
일본 지역사회 통합돌봄 체계 출장결과 보고



K I H A S A
한국보건사회연구원

I. 출장 개요

□ 출장 일정

- 기간: 2026. 9. 1.(화) ~ 9. 4.(금), 3박4일
- 지역: 일본 도쿄도(무사시노시, 미나토구 등)

□ 출장자

- 이윤경 선임연구위원, 강은나 연구위원, 황주희 연구위원, 이정은 부연구위원

□ 출장 목적

- 일본의 지역포괄케어시스템 및 중층적지원체제 운영 실태 파악
- 재택의료·개호 연계, 지역포괄지원센터, 그룹홈 등 통합돌봄 전달체계의 기관별 기능과 운영 조건 확인
- 「돌봄통합지원법」에 따른 통합돌봄 기본계획 수립 시 참고자료 확보

□ 방문기관 및 일정

일정		주제
9. 1.(화)	한국→ 도쿄 이동	
9. 1.(화)	메지로대학(目白大学) 「일본 지역사회통합돌봄 세미나」	일본 지역사회통합돌봄 세미나, 주제발표 및 토론
9. 2.(수)	무사시노시 재택의료·개호 연계지원실 (武蔵野市在宅医療介護連携支援室)	지자체-의사회 협력, 재택의료·개호 연계, 다직종 조정 사례 청취
9. 3.(목)	미나토구 보건복지지원부 고령자지원과·고령자시책 추진담당 (港区保健福祉支援部高齢者支援課)	지자체의 지역포괄케어 정책 기획·조정 및 전달체계 사례 청취
9. 3.(목)	아자부지구 고령자상담센터 (麻布地区高齢者相談センター, 지역포괄지원센터)	종합상담, 사례관리, 개호예방, 권리옹호, 다직종 연계 사례 청취
9. 3.(목)	그룹홈 아리스노모리 키노코 미나미아자부 I·II (グループホームありすの杜きのこ南麻布)	인지증 고령자의 소규모 공동생활, 지역계속 거주, 생활중심 케어 사례 청취
9. 4.(금)	도쿄→ 한국 이동	

II. 기관별 면담 결과

1

「일본 지역사회통합돌봄 세미나」(메지로대학, 9/1)

면담자

발표 1: 이성한 교수(마쓰모토대학·지역복지)

발표 2: 김재근 교수(메지로대학·장애영역)

가. 발표 ① 주요 내용: 지역포괄케어시스템과 개호보험 재정

□ 인구 여건과 돌봄인력 문제

- 돌봄인력 확보가 최대 현안이며 종래에는 돌봄직에 대한 낮은 사회적 인식을 주된 원인으로 보았으나 그 배경에 인구 자체의 감소가 있음
- 1950년 약 8천만 명이던 인구가 현재 약 1억 3천만 명으로 정점을 지났으며, 2070년경 다시 8천만 명 수준으로 감소하고 고령화율은 40% 이상이 될 것으로 전망함
- 다사사회 진입에 따라 관련 인프라를 어떻게 할 것인지에 대한 논의도 일부에서 제기되기 시작됨
- 2025년 문제(단카이 세대가 모두 75세 이상 후기고령자로 진입)에 따라 의료·돌봄 수요와 리스크가 큰 집단이 급증하는 데 따른 개호보험의 영향을 지속 분석 중임

□ 지역 소멸과 개호서비스 공급 중단

- 전국 약 1,800개 지자체 중 절반 정도가 소멸 가능성이 높다는 보고서가 제시되고 있으며, 인구 문제와 함께 지역 기능의 소멸 문제를 같이 보아야 한다는 논의가 제기됨
- 이용자 감소로 시설의 경영이 악화되고, 경영이 가능하더라도 지역 내 인력 확보가 어려워 폐업하는 사례가 발생함
- 예를 들어 홋카이도 오타루 남쪽의 소규모 마을의 경우, 사회복지협의회가 위탁받아 운영하던 돌봄시설조차 운영을 중단하여 왕복 약 14km 떨어진 시설까지 이동하여 데이케어 서비스를 이용하는 사례가 발생하

고 있음

- 그러나 이동에 관한 추가 보수(연료비 등)가 적용되지 않아, 시설이 임원 임금을 삭감하여 예산을 충당하는 상황임
- 일본에서는 이러한 상황을 개호서비스 “난민”으로 표현하고 있음

□ 개호보험 재정 구조와 의료화 경향

- 재정 구조는 보험료 50%, 공비 50%(국가 25%, 도도부현·시정촌 각 12.5%)로 구성됨
- 제2호 피보험자는 40~64세이며, 보험료는 제도 시행 초기 대비 약 3배 수준으로 상승하여 현역세대의 부담이 증가함
- 정부는 급여 총액을 억제하려 하고 지자체는 자체 부담을 억제하려 하는 가운데, 인력 확보를 위한 임금·근로환경 개선에는 투자가 필요하여 재정 운용이 경직된 상황임
- 의료비 지출 증가에 따라 개호보험 재정으로 의료서비스를 제공하려는 경향이 확대됨
 - 개호노인보건의료시설은 퇴원 후 자택 복귀 전 재활을 담당하며 법정 이용기간은 6개월이나, 장기 체류 사례가 많아 사회적 입원 방지라는 도입 취지가 퇴색했다는 지적을 받고 있음
 - 2018년 개호의료원을 신설하여 장기 의료가 필요한 개호 대상자를 수용함에 따라 개호보험 재정의 의료 사용을 사실상 공식화한 것으로 평가되고 있음
- 치우개선수당은 일정 조건을 달성한 경우 인센티브 형식으로 지급되어 모든 기관에 적용되지 않으며, 실효성에 대한 논의가 존재

□ 3대 기금의 구조

- ① 개호보험 재정안정화기금 — 도도부현 단위로 운영되며 국가·도도부현·시정촌이 각 1/3 부담
- 시정촌 부담분은 제1호 피보험자 보험료에서 충당하며, 제2호 피보험자 보험료는 이 기금으로 사용하지 않음

- 보험료 미납 증가로 수입이 감소하여 운영이 원활하지 않은 편이며, 부족분은 정부 교부로 보전중임
- 예산을 초과하는 급여비는 기준액을 별도로 두지 않고 무이자 대출로 대응(3년 분할상환, 최대 3년 연장, 기간 초과 시 이자 발생)
- ② 지역의료개호종합확보기금(2014년 신설): 현재 가장 활발하게 운영되는 기금
- 국가 2/3, 도도부현 1/3 부담이 기준이며, 상황에 따라 국가가 전액 부담하는 경우도 있음
- 소비세 인상분 재원을 이 기금에 사용하도록 고정하여 재원을 확보함
- 의료기관·병상기능 정비, 재택의료 및 개호시설 정비, 개호 종사자 확보(처우개선수당 포함)에 사용함
- “2025년 문제”에 대응하여 의료와 개호를 일체적으로 정비할 필요가 있었으나 개호보험제도를 전면 개편할 수 없어 그 공백을 메우는 장치로 조성되었다고 볼 수 있음

