영국과 일본의 커뮤니티케어 고찰

: 법제화 배경과 보건복지서비스 연계·통합을 중심으로

A Review of Community Care in the UK and Japan

: Focused on the Background of Legislation and Strategies to Integrate Health and Social Care

장원모^{1*}, 이민영², 허현희³

¹ 건강보험심사평가원 진료심사평가위원회, ² 국립재활원 재활연구소 건강보건연구과,

³ 서울특별시공공보건의료재단 지역보건사업부

Won Mo Jang^{1*}, Minyoung Lee², Hyun-Hee Heo³

¹Healthcare Review and Assessment Committee, Health Insurance Review and Assessment Service, Wonju, Korea

²National Rehabilitation Research Institute, National Rehabilitation Center, Seoul, Korea

³Department of Community Health, Seoul Health Foundation, Seoul, Korea

Correspondence to: Won Mo Jang

Health Review and Assessment Committee, Health Insurance Review and Assessment Service,
60 Hyeoksin-ro, Wonju, 26465, Korea

Tel: +82-33-739-2073

Fax: +82-33-811-7301

E-mail: thomasjang.ph@gmail.com

Received: October 25, 2019

Revised: November 13, 2019

Accepted after revision: November 20, 2019

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the contextual background of legislation related to community care and case studies of coordination and integration of social care in health care, which serve the needs of older persons in the UK and Japan. We examined how community care evolved, and its progresses in national policies and strategies to integrate health and social care.

Methods: A literature review was conducted using an historical and comparative approach based on Kingdon's Multiple Streams Framework. We used purposive sampling in the selection of countries and case studies of community care.

Results: In the context of ageing, community care evolved depending on how the governments of the UK and Japan have policy orientation on social welfare spending. We examined similarities in the way the governments of both countries are integrating social services into health care by supporting joint working, making interprofessional care teams the focal point for care managements, and local government-led social welfare services responsible for provision of community-based social care. Contextual differences were found between both countries, whereby the policy direction of Japan is to have in place structures and mechanisms that actively connect health and social care with integrated delivery system and a newly created fund based on increase of consumption tax to incentivize and strengthen integration.

Conclusion: Both countries may differ in the means to coordinate and integrate health and social care but the net result is expanded community care capacity. In a context of changing health care demands, community care policies are a vital mechanism for providing patient-centered integrated care services. Future research on decentralization and community engagement as prerequisites and facilitation of community care should be further investigated.

Keywords: Community Care, Integration, Coordination, Integrated care, Health care, Social care

서론

커뮤니케어라는 낯선 용어가 약 1년 전부터 언론에서 자주 회자되기 시작했다. 1990년대부터 학계에서 간간히 언급되던 커뮤니케어가 학술적 단어에서 사회적 단어로 갑작스럽게 진입하게 된 것이다. 그 배경으로 2018년 3월 12일 보건복지부가 커뮤니케어의 필요성을 제기하고 관련 조직구성 및 선도 사업 계획을 밝힌 것을 꼽을 수 있다[1]. 사회적으로 커뮤니케어라는 구체적인 요구가 본격적으로 나타나기 전에 정부가 선제적으로 이슈를 제기하고 계획을 밝혔다고 볼 수 있다. 커뮤니케어 추진을 공표한 뒤 보건복지부는 다양한 논의를 거쳐 2018년 말에는 기본계획, 2019년 초에는 선도 사업 추진계획을 발표하였다. 그리고 2019년 6월부터는 시범사업 성격의 선도 사업이 진행되고 있다. 국비와 지방비를 합쳐 280억 가량의 재정이 선정된 8개 기초자치단체에 투입 될 예정이다[2]. 보건복지부는 추가로 8곳의 선도 사업 지역을 선정하고 추가 예산 마련에 의욕을 보인 상황이다.

정부가 화두를 선점한 덕분에 커뮤니케어의 사회적 논의는 정부가 내놓는 계획들에 의해 민감하게 영향을 받게 되었다. 급격한 고령화와 그에 따른 사회보장 재정부담의 증가, 보건·복지 통합 서비스 제공 부족, 병원과 시설이 아닌 거주지 중심 서비스 부족 등 근원적 문제들을 커뮤니케어 도입 필요의 이유로 정부는 제시하였다. 모두가 공감해오던 중요한 문제들이기 때문에 사회적 논의는 보건복지부의 시선처럼 빠르게 선도 사업 시행의 구체적 내용으로 옮겨갔다. 제공해야 하는 서비스의 내용, 대상자 선정, 연계 및 통합의 수준, 기초자치단체의 역할, 필요한 재정 및 수가, 인력 등 세부적인 사항이 지역사회 현장에서 구현하는데 충분한 것인지에 대해 논의가 이루어지고 있다. 또한 선도 사업계획 수립에 상당한 참고가 되었던 일본을 비롯한 해외사례는 달성해야 할 목표로서 주로 검토되고 논의되었다. 해외사례는 우리의 국가 커뮤니케어 선도 사업 또는 향후 계획에 대한 부족한 점을 드러내주는 자료로서 활용되고 있다.

그러나 여러 국가가 비슷하게 겪는 공통의 문제 때문에 시행된 제도라도 각 국가의 상황과 조건에 따라 구체적인 내용은 차이가 나기 마련이다. 그렇기 때문에 특정 제도가 시행될 당시 해당 국가의 제도 도입 맥락과 제도 시행의 내용이 함께 검토되지 않는다면, 우리 입장에서 얻을 수 있는 제도의 가치를 놓치거나 오독할 가능성이 있다. 제도 안에 무엇이 담겨야 하느냐는 질문은 제도의 구성적(構成的, compositional) 이해를 나타내지만, 맥락적(脈絡的, contextual) 이해는 제도 시행이 어떻게 가능했느냐는 질문을 통해 살펴볼 수 있기 때문이다.

우리는 커뮤니케어 도입을 위한 첫 발을 막 댄 상황이다. 경제·사회 전반에 영향을 미치고 있는 고령화의 속도가 이미 매우 빠르기 때문에 일부 지역에서 시행되고 있는 제한적인 선도 사업의 결과만 기다릴 수도 없다. 커뮤니케어의 제도화를 위해 법률적 기반을 만들고 안정적인 재정을 투입하여 지속적인 서비스를 생산해야 한다. 그러기 위해서는 커뮤니케어를 새롭게 도입하는 과정 중에 겪을 수 있는 문제점들을 사전에 파악하고 해결방안을 준비하는 것이 필요하다. 따라서, 본고에서는 이미 커뮤니케어를 시행한 국가 간 비교를 통해 다음 두 가지 연구 질문에 답하고자 한다.

첫째, 커뮤니케어 제도화의 과정에서 국가별 문제 인식과 정치사회적 맥락은 무엇이었는가?

둘째, 보건의료와 사회서비스의 연계 및 통합을 위한 각 국가별 노력과 결과는 어떠했는가?

연구방법

본 고찰에서는 이미 커뮤니케어를 실시하고 있는 국가들의 사례를 통해 커뮤니케어 제도화 당시 배경 분석을 통해 맥락적 가치를 찾아보고, 서비스 연계 및 통합의 사례를 분석함으로써 구성적 가치를 함께 확인하고자 한다. 이를 위해, 목적적 표집방법(purposive sampling)을 활용해 가장 앞서 커뮤니케어를 제도화한 영국과 가장 최근에 제도화한 일본을 선정하여 사례를 고찰하였다. 역사적 관점은 커뮤니케어 제도 도입이 가능했던 맥락적 배경을 살펴보기 위해 활용했으며, 영국과 일본의 커뮤니케어 법률시행 시점을 중심으로 적용하였다. 제도화 배경에 대한 역사적 고찰은 단일 정책의 도입과정을 설명하기 위해 많이 사용되는 이론적 틀 중 하나인 킹던(Kingdon)의 다중흐름모형(multiple streams framework)을 이용해 분석했다[3]. 커뮤니케어 도입에 영향을 미친 다중적 압력을 문제의 흐름, 정책의 흐름, 정치의 흐름을 통해 살펴보고자 한다. 다만, 본 논문에서는 커뮤니케어 도입 과정에 다중흐름모형이 적절한지를 검토하는 것이 목표가 아니고 도입 배경을 구조적으로 설명하기 위해 문제, 정책, 정치 흐름을 도구적으로 사용하는 것임을 밝혀둔다.

