

일본 고령화 정책의 시사점: 지역사회 기반 통합돌봄의 경로  
Lessons from Japan's Policy on Aging: The Path to Community-Based Integrated Care

Tomoko Sakota

AHWIN 보고서, 고령화 관련 정책 시사점  
AHWIN Papers, Lessons for Aging-Related Policy

---

### 주요 시사점

- 일본은 고령화 인구 문제를 해결하기 위해 다양한 접근법을 실험해 보았으나, 지역사회 기반 통합돌봄이 형평성과 지속성의 관점에서 가장 효과적인 해결방법이었다.
- 지역사회 기반 통합돌봄은 존재하는 지역 공동체의 자원을 통해 노인을 지원하면서 그들이 선택한 공동체에서 생활하고 늙어갈 수 있게 한다.
- 또한 지역사회 기반 통합돌봄은 재앙 방지, 빈곤, 그리고 도시화와 산업화로 인해 사라진 지역 공동체의 재건 등에 대처할 수 있는 안전망을 제공한다.
- 예방적 의료는 노인의 필요를 지원하는 시스템을 구축하고, 돌봄의 의료화를 제한하는데 중요하다.
- 일본의 국민건강보험과 장기요양보험 체계는 (아직 성장통을 겪고 있으나) 의료 치료 비용의 안정 및 가격 보장, 그리고 치료의 질 및 접근성 개선에 있어 필수적인 요소이다.

### 인구 고령화의 선두주자

일본은 인구 고령화의 선두에 있어왔다. 일본의 고령 인구(65세 이상이 인구에서 차지하는 퍼센트) 비율은 1950년 4.9%에서 2021년 29.1%로 증가하였으며, 이는 전세계에서 가장 높은 수치이다. UN은 국가의 고령 인구가 7%에 도달하면 "고령화 사회", 14% 이상은 "고령 사회", 21% 이상은 "초고령 사회"라 정의한다. 일본은 1970년에 고령화 사회가 되었으며, 1994년 고령 사회, 그리고 현재는 초고령사회이다. 일본은 산업화 국가들 중에서

도 가장 빠른 속도로 변화를 겪었다. 프랑스는 7%에서 14%까지 115년이 걸렸으며, 독일은 40년이 걸렸다. 그러나 일본의 경우 “고령화 사회”에서 “고령 사회”가 되기까지 단지 24년이 걸렸다. 그러나 오늘날 몇몇 아시아 국가들이 이보다 더 빠른 속도로 고령화를 겪고 있다. 이 때문에 자연스럽게 많은 이들이 해당 변화를 겪으면서 일본의 사례를 통해 통찰을 얻고자 한다.

그러나 일본이 인구 고령화를 다뤘던 경험은 다양한 어려움들과 부딪혔던 시행착오의 역사이다. 일본은 어떻게 효과적인 사회보장 체계를 구축할 것인지, 어떻게 국가 예산을 구축할 것인지 등의 문제들을 다루어야 했다. 고도성장시기 동안 일본은 빠른 속도로 고령화의 의료화와 제도화를 향해 나아갔으나, 경제성장이 둔화되고 안정된 이후에는 해당 접근법의 한계가 가시적으로 나타났다. 출산율 감소, 도시화, 핵가족으로의 전환 등의 시기를 겪은 지금, 전체적으로 일본 사회는 지역 공동체의 자원 및 네트워크에 대해 다시 인식하기 시작했으며, 이전의 사회 안전망을 지역사회 기반 통합돌봄으로 대체하고자 한다.

본 정책 브리프에서 저자는 일본이 극복한 어려움들의 종류에는 무엇이 있었는지, 일본의 고령인구를 해결하고자 했던 체계가 시대에 걸쳐 어떻게 구축되고 개선되었는지에 대해 알아볼 것이다. 이를 통해 저자는 일본의 고령화 경로를 따라갈 것으로 예상되는 아시아 국가들과 지속가능한 개발에 대해 함께 생각할 때, 본문이 제안안을 제공할 수 있기를 희망한다.

