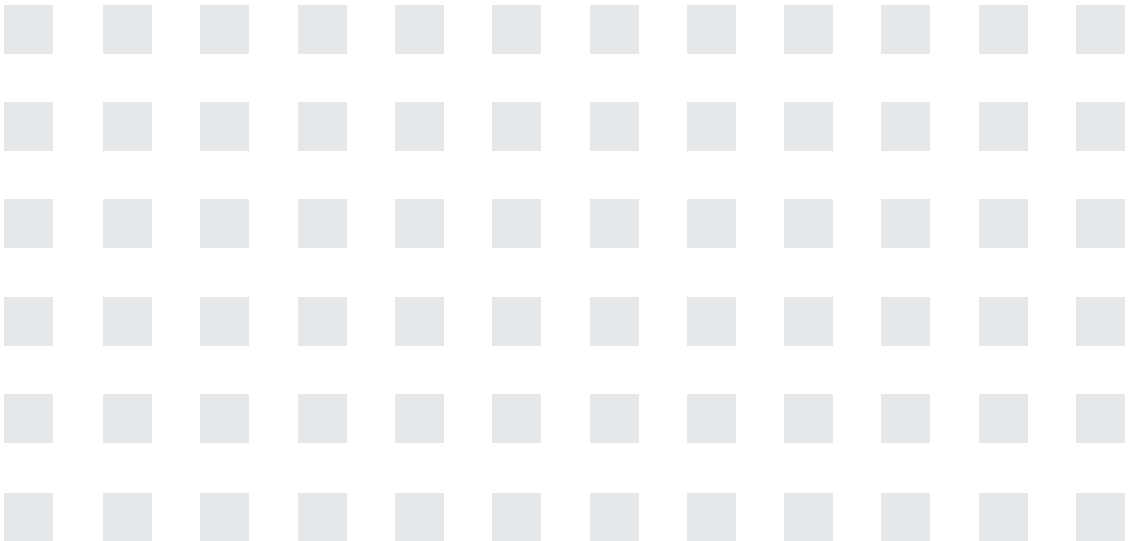


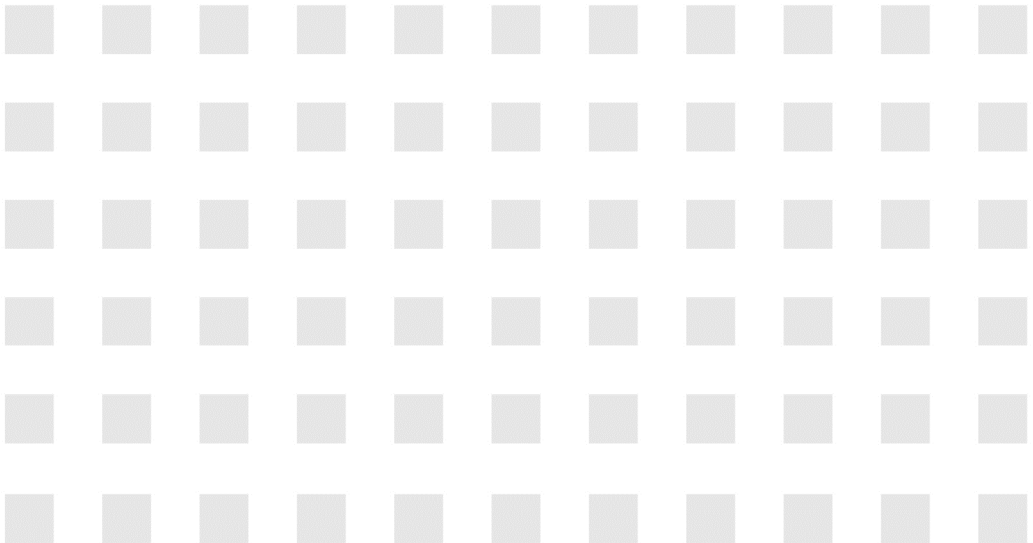
제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전방안 연구

황성준 · 김은영 · 지은구 · 권정미



제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전방안 연구

황성준 · 김은영 · 지은구 · 권정미



1. 연구목적

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 왜 시작되었나? 제주의 사회복지전달체계의 문제는 무엇이며, 시범사업은 그 문제를 해결하는데 기여를 하였는가? 해결하지 못했다면 향후의 과제는 무엇인가? 제주형 통합복지하나로 시범사업이 제주의 사회복지전달체계로 자리매김하기 위해서는 어떠한 전략이 필요한가? 본 연구는 이와 같은 근본적인 질문에 대한 답을 찾아가는 과정으로 볼 수 있음.
- 본 연구는 약 2년간 추진한 제주형 통합복지하나로 시범사업의 문제점을 극복하고 제주특별자치도 사회복지전달체계의 바람직한 모습이 무엇인지, 어떠한 정책과제들이 고려 될 수 있는지, 실행을 위한 전략은 무엇인지를 중장기적 관점에서 살펴보는데 그 목적이 있음.

2. 연구범위 및 방법

- 연구 범위
 - 사회복지전달체계의 국내·외 사례에서 주는 시사점과 제주형 통합복지하나로 시범사업의 비교분석을 통하여 제주특별자치도의 사회복지전달체계의 근본적인 문제가 무엇인지 알고자 함.
 - 제주형 통합복지하나로 전달체계가 확대되기 위한 구체적 목적, 목표 및 원칙에 대한 정립
 - 제주형 통합복지하나로 전달체계를 바람직한 방향으로 확대하기 위한 구체적인 실행 전략 수립
- 연구 방법
 - 본 연구는 제주사회복지연구센터 3개년 데이터 자료 재분석, 국내외 복지전달체계 사례조사, 도내·외 종사자 간담회, 워크숍 및 의견조사, 도내·외 전달체계 관련 전문가 워크숍·자문회의 등 다양한 실증적 연구 방법을 활용하였음.

3. 연구결과

- 〈표 1〉은 선행연구를 통하여 검토한 우리나라 사회복지 전달체계의 한계와 제주형 통합복지하나로 시범사업의 진단, 그리고 확대발전방안을 위한 향후개선 과제에 대한 내용임.

〈표 1〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 전달체계의 진단과 향후과제

구분	우리나라 사회복지 전달체계의 한계	제주형 통합복지하나로 시범사업의 진단	개선과제
정책	사회복지전달체계의 분절성: 근본적인 전달체계에 대한 고민결여	시범사업은 사회복지전달체계의 분절성 해결책을 위한 대안은 아님(부서별 칸막이 존재)	공무원 조직 내 소통과 협력 권한을 행사할 수 있는 총괄 전담조직 구성
	중앙과 지방의 전달체계 혼돈	중앙정부의 유사사업과 구분이 어려움	
	유사·중복사업의 해소부족	유사·중복사업 해소를 위한 노력 없음	
	전담조직 구성 필요	전담조직 없음	
	정책의 지속성 부족	지속성에 대한 담보 없음(2년간 실시)	정치적(공약 등) 확약, 조례제정
	법적·제도적 근거 부재	법적·제도적 근거 없음	
	예산확보 어려움	시범사업 2년간 약 13억 투입(인건비 중심)	
	정규직 전문인력 총원	계약직 사회복지사 16명 투입	(민)정규직제, (관) 공무원 증원
	지역사회 자원체계 정비 필요	민·관 자원에 대한 체계적 정비 안함	민·관 복지자원 가용화·공유
	보여주기식(수치) 위주의 실적달성	수치위주가 아닌 과정중심의 지표개발·평가	전달체계의 작동 여부에 초점
	지역복지의 불균형 심화	시범지역(3개동)외 동서 읍면지역 취약	취약지역 중심으로 단계별 제주전역 확대
	보편적 복지의 실행력 부족	통합사례관리가구 위주의 선별적 서비스	보편적복지 아이템 개발
	4차산업혁명과 복지연계 강화	관련내용 없음	4차산업+복지 아이템 개발
연계협력	민·관 연계협력 시 개인정보 문제 발생	대상자 동의 후 내용 일부 공유	도 중심 개선안 마련
	보건·의료와의 연계·협력 어려움	보건·의료와의 연계·협력 어려움	보건·의료 참여를 위한 기반조성

구분	우리나라 사회복지 전달체계의 한계	제주형 통합복지하나로 시범사업의 진단	개선과제
	역할의 모호성	도, 시, 읍면동, 복지관 역할혼돈 심함	역할 재정립·공유, 정례회의
	소통부족(민관, 공공, 민민 등)	기관 및 부서 등 내·외부 소통의 부재는 고질적 병폐	협업체 구성, 정례회의
전문성	담당인력의 전문성 부족	시범사업 담당자의 개별 편차가 너무 심함	경험 많은 전문인력 확보 역량강화 체계수립·시행
	연계협력 경험부족	담당자 개인별 편차가 매우 큼	
	서비스의 질적 향상 필요	지식, 태도, 기술 등 질적 성장을 위한 노력부족	
	담당공무원의 순환보직 문제	도 순환보직에 따라 사업의 지속성·전문성 한계	
	관료적 공무원 행태	민·관의 소통을 강조는 함. 그러나 관료적	
리더십	리더의 관심·전문성 부족	일부 동장, 복지관장 외 관심 없음	리더십 함양
	실질적 중재 기능 부재	실질적 중재 기능 부재	중간조직 활용
	실무 담당자의 동기부여(의지) 부족	계약직 채용 및 관심부족 등 동기상실	직원 동기부여 방안 모색
	업무량 부담	기존업무+시범사업에 따라 업무량 부담증가	업무분장 명확화
정보화	민·관 정보공유시스템의 연계 어려움	민·관 공동사례관리 시 일부 정보 공유 추진	제주전체 차세대 사회보장정보시스템 활용 강제화
	돌봄관련 빅데이터 구축	관련내용 없음	도 중심 개선안 마련
주민	사람중심 서비스 제공 부족	사람중심으로 서비스 제공 노력	전달체계의 근본적 전환필요
	지역사회 공감대 부족	시범사업에 대한 지역공감대 형성 안됨	마을단위 대동회 등 홍보, 자발적·지속적 활용 가능한 주민공동체 발굴·지원
	주민참여	시범기관별로 주민참여에 대한 확대노력	
	주민공동체 활성화의 한계	자발적·지속적 주민공동체 형성의 어려움	
	도민 홍보 부족	도민홍보 강화함. 다만, MOU, 회의, 단순서비스 홍보에 치중	
	주민들의 서비스접근성 어려움	취약계층의 서비스정보접근성에 대한 문제 존재	

4. 종합 및 정책제언

- 시범사업 결과 및 다양한 사례를 살펴본 결과, 다음과 같은 시사점이 도출되었음.
 - 사회복지 전달체계에 대한 먼 숲을 내다보고 체계적으로 준비하는 조직 및 인력이 없음.
 - 사회복지전달체계의 통합적 접근을 위하여 노력은 지속되고 있으나 분절성은 심화됨.
 - 정치적 수단에 따라 정책이 이슈화되기도 하고, 한순간에 사라지기도 함.
 - 우리나라는 중앙정부 중심의 전달체계 실적화로 인하여, 지방정부의 자율성이 없음.
 - 소통을 매우 강조하고 있으나, 실질적 소통이 어려움(민·관, 관·관, 민·민, 보건·의료·복지 등)
 - 특정한 사건사고가 발생할 때 전달체계에 대한 촘촘한 안전망을 강조함.
 - 인력의 전문성은 어디에서나 강조되고 있으나, 전문 인력 양성을 위한 투자는 미약함.
 - 민·관 협력의 관계는 수평적이어야 하나, 여전히 공공의 관료적 행태가 나타나기도 함.
 - 보편적 복지를 추구하고 있으나, 사실상 취약계층 중심의 서비스가 많음.
 - 개인정보보호의 강화와 정보공유라는 이중적·모호한 관계에 대한 명확한 답이 없음.
 - 정보의 고유라는 것이 중요한 부분인데 사용하는 시스템은 각기 다르며 권한의 한계가 존재.
 - 내부직원에 대한 동기부여 및 갈등관리에 대한 부족으로 사회복지담당자의 소진 심화.
 - 각 기관 리더의 역할이 매우 중요한데, 낙하산 인사 및 전문성 결여 등 한계가 존재.
 - 사회복지관련 정책은 매우 급하게 추진되는 경향이 있으며, 논의과정이 부족함.
 - 인력, 조직, 예산이 안정적으로 투입되어도, 여전히 업무의 양은 많고, 역할은 불명확.
 - 대부분의 정책이 사람중심, 생애중심이라는 표현을 하는데, 대부분의 정책은 공급자 위주.

- 민·관의 사회복지서비스가 너무 많아, 자원·서비스 및 유사중복 사업 등 파악조차 어려움.
- 복지의 부익부빈익빈, 지역별 편차가 너무 심함.
- 복잡한 사회복지전달체계 속에서 주민들은 여전히 어디에 무엇이 있는지 찾기가 어려움.
- 4차 산업혁명은 매우 빠른 속도로 변화하는데 복지와의 접목 등 관심은 부족함.

○ 본 연구에서는 이러한 사회복지전달체계 한계를 극복하고 제주형 통합복지하나라로 시범사업 확대발전을 위하여 몇 가지 방향을 재정립해 보았음.

- 첫째, 사회복지전달체계 구축에 대한 지역사회공감대 형성과 더불어 강력한 정책적 수단이 작동되어야 함. 다시 말하면, 전달체계 구축의 필요성을 누구나 다 공감해야 하며, 한번 시도했다가 사라지는 것이 아닌, 누가 정책의 리더가 되든 꾸준히 긍정적 방향으로 끌고 갈 수 있어야 함. 타 지역 사례의 경우, 정책적 공약의 이행으로 기반이 다져지는 경우가 많음. 예를 들면, 선거가 대표적 사례가 될 수 있음.
- 둘째, 전달체계는 공급자 입장에서 통합화, 이용자 입장에서는 단순화 되어야 함. 앞서 살펴본 바와 같이, 우리는 매우 복잡하고 분절된 전달체계 속에서 서비스가 이루어지고 여전히 도민들은 어디에 무엇이 있는지 정보의 접근성에 한계가 있음. 따라서, 향후 제주형 사회복지전달체계에서는 주민이 쉽게 다가 갈 수 있는 창구를 단일화 하여야 함. 대표적으로 시범사업에서의 종합상담창구가 될 수 있음. 종합상담창구에서 이용자에 대한 모든 상담을 다 수행하기에는 개인적 역량·환경적 요인 등 한계가 있지만, 주민의 입장에서는 창구가 단일화 될수록 접근성은 더 높을 수 있음. 종합상담창구는 행정안전부와 복지부의 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼에서도 매우 강조가 되고 있는 부분임. 종합상담창구 기능을 강화함에 있어서 읍면동 주민센터와 권역별 (가칭)통합복지하나라로 센터가 중심이 되어야 하며, 기본적으로 이 창구를 통하여 이용자에 대한 상담, 서비스 연계·협력력이 적극 이루어져야 함. 또한 종합상담창구 설치에 있어서 주민의 접근성과 특성을 고려하여 다양한 방법으로 추진할 수도 있음. 예를 들면, 보건소, 보건진료소, 종합병원 및 가상공간 등을 활용할 수도 있음. 종합상담창구에서 타 부서, 타 기관과의 연계·협력력이 더욱 원활 해 지기 위해서는 보건복지부에서 개발하고 있는 차세대사회보장 정보시스템의 민·관협력 플랫폼이 실제 현장에서 유익하게 사용가능해야 하며, 정보의 접근권한(개인정보 한계) 등을 정책적으로 해결해야 함.
- 셋째, 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 인력, 조직, 법적·제도적 근거가 마련 되어야 함. 통합복지하나라로 전달체계는 공공과 민간의 기본 뼈대 위에 살을 붙이

고 운동을 하는 개념임. 공공과 민간 모두 체계적이고 안정화된 조직체계가 필요함. 본 연구에서의 조직은 (가칭)통합복지하나로 전달체계를 가장 상위의 개념으로 보아야하며, 도와 행정 시에 (가칭)통합복지하나로 지원국을 설립, 지원국 아래 여러 부서 협력체인 추진단 설립을 제안하였음. 또한 인력은 공공의 경우, 공무원, 전문경력관 및 공무원 사회복지사로 채용, 민간의 경우에는 복지관 권역별로 통합복지하나로 팀을 신설, 지역사회 환경적 특성에 따른 인력증원의 가감이 실행되어야 함. 마지막으로 법적·제도적 근거는 정책의 가장 기본으로 볼 수 있음. 현재 중앙 정부에서는 「사회서비스 지원 및 사회서비스 설립·운영에 관한 법률」이 통과되어 법적 근거를 마련하였으나, 지역사회통합돌봄의 경우에는 관련 법이 계류 중에 있으며, 2022년 말까지 사업 수행이후 향후 방향성에 대해서는 불투명한 상황임. 이처럼 중앙에서 법적 근거를 마련하기는 쉽지 않으나, 지역에서는 의지만 있다면 조례와 같은 제도적 근거를 마련하는 것이 중앙보다는 훨씬 수월함.

- 넷째, 우리는 소통해야 함. 선행연구, 국내·외 사례 그리고 제주형 통합복지하나로 시범사업의 결과에서도 확인이 되었듯이 여전히 소통의 부재에서 오는 어려움은 전달체계 구현의 가장 큰 걸림돌이 되고 있음. 사회복지전달체계의 구축은 어느 한 부서의 노력으로 절대 이룰 수 없음. 도, 행정 시, 읍면동, 민간 기관·단체 및 지역주민 등 다함께 노력해야 함. 소통은 상대를 존중하고, 귀를 열고, 정례화된 간담회 등과 같은 약속이 전제 될 때 더욱 실현가능성이 높음. 본 연구에서는 도와 행정 시의 경우, 연계·협력이 필요한 관련 부서 연합체인 추진단, 그리고 민·관·학 연합체인 운영위원회를 구성할 것을 제안하였으며, 2021년 설립 예정인 사회서비스원의 복지서비스 하나로팀에서는 민간과 공공의 연결하는 가교역할의 핵심이 되어야 함. 또한 권역별 복지관 중심의 (가칭)통합복지하나로 센터, 읍면동 주민센터 그리고 병원(보건소 포함)은 한 권역을 책임지는 주체로서 리더, 중간관리자, 실무자가 정례화된 모임을 추진하여야 함. 본 연구보고서 본문에서도 기술한 바와 같이 소통에서 가장 중요한 것은 상대를 이해하는 것이 아닌 '존중'에서 시작함. 특히, 최근 젊은 세대들이 조직생활에 많이 유입됨으로써 그들의 특성을 알고, 배려하고 동기부여 하는 것이 매우 중요함.
- 다섯째, 사람을 키워야 함. 모든 정책은 사람을 위하여, 사람이 만들고, 사람이 실천하고, 사람이 평가함. 우리가 일을 하다보면 법적·제도적 한계에 부딪혀 할 수 없는 일이 발생하기도 하지만, 사람의 '의지(Willingness)'에 따라서 정책은 물론 서비스도 유동적으로 바뀔 수 있음. 도민에게 필요한 또는 도민이 필요로 하더라도, 담당자 한사람의 의지가 없거나, 관리자의 의지가 없거나 지역사회에 의지가 없다면 어떠한 것도 생산할 수 없음. 담당자가 아무리 열정적이라도 중간관리자나 리더가 무관심 하면 그 사업이 성공할 수 없으며, 리더의 의지가 아

무리 강해도 담당자의 동기가 상실되고 소진되어 있다면 마찬가지로의 결과가 나오게 됨. 그렇다면 사람은 어떻게 클 수 있을까? 우리는 소위 이를 ‘전문적 역량’ 또는 ‘전문성’이라고 부름. 전문성을 정의하는 것이 학자마다 다양하지만, 본 연구에서는 전문적 역량을 개인의 역량(Individual Competence)의 함으로 보았으며, 지식과 기술[Knowledge(K) & Skills(S)], 지식과 기술을 사용하기 위한 의지(Willingness to use K&S), 지식과 기술을 사용할 수 있는 환경(Circumstances to use K&S)으로 구분하였음. 자칫 이러한 전문적 역량 증진에 있어서 실무 담당자만을 생각하는 경우가 많은데, 전문적 역량은 리더, 중간 관리자, 실무자, 지역사회 주민 등 모두가 다 대상이 될 수 있음. 이를 위하여 교육훈련 체계 수립·시행 및 슈퍼비전 체계 수립·시행 등 조직적 차원에서 추진할 수도 있으나, 개인적 노력도 수반되어야 함. 스스로에 대한 셀프리더십이 필요하며 학습, 탐구 및 소통하는 자세가 있어야 함. 정책은 급하게 만들 수 있음. 그러나 그 체계를 만들어가는 힘! 천천히 사람을 변화시키고 키우는 전략이 더욱 중요함.

- 마지막으로, 4차 산업혁명이 주도하는 현대에는 4차 산업혁명과 복지의 접목모델에 관심을 가져야 함. 본 연구 본론에서는 4차 산업혁명에 대한 개념, 메타버스 활용사례 중심으로 소개하였으며, [부록 2]에는 국내·외 4차 산업혁명과 복지의 다양한 사례를 제시하였음. 이러한 다양한 사례는 관점의 변화를 줄 수 있으며, 창의적 융·복합적 사고를 통하여 기관과 기관, 기관과 지역사회가 상생하는 다양한 전략과 계획수립이 가능할 것임.

CONTENTS

I. 서론	1
1. 연구배경 및 목적	1
2. 연구방법 및 수행체계	4
3. 연구의 주요내용	6
II. 본론	7
1. 제주형 통합복지하나로 시범사업에 대한 평가	7
가. 제주형 통합복지하나로 시범사업의 정의, 목표 그리고 추진과정	7
나. 운영모델	8
다. 핵심과제	10
라. 성과와 한계	12
1) 협력지원체계관리(담당자 만족도) 분석결과	13
2) 이용자 만족도 분석결과	25
3) 다양한 이야기들(CRM, FGI, 의견조사)	35
2. 국내 사회복지 전달체계 추진사례	72
가. 서울특별시 “찾아가는 동주민센터”	72
1) 추진배경	72
2) 비전 및 목표	72
3) 개편원리	73
4) 추진경과	73
5) 추진체계	77
6) 연차별 인력충원 현황	77
7) 찾동 관련 연도별 예산액	78
8) 사업내용	78
9) 사업성과	82
10) 한계점	83
11) 소결	87

나. 서울특별시 “돌봄SOS센터”	89
1) 추진배경	89
2) 추진방향	90
3) 추진경과	94
4) 운영체계	95
5) 사업인력	99
6) 돌봄SOS센터 관련 연도별 예산액	100
7) 사업내용	102
8) 사업성과	104
9) 한계 및 향후 발전방향	107
10) 소결	109
다. 경기도 “무한돌봄센터”	111
1) 추진배경	111
2) 추진경과	112
3) 운영체계	115
4) 사업인력	119
5) 무한돌봄 관련 연도별 예산액	124
6) 사업내용	124
7) 사업성과	130
8) 문제점 및 한계	130
9) 소결	134
3. 국외 사회복지 전달체계 추진사례	136
가. 영국 “커뮤니티케어(communitary care)”	136
1) 왜 영국인가?	136
2) 커뮤니티케어의 개념	137
3) 커뮤니티케어 입법의 변천	138
4) 영국의 공공 복지전달체계 통합	148
5) 소결	163
나. 스웨덴 복지전달체계	165
1) 왜 스웨덴인가?	165
2) 스웨덴의 전달체계 환경	166
3) 스웨덴의 사회서비스	172
4) 소결	184

다. 일본 “지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)”	186
1) 왜 일본인가?	186
2) 일본의 노인복지 및 의료정책의 흐름	187
3) 지역포괄케어시스템의 개념	190
4) 지역포괄케어시스템의 설립배경	191
5) 지역포괄케어시스템의 발전	192
6) 지역포괄케어시스템의 운영	196
7) 지역포괄지원센터	198
8) 지역케어회의	205
9) 지역포괄케어 운영사례	206
10) 소결	215
4. 제주형 통합복지하나로 전달체계 확대발전방안	221
가. 사회복지서비스 전달체계에 대한 이해	221
1) 사회복지서비스 전달체계	221
2) 개별 조직과 전달체계	221
3) 사회복지서비스 전달체계의 성격	222
4) 서비스 전달체계의 구조	224
5) 전달체계의 사정	225
6) 전달체계의 균형 유지	226
7) 전달체계의 통합	227
나. 제주형 통합복지하나로 전달체계의 방향과 기본원칙	230
1) 왜 필요한가?	230
2) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 무엇을 의미하는가?	231
3) 무엇을 통합하는가?	232
4) 적용모델	233
5) 제주형 통합복지하나로 전달체계의 원칙	237
다. 제주형 통합복지하나로 전달체계의 확대 발전방안	240
1) 제주형 통합복지하나로 전달체계의 이용자는 누구인가?	240
2) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 단계별 시행 시 권역설정을 어떻게 할 것인가?	246
3) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 누가, 무엇을, 어떻게 만들어 나가야 하는가?	255

Ⅲ. 결론	296
-------------	-----

참고문헌	300
------------	-----

부록	309
----------	-----

1. 제주특별자치도 연도별 주요 인구 현황	311
-------------------------------	-----

2. 4차 산업혁명과 복지(사례 소개)	335
-----------------------------	-----

표 차례

〈표 1〉 통합적 접근을 위한 사회복지전달체계 관련 선행연구	2
〈표 2〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 주요 내용	13
〈표 3〉 협력지원체계관리(담당자 만족도) 연도별 평균점수 차이	14
〈표 4〉 사업 준비 영역 연도별 평균점수 차이	15
〈표 5〉 동지역↔복지관 중심 플랫폼 구축 영역 연도별 평균점수 차이	17
〈표 6〉 보건복지서비스 강화 영역 연도별 평균점수 차이	18
〈표 7〉 돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 영역 연도별 평균점수 차이 ..	20
〈표 8〉 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축 영역 연도별 평균점수 차이 ..	21
〈표 9〉 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성 영역 연도별 평균점수 차이 ..	23
〈표 10〉 사업관리 영역 연도별 평균점수 차이	24
〈표 11〉 서비스품질, 서비스만족도 및 행복감 조사항목 및 문항	25
〈표 12〉 일반적 특성	26
〈표 13〉 이용자 만족도 전·후 평균점수 차이 비교	27
〈표 14〉 서비스 품질 전·후 평균점수 차이 비교	28
〈표 15〉 서비스 품질(문항별) 전·후 평균점수 차이 비교	29
〈표 16〉 서비스 만족도 전·후 평균점수 차이 비교	31
〈표 17〉 서비스 만족도(문항별) 전·후 평균점수 차이 비교	32
〈표 18〉 행복감 전·후 평균점수 차이 비교	33

〈표 19〉 문항별 행복감 평균점수 차이 비교	34
〈표 20〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 전달체계의 진단	36
〈표 21〉 CRM 프로세스	37
〈표 22〉 Dimensions of Readiness	38
〈표 23〉 CRM의 수준(1~9)에 따른 지역사회의 상태	39
〈표 24〉 Scoring Sheet(예시)	42
〈표 25〉 최종 Scoring Sheet(예시)	42
〈표 26〉 지역사회 준비도 결과(예시)	43
〈표 27〉 CRM 각 단계에 적합한 일반적 목표 및 전략(예시)	44
〈표 28〉 지역사회통합돌봄 CRM 인터뷰지 문항 구성	46
〈표 29〉 제주 지역사회통합돌봄의 지역사회준비수준 최종 점수표	47
〈표 30〉 제주지역 지역사회통합돌봄의 준비수준(CRM) 연구결과	48
〈표 31〉 CRM 결과로 보는 제주 지역사회통합돌봄의 지역사회 준비수준	49
〈표 32〉 CRM 결과로 보는 목표 및 전략	50
〈표 33〉 표적집단면접(FGI) 참여자 현황	51
〈표 34〉 표적집단면접(FGI) 질문지	54
〈표 35〉 제주형 통합복지하나로 시범사업의 성과	56
〈표 36〉 제주형 통합복지하나로 시범사업의 어려움	58
〈표 37〉 찾동의 비전 및 목표	72
〈표 38〉 찾동의 단계별 추진현황	76
〈표 39〉 찾동의 연차별 인력충원 현황	77
〈표 40〉 찾동 관련 연도별 예산액	78
〈표 41〉 찾동 주민센터 기본모형의 팀별 인력 및 업무분장	82
〈표 42〉 찾아가는 동주민센터와 돌봄SOS센터 구분	93
〈표 43〉 돌봄SOS센터 추진경과	94
〈표 44〉 돌봄SOS센터 사업 진행 현황	95
〈표 45〉 돌봄SOS센터와 타 사업 수행인력 비교(복지직)	98
〈표 46〉 돌봄SOS센터와 타 사업 수행인력 비교(간호직)	98
〈표 47〉 돌봄SOS센터 '20년 인력 배치 현황	99
〈표 48〉 돌봄SOS센터 연도별 인력 배치(안)	99

〈표 49〉 돌봄SOS센터 사업 연도별 예산	100
〈표 50〉 돌봄SOS센터 '21년도 소요예산	101
〈표 51〉 돌봄SOS센터 8대 서비스 구성 및 주요 내용	102
〈표 52〉 돌봄SOS센터 8대 서비스 수가 및 운영 사항	103
〈표 53〉 돌봄SOS센터 추진실적	105
〈표 54〉 '20년 신규 시행 자치구 대상 돌봄육구 현황 조사	106
〈표 55〉 경기도 찾아가는 보건복지팀 인력 및 팀장 직렬	120
〈표 56〉 경기도 무한돌봄 시·군 네트워크팀 및 민간사례관리사 현황	122
〈표 57〉 경기도 무한돌봄 사업 관련 연도별 총 예산	124
〈표 58〉 희망복지지원단, 경기도 무한돌봄센터 비교	127
〈표 59〉 사례 유형 및 사례관리 수행시 역할 구분	128
〈표 60〉 커뮤니티케어(communitary care) 개념 변천사	137
〈표 61〉 영국의 커뮤니티케어 입법 변천과 특징	147
〈표 62〉 스웨덴 정부 수준별 주요 담당업무	169
〈표 63〉 스웨덴 지방정부의 사무분담	169
〈표 64〉 스웨덴 중앙정부 차원의 복지 행정	175
〈표 65〉 스웨덴 광역지자체 차원의 복지 행정	176
〈표 66〉 스웨덴 기초자치단체 차원의 복지 행정	178
〈표 67〉 스웨덴 국가 보건의료 라지스터 종류	180
〈표 68〉 스웨덴 보건·사회서비스 감독부 주요 업무	180
〈표 69〉 스웨덴 지방정부 협회의 기능	183
〈표 70〉 일본의 개호보험제도 신설 전의 노인복지와 의료정책의 흐름	188
〈표 71〉 일본 지역포괄케어시스템의 정책 변화	195
〈표 72〉 일본 지역포괄지원센터 현황(2020년 4월 기준)	200
〈표 73〉 일본 와코시 제7기 장수안심플랜(지역포괄케어계획)	209
〈표 74〉 제주지역 취약계층 수 기준 우선순위	242
〈표 75〉 제주지역 총 인구 수 기준 우선순위	244
〈표 76〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 지역선정 기초자료	248
〈표 77〉 보건복지부 노인맞춤돌봄서비스 권역설정 가이드라인	250
〈표 78〉 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스 권역별 면적 및 인구 현황	251

〈표 79〉 고정형 권역설정과 비교정형 권역설정 비교	254
〈표 80〉 제주형 통합복지하나로 전달체계 조직과 인력의 변화	257
〈표 81〉 제주형 통합복지하나로 전달체계 주요 역할의 변화	260
〈표 82〉 과거 메타버스 사례	277
〈표 83〉 메타버스 플랫폼 비교	278
〈표 84〉 추천 교육과정	283

그림 차례

[그림 1] 연구수행 체계	5
[그림 2] 제주형 통합복지하나로 시범사업 추진과정	8
[그림 3] 제주형 통합복지하나로 시범사업의 운영모델	9
[그림 4] 제주형 통합복지하나로 시범사업의 추진방향	10
[그림 5] 협력지원체계관리(담당자 만족도) 연도별 평균점수 차이	13
[그림 6] 사업 준비 영역 연도별 평균점수 차이	15
[그림 7] 동지역↔복지관 중심 플랫폼 구축 영역 연도별 평균점수 차이	16
[그림 8] 보건복지서비스 강화 영역 연도별 평균점수 차이	18
[그림 9] 돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 영역 연도별 평균점수 차이 ..	19
[그림 10] 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축 영역 연도별 평균점수 차이 ..	21
[그림 11] 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성 영역 연도별 평균점수 차이 ..	22
[그림 12] 사업관리 영역 연도별 평균점수 차이	24
[그림 13] 이용자 만족도 전·후 평균점수 차이 비교	27
[그림 14] 찾동의 추진체계	77
[그림 15] 돌봄SOS센터 추진 방향	91
[그림 16] 돌봄SOS센터 서울시 및 자치구 추진 체계	96
[그림 17] 돌봄SOS센터 조직 체계	97
[그림 18] 돌봄SOS센터 서비스 제공 업무 절차	104
[그림 19] 경기도 무한돌봄센터 조직	115

[그림 20] 무한돌봄센터 사례관리 절차	117
[그림 21] 경기도 무한돌봄센터 서비스 흐름도	125
[그림 22] 경기도 무한돌봄 통합사례관리절차상 주체별 역할	129
[그림 23] 영국 커뮤니티케어 이용 시스템	146
[그림 24] 영국 지방사회서비스국의 구조	150
[그림 25] 스웨덴 정부구조 개요	167
[그림 26] 일본 지역포괄케어시스템의 기본개념	191
[그림 27] 개혁 후의 의료·개호서비스의 제공체계	194
[그림 28] 시정촌에서의 지역포괄케어시스템 구축의 프로세스	196
[그림 29] 지역포괄케어시스템 구축과 지역포괄지원센터	198
[그림 30] 지역포괄지원센터의 주요 업무	202
[그림 31] 지역케어회의 추진 내용	206
[그림 32] 와코시 지역포괄케어시스템 구축	211
[그림 33] 와코시 지역포괄 케어매니지먼트 지원체제지원센터의 사업운영체제	212
[그림 34] 제주형 통합복지하나로 전달체계의 통합적 구성	232
[그림 35] 제주형 통합복지하나로 전달체계 = 민·관·주민통합형 복지서비스제공모델	234
[그림 36] 제주특별자치도 타 분야의 권역설정 예시	247
[그림 37] 제주형 통합복지하나로 시범사업 3개 지역	248
[그림 38] 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스 10개 권역	251
[그림 39] 제주형 통합복지하나로 전달체계 권역(안)	255
[그림 40] 서울특별시 영등포구 추진단 예시	258
[그림 41] 제주형 통합복지하나로 전달체계 1개 권역별 조직 구성(안)	259

제1장 서론

1. 연구배경 및 목적

가. 연구배경

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 왜 시작되었나? 제주의 사회복지전달체계의 문제는 무엇이며, 시범사업은 그 문제를 해결하는데 기여를 하였는가? 해결하지 못했다면 향후의 과제는 무엇인가? 제주형 통합복지하나로 시범사업이 제주의 사회복지전달체계로 자리매김하기 위해서는 어떠한 전략이 필요한가? 본 연구는 이와 같은 근본적인 질문에 대한 답을 찾아가는 과정으로 볼 수 있음.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업이 시행된 동기는 기존의 분절된 전달체계, 민·관 협력과 민·관 정보공유의 한계를 해소하기 위함이었음.
- 전달체계를 효율적으로 체계화 한다는 것은 전달체계의 다양하고 복잡한 구조적 성격 때문에 매우 어려운 과제임. 따라서, 시범사업 2년간을 통해 괄목할만한 성과를 기대하는 것은 사실상 어려운 일이며, 충분한 시간을 가지고 전달체계 문제에 대한 진단, 해결을 위한 방안모색, 관련된 사업, 인력, 예산, 조직 등을 종합적으로 검토하는 것이 필요함.
- 지방정부 중심의 전달체계 구현이 어려운 이유는 중앙정부 중심의 다양한 사업들이 여러 부처와 여러 부서에서 파편적으로 시행되고 있고, 민간과 공공 등 유사 사업들이 아직까지 정비되지 못하고 있으며 각 시행주체별 역할혼돈 등 해결해야 될 과제들이 얹혀 있기 때문임.
- 특히, 중앙정부에서는 전달체계에 대한 근본적인 문제해결 보다는, 새로운 사업의 시행과 그것에 따르는 대외적 성과(수치 위주)를 매우 강하게 요구하고 있음. 물론 이러한 현상은 중앙정부 뿐만 아니라 지방정부(공공)에서도 유사하게 나타남. 이는 이용자 중심의 사업 설계가 아닌, 정해진 목표치(성과)를 달성하기 위한 수동적 업무행태로 이어질 수 있음.

- 제주형 통합복지하나로 전달체계 그림을 그리기 위해서는 우리나라 중앙정부의 전달 체계에 대한 내용, 지방정부 중심의 전달체계에 대한 사례 및 해외의 사례를 비교분석 하여 살펴 볼 필요가 있음.
- 그러나 사회복지 정책의 분절성과 파편성에 대한 우려가 많이 있음에도 불구하고, 지방정부 단위에서의 사회복지전달체계 관련 연구가 활발하지 않음. 특히, 주민자치형 공공서비스, 지역사회통합돌봄 및 사회서비스원 등 정책환경의 큰 변화가 ‘어떻게 제주 지역사회에서 하나의 메커니즘(Mechanism)으로 작동할 것인가?’에 대한 해답은 함께 고민해야 함.
- 통합적 접근을 위한 국내 사회복지전달체계관련 연구동향을 살펴보면 <표 1>과 같음. 학자들의 연구결과를 대략 요약해보면 ① 유관 정책의 연계를 통한 전달체계 구축 ② 보건·복지 연계방안 마련 ③ 민·관 협력 강화 ④ 인력·조직·예산 검토 ⑤ 정보공유 시스템 ⑥ 지원조직 신설 ⑦ 지자체의 책임성 강화 ⑧ 지속가능성 ⑨ 인력의 전문성 강화 ⑩ 보편적 복지 등 다양한 관점에서 의견이 제시되었음.
- 사실 이러한 사회복지전달체계에 대한 연구들은 1990년대부터 지금까지 그 변화 과정을 겪으며 지속적으로 제기되어 온 내용이며, 쉽게 해결하기 어려운 과제임. 따라서, 제주형 통합복지하나로 전달체계를 구축하는데 있어서 다양한 선행연구 결과에 대하여 충분히 고려해야 할 것임.

<표 1> 통합적 접근을 위한 사회복지전달체계 관련 선행연구

연구자(연도)	키워드	고려사항
김보영 (2018)	통합적 제도	법제도·조직·인력·재정 등 종합적 장벽 제거
	파트너십 구축	다양한 집단 및 기관 간 분명한 목표 설정(공유), 지속적 의사소통
	정보공유	정보공유를 위한 효과적인 시스템 구축
강혜규 외 (2019)	지자체 역할	지역단위 전달체계 정비, 지자체의 컨트롤타워 역할 강화
	통합적 서비스	지역별 여건에 적합한 통합적 서비스 이용 기반 마련
	유관 정책 고려	주민자치형 공공서비스 사업, 지역사회 통합돌봄, 사회서비스원 시범사업 등 각 사업 간에 어떻게 시너지를 창출 할 것인지 고려
	개편 과제	사회서비스 수급 체계 관리 내실화, 인적자원 관리·개발 강화, 지자체 총괄적 조직 기능 강화, 사회서비스 제공기관 고유기능 조정, 지역사회 자원 네트워크 구축 및 활성화

연구자(연도)	키워드	고려사항
김진석 외 (2020)	이용자	이용자는 원칙적으로 모든 주민(보편적 보장 지향)
	서비스	서비스의 충분량 확보, 지자체의 책임기능 강화
	인력과 조직	인력의 전문성 제고(전문직제 등), 분권적 운영(지자체의 포괄적 권한)
	재정	통합돌봄 포괄보조금제도, 지자체 통합돌봄기금 설치, 사회보험 통합재정 개편 등
민소영 외 (2020)	역할조정	읍면동과 시군구, 공공인력과 민간(통합사례관리사)
	정보시스템	보건-복지 정보시스템 연계
	법제도적 장치	보건의료-복지 간 연계를 위한 법적 근거
	보편적 복지	보편적 서비스 지향을 위한 자원 다각화
성은미 외 (2020)	시군 역할 강화	성과관리, 지표마련, 지속적 모니터링
	지원단 구성	도 단위의 복지전달체계 지원사업단 구성, 평가, 컨설팅, 사후관리 등
	민·관 협력	민·관 네트워크 기능 강화, 민관협력을 위한 도와 시군의 노력 필요
이수영 외 (2020)	연계기능 강화	복지-보건 사업 등(다양한 복지, 돌봄, 보건 등)과의 연계 강화
	복지자원	지역 내 활용 가능한 복지자원 플랫폼 구축
	민·관 소통	서비스 연계를 위한 민·관 소통 표준 가이드 개발
	인력체계	동주민센터 전문적 인력(복지플래너, 복지팀장, 순환보직 제한) 검토
	위기사례	희망복지지원단 담당 대상자 범위확대
정은하 외 (2020)	전문성 강화	공공영역 돌봄매니저 서비스 운영 관련 전문성 강화
	동 단위 편차	동별 편차 최소화
	성과지표	사업의 사회적 가치 달성을 위한 성과지표 구성·관리
	연계기능	이용자의 욕구에 따른 전반적인 통합돌봄 체계의 정비(찾동, 돌봄sos 등)
김이배 (2021)	중간지원조직	지방정부 전달체계 개편의 질적 수준 유지를 위해서는 복지재단과 같은 중간조직의 지원기능이 매우 중요
	중앙정부와 충돌	지방정부 중심의 전달체계 구현 시 중앙정부의 모델과 충돌 가능성 고려
	역할분담	사업 추진을 위한 여러 주체들의 역할분담과 협력
	선택과 집중	본질적인 사회복지전달체계의 핵심적 문제에 집중
	지속가능성	리더가 바뀌더라도 지속가능한 지역중심의 사회복지전달체계 방안 마련

나. 연구목적

- 본 연구는 약 2년간 추진한 제주형 통합복지하나로 시범사업의 문제점을 극복하고 제주특별자치도 사회복지전달체계의 바람직한 모습이 무엇인지, 어떠한 정책과제들이 고려 될 수 있는지, 실행을 위한 전략은 무엇인지를 중장기적 관점에서 살펴보는 데 그 목적이 있음.

2. 연구방법 및 수행체계

가. 연구방법

○ 문헌연구

- 제주형 통합복지하나로 시범사업을 위하여 2019년~2020년 동안 제주사회복지연구센터에서 수행한 “제주형 커뮤니티케어 운영모델 연구”와 시범사업에 대한 성과평가 결과의 주요 내용을 분석에 활용함.
- 주민자치형 공공서비스, 지역사회통합돌봄 및 사회서비스원 등 최신 사회복지전달체계의 동향을 살펴봄.
- 국내 사회복지전달체계의 사례는 서울특별시의 찾동과 돌봄 SOS, 경기도 무한돌봄의 내용을 분석하였으며, 국외 사례는 영국, 스웨덴 그리고 일본의 전달체계를 분석하여 시사점을 도출함.

○ 도내·외 현장 종사자 간담회 등

- 제주형 통합복지하나로 관련 시범지역(아라동, 노형동, 동홍동)의 민·관 담당자, 도, 행정 시 담당공무원, 사회복지 이용·생활시설 및 기관단체 종사자, 보건·의료 종사자, 시범사업 이용자 등을 대상으로 간담회, 토론회, 서면 의견수렴 및 포럼 등을 통하여 소통의 장을 마련함.
- 간담회(포럼 포함) 시 타 지역의 전달체계 관련 전문가를 초빙하여 정책의 이해도를 높임.

○ 도내·외 전문가 자문회의

- 도내 전문가는 복지현장의 경험이 풍부한 민·관 전문가, 시범사업 MOU 체결 병원 담당자 및 사회복지 전달체계 분야의 학계 전문가로 구성하였으며, 도외 전문가는 사회복지 전달체계 및 통합사례관리 분야의 학계전문가, 서울시의 찾동과 경기 무한돌봄을 지속적

으로 기획·평가·모니터링 하는 전문 연구자, 사회서비스원 등 최신 전달체계 관련 전문가 등 다양한 분야의 전문가 자문회의를 통하여 방향성과 실행가능성을 제고함.

나. 수행체계

- 제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전방안 연구의 수행체계는 [그림 1]과 같음. 연구진은 연구책임자 외 위촉연구위원 1명(상근)과 제주형 통합복지하나로 시범사업에 지속적으로 참여한 학계 전문가 2명(비상임)을 위촉하였음.
- 또한, 시범사업 담당자, 제주도내·외 다양한 영역의 현장전문가 및 학계전문가의 자문회의를 통하여 연구의 완성도를 높임.

[그림 1] 연구수행 체계

과정	내 용
연구계획	• 연구진 구성: 위촉연구위원(내부) 1명, 비상임연구위원(외부) 2명 위촉 • 연구계획 수립 및 역할분담
↓	
문헌연구	• 제주형 커뮤니티케어 운영모델연구(지역진단, 설문, CRM, 델파이 등) • 제주형 통합복지하나로 시범사업 성과평가 연구(설문, FGI, 정량실적 등) • 최근 우리나라 사회복지전달체계 동향분석 • 국내·외 사회복지전달체계 사례조사(서울, 경기, 영국, 스웨덴, 일본)
↓	
간담회 등	• (설문조사) 제주형 통합복지하나로 시범사업 담당자 대상(41명) / 3회 • (연구진 회의) 비상임연구위원 자문회의 / 10회 • (도내·외 자문회의) 현장 및 학계 등 전문가 자문회의 / 10회 • (토론회) 도, 시, 시범지역, 외부전문가 및 사회보장정보원 / 1회 • (간담회) 도, 사회서비스 중앙지원단 / 1회 • (간담회) 도내·외 현장종사자 및 외부전문가 / 3회 • (포럼) 도내·외 복지·보건·의료 등 종사자, 의회, 공무원 및 학계 등 99명/ 1회
↓	
연구종료	• (자문회의) 연구결과 검토를 위한 도내·외 전문가 자문회의 2회 • (연구진 회의) 최종 연구보고서 검토 • 연구결과 보고회

3. 연구의 주요내용

- 사회복지전달체계의 국내·외 사례에서 주는 시사점과 제주형 통합복지하나로 시범사업의 비교분석을 통하여 제주특별자치도의 사회복지전달체계의 근본적인 문제가 무엇인지 알고자 함.
- 제주형 통합복지하나로 전달체계가 확대되기 위한 구체적 목적, 목표 및 원칙에 대한 정립
- 제주형 통합복지하나로 전달체계를 바람직한 방향으로 확대하기 위한 구체적인 실행 전략 수립

제2장 본론

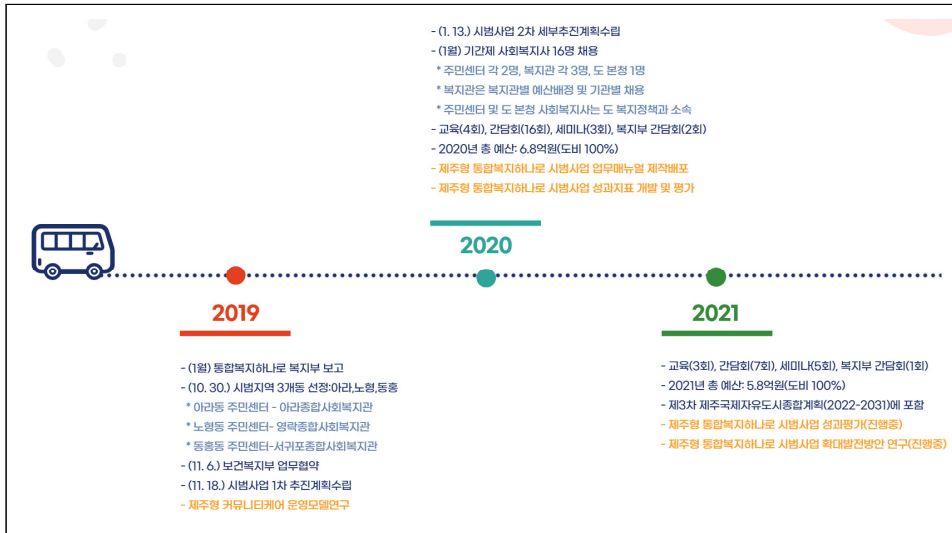
1. 제주형 통합복지하나라로 시범사업에 대한 평가

가. 제주형 통합복지하나라로 시범사업의 정의, 목표 그리고 추진과정

- 2020년 1월부터 제주특별자치도의 새로운 정책방향으로 등장했던 ‘제주형 통합복지하나라로 시범사업’이 시행 2년째를 맞이하고 있음.
- 제주형 통합복지하나라로 시범사업은 민·관 협업과 정보공유 중심의 제주형 복지전달체계 구축을 위한 과정으로 정의함. 제주특별자치도만의 전달체계를 시도하는 이유는 중앙 정부 중심의 종속적 전달체계에서 벗어나 지속가능하고, 작동 가능한 주민 중심의 원스톱 전달체계를 구축하여 주민들의 복지체감도를 증진시키고 삶을 질을 개선하겠다는 강한 의지로 볼 수 있음.
- 최근 보건복지부에서 아심차게 추진하고 있는 전달체계는 지역사회통합돌봄 선도사업임. 복지부의 선도 사업은 기본적으로 대상자별(노인, 장애인, 정신질환자) 프로그램 위주 사업성으로 되어 있는 반면, 제주형 통합복지하나라로 시범사업은 보건복지부의 대상자별 접근방식을 뛰어넘어 근본적인 전달체계를 일선현장에서부터 만들어보기 위함.
- 제주형 통합복지하나라로 시범사업의 성과는 단위사업 하나하나의 목표치(수량) 달성이 아님. 진정한 성과는 민·관 협력의 메커니즘(Mechanism)이 얼마나 잘 움직일 수 있는가? 민·관 협력과 정보공유의 과정에 어떠한 어려움이 있으며, 어떻게 개선해 나갈 것인가? 시범사업의 체계는 도민들의 욕구에 근거하는가?
- 결론적으로 현재의 시범사업은 제주특별자치도만의 작동 가능한 전달체계 구축을 위한 기능적 측면의 효과성과 효율성을 살펴보기 위함. 향후 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 분절된 현재의 전달체계를 포괄하는 가장 큰 개념의 지역단위 전달체계로 승화되어야 함.
- 제주형 통합복지하나라로 시범사업의 추진과정은 [그림 2]와 같음. 2020년 1월 사회복지사 16명이 채용 배치되었으나, 실행계획 수립, 기관 간 업무조정 및 역할분담 등 다

소 혼선이 있어 실제 사업은 2020년 4월경 추진되었음. 투입 예산은 2년간 시범지역 3개동(아라동, 노형동, 동홍동)에 총 13억 원 정도임.

[그림 2] 제주형 통합복지하나로 시범사업 추진과정

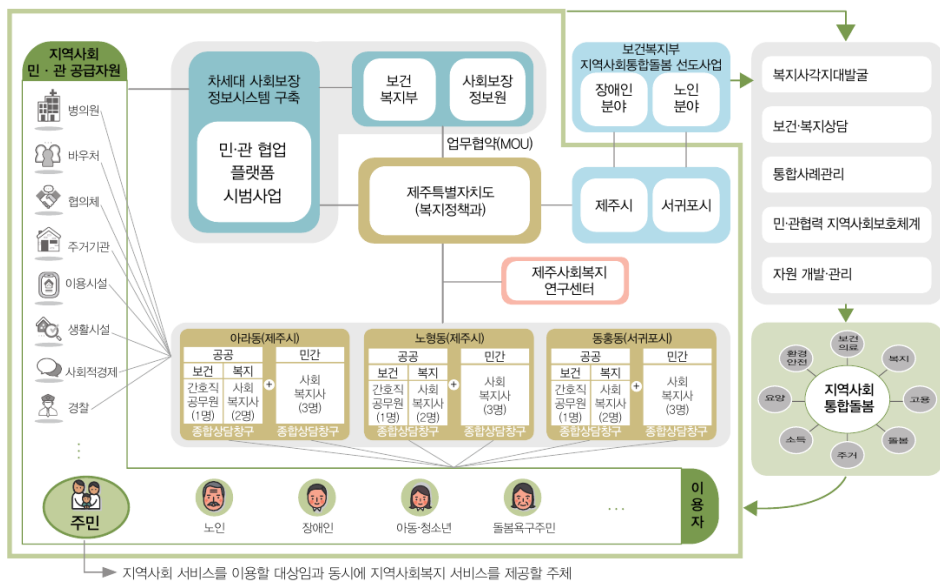


나. 운영모델

- 제주형 통합복지하나로 시범사업 운영모델은 다음 [그림 3]과 같음. 시범사업은 공공(주민센터 맞춤형복지팀)과 민간복지관의 1:1 매칭(아라동 주민센터↔아라종합사회복지관, 노형동 주민센터↔제주영락종합사회복지관, 동홍동 주민센터↔서귀포종합사회복지관)이라는 협력적 약속관계인 특징이 있으며 도, 행정시 및 제주연구원 내 제주사회복지연구센터와 함께하는 민·관·학 중심의 추진체계를 가지고 있음.
- 또한 보건복지부가 추진 중인 차세대사회보장정보시스템 중 ‘민·관 협력 플랫폼’ 구축 지원과도 연결됨.
- 각 주체별 역할을 살펴보면, 제주특별자치도 보건복지여성국 복지정책과 지역복지팀은 전체적인 시범사업의 기본계획 수립·연계·조정·모니터링 및 성과관리 등을 총괄하며, 양 행정시(제주시, 서귀포시)는 지역사회통합돌봄 및 희망복지지원과의 연계·지원, 1:1 매칭으로 이루어진 주민센터와 복지관은 직접적인 사업의 수행함.

- 제주연구원 제주사회복지연구센터는 업무매뉴얼 개발, 평가지표 개발 및 평가, 교육·컨설팅 자문, 보건복지부는 차세대사회보장정보시스템 중 ‘공공·민간 간 정보공유 및 협업 기반(민·관 협업 플랫폼)’ 구축을 위한 현장의 목소리 반영 및 협력 등으로 구분할 수 있음.
- 시범사업 운영모델의 특징은 제주도민이라면 누구나 이용이 가능한 보편적 관점을 지향하고 있음.
- 도민은 가까운 시범지역 복지관 또는 주민 센터에 설치된 종합상담창구를 통하여 민간과 공공의 서비스를 쉽게 이용할 수 있으며, 해당 수행기관은 지역사회의 민·관 공급자원을 연계하거나 직접적인 서비스를 제공하되, 민간과 공공이 각각 가지고 있는 정보와 서비스를 최대한 시스템을 통하여 공유하고 함께 협력하여 주민 중심의 원스톱 서비스 전달체계를 마련한다는 것임.

[그림 3] 제주형 통합복지하나로 시범사업의 운영모델

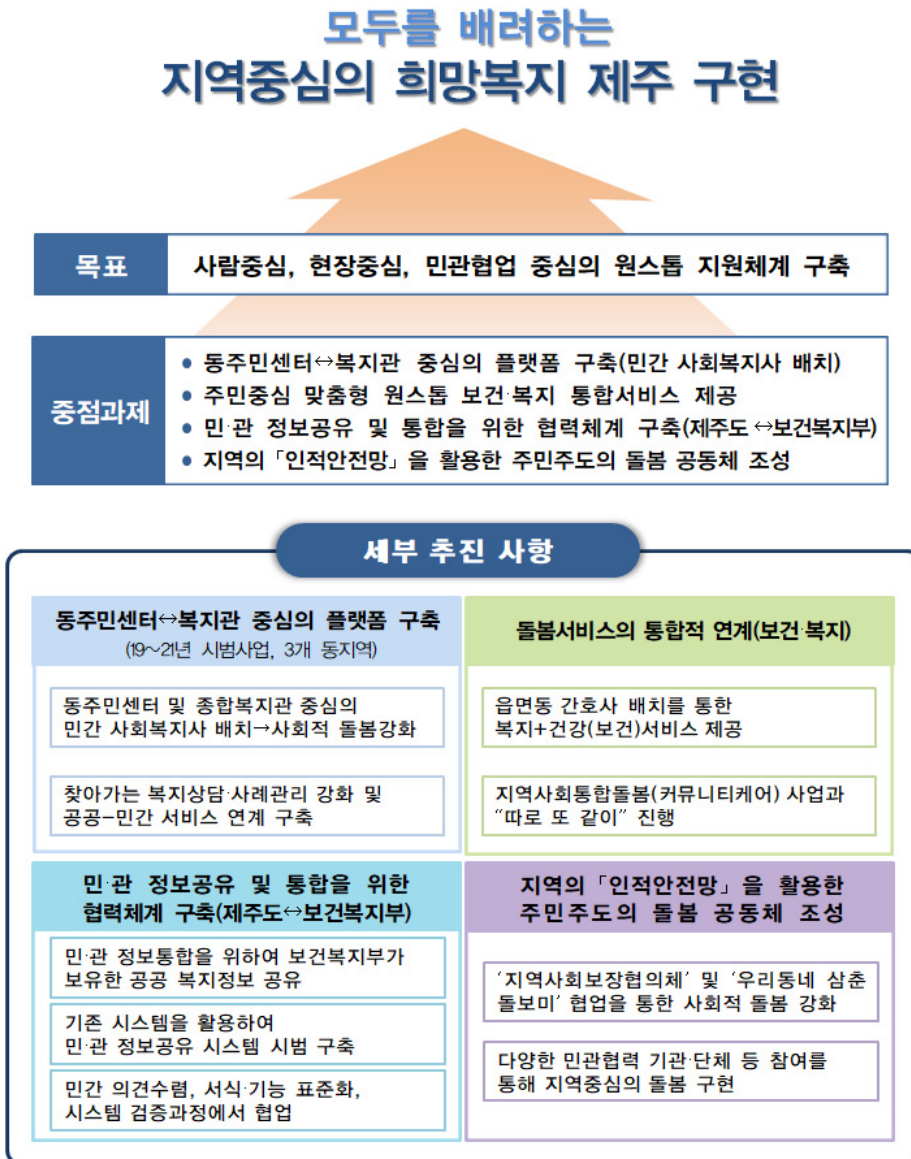


자료: 황성준, 곽아람. 2020. 『제주형 통합복지하나로 시범사업 업무매뉴얼』. 제주특별자치도·제주연구원

다. 핵심과제

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 동 주민센터와 종합사회복지관 연계, 보건·복지 협력, 민·관 정보공유 및 지역공동체 활성화를 통하여, 통합적 보건·의료·복지 등 주민에게 필요한 서비스를 제공하는 원스톱 기반 구축이 목적임.

[그림 4] 제주형 통합복지하나로 시범사업의 추진방향



○ 그러나 다양하고 복잡한 현재의 전달체계를 한꺼번에 변화시킬 수 있는 것은 당연히 있을 수 없는 일임. 따라서 3개 시범지역에서는 최소한 서로가 함께 노력하여 동네단위에서 해결할 수 있는 역할을 중심으로 고민이 시작되었음.

○ 그것은 주민의 편의성을 증진시키고 주민이 원하는 것을 빠르게 찾아내고 함께 고민하고 해결과 예방을 할 수 있는 체계의 구축이었음.

○ 주요 핵심과제는 다음 4가지로 정리할 수 있음.

① 동 주민센터↔종합복지관 중심의 플랫폼 구축

- 동 주민센터와 종합사회복지관 협업 형태의 플랫폼은 읍면동 단위 지역사회복지관과 주민센터 맞춤형복지팀(찾아가는 보건복지팀)의 인력충원을 통한 기능적 통합 시도임.
- 시범사업 추진을 위하여 주민센터 맞춤형복지팀에 2명, 복지관에 3명씩 사회복지사를 배치하였음. 이를 통해 주민센터 맞춤형복지팀과 복지관의 각자의 고유기능은 강화를 시키고 서비스 제공과 연계는 주민의 입장에서 할 수 있도록 하였음.
- 본 플랫폼 구축은 민·관 협력 중심의 소단위 지역사회 자원 및 욕구조사, 방문상담 확대, 종합상담기능 확대 등이 중심임. 무엇보다도 종합사회복지관에서도 공적급여 신청¹⁾을 가능할 수 있도록 협의 및 교육 등을 실시하였으며, 초기상담에서부터 민·관이 함께 움직이는 시스템을 구현하였음.

② 돌봄 서비스의 통합적 연계

- 돌봄 서비스의 통합적 연계는 복지와 보건의 연계기능 강화임. 시범지역 3개 동 주민센터 맞춤형복지팀에 간호직 공무원을 배치하여 맞춤형 보건·복지서비스 제공, 소집단 건강프로그램 기획 및 운영, 지역주민의 자발적 건강관리 활동 지원 그리고 주민에게 필요한 보건·의료·복지 서비스의 연계 기능에 중점을 두어 시행하고자 하였음.
- 간호직 공무원은 사회복지 담당자가 하기에는 한계가 있는 건강관리 상담 등 유용한 정보를 제공할 수 있고, 특히 보건소와 의료기관과의 연계·협력에도 매우 긍정적임. 그러나 코로나 19의 확산으로 인하여 파견되었던 간호직 공무원이 보건소로 복귀하여 사실상 계획한 대로 사업의 기획 및 실행을 하지 못했음.

1) 복지관에서 신청 가능한 공적급여는 사회보장급여, 사회복지서비스 이용 신청(아이행복카드, 가사간병, 장애아동가족지원, 발달장애인 지원, 지역사회 서비스, 장애인활동지원, 산모신생아 건강관리지원 등), 노인맞춤돌봄서비스, 긴급복지, 요금감면(전기, TV, 휴대전화, 지역난방, 도시가스 등), 시설입소(이용), 해산급여, 장제급여, 장수수당, 장애인등록, 장기요양인정(건강보험공단) 등임.

③ 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력

- 시범지역 3개동에서는 주민센터(공공)의 행복e음 시스템과 복지관(민간)의 사회복지시설 정보시스템을 활용하여 공동사례관리²⁾를 적극 실시하였음.
- 그간 시스템을 활용한 민·관 협력 공동사례관리는 기능이 탑재되어 있음에도 불구하고 시스템 사용의 어려움 및 오류 등으로 제주도 내에서는 지금까지 활용된 바가 없음.
- 시범지역에서는 민·관 협력 플랫폼의 취지에 맞게 해당 시스템을 활용하여 민간과 공공이 정보를 공유하면서, 시스템의 오류 및 기능개선을 검토하였고, 관련 내용을 보건복지부에 건의하는 등 타 지역의 선진 사례가 되고 있음.

④ 지역의 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성

- 시범지역 3개동은 지역의 자원이 많은 지역으로 특히, 민간의료 인프라가 읍·면 단위보다 풍부한 편이며, 읍면동지역사회보장협의체와 지역 자생단체 등의 활동이 왕성하여 주민과의 연계·협력을 강화하기에 적합한 지역임.
- 주민참여의 기능 중에 통합복지하나로 시범사업의 홍보를 통하여 이웃주민에 대한 어려움의 신고, 동행 등 적극적 참여가 이루어졌음. 당초 주민중심의 지역네트워크 강화를 위하여 주민과 함께하는 마을 간담회 및 마을 만들기 연계 등 다양한 노력을 시도하려고 했으나 코로나 19의 영향으로 한계가 있었음.

라. 성과와 한계

“제주형 통합복지하나로 시범사업은 담당자와 이용자에게 긍정적 효과”

- 2020년 말 제주형 통합복지하나로 시범사업의 성과측정을 위한 지표를 개발하였음.
- 성과지표는 단순히 건 수 위주의 수치 달성을 위함이 아닌 통합복지하나로 전달체계의 과정상에 나타나는 긍정적 효과와 문제점 도출을 위함.
- 시범사업의 성과관리지표는 크게 시범사업 담당자를 중심으로 하는 협력지원체계관리 지표 1개와 서비스 이용자를 중심으로 하는 서비스품질, 서비스 만족도 그리고 행복감 지표 3개로 구성되었으며, 성과지표는 <표 2>와 같음.

2) 공동사례관리는 두 개 이상 기관(민간, 공공)이 협의에 의해 한 대상자(혹은 대상가구)를 공동으로 사례관리 하는 협업 체계로, 주 사례관리자와 공동사례관리자로 구분하여 역할 및 업무 분담하는 것을 의미한다(황성준 외, 2020).

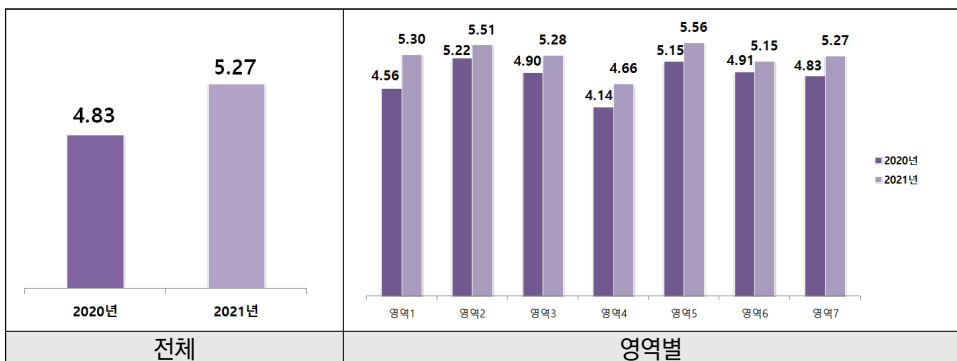
〈표 2〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 주요 내용

지표	대상	지표명(문항 수)	하위척도(문항 수)	비고
1	담당자	협력지원체계 관리(40)	사업준비(6), 사업진행(30), 사업관리(4)	자체 개발
2	이용자	서비스 품질(27)	유형성(3), 신뢰성(5), 응답성(2), 확산성(3), 공감성(4), 접근성(2), 권리성(5), 협력성(3)	선행 지표 수정·보완
3		서비스 만족(13)	서비스 내용(2), 직원의 태도(4), 직원의 전문성(2), 추천 의사(1), 재이용 의사(1), 이용자의 변화(1), 복지 체감도(2)	
4		행복감(17)	건강(3), 환경지배(4), 삶의 만족(3), 관계(4), 자율성(3)	

1) 협력지원체계관리(담당자 만족도) 분석결과

- 협력지원체계관리는 사업준비, 사업진행(플랫폼 구축, 보건복지서비스 강화, 통합 연계 및 사례관리, 협력체계, 인적안전망), 사업관리 영역으로 구분되며, 통합복지하나로 시범사업을 수행하기 위하여 필요한 시스템 구축의 여부, 진행 과정에 대한 전반적인 노력, 행동의 정도를 평가하는 것이 목적임.
- 협력지원체계관리는 민·관 시범사업 담당자 전체 41명(민간 25명, 공무원 16명)이 응답한 결과이며, 그 결과는 [그림 5] 및 <표 3>과 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.83점, 2021년 5.27점으로 약 0.44점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력 체계 구축(영역5)이 5.56점으로 가장 높았고, 동지역↔복지관 중심의 플랫폼 구축(영역2) 5.51점, 사업준비(영역1) 5.30점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 돌봄서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리(영역4)는 4.66점으로 가장 낮게 나타남.

[그림 5] 협력지원체계관리(담당자 만족도) 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 3〉 협력지원체계관리(담당자 만족도) 연도별 평균점수 차이(7점 기준)

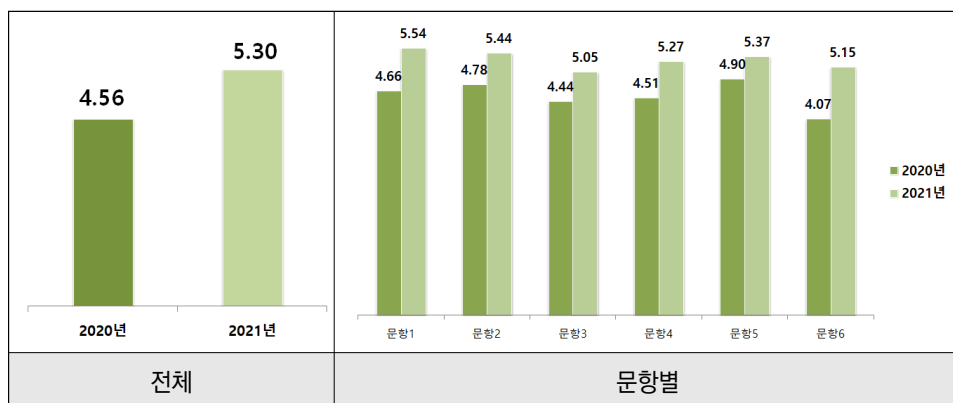
(n=41)

구분		연도	평균	표준편차	t
전체		2020	4.83	0.95	-2.182
		2021	5.27	0.84	
사업 준비	1. 사업준비 영역	2020	4.56	1.17	-3.195
		2021	5.30	0.92	
사업 진행	2. 동지역↔복지관 중심의 플랫폼 구축 영역	2020	5.22	1.05	-1.306
		2021	5.51	0.92	
	3. 보건·복지서비스 강화 영역	2020	4.90	1.03	-1.628
		2021	5.28	1.11	
	4. 돌봄서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 영역	2020	4.14	1.15	-2.156
		2021	4.66	1.03	
	5. 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축 영역	2020	5.15	0.99	-1.923
		2021	5.56	0.90	
	6. 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄공동체 조성 영역	2020	4.91	1.11	-0.992
		2021	5.15	1.04	
사업 관리	7. 사업관리 영역	2020	4.83	0.95	-2.182
		2021	5.27	0.84	

가) 사업 준비 영역

- 협력지원체계관리 지표 중 사업 준비 영역을 문항별로 살펴보면 [그림 6] 및 〈표 4〉와 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.56점, 2021년 5.30점으로 약 0.74점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 다만, 문항별로 살펴보면, 사업계획서 수립(문항1), 전문성(문항4), 인력·예산(문항5) 및 전반적 준비(문항6)에 있어서 평균점수 상승은 통계적 유의성이 확인되었음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 사업계획서 수립(문항1)이 5.54점으로 가장 높았고, 시범사업을 수행 할 민·관 협력체계 구축(문항2) 5.44점, 시범사업을 위한 인력·예산 확보(문항5) 5.37점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 시범사업을 위한 지역사회진단 및 지역사회기초조사(문항3)는 5.05점으로 가장 낮게 나타남.

[그림 6] 사업 준비 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 4〉 사업 준비 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)

(n=41)

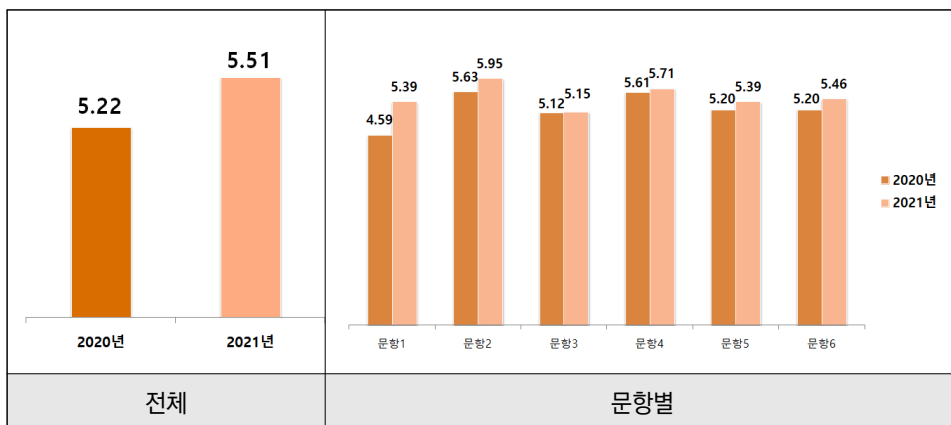
구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	4.56	1.17	-3.195
	2021	5.30	0.92	
1. 사업계획서는 사전에 잘 수립되었다.	2020	4.66	1.56	-2.929*
	2021	5.54	1.10	
2. 시범사업을 수행할 민·관 협력 체계는 잘 구축되어 있다.	2020	4.78	1.17	-2.553
	2021	5.44	1.16	
3. 시범사업을 위한 지역사회진단 및 지역사회기초조사가 잘 되어 있다.	2020	4.44	1.38	-2.166
	2021	5.05	1.16	
4. 담당인력은 전문성이 있으며 사전에 직무교육을 잘 받았다.	2020	4.51	1.38	-2.792*
	2021	5.27	1.05	
5. 시범사업을 위한 인력 및 예산은 확보되었다.	2020	4.90	1.45	-1.652*
	2021	5.37	1.07	
6. 전반적으로 시범사업을 위한 준비가 잘 이루어졌다고 생각한다.	2020	4.07	1.51	-3.784**
	2021	5.15	1.01	

* $p < .05$, ** $p < .01$

나-1) 사업진행 영역(동지역↔복지관 중심의 플랫폼 구축)

- 협력지원체계관리 지표 중 사업진행 영역의 “동지역↔복지관 중심의 플랫폼 구축”을 문항별로 살펴보면 [그림 7] 및 <표 5>와 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 5.22점, 2021년 5.51점으로, 약 0.29점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 다만, 문항별로 살펴보면, 민간사회복지사 배치 적절성(문항1)에 있어서 평균점수 상승은 통계적 유의성이 확인되었음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계의 필요성(문항2)이 5.95점으로 가장 높았고, 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계가 기존의 전달체계에 비해서 지역사회문제해결에 더 적합(문항4) 5.71점, 시범사업 기간 동안 전반적인 동 주민센터와 복지관 중심의 플랫폼 구축 진행(문항6) 5.46점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계에서 근무하는 제공인력의 역할과 기능의 명확성(문항3)은 5.15점으로 가장 낮게 나타남.

[그림 7] 동지역↔복지관 중심 플랫폼 구축 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 5〉 동지역↔복지관 중심 플랫폼 구축 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)

(n=41)

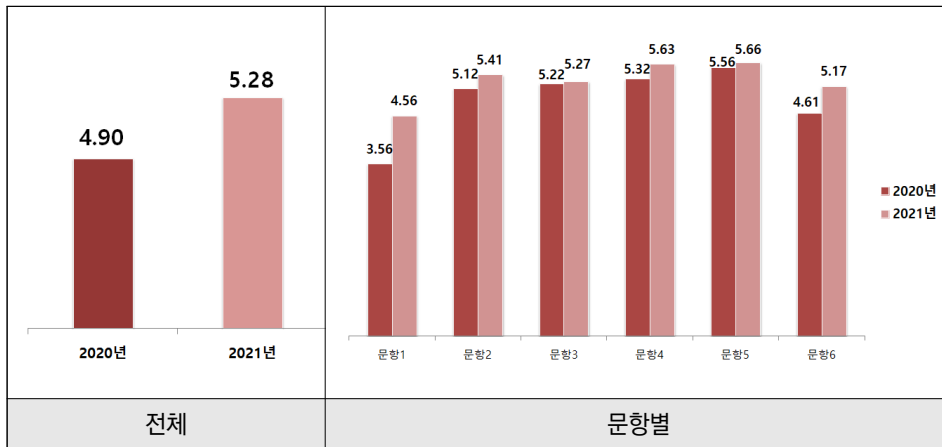
구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	5.22	1.05	-1.306
	2021	5.51	0.92	
1. 전문적인 지식과 실천기술을 겸비한 민간사회복지사가 민·관협력지원체계에 적절하게 배치되었다고 생각한다.	2020	4.59	1.38	-3.057*
	2021	5.39	0.97	
2. 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계는 주민들에게 필요한 새로운 지역사회돌봄 및 사회복지 전달체계이다.	2020	5.63	1.18	-1.343
	2021	5.95	0.95	
3. 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계에서 근무하는 제공인력의 역할과 기능은 분명하다.	2020	5.12	1.42	-0.084
	2021	5.15	1.22	
4. 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계가 기존의 전달체계에 비해서 지역사회문제해결에 더욱 적합하다.	2020	5.61	1.05	-0.421
	2021	5.71	1.06	
5. 동 주민센터와 복지관 중심의 민·관협력지원체계에서 근무하는 제공인력들은 계획적이고 체계적으로 업무를 수행하고 있다.	2020	5.20	1.12	-0.797
	2021	5.39	1.09	
6. 시범사업 기간 동안 전반적으로 동 주민센터와 복지관 중심의 플랫폼 구축사업은 잘 진행되고 있다고 생각한다.	2020	5.20	1.23	-1.042
	2021	5.46	1.10	

* $p < .05$

나-2) 사업진행 영역(보건복지서비스 강화)

- 협력지원체계관리 지표 중 사업진행 영역의 “보건복지서비스 강화”를 문항별로 살펴보면 [그림 8] 및 〈표 6〉과 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.90점, 2021년 5.28점으로, 약 0.38점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 동 주민센터와 복지관의 공동사례관리업무 수행(문항5)이 5.66점으로 가장 높았고, 동 주민센터와 복지관의 다양한 서비스 제공·연계(문항4) 5.63점, 지역의 욕구 및 변화에 대한 파악(문항2) 5.41점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 지역 내 보건인력과 복지인력 간의 연계·협력(문항1)은 4.56점으로 가장 낮게 나타남.

[그림 8] 보건복지서비스 강화 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 6〉 보건복지서비스 강화 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)

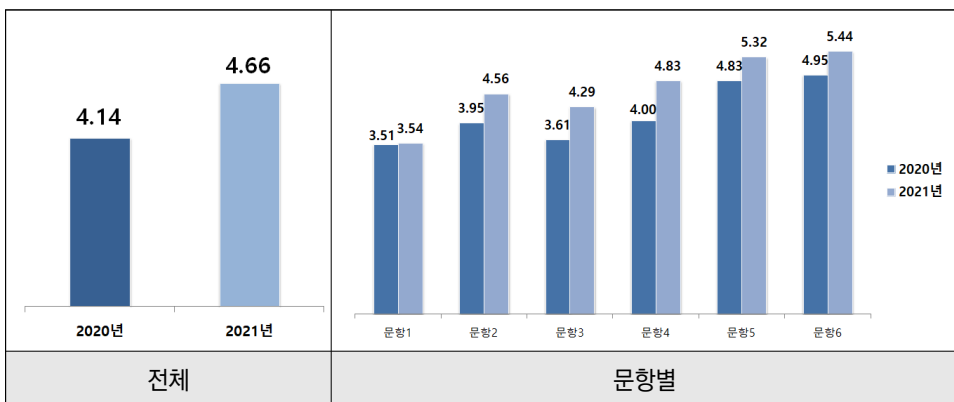
(n=41)

구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	4.90	1.03	-1.628
	2021	5.28	1.11	
1. 우리지역에서는 보건인력과 복지인력 간의 연계 및 협력 서비스가 잘 이루어지고 있다.	2020	3.56	1.70	-2.862
	2021	4.56	1.45	
2. 동 주민센터 및 복지관에서는 우리지역의 욕구 및 변화에 대해 잘 파악하고 있다.	2020	5.12	1.10	-1.108
	2021	5.41	1.28	
3. 동 주민센터 및 복지관에서는 서로 다른 서비스·자원의 생산·분배·연계·조정 등 전반적인 사항을 기획·총괄하는 역할과 기능을 수행하고 있다.	2020	5.22	1.28	-0.171
	2021	5.27	1.30	
4. 동 주민센터 및 복지관에서는 주민생활과 밀접한 보건·의료, 복지, 고용, 돌봄, 주거, 소득, 영양, 환경안전 등 다양한 서비스를 제공·연계하고 있다.	2020	5.32	1.29	-1.161
	2021	5.63	1.18	
5. 동 주민센터 및 복지관에서는 공동사례관리업무를 잘 수행하고 있다.	2020	5.56	1.05	-0.393
	2021	5.66	1.20	
6. 동 주민센터 및 복지관에 설치된 종합상담창구의 보건 복지서비스 강화사업은 전반적으로 잘 진행되고 있다고 생각한다.	2020	4.61	1.45	-1.776
	2021	5.17	1.41	

나-3) 사업진행 영역(돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리)

- 협력지원체계관리 지표 중 사업진행 영역의 “돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리”를 문항별로 살펴보면 [그림 9] 및 <표 7>과 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.14점, 2021년 4.66점으로, 약 0.52점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 돌봄서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 사업의 전반적인 수행(문항6)이 5.44점으로 가장 높았고, 지역사회통합돌봄 선도사업 및 노인맞춤돌봄서비스 등 서비스 연계·협력(문항5) 5.32점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 동 맞춤형복지팀 내 전문 간호직 인력의 배치(문항1)은 3.54점으로 가장 낮게 나타났으며, 시 및 읍면동·보건소 등 통합돌봄서비스 TF 구성 및 모니터링 여부(문항3) 4.29점, 복지·보건 관련 연계·협력 방안 마련·운영(문항2) 4.56점 등은 다소 낮은 점수로 나타남.
- 본 영역은 전체 협력지원체계관리 7개의 지표 중에서 2개년도(2020~2021) 모두 가장 낮은 평균점수를 나타내고 있음.

[그림 9] 돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 7〉 돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)
(n=41)

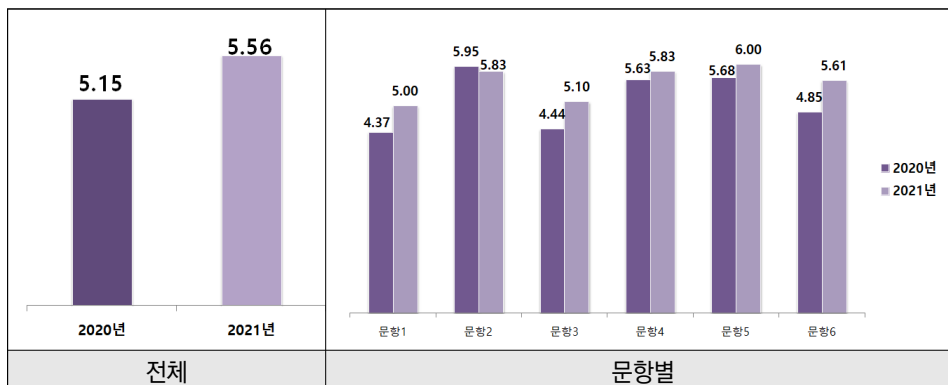
구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	4.14	1.15	-2.156
	2021	4.66	1.03	
1. 동 맞춤형복지팀에 전문적인 지식과 실천기술을 갖춘 간 호직 전문 인력이 적절하게 배치되었다고 생각한다.	2020	3.51	1.85	-0.061
	2021	3.54	1.79	
2. 지역상황에 맞는 복지·보건사업 관련 업무 연계·협력 방 안이 마련되어 있으며 잘 운영되고 있다.	2020	3.95	1.53	-1.830
	2021	4.56	1.48	
3. 시 및 읍면동·보건소 등 관련부서에 통합돌봄서비스 TF 가 구성되어 있으며 정기적인 회의(모니터링)을 통해 실시간 사업을 점검하고 있다.	2020	3.61	0.48	-1.984
	2021	4.29	1.57	
4. 지역사회(소지역 단위) 내 공공+민간, 복지·보건·의료 등 협력적 네트워크가 구축되었고 잘 운영되고 있다.	2020	4.00	1.30	-2.657
	2021	4.83	1.34	
5. 지역사회통합돌봄 선도사업 및 노인맞춤돌봄서비스 등 주요 돌봄 대상자 발굴 시 서비스 연계·협력이 적절하게 이루어지고 있다.	2020	4.83	0.97	-1.769
	2021	5.32	1.19	
6. 돌봄 서비스의 통합적 연계 및 통합사례관리사업은 전반 적으로 잘 진행되고 있다고 생각한다.	2020	4.95	1.32	-2.237
	2021	5.44	1.00	

나-4) 사업진행 영역(민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축)

- 협력지원체계관리 지표 중 사업진행 영역의 “민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축”을 문항별로 살펴보면 [그림 10] 및 〈표 8〉과 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 5.15점, 2021년 5.56점으로, 약 0.41점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 다만, 문항별로 살펴보면, 복지부 차세대 사회보장정보시스템 중 민관협업 플랫폼 시범 사업을 수행하기 위한 인력과 예산의 적절성(문항3)에 있어서 평균점수 상승은 통계적 유의성이 확인되었음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 복지부 차세대 사회보장정보시스템 중 민관협업 플랫폼이 제주형 통합복지하나로 시범사업 협력지원체계구축에 있어서의 중요성(문항5)이 6.00점으로 가장 높았고, 복지부 차세대 사회보장정보시스템 중 민관협업 플랫폼이 지역주민의 문제해결에 적합성(문항4) 5.83점, 복지부 차세대 사회보장정보시스템 중 민관협업 플랫폼 시범사업의 필요성(문항2) 5.83점 등의 순으로 나타남.

- 반면, 복지부 차세대 사회보장정보시스템 중 민관협업 플랫폼 구축을 위한 실무협의체 구성·운영(문항1)은 5.00점으로 가장 낮게 나타남.

[그림 10] 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



<표 8> 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)
(n=41)

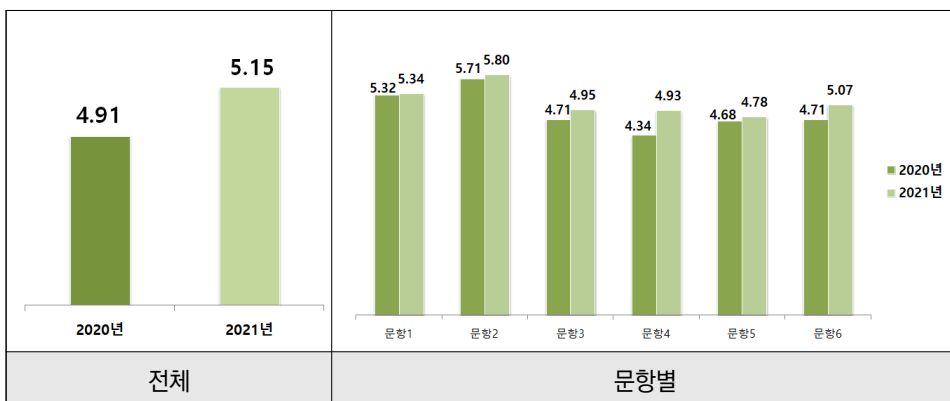
구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	5.15	0.99	-1.923
	2021	5.56	0.90	
1. 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민·관 협업 플랫폼 시범사업을 위한 협력체계 구축을 위하여 실무협의체가 구성되어 있으며 잘 운영되고 있다.	2020	4.37	1.07	-2.219
	2021	5.00	1.38	
2. 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민·관 협업 플랫폼 시범사업이 필요하고 중요한 사업라고 생각한다.	2020	5.95	1.42	0.505
	2021	5.83	1.12	
3. 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민·관 협업 플랫폼 시범사업을 시범적으로 수행하기 위한 적절한 인력과 예산이 배정되었다.	2020	4.44	0.97	-2.379*
	2021	5.10	1.07	
4. 향후 개발 예정인 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민·관 협업 플랫폼 시범사업은 지역주민육구 및 문제해결에 더욱 적합할 것이라고 생각한다.	2020	5.63	1.17	-0.815
	2021	5.83	0.93	
5. 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민관협업 플랫폼 시범사업은 제주형 통합복지하나로 시범사업 협력지원 체계구축에서 중요한 사업이다.	2020	5.68	1.30	-1.362
	2021	6.00	0.92	
6. 복지부 차세대 사회보장 정보시스템 중 민관협업 플랫폼 시범사업을 위한 협력체계 구축사업은 전반적으로 잘 진행되고 있다.	2020	4.85	1.24	-2.990
	2021	5.61	1.05	

* $p < .05$

나-5) 사업진행 영역(인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성)

- 협력지원체계관리 지표 중 사업진행 영역의 “인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성”을 문항별로 살펴보면 [그림 11] 및 <표 9>와 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.91점, 2021년 5.15점으로, 약 0.24점 상승하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 다만, 문항별로 살펴보면, 민·관이 함께 지역사회 욕구조사, 간담회 및 마을복지계획 등의 수립·실행(문항4)에 있어서 평균점수 상승은 통계적 유의성이 확인되었음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 읍·면·동 단위 인적네트워크 조직의 필요성(문항2)이 5.80점으로 가장 높았고, 복지 위기가구의 상시적 발굴체계로서의 읍·면·동 단위 인적네트워크 조직 구성·운영(문항1) 5.34점, 지역의 인적안전망 또는 인적 네트워크의 전반적 운영(문항6) 5.07점 등의 순으로 나타남.
- 반면, 지역의 주민들의 역량강화를 위한 교육제공(문항5)은 4.78점으로 가장 낮게 나타났다으며, 민·관이 함께 지역사회 욕구조사, 간담회 및 마을복지계획 등의 수립·실행(문항4) 4.93점, 주민들이 활동 할 수 있는 자치 공간 및 예산확보 등 운영(문항3) 4.95점 등은 다소 낮은 점수로 나타남.

[그림 11] 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 9〉 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)
(n=41)

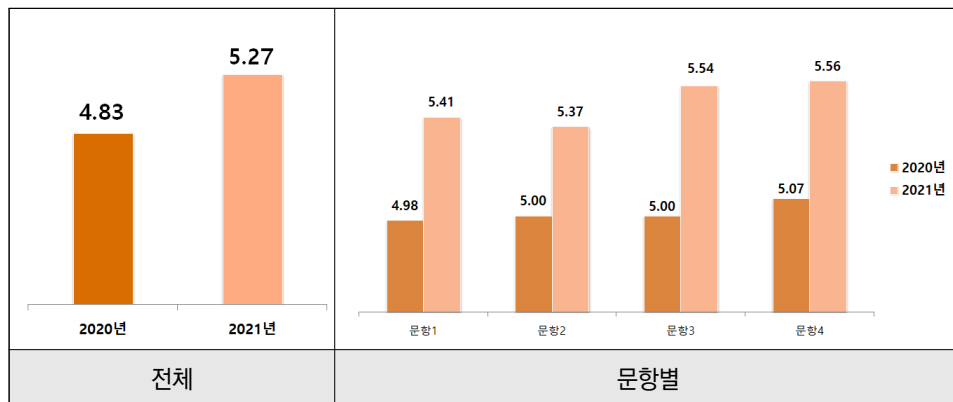
구분	연도	평균	표준편차	t
전체	2020	4.91	1.11	-0.992
	2021	5.15	1.04	
1. 우리 지역은 복지 위기가구의 상시적 발굴체계로서의 읍·면·동 단위 인적 네트워크를 구성하여 운영하고 있다.	2020	5.32	0.96	-0.103
	2021	5.34	1.18	
2. 복지 위기가구의 상시적 발굴체계인 읍·면·동 단위 인적 네트워크는 복지사각지대 발굴 및 지원을 위해 매우 필요한 조직이다.	2020	5.71	1.12	-0.389
	2021	5.80	1.15	
3. 우리 지역의 인적안전망 또는 인적 네트워크는 주민들이 활동할 수 있는 자치공간 및 충분한 예산을 확보하고 있으며 잘 운영하고 있다.	2020	4.71	1.23	-0.924
	2021	4.95	1.16	
4. 우리 지역의 인적안전망 또는 인적 네트워크에서 민·관이 함께 지역사회 욕구조사, 간담회(대동회) 및 마을복지계획 등을 수립 및 실행하고 있다.	2020	4.34	1.58	-1.910*
	2021	4.93	1.17	
5. 우리 지역의 인적안전망 또는 인적 네트워크에서는 주민들의 역량강화를 위한 교육을 제공하고 있다.	2020	4.68	1.37	-0.329
	2021	4.78	1.31	
6. 우리 지역의 인적안전망 또는 인적 네트워크는 전반적으로 잘 운영되고 있다고 생각한다.	2020	4.71	1.49	-1.229
	2021	5.07	1.19	

* $p < .05$

다) 사업관리 영역

- 협력지원체계관리 지표 중 사업관리 영역을 문항별로 살펴보면 [그림 12] 및 〈표 10〉과 같음. 전체 평균 점수는 7점을 기준으로 2020년 4.83점, 2021년 5.27점으로, 약 0.44점 상승 하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 2021년도 응답결과를 기준으로 살펴보면, 시범사업에 대한 전반적인 관리(문항4)가 5.56점으로 가장 높았고, 시범사업의 홍보 및 우수사례 개발(문항3) 5.54점, 계획대비 목표달성(문항1) 5.41점, 사업별 목표와 수행결과의 부합성(문항2) 5.37점의 순으로 나타남.
- 사업관리 영역은 2020년에 비해 2021년의 평균점수가 전반적으로 높게 나타남.

[그림 12] 사업관리 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)



〈표 10〉 사업관리 영역 연도별 평균점수 차이(7점 기준)

(n=41)

구분	연도	평균(7점)	표준편차	t
전체	2020	4.83	0.95	-2.182
	2021	5.27	0.84	
1. 사업별 계획대로 목표를 달성하였다.	2020	4.98	1.06	-1.929
	2021	5.41	1.00	
2. 사업별 목표와 수행결과는 부합한다고 생각한다.	2020	5.00	1.18	-1.391
	2021	5.37	1.20	
3. 사업의 홍보는 계획대로 진행되며, 우수사례는 적절히 개발되고 있다.	2020	5.00	1.36	-1.966
	2021	5.54	1.10	
4. 사업에 대한 전반적인 관리가 잘 이루어졌다고 생각한다.	2020	5.07	1.42	-1.714
	2021	5.56	1.14	

2) 이용자 만족도 분석결과

- 제주형 통합복지하나로 시범사업 이용자 만족도 조사는 시범지역 3개동(아라동, 노형동, 동홍동)의 주민센터와 복지관 이용자 180명(기관별 30명)을 대상으로 실시하였음.
- 응답 대상자 선정은 시범기관의 통합사례관리가구 또는 서비스연계가구 이면서, 설문 조사에 동의한 이용자를 대상으로 하였음. 설문은 시범사업 이용자에 대하여 서비스 제공 전 1회, 제공 후 1회로 동일대상자에 대해 각 2회씩 실시하였음.
- 설문조사는 2021. 2. 22. ~ 2021. 10. 12. 까지 실시하였으며, 연구진이 개발한 구조화된 설문지를 활용하여 1:1 심층 면접 형태의 대면 조사를 실시하였음. 조사는 시범지역 6개 기관별로 사회복지사 또는 담당공무원이 수행하였음. 설문조사 전 연구책임자가 직접 담당자 교육을 실시하였음. 교육내용은 조사 문항에 대한 설명, 응답요령, 이용자 대면 시 유의사항 및 코로나 19 수칙, 답례 상품권 배부 등에 관한 것으로 약 2시간에 걸쳐 진행되었음.
- 척도의 조사항목 및 문항은 <표 11>과 같음. 일반적 특성을 제외하고 총 57문항으로 구성됨.

<표 11> 서비스품질, 서비스만족도 및 행복감 조사항목 및 문항

단계	구분		문항수
전체			57
투입 과정 산출	서비스품질 척도 (27문항)	• 유형성	3
		• 신뢰성	5
		• 응답성	2
		• 확산성	3
		• 공감성	4
		• 접근성	2
		• 권리성	5
		• 협력성	3
투입 과정 산출 결과	서비스만족도 척도 (13문항)	• 서비스 내용	2
		• 직원의 태도	4
		• 직원의 전문성	2
		• 타인에게 추천 의사	1
		• 재이용 의사	1
		• 이용자의 변화	1
		• 복지 체감도	2
		결과	행복감 척도 (17문항)
• 환경지배	4		
• 삶의 만족	3		
• 관계	4		
• 자율성	3		

가) 일반적 특성

- 전체 응답자 180명의 일반적 특성은 <표 12>와 같음. 성별은 남자 68명(37.8%), 여자 112명(62.2%)으로 여자가 많았으며, 연령대는 60대 이상이 120명(66.6%)으로 고령층이 많았음.
- 국민기초수급여부는 수급자 105명(58.3%), 비수급자 75명(41.7%)로 나타났으며, 가구원수는 1인 가구가 111명(61.7%)으로 많은 비중을 차지하였음. 경제활동상태는 무직이 129명(71.7%)으로 가장 많았음.
- 전체 응답자 180명 중 통합사례관리가구는 128명(71.1%), 서비스 연계가구는 52명(28.9%)으로 통합사례관리가구의 비중이 높았음.

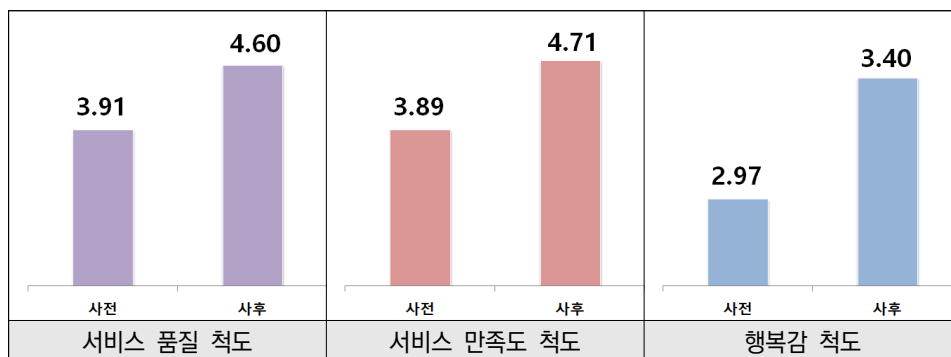
<표 12> 일반적 특성

구분		n(명)	(%)
전체		180	(100.0)
성별	남자	68	(37.8)
	여자	112	(62.2)
연령	30대 이하	8	(4.4)
	40대	18	(10.0)
	50대	34	(18.9)
	60대	26	(14.4)
	70대	41	(22.8)
	80대 이상	53	(29.4)
거주지	제주시	120	(66.7)
	서귀포시	60	(33.3)
국민기초수급여부	수급자	105	(58.3)
	해당없음	75	(41.7)
장애여부	중증	20	(11.1)
	경증	30	(16.7)
	해당없음	130	(72.2)
가구원수	1인	111	(61.7)
	2인	38	(21.1)
	3인 이상	31	(17.2)
경제활동상태	정규직	6	(3.3)
	계약직(일용직)	32	(17.8)
	자영업자	4	(2.2)
	무직	129	(71.7)
	기타	9	(5.0)
이용자구분	통합사례관리가구	128	(71.1)
	서비스연계가구	52	(28.9)

나) 이용자 만족도

- 성과측정에 있어서 가장 중요한 것은 이용자들이 인지하는 서비스에 대한 품질 및 만족도로 볼 수 있음. 또한 삶의 질 향상이라는 근본적인 행복감 또한 매우 중요한 요소임. 따라서 이용자가 인지하는 만족도는 성과를 향상 유지시키는 데 있어서 중요한 기준이 될 수 있음.
- 분석방법은 시범사업 이용자에 대하여 서비스 제공 전 점수와 제공 후 점수 차이를 알아보기 위하여 spss 25.0을 활용하여 대응표본 t-검정을 실시하였음.
- 대응표본 t-검정 결과, 서비스 품질과 서비스 만족도에 있어서, 서비스 제공 전과 제공 후의 만족도는 유의미한 차이를 보였으며($p < .001$), 서비스 제공 후 점수가 상승한 것으로 나타나, 통합복지하나라 시범사업은 이용자의 만족도 상승에 유의한 역할을 하는 것으로 판단됨. 즉, 서비스 제공 전보다 서비스 제공 후의 만족도 평균이 유의하게 높음.
- 다만, 이용자가 인지하는 행복감의 점수는 사전 2.97점, 사후 3.40점으로 상승하였으나, 통계적 유의성은 나타나지 않음.

[그림 13] 이용자 만족도 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)



〈표 13〉 이용자 만족도 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

구분		이용자 만족도			t
		N	평균(M)	표준편차(SD)	
1. 서비스품질 척도	사전	180	3.91	0.62	-12.886 ***
	사후	180	4.60	0.36	
2. 서비스 만족도 척도	사전	180	3.89	0.77	-12.825 ***
	사후	180	4.71	0.39	
3. 행복감 척도	사전	180	2.97	0.67	-5.786
	사후	180	3.40	0.77	

*** $p < .001$

나-1) 서비스 품질

- 서비스 품질은 서비스 이용자들에 대한 효과나 영향력을 측정하는 중요한 척도임. 즉, 서비스 품질은 이용자들의 생각, 인식, 태도, 그리고 생활환경 등의 다양한 변화에 영향을 줄 수 있는 결정적인 요인임.
- 본 연구에서의 서비스 품질 척도는 총 8개로서 유형성, 신뢰성, 응답성, 확신성, 공감성, 접근성, 권리성, 협력성으로 구성되어 있음.
- 서비스 품질의 전체 만족도를 분석한 결과, 이용자의 사전 평균이 3.91점(SD=0.62), 사후 평균이 4.60점(SD=4.60점)으로 약 0.69점 상승하였음. 이러한 차이는 $t=-12.886(p < .001)$ 으로 통계적 유의성이 나타남. 따라서 실제 시범사업이 이용자들의 서비스 품질 만족도에 효과를 준 것으로 판단됨.
- 서비스 품질의 하위척도별로 살펴보면, 전반적으로 사전에 비해 사후의 평균점수가 상승하였음. 다만, 유형성과 접근성을 제외하고, 신뢰성, 응답성, 확신성, 공감성, 권리성, 협력성에 있어서 시범사업 서비스 제공 후 이용자의 평균점수가 유의하게 높음.

〈표 14〉 서비스 품질 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

(N=180)

구분		서비스 품질			t
		N	평균(M)	표준편차(SD)	
전체	사전	180	3.91	0.62	-12.886***
	사후	180	4.60	0.36	
1. 유형성	사전	180	3.86	0.73	-5.883
	사후	180	4.29	0.64	
2. 신뢰성	사전	180	3.98	0.69	-11.819***
	사후	180	4.70	0.43	
3. 응답성	사전	180	3.98	0.78	-12.474***
	사후	180	4.80	0.42	
4. 확신성	사전	180	4.09	0.67	-12.176***
	사후	180	4.79	0.39	
5. 공감성	사전	180	3.78	0.70	-12.759***
	사후	180	4.59	0.48	
6. 접근성	사전	180	3.78	0.87	-5.907
	사후	180	4.30	0.80	
7. 권리성	사전	180	3.94	0.83	-9.539***
	사후	180	4.61	0.44	
8. 협력성	사전	180	3.81	0.77	-11.323***
	사후	180	4.60	0.51	

*** $p < .001$

- 서비스제공 전·후 문항별 서비스 품질의 평균점수 차이는 <표 15>와 같음. 문항(총 27문항)을 통하여 서비스 품질의 하위척도에 대한 의미를 파악할 수 있음.

<표 15> 서비스 품질(문항별) 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

(N=180)

구분			N	평균(M)	표준편차(SD)
유형성	전체	사전	180	3.86	0.73
		사후	180	4.29	0.64
	1. 이 기관의 시설 (상담실, 사무공간, 화장실, 주차공간 등)은 잘 관리되고 있으며 현대적으로 보인다.	사전	180	3.92	0.87
		사후	180	4.22	0.78
	2. 이 기관은 적절한 서비스를 제공할 정도의 수준이다.	사전	180	3.94	0.80
		사후	180	4.46	0.67
	3. 이 기관은 이용자를 위한 편의시설(휴게실, 대기실, 휴대폰 충전기, 흡연실 등)을 가지고 있다.	사전	180	3.71	0.91
		사후	180	4.17	0.92
신뢰성	전체	사전	180	3.98	0.69
		사후	180	4.70	0.43
	4. 이 기관은 서비스를 제공하기로 약속한 시간을 잘 지킨다.	사전	180	4.13	0.77
		사후	180	4.73	0.52
	5. 나에게 문제가 발생할 때 이 기관은 나를 이해하기 위해 노력하며 위안을 준다.	사전	180	3.99	0.79
		사후	180	4.70	0.54
	6. 이 기관은 믿을 만하다.	사전	180	4.09	0.79
		사후	180	4.76	0.49
	7. 이 기관은 나에게 대한 기록(방문기록, 상담기록, 서비스 제공기록 등)을 잘 관리하고 있다.	사전	180	3.81	0.89
		사후	180	4.61	0.61
	8. 이 기관은 제공하기로 한 서비스와 실제 제공된 서비스는 같다.	사전	180	3.88	0.87
		사후	180	4.69	0.56
응답성	전체	사전	180	3.98	0.78
		사후	180	4.80	0.42
	9. 직원들은 나를 항상 도움 의지가 있다.	사전	180	4.02	0.83
		사후	180	4.85	0.40
	10. 직원들은 나의 요구에 신속하게 대응한다.	사전	180	3.93	0.82
		사후	180	4.76	0.53
확신성	전체	사전	180	4.09	0.67
		사후	180	4.79	0.39
	11. 직원들은 충분한 업무지식 및 기술을 갖추고 있다.	사전	180	4.06	0.82
		사후	180	4.76	0.50
	12. 나는 직원들과 교류하면서 안전함을 느낀다.	사전	180	3.94	0.82
		사후	180	4.73	0.54
	13. 직원들은 예의가 있고 친절하다.	사전	180	4.27	0.63
		사후	180	4.89	0.36

구분			N	평균(M)	표준편차(SD)
공감성	전체	사전	180	3.78	0.70
		사후	180	4.59	0.48
	14. 직원들은 나의 상황, 성격, 문제 등에 대하여 관심을 가지고 있다.	사전	180	4.09	0.74
		사후	180	4.70	0.54
	15. 직원들은 내가 무엇을 원하는지를 잘 알고 있다.	사전	180	3.61	0.84
		사후	180	4.52	0.63
	16. 직원들은 나의 심신상태를 잘 파악하고 있다.	사전	180	3.57	0.84
		사후	180	4.48	0.65
17. 이 기관에서 제공되는 서비스는 나에게 편리한 시간에 제공된다.	사전	180	3.87	0.81	
	사후	180	4.66	0.55	
접근성	전체	사전	180	3.78	0.87
		사후	180	4.30	0.80
	18. 이 기관은 이용자가 접근하기에 편리한 곳에 위치하고 있다.	사전	180	3.75	1.02
		사후	180	4.27	1.03
	19. 이 기관은 도민을 위한 홍보물, 자료집, 서비스 안내문 등을 쉽게 접할 수 있도록 제공하고 있다.	사전	180	3.81	0.88
		사후	180	4.34	0.79
권리성	전체	사전	180	3.94	0.83
		사후	180	4.61	0.44
	20. 나는 언제나 서비스를 거절 및 중지를 요구할 수 있다는 안내가 되고 있다.	사전	180	3.74	0.87
		사후	180	4.47	0.71
	21. 이 기관은 나의 사생활과 자존심을 존중한다.	사전	180	4.08	0.75
		사후	180	4.76	0.44
	22. 이 기관은 이용자들에게 금전적 비용이 발생 할 경우, 서비스 비용 및 지불방식에 대한 정보를 제공하고 필요 시 본인부담금을 납부 받고 있다.	사전	180	3.41	1.02
		사후	180	4.17	1.09
	23. 이 기관은 나를 다른 사람과 차별하지 않고 동일하게 대한다.	사전	180	4.29	3.01
		사후	180	4.78	0.49
24. 이 기관은 서비스를 제공할 때 나에게 자세하게 설명하고 동의를 얻는다.	사전	180	4.14	0.79	
	사후	180	4.85	0.37	
협력성	전체	사전	180	3.81	0.77
		사후	180	4.60	0.51
	25. 이 기관은 내가 위급할 시 연락할 수 있는 가족 및 기타 긴급연락처를 파악하고 있다.	사전	180	3.62	1.03
		사후	180	4.35	0.94
	26. 이 기관의 직원들은 서로 도와주고 잘 지낸다.	사전	180	3.99	0.89
		사후	180	4.78	0.49
	27. 이 기관은 다른 사회복지기관, 시설 및 단체, 보건·의료기관, 사회서비스기관, 타 공공기관 등과 협력하여 서비스를 제공하고 있다.	사전	180	3.84	0.86
사후		180	4.67	0.55	

나-2) 서비스 만족도

- 이용자들이 인식하는 서비스 만족도는 서비스 품질과 함께 공급 주체들의 서비스에 대한 양적 평가의 중요한 기초자료를 제공함. 공급 주체들은 이용자들이 평가하는 만족도의 정도를 통해 서비스에 대한 종합적인 개선여부를 결정할 수 있음.
- 서비스 만족의 척도는 총 7개로서 서비스 내용, 직원의 태도, 직원의 전문성, 추천 의사, 재이용 의사, 이용자의 변화, 복지 체감도로 구성되어 있음.
- 서비스 만족도 전체를 분석한 결과, 이용자의 사전 평균이 3.89점(SD=0.77), 사후 평균이 4.71점(SD=0.39)으로 약 0.82점 상승하였음. 이러한 차이는 $t=-12.825(p<.001)$ 으로 통계적 유의성이 나타남. 따라서 실제 시범사업이 이용자들의 서비스 만족도에 효과를 준 것으로 판단됨.
- 서비스 만족도의 하위척도별로 살펴보면, 7개 전 영역이 사전에 비해 사후의 평균점수가 상승하였으며, 시범사업 서비스 제공 후 이용자의 평균점수가 유의하게 높음.

〈표 16〉 서비스 만족도 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

(N=180)

구분		서비스 만족도			t
		N	평균(M)	표준편차(SD)	
전체	사전	180	3.89	0.77	-12.825 ***
	사후	180	4.71	0.39	
1. 서비스내용	사전	180	3.85	0.90	-12.553 ***
	사후	180	4.78	0.43	
2. 직원의 태도	사전	180	3.96	0.76	-10.941 ***
	사후	180	4.68	0.46	
3. 직원의 전문성	사전	180	3.91	1.68	-5.739 **
	사후	180	4.66	0.49	
4. 추천의사	사전	180	3.88	0.81	-11.923 ***
	사후	180	4.73	0.51	
5. 재이용의사	사전	180	3.92	0.86	-11.427 ***
	사후	180	4.76	0.49	
6. 이용자의 변화	사전	180	3.79	0.85	-11.710 ***
	사후	180	4.69	0.57	
7. 복지체감도	사전	180	3.78	0.83	-12.853 ***
	사후	180	4.70	0.49	

** $p<.01$, *** $p<.001$

○ 서비스제공 전·후 문항별 서비스 만족도의 평균점수 차이는 <표 17>과 같음. 문항(총 13문항)을 통하여 서비스 만족도의 하위척도에 대한 의미를 파악할 수 있음.

<표 17> 서비스 만족도(문항별) 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

구분			N	평균(M)	표준편차(SD)
서비스 내용	전체	사전	180	3.85	0.90
		사후	180	4.78	0.43
	1. 이 기관에서 제공받은 서비스는 나에게 큰 도움이 되었다.	사전	180	3.84	0.93
		사후	180	4.82	0.42
	2. 나는 현재 이용하고 있는 기관에서 내가 진정으로 필요로 하는 서비스를 받았다.	사전	180	3.85	0.92
		사후	180	4.74	0.53
직원 의 태도	전체	사전	180	3.96	0.76
		사후	180	4.68	0.46
	3. 이 기관에서 기관장과 직원들은 나의 이야기에 귀를 기울인다.	사전	180	3.89	0.97
		사후	180	4.57	0.64
	4. 기관장과 직원들은 나와 의견이 다를 때 나의 의견을 존중하였다.	사전	180	3.99	0.82
		사후	180	4.68	0.52
	5. 기관장과 직원들은 나의 문제나 욕구를 중요시 하였다.	사전	180	4.03	0.77
		사후	180	4.72	0.56
	6. 기관장과 직원들은 있는 그대로의 나를 받아들였다.	사전	180	3.92	0.82
		사후	180	4.75	0.47
직원 의 전 문 성	전체	사전	180	3.91	1.68
		사후	180	4.66	0.49
	7. 기관장 및 직원들은 나에게 제공하는 서비스내용을 잘 알고 있다.	사전	180	3.88	0.86
		사후	180	4.67	0.53
	8. 나는 이 기관이 나의 문제를 해결하는 방법에 대해 잘 알고 있다고 생각한다.	사전	180	3.94	3.06
		사후	180	4.66	0.60
추천 의사	전체	사전	180	3.88	0.81
		사후	180	4.73	0.51
	9. 나는 현재 이용하고 있는 기관을 다른 사람에게 추천할 것이다.	사전	180	3.88	0.81
		사후	180	4.73	0.51
재이 용 의사	전체	사전	180	3.92	0.86
		사후	180	4.76	0.49
	10. 나는 앞으로도 이 기관에서 서비스를 다시 제공받을 것이다.	사전	180	3.92	0.86
		사후	180	4.76	0.49
이용 자의 변화	전체	사전	180	3.79	0.85
		사후	180	4.69	0.57
	11. 내가 처음 이 기관에 왔을 때보다 지금이 훨씬 좋아졌다.	사전	180	3.79	0.85
		사후	180	4.69	0.57
복지 체감 도	전체	사전	180	3.78	0.83
		사후	180	4.70	0.49
	12. 이 기관에서 받은 서비스는 내가 지불한 비용(투자한 시간, 본인부담금, 추가비용 등)만큼의 가치가 있다.	사전	180	3.75	0.88
		사후	180	4.68	0.55
	13. 내가 이 기관에서 얻은 서비스는 기대했던 것 이상이다.	사전	180	3.81	0.84
		사후	180	4.72	0.53

나-3) 행복감

- 이용자들이 인식하는 주관적 행복감은 곧 삶의 질과도 깊은 연관이 있을 수 있지만, 기본적으로 삶의 질과 이용자들이 주관적으로 인식하는 행복감과는 차이가 있을 수 있음.
- 그럼에도 불구하고, 행복감은 이용자들이 주관적으로 인식하는 내적인 행복감이 향상될 뿐만 아니라 삶이나 생활에 대한 부정적인 면이 감소하고, 긍정적인 면이 향상될 것이라는 점에서 매우 중요한 성취목표가 될 수 있음.
- 행복감 척도는 총 5개로서 건강, 환경지배, 삶의 만족, 관계, 자율성으로 구성되어 있음.
- 행복감 전체를 분석한 결과, 이용자의 사전 평균이 2.97점(SD=0.67), 사후 평균이 3.40점(SD=0.77)으로 약 0.43점 상승하였음. 그러나 통계적 유의성은 나타나지 않음.
- 행복감의 향상은 짧은 기간 달성할 수 있는 것이 아님. 왜냐하면 개인의 행복감의 감소 혹은 상승에 미치는 요인들이 너무나 다양하기 때문임. 복잡하고 다양한 영역에서 발생하는 여러 가지 사회문제는 현대인들에게 심리적·정서적 불안, 소득감소, 사회참여활동의 제한, 건강악화, 고독 및 역할 상실 등을 경험하도록 함.
- 따라서 행복감을 향상시키기 위한 노력은 사회관계지향성의 개선, 상담, 교육 및 체육과 여가활동 등의 다양한 서비스 제공을 통하여 천천히 이루어져야 함.

〈표 18〉 행복감 전·후 평균점수 차이 비교(5점 기준)

구분		행복감 영역			t
		N	평균(M)	표준편차(SD)	
전체	사전	180	2.97	0.67	-5.786
	사후	180	3.40	0.77	
1. 건강	사전	180	2.77	0.81	-5.066
	사후	180	3.21	0.84	
2. 환경지배	사전	180	3.28	1.15	-3.533
	사후	180	3.70	1.07	
3. 삶의 만족	사전	180	2.82	0.83	-5.228
	사후	180	3.30	0.92	
4. 관계	사전	180	2.92	0.47	-4.295
	사후	180	3.14	0.49	
5. 자율성	사전	180	2.95	0.84	-5.336
	사후	180	3.41	0.81	

- 서비스제공 전·후 문항별 행복감의 평균점수 차이는 <표 19>와 같음. 문항(총 17문항)을 통하여 행복감의 하위척도에 대한 의미를 파악할 수 있음.

<표 19> 문항별 행복감 평균점수 차이 비교(5점 기준)

구분			N	평균(M)	표준편차(SD)
건강	전체	사전	180	2.77	0.81
		사후	180	3.21	0.84
	1. 나는 육체적으로 건강한 편이다.	사전	180	2.61	1.05
		사후	180	2.89	1.13
	2. 나는 마음이 괴롭거나 힘들지 않고 편안하다.	사전	180	2.86	0.94
		사후	180	3.37	1.02
	3. 나는 잠을 잘 자는 편이다.	사전	180	2.85	1.04
		사후	180	3.38	0.99
환경지배	전체	사전	180	3.28	1.15
		사후	180	3.70	1.07
	4. 나는 일상적인 일(청소, 장보기, 식사 등)은 잘 하는 편이다.	사전	180	3.19	1.05
		사후	180	3.80	3.10
	5. 나는 시간 관리를 잘 하는 편이다.	사전	180	3.62	3.09
		사후	180	3.70	0.88
	6. 나는 내가 하는 일에 흥미를 가지고 있다.	사전	180	3.09	0.98
		사후	180	3.56	1.00
7. 나는 나에게 주어진 일들을 잘 해내는 편이다.	사전	180	3.24	0.95	
	사후	180	3.73	0.88	
삶의만족	전체	사전	180	2.82	0.83
		사후	180	3.30	0.92
	8. 현재의 내 인생은 전반적으로 행복한 삶이다.	사전	180	2.85	0.96
		사후	180	3.35	0.98
	9. 나는 지금까지 살아 온 인생의 많은 부분에 대해서 만족한다.	사전	180	2.89	0.94
		사후	180	3.29	1.02
	10. 매일 매일 삶을 살아가는 것이 즐겁다.	사전	180	2.71	0.89
		사후	180	3.26	1.05
관계	전체	사전	180	2.92	0.47
		사후	180	3.14	0.49
	11. 나는 외롭지 않다.	사전	180	3.09	1.01
		사후	180	2.62	1.05
	12. 나는 취미활동을 즐겨하는 편이다.	사전	180	2.63	0.95
		사후	180	3.11	1.07
	13. 시간이 있을 때 내가 활동하고 즐길 수 있는 모임이나 공간이 있다.	사전	180	2.63	1.05
		사후	180	3.06	1.17
14. 나는 타인을 신뢰하며 원만한 관계를 유지하고 있다.	사전	180	3.32	0.91	
	사후	180	3.77	0.79	
자율성	전체	사전	180	2.95	0.84
		사후	180	3.41	0.81
	15. 나는 내가 원하는 삶을 살아가고 있다.	사전	180	2.69	1.04
		사후	180	3.23	1.12
	16. 나는 어떠한 일이 발생 할 때 결정을 쉽게 하는 편이다.	사전	180	3.07	0.96
		사후	180	3.46	0.88
	17. 나는 내 인생을 스스로 잘 통제(관리)한다고 생각한다.	사전	180	3.08	0.94
		사후	180	3.54	0.87

“제주형 통합복지하나로 시범사업은 아직까지 함께 고민하고 해결해야 할 과제들이 많다”

3) 다양한 이야기들

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 소기의 성과와 함께 수반되는 많은 문제점도 나타남.
- 문제점과 개선과제의 종합분석은 3개년도(2019년~2021년) 관련 연구결과, 시범사업 담당자 의견, 도내·외 현장·학계 전문가 자문 및 2021년 9월 실시한 “제주형 통합복지하나로 시범사업의 현재와 미래” 포럼 결과 등을 중심으로 제시하였음.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업 관련연구는 다음과 같음.
 - 황성준 외(2019), “제주형 커뮤니티케어 운영모델연구” / 지역사회 준비도 분석(CRM)
 - 황성준 외(2020), “제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 개발 및 평가” / 표적집단면접(FGI)
 - 황성준 외(2021), “제주형 통합복지하나로 시범사업 성과평가” / 담당자 의견조사
- 위에 제시된 연구의 내용 중 지역사회준비도 분석(CRM), 표적집단면접(FGI), 담당자 의견조사 등은 제주지역의 중장기 사회복지전달체계를 구현하는데 있어서 의미 있게 살펴보아야 하는 내용임.
- 특히, 2019년 “제주형 커뮤니티케어 운영모델연구” 중 지역사회준비도 분석(Community Readiness Model)은 제주지역에 지역사회통합돌봄을 수행하는데 있어서 ‘지역사회가 얼마나 준비되었는가?’를 Stanley(2014)의 매뉴얼에 따라 측정하였음.
- 2020년 “제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 개발 및 평가”에서 표적집단면접(Focus Group Interview)은 시범사업 1차 년도의 담당자 인터뷰 내용으로 기존의 전달체계 한계를 극복하지 못했다는 다양한 의견들의 많았음.
- 2021년 “제주형 통합복지하나로 시범사업 성과평가”에서 담당자 의견조사는 시범사업의 마무리를 앞둔 자유로운 의견개진으로 볼 수 있음.
- 전체적으로 3년간의 관련 정성적 평가를 종합하여 보면, 민관협력과 정보통합의 시도라는 긍정적 측면은 있으나, 기존의 전달체계의 문제점 개선하기에는 여러 가지 한계가 존재하는 것으로 나타남. 관련 내용을 요약하여 정리하면 <표 20>과 같음.

〈표 20〉 제주형 통합복지하나로 시범사업 전달체계의 진단

구분	우리나라 사회복지 전달체계의 한계	제주형 통합복지하나로 시범사업	개선과제
정책	사회복지전달체계의 분절성: 근본적인 전달체계에 대한 고민결여	시범사업은 사회복지전달체계의 분절성 해결책을 위한 대안은 아님(부서별 칸막이 존재)	공무원 조직 내 소통과 협력 권한을 행사할 수 있는 총괄 전담조직 구성
	중앙과 지방의 전달체계 혼돈	중앙정부의 유사사업과 구분이 어려움	
	유사·중복사업의 해소부족	유사·중복사업 해소를 위한 노력 없음	
	전담조직 구성 필요	전담조직 없음	정치적(공약 등) 확약, 조례제정
	정책의 지속성 부족	지속성에 대한 담보 없음(2년간 실시)	
	법적·제도적 근거 부재	법적·제도적 근거 없음	
	예산확보 어려움	시범사업 2년간 약 13억 투입(인건비 중심)	
	정규직 전문인력 충원	계약직 사회복지사 16명 투입	
	지역사회 자원체계 정비 필요	민·관 자원에 대한 체계적 정비 안함	
	보여주기식(수치) 위주의 실적달성	수치위주가 아닌 과정중심의 지표개발·평가	
	지역복지의 불균형 심화	시범지역(3개동)외 동서 읍면지역 취약	취약지역 중심으로 단계별 제주전역 확대
	보편적 복지의 실행력 부족	통합사례관리기구 위주의 선별적 서비스	보편적복지 아이템 개발
	4차산업혁명과 복지연계 강화	관련내용 없음	4차산업+복지 아이템 개발
	민·관 연계협력 시 개인정보 문제 발생	대상자 동의 후 내용 일부 공유	도 중심 개선안 마련
연계 협력	보건·의료와의 연계·협력 어려움	보건·의료와의 연계·협력 어려움	보건·의료 참여를 위한 기반조성
	역할의 모호성	도, 시, 읍면동, 복지관 역할혼돈 심함	역할 재정립·공유, 정례회의
	소통부족(민관, 공공, 민민 등)	기관 및 부서 등 내·외부 소통의 부재는 고질적 병폐	협업체 구성, 정례회의
전문성	담당인력의 전문성 부족	시범사업 담당자의 개별 편차가 너무 심함	경험 많은 전문인력 확보 역량강화 체계수립·시행
	연계협력 경험부족	담당자 개인별 편차가 매우 큼	
	서비스의 질적 향상 필요	지식, 태도, 기술 등 질적 성장을 위한 노력부족	보직이동 제한, 인센티브 부여
	담당공무원의 순환보직 문제	도 순환보직에 따라 사업의 지속성·전문성 한계	
리더십	관료적 공무원 행태	민·관의 소통을 강조는 함. 그러나 관료적	민·관 수평적 관계 확립
	리더의 관심·전문성 부족	일부 동장, 복지관장 외 관심 없음	리더십 함양
	실질적 중재 기능 부재	실질적 중재 기능 부재	중간조직 활용
	실무 담당자의 동기부여(의지) 부족	계약직 채용 및 관심부족 등 동기상실	직원 동기부여 방안 모색
정보화	업무량 부담	기존업무+시범사업에 따라 업무량 부담증가	업무분장 명확화
	민·관 정보공유시스템의 연계 어려움	민·관 공동사례관리 시 일부 정보 공유 추진	제주전체 차세대사회보장 정보시스템 활용 강제화
	돌봄관련 빅데이터 구축	관련내용 없음	도 중심 개선안 마련
주민	사람중심 서비스 제공 부족	사람중심으로 서비스 제공 노력	전달체계의 근본적 전환필요
	지역사회 공감대 부족	시범사업에 대한 지역공감대 형성 안 됨	
	주민참여	시범기관별로 주민참여에 대한 확대노력	마을단위 대동회 등 홍보, 자발적·지속적 활용 가능한 주민공동체 발굴·지원
	주민공동체 활성화의 한계	자발적·지속적 주민공동체 형성의 어려움	
	도민 홍보 부족	도민홍보 강화함. 다만, MOU, 회의, 단순서비스 홍보에 치중	
	주민들의 서비스접근성 어려움	취약계층의 서비스정보접근성에 대한 문제 존재	

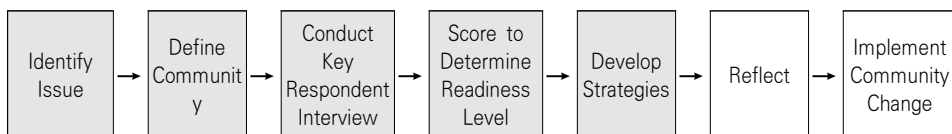
가) 지역사회 준비도 분석(Community Readiness Model)³⁾

- 지역사회 준비성(Community Readiness)은 지역사회가 어떠한 문제나 이슈에 대해 해결할 준비가 되어 있는 정도임.
- 2006년 미국 콜로라도 주립대학교 Tri-Ethnic 예방연구센터에서는 지역사회 준비성의 차원과 수준을 측정할 수 있는 지역사회 준비 모델(CRM)을 개발하였으며, 2014년 업그레이드 된 수정 버전을 제시하였음⁴⁾.
- CRM을 활용한 지역사회 준비상태의 측정은 지역사회의 현재 상태를 진단, 개입 및 단계별 전략 개발 등 체계적 지역사회의 변화를 구축하는데 기여할 수 있음.
- CRM은 지역사회에서 이슈나 문제에 대한 노력과정, 해결과정, 지역의 참여가 필요한 지역사회의 계획을 수립하는 등 다양한 상황에서 유용하게 활용되며, 정책입안자와 기획자, 현장의 리더 또는 종사자, 지역공동체 및 사회 변화에 관심이 있는 사람이면 누구나 다 참여가 가능함.

‘CRM의 프로세스’

- CRM은 이슈에 대한 확인, 커뮤니티의 정의, 주요 대상자의 인터뷰, 준비수준의 점수화, 전략개발, 반영, 지역사회 변화 순으로 총 7단계로 진행이 되며, 본 연구에서는 지역사회통합돌봄(Community Care)라는 이슈를 주제로 전략의 개발단계까지 진행함.

〈표 21〉 CRM 프로세스



자료: Stanley et al.(2014)

3) 황성준 외, 2019, 『제주형 커뮤니티케어 운영모델 연구』, 제주연구원, pp. 337~347. 수정·보완

4) 미국 콜로라도 주립대학교 Tri-Ethnic Center에서는 2006년 Oetting 등 연구자에 의해 “Community Readiness: A handbook for successful Change” 버전 1, 2014년 Stanley 등 연구자에 의해 “Community Readiness for Community Change” 버전 2 매뉴얼을 출간함. 관련 홈페이지 www.TriEthnicCenter.ColoState.edu.

‘준비성의 차원(Dimensions Of Readiness)’

- CRM에서 사용하는 준비성의 차원(영역)은 2006년 개발당시 총 6개 차원, 2014년 수정·보완 편에서는 5개 차원 또는 7개 차원 등 다양하게 제시되고 있는데 이슈나 문제에 따라 다양하게 구성할 수 있음.
- 본 연구에서 지역사회통합돌봄 준비성의 차원은 Stanley(2014)가 제시한 내용을 수정·보완하여 총 6개 차원, 지역사회 노력에 대한 이해, 리더십, 지역사회분위기, 이슈에 대한 지식, 자원 및 정보(데이터)로 구분하였으며 <표 22>와 같음.

