

일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로

The Current State of Community Care in Japan:
With Special Reference to Community Care Centers

임정미(한국보건사회연구원 부연구위원)

일본은 2005년 지역포괄케어센터 설립을 시작으로 지역포괄케어시스템 구축에 박차를 가해 왔다.¹⁾ 지역포괄 케어시스템은 고령화로 인해 계속해서 늘어나는 의료·개호보험료의 부담을 줄이고 동시에 의료와 돌봄을 비롯한 복합적 욕구를 지닌 노인들이 거주지가 속한 지역사회에서 존엄한 생활을 보낼 수 있는 시스템이 필요하다는 인식에서 출발하였다. 본고에서는 지역포괄지원센터를 중심으로 일본 지역포괄케어시스템의 최근 흐름을 살펴 보고, 우리나라 지역사회 돌봄정책(Community Care)에 필요한 함의를 찾고자 한다.

1. 들어가며

본고는 24시간 돌봄이 필요한 치매 노인이나 장애가 있는 노인, 더 나아가 그들을 돌보는 가족돌봄자(그중에서도 양육과 케어를 동시에 진행하는 더블케어 세대)가 지역사회에 거주 하면서 각자의 욕구에 맞는 서비스를 누락 없이 받기 위해서는 지역 단위의 연속적인 돌봄체 계가 구축되어야 한다는 문제 인식에서 출발한다. 고령사회 도래와 함께 부양가족이 없는 1인 노인 가구나 치매, 장애가 있는 중증 노인의 지역사회 거주가 증가하면서 이들이 이용하기 쉬운 새로운 서비스 및 지원 형태에 대한 논의가 필요하다는 것이다. 그러나 국내의 복지

1) 일본은 1980년대에 이미 장기적인 돌봄이 요구되는 장애, 질병을 가진 사람들의 지역생활을 위한 의료·복지 통합 서비스 제공 시스템 구축에 관한 움직임이 있어 왔다. 하지만 지역포괄케어시스템이 정책과제로 부상한 배경에는 고령화로 개호보험 이용자가 증가함에 따라 개호보험 재정이 압박받는 상황에서 이를 극복하기 위한 방안으로 개호서비스 공급체계를 재편하려는 움직임이 있었기 때문이다(宮本太郎, 2014). 이에 2005년 개호보험법 개정을 계기로 노인 개호영역 내 지역포괄케어시스템 추진이 공식화되었다. 즉, 급속한 노인 증가라는 긴급한 현안에 대응하기 위해 지역포괄케어시스템 구축을 제도화하고, 이 시스템을 활용하여 정책 대상을 장애인, 부랑자, 아동 등으로 확대하려 하였다.

제도는 의료와 서비스의 통합적 연계가 부족하고 서비스 전달체계가 제도별로 분화되어 있어 이용자의 욕구에 적합한 서비스를 적시에 충분히 제공하기가 어렵다.

