

Long-term care system and home nursing in Japan

What happened after Public Insurance for Long-Term Care launched in 2000?

Sachiyo Murashima, Ph.D., P.H.N., R.N. *

*Professor, Department of Community Health Nursing, Division of Health and Nursing Sciences Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, JAPAN

Introduction

In many countries the number of elderly is increasing. Especially in Japan the population of elderly people over 65 years old and over is increasing rapidly; it was almost 17% in 2000 and is predicted to reach 21% in 2020, and almost 30% in 2030. The number of elderly people who were identified in need of care, such as those bedridden and /or living with dementia, is rising accordingly. It was identified that 2.18 million people need care in 2000, but it increased to 3.71 millions in October, 2003.

In Korea the proportion of elderly to the total population in 2000 was 7.1%. Japan exceeded this proportion in 1970. In other words, from the aspect of an aging society, Korea is 30 years behind Japan.

In Japan, the number of family members per household is decreasing. This phenomenon is the same in Korea. Both countries are similar to each other in culture, such as the importance and tightness of family relation. So I think Japan's trial and error experience might be helpful to Korea.

Before Public Insurance for Long-Term Care (PILTC)

The difficulties with home care in Japan were listed in 1990' as follows;

Family caregivers become less available; fewer elders live with children; households with one aged person have been increasing, and abuse and neglect by their families occur.

As the number of aged people and medical expenses per capita grow, the health insurance system was facing a serious economic crisis in Japan.

Therefore the challenge of providing good care for the dependent elderly is being recognized as a public issue in Japan. In this situation some community service for frail elders, such as, home helpers, day care services, and respite care have been enlarged and improved.

Brief history of home nursing care in Japan

The visiting nurse service was not begun as a system by the 1970's in Japan.

From the late 1970's when the fee for visiting nurse service was not reimbursed by health insurance in Japan, some of the considerate nurses in hospitals started to visit discharged patients and bedridden elders in their home in order to meet health care needs. As a result of their efforts, home visits by nurses were for the first time reimbursed with health insurance in 1983 by the enforcement of Health and Medical Service Law for the Elderly (HMSLE).

The number of hospitals which provided home care was increased. It was 2,731 hospitals in 1990 through 3,416 in 1996.

In 1983 visiting nurse service based on municipality service was also established. It was provided in most of the municipalities by tax and contributed to diffuse visiting nurse service all over Japan, but it is finishing the role after launching the system of Visiting nurse service station in 1992.

Visiting Nurse Service Station (VNSS)

In 1992 revised Health and Medical Service Law for the Elderly (HMSLE) launched the system of a visiting nurse service station (VNSS); the policy for this system dictates that the director should be a nurse. In Japan, Medical Law mandated that the head of a hospital as well as a clinic should always be a physician; therefore, prior to 1993 a nurse cannot be an executive director. The establishment of the VNSS opened the way for nursing professionals to be the head of a health care organization for the first time in Japan. This was truly an epochal system.

Visiting Nurse Service stations (VNSS) are managed by nurses and have been subsidized by medical insurance since 1992, now also subsidized by Public Insurance for Long Term Care (PILTC).

They were increased rapidly in number until the start of Long-term care Insurance in 2000. After Long-term care Insurance it increases step by step. It is almost 5,500 in April, 2004.

When a frail elderly at home requests visits to a VNSS, after the VNSS gets an

order from a medical doctor to provide nursing service to the patients, visiting nursing service from the station can be started. Patient and health insurance pay for visiting nurse services. Patients contribute 10% of the fee, while PILTC pays 90 % of the fee for the visiting nurse service costs. (In the Health Care Insurance patients should pay 20–30% of the cost and the Health Care Insurance pay 70–80% of the cost).

An average size of VNSS has 57 users of home nursing and 5.5 home nurses. Nurses provide 313 visits per month and income per month was \$29,000. The business hour is usually from 9 am through 5 pm of weekday. It is only a few VNSS which works 24 hours, 365 days a year.

Content of home care.

Home care nurses provide a variety of different services and types of care. The top 15 of the most frequently practiced nursing care activities provided by nurses of VNSS in 1998 were as follows: Health assessment (99.5%), Personal hygiene assistance (66.0%), Guidance about treatment for clients and families (60.8%), Guidance about care-giving for the families (59.8%), Range-of-motion exercise (59.0%), Assessment for quality of daily life (50.0%), Assistance for ADL (48.9%), Medication administration (43.4%), Position change (29.5%), Arrangement of environment (24.6%), Introduction and referral for social resources (20.9%), Enema and disimpaction (14.7%), Meeting with emergency (14.0%), Decubitus care (13.2%) and Mouth care (13.0%).

Nurses provide a lot of "guidance to the client or the family." More often than providing ""medical nursing treatment," such as decubitus care, nurses are engaged in ""assistance for activities of daily living (ADL).""

The Japanese health care system has valued nurses providing personal hygiene, such as taking a bath, bed bath, washing hair, and changing clothes. These activities are strongly congruent with the definition of nurses by Japanese law. In Japan, the definition of nursing nurse includes both to provide ""nursing nurse for the injured, the sick or child bearing women in childbed" and to do "assistance of medical examination and treatment" (Public Health Nurse, Midwife and Nurse's Law, 1951, article #5). . So it is based on this tradition that Japanese nurses often provide personal care.

What kinds of care nurses should provide is one of the big issues under Public Insurance for Long-Term Care working with other professions.

Public Insurance for the Long-Term Care (PILTC)

The new system of Public Insurance for Long-Term Care was created in April, 2000. The aim of this system is to collect money to provide care for frail elderly people. To fund this effort, each Japanese person over 40-years old pays \$25 every month as a premium.