<표 22> Dimensions of Readiness

차원(Dimension)	핵심내용
Community Knowledge of Efforts	지역사회가 현재 활동에 대해 얼마나 알고 있는가?
Leadership	이슈를 해결하기 위한 리더십의 태도는 어떠한가?
Community Climate	이슈를 해결하기 위한 지역의 분위기는 어떠한가?
Knowledge About the Issue	지역사회는 현재의 이슈에 대해서 얼마나 알고 있는가?
Resources for Efforts	이슈를 해결하는데 사용할 수 있는 자원은 어떠한가?
Community-related Data	이슈를 해결하는데 필요한 정보와 데이터는 어떠한가?

자료: Stanley et al.(2014, p.10)내용을 수정·보완함.

‘CRM의 9가지 준비수준에 따른 지역의 상태’

- 각 차원에 대한 지역의 준비 수준은 총 1~9점으로 그 수준이 측정되어 지며, <표 23>은 각 수준별에 따른 지역의 준비상태를 설명하고 있음.
- 각 차원별로 지역 준비의 수준은 다를 수 있음. 또한 각 차원의 수준을 비교하여 살펴봄으로써 현재의 부족한 차원을 진단할 수 있으며 지역의 전략을 수립하는데 활용할 수 있음.

〈표 23〉 CRM의 수준(1~9)에 따른 지역사회의 상태

Stage		Description
1	No awareness (인식없음)	·이슈(문제)를 해결하기 위한 지역적 노력이 전혀 없음. ·리더들은 큰 이슈(문제)가 아니라고 생각함. ·지역에서는 이슈(문제)가 걱정되지 않는다고 생각함. ·커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)에 대해서 알지 못함. ·이 이슈(문제)를 해결하기 위해 이용할 수 있는 자원이 없음.
2	Denial/ Resistance (거부,저항)	·리더와 커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)가 그들의 지역사회에서 큰 문제가 되지 않는다고 생각함. 또한 그것을 해결할 수 없거나 해결해서는 안된다고 생각함. ·커뮤니티 구성원들은 현재의 노력에 대하여 오히려 잘못된 지식을 가지고 있음. ·소수의 구성원만이 이슈(문제)에 대해 알고 있으며, 구성원 간 문제에 대한 오해가 많이 있을 수 있음. ·커뮤니티 구성원 또는 리더는 이 이슈(문제)를 해결하기 위해 가용 자원을 지원하지 않음.
3	Vague Awareness (모호한 인식)	·몇몇(a few) 커뮤니티 구성원들은 지역의 이슈(문제) 및 활동에 대해 들어 봤지만 그것에 대해서 거의 알지 못함. ·리더와 커뮤니티 구성원은 이 이슈(문제)가 지역사회에서 문제가 될 수 있다고 생각함. 그러나 즉시 실행하기 위한 동기가 없음. ·커뮤니티 구성원들은 그 이슈(문제)에 대한 모호한 지식만 있음. ·이 이슈(문제)를 해결하기 위한 제한된 자원이 있음.
4	Preplanning (사전계획)	·일부(some) 커뮤니티 구성원들은 지역의 이슈(문제) 및 활동에 대해 들어 보았지만 그것에 대해서 거의 알지 못함. ·리더와 커뮤니티 구성원은 이 이슈(문제)가 사회의 문제이며, 이를 해결하기 위해서 해야 할 일이 있음을 인정함. ·커뮤니티 구성원들은 이슈(문제)에 대한 제한된 지식만 있음. ·이 이슈(문제)를 해결하기 위한 제한된 자원이 있음.
5	Preparation (준비)	·대부분(most)의 커뮤니티 구성원들은 지역의 이슈(문제) 및 활동에 대해 들어 보았음. ·리더는 현재의 노력을 지속 또는 개선하거나 새로운 노력의 개발을 적극적으로 지원함. ·지역사회의 태도는 이 이슈(문제)에 대해 걱정하고 있고, 그것을 위하여 무엇인가 하고자 함. ·커뮤니티 구성원들은 이슈(문제)의 원인, 결과, 징후 및 증상에 대한 기본적 지식을 가지고 있음. ·이 이슈(문제)를 해결하기 위한 어느 정도(some)의 가용자원이 있음. 커뮤니티 구성원들 또는 리더는 이러한 자원을 확보하기 위해 적극적으로 노력함.

Stage	Description
6 Initiation (시작)	·대부분(most)의 커뮤니티 구성원들은 지역의 이슈(문제) 및 활동에 대하여 최소한 기본적 지식은 가지고 있음. ·리더는 기획, 개발, 새로운 노력, 수정 또는 향상된 노력 등을 구현하는데 핵심적인 역할을 함. ·지역사회의 태도는, 이 이슈(문제)는 우리의 책임이고 어느 정도(some)의 커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)를 해결하는 데 관여함. ·커뮤니티 구성원들은 이슈(문제)에 대한 기본 지식을 가지고 있으며, 이러한 이슈(문제)가 지역 내에서 발생한다는 것을 알고 있음. ·이 이슈(문제)를 해결하기 위하여 자원을 확보 또는 할당함.
7 Stabilization (안정화)	·대부분(most)의 커뮤니티 구성원들은 특정한 사업명, 목적, 대상 및 기타정보를 포함하여 지역사회에 활동에 대한 기본 지식 이상을 가지고 있음. ·리더는 이 이슈(문제)를 해결하기 위한 장기적인 실행 가능성을 보장하거나 개선하는데 적극적으로 참여함. ·지역사회의 태도는, “우리는 책임을 졌다.”임. 이 이슈(문제)를 해결하기 위해 커뮤니티 구성원들은 지속적으로 참여함. ·커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)에 대한 기본 지식 이상을 가지고 있음. ·이슈(문제)에 할당된 자원의 상당 부분은 지속적 지원이 예상됨.
8 Expansion/ Confirmation (확대, 성공)	·대부분(most)의 커뮤니티 구성원들은 프로그램 효과 수준을 포함하여 지역 활동에 대한 상당한 지식을 가지고 있음. ·리더는 이슈(문제)에 대한 노력을 확대하고 향상시키는데 핵심적인 역할을 함. ·커뮤니티의 대다수는 이 이슈(문제)를 해결하기 위한 노력, 필요성 등을 강하게 지지함. 참여수준이 높음. ·커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)에 대한 기본 지식 이상을 가지고 있고 지역의 전파, 지역의 파급효과(결과) 등에 대한 상당한 지식을 가지고 있음. ·이슈(문제)에 할당된 자원의 상당 부분은 지속적 지원이 예상됨. 커뮤니티 구성원들은 새로운 노력을 위하여 추가적인 지원을 모색함.
9 Community ownership (최고의 지역사회)	·대부분(most)의 커뮤니티 구성원들은 지역의 활동에 대한 상당한 지식을 가지고 있음. ·리더는 노력의 평가 결과를 지속적으로 평가하고 그것에 따라 재정 지원을 수정보완함. ·주요 분야별 대부분 커뮤니티는 높은 지지와 적극적으로 참여함. ·커뮤니티 구성원들은 이 이슈(문제)에 대한 자세한 지식을 가지고 있고 지역의 전파, 지역의 파급효과(결과)등에 대한 상당한 지식을 가지고 있음. ·다양한 자원과 자금이 확보되고 노력이 지속될 것으로 예상됨.

자료: Stanley et al.(2014, pp.7-9) 요약정리

‘지역사회 준비성 측정의 일반적 순서’

- ① 이슈 선정
- ② 지역사회의 범위 설정
- ③ 인터뷰지 작성: Stanley(2014)의 5개 차원에서는 36개 질문으로 구성, 질문은 채점 과정과 밀접하게 연관되어 있으므로, 질문의 핵심 의미가 그대로 유지되도록 문항 수정가능.
- ④ 평가(채점)도구 작성
- ⑤ 면접관(인터뷰 담당자) 지정. 사전에 이슈, 인터뷰지 및 대화기법 등 충분한 학습이 필요.
- ⑥ 인터뷰 대상자 선정(4명~10명): 지역사회를 잘 알고, 특히 관련이슈나 문제와 관련되어 직·간접적으로 영향을 받는 사람 위주로 선정. 선정된 대상자에게는 사전에 인터뷰에 응하겠다는 확답을 받아야 함. 이때 소요예정시간(30분~60분 등)도 필히 알려주어야 함.
- ⑦ 인터뷰 실시: 인터뷰는 개인의 생각이 아닌 지역공동체 구성원의 입장에서 응답하도록 사전안내
- ⑧ 평가(채점): 평가는 인터뷰 질문지의 양적·질적 결과를 각 차원별로 1~9점 수준 사이의 객관적인 점수로 산출하는 과정임.

‘평가절차 및 결과예시’

- ▶ 유효한 결과 값을 위하여 평가자는 2명 이어야 함. 사전에 인터뷰지와 평가도구에 대한 학습 필요.
- ▶ 2명의 평가자가 사용하는 평가도구는 동일하여야 함.
- ▶ 선정된 평가자 2명은 인터뷰지를 완전히 읽어야 함.
- ▶ 2명의 평가자는 인터뷰지와 평가도구를 가지고 각자 독립적으로 평가를 실시.
- ▶ 각 차원별로 내용을 읽고 준비수준 1~9점까지 점수를 부여할 수 있으며 중간 값을 줄 수 있음(예를 들어 Leadership의 내용을 읽고 Vague awareness(모호한 인식)와 Preplanning(사전계획)의 중간 단계라고 판단이 되면 3.5점을 부여할 수 있고, 3점과 3.5점의 사이라고 생각하면 3.25점도 가능함)
- ▶ 총 6명을 인터뷰 했을 경우 Scoring Sheet 예시는 <표 24>와 같음.

〈표 24〉 Scoring Sheet(예시)

차원(Dimension)	Interview Number						Average
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	
Community Knowledge of Efforts							
Leadership							
Community Climate							
Knowledge About the Issue							
Resources for Efforts							
Community-related Data							
Overall Community Readiness Score							

- ▶ 평가자 2명이 각자 채점이 끝나면 두 평가자는 서로 만나서 각자의 Scoring Sheet 결과를 가지고 최종적인 점수를 산출함. 최종 점수는 인터뷰지의 내용과 각자의 채점결과를 놓고 충분한 논의과정을 거쳐서 결정하여야 함.
- ▶ 합의가 이루어지면 두 평가자가 합의한 최종 점수를 별도의 Scoring Sheet에 기입함. 2명의 평가자가 합의한 최종 Scoring Sheet 의 예시는 〈표 25〉와 같음.

〈표 25〉 최종 Scoring Sheet(예시)

차원(Dimension)	Interview Number						Average
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	
Community Knowledge of Efforts	3	4.25	2	2.5	3	3.5	3.04
Leadership	3.5	3.5	4	3	2.5	4	3.42
Community Climate	3.5	2.5	1.5	3.25	2	3	2.63
Knowledge About the Issue	2.5	2.5	3	2.5	3	2.25	2.63
Resources for Efforts	4	3.5	2.5	3	4	3.5	3.42
Community-related Data	3	4	3	3	2.5	3	3.08
Overall Community Readiness Score							3.04

- ▶ 위의 결과를 기준으로 지역사회 준비도(Community Readiness)는 3.04점으로 Vague Awareness(모호한 인식) 상태로 판단할 수 있음. 지역사회 준비도 결과의 예시는 <표 26>과 같음.
- ▶ 지역사회가 가장 합리적으로 목표를 향해 가기 위해서는 각 차원의 수준이 거의 같은 수준이어야 함.
- ▶ 특별하게 낮은 수준을 나타내는 경우에는 수준을 높일 수 있는 전략을 구상해야 함. 지역사회 내에서 최고의 수준 9까지의 변화를 만들어내기 위한 노력은 정확한 지역사회의 준비단계를 측정하고 최적의 전략 모색에서 시작함.

<표 26> 지역사회 준비도 결과(예시)

차원(Dimension)	Readiness Level	Readiness Stage
Community Knowledge of Efforts	3.04	Vague Awareness
Leadership	3.42	Vague Awareness
Community Climate	2.63	Denial/Resistance
Knowledge About the Issue	2.63	Denial/Resistance
Resources for Efforts	3.42	Vague Awareness
Community-related Data	3.08	Vague Awareness
Overall Score	3.04	Vague Awareness

‘CRM 9단계별 목표 및 일반전략(예시)’

- 전략의 수립은 인터뷰 당시 의견, 설문, 워크숍, 토론회 및 전문가 의견 등 다양한 방법으로 지역사회의 여건을 고려하여 수립할 수 있음. 지역사회 인식 9단계의 수준별 목표 및 전략은 <표 27>과 같음.

<표 27> CRM 각 단계에 적합한 일반적 목표 및 전략(예시)

Stage		주요 목표 및 전략
1	No awareness (인식없음)	(목표) 이슈나 문제가 존재한다는 인식을 높이는 것 - 지역사회 지도자 또는 구성원과 일대일로 소통 - 지역사회에 존재하는 소그룹 등을 방문하여 이슈나 문제를 알림 - 친구, 동료 또는 잠재적인 지지자에게 일대일로 전화 - 주위의 시선을 끌 수 있는 미디어 등을 활용하여 홍보를 강화
2	Denial/Resistance (거부,저항)	(목표) 지역사회의 문제점과 변화의 필요성을 인식 - 일대일 방문을 지속적으로 하고 소통한 사람들을 지원 - 이슈나 문제와 관련된 사례를 설명 - 브로셔 및 포스터 등을 지역사회 내 교육 등 프로그램에 소개 - 이슈나 문제와 관련된 치명적인 지역사회 기사들을 논의 - 이슈나 문제가 가져오는 효과를 적극적으로 홍보 - 각종 지역사회 단체 게시판, 지역회보, 뉴스레터 등 활용 - 지역사회 관련 커뮤니티 그룹에 다양한 정보를 제공
3	Vague Awareness (모호한 인식)	(목표) 사람들이 문제를 인식하게 되면 지역사회가 무엇인가 할 수 있다는 것을 인식해야 함. - 아젠다에 참여하고 지역 커뮤니티 행사 및 평소 관련 없는 지역사회 단체 등에도 정보를 제공 - 전단지, 포스터, 간판 및 게시판 등 홍보 강화 - 관련된 이벤트를 시작하고 이러한 기회를 활용하여 이슈나 문제에 대한 정보를 제공 - 비공식 지역 설문조사 및 지역사회 구성원들과의 전화인터뷰 또는 방문을 통하여 의견을 듣고 적극적으로 알릴 것 - 지역사회에 영향을 미치는 신문 사설 또는 기사 등을 게시
4	Preplanning (사전계획)	(목표) 지역사회의 구성원들은 이슈나 문제를 해결하는 방법에 대해 생각하기 시작할 준비가 되어 있음. - 프리젠테이션과 미디어 등을 통하여 이슈나 문제에 대한 정보를 소개 - 그 원인에 대하여 지역사회 지도자를 방문하고 투자할 것. - 지역사회에서의 기존노력(커리큘럼, 프로그램, 활동 등)을 검토하여 대상자가 누구인지 고려하여 그간 노력에 대한 성공정도를 논의 - 문제를 논의하고 전략을 개발하기 위하여 지역 포커스 그룹을 실시 - 라디오 및 TV 등 공익방송을 통해 미디어 노출을 증가시킴

Stage	주요 목표 및 전략
5 Preparation (준비)	(목표) 지역사회 전략수립의 기반마련을 위한 정보수집 강화 - 이슈나 문제로 관련된 현황 등 조사를 실시 - 지역사회 설문조사 실시 - 지역사회 노력을 함께 시작하기 위하여 각 관련 커뮤니티를 후원 - 풀뿌리 차원에서 전략을 개발하기 위하여 공개토론을 실시 - 주요 지도자와 영향력 있는 사람들을 활용하여 그룹과 이야기하고 지역 라디오 및 TV쇼 등에 참여 - 노력의 성공여부를 평가하는 방법을 기획
6 Initiation (시작)	(목표) 지역 공동체의 노력이 진행됨에 따라 기존 프로그램이나 이니셔티브를 지원하는 커뮤니티 별 정보를 제공하여야 함. - 전문가 및 보조인력 등 지역사회 준비에 필요한 교육실시 - 활동이나 노력의 결과 등 관련된 홍보 노력을 계획 - 서비스에 대한 상호작용을 파악하고 기존서비스를 개선, 주민에게 가장 파급력있는 장소등 정보를 위하여 소비자 인터뷰를 실시 - 추가 자원 및 잠재적 재정 지원을 위한 준비를 시작 - 몇 가지 기본적인 평가를 실시
7 Stabilization (안정화)	(목표) 이제는 노력과 사업이 마련되었으므로 전체적인 지역사회 노력을 유지할 수 있도록 이들을 안정화시켜야 함. - 이 문제에 대한 지지를 유지하기 위하여 지역사회 행사를 계획 - 지역사회 전문가 양성을 위한 교육 실시 - 지역사회 구성원을 대상으로 교육을 실시. 교육이나 신문 기사를 통하여 사업에 대한 평가를 소개 - 진행상황을 검토하고 전략을 수정하기 위해 분기별 회의실시 - 지역후원자 또는 자원봉사자들을 위한 인정행사를 개최 - 진행상황과 향후 계획을 자세히 설명하는 신문기사를 보도 - 서비스 공급자와 커뮤니티 시스템 간의 네트워킹을 시작
8 Expansion/ Confirmation (확대, 성공)	(목표) 일단 서비스가 안정화되면, 업무가 확장되고 향상됨 - 자격을 갖춘 서비스 계약을 통해 네트워킹을 공식화 - 지역사회 위험 평가 프로파일을 준비 - 지역화 된 사업의 서비스 디렉토리를 게시 - 대중에게 지공되는 포괄적인 데이터베이스를 유지관리 - 지역사회관련 국을 신설. - 문제와 관련된 특정 데이터 경향에 대하여 미디어 홍보실시 - 평가 데이터를 활용하여 그간의 노력을 수정보완
9 Community ownership (최고의 지역사회)	(목표) 커뮤니티가 최고 수준에 도달하면 성장을 지속해야 함. 끝이 아니라 노력은 지속되어야 함. 지역사회의 구성원은 스스로가 노력을 유지하는데 함께 할 것임. - 지역사회 지원 유지를 하고 지역사회 기업 등으로부터 재정지원을 요청 - 재정의 조달방법을 다양화 - 지역사회 관련 전문가 및 인력에 대한 고급 교육을 지속 - 진행된 문제와 진행 상황에 대한 재평가를 지속 - 외부 평가를 활용하고 사업 수정에 대한 피드백을 적절하게 활용 - 향후 보조금 등 재정적 요청에 사용할 결과 데이터를 추적 - 지역 지도자 및 지역 스폰서를 위해 진행 보고서를 계속 진행

자료: Stanley et al.(2014, pp.40-42) 내용 수정·보완

‘제주 지역사회준비(CRM) 연구절차’

- 본 연구는 지역사회통합돌봄(Community Care)을 추진하는데 있어서 현재의 제주 지역사회 준비상태(Community Readiness)를 알아보고 향후 전략을 모색하기 위해 실시하였음.
- 전체적인 준비도 경향을 알아보는데 목적이 있기 때문에 다소 포괄적인 개념인 ‘지역사회통합돌봄’이라는 이슈를 선정하였고, 지역사회를 제주특별자치도 전체로 한정하였음.
- 먼저, CRM이라는 국내에서는 다소 생소한 연구방법을 사용하였기 때문에 연구진들은 CRM을 활용한 국외 문헌과 매뉴얼에 대한 심화학습을 하였음.
- 인터뷰지의 설계는 Stanley(2014)가 제시한 지역사회 준비도 인터뷰 질문(Community Readiness Interview Questions)을 수정·보완하여 총 6개 차원의 86문항으로 구성하였음.
- 완성된 인터뷰 질문지는 외부전문가 2명의 자문을 통하여 최종 사용되었음. 최종 차원별 문항구성은 <표 28>과 같음.

<표 28> 지역사회통합돌봄 CRM 인터뷰지 문항 구성

차원(Dimension)	문항 수		
	계	개방형	폐쇄형
Community Knowledge of Efforts	25	15	10
Leadership	15	6	9
Community Climate	13	8	5
Knowledge About the Issue	11	3	8
Resources for Efforts	15	5	10
Community-related Data	7	7	0
계	86	44	42

- 인터뷰 대상자는 총 10명으로 지역사회통합돌봄과 관련이 있으며 지역사회를 잘 이해하고 현장경험이 많은 보건복지관련 공무원 관리자(4명), 도의회(3명), 장애인분야 기관장(1명), 노인분야 기관장(1명), 유관단체기관장(1명)으로 선정하였음.

- 인터뷰 실시 이전에 유선 상으로 연구의 목적과 방법 등을 설명하였으며 최종적으로 10명 모두 인터뷰를 수락하였음. 인터뷰는 2019. 9. 9.(월) ~ 9. 20.(금)까지 본 연구자가 1:1 대면 인터뷰로 진행하였으며 1인당 약 2시~ 3시간 정도 소요되었음.
- 완료된 인터뷰지의 평가를 위하여 연구진 중 2명을 선정하여 평가(채점)방법에 대하여 학습을 실시하였음. 평가를 위한 채점 기준표는 Stanley(2014)가 제시한 내용을 토대로 지역사회통합돌봄에 맞도록 재구성하여 최종 채점기준표(Rating Scales for Scoring)를 완성하여 평가에 활용하였음.
- 평가는 다음과 같이 실시하였음. 먼저 평가자로 선정된 연구자 2명은 각자 인터뷰지와 공통된 채점 기준표를 참고로 하여 Scoring Sheet에 평가를 실시하고, 각자 완성된 결과를 가지고 상호 논의를 함.
- 평가자 2명의 합의된 점수를 Scoring Sheet에 각 차원별로 기입, 최종적으로 6개 차원별 그리고 제주 지역사회통합돌봄 전체 준비(Community Readiness) 수준이 도출되었음.
- 평가자 2인의 합의된 최종 점수표는 다음 <표 29>와 같음.

<표 29> 제주 지역사회통합돌봄의 지역사회준비수준 최종 점수표

Dimension	Interview Number										Mean(SD)
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	
Community Knowledge of Efforts	3.50	3.25	3.00	3.75	3.25	1.00	3.50	3.25	3.50	3.00	3.10(0.73)
Leadership	5.75	4.75	5.00	4.50	4.50	4.00	4.50	4.50	5.50	4.75	4.78(0.49)
Community Climate	3.75	4.00	4.25	4.50	5.00	4.75	5.00	4.50	4.50	5.00	4.53(0.41)
Knowledge about the Issue	2.25	3.00	3.00	3.50	2.75	2.50	3.00	3.00	2.75	4.00	2.98(0.47)
Resources for Efforts	2.50	2.50	3.50	3.25	3.00	3.00	3.50	3.00	3.00	3.00	3.03(0.33)
Community-related Data	1.00	2.50	1.00	2.00	2.00	1.50	2.00	2.75	2.00	2.25	1.90(0.55)
Overall Community Readiness Score											3.38(0.98)

‘제주지역사회통합돌봄의 지역사회준비(Community Readiness) 연구결과’

- 제주지역 지역사회통합돌봄의 지역사회준비(CR) 수준은 전체 평균값 9점 만점에 3.38점(SD,0.98)으로 CRM 전체 9수준 중 3수준 모호한 인식(Vague Awareness) 상태로 나타남.
- 분석 결과, 지역사회 분위기와 리더십이 4단계로 가장 높은 수준이었으며, 데이터관련이 1단계로 가장 낮게 나타남.
- 다시 말하면, 일부의 리더와 지역사회에서의 분위기는 있으나, 그에 따르는 노력, 지식, 자원에 있어서는 준비가 되지 않은 상태를 의미하며, 특히, 관련 정보데이터의 연계에 있어서는 준비가 전무한 상태로 볼 수 있음.
- 결론적으로 제주지역 지역사회통합돌봄의 준비수준은 다소 낮은 것으로 판단할 수 있음.

〈표 30〉 제주지역 지역사회통합돌봄의 준비수준(CRM) 연구결과

Dimension	Mean	Readiness Level	Readiness Stage
Community Knowledge of Efforts	3.10	3	Vague Awareness(모호한 인식)
Leadership	4.78	4	Preplanning(사전계획)
Community Climate	4.53	4	Preplanning(사전계획)
Knowledge about the Issue	2.98	2	Denial/Resistance(거부, 저항)
Resources for efforts	3.03	3	Vague Awareness(모호한 인식)
Community-related Data	1.90	1	No awareness(인식 없음)
Overall Score	3.38	3	Vague Awareness(모호한 인식)

- Stanley(2014)가 제시한 각 단계별 특성을 고려하여 제주지역의 지역사회통합돌봄 준비상태는 〈표 31〉과 같음.
- 연구결과에서 나타난 각 단계별 준비상태를 개선하기 위한 목표와 전략은 〈표 32〉와 같음.

〈표 31〉 CRM 결과로 보는 제주 지역사회통합돌봄의 지역사회 준비수준

Dimension	Readiness Level	Readiness Stage	준비상태(Community Readiness)
Community Knowledge of Efforts (노력에 대한 이해)	3	Vague Awareness (모호한 인식)	· 어느 정도의 지역사회 구성원들은 지역사회통합돌봄이라는 단어를 들어 보았음. 그러나 다른 내용(목적, 추진내용, 대상, 방법 및 효과 등)은 잘 모름. · 일부 관심있는 사람들만 보건복지 지역사회통합돌봄 선도사업에 제주시가 장애인분야, 서귀포시가 노인분야에 선정된 것을 알고 있음. · 일부 구성원만이 제주형 '통합복지하나로' 단어를 들어왔고 공무원의 일부만이 대략적인 방향성만 이해하고 있음.
Leadership (리더십)	4	Preplanning (사전계획)	· 어느 정도의 리더들은 지역사회통합돌봄이 지역사회 내에서 중요하다고 생각함. · 지역사회통합돌봄의 해결을 위하여 어떠한 형태의 노력이면 필요하다고 여김. 그러나 현재는 공공(관)중심으로 복지분야에 치우친 지역사회통합돌봄 추진. · 지역사회 대부분의 리더들은 참여에 다소 수동적. 특히, 민간기관 리더, 지역사회 자생조직 등의 리더들은 더욱 수동적. · 소수의 리더들은 지역사회통합돌봄을 위한 개발, 발전 또는 실행을 위한 노력에 참여. · 공공조직 내 관련 부서간의 방향성 공유 및 협력이 어려움. · 주거 및 의료 등 타 분야 민관의 방향성 공유 및 협력의 어려움.
Community Climate (지역사회 분위기)	4	Preplanning (사전계획)	· 어느 정도의 지역사회 구성원들은 지역사회통합돌봄이 지역사회 내에서 중요하다고 생각함. · 지역사회통합돌봄의 해결을 위하여 어떠한 형태의 노력이면 필요하다고 여김. · 지역사회 구성원들은 참여에 다소 수동적임. · 소수의 구성원들이 지역사회통합돌봄을 위한 개발, 발전 또는 실행을 위한 노력에 참여함. · 지역사회통합돌봄 관련 지역·기관 이기주의와 실적주의 문화가 심함.
Knowledge about the Issue (지식)	2	Denial/ Resistance (거부, 저항)	· 소수의 지역사회 구성원만이 지역사회통합돌봄에 대한 약간의 지식이 있음. · 대부분의 구성원들은 지역사회통합돌봄에 대해 이해(방법, 어디에서, 어떻게, 왜? 등등)하지 못하며, 일부는 오해를 함.
Resources for Efforts (자원)	3	Vague Awareness (모호한 인식)	· 지역사회 내에 자원(커뮤니티 공간, 자원봉사, 지역전문가, 보조금 및 기타 자원 등)은 다소 있으나 지역사회통합돌봄에 사용할 수 있는 자원인지 확인할 수 없음. · 지역사회통합돌봄에 활용할 수 있는 자원이 체계적으로 정리되어 있지 않고, 자원을 활용할 수 있는 방법 또한 모호한 상태
Community-related Data (데이터)	1	No awareness (인식 없음)	· 지역사회통합돌봄 관련 자원은 있으나 확인할 수 있는 정보나 데이터가 없음. · 도민들이 쉽게 찾아볼 수 있는 정보의 창구가 없음.
Overall Score (전체)	3	Vague Awareness (모호한 인식)	· 몇몇 지역사회 구성원들은 지역사회통합돌봄에 대해 들어는 봤지만, 그것에 대해서 거의 알지 못함. · 사회의 리더와 구성원들은 지역사회통합돌봄이 사회에서 문제가 될 수 있다고 생각함. 그러나 이를 해결하기 위하여 무슨 일을 해야 하는지 알지 못하며 동기가 없음. · 지역사회구성원들은 지역사회통합돌봄에 대한 모호한 지식만 있음. · 지역사회통합돌봄을 위한 자원은 제한적임. · 지속성(사업, 재정, 인력 등)에 대한 담보가 모호함. · 법적·제도적 근거가 없음.

〈표 32〉 CRM 결과로 보는 목표 및 전략

Dimension	목표	전략	키워드
Community Knowledge of Efforts (3)	도민홍보 강화	· 많은 도민들이 이해 할 수 있도록 쉽게 홍보 · 지역 내 간담회, 위원회 및 반상회 등 적극홍보 · 읍면동 중심 단위에서 찾아가는 설명회 등 개최 · 뉴스나 인터넷 등 대중매체 적극 활용 · 사업소개 및 신청방법에 대한 리플렛 등 읍면동 비치	홍보
	주민 참여형 돌봄체계 구축	· 도민 및 민간참여 활성화 · 공공주도에서 주민주도로 변화 필요 · 삼촌, 권당, 수눔 등 강점과 단점을 조화롭게 활용 · 읍면동 마을단위 자원네트워크 강화 · 읍면동지역사회보장협의체 및 주민자치회 등 적극 활용 · 자생조직(부녀회, 청년회, 노인회 등)의 적극 활용	주민참여
Leadership (4)	지역사회 리더의 공감대 형성	· 지역사회 각 분야 리더 들의 공감대(방향성) 형성 · 자생조직 등 리더 기능 강화	리더십
	법적·제도적 기반 마련	· 조례 등 법적·제도적 근거 마련으로 실효성 확보	제도적 기반
	정책의 지속성 확립	· 지역사회통합돌봄 정책의 지속성 담보 · 민간추진 중요사업에 대한 지속성 담보 · 관련 공무원의 부서 장기근무 및 인센티브 방향 모색	지속성
	역할분담이 명확한 전달체계 구축	· 공공조직 내 부서 간 칸막이 현상 해소 · 공공·민간 실행주체 등 역할분담에 대한 명확화 · 공공의 실적주의 문화 탈피 · 공공과 민간의 유사 중복성 사업에 대한 정비 · 주민이 접근하는 창구는 읍면동 중심의 단일창구 · 현재 각 기관의 기능을 적극 활용·확대 · 개인의 삶이 변화되는 돌봄을 기본으로 추진	전달체계
Community Climate (4)	지역사회 소통체계 확립	· 공공·민간(주민포함)의 다 직종의 적극적 동참독려 · 의료분야의 적극 협력 관계 모색 · 민간시설 및 기관 등 갈등·오해 해결 · 지역 및 집단(기관)이기주의 지양 · 민간자생조직, 개인병원 및 주거관련 등 협력	연계·협력
Knowledge about the Issue (2)	지역사회구성원의 인식강화	· 개념 및 방향성에 대한 지역사회 공감필요 · 지역사회구성원들에 대한 인식강화	인식개선
Resources for Efforts (3)	자원체계 확립	· 민간 지역사회통합돌봄관련 자원(자원봉사자, 활용가능 공간 등) 체계 정리 및 공유	자원체계
		· 재정의 안정성 및 다양화(국비,도비 및 민간 기부금 등)	재정확보
		· 실행인력의 확보와 고용의 안정성 확립	인력확보
Community-related Data (1)	지역사회통합돌봄 관련 빅데이터 구축	· 민간 보건복지 데이터 구축, 연계 및 정기적 관리 · 주민들이 활용하기 쉬운 데이터 제공(GIS 정보 등) · 보건복지 패널 구성을 통한 데이터 축적	빅데이터
	원스톱 정보플랫폼 구축	· 접근성이 편리하고 쉬운 원스톱 제주보건복지서비스 정보 플랫폼 사이트 구축, 플랫폼이 연동된 앱 개발 · 정보플랫폼 사각지대 도민을 위한 24시 전화상담 · 주민설문 및 여론조사 기능 탑재	원스톱 정보플랫폼

나) 표적집단면접(Focus Group Interview)⁵⁾

‘표적집단 면접(FGI)의 목적’

- 본 장에서는 「제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 개발 및 평가」 연구의 목표 달성을 위하여 시범사업을 직접 수행하였던 3개동의 주민센터와 복지관의 담당자를 대상으로 하여 표적집단면접(Focus Group Interview: FGI)을 실시하였음.
- 표적집단면접을 실시하는 목적은 실제 시범사업의 추진과정에서 담당자들이 인식하는 성과, 성과요인, 문제점 및 개선과제 등을 도출하여 향후 시범사업의 발전적 모델을 마련하기 위함.
- 이러한 질적연구 방법은 현상에 대한 이해와 발견을 주요 목적으로 함. 또한 질적 연구는 자연과학의 객관주의적 시각이 사회현상 연구에 그대로 적용하기 어려우며 적용되더라도 제한적으로 수용될 필요가 있다는 철학적 가정을 기본 전제로 함(이상현·정상기, 2017).

‘연구 참여자’

- 표적집단면접(FGI) 참여자는 시범사업을 수행하는 3개동(노형동, 아라동, 동홍동) 복지관의 사회복지사와 중간관리자, 주민센터(3곳) 맞춤형복지팀의 담당공무원과 도청에서 파견된 민간사회복지사 등 총 25명이었으며, 참여자 현황은 다음의 <표 33>과 같음.

<표 33> 표적집단면접(FGI) 참여자 현황

연번	소속	직급(위)	성별	성명
1	종합사회복지관	팀장이상 경력직	여	A
2	종합사회복지관	팀장이상 경력직	여	B
3	종합사회복지관	팀장이상 경력직	여	C
4	종합사회복지관	팀장이상 경력직	여	D
5	종합사회복지관	팀장이상 경력직	남	E

5) 황성준 외, 2019, 『제주형 통합복지하나로 시범사업 성과지표 개발 및 평가』, 제주연구원, pp. 129~146. 수정·보완

연번	소속	직급(위)	성별	성명
6	종합사회복지관	팀장이상 경력직	남	F
7	종합사회복지관	사회복지사	여	G
8	종합사회복지관	사회복지사	여	H
9	종합사회복지관	사회복지사	여	I
10	종합사회복지관	사회복지사	여	J
11	종합사회복지관	사회복지사	여	K
12	종합사회복지관	사회복지사	남	L
13	종합사회복지관	사회복지사	여	M
14	종합사회복지관	사회복지사	여	N
15	종합사회복지관	사회복지사	여	O
16	주민센터	사회복지사	여	P
17	주민센터	사회복지사	여	Q
18	주민센터	사회복지사	남	R
19	주민센터	사회복지사	여	S
20	주민센터	사회복지사	여	T
21	주민센터	사회복지사	여	U
22	주민센터	공무원	여	V
23	주민센터	공무원	여	W
24	주민센터	공무원	남	X
25	주민센터	공무원	여	Y

※ 1,2차 중복 참여인원 10명

‘연구진행절차’

- 1차 FGI는 2020년 8월 19일(수) ~ 8월 20일(목) 동안 총 23명을 한 팀당 3~8명씩 4차례 실시하였음. 이때 네 그룹은, 주민센터의 담당공무원(3명), 주민센터의 사회복지사(6명), 복지관의 중간관리자(6명), 복지관의 사회복지사(8명)로 구분하였음. 1차 FGI는 각 그룹별 2~3시간 정도 소요되었음.
- 2차 FGI는 총 12명을 대상으로 2020년 10월 7일(수) 실시하였으며, 선정된 참여자 12명은 시범사업 초기부터 사업의 내용을 주도적으로 이끌어온 핵심 인력으로 주민센터의 담당공무원(3명), 복지관의 중간관리자(3명), 복지관의 사회복지사(6명)로 구분하였음. 2차 FGI는 별도의 그룹을 두지 않고 동일한 시간에 함께 실시함. 2차 FGI는 약 2시간 정도 소요되었음.
- 표적집단면접(FGI)은 실시에 앞서 연구의 목적, 소요시간, 참여 거부권, 녹취, 비밀보장 및 참여수당 등에 대한 내용을 상세하게 안내하였고, 자발적 연구참여 동의서를 받은 후 진행하였음.
- FGI는 참여자의 긴장감을 풀고 열린 마음으로 자유롭게 의견을 제시할 수 있도록 가벼운 대화나 이야기로 분위기를 조성한 후 본 인터뷰를 진행하였음.
- 인터뷰는 반구조화 면접(semi-structured interview)으로서 사회자가 사전에 질문을 구성하였으나, 진행 중에 새로운 질문을 추가하기도 하고 불필요하다고 판단되는 질문은 과감히 제외하여 융통성 있게 진행하였음.
- FGI에 활용된 면접 지침서는 연구진에 의해서 개발되었으며, 관련분야 전문가 2인의 자문을 받아 최종 문항을 구성하였음.
- 주요 질문은 <표 34>와 같으며, 대부분의 질문은 주된 내용과 더불어, 그러한 성과(결과)가 나오게 된 구조적 요인, 과정적 경험, 원인, 해결방안 등을 추가질문 하여 수행하였음.

〈표 34〉 표적집단면접(FGI) 질문지

영역	질문
성과	1. 통합복지하나로 시범사업을 수행하면서 얻게 된 긍정적 성과는 무엇입니까? 성과요인은 무엇이라고 생각합니까?
	2. 통합복지하나로 시범사업의 목표는 사람중심, 현장중심, 민관협업 중심의 원스톱 지원체계의 구축 기반 마련에 있습니다. 시범사업의 목표가 성취되고 있다고 생각하십니까? 성취되고 있다면 그 성취요인은 무엇입니까? 혹은 성취되지 않았다면 그 이유는 무엇이며 극복방안은 무엇입니까?
	3. 주민센터↔복지관 중심의 플랫폼 구축(민간 사회복지사 배치)과 관련하여 효과성·효율성을 고려할 때 귀하의 생각은 어떠한가요?
	4. 돌봄서비스의 통합적 연계(보건+복지)의 성과는 무엇입니까? 성과요인은 무엇이라고 생각합니까?
	5. 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력체계 구축(제주도↔보건복지부)과 관련된 주요성과는 무엇입니까? 성과요인은 무엇이라고 생각합니까?
	6. 지역의 「인적안전망」을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 조성 관련 성과는 무엇입니까? 성과요인은 무엇이라고 생각합니까?
개선과제	7. 통합복지하나로 시범사업을 추진하면서 겪게 된 어려움은 무엇입니까? 그 원인과 극복방안은 무엇입니까?
	8. 통합복지하나로 시범사업의 효율적 운영을 위하여 중장기적으로 해결해야 할 과제와 역할은 무엇이라고 생각합니까?

‘자료분석’

- FGI의 모든 인터뷰들은 녹취하였고, 녹취된 자료들은 모두 문자로 기록하여 원 자료로 분석에 활용하였음. 자료 분석은 질적 연구에서 일반적으로 사용하는 반복적 비교 분석법을 사용하였음.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업의 인터뷰 내용은 귀납적 범주화를 실시하였음. 귀납적 범주화는 먼저, 통합복지하나로 시범사업 인터뷰의 내용 중 중요하다고 생각되는 내용에 표시를 하며 의미단위를 추출·분석하였음(개방코딩).
- 개방 코딩을 통해 코딩된 자료들은 한 곳에 모았고, 코딩된 자료들을 다시 읽고 이를 계속 반복하면서 비슷한 주제의 자료들을 한곳에 모으는 작업을 함. 비슷한 주제의 자료들과 그 자료들의 코딩 이름을 다시 새로운 컴퓨터 파일에 적어서 리스트를 작성함.

비슷한 주제로 묶인 리스트를 보면서 이 리스트를 가장 잘 표현해 줄 수 있는 즉, 리스트 안에 존재하는 자료들의 특성과 일정한 패턴을 가장 잘 표현해 줄 수 있는 이름을 선정하였음(범주).

- 최종적인 분석은 하위범주와 상위범주의 맥락적 일치여부, 참여자의 불필요하고 반복된 표현, 참여자의 신분노출 가능성 등과 관련하여 연구진들이 함께 모여 검토하였으며, 최소한의 범위 내에서 인용문을 수정·보완하여 활용하였음.

‘표적집단면접 결과’

- 제주형 통합복지하나로 시범사업 성과의 의미와 주제들을 정리하여 중심개념을 도출한 결과, 16개의 하위범주와 2개의 상위범주로 분석되었음.
- 상위범주 2개는 ‘통합복지하나로 시범사업의 성과’, ‘통합복지하나로 시범사업의 어려움’이며, ‘통합복지하나로 시범사업의 성과’는 9개 하위범주, 34개 성과요소, ‘통합복지하나로 시범사업의 어려움’은 7개 하위범주, 35개 세부요소로 구성되었음.
- 각 영역별로 구성된 통합복지하나로 시범사업의 성과와 어려움에 대한 내용을 살펴보면 <표 35>, <표 36>과 같음.

‘상위범주: 통합복지하나로 시범사업의 성과’

- 시범사업의 성과는 9개의 하위범주로 구성되었음.
- 주요 성과는 주민센터와 복지관의 암묵적 제도화가 전제된 ‘협력적 약속관계 형성’, 제주도 최초 전산 시스템의 공유를 통하여 시행한 ‘공동사례관리의 적극적 실천’, 주민센터-복지관 1:1 매칭 시스템의 ‘효율적 전달체계 조성을 위한 노력’, 민간과 공공의 자원과 서비스에 대한 ‘정보공유의 작은 시작’, 주민 편의성 증진을 위한 ‘종합상담창구 기능의 초석’, 보건복지부-제주도 MOU에 근거한 ‘복지부 민·관 협력 플랫폼 구축의 선두’, 시범사업을 통하여 조금씩 변화하는 ‘주민참여 활성화’, 민관 협력을 통하여 긍정적 효과가 있는 ‘복지사각지대 발굴’, 시범사업에 대한 ‘리더의 관심’등으로 나타남.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업의 성과에 대한 표적집단면접 결과 요약은 다음 <표 35>와 같음.

〈표 35〉 제주형 통합복지하나로 시범사업의 성과

상위범주	하위범주	개념
통합복지하나로 시범사업의 성과	협력적 약속 관계 형성	·민간과 공공의 합의점을 찾으려는 노력 ·민관 협력에 대한 관심과 실행력 증대 ·민관 협력을 시스템화 하기 위한 노력 ·민간기관의 심리적 거리감이 좁혀짐 ·주민센터와 복지관의 강점을 활용할 수 있음 ·시범사업 초기의 갈등이 협력관계로 완화됨 ·민과 관이 공동체가 형성
	공동사례관리의 적극적 실천	·공동사례관리는 주민센터 및 복지관이 각각 사례관리를 실천할 때 보다 훨씬 효과적·효율적 ·공동사례관리는 주민에게 신속한 대응이 가능한 민관 협력의 실질적 방법 ·공동사례관리를 수행하면서 주민센터-복지관의 역할을 자체 협의 조정함으로써 소통기능 강화 ·공동사례관리는 민관의 강점을 적극 활용하게 됨으로써 대상자의 욕구에 대응하는 신뢰감이 매우 높음
	효율적 전달체계 조성을 위한 노력	·주민센터와 복지관이 함께 시작하고 논의하는 시스템인 관계로 시간적으로 효율적이며 역할분담 용이 ·주민센터와 복지관의 배치인력으로 인하여 주민들의 욕구파악이 용이하고 대응능력이 신속해짐 ·민관이 시작을 함께함으로써 신속한 서비스 제공, 서비스 중복 해소 등 서비스 질 개선 효과 ·주공아파트만의 복지관이라는 인식에서 지역사회를 위한 복지관으로 생각이 전환 ·시범사업을 위한 민간 사회복지사 인력배치는 기존 전달체계의 인력 부족 현상을 해소하는 기회 ·주민센터 내 배치된 민간 사회복지사는 공공과 민관을 연결하는 핵심적 기능을 수행 ·시범사업을 종합복지관의 고유사업과 연계하여 민간의 전문성을 적극 활용하는 기회
	정보공유의 작은 시작	·복지관에서 주민센터에 정보요청 시 절차가 간소화되고 업무협조가 수월해짐 ·민관 정보공유를 통하여 주민센터-복지관의 공통적 방향 그리고 공공과 민간의 업무적 특징을 이해할 수 있는 계기가 됨.

상위범주	하위범주	개념
	종합상담창구 기능의 초석	·사회보장급여서비스 신청을 종합사회복지관에서도 가 능하도록 주민 편의성 증진 ·종합상담창구 등 원스톱서비스 제공을 위하여 민관이 함께 기초를 만들고 있는 단계
	복지부 민·관 협력 플랫폼 구축의 선두	·시범사업을 통하여 행복e음의 공동사례관리 기능을 처음 사용 ·주민센터-복지관의 공동사례관리 업무추진 시 현재 구 축된 전산시스템의 기능을 최대한 활용, 기능적 오류 및 개선사항을 복지부 시스템 개발팀과 협의·개선 ·복지부 차세대 사회보장정보시스템 민관협력 플랫폼 (민관 정보공유 시스템) 개발팀과의 실질적 동반관계 형성 ·제한적인 공공의 정보이긴 하지만 시스템을 통하여 민 간에게 제공되는 정보의 속도가 훨씬 빨라짐
	주민참여 활성화	·지역사회보장협의체, 안전지킴이 등 지역 단체의 적극 적인 자발적 참여 확대 ·지역 자생 단체와의 연계를 통한 서비스 기능 강화 ·복지관의 신뢰를 통한 자생조직 기능 활성화 ·주민센터가 들어옴에 따라 지역사회보장협의체 위원들 의 참여가 적극적으로 변화 ·찾아가는 협의체 위원 교육을 통하여 복지관에 대한 신뢰감 형성, 신뢰감은 적극적인 참여로 확대
	복지사각지대 발굴	·공적 급여에서 소외되어 자살 위기에 놓인 대상자를 지원하는 등 복지사각지대 발굴 효과
	리더의 관심	·기관의 적극적인 배려가 있을 때 시범사업의 추진력 강화 ·리더의 관심과 역량에 따라 긍정적 분위기로 전환

‘상위범주: 통합복지하나로 시범사업의 어려움’

- 시범사업의 어려움은 7개의 하위범주로 구성되었음.
- 주요 내용은 각 전달체계와 관련기관·부서 의 ‘역할 혼돈’, 시범사업의 중심적 역할을 하는 ‘실질적 중재 기능 부재’, 시범사업의 관심의 부족에서 비롯된 ‘소통의 외면’, 보건·복지 연계의 필요성이 간절함에도 현실은 그렇게 되지 못하는 ‘보건·의료 연계의 장벽’, 민·관 정보공유가 시범지역을 중심으로 시도는 되고 있지만 여전히 풀기 어려운 ‘민·관 정보공유의 한계’, 주민 참여가 활성화 되는 지역도 있는 반면 아직도 해결해야 할 과제가 많은 ‘주민공동체 활성화 기능의 한계’, 사업수행을 하면서 담당자들이 느끼는 ‘사업수행 제약요인’등으로 나타남.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업의 어려움에 대한 표적집단면접 결과 요약은 <표 36>과 같음.

<표 36> 제주형 통합복지하나로 시범사업의 어려움

상위범주	하위범주	개념
통합복지하나로 시범사업의 어려움	역할 혼돈	·행정시와 도의 역할에 대한 모호성 ·복지관 내 유사 업무부서(사례관리팀)와의 역할모호 ·주민센터 내 간호직공무원, 주민복지팀 등 역할혼돈 ·시범사업 업무보다 기관의 고유 업무가 우선시 될 때가 있음 ·복지자원관리의 현행화, 개선 및 공유 등 누구와 협력을 해야 하는지 협업 주체의 혼돈 ·주민센터와 복지관의 역할에 대한 방향성 정립 필요 ·공공에 제공하는 전문적 자원·서비스로 인하여 민간의 전문성 소멸에 대한 우려
	실질적 중재 기능 부재	·시범지역의 1:1 매칭된 주민센터-복지관 외 타 보건복지 관련 기관, 관련 부서와의 협조·연계 체계 어려움 ·시범지역 전체를 실질적으로 계획, 사업수행 모니터링 및 피드백 등 총괄하는 기능 없음 ·공공조직 내 역할갈등의 중재자 없음
	소통의 외면	·시범사업 초기 주민센터와 업무협업의 어려움 ·주민센터 내 공무원과 배치된 사회복지사와의 관계 형성 미약 ·일부 지역의 지역사회 갈등으로 인한 민관 업무협업 어려움

상위범주	하위범주	개념
		·공공조직 내 통합복지하나로 시범사업에 대한 부정적 감정 존재 ·도와 시범지역 현장과의 소통 부재 ·시범사업 관련 기관 간 정기적 소통 기회 미약
	보건·의료 연계의 장벽	·코로나19로 인한 주민센터 맞춤형복지팀 간호직 공무원 협업 불가 ·맞춤형복지팀 간호직공무원은 고유업무 과부하로 통합복지하나로 시범사업 실질적 연계협력이 어려움 ·주민센터 맞춤형복지팀 간호직공무원 역할의 모호성 ·보건의료와의 연계협력은 동 자체의 힘만으로 체계구축이 불가능 ·감염병 환자에 대한 정보제공 주체가 없어 상담 및 서비스를 제공하는 사회복지사 및 주민 등 위험에 노출
	민관 정보공유의 한계	·민관 정보공유는 지향점과 합의점이 이루어지지 않아 한계 ·민간은 공공에 많은 정보를 요구하나 공공에서는 법적 제한 때문에 정보공유에 있어 실질적 어려움 ·민간복지관에 공공의 대상자 정보 공개 범위에 대한 고민
	주민공동체 활성화 기능의 한계	·삼촌 돌보미(명예사회복지공무원), 복지통장 등 중앙정부의 비자발적 실적강조로 외형적 주민공동체 조성 ·지역 자생 단체를 움직이는 방법에 대한 기술 부족 ·주민단체의 감투화 영향으로 감투를 입은 사람에게 쏠림 현상 발생
	사업수행 제약요인	·주민센터 내 사회복지사의 업무 자율성 제한 ·주민센터에 근무하는 사회복지사의 행복e음 권한 등 정보 접근성 제한 ·시범사업에서 사용 가능한 실질적 사업예산 부족 ·시범사업 민간 사회복지사의 불안정한 계약직 신분 체계로 인하여 동기부여 상실 ·시범사업 담당자 역량의 편차 존재 ·코로나19로 인한 시범사업 추진의 제한 ·지역사회 민관 자원 및 서비스의 중복성 파악 어려움 ·수치 위주의 양적 실적 달성에 집착하는 공공의 업무행태 우려

다) 통합복지하나로 시범사업 담당자의 다양한 생각들(의견조사)

- 본 의견조사는 제주형 통합복지하나로 시범사업의 확대발전방안을 위하여 조사하였으며, 시범사업 담당자들의 다양한 이야기를 가감 없이 듣기 위함이었음.
- 조사는 연구진이 직접 수행하였으며, 총 41명을 대상으로 의견조사를 하였으며, 35명으로부터 회신을 받았음. 조사는 2021. 7. 12. ~ 8. 23. 기간 동안 서면을 통하여 이루어짐.
- 의견조사 전 기관별 대표자 간담회를 실시하여 비실명 의견개진에 대한 충분한 설명을 실시하였음.
- 서면으로 요청한 질문 내용은 다음과 같음.

제주형 통합복지하나로 시범사업의 경험을 토대로 “제주형 사회복지전달체계”를 구현한다면 귀하께서 꼭 하고 싶은 얘기가 있나요?(자유롭게 제언, 분량 상관없음, 별지제출 가능)

- 조사결과, 제주형 통합복지하나로 시범사업 담당자들의 생각은 앞서 분석한 담당자 및 이용자 만족도, CRM, 표적집단 면접의 내용과 맥락이 유사했음. 주요내용은 다음과 같음.

‘사업추진을 위한 정책적 기반마련 필요’

- 중앙부처의 사회복지 정책 추진방향에 따라 도민에게 복지서비스가 전달될 수 있도록 기반 조성이 되어야 한다고 생각함(조직개편, 인력 충원 등).
- 사회복지 전달체계가 완성되기 위해서는 전 읍면동과 복지관의 협력체계가 제대로 되어 하는데, ① 우선, 단계적으로 연도별 몇 개 지역 얼마만큼의 규모로 확대할지 로드맵 설정이 필요. 그래야 로드맵에 따라 확대지역 선정, 예산 확보, 인력, 직원 교육, 홍보 등 차질 없는 준비가 되어야 함. ② 민간사회복지사들에 대한 소속 확정이 결정되어야 함. 단순히 사회복지서비스원 소속으로 하는 것도 다방면으로 검토 필요. 서비스원 소속인 경우 읍면동에 파견이 가능한지, 복지관 민간사회복지사는 소속을 어디로 할건지 등 ③ 올해 종합사회복지관 정원 증원(복지관별 2명)을 검토하고 있는데 정원 증원 시 1명은 통합복지하나로 담당 인력으로 조건부 증원 검토(사회복지시설 인건비 가이드라인 재정

비 시 종합사회복지관 정원 증원 포함 검토 중임) ④ 지금 현재는 시범동, 복지관 담당 직원 등 위주로 열심히 하고 있지만, 아직도 관리자는 이해도가 낮은 편임. 이에 대한 교육, 홍보 등 추진 계획 수립. 앞으로는 통합복지하나로 확대지역 선정 추진 등 행정 시가 주축이 될 수 있도록 검토(도 사업으로 추진하다보니 행정시는 관심이 없음)

- 2021년 12월까지 시범사업이 종료예정임에 따라 22년 예산 편성 전까지(10월 경) 통합복지하나로 전달체계 사업 계획 추진. 사회서비스원 내 민간협력팀 구성 및 운영, 역할 등에 대한 명확한 운영방향이 설정될 필요가 있음(서비스원 개원시점에 맞춰서). 이를 위해서는 관련 기관, 단체, 복지관 등과 소통과 협력지원체계(TF팀 구성 등)를 마련해야 할 것으로 보임. 확대발전 계획 수립 시 어떠한 모형으로 가져갈 것인지에 대한 충분한 논의가 필요함. 예를 들어 복지관을 중심으로, 또는 10개 권역으로 나뉜 맞춤형 돌봄센터 중심으로 등등 어떻게 권역을 나누고 모형을 만들지에 대한 소통, 협력 지원체계가 마련되어야 함. 복지관과 협력을 통한 전달체계 사업을 하고 있으나, 향후 발전 시에는 복지관의 인력구성, 인프라 구축(확장)에 대한 정확한 정립이 필요함(인력확충 지원 등). 읍면동에 맞춤형 복지팀과의 협력체계 구축도 제도화가 필요함. 우선 인력(민간사례관리사)에 대한 무기계약직 전환문제 해결, 역량 강화, 타 사례관리사 사업과 원활한 협력을 이끌어 낼 수 있는 시스템 구축이 필요함.
- 원스톱서비스를 지향하는 제주형 통합복지하나로는 서비스 중복을 피하고 대상자별 맞춤형서비스를 연계·지원하는 것이나, 서비스의 패키지화는 대상자에게 획일화된 서비스를 지원하게 될 수도 있어 우려되는 바임. 다른 지역의 서비스전달체계와 관련해 그 현장의 실무자들이 겪었던 애로사항, 문제점을 극복하게 된 과정, 성공사례 등을 공유하여 제주형 사회복지 전달체계 구현에 참고할 수 있도록 공유하는 자리가 마련되었으면 함. 제주도 사업인만큼 제주도 차원에서 공공기관, 의료기관 등 사업을 진행함에 필요로 하는 기관들을 대상으로 사업의 내용을 설명하는 간담회 개최, 업무협약을 체결하는 등 실무자 업무 진행에 지원을 요청함.
- 사회복지서비스를 구체적으로 추진하고 실천하기 위해서는 자원을 조달, 배분하여 서비스를 실행해야 한다. 복지서비스 전달체계는 급여 및 서비스를 효율적으로 클라이언트에게 전달하기 위해서 어떤 조직을 통해서 실천할 것인지 생각해 볼 필요가 있음. 전달구조, 기능적 차원, 운영주체, 지원 및 관리하는 행정체계. 서비스 제공기능 운영이 방향성과 전문성이 갖춰져야 한다고 봄.

- 새로운 제주형 사회복지전달체계에서는 지금 시범사업처럼 동과 복지관에 배치된 민간 사례관리사와는 달리 소속을 정확히 정하여 소속감 및 정체성에 대한 문제가 없었으면 좋겠음. 업무를 하는데 있어서 이 두 가지 요소는 중요하다고 생각함.

‘정책의 지속성 확보’

- 제주형 사회복지전달체계, 통합복지하나로 사업을 통해 지향하는 사항은, 복지서비스의 중복 방지, 복지서비스 제공을 위한 네트워크, 차세대정보시스템을 준비하고 활용을 통한 정보의 네트워크. 지역사회 자원을 통한 긴급구호 및 통합돌봄 구현임. 이러한 목적을 이루기 위하여 잘 이루어지는 부분은 민관 사례협력, 복지사각지대 발굴 및 서비스 지원, 지역사회 자원 연계이고, 향후 보완해야 할 사항은 민관협력의 지속성과 민민 네트워크를 통한 조정과 연계임. 이를 위해서는 이 사업이 해당기관에 유익점을 가져다 준다는 원인이 이루어져야 할 것임.

‘통합적 연계·협력 강화’

- 지역 내 하나의 복지관만을 지정하여 전달체계를 구축하지 말고 다른 복지관과도 협력하여 전달체계 구축을 할 수 있었으면 함.
- 돌봄이 필요한 주민들이 지역사회 안에서 주거·보건·의료·요양·돌봄 등 통합적 지원이 체계적으로 필요함.
- 제주형 통합복지하나로시범사업을 한 줄로 표현한다면 민관 협력 전달체계를 통한 새로운 복지바람이라고 생각함. 즉, 어려움에 처한 대한민국 주민 누구나 가장 가까운 기관의 종합상담창구를 찾아 자신의 욕구를 호소하면, 사업명에 나와 있는 것처럼 대상자의 욕구를 해결할 수 있는 모든 기관과 정보가 공유되고 통합되어 복지가 하나로 진행되는 진정한 대상자 맞춤 원스톱지원이라고 봄. 노형동에서는 사회복지전달체계를 구축하기 위한 민관 협력의 일환으로 담당자 일대일 매칭을 실시하였음. 사업초기에 노형동은 지난 사업인 스마트복지관사업과 신규 사업인 지역복지네트워크사업의 갈등으로 인해 복지관과 노형동지역사회보장협의체와의 관계가 원활하지 못한 상황이었고, 이로 인해 노형동 맞춤형복지팀과의 관계도 밀접하지 못하였음. 이런 난제를 해결하고자 노형동맞춤형복지팀 담당자와 민간사례담당자, 그리고 영락복지관의 통합복지하나로 담당사회복지

사와의 꾸준한 만남과 대화를 통해 민관 일대일 매칭 시스템을 구축하였고, 각 팀별로 복지사각지대발굴은 물론 초기상담, 사업연계 및 서비스제공까지 같이 계획하고 점검하며 대상자 맞춤 사례관리를 실시하였음. 1회성의 사례회의로 진행되는 단순한 공동사례나 통합사례와는 달리 민관 사례담당자가 매일 수시로 의견을 제시하고 같이 활동하면서 진정한 공동사례관리를 할 수 있었던 것임. 이런 경험을 토대로 제주형 사회복지전달체계를 새롭게 구축하여 민·관이 하나로 통합되는 기회가 되었으면 함.

- 제주형 사회복지전달체계 구현을 위하여 복지서비스 중복, 누락을 방지하고 복지서비스 제공을 위한 네트워크의 활성화, 지역의 다양한 자원들의 활용을 위한 체계적인 시스템 구축이 빠르게 시행되어야 한다고 생각함.

‘전문성있는 정규직 인력확보’

- 제주형 통합복지하나로 시범사업이 성공적으로 계속 추진될 수 있도록 인력 확충이 필요함. 복지대상자의 전문적이고 체계적인 서비스를 제공할 수 있도록 기초(밀바탕)를 든든히 다지고, 인력지원, 예산 지원으로 나갈 수 있도록 하였으면 함. 민간복지사들의 (통합사례관리사) 신분 보장이 필요하다고 봄. 기간제 근로자가 아닌 공무원 또는 정규직 등.
- 각 동별 맞춤형 복지팀 인원이 팀장 포함 3~4명으로 구성되어 있음. 이 적은 인원으로 내부적인 일 처리와 보건복지부에서 내려오는 일 처리로 불편적인 복지 일 처리가 거의 안된다고 생각함. 각 동에 민간통합사례관리사를 배치하여 민·관 협력의 전달체계를 이룰 수 있도록 시스템이 구축되었으면 함.
- 다양한 프로그램 개발과 전달체계 개편으로 전담 사회복지사를 파견함으로써 지역사회 중심의 복지안전망 강화
- 현재 주민센터에 하나로팀 2명, 사회복지관 내 하나로팀 3명인 전달체계를 주민센터에는 배치하지 않고, 사회복지관 내에 하나로팀 3명, 공무원 1명 파견으로 변경하였으면 함.

‘컨트럴타워 역할이 있어야 함’

- 민관 협업에 의한 통합복지하나로 시범사업이 시범사업이다 보니, 복지관은 복지관 나

름대로 사업을 진행하고 역할에 대해 고민하며 제주형 운영모델 추진방향에 맞게 노력하고 있다고 생각이 들지만, 중심체계가 없어 사업공유나 발전방향에 힘든 점이 있음. 지금까지 민·관 중심체계가 없어 사업진행, 전반적인 사업흐름에 대해 전달 받을 곳이 없었음. 이제 그 역할을 할 민·관 컨트를 타워가 생긴다고 하니 기대가 됨.

‘역할분담 명확화’

- 전체적인 사업 중심인 제주도와 행정시의 역할 분담이 확실했으면 함. 현재 현장 중심 주민센터 맞춤형복지팀에 의존하여 대상자 발굴과 공유가 이루어지고 있음. 민관 통합 복지하나로 시범사업 사례관리사는 맞춤형복지팀 업무에 의존하고 있으며, 이에 민간사 례관리사에게 주도적으로 사업을 맡아할 수 있도록 권한을 주었으면 함. 예로, 맞춤형 복지팀 복지사각지대 명단을 통합복지하나로 시범사업 업무로 정해 대상자 발굴에 대한 어려움이 없이 구체적인 업무의 체계화가 이루어졌으면 함.
- 동별, 복지관별 의료기관, 공공복지 유관기관 등 지역사회 민관 공급자원의 업무협약은 도에서 중심적인 역할로 책임있게 이루어졌으면 함. 한국병원은 통합복지시범사업을 수 행하는 아라복지관, 영락복지관, 노형동주민센터 각각 업무협약이 이루어져있는 상태임. 노형동 민관협업으로 공동사례대상자, 서비스연계대상자,〈계획-실행-점검-모니터링〉 시작부터 마무리까지 가정방문 동행, 서비스연계명단 공유 등 사례대상자 맞춤형 복지, 종합상담창구 역할을 잘 수행하고 있다고 생각함.
- 이 사업을 해보니 복지관 실무자가 직접적인 사회급여 신청이 아닌 대리 신청의 역할을 함에 다소 힘든 부분(실무자조차 전문적인 영역이 아니기에 급여신청을 이해하는 부분, 그에 따른 전달, 가정방문과 눈높이 설명 등)은 있었지만, 실무자조차 공적 복지서비스 에 대해 알아간다는 것이 좋았고 대상자로 하여 고맙다는 표현에 보람을 느낌. 대상자 로써는 얼마나 편한 취진인가! 애써 주민센터를 방문하지 않고 실무자가 원하는 시간에 가정으로 직접 찾아와주어 지원을 해주고 그 외 추가 필요 사항을 연계 지원해주기에 반응과 만족도는 높을 수밖에 없었음. 복지관 실무자들이 반길 수밖에 없는 이유인 듯 함. 그렇지만 1년 6개월이 지난 지금, 변함없는 의문사항이 있음. 그에 따른 역할.. 주 민센터, 복지관은 사업을 진행함에 수직관계인가? 수평적 관계인가? 과연 대상자를 위 함인가? 실적 채우기 위함인가? 배치된 민간사례관리사의 역할을 도대체 무엇인가? 공 적인 영역에 대해 깊이 있게 이해하여 전달해주는 역할/복지관과 주민센터 사업 진행 시

상호협력의 역할/그렇다고 민간복지체계에 대해 이해하여 조력, 협력하는 것도 아니고 의식이 남다른 그들의 역할은 무엇인가? 복지관과 공무원/주민센터의 협력협업 관계 도모? 활성화?를 위한 중계 역할도 아니고....

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 기존의 민과 관이 따로 분리되어 지원했던 복지서비스를 통합함으로써, 복지서비스 중복을 피하고 복지 사각지대 발굴 및 지원에 있어서도 더욱 폭넓고 빠른 복지 서비스 제공을 위해 중요한 사업이라 생각이 됨. 이러한 제주형 통합복지하나로 시범사업의 성공을 위해서 민과 관이 함께 공동의 목표를 가지고 노력하는 것이 필수임. 이에 조금 더 체계적인 협조체계 구축과 민과 관의 역할을 좀 더 명확하게 구분하고 함께 진행할 것은 함께 진행한다는 내용의 사업 운영체계가 필요함.

‘시각지대 지원을 위한 사업비용 지원 필요’

- 초기상담을 진행하다보면 통계에 비해 실질적으로 기초생활수급을 받지 못하고 복지사각지대에 놓여있는 대상자가 많음. 또한 국민연금 미가입자의 대부분은 형편이 어려워 가입하지 못하는 경우가 대부분임. 제도개선이 필요한 부분이라고 생각함. 복지관의 규모 및 역량에 따라 후원받는 부분이 달라지는 만큼 상대적으로 지원받지 못하는 기관에 대해서는 운영비 지원이 필요한 것 같음.

‘4차 산업을 활용한 업무 간소화’

- 다양한 IT 기술을 활용한 업무 간소화 방안이 필요함. 현재는 현장 가정방문을 마치고 사무실에 돌아와 상담일지 작성, 서비스 연계를 위한 클라이언트 방문요청 또한 현장방문을 통한 신청서 받기 등 실제 대상자를 접해서 이뤄지는 업무도보 컴퓨터로 진행되는 행정업무 비중이 높음. 사회복지업무 중 행정업무 비중이 높으면 그만큼 주민을 만날 기회가 적어지고 복지사각지대 발굴 및 주민들의 다양한 복지욕구에 맞출 수 없는 위험이 있음. 이에 다양한 IT 기술을 활용한 업무 간소화 방안 도입이 필요함. 예를 들어, 사회복지사 1인 1태블릿 PC 지원 및 현장 어디서든 민원서식(수급자 신청서, 장애인활동지원 신청서 등)을 불러와서 접수를 받을 수 있도록 지원하는 어플 제작, AI를 활용한 상담일지 기록 지원, 복지로 같이 지역 내 분포된 복지자원 카테고리화 및 실시간 신청할 수 있는 기능 있는 어플 제작 등.

‘보건·의료 연계 지원체계 마련 필요’

- 최근 복지대상자의 고령화 증가와 알코올 및 정신병력 문제가 많음. 이에 대한 지역 내 의료지원체계기 좀 더 촘촘하게 마련되면 좋을 것 같음. 예로 의료적 지원이 필요한 대상은 해당 지식을 가진 방문간호사가 가구별 가정방문을 통해 필요한 약을 섭취했는지 확인을 하거나, 어려움이 있을 경우 민과 관을 통해 사례관리를 진행할 수 있게끔 하는 좀 더 체계적인 지지체계가 마련되어야 한다고 봄.
- 복합적이고 다양한 문제를 갖고 있는 클라이언트에게 서비스가 제공될 경우 민관협력만이 아니라 보건분야와 복지분야가 상호협력하여 문제를 해결해 나갈 수 있는 제도적 마련이 반드시 필요함.

‘양적 성과보다 질적 성장이 중요’

- 제주만이 갖고 있는 전달체계라고 하기에 특성이 없거나 단순 사례관리에 치중되는 경향이 강해보임. 시범사업 특성 상 참고할 수 있는 모델이나 매뉴얼이 많지 않고 담당자도 제대로 사업에 대한 이해가 부족한 경우가 많음. 예를 들어 현장스케치는 자원의 전달체계, 민관협력에 대한 내용보다 부가적인 내용 위주로 작성됨. 기존에 맞춤형 복지팀이 하고 있는 일의 연장선 같은 업무라는 이해가 많음. 제주형 민-관 플랫폼(차세대 사회보장정보시스템) 시범사업이라는 단어는 그럴듯해 보이고 의미는 좋으나, 실제 사업에서의 성과나 초기 목표 달성이 잘 이루어지고 있는가에 대한 의문이 있음. 통계상 보여지는 수치보다 서비스 질, 만족도가 중요한데 공공기관에서도 실적, 수치를 중요하게 생각하다보니 사실상 월 총괄, 연말 성과지표로만 사업의 효과성을 알아볼 수 있는데서 시범사업의 성과를 판단하는데 한계가 있어 보임.

‘사회복지 인력의 안전에 대한 법적 대안 마련’

- 사회복지인력의 안전을 위해 사회복지사가 가정방문 시 폭언이나 폭력과 같은 문제행동 발생 시 엄격하게 법적인 책임을 물을 수 있는 법적 제도가 마련되어야 함.

‘공감대 형성’

- 여러 지역의 많은 예를 통해 알 수 있는 것은 제주형 전달체계 구현이라는 명제의 달성을 위해서 민관의 리더 그룹에서부터 실무그룹까지 서로의 생각을 맞추어가는 작업이 필수인 듯함. 물리적인 틀이 아무리 잘 되어 있더라도 실행 주체들의 생각이 제각각이면 표면적인 성과 달성은 가능하더라도 장기간 지속 발전할 수 있는 실질적 결과물은 내기 어려울 것임. 반대로 서로의 생각이 어느 정도 일치된 방향으로 간다면 물리적 틀도 진행과정에서 보완·발전할 수 있음. 따라서 사업의 어려움을 극복하기 위해서는 제도의 구축과 함께 실행주체들의 긍정적 마인드를 이끌 수 있는 대화와 생각의 기회가 있어야 함. 사업의 방향을 이끌어 줄 전문가문단이 함께 해주면 더욱 좋을 것 같음. 한 지역의 민관협력과 전달체계 수립을 위해서는 최소 3년 이상의 시간이 필요하다는 말이 생각남. 고립된 좁은 섬이라는 제주의 단점이 서로의 생각을 맞추어가는 데에는 오히려 장점으로 작용할 수 있는 만큼, 실무자 단위에서부터 다년간에 걸쳐 함께 모이고, 서로의 다름과 장점을 인정할 수 있게 하는 프로그램도 장기적으로 실행할 필요. 뾰족한 방법은 잘 없는 것 같음. 대체로 평평한 방법을 꾸준히 해보는 수밖에..
- 결론부터 말씀드리자면 제주도만의 민관협력의 문화형성을 위한 방안을 제안하고 싶음. 통합복지하나로 시범사업의 핵심인 ‘원스톱’, ‘민관협력’이 제주형 사회복지 전달체계 구축의 중심에 있었으면 함. 원스톱 복지서비스 제공을 위해서는 플랫폼 구축과 함께 민관의 정보공유에 대한 합의가 있어야 하지만, 공감대 형성도 되지 않고 있는 것이 현실임. 결국 차세대 사회보장정보시스템 개편을 통한 10대 핵심과제 해결의 중점은 민관협력을 어떻게 끌어내느냐 하는 것임. 이 성과의 선두에 제주가 서기 위해 민관협력의 자연스러운 공감대 형성을 통한 문화 형성이 필요하다고 생각함.

‘정보의 통합과 공유’

- 제주형 통합복지하나로 시범사업 현장의 의견을 모아 구현 중인 차세대 정보시스템(민관협력 플랫폼)을 통해 현장의 공공과 민간의 사회복지 관련 업무 종사자들이 효율적인 사례관리를 진행할 수 있게 되고, 대상자들에게도 자원연계가 신속히 지원될 것 같다는 기대감이 들고 있음. 대상자별 자원 연계에 관한 통계가 실현되어 소수의 대상자에게만 편중되지 않고 자원이 골고루 분배되는 체계가 되면 더욱 좋을 것 같음.

- 복지관(민간)에서는 대상자의 정보(수급비 유무, 가족관계)를 당연히 공공기관보다 알기 쉽지 않음. 복지관에서 처음 만나는 대상자의 정확한 정보를 얻으려면 초기상담이 2시간정도가 걸릴 만큼 많은 시간이 소요됨. 대상자가 만약 정확한 사실을 알려주지 않는다면 사실 유무를 확인할 방법이 없이 잘못된 정보를 갖고 서비스를 진행할 것임. 이는 자원중복이라는 결과를 초래함. 제주형 통합복지하나로 시범사업을 하며 계속 나온 이야기이기도 하지만, 정보 통합이 우선이라고 생각함. 물론 어렵겠지만, 가능하면 좋겠다는 희망을 갖고 있음.
- 제주형 통합복지하나로 시범사업에 직접적인 경험을 한 적은 없으나, 공공+민간의 효율적인 관계 형성으로 정보 및 자원 공유를 통한 통합서비스 지원 시스템은 바람직한 정책방향이라 사료됨.
- 복지현장의 실무자가 말하는 민관의 유형별 자원의 공유가 필요함. 단순한 목록의 나열과 체계적으로 관리되지 않는 시스템상 자원 등록만으로는 부족함. 자원을 가진 담당자로부터의 구체적인 현장중심 설명이 있어야 함. 그래야 바쁜 업무를 핑계로 삼아 정체된 복지자원에 대해 관심을 두고 준비하게 될 것임. 정보에 대한 자신감, 경험이 있으면 이용자를 위한 서비스 연계가 신속하고 정확하게 이뤄지게 됨. 그리고 이 과정에 민관이 공유할 수 있는 장을 만들어 준다면, 필요에 의한 협력을 넘어선 민관협력의 문화 형성으로 발전될 것임.
- '20년 5월, 저는 사회보장정보원 법무처정보관리부가 주관하는 '서비스의뢰 기관 합동 시도별 복지업무 담당자 교육'에 참가한 적이 있음. 서비스의뢰 체계와 시스템 활용법, 보장기관별 서비스를 소개하는 자리였음. 기관별 담당자가 나와 각자의 스타일로 준비한 자원을 소개하는 장면은, 마치 신상품 발표회를 연상시켰음. 참가자들은 자신이 소속된 기관의 상황과 본인의 업무환경에 가장 적합한 자원을 선택해 발표자에게 질문하였음. 담당자별로 연락처를 공유하고 시스템의 한계를 넘어선 공감대를 형성하는 시간이었음. 기관의 특성과 업무에 따라 의무교육이나 보수교육이 이루어지고 있지만, 통합 사례관리와 민관협력을 위한 자원 관련 교육이 추가 및 확대되었으면 함.

마. 소결

“제주형 통합복지하나로 시범사업은 사업을 구체화, 체계화, 지속가능한 형태로 강화시켜야...”

1) 문제해결 및 목표달성 측면

- 시범사업을 추진하게 이유는, 현재 중앙정부 중심의 분절된 사회복지전달체계를 제주에서는 하나로 통합시켜 도민들에게 최상의 원스톱 서비스를 제공하기 위함이었음. 이에 민·관 1:1 플랫폼을 통한 연계협력을 강화, 정보의 공유를 통한 서비스 제공이 중점과제였음.
- 연구결과, 민·관 담당자(41명)와 이용자(180명) 만족도는 긍정적인 점수로 볼 수 있음. 그러나 사업을 추진하면서 여전히 민·관, 유관기관(특히, 보건·의료) 및 지역사회와의 소통부재가 존재. 결국 시범사업이 당초 추구하고자 했던 분절성의 해소에는 한계가 있는 것으로 나타남.
- 따라서, 향후 제주형 사회복지전달체계 구축은 근본적인 제주도의 문제를 철저히 규정하는 것이 선행되어야 하며, 합리적인 논의과정을 통하여 구체적 목표 및 역할 등 설정·공유가 필요함.

2) 정책적 기반(인력, 조직, 재정적) 측면

- **(인력)** 시범사업 전담인력(16명)은 기간제 사회복지사로 채용되었음. 연구결과에서도 나타났듯이 인력에 대한 전문성에 대한 문제는 지속적 과제임. 어떠한 사업이든 성공의 요인은 ‘사람’에게 달려있음. 전달체계의 미래에 대한 관심 있는 리더, 중간관리자, 담당인력이 있어야 함.
- **(조직)** 시범사업은 안정적인 조직체계가 없었음. 별도 추진체계가 없이 시행된 시범사업은 기관 및 부서 간 역할갈등과 혼돈을 초래함. 특히, 행정 시가 빠져있었고, 사업을 중점적으로 추진하는 도청 담당공무원은 약 2년 동안 3차례 바뀌었음. 잦은 순환보직은 사업의 지속성과 전문성에 한계가 있을 수밖에 없음.
- **(재정)** 시범사업 재정은 연간 약 6억 원 전후였음. 물론 도비 100%를 출연하였다는 데 의의가 있기는 하나, 시범사업을 본 사업으로 확대하겠다는 의지가 있었다면 조금 더 안정적인 예산확보가 필요하였음. 예산의 대부분이 기간제 사회복지사 16명의 인건비에 해당함.

- 따라서, 시범사업을 본 사업으로 연계하여 향후 제주형 사회복지전달체계 구축을 위해서는 무엇보다도, 인력에 대한 증원(민간 복지관 정원 확보, 담당공무원 인력 확보)과 인력의 전문적 역량 증진이 필요함. 또한 전달체계 구축을 위한 도, 시, 읍면동, 민간 기관의 전담 추진부서가 꼭 필요하며, 지역사회의 기관단체와의 공감대 형성, 예산의 안정적 확보가 관건임.
- 무엇보다도 제주형 통합복지하나로 시범사업을 제주의 전달체계로 구현하기 위해서는 강력한 지속성 담보가 필요함. 시범사업의 성과, 방향성에 대한 공공과 민간의 공감 등은 기본이며 조례의 제정, 정치적 공약사항 등을 통하여 중장기적 과감한 투자가 필요함.

3) 동 주민센터↔종합사회복지관 중심의 플랫폼 구축 측면

- 시범사업의 주민센터와 복지관의 1:1 플랫폼에 대해서는 담당자들의 긍정적 인식을 확인할 수 있었음. 특히, 주민들에게는 무엇보다도 욕구에 맞는 신속한 서비스 제공이 가능했음.
- 다만, 동 차원에서 해결할 수 없는 갈등의 조정, 유관기관 MOU 체결 등 행정 시와 도의 역할이 더욱 요구되는 것으로 나타남.
- 향후 제주형 사회복지전달체계 구축에서는 도, 행정 시, 주민센터, 복지관 및 보건·의료 연계 형태의 플랫폼이 강화되어야 할 것임.

4) 돌봄 서비스의 통합적 연계 측면

- 시범사업은 지역사회통합돌봄과 그 맥락을 같이함. 그러나 지역사회통합돌봄 선도사업, 지역사회 내 보건·의료·복지 및 기타 서비스 제공기관 등과의 연계에 있어서는 한계가 있었음. 각기 다른 개별 기관단체들과 어떠한 형태로 연계를 확고히 할 것인지에 대한 고민이 필요함.
- 향후 제주형 사회복지전달체계 구축에서는 민·관 거점기관(사업을 수행하는 기관)이 종합상담창구로서의 역할을 담당하여야 함. 거점기관 종합상담창구의 담당자는 주민의 욕구에 맞는 플랜을 설계할 수 있는 코디네이터 기능과 역량을 가져야 함. 또한 동네 단위 지역사회 자원을 조사하고 그 데이터를 서로 공유할 수 있는 연계·협력 기능을 강화하여야 함.

5) 민·관 정보공유 및 통합을 위한 협력 측면

- 시범사업은 민·관 협력 강화를 실행함에 있어서 정보공유를 위한 노력을 하였음. 이에 따라 행복e음 시스템(공무원)과 사회복지시설정보시스템(민간)의 사례관리 기능을 활용하여 공동사례관리를 실시하였음. 다만, 공동사례관리의 질적 문제는 향후 추가적인 연구가 필요함.
- 또한, 시범 지역에서는 보건복지부에서 개발하고 있는 차세대사회보장정보시스템의 민·관협력 플랫폼 구축의 문제점 도출, 복지부와 간담회를 추진하는 등 국가사업에도 기여하였음. 시범사업 담당자들은 대부분 시스템 대한 중요성과 필요성을 인식하고 있었음.
- 향후 제주형 사회복지전달체계 구축은 이러한 정보의 통합과 공유가 지역사회에서 꼭 이루어져야 함. 복지부에서 개발하고 있는 민관협력 플랫폼이 실제 공유가 가능한 시스템으로 성공적 개발이 되어야 하며, 지방에서 해결하기 어려운 시스템 공유의 범위, 개인정보 문제 등이 해결되어야 함. 이에 대한 준비를 위하여 도내 현재 시스템에 대한 자원의 가용화 작업이 선행되어야 함. 민·관협력 플랫폼 시스템 사용 의무화도 논의되어야 함.

6) 지역의 인적안전망을 활용한 주민주도의 돌봄 공동체 구성 측면

- 시범사업은 민·관의 인프라 강점을 활용하여 주민공동체와 연계하기 위한 노력을 하였음. 그러나, 시범사업 기관별 편차가 존재하였음. 연계가 활성화되는 지역은 주로, 읍면동 지역사회보장협의체, 지역단위 자생단체와의 교류가 활발하였음.
- 문제는 지역사회 내 주민 주도성 역량을 향상시킬 만한 아이템이 부재하였음. 또한 주민자치와 마을 만들기 등 기존 유사 사업들과의 중복성 해소에 대한 깊이 있는 고민이 부족하였음.
- 향후, 제주형 사회복지전달체계에서는 주민주도의 돌봄 공동체 구현을 위한 소규모 동네 단위의 전달체계를 체계화 하여야 함. 관련 담당자들과의 연계는 물론 지역단위별 지역사회 조직전문가를 양성할 필요성도 있음.

2. 국내 사회복지 전달체계 추진사례

가. 서울특별시 “찾아가는 동주민센터(찾동)”

1) 추진배경

- 복지사각지대 발생: 2014년 2월, 서울시 송파구 세 모녀 사건을 계기로 사회적 관심 증대
- 복지전달체계 관점에서 동 주민센터의 복지업무는 여전히 폭증: ‘갈때기 현상’
- 동 주민센터의 사회복지담당공무원의 수는 여전히 부족
- 시민사회의 성숙과 더불어 주민의 참여, 자치가 강화될 필요성 존재
- 참여 및 협력에 기초한 의사결정, 공동체에 기초한 지속적인 나눔과 돌봄 체계 구축 필요

2) 비전 및 목표

- (존엄한 주민) 동 지역사회 모든 주민이 인간으로서 존엄한 삶을 권리로서 누릴 수 있는 제도적 보장 및 풍성한 사회적 관계 속에서 자기 삶에 영향을 줄 수 있는 환경에 대한 자기결정권을 가짐
- (힘 있는 마을) 지역 내부의 여러 이슈에 대한 공동체 차원의 지속가능한 문제해결력, 주민 개개인의 의식 및 역량 강화뿐만 아니라 주민의 조직화 지향

〈표 37〉 찾동의 비전 및 목표

비전	존엄한 주민, 힘 있는 마을					
전략 목표	권리로서의 사회보장 증진		문제해결 중심 거버넌스 강화		풀뿌리 주민자치 생태계 강화	
전략	통합형 복지전달체계 강화	보편 복지·건강 확대	공공의 일하는 방식 변화	지역문제의 공동체 대응력 증진	마을 자치 연계 강화	서울형 주민자치회 확산 및 고도화
추진 과제	복지사각지대 상시발굴	돌봄 서비스 확대지원	핵심가치에 의한 공직관 정립	복지건강 공동체 운영 지원	골목회의 운영	서울형 주민자치회 조성 지원
	취약위기 가구지원	65세, 70세 방문 상담 및 건강관리	우리동네 주무관 운영	지역사회보장 협의체 활성화	골목공동체 운영 지원	주민세를 통한 주민자치 활동 지원
	동단위 사례관리 내실화	출산가정 건강 관리 및 지원	행정 내외부 협업체계			주민자치회에 부여된 권한수행 지원
	통합적 서비스 지원	양육가정 방문 및 상담				
핵심 가치	인권, 성인지, 협치					

자료: 서울특별시, 2021. 『찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』

3) 개편원리

- ① 공공복지의 혁신: 동 주민센터가 보편적 복지의 거점기관으로 작동해야함.
 - 권리로서의 보편적 복지 구현: 적극적 사각지대 해소와 사회보장급여의 공적 책임성 필요
 - 공공 사례관리의 혁신: 지역사회의 최소 단위에서 복지 사각지대 해소(개별적 욕구 파악)
- ② 민관협력을 통한 지역복지 거버넌스 구축
 - 공공-민간 협력을 통한 수급자 발굴, 조사, 의료, 서비스제공 및 사후관리 등
 - 민관협력은 민간기관에 자율성과 권한이 주어져야 구축됨
 - 읍면동협의체와 같은 중간 협의구조를 통해서 민간의 자발적인 참여와 의사가 존중되는 지역적 협치를 형성
- ③ 복지생태계 구축: 생태, 정의, 참여
 - 지역주민과 함께 스스로 문제해결을 위한 복지생태계를 조성해야함.
 - 전체성(holism), 지속가능성(sustainability), 다양성(diversity), 유기적 개발(organic development), 사회정의, 능력고취(empowerment), 욕구정의(need definition), 인권(human right) 등의 가치가 담보되어야 함.
 - 복지생태계는 '아래로부터의 변화'(bottom-up)
 - 복지서비스의 집행과 운영과정에서 광범위하고 다기한 형태로 시민의 참여 필요.

4) 추진경과⁶⁾

- 민선 6기 이전 복지전달체계 개편의 노력(2012년 1월 ~ 2014년 5월)
 - 2012년 서울시는 공급자위주의 복잡한 기존의 복지전달체계를 동 주민센터로 통합·일원화함과 동시에 복지기능을 강화함으로써 동 복지공동체 구심점화 및 시민의 복지제도 향상을 위한 서울시 복지서비스전달체계개편 논의를 시작함.
 - 2013년 3~6월 14개 자치구(종로, 광진, 동대문, 도봉, 은평, 강서, 구로, 영등포, 관악, 성동, 성북, 노원, 서대문, 금천)를 선정, 막대한 예산을 투입해 실시된 '수요자 중심의 원스톱 복지서비스 전달체계 시범운영' 사업은 각종 복지서비스 상담·신청·연계 등을 동 주민센터로 통합함으로써 시민들이 이용하기 쉽도록 동 주민센터의 복지기능을 확대·강화하고자 하였음.

6) 안기덕 외. 2015. 『찾아가는 동주민센터 운영방안 연구』, 서울시. 2021. 『찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』의 내용을 수정·보완

○ 2014. 6. 4. 지방선거 핵심공약: 동 주민센터를 ‘복지허브’로...

- 2014. 6. 4. 지방선거를 앞두고 박원순 서울시장 후보 캠프는 12대 핵심 공약, 60대 주요 공약, 101개 혁신 공약(프로포즈)을 발표함. 이 중 『찾아가는 복지』의 세부 공약인 ‘복지플래너 도입, 사회복지인력 2배 확충’과 ‘동 주민센터를 복지허브로 재편’은 복지전달체계 개편의 구체적 내용으로서 ‘동 마을복지센터 사업’이 기획에 바탕이 됨.
- 특히 ‘사회복지인력 2배 확충’ 공약은 이전의 복지전달체계 개편과는 뚜렷이 구별되는 실질적인 복지전달체계 강화가 될 수 있도록 하는 핵심 공약이었음. 마을공동체 분야는 60대 주요 공약 중 하나인 ‘세상에 딱 하나, 내가 만든 우리 마을, <주민희망마을>’로 제시됨. 세부 내용에는 “마을방송국·마을극장·마을체육관 등 마을 공동인프라 조성”, “주민이 원하는 곳에 사용할 수 있는 맞춤형 기금 조성 및 운용”이 있음.

○ 2014년 9월, 「서울시정 4개년 계획」 공표

- 찾아가는 동주민센터는 민선 6기 박원순 시장의 핵심공약 사업의 하나로 제시됨. 지방선거 이후 서울시는 “희망 서울 정책자문위원회”를 구성하여 2014년 9월, 민선 6기(’14~’18) 시정 방향과 핵심정책을 담은 「서울시정 4개년 계획」을 발표.
- 민선 6기 시정에서 추진 예정인 주요 정책들을 정리한 「서울시정 4개년 계획」 중 찾아가는 동주민센터 사업은 『따뜻한 도시』의 주요 추진 사업으로 분류, 동 주민센터를 『마을복지센터』로 재편, 마을복지센터를 통한 보편복지와 선별복지의 균형적 실현, 사회복지인력 2,000명, 방문간호사 450명 연차별 확충 등을 주요 추진계획으로 내세움.

○ (가칭) 동 마을복지센터 추진 기본계획 확정(2014. 9. 14.)

- (가칭)동 마을복지센터 사업 추진은 복지전달체계 개편 사업으로 출발하였으나, 여러 차례의 논의 및 검토, 시장보고 과정을 거치면서 복지 패러다임의 전면적인 혁신, 복지와 마을의 융합적 실천으로 그 성격이 변화·발전함.
- 사회복지인력 확충을 통한 방문복지 서비스의 확대, 동 단위 사례관리의 시행 등 동 주민센터 기반의 복지행정 강화 차원을 넘어 주민이 주도하는 복지생태계의 조성, 마을공동체 조성 및 민관협력 등이 함께 강조되기 시작함.
- 자치구 동 주민센터 행정의 혁신과 자치구의 적극적인 참여가 요구되면서, 기본 계획 수립과 함께 시 차원의 동 마을복지센터 추진본부 구성의 필요성이 대두됨. 행정1부시장을 본부장으로 하고, 복지정책과, 자치행정과, 건강증진과, 마을공동체담당관실을 추진본부 산하 추진단으로 참여토록 함. 또한 동 마을복지센터 사업의 효율적인 추진을 위해 추진지원단을 ‘서울시복지재단’과 ‘서울시 마을공동체 종합지원 센터’로 공동 구성하여 운영하기로 결정함.

○ (가칭) 동 마을복지센터 1단계 사업 공모 시행(2014. 12. 19.)

- 2014. 12. 19일까지 1단계 사업 자치구 접수를 받은 결과, 서울시 25개 자치구 중 13개 자치구에서 신청함. 심사 결과, 관내 모든 동을 시행하는 자치구로 성동, 성북, 도봉, 금천 4개의 자치구가, 나머지 9개 자치구(종로, 서대문, 구로, 노원, 마포, 동작, 은평, 양천, 강동)는 2개동씩 일부 동을 2015년 7월부터 추진하는 것으로 결정함.

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 예비 운영동 운영(2015. 3. 2 ~ 6. 30.)

- 사업의 본격시행(15.7.1)에 앞서 전동 시행 자치구인 성동구, 성북구, 도봉구, 금천구의 각 1개동을 예비운영 동으로 지정함. 동별 5~6명의 사회복지인력과 1명의 방문간호사를 배치하였고, 조직체계를 기존 2개 팀에서 3개 팀으로 변경함.

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 1단계 사업 시행(2015. 7. 1 ~ 2016. 6. 30.)

- 동 마을복지센터 1단계 사업의 본격 실행은 준비과정에 비해 조용히 진행됨. 2015년 7월은 ‘메르스’ 사태가 온 나라를 휩쓴 시기였음. 또한 국민기초생활보장제도가 개별급여 체계로 개편되면서 동 주민센터 업무량에 과부하가 걸림. 이러한 어려움의 과정 중에도, 채용된 신규인력은 6월 마지막 한 주 동안 교육을 받고 자치구별 동 주민센터에 배치됨.

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 2단계 사업 시행(2016. 7. 1 ~ 2017. 6. 30.)

- 18개 자치구, 283개 행정동이 사업에 참여,
 - 전동 시행(17) : 강동구, 강서구, 관악구, 구로구, 금천구, 노원구, 도봉구, 동대문구, 동작구, 마포구, 서대문구, 성동구, 성북구, 양천구, 영등포구, 은평구, 종로구
 - 일부 시행(1) : 광진구

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 3단계 사업 시행(2017. 7. 1 ~ 2018. 4. 30.)

- 24개 자치구, 342개 행정동이 3단계 사업에 참여.
 - 전동 시행(20) : 강동구, 강북구, 강서구, 관악구, 광진구, 구로구, 금천구, 노원구, 도봉구, 동대문구, 동작구, 마포구, 서대문구, 성동구, 성북구, 양천구, 영등포구, 용산구, 은평구, 종로구
 - 일부 시행(4) : 서초구, 송파구, 중구, 중랑구

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 4단계 사업 시행(2018. 5. 1 ~ 2019. 6. 30.)

- 25개 자치구, 408개 행정동이 4단계 사업에 참여.

- 전동 시행(24) : 강동구, 강북구, 강서구, 관악구, 광진구, 구로구, 금천구, 노원구, 도봉구, 동대문구, 동작구, 마포구, 서대문구, 성동구, 성북구, 양천구, 영등포구, 용산구, 은평구, 종로구, 서초구, 송파구, 중구, 중랑구
- 일부 시행(1) : 강남구

○ ‘찾아가는 동주민센터’ 5단계 사업 시행(2019. 7. 1 ~ 현재)

- 25개구/424개동 서울시 모든 자치구 · 동 전면시행.

○ 2015년부터 본격 시행된 찾동의 단계별 추진현황은 <표 38>과 같음.

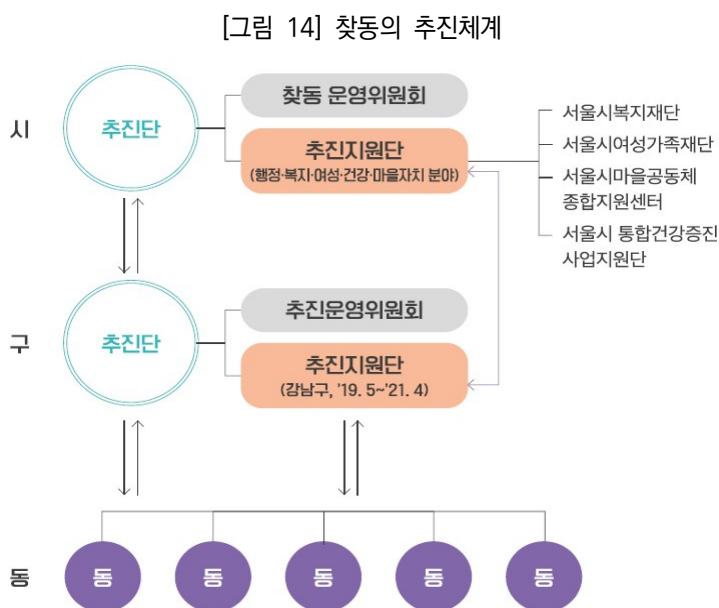
<표 38> 찾동의 단계별 추진현황

찾동 1.0				찾동 2.0
1단계	2단계	3단계	4단계	5단계
13개 구 80개동	18개 구 283개동	24개 구 342개동	25개구 408개동	25개구 424개동
전 동 시행 4개 구 일부시행 9개 구	전체시행 17개 구 일부시행 1개 구	전체시행 20개 구 일부시행 4개 구	전체시행 24개구 일부시행1개구	전 동 확대 완료
2015. 7. ~ 2016. 6.	2016. 7. ~ 2017. 6.	2017. 7. ~ 2018. 4.	2018. 5. ~ 2019. 6.	2019. 7. ~

자료: 이수영 외. 2020. 『찾동 2.0 복지사업의 효과성 제고방안 연구』, 서울특별시. 서울복지재단

5) 추진체계

- 찾동은 시·구 지원단 역할을 통해 시·구간 연계 체계 정립을 추구하며, 그 추진체계는 [그림 14]와 같음.



자료: 서울특별시. 2021. 『찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』

6) 연차별 인력충원 현황

- 찾동의 인력은 2015년 606명을 시작으로, 2020년 말 기준으로 총 3,542명이 충원됨.
연차별 인력 충원 현황은 <표 39>와 같음.

<표 39> 찾동의 연차별 인력충원 현황

구분	계	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
복지플래너	2,331	468	1,115	397	239	112	-
방문간호사	703	106	106	71	78	54	160
마을사업전문가	80	32	32	6	7	-	-
돌봄 매니저							
사회복지직	218	-	-	-	-	45	173
간호직	210	-	-	-	-	45	165

자료: 서울특별시. 2021. 『찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』

7) 찾동 관련 연도별 예산액

〈표 40〉 찾동 관련 연도별 예산액

(단위: 백만원)

구분	합계	2015년	2016년	2017년	2018년
계	258,569	20,276	61,386	83,065	93,842
국·시비	229,908	18,731	54,433	71,122	85,622
(국비)	(14,847)	(1,313)	(3,713)	(5,348)	(4,473)
구비	28,661	1,545	6,953	11,943	8,220

자료: 서울특별시 희망복지지원과(2018.3.)내부자료(김이배, 2021, 공공복지전달체계의 한 측면에 관한 연구에서 재인용)

8) 사업내용

① 복지플래너·방문간호사 활동

- 65세 노인과 0세 아동 가구에 대해 공공 사회복지사와 방문간호사 등 복지와 보건 전문 인력이 방문하는 것을 말함. 이는 노인·아동 가구의 소득수준과 무관하게 전체에 대해 이루어지는 것이므로 '보편적' 서비스라 할 수 있음. 대부분의 공공의 복지서비스가 자산 조사(means test)에 기반한 선별적 서비스인데 반해 서울시 사업의 방문서비스는 전체 가구에 대한 보편적 서비스라고 할 수 있음.
- 보편방문서비스는 복지영역의 '어르신 복지플래너', '우리아이 복지플래너' 및 보건영역의 '방문간호사'로 진행됨. 65세와 0세는 사회복지의 욕구가 부각되는 가장 대표적인 연령 대로서, 이러한 생애전환기 시점에 공무원이 방문하여 기본적인 복지·보건 욕구를 사정 하고 관련 공공 및 지역사회 민간의 복지서비스에 대한 정보를 제공함. 이는 신청주의에 기반했던 기존 공공 복지프로그램을 발굴주의로 전환한다는 점에서 의미를 가짐.
- 빈곤위기가정 복지플래너 방문과 서비스 수혜 대상이 되는 경우는 기존의 국민기초생활 보장 수급자, 한부모 가정, 차상위 계층 등임. 또한 복지사각지대의 발굴과 관리를 위해 서 은둔 취약계층을 신규로 발굴하는 것이 업무의 핵심임. 이는 기존의 공공부조 운영시 사회복지전담공무원의 사례관리 활동을 통해 이루어졌어야 했으나 인력부족 문제로 이행 할 수 없었던 고유 역할의 정상화라고 할 수 있음.

② 동 단위 사례관리

- ‘찾동’ 사업 이전에도 복지업무 담당 공무원은 국민기초생활보장제도의 실시, 사회복지전담공무원의 제도화 및 희망복지지원단 운영 등으로 사례관리를 수행하도록 되어 있었음. 하지만 기본 업무만으로도 벅차 실제 사례관리를 수행하지는 못했음.
- ‘찾동’ 사업을 통해 새롭게 구축된 서울형 복지전달체계에서는 공공 복지인력을 총원하여 공공사례관리의 실질적 실행 기반을 마련하였고, 사례관리의 주체를 구청 단위에서 동 주민센터 단위로 일선 현장으로 전면화하였다는 점에서 중요한 의미가 있음.
- 사례에 대한 판단 혹은 판정은 동 단위에서의 내부사례회의와 통합사례회의, 두 가지 유형으로 작동됨. 내부사례회의는 동 주민센터의 사례관리를 담당하는 복지팀에서 이루어지는 것이고, 통합사례회의는 동 주민센터의 사례관리 담당인력과 사례관리 대상자의 복합적 욕구와 관련되는 전문영역의 민간 사례관리 체계가 함께 진행하는 회의를 말함.
- 이러한 통합사례회의에 참여하게 되는 체계는 동 주민센터 이외에 지역 사회복지관, 단종(노인 혹은 장애인)복지관, 보건소, 정신보건센터, 지역아동센터, 학교, 기타의 사회복지시설 및 사례관리 전문가 등 민관 유관체계를 망라함.

③ 지역을 담당하는 공무원: 우리동네주무관

- 우리동네주무관은 ‘동네’라는 작은 지역단위의 복지 관련 수요와 공급자원 발굴에 대한 지역 공무원의 전담역할을 전면화하는 것. 여기서의 동네 개념은 동 단위를 세부적으로 더 작게 구별한 것으로 통단위와 동단위의 중간 정도 규모에 해당함.
- 우리동네주무관은 기존의 동 주민센터 업무 외에 동 전체를 몇 개 구역으로 세분하여 전담하는 공무원을 지정하는 것. 즉, 동 주민센터 전 직원이 지역을 분할·책임지는 방식을 말함. 복지팀 사회복지담당공무원의 경우, 어르신 복지플래너 업무, 아동 복지플래너 업무, 빈곤가구에 대해서는 집중적인 방문과 사례관리를 수행하는 빈곤위기가정 복지플래너의 역할이 함께 부여될 수 있음. 행정직 공무원의 경우에도 담당 소지역이 설정됨.
- 우리동네주무관은 담당 지역의 주민생활과 관련해 주민과의 소통창구 역할을 담당하며, 동 지역을 세분하여 전담한다는 점에서는 기존의 통반장 제도와 유사하지만 동 주민센터 공무원이 그 역할을 수행한다는 점에서 차이점이 있음. 우리동네주무관의 개념은 서울형 복지전달체계 개편에서 작은 지역을 전담하는 지역전문가로서 복지서비스의 단초를 형성해간다는 측면에서 행정 중심이 아닌 서비스 중심으로서 동 주민센터를 개편해가는 핵심적 역할체계라 할 수 있음.

④ 복지상담전문관

- 동 주민센터에서 원스톱(one-stop) 혹은 애니스톱(any-stop) 서비스가 가능하도록 ‘복

지상상담전문관'을 배치함. 이는 주민들로 하여금 다양한 복지정보 취득을 용이하게 하고, 주민센터 방문 시 담당자를 찾는데 전전공공하는 시간을 줄임과 동시에 소비자 중심 복지행정서비스를 가능하게 하는 단초가 됨.

- 복지상담전문관은 민원인이나 복지 수요자가 묻는 것에만 답변하는 것이 아니라, 내방민원인의 표현되지 않은 다양한 욕구까지 파악하여 종합적 심층 상담 및 서비스 관련기관 연계를 통해 문제의 해법을 제시함. 이는 복지서비스 신청 초기에 종합상담을 통해 서비스가 누락되는 것을 방지하고(안기덕 외, 2015), 복지욕구를 가지고 주민센터를 방문한 주민의 초기상담부터 고충이 처리되는 상황까지 전체 과정에 책임을 지도록 함.
- 복지상담전문관은 경력 3년 이상의 사회복지직공무원 4명(복지팀별 2명)배치를 권장함. 이 때 복지전문상담관은 개별업무를 겸직하면서 복지상담전문관을 수행하게 됨. 다만 복지플래너 역할은 제외하며 동에 따라 우리동네주무관 역할도 제외가능 함.

⑤ 복지생태계 조성⁷⁾

- 기존 복지전달체계 개편 외에도 복지 분야에서 새롭게 강조되고 있는 개념이 바로 복지생태계로서, 주민중심의 복지와 찾아가는 복지를 통해 공생(共生)의 복지체계를 구축하는 것을 의미하며 크게 세 가지 축으로 구성됨.
 - 첫째, 각자의 욕구를 지닌 주민을 연계하는 것으로서, 다양한 욕구를 가진 주민들 가운데 공통욕구를 가진 주민들 관계망을 형성하고 지역문제에 대한 공감대를 형성하게 됨.
 - 둘째, 주민의 주도성 확보로서, 지역사회에서 도출된 공통의 지역문제를 해결하는 과정을 '주민주도의 상향식 복지의제 개발'이라고 표현함. 주민들은 복지의 공동 아젠다를 설정하고 주도적 문제해결 과정에 참여하게 되는데, 이를 통해 주민주도성을 확보하게 됨.
 - 셋째, 주민들이 지역 내 복지의제를 개발하는 과정에서 민·관의 협력적 파트너십이 매우 중요함. 민·관은 힘의 균형을 이루어야 하며, 문제해결 과정에 민의 자율성 및 정당성이 보장되어야 함.
- 복지생태계는 복지자원의 조직화, 호혜적 관계망 형성, 지역주민의 주도성 확보라는 단계를 거쳐 발전하게 됨. 지역의 취약계층의 경우, 일방적으로 복지를 수혜 받는 대상자에서 복지의 주체로 변모하는 것을 지향함. '찾동'에서 복지생태계를 실현하기 위한 사업으로는 주민관계망의 활성화와 지역복지자원의 조사가 있음.
- 지역사회 주민관계망의 활성화는 동 단위 주민관계망의 확산 및 촉진으로 복지사각지대를 해소하고, 취약계층이 지역사회 구성원으로 자립하도록 지원하는 데 그 목적이 있음. 사업주체는 우리동네주무관이며, 주민관계망 활성화 과정을 통해 지역사회 내 돌봄 체계 구축과 취약계층 주민의 자립심 증대, 지역사회 내 나눔의식 증대 등을 기대할 수 있음.

7) 본 내용은 안기덕 외. 2015. 『찾아가는 동 주민센터 운영방안 연구』의 내용을 수정·보완 하였음

- 복지자원은 지역 내 복지사각지대 등에 연계할 수 있는 인적·물적 자원을 의미함. 공무원과 주민관계망을 통해 발굴된 지역주민들의 복지욕구에 부응하기 위해서는 동장, 우리 동네 주무관 등이 주체가 되어 체계적인 지역 내의 자원 발굴과 관리가 필요함.

⑥ 마을만들기 활성화와 지역사회조직

- 동 주민센터는 사회복지서비스와 관련하여 민관 거버넌스와 복지생태계 구현을 도모하기 위해서 지역사회조직 활동을 전개하고 민관 거버넌스 활동을 통해 마을을 활성화시키는 과정에서 지역사회 내 복지의제 발굴, 자원과 역량의 발굴 등 복지생태계가 형성되는 것으로 목표로 함(남기철, 2015).
- 나눔이웃사업은 동단위 소지역중심 나눔·돌봄 공동체 조성, 주민 주도적 복지사업 기획 추진, 마을공동체 사업 연계 등의 사업을 말함.
- 지역사회 주민관계망 활성화는 동 자원봉사 캠프, 동 지역사회보장협의체를 연계하여 동단위 주민관계망 확산 및 촉진 등을 통해 이루어짐.
- 복지자원관리는 인적자원 또는 물적자원 등 가용 가능한 자원 및 서비스 발굴, 지역 내 민간기관 등과 자원공유 확대 등을 통해 가능함.

⑦ 공간개편

- 찾아가는 동주민센터 사업은 행정혁신을 강조하고 있으며 주민편의 중심으로 동 주민센터의 공간 자체를 재설계함. 이와 같은 공간개편은 주민센터 근무인력 충원과 그에 따른 조직체계의 전면적인 변화뿐만 아니라, 동 주민센터가 단순히 행정기구만이 아닌 지역 내 복지사업 전반과 관련된 휴먼서비스 조직으로 기능할 수 있도록 재편하는 것을 말함.
- 동 주민센터를 주민생활과 밀접한 최일선 조직체계로서 공간을 변화시킴으로써 궁극적으로 지역사회의 새로운 활성화와 서울시 전체 도시네트워크의 변화를 도모하고자 함. 이러한 공간 재편은 주민에게 상시 개방되고, 주민이 직접 운영할 수 있는 주민공유공간을 설치·보강하며, 주민편의 중심으로 유니버설디자인을 적용하여 재설계함을 의미함.

⑧ 조직과 업무의 개편

- 인력의 충원은 조직체계의 개편과 함께 이루어짐. 기존 동 주민센터는 민원행정 관련 팀과 공공복지업무 관련 팀으로 보통 2개 팀으로 구성되지만, 찾아가는 동주민센터 사업에서는 거의 모든 동에서 복지업무와 관련된 인력이 1개 팀 구성인력 이상으로 늘어나기 때문에 동 주민센터를 3개 팀 체제로 전환함.
- 서울시에서 의도한 대체적인 기본모형은 <표 41>과 같은 조직모형을 전제하고 있으며, 마을공동체업무를 포함한 행정자치팀과 두 개의 복지팀으로 구성됨. 또 서울형 전달체계 개편과정에서 만들어진 업무가 모든 인력에게 골고루 부과되도록 업무배치가 이루어짐.

〈표 41〉 찾동 주민센터 기본모형의 팀별 인력 및 업무분장

구분	행정자치팀	복지 1팀	복지 2팀
인원	11명	5명	6명
직렬	구분 없음(동 주민센터별 여건에 따라 편성)		
기존업무	예산, 회계, 선거, 수방·제설, 청소, 환경, 운전, 통합민원 등	통합복지상담(복지상담전문관)	
		선별적 복지 총괄 (맞춤형급여, 차상위지원, 한부모, 서울형복지 등)	보편적 복지 총괄 (장애인, 노인, 영유아, 아동, 청소년, 바우처 등)
신규업무	우리동네주무관 주민자치혁신 마을공동체 조성	우리동네주무관 복지플래너(빈곤위기·어르신·우리아이) 동 통합 사례관리 자원개발 및 연계	

자료: 이태수. 2016. 『서울시 찾아가는 동주민센터의 추진의 의미와 과제』

9) 사업성과

① 전담인력의 대대적인 확충

- 소극적 인력투입은 찾아가는 동주민센터 사업 이전 전달체계 개편 과정에서 가장 빈번하게 지적된 부분이었음. 동 평균 1명도 안 되는 인력을 증원하면서 ‘동 허브화’, ‘찾아가는 서비스’, ‘사각지대 발굴’이란 간판을 내걸고 개편을 시도하였으며, 이는 인건비에 대한 부담과 공무원 증원에 대한 부정적 시각을 의식하였기 때문임.
- ‘찾동’ 사업에서는 사회복지직 두 배 증원으로 총 2,331명이 증원되었으며, 동마다 간호사 1인 추가배치가 이루어짐. 이는 적극적 정책설계와 집행의 필요조건 달성이라는 측면에서 서울시 전달체계 개편의 성공을 담보할 수 있는 가장 든든한 기반이 됨.

② 공공복지의 보편성 확대

- 지금까지 행한 전달체계 개편은 대부분 빈곤층과 취약계층의 복지에 대한 접근성을 높이는 데에 집중한 반면, ‘찾동’ 사업에서는 0세 영아를 둔 가정 모두, 65세 노인계층 모두를 대상으로 방문서비스를 행하는 보편적 서비스 실행을 포함하고 있음. 이는 서구 선진 복지국가에선 이미 오래전부터 보편적 복지 기조 하에 시행하고 있는 것이며, 향후 우리나라 복지전달체계 개편 과정에서 더욱 확장되고 발전되어야 할 영역이라고 할 수 있음.

③ 보건과 복지의 강력한 통합

- 자치구 산하기관인 보건소 소속으로 동 주민센터에 배치된 간호사가 사회복지직 공무원과 함께 보건을 담당하게 됨으로써 복지와 보건의 통합적 접근이 실제로 이루어짐.

④ 마을 개념의 접합 시도

- 최근 다양한 영역에서 마을의 중요성을 발견하고 마을회복을 시도하고 있으며, 공공영역에서도 주민자치라는 개념으로 주민센터에 주민자치위원회를 설치하고 주민의 자율적 운영을 유도하는 등 다양한 시도를 하고 있음. 이는 주민 스스로의 자각과 활동에 기반한 것이지만, 공공부문에서의 ‘마중물’ 역할과 최소한의 지원을 했다는 점에서 의의가 있음.
- ‘마을’은 공간적으로는 생활이 이루어지는 매우 작은 단위이면서 자치와 자율, 참여를 근간으로 하는 곳으로서, 최종 지향점은 마을공동체를 형성하는 것임. 이는 단순히 복지대상자 지원을 위한 나눔 공동체를 형성하는 것을 넘어서, 성숙한 시민사회와 발전된 복지국가를 이룩하고자 하는 의의까지 지니고 있음.

⑤ 공공전달체계 개념의 재확인

- ‘찾동’으로의 개편은 공공부문의 전달체계 개편임과 동시에 위탁이나 보조금 지원 방식으로 민간에 의해 시행되고 있는 복지서비스 부문까지 포함된 보다 넓은 의미의 공공전달체계 개념을 전제로 하고 있음.
- 이는 단순히 공공부문의 전달체계 개편뿐만이 아닌 민과 관의 협력적인 관계를 강조하고, 사례관리기법을 통해 민과 관, 전문영역 간 종합적인 해법을 제시하고자 함(김승연 외, 2018).

10) 한계점

○ 가정방문 서비스 관련 행정력 재분배

- 찾동 사업의 목표 중 하나는 복지사각지대 해소이며 이를 위해서 가정방문을 실시함. 사업 시행 이후 동 복지 사각지대 발굴 건수가 크게 증가한 것은 사실이지만, 찾아가는 복지서비스 개념을 ‘복지서비스 접근 채널 확보’라는 관점에서 재검토 할 필요가 있음. 즉, 찾동 사업의 진정한 성과는 대상자 모두를 가가호호 방문하는 것에 있는 것이 아니라, 시민이 받을 수 있는 공적서비스를 누락 없이 원활하게 제공하는 것에 있음.
- 복지사각지대 발굴을 복지정보에 대한 접근권 보장 측면에서 생각한다면, 현재 가정방문에 지나치게 많은 행정력이 투입되는 찾동 체계에 대한 진지한 고민이 필요하며 방문 서비스 이외에 활용할 수 있는 다양한 방법들을 고려해야 함.

○ 인력의 업무 전문성에 따른 성과 차이

- 찾동의 인력 총원은 양적 확대와 함께 전문성 제고를 목표로 하였음. 사회복지 현장 경력이 있는 특별채용 인력의 전문성에 대한 기존 담당자의 의견은 대부분 만족스러웠으나, 업무능력에는 개인별 편차가 존재하는 것으로 나타남(김정현 외, 2016).
- 현장 인력의 업무 전문성에 관한 논의는 주로 동 단위 통합사례관리 업무와 관련이 있는데, 동마다 담당자의 역량 수준에 따른 성과의 차이가 큰 것으로 나타남. 복지 분야 근무 경력이 긴 복지 슈퍼바이저가 있는 동 주민센터의 경우는 대체로 사례관리가구수가 많고, 대상자의 드러나 욕구 외 추가 제공된 서비스도 많으며 평균 서비스매칭율도 높게 나타남(이수영 외, 2020).
- 또한, 같은 ‘동’ 단위라 하더라도 복지직 팀장이 있는 동이 행정직 팀장이 있는 동보다 평균 사례관리 가구 수, 평균 서비스제공기간, 평균 추가제공서비스 수, 평균 서비스연계 건수 등이 더 높은 것으로 나타남(이수영 외, 2020).
- 따라서 사례관리의 질적 향상을 위해 필요한 적정 복지인력의 규모를 추정하여 효과적으로 사례관리를 실행할 수 있는 인력배치 안을 검토할 필요가 있음. 특히, 인력배치 안은 지역의 인구구조, 환경 및 지역 문화 등을 고려해야 하며, 장기적으로 담당자의 역량을 강화할 수 있는 역량강화 체계를 마련해야 함.

○ 찾은 인력 교체로 인한 사업 연속성 저하 및 처우 개선

- 방문간호사는 업무성과가 높아서 찾동 초기 정착에 많은 기여를 해 왔으나 동 주민센터 공무원과의 신분차이로 소속감과 자존감이 결여되는 경향이 있음. 또 전문직임에도 불구하고 민간 의료기관 경력이 인정되지 않거나 수당이 미지급되는 등 상대적 박탈감을 느끼는 사례가 적지 않은 것으로 나타남(황금용, 2017).
- 이외에도, 방문간호사의 소속은 보건소지만 배치는 동 주민센터로 되어 있어서 업무 수행 체계의 이원화 문제가 생기는 등 방문간호사의 전문성, 근무 지속성 및 업무 효율성 제고를 위해 인력 확충, 처우 개선 등 대안 마련이 시급함.
- 지역사회에서 복지와 보건·의료가 연계되는 정책 확장의 필요성이 대두되고 있는 만큼 방문간호사의 정규직 전환이나 복지와 보건·의료체계의 효율적 연계를 위한 국가적 관심이 필요함.

○ 분절된 사례관리와 서비스 연계⁸⁾

- 현재 서울시의 경우 동 주민센터, 희망복지지원단, 드림스타트센터, 방문보건사업, 의료급여사업, 정신건강복지센터 등 다양한 부서에서 사례관리를 동시다발적으로 진행하고 있음. 하지만 분야별로 사례관리에 대한 개념, 목적 및 접근방법 등이 상이해서 상호 조

8) 본 내용은 김승연 외. 2018. 『서울시 찾아가는 동주민센터 2.0과 전국화를 위한 과제』의 내용을 수정·보완 하였음

정이 어렵고, 간호사, 사회복지사, 정신보건사회복지사, 사회복지전담공무원 등 역할 차이로 인해 공공사례관리 기관 간 통합이 쉽지 않은 실정임. 이로 인해 사례관리 기관 간 서비스 제공의 분절성, 자원의 활용 불충분성, 대상자 중복관리 등의 문제가 발생할 수 있음.

- 또한 공공과 민간 간에도 사례관리 관점의 차이가 존재하며, 사업수행 시 주 사례기관 지정기준이 모호함. 민간의 경우, 통합사례회의에 참여하기 위한 시간과 공간의 조율이 어렵고, 사례관리 및 사례회의 진행을 위한 사업비가 별도로 책정되어 있지 않으며, 사례관리 업무 경험과 전문지식의 부족으로 인한 담당인력의 부담감도 보고되고 있음.
- 사례관리에 있어 신속, 정확, 효율, 공신력 및 국가 책무성과 같은 공공의 특성에 기반한 공공사례관리에 대한 검토가 필요하며 동 단위 사례관리에 대한 현장실무자(민·관)의 각기 다른 이해와 관점을 조율할 기준 마련이 시급함.
- 김귀영 외(2018)에 따르면, 사례관리에 있어서 분절성의 문제뿐만 아니라 각 동별로 각기 다른 기준을 적용하고 있어 정확한 해석이 어려운 것으로 나타남. 이는 현실적으로 사례관리와 서비스 연계의 경우 다양한 방법들이 존재해 이를 획일적으로 정의하는 데 어려움이 존재하기 때문임.
- 그러나 복지서비스 및 급여 제공의 효율성과 효과성을 높이고, 복지 당사자의 욕구를 충족시키기 위해서는 최소한의 가이드라인을 마련하고 이와 관련해 현장에서 지속적인 교육이 이루어질 필요가 있음.

○ 민·관 협력의 어려움과 칸막이 현상

- ‘민·관 협력’은 찾동의 주요 전략으로 추진되었으나, 실제 장에서 민·관 협력은 요원한 실정이며 공공 기관 내에도 ‘보이지 않는 칸막이’가 여전히 존재함. 이를 극복하기 위해 행복e음과 시설정보시스템을 연결하여 민간이나 공공에서 공동사례관리를 실시할 수 있는 체계가 마련됐지만, 실제 현장에서는 많이 쓰이지 않고 있음(김승연 외, 2018).
- 또한, 사례관리의 중요성을 강조하는 것과 달리, 실제 찾동이 사례관리와 서비스 지원에 있어서 허브가 아닌, 공공사례관리 기관 중 한 기관의 역할에 불과한 것도 문제로 지목됨. 이러한 찾동의 애매한 포지션은 공적개입이 필요한 위기가정에 대해 적극적으로 개입하는 것도 아니고, 민간 기관에 비해 전문성이 발휘되는 것도 아닌 결과를 만들어 냄. 지역 주민에게 가장 밀착된 주체인 동 주민센터에서 공공 사례관리를 하겠다는 취지는 좋지만, 실제 지역의 사례관리 차원에서 그 위상이 모호한 실정임(김승연 외, 2018).

○ 성과위주, 과업과 역할 배분의 모호함

- 공공복지 전달체계의 일환인 찾동의 성과는 방문 횟수, 사례관리 횟수, 신규 발굴 건수 등 투입지표 중심의 성과 관리에 치중될 수밖에 없음. 하지만 실적위주, 속도전을 강조할 경우 실무자의 업무 피로도는 가중될 수밖에 없으며 장기적으로 서비스의 질 저하로 이어질 확률이 높음.

- 시가 원치 않더라도 구에서 평가보고회 등 자체적인 필요에 의해 동에게 실적요구를 하는 경우가 있어서 이에 대한 논의와 조정이 필요함. 사업의 성과를 '수치'로 산정하기 보다는 장기적인 관점에서 동 단위의 특성을 어떻게 반영하여 사업이 이뤄지고 있는지에 초점을 맞추고, 수치는 참고자료로 활용하는 것이 바람직함
- 또한, 찾동 과업뿐만 아니라 팀 내 또는 팀 간 업무 분장, 추진 체계 간 역할 배분 및 서비스 제공대상자 범위의 모호성 등은 일선 인력의 재량권 행사 범위를 넘는 것이기 때문에 사업 이행에 있어서도 한계가 드러남.
- 찾동 세부 사업별 추진체계의 역할이 모호한 것도 사업 설계상의 한계로 볼 수 있음. 복지플래너와 복지상담전문관이 함께 업무를 진행하는 과정에서 역할 배분에 보호하고 상호 업무에 대한 이해가 부족한 나머지, 업무에 대한 불만이 적지 않게 발생하고 있음

○ 찾아가는 복지 전달체계를 갖춰도 실질적으로 연계할 수 있는 공공자원이 부족한 문제

- 김승연 외(2018) 연구에 따르면, 발굴된 사례에 대한 서비스 지원 실적이 비교적 높은 편이지만, 대부분 단순 서비스연계에 그치는 것으로 나타남. 단순 서비스는 복지정보제공, 주거환경 지원이나 의료비와 같은 현물지원, 지역사회 민간자원을 활용한 일회적·임의적 서비스가 대부분임. 이와 같은 서비스 지원으로 복지 체감도를 높이는데 한계가 있고, 공적체계를 확대했다고 보기 어려움.
- 찾동의 인력 총원은 곧 기초 단위의 공공서비스 제공을 위한 인프라 확충을 의미함. 그러나 전달 인력이 확충되어도 제도적으로 제공할 수 있는 서비스 및 급여가 없다면 주민의 욕구는 해소될 수 없음. 2016년 찾아가는 동주민센터 자치구 소통, 협력 1단계 사업 2차 모니터링 결과보고서에서도, 빈곤위기가정 발굴 후 자원 연계에 있어 현물 서비스지원(57%)이외 서비스는 미비한 상황으로 대상자의 욕구에 따라 다양한 서비스들이 연계될 수 있도록 고민과 접근이 필요한 것으로 나타남(황금용, 2017).
- 이러한 복지자원의 한계를 극복하기 위해서는 공공제도의 확장이 필요함. 다양한 사각지대 사례에서 나타나는 현장의 문제를 근본적으로 해결, 예방할 수 있는 법·제도를 정기적으로 검토하고 현실화할 수 있는 루트를 시스템화할 필요가 있음(황금용, 2017).

○ 공공과 민간의 역할분담 및 민·관 네트워크 조성

- 공공 전달체계 강화 과정에서 민간의 역할에 대한 물음이 제기되고, 상대적 소외감을 유발할 수 있음. 민에 대한 관의 이해력 제고를 위해 민간 영역의 실태 분석을 통해 민관 협업 모델 재설정, 지역 내에서 민·관 간 다양한 소통 기회를 통한 상호 이해 제고, 공공과 민간의 양면성을 지닌 복지기관에 대한 균형적인 지원 등 민·관 협업 모델을 재정립해야 함(이태수, 2017). 아울러, 장기적으로 지역사회 내 민간역량을 성장시키고, 민·관 간 제도 기반 네트워크를 조성하는 다양한 정책이 필요함(황금용, 2017).

11) 소결

- 서울시 찾아가는 동주민센터(이하 ‘찾동’) 사업은 2014년 지방선거에서 박원순 서울시장 후보가 ‘찾아가는 복지플래너, 사회복지 인력 2배 확충’과 ‘동 주민센터 복지허브로 재편’을 공약으로 발표하면서 서울시 민선 6기의 주요 사업으로 추진됨.
- 정부는 1994년 보건복지사무소 설치를 시작으로 20년간 지속적으로 복지전달체계를 개편해왔지만, 공무원의 증원 및 수요자 중심의 생활지원을 위한 행정 개혁과 같은 전제조건이 충족되지 못해 실질적인 성과를 보이지 못함.
- 이에 찾동은 이전의 전달체계 개편과정에서 드러난 한계를 극복하면서 새로운 대안을 제시하고자 함. 찾동 사업은 새로운 사업이나 기존 복지전달체계의 업그레이드 버전이 아닌 서울시 시정원리가 집약된 복지행정체계이며, 변화하는 복지환경에 대응하는 지역복지체계의 전환이라고 할 수 있음(김승연 외, 2018).
- 찾동 사업의 성과로는 2천 명에 이르는 전담공무원을 확충했고, 어르신가정과 출산가정, 취약계층 가구에 찾아가는 복지가 실행되었으며, 민관이 협력을 통해 사각지대 발굴과 자원연계가 확대된 것을 들 수 있음.
- 그러나 이런 노력의 투입에도 불구하고 여전히 주민들의 낮은 복지체감도, 사회복지전담공무원의 줄어들지 않는 업무피로도, 본래 사업의도와는 달리 운영되는 지역 복지현장의 혼란 등 많은 문제들도 제기됨.
- 찾동 사업의 성과와 한계에 관해 많은 점검과 논의가 있어왔지만, 기존 찾동 사업의 성과와 과오를 따지기 보다는 변화하는 지역복지전달체계 개편에서 요구되는 것들을 중심으로 살펴볼 필요가 있음.
- 인력증원의 문제는 전달체계 문제를 해소하는 가장 주요한 해법으로 주목되고 있는데 찾동은 여타의 공공영역 전달체계 개선 사업 중 이러한 문제를 파격적으로 해결했다고 볼 수 있음. 그러나 충원된 인력이 기존의 전달체계 문제를 해결하는 방식으로 업무를 수행했는지에 대해서는 의문이 존재함. 즉, 찾동의 조직구조 및 업무체계가 기존 전달체계 문제의 해소 및 향후 복지문제에 대응이 가능하도록 구성되었는지 재고할 필요가 있음.
- 복지업무를 수행하는 사회복지 담당공무원의 적정 인력이 부족하다는 지적은 그 동안 수차례 언급되어 옴. 문제의 핵심은 복지업무의 폭증에 따른 적정 인력의 미확보라고 할 수 있음. 2000년 국민기초생활보장법 시행 이후 복지예산 증가와 보편적 복지 확대로 인해 대상자가 확대되면서 복지업무량 자체가 많아짐.

