

한국과 일본의 지역중심의료정책의 비교와 고찰

- 의료계획·지역사회통합돌봄·재택의료를
중심으로

2021년 2월

보건복지부
김 남 호

- 목 차 -

국외훈련 개요 I	6
국외훈련 개요 II	7
훈련결과보고서 요약서	11
석사 논문(현지어)	14
훈련결과보고서	
I. 연구배경	33
II. 한국의 현황	38
III. 일본의 현황 및 의료·개호 개혁 관련 주요 연혁	42
① 일본 의료보험제도	43
② 일본 의료법 개정 연혁	46
IV. 일본의 지역중심의료 제도와 한국의 비교와 고찰	
① 의료기능분화 및 병상규제를 포함한 의료계획	49
② 일본의 지역포괄케어와 한국의 지역사회통합돌봄 정책	57
③ 재택의료 정책	84
V. 마무리	105
참고문헌	107

(표목차)

<표1> 한국과 일본의 고령화 진입 속도	33
<표2> 건강보험진료비 증가 추이	34
<표3> 장기요양보험 수급자 및 급부비	34
<표4> 주요국가별 고령화 현황	39
<표5> 단일상병 기준 진료비 상위(2018년)	40
<표6> OECD 국가의 합계출산율	40
<표7> 일본 의료보험제도 연혁	43
<표8> 개호의료원	62
<표9> 지역포괄케어시스템 구축 모델 사례	63
<표10> 우리나라 1인당 진료비	66
<표11> 재택의료 수가 관련 주요 개정 내용	94
<표12> 재택요양지원 진료소·재택지원병원 시설기준 개요	99
<표13> 특정의료행위 및 특정의료행위 구분	102

(그림목차)

<그림1> 보건복지부의 비전/임무	36
<그림2> 우리나라 인구 구조 추이	38
<그림3> 기대수명 및 경상의료비 비율	42
<그림4> 일본 의료계획	50
<그림5> 일본 의료계획 책정 프로세스	51
<그림6> 아오모리현 지역구상 지역의료구상	52
<그림7> 일본 지역의료구상 개요	53
<그림8> (日) 평균 자원 일수 추이	54
<그림9> 지역사회통합돌봄	57
<그림10> 일본 지역포괄케어시스템	60
<그림11> (日) 1인당 의료비 추이	65
<그림12> (日) 제1호 피보험자 1인당 개호 급부비 ..	67
<그림13> 개호보험 수급자 수(1개월 평균)	68
<그림14> 연도별 급부비 추이(1개월 평균)	68
<그림15> 사망 장소별로 본 사망자 수 추이	69
<그림16> 지역포괄케어 화분도	73
<그림17> 지역사회통합돌봄의 서비스	74
<그림18> 국토교통부 고령자복지주택 사업 개요	75
<그림19> 서비스제공형 고령자 주택 서비스 현황	77

<그림20> 개호 시설 등의 정원 수 추이	79
<그림21> 건강보험, 장기요양보험의 재원 구성	80
<그림22> 일본 건강보험, 개호보험의 재원 구성	81
<그림23> 일본의 지역의료구상 중 병상추계	86
<그림24> 일본 입원료 체계	88
<그림25> 기능별 입원료 체계	89
<그림26> 노인장기요양보험 도입 전후 비교	91
<그림27> 고령자의 케어 사이클	93
<그림28> 일본 재택시 의학종합관리료 수가	97
<그림29> 일본 재택의료 체계	98
<그림30> 24시간 정기순회·수시대응 서비스	100
<그림31> 간호 소규모 다기능형 개호 서비스	101

국외훈련개요 I

1. 훈련국 : 일본
2. 훈련기관명 : 규슈대학교(九州大學)
3. 훈련분야 : 보건
4. 훈련기간 : 2019.3.27.~ 2021.3.26.

국외 훈련개요 II

- 학교명칭 : 국립 규슈대학 (國立 九州大學)

- 소재지
 - 본교 : 일본 후쿠오카시 니시구 모토오카 744
福岡市 西區元岡744
 - 병원캠퍼스 : 일본 후쿠오카시 히가시구 마이다시
3-1-1
福岡市東區馬出3-1-1 (〒812-8582)

- 전화번호 : 092-642-6025. 6026
FAX : 092-642-6189

- 학교 소개
 - 규슈대학교는 1903년 교토제국대학[京都帝國大學]의 단과대학으로 설립된 후, 1911년 공과대학과 의과대학의 2개 단과대학을 둔 규슈제국대학[九州帝國大學]이 되면서 일본의 네 번째 제국대학이 되었으며, 1903년 공과 및 의과 대학을 시작으로 농학부, 법문학부, 이학부, 경제학부 등이 차례로 설치됨

- 일본 규슈지역의 중심도시인 후쿠오카시에 위치하고 있으며, 2019 QS 세계대학순위에서 일본 내 6위를 차지한 국립 종합대학임.
- 규슈대학은 총 5개의 캠퍼스로 나뉘어져 있는데, 교육학부, 법학부, 경제학부, 문학부, 이학부, 농학부가 있는 이토 캠퍼스, 의학부, 약학부 등이 있는 병원캠퍼스, 종합 이공학부가 있는 치쿠시 캠퍼스, 예술공학부가 있는 오오하시 캠퍼스 외에 벳부캠퍼스가 있음

○ 전공 소개

- 전공명 : 규슈대학 대학원 의학계학부
의료경영·관리학 전공
九州大学大学院医学系学府
医療経営管理学 専攻
- 규슈대학 대학원 의학계학부 의료경영·관리학 전공은 2001년 4월에 일본에서 처음으로 설치된 석사과정의 전문직 대학원으로, 의료계에서 요구되는 새로운 분야의 고도전문인 양성을 위하여, 의료정책학 분야·의료경영학 분야·의료관리학 분야 및 의료커뮤니케이션학 분야의 교육을 진행하고 있음
- ‘의학과 관련된 사회의 다양한 필요에 대응할 수 있는 인재 양성’ 및 ‘다양한 분야와 조직에서 다양한 공

중위생과제의 해결에 공헌할 수 있는 인재 양성'을 도모하기 위해 의료정책, 의료경영, 의료관리, 의료커뮤니케이션 등에 대해 전문지식을 습득하고, 의료경영 및 관리 부문에서 중추적인 역할을 담당할 인재를 양성하는 것을 목표로 하고 있음

- 의료정책학, 의료재정학, 의료커뮤니케이션학, 의료통계학, 의료관리학, 내과학(內科學), 외과학(外科學), 의학개론, 분자의학개론, 역학(疫學), 의료안전관리론, 환경보건학, 의료보장법, 의료경영학, 질병관리론, 의료소송론, 의료마케팅론, 의료오거나이지론 등 의료와 관련한 전문적인 커리큘럼을 필수 이수 과목으로 운영하고 있으며, 논문 작성을 위한 세미나가 매주 개최되어 관련 발표 및 토론을 수행.

<국외훈련보고서>

< 훈련결과보고서 요약서 >

성 명	김남호	직 급	6급
훈 련 국	일본	훈련기간	'19.3.27~'21.3.26
훈련기관	규슈대학교 (九州大學校)	보고서매수	110매
훈련과제	일본 재택의료·개호 연계 개혁(지역포괄케어시스템) 고찰을 통한 한국형 커뮤니티케어(지역사회통합돌봄) 도입 연구		
보고서제목	<p align="center">한국과 일본의 지역중심의료정책의 비교와 고찰 - 의료계획·지역사회통합돌봄·재택의료를 중심으로</p>		
내용요약	<p><연구배경></p> <p>한국은 비교적 단시간에 국가 건강보험체계 구축, 장기요양제도 도입 등 국민의 건강 수준 개선을 위해 관련 제도를 구축해 왔다. 현재의 한국 사회는 저출산의 고착화와 세계에서 유례없이 빠른 고령화 속도로 인해 질병 구조와 양상이 변화하고 있으며, 최근 코로나 팬데믹의 장기화로 인해 미래의 불확실성도 더욱 커지고 있는 상황이다.</p> <p>이러한 환경적 변화는 한국의 보건의료정책 추진에도 대대적인 변화와 도전을 요구하고 있는 바, 현재 한국의 보건의료정책은 새로운 도전에 시의 적절하게 대응해야 하는 중요한 시점에 직면해 있다.</p> <p><의료기능분화 및 병상규제를 포함한 의료계획></p> <p>이와 같은 보건의료정책 환경의 다양한 변화에 대응하기 위</p>		

해서는 쉼국가적 자원과 역량을 체계적으로 조직화하고 결집할 수 있도록 보건의료정책의 기본계획을 조속히 마련하여야 하며, 보건의료정책 전반을 아우르는 기본계획 수립을 통해 보건의료정책의 비전과 목표를 공유하고 정책의 예측 가능성을 높여야 한다.

코로나 팬데믹 상황에서 경험하고 있는 바와 같이, 병상의 관리 방식도 양적인 통제방식이 아니라 국가, 지방자치단체, 의료기관 간 보다 유기적으로 체계화할 필요가 있으며, 국가적 보건의료 위기상황에 대응할 수 있도록 조직화할 필요가 있다.

<지역사회통합돌봄 정책>

한국의 보건복지부는 2018년 지역사회통합돌봄 정책을 시작으로 보건의료정책의 변화를 모색하기 시작했다. 베이비부머 세대의 고령사회 진입에 맞춰 병원과 시설 중심의 케어에서 재택케어 중심으로 보건의료와 사회복지 패러다임의 전환을 시도하고 있다.

이러한 패러다임의 전환은 단순히 의료·요양비용을 줄이는 접근방식에 머물러서는 안 된다. 보건의료제도의 지속가능성은 사회보험제도를 담당하는 부처인 보건복지부가 당면한 중요한 과제이지만 궁극적인 목표가 될 수 없다. 국민이 필요로 하는 의료·요양 서비스를 충분히 확보하고, 효율적인 연계체제를 구성하여 국민의 의료·요양 만족도를 높이는 차원에서 접근해야 한다. 이러한 지역사회통합돌봄의 가치와 비전이 공유됨으로 인해 궁극적으로 사회보장제도의 지속가능성도 확보할 수 있을 것이다.

지역사회통합돌봄 정책이 성공적으로 정착되기 위해서는 서비스 및 공급 주체의 다양화뿐만 아니라 주택정책과도 연계가 필요하다. 베리어 프리 형태의 단순한 주거개선이 아니라

고령자를 위한 관련 서비스와 주거가 결합한 형태로 발전되어야 한다. 이를 위해서는 보건복지부, 국토교통부, 한국토지주택공사(LH), 건강보험공단, 지자체가 유기적으로 연계될 수 있도록 법령 정비, 관련 예산 등이 확보되어야 한다.

<재택의료 정책>

재택의료 서비스 활성화를 위해서는 제공 서비스에 대한 확실한 인센티브가 구축되어야 한다. 한국의 민간 중심의 의료 서비스 공급 체계 하에서는 적절한 진료 수가를 정비하는 것이 핵심사항이 될 것이다. 또한, 단순한 재택의료 수가 체계에 국한할 것이 아니라 재택의료로의 전환을 위한 입원료 전반에 대한 검토도 함께 이루어져야 한다.

고령사회는 고령자의 양적인 증가로 인한 대비뿐만 아니라 평균수명 연장에 따른 개개인의 질적인 측면이 함께 고려되어야 할 것이며, 이는 병원, 시설, 재가 등의 서비스가 개개인의 욕구에 기반하여 의료와 요양이 유기적으로 결합된 형태가 되어야 할 것이다.

九州大学大学院医学系学府

医療経営・管理学専攻 専門職学位課程

研究課題テーマ

韓国と日本の地域中心医療の比較と考察

- 医療計画・地域社会統合ケア・在宅医療を中心に -

学生番号

2MD19318R

氏名

金娉孝

韓国と日本の地域中心医療の比較と考察
- 医療計画・地域社会統合ケア・在宅医療を中心に -

20193188 金櫻孝

【背景と目的】

現在、韓国は世界で最も早いスピードで高齢化が進んでいる。先に高齢化が急速に進んだ日本では、高齢化社会（1970年）から高齢社会（1994年）へ移行は24年、超高齢社会（2005年）への移行は11年かかったのに対し¹⁾、韓国はそれよりも短く、それぞれ17年、8年しかかからず、2025年には超高齢社会に突入するであろうと予想されている²⁾。

このような急速な高齢化に伴う高齢人口の増加により、韓国では医療保険のみならず、日本の介護保険に当たる長期介護保険の費用も急増している。健康保険診療費は、2016年には10.9%、2017年には8.5%、2018年には10.1%の増加となっており、2019年には86兆1,110億ウォンと前年比10.5%と急増している。特に老人人口の増加により老人診療費が急増しているが、全人口のうち14.5%を占めている65歳以上の高齢者診療費が2019年35兆7,925億ウォンで、全体診療費の約43%を占めており、これは2016年に比べて1.6倍増加した数値である³⁾。

長期療養保険の場合、高齢化により2008年の制度導入当時の受給者、約21万人から2018年には約67万人と大幅に増加しており、自己負担軽減対象の拡大などにより支出も2008年の5,731億ウォンから2018年には60,657億ウォンと大きく増加してきた。これにより2016年から当期収支赤字が発生しており、年度別長期療養保険率も2008年0.21%(所得比)から2020年0.68%と持続的に引き上げている状況で、高齢化による社会保障制度の持続可能性が深刻に懸念される状況である⁴⁾。

超高齢化社会となった日本では、医療費の増加要因も従来の急性期疾患から慢性期疾患へと変化しているが、韓国でも2018年の単一傷病基準で総診療費が最も高い疾病は、本態性高血圧(3兆1,400億ウォン)、第2型糖尿病(92兆851億ウォン)、慢性腎臓疾患(91兆9,474億ウォン)の順で、慢性疾患が診療費の中で大きな部分を占めており⁵⁾、「治療→全快」概念の「キュア」中心診療から「ケア」中心の診療への転換に対する必要性も高まっている。

しかし、過去10年間の医療機関の種類別診療費シェアを見ると、医院級の場合、2008年の37.5%から31.4%へと6.1%下落したが、上級総合病院は2008年の24.6%から27.7%へと3.1%増加した⁶⁾。また、上級総合病院への入院患者のうち平均56.8%が軽症及び一般患者（専門診療疾病群以外）、外来日数のうち14.5%が軽症疾患（52疾患）であることを見ると⁷⁾、上級総合病院において軽症診療が行われることも少なくないことで医療法に基づく医療機能分化が適切に行われていないと言える。また、急性疾患から慢性疾患へと疾病構造が変化していることを考えると、患者の状態に合わせた適切な医療が提供されていないとも言える。

このような高齢化の進展に伴う医療制度の持続可能性の問題、疾病構造の転換に伴うパラダイムシフトへの必要性、障害をもって住み慣れた場所で最期まで暮らしたいという国民のニーズに対応して、韓国保健福祉部が「地域社会統合ケア基本計画」を発表した⁹⁾。これは供給機関別、事業別に断片的に提供されていた医療、介護サービスを連携・統合により効率的に医療介護制度を運営し、地域社会中心の医療介護提供体系を確立し、高齢者が住み慣れたところで健康な老後を過ごせることができるよう住居、医療、介護、ケアサービスを提供するものである。

そこで本稿では、先に超高齢社会に進入し、地域包括ケア政策を推進しており、在宅医療においても体系的に診療報酬体系を整備してきた日本の事例をもとに、韓国の地域社会統合ケア政策の推進に当たって参考になる点について模索してみたい。

【方法】

韓国の地域社会統合ケア政策の推進に当たってのトピックを、「医療機能分化及び病床規制を含む医療計画」「地域社会統合ケア政策」「在宅医療政策」に分類し、問題点を整理し、それに関する日本の法改正、診療報酬制度の改訂、介護報酬の改訂から何が学べるかを検討し、考察した。

【結果】

1. 医療機能分化及び病床規制を含む医療計画

韓国は2017年基準、期待寿命が82.7歳でOECD平均の80.7歳を上回っているし、幼児死亡率も2.8名でOECD平均の3.7名を上回っており、健康関連指標は高い方に対して、一人当たりの経常医療費の場合、OECD平均の68%にとどまっています（韓国2729USD, OECD平均4003USD）費用対効果が高い方と言える⁹⁾。

一方、一人当たりの外来診療は17回とOECD国の中では最も高く、1人当たりの在院日数も18.1回で日本に次ぎ2番目に長い。外来診療件数が高く、在院日数が長いということは、患者の医療アクセスの良さを示しているが、過剰受診や過剰診療が行われることを示唆している。また、国際的には病床数の減少傾向にあるにもかかわらず、韓国では病床増設に対する特別な規制がないこともあり、病床数が継続的に増加しており、急性期病床数も日本に次いでOECDで2番目に高い¹⁰⁾。このような状況は冒頭で言及した急速な高齢化と診療費及び介護費用の上昇と相まって、保健医療制度の持続可能性に大きな脅威にもなれる状況である。

日本は、1973年の高齢者医療費無料化以降、社会的入院などの非効率な医療支出が問題となり、1985年の第1次医療法改正により病床規制を開始し、医療計画を導入することになった。日本の医療計画では、都道府県が地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために、6年(2018年度の第7次以降、第1～6次は5年)ごとに策定することになっている。もともとは病床規制の色合いが強い計画であったが、2006年の第5次医療法改正を機に、医療機関に「選択と集中」を求める「医療連携体制」の構築が目指されるようになった。医療法第30条の4の規定に基づき、医療計画には、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病および精神疾患の「5疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療（小児救急医療を含む）の「5事業」、さらに「在宅医療」に関する整備目標を記載することになっている¹¹⁾。

以前は4疾病・5事業であったが、2013年度からの医療計画では、医療需要の増大などを踏まえて「精神疾患」と「在宅医療」が加えられている。この「5疾病・5事業および在宅医療」ごとに、都道府県は地域の医療連携体制を構築するために必要となる医療機能を明確化した上で、それぞれの医療機能を担う地域の医療機関を明示することになっている。なお、在宅医療については、医療計画の実効性を高めるため、都道府県の介護保険事業支援計画との連携を考慮することになっている¹²⁾。

このように、日本では、持続的な医療法改正を通じて医療計画の内容を改正してきており、2014年には地域医療構想を通じて地域別適正病床数を提示し、医療資源の調整、効率的医療体制の確保を進めており、診療報酬と地域包括ケア政策を通じて病院完結型から地域完結型への転換を図っている¹³⁾。

日本政府のこのような医療改革は現在進行中だと言えるため、政策効果を発揮しているのに対する評価は明らかではないが、診療報酬を在院日数が長くなると逓減する制度などにより、平均在院日数の減少傾向が見られることなどから、ある程度の効果が出ているものと思われる(図1)。

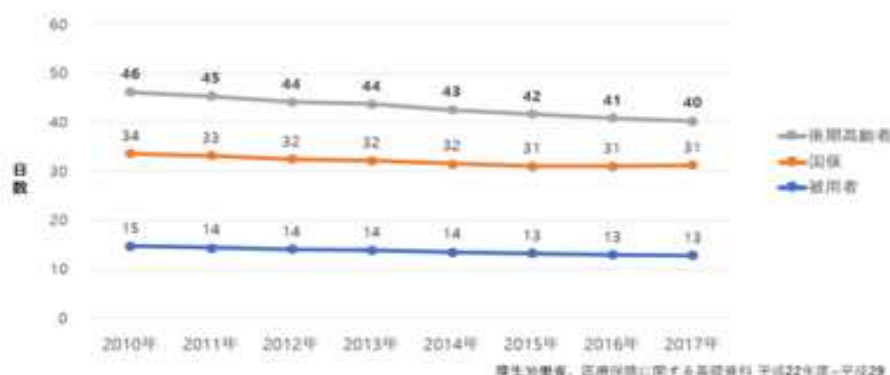


図1 推計平均在院日数

韓国の場合、「保健医療法」第15条第1項に「保健医療政策審議委員会」を構成し、保健医療発展計画を5年ごとに樹立するよう規定しており、2010年に保健医療政策審議委員会を構成し、2年間運営してきたが、任期満了後は委員会が構成されず、保健医療全般に対する計画に当たる「保健医療発展計画」が未だ立てられていない状況である。もちろん、「公共保健医療基本計画」、「国家健康診断総合計画」、「応急医療基本計画」などの別途の個別事業に対する長期計画を立てて運営中ではあるが、国の保健医療政策全般をまとめる計画がないのが実情であり、これは国会、マスコミから指摘を受け続けている¹⁴⁾。これを受け、保健福祉部では2018年6月に保健医療政策審議委員会を構成し、第1回会議を開催したが、現在まで保健医療発展計画は依然として作成されていない。

一方、「医療法」第60条では、病床の合理的な供給と配置に関する基本施策を策定することとされているが、これもまた未だ策定されていない。韓国の病床は持続的に増加してきたが、特に、療養病院の病床数が大幅に増えており、2008年に7万6千床だった療養病床数は2018年には27万床に増えたが、これは韓国の全病床数71床の38%に当たる数である¹⁵⁾。

療養病院の場合、急性期治療後一定期間入院が不可欠である患者の入院を保障するという当初の趣旨とは異なり、入院の必要性が低い患者が長期入院するいわゆる社会的入院が続いてきており、一部療養病院の質の低下などの問題も指摘されてきた。そこで、韓国の保健福祉部では、療養病院が本来の医療的機能を果たす場合には十分な補償を行い、入院の必要性が低い軽症患者の長期入院については本人の負担を引き上げる方向で療養病院報酬体制を整備する改善策を2019年5月に発表し、これを進めている状況である¹⁶⁾。

また、医療機能分化のための制度改善、地域社会統合ケア政策の推進により、少子高齢化社会に備えた保健医療体制の改善を図っているが、病床規制を含む国の保健医療政策全般を含めた医療計画が立てられていないということは極めて大きな問題であると言え、このような全般的な医療計画なしで、現在推進している政策の効果を出すことは容易ではないと判断される。現在推進中の医療政策審議委員会をより充実かつスピード感をもって推進することが必要である。

病床計画に関しては、前述したように地域医療構想により地域別適正病床数を提示し、医療資源の調整、効率的医療体制の確保を進めている日本の政策が参考になると考えられる。また、今回のコロナ状況を通じて分かったように、韓国の場合、2015年のマーズMARSを契機として感染病床に対する確保及び適切な報酬調整を行ったことがコロナ対応において大きな役割を果たしたと言えるが、他の病床に関しては、疾病構造の変化及び高齢化速度を考慮して、地域ごとに量だけではなく、質も伴う医療サービスを保障されることが出来るシステムが必要だと言える。

2. 地域社会統合ケア政策

韓国では急激な高齢化社会への進入に伴う社会保障制度の持続可能性の懸念と高齢による様々な疾患によって身体が不自由になっても住んでいた地域で余生を終えたいという国民の要求を背景に、2018年から「地域社会統合ケア」政策を推進している¹⁷⁾。

推進計画は、まず第1段階として2018年から2022年までは16の自治体を対象で高齢者、障害者、精神疾患者を対象としたモデル事業を実施しながら重要インフラの拡充に重点を置く。第2段階の2025年度までは各種サービスの提供基盤を構築し、第3段階では地域社会の統合ケアの普遍化を目標としている。ここでは、日本の地域包括ケアシステムの状況と課題を察し、韓国の地域社会統合ケア政策について考察してみたい。

日本は、2014年6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（「医療介護総合確保法」）を制定し、地域包括支援センターを中心に、病院完結型から地域完結型へ向けて健康保険介護保険等の様々な分野における政策を推進している。

2014年から本格的に推進されている日本の地域包括ケア政策は現在進行中であり、政策の明確な効果を確認することはできないが、〈図1〉の平均在院日数を見ると、退院支援報酬新設等の措置以降、全般的に在院日数が減ってきていることが分かる。特に後期高齢者（75歳以上）保険加入者の在院日数が2010年46日から2014年43日、2017年40日と次第に減ってきていることが確認できる。

一人当たりの医療費についても、地域包括ケアが本格的に進められた2014年を基準に前後4年間の平

均増加率を見ると、被用者保険が1.6%から2.1%に増加したのに対し、後期高齢者保険と国民健康保険の場合、年平均増加率がやや鈍化していることが分かる（図2）。



図2 医療保険制度別1人当たり医療費の推移

次に、介護保険第1号被保険者の一人当たりの介護給付費の場合も、2014年を基準として4年間の年平均増加率を見ると、1.6%から0.6%と少し低くなってきていることが見られる。給付別に見ると、2016年に一部通所介護等が居宅介護から地域密着型に移行したので地域密着型は少し増加したが、施設介護は安定的であることが確認できる（図3）。



図3 第1号被保険者一人当たり介護給付費

また、介護保険受給者数についても、居宅介護と施設介護は一定の水準に維持されていることが確認でき、給付費も同様であるし、死亡場所の推移を見ると、老人ホーム等の住居施設での死亡は少しずつ増加してきており、病院での死亡者は少しずつ減少しているのが分かる（図4）。



図4 介護給付者数、給付費の推移、死亡の場所別にみた年次別死亡百分率

もちろん、一人当たりの診療費、介護給付費の推移などの単純な資料だけでは日本の地域包括ケアが成果を出しているのか断言はできないが、全般的には日本の高齢者ケアの中心が病院・施設から地域へシフトしている点は明確であると考えられる。

ただ、馬場園¹⁹⁾によると、地域包括ケアシステムの課題として、施設ケア中心の方針から在宅ケア中心の方針へ高齢者ケアのパラダイムを転換していかなければならないことを国民全体で認識する必要があること、高齢者の潜在的なニーズにも対応できる高齢者住宅を構築すること、夜間と深夜を含めた24時間の巡回型訪問介護・看護サービス体制の構築すること、在宅医療と介護の連携することなどが挙げられていることは参考になると考えられる。

それでは、このような日本の地域包括ケア政策を通じて、韓国地域社会統合ケア政策を推進するに当たって必要な点について見てみよう。まず、地域包括医療政策は住宅政策と連携して設計、推進されなければならないという点である。日本の地域包括ケアは安定した住居を前提としており、韓国の場合にも重点課題の一つが住宅政策である。この中で、「ケア安心住宅」を詳しく見ていくと、まず韓国の国土交通部が供給する公共賃貸住宅4万戸を新規供給する予定であり、各自治体で地方住宅公社と協議し、14万戸を普及させる計画である¹⁹⁾。高齢者のニーズに応じた多様なサービスが提供される高齢者ケア住宅の拡充は地域社会統合ケア政策の最も基本となる政策である。

