

일본 개호보험제도의 내용과 문제점

이홍무(와세다대학 상학부, 상학박사)

I. 서론

일본은 평균수명이 2002년 기준으로 남자가 78.32세, 여자가 85.23세로 세계최고 장수국이다. 그 결과 국민 거의 모두가 한번은 고령기를 맞이하는 시대가 되었고, 또한 고령자로 살아가는 기간도 길다. 이 긴 고령기를 어떻게 지낼 것인가는, 개인에 있어서도 사회에 있어서도 매우 큰 과제가 되고 있다. 필자는 한국에서 조기퇴직을 의미하는 「사오정」이나 「오륙도」에 추가해서 38세이상 정리해고를 의미하는 「38선」이란 용어가 유행한다고 전해 듣고 있으며, 노후에 대한 경제적 준비기간이 특히 짧은 한국에서는 머지않아 고령자 개호문제가 일본보다도 더욱 심각한 문제로 등장할 것으로 예측하고 있다.

인생의 마지막까지, 개인으로서 존중되고 사람답게 생활하게 되는 것은 누구나의 소망이다. 이는 개호가 필요하게 된 경우에도 마찬가지이며, 만일, 치매 상태가 되었다 해도, 개인으로서 존중받고, 이해받고자 하는 소망은 마찬가지이다. 이러한 소망에 부응하기 위해서는, 자신의 인생을 자신이 결정하고, 또 주위로부터도 개인으로서 존중되는 사회, 즉, 존엄을 유지하고 생활을 할 수 있는 사회를 구축해 가는 것이 필요하다. 또한, 고령자개호에서도, 일상 생활에서 신체적인 자립의 지원뿐만 아니라, 정신적인 자립을 유지하고, 고령자 자신이 존엄을 가지도록 서비스가 제공되어야 한다.

개호보험은, 고령자가 개호를 필요로 하게 되어도, 자신이 가지고 있는 힘을 활용하여 자립하여 생활하는 것을 지원하는 「자립지원」을 지향하는 것인데, 그 근본에 있는 것이 「존엄의 유지」이다. 일본에서 개호보험제도가 실시된지 3년이 경과한 현재, 제도 본래의 이념에 따라 소기의 성과를 올리고 있다. 그러나, 일본의 개호보험제도에도 많은 문제점이 내포되어 있어, 지금까지의 실적을 검증하고, 직면하는 고령자개호의 과제를 검토하는 것은 한국의

제도설계에 시사하는 바가 클 것으로 생각된다.

따라서, 본고에서는 일본의 개호보험제도의 내용과 이용실태를 검토해서 그 문제점을 추출해보기로 한다.

Ⅱ. 개호보험제도의 도입경위

1. 노인복지와 공적개호

일본에서는 노인이 시설에 입소하는 것은 1946년에 제정된 생활보호법 등의 생활보호제도에서 출발하고 있다. 그러나, 노인의료제도의 근거인 노인보건법(1982년)이 제정되기 이전인 1963년에 노인복지법이 제정되었고 이는 세계 최초의 노인복지 단독입법으로 알려져 있다.

한편, 노인의료비의 국민의료비 총액에서 차지하는 비율은 다음과 같이 증가해오고 있었고, 2025년에는 전체의료비의 2분을 1을 차지할 것으로 예측되었다.

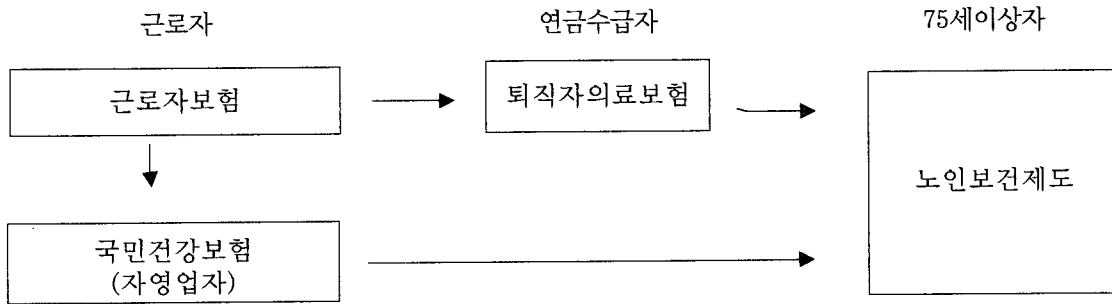
표 1. 국민의료비에서 노인의료비 점유비율

년도	1974	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
%	12.4	28.2	28.7	29.4	28.7	29.5	30.4	31.5	32.6	35.4	36.5	38.2

자료: 『老人医療事業年報』 후생성(구)

이와 같은 노인의료비는 무료였다. 즉, 일본정부는 1972년 노인복지법을 개정해서 1973년 1월부터 70세 이상의 노인에 대하여 공적의료보험에 의한 본인부담을 무료화 하는 노인보건제도를 창설하였다. 현재의 노인보건제도는 75세 이상을 대상으로 하고 있으며 본인이 일부 부담을 하고 있다. 즉, 노인보건대상자를 포함한 70세 이상의 자는 본인이 진료비의 1할(일정 소득이상자는 2할)을 부담하지만 의료기관이나 소득구분에 따라 1개월 부담한도액이 있어서 외래의 경우 5,000엔에서 1,500엔까지, 입원의 경우 37,200엔을 한도로 본인이 부담한다. 이는 70세미만의 자가 입원과 통원 모두 3할을 부담하는 건강보험의 본인부담분에 비하면 매우 저렴한 것이다.

그림 1. 연령에 따른 공적의료보험제도



이와 같은 노인보건제도의 본인부담분 이외의 비용은 국가가 20%, 지방자치단체가 10%, 각종 건강보험제도가 70%를 부담한다. 즉, 지역보험이나 직역보험의 건강보험가입자는 75세가 되면 노인보건제도의 적용대상자가 되고 그외 대상자의 의료비는 직역보험과 건강보험가입자로부터 70%를 부담금으로 각출해서 충당하고 있다.

2. 공적개호보장제도의 도입

이러한 일본에서 공적개호보장제도에 대해서 본격적으로 논의되기 시작한 것은 1990년부터이다. 개호보험에 대한 정책결정에 의견을 발표하고 있는 것은 정책을 담당하는 정부기구인 후생성과 수상의 자문기관인 사회보장제도심의회와 노인복지심의회이다.

1993년 2월 사회보장제도심의회 1차보고서에서 사회보장제도로서 고령자개호의 필요성을 강조한다. 그 다음해 인 1994년3월에 후생성의 고령사회복지 비전 간담회(1992년 발족)가 발표한 최종보고서 『21세기복지비전』에서 개호비용에 대한 국민전체의 공평한 부담을 강조한다. 여기에서 보험을 직접적으로 지칭하고 있지는 않으나 「국민전체의 공평한 부담」이란 사회보험을 이용해서 해결하려고 의도한 것으로 보여진다.

그 후 1994년 9월 사회보장제도심의회 2차보고서에서 공적개호보험 도입의 필요성을 강조하고 있다. 그 이유는 다음과 같다. ①금후 증대하는 개호필요성에 대한 안정적인 적절한 개호서비스를 제공하기 위해서는, 재원을 주로 보험료에 의존하는 공적개호보험제도를 도입할 필요가 있다. ②모든 사람이 상당정도의 확률로 개호가 필요한 상태가 될 수 있으므로

보험제도가 적당하다. ③개호급부는 보험료 지불의 댓가로 권리라는 의식을 갖게 할 수 있다. ④공영과 민영의 개호서비스가 비용을 부담하면 이용자가 선택할 수 있고, 공영의 개호보험은 개호가 필요하게 될 가능성이 높은 사람도 부담을 증대시키지 않고 개호서비스의 제공이 가능하다.

이어서 1994년 12월 13일 후생성의 고령자개호·자립시스템연구회 보고서 『새로운 고령자 개호시스템 구축을 지향해서』에서도 개호리스크에 대한 사회보험방식의 개호보험 도입을 주장한다. 개호의 문제는 특별한 사람에 한정된 문제도 아니며, 장수사회의 국민 누구에게나 일어날 수 있는 리스크이다. 따라서, ‘리스크의 공동화’인 개호보험이 필요하다는 내용이다. 다음해인 1995년 7월 사회보장제도심의회가 공적개호보험제도를 권고하고, 1995년 7월 노인복지심의회 중간보고에서도 사회보험방식 적절하다고 한다.

이상의 흐름을 보면, 공적개호보험의 도입을 마치 합창이라도 하듯이 주장하고 있다. 따라서, 공적개호보장제도는 이론적으로 보험방식이 가장 이상적이고 보험방식의 채용에 그 누구도 불만이 없었던 것처럼 보여진다. 그러나, 선진각국의 공적개호제도에는 조세방식과 보험방식이 있다. 조세방식으로는 스웨덴, 덴마크, 영국이 있고, 보험방식에는 네덜란드, 이스라엘, 독일이 있으며, 오스트리아(덴마크에 가까움)는 혼합방식으로 알려져 있다. 이러한 공적개호보장을 제공하는 방식 중에서 일본은 보험제도를 채택하게 된다. 이러한 과정에서 독일의 경우 현금급부가 전체8할이 되는 것은 민간보험회사가 취급하는 개호보험과 다를 바 없다는 비판이 제기된다. 그러나 현물급부에는 인플레이션 시에 재정이 어렵게 될 가능성이 있다. 이러한 상황에서, 독일은 지역중심 수입비례보험료이나 일본은 반액을 공비부담으로 해서 순수사회보험으로 하고 있다. 이는 개호보험을 현물급부를 원칙으로 하고, 소외자를 없게 하는 데는 보험방식보다는 조세방식이 보다 적합하다는 것 주장의 영향을 받은 것으로 보인다.

당시의 정치상황은 다음과 같다. 1994년 2월 23일 호소카와(細川)수상은 소비세율을 3%에서 7%로 인상해서 이를 개호보장의 재원으로 사용하려는 「국민복지세구상」을 발표하나 연립내각의 각 당의 반발에 부딪혀 좌절되고 만다. 그 후 1994년 6월 무라야마(村山)내각이 탄생하고 소비세율을 7%가 아닌 5%로 인상해서 1997년부터 실시되고 있다. 그 결과 고령자개호에 필요한 예산(4,000억엔)은 부족할 수 밖에 없게 되었다. 이에 후생성은 조세이외의 방법 즉 보험료로 개호보장에 대한 비용을 충당할 필요가 생겼다. 이러한 당시의 정치적 상황과, 후생성의 『21세기복지비전』과 그 후의 각 심의회의 의견이 기존 조치제도의 문제점과

보험제도의 장점만을 나열함으로써 보험방식의 도입을 주장한 것을 합쳐서 생각하면 그 흐름은 이해가 되는 일이다. 즉, 후생성이 개호보장제도를 보험제도를 이용해서 구축하려고 한 것으로 보여 진다.

3. 기반정비

기반정비의 책임은 市町村에 있으며 국가가 책정한 기본지침에 근거해서 市町村, 都道府県이 각기 市町村개호보험사업계획, 都道府県개호보험사업계획을 책정하도록 되어 있다. 여기에서 개호시설이나 인력의 부족이 심각한 문제가 된다. 1994년 12월에 발표된 厚生省, 自治省, 大藏省의 대신이 합의해서 작성된 신GOLD PLAN(고령자 보건 복지 추진 10개년 계획)은 다음과 같다. 이는 1989년 12월에 발표된 GOLD PLAN(고령자 보건 복지 추진 10개년 계획)을 수정해서 작성한 것으로 1990년부터 1999년까지의 목표치이다.

