

출장결과보고  
2017. 4.

노인의 의료·복지 서비스 관련  
일본 출장 결과 보고서

농업·농촌정책연구본부

안석·김정인

# 1. 출장 개요

## 1. 출장건명

- 일본 노인 대상 모범 의료·복지서비스 전달 사례 조사

## 2. 출장목적

- 우리나라보다 고령화 사회에 빨리 진입한 일본 노인의 의료·복지서비스 정책을 탐색하고, 우리나라 노의 의료·복지서비스 정책 및 실천에 활용할 필요가 있음.
- 일본의 노인복지 전문가 및 현장 전문가를 면담하고, 일본 전역에서 가장 건강한 지역으로 유명한 나가노현의 사쿠종합병원을 방문하여 시사점을 찾고자 함.

## 3. 출장지역

- 일본의 동경, 나가노현

## 4. 출장기간

- 2017년 3월 22일(수)~3월 25일(토) (3박 4일)

## 5. 출장자

부서명	직급	성명
농업·농촌정책연구본부	부연구위원	안석
	초청연구원	김경인

## 6. 출장 일정

일자	일정	주요 면담자
3.22 (수)	□ 인천 → 일본 □ 인터뷰	김성원 교수
(3.23 (목)	□ 인터뷰	오쿠야마 쇼지 교수 가와이 가츠요시 교수
3.24 (금)	□ 방문조사(사쿠종합병원) □ 인터뷰	요다 하츠오 사무국장 기타자와 아키히로
3.25 (토)	□ 일본 → 인천	-

## II. 주요 결과

### 1. 김성원 교수

- 현재 일본의 가장 큰 관심사는 노인 복지 문제라고 할 수 있음. 개호보험에 투입되는 재정이 과다하여 ‘노인’으로 구분되는 연령을 만 75세로 높이는 것을 고려하고 있음. 그러나 단순히 노인의 규정 연령을 높이는 것은 세금, 연금, 정책의 수혜자 계산 등에 있어 많은 혼란을 가져올 수 있으므로 주의가 요구됨. 한국 역시 최근 ‘노인’의 규정 연령을 현행 만 65세 이상에서 만 70세 이상으로 늘리는 것에 대한 논의가 진행 중에 있음. 이에 관해 정확한 득실을 따져볼 필요가 있음.
- 일본의 노인은 나이가 들어도 지역(마을)을 떠나서 살고 싶어 하지 않음. 그러나 한국의 일반적인 노인들과 다르게 입소 시설에 들어가는 것에는 거부감이 낮다고 함. 그들의 가족 역시 입소 시설로 보내는 것에 대한 거부감이 대체적으로 낮은 편이라고 함.
- 일본은 노인 복지 관련 인력들을 체계적이고 전문적으로 양성하고 있음. 의사, 간호사, 사회복지사뿐만 아니라 보건사 등의 전문 인력이 있으며, 의료와 복지과 복합적으로 제공되는 것에 대해서 국민 모두 당연한 흐름으로 인식하고 있음.
- 일본은 정책으로 복지를 보장하려는 유럽식 제도를 수용하였음. 이는 일본이 고도성장기 때 복지 정책을 만들고 실행할 수 있었기에 가능하였음. 현재 급격한 고령화로 인한 노인 문제가 심각해지고 있는 다른 아시아 국가들(태국, 싱가포르, 베트남 등)은 국가의 재정 부담이 큰 개호보험과 같은 제도는 시행할 수 없다고 선을 긋고, 새로운 정책들을 모색하고 있음.

### 2. 오쿠야마 쇼지 교수

- 일본은 농촌과 도시의 교통 편의성, 병원으로의 접근성에 차이가 심하게 나타남. 또한 농촌으로 한정하여 살펴보면 일본 남부와 동북부 지역의 상황이 많이 다르게 나타남.
- 남부는 독거노인이 상대적으로 많음. 50% 이상이 독거노인이며, 80%가 부부나 독거노인임. 대부분 부모와 자식이 떨어져 삶. 조그만 산들이 많

아서 가까운 거리인데도 시간이 많이 걸림. 동북부는 대가족(3~4대가 한 데 모여서 삶)이 많음. 평야 지역이므로 비교적 도로가 잘 닦여 있어 병원 등 접근성이 좋음.

- 남부는 노인 서비스 제공에 필요한 재정의 10%도 지역사회에서 모이지 않음. 90% 이상이 중앙정부의 지원이 필요함. 그래서 여름에는 농작업을 하고, 겨울(12~3월)에는 도시에서 살 수 있게끔 공동주택을 만들고 있음. 공동주택에는 개호복지사를 파견하고, 개호보험에서 지원을 함. 개호보험과 지자체가 동시에 지원을 하는 것임.