## 고령화 과정- 일본의 특성과 베이비 붐 세대

국가의 인구구조를 통해 해당 국가의 인구 고령화 추세를 어느정도 예측할 수 있다. 제2차 세계대전 이후 전세계적으로 국가들의 출생률이 증가하면서, 많은 인구를 포함하는 세대, 소위 “베이비 붐 세대”가 등장하였다. 미국에서 “베이비 부머” 세대는 종전 직후부터 케네디 행정부 시기 정도까지 태어난 넓은 범위의 사람들을 일컫는다. 그러나 일본의 경우 베이비 부머 세대는 “단카이 세대”, 혹은 일본어 그대로 덩어리(団塊) 세대라 불리는 1947년부터 1949년까지 태어난 세대를 일컫는다. 해당 시기에 약 270만 명이 매해 태어났다. 이제 70대가 된 “단카이 세대”는 의료 발전, 공중보건 및 식량 개선 등을 포함하여 사회환경의 주요 발전을 경험하였고, 이는 사망률의 감소로 이어졌다. “단카이 세대”의 커다란 규모는 아직도 일본의 사회 시스템에 다양한 방법으로 영향을 끼치고 있다.

노인 관련 시스템을 계획하는데 “단카이 세대”가 항상 염두에 있었다는 말은 과장이 아니다. 2003년 장기요양보험이 도입된 직후, 노인돌봄 연구원(Elder Care Study Group)이 후생노동성에 의해 설립되었다. 이들은 모든 일본의 베이비 붐 세대가 65세 이상이 되는 2015년에 맞춰 “노인돌봄 2015” 계획을 작성하였다. 이 때 처음으로 “지역사회 기반 통합돌봄”의 개념이 제안되었다. 현재 베이비 부머 세대들이 “초고령(75세 이상)”이 되는 2030년에 예상되는 문제들, 그리고 일본 사회가 고사망률의 정점을 찍을 것으로 예상되는 2040년에 예상되는 문제들을 어떻게 다룰 것인가에 대한 논의가 진행되고 있다.

종전 10년 뒤부터 매우 일찍이 일본의 고령사회를 예상하고 경고한 의사가 있었다. 후에 일본 의사회 회장으로 의료계를 이끌었던 다케미 다로(武見 太郎) 박사는 1955년, 월간 문예지 중앙공론(中央公論)에 “증가하는 고령자 인구에 어떻게 대응할 것인가?”라는 글을 기고한 바 있다. 해당 글에서 그는 “말할 필요도 없이 과거처럼 젊은층만을 위한 건강보험 구조는 지속될 수 없으며, 만성질환 개입으로 인해 의료비 지출이 증가하게 될 것이다”라 하였다. 그는 또한 노인학(gerontology)에 기반한 예방적 의료의 필요성을 주장하였다. 그는 “노인에 대한 일본의 대응이 세계적 흐름과 완전히 반대 방향으로 가고 있다는 것에 주목해야만 한다. 해당 대응들로 인해 노인들의 거주지는 점차 사회로부터 분리되거나, 요양병원이 될 것이고, 이는 노인병학(geriatric)이 그런 분리된 곳에서만 필요하다는 생각을 심어줄 것이다”라 하였다. 그러나 해당 경고에도 불구하고, 이후의 정치적 경제적 상황은 “반대 방향으로 향하는” 경향을 만들었다. 그리고 수많은 시행착오를 겪은 이후에나 일본은 마침내 타케미 박사가 오래 전에 주장했던 전략을 따라잡기에 이르렀다.

노인 의료 치료 무상화- 소규모 마을에서 전국적으로

일본 사회보장 체계의 주요 시발점은 1961년 국민건강보험의 도입이었다. 기존의 고용주 기반 보험에 더하여 자영업자와 농부들을 위한 전국적 건강보험이 지방자치단체 및 전국으로 도입되었다. 이를 통해 보편적 건강보장(universal health coverage)이 달성되었고, 누구나 의료돌봄을 언제 어디서나 받을 수 있게 되었다. 2011년 9월 주요 의학저널 Lancet은 일본을 주제로 특별판을 발간하여 일본의 국민건강보험 50주년을 기념하였다. 해당 호는 글로벌 보건에 대한 일본의 노력이 중요함을 강조하며, “일본의 건강보험 및 장기요양에 대한 경험과 지식은 MDG(Millennium Development Goals) 이후 고령인구 비율이 증가하는 몇몇 사회들의 장기요양을 향한 움직임에 있어 커다란 자산이 될 것이다”라 하

였다.

