

일본의 노인건강관리체계 검토를 통한 한국 지역사회노인 예방 건강관리 방안모색 연구

이 인 숙

서울대학교 간호대학·간호과학연구소 교수

Development of a Community-based Preventive Health Care Model for the Elderly in Korea through the Evaluation of a Japanese Counterpart

Insook Lee

Professor, College of Nursing · The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University

Purpose: Through a thorough examination of the CCSC (Community Comprehensive Support Center) system in Japan, this study suggests a scheme to provide community-based preventive health care services for the elderly in Korea. **Methods:** The study inquired into the applicability of the Japanese model by reviewing the data related to the CCSC project, aided by both in-depth interviews with staff in the field and consultations with specialists. **Results:** Rearrangement of the Visiting Health Management Project system is needed to manage the collective or individual visiting care management for frailty prevention of the elderly in communities. The delegated service system for preventive care in the community, including direct management by one of the public health centers, also needs to be reviewed and the application of stricter standards for the selection of the agency or corporation to run the delegated service is necessary. Long-Term Care Insurance, along with national and local grants, is to be considered as a financial resource for the community-based preventive health care model for the elderly. By making active use of education rooms at district offices, senior citizen centers in neighborhoods for the elderly with easy access can be created. The project needs to raise active supports from communities, develop programs which can be absorbed into particular local cultures, and promote the understanding of the preventive project in local communities. The preventive program should focus on first solving the problems of depression, seclusion, and lack of mobility of the elderly. Second, the program should instruct physical self-management for exercise-nutrition-dental maintenance, and third, the program should strengthen the cognitive abilities of the elderly. In addition, it is necessary to systematize and implement counter-plans of the family and community to protect the elderly who has mental and cognitive problems. Finally, by establishing a network of public health welfare resources based upon research on a community level, assessment and planning for the health of the elderly should be one with their family, and comprehensive consultation and recommendations should be provided to the family. **Conclusion:** Taking into consideration the experience Japan has had with respect to a similar project, it is appropriate to develop and implement a service system which would combine the Visiting Health Management Project system which has already been established and a preventive health care model for the elderly on a community level.

Key Words: Health service for aged, Preventive health service, Mass screening

주요어: 노인의 건강관리서비스, 예방보건서비스, 집단검진

Corresponding author : Insook Lee, College of Nursing, Seoul National University, 28 Yeongeong-dong, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea, Tel: 82-2-740-8828, Fax: 82-2-765-4103, E-mail: lisook@snu.ac.kr

- 이 연구는 서울대학교 인문·사회계열 해외연수 지원금으로 연구되었음.

투고일 2010년 10월 19일 / 게재확정일 2010년 12월 8일

서론

우리나라는 장기요양보험을 실시하기 이전부터 이에 관련한 여러 국가의 주요 이슈를 검토해왔다. 특히 장기요양제도의 많은 부문을 일본장기요양체계에서 벤치마킹했다는 점에서 그리고 2050년경에는 한국이 일본의 노인수를 능가할 것으로 추정된다는 점에서 (Ministry for Health, Welfare & Family Affairs, 2009), 최근 일본의 예방중심 장기요양체계에 많은 관심을 가지고 있다.

일본은 보험실시 5년의 상황을 분석한 결과 개호보험 재정의 지속적 증가를 중재하기 위해 2006년 4월부터 개호보험의 기본개념을 예방중심체계로 전환하는 개혁을 실시하였다. 즉 노인이 건강 활동을 스스로 관리하고 가정에서 생활함을 영위하도록 지원하는 체계를 지역사회기에 정착시키고, 개호보험 내에서 이 지원서비스를 예방급여서비스로 인정하며, 지원기관인 지역사회포괄지원센터를 개설하고, 확산하는 것이었다.

우리나라도 허약한 노인이 장기요양상태로 진입하는 것을 예방할 수 있도록 지역사회 노인의 허약수준을 파악하고 그에 따른 요양예방서비스를 적절히 제공하여야 한다는 필요성이 제기되고 있으며 (Lee, 2008, Kim et al., 2007), 장기요양사업 실시 초기부터 지역사회 노인예방사업이 필요하다는데 합의하는 분위기이다. 우리나라에서는 2008년 7월 장기요양보험을 시작하면서 장기요양보험 신청자 중에서 등급 외 판정을 받고 탈락한 자에 대해 맞춤형방문건강관리사업에서 이들을 등록 관리한다는 것을 보건복지부 지침으로 제안하였다 (2008.06.24 보건복지부 공문, “08년 장기요양보험 시행에 따른 맞춤형 방문건강관리사업관련통보”, 노인장기요양보험과 지역보건복지서비스 통합연계지침 (2008. 05)). 전국적 사업 네트워크를 가지고 있고, 노인에 대한 건강평가 및 1차 서비스를 제공하고 있는 보건소 방문건강관리사업이 지역사회 노인예방 사업을 책임지는데 적합한 기관이라고 중앙정부와 건강보험공단은 정책적 판단을 한 것이라고 본다. 그러나 한국과 일본은 장기요양사업의 실행주체가 다르고 가정간호서비스를 제공하는 서비스 체계가 상이하다.

일본의 경우 시청을 중심으로 장기요양보험의 전 과정이 이루어지고 있으나 우리나라는 장기요양보험의 신청, 평가, 서비스 인정 및 청구 등의 장기요양 관련 모든 과정이 건강보험공단에서 이루어지고, 시청은 장기요양 사업장 개설의 신고접수 및 지도감독만을 하도록 되어있다.

또한 일본은 노인대상 허약예방서비스가 요양서비스 인구조가의 지연과 노인의료비 조정에 중요한 경제적 기여를 할 것이라 예측하며, 노인영양, 구강관리, 우울예방, 인지 기능 증강 등의 예방서비스에 예방급여를 제공하고, 집단과 개인방문을 대상으로 보건-복지-의료의 통합형 예방서비스를 확산하고 있다 (Lee et al, 2008). 그러나 우리나라는 장기요양보험제도 안에 예방급여에 대한 법 조항은 없으며 다만 법 4조에 국가는 노인성질환예방사업을 수행하는 지자체 또는 국민건강보험공단은 소요비용을 지원받을 수 있다는 진술이 있을 뿐이다. 현재 정부는 요양보험제도를 고안하면서 예방사업에 대해서는 거의 고려하지 않았으며 각 시·군·구 보건소에서 실시하는 건강증진사업과 맞춤형 방문 건강관리사업에서 요양인증등급 외 노인에 대한 서비스를 제공하는 것으로 예방서비스를 대처하려 한 것이다. 그러므로 현재 우리나라의 경우는 장기요양급여를 받지 않는 대상자에 대한 예방서비스제공 기관은 없는 셈이다.

정부는 노인에게 복지·질병예방에서부터 장기요양까지의 일관된 서비스를 제공하고자 보건소 맞춤형방문건강관리사업과 노인장기요양보험, 지역복지사업 간에 효율적인 연계체계를 구축하고, 통합하려는 의도를 발표하였다 (Son, 2007). 그러나 국가의 정책적 요구와 맞춤형 방문건강관리사업의 목적, 지침, 운영방식에 비추어 볼 때 이는 노인의 허약성예방을 위한 지속적이고 통합적인 서비스 체계를 만드는 데 적합한 구상이나 현실성 있는 정착을 위해서는 연계수준을 지나 장기요양보험이 방문보건사업을 적극 지원하는 방안이 모색되어야 한다고 주장하고 있다 (Lee et al., 2009). 그러므로 본 연구에서는 일본의 지역사회 노인 예방서비스 제공체계인 지역포괄지원센터의 사업운영체계를 면밀히 검토하고, 교훈을 도출하여 한국의 지역사회 노인 허약예방서비스 방안을 제안하고자 한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구의 질문은 한국노인의 기능수준은 일본노인의 기능특성과 유사한 패턴인가, 지역사회 노인을 대상으로 한 예방서비스 제공체계는 있는가, 제공체계를 한국에 접목시키는 것은 가능한가, 주요 운영전략은 무엇인가 등이었다. 이 연구 질문에 대해 일본의 지역사회 노인 예방 건강관리 사업을 담당하는 지역사회 포괄지원센터를 중심으로 사업

자료를 고찰하였고, 현장인력의 심층면담과 해당전문가의 자문을 통해 한국에 적용가능성을 분석하였다.