비교고찰 방법은 커뮤니케어의 가장 큰 특징 중 하나인 보건의료와 사회서비스의 연계 및 통합에 관한 두 국가의 시도를 커뮤니케어 도입의 배경과 함께 분석하여 공통점과 차이점을 비교하는 데 활용하였다. 보건의료와 사회서비스의 연계 및 통합에 관한 노력과 결과는 서비스 공급기관, 인력, 기획 및 재정적 관점에서 두 국가를 비교하여 분석할 예정이다. 연구방법을 간단히 정리하면 아래 그림과 같다.

〈그림 1〉 연구방법 및 절차

연구결과

1. 영국의 커뮤니티케어 법제화 배경 및 연계·통합 사례

1) 영국의 커뮤니티케어 법제화 배경

영국 커뮤니티케어의 법률적 기반은 ‘National Health Service and Community Care Act(NHSCCA)’가 제정(1990)되고 발효(1993)되면서 마련되었다. 법률적 기반이 마련된 1990년을 제도화 시점으로 간주하고 그 전후의 사정을 살펴봄으로 영국에서 커뮤니티케어 도입의 맥락적 가치를 살펴보고자 한다.

가. 문제의 흐름

1960년대부터 시작된 정신보건 영역에서 탈원화(deinstitutionalization)는 사회적 공감대를 확대하며 1970년대를 거치면서 정신병원 병상의 대폭 감소와 지역사회복귀로 이어졌다[4]. 비록 일부 영역이지만 시설에서 지역사회로 서비스의 장소가 이동하는 것에 대해 사회적으로 수용성이 높아지는 계기가 되었다. 그러나 비교적 정신 및 장애 영역에 국한되어 나타나는 현상이었으며, 시설에서의 탈피가 주된 목적이었다.

1980년대 초 영국정부는 지역사회 내에서의 돌봄(care in community)에서 지역사회에 의한 돌봄(care by community)으로 입장 선화를 해서 국가의 역할을 축소하는 대신 민간부문의 역할을 강조하였다[5,6,7]. 그 결과 역설적으로 지역사회 내 거주시설 서비스에서 민간 공급자 수와 재정 지출이 급증했던 반면 재가복지 서비스는 상대적으로 위축되었다. 영국 정부가 언급한 지역사회에 의한 돌봄은 민간 복지시설 서비스 공급자에 의한 돌봄이 되어버렸다. 지역사회 돌봄에서 민간의 역할을 확대해보겠다는 정부의 의지와는 반대로 시설 중심의 민간의 역할이 확대되고 만 것이다. 의도에 반하는 결과를 교정하기 위해 지역사회 중심의 서비스 강화가 이루어져야 한다는 비판이 1980년대 말부터 제기되기 시작했다.

고령화 정도를 가늠하는데 쓰이는 65세 이상 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율은 1990년 NHSCCA가 제정되었을 당시 15.8%였다. 현재 EU 가입국인 28개국의 1990년 당시 65세 이상 인구 비율 평균값은 13.7%로 영국은 이에 비해 2% 가량 높은 수준이었다[8]. 따라서 65세 이상의 고령인구 증가 및 그에 따른 사회보장비용 증가에 대한 우려도 존재했다. 그러나 영국의 고령화는 이미 오래전에 시작된 것으로 낮은 것이 아니었다. 고령화 사회(aging society)의 기준인 7%를 넘어선 것은 1930년의 일이며 45년 후인 1975년에 들어서야 비로소 고령사회(aged society) 기준인 14%를 넘어섰다[9]. 고령화의 문제는 1980년대 갑자기 주목받기 시작한 문제가 아니기 때문에 커뮤니티케어 제도화에 미친 영향은 직접적이었다기보다 간접적이었을 가능성이 많다.

나. 정치의 흐름

각종 공공부문 노조의 파업이 집중되었던 불만의 겨울(The Winter of Discontent, 1978-1979) 이후 1979년에 치러진 총선에서 마가릿 대처는 노동당 정부의 파업 대응능력을 비판하며 보수당을 승리로 이끌고 내각의 총리가 되었다. 대처 총리는 정부의 역할을 축소하고 시장의 역할을 강화하는 여러 가지 신자유주의 개혁 조치를 단행하였다. 개혁 조치 중 하나인 긴축재정 정책은 복지예산 지출 축소를 불러올 수밖에 없었다[10]. 대처 총리는 집권초기에 같은 당내 인사들에서도 신자유주의 정책에 대해 비판을 받았었다. 그러나 포클랜드전쟁(1982) 승리와 노동당의 분당의 호재에 힘입

어 대처는 집권 후 두 번째 총선(1983)에서 보수당을 다시 한 번 압도적 승리로 이끈다. 대처는 이후 큰 장애물 없이 신 자유주의 개혁 정책을 추진해 나갈 수 있게 되었다[11]. 1984-1985년 있었던 전국광부노조의 대규모 파업을 잠재우고 1987년 총선에서도 승리함에 따라 대처의 작은 정부 정책 기조는 1980년대 후반에도 지속될 수 있었다.

다. 정책의 흐름

전통적으로 지역사회 교구(parish) 중심의 민간 구빈활동이 있었던 영국은 제2차 세계대전 후 비버리지 보고서를 통해 복지체제를 확립하였다. 영국 정부는 1968년 시봄보고서(The Seebom Report)에 담긴 내용을 토대로 지방정부의 사회서비스법(Local Authority Social Service Act, 1970)을 제정하였다. 그 내용은 지역사회에 기초한 사회서비스를 강화하고 지방정부의 사회서비스국(Social Service Department) 설치를 통한 통합적인 서비스 제공 강화방안 등으로 구성되어 있었다.

그러나 이후 집권한 대처정부는 공공부문 축소와 함께 민간영역의 확대를 추진하기 위해 공공부문에서 시장기전을 적용하고자 하였다. 그래서 대처정부는 기업가 출신의 그리피스(Griffiths)에게 보건의료 및 사회서비스 영역에서의 시장기전 도입방안 마련을 요청하였다. 그리피스는 보건의료 및 사회서비스를 담당하는 영국의 NHS(National Health Service)와 지방정부가 가지고 있는 공급자의 역할과 구매자의 역할을 구분하는(purchaser-provider split) 내용이 담긴 보고서(The Griffiths Report, Community care: an Agenda for action, 1988)를 보수당 정부에게 제출한다. 그리피스 보고서의 내용을 대부분 수용하여 대처정부는 NHSCCA를 제정하게 된다. 사회서비스의 경우 지방정부가 구매자로서 계약을 통해 서비스를 구매함으로써 시장거래가 일어나도록 유도하였다[5,6,7]. 또한, 지방정부가 기존에 가지고 있는 공급자로서의 역할은 축소하여 민간공급자가 성장할 수 있도록 하였다. 이들 조치의 목적은 제한적인 준시장(quasi market)이 형성되고 그 안에서 상호 경쟁이 일어나는 조건을 형성하기 위한 것이었다. 보건의료의 경우 일차료를 담당하는 GP(General Practitioner)에게 비응급 입원서비스의 예산집행 권한을 부여해서 구매자(GP fundholding)로서 역할을 하도록 하였다[12]. 구매자인 GP fundholding들과 공급자인 NHS 병원들 간의 서비스 거래와 경쟁 등을 통해 공공영역 내의 한정된 내부시장(internal market)을 형성하는 것이 골자이다.

2) 영국의 서비스 연계 및 통합 사례

가. 서비스 공급기관

시봄보고서에 기반한 1970년 Local Authority Social Service Act에서 아동국과 복지국으로 분리 운영되던 지방정부의 사회서비스 행정조직을 지방정부의 사회서비스국(Social Services Department, SSD) 설치로 통합운영하게 되었다[5,6]. 또한 1973년 National Health Service(NHS) 법 개편으로 방문간호와 작업치료를 포함한 모든 보건의료서비스는 중앙정부의 NHS에서 관할하게 되어 보건의료서비스는 중앙정부, 사회서비스는 지방정부의 관할 하에 놓이는 이분화된 구조를 갖추게 되었다[5,6,13].

