

WHO 가이드 원칙을 통해 살펴본 한국의 커뮤니티 케어 시범사업과 일본, 스웨덴의 정책 비교

정 윤 화¹ | 이 동 현^{1*}

¹ 연세대학교

* 교신저자: 이동현
(leedh1123@yonsei.ac.kr)

초 록

본 연구는 한국, 일본, 스웨덴의 커뮤니티 케어 정책을 WHO 가이드 원칙에 기준하여 비교했다. 각 국가의 커뮤니티 케어 정책이 Decade of Healthy Ageing을 위한 가이드 원칙에 부합하는지 여부를 적합, 미흡, 부재로 판단했고, 관련 내용을 기술했다. 분석 결과, 한국의 지역사회 통합돌봄 정책은 '상호 연결성과 불가분성', '포괄성', '다중이해관계자 파트너십', '비배제성', '형평성', '지속성', '무해성'에 미흡했고, '세대 간 연대'에 대한 내용이 부재했다. 이에 대한 개선 방향으로는 '지역 보건 강화', '취약계층의 선별적 대상 확대', '업무 범위 명확화', '24시간·비대면 운영 확대', '수혜 사각지대 방지', '세대 교류 마련', '근거 법안 마련', '안정적 재원 확보' 등을 제시했다. 본 연구를 통해 우리나라 커뮤니티 케어의 개선 방향을 모색하고 향후 건전한 보편화에 기여하고자 한다.

주요 용어: 커뮤니티 케어, 지역사회통합돌봄, 돌봄서비스, WHO 가이드 원칙, 정책비교연구

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 한국의 커뮤니티 케어는 보편화에 앞서 시범사업을 진행 중이나, 운영이 분절적이고 불안정하다. 커뮤니티 케어가 안정화된 일본, 스웨덴의 정책을 범국가적 원칙을 바탕으로 한국의 시범사업과 비교함으로써, 한국의 커뮤니티 케어 발전 방향을 모색하고자 하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? WHO의 건강한 노화 10년을 위한 가이드 원칙을 기준으로 할 때, 한국의 커뮤니티 케어 시범사업은 9개의 세부 원칙 중에서 1개 부분(보편성)을 만족하였다. 그러나 미흡한 부분이 7개(상호 연결성과 불가분성, 포괄성, 다중이해관계자 파트너십, 비배제성, 형평성, 지속성, 무해성), 부재한 부분이 1개(세대 간 연대) 존재하였다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 한국의 커뮤니티 케어는 안정적인 재원 확보에 기반하여 지역 보건을 강화해야 한다. 또한, 취약계층을 중심으로 대상을 선별적으로 확대하고, 업무 범위를 명확히 하며, 24시간·비대면 운영을 확대하여 수혜 사각지대를 막아야 한다. 이와 더불어, 세대 간 교류 방안과 근거 법안의 마련이 필요하다.

IRB No. 4-2022-1138

- 투 고 일: 2022. 10. 31.
- 수 정 일: 2023. 03. 03.
- 게재확정일: 2023. 03. 09.

1. 서론

커뮤니티 케어는 돌봄이 필요한 주민이 지역사회에서 건강히 어울려 살아가도록 주거·의료·요양·돌봄서비스를 개선하는 것을 목표로 한다. 한국의 커뮤니티 케어는 전국적으로 보편화하기에 앞서, 시범사업 단계에 있다. 보건복지부는 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획을 발표했으며(대한민국 정책브리핑, 2018), 2019년 지역사회 통합돌봄 선도사업 실시 후 단계별 계획에 따라 2026년 전국적으로 보편화하고자 했었다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 지역사회 통합돌봄은 2021년 노인, 장애인, 정신질환자를 대상으로, 16개 지자체에서 국비 181억 8,800만 원을 소요하였다. 지자체는 대상 유형 중 1개를 선택하거나, 여러 개를 융합하여 사업을 운영하였다. 그 결과, 대상유형별 특화 지자체 개수는 노인 13개, 장애인 2개, 정신질환자 1개로, 노인에게 집중되었다(대한민국 정책브리핑, 2021). 그러나 2023년의 경우, 운영 예산이 35억 원으로 이전 3개년 평균 예산의 20.3% 정도에 불과했다(허남설, 2022). 이에 대해, 기획재정부와 보건복지부는 2022년 9월 ‘지역사회 통합돌봄 선도사업은 본사업을 설계하기 위한 시범사업으로, 당초의 종료시기는 2021년이었으나, 코로나19 등의 상황을 감안하여 2022년까지 연장하였다고 밝혔다(기획재정부, 보건복지부, 2022). 정부 차원의 지역사회 통합돌봄 사업은 종료되었으나, 부천시, 천안시를 포함한 일부 지자체에서는 자체적으로 지역사회 통합돌봄을 지속하고 있으며(부천시청, 2023; 박동혁, 2023), 대전시는 2032까지 추진할 예정이다(대전광역시, 2023). 보건복지부는 2023년부터 차기사업인 ‘지역사회 보건·복지 연계 재가서비스 체계 구축 사업’을 시행하고 점차 전국적으로 확장할 예정이며, 관련 세부 가이드는 아직 공표되지 않았다(보건복지부, 2022). 그러나 차기 사업 또한 지역주민에게 의료 및 돌봄의 통합적 연계 서비스 제공을 통한 건강한 삶의 유지가 목표이며, 이는 지역사회 통합돌봄과 전적으로 다르지 않다. 또한, 일부 지자체에서는 지역사회 통합돌봄 사업을 지속하고 있기에, 본 연구에서는 한국의 커뮤니티 케어를 분석하기 위해 지역사회 통합돌봄을 활용하였다.

지역사회(community)에 돌봄(care)이 필요한 주민에는 장애인, 정신질환자, 아동 등이 포함될 수 있으나 이들 중 가장 비중이 많은 집단이자 문제 해결이 시급하다고 여겨지는 집단은 노인이다. 이는 커뮤니티 케어의 태동과 관련 있다. 기대수

명 연장과 저출산으로 인한 급격한 고령화는 노인돌봄의 수요를 급증시켰고 국민의 보편적 문제가 되었다. 노인들이 거주지에서 노후를 보내고자 함(Aging in place, AIP)에도 불구하고, 병원과 시설 위주의 의료 및 복지 서비스 공급으로 인해 사회적 입원이 지속되는 문제가 있었다(김보영, 2021). 또한 주거, 보건의료, 복지, 돌봄서비스가 공급기관 중심별로 개별 공급되어, 노인 수요자의 만족도가 저조했다. 의료비 급증으로 인한 건강보험 재정 악화, 노인 복지예산의 재정부담 가중, 간병인과 가족 돌봄 부담 문제도 존재했다.

한국은 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 중 가장 빠른 고령화 속도를 보인다. 2022년 17.5%의 고령화율을 보였으며 2025년 초고령 사회 진입을 앞두고 있다. 노인 1,000명당 요양병원 병상 및 침상 수는 60.9개이며(OECD, 2019), 노인 요양병원의 입원 중 43.2%가 사회적 입원으로 추정된다(최인덕, 2022). 노인 복지예산은 2020년 16조 6천억 원이었으나, 2067년에는 91조 9천억 원으로 증가할 것으로 예측되어 재정 부담이 가중될 것으로 예상된다(보건복지부, 2020b). 건강보험 노인진료비도 2016년 25조 원에서 2025년 58조 원으로 증가할 것으로 예상되어 지속가능한 사회보장제도 정책을 모색할 필요가 있다. 반면, 보건복지부의 주요 돌봄서비스 필요도와 이용경험을 비교에 따르면, 노인돌봄 서비스의 미충족률이 14%로 가장 높았다. 선행연구에 따르면, 정부가 노인돌봄 서비스를 제공하고 비용을 부담해야 한다는 의식은 다른 나라에 비해 한국에서 매우 높았다(정운태, 서재욱, 2016, p.351).

정부는 커뮤니티 케어를 도입함으로써 사회보장제도의 지속가능성을 확보하고 노인 건강 및 기타 돌봄이 필요한 지역 주민을 돌보고자 했다. 돌봄 대상에는 장애인, 정신질환자도 포함되었으나 노인 인구의 규모와 문제의 상대적 시급성·중요도로 인하여 노인의 비중이 크다. 커뮤니티 케어는 AIP를 통해 친숙한 삶의 터전과 인적 관계, 주변환경을 유지한다. 이는 삶의 연속성을 보장하고 관계적 존재인 인간 존중을 실현에 기여한다. 보건적으로는 사람 중심(person-centered) 정책을 시행함으로써, 맞춤형 돌봄을 통합적으로 제공하려는 목표를 가지며, 수혜자의 다양하고 복합적인 욕구를 충족시키고자 한다. 제도적 측면으로는, 의료와 사회서비스를 융합한다. 커뮤니티 케어는 지역사회공동체 참여 기반의 제도이기에 지역공동체의 연대적 돌봄책임 수행으로 돌봄 민주주의 달성에 기여할 수 있다는 강점이 존재한다.

한국에서는 커뮤니티 케어의 성공적인 정착을 위한 연구들이 있었지만, 커뮤니티 케어의 선진 국가들과 한국의 정책 요인별 비교는 부족한 실정이다. 한국의 커뮤니티 케어는 보편화를 위한 선도사업 단계에 있기 때문에 커뮤니티 케어가 전국적으로 시행되고 있는 선진 국가와는 정책적 상황이 다르다. 그럼에도 불구하고, 현 단계에서 한국의 정책을 타 국가와 비교하여 현 위치를 파악하고, 보완점을 찾는 것은 중요하다. 제도의 보편화 전 단계에서 개선 방향을 찾고 적용시키는 것은 행정비용을 절약하고 잠재적 혼란을 방지하기 때문이다. 또한 개선 내용을 현실에 적용하는 시도 과정을 통해, 한국 실정에 맞는 커뮤니티 케어로 나아갈 수 있다.

