

일본 개호보험제도의 경험이 주는 시사점

Lessons from the 5-Year Experience of Japanese Long-term Care Insurance

정 형 선

연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

서울 서대문구 신촌동 134

Hyoung-Sun Jeong, Ph.D.

Department of Health Administration

Yonsei University College of Health Science

E-mail : jeonghs@dragon.yonsei.ac.kr

Abstract

This article aims to extract some lessons from the last five years' experience of Japan in its implementation of Long-term Care Insurance scheme(LTCI). Although both Korea and Japan are facing the most rapid ageing of the population among the OECD countries, the Japan precedes Korea in many aspects by about thirty years. Long-term care(LTC) services had been provided through two schemes in Japan before the introduction of LTCI in April 2000: Welfare Service Programs and the Health Service System for the Elderly(HSSE). LTCI incorporated both the previous social or welfare services and the long-term care services under the HSSE. Japanese LTCI started with the aims of introducing improved insurance coverage for home care, extending such coverage for the first time to nursing homes and further reducing the dependency of the elderly on beds in hospitals. In Korea, due to the lack of infrastructure to support the LTC services in Korea as well as the yet immature ageing of population, it would be quite risky to make haste in introducing LTCI in Korea. Rather the main focus of the Korean LTC policy should be put on establishing and enlarging both facilities and human resources to support the LTC services.

Keywords : Long-term care insurance scheme(LTCI); Japanese LTCI; Infrastructure for the supply of LTC services

핵심용어 : 장기요양서비스; 일본 개호보험제도; 공급 인프라

우리나라에서 인구고령화는 2000년대에 들어 가속적으로 진행되고 있지만, 우리의 노인인구비율은 아직 30년 전 일본의 노인인구비율을 유지하고 있다. 한국이 노인인구 7%로 고령화사회에 진입한 것은 2000년인데, 일본은 정확히 그 30년 전인 1970년에 고령화사회에 진입했다. 이런 점에서 우리는 약간의 시간적인 여유가 있다고 할 수 있다. 일본이 서구 국가들에 비해서는 거의 모든 면에서 우리와 유사한 환경을 가지고 있다는 점은 우리에게 많은 기회를 제공한다.

일본이 의료보험을 처음 도입한 1927년 이후 44년만인 1961년에 소위 '국민개보험'을 달성한 데 비해, 한국이 1977년 이래 12년만인 1989년에 '전국민의료보험'을 이룰 수 있었던 것도 이러한 후발주자의 이점을 백분 살린 결과다. 의료보험의 도입에서도 그랬듯이 노인요양보장

제도의 도입에 있어서도 한국은 이러한 이점을 최대한 살려야 한다. 2000년에 개호보험제도를 시행한 일본을 생각할 때 10년도 채 지나지 않은 시점에서 같은 성격의 제도를 도입하려 하는 것이 무리일 수는 있으나,¹⁾ 이러한 제도 도입의 논의는 특히 공급 인프라 형성의 분위기 조성에 기여할 수 있으리라는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다.

일본 개호보험제도의 시행

1. 기존의 '노인보건제도'와의 관계

일본에서 개호보험이 시작된 것은 2000년 4월이었다. 그 이전에는 노인을 위한 장기요양(long-term care) 서비스는 '복지제도'와 '노인보건제도'의 두 가지 형태로 제공되었다. 일본의 '노인보건제도'는 의료제도의 한 부분을 이루고 있으나, 보건과 복지라고 하는 것이 노인에게 있어서는 떼려야 뗄 수 없는 성격을 가지고 있기 때문에 당연히 복지와 관련된 부분에 대해서도 일정한 역할을 하고 있었다. 노인보건시설에 대한 급여가 그것이다. 개호보험이 시행되고 있는 지금은 그러한 역할이 개호보험으로 이전되었지만, 개호보험제도를 이해함에 있어 노인보건제도의 성격과 역할에 대한 이해는 필수적이다.

일본의 '노인보건제도'는 1983년에 시작되었다. 처음에는 병원에서 제공되는 노인들을 위한 보건의료서비스를 급여 대상으로 하기 시작했으며, 1986년부터는 중간시설인 '노인보건시설'에서 제공되는 서비스도 대상으로 하였다. 이는 소위 '사회적 입원'으로 불리는 노인만성질환자의 일반병원 장기입원 현상을 완화하고자 하는 정책의 일환이었다.

