

일본의 개호보험제도 도입이후 노인복지시설의 경영혁신과 시사점에 관한 토론회*



일 시 : 2007년 5월 23일(수) 오후 2시

장 소 : 한국보건사회연구원 회의실

진 행 : 조남훈 (저출산·고령사회연구센터 소장)

토론자 : 김병한 (서울 동명노인복지센터 원장)

김철중 (한국노인복지시설협회 회장)

김춘자 (노인의료복지시설 감천장 사무국장)

선우덕 (한국보건사회연구원 장기요양정책팀장)

이서영 (서울사이버대학교 노인복지학과 교수)

후지이 마모루 (사회복지법인 산이쿠카이 업무5부장)

조남훈 | 잘 아시는 바와 같이 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 65세 이상 노인인구가 급증하고 있고, 이들 노인인구의 90% 이상이 한 가지 이상의 만성질환자라는 점을 감안한다면 노인장기요양보험제도의 도입은 매우 시급한 과제라고 할 수 있습니다. 따라서 정부는 지난 2007년 4월 27일에 노인장기요양보험법을 제정, 공포하였고 2008년 7월부터 제도가 본격적으로 시행될 예정으로 있습니다. 이와 같은 새로운 제도가 시행될 경우 기존의 노인복지시설은 관리운영 측면에서 많은 변화가 예상되기 때문에 사전에 충분한 대비책이 강구되어야 할 것입니다.

이와 관련하여, 일본은 지난 2000년도에 개호보험제도를 도입·시행하고 있으며, 기존의 노인복지시설을 개호보험시설로 지정·활용하고 있고 운영방식도 정부의 행정조치에서 보험급여시설로 전환되어 기존의 시설들은 적지 않은 경영변화가 이루어질 전망입니다. 따라서 오늘의 토론회에서는 지난 5년간 일본이 개호보험제도와 관련하여 경험했던 변화를 알아보기 위해서 일본 사회복지법인 산이쿠카이의 후지이 마모루(藤井衛) 업무5부장을 특별히 모셨습니다. 바쁘신 일정에도 불구하고 오늘

토론회에 참석해 주신 후지이 선생님께 감사드리고, 먼저 일본이 경험한 개호보험제도 이후 노인복지시설의 관리운영이 어떻게 변화되었고 대응했는지에 관하여 말씀해 주시기 바랍니다.

후지이 | 먼저 노인복지시설의 변화에 관해서 말씀드리겠습니다. 일본의 노인복지시설은 그 유래가 1932년의 양로원부터 출발했으며, 경제적으로 어려운 노인이 입소하는 시설이었습니다. 1963년에 노인복지법이 제정되고, 양로원이 양호노인홈이 되었고, 신규로 특별양호노인홈(주로 심신의 장애가 심해서 상시 개호를 필요로 하나 부양자가 없는 노인을 대상)과 경비노인홈(신체적으로는 자립상태이지만, 주거가 궁핍한 노인을 대상)이 개설되었습니다. 당시에는 수용이 큰 목적이었고, 1개 방당 6명에서 8명이 생활하는 형태로 병원과 유사한 모습이었지요.

노인복지법 제정후, 30여년이 경과하였고, 저출산과 초고령사회에 대응한 골드플랜이 수립되면서 노인복지시설의 변화가 급속도로 진행되었습니다. 그리고 시설의 노후화와 협소화를 해소하기 위한 재건축이 진행되었고, 노인거택생활원 조사업으로 단기입소생활개호

* 본 원고는 지난 2007. 5. 23일 한국보건사회연구원 저출산·고령사회연구센터가 주관한 제10차 저출산·고령사회 포럼에서 발표된 토의된 내용을 편집한 것임.

(short-stay), 노인데이서비스사업, 노인 개호지원센터사업 등이 특별양호노인 홈에 병설할 수 있도록 하였기에 증개축도 이루어지게 되었습니다.

1990년대의 시설기준은 4인실을 최대로 하고, 2인실이나 1인실이 설치되어 “안심하고 생활할 수 있는 시설”, “고령자가 인간다운 생활을 보낼 수 있는 재택생활 중시”를 슬로건으로 하여 거실 내에 화장실과 세면실, 가족과 지낼 수 있는 담화실, 이미용실, 치과의무실, 식당, 이용자간의 교류의 장, 기능훈련실, 기능훈련용구 및 근력향상훈련기기, 지역교류 공간, 다과실, 개호자 교실을 설치하여 개호의 기술지도를 실시하는 등 “여유”가 있는 시설화가 이루어졌습니다. 거실을 비롯하여 면적기준도 마련되었습니다(1인당 10.46㎡). 이 기준은 개호보험도입 후에도 변함이 없었지요.

개호보험제도가 도입되면서 국고보조금은 종래의 건물규모 중심에서 병상으로 전환

2000년대에는 개호보험급여가 재택서비스를 중시하고, 탈시설화를 부르짖게 됨에 따라 국고보조금의 각출도 기존의 면적(건물규모)에 대한 보조금에서 병상당 보조금으로 바뀌면서 액수의 대폭적인 감소가 나타났고, 자기자금이 3/4이 필요하게 되어 1980년대와 비교해 보

면, 그 현상이 크게 역전되었습니다. 개호보험도입 후에 나타난 중요한 변화 중의 하나는 시설의 다양화입니다. 즉, ‘생활중시형’ + ‘재택복귀형’이라는 것이 있는데, 이는 시설을 ‘인생의 종착지’로 하는 것이 아니라 개호서비스에 서는 재택개호가 중시되고 있기 때문에 입소 후, 요개호도가 개선되어 가정으로 복귀하여도 안심하고 방문개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도(방문진료, 약제사에 의한 투약지도, 치과 방문진료 등)를 조합하여 이용하면 가정에서도 터미널 케어를 받을 수 있다는 것을 의미합니다. 시설에 있어서도 여러 직종이 협력해서 터미널 케어를 실시할 수 있습니다.