한국과 커뮤니티 케어 선진 국가들의 정책을 범국가적 준거로 비교·분석한 연구는 다음과 같은 의미가 있다. 첫째, 노화와 건강에 대한 보편적인 원칙을 준거기준으로 하기에, 각 나라의 커뮤니티 케어 정책을 객관적으로 비교할 수 있다. 둘째, 노인 건강을 고려하는 원칙이기 때문에, 커뮤니티 케어의 비교 원칙으로 적합하다. 노인은 커뮤니티 케어의 태동 이유이자 주된 대상이기 때문이다. 또한, 노인이 준거 기준이 되는 정책은 많은 부분에서 타 취약집단에도 부합될 가능성이 높다. 즉, 노인 건강이 주된 원칙이더라도 커뮤니티 케어의 또 다른 대상인 장애인과 정신질환자 같은 집단을 아우를 수 있는 보편적인 부분이 존재한다.

이에, 본 연구는 한국과 일본과 스웨덴의 정책을 범국가적 준거로 사용될 수 있는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 ‘Decade of Healthy Ageing을 위한 가이드 원칙’에 따라 비교함으로써, 현 위치를 확인하고 개선

방향을 찾고자 한다. 일본과 스웨덴을 비교 국가로 선정할 이유는 한국 정부가 각 국가를 커뮤니티 케어 정책의 선진 국가로 여기기 때문이며(대한민국 정책브리핑, 2021; 배재민, 2019), 이에 대한 세부 내용은 연구대상 부분에서 기술하였다. 본 연구는 2026년 지역사회 통합돌봄의 보편화 시기 전, 발전된 보건·복지정책 모색에 기여함으로써, 제도 고착화 전 불필요한 행정비용과 혼란을 예방할 수 있을 것이다. 궁극적으로는 지역사회에서 AIP를 달성하는 건강한 돌봄 민주주의 국가에 기여하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구는 한국과 커뮤니티 케어 선진 국가들의 커뮤니티 케어 정책을 WHO 가이드 원칙을 통해 비교하는 것을 목적으로 한다. 커뮤니티 케어 선진 국가들로는 일본과 스웨덴을 선정하였다. 일본은 대한민국 정책브리핑 온라인 사이트에 “지역사회 중심의 복지 서비스 제공 선진국”으로 기술되어 있다(대한민국 정책브리핑, 2021). 일본의 ‘지역포괄케어 시스템’은 한국의 지역사회 통합돌봄제도와 유사한 부분이 있기에 정책 비교에 용이한 부분이 있다. 스웨덴은 2019년 12월 한국이 커뮤니티 케어의 선진사례 참고를 위해 국가 간 정책협력의향서(Letter of Intent, LOI)를 체결한 국가이다(배재민, 2019). 스웨덴은 1950년 재가돌봄 서비스가 도입되고 1992년 관련

표 1. 대한민국·일본·스웨덴의 노인 및 보건비용 특징

구분	대한민국	일본	스웨덴
현재 고령화 상태 ¹⁾	고령사회 (16.5%)	초고령사회 (29.1%)	초고령사회 (20.5%)
고령화→고령사회 진입 기간 ²⁾	17년 (2017년 도달)	25년 (1994년 도달)	85년 (1972년 도달)
노인 상대적 빈곤율 ³⁾	높음	중상	낮음
1인당 의료비 지출 ²⁾	낮음	중상	높음
GDP 대비 공공사회복지지출 ⁴⁾	저복지	중부담	고부담
국민부담률 ⁴⁾	저부담	중복지	고복지

자료: ¹⁾ OECD(2022), ²⁾ OECD(2022), ³⁾ McCarthy(2021), ⁴⁾ 국회예산정책처(2020)

제도가 마련되었다(조남경, 2014). 스웨덴은 커뮤니티 케어 정책이 초창기 시행된 나라이기 때문에 커뮤니티 케어 제도가 안정화되어 있다.

한국, 일본, 스웨덴의 노인 및 보건비용 특징은 각기 다른 양상을 띠었다(표 1). 각 나라의 고령화율은 2021년 기준 한국이 16.5%(고령사회)로 가장 낮았으며, 일본은 29.1%(초고령사회), 스웨덴 20.5%(초고령사회)였다(OECD, 2022). 고령화사회에서 고령사회로의 진입기간은 한국이 제일 짧았다. 65세 이상 상대 빈곤율은 한국이 49.6%로 가장 높았으며, 차순위로 일본 19.4%, 스웨덴 7.6%였다(McCarthy, 2021). 반면, 1인당 의료비 지출은 한국이 3,046달러로 가장 낮았으며, 그 다음으로 일본 4,691달러, 스웨덴 5,552달러 순이었다(OECD, 2021). GDP 대비 공공사회복지지출과 국민부담률은 한국이 제일 낮았으며, 이후 일본, 스웨덴 순이었다(국회예산정책처, 2020).

2. 연구 설계 및 분석 방법

국가별 커뮤니티 케어 정책비교 도구로는 WHO의

“Guiding principles for the Decade of Healthy Ageing(건강한 노화 10년을 위한 가이드 원칙)”을 사용하여, 각 나라의 정책이 원칙에 부합하는지 확인하였다. WHO는 국제연합(United Nations, UN)의 “Decade of Healthy Ageing(2020-2030)[건강한 노화의 10년(2020-2030년)]”에 따라 선언된 “Decade of Healthy Ageing: Plan of Action(건강한 노화 10년: 행동 계획)”에서 Decade of Healthy Ageing을 위한 가이드 원칙을 제시하였다(WHO, 2020). 이 범국가적 원칙은 초고령 사회에 선제적 대응을 하기 위한 보건 의료 정책발전을 목표하기에 노인이 주요 대상인 커뮤니티 정책의 준거기준으로 삼기에 적합하다. 또한, 이 원칙은 전 인구집단을 대상으로 하는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)에 맞추었기에 사회적 충격을 최소화하는 건강한 커뮤니티 케어 정책을 판단하기에 적합하다고 여겨진다. 세부 원칙 내에서도 누가 어디에서라도 필요한 경우 사회경제적 지위, 연령, 성별, 지역, 능력에 관계없다는 소외되지 않는 형평성 내용을 포함하기에 장애인, 정신질환자, 아동과 같은 커뮤니티 케어 대상자에게도 부합된다고 여겨진다. 원칙은 다음의 9가지 요소로 구성되어 있다, 상호 연결성과 불가분성

표 2. WHO의 건강한 노화 10년을 위한 가이드 원칙(Guiding Principles for the Decade of Healthy Ageing) 세부 내용

구분	내용
상호 연결성과 불가분성 (Interconnected and indivisible)	모든 이해관계자들은 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)를 함께 처리함.
포괄성 (Inclusive)	연령, 성별, 민족, 능력, 지역 또는 기타 사회적 위치에 관계없이 사회의 모든 부분을 포함함.
다중이해관계자 파트너십 (Multistakeholder partnerships)	다중이해관계자 파트너십으로 지식, 전문성, 기술 및 자원을 공유하는 데 기여함.
보편성 (Universal)	소득 수준과 개발 상태에 관계없이 모든 국가가 각각의 상황과 인구에 맞춰 필요한 경우에 지속 가능한 개발을 위한 포괄적인 작업에 약속함.
비배제성 (Leaving no one behind)	누구든지, 어디에서든 특정 문제와 취약성을 대상으로 모든 사람에게 적용됨.
형평성 (Equity)	사람들의 사회경제적 지위, 연령, 성별, 출생지 및 거주지, 이주 상태, 능력 수준을 포함하여 건강한 노화의 결정 요인 및 가능 요인을 평등하고 공정하게 즐길 수 있도록 지원함. 일부의 경우 사회에서 가장 혜택을 받지 못하거나 취약하거나 소외된 구성원에게 최대의 혜택을 보장하기 위해 일부 인구 집단에 불평등하게 관심을 기울일 수 있음.
세대 간 연대 (Intergenerational solidarity)	모든 사람의 건강과 안녕을 지원하기 위해 세대 간의 사회적 결속과 상호작용 교환을 가능케 함.
지속성 (Commitment)	10년 이상 장기적으로 유지·지속됨.
무해성 (Do no harm)	국가는 모든 이해관계자의 복지를 보호하고 다른 연령 집단에 예상가능한 피해를 최소화하는 것을 약속함.

자료: WHO(2020)

(interconnected and indivisible), 포괄성(inclusive), 다중이해관계자 파트너십(multistakeholder partnerships), 보편성(universal), 비배제성(leaving no one behind), 형평성(equity), 세대 간 연대(intergenerational solidarity), 지속성(commitment), 무해성(do no harm)(표 2).

세부 원칙별로는 지표를 설정하여 객관적이고 구체적인 정책비교를 수행하였다. 관련 정책 자료는 한국 보건복지부의 ‘지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북’과 ‘지역사회 통합돌봄 기본계획’, 일본 후생노동성의 ‘地域包括ケアシステム’, 스웨덴 정부 연구소의 ‘Elderly care in Sweden’ 자료와 더불어 각 국가의 관련 기관 홈페이지와 Google scholar, PubMed, DBpia, RISS, KISS 등과 같은 검색 엔진을 통하여 커뮤니티케어 근거법 및 정책 시행 자료를 분석하였다. 각 국가의 커뮤니티케어 정책이 평가지표에 적합한 정책내용이 존재한다면 “○” 표기를 하였으며, 관련 내용이 존재하나 미흡하다고 판단되면 “△” 표기를, 해당되는 부분이 부재하다고 판단되면 “X” 표기를 하였다. 또한 각 지표와 관련된 커뮤니티케어 정책의 내용을 함께 기술하였다. 한국의 커뮤니티케어 정책을 WHO 원칙에 비추어보았을 때, 보완할 점이 있다고 판단되는 경우에는 개선 방향을 논의하였다. 본 연구는 국가의 정책 비교

분석을 수행함으로써, 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제2.2조에 의거 세브란스병원 연구심의위원회(Institutional Review Board, IRB) 심의 면제를 받았다(IRB No. 4-2022-1138).

