Ⅳ 치매정책의 평가

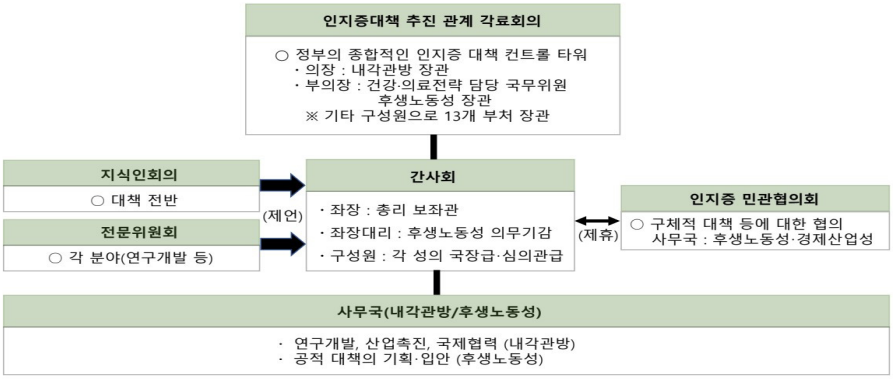
일본의 치매정책은 1989년 '골드플랜'을 책정하면서 본격화되었다고 할 수 있다. 그 이후 신골드플랜(1994년), 골드플랜21(2000년), 오렌지플랜(2012년), 신오렌지플랜(2015년), 인지증대책 추진대강(2019년), 인지증기본법(2023년) 등의 과정을 거쳐왔다. 치매정책에서 중요한 개호보험법은 2000년에 시행되었다. 30년 이상에 걸쳐 진행되어 온 일본 치매정책을 특징을 중심으로 평가하면 다음과 같다.

1. 정책 주체 측면: 범정부 차원의 국가전략으로 추진

일본의 치매정책은 '골드플랜~오렌지플랜'까지는 주무관청인 후생노동성을 중심으로 추진되어 왔다. 그러다가 신오렌지플랜부터는 후생노동성을 중심으로 내각관방·내각부·경찰청·금융청 등 12개 부처가 관여하는 범정부 차원으로 격상되었다. 2018년 12월에는 내각관방 장관을 의장, 건강·의료전략담당 장관 및 후생노동성 장관을 부의장으로 하고 그 밖에 13개 장관을 구성원으로 하는 '인지증시책추진관계각료회의'가 설치되었다. 인지증시책추진관계각료회의는 치매의 문제에 대해 관계 행정기관 간의 긴밀한 연계하에 정부가 혼연일체가 되어 종합적인 대책을 추진하기 위한 체제로써 설치된 것이다.

인지증시책추진관계각료회의 내에는 종합적인 치매대책 추진과 관련한 사항을 조사하기 위해 '인지증대책 추진을 위한 전문가회의(이하 '지식인회의'라 함)'가 설치되었다. 인지증시책추진관계각료회의 의장은 치매대책 추진에 관한 전문적인 사항을 조사할 필요가 있는 경우 치매대책 추진을 위한 전문위원회를 과제별로 설치할 수도 있다. 지식인회의 및 전문위원회 과제와 구성원 등은 인지증시책추진관계각료회의 의장이 결정한다. 인지증기본법에서는 총리를 본부장으로 하는 인지증시책추진본부까지 설치하였다.

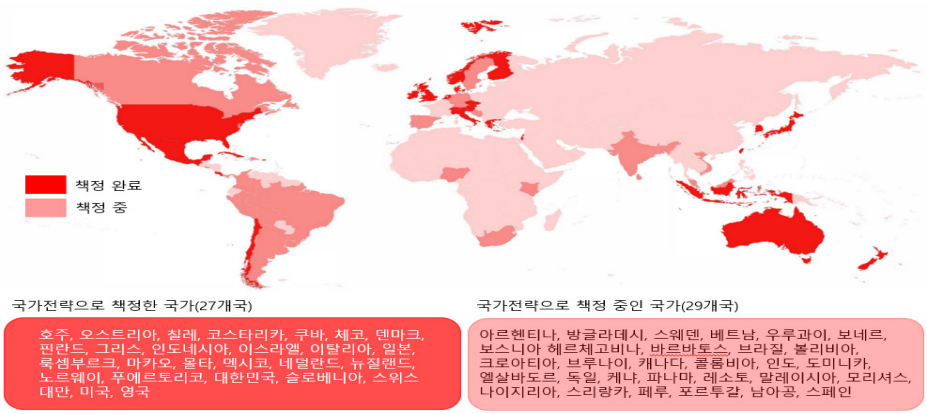
〈그림 Ⅳ-1〉 인지증시책 추진 각료회의 조직도



자료: 認知症施策推進関係閣僚会(2019b)

국제알츠하이머병 협회(Alzheimer's Disease International; ADI)에 따르면, 2018년 기준으로 치매정책을 국가전략으로 채택하고 있는 국가는 호주·체코·덴마크·핀란드·뉴질랜드·일본·대한민국·미국·영국 등 27개국인 것으로 나타난다. 일본은 한 부서가 아니라 범정부 차원에서 추진하는 치매전략이라는 점과 치매전략의 책임자가 행정부 수반이라는 점에서 다른 국가와 차별된다고 할 수 있다. 치매정책을 국가전략으로 채택을 검토 중인 국가는 아르헨티나·스웨덴·브라질·크로아티아·캐나다·인도·독일·포르투갈·스페인 등 29개국이다.

〈그림 Ⅳ-2〉 치매정책의 국가전략 채택 상황(2018년)



자료: Alzheimer's Disease International; 認知症施策推進関係閣僚会(2019b)에서 재인용함

2. 정책 설계 측면: 단계적·가속화 방식의 병행

일본의 치매정책은 크게 3단계 과정을 거쳐 발전해왔다고 할 수 있다. 즉 1989년 골드플랜 책정 이전의 '고령자복지의 한 분야'로 접근하던 단계(1단계), 골드플랜(1989년)부터 신오렌지플랜이 책정되기 이전(2014년)까지의 주무부처인 '후생노동성 중심의 체계적 종합대책'의 시대(2단계), 신오렌지플랜(2015년) 이후 '국가전략 차원에서의 접근'(3단계)으로 구분할 수 있다.

치매를 '고령자복지의 한 분야'로 접근하는 제1단계의 시발점은 1963년 시행된 '노인복지법'이라 할 수 있다. 그 이전의 고령자 복지는 생활보호법에 근거한 양로시설 등에 대한 수용·보호 정도에 머물렀으며 대상자도 극히 일부의 경제적 곤궁자로 한정되어 있었다. 하지만 노인복지법이 제정되면서 '특별양호 노인홈제도'[81]가 도입되고, '노인가정 봉사원제도'[82]가 법제화됨으로써 사회적 지원을 필요로 하는 고령자에 대한 복지 정책적 대응이 본격적으로 실시되었다. 하지만 노인복지법 제정 당시의 특별양호노인홈 입소는 저소득자나 생활곤란자에 한해 제한적으로 운영되었으며, 노인가정봉사원 파견 대상도 저소득자로 한정되어 있었다. 이처럼 당시의 노인복지는 극히 선택주의적인 색채가 강했고, 고령자의 돌봄은 아직 다세대 동거에 의한 가족부양에 의존하고 있었던 것이 일반적이었으며, 그에 대한 사회적 의식도 강했기 때문에 고령자 개호 문제가 표면화해 가족 돌봄이나 간병 비용이 사회문제화되는 일은 없었다(小林甲一·市川 勝 2013).

