

KREI

농촌형 커뮤니티 케어 정책 과제

김남훈 · 하인혜



KREI

농촌형 커뮤니티 케어 정책 과제

김남훈·하인혜



연구 담당

김남훈 | 부연구위원 | 연구 총괄

하인혜 | 연구원 | 자료 분석, 부록 집필

정책연구보고 P260

농촌형 커뮤니티 케어 정책 과제

등 록 | 제6-0007호(1979. 5. 25.)

발 행 | 2020. 5.

발 행 인 | 김홍상

발 행 처 | 한국농촌경제연구원

우) 58321 전라남도 나주시 빛가람로 601

대표전화 1833-5500

인 쇄 처 | 디자인스토리

I S B N | 979-11-6149-397-8 93520

※ 이 책에 실린 내용은 한국농촌경제연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.

※ 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.

무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.

보건복지부는 커뮤니티 케어를 추진하고자 지역사회 통합돌봄(이하 커뮤니티케어) 기본 계획안을 발표하고 선도사업을 추진하였다. 1차 선도사업에서는 노인 지역사회 통합돌봄 모델 4곳, 장애인 자립 생활 및 지역사회 정착 모델 2곳, 정신질환자 지역사회 정착 지원 모델 1곳 등 총 8곳의 지자체를 선정하였으며 2차 선도사업으로는 대도시 지역 2곳, 급속한 고령화 지역 1곳, 도농 복합지역 3곳, 농촌 지역 2곳(충남 청양, 충북 진천)을 선정하였다.

농촌은 도시와 달리 돌봄 대상자가 서비스에 접근하기 어려운 물리적·지리적 환경 때문에 보건복지부에서 제시한 선도사업 모델을 그대로 적용하기 어렵다. 따라서 지리적 불리함과 열악한 돌봄 시설, 부족한 인적 자원을 극복하고 커뮤니티케어 사업을 추진하려면 농촌 주민이 지역사회 주체로서 농촌 돌봄 체계를 보완하는 역할을 해야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어는 지역공동체가 직접 대상자에게 돌봄을 제공하는 체계이다. 공적 돌봄을 받지 못하는 노인은 주로 복지법인이나 노인복지 시설에서 제공하는 일상생활 지원, 생활 프로그램, 사회참여 활동, 건강 증진, 재가 복지 서비스를 이용해야 한다. 그러나 농촌은 도시와 달리 복지법인이나 복지 시설이 부족하고 접근성도 떨어져 대상자에게 충분한 서비스를 제공하지 못한다. 농촌형 커뮤니티 케어는 대상자와 가까운 곳에 거주하는 지역 주민이 공동체를 구성하여 돌봄을 제공한다.

농촌형 커뮤니티 케어는 향후 신체 기능이나 인지 상태가 떨어질 가능성이 큰 노인을 주 대상으로 한다. 농촌은 돌봄 접근성을 확보하고자 당장 필요한 노인장기요양보험 시설을 만드는 데 집중하여 지금까지 예방적 돌봄은 거의 제공하지 못했다. 농촌형 커뮤니티 케어는 농촌에 거주하는 잠재적 등급자가 노인장기요

양보험 등급자가 되지 않도록 막는 예방적 돌봄을 제공하는 것을 목적으로 한다.

농촌형 커뮤니티 케어는 주간보호센터 등과 같은 면 중심지 돌봄 시설과 일상 생활 돌봄을 제공하는 마을 단위 소규모 돌봄 시설을 설치하고 운영한다. 면 중심지에 주간보호센터를 설치하고 대상자가 면 돌봄 시설에 방문할 때 이용할 수 있도록 교통수단을 제공한다. 생활 돌봄을 제공하는 소규모 돌봄 시설은 마을 내에 새로 설치하거나 기존 노인정을 개선하여 활용한다. 돌봄 시설 설치와 개선은 농림축산식품부의 농정 사업을 활용한다.

농촌형 커뮤니티 케어는 다른 정책 사업과도 연계한다. 주민이 직접 참여하여 지역의 자원을 파악하고 배치하는 것이 농촌형 커뮤니티 케어의 핵심이다. 행정안전부가 추진하는 주민 주도 마을 복지 계획 수립·실행 사업이나 주민자치회의 자치 계획 등의 정책 사업과 연계하여 주민 참여를 촉진할 수 있다. 읍·면 지역사회보장협의체와 연계하면 돌봄 대상자 발굴 등의 사례 관리 체계를 갖추 수 있다.

특히 사회적 농업과 연계하여 농촌형 커뮤니티 케어의 효과를 높일 수 있다. 사회적 농업이 효과적인 이유는 농촌에서 오랫동안 거주하고 농업 활동 경험이 많은 돌봄 대상자가 쉽게 적응할 수 있는 돌봄 방식이기 때문이다. 그리고 사회적 농장은 농촌 내에 있어 대상자가 접근하기도 쉽다. 따라서 사회적 농업을 돌봄 서비스로 인식하고 사회적 농업 실천 조직과 연계하여 돌봄을 제공할 필요가 있다.

상기 논의를 종합하면 농촌형 커뮤니티 케어의 목적은 주민이 참여하는 주민공동체조직의 주도로, 돌봄이 필요하나 공적 돌봄 체계 밖에 있는 대상자에게 돌봄 서비스를 제공하는 데 있다. 지역공동체를 중심으로 주민이 돌봄을 계획하고 운영하여 포용적 지역사회를 회복하는 것이 농촌형 커뮤니티 케어의 핵심이다.

제1장 서론

1. 연구의 필요성과 목적	3
2. 선행연구 검토	8
3. 연구 범위	11
4. 연구 방법	12

제2장 농촌 노인 돌봄 체계 현황과 한계

1. 주요 노인 돌봄 체계 현황	15
2. 농촌 노인 돌봄 체계의 한계	26

제3장 커뮤니티 케어 이론과 선도사업 추진 현황

1. 커뮤니티 케어 이론	37
2. 외국의 커뮤니티 케어 사례	42
3. 커뮤니티 케어 선도사업 추진 현황과 한계	45

제4장 농촌형 커뮤니티 케어 추진 체계

1. 기본 원칙 및 추진 방향	51
2. 추진 과제	61

제5장 요약 및 결론

1. 요약 및 결론	75
2. 향후 과제	79

부록

1. 지역사회 통합돌봄 선도사업 개요	81
2. 선도사업 선정 지자체별 전달체계 모델	83
3. 선도사업 선정 지자체별 주요 사업	84
4. 노인 예비형 선도사업 지자체 주요 사업내용	86
5. 농촌 중심지 활성화 사업 개요	88
6. 기초 생활 거점 사업 개요	89
 참고문헌	 91

제2장

〈표 2-1〉 노인장기요양보험제도로 이용 가능한 시설 현황	17
〈표 2-2〉 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스 비교	19
〈표 2-3〉 노인맞춤돌봄서비스와 기존 사업 비교	19
〈표 2-4〉 방문건강관리 사업 추진 방향	22
〈표 2-5〉 건강취약계층 예시	22
〈표 2-6〉 대상자 군 분류 및 세부 기준	24
〈표 2-7〉 찾아가는 보건복지서비스 사업 실적	25
〈표 2-8〉 노인장기요양보험 등급 판정 현황	26
〈표 2-9〉 일상생활수행능력 및 인지능력 현황	28
〈표 2-10〉 농촌과 도시 수발자 비교	28
〈표 2-11〉 주요 사회복지시설 분포 현황	30
〈표 2-12〉 주요 병의원 분포 현황	30
〈표 2-13〉 시·군·구별 노인장기요양보험 관련 의료 및 복지시설 현황	31
〈표 2-14〉 읍·면별 노인장기요양보험 노인요양시설 분포 현황	32
〈표 2-15〉 읍·면별 노인 이용 가능 복지 및 의료 시설 분포 현황	32
〈표 2-16〉 농촌 노선버스 운행 횟수	33

제3장

〈표 3-1〉 커뮤니티 케어의 다차원성	40
〈표 3-2〉 선도사업 선정 지방자치단체	46

제4장

〈표 4-1〉 노인맞춤돌봄사업 수행 인력 업무와 자격	64
〈표 4-2〉 방문건강관리사업 구성 인력	65
〈표 4-3〉 2020년도 사회적 농업 지원 현황	69
〈표 4-4〉 2020년 신규 선정 사회적 농장 활동 내용	70

제1장

〈그림 1-1〉 인구 고령화 현황 4

〈그림 1-2〉 농가 인구 고령화 현황 4

제2장

〈그림 2-1〉 사회복지시설 및 병원시설 분포 현황 29

제4장

〈그림 4-1〉 농촌형 커뮤니티 케어 체계(안) 61

〈그림 4-2〉 돌봄 제공 체계 및 돌봄 시설 구성(안) 67

제1장

서론



1

서론

1. 연구의 필요성과 목적

1.1. 연구의 필요성

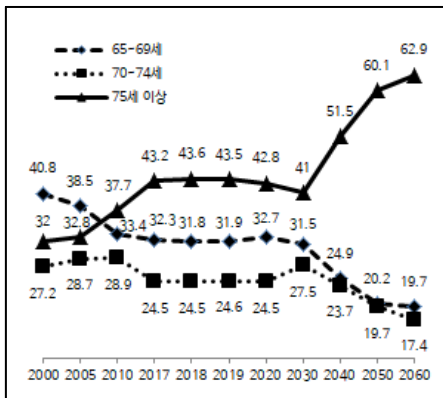
다가올 초고령사회에서 지속 가능한 의료와 돌봄 서비스 체계를 구축하는 것이 현안으로 떠오르고 있다. 통계청에 따르면 우리나라 고령화율은 2018년 기준 14.8%로 2010년 대비 3.31% 증가하였다(통계청 2019a). 이에 따라 우리나라는 2000년 고령화사회에 진입한 후 18년 만인 2018년에 고령사회에 진입하였으며 2025년에는 초고령사회에 진입한다.¹⁾ 특히 <그림 1-1>과 같이 75세 이상 인구는 2030년 이후 급격히 증가하여 2060년에는 전체 노인 인구의 62.9%에 이를 것으로 예상된다.

농촌의 고령화는 더 심각하다. <그림 1-2>에 따르면 농가의 고령화율은 1999

1) 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 7% 이상이면 고령화사회, 14% 이상이면 고령사회, 20% 이상이면 초고령사회로 분류한다.

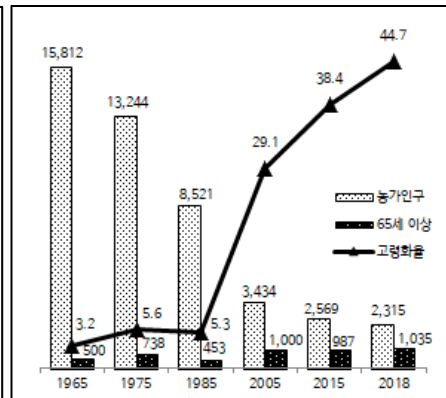
년부터 20%를 넘기 시작했으며 2006년에 30%, 2016년에 40%를 돌파하여 2018년 44.7%까지 증가했다(통계청 2019b). 광역시·도에서도 농촌 지역이 많은 전남은 고령화율이 22.4%로 이미 초고령사회에 진입했으며, 경북과 전남의 고령화율은 각각 19.8%와 19.5%로 초고령사회 진입을 걱정하고 있다.

그림 1-1 인구 고령화 현황



자료: 통계청(2019a). 『인구주택총조사』.

그림 1-2 농가 인구 고령화 현황



자료: 통계청(2019b). 『통계로 본 쌀 산업 구조 변화』.

전체 노인 인구 중에서 독거노인이 차지하는 비율도 높다. 통계청에 따르면 우리나라 독거노인 인구 비율은 2019년 기준으로 19.5%인데 이는 2000년 기준 16.0%보다 3.5% 상승한 비율이다(통계청 2019c). 노인 고령자 가구 중에서 1인가구가 차지하는 비중도 34.2%로 높다. 독거노인은 함께 사는 가족이 없으므로 고독을 쉽게 느낀다. 그리고 응급상황이 발생해도 적시에 돌봄을 받을 수 없는 경우도 많다.

고령화가 진행되고 독거노인이 증가함에 따라 노인 돌봄 방식이 중요한 쟁점으로 떠오르고 있다. 우리나라는 전통적으로 가족이 노인 요양을 책임졌으나 노인 인구가 증가하고 대가족이 해체되면서 요양 시설이 이를 담당하게 되었다. 통계청에 따르면 우리나라 노인요양시설 수는 2009년 1,642개소에서 2018년 3,390개소로 증가하였고 시설 정원도 82,271명에서 160,594명으로 늘어났다

(보건복지부 2019a). 요양병원 수도 2009년 777개소에서 2018년 1,558개소로 증가하였고 허가 병상 수도 2009년 90,144개에서 2018년 301,296개로 늘어났다(건강보험공단 2019). 요양병원이나 요양원 등의 시설에서 생활하는 노인도 2016년 기준 약 50만 명이며 요양병원에 180일 이상 입원한 환자가 5만 명, 집으로 돌아갈 수 없어서 요양병원에 입원하고 있는 환자는 약 3.5만 명에 이르고 있다(보건복지부 2018a).

그러나 요양 시설에 입소한 노인이 건강하게 일상생활을 영위할 수 있는지는 의문이다. 입소자의 수에 따라 시설의 이윤이 결정되므로 이윤 극대화를 목표로 시설을 운영하는 게 일반적이다. 따라서 운영비를 절약하고자 위생과 영양 상태를 적절하게 관리하지 못하고 방치하는 경우가 많은 것으로 알려져 있다.

요양 시설에 입소하는 노인의 증가는 의료재정에 악영향을 미치고 있다. 우선 2018년을 기준으로 65세 이상 노인이 사망하기 전 10년간 요양 시설에서 지낸 기간이 평균 707일이다. 사망 전 10년간 노인이 사용한 의료비와 요양비는 총 6.6조 원으로 1인당 약 5,000만 원으로 나타났다. 이 중에서 건강보험공단이 부담한 비용은 5.5조 원으로 1인당 약 4,140만 원을 부담하였다(건강보험공단 2019). 노인 진료비 문제도 심각하다. 2018년에는 전체 인구의 14%인 65세 이상 노인에게 지출한 진료비가 전체 진료비의 40.8%를 차지하였다(건강보험심사평가원 외 2019).

고령화에 따른 의료재정 고갈에 대응하고자 보건복지부는 지역사회 통합 돌봄(이하, 커뮤니티 케어)을 보건복지서비스 정책 대안으로 내놓고 추진 중이다. 보건복지부는 커뮤니티 케어를 “돌봄을 필요로 하는 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는 혁신적인 사회서비스 체계”라고 정의한다(보건복지부 2018b). 대상자의 욕구를 중심으로 치료와 간호 등의 보건의료 서비스와 생활에 필요한 일상적인 활동을 돕는 돌봄 서비스를 지역사회 안에서 통합적으로 제공한다. 대상자에게 익숙한 가정

과 지역사회에서 자신의 삶을 영위하도록 지원하는 데에 목적이 있다.

커뮤니티 케어 사업의 일환으로 보건복지부는 2018년 11월 20일 지역사회 통합돌봄 기본계획안을 발표하였다. 2019년 1월 10일에는 “지역사회 통합 돌봄 (커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획”을 발표하여 지역사회 통합돌봄 선도사업을 공모하였다. 4대 핵심 사업으로 주거 지원 인프라 확대, 찾아가는 방문 의료 사업 시행, 요양 돌봄 서비스 확충, 지역사회 민·관 서비스 연계와 협력을 제시하여 의료와 돌봄 서비스를 지역사회 안에서 제공하려는 것을 목적으로 한다. 제1차 선도사업으로 노인 지역사회 통합돌봄 모델 4곳, 장애인 자립 생활 및 지역사회 정착 모델 2곳, 정신질환자 지역사회 정착 지원 모델 1곳 등 총 8곳의 지자체를 선정하였다. 제2차 선도사업으로는 대도시 지역 2곳, 급속한 고령화 지역 1곳, 도농 복합지역 3곳, 농촌 지역 2곳(충남 청양, 충북 진천)을 선정하여 지역 특성에 맞는 다양한 커뮤니티 케어 사업을 지원한다.

문제는 커뮤니티 케어 정책에서 농촌이 소외될 가능성이 크다는 데 있다. 농촌은 도시와 달라 대상자가 의료와 돌봄 시설에 접근하기 어려워 보건복지부에서 제시한 선도사업 모델을 그대로 적용하기 어렵다. 현재 선도사업은 병원 등의 의료기관과 복지관 등의 돌봄 제공기관을 중심으로 방문 건강 관리와 방문 진료를 확대하고 의료와 돌봄 통합 서비스를 제공하는 데에 중점을 둔다. 그러나 농촌은 의료와 돌봄 관련 기반 시설의 접근성이 부족하고 돌봄과 보건의료 인력도 적다. 커뮤니티 케어 선도사업은 의료와 돌봄의 연계 전략으로 주거 지원과 간호의 만성질환 관리, 방문 진료 활성화, 집중형 건강 관리, 재가 장기요양서비스, 맞춤형 재활 등을 제시하는데 농촌은 이러한 전략을 수행하기에 어려운 환경이다.

지리적 불리함과 열악한 돌봄 체계, 인력 부족에 시달리는 농촌의 환경을 극복하고 커뮤니티 케어를 진행하려면 농촌 지역사회와 구성원이 적극적으로 연대하고 협력하는 농촌형 커뮤니티 케어를 도입해야 한다. 농촌은 도시와 비교하여 공동체 중심 문화를 경험했기 때문에 지역사회 기반 돌봄 서비스를 제공할 수 있다. 농촌에서 활동하는 협동조합이나 사회적기업, 자활기업과 같은 사회적 경제 조

직, 주민자치회나 영농회, 농업인단체와 같은 주민 공동체 조직이 서비스 공급자로 참여할 수 있으며 농정이나 타 부처 사업과도 연계할 수 있다.

1.2. 연구 목적

이 연구의 목적은 농촌 환경에 적합한 커뮤니티 케어 전달체계를 제시하는 데 있다. 농촌의 돌봄 수요와 공급 체계를 분석하고 이용 가능한 인적·물적 자원과 연계 가능 사업을 파악하여 농촌 주민이 주도하는 커뮤니티 케어 사업 방향과 정책 과제를 제시한다.

우선 기존 농촌 돌봄 전달 체계의 문제점과 한계를 분석하고 농촌형 커뮤니티 케어의 필요성을 제시하고자 한다. 우리나라 주요 노인 돌봄 전달 체계를 설명하고 이러한 전달 체계가 농촌에서 효과적이지 못한 이유를 설명한다. 기존 커뮤니티 케어가 해결할 수 없는 농촌의 맥락을 설명하고 이를 해결할 대안 중 하나가 농촌형 커뮤니티 케어임을 설명한다.

농촌 돌봄 전달 체계의 한계를 극복하기 위하여 농촌 주민이 커뮤니티 케어에 주도적으로 참여할 수 있는 체계를 제시하고자 한다. 농촌의 부족한 돌봄 인력과 공급 체계에 대응하여 주민과 주민 공동체가 주도적으로 돌봄에 참여하는 추진 체계를 제시한다. 돌봄 시설과 인적 자원이 절대적으로 부족한 농촌에서 잠재적 돌봄 서비스 제공자이자 수혜자인 농촌 주민이 해당 지역의 커뮤니티 케어에 주도적으로 참여할 수 있는 참여 체계를 제시한다.

돌봄의 통합 제공을 위해 지역사회와 지방자치단체, 농업활동, 농정 사업의 연계 체계를 제시한다. 또한 제각각 시행하던 사례 발굴, 욕구 평가, 돌봄, 보건의료 서비스의 연계 가능성을 분석하고, 획일적인 모델 제시에서 벗어나 다양한 주체가 협력하여 돌봄 공동체로 활동하는 방안을 제시한다.

2. 선행연구 검토

2.1. 우리나라 커뮤니티 케어 정책

김용득(2018a)은 커뮤니티 케어는 도움이 필요한 사람들이 시설이 아닌 지역사회에 살며 지역 주민들과 어울려 살 수 있는 협력 공동체를 만드는 데에 초점을 맞추어야 한다고 주장하였다. 시설에 거주하는 대상자가 지역사회에 이주하도록 돕고 의료와 돌봄을 유기적으로 제공해야 한다고 한다. 돌봄 이용자와 제공자가 함께 어울려 살도록 지원하는 정책을 제안하였다. 특히 커뮤니티 케어의 핵심이며, 지역사회 주민이 취약한 사람과 어울려 사는 좋은 지역사회를 만들자는 데 있으며 시설 입소자가 지역사회로 이동하는 탈시설이 필요함을 주장하였다. 탈시설의 전제조건으로 지역사회 서비스를 확충하고 지역사회 공동체 확립이 필요한데 이를 위해서 거주시설 혁신, 지역사회 서비스 확충, 서비스 연계, 이용자와 제공자의 협력 관계를 강조하였다.

이규식 외(2019)는 커뮤니티 케어 관련 외국 정책과 선진국 사례, 보건복지부의 선도사업을 분석하였다. 그 결과 커뮤니티 케어가 의료와 돌봄을 통합 제공할 때 지역사회 내부 자원을 활용하여 제공하도록 기존 전달 체계를 재조직화하는 방향이 필요하다고 주장하였다.

김승연 외(2018)는 우리나라 보건의료 전달 체계를 분석하여 한계점을 파악하고 한국형 커뮤니티 케어의 방향성과 과제를 제시하였다. 전달 체계의 한계는 다음과 같다. 대상자 선정에서 소득 등 기준으로 보편성이 부족하고 서비스 사각지대가 존재한다. 각종 복지 서비스를 중복 지원하고 서비스 연계가 미흡하여 분절이 심각하다. 접근성 부족으로 지역 격차가 존재한다. 따라서 거주지를 중심으로 의료와 돌봄을 통합 제공하고 지역사회가 실질적인 돌봄의 주체가 되도록 주민 참여 조직을 활성화해야 한다. 그리고 지방자치단체가 서비스 제공 주체로 맞춤형 서비스를 제공해야 한다고 주장한다.

황경란 외(2018)도 커뮤니티 케어는 지역사회가 돌봄에 참여하는 형태로 발전해야 한다고 주장한다. 일본 사례를 근거로 돌봄과 의료를 연계할 수 있는 돌봄통합 창구 역할을 강화하고 간호사와 전문사례관리사 등의 인력확보 방안을 마련해야 한다고 강조하였다. 지방자치단체는 재정을 확보하고 필요한 법적 기반을 마련해야 한다고 주장하였다.

2.2. 지역사회 기반 돌봄 서비스

조미형 외(2014)는 농촌 지역의 전반적인 사회복지 수요 및 공급 현황과 복지 전달 체계의 문제점을 파악하고 농촌에 적합한 지역사회 기반 복지 체계 구축 방안을 제시하였다. 농촌이 당면한 복지 체계 부족을 해결하려면 지방자치단체가 지역사회 기반 복지 체계를 구축하고 장기적으로 마을 공동체를 회복하거나 경제 활동과 복지서비스를 연계하는 방안이 필요하다고 주장하였다. 조미형(2014)은 이해 당사자와의 협력을 매개로 한 지역사회 복지 실천 모형으로서 사회적 협동조합의 가능성을 제시하였다.