그러나 국민건강보험은 일본 노인에게 도입 직후부터 효과적인 도움을 주는 장치가 되지는 못하였다. 의료비에 안정성을 보장하였고, 이로 인해 의료기관과 의료 서비스의 질이 증가하였다. 그러나 당시 국민건강보험의 개인적 부담금이 50%이었으므로 모두가 이를 낼 수 있었던 것은 아니었다. 시스템이 존재함에도 불구하고 노인의 의료돌봄은 비용으로 인해 빈번히 유예되었다. 또한 사망 직후 환자사망 진단서만을 쓰기 위해 의사에게 가정에 전화를 걸어달라 요청하는 사례들조차 흔하게 볼 수 있었다.

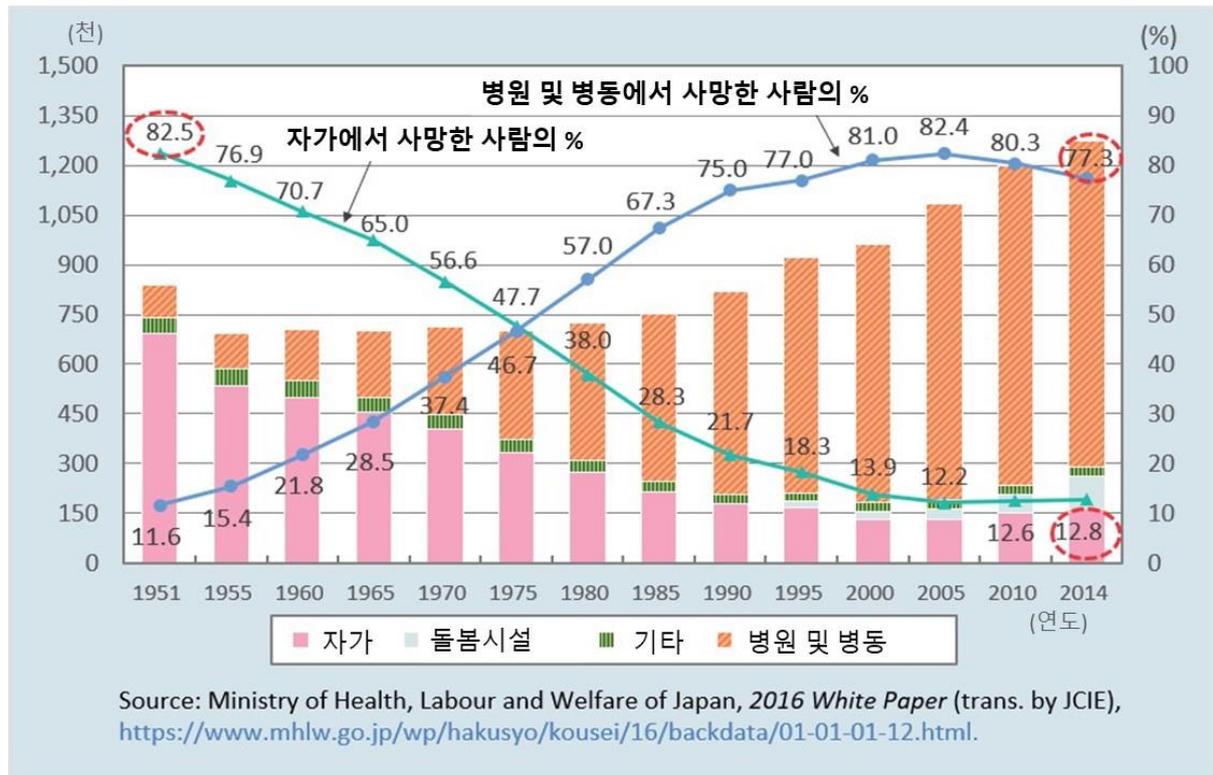
이런 상황에서 한 지방자치단체가 노인 거주민들을 위해 자체적으로 건강보험을 만들기 로 결정하였다. 눈 많은 도호쿠(東北) 지방의 약 7000명 남짓한 인구의 작은 마을이었다. 마을에서의 일상생활이 거칠었기에 많은 노인들이 의료 서비스를 이용하지 않았고, 이에 마을의 이장이 “국가가 하지 않는다면, 내가 하겠다”라며 발 벗고 나섰다. 국민건강보험 계획을 실행하는 주체가 지방자치단체였고, 재정지출에 어느정도 재량권을 가지고 있어서 이장이 노인 대상 무료 건강보험을 추진할 수 있었다. 처음에는 무료 의료 서비스가 가능해짐에 따라 많은 이들이 의사 진료를 보았으나(이후에는 사회활동과 같은 것으로 바뀌었다), 무료이기 때문에 곧 약을 많이 받아가는 현상이 일어나기도 했다. 그러나 이에는 예방적 활동도 포함되어 있었기 때문에, 거주민들의 의식도 변화하기 시작했다. 당시 한 국민건강보험 병원 의사가 마을 건강관리부의 장으로 재직하고 있었고, 해당 의사는 공공보건 간호사들과 협업하여 거주민들의 식습관 및 거주환경을 개선하기 위해 노력 하였다. 의사는 한 곳에서 모든 마을 주민들의 의료 데이터를 수집하였고, 의료 치료와 건강 관련 활동들을 통합하였으며, 이로 인해 건강관리가 좀 더 용이하게 되었다. 이전에 지방 평균보다 더 높았던 마을의 1인당 의료비는 이런 노력들에 의해 평균보다 훨씬 줄어들 수 있었다.