개호보험도입 전에도, 특별양호노인홈에서 당연히 터미널 케어를 실시하고 있었지요. 그러나, 지역에 따라 간호직원 내에서 정간호사의 배치가 곤란한 경우가 있습니다. 지금, 일본에서는 간호사가 병원에서도 부족한 실정이기 때문에 개호와 의료의 연계가 중시되고 있으며, 시설 내에서의 24시간 간호직원체제 또는 방문간호와의 연계에 기반한 24시간체제가 마련되어 있으면, 시설 내에서 터미널 케어를 실시하는 것도 가능합니다.

앞으로 2, 3년후에 다가올 제2차 베이비 붐세대들의 대규모 퇴직을 두고 있고,

생활의 풍요로움을 만끽한 세대의 고령자가 입소하게 되면, “개인실이 아니면, 입소하지 않겠다”라는 의견도 나오지 않을까 예상됩니다. 핵가족화의 결과, 자녀들이 자신의 방을 갖는 것이 일본의 일반적인 생활양식이라 말할 수 있다. 시설 내에서도 PC에 LAN을 설치해야 할 것입니다.

일본에서는 사회복지법인이나 기타 단체가 자유롭게 입소시설을 설치할 수는 없고 어디까지나 개호보험자(시정촌 또는 광역연합)의 복지계획에 따라 요개호자와 개호보험재정과의 관계에서 필요한 시설의 건설이 인정됩니다. 주식회사에 의한 개호제공의 유료노인홈이 난립해 있는 것도 사실이지만 이런 시설은 개호보험법에 규정된 기준은 없습니다. 이 시설을 운영하기 위해서는 신고를 하고 지정을 받을 수 있고, 이 시설을 이용하는 경우는 자기자산(자기부담액)에 따라 자유롭게 선택할 수 있습니다.

조남훈 | 앞으로 노령인구의 소득이나 교육수준이 향상됨에 따라 복지욕구도 고급화되고 다양화되리라고 생각합니다. 일본에서는 개호보험제도가 도입된 이래 노인복지시설의 유형이 개호와 의료의 연계성이 강조되면서 생활중시형과 재택복귀형으로 전환되는 양상을 보이고 있고, 사회복지법인이 아닌 비영리단체

(NGO)나 주식회사도 노인복지에 참여할 수 있는 등 매우 다양한 변화를 말씀해 주셨습니다. 다음에는 노인복지법과 개호보험법상에 규정된 인원배치기준에는 차이가 있는지요?

개호보험제도 이후 노인복지시설은 개호와 의료의 연계성이 강조되면서 생활중시형과 재택복귀형으로 변화

후지이 | 개호보험법에 규정된 인력배치기준(입소자100인을 기준)은 도도부현에 따라 차이를 보이고 있습니다. 동 법에서는 개호원의 증원배치(9명, 단, 도입 시는 경과조치로 3:1, 3.5:1, 4.1:1의 3가지 유형이 설정됨)와 더불어 개호지원전문원(케어매니저)이 전임으로 개별원조계획을 여러 직종이 공동으로 수립하는 것에서부터 평가, 수정까지의 과정을 담당하고 있습니다. 이용자나 가족에게 개별원조계획의 실행과 동의를 얻고, 경과과정을 보고하는 전문직은 노인복지법에 규정되어 있지 않은 직종입니다. 이러한 배경에는 의료법에 준한다고 하는 전제와 설명과 동의, 경과기록의 중요성이 폭넓게 인식되고 있기 때문입니다. 한편 개호보험이 도입된 후 요개호도의 증중이용자부터 우선적으로 입소할 수 있도록 변화하였습니다. 행정조치로 시설에 입소하던 시대는 입소신청 순이었었습니다.

이용자는 시설을 선택할 수 있지만, 시설은 이용자를 선택할 수 없습니다. 후생노동성의 입소지침에도 (요개호도가 중한 이용자로부터)로 정해져 있기 때문에 입소자의 평균 요개호도가 4.0을 넘는 수준이 되었습니다. 그런데, 동경도의 시설평균은 간호사의 증원배치 및 개호원에 비상근을 추가해도 이용자 2.4명에 개호, 간호직원 1명수준이 되어 있었습니다.

개호보험이후 종래의 입소신청 순에서 요개호도의 중중 이용자부터 우선적으로 입소할 수 있도록 변경

개호보험법은 5년마다 개정되어, 2007년 4월부터 영양 케어매니지먼트가 도입되고, 영양케어 매니지먼트는 관리영양사가 아니면 실시할 수 없습니다. 그러나 노인복지법시대에 고용된 영양사를 계속적으로 고용하는 시설도 있기 때문에 영양사의 체제배치가산은 인정되지만, 가산단위에 차이가 있게 되었지요 (관리영양사12단위/일, 영양사10단위/일, 영양 케어매니지먼트 12단위/일). 의사는 상근, 비상근 모두 가능하지만, 산이쿠카이법인은 모든 시설에 상근의사를 배치하고 있고, 상근의사를 배치한 경우만 배치가산이 있습니다. 비상근의사 또는 주치의가 정기적으로 건강 진단

을 실시하는 것으로도 무방합니다. 그러나 개별원조계획, 영양 케어매니지먼트, 개별기능훈련, 운동기능향상, 구강기능향상, 터미널 케어 의사의 연계협력이 없으면 수립할 수 없고, 이러한 관점에서 의사와의 연계가 필수적입니다.

시설의 의사는 진단을 할 수 있어도 처방전을 발급할 수 없기 때문에 투약이 불가능

시설의 의사는 진단을 할 수 있어도 처방전을 발급할 수 없기 때문에 투약이 불가능하여 반드시 주치의에게 상해보고를 하고, 주치의의 처방전에 따라 투약치료를 할 수 있습니다.

