필요로 하는 개호의 양 (시간)을 분류하는 것이 었다. 이 접근방식이 새로웠기 때문에 임상 분야에서 일하는 사람들이나 이 분야에 해박한 지식과 경험이 있는 사람들의 이해를 구하기가 힘들었다. 그럼에도 불구하고 개호보험시스템 준비위원회를 운영하는 담당자들은 이것을 이해하고 관련된 연구를 지원했다.

되돌아 보면, 이 연구의 가장 훌륭한 부분은 당시 일본의 개호 시설로부터 실제적인 데이터를 수집하고

분석하려는 지속적이고 끈질긴 의지였다. “노인들이 필요로 하는 개호시간 (개호인정을 위한 표준시간)”을 분류하는 접근의 기본이 된 이 데이터는 일본의 실제 개호 시설에서 측정된 개호시간에 대한 데이터를 기반으로 한 것이다. 또 하나의 중요한 요소는 이 데이터가 수집된 개호시설이 양질의 서비스를 제공하는 병원, 요양원 및 시설 등 다양한 단체가 추천한 매우 뛰어난 개호시설이 선택되어졌다는 것이다.

훌륭한 개호시설은 개호의 세부사항과 시간을 기록하면서 일상 활동을 행한다고 단정할 수 있으며, 어느 정도까지는 개호를 받고 있는 노인의 상태와 특수한 상황까지 고려해서 제공될 것으로 기대되었다. 즉, 개호는 지속적으로 노인들의 신체 상태를 지표로 사용하여 이것을 기반으로 제공되는 것이다. 개호보험 시스템인정의 기반을 형성하는 데이터는 여러 신체 상태에 따른 개호를 측정 한 결과다. 측정된 데이터는 “특정한 개호 활동 시간” 형태로 표출 됐고 이 데이터는 자연스럽게 노인의 신체 상태를 반영한다. 우리는 표준화된 결과에에 기반한 개호수준에 따른 비용 지불이 동일한 수준에 도달하는 것으로 생각하였다.

이 시스템이 처음 시행되었을 때 몇몇 사람들은 인정 분류가 노인의 임상적인 상태를 반영해야한다는 의견을 제시했으나 이제는 개호보험 인정시스템에 따라 특정한 개호 활동에 필요하다고 생각되는 시간에 따라 - 즉, 특정한 개호 서비스를 제공하기 위한 시간 - 반영되어야 한다는 인식이 더욱 확산되고 있다. 일본 개호보험시스템에 있어서 개호보험은 현금이라 실질적인 개호서비스로 제공된다. 결과적으로 관계자들은 특정 노인을 위해 필요한 개호보험 인정의 측면에서, 가장 중요한 정보는 “노인은 과연 어떤 종류의 개호 서비스를 얼마나 필요로 하는가” 이라는 사실을 점차 이해하고 있다.

그럼에도 불구하고 현재 개호보험 인정시스템에 있어서 개호서비스의 소요 시간은 명시되어 있지만 이 서비스의 세부사항이 명시되어 있지 않다. 그렇기 때문에 개호서비스는 노인이 필요로 하는 개호서비스에 따른 지불제한에 기반 되어 제공된다. 이런 측면에서, 지불제한 내에서 자택 내 개호지원전문가가 만든 개호서비스의 지원이 보장되는 체계적인 프레임워크가 구축됐다. 즉, 전문가가 제공하는 개호관리시스템은 실질적으로 제공되는 개호 서비스의 질을 보장해준다.

이 접근방식에 기반하여 시스템 디자인 측면에서 볼 때 일본의 개호보험 인정시스템은 자택 내 개호 지원 시스템과 연계될 것이라고 예상할 수 있다. 그러나 현재상태에서 우리는 아직 이 두 개의 시스템의 효율성과 상호 준수를 고려해서 일이 운영되는 단계까지는 이르지 못했다. 이는 아마 개호지원 전문가들

의 역량 부족 때문이라기 보다 지역 시립 정부 행정 관료들의 이해 부족에 기인하는 것으로 보인다.

4장 : 모델 운영 내 개호보험시스템 시험 운영과 관련한 “개호욕구 상태”에 대한 접근-개호보험 인정시스템 시험조사 결과 및 문제

앞서 언급한 바와 같이 1996년에서 1998년까지 행해진 시험 조사에서 “의존도의 심각성”이 아니라 “필요한 개호 시간”이 개호보험 인정시스템의 주요 개념으로 적용했다.

일차적인 결정의 일치율 (즉 컴퓨터가 내리는 결정) 과 개호보험 인정위원회가 내린 이차적인 결정은 71%에서 75%로 향상되었고 궁극적으로는 90.8%로 늘어났다. 연구된 지역과 표본도 늘어났다: 회계연도 1996년에 60개의 지역에 있는 5,595 의 노인을 조사했고 회계연도 1998년도에 모든 지방에 살고 있는 17,5129명의 노인들을 조사했다. 이런 광범위한 연구에 기반 되어 개호보험 인정시스템의 적합성은 확인되어 2000년부터 시행될 실용적인 시스템으로 완성되었다.

일본에서는 앞서 언급한 이와 같은 접근을 통해 데이터를 수집하고 모델을 만들고 이것을 시스템 디자인에 통합해 분석이 거의 없다. 이는 개호보험 인정시스템이 개호보험시스템이 현재 문제를 해결하고 후세대 의 욕구까지 적절히 해결해줄 수 있도록 새로운 이론과 방법론이 적용되었다는 것을 보여준다. 개호보험 인정시스템을 더욱 지속적이며 적절하게 만들기 위해서는 전국적으로 개호보험 인정시스템 하에서 제공되는 서비스의 양을 정확하게 파악할 수 있는 메커니즘을 더해서 이 시스템을 강화하는 것이 필수적이다.

그러므로 개호보험 인정시스템이 도입된 후에 검토와 더 많은 연구를 위한 개호서비스에 대한 지속적인 데이터가 제공되는 시스템을 수립하는 것은 필수적이다.

5장:개호 보험 인정 시스템의 특징

일본의 개호보험시스템 도입 후 개호보험 인정시스템을 구축하는 동안 우리는 시범사업 운영과 많은 임상 전문가들의 의견을 취합하였다. 결과적으로 개호보험 인정시스템은 다음과 같은 특징이 있다.

첫째로, 개호보험 인정시스템의 시범사업 운영 단계에서 구축된 네트워크를 통해 전국적으로 같은 정보를 공유할 수 있게 되었다. 이 정도의 네트워크를 활용하는 시험 운영은 일본에서 전례 없는 일이었고 앞서 언급된 것처럼 시스템은 많은 사람들의 의견을 받

영했다. 이 시스템을 통해 수집된 데이터는 개호 서비스를 위한 보상 개정을 할 때 기본적인 데이터로 사용됐다.

매달, 일본에서 개호를 필요로 하는 노인들과 실제적으로 제공되는 개호는 인터넷에 광범위하게 나타난다. 이를 통해 개호를 필요로 하는 노인들의 수와 일본의 각 현마다 노인들이 지불하는 보험 프리미엄 (보험료)의 차이를 확인할 수 있게 되었다.

둘째, 개호 보험 인정 시스템의 발전을 위한 기반이 된 데이터는 실제 개호 시설에서 수집된 것이며 이 데이터는 3년의 기간동안 운영되었던 “노인대상 개호 시스템 도입을 위한 지원(모델)”을 통해 수집된 데이터와 결합됐다. 그러므로 개호 보험 인정 시스템은 단지 학술적인 이론이 아니라 일본의 실질적인 상황을 반영하는 데이터를 통해 만들어진 시스템이다. 이 시스템의 신뢰도가 매우 높기 때문에 유사한 조사가 2003년에 도입된 개호 보험 인정 시스템 조사 당시 새로운 조사 데이터의 결과에 기반해서 인정시스템에 미세한 조정을 한 방법이 적용되었다

앞서 언급된 과정은 확실히 이 시스템의 기반이 경험적인 데이터에 기반해서 만들어졌기 때문에 시스템 조정 또한 데이터 분석을 통해서 해야 하며, 이 조정이 과연 적절한지 알아내기 위한 연구도 필요하다는 사실을 확인해준다. 이 과정은 또한 기관 내외 관계자들에게 개호보험시스템의 핵심은 데이터 중심의 접근으로 발전되고 있고 자의적인 변화는 수용가능하지 않고 정치적인 개입은 쉽지 않을 것이라라는 사실도 인식시켜준다. 이는 개호보험시스템의 운영 측면에서 매우 중요하다.

세 번째 특징은 이 시스템은 노인들에게 개호를 제공하는 데 있어서 “소요되는 시간”이라는 새로운 개념을 도입했다는 점이다. 이 개념의 구축은 경험적인 데이터에 기반한 것이며, 세부사항은 통계적인 방식을 통해 표현된 것이다. 과거에 있어서 일본 개호서비스는 관련된 개별적인 개호시설에서 보고하는 “노인의 신체 상태” 라는 매우 모호한 판단 기준을 사용해 제공되었다.

개호 인정은 이러한 전통적인 접근방식을 재점검하여 같은 규칙을 가지고 개호서비스를 제공하는 시스템인 “개호보험 인정시스템 시간기준”을 도입했다. 이 시스템이 새로운 개념에 기반되어 만들어진 것이기 때문에 지속적으로 견고한 원칙으로 활용되어 최대한 인정과정에서 모호함을 없애주었다.

네번째 특징은 이 시스템이 “이것, 저것을 할 수 없어서” 혹은 “이 문제나 저 문제 때문에” 개호 서비스

를 필요로 한다고 계속 말해왔던 노인들에서부터 “특정한 개호 서비스”를 필요로 하는 노인에 이르기까지 노인에 대한 접근방식이 바뀌었다는 점이다. 즉, 개호보험 인정시스템의 기본적인 접근방식은 개호서비스는 노인의 신체상태에 대한 피상적인 지식에 따라 제공되어서는 안된다는 것이다. 즉 노인이 무엇을 할 수 없거나 어떤 문제가 있다는 것이 기반되어 제공되면 안 된다는 점이다. 개호보험 인정시스템은 노인이 특정한 개호서비스를 필요로 하기 때문에 서비스를 제공하는 것이다. 그러므로 노인의 신체상태가 좋지 않기 때문에 개호서비스가 제공되는 것이 아니라 특정한 원칙에 기반하여 개호서비스를 구입하는 것이다.

개호보험 인정시스템은 노인들이 “문제가 있는 사람들”이며 이 문제들 때문에 개호 서비스가 제공되어야 한다는 고정관념에서 벗어나 노인들이 필요로 하는 서비스의 종류가 정확히 무엇인지를 새로운 시각으로 바라보며 만들어졌다. 이는 일본에서 도입된 적이 없는 완전히 새로운 접근방식에 기반된 새로운 시스템이다.

다섯번째 특징은 개호보험 인정시스템에 관련된 연구방법이 노인을 평가하기 위한 과거의 연구방법과 다르다는 점이다. 과거의 연구에서는 노인을 어떤 방법을 이용해 분류하고 노인분류모델이 개발되어 개호서비스의 세부사항이 이 모델에 따라 점검되었다. 또 다르게 적용된 방법은 제공된 개호 시간을 모델에 적용한 후 모델의 정확성을 분석하는 것이었다. 앞서 언급된 RUG 방식에서 이와 유사한 방식이 쓰였다.

개호보험 인정시스템의 기반이 되는 논리에 따르면 현재 노인에게 제공되는 개호서비스의 세부사항과 제공되는 서비스의 양에 따라 노인이 분류되는 지금까지와는 반대의 접근방식을 도입하고 있다.

이 방식은 기본적으로 우리가 시설과 서비스 현장에서 실질적으로 제공되는 개호의 상태를 반영하는 시스템을 만들지 않는 한 일본에서 개호서비스의 체계적인 운영을 하기 힘들 것이라는 사실을 파악했기 때문에 선택된 것이다. 또한, 시스템의 실행을 확고하게 하는 현실적인 반응을 제공하는 요구들이 있었기 때문이라고 할 수 있을 것이다. 노인을 고도로 분류하기 위한 모델을 만들어서 그 모델에 따른 순응의 수준을 제공하는 방식을 도입하지 않았기 때문에 만약 우리에게 왜 노인들이 특정한 방식으로 분류되었냐고 묻는다면 우리는 이 그룹은 통계적인 증거에 따라 분류되었다고 답할 수 있을 것이다.

6장: 개호 인정 시스템의 이론적인 기반

1 부: 개호 보험 인정 시스템의 구조

인정조사 설문지는 노인에 대한 신체적, 정신적인 상태를 분석하는 73개의 항목과 노인이 특별의료개호를 받고 있는지를 묻는 12개 항목으로 구성되어 있다. 73개 항목의 결과를 기입하면 “신체, 정신 상태에 대한 7 개의 지표 (7개의 현상태를 위한 노화 지표)” 점수가 계산된다. 이 지수는 다음과 같은 방식을 따라 1998년에서 1999년까지 시행된 시험 조사에 참여했던 16만 명의 노인들로부터 수집한 데이터를 가지고 수정되었다.

2 부: 신체, 정신 상태의 7개의 지수는 무엇인가?

“신체, 정신 상태에 대한 7 개의 지표 (제목에서 7 개의 지표로 생략)는 73개의 항목을 “쌍대 척도법 (dual scaling)”이라는 통계 분석 방식으로 73개의 항목을 7개의 통합된 항목으로 나누는 것이다. 우선, 73개의 항목 중 우리는 선택될 만한 유사한 경향이 있는 항목들의 그룹을 선택했고 7개의 그룹을 형성했다. 즉, 그룹에 속하는 특징 중 “독립적”이라는 항목을 선택하면 같은 “독립적”인 항목은 같은 그룹의 다른 항목으로 선택되어야 한다는 것이다. 각 73개의 항목은 각각 한 그룹에 속한다. 그리고 나서 이원척도로 계산되는 항목 점수에 따라 점수를 73개의 항목에 각각 매기게 된다

이 과정을 통해 얻어진 7개의 지표는 앞서 언급된 7개의 그룹에 대해 짝 지워질 수 있다. 각 지표의 점수는 관련된 그룹에 속한 점수를 단순히 계산한 것이며 0에서 100점까지이다. 7개의 지표를 통해 우리는 몇 가지의 항목만으로도 노인의 특성을 간단히 설명할 수 있게 해주며 개호 시간과의 관계를 쉽게 이해할 수 있게 해준다. 지표의 점수를 매기는 것은 감정적이고 주관적인 지수가 아니라 더욱 객관적인 표가 이 노인의 건강 상태를 측정해 줄 수 있다는 점을 일깨워준다.

3부: 개호 제공을 위한 5개의 모델 구축

조사의 73개 항목의 결과를 적용하고 7개의 지표를 MFC(Manifest 5 Trees of Custodial Care) 점수를 적용해 각 노인에게 소요되는 개호 시간을 계산할 수 있다.

이 모델은 73개의 항목을 측정하고 실제적인 개호 환경에서 제공되는 개호 시간을 측정하기 위한 연구에 기반하여 만든 것이다. 우선적으로 우리는 모든 제공되는 개호활동을 “직접활동 지원”, “간접활동 지원” 행동문제 지원 “재활활동” “의료개호활동”으로 5개

로 분류한다. 그리고 나서 각 부분의 개호 시간의 전체의 합을 산출한다. 마지막으로 “Tree regression analysis”이라는 통계 방식으로 각 부분의 개호 시간을 위한 전체 시간은 73개 항목과 7개의 지표의 점수로 설명된다. 분석의 결과는 모델로서 활용되었다. 5개의 부분 중 직접 생활 지원과 관련된 부분의 시간이 다른 4개의 모델과 비교할 때 훨씬 더 오랜 시간을 필요로 한다. 그러므로 이 모델에 대한 더욱 많은 분석을 했고 직접 생활 지원 개호 시간은 5개의 모델로도 분류됐다. 이는 전체적으로 9개의 모델을 이루게 되었다.

73개 항목의 결과에 따라 7개의 지표의 점수를 산출할 수 있고 결과를 9개의 모델로 적용하면 노인이 필요로 하는 총 소요 개호 시간을 예측할 수 있게 된다. 개호 보험 인정 시스템은 앞서 언급된 노인이 필요로 하는 개호 시간의 적합성을 분석하기 위해 만들어진 것이다.