한편, 우리나라보다 일찍이 고령사회를 경험한 일본에서는 이미 오래전부터 증가하는 의료·개호보험비의 부담을 억제하고 의료와 돌봄을 비롯한 복합적 욕구를 지닌 노인 등이 지역에서 존엄한 생활을 보낼 수 있도록 그들의 욕구와 생활 패턴에 맞는 지원시스템을 개발해야 한다는 문제(전달체계의 재구조화)가 제기되었다(長寿社会開発センター, 2011). 또 이러한 문제에 대응하기 위해 지역포괄케어시스템(*community care system*) 구축에 박차를 가해 왔다. 예를 들어 일본은 2005년 「개호보험법」을 개정하여 지역포괄지원센터 설립을 위한 근거를 마련하고, 이를 중심으로 지역 밀착형 서비스 제공을 위한 지역포괄케어시스템 구축에 집중하고 있다. 지역포괄케어시스템은 의료적 치료, 돌봄 등 다양한 서비스가 필요한 이용자가 30분 거리에 위치한 지역포괄지원센터(1차 종합상담기관)를 통해 분야 횡단적인 제도 및 서비스를 누락 없이 이용할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 한다. 또, 2011년과 2014년 두 차례의 「개호보험법」 개정을 통해 단카이 세대(團塊世代)²⁾가 후기노인이 되는 2025년을 목표로 지역사회에서 24시간 돌봄이 가능한 연속적, 순환형 지역포괄케어시스템 구축을 위한 국가와 지자체의 책무를 규정하였다. 2017년에는 분립된 각각의 제도로는 서비스 통합에 한계가 있다는 지적에 따라 「개호보험법」을 비롯한 「노인복지법」, 「의료법」, 「아동복지법」, 「노인학대방지법」 등 31개의 법을 한데 묶어 개정하는 법률(이하, 지역포괄케어시스템 강화 법률)을 마련하는 등 지역포괄케어시스템의 기능 강화(분야별 서비스 통합 제공의 근거 마련)에 주력하고 있다. 요약하면, 본고는 24시간 돌봄이 필요한 치매 노인이나 장애가 있는 노인 등이 거주지가 속한 지역사회에서 각자의 욕구에 맞는 서비스를 누락 없이 받기 위해서는 지역 단위의 통합된 서비스 전달체계가 필요하다고 생각하며, 일본의 지역포괄케어시스템을 참고로 그 방향성을 탐색하고자 한다. 이용자 중심의 지역 단위 서비스 제공 방식을 채택하고 있는 일본의 지역포괄지원시스템은 한국 사회의 제도별, 대상별로 분화된 서비스 제공 방식에서 기인하는 문제들을 극복하기 위한 시사점을 줄 수 있기 때문이다. 따라서 본고에서는 일본 지역포괄케어시스템 운영의 핵심 기관이라 할 수 있는 지역포괄지원센터를 중심으로 일본 지

2) 제2차 세계대전 직후에 태어난 일본의 베이비붐 세대를 일컫는다.

역포괄케어시스템의 특징과 운영 과제들을 살펴보고, 이것이 한국의 지역사회 돌봄정책에 주는 함의를 탐색하고자 한다.

2. 지역포괄케어시스템 운영 현황 및 특징

가. 지역포괄지원센터의 역할과 기능

일본의 지역포괄케어시스템은 2005년 「개호보험법」 개정을 통해 도입되었다. 일본 정부는 지역포괄지원시스템을 구축함으로써 개호보험법의 목적인 서비스 이용자 개인의 존엄을 유지하고, 이용자의 개별 상황에 맞게 개호서비스를 포함한 의료, 예방서비스 등을 계속적, 포괄적으로 제공하고자 하였다(東洋大学福祉社会開発研究センター, 2011). 여기서 지역포괄케어란 장애를 가진 노인이라 할지라도 지역 주민이라면 누구나 평소 생활하는 거주지역에서 계속해서 생활할 수 있도록 지역사회의 다양한 자원을 활용해 끊임 없이 서비스를 제공하는 것을 말하며, 이를 수행하기 위해 지역포괄지원센터가 설립되었다(長寿社会開発センター, 2011), 지역포괄케어 추진의 법적 근거는 「개호보험법」에 있지만 개호보험서비스 이용자뿐 아니라 그들의 가족, 지역 주민 모두가 필요에 따라 지역포괄지원센터의 사례관리(management)를 통해 주거, 의료, 개호, 예방, 생활지원서비스를 연속적으로 이용할 수 있다(그림 1).

그림 1. 일본 지역포괄케어시스템



자료: 요코하마시 노인복지부(2017), 내부 발표 자료를 서제희 등(2017)에서 도식화한 것을 사용[서제희, 최지희, 이나경, 오세욱, 유운형, 구정하. (2017). 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형: 재활의료서비스를 중심으로].

