일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제

Implications of community integrated health and social care system in Japan

이건세

건국대학교 의학전문대학원 예방의학교실

Kunsei Lee

Department of Obstetrics and Gynecology, Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea

Correspondence to: Kunsei Lee, MD

Department of Preventive Medicine, Konkuk University School of Medicine, 120, Neungdong-ro,
Gwangjin-gu, Seoul, Korea.

Tel: +82-2-2030-7817

Fax: +82-2-2049-6192

E-mail: leekonkuk@gmail.com

Received: October 25, 2019

Accepted: November 14, 2019

Abstract

In 2018, the Ministry of Health and Welfare announced a variety of plans for the Korean "Integrated community care program". Japan has experienced aging before Korea, so it is subject to various benchmarking. The low birth rate and declining population are common concerns between Korea and Japan. The purpose of this study is to review the current status of community care in Japan and draw lessons and implications for the integrated community care policy of Korea's aged society in the future.

The Japanese community integration care system began in the 1970s with "community integrated health and social care" at Hiroshima Prefecture Public Mitsugi General Hospital. It was only after 2000 that this became universal and developed into a national policy. I would like to make some suggestions in Japan's review of community-integrated care system.

First, Japan's community-integrated care system came together with the reform of the overall medical system. The whole medical system is being carried out in the midst of a shift from hospital admission to community care.

Second, the Japanese municipal government, cities, towns and villages, plays an important role as the main body of the establishment and implementation of community integration care. Municipal government is an insurer of long-term care insurance and serves as an insurer of local medical insurance, and cooperates with private medical institutions to coordinate the care of the entire local residents.

Third, activities are carried out to coordinate and support the medical care, social care, daily life support, and various areas of the communities in an integrated way. There are various services such as discharge support programs, home care, visiting nursing, visiting care, day care, short-term hospitalization, as well as new organizations and personnel such as community integrated care centers and care coordinators.

As a conclusion, it is important to understand each country's operational mechanism rather than simply comparing the status quo of Japan and Korea. It will be important to figure out how Japan's community integration care changes amid a longer-term trend.

1. 서론

가. 한국의 커뮤니티케어

보건복지부는 2018년 3월 「커뮤니티케어 추진본부」를 구성하고 ‘모두가 어울려 살기 위한 지역사회 포용 확대’를 추진하기 위해 ‘커뮤니티케어 로드맵’을 발표하였다. 이후 5월에는 사회보장위원회 산하 커뮤니티케어 전문위원회로 복지, 보건, 의료 등 다양한 분야 전문가와 복지부, 행안부 등을 포함한 위원회를 구성하여, 향후 각계각층의 의견을 수렴하였다[1, 2]. 지역사회 통합 돌봄 기본계획의 1단계인 ‘노인 커뮤니티 케어’를 2018년 11월 20일 발표하였다. 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)」 선도사업(이하 ‘선도사업’) 지역으로 (노인) 광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 김해시(장어진) 대구 남구, 제주 제주시 8개 지자체를 선정하였다[3].

정부가 커뮤니티 케어를 추진한 직접적인 배경은 첫째, ‘고령화’에 대한 대책이다. 앞으로 7년 후인 2026년이 되면 초고령사회(노인 20%)에 진입한다. 5명 가운데 한명이 노인이 된다. 사회, 국가 시스템을 어떻게 정비해야 할 것인지 준비해야 한다. 광범위한 “돌봄 사각”의 문제가 발생할 수 있다. 노인들은 아프고 불편해도 평소 살던 집에서 지내기를 원하나, 병원·시설에서 지내야 하는 상황이 될 수 있다. 둘째, 보건-의료-복지 등 다양한 서비스에 대한 통합적 접근의 필요성이다. 그 동안 이런 서비스 간 연계 부족으로 지역 내 통합적 케어 제공에 한계가 있는 것은 인식하고 있었다. 보건 의료와 복지의 연계가 미흡하여 각각 대상자 선정, 분절적으로 서비스 제공, 일부 유사·중복 문제는 지속적으로 제기되었다. 보건소와 지역 의료기관 사이에도 연계 협력이 잘 되지는 않는다, 셋째, 중앙 정부 중심이 아닌, 지역 중심을 접근하자는 것이다. 지역사회가 중심이 되어 지역사회에 의해 제공되어야 한다. 발표된 계획에는 시군구는 공공과 민간 자원 연계 활성화로 종합적 케어 제공의 역할을 담당하고, 읍면동은 서비스 신청 접수 및 통합 안내를 담당하는 것으로 역할 분담을 하고 있으나 이것보다 더 포괄적인 중앙과 지방, 지역의 역할 설정을 해야 한다. 아직은 지역화의 기전이 명확하지는 않다.

커뮤니티케어의 4대 핵심요소로 1) 주거(노인 맞춤형 케어안심주택, 집수리 사업, 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜), 2) 건강 의료(집중형 방문건강서비스, 방문의료, 노인 만성질환 전담 예방관리, 병원 ‘지역연계실’ 운영), 3) 요양돌봄(차세대 노인 장기요양보험 구축, 재가 의료급여 신설, 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스), 4) 서비스연계(‘케어안내창구’ 신설(읍면동), 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력(시군구)로 정리하여 각 분야의 균형을 맞추기 위해 노력하였다.

커뮤니티케어의 비전

비전	노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가	
목표	2025년까지 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 제공기반 구축	
4 대 핵심 요 소	주거	<ul style="list-style-type: none">· 노인 맞춤형 케어안심주택· 집수리 사업 · 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜
	건강 의료	<ul style="list-style-type: none">· 집중형 방문건강서비스 · 방문의료· 노인 만성질환 전담 예방 · 관리 · 병원 ‘지역연계실’ 운영
	요양 돌봄	<ul style="list-style-type: none">· 차세대 노인장기요양보험 구축 · 재가 의료급여 신설· 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스
	서비스 연계	<ul style="list-style-type: none">· ‘케어안내창구’ 신설(읍면동)· 지역케어회의 등 지역사회 민 · 관 서비스 연계 · 협력(시군구)

〈그림 1〉 보건복지부 커뮤니티케어의 비전

나. 일본의 지역포괄케어 시스템 검토의 필요성

일본과 우리나라는 지리적, 정치적, 사회문화적으로 많은 차이가 있지만, 여러 가지 벤치마킹의 대상이다. 그런데 왜 일본인가하는 것을 간단히 검토하는 것은 필요할 것이다. 유럽과 미국의 경우 기존 급성기 병원 시설 중심의 서비스체계를 개편하기 위한 노력은 이미 오래전부터 시작되었다. 급성기 의료와 지역사회 장기 요양 의료를 통합적으로 제공하여 그 성과가 미국, 영국 등에서 제시되고 있다[4, 5]. 대만의 경우에도 “aging in place”의 목표를 달성하기 위해 지역사회 장기 돌봄 체계를 위한 재정적 기전의 재설계 등 다양한 정책을 제안하고 있다[6]. 일본의 경우 이미 커다란 제도개편이 진행 중이다. 2000년에 개호보험 제도가 시작한지 얼마 되지 않아 후생노동성 보건국이 조직한 고령자 개호연구회가 발표한 ‘2015년 고령자 개호’에서 재차 지역포괄케어 구축의 필요성이 제언되었다[7].