2. 연구대상 자료의 수집과 분석

연구질문을 해결하기 위해 한국의 건강증진기금사업단이 출간한 “방문건강관리 평가보고서 (2007~2008)”, 보건복지부 통계연보 (2007~2008), 서울시의 노인기능평가 자료(Lee & Ko, 2009), 厚生労働性 (2004) 國民生活基礎調査, 內閣府 (2008). 高齢社會白書, 厚生統計協會 (2009). 國民衛生の動向, 厚生統計協會 (2009). 國民の福祉の動向, 厚生統計協會 (2007), 地域保健, 老人保健事業報告 (老人保健編)를 고찰 분석하였다.

일본의 포괄지원센터 노인예방사업은 2006년부터 3년간의 시범실시기간을 거쳐 2009년부터 지자체별로 평가를 시작한 시점에 있었기 때문에 University of Tokyo의 도서관 정보체계를 통해서 구체적인 평가자료를 찾을 수 없었다. 그리하여 Tokyo, Setagaya구의 3년간 노인예방사업 계획과 평가 자료를 분석하였고, Setagaya구 내의 2개 포괄지원센터 사업인력과 Seatgaya구 포괄지원센터 사업팀장을 심층면접하여 포괄지원센터 운영에 대한 자료를 확보하였다. 심층면담은 이차자료분석에서 확인이 어려운 사업운영에 관한 부분으로 반 구조화된 질문과 연관질문으로 약 60분에서 90분간 이루어졌다. 현장인력에게 제공한 주요 질문은 “사업운영에 어려움은 무엇인가?” “팀접근에 있어 어려움이 있는가? 인력 간 협력은 원활한가? 인력간 서로 연계하는 업무의 특성은 어떤 것인가?” “지역주민의 참여 전략은 어떤 것이 있으며, 효과적인가?” “사업운영은 만족할 만한가?” 등이다. 면담은 면대면 방식으로 포괄지원센터에서 이루어졌고, 면담자료의 분석은 기존자료와 현장기록지

를 검토함으로써 확인하였다. 또한 三菱總合研究所 전문연구소가 포괄지원센터에 대해 평가한 연구소의 내부 자료와 University of Tokyo의 교수 1인, 三菱總合研究所 전문연구원의 자문을 받아 자료해석을 검토하였다.

연구결과

1. 노인의 기능수준 비교

현재 방문보건팀이 사용하는 지역사회 노인의 기능수준을 평가하는 도구는 노인허약성을 신체, 정신, 정서, 영양, 구강 그리고 사회적 관계요인으로 구분한 25문항으로 구성되어 있었으며, 일본과 동일한 항목과 기준을 적용하고 있었다. 이 도구를 사용하여 노인의 전반적 허약성을 비교할 때 한국은 15.4%가 허약한 노인이었고, 일본은 24.6~26.4% 수준으로 허약성이 높았으며, 이는 일본의 노인인구 비중이 한국보다 크기 때문에 오는 차이로 볼 수 있다. 그러나 1주에 1회 이상 외출을 하지 않는 사회적으로인 칩거는 이미 여러 연구에서 신체적 이동성을 악화시키는 중요 결정요인으로 도출되었으나 (Lee, 2008; Lee & Ko, 2009; Kono & Kai, 2004; Kaji, 2006) 일본보다 노인의 평균 연령이 낮은 한국이 오히려 12.4%, 일본이 10.5%를 나타내었다. 이중 실제 보행기능상의 문제를 갖고 칩거하는 노인의 비중은 65세 이상 노인의 7.2%였고, 5.2%는 이동기능상 문제가 없는데도 칩거하는 양상을 보이고 있었다 (Lee & Ko, 2009). 이 결과에서 주목할 부분은 일본의 비교자료가 장기요양 예방사업을 본격적으로 실시하기 이전 자료이고, 일본 노인의 평균 연령이 높아 전반적 기능허약수준이 높음에도 불구하고, 칩거 발현율이 10.5%로 한국보다는 낮았다는 점이다. 또한 유사한 현상으로 ADL과 IADL의 이상률이 한국이 39.6%인데

Table 1. Comparison of the Functioning Status of Elderly between Two Countries

List of difficulties in function	Korea (Seoul, 2008)		Japan (2004) [†]	Japan (2005, Tokyo) [§]
	Total (n=460, %)	Frail [†] (n=71, %)	Total (unit: 1,000 pop)	Total (n=9,085, %)
ADL & IADL(3 & over/5)	182 (39.6)	65 (91.5)	105.7	n.a.
Home-boundness (with physical limitation)	52 (12.4) 33 (7.2)	35 (49.3)	105.2	n.a.
Risk or frailty(10 & over)	71 (15.4)	-	246.1	2,398 (26.4)

[†] Frailty means a score of 10 & over among 20 grades in functioning difficulties. These criteria had examined in previous study (Lee, 2008); [‡] Ministry of Health & Labors, Japan(2004) Survey on National Life; [§] Corporation of National Health Center Association(2008). Yinejiou-city, Tokyo; ^{||} n.a.: not available

반해 일본은 1/3 수준인 10.5%를 보이고 있었다 (Table 1).

2. 노인을 대상으로 한 건강증진 프로그램 비교

노인의 허약성을 예방하기 위해 한국에서 제공한 서비스는 아주 다양하였다. 공공기관 서비스는 보건소 건강증진팀과 방문건강관리팀이 제공한 것 그리고 사회복지관, 동주민센터와 건강보험공단에서 제공한 것이었다. 그 외에 민간단체인 생활체육협의회, 종교단체에서 제공한 프로그램들이 다양하였다. 보건소 방문건강관리팀은 전국 취약계층 노인 807,495명을 등록하여 가정방문과 집단교육을 통해 2008년 1년간 등록 노인당 1.5~1.8회의 허약예방과 인지기능강화 프로그램을 실시하였다 (National Foundation of Health Promotion, 2008, (Table 2).

Sungnam District (2008)에서 분석한 3개구 자료에 의하면 다양한 기관에서 경로당을 통해 노인건강증진 서비스를 제공하나 일정목표를 중심으로 내용의 일관성과 체계성을 확보하기 어려우며, 교육내용과 장소에 대한 정보는 보건소 내의 각 부서, 보건소 외의 동사무소, 복지관 등 각 공공기관 간에도 서로 교환이 없어 활동의 효율성을 꾀하기 어렵다고 보고 있었다. 또한 보건소 각 팀은 나름대로 노인의 건강상태를 평가하고, 계획 하에 프로그램을 제공하는데, 이 경우는 전체 경로당의 30.3% 수준으로 나머지 2/3에 해당하는 경로당에서는 행사성격의 프로그램이 산발적으로 제공될 뿐이었다.

일본의 경우 장기요양보험이 시작되면서 65세 이상노인의 9.6%가 건강관리수첩을 보유하고, 42.6%는 기본 건강검진을 받고 있었다. 연간 건강교육을 받은 횟수는 대상자당 1.5~2.0회 정도였으며, 내용의 대부분은 허약예방에 대한 것으로 한국의 교육내용과 유사하였다. 단 일본의 경

우 구강관리, 칫거예방, 치매관리를 집중적으로 강화하고 있었으며, 보호자의 간병지도를 적극적으로 지도하여 가족원을 분명히 참여시키고 있음을 알 수 있었다 (Table 3).

