일본 개호보험 도입에 따른 장기요양보호시설의 변화에 관한 연구

A Study on the Functional Change of Elderly Care Facilities according to Introduction of Long-Term Care Insurance in Japan

이 특 구* 김 석 준**
Lee, Teuk-Koo Kim, Seok Jun

Abstract

The demand for long-term care is continuously on the rise as number of elders among the population increases. Due to the rapid growing demand for long-term care in Korea, there have been discussions for the introduction of new long-term care system into Korean society. The purpose of this study in to analyze changes of elderly care facilities in Japan after the beginning of long-term care system in 2000. The functional and architectural changes of Japanese facilities were researched to be used as references for predicting changes in Korean facilities. In Japan, after the execution of long term care system, the alterative aspect of facilities is divided into some categories; in sum, the change of environment for long term care, the effort to spread specialized facilities in a whole community, and the tendency to complex a variety of function of facilities such as an facility for home care service, and the like.

키워드 : 장기요양보호, 노인장기요양보호, 장기요양보험제도, 노인장기요양보호시설, 요양시설, 전문요양시설, 요양병원, 재가시설, 주간보호시설, 단기보호시설

Key words : long term care facility, long term care system, home and community care facilities, facilities for home care, nursing home, day care facilities, short-term care facility

1. 서론

1.1. 연구의 배경

2005년 10. 19일 국내에 '노인수발보장법률'이 입법예고 됨으로써 노인장기요양보험제도의 시행을 눈앞에 두고 있다. 국내에 도입될 노인장기요양보험은 65세 이상 노인과 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 45세 이상 64세 이하인 자를 대상으로 하여 사회보험방식으로 시행될 예정에 있어 국내 노인요양환경에 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다. 즉, 요양보험제도 시행으로 인해 대상자가 생활보호대상자에서 요양을 필요로 하는 일정기준 대상자로 확대되기 때문에 관련 시설, 인력 등의 인프라의 확충이 급속히 요구된다. 이러한 장기요양서비스 공급 방식의 변화는 서비스공급의 물리적 실체인 시설의 변화를 가져오게 된다. 일본의 경우 노인장기요양보호제도인 '개호보험(介護保險)'이 2000년에 도입된 이후 보호시설과 재가시설이 급증하는 동시에 시설이 기능적으로 변화하는 등 제도에 따른 시설의 변화를 겪어오고 있다. 따라서 향후 국내에 도입될 장기요양보험제도와 시설과의 관계를 고찰하기에 앞서 먼저 제도를 시행하고 이에 대한 평가과정에 있는 일본의 사례를 제도와 시설과의 관계의 관점으로 살펴보는 것은 그 의미가 크다고 할 수 있다.

1.2 연구의 목적

본 연구는 일본의 노인장기요양보호정책의 흐름과 시설의 변화과정을 살펴봄으로써 노인장기요양을 위한 제도가 시설의 기능에 미치는 영향 요인을 도출한다. 이후 노인장기요양보호제도인 '개호보험'의 내용을 검토하고 이 제도가 일본의 노인시설환경에 미친 영향을 분석함으로써 향후 국내에 도입될 노인장기요양보험제도에 따른 노인시설환경의 변화요인을 예상한다.

* 정회원, 서울시립대학교 교수, 공학박사
** 정회원, 서울시립대부설산업경영연구소 선임연구원, 공학박사
*** 이 논문은 2005년도 서울시립대학교 학술연구조성비에 의하여 연구되었음

2. 일본의 노인복지 정책의 흐름과 시설

2.1. 일본 노인복지의 태동과 재가시설의 발생

1) 노인복지법과 요양시설의 발생 : 1963년

일본은 2차 세계대전 이후 고령자의 증가, 산업구조의 변화, 가족구성의 변화 등을 겪으면서 고령자들에게 폭넓은 복지혜택을 줄 필요성이 발생하게 된다. 이러한 이유로 1963년에 '노인복지법'이 제정되었다. 노인복지법은 기존의 저소득층을 중심으로 하는 생활보호법을 전환하여 소득수준에 관계없이 고령자를 대상으로 복지혜택을 주는 보편성의 원리를 갖고 있는 노인복지의 획기적인 전환점이었다고 할 수 있다.

노인복지법과 함께 발생한 시설적인 변화는 기존에 생활보호법에 의해 지원을 받았던 양로시설이 요양노인홈으로 이어지고 새롭게 특별요양노인홈과 경비(經費)노인홈이라는 시설이 발생하게 된 것을 들 수 있다. 경비노인홈은 일정소득 이하인 노인을 대상으로 자택에서 생활이 곤란한 경우 저렴한 비용으로 입소할 수 있도록 한 시설이며 독립적인 생활을 기본으로 하는 지역기반형 시설로 A형과 B형 두 가지 타입[2]으로 나뉜다.

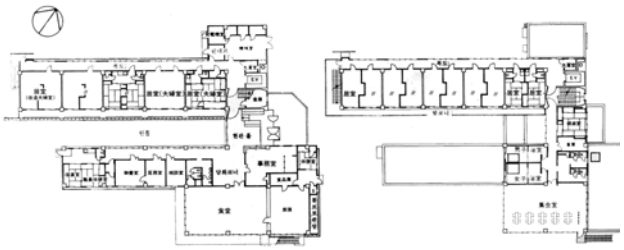


그림 4. A形 經費老人홈 사례
자료 : 건축자료연구회 역, 1992, 건축설계자료집 노인의 주거환경, 도서출판보원, 129쪽

2) 재가보호서비스 시작 : 1970년대 중반~1980년 후반

1973년에는 일본의 복지원년이라고 부를 수 있는 큰 변화가 생긴다. 70세 이상 고령자의 의료보험 본인부담금을 국가와 지방자치단체가 조세로 지급하도록 하여 노인의료비가 무료화 된다. 이로 인해 노인의료비가 급증하여 보험 재정에 어려움을 겪는다. 이러한 문제로 인해 1982년에 노인보건법이 제정되는데 노인보건법은 70세 이상노인이 진료를 받을 때 본인부담금을 정액으로 부담하게 하여 과도한 진료를 예방하여 세대 간 부담의 형평성을 도모하였다. 또한 40세 이상의 주민을 대상으로 건강상담, 기능훈련 등을 실시하여 예방, 치료, 재활, 재택요양에 이르는 통합된 보건의료서비스를 제공하였다.

1970년대 중반이후 재가보호시설이 발생하는데 대표적인 서비스가 주간보호, 단기입소생활보호, 방문개호 등이다. 즉, 1970년대 중반이후로는 재가보호에 대한 인식이 점차 높아지는 시기라고 볼 수 있다. 이와 함께 시설보호에 대한 변화는 1986년에 발생하는데 노인보건법을 개정하여 고령자에게 의료적인 케어와 일상생활서비스를 제공하는 노인보건시설이 만들어 진다. 이때까지는 재가보호서비스가 있긴 했지만 그리 활성화 되지 않고 시설보호를 중심으로 서비스가 진행되었다.

