

서울시와 일본의 지역사회 보건복지통합서비스 분석과 정책 방향:

- Capacity mapping tool을 이용하여 -

남은우*, 유병헌**, Shinichiro NODA***, Jun Kobayashi****, 손창우*****

Analysis of Integrated Health and Welfare Services and the Direction of Community Care in Seoul and Japan using Capacity Mapping Tool

Eun Woo Nam*, ByeoungHeon Yoo**, Shin Ichiro NODA***, Jun Kobayashi****, Changwoo Shon*****

요약: 이 연구는 일본과 한국의 보건복지통합서비스 정책 사례를 바탕으로 Capacity Mapping Tool을 이용하여 커뮤니티케어 환경을 분석하고 앞으로 커뮤니티케어의 정책적 방향성을 제시하는 데 목적이 있다. 일본은 '지역포괄케어'를, 한국은 '서울시 찾아가는 동주민센터'를 사례로 선정했고, 서비스 전달체계, 자원, 인력, 조직, 관리를 포함한 5가지 구성요소의 Capacity mapping을 실시하였다. 인력과 자원조달 측면에서는 서울시 찾동 사업은 지방세를 기반으로 방문 간호사, 사회복지사와 주민자치위원회 활동이 강조된 반면, 일본의 지역포괄케어는 개호보험을 바탕으로 보건의료와 사회복지 연계에 위한 코디네이터가 중요한 역할을 수행한다는 점에서 차이가 있었다. 서비스 제공체계 측면에서는 일본이 홈케어, 예방, 진료, 보건, 생활, 주거를 아우르는 포괄적 서비스 제공체계를 갖고 있던 반면, 서울시는 일정 연령에 도달한 모든 노인에게 보건복지 협력에 기반으론 사전적 질병예방 및 만성질환 관리 서비스를 제공했다는 측면에서 차이가 있었다. 앞으로 우리나라 커뮤니티케어가 성공적으로 정착하려면 사회서비스의 연속성 측면에서 서비스 연계와 확대 전략이 필요할 것이다.

주제어: 커뮤니티케어, 서울시 찾아가는 동주민센터, 일본 포괄지원센터, 보건복지통합서비스, Capacity Mapping Tool

ABSTRACT: In 2012, the Community Total Support Center was introduced in each community, providing comprehensive services that combine, home-based care, long-term care, prevention, medical and health services, assistance with daily activities, and housing support. Meanwhile, Seoul's outreach community health service was launched in 2015, promoting citizen autonomy and a sense of community while encouraging health and welfare service providers to reach out to the public. The results of capacity mapping demonstrate that, while both South Korea and Japan share the same goal of providing community-based integrated services, the two countries have different levels of integration of various welfare services. This study recommends further research endeavors on South Korea's comprehensive service system in the context of public health, moving beyond the current emphasis on social welfare. The present authors have identified the need for a community care service scheme that integrates public health, medical, and welfare services into one package to ensure easy access and tangible benefits to the elderly population.

KeyWords: Community Care, the Outreach Community Health Service of Seoul, the Community Total Support Center of Japan, Integrated care, Capacity Mapping Tool

* 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수(Professor, Dept. of Health Administration, Yonsei Univ)

** 연세대학교 원주세브란스기독병원 구매관리팀 사무원(Officer, Dept. of Purchasing and Property, Yonsei Univ Wonju Severance Christian Hospital)

*** 일본국립의료센터 보건기획 및 관리부 국제보건팀장(Director, Division of Global Health Programs, Department of Health Planning and Management, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine, Japan)

**** 류큐대학 의학부 교수(Professor, Dept. of Global Health Development, Ryukyu University)

***** 서울연구원 도시사회연구실 연구위원(Research Fellow, Dept. of Urban Society Research, The Seoul Institute)

교신저자(E-Mail : cwshon@si.re.kr, 02-2149-1029)

I. 서론

1. 연구의 배경과 필요성

2014년 2월 발생한 ‘송파 세 모녀 사건’은 한국의 사회안전망의 한계를 드러낸 대표적 사건이었다. 이를 통해 복지 사각지대에 대한 사회적 관심이 커졌고, 기존의 사회안전망의 한계를 보완하기 위해 법과 제도를 개선해야 한다는 목소리가 이어졌다. 이러한 맥락에서, ‘읍면동’을 중심으로 하는 사회서비스 공급체계 개편을 골자로 하는 시범사업이 시작되었고, 이후 ‘읍면동 복지 허브화’라고 하는 정책이 도입되며, 2018년까지 이를 전국 지자체에 확대하겠다고 하는 계획이 마련되었다. 서울시는 2015년부터 지역사회 노인을 중심으로 방문을 통한 보건 및 복지서비스를 제공하는 ‘찾아가는 동 주민센터(이하 찾동)’ 시범사업을 시작하였고, 현재는 서울시 전제로 확대되어 운영되고 있다. 서울시 노인들은 평균 2.2개의 만성질환을 갖고 있으며, 허약노인의 비율은 14% 수준으로(손창우 외, 2019), 이들이 건강하게 지역사회에서 살기 위하여, 노인의 요구(needs)에 부합하는 보건의료 서비스와 복지요양서비스를 연속성 있게 제공하는 것, 즉 케어(care)의 연속성 측면에서의 보건복지 통합서비스 제공은 매우 중요하다(Johansson and Borell, 1999).

사실 그동안 커뮤니티 케어라고 하는 용어는 여러 연구자에 의해 서로 다른 방식으로 사용했고, 용어에 대한 하나의 합의가 있었던 것은 아니다(Means and Smith, 1994). 하지만 이와는 별개로 보건복지 통합서비스에 대한 요구는 오랫동안

있어왔고, 주요 선진국들을 중심으로 보건, 복지, 의료서비스의 통합(integrated services)이라는 새로운 모형이 개발되어 왔다(WHO, 2010). 1972년, 고령사회에 진입한 스웨덴은 1990년 Adel의 개혁을 통해, 커뮤니티케어를 도입하였고(Anderson and Karlberg, 2000), 1975년도에 고령사회에 진입한 영국은 1983년 신체적이나 정신적인 기능에 어려움이 있는 사람을 병원이나 복지시설이 아닌 가정에서 돌보는 탈시설 정책의 의미로 Care in the Community라는 용어를 처음 사용하였다(이규식 외, 2019). 이후 서비스의 효율성 제고와 이용자 선택권 보장을 슬로건으로 1990년 국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(National Health Service Community Care Act, NHSCCA)을 제정하면서 커뮤니티케어 체제를 본격적으로 도입하였다(이은경, 2010; 공선희, 2015). 일본의 경우, 2006년에 이미 초고령사회로 진입하였는데, 이 당시 의료제도 구조개혁을 구상하면서 의료제공체계와 의료보험을 종합적으로 개혁하였고, 2012년부터 ‘지역포괄케어시스템’을 구축하여 병원완결형 체계에서 지역완결형 체계로 패러다임 전환을 시작했다(이규식, 2016; 日本 社會保障制度改革國民會議報告, 2013). 특히, 일본은 고독사 노인 증가(노재철·고준기, 2012), 치매노인 증가와 같은 고령화에 기인한 사회문제들을 해결하기 위해, 마지막까지 지역사회에서 삶을 영위할 수 있도록 하는 지역포괄케어시스템이 효과적으로 작동할 수 있도록 많은 노력을 기울이고 있다(이규식, 2017a).