○ 일본의 개호보험은 0등급(예방 차원), 1~5등급으로 나뉘어짐. 특이한 점은 중앙정부가 아닌 시정촌에서 관리를 한다는 것임. 40대부터 가입할 수 있는데, 만 65세부터는 국민연금에서 원천징수함. 만40~64세는 노사 반반 내기(노동자) 또는 시정촌과 자신이 반반 내기(자영업 등)를 시행하고 있음. 만 40세~64세는 16개 질병 서비스 이용이 가능하며, 65세 이상은 모든 서비스를 다 이용할 수 있음.

- 의료보험과 개호보험은 다름. 개호보험 서비스를 못 받으면 의료보험 서비스를 받는 경우도 있음(개호보험 대신 의료보험을 이용하니, 의료보험 비용도 높아짐. 이로 인해 ‘사회적 입원’이 문제가 됨. 개호보험으로 이용 가능한 복지 서비스가 없으니, 그냥 병원에 입원해버리는 경우임)
- 또한, 시정촌의 노인 복지 서비스는 시정촌 별로 다르게 제공됨. 서비스별로 이용하는 보험도 다름. 그래서 시정촌마다 보험료가 2.5~3배까지 달라지는 문제가 발생함.

- Care Management 서비스를 시행하는 것에 주목해볼 필요가 있음. 개호보험 서비스 이용에 관한 계획 수립 및 컨설팅을 해주는 것임. 이 부분은 아직 한국에 도입되어 있지 않음.

- 특별양호 노인홈은 일반 병원 내에 개호보험을 이용하는 병실을 따로 만든 것을 의미함.

○ 일본의 공공의료 서비스는 어떠한지 살펴보면 다음과 같음. 보건소는 시정촌에서 운영하고 있음. 극히 일부만 민간에서 제공함. 보건소는 의사,

보건사(국가자격이며, 하는 일은 의사와 간호사의 중간정도 됨. 개호서비스 제공이 가능함), 간호사, 개호복지사 등 각 1명씩으로 구성됨.

### 3. 가와이 가츠요시 교수

- 일본 고령자의 빈곤, 사회적 고립, 자살 등에 관한 실태에 관한 전반적인 연구를 진행하였음.
  - 특히, 독거노인에 집중하여 조사를 진행하였는데 지역사회 기능 약화, 가족관계 약화 등으로 인한 문제점은 점차 심각해지고 있었음. 또한 독거노인 비율을 산정할 때 ‘고령자 세대 중 독거노인의 비율’을 산정해야 정확하므로 한국도 이렇게 계산을 해볼 필요가 있음.
  - 또한 일본 미나토구 시의 민생 위원 제도를 소개하였는데, 각 지역 엘리트들을 뽑아서 해당 지역의 사회문제, 빈곤 등을 직접 조사하도록 함(독일의 민생위원협의회를 참고한 결과임).
  - 또한 미나토구 연구소 소장으로서 이 지역 노인들의 생계를 전수 조사한 결과, 전체의 56.3%가 최저생활비(연간 150만엔) 이하였음. 그래서 개호보험의 자기부담률 10%가 부담스러워서 이용하지 못하는 사람들도 많았음. 즉, 개호보험의 이용에 개인의 소득 차이를 염두하지 않았다는 것임.
- 지역포괄케어센터에 관해서도 소개를 함(지역포괄센터의 기본적인 개념은 아래 표 내용 참조). 이에 관해서도 가와이 교수는 다소 부정적이었음. 각 지역마다 만들기만 한다고 해결되는 것이 아님. 직원들은 한정되어 있고, 개호보험을 대상으로 하기 때문에 이용하지 못하는 사람들(최저생계비 이하의 빈곤층, 사회고립자 등)이 발생함. 정부 입장에서는 의료보험의 부담을 개호보험으로 줄이려고 하기 때문에 이 센터들을 통합, 증가하도록 함. 하지만 제도 대상 외에 있는 사람을 제대로 볼 수 있어야 함.