지역사회 노인예방 사업의 역할을 비교하면, 한국은 지역사회 빈곤노인을 대상으로 건강평가를 실시하고, 등록하여 1차 간호를 제공하며, 교육과 자기간호를 위한 상담을 하고 있었다. 반면에 일본은 노인의 건강과 기능을 평가한 유사한 자료를 갖고, 사례관리의 계획과정을 가족과 함께 작성하는데 초점을 두고, 간호의 지속성이 유지되도록 지원하고 상담하고 있었고 활동의 초점을 노인의 자존감과 권익옹호를 위해 지역주민과 지역자원을 동원하는데 두고 있었다 (Setagaya, 2008).

3. 서비스 제공을 위한 구조체계

일본의 지역사회포괄지원센터는 2006년 4월 장기요양보험 조례 115-39-1항을 수정함으로써 시작되었다. 이 센터는 인구 20,000~30,000명당 1개소를 개소하도록 되어있으며, 2006년 4월 전국에 3,436개소를 설치하여 87.8%의 시정촌이 1개 이상의 포괄지원센터를 개설하였고, 2009년 4월 현재 모든 시정촌이 평균 2.4개소의 포괄지원센터를 개설하여 총 3,976개소가 운영되고 있다. 이 센터의 업무는 부분적으로 사립법인에 위임되고 있으며, 35.4%만이 시정촌에서 직영하고 있었다 (Tagami, 2009-b).

1) 포괄지원센터 (CCSC)의 조직

일본은 시에서 개호보험운영의 주체적인 역할을 한다. 장기요양은 시의 복지부분이 관장하고 있고, 보건소는 보건부분이 관장을 하고 있다. 이 가운데 포괄지원센터 (CCSC)는 시의 복지부분에 속해 있으나 장기요양업무와는

Table 2. No. of Services Provided by Home Health Visiting Team for Poor Elderly[†] (N=807,495)

Contents	Frequency	No. of services/elderly
Education:		
- Disease management	1,476,540	1.83
- Drug use	1,360,640	1.69
- Nutrition	1,419,691	1.76
- Incontinence	937,133	1.16
- Fall prevention	1,384,147	1.71
Stress & depress management	1,181,154	1.46
Rehabilitation of recognition	351,484	0.44

[†]National Foundation of Health Promotion(2008)

Table 3. No. of Visiting Guidance for Elderly

Contents of visiting guide	Real No. of client needed service	Cumulative No. of visiting	No. of visit per client
No. of eligibility of medical insurance among elderly [†]	13,061,000		
- Keeping the book of health record		1,257 (9.6%)	
- Rates of basic health screening		(42.6%)	
Total [‡]	293,851	429,465	1.46
Self-care teaching, general	170,650	211,850	1.24
Tailored individual health education	4,307	6,640	1.54
Prevention of home-boundness	21,910	44,316	2.02
Family teaching	13,138	21,314	1.62
Ced-ridden client care	10,421	23,387	2.24
- Oral care teaching	2,314	5,530	2.39
- Nutrition care	920	1,960	2.13
Dementia client care	7,608	16,176	2.13
Others	65,817	105,782	1.61

[†]Statistic Association of Health & Labors, Japan (2007). *The report of community elderly health care (Section of elderly health)*;

[‡]Statistic Association of Health & Labors, Japan (2009). *The trends of national welfare*, 56(12)

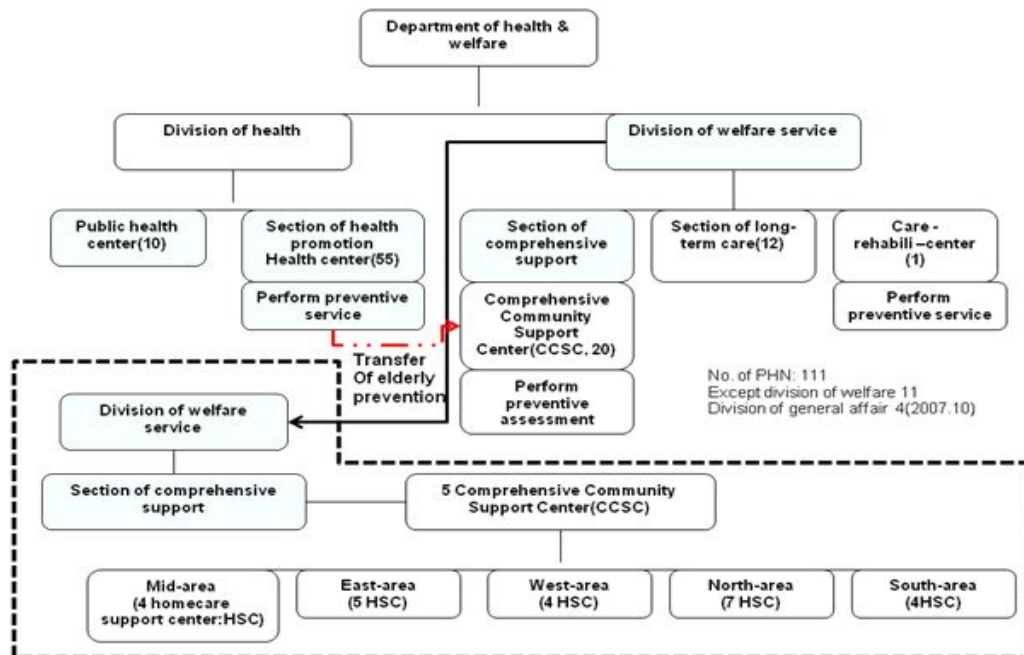


Figure 1. The organization chart of CCSC in Japan.[†]

[†]Corporation National Health Center Committee(2008). *Practice of Social Work in Community Comprehensive Support Center*, in Section of Cenkyo-city(船橋市,千葉縣). Tokyo: Jungang-Buphyeon

별도의 과에서 관장하면서 보건소의 건강증진과와 업무상 연계를 하고 있었다 (Japanese Public Health Association, 2009). 일본에서도 사업초기에 포괄지원센터의 업무는 보

건소 건강증진팀 업무와 중복이 있었으나 2006년 이후 지난 3년간 포괄지원센터가 정착되면서 보건소의 노인건강 증진 업무는 많은 부분 포괄지원센터로 이양되어왔다

(Figure 1). 한국의 장기요양 보험은 국민건강보험공단이 관리하고 있다. 국민건강보험공단은 보건복지부가 국비와 지방비 교부금의 지원을 받아 운영하는 공공법인으로 사실상 시에서 운영을 관여할 수 있는 조직체계상 연결성은 없다. 다만 장기요양서비스와 관련하여 법에서 공시한 서비스기관의 개설을 보고받고, 운영을 모니터하는 권한을 가졌을 뿐이다. 일본의 포괄지원센터에서 실시하는 노인의 건강평가, 결과에 따른 예방적 사례관리를 실시하고 있는 한국의 기관은 보건소의 방문보건 팀이다. 그러나 시 조직은 일반보건사업에는 행정적 지원을 하는 기관이지만 장기요양보험에 대해서는 총체적 관리권이 없기 때문에 공단이 보내는 등급인증 탈락자의 명단을 수령하여 보건소에 전달하는 정도이며, 보건복지부는 별도로 등급인증 탈락노인의 건강관리와 예방관리를 지침을 하달하기 때문에 현장보건소, 시의 해당조직, 보건복지부는 장기요양서비스의 운영 효율성을 고려한 유기적 관계를 갖고 있지 못하다 (Figure 2).