황영모(2019)는 노인을 위한 생활 돌봄²⁾ 서비스를 강화하려면 농촌에서 청년 일자리와 연계한 정책을 활용해야 한다고 강조한다. 농촌 주민의 미충족 돌봄 수요를 귀농·귀촌한 청년이 담당해야 하며 주민 공동체나 행정조직이 이를 뒷받침해야 한다고 주장한다.

윤성호·주상현(2018)도 지역공동체에서 노인돌봄 환경을 조성해야 한다는 당위성은 인정하고 공공보건의료와 심리 돌봄 서비스를 확대하여 노인 돌봄 공동체를 만들 것을 제안하였다.

김영란(2014)은 지역사회 노인돌봄 공동체가 공적 노인돌봄지원제도의 보완

2) 생활돌봄은 ‘장보기, 말벗, 이동지원, 세탁, 주택관리, 가전제품 이용 등 일상생활에서 반드시 필요하지만 개인이 쉽게 해결할 수 없는 사회서비스’이다(황영모 2019).

으로서 공공의 영역에서 제공하기 어려운 작은 규모의 일상 돌봄³⁾과 정서적 돌봄⁴⁾을 제공할 수 있으며 서비스의 확장성, 서비스의 질 향상, 예산 절감 등의 효과를 가져온다고 주장하였다.

김은정(2015)은 사회적 돌봄을 정의하고 사회적 돌봄의 특성 때문에 공동체적 접근이 필요하다고 주장한다. 공동체적 접근이 중요한 이유는 돌봄 제공에 있어서 관료제적 접근이 갖는 한계를 보완할 수 있기 때문이다. 따라서 공동체적 접근이 어떠한 관점인지, 어떠한 속성이 핵심인지를 검토하고 지속가능하고 효과적인 사회적 돌봄 체계 설계에 활용할 수 있는 준거를 제시하였다.

2.3. 선행연구와 차별성

기존 연구는 기존 의료와 돌봄 서비스 전달 체계를 활용하고 재구성하여 서비스를 통합적으로 제공하는 방안에 초점을 맞추고 있다. 그러나 의료와 돌봄 서비스 접근성이 부족한 농촌 지역 특성을 고려한 전달 체계를 제안한 연구는 부족하다. 커뮤니티 케어에서 지역사회가 중요한 역할을 담당하지만, 지역사회를 치료나 돌봄이 이루어지는 공간으로만 인식하고 있다. 지역사회 구성원과 공동체가 주도적으로 커뮤니티 케어에 참여하는 “주체로서의 지역사회”에 대한 논의는 부족하다.

따라서 이 연구에서는 농촌의 지리적·지역적 특성을 고려하고 지역사회 구성원 간 협력과 연대에 강점이 있는 농촌 공동체의 장점을 극대화하는 농촌형 커뮤니티 케어 체계를 제시하고자 한다.

3) 일상돌봄은 일상적인 생활을 유지하는 데 필요한 모든 지원으로, 가구 이동, 대형 쓰레기 처리, 조명 기구 교체, 가사가전제품 수리, 대청소, 병원 및 관공서 이동이나 장보기 등 노인 홀로 수행하기 어려운 수단적 일상생활 전반에 대한 지원을 의미한다(김영란 2014).

4) 정서적 돌봄은 정서적 고립감이나 우울감을 완화해주기 위한 지원을 의미한다.

3. 연구 범위

이 연구는 커뮤니티 케어에서 제공하는 돌봄을 대상으로 한다. 「사회보장기본법」 제3조에서는 사회서비스를 “국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도”라고 정의한다. 이 중에서 노인과 아동, 장애인, 가족 등을 대상으로 직접적인 신체적·정서적 생활 지원과 보건의료 서비스를 돌봄으로 정의한다. 그러나 보건의료 서비스는 비전문가가 다루기 어려우므로 건강 관리나 만성질환 관리 등 간호사 수준에서 제공하는 간호⁵⁾만을 다루기로 한다.

농촌은 읍·면 부, 그중에서도 주로 면 부에 중점을 둔다. 면 지역은 읍 지역보다 과소화·고령화가 더 진행하였고 의료와 돌봄 시설로의 접근성이 부족하다. 따라서 면 지역에 거주하는 대상자는 돌봄을 제대로 받지 못할 수 있다.

이 연구에서는 농촌형 커뮤니티 케어 주 대상을 노인⁶⁾으로 한다. 커뮤니티 케어는 개념상 특정 대상만을 목적으로 하지 않아 노인과 정신질환자, 장애인, 노숙인 등이 대상이므로 정신질환자와 장애인도 포함할 수 있다. 그러나 이번 연구에서는 먼저 수적으로 많은 노인을 중점적으로 연구하고 정신적 장애인⁶⁾과 정신질환자, 신체적 장애인, 그 외 농촌 지역 취약 계층도 언급하나 이는 후속 연구에서 더 다루는 것으로 한다.

5) 일차 의료까지 돌봄의 범위를 확대할 수 있으나 일차 의료에 대한 정의가 모호하고 의료서비스를 다루는 것은 이 연구의 범위를 넘어서므로 농촌형 커뮤니티 케어에 필요한 간호 또는 생활 의료만 다루기로 한다.

6) 정신 장애는 「장애인복지법」에 따라 정신분열병(조현병), 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울 장애로 규정한다. 농촌형 커뮤니티 케어에서 정신 장애는 주로 만성 조현병을 대상으로 한다.

4. 연구 방법

이 연구는 농촌형 커뮤니티 케어 사업 방향과 정책 과제를 도출하고자 커뮤니티 케어 관련 선행연구와 공적 돌봄 체계 관련 지침, 연구자료, 통계자료, 활동가 면접 조사, 전문가 간담회를 이용한다.

우선 커뮤니티 케어와 지역사회 기반 돌봄 관련 선행연구를 분석하여 농촌형 커뮤니티 케어의 이론적 기초를 다진다. 커뮤니티 케어 이론을 기반으로 하여 농촌형 커뮤니티 케어가 지향하는 방향을 설정하고 농촌 지역사회를 기반으로 돌봄의 필요성을 설명한다. 그리고 현재 시행 중인 커뮤니티 케어 선도사업 지침과 선도사업 선정 지자체 계획을 분석하여 농촌 지역에 적용이 가능한지 판단한다.

돌봄 수요와 공급을 파악하고자 통계자료를 분석한다. 보건복지부의 노인복지시설 현황 자료를 이용하여 행정구역별·시설 종류별 돌봄 공급 현황을 파악한다. 이와 함께 통계청 자료와 사회보장정보원 사회보장통계, 2017년도 노인실태조사 자료를 활용하여 행정구역별 돌봄 수요 현황을 파악한다.

농촌 지역에 노인 돌봄을 제공하는 민간단체 사례를 분석하고 그곳에서 활동하는 활동가 면접 조사를 진행한다. 면담을 통해서 노인 돌봄 사업을 진행해온 과정과 이유, 사업내용, 추진계획 등을 조사하여 농촌형 커뮤니티 케어가 포함해야 할 활동을 파악하고 나아가야 할 방향을 설정하는 데 기초 자료로 삼는다. 그리고 돌봄 사업 진행 과정에서 나타난 성과와 문제점을 분석하고 해결 방안을 모색한다.

마지막으로 학계와 현장 활동가를 중심으로 전문가 간담회를 진행한다. 연구 전에 학계와 실무자 입장에서 보는 농촌 돌봄 체계 현황과 한계를 논의하고 농촌형 커뮤니티 케어의 지향점을 논의한다. 연구를 통해 제시한 농촌형 커뮤니티 케어 사업 방향과 정책 과제를 논의하고 연구보고서에 반영한다.

제2장

농촌 노인 돌봄 체계 현황과 한계



2

농촌 노인 돌봄 체계 현황과 한계

우리나라 공적 돌봄 체계 중에서 보건복지부의 노인장기요양보험과 노인맞춤 돌봄서비스, 행정안전부의 찾아가는 보건복지서비스를 중심으로 농촌 돌봄 체계를 분석한다. 그리고 농촌 돌봄 체계의 수요와 공급 현황을 파악하여 돌봄 체계의 한계와 향후 정책 방향을 살펴보고자 한다.

1. 주요 노인 돌봄 체계 현황

1.1. 노인장기요양보험

노인장기요양보험은 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체 활동 또는 가사 활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강 증진 및 생활 안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 시행하는 사회보험제도”이

다. 고령자의 노후 건강 증진과 안정적 생활을 도모하고자 돌봄의 경제적 부담을 경감하는 데 목적이 있다.

노인장기요양보험 대상자는 「노인장기요양보험법」 제12조에 따라 장기요양 인정을 신청할 수 있는 노인 등으로 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 의료급여법에 따른 의료급여수급권자이다. 노인 등은 65세 이상의 노인이나 65세 미만이면서 치매나 뇌혈관성 질환 등 노인성 질환을 앓는 자이다.

장기요양 인정을 받으려면 신청인이 공단에 장기요양인정 신청서를 제출해야 한다. 신청서 접수 후 공단 직원이 신청인 거주지를 방문하여 일상생활활동(ADL), 수단적 일상생활활동(IADL), 인지 기능, 행동 변화 등 12개 영역 90개 항목을 조사하여 장기요양 인정 점수를 산정한다. 산정 점수에 따라 1~5등급의 등급자, 인지 지원 등급, 등급외 자로 분류하며 1~5등급 판정이나 인지 지원 등급을 받은 노인이 장기요양서비스를 이용할 수 있다.

노인장기요양보험 서비스는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분한다. 재가급여는 방문 요양, 방문간호, 주·야간보호, 단기 보호 등이 있다. 방문 요양은 요양사가 집을 방문하여 목욕이나 취사, 생필품 구매 등을 제공하는 서비스다. 방문간호는 간호사 등의 의료인이 방문하여 간호나 진료의 보조 등의 상담이나 간단한 건강관리 서비스를 제공하는 서비스다. 주·야간보호는 대상자가 일정한 시간 동안 보호센터에 방문하여 신체 활동 지원, 건강 관리 교육 등을 제공받는 데 목적이 있다. 단기보호는 대상자가 일시적으로 가족의 보호를 받기 어려울 때 장기요양기관이 대상자를 관리하는 서비스이다. 시설급여는 노인요양시설이나 노인요양공동생활가정과 같이 「노인복지법」에 따른 노인의료복지시설에 입소하여 신체활동이나 교육, 훈련 등을 제공하는 서비스이다. 등급에 따른 이용 가능한 노인장기요양보험 시설은 <표 2-1>과 같다.

표 2-1 노인장기요양보험제도로 이용 가능한 시설 현황

종류	시설	설치목적	대상자
노인의료 복지시설	노인요양 시설	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공	◦ 노인성질환 등으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 가. 「노인장기요양보험법」 제15조에 따른 장기요양급여수급자 나. 기초수급권자로서 65세 이상의 자 다. 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자 라. 입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 경우는 60세 이상의 자
	노인요양 공동생활 가정	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공	
재가노인 복지시설	방문요양 서비스	가정에서 일상생활을 영위하고 있는 노인으로서 신체적·정신적 장애로 어려움을 겪고 있는 노인에게 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후를 영위하도록 하는 서비스	◦ 장기요양수급자나 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로부터 이용비용의 전부를 수납 받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자로 한다)로서 다음 각 호에 해당하는 자 가. 방문요양서비스 : 가정에서 보호가 필요한 자 나. 주·야간보호서비스 : 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 자 다. 단기보호서비스 : 단기간의 보호가 필요한 자 라. 방문 목욕서비스 : 가정에서의 목욕이 필요한 자 마. 방문간호서비스 : 가정에서 간호가 필요한 자 바. 재가노인지원서비스 : 가목부터 라목까지의 서비스 이외의 서비스로서 상담·교육 및 각종 서비스가 필요한 자
	주·야간 보호 서비스	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인노인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 서비스	
	단기보호 서비스	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애인노인을 보호시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 서비스	
	방문목욕 서비스	목욕장비를 갖추고 재가노인을 방문하여 목욕을 제공하는 서비스	
	방문간호 서비스	간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호 지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 서비스	
	재가노인 지원서비스	그 밖에 재가노인에게 제공하는 서비스로서 상담·교육 및 각종 서비스	

자료: 보건복지부(2019a). 『2019 노인복지시설 현황』.

노인장기요양보험제도의 가장 큰 특징은 보편성이다. 노인장기요양보험은 소득과 관계없이 신체와 인지 기능 상태를 고려하여 등급을 결정하고 등급에 따라 서비스를 제공하는 보편적 돌봄 체계로 운영한다. 노인 인구 전체를 대상으로 돌봄 필요를 파악하고 개별 대상자의 요구에 맞는 서비스를 제공한다.

노인장기요양보험은 사회보험방식이나 돌봄 공급 기관은 주로 민간 부문이다. 건강보험공단이 노인장기요양보험 가입자가 납부한 보험료와 국고지원금 등을 재원으로 노인장기요양보험을 관리 운영한다. 그러나 돌봄 제공 기관은 공공 기관이 아니라 「노인복지법」에 따라 설치한 민간 시설이다. 이는 노인장기요양보험 실시 초기에 부족한 요양 시설을 늘리고자 사회복지법인과 의료법인, 종교법인 등 민간 부문의 참여를 허용한 데에 있다.

1.2. 노인맞춤돌봄서비스

노인맞춤돌봄서비스는 일상생활을 하기가 어려우나 노인장기요양보험 등급을 받지 못한 노인을 대상으로 돌봄을 제공한다. 안정적인 노후 생활을 보장하고 노인의 건강과 신체기능을 유지하여 노인장기요양보험 등 고비용 돌봄 서비스 진입을 예방하는 데 목적이 있다. 이는 높은 장기요양 지출에 대비한 예방적 서비스 중 하나이다.

노인맞춤돌봄서비스는 선택적 돌봄 제도이다. 서비스 대상이 만 65세 이상 국민기초생활수급자와 차상위계층, 또는 기초연금수급자이며 노인장기요양보험 등급자와 같은 유사 중복사업 자격에 해당하지 않아야 한다. 예를 들어 독거·조손·고령 가구 노인 등 돌봄이 필요한 노인이나 신체적 기능 저하와 인지 저하, 우울감 등으로 고통을 받거나 고독사나 자살 위험이 높은 노인이 대상인데 일정한 소득 기준을 충족해야 한다.

표 2-2 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스 비교

구분	노인맞춤돌봄서비스	노인장기요양보험
대상	노인장기요양보험 등급을 받거나 다른 유사 노인돌봄서비스를 받지 않는 취약 노인	노인장기요양보험 등급을 받은 노인
수행인력	(가칭)생활관리사	요양보호사
수행기관	지방자치단체 선정 또는 직영	장기요양기관
신청기관	읍·면·동 사무소	건강보험공단

자료: 보건복지부(2019d). 『노인맞춤돌봄서비스 추진 안내』, 각 사업 지침.

노인맞춤돌봄서비스는 기존에 제공하던 돌봄기본·종합, 단기가사, 자원연계, 독거노인 사회관계 활성화 등 6개의 노인돌봄 사업을 통합한 사업이다. <표 2-3>과 같이 통합 사업으로 전환하면서 35만 명이었던 대상 노인이 45만 명으로 늘어났고 예산도 기존 2,458억 원에서 3,728억 원으로 증가하였다. 서비스도 단순 안부 확인이나 가사 지원에서 벗어나 욕구별로 안전, 사회참여, 생활교육, 일상생활 지원 등 맞춤형으로 제공한다. 수행 인력도 1.2만 명에서 3만 명으로 늘었다.

표 2-3 노인맞춤돌봄서비스와 기존 사업 비교

구분	기존	노인맞춤돌봄서비스	비고
사업 종류	돌봄기본·종합, 단기가사, 자원연계, 독거노인 사회관계 활성화 등 6종	노인맞춤돌봄서비스	6개를 1개로 통합
제공기관	3,100여 개소 (지자체 지역, 공모·지정위탁)	6~700여 개 권역별 책임기관제 (지자체 지역, 공모·위탁)	책임성 강화
대상 노인	35만 명	45만 명	10만 명 증가
예산(국비)	2,458억 원	3,728억 원	52% 증가
제공 내용	단순 안부 확인, 가사 지원	욕구별 맞춤형 서비스 제공 (안전·사회참여·생활교육·일상생활)	수요 중심 서비스 다양화
인력	1.2만 명	3만 명	1.8만 명 증가

자료: 보건복지부(2019d). 『노인맞춤돌봄서비스 추진 안내』.

지방자치단체는 읍·면·동에서 서비스 신청·접수 후 수행기관에서 대상자 선정 조사와 상담을 하여 제공계획을 수립하면, 시·군·구에서 서비스 제공을 심의하고

결정한다. 대상자 선정 도구를 활용하여 사회·신체·정신영역의 돌봄 필요도에 따라 대상자군을 결정하고 서비스 제공시간이나 범위 등을 결정한다.

지방자치단체는 수행 기관을 선정한다. 수행 기관 자격은 관내 시설을 운영하는 비영리법인이나 사회복지법인이다. 운영 시설의 종류는 노인복지시설이나 사회복지관, 지역자활센터 등 사회복지시설과 자활기업이나 그 외 다양한 형태의 시설이다. 단 「노인장기요양보험법」에 의해 설치한 재가장기요양기관은 참여할 수 없다. 이 외에 사회서비스원이나 지자체 직영도 가능하다.

노인맞춤돌봄서비스는 욕구 중심 서비스를 제공하고 서비스 다양화를 추진한다. 사업별로 획일적인 대상자 선정이나 서비스 제공에서 벗어나 개인별 서비스 제공 계획을 수립하여 필요한 서비스를 제공한다. 기존 욕구 평가 기준이 신체 기능을 파악하는 단편적 기준이라면 노인맞춤돌봄서비스는 신체 기능이나 일상생활 수행 능력과 함께 인지 기능이나 우울증 등의 정신적 문제나 사회적 교류까지도 파악한다. 특히 별도의 욕구 평가 도구를 개발하여 노인의 욕구를 체계적으로 파악한다. 그리고 욕구 평가 결과에 맞추어 사회 참여나 교육 프로그램을 제공하여 고독 등에 대비할 수 있도록 한다.

민간복지 전달 체계의 공공성과 책임성 강화를 도모하는 것도 특징이다. 기존에는 대상자 발굴과 서비스 결정을 민간기관에서 수행하면서 서비스 접근성과 책임 문제가 제기되었다. 그래서 이번 노인맞춤돌봄서비스에서는 주민센터가 신청서를 접수하고 서비스 제공계획을 시·군·구에서 승인하도록 하여 서비스 전달 체계의 공공성을 강화하였다.

노인맞춤돌봄서비스의 가장 큰 특징은 보조금 사업이라는 데 있다. 보조금 방식은 바우처 방식과 달리 이용 인원에 큰 제약을 받지 않는다. 노인장기요양보험 등급자가 이용하는 장기요양기관이 바우처 방식으로 운영하는데 서비스 이용 노인 수에 따라 기관의 수익이 크게 영향을 받는 구조다. 그러나 보조금 사업인 노인맞춤돌봄서비스는 민간 수행기관이 공공성을 바탕으로 안정적인 돌봄 서비스를 제공한다.

수행기관 선정에서 비영리기관이 참여하여 영리 복지법인이나 영리 시설의 참여를 제한한다. 이러한 전략은 농촌에도 적합한 전략이다. 농촌은 면이나 마을에는 수익성이 없어 민간 의료시설이나 복지시설이 부족하다. 정부 정책 기관 중 하나인 사회서비스원도 비용 등을 이유로 광역에 하나 정도 설치하는 상황이다. 민간 기관을 이용한 서비스 확대는 실제로 농촌 거주 대상자가 혜택을 누리기 어렵다. 따라서 농촌 지역사회에서 주민이 자발적으로 조직한 복지 공동체가 비영리 기관으로서 맞춤형돌봄사업에 참여하여 농촌 돌봄 체계를 보완할 기회를 주는 정책이다.

1.3. 방문건강관리사업

방문건강관리사업은 빈곤, 질병, 장애, 고령 등 건강위험요인이 큰 지역주민에게 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등 전문 인력이 직접 찾아가 건강관리 서비스를 제공하는 사업이다. 「국민건강증진법」 제5조의3과 「지역보건법」 제11조에 따라 한국건강증진개발원과 보건소가 그 업무를 수행한다. 방문건강관리사업을 전문적으로 수행하고자 보건소에서 사업을 직접 운영해야 하며 보건소에서 직접 사업을 수행하는 경우에만 국고 보조금을 교부한다. 보건소가 직접 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강을 유지하고 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 보건의료 및 건강관리사업을 수행하도록 한다.

방문건강관리사업은 우선, 보건·복지 연계 및 협업을 강화하고자 대상자 발굴 사각지대를 해소하고 통합 사계관리를 제공한다. 둘째, 고령화 사회에 대응하고자 생애주기별 예방 관리를 강화한다. 지역 여건에 따라 독거노인과 노인부부 세대 등으로 사업 대상을 확대한다. 마지막으로 소생활권 중심의 서비스 제공을 확대한다. 지역사회 건강 수준을 향상하고자 맞춤형 서비스를 강화하고 소생활권 단위의 보건의료 및 복지행정 인프라 연계를 추진한다(표 2-4).

표 2-4 방문건강관리 사업 추진 방향

기준	대상자
생애주기별 건강관리	· 생애주기별 특성에 맞는 건강생활실천 및 질병예방 프로그램 제공 - 신생아·영유아: 성장·발달 단계에 따른 건강문제 스크리닝, 예방접종 관리, 부모·자녀 간 상호작용 강화를 위해 정보제공 및 상담 - 임부: 건강문제 발견(고위험 임부 등), 건강행태와 지식 관련 교육 및 상담 - 산부: 산육기 평가에 따른 산후 건강관리, 모유수유 정보제공 및 상담 - 성인: 건강생활실천을 위한 동기부여, 건강위험요인 및 건강문제별 건강관리 서비스 제공, 만성질환 관리 및 합병증 예방을 위한 프로그램 제공 및 연계 - 노인: 허약예방을 위한 프로그램 제공 및 연계
맞춤형 주민참여형 서비스	· 대상자 중심의 보건·복지서비스 제공 - 대상자의 건강위험요인 및 건강문제를 파악하여 다양한 건강관리 서비스 제공 - 보건소 내·외 자원 연계를 통해 다양하고 적절한 보건·복지 서비스 제공

자료: 보건복지부(2020). 『2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내』.

방문건강관리사업은 보건의료 형평성 개선, 공공 의료 기능 강화, 고령화 사회 대비를 목적으로 사업을 지속하고 있다. 1990년대 초기에는 대상자가 기초생활 보장수급자 중 65세 이상 장애인, 독거노인이었다. 그러나 최근에는 건강관리서비스 이용이 어려운 사회·문화·경제적 건강 취약 계층(건강위험군, 질환군) 및 65세 이상 독거노인 가구, 75세 이상 노인부부 가구 중심으로 대상을 확대하였다 <표 2-5>.

표 2-5 건강취약계층 예시

기준	대상자
경제적 기준	기초생활보장수급자, 차상위계층, 건강보험 하위 20% 등
사회적 기준	북한이탈주민, 지역아동센터(빈곤아동), 청소년 쉼터 또는 미인가 시설, 소규모 영세사업자 등
문화적 기준	다문화 가족
연령 기준	만 65세 이상 독거 노인, 75세 이상 노인부부 가구 등
기타	독거 노인, 한부모 가족, 조손 가족, 장애인 가족, 암 및 정신질환자 가족 등

자료: 보건복지부(2020). 『2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내』.