이러한 전 세계적인 흐름 속에서 초고령 사회를 목전에 두고 있는 우리나라에서도 커뮤니티 케어의 도입은 지속가능한 보건의료체계에 있어 매우

중요한 정책과제라고 할 수 있다. 2019년 6월, 보건복지부는 커뮤니티케어를 도입하기 위하여 선도 사업을 개발하여 지방자치단체 8곳을 선정하고, 시범사업을 시작하였으며, 향후 전국을 대상으로 단계적으로 확대할 계획을 가지고 있다(보건복지부, 2018). 그러나 아직까지 커뮤니티 케어에 대한 구체적인 사업 모형이나 실행방안이 도출된 것은 아니며, 일부 사례에 대한 공유 또는 이론적 논쟁에 그치고 있는 실정이다.

2. 연구의 목적

한국의 사회보장제도는 일본에 그 뿌리를 두고 있는 경우가 많은데, 그 만큼 각국의 정책 및 문화적 환경이 유사하기 때문일 것이다. 이러한 맥락에서 이 연구는 서울시의 찾아가는 동 주민센터 사업과 일본의 지역포괄케어 사례를 중심으로, 서로 다른 국가의 보건사업 역량 평가를 위한 도구인 WHO Capacity mapping tool을 이용하여 서비스 전달체계, 재원, 인력, 조직 및 관리 측면에서 양국의 커뮤니티 케어 환경을 비교 분석하고, 분석 결과를 기반으로 하여 향후 우리나라의 커뮤니티 케어의 성공적 정착을 위하여 요구되는 정책적 방향성을 제안하는 것을 목적으로 수행되었다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료

본 연구의 정책 대상은 한국의 경우, 서울시 찾아가는 동주민센터, 일본의 경우, 지역포괄(地域包括)케어로 선정하였다. 서울시 찾아가는 동주민센터를 분석 사례로 한 이유는 다음과 같다. 우리나라의 커뮤니티 케어는 그 역사가 오래되지 못하여 중앙정부 차원의 정책을 사례로 하여 검토하기는 어렵고, 커뮤니티 케어의 특성상 현재 지방자치단체를 중심으로 시행되고 있는 사업 중 대표성 있는 정책을 중심으로 정책검토를 하는 것이 바람직하다고 판단하였다. 이에 부산광역시의 '다함께 행복 한 동네 만들기(다복동)' 사업, 경기도의 '따뜻하고 복된 공동체(따복)' 사업 등을 서울시 찾동 사업과 함께 고려하였으나, 사업의 성격, 사업의 지속성, 사업 대상 지역 및 대상 인구의 규모 등을 고려하여 보다 대표성을 띄고 있는 서울시의 찾동 사업을 사례로 선정하였다.

서울시 찾동 사업 분석을 위해 찾동의 성과를 다룬 학술논문, 서울시 찾동 시범사업 1단계, 2단계, 3단계 성과보고서, 보도자료 및 각종 정책자료집을 참고하였고, 일본의 자료는 일본 National Center for Global Health and Medicine이 개발한 조사 도구를 활용하여, 일본 현지 공동연구자인 NODA Shin Ichiro 박사와 함께 가나카와현(縣)의 지역포괄지원센터를 방문하여, 조직, 인력, 서비스 내역 등에 대하여 조사 기술하였다. 추가적으로, 일본 후생노동성 홈페이지, 일본의 지역포괄케어 관련 내용을 다룬 학술논문에 대한 문헌을 참고하였다.

2. 조사도구 및 분석틀

국가별 정책 조사를 위해 WHO Capacity mapping tool을 활용하여 조사항목을 선정 분석하였고, 각 항목에 해당하는 정보는 한국과 일본의 연구자가 각각 국가의 사례를 조사 및 정리하였다. Capacity Mapping tool은 영국에서 개발된 역량 평가를 위한 도구로서 국가 간 정책모델의 비교를 주요 목적으로 한다(LaFond et al., 2002). 본 연구에서의 정책 비교 항목은 Roemer(1993)의 보건의료제공체계의 구성요소 중 “자원 개발(Resource Production), 재원조달(Economic Support), 관리(Management), 서비스 제공(Delivery of Services), 조직(Organization of Programs)”에 해당되는 내용을 중심으로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 서울시와 일본의 보건복지통합서비스 Capacity Mapping

일본은 후생노동성 주도로 2003년부터 공식적으로 ‘Integrated Community Care(지역포괄케어)’ 시스템이 논의되었으며, 2012년부터 본격적으로 도입하게 된다. 지역포괄케어시스템은 2013년 ‘사회보장개혁프로그램법’과 ‘의료개호종합확보추진법’에 따라 지역의 상황에 따라 고령자가 익숙한 지역에서 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 의료, 개호, 개호예방, 주거 등의 일상생활의 지원을 포괄적으로 제공하는 체계로 정의된다(니끼류, 2018). 특히, 일본은 저출산 및 고령화, 개호재정의 압박, 가족 돌봄체제의 붕괴 등을 경험한 이후 개호예방(요양예방)에 초점을 맞추어 지역포괄지원센터를 중심으로 서비스가 제공되고 있으며,

〈표 1〉 한국과 일본의 보건복지 통합서비스 제공사례 요약

조사항목	일본	한국(서울시)
서비스체계명	지역포괄케어	찾아가는 동 주민센터
관련 법령(근거)	• 사회보장개혁프로그램법 • 의료개호종합확보추진법	• 서울시 찾아가는 동주민센터 기본계획 • 서울시 찾아가는 동주민센터 사업에 관한 조례 (자치구 조례는 권고사항)
도입 시기	• 2012년	• 2015년
관할 부처	• 후생노동성	• 서울특별시
주요 수급자	• 65세 이상 노인 (2017년 이후 아베 내각은 65세 이상 노인에서 전 세대로 대상으로 확대하고자 함)	• 만 65세, 70세 도래 노인 전수 • 출산가정, 양육가정 (만 3~5세의 양육수당 수급 가정) • 빈곤·돌봄위기 가정 (취약계층, 학대·가정폭력 가정 등)
전담 인력 및 팀	• 요양보호사 • 간호사 • 사회복지사	• 복지플래너(사회복지사), 방문간호사 • 우리동네주민관, 복지상담전문관 • 동사례관리 공무원(팀), • 마을사업담당자, 주민자치위원회 • 자치구 전담공무원

