



중장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구

강혜규

김동진·김세진·김윤희·김희성·남기철·안수란·

어유경·오욱찬·이한나·전진아·박영선·서윤경



■ 연구진

연구책임자	강혜규	한국보건사회연구원 선임연구위원
공동연구진	김동진	한국보건사회연구원 연구위원
	김세진	한국보건사회연구원 부연구위원
	김유희	한국보건사회연구원 부연구위원
	김희성	한국보건사회연구원 부연구위원
	남기철	동덕여자대학교 교수
	안수란	한국보건사회연구원 부연구위원
	어유경	한국보건사회연구원 부연구위원
	오욱찬	한국보건사회연구원 연구위원
	이한나	한국보건사회연구원 부연구위원
	전진아	한국보건사회연구원 연구위원
	박영선	한국보건사회연구원 연구원
	서윤경	한국보건사회연구원 연구원

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2021. 6. 30.)한 「중장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구」의 보고서로 제출합니다.

2022년 3월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



제1장 서론	9
제1절 연구의 배경 및 목적	10
제2절 연구의 내용 및 방법	13
제2장 새로운 지역사회 통합돌봄 전략을 위한 검토	23
제1절 지역사회 통합돌봄의 개념	24
제2절 지역사회 통합돌봄 선도사업의 점검	35
제3절 새로운 지역사회 통합돌봄을 위한 방향	44
제3장 노인 대상 지역사회 통합돌봄 전략	51
제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상	52
제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스	81
제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화	127
제4절 소결	141
제4장 장애인 대상 지역사회 통합돌봄 전략	157
제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상	158
제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스	196
제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화	216
제4절 소결	224
제5장 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 전략	228
제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상	229
제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스	253
제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화	258
제4절 소결	280

제6장 지역사회 통합돌봄을 위한 지역서비스 제공 체계: 복지, 보건, 주거 서비스 중심	283
제1절 돌봄서비스 관련 공공 복지 전달체계	284
제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료 서비스 제공체계	311
제3절 주거 서비스와 제공체계	344
 제7장 결론: 중장기 주요 전략 제언(작성 예정)	380
 참고문헌	383
 부록	393
[부록1] 통합돌봄 추진을 위한 돌봄 공동체 구축 필요성: 일본 사례 검토	393

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

□ 지역사회통합돌봄 대책·사업에 대한 종합 진단을 바탕으로, 새로운 추진전략 ('22~'25) 마련 필요

○ 그간 추진된 지역사회통합돌봄 대책 내용

대 책	<ul style="list-style-type: none">- 지역사회 통합돌봄 기본계획 발표('18.11월, 1단계: 노인중심)- 각종 기본계획* 등에 통합돌봄 내용 반영<ul style="list-style-type: none">• 제4차 저출산고령사회기본계획('20.12.)• 제2차 정신건강복지기본계획('20.1.)• 탈시설 장애인 중장기 로드맵 수립 예정('21. 8월 예정)
사 업	<ul style="list-style-type: none">- 지역사회 통합돌봄 선도사업(16개 시군구, '19.6.~)<ul style="list-style-type: none">※ 기타 52개 시군구에서 국고보조 없이 통합돌봄 사업 자체추진 중- 노인돌봄 전달체계 개편 시범사업(화성·춘천, '21.4.~)

○ 2년여의 선도사업 추진 성과 및 교훈을 고려한 2단계 정책 방안 제시 필요

- 시군구 중 1/3이 사업을 추진하는 만큼 사업의 필요성과 기대효과에 대한 사회적 합의가 형성되고 있기에, 중앙정부가 적절한 전략을 제시하여 효과적인 사업 추진을 도모할 필요

□ 지역사회통합돌봄 개념에 대한 다양한 관점이 존재하고, 필요한 변화 전반을 아우르는 정책 방안 제시 미흡

○ 커뮤니티 케어를 지역사회통합돌봄의 용어로 사용하는 과정에서 다양한 관점·이해로 정책 혼선에 영향

- 지역사회통합돌봄은 ‘거주하던 집-동네를 떠나지 않고 자립적 생활이 가능하도록(목적), 지역 이웃-자원으로 지원(수단)’ 한다는 이중적 의미를 담지한 것으로 이해되면서, 국가사업·기존 제도의 개편(서비스 확충, 운영체계, 재원 등)은 상대적으로 소홀(혹은 개별 정책 추진과 분절적으로 지역사회통합돌봄 정책 추진)

- **사업 주체로서 지역사회**에 우선 주목, 지역 전달체계 개편, 지역의 주도적 역할에 집중
- **운영 방식으로서 통합**에 주목, 서비스 제공 과정의 통합성 향상, 운영체계 통합에 중점

○ ‘돌봄’의 핵심 제도 개편을 통한 서비스 확충 병행은 부진

- 지역사회통합돌봄은 **현행 제도의 원활한 작동**이 가장 중요한 전제
 - 노인장기요양보험제도를 비롯한 노인돌봄제도들, 장애인활동지원제도를 비롯한 서비스사업들, 정신건강관련 사업들, 취약가구 주거복지제도들, 지역사회건강증진과 의료서비스의 지역기반 이용체계(재가, 방문의료 등) 등
- 지역사회기반 돌봄 체계가 정착될 때까지는 **현행 국가 사업들의 보강, 지자체의 보충적·보완적 사업 개발운영, 지역의 자발적 영역의 결합방식** 모두가 균형적으로 확장되도록 3개의 주축이 함께 변화, 정비될 필요

○ 한국의 돌봄서비스는 노인장기요양보험제도(2008), 장애인활동지원제도(2007)를 필두로 시설 혹은 재가 이용서비스의 체계를 갖추어 왔으나, 일상의 충족도를 높일 다양하고 충분한 서비스 이용 여건이 마련되지 않았고, 원치 않는 시설 거주 선택이 불가피한 다수가 존재하므로, 이를 줄여가기 위한 국가와 사회의 노력과 협력의 중요한 상황

- 생애주기에서 필요한 대부분의 사회서비스는 집으로 방문하는 서비스 혹은 서비스제공 장소로 찾아가 이용하는 서비스이며, 사람과 사람이 대면하는

human service로서, 주거지와 가까운 거리에 소재하는 것이 바람직하고,

- 서비스 수요를 포착하고 적시에 대응하며, 서비스 상황을 지속적으로 파악(모니터링, 사례관리)해야 한다는 점에서,
- 지역 중심의 서비스 이용체계 마련이 중요하며, 커뮤니티 케어는 선진적 서비스의 필요불가결한 방향성이며,
- 건강한(healthy) 일상을 위해서 보건·의료서비스(health care)가, 지역사회에 머물기 위해서는 주거서비스가 다차원의 복지서비스와 결합하는 Social Care의 성격으로서, 보건·의료-주거-복지 등의 부문간의 이해와 이전과는 다른 실질적인 협력체계 마련이 관건
- **돌봄의 제도적 기반(국가사업), 지자체의 복지 역량(지자체사업 개발 및 운영), 지역사회의 인식과 협력 기반의 조성이 모두 병행되어야** 한다는 점에서, 장기적 비전과 구체적 실행 계획 마련 필요
- 돌봄은 그 욕구가 사람-상황에 따라 다양하고 포괄적이어서 명확한 규정이 어렵고, 대체로 인적 서비스(human services)라는 점에서 서비스 제공 과정, 단계별 서비스인력과 관련 조직의 체계적 운영이 관건이며, 성인의 경우 대부분의 돌봄 욕구는 단기간의 해소가 어렵다는 점(상당기간/여생의) 서비스의 지속가능성을 담보해야 함.
- 따라서, 일회성 지원, 사업별 단기 지원 등을 탈피하여 사업대상, 서비스 이용자의 개별 모니터링을 통한 일상의 지속적 추적, 지원 요소의 파악이 필요불가결한 바, 이는 ‘사례관리’의 방식으로 ‘지역’ 단위의 밀착 시스템이 요청됨.
- “돌봄국가책임”의 선언은 국민 개개인의 입장에서 차별 없이, 돌봄 욕구를 ‘충족’할 수 있을 것이라는 기대감을 갖게 하므로, 상당기간 그 기반 마련을 위한

2. 연구 목적

□ 지역사회통합돌봄(community care) 정책 방향 설정

- 지역사회통합돌봄 개념 재정의, 정책 취지 및 목표(세부 목표) 구체화
- 지역사회통합돌봄 선도사업 성과와 교훈의 종합 점검
- 지역사회통합돌봄의 지향성을 고려한 성과지표 개선
- 지역사회통합돌봄 정책의 위상 명확화

□ 지역사회통합돌봄 정책의 로드맵(청사진 및 단계별 계획) 제언

- (대상별) 노인·장애인·정신질환자 등 대상별 탈병원·탈시설, 재가중심 돌봄 추진전략 제언
- (분야별) 주거, 보건의료, 요양, 일상생활 지원, 전달체계 등 분야별 서비스 확충·개선 전략 제언
 - 지역사회통합돌봄 정책의 대상 범위 명확화
 - 지역사회통합돌봄을 위한 필요 서비스(유형, 수준) 설정
 - 지역사회통합돌봄을 위한 관련 제도간 관계성 점검 및 제도 보완개선 전략
 - 지역사회통합돌봄을 위한 서비스 제도·사업별 운영체계의 구조 및 작동 개선 방안
 - 지역사회통합돌봄을 위한 관련주체의 인식, 행태 변화 여건 조성

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

□ **지역사회통합돌봄 선도사업 점검**

- 지역별 사업대상 설정, 서비스내용, 추진기반(조직·인력 등), 추진성과 관련 영향 요인 등
- 성과, 교훈, 제한점

□ **분야별 돌봄·탈시설·지역기반 등 관련 정책 추진 상황 파악**

- 노인, 장애인, 정신건강 분야 국가사업의 법적 근거, 사업지침, 실행 현황
- 지역보건-복지전달체계 정책 추진 현황
- 서비스제공기관(공공, 민간, 사회서비스원 등) 관련 정책 및 현황
- 현행 제도의 보장수준 파악
 - 커버리지: 자격기준, 대상규모 대비 대응가능성(예산규모)
 - 서비스 내용: 서비스 양, 빈도(욕구 수준별, 24시간 케어 고려)

□ **지역사회통합돌봄 관련 선행연구의 진단-분석-대안 검토**

- 국내 선행연구 분석
 - 관련 영역별(보건의료, 주거 등 포함) 지역사회통합돌봄의 관점, 우선순위 파악
 - 다양한 대안, 과제들 파악
- 관련 해외사례 파악

□ **보완적 기초자료 분석**

- 대상자 추정
- 필요 서비스 구성 등
 - ※ 복지부의 데이터 제공 요청 & 선도사업지역 (사업경험) 조사

□ **정책방향 및 대안 설정을 위한 관계자 의견 확인**

- 전문가, 현장관계자(지자체, 서비스 기관 등)
- 정부부처, 선행연구진: 복지부 주관

□ **로드맵에 반영할 대안 제시**

- 새로운 청사진의 구도: 정책의 방향성, 접근 전략의 변화
 - 선도사업지역 이행 전략 고려
- 현행 제도 개선: 제도 확충, 제도간 조정, 운영체계 조율
- 신규 과제: 제도 도입, 전달체계(조직, 인력제도 등)의 대폭 조정 등

□ 가. 새로운 로드맵 설정을 위한 근거 제시

- 커뮤니티 케어의 근본 취지와 지역사회통합돌봄 정책이 당초 겨냥했던 정책목표의 간극을 좁혀가는 2단계(선도사업 이후) 방향 제시

□ 나. 지역사회통합돌봄 정책의 대상 범위 명확화

- 노인·장애인·정신질환자를 중심으로 표적집단 추정
 - 예) 노인 맞춤형돌봄 사업대상 45만명, 건보공단 추정 550만명 등 제도별 선정기준을 고려한 현행 서비스지원 대상 규모와 욕구-필요도-제도별 서비스 충족수준을 고려한 대상 규모 파악 시도
 - 국가책임을 담보할, 지역사회가 공동 대응할 대상군의 우선순위 설정 시도

□ 다. 지역사회통합돌봄을 위한 필요 서비스(유형, 수준) 설정

- 자립적 지역사회에서의 일상 생활이 어려운(돌봄, 지원이 필요한) 노인·장애인·정신질환자(성인, 아동?)가 건강하게 일상을 누리기 위해 필요한 서비스의 유형과 최소수준의 서비스량 설정
 - 공적 책임성을 담보(보장?)할 서비스 수준 고려
 - 사회적입원과 대형시설거주를 최소화하기 위한 방안 포함

〈표 1-2-1〉 통합돌봄 대상자 유형별 규모

(단위: 명, %)

대상자 규모		통합돌봄 대상자	
		대상자 수	비율†
총계(중복제외)		5,928,619	
생애주기별 돌봄 대상	취약 영유아 · 학령기	237,840	4.0
	저소득 임산부	100,203	1.7
	노인(ADL 장애군)	1,368,920	23.1
장애	심한 신체장애인	674,797	11.4
	정신장애인	339,815	5.7
	불순응 중증정신질환자	335,895	5.7
질환/상태	불순응 복합만성질환자	2,398,082	40.4
	치매환자	693,961	11.7
	불순응 감염질환자(결핵)	21,430	0.4
	재가 외상환자	105,498	1.8
	퇴원관리필요환자	1,114,012	18.8
	(간병필요) 희귀질환자	20,288	0.3
	재가 생애말기환자	40,381	0.7

자료: 최은희 외(2021. 발간예정), 지역사회 통합돌봄 대상자 기준 구체화 연구, 보건복지부·건강보험연구원.p.52

주: 1)†5,928,619명 대비 비율이며, 각 유형별 대상자는 중복이 있을 수 있음

□ 라. 지역사회통합돌봄을 위한 관련 제도간 관계성 점검 및 제도 보완개선 전략

- 노인: 노인장기요양보험제도, 노인돌봄서비스(맞춤형돌봄), 의료·건강관리(치매대응정책), 생애 말기 돌봄서비스 등
- 장애인: 장애인권리보장 및 종합지원체계 구축, 탈시설 및 주거지원 강화, 활동지원 내실화 등 복지서비스 확대, 재활의료전달체계 구축 및 접근성 강화 등
- 정신건강: 정신건강증진, 정신의료서비스 등
- 보건의료(지역사회건강증진, 요양병원 관련 등 포함), 주거복지 관련 제도 및 국가사업 등

□ 마. 지역사회통합돌봄을 위한 서비스 제도·사업별 운영체계의 구조 및 작동 개선
필요성 점검

□ 바. 지역사회통합돌봄을 위한 관련주체의 인식, 행태 변화 여건 조성

- 인력(전문성 고려 인력 확충, 부서별 배치, 역량개발·유지방안 등)
- 조직(신규과업부여, 서비스업무수행 절차 개선, 업무프로세스별 변화사항 점검·제시, 유관기관간-부서간 의뢰·연계 시스템 공식화 등)
 - 기초지자체(시군구 및 읍면동) 및 광역지자체: 사회복지부서, 주거복지부서, (사회서비스원 ?)
 - 보건소, 보건지소, 건강생활지원센터, 치매안심센터, 정신건강센터 등
 - 국민건강보험공단 장기요양센터, 국민연금공단 지사, (LH)주거복지센터 등
 - 민간서비스기관: 장기요양기관(재가), 종합사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관 등
 - 정보시스템: 차세대 사회보장정보시스템 설계안 검토(분야별 별도 시스템 포함 여부 등)
 - 거버넌스 및 네트워킹
 - 지역사회보장협의체(시군구 및 읍면동), 복지활동 가능한 동네거버넌스

□ 선행연구 및 해외사례 검토

- 2018년 이후 지역사회통합돌봄 관련 정부 연구용역 보고서
- 커뮤니티케어 관련 연구 자료
- 해외 주요국가의 정책 추진 및 평가 자료 등

□ 현행 제도 및 사업 현황 검토

- 관련 법률 및 사업 지침
- 주요 돌봄제도 운영관련 연구보고서 및 정부정책자료

□ 2차자료 분석

○ 건보공단 선도사업 데이터, 사회보장정보시스템 데이터...

□ 관계자 인터뷰-FGI

○ 선도사업 지역 사업담당자 의견 청취



제2장

새로운 지역사회 통합돌봄 전략을 위한 검토

제1절 지역사회 통합돌봄의 개념

제2절 지역사회 통합돌봄 선도사업의 점검

제3절 새로운 지역사회 통합돌봄을 위한 전략

제2장

새로운 지역사회 통합돌봄 전략을 위한 검토

제1절 지역사회 통합돌봄의 개념

1. 커뮤니티 케어와 지역사회 통합돌봄

- 한국의 지역사회 통합돌봄은 서구 복지국가 중심으로 논의되던 ‘커뮤니티 케어 (community care)’의 개념에 착안해서 출발하였음.
- 그러나 해외 국가에서도 커뮤니티 케어에 대한 완벽히 합의된 개념은 부재하며, 국가별 정책 발전과 변화를 이끌어 온 시대적 상황과 정치사회적 맥락에 따라 역사적으로 변화해 왔기 때문에 용어도 community care, community-based care, home-based care, integrated community care, integrated social services 등 다양하게 사용됨.
- 영국과 북유럽을 중심으로 한 서구 국가에서 커뮤니티 케어의 시작은 1940~60년대 정신장애인 및 장애인의 장기시설보호를 대체하기 위한 대안으로 등장한 탈시설화(deinstitutionalization), 탈원화(de-hospitalization), 정상화(normalization) 운동에서 뿌리를 찾을 수 있음.
 - 작업장, 장기병동 등 시설에 수용되거나 보호되는 것이 당연시 되었던 정신장애인과 장애인이 지역사회로 나와 자립적이고 정상적인 생활이 가능하도록 지원하는 것이 이 시기 논의된 커뮤니티 케어의 핵심이었음.
- 1970-1990년대에는 커뮤니티 케어가 정책 원칙으로 본격적으로 적용되기 시작하는데, 이 시기 유럽 국가의 커뮤니티 케어 발전 논의에서 공통적으로 확인할 수 있는 것은 지방정부의 역할이 강조되고 있다는 점임.
 - 영국의 경우 1970년대 지방정부에 사회서비스국을 설치하여 지역사회에 기반

한(community-based) 사회서비스의 발전을 추동하였고, 1980년대에는 지역사회에서의 돌봄(care in the community)에서 지역사회에 의한 돌봄(care by the community)을 강조하면서 커뮤니티 케어에 대한 일차적인 책임이 지방정부에 있음을 명시함. 1990년에는 커뮤니티케어법(National Health Services and Social Care Act)을 제정하여, 지방정부의 사회서비스 국으로 서비스 제공책임을 단일화함.

- 덴마크는 1974년 사회서비스통합법(Consolidation Act on Social Service) 제정을 통해 지자체에 노인 장기요양서비스에 대한 책임을 부여하면서 커뮤니티 케어가 시작됨(최은희 외, 2021).
- 스웨덴은 1982년 사회서비스법(Social Service Act)을 제정하면서 노인 돌봄의 책임이 지방정부에 있는 것을 명시하였으며, 1992년 아텔 개혁을 통해 노인에 대한 1차 의료와 돌봄 서비스의 제공주체를 시도에서 시군구로 바꿈.
- 이러한 변화는 복지국가 황금기에 급격히 늘어난 복지지출 부담을 해결하고자 중앙정부의 역할을 축소하려는 정치적 전략의 결과로도 볼 수 있음.
 - 영국 대처 정부 하에서 신자유주의적 개혁의 일환으로 공공재정지출 축소라는 명목 하에 커뮤니티 케어가 민간 영역 중심의 돌봄서비스 공급 방식으로 언급되기도 하였으며, 스웨덴의 경우 1992년 복지국가 위기를 타개하고자 단행된 아텔 개혁을 통해 지방정부가 책임지고 공급하는 돌봄서비스 이용으로 강제적인 전환을 이룸(김승연 외, 2018).
 - 덴마크 역시 1970년대 오일쇼크 이후 장기적인 경제 침체, 노인 인구의 급격한 증가와 노동 인구의 감소, 병원 중심 의료체계에 대한 재정 부담에 한계를 극복하기 위한 방안으로 지역사회 중심 의료와 사회서비스를 통합 제공하는 모형을 강구하였음(이규식 외, 2019).
- 지방정부의 책임을 강화한다는 것은 서비스 재정 및 제공에 대한 권한도 지방정부로 이양되었다는 것을 의미함.

□ 1990년대 후반 이후에는 이용자(당사자) 중심 통합성과 개별화, 유연성이 강조 되는 양상을 보임.

○ 영국의 경우 보건의료와 복지의 연계 및 통합에 대한 관심이 특히 높았는데, 1970년대 이후 보건의료비용의 절감을 위해 보건의료 서비스는 중앙정부 중심, 사회서비스는 지방정부 중심으로 이원적으로 발전해 옴에 따라 결과적으로 보건의료와 돌봄의 분절성이 심화됨.

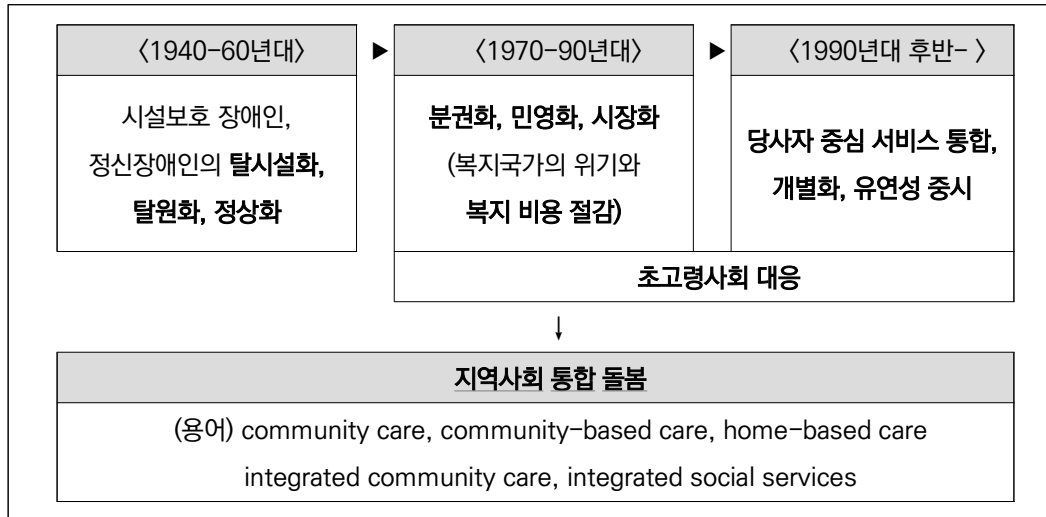
○ 이를 해소하기 위해 Health Act 1999에 의해 통합재정(pooled fund arrangement) 수립을 통한 보건복지 공동 프로젝트를 지원하기도 하고, 2007년부터는 NHS continuing healthcare를 통해 의료서비스 욕구가 있는 사람이 병원이 아닌 집이나 다른 기관에서 서비스를 받을 경우 NHS가 비용을 부담하는 등 보건-복지 통합을 위한 다양한 프로그램을 추진함.

○ 서비스 이용자와 보호자가 주체적으로 자기 삶을 영위하는데 필요한 서비스를 주체성에 기반하여 선택과 통제를 행사할 수 있는 개별화(personalisation)와 자기주도지원(self-directed support)에 대한 강조도 이 시기에 이루어지는데, 영국은 그 일환으로 1996년 직접지불법(Community Care (Direct Payment) Act)을 제정하고, 2005년 개인예산제를 도입함.

○ 지방정부로 서비스 제공의 책임을 이양하게 되면서 나타난 서비스 공급주체의 다원화는 서비스 전달체계의 파편화, 불연속성, 조정기제의 부재로 인한 서비스 체감도와 효과성 문제를 야기하였고, 서비스 대상별 욕구의 다차원성과 복합성을 고려한 맞춤형 서비스 제공의 필요성이 높아지면서 통합적 서비스 제공의 중요성도 부각됨.

○ 통합은 여러 전문분야 간 협력을 바탕으로 서비스 제공의 시너지 효과를 창출할 수 있으며, 복잡다단한 전달 과정을 단순화하여 비용효율성을 높이고, 유사 중복 서비스의 제공을 줄일 수 있다는 점에서 공공서비스의 효과성을 높이기 위한 전략으로 논의되기도 함(박세경 외, 2021).

[그림 2-1-1] 유럽 국가에서 커뮤니티 케어 정책 형성의 시대적 변화



- 이러한 흐름들을 정리해 보면, 서구 국가에서 커뮤니티 케어는 장애인과 정신질환자, 거주시설 입소자의 탈시설, 탈원화에 역사적 뿌리를 두고 있으나, 인구 고령화에 따른 돌봄의료 욕구 증가와 이로 인해 급증하는 보건복지 재정 문제를 해결하기 위한 대안으로 지방정부의 역할이 강조되면서 더욱 주목받게 되었음.
- 돌봄이 필요한 사회구성원의 지역 거주를 강화해 가는 기본적인 방향성을 토대로, 지방화, 민간 분담(민영화, 시장화), 지역사회와 이웃의 자발적인 참여를 확대해 가는 정책이었으며, 복지 재정의 효율화 목표도 뚜렷하게 나타남.
- 일본의 경우 초고령사회에 진입한 2005년 개호보험법을 개정하면서 지역포괄케어시스템을 도입하였고, 2013년 단카이세대(베이비붐 세대)가 75세 이상 후기노인이 되는 2025년 의료비 및 사회보험 관련 제비용일 급증할 것이 예상됨에 따라 ‘지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁의 추진에 관한 법률(약칭: 사회보장개혁프로그램법)’을 도입하고 지역포괄케어시스템을 본격 추진함.
- 한국의 지역사회 통합돌봄도 초고령사회 진입에 따른 돌봄 문제 해소를 주된 목적으로 등장하였다고 볼 수 있음.
- 지역사회 통합돌봄 정책 추진의 필요성은 ①돌봄 문제의 보편화, ②시설 및 병

원 중심의 보건(의료)복지 체계로 인한 사회적 입원 증가, ③부족한 재가서비스로 돌봄 욕구 미충족과 가족(특히 여성) 돌봄 부담 증가, ④분절적 서비스 제공으로 사람 중심 통합적 케어 제공의 한계, ⑤초고령화에 따른 케어지출(건강보험, 의료급여, 치매관리비용 등)로 인한 중장기적 사회보장제도의 지속가능성에 대한 우려로 정리되고 있음.

□ 그러나 정책 논의가 최초로 이루어질 때는 노인, 장애인, 정신장애인, 노숙인, 아동 등 사실상 돌봄이 필요한 모든 국민을 정책 대상으로 고려하여 영국을 제외한 해외 국가보다 확장된 의미의 커뮤니티 케어로 접근하였음.

○ 정책 이행 과정에서 사회적 수요, 정책 체감도, 실행가능성 등을 고려하여 노인 중심으로 대상을 표적화하면서 범위가 축소되었으나, 대상별 기본계획을 순차적으로 마련할 것을 밝힘에 따라 향후 대상 확대에 대한 가능성을 열어둠.

- 2018년 11월 ‘지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계 노인 커뮤니티 케어 중심)’, 2021년 8월 ‘탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵’이 발표되면서, 노인과 장애인을 대상으로 한 지역사회 기반 돌봄 체계 구축을 추진함.

- 정신질환자를 대상으로 한 지역사회 통합돌봄 계획은 마련되지 않았으나, ‘제2차 정신건강복지기본계획(2021~2026년)’에서 6대 추진전략 중 하나로 지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진 내용을 포괄하고 있음.

- 아동은 초기 논의 이후 지역사회 통합돌봄 체계에서 논의되고 있지 않음.

□ 해외 국가와 비교하여, 한국의 지역사회 통합돌봄 발전 논의과정에서 드러난 차별적 특징은 ①통합의 요소가 부각되고, ②지방정부의 역할이 구체화되지 않았다는 점임.

○ 커뮤니티 케어의 영어식 표현이 정책이 추구하는 근본 취지와 지향점을 전달하는데 제한적이라 판단하여 정책 용어를 지역사회 통합돌봄으로 변경함에 따라 ‘통합’의 요소가 강조되고, 서비스 제공주체의 행태 변화, 서비스 전달과정 중심의 통합에 상당한 중점을 두었음.

○ 반면, 지역사회 중심의 전달체계 통합을 이루기 위한 실질적 기반은 마련되지

않았는데, 영국, 스웨덴, 덴마크 등 커뮤니티 케어를 적극 추진해 온 국가들은 법 제정을 통해 서비스 제공의 책임이 지방정부에 있다는 것을 분명히 하고 그에 따른 사무, 집행, 재정 권한을 지방정부에 전면 이양한 반면, 한국은 지역주도성을 과도하게 강조하면서도 지방정부에 실질적 권한은 위임하지 않은 특성을 보임.

2. 지역사회 통합돌봄의 개념적 속성

- 지역사회 통합돌봄은 “돌봄이 필요한 주민(노인, 장애인, 정신장애인 등)들이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 일상생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 정책”으로 정의됨(보건복지부, 2020).
- 이는 1989년 영국에서 발간한 그린피스 보고서(Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond)에서 정의되는 커뮤니티 케어의 개념과 유사한데, 이 보고서에서는 커뮤니티 케어를 “고령, 정신질환, 정신적 장애나 육체적 혹은 감각적 장애를 지니고 있는 사람들이 가능하면 지역사회 내 자기 집이나 집같이 편안한 환경에서 가능한 독립적으로 살 수 있도록 서비스와 지원을 제공하는 것”이라고 정의하고 있음(Department of Health, 1989).
- 유럽소셜네트워크(European Social Network: ESN)는 커뮤니티 케어를 “사람들이 어떤 조건, 장애, 삶의 어려움을 극복하고 관리할 수 있도록 지역사회에서 제공되는 모든 형태의 지원과 돌봄(보살핌)”으로 정의하고 있음.
- 상술한 바대로 한국 지역사회 통합돌봄 정의는 커뮤니티 케어 개념과 비교할 때, 통합성과 지역 주도성이 강조된 것을 확인할 수 있음.
- 지역사회 통합돌봄의 개념을 ①지역사회, ②통합, ③돌봄의 요소로 분해하여 세부적으로 살펴보면 다음과 같음.

□ 지역사회(communitv)는 공간적 의미의 지역사회와 주체적 의미의 지역사회로 구분할 수 있음.

○ 공간적 의미의 지역사회(in the community, community-based)

- 통합돌봄이 실현되는 물리적 공간(space)의 지역사회를 의미함.
- ‘모든 국민이 살던 곳’에서 자립 생활에 필요한 서비스를 이용하는 것이 중요하므로 서비스의 접근성 확보가 전제되어야 함.

○ 주체적 의미의 지역사회(by the community, community-led)

- 통합 돌봄을 주도적으로 이행해나가는 주체(actor)로서의 지역사회를 의미함.
- 지방정부, 공공기관, 민간(영리/비영리)기관, 지역주민, 공동체 등 다양한 주체의 참여와 연대, 서비스의 공동생산이 강조됨.
- 지역의 여건을 고려하여 지역 주민의 욕구에 맞는 서비스 기획, 운영, 집행을 지역사회가 주도적으로 하는 것으로, 지자체에 이를 가능하게 하는 권한 이양과 그에 따른 자율성과 책무성이 부여됨.

□ 통합(integration)은 사람 중심의 통합과 이를 가능하게 하는 서비스 시스템의 통합으로 구분할 수 있음.

○ 사람 중심 통합(person-centered integrated service)

- 개인이 처한 삶의 맥락과 개별화 된 욕구를 고려하여 맞춤형 서비스를 통합적으로 제공하는 것을 의미하는 것으로 개별화된 사례관리가 필수적임.
- 자기결정권의 존중, 자기관리역량 강화, 잔존 역량의 강화, 독립성 및 자율성의 유지가 중요하며, 궁극적으로는 개인의 삶의 질 향상을 위한 돌봄 체계를 지향함.

○ 서비스 시스템 통합(integrated human service systems)

- 사람 중심 통합을 실현하기 위한 전제조건으로, 분절적으로 운영된 서비스 공급 환경에서 수요자 맞춤형 통합 서비스를 제공하기 위한 조직과 시스템의 통합이 중요함.

- 필요한 서비스의 신청과 제공과정이 서비스별로 분리된 것이 아니라 욕구를 가진 당사자를 중심으로 통합적으로 운영되는 것을 의미함.
- 서비스 시스템의 통합의 수준은 느슨한 통합에서 강력한 통합에 이르기까지 다양하며, 통합의 과정은 정보의 교환(communication), 협조(cooperation), 조정(coordination), 협력(collaboration), 통합(integration), 합병(consolidation)의 단계로 접근 가능함(Ragan, 2003).
 - [소극적 통합] 정보 교환, 협조, 조정: 지역사회 공급 주체들 간 공동의 목표와 성과를 달성하기 위해 정보 및 자원 공유, 함께 계획을 세우거나 활동을 전개하면서 서비스를 조정, 정책과 예산은 독립적으로 운영(기능적, 운영적 통합)함.
 - [적극적 통합] 협력, 통합, 합병: 공동의 목표와 성과를 달성하기 위해 지역사회의 다양한 공급 주체가 정책, 예산, 직원, 권한 등을 공유, 통합과 합병은 서비스, 예산, 조직 차원의 재구조화가 수반(물리적, 행정적 통합)함.

○ ESN(2016)는 유럽 각국에서 운영되고 있는 사회서비스 통합 프로그램 담당자들의 의견을 조사하여, 서비스 통합의 촉진 요인과 저해 요인을 <표 2-1-1>과 같이 제시하고 있음.

- 성공적인 서비스 통합을 위해서는 전문영역 간 팀워크와 협력적 리더십(Inter-professional teamwork), 잘 작동하는 전달체계(well-functioning delivery system), ICT 기반 정보 공유 전달체계(ICT-shared delivery system), 통합의 효과 측정(Effects measurement), 공동 예산의 확보(pooled budgets), 통합의 비전과 목적에 대한 개인과 조직의 공통된 이해와 헌신(Commitment), 자발성과 혁신에 필요한 시간과 자원의 확보와 학습(Innovation/Learning), 정책의 지속가능성(Sustainability)이 담보될 필요가 있음.

〈표 2-1-1〉 서비스 통합의 촉진 요인과 저해 요인

요인	촉진 요인	저해 요인
전문영역 간 팀워크 (Inter-professional teamwork)	다학제적 팀 구성, 공동배치, 새로운 역할과 과업 구분, 협력적 리더십	다른 영역과 상호작용을 제한하는 전통적 방식 고수, 문화 차이, 모호한 역할들
잘 작동하는 전달체계 (well-functioning delivery system)	공동 사정·계획수립·사례관리, 조직 간 운영위원회	
ICT 기반 공유 전달체계 (ICT-shared delivery system)	ICT 기반 통합 공유 플랫폼, 전산 정보 공유	기관별 접근 가능한 시스템 제한, 시스템 호환 불가, 개인정보보호
효과 측정 (Effects measurement)	실제 작동 근거를 확인하고 이를 상황에 맞게 적용, 사전/사후 평가, 이행 중 효과 확인	역량 부족, 도구 부족, 조직별로 근거를 다르게 평가
재원(Funding)	공동 예산(pooled budgets)	자금조달에 대한 정보 부족, 서비스 통합을 위한 자금 부족
헌신(Commitment)	비전 공유, 개별 전문가들의 헌신, 명확한 목적, 신뢰, 권한	영역 간 협력에 대한 경시, 불명확성, 부족한 시간과 자원
혁신(Innovation)	자발성, 새로운 작업 방식을 시험하는 데에 충분한 공간과 시간	통합작업의 복잡성에 대해 과소평가, 새로운 작업방식에 대한 우려 표명 어려움
학습(Learning)	준비 전후 합동 훈련, 경험을 공유하기 위한 회의, 자기 평가	문화 차이, 전통적 방식 고수
지속가능성(Sustainability)	정책 및 자금 지원을 포함한 영역별-사회적 패러다임, 조직의 이익, 구조적 지원, 안정적인 자금조달, 효과 기록	조직 개편, 정치적·재정적 숙고, 조직의 이익, 자원 배분에 대한 고민

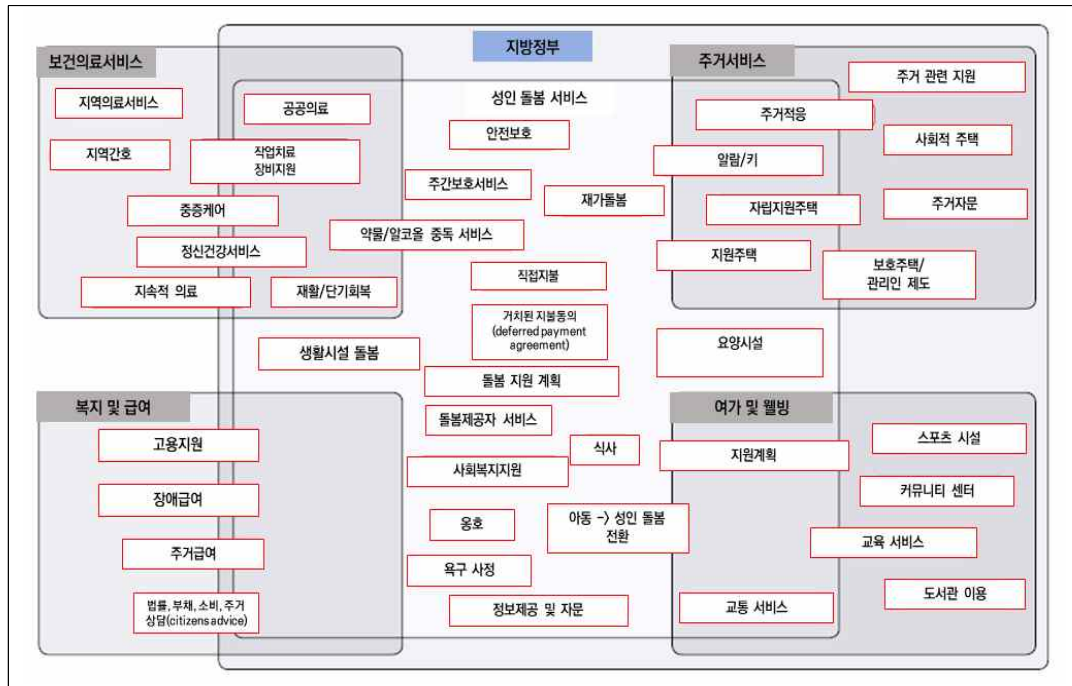
자료: European Social Network (2016). Integrated social service in Europe: A study looking at how local public services are working together to improve people's lives. p 73, Table 8; 박세경 외(2021). 사회서비스 복합다중 욕구의 현황과 대응 전략. p. 159의 〈표 4-1-2〉 재인용

□ 돌봄(care)은 지역사회 통합돌봄에서 제공해야 하는 서비스의 범위를 결정짓는 개념 요소임.

○ 돌봄은 사전적으로 “관심을 가지고 보살핌” “건강 여부를 막론하고 건강한 생활을 유지하거나 증진하고, 건강의 회복을 돕는 행위”로, 의식주의 해결 등 일상생활에 필요한 도움을 지원하는 노동활동, 각종 공식적·비공식적 서비스를 관리하는 활동, 관심과 배려, 친밀감 등의 정서·관계적 지원을 포괄하는 통합적인 행위(양영자, 2018)로 정의될 수 있음.