방문건강관리사업 대상자는 상기 대상자에서 우선 순위를 두어 선정한다. 기

초생활수급자, 차상위자, 1·2순위에 해당하지 않는 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인 등, 지역아동센터, 미인가 시설, 보건소 내외 의뢰자 등의 순으로 선정한다. 선정 과정에서 노인장기요양보험의 등급자는 제외한다. 그리고 우선순위 기준에 적용하는 대상 중 65세 이상 독거노인과 75세 이상 노인부부 세대는 우선 선정하여 지원한다.

대상자는 상태별로 3가지로 분류하여 방문횟수를 정한다. 가장 관리가 필요한 집중 관리군은 건강위험 요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안되는 경우로 3개월 이내 8회 이상 방문한다. 정기 관리군은 건강위험 요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 가능한 경우로 3개월마다 1회 이상 방문한다. 자기역량지원군은 건강위험 요인 및 건강문제가 있으나 증상이 없는 경우로 6개월마다 1회 이상 방문한다<표 2-6>.

방문건강관리 서비스는 전문 의료인력으로 구성한다. 의사, 한의사, 간호사, 물리치료사, 치위생사, 영양사, 사회복지사 등으로 구성된 전문 인력과 자원봉사자를 활용하여 운영한다. 전문 인력과 자원봉사자가 가정을 방문하여 개인, 2~4인의 소그룹을 대상으로 건강문제 스크리닝, 건강관리 서비스를 제공하고 보건소 내·외 자원을 연계한다.

보건소 내·외 자원 연계는 적절한 보건·복지 서비스를 제공하고 서비스 중복과 사각지대 해소를 목적으로 한다. 효율적으로 대상자를 발굴하고자 타 사례관리 서비스와 정보를 공유하고 대상자 방문 후 필요하면 다른 서비스와 연계한다. 특히 읍·면·동 찾아가는 보건복지팀과 보건소 방문건강관리팀은 대상자 명단, 방문 일정 공유 등 상호 협의하에 효율적인 사례관리를 수행한다.

방문건강관리는 개인의 건강 증진 차원을 넘어 환경이 변화할 수 있도록 지역사회 자원을 이용한다. 건강한 생활을 영위하는 데에는 사회나 경제적 환경이 큰 영향을 미치기 때문이다. 방문건강관리는 대상자가 질병을 이해하고 가족의 협력을 증진하여 사회적 지지를 강화하는데 이러한 활동에 지역사회 자원을 효율적으로 이용할 수 있다.

표 2-6 대상자 군 분류 및 세부 기준

군	대상자 특성	세부 기준
집중 관리군	· 건강위험요인 및 건강 문제가 있고 증상조절이 안되는 경우 · 3개월 이내 8회 이상 방문 · 필요시 전화 상담 가능	· 수축기압 140mmHg 이상 또는 이완기압 90mmHg 이상 · 수축기압 140mmHg 이상 또는 이완기압 90mmHg 이상이고, 흡연·위험 음주·비만·신체활동 미 실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요 · 당화혈색소 7.0% 이상 또는 공복혈당 126mg/dL 이상 또는 식후혈당 200mg/dL 이상 · 당화혈색소 7.0% 이상 또는 공복혈당 126mg/dL 이상 또는 식후혈당 200mg/dL 이상이고, 흡연· 고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요 · 관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주· 비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강 행태 개선이 필요 · 임부 또는 분만 8주 이내 산부, 출생 4주 이내 신생아, 영유아, 다문화가 족으로 집중관리가 필요 · 허약노인 판정점수가 4~12점 · 북한이탈주민으로 감염성 질환이 1개 이상이거나, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 2개 이상의 건강행태 개선이 필요 - 장애인(기능평가 MBI 49점 이하)으로 고혈압, 당뇨, 관절염, 뇌졸중, 암 질환이 있는 경우 - 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우
정기 관리군	· 건강위험요인 및 건강 문제가 있고 증상이 있으나 조절이 가능한 경우(위험군) · 3개월 마다 1회 이상 방문 · 필요시 전화 상담 가능	· 수축기압이 120~139mmHg 또는 이완기압이 80~89mmHg · 수축기압이 120~139mmHg 또는 이완기압이 80~89mmHg이고, 흡연·고 위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요 · 공복혈당이 100~125mg/dL 또는 식후혈당이 140~199mg/dL · 공복혈당이 100~125mg/dL 또는 식후혈당이 140~199mg/dL이고 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요 · 관절염, 뇌졸중, 암 등록자로 흡연·고위험 음주· 비만·신체활동 미실천 중 1개의 건강행태 개선이 필요 · 북한이탈주민으로 흡연·고위험 음주·비만·신체 활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요 - 장애인(기능평가 MBI 50점 이상)으로 고혈압, 당뇨, 관절염, 뇌졸중, 암 등 질환이 있는 경우 - 암 대상자로 암 치료 종료 후 5년이 경과되지 아니한 경우
자기 역량군	· 건강위험요인 및 건강 문제가 있으나 증상이 없는 경우(정상군) · 6개월 마다 1회 이상 방문 · 필요시 전화 상담 가능	· 수축기압이 120mmHg 미만이고, 이완기압이 80mmHg 미만 · 수축기압이 120mmHg 미만이고, 이완기압이 80mmHg 미만이고 흡연·고 위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요 · 당화혈색소가 7.0% 미만 또는 공복혈당 100mg/dL 미만 또는 식후혈당 140mg/dL 미만 · 당화혈색소가 7.0% 미만 또는 공복혈당 100 mg/dL 미만 또는 식후혈당 140mg/dL 미만이고, 흡연·고위험 음주·비만·신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강 행태 개선이 필요 · 질환은 없고, 흡연·고위험 음주·비만· 신체활동 미실천 중 1개 이상의 건강행태 개선이 필요 기타 집중관리군과 정기관리군에 해당되지 않는 경우

자료: 보건복지부(2020), 『2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내』.

1.4. 찾아가는 보건복지서비스

찾아가는 보건복지서비스는 읍·면·동 주민센터 복지 담당자가 주민을 직접 찾아가서 서비스를 제공하는 사업이다. 사회복지 공무원과 방문간호사가 돌봄이 필요한 주민에게 직접 접근하여 수요를 파악하고 필요한 서비스를 제공하는 데 목적이 있다. 읍·면·동 주민센터에 보건복지팀을 추가로 설치하여 복지대상자를 발굴하고 방문상담으로 복지 수요를 파악하여 공적 서비스나 민간복지자원 연계 등의 맞춤형 복지서비스를 제공한다.

찾아가는 보건복지서비스의 주요 추진 사항 중 하나는 읍·면·동 공공서비스 플랫폼 기능 확대다. 지역의 복지 사각지대를 해소하고자 주민 생활과 밀착한 읍·면·동에서 찾아가는 보건복지 서비스를 제공하고 서비스 대상과 범위를 단계적으로 확대한다. 기존에는 주민센터에 앉아서 대상자가 찾아오기를 기다리는 공급자 중심 서비스라면 찾아가는 보건복지서비스는 담당자가 직접 찾아가 복지를 제공하는 수요자 중심 서비스다.

표 2-7 찾아가는 보건복지서비스 사업 실적

사업대상군	2018년	2019년	비고
찾아가는 전담팀 설치 읍·면·동	2,582개소(73.6%)	2,911개소(83.6%)	'16년 714개소(20.3%)
찾아가는 방문상담 건수	310만 건	382만 건	'16년 106만 건
기타	전체 읍·면·동 주민센터에서 찾아가는 복지서비스 실시함.		

자료: 행정안전부·보건복지부(2020). 『2020년 주민자치형 공공서비스 구축사업: 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼』.

읍·면·동 찾아가는 복지팀의 서비스 대상과 범위를 확대하여 지역 행정 기반을 강화한다. 인력을 확충하여 방문 대상을 확대하고 종합상담 기능을 강화하며 주민력 강화를 지원한다. 읍·면·동 종합상담창구에서 주민 생활과 밀접한 복지·주거·고용 등 다양한 공공서비스 분야에 대한 상담 및 연계서비스를 제공한다. 대상

을 공적급여 대상자가 아닌 다양한 종류의 돌봄 필요 대상자까지 확대한다. 간호 직 공무원을 배치하여 맞춤형 건강서비스를 제공하고 건강프로그램 운영, 자발적 건강관리 등도 지원한다. 보건소나 치매안심센터 등의 지역사회 건강자원과도 연계하여 서비스를 제공한다.

2. 농촌 노인 돌봄 체계의 한계

2.1. 돌봄 수요 측면에서의 한계

우리나라에의 공적 노인 돌봄 체계로는 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스가 있다. <표 2-8>에 따르면 2019년을 기준으로 전체 노인 중 76.5만 명, 약 9.5%가 노인장기요양보험으로 돌봄을 받는다. 노인맞춤돌봄서비스를 받는 35만 명까지 합치면 우리나라 노인 802.7만 명 중에서 약 13.9%가 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스로 공적 돌봄을 받는다.

표 2-8 노인장기요양보험 등급 판정 현황

단위: 만 명, %

지역 구분	65세 이상 인구	등급 내						등급 외				전체 합계
		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계	A	B	C	합계	
자치구·일반시	438.3	2.6 (0.6)	4.6 (1.1)	12.0 (2.7)	15.8 (3.6)	3.4 (0.8)	38.4 (8.8)	0.7 (0.2)	3.8 (0.9)	2.8 (0.6)	7.3 (1.7)	45.7 (10.4)
도농복합시	248.7	1.4 (0.6)	2.9 (1.2)	7.5 (3.0)	11.0 (4.4)	3.1 (1.3)	26.0 (10.5)	2.5 (1.0)	2.2 (0.9)	0.4 (0.2)	5.1 (2.1)	31.1 (12.5)
군지역	115.8	0.5 (0.4)	1.1 (0.9)	3.1 (2.7)	5.8 (5.0)	1.6 (1.4)	12.1 (10.5)	1.6 (1.4)	1.5 (1.3)	0.3 (0.3)	3.4 (2.9)	15.5 (13.4)
전체	802.7	4.5 (0.6)	8.7 (1.1)	22.6 (2.8)	32.6 (4.1)	8.2 (1.0)	76.5 (9.5)	4.8 (0.6)	7.4 (0.9)	3.5 (0.4)	15.8 (2.0)	92.3 (11.5)

주: 2019년 12월 기준.

자료: 사회보장정보원(<http://www.ssis.or.kr/index.do>) 사회보장통계.

그러나 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스는 돌봄이 필요한 모든 노인에게 제공할 수 없다. <표 2-9>에 따르면 전체 65세 이상 노인 중에서 일상생활수행능력(ADL)⁷⁾과 수단적 일상생활수행능력(IADL)⁸⁾을 기준으로 25.3%인 약 203만 명이 일상생활을 영위하는 데 어려움이 있는 잠재 돌봄 수요자이다.⁹⁾ 그런데 2019년 말 기준 노인장기요양보험 수혜 인원과 2019년 노인맞춤돌봄 서비스 제공 계획 인원의 합은 121.5만이며 이를 기준으로 잠재 수요자의 40.1%인 81.5만 명이 공적 돌봄을 받지 못할 가능성이 있다. 노인 중에서 인지저하자¹⁰⁾ 비율은 약 14.5%로 약 116.4만 명이 치매의심 대상 노인이다. 이러한 노인은 노인장기요양보험의 5등급인 인지지원등급 지원을 받을 수 있다. 그러나 전체 노인장기요양보험 등급자 중 5등급은 약 8.2만 명 정도이며 신체적 기능의 제한이 없으면 다른 등급자로 인정받을 수 없다. 따라서 인지저하 노인 중 많은 비율이 공적 돌봄을 받지 못할 수 있다.

7) 일상생활수행능력(Activities of Daily Living: ADL)은 옷 입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕·샤워, 차례놓은 음식 먹기, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기, 대소변 조절하기 등 7개 항목으로 측정한다.

8) 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)은 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기, 금전관리, 근거리 외출, 물건 구매 결정·돈 지불·거스름돈 받기, 전화걸고 받기, 교통수단 이용하기 등 10개 항목으로 측정한다.

9) 일반적으로 IADL 제한이 발생한 후 ADL 제한이 진행되는 것으로 알려져 있으므로 예방적 수단으로서 돌봄을 제공한다는 측면에서 ADL뿐만 아니라 IADL에 제한 있는 노인까지 돌봄 대상으로 인정하였다. 그리고 잠재 돌봄 수요자인 195만 명에는 노인의료복지시설에 입소한 노인을 포함하지 않아 공적 돌봄을 받지 못하는 노인은 그 이상이다.

10) 인지기능은 보건소 치매검사에 활용하는 간이정신상태 검사(Mini-Mental State Examination for Dementia Screening: MMSE-DS) 도구를 이용하여 측정한다. 계산된 점수가 일정 점수 미만인 경우에 치매의심 인지저하자로 판정한다.

표 2-9 일상생활수행능력 및 인지능력 현황

단위: %

지역 구분	일상생활수행능력(ADL) 및 수단적 일상생활수행능력(IADL)							인지 저하자 비율 (MMSE -DS)
	ADL		IADL		ADL+IADL			
	완전 자립	1개 이상 도움	완전 자립	1개 이상 도움	기능 제한 없음	IADL만 제한	ADL도 제한	
동 부	91.4	8.6	76.2	23.8	75.6	15.8	8.6	14.2
읍·면·부	91.0	9.0	73.7	26.3	72.7	18.3	9.0	15.1
전체	91.3	8.7	75.4	24.6	74.7	16.6	8.7	14.5

자료: 정경희 외(2017). 『2017년도 노인실태조사』, 보건사회연구원.

〈표 2-10〉에 따르면 농촌 노인은 기능 제한이 있을 확률이 도시 노인과 비슷하나 수발률은 낮고 돌봄 서비스보다는 가족 돌봄에 의지하는 비율이 높다. 동 지역 노인의 수발률은 72.3%이나 읍·면 지역 노인의 수발률은 69.8%로 더 낮다. 특히 농촌 노인은 가족원이 수발자인 경우가 도시 노인보다 많고 돌봄 서비스를 이용하는 비율도 낮다.

표 2-10 농촌과 도시 수발자 비교

단위: %

지역	수발률	수발자				
		가족원	친구·이웃	개인 간병인	장기요양보험	노인돌봄 서비스
동부	72.3	87.8	5.1	1.7	20.3	4.7
읍·면·부	69.8	92.7	8.9	1.0	16.6	3.2
전체	71.4	89.4	6.4	1.4	19.0	4.2

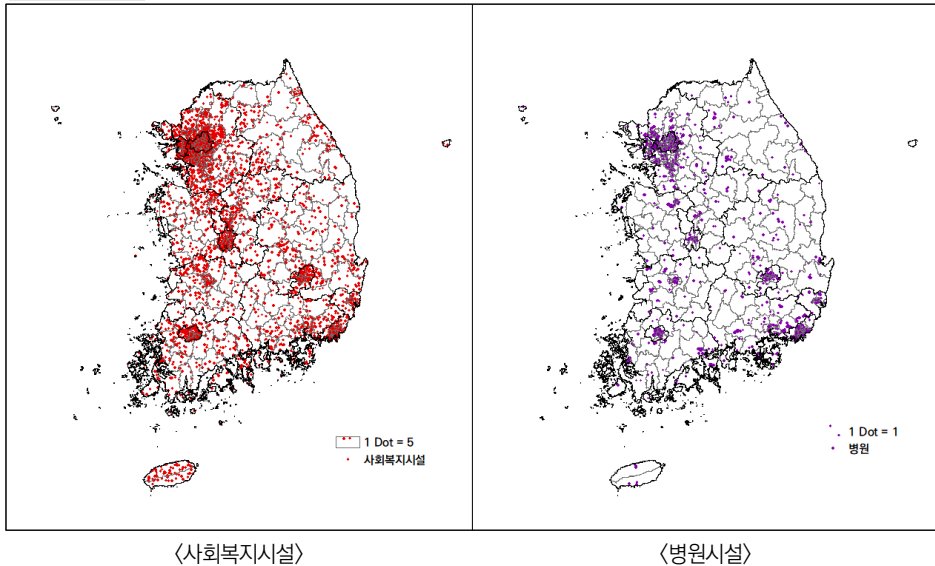
자료: 정경희 외(2017). 『2017년도 노인실태조사』, 보건사회연구원.

2.2. 돌봄 서비스 공급 측면에서의 한계

농촌의 돌봄 공급 체계의 가장 큰 문제점은 사회복지법인이나 의료법인과 같이 돌봄을 제공할 기관이 부족하고 고령화·과소화가 진행되어 농촌에서 복지 관련 인력을 구하기도 어렵다는 데 있다. 수행기관과 인력이 풍부한 도시와 비교하여 부족한 시설과 인력으로 제대로 된 돌봄 서비스를 제공하기 어렵다.

〈그림 2-1〉이 보여주는 바와 같이 사회복지시설 및 의료시설은 도시에 집중되어 있고, 농촌에 위치한 시설도 읍 중심지에 있어 면 지역과 마을 단위 주민들은 시설을 이용하기 어렵다. 〈표 2-11〉에 따르면 사회복지 시설은 자치구·일반시에는 평균 119.9개소가 있으나 군에는 평균 39.6개소만 있어 주로 도시에 분포한다. 의료시설도 비슷한 양상을 보인다. 〈표 2-12〉에서 보는 바와 같이 보건소 및 조산소를 제외한 병의원은 자치구·일반시에는 평균 517.7개소가 있으나 군지역에는 평균 51.4개소만 있어 농촌 지역 주민은 시설을 이용하기 어렵다.

그림 2-1 사회복지시설 및 병원시설 분포 현황



자료: 한국농촌경제연구원 내부자료.

표 2-11 주요 사회복지시설 분포 현황

단위: 개

지역 구분	노인	아동	장애인	정신보건	저소득	기타	합계
자치구·일반시	4,881 (54.2)	2,776 (30.8)	2,061 (22.9)	267 (3.0)	115 (1.3)	688 (7.6)	10,788 (119.9)
도농복합시	3,547 (62.2)	1,851 (32.5)	1,340 (23.5)	121 (2.1)	77 (1.4)	309 (5.4)	7,245 (127.1)
군지역	1,610 (19.6)	804 (9.8)	566 (6.9)	40 (0.5)	78 (1.0)	146 (1.8)	3,244 (39.6)
합계	10,038 (43.8)	5,431 (23.7)	3,967 (17.3)	428 (1.9)	270 (1.2)	1,143 (5.0)	21,277 (92.9)

주: 2019년 말 기준. 괄호 안 수는 시·군·구당 기관 수를 나타냄.

자료: 사회복지정보원(<http://www.ssis.or.kr/indox.do>). 『사회보장통계』.

표 2-12 주요 병의원 분포 현황

단위: 개

지역구분	상급종합·종합병원	병원	의원	치과병원	한방병원	요양병원	합계
동부	215 (2.4)	927 (10.3)	22,166 (13.8)	12,594 (246.3)	9,864 (109.6)	825 (9.2)	46,591 (517.7)
읍부	122 (2.1)	420 (7.4)	8,420 (147.7)	4,645 (81.5)	3,920 (68.8)	545 (9.6)	18,072 (317.1)
면부	19 (0.2)	142 (1.7)	1,905 (23.2)	963 (11.7)	976 (11.9)	207 (2.5)	4,212 (51.4)
합계	356 (1.6)	1,489 (6.5)	32,491 (141.9)	18,202 (79.5)	14,760 (64.5)	1,577 (6.9)	68,875 (300.8)

주: 2019년 4/4 기준. 괄호 안 수는 시·군·구당 기관 수를 나타냄.

자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2019). 『2018년 건강보험통계연보』.

커뮤니티 케어는 기존 돌봄 서비스의 통합 제공을 지향한다. 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스, 찾아가는 보건복지서비스의 목적이 주민의 욕구에 맞는 돌봄을 제공한다는 면에서 돌봄의 통합 제공이라는 커뮤니티 케어의 기본 개념과 일맥상통한다. 그러나 공적 돌봄 기관은 고사하고 민간 돌봄 기관도 부족한 농촌에서 마을 단위 대상자는 통합 제공 효과를 제대로 누릴 수 있을지 의문이다.

인구를 고려하면 농촌에 장기요양 기관이 부족한 것은 아니다. <표 2-13>에 따르면 노인의료복지시설¹¹⁾은 군 지역이 65세 이상 인구 만 명당 시설 수가 7.7개로 자치구와 일반시의 5.7개보다 많다. 재가노인복지시설¹²⁾도 군 지역이 5.7개로 자치구와 일반시의 4.3개보다 많다.

표 2-13 시·군·구별 노인장기요양보험 관련 의료 및 복지시설 현황

단위: 개

지역 구분	노인의료복지시설			재가노인복지시설		
	전체 시설 수	지자체당 시설 수	65세 이상 만 명당 시설 수	전체 시설 수	지자체당 시설 수	65세 이상 만 명당 시설 수
자치구·일반시	2,384	26.5	5.7	1,808	20.1	4.3
도농복합시	2,030	35.6	8.6	1,043	18.3	4.4
군지역	873	10.6	7.7	643	7.8	5.7
전체	5,287	23.1	6.9	3,494	15.3	4.6

주: 2018년 12월 기준.

자료: 보건복지부(2019a). 『2019 노인복지시설 현황』.

그러나 농촌 주민의 돌봄 시설 접근성은 도시와 비교해서 크게 낮다. <표 2-13>과 같이 노인의료복지시설의 지자체당 시설 수는 자치구·일반시가 26.5개 인데 군지역은 10.6개로 절반에도 못 미친다. 재가노인복지시설도 자치구·일반시가 20.1개이지만 군지역은 7.8개에 불과하다. 이는 면과 동 지역의 면적이 같다고 가정하면 면 지역 주민이 돌봄 시설에 접근하기 어렵다는 것을 의미한다.

농촌 내 상황을 살펴봐도 비슷한 양상을 보인다. 농촌 내 노인의료복지시설은 읍과 면에 고루 분포한다. <표 2-14>에 따르면 노인의료복지시설 수는 읍에 약 35%, 면에 약 65%가 위치하는데 65세 이상 노인 인구와 거의 비례한다. 그러나 재가노인복지시설은 인구에 비례하지 않으며, 따라서 면 지역 노인이 재가노인 복지시설을 이용하기에는 시설이 부족하다.

11) 이 연구에서는 노인복지법에 따른 노인의료복지시설을 분석 대상으로 한다.

12) 이 연구에서는 노인복지법에 따른 재가노인복지시설을 분석 대상으로 한다.

표 2-14 읍·면별 노인장기요양보험 노인요양시설 분포 현황

단위: 만 명, (%)

지역 구분	65세 이상 인구	노인의료 복지시설		재가노인 복지시설				요양 병원
		노인 요양	노인요양 공동생활	방문 요양	주야간 보호	단기 보호	방문 목욕	
읍부	77.6 (36.1)	470 (34.5)	223 (35.0)	169 (50.1)	184 (49.6)	11 (47.8)	98 (49.2)	195 (46.3)
면부	137.3 (63.9)	892 (65.5)	414 (65.0)	168 (49.9)	187 (50.4)	12 (52.2)	101 (50.8)	226 (53.7)
전체	214.9	1,362	637	337	371	23	199	421

주: 2018년 12월 기준. 괄호 안 수는 전체 읍·면부 중 차지하는 비율임.

자료: 보건복지부(2019a). 『2019 노인복지시설 현황』.