'노인보건제도'는 의료비 역제가 요구되던 1980년대

라는 상황 하에서 시작되기 때문에 이러한 문맥에 대한 이해가 필요하다. 즉 '노인보건제도'의 핵심은 70년대 이후 10년간 무상으로 제공되어 온 노인의료에 새로이 본인부담을 설정하는 것이었다. 즉 효율적 제도 설정을 통해서 늘어나는 의료비를 억제하자는 것이 사실상의 정책 목표였던 것이다.

그러나 개호보험제도 도입 이전에는 개호서비스가 노인복지와 노인보건이라는 두 개의 다른 제도에 의해 제공됨으로써 이용절차나 이용자 부담의 측면에서 불균형적인 요소가 계속되었고 종합적인 서비스 이용 면에서 문제가 야기되었다. 복지서비스는 행정기관이 서비스의 종류와 제공기관을 정하기 때문에 이용자의 서비스 선택이 자유롭지 못하고, 보건의료서비스는 '사회적 입원'과 같은 비효율성을 노정하고 있었던 것이다.

'개호보험제도'는 이러한 두 제도를 재편성해서 급여와 부담 간의 관계가 분명한 사회보험방식에 의해 사회전체로서 개호를 지원하는 새로운 구조를 만들자는 것이었다. 개호보험제도가 시행되면서 노인보건시설서비스는 방문간호 서비스, 데이케어센터 서비스와 함께 개호보험에 의한 급여로 옮겨지고 노인보건시설에 관한 규정은 노인보건법의 규정에서 삭제되었다.

2. 개호보험제도의 내용 및 운영

개호보험의 피보험자는 65세 이상의 노인을 대상으로 하는 '제1호피보험자'와 40~64세를 대상으로 하는 '제2호피보험자'로 나뉜다. '제1호피보험자'는 '요(要)개호' 상태(침상불이 또는 치매)나 '요지원' 상태(하약)에 있다고 판단되는 경우, '제2호피보험자'는 초로기 치매, 뇌혈관질환 등 15개 노화 관련 질환으로 '요개호' 또는 '요지

1) 골드플랜을 시작한 1990년 일본의 노인인구는 12.0%였고, 개호보험이 시작된 해는 17.4%이었다.

원' 상태에 있다고 판단되는 경우에 급여가 제공된다.

'요개호' 또는 '요지원' 상태의 판단은 주치의의 의견을 바탕으로 보건, 의료, 복지 분야의 전문가로 구성된 시·정·촌의 '개호인정심사회'에서 내린다. 동 심사회는 대상자의 심신 상황에 대한 컴퓨터 판정의 결과와 주치의의 의견서 등에 따라 심사판정을 한다.

1차 판정은 '요지원', '요개호1', '요개호2', '요개호3', '요개호4', '요개호5'로 구분하여 내려진다. 이는 '직접생활개조(介助: support 정도의 의미임)', '간접생활개조', '문제행동관련개조', '기능훈련관련행위', '의료관련행위'의 5개 분야별로 계산되는 기준시간의 길이에 의해 판정된다. '개호인정심사회'는 1차 판정결과를 원안으로 해서 주치의 의견서, 방문조사사의 특기사항을 고려하여 최종판정(2차 판정)을 한다. 고령자의 심신 상황에 대한 조사는 시·정·촌 직원 외에도 개호지원전문가에게 위탁할 수 있다.

개호보험에서는 이전의 복지서비스와 노인보건제도에 서 제공되던 개호서비스 외에도 다양한 시설 및 재가 개호서비스를 급여 대상으로 한다. 시설개호서비스로는 기존의 노인보건의시설이 '개호노인보건의시설'로, 병원의 요양형병상이 '개호요양형의료시설'로 제공되고 있으며, 특별양호노인홈이 '개호노인복지시설'로서 추가적으로 개호보험의 급여 대상으로 되었다.

재가개호서비스로는 과거 노인보건제도에서 제공되던 가정방문간호사업이 개호보험의 급여로 제공되고 있다. 또한 방문개호, 방문입욕개호, 방문재활 등 다양한 형태의 서비스가 개호보험의 급여로 제공된다. 그 외에도 '통원개호(day service)', '통원재활(day care)', '단기입소 생활개호' 및 '단기입소 요양개호(short stay)', '치매대응형공동생활개호(치매성 노인그룹홈)', '특정시설 입소자생활개호(유료노인홈)', 복지용구 대여, 거택개호

복지 용구구입비, 거택개호 주택개수비, 거택개호 지원 등이 제공된다. 이러한 재가서비스에는 요개호도별로 보험급여의 상한액이 설정되어 있다.