표 2. 신GOLD PLAN(1994년)

분 류	구 분	목표치
재택서비스	홈헬퍼 (홈헬퍼스테이션)	17만명 (1만개)
	단기보호(Short Stay)	6만병상
	주간보호(Day Service)	1만7천개
	재택지원센터	1만개
	노인방문간호스테이션	5천개
시설서비스	특별양호노인홈	29만병상
	노인보건시설	28만병상
	고령자생활복지센터	400개소
	케어하우스	10만명분

특별양호노인홈에 관해서 정부는 1999년도에 29만 병상을 정비할 목표였고, 입소대기(당시 약6만인)를 해소하기 위해서는 최저50만병상은 필요하다고 예측되고 있었다.

한편, 이상과 같은 개호보험은 노동집약적인 산업이며, 이를 실시하기 위해서는 개호직원

과 시설직원이 20만명이 필요하고, 간호사가 10만명이 소요되기 때문에 고용효과가 크다고 여겨지고 있었다. 또 개호상품 등의 수요로 인한 신산업의 발생을 기대하는 면도 있었다.

4. 개호보험제도의 이용자

개호보험제도가 실시된지 3년 동안 개호서비스의 이용자 수는 크게 늘어나고, 특히 재택서비스의 이용자 수는 2배로 증가했다.

표 3. 개호서비스 이용자 수의 추이

구 분	2000년 4월	2001년 4월	2002년 4월	2003년 1월
재택 서비스	97만명	142만명	172만명	194만명
요지원	17만명	22만명	26만명	31만명
요개호 1	29만명	47만명	61만명	71만명
요개호 2	17만명	29만명	36만명	39만명
요개호 3	12만명	18만명	21만명	22만명
요개호 4	10만명	14만명	16만명	16만명
요개호 5	9만명	12만명	13만명	14만명
시설서비스	52만명	65만명	69만명	72만명
개호노인복지시설	25만명	30만명	32만명	33만명
개호노인보건시설	19만명	24만명	25만명	25만명
개호요양형의료시설	7만명	11만명	12만명	13만명
합 계	149만명	207만명	241만명	265만명
65세이상인구(만명)(비율)	2,204(17.4)	-	-	2,431(19.0)

자료: 개호보험사업상황보고

주: 2000년4월분에 대해서는, 이용자구분이 미구분(재택3.6만명, 시설8.2만명)의 사람이 있는데, 이에 대해서는, 합계에만 기재되어 있다.

5. 사업자 수

개호서비스의 사업자수도 크게 증가하여, 서비스의 제공 체제는 충실해 졌다.

표 4. 개호서비스 사업자 수

구 분	2002년 4월말	2003년 4월말	증가율
방문개호	15,260	17,592	15.3%
방문입욕개호	2,846	2,887	1.4%
방문간호	59,765	62,774	5.0%
방문리허빌리테이션	46,396	49,440	6.6%
통소개호	10,131	11,670	15.2%
통소리허빌리테이션	5,691	5,828	2.4%
단기입소 생활개호	5,077	5,330	5.0%
단기입소 요양개호	6,667	6,797	1.9%
치매대응형 공동생활개호	1,839	2,944	60.1%
특정시설 입소자생활개호	412	551	33.7%
재택요양 관리지도	137,049	141,566	3.3%
복지용구 대여	5,968	6,902	15.7%
재택개호 지원사업자	23,590	25,290	7.2%
개호노인복지시설	4,792	4,978	3.9%
개호노인보건시설	2,838	2,942	3.7%
개호요양형의료시설	3,925	3,992	1.7%

자료 : WAM-NET

표5. 개호서비스 경영주체별 사업소 수

구 분	사회복지법인	지방공공단체	의료법인	영리법인	합계
방문개호	5,214	256	1,462	8,281	17,177
방문간호	674	1,403	14,140	643	62,680
통소개호	7,112	838	856	1,878	11,400
단기입소생활개호	4,712	432	39	29	5,227
그룹 홈	818	26	687	1,091	2,832
특정시설	90	1	5	405	545

(2003년4월현재. 기타를 생략했기 때문에, 합계는 일치하지 않는다.)

자료 : WAM-NET

또한, 개호보험제도의 도입에 의해, 요개호인정을 받으면, 행정을 거치지 않고, 이용자가 언제나 서비스를 직접 이용할 수 있게 되어, 서비스를 이용하기 쉽게 되었다.

Ⅲ. 개호보험제도의 구조

1. 개요

우선, 피보험자는 두 종류가 있다. 첫째는, 제1호피보험자로 65세 이상인 자이다. 둘째는, 제2호피보험자로 40세 이상 64세 이하의 의료보험가입자³⁾이다. 이 두 종류의 피보험자는 모두 시정촌의 구역내에 주소를 두고 있을 것을 요건으로 한다. 또한, 제2호피보험자에 대해서는, 뇌졸중, 초로기 치매 등 노화에 기인하는 다음의 15종류의 질병에 한정해서 보험급부가 행해진다(개호보험법 시행령 제2조).

①근위축성측색경화증, ②후종근대골화증, ③골절을 동반하는 골다공증, ④샤이드레가증 후군, ⑤초로기의 치매, ⑥척추소뇌변성증, ⑦척추관협착증, ⑧조로증, ⑨당뇨병성신경장해, 당뇨병성신증 및 당뇨병성망막증, ⑩뇌혈관질환, ⑪파킨슨병, ⑫폐쇄성동맥경화증, ⑬만성관절류마치스, ⑭만성폐쇄성폐질환, ⑮양측의 무릎관절 또는 허벅지관절에 qd형을 동반하는 변형성관절증

활동연령기에 있는 젊은 세대의 요개호상태에 대해서는, 현행의 장애인복지시설(1995년 12월에 책정된 「장애인 플랜」 등)에 근거하여 계획적으로 대응하고 있다. 또, 제2호피보험자의 자격요건은 의료보험가입자이므로, 의료보험에 가입하지 않은 40세 이상 64세 미만의 생활보호법 피호자는 피보험자가 되지 않기 때문에, 개호서비스가 필요한 경우에도 개호보험의 급부는 받을 수 없고 생활보호의 개호부조가 지급된다. 여기에 비해서 제1호피보험자인 65세 이상의 자는 피보호자의 경우에도 개호보험의 제1호피보험자가 된다. 따라서, 제2호피보험자가 고령자인 제1호피보험자를 부양하는 구조라고 할 수 있다.

개호보험의 피보험자별 내용은 다음과 같다.

3) 여기서 말하는 의료보험이란 건강보험법, 선원보험법, 국가공무원공제조합법, 지방공무원등공제조합법, 사립학교교직원공제법 등에 의한 피보험자, 조합원 및 그 피부양자를 말한다.

표 6. 개호보험의 피보험자별 내용

구 분	제1호피보험자	제2호피보험자
대상자	65세 이상의 자	40세 이상 65세미만의 의료보험가입자
수급권자	요개호자, 요지원자	요개호자, 요지원자 중에서, 초로기치매, 뇌혈관 장애 등 노화에 기인하는 질병
보험료부담	시정촌이 징수	의료보험자가 의료보험료로서 징수하여, 납부금으로서 일괄납부
부과·징수방법	- 소득단계별 정액보험료 (저소득자의 부담경감) - 노년퇴직연금급부 18만엔 이상은 원천징수, 그 외는 보통징수	- 건강보험: 표준보수개호보험요금 (사업주 부담 있음) - 국민건강보험: 소득할당, 균등할당에 의해서 안분(국고부담 있음)

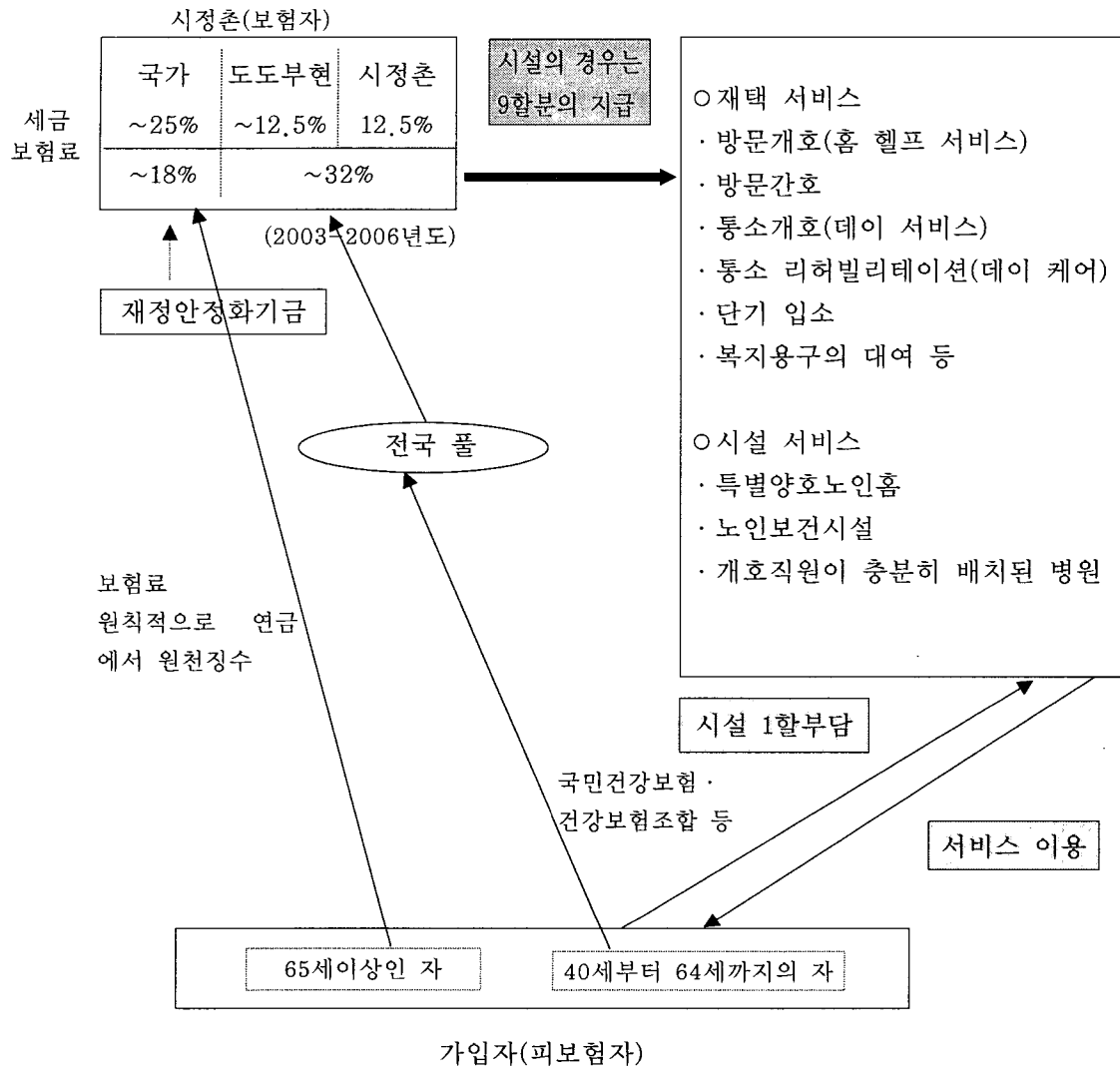
이러한 피보험자가 보험급부의 대상이 되는 요개호상태 등에 해당하는 가 아닌가의 확인(요개호인정 등)을 실시한 후에, 주택·시설 양면에 걸쳐 다양한 의료 서비스, 복지서비스 등을 제공된다. 이와 같은 서비스기반의 정비를 계획적으로 진행하기 위해, 국가가 책정한 기본 지침에 근거하여, 시정촌(市町村), 도도부현(都道府県)이 각각 시정촌 개호보험사업계획과, 도도부현의 개호보험사업지원계획을 책정한다.

이용자 부담은 재택개호의 경우는 추가서비스에 대한 것뿐이나, 시설에서는 보험급부 대상 비용의 1할과 식비 중 평균적인 가격에서 부담하는 부분은 이용자의 부담이다.