1990년 National Health Services and Social Care Act(이하 '1990년 커뮤니티케어법')에서는 기존에 중앙정부에서 지급하던 사회보장 보충급여(supplementary benefit)를 이용한 거주시설보호 비용을 지방정부에게 이관하고, 지방정부 사회서비스국의 역할을 서비스 제공자에서 구매자로 변화시켰다. 이에 따라 지방정부 사회서비스국의 돌봄 매니저(care manager)는 개별 이용자들의 욕구를 파악하여 욕구 충족을 위한 적절한 돌봄 계획을 책정하여 필요한 서비

스를 민간 자원부문에서 구매하는 돌봄 매니지먼트(care management)를 수행하게 되었다. 지역사회 내 사회서비스로는 중간시설(halfway house), 거주시설보호(residential care), 주간보호(day care), 가정봉사원서비스(home help service) 등이 있다[5,6,13].

영국의 이와 같은 보건의료와 사회서비스 간에 이분화된 체계는 포괄적이고 효과적인 서비스 제공을 가로막는 핵심적인 문제로 지적되어왔다[5,6,13,14]. 특히 NHS의 의료서비스는 무상인데 반하여 지방정부의 사회서비스는 본인 부담분을 부과하고 있고, 중앙정부에서 의료비로 인한 재정 부담을 줄이기 위해 사회서비스를 통해 지방정부로 재정 부담을 이관시키고 있다는 불신감도 존재하였다[14]. 이에 보건의료와 사회서비스 통합을 위한 노력이 지속적으로 있어왔다[5,6,13,14]. 2000년 The NHS Plan에서 의료서비스 중개 권한을 Primary Care Group(PCG)에서 Primary Care Trust(PCT)로 이양하도록 하고, 커뮤니티케어를 위한 단체들 간에 보건과 복지서비스 제공의 공유를 위하여 새로운 'Care Trust'를 만들었다[13]. 2006년 영국정부의 보고서인 Our Health, Our Care, Our Say에서는 PCT와 지방정부 차원에서 사회서비스, 주택, NHS 일차진료, 자원봉사와 입원진료서비스의 주요 공급자들을 포함한 다분야 네트워크 구축을 독려했다. 2012년 Health and Social Act를 통해서 보건의료와 사회서비스의 통합적인 거버넌스로 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards, HWBs)를 구축하였다[15]. 보건복지위원회는 지역의 보건의료 총괄기구인 Clinical Commissioning Group(CCG)과 지방정부가 공동으로 구성하는 기구로 본 위원회를 통해 지역주민의 욕구를 파악하는 합동전략 욕구실사를 실시하고 이를 기반으로 합동보건복지전략을 수립하여, 합동위탁, 통합 공급, 공유 예산 등을 실현하는 기구이다[16]. 영국의 맨체스터에서는 영국 최초로 2016년부터 지방정부의 다양한 이해관계자로 구성된 보건·의료·복지통합위원회(The Greater Manchester Joint Commissioning Board)가 주축이 되어 NHS England에서 집행하던 예산을 이양받아 보건복지통합서비스를 제공하고 있는데 주목할 만한 사례이다[17].

나. 인력

보건의료와 사회서비스의 인력 통합 사례로는 런던 자치구 정신보건팀 사례가 있다[14]. 사례지역인 런던 자치구에서는 NHS 트러스트 건물 내에 NHS 인력과 지방정부 인력이 공동으로 정신보건팀을 구성하여 서비스를 제공하고 있었다. 의뢰도 보건의료나 사회서비스 부서를 통한 것이 아닌 정신보건 문제 사례로 의뢰받는다. 사정결과에 따라 돌봄 조정자(care coordinator)는 정신과 의사, 정신과 간호사, 병원 외래 치료, 시설보호, 직장복귀 지원, 사회활동 등의 결합된 서비스 패키지를 계획하여 제공한다. 돌봄 조정자는 보건의료나 지방정부 인력 또는 지역의 일차진료의사(GP)가 담당한다. 사례지역 정신보건팀에는 NHS 트러스트 인력 60명과 지방정부 인력 30명이 배치되어 있으며, 지역별로 1~2명의 관리자, 10여명의 사회복지사, 10여명의 간호사, 1~2명의 의사, 작업치료사 등 총 20~30명 규모로 팀이 구성되어 매주 10~20건의 새로운 의뢰 사례를 처리한다고 한다. 이와 같은 전문가 집단 간 협력을 위한 제도적 장치로 2006년 NHS Act에서는 지방정부와 NHS 인력이 서로의 업무를 수행할 수 있도록 허용하고 있으며, 2014년 Care Act에서는 NHS 인력이 사회적 돌봄에 대한 사정을 하거나, 지방정부 인력이 보건의료적 치료에 대한 사정을 할 수 있도록 허용하고 있다.

다. 기획 및 재정

1973년 공공분야 지출이 감소하면서 보건과 복지 분야의 갈등을 해결하기 위해 1975년 지방단위로 공동자문위원회(Joint Consultants' Committee, JCC)를 설치하여 지방정부의 사회서비스국과 NHS 간에 공동계획(joint planning)과 공동재정(joint funding)을 수립하도록 하는 시범사업이 15년간 실시되었다. 1997년 이후에는 보건의료와 사회서비스 통합을 지향하며 주력 커미셔닝(lead commissioning), 통합공급(integrated provision)으로 공동 프로젝트 운영을

진행하였으며, Health Act 1999에 의한 통합재정(pooled fund arrangement) 수립을 통해 보건의료와 사회서비스 공동 프로젝트를 지원하였다[18].

보건의료와 사회서비스 연계 사업으로 2007년부터 NHS continuing healthcare를 시행하고 있다. 이는 18세 이상의 residential care facility 거주자(병원 제외) 중 의료서비스 욕구가 있는 사람에게 병원이 아닌 집이나 기타 다른 기관에서 받는 서비스에 대해 NHS가 비용을 부담하는 제도이다[13]. 2015년부터 영국 정부는 Better Care Fund를 통해 지속적으로 보건·의료·복지 서비스를 통합적으로 제공하는 노력을 기울여왔으며, NHS와 지방정부가 함께 사람중심 통합서비스를 제공한다는 목표를 이루기 위한 협력을 강화하는 데 밑거름이 되고 있다. 2017~18년에는 90% 이상의 지역에서 이 기금이 보건의료서비스와 사회복지서비스 분야의 협력을 강화했으며 통합서비스를 제공하는 데 긍정적인 영향을 미쳤다고 보고되었다[19].

2. 일본의 커뮤니티케어 법제화 배경 및 연계·통합 사례

1) 일본의 커뮤니티케어 법제화 배경

일본의 커뮤니티케어 명칭인 지역포괄케어는 ‘지속가능한 사회보험제도의 확립을 도모하기 위한 개혁 추진에 관한 법률(사회보장개혁프로그램법, 2013)’에서 처음으로 명시되었다. 이후 ‘지역에서의 의료 및 간호의 종합적인 확보 촉진에 관한 법률(의료개호 종합확보추진법, 2014)’에서 지역포괄케어의 보다 구체적인 시행방안이 담겨졌다. 법률적 기반이 마련된 2013~2014년을 제도화 시점으로 간주하여 그 전후의 사정을 살펴보고자 한다.

가. 문제의 흐름

일본의 고령화 사회 진입시점(7.1%, 1970)은 선진국들 중에 가장 늦은 편이었으나 고령 사회(14.1%, 1994) 진입까지 걸린 시간은 가장 빠른 편이었다[9]. 일본은 고령화 사회에서 고령 사회로 되기까지 25년이 필요했다. 이는 유럽국가인 영국(45년), 프랑스(115년), 스웨덴(85년), 스페인(45년), 헝가리(53년), 폴란드(45년)가 걸린 시간에 비하면 절반 이하의 수준이었다. 일본의 고령화는 1990년대 이후 더욱 가속화되어 1996에는 EU 국가(28개국)의 65세 이상 노인인구 비율의 평균값인 14.9%를 넘어 15.11% 수준에 이르게 되었다[8]. OECD 가입국들을 비교 해보면 일본은 가장 먼저 초고령 사회(super aged society)에 진입(2005, 20.2%)했으며 2004년 이후로는 가장 고령화된 국가로 분류된다. 2008년(22.1%) 이후로는 노인 인구 수 비중이 22%를 넘는 유일한 국가가 되었으며 2013년에는 25%를 넘어선 상태이다. 선진국 중에서 유례 없는 고령화 속도와 수준 때문에 일본에서는 고령 인구 비중 증가의 문제가 사회적으로 중요하게 인식되고 있다.