Frail elders can buy professional care by paying 10% of the fee for service up to the limit, 90% of the fee is paid to the care-providing agency from the pooled fund. So the concept of this Insurance is a kind of social solidarity for caring of elderly. One of the characteristics of this Insurance is to support independence of the elderly. It was intended to promote home care rather than institutional care.

There are two kinds of people who can use services from this Insurance. One is elders who are 65 years and over and who need care in daily life, such as under conditions of being bed-ridden, having dementia, being house-bound, etc. The another kind is a group of people 40-64 years old who need care in daily life because of illness caused by aging, such as dementia, cerebro-vascular diseases, etc.

Process of identification of the degree of care needs by PILTC

Elderly people who need care will apply to their municipal government. After getting the application, the municipality sends a staff member to investigate and fill out a standardized instrument with 79 items of care needs, such as elimination, bathing, condition of dementia, etc., identifying the level of care needed by the applicant. The results are calculated by a computer system. Then with the narrative notes from the staff member based on direct observation and the opinion from a physician in charge, a judgment committee will decide the level of care needed by the applicants.

Six levels of care needs: client condition and maximum payment.

The range of cost that the elder can spend on care services will be decided by level system. The six levels are from the Need support (almost independent), Need care 1 (need help for a small part of daily living), through Need care 5 (complete bed-ridden). A maximum payment has been decided for each level. The expected amount to be paid is on the slide. The elderly will purchase services within the judged limit and pay a 10 % fee for the purchased services. When the total amount of the fee exceeds the limitation, users must pay the excess amount by themselves.

How many persons have been identified as elders who need care?

The number of insured people in 2001 was 22.4 million who were aged 65 years

and over and 3.4 million who were aged 40 years and over. In comparison, the number of people identified needing support or care was 2.58 million (11.1%) who were 65 years and over and 90,000 (0.2%) who were 40 years and over.

Break down by levels of Care Needed.

The total number of clients who were classified according to care needed were 2.63 million people the number of need care 1, those who need minimal support, is the largest; Need care 5, those who need extreme support, was 384,000.

Kinds of services

Both home care and institutional care are paid by this Insurance.

For home care the following services are included Home help, Visiting nurse service, Day service and Day care, Respite care, Rehabilitation, Group home for dementia people, Medical check by a physician, Auxiliary supplement, and Housing reorganization.

That means fees for services by nurses and home-helpers are subsidized from the same and limited resources.

What has happened since the new Public Insurance for Long-Term Care was established?

I want to explain the impact of PILTC to home nursing care and some of the efforts by home nurses toward the future.

One of the impacts is the implementation of care management. Nurses work as a care manager of PILTC.

Next is the collaboration and competition with other professions, especially with home helpers.

The third is the challenge to develop home Nursingcare and the forth is the challenge to develop more community-based care, such as around-the-clock in-home care, etc.

Care management of PILTC

A care plan is made by a care manager when a client and the family request it. The care manager is in charge of developing a complete care plan based on the users' wishes and then of over-seeing that plan.

Professions of care managers include nurses, social workers, support workers, home helpers, physicians, etc. More than 5 years' experiences in the fields of nursing, medicine, or welfare are needed to take an examination to become a care manager. After passing the written examination, practical training is needed to

become a certified care manager. The percentage of Nurses among all care managers is 30 %, then support worker, who are the profession licensed nationally by Ministry of Health and Welfare, then social workers, pharmacist and home helpers. Not all care managers are nurses. When a care manager is not a nurse, it is difficult for a care manager to understand the meaning of nursing care. So it happens sometimes that a nurse visit is not included in a care plan, even though a nurse is needed to prevent deterioration.

For making a care plan for a client and modify it according to the condition and requests of the client and the family, managers get almost \$100 per month. As it takes time to modify a care plan, the fee for care management is not good. So it is difficult for nurses to work as a care manager. How to explain the good points of nurses' care is one of the important issues now under PILTC.

Collaboration and competition with other professions, especially for home helpers

Examples of the fees for services

The fee for home care is arranged according to the kinds of services as well as the time provided. For example, a visit by a home helper for more than 30 and less than 60 minutes costs \$40 per visit (at the rate of \$1=100 yen) including assist with personal care as well as the assistance with household chores. Compared to those fees, a visit by a nurse for the same time costs \$83 per visit. It costs almost 2times as much as a visit by a home helper which is almost the same as day care/day service (it costs \$73 per day). This influences seriously utilization of nurses' visit when it is compared to home helpers' visit.

For example, the case of Care level 2 (moderate need of care, which means independent in most of the self care except bathing and going out by oneself, but dependent in household help) can use services up to \$1,950 per month including the following services: 2 hour homemaking service 3 times a week, day care service including lunch and transportation 2 times a week, 1 hour visiting nurse service once a week and a home visit by a physician once a month. The total fee for these services is \$1,221 a month. The client pays 10% of the total cost, \$121 per month.

On the other hand, a client of Care level 4 is not able to go to the toilet without help. He/she needs a lot of assistance including assistance to toilet every three hours as well as household help and home visits by a nurse and a physician. The amount of the payment limitation on this level is truly insufficient to stay at home without help by their family. This system makes the clients of high level of care

need give up staying at home and apply to institutions to be hospitalized.

The proportion of service use by level.

To compare the three kinds of services, such as home help service, nurse visit, and day care service, the percentage of users of nurse visits increases accordingly, as the level of care needed goes up. Nurses can provide more preventive work to the clients of lighter levels. But because the fee for nurses is expensive compared to that of home helpers, sometimes it is difficult when a care manager does not recognize the need for nurses. We have to emphasize the importance of nurse visits for the clients of the lighter levels.

Comparing the content of care between before and after PILTC, 'grooming' is decreased and 'medical treatment' has been increased. This phenomenon might be caused by the collaboration with home helpers.