다른 노인돌봄시설도 농촌, 특히 면에 턱없이 부족하다. <표 2-15>에 따르면 노인여가복지시설 중 하나인 노인복지관은 농촌 노인의 약 65%가 거주하는 면 지역에 21.2%만 위치한다. 노인이 이용할 수 있는 사회복지관이나 차상위 노인이 일자리를 제공받을 수 있는 지역자활센터도 면보다는 읍에 주로 위치한다.

표 2-15 읍·면별 노인 이용 가능 복지 및 의료 시설 분포 현황

단위: 만 명, %

지역 구분	65세 이상 인구	노인 복지관	사회 복지관	지역자활 센터	의원급 병원
읍부	77.6 (36.1)	67 (78.8)	47 (77.0)	79 (89.8)	2,516 (70.9)
면부	137.3 (63.9)	18 (21.2)	14 (23.0)	9 (10.2)	1,031 (29.1)
전체	214.9	85	61	88	3,547

주: 2018년 12월 기준. 괄호 안 수는 전체 읍·면에서 차지하는 비율임. 노인복지관은 2018년 말 기준이며 나머지 시설은 2019년 말 기준임.

자료: 보건복지부(2019a). 『2019 노인복지시설 현황』.

노인여가복지시설 중 경로당은 농촌에도 다수 분포하나 돌봄 제공 기능은 떨어진다. 2018년 기준으로 전국에 66,286개소 경로당을 운영하는데 군 지역에 약 37.5%, 도농복합시에 약 40.0%의 경로당이 분포하고 있다. 경로당은 농촌에서 노인 주민을 위한 휴식 공간이나 공동 급식 장소 등으로 활용한다. 그러나 시설이 작고 돌봄 전문 인력도 배치되지 않아 돌봄 제공 측면에서 한계가 명확하다.

면에 돌봄 시설이 위치한다고 농촌의 돌봄 접근성이 좋아지는 것은 아니다. 면에 있는 노인장기요양보험 시설도 대부분 면 중심지에 위치한다. 예를 들어 <표 2-14>에서 면에 있는 방문요양시설과 주야간보호시설은 각각 168개와 187개인데 아마도 시설 대부분은 면 주민센터 소재지에서 운영할 것이다. 따라서 마을에 거주하는 주민은 여전히 시설에 접근하거나 돌봄을 받는 데 어려움을 겪는다. 같은 맥락에서 지자체당 시설 수도 자치구와 일반시와 비교해서 훨씬 적는데 농촌에서는 소수의 돌봄 시설이 넓은 지역에 분포하고 있어 접근성 부족 문제가 있다는 의미이다.

농촌의 열악한 교통도 문제다. 돌봄이 필요한 주민이 승용차로 돌봄 시설을 방문하는 모습은 상상하기 어렵다. 유일한 대중교통수단인 버스는 행정리당 1일 평균 운행 횟수가 6.1회이며, 특히 <표 2-16>에 따르면 노선버스가 하루 3회 이하로 운행하거나 아예 운행하지 않는 면이 전체의 20%다. 마을 단위에 거주 대상자는 중심지에 위치한 돌봄 시설을 사실상 이용하기 어렵다.

표 2-16 농촌 노선버스 운행 횟수

단위: 개, (%)

지역	행정리 수	미운행	운행 횟수					
				1~3회	4~6회	7~9회	10~15회	15회 이상
전국 (비율)	36,792	2,349 (93.6)	34,443 (93.6)	4,390 (11.9)	9,208 (25.0)	3,907 (10.6)	5,595 (15.2)	11,343 (30.8)
읍부 (비율)	8,598	517 (5.9)	8,181 (94.1)	603 (6.9)	1,573 (18.1)	596 (6.9)	1,034 (11.9)	4,375 (50.3)
면부 (비율)	28,094	1,832 (6.5)	26,262 (93.5)	3,787 (13.5)	7,635 (27.2)	3,311 (11.8)	4,561 (16.2)	6,968 (24.8)

자료: 통계청(2015). 『농림어업총조사보고서 지역조사(3-2권)』.

2.3. 시사점

농촌은 잠재 돌봄 수요를 충족할 만한 돌봄 시설이 부족하다. 농촌의 65세 이상 노인 인구는 113.4만 명이며 노인장기요양보험에서 등급을 받은 농촌 노인은 10.7%로 자치구나 일반시 거주 노인의 9.2%보다 약간 높다. 등급외 자의 비율도 농촌이 13.7%로 10.9%인 자치구와 일반시보다 높다. 인구 대비 정신적·신체적 장애인 비율도 군지역이 자치구나 일반시보다 높다. 그러나 잠재 수요를 충족할 돌봄 시설은 부족하다. 시설이 있다고 해도 읍이나 면 중심지에 있어 농촌 교통 문제를 고려하면 시설까지 쉽게 접근하기 어렵다.

다른 사업이나 자원과의 연계가 어렵다는 것도 문제다. 중복 수급 금지 조항으로 다른 돌봄 체계를 이용하지 못하면 서비스 분절이 확대될 수 있다. 예를 들어 노인장기요양보험 등급자가 장기요양 시설을 이용하면서 노인맞춤돌봄서비스의 사회참여 프로그램을 이용하고 싶어도 중복 수급 금지 조항으로 특별한 경우가 아니면 이용할 수 없다. 특히 농촌은 민간 돌봄 부족으로 공적 돌봄에 의지해야 하는데 연계가 어려우면 욕구에 따른 통합 돌봄의 통합 제공이라는 목적을 달성하기 어렵다.

현 돌봄 체계에서 농촌은 사례 발굴이나 대상자의 욕구를 파악하는 데 어려움이 있다. 노인맞춤돌봄서비스는 지방자치단체가 수행 기관을 지정하고 수행 기관이 대상자의 욕구 평가(need assessments)와 돌봄 서비스를 제공한다. 그러나 대부분의 수행 기관이 군 지역 중심지에 있고 사례 조사자가 지역 주민이 아니다 보니 욕구 평가가 피상적으로 이루어진다. 지방자치단체의 현 돌봄 체계도 찾아가는 것이 아니라 기다리는 체계에 머물러 있다. 예를 들어 돌봄이 필요하나 보호자가 도시에 있어 주민센터나 치매안심센터 등 관련 시설을 방문할 수 없는 노인이 있다. 이러한 대상자에게 주민센터에서 대상자가 방문하기를 기다리는 서비스는 도움을 주지 못한다. 통합 돌봄 체계를 표방하는 커뮤니티 케어 사업조차 케어안내창구는 대상자를 기다리는 ‘창구’ 역할만 하고 돌봄 사각지대를 찾는 체계는 아니다.

제3장

커뮤니티 케어 이론과 선도사업 추진 현황



3

커뮤니티 케어 이론과 선도사업 추진 현황

1. 커뮤니티 케어 이론

1.1. 탈시설과 지역사회 기반 돌봄¹³⁾

한국의 사회복지 서비스 역사는 크게 3단계로 설명한다. 첫 번째 단계는 1970년~1980년대의 수용시설 확대이다. 대형 거주시설을 이 시기에 세웠고 다른 사람에게 부담이 되지 않도록 사회적 약자를 지역사회에서 분리하여 보호하였다. 1980년대에는 이러한 시설이 도심 외곽으로 이주하면서 시설을 확장하였다.

두 번째는 1980년~1990년대에 이루어진 지역사회 기반 서비스의 확대이다. 수용시설이 아닌 지역사회 서비스 기관을 설립하고 민간이 운영하도록 하였다. 1980년대에는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등의 이용시설을, 1990년대에는 주간보호시설 등의 소규모 지역사회 시설을 설치하였다.

마지막 단계는 2000년대 이후 이용자 선택 방식의 서비스 확대이다. 이 시기에

¹³⁾ 김용득(2018a)과 김은정(2015)의 연구를 요약하여 재정리하였다.

는 노인 돌봄을 위한 노인장기요양보험을 도입하였다. 노인장기요양보험은 장기요양 인정점수에 따라 등급을 받고 서비스를 선택한다. 예를 들어 1~2등급을 받은 대상자는 노인의료복지시설에 해당하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 선택할 수 있고, 3~5등급에 해당하는 대상자는 선호와 필요에 따라 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 단기보호 등의 서비스를 선택할 수 있다.

이처럼 우리나라 사회복지 체계의 특징은 빠른 속도로 서비스가 확대되면서 이전 단계의 서비스가 새로운 서비스에 통합하지 못하고 함께 공존한다는 데 있다. 따라서 각 단계 서비스를 분절적으로 제공하면서 사회서비스는 비효율적으로 전달되고, 탈시설은 아직도 해결해야 할 문제로 남아있다.

시설은 ‘공간적으로 집단수용된 상태이면서 관계적 측면에서 일방적으로 통제를 받는 상태’로 정의하고, 탈시설은 이러한 시설에서 살아가던 입소자가 지역사회로 돌아와 자립적이고 의미 있는 삶을 사는 것을 의미한다(김용득 2018a). 이러한 정의를 조금 더 넓게 해석하면, 시설 입소자뿐만 아니라 지역사회에서 돌봄이 필요한 대상자가 시설에 입소하지 않도록 예방하고 계속해서 지역사회 일원으로 살아가도록 하는 것도 탈시설로 볼 수 있다.

이러한 관점에서 탈시설을 이루려면 시설 입소자가 지역사회로 이주하거나 지역에 거주하는 돌봄 대상자가 시설에 가지 않도록 집을 지원하고 생활을 유지할 수 있는 지원서비스를 제공해야 한다. 탈시설을 위한 서비스 배치 측면에서 지역사회 기반 돌봄은 지역사회에서 지내고자 하는 사회복지 대상자에게 포괄적이면서 통합적인 서비스를 제공한다. 포괄성 측면에서 적합한 거주 시설을 제공하고 지역사회에서 일상 활동을 지원하는 서비스를 제공함과 동시에 통합적 측면에서는 이들 서비스가 개인의 상황에 맞도록 구성되어 제공되어야 한다.

돌봄은 일상생활의 다양한 환경 속에서 이루어지므로 개별적이면서 유연하게 제공되어야 한다. 돌봄 욕구는 개별적이므로 당사자가 참여해야만 욕구를 가장 효과적으로 충족할 수 있다. 따라서 욕구 충족의 방식이나 내용을 당사자가 직접 결정하고 지역사회는 이를 지원해야 한다. 지역사회 자체의 돌봄역량을 강화하

면 중장기 관점에서 효과적인 돌봄 체계를 구축할 수도 있다. 지역 구성원 간 관계를 강화하고 이를 위해 제도적·환경적 기반을 확보하면 지역사회의 지속 가능성이 증가할 수 있다.

지역사회 기반 돌봄을 실현하려면 돌봄 대상자가 지역사회에서 돌봄 욕구를 충족하도록 해야 한다. 이를 위해서는 우선, 지역사회에서 의미 있는 삶을 살아갈 수 있도록 돕는 서비스를 배치해야 하고, 둘째로 지역사회에 배치한 서비스를 쉽고 공평하게 접근할 수 있도록 하는 전달 체계를 만들어야 한다.

돌봄은 관계성이 중요하다. 이는 돌보는 사람과 돌봄을 받는 사람과의 상호인정을 기초로 이루어진다(김은정 2015). 돌봄은 제공자와 이용자가 신뢰와 협력을 바탕으로 할 때 서비스 질이 높아진다. 이용자의 욕구가 개별적이므로 제공자와 이용자 사이의 관계 형성에 따라 돌봄의 질이 결정된다는 측면에서 돌봄은 협동생산물(co-production)이다.

협동생산의 관점에서는 전문가가 이용자의 욕구를 평가하고 서비스를 개발하는 것이 아니라 이용자가 스스로 욕구를 표현하고 서비스 개발을 주도하는 능동적인 주체로 참여해야 한다. 이를 위해서 사회적 경제가 역량을 발휘할 수 있고 사회적 경제 조직 내에서 제공자와 이용자가 협업 관계로 참여하여 서비스의 질을 높일 수 있다.

1.2. 커뮤니티 케어의 개념

현 정부의 사회복지 정책은 ‘탈시설을 통한 커뮤니티 케어’이다. 서비스 이용자가 격리된 시설에서 지역사회로 이주하고, 지역사회에서 고립되지 않고 공동체 일원으로 살아가야 한다. 서비스 이용자들이 지역사회 활동에 참여하고 지역사회는 약자를 지역사회 일원으로 인정하도록 해야 한다. 이러한 시도를 포괄하여 ‘지역사회 기반 사회복지 체계’라고 정의한다.

지역사회 기반 사회복지 체계를 실현하려면 두 가지 전제가 필요하다. 첫째는 지역사회에 서비스 이용자를 위한 지원서비스를 확보해야 한다. 주거와 일상생활, 일자리 등의 사회적 지원이 유기적이고 유연하게 작동해야 한다. 둘째는 지역 사회로 이주한 약자를 이웃으로 인식하고 포용하는 공간이 되어야 한다.

현 돌봄 체계는 지역사회 대상자의 욕구에 맞추어 돌봄을 제공하지 않는다. 대상자의 돌봄 욕구는 읍·면·동 주민센터나 공적 복지시설 등에서 파악하나 돌봄은 돌봄 기관에서 제공한다. 따라서 대상자가 돌봄을 받으려면 직접 여러 기관을 방문해야 한다. 대상자 욕구를 중심으로 돌봄을 제공하려면 서비스 기획부터 돌봄 제공까지 체계를 통합해야 한다.

김용득(2018b)은 커뮤니티 케어를 <표 3-1>과 같이 ‘커뮤니티’와 ‘케어’의 관점에서 각각 3가지 차원으로 정의한다. 커뮤니티의 개념은 ‘공간으로서의 지역사회’, ‘지방으로의 권한 이양’, ‘주체로서의 지역사회’ 등 3가지 차원으로 정의한다. 케어는 ‘보건·의료서비스’, ‘요양·돌봄서비스’, ‘사회 포용’ 등 3가지 차원으로 정의한다.

표 3-1 커뮤니티 케어의 다차원성

커뮤니티 케어	공간으로서의 지역사회 (care in the community)	지방으로의 권한 이양 (decentralized community)	주체로서의 지역사회 (care by the community)
보건·의료서비스 (medical & health care)	지역사회 내 치료	보건·의료의 분권화	지역사회 참여 치료
요양·돌봄 서비스 (long-term & social care)	지역사회 내 돌봄	요양·돌봄의 분권화	지역사회 참여 돌봄
사회 포용 (social inclusion)	지역사회 내 포용	복지의 분권화	포용적 지역사회

자료: 김용득(2018b)과 김승연 외(2018)를 연구진에서 재정리함.

공간으로서의 지역사회는 지역사회와 교류가 단절된 시설로부터 탈피하는 탈

시설화이다. 돌봄의 부재로 시설에 갈 수밖에 없는 한계를 극복하는 시설화 예방을 포함한다. 대상자의 다양한 욕구를 무시하고 요양 시설에 수용하여 의료적으로 연명하는 삶을 강요하지 않고 지역사회에서 대상자의 욕구에 기반한 돌봄을 제공한다.

지방으로의 권한 이양은 지방 정부가 실질적으로 커뮤니티 케어 사업 기획과 전략 수립 등에서 주체적 역할을 하는 것이다. 핵심은 지방 정부에 서비스 전반에 걸쳐 책임과 권한이 보장되어야 한다는 데 있다. 대상자의 욕구에 기반한 돌봄을 제공하려면 지역 밀착형 돌봄을 실행해야 하는데 지방자치단체가 그 역할을 담당해야 한다. 중앙 정부와 지방자치단체가 합리적으로 역할을 분담하고 지방자치단체에 책임과 권한을 부여해야 한다.

주체로서의 지역사회는 돌봄을 중앙 정부나 지방자치단체가 제공하는 것에 그치지 않고 지역공동체와 주민이 주도적으로 돌봄을 제공하는 것을 기본으로 한다. 기존 돌봄 체계에서는 정부가 획일적인 돌봄을 공급하였다. 그러나 지역사회가 주체가 되면 주민이 지방자치단체와 비영리 부문 등과 함께 돌봄을 제공하고 공동체를 복원하고 활성화하는 실천적 노력을 한다. 그리고 대상자 또한 공동체에 기여하고 공동체 주체로서 활동하도록 기회를 제공한다.

외국의 커뮤니티 케어는 주로 공간으로서의 지역사회를 강조한다. 탈시설화를 지원하고 의료와 돌봄의 통합 제공에 초점을 맞추었다. 도입 초기에 장애가 있는 대상자에게 보건의료서비스를 시설이 아닌 가정이나 지역사회에서 제공하여 의료재정을 절감하고자 하였다. 탈시설화로 대상자가 가정이나 지역사회에 정착할 때 의료와 돌봄이 분절되면 서비스 제공의 비효율을 초래한다. 따라서 지역사회에 정착하려는 여건을 조성하려면 의료와 돌봄의 통합 제공이 필요했다.

케어는 보건·의료서비스, 요양·돌봄 서비스, 사회 포용 등 3가지 차원을 포함한다. 보건·의료서비스는 케어 대상자에게 국민건강보험 제도하에서 의료기관이 치료와 간호, 재활 등의 서비스를 제공하는 것이다. 지역사회에서 방문진료, 방문재활, 방문간호 등의 서비스를 구축하고 예방관리를 지원하도록 한다.

요양·돌봄 서비스는 노인복지시설이나 장애인복지시설 등에서 제공하는 가사, 간병, 간호, 재활 등의 통합 서비스를 의미하며 다양한 일상생활 지원 서비스를 제공하는 데 초점을 맞춘다.

사회 포용은 케어 대상자가 직접적인 보건·의료서비스나 요양·돌봄 서비스 외에 일자리나 여가·체육 활동, 지역사회 활동 등에 참여하여 지역사회의 일원이 될 수 있도록 지원하는 것을 의미한다.

2. 외국의 커뮤니티 케어 사례

2.1. 영국

영국은 1950년대 후반부터 커뮤니티 케어를 사회서비스 영역의 주요 정책으로 추진했고 50년 이상 관련 정책을 시행해 온 커뮤니티 케어의 본거지로 볼 수 있다(공선희 2015). 영국 보건부는 1989년에 커뮤니티 케어 정책 실행을 위한 백서(white paper)를 발간하고 이 백서에서는 커뮤니티 케어를 고령이나 육체적·정신적 장애를 가진 사람이 가능하면 자신의 집이나 지역사회에서 독립적으로 살아갈 수 있도록 적절한 서비스를 제공하는 것으로 정의하였다. 백서에서는 커뮤니티 케어의 핵심 요소를 설명하고 커뮤니티 케어가 대상자에게 원활하게 제공하려면 의료 돌봄(health care)과 사회 돌봄(social care) 서비스가 통합적으로 제공되어야 하며 이를 위해서 공적 재정이 뒷받침되어야 한다고 강조하였다(Department of Health 2019).

1970년대에 지방 정부에 사회서비스국을 설치하여 가족 중심의 통합 돌봄 지원 체계를 추진하고 커뮤니티 케어의 책임과 권한이 지방 정부에 있음을 명시하였다. 지방 정부는 사회서비스 제공자일 뿐만 아니라 서비스 전달에서 계획과 조

정, 구매자로 그 역할을 확장하였다. 1990년에 커뮤니티 케어법을 제정하여 보건의료와 사회서비스 욕구를 통합하여 제공함으로써 책임을 일원화하였다.

영국의 커뮤니티 케어는 주로 사회서비스와 보건의료 서비스를 통합하여 제공하는 것을 목적으로 한다. 사회서비스와 보건의료 영역을 이원화하고 각기 따로 서비스를 신청한다. 이러한 제도는 대상자가 시설에 모여 있으면 공급 체계가 다르더라도 효율성 측면에서 큰 문제가 없었다. 그러나 대상자가 시설에서 지역으로 분산되면 큰 비효율을 낳았다. 따라서 영국은 커뮤니티 케어를 운영하여 대상자의 욕구를 평가하는 창구를 지방 정부로 단일화하고 평가 결과에 따라 대상자의 욕구에 맞는 서비스를 제공하도록 함으로써 비효율성을 극복하고자 하였다.

그러나 영국의 커뮤니티 케어는 공간으로서의 지역사회와 지방으로의 권한 이양은 달성했으나 주체로서의 지역사회에는 중점을 두지 않았다. 지역사회가 적극적으로 참여하여 지역사회로 이동한 대상자에게 돌봄을 제공하는 데에는 관심이 많지 않았다. 그리고 대상자가 지역공동체 일원으로 기여할 수 있는 기회를 부여하는 노력도 부족하였다.

2.2. 일본

일본식 커뮤니티 케어인 ‘지역포괄케어시스템’은 노인인구의 급격한 증가와 보건·의료 재정 악화 등에 효과적으로 대응하기 위해 기존 개호보험을 개혁하는 과정에서 발전하였으며, 일본과 사회적·문화적 유사성이 높은 우리나라의 커뮤니티 케어 정책 설계에 참고할 수 있다(박세경 외 2018). 일본의 지역포괄케어는 1974년 개호 환자들이 가정 내 부적절한 돌봄으로 다시 시설로 돌아오는 문제를 해결하고자 보건, 의료, 복지 등이 연계된 포괄적 대응 체계를 구축한 것을 시초로 보고 있다(김원경 2014). 현재의 모습을 갖춘 지역포괄케어시스템은 2012년부터 시작되었으며 2013년 「사회보장개혁프로그램법」에 법적으로 “만성질환이

증증이 되어 요양이나 간호가 필요한 상태가 되어도 병원에 입원시키지 않고 생활이 익숙한 지역에서 인생의 최후까지 지낼 수 있도록 의료·개호·예방·생활지원·거주를 포괄적으로 제공하는 시스템”으로 정의한다(이규식 외 2019).

니키류(2018)는 일본의 커뮤니티 케어 정책을 분석하여 커뮤니티 케어의 궁극적 지향점을 제시하였다. 일본은 지역포괄케어센터를 중심으로 의료와 개호를 연계하며 생활 지원 서비스를 확대하여 서비스를 통합적으로 제공하는 ‘복합체(複合體)’화를 추진하였다. 중앙 정부가 주도하고 규제와 감독으로 통제하는 체계가 아니라 지역에서 자발적으로 참여하는 돌봄 네트워크가 커뮤니티 케어를 주도한다. 따라서 커뮤니티 케어는 모든 주민이 협력하고 도우면서 살아가는 공동체를 지향해야 한다고 주장하였다.

일본의 지역포괄케어는 단과(단카이) 세대(1947년에서 1949년 사이에 출생한 베이비붐 세대) 700만 명이 75세가 되는 2025년을 대비하고자 본격화되었다. 2005년 지역포괄케어센터 설치 규정 마련을 시작으로 2013년 「사회보장개혁프로그램법」을 제정하고 2014년 「의료개호 종합확보추진법」을 제정하여 2025년을 대비한 지역포괄케어 체계를 확립하였다.

「사회보장개혁프로그램법」과 「의료개호 종합확보추진법」에서는 지역포괄케어 체계를 ‘지역의 실정에 따라, 고령자가 가능한 한 정든 지역에서, 가진 능력에 따라 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록, 의료·개호, 개호예방, 주거 및 자립적인 일상생활의 지원이 포괄적으로 확보되는 체계’로 정의하였다. 이러한 정의를 기반으로 일본은 고령자가 지역사회 생활 유지에 필요한 의료, 개호, 예방, 주거, 생활 지원 등 5가지 요소를 유기적으로 네트워크화하여 통합 돌봄을 제공할 수 있도록 지역포괄케어 체계를 마련하였다.