3. 개호보험의 재원조달

개호보험을 위한 재원은 노인보건제도와 마찬가지로 크게 조세, 개호보험료, 본인부담의 세 부분으로 구성된다. 이용자는 이용단계에서 본인부담 부분을 지불하고, 보험자, 중앙정부, 도·도·부·현, 시·정·촌이 이를 제외한 나머지 부분에 대해 각각 4:2:1:1의 비율로 부담한다. 노인보건제도보다 개호보험에서 정부의 부담, 특히 지방정부의 부담이 상대적으로 높은 것을 알 수 있다. 개호보험에서 정부의 부담이 높은 것은 일본 정부가 의료보다는 고령자개호에서 국가의 책임을 더 크게 보고 있음을 시사한다.

개호급여의 이용자는 이용시 10%의 본인부담을 하므로 이는 개호보장제도의 재원을 구성한다. 일정 본인부담 한도를 넘어서는 부분에 대해서는 '고액개호(거택지원) 서비스비'라는 이름의 급여가 이루어지는데 저소득자는 그 본인부담한도가 낮다.

보험료에 의한 재원조달은 본인부담을 제외한 나머지의 50%에 해당하게 된다. 2003~2005년에는 제1호보험료와 제2호보험료가 각각 18%와 32%를 점한다. 2003년의 전국 평균 1인당보험료 수준은 3,290엔이었다(사회보장심의회개호보험부회자료, 2004).

제1호피보험자의 경우 소득 수준에 따라 5등급의 보험료를 내는데, 연 18만엔 이상의 노령 및 퇴직연금 수령자는 연금에서 원천징수를 하게 되고(특별징수), 그 외에는 시·정·촌이 개별적으로 징수하게 된다(보통징수). 보험료는 시·정·촌의 서비스 수준에 따라 서로 다르다. 제2호피보험자의 경우 의료보험 보험료 원천징수시 개호

보험료를 함께 징수한다. 보험자는 피보험자 1인당 전국 균일액을 각 의료보험제도에 가입하고 있는 제2호피보험자의 수에 곱해서 ‘개호납부금’으로서 ‘사회보험진료보수지불기금’에 납부한다(지불기금은 이를 각 시·정·촌에 일정 비율로 교부하게 됨). 보험자는 이 납부금을 충당하기 위해 각 제도별로 정해진 산정방법에 따라 보험료를 정하게 된다.

일본 개호보험에 대한 평가

1. 일본 개호보험제도의 유형과 개호보험법의 성격

개호보험제도 시행 이전 장기요양(long-term care) 서비스는 저소득층만을 대상으로 하여 조세재원으로 제공된 것과 가정간호서비스만이 건강보험에서 급여된 것을 빼고는 전부 개인의 부담이었다. 2000년 도입된 개호보험제도를 통해 조세와 개인부담에 주로 의존하는 체제에서 사회보험을 중심으로 한 체제로 바뀐 것이다.²⁾ 같은 사회보험형의 국가라 하더라도 국가마다 차이가 있는데, 벨기에와 프랑스는 기존의 질병보험의 급여대상을 확대함으로써 대응하는데 반해, 일본은 독일, 네덜란드 등과 마찬가지로 장기요양서비스를 위한 별도의 보험을 두는 방식을 택했다. 하지만 절반 정도 공공 재원이 투입되고 있어 보편포괄형적인 요소도 혼합되어 있는 것으로 해석하는 것이 옳다(3).