공비(公費)부담은 고령자 개호에 대한 공적책임을 감안하여, 공비의 부담은 총 급부비의 2분의 1이며, 2분의 1의 내역으로서 국가와 도도부현, 그리고 시정촌의 부담비율은, 2:1:1이다.

보험료는 제1호피보험자에 대해서는, 노령·퇴직연금으로부터의 특별징수(원천징수)를 행하는 외에, 특별징수가 곤란한 자에 대해서는, 시정촌이 개별로 징수한다. 제2호피보험자에 대해서는, 의료보험 각 법에서 정하는 바에 따라 의료보험자가 징수한 후, 일괄하여 납부한다. 이것을 각 시정촌에 대하여, 각 시정촌의 급부비에서 점하는 비율이 전국 일률이 되도록 교부. 또한, 시정촌의 보험재정의 안정화와 보험자사무의 원활한 실시를 위해, 국비에 의한 재정조정과 요개호인정관계 사무비의 1/2 상당액의 교부를 하는 외에, 도도부현에 의한 재정안정화기금의 설치·운영, 시정촌의 요구에 따라 도도부현이 행하는 보험재정의 광역화 조정과 여기에 따른 보험료기준의 제시 등, 시정촌에 대한 지원이 실시되고 있다.

그림 2. 개호보험제도의 재원



개호보험의 비용구조는 다음과 같다.

그림 3. 2003년도 예산에서의 비용 구조

		비용총액	-	이용자부담	=	급부액																	
		53,995억엔		5,950억엔		48,045억엔																	
수입		지출																					
48,045억엔	제1호보험료(평균 18%): 65세이상 8,648억엔	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">재택서비스 (방문개호, 방문간호 등) 20,745억엔</td> <td rowspan="2" style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;">48,045억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 시설서비스 ○개호요양형 의료시설 ○개호노인보건시설 ○개호노인복지시설 27,300억엔 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">제2호납부금(당해연도)(32%) 15,374억엔</td> <td colspan="5" rowspan="5" style="border: none; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">이용자부담 5,950억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 5px;">총비용 53,995억엔</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">국고(재계) 3,561억엔</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">국가 (20% 부담금) 9,609억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">국가(5% 조정교부금) 2,402억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">도 (12.5%) 6,006억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">시정촌 (12.5%) 6,006억엔</td> </tr> </table>					재택서비스 (방문개호, 방문간호 등) 20,745억엔	48,045억엔	시설서비스 ○개호요양형 의료시설 ○개호노인보건시설 ○개호노인복지시설 27,300억엔	제2호납부금(당해연도)(32%) 15,374억엔	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">이용자부담 5,950억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 5px;">총비용 53,995억엔</td> </tr> </table>					이용자부담 5,950억엔	총비용 53,995억엔	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">국고(재계) 3,561억엔</td> </tr> </table>	국고(재계) 3,561억엔	국가 (20% 부담금) 9,609억엔	국가(5% 조정교부금) 2,402억엔	도 (12.5%) 6,006억엔	시정촌 (12.5%) 6,006억엔
	재택서비스 (방문개호, 방문간호 등) 20,745억엔						48,045억엔																
	시설서비스 ○개호요양형 의료시설 ○개호노인보건시설 ○개호노인복지시설 27,300억엔																						
	제2호납부금(당해연도)(32%) 15,374억엔						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">이용자부담 5,950억엔</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 5px;">총비용 53,995억엔</td> </tr> </table>									이용자부담 5,950억엔	총비용 53,995억엔						
	이용자부담 5,950억엔																						
	총비용 53,995억엔																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">국고(재계) 3,561억엔</td> </tr> </table>											국고(재계) 3,561억엔											
국고(재계) 3,561억엔																							
국가 (20% 부담금) 9,609억엔																							
국가(5% 조정교부금) 2,402억엔																							
도 (12.5%) 6,006억엔																							
시정촌 (12.5%) 6,006억엔																							

※숫자는, 각각 사사오입했기 때문에, 합계에서는 일치하지 않는다.

※제1호 보험료는, 2003년도의 급부비에 충당되는 액수를 계상.

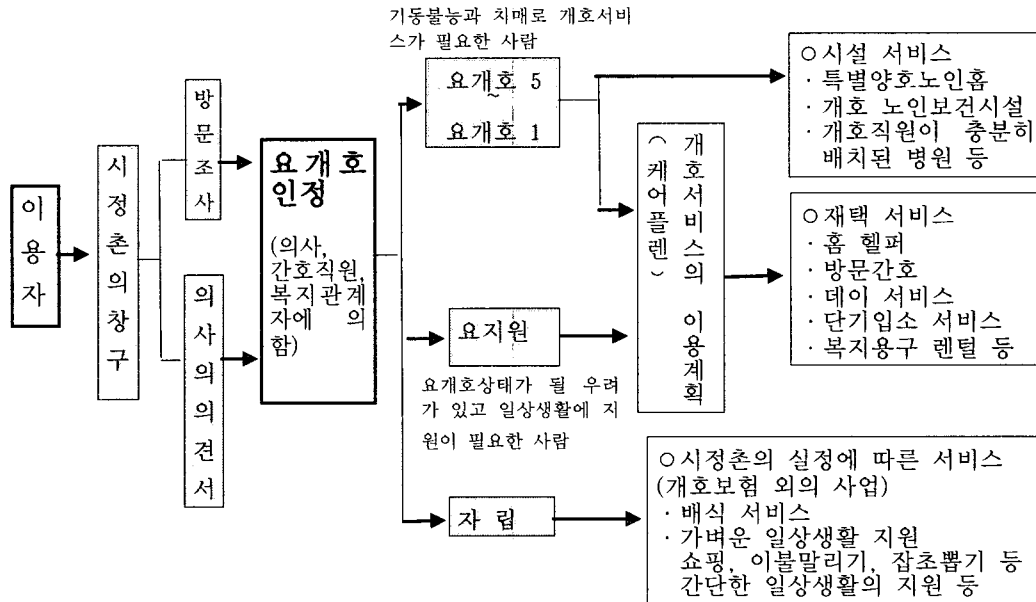
※제2호 납부금은 이 외에 정산분으로서 △295억엔(국고부담(재계)△31억엔)이 있다.

이상과 같이, 개호보험은 사회보험임에도 불구하고, 세금을 재원으로 하는 국가와 지방공공단체의 공비부담이 2분의 1이고, 나머지 2분의 1은 보험료를 재원으로 하고 있다. 그 이유는 다음과 같이 설명되고 있다. 첫째는, 국가·도도부현·시정촌이 각기 개호서비스에 대해서 일정의 공적책임을 기지고 있다는 것이다. 둘째는, 피보험자의 보험료 부담만으로 보험료 부담액이 너무 크다는 것이다. 셋째는, 개호보험 시행전의 노인보건제도에서 노인보건시설요양비 등에 대해서는 국가·도도부현·시정촌이 함께 5할을 부담하고 있던 점과의 정합성(整合性)을 고려했다는 것이다.

2. 이용절차

개호서비스의 이용절차는 다음과 같다.

그림 4. 개호서비스의 이용절차



원칙적으로 시정촌은 신청일로부터 30일 이내에 인정을 하도록 되어 있다. 인정의 효력은 신청일로 소급적용된다. 피보험자 중 개호서비스를 필요로 하는 본인 또는 그 가족은 개호보험 신청서에 성명, 주소, 주치의가 있는 경우는 그 성명 등을 기재해서 제출한다. 지정재택개호지원사업자나 개호보험시설에 의한 신청의 대행도 인정된다. 제2호피보험자는 신청서에 이상을 기재하는 것 외에 특정질병의 명칭 등을 기재해서 시정촌의 창구에 제출한다.

3. 요개호의 인정

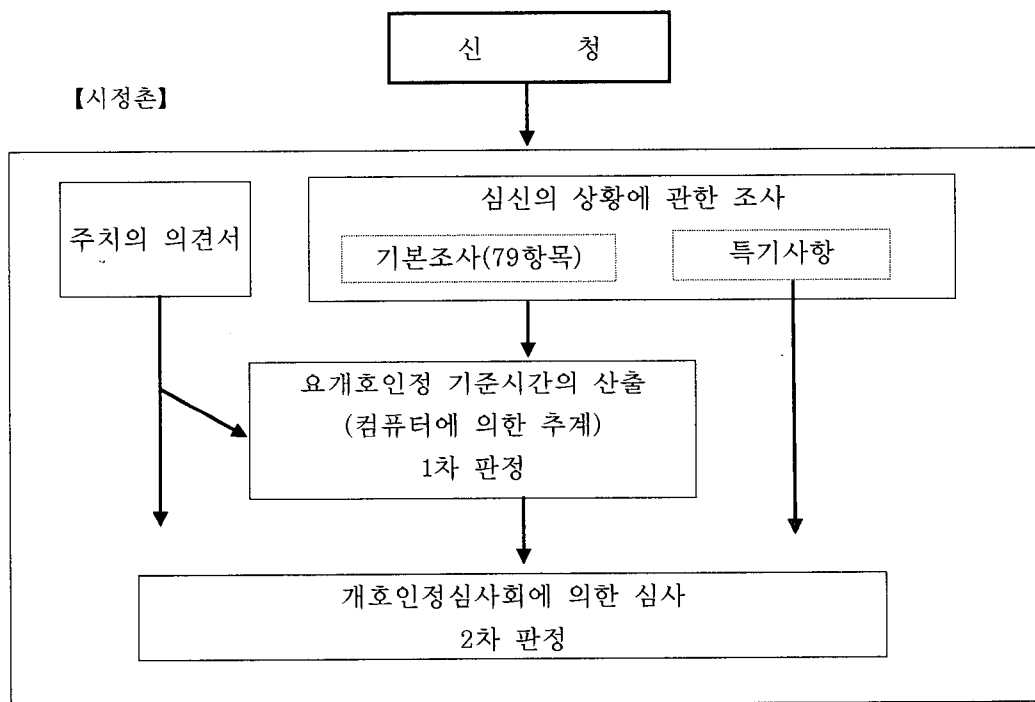
(1) 개요

개호보험제도에서는, 거동불능과 치매 등으로 상시 개호를 필요로 하는 상태(요개호상태)

가 된 경우와, 가사와 몸 주변의 일상생활에 지원이 필요하게 된 상태(요지원상태)가 된 경우에, 개호서비스를 받을 수 있다. 이러한 요개호상태와 요지원상태인가 아닌가, 요개호상태에 있다면 어느 정도인가를 판정하는 것이 요개호인정이며, 보험자인 시정촌에 설치되는 개호인정심사회에서 판정한다. 요개호인정은 개호서비스의 급부액에 연결되므로, 그 기준에 대해서는 전국 일률적으로 객관적으로 정한다.

요개호인정의 절차는 다음과 같다.

그림 5. 요개호인정의 절차



신청을 받은 시정촌은 피보험자를 직접 방문면접하여, 심신상태에 대해서 조사한다. 조사는 시정촌의 직원(필요한 연수를 받은 의사·보건사·복지사무소의 케이스워커 등 의료·보건·복지의 전문가)이 실시하며, 재택개호지원사업자에 소속하는 개호지원전문원에게 위탁할 수 있다.

방문조사는 정해진 인정조사표에 근거하여, 심신의 73항목과 특별한 의료12항목에 대해서 질문을 하고, 항목별로 해당되는 곳에 ○표를 한다(기본조사). 이것을 보충하는 구체적인 사

항을 기재하는 「특기사항」이 있으며, 기본조사는 컴퓨터에 의한 1차판정에 사용되고, 특기사항은 개호인정심사회에 의한 2차판정에 사용된다. 위탁에 의한 방문조사의 경우, 담당개호지원 전문인은 업무상수비의무를 지며, 형법 등의 벌칙의 적용에 관해서는 공무원으로 간주된다.