- 정책적 영역인 커뮤니티 케어에서 돌봄은 “사회적 돌봄(social care)”을 지칭하는 의미로 사용되어 왔음.
 - Health and Social Care Act에서 사회적 돌봄은 “연령, 질병, 장애, 임신, 출산, 알콜이나 약물에의 의존 등 그 밖의 유사한 상황에서 일정한 돌봄이나 도움을 필요로 하는 사람들에게 제공되는 모든 형태의 개별적인 돌봄 및 다른 실제적인 도움”로 정의됨(장민선, 2017).
 - 성인 사회적 돌봄은 신체적·발달적 장애, 신체 및 정신적 질병을 가진 사람들과 돌봄 제공자에게 제공되는 사회복지, 개인 돌봄 및 실질적인 지원을 모두 포함함.
 - 돌봄의 욕구는 다층적이고 다른 욕구와도 긴밀하게 연결되기 때문에 [그림 2-1-2]에 제시된 바와 같이 단순히 일상생활 수행을 위한 돌봄 행위 뿐 아니라 보건의료(health), 주거(housing), 여가와 웰빙(leisure and welling), 복지급여(welfare and benefit) 분야의 공공서비스와 지원이 복합된 서비스를 포괄함(National Audit Office, 2018).
- 일본의 지역포괄케어시스템에서도 돌봄서비스는 “요구에 맞는 주택이 제공되는 것을 기본 바탕으로 생활상의 안전·안심·건강을 보장하기 위한 의료 및 개호 예방, 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원 서비스”를 포괄함(이건세, 2019).
- 지역사회와 통합이 강조된 맥락에서 돌봄서비스는 지역사회 내에서 자율적이고 독립적인 생활이 가능하도록 하는 다양한 서비스의 조합으로, 광의의 접근이 필요함.
 - 의료, 영양, 돌봄, 일상생활지원 등 신체적 지원이 추가 되는 직접 돌봄을 넘어서 주거지원, 정서지원, 사회참여지원(고용, 문화여가, 사회활동 등) 등을 포괄하는 확장된 의미의 간접 돌봄을 포괄하여, 지역사회 생활에서의 필요와 욕구에 따라 서비스를 선택적으로 이용할 수 있도록 보장하는 것이 중요함.

[그림 2-1-2] 영국 성인 사회적 돌봄 영역과 범위



자료: National Audit Office(2018). Adult social care at a glance

- 이상의 개념적 요소들을 종합하면 지역사회 통합돌봄은 ①당사자 중심의 통합성, ②서비스 설계의 유연성, ③서비스 구성의 다양성, ④지방정부 중심의 책임성을 추구하고 있는 것으로 정리됨(유동철 외, 2018).
- 당사자 중심의 통합성은 지역사회 생활을 보장하기 위해 필요한 서비스와 신청, 제공과정이 각 개별 서비스별로 분리되어 있는 것이 아니라 욕구를 가진 당사자를 중심으로 통합되어 있다는 것을 의미함.
- 서비스 설계의 유연성은 각 서비스가 개별적 급여로 고정된 것이 아니라 필요에 따라 다른 형태로 변형될 수 있는 유연성을 가지고 있다는 것을 의미함.
- 서비스 구성의 다양성은 서비스 종류가 다양하여 지역사회 생활에 필요와 욕구에 따라 선택적으로 구성하는 것이 가능하다는 것을 의미함.
- 지방정부 중심 책임성은 유연하고 통합적 서비스 설계가 가능하도록 지방정부에 당사자 개인의 서비스에 대한 일선 수급자격 및 내용의 결정권을 행사할 수 있는 책임이 부여된다는 의미임.

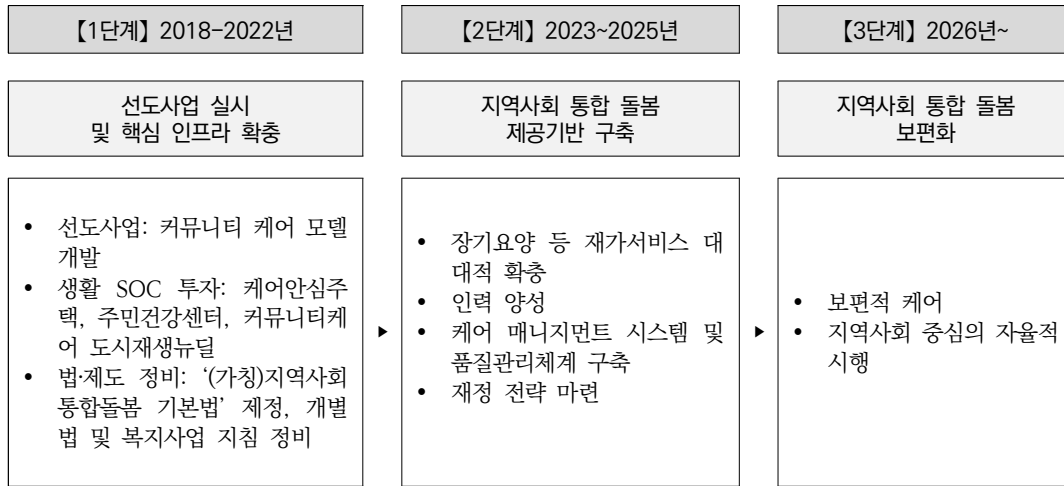
- 이상의 개념적 요소들이 한국의 지역사회 통합돌봄 추진 상황에서 어떻게 구현되고 있는지 선도사업의 점검을 통해 살펴보겠음.

제2절 선도사업의 점검을 통한 지역사회 통합돌봄 평가

1. 선도사업 추진 현황

- 정부는 2018년 11월 ‘지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어) 추진 로드맵’을 발표하고, 3단계 로드맵 제시를 통해 초고령사회에 진입하는 2026년까지 케어가 필요한 사람 누구에게나 욕구에 맞춘 보편적 서비스를 제공하겠다는 계획을 밝힘.
- 로드맵 1단계로 각 지자체 여건에 맞는 통합돌봄 모형 개발을 위해 ‘19년부터 16개 시군구 지역을 선정하여 선도사업을 추진 중임.
 - 노인 대상 선도사업 지역(13개): 광주 서구, 부천시, 천안시, 전주시, 김해시, 부산 북구, 부산진구, 안산시, 남양주시, 진천군, 청양군, 순천시, 서귀포시
 - 장애인 대상 선도사업 지역(2개): 대구 남구, 제주시
 - 정신질환자 대상 선도사업 지역(1개): 화성시
- 통합 돌봄 필요성에 대한 공감대 확산으로 자체 예산만으로 통합 돌봄을 추진하는 지자체가 확대되고 있음(‘21년 52개).

[그림 2-2-1] 지역사회 통합 돌봄 3단계 로드맵



자료: 보건복지부(2018). 지역사회 통합돌봄 추진 로드맵

□ 제1절에서 상술한 지역사회 통합돌봄의 개념적 요소를 반영하여 선도사업은 다음과 같은 핵심 내용으로 구성됨.

○ 지역사회 서비스 연계·통합 제공을 위한 공통 기반으로 통합돌봄창구, 통합돌봄 전담조직 신설, 지역케어회의, 민·관협의체 등 운영을 명시함.

- 읍면동 단위의 통합돌봄창구를 개설하여 서비스 신청 접수대행, 기초육구조사 및 서비스 안내, 서비스 제공기관 간의 연계업무를 실시함.
- 시군구 단위의 통합돌봄 전담조직을 신설하여 사업계획 수립·추진·모니터링의 총괄 역할을 부여함.
- 지역사회 다양한 공공·민간 전문가, 기관, 단체 등이 참여한 비상설 민·관협의체를 구성하여 선도사업의 목적·목표·계획 공유, 방향성을 설정하고, 다양한 민·관 자원의 발굴, 네트워크 구축, 보건-복지 연계 활성화를 위해 노력함.
- 다직종 연계 지역케어회의를 운영하여 읍면동 등에서 의뢰된 복합육구 대상자에 대한 돌봄계획을 수립하고, 심층 사례관리 및 서비스 연계를 실시함.

○ 통합돌봄 대상자가 살던 곳에서 오랫동안 건강한 삶을 유지할 수 있도록 주거, 보건의료, 복지, 돌봄 등 다양한 프로그램을 포함하는 서비스를 구성하도록 함.

- 주거지원은 케어안심주택, 자립체험주택, 주택개조, 거주시설 전환 등, 보건의료는 방문 건강관리, 방문의료, 방문약료, 만성질환 관리 등, 복지·돌봄은 재가 장기요양, 재가 돌봄서비스, 스마트 홈, 소득지원 등을 포괄함.
- 기존에 운영되던 프로그램은 대상자 중심으로 재설계하고, 없는 프로그램은 신규로 개발하여 기존 프로그램과 융합하여 지원하며, 복지부와 타부처 연계사업 참여하여 통합돌봄의 상승 효과를 제고하도록 함.
- 통합돌봄에 필요한 인력, 시설, 장비, 서비스 등의 자원을 '복지자원 표준 분류체계'에 따라 9개 대분류와 51개 중분류로 구성하여 발굴 및 관리함.
 - 9개 대분류는 일자리, 주거, 일상생활, 신체건강 및 보건의료, 정신건강 및 심리정서, 보호 및 돌봄·요양, 보육 및 교육, 문화 및 여가, 안전 및 권익보호로, 광의의 사회서비스 범주로서 반영

〈표 2-2-1〉 지역사회 통합돌봄 연계사업

분류		사업명
복지부 연계사업	노인	요양병원 퇴원환자 지역사회 연계 의료급여 사례관리 강화 건강생활지원센터 확충 사회서비스원 종합재가센터 시범사업 일차의료 왕진 수가 시범사업 요양병원 퇴원환자 방문진료 시범사업 일차의료 만성질환 관리 시범사업 주야간보호기관 내 단기보호 시범사업 재가 의료급여 시범사업 치매공공후견 서비스 통합돌봄 연계 사회서비스 기획·개발 안심생활지원 노인일자리 및 사회활동 지원사업 사회서비스분야 사회적 경제 육성·지원사업 공공보건의료 협력체계 구축사업 한방 건강생활 주치의
	장애인	장애인 건강주치의 시범사업 장애친화 건강검진기관 운영 지역장애인보건의료센터 운영 지역사회 중심 재활지원 장애인활동지원 발달장애인 주간활동서비스 장애인 직업재활지원
	정신질환자	청년사회서비스사업단 운영 정신건강 종합케어 서비스 활용지원

분류		사업명
타부처 연계사업		정신질환자 절차보조사업
	행안부	주민자치형 공공서비스
	국토부	도시재생 뉴딜사업 주거 취약지구 생활여건 개조사업(새뜰마을)
	LH	고령자 복지주택사업 공공리모델링 매입임대주택 사업 임대상가 복합재건축사업
	농식품부	사회적농업 활성화 지원사업 농촌중심지 활성화사업
	건강보험공단	다제약물 관리사업

자료: 보건복지부 (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북

2. 선도사업 추진 상황 진단

□ 선도사업의 추진을 통해 지역사회 통합돌봄이 당초에 의도한 목적에 맞게 구현되고 있는지를 비판적 관점에서 진단함으로써, 향후 지역사회 통합돌봄이 나아가야 할 방향성을 모색해 보고자 함.

○ 선도사업의 추진 상황 진단은 기존 연구 및 정책 자료¹⁾의 내용을 종합적으로 살펴보고, 16개 선도사업 지역의 사례를 개별적으로 검토하되, 모든 지자체가 공통적으로 직면하고 있는 문제를 대상자 발굴과 선정의 적절성, 서비스 충분성 및 포괄성, 지역 주도성 및 통합성의 측면에서 정리함.

가. 지역사회 통합돌봄의 취지에 맞는 대상자가 적합하게 선정되었는가?

□ 지역사회 통합돌봄은 욕구에 기반하여 돌봄이 필요한 자는 누구나 대상이 되는 보편적 제도로 설계되었다는 점에서 기존 제도 및 정책과 차별성을 지님.

○ 그러나 선별주의적 복지에 익숙한 지자체 일선 담당자들은 대상자 선정 과정

1) 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(1,2차년도)(이용갑 외, 2019, 2020), 지역사회 통합돌봄 중장기 발전전략 수립 기반 연구(배지영 외, 2020), 지역사회 통합돌봄 제도화를 위한 기존 제도 재구조화 방안 연구(전용호 외, 2021), 선도사업 지역의 효과성 분석 및 모니터링 연구(안산, 남양주, 경기, 화성 등). 선도사업 지역 사업계획서 등의 내용을 참고하여 공통적으로 도출된 쟁점을 종합적으로 정리

에서 일종의 도덕적 딜레마를 경험하고 있음.

- 고소득 계층에 서비스를 제공하는 것에 대한 거부감, 대상자의 서비스 의존 현상에 대한 우려감 등이 표출되었으며, 이로 인해 일부 지역에서는 일선 공무원의 재량, 자의적 판단에 따라 서비스 대상자 또는 제공되는 서비스 내용이 선별되는 결과를 초래하기도 함.
 - 서비스 이용의 보편적인 접근성은 보장되되, 서비스 비용 부담에 대한 책임을 소득기준(부담능력)에 따라 차별화하여 재정적으로 지속가능한 돌봄 생태계를 구현해야 한다는 주장도 다수 제기되고 있음.
 - 선도사업은 보편적 돌봄의 정당성에 대한 지자체, 공급자, 이용자의 인식과 태도를 긍정적으로 바꾸는 데 기여하였으나, 인식 전환에는 상당한 시간이 소요된 것으로 파악되며, 선도사업에 관여되지 않은 지역사회 주체들의 인식 전환이 추가적으로 요구되는 상황임.
- 지역사회 통합돌봄은 시설 및 병원 중심의 돌봄 체계에 대한 문제 인식에서 출발하였으나, 지역사회 거주하는 건강 고위험군에 대한 선제적(예방적) 개입이 시설 입소자, 사회적 입원자의 지역사회 복귀보다 강조된 양상으로 이행되어 왔음.
- 선도사업 대상자 중 노인 탈원 대상자(요양병원 장기입원 후 지역복귀, 급성기 단기입원환자 지역복귀)는 전체의 16.4%, 장애인은 탈시설 대상자가 18.6%, 정신질환자는 장기입원 후 지역복귀 유형이 4.8%에 불과함.
 - 시설 이용자의 지역사회 복귀가 어려운 것은 첫째, 의료기관 및 시설과의 협력 부재로 대상자 발굴이 어려운 점, 둘째, 재가 서비스 총량의 절대적 부족으로 지역사회 거주가 현실적으로 불가능하기 때문인 것으로 파악됨.
 - 지자체별로 선도사업의 목표치를 달성하기 위해 지자체에서 내려 준 명단에 의존하여 top-down 방식으로 대상자를 발굴함에 따라 자체적으로는 통합돌봄의 기본취지에 부합하지 않는 대상자가 선정되기도 하고, 돌봄과 의료 욕구가 낮은 대상자가 선정되어 필요한 서비스가 없는 경우도 발생함.
 - 기존 돌봄 제도의 적용 사각지대(예: 장기요양 등급외자) 해소를 위한 ‘보충(보

완)적 사업'으로 기능함에 따라 지역사회 통합돌봄이 '하나의 사업 또는 정책'이 아닌 '돌봄 패러다임'으로 위상을 정립하는 데에 장애물로 작용하고 있음.

〈표 2-2-2〉 통합돌봄 대상자 유형

(단위: 명, %)

구분	노인(13개 지역)					장애인(2개 지역)			정신질환자(1개 지역)		
	요양 병원 장기 입원	급성기 단기 입원자	75세 도래자 고위험 군	지역 기반 통합건 강돌봄	자체 유형	탈시설	재가 지원	지역 기반 통합건 강돌봄	장기 입원자	고위험 군	청년 정신 질환
대상자 수	338	2,012	2,271	2,058	7,690	450	1,793	174	17	299	41
%	2.4	14.0	15.8	14.3	53.5	18.6	74.2	7.2	4.8	83.8	11.5

자료: 보건복지부 내부자료, '20.12월 기준 선도사업 추진현황

나. 대상자 욕구에 맞는 서비스가 충분한 수준으로 안정적으로 제공되었는가?

- 지역사회 통합돌봄은 일자리, 주거, 일상생활지원, 건강보건의료, 정신심리지원, 보호돌봄요양, 보육 및 교육, 문화여가, 안전권익보장 등 지역사회 거주와 자립생활에 필요한 광의의 서비스로 구성되어 외형적으로는 서비스의 포괄성과 다양성을 갖추.
- 현재 수준에서 대상자 욕구에 맞는 필요한 서비스가 빠짐없이 충분한 수준으로 제공되었는지는 평가하기 어려운데, 통합돌봄 서비스의 제공과 관리가 단순 서비스 연계 실적을 파악하는데 그치고 있기 때문임.
- 서비스 자원 연계 현황을 보면, 노인에 비해 장애인, 정신질환자에게 연계되는 프로그램 및 자원의 수가 적은 편임.
 - (노인) 2020년 14,369명 상담자 중 12,993명(91.9%)에게 통합돌봄 프로그램이 지원되었으며, 1인당 평균 3.1개의 프로그램, 3.9개의 자원이 연계됨.
 - (장애인) 2020년 2,417명 상담자 중 2,407명(99.6%)에게 통합돌봄 프로그램이 지원되었으며, 1인당 평균 1.9개의 프로그램이 연계됨.

- (정신질환자) 2020년 357명에게 통합돌봄 프로그램이 지원되었으며, 1인당 평균 1.6개의 프로그램, 3.0개의 자원이 연계됨.

○ 제공된 서비스도 대상별 차이가 있으나, 노인, 장애인은 일상생활지원, 건강보건의료 서비스의 제공 비중이 높음.

- (노인) 일상생활(38.9%) > 건강보건의료(30.8%) > 보호돌봄요양(9.8%) 순
- (장애인) 일상생활(28.7%) > 건강보건의료(21.3%) > 정신심리지원(17.2%) > 주거(16.2%) 순
- (정신질환자) 정신심리지원(88.5%) > 일자리 (3.0%) > 보호돌봄요양(2.6%) 순

〈표 2-2-3〉 서비스 자원 연계 실적

(단위: 건, %)

서비스 유형	노인				장애인				정신질환자			
	2019년		2020년		2019년		2020년		2019년		2020년	
	건	%	건	%	건	%	건	%	건	%	건	%
일자리	20	0.2	4	0.0	5	0.2	65	1.4	11	3.5	32	3.0
주거	2,090	16.0	5,797	11.4	635	31.6	742	16.2	4	1.3	9	0.8
일상생활	5,816	44.5	19,862	38.9	358	17.8	13,09	28.7	5	1.6	16	1.5
건강보건의료	3,466	26.5	15,728	30.8	453	22.5	975	21.3	16	5.2	27	2.5
정신심리지원	488	3.7	3,911	7.7	228	11.3	784	17.2	254	81.9	943	88.5
보호돌봄요양	994	7.6	5,023	9.8	276	13.7	480	10.5	17	5.5	28	2.6
보육 및 교육	25	0.2	111	0.2	10	0.5	12	0.3	0	0.0	0	0.0
문화여가	105	0.8	523	1.0	47	2.3	201	4.4	0	0.0	5	0.5
안전권익보장	55	0.4	84	0.2	0	0.0	0	0.0	3	1.0	5	0.5
계	13,059		51,043		2,012		45,68		310		1,065	

자료: 보건복지부 내부자료, 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진현황('19.12월 말, '20.12월 말 기준)

□ 필요한 서비스를 충분히 받고 있는지에 대한 평가는 이용자 모니터링을 통해 이루어지고 있음.

○ 2020년도 선도사업 이용자 효과성 분석에 따르면, 필요한 서비스를 충분히 제공받았다고 생각하는 이용자는 노인 76.3%, 장애인 47.0%, 정신질환자 68.9%로 나타나 대상별 격차를 보이고 있으며, 그 수준도 높은 편이 아니라 충분한 서비스의 제공이 이루어지고 있다고 평가하기는 어려움.

- 또한 서비스 구성의 다양성에도 불구하고, 가장 핵심적으로 보장되어야 하는 직접 돌봄 서비스가 빈약하여 “돌봄이 빠진 통합돌봄”이라는 내부적 비판도 제기되고 있음.
- 통합돌봄은 기존의 보건복지 정책과 분리된 새로운 대상자에게 새로운 서비스를 제공하는 것이 아닌 기존 돌봄 사업과의 융합임을 강조함.
- 그러나 장기요양, 노인맞춤돌봄서비스, 장애인활동지원 등 핵심 돌봄 제도가 지역사회 통합돌봄 안에서 결합되지 않고, 기존 돌봄 사업과 지역사회 통합돌봄 사업이 별도의 사업으로 병렬적으로 운영되는 점은 해결해야 할 과제임.
- 선도사업의 한시적 성격으로 인해 지속가능한 서비스 자원의 확보, 서비스 연속성 확보에 대한 우려도 표출되고 있음.
- 돌봄은 한 번 욕구가 발생하면 지속적인 서비스를 필요로 하는 특성을 지니므로 일시적인 개입으로는 문제 해결이 어려운 특성을 지님.
- 선도사업이 종료된 이후 돌봄이 필요한 지역 주민에게 끊임없는 서비스를 제공할 수 있는 예산의 확보와 대안 마련이 중요해지고 있음.

다. 지역사회 주도의 통합돌봄이 실현되고 있는가?

- 지역사회 통합돌봄(가치, 철학, 정책 목표)에 대한 이해와 합의가 공유되지 못한 채, 지자체 자율성과 주도성을 강조한 선도사업이 추진됨에 따라 시군구 본청 추진단, 읍면동, 관련 부서, 공공/민간 협업기관, 지역 주민 등 다양한 이해관계자 간의 갈등과 혼선이 발생함.
- 사실상 지자체에 부여된 권한은 매우 제한적인 반면, 책임은 과중하게 부여되지만, 책임지는 주체는 명확하지 않은 문제가 있음.
- 지역사회 통합돌봄 총괄 추진단은 관련 부서간 협업을 이끌어 낼 공식적 권한이 부재함.

- 지자체는 법과 지침에 의해 사업을 집행·운영하지만, 근거법 부재로 지자체가 상황에 맞게 스스로 새로운 지침과 규정을 만들어가야 하는 상황에서 지역 역량과 의지에 따른 격차가 발생하기도 함.
 - 부서별 고유 업무를 수행하는 상황에서 지역사회 통합돌봄은 관련 부서에 ‘우리 업무가 아닌’ 추가적 업무로 인식되어 공공 조직 내부 협력이 민간 기관과의 협력보다 어려운 상황에 직면해 있음.
- 통합성 구현을 위해 중앙정부의 제도 칸막이 문제를 지자체에서 해결할 수 없는 한계도 있는데, 특히 보건-복지 연계의 문제가 쉽게 해소되지 않음.
- 제도별 중복수급 금지 규정이 있기 때문에 서비스 설계의 유연성과 자율성은 선도사업과 자체사업 재원으로 제공되는 프로그램에 한정적으로 발휘될 수밖에 없는 구조적 문제를 내포하고 있음.
 - 서비스 유사중복에 대한 상이한 시각(해석)이 존재하여 일선 담당자의 재량에 따라 서비스 내용이 결정되기도 함.
 - 선도사업 모델을 보건-복지의 협력 모델로 인식하기도 하지만, 보건-복지 조직의 수평적·분절적인 관계, 사례관리 행정시스템(정보공유시스템)의 분절성(행복e음/PHIS), 부서별 실적주의와 성과평가에 대한 부담 등의 장애 요인으로 지자체의 노력만으로는 보건복지 분야의 협업과 융합을 이끌어내기 어려움.
 - 지역케어회의도 복지 분야 중심으로 편향적, 분절적, 형식적으로 운영되고, 보건의료분야의 전문가 참여가 미진하다는 지역도 다수 나타남.
- 이용자 중심 통합사례관리의 전문성, 컨트롤타워가 부재하다는 점도 지역 주도의 통합적 서비스 제공을 저해하는 요인임.
- 사람 중심의 서비스 통합을 이루기 위해서는 사례관리가 핵심적이나, 현재는 서비스가 다양한 제공기관에 의해 산발적으로 제공되는 수준임.
 - 제공기관 간에도 사례에 대한 정보 공유가 미흡하여 통합 서비스가 제공되고 있는지 확인할 수 없고, 이용자의 변화(성과) 모니터링도 이루어지지 않아, 제

공자 입장에서는 통합돌봄이 서비스의 기계적 결합으로 인식되고 사람 중심 통합적 서비스의 성과를 체감하지 못함.

- 시군구 단위에서는 희망복지지원단의 통합사례관리 업무와 지역사회 통합돌봄의 사례관리 업무가 명확히 구분되지 않고 있으며, 통합돌봄 대상 확대로 인해 희망복지지원단의 통합사례관리 업무가 과중되는 현상을 보임.
- 케어매니지먼트 역할이 부여된 통합돌봄창구 인력의 경우 통합돌봄 뿐만 아니라 맞춤형 복지, 동네복지, 민원창구 업무 등 다양한 복지업무를 수행함에 따라 업무 수행을 위한 전담인력 배치와 교육 지원 체계 마련을 요구하고 있음.

□ 다직종, 다분야 민·관 협업 활성화의 한계도 나타남.

- 민관협의체는 다수의 지역에서 고유한 기능과 역할 없이 존재만 하는 유명무실한 기구로 인식되며, 기존 협의체(지역사회보장협의체)와 역할과 기능이 중복되기도 하며, 실적을 위해 형식적으로 운영되기도 함.
- 지역케어회의는 희망복지지원단의 통합사례관리회의와 구분이 불명확하며, 복합적 문제를 가진 사례가 적어 1-2-3단계 운영의 필요성과 실효성이 낮다고 인식하고 있음.

제3절 새로운 지역사회 통합돌봄을 위한 방향

1. 지역사회 통합돌봄의 위상 명확화

- 지역사회 통합돌봄 추진 과정에서 발생한 개념의 혼란은 통합돌봄을 하나의 ‘사업’으로 인식한 것으로부터 기인할 수 있음.
- 지역사회 통합돌봄의 필요성과 지향 가치에는 동의하면서도, 선도사업을 통해 실질적으로 구현하는 과정에서 직면하는 제약이 오히려 개념의 혼란을 초래하였음.

- 지역사회 통합돌봄은 별도의 돌봄 ‘정책’ 또는 ‘사업’이 아닌 한국형 돌봄 안전망을 구현하는 ‘패러다임’으로, 기존 돌봄 정책과 사업을 포괄하는 상위 개념으로 이해되어야 하며, 그 위상에 대한 사회적·정책적 합의가 반드시 필요함.
- 즉, 지역사회 통합돌봄과 지역사회 통합돌봄 선도사업이 동일시되어서는 안 되며, 지금과 같이 기존 제도의 재구조화가 수반되지 않는 상황에서 선도사업만으로 지역사회 통합돌봄의 성과를 단정짓는 것도 주의할 필요가 있음.
- 선도사업을 통해 지역사회 통합돌봄의 궁극적 목적 실현을 위한 모델을 개발하고자 한다면, 지자체에 기존 국가 제도의 재설계를 예외적으로 허용하는 파격적이고 과감한 실험을 통해, 기존과 신규 제도와의 화학적 융합이 돌봄 대상자와 그 가족, 지역사회, 국가적 차원에서 어떤 효과를 가져올 수 있을지에 대한 실증 근거 생산이 가능한 수준의 지원이 이루어져야 함.
- 이러한 맥락에서 기존의 지역사회 통합돌봄 개념을 재정립한다면, “노인, 장애인, 정신질환자 등 돌봄이 필요한 사람들이 지역사회 내 자신이 살던 곳에서 건강하고 안전한 자립생활이 가능하도록 다양한 지원을 통합적으로 제공하는 지역 기반 돌봄 패러다임”으로 정의할 수 있을 것임.
- 돌봄은 특정 집단에 한정된 욕구가 아니라 누구나 생애과정에서 경험하는 보편적이고 집합적인 욕구로, 모든 인간은 돌봄을 매개로 한 상호 의존적이고 관계적 존재임(Kittay, 1999).
- 따라서 모든 주민이 지역사회 내에서 서로를 공동체로 수용하며, 상호 간에 무엇을 도울 것인지에 대한 준비가 될 때 진정한 의미의 지역사회 통합돌봄이 가능해질 것이며, 이를 위해서는 돌봄이 필요한 자들에 대한 인정과 배려, 포용, 편견 해소 등 지역사회 전체의 인식과 태도 변화가 병행되어야 함.
- 시설 거주보다 더 충족된 일상을 누리며, 돌봄 대상자 뿐 아니라 그 가족들도 안심하고 지낼 수 있는 여건을 조성하는 것이 관건으로, 돌봄과 보살핌을 위한 지역

사회 구성원 간의 상호 신뢰 및 지지 체계 확립과 사회적 자본의 축적이 필요함.

2. 지역사회 통합돌봄 대상의 확대와 표적화

- 중장기적으로 노인 대상 중심의 통합돌봄에서 탈피하여 장애인, 정신질환자 등 돌봄이 필요한 모든 국민이 지역사회 통합돌봄의 패러다임 안에서 돌봄기본권을 보장받고 인간으로서의 존엄성을 누리는 것이 중요함.
- 그러나 지역사회 통합돌봄을 패러다임으로 정의하더라도 이를 실현하기 위한 돌봄 체계의 재구조화와 전환은 단기간에는 달성하기 불가능하므로, 이행력 제고를 위해 부문별 관리 대상을 전략적으로 표적화하여 지역사회 통합돌봄의 가능성을 진단하고, 점차적으로 대상을 확대하는 접근이 실용적일 것임.
 - 돌봄 및 의료 욕구의 수준(높음-낮음), 거주 유형(시설거주/병원 입소-그룹홈 거주, 재가 거주), 기존 제도 적용 및 이용 여부 등의 요인을 다차원적으로 고려하여 노인, 장애인, 정신질환자 대상별 표적 집단의 규모를 추정한 후, 우선 개입이 필요한 대상에 국가 재정을 집중 투입하는 방안을 모색할 필요가 있음.
- 지역사회 통합돌봄 대상 표적화에 있어 지속적인 논쟁이 될 부분은 시설 및 병원 입소자의 탈시설·탈원화를 최우선 목표로 할 것인지가 될 것임.
 - 그러나 탈시설·탈원화는 지역사회 내에서 자립을 가능하게 하는 서비스 자원의 확보 없이는 불가능하기 때문에 노인, 장애인, 정신질환자 대상별 복지 정책의 발전 경로와 맥락, 특성을 고려하여 장기적인 시계를 가지고 접근해야 함.

3. 지역사회 거주 자립생활을 가능하게 하는 서비스의 포괄성 및 충분성 확보

- 지역사회 통합돌봄 체계가 포괄하는 서비스는 대상 특성에 따른 개별 욕구에 맞춤형 대응이 가능하도록 다양하게 구성되어야 함.
- 시설, 병원 보호로부터 지역사회 및 재가 거주로의 전환 → 정착 → 유지/통합에

단계적으로 필요한 서비스 내용을 포괄적으로 구성하되, 돌봄 대상자의 신체적 상태와 기능적 상태를 종합적으로 고려한 내용으로 구성될 필요가 있음.

□ 통합돌봄의 핵심 서비스 영역은 ①요양 및 돌봄 지원, ②보건의료 지원, ③주거 및 안전 지원, ④일상생활 지원, ⑤사회참여 지원으로 구분 가능함.

○ 노인, 장애인, 정신질환자의 대상 특성, 대상별 정책 발전 상황 및 인프라 여건을 반영하여 시기별로 집중 투자가 필요한 서비스의 우선순위를 결정하고, 부문별 지역사회 통합돌봄의 관리 대상의 단계적 확대 내용과 연계하여 세부적인 서비스 확충 계획을 세울 필요가 있음.

□ 무엇보다 지역사회 통합돌봄의 도입 배경을 고려할 때, 지역 거주자의 선호를 반영한 여건 마련이 일차적 방점으로, 지역사회 거주 시스템 마련을 위한 투자 확대가 선제적으로 요구됨.

○ 탈시설·탈원화 과정에서 핵심적인 서비스는 주거지원 서비스로, 케어안심주택, 자립지원주택과 같은 주택의 확보가 중요함.

○ 장기요양, 노인맞춤돌봄서비스, 장애인활동지원 등 국가 재가 돌봄 서비스 확충에 집중적인 예산을 투입하고, 보건의료 서비스 이용의 접근성을 높이기 위한 방문(재택)의료 서비스의 확충, 시설의료 서비스 이동 지원 확대가 이루어져야 함.

○ 민간 위주의 의료공급체계에서 재택의료 서비스의 공공성 강화를 위해 지역사회 민간 의료기관의 자발적이고 적극적인 참여를 유인하는 경제적 보상 체계를 마련할 필요가 있음.

□ 이를 위해 동일한 돌봄 필요를 가진 사람은 적용받는 제도와 돌봄을 제공받는 공간에 관계없이 동일한 수준의 사회적 지원을 받을 수 있도록 하는 원칙에 대한 합의가 전제되어야 할 것임.

□ 또한 시설, 병원 입소자의 경우 돌봄 대상자 뿐 아니라 그 가족에게도 지역사회에서 함께 거주하는 것이 더 나은 선택이 될 수 있도록 필요한 서비스의 양적 확충

과 함께 질적 제고 노력도 병행되어야 함.

4. 사람 중심 통합적 서비스 제공을 위한 전달체계 개선

- 현재 정보 교환과 자원 공유, 단순 서비스 연계 중심의 통합에서 개인별 사례관리가 중심이 되는 통합으로의 전환이 필요하며, 이를 위해 케어매니지먼트 운영모델의 고도화가 필요함.
 - 효율적 사례관리를 위한 케어매니지먼트 조직의 설치, 조직 구성 및 형태, 기존 사례관리 체계와의 연계 및 역할 조정 등에 대한 구체적 방안을 마련하고, 다직종 팀으로 구성된 전담 조직과 전문 인력의 안정적 확보를 위한 제도적 수단이 강구될 필요가 있음.
 - 통합돌봄 케어매니지먼트의 실행 단위(시군구 중심, 권역 중심, 읍면동 중심)는 통합돌봄 대상의 규모(수요), 서비스 자원의 분포(공급)를 고려하여 지역 상황에 맞게 유연하게 설계하는 것이 바람직할 것임.
- 선도사업 추진과정에서 가장 큰 장애요인으로 꼽힌 보건의료와 돌봄의 연계 및 통합성 제고를 위한 전달체계 개편은 통합돌봄 성공을 위한 핵심적인 과제임.
 - 시군구-국민건강보험공단-보건소가 실질적 협력체계를 구축할 수 있는 다양한 수단을 강구해야 함.
 - 일부 선도사업 지역에서 시도하는 보건과 복지 영역 사무 공간의 물리적 통합은 정보 교환 수준의 소극적 협력으로 통합 효과가 저조하므로, 보다 효율적인 방식으로 적극적 협력을 유인할 수 있는 행정 정보 시스템의 통합과 연계를 우선 추진해야 함.

5. 지자체 자율성과 주도성을 발휘할 수 있는 실질적 권한 부여

- 지역사회 통합돌봄을 이끄는 주체로서 지자체가 책임있는 역할을 수행할 수 있도록 실질적 권한 부여가 필요함.

- 최소한 시군구 단위 지역사회 통합돌봄 전담조직을 전국적으로 확대하고, 총괄적 기획·조정·지원 기능을 수행할 수 있는 컨트롤타워로 위상을 부여해야 함.
- 지자체 주도성과 책임성 강화를 담보할 수 있는 가장 강력한 수단은 지자체 단위의 돌봄 재정 확보임.
- 커뮤니티 케어를 먼저 추진한 해외 국가의 사례를 보면 지자체에 누구에게 어떤 서비스를 얼마나 제공할 것인가를 결정하는 권한과 함께 이를 가능하게 하는 재정적 권한이 함께 부여되고 있음.
- 서비스 자원에 대한 재정적 통제권이 부여되지 않은 상황에서 지자체가 주도성을 발휘하여 이용자 맞춤형으로 유연적 제도 설계를 하기에는 제약이 따름.
- 기존에 운영되던 프로그램을 대상자 중심으로 재설계하고, 없는 프로그램을 신규 개발하여 기존 프로그램과 융합 지원하기 위해서는 포괄보조 방식의 재정 운영이 필요함.



제3장

노인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

제4절 소결

제3장 노인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

1. 유관 제도 진단

가. 유관 제도의 서비스 내용

- 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 지역사회 통합돌봄체계 구축에 앞서 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 건강 및 돌봄 관련 정책에 대해 검토하고자 함.
- 보건·의료와 관련된 대표적 서비스는 현재 진행 중인 가정간호서비스가 있으며, 재택의료서비스, 방문재활 등과 같은 다양한 재택 보건·의료서비스에 대한 시범사업이 진행 중임.
 - (가정간호 서비스) 퇴원환자 및 가정에 있는 환자의 회복을 돕고 건강관리를 위해 지속적인 치료 및 간호가 필요한 경우, 주치의와 가정전문 간호사가 상의하여 치료계획을 세운 후, 환자의 가정을 방문하여 필요한 양질의 서비스를 제공해주는 제도임.
 - (재택의료 시범사업) 현재 진행중인 재택의료 시범사업은 지속적으로 의료적 관리가 요구되나 의료·사회적 상황으로 인하여 의료기관 방문이 어려운 환자를 대상으로 환자 중심 재택의료 서비스 제공해주는 제도임.
- 요양병원은 의료법에 따라 노인성질환자, 만성질환자 등 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 치료행위를 제공하는 병원의 형태이지만, 대부분의 요양병원은 노인의 돌봄과 의료서비스를 복합적으로 제공하고 있음.
- 노인돌봄과 관련된 정책은 노인장기요양보험제도와 맞춤형돌봄서비스 생애말기돌봄서비스 등이 있음.
 - (노인장기요양보험제도) 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼

자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기 요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상을 목적으로 함.

- (노인맞춤돌봄서비스) 일상생활 영위가 어려운 취약노인에게 적절한 돌봄 서비스를 제공하여 안정적인 노후생활 보장, 노인의 기능·건강 유지 및 악화 예방하는 것을 목적으로 함.
- (생애말기돌봄서비스) 지역 내 호스피스 서비스 확대를 통한 존엄하고 편안한 생애말기 보장을 목적으로 함.