그런데 이른바 복지원년으로 일컬어지는 1973년에 실시된 '노인의료비 무료화'[83] 정책으로 인해 상황이 크게 바뀌었다. 이 정책은 당시의 자민당 정권이 고도성장에 의한 재정적 여유를 노인복지로 돌려 고령자층의 지지를 확보하고자 한 정치적 배경과 이미 많은 지방자치단체에서 행하고 있던 것을 국가가 대신하는 성격을 지닌 정책이었다. 이 정책의 시행으로 고령자의 의료비 부담은 줄어들었지만, 70세 이상 고령자의 진료율이 증가[84]해 병원

81) 일반적인 양호노인홈은 요양시설의 성격을 가진 것으로 경제적으로 곤궁한 고령자를 입소 대상으로 하는 것에 반해, 특별양호노인홈은 심한 심신장애로 인해 개호가 필요함에도 불구하고 집에서 돌봄을 받기 어려운 고령자를 입소 대상으로 한다는 점에서 차이가 있음

82) 오늘날에는 방문개호원으로 바뀌었음

83) 노인의료비 무료화는 70세 이상(와병의 경우 65세 이상) 고령자의 의료보험 자기부담분을 국가와 지방자치단체의 재원으로 지급하는 정책이었음. 하지만 동 정책은 1982년 노인의료비를 유료화하는 '노인보건법'의 시행으로 폐지되었음. 노인의료비 무료화 정책의 도입배경 및 그 영향에 대한 자세한 내용은 吳世榮(2005)을 참조 바람

84) 1975년 70세 이상 고령자의 진료율은 1970년 대비 1.8배로 증가하였음

대기실의 살롱화를 초래하고 복지시설보다 의료기관에 입원하는 '사회적 입원'을 조장하게 되었다.

고령자 인구가 급증하는 상황에서 도입된 노인의료 무료화제도는 국민의료비 증가를 가져왔다. 도쿄도를 비롯한 많은 지자체가 국가에 앞서 일찍이 실시하고 있던 노인의료 무료화 정책을 국가에서도 실시하게 되면서 노인의 진료율은 높아지게 되었고, 그 결과 국민 의료비는 급격히 증가하게 되었다. 특히 의학적 치료가 필요 없음에도 불구하고 갈 곳이 없어 병원에 입원하는 이른바 '사회적 입원' 현상은 의료비 낭비의 큰 원인이었다. 이 새로운 제도에 의해 1973년부터 1974년까지의 노인의료비 증가율은 55.1%에 달했고, 1974~1975년 사이에도 30.3%를 기록했다. 참고로 같은 기간 전체 국민의 의료비 증가율은 36.2%, 20.4%였다. 아울러 노인 1인당 의료비가 평균의 3배 이상[85]이었기 때문에 노인의 진료율이 높아지는 것은 의료비용 증가에 박차를 가하게 되었다(〈표 Ⅳ-1〉 참조). 그 결과 노인의료 무료화 정책 이후 노인의료비 증가는 국민 전체 의료비 증가율을 크게 웃돌게 되었다. 예컨대 노인 가입자가 많은 국민건강보험에서는 가입자의 7.7%에 불과한 노인이 전체 의료비의 27%를 차지하고 있었다(吳世榮 2005).

〈표 Ⅳ-1〉 연령대별 일반진료비 현황(1978년)

(단위: 억 엔, 만 엔)

구분		입원	입원 외	합계
전체 의료비 (억 엔)	0~14세	8,858	2,462	6,397
	15~44세	25,060	12,946	15,113
	45~64세	27,117	12,061	15,056
	65세 이상	24,971	12,852	12,120
	합계	89,006	40,321	48,685
1인당 의료비 (만 엔)	0~14세	3.2	0.9	2.3
	15~44세	5.3	2.4	2.8
	45~64세	11.2	5.0	6.2
	65세 이상	25.2	13.0	12.2
	합계	7.7	3.5	4.2

자료: 吳世榮(2005)

85) 1978년도 65세 이상 노인 1인당 의료비는 25만 엔 이상으로 국민 1인당 평균의 3.3배에 달함

노인의료 무료화제도에 의한 노인의료비의 급격한 증가는 의료보험 재정, 특히 국민건강보험 재정에 큰 부담이 되었다. 국민건강보험은 피용자가 퇴직하면 피용자보험을 그만두고 국민건강보험에 가입하는 구조이기 때문에 노인가입률이 높아지면서 노인의료비 부담이 현저히 높아지는 동시에 다른 제도와의 부담 불균형이 더욱 확대된 것이다. 이러한 노인의료비 증대는 초반엔 국고 부담으로 충당할 수 있었지만, 국가 재정이 어려워지자 그러한 대응은 더 이상 불가능해졌다. 더구나 1973년 가을 석유파동을 기점으로 고도경제성장이 끝나고 저성장시대에 접어들자 경제성장과 함께 증대된 복지정책 전체에 대한 재검토가 이루어졌는데 그 초점이 노인의료 무료화제도였다. 이러한 상황에서 도입된 것이 1982년의 '노인보건법'이었다.

노인보건법은 70세 이상 노인의료에 필요한 비용을 기존의 의료보험과는 별도로 조달하고, 그 재원을 국가와 지방공공단체(30%), 각 의료보험사업자(70%)가 함께 부담하면서 고령자에게도 일부를 부담시키기로 하였다. 결국 이는 국민건강보험의 재정을 구제하고, 의료보험을 기본으로 공적 비용을 투입해 재정구조를 재구축하려는 재정조정 수단이었던 셈이다. 이와 함께 노인보건법은 고령자의 건강을 유지하기 위해서는 일찍부터 생활습관병 예방이나 조기 발견을 위한 대책이 중요하다면서 고령자의 질병 예방이나 건강증진을 포함하는 종합적인 노인보건의료대책을 내놓았다. 이 대책은 본격적인 고령화와 그에 따른 개호수요 증대로 인해 발생하는 의료비 증가를 억제하거나 사회적 입원을 근절하지는 못했지만, 보다 보편주의적 입장에서 노인복지를 제시함으로써 개호보장의 길을 개척했다는 점에서 큰 의미가 있다고 하겠다(小林甲一·市川 勝 2013).

일본 치매정책의 2단계는 골드플랜(1989년)에서 시작해 오렌지플랜이 신오렌지플랜으로 대체되던 시기(2015년 4월)까지의 기간을 말한다. 최초의 종합적인 치매대책인 골드플랜은 애초 10년간(1990~1999년) 추진할 계획이었으나, 예상을 상회하는 고령자 보건복지서비스 정비의 필요성 등이 제기되자 1994년 신골드플랜을 책정해 치매대책의 가속화를 도모하였다. 이때 인재양성의 중요성이 새로이 부각되었다.

3단계는 신오렌지플랜부터 인지증기본법까지의 시기이다. 이때부터 치매정책은 국가전략 차원에서 추진하는 것으로 전환되었다. 그 이전까지는 주무부처인 후생노동성이 사실상 모든 것을 결정했다면, 이때부터는 후생노동성이 여전히 중요한 역할을 수행하지만 총리가 전면에 등장하여 치매정책을 조율하게 된다. 오렌지플랜에서 신오렌지플랜으로 전환할 때에도 또 한 차례의 가속화가 진행되었다. 원래 오렌지플랜은 2013년부터 2017년

까지 5개년 대책이었으나, 2014년 11월 '인지증 정상회담 일본 후속이벤트' 장을 방문한 당시의 아베 총리가 치매대책을 가속화하기 위한 새로운 전략을 후생노동성 장관에게 지시했기 때문이다. 당시 치매는 전 세계적인 화두의 하나였다. 치매환자의 급속한 증가가 예상되었다. 이에 2013년 치매를 주제로 하는 G8 정상회의가 사상 처음으로 영국에서 개최되었다. 세계에서 고령화 수준이 가장 높은 일본이 글로벌 치매정책의 주도권을 잡을 필요가 있다는 인식이 깔려 있었던 것으로 판단된다.