일본에서 개호보험 이전에는 서비스를 이용자가 선택할 수 없고 지자체가 서비스를 정했습니다. 그러나 개호보험제도 하에서는 이용자가 필요한 서비스를 신청하는 신청주의를 원칙으로 하고 있습니다. 고령자에 있어서는 시군구청까지 가는 것이 쉽지 않기 때문에 노인복지법에서는 노인거택개호지원센터가 개호상담이나 서비스신청을 담당했으며, 개호보험법에서도 재택개호지원센터가 종합상담이나 개호서비스제공계획 작성 등을 담당하고 있었습니다. 개호보험 도입 후의 제도개정으로 설립된 “지역포괄지원센터”에서는 주로 개호예방지원사업을 담당하게 되었습니다.

조남훈 | 방금 말씀하신 내용 개호예방지원사업에 대한 보충설명이 필요할 것 같군요. 일본은 2000년부터 개호보험제도를 추진해 왔으나 재활이나 치료중심적 서비스에 치중한 한편, 장기요양 대상자를 예방할 수 있는 건강증진사업을 등한시켰다는 평가결과에 따라 최근에는 노인건강증진사업이 개호보험사업의 하나로 추진되고 있고, 최근에는 우리나라에서도 전국의 16개 보건소를 대상으로 노인건강증진사업을 시범운영하고 있습니다. 현재 우리나라 노인건강증진사업 시범연구사업을 주관하고 계신 선우덕 박사께서 이 사업의 중요성과 한일 양국의 사업현황에 관해서 보충해 주시면 감사하겠습니다.

일본에서는 개호보험재정의 안정화를 위해서 지난 2006년도부터 개호예방사업을 적극적으로 추진

선우덕 | 현재 전국 16개 보건소에서 실시하고 있는 사업은 노인을 대상으로 한 신체활동지원의 일환으로 건강운동 및 영양지원사업인데, 이는 신체적 및 정신인지적 기능을 유지 내지는 향상시키기 위한 사업으로 장·단기적으로 장기요양보험 대상자가 되는 것을 예방하거나 지연시키는 효과를 지니고 있습니다. 특히, 당장은 장기요양대상자가 되기에는 건강

상태가 양호하지만, 조만간 대상자가 될 수 있을 정도의 허약한 노인을 대상으로 한 근력강화운동 및 영양기전사업은 노인장기요양보험정책상 매우 중요하다고 보여 집니다. 이와 관련하여 일본에서도 개호보험재정의 안정화를 위해서 지난 2006년도부터 개호예방사업을 적극적으로 추진하고 있는데, 그 사업내용이 건강운동, 근력강화, 영양개선 등 노인의 건강증진사업에 초점을 맞추고 있습니다.

조남훈 | 개호보험제도가 도입되면서 각종 노인복지시설의 운영비 지원방식을 포함하여 서비스의 이용과 관련된 내용 측면에서 많은 변화가 있었을 것으로 예상되는 데요?

후지이 | 노인복지법상의 서비스는 조치비와 지방자치체의 위탁비로 운영되고 있었습니다. 특히, 노인주간보호사업과 노인방문개호는 위탁비였고, 사회복지법인 중에도 시설서비스와 노인주간보호서비스를 제공하는 경우는 시설서비스는 조치비, 노인주간보호서비스는 위탁비로 운영되었습니다. 그리고 경영변화에 대해서도 언급했지만, 지자체가 건설한 시설에서 사회복지법인이 위탁을 받아서 서비스를 제공하는 경우 시설서비스도 노인주간보호서비스도 위탁비로 운영

하고 있었고, 이를 공설민영이라고 합니다. 공설민영은 개호보험도입후도 계속해서 위탁비로 운영되고 있으며, 이는 “매월 정해진 수입으로 가계를 이끌어 가는 주부”라고 말할 수 있습니다. 즉, 종사원은 다른 시설에 비해 증원 배치되고, 취미활동이나 일용품비의 개인부담 등도 지자체가 부담하고 있기 때문에 비교적 안정된 살림을 꾸려갈 수 있었습니다. 종사원의 인건비도 지방공무원에 준하는 수준으로 책정되어 있고, 동경도는 이러한 임금체계에 도의 독자적인 가산이 있어 개호보험 도입 후 해결하기 어려운 문제의 하나였습니다.

개호보험시대는 계약을 존중하는 시대로 변했고, 이용자가 서비스제공기관을 선택할 수 있습니다. 일본에서는 개호보험 도입이 불과 5년밖에 지나지 않았기 때문에 모든 국민이 그러한 내용을 충분히 알고 있지는 않지만, 서비스제공사업자는 제3자 평가를 받아서 그 결과를 공표하여야 하고 스스로 개호서비스내용에 대해 공표하도록 하고 있습니다. 이는 시민이 서비스를 선택할 수 있도록 한 시대가 된 것임을 의미합니다.

개호보험서비스는 재택서비스와 시설서비스로 대별되며, 이용자에게 맞는 서비스공급계획의 작성과 계약체결이 필요

일본에서 개호보험서비스는 재택서비스와 시설서비스로 크게 구분됩니다. 어느 서비스를 이용하면 좋은가를 전문적으로 상담하기도 하고 개호서비스이용계획을 작성하기도 하는 전문기관으로써 개호지원전문원의 자격을 지닌 직원을 배치한 ‘거택개호지원사업소’가 있습니다. 이용자의 상담내용에 따라서 전문직원이 각종 정보를 분석해서 그 사람에게 맞는 서비스제공계획을 작성하는데 여기에서도 이용자와 거택개호지원사업소간에 계약이 필요하게 됩니다.

