

전략연구2015-29

충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축 방안 연구

김용현, 이재완, 백운광

발 간 사

2010년 무상급식 논쟁이 서울시 보궐선거로 이어지면서 사회복지에 대한 한국사회의 중요한 현안으로 부상하였다. 실제로 2015년 정부예산지출에서 사회복지 지출이 차지하는 비중이 106.4조원으로 전체지출에 3/1에 육박하고 있다. 그러나 사회복지 예산이 큰 폭으로 증가하였음에도 불구하고 국민들의 복지체감도는 투입된 예산만큼 높지 않은 실정이다. 언론에 끊이지 않고 보도되는 복지사각지대, 복지대상자에 대한 중박, 누락 현상은 이 같은 사실을 여실히 보여주고 있다. 전문가들은 복지수요자의 체감도가 떨어지는 이유를 미비한 사회복지 전달체계에서 찾고 있다.

이러한 맥락에서 2016년 보건복지부는 전국적으로 동 주민센터의 복지허브화를 추진하고 있다. 명칭에서부터 주민센터를 행정복지센터로 변경하고 기능도 맞춤형 서비스 중심으로 전환하는 것이 복지허브화의 골자이다. 충청남도에서도 2015년 아산 온양3동의 복지허브화 시범사업을 실시하였고 2018년까지 모든 시군에서 전면적으로 시행할 예정이다.

<충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축 방안> 연구는 복지수요자 중심의 맞춤형 전달체계 구축에 일조하기 위해 시작되었다. 동 주민센터의 복지허브화의 모델이 되고 있는 서울 서대문구에서는 복지와 보건의 동시성 필요한 수요자가 89%에 이르고 있어 복지영역과 보건영역의 효율적인 협업이 절대적임을 알 수 있다. 특히 충청남도처럼 고령인구가 많은 농촌지역에서는 복지와 보건을 아우르는 전달체계 모델 구축이 더욱더 시급히 요구되고 있고 현재 강원도에서 추진 중인 '강원희망 e 빛' 시범사업도 복지와 보건을 통합하는 시대적 요구를 반영하고 있다.

본 연구는 전반적인 사회복지전달체계를 개관함은 물론, 국내외 참고할 만한 지역의 사례를 충실히 고찰하여 시사점을 제시하고 있으며 현재 충청남도 사회복지전달체계의 현황을 파악하고 문제점을 도출하여 개선방안을 제시하고 있다. 충남도 사회복지전달체계 개편을 위한 연구의 일환으로 시작된 본 연구를 통해

충남도 복지종사자와 보건종사자의 유기적인 협업을 바탕으로 복지수요자의 만족도가 향상되는 계기가 될 수 있기를 기대하는 바이다.

본 연구의 연구책임자인 김용현 박사를 비롯해, 공동연구자인 공주대학교 사회복지학과 이재완교수님, 민주정책연구원의 백운광박사님, 도청 복지보건국 저출산고령화정책과 김영식팀장님에게도 심심한 감사를 드리며, 연구수행과정에 적극적으로 협조해주신 연구심의위원회에게도 감사의 말씀을 드린다.

2015년 12월 31일

충남연구원장 강 현 수

연구 요약

1. 연구의 필요성

우리나라의 국민의 사회복지욕구는 과거와 다르게 점차 고도화되고 다양화된 형태로 나타나고 있다. 특히 농촌지역은 넓은 면적, 적은인구, 자원부족과 복지보건의 인프라의 미비로 인해 높은 복지보건욕구를 해소하지 못하고 있다. 한마디로 복지보건 서비스의 비접근성이 존재하며 복합적 욕구에 대한 통합적 서비스공급체계가 빈약한 실정이다.

한편 지난 10년 전과 비교하면 사회복지서비스의 양과 종류가 급격히 늘어나고 있는데 여전히 주민들의 복지체감도는 상당히 낮은 것으로 지적되고 있다. 즉, 현재 중앙정부에서 실시하는 사회복지사업은 보건복지부 등 21개 부처에서 360개 사업에 이르고 있으며 지방자치단체에서는 전체 약4만개가 넘는 복지사업이 진행되고 있다. 복지사업은 증가하였지만 중앙정부 부처별로 그리고 지자체의 부서별로 분업화 및 칸막이 행정으로 각종 급여 및 서비스 간 연계부족으로 서비스 제공의 비효율성이 발생하고 있는 것이 사실이다.

또한 농촌지역은 고령화율이 상대적으로 높아서 기초수급생활자 및 차상위계층가구의 상당수가 65세이상 노인들이다. 충남도 15개 시군 중, 총 인구중에 65세 이상의 인구가 차지하는 비율이 14%이상인 고령사회에 진입한 시군은 보령, 논산, 금산, 공주, 당진, 부여, 서천, 청양, 예산, 태안, 서산, 홍성 등 12개 시군이나 되고 또한 결혼이민자가족이 집중 거주하고 있어 이들의 사회적응에 대한 지원이 크게 필요하다.

충남도 15개 시군은 도·농 복합지역과 군단위지역이 대부분이여서 농촌 지역의 복지와 보건을 아우르는 전달체계 모델 구축이 시급히 요구되고 있다. 특히 인구고령화, 만성질환 증가, 고가의 의료기술 발전 등의 원인으로 노인 의료비 지출은 급속히 팽창할 것이 전망되어 복지와 보건을 아우르는 전달체계 모델 구축이 더욱 절실해 지고 있다.

따라서 지역주민에게 복지와 보건서비스의 최일선 전달체계의 개선이 요청된다. 즉, 일반적으로 복지서비스는 중앙정부 - 시도 - 시군구 읍면동으로 이어지는 공공복지전달체계를 통하여 전달되고 보건서비스는 중앙정부 - 시도 - 시군구 보건소 - 읍면동 보건지소의 경로를 통해 제공된다. 지역주민에게 직접적으로 접촉하여 서비스가 제공되는 지점은 주로 읍면동단위이기 때문에 이에 대한 전달체계의 정비와 개선이 필요하다. 사실 복지 및 보건서비스 최일선 조직은 중앙정부와 지자체에서 제공되는 과중한 양의 서비스를 관리하면서 복지보건갈때기 현상(병목현상)이 초래되어 전달체계가 효과적으로 작동되지 못하였다. 따라서 지역주민에게 근접한 최일선 복지보건조직의 변화를 통해 복지보건욕구를 해소할 수 있는 노력이 필요하다.

2. 연구의 목적

농촌지역의 복지수요자는 보건서비스가 통합된 서비스 제공을 요구하지만 일선 현장에서는 사회복지전달체계와 보건시스템은 이원화된 체계로 작동하고 있다. 복지와 보건의 이원화된 체계는 상호 연관성 없이, 4년마다 수행되는 지역사회복지수립계획과 지역보건의료계획 수립에서도 드러나고 있다. 현행 서비스전달과 관련하여 보면, 읍면동의 복지서비스, 보건소 중심의 방문간호서비스 등으로 이원화된 체계로 동일 대상자에 접근하고 있기 때문에 서비스가 중복되거나 누락되어 통합적인 서비스를 제공하지 못하고 있다. 따라서 보건-복지서비스간의 연계를 위해 읍면동 일선사회복지현장에 방문간호팀을 배치하는 방안을 모색하는 등, 보건·복지 통합전달체계 구축이 요구되고 있다.

사실 이러한 보건과 복지의 통합적 복지전달체계 구축의 시도는 지난 1995년 보건복지사무소 시범사업(1995-1999)으로 나타났지만 전국적으로 확대되지 못하고 시범사업으로 종결되었다. 시범보건복지사무소는 저소득 지역주민에게 보건·의료와 사회복지서비스를 포괄적으로 제공하기 위하여 보건소 조직 내에 사회복지담당부서를 신설하고 보건의료 및 복지서비스 제공기능을 통합하려는 목적으로 설치·운영되었다. 이러한 시범보건복지서비스의 설치의 배경은 급격히 증가하는 국민의 보건

및 복지욕구에 대응하기 위한 것으로 볼 수 있으나 다른 한편으로 미비한 공공복지전달계를 기존의 보건소 조직을 활용하여 확립하고자 하였던 것이다. 시범 보건복지사무소가 실패로 끝난 원인은 우선 중앙정부나 시범사업지역 지자체의 의지부족과 지역복지환경 측면에서 보건과 복지욕구의 통합 및 연계체계의 미흡, 보건조직과 복지조직간의 상호이해의 부족, 그리고 정교한 시범사업 매뉴얼의 부재 및 준비 미흡 등이었다(이재완, 1998).

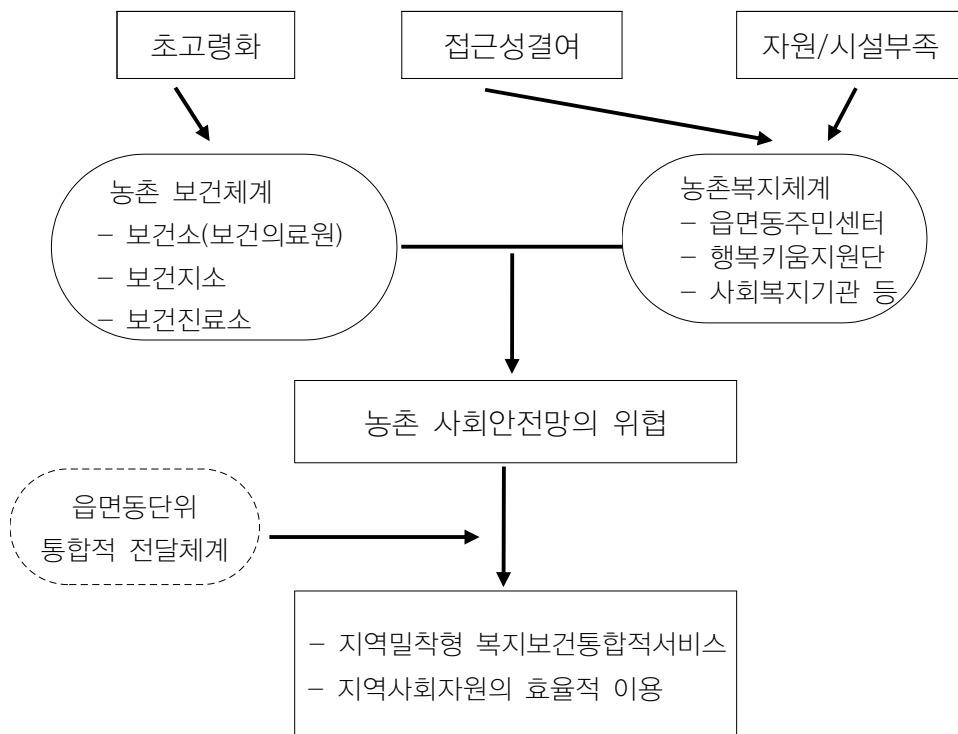
그럼에도 불구하고 보건복지사무소 시범사업 실시 20년이 지난 현재 시점에서 보건과 복지의 통합(연계)적 서비스 전달체계에 대한 관심이 필요하다. 즉, 지역주민 특히 농촌지역의 경우 노인인구가 비중이 높아 이미 초고령사회가 되었다는 점과 복지서비스의 욕구뿐만 아니라 보건의료의 욕구가 크게 나타나고 있는 점이다. 또한 지역복지환경 측면에서 복잡다기한 복지보건욕구에 대한 사례관리서비스가 진행되고 있으며 과거와는 다르게 기관간 서비스 연계 및 통합서비스 실시 필요성의 대두이다.

이러한 점에서 농촌지역의 여건에 맞는 복지보건전달체계의 혁신이 필요하며 주민과 밀접한 읍면동단위에서 복지와 보건서비스의 통합 및 연계체계 확충이 요구된다. 따라서 본 연구의 목적은 농촌지역의 보건과 복지서비스의 통합적 전달체계 구축방안을 제시하고자 한다. 충남도의 농촌지역의 복지보건서비스의 수준을 진단하고 서비스의 전문성, 접근성, 통합성, 포괄성 등을 충족할 수 있는 복지보건서비스의 통합 및 연계방안을 모색하고자 한다.

3. 연구의 내용

충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축 방안 연구를 위한 구체적인 연구 내용은 다음과 같다. 충남도의 농촌지역 복지보건전달체계의 구축의 핵심은 읍면동 단위의 보건조직과 복지조직의 구조와 기능의 연계와 통합에 관한 사항이다. 앞서 연구의 필요성과 목적에서 제시하였듯이 이미 충남도는 인구가 초고령 사회로 진입하고 있으며 농촌의 지역복지환경은 복지보건서비스의 비접근성이 발생하고 있다. 이를 간략히 정리하면 <그림 1>과 같다.

[그림 1] 충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축방안 연구내용



첫째, 사회복지전달체계의 구성요소와 그 동안 추진된 전달체계 개편의 변화에 대해 검토한다. 사회복지전달체계는 기본적으로 서비스 이용자와 공급자를 연결시키기 위한 조직적인 장치이다. 여기에는 사회복지서비스 공급자간의 조직적 연계도 포함된다. 따라서 사회복지전달체계의 구성요소와 구축시 고려해야할 원칙을 살펴보고 현재까지 사회복지전달체계 개편의 변화내용에 대해 시계열적으로 검토하고자 한다.

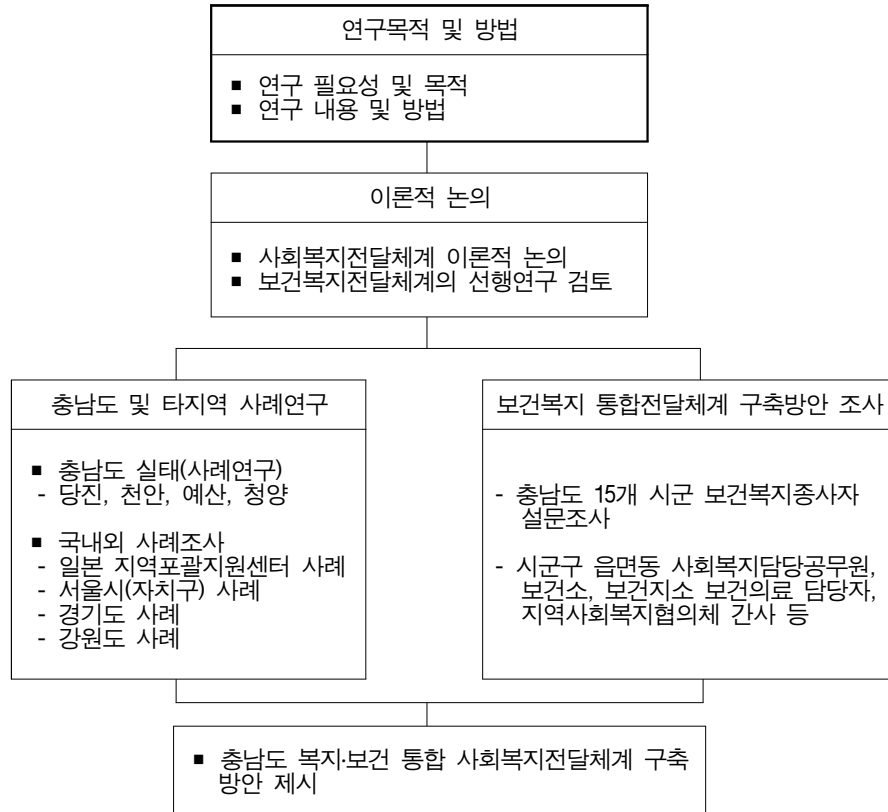
둘째, 충청도 복지보건전달체계의 현황과 보건복지전달체계 개편의 국내외 사례를 분석한다. 충청도 복지보건전달체계의 실태를 규명하기 위해 일반적인 현황 파악과 함께 당진, 천안, 예산, 청양지역의 사례조사를 통해 구체적인 현황과 문제점을 살펴보고자 한다. 또한 보건복지전달체계의 개편 사례 분석을 위해 일본의 지역포괄지원센터 사례를 살펴보고 국내사례로 서울시 동(洞)중심 통합복지전달체계 구축 사례(자치구), 경기도 무한돌봄센터 중심 통합복지전달체계 구축 사례, 그리고 강원도 보건복지통합시스템 구축 사례를 분석한다.

셋째, 충청도의 복지보건전달체계의 구축을 위한 실태조사 결과(15개 시군의 복지·보건 종사자)를 통해 농촌지역 복지보건서비스 및 연계 수준을 진단하고 복지보건전달체계 구축방안에 대한 근거를 제시한다.

넷째, 충청도 복지보건통합전달체계 구축 방안에 대하여 다양한 모델을 모색하고 향후 정책적, 실천적 추진을 위한 방안을 제시 한다. 농촌지역의 복지보건서비스 통합적 서비스 전달체계는 선택가능한 다양한 방안을 모색하고 향후 시범사업 실시를 고려한 실현가능한 방안을 제시한다.

이상의 연구내용을 실시하기 위해 연구의 체계는 다음 <그림 2>와 같다.

[그림 2] 연구의 체계



4. 연구방법

1) 심층면접 조사

충남도 4개 지역(천안·당진·예산·청양)의 복지·보건부문 관련 공무원 및 종사자 대상으로 심층면접을 진행하였다. 심층면접의 주요 내용은 다음과 같다.

- 사회복지인력과 보건인력의 의사소통방법
- 사회복지인력과 보건인력이 협력한 대상자에게 서비스 제공계획을 같이 세우는지 여부
- 사회복지인력과 보건인력간 정기 모임 존재유무 (있다면 정기모임 빈도)
- 사회복지인력과 보건인력간 연계·협력 필요성
- 현재 사회복지인력의 보건인력간의 연계·협력 정도 (주관적 평가)
- 사회복지인력과 보건인력이 상대방에게 협조를 부탁하는 빈도(단위: 일주, 한달, 세달 등)과 내용
- 사회복지인력과 보건인력간에 연계가 잘 되지 않은 이유
- 복지 및 보건 두 조직간 협력의 개선방안

2) 설문조사

충남도 15개 시·군 시군구 및 읍면동 사회복지담당공무원(행정직, 사회복지직), 보건소, 보건지소 보건의료담당자(간호조무사포함, 행정직 제외), 행복키움지원단 통합사례관리사, 지역사회복지협의체 간사를 대상으로 2015년11월30에서 2015년 12월 4일까지 설문조사를 수행하였다. 총 24개 문항으로 구성된 설문지는 충남도 복지-보건수준 및 서비스 연계, 충남도 복지-보건서비스 통합적 전달체계 구축방안, 읍면동 단위에서 시범사업에 관한사항으로 구성되어 있다.

5. 충남도 복지보건서비스 지역별 사례분석

조사대상자들은 대부분 보건·복지 서비스 연계제공의 필요성을 느끼고 있었다. 즉 보건이나 복지 어느 한 쪽의 서비스만으로는 클라이언트의 복합적 요구를 충족시킬 수 없다는 인식이 공유되었다. 4개 시군의 심층면접의 결과, 현재 진행되고 있는 보건과 복지, 두 분야간 협력의 점수는 8점 내외 안팎이어서 비교적 연계가 잘 되고 있다고 평가할 수 있다. 두 분야 담당자의 인간적 특성이 연계·협력에 매우 중대한 요소임을 알 수 있고 협력의 의지도 담당자에 따라 차이를 알 수 있다. 연계·협력이 비공식적인, 담당자와의 인간적 특성에 기반을 두고 있어 대상자에 대하여 보건,복지 두 분야가 공동으로 서비스제공계획을 수립하는 단계까지는 미치지 못하고 있다. 따라서 아직까지 보건,복지 두 조직간 연계·협력이 제도화되지 못하고 있음을 알 수 있다.

또한 시군에 따라 사회복지인력이 보건인력에게 협력을 의뢰하는 빈도가 높은 지역이 있는가 하면, 반대로 보건인력이 사회복지인력과의 협력에 적극적인 시군도 있어, 지역에 따라, 담당자에 따라 협력에 대한 의지가 다른 것으로 분석되었다.

당진시의 경우, 정신보건분야와 행복나눔센터와의 단순연계만이 이루어지고 있고 심층적 연계·협력은 거의 중단된 상태이다. 당진시 보건소는 업무량에 비하여 인력이 부족한 구조적인 문제로 보건소 자체 업무만 매몰되고 있다. 따라서, 복지인력의 의뢰에도 아주 심각한 사례에만 대응해 줄 뿐이다. 즉 복지에서 보건으로의 연계는 존재하는데 보건에서 복지 쪽은 대응 수준이 매우 미약하다.

농촌의 경우 보건지소와 면사무소가 근거리에 있으므로 복지와 보건 두 조직간에 연계협력의 비교적 우수하다. 따라서 전화, 공문 등의 의사소통방법보다는 직접 대면하여 협력을 하고 있다. 농촌으로 갈수록 도시지역보다 복지와 보건 두 조직간에 연계·협력이 잘 되고 있어서 굳이 물리적 공간을 공유하는 구조적 통합에 대한 호응도가 낮았다.

농촌지역의 연계·협력의 내용은 치매노인환자에 대한 연계협력 추진 빈도가 높고 독거노인에 대한 반찬서비스 제공 등 정책대상이 노인의 경우가 많았으나 복지와

보건 두 조직간을 넘나드는 전담인력의 결여로 연계·협력의 수준은 그리 심화되지 못한 실정이다. 실제로 면사무소의 복지업무는 보건인력과의 협업보다는 복지수급자의 신청단계에 머무르고 있고 본격적인 사례관리는 군청의 행복키움지원단과 보건소 정신보건센터 인력에 의해 수행되고 있으나 통합사례관리사와 협업을 하지 않고 정신적인 문제는 정신보건센터에서 ‘알아서’ 처리하는 지역도 존재하였다.

보건인력의 경우 복지조직간의 통합보다는 오히려 보건인력의 전문성을 강화해야 한다는 주장도 제기되었다.

접근성의 문제는 도시지역보다 농촌지역일수록 그 심각성이 더한 것으로 분석되었다. 복지와 보건 두 조직의 인력수준은 복지조직은 민원업무가 많은 읍면동에 1명 정도가 배치되어 업무량에 비하여 인력이 구조적으로 부족하였다. 읍면동 사회복지공무원의 인력부족뿐만 아니라 행복키움지원단 통합사례관리사의 고용안정도 이루어지지 않고 있다. 뿐만 아니라 사례관리를 전담하는 통합사례관리사의 전문성도 낮아서 사례관리의 질이 담보되지 않고 있다. 업무량에 비하여 구조적인 인력부족은 보건인력도 마찬가지이다. 서비스 대상자의 정보는 사통망의 구축으로 복지인력은 자유롭게 접근이 가능하나 보건인력은 아직까지 제한적이다. 즉 기본적인 정보와 인적사항정도만 사통망의 접근이 가능하고 필요한 정보는 공문으로 요청을 하여야지 접근이 가능하다. 그러나 농촌지역은 보건인력의 폐쇄성으로 인하여 복지인력의 연계·외에도 불구하고 정보공유가 불가능한 경우도 없지 않았다.

복지인력과 보건인력과의 물리적 통합시 갈등이 불거진다고 응답한 것은 도시지역이나 농촌지역이나 마찬가지이다.

또한 연계·협력의 장애요인으로서는 보건과 복지 두 조직간에 수직적 관계와 상호간에 이해 및 관심부족, 실적평가의 문제가 작용하고 있음을 알 수 있다. 뿐만 아니라 상대방의 협조가 원하는 때에 이루어지지 못하는 연계 지연의 문제도 지적되었다. 연계·협력의 내용을 살펴보면 수급자 선정을 위한 행정적인 절차, 가족관계 등의 정보공유이거나 사회복지수급자의 진료서비스 또는 의료서비스대상자의 반찬서비스의 연계로, 정보공유와 더불어 자원연계가 두 분야의 주된 연계·협력내용이다. 알콜중독자는 농촌지역이나 도시지역을 막론하고 가장 빈번하게 복지, 보건 양 조직의 협력이 이루어지는 사례이다.

개선방안으로는 두 분야간에 교통정리를 담당하는 전담인력 양성, 양 분야간에 상호 이해를 위한 교차교육, 업무실적평가반영 등이 거론되었다. 협력의 수준을 강화하기 위하여 오히려 전문성을 강화해야 한다고 역설하는 실무자도 존재하였다. 같은 맥락에서 복지와 보건의 통합보다는 농촌지역은 면적이 넓고 사회복지기관이 분산되어있으므로 거점형 권역별 센터가 필요하다고 응답한 복지인력도 존재하였다.

한 공간에서 두 분야의 종사자들이 함께 업무를 담당한다면 소통이 용이하다고 평가하는 담당자도 존재하였으나 복지 및 보건 인력 간에 물리적 공간의 공유는 대부분의 실무자들이 호응도가 낮았다. 특히 면사무소와 보건지소의 경우 지리적으로 인접하여 있기 때문에 물리적 공간 공유의 필요성을 인지하지 못하고 있었고 또한 두 분야의 구조적인 체계와 속성 때문에 물리적 통합에 동의하지 않았다.

현장의 실무자들은 공통적으로 상호 인간적인 유대관계의 구축이 두 분야의 협업에 절대적인 전제조건이라고 평가하였다. 또한 업무실적 인정이 두 조직간 협업의 걸림돌로 작용하고 있으므로 기관의 평가시 연계부문에 가중치를 두거나 각 기관별, 각 분야별 사례관리를 수행하는 조직에게 평가시 인센티브를 부여하는 방안을 현장의 실무자들은 제안하였다.

[표 1] 4개 시군의 비교

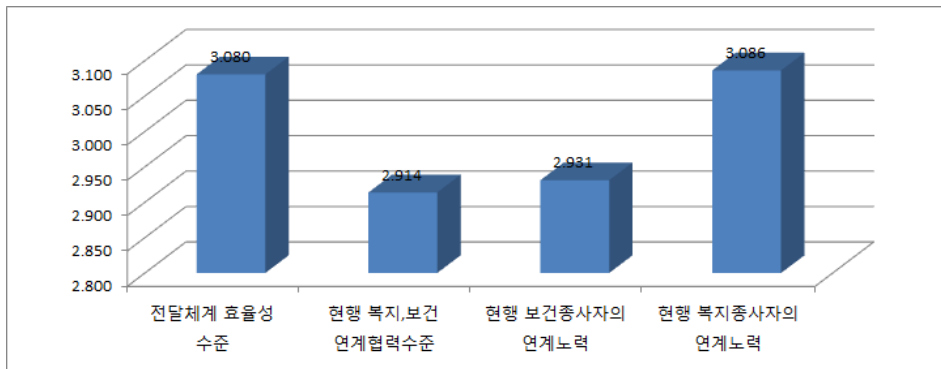
구분	천안	당진	예산	청양
사회복지조직	1국 3과	1국 2과	1실 6분야	1실 6분야
사회복지인력	천안시청 129명	당진시청 총 55명	예산군청 33명	청양군청 31명
사회복지예산	304, 706백만원	959억	644억	374억
보건소 현황	보건소 2개소, 보건지소 12개소, 보건진료소 18개소	보건소 1개, 보건지소 11개소, 보건진료소 19개소	보건소 1개소, 보건지소 11개소, 보건진료소 16개소	보건의료원 1개소, 보건지소는 9개소, 보건진료소는 13개소
지역적 특성	사회복지시설의 비교적 잘 구비됨, 충남도중에선 비교적 젊은 인구 구성	사례관리기관인 2곳의 행복나눔센터로 인하여 전달체계 선진지역	여성과 노인인구 비율(23.59%, 2013기준)도 향후 지속적으로 증가 할 것으로 예상되는 전통적인 농촌지역	인구의 과소화, 노령인구 비율 충남도에서 가장 높음
협력의 이유	대상자의 필요	대상자의 필요 인간적 특성	대상자의 필요 인간적 특성	대상자의 필요
의사소통방법	전화, 정기모임	전화, 공문	직접대면	전화, 대면, 공문
협력의내용	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계
협력의정도	7-8점	8.5-9점/자원연 계 5-6점	8-9점	8점
정기모임존재	0	0	X	X
서비스 제공계획을 같이 수립하는 여부	X	X	X	X
복지보건중 연계협력에 적극적인 진영	복지	복지	서로 비슷함	보건
협력의 장애요인	수직적 관계	상호간에 이해 부족	수직적 관계	성과실적의 문제 상호간에 관심부족
개선방안	전담인력양성	교차교육	전문성 강화	물리적공간 공유 평가체계 개선 전담인력양성

6. 복지보건통합 전달체계 구축 방안

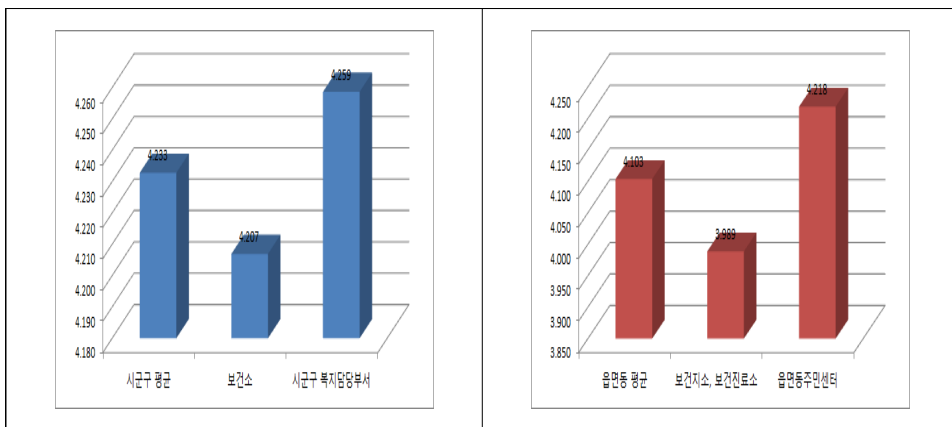
1) 복지보건통합 전달체계 구축의 필요성과 원칙

현재 충청남도 사회복지전달체계의 효율성 및 연계수준은 보통이하로 나타나고 있다. 특히 복지와 보건기관통합의 필요성은 <그림 3>과 같이 매우 높은 것으로 나타났다. 즉, 시군구단위나 읍면동단위에서 동일하게 높게 나타나고 있으며 특히 복지담당 부서에서 보건복지연계 및 통합의 필요성이 매우 높다.

[그림 3] 보건·복지 연계 수준



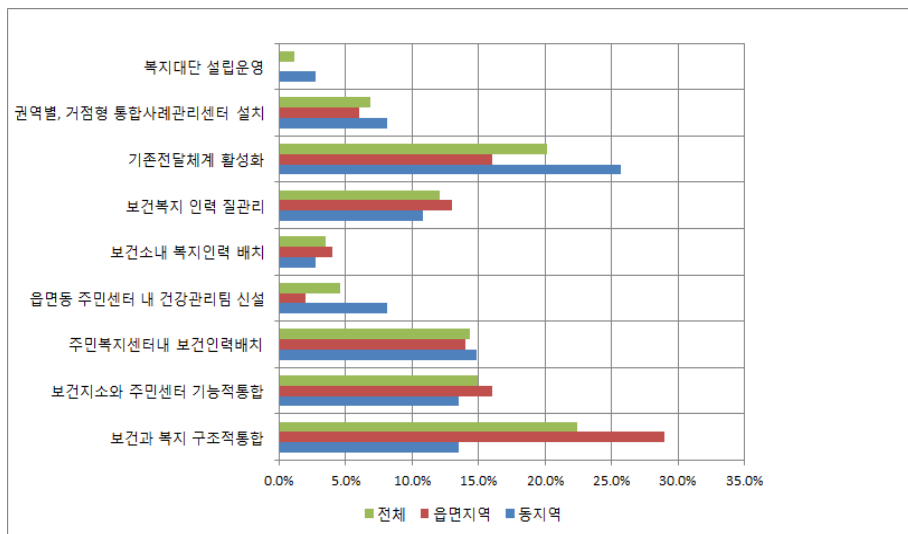
[그림 4] 보건·복지 연계 및 통합서비스 제공을 위한 기관필요 정도



한편 보건과 복지서비스이 연계협력 미흡의 이유에 대하여 도시지역인 동지역과 농촌지역인 읍면지역에서 차이가 나타났다. 동지역에서는 기관장 및 부서장의 의지 부족, 지리적 거리, 그리고 타기관에 대한 신뢰부족이 가장 높게 나타났다. 반면 읍면지역에서는 전담인력 부족, 타기관에 대한 정보부족, 그리고 체계적인 조정 및 협력계획의 부족, 연계관련 법규정 미비 등으로 나타났다.

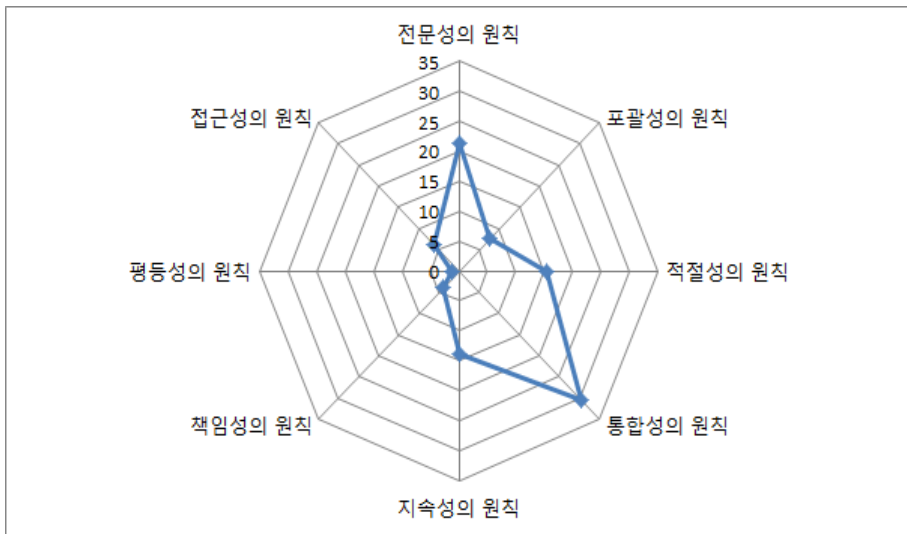
이상의 문제를 개선하기 위한 보건복지전달체계 개선방안에 대해서는 <그림 5>에서 보는 바와 같이 보건과 복지조직의 구조적 통합에 대한 의견이 가장 높으며 다음으로 기존 전달체계의 활성화, 그리고 주민복지센터 내 건강관리팀의 신설과 함께 보건지소와 주민센터의 기능적 통합에 대한 의견이 높게 나타났다.

(그림 5) 보건복지 전달체계 개선방안



이러한 보건복지전달체계 개선을 위한 전달체계 구축의 원칙으로 통합성 원칙이 가장 높았고 전문성, 지속성, 적절성의 원칙을 강조하고 있다. 따라서 제기된 보건복지전달체계 개선의 필요성과 원칙에 근거하여 개선방안의 마련이 요청된다.

[그림 6] 보건복지 연계 및 통합적 전달체계 구축의 강조 원칙



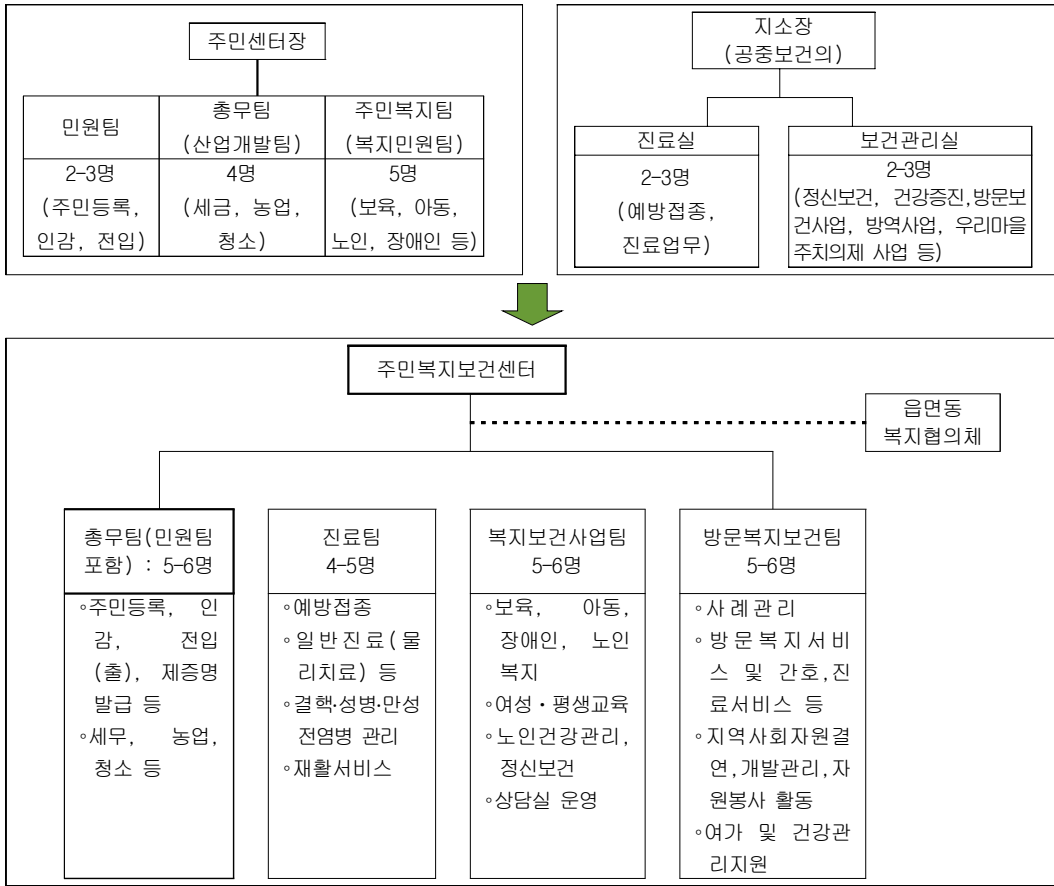
2) 보건과 복지의 완전통합형(구조, 기능 통합)

(1) 조직과 인력

현재 읍면동 주민센터와 보건지소의 조직은 다음과 같다. 주민센터 조직은 3팀제로 주민등록 및 전입신고 등 업무를 담당하는 민원팀과 세금, 농업, 청소 등의 업무를 담당하는 총무팀, 그리고 보육, 노인, 장애인 등 복지서비스를 담당하는 주민복지팀으로 구성되어 있다. 전체 인력은 약 12명에서 14명이 배치되어 있다. 보건지소의 조직은 예방접종, 진료업무를 담당하는 진료팀과 정신보건, 건강증진, 모자보건, 방문보건사업, 우리마을주체의제 사업 등을 담당하는 보건관리실이 있다.

여기에 배치된 인력은 약 6-7명 정도이다. 따라서 주민센터와 보건지소의 인력은 전체 약 20명 정도이다.

[그림 7] 주민복지보건센터 조직안



이러한 분리된 조직을 통합하면 <그림 7>과 같다. 즉, 주민복지보건센터로 개편하여 총무팀, 진료팀, 복지보건사업팀, 방문복지보건팀으로 구성하여 4팀제로 운영한다.

총무팀은 기존의 민원팀과 통합하여 주민등록, 인감, 전(출)입, 제증명발급업무 등과 세무, 농업, 청소 등을 담당한다. 인력은 5-6명으로 배치한다. 진료팀은 예방접종, 일반진료(물리치료 등), 결핵·성병·만성전염병관리·재활서비스 업무를 담당하며 인력은 4-5명을 배치한다. 복지보건사업팀은 보육·아동·장애인·노인복지업무와 여성·평생교육, 그리고 노인건강관리, 정신보건 등의 업무를 담당하고 상담실

을 운영한다. 인력은 약5-6명을 배치한다. 방문복지보건팀은 사례관리, 방문복지서비스 및 간호·진료서비스 등과 지역사회자원결연·개발관리, 자원봉사활동 등의 업무를 담당한다. 또한 여가 및 건강관리지원사업을 담당한다. 이에 필요한 인력은 5-6명이다.

이러한 읍면동 단위 복지기능강화 및 보건과 복지기능의 통합은 정부의 정책방향과 부합하기 때문에 향후 추진과정에 지원을 이끌어 낼 수 있다. 즉, 정부는 읍면동 복지기능강화 및 민관협력 활성화를 추진하고 있는데 동 주민센터 복지기능 강화 시범사업을 실시하고 있다. 주요내용은 읍면동사무소에 복지코디네이터 배치와 방문간호사 등 보건전문인력배치를 통한 보건과 복지의 연계(통합)을 강조하고 있다. 이와 함께 직업상담사 및 정신보건사회복지사 등도 지역별 복지수요를 반영하여 배치하도록 권장하고 있다. 또한 민관협력을 활성화하기 위해 동복지협의체를 구성하여 사각지대 발굴 및 자원발굴 및 연계, 지역문제 논의 등을 통해 지역복지수준을 제고하도록 하고 있다. 협의체 구성은 지자체 당 2-6개소 읍면동 단위로 10명에서 30명으로 구성하도록 하고 있다. 동복지협의체와‘주민복지보건센터’의 상호연계체계를 활성화하고 다양한 지역사회복지자원의 발굴과 활용을 극대화해야 할 것이다.

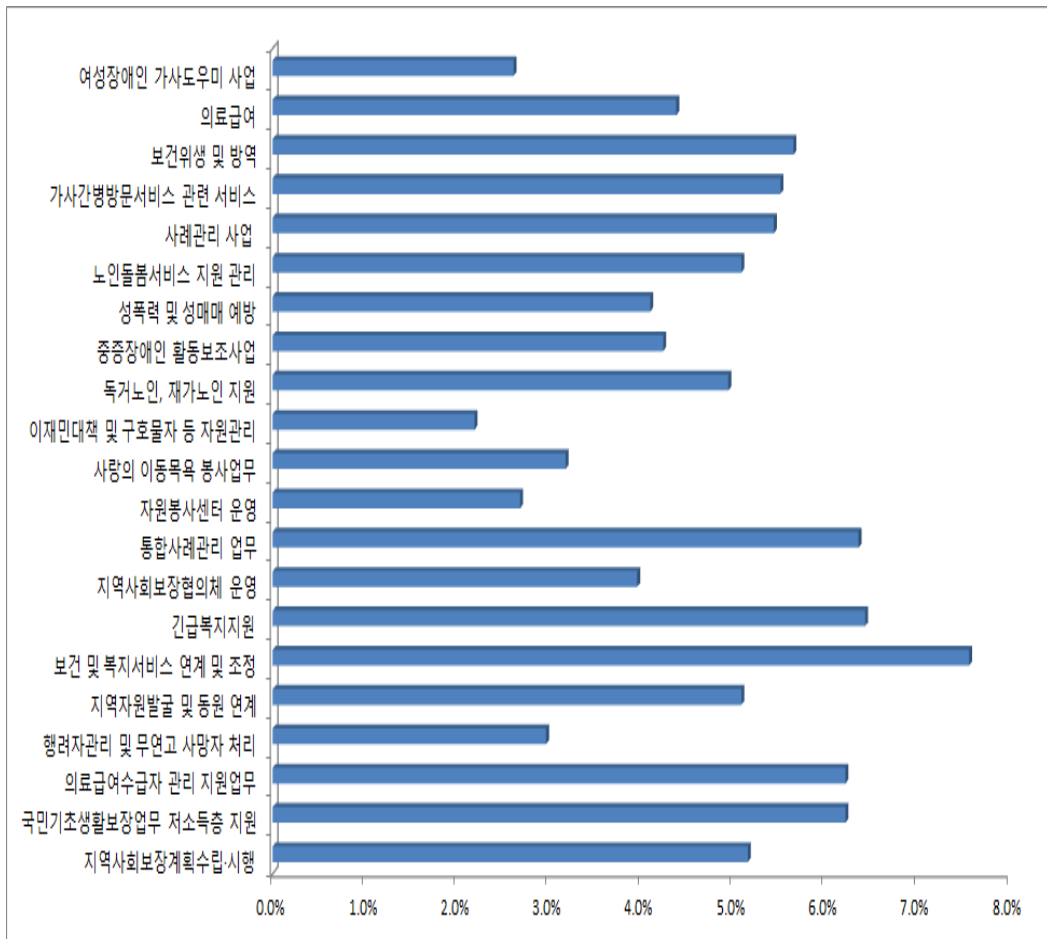
따라서 전달체계 개편안으로 제시한 ‘주민복지보건센터’는 이러한 정부의 지역복지전달체계의 정책변화에 능동적으로 대응하고 지역복지보건환경을 반영한 충남형 복지보건전달체계이다.

기존 조직인 주민센터와 보건지소를 통합할 경우 새로운 인력의 충원없이 인력의 효율적 배치와 업무분장을 통해 조직의 목적을 달성할 수 있다. 이것은 조직통합으로 인한 보건복지서비스 통합적 서비스를 구조화함으로써 주민의 보건복지욕구를 충족할 뿐만 아니라 조직운영의 효율성, 통합성, 전문성, 그리고 지속성, 적절성을 높일 수 있다고 판단된다.

(2) 사업

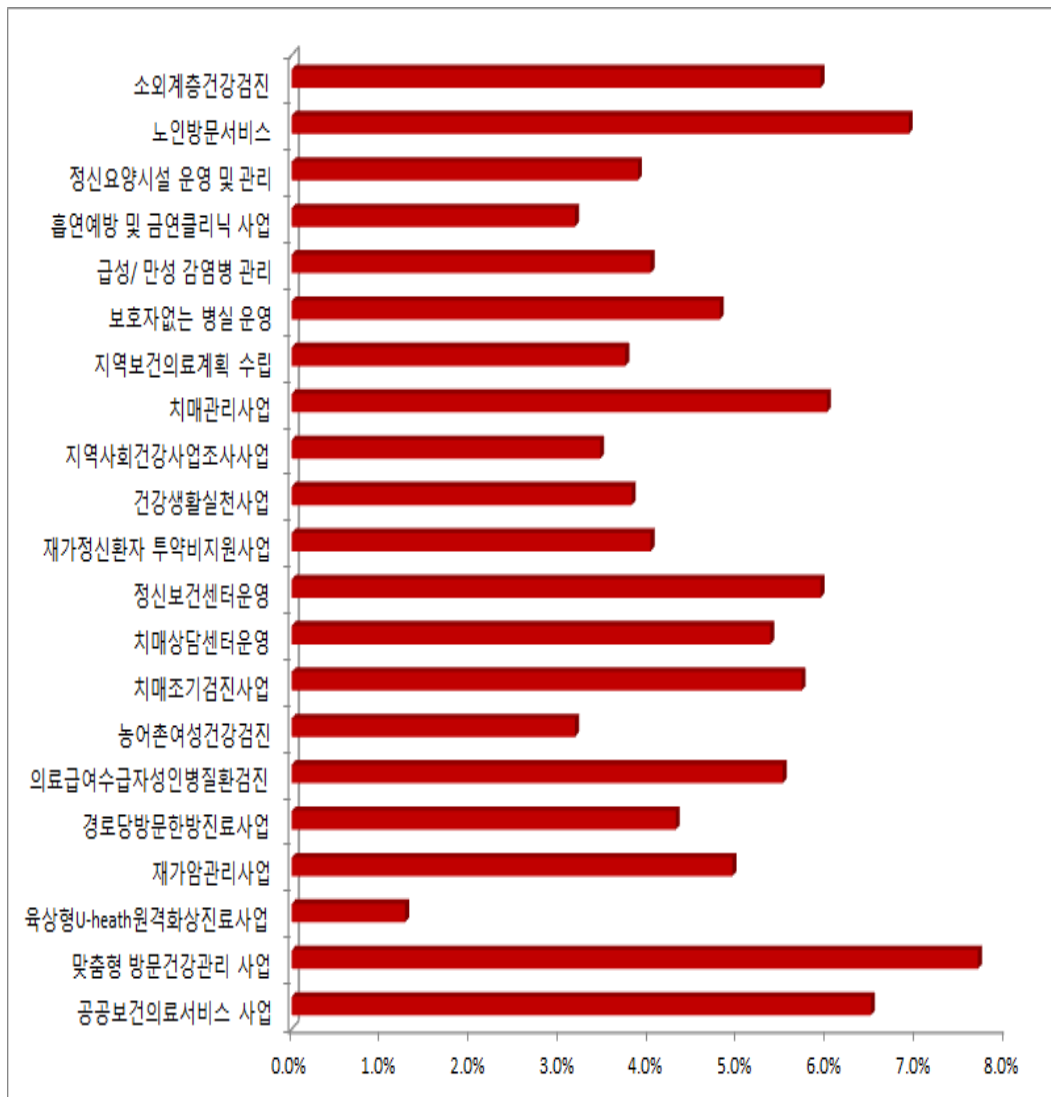
현재 복지와 보건사업과 관련하여 연계가능한 사업으로 다음과 같다(<그림 8> 참조). 즉, 복지분야에 보건과 연계가능한 사업으로 여성장애인가사도우미 사업, 의료급여, 보건위생 및 방역, 가사간병방문서비스관련 사업, 사례관리사업, 노인돌봄 서비스 지원관리, 성폭력 및 성매매예방, 중증장애인활동보조사업, 독거노인 및 재가노인사업, 지역사회보장협의체 운영, 긴급복지지원 업무, 보건 및 복지서비스 연계 및 조정, 의료급여수급자 관리 지원업무, 국민기초생활보장업무 저소득층 지원, 지역사회보장계획수립 및 시행 등이다.

[그림 8] 보건과 연계 가능한 복지사업



다음으로 보건영역에서 복지부분과 연계가능한 사업으로 다음과 같다(<그림 9> 참조). 즉, 소외계층건강검진, 정신요양시설 운영 및 관리, 지역보건의료계획수립 및 시행, 치매상담센터 운영, 경로당방문한방진료사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 농어촌여성건강검진 등이다.

[그림 9] 복지와 연계 가능한 보건사업



이상과 같이 복지와 보건분야 모두 복지와 보건의 연계 및 통합서비스의 필요성을 제기하고 있다. 따라서 읍면동단위의 복지보건전달체계 개편안인 ‘주민복지보건센터’ 사업(4개팀 : 총무팀, 진료팀, 복지보건사업팀, 방문복지건팀)은 다음과 같다.

<그림 10>과 같이 기존 주민센터와 보건지소의 사업 중에 상호연계 및 통합할 수 있는 사업이 있다. 주민센터의 기능 중에 주민민원서비스 등 행정서비스업무는 그대로 유지하고 보건지소와 보건업무 중 복지서비스와 연계 가능한 사업을 통합하여 실시한다. 또한 보건지소의 고유한 업무 중에 진료업무는 독립적인 영역으로 존치한다.

복지보건 통합 및 연계사업 중 핵심적인 사업은 복지대상자(지역주민)에 대한 통합사례관리 업무와 방문보건 및 복지서비스 그리고 노인복지(치매관리사업)와 자살예방사업, 지역사회자원개발 및 연계 사업 등이다.

[그림 10] 주민복지보건센터 사업안

보건사업	복지·보건사업	복지사업
<진료업무> - 약처방 - 상담, 교육 - 심·뇌혈관 사업 - 암검진 - 한방진료 - 침시술 - 약처방 - 운동증진사업 - 구강, 보건사업 - 금연사업	- 복지대상자 사례관리 - 보건위생 및 방역 - 방문복지서비스 - 방문보건 및 진료서비스 - 지역사회자원개발 및 연계 - 자원봉사활동 - 여가 및 건강관리 지원 - 정신보건 - 치매관리사업 - 노인복지 - 자살예방사업	- 기초생활보장수급자 - 의료급여 - 차상위우선돌봄 - 노인복지 - 긴급복지 및 공동모금회 - 보훈, 장사, 자활사업 - 정부양곡 - 여성복지 - 보육, 아동, 청소년 - 바우처사업 - 장애인복지 - 이재민 구호

보건과 복지의 완전통합모델은 1995년도 실시된 보건복지사무소의 경험을 바탕으로 보건지소와 읍면동 주민센터의 통합을 의미한다. 1995년 시범보건복지사무소이후 보건·복지 두 조직간의 상호 협력을 바탕으로 통합적인 서비스를 제공하려는 시도는 계속되었다. 일례로 수원시는 2000년도부터 2007년까지 ‘노인보건복지연계센터’를 운영하여 보건과 복지 두 조직간에 상호협력을 시도한 바 있다. 서울시 은평구도 보건복지서비스 사례관리사업의 일환으로 사례관리팀을 구성하여 보건소의 가정도우미서비스, 방문간호서비스, 복지관의 재가복지서비스를 통합하여 대상자에게 제공하였다. 또한 앞에서 제시한 일본의 지역포괄지원센터를 지역실정에 맞게 설치할 수 있다.

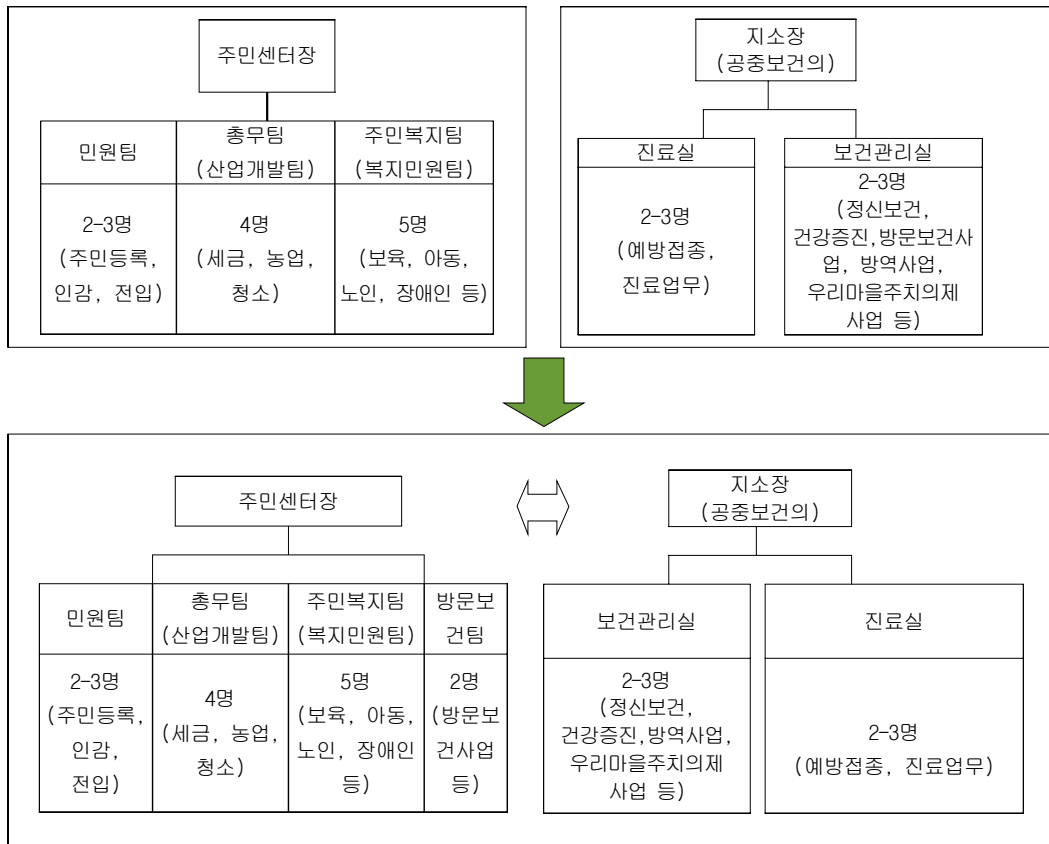
이러한 모델은 보건·복지서비스 연계와 통합의 필요성에 대한 욕구가 높고 향후 고령화 사회와 정신질환자의 증가 등으로 인해 통합서비스에 대한 욕구가 더욱 급증할 것으로 예상되기에 이에 대한 선제적인 복지보건전달체계 모형으로 판단된다.

3) 보건과 복지의 부분통합형(주민센터내 보건인력 배치)

두번째 모형은 읍면동 단위의 주민센터 내 보건인력의 배치를 통한 부분통합형 모델이다. 이에 대하여 조사결과 주민센터내 보건인력 배치를 선호하는 응답이 25명(14.4%)으로 나타났고, 보건소내 복지인력을 배치하는 것을 선호하는 입장은 6명(3.4%)로 나타났다.

따라서 주민복지센터내 보건소 인력을 배치하는 방법이 보다 선호되고 있다. 더불어, 보건과 복지 연계체계 수립 전략 중 자원교환에 대하여 지역사회 물적, 인적 자원 공유 및 공동 활용에 151명(86.7%)이 응답하여 가장 높은 분포를 보이고 있어 부분통합의 인력 상호 이동 배치의 근거를 제시하고 있다.

〔그림 11〕 주민센터내 보건인력(팀) 배치안



이러한 모델은 서울시에서 시행하는 동(洞)마을복지센터 구축 사업과 유사하다. 즉, 서울시는 사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편을 위해 2012년 준비단계를 거쳐, 2013년 14개 자치구를 상대로 시범운영을 시작했으며 2014년부터 전 자치구를 상대로 확대되어 수요자 중심의 복지서비스 전달체계 개편 사업으로 시행되고 있다. 이 사업은 찾아가는 복지 및 맞춤형 서비스 제공을 위해 크게 '찾아가는 복지플래너'와 '맞춤형 복지서비스' 제공을 두 방향으로 한다. 찾아가는 복지플래너는 생애주기별 방문복지 사업이다. 대상은 어르신(만65세 도래, 만70세 도래), 우리아이(임신부, 만2세 영유아 가정), 빈곤위기가정(저소득 복지대상자, 은둔·취약계층)이며, 방법은 사회복지사+방문간호사, 사회복지사+전담공무원+통·반장 등이 한 조를

구성하여 대상 가구를 방문하여 제공한다. 방문간호사는 동마을복지센터에서 새롭게 배치되는 인력인데 담당하는 업무는 방문복지 공통업무 중 복지플래너와 사례관리 업무를 담당한다.

복지와 보건의 부분통합모델은 현재의 주민센터와 보건지소의 조직변화없이 보건 인력 2명을 주민센터에 배치하는 것이다. 즉, 지역의 상황에 따라 주민센터의 기존 조직에 방문보건팀을 신설하여 주민복지팀과 업무연계 및 통합적 서비스를 실시한다. 이 경우 보건지소의 방문보건인력을 이동배치하거나 서울시처럼 방문간호사를 신규채용하여 배치한다. 또한 방문보건사업을 담당할 부서 신설이 어려우면 현재의 주민복지팀에 보건인력을 배치할 수 있다.

이상의 복지과 보건 부분통합모델은 기존에 조직의 변화없이 보건인력을 주민센터에 배치함으로써 관련 규정(조례)을 통해 신속하게 시행 할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 방문보건복지서비스의 서비스 역량은 강화할 수 있지만 근본적으로 보건과 복지의 통합적 서비스의 전방위적 실시에는 한계가 있다.

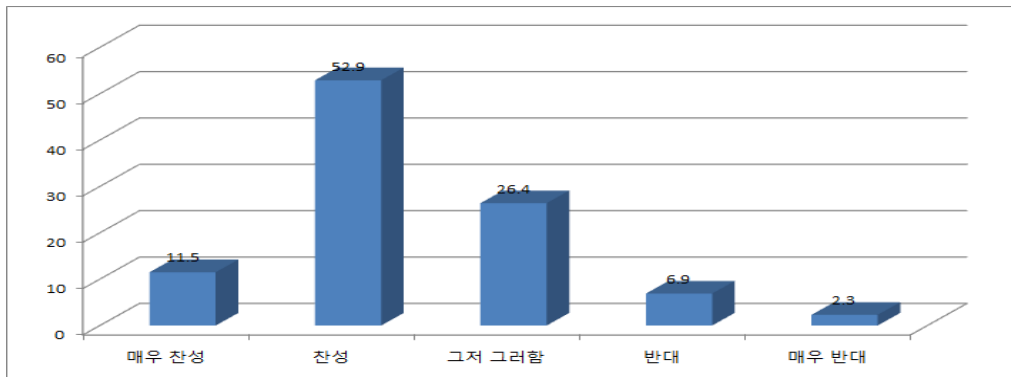
5) 복지와 보건서비스 통합적 전달체계 시행 준비사항

(1) 시범사업 실시 지역선정, 메뉴얼 수립 및 추진단 구성

① 복지보건조직(기관) 구성원의 동의와 참여

복지보건 서비스 통합적 전달체계 시범사업의 실시는 조사대상자 대부분 찬성하는 것으로 나타났다. 그럼에도 불구하고 관련 종사자 및 전문가 집단을 대상으로 이에 대한 충분한 합의과정이 필요하다. 또한 시범사업 실시지역의 선정과 관련하여 이에 대한 기초지자체의 협력과 참여가 중요하다. 참고로 조사결과 보건복지통합모델 시범사업시 조사대상자들은 대부분 참여하겠다고 응답하였다.

[그림 12] 보건복지 통합 모델 시범사업 찬반



② 시범사업지역 선정

시범사업지역은 농촌지역(읍·면지역)과 도시지역(동지역) 각 1개소씩 선정하고 이의 평가를 위해 비시범지역도 각각 1개 지역을 선정한다. 이를 위해서는 기초지자체의 적극적인 협조가 필요한 사항으로 관련 사업에 대한 구체적인 안을 통해 공모사업의 형태로 추진한다.

③ 시범사업 실시 기간

보건복지통합서비스 전달체계 구축을 위한 조사결과 시범사업 실시 기간은 1년 정도가 적당한 것으로 나타났다. 물론 이것은 준비기간을 제외한 실제 사업기간을 의미한다. 그러나 시범사업의 준비를 철저하게 한다면 실제 사업기간은 탄력적으로 조정할 수 있다.

④ 관련 규정 정비 및 사업매뉴얼 수립

충남형 복지보건통합서비스 전달체계 구축을 위한 시범사업 실시를 위해서는 이와 관련한 조례(규정) 제정이 필요하다. 일선 읍면동 단위 보건복지서비스 전달체계 구축 관련 법적 근거를 마련함으로써 사업추진의 안정성을 확보한다. 가칭 농촌지역 복지보건서비스 전달체계 개선에 관한 조례로 제정할 수 있다.

또한 사업추진을 위한 정교한 매뉴얼을 작성해야 한다. 사실 보건과 복지인력은

인력양성체계와 정체성에 있어 차이가 있다. 따라서 매뉴얼제작을 통해 시범사업 대상 참여인력에 대한 교육이 선행되어야 한다.

⑤ 시범사업 추진단(T/F) 구성 및 운영

시범사업 추진을 위해 충남도 및 참여 지자체 관련 조직 구성원이 참여하는 추진단을 구성·운영한다. 시범사업실시에 관한 세부추진사항을 점검하고 시범사업 매뉴얼 수립(별도의 연구과제)과정에 참여한다.

추진단은 충남도 담당부서 과장 및 팀장, 매뉴얼수립 용역팀과 시범사업 지역 주민센터 및 보건지소 팀장, 전문가 등으로 구성한다. 그리고 시범사업 모니터 요원을 배치하고 중간평가와 최종평가는 매뉴얼 수립 용역팀에서 담당한다.

(2) 시범사업 예산 및 일정

① 시범사업 예산

시범사업 실시 예산은 충남도와 기초지자체가 분담한다. 즉, 15개 시·군 지방자치단체에 복지보건전달체계 혁신사업에 대한 공모를 통해 선정된 기초지자체와 사업비를 70:30으로 분담한다. 현재 기편성된 주민센터와 보건지소예산을 바탕으로 사업실시에 추가비용을 분담하는 것이다. 추가비용 내용은 매뉴얼제작비 5천만원, 사업추진단 운영비 3천만원, 공간리모델링 비용 6천만원(1개소당 3천만원), 신규인력 인건비 6천만원(방문간호인력 2명, 1인당 3천만원), 모니터링 및 평가비 3천만원(시범지역 2개소 비시범지역 2개소), 센터 운영비 2천만원(1개소당 1천만원), 기타 경비 1천만원 등이다. 기존 인력의 재배치시 신규인력 인건비는 제외된다. 따라서 전체 시범사업 추진 예산은 총 2억원(신규인력 인건비 포함 2억 6천만원)이다.

② 시범사업 추진 일정

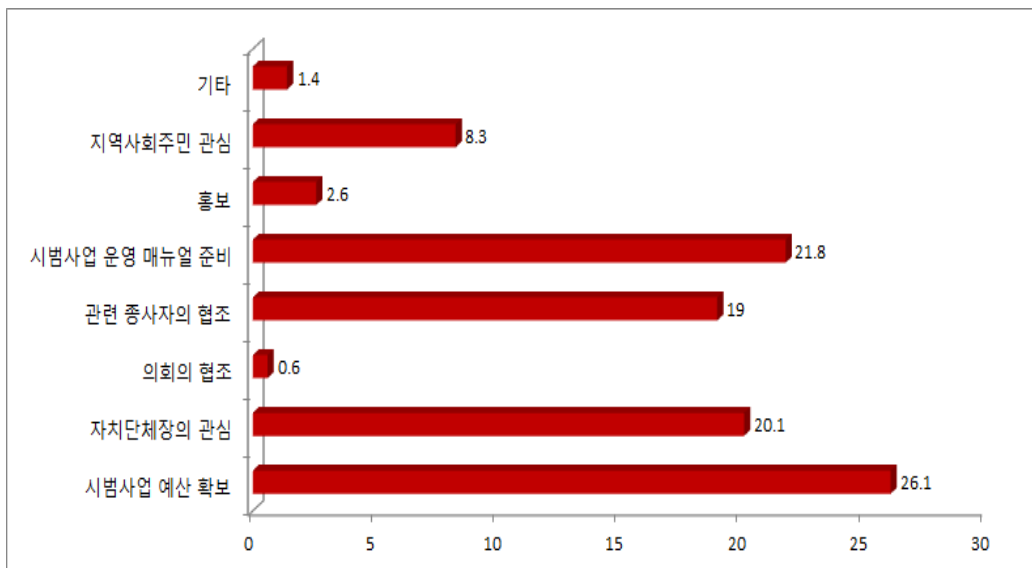
시범사업 추진 일정은 크게 사업준비, 시범사업실시 그리고 평가영역으로 구분된다. 제시된 일정은 시범사업기간 6개월로 예시한 것이다. 시범사업실시 기간은 시범사업 계획안 작성시 탄력적으로 조정될 수 있다.

[표 2] 시범사업 추진 일정

구 분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
시범사업 계획안 작성	→											
관련규정 정비(조례제정 등)	→	→										
시범사업단 구성		→										
시범사업설명회 및 지역선정			→									
사업매뉴얼 수립			→	→	→	→						
시범사업 실시							→	→	→	→	→	→
시범사업모니터링							→	→	→	→	→	→
중간평가									→			
최종평가												→

이상과 같이 시범사업 추진과 관련한 사항이외에 시범사업 성공을 위해서 중요한 것은 이에 필요한 예산을 확보하는 것이며 특히 자치단체장의 관심과 의지가 무엇보다 중요하다. 관련 조사결과에서도 사업예산확보와, 단체장의 관심 그리고 매뉴얼 준비, 관련 종사자의 협조 등을 강조하고 있다.