한편 1990년대 말부터 등장한 격차 사회(格差社会)라는 표현이 2006년 경 사회적으로 많이 회자되었다[20]. 일본 내 사회경제적 불평등의 심화를 뜻하는데, ‘또 다른 분단국가’, ‘하류사회’ 등의 다른 표현들도 함께 등장하였다. 전쟁 후 일본 국민들이 강하게 가졌던 모두가 중산층이라는 1억 총 중류(一億総中流) 의식의 붕괴가 나타난 것으로 이해되었다. 격차 사회는 1990년대 후반부터 2000년대 중반까지 대대적으로 단행된 정리 해고와 노동 시장 유연화 정책에 따라 발생한 것으로 알려져 있다[21].

빠른 속도로 초고령 사회에 진입하면서 함께 진행된 경제적 양극화는 노인 빈곤의 문제를 불러왔다. NHK(2014)에서 방영된 노후 파산(老後破産)이라는 다큐멘터리는 일본 노인들의 곤궁한 생활상을 여지없이 드러내 사회적 파장을 일으

켰다[22]. 다큐멘터리에 소개된 대부분의 노인들은 젊은 시절 열심히 노동하며 살아왔다. 그러나 노년에 들어서는 소득 감소와 함께 의료와 돌봄에 드는 비용 때문에 파산의 위기에 내몰리는 처지가 되고 말았다. 해결책을 찾는 과정에서 메이지 학원 대학의 가와이 가쓰요시 교수는 의료와 돌봄 서비스 개선을 통한 노후 파산 예방을 해결책으로 제시했다. 노년층이 소득 부족 때문에 병원에 가지 못하거나 돌봄 서비스를 받지 못하면 증상이 악화되어 사회적 비용이 추가로 발생하기 때문이다.

나. 정치의 흐름

동아시아의 외환위기 이후 집권한 자민당의 고이즈미 정부(2001-2005)는 장기불황을 탈피하기 위해 대대적인 경제 개혁 조치를 단행한다. 기업 규제 완화 조치, 노동 시장 유연화 정책, 공공부문 민영화 등 신자유주의 정책을 강하게 밀어 부쳤다[23]. 그 결과가 경제 회생에 도움이 되었다는 평가도 있지만, 사회경제적 양극화를 초래했다는 비판에 직면하였다. 고이즈미 정부시절 누적된 불평등에 대한 사회적 불만을 잠재우기 위해 같은 당 출신 후임 총리들도(후쿠다 야스오, 아소 다로) 격차 사회 해소 방안을 적극적으로 제시하였으며 2008년 세계 금융위기 때를 거치며 불평등 해소를 위한 시도가 지속되었다. 이후 민주당 정부는 ‘콘크리트에서 사람으로’라는 구호를 통해 복지의 대폭 확대를 주장하며 집권(2009)하게 되었다. 총 480개의 의석 중 308개를 얻으며 거든 민주당의 압도적 승리는 자민당의 일당 지배 체제를 54년 만에 붕괴시켰다. 증세 없는 복지 확대를 내세웠지만 재정 부족으로 얼마 되지 않아 여론에 불리한 소비세 인상을 거론하게 되었다[24]. 민주당 노다 정부는 2012년 초 사회보장 및 세제 종합개혁방안을 발표하면서 소비세 인상을 통한 복지 확충의 구체적 방안을 제시하였다. 이를 바탕으로 민주당은 자민당, 공명당의 요구를 수용하면서 협조를 얻어 복지 재원마련을 위한 사회보장 및 세제종합개혁 관련 8개 법안을 통과(2012) 시켰다. 소비세를 2014년에 8%, 2015년에 10%로 인상하는 내용이 담긴 법안이다. 결국 그해 말 중의원 선거에서 민주당은 후쿠시마 원전사고 처리 미숙, 미군기지 이전 문제, 소비세 인상 등으로 선거에서 패배하고 자민당 아베 정부가 정권을 잡았다(2012).

다. 정책의 흐름

사회보장개혁프로그램법(2013) 제정 이전에 이미 민간에서 커뮤니티케어의 원형이라고 할 수 있는 시도가 의료계와 복지계 모두에서 있었다[25]. 의료계 시도로는 히로시마현 공립 미츠기종합병원 야마모토 노보루 원장이 주도했던 ‘와병 생활 제로 작전’(1970년대)과 오노미치시 의사회의 의료·복지·개호 연계사업(1990년대), 그리고 민간병원 중심의 자연적으로 발달된 보건·의료·복지 복합체(1990년대) 등이 그것이다. 복지계 시도로는 중증 노인 요양시설인 특별양호노인홈 개설을 통한 보건·복지 네트워크 활동(1990년대)을 들 수 있다.

지역포괄케어가 제도화의 경로에 들어서기 시작한 시점은 2003년으로 후생노동성 노건국장(老建局長)의 사적 검토 회인 고령자 개호 연구회의 보고서에서 처음 거론되었다[25]. 그 이후 고이즈미 정부에서는 엄격한 사회보장비 억제정책 때문에 빛을 보지 못했다. 비로소 2009년 복지확대 기조를 가진 민주당 정권이 들어서면서부터 재논의가 이루어졌다. 민간조직이지만 후생성 노건국 담당자가 지속적으로 참여하는 지역포괄케어연구회의 보고서(2009)에서 지역포괄케어시스템이라는 용어가 등장한 뒤로 다시 주목받기 시작했다. 2012년 초 노다 정부가 내놓은 사회 보장 및 세제 종합 개혁 방안에서 지역포괄케어시스템 구축이 언급되었다. 2012년 6월 통과되고 8월 발효된 사회보장 및 세제 종합 개혁 관련 8개 법안 중 하나인 사회보장제도개혁추진법에 따라 노다 정부 말기에 사회보장제도개혁국민회의(이하 국민회의)가 설치되었다(2012년 11월). 자민당의 아베 정부로 정권교체(2012년 12월)가 이뤄진 후에 관련 전문가들로 구성된 국민회의는 지역포괄케어시스템과 의료체계와 연계를 강조한 보고서를 발표했다(2013년 8월). 국민회의 보고서를 준용

하여 2013년 12월 지속가능한 사회보험제도의 확립을 도모하기 위한 개혁 추진에 관한 법률(사회보장개혁프로그램법)이 제정되었으며 지역포괄케어시스템의 법적 정의가 처음으로 이루어졌다. 법안 내용에는 능력별 부담에 따른 환자부담 증가 및 급여 지출 억제, 사회 보장에서 가족들의 자조와 자립을 강조하는 내용이 담겨 있어 전반적 보장성 확보에 한계가 있을 것으로 보인다[26]. 이후 의료의 기능분화 및 연계, 재택의료 및 재택개호의 추진의 내용이 담긴 의료개호종합 확보추진법(2014)이 제정되었다.

한편 아베 정부가 집권 초기 밝힌 핵심 정책인 아베노믹스(2012) 때문에 제한적이지만 의료·개호·건강 관련 서비스 산업의 시장화를 추구한다는 비판을 받았었다. 그러나 이후 경기회복의 효과를 개선하고자 준비한 신(新) 아베노믹스인 '1억 총 활약 플랜(국내 생산 확대, 출산률 개선, 질병 간호로 인한 이직 제로, 2016)'을 통해 전반적 복지 확대에 기초를 재설정하였다. 다만, 2차례에 걸쳐 이뤄진 소비세 인상(8%, 2014; 10% 2019)으로 확보된 재정을 실제 복지 확대에 투여할지 여부는 지켜봐야 할 대목이다.