7장: 개호 보험 인정 시스템의 현상태와 미래의 이슈

일본에서는 앞서 언급된 바와 같이 연구 결과가 시스템의 고안에 직접적으로 적용되는 경우가 거의 없다. 새로운 시스템으로 설립된 개호보험시스템은 새로운 시대의 요구에 부응하는 개호보험 인정시스템을 필요로 한다는 점으로 상징된다. 즉, 이는 전혀 없는 완전히 새로운 시스템이기 때문에 이 접근방식의 발전을 지원할 새로운 접근방식과 방법이 필요했다.

올해부터 개호보험 인정시스템의 탄탄함과 유효성을 증진시키기 위해 이 시스템과 개호보험 인정에 기반해서 실제적으로 제공되는 개호의 양 사이의 관계에 대한 전국적인 연구 형태로 시스템은 새롭게 운영될 것이다. 이 전국적인 연구의 모델로 특정한 지방을 선정하여 시범 운영을 시행할 것이다. 이 연구의 결과가 발표되면 우리는 일본의 노인들이 필요로 하는 총 개호 서비스의 양을 더욱 정확히 예측하는 것이 가능할 것이라고 생각한다. 이런 방식으로 일본의 행정은 처음으로 과학적인 방식으로 행해질 수 있다.

우리는 이미 30만 명의 인구가 있는 지역에서 3년 동안 매년 수집된 분석 데이터에 기반한 통계 모델을 구축했다. 특정한 신체적인 상태의 노인에게 이 모델을 적용해서 노인육구에 부합하는 개호서비스를 제공함으로써 노인 건강 악화를 예방할 수 있는 개호서비스의 양을 알아 낼 수 있을 것이다.

일본의 200만 명의 노인에 대한 연간 데이터가 수집되었다. 이 데이터를 통해 우리는 개호를 필요로 하는 노인들의 노화에 대한 시계열적 연구를 시행할 수 있

게 되며, 이 데이터의 분석은 노화과정을 지연시키는 데 가장 효과적인 개호서비스의 세부사항을 확인하는데 큰 도움이 될 것이다.

이러한 연구는 일본뿐만 아니라 세계 모든 나라를 위해 중요하며, 우리는 이 분석의 결과가 전 인류에게 큰 가치를 가질 것을 기대한다.

2004.5.20 (Korea)

" Background to the Development of the Long-term Care Needs Certification System in Japan, and Issues for the Future"

**Takako Tsutsui ,Ph.D.(Engineering)
Chief Administrator
Department of Health and Social Services
National Institute of Public Health , Japan**

Today's Topics



The current state of the Long-Term Care Needs Certification System

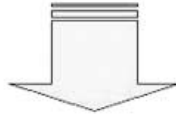


The reasons why the Public Long-Term Care Insurance System came to be needed in Japan

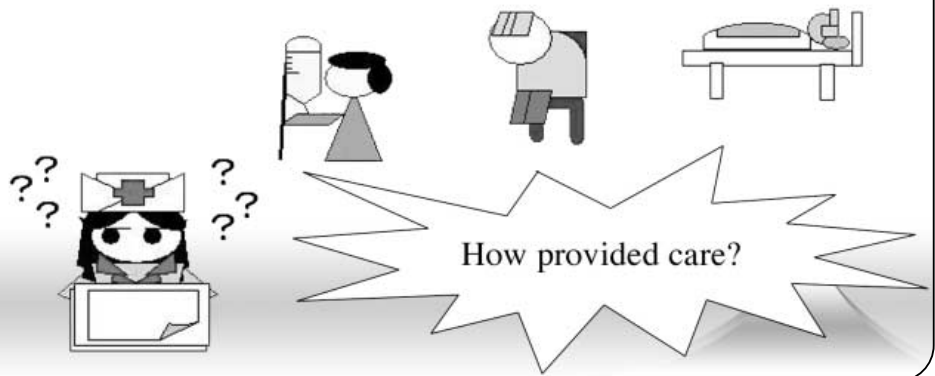


The issue of how to establish a system for Long-Term Care Need Certification.

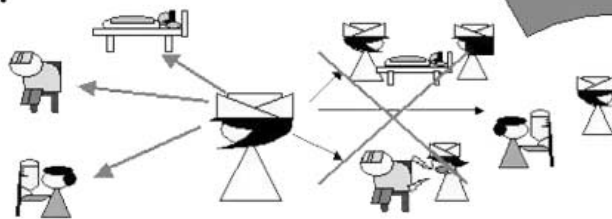
Japan had no objective scale for evaluating "good long-term care service"



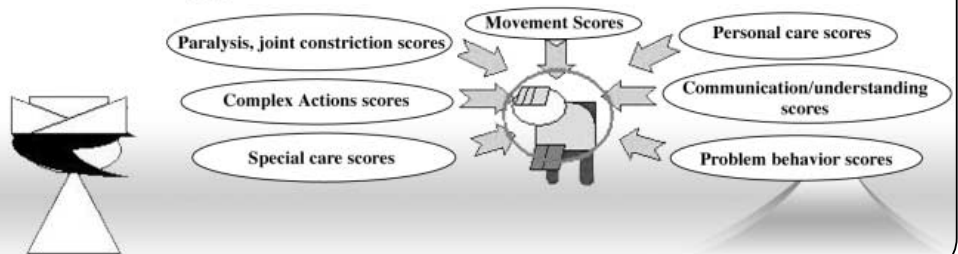
Establish the field of long-term care service evaluation.



This process led to a change from the provision of long-term care based on experience and intuition.



To the provision of long-term care from a scientific approach.

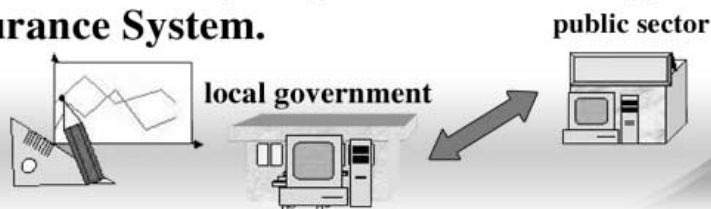


The rule was established to the effect that when considering policies related to long-term care from that point onward



Necessary to provide evidence based on empirical data.

The methods of studying system design based on evidence actually began with the Long-term Care Insurance System.



Japanese medical systems, no mechanism had been established for designing systems based on evidence or for deciding compensation for medical treatment.

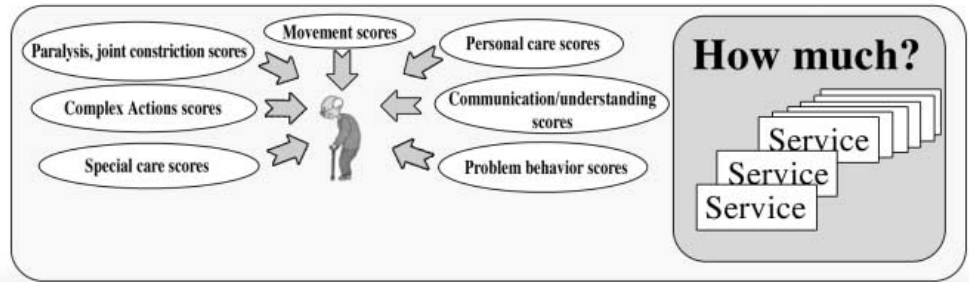


2004,4

Corruption in the Central Social Insurance Medical Council(Chuikyo)



Long-term Care Needs Certification Systems functioning in municipalities in Japan, data is gathered on seniors receiving Long-term Care Needs Certification and on the payments to those seniors



The statistical method we selected can take into account the needs of the elderly.

A stance of "not responding to requests from pressure groups for increased compensation not based on this data" has been firmly maintained, and the first amendment resulted in a reduction in compensation amounts.

It was selected by the Ministry of Health, Labor and Welfare's advisory committee. (1999)



The members of this committee are specialists in health care, medical care, or welfare. Some are members of the Japan Association of Medical Practitioners or the Japanese Nursing Association. Some are researchers specializing in medical care and welfare. They are therefore people with extensive, relevant learning and experience.

Trial

And, as a procedure for taking into account the needs of the elderly, the RUG III of the United States was examined in detail.



Attempts to develop a Long-term Care Needs Certification System - the failure of RUG III

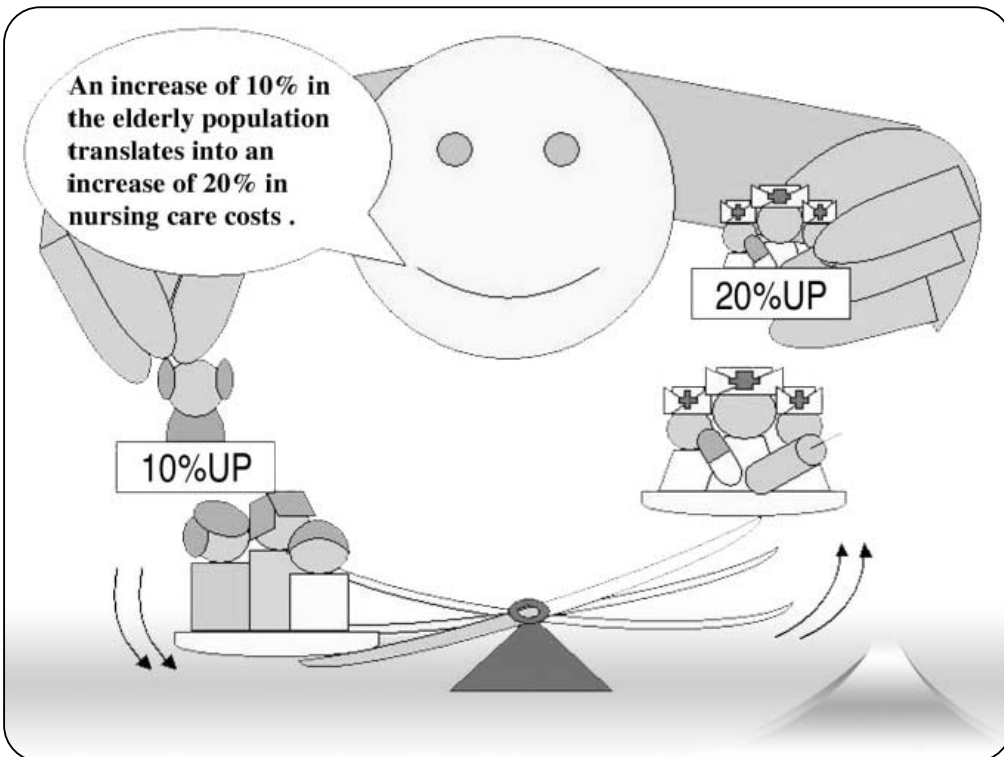
- 1) Frequency of "special rehabilitation programs": Rehabilitation provided by a specialist at least three times per week
- 2) Extensive services: use of respirator or other comparatively high-level medical devices
- 3) Special care: Medical care or treatment conducted because of an impediment to lifestyle activities resulting from an injury or illness
- 4) Clinically Complex: Requires medical treatment and a wide range of care
- 5) Impaired cognition:
- 6) Behavioral problems
- 7) Reduced physical functions

It was very rare for the care provided to be based on medical care, nursing, or rehabilitation programs planned with the participation of medical or nursing specialists.

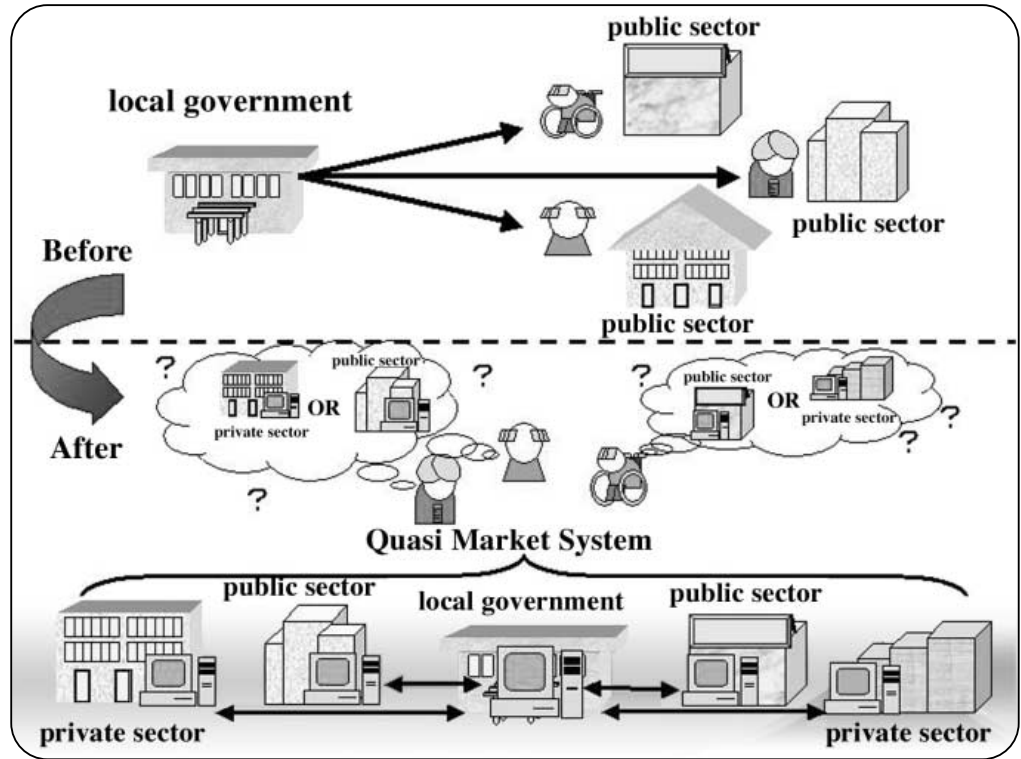


~~**RUG III was being utilized in the U.S., it was thus impossible to implement this system in Japan.**~~

The need for a Long-term Care Needs Certification System that reflects social and cultural background