○ ③ 개호급여비 준비기금

- 기초자치단체 단위로 개호보험사업계획상 잉여금을 적립하여 사용하는 기금임

○ 세 기금은 설치주체·재원·목적이 명확히 구분되어 있으며, 단순히 재정이 부족하여 조성한 것이 아니라 주체·재원·목적을 확실히 설정한 뒤 운영하고 있음

○ 이는 지자체가 예산 관리 권한을 가져야 가능한 구조이므로 건강보험공단이 재정과 서비스 제공을 통합 관리하는 한국에서 기금 방식이 어떻게 작동할 수 있을지 검토가 필요할 것임

□ 한일 제도 비교

○ 한국은 2008년 노인장기요양보험, 일본은 2000년 개호보험을 시행하였으며, 한국은 기본계획 수립 이후 약 8년 만에 통합지원법 시행에 이른 반면 일본은 제도화에 더 긴 시간이 소요되었음

○ 한국은 중앙정부를 중심으로 제도를 지역에 정착시키는 방식, 일본은

기존 지역 네트워크를 활용하여 제도화하는 방식임. 다만 어느 쪽이 우월한지는 판단하기 어려움

- 한국은 중앙 주도의 하향식, 일본은 지자체 재량에 맡기는 분권형이라는 점에서 차이가 있음
- 일본은 제도화 시 전국 일률 시행이 아니라 권고와 보조금으로 참여 지자체를 모집하고, 우수사례가 축적되면 인근 지자체가 뒤따르는 방식을 취하는 특성을 가지고 있음

□ 지역포괄지원센터

- 전국 약 5,487개소로 중학교구(인구 약 1만 명 이하) 단위에 설치됨
 - 이는 서비스 제공에 가장 효율적인 범위로서 “얼굴을 확인할 수 있는 관계”가 형성될 수 있는 생활권역이라 판단함
- 사회복지사, 주임케어매니저, 보건사를 배치
 - 케어매니저는 시설 소속과 지역 소속으로 구분되며, 지역 케어매니저는 담당 인원이 제한되어 대략 15~20명(지역에 따라 10세대 수준의 사례도 있음)을 담당하고 있음

□ 사쿠시(佐久市) 사례

- 인구 약 10만 규모의 도시에 대형병원 3개소가 있으며, 이 중 1개소는 건강보험 재정으로 운영되는 시립병원에 해당됨
- 사쿠종합병원은 JA후생련(한국의 농협에 해당하는 조직) 계열로 의료 인프라가 부족한 지역에 병원을 개설·운영하는 지역공헌 활동의 일환임. 협동조합 성격으로 주민 밀착도가 높고 의사들의 인식도 좋은 편임
- 개호노인보건시설을 병원이 위탁받아 운영하며, 퇴원 시 의사가 반드시 사회복지사와 상담하도록 하고 사회복지사와 케어매니저가 자택 복귀 또는 시설 재할 여부를 결정함
- 방문간호스테이션을 병원 내부뿐 아니라 지역에 별도 설치하여, 간호사가 방문진료 안내와 일정 조정, 케어매니저 연계를 수행함
- 과거 의료 인프라가 부족했던 지역 특성상 예방활동이 활발하였고, 주

민과 병원 의사 간 일상적 교류가 형성되어 있음

- 이 지역은 의료 종사자가 지역 인구의 20%를 차지하며, 병원 완결형에서 지역 완결형 의료체계로 전환, 즉 의료가 먼저 돌봄에 접근하여 연계가 성립한 사례로 평가됨

나. 발표① 질의응답 주요 내용

□ 지역포괄지원센터의 성격과 범위

- 요지원 1~2는 예방적 성격의 구분으로 한국에는 없으며, 일본 내에서도 실효성에 대한 논의가 진행 중임
 - 운동·체조 등 프레일 대응이 더 효과적이라는 견해가 있음
 - 요지원 1~2의 케어플랜은 지역포괄지원센터가 작성하고 예방급여를 사용하나, 실제 예방 서비스와 프로그램의 내용은 지자체가 독자사업으로 구성하여 일률적으로 설명하기 어려움
- 요개호 1~5는 민간 거택개호지원사업소의 케어매니저가 이용자와 개별 계약을 맺고 담당하며, 지역포괄지원센터는 케어매니저를 관리하고 사업소 변경이나 매칭을 중개함
- 학대와 곤란사례는 지역 케어매니저가 반드시 지역포괄지원센터에 의뢰하도록 되어 있음
- 센터의 운영비와 인건비는 개호보험 재정에서 지출되며, 지자체 직영은 관리·비용 부담이 커 약 90% 이상이 민간(사회복지협의회 등)에 위탁 중임
 - 일본의 경우 돌봄과 의료는 지자체가 자체적으로 수행하는 데 한계가 있어 사회복지법인·의료법인 등 전문조직에 위탁하는 것이 적합하다는 인식이며, 공공·민간 운영의 조건 등이 법으로 정해져 있지는 않음
- 당초 지역포괄케어는 고령자에 한정된 개념이 아니었으나 고령화 진행에 따라 실제로는 고령자 개호서비스 중심으로 운영되고 있으며, 이를 일본 측도 한계로 인식하고 전연령대(장애인 포함)를 대상으로 하는 상담 기능 등을 점진적으로 추가하는 중임
- 일본과 한국의 용어 차이가 있다고 봄

- 일본에서는 “통합”이 서비스 제공 조직의 편의를 위한 통합이라는 인상을 주는 반면, “포괄”은 다양한 조직이 참여하여 하나의 포괄지원체계를 구성한다는 의미로 인식하고 있음. “통합돌봄”과 “지역포괄”의 용어에서 오는 차이가 있다고 생각함
- 일본은 부서별 칸막이로 상담창구가 분산되어 있던 문제를 일원화하여 원스톱으로 해결하자는 것이 포괄지원체계의 개념으로 봄

□ 제도 범주에 속하지 않는 대상

- 은둔형 외톨이 등 기존 제도에 포함되지 않는 대상도 지역포괄지원센터가 1차 상담 기능을 수행하고 있음
 - 전신인 재택개호지원센터에서 지역포괄지원센터로 개편되면서 고령자가 아닌 대상도 포함되었고, 현장에서는 상담 내용이 복잡·다양하여 부담이 크다는 의견이 제기됨
- “2025년 문제” 이후를 대비한 키워드가 공생사회이며, 이를 제도화한 것이 “중층적지원체제정비사업”임
 - 이 사업은 개호보험과 별도로 운영되며 상담창구는 주로 지자체가 설치되어 있음