ただ、現在の計画案では介護サービス提供策に関する具体的な内容が足りない状況であり、これに対する具体的かつ体系的な方向提示が必要だと言える。居宅生活の限界、つまり高齢者が病院若しくは施設に入る前までの期限をできるだけ延ばすためには、重症になることを予防するため、医療、介護、生活支援等の様々なサービスを合わせて受けられる環境が整備されなければならない。必要に応じて医療機関において適切な入院治療を受けた後、再び在宅に戻れる環境まで考慮されなければならない。

ここで、日本の「サービス付き高齢者向け住宅」(サ高住)を注目したい。2011年10月「高齢者の住居の安定確保に関する法律」(「高齢者住まい法」)の改正で普及し始まったサービスつきサービス付き高齢者向け住宅は、高齢者が安心して暮らせるサービスを提供するバリアフリー構造の賃貸住宅であり、「安否確認」と「生活相談」サービスを必須条件として備えることとなっているし、その

他食事の提供サービス、入浴等の介護等の外付けサービスも提供可能である。2017年現在で、174,312戸普及している状況である²⁰⁾。ただ、サ高住の現状をみると、選択サービスの内、入浴等の介護サービス等の提供は5割程度にとどまっている状況である²¹⁾。居宅生活の限界点を延ばすためには、制度設計段階から様々な支援サービスが提供されるようにすることが必要であるので、今後の韓国の「ケア安心住宅」建設にも参考にする必要があると考えられる。

また、ケア安心住宅等の高齢者住宅の対象拡大についても考えなければならない。現在、ケア安心住宅の対象は中位所得50%以下となっていて低所得者に対して優先的に供給する予定である。一人暮らしの高齢者世帯と高齢者夫婦世帯の増加傾向と韓国の保健福祉政策が普遍的福祉に転換している点を考慮すると、今後の入居対象の積極的な拡大が必要だと思われる。日本の2018年の介護施設の定員数を見ると、介護保険の施設も増加してきているが、一定額の一時金が必要な有料老人ホームやサ高住も増加しているので、低所得者でない一般高齢者のニーズもある程度あることが分かる（図5）。

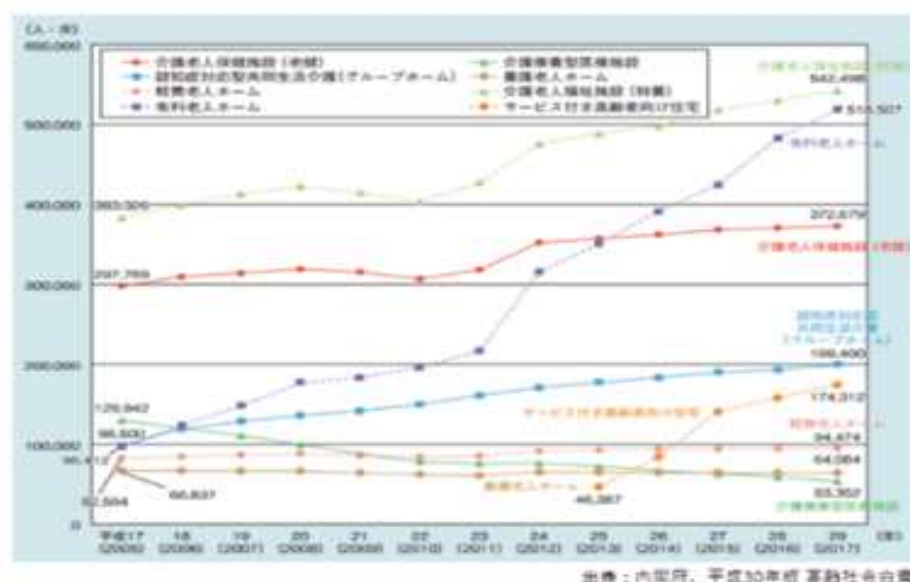


図5 介護施設等の定員数の推移

最後に、自治体に対する財政的誘引策を考慮しなければならない。韓国の健康保険と長期療養保険の財源構成を見ると、保険料が大部分を占めており、国庫支援金は10%程度に過ぎない。一方、日本の健康保険と介護保険の財源構成を見てみると、国保の場合、保険料がわずか17.4%であるのに対し、国庫補助が43%とかなり大きな部分を占めているが、都道府県道7.2%、市町村道も4.8%を負担している。

後期高齢者保険の場合も保険料は8%と非常に低い方であるのに対し、国庫支援は32.5%、都道府県9.7%、市町村も8.5%を負担している。介護保険においても、都道府県と市町村が一定の部分を負担している。日本では、健康保険と介護保険で都道府県と市町村の負担があるため、自治体が地域包括ケアシステムに積極的に参加しようとする誘因があると考えられる（図6）。



図6 韓国と日本の医療保険と介護保険の財源構成

韓国の場合、国民健康保険とは異なり、医療扶助は自治体が20%を負担しており、この内、基礎自治体が4%を負担している。この医療扶助予算は、保健福祉部にとってもそうであるが、自治体にとっても一般予算の中で最も大きな部分を占めている。そのため、自治体では医療扶助財政の適切な管理と受給者の疾病予防のため、「医療給付管理士」を別に置き、医療週利用者や週疎利用者などを個別に管理している。地域社会統合ケア事業を安定的に拡大するためには、自治体の積極的な協力と参加が必要であると言えるため、健康保険と長期療養保険に対して財政負担のない自治体に対する財政的なインセンティブあるいは費用認識の共有が必要であると考えられる。

インセンティブ方策としては、短期的にはモデル事業実施自治体に対しての積極的な評価を行うことによりインセンティブを付与する方法が考えられ、長期的には自治体総合評価指標に「地域社会統合ケアの成果」を含むことで自治体の積極的な参加を誘導する必要と考えられる。ただし、単に医療介護費用を抑制することが目的ではないため、地域の実情に適した目標を設定し、様々な指標を設定することが必要である。

一方、医療保険と長期療養保険に自治体の負担率を設定することも考えられるが、保険者は国、管理は国民健康保険で一体的に運営する現在の韓国の仕組みは、運用面と国民統合の面で有効であると判断され、自治体の財政自立度にも相違があることを考えると、自治体の負担率を決めることは慎重に検討する必要がある。日本では、地域内の医療や介護を総合的に推進するため、2014年度から消費税増額分等を活用して地域医療介護総合確保基金を別途助成しているところであり、今後、参考にする必要があると考えられる。

3. 在宅医療政策

次に、在宅医療について見てみたい。現在、韓国の在宅医療の現況について見てみると、韓国でも医師の往診は可能であったが、2019年までは往診に対する別の報酬はなかった。その他、家庭専門看護師が訪問する家庭看護管理料報酬があり、モデル事業としては家庭型ホスピス・障害者健康主治医事

業、重症小児在宅医療事業などがある。2019年12月からは地域社会統合ケア政策の一環として、「一次医療往診モデル事業」と「ICT 活用在宅医療モデル事業」が推進されている。「一次医療往診モデル事業」は歩行が困難な患者とその保護者から要請があった場合に、往診料Ⅰ（往診料に医療行為および処置等全てを含めて11,500円程度）、往診料Ⅱ（往診料以外に追加医療行為を含めない、8,000円程度）を設定して施行している。

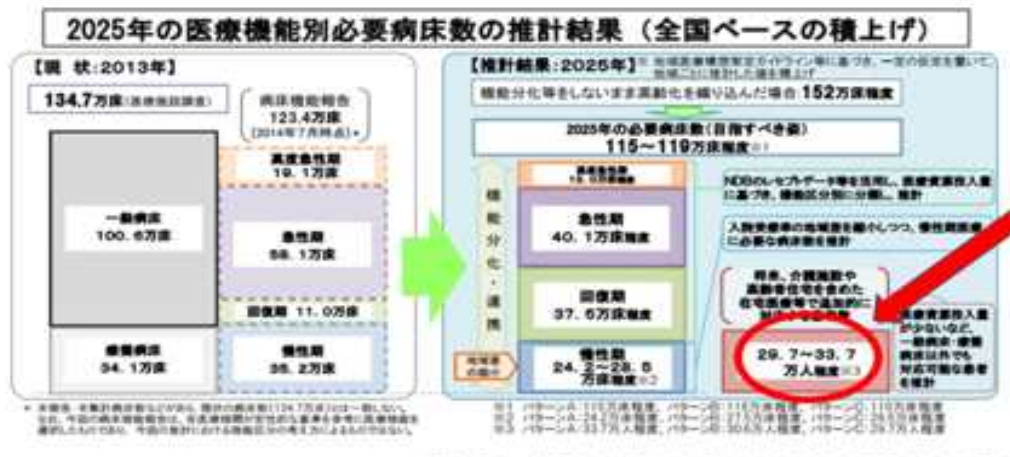
「ICT活用在宅医療モデル事業」は、対面診療の間でICTを活用して定期的な確認や相談など非対面管理を実施し、患者中心の在宅医療サービスを活性化するための事業で、2020年8月基準、腹膜透析・一次医療慢性疾患管理・精神疾患・第一型糖尿・家庭用人工呼吸器患者・分娩脆弱地妊婦を対象として実施しており、年内までに心臓疾患・重症小児・ワルファリン腹膜患者・リハビリテーション患者・癌患者を対象として実施する予定である。モデル事業の報酬は教育相談料Ⅰ（4千円程度）・教育相談料Ⅱ（2,5千円程度）、患者管理料（2.6千円）で構成され、運営されている。

日本の場合、在宅医療の診療報酬がよく整備されている方であると言える。まず、日本の在宅医療の位置づけを見てみると、1992年の第2次医療法改正で「在宅」が医療法上の医療提供施設の一つとして認められており、医療計画においても医療連携体制の一つの重要な役割を担っている（図7）。



図7 日本の医療計画

地域医療構想においても、療養病床の医療区分1の7割にあたる20万人、一般病床の軽症者（医療資源投入量175点以下）約10万人を合わせて約30万人程度が在宅に移行することを想定している。このように、日本における在宅医療は単に一つの医療報酬の一つではなく、病院完結型から地域完結型へと移行するための一つの大きな役割を果たしていることが分かる（図8）。

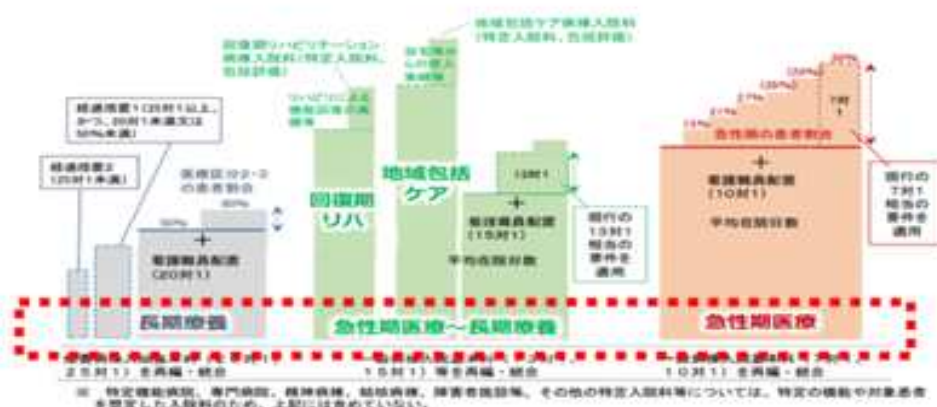


出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告

図8 日本の地域医療構想

それでは、日本の在宅医療の諸政策を通じて、韓国の在宅医療政策の参考になる事項を整理してみよう。第一に、診療報酬体系の転換である。単に在宅医療報酬を新設するのではなく、在宅への復帰を誘導する報酬体系へのシフトが必要であるということである。韓国にも長期入院を抑制する措置として、一般病棟の入院料減減制と療養病院の入院料減算制があり、2018年からは長期入院者に対して本人負担上限制を小幅に引き上げたが、このような部分的な措置ではなく、入院料全般に対する転換が必要と言える。

韓国は医療法上、上級総合病院、総合病院、病院、医院に分かれており、医療機関別に入院料が設定されている。もちろん、様々な加算制度があるが、基本的には看護師の数を基準として等級が分かれている。これに対し、日本は入院料が病床機能別に区分されており、その基準も看護師数ではなく、様々な基準によって分かれている（図9）。



出典：第11回地域医療構想に関するWG 参考資料3

図9 日本の入院体系

例えば、急性期一般基本料を見てみると、看護職員・重症度に応じた患者比率、平均財源日数等で構成されているが、特に、2014年の診療報酬改定において、7対1の病床の要件にも初めて在宅復帰指標が導入され、急性期の病床を含む全ての病床において在宅への復帰を想定するようになったと言える。これを踏まえ、韓国においても入院料の想定を現在のような医療機関別ではなく機能別に分ける必要があり、看護師の配置基準だけでなく、重症度に応じた患者比率、在院日数などの指標を含め、全般的な入院料の再編が必要と考えられる。

次に医療機関別の連携体制の構成を見てみよう。韓国健康保険公団では、2012年の長期療養保険1、2、3等級、日本の介護保険で言えば、要介護3、4、5認定者の内、長期療養保険を利用した者と利用していない者それぞれ16,000人を対象に医療費を分析した研究を行ったことがある²⁴⁾。

この研究によると、長期療養利用者の場合、サービスを利用していない人に比べ、総診療費および入院診療費がそれほど増加していないのに対し、外来診療費と薬剤費は少し増加しているという。療養の必要度は高かったが、適切なサービスがなくて入院していた対象者が長期療養保険に代替されたため、入院診療費は全般的に減少したが、療養必要対象者に対する医療サービスの不足と薬局利用に対する管理不足により、外来診療費と薬局利用日数はむしろ増加したものとこの研究は分析している。急速な高齢化により医療費及び療養費が急増すると予想される韓国において、長期療養対象者に対する医療サービスの連携が必要であることが分かる研究である。

また、長谷川敏彦によると、男性は死亡するまで3～5回、女性の場合5～7回のケアサイクルを回転すると言う²⁵⁾。(図10)は脳卒中の76歳男性のケアサイクルを示したものであるが、脳卒中になって以降、悪化と改善を重ねながら介護度が下がり、死亡するというものである。このようなケアサイクルの中で、患者が必要な時期に適切な介護サービスを受けられるようにするためには、医療と介護の連携が非常に重要であると言える。また、この連携体制は在宅医療においても重要であると言えるが、在宅医療においては医療・介護の連携だけでなく、医療機関との連携も非常に重要であると言える。

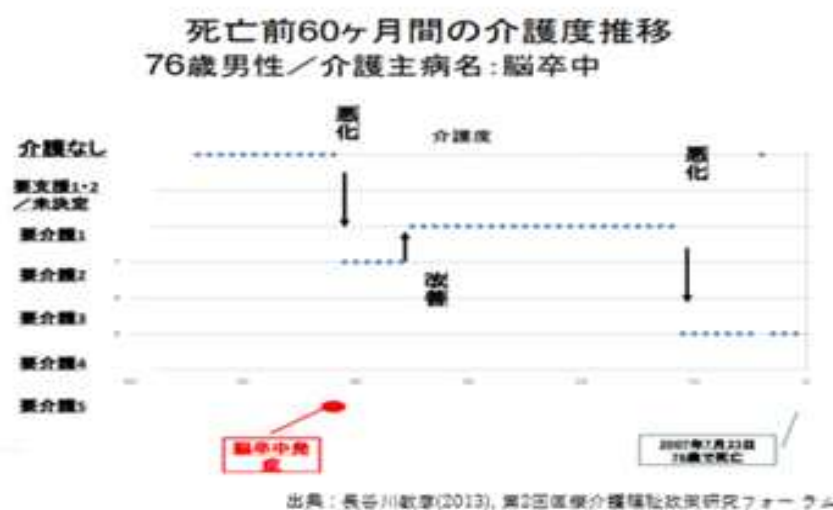


図10 高齢者のケアサイクル

日本の場合、1988年に訪問診療科、1994年に在宅医療管理料が創設された以降、様々な形で在宅医療システムを構築してきたと言える。退院支援から日常の退院支援、そして臨終時の介護までも考慮しており、特に急変時の対応まで想定するなど、いわゆる切れ目ない在宅医療が提供されるようなシステムを構築してきている。そして、在宅支援病院、自宅支援診療所などの医療機関間の連携体制も整っている。在宅医療においては診療所の役割が何よりも重要であると言えるが、少人数の医師が勤務する診療所においては24時間対応が困難な場合があるため、病院級との連携、そして病院級での対応体制も非常に重要であると言える（図11）。



図11 日本の在宅医療の体系

次に、提供サービス及び提供主体の多様化である。韓国地域社会統合ケアでも長期介護保険で提供されている訪問介護及び訪問看護サービス以外にも総合サービスへの関心が高まっているが、日本のサービスの中で目立つのが「24時間定期巡回・随時対応サービス」、「看護小規模多機能型居宅介護サービス」である。「24時間定期巡回・随時対応サービス」は、訪問介護と訪問看護を一体的に提供しつつ、短時間で定期巡回型の訪問を行い、電話等を利用して利用者の必要に随時対応するサービスで、2016年基準633か所、利用者数は13,800人である²⁴⁾。「看護小規模多機能型居宅介護サービス」は、様々な在宅介護サービスを一つの事業所で一体的・継続的に提供するサービスで、2016年基準318か所、利用者数は5,102人である²⁵⁾。このように、在宅医療の限界点を可能な限り伸ばすためには、医療・介護サービスが一体的かつ切れ目なく提供されるように様々なサービスを作る必要があると考えられる。

最後に、「看護師特定行為」について注目したい。「看護師特定行為」とは、定められた特定の医療行為について事前に明確な手順書(プロトコール)を定め、その医療行為ごとの研修を行った上で、医師の包括的指示の下、看護師に一定部分の医師業務を委ねる制度で、2014の医療介護総合確保法の改正で導入された²⁶⁾。もちろん、医療行為についての最終的な医学的判断は医師が行うものであるが、OECD基準に比べて医師数が少ない韓国の状況と、在宅医療の現場では迅速で柔軟な対応が必要な時があることを考慮すれば、医療現場で医師とともに重要な役割を果たしている看護師に一定の業務を委任することは効率的な対応方向だと考えられる。特に、褥瘡管理や脱水症状における輸液措置等は、在宅医療の現場で有効に使われると考えられる。

【考察】

韓国は比較的短い期間で国家健康保険体系の構築、長期療養制度の導入など、国民の健康水準改善のため制度を構築してきた。現在、韓国社会は少子化の固定化と世界でも例を見えない高齢化速度によって疾病構造も変化しており、最近コロナ・パンデミックの長期化により未来の不確実性もさらに増している大きくなっている状況である。このような環境的变化は必然的に韓国の保健医療政策推進にも大きな変化をもたらすことは確実であるため、韓国の保健医療政策がこの新たな局面に適切な対応をしなければならない重要な時点に直面している。

本論で言及したように保健医療政策環境の多様な変化に対応するためには、全国家的資源とエネルギーを体系的に組織化し結集するよう保健医療政策の基本計画が早急に設けられなければならない。基本計画を通じて保健医療政策のビジョン・目標を共有し、政策の予測可能性を高めなければならない。

現在のコロナパンデミックの状況で分かるように、病床の管理方式も重的な統制方式ではなく、国、地方自治体、医療機関の間でより有機的に体系化され、国家的保健医療危機状況に対応できるように組織化される必要がある。

また、韓国の保健福祉部は2018年の地域社会統合ケアを皮切りに保健医療政策の変化の模索を始めた。ベビーブーマー世代が高齢化社会へ足を踏み入れるのに合わせて、病院と施設中心のケアから在宅ケア中心の保健医療と社会福祉パラダイムの転換を試みている。こうしたパラダイムシフトは単に医療・介護費用を減らすアプローチに止まってはいけない。制度の持続可能性は、社会保険制度を担う保健福祉部が直面する重要な課題であるが、究極の目標とは言えないものである。国民が必要とする医療・介護サービスを十分に確保し、効率的な連携体制を構成し、国民の医療・介護満足度を高める観点からアプローチすべきである。このような地域社会統合ケアの価値とビジョンが共有されてこそ、究極的に社会保険制度の持続可能性も確保できるだろう。

地域社会統合ケアが成功的に定着するためには、サービス及び供給主体の多様化のみならず、高齢者向け住宅政策とも連携されなければならない。バリアフリーのような単なる住居改善ではなく、高齢者向けサービスと住居が結びついた形へと発展しなければならない。このためには保健福祉部、国土交通部、韓国土地住宅公社、健康保険公団、地方自治体が有機的に連携できるよう法令整備、関連予算などが確保されなければならない。

最後に、在宅医療サービス活性化のためには、サービスに対する確実なインセンティブが構築されることが必要である。韓国の民間中心の医療サービス供給システムの下では、適切な診療報酬の整備が核心事項となるだろう。単なる在宅医療の報酬体系に限らず、入院料全般についての検討も併せて行われるべきである。

高齢社会は、高齢者の重的な増加に対する備えだけでなく、平均寿命の延長に伴う個々人の質的な側面も合わせて考慮すべきである。病院、施設、在宅等のサービスが個々人のニーズに基づいて医療と介護が有機的に結びついた形となるべきである。

(引用文献)

¹ 厚生労働省HP、平成23年版 厚生労働白書

<https://www.nhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/>(cited 2020-12-30).

² 韓国統計庁HP、将来人口特別推計

http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.boar d?bmode=read&bSeq=&aSeq=373873&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=srch&Target=title&Txt=%EC%9E%A5%EB%9E%98%EC%9D%B8%EA%B5%AC(cited 2020-12-30).

³ 韓国健康保険診査評価委院HP、2019年健康保険統計年報共同発刊

<http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100>(cited 2020-12-30).

⁴ 韓国保険福祉部院HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=351370&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%EB%8B%A4+%EB%A7%B8%EC%9D%B0+%EC%96%B4%EB%A5%B4%EC%8B%A0(cited 2020-12-30).

⁵ 韓国国民健康保険公団HP、2018年健康保険統計年報

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec06300m01.do>(cited 2020-12-30).

⁶ 韓国保険福祉部HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350707&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%8C%B0%ED%98%95%EB%B3%B91%EC%9B%90(cited 2020-12-30).

⁷ 韓国保険福祉部HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350707&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%8C%B0%ED%98%95%EB%B3%B91%EC%9B%90(cited 2020-12-30).

⁸ 韓国保険福祉部HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346683&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%96%B4%EB%A5%B4%EC%8B%A0%EC%9D%B4+%EC%82%B4%EB%B0%98(cited 2020-12-30).

⁹ OECD HP、Health Data

<https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>(cited 2020-12-30).

¹⁰ OECD HP、Health Data

<https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>(cited 2020-12-30).

¹¹ 馬場園明、「医療政策学テキスト」2019、p. 41

¹² 馬場園明、「医療政策学テキスト」2019、p. 41

¹³ 馬場園明、「医療政策学テキスト」2019、p. 41

¹⁴ Dailymedi記事

<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=810238&thread=22r01>(cited 2020-12-30).

¹⁵ 韓国国民健康保険公団HP、2008年・2018年健康保険統計年報

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec06300n01.do>(cited 2020-12-30).

¹⁶ 韓国保険福祉部院HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/all/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349273&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%A9%A94%EC%96%A91%EB%B3%A91%EC%A9B%A90+%EA%B1%B4%EA%B0%A95%EB%B3%B4%ED%A97%A98(cited 2020-12-30).

¹⁷ 韓国保険福祉部HP、報道資料

http://www.mohw.go.kr/react/all/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=344894&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EB%A5%B8%EC%A9D%B8%EC%A0%A95%EC%B1%B5%EA%B3%BC(cited 2020-12-30).

¹⁸ 馬場園明. 「医療マーケティング論テキスト」2020. p. 161-162

¹⁹ 韓国国土交通部HP、報道資料

http://www.molit.go.kr/USR/NEWS/m_71/dtl.jsp?lcnspage=1&id=95083743(cited 2020-12-30).

²⁰ 内閣府HP、平成30年版 高齢社会白書

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html(cited 2020-12-30).

²¹ サービス付き高齢者向け住宅状況提供システムHP、登録情報の集計結果

<https://www.satsuki-jutaku.jp/system.html#anc001>(cited 2020-12-30).

²² Leeheyong, Moonyongpil. The Effect of Long-term Care Utilization on Health Care Utilization of the Elderly—The Korean Journal of Health Economics and Policy
—, National Health Insurance Service Health Insurance Policy Institute. 2015. p. 81-102

²³ 第2回医療介護福祉政策研究フォーラム基調講演、「研究実験国家」日本から発信する最先端医療、長谷川敏彦(20131116)

http://www.google.co.jp/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjExZS2xPftAhXM3mEKHV0QAFkQFjACegQlBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mcw-forum.or.jp%2Fimage_report%2FDL-symposium%2F20131116%2F1-hasegawa.pdf&usq=A0vVaw30g2bFvq6qgeKdisFQ3c8i(cited 2020-12-30).

²⁴ 厚生労働省HP、社保審-介護給付費分科会第、138回(H29.5.12)資料1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html(cited 2020-12-30).

²⁵ 厚生労働省HP、社保審-介護給付費分科会第、138回(H29.5.12)資料2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html(cited 2020-12-30).

²⁶ 厚生労働省HP、特定行為とは

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>(cited 2020-12-30).

韓国と日本の地域中心医療の比較と考察
- 医療計画・地域社会統合ケア・在宅医療を中心に -

2019318R 金櫻孝

【背景と目的】

現在、韓国社会は少子化の固定化と世界でも例を見えない高齢化速度によって疾病構造も変化しており、社会保障制度の持続可能性が深刻に懸念される状況である。そこで、先に超高齢社会に進入し、地域包括ケア政策を推進してきた日本の事例をもとに、韓国の地域社会統合ケア政策の推進に当たって参考になる点について模索することを研究目的とする。

【方法】

韓国の地域社会統合ケア政策の推進に当たってのトピックを、「医療機能分化及び病床規制を含む医療計画」「地域社会統合ケア政策」「在宅医療政策」に分類し、問題点を整理し、それに関する日本の法改正、診療報酬制度の改訂、介護報酬の改訂から何が学べるかを検討し、考察した。

【結果】

「医療計画」に関しては、保健医療政策環境の多様な変化に対応するためには基本計画を通して保健医療政策のビジョン・目標を共有し、政策の予測可能性を高めなければならない。「地域社会統合ケア」が成功的に定着するためには、サービス及び供給主体の多様化のみならず、高齢者向け住宅政策とも連携されなければならない。このためには保健福祉部、国土交通部、韓国土地住宅公社、健康保険公団、地方自治体が有機的に連携できるよう法令整備、関連予算などが確保されなければならない。「在宅医療」サービス活性化のためには、サービスに対する確実なインセンティブが構築されることが必要である。単なる在宅医療の報酬体系に限らず、入院料全般についての検討も併せて行われるべきである。

【考察】

韓国の地域社会統合ケア政策の推進のためには、病院、施設、在宅等のサービスが個々人のニーズに基づいて医療と介護が有機的に結びついた形となるべきである。

キーワード：医療計画、地域社会統合ケア、在宅医療

Comparison and Review of community-centered medical care in Korea and Japan

2MD19318R KIM NAM HYO

【Background and Purpose】

Currently, disease structure in Korea has been changing due to the low birthrate and high aging rate which are unprecedented in the world. Serious concern is raised about the sustainability of the social security system. Therefore, the purpose of research is to explore points that can be used as a reference in developing the Community Care Policy of Korea based on the case studies of Japan, which entered the super-aging society first and promoted the Community Comprehensive Care Policy.