일본개호보험 인정시스템 구조

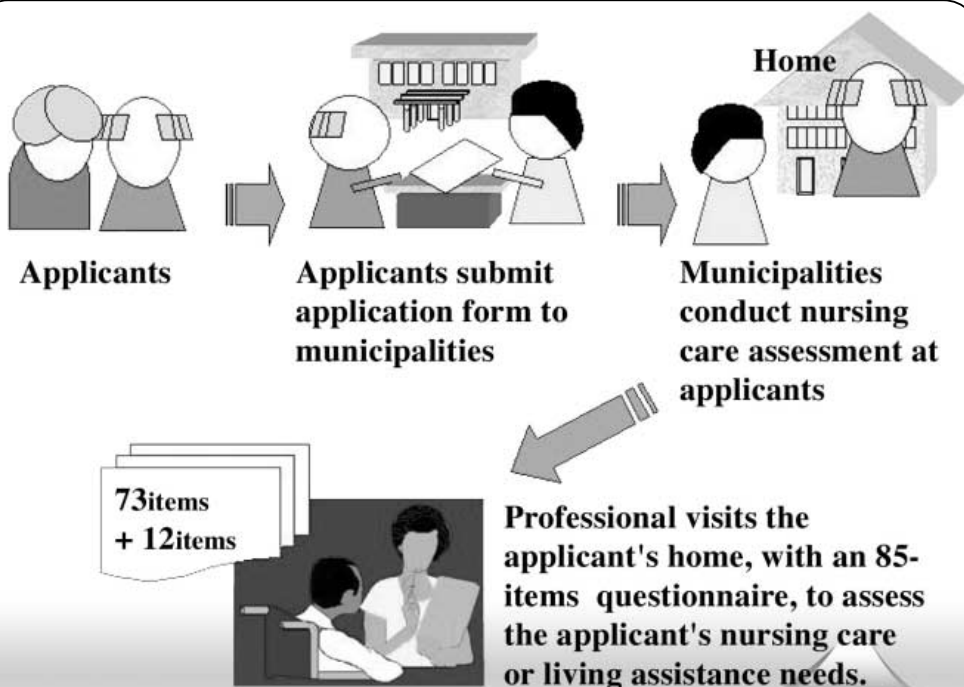


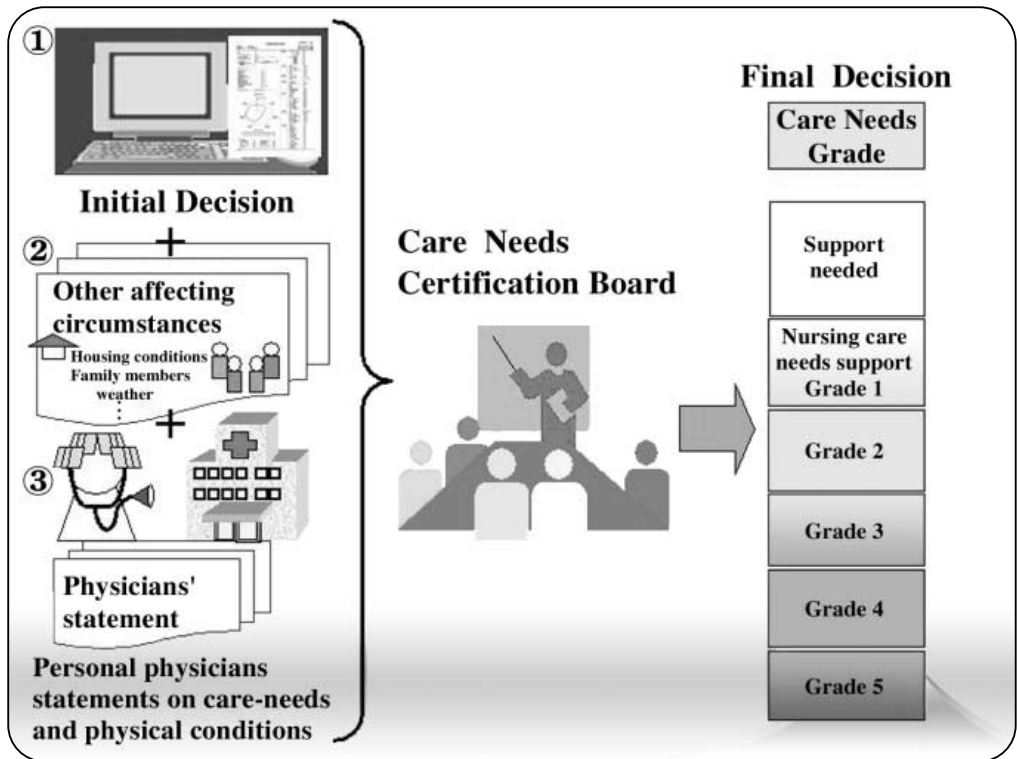
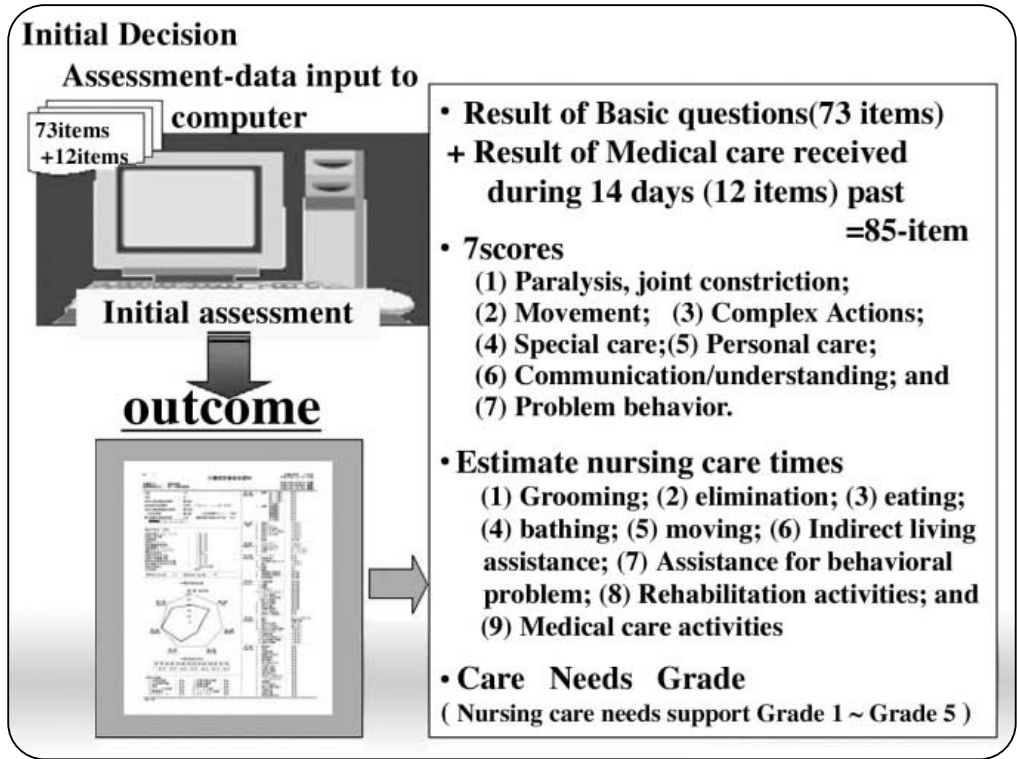
This section contains three thought bubbles and an illustration of a family.

- Top Left:** The role of the governments and The division of responsibility between the central government and local municipality as the insurer are still being discussed
- Top Right:** 5.0 million people have had their nursing care needs assessed and determined
- Bottom Left:** The Japanese people on the whole have favorably received the new system

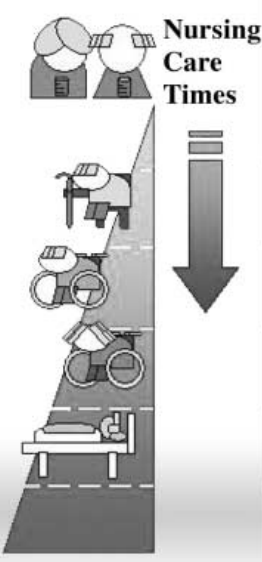
An illustration of a family (a man, a woman, and a child) is shown at the bottom right, with thought bubbles rising from them.

New nursing care certification program now being implemented in Japan



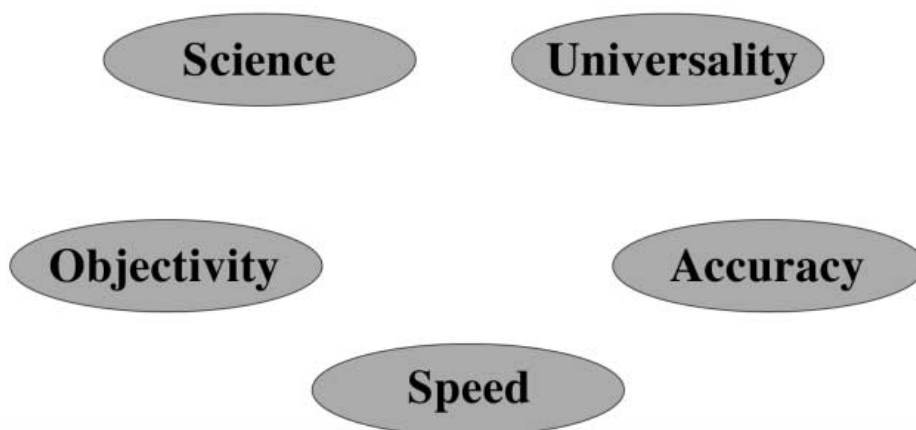


What is the six levels?



Care Needs Grade	CONDITION
Support needed	If an elderly person's total number of hours for the standard time index is fewer than 30 minutes but more than 25 minutes, or if the total number of hours for the standard time index from the "indirect living assistance" and the "assistance with rehabilitation activities" categories is more than 10 minutes
Nursing care needs support Grade 1	The total number of hours for the standard time index for nursing care needs certification from all five areas is more than 30 minutes but fewer than 50 minutes
Grade 2	more than 50 minutes but fewer than 70 minutes
Grade 3	more than 70 minutes but fewer than 90 minutes
Grade 4	more than 90 minutes but fewer than 110 minutes
Grade 5	more than 110 minutes

Concept of Nursing Care Needs Certification Model

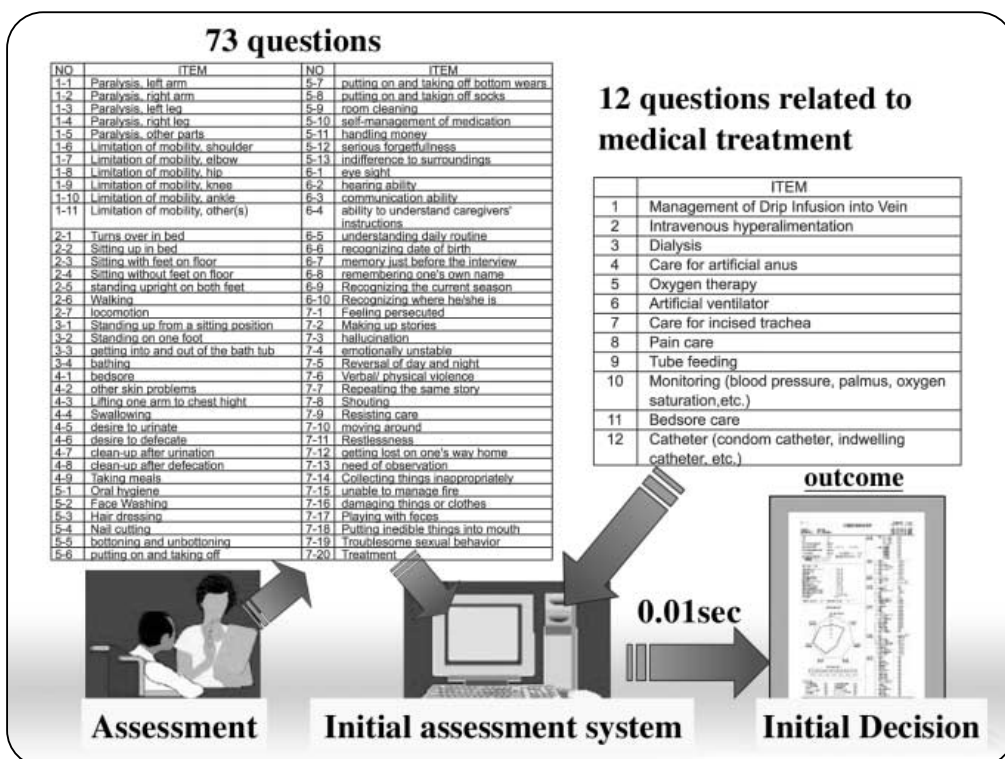
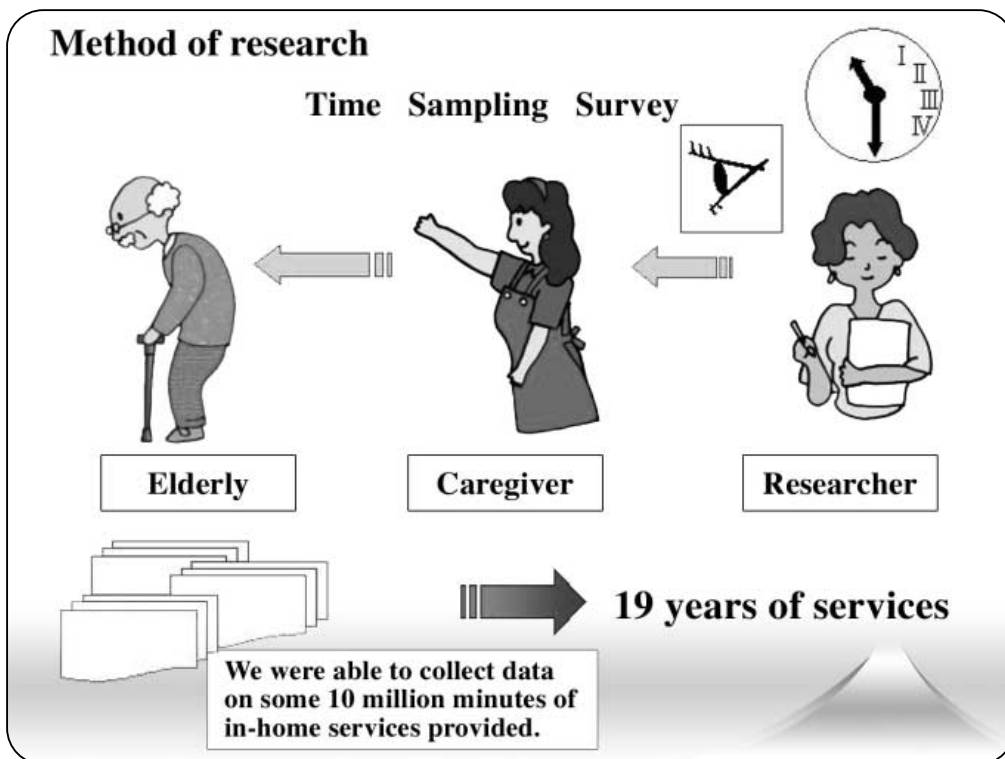


Basic research conducted by the Ministry of Health and Welfare to construct a mathematical model

public sector (51 nursing care facilities)

Move from bed to wheelchair ---sec Help move in wheelchair ---sec :	Take off one's shoes ---sec Help move in wheelchair ---sec :	Lift patient ---sec Dress ---sec Help move in wheelchair ---sec :
---	--	--

We measured the specific amounts of time that caregivers spent performing various types of services for these seniors, each of whom had his own unique characteristics.



일본개호보험 인정시스템 구조



He is 80years old.

Care Needs Grade	?
Support needed	
Grade 1	
Grade 2	
Grade 3	?
Grade 4	
Grade 5	

2-3. Maintaining a sitting position with feet on floor. Circle only one.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Able to do 2. Able to do only by holding onto something 3. Able to do only with support from somebody 4. Unable to do 	
---	--

2-6. Walking Circle only one.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Able to do independently 2. Able to do only with support 3. Unable to do 	
---	--

4-7. Eating. Circle only one.

1. Independent	2. With supervision (including instructions by caregiver)
3. Partial assistance	4. Full assistance



5-2. Dressing and undressing. Circle only one.

	1. Independent	2. With supervision (including instructions from caregiver)	3. Partial Assistance	4. Full Assistance
a. fasten/unfasten buttons	1	2	3	4
b. put on and take off a jacket.	1	2	3	4
c. put on and take off trousers/underwear	1	2	3	4
d. put on and take off socks.	1	2	3	4

5-3. Cleaning room. Circle only one.

1. Independent.	2. Partial assistance	3. Full assistance
-----------------	-----------------------	--------------------

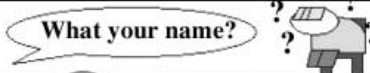


6-1. Vision (Acuity). Circle only one that applies.

- 1. Normal (no problem in daily living)
- 2. Able to see an eye chart from about 1m away
- 3. Able to see an eye chart placed directly in front of subject
- 4. Almost entirely unable to see
- 5. Impossible to judge whether the subject can see or not

6-2. Hearing. Circle only one that applies.