일본의 개호보험법은 복지관련 법률이 아니라 ‘고령자 만성기 의료·개호보험법’에 해당한다(6). 개호보험법 전반에 걸쳐 보건의료서비스가 복지서비스보다도 먼저 언급되고 있는 것은 이를 암시한다. 일본에서 사용되는

‘개호’라는 용어는 일반적으로 ‘의료’를 포함하지 않는다. 하지만, 개호보험법에서만은 ‘개호’에 ‘만성기 의료’가 포함된다. 개호보험제도가 시행됨에 따라 고령자에 대한 만성기 의료의 관장 법률이 ‘노인보건법’으로부터 ‘개호보험법’으로 옮겨진 것이다. 병원 내의 요양병상은 일부가 ‘개호요양형 의료시설’로 개호보험의 급여 대상이 되었으며, 노인보건시설은 전부 ‘개호노인보건시설’로 개호보험의 급여대상이 되었다. 방문간호서비스도 대부분 개호보험의 급여로 옮겨졌고, 통원재활은 전부가 개호보험의 급여대상이다.

2. 개호보험제도 실시 후 5년의 변화

‘요(要)개호인정자수’, 즉 급여대상자수는 2000년 4월 218만명에서 2005년 4월 411만명으로 5년간 1.88배가 되었다. 서비스 이용자 수도 급증하였으며, 특히 ‘경미대상자(요지원과 요개호1)’는 2.38배가 되었다. 개호보험의 급여비도 급증했다. 다만, 급여비의 증가는 제도 개시 전에도 예상하고 있던 바였으며, ‘경미대상자’의 급증은 보험급여비 급증의 주된 요인이 아닌 것으로 분석되고 있다(5).

개호보험에서는 처음부터 ‘재가케어’를 강조하고 목표로 했기 때문에 그동안 재가서비스는 급증한 반면에 개호시설의 신설은 엄격히 제한되었다. 이에 따라 대도시부를 중심으로 시설의 입소를 위한 대기가 급증하게 되었다. 특히 이용자 부담이 적은 특별양호노인홈은 입소를 위한 대기행렬이 길게 늘어났다. 그럼에도 불구하고 가족의 개호부담은 그다지 경감되지 못하였다는 것이 대체적인 평가이다.

2) 足立正樹(1998)는 선진 각국의 long-term care를 위한 재원조달시스템을 ① 미국과 같이 자기책임 하에 서비스를 이용하는 것을 원칙으로 하는 국가, ② 독일 등과 같이 사회보험 방식을 통해 서비스가 제공되는 국가, ③ 남부유럽처럼 협동조합 등 민간비영리기업이나 종교단체의 자선, 봉사활동의 역할이 큰 국가, ④ 북유럽과 같이 국민의 높은 세금부담에 의해 보편포괄적인 서비스로서 제공되는 국가로 나누고 있다.

3. 2005년 개호보험법 개정

2005년에는 지난 5년간의 개호보험의 시행 결과를 평가하고 이를 토대로 제도 개선을 꾀하기 위한 개호보험법 개정이 이루어졌다. 이번 법 개정의 최대 목표는 급속히 늘어나는 개호보험 급여지출을 억제하여 제도의 지속 가능성을 유지하는 데 있었다.³⁾

단기적인 과제는 보험급여의 범위와 수준을 줄이고, 시설의 식비와 거주비를 급여에서 제외하여 전액 본인부담으로 하는 것을 핵심으로 한다. 장기적으로는 개호예방사업을 추진하여 개호비용의 급증을 억제하는 것을 목표로 하고 있다. 개호예방은 '경미대상자'의 경우 '신개호예방급여(근력향상훈련, 구강기능케어, 영양개선)'를 우선적으로 실시하여, 요개호자의 출현율을 낮추고 이를 통해 개호비용을 억제하는 것을 주요 내용을 한다. 다만, 이러한 3가지 서비스의 장기적인 건강증진효과는 아직 증명되어 있지 않다는 점에서 보다 신중한 접근이 강조되고 있다(5).

또한 금번 제도개선안은 그동안의 '자택'을 중시하는 경향에서부터 탈피하여 자택과 시설(과거의 대규모 시설)의 중간이라고 할 수 있는 지역밀착형의 '소규모다기능서비스(그룹홈 등)'를 강조하고 있다. 소규모다기능시설이 대규모 시설에 비해 건설비·개호급여비 모두 훨씬 싸기 때문이다.

4. 보건·의료·복지복합체에 대한 평가

보건·의료·복지복합체란 '의료기관(병원·진료소)의 개설자가 동일법인 또는 관련·계열 법인과 함께 각종의 보건·복지시설 중 몇 개를 개설하여, 보건·의료·복지서비스를 동시에(자기완결적으로) 제공하는 그룹'이다

(7). 그 중 핵심은 병원·노인보전시설·특별양호노인홈을 동시에 개설하는 소위 '3점세트' 복합체에 있다.