무토 마사키는 2050년 한국의 65세 이상 인구의 비율은 36%로 일본의 40%에 이어 세계 2위가 될 것을 전망하며, 고령화와 저출산 및 인구 감소는 한·일 공통의 고민이다. 먼저 한발 앞서 고령화를 맞이한 일본은 현재 2025년을 향해서 의료와 개호 제공 체계를 크게 바꾸려 하고 있는 일본이 한국의 의료 개호의 제도개혁에 참고가 될 것을 바라고 있다[7]. 또한 일본의 커뮤니티케어를 소개한 니키류의 서문에도 서구 국가들은 상황이 너무 달라서 그냥 참고가 될 수는 있어도, 우리의 현실 개선에 직접 도움이 되는 데는 한계가 있어 법적이거나 정치적, 문화적 여건이 상대적으로 달랐으면서도 우리보다 수십 년 앞서 인구 고령화의 길을 가고 있는 일본은 사회정책 분야에서 더없이 소중한 경험을 제공할 것이라고 전망하고 있다[8].

일본은 우리나라와 가깝도 다양한 제도, 정책이 유사한 점이 많아 적지 않은 참고가 되지만, 역사적, 사회문화적, 지리적, 지방자치, 정치적, 인구학적 특성도 차이가 적지 않다. 우리나라 고령자의 46.5%는 빈곤한 것으로 나타나고 있어[9], 단순한 비교는 어려울 것이다. 더불어 최근 외교적 갈등은 일본의 경험과 교훈을 객관적으로 체계적으로 분석하는 입장에서도 제약점이 되고 있다. 한일 양국은 2000년 이상의 역사 속에서 서로 강한 영향을 주고받은 것이다. 그렇다면 지금 겪고 있는 갈등은 극복하기 어려운 게 아니다. 이웃 간에 사이가 좋지 않으면 이사를 가면 그만이지만 국경을 맞댄 나라 사이는 그렇게 할 수도 없다. 그렇다면 교류 협력해 상호 발전에 이바지하는 관계를 맺는다면 한국과 일본이 공유할 수 있는 비전은 얼마든지 만들 수 있을 것이다[10].

다. 목적

일본의 커뮤니티케어에 대한 현황을 검토하여, 향후 한국 고령사회에 대한 대비와 지역통합돌봄사업에 대한 교훈, 시사점을 도출하는 것을 목적으로 하고 있다. 우리나라의 현황을 간단히 기술할 것이며, 일본의 지역포괄케어시스템의 개념, 이념, 추진과 관련된 의료분야의 개혁, 장기요양보험인 개호보험, 지역포괄케어센터 등에 대하여 기술할 것이다. 재택의료, 방문간호스테이션, 인지증(치매) 그룹홈, 노인주거시설 등은 본 내용에 포함하지 못하지만 중요한 내용이다.

2. 내용

가. 일본의 지역포괄케어 시스템의 배경

일본 지역포괄케어 시스템의 선구가 된 것은 1970년대에 시작된 히로시마현 공립 미쓰기 종합병원을 거점으로 한 오노미치시 미쓰기초의 「지역포괄케어」이다. 이 「지역포괄케어」의 최초의 제창자인 미쓰기 종합병원 외과의 야마구치 노보루 의사는 1970년 당시 뇌졸중이나 심근경색으로 미쓰기 종합병원에 입원한 노인이 퇴원하여 가정에 돌아가 바로 「와병 생활(bed ridden)」이 되고 다시 입원하는 경우가 많다는 것을 깨달았다. 이에 대해 미쓰기초는 1975년부터 간호 및 의료를 가정에 「배달」하는 서비스를 시작하여 와병 방지에 힘쓰기로 했다. 또한 마을의 보건복지부문을 병원내의 건강관리센터로 통합하는 조직 개혁을 1984년에 실시했다. 이때부터 미쓰기초의 보건의료복지의 통합에 의한 「와병생활 예방」을 위한 실천을 「지역포괄 케어」라고 부르게 되었다.

이것이 보편화되어 전국적인 정책으로 실현해 나가는 데는 2000년 이후이다. 2000년에 개호보험제도가 시작한지 얼마 되지 않아 후생 노동성 보건국이 조직한 고령자 개호연구회가 발표한 「2015년 고령자 개호」에서 재차 「지역포괄케어」 구축의 필요성이 제언되었다. 또한 2010년의 「지역포괄케어 연구회」의 보고서 속에서 그 개념 정비가 이루어져 전국적인 정책으로 보편화되기에 이르렀다. 구체적으로는 개호보험제도 개정으로 「지역포괄지원센터」가 제도화되어 당시의 개호 요양병상의 폐지 방침에 대응하기 위한 「지역케어정비지침」의 책정이 의무화되는 가운데 드디어 지역포괄 케어는 2012년 개호 보험의 보수 개정부터 본격적으로 출발하게 되었다[7].

나. 일본 지역포괄케어 시스템 현황

1) 지역포괄케어 시스템의 개념

지역포괄케이스ystem은 「개호가 필요하게 되어도 익숙한 지역에서 그 사람다운 자립적인 생활을 할 수 있도록 의료, 개호, 예방, 생활 지원, 주거를 포괄적이고 지속적으로 제공하는 시스템」이다. 한마디로 [aging in place], [익숙한 지역에서 최후까지]라고 할 수 있다. 지역포괄케어 시스템은 보험자인 시정촌과 도도부현이 지역의 자주성과 주체성을 바탕으로 지역의 특성에 따라 만들어 나가는 것이다[11].

지역포괄케어 연구회 보고서에 따르면 [요구에 맞는 주택이 제공되는 것을 기본 바탕으로 생활상의 안전·안심·건강을 보장하기 위해 의료 및 개호 예방뿐만이 아닌 복지 서비스를 포함한 다양한 생활 지원 서비스가 일상생활의 장(일상생활 권역)에서 적절하게 제공될 수 있는 지역에서의 체제]라고 하고 있다. 의료 및 개호 수요를 같이 가지는 고령자를 지역에서 지탱해 나가기 위해서는 주택 등에서 제공하는 방문진료 등의 의료와 개호와의 연계가 필수적인 구성 요소가 되기 때문이다. 그리고 재택의료는 의사뿐만 아니라 치과의사, 간호사, 약사, 영양사, 재활 직종 인력, 케어 매니저나 도우미 등의 개호 관련 직종을 더한 다직종의 연계가 필요하다. 이러한 다직종협동·연계 체제를 갖추는 것이 필수 조건이 된다.

도표 3-2 사회보장, 세제일체개혁안에 의한 개호의 미래상

• 거주지, 의료, 개호, 예방, 생활지원이 일체적으로 제공되는 지역포괄 케어의 실현에 의해 중증요(要) 개호상태가 되어도 익숙한 지역에서 계속해서 자신다운 인생을 마지막까지 할 수 있게 된다.

(개혁의 주요한 구제방안)

- 24시간 대응 방문서비스, 그룹홈이나 소규모 다기능형 서비스 등의 서비스가 충실
- 개호예방 사업 등을 통해 요개호상태가 되는 고령자가 감소하고 자립한 고령자의 사회참가가 활발해진다.

〈그림 2〉 일본의 지역포괄케어의 모습(출처, 무토 마사키)

2) 지역포괄케어의 이념

지역포괄케어의 이념에서는 자조(自助), 호조(互助), 공조(公助), 공조(共助)의 4가지가 있다. 이것은 우리나라에서 별로 강조되지 않고 있는 것이며, 자원 조달과도 깊은 관련이 있어 많은 논의가 필요한 분야이다. 자조(自助)는 자신의 일 스스로 하다는 개인 수준의 것으로 필요한 것에 대한 시장서비스 구매도 포함한다. 호조(互助)는 서로 서로 지지하고 있는 것을 의미하며, 가족도 이 범위에 포함하기도 한다. "공조"와 공통점이 있으나 비용 부담이 제도적으로 뒷받침되지 않는 자발적인 지원을 의미한다. 공조(公助)는 세금으로 공동의 부담을 의미하며, 공조(共助)는 개호보험 등 위험을 공유(risk sharing), 피보험자의 부담을 통한 사회보험 방식을 의미한다.