의료, 개호, 생활지원 통합서비스 제공을 위해 자동차로 30분 이내에 도달 가능하도록 센터의 위치를 선정하고 있다(남은우 외, 2018). 우리나라는 2014년 송파 세모녀법 제정으로 사회보장법, 국민기초생활보장법이 개정되자, 이에 맞추어 서울시는 2015년부터 서울시 찾아가는 동주민센터 추진단이 조직되어 별도의 통합서비스 체계인 찾동 사업을 시범적으로 시행했다. 이는 일본의 지역포괄케어 보다 3년 늦은 시작이었으나, 2019년 7월 이후, 서울시 25개 모든 자치구 424개 행정동으로 확대하였다.

서울시는 동주민센터 내 복지팀(8-9명의 사회복지직 공무원과 1명의 방문간호사)이 찾동 사업을

담당하고 있다. 일본의 지역포괄케어의 서비스 투입인력으로 간호사와 사회복지사가 있으며, 서울시의 찾동 사업의 경우, 사회복지직 공무원인 사회복지사와 함께 방문간호사까지 포함하고 있다(표 1).

1) 서비스 전달체계

일본의 지역포괄케어는 통상 주민 1만 명 이상이 거주하고 있는 생활권(중고등학교 학군 생활권 단위) 마다 지역포괄지원센터를 두고(니끼류, 2018; 남은우·김하운, 2018), 통합서비스를 제공하고 있었으며, 제공되는 주요 서비스는 재가의료(home healthcare), 재가개호(in-home long-term care), 시설개호(facility-based long-term care), 개호예

〈표 2〉 통합서비스 체계에 대한 한국과 일본 사례 비교·분석 결과: 1) 서비스 전달체계

조사항목	일본	한국(서울시)
지역사회 단위 (지리적 단위, 행정구역)	• 대체로 30분 이내 서비스가 제공되는 일상생활권 영역, 구체적으로 중학교 학군 단위는 일반적으로 1개의 지역 포괄지원센터가 주민 1만 명 이상을 담당	• 행정구역(동) 단위 ※ 2019년 기준 행정동 당 평균 23,646명 거주, 65세 이상 노인 3,463명 거주
제공기관	• 지역포괄지원센터 (별도의 사무소 있음) ※ 주식회사 사무소 운영 인정	• 행정동 주민센터 ※ 주식회사 사무소 인정 없음
서비스구성	• 의료, 개호, 개호예방, 주거, 일상생활의 자립	• 포괄적 사회복지
주요 서비스 내역	A. 재택 의료(병, 의원급 포함) 1) 다양한 주체의 협력으로 제공되는 의료, 2) 완화 의료, 3) 가족지지, 4) 응급가정방문 B. 방문 서비스 1) 방문개호, 2) 방문간호 3) 데이케어센터, 4) 그룹홈 개호서비스 5) 단기 내원 서비스, 6) 복지용구 지급 7) 24시간 재가 서비스, 8) 방문간호 및 내원 혼합 서비스 C. 시설 개호 서비스 1) 특별양노인홈, 2) 노인보건시설 3) 개호요양병상, 4) 그룹 주택, 유료노인홈(민간유료시설) 5) 개호의료원 D. 개호 예방 서비스 E. 일상생활 지원	A. 사회복지 서비스: 통합 방문복지 및 연계 1) 복지사각지대 발굴, 2) 통합사례관리, 3) 서비스 연계, 4) 사회보장 급여 및 보조 신청 B. 통합 사례관리 : 동주민센터 또는 주민이 발굴하거나, 당사자가 직접 신청한 경우, 위기도 조사, 상담, 지도, 사회복지육구, 서비스제공계획 수립, 서비스 제공 및 점검, 사후관리 등 실시 C. 지역자원 발굴: 지역사회보장협의체 구성 D. 방문건강관리 및 지역자원 연계 서비스 1) 방문건강관리: 건강상태 체크 및 상담, 취약노인 지속관리, 신생아 건강평가, 모유수유 교육, 영유아 검진 및 예방접종 안내 등 2) 일차 예방 활동: 보건교육(모유수유 교육 등), 운동 교육(건강행태 개선 등), 질병예방 활동(노인 및 영유아 건강검진, 예방접종 안내 등), 보건 프로그램(어르신 및 산모 교육프로그램 등) 3) 보건 및 의료기관 연계: 보건소, 정신건강복지센터, 치매안심센터, 지역 일차의료기관, 공공병원 (301 네트워크 활용)

방(preventing long-term care), 일상생활 지원(livelihood support) 등 보건의료서비스와 더불어 개호, 예방, 복지, 생활 지원 서비스까지 연계 및 통합하여 제공하고 있었다(조추용·정윤태, 2010). 한편, 서울시의 찾동 서비스의 경우, 동 주민센터에서 해당 행정구역내 거주자를 대상으로 하고 있었으며, 주요 제공서비스는 찾아가는 복지상담, 통합사례관리, 복지 사각지대 발굴, 방문간호, 일차예방활동, 지역 내 보건 및 복지자원 연계 등을 포함하는 포괄서비스가 제공되고 있었다. 다시 말해, 서울시의 찾동사업은 일본의 지역포괄케어와 유사한 형태의 보건과 사회복지 서비스가 동시에 제공되고 있다(표 2).

2) 재원조달 및 인력

일본의 지역포괄케어의 주요 자원과 재원은 '공조(共助), 공조(公助), 개호보험, 공적부조(세금)' 등 4가지의 구성요소로 이루어진다. 공조(共助)는 개호보험제도 및 서비스에 의한 것을 의미하고, 공조(公助)는 일반재원에 의한 고령자복지서비스 등 생활보호 서비스에 의해 제공되는 것을 의미한다. 지역포괄케어의 주요 추진방향은 재가의료와 개호서비

스와의 연계이므로, 후생성은 지역단위의 재가의료와 개호서비스의 효과적인 연계체계를 구축하기 위해 의료계획과 개호보험계획의 기본 방향을 연계해 나가면서도 각 도도부현에 설치한 특별기금인 "지역의료개호종합확보기금"에 약 724억 엔을 투입하여 인프라 및 인력 확보를 지원하고, 시정촌 단위에서 재가의료와 개호간 연계 추진방안 등 지역지원사업으로 확대되도록 2018년까지 약 236억 엔을 지원하는 방안을 제시했다(유애정, 2015).