〈표 3-1-1〉 노인돌봄 정책별 서비스 내용

구분		서비스 내용
보건·의료	가정간호 서비스	<p>퇴원환자 및 가정에 있는 환자의 회복을 돕고 건강관리를 위해 지속적인 치료 및 간호가 필요한 경우, 주치의와 가정전문 간호사가 상의하여 치료계획을 세운 후, 환자의 가정을 방문하여 필요한 양질의 서비스를 제공해주는 제도</p> <ul style="list-style-type: none"> - 암 수술 후 조기퇴원 환자(상처 드레싱, 통증관리) - 암환자의 영양제 주사 및 통증관리 (PCA 등) - 중심정맥관 관리(케포포트, 히크만 등) - 간단한 임상검사(채혈, 채뇨 등) - 특수 간호가 필요한 환자 - 호스피스 대상자 - 상처관리, 욕창간
	재택의료	지속적으로 의료적 관리가 요구되거나 의료·사회적 상황으로 인하여 의료기관 방문이 어려운 환자를 대상으로 환자 중심 재택의료 서비스 제공
의료·돌봄	요양병원	의료법에 따라 노인성질환자, 만성질환자 등 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 치료행위를 제공
돌봄	노인장기요양 보험	<ul style="list-style-type: none"> - 시설급여: 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 - 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 - 특별현금급여
	노인맞춤돌봄 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 직접서비스: 안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활지원 - 연계서비스: 민간후원자원을 활용한 생활지원, 주거개선, 건강지원 연계 등 - 특화서비스: 개별 맞춤형 사례관리, 집단활동, 우울증진단 및 투약지원
	생애 말기 돌봄	- 입원형, 가정형, 자문형 호스피스

자료: 1) 보건복지부(2021). 2021년 노인보건복지 사업안내.
 2) 의료법 시행규칙. 제36조. 요양병원의 운영
 3) 중앙호스피스센터 홈페이지.
 4) 국립암센터 홈페이지: 가정간호 소개
 5) 보건복지부, 건강보험심사평가원. 재환환자 재택의료 시범사업.

나. 유관 제도의 서비스 대상자

□ 이들 각각의 사업들은 사업의 목적에 따른 대상자 선정기준을 제시하고 있음.

○ 대상자 선정기준은 사업별로 상이하나 기능상태에 따라 범주화 하면, 급성기 질환, 회복기, 낮은 기능상태 유지기(만성), 생애말기로 구분할 수 있음 돌봄 관련 분야별 제도의 운영실태를 파악함.

- 급성기 질환 퇴원 후 가정간호서비스 및 재택의료²⁾의 경우, 주로 거동이 불편하고 지속적인 치료와 관리가 필요한 경우에 해당하나, 재택의료의 경우 다양한 대상자에 대해 시범사업이 진행 중이며 가정간호도 수요에 비해 비활성화되어 있는 상황임(전용호, 2018).
- 요양병원은 노인성질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 회복기의 환자를 대상으로 하나, 돌봄 미충족으로 인한 사회적 입원 등 부적절한 대상자가 발생하며, 요양병원과의 기능 중첩 등 돌봄의 영역까지 담당하고 있는 문제가 발생하는 상황임(최인덕, 2018).
- 돌봄에 해당하는 서비스로 노인장기요양보험, 노인맞춤형돌봄서비스, 생애말기 돌봄이 있으며, 일상생활 지원 및 요양과 간호서비스가 지원되나 다양한 돌봄 욕구를 충족하기에 서비스의 종류나 급여량이 부족함.
- 특히 노인장기요양보험 등급외자서비스와 노인맞춤돌봄서비스의 대상자 서비스 중첩 문제 및 대상자의 욕구와 필요가 반영되지 않는 형식적 서비스 제공(전용호, 2018)으로 대상자의 장기요양 등급 진입 예방 기능 미흡함.

2) 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업, 심장질환자 재택의료 시범사업, 암환자 재택의료 시범사업, 중증소아 재택의료 시범사업, 재활환자 재택의료 시범사업 등

〈표 3-1-2〉 노인돌봄 정책별 서비스 이용 대상

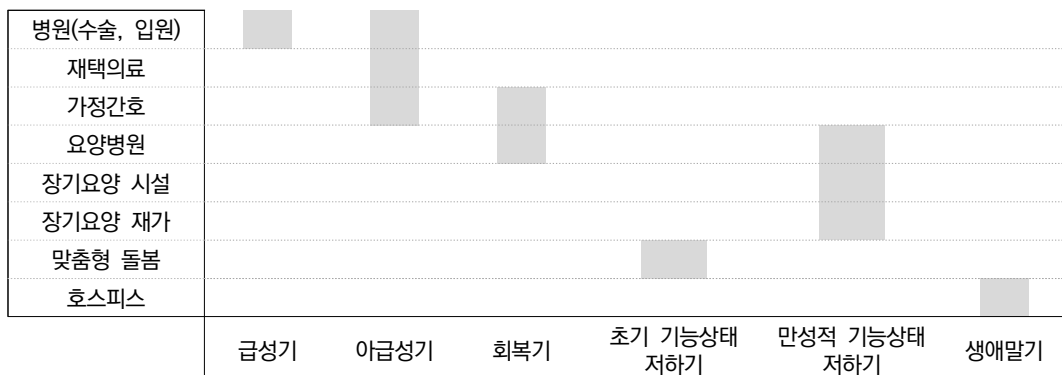
구분		대상자 기준
보건·의료	가정간호 서비스	의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 재입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중, 진료담당 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우
	재택의료	재택의료에 필요한 대상자
의료·돌봄	요양병원	노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술에 따른 상해 후 회복기간에 있는 자 -의료 최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 선택입원군
돌봄	노인장기요양보험	장기요양등급 내 판정자: 1등급~5등급, 인지지원등급
	맞춤형돌봄서비스	만 65세 이상 ①국민기초생활수급자, ②차상위계층, ③기초연금 수급자 중 대상자 선정도구를 통해 사회-신체-정신영역의 돌봄필요도에 따라 대상자 군을 결정하며, 각 군별 서비스 제공시간의 범위 달라짐 - (중점돌봄군) 신체적 기능제한으로 일상생활 지원 필요가 큰 대상 - (일반돌봄군) 사회적인 관계 단절 및 일상생활의 어려움으로 돌봄 필요가 있는 대상 - 그 외 특화서비스 사후관리 대상이 별도로 있음
	생애 말기 돌봄	-입원형: 말기암 -가정형 및 자문형: 말기암, 말기 후천성 면역 결핍증, 말기 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 말기 만성 간경화

자료: 1) 보건복지부(2021). 2021년 노인보건복지 사업안내.
 2) 의료법 시행규칙, 제36조, 요양병원의 운영
 3) 중앙호스피스센터 홈페이지.
 4) 국립암센터 홈페이지: 가정간호 소개
 5) 보건복지부, 건강보험심사평가원, 재활환자 재택의료 시범사업.

○ 노인의 기능상태를 연속선상에서 살펴볼 때 현재의 돌봄 및 건강관련 정책은 기능상태별 욕구 충족을 위한 일차적 인프라는 갖추었다고 볼 수 있음.

- 그러나 현재의 돌봄 체계 내에서 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 충분한 서비스가 제공되고 있는지에 대해서는 여전히 의문이 제기되는 상황임.

[그림 3-1-1] 노인의 기능상태에 따른 현 돌봄 및 건강 관련 정책



○ 현재 노인 돌봄 관련 정책의 이용자 규모를 살펴보면, 전체 노인의 25%는 공적인 돌봄체계 내에서 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타남.

- 가장 많은 노인이 이용하고 있는 서비스는 노인장기요양보험제도로 노인인구의 약 10.1%(2020년 기준)가 노인장기요양보험 등급판정을 받았음.
- 다음으로 요양병원 이용자가 9.4%, 노인맞춤형돌봄서비스 대상자 5.5%, 가정간호서비스 1.2% 등의 순으로 나타남.

〈표 3-1-3〉 노인돌봄 정책별 이용자 규모 변화

(단위: 명, 노인 인구 대비 %)

구분		2017년	2018년	2019년	2020년
가정간호서비스1)		67,132(1.0)	84,109(1.1)	104,698(1.4)	96,451(1.2)
요양병원		840,940(11.9)	849,258(11.5)	889,388(11.6)	764,111(9.4)
장기요양보험 등급 내 판정자2)		585,287(8.0)	670,810(8.8)	772,206(9.1)	857,984(10.1)
노인돌봄 종합서비스3)	총계	43,219(0.6)	42,712(0.55)	49,033(0.6)	450,000(5.5)
	방문, 주간보호	41,365	41,365	47,686	
	단기가사서비스	1,854	1,347	1,347	
노인돌봄기본서비스		약 24만명	약 24만명	약 25만명	

주: 1) 건강보험 청구 DB, 가정간호 수가코드 기준 발체, (각 년도 기준)

2) 노인장기요양보험 등급판정결과 현황자료, 국민건강보험공단 노인장기요양보험 (www.longtermcare.or.kr 2021.5.10. 인출). (연도말 기준, 2021년은 3월 기준)

3) 2020년은 맞춤형노인돌봄 기준이며, 지원 계획 명수임

자료: 보건복지부(2018). 2018년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
 보건복지부(2019). 2019년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
 보건복지부(2020). 2020년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
 보건복지부(2021). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
 건강보험공단(2018). 2017년 건강보험통계연보
 건강보험공단(2019). 2018년 건강보험통계연보
 건강보험공단(2020). 2019년 건강보험통계연보
 건강보험공단(2021). 2020년 건강보험통계연보

2. 표적 집단 추정

가. 표적 집단의 정의

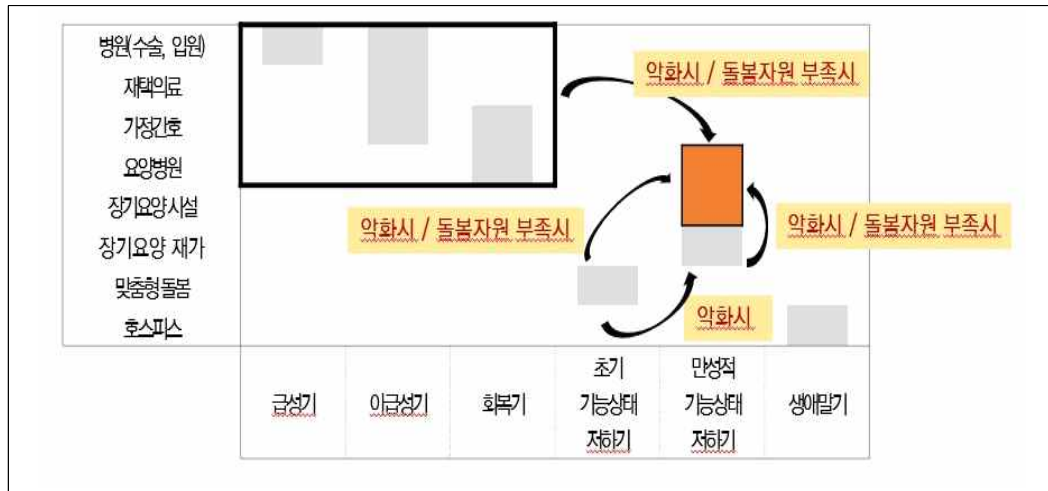
□ 이러한 주요 제도의 대상 기준, 규모와 욕구-필요도-제도별 서비스 충족수준을 고려하여 통합돌봄 대상자 규모를 파악하고자 함.

○ 지역사회 통합돌봄의 핵심대상자에 대한 정의, 최은희(2021)의 노인 통합돌봄

대상자 기준과 현재의 정책들을 최대한 고려하여 노인의 지역사회 내 계속 거주(AIP)를 위한 지역사회 통합돌봄을 정의한다면 아래와 같이 ‘광의’와 ‘협의’의 의미로 볼 수 있음.

- ‘광의’의 의미로는 [그림 3-1-2]의 음영 내 모든 대상자일 수 있음.
 - 급성기로 병원에서 수술 및 입원 이후 돌봄 필요군
 - 아급성기로 병원에서 수술 및 입원 이후의 돌봄 또는 재택의료 또는 가정간호 필요군
 - 회복기로 가정간호 또는 요양병원 필요군
 - 초기 기능상태 저하기로 맞춤형 돌봄서비스 필요군
 - 만성적 기능상태 저하기로 요양병원, 장기요양 시설, 장기요양 재가 서비스 필요군
 - 생애말기로 호스피스 필요군
- ‘협의’의 의미로는 기능상태 악화 또는 돌봄 자원의 부족으로 인하여 요양병원 또는 노인요양시설로 이동할 가능성이 있는 대상자로 볼 수 있음(화살표에 해당하는 자).
 - ① 현재 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자로서, 재가 이동 잠재적 대상자를 의미하며, 지역사회 자원으로 돌봄이 가능한 자
 - ② 퇴원 후 돌봄 욕구 미충족에 따라 잠재적으로 거주 시설로 이동 가능성이 있는 자로서, 지역사회에서 집중적 돌봄이 필요한 자를 의미하며 집중돌봄 이후에도 지속적인 모니터링 필요한 자
 - ③ 장기요양 재가서비스 이용자 중 요양필요도가 매우 높아 거주 시설로 잠재적 이동할 것으로 예상되는 자
 - ④ 만성질환, 노인성질환, 장애 등으로 장기요양 등급 진입 확률이 높을 것으로 예상되는 자로서, 장기요양 등급 진입 후 시설 입소 가능성이 높은 자
 - ⑤ 맞춤형 돌봄 서비스 이용자 중 장기요양 진입의 가능성이 높은 자 또는 이미 노인장기요양보험 인정자로 전환된 자

[그림 3-1-2] 노인의 기능상태에 따른 현 돌봄 및 건강 관련 정책



□ 각 통합돌봄 대상자별 광의적·협의적 기준을 정리하면 다음<표 3-1-4>와 같음.

○ 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자 중 재가 이동 잠재적 대상자

- 광의의 의미로는 시설서비스 이용자와 요양병원 입원자 모두를 포괄하지만, 세부적으로는 ① 시설이용자 중 3등급 이하자 중 치매(문제행동)가 없어 지역사회에서 돌봄이 가능한 대상자와 ②요양병원 입원자 중 선택입원군과 의료경도, 재입원군, 잠재적 퇴원 가능자 등과 같이 비교적 경미한 상태의 기능상태 제한을 갖고 있어 충분한 돌봄서비스 제공시 지역사회에서 돌봄이 가능한 대상으로 정의할 수 있음.

○ 퇴원 후 돌봄욕구 미충족에 따른 시설 이동 가능자

- 광의의 의미로는 뇌질환, 정형외과적 질환자가 모두 포함되지만, 통합돌봄의 정의에 부합하는 대상으로는 뇌질환, 골절 퇴원환자 중 요양병원에 입원하여 적절한 서비스가 제공된다면 지역으로 회귀할 수 있는 자로 정의할 수 있음.

○ 장기요양 재가서비스 이용자 중 시설 이동 가능자

- 광의의 의미로는 재가서비스 이용자 전체로 정의할 수 있으나, 세부적으로는 ①와상환자와 ②재가서비스 전체 이용자 중 인정조사 항목에서 문제행

동이 1개 이상 발생자로 현재의 서비스 상태라면 시설 이동 가능성이 높지만, 충분한 수준의 장기요양서비스 제공 시 지역사회에서 거주할 수 있는 대상으로 정의할 수 있음.

○ 장기요양 등급 진입 후 시설입소 가능성이 높은 자

- 광의의 의미로는 장기요양 등급외자 및 기각·각하자로 정의할 수 있으며, 세부적으로는 장기요양 등급외자/기각·각하자 중 만성질환, 노인성 질환, 장애 등 발생자로 정의할 수 있음.

○ 노인맞춤돌봄서비스 이용자 중 장기요양 진입 시점 시설 이용 가능자

- 광의의 의미로는 노인 맞춤 돌봄 서비스 중점 관리군으로 정의할 수 있으며, 세부적으로는 ①노인 맞춤 돌봄 대상자 선정기준 중 3개 영역(신체, 정신, 사회참여 영역) 모두 '상'인 집단, ②노인 맞춤돌봄 서비스에서 장기요양 재가서비스 전환자, ③노인 맞춤돌봄 서비스에서 장기요양 시설서비스 전환자로 정의할 수 있음.

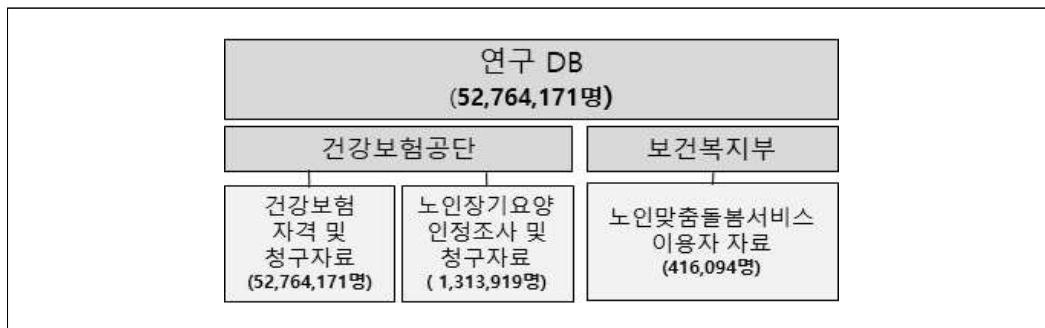
〈표 3-1-4〉 통합돌봄 대상자의 광의적·협의적 의미

기준	광의	협의
① 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자 중 재가 이동 잠재적 대상자	시설서비스 이용자	- 시설이용자 중 3등급 이하자 중 치매(문제행동)가 없는 자
	요양병원 입원자	- 선택입원군, 의료경도 - 재입원군(요양병원 연속 3회, 90일 이상) - 잠재적 퇴원가능자
② 퇴원 후 돌봄욕구 미충족에 따른 시설 이동 가능자	뇌질환, 정형외과적 질환	- 뇌질환, 골절 퇴원환자 중 요양병원 입원자
③ 장기요양 재가서비스 이용자 중 시설 이동 가능자	재가서비스 이용자	- 외상환자 - 재가서비스 전체 이용자 중 인정조사 항목에서 문제행동 1개 이상 발생자
④ 장기요양 등급 진입 후 시설입소 가능성이 높은 자	장기요양 등급외자/기각·각하	- 장기요양 등급외자/기각·각하자 중 만성질환, 노인성 질환, 장애 등 발생자
⑤ 노인맞춤돌봄서비스 이용자 중 장기요양 진입 시점 시설 이용 가능자	노인맞춤돌봄서비스 중점관리군	- 3개영역 모두 '상'인 집단
		- 노인장기요양보험 전환자(재가)
		- 노인장기요양보험 전환자(시설)

나. 노인 통합돌봄 대상자 추출 방법

- 통합돌봄 대상자의 광의적·협의적 기준에 따라 대상자 규모를 산출하기 위하여 건강보험 빅데이터를 기준으로 다양한 데이터베이스(이하 'DB')를 연계하여 데이터셋을 구축하였음.
 - 건강보험 DB, 노인장기요양보험 DB, 노인맞춤돌봄서비스 DB를 연계하였으며, DB 분석 기간은 2020.5. ~ 2021.4월에 해당함.
 - 데이터셋은 인별 기준으로 구축되었기 때문에, 대상자별 의료이용 현황, 노인장기요양 및 노인맞춤돌봄 서비스 이용 현황 등에 따라 대상자 규모 추출이 가능하도록 구성하였음.

[그림 3-1-3] 통합돌봄 대상자 데이터셋 구축 모식도



- 구축된 데이터셋을 통해 통합돌봄 대상자 규모를 추정하기 위하여, 대상자 유형별 조작적으로 정의하였음(〈표 3-5〉 참조).
 - (탈시설 가능군) 거주시설에서 탈시설이 가능한 자로 혼자 또는 기구를 통해 거동이 가능한 자이면서 지역사회 자원으로 돌봄이 가능한 자에 해당하며 장기요양 3등급 이하로 예상되는 자
 - (탈병원 가능군) 요양병원 입원진료를 통한 치료가 불필요하거나 퇴원을 하기에 의학적 문제가 없을 것으로 검토된 환자로서, 지역사회 자원으로 돌봄 가능한 자(조경희, 강하림, 정현진, 박인태, 전하늬, 권정은, 2019)

- (퇴원 후 시설 이동 가능군) 급성기 질환 치료 후 퇴원 환자로서 지역사회 돌봄이 부족하거나 미충족될 경우 거주 시설로 이동할 것으로 예상되는 자로서, 퇴원 후 재활 및 돌봄이 중요한 뇌질환 및 골절 질환자(김윤 외, 2019)
- (시설이동 가능군) 와상 및 치매가 예상되는 자로서 돌봄 필요도가 매우 높은 대상자
- (장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군) 장기요양 등급인정자는 아니나 등급외자 또는 장기요양 신청자로서, 만성질환, 노인성질환, 장애(한은정 외, 2018)³⁾ 등으로 장기요양 등급 진입이 예상되며, 향후 시설 이동이 가능하기에 지역사회에서 질환의 관리가 필요한 자
- (맞춤돌봄 중점 관리군) 노인맞춤돌봄서비스에서 기능제한 또는 기능저하로 일상생활 지원 필요도가 높은 대상 또는 노인장기요양보험 급여 수급 중 인자로 돌봄 지원이 예상되는 자

다. 노인 통합돌봄 대상자 규모

1) 노인 통합돌봄 대상자 분포

□ 대상자 유형별 조작적 정의에 기반하여 추정된 노인 통합돌봄 대상자 규모는 총 445,561명('21년 4월 말 기준)으로 추정되며, 만 65세 이상 인구⁴⁾의 4.9%를 차지함.

○ 전체 통합돌봄 대상자 중 탈시설 또는 탈병원이 가능한 대상자는 각각 65,061명, 43,776명이며, 잠재적 시설화 가능성이 있는 지역사회 관리군은 288,954

3) 뇌졸중(중풍, 뇌경색), 파킨슨병, 치매, 우울증, 불면증, 고혈압, 고지혈증, 관상동맥질환, 울혈성심부전, 당뇨병, 간경변증, 암, 만성기관지염·폐기종, 천식, 폐결핵·결핵, 시각장애(백내장, 녹내장 등), 청각장애(노인성난청, 만성중이염 등), 만성신장질환, 배뇨장애(전립선비대증, 요실금), 관절염(퇴행성관절염, 류머티즘관절염), 골다공증, 요통·좌골신경통, 골절·탈골 및 사고후유증(한은정 등, 2018)

4) 9,060,430명, 건강보험 자격 DB, '21.4월 말 기준

명(지역사회 관리군 중 중복을 제외한 값)으로 나타났음.

- 지역사회 관리군의 세부 유형을 살펴보면, 지역사회 관리군 288,954명 중 와상상태나 문제행동이 예상되는 시설 이동 가능군은 207,758명으로 가장 많은 분포를 보이고 있으며, 장기요양 등급 진입 후 시설 입소 가능 예상군 74,146명, 퇴원 후 시설 이동 가능군 61,360명, 맞춤형돌봄 중점관리군 9,906명의 순으로 나타남.

〈표 3-1-5〉 노인 통합돌봄 대상자 유형별 규모

구 분	조작적 정의	대상자		
		(명)		(%)
총계(중복 제외)		445,561		-
탈시설 가능군	- 장기요양 3등급 이하자(3,4,5등급 및 인지지원등급) 중 시설급여자이면서 '행동변화영역'에서 1개 이하에 해당하는 자	65,061		14.6
탈병원 가능군	- 요양병원 장기거주자(181일 이상) 중 선택입원군, 의료경도인자 - 요양병원 연속 3회(90일)이상 입원한 선택입원군, 의료경도환자 ※ 동일 요양병원 여부 상관없음, 퇴원 후 30일 이내 입원한 경우 연속으로 봄	43,776		9.8
지역사회 관리군 (288,95 4명)	퇴원 후 시설 이동 가능군	- 21.4월말 기준 요양병원 입원 환자 중 뇌질환, 고관절골절 질환으로 퇴원 경험이 있는 자		61,360 13.8
	시설 이동 가능군	- 장기요양 1, 2등급 재가 급여자	52,636	207,758 46.6
		- 재가급여자중 '행동변화영역'에서 1개 이하에 해당하는 자	175,836	
	장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군	- 장기요양 등급외자, 기각·각하 중 장기요양 필요를 유발하는 23개 장애질환 중 5개 이상 보유자1) ※ 장기요양 인정자 제외(1등급~5등급,인지지원등급자)		74,146 16.6
	맞춤돌봄 중점관리군	- 맞춤돌봄 대상자 중 3개영역 모두 '상'인 집단		1,875
- 맞돌에서 장기요양 재가급여자로 전환된 자		7,819		
- 맞돌에서 시설급여로 전환된 자		335		

주: 1) 각 조작적 정의별 대상자는 중복이 포함된 수치이며, 총계는 각각의 중복을 제외한 대상자임

2) 뇌졸중(중풍, 뇌경색), 파킨슨병, 치매, 우울증, 불면증, 고혈압, 고지혈증, 관상동맥질환, 울혈성심부전, 당뇨병, 간경변증, 암, 만성기관지염·폐기종, 천식, 폐결핵·결핵, 시각장애(백내장, 녹내장등), 청각장애(노인성난청, 만성중이염등), 만성신장질환, 배뇨장애(전립선비대증, 요실금), 관절염(퇴행성관절염, 류머티즘관절염), 골다공증, 요통·좌골신경통, 골절·탈골 및 사고후유증(한은정 등, 2018)

□ 통합돌봄 대상자는 각 정의별 해당되는 대상자를 추출한 것이므로 전체적으로 중복 대상자가 발생할 수 밖에 없는 구조임.

○ 이에 각 유형별 대상자 수를 제시하고, 전체 값에서는 중복값을 제외하여 대상자 규모를 산출하였음.

□ 돌봄 서비스의 통합적 제공을 위해서는 서비스별 중복 대상자에 대한 현황 파악이 필요하며, 이에 본 연구에서는 각 대상자 유형별 중복현황을 산출하였음.

○ 대다수의 유형(429,461명, 96.4%)은 1개의 유형에만 해당하였고, 2개 이상의 복수 유형에 해당에 해당하는 대상은 3.6%(16,100명)에 그침.

- 통합돌봄 대상자 유형 중 조작적 정의에 노인장기요양보험 신청자를 모수로 하지 않은 유형(탈병원가능군, 퇴원후시설이동가능군, 맞춤형돌봄중점관리군)이 복수 유형에 해당하는 비율이 높았음.
- 맞춤형돌봄중점관리군은 2개 이상의 복수 유형에 해당하는 경우가 30.8%(3,047명)로 나타났고, 탈병원 가능군과 퇴원 후 시설 이동 가능군은 각각 17.8%(4,440명), 18.7%(11,440명)로 나타났음.
- 이들 유형은 현재는 노인장기요양보험 인정자가 아닌 대상자의 비율이 타 유형에 비해 높으나, 복합욕구로 인해 지역사회에서 적절한 지원이 되지 않을 경우, 시설화 및 노인장기요양보험 등급 인정자가 될 확률이 높을 것으로 예상됨.

〈표 3-1-6〉 노인 통합돌봄 대상자 유형별 해당 유형 개수

(단위: 명, %)

구분	총계 (중복제외)	해당 유형 개수					
		1개		2개		3개	
		명	%	명	%	명	%
전체	445,561	429,461	96.4	15,754	3.5	346	0.1
탈시설가능군	65,061	64,477	99.1	565	0.9	19	0.0
탈병원가능군	43,776	36,006	82.3	7,439	17.0	331	0.8
퇴원후시설이동가능군	61,360	49,920	81.4	11,096	18.1	344	0.6
시설이동가능군	207,758	199,473	96.0	8,031	3.9	254	0.1
장기요양등급진입예상군	74,146	72,726	98.1	1,348	1.8	72	0.1
맞춤돌봄중점관리군	9,906	6,859	69.2	3,029	30.6	18	0.2

○ 통합돌봄 대상자 유형별 중복 형태를 보다 구체적으로 살펴본 결과 탈병원 가능군과 퇴원 후 시설 이동 가능군의 중복 대상자가 6,103명으로 가장 높았으며, 퇴원 후 시설 이동 가능군과 시설 이동 가능군의 중복 대상자가 4,559명, 시설 이동 가능군과 맞춤형 돌봄 중점 관리군의 중복 대상자가 2,560명으로 나타났다.

- 이들 중복대상군에 대한 복합적인 개입이 필요할 것으로 보임.

□ 본 연구의 통합돌봄 대상자는 만 65세 이상으로 정의하였음. 향후 통합돌봄 대상자의 확대를 위해 각 유형별 정의에 해당하는 만 65세 미만도 포괄할 경우, 2.7만 명의 대상자가 추가됨.

○ 각 유형별 조작적 정의에 따라 추가된 만 65세 미만 인구를 살펴보면, 퇴원 후 시설이동가능군과 탈병원 가능군이 2.7명 중 각각 40.9%(11,161명), 30.9%(8,428명)로 대부분을 차지하였으며, 다음으로 와상환자나 치매 의심 대상자를 포함하는 시설이동가능군이 22.4%(6,115명)으로 나타났다.

〈표 3-1-8〉 노인 통합돌봄 대상자 유형별 규모 : 만 65세 미만 및 만 65세 이상

(단위: 명, %)

구 분		만 65세 미만 포함 (A)		만 65세 이상 통합돌봄 대상자 (B)		(A) - (B)	
		(명)	(%)	(명)	(%)	(명)	(%)
총계(중복 제외)		472,846	-	445,561	-	27,285	-
탈시설 가능군		66,869	14.1	65,061	14.6	1,808	6.6
탈병원 가능군		52,204	11.0	43,776	9.8	8,428	30.9
지역사회 관리군 (288,954명)	퇴원 후 시설 이동 가능군	72,521	15.3	61,360	13.8	11,161	40.9
	시설 이동 가능군	55,361 179,994	213,873	45.2	52,636 175,836	207,758	46.6
	장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군	75,384	15.9	74,146	16.6	1,238	4.5
	맞춤 돌봄 중점 관리군	1,875 7,819 335	9,906	2.1	1,875 7,819 335	9,906	2.2
						- - -	- - -

2) 노인 통합돌봄 대상자의 기존 노인돌봄정책 이용 현황

□ 노인 통합돌봄 대상자 중 노인장기요양보험 등급 신청자의 분포를 살펴본 결과 전체 통합돌봄 대상자(445,561명) 중 노인장기요양보험 신청자(등급인정자, 등급외자, 기각·각하)의 비율은 93.2%(415,328명)로 통합돌봄 대상자의 상당수가 노인장기요양보험 대상자인 것으로 나타남.

○ 노인 통합돌봄 대상자 중 노인장기요양보험 신청자(415,328명)의 특성을 살펴보면, 시설이동 가능군이 228,472명(55.0%)으로 가장 많은 비율을 차지하였으며, 장기요양 등급 진입 후 시설 입소 가능 예상군은 17.9%(74,146명), 탈시설 가능군 15.7%(65,061명), 퇴원 후 시설 이동 가능군 10.7%(44,594명), 탈병원 가능군 7.1%(29,339명), 맞춤형 돌봄 중점 관리군 2.2%(9,150명) 등의 순으로 나타남.

○ 노인장기요양보험 등급에 따라서는 3등급과 4등급이 각각 105,189명(25.3%), 105,189명(28.8%)으로 대부분을 차지하였으며, 다음으로 등급외자 50,493명(12.2%), 2등급 45,456명(10.9%) 순으로 나타남.

○ 노인장기요양보험 신청자의 각 등급별 노인 통합돌봄 대상자의 비율을 살펴보면, 1~5등급의 경우 각 등급별 30.0%~46.0%가 통합돌봄 대상자로 포괄되었고, 등급외자와 기각·각하도 각각 38.9%와 36.8%로 높게 나타났음.

- 다만 인지지원등급자 중 10.2%만 통합돌봄 대상자로 포괄되어 타 등급에 비해 낮은 비율을 보임.

〈표 3-1-9〉 노인 통합돌봄 대상자 중 노인장기요양 등급별 대상자 규모

(단위 : 명, %)

구 분		전체	노인장기요양 등급별 대상자 규모							
			1	2	3	4	5	인지지원	등급외자	기각·각하
노인장기요양보험 신청자 및 이용자(A) (만 65세 이상)		1,143,847	51,046 (4.5)	99,557 (8.7)	261,906 (22.9)	399,253 (34.9)	93,064 (8.1)	17,253 (1.5)	66,275 (11.4)	50,446 (8.0)
각 등급별 (A) 대비 (B)의 비율		36.3	46.0	45.7	40.2	30.0	38.2	10.2	38.9	36.8
총계(B)		415,328	23,498 (5.7)	45,456 (10.9)	105,189 (25.3)	119,587 (28.8)	35,558 (8.6)	1,764 (0.4)	50,493 (12.2)	33,783 (8.1)
탈시설가능군		65,061 (15.7)			38,284	26,562	210	5		
탈병원가능군		29,339 (7.1)	1,111	4,048	8,061	7,849	1,730	316	3,428	2,796
퇴원 후 시설 이동 가능군		44,594 (10.7)	7,697	8,152	12,099	9,384	1,600	228	2,757	2,677
시설 이동 가능군	장기요양1,2등급자(와상)	52,636 (12.7)	16,572	36,064						
	'행동변화영역'문항내 증상이 1개 이상 있다고 응답한 자	175,836 (42.3)	5,223	15,491	48,395	74,107	31,471	1,149		
장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군		74,146 (17.9)							45,011	29,135
맞춤형돌봄 중점관리군	맞춤돌봄 대상자 중 3개영역 모두 '상'인 집단	996 (0.2)	4	7	46	155	89	20	509	166
	맞춤돌봄서비스 이용자에서 장기요양재가급여자로 전환한 자	7,819 (1.9)	43	170	1,192	4,560	1,646	152	13	43
	맞돌에서 시설급여로 전환된 자	335 (0.1)	8	58	110	142	16			1

□ 기존 주요 노인돌봄제도 대상자 중 본 연구에서 정의한 통합돌봄 대상자 분포를 살펴본 결과는 다음과 같음.

○ 노인장기요양보험 신청자 중 통합돌봄 대상자는 415,328명(36.3%)임.

- 전체 인정자 중 35.9%(331,052명), 등급외자 중 38.9%(50,493명), 신청자 중 기각·각하 해당자 중 36.8%(33,783명) 등이 노인 통합돌봄 대상자에 해당하였음.
- 또한 전체 장기요양보험 신청자 내 통합돌봄 대상자 중 장기요양 인정자의 비율은 79.7%이며, 등급외자는 12.2%, 기각 및 각하는 8.1%로 나타남.

〈표 3-1-10〉 노인장기요양보험신청자 중 통합돌봄 대상자 비율

(단위 : 명, %)

구 분	총계	인정자	등급외자	기각·각하
노인장기요양보험 신청자(A)	1,143,847	922,079 (80.6)	129,872 (11.4)	91,896 (8.0)
통합돌봄 대상자(B)	415,328	331,052 (79.7)	50,493 (12.2)	33,783 (8.1)
(B)/(A)*100	(36.3)	(35.9)	(38.9)	(36.8)

○ 노인맞춤돌봄서비스 이용자 중 노인 통합돌봄 대상자는 30,094명(7.2%)임

- 전체 노인맞춤돌봄서비스 중점관리군 중 37.9%(17,914명), 일반돌봄군 중 3.3%(12,180명)가 노인 통합돌봄 대상자에 해당하였음.
- 또한 노인맞춤돌봄 대상자 내 노인 통합돌봄 대상자 중 중점관리군은 59.5%였으며, 일반돌봄군은 40.5%로 나타남.

〈표 3-1-11〉 노인맞춤돌봄서비스 중 통합돌봄 대상자 비율

(단위 : 명, %)

구 분	총계	중점관리군	일반돌봄군
노인맞춤돌봄서비스(A)	416,094	47,256 (11.4)	368,838 (88.6)
통합돌봄 대상자(B)	30,094	17,914 (59.5)	12,180 (40.5)
(B)/(A)*100	7.2	37.9	3.3

○ 노인 통합돌봄 대상자의 공적 돌봄 서비스 이용 형태를 살펴보면, 노인장기요양보험 또는 노인맞춤돌봄을 이용자는 만 65세 이상 노인 인구 중 16.4%(1,485,839명), 노인 통합돌봄 대상자 중 93.5%(416,647명)가 해당하였음.

- 전체 노인인구에서 공적 돌봄 제도권에 있는 대상⁵⁾의 28%를 노인 통합돌봄 대상자에서 포괄함.
- 노인장기요양보험에서 전체 노인인구 대비 노인 통합돌봄 대상자는 36.3%, 노인맞춤돌봄대상자는 7.3%로 나타났으며, 특히 노인맞춤돌봄서비스 이용자 중 중점관리군은 26.0%로 높게 나타났음.

〈표 3-1-12〉 기존 노인돌봄제도 내 노인 통합돌봄 대상자 분포

(단위 : 명, %)

구분			기존 돌봄제도 대상자 수(A)	노인 통합돌봄 대상자(B)	(A) 대비 (B)의 비율
돌봄제도	총계		1,485,839	416,674	28.0
	노인장기요양보험	소계	1,143,847	415,328	36.3
		인정자	922,079	331,052	35.9
		등급외/기각각하	221,768	84,276	38.0
	노인맞춤돌봄	소계	414,808	30,094	7.3
		일반	367,892	17,914	4.9
		중점	46,916	12,180	26.0
	제도별 평균연령	소계	82.1	83.0	-
		노인장기요양보험	83.0	83.2	-
		노인맞춤돌봄	79.9	81.4	-

5) 노인장기요양보험 신청자 중 기각·각하 포함

3) 노인 통합돌봄 대상자의 특성

□ 노인통합돌봄 대상자의 연령 분포를 살펴본 결과 노인의 약 4.9%가 노인 통합돌봄 대상자로 추정됨.

○ 65세 이상 인구 중 연령이 높을수록 연령별 인구 대비 통합돌봄 대상자의 비율이 높았으며, 85세 이상이 전체 인구 대비 노인 통합돌봄 대상자 비율이 20.3%로 가장 높았음.

- 만 65세 이상 노인인구의 평균연령은 74.3세인 것에 비해 노인 통합돌봄 대상자는 83.0세로 노인 통합돌봄 대상자의 평균 연령이 8.7세 높았음.
- 돌봄 제도 내 전체 노인인구와 노인 통합돌봄 대상자의 평균 연령은 비슷한 수준을 보임.

〈표 3-1-13〉 만 65세 이상 인구와 노인 통합돌봄 대상자의 연령 비교

(단위: 명, %)

구분		만65세 이상 노인인구(A)	노인 통합돌봄 대상자(B)	(A) 대비 (B)의 비율
연령	평균	74.3	83.0	-
	전체	9,060,430	445,561	4.9
	65~69세	3,077,391	23,352	0.8
	70~74세	2,135,899	38,092	1.8
	75~79세	1,630,685	69,766	4.3
	80~84세	1,241,257	116,348	9.4
	85세 이상	975,198	198,003	20.3

□ 노인 통합돌봄 대상자의 인구사회학적 특성과 기존 제도 이용 특성을 다음과 같이 살펴보았음.

○ 노인 통합돌봄 대상자의 평균 연령은 83.0세이고, 대부분의 이용자(74.3%)는 노인장기요양보험 인정자였음.

- 여성의 평균 연령이 남성보다 3.7세 높았고, 만 85세 이상 비율은 44.4%를 차지하였음.
- 노인 통합돌봄 대상자 중 노인장기요양보험 인정자, 등급외자 및 기각·각하의 비율은 93.2%로 대부분을 차지하였으며, 노인맞춤돌봄서비스 이용자는 6.8%를 차지하였음.