3) 본격적인 고령자의 개호(介護)에 대한 논의 : 1980년대 후반

인구의 고령화와 이에 따른 문제점을 극복하기 위해 노인복지 정책은 1980년대에 큰 변화를 꾀한다. 흐름의 변화는 1985년 7월에 '장수사회대책관계각료회의'가 설치되면서 본격화 되고 1986년 '장수사회대책요강'이 책정되었다. 이러한 대책들은 노인의 고용, 소득보장, 건강 및 복지, 학습과 사회참여, 주택 및 생활환경 등 고령자의 생활전반을 포괄하고 있다. 이러한 정책적 논의를 거쳐 1988년 10월에 후생성은 '복지비전-장수, 복지사회를 실현하기 위한 시책방향과 목표에 대하여'를 발표한다. 이는 사회전체의 시스템의 중심에 노인복지를 맞춘 것이라고 할 수 있다. 고령자 개호에 관한 논의들은 1990년대 급속도로 부각되는데 이는 개호가 필요한 노인 인구의 급증과 가족보호의 한계, 지금까지의 제도로는 개호문제에 적극적으로 대처하기 힘들다는 점, 그리고 고령자 개호에 관한 사회적 비용의 증가가 그 원인이라고 할 수 있다

4) 골드플랜(고령자보건복지추진10개년전략)의 수립 : 1989년

1989년 12월 후생성, 대장성, 자치성 등 3성(省)의 합의에 의해서 골드플랜(Gold Plan)이 수립되어, 1999년까지 10년간 총사업비 6조엔 이상을 투입하기로 하고 구체적인 사업을 제시하고 있다. 이 골드플랜의 목표를 구체적으로 살펴보면 첫째, 재택복지대책의 긴급 정비, 둘째, 와상노인 제로작전, 셋째, 장수사회복지기금 설치, 넷째, 시설의 긴급정비, 다섯째, 고령자의 사는 보람 대책 추진, 여섯째, 장수과학연구 추진 10개년 사업, 일곱째, 고령자를 위한 종합적 복지시설 정비 등이다. 골드플랜의 중요한 의미를 장병원(2003)은 재택복지서비스의 실질적 증대, 보건의료와 복지의 연계체계 확립, 재정이 뒷받침된 장기플랜에서 찾고 있다. 골드플랜의 작성으로 인해 개호의 사회적 뒷받침의 기초가 확립되었다고 할 수 있으며 1989년 '개호

2) 경비노인홈 A형은 생활상담, 긴급시의 대응, 급식, 개호서비스를 제공하지만 B형은 식사서비스를 제공하지는 않는다.

대책 검토회'에 의해 현재의 개보호험이 검토되기 시작하였다.

골드플랜의 주요내용은 우선 '재택복지의 추진 10개년 사업'과 '시설대책추진 10개년 사업'으로 재가복지와 시설복지의 두 축을 동시에 정비하는 것이다. 우선 재가복지 부분은 홈헬퍼 10만명, 단기보호 5만명, 주간보호 10만명, 재택개호지원센터의 창설과 확충이며, 시설 부분은 특별요양노인홈 24만 병상신설, 노인보건시설 28만병상 신설, 케어하우스 10만명분 정비, 과소지역고령자생활복지센터 400개 정비를 주요 골자로 한다.

재가복지를 위해서는 기존의 주택에서 노인들의 독립적인 생활을 최대한 보장해야 하기 때문에 '주택개조'에 대한 지원이 활발히 제기되었다.

5) 신골드플랜

골드플랜이 고령자 개호서비스의 기반정비에 진전을 보이기는 했으나 그 달성도가 떨어져서 이를 보완하기 위해 1994년 12월에 골드플랜의 목표치를 높인 신골드플랜을 발표하게 이른다. 주요내용은 개호를 위한 종합적 서비스 공급시스템 도입, 고령자 자신과 전문가의 의견을 통합적으로 고려한 선택적인 서비스제공, 다양하고 건전한 경쟁시스템 도입, 개호비용을 국민 전체가 공평하게 부담하는 시스템, 시설재택을 통한 공평한 비용부담 등이다.

2.2 개호보험이전 일본 노인시설의 변화양상

1) 시설의 급속한 증가

1989년 골드플랜이 시행된 이후 일본장기요양보호시설은 급속한 증가를 보인다. 양호노인홈의 경우 1965년 이후 큰 변화를 보이지 않고 있지만 특별양호노인홈은 지속적으로 큰 폭의 증가를 보이고 있으며 경비노인홈은 2000년 이후 빠른 증가를 보이고 있다.

또 하나의 특징은 노인복지센터, 노인주간개호시설 등 재가보호시설이 1980년대 이후 급격히 증가했다는 것이다. 이러한 현상도 골드플랜의 영향이라고 할 수 있다.

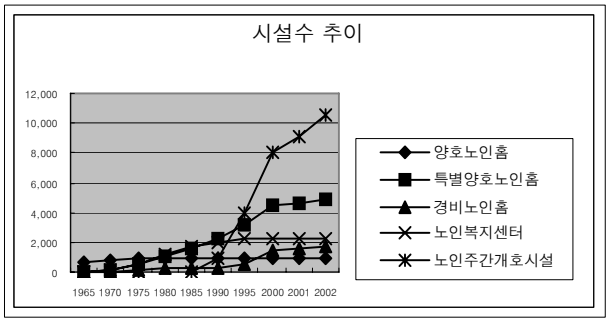


그림 5. 종류별 시설수 추이

시설의 증가의 양상은 보호시설과 재가시설로 구분하여 살펴보면 재가시설은 1990년대 이후 급속히 증가한 반면 보호시설의 증가는 둔화되고 있는 추세이다. 이는 노인보호의 정책 중심이 재가보호로 이동하고 있는 것을 반영한다고 할 수 있다.