반면, 서울시의 찾동 서비스는 현재까지는 서울시 자체 사업이다 보니, 보건복지부를 통한 읍면동 허브화를 위한 특별 예산은 아직까지 편성되어 있지 않다. 원칙적으로는 대부분의 사업비가 서울시비로 구성되나, 일부 항목에 대해서는 자치구 예산이 함께 소요된다. 예를 들어, 행정동 방문간호사 인건비는 100% 서울시비로 지원되나, 사회복지전담공무원 인건비의 경우 서울특별시 보조금 관리조례 시행규칙에 의거하여 서울시 75%와 자치구 25%씩 예산을 부담한다. 한편, 방문간호사의 보수 등에 대한 비용의 서울시 예산지원에 대한 명확한 근거 법령은 아직 없어, 어려움을 겪었으나, 2019년 12월, 「서울특별시 찾아가는 동주민센터 운영

〈표 3〉 통합서비스 체계에 대한 한국과 일본 사례 비교: 2) 재원조달 및 인력

조사항목	일본	한국(서울시)
재원조달	• 사회적 연대 (개호보험) • 공적지원세금 - 지자체의 일반 재원	• 세금(지방재정: 서울시+자치구) • 공동기금(Joint fund): 불우이웃 돕기 성금 등
활용 자원	• 자조(自助): 개인 또는 가족의 보호 • 호조(互助): 자원 봉사등 주민의 활동	• 지역사회 민간 자원 • 종교단체(교회, 성당, 절), 교육단체, 시민단체
주요 인력	• Livelihood support coordinator • 보건의료와 사회복지의 경계를 넘어선 다직종 연계 • 간호사 • 사회복지사	• 복지플래너(사회복지사) • 방문간호사 • 우리동네주무관 • 복지상담전문관 • 동사례관리 공무원(팀) • 마을사업담당자 • 주민자치위원회

및 지원에 관한 조례」가 제정되면서, 예산지원과 운영측면에서의 어려움이 완화될 것으로 보인다. 추가적으로 일부 행정동 자체에서 “불우이웃 성금” 등 공동기금을 자체적으로 마련하여 운영하는 경우도 있는데, 그 비중은 크지 않다. 한편, 서울시 찾동사업의 자원개발에는 인력(복지전담인력 동별 4.7명, 방문간호인력 동별 1.2명, 마을전담인력 동별 1.0명), 시설(보건소, 동주민센터, 자치회관) 등이 포함된다(김귀영 외, 2018).

아울러, 일본의 경우 주요 지역사회 자원으로는 자조(自助) 개념에 의한 개인 또는 가족의 보호 기능이 활발하고, 호조(互助) 개념에 의한 자원 봉사 등 주민의 활동을 강조하고 있다. 지역포괄케어 제 공에 투입되는 인력에는 간호사와 사회복지사와 함께 지역에 따라서는 “Livelihood support coordinator”가 있다(표 3).

3) 조직 및 관리

일본의 통합서비스 체계 전략은 ‘사회보장개혁 프로그램’으로, 사회보장체계의 총체적인 개혁을 의미한다. 지역포괄케어 도입 결정 이후, 사회보장 개혁국민회의를 개최하고, 개호보험법을 개정하고 「의료개호종합확보추진법」을 제정하는 등 법률적 변화가 나타났다. 정책 목표는 수급자들이 지역사회에서 지내면서 의료, 개호, 거주, 일상생활, 개호 예방을 포괄하는 서비스를 제공받게 하는 지역포괄케어 시스템 구축으로 구체화되었다. 그리고 도도부현 등 지자체는 병상보고체계를 마련하였고, 시정촌은 지역사회 포괄 서비스 네트워크를 구축하는 역할을 담당하고 있었다.

우리나라의 경우, 서울시 송파 세모녀 사건 이후 송파 세 모녀법(사회보장급여 이용제공 및 수급

〈표 4〉 통합서비스 체계에 대한 한국과 일본 사례 비교: 3) 조직 및 관리

조사항목	일본	한국(서울시)
도입 기관	• 정부(후생노동성)	• 서울특별시
전략	• Social Security Reform Program (사회보장제도개혁프로그램)	• 공공과 주민이 함께 이루는 사회의 변화와 성장
정책 타임 프레임	• 2025년까지 전국 정착화	• 2015년 시범사업 도입 • 2019년 찾동 2.0 시작, 향후 지속 추진
정책 목표	• 의료, 개호, 예방, 주거, 생활지원 서비스를 모두 통합하여 익숙한 곳에서 생활할 수 있게 하는 지역포괄케어(Integrated Community Care System)구축 • 2017년, 아베 내각은 포괄케어 대상자를 전세대로 확대할 것을 공론화	• 주민 참여 등 주민생태계 활성화 및 공공정책에 적극적 관여 • 인력투입 등 공공인프라 확충에 상응하는 공적 지원체계 강화 • 민·관 구분과 정책영역별 칸막이 없는 통합적 운영체계 구축
정책 특징	• 병원 완결형에서 지역사회 완결형으로 • 의료-개호(장기요양) 연계 • 지역포괄케어 시스템 간 네트워크 구축 • 의료인의 개혁참여 장려(수가 개정 등 유인책 마련) • 요양병상을 개호의료원으로 전환 • 개호의료원을 통한 의료인과 후생노동성간 신뢰관계 회복	• Bottom-up 방식의 맞춤형 복지 통합 제공 • 복지와 보건(방문간호) 연계 • 지역주민 중심 동(洞) 사무소 행정혁신을 통한 서비스 제공 • 주민조직 변화를 유도
지자체 역할 (관리)	• 도도부현 중심의 병상보고체계 마련 • 시정촌 지역포괄+돌봄네트워크 구축	• 지역사회 복지 욕구 조사 • 복지 사각지대 발굴 • 통합 서비스 제공 • 통합 사례 관리 • 지역사회 자원 연계 및 민간 협력 추진

권자 발굴에 관한 법률, 국민기초생활보장법 개정, 긴급복지지원법 개정)을 신설하는 등 법률적 변화가 나타났다. 이는 복지행정의 미시관리전략(micro-management strategy)을 강화하여 지자체인 등 주민센터를 중심으로 복지 사각지대 발굴과 사례 관리, 공공과 민간 자원 연계로 구체화되는 읍면동 복지허브화와 찾동 서비스로 나타났다(유동철, 2017). 그리고 서울시의 찾동 서비스는 찾아가는 통합 서비스를 제공함으로써, 공공인프라 확충에 상응하는 공적 지원체계 강화, 민·관 없는 통합적 운영체계 구축, 주민생태계 활성화를 목표로 지속 확대되고 있다(서울특별시, 2018). 또한 향후에 자 치구 보건소에 의사 채용을 확대하여, 지역사회 마 을의사로서의 역할을 수행하게 할 예정이고 이들과 찾동 사이의 연계체계를 구축하고 있다. 다만, 통합서비스체계에 민간영역의 의료제공자를 적극적으로 포섭하려고 하는 노력은 여전히 상대적으로 적다고 할 수 있다. 이를 통해, 일본의 개혁과 서울의 개혁의 정책방향이 근본적으로 다르다는 것을 알 수 있다(표 4).