【Methods】

This study categorized the topics of promoting Korea's Community Integrated Care Policy into "Medical Plan Including Differentiation of Medical Function and Regulation of Bed," "Community Care Policy," and "Home Medical Policy."

【Results】

In order to respond to various changes in the health and medical policy environment, it is necessary to share the vision and goals of health and medical policy through the basic plan and increase the predictability of the policy. For the successfully implementing community care policy, it should be linked not only with a diversification of service and supplier but also with housing policies for the elderly. To do this, a multisectoral approach and cooperation for legislation and budget are needed between the central and local government bodies: Ministry of Health and Welfare, the Ministry of Land, Infrastructure and Transport, the Korea Land and Housing Corporation, the Health Insurance Corporation, and local governments. In order to activate the "home care" service, it is necessary to establish a solid incentive for the service. Not only the compensation system for home care but also the overall hospitalization fee should be considered.

【Conclusions】

In order to develop the Community Care Policy of Korea, hospitals, facilities, and home services should be systemically linked to medical care with long-term care based on individual needs.

Keywords: Healthcare Planning, Community Care, Home Healthcare

한국과 일본의 지역중심의료정책의 비교와 고찰

- 의료계획·지역사회통합돌봄·재택의료를
중심으로

1. 연구 배경

현재 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 먼저 고령화가 급속하게 진행된 일본에서는, 고령화 사회(1970년)에서 고령사회(1994년)로 진입하는데 24년, 초고령사회(2005년)로 진입하는데 11년 걸린 것에 반해¹⁾ 한국은 그보다 짧은 17년, 8년밖에 걸리지 않아, 2025년에는 초고령사회에 진입할 것이 예상된다.²⁾

<표1> 한국과 일본의 고령화 진입 속도

	고령화 사회(7%)	고령사회(14%)	초고령사회(20%)
한국	2000년	2017년	2025년
일본	1970년	1994년	2005년

* 출처 : (한국) 통계청 보도자료(2019.3.28.) ‘장래인구특별추계 : 2017~2067년
(일본) 후생노동성 2011년 후생노동백서

이와 같은 급속한 고령화에 따른 고령 인구의 증가로 한국에서는 의료보험뿐만 아니라 장기요양보험비용도 급증하고 있다. 건강보험진료비(본인 부담 제외)는 2016년에는 10.9%, 2017년에는 8.5%, 2018년에는 10.1%의 증가세를 보여왔으며, 2019년에는 86조 1,110억 원으로 전년 대비 10.5%로 급증세를 보이고 있다.

특히 노인 인구의 증가로 인해 노인 진료비가 급증하고 있는데, 전체 인구 중 14.5%를 차지하고 있는 65세 이상의 고령자 진료비가 2019년 35조 7,925억 원으로 전체 진료비의 약 43%를 차지하고 있으며 이는 2016년에 비해 1.6배 증가한 수치이다.³⁾

<표2> 건강보험진료비 증가 추이

	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
전체	509,552	544,272	587,869	651,844	707,525	779,104	861,110
		6.8%	8.0%	10.9%	8.5%	10.1%	10.5%
65세 이상	180,852	199,687	222,361	252,692	283,247	318,235	357,925
		10.4%	11.4%	13.6%	12.1%	12.4%	12.5%

* 출처 : 건강보험공단 통계연보

장기요양보험의 경우도 고령화의 영향과 대상자 및 혜택 확대 정책으로 수급자 수와 급부비가 급증하고 있다. 수급자 수는 2008년 제도 도입 당시의 약 21만 명에서 2018년 약 67만 명으로 크게 증가하였으며, 지출 또한 감경 대상 확대 정책 등으로 인하여 2008년 5,731억 원에서 2018년 60,657억 원으로 크게 증가하였다. 이에 따라 2016년부터 당기수지 적자가 발생하고 있어, 연도별 장기요양보험의 보험요율도 2008년 0.21%(소득대비)에서 2020년 0.68%로 지속적으로 상승하고 있는 상황으로, 고령화로 인한 사회보장제도의 지속가능성이 심각히 우려되는 상황이라고 할 수 있다.⁴⁾

<표3> 장기요양보험 수급자 및 급부비

	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
수급자수 (천명)	342	378	425	468	520	585	671
		10.5%	12.4%	10.1%	11.1%	12.5%	14.7%
급부비 (억원)	29,113	32,915	37,399	42,344	47,067	54,139	66,758
		13.1%	13.6%	13.2%	11.2%	15.0%	23.3%

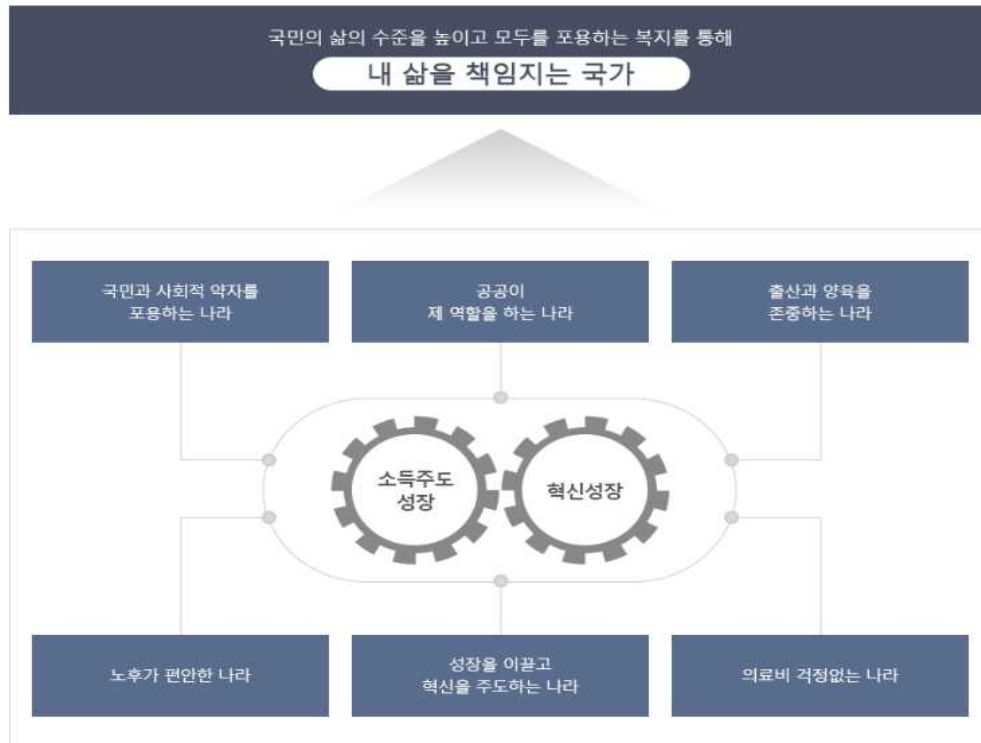
* 출처 : 보건복지부 보도자료(2019.10.30.) ‘보다 많은 어르신에게 더 나은 서비스를

한편, 일본 등 고령화가 먼저 진행되고 있던 나라에서는 질병 구조가 기존의 급성기 질환 중심에서 만성기 질환 중심으로 변화하고 있고, 이로 인한 진료비가 급증하고 있는데, 한국에서도 2018년 단일상병 기준 총진료비가 가장 높은 질환은 본태성 고혈압(3조 1,400억 원), 제2형 당뇨병 (92조 851억 원), 만성신장 질환(91조 9,474억 원)의 순으로 만성질환이 진료비에서 큰 부분을 차지하고 있어,⁵⁾ ‘치료→완쾌’ 개념의 ‘cure’ 중심 진료에서 ‘care’ 중심 진료로의 전환에 대한 필요성 또한 높아지고 있다.

하지만, 한국의 지난 10년간 의료기관 종류별 진료비 점유율을 살펴보면, 주로 만성질환과 외래를 담당하고 있는 의원급의 경우 2008년 37.5%에서 31.4%로 6.1%p 하락한 반면, 상급종합병원은 2008년 24.6%에서 27.7%로 3.1%p 증가했다.⁶⁾ 또한, 상급종합병원 입원환자 중 평균 56.8%가 경증 및 일반 환자(전문진료질병군 외), 외래 일수 중 14.5%가 경증질환(52개 질환)인 점에 비추어 보면,⁷⁾ 상급종합병원에서 경증진료가 이루어지는 경우도 적지 않은 것으로 보이며, 이는 의료법에 따른 의료기능분화가 제대로 이루어지지 않고 있다고 평가할 수 있다. 또한, 급성기 질환에서 만성기 질환으로 질병 구조가 변화되고 있는 것을 감안한다면, 환자의 상태에 맞춰 적절한 의료이용이 이루어지지 않고 있다고도 볼 수도 있다.

이에 보건복지부에서는, 국민의 삶의 수준을 높이고 모두를 포용하는 복지를 통해 내 삶을 책임지는 국가를 비전으로 하여, 보건 및 복지 분야에서 다양한 정책을 추진하고 있다.

<그림 1> 보건복지부의 비전/임무



* 출처 : 보건복지부 홈페이지

고령화 사회로의 진전 및 의료비 급증의 문제는 한국만이 아니라 먼저 고령화 사회를 경험하고 있는 국가에서 이미 나타난 문제라고 할 수 있다. 스웨덴과 영국 등의 경우에도 이미 1970년대에 이미 고령사회에 진입했으며, 앞서 언급한 바와 같이 일본도 이미 2005년에 초고령사회에 진입하였는데, 이들 나라에서는 고령화에 따른 여러 정책을 추진 중이며, 그 대표적인 정책이 커뮤니티케어 정책이다.

이러한 고령화의 진전에 따른 의료제도 지속가능성의 문제, 질병 구조의 전환에 따른 패러다임의 전환에의 필요, 고령으로 인해 몸이 불편해진다고 해도 살던 곳에서 여생을 마치고 싶다는 국민의 요구에 대응하여, 2018년 보건복지부에서는 「지역사회

통합돌봄 기본계획」을 발표하였다.⁸⁾ 이는 공급기관별 사업별로 단편적 분절적으로 제공되었던 의료, 요양보험서비스를 연계·통합하여 효율적으로 사회보험제도를 운영하고, 지역사회중심의 의료개호제공체제를 확립하여, 고령자가 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 주거, 의료, 요양, 케어 서비스를 제공하는 것이다.⁹⁾

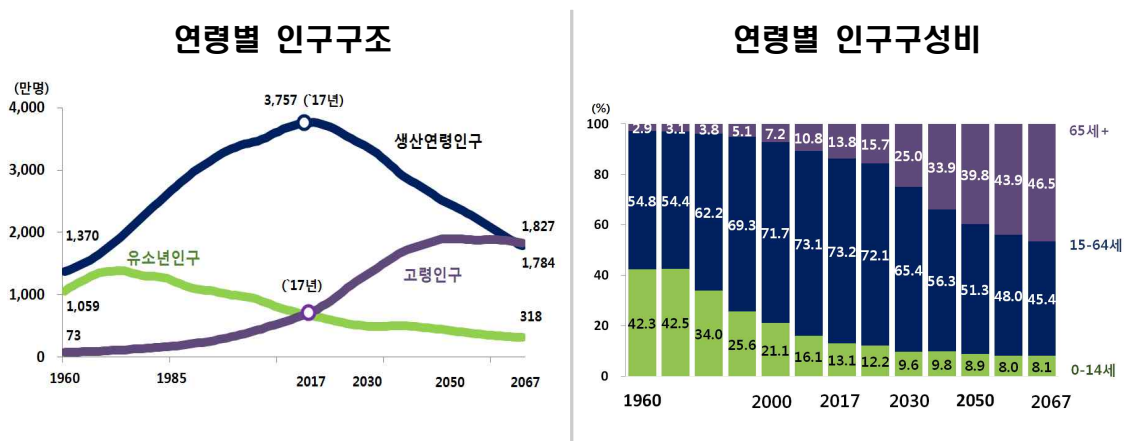
일본의 경우, 현재 세계에서 가장 고령화가 진전된 국가이며, 건강보험 및 우리나라의 장기요양보험에 해당하는 개호보험을 2000년부터 시행하는 등 우리나라 제도와 유사한 점이 많다고 할 수 있다. 또한, 2018년 보건복지부가 본격적 도입을 추진한 통합돌봄케어 정책에 해당하는 지역포괄케어 정책을 2014년부터 법제화하여 도입하고 있다.

이에 본 고에서는 먼저 초고령사회에 진입하여 지역포괄케어 정책을 추진해오고 있으며 재택의료의 경우에도 체계적으로 수가체계를 정비해온 일본의 사례를 살펴보고, 정책적 시사점에 대해서 고찰해 보고자 한다.

II. 한국의 현황

우리나라는 전체 인구 대비 65세 이상 노인 인구가 2013년 12.2%에서 2017년 14%를 넘어 고령사회¹⁾로 진입하였으며, 8년 후인 2025년에는 초고령사회로 진입할 것이 예상되고 있다.

<그림2> 우리나라 인구 구조 추이(1960~2067년)



* 출처: 통계청 보도자료(2019.3.28.) '장래인구특별추계:2017~2067년'

특히, 베이비부머²⁾ 약 730만 명이 2020년에 노령인구로 본격 편입될 예정이며, 통계청 인구통계에 의하면 80세 이상 노인 인구는 2015년 186만 명에서 2015년 201만 명, 2017년 217만 명으로 지속적으로 증가하는 추세이다.

1) 고령화 사회(aging society) 만 65세 인구 7% 이상, 고령사회(aged society) 만 65세 인구 14% 이상, 초고령사회 만 65세 인구 20% 이상 (UN 정의)

2) 한국의 베이비부머 세대는 '55년~63년 출생자인 730만 명 정도로 전체 인구의 14%, 일본의 베이비부머 세대인 단카이 세대(47~49년)는 664만 명으로 전체 인구의 5%, 미국은 46년~64년생 7,700만 명으로 전인구의 26% 정도임

또한, OECD 국가 중 현재 시점에서 고령화 비율이 가장 높은 나라는 일본이지만, 고령화 속도는 우리나라가 제일 빠른 상황이다.

<표4> 주요국가별 고령화 현황

구 분		한국	중국	일본	독일	미국
도달 연도	고령화사회 (고령인구 7%)	2000	2001	1970	1932	1942
	고령사회 (고령인구 14%)	2017	2025	1994	1972	2015
	초고령사회 (고령인구 20%)	2025	2033	2005	2009	2030
도달 연수	고령사회	17	24	24	40	73
	초고령사회	8	8	11	37	15

* 데이터 출처 : OECD Health Statistics

이와 같은 노인 인구의 증가는 노인 의료비의 증가로 이어지고 있다. 국민건강보험공단의 통계에 따르면, 전체 진료비 중 65세 이상 고령자의 진료비는 2012년 16.3조로 전체 진료비 47.8조의 34.2%, 2015년 21.8조로 전체 진료비 57.9조의 37.6%, 2018년 31.6조로 전체 진료비 77.6조 중 40.8%를 차지하고 있어, 전체 인구의 14%인 65세 이상 고령자가 전체 진료비 중 41%를 사용하고 있는 상황이다.

또한, 질병 구조도 고령화로 인해 만성질환 중심으로 변화하고 있는데, 단일상병 기준으로 2018년 진료비가 가장 많이 소요된 상병은 본태성 고혈압, 만성신장, 당뇨병 순이다.

<표5> 단일상병 기준 진료비 상위(2018년)

구분	질병기호	상병명	총진료비	급여비	진료실인원
1위	I10	본태성 고혈압	3조 1400억	2조 2385억	6,063,677
2위	E11	제2형 당뇨병	2조 0851억	1조 4499억	2,732,795
3위	N18	만성신장	1조 9474억	1조 7069억	53,324

* 데이터 출처 : 국민건강보험 통계연보

한편, 저출산 경향은 심화하고 있어 우리나라의 합계출산율³⁾은 세계 최저 수준이다.

<표6> OECD 국가의 합계출산율

	합계출산율(명)	순위	
		OECD(35개국)	세계(224개국)
이스라엘	2.66	1위	7위
프랑스	2.07	3위	108위
영국	1.89	8위	139위
미국	1.87	10위	142위
독일	1.44	28위	205위
일본	1.41	31위	210위
한국	1.25	35위	220위
OECD	1.70	-	

* 데이터 출처 : OECD Health Statistics

3) 합계출산율 (total fertility ratio) : 한 여성이 가임기간(15세~49세) 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 자녀의 수

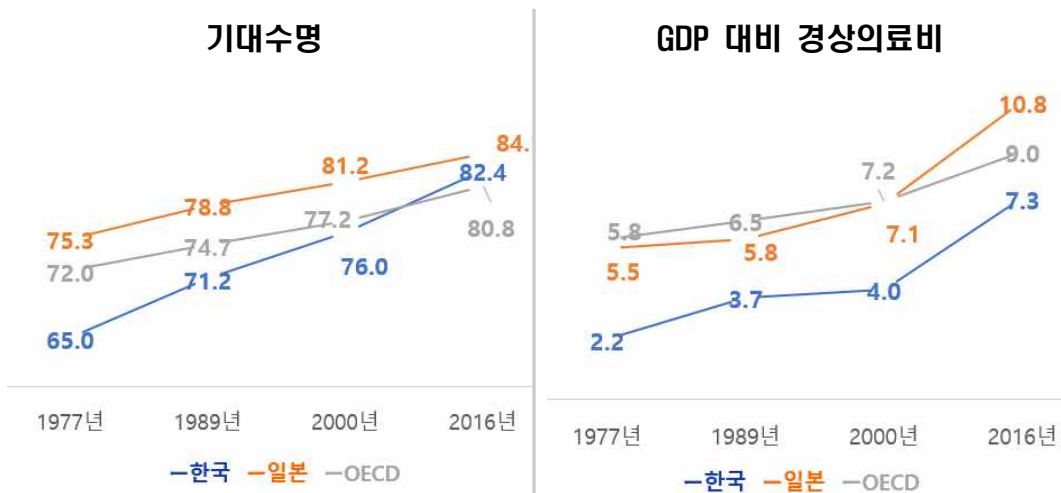
이러한 저출산 경향의 심화와 기대수명의 증가 등으로 인해 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 이와 같은 고령화 진행 속도로 인해, 건강보험 및 장기요양보험, 국민연금 등의 사회보장제도의 지속가능성에 대한 문제가 지속적으로 제기되어 왔으며, 급속한 고령화 속도로 인해 고령자의 돌봄 불안도 문제화되고 있다.

이에, 보건복지부에서는 사회보장제도의 지속가능성을 확보하기 위해 치매국가책임제 등의 다양한 정책을 추진하고 있으며, 특히 2018년 11월, 의료와 장기요양의 연계 및 재택의료의 강화 및 케어안심주택 등의 대폭 확충하는 내용의 「지역사회 통합 돌봄 정책」을 발표하여, 다가올 초고령화 사회에 대비한 정책을 추진 중이다.

Ⅲ. 일본의 현황 및 의료·개호 개혁 관련 주요 연혁

일본의 세계에서 고령화율이 가장 높은 국가로, 기대수명 또한 가장 길고, GDP 대비 경상 의료비도 OECD 국가 중 미국, 스위스, 프랑스에 이어 6위를 차지하고 있다.

<그림3> 기대수명 및 GDP 대비 경상의료비 비율



* 데이터 출처 : OECD Health Statistics

일본은 1994년 65세 인구비율이 14%를 초과하여 고령사회에 진입하였고, 2005년 20%를 돌파하여 초령화 사회에 진입하여 현재 가장 고령화율이 높은 국가이긴 하나, 고령화 사회에 대비하여 1990년대부터 다양한 제도 개선을 도모하고 있는 바, 그 내용을 일본의 건강보험제도와 의료법 개정 사항을 중심으로 살펴 보도록 하자.

① 일본 의료보험제도

<표 7> 일본 의료보험제도 연혁

- 1922년 건강보험법(이하, 건보법) 제정, 공포(1927년 시행)
- 1938년 국민건강보험법 제정
- 1961년 전국민 의료보험, 전국민 연금제도 확립
- 1973년 ‘복지원년’(노인 의료비 무료화, 건보 가족 급부율 인상 등)**
- 1982년 노인보건제도 창설(정액일부부담, 거출금제도, 보건사업 등)**
- 1984년 건보법 등 개정(퇴직자 의료제도 창설, 본인 10% 부담도입 등)
- 1987년 노인보건법 개정(노인보건시설 창설 등)
- 1988년 국민건강보험법 개정(보험기반안정제도, 지역의료비적정화대책 등)
- 1997년 건보법 개정 등 (건보본인 20%부담, 약제일부부담 도입 등)
- 2000년 개호보험제도 창설, 건보법 개정 등 (노인 10%부담 도입 등)**
- 2002년 건보법 등 개정(건보 본인 30%부담, 노인보건제도개선 등)
- 2006년 의료제도 구조개혁**
- 2014년 지역의료개호종합확보추진법 제정**
- 2015년 국민건강보험법 개정(시정촌에서 도도부현단위 운영으로)**

* 출처 : 일본의 의료정책과 지역의료시스템(오가타 유야, 2018년)

일본의 건강보험법은 1922년 제정·공포되었는데, 제정 당시의 건강보험법은 일반 국민 전체를 대상으로 한 것이 아닌 노동자 계급을 위한 건강보험이었다. 이후, 1938년에 내무성에서 분리 독립하여 신설된 후생노동성이 제1호 법안으로서 일반 국민을 대상으로 하는 국민건강보험법을 제정한 후, 전 국민 건강보험 확대를 준비하였으나, 계속된 전쟁과 1945년의 패전으로 인하여

실현되지 못하였으나, 패전 이후, 건강보험 제도 구축이 다시 진행되었으며, 1961년 전 국민 건강보험이 완성되었다.

또한, 패전 이후, 일본은 한국전쟁 특수 등을 통해 경제적 부흥의 토대를 다지게 되어, 경제 회복 및 고도성장기를 맞이하게 되었는데, 1956년의 「경제백서」¹⁰⁾에서는 ‘이제는 더 이상 전후 상황이 아니다’ 라는 슬로건이 유명해지기도 했다. 이러한 경제 고도성장과 더불어 의료제공체제 정비도 급속히 진행되었다.

1973년에는 ‘복지 원년’ 으로 불리는 의료와 연금 등 사회보장 제도 전반에 큰 폭의 개선이 진행되었는데, 노인 의료비 무료화 정책도 이때 도입되었다. 하지만, 같은 해에는 가을에 발발한 제4차 중동전쟁을 계기로 오일 쇼크가 발생하였다.

이때, 유럽의 국가들은 경제후퇴기를 맞이하여 병원 병상의 구조개혁을 과감히 진행했다. 병원이라고 하는 치료의 장소와, 생활지원과 요양을 담당하는 장소를 명확히 분리하고, 급성기 병상을 줄여, 환자를 지역으로 이행하는 정책을 추진했다. 또한, 급성기 병상에서는 병상당 직원 수를 늘리고, 평균 재원 일수를 단축하여 효율화를 도모했으며, 동시에 지역의 너싱홈 등의 요양시설을 늘리고, 환자를 지역으로 유도하게 되었다.¹¹⁾

이와 같은 세계적 추세에도 불구하고 일본이 추진한 노인 의료비 무료화 정책은 이른바 ‘병원의 살롱화’ 라는 비판을 받게 되었고, 노인 진료비의 급등을 야기하여 건강보험 재정을 위협하는 상황에 이르게 되었다. 이에 따라 1983년에 노인보건제도가 실시되어 노인 본인 부담을 10%로 조정하게 되었다. 또한, 90년대에는 고령화에 따라 노인의 요양문제에 대처하기 위해서 1997년 개호보험법이 제정되어, 2000년 4월부터 개호보험이 시행되었다.

이후에도 의료비는 증가하였지만, 이른바 버블 붕괴에 의해 경제성장률은 둔화하게 되어 의료보험재정 상황은 더욱 악화되었다. 이에 2006년에는 ‘의료제도구조개혁’ 이라고 불리는 큰 규모의 제도 개혁이 추진되었으며, 고령자를 전기고령자(65세~74세) 및 후기고령자(75세 이상)로 나누어 제도를 시행했다.

이후로도 제도 개혁은 이어졌는데, 2008년 1월 「사회보장국민회의」가 설치되어 같은 해 11월에 사회보장과 세입 개혁과 관련한 보고서가 각의 결정 되었고, 2009년 10월에는 「정부·여당 사회보장 개혁 검토본부」가 설치되었다. 2012년에는 「사회보장·세금 일체 개혁 대강(大綱)」이 각의 결정되어, 사회보장 제도의 안정적 재원확보를 위해 세금인상(2014년 8%, 2015년 10월 10%)을 발표하였다.¹²⁾

이후, 2013년 8월 「사회보장제도 개혁 국민회의」 보고서가 발표되었는데, 해당 보고서에는 저출산·의료·개호·연금 4개 분야에 대한 개혁방안을 담았으며, 특히, 의료·개호 서비스 제공체제의 개혁에 중점을 두어 재택의료와 개호재택의 연계, 병원의 기능분화 및 연계, 지역포괄케어 정책이 포함되었다.¹³⁾

이를 바탕으로, 2013년 12월에 일련의 개혁일정을 정한 「사회보장개혁 프로그램법」을 제정하였으며, 이를 구체화하는 법률로서, 2016년 6월에는 의료개호 종합확보 추진법이 제정되었고, 2015년 5월에는 국민건강보험법 등이 개정, 2017년 5월에는 개호보험법 등이 개정되었다.¹⁴⁾

② 일본 의료법 개정 연혁¹⁵⁾

1985년 제1차 의료법 개정에서는 「의료계획」 제도가 도입되었다. 이는 의료시설의 양적 정비가 전국적으로 이루어진 상황에서, 의료자원의 지역 편차의 시정과 의료시설의 연계 추진을 목표로 한 것으로, 2차 의료권마다 필요 병상 수를 설정하고, 병상 과잉지역에 대해서는 병설 증설과 병원의 신규개설에 제한을 가하도록 하는 총량규제였다. 그러나, 의료법 개정과 실제 시행의 사이의 시간 차를 틈타 이른바 「카케코미(막차를 타기 위해 급히 승차하는 것) 증설」이 있었고, 병상 수는 오히려 증가하게 되었다.