지역포괄케어시스템 운영에 중추적인 역할을 담당하는 지역포괄지원센터는 지역 주민의 건강 유지와 생활 안정에 필요한 서비스를 포괄적으로 지원, 연계하는 기관이다(「개호보험법」 제115조). 지역포괄지원센터의 설립 주체는 시정촌(市町村, 기초지자체)이며, 시정촌은 센터를 직영하거나 위탁한다. 각 지역의 센터에는 보건사³⁾(혹은 간호사), 사회복지사, 주임 케어매니저⁴⁾ 등이 배치되어 개별 문제를 다학제적 관점에서 진단함으로써 문제 상황에 더욱 적합한 지원 계획을 세울 수 있다. 지역포괄지원센터는 각 지역의 중학교 권역을 중심으로 설치되어 있는데, 이는 30분 이내의 생활 가능 거리⁵⁾에서 24시간 365일, 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위한 것이다. 따라서 지역포괄지원센터는 공식·비공식 자원의 네트워크 구축, 서비스 연계를 통해 지역사회의 의료, 보건, 돌봄, 복지(생활지원), 주거, 예방서비스 등을 포괄적으로 지원할 수 있어야 한다. 요약하면, 지역포괄지원센터가 하는 역할은 크게 (1) 지역 네트워크 구축 (2) 원스톱 종합상담창구 설립 (3) 권리 옹호(성년후견제도 활용 촉진) (4) 지원 곤란 사례⁶⁾에 대한 상담 및 지원 업무로 나뉘며, 이를 바탕으로 중증 장애 혹은 정신질환이 있는 노인이라도 자택에서 24시간 생활할 수 있도록 이용자의 상태에 맞는 정기, 수시 순회서비스를 지원할 수 있다(長寿社会開発センター, 2011).

성공적으로 지역포괄케어를 실현하기 위해서는 종합상담과 지역 네트워크 구축이 중요하다. 종합상담은 전문 분야에 국한된 서비스 혹은 제도별로 분절된 서비스 제공의 한계를 극복하기 위해 이용자의 욕구에 따라 개호보험서비스뿐 아니라 각 분야의 서비스(예를 들어 의료, 주거, 취업지원 등)를 통합·조정하여 원스톱으로 제공하는 기능을 말한다. 또 이러한 서비스 통합·조정을 통해 치매, 정신질환, 학대, 가족 구성원의 실업 등 다양한 위험과 복합적 욕구에 대응할 수 있다. 한편, 네트워크는 보험자(시정촌), 서비스 제공 기관(개호보험서비스 사업자, 마을만들기센터, 사회복지협의회), 민생위원,⁷⁾ 지역 주민, 경찰, 소방관, 변호사 등

3) 보건사는 소정의 전문교육을 받은 후 건강교육, 보건지도와 같은 공중위생활동을 실시하는 지역 간호 전문가를 말한다. 이들은 주로 각 지역의 보건소, 학교의 보건센터에 근무한다.

4) 주임 케어매니저는 각 지역의 케어매니저를 통합 관리하는 역할을 담당하는 전문직으로, 케어플랜 작성이나 지원 곤란사례에 대해 고민하는 케어매니저를 상담한다. 또 사례 검토회를 통해 각 지역 케어매니저의 전문성 향상 및 교류를 꾀한다(長寿社会開発センター, 2011).

5) 중학교 권역에 설치되어 있는 지역포괄지원센터는 걸어서 30분 이내에 접근할 수 있는 1차 종합상담기관으로서의 역할 및 기능을 수행하고 있다(長寿社会開發センター, 2011).

6) 배회가 심한 치매 노인의 재택생활지원 계획, 건강 상태가 심히 열려되지만 요양서비스를 받는 것을 거부하는 노인의 케어플랜(서비스 지원 계획) 작성 시 슈퍼비전 등을 제공한다.

7) 민생위원은 시정촌 각 구역에 배치된 민간위원으로 주민의 욕구(생활 상태)를 파악하고 원조를 필요로 하는 자가 자립된 생활을 보낼 수 있도록 상담에 응하고 조언하는 역할을 한다. 필요에 따라 지역포괄지원센터 직원 혹은 사회복지 업무에 담당하는 공무원에게 문제 해결을 위한 도움 및 지원을 요청한다.

과 연대하는 것을 말한다. 지역포괄지원센터는 이러한 네트워크 기능을 통해 돌봄 혹은 보호가 필요한 지원 곤란 사례를 조기에 발견하고 지역사회가 문제 상황에 적극적으로 대처할 수 있도록 주민조직화를 지원한다.