III. 연구 결과

1. 국가별 커뮤니티케어 정책 개요

한국·일본·스웨덴의 커뮤니티케어 정책의 개요는 <표 3>과 같았다.

가. 대한민국

한국의 지역사회 통합돌봄은 노인이 기존 거주지에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 하는 포용 국가 형성을 목표로 한다. 한국 정부는 고령화 문제 해결과 의료 및 사회서비스의 연계 필요로 2018년 지역사회 통합돌봄 선도사업 기본계획을 수립하였다. 2020년 11월 더불어민주당의 정춘숙 의원은 지

표 3. 대한민국·일본·스웨덴의 커뮤니티케어 정책 개요

구분	대한민국	일본	스웨덴
명칭	지역사회 통합돌봄	지역포괄케어 시스템	보편적 건강 시스템
목표	노인의 기존 거주지에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용 국가	의료로부터 개호로(재택의료), 병원·시설로부터 지역·재택으로(재택개호)	지원이 필요한 사람들이 가족의 일상생활 속에서 건강과 웰빙을 증진·유지하는 것
태동	2018년 지역사회 통합돌봄 선도사업 기본계획 수립	2005년 지역 포괄 케어센터 설치 규정 신설	1992년 Ädel(에델) 개혁(The Care for Elderly Reform)
근거법	법안 중	사회보장개혁프로그램법(2013)	사회보장법(2001)
재정 및 재원	연 334억 원 (중앙 50%, 지방 50%) (2020년)	연 1조 6,580억 원 (국가 66%, 도도부현 34%) (2018년)	연 4,782억 원 (중앙 16%, 지방 71%, 환자 3%, 기타 10%) (2019년)
대상	노인, 장애인, 정신질환자	노인, 장애인, 아동	노인, 장애인
지역	시군구, 읍면동 중심	시정촌 중심 (직영 약 30%, 민간위탁 70%)	시군구 중심(Municipality)
인력	의사, 간호사, 사회복지사, 공무원 등 (민간 의료기관 연계)	의사, 간호사, 약사, 보육사, 정신보건복지사 등 (보건의료와 복지분야 복수 면허제도 시도)	가정의, 간호사, 복지사 등의 팀 구성
분야	주거, 보건의료, 요양돌봄, 통합돌봄안내창구	주거, 의료, 개호, 예방, 생활지원	가정의료돌봄서비스, 방문간호, 요양·재활, 일상생활 지원 등의 서비스를 통합 제공
동기	고령화 문제 해결, 의료·사회서비스 연계 필요성		

역사회 통합돌봄 법안을 발의했다(한국장애인단체총연맹, 2020). 중앙집권형 정부형태인 한국의 의료비 중 공공자원 비중은 60%(정부이전 17%p, 사회보장 43%p)이다(보건복지부, 2020a). 소요되는 재정은 연간 약 334억 원이며, 재원은 중앙 50%, 지방 50%로 마련한다. 대상은 노인을 중심으로 장애인, 정신질환자를 포함하고 있으며 일부 시·군·구와 읍·면·동 중심으로 시행되었다. 투입인력은 의사, 간호사, 사회복지사, 공무원 등으로, 민간 의료기관과 연계하여 사업을 시행하였다. 지역사회 통합돌봄은 크게 주거, 보건의료, 요양돌봄, 통합돌봄 안내창구 4가지 유형으로 운영되었다.

나. 일본

일본의 지역포괄케어 시스템은 “의료로부터 개호”로의 재택의료와 “병원과 시설로부터 지역과 재택”으로의 재택개호를 목표로 한다. 일본의 지역포괄케어 시스템도 고령화 문제를 의료와 사회서비스를 연계하여 해결하고자 했다. 법적 토대로는 2005년 지속가능한 사회보장제도의 확립을 위한 개혁 추진에 관한 법률과 지역 포괄 케어센터 설치 규정을 마련한 후(日本法制處, 2005), 2013년 사회보장개혁 프로그램법, 2017년 개호보호법의 일부개호법 제정으로 지역사회 통합의료체계를 강화했다. 일본 정부는 중앙집권에서 지방분권으로 개혁했으며, 의료비 중 공공자원 비중은 84%(정부이전 34%p, 사회보장 50%p)를 차지하고 있다(OECD, 2022). 연간 투입 재정은 약 1조 6,580억 원이며 국가에서 66%, 도도부현에서 34%를 부담한다(厚生労働省, 2018). 지역포괄케어 시스템의 주 대상은 노인이며, 장애인과 아동도 케어 대상이다. 운영지역은 시정촌 중심으로 이루어지며, 직영이 약 30%, 민간위탁이 약 70%이다. 투입 인력은 의사, 간호사, 약사, 보육사, 정신보건복지사 등이며 보건의료와 복지분야의 복수 면허제도를 시도함으로써 유연한 인력풀을 구성하고 있다. 운영분야는 크게 5개로 주거, 의료, 개호, 예방, 생활지원으로 구분될 수 있다(이진세, 2019).

다. 스웨덴

스웨덴의 Universal health system(보편적 건강 시스템)은 자원이 필요한 사람들이 가족과의 일상생활 속에서 건강과 웰빙을 증진 및 유지하는 것을 목표로 한다. 스웨덴의 보편적 건강

시스템은 1992년 노인복지개혁인 Ädel(에델) 개혁으로 태동하여 2001년 사회보장법에 근거하여 만들어졌다(Svenska regeringskansliet, 2001). 지방분권형인 스웨덴 정부는 의료비 중 공공자원이 85%이며, 이는 모두 정부이전 금액이다(OECD, 2022). 이 정책에는 연간 약 4,782억 원이 투입되며 중앙 16%, 지방 71%, 환자 3%, 기타 10%의 비용부담으로 재원을 형성한다. 대상은 노인을 중심으로 장애인을 포함한다. 보편적 건강 시스템은 시군구(Municipality)를 중심으로 가정의, 간호사, 복지사 등이 팀이 되어 가정의료돌봄서비스, 요양 및 재활, 방문간호, 일상생활 지원 등의 서비스를 통합적으로 제공한다(이규식, 사공진, 한민경, 2019).

2. 커뮤니티 케어 정책의 Decade of Healthy Ageing 가이드 원칙 부합 결과

한국·일본·스웨덴의 커뮤니티 케어 정책을 WHO의 Decade of Healthy Ageing 가이드 원칙에 부합하는지 비교한 결과는 <표 4>와 같았다.

가. 상호 연결성과 불가분성(Interconnected and indivisible)

상호 연결성과 불가분성(Interconnected and indivisible) 원칙은 이해관계자들이 함께 SDGs를 처리하는 것과 관련 있다. 커뮤니티 정책이 이 원칙에 부합하는지는 '모든 이해관계자 참여 지표와 SDGs와 관련한 지표로 보건서비스 접근성을 검토하였다.

한국의 지역사회 통합돌봄은 보건의료·복지·돌봄·주거 등 분야별 전문가를 포함한 다직종 인력풀을 구성하여 지역케어 회의를 운영했다. 또한, 민·관이 협력하여 지역 자원과 인프라를 활용하는 지역 주도 정책이자 대상자의 필요 욕구에 따라 제공 서비스를 연계 및 통합했다. 커뮤니티 케어가 SDGs와 밀접하게 관련 있는 보건서비스의 접근성 측면을 살펴보면, 2020년 기준 한국의 인구 천 명당 임상의는 2.5명, 간호사는 8.4명으로, OECD 평균 수치인 임상의 3.7명, 간호사 9.7명보다 낮음을 알 수 있다(OECD, 2022).

일본의 지역포괄케어는 종합상담지원체제를 통해 대상자가 필요로 하는 케어를 상담해주며, 주민자치조직과 연계하여 운영되고 있다. 지역케어 회의를 통해서도 민·관이 협력한다.