보건·의료·복지복합체는 일본에서 1980년대 후반부터 출현했지만, 개호보험제도의 창설이 처음으로 공식 제안된 1994년 말 이후 급증했다. 보건·의료·복지복합체가 출현하여 확대된 이유로는 도도부 현의 「지역의료계획」(1987년)으로 병원의 신설이 제한되었다는 점, 후생성이 병원과 시설·자택의 「중간시설」인 노인보전시설을 창설한 점, 정부가 '골드플랜'을 작성하여 대폭적인 복지서비스 확충계획을 건설히 진행한 점 등을 들 수 있다.

보건·의료·복지복합체는 보건·의료·복지서비스의 '수직통합'에 의한 '범위의 경제(economy of range)'와 '거래비용(transaction cost)의 삭감'을 그 명분으로 한다. 하지만 현실적으로는 이용자에 대한 계속적·포괄적 서비스를 제공하여 '안심감'을 느끼게 한다는 마케팅 상의 효과가 크다. 다만, 보건·의료·복지복합체는 지역독점, 즉 이용자를 붙잡아두어 의료시설과 복지시설 간의 연계제휴를 저해한다는 점, '복지의 의료화'로 복지 자체의 발전을 저해한다는 점, 이용자 차별선택(크림·스키밍)이 생긴다는 점, 중앙·지방정치가나 행정과의 유착이 생긴다는 점 등이 한계로 지적된다(6, 8).

개호보험제도 창설은 보건·의료·복지복합체를 활성화시키는 계기가 되었다. 개호보험에서는 재가이용자의 의료·복지비용에 요개호도 별로 지급한도액이 설정되었기 때문에 보건·의료·복지복합체를 통해서 이를 우회할 수 있고, 요개호자의 발굴·확보 면에서 보건·의료·복지복합체가 단독시설보다 압도적으로 유리하기 때문이다. 최근에는 지가가 비싼 도시지역에서 민간 중소병원·진료소의 '미니복합체' 화가 가속되고 있고, 일부 보건·

3) 니까류(2005)에 의하면 이는 개호급여비 절대액을 억제하지는 것이 아니고 '증가율'을 억제하지는 것이며, 정부가 상정하고 있는 개호보험 급여비의 증가율은 의료비의 증가율보다 꽤 높다.

의료·복지복합체는 예방 분야에도 진출하고 있다. 또한 대기업 보건·의료·복지복합체의 '기업화' 경향도 나타나고 있다.

한국에 대한 시사점

일본은 크게는 대륙법체계에서부터 비스마르크형 사회보험방식이나 민간 위주의 의료공급방식에 이르기까지 여러 면에서 한국과 유사한 의료보장의 환경을 가지고 있다. 일본은 그만큼 우리에게서 시행착오를 줄이기 위해 참고할 관찰거리를 제공한다. 개호보험만 해도 벌써 5년 동안 엄청난 실제적인 사회적 실험을 우리에게 제공하고 있는 것이다. 즉, 일본 개호보험의 정착 과정은 우리에게 놓칠 수 없고 놓쳐서는 안되는 연구대상이 되어 있다. 아직은 보다 면밀하고 냉철한 관찰을 요하는 시점이지만 현 정부가 비슷한 제도의 도입을 서두르고 있기 때문에 앞서의 관찰을 근거로 우리에게 대한 시사점을 일부나마 찾아본다.

모두에서 언급한 대로 인구 구성 면에서 한국은 아직 일본의 30년 전 상황이다. 이것이 우리가 앞으로 30년의 여유를 갖고 개호보험을 준비해도 된다는 식의 논거가 되어서는 안된다는 점은 분명하다. 하지만, 현 정부처럼 노인요양보장제도를 서둘러서는 안될 것이며, 심지어 일본보다 더 앞선 시혜적인 노인요양급여체계를 정부가 시도하거나 정부에게 요구해서는 안될 것이다.