그 후 인구의 고령화에 대응하고, 환자에게 적절한 의료를 효율적으로 제공하기 위한 의료시설기능의 체계화를 위해, 1992년에 제2차 의료법이 개정이 있었다. 2차 개정에서는 대학병원 등을 중심으로 한 고도의 의료 제공 등을 목적으로 하는 「특정기능병원」 및 장기에 걸쳐 영양을 제공하기 위한 「요양형병상군」이 제도화되었다. 또 그 외에 의료 제공 이념 규정의 정비, 광고규제의 완화 등 환자에 대해 필요한 정보제공의 추진 등의 규정이 포함되었다.

제2차 개정 5년 후인 1997년에는 개호보험 제도의 실시를 앞두고, 개호 수요자의 증대 등에 대응하는 한편, 개호 체제의 정비, 일상생활권에서의 의료수요에 대응한 의료 제공, 정보제공체제, 의료기관 역할분담의 명확화 및 연계의 추진 등을 목표로 하여 제3차 의료법 개정이 이루어졌다. 구체적으로는 의원급인 진료소에서도 요양형 병상군을 설치할 수 있도록 하고, 지역에서의 의료 확보를 위해 필요한 지원을 실시하는 「지역의료지원병원」이 제도화되었다. 또, 이른바 「인폼드 콘센트」⁴⁾ 규정이 의

4) 인폼트 콘센트(informed consent) : 의사가 환자에 대해 의료행위(투약, 수

료법상 명문화되었다.

2000년 제4차 의료법 개정에서는, 고령화의 진전 등에 따른 질병구조의 변화를 반영하여 양질의 의료를 효율적으로 제공하는 체제를 확립하기 위해 입원 의료의 제공 체제의 정비 등이 이루어졌다. 이 개정에서 병상 구분이 재검토되었고, 정신, 결핵, 감염병 병상을 제외한 '그 외의 병상'이 '일반병상'과 '요양병상'으로 구분되었다. 일반병상에 대해서는 시설기준 및 인원배치 기준이 개정되었는데, 병실의 병상 면적은 환자 일인당 6.4㎡ 이상으로, 간호직원 배치는 입원환자 3인당 1인 이상으로 상향되었다. 또, 의료계획제도도 개정되어, 필요 병상 수가 기준 병상수로 변경되는 등 산정방법의 재검토도 이루어졌다.

2006년에는 의료제도구조개혁의 일환으로 제5차 의료법 개정이 이루어졌다. 질 높은 의료서비스를 적절하게 받을 수 있는 체제를 구축하기 위해, 의료에 관한 정보제공의 추진, 의료계획의 개정 등을 통한 의료기능의 분화·연계의 추진, 지역과 진료과에 의한 의사 부족 문제의 대응 등이 포함되었다.

구체적으로는 도도부현에 의한 의료기관 정보공표제도의 창설, 입원 시 환자에게 의료에 관한 계획서를 작성·교부하고 적절하게 설명을 하도록 한 의무, 광고규제의 재검토에 따른 광고 가능 사항의 확대 등이 있다. 또한, 의료계획에 대해서는 기존의 병상규제에 더해, 이른바 「5질병 5사업」⁵⁾을 통해 지역의 의료

술, 검사 등)에 대해 충분히 설명한 후 환자가 이에 대해 충분히 이해하고 동의하는 것. 1997년에 의료법 개정으로 명문화됨. (의료법 제1조의 제2항 의사, 치과의사, 약사, 간호사 그 외의 의료 담당자는 의료를 제공함에 있어 적절한 설명을 하고 의료를 받는 자의 이해를 얻도록 노력해야 한다.)

- 5) 의료계획에 포함되어야 할 사항으로 규정되어 있음. 5사업은 암, 뇌졸중, 급성심근경색, 당뇨병, 정신질환이고, 5사업은 응급의료, 재해의료, 벽

연계체제가 구축되도록 했고, PDCA 사이클의 확립이 포함되는 등 큰 폭의 재검토가 이루어졌다.

제6차 의료법 개정은 앞서 언급한 2014년의 「의료개호종합확보추진법」의 일부로서 개정되었다. 이는 「사회보장과 세금의 일체개혁」으로 효율적이고 질 높은 의료제공체제를 구축함과 동시에, 지역포괄케어시스템을 구축을 통해, 지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보를 추진하기 위해 소정의 준비 등을 행하는 것을 목적으로 하고 있다. 구체적으로는 병상기능 보고제도의 창설, 지역의료구상의 책정, 지역의료개호종합확보기금의 창설, 지역의료구상조정회의의 설치 등의 내용이 포함되어 있다.

2015년에는 지역의료연계추진법인 제도의 창설 및 의료법인제도를 내용으로 하는 제7차 개정이 이루어졌다.

지 의료, 소아의료, 주산기 의료임. 5차 개정 당시에는 4사업이었으나, 2013년에 정신질환이 포함됨.

IV. 일본의 지역중심의료 제도와 한국의 비교와 고찰

① 의료기능분화 및 병상규제를 포함한 의료계획

한국은 2017년 기준 기대수명이 82.7세로 OECD 평균인 80.7세를 상회하고 있고, 유아 사망률 또한 2.8명으로 OECD 평균인 3.8명을 상회하고 있어 건강 관련 지표는 좋은 편인데 반해, 1인당 경상 의료비의 경우 OECD 평균의 68% 수준에 불과(한국 2,729 USD, OECD 평균 4,003 USD)하여 비용 대비 건강 수준은 높은 편이라 할 수 있다.¹⁶⁾

한편, 같은 해의 1인당 외래진료회수는 17회로 OECD 국가에서 가장 높고, 1인당 재원 일수도 18.1회로 일본에 이어 두 번째로 길다. 외래 진료 건수와 재원 일수가 많다는 것은 환자의 의료 접근성이 좋다는 의미이기도 하지만, 과잉진료가 이루어지고 있다는 의미일 수도 있다.

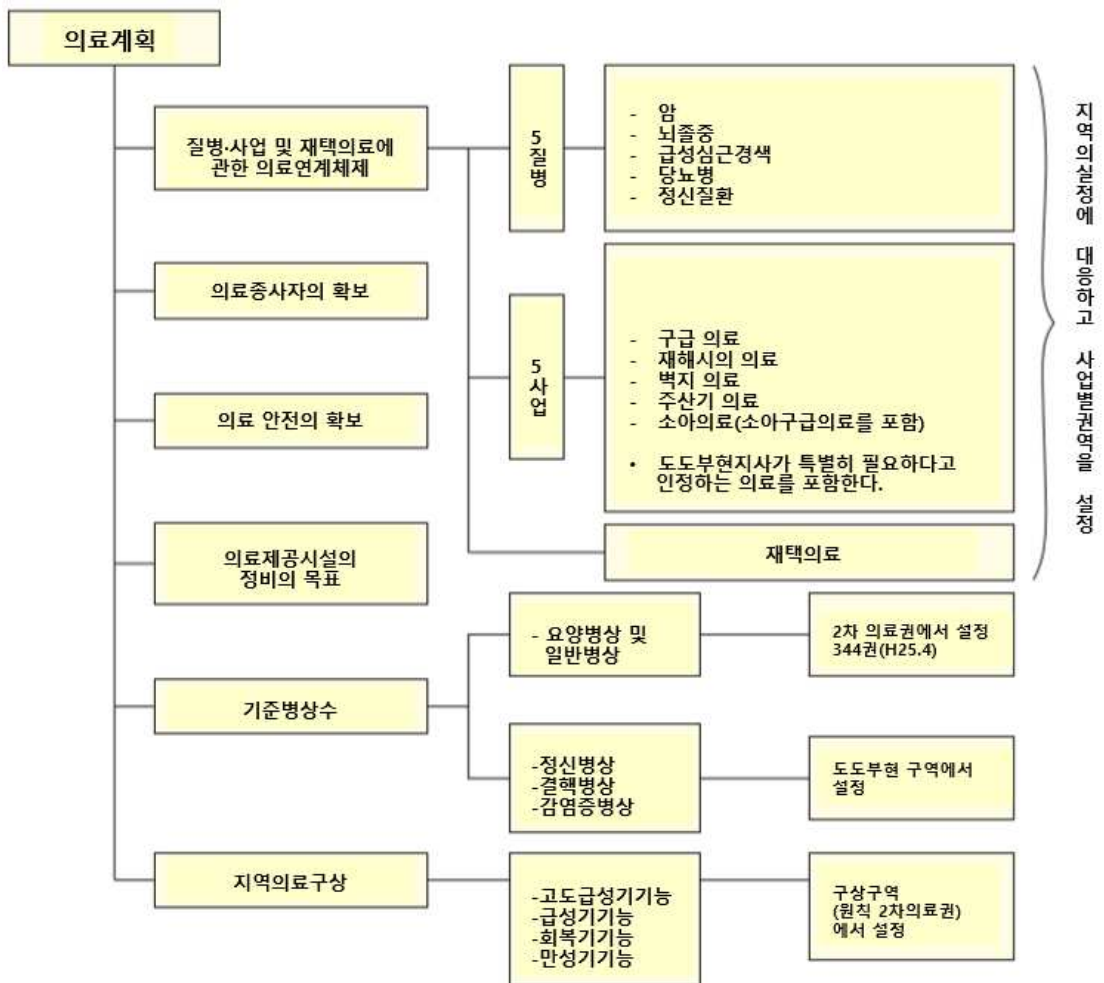
또한, 국제적인 병상 수의 감소 경향에도 불구하고, 한국에서는 병상증설에 대한 특별한 규제가 없어 병상 수가 지속적으로 증가하고 있고, 급성기 병상 수도 일본에 이어 OECD에서 두 번째로 높다.¹⁷⁾ 이런 상황은 앞서 언급한 급속한 고령화와 진료비 및 요양 관련 비용 상승과 함께 보건의료제도의 지속가능성에 큰 위협이 될 수도 있는 상황이다.

일본은 1973년 노인 의료비 무료화 이후, 사회적 입원 등의 비효율적 의료지출이 문제가 되어, 1985년 제1차 의료법 개정을 통해 병상을 규제하기 시작했으며, 의료계획을 도입하게 되었다.

일본의 의료계획은, 광역자치단체가 지역 실정에 맞는 의료제

공체제 확보를 위해 6년(2018년도의 제7차 이후, 제1~6차는 5년)마다 책정하는 계획이다. 원래는 병상규제의 성격이 강한 계획이었으나, 2006년의 제5차 의료법 개정을 계기로 의료기관에 「선택과 집중」을 요구하는 「의료연계체제」 구축을 목표로 하게 되었다. 의료법 제30조의4의 규정에 의거, 의료계획에는 암, 뇌졸중, 급성심근경색, 당뇨병 및 정신질환의 「의료지원」을 포함하고 있다. ¹⁸⁾

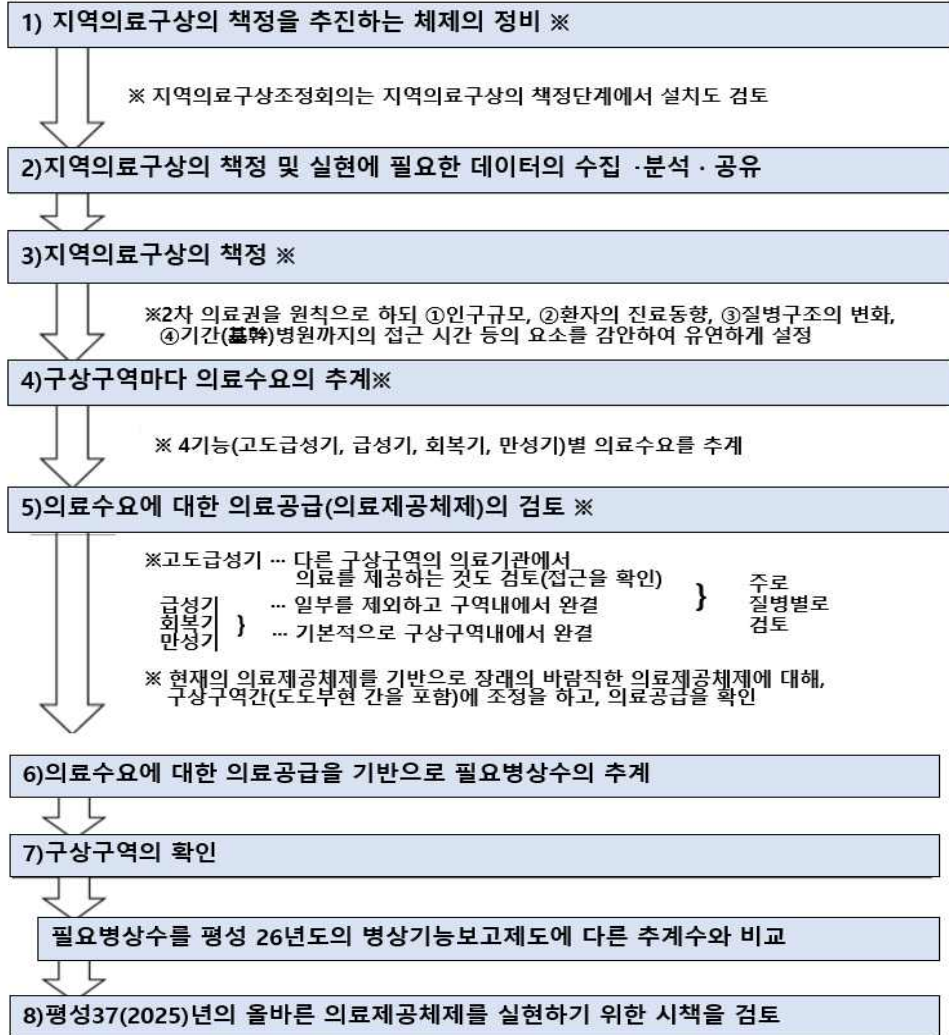
<그림4> 일본 의료계획



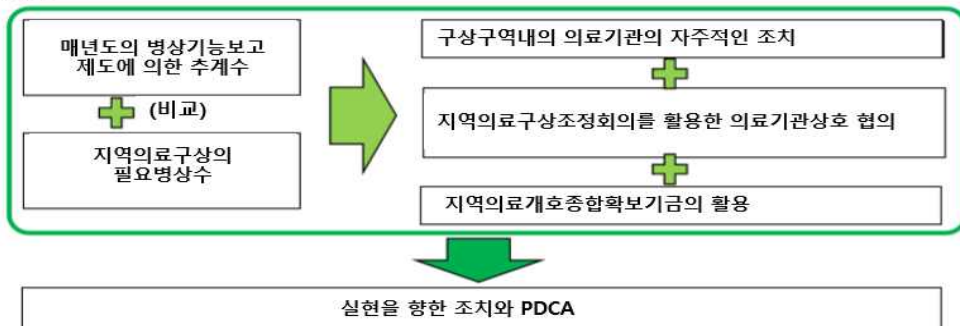
* 출처 : 후생노동성 홈페이지

<그림5> 일본 의료계획 책정 프로세스

【책정 프로세스】



策定後

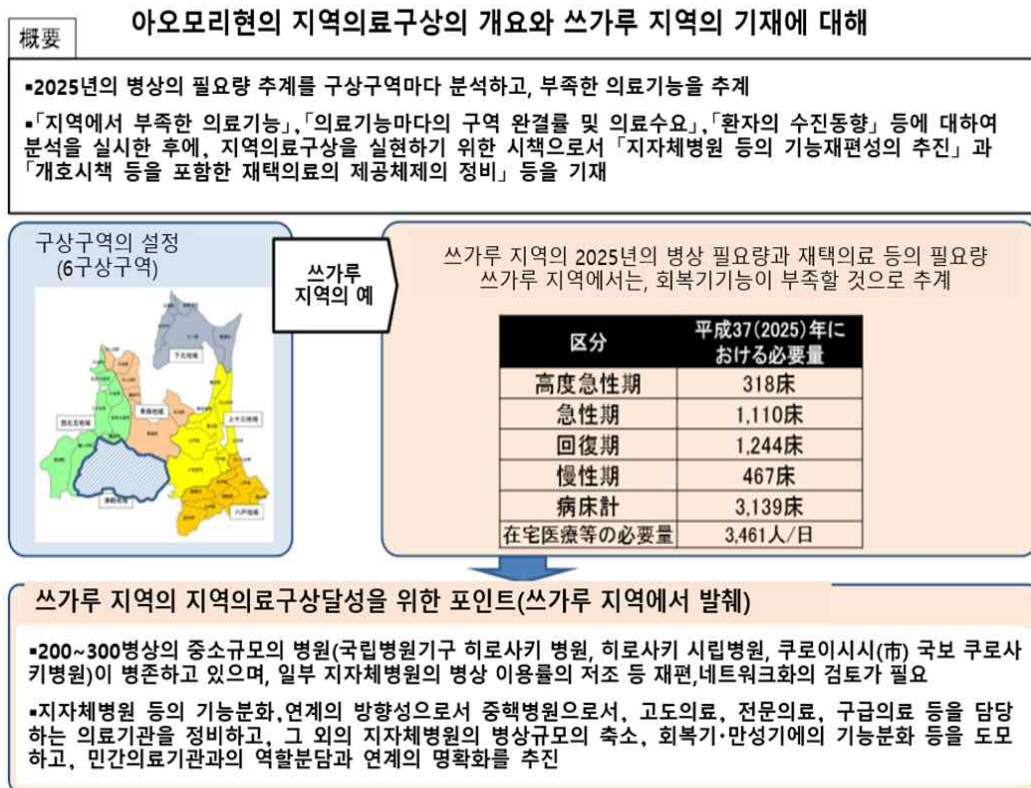


* 출처 : 후생노동성 홈페이지

기존의 4질병·5사업(암, 뇌졸중, 급성심근경색, 당뇨병 / 응급 의료, 재해의료, 벽지의료, 소아의료, 주산기의료)은 의료 수요 증대를 근거로 2013년부터 4질병에 「정신질환」이 포함되었고, 「재택의료」도 추가되었다. 도도부현은 「5질병·5사업 및 재택의료」에 대해 지역의 의료연계 체제 구축을 위해 필요한 의료 기능을 명확히 한 후에 각각의 의료기능을 담당하는 지역의 의료기관을 명시하도록 되어 있다. 또한, 재택의료에 대해서는 의료계획의 실효성을 높이기 위해 도도부현의 개호보험사업지원계획과의 연계를 고려하도록 되어 있다.¹⁹⁾

일례로 아오모리현의 지역의료구상을 살펴보면 아래와 같다.

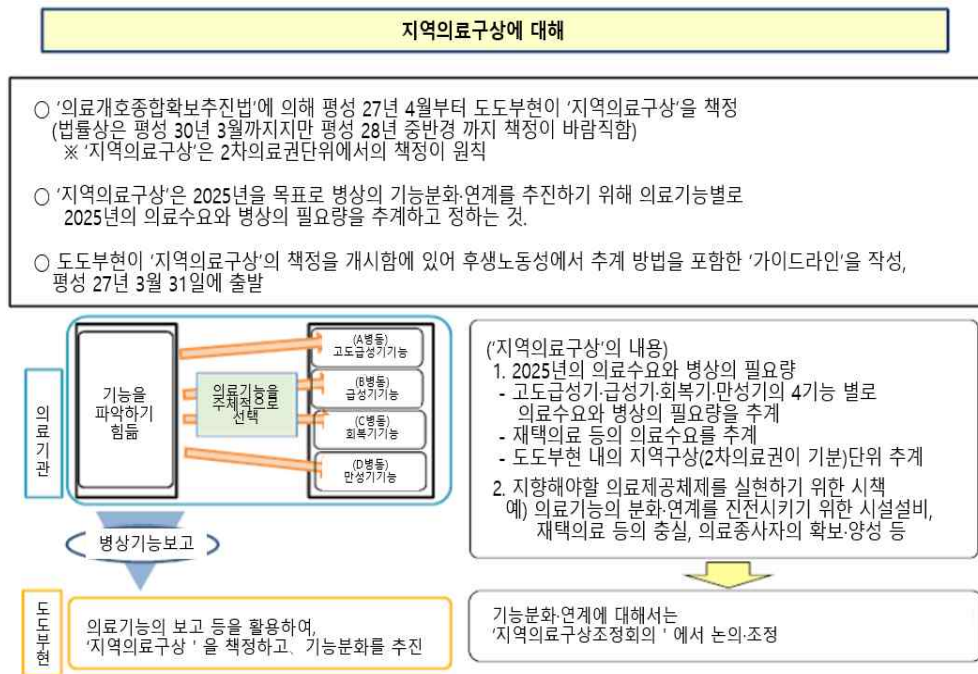
<그림6> 아오모리현 지역구상 지역의료구상



* 출처 : 후생노동성 홈페이지

이와 같이, 일본의 경우 지속적인 의료법 개정을 통해 의료계획의 내용을 보완해 왔으며, 2014년에는 지역의료구상을 통해 지역별 적정 병상 수를 제시하여 의료자원의 조정, 효율적 의료체제 확보를 추진하고 있으며, 진료보수의 지속적 개정 및 지역포괄케어 정책 추진을 통해 병원완결형에서 지역완결형으로의 전환을 도모하고 있다.²⁰⁾

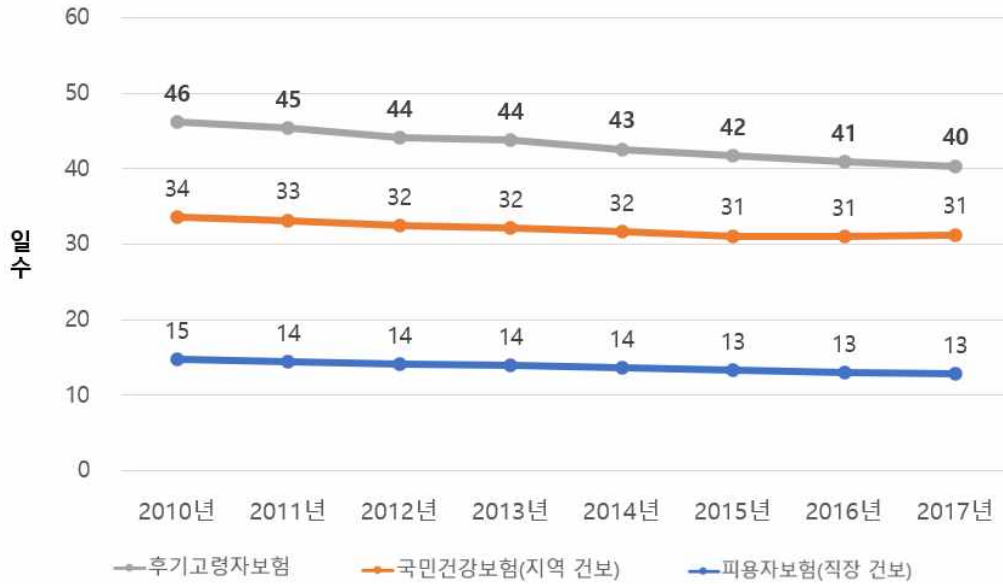
<그림7> 일본 지역의료구상 개요



* 출처 : 후생노동성 홈페이지

일본의 이러한 의료개혁은 현재 진행 중이라 할 수 있어, 정책 효과를 제대로 거두었는지에 대한 평가는 명확하지 않으나, 평균 자원 일수의 감소 경향 등을 비추어 볼 때, 어느 정도 효과를 거두고 있는 것으로 판단된다.

<그림8> (日) 평균 자원 일수 추이



* 데이터 출처 : 후생노동성, 의료보험에 관한 기초자료(2017년)

한편, 우리나라의 경우 「보건의료법」 제15조 제1항에 보건의료정책심의위원회를 구성하고 보건의료발전계획을 5년마다 수립하도록 규정하였고, 이에 따라 2010년에 보건의료정책심의위원회를 구성하여 2년간 운영하였으나, 임기 만료 이후에는 위원회가 구성되지 않아 보건의료 전반에 대한 계획에 해당하는 「보건의료발전계획」이 아직 세워지지 않은 상황이다.

물론, 「공공보건의료 기본계획」, 「국가건강검진 종합계획」, 「응급의료 기본계획」, 「건강보험 중기보장계획」 등의 별도의 개별 사업에 대한 장기계획을 수립하여 운영 중이긴 하나, 국가의 보건의료정책 전반을 아우르는 계획은 없는 상황으로, 이는 국회, 언론으로부터 지속적으로 지적을 받고 있다.²¹⁾ 이에, 보건복지부에서는 2018년 6월 보건의료정책심의위원회를 다시 구성하여 제1차 회의를 개최하였으나, 현재까지 보건의료발전 계획

은 여전히 수립되지 않고 있는 상황이다.

한편, 「의료법」 제60조에서는 병상의 합리적인 공급과 배치에 관한 기본시책을 책정토록 하고 있으나, 이 또한 수립되지 않고 있는 상황이다. 한국의 병상은 지속적으로 증가해왔으며, 특히 요양병원의 병상 수가 크게 늘었는데, 2008년 7만6천 병상이었던 요양 병상 수는 2018년에 27만 병상으로 늘어났다. 이는 한국의 전체 병상인 71만 병상 중 38%에 해당하는 수치이다.²²⁾

요양병원의 경우 급성기 치료 이후 일정 기간 입원이 불가피한 환자들의 입원을 보장한다는 당초 취지와는 달리, 입원 필요성이 낮은 환자들이 장기 입원하는 이른바 사회적 입원이 이어지고 있고, 일부 요양병원의 질 저하 등의 문제도 지속적으로 제기되고 있다. 이에 한국의 보건복지부에서는 요양병원이 본래의 의료적 기능을 수행할 경우 수가를 충분히 보상하고, 입원 필요성이 낮은 경증환자의 장기입원에 대해서는 본인 부담을 인상하는 방향으로 요양병원 수가체제를 정비하는 개선책을 2019년 5월에 발표하고, 이를 추진하고 있다.²³⁾

또한, 의료기능분화를 위한 제도 개선 추진, 지역사회통합돌봄케어 정책 추진을 통해 고령화 저출산 사회에 대비한 보건의료체제 개선을 도모하고 있으나, 병상규제를 포함한 국가의 보건의료 정책 전반을 아우르는 의료계획이 세워지지 않고 있다는 것은 매우 큰 문제라고 할 수 있다. 이와 같은 전반적인 의료계획 없이, 현재 추진하고 있는 정책의 효과를 내기는 쉽지 않을 것으로 판단되는 바, 현재 추진 중인 의료정책심의위원회를 보다 내실 있고 속도감 있게 추진하여 보건의료 전반을 아우르는 계획을 조속히 책정하는 것이 필요하다.