- 또한 사업이 확대되면서 관련 지침과 절차가 세분화되고 복잡화되면서 업무의 난이도도 확대됨. 여기에 국가의 책임성 강화라는 측면에서 업무의 질도 변화가 요구되었고, 이는 곧 업무의 양과 질 모두가 확대됨을 의미함(김태완 외, 2020). 이 때문에 전달체계 개편을 위한 핵심 과제는 복지업무량에 맞는 적정 인력확보라고 해도 과언이 아님.
- 찾동 사업 현장의 의견에 따르면, 인력충원 자체는 탁월한 선택이었으나 인력운영이 적합하였는지 의문시된다는 의견이 많았음(김이배, 2021). 그 근거는 기존 동 주민센터의 복지인력은 복지수요를 대응하기 힘든 구조였고, 인력충원은 이러한 상황을 해결하는데 필수적인 선택이었다는 데 있음.
- 즉, 추가된 인력이 기존 업무를 해소하고, 찾아가는 복지 등 추가적인 업무수행까지 하는 것은 무리이며 인력충원 후 추가업무를 시행하지 않은 방식으로 전달체계 개편이 시행되었더라면 기존 전달체계가 가지고 있던 문제를 상당부분 해결할 수 있었을 것이라고 판단됨.
- 가장 합리적인 인력충원 방식은 실제 업무량에 맞는 인력을 충원하고, 업무통제 범위를 벗어나는 추가업무를 부여하지 않는 것임. 그런데 현실은 처리할 수 있는 업무량에 맞는 인력충원을 하지 않고, 또한 기존 업무를 보완하기 위해 뽑은 충원인력에 추가적인 업무를 부여하는 관행을 보임(김이배, 2021).
- 이는 인력충원이 곧 예산지출로 이어지기 때문에 명확한 근거를 제시해야만 인력충원이 가능해지는 시스템상의 문제로 귀결됨. 새로운 인력투입에 대한 근거를 만들기 위해서 새로운 업무를 부여할 수밖에 없는 것임.
- 전달체계 개편을 위한 인력충원이 기존의 관행적인 인력충원 방식과 부딪혀 기존 업무에 더해 신규 사업 업무까지 처리해야 하는 비합리적인 관행이 지속되는 것임.
- 문제는 이런 식의 조직구조 및 업무체계가 전달체계 개편을 위한 본질적인 업무에 집중하지 못하도록 하는 데 있음. 충원된 인력이 처리해야 할 기존 업무량이 많음에도 불구하고, 새로운 인력투입에 따른 실적이나 성과를 내야 하니 새로운 업무를 부여할 수밖에 없고, 이는 결국 보여주기식 사업 수행으로 귀결됨.
- 결론적으로 기존 공공복지전달체계가 가지고 있는 문제를 해결하기 위한 핵심방안 중 하나가 ‘인력충원’이라고 보았을 때 찾동 사업은 전달체계를 일정 부분 개선하는 측면은 있지만 여전히 반복되는 문제를 가지고 있고, 이를 해소하기 위해서는 조직구조와 업무분장에 대해 보다 체계적이고 근본적인 고민이 필요함.

나. 서울특별시 “돌봄SOS센터”

1) 추진배경⁹⁾

○ 고령화 및 가족구조 변화 등으로 다양한 돌봄 서비스에 대한 수요 증가

- 인구 고령화, 인구구조의 변화, 1~2인 가구 증가, 여성의 경제활동 증가, 부양의무에 대한 인식 약화 등으로 가족 내 ‘돌봄 위기(crisis in care)’가 증대됨.

○ 보편적 돌봄 욕구에 대한 사회적 대응의 필요성 대두(돌봄의 사회화)

- 과거 돌봄 서비스는 주로 가정 내에서 여성의 무급 노동으로 행해지는 개인별 서비스로 간주되었으나, 이제 돌봄의 기능은 가족 뿐 아니라 국가, 시장, 비영리기구 등을 통해 사회적으로 수행될 필요성이 대두됨.

○ 공급자 중심 분절적 서비스 제공으로 통합적 대응 체계 미비 및 자원 부족

- 기존 돌봄 서비스는 신청절차가 복잡하여 이용자의 서비스 접근이 제한적이고 실질적인 서비스 이용에 어려움이 있었음. 또한, 공급자 위주로 파편적으로 제공되다보니 이용자의 다양한 욕구를 충족시킬 수 없었음.
- 특히, 복지(동 주민센터)와 보건(보건소)의 제공 주체가 달라 서비스가 분절적으로 제공되면서 단편적인 서비스 제공에 그치는 경우가 많았음. 따라서 이렇게 분리되어 있는 서비스를 일원화하고 효과적으로 전달할 수 있는 복지정책이 요구됨.

○ 장기적·지속적 욕구 위주의 현재 돌봄서비스의 한계

- 돌봄에 대한 욕구는 보편적 욕구로서 장기적·지속적 욕구 뿐 아니라 일시적·단편적인 돌봄 필요도 있을 수 있으며, 신체수발에서부터 정서지원까지 그 종류도 매우 다양함. 그러나 기존 돌봄 서비스는 기능적 제한이 장기화 된 경우에만 이용이 가능하고, 긴급하고 일시적인 돌봄 욕구에 대해서는 적절한 대응 체계가 미비한 상황이었음.
- 긴급하게 연결할 수 있는 서비스가 부족할 뿐만 아니라 실제 제공까지 상당 기간 대기해야 하는 것도 서비스 접근성을 낮추는 요인이며, 각 분야별(어르신, 장애인 등) 서비스 제공기관의 인지도가 낮고 행정절차가 복잡한 것도 돌봄서비스 이용을 어렵게 만들.

9) 본 내용은 서울시 지역돌봄복지과, 서울시복지재단. 2019. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』의 내용을 수정·보완 하였음

○ 저소득층 중심의 기존 돌봄 서비스를 욕구 중심으로 전환

- 노인돌봄종합서비스(장기요양보험등급외자 및 탈락자), 재가노인지원서비스, 독거어르신 대상 노인돌봄 기본서비스 등 기존의 공적 서비스는 대부분 수급권자 또는 저소득층 중심으로 운영됨.
- 지역아동센터나 노인무료급식(경로식당, 도시락 등)서비스의 경우에도 저소득층 대상에게만 선별적으로 제공되는 등 기존의 돌봄 서비스는 서비스 대상 및 그 내용이 매우 제한적인 상황임.
- 2015년 사회서비스 수요·공급 실태조사(박세경 외, 2015)에 따르면 성인 돌봄 충족률은 9.6%에 그치는 것으로 나타나 서비스 필요도에 따른 이용률을 높일 필요성이 대두됨.

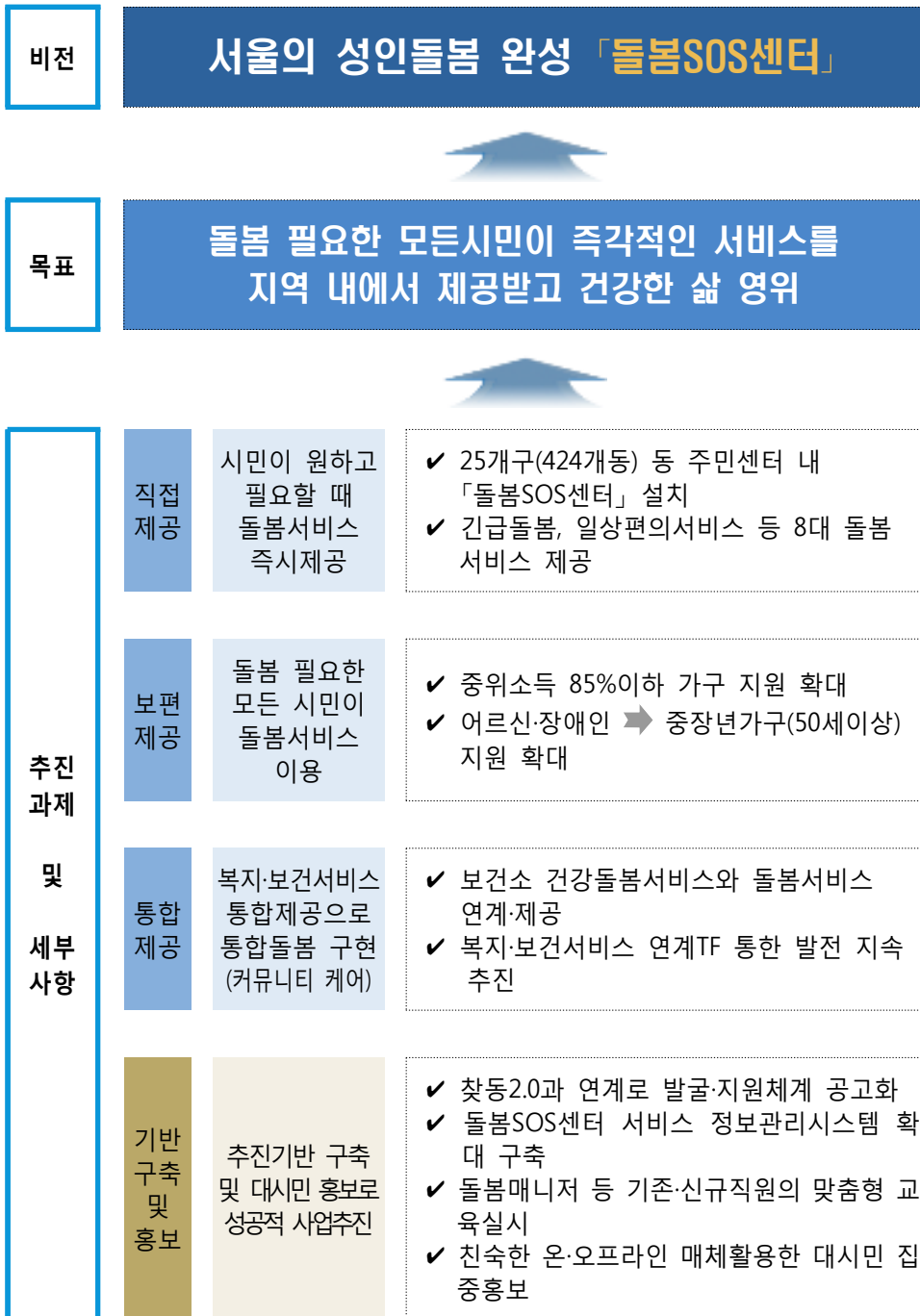
2) 추진방향¹⁰⁾

○ 동 단위 돌봄SOS센터 설치로 시민 복지접근성 제고

- 주민생활과 근접한 동 주민센터를 돌봄 서비스 통합창구로 혁신. 기존의 찾아가는 동주민센터 사업에서 집적된 보건복지 통합적 접근의 노하우를 통해 정책적 시너지효과 제고.
- 전담 돌봄 매니저(사회복지직, 간호직 공무원) 배치로 전문상담과 서비스가 이루어지도록 지원하고 돌봄신청 → 의뢰 → 만족도 조사(사후점검)까지 서비스 전 과정을 일원화.
- 복지·보건·의료 등 통합적 접근으로 원스톱 돌봄 서비스 제공

10) 본 내용은 서울시 지역돌봄복지과. 2020년.『돌봄SOS센터 확대 추진 계획』의 내용을 수정·보완 하였음

[그림 15] 돌봄SOS센터 추진 방향



자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2020. 『돌봄SOS센터 확대 추진 계획』(2020.1.)

○ 돌봄 서비스 공급 확대를 위해 공공이 직접 긴급 돌봄 서비스 제공

- 긴급하게 돌봄이 필요한 경우 지역 내 서비스 전담기관을 통해 직접 서비스를 제공. 분절된 서비스별 제공 체계를 통합하고 주민 중심의 맞춤형 돌봄서비스 지원.
- 지원 대상을 기존 저소득층(수급자, 차상위)에서 중위소득 85% 이하 중 수급자·차상위가 아니지만 돌봄이 필요한 시민으로 확대하여 보편적 복지 실현. 이를 위해 서울형 긴급복지사업 내 사회복지시설 이용비 항목을 추가로 지원·연계하여 서비스 비용 지원.

○ 복지·보건·의료 등 통합적 접근을 통해 원스톱 돌봄 서비스 제공

- 보건소 건강돌봄서비스와 연계하여 돌봄SOS센터 건강지원서비스를 제공하고 연계 제공 프로세스에 따른 지원체계를 공고화함.
- 간호직 공무원을 동 주민센터 소속으로 배치하여 복지·보건 통합돌봄 지원기능을 강화하고 돌봄SOS센터와 보건소 건강돌봄팀 간 상시·유기적 협력체계 구축.
- 복지·보건 외부전문가 참여를 통해 돌봄SOS센터-건강돌봄서비스 발전방안을 마련하고, 돌봄SOS센터를 통한 의료적 서비스 제공에 대한 연계방안 등을 마련.

○ 사업추진기반 구축 및 대시민 홍보를 통한 성공적 사업 추진

- 찾아가는 동주민센터 공공발굴(복지플래너, 발굴관리시스템, 위기가정 통합지원센터) 및 민간협력 발굴(시민찾동)을 통한 돌봄 대상자를 발굴·연계하고, 찾아가는 동주민센터 복지플래너와 돌봄SOS센터 돌봄매니저 간 선 순환적 업무 연계 체계 구축.
- 서울시 생활복지통합정보시스템의 기존서비스 기능을 고도화하여 시민맞춤형 복지서비스를 안정적으로 지원하고, 제공 실적 맞춤형 통계분석 및 관리 체계를 구축하여 빅데이터화.
- 돌봄매니저 등 기존·신규 직원을 대상으로 한 맞춤형 교육을 실시하여 제공인력의 전문성을 제고하고, 찾아가는 동주민센터 교육과 연계를 통해 복지플래너와 업무협업 및 효율적 돌봄지원체계 구축.

〈표 42〉 찾아가는 동주민센터와 돌봄SOS센터 구분

구분	찾아가는 동주민센터	돌봄SOS센터
추진 방향	- 주민을 찾아가는 복지·건강 · 복지사각지대 발굴, 빈곤 위기가정 방문 · 65세, 70세 어르신, 임산부, 영유아 보편 방문 - 빈곤가구 지원을 위한 복지생태계 조성 · 복지공동체 조성(나눔이웃, 나눔가게 운영) · 민관 공동 통합사례관리 실시 - 주민중심의 행정혁신 · 민관협치 등 행정 구현, 주민 자조모임 지원 · 주민자치위원회 개선, 마을계획 운영 등	- 돌봄이 필요한 주민을 찾아가는 복지·건강 · 등급 외 판정받은 홀몸 어르신, 중증장애인 · 4~50대 1인 가구, 노인부부가구 등 · 돌봄공동체 조성(사회적 경제기업 등 위탁운영) - 돌봄사각지대를 위한 돌봄서비스 직접 제공 · 긴급돌봄서비스 신설 운영 · 정보제공 및 원스톱 돌봄 서비스 연계·의뢰 · 병원동행방문 등 일상편의 지원 - 지역 내 돌봄공동체 중심의 돌봄체계 혁신 · 지역 내 복지관, 사회적경제기업, 마을 기업 등을 활용한 서비스 지원 · 사회서비스원 설립에 따른 전달체계 기반 구축
추진 방법	- 취약계층 발굴 · 독거남, 단전단수, 월세체납자, 폐지수 집자 등 · 취약계층의 복지문제에 대한 발굴주의 전환 - 소득보장 복지서비스 · 공적지원 및 민간자원 연계 · 서울형 기초보장, 서울형 긴급복지 등 서울형 공적지원 확대 - 방문간호(65세, 70세 어르신) · 보편적 복지에 대한 관심 시작 - 주민주도 마을총회, 자조모임 운영 · 서울형 주민자치회 도입으로 주민자치력 증진	- 돌봄사각지대 상담 · 등급 외 판정자, 홀몸어르신, 중증장애인 등 제도권 내 지원이 어려운 기본적인 돌봄서비스 · 긴급돌봄지원서비스, 일상편의서비스 등 사회서비스를 필요로 하는 주민에 대한 공적 대응체계 마련 · 주민의 복지, 건강문제에 대한 대응체계 강화 - 방문상담(돌봄이 필요한 주민 누구나) · 공공복지체계에 포함되는 주민 커버리지 확대 · 진정한 보편적 복지 완성 - 지역 내 복지가용자원 및 사회적 경제 활용, 지역기반 돌봄 공동체 구축
인력	- 복지직 공무원 5명, 방문간호사(공무직) 1명	- 복지직 공무원 1명, 간호직공무원 1명
기대 효과	- 현장방문횟수 2.6배 증가 - 서울형 지원가구 1.5배 증가 - 65세 방문율 59% 증가 - 빈곤위기가정 상담건수 87% 증가	- 돌봄이 필요하지만 현재 제도권 내에 있는 서비스 지원을 받지 못하는 돌봄 사각지대 약 20만 명에 대한 공공 대응체계 마련 - 긴급돌봄서비스지원, 일상편의서비스 신설로 공공이 직접 서비스 지원 - 사회적 경제 활성화

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2020. 『돌봄SOS센터 확대 추진 계획』(2020.1.)

3) 추진경과

- '18년 민선7기 핵심공약 및 서울시정 4개년 계획 핵심과제에 선정
- '19년 7월 5개 자치구(성동, 노원, 은평, 마포, 강서)에서 시범사업 시작
- '20년 8월부터 서울시 전 자치구로 확대되어, 현재 25개 전 자치구에서 사업 운영 중

〈표 43〉 돌봄SOS센터 추진경과

연도	내용
2018년	- 민선7기 핵심공약 및 서울시정 4개년 계획 핵심과제 선정 - 복지·돌봄소위(총 6회) 등 의견수렴 거쳐 돌봄SOS센터 기본계획 수립 (시장방침, '18.10.31.) (현장방문 4회, 전문가회의 2회, 유관기관 간담회 5회 등)
2019년	- 돌봄SOS센터 '19년 시범사업 5개 자치구 공모·선정('19. 2.) · 총 10개구 공모, 최종 5개구 선정(성동, 노원, 은평, 마포, 강서구) - 사업 자문을 위한 추진실행 위원회 및 실무TF 총 20회 개최('19. 1.~12.) · 복지·보건 분야 외부전문가 및 선정자치구 복지국장 등 추진실행위원회 참여 · 시, 구, 복지재단, 민간기관 간 실무진 실무TF 개최 통해 실행방안 논의 - 돌봄SOS센터 운영매뉴얼 제작 및 돌봄매니저 인력 등 교육 실시('19. 5.~11.) · TF 회의 및 전문가 검토 통해 '19. 7월 매뉴얼 제작, 사업 인력 1,717명 교육 실시 - 통합돌봄서비스 제공 위한 복지·보건 연계 프로세스 구성(1부시장 방침, '19. 4. 29.) · 시민건강국 건강돌봄서비스와 서비스 연계로 복지·보건 통합서비스 구현 - '19년 돌봄SOS센터 사업 추진 실행계획 수립·시행(1부시장 방침, '19. 6. 12.) - 사업의 첫 시작을 알리는 '19년 돌봄SOS센터 사업 발대식 개최('19. 7. 17.) · 1부시장·보건복지위원회 의원 등 200여명 참석, 오픈퍼포먼스 및 돌봄매니저 실천다짐 등 - '20년 돌봄SOS센터 시행구 공모·선정(최종 8개구 선정) ('19. 10.) · 8개구 : 광진, 중랑, 도봉, 서대문, 양천, 영등포, 송파, 강동구
2020년	- '20년 돌봄SOS센터 확대 추진 계획 수립·시행('20. 1. 21.) - 돌봄SOS센터 전 자치구 확대 및 돌봄서비스 강화계획 수립·시행(1부시장 방침, '20. 7. 1.) - 전 자치구 확대 홍보 및 시범사업 사례 공유 위한 돌봄SOS센터 발대식 개최('20. 8. 4.) · 참석 : 정무부시장, 시의회위원장, 보건복지위원회 위원장, 구청장협의회 회장 등 · 내용 : 시범사업 사례발표, 돌봄매니저 활동키트 수여 및 조기 착의식, 슬로건 선포 등

자료 : 서울시 지역돌봄복지과·서울시복지재단. 2020. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』

- 당초 '19년 7월 5개 자치구에서 시범사업을 시작한 이후, '20년 10개, '21년 나머지 10개 자치구가 순차적으로 참여하여 '21년 25개 전 자치구로 확대·실시하기로 계획됨.
- '19년 말, 8개 자치구가 신규 참여 신청을 하였으나, 코로나19로 인해 돌봄 사각지대에 대한 적극적인 대응 필요성이 제기됨에 따라서 전 자치구로 조기 확대·실시.
- 당초 8개 자치구를 기준으로 책정되었던 인력과 예산을 20개 자치구로 재배분하게 됨. 이 과정에서 인력 부족 상황에 효율적으로 대응하기 위한 방안으로 신규 참여 자치구는 기본 '동' 중심 기본모형이 아니라 '구' 중심의 선행사업 모형을 우선적으로 실시하도록 함.
- 현재 '19년 시범사업 시작한 5개 자치구와 이후 신청한 8개 자치구가 본 사업으로 전환하였고, 조기 참여하게 된 나머지 12개 자치구는 '21년 말 인력배치가 완료된 후 본 사업으로 전환할 예정.

〈표 44〉 돌봄SOS센터 사업 진행 현황

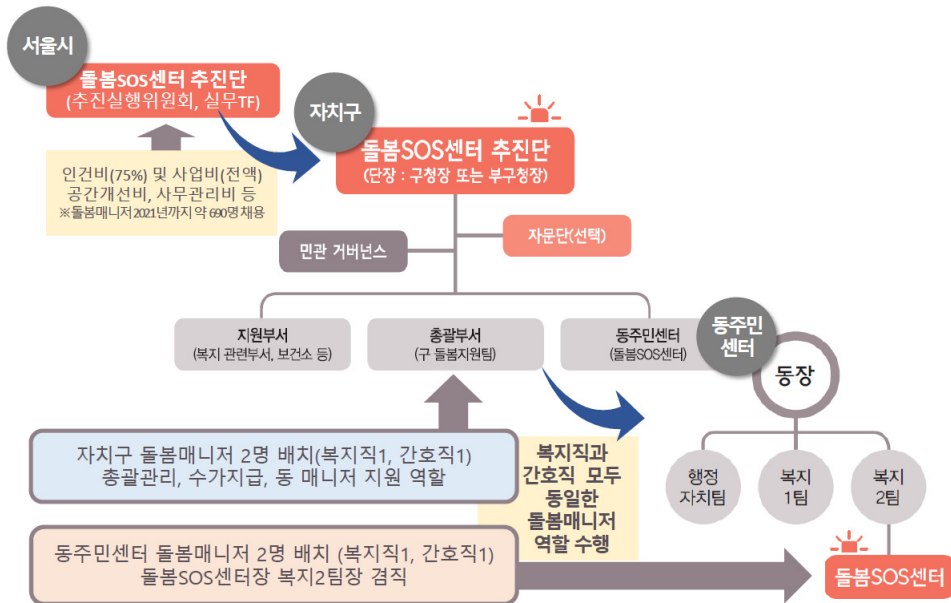
구분	당초계획	선행사업 시작	인력배치	본사업 전환	자치구명
1단계 (5개구)	'19. 7월		'19. 7월	'19. 7월 (본사업시작)	성동, 노원, 은평, 마포, 강서구
2단계 (8개구)	'20. 7월	'20. 8월	'21. 1월	'21. 1월	광진, 중랑, 도봉, 서대문, 양천, 영등포, 송파, 강동구
3단계 (12개구)	'21. 7월	'20. 8월	'21. 12월 (예정)	신규 정규인력 배치시	종로, 중구, 용산, 동대문, 성북, 강북, 구로, 금천, 동작, 관악, 서초, 강남구

자료 : 서울시복지재단. 2021. 내부자료

4) 운영체계

- 돌봄SOS센터는 동 단위 실행체계로서 각 동 주민센터에 설치되었으며, 사업 추진을 위하여 서울시에서 전문가 중심의 추진실행위원회와 자치구 담당자 중심의 실무TF를 구성함. 각 자치구 단위에서도 추진단을 구성하여 자문단 및 민관 거버넌스를 통해 동 단위 사업 지원.

[그림 16] 돌봄SOS센터 서울시 및 자치구 추진 체계



자료 : 서울시 지역돌봄복지과 · 서울시복지재단. 2020. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』

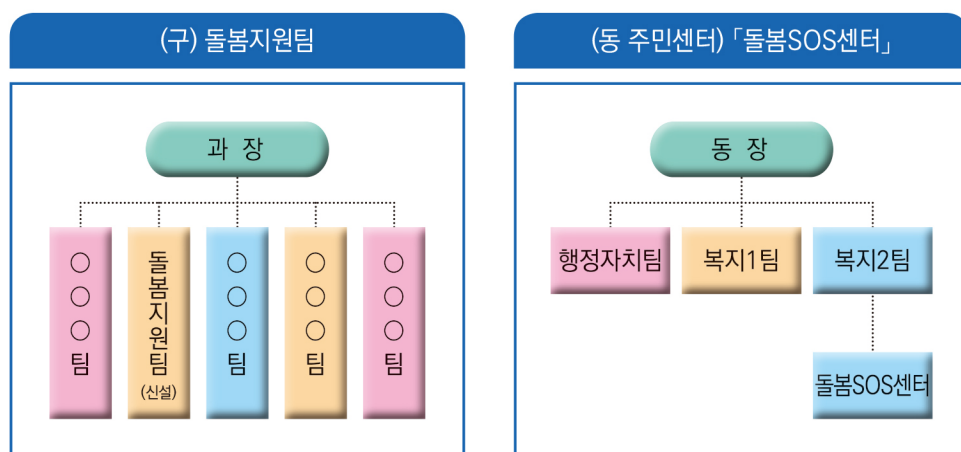
○ 동 중심 모형

- 동 중심 모형은 시범사업 시행 5개 자치구에 적용('19. 7. 18.~).
- (조직) 별도의 팀 구성이나 센터 신설 없이 찾동 복지2팀 내 돌봄SOS센터를 설치하고, 센터장(복지2팀장 겸직), 돌봄매니저 2명(복지직 1명, 간호직 1명)을 배치.
- (업무) 종합상담, 돌봄서비스 관련 정보제공, 서비스신청접수 및 연계, 사후관리 등으로 신청에서 사후관리까지 수행.
- (복지2팀 배치사유) 복지2팀은 노인, 장애인 등 돌봄서비스의 주요 대상을 중심으로 복지행정이 이루어지고, 동 지역사회보장협의체, 나눔이웃 등 돌봄이웃과 돌봄자원들과의 연계성을 높일 수 있어 사업의 시너지 효과 기대.

○ 구 중심 모형

- 구 중심 모형은 한시적으로 적용되며 선행사업 시행 20개 자치구에 적용('20. 8. 3.~). 각 자치구 인력배치 후 동 단위 돌봄SOS센터로 사업을 전환하여 전 자치구 시행 예정.
- (조직) 구청의 경우, 복지부서 내 동 단위 돌봄SOS센터의 컨트롤타워인 돌봄지원팀을 신설. 정규직 3명(팀장, 돌봄매니저 2명)을 필수적으로 배치하고 그 외 기관제 근로자를 돌봄사업 담당 등으로 활용하여 사업 추진.
- (업무) 구 중심 모형에서는 기존 구 단위에서 담당하던 지역사회 자원 개발, 총괄 관리, 지원 업무, 동 단위 돌봄 매니저의 욕구 발굴과 현장방문 및 돌봄 계획 수립 등 업무를 통합적으로 진행.
- (돌봄지원팀 신설 사유) 자치구 단위의 컨트롤 기능과 지역단위의 돌봄 협력체계 구축을 위해 업무집중을 강화할 수 있는 조직과 전문 인력을 갖추고 아울러 돌봄 취약계층을 중심으로 한 사업 연계성을 높이기 위해 팀 설치.

[그림 17] 돌봄SOS센터 조직 체계



자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2.)

〈표 45〉 돌봄SOS센터와 타 사업 수행인력 비교(복지직)

구 분	돌봄SOS센터 복지공무원('19년)	찾동 복지플래너	희망복지지원단 통합사례관리사
채용 인력	26명 (동 24명 + 구 2명)	2,587명 (팀장 제외, '18년 기준)	112명 ('18년 정원 기준)
주요 대상	돌봄이 필요한 시민 (돌봄사각지대 약 20만명)	65세·70세 도래 어르신, 빈곤위기 가정, 출산가정	복합 문제를 가진 위기가구 (고위험군 사례관리 대상)
고용 형태	사회복지직 공무원	사회복지직 공무원	무기계약직, 기간제
근무지	동 돌봄SOS센터 구 돌봄지원단	동 주민센터	구 희망복지지원단
재 원	시비75% : 구비25%	시비75% : 구비25%	국비50% :시비 25% :구비25%
시행 시기	2019년 7월~	2015년	2012년

자료 : 서울시 희망복지지원과. 2018. 『돌봄SOS센터 추진 기본계획』(2018.10.)

〈표 46〉 돌봄SOS센터와 타 사업 수행인력 비교(간호직)

구 분	돌봄SOS센터간호사 ('19년)	찾동 방문간호사	통합 방문간호사
채용 인력	26명 (동 24명 + 구 2명)	489명 (어르신 397명 + 우리아이 92명)	279명
방문 대상	돌봄이 필요한 시민	65세·70세 도래 어르신, 빈곤위기 가정, 출산가정	건강위험군·질환군 중 취약계층 (수급자, 저소득, 독거노인, 장애인 등)
고용 형태	간호직 공무원	무기계약직	기간제, 무기계약직, 시간선택제 임기제
근무지	동 돌봄SOS센터 (구 돌봄지원단)	동 주민센터	자치구 보건소
재 원	시비 75% (관련 규정 정비에 따라 변동 가능)	시비 100%	국비 50% : 시비 15% : 구비 35% 2017 지역사회통합건강증진사업 안내(보건복지부 지침)
시행 시기	2019년 7월~	2015년	2007년

자료 : 서울시 희망복지지원과. 2018. 『돌봄SOS센터 추진 기본계획』(2018.10.)

5) 사업인력

- (2019년) '19년 5개 자치구에서 시범사업을 실시하면서 사회복지직 공무원 45명과 간호직 공무원 45명, 총 90명을 신규 채용. 1차로 52명(사회복지직 26명 + 간호직 26명)을 채용, 구별로 약 10명씩 배치하고, 2차로 38명(사회복지직 19명 + 간호직 19명)을 채용해서 약 8명씩 배치.
- (2020년) '19년 5개 선정자치구와 '20년 8개 공모선정자치구를 포함하여 총 340명(사회복지직 172명 + 간호직 168명)이 채용됨.

〈표 47〉 돌봄SOS센터 '20년 인력 배치 현황

구 분	계	1단계 자치구 (5개소)	2단계 자치구 (8개소)	1단계 자치구 (12개소)
신규 배치 인력	691명 (사회직 406, 간호직 285)	69명 (사회직 28, 간호직 41)	250명 (사회직 124, 간호직 126)	21명 (사회직 20, 간호직 1)
비고	본사업 강화 지원	본사업 강화 지원	'동 중심' 본사업 시작('21.1월)	선행사업 안정적 운영지원

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2.)

- (2021년) 서울특별시 발표한 '2020년「돌봄SOS센터」 확대 추진 계획'에 따르면, 2021년 당초 채용 인원은 418명이었으나, 2021년 발표한 「「돌봄SOS센터」 돌봄서비스 강화계획」에서는 자치구 정원현황과 예산분담률(구비 25%)에 따른 사전 수요결과를 반영하여 261명(사회복지직 189명 + 간호직 72명)으로 축소됨.

〈표 48〉 돌봄SOS센터 연도별 인력 배치(안)

구 분	계	2019년	2020년	2021년
신규 배치 인력	691명 (사회직 406, 간호직 285)	90명 (사회직 45, 간호직 45)	340명 (사회직 172, 간호직 168)	261명 (사회직 189, 간호직 72)

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2020. 『돌봄SOS센터 확대 추진 계획』(2020.1.)

6) 돌봄SOS센터 관련 연도별 예산액

〈표 49〉 돌봄SOS센터 사업 연도별 예산

(단위: 백만 원)

구 분		계	'19년	'20년	'21년	'22년
계		82,661	3,066	13,480	28,667	34,740
1	돌봄매니저 인건비	42,195	1,063	4,036	12,471	15,660
2	돌봄SOS센터 사업비	38,087	1,748	8,547	15,239	18,750
3	공간개선비	1,269	135	567	485	-
4	사무관리비	1,110	120	330	482	330

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2.)

- 사업 총 예산은 '19년 30억, '20년 135억, '21년 287억원에 달하며 '22년 347억원으로 예상됨.
- 사업비에는 돌봄매니저 인건비, 돌봄SOS센터 사업비, 공간개선비 및 사무관리비 등이 포함되며 연도별 총 예산은 아래 표와 같음.
- '21년도 기준, 돌봄매니저 인건비는 113억원으로 '19년도 채용인력(90명)과 '20년도 채용인력(340명)을 대상으로 공무원인건비 집행기준에 따라 집행. 집행기준액의 75%를 시비에서 지원하고 나머지 25%는 구비에서 충당하도록 함.
- 사업비는 163억원으로 자치구당 약 6억원을 지원. 공간개선비는 총 5억원 상당으로 신규총원 인력 공간개선용으로만 지원 가능하며, 신규채용 261명을 대상으로 1인당 185만원을 지원함.
- 사무관리비는 돌봄SOS센터 홍보비 및 설명회, 돌봄매니저 워크숍 비용에 해당되며 '21년 총 예산은 4억 8천만 원에 달함.

〈표 50〉 돌봄SOS센터 '21년도 소요예산

(단위: 백만 원)

구 분	돌봄매니저 인건비	돌봄SOS센터 사업비	공간개선비	사무관리비
계	11,384	16,326	485	482
산출 내역	'19년채용인력(90명) + '20년채용인력(340명)	25개 자치구 × 655,000천원	1,850천원 × 261명 (신규충원 인력)	돌봄SOS센터 홍보비 및 설명회· 돌봄매니저 워크숍 비용 등
예산 과목	공통	민·관복지협력네트워크 구축 및 복지사각지대 발굴·지원, 지역복지네트워크 구축 및 복지사각지대 발굴 지원 등, 서울 돌봄SOS센터 설치 운영		
	개별	자치단체경상보조금 (308-01)	자치단체자본보조 (403-01)	사무관리비 (201-01)
비고	- 공무원인건비 집행 기준 · 집행 대상 : 「돌봄SOS센터」 사업을 위해 신규 채용(순증)하는 사회복지직 및 간호직 인력 · 지원기준 : 집행 기준액의 75% 지원	- 사업비 집행기준 · 돌봄서비스 중 서비스 추가체계가 적용되어 운영되는 서비스(일시재가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사지원) 제공비 · 사업서비스 제공기관과 업무협약 체결에 의한 서비스 후정산 원칙 · 사업서비스 집행 성격에 맞는 예산항목으로 간주 처리 후 집행가능 · 예산항목 : 사회복지사업보조(307-11), 사회복지장적수혜금(301-01) 등	- 공간개선비 집행기준 · 돌봄SOS센터 사업과 관련된 신규충원 인력의 업무수행을 위한 사무기기, 행정비품 및 PC 등 구입비 · 소모성 물품 구입이 불가하며, 구입 후 물품관리시스템 등재 필요 · 사무실 공간개선을 위한 공사비(※ 신규충원 인력 공간개선용으로만 가능)	

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2.)

7) 사업내용

- (정의) 서울형 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어)사업으로 규정되고 있는 돌봄SOS센터 사업은 시민들의 긴급하고 일시적인 돌봄욕구에 대해 8대 서비스(일시재가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사지원, 안부확인, 건강지원 및 정보상담)를 제공하여 돌봄 공백을 해소하고자 하는 사업임.

〈표 51〉 돌봄SOS센터 8대 서비스 구성 및 주요 내용

구분	서비스 요구 특성	서비스 진행 목표	서비스 제공 내용	주요 자원
일시재가 서비스	돌봄의 공백이 발생하여 단기 서비스를 긴급하게 필요로 하는 경우	이용자 수발 중심의 가장 기본적인 돌봄서비스로서, 돌봄을 필요로 하는 가구에 적절한 서비스를 제공하여 돌봄 어려움 해소	서비스 제공인력이 이용자 가정 등을 방문하여 이용자에게 직접적인 수발 서비스를 제공	사회서비스원 장기요양기관 재가서비스기관 장애인활동지원기관
단기시설 서비스			일정기간 시설 입소를 통해 이용자에게 보호와 수발, 기타 서비스를 종합적으로 제공	장기요양기관 단기보호시설 장애인시설
동행지원 서비스	필수적이고 기본적인 일상생활 영위와 관련하여, 단편적인 서비스 욕구가 일시적으로 발생한 경우	일상 편의 증진과 관련된 서비스로서, 적절한 자원의 신속한 연계를 통해 이용자의 지역 사회 내 자립생활 기능 유지	이용자의 필수 외출 활동에 서비스 제공인력이 동행하여 이동지원 및 업무보조 등 서비스 제공	사회서비스원 장기요양기관 재가서비스기관 장애인활동지원기관
주거편의 서비스			간단한 수리·보수, 점검·확인, 설치·이동 등 이용자 가정 내 시설물 문제 해결과 거주환경 개선을 위한 대청소·방역 서비스 제공	장기요양기관 단기보호시설 장애인시설
식사지원 서비스			이용자의 기본생활 및 식생활이 안정적으로 유지될 수 있도록 정기적인 식사 제공	
안부확인 서비스	일정 기간의 지속적 개입과 관리 차원의 서비스를 필요로 하는 경우	돌봄의 영역을 확장하여 안정적이고 통합적인 서비스를 제공하여 삶의 불안 해소	일정 기간 지속·적정기적인 안부 확인 및 정서지원 등 서비스 제공	사회복지기관
건강지원 서비스			보건·의료 욕구를 가진 이용자에게 보건소 건강돌봄서비스 등 적절한 서비스를 연계	보건(지)소
정보상담 서비스	돌봄과 관련된 어려움과 궁금증이 있는 경우	돌봄과 관련된 어려움에 대한 불안감 감소와 개별적 대응력 향상	돌봄 관련 문제와 어려움에 대응하여 관련 제도나 서비스 등에 관한 맞춤형 정보를 제공하거나, 필요한 경우 관련 제도 및 서비스 연계	돌봄매니저

자료 : 서울시 지역돌봄복지과 · 서울시복지재단. 2020. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』

- (목적) 돌봄 사각지대를 해소하는 한편, 모든 시민들이 지역사회 내에서 오랫동안 건강하고 자립적인 생활을 유지할 수 있는 환경을 구축하고자 함.
- (서비스내용) 돌봄SOS센터의 서비스는 시민들이 돌봄을 필요로 하게 되는 일반적인 상황들을 전제하고, 각각의 상황별로 욕구의 특성을 상황의 시급성과 심각성, 시간적 대응 범위, 필요로 하는 서비스의 양 등 다양한 측면에서 예측하여 8가지 서비스로 구성됨.
- (서비스 대상) 서울 시민이라면 누구나 이용 가능함. 8대 서비스 중 정보상담서비스는 자격 제한이 없지만, 나머지 서비스는 만50세 이상 중장년, 만65세 이상 어르신, 또는 등록장애인 중 아래의 적격 판단 기준을 모두 충족해야 함.
 - 서비스 신청 현재 당사자 혼자 거동이 어렵거나 독립적인 일상생활 수행이 어려운 경우
 - 서비스 신청 현재 당사자를 수발할 수 있는 가족 등이 부재하거나 수발할 수 없는 경우
 - 서비스 신청 현재 공적 돌봄서비스를 이용하지 않거나 불가피한 공백이 발생한 경우
- (서비스 수가) 돌봄SOS센터 서비스는 장기적인 돌봄서비스가 아니고, 보다 많은 시민들이 혜택을 누릴 수 있도록 1인당 연간 최대지원 금액과 서비스 이용량 한도가 책정됨.

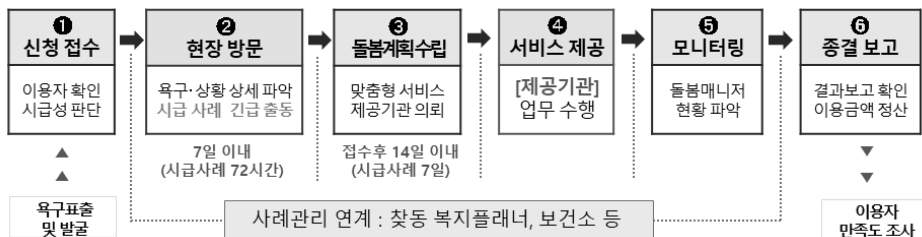
〈표 52〉 돌봄SOS센터 8대 서비스 수가 및 운영 사항

구분	주요 수가 기준	서비스 내용 및 이용 한도 등 운영 기준
일시재가서비스	세부 수가 표 참고 ※ 예: 2시간 38,340원	연간 최대 60시간 (1일 이용 한도 금액 191,600원)
단기시설서비스	1일 58,070원 (식대:이용자 자부담) ※ 시립: 1일 71,900원	서비스 내용 및 이용 한도 등 운영 기준
동행지원서비스	1시간 14,800원 (인력 1인 기준, 기본수가 1시간)	연간 이용한도 금액 이내
주거편의서비스	1시간 14,800원 (인력 1인 기준, 기본수가 1시간)	연간 이용한도 금액 이내(필요시가구기준) ※세탁서비스: 50리터당 30,000원(재료비)
식사지원서비스	1식 7,800원 (배달비 2천원 포함)	연간 최대 30식 ※1개월 이내 서비스 완료 권장
안부확인서비스	비수가 서비스	관련 자원 연계(공공 및 민간 프로그램 활용)
건강지원서비스	비수가 서비스	관련 자원 연계(보건소 건강돌봄서비스 외 기타 자원)
정보상담서비스	비수가 서비스	돌봄매니저 기본 업무, 서울시민 누구나 이용 가능(정보상담서비스 건수 = 접수 건수)

자료 : 서울시복지재단. 2021. 내부자료

- 8대 서비스 중 수가가 부여된 5대 서비스(일시재가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사 지원) 이용금액 지원은 소득 기준으로 결정됨. 수급자 및 법정 차상위 계층 포함, 기준 중위소득 85%(‘21.6.30까지 중위소득 100% 이하 대상자 한시지원) 이하 시민에게는 이용금액 전액 지원되고, 그 외의 시민은 전액 본인 부담 하에 이용 가능함.
- (서비스 신청절차) 돌봄이 필요한 당사자, 가족 및 이웃 등이 동 주민센터나 자치구청에 전화 및 직접방문을 통해 돌봄 매니저에게 서비스 신청함.
 - 동 중심 자치구는 동 주민센터, 구 중심 자치구는 자치구청으로 신청하며 서비스 신청이 들어오면 자치구, 동 주민센터 및 제공기관이 협업을 통해 서비스를 제공하도록 구조화됨.
- (서비스 운영과정) 돌봄 매니저의 서비스 운영 과정은 다음 [그림 18]과 같이 일종의 단계적 사례관리로 볼 수 있으며, 신속한 대응을 위해서 돌봄 욕구가 발견되면 지체 없이 현장을 확인하고 서비스가 제공되도록 해야 함.

[그림 18] 돌봄SOS센터 서비스 제공 업무 절차



자료 : 정은하 외. 2020.『서울시 돌봄SOS센터 사업 발전 방안 연구』

8) 사업성과

○ 돌봄사각지대 및 기존 공적서비스 제외자에 대한 집중지원

- 돌봄SOS센터 사업을 통해 기존 공적서비스(장기요양등급·장애인활동지원) 탈락·제외자·대기자에게 필요한 서비스를 제공할 수 있게 되었음. 특히, 중위소득 100% 이하, 중장년 서비스가 상당량 진행되었고, 기존 제도 보완도 일부 진행됨(서울시 지역돌봄복지과, 2021).
- 특히 코로나19로 다른 돌봄 제도가 일시중단 되고, 방문 서비스가 최소화된 상황에서 돌봄SOS센터를 통한 일시재가·식사지원 서비스는 계속 유지됨. 돌봄SOS센터의 '20년 연간 제공 서비스 43,086건 중 코로나 2차 유행 ('20.8월) 이후 연말까지 총 32,008건이 제공된 것으로 나타나, 긴급돌봄 해소를 위한 돌봄SOS센터의 역할 재확인(서울시 지역돌봄복지과, 2021).

〈표 53〉 돌봄SOS센터 추진실적

(단위 : 건)

구 분	서비스 이용건 (A+B)	접수건(A)	정보상담 외 7대 서비스 이용건(B)							
		정보상담	소 계	일시재가	단기시설	동행지원	주거편의	식사지원	안부확인	건강지원
합 계	100,453	54,787	45,666	12,063	31	2,685	5,199	23,486	1,906	296
2019	10,525	6,228	4,297	1,265	3	195	529	2,013	198	94
2020	43,086	24,142	18,944	5,284	17	928	1,751	10,632	193	139
2021	46,842	24,417	22,425	5,514	11	1,562	2,919	10,841	1,515	63

주: '19년 5개구 5.5개월(7.18~12.31), '20년 5개구 12개월(1.1~12.31) + 20개구 5개월(8.1~12.31)
'21년 25개구 5개월(1.1~5.31)

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』

○ 찾동 돌봄육구 미해소 대상자 등에 직접 제공

- 초기 시스템 구축 단계부터 기존 찾동 복지플래너 통해 발굴·접수된 대상자에게 돌봄서비스가 필요할 경우, 1차 초기상담 후 돌봄매니저에게 바로 연계할 수 있도록 함. 반대로 돌봄 매니저를 통해 발굴 접수된 대상자의 사례관리 필요 시, 돌봄계획 수립 후 찾동 사례관리 담당자에게 연계하는 등 찾동 복지플래너와 돌봄매니저 간 선 순환적 업무연계 체계가 구축됨.
- 돌봄SOS센터에 서비스 의뢰·연계된 24,142건 중 약 40%(9,747건)가 '찾아가는 동주민센터' 복지플래너 통해 의뢰되는 등 기존에 돌봄서비스 자원 부족으로 인해 육구 충족이 어려웠던 찾동 사례에 대해 서비스 제공이 가능해짐(서울시 지역돌봄복지과, 2021).
- '20년 신규 시행 20개 자치구 찾동 상담기록지 작성자 및 돌봄매니저 3,262명을 대상으로 조사 결과, 돌봄SOS센터 시행 이후 '7일 이내 개입' 건수 11.4% 증가, '서비스 연계' 건수 10.1% 증가, '돌봄육구 해결' 건수 15.4% 증가 등으로 나타나 기존 '찾동' 미해결 건 해소에 돌봄SOS센터가 큰 도움이 되었음을 확인(서울시 지역돌봄복지과, 2021).

〈표 54〉 '20년 신규 시행 자치구 대상 돌봄육구 현황 조사

구 분			사전(%)	사후(%)	변화량(%)
합 계			100.0	100.0	
개입 특성	개입 시기	7일이내	56.2	67.6	11.4 ↑
		1달이내	20.9	13.7	-7.2 ↓
		1달이후*	22.9	18.6	-4.3 ↓
	개입 방법	정보 제공	23.0	18.0	-5.0 ↓
		서비스 연계	45.7	55.8	10.1 ↑
		직접 서비스	23.5	17.3	-6.2 ↓
		개입 못함**	7.8	8.9	1.1 ↑
해결 현황		해결	38.7	54.1	15.4 ↑
		진행 중	32.8	30.3	-2.5 ↓
		미해결***	28.6	15.6	-13.0 ↓

자료 : 서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2.)

○ 돌봄매니저에 의한 복지·보건 서비스 통합 제공

- '19년 전국 최초로 간호직 공무원을 동 주민센터 소속으로 배치하여 보건·의료적 한계를 극복. 또 돌봄SOS센터 이용자 중 건강 고위험군을 보건소 건강돌봄서비스와 연계·집중 관리를 실시함으로써 통합돌봄서비스를 지원함.
- 돌봄 매니저가 현장방문을 통해 돌봄계획을 수립하고, 민간 제공기관과 연계하여 추가체계를 통한 직접 서비스 제공(서울시 지역돌봄복지과 · 서울시복지재단, 2020).

○ 돌봄SOS센터 운영 방향성 및 운영 원칙에 부합하는 사업 운영

- (포괄성) 대상(어르신, 장애인) 및 욕구 유형(재가 외 식사, 주거, 이동 등 활발)에 적합한 포괄적인 서비스를 제공하고, 대상 선정 및 우선순위 부여에 있어서 소득기준에 앞서 욕구의 시급성과 심각성을 고려하여 판단할 수 있도록 함.
- (신속성) 접수 후 돌봄 매니저가 방문하는데 평균 1.5일 소요되고 방문 후 계획 수립까지 평균 1.5일이 소요되는 등 예기치 않게 발생한 긴급한 상황, 지속되지 않으나 일시적으로 발생하는 어려움 등에 즉시 대응할 수 있는 체계 수립.
- (충분성) 1인당 이용 금액 423천원(5대 서비스 기준), 제공기간 40.5일, 서비스 개수 1.8개 등 이용 금액의 한도를 고려하되 개인의 욕구가 해결될 수 있는 수준의 서비스 제공.
- (다양성) 돌봄SOS센터의 서비스는 민간 제공기관으로부터 구매하여 제공되는 것이므로, 기관의 서비스 역량이 사업의 품질 및 만족도와 직결됨. 서울시는 사업 초기부터 사회적

경제지원센터, 사회서비스원 및 다양한 민간 재가요양기관 등과의 협력을 통해 자치구별 제공기관 확보, 일시재가서비스 및 사업 운영 과정 전반에 걸쳐 많은 도움을 받음.

- (만족성) 2020년 1~12월 돌봄SOS센터 서비스 종결자 대상 설문조사 결과, 종합만족도 89.47점으로 필요한 서비스를 집에서 받으면서 일상생활 유지가 가능하였다는 점에서 서비스 전반에 만족한다고 응답함. 개인 욕구 수준에 따라 개별적 돌봄계획을 수립하고, 다양한 서비스를 활용하여 시민의 만족도 향상 및 복지서비스 체감도 증진.

9) 한계 및 향후 발전방향

○ 새로운 서비스 대상 특성에 대한 연구와 대응 방안 마련

- 돌봄SOS센터는 기본적으로 보편적 제도를 표방하지만, 제도적·상황적 한계로 인해 모든 시민에 대한 지원이 불가능해 저소득층 중심의 금액 지원이 이루어지고 있음. 따라서 일반 시민의 서비스 접근성을 높이기 위한 제도적 개선이 요구됨(정은하 외, 2020).
- 현재 서비스 대상은 어르신, 장애인 및 만 50세 이상 중장년층이지만 본 사업으로 전환 시 모든 성인이 서비스 대상에 포함됨. 기존 이용자와는 다른 새로운 이용자의 특성, 소통방법 및 서비스 제공기관의 구체적 대응 방안 마련이 필요함(정은하 외, 2020).

○ 고정적·장기적 돌봄 욕구에 대응하는 방안 마련

- 돌봄SOS센터는 제도적으로 소외된 돌봄 사각지대를 대상으로 일시적·단편적 서비스를 강조하고 있지만, 실제로 대부분의 돌봄 욕구는 장기적·만성적인 상황과 결합되어 있음. 서비스 확대를 앞두고 장기적 돌봄 욕구에 대한 대응방안 마련이 시급함(류명석, 2020).
- 개인별 서비스 제공 한도를 늘리는 방법은 근본적인 해결책이 아니며, 지역별 돌봄 수요를 반영하여 서비스 규모를 확대하고 기존 서비스와 연계를 효율화하는 것이 바람직함. 2022년 수립 예정인 제5차 지역사회복지계획을 통해 돌봄서비스 확충방안을 마련해야 함(류명석, 2020).

○ 다양한 제공기관 확보 및 서비스 품질유지

- 돌봄SOS 사업에는 민간 재가요양기관을 비롯한 다양한 주체들이 참여하고 있음. 참여 주체들이 다양화되고 제공기관 수가 많아짐에 따라 다양한 제공기관의 서비스 품질을 균일하게 유지·관리하는 방안에 대한 고민이 필요함(류명석, 2020).
- 참여 주체들이 좋은 돌봄을 실천할 수 있도록 적절한 수준에서 서비스 수가를 책정해야 하며, 서비스 제공기관 선정기준을 도입하고, 정기적인 모니터링을 통해 자치구별 편차 없는 제공기관 관리와 서비스 품질 확보를 위한 노력을 지속해나가야 함(류명석, 2020).

○ 공공 영역 돌봄매니저 서비스 운영 관련 전문성 강화

- 향후 '동' 중심 기본 모형의 안정적 운영을 위해서는 기존의 동별, 자치구별 편차가 해소되어야 함. 이를 위해 돌봄SOS센터 운영 매뉴얼과 공통 서식 등이 마련되어 있고, 동주민센터와 자치구 담당자의 업무내용도 상세히 제시되어 있으나 담당자의 역량에 따라 편차가 발생하고 있음.
- 돌봄SOS센터에서 가장 핵심적인 과업은 돌봄 매니저가 돌봄 서비스를 필요로 하는 시민 개개인을 대상으로 맞춤형 돌봄 계획을 수립하고 돌봄 의뢰서를 작성하는 것임. 이를 위해서 돌봄 매니저는 공공 영역 돌봄 서비스 전문가로서 다양한 복지-돌봄 제도 및 서비스에 대한 전문적 지식과 풍부한 지역사회 자원 연계 능력을 보유해야 함.
- 돌봄SOS센터 사업의 질 제고 및 서비스 이용자의 만족도 향상을 위해서 돌봄 매니저 대상 기본 교육 및 역량강화를 위한 지원이 필요함. 또한, 현장에서 발생하는 다양한 상황에서 돌봄 매니저의 재량으로 판단이 어려운 경우에 대비해 체계적인 의사결정 지원 체계를 구축해야 함.

○ 사업 성과지표 구성·관리를 통한 사회적 가치에 대한 접근

- 돌봄SOS센터 운영 초기에는 총 서비스 이용자 수, 이용 서비스 건 수, 사업비 지출 정도 및 참여 제공기관 등을 통해 사업 실적을 파악하고 이용자 만족도 조사를 통해 사업이 지향하는 가치 달성 정도를 확인하였음.
- 그러나 향후 동 중심 모형으로 안착한 후에는 돌봄 공백 접근을 통한 복지사각지대 해소 정도, 민간 제공기관의 돌봄SOS센터 사업 참여를 통한 일자리 창출, 인프라 확충 여부, 기존 돌봄 제도의 보완 수준 및 지역사회 돌봄 네트워크 구축 정도 등 사업운영의 의미를 재확인하고, 향후 방향성 설정을 위한 성과지표 구축이 필요함(정은하 외, 2020).

○ 지역사회통합돌봄 지향 업무체계 정비와 사업 정체성 확보

- 돌봄SOS센터는 서울형 지역사회통합돌봄 제도로 출범하여 일정 기준을 충족한 대상에게 8대 돌봄 서비스를 단기간 내에 제공한다는 특성을 가지고 있음. 그러나 이러한 운영 범위를 벗어나는 상황이 발생하면 또 다른 돌봄 공백이 발생할 가능성이 여전히 존재함(정은하 외, 2020).
- 또한, 공공과 민간 간의 관계가 수가 적용을 위한 협약 관계 중심으로 구축되어 있어서 이러한 관계를 벗어날 경우, 지역사회 내 복지 자원이나 공동체 역량을 활용하기 어려운 실정임.
- 돌봄SOS센터만의 적극적 이용자 발굴 체계가 갖추어지지 않고 찾아가는 동주민센터에 대한 의존도가 높음. 지역사회통합돌봄 관점에서 돌봄SOS센터의 업무체계를 사례 발굴

부터 서비스 이용 후 지역사회 내 돌봄 체계 연계에 이르기까지 이용자 욕구 흐름에 따라서 전반적으로 재정비할 필요가 있음(정은하 외, 2020).

- 향후 중앙정부의 다양한 사업(커뮤니티케어, 노인맞춤돌봄서비스 등)과 연계를 통해 활용 가능한 자원의 범위를 지속적으로 확대해 나가며 협력 방안을 모색해야 함. 이는 장기적으로 돌봄SOS센터 사업의 안정성 및 확장성 확보 차원에서도 고민해나가야 할 부분임(정은하 외, 2021).

10) 소결

- 서울형 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어)사업으로 규정되고 있는 돌봄SOS센터 사업은 시민들의 긴급하고 일시적인 돌봄 욕구에 대해 8대 서비스(일시재가, 단기시설, 동행 지원, 주거편의, 식사지원, 안부확인, 건강지원 및 정보상담)를 제공하여 돌봄 공백을 해소하고자 하는 사업임. '19년 5개 자치구 시범사업을 시작으로 '20년 10개, '21년 10개 자치구로 점진적 사업 확장계획이 있었으나, 코로나19로 인해 '20년 25개 전 자치구로 조기 확대·실시됨. 현재 서울시 25개 자치구, 총 425개 동 주민센터에 돌봄SOS센터를 설치하고 돌봄매니저 2명(사회복지직, 간호직 공무원 각 1명)을 배치함으로써 돌봄욕구 발생시 신속하게 현장을 방문하여 돌봄계획 수립 후, 제공기관을 통해 직접 서비스가 제공되도록 하고 있음.
- 사업모형에는 '동' 중심 모형과 '구' 중심모형이 있으며, 동 중심모형은 동 주민센터 복지2팀 내 돌봄SOS센터를 설치하고, 센터장(복지2팀장 겸직)과 돌봄매니저 2명을 배치하여 돌봄서비스 신청에서 사후관리까지 수행하도록 함. 구 중심모형은 구청 복지부서 내 돌봄지원팀을 신설하고 정규직 3명(팀장, 돌봄매니저 2명)을 배치하여 자치구 단위의 컨트롤 기능과 지역단위의 돌봄 협력체계 구축을 위한 업무를 수행하도록 함.
- 사업예산은 '19년 30억, '20년 135억, '21년 289억 원에 달하며 돌봄 매니저 인건비, 돌봄SOS센터 사업비, 공간개선비 및 사무관리비 등이 포함됨. 신규배치 사업인력은 '21년 현재 총 691명(사회복지직 406, 간호직 285)명으로 전국 최초로 간호직 공무원을 동 주민센터 소속으로 배치하여 돌봄 매니저에 의한 복지·보건 통합 서비스를 제공하도록 함.
- 돌봄SOS사업 시행 이후, 시급하고 단기적인 사례에 대한 개입 속도 및 문제 해결력이 향상되었고 돌봄 욕구에 대한 보다 적극적 관점과 대응기준이 형성되었다고 볼 수 있음. 또한, 사회적경제조직 등 다양한 돌봄비즈니스 주체의 참여를 통해 복지서비스 제공에 있어서 새로운 가능성이 발견되었고, 지역사회 내 다양한 자원들과의 협업으로 실

질적인 문제 상황 개선 효과성이 제고됨. 전체적으로는 돌봄SOS사업을 통해 공백 해소 이슈에 적극적으로 대응하고, 보편적 복지서비스가 실현됨으로써 공공 정책에 대한 시민들의 인식 변화에 기여하였다고 볼 수 있음.

- 돌봄SOS사업을 통해 돌봄사각지대 및 기존 공적서비스 제외자에 대한 집중 지원이 이루어졌고, 찾아가는 동주민센터 복지플래너와 돌봄SOS센터 돌봄매니저 간 선 순환적 업무연계 체계가 구축됨으로써 기존에 돌봄서비스 자원 부족으로 인해 욕구 충족이 어려웠던 찾동 사례에 대해 서비스 제공이 가능해졌음. 또한, 복지·보건 통합 서비스 제공이 가능해졌고 넷째, 이용자가 필요로 하는 사회서비스를 집에서 받으면서 일상생활 유지가 가능해졌다는 점에서 시민의 만족도 및 복지서비스 체감도 증진에 기여하였다고 볼 수 있음.
- 하지만, 당초 제도적으로 소외된 돌봄 사각지대를 대상으로 일시적·단편적 서비스를 제공하려 했던 것과는 달리, 실제로 대부분의 돌봄 욕구는 장기적이고 만성적인 상황과 결합되어 있으므로 이러한 장기적 돌봄 욕구에 대한 대응방안을 마련할 필요가 있음.
- 또한, 향후 전 시민을 대상으로 서비스를 확대하기 위해서는 기존 저소득층 이용자와는 상이한 새로운 이용자의 특성, 소통방법 및 민간 서비스 제공기관의 구체적 대응방안에 대한 고민이 필요하며, 제공기관 별 서비스 품질 유지·관리에도 유의해야 함.
- 향후 동 중심 모형으로 안착한 후에는 방향성 설정을 위한 성과지표를 구축해야 하며, 돌봄SOS센터 사업의 안정성 및 확장성 확보 차원에서 중앙정부의 다양한 사업(커뮤니티케어, 노인맞춤돌봄서비스 등)과 연계를 통해 활용 가능한 자원의 범위를 지속적으로 확대해 나가며 협력 방안을 모색해야 함.
- 서울시 돌봄SOS센터 사업을 통해 우리가 참고할 수 있었던 점은 사업의 안정성과 지속성을 담보하기 위해서 ‘광역주도형 사업’이라는 태생적 한계를 극복해야 한다는 점임. 성인 돌봄의 영역에서 지역사회통합돌봄과 서울시 돌봄SOS센터 사업을 비교해보면, 전자는 정부가 커뮤니티케어를 기초자치단체 중심의 지역주도형 사업으로 추진한 것이고, 후자는 서울시가 사업을 설계하고 예산을 전액 지원하는 광역주도형 사업임.
- 따라서 전자에 비해 서울시 안은 광역자치단체장의 의지에 따라 사업의 범위와 내용이 달라질 가능성이 존재함. 통합복지하나로 시범사업이 본 사업으로 전환되어 ‘제주형 통합돌봄체계’로 자리매김하기 위해서는 (가칭)통합복지하나로센터 설치 및 운영 조례 등의 제정을 통해 정권의 변화에 영향 받지 않고 보다 장기적인 관점에서 안정적으로 사업이 운영될 수 있도록 해야 함.

다. 경기도 “무한돌봄센터”

1) 추진배경

○ 복지전달체계의 분절성·비효율성 문제

- 그 동안 한국의 복지서비스 전달체계는 공공과 민간 영역 모두에서 비효율적이라는 비판을 받아왔고 경기도내 전달체계의 비효율성 문제 역시 지속적으로 지적되고 있었음.
- 경기도내 다양한 복지서비스 제공 주체들이 각자 서비스 제공체계에만 집중되어 분절적으로 서비스를 제공함. 따라서 복합적 욕구가 있는 위기가구의 경우 통합적인 서비스를 받을 수 없고, 해당 서비스가 있는 기관들을 따로따로 방문해야 하는 번거로움이 있었음.

○ 민관협력 및 민민 간 연계의 중요성 대두

- 지역사회 내에서 복지서비스를 제공하는 수많은 공공과 민간기관들이 있지만, 이들 기관이 서로 연계되지 못함에 따라 복합적 욕구가 있는 가구를 전반적으로 관리하고 지원하는 체계가 작동되지 않음.
- 특히, 공공의 각 부서들 간에 칸막이 행정이 존재하고 있어 연계가 어려울 뿐만 아니라, 민간기관들 간에도 협조체계가 구축되지 않아 체계적인 서비스 이용과 관리가 이루어지지 않음. 따라서 위기가구에 대한 지역사회 차원의 통합적 접근이 가능하도록 민간과 공공, 민간기관들 간의 연계를 통해 허브 역할을 할 수 있는 체계의 필요성이 대두됨.

○ 복지사각지대와 취약계층의 잔존 문제

- 무한돌봄 사업은 경기도형 긴급복지제로서 2008년 11월 경제위기 상황에서 ‘선 지원 후 심사’를 기본으로 위기 저소득층 가정 대상 신속 지원을 위해 도입됨. 그러나 긴급복지 급여, 무한돌봄 급여를 받았음에도 불구하고 위기상황을 극복하지 못하는 가구들이 발견되면서 보다 장기적인 비전을 바탕으로 운영될 필요성이 있다는 의견들이 제시됨. 이에 따라 위기가정에 대한 포괄적인 서비스 제공과 지속적인 관리가 가능한 시스템 구축이 논의됨.

○ 보건복지부 전달체계 개편

- 보건복지부는 복지서비스 전달체계개편을 위해 2010년부터 유사한 복지프로그램들을 정리하고 민간복지서비스 전달체계 개선(기능 통합, 전문화 및 다기능화)을 도모하였으며 사회복지통합관리망 시스템 등을 운영함.
- 그러나 사회복지통합관리망을 중심으로 진행되는 위기가정 사례관리 시스템을 경기도에 그대로 적용하기에는 무리가 있기 때문에, 경기도형 위기가정 사례관리시스템을 성공적으로 적용시키기 위한 방안이 고민됨(성은미 외, 2012).

2) 추진경과

○ 2008년 금융위기로 시작된 경기침체로 위기상황에 처한 가구의 확대와 함께 학대, 유기, 이혼, 자살 및 노숙인·부랑인 등이 증가함. 위기상황이지만 정부의 지원기준에 해당되지 않아 지원을 받지 못하는 등 기존 제도로는 대응에 한계가 있었던 틈새 계층의 수급권자 전락 예방을 위해 경기도 무한돌봄사업이 탄생함.

- 2008년 11월, 위기가정 긴급지원을 위한 무한돌봄사업이 시작되었고, 2010년 1월, 남양주무한돌봄센터를 시작으로 도내 각 지역에 무한돌봄 사업을 전담하는 무한돌봄센터가 설립됨.

• 2008년 무한돌봄사업 시행

- 경제난 극복 긴급 민생 안정 대책회의 : '08. 7. 7
- 사회복지사, 시설대표 등 간담회 : '08. 7. 11, 7. 12
- 13 시·군 복지담당 공무원 의견수렴 : '08. 7. 22
- 시·군 담당 실무자 간담회 : '08. 8. 11
- 고등학교 수업료 미납 현황 파악,미납가구 방문 : '08. 8. 25 ~ 8. 29
- 무한돌봄사업 기본계획 확정 : '08. 9. 1
- 시·군 사업 설명회 : 담당(9.23), 과장(10.6), 부시장·부군수(10.13)
- 경기도 저소득 위기 계층 지원방안 포럼 : '08. 10. 6
- 경기도 저소득주민의 생활안정지원에 관한 조례제정 : '08.10.16
- 무한돌봄사업 시행 : '08. 11. 1.

• 2009년 무한돌봄센터 준비

- 도지사의 위기가정지원정책에 따라 무한돌봄센터 설치 방안수립
- 무한돌봄 TF팀 구성
- 간담회/공청회/전문가 자문회의 진행
- 사회복지전달체계 변화와 발전을 위한 토론회 개최

• 2010년도 도 및 시·군 무한돌봄센터 개소 및 운영

- 무한돌봄센터 운영매뉴얼, 설치지침 배부
- 사례관리/자원개발매뉴얼, 사례관리교육 연구/교재 개발

• 2011년 무한돌봄센터 지역정착

- 30개 시·군센터 / 89개 네트워크팀 운영
- 대한민국 대표브랜드상, 복지지원정책부문 대상(3년 연속)
- 대통령 소속 사회통합위원회 사회정책서비스 전달체계부문 선정

• 2012년 무한돌봄센터 도약

- 31개 시·군센터 / 95개 네트워크팀 운영
- 무한돌봄BI 업무표장 등록(특허청)
- 무한돌봄센터 인력충원 및 조직개편(보건복지부 희망복지지원단에 의거)

○ (사업내용 변화) 무한돌봄사업은 2008년 도입된 이후 지속적으로 위기사유, 서비스 기간 및 내용, 선정기준 등의 제도적 변화가 이루어짐. 이러한 배경에는 국민기초생활 보장법의 변화, 경제위기 등 무한돌봄관련 사업을 둘러싼 환경변화가 있으며, 이는 중앙정부의 기초생활보장제 및 긴급복지지원 대상자의 확대에 영향을 받았기 때문임. 사업의 변천과정은 크게 태동기, 확대기, 안정기, 전환기, 정체기 등 5가지로 구분되며 세부적인 내용은 다음과 같음.

- 태동기&확대기 : 무한돌봄사업이 처음 시작한 2008년을 태동기로 보며, 이후 사업이 본격적으로 시작한 2009년을 확대기로 볼 수 있음.
- 안정기 : 정치적·정책적 요구로 인해 2010년~2014년까지 안정적 사업이 수행될 수 있는 행·재정적 기반을 마련함으로써 안정기에 돌입.
- 전환기 : 이후 2015년 긴급복지지원제도 등 중앙정부 사업의 확대가 나타면서 서비스 대상자의 증척 및 이용자의 감소 등 무한돌봄사업 전반에 대한 전환의 시기가 도래.
- 정체기 : 이에 2017년부터는 긴급복지지원제도와 차별성을 두는 방향으로 대상자 확대 등 제도 개선이 모색되었고 선정기준 완화 등 미시적 차원에서 제도 변화가 나타남. 그러나 민선 7기 이후 무한돌봄사업은 정체기를 맞이함.

① 태동기(2008년) : 무한돌봄사업 시작

- 무한돌봄사업은 2008년 경제위기상황에서 위기가정의 신속한 문제해결을 위해 시작됨. 이 시기 무한돌봄사업은 '선지원 후심사' 원칙을 통해 의료비, 가정폭력, 실직 등의 이유로 위기에 처한 가정에 신속한 지원을 목표로 하는 한시적인 정책이었음.

② 확대기(2009년) : 한시적 제도에서 상시적 제도로 전환

- 2009년 중순, 무한돌봄사업이 한시적 제도가 아니라 경기도형 복지정책으로 자리매김할 필요가 있다는 문제의식들이 제시되었으며, 이 과정에서 경기도 무한돌봄센터의 설치 필요성이 제기됨.
- 2008년 11월 무한돌봄사업 시행 이후 2009년 1월 제1차 지침개정을 통해 제도가 개선됨. 2개월간의 사업 운영과정에서 위기가정 긴급지원을 통해 일시적으로 경제상황이 개선된다 하여도 의료비, 실직 및 재취업의 어려움 등으로 위기탈출에 성공하기 못한 가구가 존재한다는 것을 발견, 무한돌봄사업의 안정적 운영의 필요성이 높아짐.

③ 안정기(2010년~2014년)

- 서비스 전달체계의 확장(2010년) : 2년간 사업수행 결과, 무한돌봄사업은 기존의 사회보장제도 하에서 발생하는 복지 사각지대 문제를 해결할 수 있는 경기도형 사회보장제로 인식되었고, 효율적인 서비스 전달에 대한 필요성을 더욱 강화시킴.
- 유연성 확대(2011년) : 무한돌봄사업 지원항목 중 사례관리비 지원기준을 개정하고 지원항목과 예산범위를 설정하여 무한돌봄센터 사례관리 시 예산활용에 대한 근거를 마련함.
- 안정 유지(2012년) : 무한돌봄센터의 안정화로 인해 사례관리비가 삭제되고, 실직·사업 실패자 중 자활근로나 노인일자리 사업 등 공공일자리 참여자는 무한돌봄사업 대상자로 불인정 하는 등 위기상황 대상자가 축소됨.
- 안정 유지 지속(2013년) : 대상자 선정 기준 중에서 재산기준 확대, 위기우려 빈곤가구의 근로 무능력 연령기준을 확대·적용하여 도덕적 해이 발생 방지를 도모함.
- 안정 유지 지속(2014년) : 무한돌봄센터 및 사업이 안정적으로 운영되며 위기사유, 지원대상자, 지원기관을 한정하는 등 무한돌봄사업에 대한 지침해석을 명료화함.

④ 전환기(2015~2016년)

- 긴급지원 확대에 따른 제도전환(2015년) : 긴급복지지원제도의 변화로 인해 경기도 내 지원가구 수가 2배 이상 증가함에 따라 시장·군수의 재량권을 강화함. 위기사유의 다양화와 서비스 내용 확대 및 소득·금융재산 등 선정기준을 완화.
- 소득 기준(중위소득) 변경(2016년) : 기초생활보장제도의 소득기준이 최저생계비에서 중위소득으로 바뀜에 따라 긴급지원 뿐 아니라 무한돌봄사업의 소득기준도 함께 개편됨. 이에 따라 무한돌봄사업의 성격을 '위기상황 가구지원 사업'으로 명확화 함.

⑤ 정체기(2017~2018년)

- 차별화 전략 지속적 모색(2017년) : 2015년부터 긴급복지와의 차별성을 위해, 청·장년

층의 취업난 극복 및 자립을 위한 지원 항목을 신설하고, 일부 서비스 내용범위의 확대 하였으나 소득 및 재산 기준 등 근본적인 변화는 미흡함.

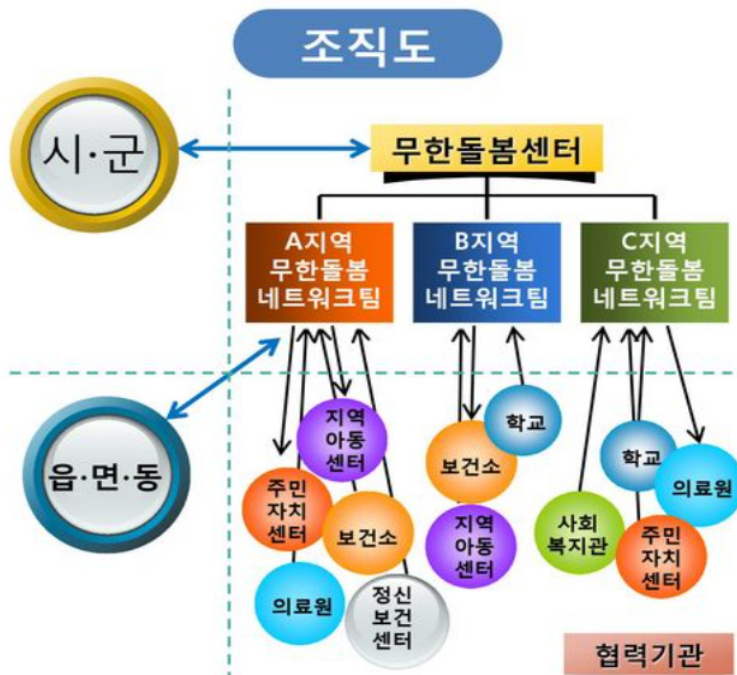
- 차별화 전략의 한계(2018년) : 2017년도와 마찬가지로 일부항목 지원비 확대 외에 무한돌봄사업 발전을 위한 근본적인 변화 없이 소극적인 개정이 이루어짐.

⑥ 이후(2019~2021년)

- (2019년) 2019년도 경기도형 긴급복지(무한돌봄) 사업에 의거, 사업을 진행. 소득기준을 중위소득 80%로 이하로 축소하였고 생계지원비, 경기도형 긴급복지 간병비 및 주거지원비 등을 일부 증액함.
- (2020~2021년) 중위소득, 재산 및 금융재산 등 소득기준을 완화하였고 지원항목 및 지원 금액이 소폭 변화함.

3) 운영체계

[그림 19] 경기도 무한돌봄센터 조직



자료 : 성은미 외. 2012. 『사회복지서비스 전달체계 개선방안 연구』

- 무한돌봄센터는 그림에서 볼 수 있듯이 세 단계로 구성되어 있으며, 시·군 무한돌봄 센터에 대한 모니터링, 컨설팅 및 운영 지원, 사례관리 전문인력 양성 교육, 네트워크 구축 지원 등 Control Tower 역할을 수행하는 경기도무한돌봄센터가 별도로 있음.

가) 시·군 무한돌봄센터

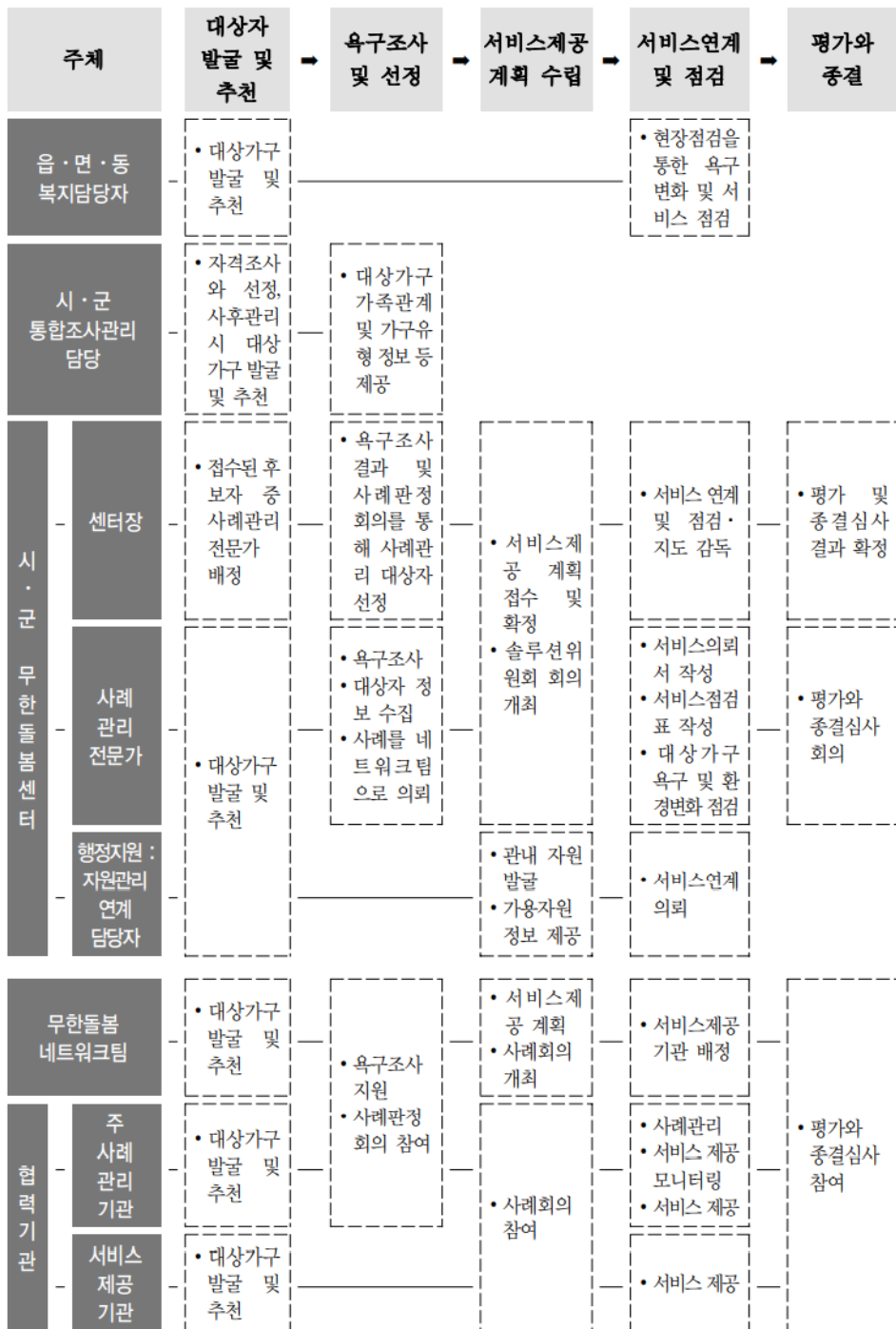
○ (설치기준)

- 설치개소는 시·군별로 1개이며 시·군청 내에 설치하되, 사회복지통합관리망 사용이 가능하고 방문자 접근성이 편리한 독립된 공간에 설치. 시·군 센터는 지역사회 내 복지자원 개발, 연계 및 조정하는 허브 역할을 통해 사실상 지역사회 복지자원의 조정자라고 할 수 있음.

○ (기능 및 주요사업)

- 지역사회 복지자원 발굴 및 연계 : 시·군 무한돌봄센터의 가장 기본적인 역할은 지역사회에 존재하는 다양한 복지자원들을 파악하고, 이를 상황에 따라 연계하는 것임. 경기도 내 대부분의 지역에 복지자원이 절대적으로 부족하다는 점에서 지역사회 내 복지자원은 시·군 무한돌봄센터의 중요한 역할임.
- 사례관리 지원 : 무한돌봄센터에서 진행하는 사례관리는 일반 복지관이 진행하는 수준을 넘어서 지역사회 전체가 참여하는 지역기반의 사례관리라 할 수 있음. 2009년에는 사례관리대상자를 긴급, 집중, 단순의 3단계로 구분했으나(최희철 외, 2009), 2010년에는 긴급, 집중, 일반, 단순의 4단계로 구분함(홍선미 외, 2010).
- 이 중 긴급사례 즉, 즉각적인 문제해결이 필요한 위기가구의 경우에는 네트워크팀이나 협력기관이 아닌 시·군 무한돌봄센터에서 긴급사례에 대한 솔루션위원회를 구성하여 사례관리를 진행함.
- 시·군 무한돌봄센터에서 진행하는 사례관리 지원의 핵심적인 역할은 무한돌봄네트워크팀에 대한 지원임. 시·군 무한돌봄센터는 무한돌봄네트워크팀이 집중, 일반 및 단순사례에 대해 실질적인 사례관리를 진행할 수 있도록 전문적이고 물질적으로 지원하는 역할을 담당함. 뿐만 아니라 지속적인 모니터링과 평가를 진행하여 네트워크팀의 역량 강화 및 지역사회 내에서 전문적인 사례관리 시스템이 운영될 수 있도록 관리.

[그림 20] 무한돌봄센터 사례관리 절차



자료 : 홍선미 외, 2010. 『무한돌봄센터 사례관리매뉴얼』

○ (인력)

- 공무원(센터장 포함), 민간사례관리자(1명 이상), 사회복지통합서비스전문요원 등.

나) 무한돌봄네트워크팀

○ (설치기준)

- 지역별 무한돌봄네트워크팀은 민간영역에 존재하며, 읍·면·동 4~5개당 1개 네트워크팀을 설치하고 시·군에 따라 1~8개의 거점단위 네트워크팀이 설치됨. 기존의 사회복지시설(기관) 또는 비영리법인에 위탁하여 운영하되, 배치된 인력은 사례관리를 전담하며 독립적으로 운영될 수 있어야 함.
- 경기도내 31개 시·군 여건이 상이하므로 단일한 마을단위 허브체계를 구축하는데 어려움이 있음. 지역적 특성을 고려하여 기본형 네트워크팀과 확장형 네트워크팀으로 나뉨.
- 기본형 네트워크팀 : 복지자원이 있는 지역 내 사회복지기관을 선정하고 민간사례관리전문가 1인의 인력을 배치하여 사례관리를 제공함. 지역의 협력기관과 사례관리 협조체계 구축을 통해 통합사례관리 수행·조정 및 지역의 복지자원을 발굴·연계함.
- 확장형 네트워크팀 : 복지자원이 부족한 지역에 네트워크팀장, 민간사례관리자 등 5인 이하의 인력을 배치. 단기적인 운영을 전제로 통합사례관리 수행·조정 및 지역의 복지자원을 발굴·연계하며, 복지서비스를 직접 수행함.

○ (운영주체)

- 기본적으로 민간위탁방식으로 기존 사회복지시설(기관) 또는 비영리법인에 위탁하여 운영하되 독립적으로 운영됨. 기존 복지시설을 활용하기 어려운 경우에는 확장형으로 함.

○ (역할)

- 사례발굴 : 무한돌봄네트워크팀의 중요한 역할은 사례발굴과 지역기반의 집중대상 관리임. 그 중 사례복지사각지대에 놓여있는 대상자에 대한 발굴뿐만 아니라 협력기관에서 해결되지 못한 집중 및 긴급사례에 대한 발굴도 여기에 해당됨.
- 집중대상 사례관리 : 네트워크팀의 여러 역할 중에서 가장 중요한 것은 바로 지역기반의 집중대상 사례관리임(최희철 외 2009). 네트워크팀은 복합적인 위기상황에 놓여있는 집중사례관리 대상자에게 필요한 서비스를 제공하기 위해 시·군, 네트워크팀을 비롯해 지역사회의 다양한 복지기관들과 함께 권역별 사례회의를 진행함.

- 즉, 복합적 문제 상황에 개입하기 위해 지역사회 내 여러 관련기관들과 함께 사례회의를 개최하고, 대상자에 대한 전반적인 서비스 계획을 수립하고 모니터링 역할을 수행함.
- 네트워크팀에서 진행하는 사례회의가 다른 사례회의와 다른 점은 첫째, 기존의 사례회의가 해당 기관 내 여러 부서들 사이에서 이뤄지는 것이었다면, 네트워크팀의 통합사례회의는 지역사회 여러 복지기관들 사이에서 이뤄진다는 점임. 둘째, 기존 사례회의는 사례회의 참여자가 제한되어 있었다면, 네트워크팀에서 진행되는 사례회의는 지역사회 복지기관 대부분에게 열려있는 통합사례회의임(성은미 외, 2012).

다) 협력기관

- 협력기관은 민과 관 모두를 포함하며, 일선에서 다양한 복지서비스를 제공하는 직접적인 서비스 공급자들임.
- 네트워크팀에서 이뤄지는 통합사례회의에 참여하고, 사례발굴 및 주사례관리기관 역할을 담당함. 대상자에게 필요한 복지서비스는 시·군 무한돌봄센터에서 네트워크팀, 그리고 협력기관으로 이어져서 제공되며, 서비스 이용자의 특성에 따라 서비스 제공 주체가 달라짐.

4) 사업인력¹¹⁾

가) 복지업무 담당 인력

- 현재 중앙정부차원에서 읍면동에 찾아가는 보건복지팀을 설치하고 있고, 경기도의 경우 도내 1,884명이 찾아가는 보건복지서비스 업무를 담당하고 있음
- 경기도 전체적으로 보면, 총 1,884명이 읍면동에서 찾아가는 보건복지업무를 수행하고 있고 대부분 2유형으로 설치되어 있음 - 1유형은 읍면동 내 복지관련팀이 기존복지업무 담당팀, 찾아가는 보건복지업무 담당팀으로 구분되어 운영되는 경우임. 1유형의 공무원은 498명으로 전체 26.4%로 나타남.
- 2유형은 읍면동 내 복지관련팀이 대부분 1개로 구성되어 있고, 1개 팀에서 찾아가는 복지업무와 기존 복지업무를 함께 수행하는 경우임. 2유형 중에서 찾아가는 보건복지서비스 업무를 담당하는 인력은 1,332명으로 70.7%에 해당됨.
- 3유형은 읍면동 내 찾아가는 보건복지업무를 수행하는 1개 팀과 민원팀에서 기존 복지업무를 담당하는 모형임.

11) 본 내용은 성은미 외, 2021년, 『2021년 경기도 무한돌봄센터 운영평가 및 평가체계 개편연구』의 내용을 수정·보완 하였음

○ 공무원 인력이 지속적으로 증대하곤 있지만 2020년은 코로나-19의 영향으로 인해 2019년 대비 업무수행 인력이 감소하였음

- 2020년 추진된 무한돌봄센터 평가연구에 의하면(성은미 외, 2020b), 경기도내 찾아가는 보건복지업무담당인력은 1,653명으로 나타났다.
- 이 수치는 2020년 1,332명보다 321명이 적은 수치임. 일부분 코로나-19의 영향으로 인력수의 감소, 통합사례관리 전반적인 실적도 하락하는 현상이 나타났다.

〈표 55〉 경기도 찾아가는 보건복지팀 인력 및 팀장 직렬

(단위: 개, 명)

구분	찾아가는 보건복지팀 유형*								찾아가는 보건복지팀장 직렬			
	전체		1유형		2유형		3유형		사회복지		행정직 및 그 외 직렬	
경기도	884명	(100%)	498명	(26.4%)	1332명	(70.7%)	54명	(2.9%)	163명	(32.1%)	344명	(67.9%)
가평균	34명	(100%)	34명	(100%)					2명	(33.3%)	4명	(66.7%)
고양시	81명	(100%)	9명	(11.1%)	72명	(88.9%)			8명	(21.6%)	29명	(78.4%)
과천시	8명	(100%)			8명	(100%)			2명	(100%)	-	-
광명시	33명	(100%)					33명	(100%)	8명	(57.1%)	6명	(42.9%)
광주시	35명	(100%)	26명	(75.0%)	9명	(25.0%)			5명	(50.0%)	5명	(50.0%)
구리시	27명	(100%)			27명	(100%)			2명	(25.0%)	6명	(75.0%)
군포시	54명	(100%)			54명	(100%)			4명	(36.4%)	7명	(63.6%)
김포시	42명	(100%)	8명	(19.1%)	34명	(80.9%)			5명	(35.7%)	9명	(64.3%)
남양주시	48명	(100%)	48명	(100%)					7명	(77.8%)	2명	(22.2%)
동두천시	23명	(100%)			23명	(100%)			4명	(75.0%)	2명	(25.0%)
부천시	76명	(100%)	76명	(100%)					9명	(40.0%)	6명	(60.0%)
성남시	208명	(100%)			197명	(94.5%)	12명	(5.5%)	15명	(20.0%)	36명	(80.0%)
수원시	199명	(100%)			199명	(100%)			6명	(34.1%)	29명	(65.9%)
시흥시	87명	(100%)			87명	(100%)			6명	(33.3%)	12명	(66.7%)
안산시	114명	(100%)			114명	(100%)			6명	(24.0%)	19명	(76.0%)
안성시	43명	(100%)	3명	(7.0%)	31명	(72.1%)	9명	(20.9%)	1명	(9.1%)	10명	(90.9%)
안양시	84명	(100%)			84명	(100%)			7명	(22.6%)	24명	(77.4%)
양주시	39명	(100%)	15명	(38.5%)	24명	(61.5%)			5명	(45.5%)	6명	(54.5%)
양평균	40명	(100%)	40명	(100%)					2명	(16.7%)	10명	(83.3%)
여주시	64명	(100%)	14명	(21.9%)	50명	(78.1%)			5명	(41.7%)	7명	(58.3%)
연천군	31명	(100%)	22명	(71.0%)	9명	(29.0%)			2명	(33.3%)	4명	(66.7%)

구분	찾아가는 보건복지팀 유형*								찾아가는 보건복지팀장 직렬	
	전체		1유형		2유형		3유형		사회복지	행정직 및 그 외 직렬
오산시	29명	(100%)			29명	(100%)			2명	(33.3%) 4명 (66.7%)
용인시	85명	(100%)			85명	(100%)			9명	(25.7%) 26명 (74.3%)
의왕시	21명				21명	(100%)			1명	(16.7%) 5명 (83.3%)
의정부시	44명		14명	(31.8%)	30명	(68.2%)			7명	(50.0%) 7명 (50.0%)
이천시	62명		8명	(12.9%)	54명	(87.1%)			2명	(14.3%) 12명 (85.7%)
파주시	51명		51명	(100%)					3명	(18.8%) 13명 (81.3%)
평택시	75명		39명	(51.7%)	36명	(48.3%)			4명	(17.4%) 19명 (82.6%)
포천시	15명		15명	(100%)					6명	(85.7%) 1명 (14.3%)
하남시	50명		4명	(8.1%)	46명	(91.9%)			6명	(42.9%) 8명 (57.1%)
화성시	84명		73명	(86.9%)	11명	(13.1%)			12명	(42.9%) 16명 (57.1%)

* : 찾아가는 복지팀은 3가지 유형으로 구분됨. 1유형은 찾아가는 복지팀과 기존 업무팀이 별도로 운영되는 방식임. 2유형은 찾아가는 복지업무와 기존업무가 1개 팀에서 운영되는 방식임. 3유형은 찾아가는 복지팀이 별도로 설치되고, 기존 복지업무는 읍면동내 주민등록 등 민원을 처리하는 부서에서 담당하는 방식임.

자료 : 성은미 외. 2021. 『2021년 경기도 무한돌봄센터 운영평가 및 평가체계 개편연구』

○ 읍면동 찾아가는 보건복지업무 수행 인력 중 일부가 통합사례관리업무를 담당하고 있음

- 찾아가는 보건복지서비스 업무안내(2021)에 의하면, 찾아가는 보건복지팀은 종합상담, 찾아가는 상담, 통합사례관리, 민관협력 등 다양한 사업을 추진하도록 하고 있음 - 이에 따라 찾아가는 보건복지팀에 배치된 인력 중 일부는 통합사례관리업무를 수행하고 있음.

나) 네트워크팀 및 민간사례관리사 현황

○ 아래 표에는 2014년, 2019년, 2020년 네트워크팀과 민간사례관리사 현황이 제시되어 있음

- 무한돌봄센터는 시군에 설치되는 팀이며, 타 시도 희망복지지원단과 동일하다는 점에서 31개 센터는 전체 시군에 존재함

○ 네트워크팀은 현재 60개소 설치되어 있고, 이는 2014년 90개보다 30개소 감소한 것임

- 가평군, 고양시, 과천시, 김포시, 연천군, 오산시, 의정부시, 이천시, 평택시, 하남시, 화성시의 경우 네트워크팀이 설치되었다가 없어졌음.
- 특히, 2019년과 비교해볼 때, 의왕의 네트워크팀이 2개에서 1개로 변경되었고, 파주시는 네트워크팀이 3개 추가 설치되었음

○ 민간사례관리사는 2020년 6월 예산을 기준으로 169명이며, 이는 2014년에 비해 42명 감소한 것임

- 네트워크팀과 민간사례관리사 모두 없는 시군은 과천시, 오산시, 의정부시, 평택시, 화성시 5개 시군으로 나타남.
- 과천시와 화성시가 가장 먼저 민간사례관리사를 배치하지 않았고, 그 뒤를 의정부시와 평택시가 민간사례관리사를 배치하지 않음.
- 2019년과 비교해보면, 오산시가 2019년 4명의 민간사례관리사를 채용했으나 2020년 민간사례관리사가 미 배치된 상황임.

〈표 56〉 경기도 무한돌봄 시·군 네트워크팀 및 민간사례관리사 현황

(단위: 개, 명)

구분	2014년			2019년			2020년		
	센터	네트워크팀	민간사례관리사	센터	네트워크팀	민간사례관리사	센터	네트워크팀	민간사례관리사
계	31개	90명	219	31개	62명	173명	31개	60명	169명
가평군	1개	2명	7	1개		5명	1개		2명
고양시	1개	8명	10	1개		2명	1개		8명
과천시	1개	1명	0	1개			1개		
광명시	1개	3명	5	1개	3명	5명	1개	3명	5명
광주시	1개	2명	12	1개	2명	12명	1개	2명	12명
구리시	1개	2명	4	1개	1명	4명	1개	1명	4명
군포시	1개	2명	4	1개	2명	4명	1개	2명	4명
김포시	1개	1명	7	1개		5명	1개		5명
남양주시	1개	4명	20	1개	4명	20명	1개	4명	20명
동두천시	1개	1명	4	1개	1명	4명	1개	1명	4명
부천시	1개	7명	9	1개	8명	10명	1개	8명	10명
성남시	1개	7명	8	1개	7명	8명	1개	7명	8명
수원시	1개	0명	8	1개		8명	1개		8명

구분	2014년			2019년			2020년		
	센터	네트워크팀	민간사례관리사	센터	네트워크팀	민간사례관리사	센터	네트워크팀	민간사례관리사
시흥시	1개	6명	7	1개	6명	7명	1개	6명	7명
안산시	1개	5명	5	1개	5명	5명	1개	5명	5명
안성시	1개	2명	12	1개	2명	12명	1개	2명	12명
안양시	1개	4명	6	1개	4명	6명	1개	4명	6명
양주시	1개	2명	10	1개	2명	12명	1개	2명	12명
양평군	1개	2명	4	1개	1명	4명	1개	1명	4명
여주시	1개	2명	4	1개	2명	4명	1개	2명	4명
연천군	1개	2명	4	1개		3명	1개		3명
오산시	1개	2명	4	1개	3명	4명	1개		
용인시	1개	3명	5	1개	3명	5명	1개	3명	5명
의왕시	1개	2명	4	1개	2명	2명	1개	1명	2명
의정부시	1개	3명	5	1개			1개		
이천시	1개	2명	6	1개		4명	1개		4명
파주시	1개	2명	9	1개		2명	1개	3명	4명
평택시	1개	2명	3	1개	1명	1명	1개		
포천시	1개	3명	13	1개	3명	13명	1개	3명	9명
하남시	1개	2명	6	1개		2명	1개		2명
화성시	1개	4명	14	1개			1개		

자료 : 성은미 외. 2021. 『2021년 경기도 무한돌봄센터 운영평가 및 평가체계 개편연구』

○ 2014년과 비교해볼 때, 감소하긴 했으나 민간사례관리사 170명, 60개 네트워크팀 수준을 유지하고 있음

- 중앙정부 전달체계 개편에 따라 네트워크팀의 일부가 없어지고 민간사례관리사가 감소하였음. 그러나 현재 31개 시군 중에서 26개 시군에는 민간사례관리사가 배치되어 업무를 수행하고 있음.
- 2019년과 비교해볼 때, 고양시, 파주시는 민간사례관리사를 확대하였음

5) 무한돌봄 관련 연도별 예산액

〈표 57〉 경기도 무한돌봄 사업 관련 연도별 총 예산

(단위: 백만원)

구분	합계	2017	2018	2019	2020	2021
계	66,646	9,343	9,076	9,674	17,402	21,151
도비	17,722	2,504	2,460	2,602	4,628	5,528
시·군·구 비	48,924	6,839	6,616	7,072	12,774	15,623

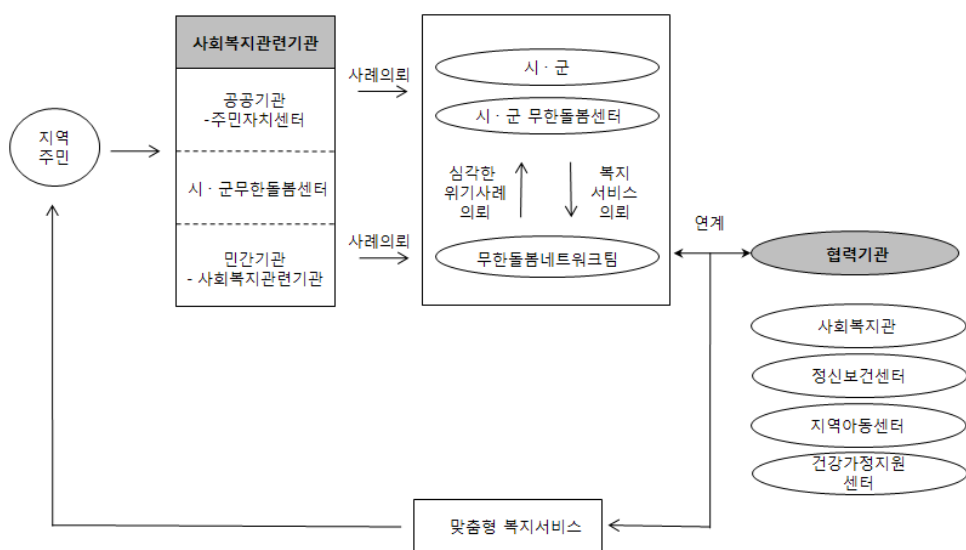
주 : 도비(10~50%), 시·군비(50~90%) 차등보조

자료 : 경기도청 내부자료(2021).

6) 사업내용

- (정의) 무한돌봄센터는 복합적인 문제에 직면한 위기가정의 자립지원을 위해 현금 지원뿐만 아니라 다양한 서비스를 통해 통합적인 지원이 가능하도록 중앙정부 - 지방정부 - 민간기관의 서비스를 유기적으로 연계하는 포괄적인 민관협력의 지역복지 서비스 전달체계임.
- (목적) 무한돌봄센터는 기존 제도로는 적절한 대응에 한계가 있었던 틈새 계층의 수급권자 전략을 예방하기 위해 현존 공급자 중심의 사회복지서비스 전달체계를 극복하여 지역사회 네트워크를 활용한 수요자 중심의 원스톱 맞춤형 복지서비스 전달체계 구축을 위해 설립됨.
- (대상) 주 사업대상은 경기도내 위기가정으로서, 수급자와 소득의 차이가 크지 않아 생활이 빈곤함에도 제도적 지원을 받지 못하는 차상위계층을 포함하도록 하였으며, 어려운 생활에도 불구하고 수급자로 선정되지 못하는 기초생활보장제도의 사각지대에 놓인 가구도 지원받도록 함
- (서비스내용) 단순한 현금, 현물 지원 이외에 사례관리전문가가 복지수요자의 다양한 욕구와 문제를 파악하여 공공, 민간기관의 전문협력과 지역주민의 참여를 통한 맞춤형 복지서비스로 위기가정의 위기 사유 해소를 도모함.

[그림 21] 경기도 무한돌봄센터 서비스 흐름도



자료 : 김형모 외. 2009. 『무한돌봄센터 운영 매뉴얼』

- 또, 지역 내 관리보호체계를 통해 지역주민의 전반적인 삶의 질 향상에 기여함과 동시에 기업, 종교계, 지역주민 등 각계각층의 다양한 참여로 지역 사회 나눔 운동을 펼침으로써 경기도민의 행복한 삶을 이끌어내고자 함.

※ 원스톱 맞춤형 복지서비스란?

- 지역주민이 처음 방문한 기관(공공, 민간)에서 자신의 복지욕구에 맞는 지역자원서비스에 대한 광범위한 정보를 제공받는 것을 의미함.
- 특징
 - 시·군의 공공과 민간 등 모든 서비스 정보를 온라인으로 연계하여 수요자 중심으로 경기도 전역 어디서나 정보 제공·신청 및 자격조치가 가능하도록 하는 전달체계 구축
 - 시·군 무한돌봄센터, 무한돌봄네트워크팀, 협력기관, 주민자치센터 등 지역의 다양한 주체들이 복지서비스를 연계하는 민·관 협력의 서비스 제공체계 구축
 - 지역주민의 욕구에 체계적으로 대응하고 폭넓은 복지서비스 제공으로 맞춤형 통합 서비스 제공
- 기대효과
 - 현장에서의 전문상담으로 맞춤형 서비스를 패키지로 제공
 - 전달체계 혁신, 삶의 질 향상의 지름길
 - 가까운 곳에서 원하는 서비스를 받을 수 있어 편리
 - 서비스의 중복과 누락이 방지되어 복지 사각지대 해소
 - 민·관 협력 네트워크 구축과 민간자원의 효율적 활용으로 능동적 복지 실현
 - 신속한 민원처리로 행정의 효율성 제고

가) 공공전달체계와 무한돌봄센터¹²⁾

- 무한돌봄센터의 구조는 읍·면·동과 시·군 주민생활지원과(국)를 기본 골격으로 함. 즉, 과거 보건복지사무소나 복지사무소와 같이 별도의 행정 조직을 설치하는 물리적 통합 방식이 아니라, 기능적 통합을 기본으로 하여 현재의 공공복지전달체계 구조 내에 설치되는 방식에 해당함.
- 2012년 희망복지지원단 도입 이전 무한돌봄센터와 공공복지전달체계의 관계를 살펴보면, 첫째, 시·군 무한돌봄센터는 주민생활지원과의 한 팀으로 존재함. 그리고 서비스연계팀이 곧 무한돌봄센터인 경우가 대부분이고, 사례관리만을 특화해 무한돌봄팀이 구성된 경우도 있음.
- 둘째, 읍·면·동의 활용임. 사회복지통합관리망이 운영됨에 따라 읍·면·동에서 초기상담을 진행하도록 하고 있는데, 무한돌봄센터가 주민생활지원과내 한 팀으로 존재함에 따라 읍·면·동에서 의뢰한 사례관리 가구가 무한돌봄센터로 바로 연계됨.
- 셋째, 공공전달체계와는 별도로 구성됨. 네트워크팀은 민간위탁방식으로 설치되며, 기초생활보장이나 노인 및 장애인 등의 공공급여결정 및 제공, 급여자격 관리와 관련된 권한이 없음. 다만, 복합적인 문제를 가진 위기가구에 대한 전문 사례관리 조정 및 관리 역할을 담당함.
- 보건복지부가 2012년 추진한 희망복지지원단은 무한돌봄센터가 속해있는 주민생활지원과(국)의 조직개편과 공공인력 확대를 기본으로 함. 이와 함께 무한돌봄센터도 조직개편이 추진됨.

나) 희망복지지원단과 무한돌봄센터¹³⁾

- (도입 이유) 희망복지지원단이 도입된 이유는 2010년 보건복지부가 사회복지통합관리망을 도입하면서 사례관리업무의 체계화를 추진했으나 실제로는 제대로 수행되지 못했기 때문임.
- 첫째, 읍·면·동은 2010년 사회복지통합관리망 도입과 더불어 복지사각지대 발굴, 모니터링, 찾아가는 복지서비스 추진을 목표로 함. 그러나 이미 200여개의 복지프로그램이 실시되고 있어서 복지사각지대 발굴, 초기상담, 찾아가는 복지서비스가 제대로 실현되지 못함.
- 둘째, 시·군 차원에서 사회복지통합서비스전문요원 중심으로 사례관리를 진행하였으나 전문요원의 업무수행 능력 및 전문성에 편차가 심해 전국적 차원에서 볼 때 사례관리를 사회복지통합서비스 전문요원에게만 맡기는 데는 한계가 존재함.

12) 성은미, 민소영, 전재현, 문혜주(2012), “경기도 무한돌봄센터 효과성 검증 연구”, 내용을 수정·보완하였음.

13) 성은미, 민소영, 전재현, 문혜주(2012), “경기도 무한돌봄센터 효과성 검증 연구”, 내용을 수정·보완하였음.

- 셋째, 사회복지통합관리망은 공공자원관리를 핵심으로 함. 그러나 사례관리대상자들은 민·관의 서비스를 함께 받는 경우가 많아서 이들에 대한 통합적 개입이 필요함. 보건복지부는 민·관 협력방안으로 지역복지협의체의 통합사례관리분과를 활용하도록 하였으나, 지역마다 지역복지협의체의 역량 차이가 커서 민·관 협력의 허브 역할을 수행하는데 한계가 있었음.
- (도입 이후) 경기도 내 시·군에는 희망복지지원단이 ‘무한돌봄센터’라는 조직명으로 설치됨. 즉, 경기도에서는 ‘무한돌봄센터=희망복지지원단’으로서 팀 명칭만 무한돌봄센터로 사용하고 있고, 2019년부터는 중앙정부에서 실시하는 지역사회통합돌봄 선도사업에 따라 ‘융합복지팀’이라는 명칭으로 전환되고 있는 추세임(성은미 외, 2020).
- (차이) 조직 측면에서 타 지자체와 무한돌봄센터의 차이는 거점단위로 설치되어 있는 네트워크팀이 있다는 점임. 경기도의 경우, 읍·면·동 4~5개당 1개 네트워크팀을 민간 위탁방식으로 설치하고 시·군에 따라 1개~8개의 거점단위 네트워크팀이 설치됨.
 - 민관협력을 추진하기 위해서 공공과 민간기관이 서로 소통할 수 있는 구조가 필요한데, 네트워크팀의 경우 민간기관에 위탁형태로 설치됨에 따라 민간과 공공기관의 허브역할 수행에 적절함.
 - 인력과 관련해 시·군과 읍·면·동 조직을 보면, 타 지역 시·군에 대비 지원을 받는 사례관리사(민간사례관리사)가 1~2명 도 배치되어 있음. 그 외 차이점은 아래 표와 같음.

〈표 58〉 희망복지지원단, 경기도 무한돌봄센터 비교

구분	희망복지지원단	경기도 무한돌봄센터
시·군	●시·군내에 희망복지지원팀(Team) - 인력 : 공무원, 통합사례관리사(복지부지원인력) - 업무 : 고난도사례관리, 사례관리실적 관리, 자원발굴 및 관리	●시·군내에 무한돌봄센터관련 팀(Team) - 인력 : 공무원, 통합사례관리사(복지부지원), 민간사례관리사(경기도 지원) - 업무 : 고난도사례관리, 사례관리실적 관리, 자원발굴 및 관리
읍·면·동	●복지전담팀(Team) - 인력 : 공무원 - 업무 : 사각지대 발굴, 찾아가는 방문상담, 통합사례관리(일반가구 사례관리), 민관협력, 인적안전망 구축 ※ 지역에 따라 충분한 인력이 배치되지 않은 경우 통합사례관리사 배치	
민간 기관 연계	별도체계 없음 ※ 서울, 대구 경우, 복지관에 민관협력 사례관리를 위한 추가 인력 채용	●네트워크팀 - 인력 : 민간사례관리사 173명 - 설치형태 : 민간위탁(대부분 종합복지관 위탁) - 개수 : 1~8개(지역규모에 따라 선택) - 업무 : 집중사례관리대상자 사례관리, 민관협력(네트워킹), 복지사각지대 발굴

자료 : 성은미 외, 2020. 『2020년 경기도 무한돌봄센터 운영평가연구 : 경기도 통합사례관리사업을 중심으로』

○ 전달체계 변화와 사례관리

- 2010년 희망복지지원단 도입 이전에는 통합사례관리를 전담하는 시·군 조직이 없었고, 민간사례관리사나 네트워크팀은 공공조직이 아니기 때문에 행복e음에 접근할 수 없었음.
- 그러나 2010년 희망복지지원단 도입 이후 행복e음을 통한 사례관리가 본격화되었고, 희망복지지원단 사업이 안착되면서 통합사례관리사와 민간사례관리사의 역할 간 차이에 대한 점검 필요성도 높아짐.
- 희망복지지원단의 경우, 시·군 단위에서 통합사례관리를 수행하는 반면, 무한돌봄센터 네트워크팀은 거점단위에서 사례관리를 수행하면서 읍·면·동, 시·군과 연계되어 업무를 수행함. 세부적으로 살펴보면, 민간사례관리사와 네트워크팀이 집중사례관리를 담당하고, 읍·면·동에서 일반가구에 대한 사례관리를 수행하며, 시·군에서 고난도 사례관리를 담당함.
- 사례관리가구 : 원칙적으로 대상가구의 특성 및 가용자원 등을 감안하여 개입 기간을 기준으로 1개월 이상 예상되는 가구
- 고난도사례관리가구 : 초기상담 시 주요문제에 ‘안전(학대, 폭력, 방임 등)’과 ‘정신건강’의 두 가지 영역이 모두 포함된 경우, 긴급복지지원만으로는 해결이 어려운 복합적인 문제를 지닌 경우, 지역사회 내 자원이 부족하거나 협력 체계가 미흡한 경우
- 집중사례관리가구 : 복합적인 욕구가 있으나 반복적으로 문제가 발생하거나 6개월 이상 지속적인 개입이 필요해 단기간 해결가능성이 낮은 가구

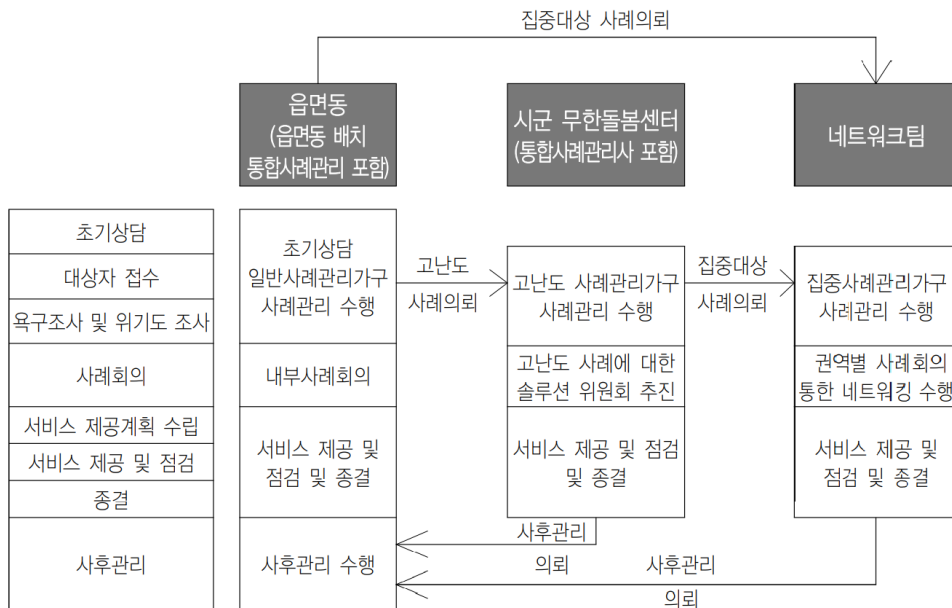
〈표 59〉 사례 유형 및 사례관리 수행시 역할 구분

구 분	일반(단순)사례	집중사례	위기사례
목표	복지당사자의 문제해결	복지당사자의 자립	복지당사자의 문제해결
방법	- 서비스연계 및 모니터링 - 위기사례 게이트웨이 - 보건 복지 연계	- 당사자의 조직화 - 지속적 정서지원 - 관계망 강화	- 치료적 개입을 위한 지원 - 전문기관과 협력
대상	- 서비스 연계로 문제해결이 가능한 사례	- 장기간 개입이 필요한 사례	- 집중 복합 사례 - 전문적 개입이 필요한 사례
특징	- 범정부 사회복지사업, 공공서비스 기반으로 즉각적인 자원연계 중심의 사례관리 수행 - 위기사례에 대한 게이트웨이 및 보건복지 연계 수행	- 정서적 관여 관계망 강화, 지역사회 안착 등 장기간 개입이 필요한 사례에 대한 지원	- 개별 읍·면·동에서 해결하기 어려운 복합적 위기가구에 공식적 기관 및 제도연계를 통한 지원
수행기관 (예)	읍·면·동 찾아가는 보건복지팀	민간복지기관	희망복지지원단

자료 : 행정안전부·보건복지부, 2019. 『2019년 주민자치형 공공서비스 구축사업 보건복지분야 매뉴얼 - 찾아가는 보건복지서비스 -』

- 이런 만성적 위기가구의 경우 읍·면·동과 시·군·구에서 1년 이상 사례관리를 수행하고 관리하는데 어려움이 있어 이를 민간사례관리사와 네트워크팀이 담당하도록 하고 있음.
- 대부분의 사례관리 초기상담은 읍·면·동을 통해서 이뤄지며, 상담 이후 고난도가구인 경우 시·군으로, 집중사례의 경우 네트워크팀으로 의뢰함. 시·군 역시 사례관리과정에서 고난도 사례가구는 직접 사례관리를 수행하고, 집중사례가구는 네트워크팀으로 의뢰함.
- 통합사례관리사의 경우 읍·면·동 및 시·군에 배치 가능함. 읍·면·동에 배치된 통합사례관리사는 일반사례관리를 수행하고, 시·군에 배치된 경우에는 고난도 사례관리를 수행함

[그림 22] 경기도 무한돌봄 통합사례관리절차상 주체별 역할



자료 : 성은미 외. 2018. 『2017년 경기도 무한돌봄센터 운영평가연구 : 시군별 통합사례관리 운영을 중심으로』

7) 사업성과¹⁴⁾

○ 도내 복지 사각지대 해소 및 빈곤층 전략 방지

- 경기도 내 위기가정 지원을 위해 2008년부터 시행된 경기도 무한돌봄사업은 가정해체 및 빈곤층 전략 위기상황에 놓인 도민들을 다방면으로 지원함. 생계비 지원뿐만 아니라 의료지원, 주거지원, 사례관리 지원 등을 제공하며 경기도의 위기지원 사업으로서 역할을 수행함.
- 무한돌봄사업은 지방정부차원의 제도로서 정부정책인 긴급지원제도의 변화에 맞춰 지침을 개정하는 등 유연하게 대처해 왔으며, 유연급여인 사례관리비를 주급여의 하나로 도입하면서 더욱 확대됨.

○ 위기사유 인정 및 서비스 내용의 포괄성

- 무한돌봄사업은 타 시도 유사사업에 비해 위기사유와 서비스 내용의 폭이 넓으며, 지원 금액 또한 의료비, 주거비, 사례관리지원비 등은 타 시도 유사사업에 비해 높은 것으로 나타남. 소득기준 및 재산기준의 한계가 존재하지만, 지원액이 많고 제공하는 지원의 종류가 다양해서 타 시도의 유사사업에 비해 비교 우위에 있음.

○ 공공기관과 민간기관 간의 네트워킹

- 타 시도 사업과 무한돌봄사업의 가장 큰 차이는 무한돌봄네트워크팀이 민관협력의 마중물로서 활발하게 기능하고 있다는 점임. 민간복지기관에 민간사례관리사를 배치함으로써 해당 복지기관의 다양한 물적 자원을 활용할 수 있고, 중간관리자로서 슈퍼비전을 받을 수 있다는 점은 큰 이득에 해당함. 또한, 네트워크팀이 민간기관의 자격을 가지고 있기 때문에 공공기관과 민간기관간 네트워킹 활성화에 중요한 역할을 담당할 수 있음(성은미 외, 2020).

8) 문제점 및 한계¹⁵⁾

○ 긴급복지와의 차별성 문제

- 긴급지원제도의 혜택을 받지 못하는 위기가구가 무한돌봄사업을 통해 지원을 받는 경우가 있어 사업의 필요성은 존재하지만 해가 지날수록 사업의 효과성이 떨어진다는 평가가 나타남. 예를 들어, 생계지원의 경우 두 제도의 지원 사유가 유사해서 긴급복지 수혜를 받지 못한 가구가 무한돌봄의 수혜를 받는 경우는 매우 소수에 불과한 실정임.

14) 민효상 외. 2019. 『경기도 무한돌봄사업 10년 평가 및 발전방안 연구』의 내용을 수정·보완 하였음.

15) 민효상 외. 2019. 『경기도 무한돌봄사업 10년 평가 및 발전방안 연구』의 내용을 수정·보완 하였음.

- 또 무한돌봄사업을 통해 사례관리비를 지급받기 위해서는 조사, 사례회의 등의 과정을 거쳐야 하다 보니 대상자들이 즉각적인 지원을 필요로 함에도 불구하고 지원시기가 늦어짐. 반복적으로 지원받아온 대상자들의 경우, 긴급복지 사업이 더 빠르게 지급된다는 것을 알고 있어, 현장방문, 사례회의 등의 절차 없이 즉각 지원 가능한 긴급복지를 선호하는 경향이 있음. 긴급복지와 차별된, 무한돌봄사업만의 이점에 대한 주민의 인식 및 인지도 제고 방안을 모색할 필요가 있음.

○ 만성적 취약계층의 반복적 수혜

- 당초 사업 취지와 같이 긴급복지제도 혜택을 받지 못하는 위기가구가 무한돌봄사업의 지원을 받는 사례는 극소수에 불과하고, 긴급복지제도 지원 기간이 끝나면 무한돌봄사업의 지원을 받는 만성적인 사례가 더 많이 나타남. 따라서 2021년에는 '동일 위기사유로 긴급지원 6개월을 받은 경우, 경기도형은 3개월만 지원가능'이라는 단서를 달아 반복수혜를 막고자 함.

○ 유연급여(사례관리비) 집행의 어려움

- 지역별 특징이나 지자체의 여건에 따라 유연급여(사례관리비) 활용이 다름. 급여의 확대에 앞서서 현재 집행 상의 어려움은 무엇인지, 원활하게 활용하기 위해서는 앞으로 어떤 점이 개선되어야 할지 등에 대한 점검이 필요함.
- 또 사례관리는 현장에서 수행하고, 급여지급 여부는 공무원이 결정하다보니 사례관리비 사용에 있어 읍·면·동에서 연계할 수 있는 다른 자원을 먼저 활용하는 경향이 있음. 현재 무한돌봄 사례비 지급은 읍·면·동에서 결정 권한이 없다보니 지역사회보장협의체를 통해 가지고 있는 자체 예산, 사례관리사업비, 긴급구호비, 시·군의 자체 사업, 민간연계 등 읍·면·동에서 자체적으로 해결할 수 있는 예산을 우선 활용하고, 타 사업으로 지원할 수 없거나 예산이 소진되는 상황에서 무한돌봄 사례비를 활용하는 사례가 많음.
- 이는 사례를 시·군청까지 올리는 절차가 번거롭기 때문으로 국비사례관리비와 같이 무한돌봄사례비를 읍·면·동에 할당하여 자체적으로 활용할 수 있도록 개선할 필요가 있음.

○ 사례관리비 관련 지침의 모호성

- 사례관리비 관련 지침이 모호하다보니 집행에 있어 사업 담당의 부담감이 크게 나타남. 사례관리비의 경우, 사업 담당공무원은 읍·면·동에서 실시한 현장방문, 상담, 사례관리회의 등에 대한 문서화된 결과를 받아 급여지급을 결정함. 그런데 구체적인 지침이 없다 보니 어느 범위까지 급여를 지급할 것인가가 온전히 담당공무원의 재량에 따라 결정됨.
- 예를 들어, 주거지원을 위해서는 주거비 지원 외 보증금 지원도 가능한데, 주거비지원 대상자와 주거비와 보증금을 모두 지원할 대상자를 가늠할 판단 기준이 모호한 실정임.

특히 보증금은 바로 현금화할 수 있기 때문에 대상자의 도덕성 해이 문제가 발생할 수 있어서 더욱 신중하게 판단해야 함.

- 사례관리는 담당자의 의지나 주관이 중요한 역할을 하는데 무한돌봄사업 대상자들의 경우 지원을 통해 위기상황에서 벗어나려는 본래 목적보다는 이득을 목적으로 반복적으로 찾아오는 경우가 많다보니 사례관리비 집행에 있어 소극적으로 대처하게 되는 부분이 존재함.

○ 위기가구 선정 시 집행재량권의 범위

- 위기가구에 대한 정의는 제한적이므로 다양한 상황에 놓여있는 가구를 포괄하기 어려움. 또 위기가구 선정기준에는 위기상황과 위기사유가 혼재되어 있어 이를 위기의 원인과 관련 없이 현재의 위기상황 여부에만 집중하는 대상자 선정 방식에 대해 고민해볼 필요가 있음.
- 또 현재는 위기가구 선정 시 지원이 가능한 항목을 제시하는 지정열거방식(positive)을 취하고 있기 때문에 담당자의 재량에 절대적으로 의존하게 됨. 이것을 네거티브(negative)방식으로 전환하여 비교 우위적으로 예외규정에 해당하는지의 여부만을 판단 하도록 한다면 지금 결정과 관련된 담당 공무원의 업무 부담을 경감할 수 있음.

○ 사업의 전달체계 재정비

- 무한돌봄 신청체계를 읍·면·동으로 일원화하는 것과 현행처럼 본청과 읍·면·동 이원체계를 그대로 유지 방안이 있으나, 복지허브화의 시행과 함께 상담 부분의 협력 강화가 필요.
- 무한돌봄 신청체계는 시·군·구, 읍·면·동이 혼재되어 있어서 시·군에서는 신청자 문의뿐 아니라, 읍·면·동 담당자의 문의사항도 처리해야 함. 읍·면·동의 경우 긴급복지나 무한 돌봄 관련 사례가 발생하면 어떤 사유를 적용하여 지원해야할지 시·군으로 문의하는 경우가 많다보니 담당자들이 업무 시간 중 전화상담 응대를 하느라 현장방문 업무를 하지 못하는 지역도 존재함.
- 사례관리회의와 현장조사는 읍·면·동에서 진행하고 있기 때문에 신청 관련 업무는 읍·면·동에서 자체적으로 처리할 수 있도록 해야 함. 또 시·군의 특성에 맞게 맞춤형으로 진행하는 것은 현재대로 유지하되 현장방문 등 일부 사무에 대해서는 읍·면·동 단위로 업무를 이관하는 방법도 적극 고려할 필요가 있음.

○ 행정환경 및 DB구축 필요

- 무한돌봄사업을 진행함에 있어서 지자체 제도를 활용하기 용이하지 않은 환경적 문제가 있음. 예를 들어, 대상자의 금융자료의 경우 긴급지원으로 신청했다가 부적합 통보가 나 오거나 신청을 취소해야 금융결과를 확인할 수 있으며, 압류방지통장 개설이 불가능하고 금융자료 회신이 되지 않는 것도 문제로 지목됨. 중앙정부에서 지방정부 자체사업을 위

한 전산관리체계 개편에 큰 의지가 없기 때문에 경기도 자체적으로 전산관리체계 개편 및 개선 방법을 모색해야 함.

○ 시·군의 역할 강화

- 시·군의 기획, 지원, 모니터링에 따라 지역사회 전체의 통합사례관리 업무수행 여건이 달라지기 때문에 경기도 차원에서 시·군의 통합사례관리사업 기획, 지원, 모니터링이 체계적으로 진행될 수 있도록 지원하는 것이 필요함.
- 시·군의 역할 강화를 통해 읍·면·동 복지전담팀의 체계적 업무 수행을 돕고, 읍·면·동 간 편차 완화를 도모.

○ 사례관리 질적 수준의 개선

- 경기도 무한돌봄센터 운영평가연구(2018)에 따르면, 경기도 내 사례관리 정성평가 결과 기록지 작성 및 목표설정과 관련해서 개선이 시급한 상황이며, 각종 사례회의를 통해 사례관리 질적 수준의 개선이 필요한 것으로 나타남.
- 사례관리과정에서 이뤄지는 사례회의는 사례배분, 서비스연계와 관련된 부분 외에도 대상자에 대한 종합적 사정이 가능하도록 하며, 목표설정 방향과 연계 가능한 서비스 범위도 변화시킴. 따라서 경기도 차원에서 권역 및 통합사례회의가 체계적으로 운영될 수 있도록 지원해야 함.

○ 통합사례관리를 위한 경기도 차원의 인프라 확충

- 통합사례관리 업무환경 개선을 위해 시·군을 독려하고, 각종 사례회의가 체계적으로 운영될 수 있도록 관련 업무를 전담할 조직 설치가 필요함.
- 시·군 독려는 시·군 대상 피어코칭, 교육, 컨설팅, 평가 등을 통해 가능함. 회의소집과 운영은 경기도에서 실시할 수 있지만, 교육 및 컨설팅은 이를 지속적으로 수행할 수 있는 전문조직이 필요함.
- 통합사례관리 인력 대상 교육 역시 맞춤형 커리큘럼의 개발, 교육과정 운영 및 환류 등을 체계적으로 수행하기 위해서 별도의 기관을 설치하여 시·군 통합사례관리 업무환경 개선, 사례관리업무 질적수준 개선, 모니터링 및 평가를 실시하도록 해야 함.

○ 인력의 전문성 강화

- 무한돌봄센터에 결합되어 있는 공공인력과 민간인력은 사례관리전문가로서 전문성을 갖추고 있으나 시·군별로 편차가 큼. 특히, 민간 인력의 경우 경력 및 교육시간 측면에서 공공인력에 비해 전문성이 높지 않아 전문성 강화를 위한 교육이 필요함(성은미 외, 2012).

9) 소결

- 현행 사회복지전달체계는 공급자 중심으로 다양화되어 있어 복지혜택 수요자가 혼선을 겪을 수 있음. 즉, 어려움에 처한 대상자들의 사례를 보면 단순히 어느 한 기관에서 해결할 수 있는 사안보다는 여러 기관에서 함께 힘을 보태줘야 하는 경우가 많음. 이를 개선하기 위해 각 지자체별로 수요자 중심의 원스톱 복지서비스를 제공하는 방안을 모색하고 있고, 경기도의 경우 ‘무한돌봄센터’가 그 답에 해당됨.
- 수요자 중심의 사회 복지서비스를 마련하려면 우선 서비스전달체계의 중심을 ‘서비스’가 아닌, ‘개인과 가족’으로 이동시킬 필요가 있음. 서비스 욕구를 가진 개인이나 가족의 사례관리를 통해 필요한 서비스를 설계하고 제공해야 함.
 - 사례관리를 중심으로 사회복지서비스를 제공하다 보면 위기가정이 직접 필요한 서비스를 찾아다니는 것이 아니라, 필요한 서비스가 위기가정으로 오게 됨. 또한 필요한 서비스를 개발하거나 다른 기관의 서비스와 연계해서 제공하는 것도 가능해짐.
 - 그러나 지역단위에서 사례관리를 하고 자원을 연계하는 데에는 한계가 있을 수밖에 없으므로 지역의 제한된 자원으로 해결하기 어려운 사례를 시·군 단위로 묶어주고 지원할 수 있는 별도의 기관이 필요함. 시·군에 설치된 ‘무한돌봄센터’는 지역단위의 사례관리를 지원하고, 지역에서 해결하기 어려운 사례에 대해서는 솔루션위원회를 구성하여 위기가정에 대한 종합적인 서비스 제공 계획을 수립함.
 - 또한, 지역단위의 사례관리를 위해 지역별 ‘무한돌봄네트워크팀’을 구성·설치함. 무한돌봄네트워크팀은 지역에서 사례관리가 가능하도록 실무적인 지원을 하고 이 과정에서 지역의 복지자원을 연계함으로써, 이른바 수요자 중심의 사회복지서비스 전달체계를 구성하게 됨.
- 그간 사회복지전달체계에 있어 공공이 주도하면 민간 기관들의 적극적인 참여가 어렵거나, 반대로 민간이 주도하면 공공의 힘을 얻지 못하는 경우들이 있었음. 무한돌봄센터의 민·관 협력은 각각이 갖고 있는 전문성뿐만 아니라 민간의 적극적인 참여와 공공의 힘을 얻을 수 있는 방식이라고 할 수 있음.
- 이상과 같이, 경기도 무한돌봄센터 사례는 한국복지서비스 전달체계 개편에 있어 중요한 의미가 있으며, 기존에 중앙정부 중심으로 개편이 진행되어온 것과 달리, 지방정부 스스로가 지역문제에 적극적으로 대응하는 독자성과 정체성을 확보하였다는 특징을 보임.