이처럼 일본의 치매정책은 고령화 및 노인복지 상황 등을 감안해 주기적으로 개선하는 스텝 업 식으로 발전해왔다(단계적 발전). 하지만 특정 단계에서는 애초의 계획에 얽매이지 않고 상황 변화에 유연하게 대응하는 모습을 보여주었다. 즉 한 단계가 종료되지 않았음에도 불구하고 새로운 단계로 과감하게 이행하는 정책적 유연성을 발휘한 것이다(가속화 방식). 이는 기존의 정책을 폐기한다는 의미보다는 기존의 정책을 강화하는 의미를 갖는다는 점에서 본 연구에서는 가속화 방식이라 명명하였다.

3. 정책 범위 측면: 치매 전(全) 단계에 걸친 종합적인 대책 추구

국제알츠하이머병협회(ADI)에 따르면, 세계 치매환자 수는 2018년 시점에서 5,000만 명에 달하고 2030년 8,200만 명, 2050년에는 1.52억 명으로 증가할 것으로 추정된다. 2015년부터 2050년에 걸쳐 장수화가 진행됨에 따라 저·중소득국의 환자 수 증가가 특히 두드러질 것으로 예측되고 있다. 또한 2010년과 2015년 치매의 사회적 비용을 소득계층별로 비교하면, 고소득국 이외에서는 비공식적 돌봄(Informal care) 비용의 증가율이 높아지고 있다(〈표 Ⅳ-2〉 참조). 이는 간병활동 때문에 일을 하지 못하여 발생하는 경제적 손실로 인해 저소득 국가의 경제성장이 낮아질 수 있음을 의미한다. 〈표 Ⅳ-2〉에서 보는 것처럼 많은 개발도상국에서 치매정책을 국가전략으로 채택하고 있는 것은 치매와 관련한 높은 사회적 비용 때문이라 판단된다.

〈표 Ⅳ-2〉 소득계층별 치매의 사회적 비용 내역

(단위: 1억 달러, %)

구분		2010년		2015년	
		금액	증가율	금액	증가율
저소득국	직접의료비	0.1	22.3	0.2	20.4
	공식적 돌봄 (Formal care)	0.1	11.5	0.1	10.4
	비공식적 돌봄 (Informal care)	0.3	66.2	0.8	69.2
하위 중소득국	직접의료비	2.9	29.4	3.7	23.9
	공식적 돌봄 (Formal care)	1.6	16.4	2.0	13.2
	비공식적 돌봄 (Informal care)	5.3	54.2	9.6	62.9
상위 중소득국	직접의료비	12.6	28.1	19.3	22.4
	공식적 돌봄 (Formal care)	8.3	18.6	17.7	20.5
	비공식적 돌봄 (Informal care)	23.9	53.3	49.3	57.1
고소득국	직접의료비	80.8	14.7	136.0	19.0
	공식적 돌봄 (Formal care)	245.7	44.8	308.1	43.1
	비공식적 돌봄 (Informal care)	222.4	40.5	271.1	37.9

주: 'Formal care'는 지방자치단체 및 개호시설 등 공식적인 제도에 기반하여 제공되는 지원을, 'Informal care'는 가족 및 친구, 지역주민, 자원봉사자 등 제도에 기반하지 않는 비공식적인 지원을 의미함

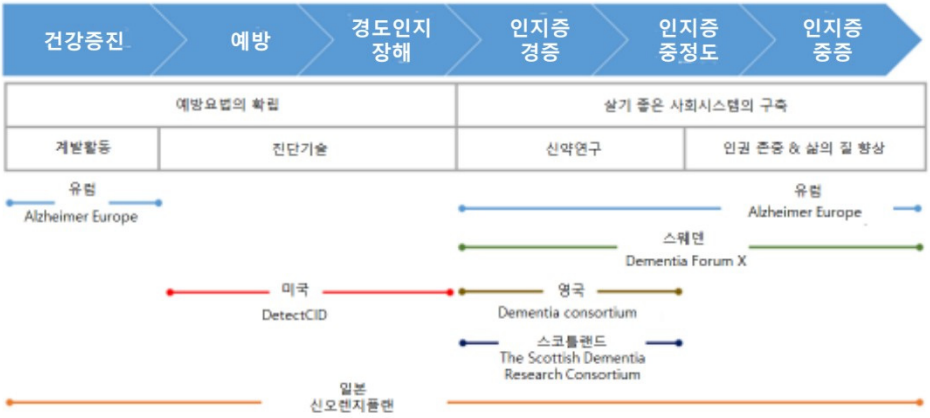
자료: World Alzheimer Report 2015; 三井物産戦略研究所(2019)에서 재인용함

이런 가운데 세계 각국은 다양한 치매대책을 추진하고 있다. 그 중에서도 영국은 일찍부터 치매대책을 국가 주도로 실시하고 있다. 영국에서는 2000년 이후 치매 고령자에 관한 여러 보고서가 발간되었고, 이들을 통해 정부의 치매정책에 대한 국민적 비판이 높아져 갔다. 이에 영국 정부는 2009년 2월 '치매와 함께 좋은 인생을 살다: 치매국가전략'(Living well with dementia: A National Dementia Strategy)을 책정했다. 이어 2013년 영국에서 처음으로 G8 치매 정상회의가 열렸고, 여기서 2025년까지 효과적인 예방법과 치료법을 확립하겠다고 선언했다. 이후 치매를 포함한 신경변성 질환 대책과 관련한 세계적인 논의 및 연계가 이뤄지고 있다. 또한 영국에서는 의료기술평가 기관인 국립보건임상연구소

(National Institute for Health and Care Excellence; NICE)를 통해 치매 예방을 위한 가이드라인을 제정하였고, 미국은 영국의 기준을 토대로 증거 기반의 지침(Evidence-based guideline)을 책정하고 있다.

일본 역시 신오렌지플랜이 시작된 2015년부터 치매정책을 국가전략으로 추진하고 있다. 주요국의 주요 치매대책 대비 일본의 신오렌지플랜은 치매의 전(全) 단계(치매 초기~중증 단계)에 걸쳐 대응하는 종합적인 대책을 추구하고 있다는 점이 다른 국가와 차별되는 점이라 할 수 있다. 알츠하이머 유럽(Alzheimer Europe)은 인권에 기반한 치매케어의 촉진, 치매연구 지원, EU내 치매관련 사회운동 강화에 초점을 두고 있어 치매 6단계 중 2~3단계인 '예방'과 '경도 치매' 대책은 취약한 편이라 할 수 있다. 치매관련 과제의 특정, 해결행동기반의 책정, 병원 및 개호시설 등의 제휴에 목적을 두는 스웨덴의 치매전문포럼 X(Dementia Forum X)는 치매 2단계와 3단계에 초점을 두고 있다. 임상 현장에서의 치매 검출이나 평가법 향상을 목적으로 하는 미국의 DetectCID는 2~3단계인 '예방'과 '인지 장애'에 초점을 맞추고 있다. 영국의 치매컨소시엄(Dementia consortium)은 조기 신약개발 연구 지원, 자금·전문지식·프로젝트 관리자원 등을 학술연구자에게 지원하는 대책으로써 주로 '경증 치매'와 '중간 정도 치매'에 초점을 두고 있다. 스코틀랜드 치매연구 컨소시엄(The Scottish Dementia Research Consortium)은 치매연구 추진·제휴·협업 및 아이디어 공유를 목적으로 하는 대책으로써 영국과 마찬가지로 '경증 치매'와 '중간 정도 치매'에 초점을 두는 것으로 보인다.