조남훈 | 개호보험이 도입되면서 서비스이용방법과 관련해서 개호보험료와 서비스의 이용에 따른 개인부담금에는 어떤 변화가 있었나요?

후지이 | 행정조치시대에서는 반드시 자산조사가 이루어지고, 여기에는 시설입소자의 소득뿐만 아니라 부양의무가 있는 보호자의 소득도 합산해서 부담액이 정해지게 됩니다. 그러나 개호보험에서는 피보험자만의 소득이 대상이기 때문에 개호보험서비스는 과거보다 서비스의 이용이 매우 쉬워졌다고 할 수 있습니다. 앞에서 양호노인홀과 특별양호노인홀을 말씀드렸는데, 양호노인홀은 자립된 자로 생활형편이 어려운 계층이 입소대상자인 반면에 특별양호노인홀은 심신

에 어떠한 장애가 있고, 항상 개호가 필요하기 때문에 ①생활형편이 어렵고, ②심신에 장애가 있고, ③일상적으로 개호가 필요한 대상입니다. 이에는 고령자 중에는 1971년의 국민연금제도가 시작되었을 때 소정의 보험료를 납입할 수 없었던 미납자, 그리고 납입기간이 25년 미만인 자가 있습니다. 이들을 구제하기 위해서 노령복지연금이라고 하여 최저액이지만, 매월 연금이 지급되고 있습니다. 일본에서는 연간 80만엔이하의 수입(연금 포함)이 있는 자는 과세대상이 되지 않습니다.

개호보험액이 낮아도 이용한다액이 높은 서비스도 선택할 수 있다는 응익부담 원칙이 개호보험의 장점

고령자는 연령과 함께 부득이하게 수입이 한정된 계층으로 설정되어 있습니다. 여기에서 수입(소득단계별)에 따른 응부담(개호보험료)과 서비스이용 개인의 부담분(서비스전체의 10%)으로 되어 있습니다. 한편, 개호보험에서는 보험료액은 소득에 따라서 일정하게, 그리고 서비스비용은 요보호도에 따라서 일정하게 지급한다는 것으로 개호보험액이 낮아도 이용한다액이 높은 서비스도 선택할 수 있다는 응익부담이 되어 있다는 것이 특징입니다.

조남훈 | 일본에서는 지자체가 건설해서 사업의 운영을 사회복지법인에 위탁하는 공설민영 방식이 있는데 민설민영 방식과는 어떤 차이가 있나요?

후지이 | 차이점은 민설민영은 존속에 필요한 한정된 준비금(인건비, 수선적립금, 비품교체)밖에 인정되지 않기 때문에 적립된 자금은 자체적으로 자유롭게 이용할 수 없고, 반드시 이사회 등의 승인을 받고 도도부현지사에 신청해서 승인을 받지 않으면 이용할 수 없습니다. 조치비에 잉여가 있는 경우는 반환하여야 합니다. 한편, 공설민영은 법인이 지닌 운영 노하우를 법인전입금으로 인정하는 것만 되고, 수지차액으로 잉여금이 발생한 경우는 지자체에 반환되었습니다. 그러나 공설민영은 건물유지관리비나 수선비, 비품교체는 모두 지자체의 예산으로 충당됩니다.

공설시설의 지정관리자에 사회복지법인만이 아니라 주식회사, NPO법인, 기타 공익법인, 유한회사도 응모가 가능

2005년부터는 지정관리자제도가 도입되었고 2007년에는 공설시설의 전부가 지정관리자를 선정하게 되었습니다(동경도내에 62개 시설). 지정관리자에 응모할 수 있는 것은 사회복지법인만이

아니라 주식회사, NPO법인, 기타 공익법인, 유한회사도 가능해졌고, 지금까지 수탁받은 법인도 새롭게 지정관리자의 선정에 운영방법을 제안하게 되었습니다. 현재, 동경도내에서 지방에 있는 사회복지법인이 지자체의 사업계획에 법인 독자적인 계획을 제안해서 사업을 실시할 수 있는 제안(Proposal)방식이 있습니다. 시설은 지자체가 건설하여도 사회복지법인이 임대계약을 맺고 20년간 사업을 전개하는 방법입니다. 관할정부에서 마련된 시설직원의 보수(조치비)는 공무원임금체계를 원용하고 있었는데, 그것이 개호보험보수의 틀내에서 가능할 수 있는가가 가장 큰 관심사였습니다. 개호보수예상액은 두세번 바뀌어서 개호보험이 시작하는 3월에 겨우 발표되었는데 어떤 기준으로 보수단위가 산출되었는가는 공표되어 있지 않고 단지 시간이 경과됨에 따라 보수단위가 정해진다는 것뿐입니다. 임금을 대폭적으로 인하하는 것은 직원의 생활을 위협한다. 퇴직자가 발생하기 어렵다는 예상도 했었습니다. 그러나 동경도내에 있는 시설직원은 다른 현과 달라서 우대받고 있다는 것을 알았다. 최근에는 현재의 급여수준을 보장하고 임금체계를 연공서열에서 직능급과 성과급을 조합해서 운영하는 체계로 개정되었습니다.

앞으로 사회복지법인은 수지차액을 이익으로 인식하고 법인으로 자립하는 것이 중요합니다. 개호보험제도가 시작되기 이전에 모든 노후화 시설의 리모델링을 끝낸 것도 자립을 고려한 조치였습니다. 주식회사는 수익을 배당하고, 과세의 대상도 되지만, 사회복지법인은 배당이나 과세도 없습니다. 이러한 특징을 살려서 수익을 사회복지를 위해 이용하는 것이 중요하고, 2010년에는 소자화대책으로 직업여성을 지원하기 위해서 보육원을 개설하는 계획을 추진하고 있는 중입니다.