2. 일본 커뮤니티케어 모형이 서울시에 주는 시사점

일본의 커뮤니티케어, 즉 지역포괄케어 동향을 보면 다음과 같다. 일본은 초고령사회에 대비하기 위해 2012년부터 지역사회 중심의 통합서비스 공급체계인 지역포괄케어를 구축하기 시작했다. 지역 포괄케어는 일본의 베이비붐 세대인 단카이 세대가 75세가 되는 해인 2025년까지 전 지역으로 구축을 완료하는 것을 목표로 중증인 요양간호가 필요한

상태가 되어도 생활이 익숙한 지역에서 살다가 인생의 최후까지 지낼 수 있도록 거주·의료·개호·예방·생활 지원을 포괄적으로 제공하도록 하는 시스템이다. 일본은 급성기 병상 수가 줄어들고 있지만 여전히 세계에서 의료이용이 가장 많음에 따라 병상 수 감축이 큰 과제가 되고 있어, 병원완결형의 의료체계에서 지역사회 완결형 의료체계로 전환하기 위해 노력하고 있다(이규식, 2016).

일본의 지역포괄케어는 개호예방급급 실시와 요 개호 대상자에 대한 지역네트워크를 통한 집중적인 사례관리 지원을 위하여 인구 1만 명 단위로 3명의 직원을 배치하는 지역포괄지원센터를 중심으로 제공되는 것이 지역사회 중심의 대표적 접근으로 볼 수 있는데(조추용·정운태, 2010), 개호보험의 보험자인 시정촌이나 도도부현이 지역의 주체성에 기초하여 지역의 특성에 맞게 만들어 가고 있다. 그리고 지역포괄케어에서 강조하는 것은 ①치매지원책 충 실, ②의료와의 연계, ③고령자 거주와 관련된 정책 과 연계, ④일상생활지원서비스에 중점을 두고 있 다는 점 등이 있는데, 이 모든 사항에 대해서 지역 설정에 따라 선택하여 단계적으로 계획을 수립하도록 하고 있다(日本 厚生労働省, 2018).

일본의 지역포괄케어의 구성요소는 지역사회 주민 생활의 기반이 되는 거주지가 정비되어야 한다는 점, 생활 지원 및 사회복지서비스, 개호의료 예방 등 개인이 갖는 문제에 맞추어 개호·재활, 의료·간호, 보건·예방 등 분야의 전문직에 의해서 유기적으로 제휴되어 포괄적으로 제공되어야 한다는 점이다(이규식, 2016). 여기서, 케어 매니지먼트에 의해 필요에 따라서 지원 서비스가 제공되기 때문에 통합서비스 체계에서의 케어 매니지먼트의 역할이 매우 중요하다(김찬우, 2013).

〈표 5〉 일본의 커뮤니티케어 개혁 방향과 서울시에 주는 시사점

일본 의료·개호 분야 개혁 방향	서울시에 주는 시사점
• 병원 완결형에서 지역 완결형으로	• 탈의료화: 의료와 개호 연계 • 탈시설화: 병원으로부터 지역사회가정으로 복귀 • 의료의 기능을 급성기 치료로 제한, 자원 기간 단축 • 재가의료와 재가장기요양 대폭 보충 • 연계를 위한 의료기관의 지역연계 시스템, 커뮤니티케어센터 신설
• 병상가능 보고제도 도입과 • 지역의료비전의 책정	• 의료와 관련된 정보를 시군구로 보고: 병원의 병상가능, 입원환자에 대한 의무기록 • 범국가적 의료계획 수립 • :장래의 의료수요 및 의료 서비스 필요량 추계 등
• 의료법인 제도, 사회복지법인 제도의 재검토	• 지역 의료기관, 요양시설 재편 및 통합 실행방안 (요양병원을 중심으로) • 의료 및 사회복지 법인 통합 설립 유도
• 의료와 개호의 연계와 지역포괄케어시스템 간 네트워크 구축	• 의료·돌봄·진료·예방·방문간호·재활·약제지도 등 재가 서비스 제공체계 구축 • 의료개호와 네트워크화: 서비스 제공 전문직 간, 공급자와 행정기관 지자체, 지역주민 간 연계 검토 • 커뮤니티 케어 연계사 도입

이렇듯 복합적인 지원으로 생활을 지원하는 지역포괄케어시스템은 여러 전문직종간의 네트워크가 무엇보다 강조되는데 특히 의료와 개호와의 연계가 매우 중요시 여겨진다. 의료와 개호의 연계를 위해서는 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 요양보호사 등 관련 다 직종간의 상호이해가 필수적이다. 특히, 간호사는 의료와 돌봄(개호)간에 있어 다주체와 다직종 간의 제휴와 협동을 촉진시키는 역할을 담당한다. 지역포괄지원센터를 중심으로 제공되는 핵심 서비스인 재택의료의 경우, 제휴 거점의 정비를 위해 시정촌이 타 지역 의사회 등 전문직 단체 등과 협력하는 것이 중요하고 다직종이 함께 서비스 제공 실천에 대한 IPE(다직종 교육, Inter-professional education)의 실시가 중요시 된다(이규식, 2016). 또한 커뮤니티 케어를 운영관리할 커뮤니티케어연계사(連繫士)의 필요성이 제시되고 있다(남은우 외, 2018). 특히, 무토 교수는 향후 일본의 지역포

괄케어, 즉 커뮤니티케어가 성공하기 위해서는 보건-의료-개호-복지-생활지원 서비스가 지역사회에서 통합적으로 제공될 수 있도록 해야 할 뿐만 아니라, 교통, 주거환경 개선까지 고려되어야 한다는 것을 강조하고 있다(무토 마사키, 2017).