비용 부담에 따른 구분은 시대와 지역별 차이가 있다. 「自助」, 「互助」는 2025년까지 고령자의 독신 생활과 고령자만 가구가 더 한층 증가하여 도시에서는 강력한 「互助」을 기대하기 힘들고, 민간 서비스 시장이 커서 「自助」에 의한 서비스 구입이 가능할 수 있지만, 도시 지역 이외의 지역은 민간 시장이 한정적이지만 「互助」의 역할이 중요할 수 있다.

저출산 고령화와 재정 상황에서 지방비, 국비, 장기요양보험 재정을 대폭 확충을 기대하기는 어려울 것이다. 그렇지만, 고령사회의 돌봄을 「自助」, 「互助」의 역할로 부담을 주기도 어려울 것이다. 주거, 일상 생활지원의 경우 인간의 기본적인 생활에 해당되는 것으로 누구에게 어느 범위까지, 누구의 어떤 재원으로 이를 해결할 것인가는 다양한 문제와 쟁점을 야기한다. 고령사회에서 돌봄 요구는 더욱 증가할 것이며, 대상자와 기준, 목적, 자원 부담에 대한 많은 논의가 필요하다.

〈그림 3〉 일본 지역포괄케어의 이념(출처, 일본 후생성 www.mhlw.go.jp)

3) 지역포괄케어의 구성요소

지역포괄케어시스템의 핵심적 구성요소는 '의료', '개호(생활지원)', '주거'로 구분할 수 있다. 일본의 지역포괄케어 개념의 화분도에는 본인, 가족에서부터 시작하고, '주거'와 '보건예방'의 분야도 포함하고 있다. 그런데 이 개념에 대한 강조와 세부적인 내용은 상황에 따라 변하였다. "생활지원, 복지 서비스"는 '개호예방, 생활지원'으로 '보건, 예방'이 '보건, 복지'로 2012년에는 변화가 있었다(니키류, 104쪽). "개호", "의료", "예방"라는 전문적인 서비스와 그 전제로서 "생활"과 "생활 지원·복지 서비스"가 서로 관계하고 연계하여 재택의 생활을 지탱하고 있다.

첫째, 주거와 주거 방식은 생활의 기반으로서 필요한 주거가 정비되고 본인의 희망과 경제력에 맞는 생활 방식이 확보되고 있는 것이 지역 포괄 케어 시스템의 전제. 고령자의 사생활과 존엄이 제대로 지켜진 주거 환경이 필요하다. 둘째, 생활 지원·복지 서비스는 심신의 능력의 저하, 경제적 이유, 가족 관계의 변화 등에서도 품위 있는 삶을 계속할 수 있도록 생활 지원한다. 생활 지원에는 식사 준비 등 서비스화할 수 있는 지원부터 인근 주민의 말걸기나 돌봄 등의 비공식적인 지원까지 폭넓고 담당자도 다양. 생활이 곤궁한 자 등에는 복지 서비스로서 제공도 고려한다. 셋째, 개호·의료·예방은 개개인이 가진 과제에 맞추어 "개호·재활", "의료·간호", "보건·예방"이 전문직에 의해서 제공되는(유기적으로 연계되어 일체적으로 제공). 케어메니지먼트를 토대로 필요에 응하고 생활 지원과 일체적으로 제공되는 것이다.

〈그림 4〉 지역포괄케어시스템의 5가지 구성요소(출처, 일본 후생성 www.mhlw.go.jp)

4) 지역포괄케어와 의료개혁

우리나라의 경우 아직 의료체계와 지역돌봄체계를 어떻게 연결할 것인지에 대한 정책은 거의 없다. 일본의 지역포괄케어 시스템은 의료제공체계와 연계되어 있고, 의료와 돌봄을 어떻게 제공할 것인지 전체 지역의 공급체계를 개혁하는 방향으로 볼 수 있다. 「의료의 기능 분화를 추진함과 동시에 급성기 의료를 중심으로 인적·물적 자원을 집중 투입하여 이어지는 회복기 등의 의료나 개호 서비스를 충실히 함으로써 총체적인 입원 기간을 가능한 단축한다. 또한 조기 가정 복귀 및 사회 복귀를 실현하고 동시에 재택의료·재택개호를 대폭 보충하여 지역에서의 포괄적인 케어시스템을 구축」할

것을 제안하고 있다. 『의료로부터 개호로』, 『병원·시설로부터 지역·재택으로』 이어지는 흐름을 진정 추진하고자 한다면 의료와 개호 두 가지를 말 그대로 ‘하나로 보고’ 재검토해야만 한다

우리나라의 중진료권과 유사한 제2차 의료권을 지역의료구상 구역으로 하여 4개 종류의 병상(고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기)별도 2025년의 '필요병상 수'와 '개호시설 및 재택을 포함한 재택의료 등'을 정하고 이를 이루어내는 것이다. 제2차 의료권은 전국에 약 300개 있는데 평균 인구는 약 40만 명이다. 지역의료구상은 지역포괄케어와 일체적으로 검토할 필요가 있다는 생각이다. 그 이유는 다음과 같다. ① 지역의료구상과 지역포괄케어는 사회보장개혁프로그램법 등의 법률에서 동격으로 포함되어 있다. ② 지역의료구상에서의 '필요병상 수' 감소는 향후 지역포괄케어를 구축해서 현재의 입원환자 중 약 30만 명을 재택의료 등(정확하게는 개호시설 재택의료 등)으로 이행시키는 것이 대전제로 되어있다. ③ 대학병원이나 대형병원 등을 제외한 대부분의 병원은 지역의 니즈에 부응하기 위해서도, 경영을 유지 발전시키기 위해서도, 지역의료구상뿐만 아니라 지역포괄케어에도 적극적으로 관여할 필요가 있다[8].

이러한 의료와 개호 연계의 법적 기반 정비를 한 것이 의료개호일괄법의 취지이기도 했다. 이 법의 하나인 개정 개호보험법에서는 재택의료와 개호의 연계가 시정촌의 지역지원사업 속에서 자리매김할 수 있도록 개정이 이루어졌다. 그리고 지역의료구상에서도 만성기 의료기능 속에서 재택의료의 필요량이 추계되는 등 의료법 중에서도 앞으로 제도 개혁이 이루어지려 하고 있다. 이러한 제도 개혁의 흐름을 각각의 지역에서 받아들이면서 지역포괄 케어시스템을 구축해 나가는 것이 중요하다[7].

5) 의료보험과 개호보험의 조정

우리나라에서 건강보험과 장기요양보험의 연계, 구분의 필요성이 제기되고 있다. 특히 요양병원과 요양시설에서 이 문제가 발생되고 있다. 일본은 2014년 6월 18일에 의료개호일괄법을 제정하였다. 의료와 개호의 개혁을 향한 개정 법안을 정리한 「지역에 있어서 의료 및 개호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관련 법률의 정비 등에 관한 법률안」(이하 의료개호일괄법)이다. 의료개호일괄법은 2025년을 내다 본 의료, 개호의 구조개혁법이라고도 할 수 있다. 그 중에서도 이 일괄법에서는 이후의 의료개호 서비스의 제공체제인 [지역포괄 케어시스템]의 구축을 최대 정책과제로서 자리매김하고 있는 것이 특징이다.