〈표 3-1-14〉 노인 통합돌봄 대상자의 특성(전체)

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		80.3		84.0		83.0	
	전체		122,777	100.0	322,784	100.0	445,561	100.0
	65~69세		13,009	10.6	10,343	3.2	23,352	5.2
	70~74세		17,464	14.2	20,628	6.4	38,092	8.5
	75~79세		23,422	19.1	46,344	14.4	69,766	15.7
	80~84세		30,597	24.9	85,751	26.6	116,348	26.1
	85세 이상		38,285	31.2	159,718	49.5	198,003	44.4
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	111,569	90.9	303,759	94.1	415,328	93.2
		인정자	86,749	70.7	244,303	75.7	331,052	74.3
		등급외/ 기각각하	24,820	20.2	59,456	18.4	84,276	18.9
	노인 맞춤 돌봄	소계	6,306	5.1	23,788	7.4	30,094	6.8
		일반	3,063	2.5	14,851	4.6	17,914	4.0
		중점	3,243	2.6	8,937	2.8	12,180	2.7

□ 노인 통합돌봄 대상자 중 6가지 대상군별 특성을 살펴보면 다음과 같음.

○ 탈시설 가능군 대상자의 특성을 살펴보면, 전체 노인 통합돌봄 대상자의 평균 연령(83.0세)보다 높은 85.6세로 통합돌봄 대상자 유형 중 평균 연령이 가장 높았음.

- 만 85세 이상 인구가 39,142명(60.2%)으로 나타났고, 만 75세 이상 인구가 59,898명(92.1%)으로 대부분을 차지하였음.
- 탈시설가능군은 현재 거주시설 이용자로, 거의 모든 대상자(99.8%)가 노인 장기요양보험 이용자였음.

〈표 3-1-15〉 노인 통합돌봄 대상자 중 탈시설 가능군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		81.7		86.7		85.6	
	전체		14,176	100.0	50,885	100.0	65,061	100.0
	65~69세		1,246	8.8	688	1.4	1,934	3.0
	70~74세		1,683	11.9	1,546	3.0	3,229	5.0
	75~79세		2,298	16.2	4,345	8.5	6,643	10.2
	80~84세		3,433	24.2	10,680	21.0	14,113	21.7
	85세 이상		5,516	38.9	33,626	66.1	39,142	60.2
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	14,147	99.8	50,760	99.8	64,907	99.8
		인정자	14,147	99.8	50,760	99.8	64,907	99.8
		등급외/ 기각각하	-	-	-	-	-	-
	노인 맞춤 돌봄	소계	29	0.2	125	0.2	154	0.2
		일반	18	0.1	86	0.2	104	0.2
		중점	11	0.1	39	0.1	50	0.1

○ 탈병원 기능군 대상자의 평균 연령은 전체 노인 통합돌봄 대상자의 평균 연령 (83.0세)보다 높은 84.6세로 나타났다.

- 만 85세 이상 대상자는 56.2%(24,606명)를 차지하였으며, 만 75세 이상은 88.0%(38,523명)를 차지하였음.
- 탈병원기능군 중 노인장기요양보험 이용자의 성별을 살펴보면, 여성의 70.6%(23,873명), 남성의 54.8%(5,466명)가 해당하여 여성의 비율이 크게 높았음.
- 통합돌봄 대상자 중 노인장기요양보험 인정자와 노인맞춤돌봄서비스 이용자는 각각 52.8%, 0.7%로 나타났다.
- 노인장기요양보험 등급외자 및 기각·각하 해당자도 14.2% 높게 나타나, 이들의 시설화 및 등급 진입 지연 및 예방을 위한 개입이 필요함.

〈표 3-1-16〉 노인 통합돌봄 대상자 중 탈병원 기능군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		80.4		85.8		84.6	
	전체		9,979	100.0	33,797	100.0	43,776	100.0
	65~69세		1,490	14.9	1,172	3.5	2,662	6.1
	70~74세		1,316	13.2	1,275	3.8	2,591	5.9
	75~79세		1,531	15.3	2,950	8.7	4,481	10.2
	80~84세		2,138	21.4	7,298	21.6	9,436	21.6
	85세 이상		3,504	35.1	21,102	62.4	24,606	56.2
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	5,466	54.8	23,873	70.6	29,339	67.0
		인정자	4,142	41.5	18,973	56.1	23,115	52.8
		등급외/ 기각각하	1,324	13.3	4,900	14.5	6,224	14.2
	노인 맞춤 돌봄	소계	78	0.8	222	0.7	300	0.7
		일반	53	0.5	162	0.5	215	0.5
		중점	25	0.3	60	0.2	85	0.2

○ 퇴원 후 시설이동가능군의 평균 연령은 81.3세로 전체 노인 통합돌봄 대상자에 비해 평균 연령이 1.7세 낮게 나타났다.

- 성별 평균 연령의 경우, 여성(82.8세)이 남성(78.3세)보다 높게 나타났으며, 만 85세 이상은 35.9%(22,044명), 만 75세 이상 인구는 80%(49,161명)로, 노인 통합돌봄 대상자가 만 85세 이상이 44.4%(198,003명), 만 75세 이상이 86.0%(384,117명)인 것에 비해 낮은 비율을 보임.
- 퇴원 후 시설이동가능군의 돌봄 제도 이용자 특성을 살펴보면, 본 유형의 72.7%(44,594명)는 노인장기요양보험 신청자(등급인정자, 등급외자, 기각·각하)였으며, 노인맞춤돌봄서비스 이용자는 1.2%(5,434명)였음.
- 성별에 따라서는 여성의 노인장기요양보험 인정자 비율이 67.6%(27,601명)으로 남성 56.4%(11,559명)보다 11.2%p 높았음.

〈표 3-1-17〉 노인 통합돌봄 대상자 중 퇴원 후 시설 이동 가능군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		78.3		82.8		81.3	
	전체		20,500	100.0	40,860	100.0	61,360	100.0
	65~69세		3,395	16.6	2,014	4.9	5,409	8.8
	70~74세		3,521	17.2	3,269	8.0	6,790	11.1
	75~79세		4,172	20.4	6,607	16.2	10,779	17.6
	80~84세		4,850	23.7	11,488	28.1	16,338	26.6
	85세 이상		4,562	22.3	17,482	42.8	22,044	35.9
돌봄 제도	노인 장기요양보험	소계	13,282	64.8	31,312	76.6	44,594	72.7
		인정자	11,559	56.4	27,601	67.6	39,160	63.8
		등급외/기각·각하	1,723	8.4	3,711	9.1	5,434	8.9
	노인 맞춤돌봄	소계	189	0.9	566	1.4	755	1.2
		일반	135	0.7	419	1.0	554	0.9
		중점	54	0.3	147	0.4	201	0.3

○ 시설 이동 가능군의 전체 평균 연령은 83.4세로, 노인 통합돌봄 대상자(83.0세)와 비슷하였으며, 만 85세 이상 인구의 비율도 46.8%로 전반적으로 연령 특성이 비슷하였음.

- 시설 이동 가능군은 모두 노인장기요양보험 인정자에 해당하여 돌봄 필요도가 높아 지역사회 자원 투입이 높은 대상으로 예상됨.

〈표 3-1-18〉 노인 통합돌봄 대상자 중 시설 이동 가능군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		81.0		84.4		83.4	
	전체		58,512	100.0	149,246	100.0	207,758	100.0
	65~69세		4,962	8.5	4,156	2.8	9,118	4.4
	70~74세		7,604	13.0	8,373	5.6	15,977	7.7
	75~79세		10,953	18.7	19,825	13.3	30,778	14.8
	80~84세		14,868	25.4	39,808	26.7	54,676	26.3
	85세 이상		20,125	34.4	77,084	51.6	97,209	46.8
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	58,512	100.0	149,246	100.0	207,758	100.0
		인정자	58,512	100.0	149,246	100.0	207,758	100.0
		등급외/ 기각·각하	-	-	-	-	-	-
	노인 맞춤 돌봄	소계	342	0.6	2,218	1.5	2,560	1.2
		일반	195	0.3	1,650	1.1	1,845	0.9
		중점	147	0.3	568	0.4	715	0.3

○ 장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군의 평균 연령은 80.0세로 노인 통합돌봄 대상자 전체의 평균 연령인 83.0세보다 낮았으며, 이는 통합돌봄 유형 중 가장 낮은 수치임.

- 만 85세 이상은 네 명 중 한 명(24.1%, 17,868명)에 해당하며, 타 통합돌봄 유형에 비해 낮은 비율이었으나, 만 75세 이상은 80.0%(59,207명)로 높게 나타났다.
- 장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군은 조작적 정의로 인해 모두 등급외자 및 기각·각하에 해당하였으며, 대상자의 26.5%(19,613명)는 노인맞춤돌봄서비스 이용자였음.
- 노인장기요양보험의 등급 인정자로 진입을 예방하기 위해, 현재 대상자가 이용하고 있는 노인맞춤돌봄서비스의 역할이 매우 중요할 것이며, 통합돌봄이 보충적 역할을 할 수 있을 것임.

〈표 3-1-19〉 노인 통합돌봄 대상자 중 장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		79.3		80.3		80.0	
	전체		22,288	100.0	51,858	100.0	74,146	100.0
	65~69세		2,269	10.2	2,480	4.8	4,749	6.4
	70~74세		3,735	16.8	6,455	12.4	10,190	13.7
	75~79세		4,970	22.3	13,109	25.3	18,079	24.4
	80~84세		5,955	26.7	17,305	33.4	23,260	31.4
	85세 이상		5,359	24.0	12,509	24.1	17,868	24.1
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	22,288	100.0	51,858	100.0	74,146	100.0
		인정자	-	-	-	-	-	-
		등급외/ 기각·각하	22,288	100.0	51,858	100.0	74,146	100.0
	노인 맞춤 돌봄	소계	4,493	20.2	15,120	29.2	19,613	26.5
		일반	2,193	9.8	9,501	18.3	11,694	15.8
		중점	2,300	10.3	5,619	10.8	7,919	10.7

○ 맞춤형 돌봄 중점 관리군의 평균 연령은 83.2세였으며, 만 75세 이상 인구 비율은 90.0%(8,950명)로 나타났다.

- 맞춤형돌봄중점관리군의 공적 돌봄 제도 해당자 특성을 살펴보면, 노인장기요양보험 등급인정자는 83.8%로 대다수였으며, 본 유형의 노인맞춤돌봄서비스 이용자는 일반관리군과 중점관리군이 각각 56.3%(5,575명), 43.7%(4,331명)에 해당하였음.

〈표 3-1-20〉 노인 통합돌봄 대상자 중 맞춤형 돌봄 중점 관리군 대상자의 특성

(단위 : 명, %)

구분			남		여		계	
			명	비율	명	비율	명	비율
연령	평균		80.4		83.8		83.2	
	전체		1,698	100.0	8,208	100.0	9,906	100.0
	65~69세		153	9.0	151	1.8	304	3.1
	70~74세		250	14.7	402	4.9	652	6.6
	75~79세		335	19.7	1,229	15.0	1,564	15.8
	80~84세		434	25.6	2,542	31.0	2,976	30.0
	85세 이상		526	31.0	3,884	47.3	4,410	44.5
돌봄 제도	노인 장기 요양 보험	소계	1,526	89.9	7,501	91.4	9,027	91.1
		인정자	1,299	76.5	6,998	85.3	8,297	83.8
		등급외/ 기각·각하	227	13.4	503	6.1	730	7.4
	노인 맞춤 돌봄	소계	1,698	100	8,208	100	9,906	100
		일반	711	41.9	4,864	59.3	5,575	56.3
		중점	987	58.1	3,344	40.7	4,331	43.7

- 지역별 통합돌봄 대상자 분포를 살펴보면, 경기도, 서울특별시, 경상북도, 경상남도 순으로 높게 나타났다.
- 상대적으로 노인인구 비율이 낮은 세종, 제주, 울산 등은 통합돌봄 대상자의 비율이 1% 안팎으로 낮게 나타났다.
 - 대부분의 지역에서 지역별 전체 인구 대비 만 65세 인구 비율에 비례하여 노인 통합돌봄 대상자의 비율이 나타났다.
- 탈병원 가능군의 경우 타 대상자군에 비해 부산의 비율이 높은 특성을 보임.
 - 이는 부산지역 내 요양병원이 타 지역에 비해 매우 많이 분포해있음에 따른 결과로 볼 수 있음.

〈표 3-1-21〉 시도별·대상자군별 노인통합돌봄 대상자 분포

(단위: 명, %)

구분	탈시설 가능군		탈병원 가능군		퇴원후 시설이동가능군		시설이동가능군		장기요양 등급진입 후 시설 입소 가능 예상군		맞춤돌봄 중점관리군		계	
	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율	명	비율
전체	65,061	100.0	43,776	100.0	61,360	100.0	207,758	100.0	74,146	100.0	9,906	100.0	445,561	100.0
서울	7,950	12.2	4,171	9.5	8,003	13.0	32,318	15.6	10,476	14.1	976	9.9	61,564	13.8
부산	1,626	2.5	5,668	12.9	6,321	10.3	12,766	6.1	5,710	7.7	640	6.5	31,346	7.0
대구	2,322	3.6	2,218	5.1	3,203	5.2	10,201	4.9	3,412	4.6	576	5.8	20,973	4.7
광주	4,866	7.5	1,535	3.5	2,366	3.9	9,902	4.8	3,101	4.2	337	3.4	21,450	4.8
인천	1,158	1.8	2,072	4.7	2,220	3.6	5,400	2.6	2,820	3.8	271	2.7	13,307	3.0
대전	1,666	2.6	1,249	2.9	1,668	2.7	5,633	2.7	2,315	3.1	358	3.6	12,365	2.8
울산	568	0.9	886	2.0	1,416	2.3	3,044	1.5	797	1.1	112	1.1	6,584	1.5
세종	313	0.5	242	0.6	261	0.4	935	0.5	269	0.4	14	0.1	1,977	0.4
경기	18,916	29.1	5,448	12.4	10,054	16.4	42,094	20.3	13,501	18.2	1,294	13.1	88,637	19.9
강원	2,867	4.4	718	1.6	1,235	2.0	8,207	4.0	2,854	3.8	568	5.7	15,984	3.6
충북	2,817	4.3	1,043	2.4	1,609	2.6	8,071	3.9	2,539	3.4	407	4.1	16,006	3.6
충남	3,926	6.0	2,177	5.0	2,791	4.5	11,852	5.7	4,031	5.4	606	6.1	24,547	5.5
전북	3,385	5.2	3,346	7.6	4,687	7.6	11,471	5.5	5,627	7.6	685	6.9	27,885	6.3
전남	3,813	5.9	3,691	8.4	4,067	6.6	11,022	5.3	5,380	7.3	1,101	11.1	27,925	6.3
경북	4,398	6.8	4,144	9.5	4,774	7.8	17,230	8.3	4,784	6.5	950	9.6	35,067	7.9
경남	3,310	5.1	4,994	11.4	6,148	10.0	15,446	7.4	5,412	7.3	942	9.5	34,839	7.8
제주	1,156	1.8	172	0.4	534	0.9	2,161	1.0	1,115	1.5	69	0.7	5,088	1.1

주: 자격 정보상 '시도' 정보가 부정확한 17명 제외

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

1. 필요 서비스의 유형 및 수준

가. 노인 돌봄서비스 현황

1) 노인장기요양 재가서비스

가) 노인장기요양 재가 서비스 이용 현황 및 이용자 실태

□ 노인장기요양 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등이 있으며, 이용자는 등급별 원한도액 안에서 각각의 급여내용들을 조합하여 서비스를 이용하고 있음.

〈표 3-2-1〉 재가장기요양급여 내용

구분		내용
방문 요양	방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체 활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
	인지활동형 방문요양	1~5등급 치매수급자에게 인지자극활동 및 잔존기능 유지·향상을 위한 일상생활 함께하기 훈련을 제공하는 급여(기존의 방문요양과는 달리 빨래, 식사준비 등의 가사지원은 제공할 수 없으나, 잔존기능 유지·향상을 위해 수급자와 함께 옷개기, 요리하기 등은 가능함)
방문목욕		장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 차량을 이용하여, 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 급여
방문간호		의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 급여
주야간보호		수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기 요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지·향상위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여
단기보호		수급자를 월 9일 이내 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 장기요양급여

자료: 장기요양홈페이지. 급여종류 및 내용. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/303/npeb303m01.web?menuId=npe0000000190&prevPath=/npbs/e/b/501/npeb501m01.web>(2021.12.16. 인출)

○ 노인장기요양 재가급여 이용자의 55.7%는 방문요양만 이용하고 있으며, 22.5%는 방문요양과 타 서비스를 복합적으로 이용함.

- 즉, 전체 재가급여 이용자의 78.2%(방문요양, 방문요양+목욕, 방문요양+주야간, 방문요양+간호)는 방문요양서비스를 이용.

○ 전체 서비스 이용 구성은 5등급과 인지지원등급을 제외하면 대부분 방문요양을 중심으로 서비스를 이용하고 있어 등급별 큰 차이를 보이지 않음.

- 다만, 1등급의 경우 방문요양과 방문간호를 복합적으로 이용하는 비율이 타 등급에 비해 매우 높은 특성을 보이고 있어, 의료서비스에 대한 욕구가 높은 집단으로 볼 수 있음.

〈표 3-2-2〉 재가급여 이용자의 재가급여 이용유형

(단위: %, 명)

특성	방문요양	방문목욕	주야간 보호	방문요양 + 방문목욕	방문요양 + 주야간 보호	방문요양 + 방문간호	기타	계(명)
전체	55.7	3.6	15.5	16.5	3.6	2.4	2.7	100.0 (3,046)
1등급	52.6	3.9	1.3	19.7	0.0	13.2	9.2	100.0 (76)
2등급	64.9	4.7	4.3	17.1	0.9	3.8	4.3	100.0 (211)
3등급	58.6	3.3	12.3	16.4	3.5	2.6	3.3	100.0 (897)
4등급	57.4	4.0	13.2	17.6	3.9	1.9	2.0	100.0 (1,536)
5등급	36.1	1.6	43.9	10.3	5.2	1.0	1.9	100.0 (310)
인지지원등급	6.7	0.0	93.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0 (15)

주: 단기보호 이용자를 제외한 재가급여 이용자 3,046명의 자료를 분석

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.214 〈표 3-63〉

□ 노인장기요양 재가급여 이용자는 급여한도액⁶⁾ 안에서 서비스를 선택하여 이용하며, 5등급과 인지지원등급을 제외하면 대부분 유사한 양으로(이용일수 및 이용시간) 서비스를 이용하고 있으며, 평균적인 이용현황을 이용료로 산정시 현재의 월 한도액 내에서 서비스를 이용 하는 것은 문제가 없는 것으로 볼 수 있음.

○ 이는 제도의 이용을 위해 월한도액 내에서 서비스를 이용하기에 나타난 결과

6) 〈표 3-62〉 재가장기요양급여 월한도액

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
월 한도액	1,672,700	1,486,800	1,350,800	1,244,900	1,068,500	597,600

자료: 장기요양홈페이지. 월 한도액 및 급여비용 <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/502/npeb502m01.web?menuId=npe0000000380&prevPath=/npbs/e/b/303/npeb303m01.web>(2022.11.18. 인출)

로 볼 수 있으며, 현재의 이용 현황과 서비스 미충족 욕구에 대한 검토가 필요할 것으로 보임.

- 방문요양서비스의 경우 1일 3시간 30일 이용 기준 이용료는 1,512,000원으로 1등급만이 급여한도액 내에서 서비스 이용이 가능하며, 이 경우 타 서비스 이용에 대한 본인부담금이 증가할 수 있음.
- 즉, 현재의 평균적 급여이용형태는 급여한도액 내에서 적정수준의 이용료를 부담하며 서비스를 이용하기 위한 노력에 따른 결과로 볼 수 있으며, 이러한 현황을 기준으로 현재 급여가 충분히 제공되고 있다고는 단정할 수 없을 것임.

〈표 3-2-3〉 재가서비스 유형별 서비스 이용 현황 및 현황에 따른 급여

(단위: %, 명, 일, 시간, 횟수, 원)

특성	방문요양				방문목욕			
	이용률 ¹⁾	지난 1개월간 평균 이용일수 ¹⁾	지난 1개월간 1일 평균 이용시간 ¹⁾	금액 ²⁾	이용률 ¹⁾	지난 1개월간 평균 이용일수 ¹⁾	지난 1개월간 1일 평균 이용시간 ¹⁾	금액 ²⁾
전체 백분율 (사례수)	79.3 (2,422)	19.5 (2,422)	2.6 (2,422)		22.1 (676)	3.5 (676)	1.1 (676)	
1등급	92.1	21.2	3.2	1,058,400	30.3	3.7	1.0	314,320
2등급	88.3	20.2	3.0	1,008,000	24.4	3.5	1.1	314,320
3등급	82.0	19.8	2.6	1,008,000	22.1	3.6	1.1	314,320
4등급	81.7	19.2	2.6	957,600	23.3	3.5	1.1	314,320
5등급	53.1	18.4	2.5	907,200	13.3	3.5	1.0	314,320
인지지원등급	6.7	12.0	3.0	604,800	0.0	0.0	0.0	0
특성	방문간호				주야간보호			
	이용률 ¹⁾	지난 1개월간 평균 이용일수 ¹⁾	지난 1개월간 1일 평균 이용시간 ¹⁾	금액 ²⁾	이용률 ¹⁾	지난 1개월간 평균 이용일수 ¹⁾	지난 1개월간 1일 평균 이용시간 ¹⁾	금액 ²⁾
전체 백분율 (사례수)	4.4 (136)	5.0 (136)	0.9 (136)		19.9 (607)	20.4 (607)	8.3 (607)	
1등급	22.4	4.4	0.9	189,800	1.3	20.0	8.0	990,600
2등급	7.5	3.7	0.9	189,800	6.1	17.9	8.3	1,027,260
3등급	5.1	5.4	1.0	237,250	16.6	20.7	8.4	889,350
4등급	3.2	5.2	0.9	237,250	17.9	20.4	8.3	818,200
5등급	2.3	4.3	0.8	189,800	49.8	20.8	8.3	828,450
인지지원등급	0.0	0.0	0.0		93.3	15.9	7.9	631,200

주: 1) 본인응답 또는 대리응답을 포함한 재가급여 이용자 3,055명(전체 수급자의 54.5%)의 자료를 분석

2) 이용료에 해당하는 금액 산출을 위해 이용일수 및 시간은 반올림하여 계산

자료: 1) 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. pp.197-203 〈표3-52〉-〈표 3-55〉

2) 국민건강보험공단 장기요양보험법 재가급여 계산 홈페이지에서 경우의 수 별로 산출. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/504/openPopApprvPaymtCalcu> (2022.1.19. 인출)

- 장기요양 재가급여 이용자 가족 중 장기요양급여에 만족하지 않는 가장 큰 이유는 재가급여 이용 시간 불충분(47.8%)으로 서비스 량의 부족에 대한 불만이 높음.
- 또한 필요한 시간에 이용이 어렵거나(18.7%), 재가급여 내용이 제한적(7.1%)이라는 응답도 나타남.

〈표 3-2-4〉 장기요양 재가급여 이용자 가족이 장기요양급여에 만족하지 않은 이유(중복응답)

(단위: %, 명)

특성	장기요양 요원에 대한 불만	재가급여 이용시간 불충분	재가급여 내용의 제한성	재가급여의 낮은 질적 수준	필요한 시간에 이용 어려움	본인부담금 에 대한 불만	기타	계(명)
전체	12.4	47.4	7.1	4.3	18.7	8.0	2.1	100.0 (149)
1등급	14.4	38.6	4.2	14.4	28.4	0.0	0.0	100.0 (7)
2등급	13.4	40.6	13.9	5.7	17.2	6.7	2.4	100.0 (28)
3등급	13.1	49.3	5.2	3.7	21.8	6.9	0.0	100.0 (45)
4등급	12.5	49.8	6.3	3.5	15.6	8.6	3.7	100.0 (63)
5등급	0.0	43.0	0.0	0.0	28.1	26.3	2.7	100.0 (6)
인지지원등급	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0 (1)

주: 장기요양급여에 만족하지 않는다고 응답한 102명의 자료를 분석(중복응답)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.392 〈표 4-44〉

- 장기요양 재가급여 이용자 중 73.2%는 장기요양 재가급여 이용시간 외 타인의 도움 없이 일상생활이 불가능하였으며, 1등급은 97.3%, 2등급은 94.5%가 타인의 도움 없이 일상생활이 불가능함.
- 이로 인하여 재가급여 이용자의 88.0%는 장기요양 재가급여 이용 시간 외에 추가로 타인의 도움을 받고 있으며, 그 중 73.2%는 가족, 8.9%는 별도의 유급도우미를 고용하여 도움을 받고 있음.
 - 즉, 현재 재가서비스 이용자들은 서비스 량의 부족으로 인하여 장기요양 급여를 이용하지만 별도의 돌봄제공자가 필요한 상황임.

〈표 3-2-5〉 재가급여 이용자의 장기요양급여 이용시간 외 타인 도움없이 일상생활 가능 여부 및 도움제공자
(단위: 명, %)

구분	일상생활 불가능	평소 도와주는 사람						계
		없음	가족			유급 도우미	기타 ²⁾	
			소계	배우자	자녀			
전체	73.2	12.0	73.2	28.3	44.9	8.9	5.8	100.0 (2,098)
1등급	97.3	4.1	69.9	45.2	24.7	20.5	5.5	100.0 (73)
2등급	94.5	10.1	81.9	41.0	40.9	5.9	2.1	100.0 (188)
3등급	80.4	8.4	78.3	32.3	46	7.0	6.3	100.0 (687)
4등급	66.2	16.2	67.2	23.6	43.6	10.4	6.3	100.0 (953)
5등급	65.6	8.6	78.7	19.3	59.4	7.0	5.9	100.0 (187)
인지지원등급	66.7	18.2	72.8	27.3	45.5	0.0	9.1	100.0 (11)

주: 1) 재가급여 이용자 중 장기요양요원의 대리응답을 제외한 본인응답 또는 가족이 대리응답한 2,866명 중 다른 사람의 도움 없이 일상생활이 불가능하다고 응답한 2,098명의 자료를 분석

2) 사위, 손자녀, 친인척, 이웃이나 지인 등이 포함됨

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. pp.175-176 〈표3-38〉-〈표 3-39〉

□ 또한 이러한 돌봄서비스 제공 시간의 부족으로 재가급여 이용 가족의 일부는 건강 악화시 노인요양시설 입소 의향을 보이고 있으며, 시설급여 이용 가족의 일부는 건강이 호전되더라도 노인요양시설 이용을 희망하기도 함.

○ 재가급여 이용자의 가족들은 재가급여 이용자가 건강이 악화될 경우 69.5%가 노인요양시설로 입소시킬 의향이 있었으며, 이는 낮은 등급에서 높은 비율을 보임

- 그러나 노인 본인은 건강 악화 시 43.3%만이 노인요양시설 입소 의향이 있는 것으로 나타나 부양자와 노인간 시설입소 의향에 차이가 있었음.

〈표 3-2-6〉 재가급여 이용자의 건강 악화 시 노인요양시설 입소 의향

(단위: %)

특성	본인응답 ¹⁾	가족응답 ²⁾
전체	43.3	69.5
1등급	23.1	38.1
2등급	35.4	54.7
3등급	38.0	66.2
4등급	46.0	73.9
5등급	44.4	77.6
인지지원등급	71.4	73.3

주: 1) 재가급여 이용자 중 대리응답을 제외한 본인이 응답한 1,312명(전체 수급자의 23.4%)의 자료를 분석

2) 재가급여 이용자의 가족 2,723명의 자료를 분석하였으며, 노인요양시설로 모실 계획과 현재 노인요양시설 대기자 명단 신청함 두 항목의 합임

자료: 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.230 〈표 3-74〉, p.397 〈표 4-47〉

○ 반면, 현재 시설급여 이용자가 건강이 호전될 경우 집으로 모실 의향이 있는 가족은 25.4%로 등급별로 차이를 보이지는 않았음.

- 집으로 모시기 위해 시급히 해결해야 할 사항으로는 가족의 경제활동에 따른 이용자 돌봄이 54.5%로 가장 높은 비율을 보였으며, 자택의 주거환경 개선(28.7%) 욕구도 높은 수준을 보임.

〈표 3-2-4〉 시설급여 이용자의 건강 호전 시 집으로 모실 의향 및 이를 위해 해결되어야 할 사항

(단위: %, 명)

특성	집으로 모시기 위해 시급히 해결해야 할 사항 ²⁾						계(명)
	예 ¹⁾	자택의 주거환경 개선	가족의 경제활동에 따른 이용자 돌봄	이용자 돌봄에 수반되는 비용	교통 불편 및 돌봄 인프라 취약	기타	
전체	25.4	28.7	54.5	13.6	1.0	2.2	100.0 (272)
1등급	25.0	24.0	60.0	16.0	0.0	0.0	100.0 (25)
2등급	27.4	34.9	49.2	12.7	0.0	3.2	100.0 (63)
3등급	25.7	29.9	53.3	14.0	0.9	1.9	100.0 (107)
4등급	23.4	23.9	57.7	12.7	2.8	2.8	100.0 (71)
5등급	26.1	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	100.0 (6)
인지지원등급	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0 (0)

주: 1) 시설급여 이용자의 가족 1,070명의 자료를 분석

2) 이용자의 건강 호전 시 집으로 모실 의향이 있다고 응답한 이용자 가족 272명의 자료를 분석

자료: 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.413 〈표 4-57〉, p.414 〈표 4-58〉

○ 이용자의 건강이 호전되더라도 노인요양시설 이용을 희망하는 가장 큰 이유는 지속적으로 돌봐줄 사람이 없기 때문(74.4%)인 것으로 나타남.

- 즉, 장기요양 재가급여 이용자들은 재가급여 이용을 통한 돌봄의 충분성 보장의 어려움을 경험하고 있으며, 이는 시설급여 이용을 촉진하는 매개로서의 역할을 하고 있음.

〈표 3-2-4〉 이용자의 건강 호전시에도 노인요양시설 이용을 계속 희망하는 이유

(단위: %, 명)

특성	자택의 주거환경 불편	지속적으로 돌봐줄 사람 없음	자택보다 시설 입소비용이 저렴	비슷한 연배의 노인들과 함께 생활하는 장점	주기적인 의료·건강관 리 서비스	기타	계(명)
전체	8.4	74.4	1.3	1.9	11.8	2.2	100.0 (798)
1등급	4.1	77.0	1.4	4.1	10.8	2.7	100.0 (74)
2등급	8.4	69.5	0.6	1.2	17.4	3.0	100.0 (167)
3등급	11.8	71.9	2.0	1.6	11.1	1.6	100.0 (306)
4등급	5.6	78.9	0.9	2.6	9.5	2.6	100.0 (232)
5등급	0.0	94.1	0.0	0.0	5.9	0.0	100.0 (17)
인지지원등급	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0 (1)

주: 이용자의 건강 호전 시에도 집으로 모실 의향이 없다고 응답한 가족 798명의 자료를 분석

자료: 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.415 〈표 4-59〉

□ 장기요양 재가급여 이용자는 재가급여를 이용하더라도 상당수가 일상생활에 어려움을 느끼고 있었으며, 일상생활에 어려움을 느끼는 항목으로는 일상활동이 29.1%로 가장 높았으며, 외출 18.3%, 통증 16.0%, 식사 12.1%, 가사활동 11.3% 등의 순이었음.

〈표 3-2-4〉 재가급여 이용자의 일상생활 어려운 점

(단위: 명, %)

구분	식사	가사활동	일상활동	외출	통증	무료함	기타	계
전체	12.1	11.3	29.1	18.3	16.0	9.3	3.9	100.0 (2,866)
1등급	10.7	0.0	34.7	17.3	16.0	8.0	13.3	100.0 (75)
2등급	8.5	6.5	41.8	19.9	12.4	6.5	4.5	100.0 (201)
3등급	11.0	8.1	37.6	14.8	17.0	8.9	2.6	100.0 (852)
4등급	12.9	13.4	24.1	20.0	16.4	9.4	3.8	100.0 (1,438)
5등급	14.7	16.1	20.0	19.3	13.7	12.3	3.9	100.0 (285)
인지지원등급	0.0	26.7	13.3	6.7	20.0	13.3	20.0	100.0 (15)

주: 재가급여 이용자 3,055명을 대상으로 함

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.174 〈표3-37〉

○ 특히나 4~8%의 재가급여 이용자는 동행해 줄 사람이 없어 병의원이나 약국에 가지 못한 경험이 있었음.

〈표 3-2-4〉 재가급여 이용자 중 지난 1개월간 동행해줄 사람이 없어 병의원이나 약국에 가지 못한 경험

(단위: 명, %)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
있음	8.1	8.5	5.6	6.5	4.2	0.0

주: 재가급여 이용자 3,055명을 대상으로 함

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2019). 2019 장기요양실태조사. p.168 〈표3-34〉

나) 노인장기요양 재가서비스의 변화

□ 노인장기요양보험은 노인장기요양보험법 제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙) 제3항에 따라 ‘재가급여 우선 원칙’에 따라 지역사회 내에서 노인들이 가족과 함께 생활하면서 장기요양서비스를 받을 수 있도록 다양한 형태의 제도적 발전이 이루어지고 있음.

○ 가장 최근의 변화로는 통합재가급여, 장기요양이동지원서비스 주야간보호 내 단기보호서비스 제공과 관련된 다양한 시범사업들이 진행되고 있음.

- 본 연구에서는 이들 시범사업들이 제도화 될 수 있는 가능성이 있음을 고려하여 각각의 사업내용을 검토하고, 노인을 대상으로 한 지역사회 통합돌봄 필요 서비스 량 산출의 기초자료로 활용하고자 함.

(1) 통합재가급여⁷⁾

□ 장기요양 통합재가급여는 장기요양 수급자의 재가생활 유지를 위해서는 기능 상태에 적합하도록 다양한 급여이용이 필요하나, 현재 방문요양 급여에 편중되어 개별적·단편적으로 제공하는 구조적 한계에서 벗어나, 통합재가급여의 제공을 통하여 수급자의 상태와 욕구에 맞춘 급여제공 체계로 전환하고, 지역사회 맞춤형 돌봄을 강화하고자 시행됨.

○ 통합재가급여는 2019년 8월 1일부터 예비사업이 진행되었으며, 2021년 3차 예비사업까지 완료됨.

7) 통합재가급여에 대한 내용은 보건복지부, 국민건강보험(2021.1). 장기요양 통합재가급여 예비사업 지침.을 바탕으로 작성

□ 통합재가급여는 방문간호, 방문요양(방문목욕)을 복합 제공하는 가정방문통합형과 주야간보호, 방문요양(방문목욕)을 복합 제공하는 주야간보호통합형 두가지 형태로 운영됨.

○ 주야간보호 통합형은 주야간보호 월 8회, 방문요양 월 1회 이상을 필수로 제공함.

- 주야간보호는 1일 평균 6시간 이상, 매주 제공될 수 있도록 함.

○ 가정방문 통합형은 방문요양 월 4회 및 방문간호 월 4회 이상 필수로 제공함.

〈표 3-2-4〉 통합재가 유형별 필수 서비스

주·야간보호 통합형	가정방문통합형
주야간보호 월 8회+방문요양 월1회 이상	방문요양 월 4회+방문간호 월 4회 이상 (다만, 5등급은 월2회 이상)
급여제공 기준일 및 1일 평균 방문요양 시간(분) 이상 제공	

자료: 보건복지부·국민건강보험공단(2021). 2021년 통합재가급여 예비사업 지침 가정방문통합형 및 주야간보호 통합형(21.1.1개정)

○ 이 둘은 각각의 급여제공 기준 일수 및 1일 평균 방문요양시간(분) 이상 서비스를 제공해야만 인정됨.

〈표 3-2-4〉 통합재가 급여제공 기준 일수 및 평균 방문요양 시간

(단위: 일, 분)

구분	주야간보호통합형		가정방문통합형	
	급여제공 기준일수(일)	1일 평균 방문요양 시간(분)	급여제공 기준일수(일)	1일 평균 방문요양 시간(분)
1등급	23	200	26	200
2등급	21	190	24	180
3등급	21	150	24	160
4등급	19	150	23	150
5등급	18	140	21	150

□ 통합재가급여의 가장 큰 강점은 이용자의 욕구에 따라 다횟수 방문요양을 제공할 수 있다는 점임.

○ 다횟수 방문요양이란 1일 2회 이상 방문요양 서비스를 제공할 수 있도록 하는

것으로 하단과 같은 조건을 가진 다Hits 방문요양 대상자의 심신상태·생활환경 등 종합적으로 고려하여 주 2일 이상 제공하여야 하고, 월 8일 이상 서비스를 제공하도록 노력해야 함.

- 독거 또는 노부부 세대
- 동거 가족이 있으나 생업활동 등으로 혼자 생활하는 시간이 긴 수급자
- 의사·한의사의 소견서 또는 장기요양인정조사표·공단 상담을 통한 치매 진단 또는 증상이 확인된 수급자
- 주거환경이 열악하거나 방임·학대 등으로 보호가 필요한 수급자

□ 통합재가급여는 급여제공 기준일수 및 1일 평균 방문요양시간(분) 이상 제공시 월정액(1등급 1,520,700원~5등급 1,021,300원)을 지급함.

○ 다Hits 방문요양의 경우 1회 60분 이상이어야 하고 1일 총 180분 이상 서비스를 제공한 경우 인정되며, 월 최대 8일까지 제공일수별로 산정함.

○ 다Hits 방문요양까지 고려할 경우 통합재가급여 급여비용은 1등급 1,595,740~5등급 1,021,300원임.

- 다Hits 방문요양은 최대 8일까지만 인정되므로, 그 외 기간 서비스 이용은 공백이 생길 수 밖에 없는 상황임.

○ 다Hits 방문요양 8회의 공백을 보충하기 위하여 다Hits 방문요양을 각 등급별 최대 급여제공일수 전체로 적용하였을 때 1등급 243,800원~4등급 172,500원임.

- 통합재가 최대 급여비용을 고려할 때 현재에 비해 1등급 약 168,840원~4등급 112,500원의 추가예산이 필요하다고 볼 수 있음.

〈표 3-2-4〉 통합재가 급여비용

(단위: 원)

등 급		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
월정액(원) ¹⁾		1,520,700	1,351,700	1,295,400	1,189,800	1,021,300
다횟수 방문요양 가산	1일 단가 ¹⁾	9,380	8,750	8,130	7,500	-
	최대 8일 이용시 ²⁾	75,040	70,000	65,040	60,000	0
통합재가 최대 급여비용2)(A)		1,595,740	1,421,700	1,360,440	1,249,800	1,021,300
최대 급여제공일수에 따른 다횟수 방문요양 가산시 비용	최대 급여제공일수에 따른 다횟수 방문요양 가산	243,880	210,000	195,120	172,500	0
	총 급여비용(B)	1,764,580	1,561,700	1,490,520	1,362,300	1,021,300
B-A		168,840	140,000	130,080	112,500	0

자료: 1) 보건복지부·국민건강보험공단(2021). 2021년 통합재가급여 예비사업 지침 가정방문통합형 및 주야간보호통합형(21.1.1개정).

