

## 지역사회 기반 일차의료와 커뮤니티케어

배 병 준

보건복지부 사회복지정책실장  
커뮤니티케어 추진본부장



커뮤니티케어(Community Care)로의 역사적인 대장정이 시작되었다. 서구사회에서 이미 수십 년 전 부터 시작한 커뮤니티케어로의 전환이지만 우리는 이제 막 발을 떼었다. 지난 1월 보건복지부는 2018년 연두업무보고에서 커뮤니티케어 추진 로드맵을 마련하겠다고 밝혔다. 3월에 보건복지부 내 관련 부서가 모두 참여하는 전사적인 조직인 커뮤니티케어 추진본부를 구성한지 약 8개월 만에 1단계 노인 커뮤니

티케어 기본계획을 수립하고 지난 11월 20일 대통령이 주재하시는 국무회의에 보고한 바 있다.

역사적인 대장정이라 밝힌 이유는 크게 2가지가 있다. 지금의 대형시설과 병원 중심에서 지역사회 중심으로 돌봄의 근본적인 패러다임 전환을 꾀한 것이 첫째이고, 둘째는 서구 사회가 그러했듯 앞으로 20~30년간 꾸준히 추진해야 할 과정적인 정책이라는 점에서도. 이제 기본계획을 수립하였고 내

년부터 지자체에서 커뮤니티케어 제공모델 마련을 위한 시범사업을 실시할 계획이며, 시범사업 내용을 바탕으로 2022년까지 ‘(가칭) 지역사회 통합 돌봄 기본법’을 제정하고자 한다.

기본계획의 로드맵과 심층 검토과제에서 밝혔듯이 앞으로 해야 할 과제가 산적하고 이는 정부와 지자체만의 노력이 아니라 보건의료 및 사회복지계의 폭넓은 참여를 통하여 완성될 수 있을 것이다. 대장정의 길은 모두에게 열려 있고 이 길에 모든 직역단체와 전문가들이 함께 해주기를 요청한다. 대장정의 길을 안내해 줄 가이드 역할을 할 1단계 노인 커뮤니티케어 기본계획(지역사회 통합 돌봄 기본계획, 이하 ‘기본계획’)이 무엇인지 보건복지부 커뮤니티케어 추진본부장으로서의 생각을 밝혀보고자 한다.

커뮤니티케어가 필요한 대상자는 노인뿐 아니라 장애인, 정신질환자, 노숙인, 아동 등 다양하다. 이번에는 노인을 대상으로 한 기본계획을 수립하였다. 이유는 우리사회의 근본적 변화를 야기할 초고령사회가 얼마 남지 않았기 때문이다. 통계청 장래 인구추계 자료에 의하면 2026년경이 되면 우리 국민 5명 중 1명 이상이 노인이 되는 초고령사회에 진입할 전망이다. 초고령사회가 되면 노인을 어디서, 어떻게 돌볼 것인가가 우리 국민 상당수의 불안 요인이자 사회문제가 될 전망이다. 이미 언론에서 ‘간병살인’, ‘재활난민’, ‘사회적 입원’ 등이 우리 사회가 해결해야 할 주요한 문제로 제기되고 있다.

더욱이 2년 후인 2020년이 되면 한국전쟁 이후에 태어난 베이비부머 세대가 65세 이상 노인이 되기 시작하고 이후 매년 70~80만 명의 노인이 늘어나는 등 고령화가 급속히 진전되면 이러한 사회문제는 더욱 심각해질 전망이다. 지금부터 국가적 차원에서 해결책을 마련해야 한다. 기존의 병원과 대

형시설 중심의 돌봄 체계는 노인의 욕구나 바람과 맞지 않은 측면이 있다. 2017년도 노인실태조사를 보면 노인의 57.6%가 거동이 불편해도 평소 살던 곳에서 계속 살기를 원한다. 노인의 삶의 질 제고와 인권 증진 차원에서 새로운 접근 방법이 필요하다. 이에 대한 해법으로 전 세계적으로 논의되고 구체화되고 있는 것이 ‘healthy aging in place’이고 우리가 말하는 커뮤니티케어이다.

그러면 커뮤니티케어가 필요한 노인은 실제 어떤 모습일까? 지방의 모 대학병원 사회사업팀에서 제공 받은 노인의 사례를 들어 보겠다. 60대 중반의 혼자 사는 남성이다. 집 화장실에서 넘어져 뇌출혈이 발생하고 다리가 골절되어 병원에 입원했다. 입원한 병원에서 신경외과, 정형외과, 재활의학과 등 3개과 협진 후 수 주간의 입원치료를 마쳤다. 해당 병원에서는 더 이상의 입원치료가 필요하지 않게 되었다. 그러나 후유증으로 일상생활수행능력이 저하되어 퇴원을 한 후에는 혼자서 밥을 먹고, 이동하거나 생활하는데 어려움이 예상되어 퇴원이 지연되었다. 본인은 집으로 돌아가고 싶은 마음은 있으나 형편이 여의치 않아 요양병원을 전전하게 된 사례이다. 우리 주변에서 어렵지 않게 볼 수 있는 사례라고 생각한다.