2) 서비스 재원

일본 포괄지원센터의 운영과 예방서비스 재원은 장기요양보험기금이 아니고 國, 都道府縣, 市町村에서 지원하는 세금에 의한 교부금이다. 이 교부금은 장기요양보험 등급인증자가 장기요양보험예방급부에 의해 예방서비스를 지원 받는 것과는 별개로 진행되고 있다. 그러므로 이점은 장

기요양보험 운영체계가 일본과 전혀 다르게 시에 귀속되지 않아 우리나라 보건소 방문보건사업의 운영체계와 상호 비교하는데 한계를 지녔던 점에서 다소 자유로울 수 있는 조건이다. 즉 재원상 장기요양보험과는 별개로 운영되므로 일본의 포괄지원센터의 목적과 취지를 장기요양보험과는 별도로 한국 보건사업체계에 직접 도입할 수 있음을 암시한다고 볼 수 있다.

3) 인력의 고용

일본 포괄지원센터는 인력 고용을 장기요양보험법 내에서 규정하고 있었다. 규정에 의하면 기본적으로 포괄지원센터는 보건간호사 (혹은 간호사), 사회복지사, 주임 사례관리사 (1급 사례관리사)를 고용해야 한다. 일본 포괄지원센터의 경우 1개 CCSC가 12명 이상의 인력을 고용한 곳은 전체의 4.3%이고, 3명 이하를 고용한 곳도 13.6%에 달하였다. 고용 인력은 장기요양보험 조합의 규모가 클수록 정규직으로 채용되는 비중이 높았고, 전체 조합의 50.9%는 인력을 기간제로 고용하였다. 특히 조합의 규모가 30,000이하인 경우 72.3%가 기간제로 서비스 인력을 고용하였다 (Tagami, 2009-b). 한국 방문보건사업 팀에 고용된 인력의 거의 모두가 기간제 고용 인력이었다. 일본 CCSC에서 방문 지도를 제공하는 서비스의 경우 고용인력의 수적 비중을 보면 의사 1명에 간호사 3,195명, 영양사 149.6명, 물리치

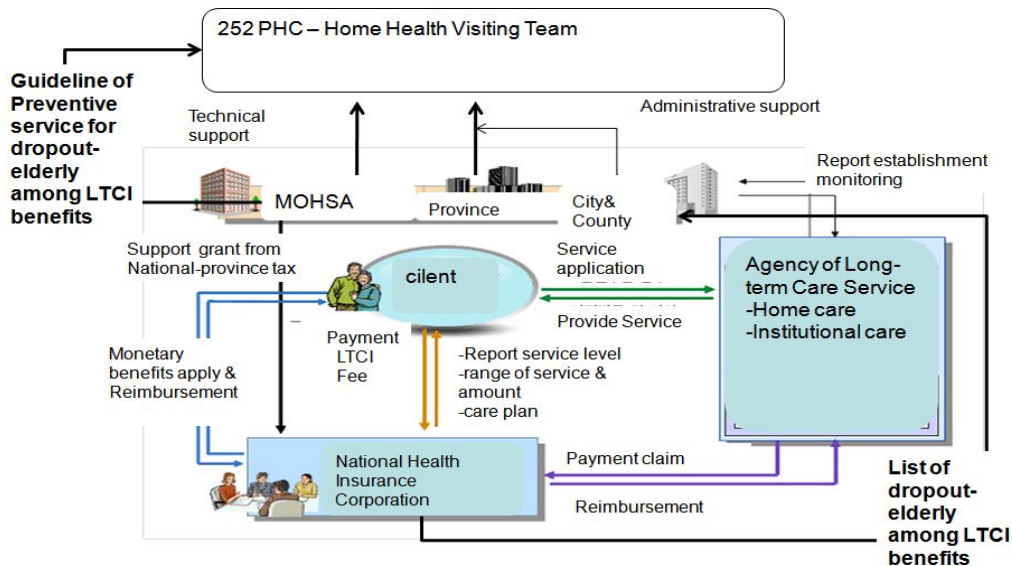


Figure 2. The organization chart of Home Health Visiting Team at PHC in Korea. †

† Ministry for Health, Welfare & Family Affairs(2010). Understanding of longterm care insurance policy. Retrieved December 20, 2009, from http://www.mw.go.kr/front/jc/sjc0110mn.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06100101

Table 4. The Strategies of CCSCs' Operation †

Category	General strategies	Explanation
Form the base for activity	Empowering the staffs	Educate the civil servants, staffs in CCSC
	Develop the common recognition	Develop & expand the common recognition about the preventive services
	Preparation of manuals & tools	Prepare & use the essential protocols actively
	Data based statistics	Produce & use the statistics for making a plan, implementation & evaluation
	Public support for develop a model	Survey & research for developing the efficient model
Efficient service manage	Establish the specialized work system	In the view of efficient performing, specialize the service by staffs' competence
	Clear objectives	Clear need assessment & objective oriented activity
	Systemized activity	Classify the need of elderly by seriousness and reflect to make a proving system of service
	Need assessment	In selecting the client of CCSC, developed a additional screening program except medical examination
	Find the covert need	For assessing the covert need, performed group interviews with community people
	Provide attractive service	Provide the service of evidence based and community people's need & interest at a same time
	Encouraging client	Encourage of the service use, try to find the barriers of using the service, and applied the solution
	Completion of community informal group service	Find & educate the community volunteers, motivate & monitor their activities, and empower their autonomy
Community linkage & corporation	Keeping relationship between government & agency delegated	Share the vision and goal and establish the cooperative relationship
	Perform monitoring & evaluation	Perform evaluate regularly by objective index, confirm the change of status & process of decision making through the pre & port test
	Service based on the idea of community	Prepare the expansion strategies for community service based on the getting knowledge through individual home visiting
	Discover the community resource & networking between people	Construction the core of the providing service with elderly group, NPO, and self-governing association in community
	Use of community resource	Like as the existing community group programs for elderly, try to use the community places & resources
	Establish the community network	Construct the finding & protecting environment for high risk dementia elderly through community network
Linkage of medical agency	Linkage of medical agency	Sharing the information of discharged client & strengthen the network with medical clinics within community
	Linkage with the committee member of self-governing association in community	Play a role of detection of high risk elderly, sharing information in community, and expanding the new knowledge

† Corporation National Health Center Committee (2008). *Practice of Social Work in Community Comprehensive Support Center*. Tokyo: Jungang-Buphyeon

료사 혹은 작업치료사는 127.2명으로 전체 인력의 90% 이상이 간호사였다. 이는 노인요양예방사업에서 방문을 통해 건강을 지도하는데 타 인력의 20배 이상의 간호 인력이 필요하며, 기능훈련에도 4배 이상의 간호 인력이 투입됨을 보여주고 있어, 노인예방 사업의 초점인력이 간호사임을 재확인할 수 있는 자료였다 (Japan Statistic Association of Health & Labors, 2007). 한국도 전체 인력의 85% 이상이 간호사로 구성됨으로써 비슷한 양상을 보이고 있다.