- 그러나 경기도의 사례를 통해 제주형 통합복지하나로 시범사업을 도 전역으로 확대·발전시키고 제주도라는 지역적 여건에 맞는 복지전달체계 정립을 위해 참고해야 할 점은 정책결정자의 변경 시 정책추진의 지속가능성에 관한 주제임.
- 우리나라 전달체계 개편에서 제도의 변화, 축소, 그리고 종결에는 중앙정부 정책의 변화로 인한 정책 환경 변화와 정책결정자의 교체가 가장 큰 영향요인임을 알 수 있음(김이배, 2021). 사업 의도나 사업의 효과성이 긍정적이라고 하더라도 전달체계 개편을 기획하고 주도했던 주체가 변경되었을 때 사업에 대한 집중도나 재정 지원이 변화될 가능성이 높음. 후임자의 입장에서는 전임자의 사업을 그대로 수행하는 것은 전임자의 성과로 귀속되기 때문에 매력적인 선택이 아니기 때문임.
- 그렇기 때문에 합리적인 정책일 경우, 후임자가 오더라도 개편체계가 흔들리지 않도록 지속가능하고 자생력이 있는 전달체계의 ‘체계’를 전임자의 재직기간 동안 구축하려고 애써야 하며, 또한 ‘재임기간’이라는 물리적 제약을 고려해야 함.
- 재임기간이라는 물리적 시간이 적은 경우, 재임기간이 종료되면 사업추진의 동력이 사라지기 때문에 현장 실무자들 또한 이를 추진할 의지가 부족하게 됨. 특히 후임자가 올 경우, 사업추진이 합리적 선택에 의해 진행되기 보다는 정치적 선택에 의해 이루어지기 때문에 전달체계 개편이 더 이상 업그레이드 되지 않고 현상 유지 수준에서 관리만 하게 되는 경우가 발생함.
- 따라서 통합복지하나로 시범사업의 확대 및 제주형 복지·보건전달체계로서 자리매김하기 위해서는 정책결정자 재임기간의 장단(長短)이나 교체에 영향 받지 않고 사업이 지속될 수 있는 별도의 장치(기관)가 필요함. 이 ‘장치’는 전달체계 개편과 관련된 도차원의 복지정책 아젠다를 지속적으로 부각시켜야 하며, 민관협력 플랫폼으로서 독자적인 역할을 수행할 수 있어야 함.

3. 국외 사회복지 전달체계 추진사례

가. 영국 “커뮤니티케어(communit y care)”

1) 왜 영국인가?

- 문재인 정부는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 5대 국정전략 중 하나로 수립하고 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)을 새 정부의 정책방향으로 전면화 시키면서 통합적 복지전달체계 구축을 위해 박차를 가하고 있음.
- 커뮤니티케어(communit y care)는 노인, 장애인 등 일상생활에 있어서 돌봄(Care)이 필요한 대상에게 기존 시설 중심의 돌봄 서비스 제공에서 벗어나 돌봄 수요자 본인이 거주하고 있던 지역사회에서 일상생활에 필요한 각종 사회서비스를 받을 수 있도록 하는 통합적 돌봄 체계를 말함(보건복지부, 2019).
 - 이를 통하여 정부는 돌봄이 필요한 주민이 자신이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회에서 함께 어울려 살 수 있도록 지역주도형 사회서비스 정책을 시행하고자 함(보건복지부, 2018).
 - 여기서 개개인이 자신의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리기 위해서는 기존의 공급기관별, 사업별로 분절적으로 제공되어 왔던 서비스를 이용자 중심으로 연계하여 통합적으로 제공할 필요가 있음.
- 최근 보건복지 관련 동향이 현금급여 제도보다 사회서비스 중심 제도로 바뀌어가면서 공공복지서비스 전달체계 개편은 더욱 불가피한 상황임. 현금급여의 경우 분절의 문제가 심각하지 않은데 반해 사회서비스의 분절은 대상자의 접근성을 떨어트림으로써 결과적으로 서비스의 효과를 반감시키기 때문임(김보영, 2018).
- 이러한 공공 복지전달체계 개편을 통해 지역사회 내에서 지속가능한 돌봄시스템이 실질적으로 작동하기 위해서는 우리보다 앞서 공공 복지전달체계를 개편한 국가들의 사례를 살펴볼 필요가 있음.
 - 영국은 대처(M. Thatcher) 집권 이후 복지영역에 신자유주의적 시장 질서를 과감하게 도입하였으며 1950년대 후반부터 커뮤니티케어를 사회서비스 영역의 주요 정책목표로 일관되게 추진해옴(Bauld et al., 2000).

- 반세기 이상 커뮤니케어를 관련 핵심 정책들을 시행해 온 커뮤니케어의 본거지로서 복지 전달체계의 역사적 변화와 쟁점을 고찰하는 좋은 참고 사례가 될 수 있음.
- 특히 복지국가의 선도적인 역사를 가지고 있는 다른 유럽 국가들이 지방분권적 특성이 강한 데 반해 영국은 중앙집권적 특성이 강하여 마찬가지로 중앙집권적 성향이 뚜렷한 우리나라 전달체계에 더욱 유용한 시사점을 던져줄 수 있음.

2) 커뮤니케어의 개념¹⁶⁾

- 영국에서 일반적인 의미의 커뮤니케어는 돌봄 서비스를 병원이나 거주시설이 아닌 가정이나 지역사회에서 제공하자는 방향성을 뜻함(Holland & Scourfield, 2015). 1948년 이전부터 거의 모든 집권 정부는 커뮤니케어로 표현되는 서비스의 개혁을 시도함(Lewis & Glennerster, 1996).

〈표 60〉 커뮤니케어(communitiy care) 개념 변천사

시기	시대적 상황	개념
1940년대	작업장의 폐쇄, 1947년 시봄 라운트리(Seebohm Rowntree) 보고서 발간	작업장 및 장기병동에서 장기거주 돌봄에 대한 대안
1950년대	정신질환자를 지역사회보호(care in the community)로 전환, 1957년 정신질환과 정신지체에 관련된 법률 검토를 위한 왕립위원회(Royal commission)의 활동	장기입원의 대안으로 지방정부에 의한 서비스 공급 확대
1960~70년대	정신지체인을 위한 장기병동의 폐쇄, 장기거주 시설에 대한 비판	장기병동에서 이루어지는 케어를 대체하기 위해 생겨난 시설 서비스의 방향성을 지칭
1980년대	보수당 정부가 지역사회에 의한 보호(care by the community) 강조	지방정부가 아닌 가족에 의한 보호와 이웃과 민간비영리 사회복지기관에 의한 지원을 강조
1990년대 이후	국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA) 제정으로 준 시장방식에 의한 서비스 체계로 개편	지방정부 사회서비스국에 의해 제공되거나 조정된 케어 서비스를 지칭

자료: 김용득. 2006. 『영국 커뮤니케어의 동향과 함의』

16) 김용득. 2019. 『1990년 이후 영국 커뮤니티 케어 변화의 궤적 읽기』의 내용을 수정·보완 하였음

- 1990년 국민보건서비스와 커뮤니케어법(National Health Service and Community Care Act)의 제정으로 커뮤니티 케어는 노인을 포함하는 18세 이상 성인에 대한 돌봄 서비스 집행체계와 내용을 지칭하는 용어로 변화됨. 1990년 법 제정 이후 3년의 준비를 거쳐 1993년 시행된 커뮤니케어는 시장기제의 채택, 지방정부에 서비스 제공책임 이양, 케어매니지먼트 체계의 구축, 공급주체의 다원화 등으로 요약할 수 있음.
- 제도적 관점에서 커뮤니티 케어는 ‘노령, 발달장애, 신체장애, 감각장애, 정신질환 등으로 어려움을 겪는 사람들을 지원하고 이들에게 서비스를 제공하는 것’으로 정의할 수 있으며(Department of Health, 1989), 실행의 관점에서는 ‘사회서비스국에 의해 제공되거나 조정된 케어’로 볼 수 있음(Brayne & Carr, 2003).

3) 커뮤니케어 입법의 변천¹⁷⁾

가) 지방정부의 재량권 및 자원조직에 대한 재정지원(1945~1950년대)

- 2차 대전 이후 영국은 ‘요람에서 무덤까지’로 표방되는 베버리지 보고서에 기반하여 복지국가를 확립해 나가는 과정에서 1946년 국민보건서비스법(National Health Service Act)을 제정, 모든 국민에게 의료서비스를 무료로 제공함.
 - 1946년 커티스위원회 보고서(The Curtis Report)에서 아동의 양육, 입양, 가족상담 및 아동시설을 책임지는 부서의 설립을 권고하여 아동국이 설치되었고, 노인을 위한 주간보호, 무주택가정에 대한 원조, 장애인을 위한 서비스 등 성인서비스를 담당하는 부서로 복지국이 설치됨. 방문간호, 직접치료, 병원사회사업, 주간간호서비스 등은 보건국에서 제공하게 됨(오정수, 2000).
 - 즉, 서비스의 대상과 종류에 따라 아동국, 복지국, 보건국 등과 같이 분립된 행정체제로 보건 및 사회서비스가 제공됨.
- 1948년 지방정부법(Local Government Act)과 국민부조법(National Assistance Act)이 제정됨.

17) 박정선. 2018. 『영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티 케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제』의 내용을 수정·보완하였음

- 중앙정부 보건부에서 관할하던 가정봉사원서비스(home help)를 지방정부 보건국으로 이전하고 재가보호(domiciliary care)는 중앙정부에서 지방정부로 위임함.
- 거주시설보호(residential care)의 공급과 재정 사항이 규정되어(Baldock, 2003), 지방 정부는 자원조직(voluntary organizations)에 보조금을 지원하여 지역사회에 거주하는 재가노인에게 가정봉사원서비스를 제공하도록 함(우국희, 2006).

나) 지역사회 기반의 지방정부의 책임 강화(1960년대~1970년대)

- 1960년대부터 지역사회 기반의 서비스가 강조되어, 노인과 장애인의 독립적이고 정상적 삶을 위한 대안으로 커뮤니티 케어(community care)가 주목받기 시작함.
 - 1962년 국민부조법 개정으로 지방정부가 노인에게 식사서비스를 직접 제공함.
 - 1968년 보건서비스 및 공중보건법(Health Service and Public Health Act)은 지방 정부 보건국에서 관할하던 가정봉사원서비스, 식사서비스, 세탁서비스 등을 복지국으로 이관시켜 지방정부에서 사회서비스를 직접 제공하도록 함.
- 1968년 시봄 보고서(The Seebohm Report)는 커뮤니티 케어(community care)라는 용어는 사용하지 않았지만 지역사회에 기초한(community-based) 사회서비스의 발전, 서비스의 공급자와 수요자로서 지역사회, 공공전달체계의 지역단위 조직과 지역사회와의 연계성을 주장함. 아울러, 사회서비스의 행정조직을 재편하여 지방정부의 복지국을 통한 서비스의 통합과 개혁에 초점을 둔 정책을 제안함(오정수, 1994).
- 시봄 보고서의 제안에 기초하여 1970년 지방정부의 사회서비스법(Local Authority Social Service Act)이 제정됨. 1971년 지방정부에 사회서비스국(Social Services Department, SSD)을 설치하여 2차 대전 이후 아동국과 복지국으로 분리되어 운영되었던 사회서비스 행정조직을 통합함.
 - 보건국의 방문간호와 작업치료 등을 국민보건서비스(NHS)로 이관하고, 사회서비스국은 사회복지사를 고용하여 클라이언트에게 서비스를 직접 제공하게 됨(오정수, 2000).
- 1977년 지방정부의 사회서비스국과 NHS 간 공동재정(joint funding)이 도입되면서, 노인대상 사회적 돌봄(social care)과 의료서비스(health care)가 통합적으로 운영됨(Jones et al., 1983).

다) 커뮤니티 케어와 복지의 혼합경제의 확대(1980년대)

- 1979년 대처정부는 지방정부의 예산에 대해 철저하게 통제하여 권한을 약화시키고 중앙정부의 권한을 강화시킴으로써 중앙집권적 분권화가 나타남(공선희a, 2015).
- 1981년 보수당 정부는 백서(Growing Older)를 발표, 노인이 자신의 집에서 사는 것을 더 선호하므로 노인이 선호하는 생활로 이끌 수 있는 것이 인본주의적 조치이자 참된 경제조치라고 하며 재가복지의 비용효과성은 시설보호를 대체하는(substitutability) 것이 아니라 보완하는(complementarity) 것이라고 주장함.
 - 또한, 커뮤니티 케어는 비용이 더 적게 든다는 논리를 증명하지도 않은 채 정당화하면서(Knapp, 1984), '지역사회에서 돌봄(care in the community)'으로부터 '지역사회에 의한 돌봄(care by the community)'으로 변화할 것을 강조(공선희a, 2015).
 - 지역사회 서비스로 전환하려는 정책의 초점은 예산삭감과 국가개입의 축소, 즉 의료비를 억제하기 위해 입원서비스를 중간시설(halfway house), 거주시설보호(residential care), 주간보호(day care), 가정봉사원서비스(home help service) 등으로 전환시키는 것을 의미함(우국희, 1992).
- 1980년 10월 영국 정부는 사회복지사의 직무와 역할의 통합주의 주제를 검토하기 위해 NISW(National Institute of Social Work)에 요청하였고, Barclay를 위원장으로 한 위원회를 구성하여 1982년 바클레이 보고서를 제출함.
 - 바클레이 보고서(The Barclay Report)에서 사회복지사의 직무와 역할을 상담 지향에서 지역사회에 기초한 사회적 돌봄 계획(social care planning)으로 전환할 것을 주장하였고, 사회복지사에 의한 공공부문, 민간기관, 비공식 보호망 간의 협력관계(partnership)를 개발할 필요가 있다고 강조함(오정수, 2000).
- 1983년 보수당 정부는 공공시설 입소자격 제한으로 인해 민간시설을 이용해야 하는 노인 등에게 사회보장 보충급여(supplementary benefit)를 지급함. 이에 따라 거주 시설보호 비용은 1978년 6백만 파운드에서 1985년 2억 8천만 파운드로 급증함(공선희a, 2015). 반면에 지방정부가 운영하는 공공시설에 있는 노인에게는 사회보장 보충급여를 지급하지 않았고, 주당 30파운드 간호수당만 제공함.
 - 보수당 정부는 의료비 지출 삭감을 위해 노인 등이 병원시설이 아닌 지역사회 내 거주시설보호에 머무르도록 이전시킴(우국희, 1992). 이로써 노인대상 돌봄 서비스에서 국가가 주로 수행해 왔던 기능들을 민간영리부문이 맡게 되었고, 중앙정부의 지방정부에 대한 지출 제한은 거주시설보호에 대한 공적지출의 축소가 아니라, 사회보장 보충급여의 지급으로 인해 오히려 사회보장 지출이 확대됨.

- 1988년 그리피스 보고서(The Griffiths Report)인 ‘커뮤니티 케어: 실천 아젠다 (Community care: an Agenda for Action)’는 개인의 돌봄 비용에 대한 사회보장 보충급여는 중단되어야 하고 여기에 사용된 예산을 지방정부로 이전하여 신청자의 경제적 능력과 돌봄 욕구에 대한 별도의 사정을 거쳐서 집행하는 것이 바람직하다고 권고함(김용득 외, 2013).
- 1989년 그리피스 보고서의 권고가 대부분 반영된 정부 백서(Caring for People: Community Care in the next decade and beyond)에서 커뮤니티 케어 (community care)를 ‘노인이나 장애인이 지역사회 내 자기 집이나 집같이 편안한 환경에서 가능한 독립적으로 살 수 있도록 서비스와 지원을 제공하는 것’이라고 정의함. 그리고 지방정부 사회서비스국이 욕구사정과 계획, 구매와 계약, 서비스 질의 통제 및 감사 등을 책임지도록 규정함(공선희a, 2015).

라) 커뮤니티 케어 정책의 개혁(1990년대)

- 국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA) 제정
 - 1990년 제정된 국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA)은 지방정부 사회서비스국의 역할을 서비스 제공자에서 서비스 구매자로 변화시킴.
 - 1968년 시봄 보고서에 기초한 사회서비스국의 역할이 서비스 대상인구별 조직의 서비스 제공이라면, 1988년 그리피스 보고서에 기초한 1990년 커뮤니티케어 정책의 개혁을 통해 지방정부의 역할이 서비스 구매, 계약 및 관리라는 새로운 기능분류로 재조직됨 (오정수, 2000).
- 새로운 커뮤니티케어 정책으로 거주시설보호에 대한 중앙정부의 예산을 지방정부로 이관하여 지역의 수요에 적합한 돌봄체계를 구성하도록 함(우국희, 2006).
 - 지방정부 사회서비스국의 돌봄 매니저(care manager)는 개별 이용자의 욕구에 맞추어 유연하게 민간과 자원부문의 서비스를 통합, 돌봄 패키지(care package)를 구성함.
 - 서비스가 실행되어 욕구충족 여부가 확인되고, 정기적으로 점검하는 돌봄 매니지먼트 (care management)를 시행함(김보영 2018). 이는 서비스 이용자의 선택을 강조하고, 서비스 이용자의 욕구를 파악하여 욕구충족을 위한 적절한 케어계획을 책정하여 필요한 서비스를 구매하는 것임(박기남, 2011).

- 1990년 국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(NHSCCA) 제정의 직접적인 동기는 거주 시설 비용의 급증에 대한 비용통제임.
 - 이 법에 의해 1993년부터 3년간 중앙정부의 사회보장 예산은 단계적으로 지방정부에 포괄보조금 형태로 이양되었고, 이후에는 사회서비스를 위한 보조금으로 통합됨. 지방정부들은 중앙정부로부터 지급받은 특별이행보조금(Special Transition Grant)의 85%를 민간부문에서 서비스를 구매하는데 사용할 의무가 부과되어, 돌봄시장이 급격하게 성장함(공선희, 2015b).
 - 한편, 거주시설 지원을 위해 투입되던 중앙정부의 사회보장 예산이 지방정부로 이관되면서 과거에 없던 예산 상한선이 새롭게 설정되는 효과를 갖게 되었고, 중앙정부는 지방정부를 더욱 통제하게 됨.
 - 또한 국민보건서비스(NHS)의 장기요양을 줄여서 지방정부의 책임으로 넘기고, 이 부분을 민간부문에서 담당하도록 함(황덕순, 2008).
- 1990년 커뮤니티케어 정책의 개혁은 커뮤니티케어에 대한 정부의 정책 목표로 복지다원주의 또는 ‘돌봄의 혼합경제(mixed economy of care)’를 장려해 온 것임(Baldock, 2003).
 - 즉, 지방정부 사회서비스국과 사회복지사는 서비스의 제공자로부터 구매자로 전환되었고, 서비스 전달에서 공공부문의 역할이 축소되고 민간부문의 역할이 확대된 복지의 혼합경제가 강화됨. 돌봄 서비스는 준 시장(quasi-market)⁴⁾에서 거래되는 계약문화가 생겼고, 이용자는 고객이나 소비자로 불렸으며, 이용자의 선택을 중시한다는 정책적 취지와는 달리 구매력에 따른 서비스 배분이 매우 심화되는 돌봄 격차(care gap)를 발생시킴.
- 1996년 커뮤니티 케어법(Community Care Act)의 제정으로 현금급여인 서비스 직접 지불제도가 도입되어 장애인은 1997년, 노인은 2000년부터 시행함.

마) 큰 사회 아젠다와 커뮤니티 케어 정책(2000년대)

- 18년 동안의 보수당 집권이 끝나고, 1997년 토니 블레어의 신노동당이 집권하자 이전 보수당 정부와의 차별을 시도하였지만, 사회적 돌봄 정책에서는 보수당 정부가 구축해 놓은 준시장(quasi-market)을 근간으로 서비스 제공의 구조(structure)와 절차(process) 등 주요 인프라를 고스란히 이어 받아 ‘제3의’ 새로운 정책적 변화를 모색함(전용호, 2008).

- 서비스 공급자를 민간에게 대폭 이양한 결과, 공공지출의 감소는 민간부문의 서비스 이용으로 돌봄의 공급과 수요의 격차가 생기고, 결국 사회적 돌봄(social care) 비용이 상승하였으며(공선희, 2015a), 서비스 비용증가는 낭비의 역설로 간주됨(Baldock, 2003).
- 1998년 신노동당 정부백서(Modernizing Social Services)에서 ‘사회적 돌봄에 있어서 제3의 길은 정책의 초점을 누가 돌봄서비스를 제공하느냐에서 서비스를 이용하는 개인들, 그들의 보호자와 가족들이 경험하는 서비스 질로 이동시키는 것’이라고 표현함. 사회적 돌봄 정책의 핵심을 서비스의 결과(outcome)에 두고, 서비스의 질(quality) 관리에 무게를 둬.
- 신노동당은 민간부문, 자원부문과 비공식적 부문에서 제공하는 서비스 비율이 점차 늘어나는 복지의 혼합경제가 심화되자, 이에 대응하기 위한 기제로서 서비스의 질 관리를 활용한 측면이 강했고, 시장에 대한 규제를 통해 가속화되는 시장화로 인해 발생할 수 있는 서비스 간의 질 격차 심화 등 ‘시장 실패(market failure)’를 막아야 한다는 신노동당 정부의 정책적 의지가 큰 작용을 함(전용호, 2008).
- 1999년 장기요양에 관한 왕립위원회(Royal Commission on Long Term Care) 보고서에서 사회적 돌봄의 조직과 재정은 국민보건서비스(NHS)와 지방정부, 공공부문과 민간부문 간에 분리되었다고 설명함.
- 2000년 사회적 돌봄 서비스의 규제체계를 개혁하기 위해 돌봄기준법(Care Standards Act)이 제정되었고, 2001년 노인을 위한 국민서비스(National Service Framework for Older People)에서 노인대상의 국가의 표준 서비스 가이드라인을 제시하였고, 국가돌봄표준위원회(National Care Standards Commission) 및 국가 최저기준(National Minimum Standards)을 규정함(임병우, 2004).
- 2003년 보건과 사회적 돌봄법(Health and Social Care Act)은 돌봄기준법에서 규정한 국가돌봄 표준위원회를 폐지하고, 새로운 감독기구인 사회적돌봄 감독위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 설립하도록 규정함.
 - 이 위원회는 서비스를 제공하는 기관을 조사하여 등급을 부여·공표하고 감독하는 기능을 가짐(전용호, 2008). 지역사회에 기반한 커뮤니티 케어(community care)로 서비스 패러다임이 전환한 것은 서비스 비용뿐만 아니라 서비스 질과 관련된다는 것을 보여줌.
- 2005년 보수당 정권은 자유시장과 민족국가 이슈를 넘어 현대사회의 다양한 변화를 끌어안은 포괄적 사회적 아젠다를 필요로 함. 2010년 총선의 ‘큰 사회(Big Society)’

아젠다는 향후 5년간 보수당-자유민주당 연립정부의 핵심 국가전략으로 사회 전체에 영향을 미침.

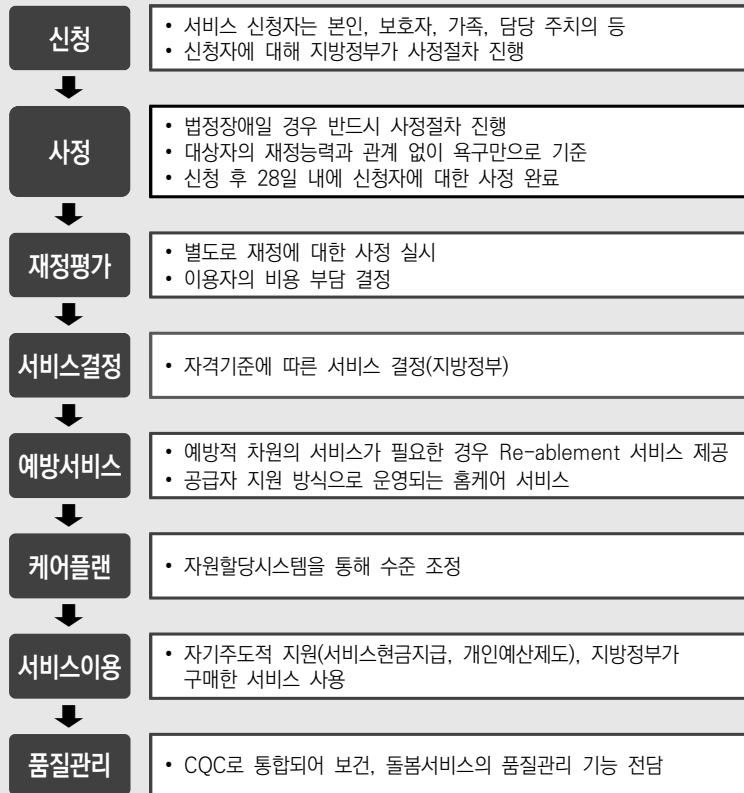
- 2012년 정부 백서(caring for our future)에서 ‘돌봄과 지원(care and support)’에 관한 개혁안을 발표했는데, 공식적 돌봄과 지원을 최대한 지연하거나 최소화하고 스스로 통제해서 개인의 역량을 강화한다는 것(공선희, 2015b:). 이를 위해서 서비스 직접지불(direct payment)과 개인예산(personal budget), 정보제공이 강조됨(김용득, 2013).
 - 2015년 보수당은 ‘큰 사회’ 아젠다에서 ‘큰 사회’는 개인과 기업, 전문가와 시민의 책임이 높아지고 사람들이 함께 문제를 해결하고, 자신의 삶과 지역사회를 개선하며, 변화의 주된 힘이 정부 통제가 아닌 사회적 책임이 되는 사회라고 강조함(공선희, 2015b).
- 영국은 2014년 돌봄법(Care Act)를 제정하여 기존의 다양하고 복잡한 돌봄법들을 통합하고 지방정부로 하여금 서비스제공 책임자로서 성인 관리를 강화하는 등 개혁을 단행함.
 - 돌봄법은 돌봄 및 지원, 서비스 품질 관리를 위한 관리기준, 보건의료 분야의 관련 기관들의 역할 및 설립기준, 통합기금과 관련한 보건의료 및 사회적 돌봄 등을 주요 내용으로 하고 있으며 돌봄이 필요한 사람뿐만 아니라 돌봄을 수행하는 돌봄자의 욕구 사정과 서비스 제공을 지방정부의 의무로 규정함.

■ 영국 커뮤니티케어의 운영구조¹⁸⁾

- 1990년 커뮤니티케어법 하에서 영국 커뮤니티 케어의 운영의 원리는 다음과 같이 먼저, 보건 수요와 사회돌봄 수요를 구분하여 보건 수요에 대해서는 NHS를 통해 GP 등 보건 부문의 서비스를 제공하고, 돌봄수요를 가진 사람들에게는 사회서비스를 제공함. 커뮤니티 케어는 지방정부의 사회서비스 부서로 단일 창구화되어 있음.
- 지방정부는 서비스의 독점적인 공급자가 아니라 민간, 비공식 부분의 서비스를 포함한 다양한 대안의 서비스가 제공되도록 하는 역할을 수행하며, 특정범주의 사람들(예: 노인집단)을 위한 서비스 패키지를 준비해 두고 개인의 필요에 대한 평가를 하는 체계가 아니라 개인(소비자)의 필요를 먼저 분석하여 적절한 서비스를 제공하도록 하고 있음.
- 지방정부의 사회서비스국이 커뮤니티 케어 서비스의 단일 창구로서 신청자에 대해서 지방정부가 사정절차를 진행하게 되며 서비스 신청자는 본인, 보호자, 가족, 담당 주치의 등이 할 수 있음.

- 법적 장애일 경우 반드시 사정절차를 진행해야 하며 법적 장애가 아닐 경우 지방정부의 재량에 따라 사정 절차를 실시하지 않을 수도 있음. 신청 후 28일 이내에 신청자에 대한 사정을 완료해야 하며 욕구에 대한 사정은 대상자의 재정 능력과 관계없이 욕구만을 기준으로 함.
- 욕구 사정 중 별도로 재정에 대한 사정(Financial Assessment)을 실시하여 얼마만큼의 비용을 이용자가 스스로 부담할 것인가를 결정함(김용득, 2013).
- 사정이 이루어지고 나면 지방정부는 자격기준에 따라 서비스가 제공되는지 결정해야 하며 욕구가 부합하는 서비스를 제공할 책임을 지게 됨. 지방정부의 재정 여건에 따라 판단 기준에 차이가 있음.
- 사정 후 보다 경한 장애가 있거나 예방적 차원의 서비스가 필요할 경우 Re-ablement 서비스를 제공받을 수 있는데, 이는 커뮤니티케어와 별개로 운영됨. Re-ablement 서비스는 비영리 민간조직에게 재정을 교부하여 단기간 집중적인 서비스를 제공하도록 위탁하는 공급자지원방식으로 운영되는 홈케어서비스임.
- 신청자 개인에 대한 보호 계획(Care plan)이 세워지고, 이에 의거하여 서비스를 이용하게 되는데 서비스 개시 3개월 이내와 그 후 1년 이내에 이용자의 보호계획서를 다시 점검해야 함.
- 지방정부에 소속된 사회복지사가 자원할당시스템(Resources Allocation System:RAS)이라는 도구를 통해 임시 예산을 정하고 이를 재정패널과의 협의를 통해 최종적으로 수준을 조정함.
- 예산이 할당되면 구체적인 서비스 계획의 수립, 그리고 서비스들이 어떻게 전달될 것인가를 정하는데, 이 때 자기주도적 지원(Self Directed support)을 사용하거나 지방정부가 구매한 서비스를 사용할 수 있으며 혼합하여 사용할 수도 있음.
- 자기 주도적 지원에는 서비스현금지급 혹은 개인예산제도 등이 있는데, 개인예산의 경우 이용자의 책임 하에 개인예산을 집행하거나 개인예산을 지방정부 케어 매니저에게 위탁하여 지방정부와 계약을 체결하고 있는 기관들로부터 서비스 구매 또는 서비스기관에 개인 예산을 위탁하는 등 3가지 방식이 있음.
- 서비스 품질관리를 위한 다양한 조치들이 있어왔는데, 2000년 품질관리법(Care Standard Act 2000)으로 통일되었으며 이후 몇 차례의 조직 변화를 거쳐 2009년부터 CQC(Care Quality Commission)으로 통합되어 보건서비스와 돌봄서비스의 품질관리 기능을 전담하게 됨.
- 2010년 4월부터 Health and Social care Act 2008이 시행되면서 최저서비스 기준은 폐지되고 필수기준(Essential Standard)이 새로 도입됨. 평가결과는 Star rating이었으나 이후 이는 폐지되고 필수지표에 대한 충족여부(met/unmet)로 평가됨.

[그림 23] 영국 커뮤니티케어 이용 시스템



자료: 김승연 외. 2018. 『해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향 연구』

바) 영국의 커뮤니티케어 입법의 변천

- 첫 번째 시기인 1945~50년대는 전후 복지국가 건설과정에서 구빈법의 유산이었던 시설 보호를 커뮤니티 케어로 관심을 돌림. 영국 정부가 지방정부의 서비스 제공 및 재정에 관한 합의된 가정은 거주시설보호(residential care)였음.
- 두 번째 시기인 1960~70년대에 지방정부 차원에서 필요에 따라 노인, 아동, 보건 등 분야마다 제도가 복잡하게 만들어져 전달체계가 분절 및 파편화됨. 이로 인해 지역

18) 김승연 외. 2018. 『해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향 연구』의 내용을 수정·보완 하였음

사회에서 필요한 다양한 욕구에 대응하는 서비스를 적절히 제공하지 못한다는 비판이 제기됨. 이러한 문제를 해결하기 위해 시범 보고서에 기초한 개혁을 통해 지방정부에 사회서비스국을 설치하여 통합적 전달체계를 구축함.

- 세 번째 시기인 1980년대 대처정부의 등장으로 본격적으로 커뮤니티 케어 정책방향을 추진함. 공공부문의 지출을 삭감하고 사회서비스에서 민간영리부문을 확대해 나가기 시작했으며 지방정부는 서비스 제공자가 아닌 서비스 구매자의 역할을 갖게 됨.
- 네 번째 시기인 1990년 커뮤니티 케어의 개혁을 표방한 커뮤니티 케어 모델 (Community Care Scheme)은 효율성의 증진과 이용자의 선택을 표방하는 시장기제의 도입, 지방정부의 책임과 권한 강화, 사회서비스의 민영화, 지역단위의 사정체계의 수립과 케어 매니지먼트를 통한 서비스 전달과 관리로 나타남(김보영, 2018).
- 마지막으로 2000년대 신노동당 정부는 보수당이 이루어 놓은 기반 위에 제3의 새로운 정책 변화를 모색함. 사회적 돌봄을 자율 시장기제에 맡겨 두고자 했던 기존의 보수당 정책과 달리 신노동당은 국가의 서비스 표준기준, 평가 등에 대한 규제를 강조하였음. 그리고 보수-자민 연정, 보수당 정부는 ‘큰 사회’ 아젠다를 통해 공식적 돌봄과 지원을 최소화하고, 돌봄과 지원을 스스로 통제하여 개인의 역량 강화를 강조함.

〈표 61〉 영국의 커뮤니티케어 입법 변천과 특징

시기	입법 특징	비고
1945~1950년대	시설보호에서 커뮤니티 케어로 정책 변화	지방정부의 재량권 자원조직에 대한 재정지원
1960~1970년대	지역사회 기반의 지방정부의 책임 강화	지방정부 사회서비스국 설치
1980년대	커뮤니티케어 강화, 민간영리시설 확대	공공 지출 삭감, 시장화
1990년대	커뮤니티케어 정책 개혁	복지의 혼합경제, 준시장 지방정부의 서비스 구매자 역할
2000년대 이후	제3의 길 큰 사회 아젠다	사회서비스의 현대화, 서비스 질 관리 개인의 역량 강화, 지역사회 강조

자료: 박정선, 2018. 『영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제』

4) 영국의 공공 복지전달체계 통합

가) 영국의 통합적 전달체계 발전¹⁹⁾

- 영국에서 통합적 전달체계 논의는 2차 세계대전 직후 ‘요람에서 무덤까지’ 베버리지 보고서로 상징되는 복지국가 성립 이후 지역사회를 중심으로 사회서비스가 발달하기 시작하면서 제기됨.
 - 1940년대 후반과 60년대를 걸친 제도입법 과정에서 임산부, 아동, 장애인, 노인 등에 대한 돌봄의 의무들이 지방정부에 부여되어 온 것임(강혜규 외, 2007). 그런데 이는 제대로 구성된 체계를 가지고 도입된 것이 아니라 모두 개별적인 입법으로 역할이 부여되다 보니 서로 비슷한 서비스가 아동부, 복지부, 보건부, 교육부 등으로 분산되어 혼란이 가중됨.
 - 이에 1960년대와 70년대 영국에서 사회서비스에 대한 논의에서 핵심은 서비스 제공에 있어서의 복잡한 구조에 대한 것이었음(Forder, 1975; Griffith, 1966; Hall, 1976; ; Titmuss, 1967).
- 이러한 구조는 중앙정부에서부터 보건의료와 지방정부 복지서비스를 담당하는 보건성, 지방정부의 아동서비스를 담당하는 국무성(Home Office), 학교와 관련된 복지를 담당하는 교육부 등으로 분리되어 있었음.
 - 지방정부에서도 사회서비스는 대상 집단뿐만 아니라 전문가 집단과 부처별로 분절되어 있어 보통 복합적이고 상호의존적인 욕구를 가지고 있는 개인과 가족에 대한 포괄적인 접근을 하는 것이 불가능해 보인다는 비판이 광범위하게 제기됨.
 - 이러한 분절의 원인에 대해서 대부분은 개별적인 입법이 서로 다른 필요에 의해 도입되고 그때마다 새로운 기관이 들어섰기 때문이라고 진단과 함께 의료사회복지사, 보호관찰 담당자, 아동복지 담당자 등 서로 다른 전문직 집단의 이해관계에 의한 것이라고도 지적도 제기됨(Forder, 1975).
- 이러한 분절의 문제는 결국 시봄 위원회(Seeborn Committee, 1968)에 검토가 의뢰되었고, 결국 독자적이고 통합된 사회서비스국(social service department)을 지방정부에 설치하라는 권고가 제시됨.
 - 이 권고안은 1970년 지방정부사회서비스법(Local Authority Social Service Act)에 반영됨. 당시 새로운 사회서비스국이 지방정부의 여타 부처와 비교해서 더 많은 권한을 가지게 됨으로써 더 많은 예산과 정책결정의 영향력을 확보하고, 그 역할에 대해서도 대

19) 김보영. 2018. 『통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건-영국사례연구』의 내용을 수정·보완 하였음

중적으로 더 많이 인식이 되어서 낙인효과를 감소시키고, 더 많은 욕구를 효과적으로 감지해낼 수 있을 것이라고 봄(Parker, 1970; Wistrich, 1970).

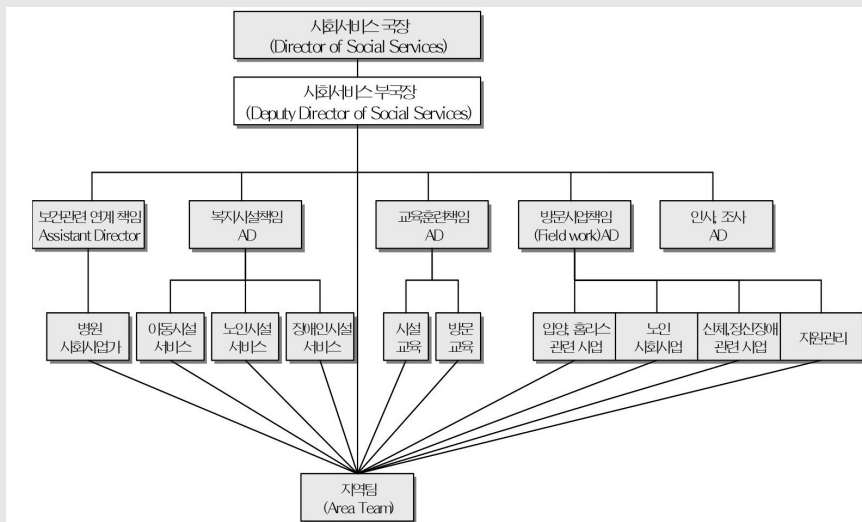
- 실제 사회서비스국 설립 이후에 어느 정도 실현이 되었고 1970년대 초 영국은 경제위기를 맞은 가운데에서도 사회서비스 분야만 매년 10% 이상 증액되면서(Sullivan, 1996) 영국 복지체계에 있어 사회서비스는 하나의 영역으로 자리 잡음.

■ 영국 지방사회서비스국의 변화 과정²⁰⁾

- 영국에 현대적인 의미에서 지방사회서비스가 존재하게 된 것, 즉 대인적 사회서비스의 제공이 정부의 주도적 역할로 제도화되기 시작한 것은 1971년 이후임. 특히 이러한 케어에 대한 사회적 책임 문제가 불거지게 된 것은 바로 아동에 대한 보호의 필요성이 제기되면서부터라고 볼 수 있음.
 - 아동 및 청소년 문제에 대한 사회적 관심의 고조에 대응하여 1965년에 사회서비스에 관한 전문적 조사에 착수한 시봄(Seebom)위원회는 1968년, 시봄 보고서(Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services)를 통해 지방정부의 사회서비스 부서를 조직화하고 분야별로 분절된 서비스의 효율성 제고 방안에 대해 역설함.
 - 그 결과 1970년 지방사회서비스법(Local Authority Social Services Act)이 제정되었고 영국 지방정부에 아동부와 복지 및 보건서비스를 통합한 새로운 사회서비스국이 신설됨.
- 조직 및 인력의 재조직을 통한 전달체계 개선 방향
 - 당시의 영국 지방정부는 복지서비스의 제공과 관련하여 아동부, 복지부, 보건부, 교육부 등으로 분리됨. 새롭게 통합될 사회서비스 부서는 현장에서 지역단위(area units)로 일하도록 위원회에 의해 권고되었고 각 지역 팀은 50,000~100,000명 정도의 인구로 이루어진 지역을 단위로 운영됨.
 - 위원회는 당시의 사회복지사 수를 감안하여 10명에서 12명 정도의 사회복지사가 한 팀을 이루도록 제안하였으나 지역적 특성을 고려하여 접근이 용이하도록 결정하되, 실질적인 분권화(decentralization)가 실현될 수 있도록 함.
 - 즉, 지역 팀은 단지 공간적으로 중앙의 주무부처로부터 이동을 의미할 뿐만 아니라 의사결정이 지역 팀 자체에서 이루어질 수 있는 상당한 권한이양이 이루어지도록 함.
- 효율성 제고 차원에서의 전달체계 개선 방향
 - 시봄보고서는 개별 서비스의 효율성을 제고하기 위해 포괄적인 가족 서비스(comprehensive family-based services)가 필요하며 그러기 위해 통합된 사회서비스부서(unified social service department)의 창설을 권고함. 기존의 접근방법으로는 서비스 분절(fragmentation)의 문제가 생기므로 하나의 가족 문제에 대해 명확한 책임을 지는 부서의 필요성이 대두됨.
- 책임성 확보 및 재정 확보 차원에서의 전달체계 개선 방향

- 아동부(Children's Departments)와 보건부 및 복지부(Health and Welfare Departments) 등의 통합을 거쳐 창설된 지방사회서비스국은 정책집행 기구로서 지방 정부에만 존재하고 그 상부의 주무부처로는 중앙정부의 보건부가 있음. 즉 지방사회 서비스국은 중앙정부의 보건부장관(Secretary of State for Health) 책임 아래 있게 됨.
- 그러나 영국 보건부의 사회복지서비스에 대한 역할은 전략적이며, 서비스의 직접적인 전달에 대해서는 책임을 지지 않으므로 실질적으로 서비스 전달은 각 지방정부 지방 사회서비스국의 국장이 그 책임을 맡게 됨. 즉 직접적 서비스에 대해서는 명확한 분 권이 이루어지게 됨.
- 지방사회서비스국의 국장(Director)은 각각 지방사회서비스팀을 책임지며, 각 지역의 복지서비스 제공을 위한 욕구사정 및 대상자의 재정조사와 민·관 서비스 시설 알선, 개별적 서비스 제공이 가능하도록 케어(care)계획의 수립 등을 관할함(〈그림 2〉참 조). 동시에 지방의회 의원(councillor)들로 구성된 사회서비스위원회(Social Service Committee)는 국장에게 복지서비스 제공의 책임을 물을 수 있는 견제장치로서 가 동됨(Webb and Wistow, 1987).
- 이처럼 영국에서 공공의 대인사회서비스는 표면적으로는 중앙부처가 특별히 존재하 지 않지만, 보건부가 그 전략적 기획을 담당하며 지방정부는 그 실행 및 실질적 서비 스 전달을 맡는다는 점에서 서로 역할 분담을 하고 있어 책임이 중복되지 않고 분업 화가 이루어지고 있음. 그 재정적 역할에 있어서도 중앙정부의 보건부 예산 중 약 20% 정도가 「지방사회서비스국」을 위해 할당되며, 보건부 내에는 보건부 장관 외에 대인사회서비스만을 관장하는 차관(Minister of State)이 존재함(Hill, 2000; 이상 일, 2004).

[그림 24] 영국 지방사회서비스국의 구조



자료: 이상일, 2004. 『영국 공공복지서비스 전달체계의 재조직화: 배경 및 시사점』

- 이렇게 사회서비스의 분절문제가 사회서비스국 설립으로 일정 수준으로 해소된 이후에 통합적 접근의 문제는 보건의료와 사회서비스간의 협력문제로 초점이 이동됨.
 - 사실 사회서비스국 설립으로 오직 해결되지 못한 분절문제는 보건의료와 사회서비스간의 문제였으며(Cypher, 1979) 이와 같은 개혁은 오히려 이 문제를 더욱 심화시켰다는 비판도 제기됨(Hall, 1976; Wistow, 1982).
 - 특히 이것은 의료시설 안에서의 돌봄에서 지역사회를 기반으로 한 돌봄으로 연계시키는 차원에서 당시 커뮤니티 케어(community care)를 내세웠던 보수당 정부에서 더욱 중요한 과제로 인식됨.
- 사실 시봄(Seebohm)의 복지서비스 재조직화의 핵심은 서비스 분절화 문제의 해결에 집중되어 있었고 이상적인 포괄적 사회사업 서비스(Generic Social Work)란, 한 가족이 가진 문제에 대해 그 문제가 가족 구성원 누구의 것이든 지방사회서비스국이 개입하여 전문가 팀이 협력하여 문제의 처음부터 끝까지를 해결한다는 것을 의미함.
 - 그러나 당시 영국 내 사회사업적 개입이 주로 요청된 분야는 아동복지였고, 결과적으로 아동복지가 노인복지보다 더 전문화되는 등 전문성의 격차가 생겨남. 아울러 노인인구의 급증이나 정신질환자에 대한 지역사회 내 보호 필요성이 제기되면서 지방사회서비스국의 자율성이 위협받게 됨.
 - 민간 노인복지시설의 필요가 급증해갔고 서비스 대상자들은 복지서비스 외에도 의료서비스, 부족한 소득원의 보충 등을 요구하기 시작하게 됨. 이에 따라 1980년대 후반 및 1990년대에 들어서면서 사회보장이나 국민보건서비스와의 연계문제가 시급한 현안으로 떠오르게 됨(이상일, 2004).
- 2000년대 들어서도 이러한 문제의식은 더욱 확산되어 보건의료와 사회서비스간의 분절은 포괄적이고 효과적인 서비스를 가로막는 가장 핵심적인 문제로 지적됨 (Glendinning et al., 2000; Keene et al., 2001).
 - 특히 노인의 경우 보건의료와 사회서비스 경계 사이에 존재하게 되어서 양쪽 영역에서 모두 방치되는 결과로 이어질 가능성이 높음(Lewis, 2001). 이는 1차적으로 중앙정부 중심으로 편제되어 있는 영국의 무상의료제도인 국가건강서비스(National Health Service, 이하 NHS)와 지방정부 중심으로 운영되고 있는 사회서비스간의 제도적이고 조직적인 분절에 의한 것이라고 할 수 있음.

20) 김한철. 2007. 『사회복지 전달체계의 비교를 통한 한국의 개선과제 연구-한국·영국·일본의 복지체계 변화를 중심으로』의 내용을 수정·보완 하였음

- 재정방식의 차이에서 오는 문제가 가장 두드러지는데(Baldock, 1997) NHS의 서비스는 무상인데 반하여 지방정부의 사회서비스는 본인부담분을 부과하고, 많은 경우 자산조사에 의해 재정 부담을 시키고 있음.
 - 이러한 상황에서 중앙정부와 지방정부 사이에 보건의료에서의 재정 부담을 사회서비스를 통하여 지방정부에게 떠넘기고 있다는 불신감도 존재함.
- 하지만 영국 정부는 보건의료와 사회서비스를 통합적으로 접근하려는 노력을 지속적으로 전개해왔으며 법적으로 지방정부와 보건의료기관간의 파트너십에 대한 책임을 부여하고, 규제감시 체계에 있어서도 사회보호조사위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 보건의료위원회(Healthcare Commission)와 통합하여 돌봄의 질 위원회(Care Quality Commission)를 설치하는 등 제도적 노력을 기울이고 있음.
- 또한, 노인을 위한 파트너십 프로젝트(Partnerships for Older People Projects)와 같이 노인 낙상 감축과 같은 분명한 목적을 가지고 지방정부와 보건의료 기구가 함께 프로젝트 사업을 벌이는 등 실질적인 협력을 시도하고 있음(김보영, 2012).
- 2012년에는 보건의료및사회적돌봄법(Health and Social Care Act)을 통해서는 보건의료와 사회서비스의 통합적인 새로운 거버넌스 구조로서 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards, HWBs)를 구축함(Humphries & Galea, 2013).
- 이 보건복지위원회는 임상위탁그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)이라는 지역의 보건의료 총괄기구와 지방정부가 공동으로 구성하는 기구로서 임상위탁그룹의 관계자와 지방정부의 성인사회서비스 국장, 아동서비스 국장, 공공보건 국장 등 각 정책영역 고위 책임자들이 참여하고 그 외 관련 전문가에 의해서 구성됨(NHS England, 2014).
 - 이 위원회를 통해 지역주민의 욕구를 파악하는 합동전략육구실사를 실시하고, 이를 기반으로 합동보건복지전략을 공동으로 고민하고 수립하여 합동 위탁, 통합 공급, 공유 예산(pooled budget) 등의 정책수단을 통해 실현시키고 있음(DH, 2011, 2012).

나) 영국에서 통합적 전달체계의 의미²¹⁾

- 영국에서의 공공복지 전달체계의 통합적 개편과정을 보면 크게 복지국가 성립 이후 개별적인 사회서비스 발달부터 1970년대 사회서비스국 통합까지의 시기와 그 이후 보건의료와 사회서비스간의 통합을 추진하는 시기로 나누어 볼 수 있음.

21) 김보영. 2018. 『통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건-영국사례연구』의 내용을 수정·보완 하였음

- (복지국가 성립 이후 1970년대 사회서비스국 통합까지) 이 시기에 아동, 장애인, 노인 등 대상별 혹은 보건, 교육 등 영역별로 분절되어 발달한 개별적 서비스들이 하나의 전달체계 아래 통합, 추진되었고 이러한 기능을 모두 결합한 사회서비스국을 지방정부에 설치함으로써 1차 전달체계 개편이 완결되었다고 할 수 있음.
- (보건의료와 사회서비스 간 통합 추진 시기) 지방정부 중심으로 통합된 사회서비스와 중앙정부 중심으로 이루어진 보건의료간의 통합문제가 대두됨. 규제와 관리체계의 통합에 이어서 보건복지위원회를 통한 지역단위 전달체계 간 통합적 접근이 추진 중에 있음.

○ 이러한 영국의 통합적 전달체계 구축은 공공 서비스의 효과성에 대한 문제의식에서 출발함.

- 개인이나 가족이 사회적 지원을 필요로 할 때 그것은 아동 혹은 성인의 개별적 문제가 아니며 그들이 필요로 하는 돌봄과 의료 또한 서로 다른 영역의 문제가 아니라 개인과 가족 간의 복합적이고 상호의존적인 문제임.
- 기존과 같이 대상과 욕구별로 복지서비스가 분절된 체계 내에서는 이러한 복합적 성격을 가진 문제에 효과적으로 대응할 수 없고 각기 다른 부서와 담당자가 이 문제에 대응하는 것보다 하나의 체계 아래에서 통합적으로 대응하는 것이 효과적임.

○ 이러한 통합적 접근은 다음 같이 사례별, 조직적, 정책적 수준으로 구분할 수 있음.

- (사례별 수준) 사례별 수준에 있어서 사회서비스국의 통합은 하나의 사례에 대하여 한 명의 담당자(key worker)가 욕구의 실사와 욕구에 대응하는 서비스의 구성과 시행 등을 책임지는 체계를 뜻함(Dant & Gearing, 1990). 이는 곧 개인이나 가족의 문제에 대한 통합적 접근으로 복합적 욕구에 대한 종합적인 실사를 통해 다양한 서비스 패키지(package)를 구성하는 공공 사례관리(case management)로 발전됨(Payne, 2000).
- (조직적 수준) 조직적 수준에서는 이러한 서비스를 담당하는 조직 간 통합을 의미함. 아동부, 복지부, 보건부로 구분되어 있던 조직을 사회서비스국으로 통합시킨 것과 같이 조직 통합은 물론, 보건복지위원회와 같이 통합적인 거버넌스 구조를 구축하는 것까지 조직적 통합의 시도로 볼 수 있음. 이를 통해 서비스가 각기 다르게 운영되지 않고 대상자의 복합적 욕구에 종합적으로 대응할 수 있는 조직적 기반을 만드는 것이라 할 수 있음.
- (정책적 수준) 정책적 수준에서는 노인을 위한 파트너십 프로젝트나 보건복지위원회에서 합동전략육구실사와 합동보건복지전략을 수립하는 것과 같이 정책의 내용적 측면에서 통합 프로그램이나 전략을 구성하는 것을 의미함. 이를 위해서는 재정, 위탁, 성과관리 등 정책적 수준에서의 조정과 합의, 협력을 증진시키는 시도가 필요함.

다) 영국 통합적 복지 전달체계의 사례²²⁾

▣ 보건의료와 사회서비스의 통합 - 런던 자치구 사례

(1) 서비스 개요

- 최근에는 NHS 및 커뮤니티 케어법(NHS and Community Care Act), 만성질환 및 장애법(Chronically Sick and Disabled Act) 등 돌봄 관련 법안을 모두 하나로 통합한 돌봄법(Care Act)이 시행됨. 이를 통해 사회서비스가 공급자를 중심으로 이루어지는 것이 아니라 그 당사자를 중심으로 당사자의 통제권에 의해 이루어져야 한다는 사람 중심 돌봄(person centred care)이 보건의료와 사회서비스에 있어 중심 기조가 되고 있음.
 - 이에 따라 사례 지역의 정신보건 서비스 역시 대상자에 대한 사정(assessment)에 의해서 욕구가 진단이 되면 그에 따른 개인별 예산(personal budget)이 배정되고, 진단된 욕구와 관련해 이 예산을 어떻게 사용할지에 대해서는 대상자와 논의를 통해 결정하게 됨.
- 사례 지역에서는 이 지역을 총괄하는 보건의료기구인 NHS 재단 트러스트의 건물 내에 지방정부의 인력과 NHS 인력이 공동으로 정신보건팀을 구성하여 서비스를 제공하고 있었음.
 - 그래서 처음부터 의뢰 역시 보건의료나 사회서비스 부서에서 따로 받는 것이 아니라 정신보건 문제의 사례로 의뢰를 받고, 사정 결과에 따라 정신과 의사, 지역사회 정신과 간호사(communitary psychiatric nurse), 병원 외래 치료, 시설보호, 직장복귀 지원, 사회활동 등의 서비스가 결합된 서비스 패키지를 제공하게 됨.
 - 이러한 서비스 패키지는 한사람의 돌봄 조정자(care coordinator)가 이러한 계획을 조정하고 매 6개월에서 12개월마다 모든 관계자가 모여서 돌봄 계획을 재검토하고 개별 서비스들의 유효성, 서비스 변경 또는 지속여부, 종결 여부 등에 대해 검토하게 됨.
 - 이러한 돌봄 조정자는 보건의료나 지방정부 인력 또는 지역위원의 일반의(GP)가 담당함. 개입기간은 정신보건서비스의 경우 상대적으로 긴 편인데 보통 2년이 넘어가면 집중적인 검토를 하게 됨.
- 사례 지역 정신보건팀에는 지방정부에서 30명, 트러스트 인력 60명이 배치되어 있으며, 지역별로 1~2명의 관리자, 10여 명의 사회복지사와 10여 명의 간호사, 1~2명의

22) 김보영. 2018. 『통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건-영국사례연구』의 내용을 수정·보완 하였음

의사, 작업 치료사(occupational therapist) 등 2~30명 단위의 팀으로 구성되어 전체적으로 4~500건 정도의 사례를 진행하면서 10~20건의 새로운 의뢰를 매주 담당함.

- 트러스트 차원에서 모든 의뢰는 단일 접근지점(single point access)을 통해 접수하고 필요한 경우 긴급대응을 하거나, 정보 및 조언을 제공 하거나 지속적인 지원이 필요한 경우 지역팀으로 배정을 해서 통합적으로 서비스를 제공할 수 있도록 함.

(2) 전문집단 간 이해와 협력

○ 기존에는 사회복지사들이 일반팀(generic team)에 소속되어 일했지만 지난 20~25년여 동안 전문성의 발달로 지금은 노인팀, 정신보건, 발달장애, 신체장애 등으로 분리됨.

- 또한 이전에는 정신보건 분야에 간호사, 사회복지사, 작업치료사 중 한 명이 한 사람의 돌봄을 책임졌었지만 점점 더 간호사는 의료적 증상이나 치료 혹은 약물관리 등을, 사회복지사는 사회적 돌봄과 가족이나 지역공동체와 관련된 문제와 같은 보다 자기 전문성에 따라 문제를 담당하는 것으로 변화되어 왔음. 이러한 환경 변화로 인하여 통합적인 접근을 위해서는 전문집단간의 이해와 협력이 더욱 중요해짐.

○ 하지만 보건의료와 사회서비스의 통합과 관련해서 이러한 분야 간 갈등이 더욱 심화되어 나타남. 보건의료는 대상자를 환자로, 문제를 질병으로 인식하여 전문가에 의해서 치료가 되어야 된다고 생각하는 반면, 사회복지실천에서는 대상자가 자신에 대해서 가장 잘 알고 있다고 생각하고 지역사회 내 존재로 인식하면서 강점에 기반하여 접근하기 때문임.

- 이와 같은 이유로 보건의료 전문가와 사회복지사 사이에 서비스에 대한 관점에 근본적인 차이가 드러나며 보통 보건의료분야가 사회적 돌봄보다 더 지배적인 경우가 많기 때문에 이러한 차이가 갈등으로 발전하는 경향이 있음.
- 보건의료 쪽에서는 사람 중심의 접근방식이 근거나 증거가 부족하다고 느끼고, 보건의료적인 치료나 목표에 보다 집중하는 경향이 있기 때문에 상대적으로 사회서비스 분야가 소홀해지는 경우가 많음. 때문에 통합적 접근을 위해서 지방정부 인력을 NHS에 배치했다가 보건의료 쪽이 지배적이라는 이유로 지방정부에서 인력을 철수하는 경우가 발생함.

○ 그래서 보건의료와 사회적 돌봄의 통합을 위해서는 “각자의 전문성에서 무엇을 기대하는지, 각자 어떠한 이해를 가지고 참여하고 있는지, 각 참여자가 이 파트너십을 통하여 무엇을 원하는 것이고, 그것을 어떻게 측정할 것인지 분명하게”하는 것이 중요하다고 강조됨.

- 그래서 파트너십을 통해 어떠한 성과를 가져왔는지에 대한 논란이 있을 때에도 각자 어떠한 성과를 거두고 있는지 근거를 가지고 이야기할 수 있어야 함. 이를 위해서는 서로 간의 지속적인 대화를 통해서 관계를 구축해야하고 이러한 과정에서 어느 한쪽이 더 많은 권력(power)을 갖지 않도록 해야 함.
- 전문집단간 협력을 원활하게 하기 위한 제도적 장치도 중요하게 작용함. 2006년 NHS법 (NHS Act 2006) 75조에서는 지방정부와 NHS 인력이 서로의 업무를 수행할 수 있도록 허용하고 있으며, 새로운 돌봄법에서는 NHS 인력이 사회적 돌봄에 대한 사정을 하거나 지방정부 인력이 보건·의료적 치료에 대한 사정을 할 수 있도록 허용하고 있음.
- 이를 통해 각자의 업무를 개별적으로 처리하는 것이 아니라 공동협력을 통해 통합적으로 업무를 처리하는 것이 가능하게 됨.
- 또한 정신보건팀에서는 서로 전문성을 나누기 위해서 정기적으로 각자의 사정에 대해서 이야기하는 시간을 가짐.
- 많은 경우 의뢰에 대해서 한 사람이 사정을 하게 되는데 이에 대해서 사회복지사, 간호사, 의사, 작업치료사 등 다양한 전문가로 이루어진 팀 안에서 사정에 대해 논의를 거침으로써 다른 전문가의 조언을 들을 수 있고, 이러한 과정을 통해서 서로 배우게 됨.
- 전체 팀이 사례를 검토하는 경우 복잡한 대상 사례에 대해 2분 이내로 쟁점을 발표하고 그와 관련된 질문이나 조언을 받는 식으로 회의를 진행함.

(3) 운영의 문제

- 앞서 살펴본 바와 같이 보건의료와 사회적 돌봄의 통합적 접근에서 가장 문제가 되는 것 중 하나는 서로 다른 재정 방식임. 보건의료는 NHS는 중앙 중심의 국민 무상의료 시스템에 의해서 제공되는 반면 사회적 돌봄은 지방정부가 책임을 지면서 자산에 따라 본인부담금을 부과하기 때문임.
- 그래서 한 대상자에 대해서 보건의료와 사회적 돌봄이 통합적으로 서비스를 제공하려고 하는 경우 재정방식의 차이 때문에 비용 산정을 위해서 어디까지가 NHS의 서비스이고, 어디까지가 지방정부의 서비스인지 다시 따져야 하는 모순이 생김.
- 하지만 정신보건 서비스의 경우에는 별도의 법적 의무를 통하여 이러한 재정방식 문제에 있어서 상대적으로 자유로운 편임.

- 정신보건법(Mental Health Act)에서 규정한 117조(Section 117)에 따르면, 지방정부는 정신보건문제를 가진 사람에 대해서 자의의지에 반하여 치료를 받도록 하게 할 수 있는데 이 치료가 6개월 이상 장기간을 요할 경우 지방정부가 사후 돌봄(after care)을 의무적으로 제공해야 하고 이에 대해서는 비용을 요구할 수 없도록 규정하고 있음.
 - 대부분의 정신보건 서비스 대상자들은 치료를 받기를 거부하고 비용을 지불하기를 꺼려하기 때문에 많은 경우 117조의 의무가 적용이 되어서 NHS와 마찬가지로 결국 무상으로 서비스를 제공하게 되어 재정방식의 차이의 영향을 덜 받을 수 있음.
- 이와 함께 보다 효과적인 보건의료와 사회적 돌봄의 통합적 접근을 위해서 중앙정부가 시행하고 있는 더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund, BCF)을 활용하고 있음.
- 이 기금은 지방정부와 NHS의 지역담당 조직인 임상위탁그룹이 공유 예산(pooled budget)을 만들고, 공동의 우선순위에 따른 사업을 계획하여 보건부와 합의가 이루어지면 지원을 받는 프로그램임. 이 기금 사업 중 하나가 통합 돌봄 프로젝트(integrated care project)이고 이를 통해 보건의료와 사회적 돌봄 담당자들이 모여서 통합적인 서비스 목록(service directory)을 만드는 등의 사업을 하고 있으며 이는 두 조직이 서로 이야기를 시작하는 좋은 사례가 되고 있음.
 - 예를 들어 70세 이상의 노인에게 응급버튼 등의 설비를 무상으로 제공하여 낙상과 같은 긴급한 욕구가 있을 때 지방정부와 보건의료가 공동으로 구성된 위기긴급대응팀이 바로 대응할 수 있도록 하는 등의 공동 사업을 이 기금으로 추진하고 있음.

▣ 문제경험가족 프로그램 - 지방지역 의회의 사례

(1) 서비스 개요

- 2012년부터 캐머런 정부에서 시행된 문제경험가족 프로그램은 범죄 및 반사회적 행동, 학교에서 소외된 아동·청소년, 실업급여를 받는 성인 등의 문제가 있는 가족을 의무적 대상으로 한 가족 개입 사업임.
 - 이 사업을 위해 중앙정부는 가족당 최대 4천 파운드(약 6백만 원)예산을 배정하고 시행 첫해 이 중 80%를 사전 지급, 나머지 20%는 성과에 따라 지급하도록 하였으며 시행 3년 동안 사전 지급 비율은 40%까지 줄이고 대신 성과에 따른 지급률을 60%까지 늘리도록 설계됨(CLG, 2012).
- 사례 지역의 문제경험가족 프로그램은 중앙정부에서 이 프로그램을 처음 시행한 2012년 4월부터 시작됨.

- 이 프로그램을 위해 새로운 조직을 만들지 않고 기존의 가족개입팀(family intervention team)에서 제공하고 있는 표적 청소년 서비스(Targeted Youth Service), 교육 사회복지 서비스(education social work service), 통합서비스 부모지원 상담사(integrated service parent support advisor) 등 기존 서비스에 결합하여 프로그램을 시행하였음.
 - 이 프로그램을 시행하여 3년간 진행한 후 성공적이었다는 평가에 따라 2016년 4월부터 진행된 2단계에서는 기존 서비스들을 폐지하고 아동 및 가족 서비스(Children and Family's service)의 예방 서비스(prevention service)로 통합함.
 - 예방 서비스는 문제를 경험하는 가족들이 가정폭력이나 아동학대 등으로 아동 사회적 돌봄으로 들어가 아동 보호조치를 받는 등 보다 문제가 심각하게 발전하기 전에 조기 지원을 통해 악화되는 상황에서 회복되도록(turn around) 하는 서비스임.
- 문제경험가족이라는 부정적인 이름을 바꿔서 ‘더 견고한 가족 개발(developing stronger families)’로 시작한 이 서비스는 먼저 경찰, 교육, 고용 데이터의 매칭과 정으로 통하여 학교의 장기결석, 범죄연루, 장기실업 등 일정한 기준에 들어오는 가족들의 목록을 산출하여 선정하는 것부터 시작함.
- 이 목록을 다기관 회의(multi agency meeting)를 통해 기존에 개입하고 있던 기관을 확인하고 공동으로 방문을 하거나, 전혀 개입이 없었던 가족은 직접 방문하여 서비스를 제안함.
 - 1단계에서는 845개 가족을 선별하여 시작하였고, 2단계에서는 2,835개 가족으로 시작으로 연간 2천여 가족을 대상으로 서비스가 제공되고 있음.
- 현재에도 아동센터(Children's Centre) 등 다양한 기관을 통해서 지속적으로 의뢰가 들어오고 있고, 10% 정도는 직접 신청에(self-referral) 의해 서비스가 제공되고 있는 경우임.
- 이러한 의뢰 과정 역시 사례지역에서는 통합적으로 접근하고 있으며 의뢰를 접수하는 과정에 단일정문(single front door)을 설치하고 의뢰 양식을 통일함. 의뢰가 들어오면 우선 자문팀(advisor team)이 검토를 하여 정보제공이나 조언으로도 충분한 사례를 먼저 선별하고, 추가적인 지원을 필요로 하는 사례는 그다음 8명의 전일제 인력으로 구성된 다기관 심사팀(multi agency screening team)에서 검토함.
 - 경찰, 보건 의료, 사회적 돌봄, 예방 서비스 등이 함께 있는 이 팀에서는 각 사례를 어느 서비스로 배정할지 결정함. 위험도가 높을 경우 사회복지사에 의한 법적의무대응(statutory response)으로 배정이 되고, 예방의 필요가 있을 경우 문제경험가족 프로그램으로 배정되며, 그 보다 더 낮은 수준의 욕구인 경우에는 자원봉사기관으로 배정될 수 있음.

- 매달 2천여 건 정도의 의뢰가 들어오면 많은 수는 정보제공이나 조언으로 종결되고, 서비스에 배정되는 의뢰 건수는 500~600건 수준임.
- 의뢰가 들어오면 심사는 24시간 이내에 이루어 져야 하며 5일 이내에 서비스가 배정되고 3일 이내에 가족과 연락을 취해야 함. 그리고 20일 안에 사정이 완료되어 서비스 제공이 이루어지게 됨.
- 이 서비스에는 전일제 기준(Full Time Equivalent, FTE)으로 284명의 인력이 투입되고 있으며 사례 담당자(case worker)는 120명 규모이며, 한 사례 담당자 당 평균적으로 동시에 14개 가족을 담당함. 사례 당 개입기간은 일반적으로 6~9개월 정도임.
- 이 서비스 조직은 12개 지역팀으로 구분되어 있으며 아동청소년 보건의료 간호사(5 to 19 health practitioner, 만 5-19세를 담당하는 보건의료 전문인력)이 함께 배치되어 있고, 2016년 10월부터는 방문 간호사(health visitor, 만 0세에서 4세까지를 담당하는 보건의료 전문인력)와 정신보건 복지사(mental health worker)가 투입됨.

(2) 전문집단 간 이해와 협력

- 전문집단 간 이해와 협력을 이끌어내는 것은 문제경험가족 프로그램으로 서비스를 통합하고 기관 간 협력과정에서 어려운 과제였고, 또한 가장 핵심적인 요소이기도 함.
- 먼저 기존의 다양한 초기 지원(early help) 서비스들을 하나의 서비스로 통합시키면서 다양한 전문성을 가진 인력의 직무를 통합시키는 것이 과제였음. 또한 경찰이나 고용 등 기존에 협력관계가 많지 않았던 새로운 기관과 협력 관계를 구축하는 것 역시 큰 과제였음.
- 2단계 사업을 시작하면서 사례 지역의 청소년 서비스나 교육 사회복지, 부모 상담 등을 통합하고 모든 인력은 전문분야와 관계없이 일반 직무(generic job description)로 변경함.
- 상대적으로 낮은 욕구를 다루는 아동 및 가족 서비스에서는 자격증을 획득한 복지사도 있고, 그렇지 않은 종사자도 있었는데 많은 경우에는 청소년 복지나 아동 복지, 부모 상담과 같은 분야의 학위나 경력을 가진 경우가 많았음. 하지만 통합과 더불어 전가족 모델(whole family model)을 도입하면서 가족 내에 있는 모든 구성원과 문제를 함께 다루어야했기 때문에 이러한 구분을 없애고 모두 일반 직무를 부여하게 됨.
- 이러한 일반 직무로의 전환은 많은 구성원들이 당혹스럽게 받아들였고, 초기에 쉽지 않았으나 사례 담당자(case worker)들이 경험이 축적되고 전체 가족을 실사하고 욕구를 파악함으로써 사정(assessment)이 개선되는 것을 경험하면서 더욱 확신을 얻게 됨.

- 또한 이러한 통합은 집중적인 훈련을 병행하였는데 사례 지역에서는 새로운 서비스를 시행하면서 규모 있는 인력개발전략을 수립하여 함께 시행함.
 - 회복적 실천(restorative practice)와 해결중심접근(solution focused approach)을 기초로 하여 가족 치료적 위기 개입(Therapeutic Crisis Intervention for Families, TCIF), 동기화 인터뷰(motivational interviewing) 등과 같은 기술적 훈련들과 함께 가정학대(domestic abuse), 아동착취(child exploitation), 급진화 예방(preventing radicalisation, 테러리즘 등의 영향을 예방) 등의 문제에 대응하는 방법에 대한 다양한 훈련이 이루어짐. 이러한 기술적 훈련들을 강화하여 공동의 실천 기반들을 구축하게 됨.
- 또한 문제경험가족 프로그램을 통해서 지방정부 외부의 경찰과 고용기관인 잡센터플러스(Job Centre Plus)와도 긴밀한 협력을 하고 있음.
 - 경찰은 이 프로그램 이전에 협력한 경험이 없었고, 잡센터 플러스는 지방정부가 아닌 중앙정부의 연금노동부(Department for Work and Pensions) 산하 기관으로 과거 지방정부와 연계된 경험이 없었음. 이 프로그램을 통해서 서로 협력 과정에서 결국 같은 문제(same agenda)에 대해서 일하고 있음을 공감하게 됨.
 - 특히 경찰의 경우에는 일련의 인식제고나 이해증진 프로그램을 진행하면서 상당한 시간을 두고 전환을 진행하였음. 그래서 현재에는 대상 가정을 함께 방문하기도 하고, 청소년 프로그램 등에 경찰이 직접 참여하기도 하고, 경찰도 대상 가정이 연루된 사건이 발생했을 경우 경찰 데이터에도 표시가 되어 대상 가정을 담당하고 있는 복지사(key worker)를 알 수 있기 때문에 사법적 조치가 효과적일지에 대해서 논의하기도 함.
- 또한 운영에 있어서 경찰부서장(Assistant Chief Constable)이 문제경험가족 프로그램 전략운영그룹(Strategic Steering Group)에 참여는 등 운영과 일선에서 모두 긴밀한 협력관계와 구조를 만들.
 - 잡센터 플러스의 경우에도 문제경험가족 프로그램 담당자가 있고, 잡센터플러스의 관리직이 이 프로그램의 관리팀(management team)에 결합되어 있음.
 - 이렇게 다양한 기관이 서로 협력할 수 있게 된 것은 2,000년 이주 아동이었던 빅토리아 클림비(Victoria Climbie) 학대사망 사건 조사 과정에서 이 죽음에 관계기관 간 협력부족으로 인해서 발생하였다는 사실을 알게 되었고, 그 결과 기관 간 협력이 촉진됨. 이후 상호 협력을 통하여 다양한 성과를 경험하게 되면서 함께 발전할 수 있었음.
- 그리고 사례 지역에서 문제경험가족 프로그램을 통해 파트너십을 구축하는 데에는 초기에 데이터 매칭을 통해서 함께 이들 가족들에 대해서 논의를 하는 과정도 도움이 됨.

- 데이터 매칭으로 선별된 가족들을 놓고 어느 기관에서 관여하고 있는지 함께 논의하는 과정을 통해 파트너십이 개발될 수 있었고 그래서 새로운 서비스에서 협력하는 것이 더 용의했을 뿐 아니라, 정보 공유 과정 자체가 협력을 이끌어내는 가장 큰 변화였음.

(3) 운영의 문제

- 운영에 있어서 사례 지역은 목표의 공유, 운영구조, 리더십 등의 쟁점이 강조됨. 또한 조직 내부의 전문집단간 통합을 포함했기 때문에 인력개발 역시 매우 중요한 문제가 됨.
 - 먼저, 목표의 경우 문제경험가족 프로그램 자체가 학교 출석, 반사회적 행동, 실업 등 교육, 치안, 고용 등 다양한 분야를 포괄하면서도 측정 가능한 목표·지표를 중심으로 설계됨.
 - 2단계에서는 지방정부가 자체적인 설계를 할 수 있게 되었고, 그래서 사례지역에서는 범 법률 및 반사회적 행동의 감소, 학교 출석 개선, 취업 및 훈련 프로그램 참가, 응급 입원 감축과 같이 기존의 아동·가족 서비스가 다루는 문제 이외에 이러한 가정에 영향을 줄 수 있는 다양한 문제를 프로그램의 목표와 성과로 설정하고 있음.
- 특히 서로간의 협력을 위해서는 목표에 대한 공동 소유권(joint ownership)이 필요한 데 자기 기관을 위해 상대 기관의 협력을 요구하는 것이 아니라, 상대 기관과 공유하고 있는 목적을 보다 효과적으로 달성하기 위해 자기 기관이 무엇을 할 수 있는지 전달하고, 이를 수행하기 위해서는 상대 기관의 협력 역시 필요함.
 - 문제경험가족 프로그램의 경우 경찰의 범법행위 감소와 학교의 교육성과 증진이나, 보건 의료의 건강 증진의 성과를 더욱 효과적으로 개선시킬 수 있는 방법으로 전가족 모델의 접근을 이 기관들에게 제안을 하고 이를 통해 긴밀한 협력을 얻어내고 있음.
- 이러한 과정에서 아동트러스트(Children's Trust)가 큰 도움이 되었는데, 아동 트러스트는 광역차원의 기구로서 경찰, 소방서, 보호관찰, 사회적 돌봄, 자원봉사단체 등이 모두 운영기구에 참여하여 정보공유 등에 사항을 결정하고 합동 전략 목표(joint strategic objective) 등을 설정하여 공개함.
 - 이를 공공계획으로 수립하고 측정 가능한 목표를 설정하여 공개를 하는 것이기 때문에 참여한 모든 기관들이 시행할 책임을 가지게 됨. 이러한 과정을 통해서 다양한 기관들이 이미 공동의 전략 목표를 합의하고 추진해왔던 경험이 있었음.

○ 물론 문제경험가족 프로그램은 이러한 기존의 파트너십보다 강화된 협력을 필요로 하였고, 이것은 각 기관의 정보를 공유하는 것을 포함함.

- 아동 트러스트의 경우 일선까지 긴밀한 협력을 하는 것에 한계가 있었고, 이러한 부분에서 문제경험가족 프로그램이 진전을 이루게 됨. 이렇게 협력관계를 긴밀화하는 과정에서 리더십은 핵심적인 요소인데 기관이나 전문집단간의 문화적 차이 같은 것도 문제가 될 수 있지만 리더십이 없다면 이에 대한 대응이 어려움.
- 특히 이 사례의 경우 경찰부서장의 리더십을 높이 평가되고 있었는데 운영그룹 내에서 개인적으로 편지를 써서 자신들도 정보를 공유했으니 모두 공유하자고 독려하는 등 다른 기관의 참여를 촉진했고 그것이 서로 성공적인 협력을 이끌어낸 큰 계기가 되었음.

○ 재정적인 측면에 있어서도 사례 지역은 다른 영국의 지방정부들보다 훨씬 나은 조건이었는데 2010년부터 영국의 지방정부는 대대적인 재정 감축을 경험하고 있었지만 사례 지역은 오히려 재정적으로 여유가 있는 편이었음. 이미 상당한 적립금을 보유하고 있어서 재정 감축의 의한 영향을 완화시킬 수 있었고 심지어 초기 투자도 가능했음.

- 특히 문제경험가족 프로그램의 경우, 초기 사전 지급 예산만 사용하고 향후 주어지는 결과에 대한 포상 예산은 적립할 수 있었고, 파트너십을 통하여 일을 더욱 효과적으로 할 수 있었음, 또한 가족에게 무엇인가 해주는 접근방식을 가족과 같이 일하며 역량을 강화시키는 방향으로 변경시켜 인력이나 자원투입에 따른 어려움을 줄일 수 있었음.

(4) 정보 공유 및 기술적 문제

○ 정보 공유는 문제경험가족 프로그램의 핵심 중의 하나로, 1단계 사업을 시작할 때 청소년 범죄 기록 등 경찰 데이터, 학교의 출석 기록, 잡센터플러스의 고용 데이터를 매칭하여 대상 가족을 선별하는 작업을 진행함.

- 선별사례의 60% 정도는 이미 개입하고 있는 사례였지만 일부 가족들은 다른 방법으로 찾아내기 어려운 경우도 있어서 이러한 데이터 매칭은 개입필요 대상을 찾는 데 매우 유용함.
- 앞서 살펴본 바와 같이 각 기관의 정보를 교환하면서 대상가족을 선별하고 논의했던 과정은 파트너십 구축에 있어서 중요한 과정이었으며 이후에도 지속적으로 한 달에 한번 경찰, 학교, 고용 등과 관련 데이터 세트를 교환하고 가구별로 매칭해서 대상 가정의 성과를 확인하면서 학교 출석, 징계, 반사회적 행동 등의 성과를 확인하는 과정을 진행함.

- 하지만 의료관련 정보의 경우 익명성이 매우 엄격하기 때문에 정보 공유에 어려움이 있었는데 서비스 과정 초기에 관계 기관과의 공유, 연구, 중앙정부 등과 함께 정보 공유를 동의하는 포괄적인 절차를 도입하여 개별적인 정보의 경우 이 동의를 통해 보건 의료 정보도 문제없이 공유할 수 있도록 함.
- 하지만 여전히 보건 의료 데이터의 경우 대상선별을 위해 데이터 매칭에 사용하거나 성과 확인을 위해 일괄적으로 데이터를 받는 것은 안 되고 있는 상황임.

5) 소결

- 영국의 복지 전달체계의 통합 경험은 1990년대 말부터 꾸준한 시도가 있어왔고, 한계도 존재하지만 상당한 진전과 성과를 보이고 있다는 점에서 우리나라에는 유의미한 시사점을 주고 있음. 영국의 사례는 공공 복지전달체계의 실질적인 통합적 효과에 대해서는 여전히 회의적인 우리나라에 어떠한 변화가 필요한가에 대해 구체적이고 실질적인 함의를 던짐.
- 첫째, 효과적이 전달체계 통합을 위해서는 종합적이고 다각적인 정책적 설계가 필요함. 그동안 우리나라의 전달체계 통합시도는 개별적, 조직적, 정책적 수준을 포괄했던 영국의 사례와 달리 조직적 수준 또는 사례별 수준 등 개별 수준에 국한됨.
 - 하지만 실질적인 통합을 위해서는 중앙정부에서부터 일선까지, 기관 간 협력적 운영구조와 성과체계 개편, 협력적 사업을 위한 법제도 개편을 포함하여 조직, 인력, 재정을 포괄하는 종합적인 접근이 필요함.
 - 현재 우리나라 전달체계는 대상과 영역에 따른 분절뿐만 아니라, 같은 대상과 영역 안에서 지자체, 공단 등 공공기관, 위탁 민간기관 등으로 파편화되어 있음. 이 부분에 대해 종합적인 대안 없이 일선에만 협력을 요구하거나, 부분적인 조직개편에 그친다면 궁극적인 통합적 효과를 보기는 어려울 것으로 사료됨.
- 둘째, 통합에 따른 구체적인 목표 설정과 성과 관리가 필요함. 그동안의 통합은 막연히 통합이 더욱 효과적일 것이라는 전제를 바탕으로 통합적 복지전달체계 구축을 주장하였으나 일선 복지 현장에서는 단순한 실적관리 외에 어떠한 정책적 효과를 의도하며 이에 대한 모니터링을 실시하고 평가하는 체계에 대한 관심이 부족했음.
 - 만일, 통합적 복지전달체계를 구축한다고 하여도 이러한 시스템이 지속적, 효율적으로 작동하기 위해서는 그만큼 조직적 투자와 노력이 전제되어야 함. 구체적인 목표나 성과가 제시되지 않는다면 이를 동기화하거나 지속적인 추진 동력을 유지하는 것이 어려우며

로 통합을 통해서 구체적으로 개선하고자 하는 바가 무엇인지, 어떤 성과를 거두고자 하는 것인지 정책설계 단계에서 보다 분명하게 제시되고 이에 대한 성과관리 역시 구체적 이루어져야 함.

- 통합적 접근을 통하여 빈곤화를 줄이고자 하는지, 시설 입소를 방지하고자 하는지, 자살률을 감축시키고자 하는지에 대한 명확한 목표설정과 성과관리가 제시되고 공유되어야 함. 이러한 성과는 앞서 기술한 사람 중심 돌봄이나 전가족 모델과 같이 통합적 접근을 통해 더 효과적인 성과를 낼 수 있는 이론적 모델과 이에 근거한 설계가 고려되어야 함.

○ 셋째, 욕구 및 성과 진단을 위한 정보 공유가 필요함. 우리나라에서는 2010년 사회복지통합관리망을 도입하여 상당한 수준의 데이터 통합을 이루어냈으나, 그 중심은 기초생활보장제도의 수급심사에 있었기 때문에 수급자의 욕구를 종합적으로 진단하고, 성과를 측정하는 것과는 거리가 있음.

- 가족관계나 재산·자산관련, 국외출입국 정보 등 수급자격과 관련된 정보는 공유될 수 있으나 사회적 돌봄, 아동 보호, 교육 등의 욕구에 대한 정보는 거의 통합되지 않았음.
- 따라서 부정수급 방지를 위한 정보공유뿐 아니라 위기 예방, 효과적인 개입과 서비스를 위해 대상자 욕구에 관련된 정보가 통합적 접근에 참여하는 모든 주체에 상시적인 공유가 가능해지도록 구체적인 기술과 절차가 마련되어야 함.

나. 스웨덴 복지전달체계

1) 왜 스웨덴인가?

- 스웨덴은 사회적 평등지수가 세계에서 높은 국가 중에 하나로서 사회민주주의 이념을 국가 전반에서 실현하고 있고, 보편적 복지서비스를 제공함으로써 빈곤율과 소득불평등의 정도가 낮기 때문에 사회 통합의 정도도 상당히 높은 것으로 유명함(홍세영 외, 2018).
- 스웨덴은 유럽국가들 중 사회복지비 지출수준이 가장 높게 나타나는데 그 중 현금급여는 낮고 보건서비스와 사회서비스 지출은 다른 국가에 비해 월등히 높은 수준임. 또한 소득보장보다 사회서비스 비중이 높아 서비스 집약적 복지국가(service intensive welfare state)로 볼 수 있음.
- 스웨덴은 복지와 경제가 하나의 국가경영의 틀 안에서 운영되는 통합적 복지국가모델에 해당하며 현금급여와 관련된 각종 사회보험, 사회수당, 공공부조와 같은 현금급여뿐만 아니라 일상의 다양한 욕구에 부응하는 사회서비스 프로그램이 매우 큰 비중을 차지하면서 발달함.
- 사회서비스의 공급, 전달, 규제, 재원부담에 있어서는 국가가 주도적인 역할을 담당하지만 사회서비스 제공주체로서 핵심적 역할을 담당하는 것은 지방자치단체임. 지방자치단체가 서비스 제공의 책임을 지며, 중앙정부는 지방정부와 협력하여 이용자에게 적합한 서비스 제공을 지원하는 등 사회서비스 제공에 있어 지방분권화(Decentralization) 원칙을 실현함.
 - 지방분권화의 핵심은 통치 권한이 지방 정부에 대폭 분산되어 있는 체제로 지역 간의 평등과 균형 발전이 필수적임. 스웨덴의 지방분권화는 중앙 권력의 분권화(수평적 분권)뿐만 아니라 중앙과 지방간의 분권화(수직적 분권)의 성공적 실현 모델로 볼 수 있음.
- 스웨덴은 지방분권화로 인해 재정과 운영의 효율성을 달성하였고 지역민들에게 공공서비스에 대한 선택권을 확대했을 뿐만 아니라 그들이 필요로 하는 전문화되고 개별화된 서비스를 제공함으로써 그 동안 상충관계로 보았던 재정의 효율성, 수준 높은 공공서비스, 지역 발전 등을 동시에 달성하고 있다고 평가받고 있음.
 - 지방분권의 핵심은 중앙정부로부터 지방정부로의 통치권한 이동이라는 점을 미루어볼 때 기초자치단체(코문, kommun)를 중심으로 한 스웨덴의 사회서비스전달체계 사례를 통해 제주형 통합복지전달체계 모형 구축에 유의미한 시사점을 얻을 수 있으리라 사료됨.

2) 스웨덴의 전달체계 환경

가) 인문·지리적 특성

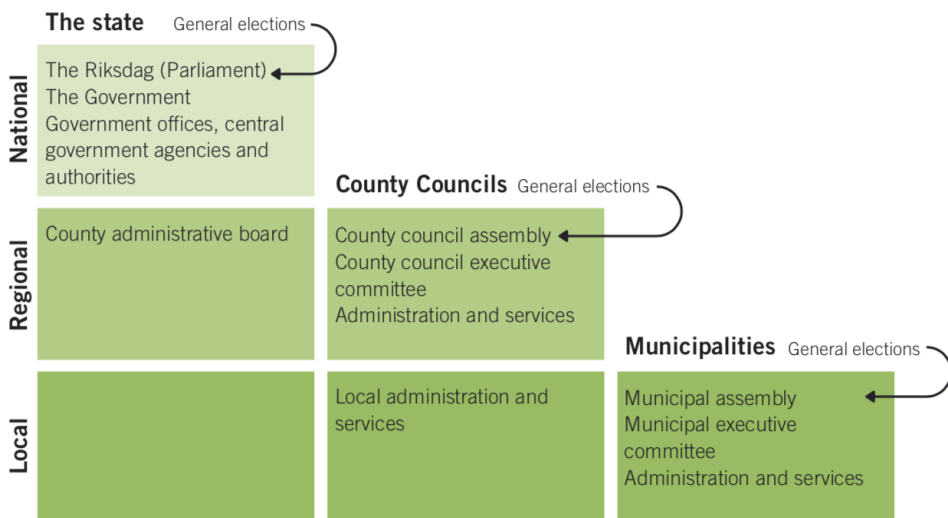
- 스웨덴은 북유럽의 스칸디나비아반도 동부인 노르웨이와 핀란드 사이에 위치해 있으며 수도는 스톡홀름임. 국토면적은 약 45만 km², 인구는 9,001,774명, 인구밀도는 20명/km²에 달하며 정치체제로는 입헌군주제와 내각책임제를 유지하고 있음.
- 정부 구성은 중앙, 광역자치단체, 기초자치단체 3단계로 구성되어 있는데 스웨덴의 지방정부는 규모의 차이가 매우 다양하여 인구 규모에 따라 A~C의 3개 유형과 9개의 세부 유형으로 구분되는데, 가장 큰 유형의 자치단체가 인구 20만 명 이상 대도시라면, 가장 작은 자치단체는 인구 1만 5,000명 미만으로 구성되어 있음.
 - 면적 기준으로 가장 작은 자치단체(Sundbyberg)는 9km²인 데 비해 가장 큰 자치단체(Kiruna)는 1만 9,447km²에 이르며, 인구 기준으로는 수도인 스톡홀름(Stockholm)이 약 76만 명으로 가장 많고 가장 적은 뷔르홀름(Bjurholm)은 2600여 명에 불과함(하능식, 2016).
- 입헌군주제와 내각책임제를 유지하고 있으며 스웨덴의 국왕은 국가원수로서의 지위를 갖지만 실권이 없는 상징적 존재임. 실질적으로 정무를 집행하는 수상은 국회의장이 정당 대표들과 협의 후 후보자를 지명, 재적의원 과반수 이상의 반대가 없는 한 총리로 임명됨. 내각은 총리, 11개 중앙 부처 및 23명의 각료로 구성되며 국회에 대한 책임을 짐.
- 스웨덴은 세계 최고 수준의 복지국가 중에 하나로 스웨덴 사민당의 장기 집권이 시작된 1932년부터 완전 고용을 지향하는 노동시장 정책, 노조의 연대 임금정책과 같은 보편주의적인 복지정책이 등장함.
 - 이후 스웨덴은 단순히 사회취약계층을 구제하기 위한 시스템이 아닌, 국민 모두를 대상으로 한 의료혜택, 실업수당, 무상교육 및 노후연금 등 보편적 사회보장제도를 실시하고 있음(미야모토 타로, 2003).
 - 1970년대 국제 석유파동은 스웨덴 재정에 부정적인 영향을 미쳤으며, 이를 극복하기 위해 지방분권화와 민영화에 기반한 탈중앙화를 실시함.
 - 1980년대 이후 스웨덴 정부는 지방분권을 강화하는 동시에 신공공관리개혁(NPM: New Public Management)²³⁾을 수행하면서 정부가 모든 서비스를 다 제공하는 것이 아니라 필요한 부분은 민간과 함께 운영하거나 민간으로 이양하는 등 보다 효율적이면서도 효과적인 행정 체제를 구축하고 있음(홍세영 외, 2018).

23) 정부가 모든 서비스를 다 해주는 것이 아니라 필요한 부분은 민간과 함께 운영하거나 민간으로 이양하는 것.

나) 정치행정 체계

- 스웨덴의 정치행정체계는 크게 중앙정부(Central)와 지방정부(Local)로 나뉘며 행정적으로는 중앙(National), 지방(Regional), 지역(Local)으로 분류됨.
- 중앙정부는 입법권을 가진 의회(Riksdag, 리스닥)와 관료들로 구성된 행정부, 그리고 행정기관들로 구성되어 있으며, 지방정부와 지역정부는 의회와 이사회로 구성되어 각자 자신의 임무를 수행함. 이들의 관계는 평등하고 지방정부와 지역정부는 각각 자율성과 독립적인 힘을 가지고 있기 때문에 의사결정에 있어서 위계적이기 보다는 합의에 의해 결정됨(홍세영, 2018).
- 지방 행정관할 구역을 랜(Lan)이라고 하며 행정은 지방의회(county councils, Landsting)²⁴와 주정부(County Administrative Board)로 다시 분류됨. 주정부는 감독과 지방개발에 주요 역할을 담당함.
- 지방 행정조직은 한국의 광역자치단체에 해당하는 랜(Lan: Country)과 기초자치단체에 해당하는 코뮌(Kommun: Municipality)으로 이루어지는데 랜은 21개, 코뮌은 총 290개에 달하며 평균적으로 1개의 랜에 13.8개 코뮌이 존재함(외교부, 2019).

[그림 25] 스웨덴 정부구조 개요



자료: Sweden Ministry of Finance. 2015. 『Local government in Sweden - organisation, activities, and finance』

24) 랜(län)은 스웨덴의 행정구역을 나누는 단위이며 란스팅(landsting)은 한 랜의 자치를 담당하는 단체의 명칭임. 2021년 현재, 전국에 21개의 랜이 있으며 코뮌이 한 개뿐여서 란스팅과 협력하여 자기 정부를 이끌어가는 고틀란드(Gotland)를 제외하고 전국에 20개의 란스팅이 있음(외교부, 2019).

- 지방자치단체의 의사결정 과정에서 의회와 다양한 위원회가 중심역할을 하는데 기초자치단체인 코뮌과 광역자치단체인 랜에는 각각 집행위원회, 선거관리위원회, 위기관리위원회 등을 의무적으로 설치하여야 함.
 - 코뮌의 집행위원회(Kommunstyrelsen)와 랜의 집행위원회(landstingsstyrelsen)는 각 자치단체의 행정을 총괄하고 기타 위원회(deandra nämnderna)의 업무를 지휘, 감독하면서 실질적으로 지방자치단체의 정부 역할을 함. 이 밖에도 특별법령위원회가 있는데 코뮌에는 교육, 사회복지, 선거 등의 위원회와 랜의 경우, 공중보건 및 치료위원회 등이 대표적임(이현주 외, 2005).
- 스웨덴의 지방자치를 행정업무뿐만 아니라 정책적 결정권까지 중앙으로부터 지방으로 이양시킨 주요한 사건은 1862년 지방자치법(Local Government Ordinances) 제정임. 이로 인해 지방자치단체의 자율적인 예산편성과 과세(세액 및 세율)에 대한 권한이 마련되었으며, 1974년 헌법에서 각 지방정부의 권한과 지위가 보장됨.
 - 1862년 제정된 지방자치법이 갖는 정치적 의미는 지방정부의 재정권 행사에 관한 조항임. 이로 인해 지방정부는 과세권을 행사할 수 있게 되었고, 중앙정부의 승인 없이 매년 예산 책정 후 세액과 세율을 자율적으로 결정할 수 있게 됨. 따라서 이 제도 시행초기부터 각 지방자치단체의 예산편성과 과세권은 중앙정부의 승인이 필요 없게 되었고 1974년에는 헌법적 보장조치로까지 확대됨(이현주 외, 2005).
 - 이후 1992년 새롭게 제정된 지방자치법(Local Government Act, Kommunallagen)과 행정절차법(Administrative Procedure Act)으로 인해 모든 광역자치단체 및 기초자치단체가 자유롭게 행정조직을 설치하고 운용할 수 있는 권한이 추가적으로 부여되었고 각 지방자치단체는 과세권과 조직권을 모두 보유하게 됨(심재승, 2014).
 - 이와 같은 지방정부의 절대적 자율권은 서구권 국가들 중에서도 아주 독특한 제도라 할 수 있으며, 이는 스웨덴의 지방정부가 중앙정부와 비교하여 상대적으로 강력한 위치를 점할 수 있는 큰 요인으로 작용함.
- 스웨덴 지방분권의 가장 대표적인 특징은 중앙정부와 지방정부의 권한이 구체적·체계적으로 구분되어 있다는 것임. 중앙정부는 행정상의 정책결정 기능을 담당하고 실질적인 정책 개발 및 집행은 지방정부가 담당하고 있음(이진, 2013).
 - 중앙정부는 경찰, 국방, 사법, 외교 기능과 경제정책, 교육정책, 교통 및 통신, 사회보장 및 연금제도를 담당함
 - 광역자치단체(Lan, 랜)는 일반의료, 모자보건, 정신보건, 의료 및 농림업 교육, 문화여가 활동 등의 업무를 담당함

- 기초자치단체(Kommun, 코뮌)는 지역계획, 건축허가, 아동·노인·장애인보호, 소방, 재해 복구, 환경, 보건, 도로·공원 건설 등을 담당하는 등 정부 업무의 상당 부분을 기초 및 광역자치단체에서 담당하고 있음

〈표 62〉 스웨덴 정부 수준별 주요 담당업무

중앙정부	광역자치단체	기초자치단체
· 경찰, 국방, 사법, 외교 · 경제정책 · 고등교육 및 연구개발 · 고속도로 · 통신 · 주택정책 · 사회보장, 연금제도	· 일반의료 · 모자보건, 정신보건 · 의료전문교육 · 농림업교육 · 평생(성인)교육 · 문화·여가활동 지원 · 지역교통	· 기초교육 · 아동·노인·장애인 보호 · 지역계획, 건축허가 · 소방, 재해복구, 민방위 · 환경, 보건, 상하수도 · 도로·공원 건설·관리 · 문화·여가활동 지원

자료 : 조기현. 2008. 『외국의 지방재정제도 : 덴마크와 스웨덴의 형평화보조금』

- 랜과 코뮌은 강제적 과제(mandatory tasks), 자발적 과제(voluntary tasks) 및 공통의 과제(shared tasks)를 가지고 있는데 직접적인 사회복지 서비스는 코뮌의 과제로 설정되어 있음.

〈표 63〉 스웨덴 지방정부의 사무분담

구분	코뮌의 과제	랜 과제
강제적 과제	· 사회복지서비스(노인, 장애, 가족 등) · 학령전기, 초등학교의무교육, 중등교육 · 건설(building) 및 기획 · 환경과 공중보건 · 쓰레기 및 폐기물 관리 · 상·하수도관리 · 안전구조 서비스 · 갱생(rescue) 서비스 · 시민안전(civil defence) · 도서관 서비스 · 주택정책	랜&코뮌 공통과제 광역 (region)과 지방(local) 의 교통 · 건강 및 의료 보호 · 아동 및 20세 이하 청소년에 대한 치과서비스
자발적 과제	· 레저 및 문화 · 기술(technical) 서비스 · 에너지 제공 · 도로 유지 및 보수	· 문화 · 교육 · 관광

자료: Sweden Ministry of Finance. 2015. 『Local government in Sweden - organisation, activities, and finance』

다) 복지정책 개관²⁵⁾

- 스웨덴은 보편성 원칙(universal nature)에 의거, 완전고용과 소득분배를 위한 복지 정책을 유지해 왔음. 빈곤계층뿐 아니라 모든 국민에게 직업과 기본적인 인간의 삶을 보장하는 복지서비스 제공하고 있으며 특히, 실업예방에 중점을 두고 직업훈련 강화 및 산업간 인력 수급 조절에 힘쓰고 있음.
- 국가 예산 중 복지 분야 지출은 예산 총액의 약 30% 에 해당하며 복지예산은 높은 조세부담에 기초하고 있으나, 세금의 상당부분이 각종 복지수당 형식으로 개별 가계에 지급되고 있어 국민의 지출 부담을 줄여주므로 국민들의 조세 저항은 낮은 편임.
 - 누진세 운영으로 사회 내 소득의 재분배 효과를 높이며 법인세 인하, 각종 세금 공제제도로 기업 투자 활성화를 지원함.
- (연혁) 1891년 제정된 국민건강 보호법을 시초로 1901년 직업상해보험, 1913년 보통연금, 1931년 병가수당 도입. 1932년 이래 수년간을 제외하고 계속 집권해온 사민당은 전체 인구를 대상으로 한 보편적인 사회복지 체제 확립.
 - 1947년 국민기본 연금법 및 아동수당법 제정 이후 1950~1960년대에 소득에 따른 차등 연금제 및 병가혜택의 확대와 이후 출산보험, 탁아시설, 사회구호 제도로 급속히 발전.
- 2006년 집권한 중도우파연합은 스웨덴 복지모델의 기본 틀을 유지하면서 미래 지속 가능한 복지가 가능하도록 복지비용의 효율성 향상, 노동 의욕 제고 등 과거 사민당 주도 복지모델의 체질개선에 주력함.
 - 병가수당자, 실업자, 조기퇴직자 및 공공부조 수급자 등 100만 명에 이르는 노동시장 소외 계층의 사회복지귀를 유도함으로써 사회복지 지출에 일정정도 비용억제를 도모함.
- 2014년 재집권한 사민·녹색 연립정부는 사회안전망 강화를 목표로 노동의욕 고취 및 경제성장을 위한 개혁정책과 더불어 사회적 약자에 대한 지원 확대 노력을 경주해 왔음.
 - 2019년 1월 21일 스테판 뢰벤 총리는 의회에서 시행한 국정연설에서 연금에 대한 세금 폐지, 향후 4년간 매년 50억 크로나(약 5억5천 미불) 복지 재원 추가 확보, 저소득층 연금 수령액 증가, 고용주의 사회보장 기여금 부담률 축소 등 복지 정책 방향을 제시함.

25) 외교부 유럽국 서유럽과. 2019. 『스웨덴 개황』의 내용을 수정·보완하였음.

- 스웨덴 복지제도의 역사는 전체적으로 사회민주당 집권 이후 국가에 의한 포괄적인 사회보장이 제도화되었으며 사회보험, 수당, 사회부조 및 사회복지서비스 관련제도가 체계화 되었고, 1981년 사회서비스법 제정으로 사회부조와 사회복지서비스의 운영체계를 통합하고 이에 대한 책임을 지방정부에 두게 되었다고 할 수 있음. 또한 사회민주당은 장기집권을 통해 협력적 노사관계와 보편적 복지제도를 특징으로 하는 스웨덴 모델을 구축함.
- 많은 나라로부터 모범적인 복지제도로 평가받는 스웨덴 복지모델의 가장 큰 특징은 ‘국민의 집’²⁶⁾에 토대를 둔 보편주의 복지로 완전고용과 물가안정을 동시에 추구하기 위한 연대임금제도와 적극적 노동시장정책이 투영되어 있음.
 - 완전고용과 물가안정은 동시에 달성하기 매우 어려운 정책목표임에도 불구하고, 스웨덴은 동일노동·동일임금 원칙과 적극적 노동시장 정책을 통해 두 가지 목표를 동시에 추구하고 있음.
 - 복지와 성장의 양립을 도모하는 시장주의를 추구하며 인적자원에 대한 투자를 통해 고용증가와 노동생산성 향상을 도모함. 이때 기업이나 시장에 대한 개입을 최소화함으로써 시장주의를 고수함.
 - 성장정책 추진과정에서 일·가정 양립모델을 수립함으로써 양성평등을 실현했을 뿐만 아니라 여성경제활동인구의 증가를 통해 경제성장을 제고에도 기여함.
 - 스웨덴의 보편적 복지는 세계최고 수준의 총 조세부담률을 야기했는데, 이에 대한 조세저항 절감을 위해 노동 인센티브 제공 및 법인세인하 조치 등을 실시해 기업을 배려함.
- 일반적으로 복지서비스가 한번 제공되면 그 수준을 다시 낮추기 어려운 것으로 알려져 있으나, 스웨덴의 경우 정부와 국민 간 신뢰를 바탕으로 경제·재정 상황이 어려울 때는 복지 수혜 정도를 낮추었다가 경제가 호전되면 다시 수혜의 폭을 확대하는 등 상호신뢰를 바탕으로 한 복지모델에 해당함(함영진 외, 2018).

26) ‘국민의 집’은 1932~1946년 수상을 역임한 페르 알빈 한손이 제창한 개념으로 국민을 가족 구성원으로 생각되는 공동체적 사회를 대안으로 제시한 것임.

3) 스웨덴의 사회서비스

가) 스웨덴의 법체계

- 스웨덴 법체계는 헌법을 최고법으로 하여 일반법과 특별법으로 나뉨. 스웨덴 헌법은 국가의 통치구조 및 국민의 권리와 자유 보장을 주요 골자로 하고 있으며 정부조직법(Instrument of Government), 왕위 계승법(Act of Succession), 언론자유법(Freedom of the Press Act), 표현의 자유에 관한 기본법(Fundamental Law on Freedom of Expression) 등 4대 기본법과 의회법(Riksdag Act)으로 구성되어 있음(외교부, 2019).
 - 스웨덴 정부는 특수한 영역에서 법을 제정하여 지방자치단체의 법적 활동의 근거를 마련하고 있는데 교육법이나 보건의료서비스법과 같은 법률이 이러한 특별법의 지위를 가지며, 사회서비스법은 사회서비스 분야에서 기본법의 역할을 하고 있음.
- 스웨덴의 사회복지제도를 규정하는 법률은 크게 기본법적 성격을 갖는 사회보장법(Social security code)과 사회서비스법(Social service act)이 있는데 스웨덴의 사회복지와 사회서비스는 민주주의와 사회적 연대 정신을 기반으로 인간의 경제적·사회적 안정, 평등한 생활환경 및 적극적인 사회활동 참여를 장려하는 것을 목적으로 함.
- 사회보장법과 사회서비스법이 소득보장 및 사회서비스 제공과 관련한 기본적인 원칙적인 사항을 규정하고 있지만 이외에도 다양한 법이 대상별·영역별 제도와 정책에 대한 구체적인 법적 근거를 제공하고 있음.
 - 건강 및 의료서비스법(Health and Medical Service act)은 노인 돌봄을 포함하여 건강 및 의료 전반에 관해 규정하며 환경 및 공중보건 관련법(Environmental code)은 건강 및 보건 관련 사항을 규정하고 있음.
 - 교육법(School act)은 영유아 돌봄을, 유아교육 및 초중고등 교육을 규정하고 있으며 장애인 서비스 관련법(Law on support and services for certain disabled people)은 장애인을, 아동청소년의 보호 관련법(Special Provision for Care of Young People Act)은 아동보호 관련, 부모법(Parental Code)은 부모권리 관련 사항들을 규정하고 있음.
 - 유엔총회에서 아동의 생존·발달·보호·참여에 관한 기본권리 보장을 위해 채택된 유엔아동권리협약(Convention on the Rights of the Child)은 2020년 1월 스웨덴 국내법으로 채택됨.

○ 그밖에 스웨덴의 사회서비스 전달체계와 관련된 법에는 지방정부법(Municipal law)과 조달에 관한 법(Law on public procurement) 및 자유선택체계에 관한 법(Law on freedom of choice system) 등이 있음.

- 지방정부법은 사회서비스 전달 등과 같이 지방정부가 맡고 있는 주요한 역할과 권한에 관한 사항을 규정하고 있으며, 조달에 관한 법과 자유선택체계에 관한 법은 사회서비스 제공과 관련하여 개인의 자유로운 선택을 강조하고, 정부가 독점적인 지위를 누릴 수 없도록 공정한 조달과정을 규정하고 있는 법임.
- 이상과 같이 사회서비스 전달체계와 관련된 다양한 법적 근거를 통해 1990년대 이후 스웨덴에서 진행되어온 사회서비스 민영화 과정을 이해할 수 있음.

나) 스웨덴의 사회서비스법²⁷⁾

○ 사회서비스법은 사회복지 활동이나 운영에 근간이 되는 법으로서 1982년 1월 제정 이후, 수차례 개정을 통해서 변화를 거듭하다 2002년에 전면 법 개정이 이루어졌음.

- 사회서비스법은 전체 16장으로 구성되어 있으며, 제1장 목적(경제적 사회적 안정, 평등한 생활조건, 사회의 적극적 참여), 제2장 지방자치단체의 책임, 제3장 사회복지 위원회의 의무, 제4장 원조(assistance)에 대한 권리, 제5장 다양한 대상 집단(노인, 아동, 장애인, 범죄피해자 등)에 대한 특별 규정, 제6장재가 돌봄(care in family homes), 제8장 요금(fees), 제9장 회수, 제10장 위원회 조직, 제11장 사례조정(handling of cases), 제13장 감독 등으로 구성됨(전민선, 2018).

○ (목적) 사회서비스법 제1장 제1조에 따르면 스웨덴 사회서비스는 민주주의와 연대하는 정치적 가치를 투여하고 있으며, 시민들의 권리뿐만 아니라 의무도 함께 규정하고 있음.

- 여기서 중요한 것은 선택의 자유와 자율성에 의해 모든 서비스가 제공되어야 하며 사회 서비스는 개인의 환경, 사회적 상황 및 자신이 변하고 싶은 의지(욕구)에 적합하게 제공되어야 함. 만약 이용자가 자신이 원하는 지원이나 원조를 받지 못했다면 지방자치단체의 결정에 항소할 수 있으며, 서비스에 만족하지 않을 경우 서비스 감독관(supervisor)이나 공무원에게 이의를 신청할 수 있음.

○ (대상) 스웨덴 모든 시민은 사회적·재정적 보장, 돌봄과 원조에 대한 동등한 권리를 가지고 있음을 규정한 사회서비스법에 따라 지역사회에서 제공하는 사회서비스를 제공받음.

27) 장민선. 2017. 『사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구』의 내용을 수정·보완하였음.

- 사회서비스법에 의거하여 모든 지자체는 지역 환경에 따라 자유롭게 서비스를 조직할 수 있으며, 시민들은 지자체에서 제공하는 사회서비스를 통해 합리적인 생활수준을 보장받음.
- 사회서비스법의 주요대상은 아동, 장애인, 노인이며 특히 아동의 권리가 강조됨. 주요 사회 서비스는 개인·가족에게 제공되는 돌봄과 노인·장애인을 위한 돌봄 및 요양서비스에 집중됨.

다) 사회서비스전달체계²⁸⁾

- 앞서 살펴본 바와 같이 스웨덴의 사회서비스 법체계와 작동원리의 특징은 중앙정부, 광역지방정부 및 기초지방정부 간에 명확한 책임과 권한의 구분이라 할 수 있음.
 - 중앙정부와 광역지방정부, 기초지방정부는 각각 독립적인 선거에 따라 구성되며 각 단위 별로 의회와 정부, 그리고 다양한 위원회를 구성하여 자치적으로 운영됨.
 - 복지 및 사회서비스에 대한 시민의 권리 보장은 중앙정부의 주요 기능이지만 그와 같은 권리를 실현하는 데에 대한 책임은 기초지방정부에 있음.
 - 이와 같은 운영방식은 지역의 인구, 사회, 경제, 문화적 환경과 조건, 형성과정에 대해서는 해당 지방자치정부가 가장 잘 이해하고 효율적으로 대처할 수 있다는 가정에 근거함.
- 자치정부가 정부로서의 기능을 유지하면서 사회서비스 등에 대한 책임을 성공적으로 수행하기 위해서는 재정의 형성 및 운용에 대한 자치권한을 확보하는 것이 필수적이며 스웨덴의 경우 지방정부의 징세권한이 헌법에 규정되어 있음.

(1) 중앙정부

- 사회서비스와 관련된 스웨덴 중앙정부의 역할은 주로 노령연금, 병가수당, 부모수당, 아동수당, 실업급여 등과 같은 사회급여와 기관에 대한 지원, 그리고 외국에 대한 지원으로 구성되어 있음.
 - 스웨덴 사회서비스는 중앙정부 산하의 10개 기관 중 하나인 사회복지부가 총괄하고 있는데 사회복지부는 사회보장부의 총괄장관과 함께 아동노인부 장관, 건강의료체육장관이 함께 공조하고 있으며 사회보장국, 양성평등국, 가정사회서비스국, 국민건강의료지원국이 사회행정정책을 관리하고 있음(유병선 외, 2015).
 - 사회복지부는 25개 산하기관(주류관리위원회, 아동 옴부즈만, 보상 위원회, 국민 건강청, 사회보험국 등)과 공조하며 사회정책 수행 기관들은 매년 정책평가보고서를 정부에 제출하고, 사회보험감독위원회의 관리 및 감독을 받음.

28) 김인춘 외. 2013. 『북유럽 국가들의 복지재정 제도 연구』의 내용을 수정·보완하였음.

- 중앙정부에서 시행되는 복지정책의 재정은 사용자사회보장세, 연금기여금, 국세, 재산세, 부가가치세 등으로 충당됨. 1991년 지방자치법 개정으로 모든 광역, 기초자치단체는 환경변화에 효과적으로 대응할 수 있도록 자유롭게 행정조직을 설치하고 운용할 수 있는 권한을 갖게 됨.

〈표 64〉 스웨덴 중앙정부 차원의 복지 행정

구분	세부내용
정책결정기관	스웨덴 국회(Riksdag: Swedish Parliament)
정책집행기관	· 스웨덴 중앙정부(Regeringen: Swedish Government) · 교육청(Skolverket) 등 중앙정부 산하 360개의 행정청(State Agency: Statliga ämbetsverk) · 주요 관련 법률 - 사회보험법
복지 관련 임무	· 개인에 대한 사회급여(노령연금, 병가수당, 부모수당, 아동수당, 실업급여 등) · 기관에 대한 지원금(교육 및 해외원조, 광역 및 기초자치단체 지원금) · 외국에 대한 지원금(EU 및 UN 기여금)
복지재정	· 사용자사회보장세 · 연금 기여금 수입 · 각종 국세 · 개인 및 사업주 부담 재산세, 부가가치세 · 기타 수수료

자료: 김인춘 외. 2013. 『북유럽 국가들의 복지재정 제도 연구』

- 다만, 사회서비스 제공에 있어 분권적 접근에만 의존할 경우 지역 간 편차로 인해 서비스 불균형 문제가 생길 수 있으므로 스웨덴은 지방정부에 권한과 책임을 인정하되, 지방정부의 결정과 실행에 대한 관리, 감독 및 통제기능을 수행함.
 - 중앙정부는 코뮌이 수행하는 사회서비스 제공 방식 및 결과가 스웨덴 법에 비추어 적법 행위인지 판단을 내림으로써 지방정부에 대해 행정지도를 부과함. 다만, 이것은 지방정부에 대한 제재나 시정조치가 아닌 중앙정부가 제시한 지침이나 가이드라인을 준수하라는 지도에 불과함.
 - 개별 지방정부가 주민에게 제공하는 사회서비스와 관련하여 서비스의 양, 질, 전달 방식 등 서비스 제공과정에서 문제가 발생하였을 때 서비스 이용자가 이익을 제기할 경우 중앙정부나 정부기관이 지도감독 기능을 수행함.
 - 중앙정부는 지방자치정부가 제공하는 사회서비스 질 관리를 위해 해당 업무를 수행할 정부기관을 설립하고, 이 기관을 통해 지방자치정부의 사무에 개입함. 이와 같이 사회서비스 제공기관에 대한 관리감독 기능을 수행하는 기관으로는 보건·사회서비스 감독부(Health and Social Care Inspectorate: Inspektionen för vård och omsorg, IVO)가 있음.

(2) 광역자치단체

- 광역자치단체는 지방세 재정으로 건강과 의료업무, 문화영역, 지역교통과 지역계획 등을 관할함. 광역자치단체와 기초자치단체 간 지방세의 배분은 지역에 지역마다 다르지만 대개 광역이 30-40%, 기초가 60-70%로 배분됨(김인춘 외, 2013)
 - 여기서 스웨덴의 광역자치단체는 랜(Lan, Administrative County Council)과 란스팅(Landsting, County Council)으로 구분되는데, 랜이 행정구역상 사용되는 개념이라면 란스팅은 사회복지서비스의 제공 단위로 이해할 수 있음
 - 란스팅은 1990년 지방자치법에 따라 보건의료서비스 및 통학버스를 제외한 교통(버스, 지하철, 및 장애인 교통서비스) 등을 총괄하는데 랜의 도지사는 정부에서 임명하며, 란스팅행정시장은 직접선거에서 승리한 최대 정당 또는 연립정당에서 임명함(유병선 외, 2015)
- 직접선거에 의해 란스팅의 행정시장이 결정됨에 따라 20개 란스팅은 정치적 노선에 따라 서로 다른 정책을 수행할 수 있음. 그에 따라 각각의 란스팅에서 제공하는 사회서비스의 질과 내용이 다를 수 있음
 - 중앙정부의 입장에서는 이로 인해 국민의 보편적 사회서비스 제공이라는 목표를 달성하기 어려울 수 있으므로, 중앙정부가 설정한 사회서비스 정책의 목표를 얼마나 충족시키고 있는가를 확인하기 위해 중앙행정기관인 국립보건복지청(Socialstyrelsen: National Board of Health and Welfare)이 감독업무를 담당하고 있음

〈표 65〉 스웨덴 광역지자체 차원의 복지 행정

구분	세부내용
정책결정기관	총 20개 광역지자체 의회(Landstingsfullmäktige: County Council)
정책집행기관	· 총 20개 광역지자체 정부(Landstingsförvaltningskontor: County Administrative Office) · 주요 관련 법률 - 보건의료법
복지 관련 임무	· 의료 및 교통 사업 · 지역발전과 개발을 위한 업무
복지재정	· 지방세(지방소득세) · 교부금

자료: 김인춘 외, 2013. 『북유럽 국가들의 복지재정 제도 연구』

(3) 기초자치단체

- 기초자치단체인 290개의 코뮌은 사회보험과 의료서비스를 제외한 복지정책 및 공공사회 서비스 대부분을 제공하며 주민서비스 중에서도 복지와 교육업무에 중점을 두고 있음
 - 지방자치법은 모든 코뮌이 자체적으로 복지서비스를 제공할 수 있도록 보장하며 아동, 장애인, 노인복지, 가족서비스, 초중고등 교육, 방과 후 과정, 상하수도 관리, 응급시설, 도서관, 거리청소 등 다양한 복지서비스가 기초자치단체를 통해 결정되고 집행됨
 - 먼저 고령자 및 장애인 서비스의 경우 1992년 에델개혁 이후 란스팅에서 코뮌으로 노인 및 장애인 의료서비스의 책임이 이전되었으며 현재 재택보조, 노인시설서비스, 저소득연금 노인 보조금, 장애인 보조금, 장애인 장비지원, 장애인 가정지원 등의 서비스가 이루어지고 있음
 - 아동 및 보육서비스는 임신에서 출산까지의 건강관리 및 업무강도 완화, 출산 후 1년간의 육아보육, 이후 탁아소(2~5세), 취학 전 아동교육(6세)까지 지속적으로 이루어지며 그 외에도 아동보조금, 결혼가정 아동지원금 등이 제공됨(함영진, 2018)
- 기초자치단체의 복지 관련 업무는 법정 책임영역과 자발적 책임영역으로 나뉘며 법정 책임영역의 재원은 지방세와 교부금으로, 자발적 책임영역의 경우 지방세 및 기타 수입으로 충당함
 - 재정상황이 좋지 않은 기초자치단체의 경우 자발적 책임영역 뿐 아니라 법적 책임영역의 복지서비스 질도 낮아질 가능성이 있어 재정균등화제도를 통해 지자체별 복지서비스 격차를 줄일 필요가 있음(김인춘, 2013)
- 2009년 도입된 서비스선택자유화법을 통해 중앙정부는 사회복지서비스의 민영화와 시장화를 촉진하며 공공과 민간의 경쟁을 유발시킴. 이는 지방정부에 대한 중앙정부의 개입으로 재집권화의 성격을 보여주고 있음(김인춘 외, 2013).
 - 민간과 공공 사회서비스 공급자를 모두 운용하는 것은 이용자들에게 선택의 자유를 보장할 수 있고, 공공이 제공해줄 수 없는 서비스 영역의 공백을 메꾼다는 측면에서 긍정적임.
 - 또 고도의 전문성을 요구하지만 수요가 많지 않은 특수 서비스의 경우, 코뮌이 이러한 서비스 제공기관을 직접 만드는 것보다 기존의 민간 서비스를 구매하는 것이 유효적임.
- 그러나 서비스 제공주체로서 민간 사회서비스 제공자들 중 양질의 서비스 제공을 위해 공공과 협력하는 기관이 있는가 하면, 세금을 통한 수익창출에 집중하며 노동조건 악화 및 서비스 질 악화와 같은 문제를 양산하는 기관도 있어 사회복지서비스의 공공성 문제가

대두됨.

- 민간 서비스 제공자들이 합병을 통해 거대화되고 있고, 최근 스웨덴 내 가장 큰 노인서비스 제공자(Aleris; Attendo)들이 합병을 통해 단일기관이 되는 등 사회서비스에 대한 시민의 선택권은 점점 축소되고 있는 상황임.

〈표 66〉 스웨덴 기초자치단체 차원의 복지 행정

구분	세부내용	
정책결정기관	290개에 달하는 기초자치단체 의회 (Kommunfullmäktige: Municipal Council)	
정책집행기관	· 총 290개 기초자치단체 정부(Kommun: Office of Municipality) · 주요 관련 법률 - 사회서비스법	
복지 관련 임무	〈법정 책임 영역〉 · 유치원 교육 시설 및 운영 · 초, 중, 고등 교육 시설 및 운영 · 장애인 교육 시설 운영 · 성인교육, 외국인을 위한 스웨덴어 교육 · 개인 및 가족을 위한 사회복지 서비스, 사회부조 · 노인 및 장애인 복지 · 특수 시설에 제공되는 건강 및 의료 · 도시계획 및 건설, 상하수도 관리 · 응급시설 운영, 도서관, 비상대응체제 등	〈자발적 책임 영역〉 · 실업자들을 위한 열린 유치원 운영 · 학령기 아동을 위한 방과후 시설 운영 · 주택 건설, 전력, · 중증 노인 및 장애인에 대한 의료 제공 · 고용 증진 · 지역 산업 개발 · 문화 시설 운영 〈광역지자체 정부와의 협력사업〉 대중교통 사업
복지재정	· 지방세(지방소득세) · 교부금	

자료: 김인춘 외. 2013. 『북유럽 국가들의 복지재정 제도 연구』

○ 서비스 제공 주체가 공공이었던 과거에 비해 최근에는 민간의 비중이 늘어나고 있으나 코문의 게이트웨이 역할을 통해 공공의 책임성이 유지되고 있음.

- 사회서비스 이용을 위해서는 먼저 코문의 사회복지사와 면담을 통해 욕구 사정을 한 뒤 이용자 선택에 따라 서비스 제공자와 연결됨. 따라서 민간에서 서비스 공급이 이루어지는 경우라도 서비스 제공에 대한 코문의 통제권한이 유지됨.

라) 사회서비스의 평가·관리²⁹⁾

(1) 국립보건복지청(National Board of Health and Welfare: Socialstyrelsen)

○ 국립보건복지청은 보건복지부 산하 기관으로서 스웨덴의 모든 사회서비스에 대해 책임을 지는 중앙정부기관이라고 할 수 있음.

- 모든 시민들이 평등의 원칙에 따라 양질의 보건·의료 및 사회서비스를 받을 수 있도록 사회서비스와 관련된 통계, 규정 및 정보 등을 생산하고 개발하는 역할을 담당함.
- 민간기관에 사회서비스 제공 허가증을 부여하거나 서비스 제공 활동 등을 조사하고 보건 및 사회서비스 관련 기관 및 시설들이 규정에 따라 운영되는지 여부 등을 조사함.
- 이외에도 질병, 사망원인, 노인과 장애인 관련 통계 구축, 사회서비스를 위한 지식 개발, 사회서비스 국가 가이드라인 발행, 급여 준비, 사회서비스 관리자와 직원 교육 등 사회서비스 전반적인 부분에 대해 법령 준수 여부 등을 평가함.

○ 사후관리(조사) 및 평가(Follow and Evaluate)

- 국립보건복지청은 사무국을 중심으로 보건 및 사회서비스에 대해 사후관리와 평가 업무를 담당함. 이 부서에서는 보건 및 사회서비스 등의 운영자가 국가가 수립한 가이드라인 등 법령 규정에 부합하게 서비스를 제공하고 있는지 여부와 그러한 서비스 및 정책이 국민들에게 어떠한 영향을 미치는지에 대해 효과성을 측정함. 이러한 일련의 평가를 통해 국가적 관점에서 보건 및 사회서비스의 운영 현황을 진단함.

○ 개방형 비교와 도구 개발(Open Comparisons- A development support tool)

- 국립보건복지청은 서비스 평가를 위한 하나의 방법론으로 개방형 비교 방식을 적용함. 이 방식은 다수의 보건 및 사회서비스 제공자들의 서비스 질과 효율성을 비교하는 것으로서 이를 통해 공공 보건 및 사회서비스의 투명성을 보장하고 서비스 질을 제고하며 양질의 국가사업 수행에 기여함.

○ 국가 리지스터 개발 및 운영(administrates and develops and national registers)

- 국립보건복지청은 보건 및 사회서비스의 사후 조사 및 관리를 위해 보건, 사회서비스 및 의료분야 대인적 서비스 등에 관해 국가 리지스터(national registers)를 구축·활용함.
- 국가 리지스터는 보건 및 사회서비스의 효과적이고 적절한 제공을 위해 필요한 통계, 정보 등을 집적해놓은 것으로서 국립보건복지청은 방대한 양의 보건 및 사회서비스의 데이

29) 장민선. 2017. 『사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구』의 내용을 수정·보완하였음.

터를 개발하고 운영하고 있음.

- 국가 리지스터는 국립보건복지청이 지식에 기반한(knowledge-based) 지원 및 정책, 가이드라인 수립 업무 등을 수행하는데 쓰이며 연구 개발에도 활용됨.

〈표 67〉 스웨덴 국가 보건의료 리지스터 종류

보건 자료 리지스터	사회서비스리지스터	의료의 제도적 대인적 서비스 리지스터
· 스웨덴인 암 리지스터 · 지방자치정부의 노인과 장애인의 보건 의료 서비스 · 의약품 리지스터 · 의료적 출생 리지스터 · 국가 환자 리지스터 · 구강보건 리지스터	· 사회부조 · 장애인법에 근거한 개입 · 아동청소년 개입 · 노인과 장애인 사회서비스 개입 · 성인약물중독자 의무적 돌봄 (care)	· 자격증 있는 보건과 의료서비스 리지스터

자료 : Socialstyrelsen. 2017. 『The Role of the Swedish National Board of Health and Welfare』, p.9의 내용을 요약하여 표로 재구성
 ((<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog//Attachments/20488/2017-2-11.pdf>) (2021.4.1. 검색일))

(2) 보건·사회서비스 감독부(Health and Social Care Inspectorate: Inspektionen for vard och omsorg, IVO)

〈표 68〉 스웨덴 보건·사회서비스 감독부 주요 업무

분류	내용
주요 업무	- 통지와 고충처리의 조사와 조정 - 분석과 지침 - 감독과 활동에 대한 지침 - 위험 중심(위기관리) 감독
IVO의 업무 현황	- 20,000건의 감독 결정(supervisory decisions) - 3,300건의 조사(inspections) - 2,500건의 의사결정
주요 업무	- 환자나 그의 보호자(친척들)로부터의 고충처리 - lex Sarah and lex Maria³⁰⁾ 규정에 따른 업무(환자 안전법 규정에 따라 서비스제공자(caretaker: 관리자, 요양보호사 등)들은 환자의 심각한 병의 원인을 IVO에 보고해야 함) - 자기 주도 정부 책임 (Self-initiated cases and government assignments)

분류	내용
감독-돌봄에 대한 감독	- IVO는 보건의료, 사회서비스, 장애인지원법에 따른 활동을 감독 - 보건의료 및 사회서비스는 모든 사람들에게 각 발달단계마다 영향을 미치기 때문에 감독(Supervision)은 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 하는데 기여함
Supervision focus	- 이용자와 환자의 관점을 중심으로 개인이나 집단이 중요하다고 여기는 것에 초점을 맞춤
평가의 특징 (Signs of supervision)	- 법적 확실성(Legal certainty): 슈퍼비전은 법과 규정에 근간을 두고 있으며 여기에 맞는 평가가 수행되어야 함. - 예측 가능성과 투명성(Predictability and transparency): 예측가능성과 투명성은 평가가 왜, 그리고 어떻게 수행되는지 말해주는 것이다. 권고사항은 당국의 결정이 분명해야 하며 따를 수 있도록 해야 함 - 독립성(Independent): 슈퍼비전은 이해관계자들로부터 영향받지 않는다. - 전문성(Professionalism): 슈퍼비전은 지식기반으로 수행됨.
법적 근거	- 환자 안전법 (2010: 659) - 사회서비스법 (the Social Services Act) - 장애인법(the Act on Support and Services for Disabled People: LSS).
슈퍼비전 영역	보건의료 분야에서는 보건의료 활동과 종사자들에 대한 감독이 수행된다. 사회서비스와 장애인 분야에서는 사회서비스 활동을 감독하고 개별 고충처리는 조정한다. 계획된 감독(Scheduled supervision)속에서 IVO는 지속적으로 선택한 평가영역을 검토하고 보건케어, 사회서비스, 활동들을 장애인복지법에 따라 수행하는지 점검한다. IVO는 통제(control)와 개선(promotion)이라는 다양한 supervisory 접근을 하고 있다.
평가 수단	- 정보 - 조언과 지도 - 대화 - 권고 - 비판 - 행동 요구 - registered personnel to HSAN에 통고

자료 : 장민선. 2017. 『사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구』

30) 렉스 마리아: 환자 안전법(Patient Safety Act)에 따라 의료 서비스 제공자(의료 서비스, 치과 치료 또는 약국을 제공하는)는 심각한 치료 부상을 초래했거나 초래할 수 있는 사건을 IVO에 보고해야 함. 또한 간병인은 현재 담당하는 케이스에 관해 조사를 수행할 의무가 있음. IVO의 평가 및 결정은 의료 제공자가 조사 의무를 어떻게 수행했는지에 중점을 둠

렉스 사라: 사회 서비스 내에서 활동을 수행하는 사람은 스웨덴 국립 기관 관리위원회 또는 특정 장애인을 위한 지원 및 서비스에 관한 법률에 따라 보고된 과실 사건 및 중대한 과실 위험 등을 조사하고 이를 시정해야 할 의무가 있음. 위법 행위가 심각한 경우 IVO에 보고해야 함. IVO는 평가 및 결정 과정에서 조사가 충분히 포괄적이고 이루어지고 해당 활동이 현재의 위법 행위를 시정했는지 여부에 중점을 둠

자료 : 스웨덴 IVO 홈페이지(<https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/lex-maria-och-lex-sarah>)

○ IVO는 스웨덴 보건복지부 산하 기관으로 보건의료서비스, 사회서비스, 서비스 제공 인력과 관련 활동을 감독하는 기관에 해당함.