After the start of PILTC, the number of users has been increasing. Especially, the use of home help services increased. According to the payment of PILTC to home help increased and the number of care service agencies of home helpers has increased compared to that of nursing service. This might be because the fee for a home visit by nurses is very expensive compared to that of home helpers.

Accordingly the role of a nurse has been changing gradually in response to this issue.

Challenge to develop home nursing care

Home care for elders

Home care workers. With the increased popularity of home care, care-giving jobs (nurse aids/home-helper) have increased in number. In this situation a new occupation named "certified care worker (support worker)" was created in 1990 in Japan. Previously, the education for home-helpers was not established in the higher education system training was conducted only in a training class. But in 1990, a new national licensed profession of certified care workers was established to provide care for the elderly. "A certified care worker provides care such as assistance with bathing, toileting, feeding, etc. to patients who have difficulties in daily living because of physical and mental disorder. Certified care workers also provide guidance in care to patients" (Certified Social Worker and Certified Care Worker's Law, 1987, Article #2). They were paid from the fund of welfare side until 1999. Since April 1, 2000 they are paid by Long Term Care Insurance. As

mentioned above, nurses usually provide personal care in Japan. . On the other hand in these days, certified care workers now provide personal care, too. So competition is beginning to occur between nurses and the newly certified care workers.

The number of home-helpers, which includes certified care workers, is increasing very rapidly compared to that of home care nurses. Consequently, the role of the nursing profession in the care of older persons at home is now shifting over to role of health management or care manager, rather than a direct care-giving. How to share the work between nurses and certified care workers is the urgent issue in terms of financing of home care in Japan.

High tech home care

Medical technology is advancing, medical devices are getting smaller, and the length of a hospital stay is being reduced under the policy that longer hospitalization leads to lower payment for examination/treatment health care fees. These movements are raising the increasingly necessary necessity that for patients do their medical to receive care themselves at home. The nurse's role to support only skillfully support self-care by patients at home will be important is vital.. Specifically nurses should must teach techniques to patients and their family members and provide patient and family education to facilitate their ability to manage care by themselves.

At the same time, the nurses assume the role to arrange for secure the commodities and sterilized materials necessary in providing nursing and to secure that they can certainly carry out the care. In the past, although nurses sometimes executed what is identified as "medical work to assist in the examination and treatment" (Public Health Nurse, Midwife, Nurses' Law, 1951, #5), the reimbursement fee from the health insurance has been limited to doctors.

With the intention of breaking through this present condition, Dr. Sawako Kawamura wrote the "Nursing Protocol of Management of Medical Nursing Treatments for Supporting Home Medical Care" (Kawamura, Kazuma, & Kawagoe, 2000). This book is the first such effort in Japan, and if this knowledge becomes widespread, it may pave the way for the nursing reimbursement, or a "nursing fee which is reflected by the technical rate for nursing." Described in this book, the managed "medical nursing treatments" include self-injection (insulin therapy), continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), home oxygen therapy (HOT), home parenteral nutrition (HPN), self-catheterization, artificial respiration

at home, chemotherapy for cancer at home, trans-tube alimentation at home, tracheal cannula, bladder indwelling catheter, stoma, nephrostomical / cutaneous ureterostomical management, pain control for cancer patients at home, and decubitus care. With the increasing technology used in health care, a need is indicated for these treatments and they will be performed at home more frequently.

Terminal care: Home hospice

In 1998, death at home accounts for 16.5% of the deaths of people who are 65 and over in Japan. Since 1982, the population relative mortality rate in Japan, has been showing a moderate upward tendency (6.0 in 1982; 7.5 in 1998). This statistic is congruent with the increase in the elderly population. The advance of the aging population will mean that terminal care for elders will be needed more in the future. Nurses will be increasingly involved in terminal care at home and bereavement care for families.

In the United States public health insurance has been rewarded for home hospices since 1980's in order to reduce the medical cost and to improve QOL for the patients at a terminal stage of illness. On the other hand in Japan hospice care remains insufficient.. The number of hospice agencies was only 73 in July 2000 (Japanese Association of Hospice and Palliative Care Units, 2000) and most hospice agencies belong to hospitals.. Agencies providing home hospice services are very few, so it is difficult for all patients who want to enter and stay their last days at home to be enrolled in hospice services even though the progress in medical technology has made it possible for a cancer patient to spend their last days at home (Kawagoe, 1996).. But in Japan with the improvement in the standard of living, people seek a higher quality of life; therefore the number of people who wish to spend their last days peacefully at home is increasing.. A nation-wide survey showed that more than half of Japanese people would prefer home as the place to spend their days at the terminal stage (Miyashita, Hashimoto, & Kawa, 1999)..

Fortunately, the medical fee for palliative care has been enriched gradually; for example, the fee for home visits by nurses now permit visits 7 days a week, compared with usual cases for which home visits by nurses are allowed only a maximum of 3 days per week.. In the future more infrastructure is needed for promoting home hospice care and for realizing the high quality multidisciplinary care team.. It is expected that hospice nurses will take a leadership role to in promote promoting high quality and accessible hospice care in Japan..

New trials by Visiting Nurse Service Stations (VNSSs)

Around-the-clock in-home care

One of the trials is to provide around-the-clock care to the users of home care. When patients want to die at home or need medical treatment, such as injection of insulin, suction, and nurses should provide care 24 hours a day, 7 days a week. But to provide around-the-clock in-home care, each VNSS should have more nurse personnel.

Other model projects are under going.

Now visiting nurse service is rewarded only when nurses visit at patients' 'home.' If nurses provide care at places except 'home,' for example, schools for disabled children, elderly facilities for respite care, group homes for psychiatric patients, it is not rewarded. Above it day care service for users of VNSS is planned; it invites patients who need high-tech care, such as ventilator, trachea suction, to come to VNSS, instead of providing care at home. It is a kind of respite care for the caregiver of the patients. Through this trial, nurses can learn nursing skill more and share each other and improve it. Visiting nurses usually only visit patients' home by oneself, so it is difficult for them to learn and improve their nursing skill. It is difficult for them to make sure their skill and feel their improvement.