[그림 13] 보건복지 통합모델 시범사업 성공을 위한 필요사항



차 례

제1장 서론	1
제1절 연구의 필요성 및 목적	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
제2절 연구의 내용 및 방법	5
1. 연구의 내용	5
2. 연구방법	8
제2장 이론적 배경	11
제1절 사회복지전달체계 구성요소와 구축의 원칙	11
1. 사회복지전달체계의 개념과 구성요소	11
2. 사회복지전달체계 구축의 원칙	13
3. 사회복지 전달체계 유형	15
4. 농촌 보건복지전달체계의 특수성	19
제2절 사회복지전달체계의 변화와 보건·복지서비스의 협력	22
1. 사회복지전달체계의 변화	22
2. 보건·복지서비스 협력의 필요성과 수준	32
제3절 선행연구 검토	36
제3장 복지보건전달체계 현황과 개편 사례	42
제1절 충남도 농촌지역 복지보건 전달체계 실태	42
1. 충남도 사회복지·보건조직 실태	42
2. 충남도 복지보건서비스 지역별 사례분석	45
제2절 복지보건 전달체계 개편의 국내·외 사례	74
1. 일본의 지역포괄지원센터	74

2. 서울시 동(洞) 중심 통합복지전달체계 구축	85
3. 경기도 무한돌봄센터 중심 통합복지전달체계 구축	118
4. 강원도 보건복지통합시스템 ‘강원희망 e빛’ 시범사업	131
5. 진단결과 및 시사점	134

제4장 복지보건통합전달체계 구축에 관한 실태조사 141

제1절 조사대상자의 일반적 현황	141
제2절 보건복지서비스 및 연계 협력 수준	144
1. 보건·복지 연계 협력 수준 인식	144
2. 보건·복지 연계 및 통합 서비스제공을 위한 기관의 필요 인식 정도	146
3. 연계 협력 미흡 원인	148
4. 보건·복지 서비스 연계 및 통합적 전달 체계 구축 방안	149
5. 보건·복지 전달체계 개선방안	150
6. 서비스 중복 해결 방안	151
7. 보건·복지 연계방법	152
8. 연계 체계 수립 전략의 필요 정도	152
9. 보건과 연계 가능한 복지 사업	155
10. 복지와 연계 가능한 보건 사업	156
제3절 복지보건 연계 및 통합 모델 개발을 위한 시범 사업	157
1. 시범 사업 찬성 정도	157
2. 시범 사업 기간	157
3. 시범 사업 참여 의사	158
4. 시범 사업 성공을 위한 필요 사항	158

제5장 복지보건 통합 전달체계 구축 방안 160

제1절 복지보건통합 전달체계 구축의 필요성과 원칙	160
제2절 보건과 복지의 완전통합형	163
1. 조직과 인력	163
2. 사업	165
제3절 보건과 복지의 부분통합형	169

제4절 복지와 보건서비스 통합적 전달체계 시행 관련 준비 사항	171
1. 시범사업 실시 지역선정, 매뉴얼 수립 및 추진단 구성	171
2. 시범사업 예산 및 일정	173
제6장 요약 및 결론	175
제1절 연구의 요약	175
제2절 결론 및 제언	181
참고문헌	184
부 록(충청남도 농촌지역 보건·복지 통합전달체계 구축 방안 조사)	187

표 차례

[표 1] 설문지 구성 내용	10
[표 2] 사회복지부문 전달체계의 기본 개요	16
[표 3] 사회복지 공공전달체계의 서비스 전달방식	16
[표 4] 보건과 복지조직간의 협력수준	35
[표 5] 사회복지 인력현황	42
[표 6] 사회복지시설 현황	43
[표 7] 천안 사회복지 및 보건 조직구조	45
[표 8] 천안시 복지·보건 사업	46
[표 9] 당진시 보건소 조직도	51
[표 10] 지역사회복지자원 현황	53
[표 11] 예산군 주민복지실 구성 현황	57
[표 12] 예산군 읍면별 복지·주민생활지원 담당 현황	58
[표 13] 예산군 복지·보건 사업	59
[표 14] 청양군 복지·보건 사업	65
[표 15] 4개 시군의 비교	73
[표 16] 요개호도 인정자 수의 증가율(2000-2005년)	75
[표 17] 재택개호지원센터와 지역포괄지원센터의 비교	77
[표 18] 지역포괄지원센터의 사업내용	80
[표 19] 『서울시민 복지기준』 전달체계 관련 주요 사업	89
[표 20] 『사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편』 사업 연도별 시행계획	91
[표 21] 서울시 동마을복지센터 주요사업	95
[표 22] 어르신복지플래너 사업주체별 역할	98
[표 23] 성북구 전달체계 개편 추진현황	105
[표 24] 성북구 방문형서비스 제공 현황	111

[표 25] 성북구·동 수행 체계별 기능과 역할	113
[표 26] 경기도 무한돌봄센터 주요 연혁	120
[표 27] 경기도무한돌봄센터 기능 및 주요사업	121
[표 28] 경기도 시·군 무한돌봄센터 기능 및 주요사업	122
[표 29] 경기도 시·군 무한돌봄센터 기능 및 주요사업	124
[표 30] 공공복지서비스 전달체계 문제점과 개선방안	126
[표 31] 조사대상자의 일반적 특징	142
[표 32] 자격증 여부	143
[표 33] 보건·복지 연계 수준	145
[표 34] 보건·복지 연계 및 통합 서비스 제공을 위한 기관의 필요 정도	147
[표 35] 연계 협력 미흡 이유	148
[표 36] 강조할 원칙	149
[표 37] 개선 방안	150
[표 38] 중복 해결 방안	151
[표 39] 연계 방법	152
[표 40] 연계 체계 수립 전략	154
[표 41] 보건과 연계 가능한 복지 사업	155
[표 42] 복지와 연계 가능한 복지 사업	156
[표 43] 보건복지 통합 모델 찬반	157
[표 44] 보건복지 통합 모델 시범 사업 기간	157
[표 45] 보건복지 통합 모델 시범 참여 의사 정도	158
[표 46] 시범 사업 성공을 위해 필요한 사항(중복 응답)	159
[표 47] 시범사업 추진 일정	173

그림 차례

[그림 1] 충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축방안 연구내용	5
[그림 2] 연구의 체계	7
[그림 3] 사회보장부문 전달체계의 구조	18
[그림 4] 시범보건복지사무소 조직도(대도시형: 관악구)	24
[그림 5] 사회복지사무소 기본 모형(대도시형)	26
[그림 6] 기존 지방정부 복지 전달체계	27
[그림 7] 주민생활지원서비스 전달체계(대도시형)	28
[그림 8] 복지전달체계 개선 체계	29
[그림 9] 전달체계 개선 및 업무지원체계 활용 목표	31
[그림 10] 충청남도 복지보건국	42
[그림 11] 예산군 주민복지실 조직도	56
[그림 12] 청양군 주민복지실 조직도	63
[그림 13] 청양군 읍면별 사회복지 인력	64
[그림 14] J. Clenet 와 C. Gerard의 파트너십에 이르기 위한 5가지 단계, Dhume(2001)	72
[그림 15] 일본의 지역포괄케어시스템 체계	79
[그림 16] 일본의 지역포괄지원센터 업무	82
[그림 17] 일본의 지역포괄케어시스템 서비스 연계체계	84
[그림 18] 동마을복지센터 기본 모형	93
[그림 19] 어르신복지플래너 사업모형	97
[그림 20] 우리아이 복지플래너 사업모형	100
[그림 21] 빈곤위기가정 복지플래너 사업모형	101
[그림 22] 강남구 노인통합지원센터 주요 사업	117
[그림 23] 통합사례관리 업무처리 과정	125
[그림 24] 무한돌봄종합복지센터의 개념도	128

[그림 25] 무한돌봄종합복지센터 설치에 따른 주민생활지원국 조직 개편도	129
[그림 26] 도시형 무한돌봄종합복지센터 조직 체계	130
[그림 27] 강원희망e빛 보건복지연계시스템 운영체계 및 업무흐름도	133
[그림 28] 보건·복지 연계 수준	160
[그림 29] 보건·복지 연계 및 통합서비스 제공을 위한 기관필요 정도	161
[그림 30] 보건복지 전달체계 개선방안	162
[그림 31] 보건복지 연계 및 통합적 전달체계 구축의 강조 원칙	162
[그림 32] 주민복지보건센터 조직안	163
[그림 33] 보건과 연계 가능한 복지사업	165
[그림 34] 복지와 연계 가능한 보건사업	166
[그림 35] 주민복지보건센터 사업안	167
[그림 36] 주민센터내 보건인력(팀) 배치안	169
[그림 37] 보건복지 통합 모델 시범사업 찬반	171
[그림 38] 보건복지 통합모델 시범사업 성공을 위한 필요사항	174
[그림 39] 주민복지보건센터 조직안	177
[그림 40] 주민센터내 보건인력(팀) 배치안	179

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

우리 나라의 국민의 사회복지욕구는 과거와 다르게 점차 고도화되고 다양화된 형태로 나타나고 있다. 특히 농촌지역은 넓은 면적, 적은인구, 자원부족과 복지보건인프라의 미비로 인해 높은 복지보건욕구를 해소하지 못하고 있다. 한마디로 복지보건 서비스의 비접근성이 존재하며 복합적 욕구에 대한 통합적 서비스공급체계가 빈약한 실정이다.

한편 지난 10년 전과 비교하면 사회복지서비스의 양과 종류가 급격히 늘어나고 있는데 여전히 주민들의 복지체감도는 상당히 낮은 것으로 지적되고 있다. 즉, 현재 중앙정부에서 실시하는 사회복지사업은 보건복지부 등 21개 부처에서 360개 사업에 이르고 있으며 지방자치단체에서는 전체 약4만개가 넘는 복지사업이 진행되고 있다. 복지사업은 증가하였지만 중앙정부 부처별로 그리고 지자체의 부서별로 분업화 및 칸막이 행정으로 각종 급여 및 서비스 간 연계부족으로 서비스 제공의 비효율성이 발생하고 있는 것이 사실이다.

또한 농촌지역은 고령화율이 상대적으로 높아서 기초수급생활자 및 차상위계층 가구의 상당수가 65세이상 노인들이다. 충남도 15개 시군 중, 총 인구중에 65세 이상의 인구가 차지하는 비율이 14%이상인 고령사회에 진입한 시군은 보령, 논산, 금산, 공주, 당진, 부여, 서천, 청양, 예산, 태안, 서산, 홍성 등 12개 시군이나 되고 또한 결혼이민자가족이 집중 거주하고 있어 이들의 사회적응에 대한 지원이 크게 필요하다.

농촌노인은 경제적으로 빈곤할 뿐 아니라 고령으로 인하여 복합적 질병에 시달리기 때문에 복지욕구는 물론 보건의료적인 욕구를 동시에 가지고 있다. 따라서 고령인 구에게 복지-보건 서비스를 통합적으로 제공하는 것이 필요하고 구체적으로는 읍·면·동사무소 사회복지직 전담인력과 보건소 및 보건지소 인력의 협력체계 방안이 필요하다. 즉, 농촌지역은 행복키움지원단 강화를 통해 사례관리의 전문성을 향상

시키고 보건소, 보건지소 등 기관간 연계협력을 강화하는 등, 농촌형 복지-보건 통합전달체계 구축에 대한 필요성이 제기되고 있다.

농촌지역의 사회복지 전달체계를 논의할 때 거론되는 대표적인 문제점으로는 접근성으로, 사회복지기관 및 시설들이 지역적으로 편중되어 있어서 복지수요자들의 접근성의 문제가 심각할뿐더러 교통이 불편할 뿐만 아니라 교통비도 상당히 소모되기 때문에 경제적인 부담으로 인해 기관에 나와서 서비스를 받기 어려운 실정이다. 농촌지역은 접근성뿐만 아니라 자원이 부족하다는 공통점이 있다. 도시지역에 비하여 사회복지시설이 부족하고 사회복지기관의 인력 역시, 도시지역에 비하여 부족한 것이 현실이다.

충남도 15개 시군은 도·농 복합지역과 군단위지역이 대부분이어서 농촌 지역의 복지와 보건을 아우르는 전달체계 모델 구축이 시급히 요구되고 있다. 특히 인구고령화, 만성질환 증가, 고가의 의료기술 발전 등의 원인으로 노인 의료비 지출은 급속히 팽창할 것이

전망되어 복지와 보건을 아우르는 전달체계 모델 구축이 더욱 절실해 지고 있다.

예를 들어 청양군은 65세 이상 노인 인구 비율이 31.6%에 이르는 등, 충남도는 노인인구비율(충남도 전체 평균 15.9%/2015))이 높을 뿐만 아니라 장기요양보험제도 수급자비율도 높아서 노인에 부합하는 서비스의 변화, 보건·복지를 아우르는 통합적 서비스 제공이 더욱 절실한 실정이다. 노인의 경우 대부분 복합적 문제를 안고 있으며 경제적 빈곤 등, 경제적 문제 뿐만 아니라 보건의료문제를 동시에 수반하고 있으므로 복지서비스 제공만으로는 한계가 있으며, 보건의료서비스가 통합적으로 제공될 필요가 있다.

인구고령화는 향후 노인부양문제로 직결되고 노인부양문제는 빈곤뿐 만아니라 의료비의 증가로 이어져 건강보험제도의 근간을 흔들 수 있다. 따라서 의료비 증가에 대비하기 위해서는 건강한 노인이 건강을 오래 유지할 수 있도록 예방차원의 접근이 필요하고 질병이 있는 노인에게는 복지서비스를 보건의료서비스와 연계하여 제공하여야 한다. 노인들뿐만 아니라 장애인, 빈곤층 등 사회복지수요자의 다수는 경제적 문제뿐만 아니라 질병적 문제를 동시에 안고 있어 더욱 보건·복지 서비스 두 조직간 연계·협력이 요구된다.

따라서 지역주민에게 복지와 보건서비스의 최일선 전달체계의 개선이 요청된다. 즉, 일반적으로 복지서비스는 중앙정부 - 시도 - 시군구 - 읍면동으로 이어지는 공공 복지전달체계를 통하여 전달되고 보건서비스는 중앙정부 - 시도 - 시군구 보건소 -

읍면동 보건지소의 경로를 통해 제공된다. 지역주민에게 직접적으로 접촉하여 서비스가 제공되는 지점은 주로 읍면동단위이기 때문에 이에 대한 전달체계의 정비와 개선이 필요하다. 사실 복지 및 보건서비스 최일선 조직은 중앙정부와 지자체에서 제공되는 과중한 양의 서비스를 관리하면서 복지보건갈때기 현상(병목현상)이 초래되어 전달체계가 효과적으로 작동되지 못하였다. 따라서 지역주민에게 근접한 최일선 복지보건조직의 변화를 통해 복지보건욕구를 해소할 수 있는 노력이 필요하다.

2. 연구의 목적

농촌지역의 복지수요자는 보건서비스가 통합된 서비스 제공을 요구하지만 일선 현장에서는 사회복지전달체계와 보건시스템은 이원화된 체계로 작동하고 있다. 복지와 보건의 이원화된 체계는 상호 연관성 없이, 4년마다 수행되는 지역사회복지수립계획과 지역보건의료계획 수립에서도 드러나고 있다. 현행 서비스전달과 관련하여 보면, 읍면동의 복지서비스, 보건소 중심의 방문간호서비스 등으로 이원화된 체계로 동일 대상자에 접근하고 있기 때문에 서비스가 중복되거나 누락되어 통합적인 서비스를 제공하지 못하고 있다. 따라서 보건-복지서비스간의 연계를 위해 읍면동 일선사회복지현장에 방문간호팀을 배치하는 방안을 모색하는 등, 보건·복지통합전달체계 구축이 요구되고 있다.

사실 이러한 보건과 복지의 통합적 복지전달체계 구축의 시도는 지난 1995년 보건복지사무소 시범사업(1995-1999)으로 나타났지만 전국적으로 확대되지 못하고 시범사업으로 종결되었다. 시범보건복지사무소는 저소득 지역주민에게 보건·의료와 사회복지서비스를 포괄적으로 제공하기 위하여 보건소 조직 내에 사회복지담당부서를 신설하고 보건의료 및 복지서비스 제공기능을 통합하려는 목적으로 설치·운영되었다. 이러한 시범보건복지서비스의 설치의 배경은 급격히 증가하는 국민의 보건 및 복지욕구에 대응하기 위한 것으로 볼 수 있으나 다른 한편으로 미비한 공공복지전달계를 기존의 보건소 조직을 활용하여 확립하고자 하였던 것이다. 시범 보건복지사무소가 실패로 끝난 원인은 우선 중앙정부나 시범사업지역 지자체의 의지부족과 지역복지환경 측면에서 보건과 복지욕구의 통합 및 연계체계의 미흡, 보건조직과 복지조직간의 상호이해의 부족, 그리고 정교한 시범사업 매뉴얼의 부재 및 준비 미흡 등이었다(이재완, 1998).

그럼에도 불구하고 보건복지사무소 시범사업 실시 20년이 지난 현재 시점에서 보건과 복지의 통합(연계)적 서비스 전달체계에 대한 관심이 필요하다. 즉, 지역주민 특히 농촌지역의 경우 노인인구가 비중이 높아 이미 초고령사회가 되었다는 점과 복지서비스의 욕구뿐만 아니라 보건의료의 욕구가 크게 나타나고 있는 점이다. 또한 지역복지환경 측면에서 복잡다기한 복지보건욕구에 대한 사례관리서비스가 진행되고 있으며 과거와는 다르게 기관간 서비스 연계 및 통합서비스 실시 필요성의 대두이다.

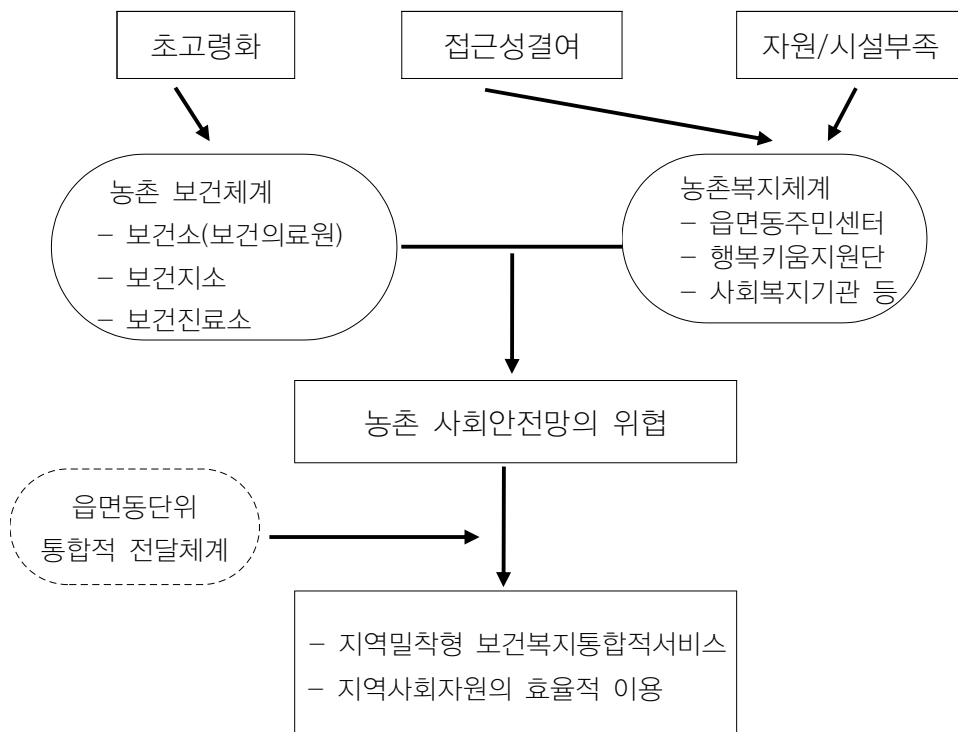
이러한 점에서 농촌지역의 여건에 맞는 복지보건전달체계의 혁신이 필요하며 주민과 밀접한 읍면동단위에서 복지와 보건서비스의 통합 및 연계체계 확충이 요구된다. 따라서 본 연구의 목적은 농촌지역의 보건과 복지서비스의 통합적 전달체계 구축방안을 제시하고자 한다. 충남도의 농촌지역의 복지보건서비스의 수준을 진단하고 서비스의 전문성, 접근성, 통합성, 포괄성 등을 충족할 수 있는 복지보건서비스의 통합 및 연계방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구의 내용

충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축 방안을 위한 구체적인 연구 내용은 다음과 같다. 충남도의 농촌지역 복지보건전달체계의 구축의 핵심은 읍면동 단위의 보건조직과 복지조직의 구조와 기능의 연계와 통합에 관한 사항이다. 앞서 연구의 필요성과 목적에서 제시하였듯이 이미 충남도는 인구가 초고령 사회로 진입하고 있으며 농촌의 지역복지환경은 복지보건서비스의 비접근성이 발생하고 있다. 이를 간략히 정리하면 <그림 1>과 같다.

[그림 1] 충남도 농촌지역 복지·보건 통합전달체계 구축방안 연구내용



첫째, 사회복지전달체계의 구성요소와 그 동안 추진된 전달체계 개편의 변화에 대해 검토한다. 사회복지전달체계는 기본적으로 서비스 이용자와 공급자를 연결시키기 위한 조직적인 장치이다. 여기에는 사회복지서비스 공급자간의 조직적 연계도 포함된다. 따라서 사회복지전달체계의 구성요소와 구축시 고려해야할 원칙을 살펴보고 현재까지 사회복지전달체계 개편의 변화내용에 대해 시계열적으로 검토하고자 한다.

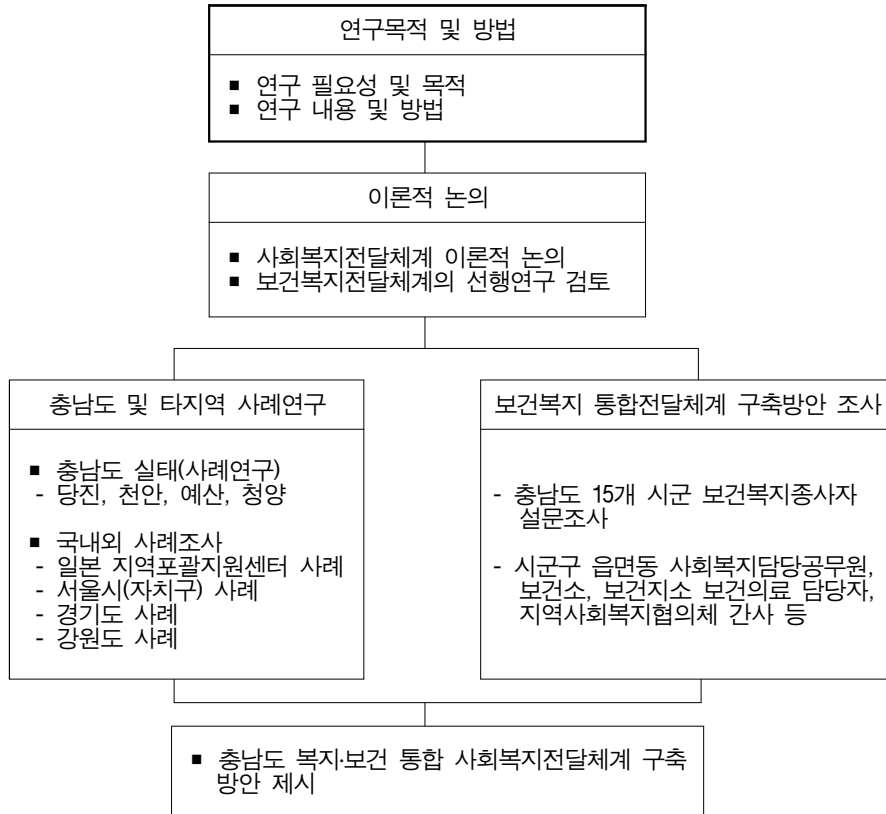
둘째, 충청남도 복지보건전달체계의 현황과 보건복지전달체계 개편의 국내외 사례를 분석한다. 충청남도 복지보건전달체계의 실태를 규명하기 위해 일반적인 현황 파악과 함께 당진, 천안, 예산, 청양지역의 사례조사를 통해 구체적인 현황과 문제점을 살펴보고자 한다. 또한 보건복지전달체계의 개편 사례 분석을 위해 일본의 지역포괄지원센터 사례를 살펴보고 국내사례로 서울시 동(洞)중심 통합복지전달체계 구축 사례(자치구), 경기도 무한돌봄센터 중심 통합복지전달체계 구축 사례, 그리고 강원도 보건복지통합시스템 구축 사례를 분석한다.

셋째, 충청남도의 복지보건전달체계의 구축을 위한 실태조사 결과(15개 시군의 복지·보건 종사자)를 통해 농촌지역 복지보건서비스 및 연계 수준을 진단하고 복지보건전달체계 구축방안에 대한 근거를 제시한다.

넷째, 충청남도 복지보건통합전달체계 구축 방안에 대하여 다양한 모델을 모색하고 향후 정책적, 실천적 추진을 위한 방안을 제시 한다. 농촌지역의 복지보건서비스 통합적 서비스 전달체계는 선택가능한 다양한 방안을 모색하고 향후 시범사업 실시를 고려한 실현가능한 방안을 제시한다.

이상의 연구내용을 실시하기 위해 연구의 체계는 다음 <그림 2>와 같다.

[그림 2] 연구의 체계



2. 연구방법

1) 심층면접 조사

충남도 4개 지역(천안·당진·예산·청양)의 복지·보건부문 관련 공무원 및 종사자 대상으로 심층면접을 진행하였다. 심층면접의 주요 내용은 다음과 같다.

- 사회복지인력과 보건인력의 의사소통방법
- 사회복지인력과 보건인력이 협력한 대상자에게 서비스 제공계획을 같이 세우는지 여부
- 사회복지인력과 보건인력간 정기 모임 존재유무 (있다면 정기모임 빈도)
- 사회복지인력과 보건인력간 연계·협력 필요성
- 현재 사회복지인력의 보건인력간의 연계·협력 정도 (주관적 평가)
- 사회복지인력과 보건인력이 상대방에게 협조를 부탁하는 빈도(단위: 일주, 한달, 세달 등)과 내용
- 사회복지인력과 보건인력간에 연계가 잘 되지 않은 이유
- 복지 및 보건 두 조직간 협력의 개선방안

사례지역의 선정이유로는, 청양군은 낙후된 농촌지역으로 노인인구의 증가, 인구 감소, 접근성의 문제를 안고 있는 지역이며 예산군은 노인복지관, 장애인복지관 등이 있으나 제3기 지역사회복지계획 욕구조사에 의하면 장애인분야가 정책 우선순위 1위로 선정되었다. 게다가 정책대상자로 여성과 노인인구 비율(23.59%, 2013기준)도 향후 지속적으로 증가 할 것으로 예상되는 전통적인 농촌지역으로 복지수요자의 복지 및 보건서비스의 통합적 제공이 더욱 요구되는 지역이다. 당진시는 경기도 지역과 인접한 농촌지역이면서 동시에 산업시설도 어느 정도 갖추고 있는 지역이고 다른 시군에서 볼 수 없는 행복나눔센터가 행복키움지원단과 별도로 사례관리를 수행하고 있어 비교적 사회복지전달체계가 잘 구축된 지역이다. 농촌지역과 비교를 위해 복지시설이 유형별로 비교적 잘 갖춰져 있고 접근성이 높은 천안시도 사례지역에 포함시켰다.

2) 설문조사

충남도 15개 시·군 시군구 및 읍면동 사회복지담당공무원(행정직, 사회복지직), 보건소, 보건지소 보건의료담당자(간호조무사포함, 행정직 제외), 행복키움지원단 통합사례관리사, 지역사회복지협의체 간사를 대상으로 2015년11월30에서 2015년 12월4일까지 설문조사를 수행하였다. 총 24개 문항으로 구성된 설문지는 충남도 복지-보건수준 및 서비스 연계, 충남도 복지-보건서비스 통합적 전달체계 구축방안, 읍면동 단위에서 시범사업에 관한사항으로 구성되어 있다.

(1) 설문지 구성

설문지 구성은 다음 <표 1>과 같이 총 24문항으로 구성하였다. 충남도 복지보건 수준과 서비스 연계 및 통합수준에 관한 영역과 복지보건서비스 연계 및 통합적 전달체계 구축 방안 그리고 읍면동 단위에서 보건복지 연계 및 통합모델을 위한 시범사업관련 영역으로 구성하였다.

[표 1] 설문지 구성 내용

구분	주요 조사내용	문항수
충남도 복지보건수준 서비스 연계 및 통합수준	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 충남도 사회복지서비스 전달체계 효율성 • 현재 충남도 보건복지연계 및 협력수준 • 현재 충남도에서 복지에로의 접근 수준 • 현재 충남도 복지에서 보건 및 의료에로의 접근 수준 • 해당시설이 보건복지연계 및 통합서비스 제공에 필요한 정도 • 지난 1년간 복지-보건서비스 연계활동 저해 이유 	6문항
충남도 복지보건서비스 연계 및 통합적 전달체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 통합적 전달체계관련 강조되어야 할 전달체계 원칙 • 읍면동 단위에서 가장 절실한 복지보건전달체계개선방안 • 복지·연계활동을 효율성을 높이고 중복을 피하는 방안 • 보건기관과 복지기관 연계 시 주로 사용하는 방법 • 연계체계 수립 전략에 대한 필요성 정도 • 보건의료 및 통합서비스 제공,관련 사업에 해당되는 사항 	6문항
읍면동단위에서의 보건복지 연계 ·통합모델을 위한 시범사업	<ul style="list-style-type: none"> • 복지보건 연계 및 통합모델 시범사업 찬성 여부 • 시범사업 실시 기간 • 시범사업에 적극 참여할 의사 • 시범사업 성공에 필요한 사항 	4문항
조사대상자의 일반적 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 지역 • 성별 • 연령 • 학력 • 직종 • 학력 • 직급 • 자격증 	8문항
계		24문항

(2) 조사대상 및 방법

조사대상자는 15개 시·군 시군구 및 동 사회복지담당공무원(행정직, 사회복지직), 보건소, 보건지소 보건의료담당자¹⁾(간호사(조무사포함), 행정직 제외), 행복키움지원단 통합사례관리사 전체, 지역사회복지협의체 간사 전체이다.

조사방법은 구조화된 설문문항을 사용하였으며, 온라인 서베이 방식과 오프라인 설문조사를 동시에 병행하였다. 조사기간은 2014년 11월 30일부터 2015년 12월4일 까지이며, 회수된 설문지는 총 174개이다.

1) 한국의 보건의료는 그 범위가 넓고 다양하나 본 연구는 보건의료의 개념을 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 공공보건의료로 대상범위를 제한하고 민간체계인 병원, 의원, 약국 등의 보건의료 조직은 연구에서 제외한다.

제2장 이론적 배경

제1절 사회복지전달체계 구성요소와 구축의 원칙

1. 사회복지전달체계의 개념과 구성요소

사회복지전달체계는 서비스 이용자의 다양한 문제와 욕구, 그리고 서비스 제공자의 기술과 지식 및 자원 등이 상호작용을 이루며 전개되는 일정한 조직적 과정이라고 할 수 있다. 즉, 사회복지 전달체계란 사회복지서비스의 제공자들을 서로 연결시키기 위하여 또는 사회복지서비스의 제공자와 이용자를 연결시키기 위하여 만들어진 조직적인 장치이다((Gilbert, N. & P. Terrell, 2010). 그런데 이러한 ‘조직의 체계’는 그리 단순한 내용을 담고 있는 것은 아니다. 우선 어떤 ‘조직’들이 이 체계에 포함되는지, 이 체계는 어떤 기준 또는 원칙에 따라 이루어지는 지, 이러한 체계가 목적 수행에 맞게 작동하려면, 더 나아가 좀 더 효율적으로 작동하려면 어떤 절차 또는 질서가 지켜져야 하는지, 또한 이러한 연결을 지속하게 하는 조건 또는 사정은 어떠해야 하는지 등과 관련된 많은 내용이 포함된다. 사회복지 정책 또는 제도를 준비하고 운영하면서 ‘전달체계’에 대해 고민하고 이를 개선하려는 노력이 지속해서 이루어지는 이유가 여기에 있다.

우선 ‘어떤’ 조직에 대해서 언급하면 사회복지와 관련된 수요자와 공급자의 역할을 담당하는 조직이다. 수요자는 사회복지 정책의 대상자로서 의무교육을 받는 국민, 기초연금을 받는 노인, 최저생계보호를 받는 기초생활수급자 등에 해당한다. 그리고 공급자는 중앙정부로부터 지방정부, 이들에게 업무 위탁을 받은 민간 담당 기관이나 개인 등이 해당한다.

그런데 이들이 ‘모여 있다’고 해서 그 자체로 조직, 또는 조직적 연결이 되지 않음은 누구나 이해하는 내용이다. 따라서 이를 가능하게 하고 관리하는 기준과 규율이 필요하다. 여기에는 각 조직 내부의 구성원에 대한 자격, 업무 방식 및 절차에 대한 규정 등이 포함될 수 있으며, 조직 간의 업무 협조 관계 등에 필요한 내용을 담고 있을 수 있다. 성은미 외(2012)에서 사회복지 전달체계를 사회복지 수요자(이용자·수급자)에게 필요한 재화(급여·서비스 포함)를 이용·제공받기까지,

“설계·기획된 제도·기준·규율에 의하여 작동되는 조직·인력의 구조, 기능, 절차, 관계 등”²⁾이라는 설명은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다. 이러한 설명에 따르면, ‘전달체계’는 우선 ‘조직’과 이에 관한 ‘질서’ 또는 ‘절차’이다.

여기에는 이러한 조직적 연계 또는 연결이 적절하고 좀더 효율적으로 작동하기 위해서는 “전달자와 고객이 상호관계를 이루면서 서비스를 직접 전달하는 절차는 물론 서비스 전달을 기획, 지원, 관리기능수행과 서비스의 직접 전달기능을 수행하는 것”(성규탁, 1992, 성은미 외, 2012, p.14에서 재인용)까지 포함한다. 즉 질서 또는 절차에는 기획·지원·관리기능 수행과 직접 전달 기능 모두를 포괄한다. 그리고 이러한 조직적 체계를 통해 “궁극적으로는 이러한 시스템을 통해 클라이언트’의 사회적 복귀 등을 도모”³⁾한다. 그리고 이러한 사회복지 전달체계가 유지되기 위해서는 해당 전달체계가 정책 목적을 수행하는데 적절해야 하고, 이에 필요한 재원이 주어져야 한다.⁴⁾

사회복지서비스의 효과성과 효율성을 높이기 위해서는 전달체계 구성요소들간의 조합으로 다양한 방안이 제시된다. 즉, 어떠한 전달체계를 계획하는가에 따라 다양한 선택기준들이 설정될 수 있기 때문이다. 즉, 첫째, 서비스기관을 집중화시켜 하나의 기관에서 서비스를 제공할 것인가 아니면 분리하여 다양한 기관에서 서비스를 제공할 것인가?의 문제이다. 둘째, 서비스 제공시 행정적으로 집중할 것인가? 또는 분권화 할 것인가?에 관한 사항이다. 세째, 서비스 인력을 전문가를 활용할 것인가? 아니면 준전문가를 이용할 것인가에 관한 문제 등이다. 사회복지서비스 전달체계의 구성요소인 조직, 서비스, 인력의 선택기준에 따라 다양한 전달체계 유형이 존재하며 지역복지환경이나 복지수준(욕구) 등을 고려한 효과적인 전달체계의 선택이 요구된다.

2) 성은미·강혜규·안태숙·홍선미·이은(2012), 『사회복지서비스 전달체계 개선방안 연구: 경기도 무한돌봄센터를 중심으로』, 경기복지재단 정책연구보고 2012 - 01, 13쪽, 이하 ‘성은미 외, 2012’)

3) 양승일, '사회복지 전달체계', 한국행정학회 홈페이지 용어해설, 2013.11.30., www.kapa21.or.kr

4) 이러한 맥락에서 길버트와 테렐은 사회복지정책과 관련하여 할당, 급여, 전달전략, 재정 이상 네 가지 선택 차원을 제기한다(Gilbert, N. & P. Terrel, 2010, p.111). 이러한 선택 차원 중 전달체계는 전달전략과 가장 관련이 깊지만 ‘누구’와 관련된 할당, ‘무엇’과 관련된 급여 및 이러한 활동을 가능하게 하는 재원을 포괄하는 개념으로 이해할 수 있다.

2. 사회복지전달체계 구축의 원칙

사회복지전달체계 구축시 고려해야 할 원칙은 다음과 같다. 즉, ① 전문성의 원칙(principle of professionalism), ② 적절성의 원칙(principle of appropriateness), ③ 포괄성의 원칙(principle of comprehensiveness), ④ 통합성의 원칙(principle of unification), ⑤ 지속성의 원칙(principle of continuity), ⑥ 평등성의 원칙(principle of equality), ⑦ 책임성의 원칙(principle of accountability), ⑧ 접근성의 원칙(principle of accessibility) 등이다.⁵⁾

① 전문성의 원칙(principle of professionalism)

사회복지사업은 서비스의 전달과 필요한 경우 물품이 전달되는 과정을 포함한다. 물품만 전달되는 현물급여의 경우라면 누구나 전달해 줄 수 있을 것이라 생각할 수 있다. 또한 가사서비스지원의 경우 전문적인 기술이나 능력이 필요한 경우도 있을 수 있지만 기본적인 일상생활에 장애가 없는 사람이라면 누구나 할 수 있는 가사서비스의 경우도 있다. 이런 경우 사회복지서비스 및 현물급여 전달에 있어서 특별한 전문성이 필요하지 않을 수 있다. 하지만 전달체계 전 과정을 고려할 때 핵심적인 영역에 대해서는 전문성이 필요하다. 전문성이 필요한 이러한 영역은 단지 “경험과 지식이 많은 정도의 사람이 아니라 자격이 객관적으로 인정된 사람(국가 또는 전문 직업단체의 시험 또는 기타 자격심사에 의하여 자격증을 부여받은 사람)으로 자신의 전문적 업무에 대한 권위와 자율적 결정권 및 책임성을 지닌 사람” 즉 전문가가 담당해야 한다. 이러한 전문가는 사회복지사, 의사, 간호사, 보육사, 영양사 등이 해당한다.

② 적절성의 원칙(principle of appropriateness)

사회복지 서비스는 일정한 기준에 따른 대상자에게 정책 목적이 충족될 수 있을 정도로 충분하게 제공되어야 한다. 가령, 모든 국민들의 기본적인 노후생활을 보장하겠다는 정책이 일부 국민들에게만 해당하거나 그 수준이 실질적인 노후생활이 가능하지 않다면 정책 목적을 충족시킨다고 할 수 없을 것이다.

5) 아래 내용은 최성재·남기민(2000, pp.88~92)의 내용을 일부 발췌·재구성한 것이다.

③ 포괄성의 원칙(principle of comprehensiveness)

적절성의 원칙에서 언급했지만 노후생활보장이란 정책 목적을 수행하기 위해서는 기본적인 음식과 주거의 문제뿐만 아니라 건강, 사회적 관계 등 일상 생활을 구성하는 여러 영역에 있어서 발생할 수 있는 문제를 해결하기 위해 다양한 서비스가 제공되어야 한다. 따라서 사회복지 서비스는 포괄적인 특징을 가질 수 있다.

④ 통합성의 원칙(principle of unification)

클라이언트의 문제는 많은 경우 복합적이고 상호 연관되어 있기 때문에 이러한 문제의 해결을 위한 전달체계들도 서로 연관되어야 한다. 예를 들어, 탁아 프로그램에는 양호, 교육, 급식 등이 통합되는 것이 바람직하다. 전달체계가 통합적으로 제공되기 위해서는 한 행정책임자 아래 전달체계들이 제공되고 서비스 제공 장소(조직)들이 지리적으로 가깝고, 서비스 프로그램 간 또는 서비스 조직 간에 상호유기적인 연계와 협조체계가 갖추어져 한다.

⑤ 지속성의 원칙(principle of continuity)

한 개인의 욕구나 문제를 해결하는 과정 중, 필요한 서비스의 종류 및 질이 달라져야 하는 경우가 종종 발생한다. 이 때 한 개인이 필요로 하는 다른 종류의 서비스 및 질적으로 다른 서비스를 조직 또는 지역사회 내에서 연속적이고 지속적으로 받을 수 있어야 한다. 지속성의 원칙이 잘 적용되기 위해서는 같은 조직 내의 서비스 프로그램간의 협력이 잘 이루어져야 할 뿐 아니라, 지역사회 내의 사회서비스조직 간에도 유기적 연계가 잘 이루어져야 한다. 지속성의 원칙이 잘 적용되지 못하는 서비스 이용자의 문제를 제대로 파악하지 못했거나 필요한 서비스에 적절하게 연결하지 못한 경우 발생하는데, 이 경우 사례관리의 방법을 활용하여 사후 확인 절차 및 방법을 취하면 지속성의 원칙이 확보될 수 있다.

⑥ 평등성의 원칙(principle of equality),

평등성의 원칙에는 두 가지 개념이 있다. 하나는 성별, 연령, 종교, 지역에 관계없이 모든 국민에게 복지서비스를 제공하여야한다는 절대적 평등이고 다른 하나는 소득 수준(국민기초생활보장의 경우)이나 연령(의무교육제한, 국민연금의 가입연령을 18세-60세로 규정) 직업에의한 제한 (산재나 고용보험의 경우 사업장의 근로자만 가입)등 수급기준이 있는 경우가 있다. 모든 국민에게 발생 할 수 있는 문제로서

예를 들면 이혼, 청소년비행문제, 장애문제 등의 문제는 소득이나 성별의 차이 없이 발생하는 보편적인 문제들이기 때문에 국가는 대상자에 대한 차별 없이 서비스를 제공해야 하는 것이다.

⑦ 책임성의 원칙(principle of accountability)

사회복지 조직은 국가(사회)가 시민의 권리로 인정한 사회복지 서비스를 전달하도록 위임받은 조직이므로 사회복지 서비스의 전달에 대하여 책임을 져야 한다. 책임을 져야 할 주요 내용은 클라이언트의 욕구에 적절히 대응하는 것인가, 서비스의 전달체계가 적합한가, 서비스가 효과적이고 효율적인가에 관한 것이며 사회복지 조직이 구체적으로 책임을 지는 대상자는 사회나 국가를 대표하는 실체인 중앙정부 및 지방정부와 클라이언트가 되어야 한다.

⑧ 접근성의 원칙(principle of accessibility)

사회복지서비스는 그것을 필요로 하는 사람이면 누구나 쉽게 받을 수 있도록 접근이 용이해야 한다. 클라이언트가 서비스에 접근하는 데에는 서비스에 관한 정보 부족이나 교통수단의 부재(지리적 장애), 자신의 문제노출에 대한 불안함(심리적 장애), 자원부족 등의 여러 가지 있을 수 있다. 따라서 사회복지 조직의 서비스 전달은 이러한 장애요인들을 가능하면 제거하여 클라이언트가 서비스의 제공 장소에 쉽게 접근하여 서비스를 받을 수 있도록 설계되어야 한다.

3. 사회복지 전달체계 유형

사회복지 전달체계는 공급주체 및 전달경로에 따라 여러 가지 유형으로 구분할 수 있다. 사회복지 전달체계 유형으로 배은석(2013)은 구조상으로 서비스 전달을 기획 관리 지원하는 행정체계와 이용자와 상호접촉을 가지면서 전달자가 서비스를 직접 전달하는 집행체계로 구분하고 있다⁶⁾.

운영주체 차원으로는 공공복지전달체계와 민간복지전달체계로 구분할 수 있고(최성재 외, 2008) 전자는 중앙 및 지방정부나 공공기관이 직접 관리 운영하는 것을

6) 배은석, 공공복지 전달체계 현황분석 및 개선방안: 희망복지지원단을 중심으로, 2013, 부산복지개발원, p. 33.

지칭하고, 후자는 개인 또는 민간단체가 직접 운영 관리하는 것을 말한다. 사회복지 공공전달체계는 사회보험, 공공부조 및 사회복지서비스가 중앙정부, 공단, 지방정부 등을 통하여 다양한 형태로 전달되고 있다(김영중,2010).

〔표 2〕 사회복지부문 전달체계의 기본 개요

(공급)	기관주체	범주	주 내용	프로그램
사회보험	공공 (공단)	국가	현금	국민연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험, 노인장기요양보험 등
공공부조	공공 (정부기관)	국가, 지역	현금	기초생활보장, 기초노령연금, 장애수당, 자활급여 등
사회복지 서비스	민간/공공	국가, 지역	현물 (서비스)	노인, 아동, 장애인 돌봄서비스, 자활·재활지원, 정신건강서비스, 지역사회복지, 결혼이주민 서비스 등

출처 : 김영중, 2010: 382.

여기서 사회복지서비스는 공공기관뿐만 아니라 민간사회복지시설 및 기관과 병행하여 제공 된다. 즉 공공전달체계의 전달방식은 서비스의 전달경로를 토대로 다시 중앙정부 전달형, 공공기관 위탁형, 공사부문 협력형으로 구분할 수 있다. (류명석외, 2009).

〔표 3〕 사회복지 공공전달체계의 서비스 전달방식

구분	전달방식	서비스 유형
중앙정부 전달형	중앙정부→시도, 시군구→읍면동	국민기초생활보장 등
공공기관 위탁형	중앙정부→공단 및 센터	사회보험, 고용지원서비스 등
공사부문 협력형	중앙정부→시도, 시군구→민간기관	사회복지관, 보육서비스 등

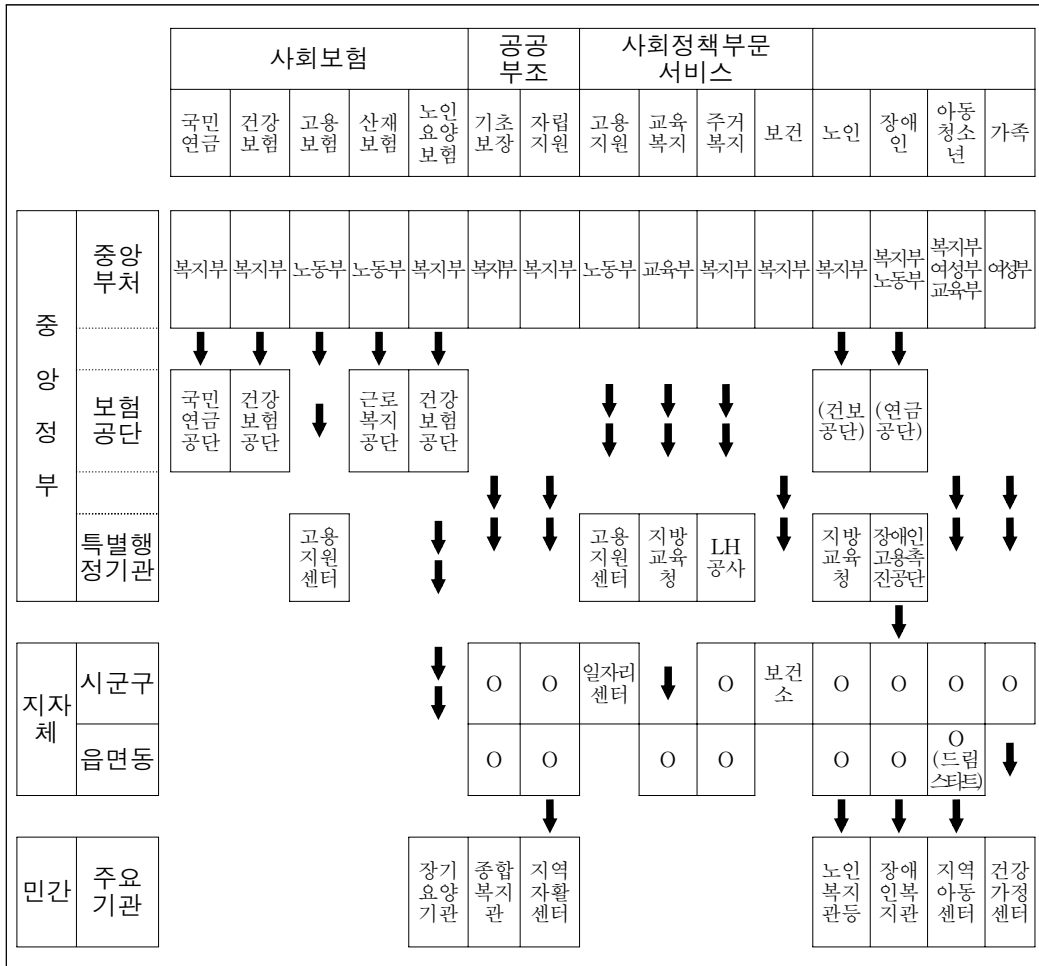
출처 : 류명석 외(2009: 65) 재구성.

중앙정부 전달형은 중앙정부인 보건복지부가 기획기능을 담당하고 행정안전부의 시·도, 시·군·구, 읍·면·동이 집행기능을 담당하는 이원적구조이다. 공공부조인 국민기초생활보장 전달체계가 대표적이다. 공공기관 위탁형은 중앙정부 산하의 공공기관, 공사,공단, 센터에서 사회복지 관련 급여 및 서비스 업무를 위탁받아 수행하는 유형을 말한다. 이러한 유형은 사회보험영역에서 근로복지공단의 산재보험과 고용보험, 국민연금공단의 국민연금, 국민건강보험공단의 건강보험 및 장기요양보험 등의 전달체계가 있다. 공사부문 협력형은 공공과 민간의 협력체계를 통해 사회복지 서비스가 전달되는 유형이다. 정부가 재원을 투입하고 민간이 서비스를 공급하는 혼합형태의 서비스 전달체계이며 민간부문 위탁과 정부보조금 지원방식으로 진행된다. 전자는 종합사회복지관과 전문복지관 등이 대표적이며 후자는 특정프로그램에 기반한 보조금 지급들이 해당된다.

또한 전달체계는 중앙정부로부터 지방자치단체, 일선 서비스제공기관으로 이어지는 ‘수직적 전달체계(vertical aspect)’와 중앙정부 차원 혹은 일선 지역사회 차원의 ‘수평적 전달체계(horizontal aspect)’로 구분하여 검토할 수 있다. 실제 전달체계에서 나타나는 문제점은 이러한 두 가지 차원이 교차되어, 복합적으로 나타나므로 이를 명확하게 구분하여 제시하는 데 어려움이 있으나, 이러한 점을 염두에 둘 필요가 있다(강혜규, 2011).

아래의 <그림 3>은 현재 우리나라의 사회보장에 대한 중앙정부, 지자체(보건소포함), 민간부문을 망라한 전달체계의 흐름을 나타낸 것이다.

[그림 3] 사회보장부문 전달체계의 구조



4. 농촌 보건복지전달체계의 특수성

1) 농촌의 개념

농촌이라는 공간은 많은 의미와 기능을 내포하고 있다. 기능면에서는 식량의 대부분과 물공급이 주로 농촌에서 유래한다. 그뿐 아니라 농촌은 우리가 소비하는 에너지의 주요 공급원이다. 한국의 농촌사회란 도시사회와 대비되는 개념으로 사용되며 농촌사회와 도시사회는 각기 한국이라는 전체 사회의 부분사회 또는 하위사회인 것이다. 농촌사회는 그 경제적 기초가 되는 농업생산의 특징과 관련해서 일반적으로 몇 가지 공통적인 특징을 갖는다⁷⁾.

첫째는 폐쇄주의적이라는 것이다. 농촌사회는 일반적으로 자연관계에 토대를 두고, 다른 귀농집단과 많은 경우에 혈연기능이 중첩되어 있으므로 그들의 사회관계가 좁은 범위에 한정되어 고립된 폐쇄성을 나타낸다. 폐쇄적인 집단은 동시에 배타성을 나타내는 것이 일반적이지만 농촌사회는 농업의 특성상 정착성이 강하고 또 자연적인 생활자원이 한정되어 인구의 수용능력에 한도가 있으므로 외부에 대한 배타성이 한층 더 강하다.

둘째는 전통주의적이라는 것이다. 농촌사회는 정주성이 강하고 폐쇄적인 좁은 범위에 여러 가지 사회관계가 중첩되어 있으므로 그 안에서의 사회관계는 영속적이고 전인격적인 것이 특징이다. 그러한 사회관계는 이지적 타산적이기 보다는 정 의적(情宜的)이다. 그것은 한편 농촌사회의 공동체적인 결속을 강화하여 다른 편에 있어서 농촌사회의 전통적인 질서와 관습을 유지 강화한다. 그리하여 농촌사회에서는 전래의 생활관행과 행동양식이 행동의 기준으로서 강한 힘을 발휘하여 낡은 생에 대한 존중과 보수적인 경향을 농후하게 나타낸다. 말하자면 전통적인 것은 그 자체로서 권위를 갖는다. 따라서 비합리적인 것은 변경하기가 어렵고 감히 합리화하려고 들면 강한 저항에 부딪치게 된다. 그리하여 옛날대로 생활하는 것이 가장 안정되고 틀림없는 것으로 생각된다. 그것은 농업생산에 있어서도 마찬가지다. 즉 전통적인 권위가 존중되어 과학적이고 합리적인 농업기술보다도 오히려 비합리적인 측면을 많이 가지는 독보적인 기술이 존중되고 경험을 쌓은 노인이 권위를 갖는다.

7) 아래의 내용은 최흥기, 농민의식의 사회학적 고찰, 최흥기, 1976,에서 발췌한 것임.

셋째는 가족주의적이라는 것이다. 가족적 경영을 일반적으로 하는 농촌사회에서는 소비와 생산이 분리되어 있지 않고 가족이 소비단위인 동시에 생산단위이기도 하다. 그리하여 가족원의 유대가 일반적으로 강하다. 그뿐 아니라 농촌사회에서는 정주성이 강하고 그 범위가 협소하며 또 사회관계가 중첩되어 있기 때문에 가족적인 원리가 전체사회에서 확대된다. 그리하여 그 의제적인 가족관계가 사회적 규범과 관습의 유지를 뒷받침한다. 말하자면 농촌사회에서는 개인보다도 가족이 중요한 단위로 생각되어 모든 것에 있어서 가족이 첫째이고 개인은 둘째가 된다는 것이다.

2) 농촌 지역 보건·복지체계의 특수성

도시지역의 복지·보건체계와 구별되는 고유한 농촌 모델의 존재에 대해서는 전문가들의 견해가 다른 것이 사실이다. 일부 학자들은 도시와 구별 지어지는 농촌의 특수성에 근거한 복지·보건모델을 부정하는 학자들이 있다. 단지 정도의 차이만 있을 뿐 순수한 도시적 특성을 지니는 곳도 순수한 농촌적 속성을 지니는 곳도 실상은 존재하지 않는다는 주장이다(Daley, 2010:45). 그러나 다른 한 편에서는 도시와는 다른 농촌 모델에 대한 이론적 논거를 열거하는 전문가들도 있다. 이들에 의하면 대도시와는 구별되는 농어촌 모델은 존재하며, 농촌모델은 농촌이 지니는 독특한 특성과 이러한 특성으로 인해 대도시에 적합한 사회보장 또는 복지제도, 정책, 서비스 등이 농촌에서 효과적이지 않을 것이라는 전제에 근거하고 있다⁸⁾. 양쪽의 주장을 종합하면, 농촌과 도시는 인구사회학적 배경이 다르고 문화적 특성에 차이가 없고 상대적으로 보건복지 인프라는 열악하여 대도시와는 차별화된 복지모델이나 서비스 접근이 요구된다는 주장이 더 지지를 받고 있고 것이 사실이다.

그럼, 과연 무엇이 도시와 구별되는 농촌의 복지 및 보건의 환경적 특성일까? 일반적으로 농촌은 대중교통이 잘 발달되어 있지 않다. 더불어 인구밀도 역시 도시에 비하여 낮은 것이 현실이다. 뿐만아니라 복지 및 보건서비스 주요 수요자가 노인층이다. 따라서 재가서비스 수요가 시간이 갈수록 증대되어 가고 있다.

또한 전반적으로 사회복지시설이 부족하다는 것이 특징이다.

결론적으로, 농촌 복지 및 보건문제에 천착한 학자들의 견해를 종합하면 다음과 같다.

8) 김문근 외, 경상북도 농어촌 생애주기별 맞춤형 복지모델 개발, 경북행복재단 p. 75.

① 인구의 지리적 분산으로 인한 서비스 접근의 어려움 ② 대중교통이 잘 발달되어 있지 않아 저상버스, 복지관버스, 셔틀형 복지버스 등 공공성 있는 대안적 교통 지원이 절실한 것으로 나타남 ③ 기본적인 서비스 기관의 부재와 서비스의 낮은 질의 농촌 사회서비스 ④ 노령 인구, 부녀화, 소가족화, 만성질환, 농촌형 질환, 노인자살

도시지역과 다르게 농촌지역은 이상의 4가지의 특성을 보일뿐만 아니라 초고령사회라는 전대미문의 노인들이 다수인 사회로 변모하고 있기 때문에 농촌 지역의 복지·보건 정책과 전달체계도 이에 부합되도록 맞춤형으로 설계되어야 한다⁹⁾. 농촌의 특수한 사회복지 환경을 토대로 농촌 사회복지전달체계의 문제점을 제시하면 다음과 같다(박대식 등 2012).

① 사회복지 자원의 부족과 복지업무의 과중(조직 인프라 부족, 사회복지 인력의 부족 및 복지업무의 과중) ② 농어촌 주민의 접근성 부족(교통불편 및 교통비 부담, 복지정보의 부족, 농번기와 농한기의 미구분) ③ 전문성의 부족 ④ 서비스의 연계 및 민관 협력의 부족 ⑤ 통합적 사례관리 및 방문서비스의 추진 곤란

9) 보건복지부의 보건복지백서에 따르면 65세 이상 노년인구는 2000년에 339만 5천명(7.2%)에서 2020년에는 766만 7천명(15.1%)으로 고령사회에 진입하고 2025년에는 19.1%로 본격적인 초고령사회에 도달할 것으로 전망된다면 다양한 복지서비스의 필요성을 증가시키고 있으며 이에 따라 공공복지행정조직의 기능과 구조를 변화시키도록 요청을 받고 있다. 보건복지백서, 2014.

제2절 사회복지전달체계의 변화와 보건·복지서비스의 협력

1. 사회복지전달체계의 변화¹⁰⁾

공공복지행정의 기본축인 공공부문의 전달체계는 지방자치단체인 시·도 - 시군구 - 읍면동의 지방행정기관으로 구성 운영되어 왔다. 이는 특별행정기관으로 지방전달계를 구축한 노동부(지방노동사무소 - 고용지원센터), 교육부(지방교육청), 지방직속기관으로 전문전달체계를 구축한 보건부분(시군구 보건소)과 달리 공공부조와 사회복지서비스의 집행은 별도의 기관이 아닌 지방자치단체에 위임되어 온 것이다. 이러한 공공복지전달체계의 구조는 생활보호제도가 제정된 1960년대 이래 현재까지 그 구조적 환경의 변화없이 일부 변화의 시도가 있었다.

사회복지전달체계의 구성요소는 조직, 인력, 서비스 등의 조합에 의해 다양한 전달체계를 모색할 수 있다. 그 동안 공공복지전달체계의 변화를 조직과 인력의 확충을 중심으로 나타냈다. 1980년대초 부터 현재까지 우리나라 사회복지전달체계의 변화는 2차례의 시범사업(보건복지사무소, 사회복지사무소 시범사업실시)을 통하여 주민생활서비스 전달체계로 자리잡았다. 이에 대한 이론적, 실천적 연구와 제도화 노력이 있었음에도 불구하고 공공전달체계의 구조개선을 위한 시도들은 좌절되거나 실험으로 끝났다. 여기에는 정부의 정책적 의지부족과 준비미흡 그리고 관련 이해집단간의 갈등 그리고 지역복지환경변화에 대한 선제적 대응력의 부족에 기인한다.

그동안 공공복지전달체계 개편방안으로 논의되었던 유형은 시범사업으로 실시된 보건복지사무소 그리고 사회복지사무소와 현재 설치·운영되고 있는 주민생활서비스 전달체계가 있다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 보건복지사무소 시범사업

지방자치제 실시와 함께 1995년 7월부터 1999년 12월 까지 보건복지사무소 시범사업이 실시되었다. 시범보건복지사무소는 보건·복지수요의 증가 및 다양화와 지방자치제의 실시 등 경제·사회적 여건 변화에 따른 요청으로 복지행정의 전문화·효율화, 보건소의 기능 재편, 보건·복지서비스의 통합 제공, 지역복지 기능 강화

10) 이재완. 2013. 지방자치와 사회복지 : 지방정부 복지수준과 전달체계의 변화, 대한민국 복지 국가의 회고와 전망, 나눔의집. 일부 내용 발췌

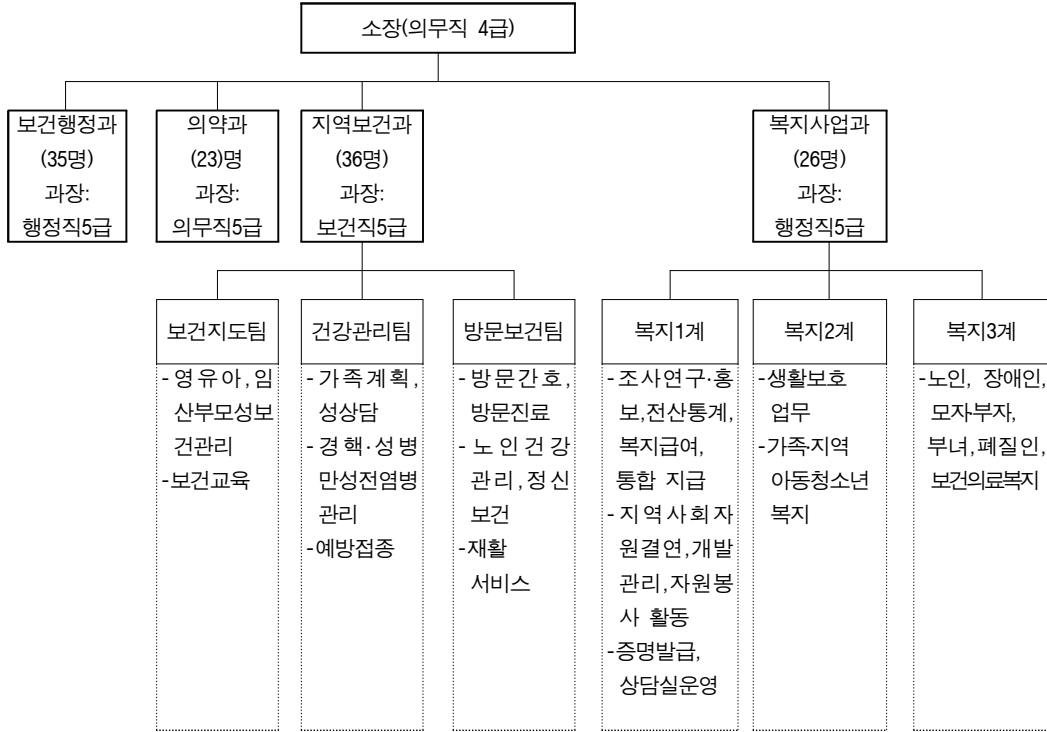
등을 목적으로 설치·운영되었다(<그림 4>참조).

소위 보건과 복지의 통합적 서비스를 목적으로 기존 보건소에 복지사업 부서를 신설하고 읍면동에서 근무하던 사회복지전문요원을 배치하여 전국 5개 지역¹¹⁾에서 시범사업을 실시하였다. 이를 통해 복지사무의 집중화를 통해 업무효율이 향상되었고 복지행정의 전문성이 제고되는 등 긍정적인 결과가 나타났다.

그러나 보건과 복지연계사업을 추진할 수 있는 충분한 재정과 인력의 지원이 미비하고 시범사업을 위한 정교한 지침의 부재 등 준비소홀 등으로 시범사업의 목적을 달성하는데 실패하였다. 특히 서비스 이용자의 접근성 문제가 크게 지적되어 시범사업의 성과를 전국적으로 확산하지 못하고 실험으로 종료되었다. 이러한 상황에서 2000년 국민기초생활보장제도 도입을 계기로 공공복지전달체계상의 조직문제(행정기구)보다 전담인력 확충이 강조되어 당시 대폭적인 인력확충이 이루어졌다(기초법 제도시행이전 3000명 정원에서 2002년에 7200명으로 확충됨).

11) 대도시로서 서울 관악구, 대구 달서구, 중소도시로서 경기 안산시, 농촌지역으로서 강원 홍천군, 전북 완주군임.

(그림 4) 시범보건복지사무소 조직도(대도시형: 관악구)



2) 사회복지사무소 시범사업 실시와 주민생활서비스 전달체계의 설치

지난 2003년 참여정부의 12대 국정과제의 하나인 참여복지와 삶의 질 향상의 세부 과제로 사회복지사무소 설치 등 사회복지전달체계 개편이 포함되었으며, 이에 근거하여 사회복지사무소 시범사업(2004.7-2006.6)이 9개 지역¹²⁾에서 실시되었다(<그림 5>). 2004년 7월 1일자로 사회복지사무소 시범사업이 2년의 모의 운영을 거쳐서 전면적으로 확대할 계획으로 출발하였다¹³⁾. 그러나 사회복지사무소 시범사업은 시범사업 1차년

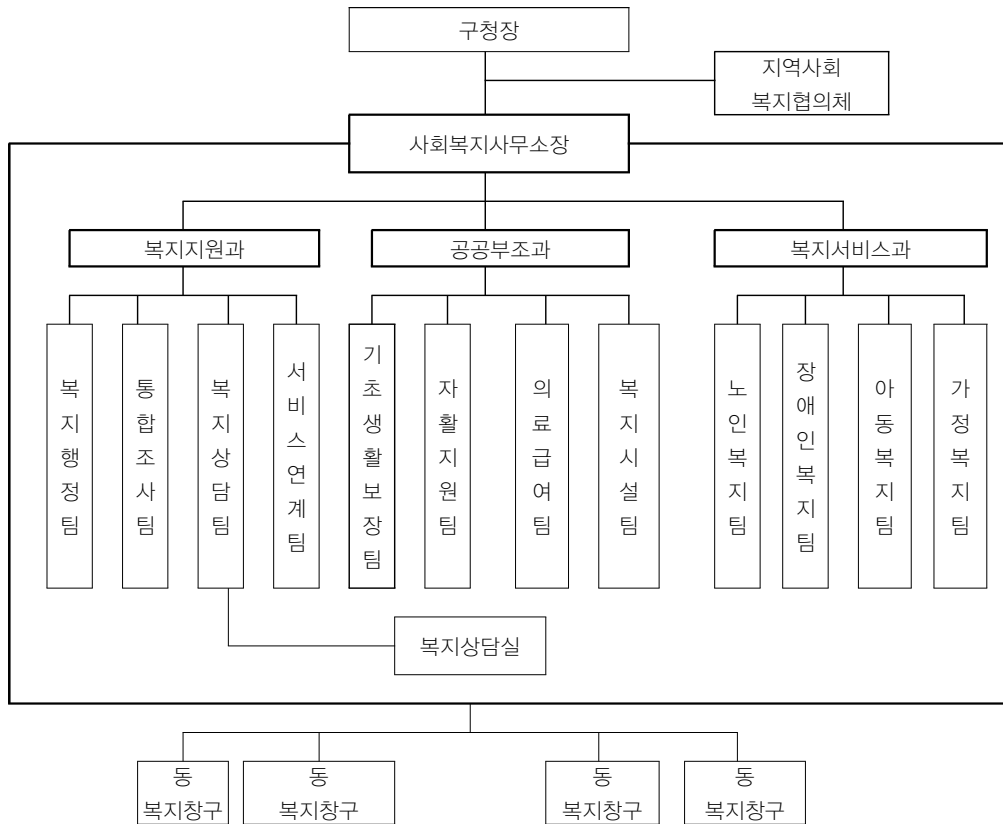
12) 대도시 모형으로 서울시 서초구, 부산시 부산진구와 사하구, 광주시 남구 4개 지역. 중소도시 모형으로 강원도 춘천시, 충남 공주시, 경북 안동시 3개지역, 농어촌 모형으로 충북 옥천군, 경북 울주군 2개 지역.

도가 채 지나기도 전에 새로운 전달체계로의 개편 논의가 시작되면서 시범사업지역에서 정책의 신뢰성에 대한 의문이 발생하기도 하였다. 2004년 말 대구에서 장애아동 사망사건이 발생한 것을 계기로 일선 전달체계 문제가 언론의 질타를 받았고, 전달체계에 대한 전면적인 재검토가 이루어졌다(보건복지부, 2006)¹⁴⁾.

사실 사회복지사무소 시범사업의 결과 긍정적인 성과가 나타났다. 첫째 부서간의 적절한 업무분장과 다양한 의사소통 기체를 통해서 업무분화에 따른 협력이 어느 정도 가능하였다. 둘째, 기능별, 대상자별로 업무 팀은 해당하는 특정 복지업무(예를 들어 상담, 조사, 관리, 서비스 연계 중 하나만 담당한다든가 장애인, 노인, 여성, 자활, 기초생활보장 등)에 집중함으로써 각 업무에 대한 전문성이 향상되었다. 셋째, 서비스의 통합성이 높아졌는데 사례관리에 관한 업무지침을 마련하고 지역사회복지협의체를 구성하여 사례관리의 실천기반을 조성됨으로써 사회복지사무소를 중심으로 통합적인 서비스가 제공될 수 있는 기반이 마련되었다. 넷째, 시범 사회복지사무소에 독립된 공간의 상담실 설치로 심리적 접근성이 향상되었으며 지리적 접근성을 해소하기 위한 노력(권역별 복지기동대 설치, 복지상담전화 활동, 방문도우미 활동, 동별 담당제 도입, 찾아가는 복지도우미 사업, 이동민원실 운영, 오지마을 순회차량 운영 등)이 나타났다.