병상계획과 관련해서는, 앞서 언급한 일본의 지역의료구상의

경우와 같이 지역별 적정 병상 수를 제시하고, 의료자원의 조정, 효율적 의료체제 확보를 추진하고 있는 점이 참고할만하다고 생각된다.

한국의 경우 2015년 메르스 사태를 통해 감염 병상에 대한 확보 및 적절한 수가 조정을 시행한 것이 이번 코로나 대응에서 큰 역할 중 하나를 담당했다고 할 수 있으나, 중증 병상 및 감염 병상과 같은 필수 병상 이외의 병상과 관련해서는, 질병 구조의 변화 및 고령화 속도를 고려하여 지역별로 양적인 면만이 아니라 질적인 면도 동반한 의료서비스를 보장하는 시스템을 구축할 필요가 있다고 생각된다.

② 일본의 지역포괄케어와 한국의 지역사회통합돌봄 정책

앞서 배경에서 언급한 바와 같이, 보건복지부에서는 2018년 11월 커뮤니티 케어(지역사회통합돌봄) 정책 추진을 발표하였으며, 2025년 커뮤니티 제공기반 구축을 목표로 커뮤니티케어 모델 개발을 위한 선도사업을 추진하고 있다.

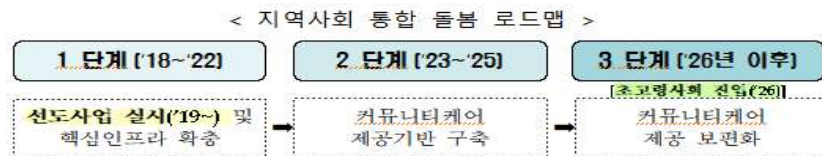
추진계획은, 우선 1단계로 2018년부터 2022년까지 6개 지자체를 대상으로 고령자, 장애인, 정신질환자를 대상으로 한 시범 사업을 실시하면서 중요 인프라 확충에 중점을 두는 것이다. 2단계는 2025년까지 각종 서비스 제공기반을 구축하고, 3단계로 지역사회통합돌봄 보편화를 목표로 하고 있다. 이 장에서는 일본의 지역포괄케어시스템의 상황과 과제를 살펴보고, 한국의 지역사회통합돌봄 정책과 관련하여 참고할 만한 부분을 고찰해보고자 한다.

<그림9> 지역사회통합돌봄

① 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)의 의미

• 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아가 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책

② 지역사회 통합 돌봄 로드맵



③ 선도사업 추진목표

- (목적) 지역 실정에 맞는 서비스를 발굴하고 제공 모델을 검증·보완하여 다양한 커뮤니티케어 모델 개발

* 출처 : 보건복지부 보도자료(2019.1.11.) ‘지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획’

일본은 2014년 6월 「지역에서의 의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률*」(약칭: 「의료개호종합확보법」)을 제정하고, 지역포괄지원센터를 중심으로, 병원완결형에서 지역완결형을 목표로 건강보험 개호보험 등 다양한 분야에서 관련 정책을 추진하고 있다.

* 지역에서 의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한
관계법령의 정비 등에 관한 법률의 개요

<취지>

지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁의 추진에 관한 법률에 근거한 조치로서, 효율적이고 질 높은 의료제공체제를 구축하는 것과 함께 지역포괄케어시스템을 구축하는 것을 통해 지역에서의 의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위해, 의료법, 개호보험법 등의 관계법률에 대해 필요한 정비 등을 행한다.

<개요>

1. 새로운 기금의 창설과 의료·간호의 연계강화(지역개호시설정비촉진법등 관계)

① 도도부현의 사업계획에 기재한 의료·간호의 사업(병상의 기능분화·연계, 재택의료, 간호의 추진 등)을 위해, 소비세증가분을 활용한 새로운 기금을 도도부현에 설치

② 의료와 간호의 연계를 강화하기 위해, 후생노동성대신이 기본적인 방침을 책정

2. 지역에서 효율적이고 효과적인 의료제공체제의 확보(의료법 관계)

① 의료기관이 도도부현지사에 병상의 의료기능(고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기)등을 보고하고, 도도부현은 그를 바탕으로 지역의료구상(비전)(지역의 의료제공체계의 장래의 모습)을 의료계획에서 책정

② **의사확보지원**을 행하는 지역의료지원센터의 기능을 법률에 둬
3. 지역포괄케어시스템의 구축과 비용부담의 공평화(개호보험법 관계)

① 지택의료·개호연계의 추진 등의 **지역지원사업의 충실**과 함께 전국일률의 **예방금부(방문개호·통소개호)**를 지역지원사업*에 이행하고 **다양화** * 지역지원사업 : 개호보험재원에서 시정촌이 추진하는 사업)

② **특별양호노인홈**에 대해 재택에의 생활이 곤란한 중증도의 요개호를 지원하는 기능의 **중점화**

③ **일정 이상의 소득이 있는 이용자의 자기부담을 20%로 인상** (단, 월액상한 있음)

④ 저소득의 시설이용자의 식비·거주비를 보전하는 **‘보충금부’의 요건에 자산 등을 추가**

4. 그 외

① 진료의 보조 중 **특정행위를 명확히** 하고, 그것을 절차서에 의해 수행하는 간호사의 연수제도의 신설

② **의료사고에 관한 조사의 구조를 둬**

③ 의료법인사단과 의료법인재단의 합병, 지분이 없는 의료법인에의 수행촉진책을 조치

④ 개호인재확보대책의 검토(개호복지사의 자격취득방법 개정의 시행시기를 27년에서 28년으로 연기)

<시행기일(예정)>

공포일, 단, 의료법관계는 평성 26년 10월 이후, 개호보험법관계는 평성 27년 4월 이후 등 순차시행

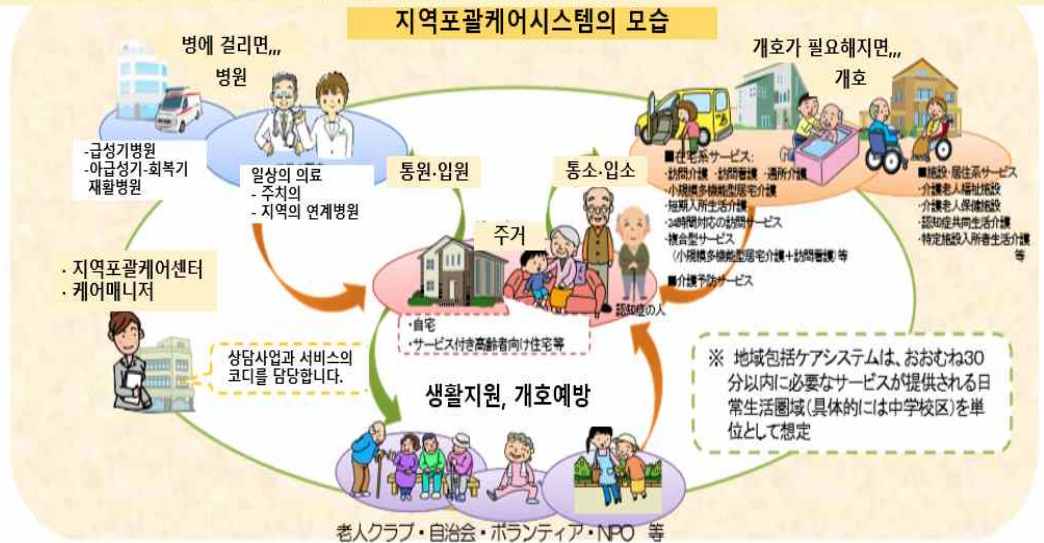
* 출처 : 후생노동성 홈페이지

<그림10> 일본 지역포괄케어시스템

지역포괄케어시스템

- 단카이 세대가 75세 이상이 되는 2025년을 목표로, 중증의 요보호상태가 되어도 평소 살던 곳에서 자신다운 삶을 인생의 최후까지 계속할 수 있도록, 주거·개호·예방·생활지원이 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템의 구축을 실현해 갑니다.
- 앞으로, 치매 고령자의 증가가 예상되므로, 치매 고령자의 지역에서의 생활을 지원하기 위해서도 지역포괄케어시스템의 구축이 중요합니다.
- 인구는 변화가 없지만 75세 이상의 인구가 급증하는 대도시지역, 75세 이상의 인구의 증가는 완만하지만 인구는 감소하는 시정촌 지역, 고령화의 진정상황에는 큰 지역차가 생기고 있습니다.

지역포괄케어시스템은 보험자인 시정촌과 도도부현이 지역의 자주성과 주체성에 근거하여 지역의 특성에 따라 만들어 가는 것이 필요합니다.



* 출처 : 후생노동성 홈페이지

지역포괄지원센터는 2003년 6월에 발표된 고령자 개호연구회 보고서를 계기로 하여 우리나라의 시군구에 해당하는 시정촌에 2006년부터 설치된 센터로, 일본 개호보험법 제115조46 제1항⁶⁾에서 ‘지역주민의 심신의 건강의 유지 및 생활의 안정을 위해 필요한 원조를 통해 그 보건의료의 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하는 것을 목적으로 하는 시설’로 정의하고 있다.

의료보험 분야 개혁으로는, 2014년 개정을 통해 ‘지역포괄케어 병동’ 및 ‘지역포괄진료료’를 신설하였고, 7대1 입원기본료 요건에 처음으로 ‘재택복귀율’ 지표를 도입하였으며, ‘기능강화형 방문간호스테이션’을 설치하는 한편, 2016년에는 ‘퇴원지원가산 I’을 신설하였다. 개호보험 분야에서는 2012년에 「24시간 정기순회·수시대응서비스」⁷⁾와 「복합형서비스」⁸⁾를 도입하였고, 2018년에는 개호의료원을 창설하였다.

6) 第百十五條の四十六：地域包括支援センターは、第一号介護予防支援事業（居宅要支援被保険者に係るものを除く。）及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業（以下「包括的支援事業」という。）その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設とする。

7) 24시간 정기순회·수시대응서비스 : 개호·간호 스텝이 단시간의 순회형 방문서비스를 제공하면서, 필요한 때에 언제든지 방문하는 서비스

8) 복합형서비스 : 퇴원 직후의 재택생활로의 원활한 이행, 암 말기 환자의 간병 등을 목적으로 ‘방문간호’와 ‘소규모 다기능 거택개호’를 조합한 서비스로 2012년 신설되었으나, 제공하는 서비스의 내용과 이미지가 와닿지 않는다는 지적으로 2015년 ‘간호 소규모 다기능 거택개호’로 명칭 변경

개호의료원은 폐지가 예정되어있는 개호요양병상의 대안으로서 신설된 시설로서, I 형과 II 형의 2가지로 구분된다. I 형은 중증의 신체 질환을 가진 자 · 합병증을 가진 치매 고령자 등이 입소하는 시설이고, II 형은 I 형에 비해 상태가 비교적 안정된 자가 입소하는 시설이다.

후생성은 입소자 상태에 따라, I 형은 개호요양병상(의사 48대1 · 3인 이상, 간호 6대1) 상당으로, II 형은 노인보건시설 상당(의사 100대1 · 1인 이상, 간호직 · 개호직 비율 3대1 · 그중 간호직은 7분의 2이상)으로 정했다.

<표8> 개호의료원

	새로운 시설	
	I	II
기본적 성격	요개 호고령자의 장기요양·생활시설	
설치근거(법률)	개호보현법 ※생활시설로서의 기능중시를 명확화 ※의료를 제공하기 위해서 의료법의 의료제공시설로 한다.	
주 이용대상	중증의 신체질환을 가진 자 및 신체한병증을 가진 인지증 고령자 등 (의료기능강화형 A·B에 상당)	I 에 비해 상태가 비교적 안정된 자
시설기준 (최저기준)	개호요양병상 상당 (참고: 현행의 개호요양병상 기준) 의사 48대1 (3인이상) 간호 6대 1 개호 6대 1	노건시설 상당 이상 (참고: 현행의 노건시설 기준) 의사 100대1 (1인이상) 간호· 3대 1 (간호 7/2이상)
	※의료기관에 병설된 경우, 인원배치기준의 탄력화를 검토 ※개호보수에 대해서는 주 이용자 상태 등을 감안하여 적절히 설정, 구체적으로는 개호급부비 분과회에서 검토	
면적	노건시설 상당(8.0㎡/병상) ※다이시이 경우에도 가구와 파티셔 드이 설치 등, 프라이버시를 고려한 요양환경 정비를 검토	

	새로운 시설	
	I	II
저소득자 배려 (법률)	보충 급부의 대상	

*출처 : 사회보험심의회 요양병상의 방향에 관한 특별부회, 2016.12.20.

하지만, 앞서 언급한 바와 같이 일본의 지역포괄케어는 병원완결형에서 지역완결형으로 이행하는 것을 목표로 하여 각 지역의 상황에 맞추어 추진되는 정책으로, 통일된 지침 혹은 시스템은 없다고 할 수 있다. 후생노동성에서 제시하고 있는 지역포괄케어시스템 구축모델 사례는 아래와 같다.

<표9> 지역포괄케어시스템 구축 모델 사례

시정촌명	도도부현	조직의 개요
세타가야구	도쿄도	도시지역에서의 의료·개호·예방·생활지원·주거의 일체적인 제공에 관한 조직
나가오카시	니이가타현	소지역에서의 의료·개호·예방·생활지원·주거의 일체적인 제공에 관한 조직
난부촌	돗토리현	기존자원을 활용한 공동주택에 따른 저소득자의 주거 확보
카시와시	치바현	행정과 의사회의 협동에 의한 재택의료의 추진과 의료개호연계
윳카이치시	미에현	사회복지법인과 지역조직의 협동에 의한 일상생활지원체제의 구축
타케타시	오이타현	개호보험외의 서비스의 개발과 이를 활용한 개호예방과 자립생활지원
카미 아마쿠사시	쿠마모토현	낙도에서의 재택생활의 기반조성

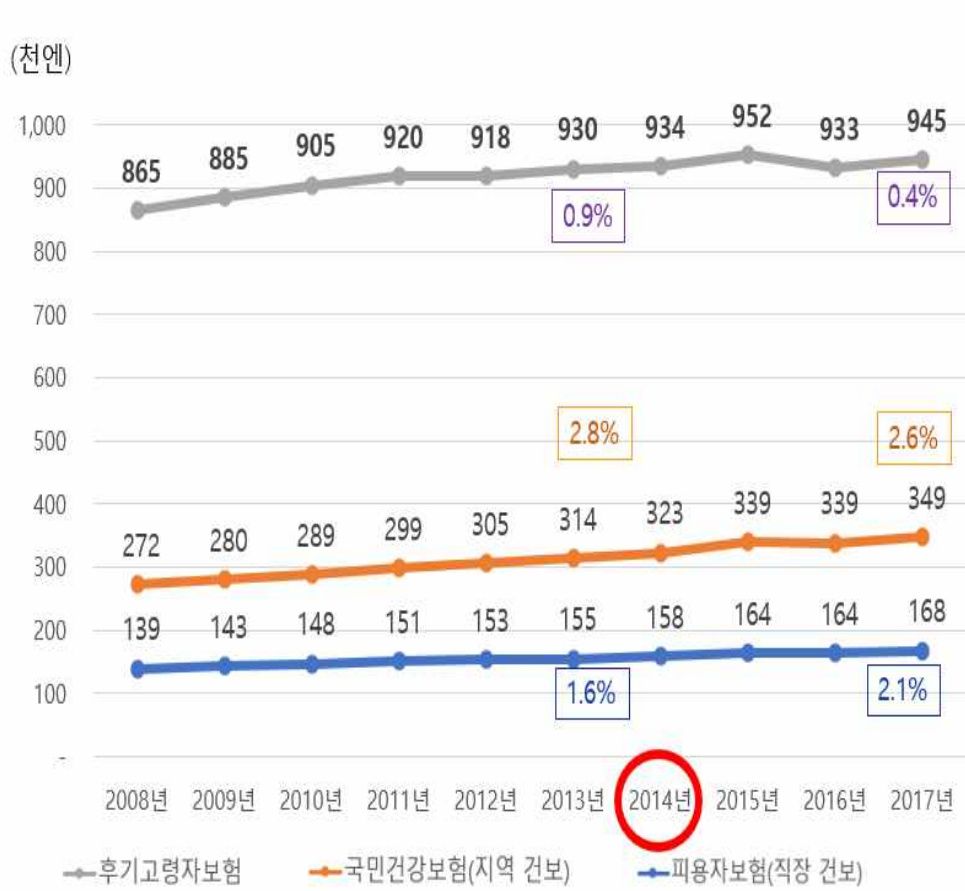
시정촌명	도도부현	조직의 개요
카와코에시	사이타마현	인지증 시책과 가족지원
야마토촌	카고시마현	주민이 스스로 생각하는 상부상조의 지역만들기
사카이미니토시, 요나고시	돗토리현	특양(特養)등의 시설기능의 지역에의 전개

* 출처 : 후생노동성 홈페이지

또한, 지역포괄케어 정책이 성과를 거두고 있는지에 대한 평가는 아직 명확히 확인할 수 없지만, 퇴원지원 수가 등 여러 조치로 인해 <그림 8>에서 보이는 바와 같이, 전반적으로 재원 일수가 줄어들고 있으며, 특히 직장 보험에 비해서 후기고령자(75세 이상) 보험 가입자의 재원 일수가 2010년 46일에서 2014년 43일, 2017년에는 40일로 점차 줄어들고 있는 것을 볼 수 있다.

다음으로, 1인당 의료비의 경우를 살펴보면, 고령화의 진전 및 보험수가의 증가를 고려할 때 1인당 의료비도 증가 추세를 보이는 것이 일반적이라고 할 수 있다. 하지만, 일본의 경우 지역포괄케어가 본격적으로 추진된 2014년을 기준으로 해당 연도의 전후 4년간의 평균증가율을 살펴보면, 피용자보험(직장 건보)이 1.6%에서 2.1%로 증가한 것에 비해, 후기고령자 보험과 국민건강보험(지역 건보)의 경우는 연평균 증가율이 조금 낮아진 것을 알 수 있다.

<그림11> (日) 1인당 의료비 추이



* 데이터 출처 : 후생노동성, 의료보험에 관한 기초자료(2010~2017년)

한편, 우리나라의 1인당 월 진료비를 보면, 전체 가입자의 2015년부터 2018년까지 4년간 연평균 증가율은 9.8%, 65세 이상 가입자의 경우 8.6%로, 65세 이상의 진료비는 물론이고, 전체 증가율도 높다는 것을 알 수 있다.

<표10> 우리나라 1인당 진료비

(단위 : 원)

	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
전체 (전년대비)	80,531	85,214	90,248	95,759	106,286	113,612
	5.8%	5.9%	6.1%	11.0%	6.9%	11.7%
65세 이상 (전년대비)	267,792	279,648	295,759	28,599	46,161	378,657
	5.2%	4.4%	5.8%	11.1%	5.3%	9.4%

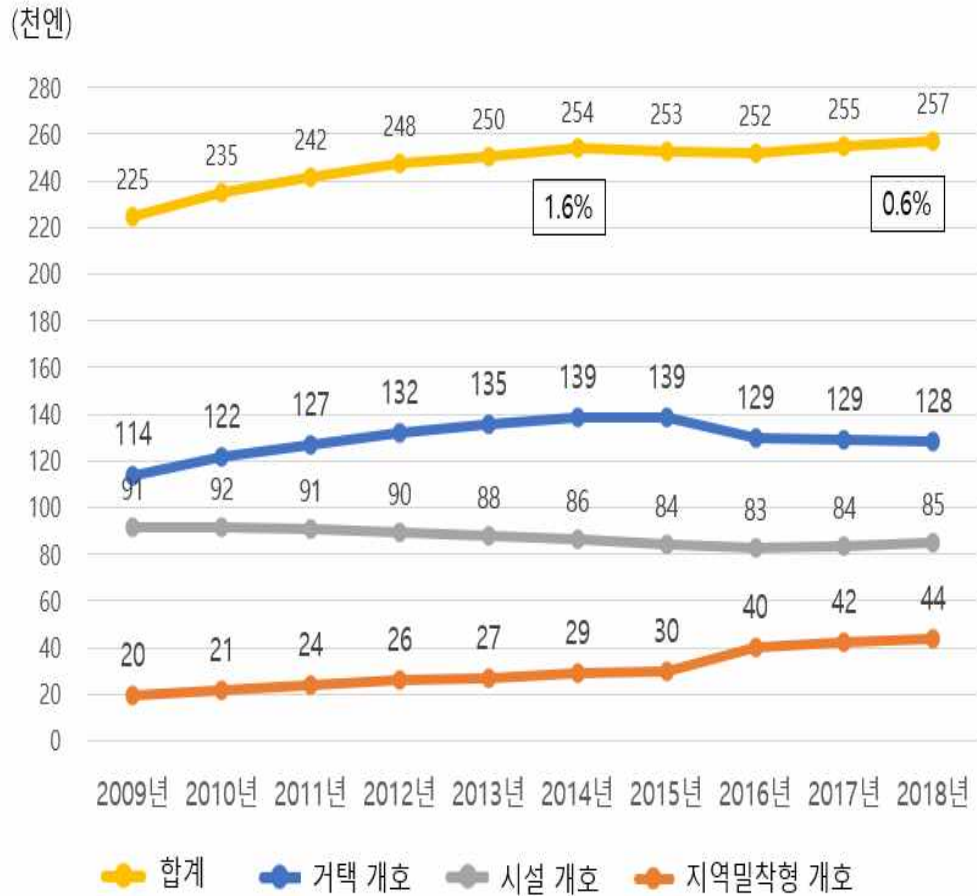
* 데이터 출처 : 복지부 별도 자료

또한, 일본의 개호보험 급부비를 살펴보면, 제1호 피보험자⁹⁾의 1인당 개호 급부비의 경우, 2014년을 기준으로 4년간 연평균 증가율이 1.6%에서 0.6%로 조금 낮아진 것을 확인할 수 있다. 급부 종류별¹⁰⁾로 보면, 2016년에 일부 통소(데이케어)개호 등이 거택 개호에서 지역밀착형으로 이행하였기 때문에, 지역밀착형은 증가경향을 보이고 있으나, 시설 개호는 안정적인 것을 확인할 수 있다.

9) 일본의 개호보험은 보험자를 크게 두 종류로 나누고 있는데, 제1호 피보험자는 65세 이상의 자, 제2호 피보험자는 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자이다.

10) 일본 개호보험의 급부 종류는 총 5가지로 나뉜다. 우리나라 장기요양보험의 시설급여에 해당하는 '시설 서비스', 재가급여에 해당하는 '거택 서비스', 지역에 실정에 맞도록 유연한 대응을 목적으로 하여 2006년에 신설된 '지역밀착형 서비스'가 있으며, 그 외에 케어 플랜을 세워주는 '거택개호지원', 마지막으로 '지역지원사업'(개호예방·일상생활지원 종합사업, 포괄적 지원, 임의사업)이 있다.

<그림12> (日) 제1호 피보험자 1인당 개호 급부비



* 데이터 출처 : 후생노동성, 개호보험사업 상황 보고(2009~2018년)

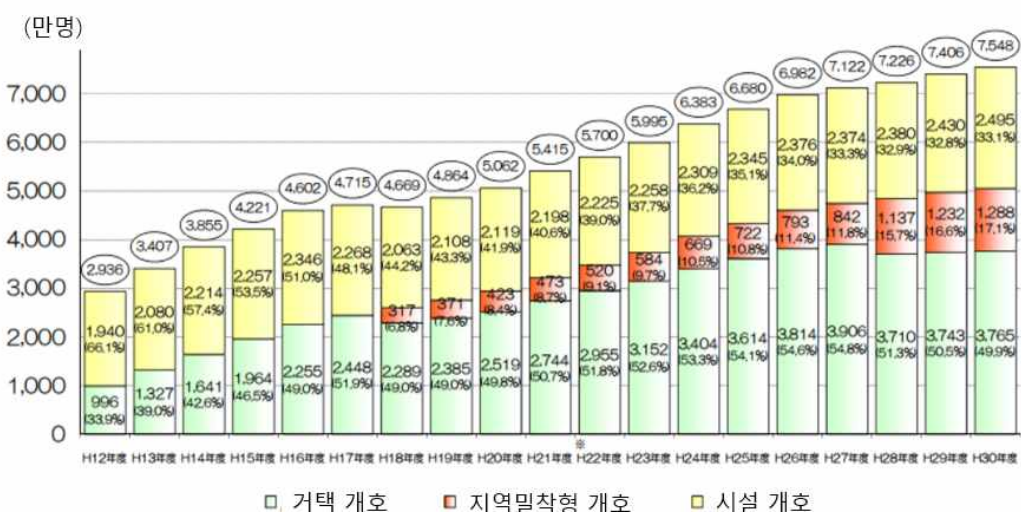
개호 보험 수급자 수의 경우도, 주택 개호와 시설 개호는 일정 수준으로 유지되고 있는 것을 확인할 수 있고, 급부비도 마찬가지로 지이다.

<그림13> 개호보험 수급자 수(1개월 평균)



* 출처 : 후생노동성, 개호보험사업 상황 보고(2018년)

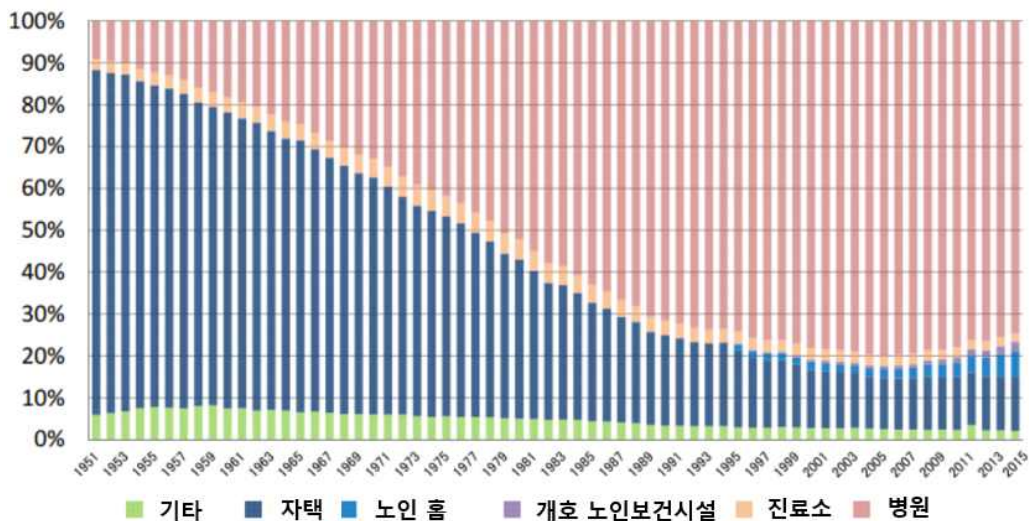
<그림14> 연도별 급부비 추이(1개월 평균)



* 출처 : 후생노동성, 개호보험사업 상황 보고(2018년)

또한, 사망 장소의 추이를 보면, 노인홈 등의 주거 시설에서의 사망이 조금씩 증가하고 있고, 병원에서의 사망자가 조금 감소하고 있는 것을 확인할 수 있다.