□ 정보 연계

- 케어매니저가 이용자 정보를 전체적으로 관리하나, 한국과 같이 시스템에 접속하면 정보가 공유되는 구조는 아님
- 마이넘버가 도입되었으나 개인정보에 대한 반발이 크고, 특히 지방에서는 종이 기반 업무가 여전히 많이 남아 있음
- 개인정보를 최대한 보호하면서 지역케어회의에서 사례를 공유하는 방식으로 대응하고 있음
- 개호정보시스템 도입과 포털 개발이 추진되었으나 아직 완성되지 않았고, 도입 이후에도 전문직과 시설이 활용하기까지 시간이 소요될 것으로 전망됨
- 다만 케어매니저는 민간 위탁 소속이더라도 필요한 정보에 접근할 수

있는 구조라 행정 데이터 접근 권한이 공무원에 한정된 한국과 차이가 있음

□ 지역케어회의

- 지역케어회의는 곤란사례와 다직종 연계가 필요한 사례를 다루며, 회의 당 1~2건 수준의 소수 사례를 검토함
 - 예를 들어 개호보험료를 납부하지 못하는 사례에 대해 사회복지협의회·의사·케어매니저·간호사가 함께 해결방안을 검토하는 회의체임
- 일반 사례는 이용자와 사업소가 계약을 체결하는 시점부터 서비스가 진행되며, 별도의 회의를 통한 승인 절차가 없음
- 한국의 통합지원회의는 서비스 제공을 위한 승인 주체로 설계되어 모든 케이스가 시군구로 집중된다는 점에서 차이가 있음
- 일본의 지역케어회의 대상은 대체로 개호보험 대상자이며, 장애인이나 아동 등은 별도의 연락회 형태로 소규모 단위에서 다루어짐

□ 재정 권한과 분권

- 한일 간 제도 운영의 차이는 결국 개호(장기요양) 재정에 대한 지자체의 권한 유무에서 비롯된다고 판단됨
 - 일본은 지자체가 재정 권한을 보유하여 지역 실정에 맞는 서비스 설계가 가능한 반면, 한국은 건강보험공단이 권한을 갖고 책임은 현장이 지는 구조임
 - 기금 운영 역시 재정을 지자체가 관리할 때 실효성이 높음. 한국에서는 공단 재정의 지역 단위 관리 등이 가능할 때 검토가 가능할 것임
- 다만 한국의 중앙집권적 구조는 전국 확산 속도가 빠르다는 장점이 있고, 한국의 고령화 속도를 고려할 때 시간적 여유가 크지 않다는 점, 지역 간 편차에 대한 형평성 요구가 크다는 점에서 일본과 차이가 있음

다. 발표② 주요 내용 — 장애인복지제도와 통합돌봄의 접점

□ 장애인종합지원법의 구조

- 2013년 제정되었으며 일본의 장애인 복지서비스가 이 법에 모두 포함되어 있어, 이 법을 통해 장애인 복지서비스의 기본 구조를 파악할 수 있음
 - 전국 공통으로 제공해야 하는 급여(개호급여, 훈련등급여, 자립지원의료, 상담지원)와, 지역 특색에 맞추도록 한 지역생활지원사업으로 이원적으로 구분됨
 - 지역생활지원사업 내에도 필수사업과 임의사업이 구분되어 있음
- 재원은 전액 조세이며, 전국 공통 급여는 국가 1/2, 도도부현·시정촌 각 1/4을 부담
 - 지역생활지원사업은 국가가 “1/2 이내”를 부담하는 구조로 인구 규모 등에 따른 상한이 있어 이를 초과한 지출은 지자체가 부담
- 국가사업과 지역사업은 양적 보완 관계가 아니라 내용 자체가 다름
 - (이동지원) 국가사업인 동행원호(시각장애인 외출 지원)와 행동원호(지적·정신장애인 외출 지원)는 케어가 포함된 서비스인 반면, 지역생활지원사업의 이동지원은 복지차량 등 이동 자체를 지원
 - (상담) 국가의 지역이행지원(시설에서 지역으로의 이행), 지역정착지원, 계획상담지원(케어플랜 작성)과 달리, 지역생활지원사업의 상담은 일상적 고충 상담에 해당
 - (복지용구) 보장구(휠체어 등 장애에 따라 반드시 필요한 것)와 일상생활용구(화장실 매트 등 부가적인 것)로 구분하여 보장구는 국가가, 일상생활용구는 지역사업으로 운영됨

□ 장애판정체계

- 장애인등록 등급(1~6급)은 의학적 모델에 따라 주치의가 판단하며, 장애지원구분(1~6)은 서비스의 양을 조절하는 별도의 구분체계임
 - 등급이 높아도 활동이 적으면 서비스 필요가 낮고, 등급이 낮아도 지

역사회 활동이 많으면 외출 지원 등의 필요가 커지는 방식으로 니즈에 맞추어 서비스 양을 산정함

- 일본은 등록 등급과 지원구분이 분리되어 있는 반면, 한국은 등급제 폐지 후 서비스지원 종합조사 점수로 판정하여 두 기능이 결합되어 있다는 점이 대비됨
- 80개 항목 조사를 전산 판정한 후 심사회를 거치나, 심사는 대체로 형식적이며 문제가 있는 경우에만 실질 심의함
- 개호급여는 장애인등록과 장애지원구분 인정이 모두 필요하나, 훈련등급여는 등록·지원구분 없이도 이용 가능함
 - 한국과 달리 장애인등록이 서비스 이용의 단일 관문으로 작동하지 않고, 서비스별로 자격요건이 별도로 설정되어 있음
- 본인부담은 응능부담 원칙으로 소득에 따라 부담하며, 장애인은 소득이 없는 경우가 대부분이어서 실질적으로는 무료인 경우가 많음

□ 2024년 개정 및 최근 정책 방향

- 지역생활지원거점 정비를 시정촌의 노력의무로 규정함. 시설·병원에서 지역생활로의 이행지원, 체험숙박 등의 기능을 포함하며 권고 사항으로 추진중임
- 기간상담지원센터 설치
 - 기간상담지원센터는 거점센터 형태이며 지역 상담지원사업소가 담당하기 어려운 곤란사례에 대응하고 전문가에게 슈퍼비전을 제공하는 중핵 기관으로, 지자체당 1~2개소가 설치됨
 - 케어플랜 작성을 위한 상담은 별도의 계획상담지원 사업소가 담당하며, 기간상담지원센터의 기능과 구분됨
- 정신장애의 경우 보호자 동의만으로 가능한 의료보호입원의 장기화를 방지하기 위해 기간을 설정하고, 입원자를 대상으로 전문가가 정기적으로 상담하는 방문지원사업을 도입함
- 장애인학대는 학대통보 의무 대상이 보호자·사업주·관리자로 한정되어 의료기관이 포함되지 않은 문제를 지적, 명문화를 추진 중임