방문조사와 동시에 시정촌은 피보험자의 주치의에 대해서, 상병의 상황 및 경과, 투약내용, 특별한 의료, 심신의 상태, 의학적 견지에서서의 개호에 대한 의견, 특기사항 등을 기재한 주치의 의견서의 제출을 요구한다. 주치의가 없는 경우는 시정촌이 지정하는 의사 또는 시정촌직원인 의사가 진단하고 의견서를 작성한다. 이 의견서는 개호인정심사회에 의한 2차판정에 사용된다.

시정촌은 방문조사 및 주치의의 의견서를 개호인정심사회에 통지한다. 개호인정심사회란, 요개호인정·요지원인정의 심사판정업무를 수행하기 위하여 시정촌이 설치하는 기관이다. 위원은 건강보험, 의료, 복지에 관한 학식경험자 중에서 시정촌장이 임명하는 자로 구성되며, 실제의 심사판정업무는 위원정수 5명을 표준으로 행해진다. 위원의 임기는 2년으로 수비의무가 있다.

시정촌이 심사판정업무를 수행하는 것이 곤란한 경우는 도도부현의 개호인정심사회에 심사판정업무를 위탁할 수 있고, 사무처리, 위원의 확보의 관점에서 시정촌이 공동으로 개호인정심사회를 설치하는 것도 가능하다.

요개호인정에서는, 신청자가 요개호상태에 있는가 뿐만 아니라, 요개호상태의 정도도 판정한다. 요개호상태구분을 일반적으로 요개호도라고 하며, 생활의 일부에 대해서 부분적으로 개호가 필요한 요개호1에서부터 최종도의 개호가 필요한 요개호5까지 5단계로 구분된다. 여기에 요지원상태의 1구분이 있으므로 전체로서는 6구분이 있다.

이러한 판정의 1차판정은 기본조사의 결과를 사용해서 컴퓨터로 이루어진다. 1차판정의 특징은 요개호도가 「요개호인정등기준시간」이라고 하는 개호의 필요성을 측정하는 시간기준으로 이루어진다는 것이다. 시간기준이란 특별양호노인홈 등의 시설에 입소하고 있는 고령자에 대한 개호에 얼마만큼의 시간이 걸리는가를 집계해서 산출한 「1분간 타임스터디」에 의한 것이다. 재택개호의 실태 즉 개호자 및 그 환경은 고려되고 있지 않다. 다시 말하면 개호자의 표준시간과 같은 것이다. 또, 개호의 난이도를 좌우하는 신체능력의 불비를 중시하여 개호도를 정하고 있기 때문에, 예를 들면 체력이 있고 배회 등의 문제행동이 있는 치매성고령자의 보호 등이 고려되지 않아 적정한 개호도가 산정되지 않는 예도 있다. 따라서, 후생성

은 검토회를 설치해서 제도의 개정을 시작하고 있다.

2차판정은 기본조사의 특기사항 및 주치의의 의견서의 내용에서 개호에 요하는 시간이 통상에 비하여 길거나 짧다고 판단되는 경우, 1차판정을 변경하는 것이다. 재택이나 시설별 또는 가족개호자의 유무라는 사실만으로 1차판정을 변경하는 것은 적절치 못하나, 특기사항이나 의견서에서 이러한 사실이 원인으로 특히 개호에 시간이 걸린다는 구체적인 것이 명기되어 있는 경우에는 이를 고려하여 최종판단이 행해진다.

개호인정심사회는 최종결론인 2차판정의 결과를 시정촌에 통보한다. 이 때 다음의 2가지 의견을 진술할 수 있다. ①피보험자의 요개호상태의 경감 또는 악화방지를 위하여 필요한 요양에 관한 사항(요지원자의 경우에는 가사지원에 관한 사항), ②재택서비스 또는 시설서비스의 유효하고도 적절한 이용 등에 관한 사항.

이상과 같은 요개호인정의 유효기간은 원칙적으로 신청일로부터 말일까지와 그 후 6개월간이다. 인정의 유효기간을 경과해도 요개호상태가 예견되는 피보험자는 시정촌에 요개호인정의 갱신을 신청한다. 또, 피보험자는 인정유효기간 내에 심신상태가 악화·중도화에 의해서 개호도가 현재 인정되고 있는 요개호 구분에 해당하지 않게 된 경우는 시정촌에 구분의 변경을 신청할 수 있다.

(2) 요개호인정기준

요개호인정은, 「개호의 인력부담」을 나타내는 「기준」으로서의 시간인 「요기호인정 등 기준시간」을 다음의 기준에 의해서 분류하고, 여기에 치매성 고령자의 지표를 가미하여 실시되고 있다. 이러한 내용은, 「요개호인정 등에 관련된 개호인정심사회에 의한 심사 및 판정 기준 등에 관한 성령(1999년4월30일 후생성령 제58호)」에 정해져 있다.

표 7. 요개호인정 등 기준시간의 분류

직접생활 원조	목욕, 배설, 식사 등의 개호
간접생활 원조	세탁, 청소 등 가사원조 등
문제행동관련행위	배회에 대한 탐색, 불결한 행위에 대한 뒷처리 등
기능훈련관련행위	보행훈련, 일상생활훈련 등의 기능훈련
의료관련행위	수액의 관리, 욕창의 처치 등 진료의 보조

표 8. 요개호인정 등 기준

요지원	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 25분이상 32분 미만 또는 여기에 상당하는 상태
요개호 1	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 32분이상 50분 미만 또는 여기에 상당하는 상태
요개호 2	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 50분이상 70분 미만 또는 여기에 상당하는 상태
요개호 3	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 70분이상 90분 미만 또는 여기에 상당하는 상태
요개호 4	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 90분이상 110분 미만 또는 여기에 상당하는 상태
요개호 5	상기 5분야의 요개호인정 등 기준시간이 110분이상 또는 여기에 상당하는 상태

한편, 2002년 도도부현 노인보건건강증진 등 사업에서, 1999년 도도부현부터의 요개호인정에 관한 연구와 요개호인정결과의 동향을 감안하여, 다음과 같은 성과가 보고되었다.

요지원상태 또는 요개호상태에 대해서는, 대략 다음과 같은 상태를 생각할 수 있다.

표 9. 요지원상태 또는 요개호상태

자립(비해당)	보행과 기상등 일상생활상의 기본적 동작을 자신이 할 수 있고, 약의 복용, 전화이용 등의 수단적 일상생활동작을 하는 능력도도부현 있는 상태
요지원상태	일상생활상의 기본적동작에 대해서는, 거의 자신이 할 수 있으며, 일상생활동작의 보조와 현재상태의 방지에 의해 요개호상태가 되는 예방에도도부현움이 되도도부현록 수단적 일상생활동작에 대하여 어떠한 지원을 요하는 상태
요개호상태	일상생활상의 기본적 동작에 대해서도도부현, 자신이 하는 것이 곤란하며, 어떠한 개호를 요하는 상태

요개호상태에 대해서는, 대략 다음과 같은 상태를 생각할 수 있다.

표 10. 요개호상태

요개호 1	요지원상태에서, 수단적 일상생활동작을 행하는 능력이 더욱 저하하여, 부분적인 개호가 필요한 상태
요개호 2	요개호 1의 상태에 더하여, 일상생활동작에 대해서도도부현 부분적인 개호가 필요한 상태
요개호 3	요개호 2의 상태와 비교하여, 일상생활동작 및 수단적 일상생활동작의 양쪽의 관점에서도도부현 현저하게 저하하여, 거의 전면적으로 개호가 필요한 상태
요개호 4	요개호 3의 상태에 더하여, 더욱 동작능력이 저하하여, 개호없이 일상생활을 영위하기 곤란한 상태
요개호 5	요개호 4의 상태에 의해 더욱 동작능력이 저하하여, 개호없이 일상생활을 영위하는 것이 거의 불가능한 상태

(3) 자립도

① 치매성노인 자립도

치매성노인 자립도는 「치매성노인의 일상생활자립도 판정기준」(1993년 10월 26일 후생성 노인보건복지국장 통지)에서 다음과 같이 정하고 있다.

표 11. 치매성노인 자립도

등급	내용
I	치매를 가지고 있으나, 일상생활은 가정내 및 사회적으로 거의 자립하고 있다.
II	일상생활에 지장을 가져오는 증상·행동과 의사소통의 곤란함이 다소 보여도, 누군가 주의하고 있으면 자립할 수 있다.
III	일상생활에 지장을 가져오는 증상·행동과 의사소통의 곤란함이 가끔 보이고, 개호를 필요로 한다.
IV	일상생활에 지장을 가져오는 증상·행동과 의사소통의 곤란함이 빈번하게 보이고, 항상 개호를 필요로 한다.
M	현저한 정신증상과 문제행동 또는 중증의 신체질환이 보이고, 전문의료를 필요로 한다.

② 장애인 자립도

장애인 자립도는 「장애노인의 일상생활자립도(거동 불능도) 판정기준」(1991년 11월 18

일 후생성대신관방 노인보건복지부장 통지)에서 다음과 같이 정하고 있다.

표 12. 장애인 자립도

등급	내용
J	장애를 가지고 있으나, 일상생활은 거의 자립해 있고 혼자 힘으로 외출할 수 있다.
A	옥내에서의 생활은 대부분 자립해 있으나, 보조 없이는 외출할 수 없다.
B	옥내에서의 생활은 일정한 보조를 필요로 하고, 낮에도 침대 위에서의 생활이 주가 되지만 좌립할 수 있다.
C	하루 종일 침대 위에서 지내고, 배설, 식사, 옷 갈아입기 등에서 보조를 필요로 한다.

4. 개호보험의 보험급부

개호보험의 급부종류에는 「개호급부」(요개호자 개호급부), 「예방 급부」(요지원자 예방급부), 그리고 「시정촌(市町村) 특별급부」가 있다(개호보험법 제18조). 또한 개호급부는 재택 서비스나 개호시설서비스가 되는데 예방급부의 경우에는 재택서비스에 한정된다.

시정촌(市町村:지방자치단체) 특별급부는 요개호자와 요지원자에 대한 시정촌(市町村)의 독자적인 서비스 제공인데, 이러한 것은 조례에 의해 지급한도액과 비용산정방법 등이 정해져 있어 개호급부, 예방급부에는 포함되어 있지 않은 것, 예를 들면, 요개호피보험자의 이송 서비스와 침구건조서비스, 배식서비스등이 해당하게 된다. 개호보험 재정이 비교적 안정되어 있는 시정촌(市町村)의 경우 이 시정촌(市町村) 특별급부가 충실하다.

표 13. 요개호자, 요지원자의 재택·시설서비스의 개요

구 분	재택서비스	시설서비스
요개호자	<ul style="list-style-type: none"> · 방문 개호(홈헬프) · 방문 입욕 · 방문 간호 · 방문 리허빌리테이션 · 통원 개호(데이서비스) · 통원 리허빌리테이션 · 재택 요양관리지도 · 단기입소 생활개호(숏스테이) · 단기입소 요양개호(숏스테이) · 치매대응형 공동생활개호 · 유료노인홈등의 개호 · 복지용구 대여·구입비 지급 · 주택개수비 지급 	<ul style="list-style-type: none"> · 지정개호 노인복지시설 (특별양호노인 홈) · 개호노인 보건시설 (노인 보건시설) · 지정개호요양형 의료시설 · 요양형 병상군 · 노인성 치매질환 요양병동 · 개호력 강화병원 (2003년3월31일까지 기간)
요지원자	<ul style="list-style-type: none"> · 위와 같은 서비스 (치매대응형 공동생활개호 제외) 	시설입소는 할 수 없다

※(주) 2000년 의료법 개정에 의하여 요양형 병상군은 요양병상으로 개칭되었다.