산골마을의 항시적 건강보험 무료화는 전국의 지방자치단체들로 확산되기 시작하였다. 1973년 일본 정부는 70세 이상에게 무료 의료 보험을 제공하기로 결정하였다. 당시 총리 다나카 가쿠에이(田中 角栄)는 만약 경제성장이 지속된다면 필요한 재정적 자원이 보장 될 수 있다며 호언하였다. 이때가 일본복지체계의 원년이었다. 많은 이들이 어떤 것을 “공짜”로 만드는 것만큼 무서운 것이 없다는 의견을 내비쳤으나, 당시의 흐름이나 정치적 요구에 저항할 방법이 없었다. 그러나 안타깝게도, 성공의 주요 요소가 간과되었다. 공중 보건 간호사들의 예방적 활동이 제외되었고, 이를 제외함에 따라 노인 의료 비용이 증가 하게 되었다.

돌봄의 의료화 - 집에서 맞는 죽음에서 병원에서 맞는 죽음으로

의료치료가 정부의 고령화 대응에서 점차 상당한 역할을 하면서, 노인 인구수의 증가는 일반 건강보험 체계에 문제점으로 작용하기 시작했다. 다음 그래프는 의료화의 진행과정을 보여주고 있다. 1975년, 최초로 의료 기관에서의 사망자 수가 자가에서 사망하는 이들의 수를 뛰어넘었다.

그래프 1. 일본 내 장소 별 사망자 수 및 퍼센트의 연도별 변화



해당 기간동안 노인의 의료 비용은 무료가 되었고, 노인전문 병원들이 차례대로 지어졌다. 많은 병원들이 땅값이 낮은 곳에 지어졌고, 이는 곧 교통이 불편함을 의미했다. 항시 돌봄이 필요한 노인들, 예를 들어 뇌출혈이나 부분적으로 마비된 사람들은 이런 병원시설에서 종종 마지막 시간을 보내다가 사망하였다. 핵가족이 보편화됨에 따라 자녀들이 집에서 부모에게 간호돌봄을 제공하는 것이 어렵게 되었고, 장기 요양을 병원이 담당하게 되었다. 노인전문 병원은 일반 병원보다 의료진을 더 적게 요할 뿐만 아니라 의료치료보다 장기요양에 더욱 집중한다. 그럼에도 불구하고 노인 환자가 해당 시설들에서 충분한 돌봄을 받고 있지 못하다는 보고가 빈번하게 나타나 사회적 문제로 불거지기도 하였다.

정부는 이런 상황을 두고 보지 않았다. 1982년 노인보건법 제정으로 노인의 의료비가 고정되어 무상치료의 시대가 끝나게 되었다. 그러나 한 때 무상이었던 것에 비용을 부과할 때, 이전의 유료 시스템으로 한꺼번에 회귀하는 것은 불가능했다. 이후 10년 동안 고정 입원비는 겨우 하루 ¥300(당시 1달러 보다 약간 비싼 정도) 였으며, 외래 환자 치료는 월 ¥400이었다. 그리고 이는 2001년 10% 본인부담금이 도입되기 이전까지 바뀌지 않았다.

뿐만 아니라 한번 시설을 짓고 나면, 없애기 쉽지 않다. 따라서 노인전문 병원을 활용할 필요가 있었다. 따라서 지침 조치들(guidance measures)이 도입되었고 노인에게 재활치료를 제공하고 이후 자가로 돌아가도록 촉진하였다. 기존 노인전문병원에는 노인보건시술소, 요양돌봄소, 간호의료원 등으로 이름이 바뀌었으나 이런 기관은 이전과 같이 모두 다양한 형태로 24시간 돌봄을 제공하였다. 노인에게 비상상황이 생기면 즉각 응급차를 부르는 기존의 행태는 바뀌지 않았으며, 현실적으로 재가 의료 서비스를 이용하는 것은 그리 쉽지 않았다.