〈그림 Ⅳ-3〉 치매 단계별 각국의 대책 범위



자료: 三井物産戦略研究所(2019)

4. 정책 운영 측면: 지역포괄케어시스템의 도입

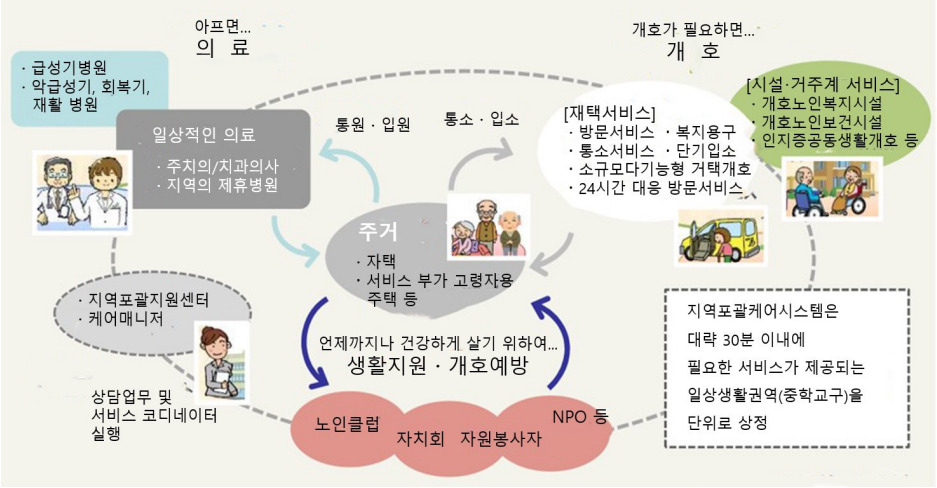
일본 치매정책의 기저에 흐르는 큰 방향은 '전략은 국가에서, 실행은 지역에서'로 요약할 수 있다. 이런 방향은 시정촌 중심의 재택·시설서비스 제공을 주요 목표의 하나로 내세운 골드플랜 책정 때부터 적용되어 왔다. 즉 본격적인 치매정책을 처음 추진할 때부터 이러한 방향을 견지했던 것이다. 치매환자가 전국의 각 지역에서 실제로 살고 있음을 감안할 때 어찌보면 너무나 당연한 접근법이라 할 수 있다. 이런 방향은 '서로 지지하는 지역사회 만들기'를 목표로 내건 골드플랜21, '가능한 한 익숙한 지역의 좋은 환경에서 계속 생활할 수 있는 사회의 실현'을 목표로 하는 오렌지플랜과 신오렌지플랜, '인지증 고령자 등이 친화적인 지역만들기를 위하여'라는 제목을 단 인지증시책추진대강에 이르기까지 중요 치매정책의 근간에 자리하고 있다.

'전략은 국가에서, 실행은 지역에서'의 정점은 바로 '지역포괄케어시스템'이다. 동 시스템은 1989년 '지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보의 촉진에 관한 법률'이 제정되면서 도입되었다. 동 법률(제2조)에서는 지역포괄케어시스템을 "지역실정에 따라 고령자가 가능한 한 익숙한 지역에서 그가 가진 능력에 따라 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 의료·개호·개호예방·주거 및 자립적인 일상생활 지원이 포괄적으로 확보되는 체제"라고 정의하고 있다. 한편 치매정책의 핵심 부처인 후생노동성(2022)은 향후 치매 고령자가 증가할 것으로 예상됨에 따라 치매 고령자의 지역생활을 뒷받침하기 위해서라도 지역포괄케어시스템의 구축이 중요하다고 언급하며 "단카이세대가 75세 이상이 되는 2025년을 목표로 중증 요개호 상태가 되어도 익숙한 지역에서 자신다운 생활을 인생의 끝까지 계속할 수 있도록 의료·개호·예방·주거·생활지원이 포괄적으로 확보되는 체제(지역포괄케어시스템) 구축의 실현"을 중요한 정책 아젠다로 제시하고 있다. 그러면서 지역포괄케어시스템은 보험자인 시정촌이나 도도부현이 지역의 자주성과 주체성을 바탕으로 지역 특성에 따라 만들어 나갈 필요가 있다고 강조한다.

인구감소시대의 지역포괄케어시스템은 간병 수요의 급증이라는 어려운 과제에 대해서 의료·간호 등의 전문직으로부터 지역주민 개개인까지 다양한 사람들이 힘을 합쳐 대응해 나가려는 시스템이라 할 수 있다. 일반적으로 지역포괄케어시스템은 대략 30분 이내에 필요한 서비스가 제공되는 일상생활권역(중학교 학군)을 단위로 상정한다. 지역사회에 거주하는 치매환자를 노인클럽, 자치회, 자원봉사자, NPO 등에서 이들이 언제까지나 건강하게 살아갈 수 있도록 생활지원과 개호예방 활동을 전개한다. 지역사회에 거주하는 치매환

자가 아프면 제휴병원에서 일상적인 진료를 받도록 지원하고, 간병이 필요하면 자택이나 개호시설 등에서 서비스를 받을 수 있도록 지원한다. 이러한 일들이 원활하게 작동될 수 있도록 지역포괄 지원센터와 케어매니저가 상담과 서비스 코디네이터 업무를 수행한다.

〈그림 Ⅳ-4〉 지역포괄케어시스템의 개념도



자료: 遠藤英俊(2022)

[지역포괄케어시스템의 탄생 배경]

일본의 지역포괄케어시스템은 전국 각지에서 시행하였던 것을 정책화한 것이다. 동 시스템의 선구자는 히로시마현 오노미치시의 공립 미츠이종합병원의 야마구치 노보루 의사다. 그는 1970년대에 뇌졸중이나 심장병 등의 수술을 담당하고 있었는데, 수술을 성공리에 마치고 퇴원한 환자가 반년에서 일 년 정도 만에 재입원하는 사실에 의문을 가졌다. 그래서 지역을 둘러보니 식생활이나 온도관리 등 재택생활에 많은 문제가 있음을 깨닫고, 병원치료 뿐 아니라 방문 간호나 방문 영양지도의 중요성을 실감하였다. 이에 1974년 오늘날의 방문 진료나 방문 간호에 해당하는 '와병제로 작전'의 일환으로 '방문진료'를 시작했다. 나아가 병원 행정실과 제휴해 개호시설을 설치하는 등 지역 전체의 케어 체제를 구축했다.
이외에도 나가노현 사쿠시의 사쿠종합병원에서 농촌의료를 확립한 와카츠키 슌이치 의사, 개호서비스 등을 소규모지역 완결형으로 제공하는 구조를 만든 니가타현 나가오카시의 나가오카복지협회 등도 지역포괄케어시스템의 선구자로 알려져 있다.
후생노동성은 2003년 이러한 활동을 전국적으로 확산시키기 위해 '고령자개호연구회'를 설치하고, 여기서 처음으로 지역포괄케어시스템 개념을 제시하였다. 2008년에는 '지역포괄케어연구회'를 발족해 각 지역의 대책을 심도있게 논의한 결과 '30분 이내에 필요한 서비스가 제공되는 일상 생활권역', 구체적으로는 '중학교 학군을 기본으로 한다'는 접근법을 확립하였다. 2011년에는 '개호서비스의 기반 강화를 위한 개호보험법 등의 일부를 개정하는 법률'에서 고령자가 정든 지역에서 안심하고 계속 살기 위해서는 의료·개호·예방·주거·생활지원서비스를 끊임없이 제공하는 '지역포괄케어시스템'을 구축할 필요

가 있다고 하였다. 2014년에 통과된 '의료·개호 종합 확보 추진법'에서 지역포괄케어시스템의 구축이 구현되기에 이르렀다.