- 1. Only just able to hear a normal voice but poor hearing sometimes results in misunderstanding
- 2. Able to hear only loud voice
- 3. Almost entirely unable to hear
- 4. Impossible to judge whether the subject can hear or not



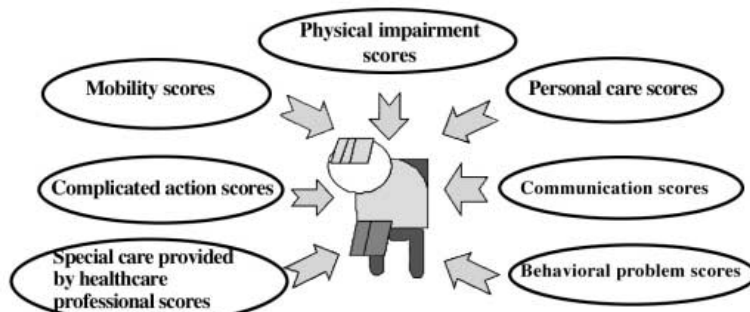
6-5. Understanding. Circle only one for each.

a. Understands a daily schedule	<input checked="" type="radio"/> 1. Able to do	<input type="radio"/> 2. Unable to do
b. Answers when asked date of birth and age	<input type="radio"/> 1. Able to do	<input checked="" type="radio"/> 2. Unable to do
c. Remembers what he /she did before interview	<input type="radio"/> 1. Able to do	<input checked="" type="radio"/> 2. Unable to do
d. Answers when asked own name	<input type="radio"/> 1. Able to do	<input checked="" type="radio"/> 2. Unable to do
e. Understands what season it is now	<input type="radio"/> 1. Able to do	<input checked="" type="radio"/> 2. Unable to do
f. Answers when asked where he/she is	<input type="radio"/> 1. Able to do	<input checked="" type="radio"/> 2. Unable to do

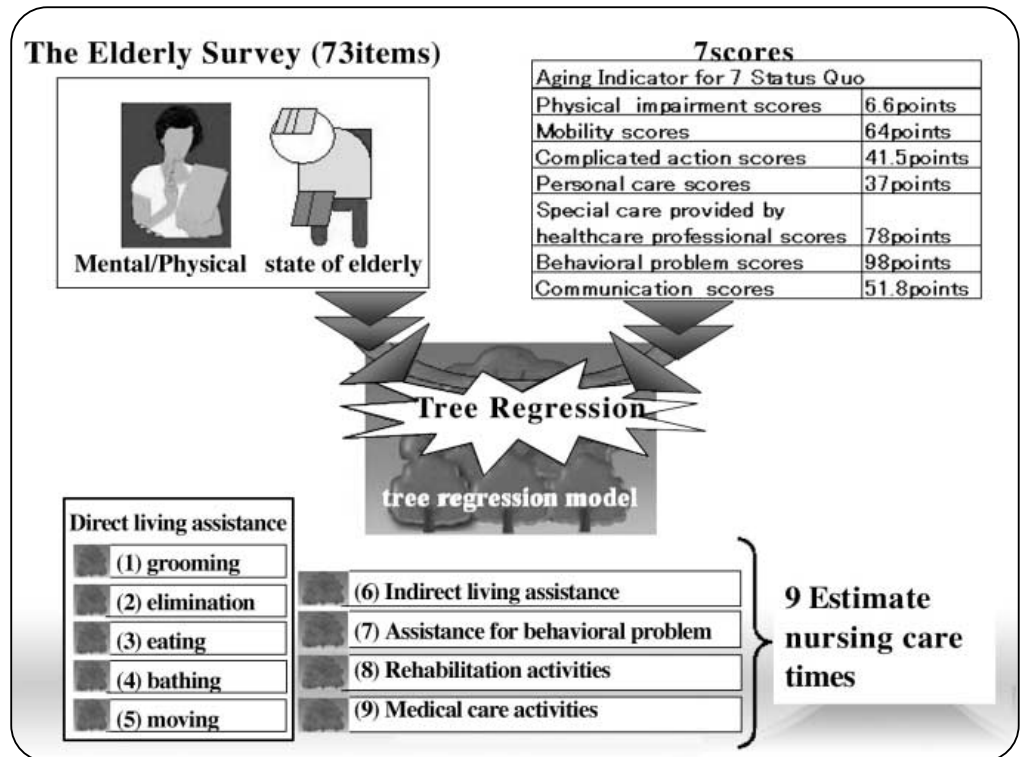
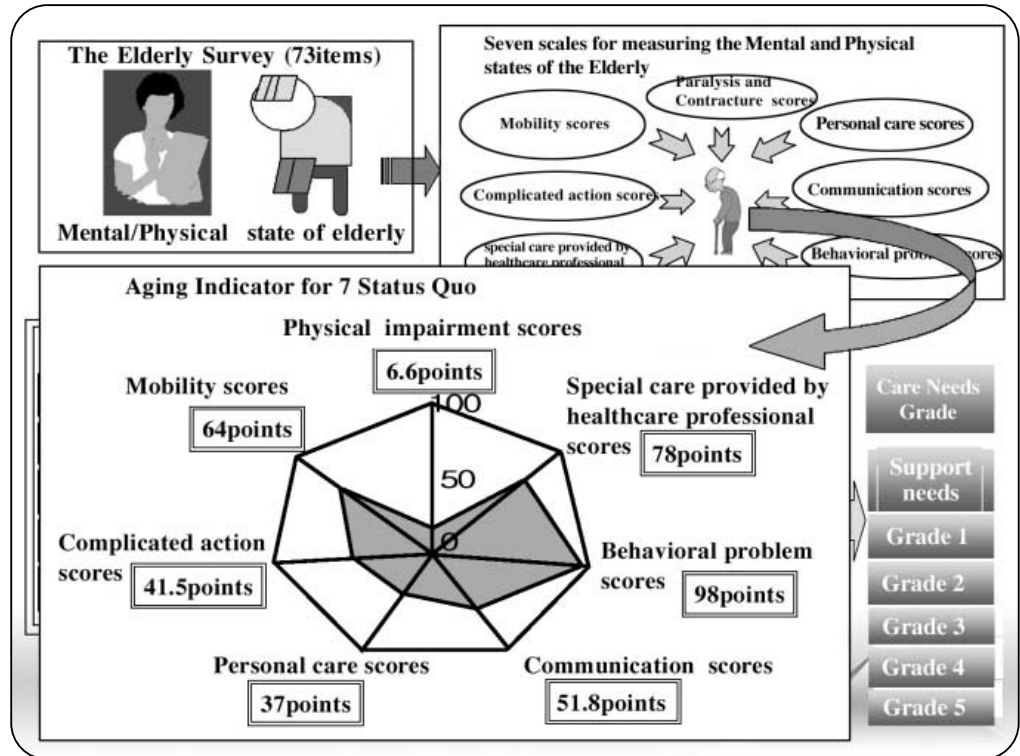
Aging Indicator for 7 Status Quo



Seven scales for measuring the Mental and Physical states of the Elderly



일본개호보험 인정시스템 구조



Direct living assistance		(6) Indirect living assistance 8 min
(1) grooming		(7) Assistance for behavioral p 18min
(2) elimination 3min		(8) Rehabilitation activities 15 min
(3) eating 18min		(9) Medical care activities 6 min
(4) bathing 7min		
(5) moving 11min		

Estimate nursing care times

Result of Medical care received during 14 days (12 items) past 1min

Total Estimate nursing care times 81min

Total estimate for the nursing care times

$= (11+3+18+7+11+8+1+15+6+1) \text{ min}$

$= 81 \text{ min}$

In-home support

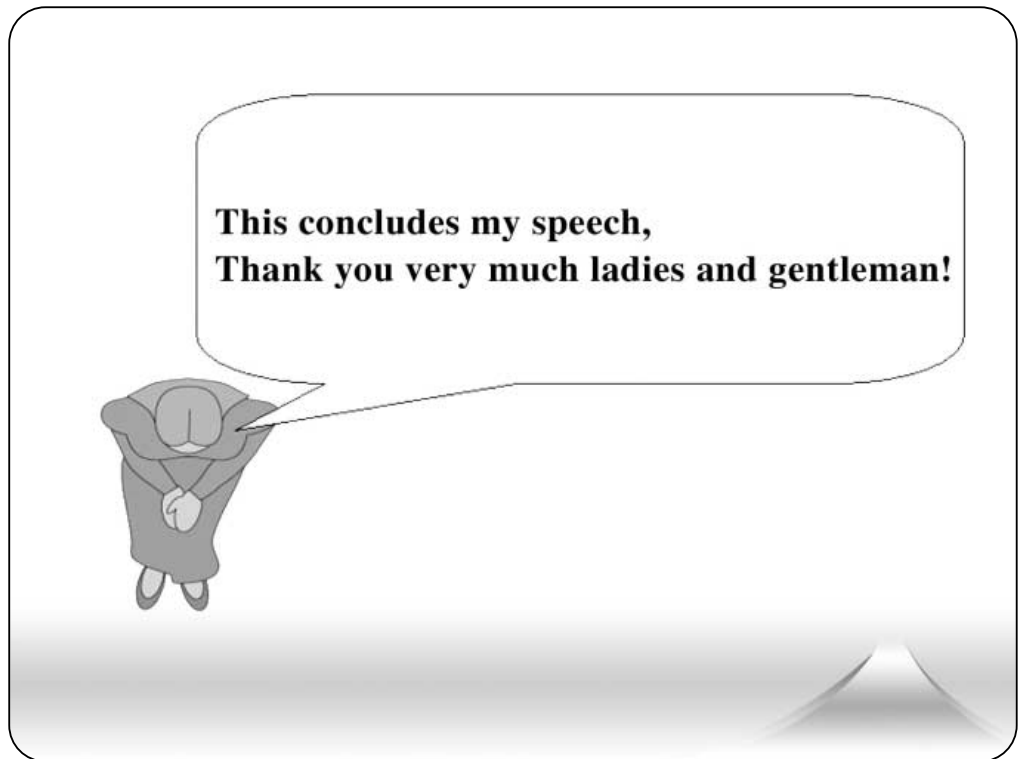
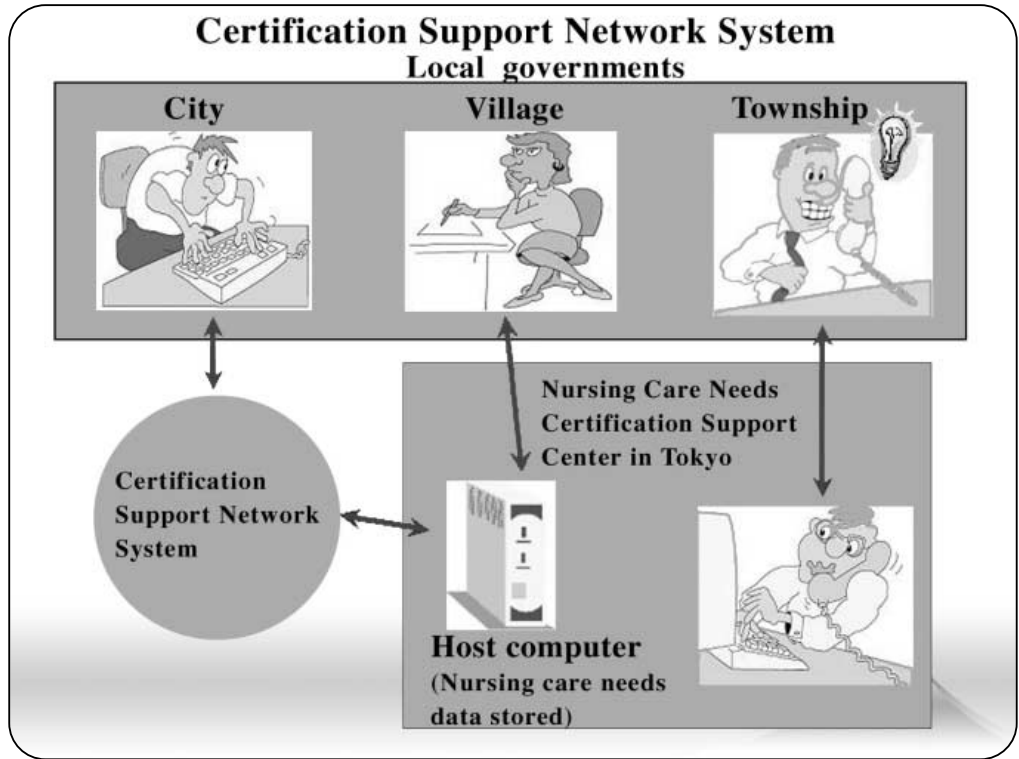
Grade 1 Grade 2 **Grade 3** Grade 4 Grade 5

25min 30min 50min 70min 90min 110min

He is Care Needs Grade 3!!

Care Needs Grade
Support needed
Grade 1
Grade 2
Grade 3
Grade 4
Grade 5

일본개호보험 인정시스템 구조



Session 2

일본개호보험 시설/인력 운영의 현황과 과제

요시다케 히로유키

Hiroyuki Yoshitake

(일본 실버서비스진흥회 장수마을 만들기 추진위원장)



Hiroyuki Yoshitake

現: 실버서비스진흥회 장수마을 만들기 추진위원장

▶ 학력사항

1975년 동경공업대학 공학부 경영공학과 졸업
 1977년 동 대학 대학원 경영공학 석사
 1998년 동 대학원 박사
 (학위논문 : 고령자주택 경영에 대한 연구)

▶ 직장경력

1977년 카지마건설주식회사 입사
 2001년 카지마건설 신사업개발부 의료복지사업그룹 부장 (현재)

▶ 기타경력

1990년 사단법인 실버서비스 진흥회 건강장수마을만들기 추진센터 주석연구원
 (현재) 건강장수마을 만들기 계획책정지도 및 관련법제도연구)
 1999년 휴먼 라이프 서비스 주식회사 (노인홈경영과 복지시설컨설팅 사외이사) 현재
 2001년 ISO웹컨설팅 주식회사 사외이사 (현재)

2002년 사회복지법인 창생평의원(특별요양노인홈, 신체장애자요양시설운영) 현재
 1991-1995년 1999년 동경공업대학 공학부 강사

▶ 기타 공직력

11990년 후생성 유료노인홈 설치운영지도지침연구회 위원
 1996년 宮津市 건강장수마을만들기 계획추진위원장
 1997년 益田市 미래프로젝트위원회 위원
 2002년 水戸市 복지시설정비 환경정비조사책정위원회 위원

▶ 소속학회 및 활동

일본경영공학회 (경영시스템지 편집위원, 26기 평의원)
 시니어사회학회 (이사, 운영위원, 학회지 편집위원)
 일본감성공학회

▶ 그밖의 사회공헌

横浜市立 스스키노 중학교 PTA 회장, 가나가와현립 元石川 고등학교 PTA회장
 1998년 横浜市 아오바구 스스키노지구 사회복지협의회부회장 (현재)

한국에 있어서의 공적개호보험 도입 기반 정비를 위한 제안

요시다케 히로유키
(일본 실버서비스진흥회 장수마을 만들기 추진위원장)

I. 서언

한국에서는 저출산, 고령화에 따라 2007년 공적개호보험 도입이 검토되고 있다. 일본에서는 2001년에 민간 사업자 참가를 전제 조건으로 한 공적개호보험 제도를 발족시켜, 벌써 3년이 경과했다. 일본에 있어서 공적개호보험 제도를 실시를 위해서 많은 사회적인 기반 정비가 그 준비작업으로서 필요했다. 본고는 이러한 공적개호보험 제도가 실행될 때까지 진행되어온 준비작업을 민간 사업자의 입장에서부터 보고하는 것으로 한국에 있어서 개호보험이 순조롭게 도입되는데 참고가 되었으면 한다.

II. 저출산, 고령사회에 있어서의 사회적 비용 증가를 막는 방법과 일본의 대응

고령자 인구의 증가에 의한 사회적 비용 증가를 막기 위해서, WHO의 사무국장으로서 많은 사례를 경험한 나카지마(1990)는, 다음과 같은 방법을 제안하고 있다.

- ① 노동력의 일부이며, 동시에 소비그룹으로서도 경제발전의 자원이 될 수 있는 건강한 고령자를 증가시킨다.
- ② 고령자의 기본 수입을 확보하는 사회보장제도를 확립한다. 그러나 사회보장제도가 증가하는 요구에 대해서 경제적으로 책임을 지속적으로 다하기 위해서 항상 여러 가지 대응이 필요하다.
- ③ 고령자의 필요 이상의 능력 저하를 막아, 고가의 케어를 함부로 늘리지 않아도 되도록 도시계획, 공적 주택계획, 공공 교통기관 등의 계획에 고령자의 요구를 고려한다.

- ④ 고령자가 장기케어를 필요로 하는 시점에서는 재택케어를 비롯한 경비부담이 가벼운 서비스를 용이하게 이용할 수 없으면 고액의 병원·시설이 대체 이용되는 것이 일반적이므로 고령자용 주택, 주택개조서비스, 주간보호, 재택케어, 소셜서비스(사회와의 관계를 계속 유지하는 지원 등을 포함한 커뮤니티·케어로부터, 병원·시설 케어 등까지)등의 광범위한 서비스를 제공할 수 있도록 할 필요가 있다.
- ⑤ 고령자 케어를 공적 서비스만으로 모두 보충할 수는 없는 바, 원칙적으로 무상인 가정 노동력, 즉 가족을 지원하는 것으로, 그 기능을 유지해 갈 필요가 있다.