표 14. 재택서비스의 지급 한도액

구 분	방문 통원서비스	단기입소서비스	
		(대체 없음)	(대체 있음)
요지원	6,150단위/월	1주/6개월	6일/월
요개호 1	16,580단위/월	2주/6개월	16일/월]
요개호 2	19,480단위/월	2주/6개월	18일/월
요개호 3	26,750단위/월	3주/6개월	24일/월
요개호 4	30,600단위/월	3주/6개월	27일/월
요개호 5	35,830단위/월	6주/6개월	30일/월

※1단위:10~10.72엔(지역과 서비스에 따라 다르다)

※ 「단기 입소서비스」 중 「대체」란 병상의 이용상황등에 어느 정도 여유가 있는 시군면에서 가족이 고령자등의 사정으로 재택개호가 곤란한 자에 대하여 각 달의 방문통원서비스의 지급한도액의 「미 이용월 분」을 그 범위 내에서 단기 입소서비스의 지급한도일수로 대체하는 조치(연속이용은 30일까지 심신의 상황을 보아 필요한 경우를 제외하고 인정기간의 대략 절반 수까지).

재택서비스란 방문개호·방문입욕개호·방문리허빌리테이션·단기입소생활개호·단기

요양관리지도·통원개호·통원리허빌리테이션·단기입소생활개호·단기입소요양개호·치매대응형 공동생활개호·특정시설 입소자 개호·복지용구대여 등을 말한다.

개호보험제도 도입(2000년4월) 후, 특별양호 노인홈, 노인보건시설, 요양형 병상군(당시) 등은 도입전과 달리 각각의 서비스에 대한 법적 근거를 같이하는 개호보험시설이 되었다(요양형 병상군<현 요양병상>등은 모두가 개호보험시설이 된 것은 아니다).

개호보험시설의 인원·설비 기준은 이하와 같다.

표 15. 개호보험시설 관련 지정기준 등

구 분	지정개호 노인복지시설 (특별양호노인 홈)	개호노인보건시설	지정개호요양형 의료시설 (병원의 요양병상의 경우)	의료보험적용의 요양형 병상군(참고)
	개 호 보 험			의 료 보 험
대상자	상시 개호가 필요하고 재택생활이 곤란한 요 개호자	병상 안정기에 있고, 입 원 치료를 할 필요는 없으나, 리허빌리테이션 과 간호·개호를 필요 로 하는 요 개호자	병상이 안정해 있는 장 기 요양환자로, 카테터 를 장착하고 있는 등의 상시 의학적 관리가 필 요한 요 개호자(오른쪽 에 해당하는 것을 제외)	병상이 안정되어 있는 장기요양환자 중, 강 도가 높은 의학적관리 와 적극적인 리허빌리 테이션을 필요로 하는 자 · 40세미만인 자 및 40~65세 미만의 특정 질병 이외의 자
개호보험 시설 관련 지정기준	거실 (1인당 10.65㎡이상) 의무실 기능회복 훈련실 식당 욕실 등 복도 폭 한쪽복도 1.8m이상 양 복도 2.7m이상	요양실 (1인당 8㎡이상) 진찰실 기능훈련실 상담실 식당 욕실 등 복도 폭 한쪽복도 1.8m이상 양 복도 2.7m이상	요양실 (1인당 6.4㎡이상) 기능훈련실 상담실 욕실 등 복도 폭 한쪽복도 1.8m이상 양 복도 2.7m이상	요양실 (1인당 6.4㎡이상) 기능훈련실 상담실 식당 욕실 등 복도 폭 한쪽복도 1.8m이상 양 복도 2.7m이상
※인원기 준은 100명당	의사(비상근 가능) 1명 간호사 3명 개호직원 31명 개호지원전문원 1명	의사(상근) 1명 간호사 9명 개호직원 25명 의학요법사 또는 작업요법사 1명 개호지원전문원 1명	의사 1명 간호사 17명 개호직원 17명 개호지원전문원 1명	의사 3명 간호사 17명 개호직원 17명
	기타 생활지도원 등	기타 생활지도원 등	기타 약사·영양사 등	기타 생활지도원 등

자료 : 후생성감수 『후생백서(2000년도판)』 교세이, 2000

요개호피보험자가 개호보험시설에서 시설서비스를 받는 경우 재택서비스에서 고려하는 요개호도별 구분 지급한도 기준액은 없다. 시설측의 개호보수는 서비스의 종류별로 요개호상태의 구분·당해 시설의 지역 등에 근거하여 평균적인 비용에 의해 산출된다. 따라서 요개호도의 정도가 심할수록 개호보수도 많아지게 되어 이것이 구 조치제도에 의한 것과 결정적으로 다르다. 단, 시설 내에서 개호서비스를 제공하는 경우라도 시설서비스 계획이 작성되어 그것에 의한 개호서비스가 제공된다.

그리고 시설 개호서비스비의 지급은 요개호피보험자가 도도부현 지사가 지정(허가)하는 지정개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 지정개호요양형의료시설에서 개호서비스 등을 받았을 때 지급된다. 시설에 대한 지급액은 다음의 ①, ②의 합계액이다. ① 후생노동대신이 정하는 기준에 의하여 산정한 비용액의 100분의 90(10%는 본인부담), ② 상기한 후생노동대신이 정하는 기준에 의하여 산정한 비용액에서 평균적인 가계에서 식사 상황을 감안하여 후생노동대신이 정하는 액수(표준 부담액)를 공제한 액수(개호보험법 제48조)

표 16. 각 시설서비스의 지급액1)

시설의 종류	단위수 ³⁾ ()안은, 엔(월액)으로의 환산 ⁴⁾	
	개호노인복지시설 (특별양호 노인 홈) (인원 배치 3:1인 경우) ²⁾	요개호 1
	요개호 2	841(25.6만엔)
	요개호 3	885(26.9만엔)
	요개호 4	930(28.3만엔)
	요개호 5	974(29.6만엔)
개호노인보건시설 (인원 배치 3:1인 경우)	요개호 1	880(26.8만엔)
	요개호 2	930(28.3만엔)
	요개호 3	980(29.8만엔)
	요개호 4	1,030(31.3만엔)
	요개호 5	1,080(32.9만엔)
개호요양형의료시설 (요양형 병상군을 가지는 병원으로, 인원배치가 간호 6:1, 개호 4:1인 경우)	요개호 1	1,126(34.2만엔)
	요개호 2	1,170(35.6만엔)
	요개호 3	1,213(36.9만엔)
	요개호 4	1,256(38.2만엔)
	요개호 5	1,299(39.5만엔)

주:1) 식사 제공에 필요한 부분은 제외한다.

2) 인원배치 3:1이란 개호직원·간호직원의 인원배치가 입소자 3명에 대하여 1명을 의미 이하 같다.

3) 1단위의 엔환산은 지역구분(5구분)에 따라 다르며 「기타」 지역에 대해서는 1단위=10엔이다.

4) 「기타」 지역에 대한 계산 예로서 단위수×10×30.4일의 산식에 의하여 계산.

이상의 시설 개호서비스비는 개호보험시설에 직접 지급되는 형태인 대리 수령 방식을 취하여 시설 개호서비스를 이용하는 요개호피보험자는 현물급부의 형태로 개호서비스를 이용하게 된다(동법 제48조 제5항, 6항).

한편으로 이용자 부담은 시설 개호서비스(식사의 제공은 제외)에 대한 기준액의 1할 상당액, 식사에 대한 정액의 표준부담액(1일당), 특별서비스 비용, 일상생활비 등을 부담하게 된다. 아울러 개호보험시설의 급부에 대해서는 그곳에서의 개호지원 전문가가 작성하는 시설서비스 계획에 의하여 개호서비스가 제공되는 것은 전술한 바와 같다. 여기에서의 시설서비스 계획은 시설서비스 계획서에 의한 것인데, 이것은 국가가 표준양식을 제시하고 있다. 구체적으로 다음과 같다.

표 17. 개호보험시설의 식사표준부담액

구 분	식비의 표준부담액
저소득자 이외	23,400엔/월(780엔/일)
시정촌(市町村)의 주민 세금비과세세대인자	15,000엔/월(500엔/일)
노령복지연금수급자 등	9,000엔/월(300엔/일)

출처 : 후생노동성 감수 『후생백서(2000년도판)』 료세이, 2000.

(6) 고액 개호서비스비 · 고액 재택지원서비스비

보험료 부담을 전제로 한 개호보험급부라 하더라도 낮은 액수의 연금으로 근근히 생활하고 있는 저소득자가 요개호상태가 된 경우 개호서비스 이용시의 자기부담(원칙 10%)의 부담이 경제적으로 부담되어 개호서비스 이용을 억제하는 사태가 생기거나, 필요한 개호서비스를 받고 싶어도 생각처럼 급부를 수급할 수 없는 경우가 생기면 개호보험제도는 개호보험의 목적과 상반된다고 할 수 있다.

단지, 고액 개호서비스비와 고액 재택지원서비스비(이하, 고액 개호서비스비)의 적용을 받으면 일정 기준액이상의 부담분에 대하여 「상환 지급」 형식으로 급부되도록 되어 있기 때문에 저소득자에게는 어느 정도의 효과가 기대되는 급부이다.

표 18. 고액개호서비스

고액 개호서비스비에 의한 1할 부담 상한
37,200엔/월
24,600엔/월
15,000엔/월

※시행시점의 특별양호노인홈의 입소자에 대하여 시행 후 5년간 이용료는 부담능력에 따라 감면조치를 강구한다. 또한 방문개호에 대해서는 소득이 낮은 자의 부담이 급격하게 증가하지 않도록 종래의 제도에서 방문개호 이용료가 무료였던 자의 경우 2000년3월까지 1년간 방문개호를 이용한 65세 이상인 자는 2002년도까지 이용자 부담을 3%로 하고 그 이후 단계적으로 인상하여 2005년도부터 10%로 하는 등의 경감조치가 이루어진다.

그 외에, 특히 생활이 곤란한 자에 대해서는 사회복지법인이 제공하는 방문개호, 통원개호, 단기입소, 특별양호 노인홈서비스의 이용료를 감면하는 구조로 되어 있다.

아울러, 건강보험에서도 고액요양비·고액의료비제도가 있어서 건강보험의 급부를 받을 때의 30%의 환자부담이 일정 이상의 고액이 된 경우에는 상환지급의 형식으로 급부가 이루어진다. 이는 사회보험제도를 이용하여 생활이 곤란하게 되면 사회보험제도의 취지에서 벗어나는 형태가 되기 때문이다. 이 경우 일반 피보험자와 저소득자인 피보험자는 그 기준이 다른데 저소득자의 경우 적용받기 쉽고 상황지급을 받기 쉽도록 기준액이 낮다. 또한, 장기 고액 질환환자(혈우병 환자 등)의 경우에는 더욱 부담이 경감된다.

개호보험법상의 고액 개호서비스비의 경우도 건강보험제도상의 고액요양비·고액의료비와 같은 취지로 급부가 이루어지고 있는데, 개호보험법상 당해 부담이 「현저히 고액일 때에는, 당해 요개호피보험자에 대하여 고액 개호서비스비를 지급한다」(개호보험법 제51조제1항)고 규정되어 있다. 단, 고액 개호서비스비는 상환지급 형태로 피보험자에게 급부되므로 우선, 일정액의 부담은 가능하다는 것이 전제가 됨을 유의해야 한다. 또한, 당해 고액 개호서비스비 상당액이 지방자치단체에 따라 보건복지사업 자금의 대부대상이 될 가능성도 있기 때문에 확인이 필요하다.

IV. 개호보험제도의 이용실태

1. 피보험자

피보험자 수의 추이는 다음과 같다.

표 19. 제1호피보험자 수의 추이

2000년4월말	2000년10월말※	2001년4월말	2001년10월말	2002년4월말	2002년10월말	2003년3월말※
2,165만명	2,200만명 (1.6%)	2,247만명 (3.8%)	2,279만명 (3.6%)	2,322만명 (3.3%)	2,357만명 (3.4%)	2,393만명 (3.1%)

주: ()안의 수치는, 전년동월대비이다. 단, 「2000년10월말※」에 대해서는 2000년4월말, 「2003년3월말※」에 대해서는, 2002년4월말과의 대비이다.