표 4. 대한민국·일본·스웨덴 커뮤니티 케어 정책의 Decade of Healthy Ageing 가이드 원칙 부합 결과

구분	대한민국		일본		스웨덴	
	검토	세부 내용	검토	세부 내용	검토	세부 내용
상호 연결성과 불가분성	이해관계자 참여	○ 민관협의체, 지역케어 회의	○	복지종합상담지원체제, 지역케어 회의	X	관련 내용 확인 불가
	SDGs 연관 (보건서비스 접근성)	△ 인구 천 명당 임상의 2.5명, 간호사 8.4명	○	인구 천 명당 임상의 2.6명, 간호사 12.1명	○	인구 천 명당 임상의 4.3명, 간호사 10.9명
포괄성	인구통계적, 사회경제적 대상 구분	△ 연령, 건강 상태에 따른 대상자 선정	△	연령, 건강 상태에 따른 대상자 선정	△	연령, 건강 상태에 따른 대상자 선정
	모든 사회 분야	△ 보건·복지·행정 서비스 제공	△	보건·복지·문화 서비스 제공	△	보건·복지 서비스 제공
다중이해 관계자 파트너십	관계자 업무체계	△ 체계가 존재는 하나, 업무분장 혼란	○	개인부터 시정촌까지 포괄적, 다직종연계	○	커뮤니티 정부 내의 통합 돌봄 서비스
	인적자원 연계	○ 민간 의료기관 연계한 협업	○	커리어 패스로 의료·복지의 복수자격화	○	구역 단위 팀 (가정의, 간호사, 복지사)
보편성	국가의 소득·개발 수준과 독립적	○ 고령화, 보건·복지 정비 필요로 발생	○	고령화, 의료·사회 연계 필요로 운영	○	노인복지개혁, 사회보장 필요로 발생
	포괄적 업무	○ 주거, 보건의료, 영양, 통합 안내장구	○	주거, 의료, 개호, 개호예방, 생활지원	○	의료, 영양, 재활, 일상생활 지원
비배제성	시행 지역	△ 일부 지자체 (16개)	○	전국 시정촌 (4,300만 개)	○	전국 시군구 (290개)
	서비스 접근	△ 24시간(제주), 방문의료, 재가돌봄, 코로나19로 인한 온택트 프로그램 운영(서귀포시)	○	24시간, 재택의료, 방문재활, 코로나19 시기 의료·개호 서비스 유지를 위한 교부금, 일시적 원격 진료	○	24시간, 가정의료, 연성자율관리형으로 코로나19 대응
형평성	평등·공정한 수혜대상	△ 노인, 장애인, 정신질환자	△	노인, 장애, 아동	△	노인, 장애인
	취약집단 혜택	○ 의료·요양·돌봄·주거·소득 보장 관련 현금, 현물, 서비스	○	의료·개호·예방·생활·주거 관련 현금, 현물, 서비스	○	의료, 영양, 재활, 일상생활 관련 서비스
세대 간 연대	세대 간 결속	X 관련 내용 확인 불가	○	자주적 주민 교류로 사회 환경 정비	X	관련 내용 확인 불가
	상호교류	X 관련 내용 확인 불가	○	(주거)복합공간활용 세대 간 소통	X	관련 내용 확인 불가
지속성	기간 10년 이상	○ '18년 사업착수, '26년 보편화 예정	○	'05년 규정 신설	○	'92년 Adel(에델) 개혁
	동질·유사성	△ 예산 80% 감축('23), 근거 법안 없음	○	예산 및 근거 법제 변동 적음	○	예산 및 근거 법제 변동 적음
무해성	이해관계자 복지 보호	△ 코로나19 감염 예방 대책 부족	○	코로나19 감염 예방을 위한 비대면 건강 프로그램 제공	△	코로나19 감염 예방 대책 부족
	타 연령 집단 피해 최소화	△ 재원 확보 문제 및 대상자 선정	△	재원 확충 문제	△	재원 확충 문제

인구 천 명당 임상의는 2.6명으로 OECD 평균보다 낮았으나, 간호사는 12.1명으로 평균을 상회했다(OECD, 2022).

스웨덴의 경우 이해관계자가 모두 참여하는지와 관련된 내용을 확인할 수 없었으며, 인구 천 명당 임상의는 4.3명, 간호사 10.9명으로 두 수치 모두 OECD 평균보다 높아(OECD, 2022), 의료접근성이 양호한 것으로 추측할 수 있다.

나. 포괄성(Inclusive)

포괄성(Inclusive) 원칙은 연령, 성별, 민족, 능력, 지역 및 기타 사회적 위치와 관계없이 사회의 모든 부분을 포함할 수 있어야 한다는 원칙이다. 세부 지표로는 인구통계적·사회경제적 상태에 따라 대상을 구분하는지와 모든 사회 분야를 아

우르느지를 검토하였다. 한국·일본·스웨덴 모두 두 세부 지표에 해당되지는 않는다고 판단하였다. 그러나 이는 커뮤니티 케어라는 특성상, 노인 또는 아동과 같은 연령과 건강에 이미 취약한 장애인, 정신질환자 또는 취약할 수 있는 집단에 대상으로 선정되기 때문이다. 또한, 커뮤니티 케어가 살던 곳에서의 지속가능한 건강한 노후를 목표로 하여 의료·요양·거주·일상생활 등과 같은 다방면의 지원을 수행하나 문화·여가, 치안·안전 등과 같은 사회의 모든 부분을 포함하지는 않기 때문이다.

다. 다중이해관계자 파트너십(Multistakeholder partnerships)

다중이해관계자 파트너십(Multistakeholder partnerships) 원칙은 정보, 전문 지식과 기술, 자원이 공유되는 것을 지향한다. 이를 확인하기 위하여, 업무체계에 혼선이 없는지 검토한 결과, 한국은 업무분장에 혼선이 있었다. 인적자원의 연계는 한국을 포함한 세 국가 모두 잘 연결되어 있었다.

한국은 커뮤니티 케어 체계가 존재하나 돌봄 대상자 개인 수준의 문제를 시·군·구 단위 지역케어 범위에서 다루는 과정에서 업무 범위의 적합성 문제가 있었다. 업무가 읍·면·동 주민센터, 보건소, 시·군·구청 단위에서 존재되어 있어 업무분장 문제 해결이 필요했다. 인적자원의 경우, 민간 의료기관과 연계하여 의사, 간호사를 포함한 의료진, 사회복지사, 공무원의 협업이 이루어졌다. 세부적으로 보면, 방문의료는 의사, 간호사를 중심으로, 지역연계실은 의사, 간호사, 사회복지사를 중심으로 운영되었다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020).

일본은 업무 체계의 경우, 지역케어 회의를 개별 수준, 일상생활권역 수준, 시정촌 수준, 시정촌을 넘는 수준으로 포괄적인 범주로 다루며, 기초단계부터 다직종간의 연계가 원활히 구축되어 있다. 인적 자원의 경우에는 2016년 커리어 패스의 복선화를 구축함으로써 의료와 복지 분야에서 2단계로 복수 자격자를 양성하고 있다. 1단계는 공통 기초 과정을, 2단계는 자격별 전문과정 단계를 구축함으로써 커뮤니티 케어의 의료와 복지 인력풀을 유연하게 구축하였다. 의료인력으로는 (준)간호사, 물리치료사, 청각사, 방사선사, 임상검사 등이, 복지인력으로는 사회복지사, 개호복지사, 정신보건복지사, 보육사가 존재한다(장원모, 이민영, 허현희, 2019).

스웨덴의 커뮤니티 케어 정책 업무 체계는 중앙정부인 보건사회부(Ministry of Health and Social Affairs)에서 지방정부(County)로, 지방정부에서 커뮤니티 정부(Municipality)로 이어진다(이규식, 사공진, 한민경, 2019). 그리고 커뮤니티 정부에서 사회서비스 재정조달, 공급, 노인을 위한 돌봄서비스를 집중적으로 제공하고 있어 통합 돌봄 서비스가 체계적으로 운영되고 있다. 인력은 가정의와 간호사 및 복지사 등으로 구성된 팀으로 운영된다. 구역간호사(district nurse)가 1차 의료에 있어서 주민이 첫 의료체계로 접촉하는 케어 매니저로, 1차 의사로의 연결 또는 병원 의뢰 업무, 홈 케어, 방문서비스, 제한된 처방 업무를 수행한다. 1차 의사는 일반의(general practitioner), 가정의(family physician), 구역의사(district physician)가 있다(이규식, 사공진, 한민경, 2019).

라. 보편성(Universal)

보편성(Universal) 원칙은 소득과 개발 수준에 관계없이 필요에 따라 각 상황과 인구에 맞게 지속가능한 개발을 하기 위한 포괄적인 업무와 관련 있다. 한국과 일본은 고령화 문제 해결, 의료와 복지의 연계를 위해 커뮤니티 케어를 운영하게 되었고, 스웨덴은 노인복지개혁과 사회보장의 필요로 커뮤니티 케어가 시작하였다는 점에서 국가의 소득 또는 개발 수준과는 관계가 없었다. 포괄적 업무 지표를 통해서는 돌봄이 필요한 주민에게 제공되는 케어 분야가 지속되는 것이 적정한지 확인코자 하였다. 한국·일본·스웨덴은 보건, 복지, 일상생활 지원 부분이 공통으로 존재했다.

한국의 케어 분야는 주거 분야로는 케어안심주택 공급, 주거환경 개선서비스가 있었으며, 보건의료 분야로는 의료기관 퇴원지원, 방문진료, 장애인 건강주치의 사업이 있었다. 요양 및 돌봄사업으로는 장기요양 신규서비스인 이동지원 및 보조기기 지원과, 재가 돌봄 서비스 확대에 청소, 식사배달, 안부확인 서비스가 존재했다. 통합돌봄 안내창구 분야로는 공공 및 민간기관이 협업하여 통합돌봄과 관련된 정보를 상호 공유하는 등의 재화와 서비스를 지원했다(대한민국 정책브리핑, 2021).

일본은 의료 부분으로 병원(급성기병원, 회복기재활병원, 노인병원 등)과 외래 이용(주치의, 치과의사, 약국 등) 등을 연계하여 재택의료, 방문간호, 방문재활 등을 제공한다. 개호 부분에서는 24시간 대응의 방문 서비스와 같은 재택서비스,

개호노인 복지·보건시설과 같은 거주형 서비스가 제공한다. 이 외에도 요지원 및 요개호를 예방하는 개호예방, 전문직에 의한 공식적 생활지원과 가족과 이웃에 의한 비공식적 생활지원이 있다(이전세, 2019).

스웨덴의 경우, 커뮤니티 정부(Municipality)에 돌봄 요청을 하면 평가자인 구역 간호사가 본인 또는 가족을 면담하여 노인의 지원 필요 정도와 재택 돌봄 수여 여부를 파악한다. 의료적 처치가 필요한 경우, 24시간 서비스를 제공받거나 하루 7회까지 방문 의료 서비스를 제공받을 수 있다. 재가 돌봄이 어려운 경우, 시설 입소가 고려된다. 돌봄 필요 평가의 사정은 ADL(Activities of Daily Living), EQ-5D(EuroQol- 5 Dimension), RAI(Resident Assessment Instrument), FIM(Functional Independence Measure), SF-36(36-Item Short Form Survey)과 같은 지표를 활용하여 평가자의 재량에 맡겨진다(이규식, 사공진, 한민경, 2019).