표 2. 일본노인복지시설 추이

(단위 : 개, 명)

년 도		양호 노인홈	특별양호 노인홈	경비 노인홈	노인복지 센터	노인주간 개호시설
1965	시설수	702	27	36	30	-
	입소자	51,569	1,912	2,259	-	-
1970	시설수	810	152	52	180	-
	입소자	60,812	11,280	3,305	-	-
1975	시설수	934	539	121	561	-
	입소자	71,031	41,606	7,527	-	-
1980	시설수	944	1,031	206	1,173	-
	입소자	70,450	80,385	12,544	-	-
1985	시설수	944	1,619	280	1,767	-
	입소자	69,191	119,858	16,855	-	-
1990	시설수	950	2,260	295	2,024	977
	입소자	65,036	160,476	16,419	-	-
1995	시설수	947	3,201	551	2,214	3,948
	입소자	64,263	218,769	24,465	-	-
1997	시설수	-	3,713	-	-	-
	입소자	-	251,893	29,529	-	--
2000	시설수	949	4,463	1,444	2,271	8,037
	입소자	64,026	296,082	56,068		
2001	시설수	951	4,651	1,580	2,270	9,138
	입소자	63,681	309,740	61,451	-	-
2002	시설수	954	4,870	1,714	2,263	10,485
	입소자	63,780	326,159	66,659	-	-

출처 : http://www.stat.go.jp, 일본의 통계 연도별 자료

2) 재가보호 기능 강화

재가보호서비스를 종류별로 제공하는 장소를 다양하게 함으로써 서비스의 선택의 폭을 넓히고 재가보호의 기능을 확대하여 중증이상의 노인도 이용할 수 있도록 하고 있다. 즉, 재활과 의료의 범주에 들어가는 시설은 노인보건시설에서 담당하도록 하고 있으며 노인의 생활개호는 특별양호노인홈, 단기입소시설 등에서 제공한다.

일본의 경우 재가서비스 이용인원이 시설서비스 이용인원의 3배가량으로 매우 높은 것으로 나타났다. 현재 시설인프라가 부족한 우리나라의 실정을 생각한다면 요양제도를 도입할 경우 이러한 경향은 우리나라에서는 더욱 커질 것으로 예상된다.

3) 요양시설의 거주기능 강화

일본의 노인요양시설의 경우 크게 두 가지 흐름을 갖고 시설의 평면형태가 변화해 가고 있다. 우선 규모는 소규모로 가고 있으며 평면의 형태는 주택의 모습과 유사한 주거시설의 형태로 변화해 가고 있다. 이러한 평면의 형태 변화는 노인의 보호에 대한 관점과 방식에 따른 자연스러운 변화라고 할 수 있다.

우선 초창기의 요양시설은 그 모델을 병원의 병동에서 빌려왔으며, 차츰 요양환경에 대한 변화를 평면에서 그룹을 나누는 방식으로 해결해나가고 있다. 최근에 와서는 규모가 큰 요양시설을 소그룹으로 나누고 이를 그룹홈의 방식으로 구성하고 있다. 개호보험 시행 이후에는 노인의 케어매니지먼트에 중점을 둔 유니트케어(unit care)[3]방식이 생겨나고 있다.

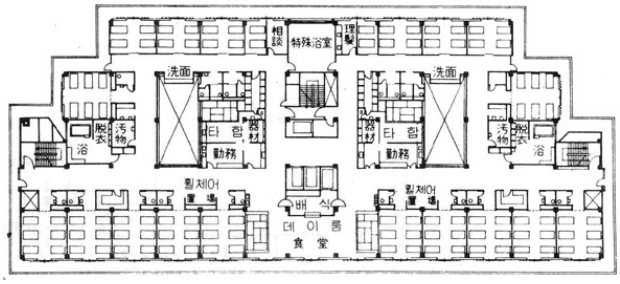


그림 6. 1970년대 특별양호노인홈 사례(1972)
자료 : 건축자료연구회역, 1992, 건축설계자료집성6, 보원

(1) 대규모 병동형 요양동 : medical plan

일본 초창기(70~80년대)의 요양동의 형태는 모델을 병원의 병동에서 빌려와서 사용했다. <그림3>은 이러한 대표적인 시설로 1972년에 건립된 시설이다. 요양실은 6인실과 4인실이 나타나고 있으며 요양동내의 모든 이용자들이 공용으로 사용하는 식당으로 구성되어 있다. 이러한 평면 형태는 병원의 병동의 한 유형인 레이스트랙(race track)형 평면과 거의 흡사하다. 이러한 형태의 요양동은 요양 단위가 일반적으로 커서 시설적인 분위기가 지배적이며 요양동내의 대부분의 생활이 요양실을 중심으로 이루어진다.

(2) 단계별 병동형 요양동

단계별 병동형 요양동 구성은 일정 규모의 요양실을 요양단위로 구성하고 요양단위와 요양단위가 함께 쓰는 공용공간을 구성하는 방식으로 공간이 단계별 위계를 갖고 있다.

이러한 평면 양식들은 1990년대 이후 나타난 형태로 현재까지 많이 사용되고 있는 요양동 구성방식으로 단계별 공간의 최소 단위를 가정과 같은 형태로 구성하여 거주성과 독립성을 높이기 위함이다. 이는 시설적 이미지를 탈피하고 노인의 독립적인 생활양식을 존중하기 시작하면서 시작되었다.

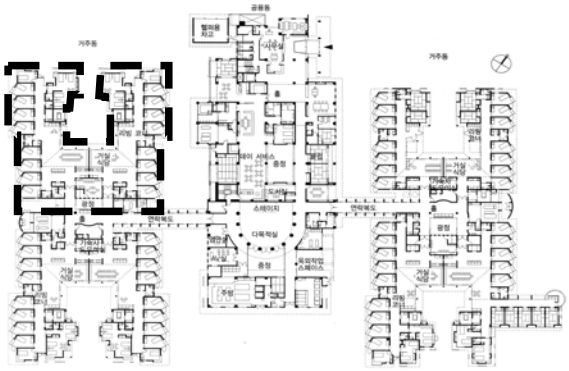


그림 7. 토카미 쿄우세이온 평면(특별양호노인홈, 1997)
자료 : 일본건축학회 편, 2003, 건축설계자료집성-복지 · 의료

(3) 개실 중심의 유니트케어형

유니트케어형의 특징은 개실과 소규모의 식당 및 휴게실로 공간을 구성한다는 점이다. 이러한 형태는 2000년 이후에 등장했는데 개실의 선호와 케어메니지먼트의 중요성이 인식되면서 발전하고 있다. 보통 하나의 생활단위를 개실 10개 내외로 구성되는 것이 일반적이며 적어질 수도 있다. 이 단위와 식당, 거실, 목욕실 등이 함께 구성된다.