-
- 13) 사회복지사무소의 설치 목적은 전문화와 효율화를 위한 복지전담 업무시스템을 마련하고 담당인력의 배치와 업무분담 및 연계 등 일하는 방식을 개선하여, 시군구의 복지기획 기능을 강화하고, 복지수요에 대한 대응성을 향상시켜, 복지정책의 책임성과 주민의 복지 접근성 및 만족도를 높이고 하였다. 이를 위해 동사무소의 1인 전담 시스템이 갖는 제한점을 극복하기 위해서 인력의 집중을 통한 분업화와 전문화 체계로의 개선을 시도한 것이다.
- 14) 전달체계 전반에 관한 검토결과를 바탕으로 빈부격차차별시정위원회가 희망한국21에서 전달체계 개편 안을 제시하고 사회복지전담공무원 1800명을 증원할 것을 결정하였다. 2005년 3월 고령화미래사회위원회는 보건과 복지를 넘어서서 주민들의 일상생활과 밀접하게 관련되는 제반 서비스들을 통합적으로 제공하는 것을 목표로 주민생활지원서비스체계 개편 방안 용역을 발주하고 논의하였다.

[그림 5] 사회복지사무소 기본 모형(대도시형)



사회복지전담기구의 설치로 평가받았던 사회복지사무소는 시범사업의 기간을 내 용적으로 채우지 못하고 주민생활지원서비스 전달체계로의 전환이 이루어졌다¹⁵⁾.

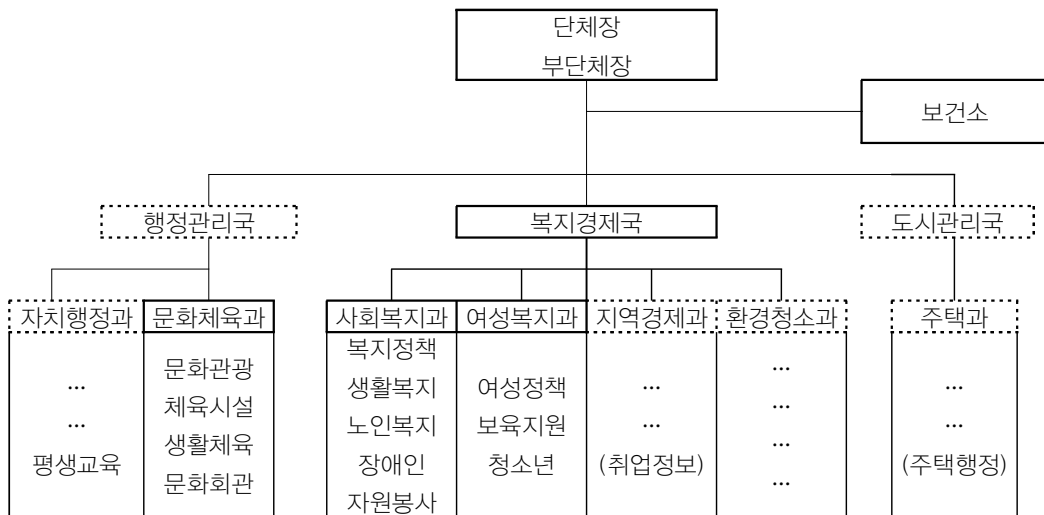
사회복지사무소 시범사업 실시기간 중 대구 4세 남아 아사사건으로 사회복지전달 체계 개선을 위한 논의가 제기되었다. 이후 대통령자문 빈부격차·차별시정위원회 가 주도하여 행정자치부, 보건복지부, 기획예산처가 함께 개선방안을 강구하였다. . 행정자치부(2006)의 지침에 따르면, 주민생활지원 서비스는 취약계층에게 제공되는 복지서비스 이외에 주민생활의 질 향상을 위해 제공되는 서비스를 모두 포괄한다. 구체적으로 보면 주민생활지원 서비스는 복지·보건·고용·주거·평생교육·생활

15) 2006. 7. 1부터 2007. 7. 1까지 1년여에 걸쳐 232개 시·군·구에 걸쳐 전격적으로 실시되었다.

체육·문화·관광 등 8대 영역의 서비스를 포괄하는 개념이다.

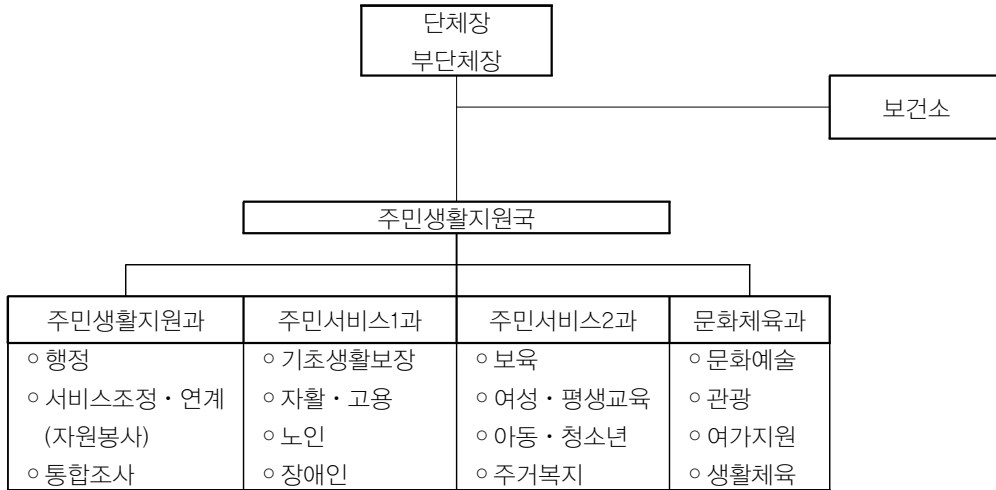
따라서 <그림 6> 기존 지방정부 복지전달체계에서 <그림 7>의 주민생활지원서비스 전달체계로의 개편이 이루어졌다. 이에 따라 서비스 자원 및 수요자의 체계적 관리를 위해 통합정보시스템을 구축하였으며 민관협력 네트워크 구축(민관협의체), 중앙부처 서비스 조정으로 64건의 사무에 대해 통폐합과 지방이양 등의 조정이 이루어졌다. 또한 이를 위해 업무효율화 및 실질적 연계를 위한 On-line 체계를 구축하고, 읍·면·동 사무소에 상담공간을 마련하며, 슈퍼비전 및 사례회의 등 민주적 의사소통 체계를 구축하고 민간부문과의 원활한 협력체계를 갖추는 작업을 병행하였다. 이처럼 8대 영역에 대하여 시군구의 기획 및 연계, 통합기능을 살리고 읍면동의 현장방문기능 및 one-stop 기능을 강화한 전달체계 개편이라 할 수 있다¹⁶⁾.

[그림 6] 기존 지방정부 복지 전달체계



16) 그러나 당시 적정인력의 확보가 되지 않아 읍면동 차원의 현장방문을 위한 사례 발굴, 사후관리의 어려움, 읍면동의 주민생활지원팀 내 사회복지직과 기타직들과의 협업이 원활히 이루어지지 않는 등의 문제점이 발생하였다.

(그림 7) 주민생활지원서비스 전달체계(대도시형)



결론적으로 주민생활서비스 전달체계의 조직개편은 지방행정체계를 개편하여 일반행정체계내에 주민서비스 관련 부서를 통합하여 시군구에 주민생활지원 전담 부서를 설치한 것이다. 또한 읍·면·동에 주민생활지원팀 설치와 사회복지직 및 행정직의 배치 조정 등으로 요약된다. 이러한 조직과 기능의 개편은 시범사업으로 실시된 사회복지사무소의 경험을 활용한 것이다. 즉, 사회복지사무소의 조직체계인 기획팀, 통합조사팀, 서비스 연계팀을 통한 기능별 업무의 전문화구조가 그대로 반영되었다.

3) 사회복지통합관리망 설치와 동주민센터 복지허브화

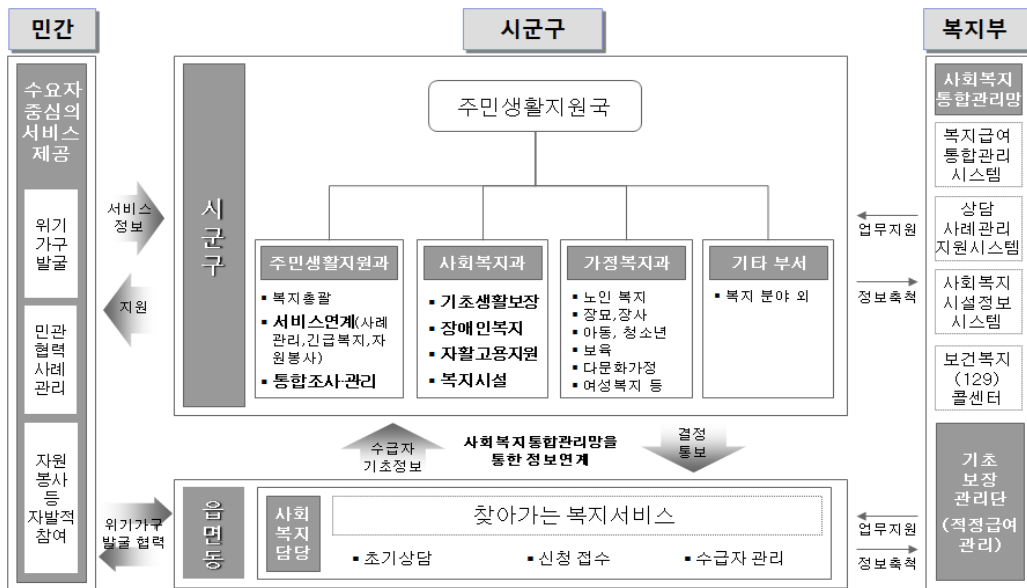
이명박 정부 출범이후 시·군·구 복지전달체계 개선 대책은 수요자에게 꼭 필요한 서비스를 찾아서 제공하는 전달체계 구축의 목표로 추진되었다(<그림 8> 참조). 기존의 전달체계 개편은 조직 및 인력의 정비를 우선적으로 하고 이를 가능하게 하는 시스템 구축을 시도하였으나 이번에는 관리시스템인 사회복지통합관리망을 우선 구축하고 이를 합리적으로 운영하기 위한 조직의 개편을 추진하였다¹⁷⁾.

17) 사회복지통합관리망 구축, 사회복지시설정보시스템 연계, 보건복지콜센터와 시·군·구간 상담 및 서비스 연계, 그리고 상담 및 사례관리지원시스템을 구축함.

공공전달체계의 개편의 핵심은 사회복지업무의 통합적 관리를 위하여 첫째, 시군구 통합조사팀이 통합조사관리팀으로 확대 개편되어 조사 및 일련의 변경중지 관리업무를 총괄하고 둘째 서비스 연계팀을 중심으로 사례관리를 추진하여 복합적 문제를 가진 수급대상자에게 맞춤형 통합서비스를 지속적으로 제공하는 것이다 (안혜영, 2010).

이의 추진은 기존의 조직과 인력활용의 효율성을 도모하고 부정수급방지 등 급여 관리 강화, 그리고 서비스 대상자의 신속한 발굴에 초점을 두고 있다. 이러한 사회복지통합관리망 개통과 전달체계의 개편의 긍정적 측면은 다음과 같다. 첫째, 복지수급자의 욕구와 자격요건에 맞는 맞춤형 서비스를 실시하고 민간과의 연계를 통한 통합사례관리의 추진기반을 확충한 것이다. 이를 통해 서비스의 중복을 제거할 수 있는 장점이 있다. 둘째, 지자체에서 복지업무가 간소화되고 효율성 제고이다. 복지정책별로 다양한 자산조사 기준의 표준화 및 자동화, 공적 행정자료의 최대활용 등으로 업무처리의 편의성과 정확성을 높였다는 것이다. 셋째, 복지재정의 효율적 전달을 도모할 수 있는 시스템 구축이다. 개인 및 가구별 가구구성, 소득 및 재산, 급여 및 서비스 이력 통합관리로 부정적 급여 및 중복수급 확인 및 조정 등이 가능하게 된 점이다.

[그림 8] 복지전달체계 개선 체계

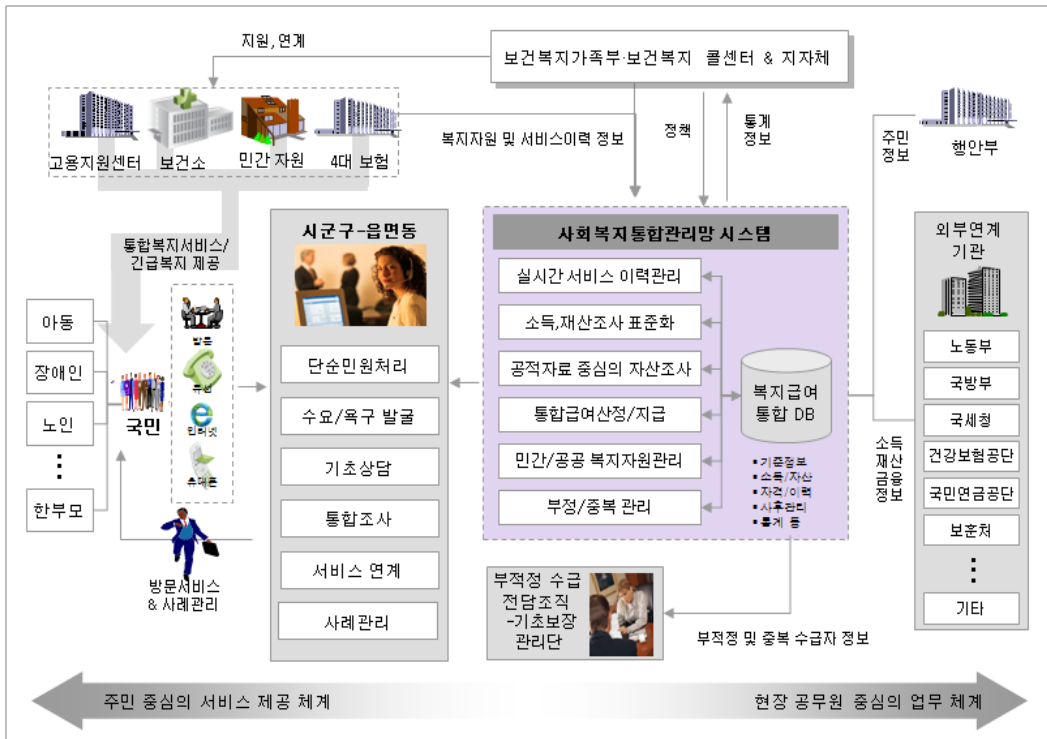


<그림 9>에서 보는 바와 같이 사회복지통합관리망을 구축하면서 궁극적으로 추구했던 정책방향은 지자체 복지행정을 지금까지의 자산조사, 대상자 선정 중심에서 서비스, 지속적인 관리 활성화로 전환하고자 한 것이다. 그러나 이러한 변화는 극히 미미한 것으로 보인다(강혜규, 2011). 사회복지전담인력의 확충없이 통합조사관리팀의 기존 인력의 재배치 조정은 읍면동의 사회복지직 인력의 내방민원 상담뿐만 아니라 찾아가는 서비스를 불가능하게 하였다.

따라서 더 이상 인력확충이나 조직체계의 조정없이 업무지원시스템을 정비하여 기존 조직역량을 최대화 하고자 하는 것이다. 예를 들어 복지시설관리, 자활지원업무를 하나의 팀에서 수행하는 경우, 지역특성이나 업무량 등을 고려하여 탄력적으로 운영할 필요가 있다. 저출산 고령화 등 사회복지서비스 업무의 증가는 인한 행정관리는 각종 업무지원시스템으로 가능하나 직접적인 대인서비스의 경우 이를 위한 충분한 전문인력의 확충이 필요하다. 특히 서비스 이용자에 대한 사례관리나 서비스 연계는 인력의 전문성이 서비스의 질을 결정하기 때문이다.

이러한 상황에서 정부는 지난 2011년 7월에 사회복지담당공무원을 2014년까지 7,000명 확충 계획을 발표하였다. 그 동안 복지예산의 증가와 복지수요(대상자의 수의 증가)의 폭증에도 불구하고 복지담당 공무원 확충이 제대로 이루어지지 않았다. 이로 인해 정부의 복지전달체계 개선의 핵심인 복지사각지대 해소와 복지체감도 증진 그리고 통합적 사례관리 실시가 제대로 이루어지지 못한 것이다. 즉, 그동안 정부가 맞춤형 서비스를 제공을 정책목표로 내걸고도 성공하지 못 했던 것은 대인사회서비스의 특성을 가진 사회복지서비스 급여를 실시함에 있어 개인별 서비스계획을 수립할 수 있는 공공부문의 인력공급이 절대적으로 부족했던 것이 가장 중요한 이유이다.

(그림 9) 전달체계 개선 및 업무지원체계 활용 목표



업무지원시스템의 구축으로 개인별·기구별로 급여 및 서비스의 상담·신청, 조사, 선정, 지급·제공 등 통하적 관리, 신속 발굴·지원체계 구축

한편 박근혜정부에서는 국민중심복지전달체계 구축을 목표로 추진하고 있다. 즉, 지방자치단체의 복지행정체계 개편과 관련하여 동(洞)주민센터를 복지기능위주로 개편하고 희망복지지원단을 강화하는 내용이다. 동(洞)주민센터 복지허부화(도시지역)는 동 주민센터의 복지행정기능을 강화하여 원 스톱(One-stop) 맞춤형 복지서비스 지원체계를 구축하는 것이다. 농촌지역은 자원이 부족한 지역특성을 반영하여 희망복지지원단에 접근성 및 서비스 제공기능을 강화한 것으로 군청 희망복지지원단의 인력보강과 병행하여 몇 개의 면을 관할하는 희망복지지원단 분소를 운영하는 것이다. 이를 위해 복지전달체계 개편 기반조성을 강조하고 있는데 지속적인 복지인력 확충과 민관협력 활성화, 그리고 지역사회복지협의체 강화(동복지협의체

신설), 인적안전망강화(이·통장, 복지위원 등 복지자원화) 등이다.

지금까지 살펴본 공공복지전달체계의 변화를 요약하면 다음과 같다. 일반행정체계내의 복지행정서비스 조직 → 보건복지서비스 조직(보건복지사무소) → 전문인력 확충논의(기초생활보장제도 추진 관련) → 전담기구설치(사회복지사무소) → 일반행정체계내 전담조직 확충(주민생활서비스 전달체계) → 관리적 효율성 추구(사회복지 통합관리망 구축) → 전문인력확충 추진(통합사례관리 강화) → 읍면동 단위 복지전달체계 강화(주민센터 복지허브화, 희망복지지원단 강화)와 민관협력 체계 활성화 등이다.

2. 보건·복지서비스 협력의 필요성과 수준

1) 보건·복지 서비스 협력의 필요성

보건·복지 서비스 종사자간 협력의 필요성은 클라이언트의 신체적, 심리적, 사회적 문제가 상호연관되어 있으므로 인간육구의 상호의존성을 고려한 총체적 접근이 필요하다는 신념에 기반한다(Hill, 1986). 서비스 공급의 주체차원에서는 보건과 복지와 명백하게 구분되어 있으나 그 대상은 동일한 클라이언트이기 쉽다.

즉 보건 및 복지 양 분야의 종사자가 접근하는 대상자는 동일한 경우가 많으며 많은 경우 복합적 문제를 안고 있다. 다만 사회복지인력은 대상자의 의식주 등, 인간의 기본적인 욕구를 해결하는데 주력하는데 반하여 보건인력은 심신의 질병에 초점을 두고 서비스를 제공하고 있다. 여기서 주목해야 할 것은 대상자의 생활환경과 의학적인 질병이 별도로 존재하는 것이 아니고 서로 맞물려 있다는 것이다. 가령, 노인이나 장애인은 여러 가지 심신의 질병에 노출되어 있지만 경제적 빈곤층이기 쉽다. 즉 경제적 빈곤과 심신의 질병은 서로 관련이 있어 대상자의 서비스 제공에 있어 보건의료서비스와 복지서비스 종사자 간 협동을 필요로 한다. 즉 지역사회간호사가 보건의료서비스를 제공하고 사회복지사, 사회복지전담공무원 등은 클라이언트의 사회환경적 요인을 검토하여 부족한 서비스를 보완하게 되면(Hill, 1986), 서비스를 제공하는 입장에서는 효율적인 서비스 제공이 가능하고 개인의 입장에서 양질의 서비스를 제공받게 된다.

보건과 복지 양부문의 연계와 통합의 필요성에 대해서는 Kantan(1982)은 다음과

같이 설명하고 있다. 첫째, 개인의 신체적, 심리적, 사회적 문제는 분리될 수 없다. 이런 문제들 사이의 상호작용은 보건의료서비스와 사회복지서비스 조직사이의 그리고 조직종사자 사이의 협동을 필요로 한다. 둘째, 보건의료 조직은 사람들마다 서로 다른 생활단계에서 서로 다른 사람들을 접촉하기 때문에 환자들에게 생겨나는 심리적, 사회적 문제를 탐지할 수 있다. 마찬가지로 사회복지사 등의 사회서비스 종사자들은 개인의 신체적 문제와 연관된 사회환경적 요소를 두루 사정할 수 있어 신체적 문제에도 간접적으로 도움을 줄 수 있다. 마지막으로 보건과 복지, 두 조직간의 협력은 대상자에게는 맞춤형 서비스를 제공받을 수 있고 지역사회차원에서는 서비스의 중복과 누락을 최소화 할 수 있다.

특히 농촌노인을 위한 서비스를 공급하는데 있어서는 보건·복지서비스의 연계는 매우 중요하다. 왜냐하면 농촌노인들은 역할상실로 인하여 경제적 문제뿐만 아니라 질병과 심리적 고독감 등으로 인한 사회·심리적 문제가 보건과 복지영역에서 복합적으로 나타나고 있기 때문이다. 농촌 노인들의 높은 자살율은 농촌지역의 노인들이 실제로 경제적 빈곤과 여러 가지 신체적 질병에 노출되어 있다는 것을 단적으로 말해준다. 즉 사회적 약자 계층인 노인, 장애인, 아동 등, 사회적 보호의 필요성과 아울러 의료비에 대한 부담은 각종 자원 또는 능력이 제한된 저소득계층에서 가장 심각하게 나타난다(김정우 외, 1998).

2) 보건의료서비스와 복지서비스 전달체계의 이원화

서비스 대상자가 동일하여 보건과 복지서비스간의 상호 협력이 필요함에도 불구하고 현재 우리나라의 보건·의료 전달체계와 사회복지 전달체계가 별개의 제도로 운영되고 있는 실정이다. 사회복지서비스는 동주민센터 및 사회복지기관들이 주축이 되어 사회복지전담공무원 및 사회복지사 등이 서비스를 제공하고 있고 보건의료서비스는 보건소, 보건지소, 보건진료소에 상주하는 간호사 및 간호조무사등에 의해 서비스가 제공되고 있어, 양 부분의 서비스 제공이 이원화되었다.

이현주 외(2000)의 연구에 의하면, 대체로 복지분야의 기관은 복지분야의 기관과 협력이 빈번하며 특히 복지관은 동종의 복지관과의 협력이 두드러졌고 보건소, 보건지소, 보건진료소는 같은 보건분야내의 기관과 협력이 빈번함을 보여주고 있다(이현주외,2000). 두 조직간 이원화된 문제점을 해결하여 위하여 보건복지부가 1995년에 전국적으로 5개의 시범보건복지사무소내에 사회복지인력을 함께 근무하게

하여 보건 및 복지서비스를 통합적으로 제공하려는 시도를 하였으나 시범사업에만 국한되어 보편화 되지 못하고 종결되었다.

1995년 시범보건복지사무소이후 보건·복지 두 조직간의 상호 협력을 바탕으로 통합적인 서비스를 제공하려는 시도는 계속되었다. 일례로 수원시는 2000년도부터 2007년까지 ‘노인보건복지연계센터’를 운영하여 보건과 복지 두 조직간에 상호협력을 시도한 바 있다. 서울시 은평구도 보건복지서비스 사례관리사업의 일환으로 사례관리팀을 구성하여 보건소의 가정도우미서비스, 방문간호서비스, 복지관의 재가복지서비스를 통합하여 대상자에게 제공하였다.(이운환, 2008).

전반적으로 1995년에 복지부의 시범사업부터 현재까지 보건·복지 조직간 연계 및 협력 등을 위하여 구성된 공식적인 모임이나 협의체는 간헐적으로 존재하였으나 지속성이 담보되지 않았고 보건 및 복지, 두 조직간 부분적이고 비공식적인 협력만 이루어졌다고 평가할 수 있다(김정우 외, 1998·노길희, 김창기, 2008).

3) 보건의료서비스와 복지서비스의 협력정도

보건과 복지 두 조직간에 통합적 서비스 제공방법을 모색하기에 앞서 두 분야간 협력의 수준을 명확히 할 필요가 있다.

사회복지조직간에 협력의 수준은 다양하게 표현되는데 일반적으로 연락(communication) 연계(coordination), 통합(intergration)등으로 사용되어 왔다(함철호, 2001, 박정호, 2004). 이러한 개념에는 함께 목표를 이루기 위해 두 개 혹은 그 이상의 기관들이 참여함으로써 상호적 이익을 얻는 전제로 한다(함철호, 2001, 박정호, 2004).

함철호(2001)와 박정호(2004)는 연락과 연계 그리고 통합을 비교하고 있는데, ‘연락’이란 보건과 복지조직이 기관들이 공식적인 관계없이, 조직의 성원들이 개별적인 관계로서 수시로 정보를 교환하거나 업무협조를 이루어 서비스하는 것을 의미한다. ‘연계’란, 각각의 조직이 공식적인 관계를 이루어 수시의 정보제공과 업무협조에서 더 나아가 정기적인 업무협조를 이루는 것을 의미하며, ‘통합’이란 보건과 복지의 각 조직이 서비스를 제공하는 데 있어서 항상적인 업무협조를 이루어 별개의 위치에 존재하는 별개의 조직이면서 하나의 조직처럼 융화되어 있는 상태로, 연계의 수준중 가장 높은 단계의 것을 의미하는 것이다(함철호2001). 함철호(1998)는 보건의료서비스와 복지서비스의 협력정도를 연락없음→연락→연계→통합의 네 단계로 구분하고 통합은 보건과 복지조직이 추구해야 할 최고의 목표로 보았다(함철호, 1998).

[표 4] 보건과 복지조직간의 협력수준

단계/ 구분	연락 (communication)	연계 (coordination)	통합 (intergration)
협력의 내용	정보제공 및 의뢰	사례관리, 서비스계획 공동수립, 개별기관 실시	포괄적·단일 서비스기관을 통한 서비스 제공
협력의 정도	정보교환 및 공유/장비·시설 대여 관련기관 간담회	협의체 구성, 공동사업 수행, 직원파견, 서비스공동계약	전달체계 내 조정기구를 통한 조직통합

자료: 박정호. 2004. “우리나라 재가 노인요양서비스 네트워크에 관한 서설적 연구”.

「사회복지리뷰」, p.1

결론적으로 복지·보건 두 조직간 연계·협력을 하는 일선의 실무자들은 상기의 그림처럼 인간적인 측면, 직업적인 측면, 소속된 있는 기관의 측면 등 복합적인 요인에서 다른 기관과 협력에 나서고 세 가지 요인 중에 어떤 측면이 우선 순위를 점하느냐는 일선 실무자들에게도 편차가 있다.

현재 우리사회에서는 보건·의료 전달체계와 사회복지 전달체계가 별개의 제도로 운영되고 있을 뿐만 아니라 두 전달체계 사이에 상호 협조 및 의뢰 체계가 거의 없는 실정이다. 대부분의 사회복지 대상자는 빈곤 문제뿐만 아니라 보건의료 서비스의 주요 대상임에도 불구하고 이들에 대한 보건과 복지의 통합된 서비스 전달 체계가 갖추어지지 않고 있다. 보건의료와 사회복지 서비스 통합의 필요한 이유는 클라이언트가 다양하고도 복합적인 복지 욕구를 지니고 있기 때문이다(서상목 외, 1986). 보건 및 복지 통합서비스란 보건과 복지서비스의 통합이란 보건과 복지의 욕구를 동시에 가지고 있는 대상자에게 보건서비스와 복지서비스를 통합적으로 제공하는 것을 의미한다. 보건·복지서비스 연계와 통합의 필요성이 많은 지지를 받고 있고 앞으로의 고령화 사회와 정신질환자의 증가 등으로 인해 통합서비스에 대한 욕구가 더욱 급증할 것으로 예상된다¹⁸⁾.

18) 공급자 중심의 사회복지서비스 제공에서 벗어나서, 복지수요자가 실질적으로 체감하는 사회복지전달체계에 대한 고려가 충남도 복지보건 통합 전달체계 연구의 선행조건이 될 것이다. 김기현 등(2014)의 연구는 수요자 중심의 사회복지전달체계의 조건을 첫째 사례관리가 가능한 조직, 둘째 미인지 빈곤층(가정과 개인)을 발굴 가능한 조직, 셋째, 적절한 상담제공이 가능한 조직, 넷째, 합리적이고 복지수급자격심사가 가능한 체계 등 4가지를 열거하고 있다(김기현문종열, 수요자중심 사회복지 전달체계 모델 연구, 예산정책연구 제3권 제1호, 2014.5.pp. 163-207). 이 4가지 중 사례관리 기능의 강화는 행복키움지원단과 보건소 방문건강관리의 공통된 점으로 복지보건 통합 서비스 제공과도 같은 맥락이다.

제3절 선행연구 검토

농촌복지의 전반적인 연구로는 조미형 외(2014) ‘농촌 지역사회기반 복지시스템 구축 방안 연구’가 있다. 이 연구는 농촌지역 사회복지전담공무원·통합사례관리사·사회복지사를 대상으로 초점집단면접(FGI) 3회, 전문가 심층면접 등을 통해 수집된 자료를 분석하고 있다. 이 연구의 결과로는 군 단위지역의 경우, 복지수요계층은 많은 반면 지역사회에서 이용할 수 있는 사회복지시설은 여전히 부족한 것으로 나타났다. 농촌지역에서는 서비스 이용을 위하여, 이동에 소요되는 비용과 시간으로 인해 서비스 이용 자체가 제한적으로 나타났다. 또, 희망복지지원단 통합사례관리 대상자로 사례관리를 받았음에도 불구하고 문제해결로 이어지지 않거나 반대로 통합사례관리사의 개입이 필요함에도 불구하고 대상자로 인정받지 못하여 제도권 내로 들어오지 못하고 있었다. 저자들은 희망복지지원단과 별도로 기존의 읍·면 사무소는 복지업무와는 성격이 다른 통합사례관리 수행하는 것이 용이하지 않은 것으로 분석했다. 게다가, 치료·상담·재활 등 전문서비스 부재와 실적위주의 서비스 연계로 농촌지역에서 희망복지단 통합사례관리사의 문제 해결능력이 미흡한 것으로 드러났다. 또한 지역사회 안에서 공공과 민간의 협력체계가 미흡하고 서비스 통합이나 효율적 자원 활용 또한 잘 되지 못하고 있는 것으로 진단하고 있다.

연구결과에 따른 농촌복지시스템 구축방안으로 다음의 세가지 안을 제시하고 있다. 첫째, 읍면단위를 중심으로 한 지역사회기반 복지시스템을 1차 지원체계로 구축하는 것을 제안하고 있다. 이를 위해서는 읍면사무소 사회복지담당공무원의 역할을 행정업무지원이 아닌 주민에게 정보를 제공하고 안내하는 복지코디네이터와 지역사회로 들어가 주민과 소통하는 지역사회복지활동가로 전환해야 할 것을 역설하고 있다. 둘째, 읍면단위에서 해결할 수 없는 문제나 욕구들에 대해서 시군에서 2차 지원체계 역할을 담당하고 그래도 부족한 부분은 시도나 중앙정부에서 메워주는 3차 지원체계 구축을 저자들은 제안하고 있다. 셋째, 장기적으로 지역사회기반 복지시스템이 지속가능하기 위해서는 경제활동과 복지서비스를 연계할 수 있는 방안을 검토하고 마을공동체를 회복하기 위한 주민역량강화 교육 등에 공공과 민간 사회복지기관이 나서야 한다고 주장하고 있다.

한편 일반적인 사회복지전달체계 관련 논의는 사회복지행정의 고질적인 문제로

지금까지 많은 연구가 수행되어 왔다. 이희숙(2007)은 한국의 사회복지전달체계 개선을 위한 조건들을 고찰하고 시사점을 제안하고 있다. 이희숙(2007)은 사회복지전달체계의 개선방안으로 ① 보건복지부 내에 사회복지청 신설, 지방정부와 시·군·구 단위에 사회복지 전달기구 설치 ② 사회복지센터 중심의 운영 등, 세가지를 제안하고 있다. 이진(2009)은 복지전달체계의 정치, 행정 등의 환경, 현재에 이르기까지 복지전달체계의 변화과정, 그리고 현재의 복지전달체계인 주민생활 서비스를 다차원적으로 분석하고 외국 사례와의 비교분석 등을 통해 한국 사회복지전달체계의 성공적 구축 및 정착을 위한 영향요인을 밝히고 있다. 이진(2009)에 따르면 지방자치단체가 실시된 이후 지방정부가 독립된 행정주체로 등장하면서 사회복지서비스 전달체계의 효율적인 운영을 위해서는 중앙정부와 지방정부간의 원활한 협조가 매우 중요하다. 특히 지방정부는 사회복지서비스 전달에 있어서 행정체계 및 집행체계상 중요한 위치를 담당하고 있다. 그럼으로 지방정부역할을 중심으로 사회복지서비스 전달체계에 모형에 대한 개선방안을 모색하기 위해서는 중앙정부와 지방정부간 관계를 재정립 할 것을 요구하고 있다 (이진, 2009).

성은미 외(2012)는 경기도의 복지서비스 전달체계맥락에서 무한돌봄센터 활동내용을 진단하여 경기도의 사회복지전달체계 개편모형을 제시하고 있다. 무한돌봄센터는 지역단위의 사례관리를 도입하여 공급자중심이 아닌 이용자중심의 서비스 제공을 목표로 수원을 제외한 경기도 30개 시·군에서 운영되고 있다. 경기도는 무한돌봄센터 운영을 통하여 위기가정에 대한 사례관리를 도입하여 실질적인 도움을 주었다고 평가될 수 있다. 그러나 현재의 무한돌봄센터는 사례관리 전문기관으로서의 위상은 확립하였으나 지역사회의 전반적인 사회복지전달체계를 혁신하는데에는 한계를 보이고 있다 (성은미 외, 2012).

사회복지전달체계의 변천 과정중 본 연구에서 가장 주목해야 할 시점은 1995년 시범보건복지사무소인데 이태수는 시범보건복지사무소의 추진배경과 시범사업내용을 비판적으로 검토하고 있다(이태수, 2007). 이태수에 따르면 1992년 사회복지사업법 개정은 복지전담행정기구 설치에 대한 근거가 되었고 1995년도에 이르러 사회복지장기본법 제정으로 사회복지전달체계에 대한 규정이 제시됨에 따라 1995년 7월부터 보건복지사무소의 시범사업을 실시하여 복지행정체계 개편 및 복지전달체계 개선을 위한 정책추진의 첫 실마리가 되었다. 보건복지 수요의 증가 및 다양화와 지방자치제의 실시 등, 경제 사회적 여건 변화에 따라 실시된 1995년 시범보건복지사무소 시범사업의 취지는 복지행정의 전문화 및 효율화, 보건소의 기능개편

그리고 보건 복지서비스의 통합 제공, 지역복지 기능강화이다. 시범보건복지사무소는 존재하는 기존 보건소 조직에 복지사업 부서를 신설하고 읍면동에서 근무하던 사회복지전문요원을 이곳에 집중 배치하여 공공부조 업무를 수행하게 하는 한편, 지역주민에 대한 복지서비스를 가급적 보건서비스와 연계하여 제공할 수 있도록 한 것이다. 시범보건복지사무소 시범사업의 평가결과에 따른 성과로는 ① 복지사무소가 시군구 단위의 업무분담체계를 통해 수행됨에 따라 업무의 효율성 향상, ②복지행정의 전문성 제고 및 서비스 성과의 증대, ③ 보건과 복지담당 인력간의 상호협력을 통한 연계 서비스의 필요성 인식, ④ 보건과 복지의 연계서비스를 위한 새로운 사업의 시도 등으로 요약할 수 있다. 그러나 성과와 더불어 시범사업을 통하여 노정된 시범보건복지사무소의 한계로는 다음과 같은 사항이 지적되었다. ① 보건 복지 연계사업을 추진할 재원의 부족, ②연계사업 인력의 지원 미비, ③시범사업 실시를 위한 정교한 지침제시 미흡, ④홍보부족 등이다. 1995년 시범보건복지사무소의 시범사업으로 복지와 보건의 서비스 연계의 필요성은 확인되었으나 시범사업에 나타난 이용자의 접근성 저하에 대한 문제를 보완하고 시범사업의 장점을 모아 새로운 보건 복지 연계 서비스 제공방식의 모색이 필요하다는 것이 관련 전문가들의 견해이다.

일반 사회복지전달체계 뿐만 아니라 농어촌 사회복지전달체계 관련 선행연구도 수행되었다. 이광모 외(2008)는 2006년 6월 이후 추진된 주민생활지원서비스를 농촌 지역 사회복지전달체계맥락에서 고찰하고 있다. 저자들은 주민생활지원서비스를 중심으로 농촌지역 사회복지관의 권역별 센터가 민관네트워크의 중심축이 될 수 있음을 확인하고 강원도 횡성군을 4개 권역 읍내권(횡성읍, 우천면), 북부권(갑천면, 청일면), 동부권(둔내면, 안흥면, 강림면), 서남권(공근면, 서원면)으로 나누어, 권역별 센터를 설치할 것을 제안하고 권역별센터는 최대한 현재의 인력과 예산 그리고 장소를 활용해야 한다고 주장한다.

김주연(2010)의 연구는 전남 고흥군을 조사지역으로 하여 농촌지역 사회복지서비스 전달체계의 문제점과 개선방안을 제시하고 있다. 고흥군의 지역주민과 공무원 315명을 대상으로 실시한 설문조사 결과를 분석한 연구결과를 토대로 김주연은 공적전달체계에서는 전문 인력의 수가 절대적으로 부족하여 서비스 전달 공무원의 전문성을 기대하기에는 아주 어려운 것으로 분석하고 있다.

이태수 외(2012)는 농촌형 복지전달체계의 실태를 점검하고 이를 극복하기 대안적 모형을 충청북도를 중심으로 제시하고 있다. 저자들은 농촌체감형 복지전달

체계의 유형을 5가지로 분류하고 있다 (① 군단위주도형 ② 읍·면 단위 주도형 ③민간 권역별 센터 설치형 ④ 지역사회복지협의체 중심의 네트워크 형 ⑤ 중추기관 중심의 네트워크 형). 저자들이 제안한 충청북도 차원의 전달체계 개편전략으로는 첫째, 법적 기반이란 측면에서 충청북도 의회에서 ‘충북 농촌복지 전달체계 운영을 위한 조례(가칭)’를 제정토록 하고 여기에서 전달체계에 필요한 조직체계의 변화와 재정지원의 근거를 마련함과 동시에 기초자치단체별 조직체계의 변화까지도 담보하는 내용을 포함시킬 것을 역설하고 있다. 둘째, 적극적으로 복지재정을 확보하여 계획의 실현가능성을 제고해야 한다고 주장한다. 마지막으로 도농복합시나 군 단위에서 자체적으로 행하는 것만으로는 부족하기 때문에 충청북도의 조정과 지원이 필수적임을 강조한다(이태수 외, 2012).

농어촌 사회복지전달체계 개선에 관한 연구로는 박대식 등의 2012년 연구가 있다. 이 연구는 49개 시·군청 및 210개 읍면사무소에 근무하는 사회복지 담당자 343명, 민간사회복지기관 담당자 186명, 농어촌 주민 300명을 대상으로 설문조사를 수행하였다. 사례지역조사는 평야지역인 예산군과 김제시를 산간지역은 횡성군과 평창군을 어촌지역은 신안군과 완도군을 조사하였다. 저자들이 이 연구를 통하여 파악한 농어촌 사회복지전달체계의 문제점은 ①사회복지 자원의 부족과 복지업무의 과중(조직 인프라의 부족, 사회복지 인력의 부족 및 복지업무의 과중), ② 농어촌 주민의 접근성 부족(교통 불편 및 교통비부담, 복지정보의 부족, 농번기와 농한기의 미구분) ③전문성의 부족 ④서비스의 연계 및 민관 협력의 부족 ⑤통합적 사례관리 및 방문서비스 추진 곤란 등을 들고 있다. 저자들이 제안한 농어촌 사회복지전달체계의 개선을 위한 정책의 기본방향은 첫째, 현행 사회복지전달체계를 수요자 중심의 맞춤형 사회복지전달체계로 전환하고 둘째, 농어촌 사회복지전달체계의 효율성을 제고하고 품질관리 체계 구축함을 주장하고 있다. 세 번째 농촌지역의 사회복지전달체계를 구축하기 위해서는 사회복지 거버넌스를 구축해야 한다. 넷째, 생산적·참여적 복지정책을 실천적으로 추진해야 함을 역설하고 마지막으로 중앙 및 지방정부의 농어촌 복지정책 기능을 강화함을 제안하고 있다.

우리나라에서 이루어진 보건과 복지의 연계에 관한 연구를 살펴보면, 연계실태 및 연계방안과 모형개발에 관한 연구들(이주열·박강원, 1996·김정우 외, 1998)이 보건과 복지측면에서 각각 이루어지고 있다.

이주열과 박강원은 1995년 시범사업으로 추진된 보건복지사무소 모형을 비판적으

로 검토하여 새로운 운영방안으로 보건사회사업을 제시하였다(이주열·박강원, 1996). 보건사회사업은 지역주민의 건강과 관련된 경제적, 심리적, 사회적 문제를 해결하기 위하여 복지서비스를 제공하는 것이다. 보건복지사무소와는 달리 사회복지 업무를 담당하는 과나 계를 신설하는 것이 아니라 기존의 지역보건과나 가족보건계에서 사회복지인력을 활용하여 지역사회 보건사업을 실시하게 한다고 저자들은 주장하고 있다. 이를 담당할 인력은 기존의 사회복지 전문요원을 활용하며 미래에는 대학에서 사회복지 관련학과 졸업생 중에서 의료복지와 보건학관련 학문을 일정학점 이상 이수한 자에 한하여 보건사회사업가의 자격을 인정하는 제도적 장치가 필요하다. 보건사업가는 ① 상담서비스 ② 질병예방사업 ③지원 사업 ④지역사회진단 등의 업무를 담당하게 한다.

김정우 외 (1998)는 ‘보건복지서비스 전달체계의 효율적 운영방안 I’이란 연구에서 서울시 은평구에서 생활보호 노인 및 장애인들을 시범 사례로 선정하여 사례관리를 통하여 다양한 사회복지서비스와 보건의료 서비스를 통합적으로 제공하려는 시도를 진단하고 있다. 이 연구는 보건소의 가정도우미 및 담당 사회복지사, 사회복지관의 재가복지담당 사회복지사 등으로 구성된 사례관리팀의 활동내역을 고찰하고 있다. 은평구 사례관리팀의 활동은 첫째, 클라이언트의 생활환경에 대한 정보교환, 둘째, 각 기관에서 클라이언트에게 제공하고 있는 서비스 내용 파악, 셋째 클라이언트가 필요로 하는 서비스 내용파악, 넷째, 클라이언트 욕구에 대한 우선순위 설정, 다섯째, 단일 클라이언트에게 중복 실시되는 서비스 내용 조정, 여섯째 사례별 사례관리자의 지정, 일곱째, 서비스 통합 또는 연계 체제 구축 시 고려해야 할 문제점 등을 사례관리의 내용으로 다루었다. 보건소나 사회복지관은 클라이언트에 대한 정보를 가지고 있었는데 사례관리 팀을 운영함으로써 중복된 서비스 지원의 방지와 적절히 조정된 서비스를 제공할 수 있었다. 복지-보건을 망라한 통합서비스의 효율적인 운영을 위해서는 서비스 통합체계를 주도적으로 이끌 수 있는 주체가 중요한데 지역사회 단위에서 공공기관이 중심이 되어 민간기관의 참여와 협조를 이끌어가는 바람직하다고 저자들은 결론을 내리고 있다.

노길희와 김창기(2008)는 ‘농촌지역 노인의 보건·복지서비스 연계 실태와 개선방안에 관한 연구’에서 농촌지역 노인을 대상으로한 보건·복지의 서비스 연계 실태를 분석하고 있다. 연구방법으로는 충청북도 증평군 소재 노인 보건·복지서비스 복지서비스 제공기관에서 근무하는 실천가 10명을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 증평군청의 보건·복지 서비스 연계실태를 분석한 결과를 토대로 내린

결론은 다음과 같다. 첫째, 농촌지역에 노인 보건·복지 서비스 연계실태를 매우 단편적인 서비스 연계만이 실시되고 있다. 주로 현재 서비스 대상노인을 위한 시급하고 중복서비스를 방지하기 위한 서비스만을 연계하고 있을 뿐, 노인의 다양한 보건·복지 욕구에 부응하기 위한 예방적인 프로그램을 실시되지 않고 있다.

둘째, 농촌지역 노인 보건·복지 연계 서비스의 필요성에 대한 인식수준이 매우 높았다. 조사결과 보건소를 제외하고 대부분 노인들의 보건·복지 서비스가 통합되거나 연계되어야 할 필요성을 느끼고 있었다. 그러나 현실적으로 일선 보건·복지 현장에서는 대상자 선정방법으로 인한 업무실적 평가반영의 문제, 서비스 제공기관 간의 연락조정 문제, 전문성 부족과 전문직 간 역할 분담의 불명확, 연계서비스 단위 프로그램의 부재와 시간부족으로 연계·협력이 잘 이루어지지 않고 있다. 따라서 저자들은 농촌 노인보건·복지 서비스 연계 개선방안으로 기관장과 실무자들의 연계의지와 상호신뢰관계구축, 업무기준인정마련, 연계업무의 공식화, 연계담당 실무자협의체 운영 및 정례화, 노인보건·복지 정보시스템 구축, 전문성 향상을 위한 교육 프로그램 등을 개설 할 것을 제안하고 있다.

대부분의 선행연구들은 일반적인 사회복지전달체계를 다루거나 시·군단위의 보건 및 복지 두 조직간의 연계 실태와 개선방안을 다루고 있다. 농촌의 복지·보건 통합 전달시스템 구축에 대해서는 별로 관심을 두지 않았다. 일부 선행 연구 중 농촌의 사회복지전달체계 개선 문제를 직접적으로 주제로 한 연구는 존재하나 복지·보건을 아우르는 연구는 많지 않다. 따라서 본 연구는 복지·보건 수요가 높은 광역도 차원의 충남도 농촌지역을 대상으로 전달체계 통합방안을 단순히 학술적 차원의 연구에 머무르지 않고 시범사업까지 고려하여 연구를 진행하였다는 점에서 선행 연구와 차별점이 있다.

제3장 복지보건전달체계 현황과 개편 사례

제1절 충남도 농촌지역 복지보건 전달체계 실태

1. 충남도 사회복지·보건조직 실태

1) 충남도 사회복지 인력현황

충남의 전체 공무원 현황(2013년 12월 기준)은 16,398명으로 나타났으며, 이중 사회복지인력은 1,394명으로 전체 대비 8.5%로 나타났다. 충남 본청의 공무원과 사회복지 인력을 비교하여 살펴보면, 공무원은 3,879명, 사회복지인력은 71명으로 전체 공무원 대비 1.8% 임을 알 수 있다.

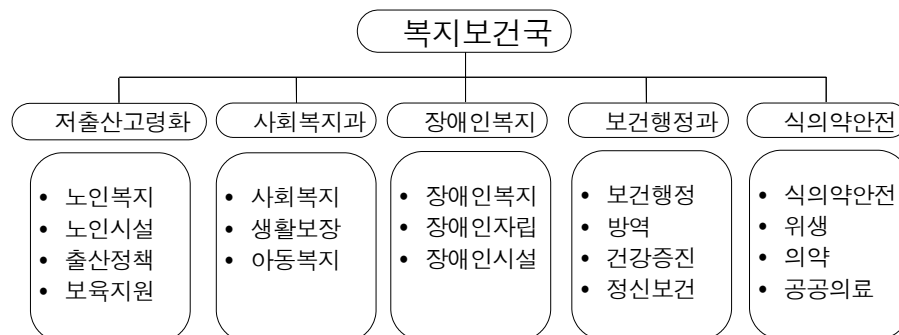
[표 5] 사회복지 인력현황

구분	전체공무원 현황	사회복지인력 현황			비율
		총계	사회복지직	행정직 등 기타	
계(전체)/명	16,398	1,394	801	593	8.5%
본청/명	3,879	71	14	57	1.8%

출처: 충청남도, 2014. 제3기 지역사회복지계획

아래 <그림 10>은 충남도 복지보건국의 조직도이다.

[그림 10] 충청남도 복지보건국



2) 사회복지민간자원현황

2014년 현재 종합사회복지관은 충청남도에 17개소가 있으며, 종합사회복지관은 아산시에 5개소가 있어서 가장 많고, 인구가 도내에서 가장 많은 천안은 2개소에 불과하다. 사회복지생활시설의 경우 천안이 68개소로 가장 많았으며, 논산과 아산 순으로 나타나고 있다.

[표 6] 사회복지시설 현황

(단위 : 개소, 명)

충남 시군별	계		아동복지 시설		노인복지 시설		장애인 복지시설		여성복 지시설		정신 질환자 요양시설		부랑인 시설		기타	
	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원	시 설 수	생 활 인 원
계	343	10,389	14	655	266	6,274	27	1,576	10	196	10	1,460	1	30	16	204
천안시	68	1,744	3	177	45	1,040	5	168	4	47	2	207	1	30	8	75
공주시	31	1,139	0	0	23	564	5	395	2	28	1	152	0	0	0	0
보령시	15	697	2	92	10	273	3	332	0	0	0	0	0	0	0	0
아산시	37	882	1	27	29	539	2	108	1	28	1	118	0	0	3	62
서산시	17	643	0	0	15	457	2	186	0	0	0	0	0	0	0	0
논산시	41	1,507	3	154	30	520	3	145	1	9	3	655	0	0	1	24
계룡시	9	219	0	0	7	168	0	0	1	44	0	0	0	0	1	7
당진시	19	640	0	0	18	611	1	29	0	0	0	0	0	0	1	6
금산군	22	424	2	71	19	316	1	37	0	0	0	0	0	0	0	0
부여군	10	583	1	72	8	391	0	0	0	0	1	120	0	0	0	0
서천군	14	503	0	0	11	369	2	94	1	40	0	0	0	0	0	0
청양군	7	181	0	0	7	181	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
홍성군	17	452	1	26	12	207	1	25	0	0	1	164	0	0	2	30
예산군	20	439	1	36	17	331	1	28	0	0	1	44	0	0	0	0
태안군	16	336	0	0	15	307	1	29	0	0	0	0	0	0	0	0

출처: 2014년 충청남도 기본통계

2014년 현재 충청남도 사회복지생활시설은 343개소, 어린이집 은 2,061개소, 아동 복지시설은 35개소, 장애인사회재활시설은 59개소, 장애인생활시설은 49개소, 장애인복지관은 14개소 노인주거복지시설 27개소, 노인복지관은 13개소, 여성복지시설 은 10개소, 경로당은 5,513개소이다.

3) 보건소, 보건지소 및 보건진료소 현황

충남도 보건소 현황은 보건의료원 포함 13개소, 보건지소는 151개소, 보건진료원 은 233개소이다. 보건소 인력은 875명, 보건지소는 819명이다.

4) 복지재정

사회복지분야 예산은 1조 4, 009억원으로(2014년 본 예산기준)으로 지속적 증가 추세(전체예산의 29.2%)에 있고 이 중 기초생활보장 33.4%, 노인, 청소년 28.5%, 보육 및 가족 및 여성 26.9%, 취약계층지원 9.6% 순으로 예산이 분포되어 있다.

2. 충남도 복지보건서비스 지역별 사례분석

1) 천안시

(1) 일반적 현황

천안시 사회복지와 보건업무를 담당하는 조직은 복지문화국과 2개의 보건소이다. 즉, 복지문화국에 복지정책과와 여성가족과, 노인장애인과가 있으며 동남구보건소와 서북구보건소에는 보건과와 건강관리과가 있다.

〔표 7〕 천안 사회복지 및 보건 조직구조

복지문화국			동남·서북 보건소	
복지정책과	여성가족과	노인 장애인과	보건과	건강관리과
복지정책팀 복지서비스팀 행복키움지원팀 생활보장팀 자활지원팀	여성정책팀 저출산대책팀 아동청소년팀 보육팀 다문화가족팀	노인정책팀 장애인 복지팀 노인시설팀	보건행정팀 예방의약팀 모자보건팀 진료팀	건강증진팀 방문보건팀 정신건강팀

천안시 공무원 중 사회복지직 공무원 수는 2014년 6월 현재 129명으로 시 본청의 복지정책과에 8명, 여성가족과에 8명, 노인장애인과에 5명, 양 구청 주민복지과에 28명, 동남구 보건소에 1명, 그리고 각 읍면동에 1명에서 4명까지 근무하고 있다.

천안시는 동남구 보건소와 서북구 보건소, 2개의 보건소를 보유하고 있다. 동남구 보건소는 보건과와 건강관리과의 2개 과로 구성되어 있으며 각각 사업목적에 맞는 하부 팀을 가지고 운영되고 있다. 동남구 읍면지역에는 8개의 보건지소와 11개의 보건진료소가 보건진료를 시행중이다. 서북구 보건소역시 보건과와 건강관리과의 2개 과로 구성되어 있으며 각각 사업목적에 맞는 하부 팀을 가지고 운영되고 있다. 서북구 읍면지역에는 4개의 보건지소와 7개의 보건진료소가 보건진료를 시행중이다.

보건소 인력은 총 92명으로 면허·자격종별 인력에서는 65명(간호사가 29명으로 가장 많음), 면허자격종별외 인력은 27명(보건직이 11명으로 가장 많음)이다. 보건지소 및 보건진료소 인력은 총 67명이고 면허·자격종별 인력은 48명, 면허·자격종별외 인력은 1명, 보건진료소 보건진료전담공무원은 18명이다(2012년 기준).

사회복지예산은 304, 706백만원로 2014년 본 예산 일반회계 대비 33.0%를 차지하고 있으며, 해마다 증가추세를 보이고 있다. 천안시 세출예산 및 결산 결과, 보건예산은 19.983백만원으로 전체 예산의 2.0%였으며 결산은 16,796백만원으로 1.9%를 차지하고 있다. 천안시 복지·보건 사업은 아래와 같다.

[표 8] 천안시 복지·보건 사업

	복지사업	보건사업
시 군 구	-지역사회복지계획수립	-감염예방사업
	-주민서비스욕구조사	-건강검진사업
	-사회복지 전산망 구축 및 관리	-소외계층건강검진
	-지자체 복지종합평가 관련 업무	-암관리사업
	-주민서비스 홍보 및 교육	-감염병관리
	-지역사회복지 정보의 관리	-결핵환자관리사업
	-국가보훈관련업무	-치매관리사업
	-종합복지시설(복지타운)건립 및 관리운영	-치매노인사례관리
	-사회복지관 설치 및 관리운영	-일반진료사업
	-사회복지서비스연계업무 총괄	-한방진료
	-서비스제공계획수립	-물리치료
	-지역특수사업개발 시행계획 수립	-의료비지원사업
	-주민생활지원 보건·복지 연계	-통합건강증진사업
	-서비스자원제공기관 간 네트워크 구축	-생명사랑정신건강증진사업
	-지역사회복지협의체운영	-시민건강지킴이찾아가는서비스
	-민·관협력복지협의체운영	-건강플러스홍보관운영
	-사회복지협의회관리	-건강생활지원센터운영
	-지역대학과의 협력사업 추진	-의료인, 의약품안전관리
	-사회복지공동모금회 관련업무	지도·검독
	-지역사회서비스 혁신사업	-응급의료기관관리
	-지역자원 연계자료 전산화 관리	-금연사업
	-푸드뱅크관리	-만성질환관리

	<ul style="list-style-type: none"> -지역복지 자원조사·발굴 및 통합관리 -사회복지서비스 관련 자원 연계 및 조정 -사회복지서비스보호대상자 결정 및 통지 -민·관 주민서비스연계 지원 -긴급복지(보건복지콜센터)지원결정 -이웃돕기 관리 및 후원사업 결연 사업 -사회복지통합서비스전문요원 관리 -<u>사례관리 사업추진</u> -복지자원 발굴 및 관리 -사회복지협의체 운영관리 -읍면동 주민복지팀 업무 지원 -상담실 관련 업무 -국민기초생활보장 업무 -의료급여업무총괄 -자활사업관련 업무 -희망키움통장사업 운영 및 대상자 선정 -<u>가사간병방문서비스 관련 서비스 제공</u> -취업성공패키지 추진 및 의뢰대상 수급자 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> -방문건강관리 -재활의료기 대여 -<u>연계서비스</u>
읍 면 동	<ul style="list-style-type: none"> -<u>보건</u> -기초생활보장수급자 -자활사업 -불우이웃돕기 -의료급여 -장애인일반 -모/부자가정아동 -묘지 -청소년 -환경 -<u>노인복지</u> 	<ul style="list-style-type: none"> -모자보건 -정신보건 -예방접종 -금연사업 -만성질환관리 -<u>치매</u> -방문보건 -보건행정 -민원처리 -우리주치의사업

※ 밑줄 친 부분은 양 분야의 공통사업임

(2) 심층인터뷰 결과

① 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 동기(이유)

업무속성상 보건이나 복지 업무의 영역을 넘어서 대상자가 필요로 하는 부분을 채워주려 하가 때문에 협력을 한다. 예를 들어, 보건소의 케어 대상자인 암환자는 비단 육체적인 질병을 보유하였을 뿐만 아니라 먹는 것도 간신히 먹고, 쪽방에서 부엌도 없이 부르스타 놓고 밥해먹는 열악한 환경이다 보니 면역력도 없고 병이 걸릴 수밖에 없는 구조이다. 따라서 간호사 자신이 암환자의 생활환경개선(화장실 개조 등)를 직접 하는 것은 아니지만 환자의 치료차원에서도 지역사회자원을 연계 할 수밖에 없는 상황이다. 자연히 지역사회 복지분야인력과 협업을 할 수밖에 없다.

② 보건·복지 각 기관별 의사 소통 방법

천안시의 경우 전화통화가 주된 의사소통방법이나 심각한 대상자는 만나서 의뢰를 하기도 하는데 사례의 경중을 따져, 필요하면 현장방문을 하기도 한다. 전화로 상황을 전달받는 거 보다 실제로 현장에 나가보면 대상자를 두고 양 분야간에 협업이 필요한 경우가 많다.

천안 서북구 보건소는 주로 시청의 행복키움지원단과 읍면동 주민센터 복지인력이 주요 협업 파트너이다. 행복키움지원단 사례관리팀이 수행할 수 없는 건강상담 등은 방문보건간호사에게 의뢰를 하거나 취약가정 사례관리시 건강이 좋지 않은 클라이언트는 방문보건간호사의 현장 방문을 요청하는 사례가 많다. 전반적으로 읍면동 주민센터 복지인력은 민원업무의 과부하로 현장을 잘 못 나가고 방문보건간호사의 현장방문을 기대한다. 한 달에 한 번 정도 행복키움지원단 사례회의시 보건인력과 복지인력이 대면하는 기회가 있고 천안시 쌍룡동 주민센터의 경우 공동 대응팀이라는 명칭으로, 방문보건 간호사, 통합사례관리사, 사회복지사간에 공동으로 사례관리 회의를 한다. 그러나 현재 천안시에서는 두 분야간에 별도의 회식모임 등은 존재하지 않고 있다. 천안시 복지, 보건 두 분야 간에 의사소통의 어려움은 크게 없다. 그러나 읍면의 보건지소나 주민센터는 주로 대면 행정이기 때문에 얼굴을 아는 사람이 의뢰를 하면 협조가 쉽지만 문서나 전화로 부탁을 하면 협조가 어렵다. 면에서는 복지보건인력이 상조회에도 같이 회원으로 가입하고 회식이 있으면 보건지소인력과 면사무소인력이 같이 밥을 먹고 마을잔치때도 서로 참여하여 얼굴을 상호간에 자연스럽게 익히게 되는 것이 업무협조로 이어지곤 한다.

③ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 내용

복지대상자의 건강상담, 병원연계, 보건인력 대상자의 가족관계, 청소, 정보공유 등이 보건·복지 각 기관별 연계(협력)의 내용이다.

보건인력이 방문간호사업을 수행한다면 동주민센터는 ‘공동대응팀’이라고 해서 방문보건간호사, 통합사례관리사, 사회복지직공무원이 공동으로 한달에 한번 정도 사례관리를 한다. 가령, 2015년 8월 26일 회의는 복지 및 보건 분야 종사자 9명이 참석하여 1분기 공동대응팀 서비스 연계 결과를 보고하고 5명의 사례대상자의 서비스 지원에 관한 토의가 있었다. 이외에도 천안시 7단지 1차(영구임대)아파트내 위급상황에 빠르게 대처하기 위한 방안이 모색되었다. 현재 천안시에서 공동대응팀의 기관화 논의도 나오고 있지만 어떤 식으로 조직을 융화시킬 것인가가 결정이 되지 않아 답보상태이다.

④ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 필요성에 인식과 현재 연계정도의 만족도

보건·복지 각 기관별 연계(협력)의 필요성은 공유가 되고 있으며 현재 두 조직 간에 협력의 정도는 10점 만점에 7-8점정도 이다.

⑤ 보건·복지 각 기관별 연계·협력이 잘 되지 않은 이유

보건·복지 두 조직간에 수평적 관계가 아닌 위상의 문제가 두 분야간에 협력을 가로막는 장애요인으로 작용하고 있다. 즉 보건 분야의 직급이 사회복지인력보다 높은 것도 연계·협력의 장애요인이다. 일선 현장에서 사회복지직공무원이 대부분 9급으로 시작하는 것에 비하여 간호사들은 8급부터 시작하여, 보건인력들이 복지인력에 비하여 직급이 높다. 또 간호사는 의사 밑에 바로 간호사라는 엘리트의식이 있어 전문 직종으로 분류되지만 사회복지분야는 사이버학습이나 야간대학에서 자격증을 획득 할 수 있으니 상대적으로 위상이 낮다. 또 복지인력은 순환근무이나 보건인력은 같은 근무지에서 장기적으로 근무하다보니 보건인력이 전반적으로 위상이 높다. 따라서 전문직으로 평가되는 보건인력은 복지 분야와의 협업의 정도가 떨어지게 된다. 또 보건조직은 오더(order)에 의해서만이 움직인다는 제약이 있다. 의사의 지시에 따라 움직이는 보건인력과 현장에서 급박한 클라이언트의 요구에 부응해야 하는 복지인력은 함께 일하기에는 태생적으로 너무 이질적이다. 복지인력의 경우 동장과 사회복지직공무원간에 클라이언트의 대응을 놓고 서로 제안을 하고 협의를 하는 것이 가능하여도 간호사는 의사의 지시대로 업무를 수행할 수밖에

에 없다. 즉 복지 분야에 비하여 영역이 한정되어 있는 보건 분야는 제한된 범위 이외에는 움직이지 않으려 한다. 가령, 생활이 어려운 (독거) 할머니에게 도배장판을 깔아주는 일을 공동으로 할 수 있는데 보건조직은 미온적으로 나오는 경우가 많다. 반대로 독감예방 같은 보건사업은 복지인력이 지원을 하지만 보건인력이 복지사업을 도와주는 일은 극히 드물다. 뿐만 아니라 대민업무의 밀착도 역시 보건인력이 높다. 보건업무는 속성상 주사 놔 주고 혈압 재주고 약 처방하는, 직접적이고 단기적인 서비스를 제공한다면 복지는 장기적이고 지속적으로 모니터링이 요구되는 간접적인 서비스를 제공하다. 따라서 두 분야 간 태생적인 업무차이도 연계·협력이 장애요인이다.

⑥ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 개선방안

두 분야가 너무 다르기 때문에 물리적 공간을 공유하는 것은 큰 의미가 없다고 평가한다. 만약 물리적으로 사무실을 통합하게 되면 보건인력과 사회복지직이 혼재 되는데 행정직이 와서 지시를 하게 되면 문제가 없게 지만 사회복지직이 지시를 하면 보건 쪽이 불만이고 보건 쪽이 지시를 하면 복지 쪽이 불만이다. 만약 물리적 통합을 하게되면 클라이언트뿐만아니라 팀장까지도 설명하고 설득해야 하는 이중 과업이 부과된다. 1995년도 시범보건복지사무소의 실패도 결국 복지체계와 보건체계의 소통의 문제뿐만 아니라 조직체계상 직급의 문제도 작용했으리라는 평가다.

두 분야의 협업이 만병통치가 아니라 서로 상대방을 모르는 상태에서 여기 저기 전화하는 건 너무 비효율적이므로 클라이언트의 문제를 해결해주는 전담 팀 구성이 효과적이라고 평가한다. 즉 일선현장의 종사자들은 두 영역을 자유롭게 넘나들 수 있는 보건-복지전담인력이 두 조직 간에 채널역할을 하는 것을 절실히 희망하고 있다. 또 공간을 같이 쓰기보다는 파견을 가거나 교육, 워크숍을 공동 하는 것이 효율적이다.

2) 당진시

(1) 일반적 현황

당진시 행정조직은 3국(안전자치행정국, 경제산업환경국, 건설교통항만국) 1단 27과, 3담당관, 직속기관 2개소, 3개 사업소로 사회복지과와 여성가족과는 안전자치행

정국 소속이다. 당진시 전체 공무원 수는 878명이고 전체 공무원 중 사회복지직 공무원은 55명으로 전체의 6.3%으로 사회복지과 14명, 여성가족과 9명, 읍면동에 27명 배치되었다. 당진시 전체 공무원 수(무기계약 및 기간제 제외)는 878명이고 이 중 사회복지직 공무원 수는 55명이다. 55명의 사회복지직 공무원은 사회복지과에 14명, 여성가족과에 9명, 읍면동에 27명이 소속되어 있으며 기타가 5명으로 집계되었다.

2012년 기준, 당진시의 세출 일반회계 재정은 4,899억원인데, 사회복지분야에 투입된 예산은 전체 예산의 18.71%로 지속적으로 증가하는 추세에 있으나, 전국평균 25%, 충남 평균 27.1%와 비교하였을 때 낮은 수준이다. 당진시 보건업무를 담당하는 보건소 조직은 4국 8과 체제이다.