개호보험제도가 도입된 후 시설의 전체 예산 중 인건비가 차지하는 비율은 점차 증가하여 60%이상을 차지

초기단계에서 개호보수가 예상보다도 단가가 높고, 체제가산도 있고 해서 수입상태는 좋았습니다. 그러나 3년 후에는 12.0%의 감액, 그 3년 후에는 다시 2.4%의 감액이 이루어졌습니다. 그 결과 개호보험도입시의 인건비율은 법인 전체로 60%이하였지만, 6년째에는 14.4%의 감액이 되어 60%를 넘는 상태로 변하였습니다. 개호보수가 3년마다 개정되는 것은 의료보수가 2년마다 개정되는 것과 연동해서 정합성을 도모하기 위한 것입니다.

조남훈 | 일본의 개호보험제도가 지속적인 발전을 위해서 해결해야 할 당면과제는 무엇이라고 생각하는지요?

재택개호부문에서 여러 직종이 상호 협동할 수 있는 인재확보가 개호보험제도의 성패를 좌우

후지이 | 개호보험과 관련된 가장 큰 공통과제는 개호인력의 확보와 인재양성이라고 생각합니다. 특별양호노인홈의 증설도 향후 지속될 것입니다. 제가 살고 있는 요코하마시(인구 360만명)에서만 해도 6천명이 특별양호노인홈에 입소하기 위해 대기자로 등록되어 있습니다. 특별양호노인홈 이외에도 다양한 시설화가 진행 중에 있고, 점점 개호노동자의 부족이 이어지고 있는 실정입니다. 개호뿐만 아니라 의료와 관계하는 의사와 간호사도 부족하고, 우수한 개호제공 유료노인홈의 건설이 급진적으로 진행되고 있는 것도 원인이라 생각합니다. 한편 재택의료료를 원하는 고령자도 크게 증가될 것으로 예상되어 개호보험에서 중시되는 재택개호부문에서 여러 직종이 협동할 수 있는 인재확보도 큰 과제라고 하겠습니다.

조남훈 | 후지이 선생님이 말씀하신 바와 같이 일본에서는 2000년부터 노인장기요양제

도의 도입에 따라 노인복지시설의 운영형태가 조세방식에서 보험방식으로 전환되면서 많은 변화가 이루어졌습니다. 이와 같은 일본의 경험이 우리에게 주는 시사점은 어떤 것인지 말씀해 주시기 바랍니다.

김병한 | 장기요양보호를 필요로 하는 노인인구가 증가하는 고령사회에서 노인장기요양보험제도는 노인, 가족, 사회전체에 큰 영향을 미치는 주요한 과제입니다. 이에 따라 정부에서는 국민들의 노후 불안 해소 및 활력 있는 사회실현을 위해 이 제도의 도입을 위한 법률을 제정하여 금년 4월2일 국회에서 통과되었고(4월 27일 공포) 내년부터 실시한다는 전제하에 준비를 매우 서두르고 있습니다.

장기요양보험제도가 도입되면 대상이 종래의 국민기초수급자에서 전 국민을 대상으로 확대되어, 기존의 시설운영체제와는 전혀 다른 경영혁신이 필요

노인장기요양보험제도의 도입으로 가장 큰 변화를 겪어야 할 대상은 노인복지시설일 것은 필연적인 사실입니다. 현재의 주로 국민기초수급자에게 제공되는 제한적 서비스에서 전 국민을 대상으로 하는 보편적서비스로 전환됨에 따라, 기존의 시설운영체제와는 전혀 다른 경

영환경으로 전환되어야 하기 때문입니다. 이에 대비하여 노인복지시설은 그 준비를 철저히 하지 않으면 많은 혼란이 초래 될 것으로 사료됩니다. 따라서 노인장기요양보험제도가 도입되면 변화되는 예상 요인과 그에 따른 시설의 대응책을 시설경영자의 입장에서 다음의 4가지로 정리하여 보았습니다.

우선 시설인프라구축이 필요합니다. 주 제발표를 해주시는 일본 사회복지법인 산 이쿠카이의 후지이마모루 부장께서 처음에 거론했듯이, 시설화의 변화 차원에서 시설인프라의 구축은 고령자복지서비스체제 확립에 있어서나 사회보험에 의한 복지서비스 제공 체제로의 전환에 있어서 가장 고려되어야 할 문제점이라고 생각합니다.

일본은 노인복지법제정(1963년)후 40여 년이 지났고, 고령화 사회(1970년)에서 고령사회(1994년)를 거치는 과정에서 골드플랜(1990년-1999년)과 신 골드플랜(1995년-1999년)을, 그리고 골드플랜2(2000년-2004년)을 실시하여 고령자 개호관련 서비스의 양적 질적 확보를 위해 지속적이고 계획적으로 준비하여 왔습니다. 또한 개호보험제도의 실시(2000년)까지도 7년여의 준비기간이 있었습니다. 법의 국회통과(1997년 12월)에서 실시(2000년 4월)까지도 2년 이상의 소요기간이 있었습니다.

이러한 정책적인 장기적 준비단계를 거치면서 후지이씨가 말씀하신 시설의 노후화와 협소화의 해결, 생활중시형과 재택복지형, 6-8인실에서 4인실이하 또는 유니트화, 개인실로의 전환, 그리고 재택서비스와 시설서비스의 원활한 연계, 복합화된 종합시설환경 등 지금의 우리나라 현실과는 차원이 다른 시설인프라를 구축할 수 있게 되었던 것입니다. 특히 1989년과 1990년의 대대적인 노인복지관계법의 개정으로 저비용 고효율적인 재가복지사업의 충실화와 시설서비스와의 연계강화를 적극적으로 추진하였습니다.