마. 비배제성(Leaving no one behind)

비배제성(Leaving no one behind) 원칙은 누가 어디에 있든지 어려움을 겪는 모든 사람에게 적용되어야 한다는 것이며, 확인하기 위한 지표로는 '시행 지역'과 '서비스 접근도'를 설정하였다. 한국의 커뮤니티 케어는 선도사업이라 일부 지자체에서 시행되고 있었으나, 일본과 스웨덴에서는 커뮤니티 케어가 전국적으로 시행됨으로써, 대상 접근성이 용이하다는 공통점이 있다. 서비스 접근에 관하여는, 진료 시간 제한, 대면 원칙, 코로나19 대응 프로그램을 검토하였으며, 한국은 제한적 운영이 많았으나, 일본과 스웨덴은 시간적, 물리적 제한을 극복한 경우가 많았다.

한국은 기초자치단체가 226곳이나, 현재는 커뮤니티 케어가 선도사업 단계에 있기에 운영지자체는 16곳(노인 대상 13곳, 장애인 대상 2곳, 정신질환자 대상 1곳)이었다. 지역사회 통합돌봄은 방문진료, 청소와 식사배달 같은 재가돌봄 서비스를 포함하여 운영되었으며, 제주특별자치도에서는 24시간 긴급돌봄센터를 운영했다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 서귀포시는 코로나19로 인한 감염예방과 지역사회 통합돌봄 공백 방지를 위해 온택트(Ontact) 돌봄 프로그램을 운영했다. 비디오 커뮤니케이션을 활용한 비대면 커뮤니티 키친을 운영함으로써 노인의 영양관리와 정서지원을 하였다(서귀포시 공보실, 2021).

일본은 2016년 기준 약 4,300만 개 지역포괄지원센터가 존재했으며, 설치 기준은 통상 인구 1만 명 주거단위로 산정되었다. 재택의료, 방문간호, 방문재활 서비스와 24시간 방문 및 예방 서비스가 운영되었다. 일본은 코로나19로 인한 의료·개호 공백을 방지하기 위하여 경제 지원을 했다. 교부금을 지급함으로써 지역의 보건·복지 서비스 제공이 유지되도록 시도하였다. 또한 일시적 온라인 진료를 허용하였고, 문진, 시진, 처진, 바이탈 측정에 대한 원격 실시 방안을 모색하고 있다(全日本病院協會, 2020).

스웨덴에서는 290개의 커뮤니티 정부들(municipalities)에서 가정의료돌봄서비스와 방문간호사에 의한 24시간 home helper가 운영되었다. 스웨덴의 공중보건청은 연성자율관리형으로 코로나19에 대응했다(최희경, 2020). 한국의 강성규제형 대응과 달리, 시민의 자유의지와 자발적 실천으로 코로나19에 대응했다(Munoz, 2020; Rambaree & Nässén, 2020). 스웨덴의 고용시장에서 가장 큰 비중을 차지하는 직종은 노년 보조간호와 돌봄 서비스직이다(최희경, 2019). 총 고용률 대비 보건 및 사회돌봄 고용 비율은 스웨덴 17.3%, 한국 7.2%였다(OECD 평균 10.1%)(OECD, 2019).

바. 형평성(Equity)

형평성(Equity) 원칙은 취약집단을 평등하고 공정하게 선정하여 최대의 혜택을 보장하고자 한다. 수혜 대상 선정과 관련하여는 세 국가 모두 정책 대상은 노인의 비중이 매우 크며 아동, 정신질환자와 같은 기타 취약집단을 모두 포함한 국가는 없었다. 그러나 선정된 취약집단에게는 의료, 영양, 복지, 생활적 측면에서 현금 및 현물 또는 서비스 혜택을 제공하였다.

한국의 지역사회 통합돌봄은 노인, 장애인, 정신질환자가 대상이었으며, 향후 아동도 대상에 포함할 예정이었다(대한민국 정책브리핑, 2021). 일부 지자체의 조례에 따르면, 지역사회 통합돌봄 지원은 현금, 현물, 서비스의 총체로 구성된다(전라북도 전주시 조례, 2021). 일본의 지역포괄케어 시스템은 노인, 장애인, 아동을 대상으로 하며(이전세, 2019), 방문 개호·간호·재활 서비스, 휠체어와 침대와 같은 복지 및 일상생활 용구 등의 지원을 포함한다. 스웨덴은 노인과 장애인에게 의료, 영양, 재활, 일상생활 서비스를 제공하고 있다.

사. 세대 간 연대(Intergenerational solidarity)

세대 간 연대(Intergenerational solidarity) 원칙은 '세대 간 결속과 상호 교류'를 통해 모든 사람의 건강과 웰빙을 지향한다. 한국과 스웨덴의 커뮤니티 케어 정책에서는 세대 간 연대에 관련된 내용을 확인할 수 없었다. 일본의 지역포괄케어 시스템에서는 자주적 주민 교류로 세대 결속을 도모한다는 차이점이 존재했다. 지역포괄케어의 구성요소인 호조(互助)는 이웃 또는 자원봉사로 서로 돕는 것을 의미한다. 일본 오사카시는 모든 세대가 만족할 수 있는 사회 형성을 위해 자원봉사자 및 비정부기구(Non-Governmental Organization, NPO)의 참여를 지원하며(서울특별시 세계도시동향, 2018), 아키타현 유아와시에서는 지역포괄케어에 시민후견인, 사회공헌 희망 사람은 지원받아 유대감을 높였다(이진아, 한정원, 2019). 상호 작용 교환 측면에서는 고령자(주거)복합공간을 학교, 문화시설, 상업공간 등과 연결하여 세대 간 소통을 시도했다. 일본 치바현 이치카와시는 2004년 고령자 복합주거형 커뮤니티 공간을 형성했다. 기존 이치카와시립 제7중학교의 여분 공간에 고령자 주택인 케어하우스와 데이서비스, 커뮤니티 공간을 추가함으로 지역사회 고령자 주거와 문화시설의 부족을 해소하고자 하였다(박혜선, 은난순, 2020, p.59). 이치카와현 카나자와 지역에서는 2014년 저층마을형 고령자 복합 커뮤니티 공간을 형성했다. 기존 사찰을 철거하고 장애아와 고령자가 입소한 주택과 주민 커뮤니티 센터의 복합공간으로 건설하였다(박혜선, 은난순, 2020, p.58). 이에, 세대 간 연대 원칙에 일본의 커뮤니티 케어는 적합한 것으로, 한국과 스웨덴은 부재한 것으로 평가하였다. 지역사회 통합돌봄의 발전 방향으로 폐학교, 유휴 건물을 활용한 세대 간 통합할 수 있는 복합 시설 형성 또는 교류 및 소통 서비스가 필요할 것으로 사료된다.

아. 지속성(Commitment)

지속성(Commitment) 원칙은 10년 이상 장기적으로 유지될 것을 의미한다. 10년 이상이라는 기간적 측면은 세 나라 모두 만족하였으나, 내용의 동일·유사성을 판단하기 위해 검토한 예산과 법률적 측면에서는 한국에서 예산의 큰 감축과 근거 법안 부재라는 문제점이 존재했다.

한국은 2017년 고령사회 진입 후, 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획을 수립하였다. 이후 지역사회 통합돌봄을 3단계

로 나누어 시행하고자 했다. 1단계인 2018년에서 2022년까지는 지역사회 통합돌봄 선도사업의 실시와 주요 인프라 확충을 목표로했다. 2단계는 이후 2025년까지로 지역사회 통합돌봄 제공 기반 구축을 목표로했으며, 3단계는 2026년 이후의 기간으로 지역사회 통합돌봄의 보편화를 목표로했다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 2018년 사업에 착수하였으나, 2022년까지 근거 법안 설립이 부재하였다. 2023년 예산은 코로나로 인해 당초 계획보다 연장 운영함으로 이전 3개년도 평균 예산 규모에서 80%가 감축이라는 변동이 발생했다(허남설, 2022). 한편, 정부는 2021년 종료 예정이었던 지역사회 통합돌봄 선도사업을 2022년까지 연장한 것이며(기획재정부, 보건복지부, 2022), 2023년부터 2025년 12월까지 새로운 시범사업을 예정하고 있다고 발표하여(보건복지부, 2022), 사업 시행이 분절적이고 변동이 심하다.

일본은 1994년 고령사회 진입 후, 2005년 지역 포괄 케어 센터 설치 규정을 신설했다. 2013년에는 사회보장개혁 프로그램 마련과 의료 및 간호 서비스 제공체계 개혁본부를 설치했으며, 2017년에는 지역포괄케어 시스템의 대상을 장애인까지 확대했다(이진세, 2019).

스웨덴은 1972년 고령사회 진입 후, 1950년 재가돌봄 서비스를 도입하며 커뮤니티 케어 정책이 태동되었다. 1992년에는 노인복지개혁(The Care for Elderly Reform)인 Ådel(에델) 개혁이, 2001년에는 사회보장법이 개정됨으로 커뮤니티 케어 정책이 장기적으로 운영되고 있다(이규식, 사공진, 한민경, 2019).

자. 무해성(Do no harm)

무해성(Do no harm) 원칙은 국가가 이해관계자의 복지를 보호함에 있어, 다른 연령집단의 예측 가능한 피해를 최소화해야 한다는 것이다. 코로나19 팬데믹 시기에는 지역사회 통합돌봄 운영이 집단 감염으로 확산되지 않도록 주의가 필요하다. 그러나 한국과 스웨덴은 감염 예방 대책이 부족했으며, 일본은 비대면 프로그램을 제공했다. 커뮤니티 케어의 재원 확충과 관하여는 세 국가 모두 문제점이 존재했다.