#### 재가 기반 돌봄 체계로의 전환- 장기요양의 사회화와 그 한계점

정부 조치의 일부로서 가정보호(home care)의 개념은 경제 고성장 시대의 끝자락에 도입되기 시작했다. 그 이전까지는 복지정책의 일환으로 지방자치단체에서 “도우미(재가방문 돌봄)” 및 간호사를 빈곤한 노인들의 가정으로 파견하였다. 이 새 개념은 돌봄을 재가 기반 서비스로 바꾸고자 하는 움직임의 시작이었다.

1989년 일본 정부는 노인의 보건과 복지 증진을 위한 10년 전략, 골드플랜(Gold Plan)을 세웠다. 재가 기반의 주 3요소, 재가 도우미, 데이서비스 센터<sup>1</sup>, 단기 요양 시설을 확대하기 위해 일본 정부는 수량적 목표를 세우고 지방자치단체들이 해당 요소들을 도입할 수 있도록 재정적으로 지원하였다. 이를 통해 당시의 기관 중심 돌봄에서 가정보호로 전환하려 했던 것이다. 이전까지 가정에서 장기요양을 하는 것은 여성들의 역할이라는 관념이 존재하였다. 따라서 해당되는 서비스의 제공은 원래 부인이나 며느리가 하는 것으로 기대되는 것이었다. 동시에 사기업에게도 기회가 열렸고, 노인 관련 사업을 증진하려는

---

<sup>1</sup> 1979년 일본의 재가복지서비스 시설, 재가노인복지대책 사업의 일환으로 실시되었으며, 약노인의 생활자립 및 사회적 고립감 해소 등을 도모한다.

정부의 움직임에 맞춰, 1985년 후생노동성에 장기요양산업을 담당할 부서(실버서비스 진흥지도실)가 설치되었다.

추가적으로 정부는 장기요양을 의료치료와 분리시키는 것을 고려하기 시작했으며, 새로운 보험 시스템을 도입하였다. 일본 인구의 고령화가 진행됨에 따라, 거동이 불편한 환자와 치매 인구가 증가하였고, 전통적으로 가족들이 장기요양을 제공하는 것의 한계가 드러났다. 새로운 키워드는 "장기요양의 사회화"였다. 1994년 정부는 후생노동성에 장기요양 증진을 위한 본부(고령자개호대책본부)를 설치하였다. 이는 새로운 비용을 40세 이상부터 거두고, 회사들도 부담의 일부를 지는 것이었다. 그러나 이는 전통적으로 일본은 자녀들이 부모를 챙겨야 자연스럽다고 생각하는 일부의 반발을 불러일으켰다. 그리고 이는 열띤 논쟁으로 이어졌다. 그러나 여성의 사회적 지위 상승에 힘입어, 장기 요양의 사회화에 찬성하는 이들도 많았으며, 재가-기반 서비스를 증진하는데 열정적이었던 지방 정부의 장들도 모여 지방자치단체 복지부(복지자치체유닛, 현재는 지방자치단체 지역사회 기반 협동 정책 연합의 일부)를 형성하여 장기요양보험의 도입을 지지하였다. 이런 커다란 기대속에서 일본의 장기요양보험이 2000년에 도입되었다.

장기요양의 사회화는 돌봄을 개선시켜 혼자 사는 노인이 원한다면 자가에서 사망할 때까지 살 수 있도록 하기 위함이었다. 그러나 이는 계획대로 되지 않았다. 장기요양보험 하 나로는 노인이 집에서 나이들 수 있도록 하는데 충분치 않았다. 또한 가족구성원이 일을 그만두고 돌봄을 제공하거나, 추가적으로 개인비용을 내야만 다른 이들로 하여금 해당 돌봄을 제공하게 하는 것이 가능했다.