- 2026년 4월부터 장애인복지시설 입소자에 대한 지역생활 이행 의향 확인을 의무화함
- 의료적 케어 아동 지원법(약 5년 전 제정)을 통해 중증 장애아동과 가족 지원을 강화하고, 데이터베이스 축적을 통한 전문적 지원을 추진함
- 장애인 법정고용률은 2.5%에서 2026년 7월 2.7%로 상향되었으며, 한국(약 3.1%)이 더 높으나 대상 기업 규모 기준이 달라(일본 40인 이상, 한국 50인·100인) 직접 비교는 어려움
- 차별해소법 실시: 차별“금지”라는 표현이 민간의 소극적 대응을 유발할 수 있다는 판단에서 차별“해소”라는 용어를 채택하였으나, 지자체의 인력·예산·노하우 부족으로 이행이 원활하지 않다는 조사 결과가 있음
- 의사결정지원과 행동장애 대응을 추진 중이나, 상담지원전문원 1인당 담당 인원이 약 78명으로 과중한 상황임
- 장애인 전달체계는 시정촌 중심이며, 도도부현은 사업소 지정과 상담지원 전문인력 양성 등 지원 역할에 한정됨
- 장애인복지계획은 3년 주기로 수립되며, 현 계획이 2026년 종료되고 2027년부터 제8차 계획이 시작됨

□ 통합돌봄과의 접점

- 고령 영역의 지역포괄지원센터에 대응하여 장애 영역에서는 기간상담지원센터와 지역생활지원거점이 논의되고 있으나 아직 시작 단계로 실체가 뚜렷하지 않음
- 일부 지자체에서 기간상담지원센터와 지역포괄지원센터의 병행 설치·연계가 검토되고 있으나, 구체적 방식은 향후 검토 과제임
- 자립지원협의회는 지역 사업소 간 연계를 위한 협의체로 반년에 1회 개최하고 참여 인센티브를 지급하나, 현장의 업무 부담으로 실제 운영은 활발하지 않음
- 2017년 후생노동성이 입원의료 중심에서 지역생활 중심으로의 전환 방향을 제시하며 정신장애인 대상 지역포괄케어시스템 구축을 추진함
- 중층적지원체제정비사업

- 고령·아동·장애·생활곤궁 4개 영역의 개별법을 체계화하여 상담지원, 사회참가, 지역만들기의 3개 기능을 수행함
- 2021년경 도입되었으나 전국 1,741개 시정촌 중 약 1/3만 실시하고 있으며, 실시 여부가 선택사항이라는 점이 낮은 실시율의 배경임
- 교부금은 신규 예산이 아니라 기존 개별 보조금을 통합한 것이어서 지자체 입장에서 유인이 크지 않음
- 장애 영역은 고령에 비해 돌봄·개호와 의료의 연계가 원활하지 않으며, 재택의료도 장애인 전용 제도가 아니라 의료보험을 통해 이용함

□ 65세 문제 및 고령·장애 제도 간 쟁점

- 65세 도달 시 개호보험으로 일률 이행하도록 하려 하였으나, 이용자 부담 발생과 급여시간 축소를 우려한 장애인 단체의 반발로 후생노동성이 일률적 이양을 금지하고 개별 의견을 반영해 병행 이용이 가능하도록 지침을 시달
- 그럼에도 현장에서는 65세 도달 시 관행적으로 이행되는 경우가 많고, 이의를 제기하면 지자체와 대립하거나 소송으로 이어지기도 하며 이를 지원하는 단체도 존재함
- 장애 영역은 24시간 지원이 가능한 반면 개호보험에서는 어려워 급여량 격차가 크고, 부담 방식과 이용 상한도 상이함
- 정부는 한 사업소가 장애·개호 서비스 지정을 모두 받도록 유도하고 있으나 실제 병행 사업소는 많지 않아 이행 시 사업소 단절이 발생함
- 한국이 2027년부터 65세 도달 장애인에게 제도 선택권을 부여하는데 대해, 일본에도 파급 효과가 클 것으로 전망함
- 24시간 지원은 장애 영역 재원만으로 운영됨
- 본인이 24시간 지원의 필요성을 시정촌에 설명하여 납득시키면 지원이 가능하나, 지자체는 원칙적으로 억제하려는 경향이며 재정 여건에 따라 좌우됨
- 와상 상태보다 오히려 외부 활동이 많은 경우에 24시간 지원 필요성이 높음. 도쿄권에는 사례가 상당수 있으나 지방은 어려움

- 고령 영역은 최고 등급이라도 방문요양 급여만으로는 1일 8~9시간 수준이며, 지자체 독자사업으로 1~2시간을 보충하는 사례는 있으나 24시간 지원은 어려움
 - 재택의료 현장에서는 공적 서비스가 담당하는 범위가 5% 수준이고 나머지는 본인과 가족의 책임이라는 이른바 “5% 룰”이 언급되는 상황
 - 자비로 헬퍼·가정부를 이용하는 경우가 있으며, 인프라가 갖추어진 도쿄에서는 가능하나 지방에서는 어려움
 - 주민이 헬퍼 역할을 수행하는 협동조합 방식의 독자사업 사례가 한국에 주로 소개되고 있으나, 일반적인 상황은 아님
- 제도 통합 논의
 - 정부가 장애인 서비스와 개호보험의 통합을 여러 차례 시도하였으나 무산되었으며, 제도 간 차이가 크고 장애 영역의 급여 수준이 기득권으로 인식되어 통합은 어렵다는 것이 현장의 판단임
 - 개호보험의 서비스 수준이 장애 영역에 준하는 수준으로 상향되지 않는 한 통합은 성립하기 어려울 것임
 - 돌봄 필요도가 유사한 노인과 장애인 간 급여량 격차의 형평성에 대해서는 사회적 논의가 활발하지 않고 일반의 인식도 낮은 편임

라. 발표② 질의응답 주요 내용

□ 인력 및 단가 구조

- 일본의 활동보조 인력은 한국에 비해 젊은 층의 비중이 상대적으로 높으며, 아르바이트로도 일정 수준의 수입이 가능한 점을 배경으로 봄
- 국가가 정한 서비스 단가는 전국 공통이나 지역별 최저임금 차이에 따른 소폭 가산이 있으며, 활동보조인에게 지급하는 임금 수준은 사업소가 결정함
 - 시간당 단가 중 인건비로 지급되는 부분은 3분의 1 내외이고 나머지는 사업소 운영비로 사용할 수 있어, 사업소가 국가 단가만으로 운영이 가능한 구조임

- 사업소 평가 결과에 따라 단가를 차등 적용하고, 석션·호흡기 등 서비스 종류에 따라 단가가 구분되며 해당 인력은 제공기관이 자체 교육함
- 한국은 시간당 단가가 동일하고 가산수당의 폭이 제한적이며, 규모의 경제가 확보되어야 기관 운영이 가능한 구조라는 점이 대비됨