IV. 논의

1. 서울시와 일본의 보건복지통합서비스 정책 비교

우리나라 고령화 속도는 세계 최고 수준으로 2017년에 이미 고령사회(aged society)에 접어들었고, 2025년에는 초고령사회(super aged society)에 진입할 것으로 전망된다(KOSIS, 2018). 게다가,

1인 가구가 급격히 늘어나고 있으며, 노인 가구 중 3분의 1은 독거 가구이다. 한편, 인구 고령화가 가속될수록 자연스럽게 의료와 돌봄 서비스의 필요성이 동시에 커지게 된다. 일본의과대학의 하세가와(長谷川) 교수 연구에 따르면, 고령자는 급성기 치료-회복기-장기요양의 과정인 케어 사이클을 거치게 되는데, 고령 남성은 사망할 때까지 3~5회, 고령 여성은 5~7회 케어 사이클을 반복한다고 알려져 있다(무토 마사키, 2017). 이는 노인인구에게 의료서비스와 돌봄서비스에 대한 필요가 동시다발적으로 나타나지만, 우리나라의 보건의료서비스와 복지서비스 간 연계통합이 이루어지지 않아 효율적인 서비스가 공급되지 못하고 있다는 것을 의미한다. 이로 인해, 노인인구의 의료이용은 점점 늘어나고, 돌봄서비스 또한 의료와 따로 제공되어 재활과 회복이 당연히 느려지게 된다. 결국 지역사회로의 복귀도 늦어지게 되어 실제 비용은 늘어나고 환자의 삶의 질 또한 떨어지는 결과로 이어지게 된다. 또한, 퇴원 후 지역사회나 가정에 정착할 수 있는 여건이 조성되지 않아 재입원을 하는 현상이 반복되고 있는데 이런 현상은 증상 재발, 또는 거주지가 마땅치 않거나 보호자의 편의 때문인 것으로 알려져 있다(김승연·권혜연, 2018). 지금까지 우리 사회에서 돌봄은 당사자 또는 그 가족의 부담해야 할 몫이었다. 그동안 정부의 다양한 사회서비스의 확대가 있어왔지만, 여전히 증가하는 돌봄 서비스 수요를 충족시키지 못하고 있는 실정이다(보건복지부, 2018). 이러한 맥락에서 한국 정부의 커뮤니티케어 도입 발표는 지역사회 보건 및 복지전달체계에 커다란 관심을 불러일으켰다. 그러나 정부의 커뮤니티케어 도입 발표 이후 지금까지도 구체적인 사업 모형에 대한 합의에 이르지 못하고 있다.

이에, 커뮤니티케어 구축이 우리보다 10년 이상 앞선 일본의 개혁사례를 고찰하고, 서울시 사례와 비교분석을 실시한 본 연구는 향후 커뮤니티케어의 정책방향을 설계하는데 중요한 근거가 될 것이다.

이를 위해, 본 연구에서는 Capacity mapping tool을 사용하였는데, 이 방법론은 제도의 현 상태를 분석하여, 정책결정자들의 의사결정을 도와주는 유용한 방법론이다(Lafond et. al, 2002; Mittelmark et. al, 2006; Nam and Engelhardt, 2007). 특히, 이 방법론은 제도의 역량강화를 위한 디자인 과정에서 효과적으로 활용될 수 있으며, 제도의 모니터링과 평가의 유용한 틀을 제공하며(Lafond et. al, 2002), 제도를 둘러싼 기존의 자원을 확인하고, 필요 수준을 평가하기 위한 목적을 갖는다. 한편, Capacity mapping의 적용은 목적에 따라 다르게 나타날 수 있는데, 연구자에 따라, 정책에 따라 가장 적합한 모형을 정의하여 사용하므로, 본 연구에서는 Roemer(1993)의 정의를 활용하여 서울시와 일본의 커뮤니티케어 사례를 체계적으로 분석하였다.

일본은 2012년부터 사회보장 개혁의 일환으로 지역사회 포괄 케어 서비스를 단계별로 도입하기 시작하여 홈 케어, 예방, 진료, 보건, 생활, 주거 지원 등을 모두 포괄하는 통합적 케어를 제공해왔다. 2013년 일본 사회보장제도개혁국민회의 보고서는 2025년을 대비한 사회보장개혁안으로 정부에서 발표한 계획들을 개혁안에 따라 단계별 정책 수행이 이루어지고(김승연·권혜연, 2018). 이를 위해, 지역포괄지원센터가 별도로 운영되었고, 일본의 베이비붐 세대인 ‘단카이 세대’가 75세가 되는 2025년까지 100% 포함하는 것을 목표로 하였다(日本 社會保障制度改革國民會議, 2013).

우리나라의 경우, 사회안전망의 한계를 보여준 ‘송파 세 모녀 자살 사건’을 계기로 2016년부터 복지서비스 체계의 전반적인 부분을 개혁하여 읍면동 중심의 맞춤형 통합서비스를 제공하기 시작함으로써 복지 사각지대 문제를 적극 해소하는 등 사회안전망을 강화하고자 노력하였다. 서울시의 경우, 지역 복지문제 해소에 주민참여 강화, 지역공동체 회복, 행복한 마을 만들기 등의 동 행정혁신 등의 정책 목표를 가지고 ‘찾아가는 동 주민센터’ 모델을 개발하여 별도로 통합서비스 체계 모형을 개발하는 등 복지문제를 해결하고자 노력해왔다. 두 방향의 개혁모델 모두 지역사회 특색에 맞게 제공하고 취약계층의 서비스 접근성을 향상시킨 맞춤형 통합 공급체계라는 점에서 유사하지만, 서울시의 찾동 서비스는 사회복지서비스와 함께 방문간호 서비스 등 보건의료서비스를 일부 통합하여 제공하고 있고, 지역 공동체의 역량 강화(capacity building)를 통한 복지문제 대응이 정책의 중요한 축으로 있다는 점(유동철, 2017)에서 차이가 있었다.