자료: 지역 포괄 케어 시스템이란? 5개의 구성 요소와 각지의 사례(https://nakamaaru.asahi.com/article/14825022)

지역포괄케어시스템을 이해하기 위해서는 자조(自助)·상조(相助)·공조(共助)·공조(公助)라는 4개의 조(助)를 알아야 한다.

자조(自助)는 '자신의 생활과제를 자발적으로 해결하는 힘을 갖자'는 것을 의미한다. 개호 예방이나 건강수명 늘리는 것 등을 목적으로 한 자기 스스로 실시하는 케어를 말한다. 고령자가 되어도 지역에서 지속된 삶을 영위하기 위해서는 자신의 건강에 신경을 쓰고 주체적·적극적으로 개호 예방 활동에 임하는 것이 중요하다. 각자가 자발적인 과제 해결력을 가지게 되는 것은 개호 및 의료 분야의 부담을 감소시켜 자조는 지역포괄케어시스템의 기반이라고 할 수 있다.

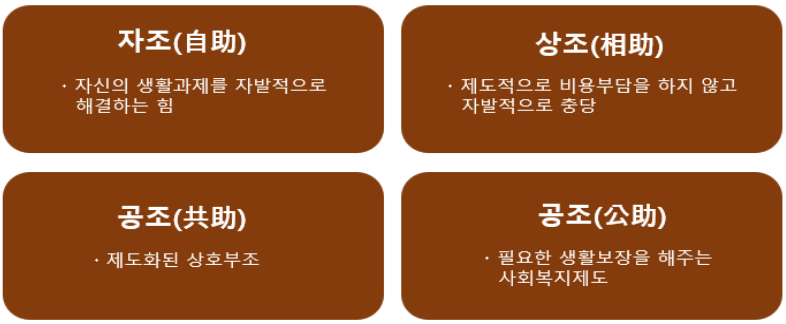
상조(相助)는 '제도적으로 비용을 부담하지 않고 자발적으로 충당'하는 것을 의미한다. 즉 치매 개호와 관련한 여러 문제를 가족이나 친척, 지인 등이 서로 도우며 함께 해결해 나가자는 것이다. 인력 및 비용이 한정된 상황에서는 가족끼리의 협력이나 이웃 간의 도움 등 비공식적인 사회 자원을 적극적으로 활용하는 것이 매우 중요하다. 주민 간의 연결고리가 비교적 약한 도시지역에서는 상조에 큰 역할을 기대하는 것은 현실적이지 않을 수 있지만, 재원이나 인적자원이 부족한 시정촌 등에서는 상조가 필요한 정신이라 할 수 있다.

공조(共助)는 '제도화된 상호부조'를 의미한다. 즉 개호보험, 의료보험 서비스 등 제도에 근거한 상호부조 제도를 말한다. 상조와 달리 공조(共助)는 반드시 제도의 틀 내에서 이루어진다. 의료보험이나 연금보험 등 피보험자의 상호 부담에 의해 성립하는 제도가 대표적인 예이다. 그러나 저출산·고령화의 영향으로 피보험자의 수가 감소하고 있어 지역포괄케어시스템에서 공조(共助)의 의미는 향후 더욱 약해질 가능성이 있다.

공조(公助)는 '필요한 생활을 보장해주는 사회복지제도'를 의미한다. 생활궁핍자 등의 지원을 목적으로 행정이 주도하는 생활보장제도나 사회복지제도를 말한다. 빈곤을 비롯해 스스로 또는 상조로는 대응할 수 없는 문제도 있기 때문에 행정에 의한 공조가 지역포괄케어시스템에는 필수적이다. 아울러 공조(公助)는 세금으로 재원을 조달하므로 생활보호를 넘어 인권 옹호나 학대 예방 등의 대처도 기대할 수 있다. 이처럼 공조(公助)는 큰 효과를 기대할 수 있는 요소이지만, 세금을 재원으로 하는 한 저출산·고령화에 따른 재정문제

에서 자유롭기 어려워 크게 확충할 수 없는 문제를 안고 있다.

〈그림 Ⅳ-5〉 지역포괄케어시스템에 필요한 4개의 조(助)



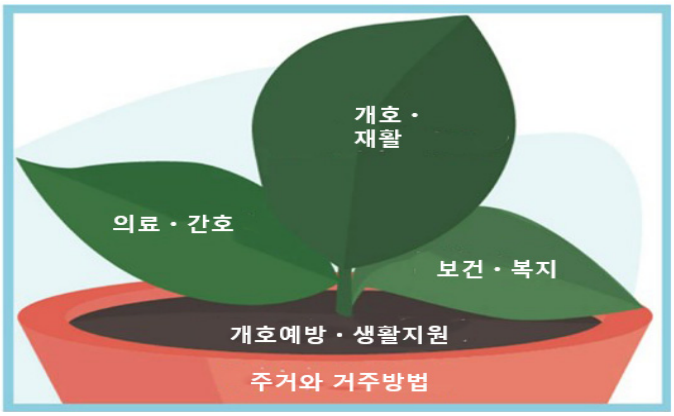
자료: 学研ココファン(https://www.cocofump.co.jp/articles/kaigo/73/#10)

이상과 같은 4개의 '도움(助) 정신' 외에도 지역포괄케어시스템이 원활하게 작동하기 위해서는 5개의 구성요소를 필요로 한다. ① 거주와 거주방법, ② 의료, ③ 개호, ④ 개호 예방, ⑤ 생활 지원이 바로 그것이다. ①의 '거주와 거주방법'은 자택이나 요양시설 등을 가리킨다. 익숙한 지역이나, 살고 싶은 지역에서 사생활과 존엄성이 충분히 유지되는 주거는 지역포괄케어시스템의 가장 기본적인 구성요소이다. ②의 '의료'는 병원(급성기병원,[86] 아급성기·재활병원)과 일상적인 의료(주치의, 지역 연계 병원, 치과의료, 약국)가 서로 제휴해 통원과 입원치료를 실시하는 것을 의미한다. 재택진료, 방문개호, 방문재활 등도 의료에 포함된다. ③의 '개호'는 돌봄을 필요로 하는 사람들이 이용할 수 있는 시설·거주 서비스(특별양로노인홈이나 노인보건시설 등), 재택 서비스(방문개호, 통원개호 등)를 말한다. ④의 '개호 예방'은 개호를 필요로 하는 상태가 되지 않기 위한 예방, 중증화가 되지 않기 위한 예방, 개호상태를 완화하기 위한 예방 등을 의미하며, 이를 통해 생활 기능의 유지와 향상을 목표로 한다. ⑤의 '생활 지원'은 지켜보기·배식·쇼핑 지원 등의 생활 지원을 말한다. 이는 전문직 종사자의 지원부터 가족 및 인근 주민, NPO(Non-Profit Organization) 법인, 자원봉사자 등에 의한 지원까지 포괄하는 개념이다.