일본의 지역포괄케어 체계의 핵심은 지역포괄지원센터이다. 지역포괄센터는 지역 주민의 건강 유지와 생활 안정에 필요한 서비스를 포괄적으로 지원하고 연계하는 기관이다. 사회복지사와 간호사, 케어매니저 등을 배치하여 대상자의 개별 상황을 진단하고 분석하여 적합한 지원 계획을 수립하는 역할을 한다.

일본 커뮤니티 케어의 특징은 사회서비스가 아니라 보건의료 부문이 주도한다는 데 있다. 사회서비스와 보건의료 서비스를 병립하여 통합하는 방식이 아니라 보건의료 서비스 체계를 중심으로 사회서비스 체계를 결합하는 방식이다. 기존의 대규모 요양 기관을 소규모로 나누어 대상자를 돌보는 방식이 많다고 한다. 따라서 엄밀한 의미로 공간으로서의 지역사회를 충족했다고 보기 어렵다.

3. 커뮤니티 케어 선도사업 추진 현황과 한계

3.1. 선도사업 추진 현황

우리나라의 커뮤니티 케어는 돌봄 불안을 해소하고 국민의 삶의 질을 높이고자 노인이 살던 곳에서 건강하게 노후를 보낼 수 있도록 주거와 의료, 요양, 돌봄 서비스를 통합하여 제공하는 정책이다. ‘시설에서 지역사회로’라는 구호 아래 대상자의 선택권을 확대하고 욕구에 따른 유연한 서비스를 제공한다.

정부는 2018년 11월 지역사회 통합 돌봄 기본계획을 발표하고 통합 돌봄 제공 기반을 구축하기 위한 추진 로드맵과 4대 중점과제를 제시하였다. 그리고 16개 시·군·구에서 지역 자율형 통합 돌봄 모형을 만들기 위한 선도사업을 시작하였다.

4대 중점 과제는 다음과 같다. 하나는 주거 지원 인프라의 확충은 어르신이 평소 사는 곳에서 건강한 삶을 영위하도록 하는 데 목적이 있다. 어르신 집으로 찾아가는 방문 의료를 위해서는 찾아가는 건강관리를 제공하는 주민건강센터를 대폭 확충한다. 재가 장기요양과 돌봄의 획기적 확충은 시·군·구에 종합재가센터를 설치해 돌봄과 의료를 통합 제공하는 것이 목적이다. 사람 중심의 민·관 서비스 연계와 통합 돌봄 제공은 공급자 중심의 분절적인 서비스 칸막이를 해소하고 지역사회와 공공이 협력한 서비스 연계에 중점을 둔다.

선도사업은 지방자치단체가 자율성을 가지고 필요한 서비스를 기획하고 운영할 수 있도록 하였다. <표 3-2>에서 보는 바와 같이 선도사업은 시·군·구 단위의 기초 지방자치단체를 기본 사업 단위로 하고 전국 단위 공모를 하여, 1차 선도사업은 노인 지역사회 통합돌봄 모델 4곳, 장애인 자립 생활 및 지역사회 정착 모델 2곳, 정신질환자 지역사회 정착 지원 모델 1곳 등 총 8곳의 지자체를 선정하였고, 2차 선도사업으로는 대도시 지역 2곳, 급속한 고령화 지역 1곳, 도농 복합지역 3곳, 농촌 지역 2곳(충남 청양, 충북 진천)으로 지역 특성에 맞는 다양한 지역을 선정하였다.

표 3-2 선도사업 선정 지방자치단체

사업 대상군	지자체	비고
노인 사업	광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 진해시	추경으로 지역 확대
	부산 북구, 부산 부산진구, 경기도 안산시, 경기도 남양주시, 충북 진천군, 충남 청양군, 전남 순천시, 제주 서귀포시	
장애인 사업	대구 남구, 제주 제주시	
정신질환자 사업	경기 화성시	

자료: 보건복지부(2019. 4. 4.) “「지역사회통합돌봄」, 8개 지자체에서 첫 걸음.”

노인 사업 중 가장 활발한 사업은 주로 요양병원이나 요양원에 입소한 노인에게 의료와 돌봄, 욕구 조사 등을 통합 제공하여 지역사회로의 복귀를 돕는 사업이다. 요양 시설에서 퇴원을 준비 중인 노인과 지역사회에 거주하나 일상생활의 어려움으로 시설 입소가 불가피한 노인을 대상으로 한다. 지방자치단체는 대상자의 욕구를 조사하고 퇴원계획 등 개별 지원 계획을 수립한다. 병원의 지역 연계실에서 퇴원 계획을 수립하고 케어안내창구 등과 연계한다. 거동이 불편한 노인이 집안에서 불편 없이 생활할 수 있도록 집수리, 재택 의료, 재가 서비스를 지원한다.

3.2. 선도사업의 한계

현 선도사업은 '탈시설'에 중점을 둔다. 현재 시설에 입소한 돌봄 대상자를 지역사회로 보내고 지역사회에서 정착하여 살 수 있도록 지원한다. 퇴원한 대상자가 지역사회에 거주할 수 있도록 주거 지원 인프라를 확충하고 방문 의료와 재가 돌봄 서비스 등을 제공한다. 그러나 농촌에서 탈시설에 중점을 둔 정책은 분명한 한계가 있다. 시설에서 퇴원하는 대상자가 정착할 곳이 농촌일 확률은 적기 때문이다. 예를 들어, 먼 지역 요양원에 입소한 대상자의 원 거주지는 도시일 확률이 높다. 따라서 퇴원 후 같은 면으로 돌아갈 확률은 지극히 적다.

현 선도사업은 돌봄 시설을 설치하고 개선하는 데에 중점을 두고 있는데 이러한 전략이 농촌에서도 효과적인 정책인지는 불확실하다. 현재 선도사업을 진행하고 있는 지방자치단체는 4대 중점 과제 중 주거 지원 인프라 확충에 우선 순위를 두고 선도사업을 진행하고 있는 것으로 보인다. 그러나 농촌은 대상자가 넓은 지역에 분포하여 중심지에 설치하는 시설을 이용하기 어렵다. 농촌에 거주하는 대상자가 돌봄 시설에 대한 수요가 있는지도 확인해보아야 한다.

커뮤니티 추진 주체에서 지역사회와 공동체의 역할이 부족한 면도 있다. 1차 선도사업에 선정된 일부 지방자치단체는 마을 공동체나 사회적 경제 조직을 이용하여 통합 돌봄을 제공하거나 자원봉사자와 대상자를 연계하는 방안 등을 제시하였다. 그러나 농촌은 사회적 경제 조직에서 활동할 인력을 고용하거나 자원봉사자를 구하는 데에도 취약하다. 단기적인 방안으로서 고려할 수 있지만 조직적으로 인력을 확보하고 적절한 보상이 없으면 향후 지속가능성은 담보할 수 없다. 농촌의 경우 읍·면 단위에 형성된 지역공동체를 돌봄 주체로 활용할 수 있으나 선도사업에서는 이를 고려하지 않았다.

돌봄 대상자가 사업에서 소외된 측면도 있다. 앞서 논의한 바와 같이 지역사회 기반 돌봄에서는 돌보는 사람과 돌봄을 받는 사람과의 신뢰와 협력이 중요하다. 돌봄은 이용자와 제공자가 관계 형성을 바탕으로 생산하는 협동생산물이기 때문

이다. 그러나 선도사업에서는 돌봄 대상자가 직접 참여하여 돌봄에 참여할 수 있는 조직이나 사업을 구체적으로 명시하지 않았다.

시·군·구 지방자치단체를 중심으로 하는 커뮤니티 케어 체계도 농촌의 특성을 반영하지 못한다. 농촌 돌봄의 문제점은 과소화와 이에 따른 서비스 접근성 문제에 기인한 측면이 크다. 따라서 시·군·구 행정을 중심으로 한 커뮤니티 케어는 면이나 마을 단위에 거주하는 대상자에게 도달하지 못할 가능성이 크다. 특히 커뮤니티 케어의 핵심으로 추진하는 방문간호나 방문요양 등이 농촌에서 효율적인 서비스인지 확인이 필요하다.

이번 선도사업에서 농촌 지역 지방자치단체는 소수만 참여하였다. 1차 선도사업에서는 군 지역 지방자치단체는 선정하지 않았고 2차 선도사업에는 충남 청양군과 충북 진천군 2곳만 선정되었다. 실제 통합 돌봄이 필요한 노인은 공적 돌봄 체계가 부족한 농촌에 많을 수 있으나 농촌 지역 지방자치단체가 많이 참여하지 않았다. 따라서 선도사업 종료 후 농촌의 특성을 반영한 농촌형 지역사회 통합 돌봄 모델이 탄생할 수 있을지 지켜봐야 한다.

제4장

농촌형 커뮤니티 케어 추진 체계



4

농촌형 커뮤니티 케어 추진 체계

1. 기본 원칙 및 추진 방향

돌봄 체계에서 농촌의 한계를 극복하려면 농촌형 커뮤니티 케어는 기본적으로 주체로서의 지역사회를 추구해야 한다. 농촌이 가지는 자원과 자원 이용의 한계를 극복하고 돌봄을 제공하는 데 지역사회가 그 역할의 중심에 있어야 한다. 지역사회 내에서 제공자와 대상자 사이의 갈등을 조정하고 지역사회 주민이 스스로 필요한 서비스와 제공 방법을 계획하고 운영하도록 해야 한다. 공적 돌봄 체계 내에서 돌봄을 제공하는 역할에서 벗어나 지역사회 내 모든 주민을 포용하고 농촌의 공동체성을 회복하는 데 지향점이 있다. 지역공동체를 중심으로 협력과 연대의 경험이 있는 농촌에서는 주체로서의 지역사회가 농촌 돌봄 체계 문제를 해결하는 대안으로 활용될 수 있다.

이러한 관점에서 농촌형 커뮤니티 케어 추진 방향을 논의하고자 한다. 대상자, 추진 주체, 사례 발굴 방법, 돌봄 제공과 시설 설치 방안, 다른 사업과의 연계 등을 주제로 농촌형 커뮤니티 케어가 추구해야 할 방향을 제시하고자 한다.

1.1. 대상자

노인의 신체적·인지적 기능 상태는 크게 4가지로 구분한다.¹⁴⁾ ‘건강한 노인’으로 일상생활이 가능하며 정신적·심리적 문제가 없는 노인, ‘잠재적 등급자’로 일상생활에 큰 문제는 없지만 약간의 불편의 느끼며 앞으로 신체 기능이나 인지 상태가 저하될 가능성이 큰 노인, ‘경증 상태’로 기능 상태 저하가 나타나기 시작하여 간단한 돌봄을 필요로 하는 노인, ‘중증 상태’로 일상생활이 불가능하여 전적으로 돌봄을 받아야 하는 상태의 노인이다.¹⁵⁾

경증과 중증 상태 노인은 노인장기요양보험에서 돌봄을 제공한다. 중증 상태 노인은 노인장기요양보험 1~2등급자로 노인의료복지시설이나 요양병원에 입소할 수 있다. 경증 상태 노인은 노인장기요양보험 3~5등급자로 재가노인복지시설에서 돌봄을 받는다. 2019년에 노인장기요양보험 등급자는 약 76.5만 명으로 전체 노인 인구의 약 9.9%이다. 군 지역에도 12.1만 명의 등급자가 거주하는데 읍과 면에도 장기요양 시설이 있어 공적 돌봄을 받을 수 있다.

잠재적 등급자는 노인맞춤돌봄서비스 대상자로 약 118.5만 명이다. 문제는 노인맞춤돌봄서비스가 2020년 기준 약 45만 명에게 돌봄을 제공할 예정으로 잠재적 등급자 중 약 73.5만 명이 돌봄을 받을 수 없다는 데 있다. 돌봄 대상자로 선정되어도 관련 돌봄 시설이 부족한 농촌에서는 적절한 돌봄을 받지 못할 가능성도 크다. 노인맞춤돌봄서비스는 국비로 3,728억 원이 책정되어 있는데 읍·면·동당 약 1억 원, 잠재적 등급자 1인당 약 20만 원에 불과하다.

농촌형 커뮤니티 케어 대상자는 일상생활에 큰 문제는 없지만 향후 신체 기능이나 인지 상태가 떨어질 가능성이 큰 농촌 노인이다. 노인의 삶의 질을 높이고 건

14) 대상자는 노인장기요양보험 등급 판정과 방문건강관리사업의 대상자 분류 기준을 고려하여 구분하였다.

15) 이 연구에서는 경증 상태 노인과 중증 상태 노인은 노인장기요양보험 등급자, 잠재적 등급자는 노인맞춤돌봄서비스 대상자로 정의한다.

강보험 재정 건정성을 확보하려면 잠재적 등급자가 경증이나 중증 상태로 발전하지 않도록 예방적 돌봄을 제공해야 한다. 특히 농촌은 돌봄 접근성이 부족하여 당장 필요한 노인장기요양보험 시설을 만드는 데 집중해서 지금까지 예방적 돌봄은 거의 제공하지 못했다. 농촌형 커뮤니티 케어는 농촌에 거주하는 잠재적 등급자가 노인장기요양보험 등급자가 되지 않도록 막는 예방적 돌봄을 제공하는 것을 목적으로 한다.

노인을 농촌형 커뮤니티 케어 대상자로 국한할 필요는 없다. <표 3-1>에 따르면 커뮤니티 케어는 보건·의료나 요양 서비스와 함께 사회 포용을 하나의 서비스로 인식한다. 농촌에 거주하는 다양한 취약 계층에게 지역사회가 보건·의료나 요양 이외에 다양한 종류의 포용적 돌봄을 제공하는 것이 커뮤니티 케어의 본질이다. 따라서 농촌에 거주하는 정신 장애자와 정신질환자나 정신적 장애자, 신체 장애자, 다문화 가족, 결혼 이민 여성, 청년농, 건강한 고령농 등 사회적으로 취약한 계층이 농촌형 커뮤니티 케어의 잠재적 대상자가 될 수 있다.

1.2. 추진 주체

보건복지부 커뮤니티 케어 선도사업의 추진 주체는 지방자치단체이다. 읍·면·동 케어창구나 시·군·구 융합서비스팀, 시·군·구 케어회의가 커뮤니티 케어 체계를 구축하고 사업 기획과 조정의 역할을 담당한다. 지방자치단체가 선도사업 모형을 발굴하여 검증하고 지역 특화 모델을 만드는 것은 돌봄의 지방 이양이라는 면에서는 적합하다. 그러나 시·군·구 지방자치단체 주도 커뮤니티 케어는 공간적으로 거리가 먼 마을 단위 농촌까지 효과가 나타나기는 어렵다.

선도사업의 또 다른 문제점은 주체로서의 지역사회를 구현할 통로가 없다는 데 있다. 선도사업에서 지역 주민이 공동체 일원으로 커뮤니티 케어 주체로 활동할 수 있도록 ‘주민건강조직’이라는 모델을 예로 제시하였다. 이 모델은 건강 문제를

해결하는 주체로서 주민 참여를 운영 원리로 하고 사업 기획 단계부터 주민이 자율적으로 참여하고 사업 운영 전 과정에 주체로 참여할 수 있도록 한다. 그러나 지역 주민이 누구인지 민관 협력체계를 어떻게 구성하고 운영해야 하는지는 모두 지방자치단체가 결정해야 하는데 주민 주도 사업을 진행할 의지는 부족하다. 지금까지 주민 참여나 민관 협력을 중심으로 커뮤니티 케어 사업을 진행하는 지방자치단체는 없다.

농촌형 커뮤니티 케어는 주민이 추진 주체가 되어야 한다. 지역의 돌봄 욕구는 대상자와 오랫동안 같은 지역에서 살아온 주민과 대상자인 주민이 가장 잘 안다. 예를 들어 마을에 거주하는 노인 중에서, 노인장기요양보험이나 노인맞춤돌봄서비스 혜택을 받지 못하지만 목욕이나 도시락 배달 서비스를 원하는 사람이 자신의 요구를 적극적으로 나타내지 않으면 서비스를 제공하기 어렵다. 마을에서 공간적으로 떨어진 시·군·구 단위 지방자치단체나 먼 주민센터에서 사람을 적극적으로 찾아 서비스를 제공하기 어렵다. 서비스가 필요한 사람을 찾아서 공적 돌봄에 연계하는 데에는 이웃에 살고 교류하는 주민이 가장 적합하다.

주민 주도 커뮤니티 케어는 돌봄을 제공하고자 하는 주민과 돌봄 대상자가 모두 참여해야 한다. 농촌형 커뮤니티 케어에서 돌봄 제공의 핵심은 협동생산에 있다. 즉, 돌봄 제공자와 대상자가 신뢰를 기반으로 돌봄을 주고받는 상호 작용이 지역사회 돌봄의 핵심이라는 것이다. 따라서 어떠한 차별도 없이 모든 주민이 참여할 수 있도록 추진 체계를 구성하고 이를 실현할 수 있는 돌봄 체계를 구성해야 한다.

주민이 주도하는 커뮤니티 케어 사업을 추진하려면 주민 자치회나 협의체와 같은 공동체 조직이 필요하다. 일반적으로 이러한 조직에는 이장이나 통장과 같이 인지도가 있는 일부 주민만이 참여하지만 다양한 배경을 가진 주민이 모두 참여하여 커뮤니티 케어 사업을 추진해야 한다. 주민 모두가 공동체의 목적과 방향에 동의해야만 공동체가 지속 가능하기 때문이다. 그러나 주민이 참여하는 조직이 단기간에 형성되는 경우는 드물다. 따라서 주민의 참여를 보장하고 효율적인 커

뮤니티 케어 사업이 가능한 공동체를 조직하는 방안을 고민해야 한다.

공동체의 조직은 다양한 방법이 있을 수 있지만 구자인 외(2020)에서 제안한 방식이 적합한 모형이 될 수 있다. 구자인 외(2020)에 따르면 공동체를 조직하기 전에 학습 모임을 구성하여 읍·면 내에서 사회복지 관련 자격증을 소지한 주민이 주도하여 취약 계층 실태 조사와 돌봄 계획을 수립할 수 있다. 그 후에 학습 모임을 공동체 설립 모임으로 전환하고 주민이 참여하는 사회적 경제 조직을 설립하여 돌봄을 제공할 수 있다.

1.3. 사례 및 대상자 발굴

통합 돌봄의 핵심은 대상자의 욕구를 파악하고 욕구에 기반하여 돌봄을 제공하는 데 있다. 욕구를 파악하려면 돌봄 수요를 가진 대상자를 우선 발견하는 것이 중요한데, 선도사업에서는 읍·면·동 주민센터에 설치한 케어안내창구가 그 역할을 담당한다. 케어안내창구에서 발굴한 사례 중에서 읍·면·동 내에서 관리가 가능한 대상자는 자체적으로 해결하고, 해결이 어려운 사례는 시·군·구 지역케어회의와 연계하여 돌봄을 제공한다.

그러나 읍·면·동 케어안내창구가 사례나 잠재적 대상자를 발굴하는 역할을 하기 어렵다는 데 문제가 있다. 선도사업은 면 주민센터에 커뮤니티 케어 전담 상담원을 한두 명 배치한다. 그러나 한두 명의 상담원이 읍이나 면과 같이 넓은 지역에 분산 거주하는 대상자를 찾아다니는 것은 사실상 불가능하다. ‘창구’라는 명칭은 대상자를 찾아가겠다는 것이 아니라 찾아오는 대상자를 상대로만 서비스를 제공할 것이라는 의미를 강하게 내포한다.

주민은 대상자와 주민센터를 연결하는 매개의 역할을 할 수 있다. 주민은 거주하는 지역과 이웃을 가장 잘 알고 있으며 대상자 접근성에도 문제없다. 지역 주민이 복지 사각지대에 있는 대상자를 찾고 지방자치단체의 복지 담당자나 사례관리

담당자에게 연계할 수 있다. 지역사회보장협의체와 같이 지역에서 복지 사각지대 발굴 등을 목적으로 하는 주민 협의체와 연계하면 사례 발굴 효율성은 더욱 증가한다.

농촌형 커뮤니티 케어 사업은 주민이나 주민 참여 공동체가 사례 발굴에 투입하는 비용을 지급할 수 있도록 재정을 확보하도록 해야 한다. 돌봄 대상자 발굴을 전적으로 주민이나 주민 공동체의 자발성에 기댈 수는 없다. 사업 초반에는 자발적으로 사각지대 수요자를 발굴하고 연계하는 일을 할 수 있으나 사례 발굴 비용 보전이나 대가 없이 주민이 계속 사례 발굴을 요청할 수는 없다. 주민자치회의 실무분과나 지역사회보장협의체에서 활동하는 주민 활동가에게 비용을 보조하고 사회복지 교육이나 훈련 프로그램에 참여할 수 있도록 재정적으로 지원해야 한다.

1.4. 돌봄 제공

마을 단위의 대상자에게 돌봄을 제공하려면 마을 내에 돌봄 시설을 설치하거나 읍·면 중심지에 시설을 설치하고 교통수단을 제공해야 한다. 그러나 수익성이 없는 농촌에 영리를 목적으로 하는 돌봄 시설이 들어설 가능성은 없다. 농촌 마을에도 경로당이 있어 자율적인 ‘사랑방’ 역할을 한다. 그러나 경로당은 20명(읍·면은 10명) 이상이 이용할 수 있는 20㎡ 이상의 공간만 있으면 설치가 가능한 시설로 돌봄 시설이라고 부르기에는 어려운 면이 있다.

농촌형 커뮤니티 케어는 주민이 직·간접적으로 간단한 돌봄을 제공하는 체계이다. 잠재적 등급 노인에게 필요한 돌봄은 일상생활에 필요한 돌봄으로 전문적인 지식이 필요하지 않다. 단순히 이웃집 대상자의 안부를 확인하거나 도움이 필요한 이웃을 발견하여 연계하는 정도의 돌봄은 당장 가능하다. 간단한 교육이나 훈련을 받거나 요양보호사인 주민이면 더 전문적인 돌봄을 제공할 수 있다. 좀 더 전문적인 돌봄은 자격을 갖춘 주민이나 외부 인력을 영입하여 해결한다.

돌봄에 참여하는 주민에게 정당한 노동의 대가를 지급해야 한다. 농촌 주민은 주로 농업에 종사하기 때문에 돌봄을 제공하려고 농사를 중단할 수는 없다. 만일 돌봄을 제공하여 발생하는 기회비용을 보상하지 않으면 주민이 제공하는 돌봄은 지속성을 담보할 수 없다. 따라서 주민이 농업 활동 시간 일부를 돌봄에 투입하면 비용을 보상하거나 주민을 시간제 일자리나 부업 등으로 채용해야 한다.

돌봄을 공급하는 주민 공동체는 법인 형태를 갖추어야 한다. 중앙 정부나 지방자치단체에서 지원하는데, 보조금 사업 등에 지원하고 보조금을 활용하는 데에는 법인이 더 유리하다. 예를 들어 노인맞춤돌봄서비스 수행 기관은 반드시 비영리법인이나 사회복지법인이어야 한다. 주민이 노인맞춤돌봄서비스 사업을 활용하여 대상자에게 돌봄을 제공하고 부업 소득을 받으려면 법인인 공동체에 속해야 하는데 주민 공동체가 이러한 역할을 할 수 있다.