이와 같은 지적은 일본에도 들어맞아 현재, 아래와 같은 대책이 실시되고 있으며, 또한 실시될 예정이다.

- ① 고령자가 사회자원으로서 활약할 수 있도록 하는 고령자고용법
- ② 개호 발생을 예방하는 대책으로서의 건강증진법
- ③ 장기적인 재정 부족을 해결하기 위한 대책으로서의 연금 제도 개혁과 고령자 의료보험 제도 개혁
- ④ 고령자를 배려한 설비 계획으로서의 하트빌딩법과 교통 Barrier-Free법
- ⑤ 사회적 입원을 해소해, 입원일수 단축을 목표로 하기 위한 의료보험 제도 개혁
- ⑥ 케어 기능 부족을 해소하는 신골드플랜, 공적개호보험 제도
- ⑦ 민간 자원의 활용을 목적으로 하는 공적개호보험 제도, PFI 제도, 복지제도 개혁
- ⑧ 고령자 주택의 부족을 해소하기 위한 복지주거공간 만들기, 고령자주택확보법

이와 같이 고령화에 대응하는 사회비용의 절감은 공적개호보험을 도입하면 문제가 해결된다는 단순한 문제는 아니며, 많은 복합적인 대책이 실시 되므로써 상승효과를 가져와 그 결과 비로서 달성되는 것이다 라는 인식을 가질 필요가 있다. 본문에서는, 이러한 대책 중 공적개호보험 제도를 중심으로, 향후 한국에서 공적개호보험 제도를 정착시키기 위한 방법에 대해, 일본의 경험을 통해 제안을 실시해 보도록 한다. 이를 위해서 우선 일본 공적개호보험의 현상을 분석해 보도록 한다.

III. 일본 공적개호보험 제도의 현황분석

1. 민간 사업자 참가의 필요성

개호보험이 실시된 2000년 4월에 218만명인 개호보험 대상자는, 2003년 3월 시점에서는 344만명이 되었으며 지속적으로 증가하고 있다. 이처럼 증가한 개호보험 대상자 약 126만명은 기존의 공적 서비스로 대응하는 것은 불가능한바 사업자가 대응하고 있다. 또한 2000년 4월 이전에는 시설케어가 중심이었던 것을 고려하면 많은 민간 서비스 사업자가 참가해 왔다고 말할 수 있다.

2. 개호보험 시설의 경영 상황

2002년도의 개호보험 시설의 경영상황에 대해 후생노동성의 조사 결과(2002)를 참고하여 분석을 실시한다.

2002년 4월 현재의 개호보험 시설의 입주자 한 사람 연간 매상은 개호노인 복지시설은 409만엔(483 시설 평균), 개호노인보건시설은 456만엔(334 시설 평균), 개호 요양형의료시설(111 시설 평균)은 596만엔으로, 지출은 각각 359만엔, 403만엔, 578만엔이 되고 있다. 그림 1에 보듯이, 개호보험 실시전의 1999년 4월 시점의 상황과 비교하면, 수입에 대해서는 개호요양형 의료시설이 대폭 감액, 개호노인보건시설은 거의 동액, 개호 노인복지 시설에서는 증액이며, 지출은 모든 시설에서 감소하고 있다.

Business condition of LTC facility(1)

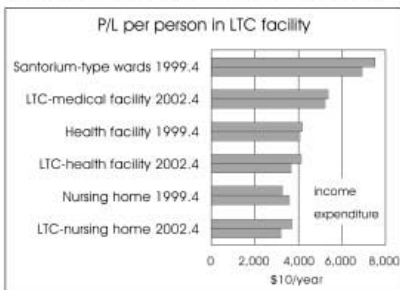


그림 1. 공적개호보험 도입 전후의 입주자 1인당 개호보험 시설별 수입·지출

시설 지출에 있어서 인건비 비율은, 그림 2에 보듯이 개호노인복지시설이 65%, 개호 노인보건시설은 54%, 개호 요양형 의료 시설은 59%과 50%를 넘는 상태가 되고 있다. 향후, 독실화, 유니트 케어 등이 증가하면, 이 비율은 더욱 증가한다고 생각되며, 입주자에게 있어 쾌적하고 운영 효율이 좋은 시설 설계가 요구되고 있다. 또 후생노동성은 전용 부분에 대한 자기 부담의 개념을 도입하는 움직임을 보이고 있어서 많은 시설이 곤혹스러워하고 있다.

Business condition of LTC facility(2)

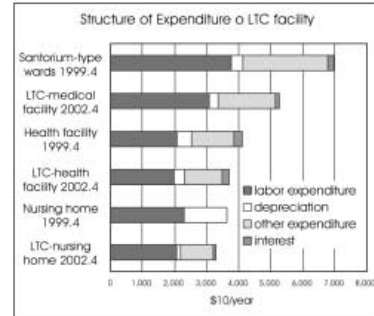


그림 2. 공적개호보험 도입 전후의 개호보험 시설 지출 구성

그림 3은 개호보험 시설의 2002년 4월의 임금을 나타내고 있다. 의사, 관리자를 제외한 상근직원은 205만엔에서 425만엔, 비상근은 임금이 높은 직종에서도 250만엔 정도이며, 타산업과 비교해도 높은 임금수준은 아니다. 또 전체 비용의 삭감을 위해, 비상근 직원의 활용에 의한 경비 삭감의 움직임이 일어나고 있다.

Business condition of LTC facility(3)

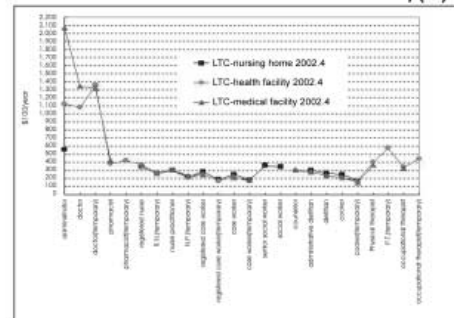


그림 3. 개호보험 시설의 직종별 임금

3. 지역차이

다음은 지역차이에 대해 분석해 보도록 한다. 그림 4는 지역별 개호보험의 채택, 시설 서비스 1인당 이용금액 지수(전국 평균을 1으로서 계산)를 표시한 것이다. 이 그림은 전국 평균을 기준으로 4개의 그룹으로 나눌 수가 있으며, 각 그룹의 특징은 다음과 같다.

Area difference of business condition(1)

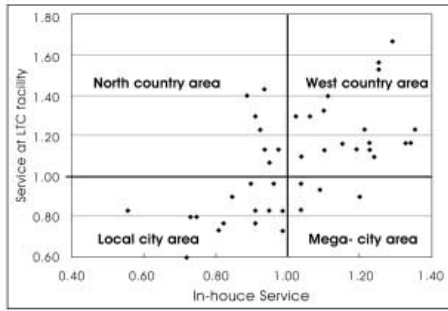


그림 4. 지역별 개호보험 재택서비스, 시설서비스의 1인당 이용 금액 지수

그룹 I은, 시설서비스는 물론 재택서비스의 이용비율이 높은 그룹으로, 후쿠오카, 히로시마, 야마구치, 오키나와 등 3대도시권 이외의 서일본 지역이 대부분을 차지하고 있다.

그룹 II은, 시설서비스가 전국 평균보다 많고, 재택서비스가 적은 지역으로 홋카이도, 이와테, 아키타, 후쿠이 등이라고 하는 동북의 한랭 지역이 많다.

그룹 III은, 재택 서비스가 전국 평균보다 많고 시설 서비스 적은 그룹에서, 도쿄, 오사카, 교토, 효고, 카나가와라고 하는 3 대도시권 핵심 지역이 많다.

그룹 IV은, 시설 서비스도 재택 서비스도 이용의 비율이 낮은 그룹에서, 미야기, 사이타마, 야마나시, 시가라고 하는 3 대도시권의 주변지역이 많다.

그림 5는 지역별 고령화와 시설 서비스 이용의 관계(전국 평균을 1으로 한 지수)를 나타낸 것으로, 오키나와를 제외하면 고령화 될수록 시설 서비스의 이용이 높아지는 경향을 나타내고 있다.

또 그림 6은 지역별 주민 1인당 수입과 재택서비스 이용 관계(전국 평균을 1으로 한 지수)를 나타낸 것으로, 소득이 높아지면 재택서비스의 이용이 감소하는 경향이 있다.

Area difference of business condition(2)

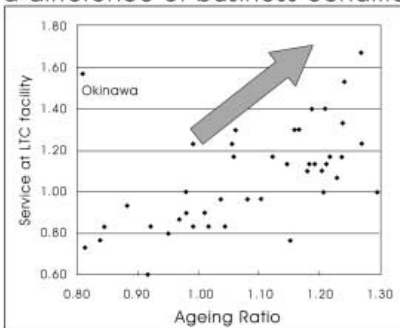


그림 5. 시설 서비스 이용과 고령화의 관계도

Area difference of business condition(2)

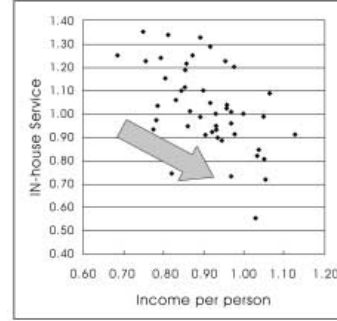


그림 6. 재택 서비스 이용과 현민 소득의 관계

실제로 개호보험의 이용은 지역별로 차이가 나지만, 대응 조건도 차이가 난다. 예를 들면 도쿄는 독신생활의 고령자 비율이 지극히 높은 한편, 서비스 산업이 전국의 2할, NPO 법인의 2할이 집중하고 있어 이와 같은 조합의 서비스 제공 시스템 확립이 이론적으로는 가능하다. 한국에 있어도 동일한 경향이 나타난다고 생각되며 특히 인구가 집중하는 서울 및 주변지역과 그 외의 지역을 나누어 대응책을 별도로 수립할 필요가 있다. 다만 어떤 경우에서도, 지금까지 50개 이상의 일본 지방자치단체에서의 장수복지마을 만들기 관련 본인의 경험으로 보면, 하드적인 면으로 한정하면, 거점 시설 정비와 주택 대책이 포인트가 된다고 생각된다.

4. 공적개호보험 제도에 대한 지적

표 1은 2003년 7월의 사회보장심의회 개호급부비용분과회에서 공적개호보험 제도에 대해 보고된 것이다. 내용을 보면 개호보험 재정 및 그 전제가 되는 제도 체제 자체에 대한 지적이 가장 많고, 케어메니지먼트, 시설의 자리 매김, 개호 인정의 방법론이 지적되고 있다.

표 1. 공적개호보험 제도에 대한 지적 사항(사회보장심의회 개호급부비용 분과회 자료 2003)

분 야		지적 사항
제 도 체 계 자 체	피보험자·이용자의 범위	· 피보험자의 확대(20세 이상) · 장애자에 대한 적용 검토
	보험 재정	· 조정 교부금(급부비 5%상당분)의 별도화(국가부담 25%와 별도 재원 확보) · 재정 안정화 기금의 재원 취급(국가 및 도도부현의 부담으로 한다) · 재정 안정화 기금으로부터의 대출금의 상환 기간의 연장 · 주소지 특례의 확대(그룹 홈 등) · 보험자 기능의 강화
	보험료·이용자	· 보험료 구분(세대 부담 능력을 고려한 소득 단계별 구분 재검토)

분 야		지적 사항
제도 체계 자체	보험료 · 이용자	<ul style="list-style-type: none"> · 보험료 특별징수범위의 확대(쏠연금으로부터 특별 징수 가능으로 해야 할) · 보험료 수준에 상한을 마련해야 할 저소득자 대책 · 고령자의 예금 · 자산으로부터의 개호 보험 이용료 충당
	보험급부의 범위 · 대상등	<ul style="list-style-type: none"> · 시설과 재택의 부담과 급부의 균형 · 시설과 재택의 중간인 제3 카테고리 · 시설 급부와 재택 급부의 지급 한도액의 일원화 · 지급 한도액의 「요양 간호도가 높은 사람에 대한 인상」과「현상 유지」 · 이송서비스, 배식서비스를 개호보험의 급부 대상으로 하는 것에 대한 논란 · 의료보험과 개호보험의 자기 부담 고액화에 대한 대응 · 가족개호에 대한 현금급부의 제도화를 포함한 지원책의 총실 · 이용자에게 있어서의 서비스의 질
	기타	<ul style="list-style-type: none"> · 요양 병상등의 시설 · 사업자 지정에 있어서의 보험자의 관여 · 개호보험 사업을 실시하는 사회 복지 법인 · 제삼자 평가를 모든 서비스에 대해 제도화 · 성년후견제도를 이용자에게 사용하기 쉽도록 하는 방법 · 의료와 개호의 정합성
요 개 호 인 정		<ul style="list-style-type: none"> · 인정 유효기간의 연장 · 인정 구분의 「현행 구분의 간소화」와 「현행 구분의 유지」 · 인정 심사 방법의 개선 · 2차 판정의 방법론 확립 · 주치의에의 인정 결과의 보고
주 택 서 비 스	주택개호지원 (케어매니지먼트)	<ul style="list-style-type: none"> · 케어 매니저의 재량권 확대 · 케어 매니저가 사업자의 서비스 내용에 의견을 제시할 수 있는 구조 · 케어매니지먼트의 본래 업무와 급부 관리 업무 분리 · 케어 매니저의 독립성, 중립성의 확보 · 케어 매니저의 수험 자격(재택간호 체험 도입) · 케어 플랜의 평가 제도
	방문 개호	<ul style="list-style-type: none"> · 방문 개호의 시간당 서비스 내용의 표준화 · 동거가족에 방문 개호와 관련되는 요건의 완화 · 헬퍼에 대한 서포트(불평 · 상담 창구 등의 총실) · 실무 경험을 평가한 방문 개호원의 헬퍼 진급 · 헬퍼 업무에 있어서의 의료 관련 행위
	通所 개호등	· 통소개호와 통소재활 일원화
	치매대응형 공동 생활 개호	<ul style="list-style-type: none"> · 그룹 홈의 사업 계획 정비 · 그룹 홈의 제도상의 자리 매김
시 설	3 시설 관계	<ul style="list-style-type: none"> · 현행의 3 시설의 체계 일원화를 포함한 재검토 · 특별 양호 노인 홈의 유니트 케어에 대한 제도상의 자리 매김특별 양호 · 노인 홈 이외의 개호보험시설에의 유니트 케어 도입 시비

분 야		지적 사항
서 비 스 관 계		<ul style="list-style-type: none"> · 유니트 케어에 있어서의 저소득자의 부담경감 · 종래 형태의 특양으로부터의 거주비 징수의 시비 · 요양병상을 개호보험 제도의 대상 외로 하는 것을 포함한 제도상의 자리 매김 · 긴급하게 시설입소가 필요할 경우의 대응 시스템의 확립 · 공적개호보험 제도에 대한 의사와 시설과의 제휴 지원 · 개호보험 시설 전체에 재할 기능을 보유할 수 있도록 하는 정비
	그 외	<ul style="list-style-type: none"> · 시설직원의 자격 요건의 창설 · 고령자용 거주시설의 자리 매김의 정리와 행정 관여

상기 내용은 중요한 것이기는 하나, 본 고는 개호 보험 스타트 전의 준비상의 과제에 중점을 두어야 하므로 다음과 같은 범위로 한정하여 설명토록 한다.

IV. 공적개호보험 기능을 발휘 시키기 위한 기반의 정비

과거의 경험으로 볼 때 가장 중요시해야 하는 기반 정비는 민간 사업자의 육성과 하드적인 면의 정비라고 생각하고 있다. 그 이유는, ①일본에서는 공적개호 보험 제도의 실시 전에 실버 산업의 육성이 사회적으로 인지되고 있던 때문에, 순조롭게 서비스 제공이 이루어진 것. ②일본에서는 「복지의 원점은 주택에 있다」라고 말해지는 것에도 불구하고, 주택을 전문으로 하는 중앙 관청이 없다. 그럼에도 주택이 단순한 개인의 소유 자산으로 인식되어 복지를 위한 사회자원의로서의 검토되지 않고, 맨션의 공용부분 개조, 주택을 담보로 한 생활 자금 융자 등을 실시하려고 했을 경우, 많은 문제가 생기고 있는 것이다.