2) 1)의 내용을 바탕으로 필자 직접 계산.

□ 통합재가급여는 방문요양 중심의 서비스 제공체계와 1일 1회 방문으로 수급자의 욕구에 대응하기 어려운 급여체계를 보완하였다는 측면에서 긍정적 접근으로 볼 수 있음.

○ 그러나 서비스량 자체의 부족에 따른 미충족 욕구를 충족시키기에는 어려움이 있을 것으로 보임.

(2) 장기요양 이동지원 서비스⁸⁾

□ 장기요양 이동지원 서비스는 병원진료 등 외출 시 지자체 공공차량을 이용한 안전한 이동서비스 제공으로 장기요양 재가 수급자의 삶의 질 향상과 돌봄부담 완화를 위한 서비스임.

○ 2019년 1차 시범사업을 시작으로 2021년 3차 시범사업까지 진행되었음.

□ 이동지원 서비스는 어르신이 차량을 이용한 외출시 가정에서 목적지까지 수급자

8) 이동지원 서비스에 대한 내용은 국민건강보험공단(2021). 장기요양 이동지원서비스 3차 시범사업 실시 안내.를 바탕으로 작성

의 안전한 이동을 지원하기 위해 요양보호자 동행지원 및 휠체어 탑승이 가능한
특장차량 또는 택시 연계하는 사업임.

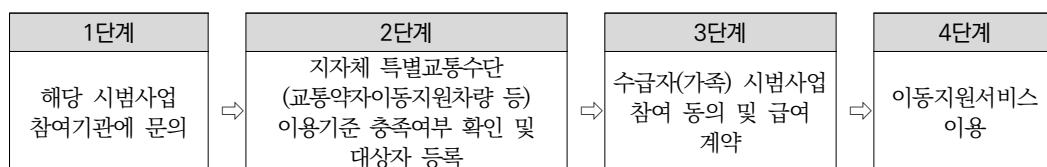
○ 월 왕복 2회, 편도 4회에 한정하여 서비스를 이용할 수 있으며, 왕복(29,000
원) 또는 편도(18,890원) 1회 정액제로 운영됨.

- 지자체 공공차량 특별교통수단 이용요금 기준으로 이용료는 전액 본인이 부담함.
- 이동을 위해 동행하는 요양보호사의 동행비용(6,000원)은 국민건강보험공단에서 지원함.
- 다만, 1일 최대 6,000원만 지원 가능하며, 이에 따라 시범사업 기간 내에는 요양보호사 동행 비용과 관련해서는 수급자 본인 부담은 없음.

○ 이용대상은 시범사업 지역 내 거주하는 장기요양 1~4등급 재가급여 이용가능
자 중 이동지원 서비스 희망자임.

○ 이동지원 서비스를 이용하고자 하는 대상자는 해당 시범사업 참여 기관에 문
의를 하고, 지자체 특별교통수단 이용기준 충족 여부를 확인하여 이동지원 서
비스 대상자로 등록하고, 시범사업 참여 동의 및 급여계약을 통해 서비스를 이
용할 수 있음.

[그림 3-2-1] 장기요양 이동지원 서비스 3차 시범사업 이용 방법



자료: 국민건강보험공단(2021). 장기요양 이동지원서비스 3차 시범사업 실시 안내를 바탕으로 저자 작성

□ 장기요양 재가급여 이용자 중 병의원 방문 등 이동지원에 대한 욕구가 있음을 고
려할 때 필요한 급여형태로 보임.

○ 다만, 현재 시범사업 형태이므로 통합돌봄에서 해당 욕구의 반영 수준에 대한
논의가 필요할 것임.

(3) 주·야간보호기관 내 단기보호

□ 단기보호는 평소에 집에서 재가서비스를 이용하던 노인이 주수발자의 일시적 부재 등 단기간 보호 후에 다시 가정에서 재가서비스를 이용할 수 있도록 돕는 서비스임.

○ 단기보호는 노인의 지역사회 계속 거주를 위해 필요한 서비스이나 단기보호 기관 인프라가 축소되어 단기보호 확대를 위한 정책 마련이 요구되는 상황임.

□ 이에 2019년부터 주야간보호기관에 단기보호 기능을 결합한 새로운 단기보호 서비스 제공모형을 개발하여 이용자의 서비스 접근성 강화 및 인프라 확대하고자 주·야간보호기관 내 단기보호 설치 시범사업을 진행 중임.

○ 본 사업은 기존의 주야간보호기관의 정원 규모에 따라 단기보호 이용가능인원을 한정하여 서비스를 제공하도록 하고 있음.

- (30인~39인) 4명 / (40인~49인) 6명 / (50인 이상) 8명

○ 주야간보호기관에서 단기보호 서비스를 제공하기 위해서는 침실이 있어야 하며, 야간 서비스를 제공할 수 있는 추가적 인력이 필요함.

- 이에 인력추가배치가산을 적용받고 있는 기관에 한정하며, 그 외 설립구분, 평가결과, 정원, 운영기관 등의 기준을 고려하여 기관을 선정함.

- (기준1) 공통요건 충족, 지방자치단체 설립기관
- (기준2) 공통요건 충족, 주·야간보호기관 및 단기보호 병설기관
- (기준3) 공통요건 충족, 직전 평가결과 A, B 기관
- (기준4) 공통요건 충족, 지정 후 최소 1년 이상 운영기관(평가결과 없는 기관)
- (기준5) 공공영역 확대 관련, 선정위원회가 필요하다고 인정한 기관

○ 이용자는 1개월간 9일 이내로 단기보호를 이용할 수 있으며, 등급별 월한도액 내에서 서비스 이용이 가능함.

- 다만, 시범사업 이용일수를 포함하여 주야간보호급여를 월 15회 이상(1일

8시간) 이용한 경우 등급별 월 한도액의 20% 범위 내에서 월한도액 추가 산정이 가능함.

○ 이용자는 기존의 본인부담금과 비급여 항목에 대한 이용료를 부담함.

- 다만, 본인부담금은 주간서비스 비용만을 부담함.

〈표 3-2-4〉 주야간보호기관 내 단기보호 설치 3차 시범사업

구분	내용
대상자	-장기요양 1~5등급 수급자
참여기관	-정원 30인 이상 기관 약 200개소
이용인원	-주야간보호기관 정원 규모별 1일 최대 이용가능인원 ·(30인~39인) 4명 / (40인~49인) 6명 / 50인 이상 8명
이용기관 기준	-(공통) 침실(단기보호기관 침실기준 적용)이 있고 인력추가배치가산(요양보호사)을 받고 있는 기관 -(그 외) 설립구분, 직전 평가결과, 정원, 운영기관 등에 따른 5가지 기준 중 1개 이상 기준 충족
이용일수	-월 9일 이내(입소일 포함, 퇴소일 제외)
월한도액	-법령에서 정한 등급별 월 한도액 내에서 서비스 이용
이용료	-주·야간 서비스 비용(야간가산포함)+야간운영비용+운영지원금 -본인부담금: 주간서비스 비용 및 비급여에 대해서만 발생 -비급여: 식재료비, 이미용비, 기저귀 등은 수급자 전액 본인 부담

자료: 국민건강보험공단(2021). 단기보호 서비스 활성화를 위한 주야간보호기관 내 단기보호 3차 시범사업 설명회 자료.

2) 노인 맞춤형 돌봄 서비스⁹⁾

□ 노인 맞춤형 돌봄 서비스는 일상생활 능력이 저하되어도 지속해서 지역사회에 건강하게 생활할 수 있도록 예방적 돌봄을 제공하는 서비스임(이민홍 외, 2020).

○ 그동안 진행되어온 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 지역사회자원 연계, 단기가사, 독거노인 사회관계 활성화, 초기독거노인 자립 사업을 통합하여 2020년 3월부터 서비스를 제공하고 있음.

□ 노인맞춤돌봄서비스는 서비스 대상군을 중점돌봄군과 일반돌봄군으로 구분하여 서비스를 제공함.

9) 본 내용은 보건복지부(2021). 2021년 노인보건복지사업안내와 이민홍 외(2020) 노인맞춤돌봄서비스 제공 현황 진단 및 품질 제고 방안 연구의 내용을 수정·요약하여 제시함

- 전체 대상자 중 일반돌봄군은 87.2%, 중점돌봄군은 12.8%로 노인 맞춤형 돌봄 서비스 대상자는 상당 수 일반돌봄군인 것으로 나타남.
- 중점돌봄군은 과거 노인돌봄종합서비스 이용자(등급외 A, B)와 유사한 기능상태를 갖고 있다고 볼 수 있으며, 일상생활수행능력의 일부 제한이 있음.
- 대상자 선정기준 중 ‘신체영역’이 반드시 ‘상’이어야 함.
 - 제공되는 서비스는 월 16시간 이상~40시간 미만의 직접서비스와 연계서비스(필요시), 특화서비스(필요시)를 제공받을 수 있음.
 - 또한 주기적 가사지원 서비스도 제공 가능함.
- 일반돌봄군은 과거 노인돌봄기본서비스의 대상자 군과 유사한 기능상태로 사회적인 관계 단절 및 일상생활의 어려움으로 돌봄 필요가 있는 대상임.
- 대상자 선정기준 중 ‘사회영역’이 반드시 ‘중’ 이상이어야 함.
 - 제공되는 서비스는 16시간 미만의 직접서비스와 연계서비스(필요시), 특화서비스(필요시)를 제공받을 수 있음.
 - 주기적 가사지원서비스는 제공할 수 없으나, 특수상황(수술, 골절 등)이 있는 경우에 한정하여 가사지원서비스를 한시적으로 제공받을 수 있음.

〈표 3-2-4〉 노인 맞춤형 돌봄 서비스 대상자 구분 및 서비스 내용

구분	중점돌봄군	일반돌봄군
기능상태 ²⁾	-신체적인 기능제한으로 일상생활지원 필요가 큰 대상	-사회적인 관계 단절 및 일상생활의 어려움으로 돌봄 필요가 있는 대상
서비스 내용 ²⁾	-시·군·구 서비스 이용자격 승인 익일로부터 1년간 이용 가능하며, 1년 도래 전 ‘재사정’을 통해 서비스 제공여부 재결정 -월 16시간 이상~40시간 미만의 직접서비스+연계서비스(필요시)+특화서비스(필요시) -주기적인 가사지원서비스 제공 가능	-16시간 미만 직접서비스+연계서비스(필요시)+특화서비스(필요시) -주기적인 가사지원서비스 제공 불가 -특수상황(수술, 골절 등)이 있는 경우에 한정하여 가사지원서비스를 한시적으로 제공 가능
대상자 수1)	143,659명(87.2%)	21,165명(12.8%)

주: 1) 2020년 4월~11월 대상자 수

자료: 1) 이민홍, 외(2020). 노인맞춤돌봄서비스 제공 현황 진단 및 품질 제고 방안 연구. p.49 〈표 3-4〉의 내용을 일부 재구성

2) 보건복지부(2021). 2021년 노인보전복지사업안내.

□ 노인 맞춤형 돌봄 서비스는 직접서비스와 연계서비스, 특화서비스로 구분됨.

○ 직접서비스는 안전지원(방문, 전화, ICT), 사회참여(사회관계 향상 프로그램, 자조모임), 생활교육(신체건강, 정신건강), 일상생활지원(이동지원, 가사지원) 등이 있음.

○ 연계서비스는 민간 후원 자원을 대상자에게 연계해주는 사업으로 생활지원, 주거개선, 건강지원 등의 연계 서비스가 있음.

○ 특화서비스는 맞춤형 사례관리, 집단활동, 우울증 관리 등의 서비스가 있음.

〈표 3-2-4〉 노인 맞춤형 돌봄 서비스 내용

구분	대분류	중분류	소분류	
직접 서비스 (방문, 통원 등)	안전지원	방문 안전지원	-안전·안부확인 -정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) -생활안전점검(안전관리점검, 위생관리점검) -말벗(정서지원)	
		전화 안전지원	-안전·안부확인 -정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) -말벗(정서지원)	
		ICT 안전지원	-ICT 관리·교육	-ICT 안전·안부확인
	사회참여	사회관계 향상 프로그램	-여가활동	-평생교육활동
		자조모임	-문화활동	-자조모임
	생활교육	신체건강분야	-영양교육	-보건의료
		정신건강분야	-건강교육	
	일상생활지원	이동활동지원	-우울예방 프로그램	-인지활동 프로그램
		가사지원	-외출동행지원	
			-식사관리	-청소관리
연계서비스 (민간후원자원)		생활지원연계	-생활용품 지원	-의료품 지원
		주거개선연계	-후원금 지원	
		주거위생개선 지원	-주거환경개선 지원	
		건강지원연계	-의료연계 지원	-건강보조 지원
		기타서비스	-기타 일상생활에 필요한 서비스 연계	
특화서비스		-개별 맞춤형 사례관리	-집단활동	-우울증 진단 및 투약 지원

자료: 보건복지부(2021). 2021년 노인보건의복지사업안내.

□ 노인 맞춤형 돌봄 서비스는 대상자의 기능상태 및 욕구에 따라 서비스 수행기관에서 서비스 제공계획을 수립하도록 되어있으며, 이에 따른 서비스를 제공함.

○ 전체 대상자의 평균적인 서비스 제공 계획은 전체 379.3분(약 6시간)이며, 계획 대비 서비스 제공 시간은 234.8분(약 4시간)으로 계획 대비 61.9% 사용하는 것으로 나타남.

- 영역별로는 연계서비스의 경우 제공 계획 및 실행 시간은 실제적으로 가장 적지만 계획 대비 달성도는 97.1%로 가장 높음.
- 안전서비스는 전체 서비스에서 가장 많은 비중을 차지하며 전체 서비스 제공시간 234.8분 중 154.3분으로 전체 서비스 제공 시간 중 65.7%가 안전서비스로 제공됨.
- 이러한 경향성은 대상자 군에 따라서 상이하게 나타남.

○ 중점돌봄군의 평균적 서비스 제공 계획 시간은 871.5분(약 14.5시간)이며, 실제 제공 시간은 평균 570.8분(약 9.5시간)으로 실제 서비스 제공시간 최소 시간인 16시간보다 적게 서비스를 이용함.

- 중점돌봄군은 대부분 안전서비스와 일상생활지원서비스를 이용하는 것으로 나타남.
- 전체 서비스 제공시간의 약 61.9%는 일상생활지원서비스, 30.8%는 안전서비스를 이용함.

○ 일반돌봄군의 평균적 서비스 제공 계획 시간은 305.3분(약 5시간)이며, 실제 서비스 제공 시간은 평균 184.4분(약 3시간)임.

- 일반돌봄군은 서비스 제공 시간의 약 81.9%는 안전서비스, 11.2%는 생활교육서비스를 이용함.
- 일반돌봄군에게 중요한 서비스인 사회참여서비스는 전체 서비스 제공 시간 중 약 2.6% 정도만 이용함.

〈표 3-2-4〉 노인 맞춤형 돌봄 유형별 서비스 제공 시간(월)

(단위: 분, %)

구분	전체				중점				일반			
	제공 계획 평균 ¹⁾	제공 시간 평균	제공 계획 대비 달성도	전체 제공 시간 내 비중 ²⁾	제공 계획 평균 ¹⁾	제공 시간 평균	제공 계획 대비 달성도	전체 제공 시간 내 비중 ²⁾	제공 계획 평균 ¹⁾	제공 시간 평균	제공 계획 대비 달성도	전체 제공 시간 내 비중 ²⁾
전체	379.3	234.8	61.9	101.0	871.5	570.8	60.4	100.5	305.3	184.4	65.5	101.3
안전서비스	185.8	154.3	83.0	65.7	195.6	175.9	89.9	30.8	184.3	151.1	81.9	81.9
사회참여서비스	30.0	5.3	17.5	2.2	31.1	7.8	33.9	1.4	23.0	4.9	15.7	2.6
생활교육서비스	58.7	22.3	37.9	9.5	65.4	33.8	51.6	5.9	57.7	20.6	35.7	11.2
일상생활지원서비스	104.6	52.9	50.6	22.5	587.4	353.3	60.1	61.9	32.1	7.8	24.4	4.2
연계서비스	2.5	2.4	97.1	1.0	2.5	2.7	108.8	0.5	2.5	2.4	95.9	1.3

주: 1) 2020년 9월 제공 기록으로 산출.

2) 제공시간 평균이 전체의 합보다 적어 100%를 초과할 수 있음

자료: 이민홍, 외(2020). 노인맞춤돌봄서비스 제공 현황 진단 및 품질 제고 방안 연구. pp.105-111. 〈표 3-60〉-〈표 3-65〉의 내용을 일부 재구성

□ 전체적으로 서비스 량 최소기준 대비 적은 수준의 서비스를 이용하고 있으며, 중점돌봄군은 일상생활지원, 일반돌봄군은 안전서비스 이용에 대부분의 서비스 시간을 사용함.

○ 노인맞춤돌봄서비스는 보다 다양한 욕구를 충족하기 위해 서비스 내용을 확대 하였으나, 일부 서비스에 편중된 경향을 보임.

□ 2022년 기준 노인맞춤돌봄서비스는 4,320억원으로 지원대상 1인당 약 86만원의 예산이 소요될 예정임(보건복지부, 2022-예산보고자료).

○ 노인맞춤돌봄서비스 : 4,137('21) → 4,320억원('22)(+183억원, 4.4% 증)

- 지원대상 : 취약노인 50만명

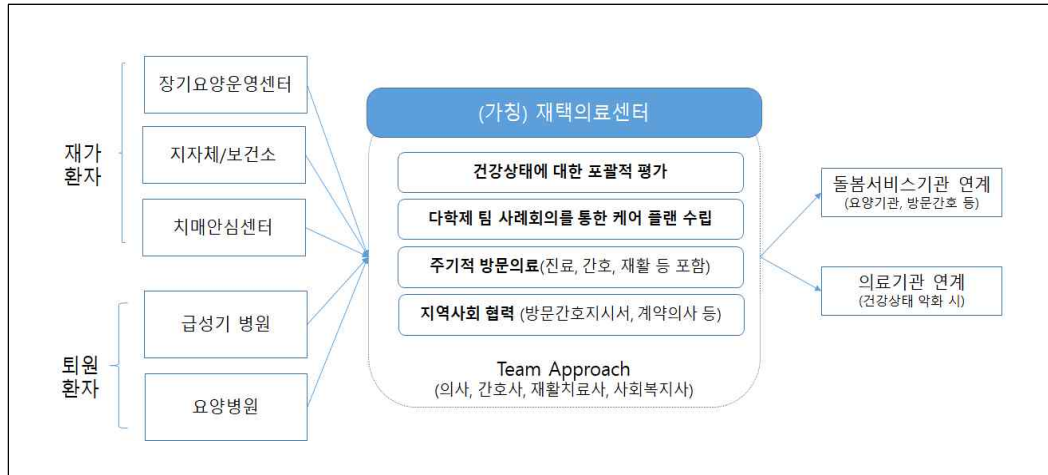
- 제공인력 : 33,203명(사회복지사 1,953명, 생활지원사 31,250명)

나. 의료서비스 현황

1) 재택의료서비스

- 거동이 불편한 고령층이 병원·시설이 아닌 재가에서 거주하며 필요한 의료서비스를 적시에 받을 수 있도록 (가칭)재택의료센터 도입을 검토하고 있음.
- 재택의료센터는 건강상태평가-재택의료 계획 수립-진료·요양·돌봄 서비스 연계-응급상황 대응·사후관리 등 종합적인 서비스 제공기반을 마련함.
 - 2021년 지역사회통합돌봄 선도사업 3개 지역에서 특화사업으로 추진중이며, 22년 13개소로 확대 예정임.
- 기존 의료·보건기관(보건소, 공공의료원, 의원급 의료기관, 의료사회적협동조합 등) 내 의사, 간호사, 사회복지사, 재활치료사 등으로 구성된 재택의료팀을 설치·운영함.
 - 다학제 팀 단위(의사-간호사-사회복지사-재활치료사)로 운영함으로써 돌봄대상자의 건강상태를 종합적으로 관리함.
- 안정적 제도 정착을 위한 초기 운영비 지원 방안을 검토 중임.
 - 등록환자 수에 따라 재택의료기본료 제공 예정임.

[그림 3-2-2] (가칭) 재택의료센터 개념: 모형(안)



자료: 관계부처합동. (2021. 11. 23). 초고령사회 대비 고령층 의료·돌봄 수요 대응 및 사회보험의 지속가능성 제고: 보건복지부 제3기 인구정책 TF 지속가능반 과제 발표. 보도참고자료.

2) 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업¹⁰⁾

□ 의료기관에서 퇴원 시 온전한 사회복귀를 위해 환자상태에 대한 합리적 서비스 연계가 필요하지만, 연계활동 활성화에는 한계가 있으며, 급성기(종합병원 등)-회복기(재활의료기관)-유지기(요양병원) 의료기관별로 적정 의료기관 또는 지역사회 서비스 기관과 연계 모델 마련이 필요함.

○ 이에 종합병원급 의료기관에서 퇴원 시 환자 상태를 통합적으로 평가하고 적절한 퇴원계획을 통해 지역사회로 원활히 복귀할 수 있는 체계를 구축하고, 환자의 치료요구도 및 사회경제적 지원 필요성에 따른 적정 서비스 연계 및 관리 체계를 마련하고자 본 사업의 시범사업을 수행 중임.

□ 본 사업은 급성기 의료기관에서 뇌혈관 질환자를 대상으로 '환자지원팀'이 의료적, 사회·경제적 요구도를 평가하고 적절한 퇴원계획을 수립하여 적정 의료기관 및 지역사회 기관으로 연계·관리하는 활동에 건강보험을 적용하는 사업임.

10) 보건복지부, 건강보험심사평가원(2020). 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 지침.의 내용을 수정·요약함.

○ 2020년 12월~2023년 12월 3년간 진행

□ 본 사업은 통합평가를 통한 퇴원계획, 지역사회 연계활동, 퇴원 후 사후관리 세가지 측면에서 서비스를 제공함.

○ 급성기 환자를 치료한 병원은 입원 초기 병동 간호사 또는 환자지원팀이 환자를 대상으로 선별평가표를 활용하한 초기 선별평가를 통해 대상자의 사회경제적 지원 여부를 평가함.

○ 다음으로 통합평가를 통해 심층적으로 평가함.

- (통합평가료 I) 퇴원 시점에서 환자지원팀 의사가 대상 환자의 의료적 기능상태 등을 종합적으로 평가함.
- (통합평가료 II) 선별평가 결과 사회·경제적 지원이 필요한 경우 환자지원팀이 환자의 경제적, 심리사회적 상태 등을 심층상담하고 종합적으로 평가함.
- (통합퇴원계획관리료) 통합평가 I 실시 후 환자지원팀 의사 판단에 따라 퇴원 후 의료기관 연계, 재택관리가 필요한 경우 다학제적 팀회의를 통해 통합퇴원계획을 수립함.

○ 지역사회 연계활동을 할 수 있도록 진료협력센터, 가정간호팀 등 병원 내 유관 부서와 퇴원을 준비함.

- (지역사회연계관리료 I) 통합평가II 실시 후 환자지원팀이 필요한 지역사회 자원 및 서비스 정보를 수집하고, 유선 등으로 확인·신청하는 등 연계활동을 수행하고 환자(보호자)에게 정보 제공함.
- (지역사회연계관리료 II) 통합평가II 실시 후 환자지원팀이 지역사회 자원 및 서비스 연계를 위하여 환자(보호자)와 함께 지역사회 기관(보건소, 지역장애인보건의료센터, 지자체 케어안내창구, 복지기관 등)을 현장방문함.

○ 퇴원 후에는 퇴원환자의 재택관리 및 의료기관 간 환자관리와 같은 사후관리를 실시함.

- (퇴원환자 재택관리료) 퇴원계획에 따라 자택으로 퇴원한 환자에게 전화 또는 문자 등을 활용하여 환자상태를 주기적으로 점검하고 질병 및 투약 교육

- (의료기관 간 환자관리료) 퇴원계획에 따라 연계 의료기관으로 입원한 환자를 대상으로 급성기 의료기관 환자지원팀과 연계 의료기관 담당 의료진이 주기적 환자 상태를 공유함.

[illegible]

□ 가정간호는 가정 전문 간호사가 각 가정을 방문하여 병원 의사의 처방에 따른 치료 및 간호를 제공하며, 또한 환자 및 보호자에게 필요한 교육과 상담을 하는 입원대체 의료서비스 제도임.

11) (사)대한간호협회 가정간호사회 홈페이지. http://www.hcna.or.kr/sub2/2_4.php (2022.1.20. 인출)
내용을 기반으로 작성

- 가정간호는 기본적 간호업무 외에도 환자 및 가족의 교육·훈련·상담 등의 업무를 수행함.
 - (기본간호) 간호사정 및 간호진단 외에 온·냉요법, 체위 변경 등으로 가정전문 간호사의 독자적인 판단 하에 시행함.
 - (치료적 간호) 비위관 교환, 유치도뇨관 교환, 기관지관 교환 및 관리, 산소요법, 욕창치료, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합사 제거, 방광 세척 등 건강보험진료수가 항목에 포함되는 서비스로 의사의 처방이 필요함.
 - (검사관련 업무) 가정간호서비스를 제공하는 동안 환자의 상태 변화를 파악하는데 필요하다고 의사가 처방한 검사 중 가정에서 실시할 수 있는 검사를 실시
 - (투약 및 주사) 가정간호서비스를 제공하는 동안 의사의 처방에 의하여 투약 및 주사함.
 - (교육·훈련) 가정에서 환자 및 가족의 건강관리에 필요한 식이요법, 운동요법, 처치법, 기구 및 장비사용법 등에 대하여 교육함.
 - (상담) 환자의 상태 변화 시 대처 방법, 질병의 진행 과정 및 예후, 주보호자와 가족문제, 환경 관리, 말기환자의 완화간호 이용 등에 대한 상담함.
 - (의뢰) 가정간호서비스가 종결된 후에도 지속적인 건강관리가 요구된다고 판단되는 환자는 희망에 따라 공공보건기관 등으로 의뢰함.
- 가정간호 이용료는 기본방문료와 그 외 진료행위별 수가(치료/재료비)가 포함되어 비용이 책정되며, 병원의 형태(상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병의원, 한방병원, 의원, 보건의료원)에 따라 상이함.
 - 또한 건강보험, 희귀/중증·난치질환자, 암환자에 여부에 따라 본인부담 비율이 상이하여 부담수준이 다름.

〈표 3-2-4〉 주야간보호기관 내 단기보호 설치 3차 시범사업

본인부담비율	기본방문료	간호사 2인 방문(최초 1회)	사회복지시설(요양원)
100%	75,340	113,020	37,670
건강보험(20%)	15,070	22,600	7,530
희귀/중증·난치질환자(10%)	7,530	11,300	3,770
암환자(5%)	3,770	5,650	1,880

주: 치료/ 재료비 미포함 금액. 상급종합병원 기준

자료: (사)대한간호협회 가정간호사회 홈페이지. http://www.hcna.or.kr/sub2/2_4.php (2022.1.20.)

- 가정간호 서비스를 이용하기 위해서는 입원환자는 퇴원계획시 담당의사와 상의하여 신청하며, 퇴원환자는 외래시 담당 의사와 상의하여 신청함.

2. 필요 서비스 및 인프라 규모 추정

가. 지역사회 계속 거주를 저해하는 현 제도의 제한점

□ 돌봄의 충분성 부족

- 시설서비스 이용의 가장 큰 이유는 돌봄의 충분성이 보장되지 않기 때문으로 돌봄제공시간의 확보가 필요함.

- 현재 재가 장기요양서비스 이용 현황에 따르면 등급별 서비스 욕구가 상이함에도 불구하고 실제 서비스 이용 시간은 유사한 특성을 보여 욕구에 따른 돌봄의 충분성은 여전히 보장되지 않다고 볼 수 있음.

- 등급별 유사한 서비스 이용시간은 급여한도액 내에서 서비스를 이용함에 따른 결과임.

- 1~2등급 외상, 또는 치매로 인한 문제행동이 있는 대상자의 경우 현재 평균적 이용시간인 3~4시간보다 더 많은 양의 서비스 제공 시간이 필요하지만, 현재는 급여한도액 내에서 서비스를 이용하게 됨.

- 이로 인하여 별도의 사적간병인을 추가로 고용(장기요양급여 이용시간 외 도움 제공자 중 유급도우미 이용 비율 8.9%, 1등급은 20.5%)하거나,

결국 시설로 이동하게 되는 문제가 발생함.

- 신규로 도입될 통합재가서비스의 경우 ‘돌봄 제공 시간의 확대’보다는 ‘욕구 대응 서비스 제공’을 중심으로 구성되어 있어, 돌봄의 충분성을 확보하기에는 어려움이 따름.

- 또한 통합재가서비스의 다윗수 방문요양은 최대 8일까지만 인정하고 있어 다윗수 방문요양에 대한 욕구를 충분히 충족하지 못할 것으로 보임.

○ 일차적 돌봄 제공자(가족 등)의 일시적 부재 등으로 돌봄 공백이 발생할 경우 이를 보완하기 위한 기제 마련이 필요함.

- 이를 위한 시설은 단기보호기관으로 볼 수 있으나, 단기보호기관은 계속적 감소('16년 269개소 → '20년 148개소)하고 있으며, 왜곡된 운영, 수도권 편중, 이용률 저조 등과 같은 다양한 문제점이 발생하고 있음.

- 돌봄 제공자의 갑작스런 돌봄 공백 발생 시 일시적으로 이용할 수 있는 단기보호시설의 확대 필요.

□ 일상생활 유지를 위한 이동지원 어려움

○ 노인의 지역사회 계속 거주를 위해서는 가정 내에서의 편안한 생활 뿐만 아니라 지역 사회 내에서의 의료서비스 이용, 생활용품 구입 등과 같은 일상생활 영위를 위한 외부 활동이 필요함.

○ 그러나 재가급여 이용자의 18.3%는 일상생활 중 외출에 어려움을 느끼고 있으며, 이는 노인의 지역사회 계속 거주에 장애요인으로 작용하게 될 것으로 보임

- 재가급여 이용자의 4~8%는 지난 1개월 동안 동행해 줄 사람이 없어 병의원이나 약국에 가지 못한 것으로 나타남.

○ 이는 요양보호사의 일상생활 지원으로 일부 해소될 수 있다고 볼 수 있으나, 병원이용, 은행업무 등과 같은 재가급여 이용자의 직접 이동이 필요한 경우는 별도의 차량지원과 이동을 위한 동행 지원 등이 필요.

□ 의료서비스 욕구 미충족

- 장기요양 1등급 대상자는 의료서비스 욕구가 높으며, 등급인정을 받았으나 장기요양 서비스를 이용하지 않는 대상자 중 병원입원자는 30.1%, 요양병원 선호자는 10.0%로 나타나는 등 장기요양 대상 중 의료서비스에 욕구가 높음.
 - 또한 3개월 이내 외래이용을 하지 못한 경우도 13.1%로 의료서비스 욕구 미충족 비율이 높게 나타남.

나. 필요 서비스 추정 원칙

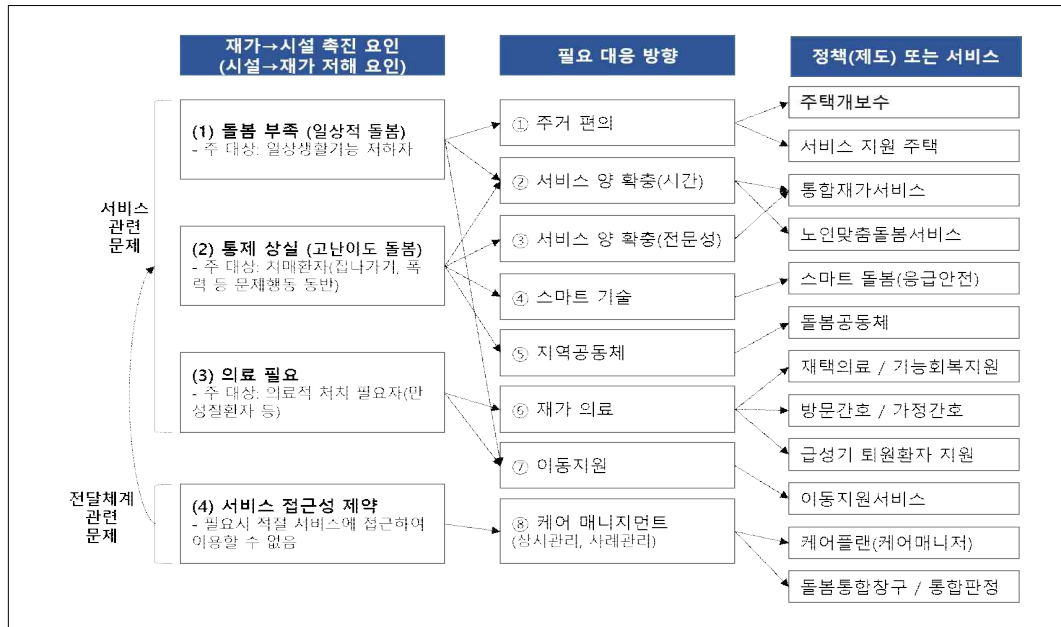
□ 필요 서비스 유형 도출

- 지역사회 계속 거주를 저해하는 현 제도의 제한점을 고려하여, 이에 필요한 대응 방향을 제시하고 관련된 정책, 제도 또는 서비스 유형을 다음과 같이 도출함.
- (일상적 돌봄의 충분성 부족) 일상생활을 지원할 수 있는 서비스 유형을 다양화하고 서비스량을 증가함으로써 지역사회 거주를 촉진할 수 있음.
 - (주거 편의) 주택개보수 및 서비스 지원 주택 확충이 필요함.
 - (서비스 양 확충) 통합재가서비스 및 노인맞춤돌봄서비스의 제공량(시간) 확대
 - (이동지원) 이동지원서비스가 확대되어야 함.
- (고난도 돌봄의 충분성 부족) 일상생활 지원 서비스의 양을 확충할 뿐만 아니라 전문적 서비스의 공급이 필요.
 - (서비스 양 확충) 통합재가서비스 및 노인맞춤돌봄서비스의 제공량(시간)이 확대되어야 함.
 - (전문적 서비스) 통합재가서비스를 통해 전문적 서비스를 통합 제공해야 함.
 - (스마트 기술) 스마트 응급안전서비스를 통해 중증 치매 등으로 인한 문제 행동 시에 신속한 대응 및 안전 확보가 필요함.
 - (지역공동체) 고난도 돌봄은 제도 및 가족에 의한 돌봄만으로는 한계가 있

음. 지역 돌봄공동체에 의한 돌봄이 함께 제공되어야 함.

- (의료서비스 욕구 미충족) 병원 방문이 어려운 외상환자, 중증치매환자 등도 자택에서 필요한 의료서비스를 받거나 의료기관에 쉽게 접근할 수 있도록 지원이 필요함.
 - (재가 의료) 퇴원환자를 위한 급성기 퇴원환자 지원 및 기능회복지원, 만성 질환 등 관리를 위한 재택의료, 방문간호 및 가정간호 등이 필요함.
 - (이동지원) 의료기관 방문을 위한 이동지원서비스가 제공되어야 함.
- (서비스 접근성 제약) 분절적으로 전달되는 서비스를 통합적으로 제공하기 위하여 케어 매니지먼트 서비스가 제공되어야 함.
 - (케어 매니지먼트) 다양한 욕구를 지닌 이용자들의 신청 또는 의뢰를 받는 돌봄통합창구, 의료와 요양 등 다양한 욕구에 대하여 통합적으로 판정하는 통합판정체계, 통합적 서비스 이용계획 수립 및 관리를 담당하는 케어 매니저 등이 제공되어야 함.
- 위 서비스 유형 중 지역 돌봄공동체 및 케어 매니지먼트는 지역 단위의 논의 혹은 전달체계 관점에서의 논의가 필요하므로 필요 서비스량을 산출하기에 부적합하여 본 절의 분석대상에서 제외함.
 - 지역 돌봄공동체 및 전달체계에 관한 논의는 별도의 절 또는 장에서 논함.

[그림 3-2-] 주요 문제별 대응 방향 및 필요 서비스



□ 지역사회 계속 거주를 위한 기존 제도의 개편 및 신규제도 도입과 관련된 서비스
량 추정은 다음과 같은 원칙에 따라 산출함.

○ (추정대상) 본 연구에서 제시한 대상자 추계 및 기존 시범사업, 실태조사 결과
등을 반영하여 서비스별 대상자를 산출함.

- 다만, 서비스 이용에 대한 대상자 중복이 있을 수 있음.

○ (서비스 내용 및 양) 현재 제공되고 있는 서비스 내에서의 부족분에 대한 보완
및 신규 도입이 필요한 서비스 내용을 검토함.

- 현재의 제도(장기요양보험, 노인맞춤돌봄 등)는 현재의 제도 외에 추가적인
보완 부분을 중심으로 산출함.

- 신규 도입 제도는 기존 시범사업에서 적용한 서비스량을 기준으로 산출

○ (서비스 예산) 인프라 설치를 위한 비용을 제외한 대상자에게 직접 소요되는
서비스 직접비용에 대해 산출함.

다. 필요 서비스 추정 결과

- (통합재가서비스) 통합재가급여 예비사업 지침을 바탕으로 제시함(2021.1.1. 개정).
 - 통합재가서비스는 현재 장기요양보험을 통해 제공되는 주요 재가서비스들을 통합적으로 제공하기 위하여 시범사업을 통해 제공되고 있는 서비스의 유형으로, 향후 재가 요양서비스의 기본형이 될 것을 고려하여 이를 바탕으로 제시함.
 - 단, 필요 서비스량을 산출하기 위해서는 단위 당 서비스 비용을 계산해야하며, 방문간호와 방문요양의 서비스 비용을 같다고 전제할 수 없으므로 방문요양을 중심으로 필요 서비스량 및 추가예산을 산출함(방문간호 비용 추정치 제외).
 - 현 지침대로라면 통합재가급여 도입 시 방문간호 서비스량의 증가는 확정적이나, 방문요양 서비스량은 확정적이지 않으므로 충분한 공급을 위해 필요한 서비스량을 별도로 산출할 필요가 있음.
- (통합재가서비스-가정방문통합형-방문요양) 방문요양과 방문간호를 결합한 서비스로, 자택에서 요양서비스를 받고자 하는 욕구에 대응함.
 - (대상자) 현 방문요양 이용자 및 탈시설·탈병원가능군
 - 탈시설·탈병원가능군은 현재 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자 중 재가 이동 가능성이 상대적으로 높은 대상으로, 퇴소(퇴원) 시 재가 요양서비스를 필요로 하므로 대상자에 포함함.
 - (서비스량) 월 64~210시간(등급별 차등) (독일 장기요양보험 기준 반영)
 - 독일 장기요양보험의 5등급 체계에서 설정한 등급별 필요 서비스량을 한국 5등급 체계에 대입함.
 - 이는 판정체계에서 사용하는 기준으로, 반드시 해당 서비스량만큼 공급이 보장되는 것은 아님.
 - 독일 등급별 필요 서비스량에서 ADL 지원 서비스량은 동일하게 적용하였으며, IADL의 경우 주당 3회씩 제공하는 것으로 가정하였음.
 - 한국 5등급의 경우 현재 방문요양 서비스를 제공 받고 있으며 ADL 지원

이 필요한 수준으로 보아야할 것이므로 PG2 기준을 적용함.