#### □ 지역포괄케어센터

- ▷ 설립배경: 일본 후생노동성은 단카이세대(전후 베이비붐세대)가 75세 이상이 되는 2025년을 목표로 2012년부터 지역포괄케어 시스템 구상을 발표하고 각 자치단체에 3년에 한 번씩 각 지역의 실정에 맞는 지역포괄케어 구상을 기획하고 실천하도록 지도·권장하고 있음. 약 800만 명에 이르는 단카이 세대의 개호와 의료수요 증가에 대

비해, 지금껏 각각 실시돼 왔던 고령자 지역생활에 필요한 5가지 요소(주거, 의료, 개호, 개호 예방, 생활지원)를 유기적으로 일체화시켜 서비스를 제공할 수 있는 지역 완결적인 시스템을 마련하는 것임

- ▷ 개념: 각 지역은 우선 고령자들에게 프라이버시·존엄이 충분히 지켜질 수 있는 주거와 그곳에서 안심하고 일상 생활을 보낼 수 있는 생활지원 복지서비스를 기본적으로 제공해야 함. 이를 기반으로 전문직에 의한 의료·간호, 개호·리허빌리테이션(rehabilitation·재활요법), 보건·예방 서비스가 제공될 때 비로소 효과적으로 그 역할을 다 할 수 있다는 것이 기본 관점임. 또한 지역에서 이를 실행하는 중핵조직으로 지역포괄지원센터를 설치할 것을 권장하고 있음. 지역포괄지원센터는 지역 고령자들의 종합상담, 개인별 지역 지원 체계 만들기, 개호 예방에 필요한 지원과 활동을 제공하여, 아무리 고도의 질환을 가진 고령자들이라 할지라도 지역에서 마지막까지 안심하고 생활할 수 있도록 지원하는 역할을 함. 또 지역의 다양한 자원을 연계시켜 각 개인에 맞는 최적의 개별 지원 플랜을 작성·제공하기 위해 지역케어회의 조직을 권장하고 있음. 동시에 후생노동성은, 지역 NPO등과 적극 연계하여 고령자들에게 사회 참가 기회를 제공하고, 이를 통해 개호 예방에 중점을 뒀야 한다는 사실을 강조하고 있음.

※ 참고: 희망제작소의 기획연재 '초고령화 사회를 대비한 지역 포괄 케어 시스템'

#### 4. 요다 하츠오 사무국장

- 사쿠종합병원이 만들어지게 된 계기 및 설립 배경에 관해 설명을 함. 사쿠종합병원은 상향식 농업 협동조합을 만들고자 하는 의지의 발현이었음. 예전 농촌에서의 의료는 귀족, 주치의의 몫이었으며, 일반 농민은 치료를 받지 못하거나 받으려고 하지 않았음. 농민들에게도 적절한 의료를 제공하는 것이 협동조합의 목표였음. 의료의 민주화를 이루고자 하였음. 2차 세계대전이 끝나고 지금과 같은 형태의 농업 협동조합이 세계최초로 만들어졌으며 병원의 모체가 되었음. '나가노 후생연'과 손잡고 병원을 만듦.
- 예전 이 지역에 작은 진료소가 있었음. 병원으로서의 기능을 거의하지 못했으며, 그 당시에 병원을 오는 사람들의 상태는 정말 심각했음. 병원에 늦게 오는 환자 이거나 잠재적 병을 가진 환자였음. 농촌에서의 병은 빈곤 문제와 직결되므로 어디서, 언제, 누구라도 치료를 받을 수 있어야 한다고는 의식이 생김.
- 도시의 병원과 농촌의 병원의 차이점을 고민함. 토시카즈 와카스키 초대 원장은 1944년에 이 지역에 와서 같이 병원을 만듦. 초대 원장은 유능한

외과의사로서, 농촌에서는 치료뿐만 아니라 예방의학이 가장 중요하다고 함. 예방은 치료를 이긴다는 사명 아래 예방이 의료의 가장 큰 목적이라고 함. 농촌에서는 건강을 희생하는 것이 미덕이라는 의식(농촌에서 300년 이상 만연한 의식)을 바꿔야 한다고 봄. 의식을 바꾸기 위해 시작한 것이 연극임. ‘백성 앞에서 연설을 하지 말고, 연극을 하라’는 사명을 가졌음(미야자와 켄지 인용). 병원 이용 및 예방, 치료에 관한 노래도 직접 작사했으며, 극단도 존재했음. 직원 교육도 직접 시킴.