나. 지역포괄지원센터 설치 현황

지역포괄지원센터는 2006년 설립 이후 그 수가 꾸준히 증가하여 2014년에는 4557곳으로 늘어났으며 매년 각 지역 센터에 배치되는 전문직 종사자 수도 늘고 있다.⁸⁾ 운영 형태를 살펴보면, 2014년을 기준으로 시정촌 직영 센터가 전체의 27.2%, 위탁 운영 센터가 72.2%를 차지해 위탁 운영 비율이 점차 늘고 있는 추세이다(표 1). 센터 1곳이 담당하는 65세 이상 노인 수는 5000명 이상 1만 명 미만인 센터가 전체의 44.1%로 가장 많고, 3000명 이상 5000명 미만인 센터는 21.2%, 1만 명 이상 3만 명 미만인 센터는 16.5%를 차지했다(표 2). 또, 센터의 명칭이 업무 내용을 잘 전달하지 못한다는 지적에 따라 고령서포트센터, 안심건강센터처럼 지자체별로 상이한 명칭을 붙이고 있다.

표 1. 지역포괄지원센터 설립 수

(단위: 개)

	센터 설치 수	설치 보험자 수	미설치 보험자 수	직영(비율)	위탁(비율)
2006년	3,436	1,438	207	1,265(36.8%)	2,171(63.2%)
2007년	3,831	1,640	30	1,392(36.3%)	2,439(63.7%)
2010년	4,065	1,589	0	1,208(29.7%)	2,810(69.1%)
2013년	4,484	1,580	0	1,265(28.2%)	3,213(71.7%)
2014년	4,557	1,579	0	1,239(27.2%)	3,292(72.2%)

주: 2010년부터 직영, 위탁을 합한 비율이 100%가 되지 않는데, 이는 무응답 처리한 센터를 제외하였기 때문임.

자료: 三菱総合研究所, (2014). 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業.

표 2. 1개의 지역포괄지원센터가 담당하는 65세 이상 노인 수

(단위: 개)

	3000명 미만	3000명~ 5000명 미만	5000명~ 1만 명 미만	1만 명~ 3만 명 미만	3만 명 이상	무회답
2013년	691	956	1941	733	87	76
2014년	666	964	2010	754	100	63

자료: 三菱総合研究所, (2014). 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業.

8) 지역포괄지원센터는 자립, 서브 센터를 합쳐 총 7072곳이 운영되고 있다(三菱総合研究所, 2014).

다. 지역포괄케어 운영 사례

1) 윈스톱 상담지원체계 구축

도쿄도 세타가야구⁹⁾는 2014년부터 지역포괄케어 활성화 사업으로 지역포괄지원센터(구의 명칭은 안심건강센터), 사회복지협의회, 마을만들기센터가 함께 참여하는 복지상담창구를 설치¹⁰⁾하였다. 이 상담창구에서는 노인뿐 아니라 장애인, 아동, 생활 곤궁자 등을 대상으로 포괄적인 상담을 실시한다. 이뿐만 아니라 세타가야구는 지역포괄지원센터의 업무가 노인 등 개호보험서비스 이용자를 위한 상담에만 한정되어 있는 문제를 극복하기 위해 각 지역포괄지원센터에 정신보건복지사를 배치하여 복합적인 욕구에 대응할 수 있도록 하였다. 세 개의 기관을 중심으로 하는 삼자(三者) 연합(예를 들어, 삼자회의) 체계는 종래 각각의 기관이 개별적으로 대응하던 상담지원을 공동 대응 체계로 확대하였다. 공동 대응을 위해 세 개의 기관에 매뉴얼을 보급하고 지역포괄지원센터에는 보건복지정보시스템, 이용자기본대장시스템을 도입하여 노인뿐 아니라 지역 주민이라면 누구나 방문하여 상담받을 수 있는 체계를 구축하였다. 예를 들어, 한 민간 급식사업자로부터 “4일간 배달한 급식 도시락이 그대로이고 집에 인기척이 없어 걱정된다.”라는 상담이 복지상담창구에 접수되었다. 이에 지역포괄지원센터 직원이 노인의 자택을 방문하였지만 연락이 닿지 않았다. 이어 개호보험을 비롯한 돌봄 서비스, 장애복지서비스 수급 상황을 살펴봤으나 노인은 어느 서비스도 이용하고 있지 않음을 확인했다. 직원은 시급히 마을만들기센터에 안부 확인 도움을 요청하였고 마을만들기센터와 연계되어 있는 부동산업자로부터 노인이 입원 중임을 확인할 수 있었다. 이처럼 공동 대응을 통해 각 기관의 자원과 노하우를 공유하면서 자칫 상태가 악화될 수 있는 사례를 더 일찍 발견하여 적절히 대처할 수 있도록 하고 있다.