86) 급성기병원은 급성기에 있는 환자를 대상으로 24시간 체제로 의료를 제공하는 의료시설을 의미함. 여기서 급성기는 큰 부상 직후나 병의 증상이 급격히 나타나 불안정한 시기를 말함. 급성기병원에서는 위독한 상태에 있는 급성기 환자에 대해 증상의 진행을 멈추게 하거나 회복기 및 만성기까지의 치료를 24시간 체제로 실시함. 급성기병원은 병원의 규모와 지역에 따른 차이는 있지만, 응급도나 중증도가 높은 환자에 대응하기 위해 고도로 전문적인 치료를 할 수 있는 환경을 갖추고 있음

후생노동성은 위의 5가지 구성요소를 화분에 비유해 표현하고 있다. 생활의 기반이 되는 '주거와 거주방법'을 화분에, '개호 예방·생활 지원'을 흙에, 전문적인 서비스가 필요한 '의료·간호' '개호·재활' '보건·복지'를 잎에 비유하고 있다. 화분이나 흙이 없는 곳에 식물을 심으면 자라지 않는 것과 마찬가지로 고령자의 존엄이나 프라이버시가 지켜지는 주거, 즉 화분이 제공되고 그 주거에서 안정적인 일상생활을 보낼 수 있는 개호 예방과 생활 지원, 즉 흙이 있어야 한다. 화분과 흙에 해당하는 '주거와 거주방법', '개호 예방·생활 지원'은 지역포괄케어시스템의 핵심 기반이다. 이 기반이 있어야만 '의료·간호', '보건·복지', '개호·재활'도 효과적인 역할을 수행할 수 있는 것이다.

〈그림 Ⅳ-6〉 지역포괄케어시스템의 구성요소



자료: 지역 포괄 케어 시스템이란? 5개의 구성 요소와 각지의 사례(https://nakamaaru.asahi.com/article/14825022)

지역포괄케어시스템은 다음과 같은 3가지 장점을 갖고 있다. 첫째, 요구에 맞는 포괄적인 서비스를 제공할 수 있다는 점이다. 개호 예방, 자립 지원, 삶의 질(Quality Of Life; QOL) 유지, 개호 지원 등 고령자의 심신 상태에 따라 그에 필요한 서비스를 제공한다. 고령자의 상태 변화에 부합하는 서비스 제공 체제야말로 지역포괄케어시스템의 가장 큰 장점이라 할 수 있다. 둘째, 치매 정도에 맞춘 지원을 기대할 수 있다. 치매 증상의 정도는 매우 다양하다. 치매를 진단받았다고 하여 곧바로 방문개호나 통원개호 서비스가 필요한 것은 아니다. 자립 생활을 할 수 있는 경증 치매인에게는 방문개호나 통원개호보다는 치매의 진행을 막는 사회참여 활동, 인지증서포터 등에 의한 관찰 등이 더 필요하다. 지역포괄케어

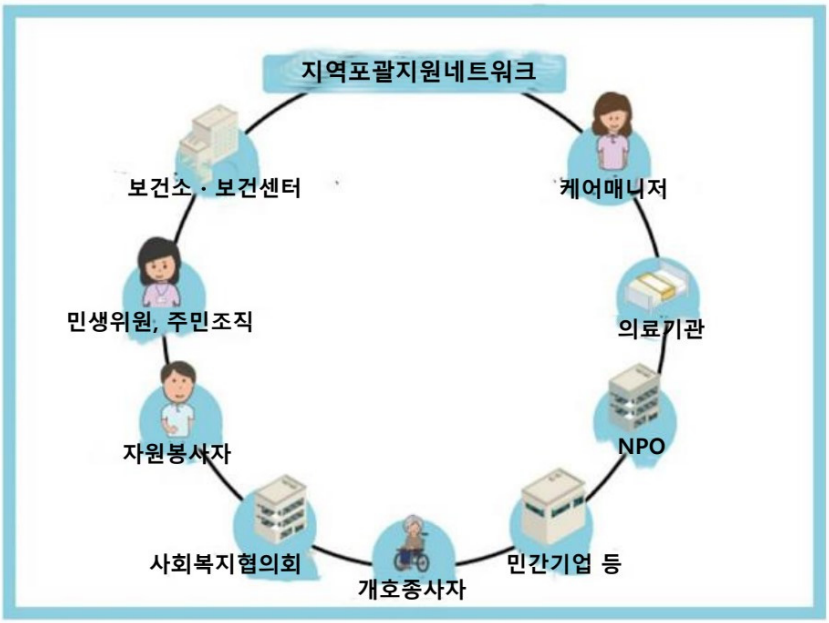
시스템에서는 개호보험서비스로 커버할 수 없는 부분까지도 케어할 수 있다. 만일 치매증상이 많이 진행되어 지원이 필요하게 된 경우에는 개호보험서비스 이용으로 연결하여 삶의 질을 유지할 수 있도록 하는 것도 지역포괄케어시스템의 목표 중 하나다. 셋째, 고령자의 사회참여를 활성화할 수 있다. 개호예방에 관한 이벤트나 자원봉사활동 참가는 개호예방으로 연결되는 고령자의 사회참여 활동으로 볼 수 있다. 개호 예방에는 식사나 운동, 사회활동이 중요한데, 치매인의 사회활동은 혼자서 하기에 어려운 부분이 있다. 지역포괄케어시스템은 이러한 부분을 가능하게 해줌으로써 개호 예방에 도움을 준다.

지역포괄케어시스템을 구축하는 데에는 3가지 프로세스를 거친다. 첫 번째 프로세스는 '지역과제 파악과 사회적 자원 발굴'이다. '지역케어회의' 등에서 지역의 실태나 요구, 사회적 자원을 파악하거나 다른 시정촌과의 비교 검토를 통해 파악한다. 두 번째는 '지역 관계자에 의한 대응책 검토'이다. 1단계에서 밝혀진 지역의 과제를 해결하기 위해 필요한 구체적인 방안을 검토하는 것이다. 세 번째는 '대응책의 결정과 실행'이다. 개호서비스나 의료·개호의 제휴, 주거의 정비나 확보, 생활지원이나 개호 예방, 인재육성 등을 실시한다.

지역포괄케어시스템 구축에 중추적인 역할을 수행하는 곳이 '지역케어회의'다. 동 회의에는 지역의 지원자를 비롯해 여러 직종의 전문가들이 참여한다. 본 회의의 역할은 '서비스의 사각지대에 놓인 고령자를 지원한다.' '지역에서 활동하는 케어매니저의 자립에 도움이 되는 케어 매너지먼트를 지원한다.' '개별 사례 분석을 통해 지역 과제를 도출한다.' '지역에 필요한 자원 개발이나 지역 만들기' '개호보험 사업계획에의 반영 등 정책 채택으로 연결한다.' 등 다방면에 걸쳐 있다. 또 케어매니저에 의한 고령자의 개별 요구에 응하는 회의부터 행정에 의한 사회적 자원의 정비를 추진하는 회의까지 회의의 종류와 규모도 다양하다. 회의에는 지방자치단체 직원, 개호 매니저, 개호 사업자, 민생위원, 의료종사자 등이 필요에 따라 참여한다.