- 한국 3~5등급의 경우 독일 기준 적용 시 현재 제공 받고 있는 서비스 량 보다 적정 서비스량이 작아짐. 그러나 이미 등급판정에 따라 제공 받고 있는 서비스 시간을 줄이는 것은 사회적 혼란을 야기할 수 있으며 돌봄서비스 확장 기조와도 맞지 않음. 이에 3~5등급은 현재 제공 되는 서비스 량을 유지하는 것이 적절할 것으로 판단됨.

〈표 3-2-4〉 독일 장기요양보험 - 등급별 자격 기준

기존 등급	신규 등급	기능제한 수준
PS 0	PG 1	<ul style="list-style-type: none"> • ADL 지원을 필요로 하지 않음 • 일반적인 관리와 예방적/보조적 서비스를 필요로 할 수 있음
PS 1	PG 2	<ul style="list-style-type: none"> • 개인 위생, 식사, 이동 중 두 가지 이상의 활동에 대하여 하루 한번 이상, 추가적인 도움은 일주일 중 수차례 필요로 함 • 1일 90분 이상(기본 돌봄 45분)
PS 1 + 추가	PG 3	<ul style="list-style-type: none"> • 일일 관리(supervision)
PS 2		<ul style="list-style-type: none"> • 하루에 세 차례 이상, 다양한 시간대에 두 가지 이상의 기본 ADL 지원을 필요로 함 • 일주일에 수차례 IADL 지원을 추가적으로 필요로 함 • 1일 3시간 이상(기본 돌봄 2시간)
PS 2 + 추가	PG 4	<ul style="list-style-type: none"> • 일일 관리(supervision)
PS 3		<ul style="list-style-type: none"> • 24시간 내내 두 가지 이상의 ADL 지원 필요 • 일주일에 수차례 IADL 추가적 지원 필요 • 1일 5시간 이상(기본 돌봄 4시간)
PS 3 + 추가	PG 5	<ul style="list-style-type: none"> • 일일 관리(supervision)
최고등급		<ul style="list-style-type: none"> • PG 4와 동일한 수준의 지원을 1일 7시간 이상 필요로 함 • 그 중 2시간은 야간에 제공하거나, 2인 이상이 동시에 제공해야하는 기본 돌봄에 사용

주: 개편 전 기존 등급에서 일일 관리는 주로 치매 대상자에 제공됨

자료: Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflugel, M. (2018). The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588-597. (p.591)

○ (서비스 내용) 이용자 자택에서 요양보호사가 요양서비스를 제공

○ (서비스 비용) 1시간 당 19,534~22,875원(등급별 차등)

- 통합재가급여 예비사업 지침을 기준으로 함.
- 방문요양 단가 산출 시 방문간호 비용은 제외, 다윗수 가산 최대금액을 가정함.

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 통합재가서비스(방문요양)

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (시간)	적정 서비스 량 (1개월) (시간)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC) x12
현 방문요양 이용자	1등급	14,240	108	210	102	19,534	2391	3405
	2등급	35,327	96	133	37	20,974	931	3290
	3등급	137,731	80	80	0	22,448	0	0
	4등급	259,589	74	74	0	22,875	0	0
	5등급	48,508	64	64	0	19,783	0	0
탈시설 가능군	탈시설 가능군	50,097	0	80	80	22,448	2,155	10,796
탈병원 가능군	탈병원 가능군	33,708	0	80	80	22,448	2,155	7,264
총합		579,199						24,754

주1: 탈시설가능군 및 탈병원가능군에는 방문요양 3등급 기준을 일괄 적용함

주2: 현재 방문요양 이용자와 주야간보호 이용자 비율이 약 77%:23%임을 고려하여 탈시설·탈병원가능군 중 방문요양 이용자 예산 규모를 추정함

주3: 현 서비스량은 통합재가급여 시범사업이 아닌 현 노인장기요양 급여 기준을 따름

□ (통합재가서비스-주야간보호통합형) 주야간보호서비스와 방문요양을 결합한 서비스로, 주야간보호센터 및 자택에서 요양서비스를 받고자 하는 욕구에 대응함.

○ (대상자) 현 방문요양 이용자 및 재가 이동 잠재적 대상자①)

○ (서비스 량) 월 12~26일 (통합재가급여 예비사업 기준)

○ (서비스 내용) 주야간보호센터에서 이용자에 요양서비스 제공

○ (서비스 비용) 1일당 47,820~66,933원(등급별 차등)

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 통합재가서비스(주야간보호서비스)

(단위: 명, 일, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (일)	적정 서비스 량 (1개월) (일)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x 12
현 주야간보호 이용자	1등급	440	26	26	0	66,933	0	0
	2등급	3,554	25	25	0	65,177	0	0
	3등급	31,003	26	26	0	62,592	0	0
	4등급	66,673	24	24	0	63,679	0	0
	5등급	41,415	21	21	0	57,821	0	0
	인지지원 등급	8,517	12	12	0	47,820	0	0
탈시설 가능군	탈시설 가능군	14,964	0	26	26	62,592	1,953	2,922
탈병원 가능군	탈병원 가능군	10,068	0	26	26	62,592	1,953	1,966
총합		176,635						4,888

주1: 탈시설가능군 및 탈병원가능군에는 방문요양 3등급 기준을 일괄 적용함

주2: 현재 방문요양 이용자와 주야간보호 이용자 비율이 약 77%:23%임을 고려하여 탈시설·탈병원가능군 중 방문요양 이용자 예상 규모를 추정함

□ (방문간호 서비스) 통합재가급여 시범사업 내용을 바탕으로 제시함.

○ (대상자) 현 방문요양 이용자 및 재가 이동 잠재적 대상자① 중 만성질환자

- 의료필요가 주야간보호 이용자에 비해 높은 방문요양 (잠재)이용자 중 만성질환을 3개 이상 보유했을 것으로 추정되는 규모를 산출함(약 66.8%).

• 2019년 장기요양 실태조사에 의하면, 장기요양급여 수급자 중 만성질환을 3개 이상 앓고 있는 수급자는 약 66.8%로 나타남(강은나 외, 2019).

○ (서비스 량) 월 2~4회

- 현재 장기요양등급자는 방문간호를 이용할 수 있으나 제한된 월 한도액으

로 인해 이용자 수가 매우 적음. 이에 현 서비스량은 0회로 가정하였음.

- 2020년 기준, 전체 급여이용수급자의 2.1%만이 방문간호 서비스를 이용하고 있음(KOSIS, 2020b).

○ (서비스 내용) 수급자 가정에 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 방문하여 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호서비스를 제공함.

○ (서비스 비용) 약 45,810원

- 2022년 방문간호 30분 이상 60분 미만 급여비용을 적용함.

〈표 3-2-4〉 필요서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 방문간호

(단위: 명, 회, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (일)	적정 서비스 량 (1개월) (일)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x12
현 방문요양 이용자	1등급	9,512	-	4	4	45,810	220	209
	2등급	23,598	-	4	4	45,810	220	519
	3등급	92,004	-	4	4	45,810	220	2,023
	4등급	173,405	-	4	4	45,810	220	3,813
	5등급	32,403	-	2	2	45,810	110	356
탈시설 가능군	탈시설 가능군	65,061	-	4	4	45,810	220	1431
탈병원 가능군	탈병원 가능군	43,776	-	4	4	45,810	220	963
총합		439,761						9,314

□ (노인맞춤돌봄서비스) 시설 입소 가능성이 높은 현 노인맞돌 이용자에 제공되는 서비스 량을 증대함.

○ (대상자) 노인맞춤돌봄서비스 중점돌봄군¹²⁾

○ (서비스 량) 월 28시간

- 노인맞춤 중점돌봄군은 현재 1개월 당 약 14.5시간의 서비스를 제공 받는 것으로 추정됨(이민홍 외, 2020). 이는 중점돌봄군에 월 16시간 이상 40시간 미만의 서비스를 제공해야한다는 지침 기준보다도 적은 수준임.

- 적어도 40시간과 16시간의 평균인 28시간의 서비스를 제공해야 할 것임.

○ (서비스 내용) 생활관리사가 자택을 방문하여 일상생활지원 등 서비스를 제공함.

○ (서비스 비용) 시간 당 약 16,444원

- 노인맞춤 총 예산(국비+지방비 추정치)을 총 서비스 제공량 추정치로 나누어 산출함.

- 총 서비스 제공량 추정치 = 총 대상자(50만 명) x 1인당 연평균 제공시간 추정치(76시간)¹³⁾

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 노인맞춤돌봄서비스

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (시간)	적정 서비스 량 (1개월) (시간)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)×12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)×12
장기요양 등급진입 예상군	장기요양 등급진입 예상군	74,146	0	28	28	16,444	553	4,097
맞춤돌봄 중점관리 군	맞춤돌봄 중점관리 군	9,906	15	28	14	16,444	266	264
총합		84,052						4,361

12) 노인맞춤 이용자 약 13%로 추정

13) 이민홍 외(2020)의 분석 결과를 기준으로 함

□ (주거지원 서비스-주택개조)

○ (대상자) 퇴소(퇴원)자 및 시설 이동 고위험군 중 자택 거주를 위해 주택개보수를 필요로 하는 대상자임.

- ① 현재 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자 중 재가 이동 잠재적 대상자
- ② 퇴원 후 돌봄욕구 미충족에 따른 시설 이동 가능자
- ③ 장기요양 재가서비스 이용자 중 시설 이동 가능자
- 위 대상군 중 주택개보수 희망자 추정치(x8.4%)
 - 2020년 노인실태조사 결과, 건강 호전 시에도 노인요양시설 이용을 계속 희망하는 이유로 응답자의 8.4%가 ‘자택의 주거환경 불편’을 지목함.

○ (서비스 량) 1회성 제공

○ (서비스 내용) 자택에 거주하기 위해 필요한 주택개보수 서비스를 제공함.

○ (서비스 비용) 1회당 약 400만원

- 행정안전부 노인돌봄 전달체계 개편 시범사업 중 주거개조서비스의 최대 지원금액을 적용함.

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 주거서비스(주택개보수)

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (회)	적정 서비스 량 (회)	부족 서비스 량 (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x 12
퇴소(퇴원)자 및 시설 이동 고위험군	탈시설 가능군	5,465	0	1	1	4,000,000	400	219
	탈병원 가능군	3,677	0	1	1	4,000,000	400	147
	퇴원 후 시설 이동 가능군	5,154	0	1	1	4,000,000	400	206
	시설 이동 가능군	17,452	0	1	1	4,000,000	400	698
총합		31,748						1,270

□ (주거지원 서비스-서비스주택)

○ (대상자) 퇴소(퇴원)자 및 시설 이동 고위험군 중 서비스주택 거주 의향이 높은 대상자임.

- ① 현재 요양병원 또는 요양시설 입소(입원)자 중 재가 이동 잠재적 대상자
- ② 퇴원 후 돌봄욕구 미충족에 따른 시설 이동 가능자
- ③ 장기요양 재가서비스 이용자 중 시설 이동 가능자
- 위 대상군 중 1인 가구이며(x20%) 자택이 아닌 서비스주택 입소 의향이 높을 것으로 추정되는 대상자군(x31.3%)
 - 2020년 인구총조사 기준, 65세 이상 인구 중 1인가구 비중은 약 20%임.
 - 2020년 노인실태조사 결과, 거동 불편 시 희망 거주 형태로 ‘돌봄, 식사, 생활편의 서비스 등이 제공되는 노인요양시설 등에 들어간다’는 응답 비중이 31.3%로 나타남.

○ (서비스 량) 대상자 당 1회 제공

○ (서비스 내용) 일상생활 지원을 위해 개조된 주택에 거주하며, 이용자가 필요로 하는 서비스들을 주거 코디네이터가 연계 관리함.

- 입주자 사례관리, 주택 관리 등은 포함되며 요양서비스 등은 포함되지 않음.

○ (서비스 비용) 연간 약 1,058만원

- 2022년 서울시 노인지원주택 운영 예산을 참조함.

• 연간 서비스 비용 = {(노인지원주택 운영 총 예산 / 주택 호수) + 주택개보수 비용 400만원¹⁴⁾}

• 보증금 및 임대료는 원칙적으로 입주자 부담

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 주거서비스(서비스주택)

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (호)	적정 서비스 량 (호)	부족 서비스 량 (호)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x12
퇴소(퇴원)자 및 시설 이동 고위험군	탈시설 가능군	4,073	-	1	1	10,580,000	1,058	431
	탈병원 가능군	2,740	-	1	1	10,580,000	1,058	290
	퇴원 후 시설 이동 가능군	3,841	-	1	1	10,580,000	1,058	406
	시설 이동 가능군	13,006	-	1	1	10,580,000	1,058	1376
총합		23,660						2,503

□ (이동지원 서비스) 3차 시범사업 내용 중심으로 제시함.

○ (대상자) 1~4등급 재가서비스 이용자 중 약 8%(지난 1개월간 동행인이 없어

14) 서울시 노인지원주택 사업의 경우 서울도시공사의 매입임대주택을 활용하고 있어 건축비가 예산에 포함되지 않음. 이를 대신하여 주택개보수 비용을 추가하였으나 개보수 비용은 1회성 비용이므로 매년 투입되는 비용은 아님

병원이나 약국에 가지 못한 경험-2019년 장기요양실태조사 결과)

- (서비스 량) 월 2회(왕복)
- (서비스 내용) 차량지원 및 요양보호사 동행
- (서비스 비용) 차량이용료 29,000원+ 요양보호사 동행비용 6,000원

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 이동지원서비스

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1개월) (회)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x12
장기요양 재가	1~4등급 재가서비스이용자	52,393	-	2	2	35,000	84	440
총합		52,393						440

□ (재택의료센터) 시범사업 내용 중심으로 제시함.

- (대상자) 뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자 및 재가 외상환자 (재가서비스 이용자 중 장기요양 1,2등급)
- (서비스 량) 월 2회(시범사업 내 최소 방문 횟수)
- (서비스 내용) 케어플랜에 따른 건강상태별 방문진료 및 간호서비스 제공
- (서비스 비용) 1일당 월 9만원~11만원

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 재택의료센터

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1개월) (회)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)×12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)× 12
퇴소(퇴원) 자 및 시설 이동 고위험군	뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자	61,360	0	2	2	100,000	240	1,473
	재가와상환 자	52,636	0	2	2	100,000	240	1,263
총합		113,996						2,736

□ (급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계) 현재 진행중인 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계 시범사업 내용을 근거로 제시함.

- (대상자) 뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자
- (서비스 량) 1회(다만, 세부내역 중 급성기 의료기관 환자 관리료는 월1회-최대 연 6회)
- (서비스 내용) 통합평가, 퇴원계획, 지역사회 연계, 퇴원환자 사후관리
- (서비스 비용) 1회당 299,783원
 - 시범사업 내 상대가치점수×2021년 병원, 요양병원 및 종합병원의 점수당
단가 77.3원

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 급성기

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (시간)	적정 서비스 량 (1개월) (시간)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x 12
퇴소(퇴원) 자 및 시설 이동 고위험군	뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자	61,360	0	1	1	299,783	30	184
총합		61,360						184

□ (가정간호) 현재 진행중인 가정간호서비스와 장기요양서비스 내 방문간호서비스 내용을 근거로 제시함.

- (대상자) 뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자
- (서비스 량) 월 4회(통합재가 내 방문간호 필수 서비스 횟수)
- (서비스 내용) 기존 가정간호 서비스 내용과 동일
- (서비스 비용) 1회당 75,340원
 - 가정간호 상급종합병원기준 기본방문료

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 가정간호

(단위: 명, 시간, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1개월) (회)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x12
퇴소(퇴원)자 및 시설 이동 고위험군	뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자	61,360	4	5	1	75,340	90	555
총합		61,360						555

□ (식사·영양관리서비스) 부산진구 지역사회서비스투자사업 내용을 바탕으로 서비스 비용을 산출하였으며, 대상자, 서비스 량, 서비스 내용은 일부 수정하여 제시함¹⁵⁾.

○ (대상자) 지역사회 통합돌봄 주요 대상자

- 식사·영양관리서비스는 지역사회 통합돌봄 주요 대상자라면 누구나 받을 수 있는 보편적 성격의 서비스임.
- 부산진구 지역사회서비스투자사업에서 설정한 우선순위 기준과 본 연구에서 주요 대상자 산출에 적용한 기준도 유사함.
- 단, 실수요 규모를 예상하기 위하여 식사·영양관리서비스 욕구가 특히 높을 것으로 예상되는 독거노인(약 20% 추정) 비중을 곱하여 대상자 규모를 산출함.

○ (서비스 량) 주 5회

- 부산진구 지역사회서비스투자사업에서는 주 6회 제공하고 있으나 대상자 규모가 크게 확대되므로 5회로 조정함.

○ (서비스 내용) 맞춤형 식사·간식 제공 및 영양상담·교육

15) 부산진구는 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역으로, 지역사회서비스투자사업으로 식사·영양관리서비스를 개발하여 제공하고 있으며 해당 서비스는 2021년 지역사회서비스 우수사례 대상을 수상한 바 있음

○ (서비스 비용) 1회 8,333원

- 부산진구 지역사회서비스투자사업에서는 식사·영양관리서비스를 1개월 20만원에 제공하고 있으며 여기에는 1주 6회의 식사지원(1식 및 간식 2회, 월 24회) 및 1개월 1회의 영양관리가 포함됨. 영양관리 비용을 임의로 2만원으로 가정하여, 1회 식사지원 비용은 7,500원으로 산출함.
- 영양관리는 월 1회 제공되나, 본 분석에서는 식사지원 1회당 비용을 산출하기 위하여 편의 상 1회당 약 833원이 소요된 것으로 산정함(20,000원÷24회).
- 위 비용은 본인부담금을 포함한 비용임. 부산진구의 식사·영양관리서비스는 소득 수준에 따라 본인부담금을 4만원에서 10만원까지 차등부과함.

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 식사·영양관리서비스

(단위: 명, 회, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1개월) (회)	부족 서비스 량 (1개월) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)x12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (AxBxC)x12
퇴소 (퇴원)자 및 시설 이동 고위험군	탈시설가 능군	13,012	0	20	20	8,333	200	260
	탈병원가 능군	8,755	0	20	20	8,333	200	175
	퇴원후시 설이동가 능군	12,272	0	20	20	8,333	200	245
	시설이동 가능군	41,552	0	20	20	8,333	200	831
	장기요양 등급진입 예상군	14,829	0	20	20	8,333	200	297
	맞춤돌봄 중점관리 군	1,981	0	20	20	8,333	200	40
총합		92,401						1,848

□ (스마트 응급안전서비스) 독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 내용을 바탕으로 제시함.

○ (대상자) 지역사회 통합돌봄 주요 대상자

- 지역사회 통합돌봄 주요 대상자라면 누구나 받을 수 있는 보편적 성격의 서비스임.
- 단, 실수요 규모를 예상하기 위하여 욕구가 특히 높을 것으로 예상되는 독거노인(약 20% 추정) 비중을 곱하여 대상자 규모를 산출함.

○ (서비스 량) 1인(1가구) 1회

○ (서비스 내용) AI 스피커, 센서 등을 설치하여 이용자의 활동량을 측정, 응급상황 발생 시 지역모니터링센터의 응급관리요원이 즉시 대응함 .

○ (서비스 비용) 1인당 연간 약 196,933원

- 2022년 독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 지출계획을 바탕으로 산출함.
- 1인당 연간 소요되는 가변비용(인건비 및 통신 관련 비용)은 약 189,733원으로 추정됨.
 - 이용자 1인당 응급관리요원 등의 인건비가 약 58,433원¹⁶⁾, 댁내장비 운영비 및 자산취득비가 약 131,300원으로 추정됨.
- 1인당 연간 소요되는 고정비용은 약 7,200원으로 추정됨.
 - 고정비용은 지역센터 운영비, 서비스 운영비, 일반 연구비, 중앙모니터링센터 운영비를 포함함.
 - 고정비용은 이용자 수에 정비례하여 늘어나지는 않지만, 이용자 규모가 커질수록 운영비도 증가하므로 총 고정비용을 대상자 수로 나누어 1인당 비용을 산출함.
- 단, 설치되는 기기의 기능 수준에 따라 비용도 증가할 수 있음.

16) 인력 1인당 약 431명의 이용자를 담당함

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 스마트 응급안전서비스

(단위: 명, 회, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1년) (회)	부족 서비스 량 (1년) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)×12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (A×BxC)×12
퇴소 (퇴원)자 및 시설 이동 고위험군	탈시설 가능군	13,012	0	1	1	196,933	20	26
	탈병원 가능군	8,755	0	1	1	196,933	20	17
	퇴원후시설이동가능군	12,272	0	1	1	196,933	20	24
	시설이동 가능군	41,552	0	1	1	196,933	20	82
	장기요양 등급진입 예상군	14,829	0	1	1	196,933	20	29
	맞춤돌봄 중점관리 군	1,981	0	1	1	196,933	20	4
총합		92,401						182

□ (기능회복지원 서비스) 재활환자 재택의료 시범사업 내용을 바탕으로 제시함.

○ (대상자) 뇌질환, 정형외과적 퇴원환자 중 요양병원 입원자

- 퇴원 후 자택에서 재활 등 기능회복서비스를 충분히 받지 못할 시 시설 이동 가능성이 높음.
- 재활환자 재택의료 시범사업에서는 수술 후 재활이 필요한 환자로서 하지 주요 3대 관절(고관절, 슬관절, 족관절) 치환술을 받았거나 하지 골절 수술을 받은 환자를 대상으로 정의함.

○ (서비스 량) 퇴원 후 1회 (60일)

- 수술 후 60일 간 서비스가 제공됨.

○ (서비스 내용) 교육상담 및 환자 관리

- 교육상담은 퇴원 전 혹은 외래 내원 시 재활과정 및 관리방법에 대해 교육 및 상담을 제공하는 서비스임.
- 환자 관리는 비대면으로 환자의 재활운동 시행 여부 등을 확인하고 운동법 및 합병증 예방법 등에 대해 점검하는 서비스임.

○ (서비스 비용) 1인당 약 20만 9,410원

- 재활환자 재택의료 시범사업 기준, 60일 관리 기간 내 받을 수 있는 최대 서비스량을 기준으로 산정함(교육상담료Ⅰ 60일 내 2회, 교육상담료Ⅱ 60일 내 3회, 환자관리료 월 1회).

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 기능회복지원서비스

(단위: 명, 회, 원)

대상자			서비스 량			단가	추가 필요 예산	
대상자 유형	대상자 세부 유형	대상자 수 (명) (A)	현 서비스 량 (1개월) (회)	적정 서비스 량 (1년) (회)	부족 서비스 량 (1년) (B)	단위 당 서비스 비용 (원) (C)	1인당 필요 서비스 추가 예산 (1년) (만원) (BxC)×12	필요 서비스 추가 예산 (1년) (억원) (A×BxC)×12
퇴원 (퇴소)자	퇴원 후 시설 이동가능 군	61,360	0	1	1	209,410	21	128
총합		61,360						128

□ (총 필요 예산) 노인 분야 지역사회 통합돌봄을 위한 필수적인 서비스의 공급을 위해서는 연간 약 18조 3,277억 원이 소요될 것으로 추정됨.

○ 이 중 현재 수준 대비 추가로 공급량을 확충하기 위해 필요한 예산은 약 5조 3,163억 원으로 추정됨.

- 서비스 공급 시 발생하는 비용(가격)을 중심으로 산출한 수치로, 시설 및 장비 설치비, 차량 및 자재 구입비와 같은 초기 투자비용은 고려되지 않음.

〈표 3-2-4〉 필요 서비스 공급량 및 추가 필요 예산 추정 - 총 필요 예산

(단위: 명, 원)

서비스 유형	대상자 수 (명) (A)	필요 서비스 예산(1년) (억원) (B)	필요 서비스 추가 예산(1년) (억원) (C)	1인당 필요 서비스 예산(1년) (만원) (B/A)	1인당 필요 서비스 추가 예산(1년) (만원) (C/A)
통합재가서비스 (방문요양)	579,199	126,676	24,754	2,187	427
통합재가서비스 (주야간보호)	176,635	30,578	4,888	1,731	277
방문간호서비스	439,761	9,314	9,314	212	212
노인맞춤형돌봄	84,052	4,644	4,361	553	519
주택개보수	31,748	1,270	1,270	400	400
서비스주택	23,660	2,503	2,503	1,058	1,058
이동지원서비스	52,393	440	440	84	84
재택의료	113,996	2,736	2,736	240	240
급성기 퇴원환자 지원	61,360	184	184	30	30
가정간호	61,360	2,774	555	452	90
식사·영양관리	92,401	1,848	1,848	200	200
스마트 응급안전	92,401	182	182	20	20
기능회복지원	61,360	128	128	21	21
총합		183,277	53,163		

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

1. 돌봄서비스 제공기관 관련 현황 및 최근 정책

□ 고난도 돌봄대상자를 위한 인프라 부족

○ 중증치매환자 등 고난도 돌봄대상자에 적절한 서비스를 제공할 수 있는 인력 및 제공기관은 상대적으로 부족함.

- 2021년 치매전담형 주야간보호센터는 112개소로, 이는 전체 주야간보호센터의 약 4.8%(2,321개소)에 해당함(보건복지부, 2021).
- 지역별 편차도 발생함. 2021년 기준, 제주에는 치매전담형 주야간보호센터가 없으며 충북, 대전, 광주에는 1개소, 울산, 강원에는 2개소만이 설치되어 있음(보건복지부, 2021).

○ 치매안심센터에서 관련 서비스를 제공하고 있으나, 이용가족의 돌봄부담을 실질적으로 경감하고 치매환자에 직접 제공되는 돌봄서비스는 부족함.

- 치매안심센터 이용자 및 가족들을 대상으로 실시한 심층면접 결과, 이용가족들은 치매안심센터에 치매환자를 동반할 수 있는 프로그램 등 치매환자를 위한 직접 돌봄 서비스가 부족한 점을 문제로 지적하였음(서지원, 2021).
- 노인장기요양보험에 치매가족휴가제가 존재하지만, 지역 내 방문요양기관의 인력이 불충분하거나 단기보호기관 자리가 부족하거나 치매환자 본인이 거부하는 등 실질적으로 활용하기 어렵기 때문에 치매안심센터가 치매가족의 돌봄부담 경감을 위한 서비스를 제공해주길 기대함(서지원, 2021).

□ 농어촌 노인돌봄서비스 인프라 부족 및 낮은 접근성

○ 도시에 비해 농어촌은 노인돌봄을 위한 서비스 인프라가 부족하고, 인구밀도가 매우 낮아 접근성도 낮음.

- 인구 대비 시설 수는 유사한 지역도 있으나, 인구밀도가 매우 낮음을 고려

한다면 실질적 접근성 또한 매우 낮다고 볼 수 있음.

- 또한 농어촌은 충분한 이용자 수를 확보하기 어려워 민간 제공기관으로서
는 수익을 보장하기 어려우며, 지역 내 인력이 부족하여 수급에 어려움을
겪음(김남훈 외, 2021).

〈표 3-3-1〉 지역별·서비스 종류별 장기요양서비스 제공 시 어려움

(단위: %)

지역	시설·서비스	대상자 수 부족	기관 간 경쟁 심화	인력 수급 어려움	접근성 부족	기타
면 지역	전체 시설	30.4	25.6	26.4	12.8	4.8
	방문요양	26.6	29.8	30.9	9.6	3.1
	주야간보호	38.6	15.8	19.3	19.3	7.0
읍 지역	전체 시설	34.4	34.4	16.0	11.2	4.0
	방문요양	31.0	35.0	16.0	13.0	5.0
	주야간보호	39.5	32.6	14.0	4.7	9.2

자료: 김남훈, 김수린, 손경민. (2021). 농촌 지역 장기요양서비스 실태와 정책과제 - 경제적 유인 방안을 중심으로. 한
국농촌경제연구원. (p.45)

□ 낮은 국공립시설 비중

○ 장기요양서비스의 경우, 국공립 공공시설의 비중이 여전히 매우 작음.

- 2020년, 전체 장기요양 재가급여기관 중 공공(지방자치단체)이 설립주체인
기관의 비중은 0.7%(131개소)에 그침.

○ 고난도 돌봄대상자, 접근성이 낮은 농어촌 지역과 같이 민간에서 낮은 수익성
으로 인해 충분히 공급이 이루어지기 어려운 대상 혹은 지역의 경우 공공서비
스를 통해 해소할 필요가 높으나 공공 인프라의 비중이 매우 작아 인프라 확충
이 필요함.

〈표 3-3-1〉 설립주체별 장기요양 재가급여기관 현황 (2020년)

(단위: %, (개소))

설립주체	전체	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
계	100 (19,621)	100 (15,412)	100 (11,086)	100 (774)	100 (4,587)	100 (148)	100 (1,941)
지방자치단체	0.7 (131)	0.2 (24)	0.2 (17)	0.4 (3)	2.6 (120)	2.7 (4)	- -
법인	12.9 (2,532)	11.1 (1,717)	10.8 (1,197)	15.5 (120)	22.6 (1,036)	25.0 (37)	13.4 (260)
개인	86.1 (16,886)	88.4 (13,619)	88.7 (9,837)	84.0 (650)	74.4 (3,413)	72.3 (107)	86.1 (1,671)
기타	0.4 (72)	0.3 (52)	0.3 (35)	0.1 (1)	0.4 (18)	- -	0.5 (10)

자료: KOSIS. (2020c). 시·도별 설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황. (국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N021&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=350_35006_A004&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do (2022.3.17. 인출)

2. 서비스 제공 체계

- 지역사회 거주를 위한 인프라가 부족한 상황에서, 서비스 제공체계의 분절성은 서비스 접근성을 더욱 약화시키고 있음.
- 기능별로 분화된 제공체계를 이용자 중심으로 통합하기 위해 케어 매니지먼트의 중요성이 논의되고 있으며, 지역사회 통합돌봄 시범사업에서도 시도되고 있음.
- 서비스 제공체계를 효과적으로 연계하고 케어 매니지먼트를 적절하게 제공하기 위하여 제공체계 요소별로 다음과 같은 특징을 갖추도록 고려할 필요가 있음.
 - (원칙) 서비스 제공체계는 서비스 접근성 제약에 긴밀한 영향을 미치는 요소로, 돌봄 또는 의료 욕구가 새롭게 발생하거나, 변화(급증 또는 다양화)할 때 이에 신속하고 유연하게 대응할 수 있는지가 접근성 향상에 있어 핵심임. 이를 위해서는 (잠재)이용자를 정기적으로 관리하는 동시에, 욕구 발생 시 다양한 서비스 제공기관에 빠르고 유연하게 연계하는 체계를 구축해야 함.

- (신청/의뢰) 서비스 신청 또는 기관의 의뢰를 받는 창구는 가장 인지도가 높고 접근성이 높은 지점이 되어야 함. 서비스 신청자뿐만 아니라 현 이용자 및 잠재이용자들이 돌봄 욕구가 발생하거나 변화했을 때 상담을 신청할 수 있는 일종의 핫라인으로서 기능해야함. 이를 고려하면 읍면동행정복지센터가 적절할 수 있음.
- (판정 및 욕구조사) 서비스 수급 권한을 설정하기 위한 판정과 필요 욕구를 다각도로 파악하는 욕구조사가 함께 이루어져야 하는 과정으로, 사회복지사, 간호사 등 다학제 팀을 구성하여 판정 및 욕구조사를 수행하고 다양한 욕구에 대응할 수 있는 서비스 이용계획을 수립할 필요가 있음.
- (케어 매니지먼트) 케어 매니지먼트는 일반적인 사례관리와 달리 종결의 개념 없이 생애말기까지 이용자의 돌봄서비스 수급 현황 및 욕구 변화를 관리하는 역할을 담당하게 됨. 욕구 변화를 적시에 파악하고 적절한 서비스를 연계하여 원치 않은 시설 또는 병원 입소를 지연하고 지역사회 거주를 지원하기 위해서는 정기적인 모니터링 및 유연한 자원 연계 기능이 중요함. 이를 위해서는 지역사회 내 다양한 자원을 파악하는 전문성뿐만 아니라 유연하게 연계할 수 있는 권한도 부여받아야 함.

3. 서비스 인프라 확충 방안

가. 주요 필요 서비스별 확충 필요 인프라

□ 통합재가서비스

- 통합재가서비스의 원활한 공급을 위해서는 다양한 서비스를 제공할 수 있는 대규모 다기능 재가센터 설립을 촉진하거나 다수의 기관간 연계 협력을 강화하는 기제가 필요함.
- 통합재가서비스의 핵심은 다양한 급여유형별 인력 수급으로, 요양보호사 외 간호사, 물리치료사 등 다양한 직군의 인력 확보가 중요함.

□ 노인맞춤돌봄서비스

- 노인맞돌의 경우 인프라 확충보다는 현 대상자에 대한 서비스 제공량 증대에 중점을 둘 필요가 있음.
 - 이용자들은 서비스 제공 시간이 부족하다고 느끼고 있으나, 수행기관들은 예산 확대에 대응하기 위해 신규 대상자를 발굴하는데 중점을 두고 있음(이 민홍 외, 2020).
- 노인맞돌은 장기요양서비스와 달리 국비 및 지방비로 운영되므로 유연성이 상대적으로 큼. 장기요양서비스가 충족시키기 어려운 사각지대에 탄력적으로 서비스를 공급하는 역할을 담당할 필요가 있음.
 - 이를 위해 현 노인맞돌 수행기관 및 인력의 전문성을 강화할 필요가 있음.

□ 이동지원서비스

- 이동지원서비스를 위한 차량 확보 방법은 다양함.
 - 택시 등을 연계하여 제공하는 방식이 주를 이루고 있으며, 서비스 제공기관이 차량을 구매하여 제공할 수도 있음.
 - 개별 이용자들이 상시적으로 이동하기 위한 수단으로는 택시가 적절할 것임. 그러나 다수의 이용자 및 종사자가 서비스 기관 혹은 이용자 자택으로 일정한 주기로 이동하기 위해서는 차량을 구매하여 제공하는 방식이 적절할 수 있음.

나. 인프라 확충 전략

1) 재가 서비스 중심 인프라 확충을 위한 제도 개선

□ 재가 서비스 월 한도액을 시설 한도액 수준으로 향상

- 현 장기요양보험에서 재가급여 월 한도액은 시설급여 월 한도액보다 크게 낮음. 시설급여를 이용할 수 있는 1~2등급으로서는 부족한 재가급여 대신 시설

급여를 이용하도록 유인하는 구조임.

- 2022년 기준, 1등급의 재가급여 월 한도액은 167만 2,700원이며, 시설급여 월 한도액은 30일 기준 2,245,500원으로 산정됨. 시설급여 월 한도액이 57만 2,800원 높음.
- 2등급의 재가급여 월 한도액은 148만 6,800원이며, 시설급여 월 한도액은 30일 기준 208만 3,500원으로 산정됨. 시설급여 월 한도액이 59만 6,700원 높음.
- 현재 방문요양 이용 시 1~2등급은 1일 최대 4시간 이용가능하도록 제한되어있음. 월 한도액과 급여비용을 고려하면 1등급은 월 최대 27일까지, 2등급은 월 최대 24일까지 이용가능함. 반면, 시설급여는 24시간 한달 내내 돌봄이 제공됨. 따라서 매일 4시간보다 긴 시간 돌봄을 필요로 하는 이용자는 시설에 입소하는 것이 유리하도록 설계됨.

〈표 3-3-1〉 노인장기요양보험 등급별 월 한도액 (2022년)

(단위: 원)

등급	재가급여 월 한도액	시설급여 실질 월 한도액 (1일 급여비용 x 30일)		월 한도액 차이 (시설-재가)
		월 한도액	1일 급여비용	
1등급	1,672,700	2,245,500	74,850	572,800
2등급	1,486,800	2,083,500	69,450	596,700
3등급	1,350,800	1,921,200	64,040	570,400
4등급	1,244,900	1,921,200	64,040	676,300
5등급	1,068,500	1,921,200	64,040	852,700
인지지원등급	597,600	-	-	-

주1: 시설급여 월 한도액은 고시된 바에 따라 1일당 급여비용에 월간 일수를 곱하여 산정함. 표 내 수치는 노인요양시설 1일당 급여비용에 30일을 곱한 수치임

주2: 3~5등급은 ①주수발자인 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우, ②주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우, ③치매 등에 따른 문제행동으로 재가급여를 이용할 수 없는 경우 등급판정위원회의 인정을 받아 시설급여를 이용할 수 있음

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(2021)

○ 독일 장기요양보험은 재가급여 월 한도액이 시설급여 월 한도액에 준하는 수준으로, 재가급여 이용을 유도하기 위해 의도된 구조임 .

- 한국 장기요양보험 1~2등급과 유사한 수준으로 추정되는 4~5등급의 경우, 5등급의 월 한도액은 재가급여 1,995유로, 시설급여 2,005유로로 유사한 수준임. 4등급의 월 한도액은 재가급여 1,612유로, 시설급여 1,775유로로 또한 비슷한 수준임.

○ 독일 재가급여 월 한도액의 절대적 수준도 한국보다 높음.

- 독일 5등급의 재가급여 월 한도액은 환율 적용 시 약 270만 1,549원으로 산출됨. 이는 한국 1등급 재가급여 월 한도액(167만 2,700원)보다 62% 높은 수준임.
- 독일 4등급의 재가급여 월 한도액은 환율 적용 시 약 218만 2,906원으로 산출됨. 이는 한국 2등급 재가급여 월 한도액(148만 6,800원)보다 47% 높은 수준임.
- 독일의 물가 수준은 한국보다 약 7% 높은 수준으로 크게 차이나지 않음. 즉, 한국 재가급여의 월 한도액은 물가 차이를 고려하더라도 독일 재가급여 월 한도액에 비해 상당히 낮게 책정됨.
 - 2020년 OECD 비교물가수준에 의하면 한국 100을 기준으로 독일은 107이며 이는 독일의 물가가 약 7% 비쌈을 의미함(KOSIS, 2020a).
 - 시설급여 월 한도액은 독일이 약 5~20% 높으며, 물가 차이를 감안한다면 재가급여보다 차이가 작다고 볼 수 있음.

〈표 3-3-1〉 독일 장기요양보험 등급별 월 한도액 (2019년)

(단위: 유로, (원))

등급	재가급여 (Home-care in-kind/day/night care)		시설급여 (Residential care)	
1	-	-	-	-
2	689	(933,016)	770	(1,042,703)
3	1,298	(1,757,700)	1,262	(1,708,950)
4	1,612	(2,182,906)	1,775	(2,403,634)
5	1,995	(2,701,549)	2,005	(2,715,091)

주: 유로 환율은 2022년 3월 15일 기준 서울외국환중개의 매매기준율을 따름(1354.16원)

자료: Barber SL, van Gool K, Wise S, Woods M, Or Z, Penneau A ... Lorenzoni L. (2021). Pricing long-term care for older persons. Geneva: World Health Organization(WHO), Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD) (p. 149).

