

# [한글 요약문]

## Community-based Integrated Care

안 덕 선

의료정책연구소 소장  
dsahn@korea.ac.kr

### 일본의 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템) 제도의 배경

일본은 1970년도부터 인구증가 현상을 보이다가 2008년 1억2천8백만 명을 정점으로 출산율 감소가 시작되었다. 2010년 전체인구의 23%(약 3,000만 명 미만)가 65세 이상인 초고령화 사회가 되었고 2042년에는 전체인구의 36.8%인 3,900만 명이 65세 이상이 될 것으로 전망되고 있다. 일본은 현재 세계 최고 장수국으로 남성 평균수명 79.6세, 여성 평균수명 86.3세 이다. 초고령화 사회에서 돌봄의 수요는 자연히 증가한다. 고령 사회의 특징은 자신의 독립적인 생활을 최대한 장기간 영위하기를 바라며 또 정상적인 사회적 활동에 참여하고 싶어 한다. 즉, 고령으로 무료하게 생명의 연장을 보고만 있을 수 없는 것이다. 가족 중심적인 일본사회는 1950년대 80%의 국민이 집에서 사망했으나, 2005년 사망자의 82.4%는 의료시설에서 사망하였다. 2010년 통계에 의하면 노인 인구 중 24.2%가 독거노인이고 전체 가구 수의 29.9%가 부부만 살고 있는

집이다. 일본은 1960년대만 해도 평생 미혼 남성은 전체인구의 1.3%, 여성은 1.9%에 불과하였으나 2010년대는 남성 20.1%가 여성의 10.6%가 50세가 되도록 미혼이다. 뿐만 아니라 결혼을 했어도 자녀를 두지 않는 가정 또한 늘고 있다. 즉 가족이나 이웃이 노인들을 돌볼 수 있는 시대가 지나가고 있다. 고령화 문제는 소득증가와 함께 점차적으로 이루어진 것으로 노인에 대한 의료는 이미 1970년대부터 주요한 이슈가 되고 있었다. 당시 유일한 해결책은 입원으로 보였으나 불필요한 입원과 의료비 부담이 문제가 되었다. 1983년 이후 입원 본인 부담률을 점차 증가시키기 시작했다. 이러한 것은 결국 별도의 장기요양보험이 출발하게 되었고 비로소 사회적 입원(Social Hospitalization)현상이 없어졌다.

1970년대 미츠키 종합병원의 의사 노보루 야마구치에 의하면 노인이 뇌혈관 수술 후 퇴원하면 결국 다시 1~2년 안에 병상에 누운 상태로 전락하고 많은 환자에게서 욕창이나 대소변실금, 치매가 발견되고 이런 원인의 하나는 퇴원 후 재택돌봄서비스가 부실하거나 아니면 독거노인이 원인임을 밝혔

다. 이런 연유로 아마구치는 자신들과 관계를 맺고 있는 의사, 간호사, 공중보건간호사들이 환자를 위한 방문진료를 제공하였고 병원에는 이러한 형태의 건강관리를 위한 센터를 세워 환자의 재활을 돕고 지역사회의 참여를 독려했다. 이런 결과가 의료와 장기요양을 이루기 시작하였고 일본에서 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템) 체제로 발전하였다.

2003년 일본 후생성은 “2015년 노인 돌봄-고령자의 존엄성을 지지하기 위한 돌봄 기반 마련”이란 보고서를 출간하였고 이 보고서는 일본의 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)의 공식적인 문건으로 간주되고 있다. 이어 2005년 장기요양보험의 개편으로 지역사회에서 통합돌봄을 위한 센터 설립이 되었고 주거시설의 개선과 사회복지개념과 장기요양에 관한 의료의 통합이 시작되었다. 2008년 ‘지역기반 통합돌봄 연구그룹’에 의하면 노인이 자신이 익숙한 곳에 최대 거주가 가능하고 30분 내에 필요한 장기요양이나 진료를 받을 수 있도록 일상생활 권역(중학교 구) 단위로 지역사회의 통합돌봄 체제를 의료, 요양(간호), 예방, 가정 그리고 가사도움 등의 5개의 형태로 제시하였다. 2012년 이런 형태를 흔히 꽃병 모델로 명명하였다. 2012년 일본정부는 사회안전망에 대한 대대적인 개혁 작업으로 2013년 12월 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)체제를 법제화하였다. 법적 정의로 ‘고령 노인이 실제 익숙한 지역사회 환경에 따라 가능한 독립적 생활을 영위할 수 있도록 지원하는 의료, 요양(간호), 예방적 장기돌봄, 가정, 독립주거일상이 포괄적이고도 안정화되도록 하는 제도라고 표현하고 있다. 이 제도는 시니어클럽, 주민단체, 봉사단체, NPO 등이 포함된 “장기요양 및 생활예방”, 가사 서