2) 일본의 서비스 연계 및 통합 사례

가. 서비스 공급기관

지역포괄케어 관련 주요 보건·의료·복지기관으로는 급성기 병원, 회복기 병원, 의료형 요양병원, 개호요양형 의료시설(개호형 요양병원), 개호노인보건시설, 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 개호의료원 등이 있다[25]. 이들 기관의 개설이 법적으로 정의된 것은 개호의료원을 제외하고는 개호보험제도(2000년) 시행 전후이다[27-30]. 각 기관의 창설 연도와 근거 법을 살펴보면 개호노인복지시설(특별노인홈)은 1963년 노인복지법, 개호노인보건시설은 1988년 노인보건법(이후 개호보험법으로 근거 법 전환됨), 요양형 병상군은 1993년 의료법(2001년 의료법에 요양병상 창설), 개호요양형 의료시설은 2000년 개호보험법, 회복기병원은 2000년 의료법 개정으로 창설되었다. 개호의료원은 가장 최근인 2018년에 개호보험법 개정으로 창설되었다.

이들 기관들은 크게 의료법에 근거해서 의료 서비스를 제공하는 의료 기관과 개호 보험법에 근거해서 개호 서비스를 제공하는 보건복지시설로 분류되나, 의료형 요양병원, 개호요양형 의료시설(개호형 요양병원), 개호노인보건시설, 개호노인복지시설(특별양호 노인홈), 개호의료원 등은 실제로 의료와 개호서비스를 복합적으로 제공하는 자택과 의료 기관 간의 중간시설(이후 '중간시설')이다. 2014년 지역포괄케어연구회 보고서에서는 '지원·서비스를 받는 장소'를 자택, 의료 기관, 자택과 의료기관의 중간시설 3가지로 분류하면서 개호요양형 의료시설과 개호노인복지시설(특별양호노인홈)을 '중도 대상자를 위한 거주지'로 범주화했다[25].

의료형 요양병원과 개호형 요양병원(개호요양형 의료시설)은 장기요양을 필요로 하는 환자를 입원시키는 기관이라는 면에서 동일하나, 의료형 요양병원은 간호 직원과 개호 직원의 배치가 개호요양형 의료시설보다 엄격하다[29]. 요양병상의 일부에 대해서는 병원이나 진료소가 개설하거나 복지시설에서 개설할 수 있고, 장기간에 걸쳐 요양을 필요로 하는 요개호자에게 의학적 관리나 개호 서비스를 제공하는 경우 개호보험법에서 정의하는 개호요양형 의료시설로 승인받게 된다. 개호노인보건시설은 요개호자이면서 퇴원 후 신체기능의 유지 및 회복과 함께 자택복귀를 위한 지원이 필요한 사람에 대해 의료적 관리 하에서 개호와 기능훈련을 수행하기 위하여 최장 6개월까지 머무를 수 있는 입소시설이다. 이 시설에서 노인환자는 간호사와 물리·작업치료사로부터 의료적 관리와 훈련을 받을 수 있다[25]. 개호노인복지시설(특별양호노인홈)은 요개호 고령자에 대해 입욕, 배설, 식사 등의 개호와 일상생활 및 기능훈련, 건강관리를 수행하는 곳으로 의

사, 간호사, 물리치료사의 배치가 필수적이다[25]. 결과적으로 이들 중간시설들은 의료와 개호서비스 비율에 차이는 존재하나 모든 기관에서 의료보건복지 서비스를 복합적으로 제공하고 있는 것이다.

특히, 2018년 개호의료원의 창설은 보건·의료·복지 서비스가 통합되어 제공되는 최근 추세를 선명히 보여주고 있다 [28-30]. 개호의료원은 고령화 추세에 따라 요양병원에서 환자의 평균입원일수가 길어지고 의료·개호 서비스의 필요도가 높아지는 현상에 대처하기 위해 장기화된 요양생활 중 개인 사생활과 지역사회와 가족과의 원활한 교류가 가능하도록 '주거'의 기능을 강화함과 동시에 영양이나 객담 배출 등 일상 생활에 필요한 의료적 관리와 개호를 받을 수 있는 기관으로 기존의 개호요양형 의료 시설과 개호노인보건시설의 중간 형태라고 볼 수 있다. 국가에서는 개호의료원의 창설과 함께 개호요양형 의료시설은 단계적으로 폐쇄할 예정이다. 한편, 이들 기관 간의 연계를 독려하기 위해 국가 차원에서는 지역 표준 케어 지침(critical pathway) 제도를 두고 있고, 도도부현 자체적으로 지역포괄케어회의체를 조성하는 등의 노력을 기울이고 있다.

또 하나의 흐름으로는 보건·의료·복지 복합체(이하 '복합체') 형성을 들 수 있다. 복합체를 「모체 법인이 단독, 또는 관련·계열 법인과 함께, 의료시설(병원·진료소)과 다른 보건·복지 시설을 개설하는 것」으로 정의하고, 특히 의료법인, 공익법인, 학교법인과 회사(이상 협의의 민간 법인), 그리고 사회보험 관계단체의 병원 체인을 조사한 결과 병원 복합체의 비중이 1980년대에 증가하였다[31,33]. 1988년에 이미 협의의 민간 병원 체인의 병상 수 점유율은 29.5%, 사회보험 관계 단체를 포함한 광의의 민간 병원 체인의 병상 수 점유율은 32.3%에 이르고 있다. 단, 의료 법인 평균의 병원 소재 도도부현 수는 2~3개로 주로 지역 내에서 병원 체인을 구성하고 있다. 1980년대 주로 대학병원을 중심으로 의료 기관끼리 연계·통합하는 병원 복합체가 민간 영역에서 자연스럽게 성장하였다가 이후 병상 규제에 의해 병원 신설이 어려워지면서 의료 복합체 증가는 주춤해졌다.

1996년에는 민간 병원 체인을 모체로 하는 보건·의료·복지 복합체의 활성화로 진행되었다[31,33]. 개호노인보건시설의 84.9%, 개호노인복지시설(특별양호노인홈)의 30.7%가 민간 의료기관을 모체로 하여 나타난 점에 주목할 필요가 있다. 또한 1996년 한 조사에 따르면 병원·노인보건시설·특별양호노인홈 동시 개설 그룹(「3점 세트」)이 전국에 약 250개나 존재한다는 점이 밝히고, 이들 그룹이 복합체의 핵심이며 전형이라고 평가하였다[33]. 결과적으로, 의료기관 이외 노인보건시설이나 개호노인복지시설(특별양호노인홈) 등 중간 시설들은 단독으로 존재하기도 하지만 대부분 민간 병원을 모체로 하고 있어, 자연스럽게 보건·의료·복지 시스템의 연계·통합이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 2000년대 들어서 보건·의료·복지 연계 및 통합을 넘어서 지역의 마을 만들기 사업에까지 참여하는 사례도 생기고 있다[25]. 최근 아베 정부에서는 여러 법인들을 통합하는 비영리 지주법인회사를 보건복지 영역에서 허가할 것을 검토하다가 중단된 것으로 알려져 있다.

또한 일본은 다양한 보건·의료·복지 기관들을 연계하고 조율하는 역할을 감당하는 기관을 설립해서 지역포괄케어시스템이 원활하게 작동하도록 돕고 있다[25]. 개호보험법에 설립 근거가 있는 지역포괄케어지원센터가 바로 그것이다. 지역포괄케어지원센터에서는 건강교육 및 보건지도의 역할을 담당하는 보건사, 간호를 담당하는 간호사, 지역의 케어매니저(개호지원전문원)를 통합 지원하는 주임케어매니저가 팀이 되어 일하고 있다. 구체적으로는 고령자의 종합상담, 권리옹호, 지역의 지원체계 만들기, 개호예방 원조의 활동을 실시하고 있다.

나. 인력

개호지원전문원이 개호보험 이용자들을 대상으로 서비스 계획서를 작성 하고 필요한 개호보험서비스를 제공하는 기

관들을 연계·조정하는 케어매니저 역할을 하고 있다. 지역의 개호지원전문원들은 지역포괄케어지원센터의 주임개호전문원과 서로 정보를 주고받으면서 지역단위의 보건·의료·복지 서비스 연계 및 통합이 원활이 일어나도록 노력하고 있다.