의료서비스는 원칙으로서 의료보험에서 지급되고 개호 서비스는 개호보험에서 지급된다. 양자는 사회보험이라는 점에서 같지만 각각 서비스 제공 주체나 서비스 내용, 담당하는 전문 인력, 보험의 구조가 다르다. 하지만 서비스를 받는 환자, 이용자는 어디까지나 한명이며, 그 수요에 대응한 의료와 개호 서비스를 케어 사이클의 흐름에 따라 단절없이 매끄럽게 제공할 필요가 있다. 하지만 현실에는 이 의료개호의 연계가 매우 힘들다. 이러한 것도 2000년에 개호보험이 만들어져 14년이 경과했지만 이 14년간 진료보수개정 7회, 개호보수개정 4회를 거쳐 각각 보수체계는 복잡화 다양화되고 있다. 이 복잡화한 의료, 개호의 양쪽의 서비스를 숙지해 제대로 양자를 코디네이트하는 것은 이제 쉽지 않게 되었다[7].

2000년 개호보험법 제정과 함께 고령자에 대한 공적 지원은 정부 및 지자체가 주도하는 양상을 띠게 되었다 이 시기 일본의 고령자 정책은 개호시설의 확충에 집중되었다. 2005년 개호보험법 개정은 공적 지원의 방향성에 중요한 전환이 일어나는 시발점이 되었다. 당초 예산을 뛰어넘는 개호서비스 비용의 급격한 확대에 따른 재정파탄의 위기감이 개호보험법 개정의 주요한 동기가 되었다. 장래의 개호급여비와 보험료 부담의 중대를 억제하기 위해 요개호자의 증가를 사전에 방지하는 개호예방 시스템의 구축이 추진되기 시작했다. 이에 따라 각 지자체 마다 개호예방사업의 핵심 추진기관으

로 지역포괄지원센터가 설립되기 시작했다. 또한 지자체를 중심으로 모든 고령자의 보건 및 복지를 종합적으로 관리한다는 발상에 따라 각종 고령자 생활지원 사업이 등장하기 시작했다[12].

재택서비스와 시설서비스 이용자의 비용 부담에 있어 형평성을 기하고, 개호보험과 연금의 중복급여를 방지하기 위해 개호보험 시설에서의 거주비와 식비는 보험급여 대상 외로 하여 본인이 부담하도록 했다. 재택지원을 강화하고 독거노인 및 치매 환자의 증가와 고령자 학대에 대응하기 위해 지역밀착형 서비스라는 새로운 서비스체계가 창설되었다. 지역밀착형 서비스는 시정촌 지자체의 지도 및 감독에 따라 지역 특성에 맞게 다양하고 유연한 방식으로 지자체의 피보험자들에게 제공되는 개호서비스를 말한다.

6) 지자체의 역할

2011년 개호보험법 제3차 개정 이후 지역포괄케어시스템의 구축이 정책의 핵심을 이루게 되었다. 지역포괄케어시스템의 구축은 시정촌의 고령자 복지를 종합화하고 의무화한 것이라고 할 수 있다.

일본 지방자치제도의 역사에서 지역포괄케어시스템 구축만큼 시정촌 지자체가 포괄적이고 독자적 권한을 행사하는 경우는 아마 없을 것이다. 그러나 지자체 공무원들에게는 이 점이 오히려 익숙하지 않은 것이다. 그동안 시정촌 지자체 직원들은 정부나 상위 지자체의 명령적 지침을 하달 받아 실행하는 업무를 주로 해 왔지만, 지역포괄케어시스템의 구축은 자신들이 사업을 기획·실행하여 지자체 내외부의 평가를 받는 것이기 때문에 업무의 양이나 책임에서 부담이 큰 것이다. 정부당국(후생노동성 및 관계기관)의 입장은 시정촌의 특수한 상황과 자율적 역량을 최대한 살린 지역포괄케어시스템을 구축하라는 것인데, 시정촌 당국자들의 입장에서는 정부의 예시적 지침을 충족시키거나 기존의 업무평가 방식에서 인정될 수 있는 사업을 창안·실행하는 것이 안전하다.

일본 정부 및 지자체의 고령자 지원의 범위는 갈수록 확대되고 있으며, 신체적 자립성을 상실한 고령자에 대한 개호지원에서 고령자 전체에 대한 개호예방과 생활지원으로 무게 중심이 옮겨가고 있다. 이 과정에서 나타나는 행정력의 한계와 지자체의 과중한 부담을 파악해야 한다. 일본에서 고령자 지원은 정부 차원의 보험공단이 아니라, 시정촌(도교도는 특별구) 지자체가 보험자가 되어 개호보험제도를 운영하고, 고령자지원 행정의 핵심주체가 되는 것은 한국과 다른 일본의 특성이다. 이 구조는 일본의 개호보험법이 시행될 때 결정된 것이고, 변함이 없다. 한국의 연구자들이 흔히 범하는 오류는 한국식 제도와 사고에 너무 익숙한 나머지 일본의 개호보험제도 및 그 운용 양상을 지자체 차원을 빼고 중앙 정부 차원에서만 검토하는 것이다. 이것은 자동차 설계도를 그리는 사람이 외관의 모양만을 그리는 것과 유사한 일이다 [12].

7) 지역포괄케어센터

지역포괄지원센터는 지역 고령자의 종합상담, 권리옹호나 지역의 지원체계 만들기, 개호예방 원조 등을 실시하고, 고령자의 보건·의료의 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하는 것을 목적으로 하는 기관으로 시정촌이 설치한다. 고령자가 익숙한 지역에서, 건강하고 활기찬 생활을 보낼 수 있도록 하기 위해, 개호 보험 서비스뿐만 아니라, 보건, 의료, 복지, 전문직이나 자원 봉사자와 같은 지역의 여러 가지 자원을 종합한 포괄적인 케어(지역 포괄 케어)를 제공하기 위해서 설치된 창구이다. 지역포괄케어 실현을 위한 핵심적인 기관이다 현재 전국에 약 4,300개소가 설치되어 있다(2012년

4월 현재, 지사(출장소)를 포함하면 7,000개소 이상).

지역포괄지원센터는 시정촌이 설치 주체가 되어 보건사, 사회복지사, 주임개호지원전문원 등을 배치하고, 이들 3직종의 팀 어프로치에 의해 주민의 건강유지 및 생활안정을 위해 필요한 원조를 함으로써 보건의료의 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하는 것을 목적으로 하는 시설이다(개호보험법 제115조의 46 제1항).

〈그림 5〉 지역포괄지원센터의 역할

주요 업무는 개호예방지원 및 포괄적 지원사업인 ① 개호예방매니지먼트 업무, ② 종합상담지원 업무, ③ 권리옹호 업무, ④ 포괄적, 계속적 케어매니지먼트 지원 업무이고, 세대 간의(횡단적인) 연계네트워크를 구축해 실시한다. 지역포괄지원센터의 설치 주체는 직영이 약 30%, 위탁 이약 70%이고, 위탁이 증가하고 있다[8].

8) 재택의료와 지역돌봄 서비스

의료 및 개호 수요를 같이 가지는 고령자를 지역에서 지탱해 나가기 위해서는 주택 등에서 제공하는 방문진료 등의 의료와 개호와의 연계가 필수적인 구성 요소가 되기 때문이다. 그리고 재택의료는 의사뿐만 아니라 치과의사, 간호사, 약사, 영양사, 재활 직종 인력, 케어 매니저나 도우미 등의 개호 관련 직종을 더한 다직종의 연계가 필요하다. 이러한 다직종 협동·연계 체제를 갖추는 것이 필수 조건이 된다.