제1호피보험자 수가 증가하고 있는데 이는 65세 이상인 노인 즉 고령자가 증가하고 있기 때문이다.

2. 요개호인정자

요개호인정자 수의 추이는 다음과 같다.

표 20. 요개호인정자 수의 추이

(단위 : 만명)

구 분	2000년4월말	2000년10월말※	2001년4월말	2001년10월말	2002년4월말	2002년10월말	2003년3월말※
합 계	218.2 [100.0%]	247.3(13.3%) [100.0%]	258.2(18.3%) [100.0%]	282.2(14.1%) [100.0%]	302.9(17.3%) [100.0%]	329.3(16.7%) [100.0%]	344.4(13.7%) [100.0%]
요지원	29.1 [13.3%]	32.3(11.0%) [13.1%]	32.0(10.0%) [12.4%]	35.5(9.9%) [12.6%]	39.8(24.4%) [13.1%]	46.1(29.9%) [14.0%]	49.9(25.4%) [14.5%]
요개호 1	55.1 [25.3%]	65.6(19.1%) [26.5%]	70.9(28.7%) [27.5%]	80.7(23.0%) [100.0%]	89.1(25.7%) [29.4%]	99.6(23.4%) [30.2%]	105.6(18.5%) [30.7%]
요개호 2	39.4 [18.1%]	45.9(16.5%) [18.6%]	49.0(24.4%) [19.0%]	53.4(16.3%) [18.9%]	57.1(16.5%) [18.9%]	61.2(14.4%) [18.6%]	63.6(11.4%) [18.5%]
요개호 3	31.7 [14.5%]	35.2(11.0%) [14.2%]	35.8(12.9%) [13.9%]	37.6(6.8%) [13.3%]	39.4(10.1%) [13.0%]	41.3(9.8%) [12.5%]	42.6(8.1%) [12.4%]
요개호 4	33.9 [15.5%]	36.6(8.0%) [14.8%]	36.5(7.7%) [14.1%]	38.0(3.8%) [13.5%]	39.4(7.9%) [13.0%]	40.9(7.6%) [12.4%]	41.9(6.3%) [12.2%]
요개호 5	29.0 [13.3%]	31.7(9.3%) [12.8%]	34.1(17.6%) [13.2%]	37.0(16.7%) [13.1%]	38.1(11.7%) [12.6%]	40.4(9.2%) [12.3%]	40.9(7.3%) [11.9%]
인정율	10.1%	11.2%	11.5%	12.4%	13.0%	14.0%	14.4%

자료: 개호보험사업상황보고(월보)

주1) : ()안의 수치는, 전년동월대비이다. 단, 「2000년10월말※」에 대해서는 2000년4월말, 「2003년3월말※」에 대해서는 2002년4월말과의 대비이다.

주2) : 요개호인정자 수 하단의 []안의 수치는, 합계에 대한 인정자의 구성비이다.

주3) : 인정율은, 제1호피보험자에 대한 전요개호인정자의 비율이다.

이상과 같이 요개호 인정자 수는 급격히 증가하고 있다. 특히 요지원과 요개호1등의 경증 요개호자의 비율이 증가하고 있다. 이는 가족에 의한 개호가 개호보험에 의한 개호로 전환되고 있음을 의미한다.

3. 재택서비스의 이용실태

2002년도 보험급부는 재택서비스급부가 42.4%, 시설서비스급부가 57.6%를 점하고 있다. 이러한 2002년도의 재택서비스의 요개호도별 이용실태는 다음과 같다.

(1) 요지원

지급한도액은 월액61,500엔이며, 평균이용율은 44.3%이다.

표 21. 요지원 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각 서비스이용자의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	52.3	6.6
방문입요욕호	0.0	2.0
방문간호	2.5	3.2
방문리허빌리테이션	0.1	3.3
통소개호	34.0	4.4
통소리허빌리테이션	13.5	4.7
복지용구대여	13.1	-
단기입소생활개호	0.5	4.3일
단기입소요양개호	0.1	5.7일
재택요양관리지도	2.1	1.4
치매대응형 공동생활개호	-	-
특정시설입소자개호	0.5	26.4일

자료: 후생노동성

재택서비스이용자 중 각 서비스이용자의 비율은 재택서비스 수급자총수에 대한 각 서비스 종류별 재택서비스수급자 총수의 비율이다. 평균이용회수는 서비스제공회수나 일수를 각 재택서비스 수급자수로 나눈 것이다. 이러한 산출방법은 이하 동일하다.

(2) 요개호1

지급한도액은 월액165,800엔이며, 평균이용율은 33.1%이다.

표 22. 요개호1 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각종 서비스의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	48.1	10.6
방문입요육호	0.3	3.3
방문간호	6.2	4.1
방문리허빌리테이션	0.4	4.0
통소개호	36.6	6.1
통소리허빌리테이션	18.8	6.7
복지용구대여	24.6	-
단기입소생활개호	3.0	7.1일
단기입소요양개호	0.9	6.1일
재택요양관리지도	4.6	1.5
치매대응형 공동생활개호	1.2	26.7일
특정시설입소자개호	0.8	26.6일

자료: 후생노동성

(3) 요개호2

지급한도액은 월액194,800엔이며, 평균이용율은 41.2%이다.

표 23. 요개호2 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각종 서비스의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	39.1	14.8
방문입요육호	1.6	3.5
방문간호	10.7	4.4
방문리허빌리테이션	0.9	3.8
통소개호	39.5	7.2
통소리허빌리테이션	22.4	7.7
복지용구대여	35.8	-
단기입소생활개호	7.7	7.9일
단기입소요양개호	2.5	6.6일
재택요양관리지도	8.0	1.6
치매대응형 공동생활개호	2.8	26.7일
특정시설입소자개호	1.1	26.7일

자료: 후생노동성

(4) 요개호3

지금한도액은 월액267,500엔이며, 평균이용율은 44.3%이다.

표 24. 요개호3 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각종 서비스의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	37.4	19.1
방문입요육호	4.6	3.6
방문간호	15.5	4.7
방문리허빌리테이션	1.5	3.8
통소개호	39.2	7.5
통소리허빌리테이션	21.6	7.8
복지용구대여	45.1	-
단기입소생활개호	14.2	9.6일
단기입소요양개호	4.4	7.6일
재택요양관리지도	11.9	1.6
치매대응형 공동생활개호	3.0	26.8일
특정시설입소자개호	1.5	26.3일

자료: 후생노동성

(5) 요개호4

지급한도액은 월액 306,000엔이며, 평균이용율은 46.3%이다.

표 25. 요개호4 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각종 서비스의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	39.6	22.9
방문입요육호	12.8	3.7
방문간호	24.2	4.9
방문리허빌리테이션	2.3	3.8
통소개호	36.1	7.2
통소리허빌리테이션	19.3	7.6
복지용구대여	56.7	-
단기입소생활개호	19.3	10.8일
단기입소요양개호	5.6	8.2일
재택요양관리지도	18.2	1.5
치매대응형 공동생활개호	1.6	27.0일
특정시설입소자개호	1.9	26.4일

자료: 후생노동성

(6) 요개호5

지급한도액은 월액358,300엔이며, 평균이용율은 46.0%이다.

표 26. 요개호5 서비스이용실태

구 분	재택서비스이용자 중 각종 서비스의 비율(%)	평균이용회수
방문개호	45.7	26.4
방문입요육호	28.9	3.8
방문간호	42.1	5.8
방문리허빌리테이션	3.6	3.8
통소개호	26.7	6.6
통소리허빌리테이션	12.6	7.0
복지용구대여	64.9	-
단기입소생활개호	19.0	10.9일
단기입소요양개호	5.6	8.6일
재택요양관리지도	30.5	1.5
치매대응형 공동생활개호	0.6	27.4일
특정시설입소자개호	1.7	26.0일

자료: 후생노동성

4. 요개호별 재택서비스의 이용경향

요개호별 재택서비스의 이용경향은 다음과 같다.

표 27. 요개호별 재택서비스의 이용경향(요지원)

단위: 만명

구 분	2001년4월		2002년4월		2003년3월	
	이용률	이용인원	이용률	이용인원	이용률	이용인원
재택서비스수급자합계	20.3	(100)	26.4	(130)	32.1	(158)
방문통소수급자합계	20.0	(100)	26.0	(130)	31.7	(158)
방문개호	9.0	(100)	12.9	(143)	16.7	(186)
방문입요욕호	0.0	(100)	0.0	(100)	0.0	(100)
방문간호	0.6	(100)	0.7	(111)	0.8	(127)
방문리허빌리테이션	0.0	(100)	0.0	(150)	0.0	(200)
통소개호	8.5	(100)	9.9	(116)	11.0	(129)
통소리허빌리테이션	3.7	(100)	4.1	(110)	4.3	(115)
복지용구대여	1.2	(100)	2.6	(221)	4.3	(361)
단기입소수급자계	0.2	(100)	0.2	(87)	0.2	(91)
단기입소생활개호	0.2	(100)	0.2	(94)	0.2	(100)
단기입소요양개호(노건)	0.1	(100)	0.0	(80)	0.0	(80)
단기입소요양개호(병원등)	0.0	(100)	0.0	(0)	0.0	(0)
재택요양관리지도	0.0	(100)	0.6	(114)	0.7	(116)
치매대응형 공동생활개호	-	(100)	-	-	-	-
특정시설입소자개호	0.1	(100)	0.1	(150)	0.2	(213)

자료: 후생노동성

이상과 같이 전체적으로 서비스이용자 수는 증가하고 있다. 그 중에서 방문통소 수급자가 특히 증가하고 있으나, 방문리허빌리테이션의 이용도 증가하고 있으며, 복지용구대여도 증가하고 있다. 즉, 가족과 같이 생활하면서 노년을 보내려는 경향이 강하다는 것을 알 수 있다.

V. 고령자개호의 과제

1. 요개호인정자의 증가·경증자의 증가

개호가 필요한 상태가 되지 않게 하기 위한 예방사업 등의 실시는 많은 시정촌에서 이루어지고 있으나, 최근 3년간의 요개호인정자 수는, 고령자수 신장을 상회하고 있다. 그 중에서도, 요지원·요개호 1이라는 경증자의 증가가 뚜렷하다. 또한, 요개호인정자의 출현율(고령자에서 접하는 비율)을 보면, 중증자(요개호 4·5)에 대해서는 대략 3~4%정도인데 비하여, 경증자(요지원, 요개호 1)에 대해서는 대략 4~10%로 큰 차이가 나타난다.

표 28. 피보험자 수의 추이

구 분	2000년4월말	2001년4월말	2002년4월말	2003년3월말
피보험자 수	2,165만명	2,247만명	2,322만명	2,393만명
증가율	-	3.8%	7.2%	10.5%

자료 : 개호보험사업상황보고

표 29. 요개호인정자 수의 추이

구 분	2000년4월말	2001년4월말	2002년4월말	2003년3월말
요지원	29.1만명	32.0만명	39.8만명	49.9만명
증가율	-	9.9%	36.9%	71.4%
요개호 1	55.1만명	70.9만명	89.1만명	105.6만명
증가율	-	28.7%	61.6%	91.6%
요개호 2	39.4만명	49.0만명	57.1만명	63.6만명
증가율	-	24.4%	45.0%	61.4%
요개호 3	31.7만명	35.8만명	39.4만명	42.6만명
증가율	-	13.0%	24.4%	34.4%
요개호 4	33.9만명	36.5만명	39.4만명	41.9만명
증가율	-	7.8%	16.2%	23.4%
요개호 5	29.0만명	34.1만명	38.1만명	40.9만명
증가율	-	17.3%	31.3%	40.8
인정자수 합계	218.2만명	258.2만명	302.9만명	344.4만명
증가율	-	18.4%	38.8%	57.8%

자료 : 개호보험사업상황 보고

경증자의 증가에 대해서는, 개호보험에서는, 누구나가 개호를 받을 수 있게 되어, 빠른 단계에서 개호서비스의 이용이 가능하게 된 것이 요인의 하나로 생각할 수 있다. 단, 경증자의 출현율이 중증자에 비하여 개호도 별로 차이가 큰 것은, 단순히 제도의 보급이 진행된 것이라고 보기는 어렵기 때문에 그 원인에 대한 상세한 검증이 필요하다. 즉, 요지원상태에서 벗어나려는 노력의 부족 즉 일종의 도덕적위험이 내재해 있을 가능성이 있다.