2016년 6월에 발표된 「일본 1억 총 활약 플랜」에서는 고령화와 생산 연령 인구의 감소가 진행되는 환경에서 의료복지 필요 증가에 대한 대응이 필요하다고 언급하고 있다. 보건·의료·복지 관련 잠재 유자격자를 발굴하여 생산 활동을 독려하고, 다양한 커리어 패스 구축(커리어패스의 복선화)을 통해 인재를 충분히 활용할 필요성을 제기하였다. 이후 2016년 7월에 발족한 <우리 일 다 함께(我がごと 丸ごと)> 지역공생사회 실현본부에서 제공한 자료 「지역포괄케어의 심화, 지역공생사회의 실현」에서 의료개호 인력의 확보 양성 및 인력 커리어 패스의 복선화를 위한 구체적인 조치가 담겼다. 의료 및 복지의 복수 자격에 공통 기초 과정을 설립하여 기초 과정과 자격별 전문 과정의 2단계 양성 과정으로 재편하는 것과 자격 소지에 대해서는 교육 이수 기간을 단축하고 단위 인정을 확대하는 방안을 검토한 것이다. 검토 대상이 되는 의료·복지 분야 자격의 사례로 간호사, 준간호사, 물리·작업치료사, 시능(視能)훈련사, 언어청각사, 진료방사선기사, 임상검사기사 등 8개 의료직(의사, 치과 의사, 약사는 불포함)과 사회복지사, 개호복지사, 정신보건복지사, 보육사 등의 4가지 복지직을 제시하고 있다. 후생노동부는 2016년부터 대략 2020년까지 공통의 기초 과정에 대한 구체적인 계획안과 자격 소지에 의한 이수 기간 단축과 단위 인정 확대 방안을 자격증 별로 검토하고, 2020년 이후에 가능한 자격부터 적용할 예정이다.

다. 기획 및 재정의 통합

2013년 8월에 발표한 국민회의 보고서에서는 지역포괄케어시스템과 의료와의 연계를 강조하고 있다[25]. 보고서는 고령 환자가 증가하는 가운데 의료 수요가 양적으로 증가하고 있을 뿐 아니라 질병 구조가 변화하여 의료 자원을 효율적으로 활용하고 보다 질 높은 의료 제공 체계 구축이 필요하다고 하였다. 이를 위해 ‘의료의 기능 분화’(고도급성기 병상, 급성기 병상, 회복기 병상, 만성기 병상)와 동시에 환자들이 재택 등 살던 지역에서 생활할 수 있도록 지역포괄케어 시스템 구축이 불가피하다고 하면서 ‘의료와 개호의 일체적인 개혁’을 제시하였다. 즉 급성기 의료를 중심으로 인적·물적 자원을 집중 투여하고, 이후 회복기의 의료 및 개호서비스에 총력을 다해 입원 기간의 최소화가 필요하다고 하였다. 또한, 조기 가택 복귀, 사회 복귀를 실현함과 동시에 재택 의료와 재택 개호를 폭넓게 시행하여 지역에서 의료에서 개호까지 제공체제 간의 네트워크를 구축해야 한다고 하였다.

2013년 사회보장개혁프로그램법과 2014년 의료개호종합확보추진법에서 의료의 기능 분화 및 연계, 재택 의료 및 재택 개호에 대한 추진 내용이 포함되었다[18]. 이를 위해 병원과 진료소는 병상의 기능에 관한 정보를 각 기관이 소재하는 도도부현 지사에 보고하도록 하고, 도도부현은 지역 실정에 따라 의료 제공 체계 확보를 도모하기 위한 계획(지역의료구상)을 수립하도록 함으로써 의료 제공 체계에 있어서 도도부현의 권한과 책임을 강화하였다. 개호보험제도에 관해서는 지역포괄케어시스템의 구축을 위해 재택 의료와 재택 개호 간의 연계와 지역케어회의의 추진을 제시하고, 기존에 전국 일률적으로 제공하던 예방 급여(방문 개호와 통소 개호)를 시정촌의 지역 지원 사업으로 전환시켜 지역별 다양화를 시도했다. 이와 관련해서 2015년 제3차 개호보험사업계획(2015~2017)에서도 개호 예방 및 일상 생활 지원 서비스를 방문형, 통소형, 생활 지원, 개호 예방 지원 서비스 등으로 다양화하고, 정해진 범위 내에서 필요한 수가를 시정촌이 개발할 수 있도록 하였다. 또한 동시에 재택 의료와 개호의 연계 강화 방안도 포함했다.

2014년 의료개호종합확보추진법에서는 의료와 개호의 연계 강화를 추진시키기 위해 소비세인상분을 통한 새로운 기금을 도도부현에 설치하도록 하고, 각 도도부현의 계획에 근거한 사업에 사용하도록 하고 있다. 새로운 재정 지원 제도의 대상 사업은 병상의 기능 분화·연계 사업, 재택 의료·개호 서비스 사업, 의료 종사자 확보·육성을 위한 사업 등이다.

3) 영국과 일본의 커뮤니티케어 법제화 배경 및 연계·통합 비교

앞에서 살펴본 영국과 일본의 커뮤니티케어 법제화 배경 및 연계·통합을 비교하면 아래와 표와 같다. 맥락적 이해 측면의 공통점은 고령화, 사회보장지출 부담 증가라는 문제의 흐름, 민간서비스 공급 확대를 지향하는 정부가 집권한 정치의 흐름, 개인과 지역사회 책임을 강조하는 정책의 흐름을 꼽을 수 있었다. 맥락적 이해에서 차이점을 살펴보면 다음과 같다. 문제의 흐름에서 영국은 탈원화의 대한 요구가 강했던 반면, 일본은 사회적 불평등이 심화되는 상황이었다. 정치의 흐름에서는 영국의 경우 이전 노동당 정부의 사회보장지출 확대 기조를 폐기하고 오히려 감축 입장을 가진 보수당의 대처 정부가 집권한 상태였고, 일본은 사회보장지출확대 기조를 가진 이전 민주당 정부의 기조를 계승한 자민당의 아베 정부가 집권한 상태였다. 정책의 흐름에서 영국은 사회서비스와 보건의료에 시장기제를 도입하는 정책을 펼쳤고, 일본은 사회보장지출을 확대하였지만 개인, 가족, 지역사회의 부담과 책임을 강조하는 자조 및 자립을 동시에 강조하였다.

구성적 이해의 공통점은 기관측면에서는 보건의료와 사회서비스 연계 및 통합 시도, 인력에서는 다학제적 협력팀 구성 및 전담 케어코디네이터 배치, 기획 및 재정에서는 지방정부 주도의 사회서비스 구매 역할 및 책임 강화를 꼽을 수 있다. 구성적 이해에서 차이점을 살펴보면 다음과 같다. 기관 측면에서 영국은 지방정부의 사회서비스 공급자 역할 축소하고 및 구매자 역할을 확대한 반면, 일본은 민간에서 보건·의료·복지 복합체가 자발적으로 생성되었으며 정부는 지역포괄케어지원센터 설립을 주도하였다. 인력 측면에서 영국은 물리적 공간 공유를 통한 협력 증대 및 보건의료 및 사회복지 업무 교차수행을 시도하고 있으며, 일본은 커리어 패스의 복선화(보건의료와 복지분야 복수 면허제도 시도)를 시도하고 있다. 기획 및 재정 측면에서는 영국의 경우 보건의료와 사회서비스 분야 공동 자원 조달(joint funding)을 시도하였으며, 일본의 경우 통합연계에 대한 소비세 기반 자원마련을 시도하고 있다.