4. 업무 운영전략

지역별 CCSC의 운영전략은 크게 둘로 나누어서 프로그램 운영의 내실을 기하기 위한 것과 지역자원을 동원하는 것이었다 (Table 4). 특히 Shakiu-city는 지역의 전통을 유지하면서 그에 접목하여 프로그램을 개발하고 정착하는데 주력하고 있었다. 사업운영의 기본전략은 사업필요성에 대한 인식을 고취시키고, 사업의 질적 강화를 위해 사업모델의 개발, 인력의 역량강화, 자료체계의 정비하는 것이었으며, 사업운영을 위해 체계적인 간호과정의 적용, 대상자의 동기부여, 정부와의 원활한 관계유지, 그리고 모니터링과 평가체계를 가동하는 것이었다. 또한 지역사회와의 연계를 위해 지역자원 특히 의료기관을 포함한 네트워크, 기관 간 연계 그리고 가장 중요한 것은 지역사회 아이디어에 기반하여 서비스 프로그램을 개발해 가는 것이었다. 즉 노인 예방프로그램이기 때문에 특히 주민이 동의한 프로그램, 지역전통을 소중히 한 프로그램이 중요한 사업 전략의 항목

으로 고려했다는 점이였다. 이를 위해 CCSC는 운영위원회를 주민 대표를 중심으로 구성하고, 의사결정과 운영의 모니터링을 하도록 하였다. 그러나 2008년에는 58.6%가 운영위원회를 개최하지 않은 것으로 나타났으며, 개최한 경우 년 1회 개최가 9.2%였다. 이에 비해 우리나라 방문보건사업의 초점전략은 보건과 복지의 통합을 제안하고 있으며, 상대적으로 지역주민의 참여기전을 적극화하려는 전략이 상대적으로 소홀히 다루어지고 있었다.

5. 사업평가

CCSC 사업평가는 계획에서 제시한 목표치를 중심으로 각 시정촌이 계획한대로 실시했는지를 평가하고 있었다. 일본의 CCSC는 65% 수준이 사업을 위탁운영하고 있었으며, 2006년 이후 위탁사업의 비중이 늘고 있었다 (Table 5). 사업의 운영주체와 고용형태의 문제 때문에 이를 업무 내용과 실시한 업무량으로 지난 2년 반의 자료를 재분석한 결과(Tagami, U. 2009-b), 모집단 노인을 스크리닝하여 노인의 기능평가와 계획을 세우는 업무는 92.4%가 위탁되었으며, 사업을 알리고 홍보하는 사업은 60.5%, 임의사업은 43%를 위탁하고 있었다. 임의사업이란 가족지원, 지역사회 봉사자 조직, 주택이나 장비 리모델링 등이 포함되었다 (Setagaya-Ku, 2008). 사업 실적을 총 사업실적을 구하고 이중 위탁을 제외했을 때 공공의 사업 실적을 구하여 비교한 자료에서는 공공이 직접 한 경우 업무 실적이 2배정도 많았다. 이는 실제로는 대상자의 기본평가와 계획서작성만

Table 5. Achievement of CCSC by Body of Operation[†]

Classification	2006.04		2007.04		2008.04	
	No.	%	No.	%	No.	%
Direct management (市町村 of unit area integration)	1,265 (86)	36.8 (2.4)	1,392 (112)	36.3 (2.9)	1,409 (118)	35.4 (3.0)
Management, delegated	2,171	63.2	2,439	63.7	2,567	64.6
Total	3,436	100.0	3,831	100.0	3,976	100.0
No. of performance (a)	61,700		656,268		703,991	
No. of delegation, partially (b)	44,119		270,613		243,127	
% of partial delegation (b/a)	71.5		41.2		34.5	
No. of staffs employed for prevention program (c)	-		16,064		17,601	
No. of performance/staff (a/c)	-		40.9		40.0	
No. of performance which is excluded by delegation/staff (a/c)	-		24.0		26.2	

[†] Tagami, U(2009). *Care Management Guideline for Long-Term Care Prevention*. Tokyo: Mitsubishi Research Institute.

을 위탁사업으로 하고, 중재프로그램 수는 점차 공공이 직접 운영하기 때문에 벌어지는 차이라고도 볼 수 있으나 세부적 분석이 필요하다.

예방사업의 효과를 보여주는 자료는 거의 없었으나 동경 내의 1개구 결과 자료에 의하면, 근육 훈련이 이루어진 집단은 근육의 역량이 증가했으며, 통계적으로는 유의하지 않으나 삶의 질 값이 상승한 것으로 나타났고, 이 서비스를 소집단에게 실시했을 때 보다 지역사회 전체에 실시한 경우 효과가 높은 것으로 보고하고 있었다. 또한 사업시작 시점에서 기능평가를 했을 때 독립적이었던 군이 2년 반 이후에도 87.7%가 독립적 기능 수준을 유지하였고, 요지원군은 65.6%, 요양등급 1군은 60%가 사전평가시의 건강수준이 사후평가에서도 유지된 것으로 나타났다 (Setagaya-Ku, 2008).

논 의

맞춤형 방문건강관리사업은 「새국민건강증진종합계획 2010」 중 하나인 취약계층의 건강형평성을 확보하기 위한 비전을 토대로 도입되었으며, 노인에서도 저소득계층의 건강수준 및 위험요인수준이 더 낮음은 이미 입증되었다. 일본은 1990년을 전후로 지역사회 노인에 대한 예방 및 요양서비스를 보건-복지-의료의 통합 혹은 복합체 형식으로 제공하는 방식을 급속히 확대하고 있다. Jeong (2006)은 본격적으로 지역케어에 임하려면 「복합체」화하는 것이 필요하고, 일체적이며 통합적인 서비스 제공을 강조하였다. 뿐만 아니라 노인만성질환자의 증가 양상에 대한 적절한 대응 및 이들의 권리를 옹호하기 위해 지역맞춤형 서비스를 제공하는 것이 타당하다는 의견을 제시하고 있다 (Jang, 2008). 그러므로 우리나라도 현재 취약계층을 위해 전국적으로 예방방문서비스를 제공하고 있는 맞춤형 방문건강관리사업을 노인의 예방서비스제공체제로 확대하는 본격적 논의가 필요하다.

1. 예방서비스의 제공체계와 내용

일본의 개호예방사업은 개호예방 특정고령자 대책과 개호예방 일반고령자 대책으로 구분해 볼 수 있는데 특정고령자 대책은 요지원자와 요개호 고령자를 대상으로 하며 (전체 노인의 5%에 달할 것으로 추정), 그 사업비용은 개호보험급여비로 충당되고, 전체 개호보험급여비의 2~3%에 해당한다 (Tagami, 2009-a). 일반고령자 대책에 대해서는 기존의 개호예방, 지역사회사업 그리고 노인보건사업을 총괄

하여 재정리, 개편할 필요가 제기되고 있기는 하나 (Tagami, 2009-a), 건강증진팀이 노인 건강증진 및 예방에 관한 내용을 점진적으로 포괄지원센터로 이양하면서 해결해 가고 있다 (Murashima, S., Tagami, U. (personal communication, November, 13, 2009).

우리나라 노인에 대한 예방서비스는 공공보건기관, 복지기관 그리고 민간기관까지 목적의 합일성, 정보의 공유나 서비스의 중복성을 고려함이 없이 노인정을 중심으로 다양하게 제공되고 있다.

노인정 활성화 사업이라는 주제하여 구청 사회복지팀이 중개자 역할을 하거나 노인회 구성원이 주축이 되어 30%의 노인정은 주 2~3회씩 연중 프로그램을 가지고 있다. 프로그램운영에 있어 노인정이라는 장소는 노인회의 대표와 대상자가 프로그램운영에 적극 참여할 수 있는 물리적 장소로서 의미가 크며, 동기화되고, 역량이 강화된다면 자립적 봉사체계를 구성할 수 있기 때문에 노인예방 프로그램 전개에 의미가 크다.