〔표 9〕 당진시 보건소 조직도

(가) 보건행정과											
보건행정팀			통합보건팀			질병관리팀			의약팀		
인력	정규직	16	인력	정규직	3	인력	정규직	7	인력	정규직	3
	무기계약	6		무기계약	-		무기계약	-		무기계약	-
	기간제	6		기간제	-		기간제	4		기간제	-
<ul style="list-style-type: none"> · 보건행정 기획·조정 · 직원복무관리 · 보건소 예산운영 · 보건행정의 전반적 운영·관리 			<ul style="list-style-type: none"> · 지역사회건강조사 · 보건사업기획·분석 · 지역보건의료계획 수립 · 보건통계·지역사회 현황관린 · 신규정책 개발 · 지역사회만족도조사 · 통합건강증진사업 · 건강도시 조성사업 			<ul style="list-style-type: none"> · 감염병·방역대책·소독 · 소독업체 지도점검 · 결핵·에이즈·한센병 예방 관리 · 성병·신종질환 예방·관리 · 예방접종·임상검사 · 기생충 및 위생해충 구제 			<ul style="list-style-type: none"> · 의약업무에 대한 계획·조정 · 의료법·약사법에의한 허가 · 의료기관등록·신고·지도점검 · 특수장소의약품 취급 관리 · 의료기기 및 유통의약품 · 장기기증 등록신청 		

(나) 건강증진과														
건강증진팀			방문간호팀			노인보건의팀			정신보건의팀			모자보건의팀		
인 력	정규직	5	인 력	정규직	8	인 력	정규직	3	인 력	정규직	2	인 력	정규직	3
	무기계약	-		무기계약	6		무기계약	2		무기계약	-		무기계약	-
	기간제	11		기간제	11		기간제	5		기간제	6		기간제	2
<ul style="list-style-type: none"> · 건강행태개선사업 · 건강특화마을·헬스누리 · 금연클리닉·갑상선 기능검사 · 암환자의료비지원 · 성인질환 검진 · 각종 건강검진 · 골다공증 검사 · 전립선암 검사 · 국민영양개선사업 			<ul style="list-style-type: none"> · 맞춤형방문건강관리 · 거동불편환자 방문진료 · 지역사회건강조사 · 이동목욕 · 심뇌혈관질환관리 · 재가암환자 관리 · 희귀난치성 질환자 의료비지원 			<ul style="list-style-type: none"> · 한의약건강증진사업 · 건강100세지원센터운영 · 지역사회중심재활사업 · 취약계층초기검진사업 · 실명예방사업 · 건강아카데미사업 · 폐환자의료비지원 			<ul style="list-style-type: none"> · 정신건강증진업무 · 정신질환자 투약 · 정신질환자 의료비지원 · 행복마을운영 · 자살예방사업 · 아동청소년정신보건업무 · 재가정신질환자 가정방문 · 중독예방 · 사회복지재활업무 			<ul style="list-style-type: none"> · 영양플러스 · 미숙아·선천성 이상아·난청조기진단 · 취학전아동 실명예방사업 · 임산부의 건강관리 · 산모·신생아도우미지원 · 청소년 산모 임신·출산의료비지원 · 산후조리원 지도점검 · 난임부부의료비지원 		

당진시의 지역보건기관은 보건소 1개, 보건지소11개소, 보건진료소 19 개소가 있으며 인구 10만명당 보건기관 수는 19.1개이다. 인구 10만명당 각 보건기관 수는 보건소 0.6개소, 보건지소, 6.8개소, 보건진료소 11.7개소이다.

당진시의 지역사회복지자원으로는 먼저 지역사회복지센터의 기능을 수행하는 기관이 2곳 있는데 이는 당진군의 자체 특수시책으로 운영되는 복지센터를 지역을 중심으로 나눈 지역맞춤형 사회복지시설이다. 충남에서는 최초로 보건과 복지서비스를 연계 추진하는 당진군의 ‘행복나눔 복지센터’는 당진 북부지역 6개 읍면(당진읍, 고대면, 석문면, 대호지면, 정미면, 송산면)을 관할하는 북부행복나눔복지센터와 남부지역 6개 읍면(합덕읍, 면천면, 순성면, 우강면, 신평면, 송악읍)을 관할하는 남부행복나눔복지센터로 구분되며 비법정 대상자 등 차상위계층을 대상으로 사랑의 집수리사업, 방문목욕, 생활지원, 가사도우미, 말벗 서비스, 학습 진로지도 등 광범위한 서비스 제공하고 있다.

[표 10] 지역사회복지자원 현황

구분	시설명	운영주체	소재지	직원수	설립연도	주요사업
지역사회복지센터	북부 행복나눔 복지센터	사회복지 법인 삼육재단	고대면	8	2009	취약계층이나 어려운 이웃에게 집수리, 사례관리, 가사지원, 학습지도, 복지상담, 병원동행, 민간자원연계, 기타 재가서비스
	남부 행복나눔 복지센터	사회복지 법인 사회복지 협의회	합덕읍	4	2009	

(2) 심층인터뷰 결과

① 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 동기(이유)

당진시에서 보건·복지 두 조직간 연계가 되고 있는 주된 사유는 해당 담당자와의 비공식적인 인간적 관계였다. 서로간에 친밀한 담당자끼리는 소통과 협력의 정도가 높았으나 인간적인 친분이 있으면 쉽게 될 일도 해당 담당자가 원칙이나 규정을 따지서 비협조적으로 나오는 수도 있고 이러한 일이 반복되면 기관간의 관계 또한 소홀해 진다.

담당자와의 인간적 관계이외에 연계에 영향을 미치는 요인은 기관장의 관심과 성향에 따라 복지 및 보건 정책이 달라지고 이에 따라 보건·복지 정책의 협력정도도 변화가 있는 것으로 조사되었다. 특히 당진시는 지역사회복지협의체의 보건분과가 잘 운영되고 있고 다른 시군에 없는 행복나눔센터가 존재하여서 복지, 보건 두 분야간 연계·협력이 비교적 다른 시군보다 잘 되고 있다.

② 보건·복지 각 기관별 의사 소통 방법

각 기관별 의사소통방법은 전화가 가장 빈번한 소통 방법이었으며 사안이 중대한 사례인 경우에는 전화통화이외에도 공식적으로 공문을 통한 회신을 하고 있었다. 다만 문서를 통한 소통은 서신이 교류하는데 시간이 지연되는 예가 많았다.

각 기관별 담당자간에 대면은 공동사업 때문에 만나는 경우가 있으나 그 횟수가 빈번하지는 않고 사회복지인력과 보건소 인력간에 정기 모임은 존재하지 않고

있었으나 행복키움지원단이나 행복나눔센터 사례관리 회의를 통하여 주기적으로 모이고 있다.

보건·복지 두 기관간에 의사소통은 전반적으로 원활한 것으로 평가할 수 있으나 보건소 정신보건센터의 인력이 부족한, 구조적인 문제로 사례관리를 전담하는 기관(행복나눔센터)이 기대하는 만큼 신속하게 연계·협력이 이루어 지고 있지 않다. 가령, 정신적 문제가 있는 클라이언트의 경우 사례관리를 하는 기관에서는 병원연계의 절차를 진행중인데 정신보건요원이 제때에 소견서를 내려주지 못하여 대상자의 처리가 지연되는 사례가 많았다. 또한 재가서비스를 제공받는 사례관리 대상자의 경우 보건소 정신보건센터 인력이 현장에 출동하여 클라이언트의 상황을 직접 눈으로 확인해야 하는데 그렇지 못한 경우가 많았다. 따라서 연계·협력의 대상자에게 사회복지인력이 보건소와 서비스 제공계획을 같이 세우는 예가 거의 없었다.

③ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 내용

당진시 보건소와 행복나눔센터간에는 양해각서(mou)를 체결하여 건강증진사업, 1:1결연사업, 알코올 중독사업 등을 수행하고 있다. 양해각서(mou)사업대상인 건강증진사업은 월 마다 수행하고 있고 사례관리를 위하여 두 기관은 수시로 연락을 취하고 있었으며 소통의 내용은 주로 알콜 중독자나 정신적인 문제를 지닌 클라이언트의 대응문제였다. 행복나눔센터에서 보건소로 의뢰하는 경우가 더 많았고 그 내용은 검사비가 있다면 검사비 청구, 검사 후 약물관리비용, 진단비용의뢰 등을 보건소에 협력을 요청하고 있다. 반대로 보건소에서는 사회복지인력에게 환자들의 정보나 경제적 지원가능여부를 타진하는 사례가 많았다.

행복나눔센터장이 지역사회복지협의체 사례관리 분과장이기 때문에 사례관리 분과를 이용해서 보건인력과의 만남이 이루어지고 있다. 지역사회복지협의체 안에서 20개 기관이 mou를 체결하였고 협력내용은 상호간 정보공유와 1년에 2번 전체교육을 진행하고 있다.

④ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 필요성에 인식과 현재 연계정도의 만족도

사회복지인력의 보건소와의 연계 필요성은 강하게 인지하고 있었으나 실제로 연계·협력 수준의 평가는 높지 않았다. 사회복지인력의 보건소와의 협력은 보건소측에서 병원에서 진단서를 발급 받은 사례만 대응해 주는 예가 많았다. 예를 들어서, 자살의 징후가 있다거나 아니면 정신과적인 진단을 받지 않았어도 사회복지사가

판단 때, 문제가 있는거 같아 클라이언트를 보건소에 의뢰해도 반응이 없는 경우가 많다. 그러나 대상자에 대한 보건·의료적 대응이외에 사회복지적 측면의 고민도 보건인력간에 공유되고 있다. 현재 두 조직간의 연계망 구축의 주관적 평가는 8.5점에서 9점으로 비교적 높았으나 대상자에 대한 자원연계부분은 5-6점에 불과하여 지역의 자원을 효율적으로 연계하는 것이 숙제로 남아있다.

⑤ 보건·복지 각 기관별 연계·협력

보건·복지 각 기관별 연계·협력이 잘 되지 않은 이유는 서로에 대한 이해가 부족한 것이 가장 큰 이유라 평가되고 있다. 두 조직의 전문화에 따라 복지쪽은 보건쪽의 업무를 잘 모르고 반대로 간호사들은 사회복지사가 무슨 일을 하고 있는지 숙지하지 못하고 있었다.

전반적으로 사회복지인력이 보건인력의 협조의 필요성을 많이 인지라고 있었으나 보건쪽에서는 협력의 동기부여가 충분히 되지 않고 있는 실정이다. 일선현장의 종사자에 따르면, 보건과 복지의 연계가 어려운 이유를 두 영역간에 다른 전문성에 기인한다.

⑥ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 개선방안

보건과 복지 인력간에 같은 공간을 공유하는 물리적 통합은 반드시 필요 하지 않다고 현장의 종사자들은 평가하고 있다. 물리적 통합의 경우, 자리다툼의 알력을 경계하는 실무자가 많았다. 즉 간호사는 사회복지사에게 지시를 받고 싶지 않고 반대로 사회복지사는 간호사에게 지시를 받지 않으려는 경향이 존재한다.

물리적 통합보다는 사례관리 차원에서 의뢰가 들어왔을때 전담인력이 존재하여서 적재적소에 담당자를 연계시키는 제도적인 구축이 필요하다고 입을 모았다. 또한 보건·복지 두 영역간에 교차교육을 실시하여 상호간에 이해를 도모하는 것도 협력의 수준을 높이는 방안이다. 즉 사회복지사도 현장에서 당뇨, 고혈압 등의 기본적인 개념을 알아야 하고 간호사도 사회복지사의 역할을 숙지하는 것이 현실적 개선방안이다. 또한 현재 4년마다 수립되고 있는 복지쪽의 지역사회복지계획과 보건쪽의 지역보건의료계획을 공동작업으로 수행하는 것도 생각해 볼 수 있다고 현장의 실무자는 평가한다.

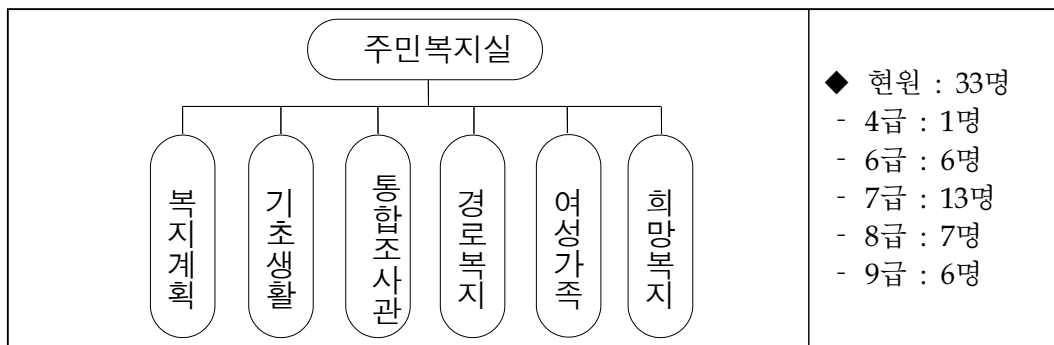
또한 두 분야의 물리적 통합보다는 오히려 분야별로 전문성을 강화하고 두 분야의 종사자를 대상으로 특화 프로그램을 개발하자는 의견도 있었다.

3) 예산군

(1) 일반현황

예산군은 2개의 실과 12개의 과, 1개의 추진단으로 구성되어 있으며 사회복지 관련부서로는 주민복지실이 있으며 주민복지실의 조직도는 아래 조직편성표와 같다.

〔그림 11〕 예산군 주민복지실 조직도



출처: 예산군청 홈페이지

주민복지실은 복지기획담당, 기초생활담당, 통합조사관리담당, 경로복지담당, 여성가족담당, 희망복지담당 등 6개의 담당으로 구성되어 있다.

[표 11] 예산군 주민복지실 구성 현황

과 명칭	담당명칭 (인원)	업 무 분 장
주민복지실 (33명) (실장1명 포함)	복지기획 (5명)	- 복지기획담당 업무총괄 - 서무회계, 지역사회복지계획 - 장애인 단체 관리 - 보훈, 지역사회서비스 투자사업 - 장애인복지일반
	기초생활 (4명)	- 기초생활담당 업무총괄 - 의료급여 관리 - 국민기초생활보장 일 전반, 저소득주민 및 자녀장학기금관리
	통합조사관리 (9명)	- 통합조사관리 업무총괄 - 복지대상자 신규조사 - 복지대상자 확인조사
	경로복지 (4명)	- 경로복지 총괄 - 경로당관리, 노인회관리, 경로복지일반 - 기초연금지원, 노인종합복지관관리, 노인장기요양기관 관리 - 장사 등에 관한 업무, 노인일자리 사업, 노인돌봄서비스 지원 및 관리
	여성가족 (6명)	- 여성가족업무 총괄 - 성별영향분석평가, 건강가정지원센터 운영 - 여성복지 일반, 가정상담소 운영 - 지역아동센터 설치 및 운영관리, 방과 후 돌봄 서비스 결정 및 관리 드림스타트 운영 관리 - 아동일반, 보육료 지원 자격결정 및 통지 - 보육전반(어린이집 관리) - 청소년일반, 청소년 수련관 운영, 청소년 미래 센터 설치
	희망복지 (4명)	- 희망복지담당 업무총괄, 이재민 관리, 재해구호 업무 - 지역사회복지협의체 운영, 사회복지협의회 운영, 저소득 후원 및 결연 - 통합 사례관리사업 운영, 지역사회 자원관리 (조사 및 개발) - 긴급복지 업무 전반

출처 : 예산군청 내부자료, 2013.12.31

읍·면 별로 복지·주민생활지원 담당 현원 및 업무는 아래와 같다.

[표 12] 예산군 읍면별 복지·주민생활지원 담당 현황

구 분	인 원	담당 업무
예산읍	5	기초생활보장수급자, 의료급여, 차상위우선돌봄, 복지대상자사례관리, 노인복지, 긴급복지 및 공동모금회, 보훈, 장사, 자활사업, 정부양곡, 여성복지, 보육, 아동, 청소년, 바우처사업, 장애인복지, 보건위생 및 방역, 이재민구호 등
삼교읍	7	
대술면	3	
신양면	3	
광시면	4	
대흥면	3	
응봉면	3	
덕산면	4	
봉산면	3	
고덕면	4	
신암면	4	
오가면	4	

예산군 2014년 세출예산 현황을 살펴보면, 예산군 전체예산은 405, 700, 000천원이며, 이 중에서도 보건·복지 예산은, 71, 619, 689천원 19.42%를 차지하고 있고 예산군 전체 예산 중 보건예산은 7, 189,013천원으로 1.77%를 차지하고 있다.

예산군은 보건소 1개, 보건지소 11개, 보건진료소 16개 분포하여 지역주민의 삶의 질 향상과 건강한 생활을 위하여 유지 관리 하고 있다. 보건서, 보건지소 및 보건진료소 정원 총 인원 152명 (일반직 73명, 기타직 79명) 중 현원 139명이 (일반직 73 명, 기타직 66명) 으로 구성되어 있다. 예산군 복지·보건 사업은 아래와 같다.

[표 13] 예산군 복지·보건 사업

	복지사업	보건사업
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> -복지기획담당 -지역복지계획 -장애인단체관리 -보훈, 지역사회서비스 투자사업 -장애인복지일반 -기초생활담당 -의료급여 관리 -저소득주민 및 자녀장학기금관리 -자활사업 전반, 생활안정 기금융자 -통합조사관리 -복지대상자 신규조사 -복지대상자 확인조사 -경로당관리, 노인회 관리, 경로복지일반 -기초연금지원 -노인종합복지관관리 -노인장기요양기관관리 -장사 등에 관한 업무 -노인일자리사업 -노인돌봄서비스 지원관리 -성별영향분석평가 -건강가정지원센터 운영 -여성복지 일반, 가정상담소 운영 -지역아동센터 설치 및 운영관리 -방과 후 돌봄서비스 결정 및 관리 -드림스타트 운영 관리 -아동일반, 보육료지원 자격결정 및 통지 -보육전반(어린이집 관리) -청소년일반 -청소년 수련관 운영 	<ul style="list-style-type: none"> -지역보건의료계획수립 -농어촌의료서비스개선사업 -건강보험검진사업 -국가5대암검진사업 -각종질환검진사업 -노인무료개안수술비지원 -심장병무료수술 -전립선비대증 및 심혈관질환 무료 검진 및 시술 -취약계층 인공관절 및 척추질환 무료 검진 및 시술 -보호자없는 병실운영 -노인의치사업 -치아홈메우기사업 -학교구강보건실운영 -불소도포 및 불소용액양치사업 -꾸러기 구강건강 캠프운영 -노인·장애인 구강 보건 사업 -노인 불소도포 및 스켈링 사업 -구강교육 및 홍보 -구강보건행사 -영육아건강관리 -임산부건강관리 -영양플러스사업 -출산장려금지원 -산모신생아 건강관리 지원 -난임부부 시술비 지원 -영육아 예방접종 -성인예방접종

	<ul style="list-style-type: none"> -청소년 미래 센터 설치 -희망복지담당 업무총괄 -이재민 관리 -재해구호 업무 -지역사회복지협의체 운영 -사회복지협의회 운영 -저소득 후원 및 결연 -통합사례관리 운영 -지역사회 자원 관리(조사 및 개발) -긴급복지 업무 전반 	<ul style="list-style-type: none"> -예방접종도우미 -급성감염병관리 -만성 감염병 관리 -의약사 및 마약류 -건강생활실천 -흡연예방 및 금연클리닉사업 -심뇌혈관예방관리사업 -방문보건관리사업 -정신건강사업 -<u>치매관리사업</u> -정신요양시설 운영 및 관리
읍 면 동	<ul style="list-style-type: none"> -기초생활보장수급자 -의료급여 -차상위우선돌봄 -복지대상자사례관리 -노인복지 -긴급복지 및 공동모금회 -보호, 장사, 자활사업 -정부양곡 -여성복지 -보육, 아동, 청소년 -바우처사업 -장애인복지 -보건위생 및 방역 -이재민구호 	<ul style="list-style-type: none"> -진료업무 -약처방 -상담, 교육 -심·뇌혈관 사업 -암검진 -한방진료 -침시술 -약처방 -노인방문서비스 -운동증진사업 -구강, 보건사업 -금연사업

※ 밑줄 친 부분은 양 분야의 공통사업임

(3) 심층인터뷰 결과

① 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 동기(이유)

복지 분야는 휴먼서비스이고 보건 분야는 환자의 케어(care)를 담당하기 때문에 두 분야의 업무가 서로 이질적이나 대상자 중심으로 보면 필요한 것을 동시에 받으면 좋다는 인식이 공유되고 있다. 따라서 대상자가 동일하기 때문에 사회복지인력이나 보건인력간에 협력의 필요성은 공유되고 있다. 보건 쪽 대상자가 사회복지 지원이 필요하기도 하고 빈곤층이 지속적인 병원진료도 받는 경우도 많아서 효율적이고 통합적인 서비스 제공을 위해서는 두 조직 간에 협업이 절대적이다. 가령, 정신적 문제를 가진 대상자는 사회복지사 단독으로는 해결능력이 떨어져 반드시 보건인력의 도움이 절대적이다. 따라서 복지 분야만 가지고는 사례관리 종결이 되지 않는다. 또한 예산은 농촌지역이고 노인들이 많기 때문에 보건인력도 주거환경 개선 등, 환자의 생활환경에 특히 관심을 기울여야 한다. 또 담당자간의 인간적인 친밀함도 업무에 지대한 도움이 되고 있다.

② 보건·복지 각 기관별 의사 소통 방법

예산군은 보건지소와 면사무소가 지리적으로 가깝기 때문에 전화통화보다는 담당자끼리 직접 찾아가서, 문제가 되는 대상자의 정보나 제공되는 서비스의 현황을 교환한다. 뿐만 아니라 사회복지인력과 보건인력끼리 지리적으로 가까우므로 점심을 함께 하는 예가 많고 서로간의 이해도가 도시지역보다 상대적으로 높다. 따라서 전화나 공문 등의 서신 교환, 별도로 회식 등 정기적 모임 등은 거의 없는 실정이다.

③ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 내용

예산군은 전체인구에서 노인들이 차지하는 비율이 상대적으로 높기 때문에 주거환경개선에 두 분야의 협업이 많이 요구된다. 보건지소에서 사회복지쪽과 주로 협력하는 기관은 읍면 주민센터는 물론, 노인회나 장애인 복지관, 적십자봉사단 등이다. 그러나 면 주민센터는 본격적인 사례관리보다는 민원업무나 수급자신청업무가 많아서 보건지소 방문보건간호사는 군청의 통합사례관리사와 사례관리를 한다. 예산군의 행복키움지원단 초기에는 보건소나 보건지소인력과의 인간적 유대를 강화하였고 방문형서비스제공이라는 공통분모가 있어서 상호간에 정보공유나, 대상자 상호의뢰를 많이 하였다.

보건지소와 군청 사례관리팀의 협조 내용은 주로 알코올 중독자나 정신적인 문제를 가진 클라이언트의 대응문제이다. 또 대상자가 장애인이라면 보건분야이외에 반찬 지원 사업을 연계하고 노인이라면 자택청소 등을 사회복지 기관과 협력한다.

또 기초생활수급자분들이 자주 병원에 가면 사회복지인력이 조사차원에서 왜 계속 병원에 다니는 지도 보건인력에게 묻곤 한다. 암 환자의 긴급 지원, 유아의 영양 사업, 산모의 바우처 지원 등도 양 분야가 협력하는 사업 내용이다.

④ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 필요성에 인식과 현재 연계정도의 만족도
보건과 복지쪽의 연계·협력은 잘 되고 있어서 주관적 만족도는 8-9 점정도이다. 면사무소는 사회복지 수급의 신청단계고 사례관리 업무는 예산군청의 행복키움지원단의 통합사례관리사가 전담하기 때문에 보건인력과 공동으로 서비스 제공계획을 수립하지는 않는다.

⑤ 보건·복지 각 기관별 연계·협력이 잘 되지 않은 이유

보건쪽과 복지쪽이 서로 대등한 수평적 관계보다는 복지분야의 예산이나 인력이 급증하는 탓에 보건분야 보다 우위에 있다고 평가되거나 반대로 간호사는 사회복지사 자격증을 보유하고 있어 복지분야와 호환이 가능하지만 사회복지사가 간호사 자격증을 보유한 경우는 없어 위상의 차이가 있다. 또 공무원은 순환보직으로 변동사항이 많으나 보건소-보건지소(보건진료원)로 이어지는 보건분야는 근무지가 변동이 없고 복지쪽보다 체계가 잘 잡혀있다. 또 두 분야는 업무뿐만 아니라 보고체계도 다르다. 두 분야간 업무가 이질적인 것도 연계·협력의 장애요인이다. 케어업무를 주로 하는 보건분야는 환자에게 혈압을 재주거나 파스·영양제를 주는 사업이지만 휴먼서비스를 수행하는 복지분야는 주로 돈 하고 관계가 있어 상호간의 정보공유나 예방사업을 가능하나 합동사업이나 공동 사업은 불가능하다.

⑥ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 개선방안

사회복지인력과 보건인력간에 물리적 통합보다는 두 분야의 전문성을 강화하는 것이 오히려 협력의 전제 조건으로 꼽고 있다. 즉 1995년에 실시된 시범보건복지사무소와 같은 물리적 공간을 공유하는 것은 별 의미가 없고 자기 고유의 업무가 있으니 하나로 융합되기는 어렵다고 평가한다. 현재처럼 독립적 체계를 유지하면서 필요할 때 서로 공조하는 시스템이 더욱 효율적이라 평가한다. 또 복지 분야는 구

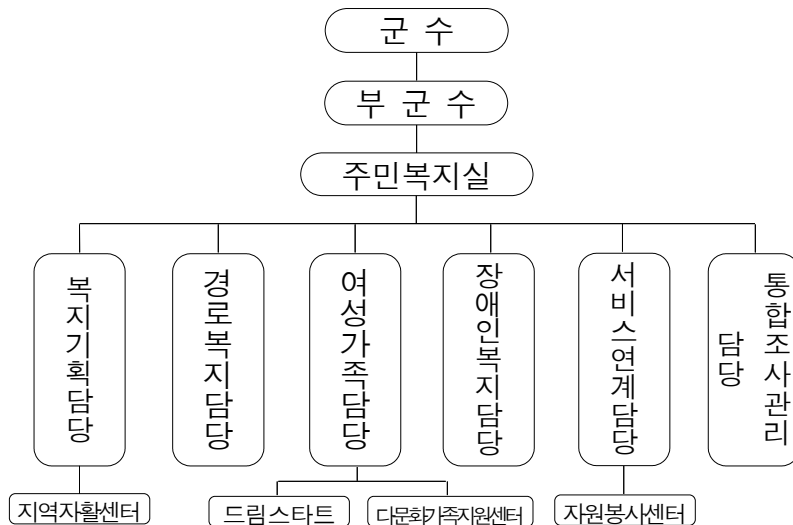
조적으로 민원업무를 하기에 부족한 인력이므로 보건 분야와의 물리적 통합보다는 복지인력을 확충하고 보건 분야는 전문성을 강화하는 방안을 선호한다.

또 복지분야만 현재의 시군구·읍면동 단위가 아닌 권역별 시범 사업이나 거점별로 시범사업을 실험적으로 해보자는 의견도 개진되었다.

4) 청양군

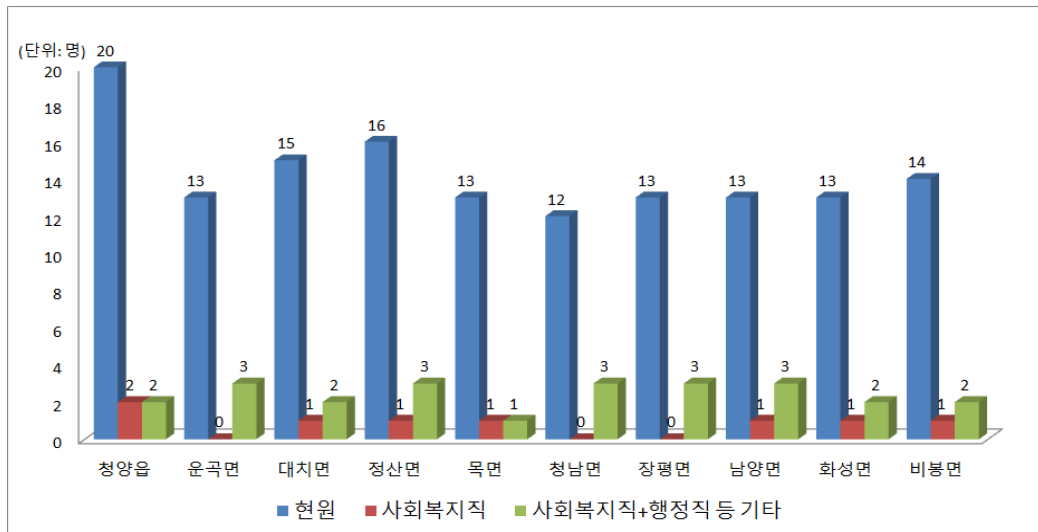
(1) 일반현황

[그림 12] 청양군 주민복지실 조직도



청양의 사회복지 조직은 상기의 <그림 12>와 같다. 사회복지관련 부서인 주민복지실은 6개 분야 총 31명의 인력으로 구성되어 있으며 복지기획 6명, 경로복지 4명, 여성가족 4명, 장애인복지 3명, 서비스 연계 10명, 통합조사관리 4명으로 구성되었다.

(그림 13) 청양군 읍면별 사회복지 인력



자료출처 : 제3기 청양군 지역사회복지계획, 97쪽

청양군 전체 공무원 현원은 530명이며 본청에 근무하는 공무원 388명 중 사회복지직과 행정직을 겸하는 공무원은 28명이며 1개의 읍과 9개의 면에 사회복지직 공무원은 2-4명이 배속되어 있다. 청양군의 일반회계 2,548억원중, 사회복지관련 예산 현황은 374억원으로 청양군 예산 대비 15.2%를 차지하고 있다.

청양군은 1개의 보건의료원이 있고 보건지소는 9개소가 있으며, 보건진료소는 13개소가 있다. 청양군 보건의료원 전체 인력수는 142명이다. 이 중 정원내 인력은 46.5%, 정원외 인력은 33.1%, 공중보건의 20.4%이다. 정원의 인력 비율은 40.4%, 보건지소 25.7%로 보건의료원이 높다. 청양군 복지·보건 사업은 아래표와 같다.

[표 14] 청양군 복지·보건 사업

	복지사업	보건사업
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> -주민생활지원서비스실시계획 수립 -지역사회복지 종합계획 수립·시행 -사회복지시설 관리 -보훈단체 지원 및 관리 -군 복지회관 관리 -국민기초생활보장 업무 저소득층지원 -의료급여수급자 관리 및 지원업무 -사회복지협의회 운영 -자활근로사업 추진 -지역자활센터 운영지원 및 지도·감독 -복지행정종합평가 -행려자 관리 및 무연고 사망자 처리 -지역자원발굴 및 동원연계 -사회복지서비스 실시 -보건 및 복지서비스 연계 및 조정 -긴급복지지원 -사회복지 공동모금회 관련 업무 -지역사회복지협의체 -통합사례관리 업무 및 민·관 협력업무 -자원봉사센터 운영 및 자원봉사자 관리 -이웃돕기 및 후원결연, 민간 네트워크 구축 -사랑의 이동목욕 봉사 업무 -가로등 설치 및 관리 -마을봉사의 날 운영 -이재민 대책 및 구호물자 등 자원관리 -노인일자리 창출, 고령화 대책 업무 -기초노령연금, 장수수당 지급 -경로당 운영지원 및 활성화 -독거노인, 재가노인 (바우처사업, 식사배달)지원 -재가노인 복지시설, 노인장기요양보험제도 -노인회 활성화 및 행사지원 -노인요양시설 운영 	<ul style="list-style-type: none"> -공공보건의료서비스사업 -맞춤형방문건강관리사업 -육상형U-health원격화상진료사업 -재가암관리사업 -국가암조기검진사업 -암치료비지원사업 -신생아출산지원에 관한 사항 -회귀난치성질환자의료비지원사업 -경로당방문한방진료사업 -의료급여수급자성인병질환검진 -농어촌여성건강검진 -전립선암 통풍검진 -치매조기검진사업 -치매치료관리비지급 -치매상담센터운영 -정신보건센터운영 -재가정신(간질)환자 투약비지원사업 -건강생활실천사업 -건강증진센터운영 -저소득층실명예방사업 -아토피, 천식질환 예방관리사업 -구강보건사업 및 구강보건센터운영 -노인의치보철사업 -학교구강보강실 운영 -지역사회건강사업조사사업 -임산부·영육아 영양플러스사업 -모자보건사업 -난임부부지원에 관한 사항 -취학전 아동 실명예방사업

	<ul style="list-style-type: none"> -묘지인허가, 추모공원 업무 -장애인 복지증진 시책 -장애인생활안정 지원 -장애인편익증진 지원 -장애인시설 지원 및 지도 감독 -장애인 편의시설 관리 -장애인 연금 및 수당지급 -중증장애인 활동 보조사업 -장애인단체 활동 지원 -장애인 장기요양 지원 -장애인 일자리 사업 -여성정책 및 권익증진 사업 -한부모 가족지원 -다문화 가족지원 -여성교육 및 복지 -공공기관 성희롱 예방 -여성단체협의회 지도육성 -성폭력 및 성매매예방 -보육발전 및 보육시설 수급계획 수립 -보육시설 운영 및 보조금지원 -보육시설 설치 및 종사자 관리 -저소득층 보육료 감면 대상자 선정 -아동·청소년 보호 및 복지증진에 관한 사항 -총·효·예 교실 관련 업무 -드림스타트 관련 업무 	
읍 면 동	<ul style="list-style-type: none"> -환경 -가족관계등록 -자원봉사 -기초생활수급자업무 -장애인복지 -노인복지 -아동복지 -청소년복지 	<ul style="list-style-type: none"> -내과진료 -한방진료 -방문간호 -예방접종 -모자보건 -우울증사업 -정신보건사업 -치매관리사업

※ 밑줄 친 부분은 양 분야의 공통사업임

(4) 사례연구

① 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 동기(이유)

다른 시군의 종사자들처럼 대상자의 욕구에 최대한 부응하는 것이 협력의 이유이고 같은 대상자에게 서비스가 물리는 중복서비스나, 서비스를 받아야 할 사람이 받지 못하는 누락을 예방하기 위해서 두 영역간 협조가 필요하다.

복지, 보건 분야 종사자간 논의를 하다보면 중복수혜나 서비스가 누락되는 문제점이 발견된다. 예를 들어 A라는 서비스를 제공하려할 때 어떤 기관에서 어떤 서비스를 제공하는지의 여부를 파악하기 위해 협력이 필요하다.

같은 종사자끼리도 인간적 특성에 따라서 협력의 정도가 많이 달라진다. 담당자에 따라 두 조직 간의 협조가 이해관계의 침해로 받아들이는 담당자도 있고 클라이언트의 입장에 서서 대승적으로 협력하는 사람도 있다.

② 보건·복지 각 기관별 의사 소통 방법

두 영역간 의사소통의 방법은 전화, 직접 대면, 공문 등의 모든 수단이 동원된다. 상대방의 협조가 미온적이라고 판단될 때는 직접 찾아가 협조를 구하기도 한다. 청양 보건의료원의 사회복지파트너들은 자활센터의 독거노인 사례 관리자, 협의체 간사, 자원봉사 센터이고 희망복지지원단의 통합사례관리사가 가장 주된 파트너이다. 청양보건의료원이 복지파트너는 11개 기관 정도가 된다. 청양보건의료원과 사회복지인력간에는 평균적으로 일 주일에 5-6번 정도 연계가 된다.

전반적으로 두 분야 간의 의사소통은 잘 되고 있으나 환자에 대한 개인적인 사례관리를 진행할 때 세밀한 부분이나 의료부분에 대화가 치우칠 때 소통의 어려움이 있다. 전체적으로 회의를 진행할 때에도 종종 소통의 어려움이 있다.

대상자의 서비스제공계획을 두 분야가 공동으로 수립하지는 않으나 지역사회복지협의체의 사례분과 회의 때 클라이언트의 서비스 제공계획을 논의하기도 한다. 그러나 두 분야가 회식이나 정기모임을 갖지는 않는다. 그러나 개인적인 친분에 의해서 업무와는 별도로 만나는 경우는 있다.

③ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 내용

보건·복지 각 기관별 연계(협력)의 내용은 정보공유, 반찬서비스의 연계, 푸드뱅크 의뢰 등과 같은 경우이다. 즉 치매환자는 의료분야이외에도 다양한 문제가 있고

독거노인은 저소득층 환자가 많기 때문에 복지 분야와 보건 분야 간의 협력이 필요하다. 정신질환자는 정신보건센터 간호사의 환자이기도 하고 동시에 군청 통합사례관리사의 사례관리 대상이기 때문에 공동으로 현장을 방문하고 이어서 공문으로 협조를 부탁한다. 정신분야 대상자나 치매환자가 응급입원을 하게 되면 경찰관과 소방관이 동행하게 되고 면사무소 복지 담당자와 자동적으로 협업 체계가 이루어진다.

④ 보건·복지 각 기관별 연계·협력의 필요성에 인식과 현재 연계정도의 만족도
연계·협력의 필요성은 서로 두 조직간에 공유되고 있다. 청양은 보건인력과 사회복지 종사자들과 연계가 잘 되고 있고 협력정도는 10점 만점에 8점점도이다.

⑤ 보건·복지 각 기관별 연계·협력이 잘 되지 않은 이유

복지 분야와 보건 분야 간에 연계·협력을 진행할 때 실적평가의 문제가 연계·협력의 걸림돌로 작용한다. 문제를 의뢰한 쪽은 준 것으로, 의뢰 받은 곳은 받은 것으로 잡히지만 두 분야 간 평가체계가 다르고 담당자의 개인적 성향 때문에 협력을 거부하는 기관도 있다. 실제로 장애인 복지관에 등록되어 있는 장애인은 동시에 보건의료원 재활사업 대상자이기도 하므로 의료원에 등록만 되면 의료서비스를 받을 수 있지만 기관평가문제 때문에 청양장애인분관과는 협조가 잘 이루어지고 있지 않다. 노인전문교육관도 관장의 성향 때문에 두 분야 간 협조가 잘 진행되고 있지 않다. 공동으로 협력하고 공동으로 실적이 평가되면 모르나 어떤 기관은 연계·협력이 내 밥 그릇 빼기는 것처럼 인식되고 있다. 또 상호간에 관심부족, 업무에 대한 이해부족도 연계·협력에 장애요인이다. 두 분야를 컨트롤 할 수 있는 전담기관이나 전담인력의 부재도 걸림돌이다.

⑥ 보건·복지 각 기관별 연계(협력)의 개선방안

연계·협력만을 전담하는 별도의 기관이 존재하던지 전담인력이 있어서 보건·복지 두 영역간의 교통정리를 해 준다면 협력의 정도가 강화될 수 있다. 청양군은 두 분야 간 물리적 통합을 지지하는 종사자도 있었는데 보건소에 복지인력을 붙이는 방안보다 읍면(동) 주민센터에 보건인력을 붙이는 것이 더 효율적이라고 진단한다.

통합의 이유는 물리적 공간을 공유하면 외근의 횡수도 줄어들어서 효율적으로 업무를 볼 수 있다(청양의료원의 정신보건센터 간호사의 경우 외근 내근 비율 6:4이다). 또한 상대 분야에 대한 이해를 높이는 것도 하나의 방법일 수 있다. 기관관의 평가에서 연계실적에 가산점을 주는 방안도 고려해 볼 수 있다. 보건소인력에 통합사례관리사처럼 업무전용 휴대폰을 확보 해 주는 사항도 업무 효율을 높일 수 있다. 군청의 통합사례관리사는 1인당 1대씩 관용차가 확보되는데, 보건의료원은 공동차량이므로 여유 있는 차량확보도 개선방안으로 개진되었다.

5) 종합 논의

조사대상자들은 대부분 보건·복지 서비스 연계제공의 필요성을 느끼고 있었다. 즉 보건이나 복지 어느 한 쪽의 서비스만으로는 클라이언트의 복합적 요구를 충족시킬 수 없다는 인식이 공유되었다. 4개 시군의 심층면접의 결과, 현재 진행되고 있는 보건과 복지, 두 분야간 협력의 점수는 8점 내외 안팎이어서 비교적 연계가 잘 되고 있다고 평가할 수 있다. 두 분야 담당자의 인간적 특성이 연계·협력에 매우 중대한 요소임을 알 수 있고 협력의 의지도 담당자에 따라 차이를 알 수 있다. 연계·협력이 비공식적인, 담당자와의 인간적 특성에 기반을 두고 있어 대상자에 대하여 보건,복지 두 분야가 공동으로 서비스제공계획을 수립하는 단계까지는 미치지 못하고 있다. 따라서 아직까지 보건,복지 두 조직간 연계·협력이 제도화되지 못하고 있음을 알 수 있다.

또한 시군에 따라 사회복지인력이 보건인력에게 협력을 의뢰하는 빈도가 높은 지역이 있는가 하면, 반대로 보건인력이 사회복지인력과 협력에 적극적인 시군도 있어, 지역에 따라, 담당자에 따라 협력에 대한 의지가 다른 것으로 분석되었다.

당진시의 경우, 정신보건분야와 행복나눔센터와의 단순연계만이 이루어지고 있고 심층적 연계·협력은 거의 중단된 상태이다. 당진시 보건소는 업무량에 비하여 인력이 부족한 구조적인 문제로 보건소 자체 업무만 매몰되고 있다. 따라서, 복지인력의 의뢰에도 아주 심각한 사례에만 대응해 줄 뿐이다. 즉 복지에서 보건으로의 연계는 존재하는데 보건에서 복지 쪽은 대응 수준이 매우 미약하다.

농촌의 경우 보건지소와 면사무소가 근거리에 있으므로 복지와 보건 두 조직간에 연계협력의 비교적 우수하다. 따라서 전화, 공문 등의 의사소통방법보다는 직접 대면하여 협력을 하고 있다. 농촌으로 갈수록 도시지역보다 복지와 보건 두 조직

간에 연계·협력이 잘 되고 있어서 굳이 물리적 공간을 공유하는 구조적 통합에 대한 호응도가 낮았다.

농촌지역의 연계·협력의 내용은 치매노인환자에 대한 연계협력 추진 빈도가 높고 독거노인에 대한 반찬서비스 제공 등 정책대상이 노인의 경우가 많았으나 복지와 보건 두 조직간을 넘나드는 전담인력의 결여로 연계·협력의 수준은 그리 심화되지 못한 실정이다. 실제로 면사무소의 복지업무는 보건인력과의 협업보다는 복지수급자의 신청단계에 머무르고 있고 본격적인 사례관리는 군청의 행복키움지원단과 보건소 정신보건센터 인력에 의해 수행되고 있으나 통합사례관리사와 협업을 하지 않고 정신적인 문제는 정신보건센터에서 ‘알아서’ 처리하는 지역도 존재하였다.

보건인력의 경우 복지조직간의 통합보다는 오히려 보건인력의 전문성을 강화해야 한다는 주장도 제기되었다.

접근성의 문제는 도시지역보다 농촌지역일수록 그 심각성이 더한 것으로 분석되었다. 복지와 보건 두 조직의 인력수준은 복지조직은 민원업무가 많은 읍면동에 1명 정도가 배치되어 업무량에 비하여 인력이 구조적으로 부족하였다. 읍면동 사회복지공무원의 인력부족뿐만 아니라 행복키움지원단 통합사례관리사의 고용안정도 이루어지지 않고 있다. 뿐만 아니라 사례관리를 전담하는 통합사례관리사의 전문성도 낮아서 사례관리의 질이 담보되지 않고 있다. 업무량에 비하여 구조적인 인력부족은 보건인력도 마찬가지이다. 서비스 대상자의 정보는 사통망의 구축으로 복지인력은 자유롭게 접근이 가능하나 보건인력은 아직까지 제한적이다. 즉 기본적인 정보와 인적사항정도만 사통망의 접근이 가능하고 필요한 정보는 공문으로 요청을 하여야지 접근이 가능하다. 그러나 농촌지역은 보건인력의 폐쇄성으로 인하여 복지인력의 연계의뢰에도 불구하고 정보공유가 불가능한 경우도 없지 않았다. 복지인력과 보건인력과의 물리적 통합시 갈등이 불거진다고 응답한 것은 도시지역이나 농촌지역이나 마찬가지이다.

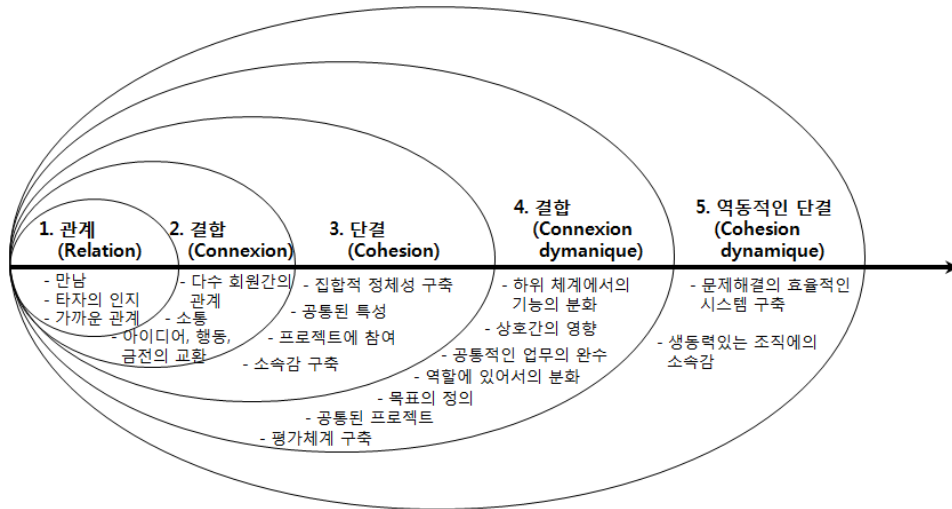
또한 연계·협력의 장애요인으로서는 보건과 복지 두 조직간에 수직적 관계와 상호간에 이해 및 관심부족, 실적평가의 문제가 작용하고 있음을 알 수 있다. 뿐만아니라 상대방의 협조가 원하는 때에 이루어지지 못하는 연계 지연의 문제도 지적되었다. 연계·협력의 내용을 살펴보면 수급자 선정을 위한 행정적인 절차, 가족관계 등의 정보공유이거나 사회복지수급자의 진료서비스 또는 의료서비스대상자의 반찬 서비스의 연계로, 정보공유와 더불어 자원연계가 두 분야의 주된 연계·협력내용이다. 알콜중독자는 농촌지역이나 도시지역을 막론하고 가장 빈번

하게 복지, 보건 양 조직의 협력이 이루어지는 사례이다.

개선방안으로는 두 분야간에 교통정리를 담당하는 전담인력 양성, 양 분야간에 상호 이해를 위한 교차교육, 업무실적평가반영 등이 거론되었다. 협력의 수준을 강화하기 위하여 오히려 전문성을 강화해야 한다고 역설하는 실무자도 존재하였다. 같은 맥락에서 복지와 보건의 통합보다는 농촌지역은 면적이 넓고 사회복지기관이 분산되어있으므로 거점형 권역별 센터가 필요하다고 응답한 복지인력도 존재하였다.

한 공간에서 두 분야의 종사자들이 함께 업무를 담당한다면 소통이 용이하다고 평가하는 담당자도 존재하였으나 복지 및 보건 인력 간에 물리적 공간의 공유는 대부분의 실무자들이 호응도가 낮았다. 특히 면사무소와 보건지소의 경우 지리적으로 인접하여 있기 때문에 물리적 공간 공유의 필요성을 인지하지 못하고 있었고 또한 두 분야의 구조적인 체계와 속성 때문에 물리적 통합에 동의하지 않았다. 현장의 실무자들은 공통적으로 상호 인간적인 유대관계의 구축이 두 분야의 협업에 절대적인 전제조건이라고 평가하였다. 또한 업무실적 인정이 두 조직간 협업의 걸림돌로 작용하고 있으므로 기관의 평가시 연계부문에 가중치를 두거나 각 기관별, 각 분야별 사례관리를 수행하는 조직에게 평가시 인센티브를 부여하는 방안을 현장의 실무자들은 제안하였다.

[그림 14] J. Clenet 와 C. Gerard의 파트너십에 이르기 위한 5가지 단계, Dhume(2001)



상기 <그림 14>의 <J. Clenet 와 C. Gerard의 파트너십에 이르기 위한 5가지 단계>에 따르면 충남도 보건-복지 두 조직의 협력정도는 2번 결합(connexion)수준에 머물러 있다. 비록, 두 분야간의 협력이 존재한다하더라도 대부분 비공식적이거나 개인적 친분에 의해 이루어지는 경우가 많고 연계실태는 정보공유나 단편적인 자원연계만이 이루어짐을 알 수 있다. 협력의 필요성을 인지하고 상호간에 소통은 되고 있으나 그 수준이 심화되지 못하고 있는 것이다.

(표 15) 4개 시군의 비교

구분	천안	당진	예산	청양
사회복지조직	1국 3과	1국 2과	1실 6분야	1실 6분야
사회복지인력	천안시청 129명	당진시청 총 55명	예산군청 33명	청양군청 31명
사회복지예산	304, 706백만원	959억	644억	374억
보건소 현황	보건소 2개소, 보건지소 12개소, 보건진료소 18개소	보건소 1개, 보건지소 11개소, 보건진료소 19개소가	보건소 1개소, 보건지소 11개소, 보건진료소 16개소	보건의료원 1개소, 보건지소는 9개소, 보건진료소는 13개소
지역적 특성	사회복지시설의 비교적 잘 구비됨, 충남도중에선 비교적 젊은 인구 구성	사례관리기관인 2곳의 행복나눔센터로 인하여 전달체계 선진지역	여성과 노인인구 비율(23.59%, 2013기준)도 향후 지속적으로 증가 할 것으로 예상되는 전통적인 농촌지역	인구의 과소화, 노령인구 비율 충남도에서 가장 높음
협력의 이유	대상자의 필요	대상자의 필요 인간적 특성	대상자의 필요 인간적 특성	대상자의 필요
의사소통방법	전화, 정기모임	전화, 공문	직접대면	전화, 대면, 공문
협력의내용	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계	정보공유, 자원연계
협력의정도	7-8점	8.5-9점/자원연 계 5-6점	8-9점	8점
정기모임존재	0	0	X	X
서비스 제공계획을 같이 수립하는 여부	X	X	X	X
복지보건중 연계협력에 적극적인 진영	복지	복지	서로 비슷함	보건
협력의 장애요인	수직적 관계	상호간에 이해 부족	수직적 관계	성과실적의 문제 상호간에 관심부족
개선방안	전담인력양성	교차교육	전문성 강화	물리적공간 공유 평가체계 개선 전담인력양성

제2절 복지보건 전달체계 개편의 국내·외 사례

1. 일본의 지역포괄지원센터

1) 도입 배경

현재 일본의 종합적인 노인을 대상으로 하는 사회복지서비스전달기관은 ‘지역포괄지원센터’이다. 이는 이전에 관련된 역할을 담당하던 ‘재택개호지원센터’의 장점을 살리고 한계를 개선하기 위해 출발한다. 지역포괄지원센터의 전신에 해당하는 재택개호지원센터는 1988년 후생성과 노동성이 발표한 ‘장수·복지사회를 실현하기 위한 시책의 기본적 방향과 목표’에 근거하여 1989년 ‘고령자 보건복지계획 10개년 계획(일명 골드플랜)’의 수립에 따라 1990년부터 1999년까지 중학교 교구를 중심으로 약 1만개소를 목표로 설치하였다.¹⁹⁾

재택개호지원센터는 “뇌졸중, 치매, 병·허약 등 케어가 필요한 노인이 발생하면 상담, 케어지도, 보건과 복지 등의 연계를 목적”(조추용, 2014: p.68)으로 설치되어 지역사회 고령자에게 정보제공, 상담 및 지도, 개호예방, 권리침해방지 등의 생활지원을 제공하였다. 그리고 지역의 고령자나 그 가족과 상담하여 필요한 보건·복지 서비스를 받을 수 있도록 행정기관·서비스제공기관·재택개호지원센터사업자 등과 연락조정하여 조직화 하는 역할을 담당하였다. 24시간 상담체제를 도입하여 사회복지사·간호사 등 전문직 전문직원이 재택개호 등에 관해 종합적인 상담을 제공하였다.²⁰⁾

이후 재택개호지원센터는 “지역사회의 개호노인 복지의 중심적인 역할을 수행”(정해용 외, 2009: p.167, 원출처 千葉縣, 2006)해 왔으며, 또한 고령자복지 관련 제도도 변화를 겪게 된다. 1994년 ‘신골드플랜’이 책정되어 새로운 기본이념으로

19) 법률 제정을 통한 일본의 공식적인 노인복지 역사는 1963년 창설된 「노인복지법」에서 시작한다. 이후 1986년 ‘장수사회대책개강’을 정하고, 1988년 후생성과 노동성은 ‘장수·복지사회를 실현하기 위한 시책의 기본적 방향과 목표’를 발표한다. 이를 근거하여 “고령자 보건복지계획 10개년 계획(일명 골드플랜)”이 수립하는데, 이 내용에는 시정촌 등 자치단체의 역할을 중시하고, 복지와 보건, 의료의 연계성을 강화, 복지인력 양성과 확보 등을 담고 있다.(정해용 외, 2009: p.164)

20) 1989년 ‘골드플랜’ 수립 당시 재택개호지원센터의 목적은 다음과 같다. “와상노인 등의 개호노인을 대상으로 재택개호에 관한 종합적인 상담에 응하고 개호노인과 가족의 욕구에 대응하여 각종 보건, 복지 서비스를 종합적으로 제공할 수 있도록 시정촌 등 관계 행정기관, 서비스 실시기관은 연계를 통해 지역사회 요개호 노인과 가족의 복지 향상을 실현한다.”(春名苗, 2006 - 정해용 외, 2009: p.167에서 재인용)

이용자의 자립주의, 보편주의, 종합서비스의 향상, 지역주의를 제시하며, 고령자 개호의 기반정비를 추진하였고 2000년 4월 ‘개호보험법’ 도입에 이르게 된다.

이러한 개호보험법 도입에 따라 신골드플랜은 완료되었다.(정해용 외, 2009: p.164, 원출처 森詩惠, 2008)

그런데 2000년 개호보험법이 시행된 이후 기존의 재택개호지원센터가 한계에 직면하게 된다. 개호보험법의 의도는 개호보험제도 실시를 통해 “돌봄에 대한 욕구가 적은 경증고령자에 대한 자립지원체계를 확대하려는 것이 당초의 계획이었다.” 하지만 개호보험의 확대와 경증고령대상자의 급속한 증가로 인해 재택개호지원센터는 개호보험제도의 역할을 제대로 수행하지 못하게 된다.(성은미 외, 2012: pp.7~8)

성은미 외(2012, p.8)에 따르면, 2000년 개호보험이 도입된 이후 이용률 증가가 예상을 뛰어넘는 수준이었으며, 재정규모는 2000년 3.6조 6엔에서 2006년 7조엔으로 두 배로 증가하였다. 아래 <표 16>에서 요개호도가 높을수록 혼자 거동이 불가능해 돌봄서비스에서 수요가 높은 집단인데, 요개호도가 상대적으로 낮은 요지원(132%) 및 요개호1(142%)로 판정된 경증 고령자의 증가가 다른 집단과 비교하여 현저하게 늘어난다. 이에 따라 경증 고령자에 대한 지원 필요성이 강화되었다.

[표 16] 요개호도 인정자 수의 증가율(2000-2005년)

계	88%
요개호 5	60%
요개호 4	47%
요개호 3	66%
요개호 2	56%
요개호 1	142%
요지원 13	2%

자료: 와케준코, 2008: p.479. - 성은미 · 조추용 · 권혜영, 2012: p.8에서 재인용

개호보험의 두 번째 문제점으로 지적하는 것은 개호보험제도 실시 이후 지역사회 내에서 포괄적이고 지속적인 케어매니지먼트 기능을 고령자에게 제공하는데 ‘재택개호지원센터’가 충분한 역할을 발휘하지 못한 점이다.(성은미 외, 2012: p.9) 오히려 “각 지역 케어매니지먼트 실행의 핵심기관이었던 재택개호지원센터가 케어플랜만을 작성하는 기관으로 전락되면서 다른 기관들과 경쟁하는 위치로 전락하게

되었다.”(정해용 외, 2009: p.168, 원출처 春名苗, 2007)

개호보험제도의 도입과 기존의 재택개호지원센터의 이러한 한계로 인해 일본은 5년 후 전면적으로 재검토한다. “그 내용은 경증대상자의 급증과 이들을 잘 관리하여 중증 대상자를 줄이겠다는 계획으로 예방급여의 신설”(조추용, 2014: p.68)이었으며, “시정촌에 의한 평가결과 기간형과 지역형 재택개호지원센터로의 분리가 검토되었고, 2004년 처음 지역포괄지원센터 설립이 제시되면서 재택개호지원센터의 재편과 통폐합이 검토되기에 이른다.”(정해용 외, 2009: p.168)

이러한 과정을 통해 2005년 6월 개호보험법 개정이 이루어져 개호보험법의 실적과 문제, 제도 개선을 도모하여, “2006년 지역포괄지원센터가 설치되면서 기존의 재택개호지원센터의 일부는 지역포괄지원센터로 전환되었으며, 일부 센터는 일반 고령자에 대한 종합상담 기능을 수행하는 기관으로 변화되었다.”(정해용 외, 2009: p.168)

재택개호지원센터의 한계를 극복하기 위한 지역포괄지원센터의 유사점과 차이는 아래 <표 17> 정리되어 있다. 기본적으로 지역포괄지원센터는 그 이전의 재택개호지원센터의 기능과 형식을 유지하며, 수정·강화하였다. 아래 표에 나와 있듯이 지역포괄지원센터는 운영주체, 전문직원의 요건, 운영협의회 등과 관련하여 재택개호지원센터의 기능보다 공적 역할과 책무, 전문성을 강화하였다.

[표 17] 재택개호지원센터와 지역포괄지원센터의 비교

구분	재택개호지원센터	지역포괄지원센터
운영주체	시정촌이 인정한 의료법인, 사회복지법인 중 위탁 98년부터 민간사업자 위탁 가능	시정촌이 인정한 의료법인, 사회복지법인 중 위탁
전문직원 요건	사회복지사 또는 보건사 1명, 간호사 또는 개호복지사 1명을 복지관계직과 개호의료관계직 명목으로 상근 배치	사회복지사, 보건사, 주임개호지원전문직원을 상근배치 유경험의 간호사, 고령자보건복지에 관한 상담업무에 3년 이상 경험이 있는 사회복지주사
타직종과의 협력	복지직무와 보건의료직문가 연계하여 포괄적으로 고령자를 지원	세 명의 상근직원은 업무전반을 담당하며 포괄적으로 고령자 지원이 가능해야 함
운영 협의회	각 지원센터에 운영협의회를 설치하여 관계기관과의 네트워크 구축	각 시정촌에 운영협의회를 설치하여 센터설치, 센터의 중립성확보, 센터의 직원확보에 관한 협의 진행
기능	24시간체제의 종합상담지원, 지역복지 실태파악, 네트워크 형성, outreach(복지/봉사활동), 관계기관과의 조직화	공동지원기반사업, 종합상담지원, 권리옹호, 포괄적/지속적 케어매니지먼트 지원, 개호예방 매니지먼트
설치수	중학교구에 1개소 설치 전국 약 10,000개소	피보험자의 수가 약 3,000~6,000명 대상 지역으로 전국 약 5,000개소

출처: 정해용 외(2009: p.169) - 원출처는 春名苗(2006, 2007)

운영주체에서 시정촌의 책임을 더욱 강화하였다. 상근직원에 있어서도 과거에는 사회복지사와 보건사 중 1명 선택, 간호사와 개호복지사 중 1명 선택, 개호의료관계직 등 3명으로 구성하여, 사회복지사-간호사-개호의료관계직이나 보건사-개호복지사-개호의료관계직 또는 보건사-간호사-개호의료관계직 등 여러 조합이 임의로 선택될 수 있었으나, 지역포괄지원센터는 사회복지사-보건사-주임개호지원전문직원 이상 3인을 상근배치하고 유경험의 간호사, 고령자보건복지에 관한 상담업무에 3년 이상 경험이 있는 사회복지주사를 전문배치하여 책임성과 전문성을 강화하였다.

그리고 재택개호지원센터에서는 각 지원센터에 두었던 운영협의회도 지역포괄지원센터에서는 시정촌에 설치하여 공적 책임성과 중립성, 객관성을 강화하였다.

재택개호지원센터의 네트워크 형성 사업과 24시간 상담지원제도는 지역포괄지원센터에서는 사라진 기능이다. 하지만 신예방급부 대상자의 매니지먼트 사업과 이용자 권리옹호는 새로운 사업이다.(정해용 외, 2009: p.168-원출처는 春名苗, 2007) 설치수가 줄어든 것도 주요 차이점 중의 하나이다.

“시나다(品田充儀, 2006)에 의하면 지역포괄지원센터는 재택개호지원센터 보다 1) 공적주체가 직영하는 경향이 많고 2) 전문직의 요건이 엄격하며, 높은 기능이 집중되어 있고 3) 시·정·촌(市・町・村, 일본의 기초자치단체 단위) 운영협의회가 설정되어 있어 객관적인 운영이 기대되어지고 4) 개호예방매니지먼트와 권리옹호 등의 업무내용이 확대되어졌다고 정리”하고 있다.(성은미 외, 2012: p.10)

2) 지역포괄지원센터의 개관

(1) 사업내용

2005년 개호보호법의 개정으로 출발한 지역포괄센터는 앞의 <표 17>에 나와 있듯이 공정하고 중립적인 입장에 서서 지역에서의 개호예방매니지먼트, 종합상담 및 권리옹호 등을 담당하는 핵심적인 기관으로 개설되었다. 시정촌이 운영주체로 사회복지사, 보건사, 주임개호지원전문직원(케어매니저) 등 3명의 전문직이 배치되었다. 기관의 설치운영에 대해서는 시정촌에 설치된 지역케어회의가 관여하여, 중립성 확보, 인력확보지원 등을 제고하는데 이 협의회에 시정촌 및 지역의 서비스사업자, 피보험자대표 등이 포함되어 있다.

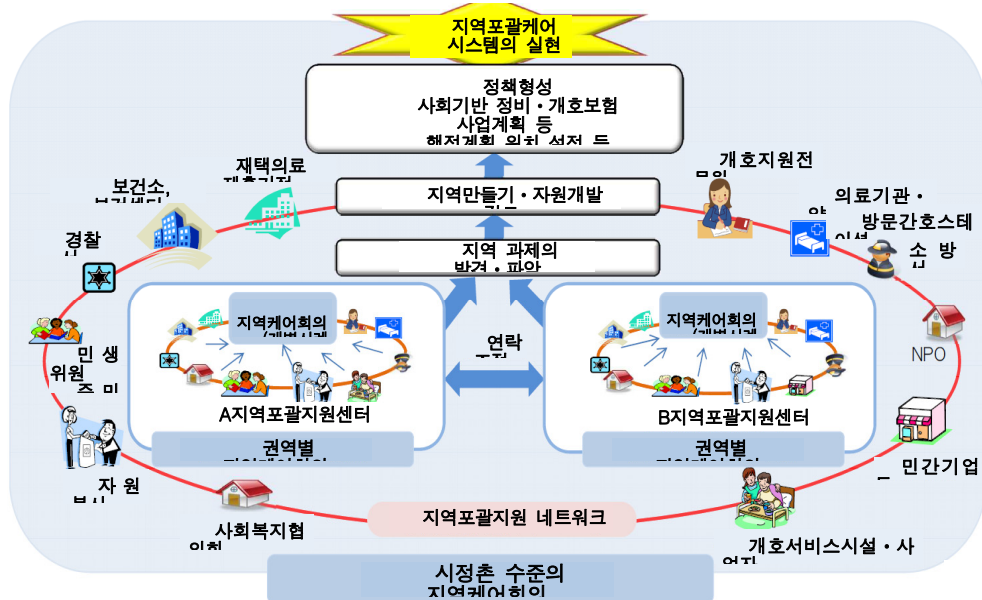
지역포괄케어시스템 운용에 있어서 지역포괄지원센터는 중심적인 역할을 담당하고 있다. 지역포괄케어시스템은 “베이비 붐 세대가 75 세 이상이 되는 2025년을 목표로, 중증 요양 간호 상태가 되어도 정든 지역에서 자존감 있는 생활을 인생의 마지막까지 계속할 수 있도록 주거 · 의료 · 개호 예방 · 생활 지원이 일체적으로 제공”²¹⁾될 수 있도록 구축하고자 한다.

일본 후생노동성은 지역 포괄 케어 시스템을 구축하기 위해서는 노인 개인에

21) 일본 후생노동성 홈페이지, 지역포괄케어시스템, (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ 검색일:2015. 11.10)

대한 충실한 지원과 이를 위한 사회적 기반 정비를 동시에 진행하는 것이 중요하다고 판단하여 이를 실현하는 수단으로 아래 <그림 15>와 같은 시정촌 수준의 지역케어회의를 추진하고 있다.

[그림 15] 일본의 지역포괄케어시스템 체계



출처: 일본 후생노동성 홈페이지, 지역케어회의 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf) 검색일: 2015.11.10)

이 그림에서 보면 각 권역별 지역케어회의는 시정촌 수준의 지역케어회의의 축소판이다. 그리고 각 권역별 지역케어회의의 업무를 진행하는 중심이 각 지역포괄지원센터이다.

각 지역포괄지원센터는 지역 내 사회복지기관 및 의료기관, 경찰서 및 소방서 등 관공서와 NPO, 민간기업, 자원봉사 등 여러 자원을 활용하여 지역포괄지원네트워크를 구성하고 타 지역포괄센터와 상호연락조정을 통해 지역 실정에 맞는 지원방안을 마련하여 운영한다.

지역포괄지원센터가 담당할 사업은 크게 첫째 포괄적 지원사업, 둘째 지정개호예방지원, 셋째 기타 사업 이상 세 가지이다(運營通知, 2007참고).²²⁾ 아래 <표 18>에

나와 있듯이 포괄적 지원사업은 ① 개호예방케어매니지먼트사업, ② 종합상담지원 사업, ③ 권리옹호사업, ④ 포괄적·계속적 케어매니지먼트지원사업 이상 네 가지로 구성된다.

[표 18] 지역포괄지원센터의 사업내용

사업명	업무 내용
포괄적 지원	<ul style="list-style-type: none"> * 개호예방케어매니지먼트사업 <ul style="list-style-type: none"> - 요개호상태가 될 가능성이 높은 65세이상 고령자(요지원1,2)에게 예방개호사업 지원 * 종합상담지원 <ul style="list-style-type: none"> - 지역의 고령자가 익숙한 지역에서 안심하고 인간답게 생활을 계속할 수 있도록 하기 위해 필요한 자원 * 권리옹호사업 <ul style="list-style-type: none"> - 지역주민, 민생위원5), 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 * 포괄적·계속적 케어매니지먼트 지원사업
지정 개호 예방 지원	<ul style="list-style-type: none"> * 개호예방서비스계획 작성 <ul style="list-style-type: none"> - 개호보험에서 예방급여 대상이 되는 요지원자가 개호예방서비스 등을 적절히 이용하도록 노인의 심신상황, 둘러싼 환경 등을 감안하여 작성함 * 개호예방 서비스 사업자 등 관계기관과의 연락조정 <ul style="list-style-type: none"> - 지정개호예방서비스 제공이 이루어지도록 연락조정함
기타	<ul style="list-style-type: none"> * 요개호 가능성이 높은 고령자의 파악에 관한 사업 * 개호예방에 관한 보급개발을 행하는 사업 * 개호예방에 관련 지역활동의 조직 육성 및 지원하는 사업 * 개호예방사업의 평가사업 * 기타 임의사업을 위탁

출처: 성은미 외(2012: pp.16~20), 조추용(2014: pp.77~82) 참고(원자료-運營通知, 2007)

개호예방케어매니지먼트사업은 특정고령자²³⁾가 실제로 요개호 상태가 되는 것을 예방하기 위한 사업이다. 특정고령자의 심신 상태 등에 따라 대상자 스스로 선택에 의해 예방개호사업 및 기타 적절한 사업이 포괄적·효율적으로 실시되도록 필요한 원조를 행하는 것이다.

22) 지역포괄지원센터의 사업내용에 대한 이하의 설명은 성은미 외(2012: pp.16~20), 조추용(2014: pp.77~82) 참고하여 일부 발췌·수정하였음을 밝힌다.

23) 요개호상태 등이 될 가능성이 높은 허약한 상태에 있다고 인정되는 65세 이상의 자이다.

종합상담지원사업은 지역의 고령자가 익숙한 지역에서 안심하고 인간답게 생활을 계속할 수 있도록 하는데 필요한 지원을 파악하여, 지역에서 적절한 서비스, 관계기관 및 제도의 이용과 연결 등의 지원을 수행하는 사업이다. 사회복지사는 초기단계에서 상담대응 및 전문적·계속적인 상담지원, 사업의 실시에 필요한 네트워크 구축, 지역고령자 상황과 실태파악 등을 실시한다.

권리옹호는 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 사업이다.²⁴⁾

포괄적·계속적 케어매니지먼트 지원은 포괄적·계속적인 케어체제의 구축, 지역사회내의 케어매니저의 네트워크 구축·활용, 케어매니저에 대한 일상적 개별지도·상담, 지역의 케어매니저가 안고 있는 지원곤란사례 등에 대한 지도·조언이다. 이를 위해서는 지역의 케어매니저가 건강증진이나 교류축진을 위한 동아리활동, 노인클럽활동, 자원봉사활동 등 개호보험서비스 이외의 지역의 다양한 사회자원을 활용할 수 있도록 지역의 연계·협력체제를 구축해야 한다.