장기요양보험제도의 도입에 대비한 다양한 요양시설 및 서비스의 확충과 원스톱시스템 등 인프라구축이 시급

이에 비하면 우리나라의 경우, 장기요양보험제도의 실시를 위한 근본적인 인프라라고 할 수 있는 재가복지서비스의 확보와 보다 인간적이고 그 사람다운(Only one)을 강조할 수 있고 서비스의 질적 효과성을 높일 수 있는 소규모다기능이나 가정형공동생활(그룹홈), 그리고 복합노인요양시설인 원스톱서비스체계 등의 실시는 이제부터가 시작이라는 점이 일본의 개호보험 실시의 시점과는 너무나도 다른 점이라고 생각합

니다. 즉, 우리의 현실은 장기요양보험이라는 사회보험제도의 실시를 원활하게 하기 보다는 풍부하게 해주는 시설 등의 인프라가 현저하게 부족한 상황이며, 특히 시설 수는 예상 필요수요의 절반에 그치는 등 시설확충에 따른 문제의 해결이 시급하다고 할 수 있습니다. 따라서 지금 우리가 해야 할 일은 충분한 시설서비스와 재가서비스의 개발·확보와 이들 인프라를 효율적으로 활용할 수 있는 복합 원스톱시스템을 구축하여 서로의 회전율과 효율성 향상을 위한 노력이라고 생각하며, 이것이 다음에서 말하는 시설운영의 재원확보에 있어 중요한 요소인 시설이용자의 대기자확보와 서비스 공급의 다원화라는 장점으로 연결될 것입니다.

둘째, 시설운영의 재원 확보가 문제입니다. 지금까지의 노인복지시설에 있어서의 재원은 충분하지는 않았지만 보조금이라는 안정된 수입이 있었기 때문에 대부분의 시설이 이에 안주해왔다고 봅니다. IMF때 기업에서는 살아남기 위하여 경영합리화인 인력을 축소(down sizing)도 하고, 인건비를 대폭 삭감하는 등 철저한 구조조정을 통해 회생하였습니다. 그러나 사회복지시설은 특별한 위험에 처하지 않아 현재에 머물러 왔으나, 노인장기요양보험제도의 도입이 노인복지시설에 있어서는 IMF일수도 있습니

다. 예를 들어 보조금은 시설에서 연간 예산계획을 세워 입주자자원을 1등급으로 계산하여 월별로 계산하여 선지급하는 방식이었으나, 보험제도상에서는 입주자 병세 판정등급에 의하여, 일일계산하여 신청하는 사후정산방식입니다. 입주자가 입원, 외박 등으로 시설을 비운다면, 당연히 삭감되어 재정구조에 영향을 미칠 것입니다.

노인장기요양보험제도의 도입이 노인복지시설에 있어서는 재정위기가 되지 않도록 대비책 마련이 필요

일본의 개호보험시작 시 개호보수청구가 2개월 후에나 급여를 받을 수 있어, 2개월, 60일치 운영자금을 차입으로 해결하였다고 하는데, 우리도 같은 시행착오를 겪지 않으려면 각 시설에서는 운영자금 확보를 위한 기간이 필요하며, 또한 단순회계에서 복식회계에 의한 현금흐름(Cash-Flow) 등도 시설운영자가 알 수 있도록 되어야 할 것입니다. 단순비교이지만, 일본은 당초 개호보험급여가 높게 책정되어(현재 개호보수가는 시행 3년후 12%감액, 다시 3년 후 2.4%, 합14.4%를 감액한 상태) 시설에서 예산의 인건비가 차지하는 비율이 60%이하였지만, 우리나라 시설에서의 예산의 인건비 비율은 75-80%로 고정비가 높고,

변동비인 사업비등에 활용할 예산이 절대적으로 부족한 실정인데도 불구하고, 1·2차 시범사업시 요양급여로 제시된 금액은 이보다 더 적은 저가로 책정되어 있습니다.

시설운영에 가장 부담을 주는 임금체계의 수정과 결정과 관련해서는 기존에 사용하던 일률적인 호봉제에서 벗어나 인력의 능력을 정확하게 파악·평가할 수 있는 평가체계를 만들어 실시·검증한 후에 성과급, 능력급, 연봉제 등을 도입하여야 할 것입니다. 이를 위하여 지금부터라도 준비하고, 검증하여야 합니다. 단순업무와 간접적인 부문인 경우 노동의 유연성 도입과 위탁대행 할 수 있는 업체도 발굴 하여야 할 것입니다. 셋째, 케어인력 확보와 서비스의 질적 향상이 중요합니다. 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 사회복지사업에서 휴먼서비스업으로 전환하는 필연적 계기가 되어, 조직제도적인 수동적 형태의 제한적 서비스에서, 계약제에 의한 서비스의 보편화로 바뀌게 될 것입니다. 이는 지금의 입소자가 보험료와 서비스이용료를 지불하는 이용자로 바뀌게 된다는 것으로 케어서비스의 질적 향상 요구는 필연적으로 될 것입니다.

한편 노인장기요양보험제도 시안에 의하면, 장기요양등급 중에서 최종증인 1~3등급에 해당하는 노인을 대상으로

입소하겠다는 내용을 고려하면, 시설의 입소자의 중증 정도는 더 심해질 것으로 예상됩니다. 또한 이용자 중심체제로 바뀌면서 이용자의 욕구는 개인에 따라 더욱 다양해지고 복잡해질 것이기 때문에 이에 맞는 세분화된 전문 직종이 개개인에게 적합한 케어플랜을 작성하고 함께 협력하여 서비스를 제공하지 않으면 안 될 것입니다. 이에 따라 케어인력 및 간호 인력의 증원배치는 필수 사항이 될 것이며, 현재를 기준으로 생각해 볼 때 입소자 2명당 1명 케어인력 배치와 케어매니저의 배치가 필요하게 될 것입니다. 또한 의료분야와 케어, 복지분야의 전문가가 함께 연계하고 협력함으로써 케어에 필요한 정보를 함께 공유하는 팀 접근방식이 반드시 필요하게 될 것입니다.