지역포괄케어시스템을 실현하기 위해서는 고령자를 지원하는 '지역포괄지원네트워크'가 중요하다. 구체적으로는 케어매니저, 의료기관, NPO법인, 민간기업, 개호사업자, 사회복지협의회, 자원봉사자, 민생위원, 주민조직, 보건소·보건센터 등이다. 지역케어회의는 이들 네트워크를 연결하는 역할도 수행한다. 모든 시정촌에 설치되어 있는 고령자 종합상담창구인 '지역포괄 지원센터'는 지역포괄케어시스템 실현을 위한 핵심기관이자 네트워크의 중심적 존재이다.

〈그림 Ⅳ-7〉 지역포괄지원네트워크 개념도



자료: 지역 포괄 케어 시스템이란? 5개의 구성 요소와 각지의 사례(https://nakamaaru.asahi.com/article/14825022)

치매대책에서 지역포괄케어시스템의 중요성을 잘 알고 있는 일본의 기초자치단체에서는 조례를 제정하는 경우도 있다. 오사카부의 이즈미키타 지역에 있는 정령 지정도시인 사카이시(堺市)는 부 내에서 오사카시 다음으로 인구가 많은 도시다. 사카이시는 2025년 경 75세 이상 후기 고령자가 급속히 증가함에 따라 의료나 개호의 요구가 급증할 것으로 예상되었다. 이에 사카이시는 지역포괄케어시스템의 중요성을 새삼 느끼며 '지역포괄케어시스템은 무엇일까?' '지역포괄케어시스템 안에서 자신들은 어떤 역할을 할 수 있을까?' 등의 의식을 높이기 위해 '사카이시 초고령사회에 대응하기 위한 지역포괄케어시스템 추진에 관한 조례'를 제정하였다. 동 조례의 전문은 아래와 같다.

[사카이시 초고령사회에 대응하기 위한 지역포괄케어시스템 추진에 관한 조례(전문)]

가능한 한 정든 지역에서 고령자가 존엄하게 인생의 최후까지 자신답게 계속 살기 위해서는 사회보장제도는 물론 의료, 개호, 개호 예방, 주거 및 생활 지원이 일체적이고 지속적으로 제공되는 지역포괄케어시스템 구축 및 심화·추진이 필요하다. 지역포괄케어시스템은 시와 의료개호 등 관계자 및 시민 등의 협동에 의한 마을 조성으로, 지역 특성에 따라 만들어가는 것이다. 우리 한 사람 한 사람이 서로 의지하

며 '안심하고 건강하게, 활기차게 살 수 있는 마을 사카이'를 실현하고, 이것을 세대를 초월하여 계승해 언제까지나 안심하고 마음이 풍요롭게 생활할 수 있도록 여기에 지역포괄케어시스템의 구축 및 심화·추진에 대해 함께 힘을 합쳐 대응하기 위해 이 조례를 제정한다.

자료: 일본 사카이시 홈페이지

한편 지역포괄케어시스템은 낮은 인지도, 담당인력 부족의 해소, 의료와의 제휴, 서비스의 지역격차 시정 등의 과제를 안고 있다.

〈그림 Ⅳ-8〉 지역포괄케어시스템의 과제

자료: 지역 포괄 케어 시스템이란? 5개의 구성 요소와 각지의 사례(https://nakamaaru.asahi.com/article/14825022)

지역포괄시스템의 과제를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 '낮은 인지도'가 있다. 지역포괄케어시스템의 인지도는 결코 높다고 할 수 없다. 자신이나 가족 등이 그러한 상황에 처하지 않으면 기본적으로 관심을 기울이지 않기 때문이다. 지역포괄케어시스템을 잘 알고 있으면 조기대응에 매우 유용하다. 따라서 지원 당사자인 고령자와 그 가족에게 알리는 것은 물론 의료기관이나 요양사업소, 기타 법인, 지역주민 등에게 이해를 구하는 것은 중요한 일이다. 이를 위해서는 지역포괄케어시스템의 목적이나 그와 관련된 각 사업소 등의 역할을 명확히 규정하고, 지역 전체에서 동 시스템을 구축할 수 있도록 보급·계몽하는 일이 현안 과제로 대두되어 있는 상황이다.

두 번째 과제는 '의료와의 연계'이다. 고령자가 언제까지나 자택 등의 정든 생활환경에서

계속 생활하며 자신다운 생활을 유지할 수 있는 지역을 만들기 위해서는 지역의 의료·개호의 관계기관이 서로 제휴하여 재택의료와 재택개호 서비스를 더 확충해 나갈 필요가 있다. 그런데 의료분야와 개호분야 사이에는 '정신적 장벽(Mental barrier)'이라는 눈에 보이지 않는 벽이 존재한다. 이 정신적 장벽을 제거하고 의료와 개호 양 분야의 결합을 이뤄내는 게 중요하다. 이는 지역포괄케어시스템의 구축에 빠뜨릴 수 없는 중요한 과제이다.

세 번째는 '담당인력 부족 문제의 해소'이다. 지역포괄케어시스템으로부터 서비스를 받아야 하는 고령자들이 증가하고 있다. 하지만 내실 있는 시스템 운영에 필요한 인적자원이 부족한 게 현실이기도 하다. 각 지자체가 지역포괄케어시스템에서 제공하는 각종 서비스에 종사할 담당자를 확보하는데 많은 노력을 기울이고 있는 것도 바로 이 때문이다. 행정당국의 인력뿐 아니라 NPO나 자원봉사자, 민간기업 등 민영분야의 인력도 활용하는 중층적인 지원체제를 구축하고자 노력하는 이유이기도 하다. 한정된 인적자원을 효과적으로 활용하기 위해서는 건강한 고령자의 사회참여를 유도해 생활지원 담당자로 활약하게 하는 것도 하나의 방편으로 추진되고 있다. 이는 참여하는 고령자 자신의 삶의 보람이나 개호예방으로도 이어질 수 있기 때문에 우선순위를 높여 대응해야 할 과제로 부상하고 있다.

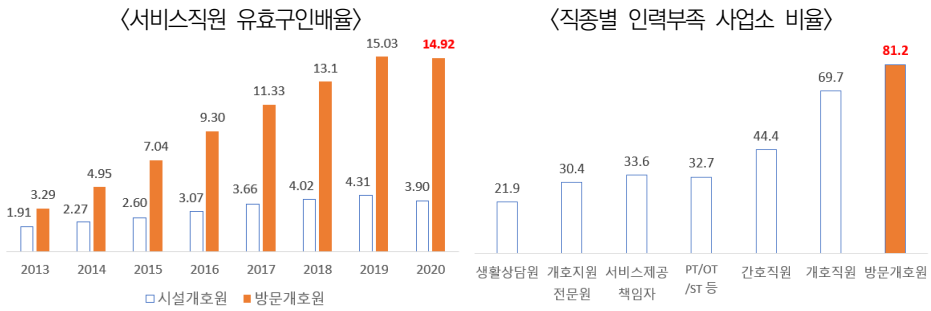
후생노동성(2022)에 의하면, 개호서비스 직원의 유효구인배율은 시설개호직원에 비해 방문개호원의 유효구인배율[87]이 훨씬 높게 나타나고 있다. 2020년도 방문개호원의 유효구인배율은 14.92나 된다. 시설개호직원의 유효구인배율도 3.90으로 구인난을 겪고 있는 상황이다. 2013년 이후 유효구인배율이 계속 높아져 왔다는 것은 그만큼 개호분야의 구인난이 심각함을 의미한다. 한편 직종별로 인력 부족을 느끼고 있는 사업소의 비율을 보면, 방문개호원 부족을 겪고 있는 사업소가 81.2%에 달한다. 이어서 개호직원(69.7%), 간호직원(44.4%), PT·OT·ST[88] 등(32.7%), 서비스제공 책임자(33.6%), 개호지원 전문원(30.4%), 생활상담원(21.9%) 등의 순으로 나타나고 있다. 대부분의 직종에서 구인난이 심각함을 알 수 있다.