두 번째로 지정개호예방지원 사업은 ① 개호예방서비스계획 작성, ② 개호예방서비스 사업자 등 관계기관과의 연락조정 등으로 구성된다. 사회복지사는 개호보험에서 예방급여의 대상이 되는 요지원자가 개호예방서비스 등을 적절히 이용하도록 노인의 심신 상황, 둘러싼 환경 등을 감안하여 개호예방서비스계획을 작성함과 함께, 해당 개호예방서비스계획에 의해 지정개호예방서비스 등의 제공이 확보되도록 개호예방서비스 사업자 등 관계기관과의 연락조정을 한다.

마지막으로 기타사업으로는 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 지역활동의 조직 육성 및 지원하는 사업, ④ 개호예방사업의 평가사업, ⑤ 기타 위탁받는 임의사업 등이 있다.

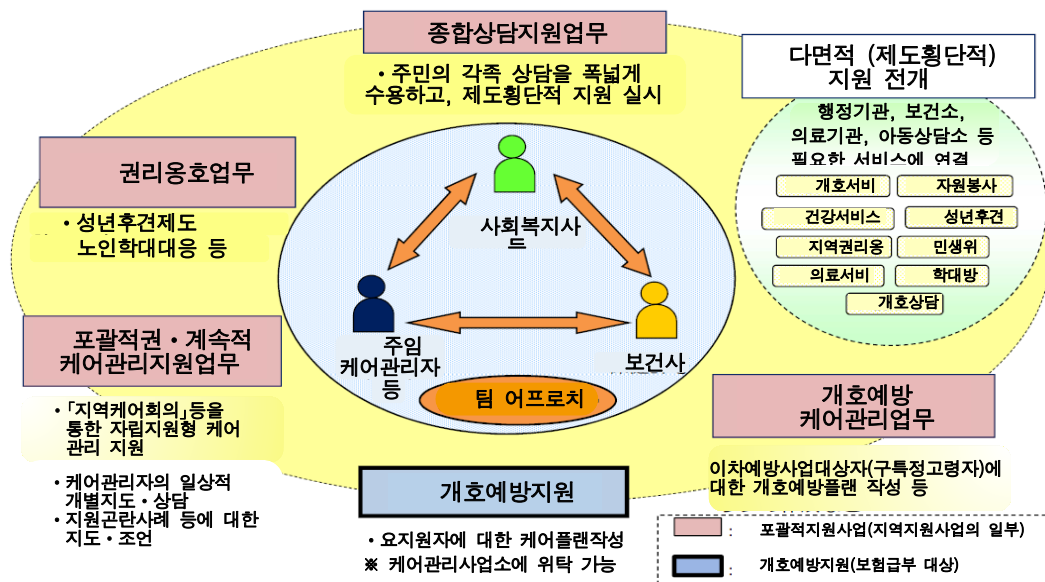
이전의 재택복지지원센터와 비교하여 지역포괄지원센터의 주요 특징 중의 하나는 복지전문가와 케어전문가, 의료전문가의 팀어프로치를 강화한 점이다. 앞의 <표 18>에서 살펴보았듯이 지역포괄지역센터에는 사회복지사, 주임케어매니저 및 보건사의 세 종류의 전문직이 배치되어 있고 상호간 팀어프로치를 통해서 일차적으로 연계 업무를 담당한다. 다시 말하면 개호보험의 피보험자는 종합상담 및 지원사업, 학대

24) 원출처는 地域包括支援センター運営の手引編集委員会(2008)

방지 및 조기발견, 권리옹호와 관련하여 사회복지사에게 그 내용에 대해 의뢰하게 된다. 즉, 초기개입은 사회복지사가 담당하고 있다. 여기에서 사회복지사가 직접적으로 처리할 수 있는 제도적 지원서비스는 행정기관, 보건소, 의료기관, 아동상담소 등으로 연계시키고 있다. 좀 더 구체적으로 서비스내용을 보면, 학대방지, 개호서비스, 자원봉사, 의료서비스, 가정봉사원서비스, 성년후견, 개호상담원, 지역 권리옹호 및 민생위원에 의한 각종 서비스가 포함된다.

그리고 사회복지사가 처리하지 못하는 보건의료 및 개호계통의 서비스는 센터내 주임케어매니저 및 보건사에게 의뢰하여 각자가 연계처리하도록 하고 있다. 주임케어매니저는 주치의와 연계팀을 구성하여 포괄적이고 계속적인 매니저먼트사업을 수행하는데, 그 내용을 보면, 일상적 개별지도 및 상담, 지원이 곤란한 사례에 대한 지도조언, 지역에서의 케어매니저네트워크 구축이 포함된다. 그리고 보건사는 개호예방매니저먼트사업을 담당하고 있다. 이를 위해 보건사는 개호욕구평가(assessment)의 실시→플랜작성→사업자에 의한 사업 실시→재평가 (re-assessment)의 업무를 담당하고 있다. 이들 업무의 관계는 아래 <그림 16>과 같다.

[그림 16] 일본의 지역포괄지원센터 업무



출처: 일본 후생노동성 홈페이지, 지역포괄지원센터 개요 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf 검색일: 2015.11.10)

(2) 대상·인력 및 자원²⁵⁾

지역포괄지원센터의 대상은 주로 경증 고령자로서 예방급여 대상자인 요지원1과 요지원2로 구분한다. 요지원상태의 정의는 “악화방지를 위해 지원이 필요한 상태”로서 이 상태에 해당하는 자가 요지원자이다.(조추용, 2014: p.72)

앞의 <표 18>의 전문직원 요건에서 잠깐 살펴보았지만, 지역포괄지원센터에 배치될 인력은 고도의 전문성이 요구되는 3종류의 전문직종에 각각 1명씩을 배치하여 한 팀을 구성하고 종합적인 매니지먼트를 제공하도록 한다. 즉 종합상담·지원사업은 사회복지사, 개호예방 매니지먼트는 보건사 또는 경험이 있는 간호사, 포괄적·계속적 매니지먼트 사업은 주임케어매니저를 배치하여 3명의 연계에 의한 팀케어 활동을 하게 된다. 여기에 추가적으로 주치의, 케어매니저, 자원봉사자 등 지역의 다양한 인적자원과의 네트워크 구축이 요구되고 있다. 설치기준은 인구 2~3만명 단위로 1개소씩 전국적으로 5,000개소 설치를 목표로 하며, 현재 요지원, 요개호상태에 있는 150만명 정도를 대상으로 1개소 당 300사례 정도를 담당하도록 한다.(조추용, 2014: p.75)

지역포괄지원센터에서 수행하는 보험급여사업은 거택급여비와 시설 등 급여비로 나누는데, 거택급여비는 국비 25%, 도·도·부·현 12.5%, 시·정·촌 12.5%, 보험료 40%로 구성되어 있다. 지역지원사업에 소요되는 자원은 사업위탁비 형태의 인건비 보조가 아닌 사업실적에 따른 경비를 보상하는 것이다. 지역지원사업의 자원 구성은 개호보험과 비슷하게 개호예방사업의 경우는 국가 25%, 도·도·부·현 12.5%, 시·정·촌 12.5%, 제1호 피보험자 21%, 제2호 피보험자 29%에 의해 충당된다. 그리고 포괄지원사업의 경우는 국가 39.50%, 도·도·부·현 19.75%, 시·정·촌 19.75%, 제1호피보험자 21%로 충당된다.(조추용, 2014: p.76)

3) 서비스 연계체계

<그림 17>의 시정촌 수준의 지역케어회의는 내부에 유사한 형태의 권역별 지역케어회의가 있으며 그 중심에는 지역포괄센터가 있다. 지역포괄센터를 중심으로 한 지역포괄케어시스템은 30분 이내에 필요한 서비스가 제공될 수 있는 일상생활권역 단위로 상정되어 있다. 지역포괄센터의 상담 및 케어서비스에 따라 지역의 어르신들은 자신의 거주공간에서 필요한 케어서비스를 제공받는다. 일반적으로 특별한

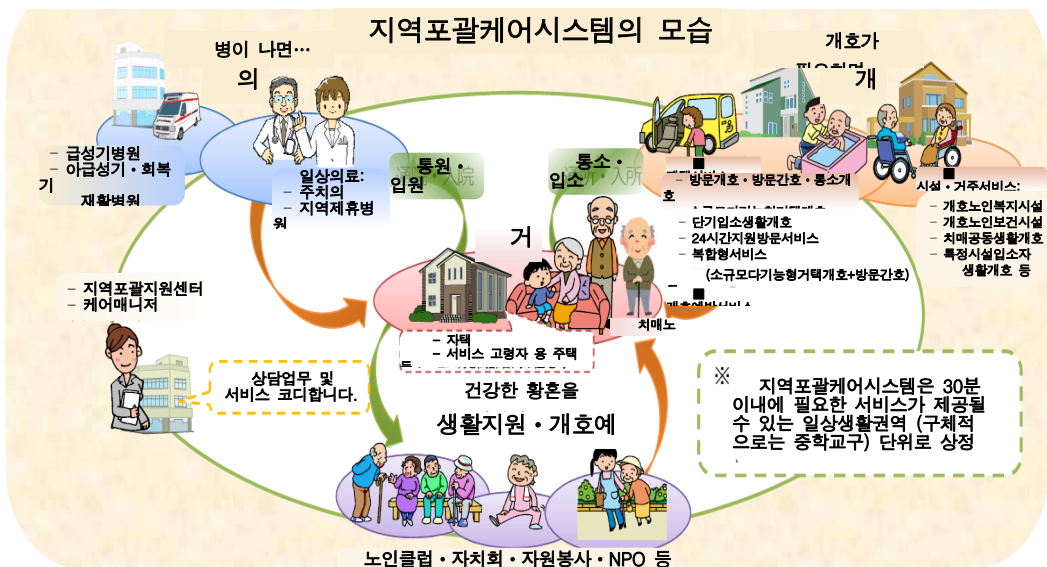
25) 대상, 인력 및 자원은 조추용(2014: pp.72~76)에서 발췌.요약하였음을 밝힌다.

질병이 있거나 개호가 필요하지 않은 어르신들은 건강한 황혼을 위한 생활지원과 개호예방 프로그램을 지원받으며, 병이 날 경우 지역 내 급성기병원 및 아급성기, 재활병원 등 의료기관과의 연계를 통해 필요한 서비스를 제공받으며, 일상의료는 지역재휴병원에서 주치의를 통해 제공받는다. 이 경우 병증에 따라 통원과 입원이 결정된다.

개호가 필요한 경우 재택서비스와 시설·거주서비스를 제공받을 수 있다. 재택서비스는 방문개호, 방문간호, 통소개호로 구분되며, 필요한 경우 소규모다기능형거택개호, 단기입소생활개호 등을 받을 수 있다. 24시간지원방문서비스를 받을 수 있으며, 소규모다기능형거택개호와 방문간호가 결합된 복합형 서비스도 받을 수 있다. 시설·거주서비스로는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 치매공동생활개호, 특정시설입소자생활개호 등이 있다.

지역포괄케어시스템의 서비스 연계 체계는 아래 <그림 17>에 나타나 있다.

[그림 17] 일본의 지역포괄케어시스템 서비스 연계체계



출처: 일본 후생노동성 홈페이지, 지역포괄케어서비스 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf 검색일: 2015.11.10)

2. 서울시 동(洞) 중심 통합복지전달체계 구축

1) 서울시 '서울시민 복지기준' 선언과 동 중심 통합복지전달 체계

서울시의 복지전달체계를 파악하기 위해서는 2012년 10월 발표한 '서울시민 복지기준'에서 출발해야한다. 서울시는 시민의 생활과 밀접한 영역을 소득, 주거, 돌봄, 건강, 교육 이상 5개 분야로 구분하고 서울시라는 지역적 특성을 감안하여 서울시민이면 누구나 보장받아야 할 '최저기준'과 이 보다 더 높은 '적정기준'을 포함하는 '서울시민 복지기준'을 제시하였다.

'서울시민 복지기준'은 도달해야할 목표 제시뿐만 아니라 이를 달성하기 위한 중점 사업내용과 구체적인 수단, 성과지표 등을 함께 제시한 서울시의 종합적인 복지 전략이라고 평가할 수 있으며, 현재 서울시는 이를 근거로 하여 복지정책을 개선·수행하고 있다. 따라서 서울시의 보건 복지 정책과 이를 수행하는 경로인 전달체계에 대한 분석과 이해를 위해서는 우선 '서울시민 복지기준'에 대한 이해가 필요하다.²⁶⁾

(1) '서울시민 복지기준'의 목표

서울시에 따르면 '서울시민 복지기준'의 목표는 ① 서울시민의 사회복지권 보장, ② '개발'중심에서 '사람'중심의 시정으로 전환, ③ '보편주의' 복지국가 선도 이상 세 가지이다.

서울시가 서울시민의 사회복지권보장이라는 목표를 설정한 이유는 사회복지를 국가의 시혜가 아닌 시민의 기본적 권리로 인식하는데 있다. 이러한 인식은 “저소득층에게만 자원을 집중시키는 개발시대의 ‘잔여주의 복지(residual welfare)’를 넘어서는 것”으로서 “저소득층뿐만 아니라 중산층을 포함한 모든 서울시민이 한국 사회와 서울시가 이룩한 경제적, 사회적, 문화적 성과를 적절하게 향유할 수 있도록 사회적 기반을 조성하는 ‘보편주의 복지(universal welfare)’를 지향한다.” 이러한 “보편주의 복지는 서울시민에게 인적자본 향상과 삶의 공평한 기회를 제공함으로써 정보화와 세계화가 급속히 진행되는 현대 사회에서 서울시민의 사회적 적응력

26) '서울시민 복지기준'에 대한 이 글의 소개는 2012년 10월 22일 서울특별시 서울시민복지기준추진위원회가 발행한 『서울시민 복지기준』의 주요 내용을 참고하였다.

을 높이려는 것”이며, “단순한 생존권 보장의 차원을 넘어서 시민 개개인이 자신의 역량을 극대화시킬 수 있는 사회적, 제도적 환경을 마련해준다는 의미를 갖는다.”고 서울시는 소개한다.(서울시 2012, p.9)

이러한 맥락에서 서울시가 설정하는 ‘서울시민복지기준’의 첫 번째 목적은 “국제 사회와 대한민국 헌법이 규정한 사회복지에 대한 시민의 권리라는 인류의 보편적 가치를 보다 적극적으로 해석하고 제도적으로 수용하여, 서울시민이 향유할 수 있는 사회복지의 수준을 설정하고 이를 향후 서울시정이 추구해야 하는 기준으로 삼으려는 것이다.”(서울시 2012, p.9) 이러한 서울시의 설명을 통해볼 때 ‘서울시민 복지기준’은 서울시 복지행정의 기본 방향 설정이다.

서울시가 밝히는 ‘서울시민 복지기준’의 또 다른 목적은 “소득, 주거, 돌봄, 건강, 교육 등의 생활영역에서 시민이 향유해야 할 일정한 기준을 설정함으로써 자치구 간 생활수준의 격차를 줄이는 것”이다.(서울시 2012, p.10) 이는 서울시가 그동안의 개발과정에서 해결하지 못한 자치구별 경제력과 생활수준의 격차와 이에 따른 보건의료시설, 보육시설, 학교 등 사회복지 기반시설의 양과 질 면에서의 지역별 격차를 해소하고자 하는 시도이다. ‘개발’ 중심에서 ‘사람’ 중심으로의 전환을 통해 서울시 자치구 내 격차를 해소하고 서울시민이라면 누구나 제공받을 수 있는 복지기준을 마련하려고 한다.

세 번째로 서울시는 “저출산·고령화와 더불어 경제사회의 양극화가 진행되는 사회에서는 실업과 노후, 돌봄, 그리고 빈곤에서 발생하는 개인과 가족의 사회적 위험을 공동체 구성원 모두가 분담하고, 시장 탈락자도 재기할 수 있도록 기회”를 제공하기 위해서는 사회복지에 있어서 ‘보편주의’ 모델의 필요성에 인식을 같이 한다. 그리고 이를 위해 사회복지기준에 있어서 ‘최저기준(minimum standards)’ 뿐만 아니라 ‘적정기준(decent standards)’이라는 새로운 복지기준을 제시한다. 이는 “최소한의 인간다운 생활을 넘어서 소득, 주거, 돌봄, 건강 그리고 교육의 영역에서 한국 사회와 서울이 이룩한 경제·사회적 성과와 그 과실을 모든 시민들이 적절히 공유할 수 있는 정책기준”을 제시하는 데 있다고 서울시는 소개한다.(서울시 2012, p.11)

(2) ‘서울시민 복지기준’ 주요 사업 추진 현황

서울시는 5개 분야로 구성된 “서울시민복지기준 실행을 위하여 시민, 전문가, 현장의 제안을 적극적으로 반영하고 타당성 및 효과성 등의 검토를 거쳐 102개 사업

을 시행하기로 결정”하였는데, “시행이 결정된 102개 사업은 신규사업 36개, 기존사업 보완·확대 66개 사업이며, 이중 2013년에는 우선적으로 88개 사업에 2조7천370억원(시비 1조4천410억원, 국비 1천800억원, 교육청재원 1조1천160억원)을 투자할 계획으로, 신규사업에 720억원(시비 650억원, 국비 40억원, 교육청재원 30억원), 기존사업의 보완·확대에 2조6천650억원(시비 1조3천760억원, 국비 1천760억원, 교육청재원 1조1천130억원)이 소요”될 것으로 계획하였다.(서울시 2012, p.102)

중점사업 59개, 일반사업 43개로 구성된 102개 사업을 5개 분야별로 살펴보면, 소득분야 12개 사업은 중점사업 7개, 일반사업 5개이며, 주거분야 20개 사업은 중점사업 8개, 일반사업 12개, 돌봄분야 21개 사업은 중점사업 15개, 일반사업 6개, 건강분야 23개 사업은 중점사업 15개, 일반사업 8개, 교육분야 26개 사업은 중점사업 14개, 일반사업 12개로 이루어져 있다.

복지사업은 전달체계와 분리하여 생각할 수 없으므로 ‘서울시민 복지기준’을 구성하는 모든 사업이 복지 전달체계와 관련이 있다. 특히 각 분야별 지원센터 개선 및 확대, 방문서비스, 지원프로그램 등은 좀 더 직접적으로 해당 분야의 전달체계 개선에 관한 내용을 담고 있다. 이러한 사업들 중에서 복지 통합전달체계와 관련하여 가장 눈여겨 볼만한 사업은 소득분야 일반사업으로 편성되어 있는 「사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편」 사업이다.

이 사업은 ‘마을과 지역주민 중심의 복지체계’ 확립과 ‘찾아가는 복지 실현’을 위한 동(洞)마을복지센터 구축 사업으로 서울시는 이를 통해 “사회복지인력 2배 확충을 통해 급증하는 복지업무 깔대기 현상을 해소하고 생애주기별 대상자 방문을 통한 맞춤형 복지서비스 제공으로 시민복지체감도를 크게 향상시키리라 기대”하고 있다.(서울시 복지건강본부, 2015, p.39)

다음으로 보건 복지와 관련된 돌봄분야와 건강분야를 중심으로 통합전달체계 구축 시 참고할 만한 사업을 살펴본다.²⁷⁾ 소득분야에서는 이미 앞 문단에서 살펴본

27) 앞서 언급했지만 전달체계는 복지사업을 효과적으로 수행하기 위한 틀이므로 모든 사업이 전달체계와 직간접적으로 관련을 맺는다. 그런데 개별 사업은 그 목적에 따라 고유한 전달방식이 필요할 수 있다. 예컨대 전문의료서비스의 경우 이에 필요한 전문시설과 장치가 필요할 수 있다. 이러한 서비스 제공은 통합보다는 전문화가 더 적절할 수 있다. 이러한 이유로 여기서 통합전달체계와 상대적으로 관련이 깊다고 선별한 사업은 필자의 다소 자의적인 판단기준에 의한 것이다. 판단기준은 시설 및 인력 투입이 필요한 사업을 중심으로 고려했으며, 단순한 비용지원 역시 통합관리가 필요한 경우 해당 사업으로 선별했다. 통합전달체계 구축에 참고할 만한 중요한 사업임에도 불구하고 검토하지 못한 사업이 있을 수 있으며, 이는 전적으로 필자의 오류이다.

「사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편(동 복지공동체 조성)」사업이 해당하며, 주거 분야에서는 「주거지원센터 지원 확대」, 「노인·장애인용 지원주택 프로그램 실시」 등이 관련될 수 있으나 보건 복지와 관련성은 상대적으로 적어 보인다.

돌봄분야의 15개 중점사업 중에서 통합전달체계와 관련이 높은 사업은 「영유아가 정방문실시」, 「공립지역아동센터 운영」, 「지역아동(복지)센터 운영개선」, 「재가노인 지원서비스 강화」, 「장애인 활동지원서비스 사각지대 및 틈새계층 해소」, 「일·가족 양립지원센터 설립·운영」 등 6개 사업이며, 일반사업 중에는 「재가 영유아 지원을 위한 개방형 돌봄기관 확충」, 「요보호 아동대상 사회적 보호체계 강화」, 「홀로 사는 어르신 통합돌봄관리체계 구축」, 「여성장애인 홈헬퍼사업」 등 4개 사업이다.

건강분야 사업은 대체로 전문적인 시설 및 설비가 필요하므로 지역의 민간 및 공공 의료기관 활용하여 제공될 수 있으므로 독립된 시설을 유지한 채 관련 복지 프로그램 및 기관과의 협조체계를 통해 통합전달체계를 구축할 수 있다. 건강분야 중점사업 중에는 「서울형 보건지소 확충 지원」, 「고령사회를 대비하는 어르신 건강 돌봄체계 구축」, 「환자복지 희망센터 운영」, 「정신보건센터 기능 강화」, 「건강친화 마을 만들기」 등 5개 사업이 관련된다.

이들 사업은 복지서비스 대상자가 시설에 방문 또는 단기간 입소하여 서비스를 제공받거나 서비스 제공자가 대상자를 방문해야 하는데 이를 위해서는 일정한 시설 및 전달체계가 필요하다. 또한 전문기관의 서비스가 필요한 요보호 대상자들이 용이하게 서비스를 제공받을 수 있도록 기관과 대상자들을 통합관리하여 필요시에 적절하게 연결시켜줘야 한다.

[표 19] 「서울시민 복지기준」 전달체계 관련 주요 사업

구 분		사 업 명
소득	일반	- 사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편 (동 복지공동체 조성)
주거	중점	- 주거지원센터 지원 확대
	일반	- 노숙인 상담지원센터를 통한 시설 및 응급숙소 연계 - 공공임대주택단지의 커뮤니티센터 설치 및 운영
돌봄	중점	- 영유아가정방문실시 - 공립지역아동센터 운영 - 지역아동(복지)센터 운영개선 - 재가노인지원서비스 강화 - 장애인 활동지원서비스 사각지대 및 틈새계층 해소 - 일·가족 양립지원센터 설립·운영
	일반	- 재가 영유아 지원을 위한 개방형 돌봄기관 확충 - 요보호 아동대상 사회적 보호체계 강화 - 홀로 사는 어르신 통합돌봄관리체계 구축 - 여성장애인 홈헬퍼사업
건강	중점	- 서울형 보건지소 확충 지원 - 고령사회를 대비하는 어르신 건강돌봄체계 구축 - 환자복지 희망센터 운영 - 정신보건센터 기능 강화 - 건강친화마을 만들기
	일반	- 방문건강관리사업 확대 운영
교육	중점	- 학교밖 청소년지원센터 설치·운영 - 청소년 두드림존 자립지원 강화 - 청소년 쉼터 운영 - 청소년상담지원센터 확대
	일반	- 지역교육서비스확충을 통한 혁신교육지역공동체 구현 - 노년기의 충만한 삶 영위를 위한 노인교육 강화

출처: 서울시(2012) pp.116~117

<표 19>의 주요 사업 중에서 통합전달체계와 가장 관련이 깊은 사업은 동마을 복지센터 구축을 내용으로 하는 ‘사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편’ 사업이다. 이를 중심으로 서울시의 통합전달체계 구축 노력을 검토하고, 각 분야별 여러 지원 센터, 지원프로그램 등의 통합 운용 가능성 여부를 검토하며, 충남도 통합전달체계 구축에 주는 시사점을 살펴본다.

2) 동(洞)마을복지센터 구축 사업과 보건복지 통합전달체계

『사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편』이란 사업명으로 진행되고 있는 서울시의 동(洞)마을복지센터 구축 사업은 2012년 준비단계를 거쳐, 2013년 14개 자치구를 상대로 시범운영을 시작했으며 추진되어 2014년부터 전 자치구를 상대로 확대되어 수요자 중심의 복지서비스 전달체계 개편 사업으로 시행되고 있다.

이 사업은 찾아가는 복지 및 맞춤형 서비스 제공을 위해 크게 ‘찾아가는 복지플래너’와 ‘맞춤형 복지서비스’ 제공을 두 방향으로 한다. 찾아가는 복지플래너는 생애 주기별 방문복지 사업이다. 대상은 어르신(만65세 도래, 만70세 도래), 우리아이(임신부, 만2세 영유아 가정), 빈곤위기가정(저소득 복지대상자, 은둔·취약계층)이며, 방법은 사회복지사+방문간호사, 사회복지사+전담공무원+통·반장 등이 한 조를 구성하여 대상 가구를 방문하여 제공한다. 맞춤형 복지서비스 사업은 복지상담전문관 활용하고 원스톱 통합서비스를 제공하는 사업이다. 대상은 복지 수급은 물론 고용, 문화 등 다양한 복지욕구를 갖고 방문한 주민들이며, 편안하고 안정적인 분위기의 종합상담창구에서 주민에게 원스톱 종합 정보 및 서비스 전달한다.

연차별 시행계획은 아래 <표 20>와 같은데, 올해 2015년은 지난 3년 간의 준비 단계에 기반하여 80개동을 대상으로 동마을복지센터 1단계를 시행하고, 내년부터 매년 사업대상 동을 늘려가며 2018년 전체 423개동에 대해 동마을복지센터 구축을 진행할 예정이다. 따라서 올해가 본격적인 동마을복지센터 시행 첫 해라고 할 수 있다.

[표 20] 「사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편」 사업 연도별 시행계획

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
추진목표 (단위: 개소, 누계)	- 복지서비스 전달체계 개편방안 연구용역	- 14개 자치구 시범운영	- 전 자치구 확대시행 - 동마을 복지센터 기반구축	- 동마을 복지센터 1단계 시행 (80개동)	- 동마을 복지센터 2단계 시행 (180개동)	- 동마을 복지센터 3단계 시행 (280개동)	- 동마을 복지센터 4단계 시행 (423개동)
소요예산 (단위:백만원)	29	300	340	5,428	15,900	22,500	37,100

출처 : 서울시 복지건강본부, 2015, p.35

(1) 조직체계 및 업무²⁸⁾

서울시에 올해부터 80개동을 대상으로 시행되는 동마을복지센터의 기본적인 동조직 체계는 행정자치팀과 복지팀으로 구성된 기존 2팀 체계를 복지팀이 2개팀으로 확대한 3팀(행정자치팀, 복지1팀, 복지2팀) 체계로 변경된다. 동마을 복지센터는 기본적으로 동마을복지를 총괄하는 동장 1인과 행정자치팀 8명, 복지1팀 7명, 복지2팀 7명 이상 23명으로 구성된다.²⁹⁾

3개팀 23명으로 구성된 동마을 복지센터는 아래 <그림 18>에 나와 있듯이 보건소, 고용센터, 복지관 등 민간복지기관, 드림스타트센터, 정신보건센터, 마을지원센터 등을 통해 수행된 동단위 사례관리를 기반으로 복지전달을 위한 자원발굴과 ‘찾아가는 복지’ 업무를 기존 업무와 함께 수행한다.

이를 위해 각 동을 몇 개의 구역으로 구분하고, 각 구역을 전담하는 구역전담공무원을 사회복지직 1인과 행정직 공무원 1인 이상 2인1조로 구성한다. 구역전담공무원의 기본업무는 복지플래너와 구역내 자원발굴 업무이며, 사회복지직은 사례관리가 추가된다. 즉 사례관리는 사회복지직이 전담한다. 구역전담업무를 담당하지

28) 이하 내용은 서울시 행정국(2015), “(가칭) 동 마을복지센터 사업 운영 안내”에서 소개하고 있는 내용을 발췌·정리한 것이다.

29) 동마을복지센터의 기본모형은 본문에서 소개한 내용이며, 서울시는 이와함께 마을계획중심의 동마을복지센터 모형 역시 제시하고 있다. 마을계획중심 모형의 조직체계를 보면 기본모형의 행정자치팀 대신에 마을공동체팀이 있고, 복지1팀, 복지2팀이 있다. 마을공동체팀은 행정자치팀보다 인원도 11명으로 더 많고 마을생태계 조성, 마을계획, 주민참여활성화 사업, 마을복지생태계 조성 사업 등을 수행한다.

않는 행정직은 기존 업무를 주로 담당하며, 사회복지직은 복지전문상담관 업무와 각각 고유한 추가업무를 담당한다. 각 팀별 업무와 구역전담공무원의 업무를 살펴 보자.

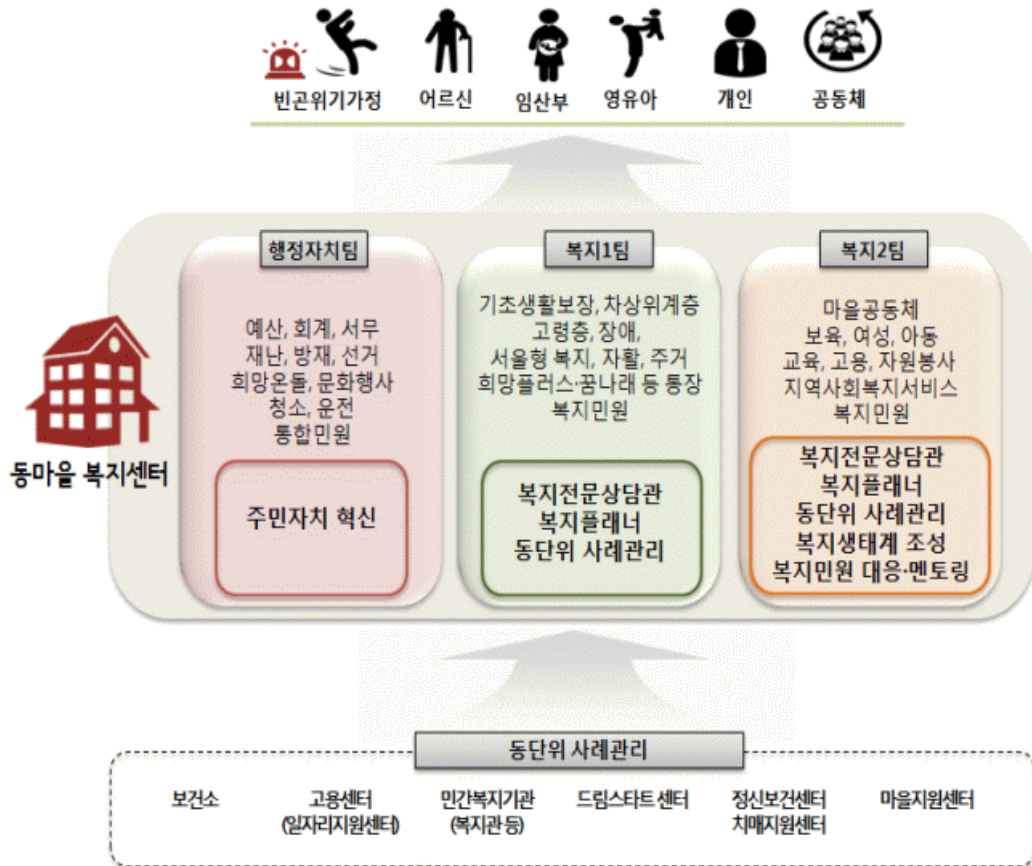
행정자치팀은 팀업무를 총괄하는 행정직 팀장과 사회복지직 1인, 행정직 1인이 하나의 구역을 담당하는데 팀장과 행정직은 동마을복지센터의 방문복지와 관련된 공통업무인 복지플래너와 구역 내 자원발굴 업무를 담당하며, 사회복지직은 이에 더하여 사례관리업무를 추가 담당하고 희망온돌, 이웃돕기, 문화행사 등 기존 업무를 수행한다. 그리고 행정자치팀 중 구역전담업무를 담당하지 않는 공무원 중 행정직 2인은 예산·회계, 일반서무, 주민자치 등 기존업무와 주민자치 혁신 업무를 담당하고, 남은 행정직 3명은 기존의 통합민원업무만 담당한다.

복지1팀은 사회복지직 4인과 행정직 3인으로 구성된다. 팀장은 사회복지직이 담당하며 팀업무를 총괄하고 행정직 1인과 함께 2구역의 구역전담업무를 담당한다. 둘 다 기본업무인 복지플래너와 구역 내 자원발굴 업무를 수행하고 이에 더하여 팀장은 사회복지직의 추가기본업무인 사례관리와 팀장으로서의 역할인 동마을복지 실적관리·평가 업무를 담당한다. 2구역담당 행정직은 다른 구역담당 행정직과 함께 교대로 기존 업무인 복지민원 신청·접수·증명발급 업무를 담당하며, 정부양곡, 꿈나래·희망플러스 등 각종 통장 업무를 담당한다.

복지1팀의 3구역 담당공무원은 사회복지직 1인과 행정직 1인으로 구성되는데, 각각 사회복지직과 행정직의 공통업무를 담당한다. 이와 함께 사회복지직은 기존의 기초생활보장, 차상위계층 관련 업무를, 행정직은 다른 구역담당 행정직과 교대업무인 기존 업무를 수행한다. 4구역 담당공무원 역시 3구역과 마찬가지로 구성되며 공통업무는 동일하다. 4구역 사회복지직은 기존 업무인 서울형복지, 자활 업무를, 행정직은 고령층, 장애인 업무를 담당한다.

복지1팀에서 구역을 담당하지 않는 사회복지직 1인은 방문복지 관련하여 복지전문상담관의 역할을 수행하며, 원스톱통합서비스 자료구축, 서비스안내지 발간 등의 업무와 기존의 복지상담 업무를 수행한다.

[그림 18] 동마을복지센터 기본 모형



출처: 서울시 행정국(2015), p.6

복지2팀은 사회복지직 3(2)인, 행정직 3(4)인, 방문간호사 1인으로 구성된다. 팀장은 행정직 또는 사회복지직이 맡을 수 있는데, 팀업무 총괄과 함께 복지협의체 및 민관협력 업무를 담당한다. 다른 행정직 1인과 함께 5구역을 담당하며 방문복지 공통업무를 수행한다. 5구역 담당 행정직은 다른 구역담당 행정직과 기존의 교대업무를 수행하며, 추가로 교육, 보조인력(시니어, 복무요원) 관리 업무를 담당한다. 여타 구역담당공무원은 공통업무 및 보육, 여성, 아동과 지역사회서비스투자사업,

자원봉사 고용 등 기존업무를 수행하며, 이 중 마을공동체 담당 행정직은 복지생태계 조성, 자원DB 구축 업무를 추가로 담당한다. 복지2팀에서 구역을 담당하지 않는 사회복지직은 복지1팀과 마찬가지로 복지전문상담관의 역할을 담당하며, 그 외로 민원 대응 총괄, 복지인력 멘토링 및 처우개선 업무를 담당하여 복지대상자뿐만 아니라 복지전달자들의 복지 역시 고려하도록 하였다.

복지2팀에는 구역을 담당하지 않는 또 하나의 공무원이 방문간호사이다. 방문간호사는 동마을복지센터에서 새롭게 배치되는 인력인데 담당하는 업무는 방문복지공동업무 중 복지플래너와 사례관리 업무를 담당한다. 즉 행정직의 구역 내 자원발굴 업무를 담당하지 않는 대신 사회복지직의 사례관리 업무를 담당한다. 상대적으로 담당업무 종류가 적어보이지만 방문간호사는 다음에 살펴볼 동마을복지센터 구축의 4대 중점분야 중 주요 복지사업이라 할 수 있는 '찾아가는 복지 실현' 분야에서 보건과 복지를 연계한 사업 수행에 있어서 중심적인 역할을 담당한다.

동마을복지센터 구축을 위한 서울시의 2015년 추진계획은 우선 2015년 3월에서 6월까지 성동구 마장동, 성북구 월곡제2동, 도봉구 방학제2동, 금천구 독산제3동 이상 4개구 4개동을 대상으로 1단계 시범동 사업을 추진한다. 시범동 사업은 동마을복지센터 사업 추진에 관해 시뮬레이션 중심으로 운영한다. 이에 기반하여 7월부터 서울시 13개구 79개동을 대상으로 동마을복지센터 1단계 사업을 시행한다. 성동구, 성북구, 도봉구, 금천구 이상 4개구 61개동에 대해서는 전 동을 대상으로 시행하며, 종로구, 노원구, 은평구, 서대문구, 마포구, 양천구, 구로구, 영등포구, 동작구, 강동구 이상 9개구에 대해서는 18개동에 한하여 시행한다.

기존 동주민센터를 동마을복지센터로 개편하기 위해서는 복지 담당인력의 대폭 확대가 필요하다. 대략 동별로 4~5명의 추가 배치가 필요한데, 이를 위해 사회복지인력 466명을 신규 채용하고, 필요한 행정직 충원을 위해 9급 공채 175명, 민간경력 공채 및 임기제 291명을 채용하여 동마을복지센터 79개동에 집중 배치한다.

(2) 보건복지 통합전달체계 구축을 위한 주요사업

앞에서 이미 밝혔듯이 동마을복지센터의 목적은 보건복지 통합전달체계 구축에만 국한된 것은 아니며, 가장 주된 목적은 '사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편'이다. 보건복지 통합전달체계 역시 이러한 포괄적인 전달체계 개편 방안의 일환으로 진행되고 있다. 따라서 서울시의 보건복지 통합전달체계 추진내용을 살펴보기 위해

동마을복지센터 구축의 중점분야와 주요 사업에 대해 우선 검토한다.

동마을복지센터 구축의 중점분야는 크게 ① ‘찾아가는 복지 실현’, ② ‘통합서비스 제공’, ③ ‘마을생태계 조성’, ④ ‘동 행정 혁신’ 등으로 구성되며, 여기에 ‘동마을 복지센터 지원체계 구축’, ‘동마을복지센터 평가 및 모니터링 계획’이 사업의 내실 강화를 위해 추진된다.

‘찾아가는 복지 실현’을 위해 <표 21>에 나타나 있듯이 ‘어르신복지플래너’ 사업, ‘우리아이 복지플래너 사업’ 등 6개 사업이 진행되며, ‘통합서비스 제공’을 위해 ‘복지상담전문관 시행’ 등 3개 사업, ‘마을생태계 조성’을 위해 ‘마을생태계 조성 비전과 사업체계’ 등 4개 사업, ‘동 행정 혁신’을 위해 ‘주민자치위원회 활성화’ 등 4개 사업을 추진하는 등 총 17개 사업을 계획하였다.

이들 사업으로 동마을복지센터는 노인, 영유아 및 아동, 여성, 장애인, 취약계층 등 복지대상자들에게 복지서비스를 전달하는데 있어서 통합관리 역할을 담당할 수 있을 것이다. 특히 앞의 두 분야 ‘찾아가는 복지 실현’과 ‘통합서비스 제공’은 보건 복지 통합전달체계와 직접 관련 맺는 분야이며 ‘마을생태계 조성’과 ‘동행정 혁신’은 통합전달체계의 효과 증진에 기여할 수 있는 환경 조성과 관련을 맺는 분야로 구분할 수 있다. 이런 이유로 이 글은 주로 앞의 두 중점 분야의 주요 사업 계획을 중심으로 서울시의 노력을 검토한다.

[표 21] 서울시 동마을복지센터 주요사업

구 분	사 업 명	
찾아가는 복지실현	- 어르신복지플래너 - 우리아이 복지플래너 - 빈곤위기가정 복지플래너	- 구역 전담 공무원제 - 마을복지 통·반장제 - 시니어 마을 복지활동가
통합 서비스 제공	- 복지상담전문관 시행 - 동 단위 사례관리	- 지역자원 조사 및 조직화
마을 생태계 조성	- 마을생태계 조성 비전과 사업 체계 - 주민 리더 발굴 및 관계망 형성 사업	- 마을생태계 조성을 위한 마을 계획 - 마을자산 조성을 위한 마을기금 사업
동 행정 혁신	- 주민자치위원회 활성화 - 주민 편의중심의 공간디자인 사업	- 동 업무재설계를 통한 혁신 - 마을복지동장제 시행

출처: 서울시 행정국, 2015

가. 찾아가는 복지 실현

‘찾아가는 복지 실현’ 분야는 6대 사업 중 어르신복지플래너, 우리아이 복지플래너, 빈곤위기가정 복지플래너 이상 3개 사업이 복지플래너에 관한 사업이다. 이상 3개 사업을 중심으로 서울시 보건복지 통합전달체계를 어떠한 방식으로 구축하고자 하는 지 살펴본다.

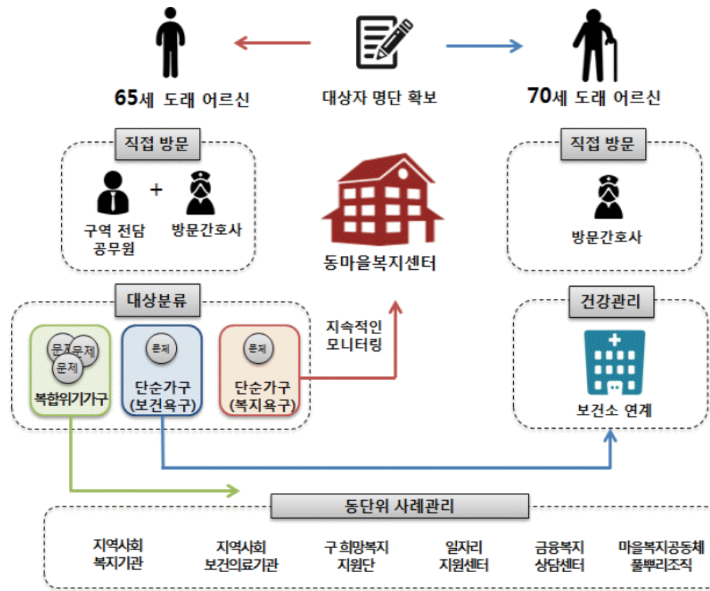
① 어르신복지플래너 사업

어르신복지플래너 사업은 “모든 어르신에 대한 찾아가는 복지상담서비스 및 보편적 건강관리 지원”을 목적으로 하여, “노령층 최초 진입 연령인 65세 도래 어르신에 대한 종합적인 복지·건강 안내 및 70세 고령층의 허약화 진행 경감 등 예방적 건강관리 실현”을 도모하고 있다.(서울시, 2015, p.15) 따라서 사업 내용은 65세 연령 도래 어르신을 대상으로 한 ‘어르신 복지플랜’과 70세 전체 노인을 대상으로 한 ‘어르신 보편적 건강관리’로 구성된다.

‘어르신 복지플랜’ 사업은 구역전담공무원과 방문간호사가 사전 안내 후 2인 1조로 방문하여, 가구별 등급선정, 방문주기 및 복지(기초노령연금, 교통카드 등)·건강 지원 설계 등 어르신에게 예방적 건강관리 및 복지정보 지원에 필요한 조치를 취하고, 복합적 복지욕구를 가진 어르신, 은둔취약계층 발굴 시 동 단위 사례관리 연계하여 필요한 건강관리 및 복지서비스를 제공한다.

‘어르신 보편적 건강관리’ 사업은 보통 신체기능이 저하되기 시작하는 허약 시기인 75세 이전에 예방적 차원에서 방문 및 건강관리를 수행하는데 방문간호사가 주로 담당하며, 방문조사 후 복지욕구가 있는 대상자는 사회복지직 공무원에게 연계하여 적절한 복지서비스가 제공되도록 한다. 이러한 사업의 효과성 제고를 위해 구역담당공무원은 꾸준히 구역내 자원발굴 업무를 진행한다. <그림 19>는 이상의 내용을 나타낸 ‘어르신 복지플랜’ 사업모형이다.

(그림 19) 어르신복지플래너 사업모형



출처: 서울시 행정국, 2015, p.16

‘어르신복지플래너’ 사업은 일견 기존에 진행해 온 ‘어르신가정 방문복지’ 사업과 유사하게 보이지만, 대상, 주체, 주요내용 및 기대효과 측면에서 다소 차이를 갖는다. 우선 기존 방문복지의 대상은 어르신을 특정하지 않은 취약계층이었지만 65세 어르신과 70세 어르신으로 특정하였다. 주체는 방문복지의 경우 복지담당공무원인데 비해 구역담당공무원과 방문간호사로 구성되었다. 기존 방문복지는 공적급여 중심의 욕구과약 및 서비스 제공 사업인데 비해 이제는 복지욕구 및 노후복지, 건강 지원을 설계했으며, 마을 내 복지·보건·문화·교육·시설 및 정보를 안내하여 어르신들의 복지욕구 충족을 위한 노력을 담고 있다. 무엇보다도 ‘어르신복지플래너’ 사업은 65세, 70세 도래 어르신을 대상으로 보편복지를 실현하기 위해 복지·고용·보건 등 맞춤형 통합서비스를 실시하고, 지역 내 주민과 주민의 관계망 형성을 촉진하여 지역사회내 상호돌봄 시스템(반찬나눔, 노인돌봄 등)을 가동하게 될 것을 기대하고 있다.

이러한 ‘어르신복지플래너’ 사업이 기대효과를 달성하기 위해서는 동마을복지센터를 중심으로 한 지역내 복지사업주체들의 적극적인 참여와 상호협력이 필요하다.

이러한 상호협력이 얼마나 원활하게 이루어지느냐는 동마을복지센터를 중심으로 한 통합복지전달체계의 효과적인 작동여부에 달려있다. <표 22>는 어르신복지플래너 사업의 주체별 역할을 담고 있다. 지역 내 복지기관, 장기요양기관, 보건소 등은 동마을복지센터를 매개로 서로 연계하고 사례를 통합 관리하여 기존에 수행해 온 보건 및 복지 서비스를 전달할 수 있다.

[표 22] 어르신복지플래너 사업주체별 역할

실행주체	주요 역할
동마을 복지센터	<ul style="list-style-type: none"> - 65세, 70세 도래 어르신 명단확보 및 가정방문 - 복지 및 보건상담 후, 정보제공 및 관련 담당자 의뢰 - 공적급여, 정서적·심리적 지원, 고용·세무·교육·문화 등 원스톱 통합서비스 정보 제공 - 복합적 욕구(보건·의료) 어르신 가정은 사례관리담당으로 의뢰 - 지역 병·의원 및 관련 시설 연계 구축 - 발굴된 취약계층 어르신 가정 지속 방문
복지기관	<ul style="list-style-type: none"> - 가사지원, 말벗, 심부름, 청소, 병원 동행 연계 - 밀반찬, 도시락 배달 연계 - 가사, 일상생활, 신변, 활동지원 연계
장기요양기관	<ul style="list-style-type: none"> - 방문목욕, 방문요양, 방문간호, 주야간보호, 단기보호
보건소	<ul style="list-style-type: none"> - 동마을복지센터로부터 의뢰된 보건·의료욕구가 있는 어르신가정에 대한 집중관리 및 지속 방문 - 집중관리군, 정기관리군, 자기역량관리군으로 분류하여 관리 - 공공보건과 민간의료의 분절된 서비스 제공 체계를 연계

출처: 서울시 행정국, 2015, p.22

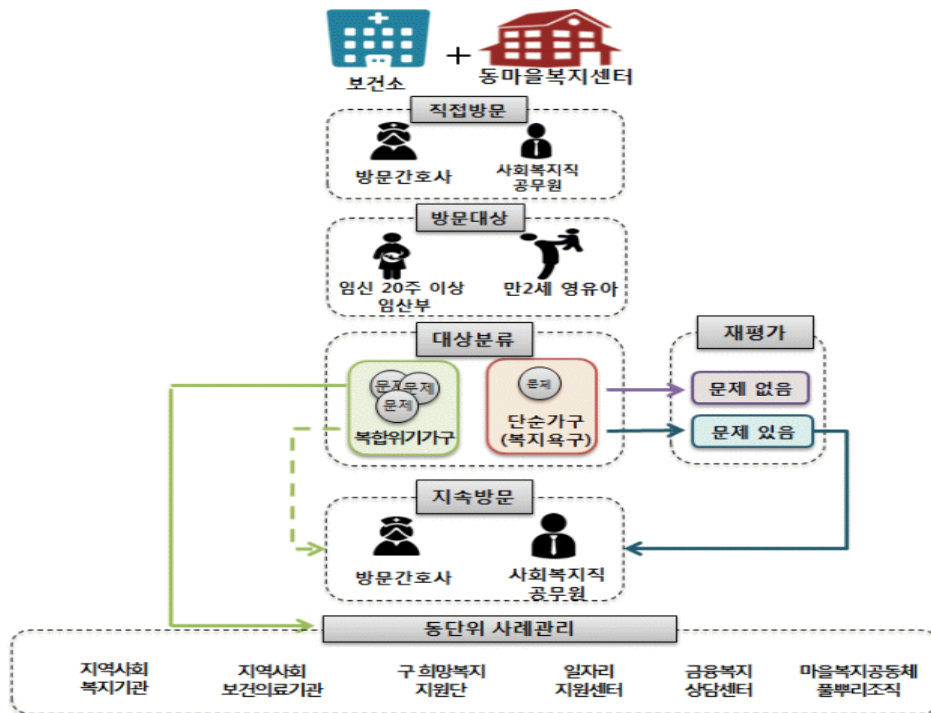
이 사업의 실효성 제고를 위해 특히 주안점을 두어야 할 부분은 구역전담공무원과 방문간호사 간 소통 및 업무의 협업·분업이 필요하다. 소통체계 구축을 위해 직원간 소규모 사례관리 회의 등 협의를 정례화할 수 있으며, 원활하고 실효성 있는 협업·분업 체계 구축을 위해 방문간호사의 전문성을 최대한 보장해주는 게 필요하다. 또한 사각지대 발굴을 위해서는 연령 도래 어르신에 한정하기 보다 그 외에도 도움이 필요한 대상을 지원하기 위해 자치구별로 통합방문간호사의 동별 배치 및 활용은 필수적이다. 또한 지역내 보건복지자원과의 연계 강화를 취해 지역 병의원과 연계체계를 구축하여 공공보건과 민간의료의 분절된 서비스 제공 체계를 보건소 주관 하에 연계하는 게 필요하다.

② 우리아이 복지플래너 사업

‘우리아이 복지플래너’는 “영유아·임산부에 대한 보건 복지서비스 제공”을 목적으로 “방문간호사(보건소)와 구역전담공무원이 임산부, 영유아를 찾아가서 건강관리, 보육관리 및 복지서비스 제공”하여 예방적·보편적 복지실현하려는 사업이다. 영유아 및 임산부에게 전문인력의 맞춤형 건강관리서비스, 보육복지 정보를 제공하여 양육역량강화 및 건강성장 기회를 확장하고, 임산부 및 영유아 대상 사전예방적 건강관리를 통하여 삶의 시작 앞에서 공평한 출발선 확보를 도모한다.(서울시, 2015, p.23)

이 사업 내용은 보건소와 동마을복지센터 협업 구조 하에서 방문상담, 방문서비스 제공, 사례분류(배분), 사후관리 순으로 진행된다. 보건소의 책임과 주관 하에 임산부 등에 대해 지속방문을 실시하며, 구역전담공무원은 최초 1회 방문시 동행하고 복지서비스 제공을 담당한다. 그리고 방문서비스를 통해 출산양육지원금, 양육수당, 보육 바우처 등 보육복지정보를 제공하고, 영유아 임산부 건강평가, 산후 우울 및 사회심리평가 등 상담과 재평가를 통해 건강평가, 모유수유교육, 신생아돌보기 등 건강관리서비스, 지역사회복지욕구를 파악한다. 대상의 사정에 따라 보편방문(기본교육 및 건강관리) 및 지속방문으로 재분류하여 사후관리를 수행하는데 특히 가정폭력, 아동학대 등 위기가정의 경우 복합사례로 관리하며 필요한 복지서비스가 지원될 수 있도록 연계한다. 발달장애 및 소아정신과 문제 역시 전문기관 연계, 지역사회복지서비스 등의 자원과 연계하여 필요한 서비스를 제공받을 수 있도록 조치한다. 그리고 대상자의 건강관리 서비스내용 등 이력 및 정보관리를 통해 필요한 시기, 필요한 상황에 필요한 서비스가 전달될 수 있도록 지속적으로 관리한다. <그림 20>은 ‘우리아이 복지플래너’사업의 주요 모형이다.

[그림 20] 우리아이 복지플래너 사업모형



출처: 서울시 행정국, 2015, p.24

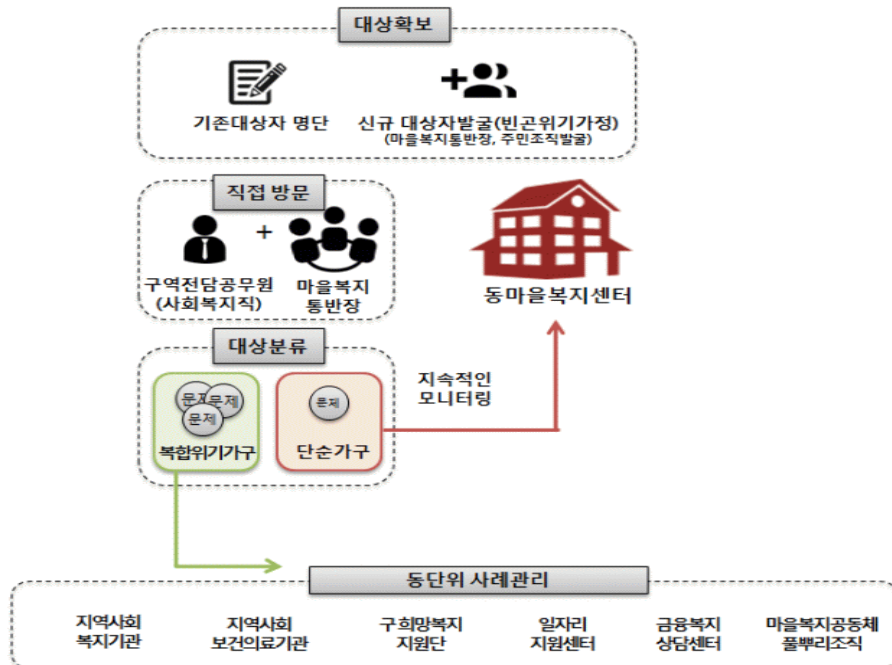
주요 추진사항으로 첫 번째 임신부·영유아의 건강관리를 위해 가정방문서비스를 진행하는데 이는 가급적 출산 후 4주 이내 방문하는 ‘보편방문서비스’와 임신 20주부터 출산 후 만2세까지 지속해서 방문하는 ‘지속방문서비스’로 구성된다. 보편방문서비스는 임신부·영유아 건강평가, 산후우울 및 사회심리평가, 신생아돌보기, 모유수유 및 부모 역할 교육 등을 내용으로 한다. 지속방문서비스는 영유아 월령별 발달단계특성에 따른 건강관리, 엄마와 아기 상호작용, 가족 파트너십 형성, 건강성장발달 지원, 양육역량강화 등과 모유수유모임, 놀이모임, 양육모임 등 부모 그룹활동 지원하고, 필요에 따라 전문기관 및 사회복지 및 지역자원 서비스 연계한다.

두 번째로 위기·복합사례 가구 발굴시 관내 전문기관 및 동마을복지센터와 연계 협력 체제를 구축하고 이에 필요한 전문 의료진으로 사업지원단을 운영하여 가정방문인력 교육프로그램 운영과 기술을 지원하고 사업에 대해 모니터링 및 평가한다.

③ 빈곤위기가정 복지플래너

‘찾아가는 복지실현’분야의 세 번째 사업인 ‘빈곤위기가정 복지플래너’는 “기존 복지대상자(국민기초수급자 등) 및 은둔취약계층 등에 대한 지속적 대면 관리를 통한 예방적 복지 구현”을 위한 사업으로 보건 복지서비스와 관련해서는 건강상태 파악이 필요하거나 해당 가정의 의료 욕구가 있는 경우에 방문간호사와 방문서비스를 진행한다. 기본적인 사업모형은 아래 <그림 21>과 같으며, 앞의 두 사업과 다르게 직접방문담당자에 방문간호사가 제외되고 대신 마을복지통반장이 포함된다. 그 외의 추진체계는 대상자 발굴, 방문조사, 관련 서비스 제공, 사례분류, 사후관리 순으로 유사한다.

[그림 21] 빈곤위기가정 복지플래너 사업모형



출처: 서울시 행정국, 2015, p.30

‘찾아가는 복지 실현’분야의 나머지 사업인 구역전담공무원제, 마을복지 통·반장제, 시니어 마을복지활동가 등은 동마을복지센터가 통합복지전달체계의 중심적 역할을 수행하기 위해 필요한 사업으로 기존의 동주민센터 행정직 및 지역 통·반장이 지역의 복지전달제공자로서 명실상부한 역할을 담당할 수 있도록 개편하고, 지역내에서 경험이 풍부한 민간 복지활동가들의 협력을 유도하여 참여를 활성화시키는 사업이다.

나. 통합서비스 제공

‘통합서비스 제공’분야는 복지서비스 전반에 대한 통합전달체계 구축을 목표로 하여 ‘복지상담전문관 시행(one-stop 서비스 제공)’, ‘동 단위 사례관리’, ‘지역자원 조사 및 조직화’ 사업으로 구성된다. 복지상담전문관은 동마을복지센터의 내방 민원인에 대해 종합상담을 제공하는데 이미 앞에서 언급했듯이 구역을 담당하지 않는 사회복지전문관이 맡는다. 따라서 찾아가는 서비스는 아니지만 동마을복지센터에 찾아오는 민원인에게도 필요한 서비스를 종합적으로 제공할 수 있도록 연계하는 역할을 수행한다.

복지서비스 통합전달체계 구축에 있어서 특히 중요한 사업이 두 번째인 ‘동단위 사례관리’사업이다. 이 사업은 “동 단위 주민 관계망과 상호 호혜성에 기반한 복지안전망 강화를 통해 사례 중복·누락없는 발굴 및 신속하고 효율적인 서비스 전달체계 구축”을 목표로 한다. 이를 위해 주민 주도의 인적·물적자원 확보 및 자원의 조직화를 통해 상호 호혜적인 주민 관계망을 구축하고, 기존 사례관리의 분절성을 극복하고 동에서 DB종합·확인하여 대상자의 누락이나 중복을 방지한다. 그리고 기존 엄격한 기준을 완화하여 신속하고 효율적인 서비스 전달이 가능하도록 신속한 지원체계를 구축한다.

이들 사업은 보건복지 통합전달체계 구축에 있어서도 필요하며 특히 주목해야할 사업은 동 중심의 사례관리 DB 컨트롤타워 역할수행이다. 가장 큰 역할은 복지서비스 전달에 관한 누락과 중복 여부를 모니터링하는 것에 있으며, 이를 위해 동마을복지센터 중심의 사례관리 대상자 정보 관리, 그리고 사례관리 시행기관 간의 정기적인 사례관리 현황 정보교류를 수행한다.

주요 추진사항으로 주 단위, 월 단위 등 정기적인 동 사례관리위원회 또는 사례회의의 운영하며, 해당 사례별로 민간복지기관, 학교, 종교단체, 병원, 드림스타트,

복지플래너, 희망복지지원단 등 관련 전문가 섭외하여 운영한다. 그리고 동복지협의체, 마중물협의체, 사례관리위원회 등 동 단위협의체를 중심으로 지역내 자원을 조직화하여 동 단위 자원개발 및 공유, 연계하며, 필요한 서비스 제공을 위한 지역 인적·물적 자원의 발굴하고 축적한다.

또한 민·관 사례관리 수행기관 간의 연계·협업체계 구축을 통해 사례관리 거점기관(지역사회복지관) 사이의 적극적인 연계·협업을 도모하여 마찬가지로 동(洞)·거점기관 사업담당자들 간의 연계, 소통, 정보공유 경로 구축, 사례관리 현황 및 정보교류 활동의 정례화, 공동 자원개발, 사업추진 등을 통한 파트너쉽 구축한다. 이를 통해 민간의 전문성과 동(洞), 구(區의) 공공성을 연계하여 상호 역할 보완한다.

‘지역자원 조사 및 조직화’는 복지서비스 전달과 관련하여 지역 내 인적·물적·정책자원의 소재, 연계 현황 등을 파악하여 조직하는 사업이다. 인적자원은 공동체 구성주체이자 서비스 전달자로서 경력, 기술, 경험 등을 지닌 지역주민, 동네 소상공인, 직능단체, 자생적 자조모임 등이 해당한다. 물적자원은 문제해결에 필요한 재화 제공자로서 역시 지역주민, 동네 소상공인과 종교단체, 사회단체, 지역 소재 기업 등이 포함된다. 마지막으로 정책자원은: 지역 소재 기관에서 제공하는 정책 서비스 등으로 공공기관, 의료기관, 각종단체·시설, 교육기관, 기업의 사회공헌 활동 등이다.

다. 전산시스템 개발

동 사례관리 사업 추진을 통한 사례의 발굴 및 자원과의 연계, 사례관리 등에 있어서 사례관리 DB는 사업진행의 효율성 및 효과성 제고에 있어서 중요한 역할을 담당한다. 이를 위해 전산시스템 개선 또는 신규 구축은 필수적인데, 행복e음, 자치구 내 기존 시스템을 활용하여 1단계 사업 진행하면서 시(市) 차원에서 별도의 전산시스템 개발 필요여부를 종합 판단할 예정이다. 물론 동 홈페이지 개편 등을 통한 민·관 업무연락시스템 등 구축하여 활용하는 것은 필수이다.

동마을복지 전산관리의 필요성은 우선, 동 중심의 복지대상자 정보 및 서비스 이력 관리체계 마련하여 복지플래너 방문서비스 실적관리 및 동 중심 사례관리를 위하여 복지대상자에 대하여 제공되는 공공 급여 및 돌봄서비스 통합관리가 필요하기 때문이다. 또한 민간복지시설과 복지대상자 정보를 공유하여 마을복지의 주요한 주체인 민간복지시설(종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등) 종사자들도

서비스 제공 실적을 입력토록 하고 복지대상자에 대한 정보를 공유할 필요가 있기 때문이다.

그런데 현재 자치구에서 공공급여·서비스 신청, 상담 및 사후관리 등 사회복지 업무 수행시 행복e음이 포괄적으로 활용되고 있으나, 개인에 대한 급여 및 서비스 정보가 민간의 정보까지 통합적으로 제공되기 어렵고, 개인정보 보호를 위해 민간 복지시설 종사자들의 전산망 접근을 엄격히 제한하고 있는 한계가 있다.

따라서 서울시 차원에서 별도의 전산시스템 개발을 검토 중인데, 개발방향은 새로운 시스템 개발시 기존 시스템과 이중 입력·관리를 해야 하는 업무부담을 최소화하기 위해 중앙정부의 협조를 얻어 기존시스템(주민등록전산망, 행복e음 등)의 입력자료가 연동될 수 있도록 설계하고, 이 과정에서 동 주민센터 사회복지전담 공무원, 보건소 방문간호사, 복지관 종사자 등 현장 의견을 최대한 수렴하고자 한다. 또한 시가 자체개발한 현 어르신통합관리시스템의 업그레이드를 추진하여 저소득 독거어르신(20만명)에 대한 서비스(돌봄, 무료급식 등) 중복·누락을 방지하도록 개발·활용중인 시스템을 모든 복지대상자에 대한 시스템으로 업그레이드하여 효율적 개발한다. 이를 통해 복지플래너, 마을활동가, 민간 복지관 직원 등 모든 복지관련 담당자들이 정보를 공유할 수 있는 시스템을 업그레이드한다.

2014년 4월부터 추진 중인 사례관리공유 네트워크 구축에는 25개 자치구는 물론 200여개 민간단체도 참여하여, 12월 공유건수가 2,049건으로 사례관리 수준 향상과 민·관 협조체계 구축으로 서울시 복지서비스 전달체계 개편에 큰 일익을 담당하는 것으로 평가받고 있다.

3) 서울시 보건복지 통합전달체계 구축 관련 자치구 사례

(1) 성북구 동마을복지센터 추진 사례

서울시 성북구는 2015년 3월 1일부터 월곡2동을 상대로 동마을복지센터 시범 운영을 추진했으며, 올해 7월부터 동마을복지센터 1단계 사업 추진 4개구 중 하나로 선정되어 추진하고 있다. 여기에서는 이미 앞에서 소개한 동마을복지센터의 주요 사업에 관한 검토는 제외하고, 성북구의 추진계획 중심으로 검토한다.

가. 전달체계 개편 관련 추진현황

성북구는 주민참여형 복지전달체계를 구축하기 위해 2011년 5월 「동 복지협의회」를 구성하여 성북구 실정에 적절한 모형을 논의하기 시작했다. 이후 2013년 4월에서 12월까지 사회복지기능 강화 T/F를 구성하여 운영했으며, 이를 통해 동 주민센터 적정 복지인력과 표준 업무분장을 제시하고, 2014년 4월 동장 직렬을 행정직·사회복지직으로 복수직렬화 하는 등 정원규칙을 개정하였다.

〔표 23〕 성북구 전달체계 개편 추진현황

- 주민참여형 복지전달체계 「동 복지협의회」 운영 : '11. 5
- 사회복지기능 강화 T/F 구성·운영 : '13. 4~12
 - 동 주민센터 적정 복지인력과 표준 업무분장 제시
- 정원규칙 개정(동장 직렬 : 행정직·사회복지직 복수직렬화) : '14. 4
- 보건복지통합 자살예방사업 「마음돌봄 프로젝트」 추진 : '14. 7
- 복지통장제 시행(458명) : '14. 7
- 사회복지직 정원 증원(기존 93명→106명) : '14. 8
- 복지전달체계 개편 기획추진단 구성·운영 : '14. 9~
- 보건복지플래너 시범사업 추진(월곡1동, 장위1동, 정릉4동) : '14. 9~
 - 방문간호사, 복지플래너, 복지코디네이터 배치
- 복지부서 확대개편 : '14. 12
 - 1과 3팀 신설 : 복지3과 14팀 → 복지4과 17팀
- 2015년 마을·복지 직원 아카데미 실행 : '15. 1~2
 - 마을민주주의 이해 및 동마을복지센터 실행 내용 등 논의
- 『마을민주주의 및 구정의 이해』 직원교육 실시(총 4회) : '15. 2
- 동마을복지센터 예비운영동(월곡2동) 개소 : '15. 3
- 동마을복지센터 전 동 사업 추진 : '15. 7. 1~

출처: 성북구(2015), p.17

이후 복지통장제 시행(2014.7), 사회복지직 정원 증원(2014.8) 등 인력기반을 확충해 나갔으며, 2014년 9월 복지전달체계 개편 기획추진단을 구성하여 운영을 시작하며, 월곡1동, 장위1동, 정릉4동 등을 상대로 보건복지플래너 시범사업 추진하며 방문간호사, 복지플래너, 복지코디네이터를 배치하였다.

2015년 3월 월곡2동에서 동마을복지센터 예비운영동을 개소하였고, 전 동을 상대로 2015년 7월 1일부터 동마을복지센터 사업을 추진하고 있다.

나. 주요 개편 내용

동마을복지센터 사업에서 가장 먼저 언급할 수 있는 주요 개편 내용은 기존의 동주민센터라는 명칭을 ‘찾아가는 동마을복지센터’로 개편한 것이다. 이는 물론 당연한 이야기지만 이러한 명칭 변경에서 놓치지 말아야 할 부분이 있다. 성북구는 시범 운영 및 구민을 상대로 한 홍보 등을 통해서 이러한 명칭 변경을 충분히 알리고자 했으나 여전히 모르는 구민들도 있을 수 있고, 또한 성북구에 거주하지 않는 다른 지역 사람들도 있다. 이들 역시 기존의 동주민센터를 방문해야 할 때 명칭 변경으로 인해 불편이 발생할 수 있으므로 성북구는 주민들의 혼란을 방지하기 위해 기존 ‘동 주민센터’와 ‘찾아가는 동마을복지센터’를 병기하여 사용하기로 했다.