그렇게 하기 위해서는 시설에서도 직종별 직무분석 및 표준화작업과, 케어서비스 난이도조사, 케어매니지먼트 중시와 이용하기 편한 소프트웨어의 개발, 케어기술이 향상된 전문케어인력 양성교육 등에 투자할 수 있도록 지금부터 준비하여야 할 것입니다. 또한 이용자 가족들의 권리주장이나, 위험발생(안전사고, 감염예방, 방재, 인권옹호)과 손해배상 등에 대비하여 예방 및 법적대응도 염두에 두어 위험관리체계도 준비되어야 할 사항입니다.

끝으로 정보화 및 경영 개선이 되어야 합니다. 경영의 개선 및 요양서비스 기반을 정립하기 위하여서는 경영합리화가 필요합니다. 그런데 이러한 변화는 갑자기 시행할 수 있는 것이 아니므로, 지금부터라도 시설에서는 전 직원이 위기의식을 서로 공유하고, 그러한 분위기 속에서 변화를 위한 T/F팀 등을 구성하여, 비전설정과 이념, 법인역할의 정립 등을 재수립하여 업무수행능력을 고조울구조로 전환되도록 추진하는 분위기 조성(업무분장, 전결제도정비, 품질서비스 인증, 개선을 위한 제안 제도, 공모제, 역량강화노력을 위한 인센티브 및 포상제, 문서관리, 회계정보시스템네트워크 등)에 힘써야 한다고 생각합니다. 또한 사회복지시설에 대한 사회적 지원(자원봉사자, 후원자)의 축소가 예상되므로 지역사회와의 관계강화를 위하여 복지욕구 대응을 위한 시설개방, 주차장 개방, 서로 윈-윈 할 수 있는 지역네트워크시스템 구축도 필요할 것입니다.

김춘자 | 제가 봉직하고 있는 감천장은 80명 정원의 노인요양원으로 예전에는 60~70명 정도가 현원이 유지되었으나 장기요양보험의 시범사업시설로 선정되고 장기요양보험의 홍보에 힘입어 일반 고령자도 시설에 갈 수 있다는 홍보가 많이 되어서 입소자가 증가하여 5월 현재 80

명 정원이 모두 차고 대기자까지 발생하고 있습니다.

건강상의 이유보다는 시설을 떠나야 한다는 불안감에서 오는 등급판정의 오류를 제거할 수 있는 방안이 필요

장기요양보험제도 시범사업을 수행하면서 직면한 문제점을 두가지 측면에서 말씀드리겠습니다. 하나는 저희 요양원이 65세 이상의 고령자 중 병증(노인성 질병을 가진 사람)이 입소하는 곳이라 많은 입소 고령자들이 증상이 호전되면 나가야 한다는 불안감을 느끼고 있습니다. 특히 시범사업을 하면서 건강상의 이유보다 생활공간이 없는 고령자들이 많아졌고, 이러한 생활공간이 없는 노인들 사이에서는 시설을 떠나야 한다는 불안감이 형성되고 있습니다. 이러한 현상은 등급판정에서 확연히 드러났는데, 저희 요양원에서는 입소자를 대상으로 건강보험공단과는 별도로 자체 등급 판정을 매겨보았습니다. 그 결과 아주 흥미로운 결과가 나타났습니다. 1차 등급판정의 경우 자체 판정상 1등급은 1명, 2등급은 5명, 3등급은 13명, 4등급은 13명 등외자는 22명이었고, 건강보험공단의 판정에 따르면 1등급은 없고, 2등급은 5명, 3등급은 13명, 4등급은 18명, 등외자는 27명이었습니다. 1차 등급판정이 있

고 몇몇 고령자들을 중심으로 판정에 따라 시설에서 나가야한다는 정보가 유통된 것 같습니다. 그러자 2차 등급판정에서는 흥미로운 결과가 나왔습니다. 자체 등급 판정에 따르면 1등급은 9명, 2등급 9명, 3등급 12명인데 건강보험공단의 등급 판정에 따르면 1등급은 9명, 2등급은 17명, 3등급은 33명이었습니다. 건강보험공단에서는 질의응답을 통해 2~3시간만에 등급 판정을 합니다만, 저희는 노인 한분 한분께 질의응답은 물론 팔을 들어보고 거동을 지켜보며 2~3일이 걸려 판정을 합니다. 즉 이러한 결과는 등급판정의 방법의 문제를 보여줍니다. 이와 같이 시설에서 나가기 두려운 노인들이 충분히 할 수 있는 동작이나 행동을 하지 못한다고 응답할 때의 문제를 어떻게 해결할 수 있을지 의문입니다. 저희는 이러한 불안감을 해소하고 안정적인 서비스를 제공하기 위하여 노력 중입니다. 이를 위해서 직원들, 케어인력을 확보하고 질적 향상을 도모하여 개별 서비스의 향상을 기대하고 있습니다. 이렇게 서비스를 향상시키려고 하니 또 다른 문제에 봉착하였습니다. 즉 요양원의 직원들이 사회복지사로서 사회복지서비스를 해야 하는 것인지, 병증이 있는 고령자를 대상으로 하는 수발서비스로 갈 것인지 하는 문제입니다. 이 두 가지 사회복지서비스와 수발서비스는 성격

도 다르거니와 분명히 분리되어야 한다고 생각합니다. 저희 요양원은 수거나 수익을 위한 사업자가 아닙니다. 어찌되었든 장기요양보험이 도입되면 이러한 서비스가 양적으로 많이 필요한데 우리나라는 그러한 인프라도 아직 구축되어 있지 않은 상태라 문제가 많을 것으로 예상됩니다.