일본에서도 아직 의료와 개호를 어떻게 연계할 것인지에 대해서는 지자체별로 특성을 고려하여 접근하고 있다. 의료 담당 부서와 개호 담당 부서가 관공서의 수직적 조직 속에서 의사소통이 잘 되지 않는 경우도 많았다. 이 때문에 지역포괄 케어시스템에서 재택의료와 개호의 담당 부서를 횡적으로 연결할 수 있는 새로운 조직을 만들거나 보건, 국민의료보험, 개호 등의 담당 부서의 사전 협의와 연계 속에서 담당 부서를 결정하는 것이 중요하다.

재택의료와 개호연계체제의 구축에는 재택의료에 중심적인 역할을 하는 지역의사단체의 '시군 의사회'와의 협동관계

가 대단히 중요하다. 또한 의사회 측에서도 이러한 시구정촌의 움직임에 응해서 의사회 내부에서도 의사통일을 꾀하며 적극적인 지역포괄 케어시스템의 구축, 특히 재택의료와 개호연계의 구축을 향해 시구정촌과의 협력체제, 의사소통을 꾀하려는 노력이 필요하다[13].

지역포괄케어를 확보하기 위한 의료보험과 개호보험의 급여 내용과 범위는 상당히 다양하여 재택医료를 통한 서비스 뿐 아니라, 개호 돌봄 서비스의 경우에도 매우 다양하다. 일본의 노인들이 받을 수 있는 서비스는 매우 다양하다, 그 내용을 전체적으로 파악하기 어렵고 너무 복잡하기까지 하다.

첫째, 사는 곳에서 이용하는 서비스로는 방문개호(홈헬프), 방문 개호원(홈 헬퍼)이 가정에 방문하여 개호나 가사 등의 일상생활상의 관리를 하는 서비스, 방문간호(간호사 등이 가정을 방문하여 영양상의 관리 또는 필요한 진료의 보조를 실시하는 서비스), 정기순회·수시 대응형 방문개호 및 간호(방문개호와 방문간호를 정기적 순회 또는 필요할 때 받는 서비스), 방문입욕 개호(가정에 욕조를 반입하여 목욕하는 서비스), 방문재활(물리치료사나 작업치료사, 언어치료사가 가정에서 재활을 실시하는 서비스), 주택요양 관리지도(의사, 치과의사, 약사, 영양사 등이 방문하여 요양생활에 필요한 조언을 하는 서비스), 복지용구 대여(일상생활이 더 살기 좋게 되도록 휠체어·침대 등의 복지용구를 대여 받는 서비스(개호도에 따라 일부 제외 용구가 있음))

복지용구 구입비(입욕·배설 등에 사용하는 복지용구 구입비용의 환불을 실시하는 서비스), 일상생활 용구(더 안전하게 생활하기 쉽도록 용구를 빌리거나 받을 서비스로 대상은 65세 이상의 혼자생활하거나 노쇠한 사람), 주택 개조비(난간의 설치나 단차해소 등의 주택 개조비용의 환불을 실시하는 서비스), 고령자 생활지원(독립적인 생활을 유지하기 위해 개보 예방으로 일상생활에 밀착한 다양한 서비스(대상은 개호 예방과 생활지원을 필요로 하는 고령자)이다.

둘째, 직접 가서 이용하는 서비스로는 통소개호, (데이서비스), 개호 사업소에 다니고 목욕, 식사 등의 일상생활상의 관리 및 레크리에이션 등을 실시하는 서비스, 통소재활(데이케어). 병원이나 개호 노인 보건시설에 다니고 필요한 일상생활동작 훈련, 개별 재활 프로그램 등을 실시하는 서비스로 소규모 다기능형 주택개호(다니는 것을 중심으로 이용자의 상태나 희망에 따라 숙박 및 방문 서비스를 함께 받는 서비스), 단기입소 생활개호(단기보호, 단기입소 시설, 특별 양호 노인 홈 등에 단기간 입소하여 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활상의 도움이나 기능훈련을 받는 서비스), 단기입소 요양개호(단기보호, 개호 노인 보건시설, 지정 개호 요양형 의료시설 등에 단기간 입소하여 간호, 의학적 관리 하에서 개호, 기능훈련, 일상생활상의 도움을 받는 서비스), 모임활동(지역의 자발적인 모임 장소) 등이 있다. 위의 이런 서비스 들은 의료보험과 개호보험을 통해 제도될 수 있는 것들이다[14].

9) 성과 및 평가지표

일본의 지역포괄케어는 아직 그 성과를 명확히 제시하지는 않고 있다. 사회 전반적 시스템의 변화, 의료체계, 돌봄체계의 변화가 단기간에 나타나기는 어렵기 때문이며, 한국에 비하여 장기적 시각으로 접근하고 있는 일본의 특성이 반영되어 있을 것이다. 그러나 일본 지역포괄케어의 효시라고 할 수 있는 공립미츠기병원의 보고서는 그 성과를 아래와 같이 제시하고 있다[15].

첫째, 외병 생활 노인이 감소하였다. 히로시마현 오노 미치시에서는 1975년부터 전국 최초로 거동 제로를 목표로 출장 의료 (홈 케어)를 시작하였으며 10년이 경과 한 1985년경에는 외병 생활 노인이 3 분의 1로 감소하였다. 그리고 "노

최 한 많은 인위적으로 만들어진 노쇠하며 노쇠를 방지하는 것은 노인의 QOL (삶의 질) 향상에 도움이 되었다.

둘째, 지역포괄 의료 케어를 추진함으로써 시설 관리에서 홈 케어로 이동되어 고령자의 생활 향상에 도움이 되었다. 정든 집에서 가족과 함께 생활하고 싶다는 것이 많은 노인의 소원하지만 현실은 개호를 필요로 하는 고령자는 "가족에게 폐가 걸린다"고 생각 개호하는 가족은 "집 에서 간호는 환경이나 조건이 갖추어지지 않은 "등의 사정으로 시설에 입소하는 경우가 많다. 방문 서비스, 통소 서비스, 주택 개수 서비스, 복지 용구 대여 서비스와 시설 관리와의 연계 등을 충실하여 고령자 본인도 가족도 안심하고 채택 케어를 선택할 수 있는 것 됩니다.

셋째, 건강 증진 및 노인 의료비의 적정화가 되었다. 보건, 의료, 간호, 복지 서비스를 관계 기관이 연계하여 일체 적으로 제공하는 지역포괄케어시스템을 구축하고 있는 지역에서는 노인 의료비가 도도부현 평균을 밑돌고 있습니다.

넷째, 지역포괄케어시스템이 갈수록 지역 경제 활성화로 이어지는 효과가 나오고 있다. 많은 지역 의료보험가입자가 많은 지역은 산간 지역 등의 도시 지역 이외의 지역이지만 병원과 노인 보건 시설, 케어 하우스, 그룹 홈 등의 시설의 운영 또는 각종 보건 사업을 추진하기 위해, 전문직 등 많은 인력이 모여 지역 주민의 고용 증대에도 연결되어 있습니다. 또한 입원, 입소, 통원, 통원 환자와 가족, 그리고 직원 등 시설을 방문하는 사람들에 의해 주간 인구의 증가와 소비 등 지역의 활성화를 볼 수 있습니다.