또한 개호보험제도에서는, 정기적으로 요개호인정의 갱신이 이루어지기 때문에, 피보험자의 요개호상태의 변화를 시계열적으로 파악할 수 있다. 이 데이터를 분석하면, 요개호 2 이상의 중간·중증에 비하여, 요지원·요개호1의 사람은 요개호도가 「개선」된 비율이 낮다. 특히 요지원은, 개호보험제도상, 「개호가 필요하게 될 우려가 있는 상태」로 개호가 필요로 되는 상태가 될 것을 예방하는 것을 목적으로 하는데, 소기의 효과를 올리지 못하고 있다.

표 30. 인정상황의 변화

인정상황의 변화(2000년 10 인정자 : 7,878명)

2002.10 2000.10	인정 있음						인정 없음	
	요지원 (439)	요개호1 (1,316)	요개호2 (1,010)	요개호3 (855)	요개호4 (957)	요개호5 (1,151)	소계 (1,250)	사망(재계) (1,830)
요지원 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
요개호1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
요개호2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
요개호3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
요개호4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
요개호5 (1,208)	0.0%	0.7%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
세로 계	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

주1: ()안은 N수 주2: 구성비율은, 2000년10월시점의 요개호도별 인정자에 대한 것.

※日医総研 川越雅弘주석연구원에 의한 조사연구. 松江(마쓰에)광역시, 出雲시(데구모), 瑞穂町の 피보험자를 대상으로 분석

상기 표에서 개호도의 변화상태를 집계하면 다음과 같다.

구 분	개 선	유 지	증증화	인정없음	사망(재계)
요지원	-	32.4%	48.9%	18.7%	8.8%
요개호1	5.9%	39.8%	34.8%	19.5%	14.8%
요개호2	12.1%	31.8%	32.2%	23.9%	20.4%
요개호3	12.7%	27.8%	33.2%	26.4%	23.9%
요개호4	9.3%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
요개호5	6.3%	50.2%	-	43.5%	41.4%
합 계	7.8%	35.8%	29.1%	27.3%	23.2%

따라서, 건강한 고령기를 맞이하기 위해, 자조노력과 공조의 구조도 포함하여 개호예방이 충분하게 이루어지고 있는 가 하는 문제와, 요개호상태가 된 경우의 리허빌리테이션의 방법 등에 대하여 다시금 검토를 할 필요가 있다.

2. 재택생활의 곤란

개호보험은 재택중시를 하나의 목적으로 하고 있으며, 실제로 서비스이용은 재택서비스의 증가가 현저하다. 그러나, 한편으로, 특별양호노인홈의 입소신고자가 급증하고 있다는 지적이 있다.

개호보험제도에서는, 행정에 의한 입소 필요성의 판단을 거치지 않고, 자유롭게 신청할 수 있게 되어, 즉시 입소의 필요가 없는 고령자도 소위 예약적으로 입소 신고를 하고 있는 실태가 있다. 예를 들면, 이용희망자의 실태에 관한 건강보험조합연합회의 조사에서는, 입소 신청자 중 시설 종사자가 보아 입소가 필요하다고 판단되는 케이스는 3할에 지나지 않고, 약 6할은 재택생활의 계속이 가능(그 중 2할은 가족이 입소를 희망하고 있다)한 케이스로 되어 있다.

표 31. 특별양로 노인 홈 신청자(주택)의 입소 긴급성

입소 긴급성	가족=재택 가능 스텝=재택 가능	가족=조기입소희망 스텝=재택 가능	가족=조기입소희망 스텝=입소권장	불명	가족=재택가능 스텝=입소권장
비율	34%	22%	21%	14%	9%

자료 : 건보련 조사 n=401명

한편, 고령자 자신은, 대부분이 재택에서의 생활의 계속을 희망하고 있다. 허약하게 되었을 때의 주거형태에 관하여 내각부가 행한 조사에서는, 고령자의 6할은 개호가 필요하게 되어도 현재의 자택에서의 생활을 계속하기 원하고 있으며, 시설입소를 희망하는 것은 2할에 지나지 않는다.

표 32. 허약해진 때에 원하는 거주형태

원하는 주거형태(복수회답)	비 율
현재의 주택에 계속 살고싶다.	36.3%
현재의 주택을 개조하여 살기쉽게 한다.	21.4%
개호전문의 공적시설에 입주한다.	11.6%
개호전문의 민간시설에 입주한다.	3.0%
자식의 집에서 보살핌을 받기 원한다.	5.8%

자료 : 내각부 「고령자의 주택과 생활환경에 관한 의식조사」 (2001년)

또한, 개호서비스의 이용실태를 보면, 경증자는 재택서비스의 이용이 많은 한편, 중증자는 시설서비스의 이용이 반수를 넘는 상황이다.

고령자 본인이 자택에서의 생활의 계속을 희망하고 있는 현상과 맞추어 보면, 요개호상태가 중도가 되어도 가능한 한 자택생활을 계속 하는 것이 바람직하나, 중증자로 자택에서의 생활을 할 수 있는 것은 절반 이하로, 현재의 재택 서비스는 모든 요개호자의 재택생활을 유지하는 수준에 이르지 못하고 있다.

고령자가 임종을 맞이하는 장소를 보아도, 과거 자택에서의 사망에 대신하여, 최근에는 의료기관에서의 사망이 증가하여 8할 가깝게 되고 있다. 한편, 내각부의 조사에 의하면, 「만 일, 치료될 희망이 없는 병에 걸린 경우, 임종은 어디에서 맞이하고 싶은가」 라는 질문에 대하여, 「자택」의 비율이 약 반수를 점하고 있다.

이상과 같은 개호서비스 이용의 실태, 고령자가 임종을 맞이하는 장소의 상황을 보면, 재택 생활을 희망하는 고령자가 재택생활을 계속할 수 없는 상황임을 알 수 있다. 또한, 고령자가 살기에 익숙하게 된 환경안에서, 마지막까지 존엄을 유지하고 사람다운 생활을 영위하는 것이 가능하게 하기 위해서는, 재택 개호서비스와 재택 의료서비스를 적절하게 조합하여, 시설과 같이 계속 안심감을 가질 수 있는 환경을 정비해 나가는 것이 중요하다.

3. 거주형 서비스의 신장

개호보험제도가 시행되어, 새로운 개호서비스의 움직임이 일어나고 있다. 이것은 현재의 개호서비스의 체계를 다시 생각하는 계기가 될 수도 있다. 그 한가지가, 거주형 서비스로 말할 수 있는 형태의 서비스이용의 신장이다. 개호보험제도에서 새롭게 특정시설 입소자생활 개호(이하 「특정시설」)이라는 서비스 유형이 창설되었는데, 나중에 설명하는 바와 같이 치매성 고령자그룹 홈과 같이 이용이 늘어나고 있다. 특정시설은, 개호서비스를 제공하는 체제가 정비된 집합 주거이며, 현재, 일정한 설비·인원을 가지는 유개호 유료노인홈과 케어하우스가 대상이 되고 있다.

표 33. 서비스 종류별의 보험금부액(2003년2월 서비스 분)

서비스의 종류	보험금부액(억엔)		
		전년동월대비	
재택 서비스 계	1,619	21.7%	
치매대응형 공동생활 개호	63	87.0%	(그룹 홈)
특정시설 입소자생활 개호	32	43.5%	(유료노인홈 등)
방문 개호	410	25.7%	
통소 개호	354	21.4%	
단기입소 서비스	171	19.5%	
재택개호 지원	141	17.6%	
시설개호서비스 계	2,082	6.1%	
개호노인복지시설	904	3.3%	
개호노인보건시설	703	3.8%	
개호요양형 의료시설	474	15.7%	
합 계	3,700	12.4%	

주1 : 각국 보련의 지급실적을 집계한 것.

주2 : 복지용구 구입비, 주택개주비 등의 시정촌이 직접 지급하는 분은 제외

주3 : 각각 기재된 단위미만에서 사사오입했기 때문에, 합계가 일치하지 않는 경우가 있다.

또한, 2001년의 고령자 주거법의 제정 등 관련제도의 정비에 의해, 고령자가 안심하고 생활할 수 있는 거주환경을 실현하기 위한 구조가 정비되었다. 이와 같이, 고령자의 임대주택에 대한 거주 니즈에 대한 제도적인 대응도 이루어지고 있으며, 종래의 자택과 시설간의 거주형태를 선택하는 가능성도 넓어지고 있다. 특정시설의 이용 증가, 고령자의 거주에 관한 제도적

대응으로 보아도, 고령자의 요개호기의 생활에 대하여, 거주형 서비스에 대한 관심이 한층 높아져 가고 있음을 알 수 있다.

재택생활을 희망하는 사람이 많음에도 불구하고, 개호가 필요하게 된 때에, 그 희망에 따라 재택생활을 계속하는 것이 곤란한 상황과, 지금까지 일반적인 주거와 다른 소위 안심할 수 있는 기능이 부가된 거주형 서비스에 대한 니즈가 높아지고 있음을 고려하면, 각 개인이 보내 온 생활을 존중하고, 그 계속성을 확보하기 위한, 새로운 서비스체계의 방법에 대하여 보다 더 검토를 해야 한다고 할 수 있다.

4. 시설서비스에서의 개별 케어

특별양호노인홈에서의 케어 제공방법에 대해서도, 변화가 일어나고 있다. 각 입소자의 상태에 따른 개별 케어를 제공하는 시험으로, 입소자를 소그룹으로 나누어 직원을 배치하고, 재택에 가까운 거주환경을 정비하여 케어의 개별성을 높이는 「유니트 케어」의 실시가 이루어져 왔다. 2002년도부터는 유니트 케어를 제공하는 시설을 대상으로 하는 국가의 정비보조가 행해지고 있다. 또한, 종래의 시설에서도, 시설내의 설비 등을 연구하는 등, 개별케어를 위한 시험도 시작되었다.

지금까지의 자택인가 시설인가의 개호서비스의 체계에 더하여, 자택에서 옮겨 사는 「주거」로 개호서비스를 받는 새로운 분야가 넓어진 것, 집단 케어가 일반적인 시설서비스에서, 개별케어의 실시가 이루어져 온 것은, 개호보험 시행후 3년을 거쳐, 개인의 생활, 사는 방법을 존중한 개호가 넓어지고 있음을 나타내고 있으며, 그러한 관점에서도 개호서비스의 방법을 수정하는 것이 요구되고 있다.

5. 케어 매니지먼트의 현황

개호보험제도에 의해 새롭게 도입된 것이 케어 매니지먼트이다. 이것은, 고령자의 상태를 적절하게 파악하고 자립지원에 필요한 서비스를 종합적, 계획적으로 제공하기 위한 구조이며, 개호보험제도의 중핵이 되는 것이다. 그러나, 고령자의 상황을 판단하는 어세스먼트가 충분하지 않아 적절하고 효과적인 서비스 제공이 이루어지지 않는다는 지적이 있다. 실태에

서도, 한 종류의 서비스만의 케어플랜의 작성이 반수이상이고, 필요한 서비스가 적절하게 제공되고 있는 가 의문이 남는다.