이서영 | 후지이 선생님의 말씀을 들어보니 크게 두 가지로 요약될 수 있을 것 같습니다. 하나는 시설경영의 자립화이고 다른 하나는 서비스의 질 확보입니다. 각 문제를 일본과 비교해보면, 일본의 조치제도는 시설 인프라의 강점을 살릴 수 있는데 우리나라의 경우 강점을 살릴 수 있는 인프라 자체가 없는데 강점만을 내세우고 있다는 점이 문제인 것 같습니다. 둘째 서비스의 질과 관련하여 일본은 시설표준화를 요구하고 있습니다. 공설민영이 지정관리를 받았는데(지정관리 기간은 5년입니다) 서비스 질이 개선되지 않으면 지정이 취소합니다. 시설에서 보자면 강력한 대응인 것입니다. 우리나라도 앞으로 이러한 문제에 대해서 구체적인 논의가 더 필요할 것으로 보입니다.

일본은 상당한 준비에도 불구하고 개호보험 도입 후 6년간 적자경영을 경험했다는 사실은 우리에게 큰 시사점을 제시

김철중 | 일본이 2000년 개호보험을 실시하고 초기 적자상태로 운영되다가 7년이 지난 이제야 흑자 상태로 전환되고 있다니 놀랍습니다. 그나마 일본은 오랜 준비기간이 있었는데 그렇지 않은 우리나라에서 장기요양보험제도가 시행되면 잘 할 수 있을지 걱정이 됩니다. 우선 우리나라는 많은 부분 정부 보조금으로 운영되었습니다. 운영비의 구성에 있어서도 일본은 법인의 예산의 60% 정도만이 인건비인데 불구하고 우리나라는 80% 이상이 인건비입니다. 요양병원은 대체로 생활지도사 2명과 간호사 1명의 3인1조가 되어 운영됩니다. 각각의 인건비가 생활지도사 80만원, 간호사 100만원인데 여기에 인건비 삭감이 불가피하게 됩니다. 그러면 운영이 되겠습니까? 불가능합니다. 수가 현실화가 먼저 해결되어야 하고, 안정화 없이 제도가 시행되면 우리나라의 복지는 오히려 후퇴하는 것으로 시행착오가 불가피할 것입니다. 또한 정부는 20~30만원이면 시설을 이용할 수 있다고 홍보를 하나 그것은 식비 등이 빠진 액수입니다. 여기에 20~30만원의 식비 등 부대비용이 추가되면 월 50~60만원인데, 이용자 측에서는 시설에서 이윤을 위해 비용을 높게 받는 것으로 인식하여 시설을 비난합니다. 이것 또한 바로잡아야 할 것입니다.

조남훈 | 현재 우리나라 장기요양보험제도의 시범연구사업을 총괄하고 계신 선우덕 박사께서 일본의 경험을 토대로 우리나라 시범사업이 추구해야 할 사업방향이나 등급판정 방법을 포함하여 토론회자 여러분이 우려하고 있는 문제에 대해서 답변해 주시기 바랍니다.

선우덕 | 여기에서 논의된 내용들이 사실상 많은 포럼과 토론회를 통해 거론되고 있습니다. 특히 토론회에서 지적하신 수가와 관련된 문제는 수가 계산이 아직도 작업 중에 있으며, 그것은 내년도 본 제도가 도입되기 전까지도 조정이 이루어질 것입니다. 그 과정에서 현장과 정부의 협의가 있을 것이며, 정부에서 수가 조절을 하게 될 것입니다. 정부에서 어떠한 기준을 가지고 수가를 조절하느냐 하는 것은 사실상 공개되지 않을 것이며, 일본에서도 정부의 조정내용까지는 공개되지 않는 것으로 압니다. 또, 일본과 우리나라는 많은 격차가 있다는 생각이 듭니다. 일본이 다년간 겪은 혼란을 우리도 겪을 것인데, 그 혼란의 핵심은 아마도 정체성의 문제로 축약될 것 같습니다. 즉 '사회복지법인'이 그대로 갈 것인가, 다른 형태로 갈 것인가 하는 것입니다. 요양서비스와 복지서비스의 정체성 규명이 필요할 것이고, 앞으로 남은 기간동안 정체성을 정리해

가는 작업이 필요할 것입니다. 등급판정과 관련하여서는 2차 시범사업 때 44개 평가항목으로 실시되었는데 대부분이 신체기능과 인지기능이 중점적으로 평가되었습니다. 이러한 문진은 상당히 주관적인 판단이 이루어질 수밖에 없는 한계가 분명 있습니다. 또한 질문하는 사람, 질문하는 기법 등에 따라서도 달라집니다. 이것은 일본도 동일합니다. 이러한 문제를 해결하기 위해 국민건강보험공단(노인장기요양보험자)에서는 방문평가자를 위한 교육을 실시하고 있습니다. 아직 미진한 부분이 있기 때문에 방문평가자를 위한 방대한 분량의 Q&A(상황에 따라 대처할 수 있도록 도움)나 방문평가자 교육을 위한 툴도 개발되어야 할 것입니다.

조남훈 | 우리나라의 노인장기요양보험제도는 2008년 7월부터 전국적으로 시행한다는 목표 하에 현재 세부계획수립을 위한 시범사업을 추진 중에 있습니다. 따라서 오늘의 토론회는 이미 2000년부터 시행한 일본 개호보험제도의 경험과 문제점을 분석하여 우리나라의 관련 정책수립에 참고하기 위한 것입니다. 아무쪼록 우리나라의 노인장기요양보험제도는 비용 절약적이고 효율적인 제도로 출범될 수 있도록 여러분의 지속적인 관심과 협조를 당부 드립니다. 오늘 발표 및 토의에 참여해 주신 여러분과 통역을 위하여 수고해 주신 이서영 교수님께 다시한번 깊은 감사를 드리면서 이만 토론회를 마치겠습니다. 감사합니다.