돌봄을 요양과 간호와 함께 취약 계층에게 필요한 서비스 일체라고 하면 이러한 서비스는 케어의 한 종류인 사회 포용으로 정의할 수 있다. 돌봄의 차원 확장은 기존 커뮤니티 케어의 이론적 논의와는 다르다. 그러나 포용적 지역사회로서 더 다양한 대상자에게 꼭 필요한 돌봄을 제공하는 데 의의가 있다. 예를 들어 일손이 필요한 고령 농민에게 주민 공동체가 단기 노동력을 제공하는 것도 농촌형 커뮤니티 케어 중 하나이다. 귀농한 청년농에게 농업 기술을 가르치거나 임시 일자리를 제공하는 것도 커뮤니티 케어일 수 있다. 결혼 이주 여성에게 한글 교육을 제공하고 다문화 가정 자녀에게 방과 후 교육을 제공하는 것도 마찬가지로 하나의 커뮤니티 케어로 정의할 수 있다.

1.5. 보건의료 서비스 제공

보건복지부의 선도사업에서는 지역의 의원급 병원이 참여하여 보건의료 서비스를 제공한다. 선도사업에서 보건의료 서비스 제공이 중요한 이유는 요양 시설

에서 퇴원한 대상자에게 의료 서비스를 제공해야 하기 때문이다. 퇴원 대상자는 복잡한 질환이 있을 가능성이 커 의료 전문가가 꾸준히 진료하고 관리해야 한다.

그러나 농촌형 커뮤니티 케어는 전문적인 보건의료 서비스가 항상 필요하지 않다. 주 사업 대상자가 시설에서 퇴원한 노인보다는 기능 상태가 저하될 가능성이 있는 잠재 등급자에게 예방적 돌봄을 주로 제공하기 때문이다. 다시 말하면 급성기 보건의료 서비스 제공 확률이 낮다는 의미이다. 그리고 농촌은 보건의료 서비스를 제공할 의원급 병원 수도 적다. <표 2-12>와 같이 먼 지역의 의원급 병원 수는 읍 지역의 절반에도 미치지 못한다.

그러나 대상자의 건강을 증진하고 만성 질환을 관리하려면 간호사 정도의 의료 인력이 필요한데 농촌에서는 그 역할을 주로 보건진료소가 담당할 수 있다. 보건진료소가 보건의료 서비스 공급처로서 적합한 이유는 접근성이다. 보건진료소는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 간호사 자격증 소지자인 보건진료 전담 공무원이 근무하는 가장 작은 단위의 공적 의료기관이다. 전국에 1,904개의 진료소가 있으며 진료소 1개소당 5~10개 마을을 담당할 정도로 대상자 접근성이 좋다.

농촌에서 활동하는 의료소비자생활협동조합(이하 의료생협)과 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협)¹⁶⁾이 있거나 이를 조직한다면 농촌형 커뮤니티 케어의 보건의료서비스 제공 기관으로 활용하거나 주민 돌봄 조직 역할을 할 수 있으나 까다로운 설립 요건 때문에 실현하기 어렵다. 의료생협과 의료사협은 지역 주민과 의료인이 함께 설립하고 운영하는 의료협동조합으로 치료와 예방, 검진, 재활, 만성질환관리 등의 서비스를 제공한다. 현재 의료생협이나 의료사협은 전국에 25개가 있는데 군 지역에는 흥성우리마을의료조합만 활동한다. 농촌에서 의료생협이나 의료사협이 거의 없는 이유는 다른 종류의 생협이나 사협과 달리 설립인가 기준이 까다로워 농촌에서 이를 충족하기 어렵기 때문이다. 의료생협과 의료사협의 설립인가 요건은 발기인 500명, 총출자금액 1억 원이다.¹⁷⁾ 문제는

¹⁶⁾ 현재 대부분의 의료생협이 의료사협으로 전환 중이다.

발기인 수와 총출자금액이 평균 거주 인구 약 4,000명 안팎인 면 단위 농촌에서는 충족하기 어려운 조건이라는 데 있다. 홍성우리마을의료조합이 의료생협에서 의료사업으로 전환하지 못하는 이유 중 하나이다. 따라서 농촌에서 의료생협이나 의료사협 설립 조건을 완화하는 정책이 필요하다.

1.6. 돌봄 시설

농촌형 커뮤니티 케어 사업에서 필요한 시설은 주간보호센터 등과 같이 전문적인 돌봄을 제공하는 면 돌봄 시설과 생활 돌봄 등 일상생활에 필요한 도움을 제공하는 소규모 돌봄 시설이다.

주간보호센터는 낮 동안 도움이 필요한 어르신들에게 신체 및 인지 능력 향상을 위한 맞춤형 프로그램을 운영하여 정서적 안정 및 일상생활을 유지할 수 있도록 지원하는 시설이다. 부득이한 사정으로 가족의 보호를 받을 수 없는 일상생활이 어려운 노인에게 각종 편의와 신체적·정신적 부담을 덜어주는 서비스를 제공한다.

주간보호센터는 농촌 거주 대상자가 이용하기는 어렵다. 노인장기요양 시설인 주간보호센터는 면 지역에도 많이 있으나 주로 읍·면 중심지에 위치하여 마을에 거주하는 대상자가 이용하기 어렵고 노인장기요양보험 등급자가 아니면 비용 부담도 크다. 노인복지관은 전국에 347개가 있으나 농촌에는 단 85개만 있으며, 그 중에서 면 지역에 있는 시설은 18개에 불과할 정도로 수가 적어 없다고 해도 과언이 아니다. 따라서 주간보호센터 수준의 시설을 어느 곳에 어떻게 설치하고 운영해야 하는지 고민이 필요하다.

소규모 돌봄 시설은 마을에 거주하는 노인이 방문하여 예방적 돌봄을 목적으로

17) 의료생협의 경우 기존에는 발기인수 300명, 총출자금액 3,000만 원이었으나 사무장 병원 등을 제한하기 위해 2016년도에 설립 요건을 현재와 같이 변경하였다.

여러 가지 건강 관련 프로그램을 제공한다. 예를 들어 근골격계 질환 예방을 위한 체조 프로그램을 제공하거나 한의사 또는 물리치료사가 방문하여 마을 거주 노인을 대상으로 간단한 보건·의료 서비스를 제공할 수 있다. 마을 주민이 방문할 때 접근성 문제를 최소화할 수 있도록 경로당이나 마을 회관에서 프로그램을 진행할 수 있다. 그리고 필요한 경우 거동이 불편한 노인에게 돌봄을 제공하기 위한 마을 거점 돌봄 센터의 기능도 할 수 있다.

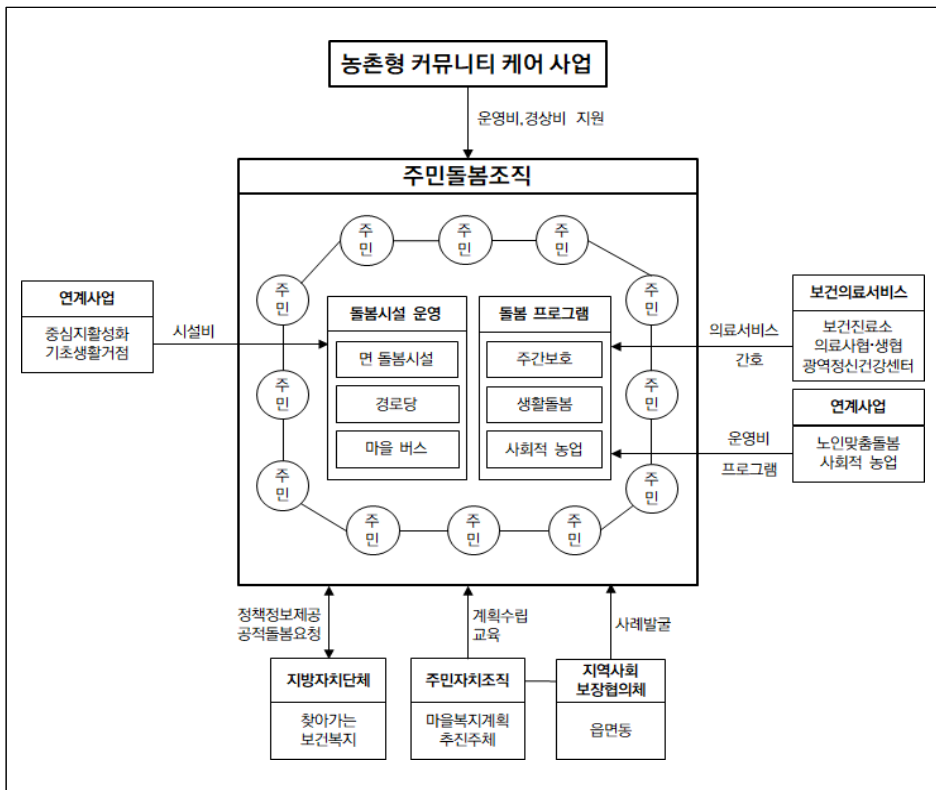
1.7. 사업 연계

농촌형 커뮤니티 케어 사업이 성공하려면 주민 참여가 필수다. 행정을 하향식으로 계획하고 운영하면 지역 주민이 실제로 원하는 욕구를 무시한 사업이 생기고 사업의 지속 가능성이 사라져 유희시설과 운영 비용으로 고통을 겪는다. 따라서 주민이 직접 참여하여 지역의 활용 가능한 자원을 파악하고 각종 사업을 연계할 수 있도록 계획을 세워야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어 사업이 성공하려면 주민 참여가 필수다. 행정을 하향식으로 계획하고 운영하면 지역 주민이 실제로 원하는 욕구를 무시한 사업이 생기고 사업의 지속 가능성이 사라져 유희시설과 운영 비용으로 고통을 겪는다. 따라서 주민이 직접 참여하여 지역의 활용 가능한 자원을 파악하고 각종 사업을 연계할 수 있도록 계획을 세워야 한다.

상기 논의를 종합한 농촌형 커뮤니티 케어 추진 체계는 <그림 4-1>과 같다.

그림 4-1 농촌형 커뮤니티 케어 체계(안)



자료: 연구진 작성.

2. 추진 과제

앞서 설명한 농촌형 커뮤니티 케어의 기본 원칙 및 방향, 제공 체계 등을 반영하여 지역사회를 기반으로 하는 농촌형 커뮤니티 케어 추진 과제를 논의한다. 농촌 공동체를 ‘돌봄 역량 보유의 주체’로서 규정하고 지역 구성원 사이의 상호돌봄 가능성에 집중한다. 특히 돌봄 당사자가 돌봄 생산 과정에 직·간접적으로 참여하여 지역사회의 돌봄 역량을 강화하는 방향으로 농촌형 커뮤니티 케어 체계를 구성한다.

2.1. 주민돌봄조직

2.1.1. 구성 및 체계

주민돌봄조직에는 지역 주민 모두가 참여한다. 커뮤니티 케어는 농촌 마을에 거주하는 대상자에게 돌봄을 제공한다. 돌봄 대상자인 동시에 돌봄 제공자인 주민 모두가 참여하면 대상자의 정확한 욕구 파악이 수월하고 돌봄 제공에 들어가는 접근 비용도 감소한다. 주민이 모두 참여하는 주민 돌봄 조직은 지역사회 돌봄 욕구를 파악하고 효율적으로 제공하는 데 유리하다.

주민돌봄조직은 조직을 효율적으로 관리하는 데 유리한 법인 형태로 운영한다. 법인의 형태는 사회적 경제조직으로 사회적기업, 사회적협동조합, 협동조합, 마을기업, 농어촌공동체 회사 등을 고려할 수 있다. 주민 돌봄 조직의 구성과 목적에 비추어 사회적 협동조합 형태로 운영할 것을 제안한다.

사회적 협동조합은 돌봄을 제공하는 주민과 돌봄 대상자가 모두 참여하는 조직을 운영할 수 있다. 수요자와 공급자가 모두 참여하므로 대상자의 욕구에 맞는 돌봄을 계획하고 효율적으로 제공할 수 있다. 단기적인 이윤 추구가 아니라 지역사회에 지속 가능한 돌봄을 제공하는 공익적 목적에도 부합한다.

사회적 협동조합은 비영리법인격으로 인정받아 정부 사업에 참여할 수 있는 기회도 많다. 정부의 각종 복지 관련 보조금 사업에 지원할 수 있고 조건을 갖추면 「노인복지법」상 복지시설을 설치할 수 있다. 그리고 비영리법인으로서 노인맞춤돌봄서비스 사업의 위탁 수행기관으로 지정받을 수 있다.

그러나 특정한 법인격에 구애를 받을 필요는 없다. 조직의 법인격보다는 목적이 더 중요하다. 예를 들어 강원도 횡성군 청일면에서 농촌형 교통모델 발굴사업으로 운영하는 마을버스는 주민들이 가입한 영농조합법인이 운영한다. 전남 영광군 묘량면의 여민동락공동체도 비영리민간단체이다.

2.1.2. 역할

주민돌봄조직은 면 중심지에 면 돌봄시설을, 마을에는 생활 돌봄을 제공하는 시설을 설치하여 대상자에게 돌봄을 제공한다. 면 돌봄시설은 주간보호센터 등의 기능을 하도록 하고, 마을에는 경로당이나 보건진료소 등을 개선하여 생활 돌봄 제공 시설로 이용할 수 있도록 한다. 면 돌봄시설에서는 지역 내·외부에서 돌봄이나 교육 분야의 전문 인력을 채용하여 신체 및 인지 능력 향상을 위한 전문 서비스를 제공하도록 한다. 마을의 경로당이나 보건진료소, 마을 회관 등에서는 주민에게 건강 관리나 만성 질환 관리 등의 간단한 돌봄을 제공하고 생활 돌봄의 거점으로 활용한다.

시설 설치는 농식품부의 일반농산어촌개발 사업 중에서 농촌중심지 활성화 사업과 기초생활거점 사업을 활용한다. 두 사업을 연계하면 면 중심지 돌봄시설과 마을 단위의 경로당이나 보건진료소, 마을 회관을 생활 돌봄이 가능한 시설로 개선이 가능하다.

주민돌봄조직은 대상자가 면 돌봄시설을 이용할 수 있도록 교통수단을 제공한다. 농촌에서 대상자가 자가용을 이용하여 돌봄센터를 방문하는 것은 어려워 대중교통을 이용한다. 문제는 <표 2-16>에서 본 바와 같이 농촌의 대중교통 수단은 열악하여 약 20%의 면 지역이 하루 3회 이하의 버스가 다니거나 아예 노선 버스가 없다는 데 있다. 주민돌봄조직은 마을 거주 대상자가 면 중심지의 돌봄 시설에 접근할 수 있도록 교통수단을 제공한다.

주민돌봄조직은 주민자치회와 같은 주민자치조직이나 지역사회보장협의체와 같은 주민 협의체 등과 연계한다. 농촌형 커뮤니티 케어에서는 지역의 중장기 복지 계획을 세우거나 잠재 대상자를 발굴하는 일은 주로 주민자치조직이나 협의체가 하도록 한다. 주민돌봄조직은 이렇게 파악한 사례를 기반으로 돌봄을 연계 제공하고 필요하면 주민센터나 치매안심센터, 보건지소 및 진료소, 광역정신건강 복지센터와 협력하여 유연한 서비스를 제공한다.

2.1.3. 인적 자원 활용

주민돌봄조직은 먼 돌봄 시설에 필요한 전문 돌봄 인력과 마을 단위 생활 돌봄 시설에 필요한 생활 돌봄 인력을 공급한다. 생활 돌봄 인력은 지역 주민이다. 생활 돌봄은 일상생활에 필요한 서비스를 공급하는 데 목적이 있으므로 높은 전문성보다는 대상자로의 접근성이 더 중요하다. 요양보호사 정도의 지식을 갖춘 귀농·귀촌자나 청년농업인, 신체기능에 이상이 없는 건강한 노인 등을 돌봄 인력으로 채용할 수 있다.

먼 돌봄시설에 필요한 인력은 <표 4-1>의 서비스 관리자와 <표 4-2>의 간호사나 물리·작업치료사, 사회복지사 등과 같은 보건·복지 전문가다. 문제는 농촌 내에 전문 돌봄 인력을 구하기 어려운 데 있다. 도시에서 전문 인력을 유인해야 하는데 그 역할을 주민돌봄조직이 한다. 보건 인력과 의 면담에서 알아본 바로는 사회복지사나 간호사 등의 보건복지 전문 인력 중에서 도시를 떠나 농촌에서의 여유로운 삶을 지향하는 이들이 많다고 한다. 잠재적 귀촌 인력이 농촌에서 일할 수 있도록 경제적·심리적 유인전략을 세우고 동기를 부여하는 전략을 고민해야 한다.

표 4-1 노인맞춤돌봄사업 수행 인력 업무와 자격

인력	업무	자격
(가칭)서비스 관리자	· 서비스 상담팀 제공계획 수립 · 생활관리사 업무 지도 및 관리 · 자원발굴 및 연계체계 구축 · 특화사업 대상 노인 사례관리	· 해당 인근지역 거주자 · 노인맞춤돌봄서비스의 중간관리자 역량을 갖춘 자 · 사회복지사업 근무경력 1년 이상의 사회복지사
(가칭)생활관리사	· 직접 서비스 제공 · 모니터링 · 서비스 관리자 업무지원	· 해당 인근지역 거주자 · 노인돌봄 수행을 위한 역량과 의지를 갖춘 자 · 사회복지사 및 요양보호사 자격 우대

자료: 보건복지부(2019c). 『2020 노인맞춤돌봄서비스 추진 안내』.

표 4-2 방문건강관리사업 구성 인력

인력	업무
간호사	· 대상자별 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획 · 지역사회 내 건강위험요인이 있는 대상 가구 및 집단 발굴 및 등록관리 · 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원 연계 실시
물리·작업치료사	· 간호사가 의뢰한 대상자 및 집단 등에 재활 상담 및 건강관리서비스 제공 · 대상자 및 가족 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획 · 재활 관련 서비스 제공: 통증감소, 균형 및 협응 촉진으로 가동성 개선, 영구적 신체장애 지연 및 예방 등
운동 관련 전문인력	· 간호사가 의뢰한 대상자 및 집단 등에 신체활동 상담 및 건강관리서비스 제공 · 대상자 및 가족 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획 · 신체활동 관련 서비스 제공: 균형감각 촉진, 근력강화, 자가관리 훈련, 체력 및 건강 촉진·유지·회복 등
영양사	· 간호사가 의뢰한 대상자 및 집단 등에 영양 상담 및 건강관리서비스 제공 · 대상자 및 가족, 집단 등의 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획 · 영양 관련 서비스 제공: 대상자의 영양 평가 및 개인 특성별 영양상담 등
사회복지사	· 간호사가 의뢰한 대상자 및 집단 등 복지 상담 및 연계서비스 제공 · 대상자 및 가족, 집단 등 주요 건강문제 선정 및 관련 업무 계획 · 복지 관련 서비스 제공: 지역사회 내 자원 연계 및 신규 자원 발굴 등

주: 방문건강관리사업 구성 인력 중 발췌.

자료: 보건복지부(2020). 『2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내』.

2.2. 돌봄 시설 설치

돌봄 시설은 지역사회에서 비용을 부담하는 방식으로 설치하기는 어렵다. 유력한 대안은 농식품부의 일반농산어촌개발 사업을 활용하는 것이다. 일반농산어촌개발 사업의 목적은 농촌의 열악한 생활 기반 시설 투자를 확대하여 농촌 생활권을 복원하고 중심거점 간 연계를 강화하는 데 있다. 이러한 목적은 농촌에 돌봄 기반 시설을 확충하여 지역 복지 공동체를 복원한다는 농촌형 커뮤니티 케어의 지향점과도 일치한다.

일반농산어촌개발 사업 중에서 구체적으로 농촌중심지활성화 사업과 기초생활거점 사업을 활용할 수 있다. 농촌중심지활성화 사업은 중심지를 개발하여 배후 마을을 연결하는 거점으로 이용할 수 있도록 지원하는 사업이다. 기초생활거

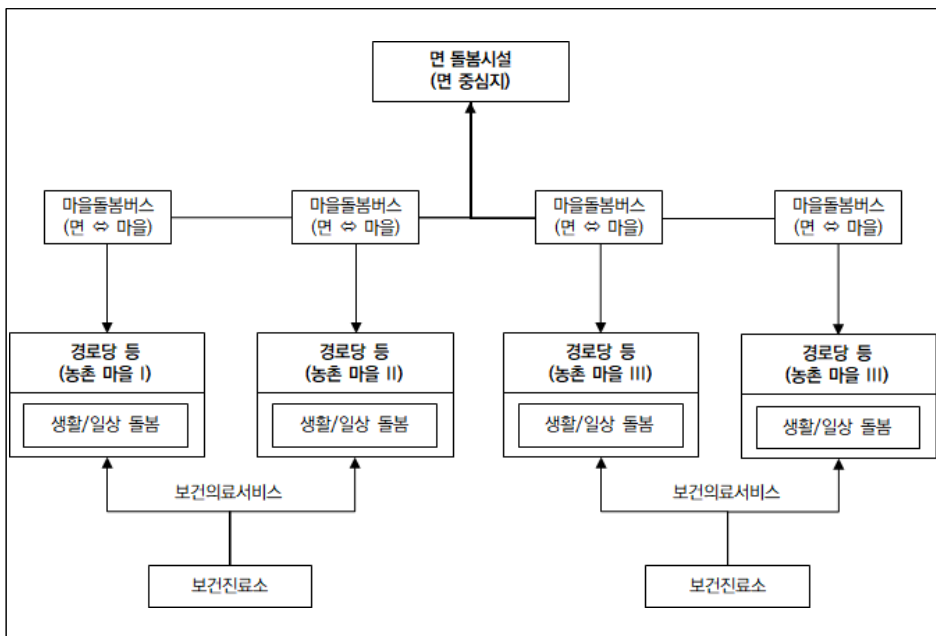
점 사업은 배후 마을에 대한 일상적 서비스 공급 거점 기능을 수행할 수 있도록 육성하는 데 목적이 있다. 두 가지 사업을 연계하면 면 중심지와 배후 마을에 필요한 돌봄 시설을 설치할 수 있다. 예를 들어 주간보호센터 등의 시설은 농촌중심지활성화 사업을 활용하여 면 중심지에 설치하고, 생활 돌봄을 제공하거나 주민의 건강 증진 활동에 이용하는 소규모 돌봄 시설은 기초생활거점 사업을 활용하여 마을 내에 설치할 수 있다.

기존 마을 단위에 설치한 경로당을 개선하여 소규모 돌봄 시설을 설치할 수 있다. 경로당은 2018년 말 기준으로 전국에 약 66,286개가 있는데 농촌에도 많이 있어 복지서비스 전달 체계의 중요한 역할을 한다. 그러나 시설이 협소하고 전문 인력이 없어 지역사회 내 관계 형성과 소통 등의 역할만 한다. 이렇게 이용하는 농촌의 경로당 시설을 개선하면 생활 돌봄 시설을 만드는 비용을 줄이고 대상자 접근성을 확보할 수 있다. 실제로 전라남도에서는 2004년 전국 최초로 ‘경로당 공동 생활의 집 설치’ 사업을 시작하여 2018년까지 총 67개소를 공동생활 시설로 개선·전환하였다. 최근에는 커뮤니티 케어와 연계를 추진하는 중인데 주거 지원 인프라 대폭 확충이라는 중점과제에 적합한 사업이다(이규혁 외 2019).