이 노인이 본인의 바람대로 집으로 돌아가기 위해서는 어떻게 해야 할까? 병원에 입원한 초기부터 의사, 간호사, 사회복지사 등 다양한 전문가들이 퇴원 계획을 수립한다. 의학적 상태, 신체기능상태, 본인의 주거·돌봄 제공자 등 다양한 요인에 대한 종합적인 평가가 이루어진다. 필요하면 주거지 읍면동 주민센터, 시군구 본청의 담당자와 협업을 하기도 한다. 입원 치료가 마무리되면 집으로 돌아가기 위해 필요한 준비를 하기 시작한다. 병원에 설치될 ‘지역연계실(사회복지팀)’ 담당자나 읍면동 주

민센터 담당자가 장기요양 신청을 대행해 주고, 돌아갈 집의 수리서비스를 연계해 준다. 연계를 받은 지역자활기업에서 문턱을 없애고 싱크대, 세면대의 높낮이를 조절할 수 있도록 집수리를 한다. 그리고 집에 돌아가면 장기요양 등급을 받기 전에 임시로 장기요양서비스를 받는다. 읍면동 주민센터를 통해 연계 받은 ‘주민건강센터’(현재의 지역보건법상 ‘건강생활지원센터’)에서 집중형 방문건강관리 서비스를 제공한다. 간호사가 집으로 찾아가 혈압, 혈당 등을 확인하고 건강상태와 생활습관에 대한 전문적인 상담을 제공해 준다. 인근의 동네의원에서 만성질환에 대한 지속적·전문적인 관리도 받는다. 주거와 돌봄, 건강, 의료가 사람을 중심으로 연계·통합적으로 제공되는 커뮤니티케어가 작동하는 전형적인 모습이다.

이를 위해 필요한 4대 핵심요소를 중심으로 커뮤니티케어가 무엇인지 보다 더 구체적으로 설명해보겠다.

첫째, 노인이 안심하고 지낼 수 있는 주거 인프라를 대폭 확충한다. 돌봄 서비스가 지원되는 ‘케어안심주택’을 늘리고, 집 문턱 등을 제거하여 노인들의 낙상을 예방하는 집수리사업을 대대적으로 실시한다. 커뮤니티케어와 도시재생 뉴딜사업, 행정안전부에서 추진하는 주민자치를 융합하여 마을공동체를 회복할 수 있도록 노력할 계획이다. 이를 위하여 지난 9월에 3개 부처 장관이 업무 협약을 체결하였다.

둘째, 의사 등이 노인들의 집으로 찾아가 진료를 하는 방문의료를 활성화하고, 간호사들이 노인들의 집에서 혈압, 혈당 등을 관리해 주는 방문건강관리서비스도 대폭 확대할 예정이다. 또한, 약 2천개 병원에 지역연계실(사회복지팀)을 설치하여 퇴원을 앞둔 환자의 퇴원계획을 수립해 주고 각종 돌봄 서비스를 연결해줘서 집으로 돌아갈 수 있도록 지

원하고자 한다. 이를 위한 활동은 건강보험으로 지원할 예정이다.

셋째, 차세대 장기요양보험을 구축하고, 돌봄 서비스를 획기적으로 확충해 나갈 계획이다. 장기요양보험으로 돌보는 노인을 OECD 선진국 수준으로 확대하고자 한다. 현재 전체 노인의 8%인 58만 명을 지원하고 있는데, 2025년까지 11% 이상 수준인 120만 명을 지원하는 목표를 두고 사회적 논의를 추진할 방침이다. 의료급여를 받는 저소득층 노인도 집에서 재택의료, 간병, 돌봄 지원을 받을 수 있도록 재가 의료급여를 신설하고자 한다. 2019년 6월부터 실시할 커뮤니티케어 선도사업 지역에서 시범사업을 실시할 계획이다. 전동침대 등 병원에서 사용하는 보조기구를 집에서도 이용할 수 있도록 지원을 대폭 늘려나가겠다. 현재 설립을 추진 중인 사회서비스원과 종합사회복지관 등을 활용하여 다양한 재가서비스를 한 기관에서 제공하는 ‘종합재가센터’를 대폭 확충하려는 계획도 마련하였다.