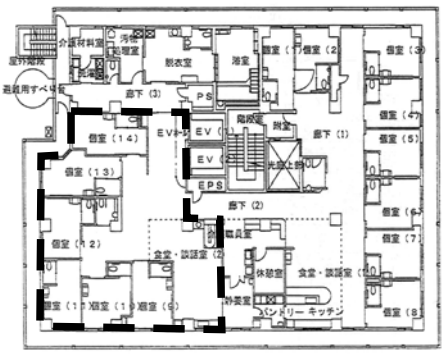
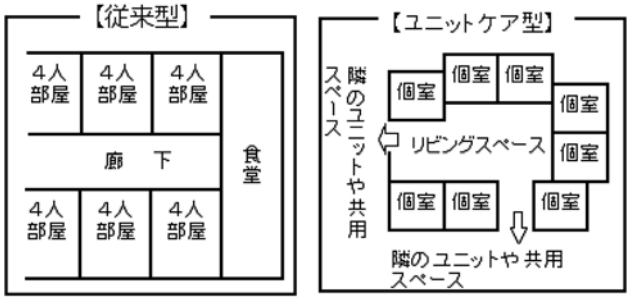


그림 8. 2층 평면(특별양호노인홈 + 치매성노인시설, 2003)
자료 : 日本醫療福祉建築學會, 2004, 保健 · 醫療 · 福祉施設建築情報シート集2003

유니트케어 평면형태는 시설의 개보수에도 영향을 주어

3) 유니트케어는 1994년 한 특별양호노인홈에서 수십명의 노인이 함께 식사를 하고 있는 모습에 의문을 품은 시설장이 입소자와 함께 음식을 만들고, 쇼핑도 같이 하는 등 보통 가정의 생활방식의 중요성을 인지하면서 일본에서 활발하게 논의되고 있다. 이 시설은 정원 50명의 시설을 4개의 그룹으로 나누어 그룹마다 직원이 함께 생활하도록 하였다. (후생성, 2005, 2015년의 고령자 개호)



특별양호노인홈 내 유니트케어형 거실배치 예
(후생성, 2005, 2015년의 고령자 개호)

다인실을 중심으로 한 기존 구성에서 개실을 중심으로 한 구성으로 평면의 형태가 변화해 가고 있다<그림 6, 7>.

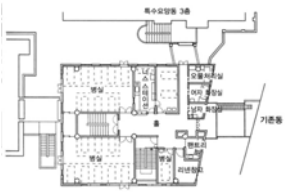


그림 6. 시세이홈 개수전

그림 7. 시세이홈 개수후

(4) 다기능 시설의 등장

최근 일본은 기능이 각각 분리되어 독립된 서비스를 제공하는 시설에서 다양한 노인장기요양보호서비스를 함께 제공하여 보호의 연속성을 기하는 시설이 점차 증가하고 있다.

<그림 8>는 2003년에 건립된 시설로 1층에 재가개호지원센터, 데이서비스센터, 생활지지하우스가 있고 2층에 그룹홈이 있는 시설로 요양, 재가서비스, 방문서비스 등 복합적인 서비스를 제공하는 시설이다.

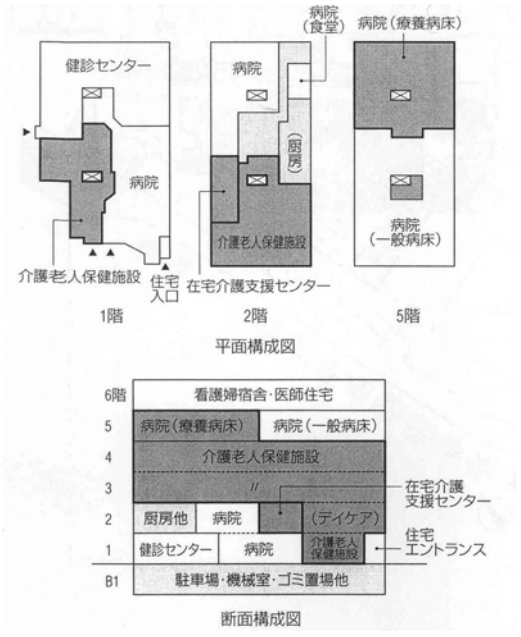


그림 8. 개호노인보건시설+데이케어+재가개호지지센터+병원 (요양병상 및 일반병상)
자료 : 淺沼由紀高 외, 전개서, 2002, p.74

4) 시설의 복합화

일본 시설변화의 다른 한 양상은 다양한 종류의 시설이 복합적으로 건립되는 복합화의 양상을 들 수 있다. 시설의 복합화가 노인시설에 대두되는 배경을 살펴보면 노인은 신체적 변화가 지속적으로 이루어지며, 자신의 거주공간에서 삶을 지속적으로 영위하길 바라고 다양한 세대들과 함께 살아가야 한다는 점(淺沼由紀 외, 2002, 24쪽)을 들 수 있다. 시설의 복합화의 장점은 거주환경의 변화를 최소화함으로써 노인이 신체적·정신적 충격을 최소화 할 수 있으며, 노인을 보호하는 사람이 인근에 위치할 가능성이 높기 때문에 정신적 안정감을 줄 수 있고, 노인 자신이 자기에게 필요한 각종 요양정보를 취득할 수 있으며, 다양한 사람들과의 교류가 가능하다는 것을 들 수 있다.

노인시설의 복합화는 크게 노인시설 간 복합화와 노인시설과 다른 종류의 시설과의 복합화로 구분된다. 노인시설간의 복합화는 노인이 24시간 거주하는 시설(보호시설)과 일시적으로 이용하는 시설(재가시설)과의 복합화를 들 수 있으며, 노인시설과 다른 시설과의 복합화는 장애인, 부녀자복지시설 등 복지시설과의 복합화가 일반적이다.

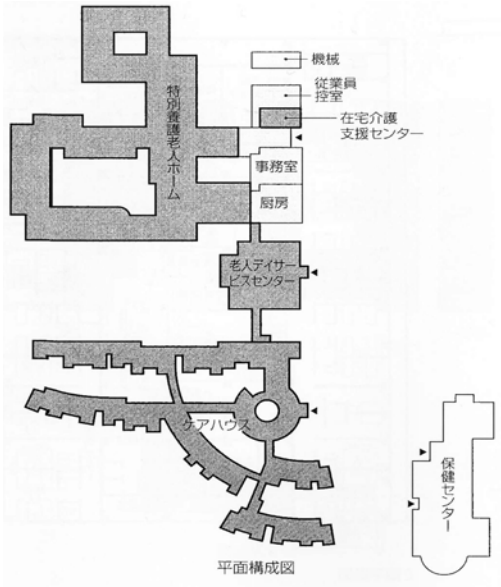


그림 9. 특별요양노인홈+케어하우스+노인데이센터
자료 : 淺沼由紀高 외, 2002, 齢者複合施設,, 市ケ谷出版社, p.66

(1) 주거의 연속성을 위한 복합화

보호의 연속성을 위한 복합화는 독립적인 생활에서 전문시설에 입소하여 생활하는 과정을 자연스럽게 이어질 수 있게 유도하는 시설의 복합화로 거주시설과 재가시설과의 복합화와 고령자거주시설과 요양시설과의 복합화 등으로 나눌 수 있다. <그림 9>는 케어하우스와 노인데이센터, 특별요양노인홈의 복합화 사례시설로 노인의 증상에 다른 주거의 연속성을 유지하는데 유리한 시설이다. 또한 시설 인근에 보건센터가 함께 있어 노인의 연속적 보호를 가능하게 한다.