한편, 일본과 한국의 커뮤니티 케어는 지역사회 자주성이나 주체성, 특색에 기초하여 지역의 특색에 따라 만들어 가도록 하고 있다는 공통점이 있다(이규식, 2016). 그러나 일본은 초고령 사회에 대비하여 고령층을 위한 홈 케어, 예방, 진료, 보건, 생활, 주거 지원 등 보건의료-장기요양-사회복지 등을 통합하여 연계·조정하여 제공하는 포괄적인 보건복지 서비스 제공 체계인 반면, 서울시 찾동의 경우, 초고령 시대에 대응하기 보다는 여전히 발굴 중심의 사각지대 해소에 초점이 있으며, 지역공동체 역량 강화, 주민참여 강화 등 전반적인 행정혁신을 포함하고 있어 일본에 비해, 보다 포괄적인 지역사회 전반의 변화에 초점이 맞추어져 있다. 또

한 개인의 소득 및 건강상태와 무관하게 보편적인 방문서비스를 제공함에 따라 개별 노인의 니즈를 반영한 서비스 제공에는 다소 한계를 보이고 있었다(손창우 외, 2019). 이에, 향후 한국의 통합서비스 개혁 모형의 경우, 각기 다른 서비스 니즈를 갖는 노인을 충족시키기 위해서 현재의 보편방문을 통한 획일적 모형에서, 사례중심적 개별 접근으로의 모형 수정이 필요하다고 하겠다. 아울러, 영국 NHS에서 2016년 부터 도입한 사회적 처방(social prescribing) 제도의 도입에 대하여(송그룹 외, 2019), 한국과 일본 모두 지역사회 노인을 대상으로 단계적으로 적용할 필요가 있을 것이다.

2. 합의

일본의 사례와 비교해 봤을 때, 서울시의 통합서비스 개혁이 지역사회를 중심으로 개편되고 있다는 점은 고무적이라고 할 수 있으나, 일본과는 달리 보건-의료-복지서비스 간 연계와 통합이 여전히 제한적이라는 점은 개선되어야 할 부분이다. 맞춤형 통합 서비스의 경우, 단면적으로 보면, 지역사회의 복지욕구를 조사하고 조사한대로 필요한 만큼의 복지를 포괄적으로 지원해 주는 것이라고 할 수 있다. 그러나 노화와 복합만성질환, 경제적 문제 등을 동시에 겪을 가능성이 높은 노인들에게 현재 제공해줄 수 있는 서비스의 강도가 낮은 것은 한계이다. 다시 말해, 단순한 복지서비스의 제공, 또는 지역 내 업무협약을 맺은 의료기관을 연결해주는 정도에서 그치는 경우도 많다. 커뮤니티 케어라는 서비스의 특성상 통합서비스가 제공되어야 하는데, 복지서비스와의 유기적인 연계의 어려움,

의료기관 연계의 법적 제한 등 실질적 어려움은 여전히 크다고 보여진다. 서울시 찾동 사업의 경우에도, 방문간호 서비스 내 포괄적 건강관리와 의료기관 연결 등과 같은 보건서비스가 포함되어 있기는 하지만, 만성질환자에게 실질적으로 필요한 직접적인 의료제공자 연계 및 이송서비스 등은 제공해 줄 수 없는 구조가 한계점이라고 지적 할 수 있다.

만성질환을 가진 노인의 경우, 의료적 처치가 끝난 이후, 재활 또는 요양서비스가 언제 시작될지 알기 어렵기 때문에, 당연히 이들에게 의료와 요양 서비스는 통합적으로 제공되어야 한다(Johansson and Borell, 1999). 서울시는 고령사회에 이미 진입하여 보건의료와 복지 간 통합하는 서비스 공급 체계로의 개혁이 다소 늦은 감이 있지만, 초고령 사회가 되기 전에 의료기관 중심의 현재의 노인 건강관리체계를 지역사회 중심 보건-복지-의료통합 서비스 체계로 전환시키는 것을 서둘러야 할 것이다. 서울시는 2026년 경 초고령 사회에 접어들 것으로 예상되고 있는데, 초고령 사회에 접어들게 되면, 현재와 같은 의료 이용 및 복지 수혜 중심의 체계로는 재정이 감당할 수 없을 뿐만 아니라, 노인들의 니즈를 반영하지 못하게 될 가능성이 크다(이규식, 2017b). 따라서, 향후 서울시 역시 건강증진 및 관리와 의료 및 노인장기요양보험과의 연속성 있는 제공체계 구축을 통해, 일본의 지역포괄케어 사례와 같이 지역사회를 중심으로 하여 물리적, 그리고 재정적 측면에서 의료보장과 사회보장 체계가 연계된 하나의 시스템으로 바뀌어야 할 것이다. 이를 위해서는 건강보험체계와 지역보건체계와의 시스템 통합은 물론, 지역 단위의 재정적 인센티브 구조를 만들어내는 것이 필요할 것이다.

V. 결론

서울시의 통합서비스 제도 개발은 추진 배경부터 일본과는 차이가 있었다. 서울시의 통합서비스 출발은 고령화나 질병구조와 같은 사회경제적, 역학적 환경의 변화에 대응하는 것이 아니라, 사회보장체계가 존재함에도 불구하고 혜택을 제대로 받지 못하는 복지 사각지대가 지속적으로 발견되었기 때문이다. 즉, 사회안전망의 한계를 보완하기 위한 행정 변화중의 하나로 신청주의에서 발굴주의로 전환하여 사회복지망을 보다 촘촘하게 하겠다는 데에서 시작한 것이었다. 송파 세 모녀 사건 이후, 새로 제정되거나 개정된 법률인 ‘송파 세 모녀법’은 복지정책 변화의 바람을 불게 했고, 이러한 변화는 “동 사무소의 복지허브화”와 “동 사무소 중심 통합서비스”라는 행정적 변화로 나타났다. 서울시의 찾동 서비스 제공 시스템은 행정복지센터로 전환하거나, 찾아가는 동 주민센터와 같이 복지 사각지대 발굴, 취약계층 사례관리, 공공과 민간 자원 연계를 통해 맞춤형 복지 서비스를 통합적으로 제공하여 지역주민의 복지체감을 높이고 삶의 질을 향상시키고자 하는 시스템으로 구현되었다. 서울시 찾동서비스는 동 주민센터를 중심으로 제공되고 있고, 지역사회에 기초하여 지역의 특성에 맞게 만들어 가도록 하고 있는데, 이는 장기요양보험 서비스가 아닌, 지역 시군구 지방자치단체가 운영 주체라는 점이 일본과는 큰 차이점으로 나타났다. 서울시 찾동의 서비스 제공 과정을 보면, 지역사회 특성에 맞게 통합서비스 공급체계를 만들어 간다는 점은 일본과 비슷한 구조를 보여주고 있고, 찾동 서비스의 특징은 ① 동 중심 통합 사회복지

서비스 제공, ② 전 연령대 계층을 포함하는 생애 주기별 맞춤형 복지 제도 안착, ③ 위기 계층 발굴과 사례관리를 통한 복지 사각지대 적극 해소, ④ 민간자원 참여 방식이다. 또한 일본과는 달리, ‘주민 조직화와 마을 만들기’가 동시에 이루어지고 있다. 이는 공동체의 자치역량을 키워 복지문제에 대응하려고 하는 서울시 기초의 연속성에서 해석이 가능할 것이며, 주민참여를 통해 기존 주민조직의 변화까지 도모하는 것을 목표로 삼고 있는 것은 의미 있는 것으로 보여진다.