Some VNSSs became Non-Profit Organization and opened day care for demented patients.

Other VNSSs provide activities for people in the community, such as health check, advice for care-giving or child rearing, and health education.

Through such projects VNSS will become more community-based agency.

Conclusion

Now I would like to summarize the experience of community-based long term care in Japan, especially after Public Insurance for Long term care started in April, 2000 in Japan.

For the past years, generally PILTC is going quite well. But the number of clients as well as elders has been increasing very rapidly. How to prevent being frail is one of the most important issues in Japan for the sake of the success of PILTC.

As for visiting nurse service, it experienced hard time after PILTC like compared to the increase of home help service, visits by home nurses have not increased. One of the reasons might be that the fee of a nurse visit costs expensive. When a care

manager does not know the value of a nurse visit, it is inclined NOT to be included. But now, visiting nurse services are expected a lot to prevent institutionalization. It is needed to show the effectiveness of nurse visit and focus more skilled nursing care, such as high-tech care and terminal care.

References

- Arai Y. Japan's new long-term care insurance. *Lancet*. 2001; 357(9269):1713.
- Asahara K, Konishi E, Soyano A, Davis AJ. Long-term care for the elderly in Japan. *Geriatric Nursing*. 1999; 20(1):23-26.
- Asahara K, Momose Y, Murashima S. Long-Term Care Insurance in Japan. *Disease Management and Health Outcomes*. 2003; 11(12): 769-777.
- Ikegami N. The economics of health care in Japan. *Science*. 1992; 258(5082):614-618.
- Ito H, Tachimori H, Miyamoto Y, Morimura Y. Are the care levels of people with dementia correctly assessed for eligibility of the Japanese long-term care insurance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001; 16(11):1078-1084.
- Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. *Annual Report on Health, Labour and Welfare 2001-2002*. Tokyo: Gyosei corporation; 2003.
- Koinuma N. Long-term care insurance put into practice for the advanced-aged society. *Japan-Hospitals*. 2000; 19:43-46.
- Kolanowski RJ. Japan's gold plan emphasizes home care and the consumer. *Caring Magazine*. 1997; 16(4):38-40.
- Momose Y, Asahara K, Murashima S. A Trial to Support Family Caregivers in Long-Term Care Insurance in Japan: Self-Help Groups in Small Communities. *@Home Health Care Management & Practice*. 2003; 15(6): 494-499.
- Murashima S, Asahara K. The Effectiveness of the Around-the-Clock In-Home Care System: Did It Prevent the Institutionalization of Frail Elderly? *Public Health Nursing*. 2003; 20(1): 13-24.
- Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, Fukui S, Kayama M. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing*. 2002; 19(2): 94-103.
- Murashima S, Yokoyama A, Nagata S, Asahara K. The Implementation of Long-Term Care Insurance in Japan: Focused on the Trend of Home Care. *Home Health Care Management & Practice*. 2003; 15(5): 407-415.
- Murashima, S., Zerwekh, J.V., Yamada, M. and Tagami, Y. Around-the-Clock

Nursing Care for the Elderly in Japan" *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1):F37-41, 1998

Okamoto Y. Health care for the elderly in Japan: Medicine and welfare in an aging society facing a crisis in long term care. *BMJ*. 1992; 305:403-405.

Tashiro J, Beattie ER, de Barros AL, Uyer G. Long-term care for the elderly in Japan. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1999; 31(2):133-134.

Yoshikawa A., Utsunomiya O. Japan's health insurance system: From cradle to grave. In: Okimoto DI, Yoshikawa A, eds. *Japan's health system: Efficiency and effectiveness in universal care*. New York: Faulker & Gray; 1993:21-44.

일본의 장기요양제도와 가정간호

2000년에 도입된 공적장기요양보험 이후 어떤 일이 일어났는가?

사찌요 무라시마(동경대학교 건강과학부대학원 지역사회간호학과 교수)

번역: 강창희 (한국가정간호학회 이사)

서 론

많은 나라에서 노인인구의 수가 증가하고 있다. 특히 일본에서는 65세 이상의 노인 수가 매우 빠르게 증가하고 있다. 2000년에는 노인 인구 비율이 17%였고 2020년에는 21%, 2030년에는 30%에 이를 것으로 예상되고 있다. 와상노인이나 치매노인과 같이 서비스가 필요한 노인의 수는 현저하게 증가하고 있다. 2000년에는 218만 명이 서비스를 필요로 했으며 2003년 10월에는 그 수가 371만 명에 이르렀다.

한국에서는 2000년에 노인인구가 전체 인구의 7.1%를 차지하였다. 일본에서는 이미 1970년에 이 비율을 넘어섰다. 다시 말하면, 노령화 사회라는 견지에서 보면 한국은 일본보다 30년이 늦게 시작된 셈이다.

일본에서는 가구당 가족수가 감소하고 있다. 이러한 현상은 한국에서도 마찬가지이다. 두 나라는 가족간의 유대관계를 중요시하는 문화가 비슷하다. 따라서 일본의 시행착오가 한국에 도움이 될 것으로 생각된다.

공적장기요양보험 도입 전

1990년에 일본에서 가정간호의 어려움이 다음과 같이 제시되어 있다; 가족 중에 돌볼사람이 점점 줄어들고; 자녀와 같이 사는 노인이 적고; 독거노인 가구 수가 증가하고; 가족에

의한 확대와 냉대의 증가이다.