〈표 1〉 영국과 일본의 커뮤니티케어 법제화 배경 및 연계·통합 비교

범주	세부 범주	공통점	차이점	
			영국	일본
맥락적 이해 (법제화 중심)	문제	고령화, 사회보장지출 부담 증가	탈원화에 대한 사회적 요구	사회 불평등 심화
	정치	민간서비스 공급 확대 지향	대처 정부, 이전 정부(노동당)의 사회보장지출확대 기조 폐기 및 지출축소 입장	아베정부, 이전 정부(민주당)의 사회보장지출확대 기조 계승
	정책	개인과 지역사회 책임 증가	준시장 정책 도입	자조/자립 강조(능력별 차등부담) 하는 사회보장확대 추진
구성적 이해 (연계 및 통합 중심)	기관	보건의료와 사회서비스 연계 및 통합 시도	지방정부의 사회서비스 공급자 역할 축소 및 구매자 역할 확대	· 보건·의료·복지 복합체 · 지역포괄케어지원센터
	인력	다학제적 협력팀 전담 케어코디네이터	· 물리적 공간 공유를 통한 협력 증대 · 보건의료 및 사회복지 업무 교차수행	· 커리어 패스의 복선화 (보건의료와 복지분야 복수 면허제도 시도)
	기획 및 재정	지방정부 주도의 사회서비스 구매 역할 및 책임 강화	보건의료와 사회서비스 분야 공동 자원 조달	통합연계에 대한 소비세 기반 자원마련 시도

고찰 및 시사점

1. 법제화 배경

고령화의 심화 수준과 그에 따른 사회보장비 부담 증가가 커뮤니티케어 제도의 중요한 도입 배경 중 하나이지만 유일한 것은 아니었다. 고령화와 별개로 당시 정부가 사회보장비 지출에 어떤 입장을 가지고 있는지 역시 중요한 배경이었다. 때문에 커뮤니티케어 도입은 단일 사업의 필요성 때문에 이루어졌다고보다 정부의 사회보장비 지출을 변화시키고자 하는 의지에 따라 여러 정책들과 연관되어 이루어졌다.

한편 사회보장비 지출에 대한 입장의 방향성은 제도 도입 여부 보다는 제도의 내용에 영향을 미쳤던 것으로 보인다. 사회보장비 지출을 억제하는 입장이었던 영국과 그 반대의 입장을 가진 일본 정부에서 모두 커뮤니티케어는 도입되었다. 영국의 경우 사회보장비 지출 억제의 기초 속에서 지역사회를 기반으로 하는 민간 사회 서비스 시장 형성 및 성장이 중요한 배경이 되었다. 1990년대 커뮤니티케어는 사회보장 재정 부담을 민간 영역에서 함께 감당하는 것을 바라는 당시 영국 정부의 입장이 반영되어 있었다. 이 때문에 건강·돌봄의 불평등이 가중되었다는 비판이 영국 내에서도 일부 존재하는 상황이다. 2008년 세계 금융위기 이후에 등장한 영국의 보수당 정부도 대처 정부처럼 사회복지 지출 억제 기초 속에서 다시 한 번 지역사회의 책임을 강조하며 커뮤니티케어를 언급하고 있다. 영국의 커뮤니티케어에서 건강·돌봄 관련 불평등 문제가 지속될 가능성이 있어 보인다.

반면 일본의 경우 불평등과 고령화가 중첩된 문제를 해결하기 위한 사회보장비 지출 확대 조치들이 커뮤니티케어 도입의 중요한 배경이 되었다. 사회 보장 확대 기초를 가진 민주당 정부에서 커뮤니티케어가 재조명을 받았고 이후 들어선 자민당 정부에서도 다소 입장의 혼선은 있었지만 사회보장지출 확대 정책이 기본 입장이 되면서 지속적으로 관련 대책들을 만들어 내고 있다.

일본처럼 심화되고 있는 국내 불평등과 고령화는 문제의 흐름 차원에서 커뮤니티케어 법제화의 충분한 추동 요인으로 자리 잡아가고 있다. 현재 우리나라 정부에서 문재인케어 등 사회보장비 지출 확대 기초를 가지고 있고 그것에 대한 사회적 공감대도 어느 정도 있는 상황으로 정치적 흐름도 나쁘지 않은 편이다. 정책 흐름의 경우 선도 사업들을 통해 첫 시도가 이루어지고 있다고 볼 수 있다. 다만, 커뮤니티케어가 기존 서비스들을 단지 묶어내는 것에 목표를 둔다면 우리가 마주하고 있는 불평등과 고령화의 문제에 적절한 해답을 제시해주지 못할 것이다. 만약 국내 커뮤니티케어가 보건·의료·복지 체계의 단순한 기능 고도화 수준에 머문다면 국면에 따라 사회보장비 지출 억제 도구로 전략할 가능성을 배제할 수 없을 것이다.

2. 연계·통합 사례

연계·통합된 서비스는 추가 재정을 요구한다. 영국의 경우 별도의 추가 공공 재정 없이 커뮤니티케어를 시작하였지만 사실상 필요한 재정을 민간 시장 또는 이용자의 본인 부담을 통해 공급했다고 볼 수도 있다. 반면, 일본은 지역포괄케어 단일 정책을 위한 재정은 아니지만 소비세 인상을 통한 재정 확보를 시도하고 있다. 실제로 커뮤니티케어를 시설 케어와 비교했을 때 비용 절감을 기대할 수 없다는 연구 결과들이 많다[25]. 과거 커뮤니티케어의 일부 역할을 담당했던 비공식

가족 돌봄이 축소되고 있고 그 공백을 사회보장서비스로 채워야 한다는 목소리가 증가하고 있는 상황 역시 커뮤니티케어 통한 비용 절감을 기대하기 어렵게 만든다.

사회보장비지출 확대 입장을 가진 정부가 먼저 커뮤니티케어를 들고 나온 국내의 경우는 긍정적으로 볼 수 있다. 그러나 시범 사업 예산으로 시작한 우리나라 커뮤니티케어가 앞으로 지속적인 별도의 재정을 가질 수 있는지 여부는 지켜 봐야할 것이다. 왜냐하면 이미 건강보험 보장성 확대 정책인 문재인케어에 상당한 재정을 지출하고 있기 때문이다. 국내 커뮤니티케어 선도 사업이 단발성 실험으로 끝나지 않으려면 노인장기요양보험, 건강보험 등을 통한 지속적인 재정지출 구조 마련을 적극적으로 찾아보는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

서비스 연계·통합을 위해 공공 조직이 수행하는 서비스 공급자 또는 구매자의 역할을 적극 활용할 수 있다. 정부 내의 통합 서비스 공급자 기능을 강화하기 위해서 조직 자체를 확대하면서 통합했던 사례는 1970년대 영국에서 시범보고서를 바탕으로 진행된 지방정부 조직 개편이다. 국내 일부 지자체에서 시도하고 있는 사회복지사 및 간호사 인력 확충 및 조직적 연계·통합을 관련된 사례로 볼 수 있다. 다만, 서비스를 직접 생산하는 공공 조직의 확대를 동반한 통합 시도는 영국의 사례처럼 재정긴축을 강하게 요구 받는 국면에서는 인력 감축, 역할의 변경 등 큰 변화를 요구 받을 수 있다. 조직 확대를 동반하지 않더라도 의료와 복지 인력이 함께 일하는 사무소를 물리적으로 한 곳으로 만들고 팀을 구성하여 서비스를 제공 하는 영국 런던의 정신보건팀 사례도 참고할만하다. 아울러 인력 간 연계 및 협력을 위해서는 물리적 배치의 재구성뿐만 아니라 재정 및 인력 양성 등의 연계·통합도 함께 적극적으로 고려해야 한다.

공공 조직의 구매자 역할 강화를 통한 서비스 연계·통합 시도 역시 가능하다. 일본의 경우 개호보험 수가 및 급여 기준 등을 통해 연계 서비스 개발, 인력 확보 등을 유도하고 있다. 특히 기초 자치 단체이면서 보험자인 시정촌에서 지역에 필요한 개호 보험 수가를 개발할 수 있도록 여지를 준 것은 긍정적 시도로 볼 수 있다. 영국에서도 의료(NHS)와 복지(지방정부)의 재정을 연계함(joint funding)으로써 통합 서비스 제공을 유도한 경험이 있다. 또한 GP로 하여금 의료 서비스 뿐만 아니라 커뮤니티케어 서비스 구매 권한을 행사하게 함으로써 의료 및 복지 서비스의 연계 활성화를 시도하고 있다.