(원자료: Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>) [in German])

- 이용자 욕구가 비슷한 상황에서 재가급여 이용을 유도하기 위해서는 재가급여 월 한도액이 시설급여 월 한도액 수준으로 상승되어야 하며, 이와 같이 수요가 증가해야 재가서비스 인프라도 확충될 수 있음.

2) 고난도 돌봄대상자에 대한 서비스 인프라 확충

- 중증치매 등 고난도 돌봄대상자는 전문적인 인력과 시설이 필요하지만 높은 난이도로 인한 기피 현상으로 인해 충분하게 공급이 이루어지기 어려움. 고난도 돌봄 대상자에 대한 서비스 인프라를 확충하기 위해서는 공공 서비스를 집중적으로 확충하고 민간 서비스 공급을 위한 유인 구조를 설계해야 함.

□ 국공립시설 확충을 통한 서비스 충분성 확보

- 고난도 돌봄대상자에 대한 재가서비스는 인력과 제공기관이 기피하기 때문에 민간에서 충분한 공급이 이루어지지 않음.
- 사회서비스원 종합재가센터를 비롯한 국공립시설이, 민간에서 서비스를 충분히 제공 받지 못하는 고난도 돌봄대상자에 서비스를 제공할 필요가 있음.

- 서울시 사회서비스원은 중증치매증상 등으로 인해 민간이 서비스를 제공하기 곤란하여 의뢰된 적극개입 사례를 적극 수용하는 방침을 갖고 있음(서울특별시 사회서비스원, 2021).

○ 월급제를 적용하여 인력으로 하여금 소수의 고난도 돌봄대상자에 안정적으로 서비스를 제공할 수 있도록 하며, 이 과정에서 발생할 수밖에 없는 손실에 대해서는 보조금을 지원하여 국공립시설의 안정적 운영을 보장해야 함.

- 월급제는 고용안정성을 제공하여 역량 높은 인력을 확보하는 방안이자, 동시에 고난도 돌봄대상자를 위한 다양한 서비스를 유연하게 시도할 수 있는 기반이 됨.

- 대표적으로 서울시 사회서비스원은 월급제 고용을 실시함으로써 급여별 수가 엇매이지 않고 다회 방문서비스, 1:1 매칭이 아닌 다수 종사자가 다수 이용자를 분담하는 체계 등을 시도할 수 있는 기반을 만듦(이승호, 양난주, 2020).

○ 특히, 치매의 경우 공공 서비스기관인 치매안심센터에서 보다 적극적으로 치매 전문 서비스를 공급해야 함.

- 현재 치매안심센터는 대상자 발굴 및 진단에 초점을 두고 있으나, 앞으로 보다 전문적 치매 서비스를 제공하는 기관이 되어야 함.

□ 고난도 돌봄서비스의 다양화·전문화 및 적정 수가 책정

○ 장기요양 등급은 수급자에 제공될 서비스의 난이도를 의미하지만 고난도 돌봄 대상자가 가진 다양한 욕구에 대응하는 서비스들은 충분히 다양화, 전문화되지 않은 상태임.

- 이는 장기요양을 비롯한 노인돌봄서비스들에서 난이도에 따른 가산수당이 충분하지 않거나, 경직적 수가 체계로 인해 고난도 돌봄대상자를 위한 서비스를 개발할 유인이 낮기 때문임.

○ 주야간보호서비스 및 시설급여에는 치매에 특화된 서비스(치매전담실 등)와 이에 따른 급여비용 책정이 이루어졌으나 방문요양은 최근에서야 중증 수급자

가산이 신설됨. 이 또한 1,2등급에 대한 가산수당으로, 특화된 서비스로 보기는 어려움.

- 2022년 1월, 방문요양급여 중증 수급자 가산이 신설되어, 요양보호사가 1~2등급 수급자에 방문요양을 1회 180분 이상 제공 시 수급자 1인당 일 3,000원을 가산하여 지급하도록 함(장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제19조의2).

- 주야간보호 내 치매전담실 급여비용은 일반정보다 높게 책정되어있으나, 시간당 약 988~2,940원 높은 수준에 그침. 치매전담실 설치 기준은 까다로우나 그에 따른 수익이 보장이 되지 않기에 민간에서 공급이 충분히 이루어지지 않고 있음.
- 고난도 돌봄대상자 또는 그 가족 및 보호자가 필요로 하는 서비스를 유연하게 개발하고 이를 적정 비용으로 제공하는 체계를 만들 필요가 있음.

〈표 3-3-1〉 주야간보호 일반형 및 치매전담실 급여비용

(단위: 원)

제공시간	등급	일반형 급여비용(원)	치매전담실 급여비용(원)	차이 (치매전담실-일반형)
3시간이상~ 6시간미만	1등급	36,950	-	-
	2등급	34,210	43,030	8,820
	3등급	31,580	39,720	8,140
	4등급	30,140	37,900	7,760
	5등급	28,700	36,090	7,390
	인지지원등급	28,700	36,090	7,390
6시간이상~ 8시간미만	1등급	49,530	-	-
	2등급	45,880	57,710	11,830
	3등급	42,350	53,260	10,910
	4등급	40,910	51,460	10,550
	5등급	39,450	49,630	10,180
	인지지원등급	39,450	49,630	10,180
8시간이상~ 10시간미만	1등급	61,600	-	-
	2등급	57,070	71,800	14,730
	3등급	52,690	66,270	13,580
	4등급	51,250	64,470	13,220
	5등급	49,790	62,630	12,840
	인지지원등급	49,790	62,630	12,840
10시간이상~ 13시간이하	1등급	67,870	-	-
	2등급	62,870	79,100	16,230
	3등급	58,080	73,060	14,980
	4등급	56,620	71,210	14,590
	5등급	55,180	69,400	14,220
	인지지원등급	49,790	62,630	12,840
13시간초과	1등급	72,780	-	-
	2등급	67,420	84,790	17,370
	3등급	62,280	78,360	16,080
	4등급	60,840	76,530	15,690
	5등급	59,400	74,710	15,310
	인지지원등급	49,790	62,630	12,840

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(2021)

3) 농어촌 서비스 인프라 확충

□ 농어촌에 특화된 공공 서비스 지원 필요

- 서비스 유형별로 다를 수 있으나, 장기요양 재가서비스의 경우 농어촌에서 서비스 공급이 부족하다는 지적이 제기되고 있으나 실제 제공기관은 대상자 수가 부족하고 기관 간 경쟁이 심화된다고 응답하고 있음(김남훈 외, 2021). 이는 절대적인 공급량이 부족하기 보다는 실질적 접근성이 낮아 문제가 되고 있음을 암시함.
- 이러한 농어촌의 특성을 고려한다면, 국공립시설을 통해 유사한 서비스량을 늘려 경쟁을 심화시키기 보다는 현 서비스의 접근성을 증진시킬 수 있는 지원 성격의 서비스를 제공하고 인력 수급을 지원하는 것이 적절할 수 있음.
 - 시도별 사회서비스원 종합재가센터도 초기에는 민간 제공기관과 큰 차이 없는 서비스를 제공해왔으나, 점차 긴급돌봄 등 민간에서 공급이 이루어지기 어려운 사각지대에 중점을 두는 방향으로 전환됨.
 - 농어촌에서 민간 공급에 있어 가장 어려움을 겪는 요인은 인력 수급 문제와 낮은 접근성으로 볼 수 있음.

□ 인력 확보 지원 및 주민조직 참여 확대

- 인력 수급을 충분히 해소하기 어려운 농어촌에서는 주민자치조직이 직접 돌봄 서비스 제공에 참여하는 방안을 모색할 필요가 있음(김선아, 2021).
 - 예를 들어, 다함수 서비스 제공이 필요한 고난도 돌봄대상자에 주민자치조직이 일상 관리 서비스를 제공할 수 있음. 일상 관리 서비스란 수시 방문 또는 연락을 통해 치매 대상자 등의 현 상태를 상시적으로 파악하는 서비스로, 직접서비스보다 신체적 돌봄 수준은 낮으나 위기 상황에 대응할 수 있는 전문성은 요구됨.
 - 독일 장기요양보험 이용자 중 일부는 일일 관리(daily supervision, daily living oversight) 서비스를 제공 받으며 주로 치매 환자가 이에 해당됨.

□ 종사자 및 이용자 이동지원

- 접근성 지원은 종사자 및 이용자를 위한 적정 교통비 지원 또는 이동지원서비스 등이 포함됨.
- 농어촌에서 안정적으로 재가방문서비스를 제공하기 위해서는 종사자에 적정 수준의 교통비를 지급할 필요가 있음.
 - 농어촌 지역은 인구밀도가 낮아 재가방문서비스 종사자들이 먼거리를 이동해야하며 이는 충분한 인력 확보 및 다횟수 방문을 저해하는 요인으로 작용함.
- 방문요양 및 방문간호의 경우, 현재 이용자 실 거주지로부터 가장 가까운 서비스제공기관까지의 거리에 따라 교통비를 산정하고 있음. 그러나 금액 수준이 충분하지 않을 뿐만 아니라 이동에도 불구하고 교통비가 주어지지 않는 사각지대가 존재함.
 - 5km 미만 거리에 이용자가 거주하거나, 이용 중인 서비스 제공기관이 아닌 다른 기관이 더 가까운 거리에 있으면 교통비를 지급 받지 못함(김남훈 외, 2021).
 - 한국농촌경제연구원에서 농촌 장기요양기관을 대상으로 실시한 설문조사에서도, 농촌의 재가서비스 확대를 위해 필요한 정책으로 ‘요양보호사의 장거리 교통비 현실화’를 선택한 비율이 36.8%로 가장 높게 나타남(김남훈 외, 2021, p.80)¹⁷⁾.

17) ‘요양급여 인상’이 28.8%, ‘토지 매입이나 건물 신축 등에 대한 자금 지원’이 12.0%, ‘가산 점수 부여’가 11.3%, ‘시설 및 장비 구입비 지원’이 8.8%로 뒤를 이음(김남훈 외, 2021, p.80)

〈표 3-3-1〉 방문요양 및 방문간호급여 원거리교통비용

거리	금액(원)
5km 이상 10km 미만	3,400
10km 이상 15km 미만	5,100
15km 이상 20km 미만	6,800
20km 이상 25km 미만	8,500
25km 이상 30km 미만	10,200
30km 이상 35km 미만	11,900
35km 이상	13,600

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(2021)

- 대중교통이 제한되어 자차 등으로 이동을 해야하고 이동으로 인해 소요되는 시간 비용까지 고려한다면, 교통비 현실화가 필요함. 또는 요양보호사가 무료 혹은 저렴한 비용으로 이용할 수 있는 교통수단이 제공되어야 함.
- 농어촌의 낮은 인구밀도로 인해 주야간보호기관의 교통비 부담도 크다는 점을 감안한다면, 장기요양 이용자와 종사자가 무료 혹은 저렴한 비용으로 이용할 수 있는 이동지원서비스(공공 셔틀)를 운영하는 방안도 고려할 수 있을 것임.

제4절 소결

1. 노인대상 통합돌봄 추진 방향성

- (기본 방향) 지역사회 통합돌봄은 기본적으로 패러다임을 지향함. 결국, 돌봄이 필요한 상태가 되어도 Aging in Place가 유지될 수 있도록 공적제도권에서 어떻게 지원할 것인가에 대한 제도적 논의라고 볼 수 있음.
- 이러한 의미에서 우리나라에서 지역사회 통합돌봄을 구현하기 위해서는 건강보험과 노인장기요양보험제도에 기반한 공적서비스 제도권을 강화하면서 지자체 내 보건복지, 주거서비스를 확충해 나가는 노력으로 추진될 필요가 있음.
- 이를 위해서는, 전달체계의 기본 원칙 중에서도 특히, 관련 제도 간 제도적 분절성을 극복하면서 맞춤형 서비스를 제공하기 위한 통합성, 서비스의 연속성과 전문성 확보, 돌봄대상자의 접근용이성이 확보되어야 가능할 것임.
- (통합성) 노인대상 통합돌봄 추진을 위해서는 보건의료-요양-주거-복지 및 생활지원 등의 서비스 간 적절한 연계 및 통합적으로 제공될 수 있는 기간이 지역 생활 가능 범위 내에서 구축될 수 있어야 함.
 - 이를 위해서는 의료-요양-복지-주거 간 욕구를 종합적으로 파악할 수 있는 통합적 욕구조사 실시, 그 결과에 따른 맞춤형 매니지먼트 실현, 각 서비스 제공기관 간 상시적인 돌봄정보 공유 등을 통해 효율적인 통합적 돌봄서비스 제공이 가능할 수 있음.
- (연속성) 돌봄필요노인의 시설 또는 병원 이용을 최대한 늦추기 위해서는 경증~중증상태까지의 연속적 돌봄체계가 구축되어야 함.
 - 돌봄필요노인의 욕구 및 상태에 맞춰 적절한 서비스를 이용함으로써 중증화 방지가 가능하도록 하기 위해서는 경증단계부터 상태가 변화되어도 대상자의 상태 및 서비스 이용 정보가 단절되지 않은 상태에서 책임성 있는 돌봄서비스를 이용할 수 있도록 지원체계 구축이 필요함.
- (전문성) 돌봄필요노인은 자립적인 생활을 영위하기에 어려움이 있거나, 그 가

능성이 높은 대상자군임을 고려할 때 그들의 욕구 및 상태에 맞춰 중증화 방지를 위한 전문적 돌봄서비스 제공이 전제되어야 함.

- 지역단위 통합적 돌봄서비스 제공을 위해서는 의사, 간호사, 사회복지사, 물리(작업)치료사, 영양보호사 등 관련 전문직종의 유기적인 연계가 필요하며, 가급적 팀워크에 기반한 서비스 제공이 이뤄질 수 있도록 기반을 조성할 필요가 있음.
- 이와 함께, 각 전문직종이 지역내 돌봄전문인력으로 자리매김할 수 있도록 체계적인 양성, 지속적인 직무 보수교육체계를 구축하여 전문성 제고를 위한 투자가 적극적으로 이뤄질 필요가 있음.

○ (접근용이성) 재가생활을 영위하고 있는 돌봄필요노인에게 중증화 방지를 위한 시의적절한 돌봄서비스가 제공될 수 있도록 상담 및 서비스 제공까지의 원스톱 지원체계 구축이 필요함.

- 현재 우리나라의 분절화 된 각 돌봄서비스 간 운영체계를 넘어서서 수요자 중심으로 상담부터 서비스 매니지먼트, 사후관리까지 원스톱으로 이뤄질 수 있도록 적절한 인력배치, 정보시스템 구축 등의 지원기반이 마련되어야 할 필요가 있음.
- 이와 함께, 이러한 원스톱 서비스 제공체계가 지역특성을 고려하여 수요자 중심의 생활권역 단위에서 구축되어 서비스 욕구에 대한 접근용이성이 충분히 확보될 수 있도록 검토가 필요함.

2. 세부 추진전략에 대한 향후 검토과제

1) 대상자

□ 2019년도 6월부터 시행되고 있는 지역사회 통합돌봄 선도사업의 운영 결과를 살펴보면, 노인대상 선도사업 지자체에서 선택했던 통합돌봄 대상자는 주로 장기요양 대상자이거나 등급외자, 일부 지역사회보호가 필요한 노인, 장기요양등급을 인정받지는 못했지만 퇴원 후 지역사회로 복귀하는 자가 주 대상이었음.

○ 선도사업 지자체 담당자는 퇴원 후 지역사회로 복귀하는 자에 대한 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 제공하는 보건의료, 돌봄서비스 등이 매우 효과적이었다고 평가하고 있음(정현진 외, 2021).

- 즉, 선도사업 추진결과에서는 급성기 및 요양병원 퇴원환자의 경우 대조군에 비해 실험군의 대상자가 재가유지기간이 길게 나타나 재가로 복귀하는 과정에서 지자체가 연계 조정하여 제공한 방문형 의료서비스와 일상생활지원을 포함한 돌봄서비스 등이 매우 긍정적인 영향을 미친 것으로 나타나고 있음.

□ 지금까지의 다양한 논의과정에서 제시된 결과에 기반하여 본 연구에서도 돌봄필요도가 높은 이들에 대한 우선적 접근을 전제로 대상자 규모를 추정하였음.

○ 특히, 이 과정에서 통합돌봄 구현을 위해 향후 주요하게 다뤄야 할 대상자는 장기요양 대상자 중 시설입소의 위험성이 높은 대상자가 우선적으로 고려되어야 할 것임.

- 이와 관련하여 선도사업 운영과정에서 장기요양 대상자의 경우 이미 제도권 내에서 다양한 장기요양서비스를 이용하고 있어 제도권에 포함되지 못하는 대상군에 대한 우선 지원 필요성이 제시되었음. 하지만, 통합돌봄의 궁극적인 방향성이 Aging in Place에 기초하고 있어 지역단위 돌봄욕구가 있는 자 중 시설입소의 가능성이 높은 자, 그 중에서도 장기요양 대상자를 우선적으로 검토하는 것은 방향성에 비춰볼 때 매우 필요한 정책적 고려사항으로 보여짐.

○ 이와 함께, 장기요양보험의 제도권에 진입하지 않았지만 돌봄욕구를 안고 있는 자 이른바 장기요양 등급외자, 퇴원 이후 원만한 재가복귀가 필요한 자도 함께 검토되어야 할 것으로 보임.

- 돌봄안전망이 구축된 지역사회를 구축함에 있어 장기요양 제도권에 진입하지 못했지만 돌봄필요도가 높은 장기요양 등급외자는 지속적으로 지원해야 할 주요 대상자라고 볼 수 있음. 이는 장기요양 등급외자가 평균 2.3년 내에 장기요양보험 제도권으로 진입하고 있으며 장기요양 진입 시에도 종종으로 바로 유입되는 비율도 적지 않아 등급외자 상태에서부터 지속적으로 지역 내 돌봄안전망 내에서 지원할 필요가 있는 것임(유애정 외, 2019).

- 이와 함께, 장기요양 대상자의 범위가 “6개월 이상 혼자서 생활이 불가능한 상태”로 규정하고 있어 퇴원환자의 경우 재가로 복귀하는 과정에서 지속적인 돌봄서비스를 이용할 수 없는 상태에 처해 있었음. 이러한 퇴원 이후 원만한 재가복귀를 지원하고 재입원을 방지할 수 있도록 지역단위 통합적 돌봄지원이 필요한 것임.

□ 이러한 돌봄필요도에 따른 대상자 기준을 명확히 제시하는 노력과 함께 지역내에서 이러한 대상자를 발굴하고 상담창구로 연계하는 프로세스를 구체화하는 노력도 함께 필요함.

○ 읍면동 주민센터 담당자의 업무부담으로 작용되고 있는 대상자 발굴과정에서 자체 발굴 및 서비스제공기관에서 대상자를 의뢰하는 방식을 활용하되 향후에는 건보공단의 빅데이터를 활용하여 초점대상군을 우선적으로 발굴하여 읍면동 주민센터에서 이를 주기적으로 관리하는 방안을 활용하는 방안을 함께 확대해 나갈 필요가 있음(유애정 외, 2021).

- 통합돌봄 선도사업 운영과정에서 참여지자체들은 상담창구를 다양화(보건소, 사회복지관, 병원 등)하여 선제적인 대상자 발굴에 노력을 취했으나 읍면동 주민센터의 발굴업무를 여전히 집중되고 있었음. 읍면동 주민센터 담당자의 업무부담 감소와 선제적인 대상자 발굴을 유도하기 위해 국민건강보험공단의 건강검진, 요양병원 입·퇴원정보, 장기요양 인정조사결과 등의

관련 정보를 적극적으로 활용하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것임.

- 선도사업 운영과정에서 실증적 건강관리사업을 활용하여 돌봄이 필요할 것으로 예측되는 대상자 정보를 읍면동 주민센터 담당자에게 제공했던 경험들을 보다 적극적으로 구현해 나가는 방법을 검토할 수 있을 것임.

○ 이러한 지자체-건보공단 간 협업체계가 가능하기 위해서는 건보공단 내 지역연계팀과 같은 지자체와의 업무협업을 전담으로 수행하는 조직(인력)구성이 확대되어야 하며, 지자체-건보공단 간 상시적인 협업을 통한 지역내 통합돌봄 구현을 위한 자구적인 사업기획 및 개발도 가능할 것으로 보임.

- 국민건강보험공단의 경우 16개 지자체의 선도사업 지원을 위해 해당 지사에 '지역연계팀(TF)'를 설치하고, 건강직과 영양직이 함께 배치되어 해당 지자체의 선도사업지원업무를 수행해왔음.
- 향후 통합돌봄 추진과정에서 국민건강보험공단이 지자체와의 원활한 협업을 추진하기 위해서는 관련 업무가 국민건강보험공단의 고유 업무로 인식될 필요가 있음. 이를 위해서는 관련 업무를 수행할 전담조직(지사 내 지역연계팀 또는 부)을 설치하고 건강직과 영양직이 함께 근무하며 건강보험과 장기요양보험과 관련한 지자체 담당자와의 협업을 수행하기 위한 전담창구 역할을 담당할 필요가 있음.

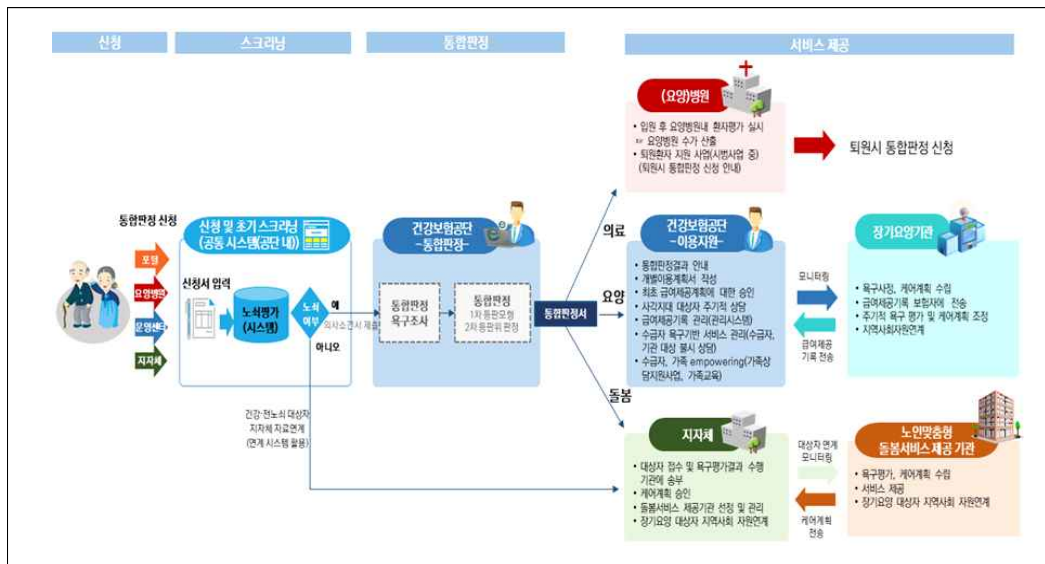
□ 다양한 경로로 발굴된 대상자의 종합적인 사정단계를 거쳐 통합돌봄적 접근이 필요한 대상자를 선정하는 체계를 구축할 필요가 있음.

○ (통합적 욕구사정체계 확립) 돌봄필요도에 따른 형평성에 기반한 돌봄자원 할당을 목표로 통합판정체계 도입 필요.

- 분절화된 욕구사정체계로 운영되고 있는 보건의료-요양-복지 간 욕구사정체계를 통합적으로 운영하기 위한 통합적 사정도구 개발이 필요하며, 이는 기존의 요양병원-장기요양-노인맞춤돌봄서비스 이용 시 활용되던 다양한 사정항목의 재검토를 통해 통합적 사정체계로 재구축하는 방향으로 검토가 필요함.
- 통합판정체계에 기반한 요양병원, 요양시설 및 장기요양 재가서비스, 예방

형 돌봄서비스 이용 판정, 그에 맞춘 서비스이용 가이드라인을 제시하는 방향에서 통합적 욕구사정체계 활용이 요구됨. 이에 현재 보건복지부와 국민건강보험공단이 추진하고 있는 통합판정체계 시범사업 결과를 모니터링하여 향후 제도적 정착화를 고려해 볼 수 있을 것임.

[그림 3-4-1] 통합판정체계 운영도(안)



자료: 한은정(2021), 장기요양 등급판정체계 개선을 위한 연구결과 설명회 자료집, 국민건강보험공단

2) 서비스

□ 본 연구에서 제안한 바와 같이, 노인대상 통합돌봄을 구현하기 위해서는 현재 공적제도권에서 제공하는 서비스 확장과 함께 신규 관련 서비스를 개발하여 보급하는 노력이 뒷받침되어야 함.

○ 특히, 우리나라와 같이 사회보험제도와 사회서비스가 분리되어있는 상황에서는 사회보험제도로 운영되고 있는 보건의료, 장기요양서비스에 대한 전국적 표준화된 서비스를 제공하되 지역적 특성을 반영한 추가적인 관련 서비스가 제공될 수 있도록 추진해 나갈 필요가 있음.

□ (보건의료서비스) 보다 집중적인 관리가 필요한 퇴원 후 지역으로 복귀하는 환자 또는 중증화의 가능성이 높은 만성질환관리자, 재가장기요양 대상자 등에게는 재가에서도 원활한 보건의료서비스와 요양서비스를 이용할 수 있도록 종합적인 지원이 필요함.

○ (보건소의 거점기능 강화) 노인대상 통합돌봄을 추진하는 과정에서 돌봄필요도가 있는 노인의 경우 대체적으로 만성질환을 갖고 있어 이들에게 주기적인 건강관리, 중증화 방지를 위한 간호서비스가 필요하며 특히 거동이 필요한 대상자의 경우에는 재택의료서비스가 전반적으로 제공되어야 할 것임.

- 이 과정에서 중증대상자로 내원하기에 어려움이 있는 대상자의 경우 일차 의료기관을 중심으로 한 재택의료서비스 확장 모델을 우선 적용하고, 중경증 이하 및 예방형 돌봄서비스가 필요한 자의 경우 장기요양의 방문간호서비스 또는 보건소의 방문건강관리서비스 확대를 통한 주기적인 건강관리, 복약교육 등의 서비스가 제공되어야 할 것으로 보임.

○ 그 중에서도 특히 보건소는 지역 내 돌봄필요도가 있는 대상자에 대한 건강관리서비스를 제공하는 주요 거점기관으로 역할을 수행하며 시군구 본청 전담팀-읍면동 주민센터와 협업할 수 있는 체계 구축이 필요할 것으로 보임.

- 현재는 시군구 본청과 보건소 내 적극적인 업무연계가 수행되지 못하고 있지만 통합돌봄 구현을 위해서는 이 또한 우선적으로 전제되어야 할 주요 요

소라고 볼 수 있어 보건소 내 전담인력 확충, 전문성 제고를 위한 지속적인 제도적 지원이 뒷받침되어야 할 것임.

○ 본 연구에서 제시하고 있는 재택의료센터, 가정간호서비스 확대는 통합돌봄 구현을 위해 지역단위에서 필수적으로 갖춰야 할 보건의료서비스라 볼 수 있음. 하지만, 현재 시범사업 중인 일차의료활성화사업과 일부 방문의료서비스 등의 운영 현황을 살펴볼 때 적극적인 확충이 가능할 것인가에 대한 우려점은 내포하고 있음.

- 즉, 통합돌봄 구현을 위한 재택의료서비스의 확충은 단순히 일차의료기관의 방문의료서비스 기능을 활성화하는 노력만으로는 불가능할 수 있음.
- 유애정 외(2019)에서 제시하고 있는 바와 같이 일본이 재택의료 활성화를 위해 병상별 기능을 재정립하는 정책적 과제(지역의료구상)를 함께 추진하는 노력은 우리에게 주는 정책적 시사점이 매우 크다고 볼 수 있음.

□ (요양서비스) 또한, 통합돌봄 구현을 위해서 가장 적극적으로 추진되어야 하는 과제는 바로 장기요양서비스 확대임. 돌봄필요도가 높은 자가 시설 및 병원을 입소(원)하지 않고 지역생활이 가능하기 위해서는 보건의료와 요양의 통합적 서비스 제공이 가능하도록 서비스 제공기반을 재편하여 24시간 365일 안심하고 생활할 수 있는 요양서비스 제공체계가 구축되어야 함.

○ 본 연구에서 제시한 바와 같이 통합재가서비스 확대, 이동지원서비스와 주거개보수 등의 신규 재가요양서비스 확충이 필요하지만 관련 서비스를 제공함에 있어 전문성을 확보하고 맞춤형으로 제공할 수 있는 서비스 제공체계 구축이 필요함.

- 통합재가기관 운영 확대를 통해 재가장기요양서비스 제공체계를 재편하기 위한 노력을 최우선 과제로 추진할 필요가 있음. 당초 장기요양 통합재가서비스를 설계했던 기본적인 추진방향¹⁸⁾을 토대로 한 기관에서 관련 전문직

18) 유애정 외(2021)에 따르면, 장기요양 통합재가서비스 확충은 궁극적으로 ①(원하는 시간, 장소에 맞춘 요양서비스 제공) 한 기관에서 팀워크체계에 기반하여 요양, 목욕, 간호, 주야간보호, 단기보호서비스를 혼합하여 제공하는 형태로 운영, ②(월정액 수가기준 적용) 등급별 월정액 수가기준을 적용하여 포괄적 서비스 제공에 대한 책임성 부여 및 안정적 기관운영 기반 마련, ③(의료서비스 제공 확대) 장기요양대상자의 중

중 간 협업구조가 이뤄지도록 하고, 장기요양서비스의 케어매니지먼트체계가 작동될 수 있도록 제고하는 노력이 뒷받침되어야 전반적인 장기요양서비스 보장성을 강화할 수 있음.

- 선도사업 추진과정에서 제기되었던 요양서비스량 부족 부분을 보완하기 위해서는 현재의 재가한도액을 전반적으로 증액시키는 방법이 있지만, 이보다도 중증대상자를 위한 서비스 공급방식을 다원화하는 방안에 대한 검토가 함께 이뤄져야 할 것임. 예를 들어, 대체적으로 1일 1회 3시간 서비스 제공의 방법을 독거 및 노인부부세대의 경우 1일 다횟수방문에 따른 서비스 제공시간을 다양화하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것으로 보임.

○ 이와 함께, 단기 및 중장기적으로 장기요양보험제도의 보장성 강화정책에 맞춰 신규로 재가요양서비스를 개발 확충하는 노력이 뒷받침되어야 할 것임. 앞서 제시한 이동지원, 주거개보수서비스 뿐만 아니라 기능회복서비스 강화방안에 대한 검토도 필요할 것임.

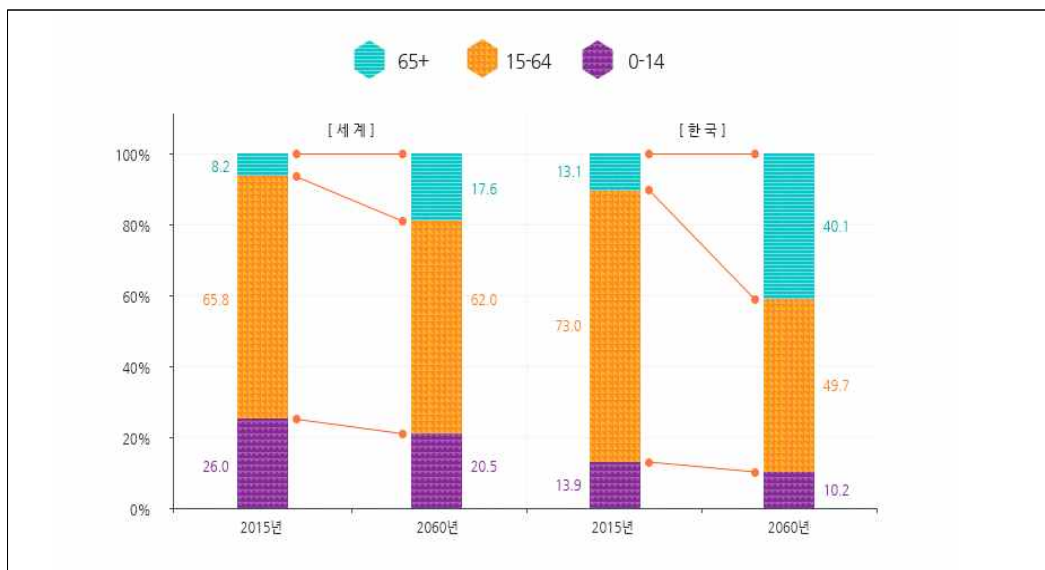
- 거동이 불편한 돌봄필요노인의 병원내원 등의 외출지원을 위해 장기요양급여로서 이동지원서비스 개발 및 확충이 필요함. 유애정 외(2020)에서 제시하고 있는 바와 같이 이동지원서비스는 차량지원+동행지원이 함께 제공될 필요가 있으며 효과적인 차량확보와 인력배치에 따른 서비스 제공기준 마련 등의 검토가 향후 뒷받침되어야 할 것으로 보임.
- 재가생활을 영위중인 돌봄필요노인의 시설 및 병원 이용을 늦추기 위해서는 거동이 불편한 상태가 되어도 자가생활이 가능할 수 있도록 장애요인을 제거하는 주거환경 개선(주거개보수)이 검토되어야 함. 독일 및 일본과 같이 사회보험제도로 장기요양서비스를 제공하고 있는 국외사례에서도 현금급여의 형태로 주거개보수 비용을 지원하고 있어 향후 검토해야 할 우선 과제라고 볼 수 있음. 단, 이를 신규급여화함에 있어 기존의 복지욕구 지원과의 명확한 차별성이 전제되고, 재정안정성을 고려한 서비스 모형 개발이 이

중화 예방을 위해 의료적 욕구 및 건강증진의 적극적인 서비스 지원을 위해 간호인력 의무 배치 및 재가의료 연계체계 구축, ④(케어매니지먼트체계 정착) 표준장기요양이용계획서-개인별 급여제공계획-급여제공기록-모니터링(사후관리)을 체계화하는 전문적 프로세스 실현이 가능할 것으로 사료됨.

뤄져야 할 것임.

- 초고령사회 진입을 앞두고 있는 우리나라의 치매유병률 추이를 살펴볼 때(그림 참고), 향후 노인대상 통합돌봄을 추진함에 있어 주요 초점대상자는 치매환자가 될 가능성이 높음. 즉, 지역내 거주하는 장기요양 대상자의 상당 수가 치매증상을 안고 있을 것으로 예상되어 서비스 측면에서 이와 관련한 전문성 강화 노력을 검토해야 할 것임.

[그림 3-4-2] 우리나라의 치매유병률 추이



자료 : 중앙치매센터, https://www.nid.or.kr/info/diction_list2.aspx?gubun=0201

- 현재, 시행되고 있는 치매전담형 주야간보호기관 운영 확대와 방문요양서비스 제공 시 인지활동형 서비스가 전문적으로 제공될 수 있도록 제도기반을 강화할 필요가 있을 것임.
- 이와 함께, 치매안심센터가 문제행동증상이 있는 장기요양 대상자를 부양하는 가족들에게 지속적으로 케어기술교육을 제공하고, 가족상담 등을 통해 치매증상으로 인한 부양부담을 줄이는 방안들도 적극적으로 검토되어야 할 것임.

- (예방 및 일상생활지원서비스) 일상생활지원을 위한 지역단위 돌봄서비스 유형 다양화 및 서비스 량 확대, 관련 복지기관의 운영구조 재편, 관련 기관 간 협업이 가능할 수 있도록 전담인력 배치 및 인센티브 제공체계 구축이 필요함.
- (예방형 돌봄서비스 확대) 장기요양 진입 전 돌봄필요도가 있는 대상자에게 대한 예방형 돌봄서비스를 확대해 나가는 노력이 뒷받침되어야 할 것으로 보임.
 - 2020년부터 시행되고 있는 노인맞춤돌봄서비스가 심층군, 일반군으로 대상군을 나눠 각각의 상태에 맞춘 서비스를 제공하는 것으로 사업을 추진해 왔으나, 대다수가 일반군 대상자로서 집중돌봄이 필요한 심층군 대상자에 대한 지원은 부족한 상황임(유애정 외, 2021).
 - 이에 현재의 장기요양 등급외자 및 퇴원환자 등인 심층군 대상자의 예방형 돌봄서비스 확대를 지향하되, 통합돌봄 관점의 보건의료-복지서비스 제공이 보다 체계적으로 이뤄질 필요가 있음.
- (복지서비스 제공기관의 돌봄기능 강화) 예방 및 일상생활지원서비스를 강화하기 위해서는 기존 복지서비스 제공기관의 돌봄지원 기능을 강화해 나갈 필요가 있음.
 - 이를 위해서 통합돌봄 선도사업 추진과정에서 주요 서비스 제공기관으로서 역할을 담당한 사회(노인)복지관의 주요 사업기능에 대한 검토가 필요할 것임. 즉, 향후 초고령사회 진입을 앞두고 지역내 사회(노인)복지관의 주요 클라이언트는 돌봄필요도가 있는 노인대상이 상당수를 차지하게 될 것으로 예상되므로 이와 관련한 사회(노인)복지관의 주요 사업내용에 돌봄 관련 내용을 포함시키고 관련 사업내용을 적절히 재편할 필요가 있음.
- (서비스제공기관의 지역케어회의 참여구조 활성화) 공공-민간 간 원활한 협업이 이뤄질 수 있도록 지역케어회의를 활성화시키고, 회의과정을 통한 서비스 연계 조정과 관련한 기능을 강화해 나가는 방향성에서 운영이 필요함.
 - 지역케어회의를 통한 대상자별 서비스 연계 및 조정이 필요한 경우 민간복지기관들도 적극적으로 참여하여 전문성을 발휘할 수 있도록 지역자원연계 업무 담당자를 배치하고 지속적으로 기관담당자들이 관심을 갖도록 유도할

필요가 있음.

- 이와 함께, 민간서비스제공기관이 통합돌봄 추진과정에서 추가적으로 사업 예산이 필요한 경우에는 지자체 내에서 추가적으로 이를 지원할 수 있는 사업운영방안에 대한 검토도 필요할 것임.

○ (서비스 제공기관 참여구조 다양화) 사회적 경제조직 확대. 특히, 식사지원서비스는 지역경제 활성화 등을 고려하여 로컬푸드정책과 함께 추진. 예를 들어, 사회적 협동조합을 주요 서비스 제공기관으로서 참여하도록 하여 협동조합이 지역내 마을식당도 운영하면서, 거동이 불편한 대상자에게는 도시락배달, 식재료 배달 등의 서비스를 다양하게 제공할 수 있도록 먹거리 지원과 관련한 거점역할을 담당할 수 있도록 고려가 필요함.

3) 전달체계

□ (케어매니지먼트 제도화) 관련 법령에서 보다 구체적으로 케어매니지먼트 관련 조항을 개정하는 작업이 필요할 것으로 보임.