이와 같은 대응의 결과로 지역포괄지원센터의 상담업무는 개호보험서비스 이용자부터 다른 대상자까지로 이용자 범위가 점차 확대되었다. 2016년 7월부터 2017년 3월까지 노인 이외의 대상자를 상담한 건수는 998건에 달했다. 상담 내용으로는 정신장애 36%, 정신건강(보건) 23%, 신체장애가 10%를 차지했으며 아동 양육 상담, 지적장애 상담 등도 포함되었다(和氣純子, 2018).

9) 세타가야구의 지역포괄케어 사례는 世田谷区の 일부 내용을 정리한 것이다.

10) 27개 마을만들기센터 건물에 지역포괄지원센터, 사회복지협의회 지구 사무국을 이전함으로써 세 개 기관이 연대하여 상담하는 복지상담창구가 만들어졌다.

2) 치매 노인 조기 발견 및 안심마을 구축

교토시¹¹⁾는 치매 노인 조기 발견 및 안심마을 만들기를 위해 매년 치매 노인 서포터 양성 강좌를 실시해 지역 주민, 관련 종사자, 경찰 등이 치매를 이해하고 조기에 발견·대응할 수 있도록 보호체계를 구축하고 있다. 각 지역포괄지원센터(시의 명칭은 고령서포터센터)에 치매 노인 SOS 연락망을 설치하여 등록된 치매 노인이 길을 잃어버리거나 배회하는 경우 경찰이나 지하철, 버스에 연락하여 수색 관련 도움을 요청한다. 지역 주민, 편의점, 버스회사 직원 등은 치매 노인이 배회할 경우 근처의 지역포괄지원센터에 보호를 요청한다. 방임 등의 학대가 의심되는 치매 노인을 조기에 발견, 대처하기 위해 지역케어회의를 개최하고 지원 곤란 사례에 대해 지역 주민(민생위원, 아동위원, 노인복지원)이 관심을 갖고 지켜볼 수 있도록 조직화한다. 치매 노인의 안부를 상시 확인하고 이상한 변화가 보이면 즉각적으로 지역포괄지원센터에 연락하여 도움을 요청할 수 있도록 돌봄과 보호체계의 상시 연동을 독려하는 것이다. 이 외에도 지역의 개호보협서비스 제공 기관, 복지서비스 제공 기관, 병원, 의료원, 파출소, 학교 등 지역 자원의 위치를 보여 주는 지도를 작성하여 주민에게 보급하고 지역 주민 스스로가 돌봄과 보호의 주체로서 지역 자원을 활용할 수 있도록 조직화하고 있다. 편의점, 의료원, 병원과 같은 지역사업소는 일상적으로 지역 주민이 이용하는 곳이기 때문에 개개인의 상태 혹은 변화를 발견하기 쉬운 뿐 아니라 복지나 보건 등 전문기관으로부터의 지원을 거부하는 이용자도 접근하기 쉽다는 장점이 있다(山井理恵, 2016).

3. 지역포괄케어시스템 운영 과제

지역포괄케어시스템 운영과 관련한 몇 가지 문제를 살펴보고자 한다.

첫째, 지역포괄지원센터의 지원 대상이 노인과 그 가족에게 한정되는 등 지역 주민을 위한 상담·지원이 여전히 대상별, 제도별로 이루어지고 있다. 지역포괄케어 실현에 중심적인 역할을 담당하는 지역포괄지원센터는 지역 주민이라면 누구나 고민을 상담할 수 있는 1차 상담기관, 즉 만물상담소로서의 역할과 기능이 요구되며, 따라서 지역 주민 전체를 대상으로 서비스를 지원해야 한다(和氣純子, 2018). 하지만 지역포괄지원센터의 법적 근거가 「개호보협

11) 교토시의 사례는 京都市(2014)의 일부 내용을 정리한 것이다.