장기요양보험 시스템의 변천은 지속적으로 시행착오를 겪고 있다. 장기요양 시스템의 50%는 세금이 담당하고, (중앙세금과 지방징수액 각각 반반씩) 40세 이상 국민이 나머지 50% 보험료를 내게 되어있다(고용사 측에서 64세 이전까지 내는 것이 보통이다). 본래 65세 이상 노인이 내는 보험료는 월 평균 ¥3,000(당시 약 US\$28)이었으나, 이제는 2배로 늘어나 ¥6,000(US\$50 이상)이 되었다. 그리고 벌써 해당 가격으로는 현재의 비용 부담 하의 시스템을 유지하기에 충분치 않다는 것이 분명해졌다. 반면에 장기요양을 필요로 할 것으로 여겨지는 인구는 2000년 시스템 도입 이후로 3배로 증가하였다. 그리고 해당 인구는 베이비 부머 세대가 노년의 후반기로 접어들면서 늘어 가기만 할 예정이다. 장기요양보험 사용자와 부양자들은 3년 마다 치료 비용이 개정돼야 하는 시스템에 의존하고 있고, 해당 시스템은 아직 개선해야할 점이 많다.

또한 돌봄노동자의 부족도 심각하다. 신규 돌봄 노동자의 유입은 저임금으로 인해 항상

힘들었으나, 증가하는 노동량으로 인해 더욱 어려운 노동 환경이 되었다. 외국 돌봄 노동자들을 유치하려는 노력들이 행해지고 있으나, 이민 자격 및 기타 어려움들과 같은 시스템적 문제로 인해 노동부족을 해결하는데 큰 영향을 주진 못하였다.

### 지역사회 기반 통합돌봄의 도입

장기요양보험이 도입된 직후 후생노동성의 연구원은 지역사회 기반 통합돌봄의 개념을 노인 장기요양의 새로운 방법으로 고안하였다. 해당 개념이 빠르게 다가오는 베이비 부머들이 65세가 될 2015년 이후를 고려하면서 주요 이슈로 간주되기 시작했다. 연구원이 발간한 보고서에는 “장기요양보험을 핵심으로 유지하면서, 장기요양 서비스뿐만 아니라 다른 문제들도 다루기 위해서 통합돌봄(지역사회 기반 통합돌봄)이 필요하다. 통합돌봄은 지역 공동체의 다양한 자원을 사용하며, 이에는 보건, 복지, 의료 전문가, 봉사자 및 이외 지역 공동체 운동들의 협동이 포함된다.”

이 새로운 방향은 지방자치단체에서 열린 지역사회 돌봄 학회에서 힌트를 얻었다. 해당 학회에서 지방자치단체가 어떻게 해야 노인이 자가에 남아 돌봄을 받을 수 있을 것인지에 대한 논의가 이루어졌다. 가정방문 의사가 주요한 역할을 맡고 간호사, 간병인, 돌봄 매니저, 그리고 가끔 공무원들을 포함해 다양한 이들이 돌봄을 제공하는 것이었다. 시간적 여유가 별로 없는 전문가는 노인 및 가족들과 대화하고, 몇 가지 주요 포인트들을 준비한 이후, 모두가 모여 짧은 면대면 회의를 통해 10분 정도 논의한다. 지역 공동체의 모든 가용 자원을 활용하고, 모두와 정보를 공유하고, 해당 지역의 노인을 지원하기 위해 협동하는 것이 목적이었다.

비슷하게도 여러 지방자치단체들이 중앙정부보다 먼저 자체적인 이니셔티브를 실행하고 있었다. 몇몇 모범 사례들이 소개되었다. 이전에는 분리되어 있던 노인 및 장애인을 위한 데이케어 시스템의 통합한 사례가 있었다. 또 다른 곳은 다기능센터를 설립하여 성인 데이케어 서비스 제공, 단기 간호요양, 그리고 가정방문 도우미 파견을 제공하였다. 이와 같은 이니셔티브들은 지역마다의 핵심인물을 중심으로 개발되었으며, 각각 특유의 지역 역사와 자원을 가지고 있었다. 이후 장기요양보험을 통해 전국적으로 제도화된 메커니즘도 있었다. 그러나 전국차원의 규칙과 규제로 인해 지역 공동체나 지역 차원에서 잘 작동되었던 요소들이 전국적 규모로 채택되지는 못하였다. 이로 인해 해당 돌봄 시스템의 본래적 가치가 어느정도 손실되었다. 지역 공동체의 자원 활용 그리고 지역 노인을 지지

하기 위한 협동 등이 손실되었다.