다음으로 실질적인 개편 내용 중 가장 대표적인 사항이 동마을복지센터의 팀 개편이다. 이미 앞에서 서울시의 사업 내용에서 살펴보았지만 동마을복지센터는 기존의 동주민센터와 다소 다른 조직구성을 갖는다. 그런데 성북구는 서울시의 기본모형을 그대로 적용하지 않고 성북구의 실정에 좀 더 적절하게 변형하여 각각 2개팀 동과 3개팀 동으로 개편하였다. 2개 팀으로 개편되는 동은 안암동, 보문동, 동선동, 돈암1동 이상 4개 동으로 민원행정팀과 복지지원팀인 기존 2개 팀을 마을자치팀, 보건복지지원팀으로 재편하였다. 그 외 나머지 16개 동은 3개 팀으로 개편되는데, 기존 2개 팀을 마을자치팀, 공공복지팀, 보건복지지원팀 이상 3개 팀으로 바꾸었다. 즉 서울시 기본모형인 3개팀에서 과거의 민원행정팀에 해당하는 행정자치팀 또는 마을공동체팀을 마을자치팀으로 변경하고, 복지1팀과 복지2팀을 공공복지팀, 보건복지지원팀으로 변경하였다.

이러한 조직개편에 따라 동마을복지센터의 인력 또한 개편하였다. 기존 동주민센터는 동장 1명과 민원행정팀 10명, 복지지원팀 5명 이상 평균 16명으로 구성되었다. 하지만 새로 재편된 동마을복지센터는 기존 16명에 사회복지직 3명, 방문간호사 1명, 행정 2명, 마을코디 1명 이상 7명을 추가하여 평균 23명으로 구성된다. 그리고 새로운 직제에서 각 담당자의 역할에 혼선을 줄이고 자신의 업무를 명확하게 수행할 수 있도록 동마을복지센터 표준업무분장(안)을 제시하였으며, 각 동은 이를 참고하여 동별 특성 및 여건에 맞게 배치하여 운영하도록 하였다.³⁰⁾

30) 동별 인력 개편의 세부내용과 표준업무분장(안)의 구체적인 내용은 성북구(2015), pp.11~12 참조.

다. 주요 사업 소개

동마을복지센터는 보건복지뿐만 아니라 다른 복지서비스와 함께 마을계획까지 포괄하는 종합적인 마을복지센터를 목표로 한다. 그래서 동마을복지센터의 모든 사업을 소개하기 보다는 서울시의 경우와 마찬가지로 ‘찾아가는 복지 실현’분야의 ‘어르신보건복지플래너’, ‘우리아이복지플래너’, ‘빈곤위기가정복지플래너’이상 3개 사업과 ‘통합서비스 제공 및 연계’ 분야의 ‘동 중심 사례관리를 통한 통합서비스 제공’사업을 중심으로 검토하며 보건복지 통합전달체계 구축에 있어서 시사점을 찾아본다.

① 어르신보건복지플래너

‘어르신보건복지플래너’는 서울시의 정식 명칭이 ‘어르신복지플래너’인 사업과 동일하나 보건 분야 서비스 제공에 대한 인식 제고를 위해 성북구가 보건이란 말을 추가하여 명명한 사업이다. 이 사업은 65세, 70세 어르신 명단을 확보하여 방문대상자를 선정하고, 해당 어르신에게 안내문을 우편으로 발송하여 방문일정을 확인하여 확정된 후 사전조사 등 상담준비를 한 후 방문상담한다. 방문상담을 통해 어르신의 욕구를 파악하여 그 결과에 따라 대상자를 구분하여 복지서비스 제공 등 관리한다.

대상자 구분은 크게 복지분야와 보건분야로 나누는데, 복지분야는 다시 단순사례와 복합사례로 구분한다. 단순사례는 어르신의 복지욕구에 따라 금융, 보건, 복지 등 해당 서비스를 제공한 후 종결한다. 그리고 복합사례는 복합적·지속적 관리대상으로 분류하여 사례관리 담당에게 이관한다. 복합사례는 위기긴급가구, 생활중심형 가구, 전문심화형 가구, 지역사회 돌봄 가구로 구분하는데, 위기긴급가구에게는 긴급복지지원, 광역 민간자원과 연계 등을 제공하고, 생활중심형 가구에게는 공적급여, 서비스 연계, 현금성 자원 연계 등을 지원한다. 좀더 적극적인 복지지원이 필요한 전문심화형 가구에게는 취약계층 역량강화를 통해 삶의 질을 개선할 수 있도록 지원하며, 지역사회 돌봄 가구에게는 주민의 일상적·자발적 참여를 통한 이웃 돌봄 서비스 등을 제공한다.

보건분야는 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 구분한다. 집중관리군은 조절되지 않는 고혈당, 당뇨환자, 허약노인 판정점수 4~12점인 어르신, 중증 우울자, 인지기능 저하자 등이 해당하는데 연 8회 이상 집중관리를 수행한다. 정기관리군은 고혈압, 당뇨 증상이 있으나 조절되는 환자로서 연 4회 이상 방문관리를 수행한다. 자기역량지원군은 건강한 어르신에 해당하며 연 1~2회 방문관리를 수행한다.

그리고 복지대상자의 필요에 따라 대상자 중심의 맞춤형 서비스를 연계해 준다. 복지분야에서 직접관리는 구, 동, 민간기관, 지역사회 등 서비스 제공 주체별로 사후관리를 실시하여 제공하고, 서비스 연계는 공적급여, 현금성 지원 등 자원을 연계시킨다. 그리고 동 단위 실적관리를 통해: 발굴된 대상자의 상담내용, 점검사항 등 이력 및 정보를 관리한다. 보건분야에서 질환자 관리를 위해 질환 조기발견, 의료기관 연계 및 정보를 제공하며, 영양문제, 운동부족, 흡연, 음주 등 프로그램 연계 및 교육을 통해 건강행태개선을 도모하고, 건강검진 대상에게는 검진의 중요성 안내, 결과상담 및 검진기관 연계를 제공한다. 그리고 건강한 어르신에게는 마을 내 여가·문화시설 정보를 제공하고, 재능기부 등을 안내하는 등 주민생활참여를 유도하여 어르신들의 사회적 관계망 유지를 지원한다.

어르신보건복지플래너 사업이 방문상담에 기반하여 어르신들에게 통합적인 보건복지서비스를 전달하고 필요한 전문서비스를 연계시켜드리기 위해서는 사회복지직 공무원, 방문 간호사 등 각 담당자 사이의 원활한 의사소통과 협력체계 구축이 필요하다. 이를 위해 동 단위 어르신보건복지플래너 회의 매일, 매주 개최한다. 어르신보건복지플래너 일일 회의는 방문 상담 후 사회복지직, 방문간호사가 일일 방문 결과를 정리하고 사례에 대해 논의하는 자리로서 상담 결과에 따른 대상자 구분 및 향후 서비스 지원, 방문 계획 등을 공유한다. 어르신보건복지플래너 주간 회의는 주 1회 진행하며, 보건복지지원팀장 또는 복지슈퍼바이저와 어르신보건복지플래너가 주간 방문 결과를 보고하고, 사례에 대해 논의한다. 동 내부사례회의 시 이관할 복합사례, 타기관 의뢰 사례 및 정리도 주간회의에서 논의한다.

방문상담을 통한 어르신 대상 보건복지서비스 전달 사업의 실효성 증진과 내실화를 위해서는 어르신보건복지플래너의 역량 개발을 통한 서비스 질 관리가 필요하다. 이를 위해 성북구는 표준화된 실무매뉴얼 및 교육, 신규자 역량 강화, 실무자 회의를 통한 경험 공유, 권역별 모니터링 관리망 구축을 실시하고 있다. 실무 및 상담 매뉴얼 및 교육 자료 개발로 표준화된 맞춤형 상담을 제공하여 서비스의 질적 향상을 도모하고 있으며, 시범 4개동 보건복지플래너가 신규자 리더 활동을 수행하여 현장 인계(동행방문), 실무경험 교육, 연계기관 안내 등 신규자 역량을 관리하고, 표준업무매뉴얼 및 교육 자료 개발과정에도 참여한다.

월 2회에 걸쳐 전 동 어르신보건복지플래너 실무자 회의를 진행하는데, 이 사업의 목적은 20개 동으로 분산되어 있는 사업 운영의 통일성을 기하고 실무자 의견을 반영하여 효율적인 사업 추진 정책을 재정비하는데 있다. 어르신보건복지플래너

전체회의는 매월 첫째, 셋째 금요일 오후에 보건소 또는 구청에서 진행하고, 동 방문간호사 회의는 매월 둘째, 넷째 금요일 오후에 보건소에서 진행한다. 주요 회의 내용은 방문 실적 보고 및 실무경험 공유, 개선방안 건의, 사례관리 등이다.

그리고 성북구 20개 동을 총 5개 권역(4개 동을 1권역으로 설정)으로 조직하여 권역별 모니터링 관리망을 구축한다. 각 권역별 총괄 담당을 지정하여 실적 및 물품, 서비스 연계 관리 등을 수행한다. 또한 방문간호사에 대해서는 분기 1회, 전문가에 의한 심화 교육을 실시하여 책임감 고양과 더 나은 질적 서비스를 주민에게 제공하도록 한다.

사업주체별 역할은 <표 24>에 나와 있는 서울시 기본모형을 바탕으로 이에 더하여 성북구의 경우 정신건강증진센터는 상담 및 자활 프로그램을, 치매지원센터는 상담 및 치매 스크리닝을 담당한다. 자살예방센터는 자살 고위험군 마을돌보미와 연계 사업을 진행한다.

성북구에서 어르신보건복지플래너 사업의 일환으로 실시하는 고유한 사업은 동별 '보건의 날' 운영이다. 이 사업의 목적은 건강 검진 및 상담 등을 희망하는 동 주민들을 위해 연령에 상관없이 보건서비스를 제공하는데 있다. 이를 위해 월 1회, 방문간호사가 사전예약제 형식으로 동마을복지센터에서 개최한다. 이는 동별 특성 및 여건에 맞게 추진방법 등을 변형하여 운영하는 것도 가능하다.

2015년 6월 기준으로 성북구는 구내 16개 의료기관과 국립의료원, 삼성서울병원, 현대아산병원 등을 포함한 29개 의료기관, 정릉성당·장위동성당 등 2개 가정간호센터, 정신 및 치매시설 3개, 8개 복지관, 17개 복지기관이 지역자원 연계기관이 있다. 이들 지역자원 연계기관들은 어르신보건복지플래너의 방문상담에 따라 성북구의 어르신들에게 필요한 보건복지서비스를 연계 제공할 것이다.

② 우리아이 복지플래너

성북구는 2015년 6월 1일부터 보건소 등록 임산부 및 출생신고 가정 3,200명을 대상으로 우리아이복지플래너 사업을 진행하고 있다. 이 사업은 임산부 및 영유아 대상 방문건강관리를 목적으로 서울시 주관 임산부 영유아방문사업 전문프로그램 교육 수료자인 영유아건강간호사가 방문주체를 담당하고 동의 담당사회복지직이 최초 1회 방문 시 동행한다. 방문건수는 영유아건강간호사 1인 기준으로 연 500회(1일 2~3 가구 방문) 정도로 예상하며, 가정방문 1건 당 상담 및 교육시간이 1~1.5시간 소요될 것으로 예상된다. 사업의 주요 내용과 추진방법은 서울시의 사업 개요와 유사하다.

③ 빈곤위기가정 복지플래너

빈곤위기가정 복지플래너은 기존 복지대상자에 대해서는 적극적인 방문 복지서비스를 제공하고, 은둔·취약계층에 대해서는 지역관계망을 통해 선제적인 안전망을 운영하여 주민의 복지체감도를 제고하려는 사업이다.

성북구에서 제공하는 방문형 복지서비스 현황은 <표 24>에 나와 있다. 성북구청의 어르신복지과가 담당하는 사업은 서울재가관리, 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 장애인활동지원서비스, 장기요양서비스 이상 5개이다. 이상의 복지서비스는 주로 수급대상인 어르신 및 장애인에게 필요한 서비스를 제공하는 사업으로서 수행기관은 구청과 노인종합복지관, 지역자활센터, 장애인복지관, 재가장기요양기관 등이 담당한다.

(표 24) 성북구 방문형서비스 제공 현황

부서	사업명	사업대상	사업내용	수행기관	서비스 인원
어르신 복지과	서울재가 관리	만 65세이상 기초수급자 신체정신적 일상생활 곤란 자	개인활동 지원 서비스, 가사지원서비스, 상담 서비스등 각종 생활서비스	구청	12명
	노인돌봄 기본서비스	만 65세이상 요양서비스 불필요 독거어르신	정기적 안전확인, 생활교육, 서비스 연계	성북노인종합복지관	999명
	노인돌봄 종합서비스	만 65세이상 장기요양보험 등급외 AB 판정자	가사활동지원, 주간보호 서비스	성북지역자활센터 외 6개소	돌봄종합 90명 단기가사 46명
	장애인활동 지원서비스	만6세 이상 ~ 만65세 미만 장애인복지법 1급 또는 2급 ※2015.6.1.부터 「장애인복지법」상 등록 3급 장애인까지 신청자격 확대 계획	활동보조인이 가정을 방문, 신체활동(위생관리, 식사) 가사활동(청소, 세탁) 및 이동보조(외출동행) 등 지원	성북장애인복지관 외 8개소	465명
	장기요양방문요양/방문목욕서비스	65세 이상 또는 65세 미만 노인성질환을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자	고령이나 노인성질환 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동, 가사지원 등의 서비스를 제공 노후생활안정과 가족 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도	재가장기요양기관 (가람복지센터 외 79개소)	2,110명
복지 정책과	가사간병 방문 서비스	만 65세미만 기초수급자, 차상위계층 중 신체정신 일상생활 곤란 어르신	신체수발, 가사지원, 일상생활지원, 간병지원	성북지역자활센터	15명 (모집중)
	통합사례 관리	통합사례관리를 통해 탈빈곤자활지원빈곤예방 가능 가구 (기초수급자, 차상위계층)	지역사회 민관의체계적관리 지원체계를 토대로 복합적 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·고용·주거·교육·신용 법률 등 필요한 서비스를 통합적으로 연계·제공, 이를 지속적으로 상담·모니터링해 나가는 사업	희망복지지원팀 통합사례관리사	149가구/ 300명
보건소 건강관리과	방문건강 관리서비스	건강문제가 있는 취약계층 (기초생활보장수급자 및 차상위계층 등)	대상자 중심의 맞춤형 보건 복지서비스 제공 (건강행태개선, 만성질환관리 및 합병증예방, 생애주기별 건강문제관리, 재활관리, 필요 시 복지서비스 연계)	보건복지부	7,815명
인적 안전망 돌봄 사업	마음돌봄 프로젝트	자살고위험군	안부확인 등 정서지지	마을복지센터 마음돌보미 외 돌봄봉사자	518명
	효성북123	돌봄이 필요한 어르신	안부확인 방문 등		

출처: 성북구, 2015, p.142

복지정책과는 지역자활센터가 수행하는 가사간병방문서비스와 희망복지지원팀이 수행하는 통합사례관리를 담당한다. 보건소건강관리과는 건강에 문제가 있는 취약 계층을 대상으로 방문건강관리서비스를 담당하며, 인적안전망 돌봄사업으로 마을 복지센터와 마음돌보미 등 돌봄종사자들이 마음돌봄프로젝트와 효성북123 사업을 담당한다.

④ 동 중심 사례관리를 통한 통합서비스 제공

동마을주민센터가 통합복지전달체계에서 중심적인 역할을 하기 위해서는 동 중심 사례관리를 통해 초기상담, 욕구과약, 서비스 계획·연계, 사후관리 과정 및 대상자 DB를 총괄 관리하여 통합적 서비스 제공하고, 지역사회 내 다양한 보건·복지기관 전문가들이 공동으로 참여하는 동 단위 수평적 통합사례관리 회의체를 구축할 필요가 있는데, 동 중심 사례관리 사업은 이러한 내용을 담고 있다.

성북구는 동 중심 사례관리를 위해 구청의 희망복지지원단과 동마을복지센터의 기능과 역할을 다음 <표 25>와 같이 체계화하였다. 구의 희망복지지원단은 주로 통합사례관리 총괄 및 지원과 교육 등의 역할을 담당하고, 동마을복지센터의 팀장은 복지수퍼바이저 역할을 담당하여 동의 자원 발굴·관리, 자원연계 총괄, 민·관기관 간 협력체계 구축 및 공동 활동을 수행한다.

[표 25] 성북구·동 수행 체계별 기능과 역할

수행체계		기능과 역할
구희망복지지원단		<ul style="list-style-type: none"> · 통합사례관리 총괄 수행·관리, 홍보,洞사례관리 지원 · 자문단 구성 운영 및 외부전문가 자문지원 · 통합사례관리(긴급·위기사례) 수행 · 지역사회복지실무협의체 사례관리분과 운영 및 역할 재정립 · 민·관 사례관리 실무자 및 대상자 역량강화 교육 · 자원관리 총괄 및 민관 지역자원 정보 공유 등
동마을복지센터	팀장	<ul style="list-style-type: none"> · 동마을복지센터 ‘복지수퍼바이저’ 역할수행 · 동 복지자원 발굴·연계 및 사례관리 업무 총괄 · 동 복지협의체 사례분과 구성·총괄 관리 및 홍보 · 서비스제공계획 및 종결 승인, 서비스제공 등 결과 확인 등
	담당	<ul style="list-style-type: none"> · 주사례관리자로서 실무수행, 아동청소년 복지플래너 직무수행 등 · 통합사례관리 총괄, 내부·통합사례회의 진행 · 사례관리대상자 통합정보관리 · 통합사례관리(단순·일반사례) 수행

출처: 성북구, 2015, p.51

동 중심 사례관리에서 특히 중요한 점은 민·관 사례관리 거점기관 간의 연계 및 협업 체계 구축이다. 동마을복지센터가 통합복지전달체계의 중심 역할을 수행하며 복지대상자에게 필요한 지원을 적절하게 제공하기 위해서는 자체 발굴 사례나 지역내 여러 자원의 사례를 통합 관리하며 공유하기 위해서는 이러한 민관 협업체계 구축이 필수적이다. 성북구는 5개 권역별 거점기관인 정릉·길음·생명의전화·월곡·장위 등 5개 종합사회복지관과의 협업 체계 구축하였으며, 성북시각·성북장애인·성북노인 이상 3개 단종복지관을 연계기관으로 사례관리 협업 체계를 구축하여 민간의 전문성과 동(洞), 구(區) 공공성을 연계시켜 상호 역할을 보완할 수 있도록 하였다. 이를 통해 동·거점기관 사례담당자들 간의 연계, 소통, 정보공유 경로를 구축하였으며, 상호 사례회의 참석 기회를 넓혀 사례관리 현황 및 정보교류 활동의 정례화를 추진하고, 공동 자원개발, 사업추진 등을 통한 파트너십을 구축하였다.

서울시의 동 중심 사례관리 사업에서 중요한 내용 중 하나는 전산시스템 개발이었다.

성북구의 실행계획서에는 전산시스템 개발에 대해서는 별도의 내용이 없는데, 이는 이미 앞에서 소개했듯이 그 사업은 서울시에서 진행하기 때문이다. 성북구로서는 현재 기존 전산시스템을 활용하고 서울시가 준비하는 각 지역 민간연계기관 담당자도 접근가능한 시스템이 개발되면 이를 활용하여 서울시 차원에서 구축되는 통합적인 사례관리 전산시스템을 활용하게 될 것이다.

라. 성북구 동마을복지센터 추진 기대 효과

성북구는 서울시 동마을복지센터 사업의 시범운영 사례였으며, 2015년 1단계 사업대상에 전동이 포함되는 등 가장 앞서서 사업이 추진 중이다. 성북구가 이러한 역할을 담당한 이유는 이미 통합복지전달체계 구축, 마을공동체, 마을복지를 위한 기반사업을 진행해 왔기 때문이다. 2015년 12월 현재에 지난 7월 이후 5개월여 동안 전동을 대상으로 추진해 온 성북구의 동마을복지센터 사업의 결과에 대해 평가하기는 곤란하다. 아직 진행 중인 사업이라는 점도 하나의 이유이며, 또한 평가에 필요한 자료도 구축되어 있지 않기 때문이다.

서울시의 동마을복지센터 사업을 실행하기 위한 성북구의 실행계획서를 토대로 보건복지 통합전달체계 구축과 관련하여 볼 때, 방문상담에 기초한 사례 발굴과 대상자 선정, 맞춤형 서비스 제공이 서비스 제공 사각지대가 그만큼 축소되고 복지대상자가 필요로 하는 서비스가 적절한 수준에서 제공되어 복지전달체계의 효과성이 제고되리라 기대한다. 물론 객관적인 모니터링과 평가를 통해 동마을복지센터의 기능과 역할을 개선해 나가는 노력이 지속되어야 할 것이다.

(2) 강남구 노인통합지원센터 사례³¹⁾

강남구는 앞에서 소개한 서울시 동마을복지센터 사업의 1단계 시행 대상이 아니었지만, 이미 보건복지 통합전달체계와 관련해서는 이미 자체 예산으로 2009년부터 강남구 노인통합지원센터³²⁾를 위탁, 운영해오고 있다. 강남구노인통합지원센터는 2014년 약 2억 4천만원의 구보조금을 지원받아 운영되고 있으며, 센터장을 포함

31) 강남구노인통합지원센터에 대한 이 글의 소개는 해당 홈페이지를 참조하여 관련 내용을 발췌·정리한 것임을 밝힌다.

32) 2009년 3월 업무개시 시기에는 강남구노인정보센터로 출발하였으며, 이후 기능과 역할이 확대되며 2011년 9월 강남구노인통합지원센터로 명칭을 개정하였다.(홈페이지 기관 연혁 참조)

하여 직원 5명으로 인력을 구성하고 있다.

강남구가 노인통합지원센터를 운영한 이유는 다면적이고 복합적인 특성을 지닌 어르신들의 서비스 욕구에 대한 이해 때문이다. 이러한 특징을 지닌 서비스 욕구는 다양한 제공주체에 의해 서비스가 전달되어야 한다. 그런데 대상자 발굴, 필요한 서비스 제공이 제공기관 별로 이루어 지고, 이에 따라 각 기관의 상호 정보교류가 원활하지 않기 때문에 서비스의 중복 및 누락, 기관별 실적 위주의 서비스 제공에 따른 서비스 질의 문제가 계속해서 지적되어 왔다. 이에 따라 강남구는 어르신 노후생활의 복합적인 문제개선과 다양한 욕구에 대응할 수 있는 복지서비스 제공 전략이 필요하다고 인식하였다. 이러한 어르신들의 복합적인 보건복지 욕구에 효과적으로 대응하여 보건복지증진에 기여할 수 있는 서비스의 포괄화, 지원체계의 통합화의 필요성이 제기되었다. 서울시의 동마을복지센터 역시 이러한 문제의식을 공유하고 있다.

이러한 문제의식에 따라 강남구는 활기찬 노후생활 지원을 목표로 능동적이고 공격적인 노인복지 대책 마련과 선별적 복지에서 일반적 복지로의 전환을 추진방향으로 하는 노인복지 종합계획을 수립하였고 그 사업의 일환으로 2009년 강남구 노인통합지원센터를 설치하였다.

가. 목적과 의의

강남구 노인통합지원센터는 홀몸어르신과 어르신단독부부세대의 다차원적이고 복합적인 욕구해결을 통한 복지증진을 위해, 기존 서비스가 가지고 있는 단편적 한계성을 극복하고 서비스 제공주체의 다원화와 서비스 제공기관별 정보미공유 등으로 인한 서비스 중복·누락·단절·단편화·비연속 등의 문제를 해결하고 계획적이고 통합적인 지원서비스 제공을 위한 목적으로 설립되었다.

이러한 목적을 실현하기 위해 가장 먼저 홀몸어르신과 어르신단독부부세대에 대해 One-Stop 지원 서비스를 실시하였으며, 대상자의 어르신복지 서비스 관련 기초 D/B 구축, 강남구 내 서비스 전달기관과 정례회의와 이를 통해 해당 기관 내 대상자 및 대상자별 지원내역 자료 통합하는 등 관련 사업을 통해 어르신관리 기능을 강화하고 연계서비스에 대한 지속화·조정·효과 등에 대한 모니터링을 지속적으로 수행하였다.

이러한 강남구 노인통합지원센터의 활동은 ① 홀몸어르신 DB 구축을 통한 국내 어르신복지 통합서비스의 기초를 마련하고, ② 어르신복지 서비스에서의 신규 대상자 및 미충족 욕구의 발굴 기능을 강화했으며, ③ 이러한 사업의 성과는 노후생활 지원체계로서 노인통합정보센터의 역할 강화에 대한 당위성을 확보하게 하였다.

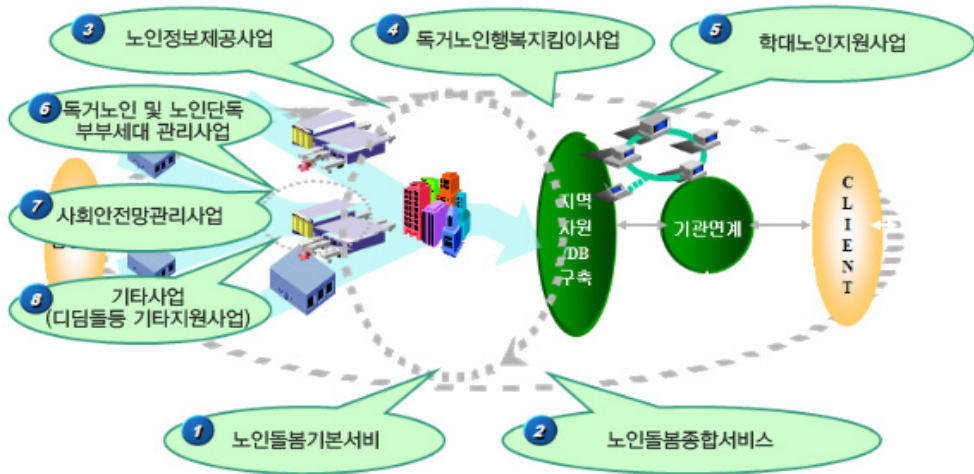
강남구 노인통합정보지원센터는 관내 재가 홀몸어르신의 사회안전망을 구축하고 통합사례관리를 위한 보건복지 서비스 연계 구축을 목적으로 홀몸어르신에 대한 정보 수집 및 DB 구축하여 보건복지 서비스가 중복되거나 누락되어 제공자와 대상자 모두에게 낭비적일 수 있는 요소를 근본적으로 해결 할 수 있도록 하였다. 또한 홀몸어르신에 대한 실태 및 보건복지 요구에 대한 정보 확보, 공공 및 민간서비스 제공기관에 대한 정보 확보와 이를 통한 연계센터의 운영은 신체적, 심리적, 사회적 으로 취약한 홀몸어르신에게 One-Stop 서비스를 제공할 수 있는 기반이 되었다. 또한 홀몸어르신 대상자의 등록에 대한 검토 과정에서 실제로는 홀몸이지만 주민등록상으로는 홀몸이 아니어서 서비스를 받지 못했던 어르신에게 서비스를 제공하였다. 대상자 정보에 대한 지속적인 관리와 신규 대상자의 발굴은 복지 사각지대 놓일 수 있는 홀몸 어르신의 일상생활 수준과 삶의 질 향상에 기여 할 수 있을 것이다.

나. 조직구성과 주요사업

강남구 노인통합지원센터는 노인돌봄팀, 노인지원팀, 노인보호팀 이상 3개 팀으로 구성되어있는데, 노인돌봄팀은 노인돌봄기본사업, 노인돌봄종합사업, 노인단독부부세대 관리사업 등을 담당한다. 노인지원팀은 강남구 재가노인 행복네트워크사업, 통합사례관리사업, 긴급가사간병지원사업, 지역사회지원연계사업 등을 담당하고, 노인보호팀은 독거노인행복지킴이사업, 위대한 유산, 행복나눔사업 등을 담당한다. 이들 사업을 수행하는 인력구성은 소장 1명과 과장 1명, 팀장 1명에 사회복지사 7명, 생활관리사 32명, 노인돌봄이 25명 이상 67명으로 이루어져 있다.

강남구 노인통합지원센터는 노인돌봄기본사업과 노인돌봄종합사업을 주된 사업으로 운영하고 있다. 현재 강남구 내 노인들 8,500여명의 데이터를 확보하여 관리, 운영하면서 자원연계와 안전망 관리에 중점을 두고 있다. <그림 22>는 강남구 노인통합지원센터의 주요사업을 나타내고 있다.

[그림 22] 강남구 노인통합지원센터 주요 사업



출처: 강남구 노인통합지원센터 홈페이지 <http://www.gninform.or.kr/>

노인돌봄 기본서비스는 노인돌보미를 파견하여 독거어르신 안전 확인 및 서비스 연계 사업이며, 노인돌봄 종합서비스는 노인장기요양등급 외 A, B 판정 어르신을 대상으로 가사간병서비스를 제공한다. 노인정보 제공사업은 D/B구축을 기본으로 하여 어르신들에게 맞춤형 정보를 제공하며, 독거노인 행복지킴이사업은 지역 내 노인복지 문제에 대한 문제점을 공식화하는 사업이다. 학대노인 지원사업은 노인 학대 예방 및 노인 인식 개선 등 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 사업이며, 독거노인 및 단독부부세대 관리사업은 D/B구축을 통한 대상자들을 체계적으로 관리하는 사업이며, 사회안전망 관리사업은 홀몸어르신 가정 내 움직임 감지센서를 설치·관리하여 노약자를 안전하게 보호하는 사업이다.

지역사회자원연계사업은 노인장기요양등급자 및 등급외자 어르신께 통합적인 사례관리를 통해 맞춤형 서비스 제공하기 위해 강남구내 해당 기관과 연계하는 사업이며, 독거노인친구 만들기 사업은 은둔형, 우울증, 자살위험 및 관계위축 어르신들에 대해 1:1친구만들기를 통해 사회관계활성화를 도모하는 사업이다. 나무동아리 사업은 홀몸어르신 가족 만들기 사업(1·3세대 통합지원프로그램)이며, 해피쿡 사업은 홀몸 어르신의 건강한 식생활 유지를 위해 밑반찬 및 영양식을 제공하는 사업이다. 이와 함께 자원봉사자관리, 노인결연후원사업, 기타지원사업 등을 진행한다.

다. 강남구노인통합지원센터 운영을 통한 효과

강남구 노인통합지원센터는 2009년부터 강남구 내 재가어르신들에 대한 대상자 발굴과 서비스 제공을 통해 수년간 데이터베이스를 구축하여 운영하고 있다. 현재 약 8,500여명의 데이터를 관리하여 복지의 사각지대 어르신들에 대한 적절한 대응이 이루어지고 있다. 직원들이 정기적으로 대상자의 가정을 방문하거나 전화로 안부를 확인함으로써 현장에서의 접근성이 높아졌으며, 복지 사각지대에 있는 어르신들을 다수 발견하여 데이터베이스를 구축한 사례는 참고할 필요가 있다.

재가어르신 대상자에 대한 발굴과 함께 대상자에 대한 맞춤형 정보나 서비스가 제공되고 있으며, 노인 학대 예방사업, 안정망 관리 등의 사업이 체계적으로 운영되고 있다. 또한 지역 내 사회복지관, 노인복지관 등 서비스 제공기관과 치매센터나 정신보건센터 등과 원활한 네트워크 업무를 추진하여 지역사회 차원에서 재가어르신복지에 대한 접근이 더욱 강화되고 있다. 이러한 사업운영을 통해 재가어르신 뿐만 아니라 노년기 일반어르신들의 재가복지욕구를 발굴하고 충족하는 데에도 기여할 수 있으리라 기대하고 있다. 강남구 자체의 지원으로 재가서비스의 전문성과 사업집중도를 높일 수 있는 안정적인 업무 구조를 통해 재가서비스를 제공할 수 있으며 노인대상자들에 대한 재가서비스의 연속성 문제를 해결하는데 기여할 수 있었다.

3. 경기도 무한돌봄센터 중심 통합복지전달체계 구축

1) 경기도 무한돌봄센터 현황 및 특징³³⁾

경기도의 무한돌봄센터는 “복합적인 문제에 직면한 위기가정의 자립지원을 위해 현금 지원 뿐만 아니라 다양한 서비스를 통해 통합 지원할 수 있도록 중앙정부 - 지방정부 - 민간기관의 서비스를 유기적으로 연계하는 포괄적인 민관협력의 지역복지 서비스 전달체계”이다. 이러한 무한돌봄센터의 주요사업인 무한돌봄사업은 “주 소득자가 사망·가출하거나 가구 구성원이 중한 질병 등으로 실제 위기에 처한 가정이 정부 복지제도의 지원기준에 해당되지 않아 지원받지 못하거나 또한 정부

33) 경기도 무한돌봄센터에 대한 여기의 내용은 경기도 무한돌봄센터가 2014년 1월 발행한 『2014년 무한돌봄센터 업무안내』에서 발췌한 일부 내용과 경기도 무한돌봄센터 홈페이지(http://www.gg.go.kr/gg_care)에서 발췌한 내용을 정리하여 구성하였음을 밝힌다.

의 지원을 받았다 하더라도 실제 위기상황을 벗어나는데 미흡하다고 판단될 경우 의료비 등을 추가로 지원하여 극빈층으로의 전락을 방지하는 전국 최초, 최고의 독보적인 복지제도”로서 “단순한 현금, 현물 지원 이외에 사례관리사가 복지수요자의 다양한 욕구와 문제를 파악하여 공공, 민간기관의 협력과 지역주민의 참여를 통한 맞춤형 복지서비스”이다. 즉 무한돌봄사업은 위기가정 지원을 위한 종합적인 맞춤형 복지서비스 제공 및 연계 사업이라고 할 수 있다.

경기도는 위기가정에 대한 체계적인 지원을 제공하기 위해 총괄기능을 담당하는 시·군 단위의 무한돌봄센터와 권역별 네트워크팀을 설치하였는데, 경기도 내 시·군의 규모와 복지시설 현황 등 시·군의 특성을 반영하여 도시형, 농촌형, 도·농복합형으로 구분하여 기본형(도시형), 확장형(농촌형), 복합형(도·농 복합형)의 네트워크팀을 설치하였다.

경기도의 무한돌봄센터 주요 연혁은 아래 <표 26>과 같다. 2009년 무한돌봄센터 준비 사업을 실시하고, 이듬해인 2010년 경기도 및 시군에 무한돌봄센터를 개소하여 운영하기 시작하였다. 2013년에는 경기도내 31개 시군센터에 95개 네트워크팀이 운영되고 있으며, 찾아가는 무한돌봄센터 운영, 사례관리 체계 강화를 위한 교육 및 컨설팅 추진하는 등 복지사각지대 해소를 위해 노력하고 있다. 무엇보다 시·군 특성을 반영한 복지모델로 업그레이드를 추진하여 위기가정에 대한 긴급지원뿐만 아니라 시군구 통합사례관리사업, 지역 자원관리 및 발굴 체계 강화, 방문형서비스사업 연계 및 협력 총괄 관리 등을 담당하며 읍면동 복지업무 지원 및 관리업무도 수행한다.

[표 26] 경기도 무한돌봄센터 주요 연혁

- 2009년 무한돌봄센터 준비
 - 도지사의 위기가정지원정책에 따라 무한돌봄센터 설치 방안 수립
 - 무한돌봄 TF팀 구성
 - 사회복지전달체계 변화와 발전을 위한 토론회 개최
 - 2010년 도 및 시·군 무한돌봄센터 개소 및 운영
 - 무한돌봄센터 운영매뉴얼, 설치지침 배부
 - 사례관리/자원개발매뉴얼, 사례관리교육 연구/교재 개발
 - 2011년 무한돌봄센터 지역 정착
 - 30개 시군센터 / 89개 네트워크팀 운영
 - 대한민국 대표브랜드상, 복지지원정책부문 대상(3년 연속)
 - 대통령 소속 사회통합위원회 사회정책서비스 전달체계 우수 지자체 인증
 - 2012년 무한돌봄센터 도약
 - 31개 시군센터 / 95개 네트워크팀 운영
 - 무한돌봄BI 업무표장 등록(특허청)
 - 도·시군 무한돌봄센터 인력충원 및 조직개편(희망복지지원단에 의거)
 - 2013년 무한돌봄센터 현장복지 및 내실화
 - 31개 시군센터 / 95개 네트워크팀 운영
 - 찾아가는 무한돌봄센터 운영
 - 사례관리 체계 강화를 위한 교육 및 컨설팅 추진
 - 나눔문화 확산 및 분위기 조성
 - 시·군 특성을 반영한 복지모델로 업그레이드 추진
- 예) 양평군 행복돌봄과(복지+보건), 구리시 무한돌봄과(복지+고용) 등

출처: 경기도 무한돌봄센터(2014), p.6

(1) 무한돌봄센터의 기능 및 주요사업

경기도의 무한돌봄센터는 경기도무한돌봄센터, 각 시·군의 무한돌봄센터, 무한돌봄센터네트워크팀으로 구성된다.

가. 경기도무한돌봄센터

경기도무한돌봄센터는 시·군 무한돌봄센터(네트워크팀 포함) 운영 지원, 종사자 역량 강화, 네트워크 구축 지원 등 전체적인 조정 역할을 수행하는 경기도청 소속 센터이다. 주요 기능은 시·군센터 운영지원, 종사자 역량 강화, 자원개발 및 나눔문화

활성화, 무한돌봄사업 및 긴급복지사업 지원, 홍보 등이며, 관련된 주요사업은 <표 27>과 같다. 조직은 센터장과 무한돌봄팀, 사례관리팀, 나눔문화팀 이상 3개팀으로 구성되어 있다.

[표 27] 경기도무한돌봄센터 기능 및 주요사업

기능	주요사업
시·군센터 (네트워크팀 포함) 운영 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 무한돌봄센터 매뉴얼 개발 - 시·군무한돌봄센터 컨설팅 및 모니터링 - 도(道)무한돌봄센터 전문위원회 운영 - 네트워크 구축 지원 - 무한돌봄센터 관련 연구 지원 등
시·군센터 (네트워크팀 포함) 종사자 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 무한돌봄센터 종사자 교육, 세미나 등 - 무한돌봄센터 컨설팅 추진
자원개발 및 나눔문화 활성화	<ul style="list-style-type: none"> - 사회공헌 관련 교육 실시 및 활성화 프로그램 개발 운영 - 사회공헌 관련 정보제공 및 연구 지원 등
무한돌봄사업 및 긴급복지사업 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 무한돌봄사업 계획 수립·조정 및 지원 - 긴급복지사업 계획 수립·조정 및 지원
홍보	<ul style="list-style-type: none"> - 무한돌봄센터 홈페이지 운영 - 무한돌봄센터 관련 홍보 등

출처: 경기도 무한돌봄센터(2014), pp.10~11

나. 시·군 무한돌봄센터

시·군 무한돌봄센터는 시·군 통합사례관리, 자원관리, 읍·면·동 복지사업 관리, 방문형서비스 사업 협력체계 운영 등 다양한 복지서비스 제공 및 네트워크팀을 지원하는 시·군 소속 센터이다. 시·군별로 1개소를 설치기준으로 하며, 설치장소는 시·군청 내에 설치하되, 사회보장정보시스템(행복e음) 사용이 가능하고, 방문자의 접근성이 편리한 독립된 공간에 설치한다. 기능 및 주요사업은 아래 <표 28>과 같다.

[표 28] 경기도 시·군 무한돌봄센터 기능 및 주요사업

기능	주요사업
무한돌봄센터 (네트워크팀 포함) 운영 내실화	<ul style="list-style-type: none"> - 무한돌봄네트워크팀 운영 지원 및 모니터링 - 무한돌봄센터(네트워크팀 포함) 종사자 역량 강화를 위한 교육, 간담회 등 - 솔루션위원회 구성 및 운영 - 평가 등 센터 운영 전반
시·군·구 통합사례관리 사업	<ul style="list-style-type: none"> - 사례관리사업 총괄 관리(욕구조사, 주사례관리자 지정, 대상가구 구분·확정, 사례회의 운영, 서비스제공계획 수립, 서비스제공 및 점검, 사례관리 종결 여부 결정, 종결, 종결 가구 사후관리 결과 확인 등)
지역 자원관리 및 발굴 체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 공식·비공식 자원 현황 총괄 - 자원조사 및 자원개발을 통한 통합사례관리 지원 - 지속적인 자원 현황 업데이트 - 나눔 문화 활성화 등 지역사회 자원개발 기획·실천
방문형서비스 사업 연계·협력 총괄 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 단위 방문형서비스 사업간 현황 공유 및 연계·협력 체계 마련 ※ 특히, 방문형서비스를공공(시군구)에서직접수행하는 읍 면 동주민센터(복지담당 공무원)와 보건소(방문건강간호사) 간 협력 체계 구축 - 방문형서비스 수행 인력의 공동(팀) 방문 추진 및 개별 방문시 필요한 정보를 상호 공유할 수 있는 체계 마련
읍·면·동 복지업무 지원 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 읍·면·동 초기상담 주기적 점검, 점검결과에 대한 피드백 제공 - 읍·면·동에서 제공 가능한 지역사회 각종 복지정보 안내서 제작·보급 및 정보 안내 상황 주기적 점검 - 읍·면·동을 통한 사례관리사업 대상 발굴·의뢰 상시 점검·독려 - 사례관리사업 대상가구에 대한 욕구조사시 동행방문(필요시), 사례 회의 참여, 사후관리 등 읍면동의 지원체계 상시 점검·독려 - 시·군 무한돌봄센터와 읍·면·동간 정기적인 담당자 회의 개최

출처: 경기도 무한돌봄센터(2014), pp.12~13

시·군 무한돌봄센터의 조직은 운영위원회 아래 실무를 총괄하는 시·군 무한돌봄센터장이 있고, 사례관리를 담당하는 무한돌봄센터(팀)과 자원관리를 담당하는 복지자원팀으로 구성된다. 그리고 센터장 산하에 실무를 담당하는 팀과 별도로 솔루션위원회를 두어 시·군 무한돌봄센터 및 네트워크팀에서 해결하기 어려운 긴급하고, 심각한 복합적인 위기사례에 대해 해결할 수 있도록 한다.

경기도의 31개 시·군 무한돌봄센터는 자신들의 복지 특성을 반영한 복지모델로 업그레이드하고 있다. 이에 따라 몇몇 시군은 무한돌봄센터를 약간 변형한 기관명을 사용하고 있다. 수원의 경우 무한돌봄휴먼서비스센터이며 이외에도 광명시 무한돌봄해피센터, 광주시 무한돌봄행복나눔센터, 김포시 무한돌봄행복센터, 하남시 무한돌봄종합복지센터, 의왕시 무한돌봄SOS센터, 남양주시 무한돌봄희망케어센터, 의정부시 무한돌봄행복센터, 파주시 무한돌봄희망센터, 동두천시 무한돌봄드림센터 등이 있다.

다. 무한돌봄네트워크팀

무한돌봄네트워크팀은 기본형의 경우 지역의 복지기관 등 협력기관과 사례관리 협조체계 구축을 통해 통합 사례관리 수행·조정 및 지역의 복지자원을 발굴·연계하는 팀이고, 확장형은 사례관리 중심의 기본형 역할과 함께 복지서비스를 직접 제공하는 팀이다. 이외에도 무한돌봄센터(네트워크팀 포함) 사례관리를 지원하는 지역 내 사회복지관련 기관으로서 사례회의에 참여하고 필요시 사례관리 대상자에게 복지서비스를 제공하는 협력기관이 있다.

설치기준은 접근성 등을 고려하여 각 지역의 특성에 따라 개소 수를 선택할 수 있으며, 설치장소는 시·군의 지역적 특성을 고려하되, 서비스 대상자의 접근성이 보장되는 공간에 설치한다. 경기도는 확충 공무원과 협력 사례관리 진행이 가능하도록 유희공공시설 활용을 권장하고 있다. 설치방법은 기본형 또는 확장형이 있는데, 기본형은 민간사례관리사를 1인 이상 지역실정을 반영하여 배치한다. 확장형은 복지자원이 부족한 지역에 네트워크팀장, 민간사례관리사 등 5인 이하 및 지역실정을 반영한 인력을 배치하여 통합사례관리 수행·조정 및 지역의 복지자원을 발굴·연계하며, 복지서비스를 직접 제공하는 팀이다. 이러한 확장형은 농촌 지역과 같이 지역 내 복지인프라가 미비한 지역에 확충 전까지 운영한다.

네트워크팀의 운영주체는 민간위탁방식으로 기존의 사회복지시설(기관) 또는 비영리법인에 위탁하여 운영하되, 배치인력은 사례관리를 전담하며 독립적으로 운영될 수 있어야 한다. 그리고 지역단위의 사례관리 거점 역할을 수행하며 사업수행을 위한 협력기관들과 네트워크를 구축해야 한다. 협력기관은 읍·면·동 주민자치센터, 사회복지관, 정신건강증진센터, 노인복지관, 장애인복지관, 지역아동센터, 건강가정지원센터, 지역자활센터, 청소년기관, 병·의원, 학교 등 공공과 민간의 다양한 사회복지시설(기관) 및 자원들로 구성한다. 기능 및 역할은 아래 <표 29>와 같다.

[표 29] 경기도 시·군 무한돌봄센터 기능 및 주요사업

기능	주요사업
지역 내 네트워킹 거점역할 수행	- 사례관리가구 발굴 및 읍·면·동 의뢰 - 협력기관과 지속적인 네트워킹
사례관리 수행	- 욕구사정 및 사례회의를 통한 문제해결 목표설정 - 구체적인 자원연계방안 모색, 서비스 제공 - 모니터링, 평가 및 사후관리
자원조직화 및 개발	- 지역 단위의 민·관 자원발굴 및 개발 - 사례관리 협력기관 네트워크 구축 - 위기가정 문제해결을 위한 복지자원 발굴 및 연계

출처: 경기도 무한돌봄센터(2014), pp.21~22

(2) 무한돌봄센터의 통합사례관리

무한돌봄센터는 “복합적이고 다양한 욕구를 가진 복지대상자에게 단순관리의 틀을 벗어나 협력기관들의 공동개입과 역할분담을 통해 맞춤형 서비스를 제공하고 지속적인 모니터링을 실시하는 수요자 중심의 복지서비스 전달체계 구축”하기 위해 통합사례관리를 수행한다. 이러한 “지역사회 내 공공과 민간의 복지자원 및 서비스 연계 구축을 통해 서비스의 누락 및 중복 방지”하고 “생계·주거·의료·교육·고용 등 복합적인 어려움을 가진 위기가구에 대하여 민·관이 협력하여 체계적인 서비스를 제공하여 삶의 질 향상”을 도모한다.

통합사례관리는 “복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상에게 필요한 서비스를 통합적으로 제공하고 모니터링 하는 활동”으로서 “욕구조사와 체계적인 서비스 제공계획을 바탕으로 지역사회의 공식적 또는 비공식적 자원과 서비스를 발굴·조정·연계하거나 직접 제공하며 이를 종합적으로 점검하고 평가”한다. 주요 대상은 시·군에 속한 전체 지역주민들 가운데 생계, 주거, 의료, 교육, 고용 등 복합적인 복지욕구를 가지고 있어 사례관리가 필요하다고 판단되는 개인 혹은 가구이다.

통합사례관리의 업무처리 과정은 아래 <그림 23>에 나타나 있듯이 대상자 접수, 욕구조사(위기도 조사 포함), 대상자 구분·선정, 사례회의, 서비스 제공계획 수립, 서비스제공 및 점검, 종결, 사후관리 이상 총 8단계로 구성된다.³⁴⁾

34) 각 단계별 세부과정 내용은 경기도 무한돌봄센터(2014), pp.30~61을 참조하시오.

[그림 23] 통합사례관리 업무처리 과정



출처: 경기도 무한돌봄센터(2014), p.27

통합사례관리에서 유의사항은 대상자 접수일로부터 30일내 서비스제공계획 수립 하여야 하면, 단계별 처리기한은 범위 내에서 유연하게 처리가 가능하지만 처리기한 30일을 초과할 수 없다. 대상자 구분은 읍·면·동에서 의뢰된 가구에 대해서는 욕구조사(위기도 조사 포함) 실시 후 사례관리 가구와 서비스연계 가구로 구분하여 적용한다. 그리고 통합사례관리대상 가구 중 서비스 연계 가구를 제외한 사례관리 가구 수는 사례관리 기간을 6개월 정도로 할 때 통합사례관리 담당자 1인에 대해 월 평균 20가구로 설정하고, 담당 가구 수 등을 감안하여 통합사례관리조정자가 적정 배분한다. 그리고 매 단계마다 결과를 시스템에 등록하여 통합관리D/B를 구축·관리할 수 있게 해야 한다.

2) 경기복지재단 무한돌봄종합복지센터 시범사업모형

경기복지재단은 2012년 12월 정책연구보고를 통해 기존 무한돌봄센터의 한계를 보완하고 종합적인 복지전달체계를 구축하기 위한 무한돌봄종합복지센터 시범사업 모형을 발표한 바 있다. 이 모형을 개발한 성은미·인경석·박경숙·백민희 등의 연구진은 기존 공공복지서비스 전달체계의 문제점으로 대상자에 대한 통합관리의 어려움, 효율적 업무추진, 전문성 향상, 정보접근성 등에서의 한계를 지적하며 그 개선방안으로 가구담당제에 기초한 대민서비스를 통합운영 방안을 제시한다.(<표 30> 참조) 그리고 그러한 역할을 담당할 주체가 기존의 무한돌봄센터를 확대 개선한 무한돌봄종합복지센터이다.

(표 30) 공공복지서비스 전달체계 문제점과 개선방안

문제점	개선방안
대상자에 대한 통합적인 관리가 어려움	<ul style="list-style-type: none"> · 복지정책 개발, 기획은 시·군에서 담당하고 그 외의 대민서비스를 통합 운영 · 업무별로 전문화되어 있던 부분(조사, 급여, 사례관리)을 가구 담당제로 전환 · 자활사업, 일자리센터 업무를 통합적으로 운영하여 복지 및 고용서비스 통합 추진
효율적 업무 추진의 한계가 발생	<ul style="list-style-type: none"> · 시·군과 읍·면·동으로 분화된 업무를 통합해 효율성 추구 · 노인, 장애인, 아동 등 대상자별로 구분되어 있는 복지업무를 기능별(급여, 시설관리 등)로 전환
전문성 향상의 한계 발생	<ul style="list-style-type: none"> · 읍·면·동, 통합조사 등의 업무 중에서 복지전문성이 필요한 업무와 단순한 행정업무를 구분하여 새롭게 업무를 분화 · 전문성이 발휘될 수 있도록 업무를 배치하고, 슈퍼비전 시스템 구축 · 사례관리의 민관협력체계 강화
정보접근성의 한계 발생	<ul style="list-style-type: none"> · 업무별로 전문화되어 있던 부분(조사, 급여, 사례관리)을 가구 담당제로 전환 · 물리적 접근성을 고려해 도시지역은 읍·면·동 3~5개당 1개, 농어촌 지역은 읍·면·동 1개당 1개소를 설치

출처: 성은미·인경석·박경숙·백민희(2012), p.154

성은미·인경석·박경숙·백민희(2012)에 따르면 <표 30>의 문제점이 발생하는 원인은 종적으로는 시·군과 읍·면·동으로 복지업무가 분화되어 있고, 횡적으로는 시·군 내에 복지업무 담당부서가 서로 분리되어 있기 때문이다. 이로 인해 업무연계과정에서 대상자가 누락되기도 하고, 대상자에게 대한 서비스가 제대로 연계되지 않는 문제가 발생한다. 그리고 유사한 업무를 각 부서에서 수행하는 비효율발생(초기상담, 통합조사팀 상담, 사례관리팀 욕구조사 및 상담 등)하며 분업화된 개별 업무 수행으로 인해 이 과정에서 전문적 서비스 제공이 어려운 구조이고, 업무가 분화되어 있어 복지서비스대상자들이 정작 중요한 복지업무 처리를 위해서는 시·군을 방문해야 하는 낮은 정보접근성 발생하기 때문이다.

공공복지서비스 전달체계의 이런 한계는 현재 경기도에서 수행 중인 무한돌봄센터의 성공적 운영을 어렵게 하고 있다고 성은미·인경석·박경숙·백민희(2012)는 평가한다. 공공복지서비스 전달 조직 내에서 위기가구가 무한돌봄센터로 제대로

연계되지 않거나 연계되더라도 충분히 서비스를 연계하는데 한계가 발생하고, 무한돌봄센터 외의 타 부서와의 업무중복 문제가 발생할 가능성이 존재한다. 그리고 전문성을 충분히 갖추지 못한 인력이 배치될 가능성이 존재하고 공무원 인력의 순환 배치로 전문성 축적의 어려움 역시 존재한다. 또한 네트워크팀은 민간위탁기관이라서 사회복지통합관리망에 접근하지 못하는 정보접근성의 한계를 경험하고 있다.

이를 극복하기 위한 무한돌봄종합복지센터 설치의 기본적 원칙을 다음과 같이 6가지로 제시한다. 그 내용은 첫째, 시·군과 읍·면·동으로 분화되어 있는 복지업무를 통합하고, 둘째, 업무별, 대상자별로 구분되어 있는 복지업무를 급여, 복지기획, 시설관리 등 기능별로 구분하고, 셋째, 빈곤가구, 위기가구에 대한 가구담당제를 실시하며, 넷째, 접근성 높은 지역에 무한돌봄종합복지센터를 설치하고 다섯째, 고용서비스와 통합적 운영을 고려하며, 여섯째, 사례관리 전문성 확보를 위한 민·관 협력체계 구축이다.

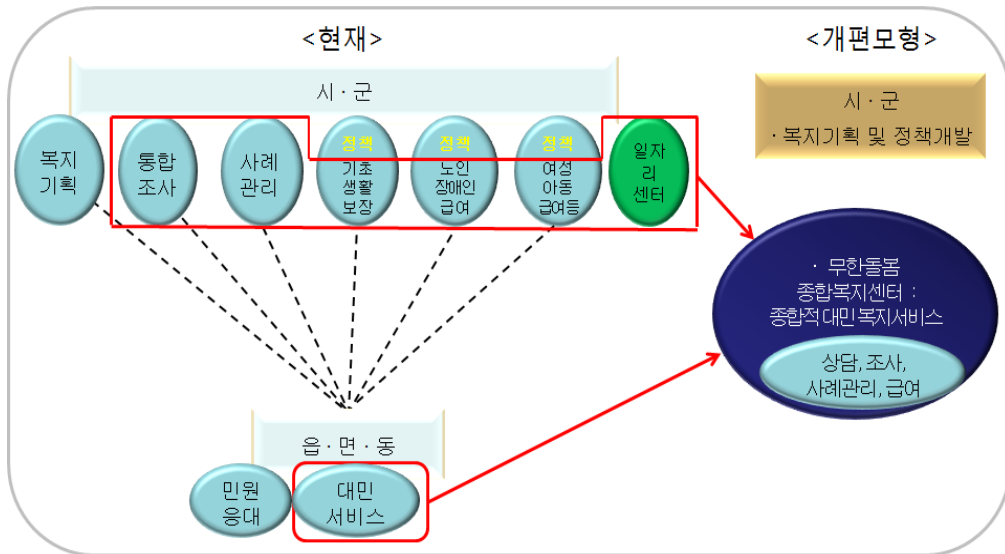
복지정책 기획, 시설관리, 간단한 증명서 발급 업무를 제외한 복지업무의 통합은 업무의 통합성과 효율성을 증진시킬 것이다. 업무별, 대상자별로 구분되어 있는 복지업무를 기능별로 구분하는데, 빈곤층, 장애인, 노인 등으로 구분되어 있는 복지업무 중 급여업무는 대상자 구분 없이 통합해 업무의 효율성 증진시키고 초기상담, 통합조사팀의 상담, 사례관리팀의 욕구조사 및 상담 등의 업무 역시 기능별로 통합한다.

가구담당제 실시하여 일반가구의 경우 초기상담 이후 필요한 서비스로 연계하고, 빈곤 및 위기가구의 경우 초기상담한 가구담당자(공무원)가 초기상담, 통합조사, 욕구조사, 가구위기도 조사 등의 조사 및 대상자 책정업무, 서비스 연계, 사례관리를 전담해서 진행하여 대상자에 대한 통합적이고 전문적인 서비스를 제공한다.

접근성 높은 지역에 무한돌봄종합복지센터를 설치하는데 인구밀도가 높고 복지자원이 풍부한 도시지역은 읍·면·동 3~5개당 1개소를, 농어촌 지역은 읍·면·동 단위에 1개소를 설치한다. 자활서비스, 일자리센터와 연계하여 무한돌봄종합복지센터에서 일자리 상담 업무를 추진하며, 사례관리 전문성 확보를 위한 민·관 협력체계 구축한다.

이러한 원칙에 기반한 무한돌봄종합복지센터는 기존 시·군과 읍·면·동이 담당하던 통합조사 및 사례관리, 대민서비스를 이양받아 종합적인 대민복지서비스를 제공하고, 시·군은 복지기획 및 정책개발을 담당한다. 이러한 무한돌봄종합복지센터의 개념도는 아래 <그림 24>와 같다.

[그림 24] 무한돌봄종합복지센터의 개념도



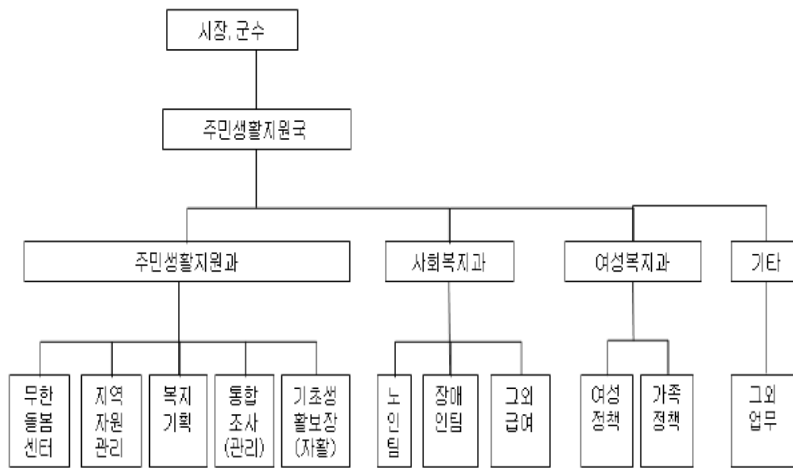
출처: 성은미 · 인경석 · 박경숙 · 백민희(2012), p.155

성은미 · 인경석 · 박경숙 · 백민희(2012)은 이러한 종합센터 시범모형으로 도시형, 농촌형, 일자리 연계형 이상 3개의 유형을 제안하고 있다. 시·군·구는 주민생활지원국 내에 무한돌봄과 설치하고 통합조사, 사례관리팀, 빈곤 및 차상위층, 장애인, 여성, 아동, 노인관련 급여업무를 무한돌봄과로 배치한다. 그 외의 주민생활지원국 내에 타 부서의 조직은 그대로 유지하여 복지정책과 사업기획, 시설관리 및 시설지원 등 주요 업무를 담당한다.

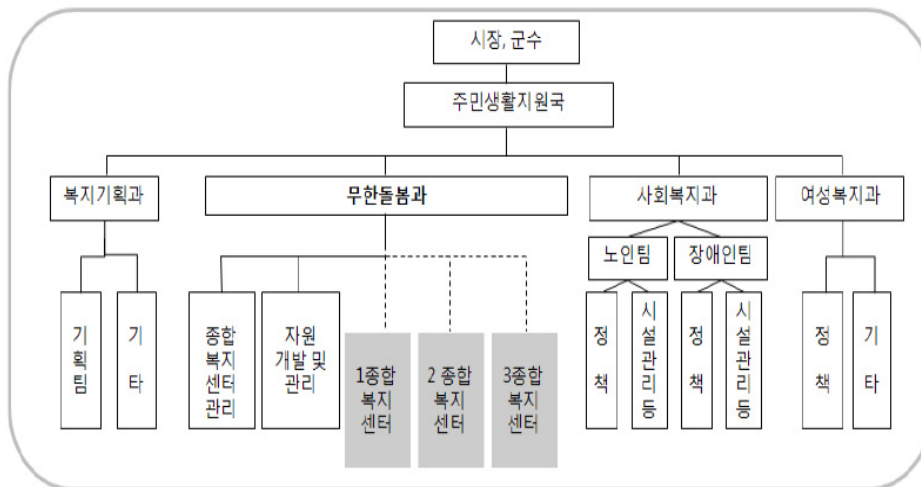
무한돌봄과 내에 무한돌봄종합복지센터를 배치하는데, 조직도 상에는 시·군에 있으나 실제 물리적인 위치는 지역주민의 접근성을 고려한 지역에 설치한다.

무한돌봄과 내에 무한돌봄종합복지센터관리팀을 설치해 무한돌봄종합복지센터 관리 및 지원 업무를 담당한다. 자원개발 및 관리팀 역시 무한돌봄과에 설치하여 시·군·구 전체 차원의 복지자원 개발 및 관리, 무한돌봄종합복지센터로의 배분 역할을 수행한다.

〔그림 25〕 무한돌봄종합복지센터 설치에 따른 주민생활지원국 조직 개편도



〈기존의 주민생활지원국 조직체계〉

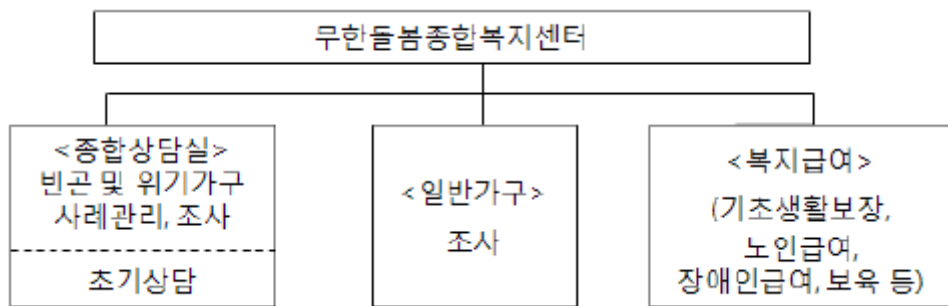


〈무한돌봄종합복지센터 개편모형〉

출처: 성은미 · 인경석 · 박경숙 · 백민희(2012), p.184

무한돌봄종합복지센터는 상담, 조사, 사례관리, 각종 급여 등 종합적인 직접 복지 서비스 제공 기능을 수행한다. <그림 26>은 도시형 무한돌봄종합복지센터의 조직 체계이다. 여기에서 종합상담실은 가구담당자 배치하고 초기상담을 통해 복지관련 업무 처리, 타부서연계, 빈곤 및 위기가구에 대한 통합조사와 사례관리를 수행한다. 일반가구 조사담당은 보육료 지원, 기초노령연금 등의 보편적 급여 관련 조사업무를 수행한다. 급여담당은 기초생활보장, 노인급여, 장애인급여, 보육 등을 해당 지역의 급여대상자의 급여자료 확인 및 통보, 급여업무를 수행하며, 급여관련 민원은 모두 급여창구에서 담당한다. 일자리 연계형 종합센터 모형에는 여기에 더하여 자활사업연계, 일자리 상담 및 연계 사업을 담당하는 고용서비스담당이 추가 구성되며, 시·군의 무한돌봄과에도 일자리네트워크팀이 추가 구성된다. 농촌형의 경우 도시형의 복지급여담당을 시·군의 업무로 구성한다.

[그림 26] 도시형 무한돌봄종합복지센터 조직 체계



출처: 성은미 · 인경석 · 박경숙 · 백민희(2012), p.157

4. 강원도 보건복지통합시스템 ‘강원희망 e 빛’ 시범사업³⁵⁾

1) 추진 배경

보건복지 기능통합의 필요성을 인식하고 여러 지자체에서 시범사업을 시행하면서 논의된 결과는 ‘조직의 통합 없이 기능통합이 현실적으로 어렵다’는 것이다. 수직적 행정체계가 장애요인으로 작용했고, 각 기관의 실무자 사이의 업무절차도 추가로 일과 시간을 요구하는 사항이라 수동적인 업무가 되는 사례가 많았다. 또한 소외계층에서 누락자 발생, 이중 지원 및 중복사업, 다양한 문제의 포괄적 접근의 한계, 법적 서비스 외는 지원이 배제, 현장과의 단절로 욕구전달의 분절 등의 문제점이 거론되어 왔다. 특히 중요한 것은 ‘서비스는 실무자의 업무이고 실무자의 연결도구를 제공하는 것이 통합이고 기능연계인데’ 이러한 시도가 없었다는 것이다. 강원도는 보건복지서비스 통합의 문제점에 대한 이러한 인식에 기반하여 보건복지연계 프로그램 시범사업을 시작하였다.

강원도가 실시하는 보건복지연계 프로그램은 먼저, 보건복지연계를 위해 IT 기반에서 각 기관의 실무자를 수평적 관계에서 통합하고, 실무자간 신속하고 간편한 연결 매체를 제공하고자 한다. 그리고 기관을 구분하지 않고, 불필요한 행정적 절차나 서류를 없애고, 현장과 사무실을 구분하지 않고, 정보를 공유하면서 담당자 자신의 업무는 스스로 처리하고 자신의 업무가 아닌 것은 담당 실무자에게 연계해 주는 것이다. 즉 그 절차를 어디서나 간편하게 할 수 있도록 만든 인적자원의 연결 매체를 구축하려는 시도이다. 협력, 공유, 신속을 원칙으로 사전, 과정, 사후를 알 수 있도록 하였다.

2) 추진 현황과 전달체계

(1) 추진 현황

강원도는 전국 최초로 광역단위에서 현장중심의 맞춤형 복지 서비스를 제공하는

35) 아래 내용은 강원희망 e-빛 보건복지연계시스템 홈페이지(<http://www.gwhope.or.kr/do/main.php>) 및 보도자료 중심으로 정리한 내용임

강원희망e빛 보건복지연계 시스템 1단계 구축사업을 10개 시군을 대상으로 2015년 5월 완료하였으며, 8개 시군을 대상으로 한 2단계 구축사업은 10월까지 완료를 목표로 하였었다. 이 사업은 복지 사각지대를 해소하고 자살률도 낮추는 것을 목표로 하고 있다. 현재 1단계 사업이 완료된 10개 시군은 원주, 동해, 태백, 속초, 홍천, 횡성, 평창, 화천, 인제, 고성 등이며, 2단계 8개 시군은 춘천, 강릉, 삼척, 영월, 정선, 철원, 양구, 양양 등이다.

‘강원 희망e빛’의 추진체계는 도에서 보조금 지원, 시스템평가 및 전산 서버관리를 총괄관리하고, 시군은 시스템을 구축·관리하여 시군 실정에 맞는 사용자 등록과 관리를 하게 된다.

(2) 전달 체계

강원 희망e빛은 보건의료, 시군 복지부서 및 민간복지자원간 실시간, 쌍방향으로 소통하고 협력하여, 좀 더 효율적으로 보건복지서비스를 지원하는 시스템이다.