일본은 노인 인구 증가와 인구 당 의료비 상승으로 인해 건강보험제도가 심각한 경제적 위기에 직면하게 되었다. 그 결과로 의존적인 노인을 잘 돌보는 것이 사회적인 사안으로 대두되었다. 이러한 상황에서 가정봉사, 주간보호서비스, 휴식서비스와 같이 허약한 노인을 위한 지역사회 서비스가 확장되고 개선되었다.

일본 가정간호의 역사

일본에서 방문간호서비스는 1970년까지는 실시되지 않았다. 1970년 말부터 사려깊은 병원간호사들이 지불보상이 되지 않았을 때 퇴원한 환자와 외상환자를 방문하여 간호하였다. 그들 노력의 결과로 1983년에 노인을 위한 건강의료법에 의해 간호사의 가정방문에 대해 보험에서 지불보상을 해 주었다. 가정간호를 제공하는 병원의 수도 증가하였다. 1990년에 2,731개에서 1996년에 3,416개로 늘어났다.

1983년 지방자치단체에서 주관하는 방문간호서비스가 제도화 되었다. 이 서비스는 대부분의 지자체에서 조세에 의해 제공되었고 일본 전역에 방문간호가 확산되는데 기여하였으나, 1992년에 방문간호사업소(VNSS)가 생기면서 그 역할이 끝났다.

방문간호사업소(Visiting Nurses Services Station :VNSS)

1992년 노인을 위한 건강의료법의 개정으로 방문간호사업소 제도가 시작되었다. 이 제도를 위한 정책에서 사업소장은 반드시 간호사여야 한다고 규정하고 있다. 일본의 의료법에서는 병원 뿐 아니라 의원의 장은 반드시 의사여야 한다고 규정하고 있다; 그러므로, 1993년까지 간호사는 사업소장이 될 수 없었다. 방문간호사업소의 개설은 일본에서 처음으로 간호사가 의료기관의 최고책임자가 될 수 있는 길을 열어 준 것이다. 이것은 정말 획기적인 제도였다.

방문간호사업소는 간호사에 의해 관리되고 1992년부터 의료보험에 의해 재정지원을 받았고, 지금은 공적장기요양보험에서도 지원을 받고 있다. 방문간호사업소는 2000년 장기요양보험이 시작될 때까지는 그 수가 급속하게 증가하였다. 장기요양보험이 시작된 후에는 서서히 증가하여서 2004년 4월에 5,500개소가 되었다.

집에 있는 허약한 노인이 방문간호사업소의 방문을 의사로부터 처방을 받아 요청하면 환자

에게 간호 서비스를 제공하고 사업소의 방문간호 서비스가 시작 될 수 있다. 환자와 건강 보험이 방문간호 서비스에 대한 비용을 지불한다. 환자 부담은 10%이고, 공적장기요양보험에서 90%의 비용을 지불한다.(건강 보험에서는 환자가 비용의 20~30%를 지불하고 건강 보험에서 70~80%를 부담한다)

방문간호사업소의 일반적인 규모는 57명의 대상자가 있고, 5.5명의 가정간호사를 두는 것이다. 간호사들은 한 달에 313건의 방문을 실시하고, 사업소의 수입은 월 29,000불, 근무 시간은 오전 9시부터 오후 5시까지이다. 1년 365일 24시간 동안 운영하는 방문간호사업소는 매우 적다.

가정간호의 내용

가정 간호사는 다양한 종류의 서비스를 제공하고, 여러 가지의 간호를 제공한다. 1998년 가장 많이 시행된 간호행위 중 상위 15개는 다음과 같다. 건강 사정(99.5%), 개인 위생 보조(66.0%), 대상자와 가족에게 치료에 대한 조언(60.8%), 가족을 위해 간호를 제공하는 것에 대한 조언(59.8%), 운동(59.0%), 삶에 질 사정(50.0%), 일상생활활동 보조(48.9%), 투약(44.4%), 체위 변경(29.5%), 환경 조성(24.6%), 사회자원 소개와 의뢰(20.6%), 관찰(14.7%), 응급 조치(14.0%), 욕창 간호(13.2%), 구강 간호(13.0%) 순이다.

간호사는 대상자 또는 가족에게 조언을 하는 활동을 많이 하고 있다. 욕창 간호와 같은 치료적 간호를 수행하는 것 보다 간호사는 일상생활을 보조하는 일에 더 많이 관여한다. 일본의 의료 제도는 목욕, 침상 목욕, 머리 감기, 환의교환 같은 개인위생을 간호사가 제공하는 것에 가치를 두고 있다. 이러한 활동들은 일본의 법에 의한 간호사의 정의와 일치하는 것이다. 일본에서는 간호의 정의에 부상자, 병자, 산모를 위한 간호를 제공하고 의학적 조사와 치료를 보조하는 것을 모두 포함하고 있다(보건 간호사, 조산사, 간호사 법, 1951년 제 5조). 따라서, 이것은 간호사가 개인수발을 제공한다는 전통에 기반을 둔 것이다. 어떤 간호가 제공 되어야 하느냐는 공적노인요양 보험 아래서 다른 직종들과 일할 때 하나의 커다란 이슈이다.

공적 장기요양 보험

공적 장기요양보험이라는 새로운 제도는 2000년 4월에 만들어 졌다. 이 제도의 목적은

허약한 노인 인구를 간호하기 위해 필요한 돈을 모으는 것이다. 이러한 노력을 뒷받침하기 위해 40세 이상의 일본 사람은 매달 25불의 보험료를 낸다. 노인들은 10%의 본인 부담을 지불하고 전문적인 간호를 제공 받으며 90%의 비용은 서비스를 제공한 기관에게 공동재원에서 지불한다. 따라서, 이 보험의 개념은 노인을 보호하기 위한 사회적 연대 책임 같은 것이다. 이 보험의 한 가지 특성은 노인의 독립성을 지지하는 것이다. 시설입소보다는 가정간호를 지지하고, 가정간호를 증진시키려고 노력하였다. 이 보험을 통해서 서비스를 제공 받을 수 있는 사람은 두 종류이다. 65세 이상 노인이면서 일상생활에 도움이 필요한 외상노인, 치매노인, 재가노인 등과 40세에서 64세의 사람으로서 노화, 치매, 뇌혈관 질환으로 인한 병 때문에 일상생활 보조가 필요한 사람들이다.