87) 유효구인배율은 유효구직자 수에 대한 유효구인자 수의 비율로 고용동향을 나타내는 중요 지표의 하나임. 유효구인배율 1은 기업이 모집하는 일자리의 수(유효구인자 수)와 일을 찾고 있는 사람의 수(유효구직자 수)가 같다는 것을 의미함. 유효구인배율이 1보다 커질수록 구인자 수보다 구직자 수가 부족한 상태로 인력 확보가 어려운 상황을 나타냄

88) PT(Physical Therapy)는 물리치료를, OT(Occupational Therapy)는 작업치료를, ST(Speech Therapy)는 언어치료를 의미함

〈그림 Ⅳ-9〉 개호인력 부족 현황

(단위: 배, %)



자료: 厚生労働省(2022)

네 번째 과제는 '서비스의 지역 격차 시정'이다. 지역포괄케어시스템의 한 가지 본질은 노인을 지원하는 서비스 제공자의 주체가 국가에서 지자체로 이행한다는 점이다. 이러한 관점에서 생각하면 지자체마다 재원이나 인적자원의 질 및 양이 크게 다르다는 점을 들 수 있다. 재원이나 인적자원의 내용에 차이가 있다는 것은 지자체마다 지역포괄케어시스템에서 제공되는 서비스의 질 및 양이 달라진다는 것을 의미한다. 그에 따라 일부 지역에서는 충실한 서비스를 받을 수 없어, 인기가 높은 지자체로 인재가 유출되어 버리는 사태가 발생할 수도 있다. 일본 전국으로 지역포괄케어시스템을 보급하기 위해서는 지역 격차를 시정할 필요가 있다.

5. 정책 관리 측면: 목표의 구체화와 디테일한 KPI 설정

일본 치매정책의 두드러진 특징 중의 하나는 정책 목표를 매우 구체적으로 책정할 뿐 아니라, 양적 평가가 가능한 목표에 대해서는 세부적인 핵심성과지표(Key Performance Indicator; KPI)를 설정해 운영하고 있다는 점이다. 가장 최근의 치매 종합대책인 '인지증시책추진대강'을 중심으로 살펴보자.

2019년에 책정된 '인지증시책추진대강'은 5개의 기본목표를 설정하고 있다. 기본목표를 추진하기 위해 각각의 기본목표별로 여러 개의 세부목표를 설정하며, 또 이 세부목표를

달성하기 위해 여러 개의 세부 추진과제를 두는 3층 구조로 구성되어 있다. 앞에서 살펴본 바와 같이 '인지증시책추진대강'은 ① 보급계발·본인발신 지원, ② 예방, ③ 의료·케어·개호서비스·개호자에 대한 지원, ④ 인지증 베리어프리 추진·청년성 치매자 지원·사회참여 지원, ⑤ 연구개발·산업 촉진·국제 전개 등의 5가지 기본목표를 설정하고 있다. 각 기본목표에는 3~5개의 세부목표가 있으며, 세부목표에는 1~33개의 세부 추진과제가 책정되어 있다. 이 세부 추진과제를 대상으로 KPI를 설정하는데, 총 143개의 세부 추진과제 중 58개에 KPI가 설정되어 있다. 즉 세부 추진과제 10개 중 4개 정도에 KPI가 설정되어 있는 것이다.

〈표 Ⅳ-3〉 인지증시책추진대강의 목표별 KPI 설정 현황

(단위: 개, %)

기본목표	세부목표	세부 추진과제 수	KPI 설정 과제 수	KPI 설정 비율
보급계발·본인발신 지원	인지증에 관한 이해 촉진	10	5	50.0
	상담처 알림	3	2	66.7
	본인발신 지원	7	4	57.1
예방	인지증예방 기여 활동 추진	3	1	33.3
	예방관련 증거 수집	3	3	100.0
	민간상품 및 서비스 평가	1	1	100.0
의료·케어·개호서비스·개호자에 대한 지원	조기발견 등	27	7	25.9
	의료종사자 대응력 향상 촉진	5	4	80.0
	개호종사자 대응력 향상 촉진	6	2	33.3
	의료·개호 기법 보급계발	8	4	50.0
	인지증 돌봄자 부담경감 추진	3	2	66.7
인지증 배리어프리 추진 등	인지증 배리어프리 추진	33	18	54.5
	청장년성 인지증 환자 지원	6	1	16.7
	사회참여 지원	3	1	33.3
연구개발 등	인지증 예방 등 연구	15	2	12.9
	연구개발 구축	5	1	20.0
	산업 촉진·국제 전개	3	0	0.0
계	17	143	58	40.5

자료: 후생노동성 자료를 이용하여 연구자가 작성함

일본의 치매정책에서는 목표를 수치로 구체화하는 경우도 많다. 목표가 수치로 표현된 경우에는 중간에 점검을 받거나 도중에 목표치가 올라가기도 한다. 대표적인 예가 신오렌지플랜이다. 신오렌지플랜에서 수치적 목표를 갖고 있는 세부 추진과제는 총 15개인데, 이 중 4개는 도중에 생긴 목표이다.

〈표 Ⅳ-4〉 신오렌지플랜의 사업 확대와 목표치

항목	플랜 책정 시		중간 실적치 (2017년 말)	목표 (2020년 말)
인지증서포터 양성	545만 명 (2014년 9월)	⇒	1,164만 명 (2019년 6월 말)	1,200만 명
주치의 인지증 대응력 향상 연수	3.8만 명 (2013년 말)	⇒	5.8만 명	7.5만 명
인지증서포터의사 양성 연수	0.3만 명 (2013년 말)	⇒	0.8만 명	1만 명
치과의사 인지증 대응력 향상 연수	-	⇒	0.8만 명	2.2만 명
약제사 인지증 대응력 향상 연수	-	⇒	1.7만 명	4만 명
인지증질환 의료센터	289개 소 (2014년 말)	⇒	449개 소 (2019년 4월)	500개 소
인지증 초기집중 지원팀 설치 시정촌	41곳 (2014년 말)	⇒	1,739시정촌 (2019.3)	2018년 말~ 전체 시정촌
일반병원 근무 의료종사자 인지증 대응력 향상 연수	0.4만 명 (2013년 말)	⇒	12.2만 명	22만 명
간호직원 인지증 대응력 향상 연수	-	⇒	1.0만 명	2.2만 명
인지증 개호지도자 양성 연수	1.8천 명 (2013년 말)	⇒	2.3천 명	2.8천 명
인지증 개호실천리더 연수	2.9만 명 (2013년 말)	⇒	4.1만 명	5만 명
인지증 개호실천자 연수	17.9만 명 (2013년 말)	⇒	26.5만 명	30만 명
인지증 지역지원추진원 설치 시정촌	217곳 (2014년 말)	⇒	1,741시정촌 (2019년 3월)	2018년도~ 전체 시정촌
청장년성 인지증에 관한 사업 실시 도도부현	21곳 (2013년)	⇒	47 도도부현	코디네이터 질 향상 추진
인지증 카페 등 설치 시정촌	-	⇒	1,265 시정촌 (약 6천 개 소)	전체 시정촌

주: 음영 부분은 중도에 목표치가 상향조정된 항목임
자료: 厚生労働省(2019)