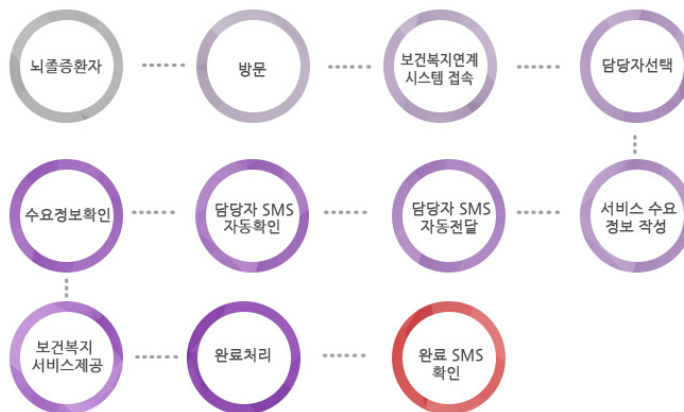
스마트폰을 활용해 “복지↔보건↔민간”이 현장에서 서비스 지원대상자 필요를 실시간 공유하여 대상자 맞춤형 사례관리 및 서비스 연계를 통해 복지사각지대를 해소할 뿐 아니라 수요자 중심의 맞춤형 서비스를 지원한다. 예를 들어 보건·복지 담당 공무원이나 119대원 등이 도움을 필요한 수요자를 발견하면 스마트폰을 통해 강원희망e빛 시스템에 접속해 담당자에게 문자메시지로 상황을 알리고 처리를 요청하는 방식으로 메시지를 확인한 담당자는 즉시 처리 절차를 복지 수요자에게 알리고 처리 뒤엔 결과를 시스템에 입력해야 한다. 즉 강원 희망e빛 보건복지연계 시스템의 가장 큰 특징은 현장성이다.

아래 <그림 27>은 강원 희망e빛 보건복지연계시스템의 운영체계를 나타내는데 앞서 검토한 서울시나 경기도의 경우와 다르게 운영체계의 중심에 대상자가 있다. 대상자를 방문하여 조사하고 분류하는 등의 과정을 거치지 않고 보건복지서비스 제공이 필요한 대상자가 발견하는 경우 기존의 시·군 복지부서 및 지역내 보건복지기관과 연계하여 적절한 서비스가 제공되도록 운영하는 체계이다. 따라서 이 시스템의 업무 흐름 역시 「대상자발견-방문-시스템접속-담당자선택-서비스수요정보 작성-담당자 SMS 자동연결-담당자 SMS 자동확인-수요정보확인-보건복지서비스제공-완료처리-완료SMS확인」이란 일련의 과정으로 신속하게 처리된다.

[그림 27] 강원희망e빛 보건복지연계시스템 운영체계 및 업무흐름도



〈업무흐름도〉



출처: 강원 희망e빛 보건복지연계시스템 홈페이지, <http://www.gwhopec.or.kr/do/main.php>

3) 기대 효과

강원 희망e빛 보건복지연계시스템은 특히 고립된 주거지역이 산재해 있는 강원도의 특성에 적절한 시스템이라고 평가할 수 있다. 강원도는 절차의 간소와 업무의 효율성 제고, 사례관리의 지연해소, 현장의 업무한계 극복 등 위에서 언급한 보건복지서비스의 문제점이 거의 해소가 되리라 기대하고 있다.

다만 강원도도 인식하고 있듯이 이 연계시스템은 복지담당자들의 적극적인 태도가 실효성 제고에 중요한 역할을 하며, 각자의 역할이 구조화되지 않은 만큼 복지담당자들의 임기응변적이면서 동시에 체계적인 대응이 또한 중요하다. 이런 이유로 복지담당자의 더 높은 숙련이 필요할 것으로 보이며, 유사 복지수요가 동시다발로 요구될 경우 이에 대한 적절한 대응방안 역시 필요하다.

강원도의 언급대로 지역사회 인적자원의 협력과 공유, 그 자체가 보건복지 기능연계 사업이 되는 것이며 연계 자원이 많을수록 실무자의 역량 강화는 비례하여 증가할 것이다.

5. 진단결과 및 시사점

이상으로 일본의 지역포괄케어시스템, 서울시의 동마을복지센터와 강남구의 노인통합지원센터, 경기도의 무한돌봄센터와 무한돌봄종합복지센터 시범모형, 강원도의 강원 희망e빛 보건복지연계시스템을 살펴보았다.

일본의 지역포괄케어시스템과 경기도의 무한돌봄센터는 지역의 행정조직과 별도의 전문적인 보건복지서비스 통합사례관리 기관을 두어 복지대상자에게 필요한 서비스를 제공하거나 적절한 기관 또는 프로그램과 연계시켜 준다는 점에서 유사하게 구분할 수 있다. 강남구의 노인통합지원센터 역시 민간위탁사업자가 운영하면서 노인관련 복지서비스를 통합해서 제공한다는 점에서 유사하게 분류할 수 있다. 전문적인 보건복지서비스 제공 사업자에게 위탁하면 상대적으로 비전문적인 공무원 위주의 전달체계보다 보건복지서비스 통합전달의 전문성을 제고시킬 수 있으리라 기대할 수 있다.

서울시의 동마을복지센터는 기존의 동주민센터가 지역의 통합복지전달체계의 중심 경로 역할을 함으로써 통합복지전달서비스를 민간에 위탁할 경우 발생할 수

있는 행정력의 지원 감소로 인한 전달체계의 실효성 하락을 극복할 수 있다. 이러한 모형은 한국보건사회연구원이 2013년에 발표한 『지방자치단체 복지 전달체계 개편방안 연구』에 소개된 ‘동 주민센터 복지 허브화’ 방안 중 기능보강형 모형과 유사하다. 경기복지재단의 무한돌봄종합복지센터 역시 민간위탁형 사례관리 및 복지전달체계의 한계를 보완하고 동시에 공무원 주도적인 전달체계의 비전문성을 극복하려는 시도로 평가할 수 있을 것이다.

무엇보다 특징적인 연계시스템은 강원도의 강원희망e빛 시스템이다. 이 시스템의 현장성 강조는 인구밀도가 낮고 고립부락이 많은 농촌지역의 보건복지연계시스템 구축에 있어서 시사하는 바가 크다. 이상의 사례분석이 충남의 보건복지 통합전달체계 구축에 있어서 제공하는 몇 가지 시사점을 정리해 보자.

1) 도시형과 농촌형의 분리

가장 먼저 거론해야 할 점은 통합전달체계를 도시형과 농촌형으로 따로 마련하는 게 필요하다. 우리가 복지전달체계를 고민하는 가장 큰 이유 중 하나는 복지서비스 제공의 효과성을 높이는 데 있다. 이를 위해서는 해당 복지서비스 및 대상자의 특성, 지역의 관행 또는 자원과 같은 지역 특성을 고려하여 가장 적절한 방안을 마련하고 개선시켜야 할 것이다. 사실 이런 이유는 어떤 지역의 특정한 복지서비스를 제공하기 위해서는 그에 적절한 특정한 전달방식이 필요할 수도 있다. 이는 통합전달체계와는 상반된 경우이다. 이 부분은 통합복지전달체계를 고려하는데 있어서 중요한 문제이다. 통합이 오히려 개별복지서비스 전달의 효과성 제고에 부정적인 영향을 미칠 수도 있기 때문이다. 따라서 통합이 주는 장점을 살리고 통합이 주는 한계를 개선할 방안을 마련해야 한다. 이런 맥락에서 보건복지 통합전달체계를 구축하는데 있어서 지역적 특성에 현격한 차이가 있을 경우 이를 충분히 고려하는 게 필요하다.

서울시 사례의 경우 대체로 대도시로서 동질적인 특성을 갖기 때문에 도시형 통합전달체계를 구축할 수 있을 것이다. 그런데 서울시의 『동마을복지센터 사업』 사례에서도 정책 목표에 따라 동마을복지센터 기본모형과 마을계획중심모형 두 가지를 제안하고 있다. 또한 성북구는 자신의 처지에 맞게 2개팀 센터안과 3개팀 센터안으로 추진하고 있다. 즉 같은 도시라는 지역적 동질성이 있어도 정책목표와 각 자치단체의 특성에 따라 각각 좀더 적절한 모형이 필요할 수 있다.

따라서 지역적으로도 이질성이 강한 도시와 농촌의 경우 서로 다른 모형이 필요하다.

경기도의 무한돌봄종합복지센터 시범사업모형은 통합복지전달체계 구축에 있어서 도시형과 농촌형을 분리해야할 필요성의 좋은 사례이다. 이 시범사업모형을 고안한 경기복지재단 연구진은 도시형 모형에서 농촌의 경우 낮은 인구밀도와 복지자원의 부족 등을 근거로 복지급여 업무를 종합복지센터에 이전하지 않고 시·군·구청의 업무로 남겨놓았다. 그리고 정책 목표에 따라 일자리연계형의 경우 도시형모형에 고용서비스담당을, 시·군·구청에 일자리네트워크팀을 추가하였다.

서울시와 경기복지재단의 이러한 사례를 통해 볼 때, 충청남도 역시 지역적 특성을 고려하여 복수의 통합복지전달체계 모형을 준비하는 게 적절해 보인다. 특히 경제활동, 인구사회적 특성 등에서 차이가 큰 충청남도의 도시지역과 농촌지역 사정을 고려할 때 이러한 구분은 필요하다. 다만 경기복지재단의 농촌형 모형보다 좀더 농촌지역의 특성을 반영하는 게 요구된다.³⁶⁾ 이러한 사정을 감안하여 충청남도의 농촌형 통합복지전달체계 모형은 강혜규외(2013)가 제안한 「군 지역“희망복지지원단 및 보건연계 강화”」 방안을 검토할 만 하다.³⁷⁾ 이 방안은 기존의 희망복지지원단과 통합사례관리를 담당하는 거점분소, 읍·면사무소, 보건소의 연계를 통해 지리적으로 넓고, 인구밀도가 낮으며, 어르신과 다문화가정의 구성이 상대적으로 높은 농촌지역의 통합복지전달체계 모형이다. 따라서 도농형, 농촌형 기초자치단체의 비중이 상대적으로 높은 충청남도의 경우 활용가능성이 더 높다고 볼 수 있다.

도시형과 농촌형의 구분이 필요한 또 하나의 유의사항은 통합복지전달체계 운용에 있어서 협치(governance)의 문제이다. 뒤에서 좀 더 살펴보겠지만 통합복지전달체계 구축의 중심 내용 중 하나는 지역자원의 활용과 연계의 문제이다. 일본의 지역포괄케어회의, 서울의 동마을복지협의회 등 통합복지전달체계는 관 중심의 행정력에 의해서만 그 역할을 수행할 수는 없으며, 지역의 민간자원의 협력이 효과성 제고의 가장 유력한 수단이다. 그런데 이러한 협치를 위한 자원이 도시와 농촌 간에 차이가 클 수 있다. 상대적으로 지역 구성원의 평균연령이 높을 수 있는 농촌의

36) 경기도의 31개 기초자치단체는 주로 대도시형과 중소도시형이고, 도농형은 평택시와 여주시 이상 2개, 농촌형은 연천군, 가평군, 양평군 이상 3개이다. 이에 비해 충청남도의 15개 기초자치단체는 대도시형이 천안시로 1개, 중소도시형이 논산시, 계룡시 이상 2개 뿐이며 도농형이 공주시, 보령시, 아산시, 서산시, 당진시 이상 5개이고 농촌형은 금산군, 부여군, 서천군, 청양군, 홍성군, 예산군, 태안군 이상 7개이다.(행정자치부, 『2015년도 지방자치단체 통합재정 개요(상)』, p.139) 따라서 충청남도의 경우 경기도에 비해 농촌 지역의 특성이 강할 것으로 예상할 수 있다.

37) 「군 지역“희망복지지원단 및 보건연계 강화”」 방안에 대한 자세한 내용은 강혜규외(2013), pp.309~345 참조하시오.

경우 지역협의회 구성 및 운영에 있어서 잠재적인 구성원들의 연령과 활동력, 관심사 등을 고려해야 하며, 행정력의 뒷받침이 도시보다 더 많이 필요할 수 있다.

2) 예방을 위한 서비스 전달이 중요

두 번째로 거론하고 싶은 중요한 시사점은 예방을 위한 서비스 전달의 중요성이다. 일본의 지역포괄케어시스템 구축의 문제의식은 어르신들이 경증고령자들이 중증보호대상자가 되지 않도록 악화방지를 위한 예방적인 서비스를 제공하는 데 있다. 어르신들의 건강한 노후생활은 어르신 자신에게도 복지서비스 제공자에게도 유리하다. 따라서 어르신들이 정신적·신체적 건강을 유지하는데 필요한 보건의료적 또는 사회참여적 프로그램 제공이 필요하며, 이를 위한 욕구조사, 적절한 서비스 선정, 효과적인 전달방안을 고려하여 이에 적절한 전달체계를 구축하는 게 필요하다. 이러한 예방적 서비스 전달의 중요성은 서울시의 어르신복지플래너 사업에서도 나타난다. 앞서 검토했듯이 이 사업은 65세 도래 어르신에 대한 종합적인 복지·건강 안내 및 70세 고령층의 허약화 진행 경감 등 예방적 건강관리 실현을 목표로 하고 있다. 경기도의 무한돌봄센터는 주요 복지대상자가 위기가정이므로 예방적 건강관리와는 다소 차이가 있을 수 있지만 역시 위기가정의 종합적인 복지욕구에 대한 통합사례관리를 통한 예방적 조치의 필요성을 배제하지 않는다.

앞에서 검토한 사례들을 보면, 예방적 복지서비스의 효과적인 전달을 위하여 통합사례관리를 강조하고 있다. 그런데 일본의 사례나 서울시, 경기도의 사례는 통합사례관리에 필요한 지역 자원이 상대적으로 부족하지 않은 사정에서 계획된 모형으로 간주할 수 있다. 하지만 농촌지역의 경우 통합사례관리에 필요한 지역자원이 상대적으로 부족할 수 있다. 이러한 점을 어떻게 보완하느냐가 충청남도가 해결해야 할 과제로 보인다. 이 점은 지역자원 활용과 연계의 중요성이라는 새로운 시사점을 제시한다.

3) 지역자원 활용 및 연계가 중요

세 번째로 고려해야 할 중요한 사항은 지역자원의 활용 및 연계이다. 이미 우리 사회는 보건 및 복지전달체계를 구축하면서 많은 민간 자원을 활용하고 있다. 통합복지전달체계를 구축하려는 목적 역시 기존의 보건 및 복지전달체계가 지니고 있는 한계, 중복 또는 사각지대를 해소

하고 주어진 자원을 활용하여 좀 더 효과적으로 필요한 복지대상자에게 복지서비스를 전달하는데 있다. 따라서 지역내 뿐만아니라 지역 외라 할지라도 일정한 시간 내에서 활용할 수 있는 자원을 파악하고 연계 방안을 수립해 놓은 게 필요하다. 특히 긴급한 보건의료서비스가 필요한 중증질환자의 경우 적절한 응급시설을 갖춘 의료기관과 신속한 연계가 절대적일 수 있다. 물론 이러한 응급의료체계는 상급의료기관을 중심으로 형성되어 있을 수 있다. 다만 이러한 응급체계의 활용도 제고가 필요할 것이다.

충청남도의 사정을 고려하면 상대적으로 도농형, 농촌형 기초자치단체가 많아 인구밀도가 낮고 지역 내 활용가능한 자원의 사정이 천안시와 같은 대도시, 대전광역시와 인접한 논산시와 계룡시에 비해 다른 지역의 차이가 클 수 있다. 이런 경우 해당 지역 내에 최소한의 서비스 제공을 위한 자체인력으로 거점형 지원조직이 필요할 수 있다. 그리고 좀 더 전문적인 서비스의 경우 해당 지역 내에서 제공하기 어렵다면 구급호송체계를 확립하고 상시적으로 점검하는 노력이 필요하다.

4) 플랫폼으로서의 통합복지전달체계

네 번째로 언급하고 싶은 사항은 통합복지전달체계 구축은 새로운 시설을 신축 또는 증축하는 사업이 아니라는 점이다. 이는 다양한 복지서비스를 통합적으로 관리할 때 유리한 부분과 개별적인 특수 사정을 고려하여 관리하는 게 필요한 부분으로 나누어 각각 관리하여 다양한 복지서비스가 통합적인 관리 하에 그 특성에 따라 제공될 수 있는 플랫폼을 구축하는 사업이다. 따라서 중요한 것은 기존의 개별적인 복지전달체계를 효과적으로 통합·운용할 수 있는 시스템의 구축이다. 그래서 기존의 시설과 자원의 활용도를 높일 수 있는 가능한 방안을 다양하게 고려하는 게 필요하다. 이 글에서 검토한 여러 사례들에서도 통합복지전달체계를 구축하는데 있어서 별도의 시설을 신축하는 방안을 중심에 놓은 사례는 없었던 것에서도 확인할 수 있다.

물론 지역의 사정에 따라 공간을 신축하거나 기존공간의 재배치 또는 효율적 운용을 위해 증축의 필요성마저 배제하는 것은 아니다. 지역 내 기존 자원을 한 곳으로 통합하는 게 효과성을 높일 수 있다면 공간의 신축 또는 증축도 필요하며, 기존 공간은 다른 목적으로 사용하거나 처분할 수도 있기 때문이다. 예컨대 기존 시설이 접근성이 떨어지는 위치에 있거나 충분한

주차공간을 활용하기 어려운 경우, 신속대응을 위해 필요한 위치와 공간 확보에 장애가 있다면 새로운 공간은 필요할 수 있다. 이 경우 중요한 것은 지역의 사정이다.

하지만 무엇보다도 통합복지전달체계는 시설이 아닌 시스템으로서의 플랫폼 구축 사업이라는 점을 반복하여 강조하고자 한다.

5) 현장성 강화, 신속성 제고

마지막으로 ‘강원희망 e 빛’ 사업의 가장 큰 시사점인 현장성을 언급하지 않을 수 없다. 앞서 강원도 사례를 검토하며 ‘강원희망 e 빛’ 사업의 실효성 제고와 관련하여 해결해야 할 과제를 제시하였다. 이러한 과제가 남아있지만 ‘강원희망 e 빛’ 사업이 추구하는 현장성 강화는 특히, 농촌형 기초자치단체의 비중이 높은 충청남도의 경우 반드시 고려해야 할 사항이다.

앞 선 사례의 검토에서 살펴보았지만 통합사례관리를 위해 서울시나 경기도는 통합전산관리망에 접근가능한 공간이 필요했다. 이는 통합사례관리에 있어서 필요한 개인정보보호 등을 위해 전산망을 폐쇄적으로 운용할 수밖에 없기 때문이다. 이러한 점은 그만큼 현장성을 제약할 수도 있다. 이러한 부분은 향후 적절하게 개선해나가야 하겠지만 그 제약은 불가피할 수 있다. 그런데 강원도의 시범사업은 현장성 제고와 함께 통합사례관리의 확장을 가능하게 할 수 있다. 즉 현장에서 스마트폰을 활용한 보건의료 및 복지서비스 요청이 1차 접수 창구 역할이 되고 이를 확인한 사례관리자, 서비스제공자가 통합사례관리를 위해 필요한 전산절차를 담당할 수 있기 때문이다. 이 경우 1차 접수 및 사례발굴 유형이 서울시나 경기도의 사례와 다소 다른 모습을 가질 수 있다. 서울시의 동마을복지센터나 경기도의 무한돌봄센터(또는 무한돌봄종합복지센터)의 경우 이들 기관의 담당공무원 또는 담당팀원이 대상자를 발굴하고 필요한 행정절차를 거쳐서 대상자에게 필요한 복지서비스를 제공하거나 협력기관에게 서비스 제공을 요청한다. 그런데 강원도의 경우 생명존중지킴이 등 현장담당자 또는 직접서비스제공자의 사례발굴자 역할이 좀 더 강조될 수 있으며, 기존 보건의료 및 복지, 구급 감당 기관의 재배치보다도 유기적 협력 체계 구축이 더 필요할 수 있다. 물론 전술했듯이 강원도가 ‘강원희망 e 빛’ 시범사업을 성공시켜 현장성과 신속성을 제고시키면서 통합사례관리에 기반한 통합복지전달체계를 효과적으로 운용하기 위해서는 전술할 과제들에 대한 좋은 해결방안을 마련해야 할 것이다.

이상으로 국내외 보건복지 통합전달체계와 관련된 사례에 대해 일본의 지역포괄지원센터, 서울시의 동마을복지센터 및 성북구의 사례, 강남구의 노인통합지원센터, 경기도의 무한돌봄센터 및 무한돌봄종합복지센터 모형, 강원도의 ‘강원희망 e빛’ 사업에 대해 검토하고, 이들이 충청남도의 통합복지전달체계 구축에 있어서 제공하는 시사점에 대해 살펴보았다.

다시 한번 시사점을 정리하면 우선 도시형과 농촌형의 분리 구축 방안, 예방적 서비스 제공을 확대, 지역자원 활용 및 연계 강화, 플랫폼으로서의 역할 중시, 현장성 강화 및 신속서 제고 등 5가지이다. 이상의 시사점이 충청남도 통합 복지·보건 전달체계 구축에 녹아들어야 수요자가 체감하는 통합전달체계가 될 것이다.

제4장 복지보건통합전달체계 구축에 관한 실태 조사

제1절 조사대상자의 일반적 현황

조사 대상자의 지역별 분포를 보면, 동지역 74명(42.5%), 읍·면 지역 100명(57.5%)로 시·군 중 군단위 지역에서 응답 비율이 높았다. 성별 분포는 남성 31명(17.8%), 여성 143명(82.2%)로 여성들이 4.6배 정도 많았다. 복지 보건 분야에 여성의 비율이 높음을 이 조사를 통해서도 알 수 있었다.

연령은 20대부터 50대까지 다양하게 분포하였다. 그 중 30대 62명(35.6%), 40대 58명(33.3%)로 68.9%에 이르러 3,40대가 가장 많은 분포를 이루었다. 20대는 사회에 진출하는 시기가 늦기 때문에 21명(12.1%)로 가장 적었고, 50대는 33명(19.0%)이었다.

학력은 대부분(115명, 66.1%)이 대학졸업이었고, 전문대 졸 33명(19.0%)이었으며 대학원을 졸업한 인원도 24명(13.8%)에 이르렀다. 고졸이하는 2명(1.1%)로 매우 소수였다.

조사에 응한 대상자를 직종별로 보면, 사회복지직 공무원(79명, 45.4%)과 보건의료직 공무원(60명, 34.5%), 행정직 공무원 6명(3.4%)으로 공무원이 절대 다수인 83.3%를 차지하였고, 통합사례관리사 16명(9.2%), 지역사회보장협의체 간사 13명(7.5%)이었다.

현직에서 근무 기간을 3년 단위로 나누어 봤을 때, 12년이 초과한 인원이 57명(32.8%)으로 가장 많았고, 3년 이하가 48명(27.6%)이었으며, 그 다음이 3년 초과 7년 이하 38명(21.8%), 7년 초과 12년 이하 31명(17.8%) 순이었다.

직급은 공무원의 경우 7급이 57명(32.8%)으로 가장 많았고, 8급 40명(23.0%), 6급 26명(14.9%) 그리고 9급 19명(10.9%) 순이었다. 그리고 통합사례관리사와 지역사회복지협의체 간사는 비정규직으로 32명(18.4%)이었다.

[표 31] 조사대상자의 일반적 특징

(단위: 명, %)

구분		빈도(명)	비율(%)
소속	동지역	74	42.5
	읍면지역	100	57.5
성별	남 성	31	17.8
	여 성	143	82.2
연령	20대	21	12.1
	30대	62	35.6
	40대	58	33.3
	50대	33	19.0
학력	고졸이하	2	1.1
	전문대졸	33	19.0
	대학졸	115	66.1
	대학원졸	24	13.8
직종	행정직공무원	6	3.4
	통합사례관리사	16	9.2
	사회복지직공무원	79	45.4
	보건의료직공무원	60	34.5
	협의체간사	13	7.5
근무 기간	3년이하	48	27.6
	3년초과 7년이하	38	21.8
	7년초과 12년이하	31	17.8
	12년초과	57	32.8
직급	6급	26	14.9
	7급	57	32.8
	8급	40	23.0
	9급	19	10.9
	비정규직	32	18.4

자격증을 봤을 때, 사회복지사 123명, 간호사 36명, 물리치료사 1명이었다.

사회복지사 중 간호사 자격까지 있는 응답자는 14명, 물리치료사 자격을 함께 가지고 있는 응답자는 1명이었다.

〔표 32〕 자격증 여부

(단위: 명)

구 분	간호사	물리치료사	기타	자격증없음	합계
사회복지사	14	1	10	98	123
간호사	0	0	2	34	36
물리치료사	0	0	0	1	1
기타	0	0	0	9	9
자격증 없음	0	0	0	5	5
합계	14	1	12	147	174

제2절 보건복지서비스 및 연계 협력 수준

1. 보건·복지 연계 협력 수준 인식

보건과 복지의 서비스 연계와 통합은 전달체계를 혁신적으로 개편하기 위한 첫 걸음이자 중요한 포인트이다. 따라서 현직에 종사하고 있는 관련자들이 이 부분을 어떻게 인식하고 있는지 중요하다.

이런 점에서 조사에 응한 사람들이 우리 도에서 이루어지고 있는 보건·복지 연계 수준을 어떻게 인식하는지 알아보았다. 이의 측정해 보기 위하여 네 가지 측면에서 질문하여 응답을 구하였다. ‘전달체계 효율성 수준’, ‘현행 보건·복지 연계 협력 수준’, ‘현행 보건 종사자의 연계 노력’ 그리고 ‘현행 복지 종사자의 연계 노력’ 등이었다. 5점 척도로 이루어져 있어서 중간값인 보통을 기준으로 매우 낮은 수준과 낮은 수준을 합한 응답 결과와 높은 수준과 매우 높은 수준을 합한 응답 결과를 제시하고자 한다.

먼저 전달체계 효율성 수준에 대하여 보통이라는 응답이 117명(67.2%)으로 가장 많았고, 낮다는 응답은 22명(12.7%)이고 높다는 응답은 35명(20.1%)로 효율성 수준을 약간 높게 응답하였다.

현행 복지 보건 연계 협력 수준에 대하여 보통이라는 응답이 95명(54.6%)으로 가장 많았고, 낮다는 응답은 46명(26.4%)이고 높다는 응답은 33명(19.0%)로 현행 복지 보건 연계 협력 수준을 낮다고 응답하였다.

현행 보건 종사자의 연계 노력에 대하여 보통이라는 응답이 90명(51.7%)으로 가장 많았고, 낮다는 응답은 47명(27.0%)이고 높다는 응답은 37명(21.3%)로 현행 보건 종사자의 연계 노력이 낮은 것으로 응답하였다.

현행 복지 종사자의 연계 노력에 대하여 보통이라는 응답이 84명(48.3%)으로 가장 많았고, 낮다는 응답은 38명(21.9%)이고 높다는 응답은 52명(29.8%)로 현행 보건 종사자의 연계 노력이 높은 것으로 응답하였다.

현행 보건 종사자와 복지 종사자간 연계 노력의 비교를 해 보면, 복지 종사자들이 연계 노력을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

[표 33] 보건·복지 연계 수준

(단위: 명, %)

구분	매우 낮은 수준	낮은 수준	보통 수준	높은 수준	매우 높은 수준	합계
전달체계 효율성수준	1	21	117	33	2	174
	.6	12.1	67.2	19.0	1.1	100.0
현행 복지·보건 연계협력수준	3	43	95	32	1	174
	1.7	24.7	54.6	18.4	.6	100.0
현행 보건종사자의 연계노력	7	40	90	32	5	174
	4.0	23.0	51.7	18.4	2.9	100.0
현행 복지종사자의 연계노력	5	33	84	46	6	174
	2.9	19.0	48.3	26.4	3.4	100.0

2. 보건·복지 연계 및 통합 서비스 제공을 위한 기관의 필요 인식 정도

보건과 복지를 연계하여 통합 서비스를 제공하기 위해서는 우리 도에 있는 보건 시설, 복지 기관의 참여와 도움이 필요하다. 따라서 이러한 기관들이 연계와 통합 서비스 제공을 위하여 어느 정도 필요한지를 질문하였다. 대상이 되는 기관은 보건소, 보건지소와 보건진료소, 읍·면·동 주민센터, 시·군 복지 담당 부서, 정신건강 센터, 병원(의료기관), 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 의료원, 국민건강보험공단, 사회복지시설(요양시설) 등이었다.

본 연구에서는 필요함과 매우 필요함의 응답 결과를 합한 결과를 제시하여 필요 정도를 비교하여 제시하였다.

먼저 보건소는 필요함 97명(55.7%), 매우 필요함 57명(32.8%)으로 154명(88.5%)이 필요하다고 응답하였다. 보건지소와 보건진료소는 필요함 93명(53.4%), 매우 필요함 44명(25.3%)으로 137명(78.7%)이 필요하다고 응답하였다.

읍·면·동 주민센터는 필요함 82명(47.1%), 매우 필요함 67명(38.5%)으로 149명(85.6%)이 필요하다고 응답하였다.

시·군 복지 담당 부서는 필요함 88명(50.6%), 매우 필요함 67명(38.5%)으로 155명(89.1%)이 필요하다고 응답하였다. 정신건강증진센터는 필요함 84명(48.3%), 매우 필요함 55명(31.6%)으로 139명(80.2%)이 필요하다고 응답하였다.

병원(의료기관)은 필요함 79명(45.4%), 매우 필요함 47명(27.0%)으로 126명(72.4%)이 필요하다고 응답하였다.

사회복지관은 필요함 92명(52.9%), 매우 필요함 52명(29.9%)으로 144명(82.8%)이 필요하다고 응답하였다. 노인복지관은 필요함 90명(51.7%), 매우 필요함 52명(29.9%)으로 142명(81.6%)이 필요하다고 응답하였다. 장애인복지관은 필요함 87명(50.0%), 매우 필요함 53명(30.5%)으로 140명(80.5%)이 필요하다고 응답하였다.

국민건강보험공단은 필요함 95명(54.6%), 매우 필요함 31명(17.8%)으로 126명(72.4%)이 필요하다고 응답하였다. 사회복지시설(요양시설)은 필요함 84명(48.3%), 매우 필요함 43명(24.7%)으로 127명(73.0%)이 필요하다고 응답하였다.

제시한 기관 중 80% 이상의 응답으로 필요성을 우선 제기한 기관을 보면, 시·군 복지 담당 부서 155명(89.1%), 보건소 154명(88.5%), 읍·면·동 주민센터 149명(85.6%), 사회복지관 144명(82.8%), 노인복지관 142명(81.6%), 장애인복지관 140명

(80.5%), 정신건강증진센터 139명(80.2%) 순이었다. 필요하다는 기관의 특성을 보면, 행정업무를 담당하는 공공기관의 필요성을 우선 제기하였고, 보건 기관 그리고 사회복지 기관 순이었다.

〔표 34〕 보건·복지 연계 및 통합 서비스 제공을 위한 기관의 필요 정도

(단위: 명, %)

분야	전혀 필요치 않음	필요치 않음	보통	필요함	매우 필요함
보건소	-	1	19	97	57
	-	.6	10.9	55.7	32.8
보건지소, 보건진료소	2	5	30	93	44
	1.1	2.9	17.2	53.4	25.3
읍면동주민센터	1	2	22	82	67
	.6	1.1	12.6	47.1	38.5
시군구 복지담당부서	-	3	16	88	67
	-	1.7	9.2	50.6	38.5
정신건강증진센터	-	4	31	84	55
	-	2.3	17.8	48.3	31.6
병의원(의료기관)	1	2	45	79	47
	.6	1.1	25.9	45.4	27.0
사회복지관	-	5	25	92	52
	-	2.9	14.4	52.9	29.9
노인복지관	-	5	27	90	52
	-	2.9	15.5	51.7	29.9
장애인복지관	-	5	29	87	53
	-	2.9	16.7	50.0	30.5
의료원	-	6	44	88	36
	-	3.4	25.3	50.6	20.7
국민건강보험공단	1	1	46	95	31
	.6	.6	26.4	54.6	17.8
사회복지시설(요양시설)	-	8	39	84	43
	-	4.6	22.4	48.3	24.7

3. 연계 협력 미흡 원인

앞에서 보건과 복지의 연계 필요성이 제기되고 있음에도 현재 보건과 복지간 연계가 이루어지지 않은 이유에 대하여 조사하였다. 이 조사는 순위별로 조사하였다.

1순위로 응답한 것만을 빈도 순위별로 보면, 타 기관 및 사업에 대한 정보 부족 (75명, 41.1%), 체계적인 조정 및 협력 계획 부족 44명(25.3%), 공동 목적에 대한 합의 부족(22명, 12.6%) 순이었다. 2순위로 응답한 것만을 순위별로 보면, 공동 목적에 대한 합의 부족 33명(19.0%), 체계적인 조정 및 협력 계획 부족 64명(36.8%), 타 기관 및 사업에 대한 정보 부족 25명(14.4%) 순이었다.

이를 종합해 보면, 체계적인 조정 및 협력 계획 부족, 타 기관 및 사업에 대한 정보 부족, 공동 목적에 대한 합의 부족 순으로 연계 협력이 이루어지지 않는 이유라고 응답하였다.

[표 35] 연계 협력 미흡 이유

(단위: 명, %)

구분	1순위		2순위	
	빈도	비율	빈도	비율
타 기관 및 사업에 대한 정보부족	75	41.1	25	14.4
개인적 친분부족	-	-	5	2.9
공동목적에 대한 합의 부족	22	12.6	33	19.0
지리적 거리	1	0.6	4	2.3
역할과 기능의 유사성으로 필요성이 낮아서	8	4.6	7	4.0
타 기관에 대한 신뢰부족	1	0.6	4	2.3
체계적인 조정 및 협력계획 부족	44	25.3	64	36.8
연계 관련 법 규정 미비	5	2.9	12	6.9
기관장 및 부서장의 의지 부족	4	2.3	4	2.3
전담인력 부족	14	8.0	10	5.7
기타	-	-	6	3.4

4. 보건복지전달체계 구축의 원칙

충청남도 보건·복지 서비스 연계 및 통합적 전달 체계 구축을 위해서는 많은 원칙을 세워 나가야 하는데, 이 중 8개의 원칙을 제시하고 응답을 구하였다. 그 중 상위 4개의 원칙을 빈도 순으로 보면 다음과 같다. 통합성의 원칙 53명(30.5%), 전문성의 원칙 37명(21.3%), 적절성의 원칙 27명(15.5%), 지속성의 원칙 24명(13.8%) 순이었다. 연계와 통합이라는 전달체계구축은 통합성, 전문성, 적절성, 지속성이 중요하다고 응답한 것이다.

[표 36] 강조할 원칙

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
전문성의 원칙	37	21.3
포괄성의 원칙	13	7.5
적절성의 원칙	27	15.5
통합성의 원칙	53	30.5
지속성의 원칙	24	13.8
책임성의 원칙	7	4.0
평등성의 원칙	2	1.1
접근성의 원칙	11	6.3
합계	174	100

5. 보건복지 전달체계 개선방안

충청남도 보건·복지 서비스 연계 및 통합적 전달 체계 구축을 위해서는 현재의 문제를 해결하고 새로운 대안을 모색해야 한다. 따라서 더 나은 방향을 제시하도록 응답을 구하였다. 개선 방안은 순위로 응답하도록 하였다. 응답결과를 빈도순으로 보면 다음과 같다. 보건과 복지의 구조적 통합(보건지소와 주민센터 통합: 보건복지센터) 39명(22.4%), 기존 전달체계 활성화(통합사례관리 기능강화:행복키움지원단(희망복지지원단) 기능강화) 35명(20.1%), 보건지소와 주민센터 기능적 통합(각 기관의 기능 통합) 26명(14.9%), 주민복지센터 내 보건인력배치(방문간호사 읍·면·동 배치, 복지인력 확충) 25명(14.4%) 순이었다. 2순위로 응답한 것을 빈도순으로 보면 다음과 같다. 보건복지 인력의 질관리(처우향상 및 역량강화 등) 38명(21.8%), 기존 전달체계 활성화(통합사례관리 기능강화:행복키움지원단(희망복지지원단) 기능강화) 26명(14.9%), 주민복지센터 내 보건인력배치(방문간호사 읍·면·동 배치, 복지인력 확충) 23명(13.2%), 보건지소와 주민센터 기능적 통합(각 기관의 기능 통합) 19명(10.9%) 순이었다.

〔표 37〕 개선 방안

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
보건과 복지의 구조적 통합(보건지소와 주민센터 통합: 보건복지센터)	39	22.4
보건지소와 주민센터 기능적 통합(각 기관의 기능 통합)	26	14.9
주민복지센터내 보건인력배치 (방문간호사 읍면동 배치, 복지인력 확충)	25	14.4
읍면동 주민센터 내에 건강관리팀 신설	8	4.6
보건소내 복지인력 배치	6	3.4
보건복지 인력의 질관리(처우향상 및 역량강화 등)	21	12.1
기존전달체계활성화(통합사례관리기능강화:행복키움지원단 (희망복지지원단) 기능강화)	35	20.1
권역별, 거점형 통합사례관리센터 설치	12	6.9
복지재단 설립운영		
읍면동 지역사회보장협의체 설치 및 기능 강화	2	1.1
각 기관별 사례관리사업 실시결과 평가하여 인센티브 부여(평가 연계)	-	-
기 타	-	-
합 계	174	100.0

6. 서비스 중복 해결 방안

보건복지 업무는 필연적으로 중복의 문제와 직면하게 된다. 이는 보건과 복지 업무가 구분되어 있지만, 대상자가 같기 때문에 발생하는 불가피한 문제이기도 하다. 그러나 이 문제는 반드시 짚어보고 해결해야 할 과제이기도 하다. 따라 이 중복의 문제를 해결할 방안을 질문하였다.

중복 해결 방안에 대하여 빈도 순으로 보면 다음과 같다. 각 조직의 사업계획 및 서비스 공유와 정보교환을 통한 중복방지 119명(34.2%), 정보관리 및 공유를 위한 업무 표준화 도모 86명(24.7%), 담당 실무자에게 서비스 제공 등의 연계활동에 실질적인 통제력과 권한 부여 60명(17.2%), 연계사업을 위한 사업계획, 예산배분 및 조정을 위한 정기적 협의 모임 구축 37명(10.6%) 순이었다. 사업에 대한 정보 공유와 정보 교환이 가장 많은 빈도를 차지하였다.

[표 38] 중복 해결 방안

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
담당 실무자에게 서비스 제공 등의 연계활동에 실질적인 통제력과 권한 부여	60	17.2
각 조직의 사업계획 및 서비스 공유와 정보교환을 통한 중복방지	119	34.2
연계사업을 위한 사업계획, 예산배분 및 조정을 위한 정기적 협의 모임 구축	37	10.6
정보관리 및 공유를 위한 업무 표준화 도모	86	24.7
대상자 발굴 및 예방을 위한 공동조사 및 사업평가 활동	19	5.5
공동 홍보 및 안내활동	5	1.4
정보공유 및 안내활동	17	4.9
기타	5	1.4

7. 보건·복지 연계 방법

현재 이루어지고 있는 보건복지 업무의 연계 방법을 질문하였다. 대부분이 공문과 전화를 통해 이루어지고 있었다. 즉, 공문을 통해서 83명(47.7%), 전화를 통해서 66명(37.9%)이었다.

[표 39] 연계 방법

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
공문을 통해서	83	47.7
전화를 통해서	66	37.9
직접방문	8	4.6
관련 네트워크 조직을 통해서	16	9.2
연계 없음	1	0.6
합계	174	100

8. 연계 체계 수립 전략의 필요 정도

연계체계 수립 전략 7가지 분야에 세부적으로 15가지 내용에 대하여 5점 척도로 어느 정도 필요한지 질문하였다. 5점 척도로 이루어져 있어서 중간값인 보통을 기준으로 필요하다와 매우 필요하다고 응답한 결과를 제시하였다.

정보교환 분야에서 프로그램이나 사업관련 정보문의는 필요하다 102명(58.6%), 매우 필요하다 58명(33.3%)로 160명(91.9%)이 필요하다고 응답하였다.

대상자 의뢰 분야에서 서비스 이용자(대상자) 의뢰는 필요하다 109명(62.6%), 매우 필요하다 47명(27.0%)로 156명(89.6%)이 필요하다고 응답하였다. 서비스 이용자 공동 관리는 필요하다 101명(58.0%), 매우 필요하다 46명(26.4%)로 156명(84.4%)이 필요하다고 응답하였다.

자원 교환 분야에서 지역사회 물적 인적 자원 정보 교환은 필요하다 96명(55.2%), 매우 필요하다 55명(33.9%)로 155명(89.1%)이 필요하다고 응답하였다. 지역 사회 물적

인적 공동 발굴은 필요하다 104명(59.8%), 매우 필요하다 45명(25.9%)로 149명(85.7%)이 필요하다고 응답하였다. 지역 사회 물적 인적 자원 공유 및 공동 활용은 필요하다 101명(58.0%), 매우 필요하다 50명(28.7%)로 151명(86.7%)이 필요하다고 응답하였다.

공동사업 추진 분야에서 지역 사회 진단, 자원/육구 조사 공동 실시, 평가는 필요하다 88명(50.6%), 매우 필요하다 27명(15.5%)로 115명(66.1%)이 필요하다고 응답하였다. 프로그램 공동 계획은 필요하다 81명(46.6%), 매우 필요하다 28명(16.1%)로 109명(62.7%)이 필요하다고 응답하였다. 프로그램 공동 실시 및 평가는 필요하다 83명(47.7%), 매우 필요하다 25명(14.4%)로 108명(62.1%)이 필요하다고 응답하였다.

서비스 교환 분야에서 이용자 정보교환을 통한 서비스 중복 방지는 필요하다 93명(53.4%), 매우 필요하다 65명(37.4%)로 158명(90.8%)이 필요하다고 응답하였다. 사업정보교환을 통한 서비스 중복 방지는 필요하다 91명(52.3%), 매우 필요하다 67명(38.5%)로 158명(90.8%)이 필요하다고 응답하였다.

교육 분야에서 종사자 교육 동시 실시는 필요하다 88명(50.6%), 매우 필요하다 43명(24.7%)로 131명(75.3%)이 필요하다고 응답하였다.

조직 통합 분야에서 보건지소와 주민센터 조직 통합 운영은 필요하다 69명(39.7%), 매우 필요하다 24명(13.8%)로 93명(53.5%)이 필요하다고 응답하였다. 홈페이지 통합 운영은 필요하다 66명(37.9%), 매우 필요하다 23명(13.2%)로 89명(51.1%)이 필요하다고 응답하였다. 기관 업무 전산 프로그램 통합 활용은 필요하다 84명(48.3%), 매우 필요하다 35명(20.1%)로 117명(68.4%)이 필요하다고 응답하였다.

연계 전략 추진 방안에서 비교적 그 필요성을 높게 응답한 항목은 정보교환 분야에서 프로그램이나 사업관련 정보문의와 서비스 교환 분야에서 이용자 정보교환을 통한 서비스 중복 방지와 사업정보교환을 통한 서비스 중복 방지였다.

연계 전략 추진 방안에서 비교적 그 필요성을 낮게 응답한 항목은 조직 통합 분야에서 보건지소와 주민센터 조직 통합 운영과 홈페이지 통합 운영이었고, 공동사업 추진 분야에서 프로그램 공동 계획과 프로그램 공동 실시 및 평가였다.

[표 40] 연계 체계 수립 전략

(단위: 명, %)

내 용		전혀 필요 없다	필요 없다	그저 그렇다	필요 하다	매우 필요하 다
정보 교환	프로그램이나 사업관련 정보문의	-	-	14	102	58
		-	-	8.0	58.6	33.3
대상자 의뢰	서비스 이용자(대상자) 의뢰	-	1	17	109	47
		-	0.6	9.8	62.6	27.0
	서비스 이용자 공동관리	-	3	24	101	46
		-	1.7	13.8	58.0	26.4
자원 교환	지역사회 물적, 인적자원 정보 교환	-	1	18	96	59
		-	0.6	10.3	55.2	33.9
	지역사회 물적, 인적자원 공동 발굴	-	1	24	104	45
		-	0.6	13.8	59.8	25.9
	지역사회 물적, 인적자원 공유 및 공동활용	-	-	23	101	50
		-	-	13.2	58.0	28.7
공동 사업 추진	지역사회진단, 자원/욕구조사 공동실시, 평가	-	3	56	88	27
		-	1.7	32.2	50.6	15.5
	프로그램 공동계획	-	5	60	81	28
		-	2.9	34.5	46.6	16.1
	프로그램 공동실시 및 평가	-	3	63	83	25
		-	1.7	36.2	47.7	14.4
서비스 교환	이용자 정보교환을 통한 서비스 중복방지	-	2	14	93	65
		-	1.1	8.0	53.4	37.4
	사업 정보교환을 통한 서비스 중복 방지	-	1	15	91	67
		-	0.6	8.6	52.3	38.5
교육	종사자 교육 동시 실시	-	6	37	88	43
		-	3.4	21.3	50.6	24.7
조직 통합	보건지소와 주민센터 조직통합 운영	8	11	62	69	24
		4.6	6.3	35.6	39.7	13.8
	홈페이지 통합운영	3	12	70	66	23
		1.7	6.9	40.2	37.9	13.2
	기관 업무 전산프로그램 통합 활용	4	6	45	84	35
		2.3	3.4	25.9	48.3	20.1

9. 보건과 연계 가능한 복지 사업

보건 영역과 복지 영역을 연계 한다고 할 때, 복지의 영역에서 연계 가능한 사업을 모두 표시하도록 하여 다음 표와 같은 결과를 얻었다. 21개를 제시한 사업 중 상위 우선 순위와 하위 우선 순위를 정리하였다.

80명 이상이 필요하다고 응답한 사업을 보면, 보건 및 복지서비스 연계 및 조정 107명, 긴급 복지 지원 91명, 통합사례관리 업무 90명, 국민기초생활보장업무 저소득층 지원 88명, 의료급여수급자 관리 지원업무 88명, 보건위생 및 방역 80명이었다. 50명 이하의 동의를 얻은 항목은 행려자관리 및 무연고 사망자 처리 42명, 자원봉사센터 운영 38명, 이재민대책 및 구호물자 등 자원관리 31명, 여성장애인 가사도우미 사업(연통사 21번) 31명이었다.

[표 41] 보건과 연계 가능한 복지 사업

(단위: 명,%)

사업	빈도	비율
지역사회보장계획수립·시행	73	2.6
국민기초생활보장업무 저소득층 지원	88	3.1
의료급여수급자 관리 지원업무	88	3.1
행려자관리 및 무연고 사망자 처리	42	1.5
지역자원발굴 및 동원 연계	72	2.5
보건 및 복지서비스 연계 및 조정	107	3.8
긴급복지지원	91	3.2
지역사회보장협의체 운영	56	2.0
통합사례관리 업무	90	3.2
자원봉사센터 운영	38	1.3
사랑의 이동목욕 봉사업무	45	1.6
이재민대책 및 구호물자 등 자원관리	31	1.1
독거노인, 재가노인(바우처, 식사배달 등) 지원	70	2.5
중증장애인 활동보조사업	60	2.1
성폭력 및 성매매 예방	58	2.0
노인돌봄서비스 지원 관리	72	2.5
사례관리 사업	77	2.7
가사간병방문서비스 관련 서비스	78	2.8
보건위생 및 방역	80	2.8
의료급여	62	2.2
여성장애인 가사도우미 사업(연통사 21번)	37	1.3

10. 복지와 연계 가능한 보건 사업

보건 영역과 복지 영역을 연계 한다고 할 때, 보건의 영역에서 연계 가능한 사업을 모두 표시하도록 하여 다음 표와 같은 결과를 얻었다. 21개를 제시한 사업 중 상위 우선 순위와 하위 우선 순위를 정리하였다.

80명 이상이 필요하다고 응답한 사업을 보면, 맞춤형 방문건강관리 사업 109명, 노인방문서비스 98명, 공공보건의료서비스 사업(연통사22번) 92명, 정신보건센터운영 84명, 소외계층건강검진 84명 순이었다.

50명 이하의 동의를 얻은 항목은 지역사회건강사업조사사업 49명, 흡연예방 및 금연클리닉 사업 45명, 농어촌여성건강검진 45명, 육상형U-health원격화상진료사업 18명 등이었다.

[표 42] 복지와 연계 가능한 복지 사업

(단위: 명, %)

사업	빈도	비율
공공보건의료서비스 사업(연통사22번)	92	3.2%
맞춤형 방문건강관리 사업	109	3.8%
육상형U-health원격화상진료사업	18	0.6%
재가암관리사업	70	2.5%
경로당방문한방진료사업	61	2.2%
의료급여수급자성인병질환검진	78	2.8%
농어촌여성건강검진	45	1.6%
치매조기검진사업	81	2.9%
치매상담센터운영	76	2.7%
정신보건센터운영	84	3.0%
재가정신(간질)환자 투약비지원사업	57	2.0%
건강생활실천사업	54	1.9%
지역사회건강사업조사사업	49	1.7%
치매관리사업	85	3.0%
지역보건의료계획 수립	52	1.8%
보호자없는 병실 운영	68	2.4%
급성/ 만성 감염병 관리	57	2.0%
흡연예방 및 금연클리닉 사업	45	1.6%
정신요양시설 운영 및 관리	55	1.9%
노인방문서비스	98	3.5%
소외계층건강검진	84	3.0%

제3절 복지보건 연계 및 통합 모델 개발을 위한 시범 사업

1. 시범 사업 찬성 정도

읍면동 단위에서 보건·복지 연계 및 통합 모델 개발을 위한 시범 사업에 대해 어느 정도 찬성하는지 질문하였다. 매우 찬성 20명(11.5%)와 찬성 92명(52.9%)로 반대 12명(6.9%), 매우 반대 4명(2.3%)로 찬성은 112명(64.4%)로 반대 16명(9.2%) 찬성이 7배 정도 높았다.

〔표 43〕 보건복지 통합 모델 찬반

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
매우 찬성	20	11.5
찬성	92	52.9
그저 그러함	46	26.4
반대	12	6.9
매우 반대	4	2.3
합계	174	100.0

2. 시범 사업 기간

읍·면·동 단위에서 보건복지 연계 및 통합모델 개발을 위한 시범사업 기간에 대해서는 12개월이 압도적인 118명(67.8%)으로 많았고, 그 다음이 6개월(42명, 24.1%)였다.

〔표 44〕 보건복지 통합 모델 시범 사업 기간

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
3개월	6	3.4
6개월	42	24.1
9개월	8	4.6
12개월	118	67.8
합계	174	100.0

3. 시범 사업 참여 의사

충청남도 읍·면·동 단위에서 보건복지 연계 및 통합모델 개발을 위한 시범사업을 한다고 할 때 이 사업에 참여 의사를 타진해 보았다. 시범 사업 참여에 매우 참여 하겠다는 응답이 18명(10.3%), 있다는 응답이 78명(44.8%)로 없다는 응답 16명(9.2%), 매우 없다는 응답 5명(2.9)보다 많았다. 즉, 참여 의사 있다는 96명(55.1%)이고 참여 의사 없다는 21명(13.1%)으로 4.5배 정도 참여 의사가 많았다.

〔표 45〕 보건복지 통합 모델 시범 참여 의사 정도

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
매우 있음	18	10.3
있음	78	44.8
보통	57	32.8
없음	16	9.2
매우 없음	5	2.9
합계	174	100.0

4. 시범 사업 성공을 위한 필요 사항

읍·면·동 단위에서 보건·복지 연계 및 통합 모델 개발을 위한 시범 사업이 성공하기 위해서는 많은 것이 필요할 것이다. 응답자들은 여러 사항 중에 다음 사항을 중요하게 여기고 있었다. 중요한 것부터 나열한다면, 시범 사업 예산 확보 91명(26.1%), 시범 사업 운영 매뉴얼 준비 76명(21.8%), 지차단체장의 관심 70명(20.1%), 관련 종사자의 협조 66명(19.0%)이었다.

[표 46] 시범 사업 성공을 위해 필요한 사항(중복 응답)

(단위: 명, %)

구분	빈도	비율
시범사업 예산 확보	91	26.1
자치단체장의 관심	70	20.1
의회의 협조	2	0.6
관련 종사자의 협조	66	19.0
시범사업 운영 매뉴얼 준비	76	21.8
홍보	9	2.6
지역사회주민 관심	29	8.3
기타	5	1.4
합계	348	100.0

제5장 복지보건 통합 전달체계 구축 방안

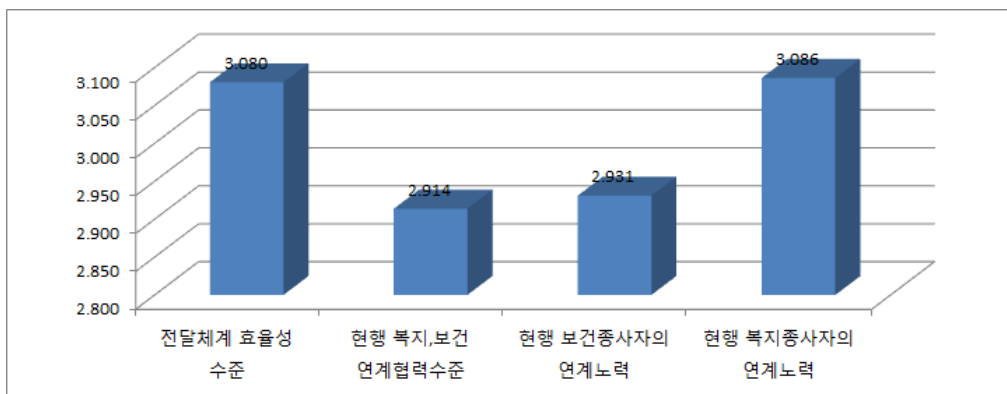
충남형 복지보건통합전달체계 개선방안은 보건과 복지서비스를 이용하는 주민의 측면에서 읍면동단위의 전달체계를 혁신하는 방안이다. 이를 통해 보건 및 복지서비스 제공의 효율성과 효과성을 제고하고 복지사각지대를 해소할 수 있을 것이다. 또한 읍면동 단위의 서비스 중복 및 병목현상을 개선하고 보건복지서비스의 만족도와 체감도를 높일 수 있을 것이다. 나아가 정부의 지역사회중심의 복지보건전달체계 개편 방향에 선제적으로 대응하고자 한다.

이를 위해 충남형 읍면동 단위의 복지보건전달체계 혁신 방안은 다음과 같이 보건과 복지조직의 구조와 기능을 완전통합하는 방안과 주민센터에 관련 보건인력을 배치하는 보건과 복지의 부분통합모델을 제시한다.

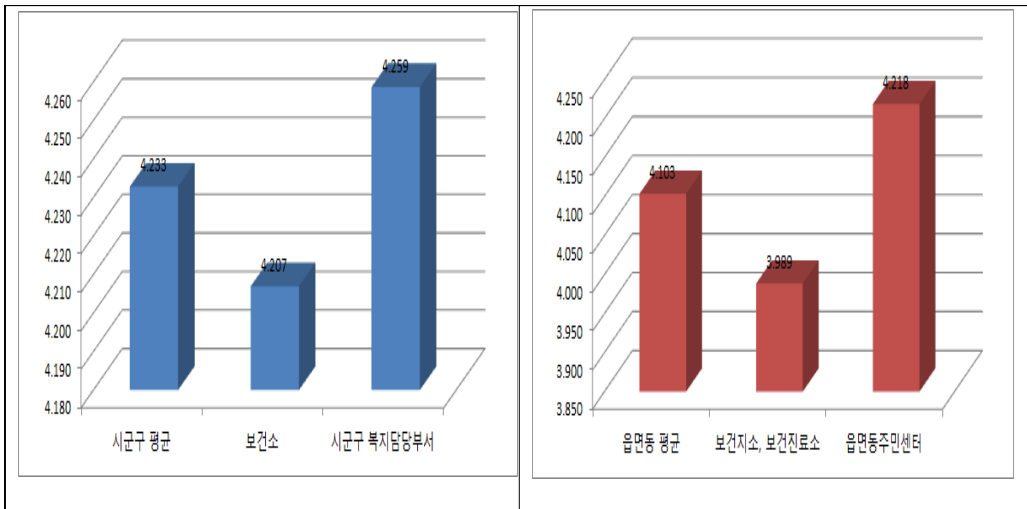
제1절 복지보건통합 전달체계 구축의 필요성과 원칙

현재 충남도 사회복지전달체계의 효율성 및 연계수준은 보통이하로 나타나고 있다. 특히 복지와 보건기관통합의 필요성은 <그림 28>과 같이 매우 높은 것으로 나타났다. 즉, 시군구단위나 읍면동단위에서 동일하게 높게 나타나고 있으며 특히 복지담당부서에서 보건복지연계 및 통합의 필요성이 매우 높다.

(그림 28) 보건·복지 연계 수준



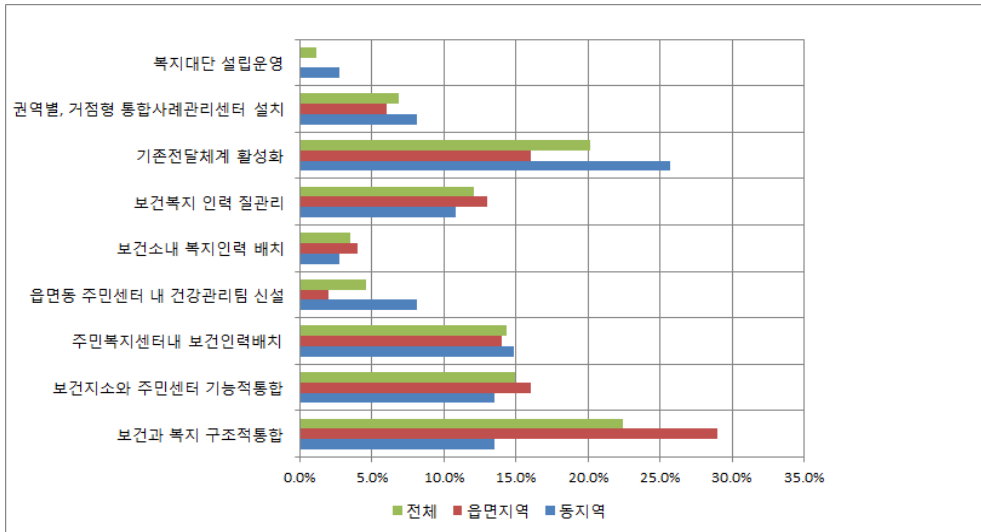
[그림 29] 보건·복지 연계 및 통합서비스 제공을 위한 기관필요 정도



한편 보건과 복지서비스이 연계협력 미흡의 이유에 대하여 도시지역인 동지역과 농촌지역인 읍면지역에서 차이가 나타났다. 동지역에서는 기관장 및 부서장의 의지 부족, 지리적 거리, 그리고 타기관에 대한 신뢰부족이 가장 높게 나타났다. 반면 읍면지역에서는 전담인력 부족, 타기관에 대한 정보부족, 그리고 체계적인 조정 및 협력계획의 부족, 연계관련 법규정 미비 등으로 나타났다.

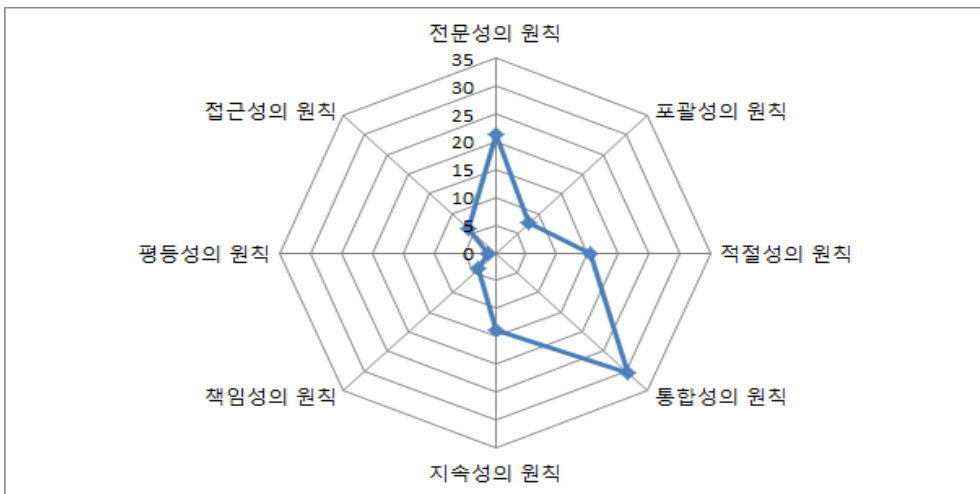
이상의 문제를 개선하기 위한 보건복지전달체계 개선방안에 대해서는 <그림 30>에서 보는 바와 같이 보건과 복지조직의 구조적 통합에 대한 의견이 가장 높으며 다음으로 기존 전달체계의 활성화, 그리고 주민복지센터 내 건강관리팀의 신설과 함께 보건지소와 주민센터의 기능적 통합에 대한 의견이 높게 나타났다.

[그림 30] 보건복지 전달체계 개선방안



이러한 보건복지전달체계 개선을 위한 전달체계 구축의 원칙으로 통합성 원칙이 가장 높았고 전문성, 지속성, 적절성의 원칙을 강조하고 있다. 따라서 제기된 보건복지전달체계 개선의 필요성과 원칙에 근거하여 개선방안의 마련이 요청된다.

[그림 31] 보건복지 연계 및 통합적 전달체계 구축의 강조 원칙

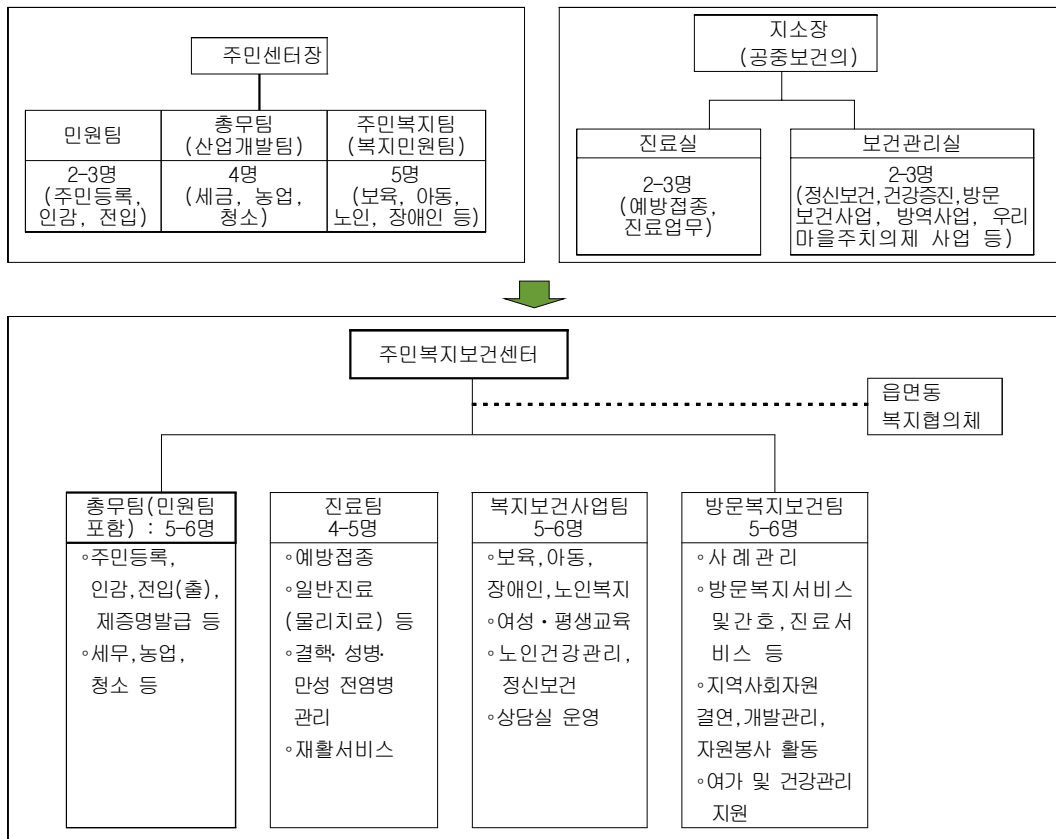


제2절 보건과 복지의 완전통합형(구조, 기능 통합)

1. 조직과 인력

현재 읍면동 주민센터와 보건지소의 조직은 다음과 같다. 주민센터 조직은 3팀제로 주민등록 및 전입신고 등 업무를 담당하는 민원팀과 세금, 농업, 청소 등의 업무를 담당하는 총무팀, 그리고 보육, 노인, 장애인 등 복지서비스를 담당하는 주민복지팀으로 구성되어 있다. 전체 인력은 약 12명에서 14명이 배치되어 있다. 보건지소의 조직은 예방접종, 진료업무를 담당하는 진료팀과 정신보건, 건강증진, 모자보건, 방문보건사업, 우리마을주치의제 사업 등을 담당하는 보건관리실이 있다. 여기에 배치된 인력은 약 6-7명 정도이다. 따라서 주민센터와 보건지소의 인력은 전체 약 20명 정도이다.

〔그림 32〕 주민복지보건센터 조직안



이러한 분리된 조직을 통합하면 <그림 32>와 같다. 즉, 주민복지보건센터로 개편하여 총무팀, 진료팀, 복지보건사업팀, 방문복지보건팀으로 구성하여 4팀제로 운영한다.

총무팀은 기존의 민원팀과 통합하여 주민등록, 인감, 전(출)입, 제증명발급업무 등과 세무, 농업, 청소 등을 담당한다. 인력은 5-6명으로 배치한다. 진료팀은 예방접종, 일반진료(물리치료 등), 결핵·성병·만성전염병관리·재활서비스 업무를 담당하며 인력은 4-5명을 배치한다. 복지보건사업팀은 보육·아동·장애인·노인복지업무와 여성·평생교육, 그리고 노인건강관리, 정신보건 등의 업무를 담당하고 상담실을 운영한다. 인력은 약5-6명을 배치한다. 방문복지보건팀은 사례관리, 방문복지서비스 및 간호·진료서비스 등과 지역사회자원결연·개발관리, 자원봉사활동 등의 업무를 담당한다. 또한 여가 및 건강관리지원사업을 담당한다. 이에 필요한 인력은 5-6명이다.

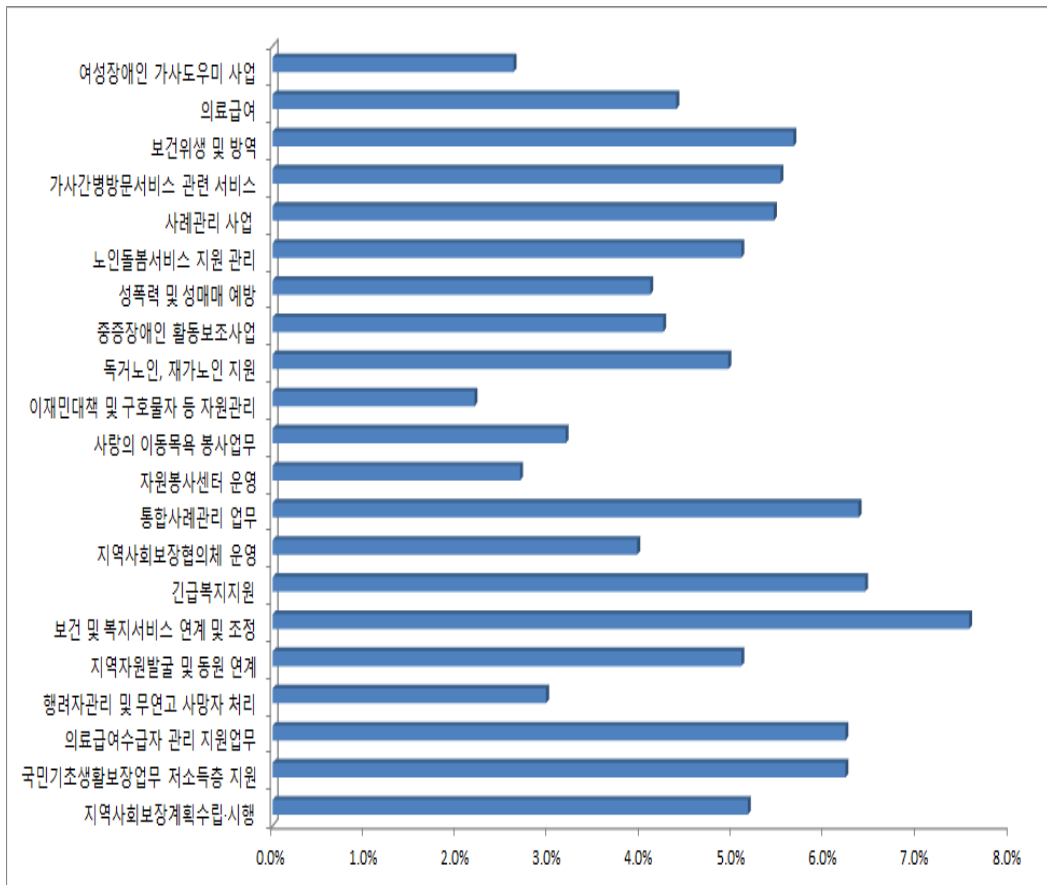
이러한 읍면동 단위 복지기능강화 및 보건과 복지기능의 통합은 정부의 정책방향과 부합하기 때문에 향후 추진과정에 지원을 이끌어 낼 수 있다. 즉, 정부는 읍면동 복지기능강화 및 민관협력 활성화를 추진하고 있는데 동 주민센터 복지기능 강화 시범사업을 실시하고 있다. 주요내용은 읍면동사무소에 복지코디네이터 배치와 방문간호사 등 보건전문인력배치를 통한 보건과 복지의 연계(통합)을 강조하고 있다. 이와 함께 직업상담사 및 정신보건사회복지사 등도 지역별 복지수요를 반영하여 배치하도록 권장하고 있다. 또한 민관협력을 활성화하기 위해 동복지협의체를 구성하여 사각지대 발굴 및 자원발굴 및 연계, 지역문제 논의 등을 통해 지역복지수준을 제고하도록 하고 있다. 협의체 구성은 지자체 당 2-6개소 읍면동 단위로 10명에서 30명으로 구성하도록 하고 있다. 동복지협의체와‘주민복지보건센터’의 상호연계체계를 활성화하고 다양한 지역사회복지자원의 발굴과 활용을 극대화해야 할 것이다. 따라서 전달체계 개편안으로 제시한 ‘주민복지보건센터’는 이러한 정부의 지역복지 전달체계의 정책변화에 능동적으로 대응하고 지역복지보건환경을 반영한 충남형 복지보건전달체계이다.