비스 및 시설·주거 서비스를 포함하는 “돌봄 간호”, 정기적인 건강관리 및 병원 등이 포함된 “건강관리” 등의 3가지 축으로 구성되어 있다. 그리고 필요한 서비스가 30분내 조달될 수 있는 일상 자원 내에서 고안되어 지역사회일반 지원센터와 돌봄관리인이 진료의뢰나 또는 서비스 조정을 담당하게 한다. 이어서 2014년 6월 법안 통과로 의료와 요양(간호)의 협력구조를 강화시켰다. 지역에 지원센터를 설립해 다양한 돌봄 수요를 보호하기 위한 조치로 새로운 역할을 수용할 수 있는 간호사의 교육이 포함되어 있다. 지역사회 돌봄에 대한 경제 분석도 실시하였는데 의료비 절감과 증가에 따른 논란의 여지가 존재하여 현재 일본 후생성의 입장은 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)이 입원비용 보다 결코 싸다고는 이야기하지 않고 있다.

지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)체제는 결국은 사회복지체제와 의료복지, 장기요양 등이 연합되는 것인데 원활한 연계, 통합 등도 어려울 뿐더러 형태에 따라서 의료나 사회복지에 치중되면 전체적 제도로서의 기능 발휘가 어렵고 의사의 역할이 협동과 협력구조에 매우 중요하다. 그리고 사회보장제도개혁국민회의(The National Council on Social Security System Reform, 2013) 보고서에 따르면 병원급 의료기관이 통합돌봄의 필수 부분으로 포함되었다는 것이 주요 변화였다. 개원 단위, 재택진료만으로 노인 질환을 충분히 처리할 수 없고 특히 밤과 휴일 등 가용할 자원이 없어 환자나 가족과의 갈등을 초래하고 있었기 때문이다. 보고서는 지역 사회에서 의원급 의료기관과 병원급 의료기관이 협력하여 지역사회 통합돌봄에서 중추적인 역할을 할 것으로 예상하였다. 일본 후생성이 비록 일본 전체를 대상으로 의료와 요양(간호)를 표

준화 했다고 하나 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)은 주로 고령 인구의 급격한 증가 문제가 심각한 도시 지역을 중심으로 발전해 나갔다. 그러므로 일본의 한 지역의 제도가 일률적으로 다양한 지역에 적용할 수 없다. 특정 지역에서는 병원에서 그리고 다른 지역에서는 요양(간호)나 재택진료로 고안되어야 한다. 가장 근본적인 목적은 자택에서 더 편안하고 행복하게 오랫동안 살도록 하는 것이 이 제도의 목적이지만 사망률을 낮추는 게 목적이 아니다. 아이치현에 한 마을에서는 커뮤니티살롱(지역주민정)을 개설하여 노인들이 이곳에서 여러 공작활동과 유치원 아동과 상호작용을 하는데 확실히 참여한 사람들이 의미 있게 장기요양에 대한 요구가 감소되었다고 한다.

지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)의 성공에는 다양한 직역의 협력과 조정이 필요하다. 가정방문간호사는 현재 우리나라에서 실시하는 가정방문간호사와 역할이 유사하다. 가정방문 간호사들은 의사들에 의해서 포괄적인 지시를 받는데 이 의사들은 재택진료를 하기도 하고 종합병원 또는 클리닉에서 환자를 보는 사람들이다. 방문간호사를 위해서는 가정방문간호 스테이션을 설치하는데 평균 약 2.5명이 근무하며 5명 이하의 스테이션이 46%를 차지하고 있다. 2017년 5월 이후 가정방문간호사의 영역의 범위를 벗어나는 가사도우미의 역할은 분리되었다. 재활치료사에는 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 청각치료사 등 다양한 직종이 필요하다고 한다. 돌봄의 조정역할은 처음에는 의사가 하였으나 급여가 낮아 현재는 주로 간호사들이 돌봄의 관리자(조정자) 역할을 수행하고 있다. 2018년 이후 자격관리는 더욱 엄격해지고 경쟁이 높아졌다고 한다. 자격시험에 응시하기 위해서는 간호사 국

가자격과 5년간의 실무경험이 있어야 한다. 시험 합격 후 다시 보름간의 훈련을 별도로 받고 사흘 동안 재택진료시설에서 별도의 실습을 한다.