일본은 1990년부터 개호시설과 개호인력의 확충을 위한 구체적인 목표를 담은 '고령자 보건복지추진 10개년 계획', 소위 '골드플랜'을 실행에 옮겼다. 이러한 개호서비스 공급 인프라 확충 과정을 거쳐서 2000년부터 개호보험이 시작되었는데도 현재 시설인프라의 부족에 따른 서비스 대기가 문제가 되고 있다. 우리의 경우는 이에 비하면 아예

비교 자체가 무색할 정도로 시설 및 인력 인프라는 전무에 가깝다. 더욱이 최근에는 중앙정부의 예산 배정에도 불구하고 지방분권교부세방식에 기인한 지방정부의 소극적인 시설확충 노력으로 시설의 확대가 교착상태에 있다.

서비스의 공급 자체가 이루어질 수 없는 상태에서 재원 조달방식으로서의 보험제도만 구축하는 것은 안된다. 1977년 의료보험 시작 당시에는 이미 의료서비스의 공급은 일상화되어 있는 상태였다. 그런데도 의료보험을 십수년에 걸쳐 단계적으로 확대할 수 밖에 없다. 허물며 공급인프라가 불비한 상태에서 노인요양보장을 위한 보험제도를 그것도 단기간에 전면적으로 도입할 수 있다고 생각하는 것은 무리다. 이러한 제도 공약이 공급인프라의 확대를 위한 자극은 될 것이나, 현 정부는 무지개빛 환상을 펼치고 공수표를 남발한 데 따른 미래의 책임 문제에서 벗어나기 힘들게 될 것이다.

일본은 2000년 개호보험을 도입하면서 처음으로 연금으로부터 사회보험을 위한 보험료를 징수하게 되었다. 이는 노인이 스스로의 개호서비스에 대한 재원조달에 참여하게 되었다는 점에서 혁신적이다. 또한 40세 이상의 젊은층이 노인세대의 개호서비스를 위해 추가적으로 보험료를 납부하게 되었다. 이는 의료보험의 세대내 책임방식과는 달리 개호보험에는 세대간 연대를 도입한다는 새로운 의미가 된다. 즉 재원조달에 있어 새로운 의미를 지니는 일련의 조치들이 개호보험을 통해서 시행되게 된 것이다. 반면에 현재 우리나라의 경우는 이러한 제도를 시행하기 위한 연금급여가 아직 성숙되어 있지 않다. 일본의 경우 전체 개호보험료 수입의 3분의 1이 연금을 재원으로 하고 있는 점에 비추어 볼 때 완전연금의 급여가 2008년에, 그것도 일부 국민에게서 시작되는 우리의 경우 재원조달의 측면에서 일본보다 훨씬 노인요양보험의 시행여건이 열악한 것이다.

일본에서 개호보험을 위한 재원은 의료보험의 경우보다 지방정부의 부담이 상대적으로 높은 것을 알 수 있었다. 이는 지방자치단체가 고령자 개호에 대한 책임을 많이 져야 한다는 것을 시사한다. 이에 비해 현재의 한국은 지방자치단체가 노인요양을 위한 재원을 조달할 여건 내지 자세를 가지고 있다고 보기 힘들다. 그렇다고 연금급여가 제대로 이루어지고 있지 않은 상황에서 보험료를 확보하기 어려운 상황에 있는 것은 앞에서 본 바와 같다. 본인부담을 부과하는 데도 한계가 있다. 즉, 장기요양의 자원조달을 위한 길이 쉽게 보이지 않는다. 제도 구성을 위한 담당 부처의 고민을 기대해본다. ㉔

참 고 문 헌

1. 社會保障審議會介護保險部會報告資料編. 介護保險 4 年間の檢證. 2004
2. 足立正樹. 『各國の介護保障』. 法律文化社, 1998
3. 정형선. 일본의 노인보건 및 개호보험 재원분담구조의 변화. 보건경제연구 2002; 8: 19 - 36
4. Jeong HS, Hurst J. An assessment of the performance of the Japanese health care system. Document de l'OCDE: OECD, Paris, 2001
5. 니끼류. 일본의 개호보험제도와 병원경영—보건의료복지 복합체를 중심으로. 대한재활의학회 학술대회연제집. 2005. 10
6. 二木立. 『醫療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着實な部分改革へ』. 勁草書房, 2004
7. 二木立. 『保健・醫療・福祉複合體—全國調査と將來予測』. 醫學書院, 1998
8. 二木立. 『介護保險と醫療保險改革』. 勁草書房, 2000
9. 二木立. 『21世紀初頭の醫療と介護—幻想の抜本改革を超えて』. 勁草書房, 2001