노인정이나 동사무소가 서비스 제공 장소로서 의미를 가진다면, 이 지역을 전담하여 예방사업을 체계적으로 전개하고 있는 방문보건팀이 사업의 정체성을 확대하여 노인예방프로그램을 진행한다던지 오히려 효율성이 클 것이다. 그러나 방문사업은 본연의 직무가 취약계층 전반에 대해 가정방문을 통해 서비스를 제공하는 것으로 국한되어있기 때문에 우리나라에는 지역사회 노인 예방관리서비스체계는 엄밀한 의미에서 없는 것이다. 그러나 지역사회에서 주민을 모집단으로 하여, 예방적 건강문제를 스크리닝부터 접근하는 사업방식, 그리고 전국적인 네트워크를 형성하고 있다는 점에서 노인을 대상으로 한 허약(요양)예방사업은 보건소 방문건강관리사업이 전담하는 것이 가장 무리가 없는 전환이며, 현재 방문보건팀이 실시하고 있는 노인의 허약성 평가에 덧붙여 가족을 동반한 케어플랜에 초점을 둔 사례관리를 강화한다면 일본의 포괄지원센터 기능을 할 수 있는 최적의 서비스체계가 될 것이다.

일본은 노령화 정도가 큼에도 불구하고 노인의 기능은 우리나라와 비슷한 수준을 보이고 있었다. 특히 일본에서 허약예방사업을 2년 반 정도 실시한 결과 건강노인과 요지원 노인에서 건강상태 유지 및 증진율이 각각 88%와 66%인 점은 예방사업의 중요성을 시사하는 의미있는 결과이다. 일본은 생활기능에 영향을 미치는 원인적 요소 즉 칩거 예방과 기동성을 감안한 운동-영양-구강, 그리고 치매관리와 가족참여의 지도를 적극화하고 있으며, 이에 반해 한

국은 운동과 일반적인 건강관리교육을 제공하고 있다. 이는 프로그램을 통한 목적 그리고 서비스의 정체성과 관련된 문제라고 판단한다. 일본의 경우 허약예방사업의 목적을 장기요양을 예방하기 위한 사례관리와 노인의 권익옹호 상담을 지원하기 위함이라고 명시하고 있다. 즉 사업의 초점은 노인의 허약성관련기능의 사정과 그를 통한 계획, 그리고 이를 중재하는 종합적 상담과 지원이었다.

또한 일본의 제도를 검토하면서 의미 있게 재조명해야 하는 부분은 노인의 권익옹호부분으로, 노인 스스로의 의견 그리고 지역사회전통에서의 수용성을 강화하는 방식으로 해결적 접근을 가지고 있다. 노인예방사업은 궁극적 목적을 노인의 자조·자립에 두고 이를 어떻게 동기화하느냐에 전략의 성패가 달려있다고 보기 때문에 노인대상자 집단 그리고 지역사회 차체에서 이 문제를 조망하는 관점과 인식을 강화하는데 초기 노력이 투입되어야 한다는 점도 의미 있는 전략으로 고려해야 한다.

2. 질적 서비스제공을 위한 인력관리

서비스를 제공하는 인력에 관한 고려에서는 인력의 직종 유형의 문제, 기본역량의 문제, 고용의 문제 등을 검토할 필요가 있다.

일본은 참여인력의 직종 유형을 법적 기준으로 정하고 있었다. 한국은 방문보건지침에서 그를 규정하고 있지는 않으나 일본과 비교해 볼 때 방문을 통해 지도하는 프로그램인력에는 90% 이상이 간호직이고, 재활프로그램의 경우도 50% 수준은 간호직이었다 (Tagami, 2009-b). 이는 현재 방문건강관리팀에서 1차 건강문제 스크리닝을 간호팀이 실시한 후 물리치료사나 작업치료사에게 연계하는 부분을 고려할 때 업무상 1/2 정도를 간호팀이 실시한다는 점 그리고 전체 방문사업인력의 85% 정도가 간호직이라는 점을 고려할 때 인력구성은 유사하다고 볼 수 있다. 그러나 일본의 경우는 보건간호사자격을 가진 사람을 고용하는 것을 원칙으로 하고 있고 방문지도간호사의 79.8%가 보건간호사 자격을 가지고 있었다. 이러한 기본 사업역량이 우리나라와 다르게 질적 서비스를 위해 규제하고 있음은 포괄지원센터에 고용된 인력의 72.7%가 사례관리자 자격증을 가지고 있다 (Hachiko-city 八戸市, 青林縣)는 점에서도 볼 수 있었다 (Corporation National Health Center Committee, 2008). 개호예방사업은 사례관리를 근간으로 진행되며, 이는 사례관리자 자격을 가진 자에 의해 이루어지고 있었다. 일본은 사례관리자의 자격경

신제 (매 5년) 도입, 갱신 시 연수의 의무화, 이중등록제 도입 (요양사업소 지정과 사례관리사업소의 지정을 별도로 하는 방안), 주임 사례관리자제도를 창설하여 사례관리의 질적 수준을 유지하기 위한 제도를 적용하고 있었다. 그리고 사례관리자가 자격을 갱신하고, 실무연수를 받을 때 전국공통의 관리번호를 일원화하여 이력의 관리가 가능하도록 하고, 개호보험수가 심사 시에 개별 심사 기록을 계속적으로 유지하고 인력의 질적 강화를 만들어 가는 방안도 도입하고 있었다. 또한 서비스의 질적보장을 위해서는 사례관리사 1인당 업무부담 (1인당 35인정도)을 제한하고 있었고, 사례관리 수가를 관리할 대상자의 위중도별로 차별을 두어 책정하였다. 즉, 중증 대상의 초회 사정에는 시간 소모가 크므로 가산점을 부여하여, 보다 적극적으로 사정하는 것이 가능토록 하였고, 가산점의 적용은 각 사례관리사업소가 전문성이 높은 인력을 확보하는 것을 유도하여 서비스의 질적수준을 높이고 있었다 (Cabinet Office, Government of Japan, 2008).

일본은 포괄지원센터의 개설 개소수를 개호보험법 기준으로 정하고 있었다. 2006년 이후 인구비례로 하면 5000~6000개 포괄지원센터가 개소되었어야 하며, 최소 기준에 비추어볼 때 2008년 4월 현재 개소수인 3,976개소는 79%에 달하여, 수적으로도 업무를 충실히 커버할 수 있도록 확대하고 있었다. 일본이 포괄지원센터 중 65%는 업무의 전체 이든 부분이든 외부 민간 기관에 위탁하여 관리하고 있었고, 모든 업무를 외부로 위탁한 지자체도 12%에 달하고 있었다 (Tagami, 2009-b). 위탁운영의 이유는 전문기관에서 서비스를 이양함으로써 질적인 서비스를 개발할 수 있다는 점과 인력고용의 지속성을 위탁회사가 보장한다는 점이었다. 위탁업체의 질 관리 문제는 위탁업체의 사업계획과 그에 따른 예산계획의 확인, 개호보험 이외의 서비스에 대한 연계체계구축에 관한 사항, 센터 설치에 관한 승인관련사항, 센터 직원 확보 시에 관련단체 등과 조정, 센터 운영의 기준적합성 등을 위탁업체선정 평가에 반영함으로써 관리하고 있었다 (Setagaya-Ku, 2008; Tachibana, I. [personal communication, October 6, 2009]).

우리나라에서는 기간제 인력고용이 사업의 질적 수준을 유지하기 어려운 문제 중 하나이다. 일본 포괄지원센터의 인력고용형태를 보면 50.9~72.3%가 인력을 기간제로 고용하였으며, 주로 대상인구가 작은 포괄지원센터의 경우 기간제 고용이 많았다. 이러한 인력고용 문제에 관해 현장 간호사와 주임 사례관리자를 심층 면접한 결과에 따르면 기간제 근로자인 경우도 계속고용의 문제는 실제 심각하지 않다

고 응답하였다 (Tachibana, I. (personal communication, October 6, 2009). 포괄지원센터 위탁고용업체는 대부분 노인관련 여러 서비스를 운영하는 법인체이기 때문에 업체 내에서 고용순환이 가능하며, 일본의 노사문화는 신뢰를 바탕으로 이루어지기 때문에 인력이 성실하다면 상호계약에 의해 인력고용에 관한 상호소송의 문제는 거의 제기되지 않는다는 것이다.