표 34. 케어플랜에 포함되어 있는 서비스 종류별의 이용자비율

1종류	49.0%
2종류	26.9%
3종류	12.4%
4종류	5.0%
5종류이상	2.5%
무회답	4.3%

(재)장수사회개발센터 「재택개호지원사업 및 개호지원전문원 업무실태에 관한 조사」 (2001년)

또한 서비스를 제공하는 담당자 등 개호의 방침을 설정하고 공유하는 장소인 케어 컨퍼런스의 개최도 충분히 이루어지지 않고, 담당자가 같은 인식하에서, 종합적으로 자립지원을 위한 서비스 제공이 이루어지고 있는 가에 대해서도 의문이 있다.

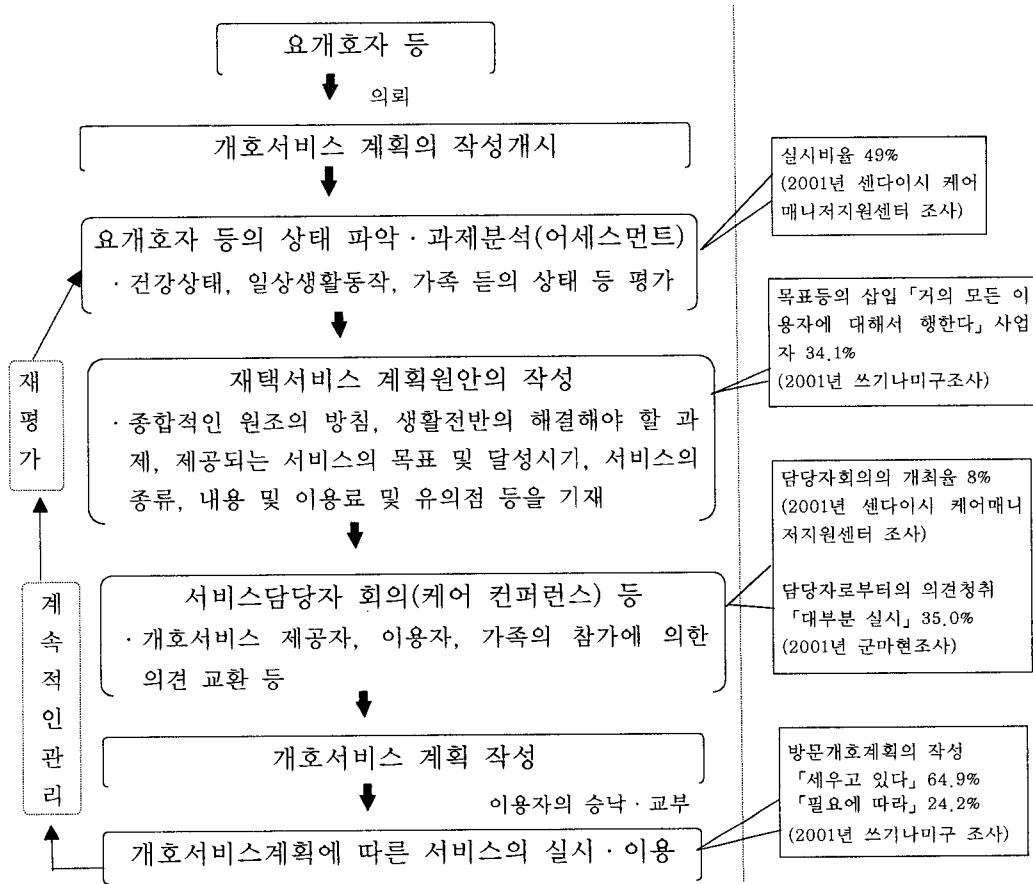
표 35. 서비스 담당자 회의의 개최상황

개최상황	비율	비고
개최함	71.1%	이 중 · 정례일(월1회 이상) 21.2% · 정례일(월1회 미만) 6.1% · 수시 52.4%
개최안함	23.4%	-
무회답	5.5%	-

(재)장수사회개발센터 「재택개호지원사업 및 개호지원전문원 업무실태에 관한 조사」 (2001년)

그림6. 재택개호 지원의 흐름

(실시상황)



또한, 고령자가 직면하고 있는 문제는 개호의 분야에 한정되지 않는다. 예를 들면, 가정문제 등 개호 이외의 문제에 직면하는 고령자에 대해서는, 개호서비스의 종합 조정을 하는 케어 매니저먼트만으로는 문제를 해결하려고 해도 어렵다.

이러한 상태를 감안하여, 생활의 계속성 확보를 위한 서비스 검토와 함께, 지역에서의 여러 가지 지원의 방법에 대해서도, 과제 의식을 가질 필요가 있다.

6. 치매성 고령자케어

개호보험제도에서는, 고령자의 심신상태에 관한 상세한 데이터를 근거로 요개호인정이 이루어지기 때문에, 요개호고령자의 심신상태에 대해서 여러가지 분석을 할 수 있는데, 치매의 영향에 대한 분석을 한 결과, 요개호노령자의 거의 반수는 치매의 영향이 인정된다(치매성

노인자립도가 Ⅱ 이상)는 것이 밝혀졌다. 또한, 개호보험제도의 실시상황을 보면, 치매성고령자 그룹 홈의 사업소 수는, 최근 3년간에 10배이상으로 급증하고 있다.

표 36. 그룹 홈 수의 추이

구 분	1998.3	1999.3	2000.3	2001.3	2002.3	2003.1	골드플랜 21의 서비스제공 예상량(2004년도)
사업소 수	31	103	266	903	1,678	2,832	3,200

(2000년3월이전에 대하여, 국고보조대상사업소 수, 2000년4월이후에 대하여, WAM-NET등록 수)

표 37. 법인주체별 비율

법인종별	비율	
사회복지법인(사협이외)	28.0	
사회복지법인(사협)	0.9	
의료법인	24.3	
민법법인(사단·재단)	0.5	
영리법인	38.5	
비영리법인(NPO)	6.4	
농협	0.0	
생협	0.2	
상기이외의 법인	0.3	
지방공공단체	도	0
	시정촌	0.9
	광역연합·1조 등	0.0
합 계	100.0	

※ 2003년4월현재, WAM-NET집계 베이스에 의해 산출

치매성고령자 그룹 홈의 이용 신장은, 치매성고령자 케어에 대한 절실한 니즈의 실증이라고 말할 수 있다. 치매성고령자 케어는, 아직도 발전 도상이며, 케어의 표준화, 방법론의 확립은 더욱 시간이 필요한 상황에 있으나, 존엄의 유지를 도모한다는 시점에서 보아도, 치매성고령자에 대하여 어떠한 케어를 해 가야 할 것인가, 고령자 개호의 중심적인 과제라고 말할 수 있다.

7. 개호서비스의 평가

개호보험제도 도입 이후, 개호서비스 사업자 수는 크게 증가했다. 그러나, 이용자가 그것을 선택하기 위해 필요로 하는 정보는 충분히 제공되지 않고 있다. 예를 들면, 사업자가 제공하는 서비스의 좋고 나쁨을 판단하는 재료도 되는 제3자평가에 대해서는, 일부의 자치단체 등에서 이루어지고 있는데, 그 수법은 다양하고, 모든 서비스를 커버하기에는 이르지 않고 있다.

또한, 전술한 바와 같이 요개호노령자 중 치매의 영향이 인정되는 자(치매성 노인자립도가 II 이상)가 거의 반수에 달함에도 불구하고, 의사를 충분히 표명할 수 없는 고령자 등을 지원하기 위해, 개호보험제도 도입과 동 시기에 개시된 성년후견제도에 대해서는, 이용하기 어렵다는 의견이 있다.

개호서비스의 내용에 대해서는, 국민건강보험단체연합회에 온 고충진수를 보아도, 서비스의 질과 구체적인 피해·손해에 관한 것이 4할 정도로 되고, 질의 향상이 큰 과제가 되고 있다. 서비스 질을 높이고, 안심할 수 있는 내용으로 하기 위해서도, 그것을 지탱하는 종사자의 자질 향상, 인재육성이 커다란 과제이다.

표 38. 국보연합회 고충신청내용별 누계

2002년4월분~2002년12월분/332건

신청내용	비율
서비스의 질	19%
종사자의 태도	7%
관리자 등의 대응	20%
설명·정보의 부족	14%
구체적인 피해·손해	20%
이용자 부담	4%
계약·절차이용	7%
기타	9%

표 39. 지정취소처분 등을 받은 사업자의 내역 추이

구 분	2000년도	2001년도	2002년도
주식회사	3	9	30
의료법인	3	3	4
특정비영리활동법인	-*	3	3
사회복지법인	-	4	5
개인	1	1	2
합 계	7	20	44

※ 단위는 사업자 수

개호보험제도는, 사업자간의 경쟁에 의해 서비스의 질을 높이기 위해, 재택서비스에 대해서는 기본적으로 법인형태를 막론하고 진입이 가능하게 되어 있는데, 서비스 선택을 위한 정보가 이용자에게 충분히 제공되지 않고, 원래 서비스의 양이 선택할 수 있을 만큼 풍부하지 않기 때문에, 열악한 서비스를 제공하는 사업자를 도태시키는 상황에는 이르지 못하고 있다. 또한 부정행위를 하는 사업자에 대해서 도는 지정취소권이 있다고 해도, 시장에서 신속하게 배제하기 위한 효과적인 수단은 불충분하다.

VI. 결론

일본이 개호보험제도를 실시하기 위해서는 무엇보다도 인프라 즉 시설과 인원을 확보하는 것이 필요했다. 시설은 민간사업자의 참여를 유도함으로써 단기간에 구축할 수 있었다. 또, 인원은 개호보험지원전문원이라는 자격제도를 실시함으로써 해결하고 있다. 이상과 같이 일본의 개호보험제도를 검토하고 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있다.

첫째는 급부제공 대상의 망라성이다. 개호보험은 건강보험의 보완 장치로서 마련된 노인을 대상으로 한 것으로, 65세이상이면 누구나 급부대상자가 된다. 그러나 급부대상을 65세미만을 제외하고 65세 이상으로 한정하는 것이 옳은 것인지는 검토의 여지가 있다. 또, 시설에 입소하는 경우, 본인부담분인 1할과 식비나 생활비 등을 부담해야하는 문제가 있다. 이러한 개호보험의 본인부담분을 부담할 능력이 없어 시설 개호서비스를 받지 못하게 되는 경우가

산발한다. 따라서, 전국민이 개호보험의 급부를 받을 수 있도록 기존의 사회보장체제와의 정합성에 대한 종합적인 검토가 필요하다. 즉, 재정에서 지원을 한다면, 장애인복지제도와 통합하고, 연령제한도 철폐하는 것이 좋은가하는 점이다.

둘째는 급부의 효과에 대한 검증이다. 이를 위해서 급부내용에 개호와 의료를 어떻게 조화 시키는가가 제도설계상 중요한 과제이다. 즉, 개호와 치료를 독립적으로 제공할 수 있는 것이 아니라 동시에 제공해야하는 경우가 많기 때문이다. 일본 개호보험급부 중 재택서비스인 경우 방문간호가 있으며 시설서비스인 경우 의사와 간호사의 배치를 의무화하고 있는 점은 이를 반영한다. 또, 요지원의 경우 요개호의 예방을 목적으로하는 급부이지만 상태가 개선되는 비율이 낮다.

셋째는 개호급부의 수준을 어느 정도의 수준으로 할 것인가도 문제가 된다. 인간적인 삶을 위해서는 충분한 급부수준이 필요하지만, 재정적인 면이 고려되어야한다. 또, 개호보험시설의 서비스수준과 민간의 개호사업과 보험사업의 영역은 이해가 상충하는 면이 있다. 달리 말하면, 어느 수준까지를 사회적인 책임으로 하고, 어디부터 개인의 자기책임으로 할 것인가가 문제이다.

넷째는 서비스의 평가문제가 있다. 재택서비스의 경우, 개호의 개별성이 강하다. 시설개호 서비스의 경우에는 정부가 요개호 등급별로 시설에 대하여 지급하는 금액이 정해져있을 뿐 서비스내용과 질에 대한 규제가 없다.