일본 국가 정책이 표방하듯이 현재 지역사회 기반 통합돌봄은 지방자치단체 기반의 시스템이며, 의료치료와 장기요양을 통합하고 지역 공동체 구성원들 간에 상호적 지원을 증진하고 있다. 이는 지방 정부에게 어떻게 시스템을 운영할 것인가에 대해 어느정도 자율성을 부여하나, 이러한 노력은 지역마다 매우 큰 차이를 보인다.

### 공동체 재활성화를 향해

쿠니타치(国立)시는 도쿄 서부에 위치해 있다. 지역의료계획은 보통 현(県)에 의해 만들어지지만 쿠니타치시는 시의 독자적인 관점에 입각해 만들었다. 이는 지역 간호 및 복지 시스템, 그리고 도시 거주민들의 의견을 감안했을 때, 노인 의료를 도시차원에서 생각하는 것이 필수적이기 때문이다. 인구 80,000명 이하의 해당 도시에서 이 이니셔티브는 30년 전에 개업했던 병원을 중심으로 하며, 재가방문요양을 제공한다. 해당 병원의 의사는 “치료하는 의료돌봄”에서 “치료 및 지원의 의료돌봄”으로 전환할 것을 강조하였다. 노인들이 공동체에서 마음 편히 살 수 있도록 그저 의료 치료만 제공하는 것을 넘어 노인의 삶의 방식과 동기를 고려하는 것도 중요하다고 주장하였다. 여기에 더해서 지역사회 기반 통합돌봄을 증진하고, 시민들의 활발한 프로그램 참여를 독려하기 위한 노력의 일환으로 쿠니타치시는 노인 대학을 운영하고 있다. 노인대학에서 은퇴자들 및 이외 노인들은 다양한 주제의 강의들을 수강할 수 있다. 강의 주제들로는 예방적 치료, 치매, 그리고 비상상황에서 지원이 필요한 사람들을 위한 조치 등이 있다. 벌써 50명 이상이 수강하였으며, 지역 공동체 구성원들이 다같이 모일 수 있는 공간을 만들면서 공동체 구축에 기여하고 있다.

아직 지역사회 기반 통합돌봄이 구체적으로 진척되지 못한 지역도 많이 있다. 그러나 사람들이 그들에게 익숙한 곳에서 살 수 있도록 하기 위해서는 지역 공동체 자원을 최대한 활용하고 같이 협동하는 것이 필수적이라는 공감대가 형성되었다. 이와 같은 지역사회 구축은 노인을 지지할 뿐만 아니라 비상상황 방지, 빈곤, 그리고 코로나19와 같은 질병에 대처하기 위한 안전망의 기반이 될 수 있다.

또한 지역사회 기반 통합돌봄은 도시화와 산업화가 훼손한 지역 공동체를 재건하는데도 도움이 된다. 지역 공동체들을 복구하는 것은 쉬운 일이 아니지만, 지역사회 기반 돌봄의 잠재력을 인식한 사람들에 의한 새로운 움직임이 나타나고 있다. 이들은 비영리단체, 학

계, 지방자치단체의 사람들로서, 지역사회 기반 통합돌봄의 개념을 지역사회 재건 과정에 적극적으로 활용하려 한다.

고령사회의 선두 사례로서, 일본은 수많은 성공과 실패를 경험하였다. 그러나 마침내, 지역사회 기반 돌봄이 해당 문제에 대한 해결책이었다. 누구도 뒤에 남기지 않겠다는 생각과 지속성의 관점으로 봤을 때, 이는 자연적인 해결책이었을지도 모른다. 그러나 일본이 이를 배우기까지 수십년이 걸렸다. 일본의 사례를 살펴봄으로써, 다른 고령화 국가들은 일본과 같은 성장통을 겪지 않고 일본 시스템의 가장 성공적인 요소들, 예컨대 국민건강보험, 건강한 고령화 및 예방에 대한 강조, 지역사회 기반 돌봄 등을 기반으로 정책을 기획할 수 있길 바란다.

\* 아셈노인인권정책센터는 아셈 지역과 국제사회의 고령화와 노인인권 관련 자료를 정기적으로 모니터링하고 주요 자료를 요약 및 번역하여 공유하고 있습니다. 자료의 내용에 대한 책임은 각 기관에 있음을 참고하여 주시기 바라며, 번역에 대한 의견이 있으시면 김난유 인턴 연구원( [nykptl@asemgac.org](mailto:nykptl@asemgac.org) )에게 연락해주시기 바랍니다