여기서 우선 민간 사업자 참가를 위한 기반 정비에 대해 말하기로 한다.

1. 민간 사업자 참가의 기반 정비

(1) 사단법인 실버서비스진흥회 설립 취지와 배경

고령자의 증대, 다양화되는 니드에 대응하기 위해서는, 복지 서비스로부터 건강 · 삶의 질에 이르는 다방면에 걸치는 실버서비스가 요구되고 있는바 이에 민간기업은 창조성, 유연성, 효율성이 풍부한 다양한 서비스를 제공하는 것이 필요하다. 일본에서는 이러한 니드에 부응하기 위해 실버서비스의 질 향상과 그 건전한 발전을 꾀하는 것을 목적으로, 舊후생성과 舊일본경영자 단체연맹이 중심이 되어 1987년 3월에 사단법인 실버서비스진흥회를 설립했다.

현재는 후생노동성 산하 공익법인으로서 다음과 같은 활동을 전개하고 있다.

- ① 실버 마크 제도의 운영
- ② 실버 서비스에 관한 각종 조사 연구
- ③ 실버 서비스에 관한 홍보·보급 활동
- ④ 실버 서비스 사업 종사자 연수의 실시, 운영
- ⑤ 행정 기관, 그 외 관계 단체와의 제휴 및 실버 서비스에 관한 정책 제언
- ⑥ 국제 교류(해외 조사단의 파견 등)
- ⑦ 회원 기업 상호간 연구회 활동
- ⑧ 건강 장수의 마을 만들기 사업의 추진

Transition of member of ESPA

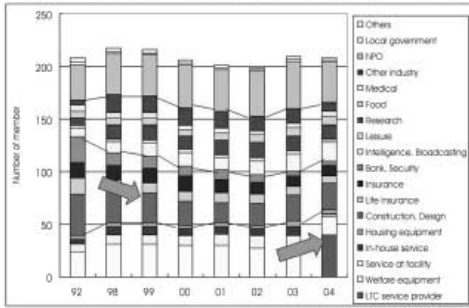


그림 7. 실버 서비스 진흥회의 멤버 구성

그림 7은 실버서비스진흥회의 구성 멤버의 추이이다. 설립 초기에는 금융·생명보험·건설업 대기업 등이 중심이었으나, 점차 실제 사업을 진행하는 서비스계 기업과 관련 상품을 판매하고 있는 기업이 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 이러한 멤버의 협력을 받기 때문에, 연구사업에 현실적인 정보가 더해졌으며, 실버마크의 가이드 라인도 유효하게 기능하고 있다.

(2) 실버 마크 제도의 운영

소비자인 고령자가, 「실버 서비스」를 안심해 이용할 수 있도록 품질 기준을 정하고 그것을 충족시키는 서비스에 「실버 마크」를 교부하는 제도이다. 대상은 방문 개호·방문 입욕개호 서비스 (1989), 복지용구 대여 서비스(1991), 복지용구 판매 서비스(1994), 재택배식 서비스(1996)와 유료 양노원이다. 특히 서비스의 질 향상이나 이용자 보호를 강화한 기준(직원 배치, 직원 연수, 서비스의 실시, 그 외)을 기본으로, 엄격한 심사를 실시해 교부하고 있다.

(3) 실버 서비스에 관한 조사 연구

실버서비스진흥회에서는 실버 서비스의 보급·발전이라고 하는 관점으로부터, 재택서비스 관련, 복지용구 관련, 주택관련, 여가 활동 충실(삶의 질) 관련, 금융관련, 건강 장수의 마을 만들기 관련 등의 분야에

대해서 조사 연구해, 그 성과를 회원기업을 비롯해 행정, 실버 서비스와 관계되는 사업자, 관계 단체에 폭넓게 제공하고 있다. 이 중에는 「24시간 순회형 재택간호 서비스에 관한 연구」와 같이 그 후 민간 사업자에 의한 사업화가 진행되어 전국에 보급되어 있는 사례도 있다.

표 2는 진흥회가 실제로 연구 등을 실시해 온 과제를 보여주고 있다. 한국의 공적개호보험 도입의 전제가 되는 민간사업자 육성에 참고가 된다고 생각된다.

내용을 보면, 우선 설립 초기에는 민간 실버비즈니스를 성립시키기 위한 기반 만들기를 위한 연구를 실시하였다. 구체적으로는 시장 또는 사업내용의 조사, 사업자가 실무 능력을 함양하기 위한 가이드 라인의 연구와 그것을 활용한 연수의 실시, 게다가 자금조달과 관련된 문제도 연구했다.

다음에 새로운 상품개발의 연구를 실시했다. 재택서비스, 고령자주택, 개호용구라고 하는 기본 서비스 분야로부터 시작해, 삶의 질에 관련되는 급식, 여가·특히 사회에 참여하기 위해 필요한 이송, 혹은 개호발생을 막기 위한 건강 증진이나 개호 예방 등에 까지 연구 대상을 넓혀가고 있다.

또 산업육성을 위한 정책 연구도 실시하고 있어 실버서비스전이라고 하는 사회에 대한 홍보·보급 업무도 실시하고 있다.

그리고 개호보험의 도입되기 직전 단계에서는 소비자문제에 관계하는 리스크매니지먼트나 인력에 대한 연구를 실시해 왔다.

이러한 연구에 대해서는 정부로부터 지원도 있었으며, 한국에서도 개호보험 도입 전에 민간 사업자의 육성을 실시하는 이와 같은 준비작업과 그것을 추진하는 조직의 편성은 필수라고 생각된다.

표 2. 실버 서비스 진흥회 연구테마의 추이

Theme	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Infrastructure for Business	Market analysis	*			*	*			*				*		
	Research of Business Condition		*				*							*	*
	Estimation of Provider			*	*	*	*	*	*	*	*			*	*
	Guideline for Business			*	*	*	*	*	*	*	*			*	*
	Training to Provider			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Study of Business			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Magazine for ESPA members			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Finance for Business				*					*	*				
	Manpower													*	
New Business Development	In-house Service				*	*	*								
	Housing for elder				*	*	*	*	*	*	*			*	
	Development of Equipment for elder				*	*	*	*	*	*					

한국에 있어서의 공적개호보험 도입의 기반 정비를 위한 제안

Theme	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
New Business Developme	Leisure & Culture			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Food Service				*	*									
	Care-support System				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Welfare Equipment						*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Transportation							*	*					*	
Business promotion	Health Promotion								*				*		
	Promotion of ESPA mark				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	ESPA Expo.& Symposium				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Industry Promotion				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Facility & Community	Local support organization						*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Community development & management				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Design & Management of facility for elder				*	*	*	*	*						
Consumer	Special facility complex for elder			*	*	*				*					
	Reverse mortgage			*			*	*							
	Consumer										*	*	*	*	*
	LTC											*	*		
Risk management														*	

(4) 실버 서비스에 관한 홍보·보급 활동

실버 서비스에 대한 인식 향상이나 이해의 촉진을 위한 정보 제공을 실시하고 있으며, 1991년부터 개최되고 있는 「실버서비스전」은 실버서비스의 이용자나 관계자에게 그 활동을 폭 넓게 알리는 일본 최대의 종합 이벤트로서 정착하고 있다.

그림 8은, 실버서비스전에 참가한 기업의 추이를 나타내고 있다. 당초부터 개호 관련 기업이 가장 많이 참가해 왔지만, 개호보험 도입 후는 감소 경향을 보이고 있는 반면, 건강·삶의 질 관련이나 정보 관련 기업의 참가는 증가해 오고 있어 개호보험 도입에 대한 일시적인 대응 역할은 일단락 하고, 사회의 요구가 생활의 질 향상으로 향하고 있는 것을 나타내고 있다고 생각된다. 또 실버서비스전과는 다른 국제의료복지기기전이 일본의 개호 관련 기기의 전시회로서의 위치를 잡아가고 있다.

Transition of ESPA Expo. member

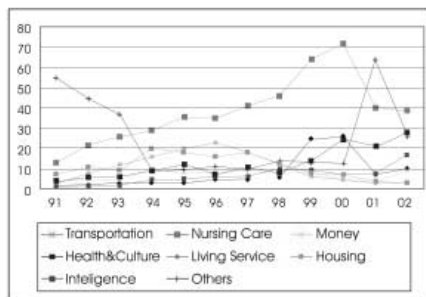


그림 8. 실버 서비스전참가 기업의 추이

(5) 실버 서비스 종사자 연수의 실시

개호관련 서비스사업은 노동 집약형 산업이며 서비스 제공에 종사하는 사람의 자질의 향상은 지극히 중요한 것이다. 진흥회에서는 1989년부터 재택 서비스의

종사자를 중심으로 연수사업을 실시해, 지금까지의 수강자수는 총계 20,000명을 넘어 민간 실버서비스의 사회적 신뢰의 획득과 질 향상에 공헌하고 있다.

(6) 행정·관계 단체와의 제휴, 정책 제언

급속히 확대하는 실버서비스 시장에서의 민간 사업자의 참가 증가에 동반해 각 지방자치단체에서도 사업자 단체를 조직화하여 활발한 활동을 전개하고 있다. 진흥회에서는 이러한 관계 단체와 제휴함과 동시에 각 지역 수준에서의 실버서비스의 건전한 발전을 꾀하기 위해, 지방에 있어서의 실버서비스의 진흥을 실시하는 「지방 진흥 조직」의 조직화와 그 기능 강화를 위한 지원을 실시하고 있다. 그 일례로서 2000년부터 「전국 실버서비스진흥조직 연합협의회」를 조직해 각 지방 진흥 조직과의 밀접한 제휴를 꾀해, 적극적으로 각지역마다의 실버서비스 진흥을 위한 기반 정비 지원을 실시하고 있다. 설립 시부터 행정 기관에 대해 「고령자 복지의 촉진」 및 「실버서비스의 진흥에 관한 세제 요망이나 제도 개정 요망」을 실시하고 있다.

(7) 국제 교류(해외 조사단의 파견 등)

1988년부터 미국 및 유럽을 시작으로 한 여러 나라에 있어서의 실버서비스의 최신 동향을 조사하는 것을 목적으로 회원들이 참가하는 조사단을 파견하고 있다. 또한 일본의 고령화는 정책적, 시장적 측면의 양면에 있어 여러 다른 나라의 행정기관 관계자, 연구자, 사업자로부터 높은 관심을 모으고 있는바 진흥회에서는 그 조회나 방문에 대응해, 일본 고령자 복지정책 및 실버서비스의 현상 등에 대해서 정보를 제공하고 있다.

(8) 회원기업 상호 연구회 활동

· 월례 연구회

실버 서비스 관련의 다양한 분야의 최신 동향을 연구하기 위해, 최신의 정보, 연구 성과 등의 강연회를 개최하고 있다. 또한 강연록은 매회 회원에 제공되고 있다.

· 분과회

회원의 주체적인 연구 활동을 지원하기 위해, 분과회를 설치해, 업종별 회원이 참가하여 테마에 대한 주체적인 연구 활동을 실시하고 있다.

(9) 건강 장수의 마을 만들기 사업의 추진

진흥회에서는, 누구나 건강하게 삶의 보람을 가지고, 안심하고 살아 갈수 있는 다세대 교류의 “거리”만들기를 목표로 “건강장수 마을 만들기”의 홍보, 보급

활동을 실시함과 함께, 지방공공단체가 추진하는 마을 만들기 계획수립 사업이나, 민간 사업자등에 의한 거점 정비 사업을 지원하고 있다.

1.하드 대책

50개 이상의 지방자치단체에서의 복지 마을 만들기 계획에 참여한 경험으로부터 말하면, 시설정비상의 문제는, 재택에서 자립 생활을 계속해 나가기 위한 각종 지원 서비스를 제공하는 거점시설 정비와 가능한 한 자립 생활을 할 수 있는 주택문제에 귀결한다고 말할 수 있다.

여기에서는, 우선 어떠한 시설의 경우에도 신체적인 상황과 건물의 관계는 어느 정도는 정리를 할 수 있다고 생각되기 때문에, 우선 그것에 대해 미국에서의 신체 기능과 시설의 관계에 대해 설명코자 한다.

(1) 개호 레벨과 시설 분류

미국에서는 고령자가 거주하는 시설은 Retirement living(일본에서 말하면, 일반 주택이나 시니어 주택에 상당), Residential care facility(케어 하우스에 상당), Intermediate nursing care facility(개호노인복지 시설에 상당), skilled nursing care facility(개호 노인보건시설 혹은 요양형 개호 의료 시설에 상당)와 같이 나눌 수가 있으며, 각 시설에 있어서의 입주자의 요구는 표 3과 같이 정리할 수 있다.

특히 고령자 주택을 계획해 나가는 경우에는 필요한 기준은 ①안심, ②안전, ③편리, ④amenity이며, 이와 같은 순위와 밸런스를 검토할 필요가 있다.

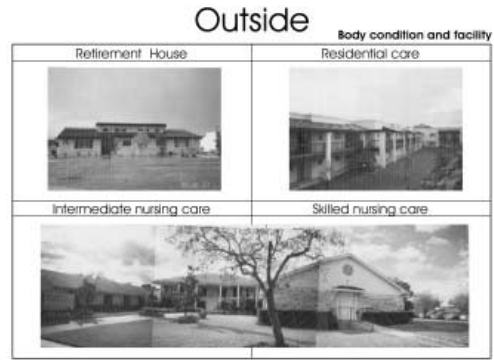
표 3. 시설 분류와 입주자 요구

	Retirement Living	Residential care facility	Intermediate nursing care	Skilled nursing care facility
Security & Amenity	*	*	*	*
Residential care		*	*	*
Nursing care			*	*
Medical care				*

이러한 요구에 대응해 서비스를 제공하는 시설에는 다음과 같은 차이가 있다.

■ 외관

Retirement house는, 매우 보통 주택의 외관과 같으며, Residential care facility는 테라스 하우스, nursing care facility는 단층집의 연립 주택 형식이다.



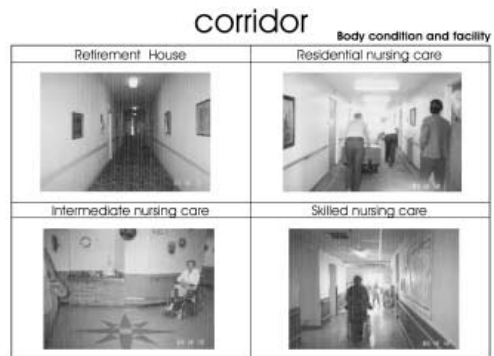
■ 입구

Retirement는, 호텔의 프런트 풍이며, Residential는 호화로운 대형 주택의 입구, nursing care는 청결한 병원의 접수창구 모습이다.



■ 복도

Retirement는, 용단·난간은 없으며, Residential는 용단·난간이 있고, Intermediate nursing care는 용단이 없으며, 자립 이동이 가능하며, skilled nursing care는 이동보조장치가 붙어 있다.



■ 숙실

Retirement는, 일반 맨션의 이미지, Residential는 원룸의 거실, Intermediate nursing care, skilled nursing care 는 병실의 이미지이다.




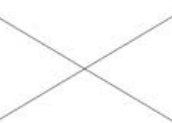
Unit

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 전용 부엌

Retirement에는 일반의 부엌, Residential에는 미니 키친, Intermediate nursing care, skilled nursing care에는 없다.

Kitchen

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 욕실 · 샤워

Retirement, Residential는 전용 목욕탕 또는 샤워, Intermediate nursing care는 공용의 샤워 혹은 입욕 지원, skilled nursing care는 공용의 기계욕 설비가 있다.

Shower/bath

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 전용 화장실

Retirement, Residential은 일반적으로 긴급연락장치가 있으며, Intermediate nursing care는 보조변기,

skilled nursing care는 기대는 보조 다리가 있다.