한국은 돌봄 서비스 제공자와 수혜자의 감염 예방을 위한 장치가 존재한 곳이 드물었다. 재원 확충 문제와 관하여는, 재원의 규모가 돌봄 대상에 영향을 미치며 지자체별 재정 상황에 따라 돌봄 격차가 존재할 수 있다. 한국의 지역사회 통합돌

봄은 2022년까지 연간 약 344억 원을 소요했으며, 재원은 중앙 50%, 지방 50%로 부담한다(대한민국 정책브리핑, 2021). 기존 계획대로 2026년 커뮤니티 케어를 보편화한다면, 향후 소요될 예산은 증가할 것으로 예상되나, 현재까지 재원 조달 방안이 안정적이지 못하여 재원 마련 문제가 시급하다. 또한 지역사회 통합돌봄의 수혜자 선정 가이드라인이 부재함으로, 돌봄 대상의 연령, 지역, 소득, 건강 수준을 어느 정도로 해야 하는가에 대한 논란이 존재한다.

일본은 사이타마현, 이시카와현, 시마네현 등에서 코로나 19 감염 예방을 위해 거주지 내에서 시행하는 체조 프로그램을 제공함으로써 개호 서비스 제공자와 수혜자와의 대면 접촉을 감소시켰다. 재정적 측면에서 지역포괄케어 시스템은 연간 1조 6,580억 원을 소요하며, 재원은 국가에서 66%, 도도부현에서 34%를 부담하고 있다. 시정촌 중심으로 운영되며, 직영 운영이 30%, 위탁운영이 70%이다(장원모, 이민영, 허현희, 2019). 시정촌에서는 해당 커뮤니티에 필요한 개호 보험 수가를 개발할 수 있게 하여 불필요한 비용을 절약하고 탄력적인 운영을 하고자 노력하고 있으나 급증하는 노인 세대로 재원 마련 문제가 잔존하고 있다(全国国民健康保険診療施設協議会, 2020).

스웨덴은 코로나19 감염 예방에 대해 시민의 자율을 중시하는 대응책을 펼쳤다. 스웨덴은 1인 가구의 비중이 56.6% 이상이고(김형균, 2019, p.6) 공중 보건에 대한 신뢰가 높지만, 스웨덴 정부의 집단 면역 정책으로 코로나19 감염자와 사망자도 많았다(Diderichsen, 2021). 재정 측면에서는, 연간 4,782억 원이 소요되며, 재정 부담은 중앙정부 16%, 지방정부 71%, 환자 3%, 기타 10%이며, 스웨덴 또한 증가하는 노인 세대로 재정 확충 문제가 존재한다(이규식, 사공진, 한민경, 2019).

IV. 논의

본 연구는 WHO의 노화와 건강에 대한 원칙을 기준하여 한국·일본·스웨덴의 커뮤니티 케어 정책을 비교했다. 각 나라의 커뮤니티 케어 정책의 내용이 'Decade of Healthy Ageing'을 위한 가이드 원칙에 부합, 미흡, 부재하는지를 평가하였으며, 관련 내용을 함께 기술하였다. 분석 결과, 한국의 지역사회 통합돌봄은 근거법, 적용 대상, 7개의 원칙 부분(상호 연결

성과 불가분성, 포괄성, 다중이해관계자 파트너십, 비배제성, 형평성, 지속성, 무해성)에 대해 미흡했으며, 1개의 원칙 부분(세대 간 연대)에 대한 내용이 부재했다. 해당 요인들의 개선 방향 고찰은 향후 지역사회 통합돌봄의 건전한 보편화에 기여할 것이다.

1. 한국의 커뮤니티 케어 보편화에 대한 기대효과

커뮤니티 케어는 지역사회가 공간(in the community)이나 권한 이양을 받는 것(decentralization)을 넘어, 주체로서의 역할을 할 수 있게 한다(by the community). 지역사회가 돌봄에 참여함으로써, 치료적이고 지지적인 지역사회가 되는 것이다. 커뮤니티 케어는 사람 중심(person-centered)의 맞춤형 돌봄을 목표하기 때문에 돌봄 대상의 복합적이고 다양한 욕구 충족에 대응할 수 있다. 또한, 사회적 입원을 지양함으로써 지역사회와 밀착된 비용 효과적 케어를 지향하고 사회적 돌봄 지속가능성을 제고한다. 즉, 커뮤니티 케어는 정부의 공식적 제도와 지역사회 공동체 참여가 융합됨으로써 지역 공동체의 연대적 돌봄책임, 돌봄 민주주의 달성에 기여할 수 있다.

현재 한국은 커뮤니티 케어의 안정적인 정착을 위해 2019년부터 지역사회 통합돌봄 선도사업을 시행했으며(대한민국 정책브리핑, 2019), 2023년부터 새로운 시범사업을 예정하고 있다(보건복지부, 2022). 본 연구에서 'Decade of Healthy Ageing'을 위한 가이드 원칙'을 기준으로 하여 분석한 미흡한 부분을 보완한다면, 2026년 지역사회 통합돌봄의 보편화 시 효과적이고 안정적인 정착화에 기여할 것으로 기대된다.

2. 한국의 커뮤니티 케어 보편화를 위한 고려사항

WHO의 'Decade of Healthy Ageing'을 위한 가이드 원칙을 기준으로 하여 한국·일본·스웨덴의 커뮤니티 케어를 분석한 결과, 한국의 지역사회 통합돌봄은 근거법, 7개의 원칙 부분(상호 연결성과 불가분성, 포괄성, 다중이해관계자 파트너십, 비배제성, 형평성, 지속성, 무해성) 미흡, 1개의 원칙 부분(세대 간 연대)이 부재한 것으로 판단했다.

가. 근거법

지난 2018년 지역사회 통합돌봄에 대한 제도적 준비단계

에 착수할 2020년 당시 더불어민주당의 정춘숙 의원은 「지역사회 통합돌봄 법안」을 발의했다(한국장애인단체총연맹, 2020). 해당 법안은 5년마다의 기본계획 수립, 제도 수혜자의 주거지 또는 지역사회에 기반한 보건·의료 분야와 건강관리 및 재활치료 서비스를 주장했다. 또한, 장기요양과 일상생활 및 주거지원 서비스, 입원·입소자의 지역사회 복귀 및 부양가족 등을 위한 대안 마련, 보조기기 지원도 법안의 주 내용이었다. 해당 법안은 구청 등 기초지방자치단체에 관련 협의체 설치와 전문인력 양성, 대상자 발굴 수행기관 지정 등도 포함했다. 그러나 법안의 논의 과정에서 노인돌봄의 기본제도인 노인장기요양보험이 통합돌봄 제공 절차에서 제외되었다. 또한, 현 지원체계 서비스가 분절적이기에, 기존의 「장애인복지법」상의 정신장애인 시설이용 배제 규정의 문제, 장애 노인에게 활동지원 서비스의 선택권 보장 등의 기타 다른 법령 개선 작업이 병행되어야 하는 문제가 발생했고 확정된 법안은 부재하다. 따라서 커뮤니티 케어의 방향성에 있어 검토되어야 할 문제로는 지방정부와 중앙정부의 역할과 권한의 모호성, 재정문제, 의료와 돌봄의 연계성 부족, 재가 중심의 서비스 인프라 부족 등이 있다. 관련 요인을 포괄적으로 검토하고, 복지다원주의, 지역분권, 자율성이라는 특성이 내포된 커뮤니티 케어의 제공주체를 다원화할 필요가 있다. 또한, 유관기관의 책임과 권한을 구체적으로 명시하고 제도 대상자의 자율성과 자립성 등을 보장하도록 정립된 근거법 마련도 필요하다.

나. 미흡 부분 : 상호 연결성과 불가분성

커뮤니티 케어는 SDGs의 3번째 목표인 건강 및 웰빙과 밀접한 연관이 있다. 해당 세부 목표인 보건 서비스 접근과 관련하여, 한국의 커뮤니티 케어를 평가하기 위해 국가별 인구 천명당 의사 및 간호사 수를 확인한 결과, OECD 평균보다 적었다. 더욱이, 한국은 지역 의료 격차가 심한 나라이기 때문에, 커뮤니티 케어로 보건의료 부분의 공백을 개선할 필요가 있다.

다. 미흡 부분 : 포괄성

커뮤니티 케어의 태생적 특성으로 인해 정책 대상과 분야는 모든 범주를 아우르지 않고 제공 범위가 제한된다. 돌봄이 필요한 주민을 대상으로 하기에 연령적으로는 노인을 중심으

로 이동까지 포함될 수 있으며, 건강에 취약한 장애인, 정신질환자가 대상에 포함될 수 있다. 제공 분야는 건강한 삶을 위한 핵심 분야로 의료·요양·주거·생활과 관련된 지원을 포함한다. 그럼에도 불구하고, 커뮤니티 케어 대상자를 노인 중심에서 장애인, 정신질환자로 확대하고 나아가 아동으로까지 확장하고자 염두에 뒀었다는 점과, 커뮤니티 케어의 분야가 정치적, 사회적, 경제적 상황에 따라 발전·변화한다는 점을 고려할 때, 적용 대상과 범주는 점차 확장될 가능성이 있다. 가까이로는 아동으로까지의 대상 확대와, 문화적 요소와 결합한 커뮤니티 형성이 추가될 수 있다.

라. 미흡 부분 : 다중이해관계자 파트너십

지역사회 통합돌봄은 체계가 존재하나 업무분장이 혼재되었다. 커뮤니티 케어 대상자 개인의 문제를 읍·면·동 주민센터, 보건소, 시·군·구청에서 복합적으로 수행하여 일선 행정담당자들에게 업무 범위 혼란이 발생했다. 커뮤니티 케어의 업무분장 범위가 명확하도록, 시·군·구의 인구·사회적, 보건·복지적 특성을 고려하여, 단계별 업무 구역을 산정할 필요가 있다.