일본도 우리나라와 비슷하게 기간제 인력을 사용하고 있으나 위탁이라는 방식으로 고용 인력의 고용안정성을 보장하고 있었고, 고용 인력의 질적 수준을 유지하기 위해서는 국가가 사례관리자의 법적 자격기준, 자격갱신제 등을 규제하고 있었고, 업체는 고용 인력의 3/4 정도를 유자격자로 고용하고 있다는 점을 유념해야한다.

3. 서비스 전략

일본이 포괄지원센터를 운영하면서 사업을 위한 기반구성과 인력의 역량강화를 제외하고 가장 중요하게 비중을 둔 서비스 전략은 사업에 관한 지역의 인식 변화, 지역사회

진단을 통한 네트워크 자원의 파악, 공공홍보와 1:1 설득을 통한 지역자원의 자발적 참여 그리고 지역이 수용 가능한 프로그램을 개발하고 지역노인을 훈련함으로써 자체운영이 가능한 자조-자립체계를 만드는 것이었다. 포괄지원센터는 노인의 존경과 권익옹호 방안을 구축하고, 가족과 지역사회를 동원하여 요구관련 문제가 표출되도록 그리고 지역의 전통을 존중한 가운데 지역위원회에서 모든 문제를 해결하도록 지원하고 있었다.

한국은 지역사회 중심의 방문건강관리 사업을 통해 제시한 전략은 보건-복지-의료의 통합적 접근이었다. 이는 실천전략이라기 보다는 상위의 개념적 전략이다. 일본도 동일한 전략이 포괄지원센터 운영에 포함되어 있다. 센터의 핵심 구성인력은 간호사, 사회복지사, 주임 사례관리사라고 두고 직종간 업무의 원활한 운영을 중요 이슈로 부각하고 있다. 그래서 일부 현 (Hachiko-city 八戸市, 青林縣, Chousi-city ちょうし市, 千葉縣)에서는 직종간 분명한 직무분담과 그를 통한 훈련을 주요이슈로 잡은 곳도 있다 (Corporation National Health Center Committee, 2008).

현장인력의 심층면담과 담당 계장의 인터뷰 결과에 의하

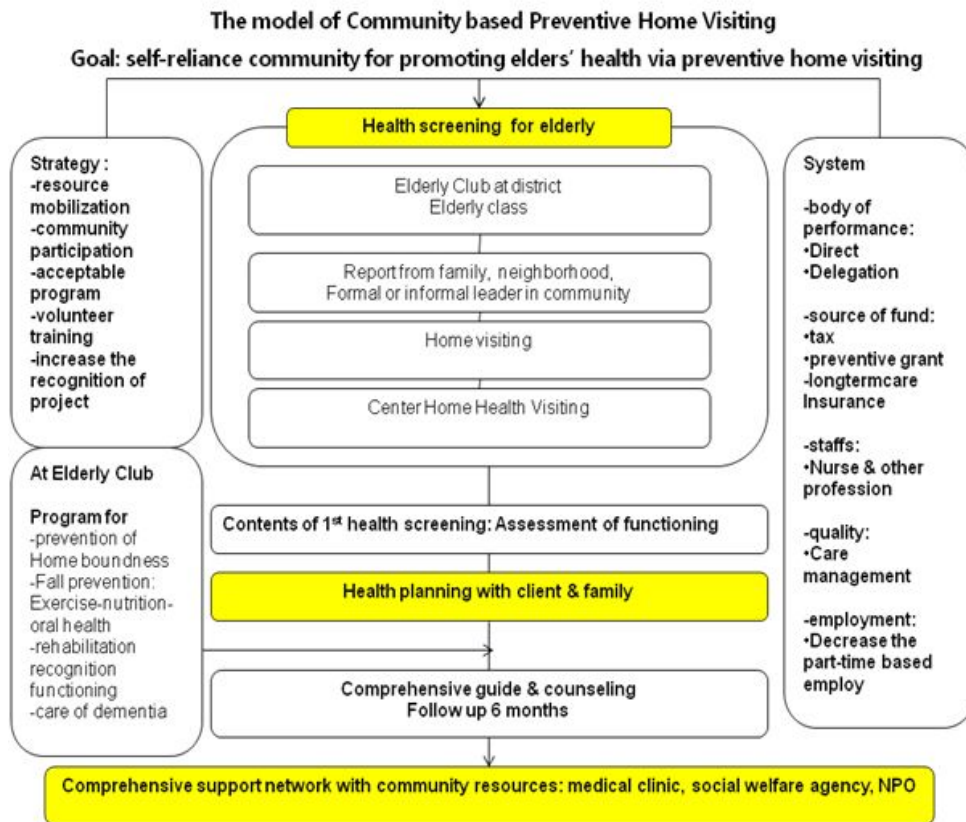


Figure 3. Model of community based preventive home visiting in Korea.

면 직종 간에 상호 존중과 협력은 센터마다 다른 양상을 보이고, 해결이 쉽지 않은 주제임을 표현하였다. 또한 이를 없애기 위해 일부 센터는 초기 스크리닝을 간호사와 사회복지사가 같이 하고, 케어플랜을 세울 때 건강의 문제가 복합적인 경우는 간호사에게 의뢰한다고 하였다. 그러나 모든 경우를 의뢰하는 것도 아니며, 매뉴얼에 있어도 그의 명확한 기준을 갖고 활동하기는 어려우며, 시간을 갖고 인력 간 상호 신뢰가 있어야 가능한 일이라고 응답하였다 (Tachibana, I. [personal communication, October 6, 2009]).

우리나라의 경우도 보건-의료-복지의 통합적 접근에 대해 현실적 목표를 두고, 실천중심의 협력하는 과정을 경험적으로 쌓아가야 할 것이다.

4. 노인 예방서비스 운영방안의 제안

지역사회 노인의 허약성 예방사업을 보건소 방문건강관리사업에 적용하는 방안에 대한 제안이다 (Figure 3). 사업의 궁극적 목적은 허약성 예방사례관리를 집단과 가정방문을 통해 실시함으로써 그리고 지역사회 자조전략으로 성취되는 것이다.

이를 위한 사업체계는 현재와 같이 보건소가 직접 운영하는 방안과 동시에 일본과 같이 위탁을 검토해 볼 필요도 있다. 특히 사업의 질관리와 관련한 한시적 기간제의 인력 고용문제를 해결하기 위해서는 사업집행기관을 외부 법인으로 위탁하는 부분을 고려해야 할 것이다. 이는 국가가 장차 대민보건서비스의 사업체계 정비수단으로 비영리 보건법인을 인정함으로써 해결이 가능할 수도 있다고 본다. 현재 우리나라는 1개도 5% 수준에서 주로 위탁이 이루어지고 있는데, 장기적으로 인력 고용문제를 풀지 못하여 사업의 질적 수준 유지가 어렵다면 위탁업체 선정기준을 강화하여 사업을 위탁 운영하는 것도 적극 검토해야 한다.