- 이 병원에는 지역케어과가 있어서 의료, 간호 모두 같이 함. 방문진료도 하며, 간호보험을 쓰는 사람들, Care management를 하는 사람들도 많음. 또한 건강관리부가 따로 존재해서 주민들의 건강검진을 담당함. 지금도 20여 명이 지역을 돌아다니며 의사, 간호사, 보건사, 간호사가 팀을 이뤄서 다님. ‘농민을 위해’라는 슬로건에서 ‘농민속으로’라는 슬로건으로 바꾸며 더욱 민주적으로 하려고 노력함. 더 많은 사람들의 교육을 위해 지금도 노력하고 있으며 초대 원장의 생각을 지키려고 매년 기념행사도 하고 있음. 시간이 지나다보니 시정촌 공무원들도 예전의 이념을 잘 모르고, 병원에 오는 의사들도 첨단 의술을 공부하기 위해 오는 목적이 많음.
- 병원 본원에 접근하기 힘든 사람들을 위해 센터를 만듦. 지역주민들과 공청회를 하면서 병원을 어떻게 만들지 이야기도 함. 지역의 다른 기관들과 연계도 많이 이루어짐. 건강축제, 의료축제 등도 공동주최를 하면서 서로 의견을 교환함.

## 5. 기타자와 아키히로 부원장

- 기타자와 아키히로는 사쿠종합병원이 추구하는 이념을 중시하고 이를 이어가기 위해 노력함. 현재는 시대가 변함에 따라 지역과 관련된 일도 중요하지만, 첨단 의학도 중시됨. 그래서 전문성을 높여야 하는지, 지역성을 추구해야 하는지 갈등이 있기도 함. 전문성도 중요하지만 지역활동도 중요하다고 생각함. 의료의 민주화를 위해서는 주민들의 참여가 높아야 하며, 정보를 공유하는 것도 매우 중요함.
- 1960년대에는 위생지도가 잘 됐음. 농한기에는 국가가 돈을 내주고, 경작 후 농작물을 팔아 돈이 생기게 되면 갚는 형식이었음. 그 후 각자가 창구

에서 돈을 내야 하는 것으로 바뀜. 치료를 받기 힘든 사람들이 와카즈미 원장이랑 상담을 했고, 그 후 본격적으로 치료보다 예방사업을 중점적으로 실시함. 그 후 주민참여가 활발해졌고, 건강검진과 예방교육도 주기적으로 하고 있음.

- 1년에 1번씩 건강검진을 해도 잘 안받아서, 촌장들 다 불러서 교육하고 그 후 마을 사람들에게 건강 교육 전파함. 촌장이 이야기를 하면 잘 들음. 처음 1~2년이 힘들기도 하고, 병원이 돈벌이를 한다는 이야기도 들음. 그리고 예방이 돈이 많이 드는 것 같아도 실질적인 의료비는 더욱 줄임. 본인이 주체가 되어 참여하는 사업 중 가장 성공한 사업임.
- 현재는 전문 의료 기능은 의료 센터로 옮기고 사쿠시에서는 본원 옆에 지역 주민들이 모여서 활동할 수 있는 ‘건강관’을 만들어줌. 여러 가지 활동들을 할 수 있는 공간임.
- 지역포괄케어센터는 지역에서 생활하다가 자기가 살던 곳에서 죽을 수 있게 하는데 도움을 줌. 의료개혁조사 결과, 60~80% 정도가 자기 집에서 죽고 싶다고 생각하나 10%만 집에서 죽고, 나머지는 병원에서 죽음. 국민들이 원하고 있고 지방 재정도 줄일 수 있는 근거가 됨. 그리고 마을만들기와도 연관이 됨. 고령자뿐 아니라 아동, 청년, 여성 등 주민들 전체가 연관이 됨.
- 지역포괄케어센터는 고령자뿐만 아니라 장애인(아동)도 포함해서 케어함. 치매에 대한 인식을 바꿔야 할 필요가 있는데, 치매 환자도 배회하는 걸 위험하게 만드는 외부 환경도 문제임. 아이들에게도 인식 개선을 위한 의식 교육을 시켜야 함. 사람이 죽는 걸 본적이 없으니, 이지매, 자살 등의 생명 경시 인식이 생기고 사회적인 문제도 생김.
- 의사가 직접 집에 가서 죽음을 도와주고, 사후처리 하는 것도 가족들과 같이 함. 지역 사회 주민들이 삶과 죽음이 연결되어 있다는 것을 인식하게 하는 게 현 시대에 와카즈미 초대 원장의 정신을 실천하게 하는 일이 아닐까 생각함. 결국 지역포괄케어는 고령자를 위해 시작했지만 지역 사회 전체를 바꿀 수 있는 것이고, 지역 사회 주민이 모두 모여 공감할 수 있는 것이 중요함. 또한 주민들이 주체적으로 참여하는 것이 매우 중요함.