- 보건·사회서비스 제공에 있어서 위반행위나 지자체의 통보의무 위반 등에 대한 이용자의 민원을 처리하고 민간 기관이 사회서비스를 제공하는데 필요한 허가를 내줌.
- 특히 노인주택이나 아동, 청소년, 성인을 위한 거주보호시설 등을 감독하고 지방자치단체가 보호가 필요한 아동 및 청소년에 대해 어떠한 조치를 취하고 있는지에 대해서 평가함.
- IVO는 이러한 감독 기능을 통해 보건·사회서비스 제공자가 법과 규정을 준수하고 이용자에게 안정적이고 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 도움.

(3) 의회 옴부즈만(the Parliamentary Ombudsmen)

○ 서비스 이용자들이 정부의 서비스 정책 등의 결정에 불만을 가질 경우에는 직접 의회 옴부즈만에 이의를 제기할 수 있음.

- 이의가 접수되면, 의회 옴부즈만은 중앙정부와 지방정부가 법과 규정, 지침 등을 제대로 준수하였는지 조사하고, 위반 사항이 발견되었을 경우 정부 또는 개별 부서에 경고를 하는 등 제재를 가할 수 있음. 그러나 옴부즈맨에게 지방자치단체의 결정이나 법원의 판결을 변경할 권한은 없음.

(4) 스웨덴 지방정부 협회

○ 스웨덴 지방정부 협회는 스웨덴의 지방자치단체(광역과 기초 모두 포함)를 대표하고 그들의 이익을 대변하기 위해 만들어진 조직으로서, 지방자치단체가 담당하는 사회복지제도를 개발, 조사, 평가, 교육하는 역할을 담당함.

- 지방정부 협회는 각 지방정부의 의견을 경청하고 지역 간 격차를 줄이기 위해 노력하고 있으며 보다 나은 서비스를 제공하기 위해서 서비스 평가 업무를 담당함.
- 2016년에는 돌봄 품질의 우수성 평가제도(Primary Care Quality)를 도입하여 사회서비스 품질 평가를 위한 지표를 만드는데 이용자 의견을 적극 수렴하는데 기여함(장민선, 2017).

〈표 69〉 스웨덴 지방정부 협회의 기능

분류		내용
사회서비스의 이념		서비스 평등: 사회 서비스가 지역마다 차이가 있기 때문에 이러한 불평등한 사회서비스를 줄이기 위한 노력
사회서비스의 품질의 개념		- 자기 지역에 가장 잘 맞는 서비스를 제공하는 것이 질 향상에도 좋다는 개념을 기반으로 서비스 품질 개발 - 지역에서 잘하는 것을 우선적으로 제공하는 등 서비스 제공 측면에서 긍정적인 측면을 부각 - 지역주민의 욕구에 부응함과 동시에 그 지역에서 우수한 서비스를 위주로 제공하는 것이 질 좋은 서비스라는 것
서비스 개발 과정	중앙정부	보건복지부는 사회서비스를 개발한 다음 국가적 지침을 만들어서 광역자치단체와 코뮌에 전달
	지방정부 (렌)과 지역정부 (코뮌)	- 이 지침을 자신의 지역에 맞게 재수정하여 서비스를 직접 제공 - 제공한 후 지역적 수준에서 모니터링과 평가가 수행 - 평가 결과는 지역적 수준에서 그 지역에 맞는 서비스로 수정·보완하는 등 서비스 개발이 이루어짐
	중앙정부	중앙정부는 국가적 수준에서 평가를 수행하여 지역적 수준에서 개발한 서비스 내용과 평가 결과를 반영하여 다시 서비스 개발을 수행
평가과정		국가적 수준에서 사회서비스 개발 → 국가 가이드 라인 → 지역적 가이드 라인 → 증거기반의 실천 → 지역 사후관리 및 평가 → 지식개발부 서비스 수정 → 국가적 평가 → 국가적 수준에서 사회서비스 개발에 반영
서비스 개발 철학- 증거기반의 실천		- 증거기반의 실천의 이론에 입각한 서비스 개발을 하는데 있어서 클라이언트, 전문가, 실천가, 연구자들의 견해와 지식, 경험, 욕구 등을 반영 - 클라이언트의 개인적 욕구를 중요시 하여 우선적으로 이들의 욕구를 파악하여 문서화 작업을 실시. 또한 실무자나 전문가들의 과학적 지식과 경험을 파악하여 기존에 가장 효율적이고 효과적이었던 서비스 방법들을 찾아냄 - 기존의 과학적 연구 자료를 바탕으로 연구 결과들의 내용들도 참고로 하여 서비스 개발을 수행. 이러한 사항들을 종합하여 최선의 서비스를 개발
서비스 개발에 대한 지역 간 합의사항		- 모든 이용자들의 적극적 협조 - 제공자는 클라이언트에게 적합한 지식을 찾아내고 서비스를 만들어야 함 - 서비스 구조를 개발, 지속적인 사후관리가 필요함 - 조직의 역할이 매우 중요(예: 학습 전달, 평가, 실천 등) - 대화를 통한 해결

자료 : 장민선. 2017. 『사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구』

(5) 지방자치단체의 질 관리

- 서비스 질 관리에 대한 책임은 기본적으로 사회서비스 책임주체인 코문에 있음. 코문은 이용자 요청이 있을 경우, 각 서비스 영역별로 비용 효율성 등의 요소를 고려하여 외부 민간서비스를 구입하는 것과 코문이 직접 서비스 제공기관을 설립·운영하는 것 중 판단함.
- 이러한 판단과 결정도 역시 코문의 책임과 권한으로 이루어지며 민간 서비스 구매의 경우에도 서비스의 제공은 코문을 통해서 이루어짐. 따라서 민간에 의한 서비스 제공의 경우에도 서비스 제공 및 그 결과에 대한 책임은 전적으로 코문에 있음.
- 불가피하게 코문 외부로부터 민간서비스를 구매한 경우 해당 기관에 대한 관리감독은 계약에 의한 서비스 제공이 이루어지는지, 이용자 및 가족과의 면담, 방문 등을 통해 서비스가 제대로 이루어지고 있는지 그 결과를 가지고 계약 지속 여부를 판단함.
- 서비스 제공자는 서비스 제공에 대한 기록을 코문의 사회복지사와 공유하고 사회복지사는 이를 통해 서비스 제공과정 전반을 모니터링 함.
- 코문은 민간 및 공공의 서비스제공 기관에 대한 관리감독권한을 가지고 있으며 사전고지 의무와 상관없이 기관에 대한 직접 방문 점검을 실시할 수 있음.

4) 소결

- 사회민주주의로 유명한 스웨덴은 사회의 핵심적인 가치체계를 모든 시민의 편익을 위해 구체화하고 있음. 보편주의와 평등에 기초한 사회시스템이 발전하여, 사회복지서비스 자체는 모든 국민의 기본적 권리로 간주됨. 도움이 필요한 인구의 특정계층에게 복지급부를 제공하는 대부분의 국가들과는 달리, 광범위한 복지급부가 건강, 교육, 복지 등 모든 삶의 영역에 퍼져있음.
- 스웨덴에서는 사회전체가 복지의 주요 제공자로 간주되고 있고, 모든 국민이 기본적인 사회복지서비스를 받을 수 있도록 하는 보편적 사회복지서비스를 제공하고 있음. 이에 따라 사회복지서비스 역시 개인의 욕구보다는 사회적으로 허용된 욕구에 목표를 맞추어왔으며, 문제 집단에 대한 기초적 복지를 제공하기보다는 전체 인구를 대상으로 한 평균적 사회복지서비스를 확보하는 것을 목표로 하고 있음.
- 그러나 전 국민을 대상으로 한 평균적 복지가 중시됨에 따라 새로이 등장하는 한계적 곤란계층 대응에 어려움이 있어, 비영리기관이 후자를 위한 사회복지서비스를 담당하

고 있음. 즉, 복지국가로서 스웨덴은 보편 주의적 복지제도, 높은 사회복지서비스 표준 수준, 및 사회복지서비스 제공과 배분에 있어서의 실질적인 공공부문 독점으로 특징지을 수 있음.

- 1990년대 들어 스웨덴은 대공황 이래 가장 심각한 경제불황을 겪게 되면서 고령자와 난민 증가로 인해 사회복지서비스에 대한 수요가 급증함. 이에 스웨덴은 지방분권화, 사용자 부담의 강화, 그리고 시장메커니즘의 도입으로 대응하였는데, 특히 정부의 재정 및 관리권을 유지하되 민간 부문(영리기관, 비영리기관, 조합 등)의 서비스공급을 확대시켰으며, 이에 따라 사용자 부담이 높아지게 됨. 아울러 공공부문에 대한 정부관리 자체도 경쟁 입찰, 외주 등 시장 친화적 방식을 광범위하게 도입함.
- 중앙정부가 공공부문을 독점한다고 하지만 사회복지서비스의 대부분의 업무는 과세권을 가지고 높은 재정자립도를 가진 지방자치단체, 특히 기초자치단체(코뮌)에 의해 이루어지고 있음. 실질적인 사회복지서비스 제공은 복지시설이 담당하며, 기초자치단체는 수요자에게 복지시설의 선택을 지원하는 한편 시설 지원 및 관리·감독 업무를 담당하고 있음.
- 광역자치단체(란스팅) 내에는 별도로 복지를 담당하는 행정기관이 있어 보건복지청의 광역지청과 더불어 중앙과 기초자치단체(코뮌) 간의 매개적 역할을 수행하며 중앙정부에서 결정된 정책을 집행하거나 해당지역의 기초자치단체가 업무를 잘 수행하도록 하는 지원 및 조정·감독 업무를 수행함.
- 이상과 같이, 스웨덴은 기초자치단체(코뮌)가 광역자치단체, 중앙정부와 비교하여 상대적으로 강력한 위치에 있으며, 복지행정에 있어서도 코뮌 내 구역별 사무소를 통하여 사회서비스를 전달하는 체계를 구축하여 운영하는 등 사회서비스 분야의 지방분권화의 완벽한 사례라고 볼 수 있음.
- 또한 사회서비스 분야를 공공과 분점하고 있는 시장영역에 대해서도 공식적으로 질 관리를 잘 하고 있으며, 서비스 제공 부문에 민간의 역할이 과거에 비해 확대되었음에도 불구하고 사회서비스에 대한 공공의 책임성은 유지되고 있어, 이러한 스웨덴의 사례를 통해 지역에서 실제 작동가능한 사회서비스전달체계 구축을 위한 함의를 도출할 수 있음.

다. 일본 “지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)”

1) 왜 일본인가?

- 일본은 1970년 고령화 사회, 1994년 고령사회, 2006년 초고령 사회³¹⁾가 되었을 만큼 고령화가 빠르게 진행된 나라임. 일본은 다수의 근로세대가 노인 1명을 부양하는 ‘헝가래형’에서 근로세대 5명이 노인 1명을 부양하는 ‘기마전형’을 거쳐, 현재는 근로세대 1명이 노인 1명을 부양하는 ‘목마형’ 사회의 도래를 앞두고 있음. 이러한 일본의 초고령 사회를 지탱할 사회시스템으로 구축된 것이 바로 지역포괄케어시스템임.
- 한국은 2000년에 65세 이상 노인인구가 전체 인구의 7.2%를 차지하여 고령화 사회로 진입하였고, 2017년에는 14.0%로 고령사회를 거쳐 2025년 초고령화 사회로 접어들 것으로 예상됨. 그리고 2045년을 기점으로 세계 최고 고령화 국가가 될 것으로 예상하고 있음.
- 2021년 한국경제연구원이 발표한 OECD 37개국 고령화 속도와 빈곤율 분석 결과에 따르면, 최근 10년간 한국의 65세 이상 고령인구는 연평균 4.4%씩 증가했으며 이는 OECD 평균(2.6%)의 1.7배로 OECD 회원국 중 가장 빠른 속도라고 할 수 있음. 급속한 노령화와 함께 한국의 노인 빈곤율은 2018년 43.4%로, 이 또한 OECD 평균(14.8%)의 3배에 달하고 있으며 이는 주요 5개국(G5)인 미국(23.1%), 일본(19.6%), 영국(14.9%), 프랑스(4.1%) 보다도 높은 수치임. 이와 같이 고령화 속도가 가속화 됨과 동시에 높은 빈곤율로 인해 국가의 고민도 커지고 있음.
- 인구 고령화와 노인 빈곤율 문제는 한일 양국 공통의 고민이며 이러한 변화로 인해 연금, 의료, 개호, 다문화, 저출산 등 다양한 사회적 문제들이 야기되고 있음. 특히 1인 노인 가구 및 인지증 노인 증가 등에 대해 지역사회 차원의 지원과 대처 방안 마련이 시급함.
- 이와 같은 사회적 변화를 바탕으로 일본에서는 2000년 개호보험 도입 후, 수차례의 법 개정을 통해서 지역포괄케어를 시작하였고 2011년 개호보험개정법에 의해 지역포괄케어시스템의 개념이 정립됨. 그리고 베이비 붐 세대(団塊の世代) 전체가 76세를

31) 전체 인구에서 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율이 7% 이상일 때를 고령화 사회, 14% 이상일 때 고령사회, 20% 이상인 경우를 초 고령사회라고 함.

넘는 2025년을 목표로 2014년 의료개호총합확보추진법에 의해 정의된 지역포괄케어 시스템 구축 실현에 힘쓰고 있음(방진아, 2020).

- 太灣明美 외(2017)는 각 지역의 특징과 사정에 맞는 지역포괄케어시스템 구축을 위해서 ‘지역’이라는 방향성 정립의 필요성을 역설했으며, 실제 일본에서는 다양한 논의를 거쳐 지역별 특성에 맞는 시스템들이 구축되어가고 있음. 우리보다 먼저 인구 노령화의 길을 가고 있으며 제도개혁을 통하여 노인 돌봄을 위한 네트워크를 구축하고, 민·관 협력체계를 강화하는 등 지역포괄케어시스템 구축을 위해 노력하고 있는 일본의 사례는 중요한 시사점을 던져줄 것으로 사료됨.

2) 일본의 노인복지 및 의료정책의 흐름

가) 노인복지법에서의 개호제도

- 일본에서 고령화 사회로의 진전은 제도적 측면에서 다양한 변화를 가져왔는데 특히 지역포괄케어시스템의 발전은 거의 ‘노인복지’ 부문을 중심으로 이루어졌다고 해도 과언이 아님. 일본에서 노인 복지 및 의료 관련 정책과 사업은 1960년대 제정된 「노인복지법」을 토대로 본격화 되었으며, 이후 고령화율이 증가함에 따라 2000년대 개호보험 제도가 도입되어 노인복지 및 의료 관련 두 개의 법이 시행되고 있음.
 - 1960년대 노인복지 및 의료정책은 「노인복지법」에 따라 방문개호사업, 특별양호노인홈 등 재택과 공동 수용사업에 초점을 맞춰 추진되었고, 추진 초기인 1980년까지는 노인 인구 비율이 10%이하, 총부양비(노년) 역시 13.2%에 그쳐 노인의료비 무료화 정책추진이 어렵지 않았으나, 노인 인구의 급격한 증가에 따른 의료비 부담 가중으로 노인의료비의 10%를 개인이 부담하도록 변경.
 - 일본정부는 1990년 말 노인의료비 재정문제가 심화되자 재정확보를 위해 「개호보험법」을 신설하고 개호보험료를 징수하기 시작하면서 보험료를 납부할 수 없는 노인을 위한 복지·의료정책은 기존대로 「노인복지법」에서 담당하는 것으로 역할이 구분됨(이진희 외, 2019).

〈표 70〉 일본의 개호보험제도 신설 전의 노인복지와 의료정책의 흐름

연대 (고령화율)	전체적 흐름	주요정책
1960년대 (5.7%)	노인복지 정책 시작	•1960년 방문개호사업 신설 •1963년 「노인보건법」 제정
1970년대 (7.1%)	노인 의료비 증대	•1973년 노인의료비 무료화 •1978년 단기입소생활개호사업 신설 •1979년 통원사업(데이서비스) 신설
1980년대 (9.1%)	사회적 입원과 거동 불편 노인 문제 심화	•1982년 「노인보건법」 제정(노인 의료비 일정액 부담 도입) •1987년 「노인보건법」 개정(노인 보건시설 신설) •1989년 소비세 신설(3%), 골든플랜(노인보건복지추진 10개년전략) 수립(시설간급정비와 재택복지추진)
1990년대 (12.0%)	골든플랜 추진, 개호 보험제도 도입 준비	•1990년 복지관련 8개법을 개정(복지서비스 시정촌 일원화, 노인보건복지계획 수립) •1992년 노인보건법 개정(노인방문 간호제도 신설) •1994년 후생성에 노인개호대책본부 설치(개호보험제도검토) •1996년 개호보험제도 신설과 관련 연합여당 3당 정책 합의 •1997년 소비세 인상(5%)
2000년대 (17.3%)	개호보험제도 실시	•2000년 「개호보험법」 시행

자료 : 이진희 외. 2019. 『커뮤니티케어형 도시재생 뉴딜사업 모델 마련 연구』

- 「개호보험법」이 신설되면서 노인복지와 관련된 사항 중 개호와 관련된 내용은 본 법에 의한 사업이 주도함.
 - 2000년 「개호보험법」 시행과 함께 여러 사업이 추진되었지만, 그 이전에도 「노인복지법」을 기반으로 단기입소생활개호, 재활을 목적으로 하는 노인보건시설, 통원하면서 개호를 받도록 하는 노인데이서비스 사업, 간호를 하는 노인방문 간호제도 등을 통해 개호 서비스를 제공하였음.
- 현재는 노인복지계획 내 개호부문은 「개호보험법」에 의한 ‘개호보험사업계획’의 내용을 감안하여 작성하도록 되어 있으며 내용상 개호보험재정이 뒷받침하는 개호보험사업 계획이 주도하는 형태로 되어있음.

나) 개호보험제도와 의료제도와 의 문제점

- 개호보험제도에 의해 진행되는 노인개호의 질적 수준 제고를 위해 2011년 의료와 노인거주를 함께 하는 방향으로 「개호보험법」의 개정이 진행됨(니키류, 2018).
 - 그 동안 포괄적 복지 차원에서 노인거주와 의료를 함께 고려해야 한다는 공감대는 형성되어 있었으나 의료와 개호의 역할분화가 명확하지 않아 효율적 개호가 이루어지지 못했음.
 - 급성기 병증이 아닌 경우 대부분 개호 상태에서 진료가 이루어졌는데, 병원에 개호 상태로 장기입원하면서 병원비 부담이 늘거나 반대로 거택개호 중 병증이 급성으로 발전되면 병실확보가 어려운 경우가 발생하여 의료와 개호의 역할 조정이 요구됨.
- 결국 2014년 개호와 병원과의 역할 분담이 급성기 병증일 경우 병원이 담당하고, 종말기 케어의 경우 재택과 의료기관 양쪽에서 담당하며 입소시설은 중증환자를 위한 주거를 담당하는 방향으로 정립됨(니키류, 2018).
- 2014년 6월 「지역에서의 의료와 개호의 종합적인 확보촉진에 관한 법률」에 의료, 개호 및 거주를 포괄하는 통합적 네트워크 사업인 ‘지역포괄케어시스템’을 다음과 같이 정의함.
 - 「지역에서의 의료와 개호의 종합적인 확보 촉진에 관한 법률」 제1조(목적): 지역에서 효율적이고 질 높은 의료제공 체제와 지역포괄케어시스템을 구축하여 지역에서 의료와 개호를 종합적으로 확보할 수 있도록 촉진하는 조치를 강구하고, 이로써 노인 인구를 비롯한 국민건강 유지와 복지증진을 꾀하고, 더불어서 국민이 삶의 보람을 갖고 건강하고 편안한 생활을 할 수 있는 지역사회 형성에 이바지하는 것을 목적으로 한다(니키류, 2018).
 - 「지역에서의 의료와 개호의 종합적인 확보 촉진에 관한 법률」 제2조(정의): 이 법률에서 ‘지역포괄케어시스템’이란 지역 실정에 따라 노인이 가능한 한 익숙하게 살았던 지역에서 가진 능력에 따라 자립한 일상생활을 할 수 있도록 의료, 개호, 개호예방, 거주와 자립한 일상생활 지원을 포괄적으로 확보하는 체제를 말함(니키류, 2018).

다) 의료와 개호의 종합성 확보를 위한 지역포괄케어시스템

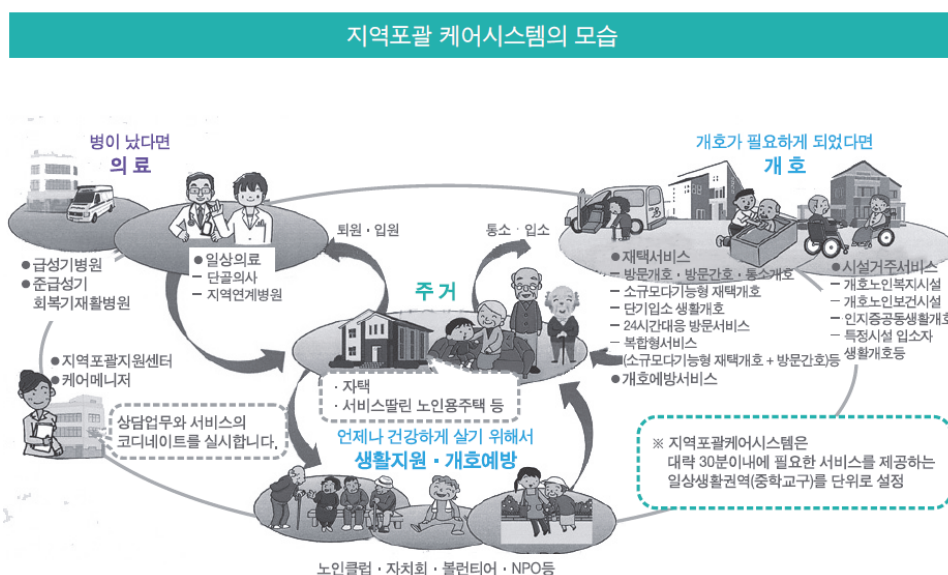
- 「지역에서의 의료와 개호의 종합적인 확보 촉진에 관한 법률」에서는 의료와 개호를 연결시키기 위한 계획으로 ‘의료와 개호의 종합적 확보를 위한 사업실시에 관한 계획(광역지자체 계획과 시·정·촌 계획)’을 수립하도록 하고 있음(법 제4조와 제5조).

- 본 계획에서는 ‘의료개호종합확보구역’을 설정하고 해당 구역 안에서 기존 노인복지법에서 규정한 노인거택개호지원사업 관련 시설(거택, 양호노인홈, 특별양호노인홈, 저비용노인홈, 유로노인홈, 의료법상 요양시설)에 대한 의료서비스 제공 계획을 수립하도록 하고 있음.
 - 또 시·정·촌에서는 구체적으로 개호보험법에서 규정한 시설과 노인복지법의 시설 중 지역밀착형 시설들을 모두 포함하여 이들에 대한 의료 서비스 제공 사업을 진행하여야 함.
- 지역포괄케어시스템의 기본 목적은 의료와 개호를 연결시키는 것으로 초기에는 개호 부문에 의료를 강화하여 의료 부문의 재정부담을 덜기 위한 의도로 시작되었으나 실제 의료 부문의 부담이 낮아지는 대신 거택 개호 비용이 늘어나 국가전체로 부담이 줄어 들지 않는다는 문제가 지적됨(니키류, 2018)
- 이에 따라 의료나 개호 중 한 쪽의 부담을 줄이기보다는 의료지원이 허술한 개호부문에 의료를 강화시키는 형태로 병원-개호 간 네트워크를 구축하는 방향으로 사업이 추진됨.

3) 지역포괄케어시스템의 개념

- (정의) 지역포괄케어시스템이란, 개호(돌봄)가 필요한 상황에서 자신이 익숙한 지역에서 사람답고 자립적인 생활을 할 수 있도록 의료, 개호, 예방, 생활 지원, 주거 등을 포괄적이고 지속적으로 제공하는 시스템을 말함. 한마디로 ‘익숙한 지역에서 마지막까지(aging in place)’라고 정의내릴 수 있음. 즉, 개호서비스가 필요한 사람이 자신이 살던 지역에서 가능한 한 오랫동안 살 수 있도록 주거공간을 제공하고 개호, 예방, 보건의료, 생활지원, 사회복지서비스 등을 적절히 연계하여 제공하기 위한 기반을 의미하며, 이는 노인의 보건의료 및 개호(돌봄)에 초점을 맞춘 ‘마을 만들기’를 뜻함(이건세, 2019).
- 이러한 의료와 개호(돌봄) 수요를 동시에 갖고 있는 노인을 지역에서 보호하기 위해서는 방문 진료와 같이 자신이 거주하는 주택에서 제공받을 수 있는 의료와 개호의 연계가 필요하며 이러한 재택의료는 의사, 치과의사, 간호사, 약사, 영양사, 재활 관련 인력, 케어 매니저 및 도우미 등 개호 관련 다직종 연계가 필수적임(이건세, 2019). 그러므로 다직종간 협동·연계 체제를 갖추는 것이 지역포괄케어시스템의 필수 요건이라고 할 수 있음.

[그림 26] 일본 지역포괄케어시스템의 기본개념



자료 : 나카가와 히로코, 2016. 『빈집문제』

4) 지역포괄케어시스템의 설립배경

- 일본이 지역포괄케어시스템을 구축하게 된 것은 인구사회학적 구조가 급속하게 변화한 데 대한 대응책이 필요했기 때문임. 일본은 개호보험제도의 주요 대상자인 75세 이상 노인이 급속하게 증가하면서 치매환자와 개호서비스가 필요한 대상자가 동반 급증함. 이에 따라 제한된 사회보장재정 범위 안에서 이들의 존엄 유지와 자립지원을 위해서는 지역포괄케어시스템 구축이 필수불가결 했음(김원경, 2014).
- 지역포괄케어시스템의 시초는 1970년 히로시마현 공립 미츠기 종합병원에서 시작된 오노미치시 미츠기초의 '지역포괄케어'임. 1970년, 미츠기 종합병원 야마구치 노보루 원장은 뇌졸중이나 심근경색으로 입원했다가 수술 후 퇴원한 노인들이 가정으로 돌아가 와병 생활(bed ridden)을 하다 재입원하는 사례가 많은 것을 발견함. 1974년부터 간호 및 의료 인력을 각 가정으로 보내는 출장의료 서비스를 통해 와병으로 인한 재입원 방지에 힘씀. 1984년에는 병원부설로 건강관리센터를 설립하고 지자체의 보건복지 관련 부서 및 사회복지협의회를 상주시킴으로써 의료와 보건복지의 통합적 지원을 강화함(이건세, 2019).

- 이 용어가 전국적으로 쓰이게 된 것은 2000년 개호보험법 개정 이후로, 후생 노동성 보건국 산하 고령자개호연구회는 2003년 ‘2015년 고령자 개호’ 보고서를 통해 지역 포괄케어 구축의 필요성을 역설하였음. 고령자개호연구회는 요개호 고령자의 생활을 지원하기 위해서 개개인의 상황에 맞는 개호서비스 제공은 물론, 다양한 지원이 지속적이고 포괄적으로 제공될 있는 구조가 필요함을 주장하면서 처음으로 ‘지역포괄케어 시스템’이라는 용어를 사용함(니키류, 2018). 이후 2010년 지역포괄케어연구회가 발간한 보고서에서 개념 정비가 이루어졌으며 2011년, 2014년 개호보험제도 개정을 통해 지역포괄케어시스템 구축이 지방자치단체의 의무로 규정됨.

5) 지역포괄케어시스템의 발전³²⁾

가) 2005년 개호보험법 개정과 지역포괄케어시스템의 도입

- ‘지역포괄케어시스템’이라는 용어가 2003년 고령자개호연구회의 보고서를 통해 정부 관련문서로는 처음 언급됨(니키류, 2018). 당시의 제안은 개호보험제도의 개혁에 초점이 맞춰져 있었으며, 따라서 ‘지역’보다는 ‘개호서비스’를 중심으로 논의가 전개되었음.
 - 요개호 고령자의 생활을 가능한 한 계속 지원하기 위해서는 각각의 고령자의 상황과 그 변화에 따라 개호서비스를 핵심으로 의료서비스 등 여러 지원이 지속적이고 포괄적으로 제공되는 구조가 필요하다는 것.
- 이후 2000년 도입한 개호보험(우리나라의 장기요양보험)만으로는 고령자의 생활을 충분히 지원할 수 없다는 인식이 빠르게 확산되면서 보건·복지·의료 전문직 간 연계와 지역주민의 참여로 포괄적인 서비스를 제공해야 한다는 의견이 지지를 얻음.
 - 장기요양서비스 수요 급증, 생산연령인구 감소 문제 등에 대응해 고령자의 개호를 사회 전체가 지탱하는 구조로서 새로운 시스템의 필요성이 대두된 것임.
 - 지속가능한 사회보장제도 설계를 위한 다양한 논의가 진행된 가운데, 2005년「개호보험법」 개정(2006년 4월 시행)을 통해 지역포괄지원센터의 설치가 제안되었으나 당시 고이즈미 내각이 펼쳤던 엄격한 사회보장비 억제정책으로 인해 지역에서 확산되지는 않았음.

32) 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』의 내용을 수정·보완하였음.

나) 2009년 지역포괄케어시스템 설치 본격화

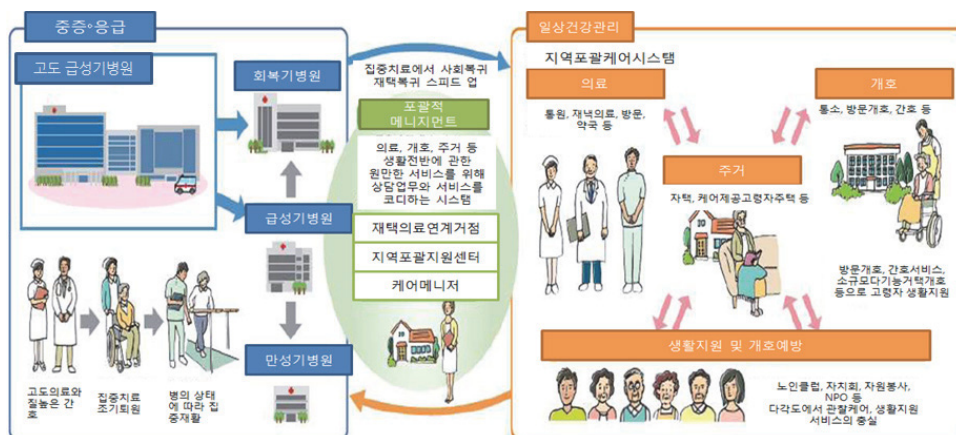
- 사회보장 기능의 강화를 주장하던 민주당 정권의 등장으로 지역포괄케어시스템에 대한 논의가 다시 이루어졌고 지역포괄케어시스템에 대한 지역포괄케어연구회의 개념 정의를 정부가 그대로 인용하면서 단순한 개호서비스가 아닌 지역기반 시스템으로 자리 잡음.
 - 지역포괄케어연구회(2009)는 지역포괄케어시스템을 필요에 따른 재택 제공을 기본으로 하되 생활상의 안전·안심·건강을 확보하기 위해 의료와 개호 및 복지 서비스를 포함한 다양한 생활지원 서비스를 일상생활권역에서 적절하게 제공 가능하도록 하는 지역 체제라고 정의함(니키류, 2018).
 - 고려자개호연구회(2003)가 개호서비스를 핵심으로 한 것과 달리, 지역포괄케어연구회는 개개인의 니즈에 맞는 재택 제공과 함께 의료와 개호 등 여러 서비스가 동격으로 제공될 수 있도록 하였음(니키류, 2018).
- 2011년 6월, 개호보험법 3차 개정에서는 지역에서의 자립적인 일상생활 지원을 위한 시책 마련을 국가와 지방자치단체의 책무로 규정하였고 이를 기반으로 의료, 개호, 예방, 주거 및 생활지원서비스 등을 지역포괄케어의 5대 구성요소로 확정됨.
- 2012년 2월, 사회보장 및 세금 개혁을 위한 내각회의에서 의료서비스제공 체제의 제도 개혁과 더불어 지역포괄케어시스템 구축이 강조되면서 지역포괄케어가 사회보장개혁의 핵심 정책으로 자리 잡게 됨.

다) 의료와 개호의 일체화

- 2013년 ‘지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁의 추진에 관한 법률 (약칭: 사회보장개혁프로그램법)’ 제정하면서 지역포괄케어시스템이 본격화됨.
 - 사회보장개혁프로그램법은 ‘지역의 실정에 맞춰 노인이 가능한 한 정든 지역에서 개인이 가지고 있는 능력에 따라 자립한 일상생활을 영위할 수 있도록 의료, 개호, 개호예방, 주거 및 자립한 일상생활 지원이 포괄적으로 확보되는 체제’로 지역포괄케어시스템을 규정.
- 2014년 6월 ‘지역의료 및 개호의 종합적인 확보의 촉진에 관한 법률(의료·개호종합 확보추진법) 제정과 ‘개호보험법’ 개정을 통해 2025년을 대비한 지역포괄케어시스템을 확립.

- 의료와 개호의 연계와 지역포괄케어시스템 등 네트워크강화가 강조되었으며 도도부현(都道府縣)의 역할강화, 의료법인·사회복지법인 제도의 개편 등이 추진됨. 또 소비세 증액분을 활용하여 도도부현에 기금을 조성하고 저소득층 보험료 감면과 고소득자의 자기부담금을 20% 상향조정함.
- 의료와 개호분야 개혁의 방향성을 '병원완결형'에서 '지역완결형'으로, 지역의 병상이나 재택의료·개호의 충실 및 네트워크화, 지역포괄시스템 구축, 질병 예방과 조기발견 등 제시.
- 지역에서 중증이나 급성기 질환이 발생한 경우는 고도급성기병원에서 회복기병원, 급성기병원, 만성기 병원으로 상호 연결되는 체계를 갖추도록 하여 집중적인 치료를 통해 사회복귀, 재택복귀의 시기를 앞당기도록 함.
- 지역포괄케어시스템 구축을 통해 필요할 때 의료·개호서비스를 이용 수 있는 지역 만들기 정책방향 설정하여 지역사회에서 지역포괄케어시스템을 통해 의료·개호·주거·생활지원·개호예방 관련 서비스가 포괄적으로 제공되어 일상건강관리가 가능하도록 함.
- 지역포괄케어시스템은 75세 이상 인구가 급증하는 대도시부와 인구가 감소하는 정촌부 등 고령화의 진전 상황에 지역 간 격차가 존재하므로, 보험자인 시정촌이나 도도부현이 지역의 자주성과 주체성을 토대로 지역의 특성을 반영하여 구축하도록 함.

[그림 27] 개혁 후의 의료·개호서비스의 제공체계



자료 : 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』

라) 2015년 이후 전 세대, 전 대상형 지역포괄케어 추진

○ 2017년 지역포괄케어시스템 강화법에 의해 지역포괄케어시스템의 심화가 추진됨.

- 자립지원과 중증화 방지를 위한 보험자의 기능강화, 개호의료원 신설 등 의료·개호의 연계 추진 및 지역공생사회의 실현을 위한 방안 추진 등이 주요 내용임.
- 보험자의 기능강화는 개호예방과 중증화 방지를 위해 데이터에 근거한 지역육구를 반영하여 개호보험사업계획을 수립, 도도부현에 의한 시정촌 지원사업 신설, 재정 인센티브 규정 정비, 지역포괄지원센터 기능강화 등이 포함됨.
- 의료·개호연계 추진을 위해서 개호보험법과 의료법에 근거 새로운 개호보험시설(개호의료원)을 신설하고 의료·개호연계를 위한 정보제공 등의 규정을 정비·지역공생사회실현을 위한 방안으로(사회복지법, 개호보험법, 장애자종합지원법, 아동복지법관련) 노인과 장애인 이 하나의 사무소에서 서비스를 제공받을 수 있는 공생형서비스 도입.
- 개호보험제도의 지속가능성 확보를 위해 이용자 부담금 조정, 개호납부금 조정 도입. 개호보험의 자기부담금 20%를 소득이 높은 계층에는 30%로 상향조정하고 40~64세의 보험금을 총보수액에 비례해 부담하는 것으로 조정함.

○ 이후 후생노동성은 고령자 중심의 사회보장제도를 전 세대형으로 개편할 것을 밝혔지만 아직까지 지역포괄케어시스템의 법적 대상을 65세 이상의 고령자로 한정하고 있음.

〈표 71〉 일본 지역포괄케어시스템의 정책 변화

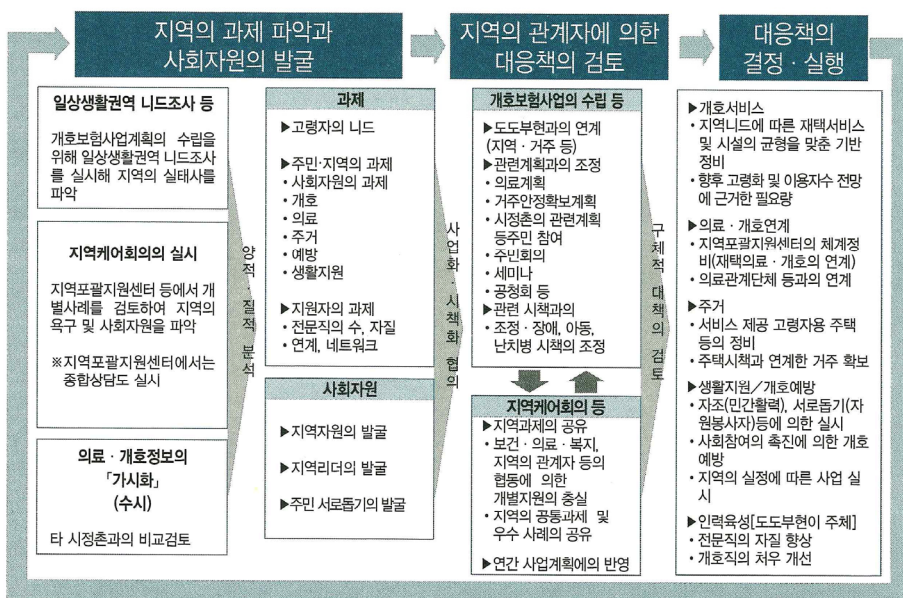
구분	내용
2000. 4.	개호보험법 시행, 개호인정과 국가돌봄체계 마련
2003. 6.	고령자개호연구회 ‘지역포괄케어시스템의 확립’ 이슈 제기
2005.	「개호보험법」 개정, 지역포괄지원센터 설치 제안
2008. 6.	사회보장국민회의, 의료·개호·복지의 통합 제공(지역포괄케어) 실현 제안
2010. 5.	지역포괄케어연구회, 표준문건으로 ‘지역포괄케어 추진’ 표명
2011. 6.	「개호보험법」 3차 개정, 지역포괄케어시스템에 관한 이념적 규정 도입
2013. 12.	「사회보장개혁프로그램법」 제정, 지역포괄케어시스템의 정의 명시
2014. 6.	「의료개호종합확보추진법」 제정, 지역포괄케어시스템의 구축이 법 제정의 목적으로 명시
2014. 3.~ 2015. 9.	지역포괄케어 심화 ‘지역공생사회’로 패러다임의 변화, 전 연령, 전 분야로 지역포괄케어 구축을 위한 ‘신복지비전’ 제시
2016. 7.	‘일본1억 총활약플랜’의 ‘지역공생사회실현’ 계획 포함
2017. 5.	지역포괄케어체계 강화를 위한 「개호보험법」 일부 개정
2018. 4.	「사회복지법」 개정으로 포괄적 지원체계 법제화

자료: 김연아 외. 2019. 『우리동네 나눔반장 표준 실행모델 개발 연구』

6) 지역포괄케어시스템의 운영³³⁾

- 일본의 지역포괄케어시스템 운영자는 시정촌(우리나라의 ‘읍면동’에 해당하는 일본의 기초자치단체)이며 개호보험(우리나라의 노인장기요양보험에 해당)의 운영자로서, 지역의 과제를 파악하고 사회자원을 발굴, 지역의 대응방안 검토할 뿐만 아니라 이러한 대응방안을 결정하고 실행함으로써 지역의 특성에 맞게 지역포괄케어시스템을 운영함.

[그림 28] 시정촌에서의 지역포괄케어시스템 구축의 프로세스(개념도)



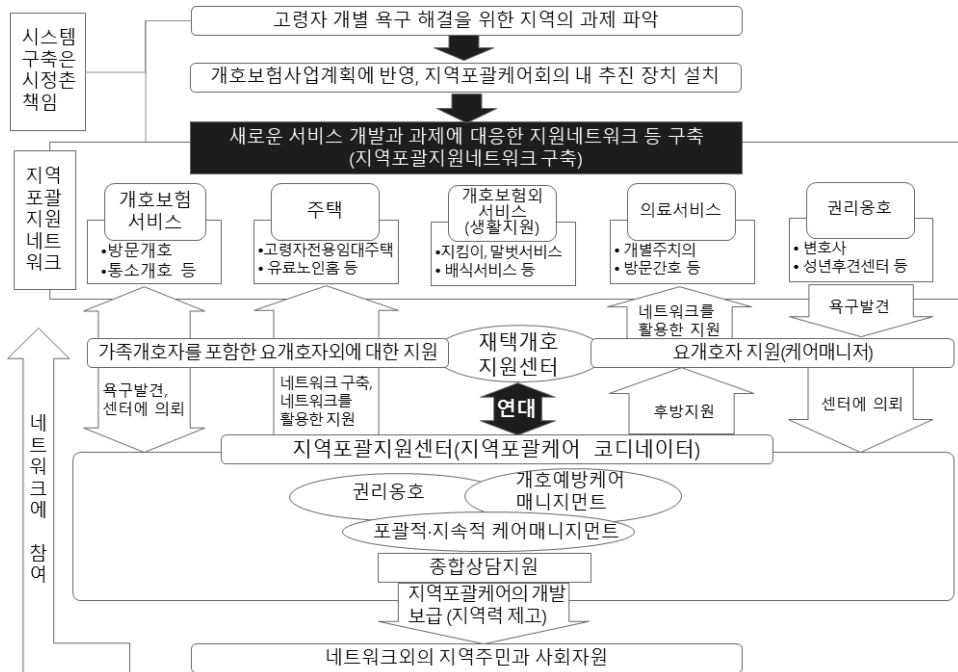
자료: 니키류. 2018. 『일본의 커뮤니티케어』

- 지역과제의 파악과 사회자원발굴: 일상생활권역의 욕구조사를 통해 지역의 실태를 파악하고 지역케어회의를 통해 지역의 욕구와 사회자원을 파악함.
- 지역관계자에 의한 대응방안 검토: 도도부현과 연계하여 관련 계획을 수립, 조정하고 주민참여를 통한 의견수렴 등을 통해 개호보험사업 계획을 수립함. 이 과정에서 지역케어회의를 개최하여 지역의 과제를 공유하고 대응방안을 공유함.

33) 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』의 내용을 수정·보완하였음.

- 대응방안의 결정과 실행: 시정촌에서는 개호·의료·거주 서비스에 대한 대응방안을 실행하며 도도부현에서는 지역포괄케어시스템이 원활하게 운영될 수 있도록 역량강화와 처우 개선을 위해 노력함.
- 일본의 행정구역은 47도도부현(1道 2府 1都 43県), 1,727시정촌(市町村), 23특별구로 구성되어 있으며 고령화율이 높아지고 있는 대도시 지역 이외에도 인구가 감소하는 마을 등이 혼재되어 있어 고령화의 진전에 큰 지역 차가 있음.
- 지역포괄케어시스템은 개호·재활, 의료·간호, 보건·예방, 생활지원·복지, 주거·주거형태 등 5가지 요소로 구성되며 각각의 요소들은 서로 분절되어 있지 않고, 상호연계하면서 재택 생활을 지탱함. 전문서비스(개호, 의료, 예방)와 그 전제인 주거, 생활지원·복지서비스가 서로 제휴하면서 지역포괄케어시스템에 대응함.
- ① 개호·재활, 의료·간호, 보건·예방
 - 개별적인 문제에 맞춰 사람들이 안고 있는 문제에 간병·재활, 의료·간호, 보건·예방 간 유기적 제휴를 통해 전문직에 통합적으로 제공됨.
- ② 생활지원·복지
 - 심신능력의 저하, 경제적 이유, 가족관계의 변화 등에도 존엄한 생활을 계속 유지할 수 있도록 지원하는 것. 식사 준비 등 현물지원부터 이웃주민의 관심, 보호 등 비공식적인 지원까지 폭넓게 제공하며 서비스 제공자는 민간기업, NPO, 사회복지법인 등 다양함.
- ③ 주거·주거형태
 - 일상생활의 기반이 되는 주거공간 정비를 통해 본인의 희망에 맞는 주거형태가 확보되는 것이 지역포괄케어시스템의 전제. 개인의 프라이버시와 존엄이 충분히 보장된 주거환경이 필요함.
- 지역포괄지원센터는 이러한 지역포괄케어시스템의 핵심 실행기관으로 재가의료·개호연계, 치매초기집중지원, 포괄적 지원사무, 개호예방케어매니지먼트, 개호예방촉진, 지역케어회의, 생활지원코디네이터의 기능 등을 수행함.

[그림 29] 지역포괄케어시스템 구축과 지역포괄지원센터



자료: 久末久美子. 2010. 『地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践活動と課題』

7) 지역포괄지원센터

가) 설치 및 목적

- (설치) 일본은 개호보험을 시작하면서 보건과 의료 및 복지를 연계하여 재택복지를 증진하기 위해 설치했던 기존의 재택개호지원센터를 주요한 서비스 지원체계로 활용하였음.
- 재택개호지원센터를 통하여 경증고령자 자립을 지원함으로써 요개호자 증가를 억제하려 하였고, 고령자에게는 포괄적이고 지속적인 케어매니지먼트를 제공하고자 하였음(성은미 외, 2012). 그러나 예상과는 달리 요개호자 및 요지원 인정자의 수가 급격하게 증가하였고 이에 따라 보험재정지출도 늘어나게 됨.
- 이러한 문제에 대응하기 위해 2005년 개호보험 1차 개정을 통해 지역밀착형 서비스를 신설하고 재택개호지원센터를 지역포괄지원센터로 개칭하고 확대·설치하기 시작함.

- (목적) 지역포괄지원센터는 후생노동성에서 정한 사업 실시를 통해 지역민의 심신건강 및 생활안정에 필요한 원조를 함으로써, 지역의 보건의료 향상 및 복지증진을 위해 통합적 지원을 목적으로 함. 즉, 고령자가 현재 살고 있는 지역에서 안심하고 살 수 있도록 포괄적이고 지속적인 지원을 실시함으로써 지역포괄케어를 실현하는 중추 기관임 (김희수, 2019).

나) 설치주체 및 현황

- (설치주체) 지역포괄지원센터의 설치주체는 시정촌(특별구, 일부 사무조합, 광역연합 등을 포함)과 시정촌으로 부터 법으로 규정하는 포괄적 지원사업의 실시를 위탁받은 자에 한함.
 - 사업을 위탁받을 수 있는 자는 사업을 적절하고 공정하고 중립적·효율적으로 실시할 수 있는 법인으로서 노인개호지원센터(재택간호지원센터) 설치자, 지방자치법에 근거한 일부 사무조합 또는 광역연합, 의료법인, 사회복지법인, 포괄적 지원 사업을 실시하는 것을 목적으로 설치된 공익 법인, NPO 법인, 기타 시정촌이 적당하다고 인정되는 자를 말함.
- (현황) 지역포괄지원센터는 2005년 법적인 근거를 갖고 2006년부터 설치되기 시작하였으며 시정촌의 인구규모, 업무량, 운영재원이나 전문직 인재확보의 상황 및 지역의 일상생활권역을 고려하여 설치함.
 - 지역포괄지원센터는 30분 이내 생활 가능 거리가 되는 중학교 권역을 중심으로 인구 약 2~3만 명이 사는 지역 내에 설치하도록 되어 있어 24시간, 365일 서비스 이용이 가능하도록 되어 있음(임정미, 2018).
 - 2020년에 5,221개소가 설치되어 있으며 지점(1,781개소)과 서브센터(333개소)까지 모두 합치면 총 7,335개소에 달함(厚生勞動性, 2020).
 - 2016년 지역포괄지원센터 설치운영 개정에 따라 시정촌에 복수의 지역포괄지원센터가 설치되어있는 경우, 센터 간에 통합지원, 관계기관과의 네트워크구축 등 허브기능을 하는 허브형 센터와 특정기능이 강화된 기능강화형센터의 역할부여.
 - 허브형 센터는 센터 간의 종합조정이나 개호예방 케어매니지먼트, 지여케어회의 등의 후방지원 기능수행하며 허브형 센터는 담당 권역을 가지고 있는 센터와 담당 권역을 가지고 있지 않고 다른 센터의 후방지원을 하는 센터가 있음.
 - 기능강화형 센터는 권리옹호업무(학대사례대응), 치매지원 등 과거 실적이 우수하거나 잘 하는 분야의 기능을 강화하여 해당분야에 대해 다른 센터의 업무를 지원하는 기능 수행.

〈표 72〉 일본 지역포괄지원센터 현황(2020년 4월 기준)

단체명	역할	설치 수
지역포괄지원센터 地域包括支援センター	지역 고령자의 종합상담, 권리옹호나 지역의 지원체계 만들기, 개호예방 원조 등을 실시하고, 고령자의 보건의료의 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하는 기관	5,221개소
브랜치 ブランチ	지역포괄지원센터에 정보를 연결해 주는 창구 기능을 하는 출장소	1,781개소
서브센터 サブセンター	재택 개호 지원 센터의 직원을 지역포괄지원센터의 직원으로 채용하여 출장소에서 업무를 행하는 장소	333개소
합계		7,335개소

자료 : 厚生労働性(<https://www.mhlw.go.jp>)의 “지역포괄지원센터의 개요(地域包括支援センターの概要)” 내용을 번역·수록(검색일: 2021.9. 2.)

다) 사업내용³⁴⁾

- 지역포괄지원센터에서 담당하는 사업내용은 크게 포괄적지원사업, 지정개호예방지원 및 기타 사업으로 나뉨(運営通知, 2007).

(1) 포괄적지원사업

- 지역포괄지원센터는 지역주민의 건강 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하기 위해 개호예방케어매니지먼트사업, 종합상담지원사업, 권리옹호사업, 포괄적·계속적 케어 매니지먼트지원사업 등을 수행함.
- 종합상담지원사업은 지역의 고령자가 익숙한 지역에서 안심하고 인간답게 생활을 계속할 수 있도록 하기 위해 필요한 자원을 파악하고, 지역에서 적절한 서비스, 관계기관 및 제도의 이용과 연결 등의 지원을 함. 사업내용은 초기단계, 상담대응 및 전문적·계속적인 상담지원, 사업의 실시에 필요한 네트워크 구축, 지역고령자의 상황과 실태 파악 등임.

34) 성은미 외. 2012. 『일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양 지원센터시범사업의 과제』의 내용을 수정·보완하였음.

- 개호예방케어매니지먼트사업은 주로 요개호상태 등이 될 가능성이 높은 허약한 상태에 있다고 인정되는 65세 이상의 자(특정고령자)가 요개호상태가 되는 것을 예방하기 위하여 그 심신의 상태 등에 따라 대상자 스스로 사업을 선택하며, 서비스는 예방개호사업이나 기타 적절한 사업이 진행됨. 포괄적·효율적으로 업무가 실시되도록 필요한 원조를 행함.
 - 개호예방사업은 시정촌의 책임 아래 수행되는 사업으로 요개호 고령자 파악, 개호예방케어플랜작성 사업실시에 따른 모니터링 및 사업실시기관을 조정·평가 역할 담당.
 - 신설된 예방급여는 요지원 인정을 받은 개호인정자에 대해서 신예방급여 이용신청을 받고, 계약체결, 사정, 개호예방 서비스 계획 원안 작성, 서비스담당자 회의개최, 개호예방 서비스계획서 교부, 서비스제공을 위한 연락조정, 모니터링, 평가, 급여 이용실적관리 등의 업무를 수행함(엄기욱, 2006).
- 포괄적·계속적 케어매니지먼트 지원사업은 지역의 고령자가 익숙한 지역사회에서 계속 살 수 있도록 주치의, 케어매니저와 연계뿐만 아니라 이전부터 다양한 직종과의 다직종 협동이나 지역의 관계기관과의 연계를 도모해야 함.
 - 개호예방케어매니지먼트, 지정개호예방지원, 개호급여에서 케어매니지먼트와의 상호 연계를 도모하여, 고령자의 상황과 변화에 따라 포괄적·계속적 케어매니지먼트를 실현할 수 있도록, 케어매니저에 대한 후방지원을 실시함.
 - 사업내용은 포괄적·계속적인 케어체제의 구축, 지역사회내의 케어매니저의 네트워크 구축·활용, 케어매니저에 대한 일상적 개별지도·상담, 지역의 케어매니저가 안고 있는 지원곤란사례 등에 대한 지도·조언임.
 - 이를 위해서는 지역의 케어매니저가 건강증진이나 교류촉진을 위한 동아리활동, 노인클럽활동, 자원봉사활동 등 개호보험서비스 이외의 지역의 다양한 사회자원을 활용할 수 있도록 지역의 연계·협력 체제를 구축해야함.
- 권리옹호사업은 지역주민, 민생위원, 케어매니저 등의 지원만으로는 충분히 문제를 해결할 수 없고, 적절한 서비스와 연결하는 방법을 모르는 등 곤란한 상황에 놓인 고령자가 지역에서 안심하고 존엄한 생활을 유지하도록 전문적·계속적 서비스를 지원하는 사업임(地域包括支援センター運営の手引編集委員会, 2008).
 - 사업내용은 성년후견제도의 활용촉진, 노인복지시설 등 조치지원, 곤란한 사례에 대한 대응지원, 소비자피해방지에 관한 모든 제도의 활용, 고령자의 생활유지 도모임.
 - 권리옹호사업을 위해서는 고령자와 그 가족을 둘러싸고 있는 생활실태파악과 적절한 정보제공체제가 구축되어야 함. 이때 전문적·계속적 개입 또는 긴급대응이 필요하다고 판단되는 경우와 정보제공만으로도 이용자 스스로 문제해결이 가능한 경우 등을 구분한 개별지원계획이 필요함.

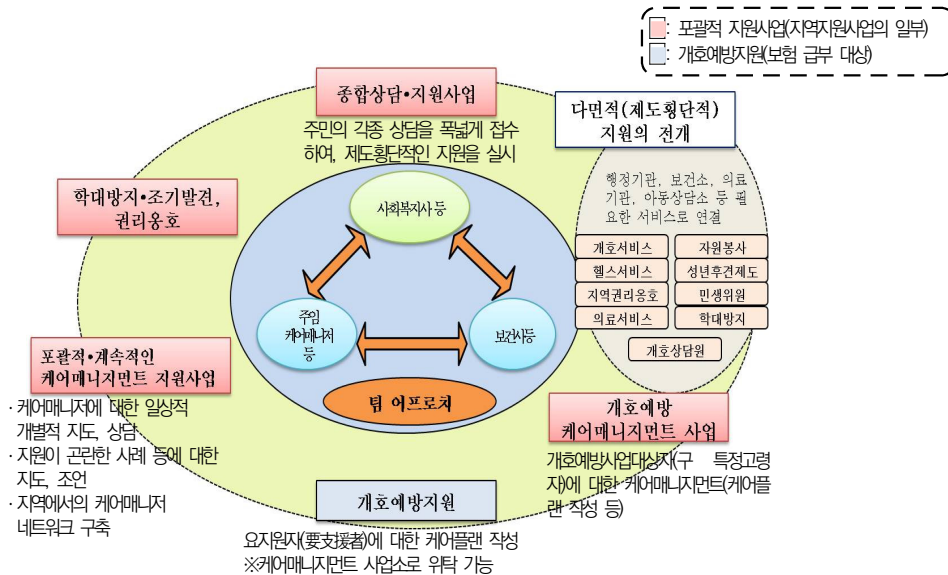
(2) 지정개호예방지원

- 지정개호예방지원은 개호보험에서 예방급여 대상이 되는 요지원자가 개호예방서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 심신상황, 주위환경 등을 감안함. 개호예방서비스 계획을 작성함과 동시에 지정개호예방서비스 제공이 이루어지도록 개호예방서비스 관계기관과의 연락조정을 행하는 것임. 지정개호예방지원사업의 업무는 시정촌 직영 혹은 위탁임.

(3) 기타

- 지역포괄지원센터는 포괄적지원사업 및 지정개호예방지원의 업무를 실시하는 것 외에 개호예방사업 중 ① 요개호 가능성이 높은 고령자의 파악에 관한 사업 ② 개호예방에 관한 보급개발을 행하는 사업 ③ 개호예방에 관한 활동을 하는 자원봉사 등의 인재육성 및 개호예방에 기여하는 지역 활동의 조직 육성 및 지원하는 사업 ④ 개호예방사업의 평가사업 ⑤ 기타 임의사업을 위탁받는 것으로 함.

[그림 30] 지역포괄지원센터의 주요 업무



자료 : 厚生労働性(<https://www.mhlw.go.jp>)의 “지역포괄지원센터의 개요(地域包括支援センターの概要)” 내용을 번역·수록(검색일: 2021.9. 2.)

라) 조직 및 인력

- (조직) 지역포괄지원센터는 일반적으로 주임케어매니저, 보호사, 사회복지사 등 세 분야의 전문가가 배치되어 포괄적 지원사업과 지정개호예방사업 등을 실시하고 있음.
 - 주임케어매니저 : 각 지역의 케어매니저에 대한 통합관리·지원과 전문성 향상 등을 지원.
 - 보호사 : 간호사 및 지역보건사라는 국가 자격증 취득자로 건강교육, 보건지도 등 공중 위생활동과 개호예방매니지먼트 업무를 수행함.
 - 사회복지사 : 고령자 학대, 권리옹호, 소비자 피해 상담 및 가족지원서비스 등 종합상담과 지원사업 담당.
- (인력배치) 인력은 65세 이상 노인 3,000명 이상 6,000명 미만인 경우, 각 1명씩 배치, 팀제로 운영, 지역여건을 감안하여 ①65세 이상 노인인구가 1,000명 미만인 경우에는 주임케어매니저, 보호사, 사회복지사 중 1명만 배치. ②1,000명 이상 2,000명 미만인 경우 주임케어매니저, 보호사, 사회복지사 중 2명 배치(1명은 상근직). ③ 2,000명 이상 3,000명 미만인 경우 2명을 배치하되 보호사 1명(상근직)과 사회복지사, 주임케어매니저 중 1명을 배치.
- (지역포괄지원센터 운영협의회) 지역포괄지원센터 운영협의회는 원칙적으로 시정촌에 1개 운영협의회 설치하며, 개호서비스나 개호예방서비스 제공자, 이용자, 지역의 사회적 자원이나 권리옹호, 상담사업관계자, 지역케어의 학식자로 구성됨.

■ 일본의 케어매니지먼트³⁵⁾

○ 일본 케어매니지먼트 개요

- 케어매니지먼트는 대상자에게 보건·복지·의료의 공식·비공식 서비스를 조정·연계하여 지속적으로 제공함으로써 서비스 대상자의 개인적·사회적 기능을 향상시키는 접근 방법임
- 개호보험의 기본이념인 '이용자 중심'을 실현하는 서비스 제공 방법으로, 2000년 개호지원서비스(케어매니지먼트)가 제도화됨에 따라 이용자를 대신하여 실제 케어매니지먼트를 수행할 담당자로 개호지원전문원이 제도상에 위치하게 되었음
- 개호지원전문원은 「개호보험법」에 규정된 전문직으로, 거택개호지원사업소와 개호보험시설은 이들을 필수로 배치하여야 하며 서비스 제공 기관은 개호지원전문원을 두어

전문적 서비스 제공 및 자원 연계가 이루어지도록 해야 함. 개호지원전문원은 이용자의 입장에서 그 필요를 파악하고, 관계자와 함께 서비스 기본방침인 ‘개호서비스 계획(케어플랜)’을 작성하고 실행함

- 「개호보험법」에 따르면, 개호지원전문원은 “요개호자나 요지원자(이하 요개호자등) 등의 상담에 응하고 요개호자 등의 심신의 상황 등에 따른 각종 서비스사업을 실행하며 이를 위해 연락조정 등을 실행하는 자로 요개호자 등이 자립적으로 일상생활을 수행하는 데 필요한 원조에 관한 전문적 지식 및 기술을 보유하고 개호지원전문원증을 교부받은 자”를 말함(개호보험법 제7조 5항)
- 개호지원전문원은 거택개호지원사업소 뿐만 아니라 개호보험시설, 지역포괄지원센터, 지역밀착형 서비스 등 다양한 사업소에서 활약하고 있음

○ 케어매니저의 자격

- 개호지원전문원은 보건, 의료, 복지 분야에서 요개호자 등에 대해 상담·원조의 업무에 5년 이상 종사한 경험이 있는 사람 중에서 선발함
- 의사, 치과의사, 약사, 보건사, 조산사, 간호사, 준간호사, 이학치료사, 작업치료사, 사회복지사, 개호복지사, 시능훈련사, 의지장구사, 치과위생사, 언어청각사, 안마마사지 지압사, 영양사, 관리영양사, 정신보건복지사 등 후생노동성령이 정한 실무경험을 가지고, 개호지원전문원실무연수수강시험에 합격한 후 개호지원전문원실무연수 과정을 수료한 자
- 개호지원전문원의 등록, 개호지원전문원 실무 연수·수강·시험, 개호지원전문원 실무 연수 등은 모두 도도부현지사가 주관함

○ 케어매니저의 역할

- 대체로 서비스 제공기관의 직원이 겸직형태로 업무를 수행하고 있으며, 자신이 속한 기관의 서비스를 전제로 케어매니지먼트를 수행함
- 요개호인정 신청, 정보제공 및 갱신 대행, 요개호정도와 보험급여의 지급한도액에 맞추어 케어플랜 작성, 케어플랜 작성에 따른 서비스 조정과 연계, 효과측정, 매월 국가보험연합회에 서비스 급여관리표 제출(보험급여 관리업무) 등

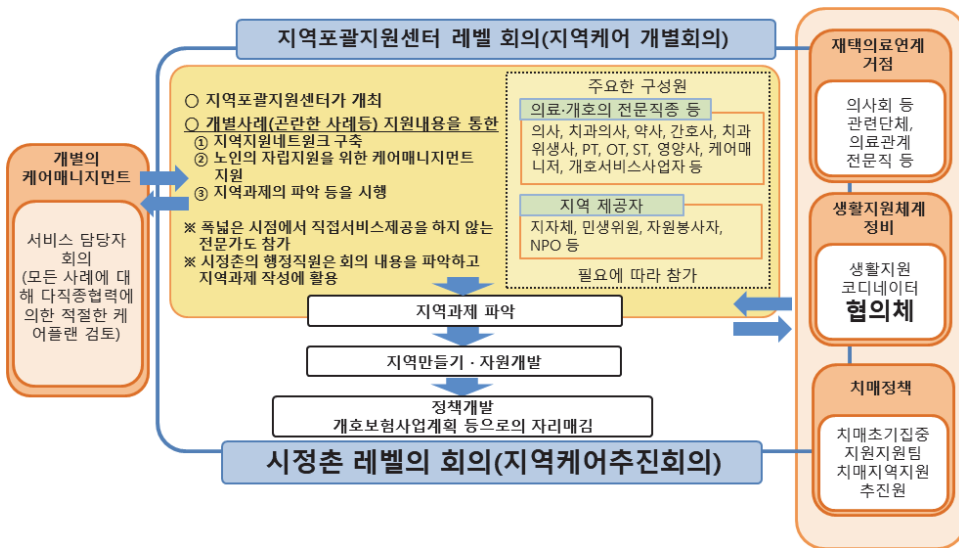
35) 김연아 외. 2019. 『우리동네 나눔반장 표준 실행모델 개발 연구』의 내용을 수정·보완하였음.

8) 지역케어회의³⁶⁾

- 지역케어회의는 개호보험법(2015년 개정)에 근거하여 시정촌이 설치·운영하고 있으며 다직종 협력에 의해 개별사례의 검토와 지역네트워크 구축, 케어매니지먼트지원, 지역과제 파악 등을 과업으로 수행함.
 - 개호보험법은 주민이 지역에서 자립적 일상생활이 가능하도록 필요한 지원체계를 지역케어회의가 검토할 수 있도록 시정촌의 지원을 규정하고 있으며 지역케어회의에 참가하는 관련자의 협력과 비밀 엄수를 규정하고 있음.
- 지역케어회의는 각 지역포괄지원센터에서 개별사례를 검토 지역과제를 발굴하며 시정촌은 지역포괄지원센터의 지역케어회의에서 발굴한 지역과제와 사회자원을 연계하여 지역포괄케어시스템을 실현하도록 함.
 - 실무자 레벨의 지역케어회의는 다직종 협력에 의한 개별사례의 케어매니지먼트 지원을 위해 개최하며 필요에 따라 지역과제를 관계자와 공유하는 지역케어회의 개최함.
 - 시정촌 레벨의 지역케어회의는 수요에 대응하는 서비스자원의 개발과 함께 보건·의료·복지 등의 전문기관과 주민조직·민간기업 등의 네트워크를 연계하여 지역포괄케어의 사회기반을 정비함.
 - 지역케어회의의 추진내용은 지역포괄지원센터(시정촌)에서 다직종협력에 의한 개별사례를 검토를 통해 지역지원네트워크 구축, 노인의 자립지원을 위한 케어매니지먼트 지원, 지역과제 등을 파악함.
 - 의사회 등 지역의료기관과 연계하며, 생활지원체계정비, 치매대책 등의 지역사회자원을 활용하여 지역과제를 파악하고 지원함.

36) 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』의 내용을 수정·보완하였음.

[그림 31] 지역케어회의의 추진 내용



자료 : 厚生労働性(<https://www.mhlw.go.jp>)의 “지역포괄지원센터의 개요(地域包括支援センターの概要)” 내용을 번역·수록(검색일: 2021.9. 2.)

- 지역케어회의구성원은 의료·개호의 전문직종(의사, 치과의사, 약사, 간호사, 치과위생사, PT, OT, ST, 영양사, 케어매니저, 개호서비스사업자 등)과 지역의 지원자(자치회, 민생위원, 자원봉사자, NPO 등)으로 구성되며 필요에 따라 참가함.

9) 지역포괄케어 운영사례

가) 지역포괄케어시스템의 완전 기능화 모델 구축³⁷⁾

- 와코시는 2003년부터 예방사업을 시작으로 지역포괄케어를 실시하여 큰 효과를 보고 있으며 이러한 와코시모델은 일본의 지역포괄케어시스템의 성공적인 사례로 소개되고 있음.

(1) 와코시 지역포괄케어시스템의 목표

- 지역포괄케어시스템의 완전기능화에 의한 시민의 삶의 질 향상에 있으며 이를 위해 5가지 기본방침을 제시하고 있음(2018년 와코시 장수안심플랜).

37) 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』의 내용을 수정·보완하였음.

- 커뮤니티케어회의(지역케어회의)에 의한 생활과제(자립 생활을 방해하는 신체적·정신적·경제적 요인)의 해결에 이바지하는 지역포괄케어매니지먼트 방안의 정착.
- 예방우선주의에 입각한 개호예방과 중증화방지에 철저, 요개호인정의 경증에서 중증까지 모든 상태에서 질병의 중증화 예방을 포함한 재가개호와 재가의료의 연계 강화.
- 2040년 개호욕구 증가를 고려하여 건강한 노인을 늘리기 위한 기반으로 개호예방거점에 충실, 개호예방·일상생활지원종합사업의 효과를 높이기 위해 지역의 서로도움(互助) 강화.
- 치매노인의 모든 상태에 대응하는 서비스제공기반 정비추진과 치매초기집중지원팀 등에 의한 지원체계 강화.
- 거주 자립이 곤란한 노인을 위한 주택확보지원정책의 충실과 노인거주안정정책 연계.

(2) 와코시 모델의 효과성

- 와코시 지역포괄케어의 효과에 대한 명확한 평가기준은 확립되어 있지 않으나 와코시 모델에서는 효과성에 대한 근거로 아래 3가지를 들고 있음.

① 첫째, 개호인정자의 증가와 중증화를 효과적으로 억제.

- 와코시는 개호예방사업을 적극적으로 시행하여 개호(요양) 인정자는 2017년 9.7%로 전국 18.3%보다 8.6%p 낮았으며 사이다마현보다 5.1%p 낮게 나타남. 지난 10년 동안 전국 인정률이 16.4%에서 18.3%로 증가하였으나 와코시는 11.3%에서 9.7%로 감소했음.

② 둘째, 소규모 서비스제공 고령자주택을 적극적으로 정비하여 대규모 입소시설의 증가를 억제함.

- 노인이 자신의 집과 같이 생활하며 노인홈과 동일하게 운동, 식사 등의 다양한 서비스를 소규모 서비스제공 고령자주택에서 받을 수 있게 함으로써 인구 8만명 도시에서 2017년도 개호시설서비스 월 평균 이용자 수는 개호노인복지시설 95명, 개호노인보건시설 31명, 개호요양형 의료시설 125명으로 입소시설 이용자 수가 현격하게 낮게 나타남.

③ 셋째, 적극적인 예방활동과 대규모 입소시설의 억제는 개호보험사업 재정안정에 도움됨.

- 와코시의 적극적인 예방활동으로 요지원1 혹은 2인에 해당하는 사람의 60%가 증상이 개선되어 약 1억엔 상당의 요양비용이 절감됨.
- 종례의 시설서비스 월평균급여액은 1인 당 27.8만엔이 소요되었지만, 새로운 지역밀착형 서비스는 18.2만엔, 재가서비스는 9.4만엔이 소요된다는 조사결과가 나옴.

(3) 와코시의 장수안심플랜

- 와코시는 지역의 특성을 살린 효율적인 제도설계와 운영으로 지역포괄케어시스템의 완전기능화를 목표로 지역포괄케어계획인 제7기 와코시 장수안심플랜(第7期 和光市長寿あんしんプラン)을 수립했음.
 - 장수안심플랜(지역포괄케어계획)이란, 지자체가 3년마다 수립하는 것으로 노인복지법 제20조에 근거한 노인복지계획, 개호보험법 제17조에 근거한 개호보험사업계획, 의료개호 종합확보촉진법 제2조에 근거한 지역포괄케어시스템 구축을 위한 계획임.
- 2000년 시행된 개호보험은 지자체에 3년을 1기로 하여 개호복지사업계획의 작성을 의무화하고 있음 와코시는 국가정책과의 정합성을 중시하면서도 와코시의 특성을 살린 효과적인 제도를 설계하여 운영하고 있음.
 - 2000년~2002년도 제1기에는 「와코시 고령자 보건복지계획」을 책정하였고 그 후 2003년~2005년도 제2기에는 「와코시장수안심 플랜(와코시 개호보험사업·고령자보건계획)」을 책정하여 일본 전국에서 선구적으로 개호예방사업을 본격적으로 시작하였음.
 - 2006년에는 국가의 정책에 맞추어 지역밀착서비스, 고령자주택정비를 적극적으로 시행하고, 2018년부터는 각 계획의 기능화와 정책연계를 도모하기 위해 복지분야의 정책전개 방법을 보건·의료분야까지 확대하여 지역포괄케어시스템의 기능화를 목표로 하고 있음.
 - 와코시 제도설계는 장수안심플랜에서 국가의 지침, 현의 지원계획, 와코시의 종합진흥계획 등 관련 계획과 정책방향을 맞추고 있음.
- 지역육구조사에 의한 지역의 욕구를 반영하고 일상 생활권에 필요한 서비스기반 정비를 위한 기본계획인 장수안심플랜 수립.
 - 권역별·지역별로 가시화된 조사결과는 주민들과의 합의형성의 기초자료로 활용되며 시의회 및 시 행정에 설득력 있는 자료가 됨.
 - 와코시 제7기 장수안심플랜의 주요내용은 개호예방의 중시, 재가를 중심으로 한 서비스 충실화, 지역포괄케어의 추진정책으로 구성됨.
 - 2003년부터 개호예방사업을 중심으로 진행했으며 개호예방 서포트와 건강만들기 기본 조례를 근거로 개호예방서포터 등을 활용하여 노인의 생활상황이나 욕구를 파악하는 정책을 시행.
 - 노인의 다양한 개호욕구에 대응하기 위해 개호보험제도의 서비스 이외에도 독자적 서비스 설계.

〈표 73〉 일본 와코시 제7기 장수안심플랜(지역포괄케어계획)

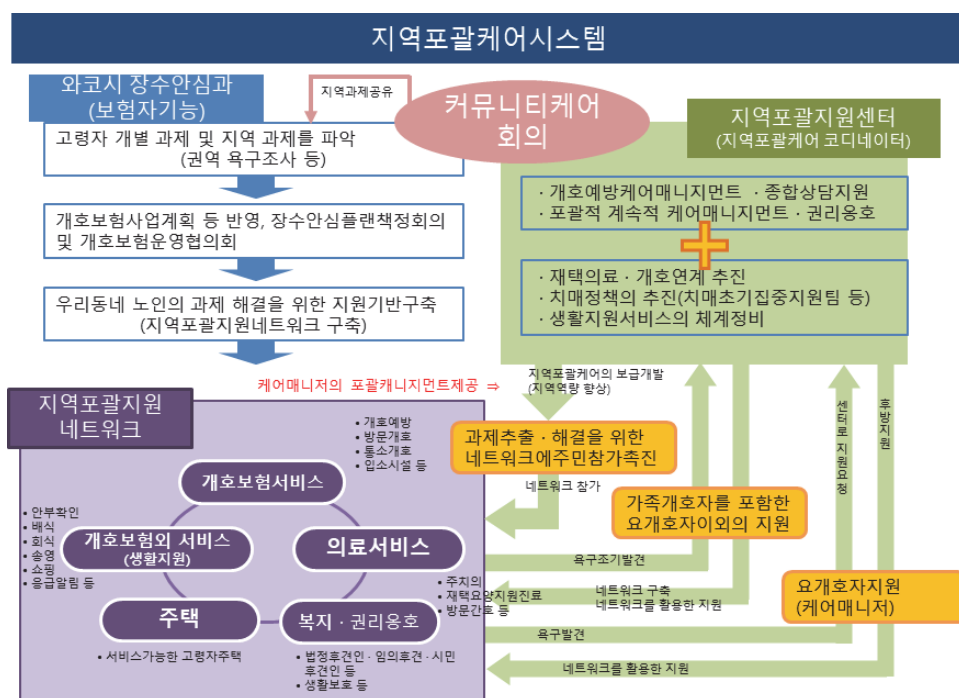
주요내용	세부 계획
개호예방의 중시	• 경증인정자를 포함한 「일상생활권역 욕구조사」(보건복지사업) • 개호예방 서포터 양성·활동(지역지원사업) • 다양한 개호예방사업(개호예방·일상생활지원종합사업에서 실시) – 개호예방총정회(종합), 엔조이쿠키(영양), 식자립·영양개선(배식서비스포함 (영양), 헬스차모임(은둔형외톨이예방), 헬스풋(발케어), 구강케어스테이션, 길모퉁이건강상담실(개호예방거점), 길모퉁이건강광장(개호예방거점) 등
재가를 중심으로 서비스 충실화	• 개호보험이용료조성(일반재원) • 노인주택지원 – 서비스가 있는 노인주택정비(개호보험) – 와코시노인지원주택월세조성(일반재원) – 개호보험주택보수조성(일반재원) • 노인 지역송영서비스조성금(시정촌특별급부·지역지원사업) • 노인 기저귀 등 구입조성금(시정촌특별급부·지역지원사업) • 노인 영양개선 서비스조성금(시정촌특별급부·지역지원사업) • 건강증진목욕시설이용보조금(보건복지사업) • 지역포괄케어지원실 운영(지역지원사업) • 지역케어회의 개최(와코시커뮤니티케어회의) • 와코시장수안심그랜드디자인 책정 • 재택진료지원진료소의 개설지원 • 편의점에서 보험료 수납(개호보험료 납부의 편리성 향상)
지역포괄케어의 추진정책 (계획기간 내 도입예정 포함)	• 종합형지역포괄지원센터(노인개호, 장애인복지, 아동양육지원, 생활수급자 정책을 일원화하여 매니지먼트) • 의료와 개호의 연계(재가에서 ICT(정보통신기술)을 활용한 정보연계 및 의료·개호연계거점 설치운영 등) • 노인권익옹호 추진(권리옹호센터 설치와 시민후경인 육성) • 남부 제2지역포괄지원센터 설치 • 개호예방서포터 양성 • 치매서포터 양성 • 헬스서포터 등 각종 서포터 기능적 통합 • 생활수급자 지원에서 취업지원, 전문직 양성을 위한 취학조성사업 등으로 개호인재 확보

자료 : 와코시 장수안심플랜(和光市 長寿あんしんプラン). 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』 재인용.

(4) 와코시의 지역포괄네트워크

- 와코시의 지역포괄케어시스템은 와코시의 장수안심과(보험자), 지역포괄지원센터(지역포괄코디네이터), 지역포괄지원네트워크로 구축되어 있음.
- (장수안심과) 와코시의 장수안심과는 개호보험의 보험자로 지역포괄지원센터를 운영하며 커뮤니티케어회의(지역케어회의)의 지역과제를 공유하고 지원기반을 구축함.
 - 권역의 욕구조사 등을 통해 고령자 개별과제 및 지역과제를 파악.
 - 개호보험 사업계획 등에 반영, 장수안심플랜 책정회의 및 개호보험운영협의회를 운영.
 - 우리 동네 노인의 과제해결을 위한 지원기반(지역포괄지원네트워크)를 구축.
- (지역포괄지원센터) 지역포괄지원센터는 지역포괄케어시스템의 핵심실행기관으로 지역포괄케어 코디네이터의 역할 수행.
 - 개호예방 케어매니지먼트, 종합상담지원, 권리옹호, 포괄적·계속적 케어매니지먼트 등 기존의 업무 외에 지역포괄지원센터의 기능강화에 따른 재택의료·개호연계 추진, 치매정책 추진, 생활지원서비스 체계정비의 업무 병행.
 - 와코시와 함께 지역케어회의를 운영하여 지역포괄지원네트워크를 구성하고 지역의 과제 도출·해결네트워크에 주민 참여를 촉진, 가족 개호자를 포함한 요양 등급자 이외의 지원, 케어매니저의 요양등급자 지원의 업무를 수행.
 - 지역포괄지원센터의 효과적인 운영을 지원하기 위해 2000년 「커뮤니티케어회의」를 설치하여 다양한 제도, 정책의 조정을 하고 있으며 이것은 일본이 2025년까지 구축하고자 하는 지역포괄시스템 모델이기도 함.
- (지역포괄지원네트워크) 개별과제 또는 지역과제를 파악하고 해결하기 위해 개호보험 서비스, 의료계서비스, 복지·권리옹호, 주택, 개호보험외 서비스지원 등의 분야로 구성.
 - 개호보험서비스: 개호보험제도 내 서비스로 개호예방, 방문개호, 통소개소, 노인보건시설 등
 - 의료계서비스: 주치의, 재택요양 지원진료, 방문간호 등
 - 복지·권리옹호: 법정후견·임의후견·시민후견인 등 후견제도관련과 생활보호 등
 - 주택: 지역포괄케어시스템의 전제조건과 동일, 서비스가 포함되어 있는 고령자주택이 포함됨
 - 개호보험 외 서비스지원: 생활지원으로 자원봉사 등 지역자원에 의한 안부확인, 배식, 장보기 등

[그림 32] 와코시 지역포괄케어시스템 구축

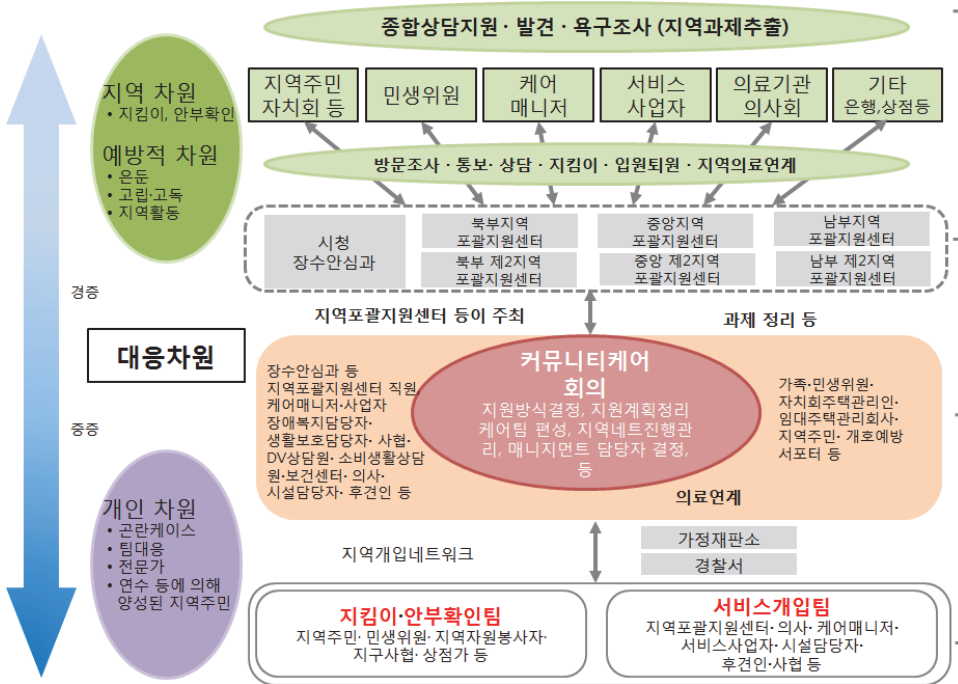


자료 : 와코시 장수안심플랜(和光市 長寿あんしんプラン). 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』 재인용.

(5) 와코시의 커뮤니티회의

- 커뮤니티회의는 케어매니지먼트의 기능 강화를 목적으로 2000년에 설치되어 2003년부터 정기적으로 개최되고 있으며 시의 담당자가 사무국을 맡아 주 1회, 시 직원, 케어매니저, 지정포괄지원센터, 관리영양사, 치위생사 등이 참여하여 실시됨.
- 회의에서는 케어플랜을 기준으로 1, 2차 예방을 포함한 포괄적인 지원플랜, 지역밀착형 서비스 이용자의 모든 플랜과 대응곤란 사례 등도 함께 검토함. 커뮤니티케어 시스템 구축에는 제도와 조직 등의 문제로 일체화하기 어렵지만, 케어회의에서는 개개인의 욕구에 맞춰 생활지원, 영양지원, 의료와 주택 등의 다양한 자원을 검토하여 지원할 수 있음.

[그림 33] 와코시 지역포괄 케어매니지먼트 지원체제지원센터의 사업운영체제



자료 : 와코시 장수안심플랜(和光市 長寿あんしんプラン). 황경란 외. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점』 재인용.

- 케어회의는 다양한 제도 및 전문직 간의 벽을 넘어서 다양한 시점에서 전문적 케어 제공 시스템이라고 할 수 있음. 예를 들어 장보려 갈 수 없다는 대상자가 있으면 장보기 인력 지원이 아닌, 장보려 갈 수 없는 근본 원인이 어디에 있는지부터 탐색함. 즉, 뇌졸중 혹은 치매 등에 의한 것인지 영양불균형, 근력저하 때문인지 명확히 파악한 뒤 개선 가능한 부분이라면 재활훈련 등을 통해 6개월 후에는 스스로 장보려 갈 수 있도록 지원함.
 - 6개월 후 혼자 장보기라는 목표가 세워지면 그 대상자에게는 다양한 재활훈련서비스 프로그램이 제공되고 개개인의 상황에 맞춰 생활재활, 악화예방, 악화 속도 늦추기와 같은 세부적인 목표를 달성 과정이 있음.
- 와코시는 지역포괄케어시스템의 효과적인 운영을 위해 주민과 의회, 서비스제공자 등 관련자의 적극적 참여와 정보 공유를 진행하며 지역포괄케어시스템의 원활한 운영을 위해 지역의 욕구와 과제를 분석하고 정책을 확립한 후 홍보와 설명 등을 통하여 시민

및 의회의 동의를 얻음. 행정뿐만이 아니라 개호보험사업자 등 실제로 서비스를 제공하는 서비스 제공자가 목표를 공유하고 적극적으로 참여하게 함.

- 와코시는 크게 3개 지역으로 나누어 각 지역 노인에 대한 욕구조사(건강에 관한 기본체 크리스트)를 실시하는데 권역별 욕구를 철저히 조사한 후 가장 필요한 것이 무엇인지를 확인하고 단순한 욕구가 아닌 개개인의 신체상태 및 환경까지 파악하여 과제를 도출함.
- 미 응답자의 경우 욕구가 매우 시급하고 중요할 수 있다고 보고 방문조사를 하고 있으며 조사결과는 개인수첩에 등록 후 와코시 전용회선 시스템인 「개호예방대(介護予防隊)」에 개인 상황을 공유함.

(6) 와코시의 ICT의료연계시스템

○ 와코시는 7기 장수안심플랜에서 보건·의료영역까지 확대한 지역포괄케어시스템을 구축하고 있으며 ICT의료연계시스템에 의한 포괄적 케어매니지먼트 시행.

- ICT의료연계시스템은 기본적으로 노인에게 입·퇴원은 신체기능·인지기능의 저하를 동반 하며 퇴원 후 생활이 불안함을 느끼게 된다는 것을 전제로 함. 또한 퇴원 후 노인의 생활을 지원하는 케어매니저도 의사·의료와의 연계를 어렵게 느끼고 있어 시청·병원이 연계해 케어매니저를 지원하는 시스템을 구축하게 됨.
- 와코시는 중앙커뮤니티케어회의에서 병원과 개호보험시설의 입퇴원·입퇴소 시 재택개호와 효과적인 연계를 위해 「수직통합」과 지역에 있어서 의료와 개호서비스 기반을 연계하는 「수평통합」에 의한 포괄적 케어매니지먼트 시행.
- ICT의료연계시스템의 목적은 입원초기부터, 퇴원 후·재택개호로 이행 후 지원체계 정비에 있으며 적절한 개호서비스·의료의 제공을 실현하기 위함.

○ 운영은 입원할 때 케어매니저가 개인시트, IADL³⁸⁾, 케어플랜을 온라인으로 제공하고, 퇴원할 때 병원에서 개호서비스에 필요한 진료정보를 온라인으로 제공하는 방법으로 진행됨. 참여기관은 독립행정법인 국립병원 기구 사이다마병원, 와코시청, 의료기관, 지역포괄지원센터, 거택개호지원사무소 등.

38) IADL(Instrumental activities of daily living) 수단적일상생활동작. 일상생활동작(ADL)보다 복잡한 가사, 외출, 금전관리 등의 응용동작을 말하며, 노인의 사회환경에 대한 적응도를 평가하는 방법.

나) 원스톱 상담지원체계 구축

- 도교도 세타가야구는 2014년부터 지역포괄케어 활성화 사업으로 지역포괄지원센터(구의 명칭은 안심건강센터), 사회복지협의회, 마을만들기 센터가 함께 참여하는 복지상담 창구를 설치하여 노인, 장애인, 아동, 생활 곤궁자 등을 대상으로 포괄상담이 이루어지도록 함.
 - 27개 마을만들기센터 건물에 지역포괄지원센터, 사회복지협의회 지구 사무국을 이전함으로써 세 개 기관이 연대하여 상담하는 복지상담 창구를 만들.
 - 세타가야구는 지역포괄지원센터의 업무가 노인 등 개호보험서비스 이용자를 위한 상담에만 한정되어 있는 문제를 극복하기 위해 각 지역포괄지원센터에 정신보건복지사를 배치하여 복합적인 욕구에 대응할 수 있도록 함.
- 세 개의 기관을 중심으로 하는 연합 체계는 종래 각각의 기관이 개별적으로 대응하던 상담지원을 공동 대응 체계로 확대하였음. 공동 대응을 위해 세 개의 기관에 매뉴얼을 보급하고 지역포괄지원센터에는 보건복지정보시스템, 이용자기본대장시스템을 도입하여 노인뿐 아니라 지역 주민이라면 누구나 방문하여 상담 받을 수 있는 체계를 구축함.
- (사례) 한 민간 급식사업자로부터 “4일간 배달한 급식 도시락이 그대로이고 집에 인기척이 없어 걱정된다.”라는 상담이 복지상담 창구에 접수됨. 지역포괄지원센터 직원이 노인의 자택을 방문하였지만 연락이 닿지 않았고, 개호보험을 비롯한 돌봄 서비스, 장애복지서비스 수급 상황을 살펴봤으나 노인은 어느 서비스도 이용하고 있지 않음을 확인함. 직원은 시급히 마을 만들기 센터에 안부 확인 도움을 요청하였고 마을 만들기 센터의 연계기관인 부동산업자로부터 노인이 입원 중임을 확인할 수 있었음.
 - 이와 같이 공동대응을 통해 각 기관의 자원과 노하우를 공유하면서 자칫 상태가 악화될 수 있는 사례를 일찍 발견하여 적절히 대처한 결과, 지역포괄지원센터의 상담업무는 개호보험서비스 이용자부터 다른 대상자까지로 이용자 범위가 점차 확대됨.
 - 2016년 7월부터 2017년 3월까지 노인 이외의 대상자 상담 건수는 998건, 상담 내용은 정신장애 36%, 정신건강(보건) 23%, 신체장애가 10%를 차지했으며 아동 양육 상담, 지적장애 상담 등도 포함됨(和氣純子, 2018).

다) 치매 노인 조기 발견 및 안심마을 구축

- 교토시는 치매 노인 조기 발견 및 안심마을 만들기를 위해 매년 치매 노인 서포터 양성강좌를 실시해 지역 주민, 관련 종사자, 경찰 등이 치매를 이해하고 조기에 발견·대응할 수 있도록 보호체계를 구축함.
 - 각 지역포괄지원센터(시의 명칭은 고령 서포터센터)에 치매 노인 SOS 연락망을 설치하여 등록된 치매 노인이 길을 잃어버리거나 배회하는 경우 경찰이나 지하철, 버스에 연락하여 수색 관련 도움을 요청함.
 - 지역 주민, 편의점, 버스회사직원 등은 치매 노인이 배회할 경우 근처의 지역포괄지원센터에 보호를 요청함.
- 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 조직화함.
- 치매 노인의 안부를 상시 확인하고 이상한 변화가 보이면 즉각적으로 지역포괄지원센터에 연락하여 도움을 요청할 수 있도록 돌봄과 보호체계의 상시 연동을 독려함.
- 이 외에도 지역의 개호보험서비스 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 조직화함.
 - 편의점, 의료원, 병원과 같은 지역사업소는 일상적으로 지역 주민이 이용하는 곳이기 때문에 개개인의 상태 혹은 변화를 발견하기 쉬울 뿐 아니라 복지나 보건 등 전문기관으로 부터의 지원을 거부하는 이용자도 접근하기 쉽다는 장점을 십분 활용함(山井理恵, 2016).

10) 소결

가) 지역포괄케어시스템의 문제점

- 지역포괄케어 추진에서 행정의 역할이 불분명함.
 - 지역포괄케어시스템의 구축은 시정촌의 고령자 복지를 종합화하고 의무화한 것이며 포괄적이고 독자적 권한을 행사할 수 있도록 권한을 부여한 것이라 볼 수 있음. 이는 지금까지

지 정부나 상위 지자체가 만든 지침을 하달 받아 실행하는 업무를 주로 해 온 지방자치단체 공무원들에게는 상당한 부담으로 작용할 가능성이 있음.

- 지역포괄케어 추진에 있어 정부당국(후생노동성 및 유관기관)의 의도는 시정촌으로 하여금 개별적인 상황과 자율적 역량을 살려 지역에 맞는 지역포괄케어시스템을 구축하라는 것인데, 시정촌 당국자들의 입장에서는 정부의 기존의 업무평가 방식 내에서 통용될 만한 사업을 창안·실행하는 것이 안전하기 때문임.
- 和氣純子(2018)에 따르면, 지역포괄케어 추진에 있어 행정의 역할과 책임은 매우 중요한데 지역포괄케어시스템 구축 시 시정촌의 역할과 공적 기능이 명확하지 않으면 자칫 그 책임이 지역사회로 전가될 수 있고 이것이 지역사회에 과중한 부담으로 작용할 수 있음.
- 앞서 언급한 세타가야구나 교토시의 사례를 보면 지역포괄지원센터가 지역포괄케어 추진의 중추적인 역할을 수행하기 위해서는 시정촌의 행정적 지원(관련 기관 연합을 위한 근거 마련, 복지정보시스템구축, 인력 증원)이 중요함을 확인할 수 있음.

○ 지역포괄지원센터의 지원 대상이 노인과 그 가족에게 한정되는 등 지역 주민을 위한 상담·지원이 여전히 대상별, 제도별로 이루어지고 있음.

- 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 함(和氣純子, 2018).
- 하지만 지역포괄지원센터의 법적 근거가 「개호보험법」에 있다 보니 실제 상담이 개호보험서비스 이용자나 그 가족을 중심으로 이루어지는 경향이 있으며(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 설립목적과도 거리가 멀.

○ 제도별로 분리된 서비스를 연계하기 위한 네트워크 기능 역시 충분히 발휘되고 있지 않음.

- 노인의 입·퇴원 시 의료와 복지서비스 간 연계·조정이 지역포괄지원센터의 소속 상담원의 주요 과업 중 하나지만, 상담원이 의료용어를 이해하는 데 한계가 있고 의사 역시 지역포괄지원센터의 업무와 역할을 잘 숙지하고 있지 않아 의료와 복지를 연계하는 데 어려움이 있음.

○ 지역포괄케어시스템을 추진할 수 있는 전문 인력이 부족함.

- 치매 노인이나 의료적 돌봄이 필요한 중증 장애아동 등 지원이 필요한 다양한 사람의 욕구와 특성에 적합한 서비스를 연계할 수 있는 전문 인력의 확보가 지역포괄케어시스템 운영의 관건임(임정미, 2018).
- 지역포괄케어 추진에 있어서 해당 지역의 주요 과제를 발견하고 관련 기관과 연대하며 주민의 협력을 얻을 수 있도록 이들을 조직화할 수 있는 역량을 보유한 인재를 확보하는 일이 중요하지만, 지역포괄지원센터의 인력난은 점점 심화되고 있음(임정미, 2018).
- 더욱이 개인주의가 만연한 요즘 지역 주민 스스로가 시간을 내 주민회의나 지자체 활동에 참여할 수 있도록 독려하는 것이 어렵고, 오랜 시간 과제별로 분화된 의료·보건·복지제도 아래 성립된 각 조직과 기관들을 연합하는 것 역시 어려운 일임(和氣純子, 2018).

나) 지역포괄케어시스템의 과제

○ 지역사회 현황을 진단할 도구 개발

- 지역포괄케어시스템의 구축을 위해서는 먼저 실태조사 연구가 이루어져야 함. 후생노동성 지역포괄케어연구회보고서에 의하면 지역포괄케어시스템은 30분 이내에 일상생활권역에서 지역주민의 욕구에 대응할 수 있는 의료·개호 등의 다양한 서비스가 적절히 제공되도록 하는 지역의 체제임. 이러한 지역포괄케어시스템 구축을 위해서는 인적조사는 물론 물적대상의 현황 및 실태조사도 이루어져야 함.
- 먼저, 각 지역사회의 특성, 보유하고 있는 사회자원의 종류와 양 및 지역에 거주하고 있는 주민의 의견 등 해당 지역사회 현황을 충분히 사정(assessment)할 필요가 있음.
- 지역포괄케어시스템 구축의 주체인 시정촌의 규모나 역량에 따라 지역사회 현황 진단에 차이가 있음(김원경, 2014). 따라서 지역사회의 현황을 진단할 수 있는 공통의 도구를 개발하여 지자체별로 지역포괄케어시스템 구축에 있어 출발부터 차이가 나지 않도록 주의할 필요가 있음.

○ 지자체의 역량강화

- 일본지역포괄케어시스템의 구축과 진행과정에서 주요한 역할 중 하나는 지자체임. 이는 개호보험이 개정될 때마다 지자체의 비중이나 역할이 변화해온 것과 지역포괄센터 사업 실행에서의 지자체 역할을 통해 알 수 있음.

- 제도변화과정에서 지자체 역할의 강화는, 특히 2015년 종합지원 사업이 이행되면서 두드러졌는데, 이때 지역의 사회조직들(협동조합, 비영리NGO, 자원봉사조직 등)의 참여를 활성화하는 역할과 그에 따른 권한이 부여됨. 또 지역케어회의 추진과 지역의 재가서비스실시기관인 거택개호지원사업자에 대한 지정권한도 가지게 됨. 즉, 시정촌이 주도적으로 지역 내 포괄케어사업과 관련된 서비스주체들 간 역할조정과 참여활성화를 도모한 것으로 볼 수 있음.
- 지역포괄케어서비스가 일상 생활권에서 이루어진다는 점에서 볼 때 중앙정부가 만든 획일화된 지역포괄케어 내용을 하달하는 것보다 지자체의 권한과 결정에 의해 지역특성에 맞는 서비스가 이루어지는 것이 매우 효과적이라고 볼 수 있음.
- 그러나 이것이 국가책임의 축소와 지역예의 부담증가라는 결과로 나타나지 않도록 적극적인 공공의 지원이 이루어져야 함. 예를 들어, 서비스 비용책정이 지역마다 달라 이용자 부담이 증가한다든가 지역 간 서비스 질의 격차 발생을 방지하는 보완책도 담보되어야 할 것으로 사료됨.

○ 다 직종·다 기관 간 네트워크 형성 및 연계방법 검토

- 지역사회 특성에 따른 지역포괄케어시스템을 구축하기 위해서는 다양한 직종, 기관들 및 지역사회 주민과 네트워크 형성이 중요함. 그리고 형성된 네트워크를 지속적으로 어떻게 연계해나갈 것인지에 대한 충분한 검토가 필요함.
- 이러한 네트워크 형성 및 연계, 조정과 관련하여 지역포괄지원센터가 이러한 업무를 담당하게 될 경우 필요한 추가 인력배치 문제와 업무 내용 등을 명확하게 할 필요가 있음.
- 일본 정부에서는 지역포괄지원센터에 여러 가지 역할을 기대하고 있는데 지역포괄지원센터의 네트워크 구축과 관련한 실태조사 결과, 다양한 유관기관과 연계를 하고 싶어도 다른 업무가 너무 과중하여 어려운 것으로 나타남. 따라서 먼저 지역포괄지원센터의 현재 업무 내용을 명확화 한 뒤, 향후 어떤 업무가 어느 정도 추가될 것인지 명확하게 제시할 필요가 있으며 동시에 추가 인원배치에 대한 논의가 필요함(임정미, 2018).

○ 지역포괄케어시스템 평가 척도 개발

- 앞서 언급하였듯이 지역포괄케어시스템은 전국 획일적인 시스템이 아닌, 각 지역의 특성에 따라 구축되어야 함. 이와 관련하여 그저 이상에 불과하다는 지적도 있으나, 각 지역사회가 처한 현실이 다르므로 다양성을 인정한 지역포괄케어시스템 구축을 추진하는 것이 지속성을 담보할 수 있는 방안임.
- 문제는 각 지역사회에서 구축되고 있는 다양한 지역포괄케어시스템을 어떻게 평가할 것인가임. 지역포괄케어시스템은 자조(自助) · 공조(共助) · 공조(公助) · 호조(互助)³⁹⁾를

토대로 지역사회의 조직화·체계화를 도모하는데 이것이 시대와 지역사회에 따라 그 범위와 역할이 달라진다는 점을 감안하면 평가는 더욱 어려워짐. 향후, 전국 지역포괄케어시스템의 구축을 적극적으로 추진하기 위해서는 평가 척도 개발도 함께 이루어져야 함.

○ 케어 전문인력 양성

- 각 전문 분야의 전문인 양성과정 커리큘럼에 대해 재검토하는 연구가 이루어 져야 함. 일본은 2005년 개호보험법 개정에서 '지역포괄케어시스템'이라는 용어가 처음으로 사용됐으며, 2011년 개호보험법 개정에서 지자체의 지역포괄시스템 구축이 의무화됨. 그러나 지역포괄과 관련된 각 기관과 그 기관에 소속되어 있는 전문인들은 2005년 또는 2011년 이전에 교육을 받았기 때문에 지역포괄케어시스템에 대한 이해가 부족하고, 그 이후에 교육을 받았다 하더라도 교육 커리큘럼 자체가 지역포괄케어시스템의 이념을 이해할 수 있는 방향으로 구성되어 있지 않음(방진아, 2020). 지역포괄케어와 관련된 직종의 전문인들이 지역포괄케어시스템에 대한 충분한 이해를 바탕으로 서비스를 제공할 수 있도록 커리큘럼 재개발이 필요함.
- 또한, 양적인 측면에서도 케어 전문 인력 확보가 중요한데 일본 후생노동성은 관련사업의 확장과 전개를 위한 인력추계를 정확하게 적시하고 인력 확보를 위한 다양한 방식을 모색하고 있음(오영란, 2016). 그 중 하나는 2015년 개정으로 새롭게 정비된 생활지원 종합서비스 사업으로, 해당 사업을 추진할 인력으로 '생활지원코디네이터(지역지원추진원)'를 뽑아 각지에 배치하는 등 새로운 인재 확보를 위해 노력하고 있음.
- 전문 인력 양성을 위한 또 다른 노력은 기존 인력을 서포트하는 것으로 케어매니저들끼리 교류를 통해 현장에서 겪는 업무과중으로 인한 피로와 돌발 상황 등을 잘 극복할 수 있도록 서로 지지하는 것이 여기에 해당함. 연차별 업무적 유사성이나 난이도에 따라 차등 지원하는 방안을 마련하여 케어매니저의 업무소진을 막고 직종이탈을 예방하는 것은 장기적으로 케어 전문 인력의 양적 확보와 함께 질적 향상을 위한 방법이 될 수 있음(오영란, 2016).

○ 케어매니지먼트의 정보화 및 효율화

- 2040년을 대비해 가족의 욕구뿐 아니라 본인의 니즈에 맞는 생활을 실현하기 위해서 지역자원의 연계 및 활용을 통해서 가능한 한 본인이 원하는 생활을 영위할 수 있도록 개별성을 고려한 케어매니지먼트 실시할 필요가 있음.

39) ·자조(自助) : 개호보험과 의료보험의 자기부담부분, 시장서비스 구입, 자신과 가족의 대응 등
 ·호조(互助) : 자원봉사 등의 지원, 지역주민의 대응 등
 ·공조(共助) : 개호보험·의료보험제도에 의한 급부
 ·공조(公助) : 개호보험·의료보험의 공공재원(세금) 부분, 지자체 등이 제공하는 서비스

- 개호지원 전문원(케어매니저)은 의사나 간호사, 개호복지사(사회복지사)와 달리 역사적으로 개호보험제도 내에서도 그 역할이 한정되어 있었고, 케어매니지먼트가 개호보험제도 내 서비스 급부관리에 머무르는 경향이 있었음. 향후 케어매니지먼트는 개호보험 이외의 공적제도와 연계함은 물론, 지역에서 생활을 영위해 나가는 중 필요한 민간서비스나 주민주체 활동과 같은 지역 내 자원을 적절하게 모으는 능력이 요구됨. 이미 개호예방·일상생활지원통합사업의 개호예방 케어매니지먼트나 자립지원형 지역케어회의에 대한 케어매니지먼트의 시점은 개호보험제도의 틀을 넘어서 민간 서비스나 지역의 주민활동까지 그 범위를 넓히고 있음.
- 이를 위해서는 급부관리에 한정된 케어매니지먼트의 현재 업무를 재검토하여 지역사회 관련 사회사업 기능에 주력할 수 있도록 환경을 정비할 필요가 있음. 특히 케어매니지먼트 직무 중 단순 업무의 경우 정보통신기술을 이용해 빠르게 처리할 수 있도록 하여 사회사업과 관련된 업무에 좀 더 집중할 수 있도록 해야 함.
- 이미 민간에서는 전자결제 뿐만 아니라 스마트폰이나 편의점용 단말기(키오스크)를 활용해 정보검색, 티켓 발권 및 택배 발송 등 종이나 실물화폐를 사용하지 않는 방식이 보편화되어 있음. 또 문자나 SNS를 활용한 대화, 의사소통이 자연스러워진 만큼 개호보험의 현장에서도 이와 같이 디지털 매체를 활용한 서비스제공 방식에 대해 고민할 필요가 있음.
- 이러한 케어매니지먼트 효율화를 위해서는 현장의 노력 뿐 아니라 보험급부와 관련된 서식이나 필요한 정보 등을 간소화하고, 지도 및 위치정보 등과 같은 실제 정보들을 데이터화 하는 등 제도적 측면에서 표준화를 위한 노력이 필요함.
- 앞으로 지역포괄케어시스템이 주민 생활전체를 서포트 하도록 만들기 위해서는 현재 케어매니저의 기능을 변화시킬 수 없다면, 정기순회·수시대응형 방문개호간호의 계획작성 책임자나 서비스 담당자, 혹은 소규모 다기능형 재택개호의 개호지원전문원(케어매니저)이 현재의 케어매니지먼트 기능 대부분을 맡게 되는 것도 생각해볼 수 있음(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社, 2019).

4. 제주형 통합복지하나로 전달체계 확대발전방안

가. 사회복지서비스 전달체계에 대한 이해⁴⁰⁾

- 사회복지서비스 전달체계에 대한 이해를 하기 위하여, 김영중(1999)의 『사회복지행정』에서 제시한 내용을 중심으로 살펴보고자 함. 본 내용이 제시된 지 약 20년이 지났음에도 사회복지전달체계의 근본적인 문제는 풀기 힘든 실타래처럼 꼬여있는 것이 현실임.

1) 사회복지서비스 전달체계(social welfare service delivery system)

- 사회복지서비스 전달체계란 ‘지역 사회적 맥락에서 사회복지 급부를 공급하는자 간의 조직적인 연계 및 공급자와 소비자들 간의 조직적 연결’에 대해서 다루는 것으로 정의됨.
- 중요한 것은 이러한 사회복지서비스 전달체계는 단일한 조직에 의한 활동이 아니라, 조직과 조직들 혹은 조직과 클라이언트들이 상호 연관되어서 서비스가 창출 공급되는 체계를 이루고 있다는 것임.

2) 개별 조직과 전달체계

- 서비스 전달체계를 이해하기 위해서는 다수의 조직들 간에 나타나는 상호작용의 과정, 기능 및 구조 등을 파악해야 함.
- 사회복지서비스 전달체계의 관심은 전체사회·국가사회 혹은 지역사회의 복지 증진임.
- 문제는 대부분의 사회복지전달체계가 서비스를 개별 조직들에게 위탁·위임하고 있다는 것임. 이런 경우, 개별 조직들이 각자 목표달성을 했다고 해서, 그것이 전체사회의 목적에 기여하는 것으로 반드시 연결되지 않는다는 것이며, 이것이 전달체계를 이해해야 하는 이유가 됨.
- 개별 조직들의 활동이 전체의 목적에 기여하기 위해서는, 각 개별 조직들의 활동을 조정·통합 하는 역할이 매우 중요함.

40) 김영중, 1999, 『사회복지행정』, 서울:학지사, pp. 265~281, 관련 내용을 기본으로 하여 수정·보완함.

3) 사회복지서비스 전달체계의 성격

- 사회복지서비스 전달체계를 설명하기 위해서는 먼저 어떤 관점으로 전달체계를 설명할 것인지에 대한 구분이 필요함.
- 여기에서는 3가지 측면인 구조 기능적 성격, 운영주체별 성격, 서비스 종류별 성격으로 구분하여 설명함.

가) 구조 기능적 성격

- 사회복지서비스는 공공이나 민간에 조직에 의해 서비스 이용자들에게 전달되는데 구조와 기능에 따라 크게 행정체계와 집행체계로 구분할 수 있음.
 - 행정체계: 서비스의 기획, 지원, 관리
 - 집행체계: 서비스의 직접적 실행
- 사회복지서비스를 직접적으로 클라이언트에게 실행하는 대부분의 일선 사회복지 조직들은 사회복지서비스 전달체계의 집행체계에 속함.

나) 운영주체별 성격

- 서비스 전달체계를 누가 운영하는가에 따라서, 민간에 의한 전달체계와 공공에 의한 전달체계로 구분할 수 있음.
 - 민간 전달체계: 이용시설, 생활시설, 복지재단, 사회복지관련 기관단체 및 자생조직 등
 - 공공 전달체계: 중앙부처, 시·도, 시·군·구, 읍·면·동 등의 위계망으로 구성된 공무원 조직
- 공공 전달체계는 대부분의 사회복지 서비스들을 민간 전달체계에 위탁·의존하고 있는 것이 현실임. 따라서 구조 기능적 분류와 연계하여 보면, 공공 전달체계는 행정체계의 성격을 가지고 있으며 민간 전달체계는 집행체계의 성격으로 볼 수 있음.
- 그러나 공공체계와 민간체계를 엄격하게 구분하기는 어려움이 있음. 특히, 최근 시·도 별로 설립되고 있는 사회서비스원⁴¹⁾의 경우에는 공공성을 강조하고 있지만 공무원

41) 2021. 10월말 기준으로, 사회서비스원은 17개 시·도 중 11곳(서울, 대구, 인천, 광주, 대전, 세종, 경기, 강원, 충남, 경남, 전남)이 설립되었고, 3개(울산, 전북, 제주) 시·도가 설립예정임.

조직이 아니며, 공익재단법인의 형태로 설립되고 있음. 사실상 공무원의 통제를 받는 민간조직으로 볼 수 있음.

- 또한 민간체계의 경우에도, 대부분의 기관이나 프로그램이 공공 전달체계로부터의 통제 하에 있으므로 엄격히 분리하여 다른 서비스 전달체계를 구성하고 있다고 보기 어려움. 어쩔 수 없는 공공전달체계의 하부구조 혹은 집행구조가 되어 있음.
- 전달체계가 공공과 민간으로 명확히 구분되기 위해서는 민간 전달체계 스스로 자원 동원이 가능해지고 그 안에서 독자적인 기획과 체계운영방식들이 나타나야 함.
- 현재의 전달체계는 자칫 민간이 공공과의 관계에서 수평적 협력관계가 아닌, 종속적 대행자가 될 수도 있음.

다) 서비스 종류별 성격

- 앞서 살펴본 구조 기능적, 운영주체별 구분은 서비스 공급자 중심의 성격임. 이러한 서비스 공급자 중심의 전달체계 개선 논의들은 서비스 이용자 입장이 반영되지 않았기 때문에 제공자 중심의 효율성 강조로만 나타날 수 있음.
- 반면, 서비스 종류별 성격은 지역 사회적 관점을 반영하고 있음. 즉, 지역 사회 안에서 서비스의 수요와 공급이 이루어지는 연결망을 가상하고 있는 것임. 예를 들면, 다음과 같음.
 - 아동복지 서비스 전달체계: 관련 공공기관, 보육시설, 학교급식, 일시보호...
 - 노인복지 서비스 전달체계: 관련 공공기관, 주간보호시설, 생활시설, 재가 서비스...
 - 정신질환 서비스 전달체계: 관련 공공기관, 요양병원, 정신병원, 사회복귀시설...
 - 국민기초 및 위기가구 전달체계: 공무원 조직, 발굴지원 등 관련 유관기관들...
- 서비스 종류별 전달체계는 쉽게 파악하기 어려운 단점이 있음. 전달체계 자체가 너무나 다양하고 복잡하여 각 체계 간 연계가 약함. 심지어는 전달체계에 어떠한 조직과 프로그램이 있는지조차 인식하지 못하는 경우도 많음.
- 서비스 종류별 전달체계는 체계화 되어야 함. 어디에 무엇이 있는지 확인하고, 구체화하고, 연계·공유되어야 함. 왜냐하면 사람중심(이용자)의 서비스 전달체계를 만드는데 있어서 필수적인 요소이기 때문임.

- 이러한 서비스 종류별 전달체계는 사람(이용자)의 욕구를 중심으로 분절된 개별 기관이나 프로그램들을 클라이언트 관점에서 연계시키려는 노력임.
- 서비스 성격에 의한 전달체계들을 구체화시키는 과정에는, 각 서비스 네트워크에 대한 행정체계와 집행체계의 구성, 공공과 민간 전달체계의 역할과 기능들을 함께 고려하여야 함.

4) 서비스 전달체계의 구조

- 서비스 전달체계를 이해하기 위해서는 전달체계의 구성요소들을 파악하는 것이 우선적으로 필요함. 사회복지서비스 전달체계의 분석에는 다음의 3가지 요소들에 대한 이해가 선행되어야 함.

가) 조직군

- 서비스 전달체계에 포함되어 있는 모든 조직들을 의미함. 조직군은 특정한 인구집단(예: 노인 또는 장애인)이나 혹은 특정한 문제 상황(예: 만성 정신질환)에 해당되는 서비스들을 제공하는 공통점을 갖는 조직들이 모여서 형성하게 됨.
- 서비스 전달체계를 어떻게 규정하는가에 따라서 조직군은 달리 규정될 수 있음. 서비스 종류에 의한 규정에서는 조직군이란 서비스 네트워크에 포함된 모든 종류의 기관이나 프로그램들을 의미함. 운영주체별 규정으로는, 공공 전달체계에서는 공공 기관들의 위계망이 조직군이 될 것이고, 민간 전달체계에서는 민간 조직들의 집합이 조직군이 됨.

나) 핵심 조직

- 핵심 조직은 전달체계의 조직군에서 핵심이 되는 조직들로서, 체계 내 조직들 간에 이루어지는 다양한 성격의 관계를 적절하게 조절, 통제 등 공식적으로 컨트롤타워로서의 역할을 담당하는 조직을 의미함.
- 일반적으로 사회복지서비스 전달체계에서는 공공과 민간 조직들이 혼합되어 조직군을 형성하는데 대개의 경우 공공(공무원)이 핵심 조직의 역할을 수행하고 있음. 이는 아직까지 대부분의 경제적 자원과 합법적 권한 등이 공공 조직들에 의해 통제되고 있기 때문임.

다) 네트워크-유지구조

- 전달체계 내의 조직들은 네트워크를 개발하거나 유지하는 데 필요한 구조들을 갖추고 있음. 다음은 네트워크-유지구조의 예로 볼 수 있음.
 - 비공식적인 조직들 간의 모임(예: 기관장 모임, 프로그램 담당자들 간의 모임 등)
 - 조직들 간의 공식적 협의회(예: 사회복지관협회, ○○시설협회, ○○○연합회 등)
 - 기획 기구 등을 통한 모임
 - 여러 기관들에 대해 지원 서비스를 담당하는 조직의 설립 등

5) 전달체계의 사정

- 사회복지 서비스가 효과적으로 실행되고 있는지 알아보기 위해서는 크게 두 가지의 접근방법이 있음. 보통 많이 쓰는 방법은 개별 서비스 조직들이 효과적으로 서비스를 전달하고 있는지를 파악하는 것임. 대부분의 사회적 책임성의 기준도 조직 단위로 부과되어 있는 것이 보통임.
- 그러나 이러한 개별 조직들의 서비스 효과성에 대한 파악만으로는 사회 전체적 서비스 목표들이 효과적으로 달성되고 있는지를 파악하기는 어려움. 개별 조직들은 각기 효과적이지만, 서비스 전달체계 전체로 보면 효과적이지 못한 경우도 종종 나타남.
- 국가사회 전체적으로나 지역사회 전체적인 측면에서 서비스들이 효과적으로 수행되고 있는지를 파악하는 것이 바로 두 번째 접근방법인 서비스 전달체계에 대한 사정임.
- 서비스 전달체계를 사정하기 위해서는 먼저 효과적인 서비스 전달체계가 갖추어야 할 조건들을 설정하는 것이 필요함. 여기에는 충분성, 접근성, 연속성, 비파편성, 책임성 등의 요소들이 있음.
 - 충분성: 지역사회의 대인적 혹은 사회적 문제들을 해결하기 위해, 충분한 양, 충분한 질, 충분한 기간의 서비스 제공이 이루어지고 있는지를 파악하는 것.
 - 접근성: 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 활용하는 데 아무런 장애가 없어야 함을 의미함. 서비스에 접근하는 데 따르는 장애들은 지리적인 거리, 경제적인 이유, 개인적 동기와 인식 등에 따라 다르게 나타날 수 있음.

- 연속성: 전달체계 내의 모든 프로그램과 기관들이 각기 얼마나 밀접한 근접성들을 갖추고 있는지를 나타내는 것
- 비파편성: 연속성과 관련됨. 비록 서비스 프로그램들이 시스템 안에 존재하고 있으나, 이들 간의 연계를 어렵게 하는 조건들이나 불확실성이 존재하기 때문에 발생함.
- 책임성: 전달체계에 주어진 사회적 위임과 기대들을 체계들이 적절하게 수행하고 있는지의 여부임. 이것은 효과성과 효율성에 관한 문제로 볼 수 있음.

6) 전달체계의 균형 유지

- 위에서 언급한 서비스 전달체계 관련 조건들을 모두 반영하는 사회복지서비스 전달체계를 만든다는 것은 현실적으로 불가능 할 것임.
- 한정된 자원 내에서 효과적인 전달체계를 구축하기 위해서는, 여러 조건들 가운데에서 효율성, 우선순위 결정 등이 매우 중요할 것임.
- 효과적인 전달체계를 위해 필요한 조건들은 제각기 독립적으로 존재하는 것이 아니라 서로가 밀접하게 관련되어 있음. 따라서 각 조건들 간의 균형을 유지하는 것이 매우 중요함.
- 어느 한 조건을 지나치게 강조하는 것은 다른 조건들의 실현을 저해하는 결과를 초래할 수 있기 때문임. 보다 현실적인 기준에서 효과적인 서비스 전달체계를 구성하기 위해서는, 모든 조건들을 일괄적으로 확대하는 식은 효율적이지 못함.
- 한정된 자원이라는 현실적인 제약을 염두에 두고 효과적인 서비스 전달체계를 구성하기 위해서는, 각 요소들 간의 균형을 위한 조정(우선순위)이 중요함.
- 서비스 전달체계의 궁극적인 목적인 사회문제의 해결과 클라이언트의 복지 증진을 위해서는, 전달체계의 어느 한 부분을 지나치게 강조하여 오히려 문제를 파생시키기보다는 서비스 체계 전체의 기능을 염두에 둔 균형 유지가 매우 중요함.

7) 전달체계의 통합

- 사회복지서비스 전달체계의 가장 큰 문제점은 서비스의 비연속성과 파편성의 문제임. 전달체계 내에 위치한 기관이나 프로그램들 간에 연결이 느슨할 때 이러한 문제들이 발생함.
- 이러한 문제의 해결책으로 가장 빈번하게 제안되는 것이 ‘서비스 통합’의 개념임. 서비스 통합의 매우 광범위한 정의는 ‘클라이언트들의 욕구를 보다 종합적으로 다루기 위해서 둘 이상의 서비스 공급자들을 함께 묶는 것’으로 볼 수 있음.
- 보다 구체적으로 서비스 통합의 방법을 다룰 때는, 크게 두 가지(완전통합, 단순 조정)로 나누어 볼 수 있음.
 - 완전 통합 방법: 각각의 조직들에 의해 제공되던 서비스들을 통합하기 위해 이들 조직들을 묶어서 완전하게 새로운 단일 서비스 구조를 만들어 내는 것
 - 단순조정 방법: 각 조직들이 자신들의 인적·물적 자원과 구조 등은 계속해서 독립적으로 유지하면서, 서로 간의 관계를 보다 밀접하게 개선하고자 하는 것

가) 통합방법의 선택

- 대부분의 경우, 서비스 통합을 말할 때는 완전 통합방법보다는 단순 조정방법을 활용함. 왜냐하면 이미 각자 분리되어 왔던 조직들을 하나의 구조로 묶는다는 것은 그리 쉽지 않기 때문임.
- 또한, 하나로 묶인 획일적인 구조가 더 효과적인 서비스 전달을 보장한다는 것도 지나치게 단순한 논리임. 획일적인 구조의 적용은, 다양성과 창의성이 강조되는 휴먼서비스들의 발전에 오히려 역효과를 초래할 수 있다는 주장도 만만치 않음.
- 획일적인 구조의 적용은 쉽게는 연속성과 비파편성의 문제들을 효과적으로 해결할 수 있을 것처럼 생각되지만, 접근성을 저해하는 결과를 초래할 수 있고 장기적으로는 자유로운 서비스 발전의 정체를 초래하여 책임성과 충분성의 문제를 제기할 수도 있음.
- 서비스 통합의 문제가 다루어 질 때는 이처럼 완전 통합과 단순 조정 방법들간의 상반된 견해들이 나타남. 각 전달체계는 각각의 특성에 따라서 선호되는 방법들이 달리 나타날 수 있음.

- 다양한 욕구들을 가진 이질적인 인구집단들에 대해서는, 엄격한 중앙집중식 전달체계 보다는 복수의 서비스 제공자들로 이루어진 다원적 체계가 효과적일 것이고, 그와 반대로 동질적인 욕구들에 대해서는 분산된 시스템을 갖추는 것이 비효과적일 것임.
- 따라서 서비스 전달체계의 통합에 대한 논의는 전체적으로 어떤 방법이 더 좋은 것인가를 구분하기 보다는, 어떤 상황이나 조건에서 중앙 집중화된 서비스 전달체계가 효과적이며, 어떤 경우에 분산된 체계가 더 바람직한지에 대한 연구와 고려들이 필요함.

나) 통합방법들의 예

- 전달체계 내의 서비스 기관이나 프로그램들을 통합하는 것과 관련해서 다양한 행정적인 방법들이 존재함. 다음은 그러한 통합방법들에 대한 예로 볼 수 있음. 앞서 논의된 대로 각각의 방법들은 전달체계의 효과성에 관한 장·단점들을 다 가지고 있음.

① 종합서비스 센터

- 하나의 서비스 분야에 대해서 복수의 서비스들이 한 곳에서 제공될 수 있게 하는 것임. 장애인에 대한 다양한 욕구들에 대한 서비스를 한 곳에서 제공하는 장애인종합복지관과 지역사회적 욕구들을 중심으로 하는 서비스들을 모아놓은 지역사회종합사회복지관들이 예가 될 수 있음.

② 단일화된 인테이크 창구 개발

- 전달체계 내의 조직들이 인테이크를 전담하는 공동 창구를 개발하는 방법. 이 창구는 클라이언트의 다양한 욕구들에 대해 종합적으로 평가하며, 그에 따라 적절한 서비스 계획을 개발하는 역할을 수행함. 전달체계 내의 다른 기관들은 공동 인테이크 창구를 통해 클라이언트들을 상대함. 비록 부분적이지만 조직들 간에 구조적인 통합을 요구하므로, 이것은 종합 서비스센터 다음으로 집중화의 강도가 높은 서비스 통합전략임.

③ 종합적인 정보와 의뢰 시스템의 구축

- 조직들 간의 구조적인 통합을 시도하지는 않으며, 단지 클라이언트나 서비스의 연결 및 교환관계를 강화하기 위해 정보와 의뢰 시스템을 강화하는 통합방법. 단순 조정방법에 속하는 것이면서도, 비교적 강력한 통합의 효과를 갖게 됨.

④ 기타의 방법들

- 위에 제시된 방법 외에도, 클라이언트 추적, 사례관리지원 서비스, 다양한 지원 서비스들의 조정(예: 부모교육 프로그램을 위한 탁아 서비스의 조정) 등의 방법들이 있는데, 이러한 방법들은 단순 조정방법들 중에서도 느슨한 서비스 네트워크의 구성에 속함.

다) 서비스 통합의 현실

- 한 전달체계 안에서 사회복지 서비스들을 통합하기 위한 노력의 필요성은 매우 절실함.
- 서비스 통합에는 많은 어려움이 존재함. 주된 이유는 다음과 같음.
 - 첫째, 개별 기관들의 자원 동원이 각각 독자적으로 이루어지고 있고, 거기에 대한 책임성도 개별적으로 지고 있으므로, 기관들의 전달체계 내에서의 통합에 대한 정치경제적 필요성이 크지 않기 때문임.
 - 둘째, 조직들의 '영역'이 중요한 장애가 됨. 조직들은 개별적인 독자성을 강화해야만 생존하는 데 도움이 되기 때문에, 자신들의 독특한 영역을 확대하려 하고, 그로 인해 전달체계 전체적으로 접근성이나 연속성을 저해하는 문제를 야기시킴.
 - 셋째, 조정과 통합을 위해서는 많은 시간과 비용이 필요함. 개별화된 조직구조들을 연결하는 데 따르는 비용들이 그로 인한 통합의 효과에 비해 지나치게 크게 나타나는 문제가 될 수 있음.
- 우리나라의 경우 서비스 분야와 성격을 염두에 둔 서비스 전달체계의 평가와 책임성에 대한 논의는 찾아보기 어려움. 지역사회 전체를 두고 장애인이나 노인 등에 대한 서비스 전달체계를 평가하거나 책임성을 규명하는 작업들이 이루어지지 않고 있음.
- 서비스 전달체계의 논의들이 공공과 민간 서비스 기관들의 역할 구분, 행정체계의 분할과 통합, 중앙과 지방 간의 역할 구분 등에 대부분의 초점들이 맞추어져 있는 형편임.
- 이러한 논의들도 중요하지만, 서비스 이용자들을 염두에 두는 사회복지서비스 전달체계가 이루어지기 위해서는 서비스 성격중심의 통합에 보다 많은 관심을 기울이는 것이 필요함.
- 결론적으로, 서비스 전달은 다차원적인 과정이며 그것을 형성하는 전달체계는 조직들, 프로그램들, 서비스들, 정책들 간의 연결을 포함하고 있음. 궁극적으로 효과적인 서비스 통합이란 모든 차원의 구성요소들이 상호 의존적인 공유성이 확보될 때 가능하게 됨.

나. 제주형 통합복지하나로 전달체계의 방향과 기본원칙

1) 왜 필요한가?