일본의 지역포괄케어 시스템 전체에 대한 평가는 아직 기대하기는 어려우며, 지역에 따라 추진되는 성과가 다르게 나타날 것이다. 다만, 지역포괄케어평가를 위한 개념들과 지방자치체에서 평가 지표를 참고하면 향후 어떤 성과를 보일 것인지 파악할 수 있을 것이다[16, 17].

〈그림 6〉 지역포괄케어 시스템의 평가 개념들

〈표 1〉 정든 지역에서의 요양 생활의 유지(65세 이상 노인)에 관한 지표 목록

	지표	정의
S	재택 요양 지원 병원 수	지역 내 재택 요양 지원 병원의 수
S	재택 요양 지원 진료소 수	지역 내 재택 요양 지원 진료소의 수
P	방문 진료 대상 환자 수	방문 진료의 대상이 되고 있는 환자의 수
P	방문 간호 이용자 수	방문 간호를 이용하고 있는 사람의 수
O	병원에서 가정 복귀율	퇴원 처가 자택인 환자 수 / 퇴원 환자 수
O	의료 의존도가 높은 환자의 가정 복귀율	퇴원 처가 자택인 환자수(의료 구분 2,3) / 퇴원 환자 수
O	개호 노인 보건시설 등의 재택 복귀율	퇴소 처가 자택인 인원 / 퇴소 자수
O	시설 입소 비율	65세 이상 인구 중, 개호 보험 시설에 입소한 사람의 비율
O	중증 개호 요구자의 재택지원율	개호 요구도 4 이상인 자 중 가정에서 생활하고 있는 비율
O	65세 이상 고령자의 전출 비율	1년간의 전출자 수 가운데 65세 이상 고령자 비율
O	개호가 어려워져 전출된 고령자의 비율	65세 이상 고령자의 전출자 가운데, 간호를 이유로 전출한 자의 비율
O	독거노인의 이사 비율	65세 이상 독거노인 중 이사 한 사람의 비율
O	노인 가구의 이사 비율	65세 이상 노인 가구 중 이사한 사람의 비율
O	재택 요양을 지지하는 가족의 만족도	임의
O	재택에서의 주된 개호 사용자 만족도	임의
O	재택 요양을 지지하는 관계자의 만족도	임의

S-구조평가, P-프로세스 평가, O-Out Come 평가

3. 시사점

일본과 우리나라의 단순한 비교보다는 그 작동 기전에 대한 이해하는 것이 중요하다. 한 나라의 단순한 모방이 다른 곳에 쉽게 작동되지 않는다. 일본의 지역포괄케어시스템에 대한 이해에도 많은 시간과 그 사회의 제도, 문화를 이해하기 위한 노력이 필요하다.

일본의 지역포괄케어 시스템에 대한 검토에서 몇 가지 시사점만을 검토하여 제시하고자 한다. 첫째, 지역포괄케어 시스템을 둘러싼 환경, 다른 제도, 정책과의 관계이다. 일본의 지역포괄케어 시스템은 의료체계의 전체적인 흐름, 의료구상, 입원중심에서 지역중심으로의 전체적인 방향의 전환 속에서 이루어지고 있다는 것이다. 둘째, 지역포괄케어의 수립과 시행의 행정적 주체로서 시정촌의 역할과 역량이 중요하다는 것이다. 개호보험의 보험자이며 지역의료보험의 보험자로서 시정촌의 역할과 시정촌 보건복지행정의 주체로서 시정촌이 중심이 되어 민간의료와의 협력체계를 구축해 가는 것이다. 중앙정부는 시정촌이 이런 제도를 시행하기 위한 다른 제도의 설계, 지원을 담당한다. 셋째, 의료, 개호, 생활지원, 지역의 다양한 활동을 지원하기 위해 다양한 조정, 연계를 위한 제도, 정책, 활동이 이루어진다. 지역포괄케어센터, 케어 코디네이터와 같은 새로운 조직과 인력뿐 아니라 다른 분야 간의 연계 조정을 위한 퇴원조정, 재택의료, 방문간호, 방문개호, 통소 서비스, 단기입소 등 통합적 지역돌봄 서비스를 위한 개별 사업, 서비스뿐 아니라 이를 연계 조정을 위한 다양한 정책이 존재하는 것이다.

가. 지역포괄케어와 의료개혁

앞에서 살펴보았듯이 '병원, 시설에서 지역으로'라는 커다란 정책의 방향을 설정하고, 전국의 제2차 의료권을 지역의료구상 구역으로 하여 4개 종류의 병상(고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기)별로 2025년의 '필요병상 수'와 '개호시설 및 재택을 포함한 재택의료 등'을 정하고 이를 목표로 의료에 대한 시설을 개혁하기 위한 접근이 있다. 기존의 급성기 병상을 실제로 축소하는 것은 매우 어려워 많은 진전을 이루지 못하는 듯하다. 급성기에서 회복기, 만성기로써 기능 전환을 통해 입원 중심에서 지역 중심으로 방향을 전환하고 있다. 여기에서 보험수가, 소비세를 통한 재정지원과 함께 도도부현이 이를 개선하기 위한 행정적 노력이 동반된다. 고도급성기, 급성기 병상의 조정, 축소에는 일본의 입원 환자의 수가체계인 DPC 제도와 함께 검토하는 것이 필요하다. DRG를 변형한 이 제도는 급성기의 재원기간이 길면 병원은 수익성에 손해를 보게 된다. 가능한 입원환자를 빨리 퇴원시켜야 되며, 이를 위한 기관간의 연계, 지역연계 CP, 퇴원 조정, 퇴원계획 수립 등의 입원에서부터 퇴원을 준비하고, 퇴원 후 어느 기관을 갈 것인지, 재택복귀를 위한 제도와 정책이 존재한다.

고도급성기, 급성기 병상을 감소하고 지역기반의 시설, 재택의료, 지역포괄케어 시스템을 강화하려는 노력은 동시에 이루어져야만 한다. 우리나라와 같이 급성기 병원, 중소병원, 요양병원이 환자를 입원시키려 하고, 환자도 병원에 오랫동안 입원하려고 한다면, 지역통합돌봄 시스템을 구축하는 것은 일시적, 부분적인 성과만을 거둘 것이다. 장기적으로 현재의 지역별 병상규모, 병원의 기능 조정, 지역단위 통합돌봄을 위한 시설, 인력 등을 어떻게 확보할 것인지에 대한 의료계획과 지역통합돌봄계획이 연계를 갖고 이루어져야 한다. 현재에도 물론 보건소가 중심이 되어 작성하는 지역의료계획이 존재하고, 복지행정기관이 중심이 된 지역복지계획이 존재하지만 실제적인 기관, 서비스의 공급체계 조정을 위한 권한과 역량, 중앙정부의 정책적 지원은 존재하지 않고, 따라서 작동되지 않는 계획서에 불과하다. 의료전달체계의 개선, 급성기 병원과 일차의료의 기능개선, 방문의료를 활성화하기 위한 수가 개선 등의 의료개혁과 지역포괄케어 시스템 구축이 연계되어야 한다.

병원에 '지역연계실'(사회복지팀, 사회복지사·의사·간호사 등) 설치, 퇴원 전 종합적인 환자평가-퇴원계획 수립 및 지역사회 연계를 제시하고 있다. 암환자에 대해 퇴원·사후관리계획 수립 및 퇴원 후 건강관리, 사회생활 복귀 상담·교육과 서비스 연계를 지속적·통합적으로 제공한다. 암 환자에 대해서는 지역암센터와 같은 정부 지정된 대학병원이 지속 추진하던 사업이다.