마. 미흡 부분 : 비배제성

한국은 전체 대비 7.1%의 지자체에서 지역사회 통합돌봄을 운영했다. 현재 선도사업 단계임으로, 향후 기초자치단체 행정구역과 거주인구를 고려하여 보편화될 필요가 있다. 또한 일부 행정구역에서 운영되는 24시간 긴급돌봄센터를 확대 운영하여 커뮤니티 케어의 접근성을 높이고 시급한 상황 발생에 대처할 수 있는 인프라 구축이 필요하다. 제주도와 같은 일부에서만 24시간 긴급돌봄센터가 존재함으로써 접근성이 부족한 부분이 있다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 이에, 타 행정구역에서도 인력과 예산을 확충하여 24시간 긴급돌봄센터의 단계적 운영 확대가 필요할 것으로 사료된다. 코로나19 상황과 관련하여서는, 코로나19 전화상담·처방과 의료취약지 의료지원 시범사업에서 의료진이 동반한 스마트 진료가 존재했다. 그러나 커뮤니티 케어에 대한 원격 복지 서비스는 저조했으며, 보건 서비스는 확인할 수 없었기에 돌봄 공백이 우려되었다. 지역의 스마트 보건·복지 서비스 인프라 구축을 위한 방안과 재정 확보가 필요하다.

바. 미흡 부분 : 형평성

지역사회 통합돌봄의 적용 대상은 노인에게 집중되었으며, 장애인과 정신질환자에 대한 커뮤니티 케어는 일부 시·군·구에서 운영되었다. 사회 취약 구성원의 이익을 최대한 보장하는 관점에서, 아동과 저소득층과 같은 집단도 커뮤니티 케어를 요할 수 있다. 그러나 현재 취약계층을 대상으로 시행되고 있는 기존 사회보장제도들과 혜택들이 존재하기 때문에, 커뮤니티 케어의 대상을 선정하는 과정에서 기존 수혜자의 불필요한 중복 또는 역차별, 사각지대가 발생하지 않도록 주의해야 한다.

사. 미흡 부분 : 지속성

2026년 지역사회 통합돌봄의 보편화를 목표하고 있으나, 2022년까지 근거 법안이 부재하였으며, 당초 사업의 변경 때문이라고는 하나 2023년 예산 규모가 이전 규모의 20%로 감소하였다(허남설, 2022). 또한, 지역사회 통합돌봄 사업의 출범 당시의 로드맵과 달리, 정부는 해당 사업은 사전 종료하고, 2023년부터 새로운 선도사업을 예정하는 한편(허남설, 2022), 일부 지자체에서는 지역사회 통합돌봄 사업을 자체적으로 지속하고 있어 분절적이고 혼란스럽다(대전광역시, 2023; 부천시청, 2023; 박동혁, 2023). 2026년 안정적이고 성공적인 보편화를 위하여 근거 법안 마련 및 예산의 안정적 공급이 필요하다.

아. 미흡 부분 : 무해성

지속가능한 커뮤니티 케어 운영을 위해서는 대상자 선정 기준의 구체화와 자원 확보가 필요하다. 저출산과 기대수명 증가로 케어의 주 대상자인 노인 비중은 더욱 커질 것이고, 그에 따른 소요 예산도 증가할 것이며, 노인 보건과 복지지출 비용에 대한 자원 마련 문제는 더욱 심각해질 것이다. 또한 건강수명 증가로 인해, 노인의 역연령 기준 조정에 대한 논란이 지속적으로 존재해왔다. 이와 같은 상황으로 인해, 단기간 내 커뮤니티 케어의 대상자 구체화 및 자원 확보는 곤란할 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 정부와 학계, 시민단체와 국민들의 의견을 수렴하여 커뮤니티 케어의 적합한 수혜 대상과 자원 확보에 대해 의견을 수렴해야 한다. 커뮤니티 케어의 대상

은 노인의 역연령, 소득 및 장기요양 등급, 장애와 정신질환, 만성질환, 중증질환의 여부 및 심각도와 같은 다양한 요인을 토대로 구체적으로 산정되어야 할 것이다. 자원 확보의 경우 중앙정부와 지방정부 간의 자원과 역할 분담에 대한 논의가 필요하며 지속적인 신규 자원 조달방안에 대해서도 면밀한 검토가 필요하다. 또한, 코로나19 시기에는 커뮤니티 케어 인력들의 안전 보장을 위한 장치가 있어야 한다. 지역사회 통합돌봄 서비스 제공자 및 이해관계자와 수혜자 모두의 감염 예방을 위해 비대면 프로그램과 방역 점검 책임자 배치가 필요하다.

자. 부재 부분 : 세대 간 연대

지역사회 통합돌봄 정책은 세대 간 결속 및 교류 방안이 부재하므로, 향후 시행할 커뮤니티 케어 선도사업은 이에 대한 개선책이 필요하다. 커뮤니티 케어에서 노인의 비중이 크더라도, 자원봉사자와 시민단체와 협력하여 모든 세대가 만족하는 터전으로 가는 것은 중요하다. 도시 외곽의 폐교 또는 유휴 건물과 사찰을 활용하여 노인, 장애인, 정신질환자와 지역주민이 교류할 수 있는 공간을 창출할 수 있다. 또는 지역주민을 위한 문화·체육 프로그램의 활용, 봉사 또는 강연 프로그램을 통하여 커뮤니티 케어 대상자와 타 집단 간의 교류를 모색할 수도 있을 것이다.

3. 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 국가별 커뮤니티 케어 정책 비교에 있어서, 일본과 스웨덴의 원문으로 된 선행 연구는 검토하지 못하였다. 둘째, 본 연구에서 우리나라의 커뮤니티 케어로 분석한 지역사회 통합돌봄은 정부 차원에서는 종료되고, 일부 지자체에서는 자체적으로 지역사회 통합돌봄을 지속하고 있다. 정부에서 2023년 예정한 '지역사회 보건·복지 연계 재가서비스 체계 구축사업'은 세부적인 가이드가 제시되지 않았으며, 커뮤니티 케어라는 측면에서 지역사회 통합돌봄과 목표가 같기에 본 연구에서는 지역사회 통합돌봄을 분석 대상으로 하였다. 셋째, 현재 한국은 커뮤니티 케어 도입 과정에 있기 때문에, 커뮤니티 케어가 정착된 일본, 스웨덴의 상황과는 차이점이 존재한다. 넷째, 각 국가의 공적 건강보험 가입 형태와 민간 의료보험의 보장 범위를 고려하여 분석하지 않았다. 커뮤니티 케어의 시행 주체와 형태, 자원 등은 기존의

건강보험 형태에 영향을 받을 수 있다. 향후 공적 건강보험 및 민간 의료보험과 관련하여 커뮤니티 케어의 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

본 연구는 한국의 커뮤니티 케어 선도사업 시점에서 개선 방향을 찾고 향후 건전한 보편화에 기여하고자 수행되었다. 이를 위해 한국의 지역사회 통합돌봄을 커뮤니티 케어 정책의 선진국가인 일본 및 스웨덴의 정책과 비교하였다. 비교 기준은 세계 보건의 준거가 되는 WHO의 Decade of Healthy Ageing을 위한 가이드 원칙을 활용함으로써 객관성과 보편성을 확보하였다. 지역사회 통합돌봄 선도사업은 보편화를 위한 과도기 단계에 있으므로, 현시점의 국가 간 정책 비교는 정책 정착화 전, 개선점을 모색하고 변화가 용이하다는 장점이 있다. 정책 비교 결과, 한국의 커뮤니티 케어는 지역사회 통합돌봄은 근거법, WHO의 7개 원칙(포괄성, 다중이해관계자 파트너십, 비배제성, 형평성, 세대 간 연대, 무해성) 부분에서 취약한 부분이 존재했다. 해당 부분을 보완하기 위해서는 커뮤니티 케어의 근거법 마련과 돌봄 대상자의 적용 범위와 서비스 내용을 구체화해야 한다. 근거 법률을 제정함으로써 제도운영의 주체, 권한, 재정확보, 서비스를 통합적으로 연계할 수 있다(장민선, 김지은, 송수정, 2022). 또한, 커뮤니티 케어의 기초적인 인프라 구축을 위해 법적 체계에 기반한 적절한 지침을 제공하고, 사례관리자의 역할을 명확히 한다면, 커뮤니티 케어를 포괄적이고 지속적인 운영을 할 수 있을 것이다(박성준, 2019). 비배제성과 형평성에 대한 원칙을 달성하기 위해

서는 지금보다 보건의료영역과 사회복지영역에 대한 협력체계가 더욱 강화되어야 한다. 즉, 보건복지부의 사회복지정책실, 인구정책실, 보건의료정책실의 관련 부서가 관련 사업을 통합적으로 관리·협력할 수 있는 체계가 필요하다. 그러기 위해서는 이중 지원이나, 서비스 대상자의 누락과 같은 사항을 통합적으로 평가하고 관리해야 한다. 중앙정부는 돌봄이 필요한 노인이나 장애인 등에 대한 정보공유, 업무협약,케어플랜의 수립과 이행에 대해 통합적인 법적·제도적 기반을 마련하여 분절성, 배제성, 불균형을 해소할 수 있다. 다중이해관계자 파트너십과 세대 간 연대의 측면에서는, 지역주민과 사회적 협동조합, 시민단체, 자원봉사 단체 등이 적극적으로 참여하도록 유도해야 한다. 인센티브 및 적절한 지원방안을 제공하여 비공식적 이해관계자들과 융합해나가야 한다. 또한 커뮤니티 케어의 지속가능성을 높이며 지역사회 중심의 접근원칙을 강화하기 위해 지역사회의 공식·비공식 자원을 파악하고 노인의 특성에 맞추어 지방자치단체의 권한과 재정적 지원을 강화할 필요가 있다.