공적 장기요양 보험에 의한 요양 등급 결정 과정

요양이 필요한 노인들은 지방자치단체에 신청을 한다. 신청서를 받은 후에 지자체에서는 직원을 보내서 배설, 목욕, 치매 상태와 같은 79개의 요양 요구에 대해 표준화된 도구를 가지고 조사하여 신청자에게 요구되는 요양 수준을 결정한다. 결과는 전산으로 계산된다. 직원의 직접 관찰과 주치의 의견을 가지고 판정위원회가 신청자의 요양 등급을 결정한다.

요양의 6등급: 대상자 상태와 최대 지불액 한도

서비스 제공에 쓰여질 수 있는 비용의 범위는 등급 체계에 의해 결정된다. 6가지 등급은 요지원(거의 독립적인 생활 가능), 요개호 1(일상생활 일부 보조)부터 요개호5(완전외상 상태)로 되어 있다.

지불액 한도는 각 등급 별로 결정되어 있으며 등급에 따라 다르게 책정되어 있다. 노인들은 결정된 비용 안에서 서비스를 제공받고 10%를 본인이 부담한다. 전체 비용이 한도액을 넘어 가면 본인이 그 금액을 부담하여야 한다.

요양이 필요한 노인의 수

65세 이상 보험에 가입한 사람은 2001년 2240만 명이고 40세 이상은 340만 명이다. 65세 이상 요양이 필요하다고 판정된 사람은 258만 명(11.1%)이고 40세 이상은 9만명(0.2%)이다.

요양요구 등급에 의한 분석

요양요구가 있는 전체 대상자는 263만 명이다; 최소한의 보조가 필요한 요양등급1이 가장 많고; 가장 많은 지지가 필요한 등급 5는 가장 수가 작아서 384,000명이었다.

서비스의 종류

가정간호와 시설입소 모두 보험에 의해 지불된다. 가정간호의 내용은 다음과 같다; 가정봉사, 방문간호서비스, 주간보호, 휴식서비스, 재활, 치매환자를 위한 그룹 홈, 의사 진찰, 부가적인 서비스와 주택개조이다. 이것은 간호사와 가정봉사원에 의해 제공되는 서비스가 동일한 제한된 자원으로부터 지불받는다라는 것을 의미한다.

공적장기요양보험 이후에 어떠한 일이 일어났는가?

공적장기요양보험 제도가 가정간호와 미래를 위한 간호사의 노력에 어떤 영향을 미쳤는가를 설명하려고 한다. 요양관리사의 적용이 그 영향 중의 하나이다. 간호사는 공적노인요양보험에서 요양관리사로 일한다. 다음은 가정봉사원과 같은 직업과의 협동과 경쟁이다. 세 번째는 가정간호를 발전시키는데 대한 도전이고, 네번째는 상설 재택서비스와 같은 지역사회 중심의 요양을 발전시키는 것이다.

공적 장기요양보험에서의 요양관리

대상자와 가족이 요청하였을 때 요양관리사가 계획을 세운다. 요양관리사는 대상자의 요구에 근거하여 완전한 요양계획을 세우고 그 계획을 감독할 책임이 있다. 요양관리사의 직업은 간호사, 사회사업가, 보조원, 가정봉사원, 의사 등이다. 간호, 의료, 사회 복지 분야에서 5년간의 경험이 있어야 요양관리사 자격시험에 응시할 수 있다. 필기시험에 통과한 후 실습이 요구된다. 간호사는 전체 요양관리사의 30%이고 그 다음으로 보건사회부에서 자격을 받은 보조원, 사회복지사, 약사와 가정봉사원 순이다.

모든 요양관리사가 간호사는 아니다. 요양관리사가 간호사가 아닐 때에는 간호의 의미를 파악하기가 어렵다. 간호가 필요함에도 불구하고 간호서비스가 요양계획에서 제외되는 경우가 많다. 대상자의 상태에 따라 요양계획을 세우고 수정하는 것에 대해 요양관리사는 월

100불을 받는다. 요양계획을 세우는데 드는 시간을 고려하면 보수는 좋은 것은 아니다. 따라서 간호사가 요양관리사로 일하는 것은 어렵다. 현재 공적노인요양보험에서 간호사가 제공하는 간호의 이점을 어떻게 설명하느냐가 중요한 이슈이다.

타 직종-특히 가정봉사원과 의 협동과 경쟁

서비스 비용에 대한 예

가정간호비용은 제공된 간호의 종류와 서비스 제공에 소요된 시간에 의해 결정된다. 예를 들면 가정도우미가 개인수발과 생활도움을 위해 30-60분간 서비스를 제공하였을 때 방문당 40불(1불=100엔)이다. 이 비용과 비교하여 간호사가 같은 시간동안 방문하였을 때 방문당 83불이다. 간호사의 방문은 가정봉사원의 방문보다 거의 2배의 비용이 드는데 이것은 주간보호서비스(하루 73불)와 거의 같은 비용이다. 가정봉사원의 방문과 비교할 때 간호사의 방문에 심각한 영향을 미친다.

예를 들면, 요개호 2(중 정도의 요양 요구, 목욕, 외출외에는 거의 독립적으로 생활 가능하나 집안 일에 도움이 필요함)일 때 한달에 요양비용으로 1,950불까지 사용이 가능하며 다음의 서비스를 받는다: 2시간 가사서비스 1주 3번, 1주 2회 점心和 교통편 제공 포함한 주간보호서비스, 1시간 방문간호 1주 1회, 1달에 1번 주치의 가정방문이 포함된다.