요양병원의 급속한 양적 증가와 질적 수준, 사무장 병원에 대한 문제는 지속적으로 제시되었다. 특히 요양병원의 기능 분화 필요성은 지속적으로 제기되었으며 커뮤니티 케어에서도 요양병원은 노인의 다양한 수요를 전문적으로 지원할 수 있도록 회복·재활, 호스피스, 치매전문 등으로 기능 분화를 주문하고 있다. 기능별 시범사업 추진 후 제도화 방안을 검토할 것이다. 재활의료기관 시범사업, 공립요양병원 중심 치매안심병원 지정·운영 등을 계획하고 있다. 탈시설, 탈병원과 지역복귀 중심으로 환자를 치료해야 한다는 것을 의미한다.

나. 지자체의 역할과 역량 강화

일본은 우리나라보다 각 지리적, 지형적 특성이 강하다. 지방자치가 오래전부터 활성화된 것도 그 이유이다. 지역포괄케어시스템에 있어 이런 영향은 개호보험의 시정촌의 역할에서 나타난다. 보험자로서 시정촌의 역할이 중요하다. 복지

서비스의 제공자라기보다는 사회보험자로서 공급자와 노인을 포함한 가입자에 대한 수요, 공급체계를 조절한다. 기본적인 정책 방향은 중앙정부가 제시하더라도 구체적인 지역특성에 맞는 '지역포괄케어시스템'은 해당 지역의 특성에 따라 다르다. 그래서 일본의 어떤 학자는 '시스템'이 아닌 '네트워크'에 불과하다고 비판하고 있다. 지방자치단체의 역할이 매우 중요하다.

재원의 차이를 주목하는 것이 중요하다. 우리나라의 커뮤니티케어는 아직 구체적인 재원을 제시하지 않고 있다. 기존의 사회복지의 확대, 건강보험 및 장기요양보험에서 실시하고 있는 일부 사업의 확대를 제시하고 있다. 아마도 보건복지부의 복지 예산의 확대, 복지인력의 확충을 통해 커뮤니티케어를 추진하려는 의도인 것 같다. 복지 예산은 국비, 지방비의 비중에 차이가 있을 수 있지만 이것은 '보험재정'과는 근본적인 차이가 있다. 일본은 '개호보험'이라는 보험재정을 통해 지역포괄케어시스템을 구축하고 있다.

장기적인 측면에서 지방자치단체의 역량이 커뮤니티케어의 성공과 직접 관련되어 있다. 노인의 독립적인 생활을 할 수 있도록 지원하는 커뮤니티케어는 평소 살던 집이나 지역사회에서 살 수 있도록 해야 한다. 요양병원이나 요양시설보다는 집이나 내가 살던 동네가 중요하다. 지역사회에 적합한 자원이 개발되고 연계되어 서비스의 제공이 이루어져야 한다. 그래서 일본의 니키류 교수는 지역포괄케어시스템에 대해 전국에서 일률적으로 실시되는 '시스템'이 아니라, 각각의 지역에서 자율적으로 추진되는 '네트워크'이라고 한다. 즉 지역에서 생활하기 위한 지원의 포괄화, 지역연계, 네트워크 형성이라고 강조하였다[18]. 중앙 정부의 기준과 지침의 제시는 필요하지만 지역의 특성에 맞는 사업을 개발하고 실행하기 위한 지방자치단체의 역량에 있어서 '재정'에 대한 논의가 무엇보다 중요하다. 커뮤니티케어의 재정 전략을 검토하는 것은 이 정책의 지속성과 관련되어 매우 중요한 사항이다. 그런데 중요한 것은 별도의 재정적 검토가 아닌 '지방자치단체'를 그 핵심에 두고 재정 전략을 검토해야 한다.

정부의 발표에도 재정 조달, 자원 분담 원칙·방식(중앙정부-지방정부, 조세-사회보험 등)과 함께 지자체에 지역 주민의 커뮤니티케어 달성에 필요한 재정적 책임과 인센티브 부여방안을 검토하고 있다. 의료급여는 지자체가 서비스 제공과 재정 부담을 모두 담당하고 있어 커뮤니티케어를 위한 재정적 유인 존재하지만, 의료급여가 아닌 다른 노인의 경우 이런 재정적 인센티브가 없다. 포용적 복지에서 추구하는 커뮤니티케어는 취약계층만을 대상으로 하는 것이 아니라 노인 전체를 대상으로 한다.

〈그림 7〉 커뮤니티케어를 위한 지역 재량자금(출처, 석재은)

지역사회가 장애인, 치매 노인, 정신질환자를 배제하지 않아야 한다. 우리 마을에 노숙자들이 다니면 불안하여 신고하고, 거동 불편한 노인들이 집보다는 시설, 병원에 들어가 있어야 안심한다. 그런데 병원이나 시설에 가면 그 비용은 건강보험이나 노인장기요양보험에서 지불한다. 지방자치단체의 입장에서 노인, 치매, 장애인들이 지역에 오면 오히려 재정적 부담이 증가할 것이다. 지자체가 재원이 부족한 상황에 탈시설화, 탈원화되는 돌봄이 필요한 노인을 받아들일 기전이 없다.

지자체에 재정적 권한을 부여하는 것은 지자체의 역량과 직접 관련된다. 커뮤니티케어 재원은 고유한 개별제도 재정에 더하여 커뮤니티케어로 인한 비용 절약분에 기반을 둔 건강보험 및 노인장기요양보험의 기여금과 중앙정부 및 지자체 지원 보조금을 합한 커뮤니티케어 재량자금으로 구성하자는 제안이 있다[19]. 기존 제도와 법 개정, 재정 당국의 설득 등 난제가 많지만 좋은 제안이다.

다. 지역통합돌봄의 내용

한국형 커뮤니티 케어는 'Community의 확장'과 'Care의 연속화'를 목표로 하는 3 Community(In the community, By the community, Decentralized community)와 3 Care(medical & health, long-term care 및 social care, independent living)을 조합하여 종합적인 정책으로 추진되어야 한다. 커뮤니티케어정책은 지역사회 내에서의 돌봄(Care in the Community)과 지역사회에 의한 돌봄(Care by the Community)으로 접근하되, 우리나라의 지방분권 구조에서 고려되어야 한다[20].

지역통합돌봄을 위해서는 다양한 서비스가 제공되어야 한다. 노인이 사는 곳에서 이용할 수 있는 방문돌봄, 방문재활, 방문간호, 방문의료, 정기순회 및 수시 대응 방문 서비스, 복지용구 대여 및 구입, 주택 개조 지원 등 개발되어야 한다. 또한 직접 가서 이용하는 서비스로 통소 데이케어 서비스(목욕, 식사 등), 통소재활, 병원이나 보건시설, 복지시설에서 다양한 일상생활동작 훈련, 개별 재활 사업, 단기입소 생활지원, 노인의 지역의 자발적인 모임 지원 등 다양한 서비스가 있어야 한다. 현재 있는 서비스의 질적 수준도 개선되어야 한다. 정부발표에도 품질관리체계 구축방안으로 서비스 제공기관, 케어매니저 등에 대한 품질관리, 커뮤니티케어 성과평가를 위한 지표 발굴 및 적용을 제시하고 있다. 양적, 질적으로 다양한 서비스는 미래의 일자리와 연관될 것이다.