(2) 노인개호의 연계를 위한 복합화

노인개호를 요양시설과 재가시설을 복합화하여 입소, 통소(데이서비스, 데이케어), 재택개호(방문서비스) 등의 노인개호서비스 간 연계가 가능하도록 하는 복합화의 양상이다. <그림 9>는 노인의 원활한 개호를 위해 개호보건시설, 데이케어, 재택지지센터, 병원, 진료센터 등을 한 시설에 병설함으로써 노인의 자연스러운 개호의 흐름이 가능하도록 한 시설이다.

(3) 세대간 교류를 위한 복합화

세대간 교류를 위한 복합화는 노인전용만의 공간에서 탈피하여 노인과 지역사회의 다양한 사람들과 교류를 촉진시키는 복합화로 크게 아동시설과의 복합화와 지역문화복지시설과의 복합화로 나뉜다.

3. 일본의 개호보험의 특징

3.1 개호보험제도의 검토와 정책과정

개호보험제도의 본격적인 검토는 1994년부터 개호법안이 국회에 제출된 1996년 11월까지 활발하게 진행되었다. 이를 구체적으로 살펴보면 우선, 1994년 개호보험제도가 국회에 제출되면서 후생성을 주도로 검토되기 시작하였으며 이때는 주로 정부주도로 국민의 여론형성을 주도하였다. 1995년부터 1996년 4월경까지는 제도의 검토기로 노인보건복지심의회의를 중심으로 논의가 전개되고 심의회의 3차례 보고와 관계단체의 의견청취 및 연구회가 활발히 진행되었다. 이때를 중심으로 개호보험제도의 광범위한 논의가 본격적으로 시행되었다고 할 수 있다. 1996년 5월부터 법안이 국회에 제출된 1996년 11월까지는 제도안을 정치적으로 이해 · 조정하고 지정안을 확립한 단계이다.

개호보험 정책과정에서 드러난 특징은 우선, 성청 주도형 정책과정의 특징과 한계가 드러난 것으로 보험제도 체제에 대한 다양한 이견들을 정부에서 조화롭게 조정하지 못하여 관련단체의 관심, 연립여당의 조정, 후생성 내 프로젝트 팀에 의한 활발한 토론이 전개되고, 둘째, 관련단체의 적극적인 의사표명이 이루어져 연구회 등이 활발하게 진행되었으며, 셋째, 연립여당의 조정과 협력이 이루어졌다는 것을 들 수 있다(장병원, 2003, 112-114쪽).

3.2 개호보험의 대상

1)보험자

일본 개호보험의 보험자는 시정촌(市町村)으로 설정되어 있다. 이는 지방자치의 이념으로 보건복지를 통합하기 위함이라 할 수 있다. 보험자는 피보험자의 자격관리, 보험료 설정과 징수, 요개호 인정, 보험급부, 재정운영 등에 관한 업무를 담당한다.

2) 피보험자

개호보험의 피보험자는 시정촌에 주소를 갖고 있는 65세 이상인 자(제1호 피보험자)와 시정촌에 주소를 갖고 있는 44세 이상 65세 미만의 의료보험가입자(제2호 피보험자)이다. 제1호와 제2호 피보험자의 차이는 보험급부의 범위와 보험료부담, 부과징수방법의 차이에 따라 달라진다.

3.3 개호의 인정과 보험급여

보험급여는 개호가 필요하거나 개호상태가 될 우려가 있는 경우에 피보험자에게 제공된다. 피보험자가 보험급여를 받기 위해서는 먼저 개호가 인정되어야 하며 이를 통해 케어메니지먼트의 케어플랜 작성을 통해 서비스가 제공된다. 요개호의 인정은 우선 피보험자의 신청으로 이루어진다. 개호신청은 본인 또는 가족이 하거나 재택개호지원사업자나 개호보험시설이 대행한다. 신청이 있으면 시정촌의 방문조사원이나 위탁을 받은 개호지원전문원이 피보험자를 방문하여 요개호 상태를 조사한다. 요개호상태의 조사가 끝나면 개호서비스 계획이 작성되는데 이를 케어매니지먼트(care management)라고 한다. 이를 통해 피보험자에게 필요한 서비스의 종류와 양을 판단하여 피보험자에게 제공한다.

표 2. 요개호 인정등급별 지급한도액

구 분	상 태	요개호인정 등 기준시간(1일기준)	재택서비스 지급한도액 (1개월)
요지원	요개호상태로 인정되지 않지만 사회적 지원을 필요로 한다.	25분 이상 - 30분 미만	61,500엔
요개호1	부분적 개호를 필요로 한다.	30분 이상 - 50분 미만	165,800엔
요개호2	경도(輕度)의 개호를 필요로 한다.	50분 이상 - 70분 미만	194,800엔
요개호3	중고도(中高度)의 개호를 필요로 한다.	70분 이상 - 90분 이상	267,500엔
요개호4	중도(重度)의 개호를 필요로 한다.	90분 이상 - 110분 이상	306,000엔
요개호5	최중도(最重度)의 개호를 필요로 한다.	110분 이상	358,300엔

자료 : 장병원, 2003, 상기서, 126쪽

3.4. 보험급여의 내용과 이용자 부담

개호보험의 보험급여는 크게 개호급여와 요지원자에 대한 예방급여, 그리고 시정촌이 독자적으로 제공하는 시정촌 특별급여 등 3종류이다. 개호보험법에 의한 보험급여는 현물급여를 기본으로 하고 있다. 보험급여는 크게 재

택급여와 시설급여로 구분된다.

1) 재택서비스

재택서비스는 방문개호(home help service), 방문목욕서비스, 방문간호, 방문재활 및 거택요양관리지도 등 5개가 있으며 통원서비스(day service)는 통원개호, 통원재활 등 2종류가 있다. 그리고 단기입소서비스(short day service)는 단기입소 생활개호와 단기입소 요양개호로 나누어진다. 이외에도 치매대응형 공동생활개호(group home), 특정시설입소자 생활개호가 있으며, 거택개호서비스, 복지용구 대여, 특정복지용구 구입비의 지급 및 주택개수비의 지급 등의 서비스가 있다.