2020년 현재, 보건복지부는 커뮤니케어를 통해 불필요한 입원을 제한하고, 이들을 지역사회로 돌려보내 지역사회에서 기존의 삶을 영위하면서 살 수 있도록 하는 방향으로 정책을 정하였다. 이러한 정책 방향은 지역사회 중심의 서비스 통합 모형을 구축하여, 서비스 제공자가 일차 의사와 함께 방문간호사를 포함한 물리치료사, 작업치료사, 요양보호사, 사회복지사, 약사 등이 팀을 이루어 수급자가 필요로 하는 서비스가 통합적으로 제공되어야 함을 의미한다. 결과적으로, 일본과의 비교를 통해 볼 때 생활권 단위에서의 연계 조정이 이루어지기 위해서 행정과 민원업무의 최일선의 기관인 ‘동 주민센터’를 활용하는 것이 가장 바람직하다고 판단된다. 서비스 인력으로는 간호사, 사회복지사가 중심으로, 필요에 따라 의사, 물리치료사, 작업치료사 및 약사 등을 포함한 팀 어프로치 방식을 접목하되, 지역사회 여건에 따라 다르게 구성할 수 있을 것이다. 또한 정책 개발시 지역주민의 참여를 보장하여, 지속적으로 지역주민의 요구가 커뮤니케이션 모형을 반영될 수 있도록 하는 거버넌스 구축이 함께 필요할 것이다.

* 이 연구는 “the NCGM Intramural Research Fund(28A7)”의 지원을 받아 수행되었습니다.

참고문헌

- 공선희, 2015, “영국의 커뮤니티케어 정책의 역사적 변천과 쟁점”, 『한국노년학』, 35: 79~98.
- 김귀영·장익현·손창우·안현찬·이준영, 2018, 「찾아가는 동주민센터 3단계 사업 성과관리 학술용역」, 서울연구원.
- 김승연·권혜영, 2018, 「보건사회연구 콜로키움: 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편 토론회 자료집」 해외 사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념 정립 필요성 및 추진 방향: 79~122.
- 김찬우, 2013, “노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰”, 『보건사회연구』, 33(2): 219~242
- 남은우·김하윤, 2018, 오키나와 커뮤니티케어 리포트, 연세대학교 건강도시연구소.
- 남은우·정승용·김소형·신정우, 2018, 「커뮤니티 케어: 일본의 의료와 개호」, 서울: 계축문화사.
- 노재철·고준기, 2012, “노인의 자립과 사회참가 등 사회생활환경조성을 위한 법적 문제점과 개선방안”, 『한국콘텐츠학회논문지』, 12(12): 647~660.
- 니끼류, 2018, 일본의 지역포괄케어의 사실, 논점과 최신의 정책 동향, 제13회 한일정기 심포지엄, 연세대학교 의료복지연구소.
- 무토마사키, 2017, 「일본의 의료보험개호보험 개혁」, 서울: 계축문화사.
- 보건복지부, 2018, 「지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향」, 보건복지부.
- 서울특별시, 「찾아가는 동 주민센터 2018년 기본계획」, 서울특별시, 2018.
- 손창우·김윤수·김규상·김정아·이은주, 2019, 「도시노인의 건강 증진을 위한 지역사회서비스 강화 방안」, 서울연구원.

- 손창우·이승재·황종남, 2019, “노인 방문건강관리 서비스 미충족 영향요인: 서울시 찾아가는 동주민센터 사업을 중심으로”, 『한국노년학』, 39(2): 985~1002.
- 송그름·조혜연·남은우, 2019, 강원도 한 농촌지역에서의 노인 우울증 경감을 위한 사회적 처방 프로그램의 효과평가, 『대한보건연구』, 45(4): 77~87.
- 유동철, 2017, “송파 세 모녀 사건 이후 지역 복지 정책의 변화와 과제”, 『월간 공공정책』, 142: 11~13.
- 유애정, 2015, 일본 개호보험제도의 2015년도 개정안 분석을 통한 정책적 시사점, 『한국노년학』, 35(4): 985~1002.
- 이규식·사공잔·한민경·박유미, 2019, 「커뮤니티 케어: 이론과 정책」, 건강복지정책연구원.
- 이규식, 2016, 한국의 노인 의료 및 장기요양 서비스 제공체계의 발전과 개혁방향, 제11회 한일정기보건의료 심포지움, 연세대학교 의료복지연구소.
- 이규식, 2017b, 「의료보장론」, 서울: 계축문화사.
- 이규식, 2017a, 「지역사회중심의 통합서비스체계」, 건강복지정책연구원, ISSUE Paper, 21(3).
- 이은경, 2010, 영국의 보건·복지 협력정책의 역사적 고찰, 『한국사회복지행정학』, 12(1): 27~55.
- 조추용·정윤태, 2010, “일본 개호보험의 개혁과 예방급여로서의 지역포괄지원센터의 역할”, 『한국케어매니지먼트연구』, 5: 19~46.
- Anderson, G. and Karlberg, I., 2000, “Integrated care for the elderly, the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly”, *International Journal of Integrated Care*, 9(2): e82.
- Johansson, R. and Borell, K., 1999, “Central steering and local networks: old-age care in Sweden”, *Public Administration*, 77(3): 585~598.
- LaFond, K., Brown, L., and Macintyre, K., 2002, “Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework”, *The International journal of health planning and management*, 17(1): 3~22.
- Means, R. and Smith, R., *Community Care, Policy and Practice*, London: The Macmillan Press Ltd.
- Mittelmark, B., Wise, M., Nam, E., Santos-Burgoa, C., Fosse, E., Saan, H., and Tang, C., 2006, “Mapping national capacity to engage in health promotion: Overview of issues and approaches”, *Health promotion international*, 21(suppl_1): 91~98.
- Nam, E. and Engelhardt, K., 2007, “Health promotion capacity mapping: the Korean situation”, *Health Promotion International*, 22(2): 155~162.
- Roemer, I., 1993, *National health systems of the world*. Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO), 2010, *Home-based Long-Term Care*, WHO Technical Report Series 898, Report of a WHO Study Group. Geneva: WHO.
- <http://kosis.kr/index/index.do>KOSIS(2018, KOSIS)
- http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu(2018, 日本 厚生労働省)
- <https://www.kantei.go.jp/> (2013, 日本 社会保障制度改革國民會議報告)

원 고 접 수 일 : 2020년 1월 3일

1 차 심 사 완 료 일 : 2020년 4월 27일

최 종 원 고 채 택 일 : 2020년 6월 20일