〈표 2〉 커뮤니티케어에 필요한 서비스의 종류

	서비스 종류
입소 및 거주	지역사회 보건, 복지시설, 치매 공동주거 시설, 노인 그룹홈, 장애인 공동시설 등
단기체류	단기 입원, 입소 가능한 보건, 의료, 복지 시설,
데이케어	회복기 재활, 허약 노인, 치매 노인, 장애인 및 정신질환자 등
재가	방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문간병, 방문요양, 방문생활지원 등

주거시설 및 각종 장비, 이송 차량 등 신축 및 리모델링을 통해 필요한 시설을 확충해야 한다. 그룹 홈, 치매 공동주거 시설, 단기체류(short stay) 시설, 데이케어 센터의 경우 표준 주택 건축 및 시설 모델이 필요하다. 단기, 장기적 주택, 주거 환경 정책에 반영해야 한다. 또한 노인, 장애인, 치매노인 친화적인 주거 및 생활환경을 위한 ① 설비, 장비, 비품, ②

이송차량, ③ 안전 및 사고 모니터링 장비 및 비품 등을 개발하여 지원해야한다. 이런 분야에 대한 산업화의 가능성을 검토해야 한다.

이를 위해서는 이런 서비스를 연계, 조정하는 것은 필수적이다. 어느 단계에서, 어느 수준으로 이것을 만들고, 조정할 것인가이다. 노인 복지분야와 보건의료분야의 연계 체계를 제시해야 한다. 급성기 병원에서부터 필요하다. 입원 환자의 퇴원 준비를 할 수 있어야 한다. 요양병원, 요양시설은 어떻게 바뀌어야 하는지 제기되어야 한다. 노인 돌봄이 필요한 대상자들이 퇴원 이후 지역사회에서 어떤 서비스를 어떻게 받을 수 있는지 그 흐름을 구체적으로 파악할 수 있어야 한다. 분절된 사회서비스를 통합적으로 제공해야 보건의료 및 복지 사각지대가 해소될 수 있다. 누가 어떤 권한과 책임을 갖고 실제적인 연계를 할 것인가? 보건과의 연계 실행 방안이 제시되어야 한다. 정부 발표에도 현장에서 서비스 간 연계를 저해하거나 칸막이화를 조장하는 복지사업지침 일제 정비를 제시하고 있다.

노인복지서비스의 보호영역인 노인장기요양보험, 노인돌봄바우처, 재가노인복지서비스 등의 유사서비스 공급체계에 대한 효율성과 적합성에 대한 검토가 필요하다. 노인보호와 관련된 서비스는 다양한 사업명을 가지고 정부 부처별, 그리고 복지 주무부처인 보건복지부 내에서도 여러 사업이 진행되고 있다[21]. 또한 장기요양 욕구가 높은 대상자에 대해 노인장기요양보험의 시설급여와 건강보험의 요양 병원 간 역할이 명확히 구분되지 못하며, 급여 이용자 입장에서도 구분이 어려운 상황이다. 상대적으로 요양 욕구가 낮은 재가 거주 노인의 경우 장기요양보험, 돌봄종합서비스, 재가서비스 등 재가에서 제공하는 다양한 서비스 간의 연계가 이루어지지 못하는 문제도 있다. 서비스를 관리하는 주체가 건강보험공단과 지방자치단체로 분리되어 있기 때문에 지역 내 노인돌봄에 대한 종합적이고 체계적인 관리에 어려움이 발생하는 것이다.

4. 결론

일본의 지역포괄케어 시스템의 구축에 관한 현황을 기술하고, 우리나라의 지역통합돌봄 정책에 대한 시사점을 몇 가지 도출하였다. 시간, 지식의 한계로 인하여 일본의 보다 구체적이고 정확한 현황을 파악하는데 한계가 있었으며, 이후 다른 연구자들을 통해 더욱 장기적인 흐름 속에서 일본의 지역포괄케어를 파악하기 위한 노력이 필요할 것이다. 시사점 도출에 있어서도 우리의 주요 과제에 대한 성찰과 이에 대한 교훈을 도출하는 것은 계량적 분석이 아닌 지식과 경험, 직관에 의존해야 하는데 이에 많은 한계를 느끼지 않을 수 없었다. 새로운 관점, 이론, 정보들이 추가되어 우리나라 보건의료와 지역통합돌봄의 발전에 도움이 될 것을 기대한다.

참고문헌

1. 보건복지부. 재가·지역사회 중심으로 사회 서비스 제공” 커뮤니티케어 (Community Care) 본격 추진. 2018, 03, 12, http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344177&page=1
2. 보건복지부. 한국형 “커뮤니티케어(Community Care)”, 전문가와 현장의 참여로 함께 만든다. 2018, 05, 17. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344841&page=1
3. 보건복지부. 「지역사회 통합돌봄」, 8개 지자체에서 첫 걸음. 2019, 04, 04. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=348925
4. Davies B. The reform of community and long-term care of elderly persons: an international perspective. In: Scharf T, Wenger CC, eds. International Perspectives on Community Care for Older People. Brookfield, VT: Ashgate, 1995; 21-38.
5. Vladeck BC. Overall perspectives. In: Wiener JM, Clauser SB, Kennell DL, eds. Persons with Disabilities: Issues in Health Care Financing and Service Delivery. Washington, DC: Brookings Institution, 1995; 19-28.
6. Wu SC, Chuang KY. Aging in place: the direction of Taiwan long-term care policy in 21st century. Taiwan J Public Health 2001; 20: 192-.201.
7. 무토 마사키 저, 이견세, 김수진, 박진상 역, 일본의 의료보험 개호보험 개혁, 2025년을 향한 카운트다운, 서울: 계축문화사. 2017
8. 니카리 저. 정형선, 김도훈, 김수홍 역. 지역포괄케어와 지역공생사회, 일본의 커뮤니티 케어. 북마크. 2018년 11월 3일. 26-28
9. 이윤경. 고령사회 도래에 따른 대응 방향 모색: 일본 사례의 시사점 검토. 보건복지포럼 (2017. 12.) 9-17.
10. 정재정. “한국은 100년 전 고래들 속 새우 아니다…돌고래 정도로 성장”. <https://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20150622004003>
11. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
12. 이윤경, 진필수, 김희경, 박지환, 김영, 이지원, 김은혜. 안전사회 일본의 동요와 사회적 연대의 모색. 2017. 서울대학교 일본연구소. 박문사.
13. 千葉市地域包括ケア推進課. 千葉市の地域包括ケア推進 -在宅医療・介護の連携について-. 平成29年5月22日, 第125回市町村職員を対象とするセミナー
14. 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課. 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬. 平成29年2月15日. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/seireisiryoku5.pdf>
15. https://www.kokushinkyo.or.jp/index/about_kokuho/kokho_approach_result/tabid/115/Default.aspx
16. 株式会社 日本総合研究所. 地域支援事業の実施状況及び評価指標等に関する 調査研究事業 報告書 平成29年3月. https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/170331_chiikishien.pdf
17. 全国国民健康保険診療施設協議会. 過疎地域等における地域包括ケアシステム構築に関する調査研究事業等. 地域包括ケアシステム推進の取組状況の把握・評価のために. 平成27年3月
18. NIKI Ryu. 일본에서의 최근 의료제공(병원) 제도 개혁과 논쟁. 2018.3.23 NECA Annual Conference 자료집.
19. 석재은. 커뮤니티케어 목표와 전략. 2018. 10. 25 커뮤니티케어 연구 모임 발표자료.
20. 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. 「해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념 정립 및 추진방향 연구」. 서울연구원, 보건복지부. 2018. 10. 117-121.
21. 이윤경·염주희·이선희. 고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편. 한국보건사회연구원. 2013.