국내 선도 사업에서 기초지자체가 지역 상황에 맞는 서비스를 기획 및 제공할 수 있도록 일정부분 재량권을 허용하고, 예산 항목에서도 지역 자율형 포괄사업비를 별도로 구분한 것은 좋은 시도이다. 나아가 향후 보건 및 복지 사업의 지속적인 재정 연계를 위해서 관련 부처 간 협의를 통한 법률 및 지침 등의 개정도 필요하다. 현재 보건과 복지 사업 회계 처리 기준인 지방자치단체 회계 기준에 관한 규칙과 사회복지법인 재무 회계 규칙을 개정해서 통합 지출이 가능하도록 만들어 보는 것도 고려할 만 하다[18]. 또한, 지방정부가 건강보험 및 노인장기요양보험 영역에서 커뮤니티케어 서비스에 한정해서 보험자로서 역할을 할 수 있게 별도의 기금을 설치하는 것도 생각해 볼 수 있다. 이미 의료 급여 대상자들에 대해서는 사실상 보험자의 역할을 지방정부가 부여받았지만 기계적 지출만 하고 있어 그 역할은 매우 미미한 수준이다. 의료급여기금 특별 회계에 대한 지방정부의 책임과 역할을 강화하여 건강보험 장기요양보험 서비스 관련 통합재정지출 및 제한된 수가 개발 등의 시도 역시 검토해 볼 수 있다.

정부가 가지고 있는 민간 시설 및 인력에 대한 인허가 권한을 통해 서비스 연계·통합을 시도해 볼 수 있다. 영국과 일본 모두 시설 케어와 재가 케어 사이의 중간다리 역할을 하는 다양한 중간시설들을 행정적으로 규정해 줌으로써 연계서비스가 활성화되도록 돕고 있다. 또한 일본은 통합적 서비스가 가능한 의료·개호 관련 인력을 확보하기 위해 복수 자격 취득 허용을 검토하고 있다. 복수 자격자가 빠른 시간 내에 양성되도록 공통 기초과정 개설, 타 자격 소지자의 교육 이수 기간 단축 등도 함께 고려 중인 것으로 알려져 있다.

그러나 현재 일본에서 행해지는 다양한 직역 간의 협조 체계는 30년 넘게 민간 영역에서 시도했던 기관 간의 연계·통합이 배경(보건·의료·복지 복합체)으로 작용했기 때문으로 보인다. 인력의 연계 및 통합은 업무 형태와 문화까지 고려해야 하는 상당한 시간이 걸리는 작업으로 면허 등의 행정 조치만으로는 빠른 시간 내에 실질적인 효과를 얻는 것은 한계가 있을 것이다. 인력 간 통합 및 연계의 문화를 만드는데 일조한 일본의 보건·의료·복지 복합체는 주목할 만하다.

다만, 한국의 경우 건강보험 및 장기요양보험의 보장성이 아직 충분하지 않고 의료 및 복지 기관 간 역할 설정이 불분명한 상황이다. 따라서, 기관 간 합병을 통한 거대 공급자를 탄생시키는 방법보다는 기관 간 연계가 원활해지도록 유도하는 것이 건강 불평등을 최소화하는 방안이 될 수 있을 것이다. 최근 보건·복지 영역에서 비영리 지주법인 허가를 유보한 일본의 신중한 태도는 좋은 참고 사항이 될 수 있을 것이다.

우리는 일본보다 빠른 고령화와 함께 두 번의 경제 위기 후 심화되고 있는 불평등 앞에 서 있다. 커뮤니티케어의 도입이 우리가 당면한 과제에서 어떤 해결책을 내놓을 수 있는지를 다시 한 번 정밀하게 살펴볼 필요가 있다. 영국과 일본의 사례를 맥락적, 구성적 관점에서 입체적으로 살펴보는 작업은 우리에게 커뮤니티케어의 가치를 극대화할 수 있는 단서를 제공할 수 있을 것이다. 위의 관점에서 본다면 본 원고에서 시도한 분석은 매우 기초적 분석이라고 할 수 있을 것이다. 커뮤니티케어 도입의 조건으로서 지방분권, 주민자치의 의미 및 도입의 효과 등 추가적으로 밝혀야 할 과제들은 향후 연구를 통해 검토될 필요가 있다.

참고문헌

1. 보건복지부. 커뮤니티케어 본격 추진 보도자료. 세종 보건복지부; 2018 [cited 2019 Oct 7]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344177&page=1.
2. 김상기. 전주·부천시 등 8개 지자체 커뮤니티케어 선도 사업 본격 추진. 라포르시안. 2019 June 10. Available from: <http://www.raportian.com/news/articleView.html?idxno=117966>.
3. 박용성, 한승철. 확장된 다중흐름모형을 활용한 정책하위체계 연구. 한국행정학회 학술발표논문집. 2012;12:135-155.
4. Turner J, Hayward R, Angel K, Fulford B, Hall J, Millard C, et al. The History of Mental Health Services in Modern England: Practitioner Memories and the Direction of Future Research. Med Hist. 2015;59(4):599-624.
5. 공선희. 영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로. 한국노년학. 2015;35(1):79-98.
6. 박정선. 영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티 케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제. 사회복지법제연구. 2018;9(3):181-207.
7. 김용득. 영국의 커뮤니티케어와 서비스 공급주체 구성의 변화. 사회서비스연구. 2013;4(1):145-173.
8. OECD. OECD data: Elderly population Total, % of population, 1970-2014 [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>.
9. Wan He, Daniel Goodkind, and Paul Kowal. U.S. Census Bureau. International Population Reports, P95/16-1, An Aging World: 2015, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.
10. 고세훈. 영국정치와 국가복지: 신(new)자유주의에서 신(neo)자유주의로. 서울: 집문당;2011.
11. 김보영. 베버리지 복지국가에서 캐머런정부까지: 복지국가 패러다임의 변화에 있어 싱크탱크의 역할과 전략에 대한 영국 사례연구. 한국사회복지학. 2015;67(2): 259-284.
12. The King's Fund. Clinical commissioning: what can we learn from previous commissioning models? [Internet]. [cited 2019 Sep 22]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-white-paper/gp-commissioning>.
13. 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향 연구. 서울연구원, 2018.
14. 김보영. 통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건: 영국 사례 연구. 한국사회정책. 2018;25(2):403-428.
15. Humphries R, Galea A. Health and wellbeing boards: One year on. London: King's Fund, 2013.
16. England N. Understanding The New NHS. London: BMJ, 2014.
17. Greater Manchester Combined Authority. Commissioning for Reform: The Greater Manchester Commissioning Strategy. [Internet]. [cited Oct. 14, 2019]. Available from <http://www.gmhsc.org.uk/wp-content/uploads/2018/05/GM-Commissioning-Strategy-Report.pdf>
18. 이은경. 영국의 보건·복지 협력정책의 역사적 고찰. 한국사회복지행정학회. 2010;12(1): 27-55.
19. NHS England. Better Care Fund. [Internet]. [cited Oct 14, 2019]. Available from <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/>
20. 중앙일보 특별취재팀. 경제 되살아나니 '격차 사회'가 이슈로. 2006 4월 24[Internet]. [cited 2019 Sep 25]. Available from: <https://news.join.com/article/2272727>.
21. 양준호. 격차사회 일본과 빈곤층 재생산. 일본비평. 2011;4:18-47.
22. NHK 스페셜 제작팀. 장수의 악몽 노후파산. 김정환 옮김. 경기도: 다산북스;2016.
23. 조재욱. 고이즈미 정권의 개혁정치와 평가. 한국정치학회보. 2009;43(4): 255-274.
24. 권순미. 일본 민주당 정권의 정책 전환. 한국정당학회보. 2015.;14(1):37-62.
25. 니키 류. 일본의 커뮤니티 케어. 정형선 편역. 서울: 북마크; 2018.
26. 니키 류. 아베내각의 의료사회보장 정책. 의료정책포럼. 2014;12(2):111-118.
27. 厚生労働省 介護給付費分科会. 介護老人福祉施設. 厚生労働省, 2017.
28. 厚生労働省 介護給付費分科会. 介護療養型医療施設及び介護医療院. 厚生労働省, 2017.
29. 厚生労働省 介護給付費分科会. 介護療養病床の経緯について. 厚生労働省, 2017.
30. 厚生労働省 介護給付費分科会. 介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯. 厚生労働省, 2018.
31. 니키 류. 일본의 개호보험과 보건의료복지 복합체. 정형선 편역. 서울: 청년의사; 2006.
32. 二木立. わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?. 病院. 1989;48.
33. 二木立. 保健・医療・福祉複合体 - 全国調査と将来予測. 医学書院; 1998.