법」에 있다 보니 실제 상담이 개호보험서비스 이용자나 그 가족을 중심으로 이루어지고 있다는 비판이 제기되고 있다(東洋大学福祉社会開発研究センター, 2011). 이는 지역 주민이라면 누구나 거주지에 인접한 지역포괄지원센터에서 상담을 받고 연속적으로 서비스를 이용할 수 있도록 한 센터의 설립 목적과도 거리가 있다. 또 제도별로 분리된 서비스를 연계하기 위한 네트워크 기능 역시 충분히 발휘되고 있지 않다는 지적이 있다. 실제로 필자가 현장조사를 했던 지역포괄지원센터의 소속 상담원은 노인의 입·퇴원 시 의료와 복지서비스 간 연계·조정 중요하다고 언급하였다. 하지만 상담원이 의료용어를 이해하는 것이 어렵고 의사 역시 케어매니저¹²⁾ 등 지역포괄지원센터의 업무와 역할을 잘 숙지하고 있지 않아 의료와 복지를 연계하는 데 한계가 있다고 지적하였다. 이와 같은 문제점을 해결하고 지역포괄케어를 더욱 현실적으로 추진하기 위해 일본 정부는 2017년 「개호보험법」을 비롯한 「노인복지법」, 「의료법」, 「아동복지법」, 「노인학대방지법」 등 31개의 법을 한데 묶어 각 법의 일부 내용을 개정하는 법률, 즉 「지역포괄케어시스템 강화 법률」을 공포하였다. 이 법률에 근거해 노인 자립 지원과 중증화 방지, 더 나아가 지역공생사회 실현을 목표로 노인뿐 아니라 장애인, 아동 등 지원 대상을 통합한 서비스 전달체계의 재구조화를 본격화하고 있다. 후생노동성(厚生労働省, 2017)에 따르면 「지역포괄케어시스템 강화·지역공생사회 실현」을 위해 먼저 현행 제도 안에서 노인, 장애인, 아동 등 통합 서비스 제공이 가능한 사항(복지서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 시설, 직무 가능한 인원, 공용 가능한 시설 등)들을 명확히 하고 또 그것을 저해하는 요인(법, 비용 처리, 인력 확보 등)을 해소하는 노력을 강화해야 함을 지적한다. 예를 들어, 행정이 인정하는 개호보험사업자가 장애인(아)을 케어하는 경우 장애복지서비스에서 특례개호급부비를 받을 수 있도록 하거나 개호와 복지를 통합적으로 제공하는 개호의료원¹³⁾ 설치 등을 추진하는 것이다. 또 지역포괄지원센터의 상담원 중 노인을 전문으로 상담하는 직원과 노인 외 장애인, 아동까지 상담할 수 있는 직원을 구분해 각 비용을 개호보험제도의 지

12) 케어매니저의 정식 명칭은 개호지원전문원(介護支援専門員)으로 개호를 필요로 하는 사람이 개호보험서비스를 받을 수 있도록 케어플랜(서비스 계획서)을 작성하고 개호보험서비스 제공 기관을 연결, 조정하는 역할을 담당한다.

13) 개호의료원은 2017년까지 폐지가 결정된 개호요양병원을 대체할 수 있는 시설이다. 개호요양병원의 정식 명칭은 개호 요양형 의료시설로 의료적 처치가 필요한 요개호도(중증도)가 높은 노인을 대상으로 의료와 간호를 충실히 받을 수 있도록 하는 개호보험 시설이며, 주로 의료 법인이 운영한다. 그러나 실제로는 저렴한 비용 때문에 의료와 간호를 필요로 하지 않는 입소자가 장기 입원함으로써 개호보험 재정을 압박하게 되어 후생노동성이 2017년까지 폐지하기로 결정하였다.

역 지원 사업과 그 외 사업(장애인종합지원제도에 근거한 지역생활 지원 사업, 아동·양육 지원 신제도에 근거한 지역 양육 지원 거점 사업, 지자체 단독 사업 포함)별로 구분해 청구할 수 있도록 한다. 의료, 복지의 복수 자격에 공통 과정을 신설하여 단위(학점)를 인정하는 등 의료복지 인재가 좀 더 쉽게 복수의 자격을 취득하고 커리어를 형성해 나갈 수 있도록 하는 노력 등을 하고 있다.