<그림15> 사망 장소별로 본 사망자 수 추이



* 출처 : 후생노동성, 개호보험사업 상황 보고(2018년)

물론, 1인당 진료비, 개호 급부비 추이 등의 단편적 자료만으로 일본의 지역포괄케어가 성과를 내고 있는지 단언할 수는 없으나, 전반적으로는 일본 고령자 케어의 장소가 병원·시설에서 지역으로 이동하고 있다고 보여진다.

한편, 문제점으로는 지역포괄케어 시스템에서 병원급을 포함하지 않는 것이 지자체가 오히려 많다는 점, 포함되어 있다고 해도 의원급인 진료소와 재택의료만이 대부분 포함되어 있으며, 병원과 연결되어 있는 곳은 거의 없다는 점, 후생노동성의 '지역포괄케어시스템 사례'에 제시하고 있는 10개의 대표 사례도 병원이 포함된 사례는 없다는 점이 지적되고 있다.²⁴⁾

또한, 일본 고령자 주택재단이 2017년에 1,092개 병원을 대상으로 실시한 ‘환자의 퇴원 후 재택복귀 상황에 관한 조사’에 따르면, 시설 비용에 대한 부담 및 적절한 퇴원처를 찾을 수 없어 부득이하게 자택으로 복귀한 저소득자도 상당수 있다는 것을 알 수 있다.²⁵⁾

한편, 일반적으로 ‘자택 사망’이라고 하면, 가족에 의한 병간호를 받으며 편안한 죽음을 맞이하는 장면이 연상되기 쉽지만, 실제 자택 사망에는 그룹 홈이나 고령자 공동 거주시설에서의 사망, 자택에서의 고독사가 다수 포함되어 있는데, 도쿄도 감찰위원의 데이터에 따르면 2000~2001년에 도쿄도의 자택 사망 중 40%는 「고독사」였다고 한다.²⁶⁾

또한, 지역포괄케어의 실시 주체인 기초자치단체의 열의를 이끌어내지 못했으며, 일부 지자체에서는 지역포괄케어 정책이 의료 개호의 재정 부담을 낮추기 위한 제도라고 해석하여, 개호 인정률(수급자 인정 비율)을 낮추는 것을 정책 목표로 두고 시책을 추진한 곳도 있다는 점을 지적하는 의견도 있어²⁷⁾ 일본 지역포괄케어 정책의 보완할 부분도 상당 부분 있다는 것을 확인할 수 있다.

다음으로는, 우리나라의 지역사회통합돌봄 정책 추진에 있어, 일본의 지역포괄케어를 통해 참고할만한 점에 대해 살펴보자.

먼저, 지역사회통합돌봄 추진에 있어 가장 중요한 것은 정책의 가치와 비전을 명확히 하는 것이라고 할 수 있다. 보건복지부에서는 지역사회통합돌봄 추진배경에 대해, 고령화 등으로 인한 돌봄케어 수요의 급증, 거동이 불편해도 살던 곳에서 여생을 마치고 싶다는 노인이 60%에 달한다는 조사 결과, 입원이 필요하지 않는데 입원하는 이른바 ‘사회적 입원’ 문제, 부족한 재가서비스로 인해 국민의 케어 욕구의 미충족, 가족의 돌봄 부담 증가, 급속한 고령화로 인한 케어 지출 급증에 따른 사회보장제도의 지속가능성의 문제를 들고 있다.²⁸⁾

이 중 마지막 배경으로 제시한 제도의 지속 가능성을 확보하는 것은, 사회보험제도를 담당하는 보건복지부에서는 무엇보다 중요한 과제라고 할 수 있다. 물론, 의료보험 및 장기요양보험의 체계를 효율화하는 것은 필요하다고 할 수 있지만, 단지 사회보험제도의 재정 부분만에 중점을 두지 않는 것이 중요하다고 할 수 있다. 병원완결형에서 지역완결형으로 이행하기 위해서는 재택에서 의료와 요양서비스 등이 다양하게 제공되는 체제를 만드는 것이 중요하다고 할 수 있는데, 이와 관련해서는 재택케어와 관련한 비용이, 병원과 시설의 비용보다 오히려 더 높다는 문헌을 다수 확인할 수 있다.

사이토 야요이²⁹⁾는 후기 고령자를 대상으로 한 재택에서의 케어 비용이 시설에서의 1인실 케어 비용보다 30%나 더 많이 든다고 했고, 니키류³⁰⁾는 지역케어에 의한 너싱홈과 병원에서의 입원의 억제 효과는 극히 한정적이고, 지역케어의 총비용(지역케어 비용과 시설 입원비용의 합계)은 대조군에 비해서 평균 15%가 높다는 점을 밝히고 있다.

이처럼 현재와 같은 병원·시설에서의 케어가 지역에서의 케어 즉 자택에서 여러 서비스를 받을 수 있게 하는 것보다 오히려 재정투입이 적을 수 있다는 점을 고려한다면, 지역사회통합돌봄 정책의 추진으로 인해 오히려 케어 비용이 증가할 수 있다는 것이다. 이는 지역사회통합돌봄이 사회보장제도의 지속가능성을 저해하는 것으로 받아들여질 수 있는바, 단지 재정을 줄인다는 개념보다는 지역사회통합돌봄 정책의 가치와 비전을 명확히 하여 정책을 추진하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

노화로 인해 돌봄이 필요한 상황이라고 해도 가능한 한 자립적인 생활을 할 수 있도록 지원하는 것은 국민의 삶의 질을 향상과 직결된다는 인식을 공유하는 것, 또한, 고령자, 장애인, 정신질환자의 의료·요양의 필요에 대응하여 적절히 개입할 수 있는 구조를 만드는 것은 단기적으로는 의료요양비용의 증가를 초래할 수 있지만, 장기적·사회 전체의 비용을 고려하면 오히려 효율적일 수 있다는 것에 대한 인식을 공유하는 것이 필요하다. 아울러, 만성질환의 적극적인 예방과 관리를 통해 질환의 악화를 방지하고 국민의 건강한 삶을 도모할 수 있으며, 가족의 부담을 완화하여 생산가능 인구를 확보함으로써 경제활성화에 기여할 수도 있다는 점도 고려할 필요가 있다.

위와 같은 지역사회통합돌봄 정책의 가치를 정책 추진자 및 실무자가 명확히 인식하는 것은 무엇보다도 중요하며, 나아가 지자체에서 해당 정책을 담당하는 공무원 및 관련 단체와도 인식을 공유함으로써 지역사회통합돌봄을 안정적으로 확대할 수 있을 것이며, 이를 통하여 정책의 필요성에 대해서도 국민들에게 적극적으로 안내할 수 있을 것이다.

다음으로는, 주거 관련 정책을 살펴보자. <그림 16>은 일본의 지역포괄케어 정책을 설명할 때 빠지지 않고 등장하는 화분도이다. 이 화분도는 지역포괄케어 시스템의 5가지 구성요소인 주거·의료·개호·예방·생활지원이 상호 관계 속에서 일체적으로 제공되는 모습을 그림으로 표현한 것이다.

본인의 선택이 가장 중시되고, 생활의 기반이 되는 주거를 화분으로 하고 있으며, 그 내부를 채우고 있는 흙은 개호예방 및 생활 지원을 뜻하며, 전문적으로 제공되는 서비스에 해당하는 ‘의료·간호’ ‘개호·재활’ ‘보건·복지’ 를 잎으로 표현하고 있다.

<그림 16> 지역포괄케어 화분도



* 출처 : 2016년 지역포괄케어연구회보고

이 중 화분에 해당하는 ‘주거’ 는 지역포괄케어정책에서 가장 기본이 되는 요소인데, 우리나라의 지역사회통합돌봄 정책에서도 주택정책을 중요하게 여기고 있다.

<그림 17> 지역사회통합돌봄의 서비스



* 출처 : 보건복지부 보도자료(2019.1.11.) ‘지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진 계획’

주택정책과 관련하여, 국토교통부에서는 총 8만 호 규모의 고령자 대상 공공임대주택을 공급할 예정이나, 그 내용을 살펴보면 구체적인 방향 제시는 없는 것으로 보여진다.

<그림18> 국토교통부 고령자복지주택 사업 개요

- (개념) 저층부에 고령자 친화형 사회복지시설과 상층부에 임대주택이 복합 설치된 **맞춤형 공공임대주택**
 - 주택은 문턱제거, 높낮이 조절 세면대 등 **무장애 설계**를 적용하고, **사회복지시설은 복지서비스를 제공** 위해 **1천~2천㎡** 규모로 설치



- (추진방향) 지자체 등이 주택 수요 및 사회복지시설 운영계획을 제안하고 국가와 사업시행자는 주택 및 복지공간 제공
 - 전체 주택 호수의 50% 이상(혹은 100호 이상)을 고령자용 영구 임대주택으로 공급하며, 지자체 등이 희망시 국민·행복주택도 함께 공급하여 다양한 계층·세대 혼합 공간으로 조성
 - 사회복지시설은 지자체가 관리·운영하며, 건강관리, 생활지원, 문화활동 등 고령자 친화형 복지프로그램으로 운영
- (비용부담) 주택은 건설 호수 및 유형에 따라 제정 지원하고, 사회복지시설은 건설비(54.6억원/개소)의 50퍼센트 제정 지원
 - * (예산) '19년 54.6억원/10개소, '20년 정부안 123억원/20개소(계속 10개, 신규 10개)
- (추진절차) 지자체 등의 참여를 활성화하고 지역 실정에 맞게 추진 하도록 공모 시행하고, 평가위원회를 구성하여 평가 및 사업 선정
- (입주자격) 65세 이상으로, 국가유공자 등 해당자, 국민기초생활 보장법상 생계급여·의료급여 수급자, 수급권자 및 차상위계층

* 출처 : 국토교통부 보도자료(2020.4.1.) ‘어르신들 고령자 맞춤형 공공임대주택에서 편안한 노년 보내세요’

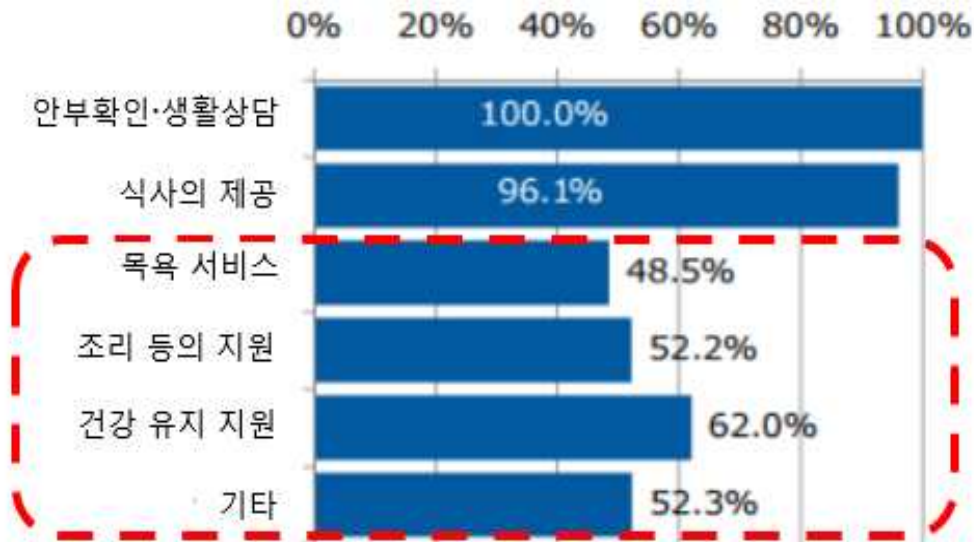
자택 생활의 한계점, 즉 병원 혹은 시설에 들어가기 전의 기간을 가능한 한 늘리기 위해서는 보다 구체적인 방향 제시가 필요하다고 할 수 있다. 돌봄이 필요하게 되는 상태를 예방하기 위해서는, 필요에 따른 다양한 지원(의료·개호·생활지원)을 적시에 받을 수 있는 환경을 만드는 것, 필요한 때에는 의료기관에서 적절한 입원치료를 받은 후에 다시 자택으로 돌아갈 수 있게 하는 환경을 조성하는 것이 중요하다.

또한, 변화하는 건강상태에 따라 고령자가 주거를 빈번히 옮기지 않기 위해서는 요양서비스 등이 다양하게 제공될 수 있는 시스템을 구축하는 것이 필요하다. 여기에서 일본의 ‘서비스제공형 고령자 주택’이 참고가 될 것으로 생각된다.

‘서비스제공형 고령자 주택’은 2011년 3월 「고령자 주택의 안전확보에 관한 법률(고령자주거법)」의 개정으로 신설된 주택이다. 이는 개호·의료를 연계하여 고령자가 안심할 수 있는 서비스를 제공하는 베리어 프리 구조를 갖춘 주택으로, 18~25㎡ 이상을 기준으로 두고 있고, 안부확인과 생활상담 서비스는 필수 제공 서비스로, 식사제공 목욕 등의 요양서비스는 선택사항으로 규정된 주택으로, 2017년 기준 174,312호가 보급되었다.³¹⁾

서비스 제공상황을 살펴보면, 필수 서비스인 안부확인 및 생활상담 서비스와, 선택 서비스 중 식사 제공 서비스는 충분히 제공되고 있으나, 그 외 선택서비스는 50% 제공에 그치고 있는 것을 확인할 수 있다.³²⁾ 자택 생활의 한계점을 늘리기 위해서는 제도 설계 단계에서부터 다양한 지원서비스가 제공되도록 하는 것이 필요하다고 생각된다.

<그림19> 서비스제공형 고령자 주택 서비스 현황



* 출처 : (日) 일반사단법인 고령자 주택협회 홈페이지

한편, 케어안심 주택의 공급계획은 「거주기본법」 제1조에 근거하여 주택복지정책의 일환으로 실시되고 있다. 현재, 제정을 추진 중인 「지역사회통합돌봄기본법」(안)에서는 주거 관련 조항이 포함되어 있으나, 구체적인 내용은 부족하다고 할 수 있다.

추후, 관련 시행령과 시행규칙을 제정할 때, 배리어프리 구조, 안심 센서의 설치, 복지관 건립, 요양서비스의 제공에 더하여 의료·요양 케어 등의 서비스 연계, 의료기관과의 연계 등도 필수적으로 구비될 수 있도록 법적 근거를 명확히 할 필요가 있다.

또한, 일본의 「고령자 주택의 안전확보에 관한 법률(고령자주거법)」 제3조에서는 주거 관련 법률의 주체를 국토교통부 장관과 후생노동성 장관으로 명시하고 있는 점을 고려할 때, 주거 관련 기본계획 주체의 명시할 필요가 있다.

다음으로, 공급대상도 확대할 필요가 있다. <그림18>의 국토교통부 고령자복지주택 사업 소개에서는 입주자격을 65세 이상으로 하고 있으며, 국가유공자 등 해당자, 국민기초생활 보장법상 생계급여·의료급여 수급자, 수급권자 및 차상위계층으로 정하고 있다.

물론, 저소득자를 대상으로 우선적으로 주거를 공급하는 것은 필요하나, 우리나라의 보건복지 정책이 선별적 복지에서 보편적인 복지로 전환되고 있는 점, 노인 단독 세대가 증가하고 있는 점, 그리고 케어비용 등에 대한 우려는 국민 모두가 안고 있는 문제라는 점을 고려하면, 저소득자뿐만이 아니라 일반 고령자를 위한 주택공급도 필요하다고 할 수 있다.

일본의 경우를 살펴보면, 개호 보험과 관련된 시설도 증가 추세를 보이고 있으나, 상당한 금액의 일시금이 필요한 ‘유료 노인홈’ 및 ‘서비스제공형 주택’도 크게 증가한 점을 보면, 일반 고령자의 수요도 충분히 있다는 것을 알 수 있다.

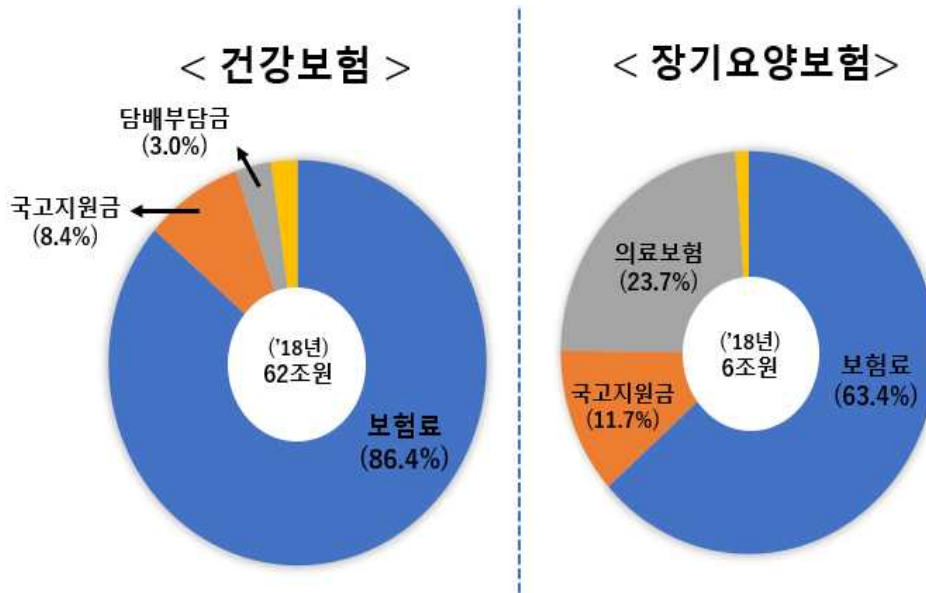
<그림20> 개호 시설 등의 정원 수 추이



* 출처 : 후생노동성, 2018년 고령화 상황 및 고령사회대책의 실시 상황

마지막으로 살펴볼 부분은 지자체에 대한 재정적 유인이다. 우리나라 건강보험과 장기요양보험의 재원 구성을 보면, 보험료가 대부분을 차지하고 있고, 국고지원금은 10% 정도에 불과하다.

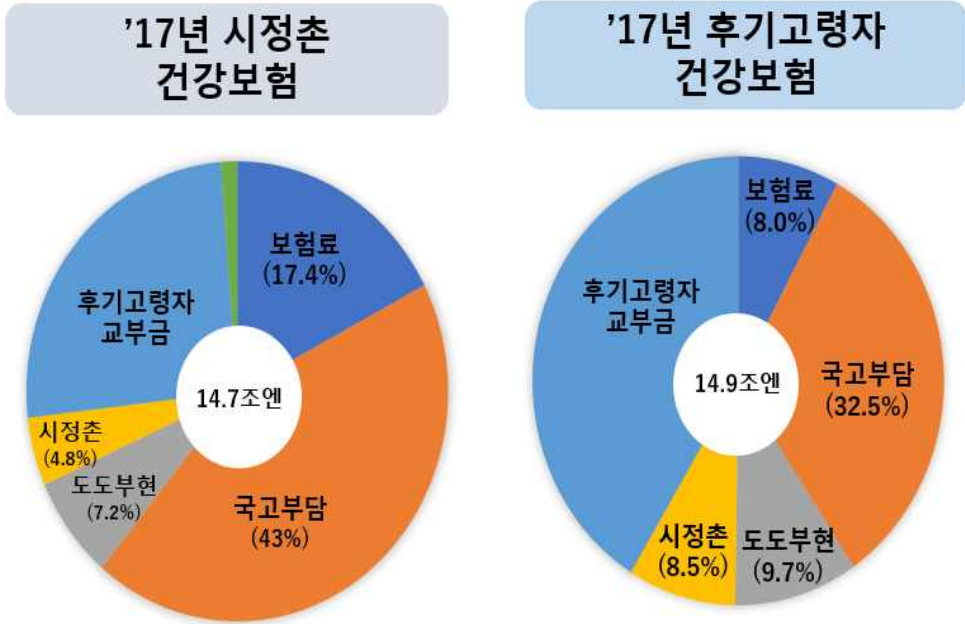
<그림21> 건강보험, 장기요양보험의 재원 구성



* 데이터 출처 : 보건복지부 별도 자료

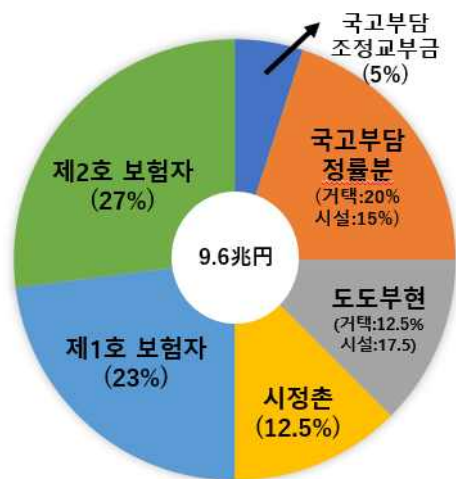
일본의 건강보험과 개호보험의 재원 구성을 살펴보면, 건강보험 중 우리나라의 지역가입자에 해당하는 국민건강보험(국보)의 경우, 보험료가 17.4%에 불과한 데 비해서 국고 지원이 43% 등으로 상당히 큰 부분을 차지하고 있는데, 도도부현도 7.2%, 시정촌도 4.8%를 부담하고 있다. 후기고령자 보험도, 보험료는 8%로 매우 낮은 편인데 비해, 국고 지원은 32.5%, 도도부현 9.7%, 시정촌도 8.5%를 부담하고 있다. 개호보험의 경우에도 도도부현과 시정촌이 일정 부분을 부담하고 있다.

<그림22> 일본 건강보험, 개호보험의 재원 구성



(厚生労働省)医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

'18년 개호보험 재원 구성



(厚生労働省) 平成30年度 介護保険事業状況報告

* 데이터 출처 : 후생노동성, 의료보험에 관한 기초자료(2017년) 개호보험사업 상황 보고(2018년)

일본의 경우, 도도부현과 시정촌이 건강보험과 개호보험재정에서 일정 부분을 분담하고 있기 때문에, 재정에 부담을 느끼는 지자체에서 지역포괄케어 시스템에 적극적으로 참여하고자 하는 유인이 있다고 할 수 있다.

한편, 우리나라 의료급여의 경우에도 지자체가 예산의 20%를 부담하고 있고, 이 중 기초지자체가 4%를 부담하고 있다. 이는 보건복지부는 물론 지자체에서도 일반 예산의 가장 큰 부분을 차지하고 있다. 이에 지자체에서는 의료급여 재정의 적절한 관리와 수급자의 질병 예방을 위해 ‘의료급여관리사’를 별도로 두어, 의료과잉이용자 및 과소이용자 등을 개별적으로 관리하고 있다.

지역사회통합돌봄 사업을 안정적으로 확대하기 위해서는 지자체의 적극적인 협조와 참여가 필요하다고 할 수 있으며, 이를 위해서는 건강보험과 장기요양보험에 대해 재정부담이 없는 지자체에 대한 재정적인 인센티브 혹은 비용인식 공유가 필요하다고 생각된다.

인센티브 방안으로는 단기적으로는 선도사업 실시 지자체에 대해서 적극적인 평가를 통해 인센티브를 부여하는 방법을 생각해 볼 수 있다. 장기적으로는 ‘지자체 종합평가’에 ‘지역사회통합돌봄의 성과’를 포함해서 지자체의 적극적 참여를 유도하는 방법도 있을 것이다. 다만, 단순히 의료·개호 비용을 억제하는 것이 지역사회통합돌봄 정책의 목적이 아니므로 지역의 실정에 적합한 목표를 설정하고 다양한 지표를 설정하는 것이 필요할 것이다.

다음으로는, 의료보험과 장기요양보험에 지자체의 부담률을 설정하는 방안도 생각해 볼 수 있지만, 보험자는 국가, 관리는 국민건강보험에서 운영하고 있는 현재의 구조는, 운영면과 국민통합의 면에서 볼 때 효율적이기도 하고, 지자체의 재정자립도에도 차이가 크기 때문에 지자체의 부담률을 정하는 것은 신중히 검토할 필요가 있다.

한편, 일본에서는 지역 내 의료 및 돌봄을 종합적으로 추진하기 위해 2014년부터 소비세 증액분 등을 활용하여 지역의료개호종합확보 기금을 별도로 조성하여 운영 중인 바, 이를 참고할 필요가 있다고 생각된다.

③ 재택의료 정책

다음으로, 재택의료에 관해 살펴보자. 우리나라에서도 의사의 왕진은 가능하나, 2019년까지는 진료비 이외에 왕진에 대한 별도의 수가는 없었다. 그 외 재택의료로는, 가정전문간호사가 방문하는 가정간호관리료 수가가 있고, 시범사업으로는 가정형 호스피스·장애인건강주치의사업, 중증소아재택의료사업 등이 있다.

2019년 12월부터는 지역사회통합돌봄 정책의 일환으로, 「1차의료 왕진 모델사업」과 「ICT활용 재택의료시범사업」이 추진되고 있는데, 「1차의료 왕진 모델사업」은 보행이 곤란한 환자와 보호자가 요청한 경우를 대상으로 왕진료Ⅰ(왕진료에 의료행위 및 처치 등 모두 포함, 11,500엔 정도), 왕진료Ⅱ(왕진료 이외에 추가 의료행위 미포함, 8,000엔 정도)를 모델 수가로 설정하여 시행하고 있다.

「ICT활용 재택의료시범사업」은 대면진료 사이에 ICT를 활용하여 정기적인 확인 및 상담 등 비대면관리를 실시하고, 환자 중심의 재택의료 서비스를 활성화하기 위한 사업으로, 2020년 8월 기준, 복막투석·일차의료만성질환관리·정신질환·제1형당뇨·가정용인공호흡기환자·분만취약지임산부를 대상으로 시행하고 있으며, 연내에 심장질환·중증소아·와파린 복용환자·재활환자·암 환자를 대상으로 실시할 예정이다. 시범사업 수가는 교육상담료Ⅰ, 교육상담료Ⅱ, 환자관리료으로 구성되어 운영 중이다.