돌봄 시설에 방문할 수 있는 교통수단도 제공할 수 있다. 면 중심지에 설치한 주간보호센터 등을 방문하려면 교통수단이 필요한데, 중심지 활성화 사업과 기초생활거점 사업, 농촌형 교통모델 방문사업 등을 활용하면 교통수단 문제를 해결할 수 있다. 예를 들어 ‘마을돌봄버스’를 도입하여 대상자가 면 중심지의 주간보호센터 등에 방문할 수 있도록 하고 생활 돌봄 시설이나 보건진료소를 방문할 때도 이용할 수 있도록 한다.

상기 논의를 종합하면 주민돌봄조직이 운영하는 돌봄 제공 체계 및 돌봄 시설 구성(안)은 <그림 4-2>와 같다.

그림 4-2 돌봄 제공 체계 및 돌봄 시설 구성(안)



자료: 연구진 작성.

2.3. 기존 사업과의 연계

주민돌봄조직은 행정안전부가 추진하는 주민력 강화 지원 프로그램 중에 주민 주도 마을 복지 계획을 수립·실행하는 사업을 이용할 수 있다. 마을 복지 계획은 읍·면·동 단위에서 이웃 돌봄, 주민복지학교 등 자체적으로 해결 가능한 소규모 의제에 대해 계획을 수립하여 실행하는 사업이다. 계획을 수립할 때 읍·면·동 지역사회보장협의체와 협업하도록 하여 실제 연계 가능성도 크다. 주민 참여를 유도하고 교육 프로그램을 제공하여 주민이 실제로 참여할 수 있도록 한다.

주민돌봄조직은 주민자치회가 수립하는 자치 계획도 활용할 수 있다. 주민자치계획은 주민들이 참여하여 분과를 구성하고 마을 의제를 발굴하여 분과별 자치

계획을 수립한다. 복지 분과에서 농촌형 커뮤니티 케어 사업을 계획하고 중장기 실행 방안을 수립하여 공론화할 수 있다.

주민돌봄조직 읍·면 지역사회보장협의체와 연계하여 돌봄 대상자를 발굴할 수 있다. 읍·면 지역사회보장협의체는 위기 가구 등 사각지대에 있는 지원 대상자를 발굴하고 자체 특화사업의 지원 대상자 결정 등 지역사회보호 체계를 구축하고 운영한다. 협의체 위원을 중심으로 명예사회복지공무원, 복지통장, 공동주택관리자, 집배원 등 지역주민과 협력하여 특정 취약계층에 대한 조사와 도움이 필요하지만 충분한 보호를 받지 못하고 있는 가구를 관찰하고 발굴한다. 이렇게 발굴한 복지대상자를 주민센터에 보고하고 읍·면 복지담당자는 공공자원이나 사회복지시설, 지역사회 내 자원 연계를 실시한다. 농촌형 커뮤니티 케어가 읍·면·동 지역사회보장협의체와 협력하면, 지역 주민의 욕구를 조사하고 지역 의제를 설정하여 노인이나 장애인 등 취약 계층과 위기 가구 등 도움이 필요한 주민을 지원할 수 있다. 예를 들어 집수리나 심리·상담서비스 제공 등의 사업을 진행할 수 있는데 농촌형 커뮤니티 케어 사업도 계획에 포함할 수 있다.

주민돌봄조직은 사회적 농업과 연계할 수 있다. 사회적 농업은 “사회적으로 배제된 이들을 사회 안으로 끌어안는 농업 실천”이라고 정의한다(김정섭 2017). 즉, 일자리가 없거나 정신적·신체적 장애가 있는 자, 농업을 배우고자 하는 자 등 농촌의 취약 계층이 재화와 자립을 목적으로 돌봄과 교육, 일자리를 제공하는 농업 활동을 의미한다. 사회적 농업을 확산하고자 농식품부에서는 사회적 농업 활성화 지원사업을 진행하고 있다. 사업 대상자는 사회적 농업을 실천하고 있는 농촌 소재 조직으로 농업 활동 등 농촌 자원을 활용하여 취약 계층에 서비스를 제공하고 지역사회와 지속해서 협력하는 곳이다. 현재 사회적 농업 활성화 지원 사업 지원 현황은 <표 4-3>과 같다.

표 4-3 2020년도 사회적 농업 지원 현황

소재지		법인명	소재지		법인명
경기	화성	자연과 함께하는 농장		영광	여민동락 영농조합법인
		싱싱하우스협동조합 *		해남	야호해남 영농조합법인
강원	횡성	횡성언니네텃밭 영농조합법인	전남	나주	화탐 영농조합법인
	원주	농업회사법인 원주생명농업(주) *		곡성	항꾸네협동조합
충북	보은	농업회사법인 성원	경북	장성	농업회사법인 옐로우 창농(주) *
	제천	농업회사법인 청년마을(주)		청송	청송해뜨는농장 농업회사법인(주)
	청주	농업회사법인 (주)닥나무와 종이		경산	영농조합법인 바람햇살농장 *
충남	홍성	협동조합 행복농장	경남	거창	영농조합법인 수송대발효마을
	공주	농업회사법인 (주)공주 아띠 *		함양	(주)호미랑 농업회사법인 *
	청양	농업회사법인 (주)청양푸드 *	제주	제주	농업회사법인 밥상살림(주) *
전북	무주	반햇소 영농조합법인	세종		진여울 영농조합법인
	완주	완주사회적경제네트워크			목인동 영농조합법인 *
		키울협동조합 *	인천	강화	농업회사법인 (주)콩세알
	임실	선거웰빙푸드 영농조합법인	대전	유성	(주)손수레 *
	익산	농업회사법인 유한회사 우리들의정원 *	울산	울주	금곡영농조합법인

주: * 2020년 신규 사업대상.

자료: 농림축산식품부(2019. 12. 18.). 『2020년 신규 사회적 농장·거점 농장 선정결과 발표』.

농촌형 커뮤니티 케어는 주체로서의 지역사회를 강조하는데 이는 사회적 농업이 추구하는 바와 일치한다. 돌봄에서 배제된 대상자가 지역사회에 참여하여 의미 있는 삶을 살 수 있도록 지역사회 구성원이 함께 돕는 기반을 만드는 데 핵심이 있다. 사회적 농업도 배제된 자에게 농업 활동을 제공함으로써 그들에게 돌봄만이 아니라 지역사회에서 사회 구성원으로 활동하고 기여하도록 한다. 따라서 커뮤니티 케어와 사회적 농업은 지향점이 같다.

농촌형 커뮤니티 케어 대상자는 공적 돌봄 체계에서 돌봄을 받지 못하는 노인과 만성 정신 장애인 등인데 사회적 농업의 대상도 이들을 포함한다. 따라서 사회

적 농업을 돌봄의 하나로 인식하고 연계·제공할 수 있다. 사회적 농업이 돌봄으로 효과적인 이유는 우선 농업 활동이 농촌에서 가장 익숙한 활동이기 때문이다. 대상자는 농촌에서 거주한 주민이다. 농업 활동 경험이 많고 사회적 교류도 이루어졌던 공간이기 때문에 쉽게 적응할 수 있다. 사회적 농장은 농촌 내에 있어 대상자가 접근하기도 쉽다. 굳이 작업 치료를 받고자 중심지까지 나갈 필요가 없이 근처 이웃이 제공하는 사회적 농업 프로그램에 참여하면 된다.

농업 활동이 일어나는 농촌에서 진행하는 커뮤니티 케어에 사회적 농업을 연계하면 효과적이고 효율적인 돌봄을 제공할 수 있다. 특히 <표 4-4>에서 보는 바와 같이 신규로 선정된 사회적 농장 중에는 발달장애인과 가족으로 구성된 자조 모임을 중심으로 사회적 농장을 운영하거나 사회적 농업 활동에 참여했던 사회적 약자들이 독립해 사회적 농장을 운영한 사례도 있다. 따라서 농촌형 커뮤니티 케어 사업에서 사회적 농업 사업을 연결하는 것은 주체로서의 지역사회를 실현하는데 필수적이다.

표 4-4 2020년 신규 선정 사회적 농장 활동 내용

소재지	법인명	활동 내용
상성하우스 협동조합	경기 화성	독거노인지원센터와 협력해 초기 치매 및 우울증이 있거나 저소득층인 독거노인들과 허브 등 약용식물 재배하여 돌봄 제공 및 소득 창출
원주생명농업(주)	강원 원주	노인생협과 협력해 은퇴자 등 고령자들이 경제활동을 할 수 있도록 협업농장을 운영하고, 생산물은 한살림·원주푸드협동조합 등을 통해 판매하며, 의료협동조합·나눔의집 등과 협력해 건강 증진 프로그램 병행
(주)공주 아띠	충남 공주	발달장애인 부모들의 자조모임으로 허브를 재배하고, 산야초·숙 등을 채취, 요리활동을 하며, 생산물은 협력기관인 복지관에 판매, 복지관에서 보조 역할 지원
(주)청양푸드	충남 청양	발달장애인 부모들의 자조모임으로 장애청년들과 토종작물을 재배·판매해 소득을 창출하고, 협력기관인 장애인복지관에서 장애인 사례 관리 및 보조 역할 지원

(계속)

소재지	법인명	활동 내용
키울협동조합	전북 완주	완주사회적경제네트워크와 함께 2018년부터 사회적 농업 활동을 해 온 달장애아동 부모들이 협동조합을 결성('19. 9.)해 마을 고령농업인들과 공동텃밭 운영
(유)우리들의 정원	전북 익산	장애인복지시설과 협력해 발달장애 아동 및 성인 발달장애인들과 농업활동을 하고, 농과대학 실습생들이 활동 보조역할 수행
엘로우 창농(주)	전남 장성	청년농부들이 설립한 농업법인으로 청소년상담센터와 협력해 학교 밖 청소년들이 농업·농촌을 이해하여 농촌자원 활용 전문가로 성장할 수 있도록 교육
바람햇살농장	경북 경산	마을 유희지를 활용해 학교 특수학급 발달장애 학생들과 성인 신체장애인들이 농작물을 재배하고 판매해 소득 창출 및 돌봄 제공
(주)호미랑	경남 함양	장애인센터, 노인요양시설과 협력해 성인 발달장애인 및 고령자들과 식용 꽃을 재배하고 요리활동을 하는 농촌교육농장
밥상살림(주)	제주 제주시	귀농인들이 정착해 사회적 농업 주체로 성장할 수 있도록 사회적 농업을 교육하고, 기존 농업인이 기술 및 농촌생활 정착을 지원하는 공동농장 운영 예정
목인동	세종시	장애인시설 및 세종 누리학교와 협력해 성인장애인 및 특수학급 학생들이 텃밭을 관리하고 고구마·화초 등을 재배하는 농업활동 수행
(주)손수레	대전 유성구	자폐인협회와 협력해 성인 발달장애인 및 가족들과 다양한 작물을 재배하고, 노숙인 자활을 위한 농업교육 및 고령자들과 어린이 집 아동의 짝꿍텃밭 운영

자료: 농림축산식품부(2019. 12. 18.). 『2020년 신규 사회적 농장·거점 농장 선정결과 발표』.

2.4. 농촌형 커뮤니티 케어 사업 방향

농촌형 커뮤니티 케어 사업은 주민돌봄조직에 보조금을 지급하는 방식으로 사업을 추진한다. 농촌형 커뮤니티 케어는 주민 학습 모임과 사회적 경제 조직을 단계적으로 지원하는 형태가 되어야 한다. 학습 조직은 보조금을 사용하여 복지 실태 조사와 지역의 특성에 맞는 맞춤형 돌봄 계획을 수립한다. 이후 학습 조직이 주민돌봄조직으로 전환하여 사업을 추진하면 돌봄 인력에 인건비를 지급하고 면 돌

봄시설과 마을 단위 생활 돌봄 시설을 운영하며 마을돌봄버스 서비스도 운영할 수 있는 보조금을 지원한다. 예를 들어 지방자치단체를 대상으로 면 단위 주민 조직을 대상으로 농촌형 커뮤니티 케어 계획 수립 시범사업을 시행하고 수립한 사업 계획을 기반으로 하는 농촌형 커뮤니티 케어 선도 사업을 추진할 수 있다.

제5장

요약 및 결론



5

요약 및 결론

1. 요약 및 결론

커뮤니티 케어는 “돌봄을 필요로 하는 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는 혁신적인 사회서비스 체계”라고 정의한다. 대상자의 욕구를 중심으로 치료와 간호 등의 보건의료와 생활에 필요한 일상적인 활동을 돕는 돌봄을 지역사회 안에서 통합 제공하여 대상자에게 익숙한 가정과 지역사회에서 자신의 삶을 영위하도록 지원하는 데에 목적이 있다.

보건복지부는 커뮤니티 케어를 추진하고자 지역사회 통합돌봄(이하 커뮤니티케어) 기본 계획안을 발표하고 선도사업을 추진하였다. 1차 선도사업에서는 노인 지역사회 통합돌봄 모델 4곳, 장애인 자립 생활 및 지역사회 정착 모델 2곳, 정신질환자 지역사회 정착 지원 모델 1곳 등 총 8곳의 지자체를 선정하였으며 2차 선도사업으로는 대도시 지역 2곳, 급속한 고령화 지역 1곳, 도농 복합지역 3곳, 농

촌 지역 2곳(충남 청양, 충북 진천)을 선정하였다.

그러나 농촌은 도시와 달리 돌봄 대상자가 서비스에 접근하기 어려운 지리적 환경으로 보건복지부에서 제시한 선도사업 모델을 그대로 적용하기 어려운 면이 있다. 따라서 지리적 불리함과 열악한 돌봄 시설, 부족한 인적 자원을 극복하고 커뮤니티 케어 사업을 추진하려면 농촌 주민이 지역사회 주체로서 주도적으로 농촌 돌봄 체계를 보완해야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어의 주요 대상자는 일상생활에 큰 문제는 없지만 향후 신체 기능이나 인지 상태가 떨어질 가능성이 큰 농촌 노인이다. 돌봄을 선제적으로 제공하여 중증 질환으로의 발전을 막아야 하나 시설과 예산 부족 등으로 공적 돌봄 혜택을 받지 못할 가능성이 크다. 65세 이상 노인의 25.3%인 약 195만 명이 잠재 돌봄 수요자이다. 그런데 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스는 총 121.5만 명에게 돌봄을 제공하므로 잠재 수요자의 37%인 73.5만 명이 공적 돌봄을 받지 못한다. 노인맞춤돌봄서비스는 45만 명에게 돌봄을 제공할 계획이나 예산은 국비 3,728억 원으로 잠재 대상자 1인당 20만 원에 불과하다. 농촌형 커뮤니티 케어는 공적 돌봄 밖 농촌 노인에게 돌봄을 제공하고 중증 상태로의 악화를 막는 예방적 돌봄을 제공해야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어는 주민이 직접 대상자에게 돌봄을 제공하는 체계이다. 공적 돌봄을 받지 못하는 노인은 주로 복지법인이나 노인복지 시설에서 제공하는 일상생활 지원이나 생활 프로그램, 사회참여 활동, 건강 증진, 재가 복지 서비스를 이용해야 한다. 그러나 농촌은 도시와 달리 복지법인이나 복지 시설이 부족하고 접근성도 떨어져 대상자에게는 충분한 서비스를 제공하지 못한다. 농촌형 커뮤니티 케어는 대상자와 가까운 곳에 거주하는 지역 주민이 공동체를 구성하여 예방적 돌봄을 제공해야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어를 추진하고자 주민이 구성한 공동체는 ‘주민돌봄조직’이다. 주민돌봄조직은 돌봄을 효율적으로 제공하고자 법인으로 운영하는데 조직의 구성과 목적에 비추어 협동조합 형태로 운영하는 것이 적합하다. 협동조합은 돌봄

을 제공하는 주민과 돌봄 대상자가 모두 참여하여 대상자의 욕구에 맞는 돌봄을 계획하고 제공하는 데 효율적이다. 협동조합 중 사회적 협동조합은 단기적인 이윤 추구가 아니라 지역사회에 지속 가능한 돌봄을 제공하는 공익적 목적에도 부합한다. 비영리법인격으로 인정받아 정부 사업에 참여할 수 있고 각종 복지 관련 보조금 사업에 지원할 수 있다. 그리고 조건을 갖추면 「노인복지법」상 복지시설을 설치하고 노인맞춤돌봄서비스 사업의 위탁 수행기관으로 지정받을 수도 있다.

주민돌봄조직은 사례 발굴과 돌봄을 연계하는 역할도 해야 한다. 사례 관리자가 지역 주민이 아닌 경우, 기본적 돌봄 욕구가 있으나 능동적으로 표현하지 않는 대상자를 발굴하기는 어렵다. 주민센터의 복지 담당자도 창구에서 벗어나 직접 마을을 돌아다니며 사례를 발굴하기는 어렵다. 오랫동안 같은 지역에서 지내온 주민이 돌봄이 필요한 대상자를 발견하고 연계하는 돌봄 조력자가 될 수 있다. 특히 복지 대상자 발굴을 목적으로 활동하는 지역사회보장협의체와 협력하면 효율적인 사례 발굴과 돌봄 제공이 가능하다.

주민돌봄조직은 주간보호센터 등과 같은 면 돌봄 시설과 생활 돌봄을 제공하는 소규모 돌봄 시설을 설치하고 운영해야 한다. 주간보호센터는 면 지역에도 있으나 주로 읍·면 중심지에 위치하여 마을에 거주하는 대상자가 이용하기 어렵고 노인장기요양보험 등급자가 아니면 비용 부담도 크다. 노인복지관은 전국에 347개가 있는데 단 85개, 그중에서 면 지역에 있는 시설은 18개에 불과하다. 따라서 농촌형 커뮤니티 케어를 추진하려면 주간보호센터나 노인복지관 수준의 시설을 어디에 어떻게 설치하고 운영해야 하는지 고민이 필요하다.

주간보호센터 등의 돌봄 시설 설치에 농림축산식품부 농정 사업을 연계하면 해결할 수 있다. 농정 사업은 일반적으로 농촌에서 필요한 건물이나 시설을 만드는데 사용하나, 사업이 끝난 후 유휴시설 활용 문제가 있다. 주로 도시 주민을 대상으로 한 수익사업을 기획하는 경우가 많으나 지속적인 수익을 내지 못하고 시설은 방치되기 일쑤다. 그러나 주간보호센터를 설치하고 농촌형 커뮤니티 케어 사업 등에서 운영비를 확보하면 지속 가능한 돌봄 시설로 활용할 수 있다.

농정 사업으로는 일반농산어촌개발 사업인 농촌중심지활성화 사업과 기초생활거점 사업을 활용할 수 있다. 두 사업을 연계하면 면 중심지와 마을에 필요한 돌봄 시설을 설치할 수 있다. 예를 들어 주간보호센터 등의 시설은 농촌중심지활성화 사업을 활용하여 면 중심지에 만들고, 생활 돌봄을 제공하는 소규모 돌봄 시설은 기초생활거점 사업을 이용하여 마을 내에 새로 설치하거나 기존 노인정을 개선하여 활용할 수 있다. 대상자가 면 돌봄 시설에 방문할 때 이용할 수 있는 교통체계도 운영할 수 있다. 예를 들어 ‘마을돌봄버스’를 도입하여 대상자가 면 중심지의 주간보호센터 등에 방문할 수 있도록 하고 경로당 등 마을 단위 돌봄 제공 시설이나 보건진료소를 방문할 때도 이용하도록 할 수 있다.

농촌형 커뮤니티 케어에서 보건의료 서비스 제공은 보건진료소나 의료생협·의료사협 등의 의료 공동체를 활용한다. 농촌형 커뮤니티 케어는 예방적 돌봄을 목적으로 전문적인 보건의료 서비스보다는 간호 서비스 제공 기관이 필요하다. 그리하여 접근성이 가장 좋은 보건진료소를 활용한 서비스 공급이 현실적인 대안이다. 보건진료소는 전국에 1,904개의 진료소가 있으며 진료소 1개소당 5~10개 마을을 담당할 정도로 접근성이 좋다.

농촌형 커뮤니티 케어는 사회적 농업과도 연계한다. 사회적 농업과의 연계는 다양한 종류의 돌봄을 제공하고 농촌 내부 자원을 활용한다는 점에서 커뮤니티 케어의 목적과도 부합한다. 사회적 농업이 효과적인 이유는 농업이 농촌에서 가장 익숙한 활동이기 때문이다. 커뮤니티 케어 대상자는 농촌에서 오랫동안 거주한 주민이다. 농업 활동 경험이 많고 사회적 교류도 빈번했던 공간이 농장이기 때문에 대상자가 쉽게 적응할 수 있는 장점도 있다. 사회적 농장은 농촌 내에 있어 대상자가 접근하기도 쉽다. 굳이 작업 치료를 받고자 중심지까지 나갈 필요 없이 근처 이웃이 제공하는 사회적 농업 프로그램에 참여하면 된다. 따라서 주민 공동체는 사회적 농업을 시설에서 제공하는 돌봄과 같은 하나의 돌봄으로 인식하고 사회적 농업 실천 조직과 연계하여 돌봄을 제공해야 한다.

농촌형 커뮤니티 케어 사업은 주민돌봄조직에 보조금을 지급하는 방식으로 사

업을 추진한다. 주민돌봄조직은 보조금을 사용하여 지역의 특성에 맞는 맞춤형 돌봄 계획을 수립하고 실행한다. 돌봄 인력에 인건비를 지급하고 면 돌봄시설과 경로당이나 보건진료소, 마을회관 등을 개선한 마을 단위 생활 돌봄 시설을 운영하며 마을돌봄버스 서비스도 운영한다. 주민돌봄조직은 돌봄 제공이라는 좁은 의미의 사업이 아니라 커뮤니티 케어의 기본 정의와 목적에 부합하도록 지역사회가 주도적으로 사업을 추진하도록 운영해야 한다.

상기 논의를 종합하면 농촌형 커뮤니티 케어의 목적은 시설이 아니라 주민이 참여하는 주민공동체조직이 주도하여, 예방적 돌봄이 필요하나 공적 돌봄 체계 밖에 있는 대상자에게 돌봄 서비스를 제공하는 데 있다. 주민돌봄조직을 중심으로 이웃 대상자에게 돌봄을 제공하고 지역의 다른 주민조직과 지방자치단체와 연계하여 효율적인 돌봄을 제공한다. 농정 사업과 연계하여 돌봄 시설을 설치·운영하고 사회적 농업 프로그램을 제공하여 다양하고 효과적인 돌봄을 제공하도록 노력해야 한다.

2. 향후 과제

이 연구에서는 농촌 환경에 적합한 커뮤니티 케어 전달 체계 개요를 설명하고 커뮤니티 케어 사업 방향을 제시하였다. 상기 연구 결과를 바탕으로 후속 연구에서는 각 돌봄 시설의 역할과 조직 구성 방식 및 인력 운영, 급성기 의료기관과의 의료서비스 연계 방안, 보건복지부 커뮤니티 케어 시범사업과의 관계 등을 면밀하게 분석하고 구체적인 농촌형 커뮤니티 케어 체계와 사업 모형을 제시하고자 한다.

우선 현재 시행 중인 보건복지부의 지역사회 통합 돌봄 선도사업 진행 현황을 파악하고자 한다. 선도사업에 선정된 농촌 지방자치단체의 사업 계획과 최근 성

과를 조사한다. 이와 함께 지방자치단체가 추진하는 사업의 계획이나 최근 사업 진행 현황도 조사할 필요가 있다.