둘째, 지역포괄케어시스템을 추진할 수 있는 전문인력이 부족하다. 치매 노인이나 의료적 돌봄이 필요한 중증 장애아 등 지원이 필요한 다양한 사람의 욕구와 특성에 적합한 서비스를 연계할 수 있는 전문인력의 확보가 지역포괄케어시스템 운영의 관건이다(福祉新聞, 2017). 이처럼 지역포괄케어 추진에서는 지역의 과제를 발견하고 관련 기관을 연대하며 주민의 협력을 얻을 수 있도록 이들을 조직화할 수 있는 역량 있는 인재를 확보하는 일이 중요하지만, 지역포괄지원센터의 인력난은 점점 심화되고 있다(みんなの介護, 2016). 더욱이 개인주의가 만연한 요즘 지역 주민 스스로가 시간을 내 주민회이나 지자체 활동에 참여할 수 있도록 독려하는 것이 어렵고, 오랜 시간 과제별로 분화된 제도 아래 성립된 각 조직과 기관들을 협치하는 것 역시 어려운 일이다(和氣純子, 2018). 따라서 앞서 언급한 세타가야구의 사례처럼 시정촌이 관련 기관을 연대하는 역할을 주도적으로 할 필요가 있으며 동시에 지역의 문제를 진단하고 서비스를 연계할 수 있는 전문인력 확보와 투자(양성)에 힘을 써야 한다. 그러나 앞으로 인구 감소가 가속화되면 전문인력 확보에 상당한 어려움이 있을 것으로 예상된다. 이에 사회보장심의회 개호급부비 분과회(142회)는 장애복지서비스를 담당하는 사업소가 지정을 받으면 개호보험서비스도 제공할 수 있도록 하는 안을 검토하였다(筒井孝子, 2018). 이는 2018년 4월부터 적용되었다.

셋째, 지역포괄케어 추진에서 행정의 역할이 불분명하다. 와케준코(和氣純子, 2018)는 지역포괄케어시스템 구축 시 시정촌의 역할과 공적 기능이 명확하지 않으면 자칫 그 책임이 지역사회로 전가될 수 있고 이것이 지역사회에 과중한 부담으로 작용할 수 있다고 우려했다. 지역포괄케어 추진에서 행정의 역할과 책임이 중요하다는 것이다. 이는 앞서 언급한 세타가야구나 교토시의 사례로부터 지역포괄지원센터가 지역포괄케어 추진의 중추적인 역할을 수행하기 위해서는 시정촌의 행정적 지원(관련 기관 연합을 위한 근거 마련, 복지정보시스템 구축, 인력 증원)이 중요함을 확인할 수 있다. 인적 자원이 부족한 지역을 중심으로 도도부현

(都道府県, 광역지자체)에 의한 후방 지원(예를 들어 협의체 설치 등)을 강화해 자칫 지역포괄케어로 후퇴하기 쉬운 시정촌의 공적 기능을 회복하고 지역사회로 과중한 부담이 쏠리지 않도록 해야 한다(和氣純子, 2018). 또한 인구 밀도가 낮은 지역과 높은 지역 간의 불균형이 발생하지 않도록 국가, 도도부현의 지역포괄케어 추진을 향한 행정적 지원이 강화되어야 할 것이다.