- 첫째, 보건·복지·돌봄 서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 전달체계구축의 여부는 제주형 보건·복지서비스제공의 성공적 여부를 결정짓는 중요한 사안임.
- 둘째, 보건·복지·돌봄 서비스는 상호 유기적으로 연관되어 있어 분절적으로 서비스가 제공될 수 없음. 특히, 노인과 장애인 그리고 영유아의 경우 보건·복지·돌봄 서비스는 상호 연관되어 있으므로, 서비스의 분절은 곧 시간소비와 인력 및 예산소비 그리고 주민의 삶의 질과 행복감 및 복지체감도 향상에 부정적 영향을 미침.
- 셋째, 제공되는 서비스가 중심이 아닌 주민중심의 사회서비스가 제공되기 위해서는 반드시 서비스기획부터, 제공 및 관리까지 전체 서비스과정이 분리되어 있을 수 없음.
- 넷째, 보건·복지서비스의 효과적 제공 및 모니터링과 서비스품질을 포함한 사업전반에 대한 성과관리 그리고 복지사각지대발굴에서부터 서비스제공까지의 일관된 서비스제공 및 통합적 사례관리와 사후관리를 위해서도 단일한 서비스전달체계구축은 반드시 필요함.
- 다섯째, 제주도의 행정인력 및 보건·복지서비스 전문 인력의 풀이 제한적임으로 서비스의 전문성을 강화하고 적은 인력으로 서비스의 효과 및 효율성을 강화하기 위해서는 공간 및 인력의 통합과 제공되는 서비스의 통합은 필연적임.
- 여섯째, 제주시와 서귀포시의 노인 및 장애인을 대상으로 진행된 복지부 지역사회통합 돌봄 선도 사업이 각각 종료되면 이를 발전시킬 수 있는 전달체계개편이 필요함.
- 일곱째, 현재 제주도는 다양한 돌봄 서비스 및 읍·면·동 중심의 복지서비스를 제공함에 있어 체계적인 관리가 이루어지지 않고 있으며, 보건·복지·돌봄 영역에서 통합되고 단일화 된 조직구조를 갖지 못하여 매우 복잡하고 산만하게 서비스가 제공되고 있어 이에 대한 조직적 차원에서의 정비가 필요함.
- 여덟째, 현재 제주도는 3개 동에서 “제주형 통합복지하나로 시범사업”을 운영 중에 있으며 이를 확대하고 안정적으로 운영하기 위한 통합복지하나로사업 중심의 전달체계개편이 필요함. 특히 통합복지하나로사업은 민과 관이 협력하여 복지·보건 및 돌봄서비스를 제공하는 모델로서 통합적이고 즉각적인 서비스제공 및 협력서비스제공의 가시적

인 성과가 나타나고 있음.

- 위와 같은 필요성 및 배경에 비추어 제주도는 새로운 보건·복지서비스전달체계를 구축하고 시행함에 있어 새로운 전달체계를 기획하는 것보다 기존의 전달체계를 정리하여 단일화 된 전달체계를 구축하는 개편(안)이 필요함.

2) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 무엇을 의미하는가?

- 제주형 보건·복지서비스전달체계는 보건·복지서비스에 돌봄 서비스를 추가한 통합형 복지전달체계를 의미하며 (가칭)통합복지하나로센터는 보건·복지·돌봄 사업을 하나로 통합하여 전달하는 제주형 지역사회서비스통합플랫폼임.
- 제주형 보건·복지서비스전달체계인 통합복지하나로센터는 지역사회돌봄제공기관 + 보건·복지서비스제공기관 + 주민자치형 공공서비스 + 희망복지지원단 등 통합전달체계로서의 종합상담창구 역할을 수행함.
- 통합복지하나로센터는 제주도가 중심이 되어 읍·면·동 단위에서 보건·복지·돌봄 등의 영역에서 민과 관이 협력하여 통합적 서비스를 제공하기 위한 방안임.
- 특히, 제주도는 제주형 보건·복지·돌봄서비스를 통합된 명칭으로 사업을 일원화하여 “통합복지하나로”로 지칭하였음.
- 통합복지하나로센터는 주민의 복지관련 모든 정보를 한곳으로 일원화하여 통합적 정보 및 서비스를 제공하고, 지역주민들 중 복지사각지대에 놓여 있는 기본생활이 어려운 구성원 및 가족을 발굴하고 이들에게 필요한 긴급복지서비스를 제공하며 장애인과 독거노인 및 1인 가구의 생활안정을 지원하며, 돌봄이 필요한 주민들에게 건강 및 의료 서비스를 포함하여 다양한 돌봄서비스를 제공할 수 있도록 지원함. 나아가 통합적 사례관리 및 사후관리까지 책임지는 “제주형 커뮤니티케어”를 포함함.
- 특히 통합복지하나로센터는 민간복지관, 읍·면·동 맞춤형 복지팀에서 부터 행정 시의 희망복지지원단 그리고 제주도청의 복지정책과가 모두 관여되어 있는 사업임.
- 따라서, 체계적으로 사업을 발전시키고 일원화된 사업으로 구축하기 위해서는 도, 행정 시, 읍·면·동 및 민간 참여기관을 단일 사업체계로 묶는 개편이 반드시 필요함.

3) 무엇을 통합하는가?

- 통합복지하나로는 보건·복지 및 돌봄 관련 사업을 통합하여 하나의 전달체계로 전달하는 제주형 보건·복지서비스전달체계로서 사업의 통합은 물론 인력 및 공간 그리고 조직까지 통합하여 서비스를 제공함.
- 이를 위해 제주형 보건·복지서비스전달체계를 『통합복지하나로』로 통일하고 통합복지하나로 전달체계로 모든 관련 사업을 통합하는 것이 가장 적절함.
- 제주형 보건·복지서비스전달체계인 통합복지하나로의 성격은 다음 [그림 34]와 같음.

[그림 34] 제주형 통합복지하나로 전달체계의 통합적 구성



- **(명칭통합)** 현재 지역에는 유사한 명칭의 사업과 서비스들이 난무하고 있는 실정임. 따라서 관련된 사업들을 분류하고 대표명칭을 부여하는 것이 중요함. 따라서 통합복지하나로라는 단일한 명칭으로 사업을 총칭하고 제공되는 서비스를 다양화하도록 하는 명칭통합이 필요함. 통합복지하나로는 보건·복지·돌봄서비스를 통합적으로 제공하는 전달체계이자 통합된 사업명칭임.

- **(공간통합)** 현재 시범사업 중인 통합복지하나로사업은 주민센터 외 복지관으로 이원화 되어 사업을 진행 중에 있음. 공간이 분리되어 사업이 진행됨으로 인하여 사업 참여하고 있는 직원들로부터 협력 및 연계사업 그리고 의사소통에 어려움이 있는 것으로 파악됨. 통합복지하나로사업이 확대되면 당연히 읍·면·동에 통합복지하나로센터가 설립됨으로 인력이 한군데 집중되어 협력서비스가 제공될 수 있어 서비스의 효과성이 개선될 수 있음. 물리적 공간통합이 어려울 경우, 기능적 통합 또는 4차 산업혁명을 활용한 사이버 공간의 혁신도 고려해 볼 수 있음.
- **(조직통합)** 현재 주민자치형 공공서비스, 지역사회통합돌봄 선도사업, 노인맞춤돌봄서비스, 그 밖의 다양한 지역사회보장사업들이 부처가 서로 상이함. 따라서 유사중복 사업의 조정이 어렵고 전달체계 자체가 복잡함. 향후 제주도에서 제공되는 모든 보건·복지 및 돌봄서비스는 하나의 연결된 조직체제로 흡수되어 연계·협력 서비스가 제공되도록 하는 것이 사업의 효율성을 강화하고 주민복지 체감도를 향상시키는 방안임.
- **(사업통합)** 현재 제주도는 보건·복지 및 돌봄 사업이 매우 다양한 사업에서 개별적으로 제공되고 있는 실정임. 동일한 사업성격이지만 이름만 다른 경우도 존재하며 유사한 성격의 사업들도 존재함. 따라서 보건·복지 및 돌봄 사업을 모두 통합복지하나로센터에서 관리 및 운영될 수 있도록 관련 사업을 정비할 필요성이 있음.

4) 적용모델

- 제주형 통합복지하나로 전달체계는 직접적 대인서비스제공, 서비스연계, 서비스정보제공 그리고 상담과 통합사례관리를 기본으로 하는 종합적 사회보장 서비스전달체계임.
- 통합복지하나로 전달체계는 서비스제공에 있어 『신공공서비스제공모델』을 적용하여도, 행정 시 그리고 읍·면·동은 주민 맞춤형 서비스가 기획 및 제공되도록 하기 위하여 주민들의 참여 및 의사를 적극적으로 반영하도록 하는 공공서비스전달체계임.
- 통합복지하나로 전달체계는 서비스제공에 있어 『공동생산모델』을 적용하여 이용자, 공무원 그리고 민간사회복지사의 협의 하에 맞춤형 서비스가 기획 및 제공되도록 하는 공동서비스전달체계임.
- 통합복지하나로 전달체계는 서비스제공에 초점이 맞추어진 협력네트워크를 넘어 체계적인 지배구조로서 『협력거버넌스모델』을 적용하여 서비스 공급기관과 전문가의 협력

하에 맞춤형 서비스가 결정 및 제공되도록 하는 협력적 거버넌스 전달체계임.

- 종합하면, 통합복지하나로 전달체계는 보건·복지 및 관련 돌봄서비스를 공급함에 있어 제주도의 책임 있는 역할아래 주민과 민간기관들이 적극 참여하도록 하여 공동으로 서비스를 기획·제공하도록 하는 『민·관·주민통합형 복지서비스제공모델』임.
- 제주형 통합복지하나로 전달체계는 곧, 민·관·주민통합형 복지서비스제공모델이며, 다음 [그림 35]와 같음.

[그림 35] 제주형 통합복지하나로 전달체계 = 민·관·주민통합형 복지서비스제공모델



① 신공공서비스(new public service) 제공모델

신공공서비스제공모델의 기본 전제는 정부가 시민에게 소속되어 있음으로 공행정은 공공정책의 실행과 공공조직을 관리하는데 있어 시민의 역량을 강화시키고 시민들을 위해 봉사하는 책임성을 강화시켜야 한다는 것이다. 신공공서비스제공모델이 등장한 계기는 그동안 정부의 정책실행이나 공공서비스제공이 시민의 입장이 아니라 관료의 입장을 대변하는 방식으로 기획되고 전달되었다는 자성이 반영되었다고 할 수 있다. 즉, 기존의 공공제공모델이 중앙 집중 및 관료적 특성을 유지한 채 서열과 규정 및 규칙을 통해 사회서비스를 전달함으로써 나타나는 x-비효율성(x-efficiency)을 극복하기 위해서는 관료 중심으로 서비스가 기획되고 전달되는 방식으로부터 탈피하여 시민을 적극적 참여자로 인식하여 시민을 중심으로 공공서비스가 제공되어야 함을 강조한다(Denhardt and Denhardt, 2000). 특히, 사회복지 서비스는 정부가 제공하는 공공서비스적 성격을 내포하고 있으므로 전달 역시 공공서비스의 영향을 받아 시민의 입장에서 기획되고 전달되어야 한다는 것이 본 모델의 핵심적 전제라고 할 수 있다(지은구, 2017).

② 공동생산모델: “서비스 중심에서 사람 중심으로”

공동생산모델은 사회복지 서비스 공급자(공공 및 민간제공기관포함)와 주민이 서비스를 공동설계·제작하여 제공하는 것을 의미한다. 이는 주민들의 선택권을 강화하면서 공급자와의 협력을 통해 주민에게 가장 적합한 서비스가 무엇인지를 확인하여 찾아가는 과정과 절차를 강조하는 모델이다(Hunter and Ritchie, 2007).

공동생산모델에 따르면 주민들은 단순히 서비스를 제공받는 수동적 입장에 있는 것이 아니라 서비스를 생산하고 공급하는 과정에 참여하는 주체적인 역할을 담당하게 된다. 즉, 서비스의 전달에 있어 주민이 추상적인 참여의 수준에 머물러 있는 것이 아니라 주민이 직접 사회복지서비스를 공동 생산하는 공동생산자의 역할을 수행한다. 하지만 공동생산모델은 시장메커니즘에 대한 반대라기보다는 사회복지의 생산은 정부와 전문가 그리고 주민이 공동으로 수행함으로 시장의 역할은 상대적으로 중요치 않게 된다는 특징이 있다. 특히, 공동생산모델에서는 정부와 전문가 그리고 주민이 공동으로 어떠한 사회서비스가 필요한지를 결정하지만, 필요한

서비스는 국가를 통해서 또는 비영리조직이나 시장을 통해서도 제공될 수 있다는 점이 강조된다.

사회복지영역에서 공동생산모델이 등장한 가장 근원적인 배경은 바로 그동안 인간봉사영역 또는 사회복지영역에서 서비스를 제공받는 인간 자체보다는 제공되는 서비스에 보다 많은 관심을 쏟고 있고, 서비스 자체에 대한 지나친 관심은 결국 사람들의 욕구가 제대로 해결되지 않고, 심지어 그들의 문제가 더욱 악화되는 경우가 발생하고 있으며, 나아가 서비스를 제공받는 사람들에 대한 격리, 낙인, 의존이 심화되고 있다는 점에 대한 인식이었다.

인간중심이 아닌 서비스중심의 해결책은 자원의 부적절한 사용을 가져오기도 하며 서비스가 필요로 하는 사람들에 대한 서비스 과소공급이 등의 문제를 동시에 유발시키기도 한다. 따라서 공동생산모델은 서비스가 중심이 아닌, 인간중심으로 문제해결의 실마리를 찾는 서비스생산과 공급방식모델이라고 할 수 있다(지은구, 2017).

공동생산모델에서는 특히, 서비스를 제공받는 이용자와 서비스를 제공하는 공급자와의 협력관계(partnership)가 강조된다. 공급자에는 서비스를 직접 제공하는 인력과 기관이 포함된다. 공동생산모델은 서비스를 제공받는 이용자가 직접 서비스 생산에 참여하고 공급과 협력을 강조한다는 측면에서 사회복지실천이론 중 격려와 자극을 강조하는 역량강화이론, 네트워크이론, 힘-의존이론 그리고 이해관계자이론 등이 영향을 주었다. 공동생산모델은 기존의 서비스제공방식의 틀을 바꾸어 협력하여 공동으로 문제를 해결하는 새로운 접근방안을 제시하는 모델이라고 할 수 있다, 국가와 공급자 그리고 이용자(시민)의 역할을 구분하여 제시하면 다음과 같다(지은구, 2017).

- 공동생산모델의 주요역할 -

제주특별자치도	공급기관 & 전문가	도민
- 자금제공 - 전달체계구축 - 전문가와 이용자 간의 생산적 협력관계를 위한 제도 및 시스템 구축	- 사회서비스생산 및 공급을 위한 체제 구축 - 필요한 서비스 및 정보제공 - 성과 및 품질관리 - 이용자의 문제 확인 및 필요한 서비스 선택과 공급 과정 및 절차 협의를 위한 공동설계자와 공동제작자	- 자신의 문제인식 및 해결책을 찾는 공동설계자와 공동생산자 - 서비스 선택자 - 서비스 이용자 - 도민

③ 협력거버넌스모델

협력거버넌스에 기반을 둔 협력거버넌스모델은 공공 및 사회복지 서비스제공에 있어 정부나 또는 민간이 독자적인 서비스를 제공하는 것은 한계가 있으므로, 공공과 민간기관이 신뢰를 바탕으로 협력하여 공동으로 의사결정을 하여 서비스를 제공하는 모델이다.

협력거버넌스는 “하나 또는 2개 이상의 기관이 공식적이고 합의의 지향적이며 심의적인 성격을 지닌, 정책이나 사업을 집행하거나 공공프로그램이나 공공자산을 관리하는 목적을 지닌 집단적 의사결정과정에 비정부적 이해관계자들을 직접적으로 개입시키는 통치 장치”이다. 협력거버넌스는 협력을 통하여 다양한 문제를 해결하는 통치구조라고 할 수 있다(지은구, 2021). 이처럼 협력거버넌스는 정부와 민간의 상호존중 원리에 기초한 협력관리와 의사소통 거버넌스를 중요하게 보는 개념으로, 협력(collaboration)은 자율적인 행위자들의 관계를 규정하는 규칙과 구조, 행위와 결정방식 등을 공동으로 창출하는 과정이며, 규범의 공유와 상호 수혜적인 상호작용을 포괄하는 과정을 의미 한다(Thomson, 2001; Kooiman, 2003). 결국 협력거버넌스란 개념은 거버넌스가 협력을 통하여 다양한 문제를 해결할 수 있음을 나타내는 것이며, 정부의 계층제적 통제 권한이나 간섭에 의존하지 않고 다양한 사회구성원들이 사회문제를 해결하는 데 업무와 책임을 공유하는 방향으로 변화되고 있음을 의미한다고 할 수 있다(Kooiman, 1993).

5) 제주형 통합복지하나로 전달체계의 원칙

- 일반적으로 사회복지전달체계의 원칙은 학자마다 다르며, 합의된 정의가 없음. 기존 전달체계관련 선행연구와 시범사업 결과를 기반으로 몇 가지 원칙을 제시하면 다음과 같음.
- 제주형 통합복지하나로 전달체계의 원칙은 일반적 원칙(7원칙)과 서비스 제공원칙(4원칙) 두 가지로 구분할 수 있으며, 그 주요 개념은 다음과 같음.

가) 일반적 원칙(7원칙)

- 제주형 통합복지하나로 전달체계의 일반적 원칙은 통합성(integrity), 지속성(continuity), 책임성(accountability), 접근성(accessibility), 전문성(professionalism), 충분성(sufficiency), 보편성(universality)으로 총 7원칙으로 구분하였음. 주요 내용

은 다음과 같음.

- **(통합성)** 사회복지의 재화, 서비스나 그 전달방법은 매우 다양하기 때문에, 누구에게나 인간다운 생활을 할 수 있는 기본적 욕구를 모두 만족시키기 위해서는 제공되는 재화나 서비스에 대한 조정(coordination)과 체계화가 필요함. 즉 바람직한 전달체계가 이루어지기 위해서는, 특정한 재화나 서비스들이 특정한 사람에게 단편적으로 이루어져 특정 사람들이 어떤 재화나 서비스를 불필요하게 많이 받거나(중복), 또는 특정 사람들이 필요한 것들을 받지 못하는 현상(누락)을 방지하여야 함.
- **(지속성)** 사회복지의 재화나 서비스에 욕구가 있을 때, 이를 지속적 혹은 안정적으로 제공할 수 있어야 함. 또한 하나의 욕구가 해결되어 다른 욕구로 이전이 필요할 때, 전달체계 간의 연계가 필요하며 중단 없이 제공되어야 함. 다양한 재화나 서비스들이 조정이나 체계화가 없이 따로따로 제공되면 지속적인 서비스 제공이 어려움. 지속적이고 안정적인 서비스를 제공하기 위해서는 재원의 안정성을 기반으로 하는 전달체계의 안정성이 매우 중요함.
- **(책임성)** 책임성은 전달체계에 주어진 사회적 위임과 기대들을 체계들이 적절하게 수행하고 있는지의 여부임. 이것은 효과성(effectiveness)과 효율성(efficiency)에 관한 문제로서, 사회복지 서비스의 특성상 효과성과 효율성에 대한 평가가 종종 복수의 기준으로 수행될 수 있음. 클라이언트의 관점에서 서비스 체계가 그 책임을 다하고 있다고 평가할 수 있는 기준들과, 자원 공급자들의 입장에서 느끼는 서비스 체계의 수행 결과에 대한 평가들이 다를 수 있음. 여기에 전문직과 서비스 전달자들의 관점을 더한다면, 이러한 평가와 책임성의 문제들은 매우 복잡하고 어려워짐. 클라이언트 관점에서의 책임성은, 서비스 전달체계가 개별적이고 독특한 욕구들을 가진 이용자들의 문제와 욕구들에 적절히 반응하는가, 혹은 이용자들이 불만을 표시할 수 있는 과정들을 시스템이 마련했는지 등을 통해 판단 될 수 있음(김영중, 1999).
- **(접근성)** 접근성은 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 활용하는 데 아무런 장애가 없어야 한다는 것임. 서비스에 접근하는 데 따르는 장애들은 지리적인 거리, 경제적인 이유, 개인적 동기과 인식 등에 따라 다르게 나타날 수 있음. 이러한 장애들은 또한 지역사회의 계층에 따라서 각기 다르게 나타날 수도 있음. 접근성을 증대하기 위한 각종 노력들은 그 자체로서 주요한 사회 서비스의 일종이 됨(김영중, 1999).
- **(전문성)** 일반적으로 전문성은 지식과 기술 요소를 포함한 개념으로 특정분야 뿐만 아니라 관련된 여러 영역과의 상호작용 속에서 일어나는 높은 수준의 지식, 기술, 태도, 경험을 발휘하는 차별화된 능력으로 표현됨. 사회복지분야의 전문성은 사회복지전달체계에서 담당자가 가져야할 자세로써, 사회복지의 가치와 윤리를 기반으로 이타주의와 사명감(소명의식)을 가지고 사회복지의 전문지식, 기술 그리고 경험을 최대한 발휘하여 클라이언

트의 욕구를 해결, 사회적 위험 예방, 정책환경 변화에 대응 등 유연하게 움직일 수 있는 직무수행 능력임. 특히, 소진현상(burn-out)의 발생이 높은 사회복지현장에서는 이러한 전문성 증진을 위한 노력이 매우 중요한 부분임.

- **(충분성)** 충분성은 지역사회와 대인적 혹은 사회적 문제들을 해결하기 위하여 충분한 양, 충분한 질, 충분한 기간의 서비스 제공이 이루어지고 있는지를 파악하는 것임. 충분성을 갖추기 위해서는 지역사회의 재정적 자원과 인적 자원들이 충분해야 하는데, 지역사회가 그 문제를 해결하기 위한 의지가 뚜렷해야 비로소 이러한 충분성 조건이 충족될 수 있음 (김영종, 1999).
- **(보편성)** 우리나라「사회보장기본법」제2조(기본 이념)를 살펴보면 ‘사회보장은 모든 국민이 다양한 사회적 위험으로부터 벗어나 행복하고 인간다운 생활을 향유할 수 있도록 자립을 지원하며, 사회참여·자아실현에 필요한 제도와 여건을 조성하여 사회통합과 행복한 복지사회를 실현하는 것을 기본 이념으로 한다.’라고 명시되어 있음. 「사회보장기본법」뿐만 아니라, 「사회복지사업법」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」, 「국민건강증진법」 등 많은 법에서 보편적 복지를 지향하고 있음. 따라서 향후 중장기적 관점에서의 사회복지 전달체계는 보편적 복지를 추구해야 함. 보편적 복지는 국민이라면 누구나 누릴 수 있는 권리로, 이는 국민이 어려움에 처한 상황이 되어야 조치 취하는 것이 아니라 어떤 어려움이 닥치기 전에 예방의 차원으로서 조치를 취한다는 입장임.

나) 서비스 제공원칙(4원칙)

- 서비스 제공원칙은 상호협력의 원칙, 집단적 의사결정의 원칙, 주민 중심·참여의 원칙, 서비스 책임성의 원칙으로 총 4원칙으로 구분하였음. 주요 내용은 다음과 같음.
 - **(상호협력의 원칙)** 서비스를 제공하는 관련 (가칭) 통합복지하나로 센터는 보건·복지 및 돌봄 및 기타 관련 사회서비스를 제공함에 있어 공공 및 민간의 자원을 최대화하기 위해 기관 간 상호 유기적 협력관계를 유지하여야 함.
 - **(집단적 의사결정의 원칙)** 서비스의 기획 및 제공 그리고 이에 따른 모든 관리절차에 대한 의사결정은 모든 관련 협력기관이 공동으로 참여하여 결정하도록 함.
 - **(주민중심·참여의 원칙)** 통합복지하나로 전달체계의 핵심과제는 『공급자 중심에서 이용자중심』으로의 서비스제공 패러다임 전환임. 따라서 모든 사회복지 서비스의 제공에 주민이 직접 참여하도록 하여야 함.
 - **(서비스 책임성의 원칙)** 서비스의 결정 및 제공에 따른 모든 책임은 제주특별자치도, 행정 시, (가칭)통합복지하나로 센터 및 참여기관에게 공동으로 부과됨.

다. 제주형 통합복지하나라로 전달체계의 확대 발전방안

- 제주형 통합복지하나라로 전달체계의 확대 발전방안은 기존 시범사업을 본 사업으로 확장하여 시행한다는 전제하에 어떤 부분에 중점을 두고 추진해야 하는지 제시하기 위함.
- 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 현재의 분절된 사회복지서비스 전달체계를 민·관 협력 체계 강화를 통하여 주민 중심의 원스톱 맞춤형 보건복지서비스를 제공하기 위함.
- 따라서, 시범사업 약 2년간의 시간을 통하여 문제점과 과제를 도출하였음. 시범사업이 다소 급하게 추진되어 체계적인 부분이 부족했다면, 시범사업을 본 사업으로 추진·확대하기 위해서는 그간의 연구결과를 토대로 체계적인 준비를 해야 할 것임.
- 일부에서는 제주형 통합복지하나라로 사업이 무엇인가? 사례관리인가? 기존의 체계와 무엇이 다른가? 이러한 의견들을 제시하는데, 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 기존의 전달체계를 흡수하는 가장 상위의 개념이며, 그 가운데 핵심이 민·관 협력과 정보통합인 것임.
- 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 기존의 전달체계와 다른 전혀 새로운 것이 아님. 현재제주의 민·관 전달체계 한계를 보완할 수 있는 강화된 모델로 이해야 함.
- 중장기적 관점에서 시범사업을 확대하기 위해서는 다음에 제시된 것을 중심으로 충분한 논의가 이루어져야 함.
 - 제주형 통합복지하나라로 전달체계의 이용자는 누구인가?
 - 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 단계별 시행 시 권역설정을 어떻게 할 것인가?
 - 제주형 통합복지하나라로 전달체계는 누가, 무엇을, 어떻게 만들어 나가야 하는가?
 - 제주형 통합복지하나라로 전달체계를 실현되기 위해 기타 고려할 사항은 무엇인가?

1) 제주형 통합복지하나라로 전달체계의 이용자는 누구인가?

- 제주형 통합복지하나라로 전달체계의 이용자는 궁극적으로 모든 제주 도민임.
- 물론 국내 전달체계의 대부분이 보편적 복지를 지향하고 있음에도 여전히 취약계층 중심으로 이루어지고 있는 것도 사실임. 서울의 찾동과 돌봄 SOS, 경기도의 무한돌봄,

제주형 통합복지하나로 시범사업 등 보편적 복지를 추구하지만 사실상 예산, 인력 및 조직 등의 한계로 보편적 복지의 구현에는 한계가 있는 것으로 볼 수 있음.

- 복지의 사각지대 예방을 위하여, 취약계층 중심의 전달체계도 필요하며 또한 도민이면 누구든지 사회복지 정보를 습득할 수 있고, 상담을 받을 수 있고, 서비스 제공·연계 되는 제주도내 사회복지 서비스 작동체계도 중요한 부분임.
- 황성준 외(2019) “제주형 커뮤니티케어 운영모델 연구”에서는 도내 주민 621명을 대상으로 ‘사회보장 확대 시 취약계층의 우선순위 대상은 누구인가요?’ 라는 질문으로 설문을 실시하였음. 설문결과, 노인(31.1%), 국민기초수급자 및 저소득층(30.3%), 한 부모·조손가정(19.5%), 장애인(15.5%) 순으로 나타났음.
- 취약계층 순위별 인구현황은 〈표 74〉와 같으며, 전체 인구수 순위별 현황은 〈표 75〉와 같음. 본 현황을 통하여 도내 취약계층이 어느 지역에 편중되어 있는지 확인할 수 있으며, 향후 전달체계 구현의 우선순위를 정하는데 있어서 참고할 수 있는 기초자료가 될 수 있음.
- **취약계층(노인, 장애인, 국민기초생활보장수급자) 수를 기준으로 우선순위는 다음과 같음.**

- 제주시: 애월읍, 이도2동, 노형동, 일도2동, 연동, 조천읍, 한림읍, 아라동, 화북동, 구좌읍
- 서귀포시: 대정읍, 남원읍, 동홍동, 성산읍, 표선면, 안덕면, 대륜동, 대천동, 중문동, 서홍동

- **전체 인구수를 기준으로 우선순위는 다음과 같음.**

- 제주시: 노형동, 이도2동, 연동, 아라동, 애월읍, 일도2동, 삼양동, 조천읍, 화북동, 한림읍
- 서귀포시: 대정읍, 동홍동, 남원읍, 성산읍, 대륜동, 대천동, 안덕면, 표선면, 중문동, 서홍동

〈표 74〉 제주지역 취약계층 수 기준 우선순위

(단위: 명)

	구분	취약계층 수 (A+B+C)	노인인구 수 (A)	등록 장애인 수(B)	기초수급자 수 (C)	총 인구 수
순위	도 전체	176,713	109,438	36,842	32,066	697,263
	제주시	120,344	72,963	25,418	23,113 (1,150)	506,923
1	애월읍	10,335	6,576	2,232	1,527	38,507
2	이도2동	9,886	5,967	1,983	1,936	50,065
3	노형동	9,241	5,182	2,075	1,984	57,454
4	일도2동	8,311	5,304	1,614	1,393	32,881
5	연동	7,944	4,707	1,502	1,735	43,866
6	조천읍	7,524	4,838	1,522	1,164	25,923
7	한림읍	7,360	4,677	1,556	1,127	24,325
8	아라동	7,083	3,583	1,875	1,625	39,639
9	화북동	6,030	3,220	1,410	1,400	24,498
10	구좌읍	5,928	4,039	1,292	597	15,948
11	삼양동	4,761	2,723	1,074	964	25,974
12	용담2동	4,641	2,966	927	748	14,675
13	삼도1동	4,092	2,605	713	774	13,641
14	외도동	3,906	2,129	940	837	22,396
15	한경면	3,706	2,554	804	348	9,582
16	건입동	3,207	1,955	626	626	9,120
17	삼도2동	2,731	1,644	451	636	8,166
18	오라동	2,585	1,584	594	407	16,100
19	용담1동	2,430	1,484	443	503	6,988
20	이도1동	2,332	1,404	441	487	7,694
21	봉개동	1,606	900	340	366	5,336
22	일도1동	1,243	705	200	338	2,519
23	이호동	1,140	699	250	191	4,652
24	추자면	857	606	188	63	1,862
25	도두동	812	472	196	144	3,399
26	우도면	653	440	170	43	1,713

순위	서귀포시	56,369	36,475	11,424	8,953 (483)	190,340
1	대정읍	6,903	4,489	1,407	1,007	23,858
2	남원읍	6,864	4,646	1,463	755	19,273
3	동홍동	5,912	3,333	1,241	1,338	23,973
4	성산읍	5,885	3,858	1,175	852	16,812
5	표선면	4,174	2,809	861	504	12,698
6	안덕면	3,716	2,549	820	347	12,700
7	대륜동	3,528	2,458	689	381	15,335
8	대천동	3,236	1,999	647	590	14,031
9	중문동	2,980	1,991	595	394	12,118
10	서홍동	2,572	1,550	529	493	11,093
11	효돈동	2,033	1,312	365	356	5,356
12	영천동	2,005	1,296	482	227	5,313
13	중앙동	1,519	884	238	397	3,407
14	송산동	1,477	1,024	260	193	4,458
15	예래동	1,342	930	278	134	4,086
16	천지동	1,328	831	204	293	3,566
17	정방동	895	516	170	209	2,263

주1: 노인인구, 2021년 9월 기준 / 등록 장애인 및 국민기초생활보장수급자, 2021년 10월 기준

주2: 국민기초생활보장수급자 ()는 양행정시에서 직접 관리하는 대상자 수입

자료: 노인인구 수(국가통계포털 <http://kosis.kr>), 등록 장애인 수, 국민기초생활보장수급자 수(제주특별자치도청 내부자료)

〈표 75〉 제주지역 총 인구 수 기준 우선순위

(단위: 명)

순위	구분	총 인구 수	노인인구 수(65세 이상)	독거노인 수(65세 이상)	장기요양 판정 인원 수	등록 장애인 수	국민기초 생활보장 수급자 수	등록 외국인 수
	도 전체	697,263	109,438	12,330	10,815	36,842	32,066	21,184
	제주시	506,923	72,963	8,133	7,790	25,418	23,113 (1,150)	13,996
1	노형동	57,454	5,182	438	40	2,075	1,984	2,047
2	이도2동	50,065	5,967	510	390	1,983	1,936	561
3	연동	43,866	4,707	383	540	1,502	1,735	1,777
4	아라동	39,639	3,583	410	75	1,875	1,625	1,104
5	애월읍	38,507	6,576	736	490	2,232	1,527	956
6	일도2동	32,881	5,304	456	522	1,614	1,393	282
7	삼양동	25,974	2,723	295	551	1,074	964	220
8	조천읍	25,923	4,838	502	42	1,522	1,164	503
9	화북동	24,498	3,220	465	190	1,410	1,400	321
10	한림읍	24,325	4,677	636	171	1,556	1,127	3,118
11	외도동	22,396	2,129	197	375	940	837	273
12	오라동	16,100	1,584	110	418	594	407	219
13	구좌읍	15,948	4,039	587	484	1,292	597	553
14	용담2동	14,675	2,966	291	298	927	748	189
15	삼도1동	13,641	2,605	232	188	713	774	144
16	한경면	9,582	2,554	418	97	804	348	351
17	건입동	9,120	1,955	253	44	626	626	229
18	삼도2동	8,166	1,644	244	269	451	636	256
19	이도1동	7,694	1,404	175	799	441	487	119
20	용담1동	6,988	1,484	213	160	443	503	88
21	봉개동	5,336	900	124	83	340	366	83
22	이호동	4,652	699	61	516	250	191	143
23	도두동	3,399	472	49	342	196	144	95
24	일도1동	2,519	705	139	308	200	338	85
25	추자면	1,862	606	123	226	188	63	252
26	우도면	1,713	440	86	172	170	43	28

순위	서귀포시	190,340	36,475	4,197	3,025	11,424	8,953 (483)	7,188
1	대정읍	23,858	4,489	557	449	1,407	1,007	1,677
2	남원읍	19,273	4,646	472	443	1,463	755	607
3	성산읍	16,812	3,858	487	281	1,175	852	1,323
4	안덕면	12,700	2,549	329	261	820	347	491
5	표선면	12,698	2,809	302	202	861	504	340
6	송산동	4,458	1,024	103	78	260	193	441
7	정방동	2,263	516	84	47	170	209	117
8	중앙동	3,407	884	140	46	238	397	69
9	천지동	3,566	831	124	105	204	293	115
10	효돈동	5,356	1,312	109	206	365	356	63
11	영천동	5,313	1,296	119	256	482	227	141
12	동홍동	23,973	3,333	443	109	1,241	1,338	838
13	서홍동	11,093	1,550	216	36	529	493	128
14	대륜동	15,335	2,458	185	146	689	381	189
15	대천동	14,031	1,999	207	143	647	590	177
16	중문동	12,118	1,991	220	148	595	394	295
17	예래동	4,086	930	100	69	278	134	177

주1: 총인구, 노인인구 및 외국인, 2021년 9월 기준 / 독거노인 및 장기요양등급, 2019년 4월 기준 / 등록 장애인 및 국민기초생활보장수급자, 2021년 10월 기준

주2: 국민기초생활보장수급자 ()는 양행정시에서 직접 관리하는 대상자 수임

자료: 총 인구 수, 노인인구 수(국가통계포털 <http://kosis.kr>), 독거노인 수, 장기요양판정인원 수, 등록 장애인 수, 국민기초생활보장수급자 수(제주특별자치도청 내부자료), 등록외국인 수(법무부 <https://www.immigration.go.kr>)

2) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 단계별 시행 시 권역설정을 어떻게 할 것인가?

“권역 설정은 상황에 따라 달라질 수 있으며, 충분한 논의과정이 필요”

- 제주형 통합복지하나로 시범사업은 3개동(아라동, 노형동, 동홍동)을 중심으로 시작되었음. 향후 확대발전 시에는 기존 지역의 노하우와 기능을 고도화 시키면서, 우선순위 지역을 고려하여 단계적 확대가 바람직함.
- 서울 찾동의 경우에는 2015년부터 권역확대를 실시하여 2019년 25개구 424개동 전면 시행하였으며, 경기도 무한돌봄의 경우에는 2010년부터 권역확대를 실시하여 2012년 모든 31개 시·군에 시행되었음. 다만, 경기도의 경우에는 시·군의 정치적 성향과 여건에 따라 연도별 사업이 확대 또는 축소되기도 함.
- 제주의 경우에도, 전달체계를 구현함에 있어서, 우선적으로 권역별 접근이 필요할 것으로 판단됨.
- 향후, 43개 읍면동으로 확대, 나아가 주민들의 접근성이 가장 용이한 경로당(상담창구 기능전환) 수(448개 마을단위, 2020년 말 기준)로 확대하는 것을 고려해 볼 수 있음.
- 다만, 제주형 통합복지하나로 전달체계가 단계적으로 확대되기 위해서는 강력한 정치적 이슈가 작용되어야 가능할 것으로 보임.
- 본 연구에서의 권역설정은 기초자료로서의 제안이며, 충분한 이해관계자의 논의를 통하여 설정하는 것이 바람직함.
- 다음에서 제시하는 내용은 제주형 통합복지하나로 전달체계의 권역설정에 있어서 참고할 수 있는 자료임. 타 분야에서는 주로 지리적 특성을 통하여 권역을 구분하고 있음.
- 그러나, 복지 분야에서는 이용자의 접근성에 중점을 두어야 하며, 서비스 공급자의 입지 및 민·관 네트워크 가능성 등 여러 요인들을 고려하여야 함.

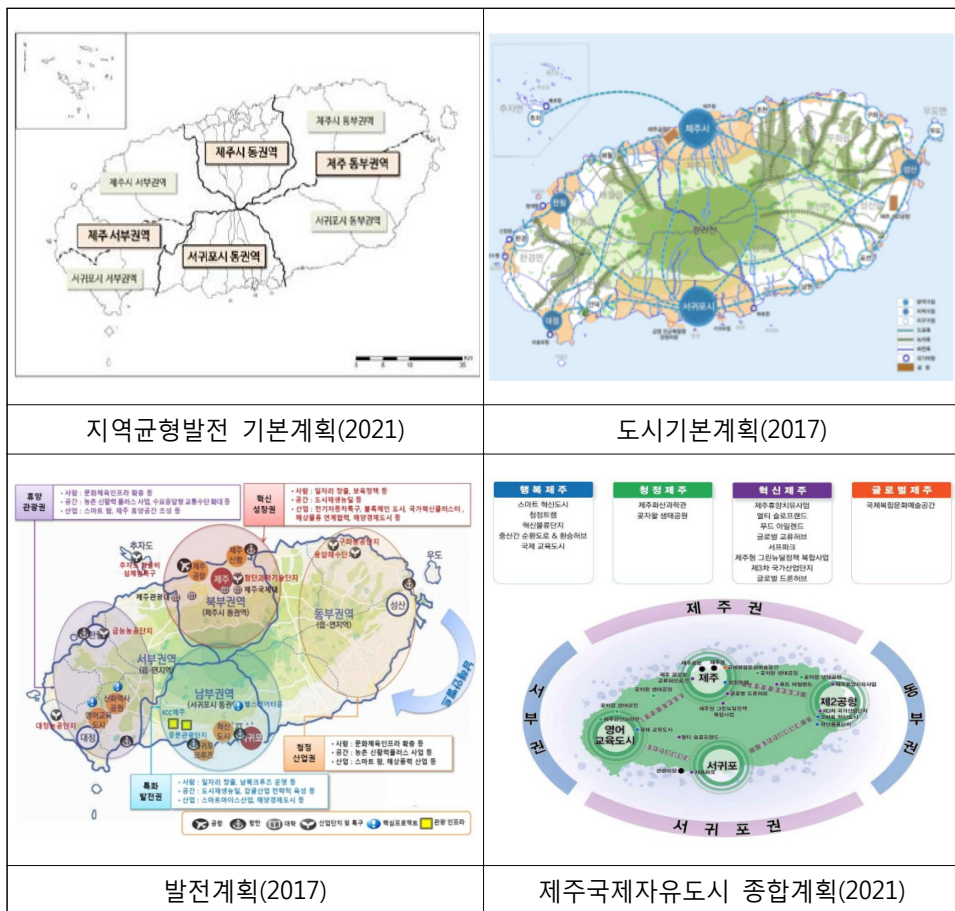
가) 제주특별자치도 타 분야에서의 권역설정

- 타 분야에서의 권역설정은 제주의 지리적 특성을 기준으로 하며, 제주시·서귀포시의

동지역 2개권, 동서쪽 읍면지역 2개권인 총 4개의 권역으로 구분하는 경우가 일반적임.

- 타 분야의 권역설정은 ① 제주특별자치도 지역균형발전 기본계획(2021) ② 제주특별자치도 도시기본계획(2017) ③ 제주특별자치도 발전계획(2017) ④ 제주국제자유도시 종합계획(2021)으로 다음 [그림 36]과 같음.

[그림 36] 제주특별자치도 타 분야의 권역설정 예시



- 타 분야의 권역설정의 기본 방향은 지역별 편차가 없는 균형발전에 중점이 있음. 그러나 이러한 권역의 설정은 주로 행정기관(주무부서)에 의해 설정이 되고 있으며, 각기 다른 계획 간 유기적 연계가 이루어지지 못한다는 한계가 있음.

나) 제주형 통합복지하나로 시범사업 지역

○ 제주형 통합복지하나로 시범사업의 경우에는 권역의 개념이 아닌, 특정지역을 선정하였음. 시범사업은 3개동(제주시 2개, 서귀포시 1개)에서 실시하고 있으며, 시범지역은 다음의 세 가지 기준을 정하여, 도와 행정 시의 간담회 및 관련 부서의견을 반영하여 선정하였음.

○ 선정기준

- 노인, 장애인, 기초생활수급자 등 취약계층이 많은 지역
- 보편적 복지 확대를 위하여 총인구가 많은 지역 및 공급 인프라가 적절한 지역
- 플랫폼 구축을 위한 맞춤형복지팀 1유형 지역 및 복지관 설치지역 또는 미설치 지역

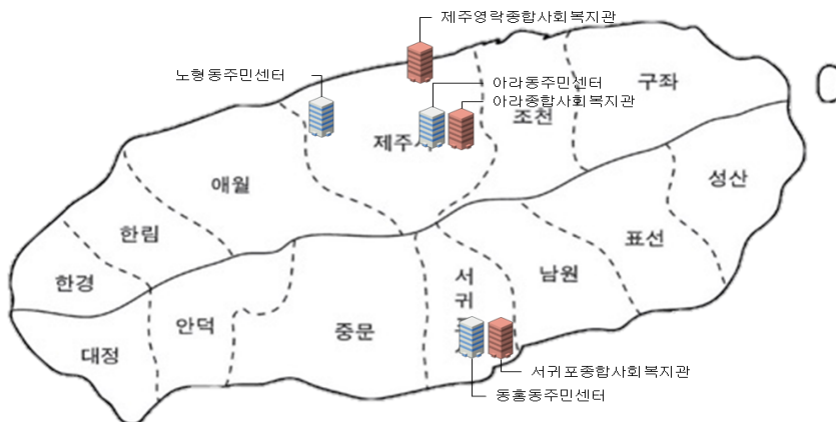
○ 다음 <표 76>은 제주형 통합복지하나로 시범사업 지역선정 기초자료임.

<표 76> 제주형 통합복지하나로 시범사업 지역선정 기초자료

구분	지역	대상자 수(순위)				공급자원
		총인구	장애인	노인	국민기초	
제주시 (2개소)	노형동	53,772(1)	2,026(1)	4,302(3)	1,382(1)	사회서비스 제공기관, 기타 이용시설 등 다양함. 지역복지 네트워크 사업과 연계 가능
	아라동	33,687(4)	1,703(4)	2,906(4)	1,177(2)	생활·이용시설 및 의료기관 등 다양
서귀포시 (1개소)	동홍동	22,827(1)	1,194(3)	2,810(4)	1,056(1)	병·의원 등 강점

자료 : 황성준 외(2020), 제주형 통합복지하나로 시범사업 업무매뉴얼, 2019년 4월말 기준

[그림 37] 제주형 통합복지하나로 시범사업 3개 지역



“권역 설정은 지역 간 편차를 최소화 하고, 주민의 접근성을 강화하는 방향으로...”

다) 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스⁴²⁾의 권역설정

○ 노인맞춤돌봄서비스 권역설정을 제시하는 이유는 향후 통합복지하나라 전달체계와의 연계성을 고려할 때, 검토해 볼 필요성이 있기 때문이다.

○ 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스 개요

- 사업대상: 취약노인 8,619명(제주시 5,430명, 서귀포시 3,189명)
 - ('20년) 7,699명→('21년 1월) 8,619명/ 종사자 573명(사회복지사 39명, 생활지원사 534명)
 - 만65세 이상 기초수급자, 차상위계층 또는 기초연금수급자 ※장기요양등급자, 유사중복 서비스사업 자격자 제외
 - 독거·조손·고령부부 가구 노인 등 돌봄이 필요한 노인
 - 신체적 기능 저하, 정신적 어려움 등으로 돌봄이 필요한 노인
 - 고독사 및 자살위험이 높은 노인(특화서비스)
- 수행기관: 10개소(제주시 6개소, 서귀포시 4개소)
- 소요예산: 10,657백만원(국비 7,460백만원 / 도비 3,197백만원)
 - ※ 국비 70%, 도비 30%
- 주요내용
 - 안전지원, 사회참여(프로그램 지원), 생활교육, 일상생활지원(가사지원) 등
 - 은둔·우울형 노인 대상 개별 맞춤형 상담 및 집단활동 특화서비스 제공
- 노인인구·접근성 등 고려한 지역 권역 설정: 10개 권역(제주시 6개, 서귀포시 4개)
- 권역별 수행기관 운영(10개소): 접근성·지역자원활용 용이, 지역 돌봄 책임성 강화
- 서비스제공 현황('20. 12월말 기준)

구분	수행기관	서비스제공		서비스제공 내용(횟수)					
		대상자	제공률	계	안전 확인	사회 참여	생활 교육	일상생활 지원	서비스 연계
계	10	7,699	94	1,361,221	1,127,659	90	141,979	70,593	20,900
제 주 시	6	4,852	94	862,897	696,736	50	107,565	48,323	10,223
서귀포시	4	2,847	93	498,324	430,923	40	34,414	22,270	10,677

42) 보건복지부 주관의 노인맞춤돌봄서비스는 기존의 6개 노인돌봄사업(노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 단기가사서비스, 독거노인 사회관계활성화, 초기독거노인 자립지원, 지역사회자원연계)을 통합·개편하여 2020. 1. 2.부터 시작되었음.

- 노인맞춤돌봄서비스의 권역설정은 보건복지부의 다음「권역 설정 가이드라인」에 따라 양 행정 시에서 1차적으로 권역검토 후 복지부에 제출, 복지부에서 최종 결정되어 확정되었음.
- 2019년 사업 신청 시, 11권역(제주시 7권역, 서귀포시 4권역)으로 신청하였으나, 최종 총 10권역(제주시 6권역, 서귀포 4권역)으로 설정됨.
- 보건복지부에서 제시한 노인맞춤돌봄서비스 권역설정 가이드라인은 다음 <표 77>과 같음.

<표 77> 보건복지부 노인맞춤돌봄서비스 권역설정 가이드라인

(시나리오 1)

- 해당 시군구의 노인인구와 면적 기준

< 시나리오 1의 권역 배분 기준표 >

면적	(1-1) 권역 배분 기준 (노인인구)	(1-2) 권역 배분 기준 (노인인구)
40km ² 미만	1.6만 명당 1개소	1.5만 명당 1개소
40~100km ² 미만	1.3만 명당 1개소	1.25만 명당 1개소
100km ² 이상	1만 명당 1개소	1만 명당 1개소

(시나리오 2)

- 해당 시군구의 돌봄 종합('18년 말) 및 돌봄 기본('19.5월) 대상자 수와 면적 기준

< 시나리오 2, 3의 권역 배분 기준표 >

면적	권역 배분 기준 (사업 대상)	
	최소	최대
40km ² 미만	400	800
40~100km ² 미만	350	700
100km ² 이상	300	600

(시나리오 3) 해당 시군구의 돌봄 수요*와 면적 기준

* 현재 사업 대상 + 해당 시군구의 취약 노인 규모 추정

자료: 보건복지부 내부자료(2019)

○ 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스의 10개 권역은 [그림 38]과 같음.

[그림 38] 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스 10개 권역



○ 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스의 10개 권역별 면적 및 인구현황은 다음 <표 78>과 같음.

<표 78> 제주특별자치도 노인맞춤돌봄서비스 권역별 면적 및 인구 현황

(단위: km², 명, %)

권역별	대상 지역	면적	총인구	65세 이상(노인전체)			수행기관
				인구수	총인구 대비	노인수 대비	
제주특별자치도		1,850.26	676,079	109,438	16.2	100.0	
제주시		978.7	492,927	72,963	14.8	66.7	
1권역	계	372.35	67,989	13,807	20.3	12.6	제주원광 재가노인복지센터 (애월읍)
	한림읍	91.09	21,207	4,677	22.1	4.3	
	애월읍	202.16	37,551	6,576	17.5	6.0	
	한경면	79.1	9,231	2,554	27.7	2.3	
2권역	계	349.84	44,110	9,923	22.5	9.1	은빛마을 노인복지센터 (조천읍)
	구좌읍	185.93	15,395	4,039	26.2	3.7	
	조천읍	150.68	25,420	4,838	19.0	4.4	
	추자면	7.05	1,610	606	37.6	0.6	
	우도면	6.18	1,685	440	26.1	0.4	

권역별	대상 지역	면적	총인구	65세 이상(노인전체)			수행기관
				인구수	총인구 대비	노인수 대비	
3권역	계	9.75	77,826	14,708	18.9	13.4	제주시홀로사는 노인지원센터 (일도2동)
	일도1동	0.33	2,434	705	29.0	0.6	
	일도2동	2.18	32,599	5,304	16.3	4.8	
	삼도1동	0.87	13,497	2,605	19.3	2.4	
	삼도2동	0.83	7,910	1,644	20.8	1.5	
	용담1동	0.61	6,900	1,484	21.5	1.4	
	용담2동	4.93	14,486	2,966	20.5	2.7	
4권역	계	37.532	81,851	10,910	13.3	10.0	제주이어도 지역자활센터 (삼도2동)
	이도1동	0.692	7,575	1,404	18.5	1.3	
	이도2동	5.57	49,504	5,967	12.1	5.5	
	건입동	2.53	8,891	1,955	22.0	1.8	
	오라동	28.74	15,881	1,584	10.0	1.4	
5권역	계	135.64	93,719	10,426	11.1	9.5	성안노인복지센터 (아라동)
	화북동	8.29	24,177	3,220	13.3	2.9	
	삼양동	9.53	25,754	2,723	10.6	2.5	
	봉개동	47.34	5,253	900	17.1	0.8	
	아라동	70.48	38,535	3,583	9.3	3.3	
6권역	계	72.53	127,432	13,189	10.3	12.1	제주노인복지센터 (불교자비원) (아라동)
	연동	12.33	42,089	4,707	11.2	4.3	
	노형동	45.21	55,407	5,182	9.4	4.7	
	외도동	8.4	22,123	2,129	9.6	1.9	
	이호동	2.56	4,509	699	15.5	0.6	
	도두동	4.03	3,304	472	14.3	0.4	
서귀포시		871.56	183,152	36,475	19.9	33.3	
1권역	계	184.21	34,390	7,038	20.5	6.4	동광노인복지센터 (안덕면)
	대정읍	78.63	22,181	4,489	20.2	4.1	
	안덕면	105.58	12,209	2,549	20.9	2.3	
2권역	계	242.782	27,847	6,667	23.9	6.1	성산원광소규모 요양시설(성산읍)
	성산읍	107.61	15,489	3,858	24.9	3.5	
	표선면	135.172	12,358	2,809	22.7	2.6	
3권역	계	260.73	56,283	11,611	20.6	10.6	서귀포시홀로사는 노인지원센터 (동홍동)
	남원읍	188.7	18,666	4,646	24.9	4.2	
	효돈동	6.6	5,293	1,312	24.8	1.2	
	동홍동	14.3	23,135	3,333	14.4	3.0	

권역별	대상 지역	면적	총인구	65세 이상(노인전체)			수행기관
				인구수	총인구 대비	노인수 대비	
4권역	영천동	46.33	5,172	1,296	25.1	1.2	서귀원광 노인복지센터 (서흥동)
	송산동	4.8	4,017	1,024	25.5	0.9	
	계	182.56	64,632	11,159	17.3	10.2	
	중앙동	0.35	3,338	884	26.5	0.8	
	천지동	1.39	3,451	831	24.1	0.8	
	정방동	0.44	2,146	516	24.0	0.5	
	서흥동	13.34	10,965	1,550	14.1	1.4	
	대륜동	22.4	15,146	2,458	16.2	2.2	
	대천동	50.5	13,854	1,999	14.4	1.8	
	중문동	56.44	11,823	1,991	16.8	1.8	
	예례동	37.7	3,909	930	23.8	0.8	

주1: 총인구(외국인 제외) 및 노인인구 현황은 2021년 9월 기준

주2: '총인구대비(%)'는 제주특별자치도 총 인구에서 65세이상 인구가 차지하는 비율이며, '노인수 대비 (%)'는 제주특별자치도 내 전체 65세 이상 노인 대비 비율임

자료: 국가통계포털(<https://kosis.kr>), 주민등록인구현황 “시군구별 · 연령별 주민등록인구”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 9. 13.)

라) 제주형 통합복지하나로 전달체계를 위한 권역 설정(안)

○ 권역 설정의 필요성

- 수행기관별 효과적인 사업 운영 규모와 접근성 확보 : 효율적인 사례관리, 서비스 제공이 이뤄지기 위한 적정 규모를 고려, 수행인력 및 서비스 대상의 이동 거리를 고려하여 원스톱서비스 제공의 용이성을 확보하기 위함.
- 배타적인 권역을 설정하여 해당 권역 책임관리 : 대상자의 중복·누락을 최소화하고 사업 운영 효율화는 물론 협력 기관 및 자원발굴범위를 명확히 하고 정보공유, 자원 발굴 및 서비스 경쟁 등의 시너지 효과를 위함.

○ 권역설정의 방법은 고정형 권역(bounded region)과 비고정형 권역(unbounded region)으로 구분 할 수 있음(Deas and Lord, 2006).

〈표 79〉 고정형 권역설정과 비고정형 권역설정 비교

구분	주요특징
고정형 권역 (bounded region)	- 계획의 목적에 따라 특정한 기준과 원칙을 토대로 공간적 범위가 설정되는 계획권역으로 기하학적인 완결성을 가짐 - 한번 설정되면 상당 기간 유지되며 그 권역 내에서 모든 사업과 프로그램이 추진됨 - 지역계획이나 지역 정책에서 많이 사용되어 온 전통적인 권역 설정 방법으로 주로 상위 행정기관에 의하여 권역 구분이 이루어짐
비고정형 권역 (unbounded region)	- 지역의 주체들이 협의에 따라 자율적으로 권역을 설정하는 방법으로 특별한 기준이나 원칙보다는 관련 지방자치단체와 민간조직들이 필요성에 따라 상호 협의에 따라 설정됨 - 계획권역이 특정한 사업별로 달리 구축되므로 사업의 종류에 따라 다양한 권역이 구성될 수 있음 - 같은 지역이라도 사업이 따라 다른 권역에 포함이 될 수 있음

○ 제주형 통합복지하나로 전달체계의 권역 설정은 비고정형 방법을 추천함. 제주형 통합 복지하나로 전달체계는 민·관 협업과 민·관 정보공유가 핵심 사안이므로, 권역설정 단계에서부터, 민간과 공공의 충분한 논의과정을 거쳐 확정하는 것이 필요함.

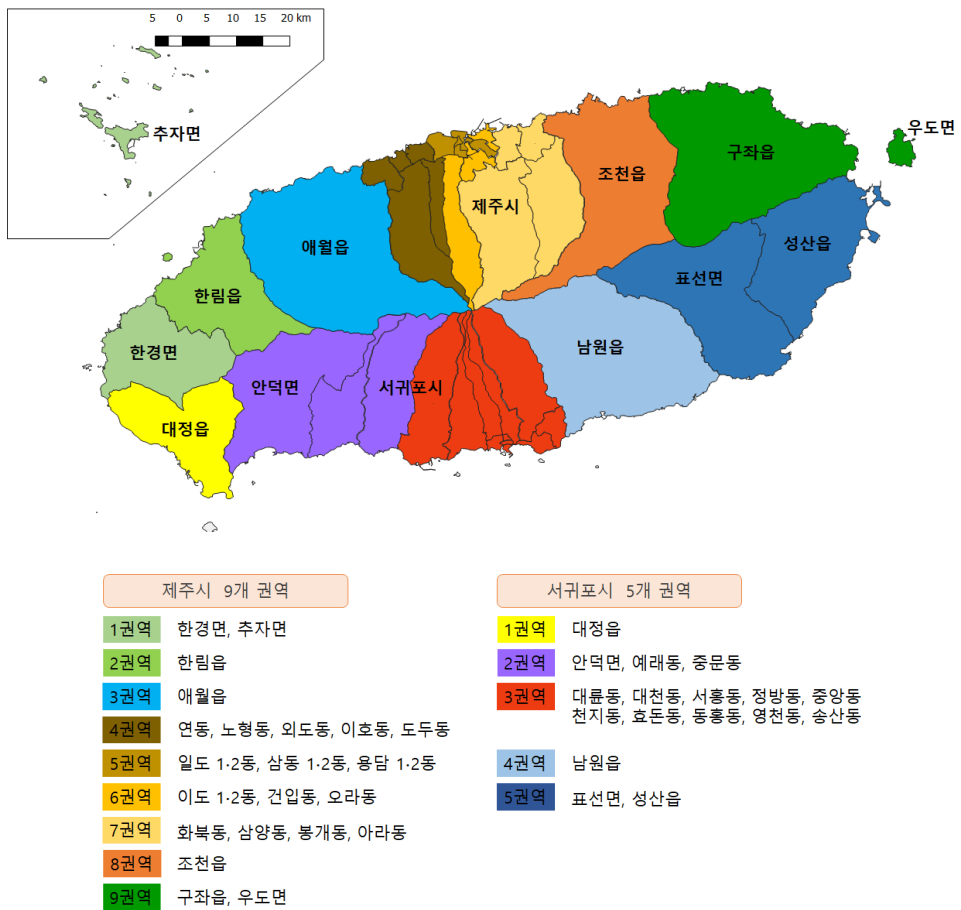
○ 권역설정 시 고려사항

- 각 지역의 인구 수, 사회복지서비스 인프라, 물리적 장애요소, 읍·면별 특성 등 고려
- 이용자들의 편의성, 서비스 제공의 용이성이 확보되는 지리적 거리 등
- 민·관 수행기관 및 기타 유관기관과의 연계·협력의 가능성

○ 본 권역설정은 앞서 살펴본 노인맞춤돌봄서비스 권역보다 좀 더 세분화 하였으며, 읍·면을 강화한 권역설정임. 총 14권역(제주시 9권역, 서귀포시 5권역)으로 다음 [그림 39]와 같음.

○ 다만, 추자면은 현재 1권역(한림, 추자)으로 되어 있는데, 육지와와의 접근성(항구)을 고려 하면 조천읍으로 편성되어도 무방함. 또한 기관 간 논의에 따라 분리·통합이 가능함.

[그림 39] 제주형 통합복지하나로 전달체계 권역(안)



3) 제주형 통합복지하나로 전달체계는 누가, 무엇을, 어떻게 만들어 나가야 하는가?

가) 조직과 인력

- 제주형 통합복지하나로 전달체계를 구현하는데 있어서 안정된 조직체계는 필수적 요인임. 앞서 살펴본 바와 같이 제주형 전달체계는 기존의 분절된 전달체계를 통합하는 최상위의 개념으로 구성되어야 함.

○ 조직과 인력의 구성에 있어서 기본 원칙은 공급자 측면에서는 통합화, 이용자 측면에서는 단순화 되어야 함. 현재의 주민자치형 공공서비스, 지역사회통합돌봄, 노인맞춤돌봄서비스 등은 하나의 큰 전달체계에서 작동하면서 서로 연계·협력 할 수 있어야 함.

○ 제주형 통합복지하나로 전달체계 조직 및 인력구성 시 고려사항

- 공공과 민간의 모든 전달체계 명칭은 '(가칭)통합복지하나로'로 통일 → 브랜드화
- 도와 행정 시에는 전달체계를 총괄하는 (가칭)통합복지하나로 지원국을 설립 → 컨트롤 타워
- 도 (가칭)통합복지하나로 지원국 내 4차 산업 전문부서 또는 인력배치 → 4차 산업 접목
- (가칭)통합복지하나로 지원국 내 통합복지하나로 추진단(관련부서 연합) 설립 → 부서 간 협력
- 도, 행정 시, 읍면동 담당공무원은 기존 인력 외 전문 경력관으로 증원 → 전문성·지속성 확보
- 민간전문가는 공무원직 사회복지사로 채용·배치 → 전문성·지속성 확보
- 도와 행정 시에는 전달체계의 민·관 협력조직으로서 추진운영위원회를 구성하되, 반드시 지역사회 민간 기관 및 주민을 포함하여야 함. 기존의 지역사회보장협의체와의 연계도 가능.
- 권역별 최소 1개의 광역 통합복지하나로 센터를 설립하되 종합사회복지관 소속을 기본 원칙으로 함. 다만, 업무의 효율성 및 권역별 특성에 따라 민·관 통합센터 설립도 가능.
- 복지관 배치 인력은 반드시 정규직 사회복지사로 하여야 하며, 담당권역의 규모에 따라 탄력적 배치가 가능하여야 함. 다만, 보건·의료 연계가 어려운 지역은 사회복지사가 아닌 간호사 배치도 가능함.
- 사회서비스원 내 복지서비스하나로팀은 아이템 발굴, 컨설팅, 모니터링, 연계·협력, 교육 및 매뉴얼 제작·보급 등 지원기능에 충실해야 함.
- 기존의 시범사업에서 없었던 권역별 거점병원을 지정하고 병원 소속 통합복지하나로 센터를 설치할 수 있도록 예산(상담 공간 마련, 운영비 등)을 지원하여야 함.
- 전달체계의 모든 기관은 향후 개통될 복지부 차세대사회보장정보시스템의 민관협력플랫폼을 활용하여야 하며, 관련하여 도에서는 관련법 및 부서 협조를 미리 검토하여 권한부여 및 사용에 대처하여야 함. 또한 시스템 개통에 앞서 지역사회 자원정비가 선행되어야 함.

○ 제주형 통합복지하나로 전달체계 조직과 인력의 변화는 다음 <표 80>과 같음. 미래의 바람직한 방향은 정답이 있을 수 없음. 다만, 그간의 연구결과를 토대로 도출된 결과이며, 향후 정책 리더의 강한의지와 관련부서와의 긴밀한 논의를 통하여 결정될 사안임.

〈표 80〉 제주형 통합복지하나라 전달체계 조직과 인력의 변화

구분	AS-IS(현재: 시범사업)	TO-BE(미래)
도	- 보건복지여성국 지역복지팀 · 팀장(1), 주무관(1), 기간제 사회복지사(1)	- 보건복지여성국 → (가칭)통합복지하나라 지원국 - 지원국 내 통합복지하나라 추진단 설립 · 기존 지역복지팀 기능 확대 · 단장(1), 전문 경력관(2), 공무원 사회복지사(2) - 지원국 내 4차 산업관련 전문부서 또는 인력배치
행정시	- 복지위생국 주민복지과 희망복지팀 · 팀장(1), 주무관(1)	(1안) 복지위생국 → (가칭)통합복지하나라 지원국 (2안) 주민복지과 → (가칭)통합복지하나라 지원과 - 지원국 또는 지원과 내 통합복지하나라 추진단 설립 (3안) 기존 희망복지팀 내 인력만 증원 · 팀장(1), 전문 경력관(2), 공무원 사회복지사(1)
읍면동	- 맞춤형복지팀 · 팀장(1), 주무관(1), 기간제 사회복지사(2)	- 맞춤형복지팀 → (가칭)통합복지하나라 센터 · 센터장(1), 전문 경력관(2), 공무원 사회복지사(2)
민간	- 종합사회복지관 · 기간제 사회복지사(3)	- 종합사회복지관 소속 통합복지하나라 센터 설립 · 권역별 1개소, 공공조직과 통합센터 설립도 가능 · 센터장(1), 정규직 사회복지사 또는 간호사(3) ※ 담당권역 규모에 따라 인력은 탄력성 있게 배치
	- 제주연구원 제주사회복지 연구센터	- 제주사회복지연구센터 → 센터 내 전담인력 2명 배치 - 사회서비스원 복지서비스하나라팀: 전담인력 2명 배치 - 도, 행정 시에 추진운영위원회 구성(공무원+민간+주민)
		- 권역별 거점 병원 내 통합복지하나라 센터 설치·지원

○ 조직구성에 있어서 도와 행정 시에 추진단 구성은 반드시 필요함. 왜냐하면, 전달체계의 구현에 있어서 어느 한 부서의 한 팀에서 단독적으로 수행이 어려움. 이해 관계자가 함께 논의하고 추진해야 하는 것이 바람직함.

○ 추진단은 사업을 추진하는데 있어서 협업이 필요한 행정단위의 협의체로 민·관 거버넌스의 핵심 주체임. 주요역할은 중·장기 계획 수립, 성과창출을 위한 기획·실행, 수행주체 역량가화 계획 마련 및 추진, 수행현장 상시 소통 및 지원 창구 등이 됨.

- 서울 찾동의 경우에는 구청장 또는 부구청장을 단장으로 행정, 복지, 마을·자치, 건강, 여성, 인사, 홍보부서장(또는 팀장) 및 동장 등으로 구성되어 있음. 다음 [그림 40]은 서울 영등포구 추진단 구성의 예시임.

[그림 40] 서울특별시 영등포구 추진단 예시



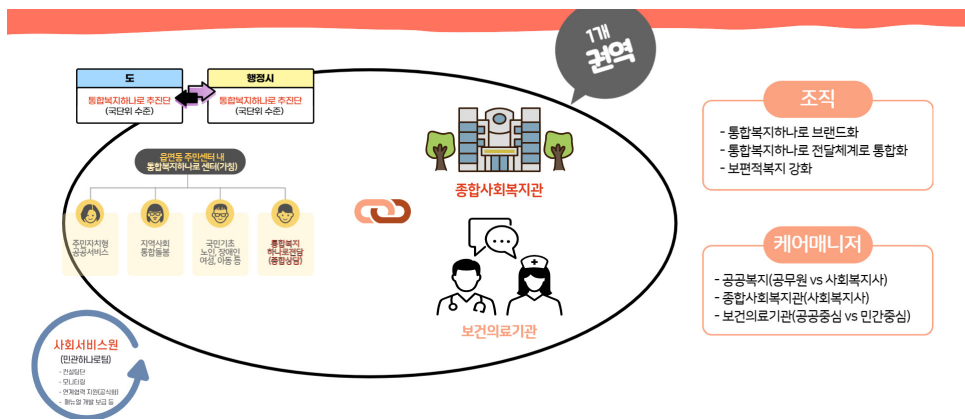
자료: 서울특별시. 2021. 『찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』

- 또한 추진운영위원회 구성을 제안하였음. 추진운영위원회는 전달체계의 성공적 추진을 위한 학계, 현장전문가 및 주민 등 자문기구를 실질적으로 활성화 하여 도와 행정 시 정책의 안정적 정착 뿐 아니라, 지역 특성을 반영한 사업추진 및 중·장기 발전방향 마련을 목적으로 함.
- 제주형 통합복지하나로 전달체계는 권역별 책임제가 되어야 함. 기존의 시범사업이 주민센터와 복지관의 1:1 플랫폼이었다면 미래에는 읍·면·동 주민센터+복지관+병원으

로 구성된 1:1:1 플랫폼이 되어야 함. 다만, 병원의 경우 한 권역과의 연계가 아닌 1 병원 + 모든 권역이 되는 것이 바람직함.

- 이러한 권역별 구성은 지역사회공감대 형성이 우선적으로 이루어져야 하며, 목표를 구체적으로 설정하여 동일한 목표 하에 서로 win-win 할 수 있는 부분이 어떤 것이며, 구체적으로 어떠한 역할을 어떻게 주고받을 것인지에 대하여 역할분담을 명확히 하여야 함. 또한, 주기적인 소통체계를 갖는 것도 매우 중요한 부분임.
- 특히, 시범사업에서는 보건·의료 연계 기능이 미약하였음. 일부 연계가 이루어지는 곳도 있었으나 상시체계는 아니었으며, 복지관과 병원과의 MOU 체결에만 그치는 경우가 대부분이었음. 민간 병원의 참여를 위해서는 구체적인 내용정립이 필요하며, 민간 병원의 참여와 함께 보건소 및 보건진료소와의 협업구도 역시 고려해 보아야 함.
- 전달체계의 1개 권역별 조직구성(안)은 다음 [그림 41]과 같음.

[그림 41] 제주형 통합복지하나로 전달체계 1개 권역별 조직 구성(안)



- 이러한 1개 권역별 구성의 핵심은 통합복지하나로 전달체계로 통합화이며, 읍면동 또는 복지관의 종합상담기능을 강화하여 보편적 복지를 강화하기 위함.
- 권역의 설정은 앞서 살펴보았으며 수행체계와의 합의에 따라 설정하는 것이 타당함.

나) 주제별 역할변화

- 제주형 통합복지하나로 전달체계를 추진할 시 기대되는 주요 역할의 변화는 다음 <표 81>과 같음.

<표 81> 제주형 통합복지하나로 전달체계 주요 역할의 변화

구분	AS-IS(현재: 시범사업)	TO-BE(미래)
도	·사업관리 총괄 ·기본계획 수립, 모니터링 및 성과관리 ·예산확보 ·교육 ·홍보	·사업관리 총괄 ·도 종합계획 수립 및 관련부서 협력체계 구축(강화) ·모니터링 체계 구축 및 평가(강화) ·예산확보 및 조직구성(강화) ·도 추진운영위원회 구성·운영(신규) ·공통지표 개발 및 가이드라인 제시(신규) ·4차산업 접목 아이템 개발·추진(신규) ·정보공유 활성화를 위한 대안마련(신규) ·홍보(SNS 홍보강화)
	·역할 미약	·기본계획 수립(신규) ·모니터링 계획 수립 및 평가(신규) ·특성화 지표 개발(신규) ·자체평가 및 성과관리(신규) ·추진운영위원회 구성·운영(신규) ·지역사회자원 조사·개발·점검 등 가용화(신규) ·유사사업 연계·협력(신규) ·홍보(신규)
	·자체 사업계획 수립 ·사업실행(상담, 연계·협력, 사례관리 등) ·공동사례관리 시스템 활용 ·지역사회 네트워크 구축 ·공적급여 신청(복지관만 해당) ·자체교육 ·홍보	·자체 특성화계획 수립(축소) ·종합상담창구 기능 확대(강화) ·조직 내 부서 간 연계·협력체계 강화(신규) ·지역사회 내 주민공동체 등 활성화(강화) ·지역별 모니터링 계획 수립 및 자체평가(신규) ·공적급여 신청 강화(복지관만 해당) ·통합사례관리(강화), 복지관·집중사례관리(신규) ·홍보
민 간	·간헐적 연계	·지역별 통합복지하나로 협력기관 및 담당자 지정·운영(신규)
	·해당사항 없음(기관 설립 전)	·성과지표 개발 및 관리(신규) ·유관기관 연계·협력 체계 구축 및 관리(신규) ·소통체계 강화를 위한 정례간담회 운영(신규) ·자문·컨설팅단 구성·운영(신규) ·공급자 및 이용자 대상 역량증진(신규) ·업무매뉴얼 개발·보급(신규)
	·업무매뉴얼 개발 ·평가지표 개발 및 평가 ·담당자 교육 ·컨설팅 및 자문	·컨설팅 및 자문

다) 제도적·재정적

- 제주형 통합복지하나로 전달체계의 지속성을 위해서는 법적·제도적 근거를 마련해야 함. 비록 정치적 수단으로 생겨난 정책일지라도, 도민에게 진정 도움이 되는 정책이라면, 조금씩 다듬어가며 완성도를 높여 나가는 작업이 필요함.
- 그 기반은 바로 조례와 같은 제도적 마련임. 제주형 통합복지하나로가 기존의 전달체계를 흡수하는 제주만의 전달체계가 될 수 있는 법적 근거 또한 많은 곳에서 찾아 볼 수 있음.
- 대표적으로, 「사회복지사업법」 제4조제2항에서는 복지와 보건의료 연계가 강조되고 있고, 같은 법 제4조제9항에서는 이용자에 대한 정보제공이 강조되고 있음.
- 도내에서도 그 근거를 찾아볼 수 있음. 「제주특별자치도 사회복지 기본조례」 제4조제3항에서는 공공과 민간의 연계협력이 강조되고 있으며, 같은 조례 제4조제4항에서는 사회복지시설의 균형적 설치가 강조되고 있음.
- 「사회복지사업법」 제4조

제4조(복지와 인권증진의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 증진하고, 서비스를 이용하는 사람에 대하여 인권침해를 예방하고 차별을 금지하며 인권을 옹호할 책임을 진다. <개정 2012. 1. 26.>

② 국가와 지방자치단체는 사회복지서비스와 보건의료서비스를 함께 필요로 하는 사람에게 이들 서비스가 연계되어 제공되도록 노력하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체, 그 밖에 사회복지사업을 하는 자는 사회복지를 필요로 하는 사람에 대하여 그 사업과 관련한 상담, 작업치료(作業治療), 직업훈련 등을 실시하고 필요한 경우에는 주민의 복지 욕구를 조사할 수 있다.

④ 국가와 지방자치단체는 도움을 필요로 하는 국민이 본인의 선호와 필요에 따라 적절한 사회복지서비스를 제공받을 수 있도록 사회복지서비스 수요자 등을 고려하여 사회복지시설이 균형 있게 설치되도록 노력하여야 한다.

⑤ 국가와 지방자치단체는 민간부문의 사회복지 증진활동이 활성화되고 국가 및 지방자치단체의 사회복지사업과 민간부문의 사회복지 증진활동이 원활하게 연계될 수 있도록 노력하여야 한다.

⑥ 국가와 지방자치단체는 사회복지를 필요로 하는 사람의 인권이 충분히 존중되는 방식으로 사회복지서비스를 제공하고 사회복지와 관련된 인권교육을 강화하여야 한다. <신설 2012. 1. 26.>

⑦ 국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 이용하는 사람이 긴급한 인권침해 상황에 놓인 경우 신속히 대응할 체계를 갖추어야 한다. <신설 2012. 1. 26.>

⑧ 국가와 지방자치단체는 시설 거주자의 희망을 반영하여 지역사회보호체계에서 서비스가 제공될 수 있도록 노력하여야 한다. <신설 2012. 1. 26., 2019. 1. 15.>

⑨ 국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 필요로 하는 사람들에게 사회복지서비스의 실시에 대한 정보를 제공하여야 한다. <신설 2012. 1. 26.>

⑩ 국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 제공하는 자로부터 위법 또는 부당한 처분을 받아 권리나 이익을 침해당한 사람을 위하여 간이하고 신속한 구제조치를 마련하여야 한다. <신설 2017. 10. 24.>

○ 「제주특별자치도 사회복지 기본조례」 제4조

제4조(도지사의 책임) ① 도지사는 제주자치도 사회복지의 수준과 제주특별자치도민(이하 “도민”이라 한다)의 삶의 질이 향상되도록 노력하여야 한다. <개정 2017.3.8.>
② 도지사는 도민에게 사회복지서비스를 제공하는 민간 서비스 제공기관 및 단체의 활동에 협력하여야 하며, 도민의 요구가 반영된 사회복지정책을 발굴하고 지원하여야 한다.
③ 도지사는 민간부문의 사회복지서비스가 활성화되고, 공공부문의 사회복지사업과 민간부문의 사회복지서비스 활동이 원활하게 연계되도록 노력하여야 한다.
④ 도지사는 사회복지서비스가 도민에게 고르게 제공되도록 복지수요 등을 고려하여 사회복지시설이 유형별, 지역별로 균형있게 설치되도록 노력하여야 한다.
⑤ 도지사는 사회복지 관련 법률의 시행에 관한 사무에 종사하는 공무원과 민간 사회복지종사자의 역량 강화와 처우 개선에 노력하여야 한다.
⑥ 도지사는 경제적·사회적·문화적·정신적·신체적으로 보호가 필요한 사람이 보다 나은 삶을 누릴 수 있는 사회 환경을 조성하고, 능력을 최대한 발휘하여 자립·자활할 수 있도록 지원하여야 한다.
⑦ 도지사는 사회복지를 필요로 하는 사람의 인권이 충분히 존중되는 방식으로 사회복지서비스를 제공하고 사회복지와 관련된 인권교육을 강화하여야 한다.
⑧ 도지사는 사회복지서비스를 이용하는 사람이 긴급한 인권침해 상황에 놓인 경우 신속히 대응할 체계를 갖추어야 한다.

○ 앞서 국내 전달체계 사례 중 서울의 찾동과 경기도 무한돌봄을 살펴보았음. 서울과 경기도 두 곳은 해당 사업의 원활한 추진을 위하여 조례를 제정하였음.

○ 서울특별시의 경우에는 「서울특별시 찾아가는 동주민센터 운영 및 지원에 관한 조례」에서 대부분의 조항을 반드시 이행하여야 하는 명시규정으로 만들어 졌으며, 특히, 제5조에서는 찾동 기본계획을 4년 단위로 수립하도록 하였으며, 제6조에서는 찾동 관련(행정, 마을공동체, 여성, 복지, 건강) 분야의 실·본부·국장 및 합의제 행정기관을 당연직으로 하고 다양한 전문가의 시 의원까지 포함하는 운영위원회를 두도록 규정하고 있음.

○ 또한 같은 조례 제7조(사업의 범위)제1항에서는 지역의 사회보장증진과 주민자치 역량 강화를 목표로 복지·건강·여성·마을·자치·행정 등의 업무를 진행함에 있어 부서간에 협력을 강조하고 있음. 제2항에서는 보편적 복지·돌봄·건강 정책의 추진과 복지안전망을 위한 주민들의 활동 사업을 지원하도록 명시하였으며, 제8조에서는 주민참여자에게 물품과 실비를 예산 범위 안에서 지원할 수 있도록 규정하였음.

○ 다음 참고자료 1, 2는 서울특별시의 찾동 관련 조례임.

참고자료 1

서울특별시 찾아가는 동주민센터 운영 및 지원에 관한 조례

서울특별시(자치행정과)

제1조(목적) 이 조례는 동 단위의 지역 사회보장 증진과 공동체 회복 및 주민자치 역량 강화 등을 위해 추진하는 서울특별시 찾아가는 동주민센터의 운영 및 지원에 필요한 사항에 대하여 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.〈개정 2020.12.31〉

1. "찾아가는 동주민센터"(이하 '찾동'이라 한다)란 동 단위 지역사회 안에서 민과 관이 함께 수행하는 활동 체계를 말한다.
2. "지역의 사회보장"이란 「사회보장기본법」 제3조제1호에 규정되어 있는 사회보장을 동 단위 지역사회 중심으로 구축하고 유지하는 것을 말한다.
3. "주민 자치"란 주민이 지역의제의 발의, 공론, 실행 등을 통해 지역사회의 결정과정에 참여하는 체계를 말한다.
4. "마을 공동체"란 「서울특별시 마을공동체 활성화 지원 조례」에서 규정한 주민자치 공동체를 말한다.

제3조(기본원칙) 찾동은 다음 각 호의 원칙에 따라 추진하여야 한다.

1. 찾동은 지역사회의 문제를 해결하기 위하여 행정내부의 부서 간에 협력하고 민과 관이 연계하는 통합적 운영체계를 지향한다.
2. 찾동은 인권에 기반 한 직무태도를 견지하며, 지역중심·수요자중심의 관점에서 정책을 기획하고 집행한다.
3. 찾동은 지역 사회보장 증진을 위해 공공의 책무성을 최우선으로 전제하며 그에 필요한 적정 인력의 투입 등 공공 인프라 확충 및 공적 지원체계를 확보하여야 한다.
4. 찾동에서 주민은 지역의 공공의제에 참여할 권리가 있고, 동 단위 협치의 주체로서 권리가 있다.

제4조(시장의 책무) 서울특별시시장(이하 '시장'이라 한다)은 찾동의 지속적인 발전을 위해 다음 각 호의 책무를 이행하여야 한다.

1. 필요한 인적·물적 자원의 확보 및 지원

2. 정책의 기본계획 수립 및 실행 지원
3. 시·구·동간 또는 민·관간 긴밀한 소통협력을 위한 논의체계 구축 및 운영 지원
4. 그 외 찾동 사업 수행을 위해 필요한 사항

제5조(기본 계획 등) ① 시장은 찾동 정책을 효율적으로 추진·지원하기 위하여 찾동 운영 기본계획(이하 ‘기본계획’이라한다)을 4년 단위로 수립 한다.

- ② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.
 1. 정책의 기본 방향
 2. 운영 및 지원체계
 3. 주요 성과기준 및 연차별 목표
 4. 자원의 확보 및 배분
 5. 그밖에 정책 추진에 필요한 사항
- ③ 시장은 기본계획에 근거하여 매년 찾동 실행계획을 수립하여야 한다.

제6조(운영위원회) ① 시장은 다음 각 호의 찾동 정책의 주요 현안을 심의·자문하기 위한 찾동 운영위원회(이하 ‘운영위원회’라 한다)를 둔다.

1. 기본계획에 관한 사항
2. 정책의 성과관리에 관한 사항
3. 그 밖에 찾동 주요 정책에 관한 사항
- ② 운영위원회는 위원장 1명을 포함하여 25명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ **서울특별시 찾동 관련(행정, 마을공동체, 여성, 복지, 건강) 분야의 실·본부·국장 및 합의제 행정기관의 장을 당연직으로 하고, 다음 각 호의 사람 중에서 위촉한다.**
〈개정 2019.12.31〉
 1. 행정, 주민자치, 여성, 복지, 건강 관련 분야에 대한 학식과 경험이 풍부한 전문가
 2. 서울특별시 자치구 부구청장
 3. 서울특별시의회에서 추천한 서울특별시 의원
- ④ 위원의 임기는 2년으로 하며, 두 차례만 연임할 수 있다. 단 공무원인 위원의 임기는 그 직에 재직하는 기간으로 한다.
- ⑤ 위원장은 위원 중에서 호선한다.〈개정 2019.12.31〉
- ⑥ 운영위원회는 찾동 정책의 심의·자문이 필요할 때 또는 위원장이 필요하다고 인정하는 때에 위원장이 소집한다.
- ⑦ 위원회에 참석한 위원에게는「서울특별시 위원회 수당 및 여비 지급 조례」에 따라 예산의 범위에서 수당 및 여비를 지급할 수 있다.

⑧ 시장은 위원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 임기 중이라도 위원을 위촉 해제할 수 있다.

1. 위원이 임기 중 사임의사를 표시한 경우
2. 위원직을 유지하기에 적합하지 않다고 인정되는 비위 사실이나, 품위손상의 사유가 발생한 경우

제7조(사업의 범위) ① 찾동 사업은 지역의 사회보장증진과 주민자치 역량 강화를 목표로 복지·건강·여성·마을·자치·행정 등의 업무를 진행함에 있어 부서 간에 협력한다.

② 지역의 사회보장 증진을 위해, 빈곤·소외·위기 주민을 적극적으로 발굴하고, 보편적 복지·돌봄·건강 정책의 추진과 복지 안전망을 위한 주민들의 활동 사업 등을 지원한다.

③ 공동체 복원 및 주민자치 역량 강화를 위해 마을 공동체 활동, 골목단위의 주민 공론장 조성, 서울형 주민자치회 전환 및 운영 등에 관한 사업을 추진한다.

제8조(비용의 지원) ① 주민 참여 및 주민자치의 저변 확대를 위해 지역 활동에 관심 있는 주민을 찾동의 협력자로 위촉할 경우, 활동 등에 필요한 물품과 소요되는 실비를 예산의 범위 안에서 지원할 수 있다.

② 시장은 「서울특별시 지방보조금 관리 조례」에 따라 자치구의 찾동사업 수행을 위한 비용의 일부를 예산의 범위 안에서 보조할 수 있다.

참고자료 2

서울특별시 찾아가는 동주민센터의 지역사회보장 기능 강화에 관한 조례

서울특별시(지역돌봄복지과)

제1조(목적) 이 조례는 「서울특별시 찾아가는 동주민센터 운영 및 지원에 관한 조례」에 따라 찾아가는 동주민센터의 지역사회보장 증진을 위한 사업에 대한 지원을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. "찾아가는 동주민센터"(이하 '찾동'이라 한다)란 동 단위 지역사회에서 주민 생활의 다양한 문제를 민과 관이 함께 해결하기 위한 활동체계를 말한다.
2. "주민"이란 동 단위 행정구역에서 거주·생활하는 구성원을 말한다.
3. "지역"이란 동 단위 행정구역에서 주민들이 일상적으로 소통하고 유대감을 느낄 수 있는 공간적 범위를 말한다.
4. "지역의 사회보장"이란 사회보장기본법 제3조 제1호에 규정되어 있는 사회보장을 동 단위 지역사회 중심으로 구축하고 유지하는 것을 말한다.

제3조(원칙) 서울특별시시장(이하 "시장"이라 한다)은 찾동의 지역사회 보장 기능강화를 위한 시책 수립 시 다음 각 호의 사항을 반영하도록 노력하여야 한다.

1. 지역사회 내 다양한 복지사각지대 발굴 및 지원
2. 지역사회 돌봄을 필요로 하는 주민 발굴 및 지원
3. 지역사회 주민에게 가장 적합한 복지서비스 지원
4. 지역사회 주민 중심의 상시 이웃돌봄 안전망 구축

제4조(책무) ① 시장은 찾동의 지역사회 보장 기능강화를 위한 조직과 추진 체계를 구축하고, 필요한 시책 및 사업을 적극 발굴·추진할 수 있도록 노력하여야 한다.

- ② 시장은 서울특별시 자치구청장(이하 "구청장"이라 한다.)과 협력하여 지역의 특성에 맞는 찾동 사업을 개발하고 지역에 적용하여 지역주민복지의 향상을 위해 노력하도록 지원하여야 한다.
- ③ 시장은 주민이 시 또는 자치구의 찾동 관련 시책에 적극 참여하고 지역사회 주민에게 필요한 복지서비스를 제공하는데 필요한 지원을 하여야 한다.

제5조(다른 조례와의 관계) 이 조례는 찾동의 지역사회 보장에 관하여 다른 조례에 우선하여 적용한다.

제6조(기본 계획 등) ① 시장은 찾동 지역사회보장 기능 강화를 위한 기본계획(이하 "기본 계획"이라 한다.)을 4년 단위로 수립하여야 한다.

② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 지역사회보장 강화를 위한 기본 방향
2. 운영 및 지원체계
3. 주요 성과 분석 및 평가
4. 소요 자원 확보 및 배분
5. 그밖에 지역사회보장 기능 강화에 필요한 사항

③ 시장은 기본계획에 근거하여 매년 찾동 실행계획을 수립하여야 한다.

④ 기본계획과 실행계획은 「서울특별시 찾아가는 동주민센터 운영 및 지원에 관한 조례」에 근거한 기본계획과 실행계획에 포함하여 수립할 수 있다.

제7조(실행계획 제출 및 보고) ① 시장은 실행계획을 해당 연도 2월말까지 수립하여 서울 특별시의회(이하 "의회"라 한다)의 해당 상임위원회에 제출하여야 한다.

② 시장은 해당연도 실행계획의 추진 실적과 평가 결과를 다음연도 5월말까지 의회의 해당 상임위원회에 보고하여야 한다.

제8조(사업의 범위) ① 시장은 지역사회에서 복지서비스를 필요로 하는 주민을 발굴하여 지원하여야 하며 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청 또는 동의를 거쳐 직접 가정을 방문할 수 있다.

1. 65세 도래자 등 어르신 가정, 출산가정, 양육수당 수급가정
2. 빈곤위기가정, 학대·폭력 등 위기가정
3. 그 밖의 복지 지원이 필요한 가정에 대해서는 시장이 별도로 정한다.

② 시장은 지역사회 내에 돌봄이 필요한 주민에 대하여 지역 내 서비스와 연계하여 필요한 복지서비스를 제공하여야 한다.

③ 시장은 복지서비스 대상으로 선정된 주민에게 최선의 복지서비스를 제공하기 위하여 사회보장급여와 민간 서비스를 종합적으로 연계·제공하는 통합사례관리를 실시할 수 있다.

④ 시장은 지역사회 주민이 어려운 이웃을 발굴하고 돌보며 나눔을 실천 하는 주민 주도의 복지공동체를 지원하여야 한다.

제9조(공동사업추진 등) 시장은 제8조의 사업을 원활히 추진하기 위하여 필요하다고 인정되는 경우에는 자치구 및 복지 관련 기관, 민간단체 등과 공동으로 사업을 추진할 수 있다.

제10조(위기가정통합지원센터 운영) ① 시장은 제8조제1항제2호의 시행을 위하여 자치구 청장이 위기가정통합지원센터(이하 "센터"라 한다.)를 설치하여 운영하는 것을 지원할 수 있다.

② 시장은 원활한 센터 운영을 위하여 사회복지전담공무원, 자치구 통합사례관리사, 상담원, 경찰청 학대예방경찰관 등을 배치에 관하여 소관기관과 협의할 수 있다.

제11조(통장 및 반장 참여) ① 시장은 구청장의 협조를 받아서 자치구의 통장 및 반장(이하 "통반장"이라 한다.)이 복지사각지대에 놓인 주민들을 발굴하여 찾동에 신고할 수 있도록 역할을 부여할 수 있다.

② 시장은 제1항에 따른 통반장의 활동에 필요한 비용을 예산의 범위 안에서 지원할 수 있다.

제12조(역량강화) ① 시장은 찾동 업무 수행 인력의 역량강화를 위하여 관련 공무원의 교육을 매년 실시하여야 한다.

② 시장은 자치구에서 찾동 사업 공무원을 대상으로 찾동과 관련된 교육을 할 수 있도록 필요한 사항을 지원할 수 있다.

③ 시장은 자치구에서 찾동 사업에 참여하는 주민에게 교육을 할 수 있도록 필요한 사항을 지원할 수 있다.

제13조(수행인력 안전확보) ① 시장은 구청장과 협력하여 찾동 업무를 수행하는 다음 각 호 방문인력의 안전확보를 위해 노력하여야 한다.

1. 사회복지업무 담당 공무원

2. 방문간호사

3. 통합사례관리사

4. 그 밖의 시장 및 구청장이 찾동업무 수행인력으로 인정하는 자

② 시장은 구청장과 협력하여 찾동 업무 수행 중 사고 예방을 위해 방문인력에게 안전용품 등을 지급 할 수 있으며, 방문인력의 사고 발생시 신체적·정신적 치료에 필요한 실비를 예산의 범위 안에서 지원할 수 있다

③ 제2항 후단의 지원사항은 시장이 따로 정한다.

제13조의2(아동학대대응 및 협조) ① 제13조제1항 각호에 따른 찾동 업무 수행인력이 업무 중 아동학대 사실을 알게 된 경우나 그 의심이 있는 경우에는 지체 없이 「아동복지

법」 제22조제4항에 따른 아동학대전담공무원(이하 "아동학대전담공무원"이라 한다)이나 관계기관에 알려야 한다.

- ② 제11조에 따른 통반장 등이 찾동 참여 중 아동학대 사실을 알게 된 경우나 그 의심이 있는 경우에는 지체 없이 찾동에 신고하고 아동학대전담공무원이나 관계기관에 알릴 수 있다.
- ③ 찾동 업무 수행인력 등은 제1항 및 제2항에 따른 아동학대에 대한 조사나 사례관리를 위하여 아동학대전담공무원이나 아동학대예방센터등에서 협조를 요청하는 경우 정당한 사유가 없는 한 이에 따라야 한다.[본조신설 2021.3.25]

제14조(예산 지원) 시장은 예산의 범위 안에서 찾동 사업 수행을 위한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

제15조(시행규칙) 이 조례의 시행에 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

부칙 〈제7926호, 2021.3.25〉

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

- 경기도의 경우에는 「경기도무한돌봄센터 설치·운영 지원 조례」를 제정하였으며, 그 기반은 「사회복지사업법」 제4조에 따라 사회복지전달체계를 효율적·안정적으로 구축하기 위한 목적을 두고 있음.
- 「경기도무한돌봄센터 설치·운영 지원 조례」 제4조제1호에서는 무한돌봄센터의 기능에 있어서 무한돌봄사업과 관련한 상담, 교육 및 다른 복지시책과의 연계지원, 같은 조제2호에서는 시·군 무한돌봄센터의 운영 컨설팅, 네트워크 구축 및 사례관리 전문인력 교육지원 등의 내용이 포함되어 있음.
- 또한 같은 조례 제6조제1항에서는 사업의 전반적인 운영상황을 정기적으로 분석·평가하고 그 결과에 따라 필요한 대책마련을 명시하였음.
- 다음 참고자료는 경기도 무한돌봄센터 설치·운영 지원조례이며, 31개 시·군별 별도 조례가 제정되어 있음.

참고자료

경기도무한돌봄센터 설치·운영 지원 조례

(제정) 2010-04-19 조례 제 4033호

(일부개정) 2012-07-02 조례 제 4421호

(일부개정) 2013-05-01 조례 제 4547호

(일부개정) 2013-12-02 조례 제 4651호 (경기도 조례 중 용어 일괄정비 조례)

제1조(목적) 이 조례는 「사회복지사업법」 제4조에 따라 사회복지전달체계를 효율적·안정적으로 구축하기 위한 무한돌봄센터의 설치·운영 지원에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. “무한돌봄사업”이란 위기상황에 처한 가정을 신속하게 지원함으로써 위기상황에서

벗어날 수 있도록 하게 하는 제도를 말한다.

2. “경기도무한돌봄센터(이하 ”도 무한돌봄센터“라 한다)란 시·군 무한돌봄센터의 운영지원 및 역량강화, 네트워크 구축을 지원하는 기관을 말한다. <개정 2013.5.1.>
3. “시·군 무한돌봄센터”란 시·군에 소속되어 통합사례관리, 자원관리 및 민관협력방식의 지역단위 보호망을 조정·지원하는 맞춤형 통합복지센터를 말한다.

[전문개정 2013.5.1.]

제3조(다른 조례와의 관계) 무한돌봄사업 및 통합사례관리, 나눔문화에 관하여 관계 법령 또는 다른 조례에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 조례에서 정하는 바에 따른다. <개정 2013.5.1.>

제4조(기능) <개정 2012.7.2.> 도 무한돌봄센터는, 다음 각 호의 기능을 수행한다.

<개정 2013.5.1.>

1. 무한돌봄사업과 관련한 상담, 교육 및 다른 복지시책과의 연계지원
2. 시·군 무한돌봄센터의 운영 컨설팅, 네트워크 구축 및 사례관리 전문 인력 교육 지원 등
3. 도민의 자율적인 사회공헌활동 참여 장려와 활동여건 조성 및 도내 나눔문화 인식 개선 등을 위한 사업 등 [신설 2012.7.2.]
4. 위기가정 발굴 및 지원을 위한 정책의 수립·추진 [신설 2013.5.1.]
5. 위기가정 발굴사업의 민간 참여 촉진을 위한 무한돌봄위 위촉·운영 등 민관네트워크 구축에 관한 사항 [신설 2013.5.1.]
6. 그 밖에 경기도지사(이하 “도지사”라 한다)가 필요하다고 인정하는 무한돌봄 및 나눔문화 관련 사업추진 등 <개정 2012.7.2., 2013.5.1.>

제5조(사업비 등의 지원) 도지사는 예산의 범위에서 시·군 무한돌봄센터 설치·운영에 필요한 사업 및 운영경비를 지원할 수 있다.

[전문개정 2012.7.2.]

제6조(성과분석 및 평가) ① 도지사는 시·군 무한돌봄센터의 전반적인 운영상황을 정기적으로 분석·평가하고 그 결과에 따라 필요한 대책을 마련하여야 한다.

<개정 2012.7.2., 2013.12.2.>

- ② 도지사는 도 무한돌봄센터와 시·군 무한돌봄센터 간의 유기적인 협력과 무한돌봄사업의 효과를 높이기 위하여 노력하여야 한다.
- ③ 도지사는 제1항에 따른 평가결과 우수 시·군 및 그 소속공무원 등에 대하여 예산의

범위에서 사업비 및 포상금을 지급할 수 있다.

제7조(시행규칙) 이 조례의 시행에 관하여 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

부칙 〈2010.4.19.〉

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

부칙 〈2012.7.2.〉

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

부칙 〈2013.5.1.〉

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

부칙(경기도 조례 중 용어 일괄정비 조례) 〈제4651호, 2013.12.2.〉

이 조례는 공포한 날부터 시행한다.

- 조례와 같은 근거 외에도 도내 다양한 기관의 연계·협력 증진을 위하여, 보건의료, 복지, 사회보험기관, 주거 및 병원 등 민간과 공공의 참여를 공식화하고 담당자 지정제를 실시하여야 함.
- 또한 재정의 안정적 마련이 필요함. 현재 시범사업의 재원은 100% 도비지원이며, 대부분이 인건비적 성격을 가지고 있음. 실제 사업수행기관에서 활용할 수 있는 사업비는 기관당 약 500만원으로 매우 제한적임.
- 통합복지하나로 전달체계에서는 긴급한 사안일 경우, 쉬운 절차로 예산을 활용할 수 있는 재원마련도 필요함. 향후에는 국비, 도비, 기업후원 및 지역이 자발적 후원 등 다양한 재원 확보 방안을 모색해야함.
- 재정과 관련하여 생각해 볼 문제가 하나 더 있음. 우리는 사람중심이라는 표현을 자주 함. 현재 우리나라 사회복지전달체계에서는 배정된 예산에 따라, 예산의 범위에서, 정해진 기준에 부합할 때 서비스가 제공되는 구조임.
- 각 부처별, 부서별 유사사업이 난무하고 있고, 각 사업별 예산편성이 되는 것이 통상적인데, 과연 이 한계를 깰 수는 없는 것인지 고민해 보아야 함.
- 사업별 예산편성은 그 예산의 범위에서만 서비스가 제공된다는 한계가 있음. 예를 들어, 00동 사례관리비 연간 배정예산이 600만원이라면, 600만원 범위 내에서만 지원이 가능함. 그러나 사회복지현장은 지역마다 편차가 매우 심함. 600만원 범위를 훨씬 넘어가는 지역이 있을 수 있고, 600만원도 남아도는 지역이 있음.
- 정해진 금액, 정해진 서비스가 아닌, 사람을 중심에 두고 그들의 욕구에 맞는 서비스가 제공되기 위해서는 통합적 예산편성을 고려해 보아야 함. 그 방법론에 있어서는 별도의 연구와 기관 및 부서 간 논의가 진행되어야 함.

라) 4차 산업혁명+제주형 통합복지하나로 전달체계

- 4차 산업혁명은 온라인과 오프라인, 현실과 가상이 인간을 중심으로 융합하는 현상을 의미하며 인공지능(AI, Artificial Intelligent), 빅데이터(Big Data), 사물인터넷(IoT, Internet of Things), 스마트공장(Smart Factory), 로봇(Robot), 드론(Drone), 자율주행(Auto-Driving), 3D 프린팅(3D Printing), 가상/증강 현실(VR/AR,

Virtual/Augmented Reality) 등의 기술이 4차 산업혁명을 대표하는 온라인, 오프라인 기술임.

- 이러한 4차 산업혁명은 우리의 환경을 다양하게 변화시키고 있음. 이 중에서 사람들이 가장 많이 주목하고 있는 변화는 4차 산업혁명으로 대변되는 기술이 어떠한 부분에서 인간의 노동력을 대체할 것인지와 관련됨. 일하는 방식, 고용의 방식, 생활환경 등 결론을 내리기는 쉽지 않지만 분명 변화하고 있다는 것을 누구나 느끼고 있음.
- 우리나라에서는 이러한 급격한 변화에 대비하기 위하여 사람 중심의 4차 산업혁명 대응계획을 발표하였으며, 2022년까지 인공지능, 빅데이터 등 ‘지능화 기술’, 핵심인재 4만 6천명, 스마트 공장, 드론 등 ‘신산업 주력’ 전문인력 1만 5천명의 양성 계획을 추진 중에 있음.
- 이러한 4차 산업혁명은 제주형 통합복지하나로 전달체계와 결합되어야 함. 물론 지금 당장은 복지, 보건, 의료 등 관련분야와의 연계·협력이 중요할 수 있으나, 보편적 복지의 추구하고 미래세대를 위해서는 4차 산업혁명과의 접목이 필수적임.
- 4차 산업혁명을 접목한 보건·의료·복지의 다양한 사례는 본 보고서 부록에 수록되어 있음.

“MZ세대와 알파세대”

- 요즘은 MZ세대란 말이 대세임. MZ세대는 1980년대 초~ 2000년대 초 출생한 밀레니얼 세대와 1990년대 중반 ~2000년대 초반 출생한 Z세대를 통칭하는 말임.
- 디지털 환경에 익숙한 MZ세대는 모바일을 우선적으로 사용하고, 최신 트렌드와 남과 다른 이색적인 경험을 추구하는 특징을 보임. 특히 MZ세대는 SNS를 기반으로 유통 시장에서 강력한 영향력을 발휘하는 소비 주체로 부상하고 있음.
- MZ세대는 집단보다는 개인의 행복을, 소유보다는 공유(렌탈이나 중고시장 이용)를, 상품보다는 경험을 중시하는 소비 특징을 보이며, 단순히 물건을 구매하는 데에서 그치지 않고 사회적 가치나 특별한 메시지를 담은 물건을 구매함으로써 자신의 신념을 표출하는 ‘미닝아웃’ 소비를 하기도 함.

- 또한 이들 세대는 미래보다는 현재를, 가격보다는 취향을 중시하는 성향을 가진 이들이 많아 ‘플렉스’문화와 명품 소비가 여느 세대보다 익숙하다는 특징도 있음.
- MZ세대 다음은 알파세대임. 호주의 사회학자 마크 메크린은 2010년 이후 태생을 그리스 알파벳을 붙여 ‘알파세대’라 부르기 시작했음. 이들은 자랄 때부터 스마트폰을 만지작거리고, AI 스피커와 대화하며, 생체인식으로 디지털 기기에 접근하는 데 익숙함. 사람이나 반려동물보다 기계와의 소통을 편하게 느껴 사회성은 약할 것이란 우려도 나오고 있음.
- 이러한 MZ세대와 알파세대를 볼 때, 이들이 현재 제주의 보건복지전달체계의 방식에 잘 적응할 수 있을까? 미래 세대의 문화적 특징을 보건·의료·복지 등 지역사회통합돌봄과 연결 시켜야 함.
- 이러한 4차 산업혁명 이야기를 강조하는 이유는 남들이 갈 때 함께 가는 것은 선제적 대응이 될 수 없기 때문임. 첨단 산업의 변화에 앞서 나가야 함. 기성세대들은 새로운 4차 산업혁명에 다소 생소하여 접근을 어려워 할 수 있지만, 미래 세대들은 그 변화에 빠르게 순응하는 경향이 있음.
- 우리 손 안에 쥐고 있는 스마트폰을 한번 생각해 볼 수 있음. 세계 최초의 스마트폰은 IBM 사에서 1992년 컨셉 제품으로 개발한 사이먼임. 사이먼은 대중화 되지 못했고 본격적인 대중화는 2007년 출시된 애플의 아이폰 부터로 볼 수 있음.
- 불과 14년 만에 스마트폰은 아이부터 노인까지 누구나 활용 가능한 복합적 매체로서 역할을 하고 있음. 물론 세대별로 스마트폰을 받아들이는 시간은 달랐지만, 이제는 대부분의 사람들 손에서 떼기 어려운 친구와 같은 존재로 바뀐 것이 사실임.
- 변화를 위한 시도는 어려움. 기술의 변화를 받아들이는 것은 처음에 매우 어색함. 그러나 스마트폰의 발전하는 신기술들은 이제 삶의 일부가 되어있음. 발상의 전환을 해야 한함. 언제까지 지금의 테두리 속에서 바꾸기만 반복할 것인가? 과감히 바꾸어야 함. 그 중심에 4차 산업혁명이 적극 활용될 수 있음.

“메타버스의 이해”

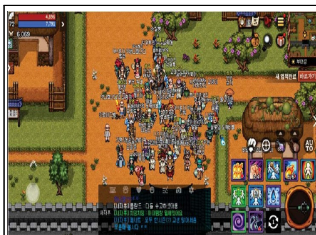
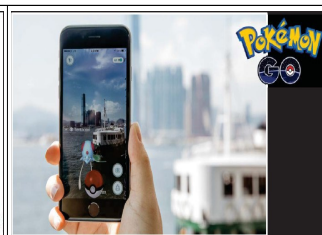
- 4차 산업혁명 중 본 연구에서는 메타버스(Metaverse) 플랫폼에 대하여 소개하고자 함.

- 메타버스는 1992년 공상과학 소설가 닐 스티븐슨(Stephenson, Neal)의 <스토 크래시 SF소설>에서 처음 사용한 용어이며, ‘가상의 아바타를 통해서 들어갈 수 있는 가상의 세계’로 메타버스 단어가 첫 등장하였음.
- 메타버스는 ‘가상’, ‘추상’을 뜻하는 ‘메타’(Meta)와 세계를 뜻하는 ‘유니버스’(Universe)의 합성어로, 현실세계와 같은 사회·경제·문화 활동이 이루어지는 3차원의 가상세계를 가리킴.
- 메타버스는 가상현실(VR, 컴퓨터로 만들어 놓은 가상의 세계에서 사람이 실제와 같은 체험을 할 수 있도록 하는 최첨단 기술)보다 한 단계 더 진화한 개념으로, 아바타를 활용해 단지 게임이나 가상현실을 즐기는 데 그치지 않고 실제 현실과 같은 사회·문화적 활동을 할 수 있다는 특징이 있음.
- 국내에서 사회복지전달체계와 메타버스를 접목한 사례는 찾아보기 어려움. 현재는 일반 기업을 중심으로 활용이 되고 있으며, 사회복지기관에서는 일부 행사에 활용되고 있음.
- 무엇보다도 메타버스는 물리적비용·시간 절감, 누구나 쉽게 이용, 기존 비대면 플랫폼의 한계 극복, 아바타를 활용함으로써 대면의 부담감 해소, 흥미 및 라포 형성 쉬움 등 장점이 있음.
- 제주형 통합복지하나로 전달체계에 구현이 가능한 메타버스는 대략 다음과 같음.

- 복지사각지대 발굴(신고) 및 예방, 기관 간 연계를 통한 대응
- 종합상담창구, 욕구조사, 욕구에 따른 서비스 설계, 신청, 서비스 연계, 모니터링 등
- 사회복지서비스, 여가 및 문화 공간 제공: 남녀노소, 장애유무 등을 떠나 누구나 이용
- 코로나 19에도 문제없는 학술대회, 각종행사, 교육, 회의 및 모임 등
- 일자리 창출, 재택근무 및 다양한 소통 공간

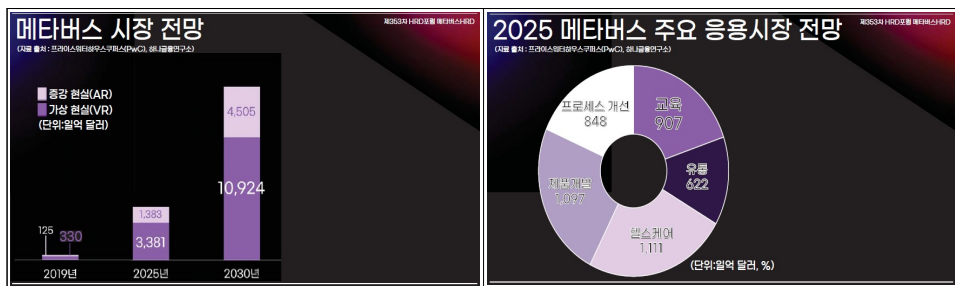
- 지금의 메타버스와는 기술적으로 차이가 있지만, 과거 메타버스 사례는 1996년 온라인 게임 바람의 나라, 2008년 싸이월드, 2016년 포켓몬고가 대표적인.

〈표 82〉 과거 메타버스 사례

		
바람의 나라(1996년)	싸이월드(2008년)	포켓몬고(2016)

자료: 한국HRD협회, 제353차 HRD포럼 “메타버스 HRD”(2021. 11. 30.) 자료집

○ 전 세계적으로 메타버스 시장은 급속한 성장추세이며, 그 응용분야 역시 다양화 되어감.



자료: 한국HRD협회, 제353차 HRD포럼 “메타버스 HRD”(2021. 11. 30.) 자료집

○ 메타버스 플랫폼은 너무나 많아서 다 소개하기 어렵고, 대표적인 플랫폼을 몇 가지 소개하면 제페토(ZEPETO), 이프랜드(ifland), 게더타운(Gather Town) 정도임.

- 제페토는 네이버에서 2018년에 만든 증강현실 3D 아바타 서비스로, 현재 대표적인 메타버스 플랫폼으로 자리 잡고 있음. 온라인에서 자신의 개성을 살린 아바타를 창조하고, 시공간을 초월해 전 세계 사람들과 소통할 수 있다는 점을 강조하고 있음.
- 현재 한국뿐만 아니라 중국, 일본, 미국 등 전 세계에서 현재 2억 명 이상의 사람들이 제페토를 이용하고 있음. 다양한 브랜드들과의 협업을 통해 제페토 안에서 상품을 출시하고 있고, 사용자들은 제페토 안에서 통용되는 가상화폐인 ‘점’을 통해 상품을 제페토 내에서 살수도 있음. 제페토 안에서 현실 세계의 유튜브와 같이 자신만의 매력을 뽐내 크리에이터로 활동하는 사람들도 많으며, 이러한 사람들을 ‘제페토 크리에이터’라고도 부름.

- 이프랜드는 국내 대표적인 통신사 기업 SKT에서 만든 메타버스 플랫폼임. 이프랜드에서도 제페토처럼 자신만의 아바타를 만들 수 있으며, 온라인으로 사람들과 모임을 가질 수 있다는 점이 큰 특징임. 해시태그를 탐색하여 원하는 모임에 참여함으로써, 관심사가 비슷한 사람들과 가상세계를 통해서 활발히 소통할 수 있다는 점이 이프랜드 플랫폼의 특징임.
- 게더타운은 미국 실리콘밸리에 있는 게더(Gather)사에서 만든 온라인 오피스 솔루션 가상공간 플랫폼임. 메타버스 플랫폼 중에서도 오피스 공간에 집중하며 만들어졌음. 위의 제페토, 이프랜드와 달리 3D가 아닌 2D를 기반으로 한 플랫폼으로, 그래픽 형태에 대표적으로 사용하는 화상회의 플랫폼을 결합시킨 것이 특징임. 대표적인 메타버스의 회의 플랫폼으로 자리 잡았으며, 게더타운 내의 공간인 ‘맵’은 원하는 대로 디자인 할 수 있어, 실제 회사 공간과 똑같이 만들어 낼 수 있음. 코로나로 대면 소통이 어려워지면서, 많은 기업과 학교에서 게더타운을 이용하여 회의나 채용 박람회 등의 행사를 진행하고 있음.

〈표 83〉 메타버스 플랫폼 비교

구분	제페토	이프랜드	게더타운
가격	월드 제작 비용 (인원제한 없음)	무료 131명까지 (30명만 아바타 보이고, 101명은 참관만 가능)	무료 25명까지 (유료 최대 500명까지)
공유 컨텐츠	영상, 사진 등 컨텐츠 공유 불가	문서 PDF, 영상 공유 가능	영상, 사진, 링크, 문서 등 삽입, 공유가능
추천 행사	행사, 공연, 공간을 통한 홍보	대형 컨퍼런스, 행사, 입학식/졸업식, 강연/세미나, 모임	가상오피스, 가상대학, 전시회, 교육, 박람회 등
이미지			

자료: 한국HRD협회, 제353차 HRD포럼 “메타버스 HRD”(2021. 11. 30.) 자료집

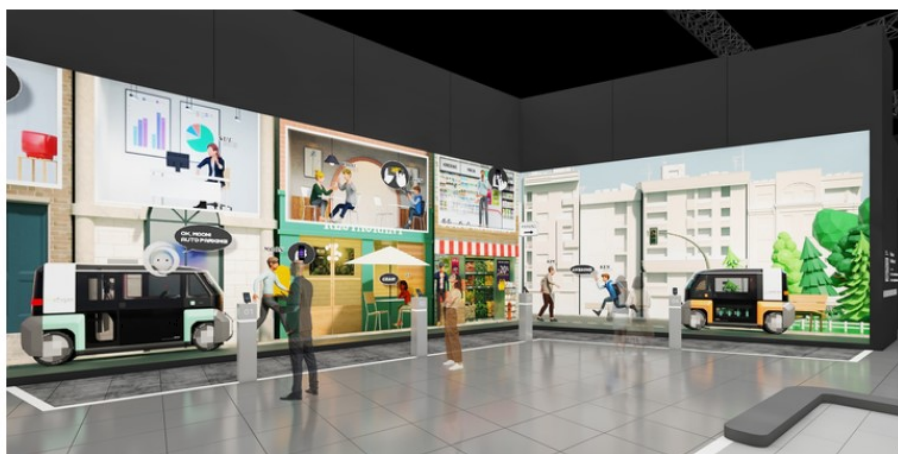
“뉴스 기사로 살펴보는 메타버스의 활용 사례”

○ 현대모비스

[파이낸셜뉴스] 현대모비스는 내년 1월 5일에서 8일까지 미국 라스베이거스에서 열리는 세계 최대 규모의 IT 박람회인 'CES 2022'에 참가해 미래 친환경 모빌리티 기술을 선보인다고 8일 밝혔다.

현대모비스는 2년 만에 오프라인 행사로 열리는 이번 CES에서 현실과 가상 세계를 결합한 전시 콘텐츠로 미래 모빌리티 신기술을 소개할 예정이다. 현대모비스 전시장을 찾은 관람객들은 자신만의 캐릭터를 만들어, 메타버스 공간에서 다양한 미래 모빌리티 기술을 체험할 수 있다.

현대모비스 전시장에 입장한 관람객은 키오스크에서 얼굴 인식 기술을 통해 원하는 모습의 캐릭터를 생성한다. 성별은 물론 안경, 머리카락, 표정까지 인식해 관람객과 비슷한 캐릭터를 메타버스 공간에 구현하게 된다. 이 캐릭터는 현대모비스의 메타버스 공간인 'M.Vision Town'으로 입장하고 실제 관람객은 스크린 속 본인의 캐릭터를 통해 전시 공간을 체험하는 방식이다.



현대모비스가 1월 5일부터 8일까지 미국 라스베이거스에서 열리는 에서 전시관과 메타버스가 결합된 공간에서 신개념 공유형 모빌리티 컨셉트카와 미래차 신기술을 선보인다. 사진은 현대모비스 CES 2022 전시관 조감도.

현대모비스 제공

자료: 파이낸셜 뉴스(2021. 12. 8.), <https://www.fnnews.com/news/202112080848514515>

○ 한화·EBS

초·중·등 학생 교육 콘텐츠 제공...2023년부터 정식 서비스



한화시스템과 EBS가 메타버스 기반의 교육 플랫폼 구축을 위한 업무 협약을 맺었다. 왼쪽부터 김경한 한화시스템 ICT 부문장, 김명중 EBS 사장, 어성철 한화시스템 대표이사, 김광범 EBS 학교교육본부장. 한화시스템 제공

한화시스템이 한국교육방송공사(EBS)와 함께 메타버스(3차원 가상공간) 기반 공공교육 서비스 개발에 나선다고 8일 밝혔다. 앞서 지난 7일 한화시스템과 교육방송은 경기도 고양시 교육방송 본사에서 메타버스 기반 교육 플랫폼 'EBS 메타캠퍼스' 구축을 위한 업무 협약(MOU)을 맺었다.

협약에 따라 한화시스템은 교육방송의 메타버스 교육 플랫폼 메타캠퍼스를 개발해 가상 공공교육 시스템을 구축하고, 초·중·등 학습 콘텐츠와 서비스를 제공할 예정이다. 메타캠퍼스에는 영어·수학·경제교육 등 교과 연계 학습 프로그램, 환경·지구과학 실감형 교육, 직업 체험 서비스, 학습활동 데이터 분석 기능이 도입된다.

사용자는 개인용 컴퓨터(PC)나 스마트폰, 태블릿피시 등을 통해 메타캠퍼스 모바일 애플리케이션에 접속해 메타버스 플랫폼에서 언제 어디서든 학습을 진행할 수 있다고 한화 측은 설명했다.

한화시스템과 교육방송은 내년 메타캠퍼스 개발 및 실증사업을 추진하고, 2023년 초 정식 서비스를 시작할 계획이다. 외국인과 다문화 가정을 위한 어학 전문 교육에도 메타캠퍼스 플랫폼을 확대해나가기로 했다.

자료: 한겨레 뉴스(2021. 12. 8.),

https://www.hani.co.kr/arti/economy/economy_general/1022418.html

○ 시흥시 공무원 교육

최근 메타버스가 유행처럼 번지고 있는 가운데 맹목적인 추종보다는, 실질적인 플랫폼 구축을 위해 산·학·연을 연계한 양질의 일자리 창출 플랫폼으로 적극 활용해야 한다는 제언이 나왔다.

한국산업기술대학교 김호경 평생교육원 교수는 지난 1일 경기 시흥시 공무원을 대상으로 진행한 강연에서 "현재 지자체·공공기관·기업이 유행처럼 메타버스에 건물을 짓는 다양한 프로젝트를 진행하고 있지만 아무도 오지 않는 폐허가 되고 있기에 중장기적으로 안정적인 방문자를 유도할 수 있는 실질적인 전략이 필요하다"고 강조했다.

그러면서 "개별적으로 구축된 메타버스를 통합해 상호운용성이 높은 종합적인 플랫폼을 구축할 필요가 있고, 인공지능(AI), 클라우드, NFT 등 메타버스의 요소기술을 융합하고, 대학, 지자체, 지역산업체가 협업 교육모델을 개발해 신산업 동력을 풀뿌리에서 지원, 장기 안정적인 일자리를 창출할 계획"이라고 강조했다.

김 교수는 지난달 30일부터 인사혁신처 주관으로 중앙정부 및 지자체, 공공기관 등에서 메타버스를 활용한 이론 연구 및 실습교육을 진행해오고 오고 있다.

'메타버스'는 가상과 현실을 연결하는 3차원 공간으로 클라우드, 5G 상용화, VR(가상현실)·AR(증강현실) 구현 기술의 고도화와 맞물려 주목을 받고 있다.

이날 강연은 메타버스를 활용해 시흥시에 접목할 수 있는 공공업무, 산업, 도시계획, 문화, 관광, 체육, 보건복지, 의료 대국민 공공증진 서비스 방안을 논의하는 자리였다.

교육생들은 네이버 가상공간 플랫폼 '제페토(ZEPETO)'에서 자신이 꾸민 아바타를 조정해 시흥시에서 구축한 홍보관에서 인증사진을 찍거나 캠핑장에서 해먹에 누워 밤하늘을 바라보는 자유를 즐겼다.

또 SK텔레콤의 '이프랜드(ifland)'에서 개별 미팅룸을 개설해 각종 PDF 회의자료, 동영상 파일을 공유하며 게임화학습(게이미피케이션)을 체험하기도 했다.

교육에 참여한 시흥시 공무원들은 노년층, 사회적 약자, 장애인을 위한 메타버스 구축안을 집중적으로 논의했다.

김 교수는 "시니어를 위한 맞춤 콘텐츠로 메타버스에서 취미활동을 즐기면서 자산을 모으고 투자·거래할 수 있는 금융 메타버스 플랫폼을 개발할 수 있다"고 소개했다.

이어 "시니어가 좋아하는 장기, 윗 놀이, 트롯 콘텐츠를 메타버스로 구현하고 노인복지 지원금을 적용해 게임 머니를 현물화하여 실제 화폐로 교환이 가능한 돈 버는 가상 세계의 문을 열어 이용자의 다양한 아바타가 경제적 활동을 할 수 있다"고 덧붙였다.

참석자들은 또 시흥시의 독자적인 역사문화콘텐츠와 메타버스를 연결해 희소성이 있는 아이템인 오이도의 랜드마크 '빨간등대'를 NFT화해 디지털 정체성을 형성하는 방안도 논의했다. 이와 함께 시흥시의 전통시장과 갯골생태공원, 염전체험, 야시장을 연결한 메타버스 관광특구 개발 방안에 대해서도 심도 있는 의견이 오갔다.

자료: 파이낸셜뉴스(2021. 12. 7.), <https://www.fnnews.com/news/202112071021234542>

○ 사랑의 열매



사랑의열매 사회복지공동모금회(회장 조흥식)는 모금기관 최초로 메타버스 플랫폼에 홍보관을 오픈하는 등 IT전문기업 ㈜이포넷(대표 이수정)의 국내 최초 블록체인 기부 플랫폼 '체리'와 메타버스·블록체인 기반 모금캠페인 업무협약을 체결했다고 밝혔다. 협약식은 6일 서울 중구 사랑의열매 회관에서 '체리' 개발 및 운영사 ㈜이포넷 이수정 대표, 사랑의열매 조흥식 회장, 김상균 사무총장이 참석한 가운데 개최됐다.

이번 협약은 코로나19 감염 우려로 대면 모금활동이 제한적인 상황에서 비대면 기부 방식이자 MZ세대에게 친숙한 메타버스와 블록체인 플랫폼을 활용해 대국민 기부참여 문화를 확산하고자 진행됐다.

이번 협약으로 메타버스 플랫폼 '제페토(ZEPETO)'에 12월부터 '사랑의열매×체리랜드'를 오픈해 투어 형식의 사랑의열매 홍보관으로 운영된다. '사랑의열매×체리랜드'는 메타버스 플랫폼에 모금기관 최초로 마련된 홍보관이다.

또 VR기부체험관을 열어 사랑의열매와 희망2022나눔캠페인에 대한 전시 자료, 나눔 공모전에 출품됐던 초·중·고등학생들의 작품들을 관람하게 하며, 블록체인 기부플랫폼 '체리'를 통해 손쉽게 기부할 수 있는 방법도 마련했다.

체리 개발 및 운영사 ㈜이포넷 이수정 대표는 "대한민국 나눔 문화를 이끄는 사랑의열매와 함께 이번 협약으로, 메타버스 플랫폼 등을 통해 MZ세대들도 직접 주인공이 되어 즐겁게 기부에 참여할 수 있는 장을 마련할 수 있게 돼 기쁘다"고 말했다.

사랑의열매 조흥식 회장은 "사랑의열매는 '체리'와의 협약으로 기부문화의 새로운 장을 열게 됐다"며 "사랑의열매는 이번 협약을 계기로 빠르게 변화하는 환경에 발맞춰 메타버스·블록체인과 같은 IT기술로 나눔문화의 저변을 넓힐 뿐만 아니라 모두를 위한 사회백신을 만들 수 있도록 최선을 다하겠다"고 말했다.

'사랑의열매×체리랜드'는 메타버스 플랫폼 '제페토'에서 사랑의열매를 검색해 접속할 수 있다. 사랑의열매 VR기부체험관은 링크에 접속해 참여할 수 있으며, 체리 앱과 사랑의열매 홈페이지 등에 접속 QR코드가 게시될 예정이다.

자료: 국민일보(2021. 12. 6.),

<http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0016542901&code=61121111&cp=nv>

마) 전문적 역량

- 전문적 역량은 전달체계 구현에 있어서 매우 중요한 요소임. 제주형 통합복지하나로 전달체계는 ‘개인역량의 합’으로 구현될 수 있음.
- 개인의 역량(Individual Competence)은 지식과 기술[Knowledge(K) & Skills(S)], 지식과 기술을 사용하기 위한 의지(Willingness to use K&S), 지식과 기술을 사용할 수 있는 환경(Circumstances to use K&S) 으로 구분할 수 있음.

“지식과 기술”

- 개인의 역량은 지식과 기술의 합이며, 지식과 기술은 개인의 의지와 환경이 수반되어야 함. 지식과 기술의 역량을 증진시키는 데는 여러 가지 방법이 있을 수 있음. 그 방법에는 개인의 노력, 경험, 슈퍼비전 및 교육훈련 등 다양한 방법이 있는데, 본 연구에서는 그간의 시범사업 결과를 토대로 반드시 필요한 교육훈련을 제시하고자 함. 구체적인 교육과정, 교육방법, 교육매체 등은 별도 논의를 통하여 프로그램 개발을 추진하는 것이 바람직함.
- 다음 <표 84>는 향후 전달체계 추진과정에서 필요한 교육훈련 권장내역임.

〈표 84〉 추천 교육과정

순번	교육과정	주요내용	교육대상
1	직급별 리더십 역량강화	직급별 역량증진(의지, 열정, 동기부여 등)	리더, 중간관리자, 실무자
2	의사소통	의사소통능력향상(협력, 대화, 갈등관리 등)	누구나
3	민·관 협력증진	민·관 협력의 중요성, 방법 및 사례 등	민·관 실무자
4	보건·의료·복지 연계 강화	관계형성, Case Conference 등	보건·의료·복지 실무자
5	스트레스 해소·예방	자기관리, 감정코칭 및 힐링	누구나
6	사회복지정책의 이해	역점 추진 사업에 대한 전반적 이해증진	누구나
7	통합사례관리 기본	통합사례관리 기초(개념, 과정, 실습 등)	보건·의료·복지 실무자
8	통합사례관리 심화	은둔/고립, 정신장애, 중독 등 고난도 중심	보건·의료·복지 실무자
9	상담역량 증진과정	상담가 역할, 상담 기술, 관계형성 및 사례	보건·의료·복지 실무자
10	창의적 아이디어 발상법	고정관념에서 벗어나기, 아이디어 창출 등	민·관 실무자
11	사회복지 성과관리	사업계획, 실행, 모니터링, 평가 등 역량증진	민·관 실무자
12	지역사회 자원관리	자원조사, 가용화, 자원 공유 및 관리방법	보건·의료·복지 실무자
13	4차 산업과 주민복지	4차 산업과 복지의 중요성, 사례 및 활용	민·관 중간관리자 이상
14	지역사회조직 전문가 양성	주민 인적안전망 주도, 좋은 동네 만들기	지역사회 주민

“의지”

- 제주형 통합복지하나로 전달체계가 구현되기 위해서는 사람의 ‘의지’가 가장 핵심임. 도지사의 강력한 의지가 필요하며, 양 행정 시, 읍면동장, 민간 기관단체장 그리고 다양한 연계·협력 기관들의 리더, 중간관리자, 담당자 모두가 강력한 목표의식과 의지가 수반되어야 함.
- 누구 한 명이라도 의지가 상실될 경우에는 소진, 갈등, 혼돈을 겪게 됨. 나의 의지가 주변을 바꿀 수 있고, 지역을 바꿀 수 있고, 의지가 있는 사람들이 모이면 제주 전체가 변화될 수 있음. 내가 마음을 잡고 손을 떼는 순간 그것은 전달체계 구현에 있어서 큰 장애물로 전락할 수 있음.
- 정치적 목적으로 만들어진 정책을 지속적으로 만들어 나간다는 것은 매우 힘들 수 있으며, 특히, 매우 오랜 시간이 소요되는 전달체계는 더욱더 그러함. 전문적 지식과 기술이 아무리 뛰어나더라도 사람의 기본적 의지가 없으면 역량을 발휘하는데 한계가 발생할 수 있음.
- 또한 리더, 중간관리자, 담당자별로 요구되는 의지가 다소 다를 수 있음. 리더의 경우에는 제주의 큰 미래를 볼 수 있어야 함. 현재와 같은 답다운 방식의 보건복지전달체계를 벗어나 제주특별자치도만의 전달체계로 구현될 수 있게 계획의 과감성, 실행의 적절성, 강력한 리더십과 신뢰 그리고 정치적 수단이 필요함.
- 중간관리자의 경우에는 실질적으로 슈퍼바이저 역할을 할 수 있어야 함. 스스로가 좋은 슈퍼바이저가 되기 위한 노력을 하여야 함. 또한 중간관리자는 담당자와 가장 많은 이야기를 하기 때문에, 리더십과 갈등관리 역량이 수반되어야 함.
- 새로운 것에 대한 시도는 시행착오가 많이 발생함. 전달체계의 구현은 엄청난 시행착오가 생길 수밖에 없음. 이 과정에서 사업을 기획, 실행, 평가, 모니터링 하는 담당자의 역할이 매우 중요한데, 담당자는 수많은 어려움에 봉착하기도 함.
- 업무량이 급증하기도 하고, 기준을 찾지 못해 헤매기도 하고, 상급자나 기타 기관들과의 관계 속에서 어려움을 느끼기도 함. 이는 빠른 소진(burn-out)으로 이어지게 되어 일에 대한 사명감인 ‘일 가치감’과 인간 존중 중심인 ‘이타행동’이 낮아지며, 스스로를 관리하는 ‘셀프리더십’ 역량이 낮아질 수밖에 없음.