이상의 서비스 전체 비용은 월 1221불이다. 대상자는 이 중 10%인 121불을 낸다.

다른 한편으로는, 요개호4 등급인 사람은 혼자서는 화장실에 가지 못한다. 이들은 가사 도움과 간호사와 의사의 방문이 필요하고 3시간마다 화장실 가는데 도움이 필요하다. 이 등급에 대한 지불 한도액은 가족의 도움이 없이는 집에서 생활하기 어려울 정도로 충분하지 않다. 이 제도는 요양요구 높은 등급의 사람은 집에 있을 수 없고 병원에 입원하게 만든다. 가정봉사 서비스, 간호사 방문, 주간보호서비스 세 가지를 비교하면 요양요구등급이 높아질수록 간호의 방문이 필요한 비율이 증가한다. 간호사는 낮은 등급의 대상자에게 좀 더 예방적인 방법을 제공할 수 있다. 그러나 가정봉사원에 비해 비용이 높기 때문에 요양관리사가 간호사 서비스의 필요성을 인지하지 못하였을 때는 불가능하다. 낮은 등급에 방문간호의 중요성을 강조하여야 한다.

공적장기요양보험 제도 전, 후의 서비스 내용을 비교하면 ‘단장하기’는 줄어들고 ‘의학적 치료’는 증가하였다. 이 현상은 가정봉사원과 협동에서 기인했을 것이다. 공적장기요양보험이후 이용자가 증가하고 있다. 특히, 가정봉사원에 대한 이용이 증가하였다. 따라서 공적장기요양보험에서 가정봉사원에 대한 비용이 증가하였고 간호서비스 기관에 비해 가정봉사원 사업소가 더 많이 증가하였다. 이것은 간호사에 대한 비용이 가정봉사원 비용에 비해 현저하게 높기 때문이다. 따라서 간호사의 역할이 이 사안에 비추어 변화되어 오고 있다.

가정간호발전에 대한 도전

노인을 위한 가정간호

가정간호 종사 인력: 가정간호가 많이 알려지면서 수발 직업(간호보조원/가정봉사원)이 증가하였다. 이러한 상황에서 1990년에 “공인수발자”가 생겨났다. 전에는 가정봉사원에 대한 교육은 고등교육에서 이루어지지 않았다; 훈련은 단지 훈련프로그램에서만 가능했다. 그러나 1999년 노인 요양을 위해 공인수발자라는 국가 자격직업이 생겨났다. “공인수발자는 목욕, 용변, 식사 보조와 같은 서비스를 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활이 어려운 대상자에게 제공한다. 공인수발자는 환자에게 제공되는 서비스에 대해 안내한다(공인사회복지사와 공인수발자법, 1987년, 제 2조). 이러한 서비스는 1999년까지는 사회복지 쪽에서 재정지원을 받았다. 2000년 4월 1일부터는 공적장기요양보험에서 지불된다.

앞에서 언급한 바와 같이 간호사는 항상 수발을 담당해 왔다. 다시 말하면 지금은 공인수발자들도 수발을 제공하고 있다. 따라서 간호사와 새로 자격을 받은 공인수발자와 경쟁을 하게 된다. 공인수발자를 포함한 가정봉사원의 수는 가정간호사와 비교하면 매우 빠르게 증가하고 있다. 결과적으로 가정에 있는 노인 요양에서 간호사의 역할이 직접간호보다는 건강관리나 요양관리로 바뀌고 있다. 일본에서 가정간호 재원조달의 견지에서 간호사와 공인수발자가 어떻게 업무를 공유하느냐가 긴급한 사안이다.

첨단기술 가정간호

의학기술은 발전되고 의료장비는 더 작아지고 장기입원에 대한 의료비용지불이 줄어드는 정책 하에서는 재원 일수가 줄어든다. 가정에서 간호를 받는 환자를 위해서는 이러한 움직임

이 필요하다. 가정에서 자기간호를 능숙하게 지지하는 간호사의 역할은 매우 중대하다. 구체적으로 말하면 간호사는 환자와 가족에게 스스로 간호할 수 있도록 그들의 능력을 증강시키기 위해 기술을 가르쳐야한다.

동시에, 간호를 하는데 있어서 필요한 필수품과 소독된 물품을 갖추는 역할을 맡아야 한다. 과거에는 간호사가 검사와 치료를 보조하기 위한 의료행위로 규정된 것을 수행했다라도 건강보험에서 의사에게만 비용을 지불하였다.

이와 같은 현재의 상황을 돌파하기위해, 사와꼬 가와무라 박사는 “가정간호 지원을 위한 간호지침”을 저술하였다. 이 책은 일본에서 처음 시도된 노력으로서 이것이 확대되면 간호에 대한 지불보상 혹은 “간호의 기술적 수준에 따른 간호수가”에 탄탄대로를 만들어 줄 것이다. 이 책에 의하면 관리된 “간호치료”는 자기주사(인슐린 요법), 지속적인 통원 복막투석, 가정산소치료, 가정주사 영양, 자가도뇨, 가정에서의 인공호흡, 가정 화학요법, 기도관, 방광관, 장루, 암 환자를 위한 통증관리, 욕창간호를 포함한다. 가정간호에서 첨단 기술의 사용이 증가하면서 치료가 필요하다는 것과 이러한 기술이 가정에서 좀 더 자주 사용되어야할 필요성이 나타난다.