## 지역포괄지원센터와 수용시설

지역포괄지원센터는 공중보건간호사, 주임돌봄지원전문원, 유자격사회복지사로 구성되어있다. 지역마다 달라 외주나 법적 수탁도 가능하다. 주로 지역사회의 연락망을 구성하고 단일접수 창구로서의 역할, 권리 보호를 위한 기능 그리고 장기요양보험에 종사하는 전문가를 지원하는 기능의 4가지이다. 고령화로 많은 경우에 있어서 자택에 거주하지 않고 수용시설로 이전을 하는 경우가 있다. 이러한 수용시설에서는 특수장기요양원과 노인을 위한 건강센터, 요금제 가정, 치매를 위한 집단가정, 서비스를 제공하는 노인주거지 등이다. 현재 국립의료로 제공되는 것은 장기요양원인데 대기자들이 많다. 노인을 위한 건강센터는 재활치료, 간호, 회복치료 등을 위한 것인데 특수장기요양원과 다른 점은 3개월마다 심사에 의하여 퇴원여부를 결정한다는 것이다. 또 일부는 특수장기요양원의 입원을 위한 대기시설로 사용하고 있다. 그리고 노인을 위한 요금제 주택은 대개 사설업체로 요양(간호)돌봄을 제공하는 거주시설을 의미한다. 시설과 서비스 그리고 근무자에 따라 요금은 달라질 수밖에 없다.

## 병원의 역할

1970년까지 일본에서 사회입원 현상으로 점차 의료비 부담이 가중되었다. 그러나 1983년부터 법안통과로 노인을 위한 지정병원제도를 만들어 일반 병원 기준보다 축소된 의료진으로 운영이 가능하게 되었다. 1993년 주로 장기간 요양을 위해 요양원(sanatorium)이 설립되었다. 노인지정병원과 요양원은 결국 하나로 하여 장기요양원으로 변경되었다. 그러나 이 시설에 대한 논란으로 2006년 이 제도를 폐지하고 장기요양원은 2010년 목표로 완전히 폐지가 결정되고 건강센터와 특수장기요양건강 시설로 전환되었다. 가장 최근에 진화된 것이 지역 통합돌봄 병상이 만들어졌다. 환자가 급성기를 지나 퇴원으로 재택거주에서 더욱 확장된 요양(간호)이 필요하고 재택에서 돌봄의 조정과 협조가 가능하고 별도의 보험혜택을 받게 한 것이다. 지역 통합돌봄 병상으로 인정받기 위해서는 급성병원이나 응급실로부터 직접 환자를 이송 받아 수용해야 한다. 2000년도부터는 회복기 재활병동제도가 도입되었다. 이것은 뇌신경계질환 또는 골절로 인한 신체적 손상의 재활을 위한 것인데 환자나 질병의 상태에 따라서 입원기간의 제한이 있을 수 있다. 장기요양원의 폐지는 2011년에서 2017년으로 연장되었고 다시 재연장 되어 최종목표를 2023년으로 잡고 있

다. 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)에서도 종합병원이 그 중심에 있을 수 있다. 퇴원환자가 외래에서 재택진료로 계속진료를 받을 수 있고 재활재택지원이나 장기돌봄이나 특수한 돌봄을 위해서 다시 병원으로 재입원 될 수 있는 것이다.

## 퇴원환자의 관리 직종간의 협력

병원에서 퇴원 후, 가정 내 의료 또는 장기 요양 서비스를 이용하기 위해서는 관련된 많은 사람들의 의견을 통합해야 하며, 퇴원 조정 간호사 또는 의료사회 복지사(MSW)가 코디네이터로서 중요한 역할을 한다. 환자 퇴원시기가 되면 환자가 입원한 의료기관에 근무하는 의사, 간호사, 약사 및 다양한 치료사뿐만 아니라 재택의료를 담당 할 의사, 간호사, 가정 방문 간호사 및 요양 분야의 담당자 등이 지역케어회의를 개최하여 병원에서 퇴원한 후 회복 방법을 논의한다. 지역케어회의에는 가족과 지역사회 통합돌봄과 관계되는 모든 이해당사자가 참가하여 가장 중요한 퇴원 후 돌봄에 대한 계획을 세운다. 이러한 지역케어회의를 위해서는 이 지역포괄지원센터 또는 시정촌이 주재한다. 아마 환자를 위한 지역케어회의야말로 지역사회 통합돌봄(지역포괄케어시스템)을 가장 잘 표현하여 주는 제도이다.