□ 장애인 소득보장 및 장애범주

- 중증 기준 연금에 특별장애인수당과 지자체 수당이 더해져 기초생활보장 수준의 소득을 확보할 수 있어, 생활보호 대상이 되지 않더라도 지역생활이 가능함
- 대중교통은 장애인 단독 이용 시 할인이 없고 동행자와 함께 이용할 경우 각 50% 할인됨. 이는 기본 소득이 확보되어 있으므로 전면 무료화보다 응능부담이 이용자의 발언권 확보에 유리하다고 판단함
- 일본은 난치질환자가 장애 범주에 포함되어 장애인종합지원법상 서비스를 이용할 수 있는 반면, 한국은 희귀질환관리법을 통해 의료비를 지원한다는 점에서 차이가 있음

「일본 지역사회통합돌봄 세미나」



면담자

소속기관	성명 / 직위
(일반사단법인) 무사시노시 의사회 재택의료 개호연계 지원실 (武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室)	이시이 이호리(石井 いほり) 실장/사회복지사·개호지원전문원(MSW)
무사시노 시청 건강복지부 지역지원과 (武蔵野市役所 健康福祉部 地域支援課)	가나마루 에리(金丸 絵里) 재택의료개호연계 담당 계장
(의료법인사단 에투왈카이) 단포포 클리닉 (エトワール会 たんぽぽクリニック)/재택의료 전문	이노우에 도시유키(井上 俊之) / 원장

□ 무사시노시 지역 개요

- 무사시노시의 고령화율은 22%, 면적이 작고 산·해안이 없는 평지 도시
- 의료자원: 3차병원 1개소, 소규모 병·의원 291개소, 치과 149개소, 약국 89개소
- 지역포괄지원센터는 기간센터 1개소와 지역센터 6개소로 구성되며, 시 위탁을 받는 공적 기관에 해당
- 거택개호지원사업소(케어매니저 소속) 41개소, 방문간호 26개소, 노인홈 7개소, 소규모다기능 2개소(최근 1개소 신설)

□ 연계지원실 설치 경위

- 1993년 도쿄도 시범사업으로 의사회를 중심으로 한 사례검토회에서 출발
- 2000년 개호보험제도 시행으로 의사회 내부에서도 재택의료의 중요하게 인식되었고, 병원·클리닉이 아닌 재택에서도 의료를 제공하자는 논의가 확대됨
- 국가가 재택의료·개호 연계를 추진하며 AIP(지역계속거주)의 필요성을 제기하였고, 무사시노 의사회가 사례검토회를 운영하던 중 시가 위탁하여 현재 체계로 전환

□ 추진 체계

- 무사시노 재택의료개호연계추진협의회를 상위 협의체로 두고 5개 분과

를 운영함

- 입퇴원시지원부회, ICT연계부회, 다직종연계추진연수부회, 보급인식개선부회, 치매연계부회(고령자지원과)
- 각 분과가 연 3~4회 회의를 진행한 후 협의회에 진척과 성과를 보고하는 구조
- 협의회는 연 2회 개최(일본의 예산은 4월 시작, 3월 종료하므로 시기를 맞춰 진행함), 협의회 구성은 시가 담당하고 내용은 연계지원실이 구성
- 협의회에는 다직종 대표가 참여하며, 케어매니저 간 연계 필요에 따라 케어매니저 대표도 참여하여 조직 규모가 큼
- 하위의 재택의료·개호 연계 상담지원(연계지원실)은 전문직을 지원하는 기능을 담당함. 상호 업무를 알지 못하는 상황을 전제로 연계를 매개함

□ 5대 공통과제

- 현장에서 운영하기 쉬운 형태로 의료와 개호를 연계하는 사업을 설계하는 것이 연계지원실의 역할이며, 의료와 개호의 공통과제를 다음 5개로 설정
 - ① 기본은 재택, 필요시 입원
 - ② 의사결정지원(ACP)
 - ③ 재해 발생 시 의료와 개호의 연계
 - ④ 디지털 기술을 활용한 효율적·효과적 연계
 - ⑤ 지역에서의 임종돌봄
- 협의회가 과제를 확인하고, 5개 분과와 연계지원실이 과제 해결을 담당하는 구조

□ 연계지원실 운영 실적 및 특징

- 연계지원실 소속 인력은 1인이며, 연평균 약 145건의 상담·연계를 수행
- 상담은 케어매니저의 개호 상담이 절반 이상을 차지
- 초기에는 방문진료 의사를 소개해주는 수준이었으나, 최근 케어매니저의 역량이 향상되어 전문화된 개별상담으로 변화하는 추세임

- (전문직 상담) 복약 관리, 반복되는 피부 문제 등 임상적 사안에 대한 상담 요청
- (주민 상담) 원칙적으로 전문직·사업소 상담만 수행하나, 주민이 상담처를 알지 못해 연락하는 경우 상담창구로 연결해주는 상담 역할도 수행함
 - 개호보험 대상이 아닌 50대의 보행곤란 사례 등 제도 밖 상담이 발생
 - 최근 우울·인지저하 등 복합적 대상자와 고립 문제가 증가하고 있으며, 헬퍼가 주간에만 근무하는 데 따른 야간 돌봄 공백에 대한 불안 호소가 늘고 있음
- (케어팀 상담) 임종을 둘러싼 가족 간 인식 차이의 조정을 요청하는 상담 등이 있음
 - 예를 들어 와상환자에 대해 의사는 자연적인 경과(사망)를 희망하나 가족은 수액 투여를 요구하는 상황에서, 케어팀이 가족 요구를 어디까지 수용할지에 대한 딜레마가 발생
 - 그밖에 지역사회 주민들을 대상으로 죽음을 주제로 한 영화 상영 등 지역 인식개선 활동을 병행함
- (의사회 소속에 따른 이점) 연계지원실이 의사회 소속임에 따라 관내 의사에 관한 비공개 정보(진료 특성, 방문진료 수용 범위 등)를 보유하여 연계가 수월하다는 장점이 있음
 - 연계를 특정 기관을 단독으로 추천하는 것은 지양하고(경쟁에 따른 시장논리 위배) 기관이나 의사 등 추천대상의 특성을 설명하는 방식으로 조정하며, 이용자 불만이 발생한 경우 설명과 조정 역할을 수행함
 - “의료에서 개호로 가는 연계는 수월하나, 개호에서 의료로 가는 연계는 어렵다”는 점에서 장점이 있음(케어매니저가 의료의 접근을 수월하게 생각하는 계기가 됨)
- 특히 실무자는 급성기병원 상담 경력 10년을 보유하고 있어 개소 직후부터 상담 수요가 많았으며, 지역별로 인력의 전문성 편차, 이에 따른 업무 범위의 차이가 존재함
- 2015년 재택의료·개호 연계추진사업에서 의료와 개호 간 상담이 어렵

다는 문제 인식에 따라 1인 배치가 제도화되었으며, 지자체별로 위탁·공무원 직영·지역포괄지원센터 운영 등 형태가 다양

- 무사시노시는 고령자복지과(개호보험)와 의료과(건강) 사이를 연계하는 연계지원과를 별도로 설치한 점이 특징— 통상 다른 지역은 고령자복지과가 지원실을 운영