4. 나가며

일본 지역포괄케어시스템에 대한 고찰을 통해 향후 지역사회 돌봄정책을 추진하고자 하는 우리나라에 다음과 같은 시사점을 제공할 수 있다. 먼저 주민의 과제(필요)에 적합한 서비스를 제공하기 위해서는 지역 주민이 어떠한 과제를 지니고 있고 각 지역에 어떠한 자원이 있는지를 진단, 조직화하는 것이 중요하다. 우리나라는 지역의 공식, 비공식 자원이 제도별, 영역별로 다양하게 흩어져 있기 때문에 이를 정확히 파악하고 조직화하는 것은 향후 지역사회 돌봄정책 추진의 핵심 이슈가 될 수 있다. 따라서 지역사회 돌봄정책을 추진하는 중점 기관을 중심으로 통합 상담창구를 설치하고 동시에 민관이 협력하여 지역의 의료, 보건, 복지 관련 자원을 발굴해 필요에 따라 서비스가 제공될 수 있도록 조직화할 필요가 있다. 일본은 시정촌, 지역포괄지원센터, 여타 기관 실무자를 중심으로 개최하는 지역케어회의에서 생애주기별로 요구되는 서비스의 종류와 제공 기관(지역사회 자원)을 정리, 통합하는 자원 맵을 개발하여 배포하는 등 필요(욕구)에 따라 어떠한 서비스를 어디에서 제공받을 수 있는지 가시화하는 작업을 하고 있는데, 이는 자원 조직화를 염두에 두고 있는 우리나라에서도 참고할 만한 사례이다. 둘째, 지역 주민이라면 누구나 생활권역 내에서 통합적 서비스를 이용할 수 있어야 한다. 따라서 장기간 대상(혹은 제도)별로 분화되어 공급된 기존 한국의 서비스 전달 체계를 통합하여 내담자의 복합적 욕구에 포괄적으로 대응할 수 있도록 해야 하며, 이를 위한 행정의 역할을 명확히 할 필요가 있다. 서비스 전달체계의 일체 정비와 함께 전 세대 대응형 상담창구를 설치하고 업무의 중요도 및 추진 방법 등을 매뉴얼화하여 관련 기관에 교육할 수 있다면 노인, 장애인, 아동 등 대상별로 분화된 기존 자원을 통합할 수 있을 뿐만 아니라 대상자의 욕구에 적합한 서비스를 생활권역 내에서 제공할 수 있게 될 것이다. 셋째, 지역포괄케어시스템을 구축하는 것 못지않게 그 시스템을 실행할 수 있는 전문인력의 확보가 중요

하다. 지역포괄케어의 핵심 업무인 종합상담과 네트워크(지역사회 연계) 기능을 강화하기 위해서는 사회복지사, 정신보건복지사, 간호사 등 다학제적 시각을 지닌 역량 있는 전문인력의 배치가 필수적이기 때문이다. 사회복지사 인력 양성 시 다학제적 시점 공유를 위해서는 실습 시 한 기관 혹은 동일한 영역에서 실습하도록 하는 것보다 노인, (정신)장애인, 아동 등 제도 별, 영역별로 서로 다른 기관에서 실습하도록 의무화하는 것이 고려될 필요가 있다. 이뿐만 아니라 복지, 돌봄(요양, 보육), 의료 간 복수 자격 취득을 위한 학점 공유 역시 고려될 필요가 있다.

참고문헌

- 서제희, 최지희, 이나경, 오세욱, 유운형, 구정하. (2017). 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형: 재활의료서비스를 중심으로. 한국보건사회연구원. 厚生労働省. (2017). http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000130500.pdf#search=%27%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E5%8C%85%E6%8B%AC%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%81%AE%E6%B7%B1%E5%8C%96%E3%83%BB%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E5%85%B1%E7%94%9F%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E3%81%AE%E5%AE%9F%E7%8F%BE%27%27%27에서 2018. 6. 13. 인출.
- 京都市. (2014). 地域包括支援センターを中心とする地域ネットワーク構築に関する取組事例集.
- 世田谷区. (2017). 平成27年度 地域包括ケアの地区展開モデル事業報告書.
- 東洋大学福祉社会開発研究センター. (2011). 地域におけるつながり・見守りのかたち—福祉社会の形成に向けて. 中央法規.
- 筒井孝子. (2018). 地域包括ケアシステムにおける医療・介護・福祉の連携の課題: integrated careの実現から深化に向けて. 老年社会科学, 39(4), 415-425.
- 長寿社会開発センター. (2011). 地域包括支援センター業務マニュアル.
- 福祉新聞. (2017). <http://www.fukushishimbun.co.jp/topics/16097>에서 2018. 4. 19. 인출.
- 三菱総合研究所. (2014). 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業.
- 宮本太郎. (2014). 地域包括ケアと生活保障の再編—新しい「支え合い」システムを創る. 明石書店.
- みんなの介護. (2016). <https://www.minnanokaigo.com/news/kaigogaku/no193/>에서 2018. 4. 19. 인출.
- 山井理恵. (2016). 地域包括ケアにおける営利事業所の役割と課題に関する検討: コミュニティソーシャルワークの視点から. 明星大学研究紀要, 52, 85-95.
- 和気純子. (2018). 地域包括ケアシステムから地域共生社会へ: 地域づくりの方法と課題. 老年社会科学, 39(4), 452-459.