Bathroom

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 식당

Retirement, Residential는 셀프서비스 혹은 풀 서비스의 레스토랑, Intermediate nursing care, skilled nursing care는 식사 개호가 있다.

Dinning

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 라운지

Retirement는 호텔풍의 호화로운 라운지, Residential는 청결한 라운지, Intermediate nursing care는 용단이 없는 라운지, skilled nursing care는 썬룸 정도이다.

Lounge

Body condition and facility	
Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

■ 긴급 연락

Retirement는 긴급 연락 시스템, Residential는 간호 스태프가 상주, Intermediate nursing care, skilled nursing care 는 간호실이 있다.



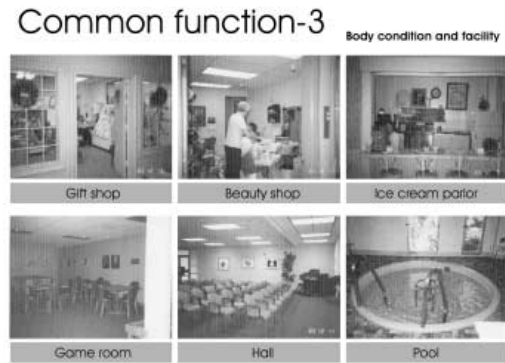
■ 배회

Residential는 낙하 방지, Intermediate nursing care는 대문, skilled nursing care 는 전자자물쇠가 설치되어 있다.



■ 공용 시설

모든 시설이 다음과 같이 공용 서비스를 제공하고 있다.



(2) 향후의 지역 케어와 하드 시설

후생노동성 고령자개호연구회 보고서 「2015년의 고령자 개호 ~ 고령자의 존엄을 지지하는 케어의 확립을 향해~」(2003)에 나타난 지역포괄 케어시스템은, 보건·의료·복지 서비스의 지역으로의 분산화와 함께 마을 만들기의 시점을 포함해 향후 방법론이 되고 있다.

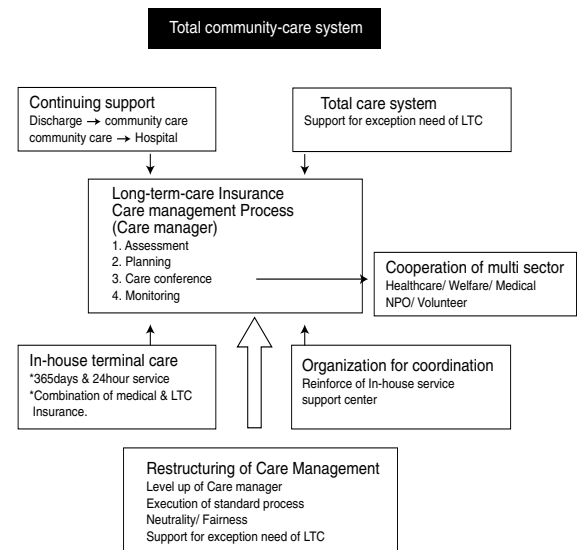


그림 9. Total community-care system

(3) 선진 시설 사례

카지마 건설이 시공한 최근의 시공 사례이다.

(복합 시설)

■ 도쿄도 고령자 종합 복지 시설

치매고령자를 포함한 고령자 니드에 부응하기 위해 관련시설을 일체화한 선구적인 모델시설



도쿄도 江東 고령자 의료 센터
(고령자 전문 병원)



메디케어 이스트
(개호 노인보건시설)



三井陽光苑
(개호 노인 복지 시설)

(개호 노인 복지 시설)

■ 望星荘

한 사람의 개성을 존중한 노인복지시설



외관



휴게실



발코니



특별 양호 노인홈 선사인 赤坂
(도쿄도 · 초등학교로부터의 전환)



케어하우스 코스모
(나고야시 · 개호 노인 복지 시설)

(개호 노인보건시설)

■ 요미우리 랜드 케어 센터

자립지원, 개성과 인권의 존중, 신뢰감의 확립, 지역과의 제휴, 이상적인 직장 만들기를 기본방침으로 한 전실독실의 유니트 케어 방식의 개호 노인 보건시설



외관



일반식당

■ 八郷프로방스

(이바라키현 · 개호 노인보건시설)



(고령자 주택)

■ 모닝 파크 씨키리마찌 (나고야 · 유료 양노원)

「자연을 사랑하고, 발견과의 만남을 무엇보다도 즐겨워하며, 언제나 새로운 자신을 찾아 요구하는 정열 인생」을 스타트 시키기 위한 유료 노인홈



정원



남동외관

■성로가레지덴스



(토쿄도 · 시니어 하우스)

■빈티지 비라 무코가오카유엔



(카와사키시 · 시니어 주택)

■드림 가든 쿠라시키 (케어 하우스)



(장애자 시설)

■신체장애자료호시설마이토라 (니가타현)



■정신장애자 자립지원 시설 키라키라 (오타케시)



(4) 비품의 중요성

시설 운영에서의 잇어서는 안되는 것은, 건물보다도 비품 등이 실제 서비스 품질에 큰 영향을 준다는 것이다. 그 사례로서 일본에서 가장 중요시되는 욕실에서의 사례와 아이디어를 살펴보도록 한다.

■일반 욕조에 대한 연구

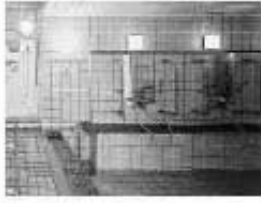


- ▶ 입욕중에도 안정인 자세를 유지할 수 있도록 발을 놓을 수 있도록 설치
- ▶ 허리를 걸칠 수 있도록 단을 설치
- ▶ 욕조에 잠기기 쉽게 난간을 욕조에 들어가는 측과 반대로 설치
- ▶ 넘기 쉽고, 걸터앉아 회전 어찌면 욕조 가장자지를 폭 22 cm, 높이 39센치로 설정
- ▶ 욕조 내에서 일어서거나 주저앉는 자세를 취하기 쉽게 난간의 높이를 80 cm로 설정
- ▶ 개방적이어 즐길 수 있는 분위기를 만들기 위해서 벽면과 창에 대해서도 연구

■기계 욕실에 대한 연구



■ 샤워실에 대한 연구



- ▶ 누운 채 들어갈 수 있는 넓은 입욕 기기(양 사이드에 창을 마련해 개방감을 주도록 함)
- ▶ 개호하기 쉽게 방의 구석을 곡선으로 처리
- ▶ 개별 욕조에 앉은 자세 취하기 쉽도록 의자 승강 리프트 설치

■ 샤워실 연구

- ▶ 휠체어를 비치해 본인의 잔존 능력을 활용 시킨다
- ▶ 이용자가 허리를 굽히기 쉽게 큰 난간 설치
- ▶ 개호자가 허리를 정도로 샴푸가 쉬운 높이의 세면대
- ▶ 이용자와 개호자의 쌍방이 사용하기 쉬운 클릭 샤워의 혹을 설치

■ 탈의장에 대한 연구



- ▶ 넘어졌을 경우 골절을 막기 위해 쿠션성 바닥재를 채용
- ▶ 착의·탈의용의 손잡이 설치
- ▶ 침대가 아닌 탈의 벤치를 채용
- ▶ 여분의 수납의 확보
- ▶ 약품용 열쇠 침부 탈의선반, 청소 용구용 세로틀로커의 설치

2004 Kyobo healthcare symposium

2nd Session Facility/manpower

2004.5.20

Hiroyuki Yoshitake

Contents

1. General Policy to protect increment of social expenditure
2. Current business condition of LTC market in Japan
3. Preparation for starting LTC insurance

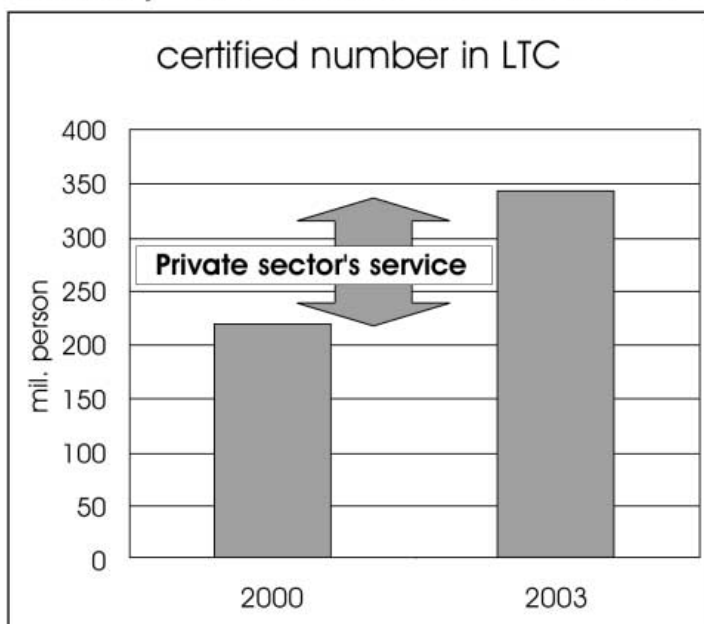
1. General Policy to protect increment of social expenditure

- ✓ Apply older people as a social resource
- ✓ Reform of social security financial system and deregulation
- ✓ Bolster civic infrastructure for older adults
- ✓ Home-based service under Long-term care
- ✓ Support the family as primary caregivers

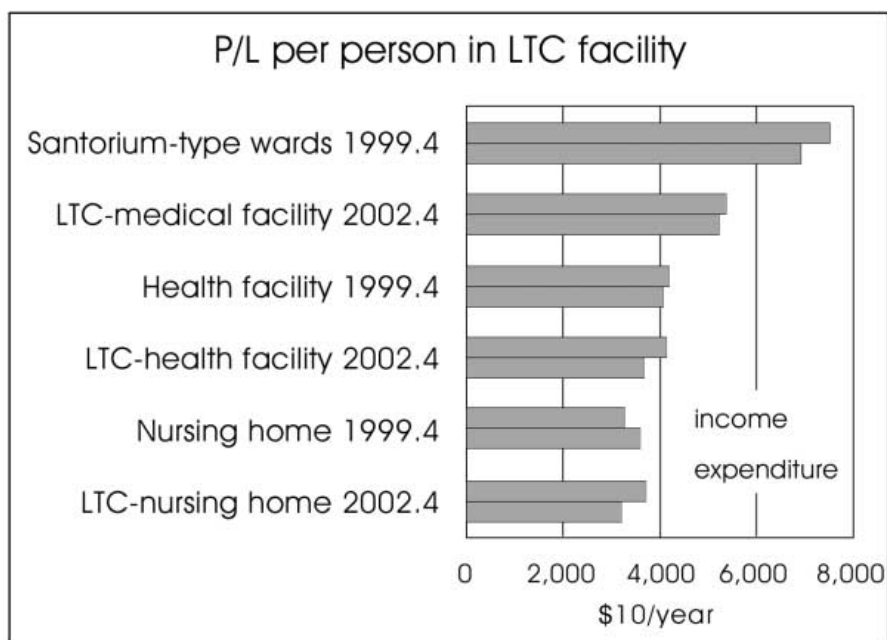
2. Current business condition of LTC market in Japan

- ✓ Necessity of Private sector's service
- ✓ Business condition of LTC facility
- ✓ Area difference of business condition
- ✓ Theme for restructuring of LTC insurance system in Japan

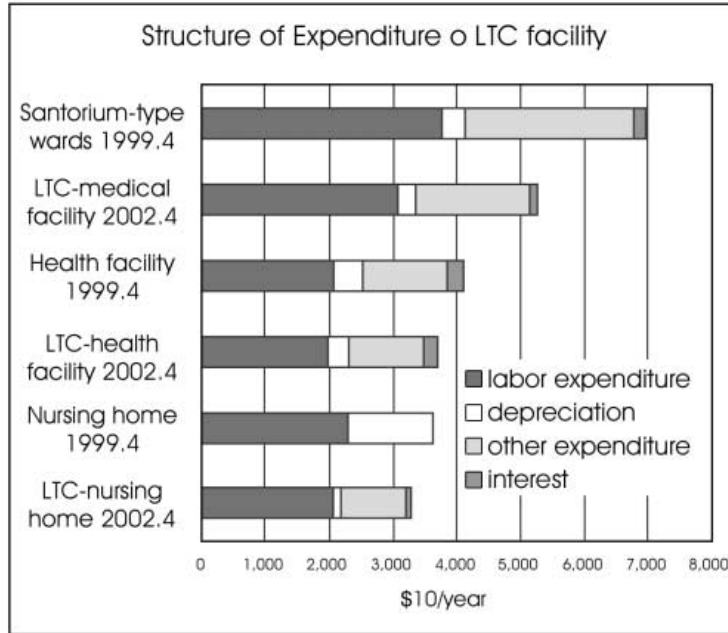
Necessity of Private sector's service



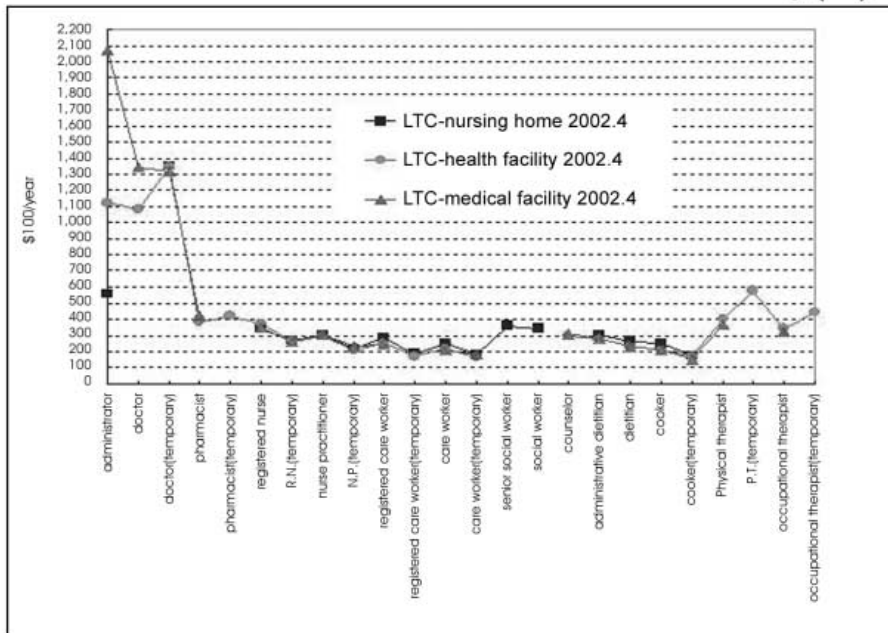
Business condition of LTC facility(1)



Business condition of LTC facility(2)



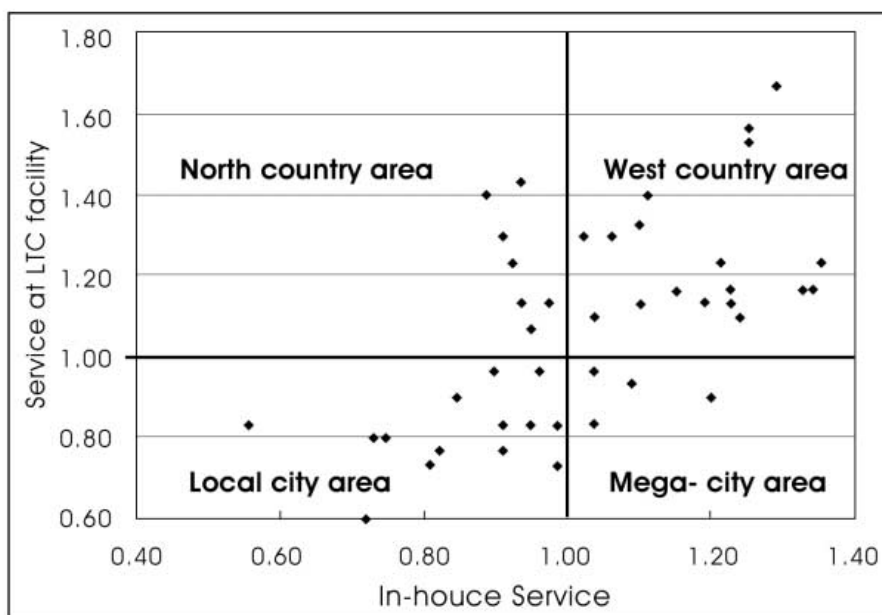
Business condition of LTC facility(3)