마지막으로 앞서 말한 다양한 서비스를 수요자, 즉 사람을 중심으로 민·관이 협력하여 통합적으로 제공할 수 있도록 할 계획이다. 읍면동에 각종 돌봄 서비스를 안내하는 ‘케어안내창구’를 신설하고, 지역에서 민·관이 협력하여 서비스를 연계·통합 제공하는 모델(지역케어회의)을 마련할 계획이다. 이 모델은 커뮤니티케어 선도사업을 통해 각 지자체가 지역의 실정에 맞추어 최적의 모델을 마련하여 다른 지자체에서 활용할 수 있도록 하고자 한다. 또한 지역의 민·관 복지자원, 각종 서비스 등을 사람(노인, 장애인, 아동 등)을 중심으로 재구조화하여 서비스의 흐름에 따라 끊임없이 안내·연계할 수 있도록 통합플랫폼도 구축할 예정이다. 이는 차세대 사회보장정보시스템 구축과 연계하여 추진할 계

획이다. 이러한 서비스 연계 및 통합 제공 업무를 수행할 민·관의 서비스 제공인력도 대폭 확충한다.

추진 로드맵은 다음과 같다. 우선 내년부터 2년간 일부 지자체에서 커뮤니티케어 선도사업을 실시하여 지역별 실정에 맞는 커뮤니티케어 모델을 마련할 계획이다. 2022년까지는 케어안심주택, 종합재가센터, 주민건강센터 등 핵심 인프라를 확충하고 기본법을 제정하는 등 법적·제도적 기반을 마련하고자 한다. 이후 장기요양보험 등 재가서비스를 대폭 확충하고 이에 필요한 제공인력을 확보함으로써 초고령사회 진입 전인 2025년까지 커뮤니티케어 제공기반을 구축하고자 한다.

커뮤니티케어는 지역사회 기반의 일차의료와 맥을 같이 한다. 대표적인 두 가지 사항을 들어보겠다. 노인들의 곁에서 노인들을 가장 잘 아는 동네의원의 의사가 노인들의 만성질환과 건강상태, 생활습관까지 지속적·포괄적으로 관리해 주는 것은 커뮤니티케어에 있어 매우 중요하다. 앞서 언급한 2017년 노인실태조사를 살펴보면 65세 이상 노인 중 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인이 약 51%에 달한다. 노인의 만성질환을 적절히 관리하여 합병증이 발생하지 않도록 하는 것이 노인의 삶의 질을 결정짓는 중요한 요소이다.

뿐만 아니라 급격히 고령화 속도와 함께 노인 의료비 지출 증가 추세도 매우 가파르다. 노인 의료비 지출을 조절하지 못하면 의료보장제도의 지속가능성을 위협할 것이고 우리 사회의 주요한 불안 요인이 될 것이다. 노인의 만성질환을 누가 가장 잘 관리할 수 있을 것인지는 어렵지 않게 떠올릴 수 있다. 지역사회에서 노인의 곁에 있는 동네의원 의사이다. 따라서 지역사회 기반의 일차의료는 획기적으로 강화되어야 한다.

그리고 일본의 사례에서 보듯이 거동이 불편한 노

인의 집으로 찾아가는 왕진을 활성화함으로써 초고령 사회에서 노인의 보건의료 수요에 적극적으로 대응할 수 있다. 지역사회를 기반으로 왕진이 활성화될 수 있도록 적정 수준의 수가와 제공기준을 마련하겠다. 의료계도 커뮤니티케어에 적극적인 관심을 가지고 참여할 필요가 있는 이유가 여기에 있다. 정부도 의료계와 적극 협의하여 필요한 지원을 아끼지 않겠다.

기본계획을 준비하면서 느낀 커뮤니티케어의 성패의 핵심은 다직종 연계다. 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원 등 커뮤니티케어를 구성하는 다양한 분야별 전문가들의 연계와 협업이 필요하다. 이들을 연계하고 조정해 주는 케어매니지먼트(Care Management) 기능도 필요할 것으로 보인다. 대상자도 다양하고 지역의 여건도 상이하기 때문에 다양한 협업 모델, 다직종 연계 모델이 나와야 한다. 내년부터 실시할 커뮤니티케어 선도사업은 이러한 다직종 연계모델을 마련하는 것에도 주요한 목적이 있다. 선도사업을 실시할 지자체와 협력하여 지역의사회가 적극적으로 선도사업에 참여할 필요가 있다. 동네의원 의사, 지역의사회가 중요한 기능을 할 수 있는 모델도 지역에 따라 만들 수 있을 것이다. 또한 내년부터 실시할 방문의료(왕진 등) 시범사업도 커뮤니티케어 선도사업과 연계하여 실시할 방침이므로 방문의료 활성화를 위해서라도 선도사업에 참여하여 적정한 수가 산정의 근거를 마련하는 것도 필요하다고 본다.

커뮤니티케어는 이 글의 서두에서 밝혔듯 과정적인 정책이다. 기본계획을 수립하였다고 완성되는 계획은 아니다. 앞으로 구체화하고 실행해야 할 과제가 산적하고 의료계 등 많은 직역 전문가들과 함께 만들어나가야 할 정책이다. 적극적인 관심과 참여를 당부 드리고자 한다.