말기 환자 간호 : 가정 호스피스

1998년 일본에서 65세 이상 노인의 16.5%가 가정에서 사망하였다. 1982년 이후, 일본에서의 사망률은 약간 증가추세를 보이고 있다(1982년 6.0, 1998년 7.5). 이 통계치는 노인 인구증가와 동반된 것이다. 따라서 노인 인구가 증가한다는 것은 앞으로 임종간호 요구가 증가할 것임을 의미한다. 간호사는 앞으로 가정에서의 임종간호와 가족에 대한 사별 서비스에 더 많이 관여하게 될 것이다.

미국에서의 공공 의료보험은 의료비를 경감시키고 말기환자의 삶의 질을 향상시키기 위하여 1980년대 이후 가정에서의 호스피스 간호에 대한 지불보상을 하고 있다. 반면 일본에서의 호스피스는 아직 부족한 상태이다. 2000년 7월 현재 호스피스 기관은 73개이며(일본 Hospice and Palliative care 협회, 2000), 대부분의 기관은 병원 소속이다. 기관에서 제공하는 호스피스 서비스는 매우 빈약하다. 아무리 의료기술의 발달하여 암 환자들이 임종 말기를 집에서 보낼 수 있다 하더라도 집에서 호스피스 서비스를 받으면서 지내는 것은 매우 어려운 일이다(Kawagoe, 1996). 그러나 생활수준이 향상되고 보다 높은 삶의 질을 추구하게 되면서

삶의 마지막 기간을 집에서 편안하게 보내기를 원하는 사람들이 많아지고 있다. 한 전국적인 조사에서는 일본인들의 반 이상이 인생의 마지막 기간을 집에서 보내기를 원하는 것으로 나타났다(Miyashita, Hashimoto, & Kawa, 1999).

다행스럽게 완화간호(palliative care)를 위한 의료재정은 점점 더 확보되고 있다. 예를 들어 다른 일반적 간호를 위한 가정방문의 경우 일주일에 최대 3일을 허용하는 것에 비해 완화간호(palliative care)를 위한 간호사의 가정방문수가는 현재 일주일 7일 방문하는 것을 허용한다. 가정에서의 호스피스를 발전시키고 높은 질의 다학제 팀 서비스를 실현시키기 위해서는 앞으로 보다 많은 하부구조가 필요할 것이다. 일본의 호스피스 간호사들은 간호사들의 질적 향상과 접근이 용이한 호스피스 간호를 위해 지도자적 역할이 기대되고 있다.

방문간호사업소(Visiting Nursing Service Station, VNSSs)에 의한 새로운 시도

24시간 재택간호

새로운 시도 중 하나는 가정에서 대상자에게 24시간의 간호를 제공하는 것이다. 환자들이 집에서 임종하기를 원하지만 인슐린 투약, 흡인간호 등과 같은 전문적 처치가 필요할 때 하루 24시간, 일주일 내내 간호를 제공해야 할 필요가 생긴다. 그러나 이것을 실현하기 위해서는 방문간호사업소는 더 많은 간호사를 확보해야 한다.

그 밖에 진행 중인 프로젝트

현재 방문간호서비스는 간호사가 “집으로” 환자를 방문할 때에만 지불보상을 받는다. 만일 간호사가 집이 아닌 다른 곳, 예를 들어 장애아 학교를 가거나 휴식 서비스(respite care)를 위해 노인 시설을 가거나 정신질환 환자들을 위한 그룹 홈을 갈 때에는 지불보상을 받지 못한다. 앞에서도 언급했듯이 방문간호사업소의 이용자들을 위한 주간보호 서비스가 기획되고 있다. 인공호흡기나 기관지 흡인 등과 같은 고도의 간호를 필요로 하는 대상자들이 주간보호 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 집 대신 방문간호사업소에서 서비스를 제공하는 것이다. 환자 가족을 위한 일종의 휴식 서비스이다. 이런 시도를 통해 간호사는 보다 많은 기술을 익힐 수 있고 그것을 다른 사람들과 공유할 수 있다. 방문간호사는 항상 혼자 환자의 집을

방문해서 일을 해 왔기 때문에 그들 스스로 간호 기술을 배우거나 향상시키는 것이 어려웠다. 그리고 자신의 기술에 대해 확신하고 발전해 나가는 것을 느끼기도 어렵다.

일부 방문간호사업소들은 비영리 기관이며 치매환자를 위해서는 주간보호서비스를 제공한다. 다른 사업소들은 건강 검진, 환자간호, 자녀 양육을 위한 조언, 건강 교육 등과 같은 지역사회 주민들을 위한 서비스도 제공한다. 방문간호사업소들의 이러한 시도들을 통해 지역사회 중심의 기관들이 더 증가될 것이다.

결 론

본인은 일본의 지역사회 중심의 장기요양서비스, 특히 2000년 4월에 시작된 장기요양 공적 보험의 도입 이후의 상황을 요약설명하게 되어 기쁘다. 지난 기간동안 공적 장기요양보험은 매우 잘 진행되어 왔다. 그러나 노인 뿐 아니라 많은 수의 대상자들이 매우 빠르게 증가하고 있다. 현재 일본에서는 취약한 상황으로 가는 것을 예방하는 것이 공적 장기요양보험 성공을 위한 중요한 이슈를 삼고 있다. 방문간호서비스에서는 공적 장기요양보험 도입이후 가정봉사원서비스는 증가하였지만 가정간호는 증가하지 않아 매우 어려운 상황을 겪었다. 그 이유 중 하나는 가정방문수가가 비싸다는 것을 들 수 있다. 요양관리자들도 가정간호의 중요성을 알지 못하면 가정간호서비스를 포함하지 않는 경향을 띠게 된다.

그러나 이제 방문간호서비스는 대상자들의 시설입소를 예방하기 위해 큰 역할을 할 것으로 기대되고 있다. 가정간호의 효과성을 입증하는 것, 첨단기술 간호와 임종 간호 등과 같이 고도로 숙련된 간호서비스에 중점을 두는 것이 필요하다.