□ 질의응답 주요 내용

- 방문진료 요건은 통원 불가이며, 요개호 인정자를 중심으로 서비스를 제공
 - 이동이 불가능하면 장애인·아동도 대상이 되며 16세 이용자 사례가 있으나, 소아는 소아과 진료를 안내
- 의료진 6명이 근무하며 24시간 대응체계를 갖추고 있고, 전문 진료과와 무관하게 전반을 진료
- 재택의료 수행 시 외래 진료 비중은 10% 미만이나, 외래를 병행하지 않으면 진료보수가 낮아지는 구조에 대해 문제를 제기
 - 진찰소와 병상을 갖추어야 보험상 방문진료가 가능한 요건과 함께, 재택과 외래를 동시에 요구하는 제도 설계의 모순을 지적
- 진료 범위는 혈액검사·감염검사 등 기본 검사와 개호택시를 이용한 병원 이송을 포함하며, 가족이 희망하면 재택에서 대응
 - 욕창은 통상적으로 관리하나 영양 문제가 동반되면 함께 관리하며, 악화되어 재택에서 임종하는 사례도 발생
- 정보연계는 케어매니저를 중심으로 ICT와 개호노트를 병행하나 ICT 입력 업무 부담이 크며, 향후 정보연계 체계 정비의 필요성을 인식
 - 상태가 급변하는 경우에는 ICT 확인이 지연될 수 있으므로 반드시 전화로 대응
- 의뢰 경로는 케어매니저 의뢰가 다수이며 본인 직접 신청은 10% 미만, 개호보험 인정조사 과정 및 병원 퇴원 시 연계가 이루어짐
 - 최근에는 클리닉 입원 후 통원이 불가능해진 사례가 증가하고 있으며,

- 이 경우 개호팀이 구성되지 않은 상태이므로 의사가 직접 케어매니저를 연계하여 개호팀을 구성
- 생애말기에는 방문간호가 중심이 되어 정보를 제공하며, 긴급하지 않은 경우 ICT를, 긴급한 경우 전화를 이용



면담자

소속기관	성명 / 직위
미나토구 보건복지지원부 (港区 保健福祉支援部)	이치하시 다쿠야(市橋 拓弥)
	고령자시책추진 담당 과장
	고령자시책추진 담당자

□ 인구 및 정책 여건

- 전국 대비 고령화율은 낮은 편이나 전체 인구가 증가하는 특이한 구조로, 고령화와 출산율이 동시에 상승하며 복지 수요가 증가하고 있음
- 2050년 고령인구는 현재의 1.9배 수준으로 전망됨
 - 인구추계상 전기고령자는 2050년경 다소 감소하나 후기고령자는 지속 증가할 것으로 예측됨
- 고령자의 욕구가 복합화되고 있으며, 인구는 증가하나 토지가 없어 재택생활지원에 문제가 발생하고 있음
 - 지가가 높아 시설 신설이 어렵고 민간사업소의 변동이 잦아 복지시설 수용률이 하락하고 있으며, 그 결과 고령자 재택생활지원의 필요성이 크게 증가하고 있음
 - 전기고령자가 후기고령자로 이행하는 시점에 이용할 시설이 부족한 상황을 어떻게 운영할 것인지가 핵심 과제임

□ 공생사회와 중층적지원체제

- 공생사회는 고령·장애·아동의 칸막이 행정을 제거하고 사람에 맞추어 서비스를 제공한다는 국가 차원의 방향이며, 미나토구도 지역공생을 목표로 설정함
 - 지자체 행정의 서비스 제공에 더하여 지역주민·의료시설 등 모든 주체가 자원이 되어 지역주민을 지원하는 구조를 지향함
- 추진 구조는 지역생활과제의 파악과 연계 해결, 시정촌의 포괄적 지원 체계 정비, 이를 달성하기 위한 수단으로서의 중층적지원사업으로 구성됨

- 복잡·다양한 욕구를 가진 대상이 중층적 지원체계에 포함되며, 그 이전 단계에서 해결되어야 할 단계가 별도로 존재함
- 미나토구는 도심부와 아파트 중심으로 보안 수준이 높아 주민 간 교류가 어렵고, 소득이 높아 건강한 시기에는 서비스 접점이 형성되지 않음
- 사전 접촉 없이 고령기에 이르러 복합·곤란 사례로 갑자기 발견되는 문제(고독사 포함)가 최대 과제로 제기됨
- 제도적 지원(중층적지원체계)을 충실히 하더라도 포착되지 않는 대상이 존재하므로 지역에서 주민이 서로 지키고 보호하는 기능을 병행하는 것을 중요하게 인식하고 있음
- 민생위원 제도가 있으나 고령화 등으로 결원이 발생하여 활동에 한계가 있으며, 커뮤니티가 약화되는 특성상 행정의 연결의 장을 조성할 필요가 있음
- 제도·사업 중심에서 사람 중심으로 이동하고 있음. 사각지대에 있는 대상은 제도 중심으로는 포착되지 않으므로 본인이 필요로 하는 바를 먼저 잘 청취한 후 제도로 연결하는 것이 중요함

□ 복지종합창구 및 곤란사례 대응

- 복지종합창구를 두어 어떤 상담이든 수용하는 입구 기능을 수행하고 있음
- 그러나 창구가 5개로 분산되어 전문지식이 집약되지 않아 창구에 따라 응답 가능 범위에 편차가 발생
- 학대·고립 등 사안에 대해 실질적으로 케이스워크를 수행할 수 있는 인력이 창구 당 1명 수준이어서 대응에 한계가 있음
- 이에 곤란사례를 담당하는 전담팀을 별도로 구성하는 계획을 수립 중이며, 부서 간 칸막이와 전문성 문제에 대한 대응방안을 발표할 예정임
- 지역포괄지원센터가 통상 업무는 포괄적으로 연계·지원하고 있으나, 요개호·인지저하·자녀의 방임·생활곤궁·주거환경 문제 등이 중첩된 사례는 1인당 장시간 개입이 필요하여 일회적 지원으로 해결되지 않음