일본의 경우, 재택의료 수가가 잘 정비된 편이라고 할 수 있다. 일본의 재택의료 정책을 살펴보면, 일본에서는 1992년 제2차 의료법 개정으로 재택이 의료법상의 의료제공시설의 하나로 인정되고 있으며, 의료계획에서도 의료연계체제의 하나의 중요한 역할로 기능하고 있다.

지역의료구상에서도 요양 병상 의료 구분¹¹⁾의 70%에 해당하는 20만 명, 일반병상의 경증자(의료자원투입량 175점 이하) 약 10만 명을 합쳐 약 30만 명 정도가 재택으로 이행하는 것을 상정하고 있다.

이처럼 일본에서의 재택의료는 단순히 하나의 의료 수가의 하나가 아니라, 병원완결형에서 지역완결형으로 이행하기 위한 하나의 큰 역할을 담당하고 있음을 알 수 있다.

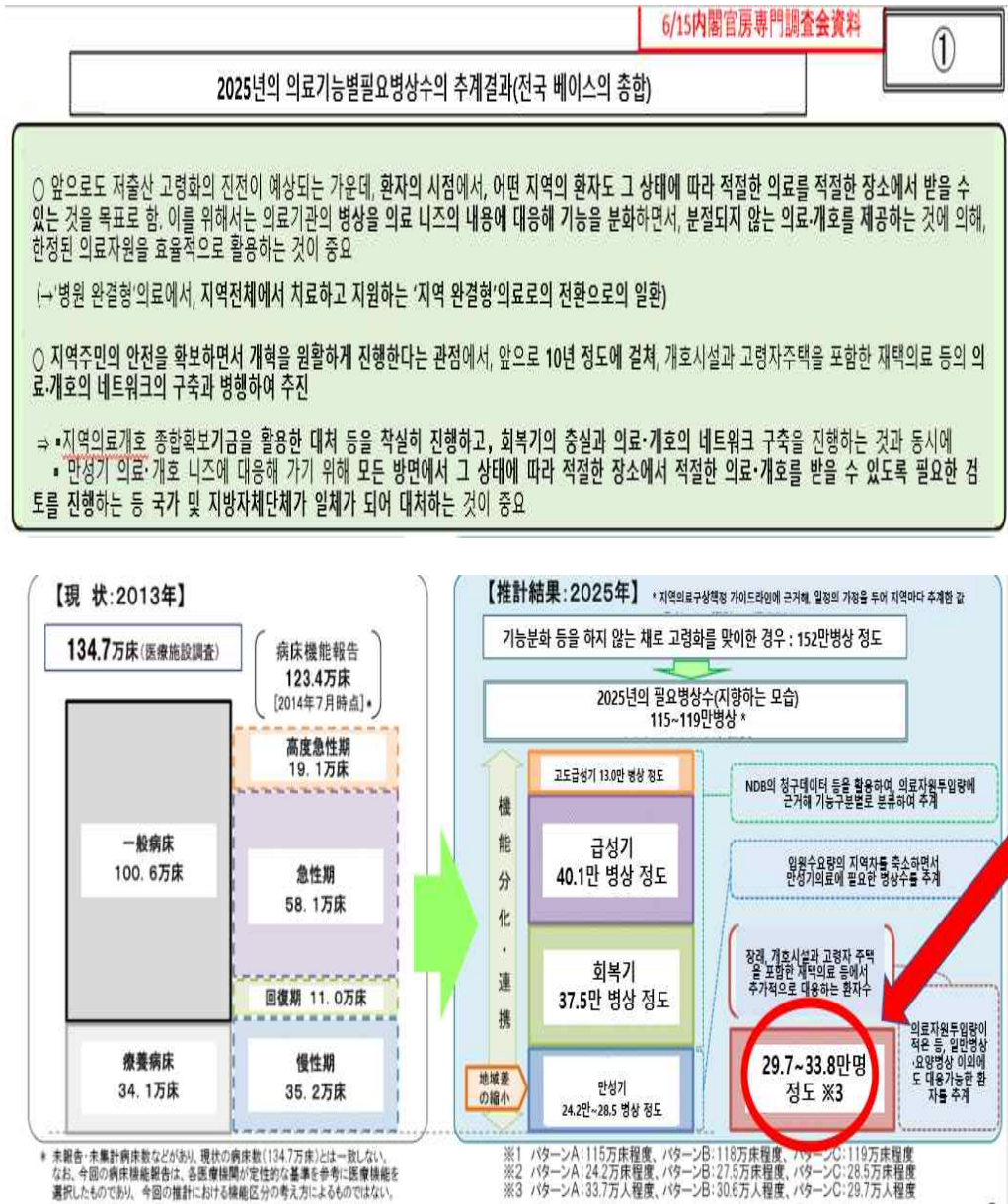
11) 요양병상 구분의 한 종류. 미국의 너싱홈의 지불방식인 자원이용그룹(RUG: Resource Utilization Group)이라고 하는 환자분류와 지불방식을 참고로 해서 만들어짐. 구체적으로는 환자의 질환과 상태, 실시하는 의료처치 등에서 '의료구분 3'과 '의료구분 2'를 정의하고 어디에도 해당하지 않는 환자는 의료필요도가 낮은 '의료구분 1'로 함.

- 의료구분 3 : (질환·상태) 스몬, 의사 및 간호사에 의해 상시감시 및 관리를 실시하고 있는 상태 (의료처치) 24시간 지속적 점적, 중심정맥영양, 인공호흡기 사용 등 8개 처치

- 의료구분 2 : (질환·상태) 근디스트로피, 다발성경화증, 근위축성측색경화증, 욕창, 섬망 우울상태 등 18개 질환 (의료처치) 투석, 기관절개, 창상, 산소요법 등 8개 처치

- 의료구분 1 : 의료구분 2, 3에 해당하지 않는 자

<그림 23> 일본의 지역의료구상 중 병상추계



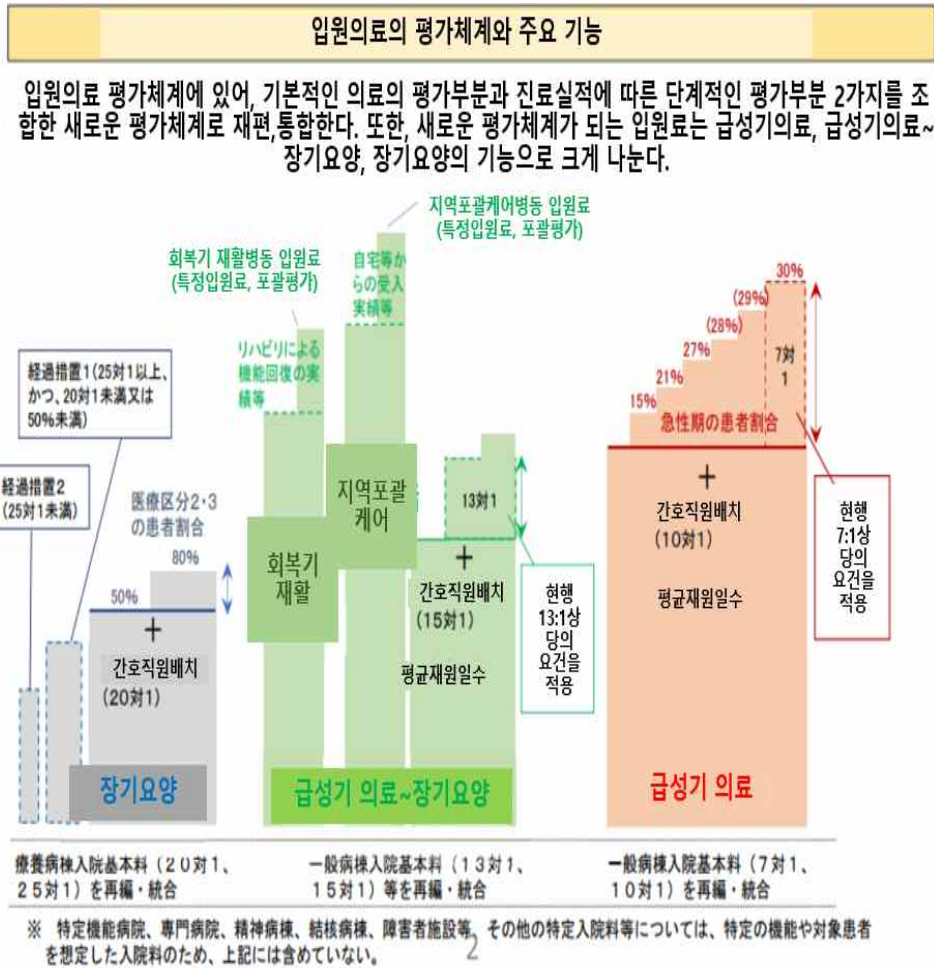
* 출처 : 후생노동성, 의료개호 정보의 활용을 위한 개혁 추진에 관한 전문조사회 제1차 보고

이와 같은 일본의 재택의료의 여러 정책을 통해 한국의 재택의료 정책에서 참고할만한 사항을 정리해 보자.

첫 번째는 진료 수가 체계의 전환이다. 단순히 재택의료 수가를 신설하는 것이 아니라, 재택의료의 복귀를 유도하는 수가체계의 전환이 필요하다는 것이다. 한국에도 장기입원을 억제하는 조치로, 일반 병동의 입원료 체감제와 요양병원의 입원료 감산제를 운영하고 있고, 2018년부터는 장기입원자에 대해 본인부담상한제를 소폭 인상했으나, 이런 부분적인 조치뿐만이 아니라 입원료 전반에 대한 전환이 필요하다고 할 수 있다.

한국은 의료법상, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원으로 나뉘어져 있고, 의료기관별로 입원료가 설정되어있다. 물론, 여러 가산제도가 있긴 하나 기본적으로는 간호사 수를 기준으로 등급이 나뉘어져 있다. 이에 반해, 일본은 입원료가 병상 기능별로 구분되어있고, 그 기준도 간호사 수뿐만이 아니라 다양한 기준으로 구분하고 있다.

<그림 24> 일본 입원료 체계



* 출처 : 후생노동성. 제13회 지역의료구상에 관한 워킹 그룹 참고자료 3 (2018.5.16.)

예를 들어, 급성기 일반기본료를 살펴보면, 평가 기준이 간호직원, 중증도에 따른 환자 비율, 평균 재원 일수 등으로 구성되어 있는데, 특히, 2014년 수가 개정에서 7대1 병상의 요건에도 처음으로 재택복귀 지표가 도입되어, 급성기 병상을 포함한 모든 병상에서 재택으로의 복귀를 상정하고 있다는 것을 알 수 있다.

<그림 25> 기능별 입원료 체계

급성기 일반입원기본료(급성기 일반입원료 1~7)의 내용

일반병동 입원기본료(7대1,10대1)는 입원환자의 의료 필요성에 의한 적절한 평가를 선택할 수 있도록 실적에 대한 평가체계를 도입하고, 장래의 입원의료 니즈의 변화에도 탄력적으로 대응 가능하도록 하기 위해 급성기 일반입원료를 1~7로 재편

		입원료 7	입원료 6	입원료 5	입원료 4	입원료 3	입원료 2	입원료 1
간호직원		10대1 이상 (7割以上が看護師)						7대1 이상 (7割以上が看護師)
환자비율 ()안은 200명상 미만의 경과조치	중증도, 의료간호 필요도 I	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	- [26%以上]	- [27%以上]	30%以上
	중증도, 의료간호 필요도 II	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
평균재원일수		21日以内						18日以内
재택복귀, 병상기능연계율		-						8割以上
그 외		-				・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		医師の員数が入院患者数の100分の10以上
데이터 제출 가산		○						
점수		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

지역포괄케어 병동 입원료, 입원의료관리료 1~4의 내용

지역포괄케어 병동 입원료, 입원의료관리료를 기본적인 평가부분과 재택의료의 제공 등의 진료실적에 관련된 평가부분으로 조합한 체제로 개정하고, 재택의료와 간호서비스 제공 등 지역에서 요구되는 다양한 역할, 기능을 달성하고 있는 의료기관을 평가

		관리료 4	입원료 4	관리료 3	입원료 3	관리료 2	입원료 2	관리료 1	입원료 1
간호직원		13대1 이상 (70%이상인 간호사)							
중증환자 비율		중증도, 의료, 간호필요도 I 10%이상 또는 중증도, 의료간호필요도II 8% 이상							
재택복귀 관련 직원		당해 의료기관내에 재택복귀지원을 담당하는 직원을 적절히 배치							
재활전문직		병동 또는 병실을 보유한 병동에 상근 물리치료사, 작업치료사 또는 언어청각사를 1명 이상 배치							
재택복귀율		-				7割以上			
병실 면적		-				6.4㎡以上			
실적부분	재택에서 입원한 환자비율	-	1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上	-	1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上		
	재택 등에서 긴급환자의 수용	-	3月で3人以上		-	3月で3人以上			
	재택의료 등 제공	-	○		-	○			
	간병 관련 지침	-	○		-	○			
신청 단위		病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
허가병상수 200명상 미만		○	-	○	○	○	-	○	○
점수		2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

회복기 재활병동 입원료 1~6의 내용

회복기 재활병동에서 실시되고 있는 아웃컴 평가의 추진을 도모하는 관점에서, 해당 입원료의 평가체계에 대해 재활 실적 지수를 도입

	입원료 6	입원료 5	입원료 4	입원료 3	입원료 2	입원료 1
의사	専任常勤1名以上					
간호직원	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
간호조무사	30対1以上					
재활 전문직	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
사회복지사	-			専任常勤1名以上		
영양관리사	-			専任常勤1名(努力義務)		
재활 계획서의 영양항목 기재	-			必須		
재활실적지수 등을 공개	○					
데이터 제출 가산 신청	○(200床以上の病院のみ)			○		
휴일 재활	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			○		
중증환자의 비율	-		2割以上		3割以上	
중증환자의 퇴원시 일상생활기능평가	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
재택 등으로 퇴원하는 비율	-		7割以上			
재활 실적지수	-	30以上	-	30以上	-	37以上
점수 (생활요양을 받는 경우)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

요양병동 입원료 1~2의 내용

간호직원배치 20대 1 이상을 요양병동 입원료로 일원화하고, 의료구분 2,3의 해당 환자비율에 따른 2단계의 평가로 개정

	요양병동 입원료 2	요양병동 입원료 1
간호직원	20대 1 이상 (의료법상 4:1)	
간호조무사	20대 1 이상 (의료법상 4:1)	
의료구분 2,3 해당 환자 비율	50% 이상	80% 이상
데이터 제출	200명상 이상의 병원은 필수	
점수	医療区分1 735点~ 902点 医療区分2 1,151点~1,347点 医療区分3 1,389点~1,745点	医療区分1 800点~ 967点 医療区分2 1,215点~1,412点 医療区分3 1,454点~1,810点

* 출처 : 후생노동성. 제13회 지역의료구상에 관한 워킹 그룹 참고자료 3 (2018.5.16.)

우리나라에서도 입원료 체계를 현재와 같은 의료기관별이 아니라 기능별로 나눌 필요가 있으며, 간호사 배치 기준만이 아니라, 중증도에 따른 환자 비율, 재원 일수 등의 지표를 포함하여 전반적인 입원료 재편이 필요하다고 생각된다.

다음으로는 의료기관별 연계체제의 구성을 살펴보자. 한국 건강보험공단에서는, 2012년의 장기요양보험 1,2,3 등급 (일본의 개호보험은 요개호 3,4,5등급 인정자) 중 장기요양보험을 이용한 사람과 이용하지 않은 사람 각각 16,000명을 대상으로 의료비를 분석한 연구를 실시한 바 있다.³³⁾

이 연구에 따르면, 장기요양이용자의 경우, 서비스를 이용하지 않은 사람에 비해 총진료비 및 입원진료비의 경우 크게 증가하지 않았으나 외래진료비와 약제비는 조금 증가한 것을 볼 수 있다.

<그림 26> 노인장기요양보험 도입 전후 비교

● 노인장기요양보험 도입 전후 의료비 분석<2015년, 국민건강보험공단>

분석시기 : 제도 도입 전(2007.1월~12월)~ 도입 후(2012.1월~12월)

대상 : 2012년 1,2,3등급 중 이용자 vs 미이용자, 각16,724명(전체 33,448인)

(단위 : 십만 원)

変数	이용자군				미이용자군				증가율 차이	
	전	후	변화		전	후	변화		차이	%
	평균	평균	차이	%	평균	평균	차이	%		
연간 일인당 총진료비	58	73	15	26	62	210	148	238	133	212
연간 일인당 입원	42	51	9	22	46	191	145	313	136	291
연간 일인당 외래	7	10	3	33	7	9	2	26	-5	-7
연간 일인당 약제비	9	12	3	37	9	10	1	11	-24	-26

* 출처 : 「노인장기요양보험의 도입전후 진료형태별 의료비 변화분석」 (2015) 이호용, 문용필

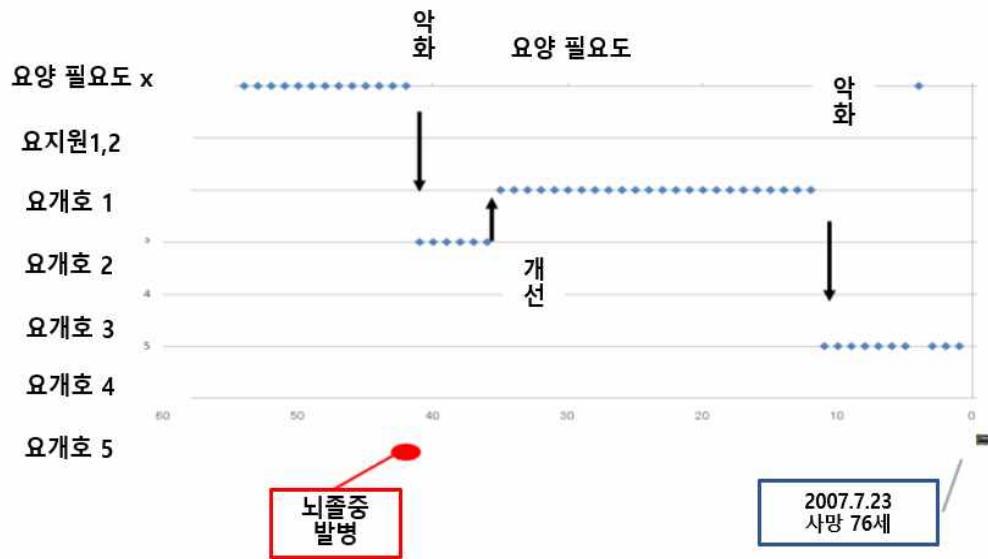
이 연구에서는, 요양 필요도가 높았으나 적절한 서비스가 없어서 입원했었던 대상자들이 장기요양보험으로 대체되었기 때문에 입원진료비는 전반적으로 감소하였으나, 요양 필요 대상자들에 대한 의료서비스의 부족과 약국 이용에 대한 관리 부족으로 외래진료비와 약국 이용일수는 오히려 늘어난 것으로 분석하고 있다. 급속한 고령화로 인해 의료비 및 요양비가 급증할 것으로 예상되는 한국에서, 장기요양대상자에 대한 의료서비스에 대한 연계가 필요하다는 것을 알 수 있는 부분이다.

한편, 하세가와 토시히코의 고령자 케어 사이클론에 따르면, 남성은 사망할 때까지 3~5회, 여성의 경우 5~7회의 케어 사이클을 회전한다고 한다.³⁴⁾ <그림 27> 은 뇌졸중인 76세 남성의 케어 사이클을 나타낸 것인데, 뇌졸중이 발병한 이후, 악화과 개선을 거듭하면서 개호도(요양 필요도)가 낮아져, 사망하게 된다는 것을 알 수 있다.

이와 같은 케어 사이클 내에서 환자가 필요한 시기에 적절한 요양 서비스를 받게 하기 위해서는 의료와 요양의 연계체계를 만드는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다. 이와 같은 연계체제는 재택의료에서 특히 중요하다고 할 수 있는데, 재택의료 분야에서는 의료·개호의 연계뿐만 아니라 의료기관과의 연계도 매우 중요하다고 할 수 있다.

<그림 27> 고령자의 케어 사이클

사망 전 60개월간 영양필요도 추이
76세 남성 / 주상병 : 뇌졸중



* 출처 : 「(日) 제2회 의료개호복지정책연구 포럼 기초강연 자료」
(2013.11.16.) 長谷川俊彦

일본의 재택의료 수가의 경우, 1988년에 방문 진료료¹²⁾, 1994년에 재택시 의학관리료¹³⁾가 창설된 이후, 다양한 형태로 재택의료 시스템을 구축해 왔다고 할 수 있다.

12) 재택환자 방문진료료(1988년 신설) : 정기적으로 방문하여 진료한 경우에 산정

13) 재택시 의학관리료(1994년 신설) : 계획적인 의학관리 하에, 주 1회 이상 방문하여 진료한 경우에 산정케 함, 2006년 재택시 의학종합관리료를 창설하여 월 2회 이상 방문하여 진료한 경우에 산정할 수 있도록 함

<표11> 재택의료 수가 관련 주요 개정 내용

연도	방문진료료	재택시 의학종합관리료 시설입소시 등 의학종합관리료	재택요양지원진 료소 재택요양지원병 원	그 외
2006	-	<ul style="list-style-type: none"> 재택시 의학종합관리료 (재종관)의 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 재택요양지원 진료소(재지진)의 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 입원에서 재택요양에의 원활한 이행에 관한 보상 재택, 특별요양노인 홈 등에서의 터미널케어에 관한 보상
2008	<ul style="list-style-type: none"> 거주 장소에 따라 방문진료료 구분 -방문진료료 I(재택) -방문진료료 II(거 주계 시설) 	<ul style="list-style-type: none"> 특정시설입소 시 등 의학종합관리료 (특의종관)의 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 재택요양지원 병원(재지병)의 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 컨퍼런스 등의 정보공유에 관한 보상
2010	<ul style="list-style-type: none"> 거주 장소가 아니라 동일 건물의 방문자 수에 따라 방문 진료 재분류 -방문진료료 I (동일 건물외) -방문진료료 II (동 일건물) 		<ul style="list-style-type: none"> 재지병을 허가 병상 수 200병상 미만까지 확대 	<ul style="list-style-type: none"> 왕진료 인상 영유아 가산 신설 재택터미널 케어가산 요건 완화 재택이행조 기가산 신설
2012	<ul style="list-style-type: none"> 특정시설입소 자에 대한 수가 인상 -방문진료료1(동일 건물 외) -방문진료료2(특정 	<ul style="list-style-type: none"> 재종관, 특의종관에 대하 수가 인상 (기능강화형 재지신, 재지병 신설 관련) 	<ul style="list-style-type: none"> 강화형, 연계강화형 재지신, 재지병 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 긴급시, 야간 왕진료 인상 재택터미널 케어가산 보상체계개정

연도	방문진료료	재택시 의학종합관리료 시설입소시 등 의학종합관리료	재택요양지원진 료소 재택요양지원병 원	그 외
	시설 등) 방문진료료2(상기 이외의 동일건물)			<ul style="list-style-type: none"> 재택완화 케어 관련 보상 긴급시 재택환자 수용에 대한 평가 인상
2014	<ul style="list-style-type: none"> 방문진료료2 수가 인상 	<ul style="list-style-type: none"> 동일건물 거주자에 대한 평가 적정화 	<ul style="list-style-type: none"> 기능강화형의 실적요건 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 재택요양 후방지원병원 및 재택환자 공동진료료 신설
2016	<ul style="list-style-type: none"> 방문진료료2를 '동일건물 거주자의 경우'로 일원화 	<ul style="list-style-type: none"> 단일건물 진료환자 수, 중증도, 월 방문횟수에 따라 세분화 	<ul style="list-style-type: none"> 기능강화형 시설기준에 소아 재택의료에 관한 요건 추가 	<ul style="list-style-type: none"> 재택완화 케어 시행 진료소, 병원 가산의 신설 등 따른 긴급왕진과 간병 실적 평가 재택전문 의료기관의 요건 명확화
2018	<ul style="list-style-type: none"> 방문진료료 I 에 2 (타 의료 기관의 의뢰를 받아 방문진료를 행한 경우) 신설 방문진료료 II(병설한 개호 시설 등의 경우)를 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 월 2회 이상 방문 진료를 시행한 경우의 수가 적정화 월 1회의 방문진료를 시행한 경우의 수가 인상 포괄적지원가산 신설 		<ul style="list-style-type: none"> 왕진료의 산정요건을 명확화 긴급왕진 가산의 대상자 확대와 산정요건 개정 터미널케어 수가 인상

* 출처 : 후생노동성 중의협(중앙사회보험의료협의회)총회(2019.11.6.) 자료

재택의료에 대한 진료 수가는 크게 3개로 나뉜다. 첫 번째는 방문하여 진료를 실시한 경우에 대한 수가인 ‘재택환자 방문 진료료’, 다음으로는 종합적인 의학적 관리에 대한 평가인 ‘재택시 의학종합관리료’, 마지막으로 인공호흡기 외 특별한 지도관리 등에 대한 평가이다.

‘재택환자 진료료’는 거주 장소에 따른 단계적 평가를 기본으로 하고 있으며, 영유아 등의 진료, 종말기 간병 등에 대해서는 가산을 두고 있다, 또한, 원칙적으로 주 3회의 산정을 한도로 하지만, 말기 악성종양 등 일부 질환에 대해서는 예외를 규정하고 있다.

‘재택시 의학종합관리료’는 단일건물 진료환자 수, 중증도 및 월 방문횟수에 따라 단계적으로 평가하고 있으며, 특별한 지도관리를 필요로 하고 여러 번 진료를 시행한 경우에는 가산 제도를 두어 두텁게 보상하고 있다.

주요 수가를 살펴보면, 방문 진료료의 경우 동일건물 주거자 이외의 경우에는 833점(8,330엔), 동일건물 거주자의 경우는 203점(2,030엔)이다. 참고로 앞서 언급한 우리나라에서 현재 시행 중인 일차 의료 왕진 시범사업의 수가는 개별 주거의 경우 8만 5천 원, 동일건물 거주자의 경우는 2만 원이다.