(1) 방문개호

노인이 거주하는 주택에서 개호복지사 등으로부터 받는 입욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외의 일상생활상에 필요한 서비스 공급

(2) 방문입욕개호

노인이 거주하는 주택에서 노인에게 목욕서비스 제공

(3) 방문간호

주택에서 방문간호사 등으로 부터 받는 기본적인 진료서비스 제공

(4) 통소개호

노인데이서비스센터 등의 시설을 방문하여 입욕, 식사, 재활훈련 등 일상생활상에 필요한 서비스 이용

(5) 통소사회복귀요법

개호노인보건시설, 병원·진료소 등에서 심신의 기능의 유지 회복을 통해 일상생활의 자립을 돕기 위한 이학 요법, 작업요법 등의 사회 복귀 훈련 서비스 이용

(6) 단기입소생활개호

특별양호노인홈 등의 시설이나 노인 단기입소 시설에 단기간 입소하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호 및 그 외의 일상생활상에 필요한 서비스 제공

(7) 단기입소요양개호

개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 등에의 단기간 입소하여 간호, 의료 및 재활 서비스 제공

(8) 치매대응형공동생활개호

비교적 안정된 상태에 있는 치매환자의 요양을 위해 간호자가 노인과 함께 거주하며 입욕, 배설, 식사 등 일상생활상에 필요한 서비스 제공

(9) 복지용구대여

일상생활상의 편의를 위한 용품, 기능 훈련을 위한 용품, 일상생활 자립을 위한 용품을 대여하는 서비스

(10) 주택개호지원

재택 서비스 등을 적절히 이용할 수 있도록 노인, 가족 등에게 필요한 서비스 종류 및 내용을 계획하고 관리하여 서비스를 제공하는 측과 협의하는 서비스 제공

2) 시설서비스

시설서비스에는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 등 3가지 종류가 있다. 이는 각각의 시설에서 제공하는 서비스와 이를 관할하는 법규에 의해 구분된다. 이들 시설을 통합하여 개호보험시설이라고 부른다.

(1) 개호노인복지시설

노인복지법으로 규정된 특별양호노인홈이 해당되며 개호보험법에 의해 도도부현 지사의 지정을 받은 시설이다. 본 시설은 노인에게 서비스 계획에 따라 입욕, 배설, 식사 등의 개호 서비스를 제공하며, 일상생활상 보조, 기능 훈련, 건강관리 등 노인요양을 목적으로 한다.

(2) 개호노인보건시설

개호보험법에 의해 도도부현 지사의 개설 허가를 받는 시설이며, 서비스 계획에 근거해 간호, 의학적 관리를 한다. 또한 노인개호 및 기능 훈련 그리고, 의료 및 일상생활상에 필요한 서비스를 제공하는 시설이다.

(3) 개호요양형의료시설

의료법으로 규정하는 의료시설이며, 개호보험법에 의해 도도부현 지사의 지정을 받은 시설이다. 입원하는 노인에게 서비스 계획에 의해 요양, 간호, 의학적 서비스를 제공하고 그 외에 기능훈련 등의 서비스를 제공하는 의료 중심의 시설이라고 할 수 있다.

3.5 이용자 부담

서비스 이용시 사용자가 지불하는 비용은 개호보수 비용의 10%를 기본으로 하고 월 부담액의 상한선을 두고 있다. 이러한 비용책정은 개호서비스의 수급자와 비수급자의 형평성을 도모하기 위한 것이라고 할 수 있다.

3.6 서비스 제공주체

주택 서비스 사업소를 개설 주체별로 보면 방문 개호, 치매대응형공동생활개호, 복지용구 대여는 「영리 법인」이 많으며, 방문입욕개호, 통소개호, 단기입소생활개호는 「사회 복지 법인」, 방문간호, 통소사회복귀요법, 단기입소요양개호는 「의료법인」이 많은 것으로 나타났다.

개호보험시설을 개설주체별로 보면, 개호노인복지시설은 「사회복지법인」이 88.9%로 가장 많고, 개호 노인보건시설 및 개호 요양형 의료 시설은 「의료법인」이

73.1%, 74.7%로 가장 높은 것으로 나타났다.

표 3. 2003년 경영주체별 재가노인시설

	사업소수	구성비율(%)									
		총계	지방공공단체	공적사회보험관계단체	사회복지법인	의료법인	사단/재단법인	협동조합	영리법인(회사)	특정비영리활동법인(NPO)	그외
주택서비스사업소											
(방문계)											
방문 개호	15,701	100.0	1.5	-	33.0	9.0	1.8	4.2	44.8	4.7	1.0
방문 입욕 개호	2,474	100.0	2.0	-	63.2	3.1	1.1	1.1	28.7	0.6	0.2
방문 간호 스테이션	5,091	100.0	4.9	1.9	9.7	49.3	16.6	5.7	10.9	0.6	0.5
(통소계)											
통소 개호	12,498	100.0	3.6	-	61.9	7.9	1.0	1.7	19.1	4.0	0.8
통소 사회 복귀 요법	5,732	100.0	3.4	1.4	8.6	73.3	3.1	-	0.1	-	10.0
개호 노인보건시설	2,960	100.0	5.0	2.1	15.8	73.2	3.1	-	·	-	0.7
의료 시설	2,772	100.0	1.7	0.7	0.9	73.3	3.1	-	0.3	-	20.0
(그 외)											
단기입소 생활 개호	5,439	100.0	5.8	-	91.7	1.1	0.1	0.2	0.9	0.1	0.2
단기입소 요양 개호	5,758	100.0	5.1	1.8	8.5	74.5	3.0	-	0.1	-	7.1
개호 노인보건시설	2,980	100.0	5.0	2.1	15.7	73.4	3.1	-	·	-	0.7
의료 시설	2,778	100.0	5.1	1.4	0.8	75.7	2.8	-	0.1	-	13.9
치매대응형공동생활개호	3,665	100.0	0.5	-	27.3	22.4	0.4	0.2	42.8	6.2	0.2
복지 용구 대여	5,016	100.0	0.3	-	4.7	2.8	0.3	3.8	87.0	0.7	0.5
주택 개호 지원 사업소	23,184	100.0	4.6	-	34.1	23.6	4.8	3.7	26.0	1.9	1.2

자료 : 일본 후생노동성, 2004, 2003년도 개호 서비스 시설·사업소 조사 결과의 개황

표 4. 개설 주체별 시설수의 구성 비율

	시설수	구성비율(%)										
		총계	국·도도부현	시구읍면	광역연합일부사무조합	일본적십자사·사회보험관계단체	사회복지협의회	사회복지법인	의료법인	사단/재단법인	그외의법인	그외
개호 노인복지시설	5,084	100.0	1.1	6.3	3.3	0.1	0.2	88.9	-	-	-	-
개호 노인보건시설	3,013	100.0	0.1	3.9	1.0	2.1	0.0	16.0	73.1	3.1	0.7	-
개호 요양형 의료시설	3,817	100.0	0.1	4.8		1.3	1.0		74.7	2.7	1.0	14.4

자료 : 일본 후생노동성, 2004, 2003년도 개호 서비스 시설·사업소 조사 결과의 개황

4. 개호보험 시행에 따른 시설의 변화

4.1. 개호보험제도 도입에 따른 요양환경의 변화

1) 이용자 증가추이와 시설의 선호

개보보험이 시작한 이후 4년간의 서비스 이용증가추이를 보면 시설서비스의 증가보다 재가서비스의 증가가 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 이러한 현상은 시설에 입소하는 희망이 크게 늘어나지 않은 것이 아니라 시설 부족으로 인한 현상이라고 할 수 있다.