## 6. 시사점

우리나라보다 앞서 고령화를 겪었으며 이에 대응하며 만들어진 일본의 개호보험은, 설계 당시에는 예측하지 못했던 그리고 시행 과정에서 서서히 드러나는 문제점들이 존재함을 알 수 있었다. 모든 정책이 완전할 수 없지만, 일본의 개호보험에서 드러나는 문제점을 정확히 파악하고 그들이 여기에 어떻게 맞서고 있는지 살펴보는 것은 우리에게 매우 중요하다. 우리나라의 장기요양보험이 일본의 개호보험을 참조하여 만들어졌기에 그들의 문제점이 우리나라에서도 발생하였고, 앞으로 할 수 있다는 것뿐만 아니라, 이것이 국민 전체의 삶의 질과 직결되어 있기 때문이다.

일본의 개호보험은 자기 부담률이 10% 정도 되는데, 언뜻 적은 비용으로 보일 수 있다. 그러나 최저생계비에도 못 미치는 소득을 얻는 빈곤한 노인들, 사회적으로 고립된 노인들 등은 이 비용을 감당하지 못해 개호보험을 이용하지 못한다. 이러한 사각지대는 원활하게 서비스를 제공하자는 의도를 가진, 제공하여야만 하는 개호보험의 기능적 모순을 극명하게 보여준다. 개호보험 서비스가 필요한 경우에 이용하지 못하고, 오히려 비용이 더욱 높은 의료보험 서비스를 이용하는 것은 일본의 사회적 비용 역시 증가하는 결과를 낳았다.

일본의 개호보험 서비스가 중앙정부가 아닌 시정촌을 중심으로 운영된다는 것 또한 장단점을 동시에 가지고 있다. 우리나라 역시 지방정부의 역할을 강화하고 있다는 점을 염두해두고 접근해야 한다. 일본은 시정촌마다 서비스 내용 및 비용이 다르다. 시정촌의 수요에 맞는 서비스가 제대로 제공된다면 문제될 것이 없겠지만 시정촌별 서비스 수준의 차이, 비용 차이로 인한 유지비 및 보험료 증가 등으로 이어지는 순환 고리는 분명히 주목할 만하다.

그렇다면 일본의 지역포괄케어 시스템은 어떠한가? 이는 노인의 생활에 필요한 주거, 의료, 개호, 개호 예방, 생활지원을 유기적으로 연결하여 서비스를 제공하는 지역 완결적인 시스템이다. 서비스 일원화를 지향하고 있다는 점에서 분명 우리나라도 본받을 점이 있다. 그러나 일본은 이 역시 개호보험으로 이용하도록 되어 있기 때문에 앞서 언급한 문제점들이 반복해서 나타날 수 있으므로 우리는 주의를 해야 한다. 이 점을 고려하여 우리나라에서의 적용 방안을 만들고, 특히 농촌 지역 개발과 연결을 시킨다면 큰 효과를 낼 수 있을 거라 생각을 한다.

농촌 지역의 개발과 그들의 삶에 큰 영향을 미치는 의료·복지는 분리할 수 없다. 특히 농촌에 사는 사람들이 주체가 되어 적극적으로 참여하고 그 서비스들을 이용하고 개편할 때, 개인뿐만 아니라 지역도 발전을 한다. 이러한 차원에서 사쿠종합병원 사례는 큰 시사점을 제공한다. 협동조합으로 만들어진 병원의 실질적인 이용 주체가 바로 농촌 주민, 그것도 의료·복지 서비스에서 한참 비켜나 있었던 농촌 주민이었다는 점, 그리고 이로 인해 의료·복지 서비스 이용의 민주화를 이루어냈다는 점이다. 주민들이 필요한 때에 적절한 서비스를 제공받을 수 있다는 것은 강조해서 봐야 한다. 또한 그들이 치료에서 예방을 중시하는 방향으로 인식을 변화한 것, 그리고 이러한 인식 변화를 위해 의사, 간호사 뿐만 아니라 마을의 이장님까지 한데 모여서 노력한 것, 이 병원의 모든 일들이 지역 사회와 연관되어 있음은 그들의 지역을 발전시키는 큰 원동력이 되었음이 분명하다. 이 사례는 의료·복지 성공 사례에 한정되지 않는다. 의료·복지와 맞물려 농촌 지역 개발의 내연과 외연을 모두 확대했다는 점에서 이 사례는 꼭 참조해야 한다고 생각한다.