사업집행은 현재도 전문인력이 팀접근하는 형태로 이루어지고 있다. 그런데 방문건강관리사업에서 예방서비스와 포괄적 상담 및 정보지원을 하는 센터로서 정체성을 확보한다면 보다 사례관리역량을 가진 인력이 고용되어야 한다. 한국은 사례관리자가 국가인증자격이 아니므로, 지역사회 사례관리에 초점을 둔 인력훈련과정이 전적으로 필요하다. 또한 방문건강관리사업의 재원은 전적으로 국비 및 지방비 교부금으로 이루어지고 있는데, 장기적이기는 하나 이 사업의 직접적 효과를 입게 될 건강보험공단이 노인장기요양보험에서 지역사회 노인 허약성 예방사업에 재원을

지원하는 방안도 검토되어야 한다. 일본은 이를 개호보험의 예방급여와 지자체 교부금에 의해 충당하고 있다.

사업의 주요전략은 지역사회에서 사업에 대한 인식을 강화하고, 프로그램을 기존 지역문화에서 수용 가능한 형태로 개발하여 자연스럽게 지역사회 참여가 유도되어야 한다. 또한 지역사회 진단을 통해 지역의 사회자원이 본 사업에 대한 인식을 새로이 하고, 주민 특히 노인을 대상으로 참여하게 하며, 건강노인은 적극 강사요원으로 훈련하여 사업에서 활동하게 함으로써 노인의 건강유지증진이라는 목표 하에 지역의 자조-자립을 위한 지역 활동이 자연스럽게 전개되는 전략을 투입해야 한다. 그러므로 집단 활동의 사업 장소는 지역노인과의 접근성이 보장되는 경로당 (노인정), 동사무소 교육실을 적극 활용한다.

프로그램 내용에는 우울, 첩거, 기동성의 묶여진 문제를 해결하는 프로그램과 운동-영양-구강관리의 신체적 자기관리 프로그램, 그리고 인지능력 강화를 위한 프로그램을 예방 프로그램에 초점으로 한다. 또한 이미 인지능력에 문제에 있는 노인을 보호하기 위한 지역의 대책, 보호자 및 가족의 대책을 프로그램화하여 투입한다. 그리고 주요 업무인 노인건강기능의 평가와 계획은 가족과 함께 실시하며, 이에 따른 종합상담과 조언을 제공하며, 지역진단 시 파악된 지역사회 보건의료 복지자원의 네트워크를 구축하여 함께 문제를 해결한다.

이를 위해 우리나라 방문건강관리 사업체계가 해결해야 할 문제는 아래와 같다.

첫째, 지역사회 노인을 모집단으로 건강과 기능을 평가하고, 건강관리계획과 종합상담을 하는 예방적 사례관리를 방문사업 고유의 정체성으로 포함한다.

둘째, 이를 위해 인력교육과 훈련의 초점을 사례관리 역량강화에 둔다.

셋째, 인력고용의 지속성을 위해 사업의 운영주체를 공공과 위탁 모두를 검토한다.

넷째, 장기요양보험 기금에서 예방급여를 결정하도록 지역사회 예방사업의 증거 (evidence)를 산출한다.

다섯째, 지역사회 진단과정과 홍보를 통해 지역사회가 예방사업에 대한 인식을 높이도록 역할하며, 참여적 분위기를 조성한다.

여섯째, 노인정에서 이루어지는 사업들이 합목적적이고 효율적으로 이루어지도록 조정한다. 이 과정이 지역노인회 주축으로 이루어지도록 지원한다.

일곱째, 지역사회 노인예방 프로그램을 정비하는 기본

가이드라인을 현장에 제공한다. 이 가이드라인은 방문건강관리팀의 중간 관리자가 지역현장과 협의 조정하여 실행되도록 한다.

결 론

우리나라의 방문건강관리사업은 동 단위 지역사회에 예방적 건강관리사업을 전개할 수 있는 전국적 체계를 이미 확보하고 있다.

노인의 기능허약성 예방문제는 노인의 삶의 질과 장기요양보험의 재정문제의 측면에서 볼 때 시급히 해결해야 하는 문제이며, 노인이 거주하는 지역사회에서 권역별로 전개되어야 할 지역사회 예방서비스이다. 그러므로 현재 구축된 방문건강관리 서비스 체계와 노인의 예방관리서비스, 그리고 일본의 서비스 전개 경험에 비추어 볼 때 이를 결합한 지역사회 서비스를 개발하고, 실시함은 현 시점에서 적절한 결정이라고 판단된다.

Acknowledgments

본 연구는 서울대학교 인문사회계열 연구년 지원기금을 활용하여 방문연구기관인 university of Tokyo Division of Health science & Nursing, Graduate School of Medicine 의 Sachiyo Murashima 교수의 도움으로 이루어졌음에 감사드립니다.

참 고 문 헌

- Cabinet Office, Government of Japan (2008). *White paper of senior society*. Tokyo: Cabinet Office, Government of Japan.
- Corporation National Health Center Committee (2008). *Practice of social work in community comprehensive support center*. Tokyo: Jungang-Buphyeon.
- Jang, B. (2008). *Policy of Japanese long term care service*, Keonggi Province: Yangseowon.
- Japan Public Health Association (2009). *Law on health services for the elderly*. Retrieved October 2, 2009, from <http://www.mhlw.go.jp/english/org/detail/index.html>
- Japan Statistic Association of Health & Labors (2007). *The report of community elderly health care (Section of elderly health)*. Ministry of Health & Labors, Japan.
- Jeong, H. (2006). *Long term care insurance & health-medical complex in Japan* (Reu, N.). Seoul: Young-Doctor (Original Work Published 2000).
- Fujita, K., Fujiwara, Y., Chaves, P. H., Motohashi, Y., & Shinkai, S. (2006). Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community dwelling older adults in rural Japan. *Journal of Epidemiology*, 16(6), 261-270.
- Kim, E., Seo, Y., Kweon, H., Huh, Y., Jang, U., Choi, J., & Kim, E. (2007). *Strategy development of elderly preventive care service system*. Seoul: National Foundation of Health Promotion.
- Kono, A., Kai, I., Sakato, C., & Rubenstein, L. Z. (2004). Frequency of going outdoors: A predictor of functional & psychological change among ambulatory frail elders living at home. *The Journals of gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 275-280.
- Lee, G., Kweon, J., & Kim, D. (2008). *Meaning & strategies for preventive services in long-term care*. The 3rd medical-social welfare symposium between University of Yonsei and University of Japan Social Welfare. Seoul: University of Yonsei School of Public Health.
- Lee, I. (2008). *The strategies for expanding delivery system of tailored health visiting care for vulnerable groups*. Seoul: National Foundation of Health Promotion.
- Lee, I., & Ko, Y. (2009). *Analysis of elderly frailty in Seoul*. Seoul: National Foundation of Health Promotion.
- Lee, I., Ko, Y., Yim, E., Choi, K., & Kim, K. (2009). *Development of Care Management Program for frailty prevention*. Seoul: Seoul National University. National Foundation of Health Promotion.
- Ministry for Health, Welfare & Family Affairs (2009). *The 2009 yearbook of health, welfare and family affairs*. Seoul: Ministry for Health, Welfare & Family Affairs.
- National Foundation of Health Promotion (2008). *The 2008 yearbook of tailored home health visiting services*. Seoul: Ministry for Health, Welfare & Family Affairs.
- Setagaya-Ku (2008). *Evaluation report of community comprehensive support center in Setagaya*. Tokyo: Satagaya District.
- Son, I. (2007). *Guideline of comprehensive linkage between long-term care insurance and community social-welfare service*. Workshop for Expansion of Visiting Health Care Services. Seoul: Ministry of Health & Social Welfare.
- Sungnam District, Division of Welfare for Elderly (2008). Report for activation of seniors' club, Unpublished manuscript, Sungnam District.
- Tagami, U. (2009-a). *Care management guideline for long-term care prevention*. Tokyo: Mitsubishi Research Institute.
- Tagami, U. (2009-b). *State of management about community comprehensive support center, national survey data*. Tokyo: Mitsubishi Research Institute.