- 복합적인 사례에 대한 대응, 본인 동의가 없는 경우 등 해결되지 않는 사례를 다음 단계에서 어떻게 처리할지가 설계의 초점임

□ 지역 지킴 및 점점 확대 사업

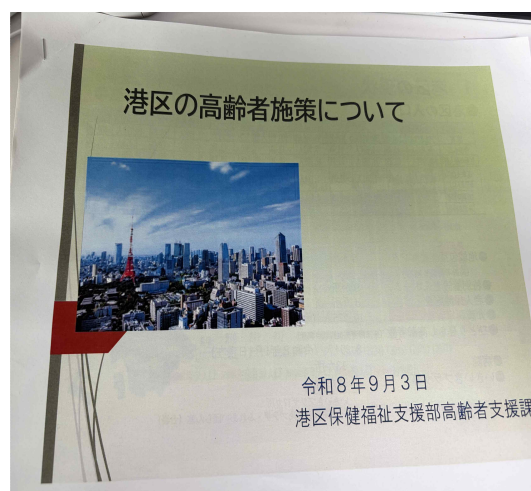
- 고령자상담센터(지역포괄지원센터)를 고령자 관련 정보 거점으로 안내하고 있으나, 기다려도 방문하지 않는 계층이 다수 존재함
 - 아웃리치 상담원이 독거노인 등 미이용자를 연 1회 방문하고 있으며, 방문 빈도의 확대 필요성을 인식하고 있음
 - 명부를 가지고 방문하나 보안 문제로 진입이 어려워 공동주택 관리자와의 연계를 계획하고 있음
- 시니어 식당 추진사업(당해연도 신규)
 - 고립 예방을 목적으로 행정이 직접 추진하는 사업임
 - 외출이 어려운 고령자가 식사와 교류를 함께 할 수 있는 장소로 홍보하고 있으며, 이용자에게 인지증 등 문제가 발생할 경우 고령자상담센터로 연계하는 것을 목표로 설계함
 - 고령자가 참여할 수 있는 장소를 확대하여 지원·연계로 이어가고자 하며, 지원의 충실화와 함께 주민과의 연계 강화를 주요 목표로 설정함

□ 질의응답 주요 내용

- (예산) 분야별로 필요한 사업을 신청하면 복지과에서 취합하고, 구가 이를 종합하여 후생노동성에 제출하는 절차로 사업이 진행됨
 - 지역에서 원하는 사업을 지원한다는 이념에 따라 아동·고령자·장애인 분야가 모두 포함되며, 분야별로 신청하여 구가 취합
- (사업 신청 배경) 중층적지원체계는 지자체의 노력의무 사항이며, 지역 내에서도 곤란사례 대응 필요가 증가함에 따라 추진하고 있으며, 미나토구는 2025년부터 시행함
 - 복합사례, 영케어러, 고립·방임 문제가 다수 발생한 점이 배경
- (주무부서) 중층적지원사업은 단일 사업이 아니라 사업별로 소관 부서가 지원하는 형태로 운영함

- (고령자지원과 업무) 고령자상담센터 강화, 재택지원센터 강화, 치매 초기 대응, 주민 주도 지역만들기(시니어 식당 등), 전기고령자의 지역참여 및 건강한 고령자의 자원 연계 등을 담당함. 이는 중층적지원의 이념과도 부합한다고 판단함
- (도쿄도와의 관계) 도·시정촌은 상하관계가 아닌 대등관계임
 - 국가의 통지를 도가 취합하여 시정촌에 제안하는 역할을 수행하나 강제력은 없으며, 시정촌 간 편차가 과도한 경우 균형 조정 통지를 보내는 수준에 그침

「미나토구 보건복지지원부 고령자지원과」



면담자

소속기관	성명 / 직위
아자부지구 고령자상담센터	미무라 유미코/센터장
미나토구 보건복지지원부 (港区 保健福祉支援部)	고령자시책 추진담당자

□ 기관 개요

- 아자부지구 관할 고령자 인구는 약1만 206명, 고령화율 17%로 전국 대비 낮은 수준임
- 전입, 전출이 많고 대사관이 소재하여 외국인 비중이 높으며, 소득수준과 독거노인 비중이 모두 높음
- 개호보험 포괄사업(4개 사업), 개호예방, 인지증, 주거개조 상담 등을 포괄적으로 수행함
- 인력은 보건사 4명, 간호사 1명, 사회복지사 3명, 주임케어매니저 1명 등 총 10명이며, 아웃리치 상담원 3명을 별도 배치함
 - 보건사는 개호예방사업, 사회복지사는 상담·학대를 담당하는 등 직역별 분담이 있으나 실제로는 팀 단위로 운영함
- 운영시간은 월~토 09:00~19:30, 일요일 17:00까지이며, 주말·공휴일 대응을 위해 교대제를 운영하고 전화는 24시간 대응(직원이 휴대전화를 소지)하고 있음

□ 질의응답 주요 내용

- (운영방식) 구의 지정관리사업으로 운영하는 이유
 - 위탁은 정해진 사업을 그대로 수행하도록 하는 방식인 반면, 지정관리 사업소가 운영방안을 제안·응모하고 행정의 선정한 후 사업소와 행정의 협의하며 운영하는 방식으로 자율성이 좀 더 보장됨
- (24시간 대응) 24시간 대응은 미나토구 내 전 센터에 동일하게 적용되는 구의 독자적 특성
 - 민간 운영 시 착신전환으로 대응하는 사례가 있으나, 이곳은 직원이

- 전화기를 소지하고 직접 대응한다는 점에서 차이가 있음
- 운영계획 제출에 따라 인건비가 포괄적으로 지급되고 관할 구역이 넓어 배치인원이 많은 점이 이를 가능하게 함
 - 야간 통화량은 많지 않고 즉시 출동은 어려움. 학대·배회 사안은 익일 대응으로 넘어가는 경우가 발생함. 야간 통화 중 개호 가족의 정서적 호소를 청취하는 경우도 다수 있음
- (법인 운영) 하나의 법인이 여러 사업을 운영하되 사업별로 개별 운영함. 현 지역포괄센터는 동일 건물을 지정관리하여 식당·사무실을 공동 이용하는 등 운영상 효율이 있음(건물은 미나토구 소유)
- (대상 범위) 지역포괄지원센터는 고령자를 중심으로 하며, 세대 내 문제(더블케어, 영케어러, 아동의 장애 등)가 확인되면 타 부서로 연계함
- (이용 자격) 주민표를 보유하면 국적과 무관하게 대상이 됨. 이용 비용을 수납하지 않아 소득수준 등 이용자 특성 파악이 어려움
- (설치 규모) 미나토구는 5개 지역생활 권역별로 1개소를 설치하고 있으며, 1개소당 담당 고령자 수가 통상 적정 기준(5천~8천 명)을 상회하여 많은 수준임
- (이용 규모) 연간 약 9천 건 가량 됨
- 모(고령), 자(정신질환) 사례 등 복합사례는 구의 장애 담당 및 케이스워커와 공동으로 대응하며, 개호보험 비대상자도 연계는 함. 제공 가능한 서비스가 없는 경우 지킴서비스로 방문을 연결
- (아웃리치 상담원) 도쿄도의 요구에 따른 사업으로 도가 재원을 교부하고 지자체별로 상이한 형태로 운영(위탁 방식)
- 연 2회 명부를 받아 방문상담을 수행하며 위기가구 발굴을 목적으로 함
- (재택임종·의료연계) 재택임종과 직접 연계되는 부분은 많지 않으며, 입원 중 재택 복귀를 희망하는 경우 개호인정 절차 지원 및 케어매니저 연결 수준의 지원을 수행함
- 최근 ACP(연명의료계획)의 중요성이 인식되어 여러 사업에 적용되고 있으며, 초기 상담에서 죽음을 다루기 어려우므로 카드를 활용한 게임