<그림28> 일본 재택시 의학종합관리료 수가

구분	기능강화형재지진·재지병(유병상)			기능강화형재지진·재지병(병상없음)			재지진·재지병			그 외			
	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	
의학종합관리료 재택시	① 월 2회 이상 방문 (중증환자)	5400 点	4500 点	2880 点	5000 点	4140 点	2640 点	4600 点	3780 点	2400 点	3450 点	2835 点	1800 点
	② 월 2회 방문	4500 点	2400 点	1200 点	4100 点	2200 点	1100 点	3700 点	2000 点	1000 点	2750 点	1475 点	750 点
	③ 월 1회 방문	2760 点	1500 点	780 点	2520 点	1380 点	720 点	2300 点	1280 点	680 点	1760 点	995 点	560 点
의학종합관리료 시설입소시 등	① 월 2회 이상 방문 (중증환자)	3900 点	3240 点	2880 点	3600 点	2970 点	2640 点	3300 点	2700 点	2400 点	2450 点	2025 点	1800 点
	② 월 2회 방문	3200 点	1700 点	1200 点	2900 点	1550 点	1100 点	2600 点	1400 点	1000 点	1950 点	1025 点	750 点
	③ 월 1회 방문	1980 点	1080 点	780 点	1800 点	990 点	720 点	1640 点	920 点	680 点	1280 点	725 点	560 点

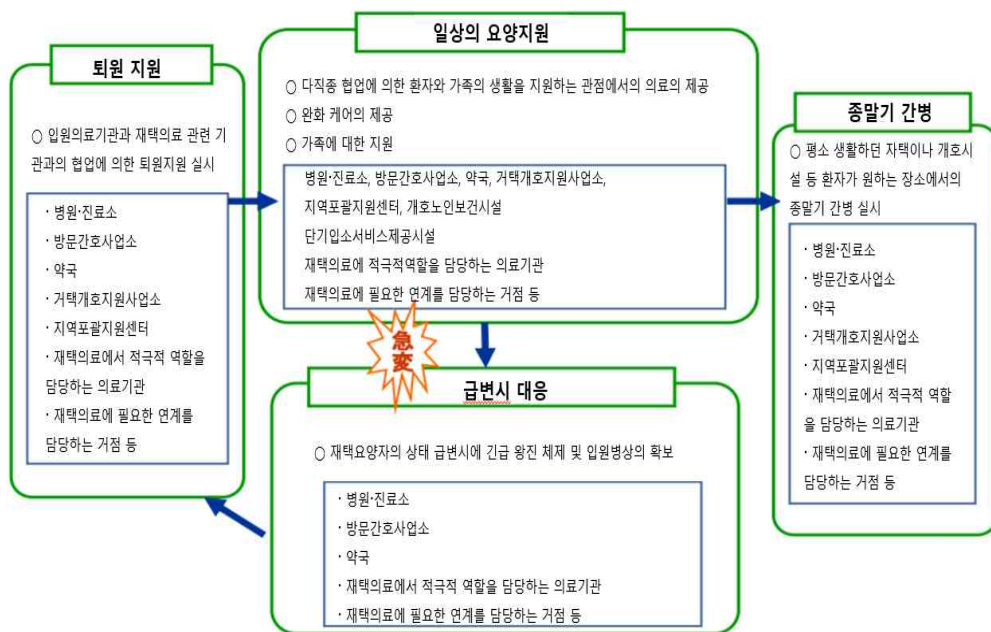
* 출처 : 후생노동성 중의협(중앙사회보험의료협의회)총회(2019.11.6.) 자료

또한, 일본의 재택의료 시스템에서는 재택방문 수가만이 아니라, 퇴원 지원에서 일상의 퇴원 지원 그리고 입종시 간병까지도 고려하고 있으며, 특히 환자 상태 급변시의 대응까지도 상정하는 등 이른바 끊임 없는 재택의료를 제공하는 시스템을 구축해오고 있다.

일본의 재택의료 체계는 크게 4부분으로 나눌 수 있는데, 첫 번째는 ‘퇴원 지원’ 으로, 입원의료기관과 재택의료 관련 기관과의 협업을 통해 퇴원을 지원하는 것을 목표로 한다. 다음으로는 ‘일상의 요양 지원’, ‘긴급 대응’ 이 있는데, ‘일상의 요양 지원’ 은 다직종 협업에 의하여 환자와 가족의 생활을 지원한다는 관점에서 의료를 제공하는 것으로, 완화 케어도 함께 제공하고 가족에 대한 지원도 포함하고 있다. 긴급 대응은 재

택에서 요양하고 있는 환자의 상태가 급변하는 경우에 대비하여 긴급왕진체계 및 입원 병상을 확보하는 것이다. 마지막으로 종말기 간병 체계도 갖추고 있는데, 그간 생활해 온 자택이나 개호 시설 등 환자가 원하는 장소에서 종말기 간병을 실시하는 체계이다.

<그림 29> 일본 재택의료 체계



* 출처 : 후생노동성 제1회 전국재택의료회의(2016.7.6.)
참고자료 2

2006년부터는 재택지원 병원, 지택지원 진료소 등의 의료기관 간 연계 체제도 구축하고 있다. 재택의료 분야에서는 특히 의원급의 역할이 무엇보다 중요하다고 할 수 있지만, 소수의 의사가 근무하는 의원급에서는 24시간 대응이 어려우므로 병원급과의 연계, 그리고 병원급에서의 대응체제도 매우 중요하다고 할 수 있다.

<표12> 재택요양지원 진료소·재택지원병원의 시설기준 개요

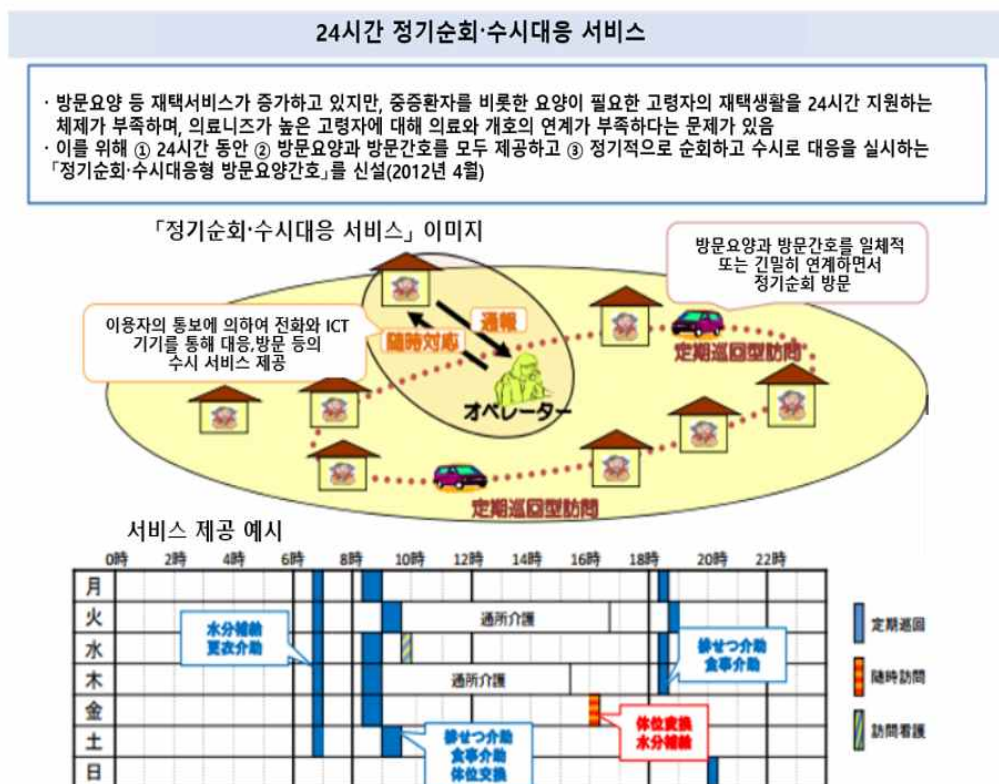
	기능강화형 재지진·재지병		재지진·재지병	(참고) 재택요양후방 지원병원
	단독형	연계형		
공통기준	① 24시간 연락체계 확보 ② 24시간 왕진체제 ③ 24시간 방문간호체제 ④ 긴급 입원체제 ⑤ 연계하는 의료기관 등에서의 정보제공 ⑥ 연 1회, 종말기 간병 횟수 등을 보고			○ 허가 병상수 200병상 이상 ○ 재택 의료를 제공하는 의료기관과 연계하고, 24시간 연락체계를 확보할 것 ○ 연계 의료기관의 요청에 응하여 입원희망환자가 24시간 가능한 체제를 둘 것 ○ 연계의료기관과의 사이에 3개월에 1회 이상, 환자의 진료정보를 교환하고, 입원희망환자의 일람표를 작성
재지병 기준	‘재택요양 지원병원’의 시설기준은, 상기 기준에 추가하여 아래 요건을 충족할 것 (1) 허가 병상 200병상 미만, 혹은 당해 병원을 중심으로 반경 4km 이내에 진료소가 없을 것 (2) 왕진을 담당하는 의사는 당해 병원의 당직체제를 담당하는 의사와 별도로 둘 것 ※ 의료자원이 적은 지역의 의료기관은 240병상 미만			
기능강화형 기준	⑦ 재택의료를 담당하는 상근의사 3인 이상 ⑧ 과거 1년간의 긴급왕진의 실적 10건 이상 ⑨ 과거 1년간의 종말기 간병 실적 혹은 중증소아의 의학관리 실적 중 4건 이상	⑦ 재택의료를 담당하는 상근의사가 연계내에서 3인 이상 ⑧ 과거 1년간의 긴급왕진의 실적 연계내에서 10건 이상, 각 의료기관에서 4건 이상 ⑨ 과거 1년간의 종말기 간병 실적 연계내에서 4건 이상, 또한, 각 의료기관에 대해서 종말기 간병의 실적 혹은 중증소아의 의학관리의 실적 중 2건 이상		

* 출처 : 후생노동성 중의협(중앙사회보험의료협의회)총회(2019.11.6.) 자료

다음으로는, 제공서비스 및 제공 주체의 다양화를 들 수 있다. 우리나라의 지역사회통합돌봄에서도 장기요양보험에서 제공되고 있는 방문요양 및 방문간호 서비스 이외에도 「종합서비스」에 대한 관심이 높아지고 있는데, 일본의 서비스 중 눈에 띄는 것이 「24시간 정기순회·수시대응 서비스」, 「간호 소규모 다기능형개호 서비스」이다.

「24시간 정기순회·수시대응 서비스」는 방문간호와 방문개호를 일체적으로 제공하면서 단시간에 정기순회형 방문을 실시하고, 전화 등을 이용해 이용자의 필요에 수시로 대응하는 서비스로 2016년 기준 633개소, 이용자 수는 13,800명이다.³⁵⁾

<그림 30> 24시간 정기순회·수시대응 서비스

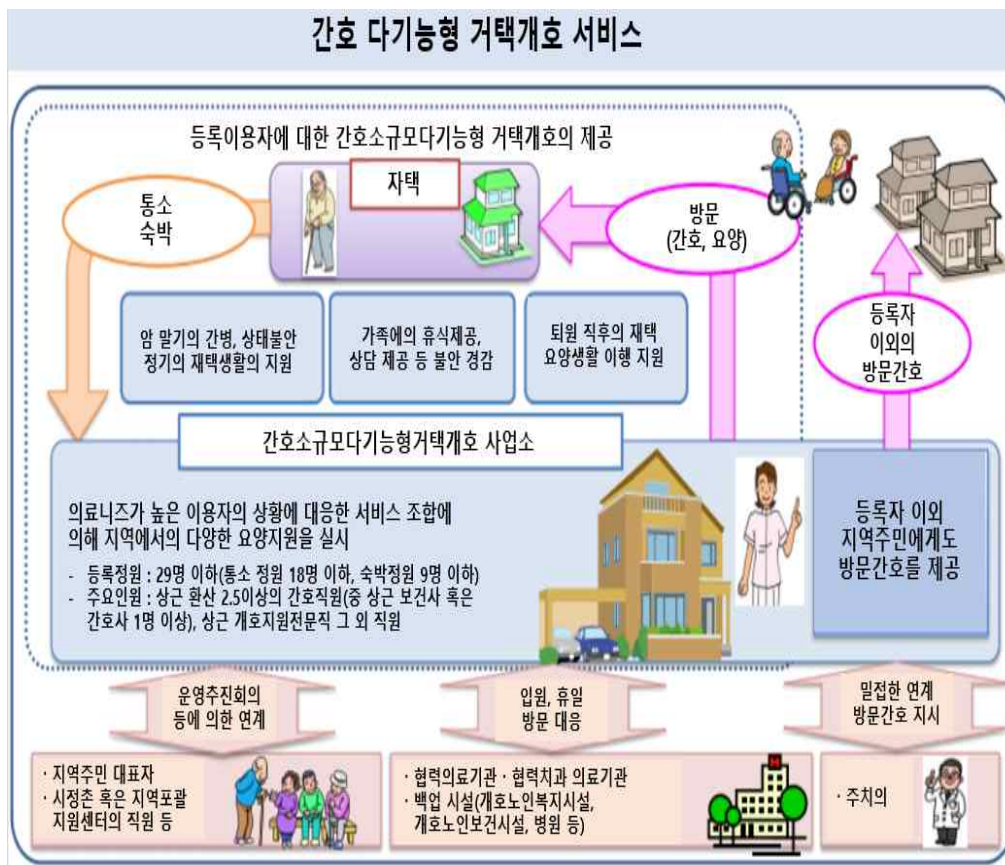


* 출처 : 후생성, 보건사회심의위원회 개호급부비 분과회의 제138회 회의 참고자료 1 (2017.5.12.)

「간호 소규모 다기능형 개호 서비스」는 다양한 재택요양서비스를 하나의 사업소에서 일체적·계속적으로 제공하는 서비스로 2016년 기준 318개소, 이용자 수는 5,102명이다.³⁶⁾

이처럼, 재택의료의 한계점을 가능한 한 늘리기 위해서는 의료·개호 서비스가 일체적이고 끊임 없이 제공될 수 있도록 다양한 서비스 체계를 구축할 필요가 있다고 생각된다.

<그림 31> 간호 소규모 다기능형 개호 서비스



* 출처 : 후생성, 보건사회심의위원회 개호급부비 분과회의 제138회 회의 참고자료 2 (2017.5.12.)

마지막으로는 「간호사 특정행위」 제도에 대해 주목하고자 한다. 「간호사 특정행위」는 2014년 「의료개호종합확보법」 개정으로 도입된 제도로, 사전에 명확한 프로토콜을 정하고, 그 행위별로 연수를 실시한 후, 의사의 포괄적 지시하에 간호사에게 의사 업무 일부를 위임하는 제도이다. 「특정행위」란 진료의 보조행위로 간호사가 절차에 따라 실시하는 것으로, 실천적 이해력, 사고력, 판단력 및 고도의 전문적인 지식 및 기능을 특히 필요로 하는 38행위를 말한다.³⁷⁾

<표13> 특정의료행위 및 특정의료행위 구분 (38행위 21구분)

특정행위 구분	특정행위
호흡기(기관확보 관련)	경구용 기관튜브 또는 비강 튜브 위치 조정
호흡기(인공호흡요법 관련)	침습적 양압환기(換氣) 설정 변경
	비침습적 양압환기 설정 변경
	인공호흡관리가 시행되는 환자에 대한 진정제 투여량 조절
	인공호흡기 제거
호흡기(장기호흡요법 관련)	기관 삽관 교환
순환기	일시적 페이스 메이커 조작 및 관리
	일시적 페이스 메이커 제거
	경피적 심폐보조장치 조작 및 관리
	대동맥 내 벌룬 펌핑 제거 시, 보조빈도 조정
심낭 드레인관리	심낭 드레인 제거
흉강 드레인관리	저압흉강내 지속흡인기 흡인압 설정 및 변경
	흉강 드레인 제거
복강 드레인관리	복강 드레인 제거(복강내에 설치된 천자침의 발침 포함)
누공관리	위루 카테터 혹은 장루 카테터 혹은 위루 버튼 교환

특정행위 구분	특정행위
	방광루 카테터 교환
영양 관련 카테터 관리 (중심정맥카테터 관리)	중심정맥 카테터 제거
역약 관련 카테터 관리 (말초유치형 중심정맥 주사용 카테터 관리)	말초유치(留置)형 중심정맥 주사용 카테터 삽입
창상 관리	욕창 또는 만성창상 치료에서의 무출혈 괴사조직 제거
	창상에 대한 음압폐쇄요법
창상 드레인 관리	창상 드레인 제거
동맥혈류가스분석	직접동맥천자법에 의한 채혈
	요골동맥라인 확보
투석관리	급성혈액정화요법에서의 혈액투석기 또는 혈액투석여과기 조작 및 관리
영양 및 수분관리 관련 약제 투여	지속점적 중 고칼로리 수액 투여량 조절
	탈수증상에 대한 수액에 의한 보정
감염 관련 약제 투여	감염징후가 있는 환자에 대한 약제 임시 투여
혈당조절 약제 투여	인슐린 투여량 조정
수술 후 통증 관리	경막외 카테터에 의한 진정제 투여 및 투여량 조정
순환동태(循環動態) 관련 약제 투여	지속점적 중 카테콜아민 투여량 조정
	지속점적 중 나트륨, 칼륨 또는 클로르 투여량 조정
	지속점적 중 강압제 투여량 조정
	지속점적 중 당질수액 또는 전해질 수액의 투여량 조정
	지속점적 중 이뇨제 투여량 조정
정신 및 신경증상 관련 약제 투여	항경련제 임시투여
	항정신질환제 임시 투여
	항불안제 임시 투여
피부 손상 약제 투여	항암제 그 외의 약제가 혈관 외에 누출된 경우 스테로이드의 국소주사 및 투여량 조정

* 출처 : 후생노동성령 제33호(2015년 3월 13일)

물론, 의료행위에 대한 최종적인 의학적 판단은 의사가 실시하는 것이지만, OECD 기준에 비해 의사 수가 적은 한국의 상황과, 재택의료의 현장에서는 신속하고 유연한 대응이 필요한 경우가 많다는 점을 고려하면, 의료현장에서 의사와 함께 중요한 역할을 담당하고 있는 간호사에게 사전에 정해진 프로토콜에 따라 일정 업무를 위임하는 것은 효율적인 대응 방향으로 보여진다. 특히, 욕창 관리 및 탈수증상에서의 수액 조치 등은 재택의료 현장에서 유용하게 사용될 것으로 생각된다.

V. 마무리

우리나라는 비교적 단기간에 국가 건강보험체계 구축했으며, 장기요양제도 도입 등 국민의 건강 수준 개선을 위한 제도를 지속적으로 추진해 왔다. 현재의 한국사회는 저출산의 고착과 세계에서 유례없이 빠른 고령화 사회로 인해 질병 구조와 양상이 변화하고 있으며, 최근 코로나 팬데믹의 장기화로 인해 미래의 불확실성도 더욱 커지고 있는 상황이다. 이러한 환경적 변화는 필연적으로 한국의 보건의료정책 추진에도 대대적인 변화가 있을 것이 예상되는바, 한국의 보건의료정책이 새로운 도전에 시의적절하게 대응해야 하는 중요한 시점에 직면해 있다고 할 수 있다.

본론에서 언급한 바와 같이 보건의료정책 환경의 다양한 변화에 대응하기 위해서는 전국가적 자원과 역량을 체계적으로 조직화하고 결집할 수 있도록 보건의료정책의 기본계획이 조속히 마련될 필요가 있다. 기본계획을 통해 보건의료정책의 비전과 목표를 공유하고 정책의 예측 가능성을 높여야 한다.

코로나 팬데믹 상황에서 알 수 있듯이 병상의 관리 방식도 양적인 통제방식이 아닌 국가, 지방자치단체, 병원 간에 보다 유기적으로 체계화되고, 국가적 보건의료 위기상황에 대응할 수 있도록 조직화할 필요가 있다.

한국의 보건복지부는 2018년 지역사회통합케돌봄을 시작으로 보건의료정책의 변화를 모색하기 시작했다. 베이비부머 세대의 고령사회 진입에 맞춰 병원과 시설 중심의 케어에서 지역사회 케어 중심으로 보건의료와 사회복지 패러다임의 전환을 시도하고 있다.

이러한 패러다임의 전환은 단순히 의료·요양비용을 줄이는 접근방식에 머물러서는 안 된다. 제도의 지속가능성은 사회보험제도를 담당하는 보건복지부의 당면한 중요한 과제이기는 하나 궁극적인 목표가 될 수 없다. 국민이 필요로 하는 의료·요양 서비스를 충분히 확보하고, 효율적인 연계체제를 구성하여 국민의 의료·요양 만족도를 높이는 차원에서 접근해야 한다. 이러한 지역사회통합돌봄의 가치와 비전이 공유되어야만 궁극적으로 사회보장제도의 지속가능성도 확보할 수 있을 것이다.

또한, 지역사회통합돌봄 정책이 성공적으로 정착하기 위해서는 서비스 및 공급주체의 다양화뿐만 아니라 주택정책과의 연계도 중요하다고 할 수 있다. 베리어 프리 형태의 단순한 주거개선이 아닌 고령자를 위한 서비스와 주거가 결합한 형태로 발전되어야 한다. 이를 위해서는 보건복지부, 국토교통부, 한국토지주택공사(LH), 건강보험공단, 지자체가 유기적으로 연계될 수 있도록 법령 정비, 관련 예산 등이 확보되어야 한다.

끝으로, 재택의료 서비스 활성화를 위해서는 서비스에 대한 확실한 인센티브가 구축되어야 한다. 한국의 민간중심의 의료서비스 공급체계 하에서는 적절한 진료수가를 정비하는 것이 핵심사항이 될 것이다. 단순한 재택의료 수가체계에 국한할 것이 아니라 입원료 전반에 대한 검토가 함께 이루어져야 한다.

고령사회는 고령자의 양적인 증가로 인한 대비뿐만 아니라 평균수명 연장에 따른 개개인의 질적인 측면이 함께 고려되어야 할 것이다. 병원, 시설, 재가 등의 서비스가 개개인의 욕구에 기반하여 의료와 요양이 유기적으로 결합한 형태가 되어야 할 것이다.

<참고문헌>

- 1) 후생노동성 홈페이지, 2011년 후생노동백서
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/>(cited 2020-12-30).
- 2) 통계청 홈페이지, 장래인구특별조사
http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=373873&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10¤tPage=&searchInfo=srch&sTarget=title&sTxt=%EC%9E%A5%EB%9E%98%EC%9D%B8%EA%B5%AC(cited 2020-12-30).
- 3) 건강보험심사평가원 홈페이지, 2019년 건강보험통계연보 공동발간
<http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100>(cited 2020-12-30).
- 4) 보건복지부 홈페이지, 보도자료
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=351370&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%B3%B4%EB%8B%A4+%EB%A7%8E%EC%9D%80+%EC%96%B4%EB%A5%B4%EC%8B%A0(cited 2020-12-30).
- 5) 국민건강보험공단 홈페이지, 2018년 건강보험통계연보
<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec06300m01.do>(cited 2020-12-30).
- 6) 보건복지부 홈페이지, 보도자료
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350707&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%8C%80%ED%98%95%EB%B3%91%EC%9B%90(cited 2020-12-30).
- 7) 보건복지부 홈페이지, 보도자료
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&

MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350707&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%8C%80%ED%98%95%EB%B3%91%EC%9B%90(cited 2020-12-30).

8) 보건복지부 홈페이지, 보도자료

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=346683&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%96%B4%EB%A5%B4%EC%8B%A0%EC%9D%B4+%EC%82%B4%EB%8D%98(cited 2020-12-30).

9) 보건복지부 홈페이지, 보도자료

www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=2&CONT_SEQ=346683&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE(cited 2020-12-30).

10) 처음 만나는 사회보장(무쿠노 미치코·타나카 코타로, 2019년, p271)

11) 의료와 개호의 크로스로드 to 2025 (무토 마사키, 2018년, p6)

12) 처음 만나는 사회보장(무쿠노 미치코·타나카 코타로, 2019년, p297)

13) 처음 만나는 사회보장(무쿠노 미치코·타나카 코타로, 2019년, p297)

14) 처음 만나는 사회보장(무쿠노 미치코·타나카 코타로, 2019년, p297))

15) 일본의 의료정책과 지역의료시스템(오가타 유아, 2018년, p41)

16) OECD HP、Health Data

<https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>(cited 2020-12-30).

17) OECD HP、Health Data

<https://data.oecd.org/searchresults/?q=health>(cited 2020-12-30).

18) 馬場園明. 「医療政策學テキスト」 2019. p.41

19) 馬場園明. 「医療政策學テキスト」 2019. p.41

- 20) 馬場園明. 「医療政策學テキスト」 2019. p.41
- 21) Dailymedi기사
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=810238&thread=22r01>(
 cited 2020-12-30).
- 22) 국민건강보험공단 홈페이지, 2008年·2018年건강보험통계연보
<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec06300m01.do>(cited
 2020-12-30).
- 23) 韓國保險福祉部院HP、報道資料
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349273&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%91%EC%9B%90+%EA%B1%B4%EA%B0%95%EB%B3%B4%ED%97%98(cited 2020-12-30).
- 24) 니키류(2014), <지역포괄케어와 복지개혁>
- 25) 다카하시 히로시(2019), <고령자의 거처와 거처>
- 26) 니키류(2014) <아베 정권의 의료 사회보장 개혁>
- 27) 이카이 슈헤이(2017), <지역포괄케어정책 총괄에서 상생사회로>
- 28) 보건복지부 보도자료(19.1.10.) ‘지역사회 통합 돌봄 모델, 지역이 만들었어 간다. 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」 발표’
- 29) 사이토야요이(2014) <스웨덴에서 보는 고령자개호의 공급과 편성>
- 30) 니키류(2014) <재활의료에 필요한 의료경제·정책학의 시점과 기초지식>
- 31) 內閣府HP、平成30年版 高齡社會白書
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html(cited 2020-12-30).

- 32) サービス付き高齢者向け住宅状況提供システムHP、登録情報の集計結果
<https://www.satsuki-jutaku.jp/system.html#anc001>(cited 2020-12-30).
- 33) Leeheyong, Moonyongpil. The Effect of Long-term Care Utilization on Health Care Utilization of the Elderly—The Korean Journal of Health Economics and Policy—. National Health Insurance Service Health Insurance Policy Institute. 2015. p. 81-102
- 34) 第2回医療介護福祉政策研究フォーラム基調講演、「研究実験国家」日本から発信する最先端医療、長谷川敏彦(20131116)
http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjExZSZxPftAhXM3mEKHVQQAFkQFjACegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mcw-forum.or.jp%2Fimage_report%2FDL-symposium%2F20131116%2F1-hasegawa.pdf&usg=AOvVaw3Og2bFvq6qgeKdisFQ3c8i(cited 2020-12-30).
- 35) 厚生労働省HP、社保審一介護給付費分科會第、138回 (H29.5.12) 資料1
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html(cited 2020-12-30).
- 36) 厚生労働省HP、社保審一介護給付費分科會第、138回 (H29.5.12) 資料2
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html(cited 2020-12-30).
- 37) 厚生労働省HP、特定行為とは
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>(cited 2020-12-30).