- 때로는 일을 하면서도 다른 직장을 찾기 위해 인터넷을 뒤지고, 특별한 직장이 없어도 사직을 하고 쉼의 여유를 찾기도 함. 문제는 의지를 담당자 개인의 문제로만 취급할 수 없음.
- 의지가 담당자 개인의 문제일 수도 있으나, 세대별 특징에 따른 현상일수도 있음. 따라서 중간관리자, 리더, 담당자들은 세대 간의 갈등해소와 예방을 위하여 함께 노력하여야 함.
 - 세대 간의 갈등을 해결하기 위해서는 상대방을 ‘이해’하는 것보다 ‘존중’하여야 함. 사전적 의미로 이해(理解)란 사리를 분별하여 해석함, 깨달아 앎, 남의 사정을 잘 헤아려 너그러이 받아들임이며, 존중(尊重)이란 높이어 귀중하게 대함으로 정의할 수 있음(네이버 국어사전, 2021).
 - 즉, 이해한다고 하는 것은 상대방의 입장이 되어서 그 감정을 그대로 느낄 수 있어야 함. 상대방이 생각하는 방식을 그대로 내가 느끼고 깨달을 수 있어야 하는 것임.
 - 우리는 입버릇처럼 ‘상대방을 이해하라’고 말하고 있음. 살아온 환경이 다른 세대끼리 상대를 이해한다는 것은 사실상 불가능함.
 - 그러나 사전적 의미처럼 상대방을 존중하게 된다면 의외로 해결이 쉬워질 수 있음. 존중한다는 것은 상대방을 깔보지 않고, 경청하고, 배려하게 됨.
 - 상대를 이해한다는 것은 어려운 일이지만 존중은 실천이 가능한 이야기일 수 있음. 상대를 높이고 귀하게 대하고 경청하고 무엇인가 도와주려고 한다면 자연스럽게 세대 간의 장벽이 허물어지고 자연스럽게 이해라는 것으로 전환 될 것임.
 - 물론 상대를 존중하기 위한 세대 간 ‘존중’ 프로그램을 기획하여 함께 해보는 것도 좋은 방법이 될 수 있음. 그러나 존중은 기본적으로 우리 스스로가 가질 수 있는 마음가짐이며 의지로 볼 수 있음.
 - 미국의 유명한 전설적인 풋볼 코치였던 아모스 알론조 스태그(amos Alonzo Stagg)의 유명한 어록이 있음. “나는 우리 선수들을 모두 사랑한다. 그러나 모두 좋아하지는 않는다.” 좋아한다는 것은 감정이나, 사랑한다는 것은 의지이며 결단임.
 - 마찬가지로 ‘이해’는 감정이지만 ‘존중’은 결단과 의지임. ‘이해’한다는 것은 이상이지만, ‘존중’한다는 것은 현실인 것.
 - 이것을 구분해서 생각한다면 실천한다면 세대 간의 갈등을 해결할 수 있음. 예를 들면 이런 말이 나올 수 있음. “젊은 세대는 노인세대를 이해할 수는 없지만 존중할 수는 있다.” 또는 “노인세대는 젊은 세대를 이해할 수는 없지만 존중할 수는 있다.”

“환경”

- 제주형 통합복지하나로 시범사업에서 전문적 역량과 관련된 환경적 요인은 매우 다양함. 무엇보다도 가장 큰 어려움은 사업을 주관하는 도청 공무원의 잦은 인사발령 이었음. 공무원의 특성상 순환보직이 어쩔 수 없는 사안이지만 특정한 정책 사업을 수행하기 위해서는 지속성과 전문성이 확보되어야 함.
- 통합복지하나로 시범사업을 추진하는 도청 공무원의 경우에는 보건복지여성국장을 제외하고는 인사발령 주기에 따라 복지정책과장, 지역복지팀장, 담당주무관 등 잦은 담당자 변경이 있었음. 담당공무원이 바뀔에 따라 사업의 기획, 실행, 모니터링 및 평가 등에 있어서 그 방향성을 달리하기도 하고, 새롭게 사업을 시작하는 듯 소통의 어려움이 존재하였음.
- 따라서, 향후 제주형 통합복지하나로 전달체계와 같은 지속적 과업이 있는 분야는, 공무원 전문 경력관 제도를 도입을 적극 검토하여야 함. 전문 경력관 제도가 어렵다면, 해당 분야 경력이 많고, 열정이 있는 핵심 공무원을 배치하여 최소 근무연한을 설정, 그에 합당한 인센티브 제도를 실시하는 것이 바람직함.
- 두 번째, 시범사업의 어려움은 지역사회 공감대 형성이 부족했었음. 협력이 꼭 필요한 공무원 타 부서, 보건의료기관, 특히, 민간 유관기관단체와의 소통에 한계가 있었음.
- 향후 제주형 통합복지하나로 전달체계의 전문적 역량을 발휘하기 위한 환경적 조건으로는 전문인력 양성과 지역사회 공감대 형성을 위한 지원체계 마련이 필요함.
- 제주형 전달체계는 지역사회통합돌봄 이라는 큰 화두 아래에 (가칭) 사회서비스원, 제주특별자치도사회복지협의회, 제주특별자치도사회복지사협회, 권역별 종합사회복지관, 보건·의료 관련 기관, 제주특별자치도 인재개발원 및 기타 유관기관 등 전문인력 양성을 위한 연합체를 구성할 필요성이 있음.
- 관련하여 역량강화 체계를 수립, 역할분담을 명확히 하고 각 기관의 강점을 활용한 교육·컨설팅 등을 공유하여야 함.
- 교육과 컨설팅 대상은 수행기관 및 협력기관 민간종사자, 공무원, 지역단위 자생단체 그리고 주민도 포함되어야 함.

- 교육방법과 매체에 있어서는 심도 있는 논의가 이루어 져야 하겠지만, 소단위 지역의 지역사회조직(활동) 전문가를 양성하여야 하며, 지역별 전문가는 수평적으로 연합체가 이루어져야 하며, 지속적인 양성을 통하여 수직적 선·후배 관계 네트워크도 활성화 시켜야 함.

바) 보건·의료·복지 연계 강화

- 보건·의료와 복지 연계 강화는 복지전달체계에서 매우 중요함. 따라서 본 연구에서는 제주 도내 병원과 요양병원에서 근무하고 있는 사회복지업무 담당자 22명을 대상으로, 복지와의 연계협력 시 어려움을 중심으로 서면조사를 실시하였음.
- 서면조사는 도내 병원 13곳, 요양병원 10곳에 사전 동의를 받은 담당자 총 22명으로 대상으로 하였으며, 총 18명(병원 13명, 요양병원 5명)이 최종 응답하였음. 조사기간은 2021. 12. 1. ~ 12. 7.(7일간)까지 었음.
- 주요 질의 내용은 다음과 같음.
 - ① 본인의 주요업무
 - ② 본인의 전체업무 중 연계·협력이 필요한 업무의 비중(%)
 - ③ 사회복지관련 기관(공무원 포함)과 연계·협력 빈도가 높은 순대로, 업무명, 연계·협력의 주요내용, 연계·협력 주요기관
 - ④ 사회복지관련 기관(공무원 포함) 연계협력의 어려움
 - ⑤ 건의사항
- 병원별로 응답결과가 다소 차이가 있어, 전반적인 응답경향을 중심으로 살펴보겠음.
- 병원에 근무하는 담당자의 주요업무는 입원환자에 대한 의료비, 간병비 지원 업무 그리고 입원계획 및 퇴원환자의 지역사회 복귀지원 비중이 높았으며, 무연고환자 지원, 연명의료결정제도, 취약계층 건강지킴이 및 도서지역 무료진료 사업 등 다양한 업무를 하고 있었음.
- 업무의 내용을 살펴보면, 종합병원은 국민기초생활보장수급자 및 저소득층 중심으로 의료비 및 간병비 관련하여 긴급한 사례(긴급복지지원 및 위기가정지원)가 중심이라면, 요양병원은 장기 입원자에 대한 관리가 중심이었음.

○ 전반적인 주요업무 내용은 다음과 같음.

- 입원환자(취약계층 중심) 의료비 지원
- 입원환자(취약계층 중심) 간병비 지원
- 입원계획 및 퇴원환자 지역사회 복귀지원
- 지역사회 기관연계(환자사례관리 요청, 기초생활수급 신청 및 장애 등급 신청 등)
- 심리·사회적 문제해결(상담)
- 후원금 및 자원봉사자 관리(사회공헌)
- 자체 프로그램 운영 및 교육
- 입원환자 관리(취약환자) 및 물품지원
- 지역사회통합돌봄 관련 지원
- 기타 행정업무 지원 등

○ 본인의 업무 중 사회복지기관(공무원포함)과 연계가 필요한 업무 비중은 전체평균 65.2%, 종합병원 79.2%, 요양병원 26.0%로 나타나 종합병원과 복지의 연계·협력 비중이 높은 것으로 나타났다.

○ 연계·협력하는 복지관련 주요기관은 대략 다음과 같음.

- 공무원: 시청 주민복지과(긴급복지 및 위기가정 지원 등), 읍면동 주민센터 주민복지팀 및 맞춤형복지팀, 보건소 등
- 민간: 사회복지공동모금회, 복지관, 사회복지 생활(거주)시설, 지역자활센터 등

○ 사회복지분야와의 연계에서 어려움을 정리하면 다음과 같음.

- 보호자가 없는 취약계층 일 경우, 입원·퇴원, 기타 서비스 및 정보공유 등 어려움 발생

- 주민센터 사례관리 대상자가 아닌 무의탁 독거 취약계층인 경우 서비스 신청의 어려움 발생
- 중증 취약계층 환자 중 무의탁 환자인 경우 퇴원계획 수립의 문제점 발생 (주민센터 보호자 역할 의 한계 발생)
- 복지사각지대 발굴 환자 및 보호자가 전혀 없고 의식 불명이 된 환자 등 다양한 사유로 인해 사례관리 혹은 자원 연계 등을 관할 시청이나 주민센터로 의뢰를 할 때 적극적으로 개입을 해주는 곳이 있는가 하면, 미온적인 태도로 비협조적인 곳도 있어 환자 의뢰시 어려움이 있음.

- 일반 건강보험 환자 중 보호자가 없는 경우에는 기초정보를 얻기에도 어려움이 있고, 연계할 수 있는 자원이 없어 실질적으로 지원이 불가능한 경우가 발생함.
- 요양병원 전원에 대해 환자 분께 직접 동의를 구하지 못하고, 보호자 역할을 해줄 사람도 전혀 없는 경우 퇴원계획에 어려움 발생하고 있음.
- 사례관리 업무 중에 보호자 등 연고가 전혀 없는 환자의 경우 복합적인 문제가 있고 많은 정보를 필요로 하나 개인정보보호 관련으로 정보제공을 관공서로부터 원활한 정보습득 관련 연계 협력이 어려움이 있음
- 무연고자 및 건강보험 자격상실 되어있는 환자가 입원할 경우, 건강보험 자격을 살려 관할 주민센터를 통해 의료비와 간병비 신청을 통해 도움을 드릴 수 있으나, 환자가 간병물품 등을 사지 못하는 상황이 생기는 경우 관할 주민센터 통해 지원물품을 받을 수 있는지 확인 요청드리는데 간혹 지원이 어렵다는 답변을 받아 도움을 받기 어려운 경우가 있음. (반면 물품지원이 가능하여 병원으로 간병 물품을 직접 가져다주셔서 지원해주는 경우도 있고, 환자와 상담을 통해 현재 환자의 상태, 상황 등을 파악하여 도움을 주시는 곳도 있음) 본 병원은 따로 자체기금이나 물품자원을 받을 수 없는 상황으로 간병물품 등이 정말 필요한 경우 사비로 간병물품(기저귀, 물티슈 등) 구입하여 환자에게 지원하고 있음.
- 수급자이고 어려운 사람들인데 병원으로 모든 걸 책임 전갈 해버리는 담당자들도 있음. 요양원이 아니고 여간 요양병원이라고 정부지원 없다고 해도 무연고자가 어려운 환경에 처해 있어도 처리하는 매뉴얼이 없다고만 함. 아파도 상급병원으로 갈 수가 없어서 사망에 이르기까지 하는 경우도 있음.

- 사례관리 대상자가 아닐 경우, 주민센터 개입의 한계

- 의료사회사업팀 내에서 해결이 어려워 주민센터에서 적극적으로 개입해줄 것을 요청하지만 자원 부족, 사례관리 미대상자 등의 사유로 지원에 어려움을 이야기하는 경우가 있음. (극히 일부 주민센터 상황이었으나 이런 경우 문제 해결에 매우 어려움을 느낌)
- 기초생활수급자 및 차상위 계층이나 사례관리 대상자가 아닌 경우에 지원 신청에 어려움이 있음

- 고난도 사례, 만성질환자 및 입·퇴원 반복 환자에 대한 지원 어려움

- 만성질환 및 입원을 반복하는 경우, 장기적으로 입원하는 환자의 경우 지속적인 자원 연계가 필요하나 한정적인 자원과 중복 지원의 어려움을 겪음.
- 소위 말하는 실적이 되는 사례 대상자는 연계 협력이 수월한 편이나, 장기적 사례관리가 필요하거나 지원 받은 사례가 있어 더 이상의 연계가 힘들 경우에는 기피하는 경우가 있음.

- 사례별 대응에 따른 적극성에 어려움이 있음, 즉 쉬운 사례와 대상자는 연계 협력이 수월하나, 고난이도 대상에는 기피하는 등 민간에서 받은 대상자가 방치되는 사례도 발생됨. 즉 행정과 모든 사회복지 관련 기관에서 기피하여 문제가 발생되기도 함.
- 의료급여 환자가 재가 의료서비스 대상자에서 제외되는 경우(환자 본인의 비협조 등으로) 다시 병원을 방문하고 장기입원이 반복되는 경우 해결방법을 찾기 힘들.

- 의료비 지원이 신속하게 이루어져야 하는 경우, 정해진 절차 때문에 어려움

- 의료비 신청 및 지원 결정까지 최소 3~4일 정도 필요한데, 단기입원 환자나 퇴원 임박하여 의뢰된 환자의 경우 의료비 신청 시간이 너무 촉박하여 신청이 안 되거나 간혹 심의 결정문서가 늦어져 민원이 발생하는 애로사항이 있음.
- 다른 의료비 지원 사업과는 다르게 사랑의 열매 승인 기간이 오래 걸림. 승인 기간을 기다리기 위해 보존적 치료로 입원을 행하는 경우가 많음

- 서로 연계·협력할 수 있는 시스템 체계가 부족

- 여러 사업이 난무하면서 중복되는 사례 대상자가 발생되고 있음/주 사례관리기관이 컨트롤타워 역할을 해야 하는데, 여러 기관이 한 대상자를 두고 반복적 상담 등이 진행되는 경우가 있음. 민·관이 같이 연계 협력을 하되 관을 중심으로 시스템 체계 필요
- 연계협력 시 주 사례관리기관의 변경에 따른 부담감 발생으로 추후관리 등 피드백이 원활하지 못함.(즉 퇴원 시 요양병원, 재가서비스 연계시 이후 관리에 따른 진행사항 파악 등 대상자 동선 파악이 되지 않음) 즉 행정에서 지속 관리할 수 있는 시스템구축으로 주 사례관리기관이 적극 지원한다면 민간 기관들이 서비스제공 부분에서 한결 수월할 것이라 사료됨.
- 의료비지원 신청 시에 공공기관 및 민간재단 등 병원과의 구축 행정시스템이 다르기 때문에 문서 교류 시에 원활하지 못하는 부분이 많음
- 퇴원 연계 시 원활한 자원 연결 모색 필요
- 퇴원 시 치료가 지속적으로 필요하여 집으로 바로 갈 수 없는 경우 환자의 기초생활수급비용만으로는 요양병원으로 갈 수 없는 곳이 많음. 관할 주민센터 쪽으로 도움을 청해도 대부분 해당 부분은 도움 줄 수 없는 곳이 많아 사각지대에 놓인 환자들을 연계하지 못하여 제대로 된 치료를 받지 못하게 됨.

- 담당 공무원 재량에 따른 결정 그리고 담당자 부재 시 업무처리가 안됨.

- 읍면동의 근무하는 주무관의 적극성과 역량에 따라 지원하여 확정 결과를 받는데 소요시간이 달라지고 사업의 지침 및 내용 미숙지로 원활한 업무 수행이 어려울 때가 있음. 또한 주업무자의 휴가또는 공석일 때 대직자가 있기는 하나 대직자가 업무처리를 하지 못함. 인사발령으로 담당자가 자주 바뀜.
- 관할 행정기관 담당자 부재 시 대체(대직) 시스템 구축이 이루어지지 않아 응급한 대상자에 대한 원활한 의뢰 어려움 발생
- A와 B라는 사업 지원 시 주민복지팀과 맞춤형복지팀의 업무 분장이 각 읍면동마다 달라 한명과 연락을 할 때가 있고 담당자를 각각 연결하여 똑같은 내용을 설명해야하는 경우가 대다수임. 또한 같은 읍면동 근무자들이 서로 C라는 대상자의 지원내용에 대해 공유가 안 되어 있음.
- 각 읍면동마다 지정기탁 예산이 다르고, 사례관리비라는 예산의 지원을 하는 범위가 달라 지원이 원활하게 연계되는 경우가 있는가 하면 단호하게 안 된다고 못 박아 버리는 경우가 있어 A라는 사람이 어디에 거주하느냐에 따라 지원여부가 달라질 수 있음. 검사비 지원 예산이 따로 책정이 되어 있으면 좋겠음.
- 1차적으로 주민센터와 협력을 하는데 동마다 담당자들이 대처 능력이 다르다. 어느 동에서는 처리가 되는 것이 안 되는 경우가 종종 있음
- 담당자의 개인 역량 및 인성으로 좌지우지 하는 경향이 많음
- 담당자의 부재(휴가나 출장) 시 의료비 지원 확인이 늦어짐. 또는 부재 시 다른 직원에게 업무 인수가 제대로 되지 않음

- 24시간 간병비는 인상되었는데, 지원금은 기존금액이라서 환자 본인부담금 증가

- 최근 24시간 간병비가 인상(13만원)되고 있는데, 지자체 차원에서 제지할 수 있는 규정이나 정해진 금액이 없음. 시청에서 지원해 주는 시청 유료 간병비(9만원)는 기존 금액으로 유지되고 있어 취약계층 환자의 본인부담금이 증가하는 부담감이 있음.
- 지나치게 높게 책정되고 있는 간병비용의 안정화 시급

- 기타 자발적 자원봉사 부족 및 사설 응급차 요청 시 어려움

- 개인병원 또는 요양병원의 자원봉사 확대(봉사 시간이 채워지지 않더라도 지역사회 발전과 이미지를 위한 자원봉사 필요)
- 사설 응급차의 부재(보통 응급차가 1대 적게는 2대 운영하는 요양병원 및 개인병원 특성상 응급 상황시 사설 응급차에 도움 요청 시 요구하거나 까다로운 절차를 거쳐야 하는 시스템 개선이 필요)

- 병원 담당자들은 보건·의료·복지의 연계 활성화를 위하여 보건·의료·복지의 정례 간담회 및 공유시스템의 필요, 간병비 현실화, 무연고자 및 경제적 사각지대 환자에 대한 방안, 지원절차의 모호성과 담당자 재량에 대한 기준 정립 등 다양한 의견을 제안하였음.

- 보건·의료·복지 연계를 위한 정례 간담회 및 사례관리 체계 등 공유 시스템 필요

- 코로나19로 인해 간담회 등이 이루어지기 어려운 상황이나 실질적으로 의료현장에 어떤 자원이 필요한지 이야기를 나눌 수 있는 자리가 있으면 좋겠고, 의견을 이야기할 수 있는 창구가 있었으면 좋겠음.
- 실질적으로 협조를 요하는 유관 기관과의 정기적인 간담회를 개최하여 협조체계 구축 및 요청 사항을 의논할 수 있는 자리가 마련되면 좋겠음. (환자 발굴 및 의료, 사례관리, 퇴원계획, 추가 지원 등)
- 새롭게 시작하는 사업이 많으나, 사실 그 진행 상황이나 결과에 대한 정보는 잘 모르게 되는 경우가 많음. 현장에 있는 실무자로서 내가 연계한 사례에 대한 정보도 공유되고 한다면 사업에 대한 참여도나 업무 만족도가 더욱 높아질 것 같음.
- 주 사례관리기관에서 대상자의 문제 발생부터 서비스 연계 후 진행되어지는 전 과정을 의뢰 기관에 고지될 수 있다면, 의뢰받는 기관에서도 각 자신의 역할과 서비스지원 구분을 명확히 하여 서비스에 집중할 수 있겠으며, 대상자에도 현 기관에서 서비스 후 어떻게 서비스가 연계되어지는지 사례별 세부 도식표를 제공하면 서비스 연계에 따른 기관 및 대상자에 가시화를 통해 좀 더 편안하게 서비스 받으실 수 있을 것임. 또한 의뢰받고 서비스한 품목을 가시화 하여 간략히 소개할 수 있고, 이후 타 기관 서비스 의뢰 시 의뢰기관이 제공한 서비스 내용이 간략히 소개되는 종료 시 까지(어느 정도 단계별 구분되어 소개도 좋음) 참여할 수 있도록 과정 소개 등 공유도 서비스제공기관 참여자의 업무 만족도와 효능감을 높일 수 있는 부분이라 생각함.
- 행정시스템이 다르기 때문에 원활한 행정적 업무의 교류가 어려운 부분이 있기 때문에 공공 기관 및 병원, 사회복지기관과의 별도의 복지정보 시스템 구축 개발을 통하여 정보 취급 대상자 지정 등 시스템을 통한 교류 및 업무의 효율성을 높일 수 있는 대안을 마련 필요.
- 민간 사회복지기관과의 연계활동에 있어서 별다른 어려움이 없기는 하나 사례관리 대상자가 있는 경우에는 복합적인 문제가 있는 경우가 많다 보니 여러 기관이 모여서 사례관리 회의를 통한 통합사례관리에 대한 참여의 기회가 많아졌으면 좋겠음.
- 1년에 1~2회 정도 행정 시 긴급지원담당자와 동주민센터 사회복지 담당 주무관, 의료기관 사회복지사와의 간담회가 있었으면 함. 진료비지원 등 여러 사항에 대하여 논의하는 자리가 있으면 좋을 것 같음.
- 지원대상자 발생 시 무조건 주민센터를 통해 정확한 정보를 얻을 수 있음. 개인정보보호로 강제가 되어있긴 하지만 A라는 지원자의 지원받은 내역만이라도 확인하고 공유할 수 있는 시스템이 있다면 좀 더 효율적이고 원활한 업무진행이 될 것 이라 생각함.
- 사회복지 기관에서 필요시에는 연락이 자주 오다가 병원에서 필요하여 연락을 하는 경우 연락이 안 되는 경우가 있음. 서로에 대한 기관의 특성에 대한 이해가 필요하고 원활한 의사소통을 위해 노력했으면 좋겠음.

- 간병비 지원 현실화 및 안정화 필요

- 도사업 저소득층 간병비 지원은 양 행정 시에서 요구하는 서류 및 지원 절차가 다름. A라는 사람의 주소를 보고 지원 신청 시 제출하는 서류가 다름. 또한 현재 1일 9만원씩 10일 지원하는 간병비 지원 사업은 실제 현장을 반영하지 못함. 24시간 10만원이라는 전제하에 자 부담 10%로 하여 1일 9만원 지원해주고 설계되었지만 현재 본원을 비롯하여 종합병원 입원하는 환자의 24시 간병비는 주로 13만원으로 형성되어 있음. 1일 자부담 4만원이며, 저소득층에게는 부담스러운 금액이나 도에서는 이런 현황파악을 하는 움직임도 없고 읍면동 주민센터 담당자들도 인지를 하지 못하고 있음.
- 무의탁 취약계층 환자에 대한 간병예산 증액 필요 (간병비 인상으로 인해 간병비 지원 외 추가적인 본인부담금 증가로 인한 경제적 어려움 가중)
- 최근 간병비 인상으로 인한 문제가 많음. 시청 유료간병비 지원사업의 경우 1일 9만원, 최대 10일 90만원 지원을 해주고 있으나 현재 간병비 인상으로 인해 본인부담금이 약 1일 4~5만원이므로 지원을 받더라도 경제적 부담은 여전함. 초과되는 본인부담금 납부가 어려워 지원 대상은 되지만 신청이 어려운 경우도 발생하고 있음. 지원 금액 인상을 고려해주었으면 함.
- 현재 진료비 지원에 비해 간병 지원의 경우 굉장히 부족함. 특히 어르신들의 경우 낙상의 위험 등으로 인하여 입원기간 내내 간병이 필요한 경우가 많으나 행정 시에서 지원하는 것은 현재 10일 90만원으로 턱없이 부족한 실정. 추가적으로 공동모금회에 간병신청을 하고는 있으나 실질적인 간병 지원에 대한 많은 논의가 필요하다고 사료됨. 또한 지나치게 높게 책정되고 있는 간병비용에 대한 안정화가 시급함.
- 요양병원에 입원하고 있으면 입원료와 간병비가 발생되어 약 200만원(건강보험 환자 경우) 발생함. 특히 간병비의 경우 비급여 항목으로 감면 받을 수 없음. 기초생활수급자의 경우, 기초생활수급비만으로 간병비 납입의 부담이 크고, 보호자의 경제적 부담으로 이어짐. 최근 감염(VRE 등)으로 1인실 사용으로 1일 간병비가 12만원이 발생하여 5개월 입원하여 약 1800만원의 간병비 납입한 사례가 있었음. 보호자는 간병비를 대출을 통해 납입하면서 언제 다인실을 옮길 수 있을지에 대한 불확실성이 컸음. 간병비로 인해 한 가정의 경제적 환경이 악화되는 대표적 사례임. 전국적으로 의료비 지원에 대한 자원은 많으나 간병비 지원에 대한 자원은 찾기가 어려움. 간병비 지원해주는 제도가 마련된 타 지자체도 있음. 요양병원 입원환자 중 경제적으로 힘든 자에게 간병비 일부 지원하는 것만으로도 경제적 부담을 조금이나마 덜 수 있을 것임.

- 경제적, 만성질환 및 무연고 사각지대 환자에 대한 방법 모색

- 소외계층에 대한 자원이 많지 않아 연계에 어려움이 있음. 환자(보호자) 상담을 통해 경제적 어려움을 호소하나 이미 지원받은 이력이 있는 경우, 지원기준에 조금 못 미치는 경우는 지원받을 수 있는 방법이 전혀 없는 상황이므로 민간기관에 기대를 하는 방법밖에는 없음.

- 지자체 의료비 및 간병비 연계 후에도 추가 의료비나 간병비가 발생하여 경제적 어려움을 호소하는 환자들이 많은데 이러한 부분에 대해 추가 지원할 수 있는 방안이 있었으면 좋겠음.
- 진료비에 대하여 상담하다보면 사각 지대에 놓여 있는 경우를 가끔 접하게 됨. 코로나19로 지원의 범위가 확대된 것은 사실이나 좀 더 세심한 지원 방안이 필요하다고 생각됨. 기초생활수급자의 경우 월 생계비 받는 금액이 있어 적은 진료비의 경우 지원받기 어려운 경우가 발생. 이러한 경우에도 지원 받을 수 있는 방법들에 대하여 고민해 주셨으면 함. 기초생활수급자 중 보호자가 없거나 연락이 안 되는 보호자를 둔 환자의 경우 환자 진료 계획이라든가 상태가 좋지 않아 사망에 이르는 경우에 병원에서 진료비 등 미납되어 최종 해결되지 못하는 경우가 간혹 발생. 특히 응급실에서 사망하거나 할 때 비급여, 사망진단서 비용 등에 대하여 지원 방안이 필요.
- 퇴원계획 상담 시 집으로 퇴원하고 싶지만 가족이 없는 등 돌봄이 필요한 경우여서 여러 사정상 요양병원으로 퇴원하는 경우가 발생하게 됨. 복지관 사례관리 담당자에게로 연계하면 적극적으로 자원을 연결하여 주셨으면 좋겠음.
- 의료비 지원 기준에서 만성질환인 경우 대부분 지원이 어려움. 하지만 만성질환으로 입원하였다가 다른 질병이 동반되어 치료가 꼭 필요로 하는 경우에도 지원기준을 극대화하여 이 같은 경우에도 지원을 해주셨으면 좋겠음.
- 무연고자나 보호자가 연락이 몇 달째 두절된 경우 응급상황이 발생시 (상급 병원으로 호송해야 할 시) 병원비 및 간병비관련이 해결해 줄 곳이 없음. 긴급의료비는 1년에 정해진 금액이라서 그 한도가 지나면 다른 대안이 없는 상태. ex) 저희 병원에서 보호자 5개월째 연락 두절된 환자가 있었는데 결핵으로 상급병원 격리입원치료를 해야 했는데 수급비 계좌는 잔액이 없었고, 간병비도 병원에서 대납해주고 있는 상태. 병원비가 없어서 입원 할 수가 없었음. 주민센터 및 시청, 도청, 노인학대 신고 모든 곳에 상담해도 도와줄 수가 없었었음. 주민센터에 간곡히 부탁을 드려 겨우 병원비는 해 주겠다 해서 입원시킬 수가 있었음. 이런 이례적인 경우 호소할 곳이 없음. 병원이 자선사업을 하는 곳도 아니고 상급병원처럼 기부금을 받을 수도 없음. 현실적 대안 필요.
- 연말이 되면 사랑의 열매 등 많은 자선단체들이 요양원이니 뭐니 기부들을 많이 하고 있음. 이런 기금을 사용하는 규정에 이례적인 경우에도 도움 줄 수 있게 매뉴얼이 있었음. 돈 없는 무연고나 연락 두절된 환자들이 상급병원으로 이송 시 서로 책임을 회피하고 있음. 현재 병원에 입원해 있는 상태라고 병원에서 보호자 노릇을 하면서 책임을 전갈해버리는 경우가 있음. 민간이든 공공기관이든 이런 경우 처리할 수 있는 대처 방안이 있었음 함. 호소할 데도 없는 게 현실임.
- 65세 미만이고 장애를 갖고 있는 환자가 있었는데, 장애인 주거 시설 입소 대기 번호는 길어 무작정 기다려야하고, 도내 요양병원에 입·퇴원을 반복하는 사례가 있었음. 젊은 나이를 가진 환자였고, 신체 기능도 좋았지만 병원에만 지내는 것이 안타까웠음. 장애를 가진 환자 및 보호자가 어떻게 함께 지낼 수 있을 지에 대한 정보 접근성이 필요함.

- 담당자의 의지(기준 모호)에 따른 부분이 많으므로, 적극적 개입 요청

- 관할 주민센터 담당자의 역량이나 개입하려는 의지(?)에 따라 해결되는 시간이나 방법이 다름. 수급자, 차상위, 사례관리대상자의 경우 기초적인 정보도 가지고 있고, 그래도 적극적으로 나서서 도움을 주시는 경우가 많지만 일반 건강보험 환자나 장기입원 환자로 인해 지속적인 자원 연계가 필요한 경우에는 더 이상 도움 드릴 것이 없음. 그들에 대해 잘 알지 못한다 등등 답변만 돌아오는 경우에는 대상자의 문제 해결에 큰 어려움이 있음. 수급자 유무를 떠나 관내 주민이 어려운 상황이 처했을 때 함께 방법을 생각해주고 적극적으로 개입해주셨으면 좋겠음.
- 대부분 지자체 사업 기준을 따르고 있어 조금 더 완화된 기준을 마련해주어 지원기준에는 조금 못 미치지만 경제적 어려움이 있는 소외계층도 지원받을 수 있는 도움을 주셨으면 함.
- 취약계층에 대한 의료비 및 간병비, 퇴원 연계 등 의료사회복지사가 연계 지원이 필요를 할 때 적극적인 지원을 해 주었으면 함.
- 취약계층에 대한 건강검진, 무료접종, 보건교육, 필요 한 의료사회복지 서비스 연계를 할 때 사회복지기관에서 대상자에 대한 연결 등이 적극적으로 해 주었으면 함.
- 도사업 위기가정 의료비 지원의 경우 지침이 따로 없어 양 행정시의 지원 대상자 기준이 모호함. 도사업 세분화된 지침이 필요하고 각 사업 관련 기관에 공유가 되면 좋겠음. 위기가정의 경우, 읍면동으로 서류를 신청하므로 주민복지과 담당자와 통화할 일이 없어야하나 읍면동의 주무관이 내용 전달을 잘 못한다거나, 직접 통화해보라는 얘기를 듣게 되는 경우가 있음. 양 시 담당자의 재량에 따라 같은 케이스의 환자가 지원 여부가 달라지는 경우도 있음.

- 독거 환자를 위한 프로그램 및 물품지원 확대

- 의료비 및 간병비 외에도 독거 환자분들에게 필요한 프로그램이나 교육 등 서비스 제공과 실질적으로 필요한 물품 지원 등도(물론 지금도 많은 도움 주시고 계시지만) 좀 더 확대 되었으면 좋겠음.

- 전문성 증진을 위한 교육기관 설립 등 기타

- 도내 특성상 인프라 형성이 미흡하여 도내에서도 전문성을 향상시킬 수 있는 교육기관 설립 및 지원 등이 이루어진다면 좋겠음.
- 요양병원 특성상 사회복지사 1명은 꼭 규정상 있어야한다고 했으나, 환자가 200명 가까이 되는 요양병원 특성상 사회복지사 1명이 관리하고 제작 및 활동에는 무리가 있다고 생각함.
- 코로나 사태가 진정되고 다시 자원봉사가 활발히 이루어지면 요양병원 어르신들도 같은 사람이고 요양원 어르신들과 같은 외로운 분들이라서 옆에만 있어줘도 매우 좋아함. 무엇을 하든 어떤 프로그램을 하든 좋아하시니깐 봉사시간이 채워지지 않더라도 도와주시면 감사하겠음.

제3장 결론

- 본 연구는 제주도만의 사회복지전달체계 구현을 위하여, 어떠한 부분에 중점을 두어야 하는지 그 미래의 모습을 찾는 것이 목적이었음.
- 궁극적으로는 제주도민이면 누구나 그들의 욕구에 따라 사회복지서비스가 설계·제공되고 나아가 복지 체감도는 물론, 행복한 삶을 누릴 수 있도록 지역사회가 변화하자는 의도임.
- 우리는 항상 입버릇처럼 말하는 ‘도민의 행복한 삶’이라는 궁극적 목적을 이야기 하더라도, 그 목표점을 함께 공유하지 못하고 분절된 전달체계 속에서 혼란과 갈등을 겪고 있는 것이 현실임. 또한 소통을 강조하면서도 무관심과 방관으로 일관하는 사례도 다 반사임.
- 이러한 분절성과 소통 강화를 위하여 제주에서는 제주형 통합복지하나로 시범사업을 약 2년간(2020년~2021년) 수행하였음. 시범사업은 민·관 협력과 정보공유가 핵심이며, 향후 제주의 사회복지전달체계를 구현하는데 있어서 기초가 되는 과정으로 이해하여야 함.
- 따라서, 제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전방안 연구는 곧 제주의 사회복지전달체계 구축 방안을 의미하며, 어떻게 보면, 현 시점에서 가장 핵심적인 정책과제임에 틀림없음.
- 본 연구 수행을 위하여 국내 선행연구 조사, 지난 2년간 제주형 통합복지하나로 시범사업에 대한 평가, 최근 3개년간의 도내 전달체계 관련 핵심내용 분석, 국내 사례(서울, 경기), 국외 사례(영국, 스웨덴, 일본) 등을 살펴보았음.
- 기존 선행연구 외 다양한 사례를 살펴본 결과, 다음과 같은 시사점을 찾을 수 있었음.
 - 사회복지 전달체계에 대한 먼 숲을 내다보고 체계적으로 준비하는 조직 및 인력이 없음.
 - 사회복지전달체계의 통합적 접근을 위하여 노력은 지속되고 있으나 분절성은 심화됨.
 - 정치적 수단에 따라 정책이 이슈화되기도 하고, 한순간에 사라지기도 함.

- 우리나라는 중앙정부 중심의 전달체계 실적화로 인하여, 지방정부의 자율성이 없음.
- 소통을 매우 강조하고 있으나, 실질적 소통이 어려움(민·관, 관·관, 민·민, 보건·의료·복지 등)
- 특정한 사건사고가 발생할 때 전달체계에 대한 촘촘한 안전망을 강조함.
- 인력의 전문성은 어디에서나 강조되고 있으나, 전문 인력 양성을 위한 투자는 미약함.
- 민·관 협력의 관계는 수평적이어야 하나, 여전히 공공의 관료적 행태가 나타나기도 함.
- 보편적 복지를 추구하고 있으나, 사실상 취약계층 중심의 서비스가 많음.
- 개인정보보호의 강화와 정보공유라는 이중적·모호한 관계에 대한 명확한 답이 없음.
- 정보의 공유라는 것이 중요한 부분인데 사용하는 시스템은 각기 다르며 권한의 한계가 존재.
- 내부직원에 대한 동기부여 및 갈등관리에 대한 부족으로 사회복지담당자의 소진 심화.
- 각 기관 리더의 역할이 매우 중요한데, 낙하산 인사 및 전문성 결여 등 한계가 존재.
- 사회복지관련 정책은 매우 급하게 추진되는 경향이 있으며, 논의과정이 부족함.
- 인력, 조직, 예산이 안정적으로 투입되어도, 여전히 업무의 양은 많고, 역할은 불명확.
- 대부분의 정책이 사람중심, 생애중심이라는 표현을 하는데, 대부분의 정책은 공급자 위주.
- 민·관의 사회복지서비스가 너무 많아, 자원·서비스 및 유사중복 사업 등 파악조차 어려움.
- 복지의 부익부빈익빈, 지역별 편차가 너무 심함.
- 복잡한 사회복지전달체계 속에서 주민들은 여전히 어디에 무엇이 있는지 찾기가 어려움.
- 4차 산업혁명은 매우 빠른 속도로 변화하는데 복지와의 접목 등 관심은 부족함.

○ 본 연구에서는 이러한 사회복지전달체계 한계를 극복하고 제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전을 위하여 몇 가지 방향을 재정립해 보았음.

- 첫째, 사회복지전달체계 구축에 대한 지역사회공감대 형성과 더불어 강력한 정책적 수단이 작동되어야 함. 다시 말하면, 전달체계 구축의 필요성을 누구나 다 공감해야 하며, 한번 시도했다가 사라지는 것이 아닌, 누가 정책의 리더가 되든 꾸준히 긍정적 방향으로 끌고 갈 수 있어야 함. 타 지역 사례의 경우, 정책적 공약의 이행으로 기반이 다져지는 경우가 많음. 예를 들면, 선거가 대표적 사례가 될 수 있음.
- 둘째, 전달체계는 공급자 입장에서 통합화, 이용자 입장에서는 단순화 되어야 함. 앞서 살펴본 바와 같이, 우리는 매우 복잡하고 분절된 전달체계 속에서 서비스가 이루어지고 여전히 도민들은 어디에 무엇이 있는지 정보의 접근성에 한계가 있음. 따라서, 향후 제주

형 사회복지전달체계에서는 주민의 쉽게 다가 갈 수 있는 창구를 단일화 하여야 함. 대표적으로 시범사업에서의 종합상담창구가 될 수 있음. 종합상담창구에서 이용자에 대한 모든 상담을 다 수행하기에는 개인적 역량·환경적 요인 등 한계가 있지만, 주민의 입장에서 창구가 단일화 될수록 접근성은 더 높을 수 있음. 종합상담창구는 행정안전부와 복지부의 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼에서도 매우 강조가 되고 있는 부분임. 종합상담창구 기능을 강화함에 있어서 읍면동 주민센터와 권역별 (가칭)통합복지하나로 센터가 중심이 되어야 하며, 기본적으로 이 창구를 통하여 이용자에 대한 상담, 서비스 연계·협력이 적극 이루어져야 함. 또한 종합상담창구 설치에 있어서 주민의 접근성과 특성을 고려하여 다양한 방법으로 추진할 수도 있음. 예를 들면, 보건소, 보건진료소, 종합병원 및 가상공간 등을 활용할 수도 있음. 종합상담창구에서 타 부서, 타 기관과의 연계·협력이 더욱 원활 해 지기 위해서는 보건복지부에서 개발하고 있는 차세대사회보장 정보시스템의 민·관협력 플랫폼이 실제 현장에서 유익하게 사용가능해야 하며, 정보의 접근권한(개인정보 한계) 등을 정책적으로 해결해야 함.

- 셋째, 제주형 통합복지하나로 전달체계는 인력, 조직, 법적·제도적 근거가 마련되어야 함. 통합복지하나로 전달체계는 공공과 민간의 기본 뼈대 위해 살을 붙이고 운동을 하는 개념임. 공공과 민간 모두 체계적이고 안정화된 조직체계가 필요함. 본 연구에서의 조직은 (가칭)통합복지하나로 전달체계를 가장 상위의 개념으로 보아야하며, 도와 행정 시에 (가칭)통합복지하나로 지원국을 설립, 지원국 아래 여러 부서 협력체인 추진단 설립을 제안하였음. 또한 인력은 공공의 경우, 공무원, 전문경력관 및 공무원 사회복지사로 채용, 민간의 경우에는 복지관 권역별로 통합복지하나로 팀을 신설, 지역사회 환경적 특성에 따른 인력증원의 가감이 실행되어야 함. 마지막으로 법적·제도적 근거는 정책의 가장 기본으로 볼 수 있음. 현재 중앙 정부에서는 「사회서비스 지원 및 사회서비스 설립·운영에 관한 법률」이 통과되어 법적 근거를 마련하였으나, 지역사회통합돌봄의 경우에는 관련법이 계류 중에 있으며, 2022년 말 까지 사업 수행이후 향후 방향성에 대해서는 불투명한 상황임. 이처럼 중앙에서 법적 근거를 마련하기는 쉽지 않으나, 지역에서는 의지만 있다면 조례와 같은 제도적 근거를 마련하는 것이 중앙보다는 훨씬 수월함.
- 넷째, 우리는 소통해야 함. 선행연구, 국내·외 사례 그리고 제주형 통합복지하나로 시범사업의 결과에서도 확인이 되었듯이 여전히 소통의 부재에서 오는 어려움은 전달체계 구현의 가장 큰 걸림돌이 되고 있음. 사회복지전달체계의 구축은 어느 한 부서의 노력으로 절대 이를 수 없음. 도, 행정 시, 읍면동, 민간 기관·단체 및 지역주민 등 다함께 노력해야 함. 소통은 상대를 존중하고, 귀를 열고, 정례화된 간담회 등과 같은 약속이 전제 될 때 더욱 실현가능성이 높음. 본 연구에서는 도와 행정 시의 경우, 연계·협력이 필요한 관련 부서 연합체인 추진단, 그리고 민·관·학 연합체인 운영위원회를 구성할 것을 제안하였으며, 2021년 설립예정인 사회서비스원의 복지서비스 하나로팀에서는 민간과 공공의 연결하는 가교역할의 핵심이 되어야 함. 또한 권역별 복지관 중심의 (가칭)통합복지하나

로 센터, 읍면동 주민센터 그리고 병원(보건소 포함)은 한 권역을 책임지는 주체로서 리더, 중간관리자, 실무자가 정례화된 모임을 추진하여야 함. 본 연구보고서 본문에서도 기술한 바와 같이 소통에서 가장 중요한 것은 상대를 이해하는 것이 아닌 '존중'에서 시작함. 특히, 최근 젊은 세대들이 조직생활에 많이 유입됨으로써 그들의 특성을 알고, 배려하고 동기부여 하는 것이 매우 중요함.

- 다섯째, 사람을 키워야 함. 모든 정책은 사람을 위하여, 사람이 만들고, 사람이 실천하고, 사람이 평가함. 우리가 일을 하다보면 법적·제도적 한계에 부딪혀 할 수 없는 일이 발생하기도 하지만, 사람의 '의지(Willingness)'에 따라서 정책은 물론 서비스도 유동적으로 바뀔 수 있음. 도민에게 필요한 또는 도민이 필요로 하더라도, 담당자 한사람의 의지가 없거나, 관리자의 의지가 없거나 지역사회에 의지가 없다면 어떠한 것도 생산할 수 없음. 담당자가 아무리 열정적이더라도 중간관리자나 리더가 무관심 하면 그 사업이 성공할 수 없으며, 리더의 의지가 아무리 강해도 담당자의 동기가 상실되고 소진되어 있다면 마찬가지로 결과가 나오게 됨. 그렇다면 사람은 어떻게 클 수 있을까? 우리는 소위 이를 '전문적 역량' 또는 '전문성'이라고 부름. 전문성을 정의하는 것이 학자마다 다양하지만, 본 연구에서는 전문적 역량을 개인의 역량(Individual Competence)의 함으로 보았으며, 지식과 기술[Knowledge(K) & Skills(S)], 지식과 기술을 사용하기 위한 의지(Willingness to use K&S), 지식과 기술을 사용할 수 있는 환경(Circumstances to use K&S)으로 구분하였음. 자칫 이러한 전문적 역량 증진에 있어서 실무 담당자만을 생각하는 경우가 많은데, 전문적 역량은 리더, 중간관리자, 실무자, 지역사회 주민 등 모두가 다 대상이 될 수 있음. 이를 위하여 교육훈련 체계 수립·시행 및 슈퍼비전 체계 수립·시행 등 조직적 차원에서 추진할 수도 있으나, 개인적 노력도 수반되어야 함. 스스로에 대한 셀프리더십이 필요하며 학습, 탐구 및 소통하는 자세가 있어야 함. 정책은 급하게 만들 수 있음. 그러나 그 체계를 만들어가는 힘! 천천히 사람을 변화시키고 키우는 전략이 더욱 중요함.

- 마지막으로, 4차 산업혁명이 주도하는 현대에는 4차 산업혁명과 복지의 접목모델에 관심을 가져야 함. 본 연구 본문에서는 4차 산업혁명에 대한 개념, 메타버스 활용사례 중심으로 소개하였으며, [부록 2]에는 국내·외 4차 산업혁명과 복지의 다양한 사례를 제시하였음. 이러한 다양한 사례는 관점의 변화를 줄 수 있으며, 창의적 융·복합적 사고를 통하여 기관과 기관, 기관과 지역사회가 상생하는 다양한 전략과 계획수립이 가능할 것임.

참고문헌

- 강혜규, 김형용, 박세경, 최현수, 김은지, 최은영, 황덕순, 김보영, 박수지. 2007. 『사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제: 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식』. 한국보건사회연구원.
- 강혜규, 김희성, 박세경, 오옥찬, 유재언, 김지연, 김진희, 최요석. 2019. 『정책환경 변화를 고려한 지역사회 서비스 전달체계 개편방안 연구』. 한국보건사회연구원.
- 공선희. 2015a. “영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로”. 『한국 노년학』, 35(1), 79-98.
- 공선희. 2015b. “영국 캐머런 연립정부의 ‘큰 사회(Big Society)’ 정책과 사회 서비스의 변화: 노인돌봄을 중심으로”. 『유럽연구』, 35(1), 25-56.
- 김경혜, 김연명, 이미라, 이혁준. 2012. 『서울시민 복지기준 설정연구』, 서울특별시·서울연구원.
- 김귀영, 윤민석, 손창우, 안현찬, 김성수, 서동욱, 권민영. 2016. 『찾아가는 동주민센터 1단계 사업 성과관리 학술용역』. 서울특별시·서울연구원.
- 김귀영, 장익현, 손창우, 안현찬, 이준영, 이승재, 공 주. 2018. 『찾아가는 동주민센터 3단계 사업 성과관리 학술용역』. 서울특별시·서울연구원.
- 김보영. 2012. 『고령자 및 장애인 복지서비스. 최영준 외. 주요국의 사회보장제도 - 영국』. 한국보건사회연구원.
- 김보영. 2018. “통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건-영국사례연구”. 『한국사회정책』, 25(2), 403-428.
- 김승연, 권혜영. 2018. 『서울시 찾아가는 동주민센터 2.0과 전국화를 위한 과제』. 비판과 대안을 위한 사회복지 학회 학술대회 발표논문집, 290-307.
- 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. 2018 『해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진 방향 연구』. 보건복지부·서울연구원.
- 김연아, 김태환, 민미애. 2019. 『우리동네 나눔반장 표준 실행모델 개발 연구』. 서울특별시 사회적경제지원센터.
- 김용득, 이계연. 2013. “영국 커뮤니티케어와 서비스 공급주체 구성의 변화”. 『사회서비스연구』, 4(1), 145-173.
- 김용득. 2006. “영국 커뮤니티케어의 동향과 함의”. 『국제사회보장동향』, 2006(여름), 2-19.
- 김용득. 2019. “1990년 이후 영국 커뮤니티 케어 변화의 궤적 읽기: 이용자 선택과 제도 지속가능성의 쟁점을 중심으로”. 『보건사회연구』, 39(3), 114-147.
- 김원경. 2014. “지역포괄케어시스템의 구축배경과 추진방향”. 『장기요양연구』, 2(1), 6-31.
- 김이배. 2021. 『공공복지전달체계의 한 측면에 관한 연구』. 서울: 신정.
- 김인춘, 박지현. 2013. 『북유럽 국가들의 복지재정 제도 연구』. 한국지방세연구원.
- 김정현, 류명석. 2016. 『찾아가는 동주민센터 인력운용 활성화방안 연구』. 서울시복지재단.

- 김종일. 2012. 『지역사회복지론』. 서울: 청목출판사.
- 김진석, 김승연, 남기철, 유애정, 장숙량. 2020. 『복지전달체계 개편 시범사업 평가 및 모형개발 연구: 화성, 춘천 사례』. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김태완, 김미근. 2020. 『국민기초생활보장제도 20년사』. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김형모, 문영희, 홍선미, 조승철, 성은미. 2000. 『2009년 무한돌봄센터 운영 매뉴얼』. 경기복지재단.
- 김환철. 2007. “사회복지 전달체계의 비교를 통한 한국의 개선과제 연구-한국·영국·일본의 복지체계 변화를 중심으로”. 『한국비교정부학보』, 11(1), 41-58.
- 김희수. 2019. “커뮤니티케어 추진기관으로서의 사회복지관 발전방향 모색”. 『한국지역사회복지학』, 68, 99-129.
- 나카가와 히로코. 2016. 『빈집문제』. 세종: 국토연구원 도시재생센터.
- 남기철. 2015. “지역사회복지관점에서의 서울시 동주민센터 개편사업 분석”. 『한국지역사회복지학』, 55, 163-186.
- 니키류. 2018. 『일본의 커뮤니티케어』. 북마크.
- 류명석. 2020. 『돌봄SOS 사업의 방향성』. 복지이슈 today, 82, 5-.
- 미야모토 타로. 2003. 『복지국가전략: 스웨덴 모델의 정치경제학』. 서울: 논형
- 민소영, 김형선, 성은미, 주경희, 이유진, 최효선. 2020. 『지역사회 공공부문 사례관리 연계협력 활성화 방안 연구』. 한국사회보장정보원·경기대학교 산학협력단.
- 민효상, 성은미, 박예은, 박지환, 이혁수, 전재현. 2018. 『경기도 무한돌봄사업 10년 평가 및 발전방안 연구』. 경기복지재단.
- 박기남. 2011. “영국의 돌봄정책과 시민사회 자원조직의 역할”. 『한국사회정책』, 18(1), 121-145.
- 박세경, 김정현, 이주연, 오다은, 이정은, 김은정, 양난주. 2015. 『2015년 사회서비스 수요·공급 실태조사』. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 박정선. 2018. “영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티 케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제”, 『사회복지법제 연구』, 9, 182-208.
- 방진아. 2020. “일본의 지역포괄케어시스템에 관한 동향연구”. 『한국케어매니지먼트 연구』, 36, 301-338.
- 보건복지부. 2018. 『지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)』(2018.11.20.)
- 보건복지부. 2019. 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획』(2019.1.10.)
- 서울시 자치행정과. 2015a. 『洞마을복지센터 표준직무설계(안) 보고』(2015.3.)
- 서울시 자치행정과. 2015b. 『동 마을복지센터 사업 운영 안내』(2015.3.)

서울시 지역돌봄복지과, 서울시복지재단. 2019. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』.

서울시 지역돌봄복지과, 서울시복지재단. 2020. 『돌봄SOS센터 운영매뉴얼』.

서울시 지역돌봄복지과. 2020. 『돌봄SOS센터 확대 추진 계획』(2020.1.)

서울시 지역돌봄복지과. 2021. 『돌봄SOS센터 돌봄서비스 강화계획』(2021.2)

서울시 희망복지지원과. 2018. 『돌봄SOS센터 추진 기본계획』(2018.10.)

서울시복지재단. 2021. 내부자료.

서울특별시. 2021. 『2021 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼』.

서울특별시시 자치행정과, 2015, “洞마을복지센터 표준직무설계(안) 보고”(2015.3.17.)

성은미, 강혜규, 안태숙, 홍선미, 이연. 2012. 『사회복지서비스 전달체계 개선방안 연구 : 경기도 무한돌봄 센터를 중심으로』. 경기복지재단.

성은미, 민소영, 전재현, 문혜주. 2012. 『경기도 무한돌봄센터 효과성 검증 연구』. 경기복지재단.

성은미, 안경석, 박경숙, 백민희, 민소영, 권혜영. 2012. 『사회복지서비스 전달체계 개편 연구 : 무한돌봄종합 복지센터 시범사업모형개발』. 경기복지재단.

성은미, 전재현, 박승희, 주사랑. 2020. 『2020년 경기도 무한돌봄센터 운영평가연구 : 경기도 통합사례관리 사업을 중심으로』. 경기복지재단.

성은미, 전재현, 박지환. 2018. 『2017년 경기도 무한돌봄센터 운영평가연구 : 시군별 통합사례관리 운영을 중심으로』. 경기복지재단.

성은미, 조추용, 권혜영. 2012. 『일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양지원센터 시범사업의 과제』. 경기복지재단.

심재승. 2014. “스웨덴 사회보장의 중앙-지방관계”. 『한국정책과학학회보』, 18(1), 49-74.

안기덕, 도미화, 안현찬. 2015. 『찾아가는 동주민센터 운영방안 연구』. 서울특별시·서울시복지재단.

엄기욱. 2006. 『일본의 수요자 중심 노인보건복지서비스 전달체계 -개호보험제도 개혁과 지역포괄지원센터 신설을 중심으로-』. 한국보건사회연구원.

오영란. 2016. “일본 노인장기요양서비스정책의 분석과 시사점”. 『노인복지연구』, 71(4), 143-176

오정수. 1994. “영국에서의 커뮤니티케어의 발전과 평가”. 『한국사회복지학』, 24, 199-219.

오정수. 2000. 『영국의 공공사회복지실천: 변화와 쟁점』. 한국사회복지학회 학술대회 자료집, 113-130.

외교부 유럽국 서유럽과. 2019. 『스웨덴 개황』.

우국희. 1992. “보건서비스 부문의 민영화에 대한 비판적 고찰: 영국과 미국의 경험을 중심으로”. 『한국사회 복지학』, 20, 155-174.

- 우국희. 2006. “영국 재가노인보호서비스 공급확대를 위한 민간영리부문의 참여와 한국에의 시사점”. 『노인 복지연구』, 32, 223-24.
- 유병선, 최연혁, 이사라. 2015. 『사회복지사업법 전면개정의 의의와 방향 : 사회서비스 기본법으로 전환』. 경기복지재단.
- 유창복. 2014. 『서울시 마을공동체 지원사업 성과연구: 마을, 3년의 변화 그리고』. 서울시 마을공동체종합 지원센터.
- 이건세. 2019. “일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제”. 『대한공공의학회지』, 3(1), 9-26.
- 이상일. 2004. “영국 공공복지서비스 전달체계의 재조직화: 배경 및 시사점”. 『사회복지정책』, 18, 157-177.
- 이수영, 박선영, 신보람. 2020. 『찾동 2.0 복지사업의 효과성 제고방안 연구: 동 사례관리를 중심으로』. 서울 시복지재단.
- 이지혜, 이명훈, 전병혜. 2009. “마을만들기 사업에 있어서 주민참여도에 관한 영향구조 분석”. 『국토계획』, 44, 73-85.
- 이진. 2013. “IGR이론을 적용한 선진국 사회복지전달체계 비교분석 및 한국에서의 함의”. 『지방정부연구』, 17(3), 125-151.
- 이진희, 임상연, 박효숙, 정은진, 민범식. 2019. 『커뮤니티케어형 도시재생 뉴딜사업 모델 마련 연구』. 보건 복지부.
- 이태수. 2016. 『서울시 찾아가는 동주민센터의 추진의 의미와 과제』. 한국사회복지행정학회 학술대회 자료 집, 87-109.
- 이태수. 2017. 『찾아가는 동 주민센터의 성과와 과제』 - 3단계 출범식 발표 자료.
- 이현주, 박신영, 유은주, 유진영. 2005. 『외국 공공부조 전달체계 비교분석』. 한국보건사회연구원.
- 임병우. 2004. “영국의 주요 노인복지정책: 한국 노인복지정책 개발에 주는 시사점”. 『노인복지연구』, 25, 7-28.
- 임정미. 2018. “일본의 지역포괄케어시스템 지역포괄지원센터를 중심으로”. 『국제사회보장리뷰』, 2018(여름), 67-77.
- 장민선. 2017. 『사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구』. 한국법제연구원.
- 전용호. 2008. “노인 장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로”. 『사회복지정책』, 33, 335-361.

- 정은하, 유연희, 호은지, 이수나, 이아영, 정유진, 조혜림. 2020. 『서울시 돌봄SOS센터 사업 발전 방안 연구』. 서울시복지재단.
- 조기현. 2008. “외국의 지방재정제도 : 덴마크와 스웨덴의 형평화보조금”. 『지방재정과 지방세』, 1(0), 215-232.
- 찾아가는 동주민센터 추진단·추진지원단. 2015. 『서울시 동 마을복지센터 사업 운영 안내』, III.4. 동행정혁신.
- 찾아가는 동주민센터 추진단·추진지원단. 2017. 『찾아가는 동주민센터 2017 업무매뉴얼』. 서울특별시.
- 최희철, 김형모, 문영희, 홍선미, 조승철, 성은미. 2009. 『무한돌봄센터 운영 매뉴얼』. 경기복지재단.
- 하능식. 2016. 『스웨덴의 지방소득세제』. 한국지방세연구원.
- 함영진, 김희성, 김태은, 이석환, 최항석, 최조순, 홍진이, 권영빈, 김진영. 2018. 『지방화의 진전과 복지격차 - 전달체계 여건을 중심으로』. 한국보건사회연구원.
- 행정안전부·보건복지부. 2019. 『2019년 주민자치형 공공서비스 구축사업 보건복지분야 매뉴얼 - 찾아가는 보건복지서비스 -』.
- 홍선미, 민소영, 한소정, 성은미, 2010. 『무한돌봄센터 사례관리매뉴얼』. 경기복지재단.
- 홍세영, 박현숙. 2018. 『주요 외국의 지방자치제도 연구-스웨덴』. 한국법제연구원.
- 황경란, 황재영, 박혜선. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점 -일본 기초자치단체(市町村) 사례를 중심으로-』. 경기복지재단.
- 황금용. 2017. “찾아가는 동주민센터, 현황과 과제 정책의 전국화에 따른 점검”. 『보건복지포럼』, 253, 21-41.
- 황덕순. 2008. “시장원리 확대와 개인사회서비스의 변화: 영국의 사례”. 『노동정책연구』, 8(3), 63-91.
- 황성준, 김정덕, 김은정, 곽아람, 지은구, 고관우, 박은옥, 윤재호, 2019, 『제주형 커뮤니케어 운영모델 연구』, 제주연구원.
- 황성준, 곽아람, 2020, 『제주형 통합복지하나라 시범사업 업무매뉴얼』, 제주연구원.
- 황성준, 곽아람, 지은구, 권정미, 2020, 『제주형 통합복지하나라 시범사업 성과지표 개발 및 평가』, 제주연구원.
- 황성준, 김은정, 2021, 『제주형 통합복지하나라 시범사업 성과평가』, 제주연구원.
- Baldock, John. “Social care in the United Kingdom: A pattern of Discretionary Social Administration”, pp.109-141, in edited by Anttonen, Anneli, Block, J. and Sipilä, J., The Young, the Old and the State, Edward Elgar, 2003.
- Bauld, L., Chesterman, J., & Judge, K. (2000). Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. Health & Social Care in the Community, 8(5), 316-324.

- Brayne, H., & Carr, H. (2003). *Law for Social Worker*. Oxford University Press.
- CLG. (2012) The Troubled Families programme: Financial framework for the Troubled Families programme's payment-by-results scheme for local authorities. Communities and Local Government.
- CLG. (2012) The Troubled Families programme: Financial framework for the Troubled Families programme's payment-by-results scheme for local authorities. Communities and Local Government.
- Cypher, J. (eds). (1979). *Seebohm across three decades: social service departments past, present and future*. Birmingham: BASW Publications.
- Dant, T., & Gearing, B. (1990). Keyworkers for elderly people in the community: case manager and care co-ordinators. *Journal of Social Policy*. 19(3). 331–360.
- Department of Health. (1989). *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*. London: HMSO
- DH (2011) *Joint Strategic Needs Assessment and joint health and wellbeing strategies explained: commissioning for population*. London: Department of Health.
- DH (2012) *JSNAs and joint health and wellbeing strategies – draft guidance*. London: Department of Health.
- Forder, A. (1975). Introduction. In J. Mays, A. Forder & O. Keidan (eds.), *Penelope Hall's social services of England and Wales* (9th ed.). London: Routledge & Kegan Paul.
- Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., & Tyrer, J. (2000). Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health & Social Care in the Community*. 8(3). 192–200.
- Griffith, J. A. G. (1966). *Central departments and local authorities*. London: George Allen & Unwin LTD.
- Hall, P. (1976). *Reforming the welfare: the politics of change in the personal social services*. London: Heinemann.
- Hill, Michael. (2000). *Local Authority Social Services*. London: Blackwell.
- Hirdman, Y. (1989). *The Swedish welfare state and the gender system: A theoretical and empirical sketch*. The Study of Power and Democracy in Sweden, English Series. Report No.7. Stockholm.
- Holland, S., & Scourfield, J. (2015). *Social Work: a very short introduction*, Oxford.

- Humphries, R. and A. Galea (2013) Health and wellbeing boards: One year on. London: King's Fund
- Jones, Kathleen, Brown, J. and Bradshaw, J. Issues in Social Policy, Routledge & Kegan Paul, 1983.
- Keene, J., Swift, L., Bailey, S., & Janacek, G. (2001). Shared patients: multiple health and social care contact. *Health & Social Care in the Community*. 9(4). 205-214.
- Knapp, Martin. The Economics of Social Care, Macmillan Publishers Ltd. 1984.
- Lewis, J., & Glennerster, H. (1996). Implementing the new community care. Bristol: Open University Press.
- NHS England. (2014) Understanding The New NHS. London: BMJ.
- Palme, J., Bergmark, A., Backman, O., Estrada, F., Fritzell, J., Lundberg, O., Sjoberg, O., & Szebehely, M. (2002). Welfare trends in Sweden: Balancing the books for the 1990's. *Journal of European Social Policy*, 12(4), 329-346.
- Parker, R. A. (1970). The future of the personal social services. In W. A. Robson & B. Crick (eds.), *The future of the social services*. Middlesex: Penguin Books.
- Payne, M. (2000). The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*. 9. 82-91.
- Renate Minas. (2005). Administration Poverty- Studies of Intake Organization and Social Assistance in Sweden. *Stockholm Social Studies of Social Work-21*, Stockholms University.
- Seebohm Committee. (1968). Report of the committee on local authority and allied personal social services. Cmnd. 3703. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Sullivan, M. (1996). Personal social services. In *The development of the British welfare state*: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Sweden Ministry of Finance. 2015. 'Local government in Sweden – organisation, activities, and finance'
- Titmuss, R. M. (1967). The welfare complex in a changing society. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 45(1). 9-23.
- Webb, Adrian and Gerald Wistow. (1987). *Social Work, Social Care and Social Planning: The Personal Social Services since Seebohm*. London: Longman.

- Wistow, G. (1982). Collaboration between health and local authorities: why is it necessary? *Social Policy & Administration*. 16(1). 44-62.
- Wistrich, E. (1970). The Seeborn Report. In W. A. Robson & B. Crick (Eds.), *The future of the social services*. Middlesex: Penguin Books
- 久末久美子(2010). “地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践活動と課題”, *人間福祉研究*』, No.13, pp.111-120.
- 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀, 山口初代, 長堀智香子, 砂川ゆかり, & 糸数仁美. (2017). 小離島の健康と介護の課題から捉えた地域包括ケアシステム構築の方向性-沖縄県の 2 つのモデル島での参加型アクションリサーチから. *沖縄県立看護大学紀要*, 18, 1-9.
- 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.
- 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.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. (2019). 2040 年: 多元的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会-.
- 運営通知. (2007). “地域包括支援センター設置運営について”. 厚生労働省老健局計画 課長.
- 地域包括支援センター運営の手引編集委員会. 2008. “地域包括支援センター運営の手引”. 中央法規.
- 和光市 第5期介護保険事業計画(長寿あんしんプラン)
- 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.
- 厚生労働性. 2020. “地域包括支援センターの概要”

부 록

부록 1

제주특별자치도 연도별 주요 인구현황

1. 인구 현황

〈표 1〉 제주특별자치도 인구 현황

(단위: 명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전체	592,449	604,670	621,550	641,355	661,190	678,772	692,032	696,657	697,578	697,263
제 주 시	소계	435,413	445,457	458,325	470,778	483,325	492,401	501,791	505,950	507,358
	내국인	429,656	438,165	448,834	459,876	470,665	478,700	485,946	489,405	492,466
	외국인	5,757	7,292	9,491	10,902	12,660	13,701	15,845	16,545	14,892
서 귀 포 시	소계	157,036	159,213	163,225	170,577	177,865	186,371	190,241	190,707	190,340
	내국인	154,057	155,641	158,512	164,519	170,932	178,383	181,245	181,584	182,169
	외국인	2,979	3,572	4,713	6,058	6,933	7,988	8,996	9,123	8,051

주1: 2021년은 9월 기준

주2: 외국인 포함(출입국관리법 제31조의 규정과 재외동포의 출입국과 법적지위에 관한 법률 제6조의 규정에 따라 입국한 날부터 90일을 초과하여 체류할 목적으로 출입국 · 외국인관서의 장에게 외국 인등록을 한 총 국내 체류외국인을 의미함)

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 주민등록인구현황 “행정구역(시군구)별, 성별 인구수(검색일: 2021.11.1.)”, 출입국자및체류외국인통계 “시군구별 및 국적(지역)별 등록외국인 현황(검색일: 2021.11.1.)”, 법무부(<http://www.immigration.go.kr>)내 출입국외국인정책 통계월보 “등록외국인현황(검색일: 2021.11.1.)”의 내용을 재구성

〈표 2〉 제주특별자치도 읍·면·동 인구 현황

(단위: 명, %)

구분	총인구 인구 수	비율	0~9세	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~99	100+세
전체	676,079	100	58,739	70,320	81,411	81,176	111,459	114,389	83,660	45,642	24,926	4,143	214
제 주 시	492,927	72.9	44,326	52,796	62,749	61,647	82,042	82,315	57,635	30,227	16,206	2,844	140
한 립 읍	21,207	3.1	1,461	1,781	2,043	2,079	3,404	3,916	3,169	1,952	1,195	192	15
애 월 읍	37,551	5.6	3,469	3,569	3,633	4,430	6,505	6,565	4,718	2,651	1,688	313	10
구 좌 읍	15,395	2.3	861	1,151	1,313	1,531	2,329	2,821	2,398	1,569	1,196	217	9
조 천 읍	25,420	3.8	2,171	2,207	2,636	2,962	4,125	4,454	3,473	1,958	1,218	207	9
한 경 면	9,231	1.4	537	580	736	799	1,441	1,672	1,576	976	770	140	4
추 자 면	1,610	0.2	59	79	101	97	189	296	334	262	159	34	0
우 도 면	1,685	0.2	86	96	153	160	246	346	266	172	135	25	0
일도1동	2,434	0.4	86	134	225	216	326	464	521	299	138	24	1
일도2동	32,599	4.8	2,686	3,655	4,244	3,742	4,891	5,487	4,370	2,330	1,050	138	6
이도1동	7,575	1.1	483	722	1,064	909	1,039	1,313	1,078	561	345	56	5
이도2동	49,504	7.3	4,337	6,129	7,324	6,460	8,166	7,991	5,263	2,547	1,088	193	6
삼도1동	13,497	2	1,015	1,397	1,698	1,442	2,144	2,240	1,675	1,216	588	79	3
삼도2동	7,910	1.2	469	648	911	923	1,157	1,425	1,252	692	354	66	13
용담1동	6,900	1	380	600	869	634	1,023	1,287	1,057	662	324	58	6
용담2동	14,486	2.1	1,026	1,357	1,802	1,544	2,123	2,466	2,136	1,305	623	99	5
건 입 동	8,891	1.3	616	755	1,002	938	1,253	1,523	1,508	831	391	71	3
화 북 동	24,177	3.6	2,358	2,982	3,051	2,789	4,007	4,094	2,783	1,344	648	111	10
삼 양 동	25,754	3.8	3,531	3,232	2,825	3,700	4,871	3,522	2,285	1,098	575	113	2
봉 개 동	5,253	0.8	529	442	628	769	829	803	629	344	230	48	2
아 라 동	38,535	5.7	4,575	4,486	5,567	5,950	6,886	5,568	3,219	1,443	682	154	5
오 라 동	15,881	2.3	2,178	1,730	1,843	2,524	2,857	2,310	1,418	623	321	69	8
연 동	42,089	6.2	2,955	4,124	7,170	6,096	7,051	7,116	4,709	1,981	756	125	6
노 형 동	55,407	8.2	5,038	7,300	8,471	6,833	9,645	9,865	5,016	2,108	954	172	5
외 도 동	22,123	3.3	2,746	2,908	2,516	3,070	4,284	3,374	1,778	872	475	96	4
이 호 동	4,509	0.7	378	393	565	600	690	809	603	268	184	18	1
도 두 동	3,304	0.5	296	339	359	450	561	588	401	163	119	26	2
서귀포시	183,152	27.1	14,413	17,524	18,662	19,529	29,417	32,074	26,025	15,415	8,720	1,299	74
대 정 읍	22,181	3.3	1,930	2,616	1,797	2,017	4,060	3,630	2,882	1,839	1,207	190	13
남 원 읍	18,666	2.8	1,100	1,495	1,890	1,554	2,641	3,614	2,973	1,925	1,298	168	8
성 산 읍	15,489	2.3	893	1,067	1,350	1,446	2,090	3,121	2,826	1,557	959	170	10
안 덕 면	12,209	1.8	870	995	1,357	1,305	1,905	2,244	1,698	1,049	666	115	5
표 선 면	12,358	1.8	800	983	1,202	1,069	1,895	2,402	2,063	1,188	672	79	5
송 산 동	4,017	0.6	220	318	416	362	552	758	659	485	215	28	4
정 방 동	2,146	0.3	110	131	173	207	328	432	435	210	98	21	1
중 양 동	3,338	0.5	161	212	330	250	429	678	684	379	200	15	0
천 지 동	3,451	0.5	158	229	344	344	493	692	638	360	169	24	0
효 돈 동	5,293	0.8	382	412	532	556	724	889	850	554	348	44	2
영 천 동	5,172	0.8	279	440	564	439	707	988	786	558	338	69	4
동 흥 동	23,135	3.4	1,976	3,132	2,758	2,342	3,917	4,037	2,796	1,467	614	92	4
서 흥 동	10,965	1.6	1,191	1,442	1,227	1,209	2,011	1,643	1,183	717	296	42	4
대 료 동	15,146	2.2	1,556	1,361	1,476	2,217	2,648	2,303	1,961	1,069	479	70	6
대 천 동	13,854	2	1,609	1,283	1,416	2,133	2,476	2,039	1,542	875	413	65	3
중 문 동	11,823	1.7	953	1,152	1,365	1,632	2,010	1,923	1,403	819	501	60	5
예 래 동	3,909	0.6	225	256	465	447	531	681	646	364	247	47	0

주1: 2021년 9월 기준

주2: 외국인 제외

주3: 비율(%)은 제주도 총 인구수 대비 비율임

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 주민등록인구현황 “읍면동별 주민등록인구”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

2. 노인 현황

〈표 3〉 전국 65세 이상 노인 현황

(단위: 명, %)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전국	5,980,060 (11.7)	6,250,986 (12.2)	6,520,607 (12.7)	6,775,101 (13.1)	6,995,652 (13.5)	7,356,106 (14.2)	7,650,408 (14.8)	8,026,915 (15.5)	8,496,077 (16.4)	8,755,234 (16.9)
서울특별시	1,105,583 (10.8)	1,161,708 (11.5)	1,216,529 (12.0)	1,262,436 (12.6)	1,295,899 (13.0)	1,359,901 (13.8)	1,410,297 (14.4)	1,478,664 (15.2)	1,561,139 (16.1)	1,584,249 (16.6)
부산광역시	442,199 (12.5)	467,416 (13.3)	492,116 (14.0)	514,630 (14.6)	536,064 (15.3)	565,527 (16.3)	589,961 (17.1)	620,123 (18.2)	657,711 (19.4)	674,420 (20.1)
대구광역시	274,152 (10.9)	289,246 (11.6)	303,537 (12.2)	316,122 (12.7)	328,901 (13.2)	347,459 (14.0)	362,934 (14.7)	379,277 (15.6)	400,494 (16.6)	412,611 (17.2)
인천광역시	267,059 (9.4)	282,471 (9.8)	297,951 (10.3)	312,905 (10.7)	324,255 (11.0)	345,024 (11.7)	362,675 (12.3)	384,548 (13.0)	411,483 (14.0)	429,386 (14.6)
광주광역시	144,732 (9.9)	151,874 (10.3)	159,822 (10.8)	166,389 (11.3)	172,572 (11.7)	180,862 (12.4)	187,186 (12.8)	195,479 (13.4)	205,666 (14.2)	211,110 (14.6)
대전광역시	142,979 (9.4)	150,651 (9.8)	158,329 (10.3)	165,528 (10.9)	171,568 (11.3)	180,667 (12.0)	188,530 (12.7)	198,691 (13.5)	210,784 (14.4)	218,668 (15.0)
울산광역시	85,736 (7.5)	91,521 (7.9)	97,250 (8.3)	103,205 (8.8)	108,768 (9.3)	116,633 (10.0)	123,919 (10.7)	132,565 (11.5)	143,367 (12.6)	150,205 (13.4)
세종특별 자치시	17,214 (15.2)	17,958 (14.7)	19,777 (12.7)	22,399 (10.6)	24,197 (10.0)	26,851 (9.6)	29,178 (9.3)	31,949 (9.4)	34,881 (9.8)	36,854 (10.1)
경기도	1,135,242 (9.4)	1,195,523 (9.8)	1,254,445 (10.2)	1,318,882 (10.5)	1,374,475 (10.8)	1,467,835 (11.4)	1,551,801 (11.9)	1,651,341 (12.5)	1,775,315 (13.2)	1,855,459 (13.7)
강원도	241,694 (15.7)	249,539 (16.2)	255,930 (16.6)	261,671 (16.9)	266,152 (17.2)	279,976 (18.1)	289,386 (18.8)	302,886 (19.6)	319,691 (20.7)	329,500 (21.4)
충청북도	215,245 (13.7)	222,188 (14.1)	228,900 (14.5)	234,813 (14.8)	240,690 (15.1)	252,434 (15.8)	261,763 (16.4)	273,425 (17.1)	288,148 (18.0)	297,973 (18.7)
충청남도	309,840 (15.3)	320,195 (15.6)	330,807 (16.0)	341,214 (16.4)	350,108 (16.7)	362,946 (17.1)	372,515 (17.5)	386,674 (18.2)	405,188 (19.1)	416,261 (19.7)
전라북도	303,586 (16.2)	312,764 (16.7)	322,626 (17.2)	333,524 (17.8)	341,203 (18.3)	351,282 (18.9)	358,410 (19.5)	370,676 (20.4)	386,203 (21.4)	394,482 (22.0)
전라남도	366,524 (19.2)	374,565 (19.6)	383,808 (20.1)	391,837 (20.5)	398,916 (21.0)	408,451 (21.5)	413,132 (21.9)	422,548 (22.6)	435,880 (23.5)	442,780 (24.1)
경상북도	437,519 (16.2)	452,417 (16.8)	467,352 (17.3)	479,634 (17.7)	492,417 (18.2)	512,681 (19.0)	529,349 (19.8)	549,415 (20.6)	573,715 (21.7)	590,762 (22.5)
경상남도	414,831 (12.5)	431,645 (12.9)	449,017 (13.4)	464,019 (13.8)	480,278 (14.2)	504,460 (14.9)	523,165 (15.5)	548,257 (16.3)	580,258 (17.4)	601,076 (18.1)
제주특별 자치도	75,925 (13.0)	79,305 (13.4)	82,411 (13.6)	85,893 (13.8)	89,189 (13.9)	93,117 (14.2)	96,207 (14.4)	100,397 (15.0)	106,154 (15.7)	109,438 (16.2)

주1: 2021년은 9월 말 기준

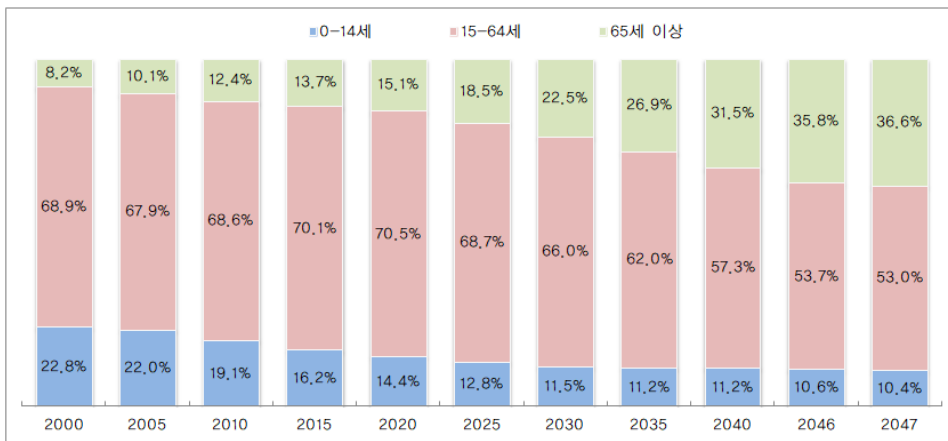
주2: 외국인 제외

주3: 비율(%)은 시도별 총 인구에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 주민등록인구현황 “시군구별·연령별 주민등록인구”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

〈그림 1〉과 같이 제주특별자치도의 장래인구추계를 분석해본 결과, 0~14세, 15~64세의 비율은 향후에도 지속적으로 감소하며, 65세 이상 노인 인구 비율은 증가할 것으로 전망됨.

〈그림 1〉 제주특별자치도 인구구성비(2000~2047년)



자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>), 장래인구추계 “주요 인구지표”의 내용을 재구성(검색일: 2019. 11. 20.)

〈표 4〉 제주특별자치도 65세 이상 노인 현황

(단위: 명, %)

구분	총인구	65세 이상(노인전체)			65~74세(전기노인)			75세 이상(후기노인)		
		인구수	총인구 대비	노인수 대비	인구수	총인구 대비	노인수 대비	인구수	총인구 대비	노인수 대비
전체	676,079	109,438	16.2	100.0	59,882	8.9	100.0	49,556	7.3	100.0
제 주 시	492,927	72,963	14.8	66.7	40,393	8.2	67.5	32,570	6.6	65.7
한림읍	21,207	4,677	22.1	4.3	2,362	11.1	3.9	2,315	10.9	4.7
애월읍	37,551	6,576	17.5	6.0	3,370	9.0	5.6	3,206	8.5	6.5
구좌읍	15,395	4,039	26.2	3.7	1,881	12.2	3.1	2,158	14.0	4.4
조천읍	25,420	4,838	19.0	4.4	2,494	9.8	4.2	2,344	9.2	4.7
한경면	9,231	2,554	27.7	2.3	1,184	12.8	2.0	1,370	14.8	2.8
추자면	1,610	606	37.6	0.6	304	18.9	0.5	302	18.8	0.6
우도면	1,685	440	26.1	0.4	210	12.5	0.4	230	13.6	0.5
일도1동	2,434	705	29.0	0.6	411	16.9	0.7	294	12.1	0.6
일도2동	32,599	5,304	16.3	4.8	3,076	9.4	5.1	2,228	6.8	4.5
이도1동	7,575	1,404	18.5	1.3	760	10.0	1.3	644	8.5	1.3
이도2동	49,504	5,967	12.1	5.5	3,629	7.3	6.1	2,338	4.7	4.7
삼도1동	13,497	2,605	19.3	2.4	1,339	9.9	2.2	1,266	9.4	2.6
삼도2동	7,910	1,644	20.8	1.5	900	11.4	1.5	744	9.4	1.5
용담1동	6,900	1,484	21.5	1.4	784	11.4	1.3	700	10.1	1.4
용담2동	14,486	2,966	20.5	2.7	1,627	11.2	2.7	1,339	9.2	2.7
건입동	8,891	1,955	22.0	1.8	1,133	12.7	1.9	822	9.2	1.7
화북동	24,177	3,220	13.3	2.9	1,851	7.7	3.1	1,369	5.7	2.8
삼양동	25,754	2,723	10.6	2.5	1,591	6.2	2.7	1,132	4.4	2.3
봉개동	5,253	900	17.1	0.8	454	8.6	0.8	446	8.5	0.9
아라동	38,535	3,583	9.3	3.3	2,110	5.5	3.5	1,473	3.8	3.0
오라동	15,881	1,584	10.0	1.4	920	5.8	1.5	664	4.2	1.3
연동	42,089	4,707	11.2	4.3	3,032	7.2	5.1	1,675	4.0	3.4
노형동	55,407	5,182	9.4	4.7	3,174	5.7	5.3	2,008	3.6	4.1
외도동	22,123	2,129	9.6	1.9	1,173	5.3	2.0	956	4.3	1.9
이호동	4,509	699	15.5	0.6	366	8.1	0.6	333	7.4	0.7
도두동	3,304	472	14.3	0.4	258	7.8	0.4	214	6.5	0.4
서귀포시	183,152	36,475	19.9	33.3	19,489	10.6	32.5	16,986	9.3	34.3
대정읍	22,181	4,489	20.2	4.1	2,191	9.9	3.7	2,298	10.4	4.6
남원읍	18,666	4,646	24.9	4.2	2,239	12.0	3.7	2,407	12.9	4.9
성산읍	15,489	3,858	24.9	3.5	2,027	13.1	3.4	1,831	11.8	3.7
안덕면	12,209	2,549	20.9	2.3	1,276	10.5	2.1	1,273	10.4	2.6
표선면	12,358	2,809	22.7	2.6	1,531	12.4	2.6	1,278	10.3	2.6
송산동	4,017	1,024	25.5	0.9	569	14.2	1.0	455	11.3	0.9
정방동	2,146	516	24.0	0.5	322	15.0	0.5	194	9.0	0.4
중양동	3,338	884	26.5	0.8	501	15.0	0.8	383	11.5	0.8
천지동	3,451	831	24.1	0.8	485	14.1	0.8	346	10.0	0.7
효돈동	5,293	1,312	24.8	1.2	656	12.4	1.1	656	12.4	1.3
영천동	5,172	1,296	25.1	1.2	622	12.0	1.0	674	13.0	1.4
동홍동	23,135	3,333	14.4	3.0	2,001	8.6	3.3	1,332	5.8	2.7
서홍동	10,965	1,550	14.1	1.4	900	8.2	1.5	650	5.9	1.3
대륜동	15,146	2,458	16.2	2.2	1,449	9.6	2.4	1,009	6.7	2.0
대천동	13,854	1,999	14.4	1.8	1,143	8.3	1.9	856	6.2	1.7
중문동	11,823	1,991	16.8	1.8	1,093	9.2	1.8	898	7.6	1.8
예래동	3,909	930	23.8	0.8	484	12.4	0.8	446	11.4	0.9

주1: 총인구(외국인 제외) 및 노인인구 현황은 2021년 9월 기준

주2: '총인구대비(%)'는 제주특별자치도 총 인구에서 65세 이상 인구가 차지하는 비율이며, '노인수 대비(%)'는 제주특별자치도 내 전체 65세 이상 노인 대비 비율임

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 주민등록인구현황 "시군구별·연령별 주민등록인구"의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

3. 장기요양등급 판정 현황

〈표 5〉 전국 장기요양등급 판정 현황

(단위: 명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전국	495,445	535,328	585,386	630,757	681,006	749,809	831,512	929,003	1,007,423	1,074,824
서울특별시	72,279	77,802	84,749	91,069	97,515	105,932	107,933	119,133	127,553	135,232
부산광역시	28,907	30,939	34,144	36,494	40,125	45,358	52,665	60,659	66,843	71,318
대구광역시	20,869	22,601	24,699	26,064	28,213	31,424	36,661	41,365	45,090	48,685
인천광역시	25,747	28,122	30,237	32,566	35,275	39,044	45,100	50,122	54,623	58,182
광주광역시	14,986	16,148	17,941	19,162	20,616	22,412	26,076	28,960	30,645	32,251
대전광역시	14,689	15,769	17,154	18,290	19,289	20,507	24,055	26,922	28,544	29,856
울산광역시	6,371	6,725	7,441	7,983	8,675	9,820	10,956	12,608	14,298	15,618
세 종 특 별 자 치 시	1,356	1,442	1,750	2,076	2,371	2,800	2,498	2,973	3,429	3,747
경 기 도	94,704	102,616	112,351	123,221	134,709	150,220	178,870	200,297	216,747	230,996
강 원 도	20,435	22,501	24,762	26,933	29,377	31,687	33,366	36,384	38,687	41,048
충 청 북 도	16,988	18,391	20,273	22,034	23,995	26,612	29,694	33,892	37,415	40,379
충 청 남 도	27,732	29,927	32,578	35,173	37,718	41,700	45,547	50,981	55,663	59,883
전 라 북 도	31,341	33,624	36,973	40,057	43,067	47,003	50,810	56,059	60,269	64,103
전 라 남 도	35,992	38,588	42,317	45,501	48,324	52,835	54,430	59,232	63,503	67,263
경 상 북 도	38,274	41,792	45,722	49,007	53,023	58,014	62,271	69,484	75,889	81,389
경 상 남 도	37,270	40,287	43,899	46,380	49,533	54,791	60,252	68,946	76,658	82,883
제 주 특 별 자 치 도	7,505	8,054	8,396	8,747	9,181	9,650	10,328	10,986	11,567	11,991

주1: 2021년 9월 기준

주2: 장기요양등급은 1등급, 2등급, 3등급, 4등급, 5등급, 인지지원등급, 등급외(A,B,C) 모두 포함

주3: 2014년부터 4등급, 5등급 / 2018년부터 인지지원등급이 신설됨

자료: 노인장기요양보험(<http://www.longtermcare.or.kr>)내 “노인장기요양보험 등급판정결과 현황 자료(각년도)”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

〈표 6〉 제주특별자치도 장기요양등급 판정 현황

(단위: 명, %)

구분	전체		남	여
	판정인원수	비율		
전체	10,815	100.0	2,851	7,964
제 주 시	7,790	72.0	2,045	5,745
한 립 읍	171	1.6	57	114
애 월 읍	490	4.5	105	385
구 좌 읍	484	4.5	120	364
조 천 읍	42	0.4	14	28
한 경 면	97	0.9	22	75
추 자 면	226	2.1	70	156
우 도 면	172	1.6	40	132
일 도 1 동	308	2.8	88	220
일 도 2 동	522	4.8	160	362
이 도 1 동	799	7.4	196	603
이 도 2 동	390	3.6	115	275
삼 도 1 동	188	1.7	58	130
삼 도 2 동	269	2.5	64	205
용 담 1 동	160	1.5	46	114
용 담 2 동	298	2.8	81	217
건 입 동	44	0.4	11	33
화 북 동	190	1.8	56	134
삼 양 동	551	5.1	161	390
봉 개 동	83	0.8	16	67
아 라 동	75	0.7	29	46
오 라 동	418	3.9	129	289
연 해 동	540	5.0	138	402
노 형 동	40	0.4	8	32
외 도 동	375	3.5	71	304
이 호 동	516	4.8	106	410
도 두 동	342	3.2	84	258
서 귀 포 시	3,025	28.0	806	2,219
대 정 읍	449	4.2	117	332
남 원 읍	443	4.1	118	325
성 산 읍	281	2.6	70	211
안 덕 면	261	2.4	70	191
표 선 면	202	1.9	47	155
송 산 동	78	0.7	20	58
정 방 동	47	0.4	20	27
중 앙 동	46	0.4	14	32
천 지 동	105	1.0	30	75
효 돈 동	206	1.9	52	154
영 천 동	256	2.4	68	188
동 흥 동	109	1.0	28	81
서 흥 동	36	0.3	11	25
대 료 동	146	1.3	36	110
대 천 동	143	1.3	42	101
중 문 동	148	1.4	45	103
예 래 동	69	0.6	18	51

주1: 2019년 4월 기준

주2: 비율(%)은 제주특별자치도 내 전체 장기요양등급 판정자 대비 비율임

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2019)

〈표 7〉 제주특별자치도 장기요양등급별 판정 등급별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지원	등급 외
전체	10,815 (100.0)	935 (8.6)	1,444 (13.4)	3,078 (28.5)	2,913 (26.9)	685 (6.3)	246 (2.3)	1,514 (14.0)
제 주 시	7,790 (100.0)	665 (8.5)	1,071 (13.7)	2,238 (28.7)	2,082 (26.7)	416 (5.3)	142 (1.8)	1,176 (15.1)
한 립 읍	171 (100.0)	22 (12.9)	19 (11.1)	50 (29.2)	38 (22.2)	10 (5.8)	5 (2.9)	27 (15.8)
애 월 읍	490 (100.0)	38 (7.8)	74 (15.1)	141 (28.8)	134 (27.3)	23 (4.7)	8 (1.6)	72 (14.7)
구 좌 읍	484 (100.0)	52 (10.7)	71 (14.7)	130 (26.9)	119 (24.6)	35 (7.2)	7 (1.4)	70 (14.5)
조 천 읍	42 (100.0)	2 (4.8)	6 (14.3)	9 (21.4)	13 (31.0)	1 (2.4)	1 (2.4)	10 (23.8)
한 경 면	97 (100.0)	10 (10.3)	11 (11.3)	23 (23.7)	27 (27.8)	8 (8.2)	1 (1.0)	17 (17.5)
추 자 면	226 (100.0)	20 (8.8)	31 (13.7)	64 (28.3)	57 (25.2)	16 (7.1)	1 (0.4)	37 (16.4)
우 도 면	172 (100.0)	10 (5.8)	20 (11.6)	48 (27.9)	41 (23.8)	14 (8.1)	6 (3.5)	33 (19.2)
일도1동	308 (100.0)	12 (3.9)	46 (14.9)	95 (30.8)	80 (26.0)	15 (4.9)	8 (2.6)	52 (16.9)
일도2동	522 (100.0)	38 (7.3)	72 (13.8)	131 (25.1)	158 (30.3)	26 (5.0)	11 (2.1)	86 (16.5)
이도1동	799 (100.0)	85 (10.6)	102 (12.8)	227 (28.4)	213 (26.7)	42 (5.3)	17 (2.1)	113 (14.1)
이도2동	390 (100.0)	44 (11.3)	66 (16.9)	131 (33.6)	95 (24.4)	7 (1.8)	4 (1.0)	43 (11.0)
삼도1동	188 (100.0)	19 (10.1)	34 (18.1)	65 (34.6)	45 (23.9)	8 (4.3)	1 (0.5)	16 (8.5)
삼도2동	269 (100.0)	24 (8.9)	42 (15.6)	80 (29.7)	79 (29.4)	11 (4.1)	5 (1.9)	28 (10.4)
용담1동	160 (100.0)	9 (5.6)	23 (14.4)	39 (24.4)	45 (28.1)	11 (6.9)	2 (1.3)	31 (19.4)
용담2동	298 (100.0)	24 (8.1)	47 (15.8)	91 (30.5)	89 (29.9)	8 (2.7)	5 (1.7)	34 (11.4)
건 입 동	44 (100.0)	4 (9.1)	8 (18.2)	15 (34.1)	11 (25.0)	1 (2.3)	1 (2.3)	4 (9.1)
화 북 동	190 (100.0)	19 (10.0)	29 (15.3)	51 (26.8)	49 (25.8)	9 (4.7)	1 (0.5)	32 (16.8)
삼 양 동	551 (100.0)	50 (9.1)	78 (14.2)	168 (30.5)	149 (27.0)	39 (7.1)	4 (0.7)	63 (11.4)
봉 개 동	83 (100.0)	9 (10.8)	11 (13.3)	20 (24.1)	24 (28.9)	3 (3.6)	1 (1.2)	15 (18.1)
아 라 동	75 (100.0)	6 (8.0)	9 (12.0)	21 (28.0)	20 (26.7)	6 (8.0)	2 (2.7)	11 (14.7)
오 라 동	418 (100.0)	42 (10.0)	55 (13.2)	131 (31.3)	108 (25.8)	19 (4.5)	6 (1.4)	57 (13.6)
연 동	540 (100.0)	45 (8.3)	68 (12.6)	148 (27.4)	149 (27.6)	35 (6.5)	11 (2.0)	84 (15.6)
노 형 동	40 (100.0)	3 (7.5)	10 (25.0)	13 (32.5)	5 (12.5)	2 (5.0)	1 (2.5)	6 (15.0)
외 도 동	375 (100.0)	21 (5.6)	29 (7.7)	90 (24.0)	117 (31.2)	18 (4.8)	6 (1.6)	94 (25.1)
이 호 동	516 (100.0)	29 (5.6)	75 (14.5)	140 (27.1)	132 (25.6)	28 (5.4)	22 (4.3)	90 (17.4)
도 두 동	342 (100.0)	28 (8.2)	35 (10.2)	117 (34.2)	85 (24.9)	21 (6.1)	5 (1.5)	51 (14.9)
서귀포시	3,025 (100.0)	270 (8.9)	373 (12.3)	840 (27.8)	831 (27.5)	269 (8.9)	104 (3.4)	338 (11.2)
대 정 읍	449 (100.0)	40 (8.9)	48 (10.7)	132 (29.4)	125 (27.8)	28 (6.2)	17 (3.8)	59 (13.1)
남 원 읍	443 (100.0)	54 (12.2)	44 (9.9)	135 (30.5)	120 (27.1)	41 (9.3)	17 (3.8)	32 (7.2)
성 산 읍	281 (100.0)	25 (8.9)	44 (15.7)	93 (33.1)	75 (26.7)	11 (3.9)	3 (1.1)	30 (10.7)
안 덕 면	261 (100.0)	21 (8.0)	28 (10.7)	59 (22.6)	73 (28.0)	38 (14.6)	9 (3.4)	33 (12.6)
표 선 면	202 (100.0)	12 (5.9)	21 (10.4)	52 (25.7)	70 (34.7)	20 (9.9)	11 (5.4)	16 (7.9)
송 산 동	78 (100.0)	8 (10.3)	9 (11.5)	24 (30.8)	19 (24.4)	8 (10.3)	3 (3.8)	7 (9.0)
정 방 동	47 (100.0)	1 (2.1)	9 (19.1)	11 (23.4)	12 (25.5)	3 (6.4)	3 (6.4)	8 (17.0)
중 양 동	46 (100.0)	4 (8.7)	5 (10.9)	10 (21.7)	13 (28.3)	3 (6.5)	3 (6.5)	8 (17.4)
천 지 동	105 (100.0)	10 (9.5)	15 (14.3)	35 (33.3)	25 (23.8)	8 (7.6)	3 (2.9)	9 (8.6)
효 돈 동	206 (100.0)	18 (8.7)	39 (18.9)	65 (31.6)	54 (26.2)	19 (9.2)	1 (0.5)	10 (4.9)
영 천 동	256 (100.0)	23 (9.0)	33 (12.9)	53 (20.7)	75 (29.3)	25 (9.8)	7 (2.7)	40 (15.6)
동 흥 동	109 (100.0)	12 (11.0)	10 (9.2)	28 (25.7)	33 (30.3)	6 (5.5)	4 (3.7)	16 (14.7)
서 흥 동	36 (100.0)	3 (8.3)	5 (13.9)	13 (36.1)	8 (22.2)	2 (5.6)	0 (0.0)	5 (13.9)
대 룰 동	146 (100.0)	17 (11.6)	17 (11.6)	40 (27.4)	45 (30.8)	10 (6.8)	4 (2.7)	13 (8.9)
대 천 동	143 (100.0)	9 (6.3)	22 (15.4)	32 (22.4)	34 (23.8)	14 (9.8)	9 (6.3)	23 (16.1)
중 문 동	148 (100.0)	9 (6.1)	17 (11.5)	36 (24.3)	36 (24.3)	17 (11.5)	7 (4.7)	26 (17.6)
예 래 동	69 (100.0)	4 (5.8)	7 (10.1)	22 (31.9)	14 (20.3)	16 (23.2)	3 (4.3)	3 (4.3)

주: 2019년 4월 기준

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2019)

4. 등록 장애인 현황

〈표 8〉 전국 등록 장애인 현황

(단위: 명, %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전국	2,519,241 (5.0)	2,511,159 (4.9)	2,501,112 (4.9)	2,494,460 (4.9)	2,490,406 (4.8)	2,511,051 (4.9)	2,545,637 (4.9)	2,585,876 (5.0)	2,618,918 (5.1)	2,633,026 (5.1)
서울특별시	411,570 (4.0)	407,528 (4.0)	403,435 (4.0)	398,908 (3.9)	393,245 (3.9)	391,027 (3.9)	391,753 (4.0)	392,920 (4.0)	394,843 (4.1)	394,190 (4.1)
부산광역시	171,729 (4.8)	170,743 (4.8)	169,750 (4.8)	168,663 (4.8)	168,084 (4.8)	168,950 (4.8)	171,384 (4.9)	173,820 (5.1)	175,378 (5.1)	176,293 (5.2)
대구광역시	117,183 (4.7)	116,839 (4.7)	116,567 (4.7)	115,983 (4.7)	115,694 (4.7)	117,111 (4.7)	119,766 (4.8)	123,070 (5.0)	125,485 (5.1)	126,398 (5.2)
인천광역시	132,732 (4.7)	133,467 (4.7)	133,778 (4.6)	133,855 (4.6)	134,191 (4.6)	135,623 (4.6)	138,304 (4.7)	141,771 (4.8)	144,574 (4.9)	146,321 (5.0)
광주광역시	68,675 (4.7)	68,534 (4.7)	68,372 (4.6)	68,288 (4.6)	68,079 (4.6)	68,569 (4.7)	69,233 (4.7)	69,884 (4.8)	701,779 (4.8)	70,061 (4.8)
대전광역시	71,626 (4.7)	71,647 (4.7)	71,441 (4.7)	71,198 (4.6)	70,890 (4.7)	71,425 (4.7)	72,180 (4.8)	72,927 (4.9)	73,222 (5.0)	72,853 (4.5)
울산광역시	48,926 (4.3)	48,982 (4.3)	48,950 (4.2)	49,014 (4.2)	49,326 (4.2)	49,533 (4.2)	50,205 (4.3)	50,640 (4.4)	51,014 (4.4)	51,122 (3.5)
세종특별자치시		7,081 (6.3)	7,202 (5.9)	7,943 (5.1)	9,079 (4.3)	9,845 (4.1)	10,623 (3.8)	11,404 (3.6)	12,046 (3.5)	12,346 (4.2)
경기도	505,052 (4.2)	505,519 (4.2)	506,464 (4.1)	508,330 (4.1)	512,882 (4.1)	522,437 (4.1)	533,259 (4.1)	547,386 (4.2)	559,878 (4.2)	569,726 (6.6)
강원도	101,283 (6.6)	100,579 (6.5)	99,660 (6.5)	98,970 (6.4)	98,324 (6.3)	98,928 (6.4)	99,959 (6.4)	100,693 (6.5)	101,484 (6.6)	101,615 (6.1)
충청북도	94,855 (6.1)	94,137 (6.0)	93,563 (5.9)	93,612 (5.9)	93,536 (5.9)	94,688 (5.9)	95,844 (6.0)	97,086 (6.1)	97,688 (6.1)	97,932 (6.3)
충청남도	131,108 (6.2)	124,872 (6.2)	124,561 (6.1)	124,721 (6.0)	124,801 (6.0)	126,406 (6.0)	128,503 (6.1)	131,910 (6.2)	133,724 (6.3)	134,250 (7.3)
전라북도	134,239 (7.2)	133,054 (7.1)	132,006 (7.0)	130,932 (7.0)	129,769 (6.9)	130,345 (7.0)	131,303 (7.1)	131,746 (7.2)	132,364 (7.3)	132,207 (7.6)
전라남도	146,524 (7.7)	145,788 (7.6)	144,324 (7.6)	143,128 (7.5)	141,837 (7.4)	141,578 (7.4)	142,174 (7.5)	142,213 (7.6)	141,888 (7.6)	140,942 (6.9)
경상북도	170,479 (6.3)	169,699 (6.3)	168,836 (6.3)	168,650 (6.2)	168,089 (6.2)	169,643 (6.3)	172,533 (6.4)	176,550 (6.6)	180,898 (6.8)	181,366 (5.7)
경상남도	181,044 (5.5)	180,285 (5.4)	179,530 (5.4)	179,276 (5.4)	179,070 (5.3)	180,665 (5.4)	183,510 (5.4)	186,016 (5.5)	187,968 (5.6)	188,749 (5.4)
제주특별자치도	32,216 (5.6)	32,405 (5.6)	32,673 (5.5)	32,989 (5.4)	33,510 (5.4)	34,278 (5.3)	35,104 (5.3)	35,840 (5.4)	36,287 (5.4)	36,655 (5.4)

주: 비율(%)은 시도별 총 인구(외국인제외)에서 등록 장애인이 차지하는 비율

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>), 장애인현황 “시도별, 장애유형별, 장애등급별, 성별 등록장애인수”의 내용을 재구성
(검색일: 2021. 11. 1.)

〈표 9〉 제주특별자치도 등록 장애인 현황

(단위: 명, %)

구분	장애정도			등록 장애인 수 대비
	전체	장애의 정도가 심한 장애인	장애의 정도가 심하지 않은 장애인	
전체	36,842 (100.0)	14,215 (39.4)	21,819 (60.6)	(100.0)
제 주 시	25,418 (100.0)	10,233 (40.3)	15,185 (59.7)	(69.0)
한림읍	1,556 (100.0)	601 (38.6)	955 (61.4)	(4.2)
애월읍	2,232 (100.0)	882 (39.5)	1,350 (60.5)	(6.1)
구좌읍	1,292 (100.0)	434 (33.6)	858 (66.4)	(3.5)
조천읍	1,522 (100.0)	552 (36.3)	970 (63.7)	(4.1)
한경면	804 (100.0)	295 (36.7)	509 (63.3)	(2.2)
추자면	188 (100.0)	56 (29.8)	132 (70.2)	(0.5)
우도면	170 (100.0)	57 (33.5)	113 (66.5)	(0.5)
일도1동	200 (100.0)	82 (41.0)	118 (59.0)	(0.5)
일도2동	1,614 (100.0)	618 (38.3)	996 (61.7)	(4.4)
이도1동	441 (100.0)	176 (39.9)	265 (60.1)	(1.2)
이도2동	1,983 (100.0)	804 (40.5)	1,179 (59.5)	(5.4)
삼도1동	713 (100.0)	278 (39.0)	435 (61.0)	(1.9)
삼도2동	451 (100.0)	176 (39.0)	275 (61.0)	(1.2)
용담1동	443 (100.0)	176 (39.7)	267 (60.3)	(1.2)
용담2동	927 (100.0)	326 (35.2)	601 (64.8)	(2.5)
건입동	626 (100.0)	243 (38.8)	383 (61.2)	(1.7)
화북동	1,410 (100.0)	645 (45.7)	765 (54.3)	(3.8)
삼양동	1,074 (100.0)	439 (40.9)	635 (59.1)	(2.9)
봉개동	340 (100.0)	159 (46.8)	181 (53.2)	(0.9)
아라동	1,875 (100.0)	964 (51.4)	911 (48.6)	(5.1)
오라동	594 (100.0)	247 (41.6)	347 (58.4)	(1.6)
연동	1,502 (100.0)	604 (40.2)	898 (59.8)	(4.1)
노형동	2,075 (100.0)	876 (42.2)	1,199 (57.8)	(5.6)
외도동	940 (100.0)	380 (40.4)	560 (59.6)	(2.6)
이호동	250 (100.0)	86 (34.4)	164 (65.6)	(0.7)
도두동	196 (100.0)	77 (39.3)	119 (60.7)	(0.5)
서귀포시	11,424 (100.0)	4,164 (36.4)	7,260 (63.6)	(31.0)
대정읍	1,407 (100.0)	519 (36.9)	888 (63.1)	(3.8)
남원읍	1,463 (100.0)	528 (36.1)	935 (63.9)	(4.0)
성산읍	1,175 (100.0)	375 (31.9)	800 (68.1)	(3.2)
안덕면	820 (100.0)	268 (32.7)	552 (67.3)	(2.2)
표선면	861 (100.0)	266 (30.9)	595 (69.1)	(2.3)
송산동	260 (100.0)	78 (30.0)	182 (70.0)	(0.7)
정방동	170 (100.0)	60 (35.3)	110 (64.7)	(0.5)
중앙동	238 (100.0)	92 (38.7)	146 (61.3)	(0.6)
천지동	204 (100.0)	61 (29.9)	143 (70.1)	(0.6)
효돈동	365 (100.0)	148 (40.5)	217 (59.5)	(1.0)
영천동	482 (100.0)	212 (44.0)	270 (56.0)	(1.3)
동홍동	1,241 (100.0)	530 (42.7)	711 (57.3)	(3.4)
서홍동	529 (100.0)	222 (42.0)	307 (58.0)	(1.4)
대륜동	689 (100.0)	246 (35.7)	443 (64.3)	(1.9)
대천동	647 (100.0)	233 (36.0)	414 (64.0)	(1.8)
중문동	595 (100.0)	248 (41.7)	347 (58.3)	(1.6)
예래동	278 (100.0)	78 (28.1)	200 (71.9)	(1.0)

주1: 2021년 10월 기준

주2: '장애정도가 심한 장애인'은 중전 장애등급 1~3급, '장애정도가 심하지 않은 장애인'은 중전 4~6급을 의미함

주3: 등록장애인 수 대비(%)는 제주특별자치도 내 전체 등록 장애인 대비 비율임

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 10〉 제주특별자치도 등록 장애인 성별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	남	여
전 체	36,842 (100.0)	20,374 (55.3)	16,468 (44.7)
제 주 시	25,418 (100.0)	14,156 (55.7)	11,262 (44.3)
한 립 읍	1,556 (100.0)	843 (54.2)	713 (45.8)
애 월 읍	2,232 (100.0)	1,233 (55.2)	999 (44.8)
구 좌 읍	1,292 (100.0)	643 (49.8)	649 (50.2)
조 천 읍	1,522 (100.0)	861 (56.6)	661 (43.4)
한 경 면	804 (100.0)	409 (50.9)	395 (49.1)
추 자 면	188 (100.0)	95 (50.5)	93 (49.5)
우 도 면	170 (100.0)	85 (50.0)	85 (50.0)
일 도 1 동	200 (100.0)	115 (57.5)	85 (42.5)
일 도 2 동	1,614 (100.0)	925 (57.3)	689 (42.7)
이 도 1 동	441 (100.0)	252 (57.1)	189 (42.9)
이 도 2 동	1,983 (100.0)	1,117 (56.3)	866 (43.7)
삼 도 1 동	713 (100.0)	405 (56.8)	308 (43.2)
삼 도 2 동	451 (100.0)	256 (56.8)	195 (43.2)
용 담 1 동	443 (100.0)	251 (56.7)	228 (51.5)
용 담 2 동	927 (100.0)	491 (53.0)	436 (47.0)
건 입 동	626 (100.0)	347 (55.4)	279 (44.6)
화 부 동	1,410 (100.0)	798 (56.6)	612 (43.4)
삼 양 동	1,074 (100.0)	625 (58.2)	449 (41.8)
봉 개 동	340 (100.0)	180 (52.9)	160 (47.1)
아 라 동	1,875 (100.0)	1,083 (57.8)	792 (42.2)
오 라 동	594 (100.0)	355 (59.8)	239 (40.2)
연 동	1,502 (100.0)	876 (58.3)	626 (41.7)
노 형 동	2,075 (100.0)	1,157 (55.8)	918 (44.2)
외 도 동	940 (100.0)	538 (57.2)	402 (42.8)
이 호 동	250 (100.0)	144 (57.6)	106 (42.4)
도 두 동	196 (100.0)	108 (55.1)	88 (44.9)
서 귀 포 시	11,424 (100.0)	6,218 (54.4)	5,206 (45.6)
대 정 읍	1,407 (100.0)	751 (53.4)	656 (46.6)
남 원 읍	1,463 (100.0)	763 (52.2)	700 (47.8)
성 산 읍	1,175 (100.0)	633 (53.9)	542 (46.1)
안 덕 면	820 (100.0)	434 (52.9)	386 (47.1)
표 선 면	861 (100.0)	453 (52.6)	408 (47.4)
송 산 동	260 (100.0)	157 (60.4)	103 (39.6)
정 방 동	170 (100.0)	92 (54.1)	78 (45.9)
중 양 동	238 (100.0)	109 (45.8)	129 (54.2)
천 지 동	204 (100.0)	115 (56.4)	89 (43.6)
효 돈 동	365 (100.0)	219 (60.0)	146 (40.0)
영 천 동	482 (100.0)	267 (55.4)	215 (44.6)
동 흥 동	1,241 (100.0)	684 (55.1)	557 (44.9)
서 흥 동	529 (100.0)	310 (58.6)	219 (41.4)
대 료 동	689 (100.0)	385 (55.9)	304 (44.1)
대 천 동	647 (100.0)	359 (55.5)	288 (44.5)
중 문 동	595 (100.0)	347 (58.3)	248 (41.7)
예 래 동	278 (100.0)	140 (50.4)	138 (49.6)

주: 2021년 10월 기준

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 11〉 제주특별자치도 등록 장애인 연령별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	~14세 이하	15~24세	25~34세	35~44세	45~54세	55~64세	65세 이상
전체	36,842 (100.0)	1,084 (2.9)	1,300 (3.5)	1,432 (3.9)	2,475 (6.7)	5,157 (14.0)	7,124 (19.3)	18,270 (49.6)
제 주 시	25,418 (100.0)	818 (3.2)	986 (3.9)	1,091 (4.3)	1,829 (7.2)	3,647 (14.3)	4,983 (19.6)	12,064 (47.5)
한 립 읍	1,556 (100.0)	34 (2.2)	42 (2.7)	50 (3.2)	97 (6.2)	180 (11.6)	310 (19.9)	843 (54.2)
애 월 읍	2,232 (100.0)	72 (3.2)	78 (3.5)	89 (4.0)	154 (6.9)	335 (15.0)	382 (17.1)	1,122 (50.3)
구 좌 읍	1,292 (100.0)	14 (1.1)	26 (2.0)	30 (2.3)	61 (4.7)	143 (11.1)	244 (18.9)	774 (59.9)
조 천 읍	1,522 (100.0)	38 (2.5)	62 (4.1)	67 (4.4)	91 (6.0)	198 (13.0)	280 (18.4)	786 (51.6)
한 경 면	804 (100.0)	12 (1.5)	24 (3.0)	14 (1.7)	33 (4.1)	87 (10.8)	145 (18.0)	489 (60.8)
추 자 면	188 (100.0)	1 (0.5)	3 (1.6)	4 (2.1)	4 (2.1)	8 (4.3)	27 (14.4)	141 (75.0)
우 도 면	170 (100.0)	(0.0)	3 (1.8)	2 (1.2)	8 (4.7)	19 (11.2)	21 (12.4)	117 (68.8)
일도1동	200 (100.0)	2 (1.0)	6 (3.0)	3 (1.5)	15 (7.5)	26 (13.0)	37 (18.5)	111 (55.5)
일도2동	1,614 (100.0)	61 (3.8)	62 (3.8)	57 (3.5)	116 (7.2)	215 (13.3)	330 (20.4)	773 (47.9)
이도1동	441 (100.0)	10 (2.3)	19 (4.3)	18 (4.1)	22 (5.0)	50 (11.3)	105 (23.8)	217 (49.2)
이도2동	1,983 (100.0)	96 (4.8)	75 (3.8)	103 (5.2)	162 (8.2)	297 (15.0)	410 (20.7)	840 (42.4)
삼도1동	713 (100.0)	19 (2.7)	29 (4.1)	20 (2.8)	43 (6.0)	90 (12.6)	133 (18.7)	379 (53.2)
삼도2동	451 (100.0)	17 (3.8)	14 (3.1)	15 (3.3)	28 (6.2)	55 (12.2)	92 (20.4)	230 (51.0)
용담1동	443 (100.0)	9 (2.0)	14 (3.2)	16 (3.6)	29 (6.5)	48 (10.8)	90 (20.3)	237 (53.5)
용담2동	927 (100.0)	22 (2.4)	32 (3.5)	37 (4.0)	66 (7.1)	110 (11.9)	166 (17.9)	494 (53.3)
건 입 동	626 (100.0)	10 (1.6)	19 (3.0)	21 (3.4)	40 (6.4)	84 (13.4)	117 (18.7)	335 (53.5)
하 북 동	1,410 (100.0)	47 (3.3)	67 (4.8)	96 (6.8)	132 (9.4)	222 (15.7)	290 (19.9)	566 (40.1)
삼 양 동	1,074 (100.0)	51 (4.7)	40 (3.7)	49 (4.6)	130 (12.1)	172 (16.0)	197 (18.3)	435 (40.5)
봉 개 동	340 (100.0)	13 (3.8)	11 (3.2)	11 (3.2)	24 (7.1)	46 (13.5)	62 (18.2)	173 (50.9)
아 라 동	1,875 (100.0)	69 (3.7)	92 (4.9)	99 (5.3)	134 (7.1)	312 (16.6)	425 (22.7)	744 (39.7)
오 라 동	594 (100.0)	25 (4.2)	23 (3.9)	28 (4.7)	53 (8.9)	96 (16.2)	123 (20.7)	246 (41.4)
연 동	1,502 (100.0)	62 (4.1)	72 (4.8)	97 (6.5)	127 (8.5)	242 (16.1)	296 (19.7)	606 (40.3)
노 형 동	2,075 (100.0)	79 (3.8)	107 (5.2)	112 (5.4)	156 (7.5)	382 (18.4)	440 (21.2)	799 (38.5)
외 도 동	940 (100.0)	44 (4.7)	46 (4.9)	37 (3.9)	78 (8.3)	165 (17.6)	166 (17.7)	404 (43.0)
이 호 동	250 (100.0)	6 (2.4)	12 (4.8)	9 (3.6)	13 (5.2)	33 (13.2)	60 (24.0)	117 (46.8)
도 두 동	196 (100.0)	5 (2.6)	8 (4.1)	7 (3.6)	13 (6.6)	32 (16.3)	45 (23.0)	86 (43.9)
서귀포시	11,424 (100.0)	266 (2.3)	314 (2.7)	341 (3.0)	646 (5.7)	1,510 (13.2)	2,141 (18.7)	6,206 (54.3)
대 정 읍	1,407 (100.0)	34 (2.4)	42 (3.0)	41 (2.9)	67 (4.8)	196 (13.9)	241 (17.1)	786 (55.9)
남 원 읍	1,463 (100.0)	30 (2.1)	46 (3.1)	47 (3.2)	74 (5.1)	146 (10.0)	258 (17.6)	862 (58.9)
성 산 읍	1,175 (100.0)	14 (1.2)	22 (1.9)	19 (1.6)	43 (3.7)	140 (11.9)	233 (19.8)	704 (59.9)
안 덕 면	820 (100.0)	14 (1.7)	12 (1.5)	21 (2.6)	45 (5.5)	100 (12.2)	159 (19.4)	469 (57.2)
표 선 면	861 (100.0)	15 (1.7)	21 (2.4)	14 (1.6)	28 (3.3)	101 (11.7)	163 (18.9)	519 (60.3)
송 산 동	260 (100.0)	8 (3.1)	5 (1.9)	7 (2.7)	17 (6.5)	32 (12.3)	36 (13.8)	155 (59.6)
정 방 동	170 (100.0)	7 (4.1)	5 (2.9)	7 (4.1)	6 (3.5)	17 (10.0)	40 (23.5)	88 (51.8)
중 양 동	238 (100.0)	7 (2.9)	5 (2.1)	8 (3.4)	11 (4.6)	35 (14.7)	46 (19.3)	126 (52.9)
천 지 동	204 (100.0)	1 (0.5)	(0.0)	5 (2.5)	10 (4.9)	30 (14.7)	42 (20.6)	116 (56.9)
효 돈 동	365 (100.0)	9 (2.5)	11 (3.0)	6 (1.6)	20 (5.5)	60 (16.4)	76 (20.8)	183 (50.1)
영 천 동	482 (100.0)	17 (3.5)	16 (3.3)	17 (3.5)	42 (8.7)	60 (12.4)	69 (14.3)	261 (54.1)
동 흥 동	1,241 (100.0)	29 (2.3)	44 (3.5)	52 (4.2)	76 (6.1)	195 (15.7)	263 (21.2)	582 (46.9)
서 흥 동	529 (100.0)	19 (3.6)	18 (3.4)	23 (4.3)	35 (6.6)	66 (12.5)	113 (21.4)	255 (48.2)
대 료 동	689 (100.0)	23 (3.3)	22 (3.2)	21 (3.0)	45 (6.5)	104 (15.1)	114 (16.5)	360 (52.2)
대 천 동	647 (100.0)	23 (3.6)	17 (2.6)	20 (3.1)	58 (9.0)	103 (15.9)	128 (19.8)	298 (46.1)
중 문 동	595 (100.0)	12 (2.0)	23 (3.9)	27 (4.5)	62 (10.4)	97 (16.3)	99 (16.6)	275 (46.2)
예 래 동	278 (100.0)	4 (1.4)	5 (1.8)	6 (2.2)	7 (2.5)	28 (10.1)	61 (21.9)	167 (60.1)

주: 2021년 10월 기준

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 12〉 제주특별자치도 등록 장애인 유형별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	지체	시각	청각	언어	지적	뇌병변	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간장	안면	장루·요루	뇌전증
전체	36,842 (100.0)	14,233 (38.6)	4,127 (11.2)	6,684 (18.1)	401 (1.1)	3,494 (9.5)	3,512 (9.5)	664 (1.8)	1,305 (3.5)	1,552 (4.2)	77 (0.2)	242 (0.7)	201 (0.5)	28 (0.1)	199 (0.5)	123 (0.3)
제주시	25,418 (100.0)	9,543 (37.5)	2,844 (11.2)	4,609 (18.1)	301 (1.2)	2,457 (9.7)	2,451 (9.6)	511 (2.0)	1,001 (3.9)	1,125 (4.4)	53 (0.2)	158 (0.6)	141 (0.5)	21 (0.1)	120 (0.5)	83 (0.3)
한림읍	1,556 (100.0)	575 (37.0)	193 (12.4)	315 (20.2)	10 (0.6)	171 (11.0)	136 (8.7)	17 (1.1)	47 (3.0)	53 (3.4)	3 (0.2)	9 (0.6)	13 (0.8)	3 (0.2)	7 (0.4)	4 (0.3)
애월읍	2,232 (100.0)	820 (36.7)	244 (10.9)	428 (19.2)	25 (1.1)	229 (10.3)	207 (9.3)	50 (2.2)	73 (3.3)	95 (4.3)	11 (0.5)	14 (0.6)	11 (0.5)	2 (0.1)	14 (0.6)	9 (0.4)
구좌읍	1,292 (100.0)	510 (39.5)	128 (9.9)	345 (26.7)	12 (0.9)	113 (8.7)	104 (8.0)	12 (0.9)	20 (1.5)	31 (2.4)	0 (0.0)	5 (0.4)	4 (0.3)	1 (0.1)	3 (0.2)	4 (0.3)
조천읍	1,522 (100.0)	607 (39.9)	159 (10.4)	317 (20.8)	18 (1.2)	140 (9.2)	118 (7.8)	30 (2.0)	45 (3.0)	57 (3.7)	2 (0.1)	8 (0.5)	6 (0.4)	1 (0.1)	7 (0.5)	7 (0.5)
한경면	804 (100.0)	272 (33.8)	87 (10.8)	246 (30.6)	10 (1.2)	70 (8.7)	61 (7.6)	4 (0.5)	20 (2.5)	28 (3.5)	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)
추자면	188 (100.0)	79 (42.0)	25 (13.3)	43 (22.9)	1 (0.5)	11 (5.9)	15 (8.0)	0 (0.0)	3 (1.6)	6 (3.2)	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	2 (1.1)	1 (0.5)
우도면	170 (100.0)	69 (40.6)	16 (9.4)	60 (35.3)	0 (0.0)	7 (4.1)	9 (5.3)	1 (0.6)	4 (2.4)	2 (1.2)	0 (0.0)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
일도1동	200 (100.0)	74 (37.0)	16 (8.0)	46 (23.0)	2 (1.0)	20 (10.0)	15 (7.5)	0 (0.0)	8 (4.0)	14 (7.0)	1 (0.5)	1 (0.5)	1 (0.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.5)
일도2동	1,614 (100.0)	610 (37.8)	198 (12.3)	289 (17.9)	16 (1.0)	137 (8.5)	156 (9.7)	39 (2.4)	50 (3.1)	83 (5.1)	4 (0.2)	10 (0.6)	7 (0.4)	0 (0.0)	10 (0.6)	5 (0.3)
이도1동	441 (100.0)	134 (30.4)	50 (11.3)	92 (20.9)	5 (1.1)	41 (9.3)	58 (13.2)	10 (2.3)	17 (3.9)	21 (4.8)	1 (0.2)	2 (0.5)	4 (0.9)	1 (0.2)	4 (0.9)	1 (0.2)
이도2동	1,983 (100.0)	725 (36.6)	238 (12.0)	320 (16.1)	30 (1.5)	183 (9.2)	191 (9.6)	52 (2.6)	80 (4.0)	118 (6.0)	0 (0.0)	15 (0.8)	14 (0.7)	3 (0.2)	7 (0.4)	7 (0.4)
삼도1동	713 (100.0)	253 (35.5)	77 (10.8)	148 (20.8)	9 (1.3)	60 (8.4)	76 (10.7)	16 (2.2)	20 (2.8)	34 (4.8)	3 (0.4)	4 (0.6)	5 (0.7)	0 (0.0)	5 (0.7)	3 (0.4)
삼도2동	451 (100.0)	161 (35.7)	49 (10.9)	78 (17.3)	6 (1.3)	32 (7.1)	56 (12.4)	10 (2.2)	20 (4.4)	29 (6.4)	1 (0.2)	3 (0.7)	1 (0.2)	1 (0.2)	4 (0.9)	0 (0.0)
용담1동	443 (100.0)	157 (35.4)	58 (13.1)	80 (18.1)	5 (1.1)	47 (10.6)	43 (9.7)	6 (1.4)	19 (4.3)	15 (3.4)	0 (0.0)	4 (0.9)	8 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
용담2동	927 (100.0)	393 (42.4)	98 (10.6)	165 (17.8)	9 (1.0)	59 (6.4)	100 (10.8)	9 (1.0)	31 (3.3)	41 (4.4)	0 (0.0)	6 (0.6)	4 (0.4)	0 (0.0)	5 (0.5)	7 (0.8)
건입동	626 (100.0)	225 (35.9)	74 (11.8)	132 (21.1)	12 (1.9)	46 (7.3)	61 (9.7)	10 (1.6)	21 (3.4)	24 (3.8)	1 (0.2)	7 (1.1)	3 (0.5)	1 (0.2)	5 (0.8)	4 (0.6)
화북동	1,410 (100.0)	535 (37.9)	127 (9.0)	192 (13.6)	13 (0.9)	236 (16.7)	125 (8.9)	35 (2.5)	47 (3.3)	68 (4.8)	2 (0.1)	8 (0.6)	6 (0.4)	1 (0.1)	6 (0.4)	9 (0.6)
삼양동	1,074 (100.0)	443 (41.2)	131 (12.2)	160 (14.9)	14 (1.3)	107 (10.0)	97 (9.0)	26 (2.4)	31 (2.9)	45 (4.2)	2 (0.2)	6 (0.6)	4 (0.4)	1 (0.1)	6 (0.6)	1 (0.1)
봉개동	340 (100.0)	115 (33.8)	26 (7.6)	65 (19.1)	6 (1.8)	41 (12.1)	36 (10.6)	6 (1.8)	19 (5.6)	19 (5.6)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.9)	3 (0.9)
아라동	1,875 (100.0)	663 (35.4)	178 (9.5)	232 (12.4)	31 (1.7)	206 (11.0)	185 (9.9)	39 (2.1)	239 (12.7)	64 (3.4)	6 (0.3)	11 (0.6)	11 (0.6)	0 (0.0)	8 (0.4)	2 (0.1)
오라동	594 (100.0)	227 (38.2)	61 (10.3)	89 (15.0)	2 (0.3)	57 (9.6)	73 (12.3)	19 (3.2)	20 (3.4)	22 (3.7)	4 (0.7)	6 (1.0)	9 (1.5)	1 (0.2)	4 (0.7)	0 (0.0)