기존 조직인 주민센터와 보건지소를 통합할 경우 새로운 인력의 충원없이 인력의 효율적 배치와 업무분장을 통해 조직의 목적을 달성할 수 있다. 이것은 조직통합으로 인한 보건복지서비스 통합적 서비스를 구조화함으로써 주민의 보건복지욕구를 충족할 뿐만 아니라 조직운영의 효율성, 통합성, 전문성, 그리고 지속성, 적절성을 높일 수 있다고 판단된다.

2. 사업

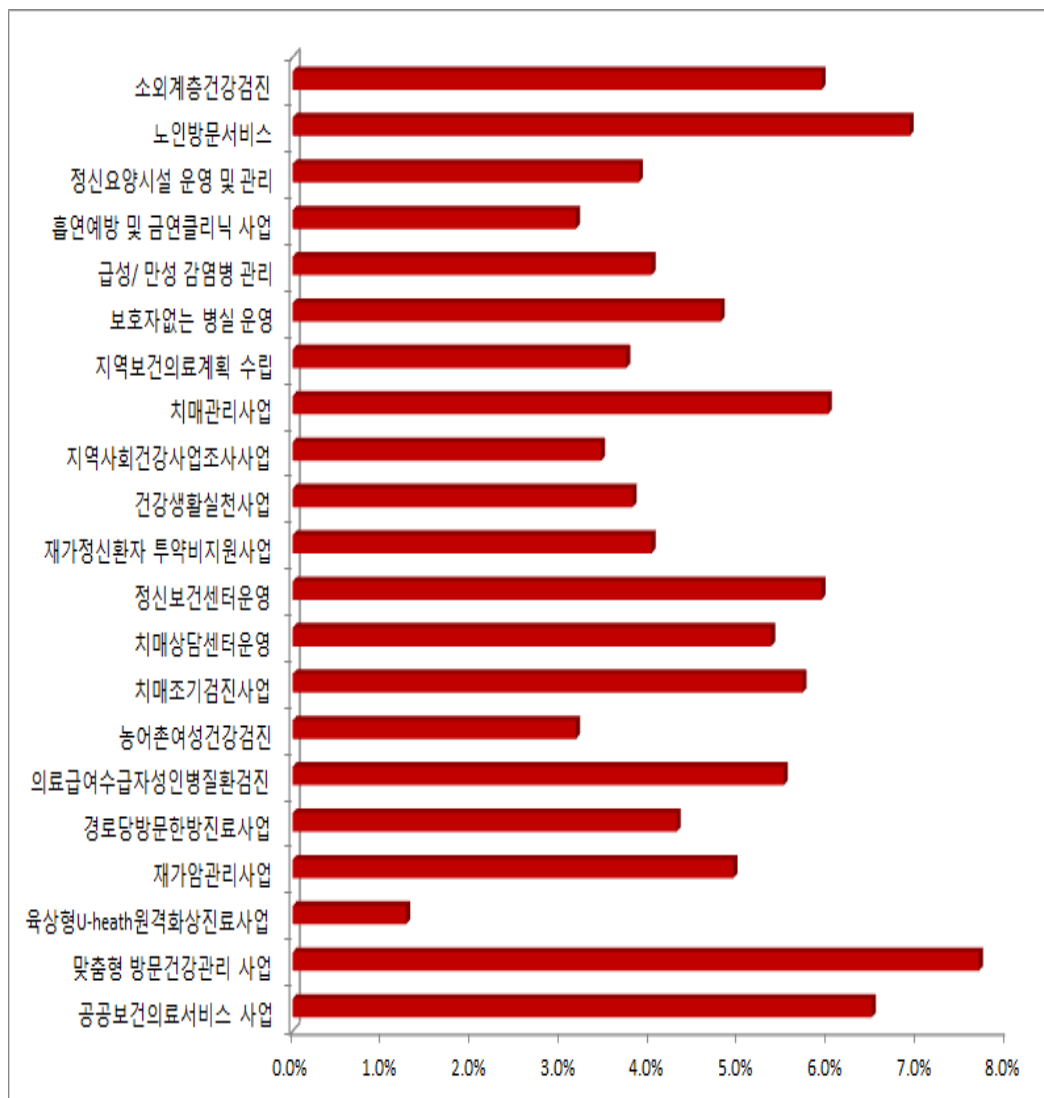
현재 복지와 보건사업과 관련하여 연계가능한 사업으로 다음과 같다(<그림 33> 참조). 즉, 복지분야에 보건과 연계가능한 사업으로 여성장애인가사도우미 사업, 의료급여, 보건위생 및 방역, 가사간병방문서비스관련 사업, 사례관리사업, 노인돌봄 서비스 지원관리, 성폭력 및 성매매예방, 중증장애인활동보조사업, 독거노인 및 재가노인사업, 지역사회보장협의체 운영, 긴급복지지원 업무, 보건 및 복지서비스 연계 및 조정, 의료급여수급자 관리 지원업무, 국민기초생활보장업무 저소득층 지원, 지역사회보장계획수립 및 시행 등이다.

[그림 33] 보건과 연계 가능한 복지사업



다음으로 보건영역에서 복지부분과 연계가능한 사업으로 다음과 같다(<그림 34> 참조). 즉, 소외계층건강검진, 정신요양시설 운영 및 관리, 지역보건의료계획수립 및 시행, 치매상담센터 운영, 경로당방문한방진료사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 농어촌여성건강검진 등이다.

[그림 34] 복지와 연계 가능한 보건사업



이상과 같이 복지와 보건분야 모두 복지와 보건의 연계 및 통합서비스의 필요성을 제기하고 있다. 따라서 읍면동단위의 복지보건전달체계 개편안인 ‘주민복지보건센터’ 사업(4개팀 : 총무팀, 진료팀, 복지보건사업팀, 방문복지건팀)은 다음과 같다.

<그림 35>과 같이 기존 주민센터와 보건지소의 사업 중에 상호연계 및 통합할 수 있는 사업이 있다. 주민센터의 기능 중에 주민민원서비스 등 행정서비스업무는 그대로 유지하고 보건지소와 보건업무 중 복지서비스와 연계 가능한 사업을 통합하여 실시한다. 또한 보건지소의 고유한 업무 중에 진료업무는 독립적인 영역으로 존치한다.

복지보건 통합 및 연계사업 중 핵심적인 사업은 복지대상자(지역주민)에 대한 통합사례관리 업무와 방문보건 및 복지서비스 그리고 노인복지(치매관리사업)와 자살예방사업, 지역사회자원개발 및 연계 사업 등이다.

[그림 35] 주민복지보건센터 사업안

보건사업	복지·보건사업	복지사업
<진료업무> - 약처방 - 상담, 교육 - 심·뇌혈관 사업 - 암검진 - 한방진료 - 침시술 - 약처방 - 운동증진사업 - 구강, 보건사업 - 금연사업	- 복지대상자 사례관리 - 보건위생 및 방역 - 방문복지서비스 - 방문보건 및 진료서비스 - 지역사회자원개발 및 연계 - 자원봉사활동 - 여가 및 건강관리 지원 - 정신보건 - 치매관리사업 - 노인복지 - 자살예방사업	- 기초생활보장수급자 - 의료급여 - 차상위우선돌봄 - 노인복지 - 긴급복지 및 공동모금회 - 보훈, 장사, 자활사업 - 정부양곡 - 여성복지 - 보육, 아동, 청소년 - 바우처사업 - 장애인복지 - 이재민 구호

보건과 복지의 완전통합모델은 1995년도 실시된 보건복지사무소의 경험을 바탕으로 보건지소와 읍면동 주민센터의 통합을 의미한다. 1995년 시범보건복지사무소이후 보건·복지 두 조직간의 상호 협력을 바탕으로 통합적인 서비스를 제공하려는

시도는 계속되었다. 일례로 수원시는 2000년도부터 2007년까지 ‘노인보건복지연계센터’를 운영하여 보건과 복지 두 조직간에 상호협력을 시도한 바 있다. 서울시 은평구도 보건복지서비스 사례관리사업의 일환으로 사례관리팀을 구성하여 보건소의 가정도우미서비스, 방문간호서비스, 복지관의 재가복지서비스를 통합하여 대상자에게 제공하였다. 또한 앞에서 제시한 일본의 지역포괄지원센터를 지역실정에 맞게 설치할 수 있다.

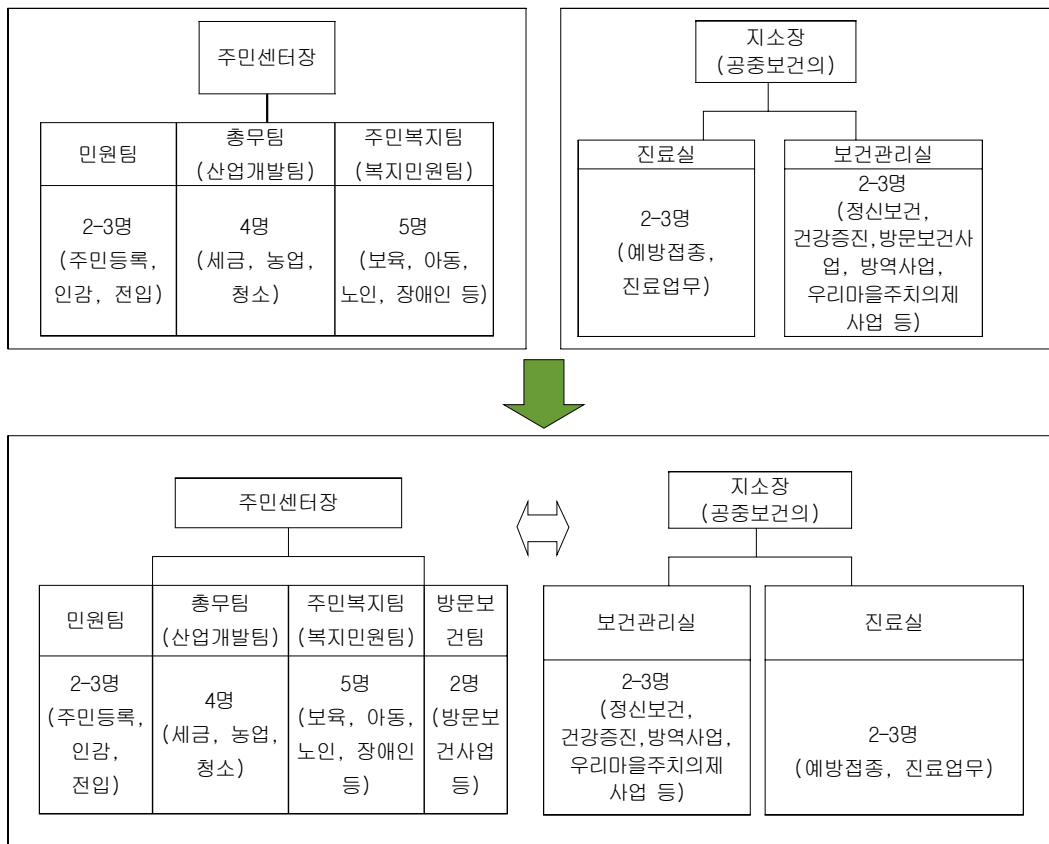
이러한 모델은 보건·복지서비스 연계와 통합의 필요성에 대한 욕구가 높고 향후 고령화 사회와 정신질환자의 증가 등으로 인해 통합서비스에 대한 욕구가 더욱 급증할 것으로 예상되기에 이에 대한 선제적인 복지보건전달체계 모형으로 판단된다.

제3절 보건과 복지의 부분통합형(주민센터내 보건인력 배치)

두번째 모형은 읍면동 단위의 주민센터 내 보건인력의 배치를 통한 부분통합형 모형이다. 이에 대하여 조사결과 주민센터내 보건인력 배치를 선호하는 응답이 25명(14.4%)으로 나타났고, 보건소내 복지인력을 배치하는 것을 선호하는 입장은 6명(3.4%)로 나타났다.

따라서 주민복지센터내 보건소 인력을 배치하는 방법이 보다 선호되고 있다. 더불어, 보건과 복지 연계체계 수립 전략 중 자원교환에 대하여 지역사회 물적, 인적 자원 공유 및 공동 활용에 151명(86.7%)이 응답하여 가장 높은 분포를 보이고 있어 부분통합의 인력 상호 이동 배치의 근거를 제시하고 있다.

[그림 36] 주민센터내 보건인력(팀) 배치안



이러한 모델은 서울시에서 시행하는 동(洞)마을복지센터 구축 사업과 유사하다. 즉, 서울시는 사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편을 위해 2012년 준비단계를 거쳐, 2013년 14개 자치구를 상대로 시범운영을 시작했으며 2014년부터 전 자치구를 상대로 확대되어 수요자 중심의 복지서비스 전달체계 개편 사업으로 시행되고 있다. 이 사업은 찾아가는 복지 및 맞춤형 서비스 제공을 위해 크게 '찾아가는 복지플래너'와 '맞춤형 복지서비스' 제공을 두 방향으로 한다. 찾아가는 복지플래너는 생애주기별 방문복지 사업이다. 대상은 어르신(만65세 도래, 만70세 도래), 우리아이(임신부, 만2세 영유아 가정), 빈곤위기가정(저소득 복지대상자, 은둔·취약계층)이며, 방법은 사회복지사+방문간호사, 사회복지사+전담공무원+통·반장 등이 한 조를 구성하여 대상 가구를 방문하여 제공한다. 방문간호사는 동마을복지센터에서 새롭게 배치되는 인력인데 담당하는 업무는 방문복지 공통업무 중 복지플래너와 사례관리 업무를 담당한다.

복지와 보건의 부분통합모델은 현재의 주민센터와 보건지소의 조직변화없이 보건인력 2명을 주민센터에 배치하는 것이다. 즉, 지역의 상황에 따라 주민센터의 기존 조직에 방문보건팀을 신설하여 주민복지팀과 업무연계 및 통합적 서비스를 실시한다. 이 경우 보건지소의 방문보건인력을 이동배치하거나 서울시처럼 방문간호사를 신규채용하여 배치한다. 또한 방문보건사업을 담당할 부서 신설이 어려우면 현재의 주민복지팀에 보건인력을 배치할 수 있다.

이상의 복지와 보건 부분통합모델은 기존에 조직의 변화없이 보건인력을 주민센터에 배치함으로써 관련 규정(조례)을 통해 신속하게 시행 할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 방문보건복지서비스의 서비스 역량은 강화할 수 있지만 근본적으로 보건과 복지의 통합적 서비스의 전방위적 실시에는 한계가 있다.

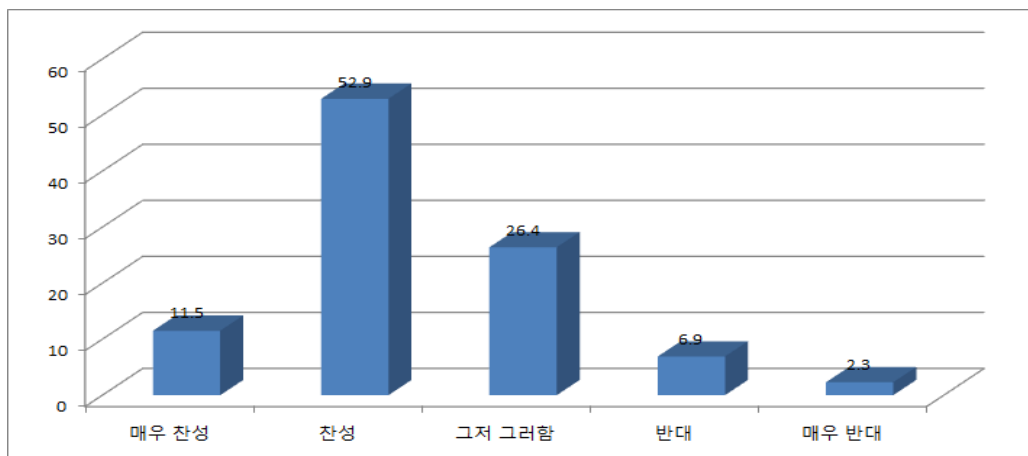
제4절 복지와 보건서비스 통합적 전달체계 시행 관련 준비 사항

1. 시범사업 실시 지역선정, 메뉴얼 수립 및 추진단 구성

1) 복지보건조직(기관) 구성원의 동의와 참여

복지보건 서비스 통합적 전달체계 시범사업의 실시는 조사대상자 대부분 찬성하는 것으로 나타났다. 그럼에도 불구하고 관련 종사자 및 전문가 집단을 대상으로 이에 대한 충분한 합의과정이 필요하다. 또한 시범사업 실시지역의 선정과 관련하여 이에 대한 기초지자체의 협력과 참여가 중요하다. 참고로 조사결과 보건복지통합모델 시범사업시 조사대상자들은 대부분 참여하겠다고 응답하였다.

[그림 37] 보건복지 통합 모델 시범사업 찬반



2) 시범사업지역 선정

시범사업지역은 농촌지역(읍·면지역)과 도시지역(동지역) 각 1개소씩 선정하고 이의 평가를 위해 비시범지역도 각각 1개 지역을 선정한다. 이를 위해서는 기초지자체의 적극적인 협조가 필요한 사항으로 관련 사업에 대한 구체적인 안을 통해 공모사업의 형태로 추진한다.

3) 시범사업 실시 기간

보건복지통합서비스 전달체계 구축을 위한 조사결과 시범사업 실시 기간은 1년 정도가 적당한 것으로 나타났다. 물론 이것은 준비기간을 제외한 실제 사업기간을 의미한다. 그러나 시범사업의 준비를 철저히 한다면 실제 사업기간은 탄력적으로 조정할 수 있다.

4) 관련 규정 정비 및 사업매뉴얼 수립

충남형 복지보건통합서비스 전달체계 구축을 위한 시범사업 실시를 위해서는 이와 관련한 조례(규정) 제정이 필요하다. 일선 읍면동 단위 보건복지서비스 전달체계 구축 관련 법적 근거를 마련함으로써 사업추진의 안정성을 확보한다. 가칭 농촌지역 복지보건서비스 전달체계 개선에 관한 조례로 제정할 수 있다.

또한 사업추진을 위한 정교한 매뉴얼을 작성해야 한다. 사실 보건과 복지인력은 인력양성체계와 정체성에 있어 차이가 있다. 따라서 매뉴얼제작을 통해 시범사업 대상 참여인력에 대한 교육이 선행되어야 한다.

5) 시범사업 추진단(T/F) 구성 및 운영

시범사업 추진을 위해 충남도 및 참여 지자체 관련 조직 구성원이 참여하는 추진단을 구성·운영한다. 시범사업실시에 관한 세부추진사항을 점검하고 시범사업 매뉴얼 수립(별도의 연구과제)과정에 참여한다.

추진단은 충남도 담당부서 과장 및 팀장, 매뉴얼수립 용역팀과 시범사업 지역 주민센터 및 보건지소 팀장, 전문가 등으로 구성한다. 그리고 시범사업 모니터 요원을 배치하고 중간평가와 최종평가는 매뉴얼 수립 용역팀에서 담당한다.

2. 시범사업 예산 및 일정

1) 시범사업 예산

시범사업 실시 예산은 충남도와 기초지자체가 분담한다. 즉, 15개 시·군 지방자치 단체에 복지보건전달체계 혁신사업에 대한 공모를 통해 선정된 기초지자체와 사업비를 70:30으로 분담한다. 현재 기편성된 주민센터와 보건지소예산을 바탕으로 사업실시에 추가비용을 분담하는 것이다. 추가비용 내용은 메뉴얼제작비 5천만원, 사업추진단 운영비 3천만원, 공간리모델링 비용 6천만원(1개소당 3천만원), 신규인력 인건비 6천만원(방문간호인력 2명, 1인당 3천만원), 모니터링 및 평가비 3천만원(시범지역 2개소 비시범지역 2개소), 센터 운영비 2천만원(1개소당 1천만원), 기타경비 1천만원 등이다. 기존 인력의 재배치시 신규인력 인건비는 제외된다. 따라서 전체 시범사업 추진 예산은 총 2억원(신규인력 인건비 포함 2억 6천만원)이다.

2) 시범사업 추진 일정

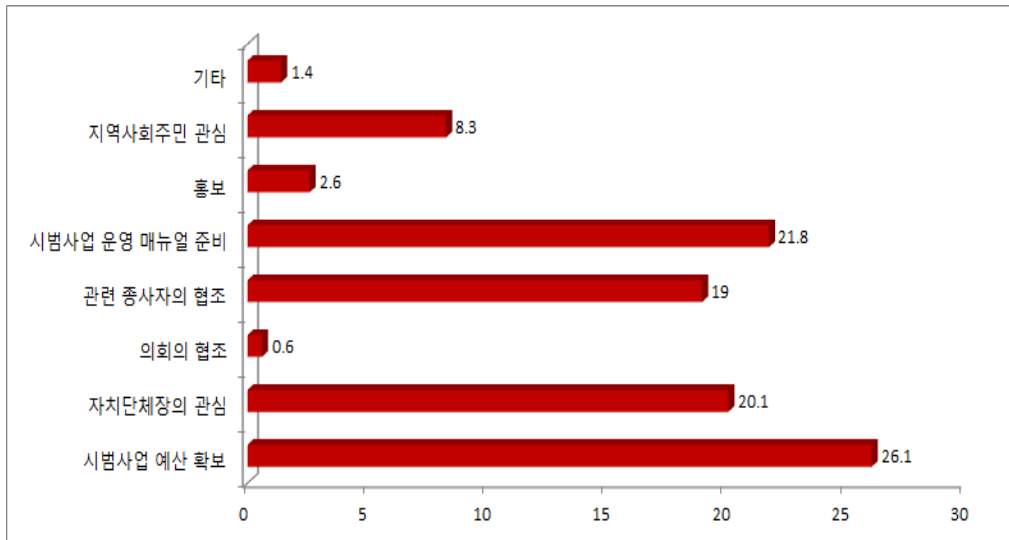
시범사업 추진 일정은 크게 사업준비, 시범사업실시 그리고 평가영역으로 구분된다. 제시된 일정은 시범사업기간 6개월로 예시한 것이다. 시범사업실시 기간은 시범사업계획안 작성시 탄력적으로 조정될 수 있다.

[표 47] 시범사업 추진 일정

구 분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
시범사업 계획안 작성	→											
관련규정 정비(조례제정 등)	→	→										
시범사업단 구성		→										
시범사업설명회 및 지역선정			→									
사업매뉴얼 수립			→	→	→	→						
시범사업 실시							→	→	→	→	→	→
시범사업모니터링							→	→	→	→	→	→
중간평가									→			
최종평가												→

이상과 같이 시범사업 추진과 관련한 사항이외에 시범사업 성공을 위해서 중요한 것은 이에 필요한 예산을 확보하는 것이며 특히 자치단체장의 관심과 의지가 무엇보다 중요하다. 관련 조사결과에서도 사업예산확보와, 단체장의 관심 그리고 매뉴얼 준비, 관련 종사자의 협조 등을 강조하고 있다.

〔그림 38〕 보건복지 통합모델 시범사업 성공을 위한 필요사항



제6장 요약 및 결론

제1절 연구의 요약

우리나라의 국민의 사회복지욕구는 과거와 다르게 점차 고도화되고 다양화된 형태로 나타나고 있다. 특히 농촌지역은 넓은 면적, 적은인구, 자원부족과 복지보건 인프라의 미비로 인해 높은 복지보건욕구를 해소하지 못하고 있다. 한마디로 복지 보건 서비스의 비접근성이 존재하며 복합적 욕구에 대한 통합적 서비스공급체계가 빈약한 실정이다.

이러한 점에서 농촌지역의 여건에 맞는 복지보건전달체계의 혁신이 필요하며 주민과 밀접한 읍면동단위에서 복지와 보건서비스의 통합 및 연계체계 확충이 요구된다. 따라서 본 연구의 목적은 농촌지역의 보건과 복지서비스의 통합적 전달체계 구축방안을 제시하고자 한다. 따라서 본 연구는 충남도의 농촌지역의 복지보건서비스의 수준을 진단하고 서비스의 전문성, 접근성, 통합성, 포괄성 등을 충족할 수 있는 복지보건서비스의 통합 및 연계방안을 모색을 시도하였다.

충청남도 사례지역(천안, 당진, 예산, 청양)의 주요 연구결과로는 조사대상자들은 대부분 보건·복지 서비스 연계제공의 필요성을 느끼고 있었다. 즉 보건이나 복지 어느 한 쪽의 서비스만으로는 클라이언트의 복합적 요구를 충족시킬 수 없다는 인식이 공유되었다. 그러나 일선현장에서는 충남도 보건-복지, 두 분야 간의 협력이 존재한다하더라도 대부분 비공식적이거나 개인적 친분에 의해 이루어지는 경우가 많고 연계실태는 정보공유나 단편적인 자원연계만이 이루어지고 있다. 협력의 필요성을 인지하고 상호간에 소통은 되고 있으나 그 수준이 심화되지 못하고 있는 것이다.

복지보건통합전달체계 구축에 관한 실태 조사는 복지·보건 연계 협력의 미흡 요인으로서는 1순위로 응답한 것이 타 기관 및 사업에 대한 정보부족(41.1%), 체계적인 조정 및 협력 계획 부족(25.3%), 공동 목적에 대한 합의 부족(12.6%)순이었다. 서비스 중복 해결방안으로는 각 조직의 사업계획 및 서비스 공유와 정보교환을 통한 중복방지가 34.2%로 우선순위를 차지하였고 정보관리 및 공유를 위한 업무표준화 도모, 담당 실무자에게 서비스 제공 등의 연계활동에 실질적인 통제력과 권한부여 순으로 나타났다. 복지보건 전달체계 개선 방안으로는 보건과 복지의 구조적 통합(22.4%), 기존 전달체계 활성화(20.1%), 보건지소와 주민센터 기능적 통합(14.9%),

주민복지센터 내 보건인력배치(14.4%)순으로 나타났다. 복지보건 연계 및 통합을 위한 시범사업은 찬성이 반대보다 7배 정도 높게 나타났고 사범사업 기간은 12개월이 압도적으로 많았다. 시범사업 참여의사 역시 긍정적인 응답이 부정적인 응답보다 4.5배 정도 높게 나타났다.

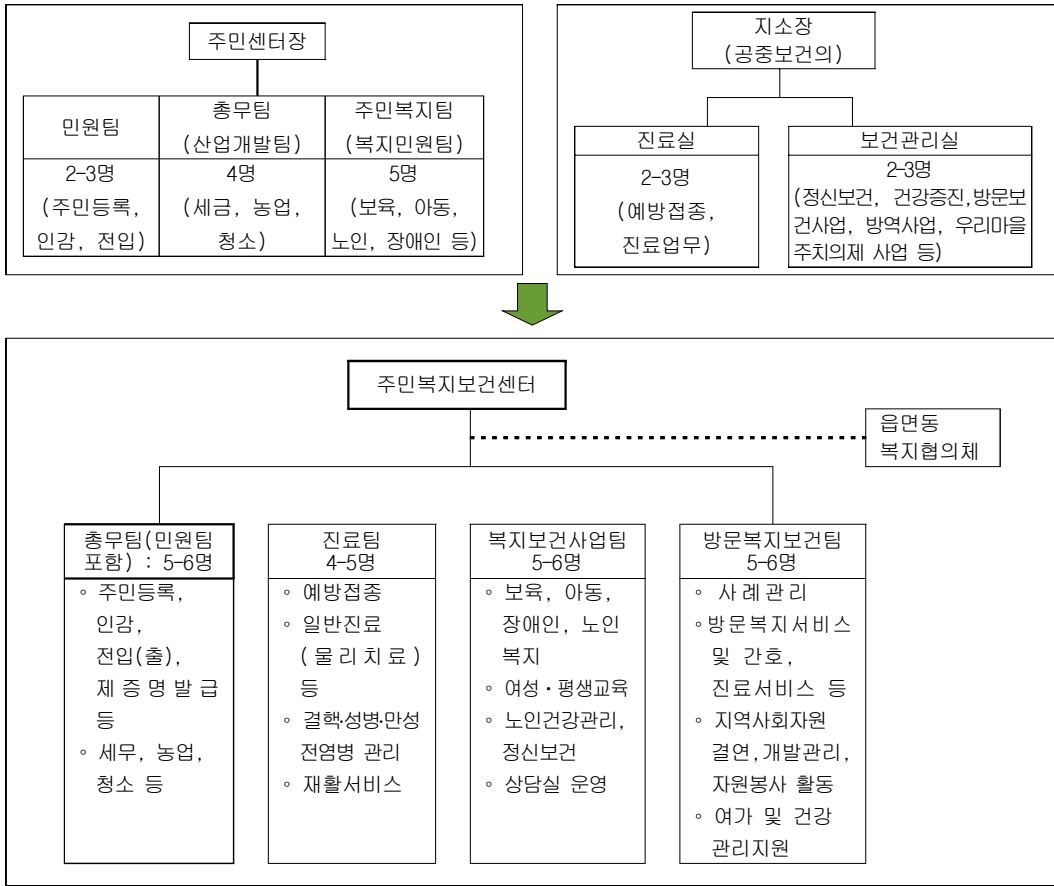
결론적으로 충청남도 일선의 복지·보건 종사자들은 두 분야 간의 협업의 필요성을 인식하고 있으며 전달체계 혁신의 맥락에서 두 분야의 통합을 위한 시범사업에 찬성하였다. 또한 시범사업 찬성의사도 긍정적 응답이 압도적으로 많아 향후 시범사업의 필요성이 제기되고 있다. 시범사업을 위한 정책적 방안으로는 다음의 2가지를 열거할 수 있다.

1) 보건과 복지의 완전통합형 (구조, 기능 통합)

현재 읍면동 주민센터와 보건지소의 조직은 다음과 같다. 주민센터 조직은 3팀제로 주민등록 및 전입신고 등 업무를 담당하는 민원팀과 세금, 농업, 청소 등의 업무를 담당하는 총무팀, 그리고 보육, 노인, 장애인 등 복지서비스를 담당하는 주민복지팀으로 구성되어 있다. 전체 인력은 약 12명에서 14명이 배치되어 있다. 보건지소의 조직은 예방접종, 진료업무를 담당하는 진료팀과 정신보건, 건강증진, 모자보건, 방문보건사업, 우리마을주체의제 사업 등을 담당하는 보건관리실이 있다.

여기에 배치된 인력은 약 6-7명 정도이다. 따라서 주민센터와 보건지소의 인력은 전체 약 20명 정도이다.

[그림 39] 주민복지보건센터 조직안



이러한 분리된 조직을 통합하면 <그림 39>와 같다. 즉, 주민복지보건센터로 개편하여 총무팀, 진료팀, 복지보건사업팀, 방문복지보건팀으로 구성하여 4팀제로 운영한다.

총무팀은 기존의 민원팀과 통합하여 주민등록, 인감, 전(출)입, 제증명발급업무 등과 세무, 농업, 청소 등을 담당한다. 인력은 5-6명으로 배치한다. 진료팀은 예방접종, 일반진료(물리치료 등), 결핵·성병·만성전염병관리·재활서비스 업무를 담당하며 인력은 4-5명을 배치한다. 복지보건사업팀은 보육·아동·장애인·노인복지업무와 여성·평생교육, 그리고 노인건강관리, 정신보건 등의 업무를 담당하고 상담실을 운영한다. 인력은 약5-6명을 배치한다. 방문복지보건팀은 사례관리, 방문복지

서비스 및 간호·진료서비스 등과 지역사회자원결연·개발관리, 자원봉사활동 등의 업무를 담당한다. 또한 여가 및 건강관리지원사업을 담당한다. 이에 필요한 인력은 5-6명이다.

이러한 읍면동 단위 복지기능강화 및 보건과 복지기능의 통합은 정부의 정책방향과 부합하기 때문에 향후 추진과정에 지원을 이끌어 낼 수 있다. 즉, 정부는 읍면동 복지기능강화 및 민관협력 활성화를 추진하고 있는데 동 주민센터 복지기능 강화 시범사업을 실시하고 있다. 주요내용은 읍면동사무소에 복지코디네이터 배치와 방문간호사 등 보건전문인력배치를 통한 보건과 복지의 연계(통합)을 강조하고 있다. 이와 함께 직업상담사 및 정신보건사회복지사 등도 지역별 복지수요를 반영하여 배치하도록 권장하고 있다. 또한 민관협력을 활성화하기 위해 동복지협의체를 구성하여 사각지대 발굴 및 자원발굴 및 연계, 지역문제 논의 등을 통해 지역복지수준을 제고하도록 하고 있다. 협의체 구성은 지자체 당 2-6개소 읍면동 단위로 10명에서 30명으로 구성하도록 하고 있다. 동복지협의체와 '주민복지보건센터'의 상호연계체계를 활성화하고 다양한 지역사회복지자원의 발굴과 활용을 극대화해야 할 것이다.

따라서 전달체계 개편안으로 제시한 '주민복지보건센터'는 이러한 정부의 지역복지전달체계의 정책변화에 능동적으로 대응하고 지역복지보건환경을 반영한 충남형 복지보건전달체계이다.

기존 조직인 주민센터와 보건지소를 통합할 경우 새로운 인력의 충원없이 인력의 효율적 배치와 업무분장을 통해 조직의 목적을 달성할 수 있다. 이것은 조직통합으로 인한 보건복지서비스 통합적 서비스를 구조화함으로써 주민의 보건복지욕구를 충족할 뿐만 아니라 조직운영의 효율성, 통합성, 전문성, 그리고 지속성, 적절성을 높일 수 있다고 판단된다.

2) 보건과 복지 부분통합형(주민센터내 보건인력 배치)

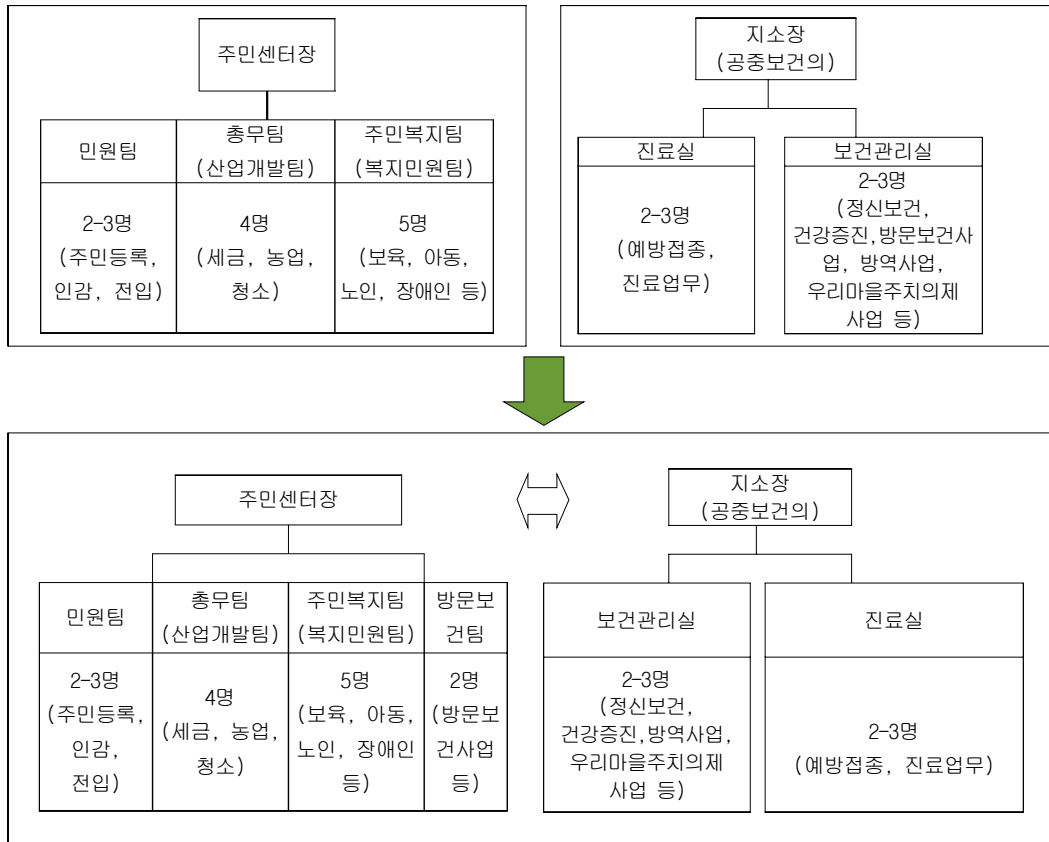
두번째 모형은 읍면동 단위의 주민센터 내 보건인력의 배치를 통한 부분통합형 모델이다. 이에 대하여 조사결과 주민센터내 보건인력 배치를 선호하는 응답이 25명(14.4%)으로 나타났고, 보건소내 복지인력을 배치하는 것을 선호하는 입장은 6명(3.4%)로 나타났다.

따라서 주민복지센터내 보건소 인력을 배치하는 방법이 보다 선호되고 있다.

더불어, 보건과 복지 연계체계 수립 전략 중 자원교환에 대하여 지역사회 물질,

인적 자원 공유 및 공동 활용에 151명(86.7%)이 응답하여 가장 높은 분포를 보이고 있어 부분통합의 인력 상호 이동 배치의 근거를 제시하고 있다.

[그림 40] 주민센터내 보건인력(팀) 배치안



이러한 모델은 서울시에서 시행하는 동(洞)마을복지센터 구축 사업과 유사하다. 즉, 서울시는 사각지대 발굴을 위한 전달체계 개편을 위해 2012년 준비단계를 거쳐, 2013년 14개 자치구를 상대로 시범운영을 시작했으며 2014년부터 전 자치구를 상대로 확대되어 수요자 중심의 복지서비스 전달체계 개편 사업으로 시행되고 있다. 이 사업은 찾아가는 복지 및 맞춤형 서비스 제공을 위해 크게 '찾아가는 복지플래너'와 '맞춤형 복지서비스' 제공을 두 방향으로 한다. 찾아가는 복지플래너는 생애주기별 방문복지 사업이다. 대상은 어르신(만65세 도래, 만70세 도래), 우리아이

(임신부, 만2세 영유아 가정), 빈곤위기가정(저소득 복지대상자, 은둔·취약계층)이며, 방법은 사회복지사+방문간호사, 사회복지사+전담공무원+통·반장 등이 한 조를 구성하여 대상 가구를 방문하여 제공한다. 방문간호사는 동마을복지센터에서 새롭게 배치되는 인력인데 담당하는 업무는 방문복지 공통업무 중 복지플래너와 사례관리 업무를 담당한다.

복지와 보건의 부분통합모델은 현재의 주민센터와 보건지소의 조직변화없이 보건인력 2명을 주민센터에 배치하는 것이다. 즉, 지역의 상황에 따라 주민센터의 기존 조직에 방문보건팀을 신설하여 주민복지팀과 업무연계 및 통합적 서비스를 실시한다. 이 경우 보건지소의 방문보건인력을 이동배치하거나 서울시처럼 방문간호사를 신규채용하여 배치한다. 또한 방문보건사업을 담당할 부서 신설이 어려우면 현재의 주민복지팀에 보건인력을 배치할 수 있다.

이상의 복지와 보건 부분통합모델은 기존에 조직의 변화없이 보건인력을 주민센터에 배치함으로써 관련 규정(조례)을 통해 신속하게 시행 할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 방문보건복지서비스의 서비스 역량은 강화할 수 있지만 근본적으로 보건과 복지의 통합적 서비스의 전방위적 실시에는 한계가 있다.

제2절 결론 및 제언

충남도 15개시·군에서 보건과 복지 양 영역 간에 복지수요자 발굴, 연계 등 이미 협력이 이루어지고 있음을 확인했다. 다만 그 연계·협력의 정도가 시군에 따라 편차가 있고 심화될 여지가 있어서 본 연구에는 복지종사자와 보건종사자의 물리적, 공간적 통합을 개선방안으로 제시하였다. 물리적 통합방안은 완전형과 부분형으로 제시하였으나 제시된 안(案)이 일선현장과 괴리가 있는 듯하다³⁸⁾.

결국 복지와 보건의 통합적인 서비스 제공은 일선 실무자의 의지가 가장 중요하고, 공간의 통합이 아닌 시스템과 업무 협조의 차이이므로 기존 전달체계를 보완하여 복지와 보건의 통합적 서비스를 전달하는 것이 바람직하다는 결론에 도달하게 된다. 동 주민 센터의 복지허브화는 일선 사회복지 현장의 대세이고 공식적으로 2016년도에는 보건복지부에서는 모든 읍면동에 공식적으로 동 주민센터의 복지허브화를 추진하고 있다. 게다가, 2016년도 보건복지부에서 추진하는 동 주민센터의 복지허브화 사업의 모델인 서울 서대문구는 ‘보건-복지 통합체계’ 구축을 모색중인 충남도에도 좋은 시사점을 준다. ‘보건-복지 통합체계’의 첫 번째 단계로 서울 서대문구에서 착수한 사업은 동 주민센터의 복지허브화이다. 서울 서대문구는 국민들에게 전달되는 국민의 복지서비스가 17개 부처에서 292개의 서비스가 내려오고 있으나 국민들은 정작 서비스를 알지 못해 신청하지 못하는 사각지대가 존재하게 된

38) 다음은 2016년 2월 18일 ‘복지보건통합서비스 구축방안’이라는 주제로 충남도청 복지보건국 8명의 팀장들과 본보고서 연구결과를 놓고 진행되었던 토론회 내용이다. 먼저 보건소 인력은 시군에 따라 편차가 있지만 1~3명 정도가 근무를 하는데 보고서에는 더 많은 인력으로 제시되었다. 과잉인력뿐만 아니라 개선탄의 내용에 있어서도, 보고서 제시된 완전통합형과 부분통합형은 인력 증원이 전제된 통합조직인데 과연 현재시점에서 인력 증원이 가능한지 의문시 된다. 다시 말하면, 기존조직인 주민센터와 보건지소를 통합하는 완전통합형의 경우 보고서의 주장대로 새로운 인력의 충원없이 인력의 효율적 배치와 업무분장을 통해 조직의 목적을 달성하기 어렵다. 보고서에서 제시된 부분통합모델 역시 서울시의 예를 참고로 하면, 정규직의 인력 배치가 어려워 방문간호사도 기간제 인력을 배치하는 등, 신분보장의 문제가 노정된다. 또한 현재 보건소 인력 자체도 부족한 상태에서 보건소 인력의 동 주민센터 재배치는 현실적으로 불가능한 제안이다. 보고서에서 필요한 인력증원은 행정자치부와 사전협의 후 승인절차를 이행해야 하고 사회복지인력의 증원은 다음과 같은 세 가지방식으로 증원될 수 있다. 즉, 긴급사태를 포함하여 정부정책에 의한 증원이나 법령개정(국가기관, 사무 시도 위임 등), 또는 전국이 동일한 내용으로 증원이 필요한 경우이다. 또한 인력증원의 비용은 209개 읍면동 출장소를 기준으로 총액인건비 77백만 원을 기준으로 산출해 보면 완전 통합형은 1읍면당 5~6명씩 증원할 경우 209개소에 1,254명(총액인건비 966억)이 요구된다. 부분통합형도 1읍면당 2~3명이 증원이 필요하니 총액인건비 483이 요구된다. 요컨대 보고서대로 인력증원이 필수적이라면 충남도 자체적으로 협의는 어려움이 따르므로 시도지사 협의회 차원에서 공동으로 보건복지부에 사회복지 인력증원 안건을 제출하여 전 시도에서 공동으로 인력을 증원 시킬 필요가 있다. 참고적으로 2016년도 보건복지부에서 추진하는 동 주민센터의 복지허브화 사업에도 맞춤형복지팀에서 방문간호사팀을 배치하고 있는데, 이 경우도 3명이상 증원하는 것은 현실적으로 어렵다. 그 증원 비용도 2조원이상 공무원 인건비 증액이 예상된다(도청내부자료).

다는 사실에 주목하였다. 또, 공무원들이 동 주민센터로 집결되는 업무의 깔대기 현상에 짓눌리고 있는 것이 동 주민센터의 복지허브화를 추진하게 된 이유였다. 그래서 서대문구는 동주민센터가 서비스의 전달창구로서 효율적으로 대응해 나갈 수 있도록 2012년부터 ‘동 주민센터의 복지 허브화 사업’을 시작하게 되었다. 그리고 인력의 한계를 극복하기 위하여 동의 단순행정을 줄이고 그로 인해 감축된 인력을 복지 업무에 투입하는 등, 동 주민센터의 기능전환을 실시하여 현장중심의 복지행정을 강화해 나갔다. 서울 서대문구가 ‘보건-복지 통합체계’ 구축사업을 하게 된 배경에는 동 주민센터를 통해 복지서비스를 받는 대상자 중 보건·의료서비스를 동시에 필요로 하는 주민의 비율이 89%란 놀라운 사실의 발견이었다. 그러나 당시는 복지서비스는 동 주민센터나 구청의 복지부서를 통해 보건서비스는 보건소를 통해 분리 전달되어 주민들은 서비스 이용에 어려움을 느끼고 있다. 그래서 2012년도부터 서대문구는 부서 칸막이를 제거하고 주민을 위해 보건과 복지서비스를 통합하여 전달해보자 하는 취지에서 ‘보건-복지 협업’ 시스템 구축에 나서고 그 첫 번째 단계로 동 주민센터를 복지허브화 하였다³⁹⁾. 보건은 보건소에서 복지는 동 주민센터에서 처리토록 하는 지침과 규정이 있었기 때문이다. 또한 이러한 지침은 평가지침과도 연결되어 있기 때문에 공무원이 업무환경을 바꾸기란 매우 어려웠다. 오랜 관행으로 인한 보건과 복지의 벽 자체가 너무 높았으며 서로 통화도 협업을 위한 만남도 어려웠다. 오랜 기간 만들어진 보건과 복지부서간 벽은 좁처럼 깨지지 않았다. 보건분야가 복지분야와 협업하기 어려운 사례는 다음에도 있다. 전문적인 보건의료 서비스 지원 대상자 문제가 제기된다. 즉, 대상자의 건강상태에 따라 보건 서비스는 투입 인력 및 의사 처방에 따라 전문적인 진료나 처치가 수반되므로 복지영역의 종사자보다는 의사와의 협조문제가 절대적이다. 그러나 서대문구는 이 같은 장애요인에도 불구하고 동 복지 허브화 사업에 대한 인식과 공감대를 바탕으로, 두 영역의 종사자간 간담회, 힐링교육, 워크숍, 인센티브 약속 그리고 기관장의 지시사항이라는 강력한 의지로 지속적으로 칸막이를 없애나간 결과, 마침내 2013년 방문간호사의 동주민센터의 배치라는 성과를 얻어냈다.

서대문구는 2013년 방문간호사의 동 주민센터의 배치, 운영을 통해 보건과 복지의 물리적 결합을 이뤘다면, 2014년에는 서로 화합적인 결합까지 이뤄낼 수 있도록 동 주민센터내 희망 건강센터를 운영하여 보건과 복지의 협업기반을 구축했다.

또한 2015년에는 서대문구는 서울시 공모사업인 동마을복지센터에 시범사업대상자로 선정이 되어 2개동에 대해 동마을복지센터를 시범운영 하고 있다.

39) 서울 서대문구의 사례는 다음의 글에서 요약·정리한 것임을 밝힌다. 신윤경, 칸막이행정에서 국민을 위한 ‘보건·복지’협업으로, public administration focus, (2015).

서대문구의 노력 끝에 보건과 복지가 서로 만난 그 결과로 그 동안 개별 전달되던 서비스가 동 주민센터를 통해 함께 전달되기 시작하였고 시설 간 네트워크도 구축되기 시작했다. 2013년도 방문건수 중 38%에 해당하는 236건을 방문간호사와 복지공무원이 공동 방문하였으며 2014년도는 방문건수 중 35%에 해당하는 201건을 공동방문 하였다. 방문간호사와 연계한 복지서비스도 전년도 보다 291% 증가한 2280건에 이르게 되었다. 이제는 동일한 대상자에게 보건과 복지서비스를 개별적으로 전달하는 것이 아니고 방문간호사와 사회복지공무원이 지원 가능한 서비스를 종합적으로 안내해 줄 수 있게 되었으며, 민간의 복지·의료시설간 네트워크를 구축하여 지원 가능한 사항들을 적극 연계해 주기 시작했다.

서대문구의 사례가 보여주는 시사점은 결국 두 복지와 보건영역간의 협업은 인위적인 물리적 통합이전에 이질적인 두 문화의 이해 및 융화가 관건이라는 점이다.

참고문헌

강혜규(2011), 사회복지전달체계의 효율화, 체감도를 높일 있는 복지서비스이용기반 마련, 『복지서비스 향상을 위한 공개토론회 자료집』, KDI, 한국보건사회연구원, 한국노동연구원.

경기도 무한돌봄센터(2014), 『2014년 무한돌봄센터 업무안내』.

김용현(2014), 『충청남도 행복키움지원단 활성화 방안 연구 - 사회복지사업을 중심으로』, 충남발전연구원.

김이배·김보영(2015), 박근혜정부의 지역복지전달체계 개편 연구 - 동주민센터 복지기능강화 지침을 중심으로-, 한국지역사회복지학회, 한국지역사회복지학 제52집.

김정우·이주열·엄명용(1998), 보건·복지서비스 전달체계의 효율적 운영 방안에 관한 연구 I : 모델개발을 위한 사례관리 적용, 한국사회복지학 35:107-131.

노길희·김창기,(2008), 농촌지역 노인 보건·복지서비스 연계 실태와 개선방안에 관한 연구, 한국지역사회복지학회, 한국지역사회복지학 제12집.

류명석외(2009), 『서울형 복지구현을 위한 공공전달체계 개선방안 연구』. 서울복지재단.

류애영(2007), 『농촌노인의 보건의료, 복지통합서비스 욕구에 관한 연구 : 경북 칠곡군을 중심으로』, 계명대학교 석사학위논문.

박경숙(1996), 사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스 연계에 영향을 미치는 요인들 - 중소도시, 농촌의 사회복지 전문요원을 중심으로, 한국사회복지학, v.30,1996.

박대식·최경환·조미형. (2012), 『농어촌 사회복지전달체계 개편에 관한 연구』 한국농촌경제연구원 .

박정호(2004), 우리나라 재가 노인요양서비스 네트워크에 관한 서설적 연구. 『사회복지리뷰』.13(2).

배은석(2013), 『공공복지전달체계 개편의 현황과 개선방안』, 부산복지개발원.

서울시(2012), 『서울시민 복지기준』, 서울특별시 서울시민복지기준추진위원회, 2012.10.22.

서울시 복지건강본부(2015), 『'14. 4/4분기 서울시민복지기준 사업별 추진내역 - 복지건강본부(복지기획관)』, 『'14년 추진실적 및 '15년 추진(안) 서울시민복지기준 이행평가 보고』 세부사업설명서, 2015.03.18.

서울시 행정국(2015), 『(가칭)동 마을복지센터 사업 운영 안내』, 2015.3.

성규탁(1992), 『사회복지서비스 전달체계의 개념적 틀과 분석방법의 예』, 『사회복지』, 115호

성복구(2015), 『찾아가는 ‘동 마을복지센터’ 실행 계획서』, 2015. 6. 29.

성은미·조추용·권혜영(2012), 『일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양
지원센터시범사업의 과제』, 경기복지재단.

성은미·인정석·박경숙·백민희(2012), 『공공복지전달체계 개편 연구 -
무한돌봄종합복지센터 시범사업모형개발』, 경기복지재단 정책연구보고 2012-13,
경기복지재단

송미령 외(2013), 『농어촌 삶의 질 향상을 위한 공공서비스 전달체계 개선 사례』,
한국농촌경제연구원, pp.10~11

와케준코(2008). “개정 개호보험법 하에서의 지역포괄지원센터에서의 실천의 질과
평가”, 한국사회복지학회 2008년 춘계학술대회 자료집. pp.479-478.

이민홍·이재정·서보경·김경모·황재영(2014), 『부산시 노인통합지원센터 설치운영
방안 연구』, (재)부산복지개발원

이재완(2013). 지방자치와 사회복지: 지방정부 복지수준과 전달체계의 변화,
대한민국 복지국가 회고와 전망, 나눔의집.

이재완((1998). 보건복지사무소에 대한 비판적 고찰 - 복지기능을 중심으로-,
한국보건복지학회, 보건과복지 창간호.

이현기(2001),보건·복지의 연계와 적용에 대한 연구, 노인복지연구여름호,175-207 .

이현주·강혜규·이윤경.(2000),『지역단위 사회복지 관련 서비스 연계 체계
모형개발』, 한국보건사회연구원.

조미형 외 (2014),『농촌 지역사회기반(communitry-based)복지시스템 구축 방안 연구』,
한국농촌경제연구원.

최성재·남기민(2000), 『사회복지행정론』, 나남출판.

한연주·김재선(2013), 『수원시 사회복지전달체계 개편 모델 연구』.

함철호(1998), 보건·의료·복지 통합적 접근의 사례연구, 사회복지연구논문 21집.

함철호(2001),재가 노인을 위한 지역복지실천에 있어서 기관간 협력에 관한
사례연구, 한국노인복지학회 통권14호.

강남구노인통합지원센터 홈페이지 www.gninform.or.kr/

강원 희망e빛 보건복지연계시스템 홈페이지,
<http://www.gwhope.or.kr/do/main.php>

경기도 무한돌봄센터 홈페이지 http://www.gg.go.kr/gg_care

서울시 홈페이지 www.seoul.go.kr/

성북구청 홈페이지 www.seongbuk.go.kr/

일본 厚生労働省 www.mhlw.go.jp/

Dhume, F(2001), Du travail social au travail ensemble. ASH.

Hill,M,(1990), Understanding Social Policy, Cambridge : Basil Blackwell Ltd.

Kantan,J(1982),Linking Health Social Service, London:Sage.

충청남도 농촌지역 보건·복지 통합전달체계 구축 방안 조사

안녕하세요.

충남보건복지 발전에 헌신하시는 선생님께 경의를 표합니다.

정부는 현재 일선 복지전달체계 개편을 위해 동주민센터 복지기능보강(동 복지 허브화)과 동복지협의체 설치, 읍면동 단위 희망복지지원단 분소 설치운영 등 찾아가는 서비스, 사례관리, 민관협력의 활성화를 추진하고 있습니다. 즉, 읍면동 주민센터가 일반행정중심에서 복지기능강화로 변화가 예측됩니다.

이 설문은 정부의 정책방향에 능동적으로 대처하고 충청도민의 폭증하는 보건 복지욕구를 해소할 수 있는 보건과 복지서비스의 연계 및 통합전달체계를 구축하기 위한 설문조사입니다. 설문의 응답내용은 통계법 제33조에 의하여 비밀이 보장되고, 모든 정보는 연구를 위한 통계분석으로만 활용됨을 알려드립니다.

선생님의 성실한 응답은 충청도의 보건복지전달체계의 새로운 모델을 구축하는데 큰 도움이 될 것입니다.

감사합니다.

2015년 12월

연구기관 : 충남연구원

연구자: 이재완 교수(공주대학교 사회복지학과)

김용현(충남연구원 책임연구원)

(연락처 : 041-850-8460, jaewan@kongju.ac.kr)

041-840-1236. kyhyun363@cni.re.kr

※ 다음의 문항을 잘 읽고 해당되는 질문에 답을 적거나,
√표를 해 주시기 바랍니다.

1. 다음은 귀하의 인적 사항에 관한 것입니다.

	구 분	항 목
1)	지 역	_____ 시, 군 _____ 읍, 면, 동
2)	성 별	____ ① 남 _____ ② 여
3)	연 령	_____ 세
4)	학 력	____ ① 고졸이하 _____ ② 전문대 졸 ____ ③ 대학 졸(재학포함) _____ ④ 대학원 졸(재학포함)
5)	직종	____ ①행정직 공무원 _____ ②통합사례관리사(행복키움지원단) ____ ③사회복지직 공무원 _____ ④보건의료직 공무원 ____ ④협의체 간사(국장) _____ ⑤기타 _____
6)	근무기간 (경력)	_____ 년 _____ 월
7)	직급	_____ 급(공무원 해당) () 계약직 _____
8)	자격증	____ ① 사회복지사 _____ ② 간호사(조무사 포함) ____ ③ 물리치료사 _____ ④ 기타 _____

2. 충남도 보건복지수준 및 서비스 연계 및 통합수준 관련 질문입니다.
해당되는 곳에 √표 해 주십시오.

1) 현재 충남지역내 사회복지서비스 전달체계의 효율성은 어느 정도라고 생각하십니까?

____ ①매우 낮은 수준 ____ ②낮은 수준 ____ ③보통 수준
____ ④높은 수준 ____ ⑤매우 높은 수준

2) 현재 충남지역내 복지와 보건분야에 근무하는 종사자들의 보건복지연계및 협력 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?

___① 매우 낮은 수준 ___② 낮은 수준 ___③ 보통 수준
___④ 높은 수준 ___⑤ 매우 높은 수준

3) 현재 충남지역내 보건분야에 근무하는 종사자들이 복지분야(공공부문)와 연계협력하려는 노력수준은 어느 정도라고 생각하십니까?(보건 및 의료에서 복지에로의 접근)

___① 매우 낮은 수준 ___② 낮은 수준 ___③ 보통 수준
___④ 높은 수준 ___⑤ 매우 높은 수준

4) 현재 충남지역내 복지분야에 근무하는 종사자들이 보건(의료)분야(공공부문)와 연계협력하려는 노력수준은 어느 정도라고 생각하십니까?(복지에서 보건(의료)에로의 접근)

___① 매우 낮은 수준 ___② 낮은 수준 ___③ 보통 수준
___④ 높은 수준 ___⑤ 매우 높은 수준

5) 다음 각 분야와 보건복지연계 및 통합서비스 제공을 위해 어느 정도 필요하다고 생각하십니까? 해당되는 곳에 √표 해 주십시오.

분야		전혀 필요치 않음	필요치 않음	보통	필요함	매우 필요함
①	보건소					
②	보건지소, 보건진료소					
③	읍면동주민센터					
④	시군구 복지담당부서					
⑤	정신건강증진센터					
⑥	병의원(의료기관)					
⑦	사회복지관					
⑧	노인복지관					
⑨	장애인복지관					
⑩	의료원					
⑪	국민건강보험공단					
⑫	사회복지시설(요양시설)					

6) 지난 1년 동안 복지와 보건서비스를 제공하면서 관련 조직과 연계협력 활동이 이루어지지 않았다면 그 이유는 무엇입니까?

1순위 () 2순위()

- | | |
|--------------------------|------------------|
| ① 타 기관 및 사업에 대한 정보 부족 | ② 개인적 친분 부족 |
| ③ 공동목적에 대한 합의 부족 | ④ 지리적 거리 |
| ⑤ 역할과 기능의 유사성으로 필요성이 낮아서 | ⑥ 타 기관에 대한 신뢰 부족 |
| ⑦ 체계적인 조정 및 협력 계획 부족 | ⑧ 연계 관련 법 규정 미비 |
| ⑨ 기관장 및 부서장의 의지 부족 | ⑩ 전담인력 부족 |
| ⑪ 기타 _____ | |

3. 충남도 보건복지서비스 연계 및 통합적 전달체계 구축 관련 질문입니다. 해당되는 곳에 √표 해 주십시오.

1) 충남도 보건복지서비스 전달체계 개선과 관련하여 다음의 전달체계 구축의 원칙 중 강조되어야 할 사항은? ()

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| ① 전문성의 원칙 | ② 포괄성의 원칙 | ③ 적절성의 원칙 |
| ④ 통합성의 원칙 | ⑤ 지속성의 원칙 | ⑥ 책임성의 원칙 |
| ⑦ 평등성의 원칙 | ⑧ 접근성의 원칙 | |

2) 충남도 읍면동 단위 보건복지서비스 전달체계 개선방안 중 가장 적절한 것은?

1순위 () 2순위()

- | |
|--|
| ① 보건과 복지의 구조적 통합(보건지소와 주민센터 통합: 보건복지센터) |
| ② 보건지소와 주민센터 기능적 통합(각 기관의 기능 통합) |
| ③ 주민복지센터내 보건인력 배치(방문간호사 읍면동 배치, 복지인력 확충) |
| ④ 읍면동 주민센터 내에 건강관리팀 신설 |
| ⑤ 보건소내 복지인력 배치 |
| ⑥ 보건복지 인력의 질관리(처우향상 및 역량강화 등) |
| ⑦ 기존 전달체계 활성화(통합사례관리 기능강화:행복키움지원단(희망복지지원단) 기능강화) |
| ⑧ 권역별, 거점형 통합사례관리센터 설치 |
| ⑨ 복지재단 설립운영 |
| ⑩ 읍면동 지역사회보장협의체 설치 및 기능 강화 |
| ⑪ 각 기관별 사례관리사업 실시결과 평가하여 인센티브 부여(평가 연계) |
| ⑫ 기타 _____ |

3) 보건복지관련 조직과 연계활동 효율성을 높이고 서비스 중복을 피하기 위한 방법은 무엇이라고 생각하십니까? **2개를 선택**하여 주십시오.

- ___ ① 담당 실무자에게 서비스 제공 등의 연계활동에 실질적인 통제력과 권한 부여
 ___ ② 각 조직의 사업계획 및 서비스 공유와 정보교환을 통한 중복방지
 ___ ③ 연계사업을 위한 사업계획, 예산배분 및 조정을 위한 정기적 협의 모임 구축
 ___ ④ 정보관리 및 공유를 위한 업무 표준화 도모
 ___ ⑤ 대상자 발굴 및 예방을 위한 공동조사 및 사업평가 활동
 ___ ⑥ 공동 홍보 및 안내활동
 ___ ⑦ 정보공유 및 안내활동
 ___ ⑧ 기타 _____

4) 보건(의료)과 복지기관 연계 시 주로 사용하는 방법은 무엇입니까?

- ___ ① 공문을 통해서 ___ ② 전화를 통해서 ___ ③ 직접 방문
 ___ ④ 관련 네트워크 조직을 통해서 ___ ⑤ 연계없음
 ___ ⑥ 기타 _____

5) 연계체계 수립 전략들에 대한 필요성 정도를 기입하여 주십시오.

내 용		전혀 필요 없다	필요 없다	그저 그렇다	필요 하다	매우 필요 하다
정보교환	프로그램이나 사업관련 정보문의					
대상자 의뢰	서비스 이용자(대상자) 의뢰					
	서비스 이용자 공동관리					
자원교환	지역사회 물적, 인적자원 정보 교환					
	지역사회 물적, 인적자원 공동발굴					
	지역사회 물적, 인적자원 공유 및 공동활용					
공동사업 추진	지역사회진단, 자원/욕구조사 공동실시, 평가					
	프로그램 공동계획					
	프로그램 공동실시 및 평가					
서비스 교환	이용자 정보교환을 통한 서비스 중복방지					
	사업 정보교환을 통한 서비스 중복 방지					
교육	종사자 교육 동시 실시					
조직통합	보건지소와 주민센터 조직통합 운영					
	홈페이지 통합운영					
	기관 업무 전산프로그램 통합 활용					

6) 다음 중 보건의료 연계 및 통합서비스제공 관련 사업에 해당되는 사항을 모두 기입하여 주십시오.

복지영역		보건(의료)영역	
사업	해당 √ 표	사업	해당 √ 표
지역사회보장계획수립·시행		공공보건의료서비스 사업	
국민기초생활보장업무 저소득층 지원		맞춤형 방문건강관리 사업	
의료급여수급자 관리 지원업무		육상형U-health원격화상진료사업	
행려자관리 및 무연고 사망자 처리		재가암관리사업	
지역자원발굴 및 동원 연계		경로당방문한방진료사업	
보건 및 복지서비스 연계 및 조정		의료급여수급자성인병질환검진	
긴급복지지원		농어촌여성건강검진	
지역사회보장협의체 운영		치매조기검진사업	
통합사례관리 업무		치매상담센터운영	
자원봉사센터 운영		정신보건센터운영	
사랑의 이동목욕 봉사업무		재가정신(간질)환자 투약비지원사업	
이재민대책 및 구호물자 등 자원관리		건강생활실천사업	
독거노인, 재가노인(바우처, 식사배달 등) 지원		지역사회건강사업조사사업	
중증장애인 활동보조사업		치매관리사업	
성폭력 및 성매매 예방		지역보건의료계획 수립	
노인돌봄서비스 지원 관리		보호자없는 병실 운영	
사례관리 사업		급성/ 만성 감염병 관리	
가사간병방문서비스 관련 서비스		흡연예방 및 금연클리닉 사업	
보건위생 및 방역		정신요양시설 운영 및 관리	
의료급여		노인방문서비스	
여성장애인 가사도우미 사업		소외계층건강검진	

4. 읍면동 단위에서 보건복지 연계 및 통합모델 개발을 위한 시범사업에 관한 사항입니다.

1) 보건복지연계 및 통합모델의 적용을 위한 시범사업 실시에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ___ ① 매우 찬성한다 ___ ② 찬성한다 ___ ③ 그저 그렇다
___ ④ 반대한다 ___ ⑤ 매우 반대한다

2) 시범사업 실시기간은 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?

- ___ ① 3개월 ___ ② 6개월 ___ ③ 9개월 ___ ④ 12개월

3) 시범사업이 실시된다면 적극 참여할 의사가 있습니까?

- ___ ① 매우 있다 ___ ② 있다 ___ ③ 보통이다 ___ ④ 없다 ___ ⑤ 매우 없다

4) 시범사업의 성공을 위해서 필요한 사항은 무엇이라 생각하십니까?(2개를 고르시오)

- ___ ① 시범사업 예산 확보
___ ② 자치단체장의 관심(의지)
___ ③ 의회의 협조
___ ④ 관련 종사자(공무원)의 협조
___ ⑤ 시범사업 운영 매뉴얼 준비
___ ⑥ 홍보
___ ⑦ 지역사회주민 관심
___ ⑧ 기타 _____

- 대단히 감사합니다 -

■ 집 필 자 ■

연구책임 · 김용현 충남연구원 책임연구원

공동연구 · 이재완 공주대학교 사회복지학과 교수

백운광 민주정책연구원 책임연구원

전략연구 2015-05 · 충청남도 농촌지역 복지 · 보건 통합전달체계 구축 방안 연구

글쓴이 · 김용현 · 이재완 · 백운광

발행자 · 강현수 / 발행처 · 충남연구원

인쇄 · 2015년 12월 31일 / 발행 · 2015년 12월 31일

주소 · 충청남도 공주시 연수원길 73-26 (32589)

전화 · 041-840-1122(기획조정연구부) 041-840-1114(대표) / 팩스 · 041-840-1129

ISBN · 978-89-6124-319-3 03350

<http://www.cni.re.kr>

© 2015. 충남연구원

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명기하면 자유로이 인용할 수 있습니다.
무단전재하거나 복사, 유통시키면 법에 저촉됩니다.
- 연구보고서의 내용은 본 연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.