실제로 시설의 입소희망비율은 커서 도시를 중심으로 위치한 시설은 입소를 희망하는 대기자가 상당히 많은 것으로 나타나고 있다. 시설을 선호하는 이유 중 하나는 보험급여의 문제점에도 한 원인이 되고 있는데 동일한 개호등급을 받더라도 시설서비스급여가 재가서비스급여보다 높고 자기부담금은 적기 때문이다(선우덕, 2005, 145p).

표 5. 개호서비스 유형별 이용자비율 추이

(단위 : 명, %)

수급자수	2000.12	2001.12	2002.12	2003.12
재가서비스	1,296,922(67.5)	1,593,520(70.6)	1,913,627(73.0)	2,204,092(74.8)
시설서비스	623,925(32.5)	664,580(29.4)	708,747(27.0)	741,118(25.2)
합계	1,920,847(100)	2,258,100(100)	2,622,374(100)	2,945,210(100)
수급자율	75.0	75.5	76.1	78.3
노인인구대비율	**2000.12**	**2001.12**	**2002.12**	**2003.12**
재가서비스	5.9	7.0	8.1	9.1
시설서비스	2.8	2.9	3.0	3.1
합계	8.7	9.9	11.1	12.2

자료 : 선우덕, 2005, 일본 장기요양보험제도의 운영실적과 시사점, 보건복지포럼 2005년 5월호, 142쪽 표3, 재인용

2) 치매대응형공동생활개호의 급증과 의료적 욕구의 증가 재가서비스와 시설서비스의 이용별 이용자 추이를 살펴보면 2001년부터 2004년까지 재가와 시설 모두 증가를 보이지만 치매대응형공동생활개호와 복지용구대여 이용자의 보험급여액이 가장 많이 증가하고 있다. 이는 시설의 부족으로 인해 치매노인들이 쉽게 이용할 수 있는 시설을 찾고 있기 때문으로 보인다. 보험급여액의 구성 비율을 보면 재가서비스 중에서는 방문개호가 11.1%로 가장 높고, 다음으로 주간보호가 9.9%, 주간재활이 5.3%로 높은 것으로 나타났다. 시설서비스에서 나타난 노인보건시설과 요양형병상군의 요양비용의 증가율(2001년~2004년)을 보면 노인보건시설과 요양형병상군이 더 높게 나타나는 것을 알 수 있는데 이는 고령화가 진척될수록 생활개호보다는 보건의료적인 욕구가 늘어나기 때문으로 보인다(선우덕, 2005).

3) 개호예방에 대한 중요성 인식

개호가 필요하더라고 일상생활에서 개개인의 능력을 최대한 보장해주려는 노력들이 발생하고 있다. 이는 지금까지의 시설은 일정부분 사회복귀를 전제로 했지만 이것이 제대로 기능하고 있지 않기 때문이다. 따라서 사회복귀요법과 같은 재활기능도 개호보험급료에 포함시키는 방안들이 적극적으로 검토되고 있다. 따라서 재가서비스 중 재활 프로그램이 점차 강화되고 있다.

4) 지역에서 시설의 이용을 용이하게 하는 다양한 방안 모색

시설은 인적 · 물적 자원이 재가시설에 비해 상대적으로 우수하다. 현재 특별양호노인홈 등에서 다양한 재가서비스를 제공하지만 이는 한계를 갖고 있다는 판단으로 시설

의 물적·인적 자원이 시설이 위치하고 있는 지역사회에 골고루 영향을 미칠 수 있도록 하는 방안 등이 모색되고 있다.

4.2 개보보험 시행 이후 시설변화와 요구

개호보험이 시행되고 일본노인시설의 변화는 크게 재가보호시설의 확충과 규모가 작고 다양한 기능을 갖는 시설을 적극적으로 도입하고 있다는 것이다. 특히, 요양시설의 경우 개인실의 설치가 늘어나고 유니트케어(unit care)를 제공할 수 있도록 내부를 바꾸고 있는 있다. 재가시설 역시 홈헬퍼, 주간보호, 단기보호, 일시거주 등의 다양한 기능을 갖는 재가요양지원시설의 확대를 계획하고 있는 것으로 나타났다.

개호보험시행 이후의 노인시설의 변화를 살펴보면 다음과 같다.

1) 다기능 서비스 공급 시설의 필요성 대두

고령자가 자신의 거주지에서 지속적으로 생활할 수 있기 위해서는 자신의 거주지에서 다양한 개호서비스를 지속적으로 제공받을 필요가 있다. 따라서 기존의 재가서비스, 시설서비스가 통합적으로 지역사회내에서 소규모로 제공될 필요성이 제기되었다. 이러한 시설공급의 필요성은 '지역밀착형 서비스'[4]라는 원칙에 의해 제기된 것인데, 이는 현행 개호보험서비스가 전국적으로 획일화된 서비스이기 때문에 지역적 특성의 고려가 다소 떨어질 우려가 있어 각 시정촌의 특성에 부합되는 서비스를 구축하는 것으로 볼 수 있다.

2) 시설기능을 지역사회 보급

다양한 인력과 설비를 갖추고 있는 시설을 거점으로 지역사회에 서비스를 밀착해서 제공할 수 있는 시설의 마련이 필요로 하게 되었다. 이러한 사항들은 노인에게 지속적으로 전문적인 서비스를 밀착해서 제공하고자 하는 큰 틀에 부합한다고 볼 수 있다.

3) 재가보호의 강화로 인한 시설 기능의 변화

재가보호와 개호예방이 강화되면 요양시설의 입소하는 노인들의 중증도는 지속적으로 높아질 것이다. 이러한 현상은 2001년부터 2003년까지의 개호보험시설별 개호수준별 환자구성에서 나타나는데 개호노인복지시설의 경우 요개호1,2단계의 비율은 감소하는 반면 요개호4,5는 늘어나는 것을 알 수 있다. 따라서 노인간호의 역할이 강화될 것이며 후에는 말기치료(terminal care)의 역할도 수행해야 할 것이다.

표 6. 개호보험시설 입소자 구성비율(요양단계별)

(단위 : %)

요개호 수준	개호노인복지시설			개호노인보건시설			개호요양형의료시설		
	2003	2002	2001	2003	2002	2001	2003	2002	2001
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
요개호(要介護)1	7.8	9.1	10.0	12.3	13.0	13.2	3.4	4.7	4.7
요개호(要介護)2	13.2	15.0	15.0	19.6	21.3	21.3	5.9	8.1	8.1
요개호(要介護)3	18.3	18.2	18.2	23.7	22.9	23.5	11.4	12.1	11.9
요개호(要介護)4	29.3	28.2	28.4	26.7	25.8	25.8	28.9	28.0	28.9
요개호(要介護)5	31.1	28.9	27.7	17.4	16.7	16.0	49.5	44.2	43.3
기 타	0.3	0.5	0.8	0.3	0.3	0.2	0.9	2.9	3.2

자료 : 統計情報部「平成15年介護サービス施設・事業所調査」

4) 재실의 증가

기존의 요양실당 입소인원은 4인실과 1인실을 중심으로 이루어져 있으나 1인실은 점차 증가하는 추세로 있으며 4인실은 감소하고 있다.