구분	전체	지체	시각	청각	언어	지적	뇌병변	자폐 성	정신	신장	심장	호흡 기	간장	안면	장루· 요루	뇌전 증
연동	1,502 (100.0)	564 (37.5)	213 (14.2)	213 (14.2)	23 (1.5)	139 (9.3)	158 (10.5)	32 (2.1)	48 (3.2)	79 (5.3)	2 (0.1)	12 (0.8)	10 (0.7)	0 (0.0)	7 (0.5)	2 (0.1)
노형동	2,075 (100.0)	801 (38.6)	237 (11.4)	309 (14.9)	17 (0.8)	185 (8.9)	222 (10.7)	57 (2.7)	79 (3.8)	128 (6.2)	5 (0.2)	9 (0.4)	12 (0.6)	3 (0.1)	3 (0.1)	8 (0.4)
외도동	940 (100.0)	358 (38.1)	108 (11.5)	160 (17.0)	19 (2.0)	75 (8.0)	108 (11.5)	25 (2.7)	27 (2.9)	35 (3.7)	3 (0.3)	8 (0.9)	5 (0.5)	1 (0.1)	6 (0.6)	2 (0.2)
이호동	250 (100.0)	87 (34.8)	32 (12.8)	58 (23.2)	4 (1.6)	22 (8.8)	25 (10.0)	2 (0.8)	5 (2.0)	9 (3.6)	1 (0.4)	4 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)
도두동	196 (100.0)	86 (43.9)	21 (10.7)	27 (13.8)	2 (1.0)	23 (11.7)	16 (8.2)	4 (2.0)	8 (4.1)	5 (2.6)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.5)	0 (0.0)
서귀포시	11,424 (100.0)	4,690 (41.1)	1,283 (11.2)	2,075 (18.2)	100 (0.9)	1,037 (9.1)	1,061 (9.3)	153 (1.3)	304 (2.7)	427 (3.7)	24 (0.2)	84 (0.7)	60 (0.5)	7 (0.1)	79 (0.7)	40 (0.4)
대정읍	1,407 (100.0)	554 (39.4)	153 (10.9)	298 (21.2)	11 (0.8)	126 (9.0)	125 (8.9)	15 (1.1)	41 (2.9)	53 (3.8)	2 (0.1)	11 (0.8)	4 (0.3)	1 (0.1)	5 (0.4)	8 (0.6)
남원읍	1,463 (100.0)	592 (40.5)	159 (10.9)	273 (18.7)	12 (0.8)	144 (9.8)	136 (9.3)	17 (1.2)	33 (2.3)	54 (3.7)	4 (0.3)	12 (0.8)	5 (0.3)	0 (0.0)	16 (1.1)	6 (0.4)
성산읍	1,175 (100.0)	489 (41.6)	137 (11.7)	268 (22.8)	15 (1.3)	73 (6.2)	105 (8.9)	7 (0.6)	13 (1.1)	36 (3.1)	0 (0.0)	14 (1.2)	6 (0.5)	0 (0.0)	9 (0.8)	3 (0.3)
안덕면	820 (100.0)	353 (43.0)	111 (13.5)	157 (19.1)	9 (1.1)	67 (8.2)	57 (7.0)	3 (0.4)	14 (1.7)	26 (3.2)	1 (0.1)	4 (0.5)	10 (1.2)	1 (0.1)	5 (0.6)	2 (0.2)
표선면	861 (100.0)	360 (41.8)	110 (12.8)	186 (21.6)	5 (0.6)	59 (6.9)	70 (8.1)	12 (1.4)	12 (1.4)	27 (3.1)	2 (0.2)	5 (0.6)	3 (0.3)	2 (0.2)	5 (0.6)	3 (0.3)
송산동	260 (100.0)	99 (38.1)	33 (12.7)	53 (20.4)	3 (1.2)	18 (6.9)	29 (11.2)	4 (1.5)	7 (2.7)	9 (3.5)	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)
정방동	170 (100.0)	66 (38.8)	23 (13.5)	28 (16.5)	0 (0.0)	14 (8.2)	15 (8.8)	4 (2.4)	6 (3.5)	10 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	3 (1.8)	0 (0.0)
중앙동	238 (100.0)	110 (46.2)	21 (8.8)	29 (12.2)	0 (0.0)	20 (8.4)	29 (12.2)	4 (1.7)	9 (3.8)	9 (3.8)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	4 (1.7)	1 (0.4)
천지동	204 (100.0)	93 (45.6)	22 (10.8)	33 (16.2)	1 (0.5)	11 (5.4)	17 (8.3)	1 (0.5)	8 (3.9)	10 (4.9)	0 (0.0)	4 (2.0)	2 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
효돈동	365 (100.0)	141 (38.6)	36 (9.9)	54 (14.8)	5 (1.4)	41 (11.2)	33 (9.0)	8 (2.2)	21 (5.8)	14 (3.8)	1 (0.3)	4 (1.1)	2 (0.5)	0 (0.0)	5 (1.4)	0 (0.0)
영천동	482 (100.0)	193 (40.0)	44 (9.1)	70 (14.5)	5 (1.0)	79 (16.4)	50 (10.4)	8 (1.7)	10 (2.1)	14 (2.9)	2 (0.4)	4 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.6)	0 (0.0)
동홍동	1,241 (100.0)	534 (43.0)	130 (10.5)	176 (14.2)	13 (1.0)	131 (10.6)	122 (9.8)	13 (1.0)	33 (2.7)	57 (4.6)	4 (0.3)	10 (0.8)	5 (0.4)	1 (0.1)	4 (0.3)	8 (0.6)
서홍동	529 (100.0)	216 (40.8)	50 (9.5)	74 (14.0)	7 (1.3)	59 (11.2)	47 (8.9)	13 (2.5)	26 (4.9)	24 (4.5)	2 (0.4)	3 (0.6)	3 (0.6)	0 (0.0)	4 (0.8)	1 (0.2)
대륜동	689 (100.0)	291 (42.2)	74 (10.7)	114 (16.5)	5 (0.7)	59 (8.6)	65 (9.4)	17 (2.5)	17 (2.5)	30 (4.4)	2 (0.3)	3 (0.4)	5 (0.7)	0 (0.0)	5 (0.7)	2 (0.3)
대천동	647 (100.0)	252 (38.9)	81 (12.5)	107 (16.5)	6 (0.9)	44 (6.8)	83 (12.8)	14 (2.2)	23 (3.6)	22 (3.4)	0 (0.0)	4 (0.6)	5 (0.8)	0 (0.0)	3 (0.5)	3 (0.5)
중문동	595 (100.0)	231 (38.8)	63 (10.6)	89 (15.0)	3 (0.5)	75 (12.6)	58 (9.7)	9 (1.5)	25 (4.2)	23 (3.9)	3 (0.5)	4 (0.7)	4 (0.7)	1 (0.2)	6 (1.0)	1 (0.2)
예래동	278 (100.0)	116 (41.7)	36 (12.9)	66 (23.7)	0 (0.0)	17 (6.1)	20 (7.2)	4 (1.4)	6 (2.2)	9 (3.2)	0 (0.0)	1 (0.4)	3 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

주: 2021년 10월 기준

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

5. 국민기초생활수급자 현황

〈표 13〉 전국 국민기초생활수급자 현황

(단위: 가구, 명)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전국	가구	850,689	821,879	810,544	814,184	1,014,177	1,035,435	1,032,996	1,165,175	1,281,759	1,459,059
	수급자	1,469,254	1,394,042	1,350,891	1,328,713	1,646,363	1,630,614	1,581,646	1,743,690	1,881,357	2,134,186
서울	가구	121,283	120,704	124,627	129,895	163,107	173,675	176,009	197,278	221,695	260,795
	수급자	206,808	199,310	201,958	206,687	258,427	267,023	263,347	289,342	317,269	369,518
부산	가구	84,211	82,491	81,515	81,570	98,903	99,909	99,772	111,549	123,160	140,130
	수급자	141,597	135,973	130,835	126,962	152,389	149,528	145,113	159,031	172,439	196,299
대구	가구	56,299	54,784	54,487	54,306	67,356	66,472	65,831	72,954	79,823	90,189
	수급자	104,532	99,473	96,803	93,539	113,152	107,763	103,132	110,495	117,594	131,374
인천	가구	40,650	40,840	41,552	42,975	58,089	61,918	62,621	71,273	80,450	94,108
	수급자	71,700	70,860	70,984	72,113	97,334	100,301	98,789	110,257	122,027	142,628
광주	가구	31,537	31,148	31,273	31,960	39,147	39,316	38,607	44,212	47,619	53,570
	수급자	62,482	60,684	59,962	59,598	71,683	69,420	65,712	72,757	76,193	84,762
대전	가구	24,798	24,471	24,353	24,618	31,099	32,729	32,544	36,068	38,785	43,984
	수급자	46,549	44,992	44,066	43,469	53,930	54,490	52,357	56,324	59,317	66,775
울산	가구	10,695	10,090	9,927	10,193	13,910	12,538	12,914	15,788	18,634	23,187
	수급자	17,191	15,804	15,353	15,363	21,375	18,776	18,821	22,939	26,594	33,232
세종특별 자치시	가구		1,872	1,803	1,787	2,365	2,509	2,582	3,005	3,505	4,297
	수급자		3,442	3,304	3,274	4,192	4,286	4,284	4,862	5,749	7,107
경기도	가구	119,953	117,096	117,054	119,755	160,344	168,333	171,116	198,531	222,658	256,387
	수급자	199,335	192,170	189,259	189,400	257,850	263,841	261,050	297,122	328,752	379,725
강원도	가구	37,339	35,609	34,568	34,212	39,639	40,244	40,047	45,481	49,449	54,417
	수급자	62,543	58,820	56,184	54,841	63,448	62,509	60,627	67,064	71,493	78,554
충청 북도	가구	30,334	28,553	27,103	26,800	33,037	33,112	32,555	38,340	41,254	45,935
	수급자	53,370	49,669	46,372	44,964	55,359	53,748	51,505	59,109	62,507	69,262
충청 남도	가구	38,827	34,513	32,976	32,602	39,619	39,798	39,281	43,807	46,860	51,926
	수급자	66,884	58,363	54,970	53,288	64,120	62,677	60,411	65,692	69,022	75,720
전라 북도	가구	56,971	53,778	51,637	50,515	60,655	60,394	58,887	64,597	68,993	75,240
	수급자	103,085	95,656	90,280	87,008	103,248	99,708	94,639	101,228	105,955	115,182
전라 남도	가구	56,680	51,926	48,417	46,106	54,313	52,818	50,992	56,383	59,208	63,363
	수급자	96,503	87,670	80,315	75,501	88,568	83,850	79,196	84,819	87,003	92,666
경상 북도	가구	68,284	63,987	61,352	60,038	69,676	68,732	67,141	73,666	79,261	87,440
	수급자	113,990	105,193	99,437	95,609	109,627	105,146	99,822	107,309	113,845	125,106
경상 남도	가구	60,436	58,408	56,546	55,858	69,177	69,276	68,783	77,707	84,804	95,819
	수급자	98,939	93,977	89,622	86,996	107,148	104,213	100,904	112,183	121,275	137,605
제주특별 자치도	가구	12,392	11,609	11,354	10,994	13,741	13,662	13,314	14,536	15,601	18,272
	수급자	23,746	21,986	21,187	20,101	24,513	23,335	21,937	23,157	24,323	28,671

주: 국민기초생활보장수급자는 일반, 조건부, 시설, 특례, 기타 수급자 모두 포함

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>), 국민기초생활보장수급자현황 “국민기초생활보장 수급자수(시도)”, “국민기초 생활보장수급자가구(시도별, 특성별)”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

〈표 14〉 제주특별자치도 국민기초생활보장수급자 현황

(단위: 명, %)

구분	총 인구 수	기초생활수급자 수	노인(65세 이상) 수급자	총 인구 수 대비 비율(%)	총 수급자 대비 비율(%)
전체	676,079	32,066	9,774	4.7	100
제 주 시	492,927	23,113(1,150)	6,720(590)	4.7	72.1(3.6)
한림읍	21,207	1,127	339	5.3	3.5
애월읍	37,551	1,527	445	4.1	4.8
구좌읍	15,395	597	188	3.9	1.9
조천읍	25,420	1,164	308	4.6	3.6
한경면	9,231	348	154	3.8	1.1
추자면	1,610	63	35	3.9	0.2
우도면	1,685	43	11	2.6	0.1
일도1동	2,434	338	129	13.9	1.1
일도2동	32,599	1,393	340	4.3	4.3
이도1동	7,575	487	192	6.4	1.5
이도2동	49,504	1,936	355	3.9	6
삼도1동	13,497	774	218	5.7	2.4
삼도2동	7,910	636	231	8	2
용담1동	6,900	503	172	7.3	1.6
용담2동	14,486	748	223	5.2	2.3
건입동	8,891	626	226	7	2
화북동	24,177	1,400	402	5.8	4.4
삼양동	25,754	964	265	3.7	3
봉개동	5,253	366	109	7	1.1
아라동	38,535	1,625	534	4.2	5.1
오라동	15,881	407	125	2.6	1.3
연호동	42,089	1,735	355	4.1	5.4
노형동	55,407	1,984	504	3.6	6.2
외도동	22,123	837	200	3.8	2.6
이호동	4,509	191	41	4.2	0.6
도두동	3,304	144	29	4.4	0.4
서귀포시	183,152	8,953(483)	3,054(241)	4.9	27.9(1.5)
대정읍	22,181	1,007	327	4.5	3.1
남원읍	18,666	755	273	4	2.4
성산읍	15,489	852	313	5.5	2.7
안덕면	12,209	347	110	2.8	1.1
표선면	12,358	504	165	4.1	1.6
송산읍	4,017	193	81	4.8	0.6
정방읍	2,146	209	68	9.7	0.7
중앙읍	3,338	397	142	11.9	1.2
천지읍	3,451	293	107	8.5	0.9
효도읍	5,293	356	79	6.7	1.1
영전읍	5,172	227	108	4.4	0.7
동홍읍	23,135	1,338	414	5.8	4.2
서홍읍	10,965	493	133	4.5	1.5
대륜읍	15,146	381	119	2.5	1.2
대천읍	13,854	590	184	4.3	1.8
중문읍	11,823	394	136	3.3	1.2
예래읍	3,909	134	54	3.4	0.4

주1: 2021년 10월 기준

주2: 총 인구 수 대비 비율(%)은 제주특별자치도 총 인구에서 국민기초생활보장수급자가 차지하는 비율이며, 총 수급자 대비 비율(%)은 제주특별자치도 내 전체 수급자 수 대비 비율임

주3: 기초생활수급자 수의 '괄호'는 시 단위 관할 수급자이며, 도·시 전체 합계에 포함함

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 15〉 제주특별자치도 기초생활수급자 성별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체		남		여	
전체	32,066	(100.0)	14,736	(46.0)	17,330	(54.0)
제주시	23,113	(100.0)	10,675	(46.2)	12,438	(53.8)
	(1,150)	(100.0)	(468)	(40.7)	(682)	(59.3)
하림읍	1,127	(100.0)	566	(50.2)	561	(49.8)
애월읍	1,527	(100.0)	737	(48.3)	790	(51.7)
구좌읍	597	(100.0)	275	(46.1)	322	(53.9)
조천읍	1,164	(100.0)	532	(45.7)	632	(54.3)
한경면	348	(100.0)	165	(47.4)	183	(52.6)
추자면	63	(100.0)	33	(52.4)	30	(47.6)
우도면	43	(100.0)	25	(58.1)	18	(41.9)
일도1동	338	(100.0)	194	(57.4)	144	(42.6)
일도2동	1,393	(100.0)	649	(46.6)	744	(53.4)
이도1동	487	(100.0)	258	(53.0)	229	(47.0)
이도2동	1,936	(100.0)	884	(45.7)	1,052	(54.3)
삼도1동	774	(100.0)	373	(48.2)	401	(51.8)
삼도2동	636	(100.0)	329	(51.7)	307	(48.3)
용담1동	503	(100.0)	255	(50.7)	248	(49.3)
용담2동	748	(100.0)	363	(48.5)	385	(51.5)
간접동	626	(100.0)	305	(48.7)	321	(51.3)
화북동	1,400	(100.0)	619	(44.2)	781	(55.8)
삼양동	964	(100.0)	401	(41.6)	563	(58.4)
봉개동	366	(100.0)	170	(46.4)	196	(53.6)
아라동	1,625	(100.0)	741	(45.6)	884	(54.4)
오라동	407	(100.0)	182	(44.7)	225	(55.3)
연동	1,735	(100.0)	789	(45.5)	946	(54.5)
노형동	1,984	(100.0)	820	(41.3)	1,164	(58.7)
외도동	837	(100.0)	366	(43.7)	471	(56.3)
이호동	191	(100.0)	105	(55.0)	86	(45.0)
도두동	144	(100.0)	71	(49.3)	73	(50.7)
서귀포시	8,953	(100.0)	4,061	(45.4)	4,892	(54.6)
	(483)	(100.0)	(211)	(43.7)	(272)	(54.3)
대정읍	1,007	(100.0)	463	(46.0)	544	(55.0)
남원읍	755	(100.0)	340	(45.0)	415	(55.0)
성산읍	852	(100.0)	406	(47.7)	446	(52.3)
안덕면	347	(100.0)	156	(45.0)	191	(55.0)
표선면	504	(100.0)	220	(43.7)	284	(56.3)
송산동	193	(100.0)	94	(48.7)	99	(51.3)
정방동	209	(100.0)	103	(49.3)	106	(50.7)
중앙동	397	(100.0)	159	(40.1)	238	(59.9)
천지동	293	(100.0)	150	(51.2)	143	(48.8)
효돈동	356	(100.0)	164	(46.1)	192	(53.9)
영천동	227	(100.0)	98	(43.2)	129	(56.8)
동홍동	1,338	(100.0)	591	(44.2)	747	(55.8)
서홍동	493	(100.0)	233	(47.3)	260	(52.7)
대륜동	381	(100.0)	163	(42.8)	218	(57.2)
대전동	590	(100.0)	258	(43.7)	332	(56.3)
중문동	394	(100.0)	198	(50.3)	196	(49.7)
예래동	134	(100.0)	54	(40.3)	80	(59.7)

주1: 2020년 10월 기준

주2: 기초생활수급자 수의 '괄호'는 시 단위 관할 수급자이며, 도·시 전체 합계에 포함함

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 16〉 제주특별자치도 기초생활수급자 연령별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	영·유아 (~6세 이하)	아동·청소년 (7~18세)	청년 (19~39세)	중·장년 (40~64세)	노년 (65세 이상~)
전체	32,066 (100.0)	1,071 (3.3)	6,122 (19.1)	4,001 (12.5)	11,098 (34.6)	9,774 (30.5)
제 주 시	23,113 (100.0) (1,150) (100.0)	826 (3.6) (66) (5.7)	4,504 (19.5) (110) (9.6)	3,049 (13.2) (109) (9.5)	8,014 (34.7) (275) (23.9)	6,720 (29.1) (590) (51.5)
한림읍	1,127 (100.0)	33 (2.9)	206 (18.3)	123 (10.9)	426 (37.8)	339 (30.1)
애월읍	1,527 (100.0)	50 (3.3)	349 (22.9)	182 (11.9)	501 (32.8)	445 (29.1)
구좌읍	597 (100.0)	17 (2.8)	127 (21.3)	54 (9.0)	211 (35.3)	188 (31.5)
조천읍	1,164 (100.0)	56 (4.8)	289 (24.8)	145 (12.5)	366 (31.4)	308 (26.5)
한경면	348 (100.0)	6 (1.7)	33 (9.5)	23 (6.6)	132 (37.9)	154 (44.3)
추자면	63 (100.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	0 (0.0)	25 (39.7)	35 (55.6)
우도면	43 (100.0)	2 (4.7)	6 (14.0)	6 (14.0)	18 (41.9)	11 (25.6)
일도1동	338 (100.0)	4 (1.2)	26 (7.7)	19 (5.6)	160 (47.3)	129 (38.2)
일도2동	1,393 (100.0)	64 (4.6)	315 (22.6)	174 (12.5)	500 (35.9)	340 (24.4)
이도1동	487 (100.0)	4 (0.8)	55 (11.3)	43 (8.8)	193 (39.6)	192 (39.4)
이도2동	1,936 (100.0)	88 (4.5)	462 (23.9)	346 (17.9)	685 (35.4)	355 (18.3)
삼도1동	774 (100.0)	23 (3.0)	148 (19.1)	95 (12.3)	290 (37.5)	218 (28.2)
삼도2동	636 (100.0)	9 (1.4)	72 (11.3)	69 (10.8)	255 (40.1)	231 (36.3)
용담1동	503 (100.0)	13 (2.6)	90 (17.9)	50 (9.9)	178 (35.4)	172 (34.2)
용담2동	748 (100.0)	26 (3.5)	152 (20.3)	95 (12.7)	252 (33.7)	223 (29.8)
건입동	626 (100.0)	15 (2.4)	96 (15.3)	64 (10.2)	225 (35.9)	226 (36.1)
화북동	1,400 (100.0)	47 (3.4)	306 (21.9)	202 (14.4)	443 (31.6)	402 (28.7)
삼양동	964 (100.0)	22 (2.3)	219 (22.7)	130 (13.5)	328 (34.0)	265 (27.5)
봉개동	366 (100.0)	18 (4.9)	74 (20.2)	49 (13.4)	116 (31.7)	109 (29.8)
아라동	1,625 (100.0)	40 (2.5)	269 (16.6)	221 (13.6)	561 (34.5)	534 (32.9)
오라동	407 (100.0)	20 (4.9)	66 (16.2)	54 (13.3)	142 (34.9)	125 (30.7)
연호동	1,735 (100.0)	80 (4.6)	329 (19.0)	294 (16.9)	677 (39.0)	355 (20.5)
노형동	1,984 (100.0)	65 (3.3)	413 (20.8)	325 (16.4)	677 (34.1)	504 (25.4)
외도동	837 (100.0)	48 (5.7)	212 (25.3)	121 (14.5)	256 (30.6)	200 (23.9)
이호동	191 (100.0)	9 (4.7)	48 (25.1)	28 (14.7)	65 (34.0)	41 (21.5)
도두동	144 (100.0)	1 (0.7)	29 (20.1)	28 (19.4)	57 (39.6)	29 (20.1)
서귀포시	8,953 (100.0) (483) (100.0)	245 (2.7) (7) (1.4)	1,618 (18.1) (79) (16.4)	952 (10.6) (48) (9.9)	3,084 (34.4) (108) (22.4)	3,054 (34.1) (241) (49.9)
대정읍	1,007 (100.0)	24 (2.4)	164 (16.3)	93 (9.2)	399 (39.6)	327 (32.5)
남원읍	755 (100.0)	26 (3.4)	123 (16.3)	79 (10.5)	254 (33.6)	273 (36.2)
성산읍	852 (100.0)	20 (2.3)	133 (15.6)	68 (8.0)	318 (37.3)	313 (36.7)
안덕면	347 (100.0)	13 (3.7)	88 (25.4)	35 (10.1)	101 (29.1)	110 (31.7)
표선면	504 (100.0)	16 (3.2)	98 (19.4)	48 (9.5)	177 (35.1)	165 (32.7)
송산읍	193 (100.0)	5 (2.6)	27 (14.0)	13 (6.7)	67 (34.7)	81 (42.0)
정방읍	209 (100.0)	9 (4.3)	16 (7.7)	22 (10.5)	94 (45.0)	68 (32.5)
중앙읍	397 (100.0)	12 (3.0)	56 (14.1)	32 (8.1)	155 (39.0)	142 (35.8)
천지읍	293 (100.0)	4 (1.4)	34 (11.6)	26 (8.9)	122 (41.6)	107 (36.5)
효돈동	356 (100.0)	8 (2.2)	81 (22.8)	48 (13.5)	140 (39.3)	79 (22.2)
영천읍	227 (100.0)	3 (1.3)	35 (15.4)	25 (11.0)	56 (24.7)	108 (47.6)
동홍읍	1,338 (100.0)	31 (2.3)	287 (21.4)	166 (12.4)	440 (32.9)	414 (30.9)
서홍읍	493 (100.0)	21 (4.3)	115 (23.3)	72 (14.6)	152 (30.8)	133 (27.0)
대륜읍	381 (100.0)	19 (5.0)	82 (21.5)	44 (11.5)	117 (30.7)	119 (31.2)
대천읍	590 (100.0)	19 (3.2)	119 (20.2)	67 (11.4)	201 (34.1)	184 (31.2)
중문동	394 (100.0)	7 (1.8)	67 (17.0)	48 (12.2)	136 (34.5)	136 (34.5)
예래동	134 (100.0)	1 (0.7)	14 (10.4)	18 (13.4)	47 (35.1)	54 (40.3)

주1: 2021년 10월 기준

주2: 기초생활수급자의 '괄호'의 수는 시 단위 관할 수급자이며, 도·시 전체 합계에 포함함

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

〈표 17〉 제주특별자치도 기초생활수급자 유형별 현황

(단위: 명, %)

구분	전체	일반	조건부	시설	특례	기타
전체	32,066 (100.0)	25,519 (79.6)	4,322 (13.5)	1,792 (5.6)	431 (1.3)	2 (0.0)
제 주 시	23,113 (100.0) (1,150) (100.0)	18,059 (78.1) (22) (1.9)	3,570 (15.4) (0) (0.0)	1,262 (5.5) (1,128) (98.1)	220 (1.0) (0) (0.0)	2 (0.0) (0) (0.0)
한림읍	1,127 (100.0)	892 (79.1)	226 (20.1)	5 (0.4)	4 (0.4)	0 (0.0)
애월읍	1,527 (100.0)	1,202 (78.7)	274 (17.9)	38 (2.5)	13 (0.9)	0 (0.0)
구좌읍	597 (100.0)	524 (87.8)	61 (10.2)	1 (0.2)	11 (1.8)	0 (0.0)
조천읍	1,164 (100.0)	934 (80.2)	191 (16.4)	4 (0.3)	35 (3.0)	0 (0.0)
한경면	348 (100.0)	285 (81.9)	54 (15.5)	3 (0.9)	6 (1.7)	0 (0.0)
추자면	63 (100.0)	60 (95.2)	2 (3.2)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
우도면	43 (100.0)	32 (74.4)	8 (18.6)	0 (0.0)	3 (7.0)	0 (0.0)
일도1동	338 (100.0)	284 (84.0)	53 (15.7)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)
일도2동	1,393 (100.0)	1,177 (84.5)	194 (13.9)	3 (0.2)	19 (1.4)	0 (0.0)
이도1동	487 (100.0)	408 (83.8)	70 (14.4)	6 (1.2)	3 (0.6)	0 (0.0)
이도2동	1,936 (100.0)	1,582 (81.7)	336 (17.4)	2 (0.1)	16 (0.8)	0 (0.0)
삼도1동	774 (100.0)	626 (80.9)	143 (18.5)	2 (0.3)	3 (0.4)	0 (0.0)
삼도2동	636 (100.0)	526 (82.7)	107 (16.8)	0 (0.0)	3 (0.5)	0 (0.0)
용담1동	503 (100.0)	413 (82.1)	74 (14.7)	4 (0.8)	12 (2.4)	0 (0.0)
용담2동	748 (100.0)	632 (84.5)	108 (14.4)	2 (0.3)	6 (0.8)	0 (0.0)
건입동	626 (100.0)	501 (80.0)	121 (19.3)	0 (0.0)	3 (0.5)	1 (0.2)
화북동	1,400 (100.0)	1,185 (84.6)	196 (14.0)	3 (0.2)	16 (1.1)	0 (0.0)
삼양동	964 (100.0)	826 (85.7)	129 (13.4)	3 (0.3)	6 (0.6)	0 (0.0)
봉개동	366 (100.0)	289 (79.0)	69 (18.9)	2 (0.5)	6 (1.6)	0 (0.0)
아라동	1,625 (100.0)	1,269 (78.1)	310 (19.1)	33 (2.0)	13 (0.8)	0 (0.0)
오라동	407 (100.0)	339 (83.3)	63 (15.5)	2 (0.5)	3 (0.7)	0 (0.0)
연평동	1,735 (100.0)	1,437 (82.8)	290 (16.7)	4 (0.2)	3 (0.2)	1 (0.1)
노형동	1,984 (100.0)	1,633 (82.3)	328 (16.5)	3 (0.2)	20 (1.0)	0 (0.0)
외도동	837 (100.0)	704 (84.1)	113 (13.5)	10 (1.2)	10 (1.2)	0 (0.0)
이호동	191 (100.0)	162 (84.8)	25 (13.1)	3 (1.6)	1 (0.5)	0 (0.0)
도두동	144 (100.0)	115 (79.9)	25 (17.4)	0 (0.0)	4 (2.8)	0 (0.0)
서귀포시	8,953 (100.0) (483) (100.0)	7,460 (83.3) (5) (1.0)	752 (8.4) (0) (0.0)	530 (5.9) (478) (99.0)	211 (2.4) (0) (0.0)	0 (0.0) (0) (0.0)
대정읍	1,007 (100.0)	900 (89.4)	69 (6.9)	7 (0.7)	31 (3.1)	0 (0.0)
남원읍	755 (100.0)	676 (89.5)	51 (6.8)	8 (1.1)	20 (2.6)	0 (0.0)
성산읍	852 (100.0)	776 (91.1)	56 (6.6)	3 (0.4)	17 (2.0)	0 (0.0)
안덕면	347 (100.0)	317 (91.4)	23 (6.6)	3 (0.9)	4 (1.2)	0 (0.0)
표선면	504 (100.0)	440 (87.3)	54 (10.7)	1 (0.2)	9 (1.8)	0 (0.0)
송산동	193 (100.0)	179 (92.7)	8 (4.1)	0 (0.0)	6 (3.1)	0 (0.0)
정방동	209 (100.0)	179 (85.6)	26 (12.4)	0 (0.0)	4 (1.9)	0 (0.0)
중양동	397 (100.0)	346 (87.2)	45 (11.3)	0 (0.0)	6 (1.5)	0 (0.0)
천지동	293 (100.0)	257 (87.7)	26 (8.9)	0 (0.0)	10 (3.4)	0 (0.0)
효돈동	356 (100.0)	329 (92.4)	21 (5.9)	0 (0.0)	6 (1.7)	0 (0.0)
영천동	227 (100.0)	194 (85.5)	15 (6.6)	15 (6.6)	3 (1.3)	0 (0.0)
동홍동	1,338 (100.0)	1,144 (85.5)	154 (11.5)	0 (0.0)	40 (3.0)	0 (0.0)
서홍동	493 (100.0)	439 (89.0)	47 (9.5)	3 (0.6)	4 (0.8)	0 (0.0)
대륜동	381 (100.0)	327 (85.8)	27 (7.1)	10 (2.6)	17 (4.5)	0 (0.0)
대천동	590 (100.0)	491 (83.2)	86 (14.6)	0 (0.0)	13 (2.2)	0 (0.0)
중문동	394 (100.0)	343 (87.1)	39 (9.9)	2 (0.5)	10 (2.5)	0 (0.0)
예래동	134 (100.0)	118 (88.1)	5 (3.7)	0 (0.0)	11 (8.2)	0 (0.0)

주1: 2021년 10월 기준

주2: 기초생활수급자의 '팔호'의 수는 시 단위 관할 수급자이며, 도·시 전체 합계에 포함함

자료: 제주특별자치도청 내부자료(2021)

6. 외국인 및 다문화가족 현황

〈표 18〉 전국 등록외국인 현황

(단위: 명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전국	932,983	985,923	1,091,531	1,143,087	1,161,677	1,171,762	1,246,626	1,271,807	1,145,540	1,091,369
서울특별시	247,108	244,410	266,360	274,957	273,441	267,153	283,984	281,876	242,623	223,613
부산광역시	35,049	35,943	38,315	39,991	41,840	42,837	45,738	45,999	40,366	39,878
대구광역시	21,922	23,302	25,203	26,141	26,493	26,442	28,033	30,191	27,798	27,242
인천광역시	47,305	50,382	55,323	57,669	59,103	62,596	67,869	72,259	67,648	65,666
광주광역시	14,492	15,557	17,064	18,455	19,920	21,279	22,815	23,825	21,323	20,884
대전광역시	14,571	14,798	15,658	16,416	17,035	17,431	18,184	19,109	16,895	17,225
울산광역시	19,247	22,427	25,885	26,183	23,457	20,513	20,002	20,450	17,884	16,814
세 종 특 별 자 치 시	2,271	2,462	2,719	3,481	3,745	4,125	4,940	5,700	5,076	5,098
경 기 도	288,251	314,715	352,166	369,665	373,923	381,628	408,526	414,318	380,144	359,804
강 원 도	12,901	13,409	14,443	15,108	15,833	16,949	18,261	19,069	17,332	17,523
충 청 북 도	24,830	27,481	30,700	32,637	35,499	36,656	39,537	40,714	37,060	36,105
충 청 남 도	46,230	49,937	54,568	56,583	60,353	64,155	68,234	70,675	64,546	62,236
전 라 북 도	22,030	23,067	25,086	26,194	27,320	28,588	31,347	33,074	31,288	30,334
전 라 남 도	23,602	24,544	28,254	30,566	31,750	31,221	33,042	34,638	32,906	32,233
경 상 북 도	40,067	43,499	47,805	49,765	51,351	53,364	56,969	58,119	52,469	51,241
경 상 남 도	64,371	69,126	77,778	82,316	81,021	75,136	74,304	76,123	67,239	64,289
제 주 특 별 자 치 도	8,736	10,864	14,204	16,960	19,593	21,689	24,841	25,668	22,943	21,184

주1: 2021년은 9월 말 기준

주2: 외국인은 출입국관리법 제31조의 규정과 재외동포의 출입국과 법적지위에 관한 법률 제6조의 규정에 따라 입국한 날부터 90일을 초과하여 체류할 목적으로 출입국·외국인관서의 장에게 외국인등록을 한 총 국내 체류외국인을 의미함

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 출입국자 및 체류외국인통계 “시군구별 및 국적(지역)별 등록외국인 현황(검색일: 2021. 11. 1.)”, 법무부(<http://www.immigration.go.kr>)내 출입국외국인정책 통계월보 “등록외국인현황(검색일: 2021. 11. 1.)”의 내용을 재구성

〈표 19〉 제주특별자치도 등록외국인 현황

(단위: 명, %)

구분	총 인구 수*	등록외국인 수	총 인구 수 대비 비율(%)	총 등록외국인 대비 비율(%)	남	여
전체	697,263	21,184	(3.0)	(100.0)	11,844	9,340
제 주 시	506,923	13,996	(2.8)	(66.1)	7,590	6,406
하림읍	24,325	3,118	(12.8)	(14.7)	2,043	1,075
애월읍	38,507	956	(2.5)	(4.5)	476	480
구좌읍	15,948	553	(3.5)	(2.6)	386	167
조천읍	25,923	503	(1.9)	(2.4)	264	239
한경면	9,582	351	(3.7)	(1.7)	243	108
추자면	1,862	252	(13.5)	(1.2)	241	11
우도면	1,713	28	(1.6)	(0.1)	14	14
일도1동	2,519	85	(3.4)	(0.4)	47	38
일도2동	32,881	282	(0.9)	(1.3)	71	211
이도1동	7,694	119	(1.5)	(0.6)	48	71
이도2동	50,065	561	(1.1)	(2.6)	239	322
삼도1동	13,641	144	(1.1)	(0.7)	54	90
삼도2동	8,166	256	(3.1)	(1.2)	149	107
용담1동	6,988	88	(1.3)	(0.4)	30	58
용담2동	14,675	189	(1.3)	(0.9)	65	124
건입동	9,120	229	(2.5)	(1.1)	141	88
화북동	24,498	321	(1.3)	(1.5)	163	158
삼양동	25,974	220	(0.8)	(1.0)	79	141
본개동	5,336	83	(1.6)	(0.4)	34	49
아라동	39,639	1,104	(2.8)	(5.2)	566	538
오라동	16,100	219	(1.4)	(1.0)	93	126
연동	43,866	1,777	(4.1)	(8.4)	817	960
노형동	57,454	2,047	(3.6)	(9.7)	1,109	938
외도동	22,396	273	(1.2)	(1.3)	96	177
이호동	4,652	143	(3.1)	(0.7)	77	66
도두동	3,399	95	(2.8)	(0.4)	45	50
서귀포시	190,340	7,188	(3.8)	(33.9)	4,254	2,934
대정읍	23,858	1,677	(7.0)	(7.9)	918	759
남원읍	19,273	607	(3.1)	(2.9)	410	197
성산읍	16,812	1,323	(7.9)	(6.2)	944	379
안덕면	12,700	491	(3.9)	(2.3)	237	254
표선면	12,698	340	(2.7)	(1.6)	212	128
송산면	4,458	441	(9.9)	(2.1)	356	85
정방면	2,263	117	(5.2)	(0.6)	69	48
정양면	3,407	69	(2.0)	(0.3)	33	36
천지동	3,566	115	(3.2)	(0.5)	59	56
효돈동	5,356	63	(1.2)	(0.3)	41	22
영천동	5,313	141	(2.7)	(0.7)	104	37
영호동	23,973	838	(3.5)	(4.0)	409	429
서호동	11,093	128	(1.2)	(0.6)	76	52
대륜동	15,335	189	(1.2)	(0.9)	89	100
대천동	14,031	177	(1.3)	(0.8)	75	102
충무동	12,118	295	(2.4)	(1.4)	141	154
예래동	4,086	177	(4.3)	(0.8)	81	96

*총 인구 수는 외국인이 포함된 수임

주1: 2021년 9월 기준

주2: 총 인구 수 대비 비율(%)은 제주특별자치도 총 인구(외국인 포함)에서 등록외국인이 차지하는 비율이며, 총 등록외국인 대비 비율(%)은 제주특별자치도 내 전체 등록외국인 수 대비 비율임

자료: 법무부(<http://www.immigration.go.kr>)내 출입국외국인정책 통계월보 “등록외국인현황”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

〈표 20〉 전국 다문화가족 현황

(단위: 명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전국	221,548	252,764	267,727	281,295	295,842	305,446	318,948	330,188	343,797	359,610
서울특별시	63,364	69,694	70,381	71,364	73,801	74,629	73,914	73,753	74,717	75,489
부산광역시	8,314	9,705	10,305	10,915	11,529	11,720	11,853	12,337	12,620	13,255
대구광역시	5,599	6,261	6,664	7,131	7,580	7,827	8,403	8,815	9,176	9,712
인천광역시	13,235	14,939	16,029	17,026	18,222	19,397	20,988	22,626	24,435	26,211
광주광역시	3,705	4,283	4,590	4,960	5,336	5,540	6,001	6,284	6,455	6,932
대전광역시	4,117	4,758	5,123	5,337	5,575	5,750	5,899	6,106	6,232	6,516
울산광역시	3,755	4,225	4,561	5,049	5,497	5,750	6,217	6,296	6,411	6,648
세 종 특 별 자 치 시				653	650	741	1,053	1,225	1,351	1,490
경 기 도	61,447	71,174	77,128	81,731	86,337	89,877	95,848	100,529	107,141	113,100
강 원 도	4,809	5,793	6,103	6,381	6,590	6,697	6,768	6,989	7,212	7,659
충 청 북 도	6,023	6,982	7,417	7,941	8,370	8,736	9,433	9,882	10,391	10,983
충 청 남 도	9,544	11,294	12,348	12,649	13,460	14,019	14,863	15,636	16,396	17,323
전 라 북 도	7,197	8,523	9,068	9,626	9,951	10,291	10,568	10,900	11,165	11,595
전 라 남 도	8,142	9,489	10,115	10,657	11,129	11,316	11,749	11,906	12,040	12,722
경 상 북 도	9,232	10,461	11,067	11,856	12,620	13,045	13,640	13,990	14,444	15,125
경 상 남 도	11,345	13,062	14,443	15,352	16,217	16,836	17,929	18,725	19,106	19,996
제 주 특 별 자 치 도	1,720	2,121	2,385	2,667	2,978	3,275	3,822	4,189	4,505	4,854

주1: 조사시점은 2015년까지 1.1일자 / 2016년부터 11.1일자로 변경됨

주2: 다문화가족은 한국국적을 가지지 않은 결혼이민자와 혼인 등의 사유로 한국국적을 취득한 국적취득자를 포함

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>) 내 지방자치단체외국인주민현황 “읍면동별 유형 및 지역별 외국인 주민현황”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

〈표 21〉 전국 암환자 현황

(단위: 명)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전국	1,093,959	1,285,190	1,437,310	1,577,152	1,712,247	1,862,532	2,014,043	2,170,526	2,335,148
서울특별시	241,802	276,896	305,612	330,957	352,633	375,132	400,161	424,802	452,533
부산광역시	74,762	88,722	100,273	109,858	118,739	129,179	138,711	148,575	159,532
대구광역시	56,838	66,515	73,808	80,614	87,034	93,832	100,452	107,434	114,362
인천광역시	51,986	62,045	70,258	77,642	85,519	93,990	102,506	111,234	120,087
광주광역시	30,348	35,528	39,423	43,136	46,716	50,649	54,577	58,541	62,732
대전광역시	32,333	37,828	42,161	46,061	49,409	53,405	57,172	60,749	64,313
울산광역시	21,359	25,403	28,669	31,920	34,911	38,221	41,409	44,753	48,429
세 종 특 별 자 치 시		3,066	3,622	4,680	6,280	7,525	8,698	10,721	12,409
경 기 도	243,225	286,422	321,999	355,916	390,624	433,498	475,164	520,006	567,114
강 원 도	32,192	37,866	42,406	46,577	50,742	55,328	60,031	64,915	69,989
충 청 북 도	32,916	38,972	43,843	48,133	52,460	57,315	62,234	67,295	71,945
충 청 남 도	47,094	53,515	60,233	66,251	72,070	78,586	85,239	91,979	98,933
전 라 북 도	42,767	50,933	56,627	61,961	67,130	72,584	77,857	83,418	89,191
전 라 남 도	49,303	58,356	65,076	70,989	76,830	82,911	89,104	94,875	100,891
경 상 북 도	61,917	72,945	81,343	89,362	96,990	104,780	112,819	121,055	129,823
경 상 남 도	64,093	76,717	86,851	96,175	105,229	114,792	125,103	135,371	145,953
제 주 특 별 자 치 도	11,021	13,221	14,940	16,774	18,793	20,805	22,806	24,803	26,912
기 타	3	240	166	146	138	-	-	-	-

주1: (암 유형) 폐암, 위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 입술구강암, 식도암, 담낭암, 담도암, 췌장암, 후두암, 소장암, 뼈및관절연골암, 피부암, 중피성연조직암, 난소암, 전립선암, 신장암, 신우암, 요관암, 방광암, 뇌암, 비호지킨림프종, 다발성골수종, 백혈병, 갑상선암, 기타암

주2: 기타는 주민등록 주소지 불분명한 건임

자료: 국가통계포털(<http://kosis.kr>)내 건강보험통계“시도별 전체 중증(암)등록환자의 암유형별 등록인원 현황”의 내용을 재구성(검색일: 2021. 11. 1.)

7. 기타

〈표 22〉 제주특별자치도 종합사회복지관 현황

(단위: 명, m²)

연번	시설명	소재지	종사자 수	규모	시설설치일	운영법인
1	제주종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 도남로 121	9	1,598	1985-09-27	초록우산 어린이재단
2	아라종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 인다12길 1	9	1,034	1992-08-01	제주특별 자치도 사회복지 협의회
3	서부종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 한림읍 한림상로 207-9	9	1,946	2003-04-01	사회법인 한림소망의집
	서부종합사회복지관 한경센터	제주특별자치도 제주시 한경면 조수리 418	2	132.2	2011-06-01	
4	은성 종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 월두2길 63-1	9	2,223	2004-04-07	제주 은성의 집
5	제주순복음 종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 천수동로 25	9	1,495	2004-08-23	사회법인 섬김의 집
6	제주영락 종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 고마로9길 32	9	3,034.6	2005-07-20	종교법인 장로회 제주 노회유지재단
7	동제주 종합사회복지관	제주특별자치도 제주시 구좌읍 평대12길 15	9	1,760	2006-11-10	사회법인 자현
	동제주종합사회 복지관 조천읍센터	제주특별자치도 제주시 조천읍 신북로 501-1	2	334	2014-11-12	
8	서귀포 종합사회복지관	제주특별자치도 서귀포시 태평로512번길 9	9	1,034	1993-06-26	사회법인 예담
9	동부종합사회복지관	제주특별자치도 서귀포시 성산읍 일출로 14-11	9	1,739	2004-11-18	사회법인 제주가톨릭 사회복지회
	동부종합사회복지관 표선센터	제주특별자치도 서귀포시 표선면 표선중앙로 21	2	71.2	2017-08-01	
10	서귀포시 서부종합사회복지관	제주특별자치도 서귀포시 대정읍 신영로23	9	1,858	2017-05-08	종교법인 한기장 복지재단

주: 2020년 12월 기준

자료: 공공데이터포털(<http://data.go.kr>)내 제주특별자치도 종합사회복지관현황 현황(검색일: 2021. 11. 1.)

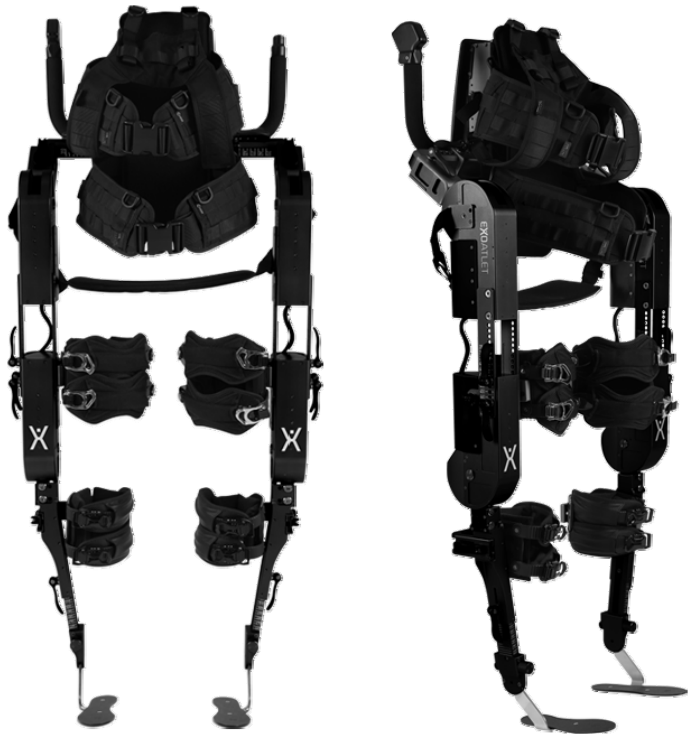
부록 2

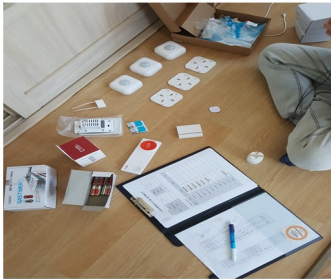
4차 산업혁명과 복지(사례 소개)

1. 제주도 사례

연번	사업명	세부내용
1	치매노인 실종예방 배회감지기 '행복GPS' 무상보급 사업	○ (시행기관) 제주특별자치도 광역치매센터, 제주지방경찰청 ○ (사업내용) 실종위험이 있는 치매환자 가족들의 불안감을 덜고, 사고 시 신속하게 대응하기 위한 손목시계형 단말기 지원.  ○ (사업대상) 치매안심센터에 등록된 자 중 (1)배회나 실종경험 혹은 위험이 있는 치매환자, (2)배회나 실종경험 혹은 실종위험이 있는 인지저하자, (3)노인맞춤돌봄서비스 대상자 중 위의 조건 하나를 충족시키는 자 등 ○ (배포기기) 배회감지기는 제품에 따라 기능의 차이는 있지만 기본적으로 위성위치확인시스템(GPS)이 탑재돼 있어 보호 대상자가 기기를 지니고 있으면 보호자가 스마트폰 앱을 통해 위치를 실시간으로 확인할 수 있음. 또 보호 대상자가 일정구간을 이탈할 경우 보호자 스마트폰에 알람을 전송하는 기능이 있어 실종사고 발생 시 조기 대처가 가능함.

연번	사업명	세부내용
2	응급안전안심 서비스사업	○ (시행기관) 제주도청 노인장수복지과, 제주시홀로사는노인지원센터 ○ (사업내용) 건강상태가 취약한 독거노인 가정에 차세대 ICT 기반 응급안전안심서비스 장비를 보급, 설치된 감지센서를 통해 24시간 활동체크, 응급상황 시 신속하게 대처하고 소방서에 자동신고하는 예방적 서비스 제공. 또 ICT 응급 장비가 설치된 노인맞춤돌봄대상자의 경우, 생활지원사가 다양한 돌봄서비스와 정서지원을 함께 제공하는 휴먼터치케어 진행.  ○ (사업대상) 기초생활수급자 또는 차상위에 속하는 노인 중 생활여건, 건강상태 등을 고려하여 상시 보호가 필요한 독거노인, 중증장애인, 노인맞춤돌봄서비스 대상자 ○ (배포기기)  게이트웨이 화재센서 활동센서 가스센서 응급호출기 - 게이트웨이 : 댁내 설치된 각 센서의 정보를 수집하여 소방서, 센터, 보호자 등에 자동 전송 기능 및 간단한 통화 가능 - 화재센서 : 화재로 번질 수 있는 상황을 미리 감지하여 대상자댁내에 위험 상황을 알리며 지역센터와 소방서에 응급상황이 자동 신고 - 활동센서 : 체온을 감지하여 4시간 동안 움직임이 없는 경우 '활동미감지' 상태를 표시하여 지역센터에 응급상황임을 고지 - 가스센서 : 가스 누출을 자동으로 감지하여 대상자 댁내에 위험 상황을 알리며 소방서와 지역센터에 응급상황이 자동 신고 - 응급호출기 : 목걸이형, 호출 시 지역센터와 소방서에 응급상황이 신고

연번	사업명	세부내용
3	웨어러블 재활로봇 서비스	○ (시행기관) 한마음병원 ○ (사업내용) 웨어러블 재활로봇을 활용해 거동이 불편한 장애인들에게 자가보행 체험을 제공해 사회활동 참여, 사회비용 절감 등을 도모. ○ (사업대상) 척수손상, 뇌졸중, 외상성 뇌손상, 다발성 경화증, 뇌성 마비, 파킨슨병 등 후천적 장애인 ○ (배포기기) 웨어러블 재활로봇 EAM(ExoAtlet Medy; 엑소아틀레트 메디) - 근육의 재건과 관절 운동의 회복 등을 목적으로 효과적인 재활치료를 위해 사용되는 웨어러블 재활의료 장비. 불완전 마비 환자부터 완전 마비 환자까지 적용 가능한 기기로서 최적화된 정상 보행패턴 시스템을 제품에 프로그래밍하여 착용자의 삶의 질을 향상을 도모. 

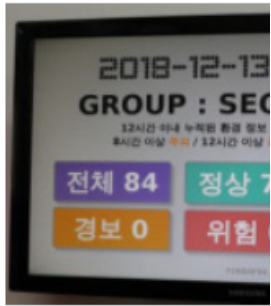
연번	사업명	세부내용
4	IoT 스마트홈케어	○ (시행기관) 제주시장애인지역사회통합돌봄지원센터 ○ (사업내용) 돌봄이 필요한 발달·뇌병변장애인 가정에 IoT스마트홈케어 장비를 설치, 보급해 항시 돌봄 서비스를 제공. 스마트홈케어 서비스는 센서감지를 한 게이트웨이가 관제시스템으로 자료를 전송하면 응급요원들의 실시간 모니터링이 가능하여 낙상 및 응급상황을 예방하고, 실제 응급상황이 발생할 경우 응급전화기 및 응급, 비상호출기 버튼만 누르면 바로 119와 연계해 신속하게 대처할 수 있는 시스템. ○ (사업대상) 발달·뇌병변장애인으로 홀로 자립해 생활하고 있는 장애 당사자 1순위, 보호자가 있지만 상시 보호가 필요한 장애가구, 장애인으로만 구성된 가구 2순위 ○ (배포기기) 스마트허브, 응급호출기, 화재감지센서, 자동가스차단기, 도어센서, 스마트 IoT(사물인터넷) LED 거실등, 스마트플러그, 활동량감지센서 등.     - 스마트홈케어서비스는 게이트웨이가 감지된 자료를 관제시스템으로 전송하면 응급요원들의 실시간 모니터링이 가능하며 낙상 및 응급상황을 예방하고, 실제 응급상황이 발생할 경우 응급전화기 및 응급, 비상호출기 버튼만 누르면 바로 119와 연계해 신속하게 대처할 수 있는 시스템.

2. 국내 사례

연번	사업명	세부내용													
1	스마트홈 서비스 시범사업	○ (시행기관) 보건복지부, 대구광역시 남구청, LG유플러스, 경기도 부천시, 경상남도 김해시													
		○ (사업내용) 지역사회통합돌봄 대상인 장애인의 자립생활을 지원하기 위하여, 일상생활의 편의증진·안전 등을 위한 스마트홈 서비스 시범 실시. 지역사회통합돌봄 사업은 취약계층이 자신의 집에서 자신의 욕구에 맞는 서비스를 누릴 수 있도록 하는 사업으로서, ‘스마트홈 서비스 시범사업’은 지역사회와 함께 어울려 살아가 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄 등 통합적인 서비스를 제공하는 지역주도형 사회서비스정책으로 손꼽힘													
		○ (사업대상) 장애인 통합돌봄 대상자 250가구(재가 및 시설퇴소자)													
		○ (배포기기) 인공지능(AI)과 사물인터넷(IoT)기반의 AIS피커, AIR리모컨, IoT스위치, IoT간편버튼, IoT가스잠그미, IoT열림알리미 등													
		구분	기기	주요기능	이용예시	편리	 AI 스피커	· (AI 리모컨과 함께 쓰면) TV, 에어컨 등 기기를 말로 켜고 끌 수 있음 · IoT기기를 말로 켜고 끌 수 있음 · 원하는 노래를 음성으로 틀 수 있음	“헤이 클로바+명령어”로 기기조작 “헤이 클로바, TV꺼줘” “헤이 클로바, 안방불 켜줘”	편리	 AI 리모콘	· TV, 셋톱박스, 에어컨, 공기청정기를 음성으로 실행가능 · 외부에서도 앱을 통해 TV, 셋톱박스, 에어컨, 공기청정기를 원격실행 가능	“외출할 때마다 TV나 에어컨 끄는 것을 깜박할 때” “리모컨을 매번 찾느라 고생할 때 음성으로 조작가능	편리	 IoT 스위치
구분	기기	주요기능	이용예시												
편리	 AI 스피커	· (AI 리모컨과 함께 쓰면) TV, 에어컨 등 기기를 말로 켜고 끌 수 있음 · IoT기기를 말로 켜고 끌 수 있음 · 원하는 노래를 음성으로 틀 수 있음	“헤이 클로바+명령어”로 기기조작 “헤이 클로바, TV꺼줘” “헤이 클로바, 안방불 켜줘”												
편리	 AI 리모콘	· TV, 셋톱박스, 에어컨, 공기청정기를 음성으로 실행가능 · 외부에서도 앱을 통해 TV, 셋톱박스, 에어컨, 공기청정기를 원격실행 가능	“외출할 때마다 TV나 에어컨 끄는 것을 깜박할 때” “리모컨을 매번 찾느라 고생할 때 음성으로 조작가능												
편리	 IoT 스위치	· 스마트폰과 음성으로 조명 켜고 끌 수 있음 · 원하는 요일 및 시간에 자동으로 전등을 켜고 끌 수 있음 · 스위치가 설치된 공간의 온도 및 습도를 실시간으로 확인할 수 있음	“아침에 깜빡하고 나왔을 때 앱을 통해 켜고 끌 수 있어요” “음성이나 버튼으로 조명을 켜고 끌 수 있어요”												

연번	사업명	세부내용			
		구분	기기	주요기능	이용예시
		편리	 IoT 간편버튼	· 클릭 한 번으로 U+IoT 스위치를 켜고 끌 수 있음 · 위급상황에 버튼을 누르면 등록된 가족, 지인의 연락처로 메시지 자동전송 · U+IoT 앱을 설치한 스마트폰에 알람을 울려 스마트폰을 찾게 할 수 있음	“침대에 누워서 전등을 버튼으로 켜고 끌 수 있어요” “갑자기 어지러움이 느껴져 버튼을 눌러 아들에게 문자를 보낼 수 있어요”
		안전	 IoT 가스잠그미	· 가스밸브를 원격으로 확인하고 잠글 수 있음 · 위험온도를 알려주고 자동 잠금을 설정할 수 있음	“가스를 잠그지 않고 외출해도 원격으로 끌 수 있어요” “타이머를 설정해서 자동으로 설정된 시간에 가스를 잠궜어요”
		안전	 IoT 열림알리미	· 문과 창문의 열림 및 닫힘 상태를 확인할 수 있음 · 열림이 감지되면 즉시 알람을 받을 수 있음	“현관문에 부착해서 현관문이 열렸을 때 즉시 알람을 받을 수 있어요” “냉장고문에 부착하면 냉장고를 사용한 이력을 알 수 있어요”
2	스마트돌봄 스페이스	○ (시행기관) 보건복지부 국립재활원 ○ (사업내용) 스마트돌봄 스페이스는 돌봄로봇(이승보조, 욕창·자세변환, 배설보조, 식사보조 돌봄로봇)* 등 첨단 기술을 활용한 돌봄 혁신 방안 마련을 위한 '돌봄 로봇 중개 연구 및 서비스 모델 개발 사업'의 일환으로 만들어졌으며 노인·장애인이 직접 체험 및 평가를 통해 실제 수요자 의견을 돌봄로봇 기술개발 등에 반영할 수 있도록 구축됨			
		스마트 거실  스마트 주방  스마트 안방  스마트 화장실 			

연번	사업명	세부내용
		○ (사업대상) 노인, 장애인 ○ (배포기기) 9.6㎡(18평)정도의 공간은 양문식 현관과 욕실문, 전동식 샤워베드와 세면대를 갖춰 휠체어를 타고 생활하기에 어려움이 없으며, 로봇의 사용자 분석 결과를 바탕으로 맞춤형 서비스 제공. 인공지능(AI) 스피커를 비롯해 사물인터넷(IoT) 기술을 활용한 비상 알람·높이 조절 식탁 등도 있어 장애인과 돌봄을 주는 자 모두 편리하게 생활할 수 있도록 설계됨. - 이승보조 · 착용형 : 돌봄 제공자가 착용하고, 클라이언트를 안아 일으키는 데 드는 힘을 감소시킬 수 있는 로봇기술 · 비착용형 : 안아 올리는 동작에 드는 힘을 감소시키는 기기, 비착용형 (천장 설치) - 욕창 예방 및 자세 변환 지원 · 스마트 전동침대를 이용하여 욕창 및 자세 변환 지원 · 침대에 적용되는 사물 인터넷(스마트 전동침대: 사용자의 자세에 따라 실시간으로 감지되는 압력정보에 기반하여 보다 편안하고 안락한 상태에 있도록 사용자의 자세를 자동적으로 변환시키도록 구현 · 이스라엘 IT 기업의 얼리센서, 인디고고에서 편당하는 EIGHT 스마트 침대, 씨넷에서 개발한 MAP(Monitor Alert Protect) 등이 개발 중 - 배설지원 · 배설물의 처리 : 배설물 처리에 로봇기술을 이용하여 설치위치 조절이 가능한 화장실 · 배설처리로봇 : 일본의 NWic사의 마인렛 샤워야가는 소변 및 대변 센서를 내장하여, 배뇨, 배변을 감지하고, 배설 시 배설물을 흡입하고 따뜻한 물로 피부를 세척하고 제습하는 기종이 있음. 개호보험 지원 가능. · 화장실 유도 : 로봇기술을 이용해서 배설을 예측하고, 정확한 타이밍에 화장실로 유도하는 기기 · 배변 예측기 : 일본의 Triple W Japan사가 개발한 Dfree는 초음파가 장의 상태를 모니터링해 배변 예측. 배변 예측시간 10분 전쯤에 휴대폰으로 정보를 알려줘 화장실을 찾을 시간을 벌여줌 · 동작지원 : 로봇기술을 이용해서 화장실 내에서 하의의 착탈 등 배설 일련의 동작을 지원하는 기기 · 스마트기저귀((주) 그래메디스) : 습도센서(소변)와 가스센서(대변)를 부착한 기저귀로서, 배변 시 이를 알려주어서 외상환자의 피부질환과 욕창 발생을 미연에 방지 가능

연번	사업명	세부내용
		- 식사보조 · 장애인, 노인 등의 식사를 지원하는 기기로 전세계적으로 개발 중에 있음 · 식사보조 로봇팔의 경우, 휠체어 장착형 등의 manipulator로 확대 검토 · ex) 일본 세콤의 마이스푼, 한국 재활원은 케어밀 출처 : 김승택, 박찬임, 2018, “4차 산업혁명이 사회복지서비스 분야 인력 시장에 미치는 영향”, 고용노동부 · 한국노동연구원.
3	IoT 센서 기반 독거어르신 안전·건강관리서 비스	○ (시행기관) 서울시 본청 어르신복지과 ○ (사업내용) 사물인터넷(IoT)을 활용하여 독거노인의 실시간 안전을 확인하는 서비스 - 2017년 서울시 사물인터넷 실증사업의 일환으로 9개 자치구(강동·관악·노원·서대문·성동·송파·양천·은평·영등포)에서 시범운영을 실시한 후 2018년부터 전체 자치구로 확대 운영 중 - 취약 독거노인의 가정에 움직임, 온도, 조도, 습도, 화재·가스 안전을 감지하는 일체형 센서를 설치하여 대상자의 안전여부를 모니터링. 활동량 모니터링 정보는 ‘정상-주의-경보-위험-점검’으로 표시되어 자치구·사업수행기관의 상황판, 생활관리사의 휴대폰으로 실시간 전송  (IoT 기기)  (휴대폰 화면)  (상황판) · 주의 : 8시간 동안 움직임이 없는 경우 · 경보 : 12시간 동안 움직임이 없는 경우 · 위험 : 24시간 동안 움직임이 없는 경우(안전에 위험이 있는 경우, 장기 부재 시, 병원입원, 친척집 방문 등) · 점검 : 기계통신이 안 되는 경우, 데이터 송수신이 안 될 때 - 일정시간 동안 움직임이 없는 등 이상 징후 의심 시 담당 생활관리사는 전화·방문을 통해 대상자의 안전여부를 확인하고, 119 연계 등 긴급조치 수행

연번	사업명	세부내용
		- 수집된 온도, 습도, 조도 등의 센서데이터는 복지사업 추진 시 활용. - (온도) 여름철 방안 온도가 35도 이상인 경우 무더위 쉼터로 대피 안내, 겨울철 방안온도가 현저히 낮은 경우 한파관련 물품 우선 지원 - (습도) 습도가 60% 이상일 경우 곰팡이 발생률 높은 세대의 주거환경개선 우선 지원 - (조도) 밝기 지수가 낮은 경우 LED 우선 교체 - 서울시 본청에서 기본계획을 수립하고, 자치구에서 세부추진계획 수립 및 대상자 선정, 장비업체 계약 및 서비스 운영 관리·감독 - 장비업체에서 댁내 장비를 포함한 시스템의 운영·관리를 담당하며, 사업수행기관(복지관)의 생활관리사가 대상자에 대한 모니터링 수행 ○ (사업대상) 독거노인 ○ (배포기기) IoT 센서 기기
4	스마트플러그 고독사 예방 서비스	○ (시행기관) 양천어르신종합복지관, 서울어르신복지관, 목동실버복지문화센터 ○ (사업내용) 스마트플러그는 TV, 라디오 등 가전제품, 전열기에 스마트플러그 IoT센서를 설치, 일정시간 전력사용량이 발생하지 않으면 생활관리사의 스마트폰 앱에서 알람이 울리게 해 어르신에게 전화 연락을 하거나 직접 방문을 하도록 해 어르신 고독사를 예방하는 서비스 ○ (사업대상) 홀몸어르신 1,100가구 ○ (배포기기) IoT(사물인터넷) 스마트플러그 - 멀티탭과 유사한 형태의 플러그가 가전기와 전기콘센트를 연결하여 전자기기별 가동시간, 전력사용 현황을 실시간으로 측정, 분석 - TV, 전자레인지, 전기밥솥 등의 가전기기에 대한 전력사용량과 집안 온도 변화량을 무선통신망으로 실시간 자동 검침 - 일정시간 사용이 없거나 특정 제품의 전력 사용이 지나치게 오래 이어지면 동 주민센터의 복지담당자(복지플래너)에게 알림 문자 전송. 복지플래너는 필요한 경우 유선 및 방문을 통해 대상자의 안부 확인

연번	사업명	세부내용
5	ICT 인공지능 스피커 돌봄서비스	○ (시행기관) 서울 성동구, 강남구, 영등포구, 양천구, 서대문구, 중구와 경기 화성시, 대전 서구 ○ (사업내용) 인공지능 스피커를 통한 비대면 돌봄서비스 제공 · 신규 일자리 인건비 지원 · 데이터분석 결과 기반 복지 서비스 기획 및 개선 · AI스피커 등 환경 구축 · ICT 케어센터 운영 · 데이터 분석 및 리포팅 · 인공지능, IoT 기술 지원 · ICT 케어센터 구축 · 빅데이터 분석역량 지원 – SK텔레콤은 기술·기기를 지원하고, 사회적기업 ‘행복한 에코폰’은 ICT 케어센터운영을 통해 서비스를 관리하며 지자체는 운영인력 지원 – ICT 케어센터에서는 AI 스피커를 통해 수집된 데이터를 모니터링하고, 이상 징후 감지 시 심리상담, 비상알림 및 방문조치 실시 – 음성정보는 별도로 저장하지 않으며, 음성정보에 열 가지 정도의 키워드 (우울, 불안, 죽음)를 설정하여 대상자의 상태 파악 – 대상자 가구를 직접 방문해 돌봄서비스를 제공하는 현장 매니저를 두고, 대상자 100명당 현장 매니저 1명이 케어. 신중년 일자리사업과 연계해 50세 이상 돌봄 인력 구성

연번	사업명	세부내용
		- 자자체는 ICT 돌봄 서비스를 담당하는 현장 매니저(20명), ICT 케어센터 상주 인력(심리 상담가, 데이터 분석가 등 5명) 등 총 25명 인건비를 부담 ○ (사업대상) 홀몸어르신, 중년독거남, 중증장애인 ○ (배포기기) SK텔레콤의 AI 스피커 '누구(NUGU)'  - 건강악화 등 응급상황 발생 시 신속 대응 - 감성대화, 음악감상, 날씨/뉴스/운세/지식 등 맞춤형 정보제공 - 치매초기 예방 및 선별 서비스 제공을 위한 치매예방 게임 - 심리상담 및 Big data 분석을 통해 사용자 생활패턴 분석으로 맞춤형 프로그램 지원 - 개인별 맞춤서비스 정보시스템 입력(투약시간, 중요한 개인일정 등)
6	똑똑 문안서비스	○ (시행기관) 서울시 서대문구, 부산광역시 ○ (사업내용) 휴대전화 통신데이터를 기반으로 독거어르신 안부확인서비스 제공 - 개인별로 설정된 기간 동안 휴대전화 통화의 수 · 발신 기록이 없거나, 장시간 휴대전화가 꺼져 있을 경우 동 주민센터 돌보미(복지플래너)에게 자동 알림정보 발송 - 알림정보를 수신한 돌보미는 유선 또는 방문을 통해 대상자의 안부를 확인하고 시스템에 조치결과 입력

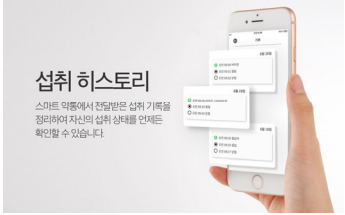
연번	사업명	세부내용
		○ (사업대상) 65세 이상 독거노인, 향후 40~50대 중장년층 1인 가구, 고시원·원룸 거주자 등으로 확대 예정 ○ (배포기기) 독독문안서비스 시스템 흐름도 - 기계가 아니라서 별도의 설치비가 없으며 2G폰에도 적용 가능. 월 사용료가 1,000원으로 저렴하고 성동구에서 전액 지원함 - 서대문구는 14개 동별로 독독문안서비스 총괄 담당자를 지정, 각 동마다 3~6명의 복지 인력이 해당 업무를 수행. 알림 정보가 올릴 때마다 동 주민센터 뿐 아니라 사업을 총괄하는 복지정책과에서도 실시간으로 상황 확인 - 알림주기 설정은 대상자가 개인별로 정할 수 있음
7	스마트 토이로봇 서비스	○ (시행기관) 서울시 구로구, 밥상공동체종합사회복지관 ○ (사업내용) 독거노인의 생활관리, 정서적 지원 기능을 제공하는 돌봄 로봇 보급. 로봇을 활용하여 독거노인의 안전케어, 치매예방, 투약 지원 등 노인돌봄서비스 지원 ○ (사업대상) 독거노인 ○ (배포기기) AI 인형, 어플리케이션 - 생활관리 : 복약 및 식사 등 스케줄 알람, 치매예방 체조, 퀴즈, 노래, 이야기 등 시니어콘텐츠 제공 - 정서관리 : 우울증 예방을 위한 정서케어(애교, 안부인사), 자녀 육성의 음성메시지 전송

연번	사업명	세부내용
		- 안전연결망 : 실시간 활동 감지 후 보호자 알람 머리를 쓰다듬어보세요! 할머니, 할아버지께 애교를 부려요 오른쪽 귀를 눌러보세요! 덕에서 간단히 하실 수 있는 체조 프로그램이 재생돼요. 천천히 듣고 따라하며 혈액 순환을 원활하게 해보세요. 왼쪽 귀를 눌러보세요! 기억력 향상을 위한 퀴즈 프로그램이 재생돼요. 질문을 듣고 직접 대답해보세요. 등을 토닥여보세요! 할머니, 할아버지께 애교를 부려요 손을 잡아보세요! 할머니, 할아버지께 애교를 부려요 · 음성메시지 전송 및 수신 인형을 통해 어르신에게 메시지를 보내고 어플리케이션을 통해 어르신 목소리 확인 · 스케줄 알람 병원, 보건소, 주민센터, 복지관 등 주요 방문 일정을 반복적으로 알람 · 활동 모니터링 어르신의 활동이 일정시간 이상 감지되지 않으면 보호자의 스마트폰으로 알람 · 프로그램 부모님의 약 복용 여부 및 치매 예방 프로그램(체조, 퀴즈) 수행여부를 확인

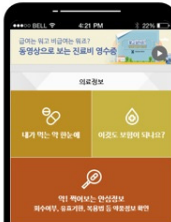
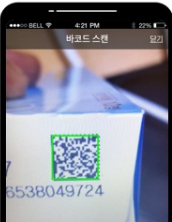
연번	사업명	세부내용
8	스마트 헬스모니터링 '골든서클'	○ (시행기관) 목동실버복지문화센터 ○ (사업내용) 목동실버복지문화센터 - N-COM - 인바디가 협력하여 '스마트 건강팔찌'를 활용한 DB자동화 모니터링 시스템을 구축하여 어르신 스스로 건강 관리하는 자가관리 역량 강화 도모 ○ (사업목표) - 웨어러블 기반 스마트자동화 건강관리 혁신시스템 구축 및 모델 확장 - 여가에 건강을 더한 사례관리 모형을 통한 노인 생활만족도 향상 - 스마트 시스템을 활용한 맞춤형 프로그램 보급으로 건강상태 유지와 자가관리 능력 배양 ○ (사업대상) 양천구 거주, 건강관리에 관심이 높은 만60세 이상 어르신 - A유형: 독거노인, 심뇌혈관질환자, 3고 질환자(고혈압, 고지혈, 고혈당), 암, 희귀난치성질환, 정신질환 - B유형: 사회복지, 간호, 영양, 운동 분야별 평가도구를 사용하여 건강증진행위에 대한 개입이 필요하다고 판단되는 자 - C유형: 사회복지, 간호, 영양, 운동 분야별 평가도구를 사용하여 건강상태를 유지하며 스스로 건강 증진행위에 대한 관리가 된다고 판단되는 자 ○ (배포기기) 웨어러블 건강팔찌를 활용한 어르신 건강관리혁신시스템 실시
9	보행성 장애인 커뮤니티케어 (Happy Onestep in community) 사업	○ (시행기관) 화성시아르담복지관 ○ (사업내용) 전국 장애인복지관 최초로 로봇재활실을 운영. 로봇재활실에는 하지재활로봇 워크봇(Walkbot_G(K)), 웨어러블 로봇(EAM), 로봇승마기(P1-H), 갈릴레오(Galileo), FITMI 등 다양한 재활 로봇과 기기가 있으며, 신체장애인에게 균형능력, 보행능력 등 신체기능 향상을 지원함 ○ (사업대상) 불완전 하지마비 환자 ○ (배포기기) 지면보행형 웨어러블 로봇 - 비장애인의 정상 보행패턴 시스템을 프로그래밍하여 보행 장애인이 착용 후 스스로 일어나 걸을 수 있도록 지원. 평지 보행만 가능했던 기존 외 골격형 로봇 재활치료 방식을 탈피하여 경사로, 계단 등 다양한 보행 경험 제공 - 스마트 목발이나 태블릿PC를 로봇본체에 연결하여 컨트롤 및 훈련 경과 실시간 모니터링이 가능함. 실제 지면보행이 가능하여 보행 장애인들의 심리적 만족도가 높고 효율적인 재활훈련이 가능함. 이는 제한적 치료환경에서 벗어나 장애인들이 스스로 목적지를 정하고 지역사회에서 생활하는 훈련을 함으로써 커뮤니티 케어를 실현할 획기적인 기술이라고 할 수 있음

연번	사업명	세부내용
10	장애인 스마트 재활실	○ (시행기관) 화성시아르덤복지관 ○ (사업내용) 치료사 주도의 기존 재활서비스와 달리, 치료사가 보호자를 코칭하여 보호자가 장애 당사자를 코칭할 수 있도록 돕는 순환형식 재활서비스. 코로나19 시대에 맞춰 치료사가 장애당사자, 보호자와의 접촉을 최대한 줄이고 연속성 있는 재활지원을 가능하게 함 ○ (사업대상) 신체장애, 발달장애인 ○ (배포기기) - 스마트 재활실Ⅰ : 운동영역으로 스마트 장비(스마트 밸런스, 스마트 모션, 갈릴레오)와 아날로그 장비(코끼리자전거, 기립기, 복합운동기, 런닝머신)를 함께 세팅해 디지로그(digilog) 형태로 운영. 재활 훈련에 게임을 접목해 동작을 수행하므로 지루하지 않고 동작은 수치화되고 기록으로 남아 효과적인 재활훈련 데이터로 활용됨  - 스마트 재활실Ⅱ : 학습영역으로 스마트 페그보드(Smart Pegboard), 컴커그(Comcog)와 도서출판사 ㈜아들과 딸 북클럽의 열지 클로이(LG CLOi)가 설치됨. 체계적으로 게임화 된 훈련과 결과를 시·청각적 피드백과 함께 제공해 이용자의 동기를 향상시키고 재미있게 재활치료를 할 수 있도록 하며 손실된 인지기능의 재학습, 재교육을 도움 

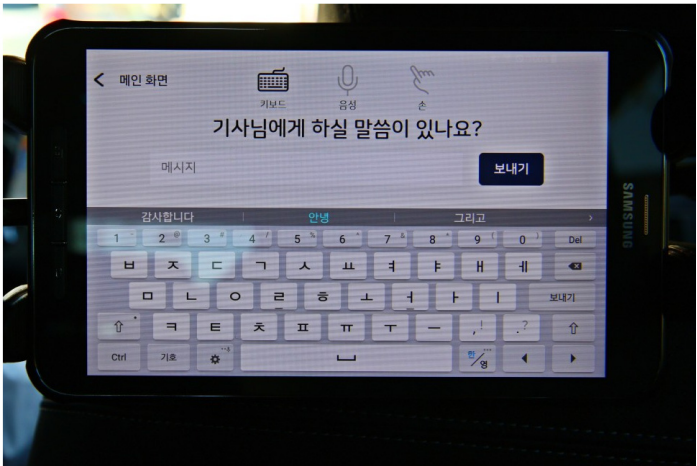
연번	사업명	세부내용
		- 훈련 목적에 따라 세션 설정이 가능해 이용자별 치료과정 기록, 훈련별 핵심 결과 도출 가능. 또한 세분화된 난이도가 제공돼 이용자의 기능 수준에 따라 맞춤 난이도를 설정해 표준화된 반복 학습이 가능하며, 수행 결과를 즉각적으로 받아 치료사와 이용자가 훈련수행 결과를 쉽게 이해하고 확인할 수 있다는 장점이 있음
11	실로암 헬스모아 앱(App)	○ (시행기관) 실로암시각장애인복지관  ○ (사업내용) '실로암 헬스모아'는 시각장애인의 부적절한 의약품 사용을 예방하고 의약품 정보접근성 제고를 위한 모바일 어플리케이션. 카메라 앞에서 의약품 상자를 이리저리 돌리다 보면 스마트폰 스피커를 통해 의약품 복용설명을 들을 수 있음 ○ (사업대상) 시각장애인 ○ (배포기기) 식품의약품안전처가 제공하는 6만 여종의 국내 의약품 공공데이터를 끌어와서 구글 안드로이드 운영체제인 '톡백(Talk Back)'과 애플 IOS의 '보이스오버(VoiceOver)'를 이용하여 스마트폰 카메라에 잡힌 문자를 음성으로 읽어주는 시스템
12	스마트 약통	○ (시행기관) (주)가시안, (주)아이오티 ○ (사업내용) '스마트약통'은 약통에 센서와 알람을 장착, 휴대폰 애플리케이션과 연동해서 이용자가 약을 제시간에 복용할 수 있도록 도움 ○ (사업대상) 노인, 정신장애인

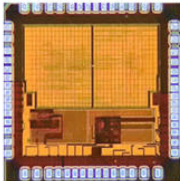
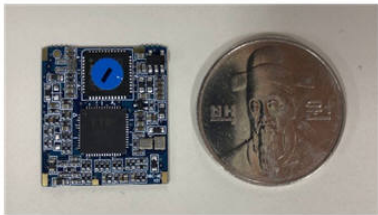
연번	사업명	세부내용
		○ (배포기기) 가시안 스마트 약통 2.4cm 컴팩트한 디자인 한 손에 꼭 들어오는 작고 심플한 디자인 어두운 돌고 다닐 수 있는 간편함 이제 한 손에 건강을 챙기세요.  블루투스 연동 스마트폰과 연동하여 휴대할 수 있는 블루투스 기반의 스마트 약통 App Store Google Play  섭취 시간 알림 스마트폰에서 섭취할 시간을 예약하고 예약한 시간이 되면 블루투스 신호를 통해 스마트폰 알림과 약통 LED로 알려줍니다.  리필 알람 약통 내부의 남아있는 상태를 적외선 감지로 확인하여 스마트폰에서 약을 재워달라는 알림을 제공합니다.  * 버튼 연결캡슐이 단독으로 있을 경우 적외선 감지가 되지 않아 리필 알림이 되지 않습니다. 미지참 및 분실 방지 스마트폰과 스마트 약통의 거리가 블루투스 통신 반경 10m 이상 거리를 벗어난 경우 알림이 울립니다.  섭취 히스토리 스마트 약통에서 전송받은 섭취 기록을 정리하여 자신의 섭취 상태를 언제든 확인할 수 있습니다.  알림 센터 스마트폰의 알림 센터에 통합 알림을 표시하여 약통을 언제까지 30분이 지나지 않았습니까?  중복 섭취 방지 무엇의 기때 여부를 실시간으로 감지하여 짧은 시간 안에 반복적으로 알았을 경우, 중복 섭취 방지를 위해 알림을 보냅니다.  알아보기 쉬운 알람 약통에서 섭취 및 리필 시간을 알려줄 때에 LED와 스마트폰 알림으로 이중알람으로 깨닫지 않도록 알려줍니다.  1회 충전, 30일 마이크로 5핀 USB 충전기로 1회 충전시 30일 이상 사용이 가능하여 배터리를 교체해야 하는 번거로움을 줄였습니다. 

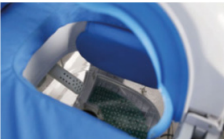
연번	사업명	세부내용
		○ 배포기기) 아이오틴 메디알람S  LED가 번쩍번쩍 스피커에서 알람음이 회차별 약 보관 충격 완화용 고무 케이스 분리되는 약실로 깔끔하게 잠자표기 약의 안전을 위한 설계 약실 세척기능

연번	사업명	세부내용
13	‘약! 찍어보는 안심정보’ 서비스	○ (시행기관) 건강보험심사평가원 ○ (사업내용) 국민의 부적절한 의약품 사용을 예방하기 위해 심사평가원 의약품관리종합정보센터에서 모바일 앱 ‘약! 찍어보는 안심정보’를 개발.  “약 안심정보 찍어보면 알 수 있습니다.” 이럴때 사용하세요 인체에 유해한 의약품? 불법유통 의약품? 유효기간이 지난 의약품? 복용 시 주의사항? 성분? 등이 무엇인지 알고 싶을 때! 1 건강정보 앱 설치  건강정보 앱을 실행해 주세요 2 약! 찍어보는 안심정보  최근 구매한 의약품의 바코드 동영상으로 보는 진료비 영수증 의약품 정보 내게 맞는 약 알아보기 의약품 정보, 안심정보 복용 방법, 주의사항, 복용량 등 제공 정보 확인 최근 구매한 의약품의 바코드 동영상으로 보는 진료비 영수증 의약품 정보 최근 구매한 의약품의 바코드 동영상으로 보는 진료비 영수증 의약품 정보 3 바코드 찍기 선택  의약품 안심정보 찾는 방법! 의약품 포장에 부착된 바코드나 약봉지에 있는 QR코드를 찍어 안심정보를 확인할 수 있습니다. QR코드를 찍어 안심정보를 확인할 수 있습니다. 바코드 찍기 버튼을 선택해 주세요 4 바코드 찍기  약포장지의 바코드를 찍어주세요 5 약안심정보 확인  의약품 정보확인 '상상'의약품 의약품 정보확인 '화산'의약품 * 본 정보는 예시로 실제 의약품 정보와는 무관합니다. 건강보험심사평가원 - 카메라로 의약품 바코드를 찍어 의약품 명칭 입력 없이 위해(危害) 의약품 등의 정보를 손쉽게 확인할 수 있음 (※실로암 헬스모아 앱과 원리는 같으나 인식방식, 주 이용 대상이 다름) ○ (사업대상) 일반 국민 ○ (배포기기) 건강정보 앱 다운(건강정보 → 약! 찍어보는 안심정보)

연번	사업명	세부내용
14	청각장애인을 위한 스마트 워치, 스마트 초인종	○ (시행기관) ㈜블루엔터프라이즈 ○ (사업내용) 청각장애인용 스마트워치와 스마트초인종을 통해 소리로 감지된 위험을 청각장애인에게 그림과 진동으로 전달함 ○ (사업대상) 청각장애인 ○ (배포기기) - 스마트워치 : 다양한 상황에서 발생하는 소리의 진동을 분석하여 착용자에게 그림으로 보여줌. 예를 들어 아기 울음소리, 화재경보, 자동차경적, 초인종소리 등 청각장애인 주변에 큰 소음이 발생하였을 때 스마트워치 화면에 즉시 해당 정보가 그림으로 나타나고 진동이 울림  - 스마트초인종 : 청각장애인이 경광등에 의존하지 않고 일상생활을 할 수 있도록 설계됨. 조명부와 디스플레이부를 실내에 고정·설치하여 음향수집, 화재 및 연기감지 등 위험신호 발생시 진동과 비상조명으로 알려줌. 특히 스마트워치와 연동하여 청각장애인의 즉각적인 인지 및 대응을 가능하게 함
15	고요한M (고요한 모빌리티)	○ (시행기관) ㈜코엑터스 ○ (사업내용) 청각장애인 운전기사가 청각장애인용 첨단 운전자 보조시스템(ADAS)이 탑재된 차량과 스마트워치를 이용하여 안전하게 택시를 운행할 수 있도록 도움 ○ (사업대상) 청각장애인, 일반인 ○ (배포기기) 고요한 M 택시, 어플리케이션 

연번	사업명	세부내용
		- 택시 이용고객은 '고요한 M' 앱이나 T맵을 이용하여 호출하고, 차량 탑승 후에는 조수석 뒷판에 붙은 태블릿PC 기본화면에 '우회전' '직진' '좌회전' '여기서 내릴게요.' 등 버튼을 통해 필요한 정보를 청각장애인 운전기사에게 전달할 수 있음 - 기사에게 따로 말을 하고 싶으면 키보드로 문자를 입력하거나 태블릿PC 화면에 글씨를 손으로 쓰면 됨. 미터기로 계산된 요금은 택시 호출시 사용했던 어플리케이션에 등록된 카드에서 자동으로 결제되고 영수증도 앱으로 전송됨 - 차선을 이탈하거나 앞차와의 간격이 좁혀지는 등 ADAS가 감지한 위험 상황은 차량 디스플레이의 시각정보와 경보음뿐 아니라 스마트워치의 진동으로 전달됨. 또 위급 상황 발생 시 운전자가 스마트워치에서 긴급도움(SOS) 버튼을 누르면, 차량의 현재 위치가 경찰 112센터에 전달됨
		 

연번	사업명	세부내용
16	인체통신기반 터치케어기술 (touch-care)	○ (개발기관) 한국전자통신연구원(ETRI) ○ (사업내용) 일상생활에서 사물을 접촉하는 순간 사용자의 행동을 파악할 수 있는 터치 케어(Touch care) 기술을 이용하여 노인 돌봄 서비스에 활용 - 인체통신 기술 : 사람의 몸을 매개체로 신호를 전달하는 기술로서 선이나 안테나 없이 기기와 인체의 접촉만으로 정보를 전송함. 인체를 전달 채널로 쓰기 때문에 보안성이 높고 복잡한 연결 절차도 필요 없음. - 터치케어 : 인체통신 기술로 사용자가 접촉한 사물을 정확하게 파악하는 기술. 인체통신 칩을 탑재한 손목밴드를 착용한 이용자가 송신 모듈이 탑재된 터치 태그가 부착된 약병을 쥐면 인체통신이 이뤄져 '약을 복용했다'고 간주하는 방식. ○ (사업대상) 노인 및 향후 다양한 발전 가능성 있음 ○ (배포기기) - 터치태그(Touch-tag): 가로·세로 2cm 크기로 부착이 쉬운 스티커 형태로 사용자가 원하는 사물에 손쉽게 부착할 수 있음 - 터치워치(Touch-watch): 터치태그에서 송신하는 데이터 수신이 가능한 손목밴드형 워치. 내부에 가로·세로 2mm 크기의 인체통신 송신 모듈이 탑재됨   ▪ Size : 2mm×2mm ▪ Power : 10mW@1Mbps - 사용자는 터치워치를 손목에 차고 일상생활을 하면서 집안 곳곳의 터치태그가 부착된 사물을 접촉하는 순간 행동 정보가 인체를 통해 터치워치로 전달되어 데이터가 수집됨. 수집된 데이터는 사물인터넷(IoT) 통신을 이용, 서버로 전송되어 노인 돌봄 서비스 등에 적용될 수 있음. ex)부모님이 약을 드시지 않으면 시계를 통해 알람을 울리도록 하여 복용을 유도 - 기존 노인케어서비스는 카메라나 동작센서 등 설치가 복잡하고 비용이 많이 들면서 사용자에게 대한 정확한 데이터를 얻기가 어려운 단점이 있었음. 그러나 터치케어기술은 터치태그를 사물에 부착하여 설치가 간단하고, 저비용으로 사용자 행동에 관한 정확한 데이터를 얻을 수 있다는 장점이 있음

연번	사업명	세부내용
17	스마트 비데침대	○ (개발기관) ㈜항상 ○ (사업내용) 전동침대 중앙에 비데가 장착된 변기를 설치하여 환자의 용변을 자동으로 처리하게 하는 신개념 스마트 침대 ○ (사업대상) 척수마비환자, 무의식환자, 수술 직후 중환자, 치매환자 및 루게릭 환자 등 침상에서 대소변을 처리해야 하는 환자, 장애인 ○ (배포기기) 대소변 욕구를 인지 못하는 치매 환자 등이 사용할 수 있는 ‘전자동형’과 배변욕은 있으나 화장실로 이동이 용이하지 못한 환자를 위한 ‘반자동형’ 있음  비데변기가 중앙에 장착된 스마트 비데침대 수평시 모습  용변 위한 의자형태 변환 시 환자의 안전자세 지원 모습  욕창방지, 혈액순환 위한 좌우 자세변환 가능 모습  용변 후 자동 세정 [전자동] 용변 후 세정 가능 [반자동]  세정 후 자동 건조 [전자동] 세정 후 건조 기능 [반자동]  가정내 사용자의 정서적 안정을 고려한 원목 프레임(옵션) - 전자동형 : 인공지능 광학센서를 변기에 설치, 변기에 대소변이 감지되면 자동으로 누워있는 침대를 앉혀 편안한 자세로 용변이 가능하게 해 줌. 용변이 끝난 후 2분간 센서에 감지가 없으면 자동으로 세정, 건조 기능을 진행한 후 침대를 다시 수평으로 눕혀줌 - 한 동작으로 오래 누워있는 경우 생길 수 있는 욕창을 예방하기 위해 침대를 좌우로 기울일 수 있는 기능이 있어, 원하는 간격마다 주기적으로 좌우 변경을 시켜줄 수 있음. 예를 들어, 30분마다 2분씩 좌우로 체위를 변경하도록 세팅을 해두면 시간에 맞춰 침대가 알아서 좌우로 자세변경을 해 줌 - 반자동형 : 수술을 마친 환자나 척수장애인, 루게릭 환자 등 용변에 대한 인식은 하나 용변을 보기 위해 화장실 이동이 힘든 상황에서 유용한 침대. 이용자가 용변을 보고 싶은 욕구를 느낄 때 직접 또는 간병인에게 부탁하여 리모컨을 조작하여 침대를 의자형태로 세운 후 용변을 보고 리모컨으로 세정과 건조 기능을 선택하면 됨. 일반적으로 용변을 보고 난 후 비데를 작동시키는 것과 동일한 과정을 리모컨으로 동작하는 것

연번	사업명	세부내용
		- 스마트 비데침대는 전자동형, 반자동형 모두 30L 정수통과 18L 용변통이 침대 하단에 설치되어 있으며, 용변 통에는 탈취제가 냄새를 잡아 줌. 병인은 하루 1번 정도 용변 통만 비워주면 되므로 기존의 육체적인 수고에서 벗어나 환자 간병에 보다 집중할 수 있음
18	ICT 사랑방, 행복하이 카페	○ (시행기관) 이천시노인종합복지관 ○ (사업내용) ICT사랑방은 이천시노인종합복지관에서 운영, SK하이닉스에서 후원, 독거노인종합지원센터에서 주최하는 어르신 정보격차 해소를 위한 ICT복합문화공간 ○ (사업대상) 노인 ○ (배포기기) 행복마루·지식마루·활력마루·건강마루 등 4개의 공간으로 조성 - ICT 기기 체험과 휴식이 공존하는 공간 ‘행복마루’ · 반려로봇 ‘리쿠’, 이동안내 로봇 ‘데미’, 실버프렌드, 노트북 등 다양한 ICT 기기가 마련됨. ‘리쿠’에게 책을 읽어달라고 요청하거나 안내에 따라 스마트폰 기능을 익힐 수 있으며, ‘데미’와 치매 예방 게임을 즐기거나 길 안내를 받을 수 있음 · 테이블에 화면이 탑재된 ‘해피테이블’을 활용하면, 다른 어르신들과 인지 강화 게임을 즐길 수 있음 - 어르신 맞춤형 디지털 교육이 이뤄지는 공간 ‘지식마루’ · 지식마루는 키오스크, 스마트폰, 태블릿 PC 등을 활용해 ICT 기기가 익숙하지 않은 어르신들에게 맞춤형 디지털 교육을 지원하는 공간 · 어르신들은 상주하고 있는 자원봉사자나 강사들에게 각 기기의 사용법을 배울 수 있고, 직접 기기를 조작해보면서 사용법을 스스로 익힐 수도 있음

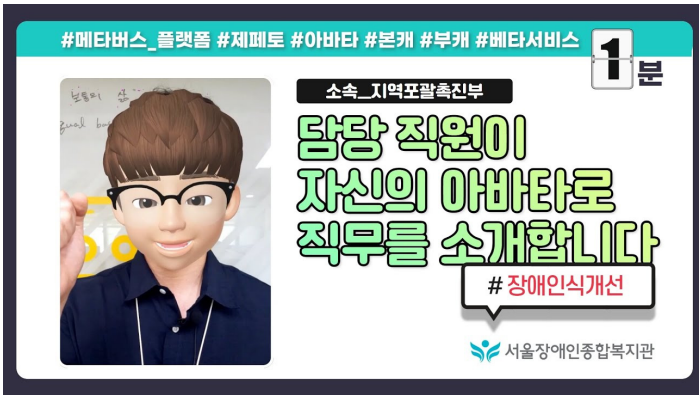


연번	사업명	세부내용
		- 다양한 즐길 거리가 있는 어르신들의 놀이터 '활력마루' · 전체 공간이 세 개의 소규모 공간으로 나뉘져 있으며, 각 공간에서는 1인 노래방, 동작인식 게임, 샌드크래프트, VR 체험 등 가상현실 기술을 활용한 기기 체험이 가능함 - 어르신들의 건강을 책임지는 공간 '건강마루' · 건강마루는 각종 스마트 헬스케어(Smart Healthcare) 기기를 활용해 어르신들의 몸 상태를 체크하고, 운동을 통해 건강을 관리해주는 공간. 다양한 운동기구와 측정기기가 비치돼 있으며, 어르신들을 위한 물리치료 공간도 별도로 마련되어 있음.

연번	사업명	세부내용
		· 건강마루에서는 먼저 어르신들의 건강 상태를 측정한 후, 그에 따른 운동 처방을 진행함. 건강마루에 방문할 때마다 진행했던 운동 기록들은 회원카드에 디지털로 기록돼 체계적인 운동지도가 가능하며, 웨어러블 디바이스를 통해 건강마루 내에서 운동하는 어르신들의 심박수를 실시간으로 체크해 운동 강도를 조절할 수도 있음.  – 행복하이 카페 · ‘행복하이’는 ‘행복’과 ‘하이닉스(Hynix)’의 합성어로, ‘행복을 향한 인사(Hi)’라는 의미와 ‘행복감이 높다(High)’는 의미를 담고 있음 · 실버바리스타를 통해 운영되는 카페로 드립커피를 만드는 로봇 하이브로, 서빙로봇, 3D 스캐너를 활용한 스케치 아쿠아리움 등 첨단 기술을 접목한 기기가 설치되어 있음   · 하이브로 핸드드립 메뉴를 선택하면 뜨거운 물을 주전자에 담은 것부터 핸드 드립을 하는 것까지 실제 로봇이 제조한 커피를 맛볼 수 있음

연번	사업명	세부내용
19	메타버스 적용사례: 노인복지관	○ (시행기관) 우리마포복지관 ○ (사업내용) 메타버스 플랫폼에 노인복지관을 만들고 어르신들이 복지관에 오시지 못하더라도 플랫폼 안에서 사회교육수업을 듣거나, 친구 어르신들과 대화를 나누고, 상담 서비스나 정보제공 등 오프라인에서 제공하는 서비스를 동일하게 실현할 수 있는 방안 모색 중 ○ (출처) https://sasw.or.kr/zbxe/interview/564832
20	메타버스 적용사례: 지역사회	○ (시행기관) 수서종합사회복지관 ○ (사업내용) ‘여름을 피하는 추억여행’ 프로그램 진행 - 취약계층을 비롯한 지역주민으로부터 미리 여름과 관련된 추억과 노래를 신청 받아 네이버제가 운영하는 증강현실(AR) 메타버스 플랫폼 ‘제페토’에서 아바타가 해당 사연을 전달하고 노래에 맞춰 춤추는 모습을 보여줌. - 참여자들은 각자 집에서 프로그램에 안전하게 참여하면서 이웃들과 관계망을 형성하는 계기가 됨  ○ (출처) https://youtu.be/9yLgLS7WKpE
21	메타버스 적용사례: 지역사회	○ (시행기관) 정릉종합사회복지관 ○ (사업내용) 정릉지역축제를 만들어가는 주민모임인 ‘정릉축제재밋당’과 함께 비대면 정릉마을축제 개최. 온라인 메타버스 플랫폼 게더타운(Gather Town)을 이용하여 전시, 워크숍, 토크콘서트, 게임, 마을투어, 실시간 소통 등을 진행 ○ (사업대상) 정릉지역주민 ○ (출처) https://bit.ly/3aUXQNd

연번	사업명	세부내용
22	메타버스 적용사례: 장애인복지관	○ (시행기관) 안산시 상록장애인복지관 ○ (사업내용) 비대면 ON가족 장애친화마을 퀴즈쇼 진행. 안산시 초등 학생 70여명이 참여하여, 온라인 게임 로블록스를 이용하여 장애의 이해, 지역특성, 일반상식에 관한 50개의 OX, 객관식 문제를 풀도록 함. 게임이라는 재미요소 뿐 아니라 장애에 대해 폭넓게 이해하는 기회를 마련  ○ (출처) https://youtu.be/MbYagsvFtOc
23	메타버스 적용사례: 장애인 거주시설	○ (시행기관) 부천혜림원 (박현수 자원관리팀장) ○ (사업내용) 기관홍보를 위해 온라인 메타버스 플랫폼 게더타운 (Gather Town)에 '복지공간혜림' 오픈. 테트리스 게임, 피아노 연주, 샌드아트 영상 등 다양한 볼거리를 통해 기관 홍보 ○ (출처) https://gather.town/app/75tUUdgMpeLmILZR/Haelim
24	메타버스 적용사례: 장애인복지관	○ (시행기관) 서울장애인종합복지관 ○ (사업내용) 메타버스에 관한 직원들의 이해를 돕고, 메타버스 플랫폼에 기반을 둔 복지관의 행사, 교육, 모임 등의 개최 방안을 모색하기 위해 직원 교육을 SK텔레콤의 메타버스 플랫폼인 '이프랜드 (ifland)'를 활용해 진행 - 메타버스 개념, 아바타로 보는 메타버스 플랫폼, 정부·기업·복지기관의 메타버스 적용 사례, 사회공헌 활동, 복지관 차원의 시도와 의미' 등 내용진행

연번	사업명	세부내용
		- 참가자들은 아바타로 애플리케이션 내 카페 방에 모여 교육자료를 같이 보고, 아바타 간 인사, 아바타의 감정 모션 기능으로 참가소감 등을 표현함   ○ (출처) https://seoulcbid.or.kr/bbs/board.php?bo_table=0701&wr_id=14129
25	메타버스 적용사례: 문화센터	○ (시행기관) 서울시 서초구립 느티나무쉼터 (사회복지법인 온누리복지재단 위탁운영) ○ (사업내용) 메타버스(Metaverse) 게임 플랫폼인 네이버 '제페토'에 가상 복지관을 만들어 참여 콘텐츠를 제공. 제페토 내의 '서초구립 느티나무쉼터'는 실제 건물과 똑같이 구현해 평소 시설을 이용하시는 어르신들이 오프라인에서 익숙했던 풍경을 온라인 가상공간에서 체험할 수 있게 함

연번	사업명	세부내용
		 - 가상공간 체험 이벤트 시행. 55세 이상 서초구 어르신이 제페토에서 느티나무센터 시설을 견학하고 재밌는 동작의 인증샷을 서초느티나무센터에 찍어 보내면, 센터회원 어르신들이 직접 만든 쿠키를 제공 - 10월에는 가상 느티나무센터에서 노인의 날 기념 트롯 미니콘서트, 12월에는 어르신들의 작품전시회 등 가상세계의 라이프 스타일을 제공할 예정 - 메타버스 이해를 돕는 인문 강좌 '한가위에 떠나는 느티행 메타버스'를 개설해 메타버스의 개념과 의미, 생활 속 메타버스의 종류 등을 교육하고 있음 ○ (출처) https://bit.ly/2ZbYx1G

3. 국외 사례⁴³⁾

연번	사업명	세부내용
1	Alerto Care (활동 모니터링)	○ (시행국가) 덴마크 (https://www.alerto.dk) ○ (사업내용) 독거노인 및 장애인의 가정 내 응급상황 발생에 대비하여 활동 감지 센서 기반의 경보시스템 제공. 가정에 움직임을 감지하는 센서를 장착하여 일정시간 동안 움직임이 등록되지 않을 경우 미리 지정한 접점에 알림을 보냄. 활동 감지 외에 부가적으로 비상콜센터에 연결된 연기센서 제공 ○ (사업대상) 독거노인, 장애인 ○ (배포기기) Alerto Care (제품비용은 서비스 수준에 따라 월 기준 350 크로네(약 6만 원)부터 시작되며, 제품수명은 5~10년 유지) 
2	RoomMate (활동 모니터링)	○ (시행국가) 노르웨이 (https://careware.dk) ○ (사업내용) 적외선 센서를 기반으로 혼자 사는 노인들이 가정에서 넘어지거나, 오랜 시간 자리를 비우는 등 위급상황을 감지하여 자동 경보시스템 제공. 벽에 장착되어 어두운 환경에서도 작동되며, 위급상황을 감지하면 SMS, 이메일을 통해 가족 및 안전요원에게 자동 알림 전송 ○ (사업대상) 독거 노인 ○ (배포기기) RoomMate (제품비용은 월 기준 1,000 크로나(한화 약 12.5만 원)이며, 2017년 기준으로 노르웨이의 약 25개 지방자치단체에서 사용 중)

43) 본 내용은 박선미, 김수범. 2019. 『초고령사회 대응을 위한 ICT 활용 사례 연구』의 내용을 수정·보완 하였음

연번	사업명	세부내용
		
3	Safemate (위치추적)	○ (시행국가) 노르웨이 (https://www.safemate.no) ○ (사업내용) 노인 및 돌봄이 필요한 사람들에게 위급상황이 발생했을 경우 위치정보를 추적하기 위해 GSM 및 GPS 기반의 개인경보시스템 제공. 사용자가 버튼을 누르면 사전에 지정한 최대 4개의 연락처로 호출 알람이 전송되며, 호출에 응답한 사람은 사용자와 대화 가능. 사용자의 위치와 호출에 응답한 사람의 정보는 모든 수신자에게 전송됨 ○ (사업대상) 노인 및 돌봄이 필요한 모든 사람 ○ (배포기기) Safemate (제품가격은 1,599 크로네(약 21만 원)이며, 서비스 이용료는 월 129 크로네(약 1.7만 원)) 

연번	사업명	세부내용
4	SmartSole (위치추적)	○ (시행국가) 미국 (https://gpsSMARTSOLE.com) ○ (사업내용) GPS 추적장치를 부착한 신발걸창을 개발하여 위치추적 서비스 제공. 신발을 신으면 장치가 활성화되어 5분마다 위치정보를 모니터링 시스템에 전송하며, 돌봄대상자가 사전에 설정한 활동영역을 벗어날 경우 간병인에게 경보 메시지를 전송. 간병인은 온라인 포털, 스마트폰 앱을 통해 대상자의 위치정보를 지도상에서 확인 가능 ○ (사업대상) 인지장애인 ○ (배포기기) SmartSole (제품가격은 299 달러(약 35만 원)이며, 모니터링 서비스 이용료는 월 24.98달러(약 3만 원)) 
5	Emfit QS+Care (지능형 센서)	○ (시행국가) 핀란드 (https://www.emfit.com) ○ (사업내용) 집이나 요양시설에 거주하는 노인을 대상으로 침대 안팎의 움직임을 감하여 호흡, 맥박, 수면의 질을 측정하고, 수면과 건강을 모니터링하는 침대 매트리스 센서. 심장 및 호흡속도, 심박수, 수면단계, 운동활동, 수면시간 등을 측정하고, 온라인 및 모바일을 통해 개인의 수면패턴에 대한 분석자료 제공 ○ (사업대상) 노인뿐만 아니라 건강을 위해 수면을 체크하는 일반인까지 확대 ○ (배포기기) Emfit QS+Care (제품가격은 249 달러(약 29만 원)) 

연번	사업명	세부내용
		
6	eLsa Activity Sensing (eLsa 활동감지)	○ (시행국가) 핀란드 (https://maricare.com/en) ○ (사업내용) 가정 및 요양시설에 거주하는 고령자의 안전을 위한 낙상감지 센서. 벽에 부착되는 스마트 스틱 형태로 구성되어 설치 및 제거 용이함. 낙상사고 발생 시 사전 입력된 연락처에 알람을 전송하며, 거주자의 행동데이터를 수집하여 수면, 식사, 야외 및 화장실 사용 등 확인 가능 ○ (사업대상) 노인 ○ (배포기기) Emfit QS+Care (제품가격은 249 달러(약 29만 원))  

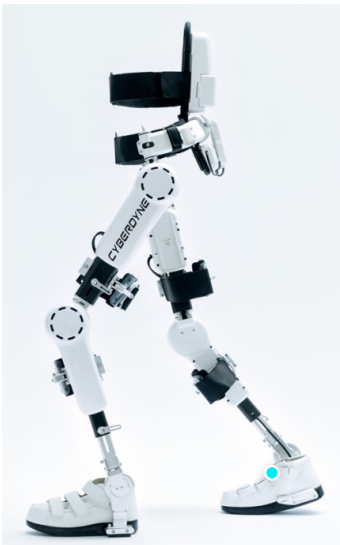
연번	사업명	세부내용
		- 사람이 방에 들어서면 위쪽 동작 감지기가 작동하고, 사람이 쓰러지면 아래쪽 동작 감지기가 해당 움직임을 포착하여 미리 지정해놓은 스마트폰에 알람을 전송함. 쓰러진 사람이 빠른 도움을 받을 수 있도록 보조하는 장치 - 강아지같이 키가 작은 동물이 방에 들어올 경우 위쪽 동작 감지기에 움직임이 포착되지 않아 동작감지기가 작동하지 않음
7	케어엔젤 (Care Angel) 서비스	○ (시행국가) 미국 (https://www.careangel.com) ○ (사업내용) 케어엔젤은 노인, 퇴원환자, 만성질환자 등을 대상으로 AI 및 음성인식솔루션 기반의 가상 간병인서비스 제공. 돌봄 대상자가 가정 내에서 독립적이고, 건강한 삶을 유지할 수 있도록 가상 간병인(Angel)이 복약준수, 신체적·정서적 건강관리 서비스 지원 ○ (사업대상) 노인, 퇴원환자, 만성질환자 등 ○ (배포기기) 인공지능기반의 간병서비스 플랫폼  The diagram illustrates the Care Angel service platform. It features a central data dashboard with various charts and graphs. To the left, a chatbot interface shows a conversation with a user named Dorothy, asking about her feelings and blood pressure. To the right, a mobile app interface shows a list of tasks and reminders. The platform is designed to provide personalized care and monitoring for elderly and chronic patients. - 가상간병인은 돌봄 대상자에게 1~2분 내외의 간단한 전화통화(Care Cal)를 규칙적으로 실시하여 건강상태를 모니터링 - “잘 잤습니까?”, “기분이 어떻습니까?”, “약을 복용했습니까?”, “혈압이 얼마입니까?”, “필요한 것이 있습니까?”와 같은 대화형 질문 실시 - 대상자의 답변을 통해 건강상태를 체크하고, 대상자의 답변을 기반으로 건강상태에 대한 정보를 이해하기 쉬운 대시보드 알림, 경고, 보고서 등의 형태로 전환 - 가족들에게 알림이 필요한 정보는 휴대폰 앱을 통해 “엄마가 약을 복용했습니다.”, “할머니가 의료용품을 필요로 합니다.”와 같은 메시지로 전달

연번	사업명	세부내용
8	간호보조로봇 조라(Zora)	○ (시행국가) 벨기에 (https://zorarobotics.be) ○ (사업내용) 벨기에 ‘조라로보틱스(Zora Robotics)’社は 일본 ‘소프트뱅크 로보틱스(Softbank Robotics)’社の 휴모노이드 로봇제품인 나오(NAO)를 기반으로, 재활 및 치료분야에서 응용 가능한 로봇용 소프트웨어 개발. 조라 솔루션이 탑재된 조라 로봇은 높이 57cm, 무게 5.7kg의 인간형 로봇이며, 7개의 감각센서를 내장하고 20개의 언어로 음성인식 및 대화 가능 - Zora는 거주형 노인 간호시설에서 노인과 함께 생활하며 재활운동을 돕고 노인들과 의사소통하며, 학교에서 자폐아의 치료에도 활용 - 프랑스 파리의 노인요양병원 ‘주아르(Jouarre)’에 도입된 조라는 24시간 간병이 필요한 치매와 기타 질환을 겪고 있는 노인 환자들에게 아기처럼 행동하고, 머리를 숙이거나 껴안거나 키스하는 등 정서적 상호작용 수행 - 주아르 요양병원의 간호사는 태블릿을 통해 조라 로봇을 제어하며, 조라가 말을 할 수 있도록 태블릿에 단어를 입력하여 환자와 대화 진행. 또 조라는 노인들의 물리치료 수업을 주도하고 게임을 수행할 수 있음 ○ (사업대상) 노인, 자폐아 등 ○ (배포기기) 인공지능기반의 간병서비스 플랫폼 - 로봇과 태블릿을 결합하여 알츠하이머 치매(Alzheimer dementia)와 같이 퇴행적 뇌질환 환자의 기억력을 자극하고 신체 활동을 촉진 

연번	사업명	세부내용
		- 활동을 자극하는 신체 운동 기능, 인지 자극을 위한 음악 라이브러리, 친구, 가족, 애완동물, 공휴일, 이벤트 등에 대해서 질문을 유도하는 앱인 '케오서티(Keosity)' 등과 같은 기존의 모듈과 통합하여 이용 가능     
9	치료로봇 파로(Paro)	○ (시행국가) 일본 (https://www.aist.go.jp/index_en.html) ○ (사업내용) 파로는 일본 첨단산업과학기술 국립연구소(National Institute of Advanced Industrial Science and Technology)가 개발한 심리치료용 로봇. 인간과 상호작용을 통해 감정적 애착을 형성하고, 이를 통해 정서적 안정 및 심리치료를 도모하기 위해 개발

연번	사업명	세부내용
		- 1993년부터 개발을 시작하여 2005년에 일본, 2009년에 유럽과 미국에서 각각 상용화되었으며, 전 세계 병원, 의료시설, 가정에서 5천여개의 파로 로봇이 사용 중이며 400여개 덴마크 고품층 가구에서 심리치료 동물(therapy animal)로 사용함 ○ (사업대상) 심리치료가 필요한 대상자 ○ (배포기기) 로봇 - 사람들에게 비교적 친숙한 동물인 물개, 펭귄, 고래 등의 형태에 착안하여 캐나다의 하프바다표범(Canadian harp seal)을 모델로 개발 - 외모가 귀엽고, 외형 전체가 모피로 덮여 있으며, 특정 조건에 반응하여 말하고 빛에 반응하도록 제작. 머리를 움직이고 눈을 깜박이며 놀라움, 행복 등의 감정을 자발적으로 표현이고, 녹음된 하프바다표범 소리로 반응 - 파로(paro)에는 촉각, 조명, 오디오, 온도, 자세를 감지하는 5개의 센서가 탑재되어 사람과 환경을 감지할 수 있으며, 이를 기반으로 사용자가 선호하는 방식으로 행동하고 반응함
		  

연번	사업명	세부내용
10	패스파인더 (Path Finder)	○ (시행국가) 덴마크 (https://walkwithpath.com) ○ (사업내용) 보행을 지원하기 위해 신발에 부착하는 형태로 불안정한 걸음, 종종걸음, 보행동결 등 균형 장애 및 파킨슨병 환자의 이동성 증대에 기여 - 사용자의 보폭에 맞게 레이저로 녹색의 보행선을 짜주기 때문에 보행 불편자는 이 보행선에 따라 보폭을 결정해 보행동결현상을 줄일 수 있음 ○ (사업대상) 파킨슨병 환자 및 보행장애를 겪는 사람 ○ (배포기기) Path Finder 2.0 (한화로 1,138,871원) 
11	vINCI 프로젝트	○ (시행국가) EU (https://vinci.ici.ro) ○ (사업내용) 고령자에 대한 돌봄서비스와 라이프 스타일 개선을 위해 임상적으로 검증된 통합 지원서비스를 제공하는 프로젝트 (Clinically-validated INtegrated Support for Assistive Care & Lifestyle Improvement: the Human Link, vINCI) - 스마트 워치, 스마트 슈즈, 실내 추적 알고리즘 등 기존의 개발된 기술을 휴먼링크(vINCI)로 통합하여 모니터링 및 의료서비스 제공. 고령자의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요소들을 통합 모니터링하기 위해 사물인터넷(IoT) 기반의 플랫폼 제공 - 스마트워치, 스마트 슈즈, 스마트 카메라 등을 통해 수집된 데이터는 개인의 선호도와 생활패턴을 자동으로 학습하고, 필요한 조치를 취하거나 전문적인 의료서비스를 제공하는데 활용 - 고령자에 대한 의료서비스를 강화할 수 있는 비침입적(non-intrusive) 모니터링 및 지원 솔루션을 제공. 간병인은 전용대시보드를 통해 고령자의 현재 상태와 건강을 모니터링 ○ (사업대상) 노인 ○ (배포기기) 스마트 워치, 스마트 슈즈, 실내 추적 알고리즘 및 사물인터넷(IoT) 기반 플랫폼

연번	사업명	세부내용
11	로봇 침대	○ (사업내용) 파나소닉(Panasonic Corp)사는 정부보조금을 지원 받아 로봇 침대 Resyone을 개발. 전동 간이침대의 1/2이 분리되어 전기 휠체어로 변경되므로, 침대와 휠체어 간 이동을 용이하게 함. Resyone는 세계 최초로 서비스 로봇을 위한 세계안전표준 ISO13482를 획득 ○ (사업대상) 침대, 휠체어 2중 사용자 ○ (배포기기) 로봇침대 (https://bit.ly/2Zlxpy2)
13	웨어러블 로봇	○ (사업내용) 사이버다인(Cyberdyne Inc)사는 몸에 착용하여 신체기능을 개선, 지원 및 향상시킬 수 있는 웨어러블 로봇인 '하이브리드 보조 장치(Hybrid Assistive Limb, HAL)' 개발 - 간병인용 웨어러블 로봇은 환자나 무거운 물건을 이동하는데 드는 신체적 부담을 감소시킴 - 환자용 웨어러블 로봇은 척추손상 후 보행재활 치료를 위해 착용하는 HAL 외골격(exoskeleton) 기기 ○ (사업대상) 척추손상 환자, 간병인 ○ (배포기기) 하이브리드 보조장치 (https://www.cyberdyne.com)  

연번	사업명	세부내용
14	미국 렌데버 (Rendever)	○ (사업내용) https://www.rendever.com - 미국 Rendever社は 고령자의 사회적 고립 문제를 해소하기 위해 가상 현실(VR)을 기반으로 외부세계를 탐색하고 소통할 수 있는 서비스 제공 - 소프트웨어를 통해 다수의 헤드셋을 동기화할 수 있어 어린 시절에 살던 집, 해외 휴양지, 스포츠 경기, 지구 반대편의 친지 결혼식 등을 여러 사용자들이 함께 방문할 수 있도록 지원. - 가족들이 360도 카메라를 사용하여 결혼식, 생일파티 등 가족행사를 촬영하고 요양시설에 거주하는 노령자의 계정에 업로드 가능. - Google 스트리트 뷰(Street View)와 결합하여 고령자의 유년시절 거주지, 학교, 결혼식 장소 등 과거 추억의 장소로 이동하는 경험 제공 - 미국 및 캐나다의 100여개 노인거주시설에 설치되어 고령자의 정신건강을 개선하고, 거주민 간의 사회적 상호작용을 촉진하는데 활용 중. 10명 내외의 참가자가 도서관, 휴게실 등 공용공간에 모여 탐험하고 싶은 여행지를 함께 결정하고, 헤드셋을 착용하여 가상세계를 탐색 - 참가자는 동일한 환경을 보고 있지만 자신의 위치에서 보는 곳을 제어할 수 있으며, 진행자는 목적지에 대한 정보를 안내하고 질문에 응답 - 참가자들이 주변세계에 몰입하고, 여행경험에 대해 상호 소통하는 기회를 제공하여 외부세상과의 단절감, 우울감을 완화하는데 도움을 줌  
15	EU Tactile 프로젝트	○ (사업내용) 노인들의 치매를 예방하고 사회적 고립을 방지하기 위해 촉각 기반의 혼합현실(MR) 소프트웨어를 개발하는 연구개발 프로젝트 (http://mytactile.eu) - MR 기반으로 사회적 상호작용을 도모하고, 정신적·육체적 훈련 제공. 고령자는 가족, 친구들과 혼합현실 환경에서 원격으로 보드게임을 즐기면서 인지훈련과 사회적 상호작용을 경험 - 실제 게임조각과 가상 게임조각을 결합하여 참가자들이 촉각적으로 상호작용 할 수 있도록 지원. 신체건강을 건강을 위해 가상 아바타가 신체훈련을 안내하고, 동기부여

연번	사업명	세부내용
		
16	미국 인디펜다 (Independa)	○ (사업내용) 인디펜다는 고령자가 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 TV를 기반으로 통합적인 원격관리 솔루션 제공 (https://independa.com) - 고령자의 일상생활 활동지원, 모니터링 및 안전관리, 약물 및 일정 알림, 의사소통 및 사회참여, 건강관리 서비스를 지원하는 클라우드 기반의 통합 솔루션 제공 - 고령자가 사용하기 쉬운 TV를 기반으로 서비스 플랫폼을 구축하고, 일체형 리모컨을 통해 개별 서비스를 제어할 수 있도록 구성 - 고령자는 TV를 통해 화상채팅, 메시지, 사진공유, 호출, 약속 및 약물 복용 등 활동알림서비스를 이용 가능 - 보호자 및 간병인은 원격지에서 데스크톱, 스마트폰을 통해 고령자의 상태를 실시간으로 파악하고 적시에 개입 가능 - 전화, 태블릿 등 기존의 시스템과 소프트웨어 플랫폼을 통합하여 의료팀 구성원, 환자 및 가족 간의 연결 및 지속적인 의사소통을 촉진 - 보호자 및 간병인에게 실시간 경보를 제공하여 고령자에게 이상 징후가 발생할 경우 즉각적이고 효율적, 효과적인 개입이 가능하도록 지원

연번	사업명	세부내용
		
17	영국 그랜드케어 (GrandCare System)	○ (사업내용) 그랜드케어는 태블릿 형태의 기기를 기반으로 고령자의 활동상태를 모니터링하고, 건강관리, 사회참여를 지원하는 통합 플랫폼 제공 (www.grandcare.co.uk) - 고령자가 사용하기 용이한 터치스크린 기반 태블릿을 통해 가정 내 고령자와 원격지의 가족, 간병인, 의료서비스 제공자를 연결. 태블릿은 혈압계, 체중계, 동작센서, 도어센서 등 다양한 무선장비들과 연동되어 고령자의 활동 및 건강상태 정보를 조회할 수 있도록 제공  · (활동모니터링) 모션 센서, 침대·의자패드 등과 연결되어 고령자의 상태를 모니터링하고, 간병인에게 경고 메시지 알림. 부적합한 약물 복용, 비정상적 신체활동(침대에서 나오지 않았거나 식사시간에 냉장고 문을 열지 않은 경우), 비정상적인 시간에 출입문 열림 등 이상상황이 감지되면, 전화, 이메일, 문자를 통해 경고 메시지 전달 · (건강관리) 혈압계, 체중계, 맥박산소측정기, 혈당측정기, 온도계 등 건강관리 장치와 연결하여 원격 건강관리. 원격지의 간병인은 웹 및 앱을 통해 고령자의 활동 및 건강상태에 대한 모니터링 정보를 확인 가능 · (사회참여) 고령자는 태블릿을 통해 뉴스 및 날씨 정보를 확인, 게임참여, 영화시청, 음악청취, 화상채팅 등에 참여하여 주변 사람들과 교류. 가족 및 간병인 등과 사진, 비디오, 음악, 전자메일, 알림메시지, 음성 메시지를 전송할 수 있는 기능을 제공하여 사회적 교류를 지원

4. 복지·의료 통합서비스 사례 (핀란드)⁴⁴⁾

연번	사업명	세부내용												
1	Apotti (아포티)	○ (사업내용) 2012년 5월 출범, 세계 최초의 “사회복지와 의료복지 서비스 통합” 시스템 Maisa(www.maisa.fi). 웹 브라우저 또는 모바일 기기를 이용하여 사회복지 및 의료 정보를 받을 수 있음 - 시민이 서비스 종류 및 장소에 관계없이 사회 및 건강관리 전문가와 실시간 소통할 수 있고, 전문가는 데이터에 즉시 접근 가능하여 필요한 조치를 취할 수 있도록 디지털 기술을 보편적 복지에 결합시킨 사례 - 환자의 기본적 욕구충족을 위한 지원이 필요할 경우, 의사가 복지서비스 기관에 환자의 재정지원을 의뢰할 수 있음. 사회보장전문가와 의사 는 개인의 전자건강기록(EMR)과 사회보장서비스 수혜내역 등을 공하며 협업												
2	Kanta service (칸타 서비스)	○ (사업내용) 치료와 예방 등 건강관리를 위한 보편적 통합 의료복지 서비스 - 1950년대부터 축적된 국민의료기록을 2007년 디지털화, 2011년부터 단계적 실증을 거쳐 2017년부터 핀란드 국민 전체가 이용. - 누구나 휴대폰에서 마이칸다(MyKanta)앱으로 본인의 의료정보를 열람할 수 있고, 의료 전문가도 활용 가능해 빅데이터 등 디지털 기술이 보편적 복지로 연결되어 효율성과 비용측면에서 혁신을 이룸 ○ (배포기기) MyKanta 앱 <table><tr><th>제공서비스</th><th>내용</th></tr><tr><td>마이 칸타 페이지 (My Kanta Pgaes)</td><td>· 환자 본인의 의료기록 및 처방을 검색 · 처방전 갱신 · 10세 미만 어린이는 보호자가 진료기록 열람가능</td></tr><tr><td>처방전 서비스 (Prescription service)</td><td>· 전자처방전 발행</td></tr><tr><td>제약 데이터베이스 (Pharmaceutical Database)</td><td>· 의약품 처방, 조제 목적으로 의약품에 대한 기본정보, 가격 및 대체 의약품 정보 등 제공</td></tr><tr><td>환자 데이터 저장소 (Patient Data Repository)</td><td>· 의료서비스 데이터 시스템으로 환자의 의료기록이 저장됨 · 의료서비스 공급자 간 정보를 전달하는 중심적인 역할</td></tr><tr><td>의료증명서 공유</td><td>· 의료인이 발행한 증명서를 전자문서 형태로 공유</td></tr></table>	제공서비스	내용	마이 칸타 페이지 (My Kanta Pgaes)	· 환자 본인의 의료기록 및 처방을 검색 · 처방전 갱신 · 10세 미만 어린이는 보호자가 진료기록 열람가능	처방전 서비스 (Prescription service)	· 전자처방전 발행	제약 데이터베이스 (Pharmaceutical Database)	· 의약품 처방, 조제 목적으로 의약품에 대한 기본정보, 가격 및 대체 의약품 정보 등 제공	환자 데이터 저장소 (Patient Data Repository)	· 의료서비스 데이터 시스템으로 환자의 의료기록이 저장됨 · 의료서비스 공급자 간 정보를 전달하는 중심적인 역할	의료증명서 공유	· 의료인이 발행한 증명서를 전자문서 형태로 공유
제공서비스	내용													
마이 칸타 페이지 (My Kanta Pgaes)	· 환자 본인의 의료기록 및 처방을 검색 · 처방전 갱신 · 10세 미만 어린이는 보호자가 진료기록 열람가능													
처방전 서비스 (Prescription service)	· 전자처방전 발행													
제약 데이터베이스 (Pharmaceutical Database)	· 의약품 처방, 조제 목적으로 의약품에 대한 기본정보, 가격 및 대체 의약품 정보 등 제공													
환자 데이터 저장소 (Patient Data Repository)	· 의료서비스 데이터 시스템으로 환자의 의료기록이 저장됨 · 의료서비스 공급자 간 정보를 전달하는 중심적인 역할													
의료증명서 공유	· 의료인이 발행한 증명서를 전자문서 형태로 공유													

44) 본 내용은 강충경. 2021. 『차세대 한국형 e-welfare, 방향과 전략』발표자료 내용을 수정·보완 하였음

연번	사업명	세부내용
3	FinnGen 프로젝트 (핀젠)	○ (사업내용) 칸타 시스템에 저장된 환자 건강등록부의 의료 기록과 바이오뱅크에 저장된 유전자 데이터를 결합해 새로운 의료 데이터를 만든다는 목적으로 추진 중. - 핀란드 정부는 2023년까지 50만 개의 핀란드 국민 혈액 샘플을 조사하여 이렇게 만들어진 새로운 의료 데이터를 이용해 핀란드 국민 개개인에 맞춘 특화 의료 서비스를 제공할 예정. - 정부가 의료 데이터를 정제하고, 기업은 이 정보를 연구해 국민에게 서비스를 제공하는 '공공 분야와 의료 산업의 협력 모델'임 ○ (사업대상) - 국민 : 헬스케어 솔루션 제공을 통해 개인의 질병 예측하고 예방함 - 바이오뱅크 : 의료기록과 유전자 데이터 결합을 통해 데이터 가치를 상승시킴 - 제약 : 거대 제약 민간 파트너와의 협력을 통해 신약 개발 가능성 제고 - 연구 : 헬스케어 부문에 있어 핀란드를 연구 선도국가로 도약시

연구진

연구책임	황성준	제주연구원	제주사회복지연구센터	전문연구위원
공동연구	김은영	제주연구원	제주사회복지연구센터	위촉연구위원
비 상 임	지은구	계명대학교	사회복지학과	교수
연구위원	권정미	제주관광대학교	사회복지과	교수

제주연구원
사회복지연구 2021-06

제주형 통합복지하나로 시범사업 확대발전방안 연구

발행인 || 김 상 협

발행일 || 2021년 12월

발행처 || 제주연구원 제주사회복지연구센터

63147 제주시 아연로 253(오라이동) 3층

전화. (064)722-4509 팩스. (064)722-4510

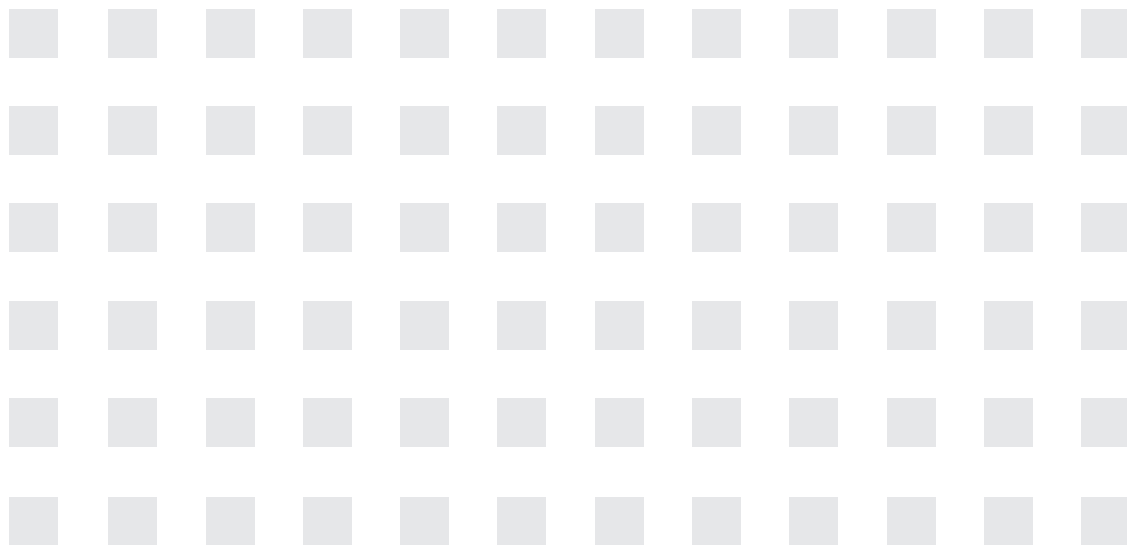
홈페이지 : <http://jejuwelfare.org>

인쇄처 || 일신옵셋인쇄사

ISBN : 978-89-6010-910-0 93330

이 보고서의 내용은 연구진의 견해로, 제주특별자치도의 정책적
입장과 다를 수 있습니다. 또한 이 보고서는 출처를 밝히는 한
자유로이 인용할 수 있으나 무단전재나 복제는 금합니다.

JEJU RESEARCH INSTITUTE



비매품/ 무료



9 788960 109100

ISBN 978-89-6010-910-0