형식을 통해 상호 인식을 공유하는 정도임

- (학대) 가족·케어매니저의 상담→ 통보서류 작성→ 구청 전달→ 케이스 워커와 공동 방문 및 회의의 절차로 대응하고 있음
 - 주사례관리자는 사안에 따라 센터 또는 케이스워커가 담당
 - 학대는 법령상 지역포괄지원센터가 담당하도록 규정되어 있으며, 곤란 사례와 학대사례는 지역포괄지원센터와 상담하도록 하고 있음
- (지역케어회의) 5개 센터가 각각의 과제에 대해 회의를 개최하고, 구 차원의 회의는 연 1회 운영하여 과제를 보고받는 수준임
 - 개별사례 회의와 지원 주제 설정을 위한 회의를 병행함
 - 예를 들어 관내 외국인 고령자 지원 방안 등을 케어회의에서 논의함
 - 참석자는 주최자가 사안에 따라 결정하며, 케어매니저만 참여하는 경우부터 구·사회복지협의회·권리옹호·성년후견 담당자, 소방서·경찰이 참여하는 경우까지 다양함
 - 회의 구성에 약 2개월이 소요되어 긴급사례는 대상이 되기 어려움
 - 지역 단위에서 정보를 수렴하여 문제와 해결방안을 논의하고 구에 전달하여 제도화로 연결하는 제언 기능을 수행함. 가장 최근 케어회의 주제는 고령자 운전면허 반납 방안이었음
- (개호보험) 신청부터 서비스 개시까지 약1개월 소요
- (주임케어매니저) 지역 내 재택 케어매니저의 곤란사례, 계획수립 관련 상담을 지원하는 수준이며, 교육·관리 기능은 아님
 - 케어매니저는 자격시험에서 개호 케어플랜을 다루므로 지원 필요성이 높지 않음. 반면 요지원의 케어플랜은 성격이 달라 위탁 시 자문 수요가 발생함
 - 노인학대 예방 연수와 정기 사례검토회의를 운영하며, 일반 사업소의 주임케어매니저(경력 5년 이상, 시설운영 가능)와의 기능 차이는 크지 않음

「아자부지구 고령자상담센터(지역포괄지원센터)」



면담자

소속기관	성명 / 직위
(사회복지법인 신세이주카이) 아리스노모리 키노코 미나미아자부 (新生寿会 ありすの杜きのこ南麻布)	미야모토 노리오(宮本 憲男)/ 시설장
	나스 가오리(那須 かおり)/ 상담원

□ 기관 개요

- 키노코 그룹은 본원 소재 현에 인지증 전문병원 4개소, 도쿄에 5개소를 운영 중임
- 인지증 케어를 중심으로 운영하며, 인지증 증상이 심하여 다른 시설 거주가 어려운 경우에도 입소를 거절하지 않는다는 방침을 유지하고 있음
- 규모는 200명상, 12개 유닛이며, 개호가 부가된 케어하우스 19개소와 그룹홈 9개소를 운영함
- 본 그룹홈은 개호보험제도 도입과 함께 설치되었으며, 본원 소재지에서는 개호보험 시행 4년 전에 지자체와 협력하여 선도적으로 설치하였음
 - 인지증 전문병원에서 어르신을 케어하는 과정의 실패 경험에서 출발하였으며, 환경과 인간관계가 안정되면 안심하고 생활할 수 있다고 판단하여 계획함
 - 관계성 중심의 생활을 구현하였으며, 인지증 그룹홈과 유닛케어의 출발점으로 평가받고 있음
- 일본에서 그룹홈 케어는 개별케어로 제도화되었으나, 이후 규모가 큰 그룹홈이 증가하면서 대규모 시설과 인력이 확대되는 경향을 보임
- 소규모다기능을 통해 재택서비스와 숙박을 왕래할 수 있고 단기케어도 가능하며, 컨디션이 악화되면 특별요양유닛홈으로 이행하는 연속적 체계를 갖추

□ 질의응답 주요 내용

- (단기보호) 유닛형은 개별 이용으로 단가가 높고 다인실은 단가가 낮아 다인실 이용자가 많음

- (인력수급) 직원은 약 150명 규모이며, 외국인 근로자 약 25명이 근무. 도쿄 전 분야에 인력난이 있음
 - 채용은 대부분 유료 소개소를 경유하며 매일 10~20건의 문의가 접수됨. 코로나19 이후 직접 방문·지원 경로가 축소되고 인터넷 검색에서 소개소가 우선 노출됨에 따라 유료 소개소를 경유하게 됨
 - 1인당 소개수수료는 연간 임금의 약 30%(약 100만 엔) 수준이며, 매년 12명 내외에 대해 수수료를 지출하고 있음
 - 개호보험 재원에서 중개수수료를 부담하는 구조의 적절성에 대한 논의가 최근 이루어지고 있음
- (인력배치) 1개 유닛당 1명이 고정 배치되며 겸직은 없음
- (소규모다기능) 365일 숙박이 가능하며 2개월 전 일괄 신청 후 공석 발생 시 추가 접수하는 구조임
 - 야간·24시간 대응, 방문, 숙박이 모두 가능하며, 직원 12명임
 - 등록 25명, 일 이용 15명, 숙박 6명 규모로 방문은 등록자 전원이 이용 가능
 - 전실 개인실로 운영되며, 1~10일간의 단기 이용을 2개월 전에 신청함
 - 긴급필요시 여석이 없는 경우 케어매니저가 다른 기관을 연계하고 있음
- (특별요양·단기보호) 특별요양은 개호보험 기준을 적용하여 정원 100명당 영양사 1명, 간호사 3명 이상 등을 배치하며, 단기보호는 특별요양 노인홈 병설형으로 간호 인력을 공동 활용하고 있음
- (케어로봇) 도입하지 않았으며 직원의 충분한 배치로 대응하고 있음. 목욕 리프트와 침대 하부 센서(수면 상태 모니터링)는 활용하고 있음
- (전문직) 물리치료사만 배치되어 있으며 확대를 계획하고 있음
- (정원) 정원은 거의 충원된 상태임
- (인지증 혼합 돌봄) 특별요양노인홈은 인지증 여부와 무관하게 함께 돌보고 있으며, 인지증만을 전문적으로 담당하는 형태는 그룹홈이 유일함.

- 혼합 돌봄 시 직원의 중재가 중요하며(식사 관련 갈등 등), 인지증 이
해도가 높은 인력을 배치할 필요가 있음
- 그룹홈은 인지증 대상자만으로 구성되므로 담당자의 전문적 스킬이
요구되며, 관리자는 인지증 관련 교육을 수료하여야 함

「아리스노모리 키노코 미나미아자부 I・II」