개호노인복지시설 요양실당 정원을 살펴보면 1인실은 2001년 전체정원의 30.7%에서 2003년 35.3%로 5%가량 증가했으며, 4인실은 47.1%에서 44.0%로 감소하여 대조를 이루고 있다.

이는 앞서 언급했던 유니트케어와 같이 케어메니지먼트의 개념이 적용되면서 늘어난 측면이 있으며, 시설의 수익을 증가시키기 위한 방안 때문이기도 하다.

<그림 10>은 이러한 1인실의 증가추세를 보여주는 사례라고 할 수 있는데 도면 좌측은 특별노인요양홈이며, 우측의 별동은 경비노인홈의 다른 명칭인 경비노인홈 C형이다. 1인실이 상당부분 차지하고 있으며 2인실, 3인실의 경우에도 1인실과 유사한 형태로 계획되어 있어 향후 변화가 가능하도록 계획하고 있다.

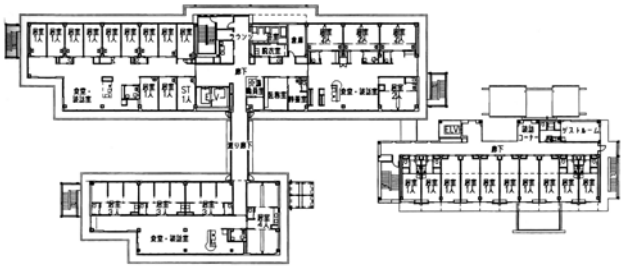


그림 10. 2003년 건립된 일본 특별노인요양홈+경비노인홈 C형 2층 평면
자료 : 社團法人 日本醫療福祉建築學會, 2004, 保健·醫療·福祉施設建築情報シート集2003

4) 지역밀착형서비스는 일본어를 단순 번역한 용어이며, 지역사회를 기반으로 하는 서비스를 말하는 것으로 이러한 서비스에는 소규모 개호노인복지시설, 치매성고령자그룹홈, 소규모/다기능형 거택개호, 지역야간방문개호 등을 말한다.

5. 결론

국내에 도입되는 노인장기요양보험제도는 '노인수발보장법률'이라는 명칭으로 65이상 노인과 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 64세 이하인 자를 대상으로 하여 사회보험방식으로 시행될 예정에 있어 시설의 수의 급증과 함께 이용대상자는 생활보호대상자에서 요양을 필요로 하는 일정기준 대상자로 확대될 가능성이 높다. 이러한 장기요양서비스 공급 방식의 변화는 서비스공급의 물리적 실체인 시설의 변화를 가져오게 된다. 일본의 경우 노인장기요양보호제도인 '개호보험'이 2000년에 도입된 이후 보호서비스시설과 재가보호서비스 시설이 급증하고 시설의 기능적 변화과정을 겪어 왔다. 향후 우리나라의 경우에도 장기요양보험제도가 도입되어 본격적으로 시행되는 2008년 이후에는 이러한 시설의 변화가 가속화 될 것으로 예상된다.

본 연구는 국내에 장기요양보험제도가 도입될 경우 예상되는 시설의 변화양상을 고찰하기에 앞서 일본의 사례를 분석하는 것이다. 일본의 경우 제도가 도입된 이후 시설의 변화를 살펴보면 첫째, 기존의 재가서비스, 시설서비스가 통합적으로 지역사회내에서 소규모로 제공될 필요성이 제기되면서 소규모다기능복합시설이 등장한 것을 들 수 있으며, 둘째, 다양한 인력과 설비를 갖추고 있는 시설을 거점으로 지역사회에 서비스를 밀착해서 제공할 수 있는 시설의 마련이 필요하게 되었으며, 셋째, 재가보호와 개호예방이 강화되면 요양시설의 입소하는 노인들의 중증도가 높아지며 이에 따라 시설의 전문성이 높아질 가능성이 있으며, 넷째, 기존의 요양실당 입소인원은 4인실과 1인실을 중심으로 이루어져 있으나 1인실은 점차 증가하는 추세로 있으며 4인실은 감소하고 있는 것을 들 수 있다.

참고문헌

1. 건축자료연구회 역, 1992, 건축설계자료집 노인의 주거환경, 도서출판보원
2. 김명 외, 노인보건복지 이론과 실제, 집문당, 2004
3. 김석준, 서울시 노인종합복지관 공간구성에 관한 연구, 서울시립대 석사학위논문, 2001
4. 선우덕, 일본장기요양보험제도의 운영실적과 시사점, 보건복지포럼 2005년 5월호, 2005, 한국보건사회연구원
5. 장병원, 2004, 공적노인요양보장제도의 정책방향, 2004 헬스케어 심포지엄
6. 한국보건산업진흥원, 노인의료복지시설 시설기준에 관한 연구, 2003
7. Takahashi Kimio, 2004, 高齢者施設の計劃事例, 2004년 한중일 의료복지시설 국제 심포지엄, (사)한국의료복지시설학회
8. Yukiko Inoue, 2004, Facility planning for the elderly based on individual care (特別療養老人ホーム 痴呆性高齢者グループホーウ), 2004년 한중일 의료복지시설 국제 심포지엄, (사)한국의료복지시설학회
9. 米木英雄, 2001, 在宅介護時代の家づくり.部屋づくり. 壽郎社
10. 社團法人 日本醫療福祉建築學會, 2003, 保健・醫療・福祉施設建築情報シート集2002
11. 社團法人 日本醫療福祉建築學會, 2004, 保健・醫療・福祉施設建築情報シート集2003
12. 社團法人 日本醫療福祉建築學會, 2005, 保健・醫療・福祉施設建築情報シート集2004
13. 秋山哲男, 1993, 高齢者住まいと交通, 日本評論社
14. 厚生勞動省 介護制度改革本部, 2004, 介護保險制度の見直しについて
15. 厚生勞動省 高齢者介護研究會, 2004, 2015年の高齢者介護：高齢者の尊嚴を支えるケアの確立に向けて
16. 厚生勞動省, 2002, 平成13年(2001年) 介護サービス施設·事業所調査結果の概況
17. 厚生勞動省, 2003, 平成14年(2002年) 介護サービス施設·事業所調査結果の概況
18. 厚生勞動省, 2004, 平成15年(2003年) 介護サービス施設·事業所調査結果の概況
19. 厚生勞動省, 2005, 2015年の高齢者介護
20. 淺沼由紀高 외, 2002, 齢者複合施設,, 市ケ谷出版社
21. エクスナレッジムック, 2005, 高齢者介護·シルバー事業企畵マニュアル 2005-06, エクスナレッジ