농촌형 커뮤니티 케어에 참여하는 주체의 역할과 연계 방안을 구체적으로 살펴 보고 운영 주체인 주민 공동체 조직 방안도 제시하고자 한다. 주민과 주민 공동체, 지방자치단체, 농촌 지역 거버넌스 등 참여 주체별 역할을 분석한다. 사회복 지법인이나 협동조합, 사회적협동조합 등 주민 조직이 가질 수 있는 조직 형태를 분석하여 조직 설립에 참고하도록 한다.

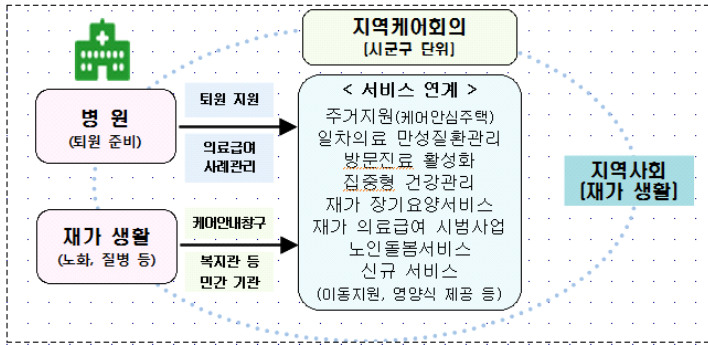
다른 정책 사업과의 연계 방안도 구체적으로 조사하고자 한다. 특수교육 대상 자 치료사업이나 치매안심센터, 사회적 농업, 농촌 지역개발사업 등 관련 정책 사업의 전달 과정을 분석하고 농촌형 커뮤니티 케어 사업과의 구체적 연계 방안을 제시한다.

마지막으로 농촌형 커뮤니티 케어 모형을 개발하고 모형 확산 방안을 제시하고자 한다. 현 전달 체계, 대상자, 주체별 역할, 주민 공동체 조직 방안, 정책 연계 방안 등 농촌 맥락을 고려한 모형을 개발하고 사업 단계별 기획 및 시범사업 계획을 제시하고자 한다.

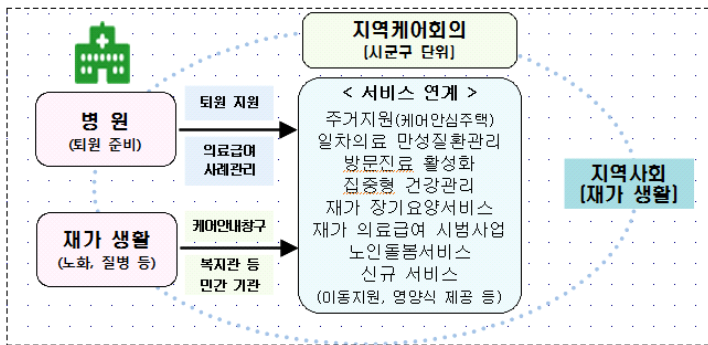
1. 지역사회 통합돌봄 선도사업 개요

- (대상군) 노화·사고·질환·장애 등으로 케어가 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람
- (사업내용) 대상자의 욕구에 맞추어 주거·보건의료·요양·돌봄 등 서비스를 연계·통합 제공하여 지역사회 독립생활을 지원

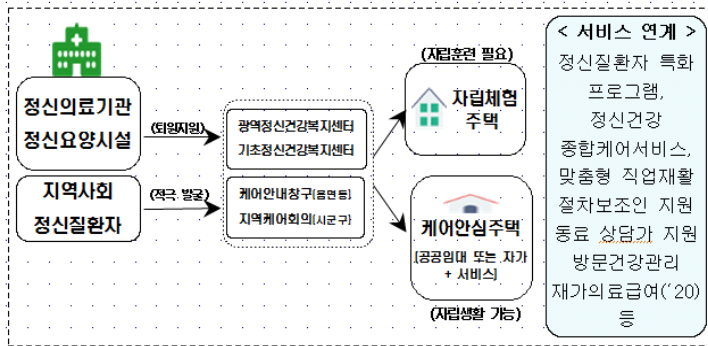
〈노인 선도사업 개요〉



〈장애인 선도사업 개요〉



〈정신질환자 선도사업 개요〉



- (사업기간 및 규모) 선도사업 예산 + 연계사업 예산 + 자체 재원
 - 사업기간 : '19. 6월부터 2년간 실시
 - '19년 국비 63억 9,300만 원(8개 지자체 사업분)의 선도사업 예산 지원
 - * 국비 50% : 지방비 50%
 - 복지부·행안부·국토부 연계사업 및 지자체 자체 재원 활용
 - * 건강보험과 장기요양보험의 재정 등 다양한 재원으로 시범사업 등을 병행 실시
- (사업주체) 기초 자치단체(시·군·구)를 기본 사업 단위로 하되, 정신질환자 사업은 광역 자치단체와 협업 가능
- (지자체 선정) 전국 단위 공모를 통해 8개 지자체 선정(노인 5, 장애인 2, 정신질환자 1)
 - 자체 재원과 인력을 충분히 투입하고, 주거·보건의료·요양·돌봄 등의 분야에서 민·관 협력과 다직종 연계를 충실히 이끌어 낼 수 있는 지자체를 선정

자료: 보건복지부(2019b). 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획』.

2. 선도사업 선정 지자체별 전달 체계 모델

지자체 명	주요 내용
광주광역시 서구	- 구 본청에 커뮤니티케어 전담조직(돌봄정책과, 통합케어과) 설치 및 18개동에 케어안내창구(34명) 신설 - 18개동을 5개 권역으로 나누어 5대 권역중심 종합병원이 전담 관리(권역당 노인 7천여명) - 3단계 케어회의로 촘촘한 사례관리(동별(매일), 권역별(주1회), 구 단위(월1회))
경기도 부천시	- 시 본청 복지정책과에 커뮤니티케어 전담조직(지역통합돌봄정책팀, 융합서비스팀) 설치 - 10개 광역동으로 행정체계 개편, 광역동 별 케어전담팀(30명) 설치 및 10개 종합사회복지관과 1:1 매칭 하여 민·관 협력 사례관리 - 주민건강센터('100세 건강실') 14개소 및 사회서비스원 종합재가센터 운영
충청남도 천안시	- 시 본청에 선도사업 총괄팀을 신설하고 30개 동사무소에 케어안내 창구 전담인력 30명 신규 배치 - 공공 거점종합재가센터(돌봄 서비스 제공) 신설 - '천사(천안시 사례관리)' 슈퍼비전단 운영 및 31개 기관, 대학 전문가 인력풀 구성으로 분야별 전문가 사례관리회의 운영
전라북도 전주시	- 시 본청에 전담조직(총괄팀, 융합서비스팀, 지역자원발굴팀) 설치, 19개 동주민센터와 보건소 치매안심센터에 케어안내창구 설치(64명 배치 후 단계적 확대) - 시 본청 '지역자원발굴팀'은 그동안 분절적으로 운영되던 보건·복지 자원관리 전담, 사례관리를 위하여 3단계 지역케어회의* 운영 * (1단계) 동 지방사회보장협의체 → (2단계) 민관 협력사례회의 → (3단계) 지역케어회의
경상남도 김해시	- 시 본청에 커뮤니티케어 총괄팀 설치, 19개 읍·면·동 케어안내창구에 전담인력 순증 배치(41명) - 모든 읍·면·동(3~5명) 및 보건소 건강증진과(3명)에 '케어전담(운영)팀' 신설 - 사례관리 거점기관인 '희망e음' 센터(48개 민·관 참여) 및 종합재가 센터를 통한 보건·복지서비스 통합·연계 제공

자료: 보건복지부(2019b), 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획』.

3. 선도사업 선정 지자체별 주요 사업

지자체 명	주요 내용
광주광역시 서구	- 총 29개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 모바일 안심케어서비스, 복합커뮤니티센터 건립운영, 노인 ACT 사례관리사업 등 - 정보통신기술(ICT)을 활용한 통합돌봄 어플(행복매니저) - 서비스 제공 · 사례관리 내용 등을 스마트폰 어플리케이션으로 기록 · 관리 · 공유
경기도 부천시	- 총 38개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 독거노인공동주거 '커뮤니티홈' 조성, 노인우울관리 지원사업, 방문약료서비스제공 등 - 방문진료 수가 시범사업과 함께 지역 약사회 · 한의사회 등과 협업하여 방문약료, 방문한의서비스 제공
충청남도 천안시	- 총 21개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 경로당별 한의사 주치의제 시행, 경로당 순회 복약지도, 경증치매노인 인지개선 등 - 사회적 경제조직 간 컨소시엄 구성을 통한 통합 돌봄 서비스 제공
전라북도 전주시	- 총 38개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 입원전후 응급간병비 지원사업, 요양등급판정 전 가사지원확대사업, 주거환경 개선사업 등 - 거동 불편 어르신이 병원 외래 방문 시, 보호자 동행 및 이동비 지원 * 17대 사업 : 부족한 건 채우는 9개 사업, 없는 것은 새롭게 만드는 8개 사업
경상남도 김해시	- 총 30개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 틀니 임플란트 지원, 교통약자 콜택시 운영, 노인 200가구 주거개선 사업 등 - 노인 주거 및 돌봄 서비스 제공의 최소기준 마련 및 준수여부 점검 * 주거서비스 최소기준 : 1인가구 14㎡, 안심전등 비치, 냉온수 완비 등 ** 돌봄서비스 최소기준 : 방문요양+간호서비스 주 2회 1시간 이상 방문 등
대구 남구	- 총 18개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 탈시설 장애인 다기능 자립주택운영, 돌봄 통합의료 원스톱 시스템 구축, 주거환경개선 등

	- 장애인 거주시설 전환 선도모델로 대구시립희망원의 소규모 시설 개편 또는 기능 전환을 통해 선도사례 창출
제주 제주시	- 총 24개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 케어안심주택 및 자립체험주택 운영, 24시간 긴급돌봄센터 운영, 장애인 건강주치의 등
경기 화성시	- 총 12개 선도사업, 연계사업, 자체사업 운영 * 정신질환자 발굴사업, 자립체험주택 운영, 동료상담가 양성, 중증질환자 치료비 지원 등 - 찾아가서 상담·퇴원을 지원하는 다직종 두드림팀 운영으로 정신건강전문요원 + 의료급여사례관리사 + 전담 공무원으로 구성된 '두드림팀'이 장기 입원 중인 정신질환자 발굴, 상담 및 퇴원 지원 - 행복파트너 매칭을 통해 개인별 자립지원 계획 수립 및 맞춤형 서비스 연계

자료: 보건복지부(2019b). 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획』.

4. 노인 예비형 선도사업 지자체 주요 사업내용

지자체 명	주요 내용
부산광역시 북구	- 슬로건 :堂堂하게 누리는 건강복지 - 주요사업 : 한방주치의 사업, 사회적 경제조직 활용한 통합 돌봄 제공사업, 가족 돌봄이 부족한 어르신 일시 보호서비스 제공 등 - 인력·재정 : 행정 인력 108명 투입, 총 재정 118억 원 투자 - 협력기관 : 부산시의료원, 구포성심병원, 맥켄지일신기독병원, 부민병원, 북구의사회, 북구한의사회, 북구정신건강센터 등
경기도 안산시	- 슬로건 : 아름다운 노년, 편안한 안산 - 주요사업 : GIS기반 사회적약자 통합플랫폼 서비스 구축·운영, 건강생활지원센터 확충, 보건소 시민건강지킴실 운영 - 인력·재정 : 행정인력 40명, 총 재정 257억 원 투자 - 협력기관 : 안산산업경제혁신센터, 안산의료복지 사회협동조합, 정신건강복지센터, 한국토지주택공사, 안산도시공사 등
경기도 남양주시	- 슬로건 : 어르신의 삶을 온종일 편안하게! - 주요사업 : 치매안심마을 운영, 맞춤형 복약지도, 우리동네 주치의제도 운영, 저소득 재가노인 식사배달 등 - 인력·재정 : 행정인력 70명, 총 재정 35억 원 투자 - 협력기관 : 남양주 의사회, 요양병원협의회, 현대병원, 희망케어센터, 삼육대학교, 경기복지재단 등
충청북도 진천군	- 슬로건 : 생겨진천형 커뮤니티케어 - 주요사업 : 경로당을 활용한 독거노인 중심모델운영, 독거노인 토탈케어사업, 케어안심주택 운영, 노인 영양식 제공사업 등 - 인력·재정 : 행정인력 18명, 총 재정 30억 원 투자 - 협력기관 : 청주의료원, 진천군 의사협의회, 치과의사협의회, 한의사협의회, 한국토지주택공사 등
전남 순천시	- 슬로건 : Happiness 순천케어 - 주요사업 : 주간보호 프로그램, 건강주치의 사업, 우리동네 행복주치의사업, 복지기동대 운영, 치매안심마을 조성 등 - 인력·재정 : 행정인력 96명, 총 재정 423억 원 투자 - 협력기관 : 순천의사회, 전남복지재단, 한국주거복지협회, 노인요양복지 시설 등

부산 부산진구	- 슬로건 : 부산의♥, 해피 누~리 부산진 - 주요사업 : 노인안심주택운영, 우리동네 효살핌 종합서비스, 정보기술활용(ICT) 지원사업, 이웃과 사회관계망 연계 위한 촘촘안정, 마니또 사업 - 인력·재정 : 행정인력 순증 48명, 총재정 135억 원 ▶ 협력기관 : 부산도시공사, 한국토지주택공사, 건강보험공단, 부산진구정신건강복지센터 등
충남 청양군	- 슬로건 : 지역이 함께 꿈꾸는 품위있는 노년 - 주요사업 : 치매 예방 건강증진사업, 노인재능나눔 이동편의 및 공연 제공, 주거환경 개선사업, 재가서비스 지원사업 등 - 인력·재정 : 행정인력 42명, 총 재정 22억 원 - 협력기관 : 청양군보건의료원, 충남도립대학, 건강보험공단 등
제주 서귀포시	- 슬로건 : 지역사회 통합돌봄으로 모두가 행복한 서귀포시 - 주요사업 : 퇴원 독거노인 보행지원 사업, ▶ 인력·재정 : 행정인력 41명, 총 재정 2.2억 원 - 협력기관 : 한의사회, 간호사회, 약사회, 물리치료사협회, 의료사회복지사협회 등

자료: 보건복지부(2019b). 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획』.

5. 농촌 중심지 활성화 사업 개요

I. 농촌중심지 활성화 사업

■ 추진방향

- 농촌중심지 기능 확충과 함께 배후마을로의 서비스 제공 기능 확대
- 도로정비 등 H/W 중심의 투자에서 주민 체감도를 고려한 S/W 확대 추진
- 중심성이 높은 읍면소재지와 배후마을 통합 개발 추진

■ 사업기간 : 5년 이내(지자체가 신규사업 신청 시 설정)

■ 지원한도 : 150억원± α 이내

- 읍면소재지(1,2계층에 한함) 신청 가능
- 군청소재 읍, 他 중심지 연계시 + 30억 (구체적인 프로그램 및 실행방안 제시)
- 지역개발 전담부서 운영(개설)시 + 10억원
 - ※ 지역개발 전담부서 : 일반농산어촌개발사업을 주업무로 하는 5인 이상의 단독 부서
(지역개발사업 총괄로 사업기획, 신청, 시행, 준공, 사후관리까지의 전체 공정 담당)
- 농촌형 공공 임대주택 조성 사업 포함시 + 50억

■ 지원기준 : 국비 70%, 지방비 30%

- 총사업비 10% 이상 배후마을 전달 프로그램(S/W) 의무화
- 지역소득증대사업은 부지 100%와 해당시설 총사업비의 20% 자부담

■ 사업내용

- 읍면소재지와 배후마을을 포함하는 농촌중심지활성화계획을 수립하고 통합개발

■ 사업 신청 시 고려사항

- 사업 대상지는 해당 시·군 중심지 체계상 1,2계층의 농촌중심지로 한정
- 신청 사업 수 제한 없음
- 동(洞) 지역은 일반농산어촌지역에서 제외
- 역량단계별 지원체계 미적용
- 현장포럼 사전이행 및 시·군 농발계획 근거 수립 필수
(증빙자료 내 첨부 제출, '17년도 신규사업설명회 시 정책예고 사항)
- 중목신청 예외 사업
 - 읍면정비사업(읍면소재지종합정비, 거점면소재지종합개발, 소도읍육성) 준공 지역은 사업 신청 가능
 - ※ 이때 준공은 2018. 12. 31을 기준으로 함

자료: 농림축산식품부(2018). 『2020년도 일반농산어촌개발 사업설명회 자료』.

6. 기초 생활 거점 사업 개요

II. 기초 생활 거점

■ 추진방향

- 읍면 소재지 등 배후마을에 대한 일상적 서비스 공급 거점 기능을 수행할 수 있는 거점을 기초생활 거점으로 육성

■ 사업기간 : 5년 이내+ α (지자체가 신규사업 신청 시 설정)

■ 지원한도 : 40억원 + α 이내

- 읍면 소재지(1,2계층 외에 한함) 또는 이외의 지역 거점 신청 가능
- 총 사업비 40억원 한도로 거점 구축 사업을 先 추진 후 배후마을 연계 프로그램 운영을 희망할 경우 평가 후 추가(최대 20억원) 지원(신규사업 신청과 동일 절차)
- 기 구축된 거점이 있는 지구는 2단계 사업부터 신청 가능(최대 20억)

■ 지원기준 : 국비 70%, 지방비 30%

- 지역소득증대사업은 제외

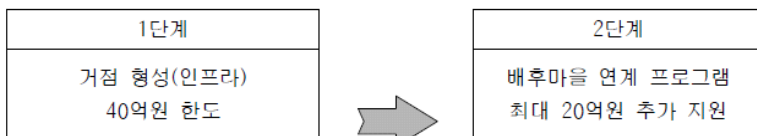
■ 사업내용

- 상위 서비스 거점인 통합지의 기능을 보완하면서, 중심지 접근성이 제한적인 배후마을 주민들에게 서비스 제공
- 일상 서비스 제공에 필요한 시설을 집약·재편하여 원스톱 서비스 공급체계 구축

■ 사업 신청 시 고려사항

- 신청 사업 수 : 제한 없음
- 역량단계별 지원체계 미적용

■ 거점단계별 지원방식



- ※ 향후 2단계 사업을 추진할 계획이 있는 경우, 1단계 예비계획(「IV.사업계획」내 향후계획)내 포함하여 제출

자료: 농림축산식품부(2018), 『2020년도 일반농산어촌개발 사업설명회 자료』.

참고문헌

- 구자인·이윤정·황바람·정민철·신소희. 2020. 『농산어촌 유토피아 구현을 위한 지방자치 단체 시범계획 수립』. 경제·인문사회연구원 협동연구총서.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. 2019. 『2018년 건강보험통계연보』.
- 건강보험공단. 2019. 『2018년 65세 이상 사망자 등 시도별 요양병원 및 요양원 평균 재원기간 현황』.
- 공선희. 2015 “영국의 커뮤니티케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로.” 『한국노년학』 35(1): 79-98.
- 김승연·장익현·김진우·권혜영. 2018. 『해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향』. 서울연구원
- 김영란. 2014. “노인1인가구 돌봄지원을 위한 지역사회 노인돌봄공동체 제안: 노인돌봄 협동조합 해외사례를 중심으로.” 『젠더리뷰』 31: 21-32.
- 김용득. 2018a. “탈시설과 지역사회중심 복지서비스 구축, 어떻게 할 것인가?: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어.” 『보건사회연구』 38(3): 492-520.
- _____. 2018b. “커뮤니티케어, 무엇을 어떻게 해야 할까?” 『복지동향』 238: 5-10
- 김원경. 2014. “지역포괄케어시스템의 구축배경과 추진방향.” 『장기요양연구』 2(1): 6-31.
- 김은정. 2015. “사회적 돌봄체계 구축에서 공동체적 접근에 관한 연구.” 『사회복지연구』 46(2): 153-176
- 김정섭. 2017. 『사회적 농업의 실태와 중장기 정책 방향』. 한국농촌경제연구원
- 농림축산식품부. 2018. 『2020년도 일반농산어촌개발 사업설명회 자료』.
- _____. 2019. 『2020년 신규 사회적 농장·거점 농장 선정결과 발표』.
- 박세경·이윤경·유재연·임성은·김진희·김보영·전용호. 2018. 『커뮤니티케어 선도사업 모델 개발 연구』. 한국보건사회연구원
- 보건복지부. 2018a. 『어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다』. 보도자료.
- _____. 2018b. 『한국형 커뮤니티 케어(community care) 전문가와 현장의 참여로 함께 만든다』. 보도자료.
- _____. 2019a. 『2019 노인복지시설 현황』.
- _____. 2019b. 『지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획』.
- _____. 2019c. 『2020 노인맞춤돌봄서비스 사업안내』.
- _____. 2019d. 『노인맞춤돌봄서비스 추진 안내』.
- _____. 2019e. “『지역사회통합돌봄』, 8개 지자체에서 첫 걸음.”

- _____. 2020. 『2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내』.
- 윤성호·주상현. 2018. “농촌 노인돌봄의 한계와 새로운 정책 방향-노인돌봄을 위한 지역공동체 조성을 중심으로”. 『한국자치행정학보』 32(1): 203-224.
- 이규식·사공진·한민경·박유미. 2019. 『커뮤니티 케어 이론과 정책』. 건강복지정책연구원.
- 정경희·오영희·이윤경·오미애·강은나·김경래·황남희·김세진·이선희·이석구·홍송이. 2017. 『2017년도 노인실태조사』. 보건사회연구원.
- 조미형·박대식·남승희. 2014. 『농촌 지역사회기반(community-based) 복지시스템 구축 방안 연구』. 한국농촌경제연구원
- 조미형. 2014. “지역사회복지실천모델로서 사회적협동조합의 가능성 탐색.” 『한국농촌지도학회』 21(3): 91-119
- 통계청. 2015. 『농림어업총조사 보고서: 지역조사(3-2권)』.
- 통계청. 2019a. 『2018 인구주택총조사 결과』.
- _____. 2019b. 『통계로 본 쌀 산업 구조 변화』.
- _____. 2019c. 『고령자 통계』.
- 행정안전부·보건복지부. 2020. 『2020년 주민자치형 공공서비스 구축사업: 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼』.
- 황경란·황재영·박혜선. 2018. 『커뮤니티케어 현황과 쟁점: 일본 기초자치단체 사례를 중심으로』. 경기복지재단
- 황영모. 2019. 『농촌지역 생활돌봄과 청년일자리 정책방안』. 전북연구원
- 니키류. 2018. 『지역포괄케어와 지역공생사회: 일본의 커뮤니티 케어』. 북마크.
- Department of Health. 2019. *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*. London.

〈참고 인터넷 사이트〉

- 건강보험심사평가원. <<http://hira.or.kr/main.do>>. 검색일: 2020. 5. 1.
- 사회보장정보원. <<http://www.ssis.or.kr/index.do>>. 검색일: 2020. 5. 1.
- 통계청. <<http://kosis.kr/>>. 검색일: 2020. 5. 1.

KREI

www.krei.re.kr

농촌형 커뮤니티 케어 정책 과제



한국농촌경제연구원

전라남도 나주시 빛가람로 601
T. 1833-5500 F. 061) 820-2211



9 791161 493978
ISBN 979-11-6149-397-8