우리나라의 커뮤니티 케어는 보편화를 위한 시범사업 단계에 있으나, 운영이 분절적이고 불안정하다. 커뮤니티 케어에 대한 지속적인 논의와 검토로 안정적인 지역사회 돌봄체계를 형성해야 하며, WHO의 Decade of Healthy Ageing을 위한 가이드 원칙을 참고하여 적절한 발전 방향을 모색할 수 있다.

정윤화는 연세대학교 일반대학원 보건학과에서 석·박사 통합과정 중이며, 보건정책 및 관리를 연구하고 있다.

(E-mail: yunhwa@yuhs.ac)

이동현은 연세대학교 보건대학원 국제보건학과 연구교수로 재직 중이며, 국제보건, 보건의료정책, 의료법을 연구하고 있다.

(E-mail: leedh1123@yonsei.ac.kr)

참고문헌

- 국회예산정책처. (2020). 2020 NABO 장기 재정전망. 세종: 동 기관.
- 기획재정부. (2022. 9. 29.). [보도자료설명자료][9.29.목.경향신문] 돌봄사업 예산 보도 관련. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0404&page=1&CONT_SEQ=373071에서 2022. 1. 23. 인출.
- 기획재정부, 보건복지부. (2022. 9. 29.). 내년부터 지역사회 의료·돌봄 연계 시범사업 시행. <https://www.korea.kr/news/actuallyView.do?newsId=148906488>에서 2022. 2. 1. 인출.
- 김보영. (2021. 4. 1.). [동향1] 커뮤니티 케어가 아직 되지 못한 지역사회 통합돌봄. 복지동향. <https://www.peoplepower21.org/Welfare/1786030>에서 2022. 4. 25. 인출.
- 김형균. (2019). 1인 가구 증가에 대한 세계의 대응. 국제사회보장리뷰, 11, pp.5-15.
- 대전광역시. (2023. 1. 17.). 1052억 투입! 통합돌봄사업 추진. https://www.daejeon.go.kr/drh/drhStoryDaejeonView.do?boardId=blog_0001&categorySeq=293&menuSeq=1626&ntatcSeq=1419966894에서 2023. 2. 23. 인출.
- 대한민국 정책브리핑. (2018. 11. 20.). 지역사회 통합 돌봄 기본계획 브리핑. <https://www.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=156304600>에서 2022. 4. 25. 인출.
- 대한민국 정책브리핑. (2019. 6. 2.). 6월부터 「지역사회 통합돌봄 선도사업」이 시작됩니다. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156334411>에서 2022. 4. 24. 인출.
- 대한민국 정책브리핑. (2021. 11. 17.). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어). <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>에서 2022. 4. 27. 인출.
- 박동혁. (2023. 2. 3.). 초고령화 대응 ‘천안형 지역사회 통합돌봄’ 지속 추진. 충청뉴스. <https://www.ccnnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=284255>에서 2023. 2. 23. 인출.
- 박성준, 이영글. (2019). 커뮤니티케어 시범사업 계획평가와 개선과제. 국회입법조사처. pp.60-126.
- 박혜선, 은난순. (2020). 지역 공동체에서의 고령자 커뮤니티 공간 계획과 운영에 관한 연구 - 일본 고령자 복합공간을 중심으로 의료·복지 건축, 26(2), pp.49-61.
- 배재민. (2019. 12. 6.). 스웨덴·덴마크와 ‘커뮤니티케어’ 협력 확대 키로 미디어생활. <https://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=30072>에서 2022. 4. 23. 인출.
- 보건복지부 커뮤니티케어추진단. (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2020a). 2020년 국민보건계정. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2020b). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2022. 12. 1.). 보건복지부 제1차관, 지역사회 통합돌봄 및 노인맞춤돌봄서비스 제공기관 현장방문(12.1.). https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=373923에서 2022. 1. 23. 인출.
- 부천시청. (2023. 2. 8.). 2023년 부천시 지역사회 통합돌봄 정책 지속 추진. 생생부천. <http://news.bucheon.go.kr/news/articleView.html?idxno=31779>에서 2023. 2. 23. 인출.
- 서귀포시 공보실. (2021. 9. 1.). 코로나19 속 온택트(On-tact) 돌봄 프로그램 진행. 서귀포시 시정뉴스. https://www.seogwipo.go.kr/news/seogwipo-news/sijung_news.htm?act=view&seq=127414600에서 2022. 7. 28. 인출.
- 서울특별시 세계도시동향. (2018. 6. 8.). 지역포괄케어시스템·요양보협 지속가능성 추진 (일본 오사카市). <https://www.si.re.kr/node/59628>에서 2023. 2. 1. 인출.
- 이건세. (2019). 일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제. 대한공공의학회지, 3, pp.9-26.
- 이규식, 사공진, 한민경. (2019). 커뮤니티 케어 3 의료와 사회서비스의 통합 제공. 스웨덴 사례. 건강복지정책연구원 Issue Paper, 43, pp.1-24.
- 이진아, 한정원. (2019). 일본 지역포괄지원센터를 중심으로 한 커뮤니티 케어(community care) 고찰. 세계지역연구논총, 37(3), pp.137-159.
- 장민선, 김지은, 송수정. (2022). 초고령사회의 돌봄서비스로서 커뮤니티 케어의 정착을 위한 법 제도적 기반 구축 연구. 한국법제연구원. pp.215-74.
- 장원모, 이민영, 허현희. (2019). 영국과 일본의 커뮤니티케어 고찰: 법제화 배경과 보건복지서비스 연계·통합을 중심으로. 대한공공의학회지, 3, pp.43-59.
- 전라북도 전주시 조례. (2021. 3. 18.). 전주시 노인 지역사회통합돌봄 지원에 관한 조례. 전주: 동 기관.
- 정운태, 서재욱. (2016). 노인 돌봄 의식의 국제비교 연구: ISSP (2012)의 37개국을 중심으로. 노인복지연구, 71(3), pp.335-357.
- 조남경. (2014). 스웨덴 노인 재가돌봄서비스의 발전과 변화. 사회서비스연구, 5(1), pp.81-124.
- 최인덕. (2022). 사회적 입원 개념 고찰과 비용추계. 비판사회정책, 75, pp.329-351.

- 최희경. (2019). 북유럽의 공공가치: 의료정책과 교육정책의 현장에서. 파주: 한길사.
- 최희경. (2020). 스웨덴의 코로나19, 정책대응과 미스매치. *공간과사회*, 30(3), pp.9-61.
- 한국장애인단체총연맹. (2020. 12. 24.). 정춘숙 의원, '지역사회통합 돌봄' 법안 발의. http://kodaf.or.kr/bbs/board.php?bo_table=B26&wr_id=1413에서 2023. 1. 17. 인출.
- 허남철. (2022. 9. 28.). 국정과제라더니...돌봄사업 예산 80% 삭감. *경향신문*. <https://m.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202209282140015#c2b>에서 2023. 1. 20. 인출.
- McCarthy, N. (2021. 6. 22.). *Where is Pensioner Poverty the Most Prevalent?* <https://www.statista.com/chart/4101/where-is-pensioner-poverty-the-most-prevalent/>에서 2022. 4. 19. 인출.
- Munoz, J.-C. (2020). *The Swedish exception: A postcolonial analysis of exclusion in the Swedish Covid-19 strategy*. Stockholm: Södertörn University.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. Paris: OECD.
- OECD. (2021). *OECD Health Statistics 2021*. Paris: OECD.
- OECD. (2022.). *Elderly population*. <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>에서 2022. 4. 25. 인출.
- Diderichsen, F. (2021). How did Sweden fail the pandemic? *International Journal of Health Services*, 51(4), pp.417-422.
- Rambaree, K., & Nässén, N. (2020). 'The Swedish Strategy' to COVID-19 pandemic: Impact on vulnerable and marginalised communities. *The International Journal of Community and Social Development*, 2(2), pp.234-250.
- WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. Geneva: WHO.
- 日本法制処. (2005). 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 法律 第一百二十二号.
- 全国国民健康保険診療施設協議会. (2020). 新型コロナウイルスに立ち向かう地域包括ケア 事例集と Q&A. Tokyo: 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 全日本病院協会. (2020. 12. 14.). 高齢になっても最後まで自分らしい生活を——これからの「地域包括ケア」とは. https://medicalnote.jp/nj_articles/201210-001-AO에서 2022. 7. 28. 인출.
- 厚生労働省. (2018). 社会福祉に関する事業に従事する人材の養成確保を推進するとともに、福祉サービスの質の向上を図ること (施策番号Ⅷ-2-1). 도쿄: 동 기관.
- Svenska regeringskansliet, Socialtjänstlag Lag nr 453 (2001)

Comparison of Community Care Policies through the WHO Guiding Principles:

Pilot projects in Korea and policies in Japan and Sweden

Jung, Yun Hwa¹ | Lee, Dong Hyun¹

¹ Yonsei University

Abstract

This study compared the community care policies of Korea, Japan, and Sweden based on the WHO global strategy. Each country's community care policy was rated as appropriate, insufficient, or absent depending on the degree of its conformity to the "Guiding Principles for the Decade of Healthy Ageing." In addition, descriptions of related contents were provided. Our analysis found that the policy contents of "Interconnected and indivisible", "Inclusive", "Multistakeholder partnerships", "Leaving no one behind", "Equity", "Commitment", and "Do no harm" were insufficient to support community-based integrated care. Regarding the strategy of "Intergenerational solidarity", there was no relevant policy content. The directions for improvement are as follows: "Reinforcement of local health", "Expansion of selective targets for the vulnerable", "Clarification of scope of work", "Expansion of 24-hour or non-face-to-face operation", "Prevention of blind spots for benefits", "Preparation of generational exchange", "Preparation of grounding legislation", and "Securing stable financial resources." This study was intended to identify improvement directions for the Community Integrated Care Leading Project and help it become more broadly applied in the future.

Keywords: Community Integrity Care, Care Services, Government Policy, WHO Guiding Principles, Policy Comparative Study