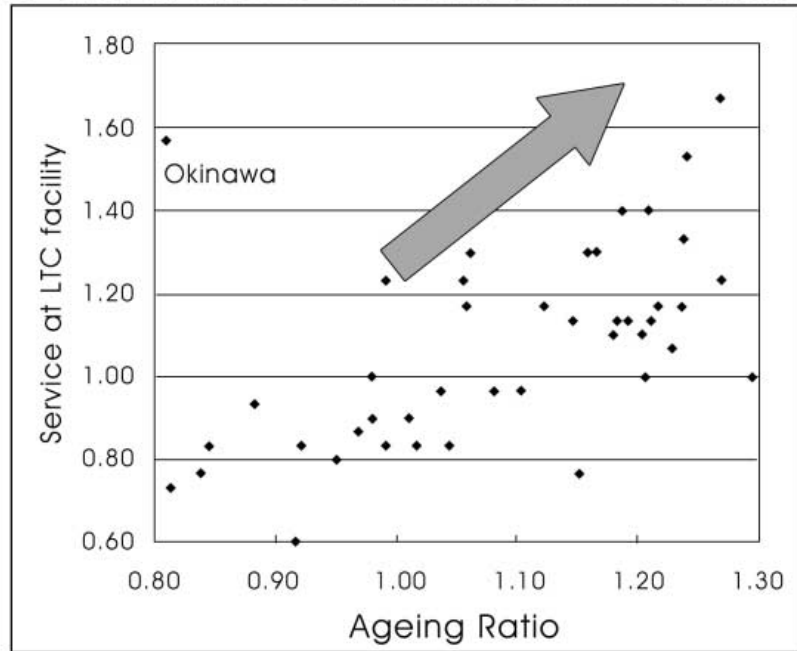
Estimation guideline for care staff

Factor	Guideline	Point
Ability	Action for trouble	1-5
	Reliance of User & Family	1-5
	Keep company 's rule	1-5
	Reporting & Records	1-5
	Cooperation with other staff	1-5
	Action for Special Request	1-5
	Responsibility	1-5
Attitude	Delay / Absence etc.	-40-0
Basic Ability	attitude /technique / knowledge	3-15
Impression	special point of other item	5-50

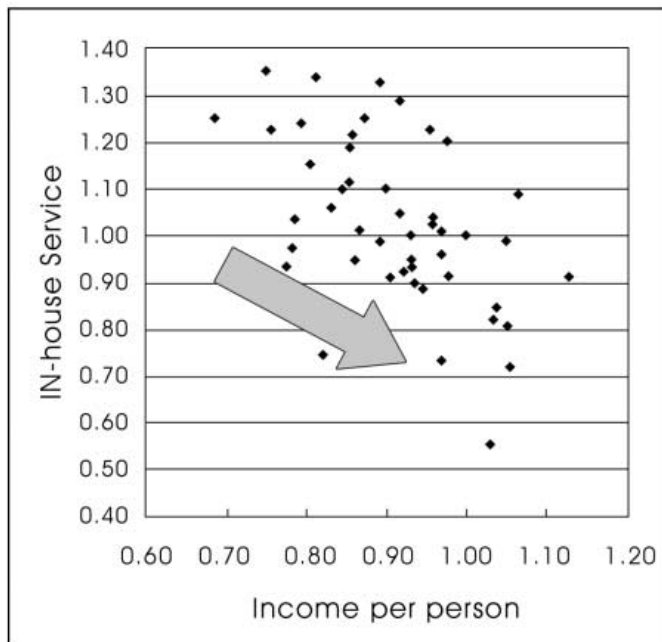
Area difference of business condition(1)



Area difference of business condition(2)



Area difference of business condition(2)



Theme for restructuring of LTC insurance system

Category	Contents
Insurance System	Insured & eligible person/payment
Certification	Procedure/term
In-home Service	Care manager & management /medical & nursing care
LTC facility	category

3.Preparation for starting LTC insurance

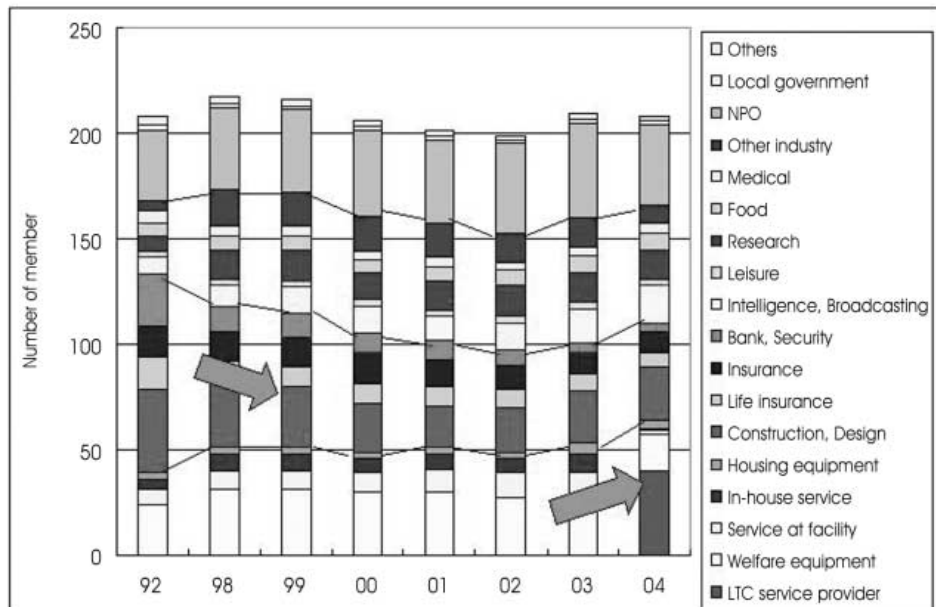
- ✓ Establishment of organization to promote private industry for older people
- ✓ Bolster civic infrastructure for older adults

Establishment of organization to promote private industry

Elderly Service Providers Association in Japan (established in

1. Management of EPA Mark to keep quality of service
2. Research of Private industry for older people
3. Promotion of elderly service provider
4. Training for labor of elderly service provider

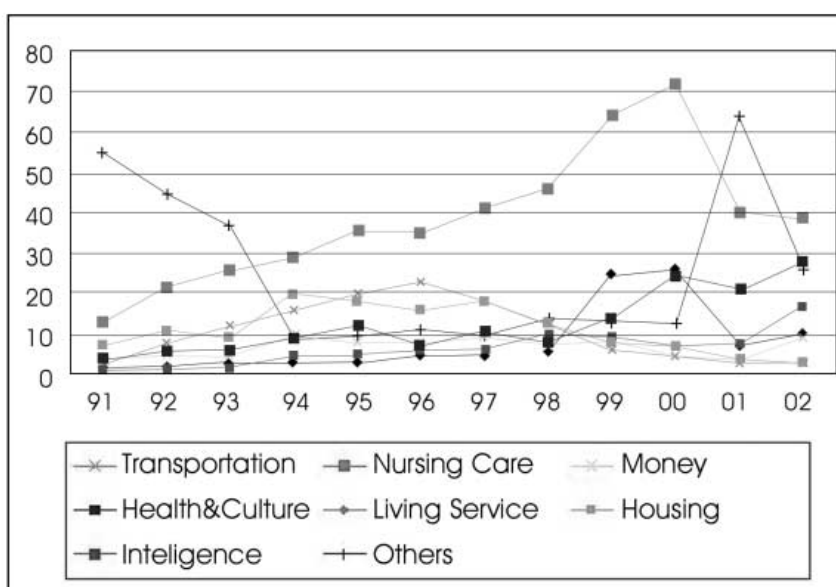
Transition of member of ESPA



Transition of research theme

Theme		8	7	8	8	9	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	1
Infrastructure	Market analysis																			
	Research of																			
	Estimation of																			
	Guideline for																			
	Training to Provider																			
	Study of Business																			
	Magazine for ESPA																			
Business Development	Finance for Manpower																			
	In-house Service																			
	Housing for elder																			
	Development of																			
	Leisure & Culture																			
	Food Service																			
	Care-support																			
Business promotion	Welfare Equipment																			
	Transportation																			
	Health Promotion																			
	Promotion of ESPA mark																			
Facility & Community	ESPA Expo. & Industry Promotion																			
	Local support																			
	Community development & management																			
Consumer	Design & Special facility																			
	Consumer																			
	LTC																			
	Reverse Mortgage																			
	Risk management																			

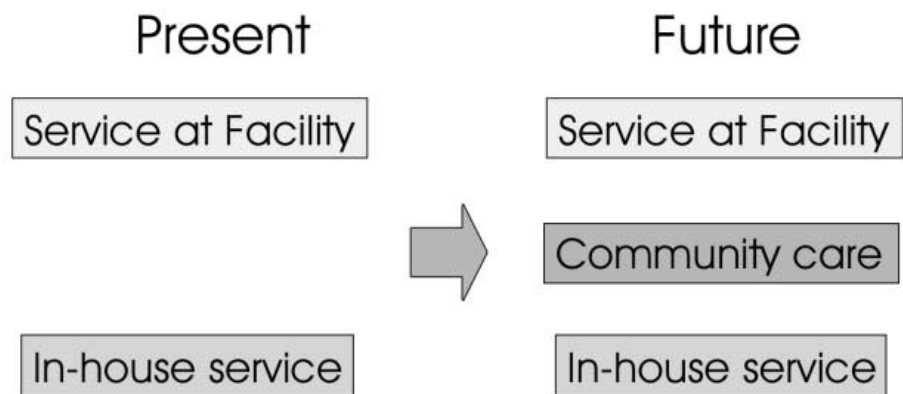
Transition of ESPA Expo. member



Bolster civic infrastructure for older adults

- ✓ Community care
- ✓ Body condition and facility
- ✓ Advanced facility in Japan

Community care






Body condition and facility

General category & need	Retirement House	Residential care	Intermediate nursing care	Skilled nursing care
Security Amenity	*	*	*	*
Residential care		*	*	*
Nursing care			*	*
Medical care				*

Outside

Body condition and facility

Retirement House	Residential care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Entrance





Body condition and facility



Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

corridor

Body condition and facility

Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Unit		Body condition and facility	
Retirement House		Residential nursing care	
			
Intermediate nursing care		Skilled nursing care	
			

Kitchen		Body condition and facility	
Retirement House		Residential nursing care	
			
Intermediate nursing care		Skilled nursing care	
X		X	

Shower/bath

Body condition and facility

Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Bathroom

Body condition and facility

Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Dinning

Body condition and facility

Retirement House



Residential nursing care



Intermediate nursing care



Skilled nursing care



Lounge

Body condition and facility

Retirement House



Residential nursing care



Intermediate nursing care



Skilled nursing care







Nurse station

Body condition and facility

Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Defense for wandering

Body condition and facility

Retirement House	Residential nursing care
	
Intermediate nursing care	Skilled nursing care
	

Common function-1

Body condition and facility



Kitchen



Laundry



House Keeping



Book keeping



Medication



Diet

Common function-2

Body condition and facility



Activity



Religious



Dental care



Therapy Room



Library

Common function-3

Body condition and facility



Gift shop



Beauty shop



Ice cream parlor



Game room



Hall



Pool

General guideline for Disability

- Approach Non-step Level / Ramp (instead of steps)
- Entrance over 80 cm width
- Ramp 1/12 slope
- Corridor over 130 cm width
- Bathroom easy to access/ sliding door/ handrail
- Elevator over 80 cm width of entrance

complex

Advanced Facility in Japan

Tokyo elderly total care complex



Advanced Hospital for older



LTC-welfare facility



LTC-health facility

LTC-health Facility

Advanced Facility in Japan

Yomiuri Land Care Center /Kawasaki



LTC-health Facility

Advanced Facility in Japan

Hatisato Provance / ibaragi



LTC-welfare Facility

Advanced Facility in Japan

Bousei Soo



LTC-welfare Facility

Advanced Facility in Japan

Mutsuo-no-sato / sennan city



LTC-welfare Facility

Advanced Facility in Japan

Care-house Kosumo / Nagoya



LTC-welfare Facility

Advanced Facility in Japan

Sun-Sun Akasaka / Tokyo (conversion)



Senior Housing

Advanced Facility in Japan

Morning Park Chikaramachi
/ Nagoya / pay home



Senior Housing

Advanced Facility in Japan

Vintage Villa Mukougaoka

Yuuen / Kawasaki / senior house



Senior Housing

Advanced Facility in Japan

St. Lukes Residence

/ Tokyo / senior housing



Senior Housing

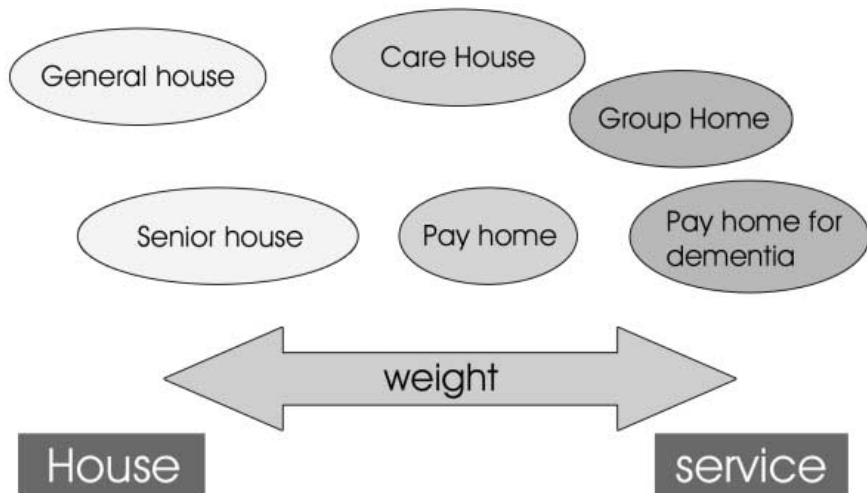
Advanced Facility in Japan

Dream Garden Kurashiki
/ Kyrashiki / care house



Category of senior Housing

Senior Housing = House + service



Sales point of senior Housing

Security	Guard / Risk management Bailer free
safety	Emergency / nursing care
Convenience	Front / Food service
Amenity	Public space : public bath multipurpose room / Activity

Total Services

「こんなに、愛をしてくれるかしら？」
ある奥様が微笑まれたことがありました。
三階に当食事の食堂をなくともいいこ
こ。こう表現され

●フードサービス
健康・食・住 そして心の交流。
出過ぎず、不足せず。
アットホームにきめ細や
かな気配りサービスで
お仕えます。

●フロントサービス
●ヘルスケアサービス

●レジデントサービス
●リビングサービス

●ヘルスケアサービス
●リビングサービス

「健康への心づかい、清潔で快適な住まい、
安全・安心な建物と設備、志
士・プライベートな生
活の出会いのある
自由で豊かな後半生を楽しんでいただ
けるよう、すみずみまで行き届いたサー
ビスを提供いたします。全戸戸という小さ
な一軒家への気
配に生
活の移
らしぶり、必ずやお気に召していただ
けると信じています。

●ヘルスケアスタッフが日夜抱えています。 お住まいを快適に保ちます。

●フロントサービス
●ヘルスケアサービス

●レジデントサービス
●リビングサービス

●ヘルスケアサービス
●リビングサービス

●ヘルスケアスタッフが日夜抱えています。 お住まいを快適に保ちます。

Front
service

Healthcare
service

일본개호보험시설/인력운영의 현황과 과제

Front service

Privacy & Security

● 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다.



Healthcare service

365day/24hr service

● 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다.



Food service

Customized service

● 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다.



Social service

Stress free
Customer
Satisfaction

● 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다. 긴급한 상황에 대비하여 24시간 365일 운영되는 센터입니다.



SESSION 2

Unit



Bedroom



LDK



Bath



Bathroom

Unit (double sliding door)



Unit

open

Big Bathroom

Elevator per 2 unit

■ Nurse call
● 24HR Monitor

Non-step entrance

open

Public space

Piano Lounge

Private Dining

Multipurpose room

Public Bath

Japanese Room

Beauty Shop