○ 노인장기요양보험제도 도입과정 및 이후 정착되는 과정에서 케어매니지먼트 체계 운영 필요성에 대한 문제제기는 사례관리 혹은 케어매니지먼트, 케이스 매니지먼트 라는 다양한 용어를 합의되지 않은 상황에서 이러한 업무를 누가 어떻게 담당할 것인가에 대한 부분이 명확하게 제시되지 않아 건보공단이 표준장기요양이용계획서를 제공하면서 간략한 케어매니지먼트의 역할을 수행한다는 의미만 내포할 뿐 구체적인 방향성을 정립하지 못했음.

- 그러한 이유로 지난 10년 동안 장기요양 대상자의 서비스 이용 및 제공단계에서 공급자 중심의 서비스 제공 패턴이 만연화되고, 수급자 중심의 전문적인 서비스 제공을 위한 체계를 운영하기에는 다각적인 한계점을 내포하고 있었고, 초고령사회 진입을 앞두고 보건복지부가 발표한 지역사회 통합돌봄 로드맵 발표로 노인을 위한 지역단위 케어매니지먼트체계를 어떻게 구축할 것인가에 대한 논의가 제시되면서 비로소 본격적인 주목을 받고 있다고 볼 수 있음.

○ 이러한 정책적 변화에 기반하여 노인대상 케어매니지먼트의 제도화는 노인장기요양보험법에 관련 규정을 포함시키는 작업이 우선되어야 할 것으로 보임. 즉, 통합판정과정을 의무적으로 거치고, 그 결과에 기반하여 장기요양 시설 또는 재가서비스를 이용하고 보험자가 제시한 개인별서비스제공계획과 서비스 제공기관에서 수립한 서비스제공계획에 기반하여 서비스 이용이 가능할 수 있는 제도화 노력이 필요한 것임.

- 제도시행 이후 월 한도액 범위 내에서 이용자(보호자)의 선호에 의해 모든 서비스 내용이 결정되고 있는 현 상황을 넘어서서 이용자(보호자)의 욕구를 반영한 계획 수립 그에 기반한 서비스 이용 및 제공이 연동되는 부분에 대한 변화를 도모하기 위해서는 법 및 제도적 기반이 구축되어야 함.
- 결국 이를 통해 이용자(보호자)의 계획에 따른 서비스 이용에 대한 국민적 공감대 형성이 가능할 것이며 그러한 과정을 통해 우리 사회가 지향하는 지역사회 통합돌봄 추진에 대한 동일한 인식에서의 제도적 변화, 사회적 분위기 조성이 가능할 수 있다. 이른바 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 문화적 통합을 이뤄낼 수 있는 것임.

□ (지자체-건보공단 간 협업체계 구축) 지역사회 통합돌봄 구현을 위한 효과적인 전달체계 구축을 위해서는 주요 운영주체 간 역할을 분명히 하고, 그들간의 원활한 협업체계를 구축하는 노력이 필요함.

○ 읍면동 주민센터를 중심으로 지역 내 돌봄자원에 대한 종합적인 상담제공은 가능할 수 있지만 현재의 읍면동 주민센터 업무 과부하와 전문성 미흡 문제¹⁹⁾ 등을 고려할 때 향후 장기요양서비스를 포함한 돌봄서비스 전반에 대한 신청 업무까지 케어통합창구에서 수행하기에는 한계가 있을 수밖에 없을 것임.

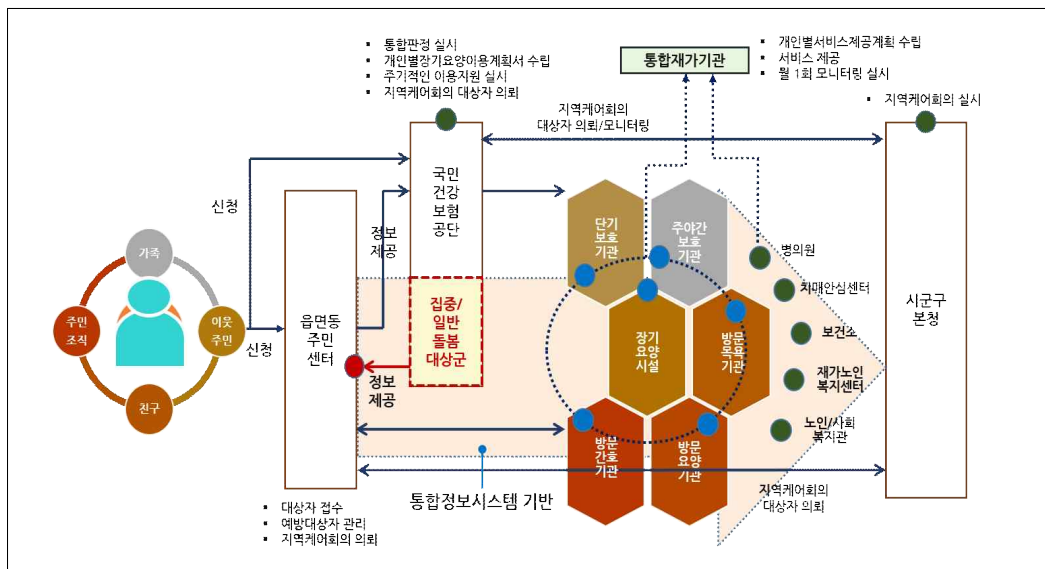
- 또한, 돌봄필요도가 있는 노인에게 제공할 수 있는 서비스의 상당 수를 노인장기요양보험제도에서 커버하고 있다는 부분 등을 고려할 때, 보험자인

19) 사회복지전담공무원은 읍면동 복지허브화 사업 등을 통해 주민센터에서의 통합사례관리 실시, 맞춤형 복지상담 등에 대한 업무수행을 담당하고 있지만, 주민센터당 여전히 이러한 업무를 수행할 수 있는 복지직공무원 확충에의 인력배치 한계점, 전문적인 사례관리실천기술 부족으로 인한 단순한 자원배분 중심의 업무수행과정에서 업무부담을 다소 강하게 느끼고 있는 것으로 나타났음(이정희외, 2018)

국민건강보험공단과 지자체 간 업무분담체계를 구축하는 것이 적절할 것으로 보임.

- 즉, <그림 3-4-3>에서 제시하고 있는 운영체계에 기반하여 통합돌봄의 노인대상 가운데에서도 장기요양보험 대상자의 경우에는 이미 국민건강보험공단을 통해 노인장기요양보험법에서 기반하고 있는 이용지원 업무(이하, 장기요양 사례관리)²⁰⁾를 통해 적극적으로 수행해 나가는 방법도 고려해 볼 수 있음. 국민건강보험공단이 기수행하고 있는 개인별장기요양이용계획서 제공, 수급자를 위한 이용지원 관련 사항, 장기요양급여 제공내용 확인 등의 업무에 기반하여 수급자 맞춤형으로 장기요양서비스가 제공될 수 있도록 전달체계의 하나로서 공공사례관리 개념을 도입할 필요가 있음.

[그림 3-4-3] 지역사회 통합돌봄과 케어매니지먼트 운영모델(안)



자료 : 유애정 외(2021), 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 케어매니지먼트 운영 방안, 국민건강보험공단

20) 노인장기요양보험법 제48조에 근거하여 국민건강보험공단은 자격관리, 장기요양보험료의 부과·징수, 신청인에 대한 조사, 등급판정위원회 운영 및 판정, 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서 제공, 장기요양급여 관리 및 평가, 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항, 급여비용의 심사 및 지급, 장기요양급여 제공내용 확인, 장기요양사업 조사·연구 및 홍보 등의 업무를 담당하고 있음

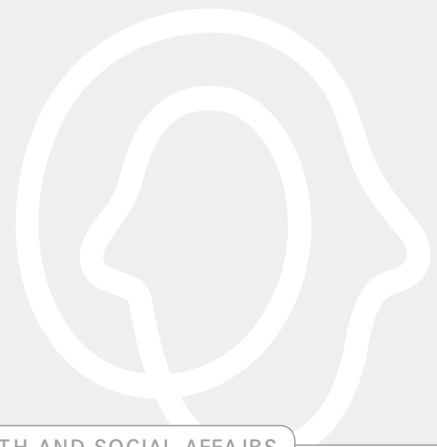
○ (정보시스템 기반 정비) 지역사회 통합돌봄 구현을 위한 케어매니지먼트 운영 모델이 효과적으로 운영되기 위해서는 관련 기관 간 전산화에 기반한 정보공유시스템 구축이 최우선적으로 추진되어야 함.

- 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진과정에서 향후 과제로 최우선으로 제시된 내용이기도 하고, 노인돌봄 시범사업에서는 지자체-국민건강보험공단 간 정보공유시스템이 구축된다면 공동근무방식보다는 각 기관에서 시스템에 기반한 연계업무가 이뤄질 수 있다는 의견이 제시될 만큼 이와 관련한 요구도가 높은 것으로 보임.
- 결국, 돌봄필요도가 있는 대상자에게 한 사람이 모든 서비스를 제공할 수 없기 때문에 정보공유시스템 구축은 무엇보다도 전제 요건이 될 수 밖에 없을 것이고 이를 위해서는 개인정보보호법 상 기관 내에서 관리되어야 하는 개인정보를 관련 담당자 간 공유할 수 있는 체계를 만들어 나가는 작업이 필요할 것임.
- 또한, 이러한 공유체계를 구축하기 위해서는 각 서비스(제도)별로 운영되고 있는 케어매니지먼트 운영과정 전반에서 활용될 사정도구, 기록서식지 등을 표준화시키고, 이를 시스템에 반영해 나가는 노력이 기반이 되어야 함.

□ (전문인력 양성 및 교육체계 구축) 노인대상 지역사회 통합돌봄 추진과정에서 케어조정자 역할은 지자체, 국민건강보험공단이 담당하되 관련 주요 서비스 제공기관의 사례관리자와 협업하는 방식을 지향함.

○ 이 과정에서 지자체와 국민건강보험공단은 장기요양 대상자 여부에 따라 각각의 케어조정자 역할을 수행하며, 지자체가 지역 내 총괄적인 돌봄필요자의 정보는 확인 및 관리하되 국민건강보험공단과 지속적인 협업체계를 구축함.

- 이를 위해서는 지자체와 건보공단 담당자의 전문성 제고를 위한 지속적인 교육기회가 확보되어야 하며, 각각의 업무를 이해하고 효과적으로 협업하기 위한 공동교육과정이 제공될 필요가 있음.



제4장

장애인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

제4절 소결

제4장 장애인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

1. 탈시설 장애인

가. 유관 제도 진단

□ 장애인 거주시설의 유형과 재편

○ 1981년 「심신장애자복지법」 제정으로 장애인 거주시설이 법정 서비스가 되었으며, 2011년 「장애인복지법」 전부개정으로 단기거주시설과 공동생활가정이 장애인 거주시설의 유형으로 편입됨.

〈표 4-#〉 장애인 거주시설 유형 및 정원

구분	기능	종합조사 입소기준	정원
장애유형별 거주시설	장애유형이 같거나 유사한 장애를 가진 사람들을 이용하게 하여 그들의 장애유형에 적합한 주거지원, 일상생활지원, 지역사회재활지원 등의 서비스를 제공하는 시설	성인 120점 아동 110점	10~30명
중증장애인 거주시설	장애의 정도가 심하여 항상 도움이 필요한 장애인에게 주거지원, 일상생활지원, 지역사회생활지원·요양서비스를 제공하는 시설	성인 240점 아동 190점	10~30명
장애영유아 거주시설	6세 미만의 장애영유아를 보호하고 재화에 필요한 주거지원, 일상생활지원, 지역사회생활지원, 요양서비스를 제공하는 시설	-	10~30명
장애인 단기거주시설	보호자의 일시적 부재 등으로 도움이 필요한 장애인에게 단기간 주거서비스, 일상생활지원서비스, 지역사회생활서비스를 제공하는 시설	-	10~30명
장애인 공동생활가정	장애인들이 스스로 사회에 적응하기 위하여 전문인력의 지도를 받으며 공동으로 생활하는 지역사회 내의 소규모 거주시설	-	4명

주: 종합조사 입소기준 점수는 기능제한(X1) 영역 점수를 의미하며, 2019년 7월부터 적용됨.

자료: 장애인복지법 시행규칙 [별표 4], [별표 5]

○ 또한 대규모 거주시설에 대한 문제제기에 따라 2011년 전부개정된 「장애인복지법」에 의해 신규 거주시설을 정원 30인 이하로 제한하게 됨.

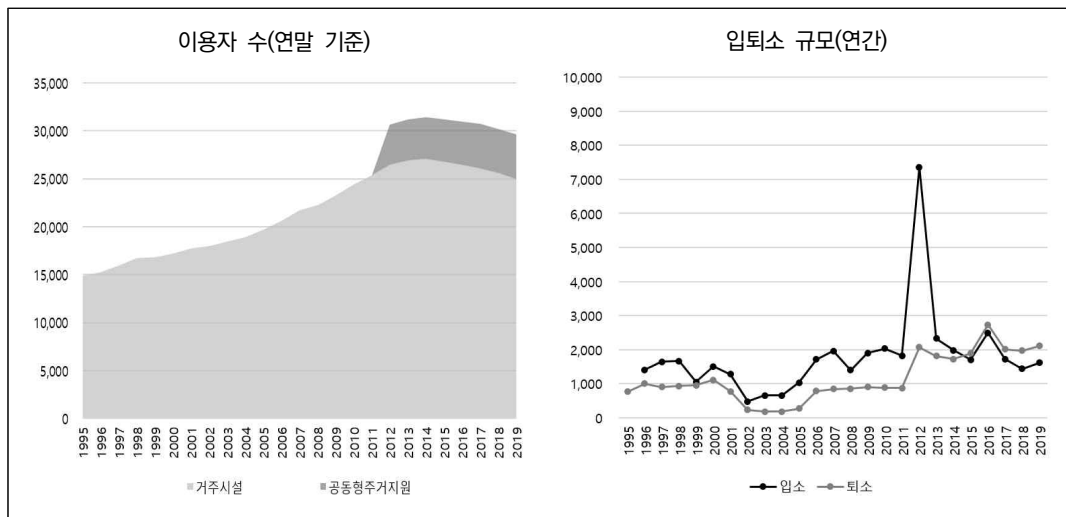
- 2019년 7월부터는 기존 거주시설에 기능적 능력에 문제가 크지 않은 장애인이 불필요하게 다수 입소하고 있다는 문제의식에 따라 서비스 지원 종합조사에 의한 기능제한(X1) 영역 점수를 입소 기준으로 적용함.

□ 장애인 거주시설 이용자 및 입퇴소 규모 추이

- 장애인 거주시설 이용자 수는 2010년대까지 빠르게 증가하다가 2014년을 정점으로 이후에는 점진적으로 감소하고 있음.
- 연도별 입소자 및 퇴소자 수를 살펴보면 2015년부터 퇴소자 수가 입소자 수를 초과하기 시작하여 이용자 수가 감소하기 시작함.
- 하지만 일반적인 국외 사례와 같이 거주시설 입소자가 감소하면서 공동생활가정과 같은 지역사회 환경에 가까운 주거지원이 크게 증가하는 현상은 나타나지 않음.

[그림 4-#] 장애인 거주시설 이용자 및 입퇴소 규모 추이

(단위: 명)



- 주 1) 공동형 주거지원에는 공동생활가정과 단기거주시설이 포함되며, 나머지 장애인 거주시설은 모두 '거주시설'로 분류함.
- 2) 입퇴소 규모에서 퇴소자 수는 보건복지통계연보의 보고자료를 그대로 사용했고, 입소자 수는 퇴소자 규모에 거주시설 이용자 총수의 연간 증감을 바탕으로 재산출함.
- 3) 2012년의 입소자 수는 공동생활가정이 장애인 거주시설로 편입되면서 유입된 규모가 포함된 수치임.
- 자료: 보건복지부(2010, 2020). 보건복지통계연보.

□ 지방자치단체 중심의 탈시설 지원 서비스

- 현재는 지방자치단체를 중심으로 탈시설 장애인을 위한 전환주거(자립생활주택 등) 및 지원주택 공급, 자립정착금, 활동지원 추가급여 등의 지원이 이루어지고 있음.
 - 일부 지방자치단체에서는 탈시설 자립지원 계획을 정기적으로 수립하고 있으며(서울, 부산, 대구, 인천, 광주 등), 탈시설 장애인 전담조직을 운영하고 있기도 함(서울, 부산 등)(보건복지부, 2021a).
- 중앙정부 차원에서는 장애인 활동지원제도에서 시설 퇴소 장애인에게 최대 6개월까지 월 20시간의 특별지원급여가 제공되는 등의 일부 지원이 이루어지고 있지만 본격적인 탈시설 장애인 지원체계는 갖추고 있지 않음.

□ 거주시설에 대한 국제규범과 탈시설화 정책 추진

- 대한민국도 비준한 유엔(UN) 장애인권리협약은 제19조에서 장애인의 지역사회 거주 권리를 규정하고 있으며, 2017년 장애인권리위원회는 2017년 협약 제19조에 대한 일반논평(General Comment)을 통해 거주시설의 폐쇄를 포함한 탈시설화 정책 가이드라인을 제시함(UN CRPD, 2017).
- 수년간 지속적으로 제기된 탈시설화 정책의 요구에 따라 정부는 2017년 장애인 ‘탈시설’을 국정과제로 제시하였으며, 2021년 8월 ‘탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵’(이하 ‘탈시설 로드맵’)을 발표함(보건복지부, 2021a).

나. 표적 집단 추정

1) 표적 집단 추정에서의 이슈와 가정

□ 정태적 추정 vs. 동태적 추정

- 장애인 지역사회 통합돌봄에서 탈시설 장애인 집단의 규모는 정태적으로 보는가, 혹은 동태적으로 보는가에 따라 규모가 크게 달라질 수 있음.

- 우선, 정태적 추정은 현재 시점에서의(point in time) 대상자 수를 추정하는 것으로 현재 장애인 거주시설의 이용자 수를 대상으로 보는 단순한 접근임.
 - 2020년 말 기준 장애인 거주시설 이용자 수는 29,086명인데(보건복지부, 2021b), 탈시설화 정책 추진에도 불구하고 운영 방식 개선을 통해 유지될 필요가 있는 단기거주시설과 공동생활가정 이용자를 제외하면 24,481명을 표적 집단의 최대치로 볼 수 있음.
- 하지만 장애인 거주시설 입소가 전면 금지된 것이 아닌 상황에서 매년 새로운 입소자가 발생하기 때문에 매 시점마다 시설에서 퇴소하는 장애인을 정책 대상으로 보는 동태적 추정이 보다 현실적임.
 - 다만 이 경우에는 현 시점에서의 정책대상이 아닌 일정한 기간 동안의 정책 대상 규모만을 추정할 수 있음.
 - 물론 서비스(주거, 일상생활 지원 등)의 총량은 동태적 추정 결과를 반영한 매 시점마다의 정태적 (누적) 결과를 토대로 산출 가능함.

□ 거주시설의 유형과 탈시설 지원 대상

- 모든 장애인 거주시설의 이용자를 탈시설 대상으로 볼 것인가, 거주시설의 유형에 따라 달리 볼 수 있는가에 따라 정책 대상의 규모가 달라질 수 있음.
- 단기거주시설과 공동생활가정을 제외한 나머지 거주시설은 전통적인 ‘시설’로, 해당 시설 이용자는 명백히 탈시설 대상으로 볼 수 있음.
- 하지만 단기거주시설과 공동생활가정은 국외에서도 현실적인 대안으로 존재하는 주거지원 형태인 만큼 전면적인 탈시설 대상이라 보기는 어려움.
- 다만, 현재의 장애인 단기거주시설 및 공동생활가정이 ‘시설화’된 형태로 운영되고 있다는 점, 그리고 단기거주시설이나 공동생활가정에서 지원주택, 완전자립 등 단계적인 탈시설 과정을 거칠 가능성도 고려할 수 있음.
 - ‘탈시설 로드맵’에서도 대규모 거주시설을 퇴소한 장애인의 일부가 공동형 주거지원(공동생활가정 등)으로 이전하고, 공동형 주거지원을 이용하던 장애인의 일부가 개별형 주거지원(지원주택 등)으로 이전한다는 가정을 두었

음(보건복지부, 2021a).

□ 탈시설화 정책 시행에 따른 추가적인 영향

- 장애인 거주시설의 현재 상태가 지속된다고 하더라도 퇴소 장애인이 지속적으로 발생하므로 탈시설 지원 대상 규모는 지속적으로 발생함.
- 하지만 탈시설화 정책이 본격적으로 추진될 경우 입소 규모의 감소와 퇴소 규모의 증가라는 추가적인 정책 효과가 나타날 수 있으며, 이로 인한 정책대상 규모를 함께 추정할 필요가 있음.

□ 장애 상태에 따른 정책 대상 선별

- 장애 상태에 따라 탈시설 지원 대상을 선별해야 하는지, 할 수 있는지는 현실에서 매우 논쟁적인 이슈임.
 - 유엔(UN) 장애인권리위원회의 가이드라인에는 대상을 선별하지 않도록 하고 있으나, 탈시설화 정책은 점진적으로 추진할 수 있다고 제시하기도 함 (UN CRPD, 2017).
- 정부는 ‘탈시설 로드맵’에서 당사자의 ‘주거결정권’을 고려한다는 원칙을 제시하면서도 의무적으로 매년 자립지원조사를 실시하여 대상자를 발굴하기로 하였으며, 장애 정도, 유형, 자립 경험 등 개인적 요건에 따른 선별을 배제하기로 함(보건복지부, 2021a).
 - 참고로 2020년 장애인 거주시설 이용자 전수조사 결과, 의사소통이 가능한 장애인은 40.7%, 탈시설 욕구를 표현한 장애인은 33.5%로 나타남(보건복지부, 2021a).
- 또한 정부는 장애인 탈시설화 정책이 마무리될 것으로 예상되는 2041년에 이르면 의료적 욕구가 강하여 1인 단독 거주가 어려운 2,193명의 장애인이 거주시설에 남을 것으로 예상하고 있음(보건복지부, 2021a).
 - 하지만 이러한 규모의 근거는 제시되어 있지 않으며, 이러한 장애인을 위한 지역사회 내의 공동형 혹은 개별형 주거지원의 대안이 현재 존재하지 않기

때문에 남겨놓은 정책적 과제라 볼 수도 있음.

2) 표적 집단 추정 결과

□ 자연 예측치와 잠재 예측치

- 거주시설과 탈시설 장애인 지원을 포함한 장애인 주거지원 전반에 대한 표적 집단은 크게 자연 예측치와 잠재 예측치로 구분할 수 있음.
- 자연 예측치는 최근의 연간 거주시설 입퇴소 규모 추세를 바탕으로 주거지원 규모의 변화를 예측한 것임.
 - 이는 거주시설에 대한 개입이나 탈시설화 정책 기조의 변화가 없을 경우 대응해야 하는 주거지원 규모로, 이에 대한 지원 수단은 현존하는 장애인 거주시설이 됨.
- 잠재 예측치는 탈시설화 정책 추진에 따른 대안적 주거지원 대상으로 1) 탈시설화 정책 기조의 본격화에 따라 입퇴소 규모가 추가 증감하는 부분에 대한 지원과 2) 자연 예측치에서 예상되는 자연적인 탈시설 장애인에 대한 지원이 포함됨.
 - 잠재 예측치에서는 1)에 해당하는 추가적인 수요는 물론 2)에 해당하는 기존 수요에 대해서도 기존 거주시설이 아닌 대안적인 주거지원이 이루어지는 것을 전제로 함.

□ 장애인 거주시설 규모 자연 예측

- 최근 장애인 거주시설 입퇴소자 규모를 바탕으로 미래 규모를 예측하는 절차는 다음과 같음.
- 우선 거주시설 총 입퇴소자 규모를 바탕으로 기존 거주시설과 공동형 주거지원(공동생활가정+단기거주시설)의 규모에 비례하여 양 주거지원 유형의 입퇴소자 규모를 분리 산출함.
- 다음으로 2013~2019년의 변화를 바탕으로 2040년까지의 연간 입퇴소자 규

모를 탈시설, 사망, 입소 상태로 구분하여 예측함.

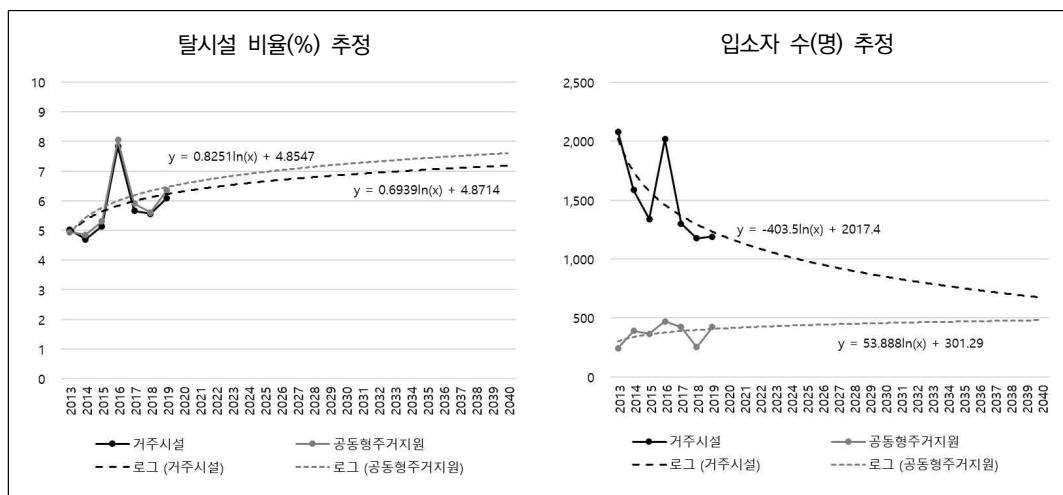
- 이때 탈시설 규모는 총 거주인 규모에 의해 크게 결정되기 때문에 탈시설 수(명)가 아닌 탈시설 비율(%)을 추정하며, 입소자 규모는 총 거주인 규모에 영향을 크게 받지 않는 외생적 수요로 보아 규모(명)를 추정함.
- 사망자의 규모와 사망률은 2013~2019년 사이에 크게 변화를 보이고 있지 않아, 2020~2040년에도 이전과 같이 매년 전연도 연말 누적 인원의 0.85%의 사망이 발생할 것으로 가정함.

○ 마지막으로 탈시설 비율과 입소자 규모의 증감 속도는 시간이 갈수록 줄어듦 것으로 예상되므로 2013~2019년 관찰치를 바탕으로 로그함수를 추정하여 2020~2040년의 상태를 예측함.²¹⁾

○ 아래 그림과 표는 이러한 방식으로 추정한 연도별 장애인 거주시설 입퇴소자 규모를 보여줌.

[그림 4-#] 장애인 주거지원 유형별 입퇴소 규모 추정

(단위: %, 명)



주: 공동형 주거지원에는 공동생활가정과 단기거주시설이 포함되며, 나머지 장애인 거주시설은 모두 '거주시설'로 분류함.

자료: 보건복지부(2010, 2020). 보건복지통계연보 자료 재산출.

21) 이와 같은 추정 방식은 '탈시설 로드맵'(보건복지부, 2021a)에 적용된 방식과 동일한 것임. 자연 예측치를 '탈시설 로드맵'과 동일하게 제시하기 위하여 2020년의 행정통계 관측치는 반영하지 않음.

〈표 4-#〉 장애인 거주시설 이용자 자연예측치

(단위: 명)

연도	연말 누적 인원			연간 증감 인원		
	거주시설	공동형 주거지원	계	거주시설	공동형 주거지원	계
2020	24,369	4,748	29,117	-611	66	-545
2021	23,734	4,811	28,544	-635	63	-572
2022	23,085	4,870	27,955	-649	60	-589
2023	22,430	4,927	27,356	-655	56	-599
2024	21,775	4,980	26,754	-655	53	-602
2025	21,124	5,030	26,153	-651	50	-601
2026	20,481	5,077	25,558	-643	47	-596
2027	19,849	5,121	24,970	-632	44	-588
2028	19,230	5,162	24,392	-619	41	-577
2029	18,626	5,201	23,827	-604	39	-565
2030	18,038	5,237	23,275	-588	36	-552
2035	15,359	5,386	20,745	-500	26	-474
2040	13,119	5,491	18,610	-414	18	-396

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

자료: 보건복지부(2010, 2020). 보건복지통계연보 자료 재산출.

□ 정책 개입 시나리오

○ 장애인 탈시설화 정책이 추진되는 과정에서 주거지원은 다음과 같은 형태로 이루어지는 것을 가정함.

- 주거지원의 형태는 1) 거주시설, 2) 공동형 주거지원, 3) 개별형 주거지원으로 구분하며, 거주시설 퇴소자에게는 공동형 및 개별형 주거지원이, 공동형 주거지원 퇴소자에게는 개별형 주거지원이 제공된다고 가정함.
- 정책 개입은 ‘탈시설 로드맵’에 따라 2025년부터 이루어지는 것으로 가정하고, 시나리오를 크게 두 가지로 구분함. 이때 두 가지 시나리오는 대체 관계가 아닌 보완 관계이며, 실제로는 두 가지 시나리오가 결합되어 동시에 이루어진다고 가정함.

○ 정책 개입 A: 거주시설 입퇴소 추가 증감에 대한 지원²²⁾

- 장애인 탈시설화 정책 추진시 거주시설 탈시설 장애인 규모가 자연 예측치

보다 연간 20% 증가, 거주시설 입소자 수는 자연 예측치보다 연간 50% 감소한다고 가정함.

- 추가로 증가한 탈시설 장애인과 추가로 감소한 입소자 각각에 대해 1/2은 공동형 주거지원, 1/2은 개별형 주거지원이 제공된다고 가정함.
- 정책 개입 A에서는 추가로 증가한 탈시설 장애인과 추가로 감소한 입소자에 대해 대안적인 주거지원이 이루어지기 때문에 주거지원의 총 규모(거주시설+공동형+개별형)는 자연 예측치(거주시설+공동형)와 동일함.

○ 정책 개입 B: 거주시설 및 공동형 주거지원 자연적 탈시설에 대한 주거지원²³⁾

- 거주시설과 공동형 주거지원의 자연적 탈시설 장애인의 일부에 대해 대안적인 주거지원이 제공된다고 가정함.
- 2013~2019년 퇴소자 중 '연고자 인도' 비율은 연평균 76.57%, 나머지 독립적 탈시설 비율은 23.43%였는데(보건복지통계연보), '연고자 인도' 퇴소자 중에서도 일부는 주거지원이 필요하다고 판단하여 전체 탈시설 장애인의 30%에 대해 대안적 주거지원이 이루어진다고 가정함.
- 거주시설 자연 탈시설 장애인의 30% 중 1/2은 공동형 주거지원, 1/2은 개별형 주거지원이 제공되고, 공동형 주거지원 탈시설 장애인의 30%에게는 모두 개별형 주거지원이 제공된다고 가정함.
- 정책개입 B에서는 자연적 탈시설만 고려하기 때문에 대규모 거주시설의 규모는 자연 예측치와 동일함.

○ 정책 개입 A와 B는 실제로는 동시에 결합되어 추진하는 것으로 가정함.

□ 자연 예측치와 정책 개입 A 시나리오의 비교

- 정책 개입 A 시나리오에 따른 연도별 주거지원 총 규모는 점차 감소하지만 자연 예측치와 동일함.

22) 정책 개입 A 시나리오는 '탈시설 로드맵'에 제시된 것과 동일함.

23) 정책 개입 B 시나리오는 '탈시설 로드맵'에 제시되지 않았음. 하지만 현실적으로 자연 예측에 의한 입퇴소(정책 개입 B)와 정책 개입에 의한 추가 입퇴소(정책 개입 A)를 구분하는 것을 불가능하므로 두 가지 정책 개입 시나리오는 병행 추진되는 것으로 가정하는 것이 타당함.

- 즉 대규모 거주시설 이용자가 대안적 주거지원(공동형 및 개별형 주거지원) 이용자로 점진적으로 대체되는 모양을 보임.

○ 정책 개입이 이루어질 경우 주거지원 서비스 이용자 총 규모는 2022년 27,955명에서 2027년 24,970명으로 자연예측치와 동일하나, 공동형 및 개별형 주거지원 이용자의 규모는 증가함.

- 정책 개입이 본격화되는 2025년부터 공동형 주거지원과 개별형 주거지원 은 매년 각각 약 300~400명씩 이용자가 증가할 것으로 예상됨.

□ 자연 예측치와 정책 개입 B 시나리오의 비교

○ 정책 개입 B 시나리오에 따른 연도별 주거지원 총 규모는 자연 예측치에 비해 완만하게 감소하는 추세를 보임.

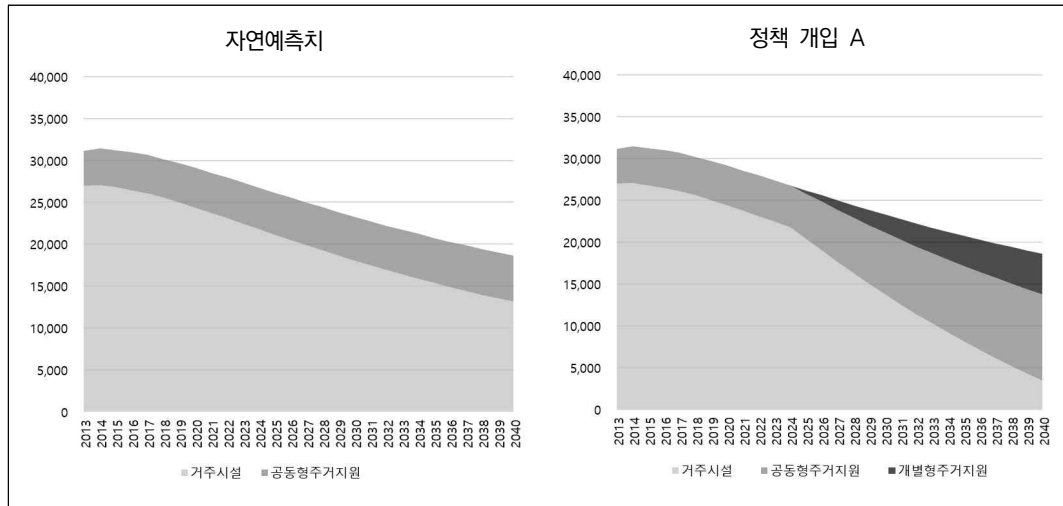
- 주거지원의 유형별로 보면 대규모 거주시설 이용자 규모는 자연 예측치와 동일하게 유지되지만 대안적 주거지원이 증가하는 모양을 보임.

○ 정책 개입이 이루어질 경우 주거지원 서비스 이용자 총 규모는 2022년 27,955명에서 2027년 26,548명으로 소폭 감소하며, 대규모 거주시설 이용자 규모는 감소하고 공동형 및 개별형 주거지원의 이용자 규모가 증가함.

- 정책 개입이 본격화되는 2025년부터 공동형 주거지원과 개별형 주거지원 은 매년 각각 약 200~300명씩 이용자가 증가할 것으로 예상됨.

[그림 4-#] 장애인 주거지원 자연 예측치와 정책 개입 A의 비교

(단위: 명)



주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 정책 개입 A에 따른 이용자 규모

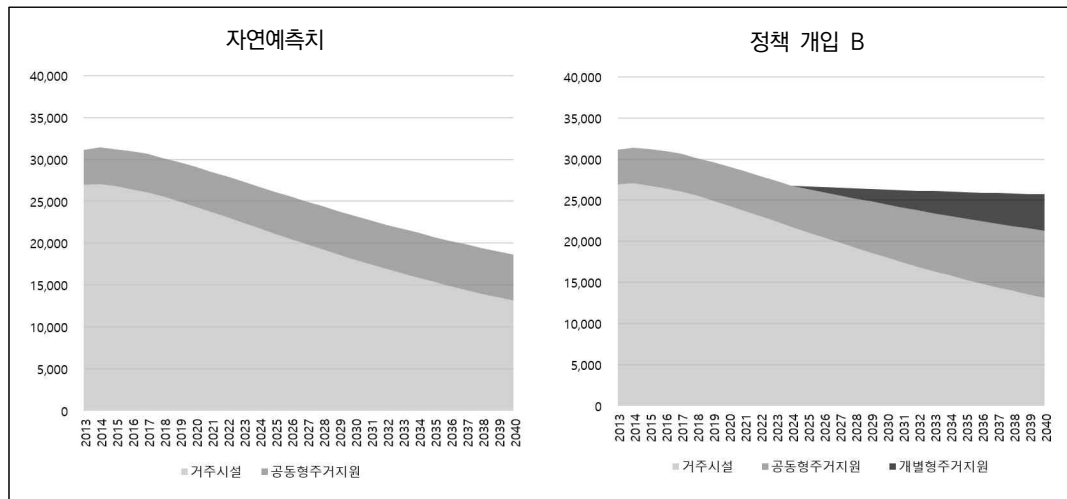
(단위: 명)

연도	연말 누적 인원				연간 증감 인원			
	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계
2020	24,369	4,748	0	29,117	-611	66	0	-545
2021	23,734	4,811	0	28,544	-635	63	0	-572
2022	23,085	4,870	0	27,955	-649	60	0	-589
2023	22,430	4,927	0	27,356	-655	56	0	-599
2024	21,775	4,980	0	26,754	-655	53	0	-602
2025	20,343	5,420	390	26,153	-1,432	440	390	-601
2026	18,947	5,844	767	25,558	-1,396	423	376	-596
2027	17,589	6,251	1,130	24,970	-1,358	407	363	-588
2028	16,271	6,642	1,480	24,392	-1,319	391	350	-577
2029	14,992	7,018	1,817	23,827	-1,279	376	337	-565
2030	13,753	7,380	2,143	23,275	-1,239	362	325	-552
2035	8,151	8,990	3,604	20,745	-1,043	297	271	-474
2040	3,473	10,314	4,823	18,610	-867	245	226	-396

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

[그림 4-#] 장애인 주거지원 자연 예측치와 정책 개입 B의 비교

(단위: 명)



주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 정책 개입 B에 따른 이용자 규모

(단위: 명)

연도	연말 누적 인원				연간 증감 인원			
	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계
2020	24,369	4,748	0	29,117	-611	66	0	-545
2021	23,734	4,811	0	28,544	-635	63	0	-572
2022	23,085	4,870	0	27,955	-649	60	0	-589
2023	22,430	4,927	0	27,356	-655	56	0	-599
2024	21,775	4,980	0	26,754	-655	53	0	-602
2025	21,124	5,247	321	26,692	-651	267	321	-62
2026	20,481	5,505	637	26,623	-643	258	316	-70
2027	19,849	5,752	947	26,548	-632	248	310	-74
2028	19,230	5,991	1,251	26,472	-619	238	304	-76
2029	18,626	6,220	1,549	26,395	-604	229	298	-77
2030	18,038	6,440	1,841	26,318	-588	220	292	-76
2035	15,359	7,409	3,211	25,979	-500	178	262	-60
2040	13,119	8,188	4,439	25,745	-414	142	235	-37

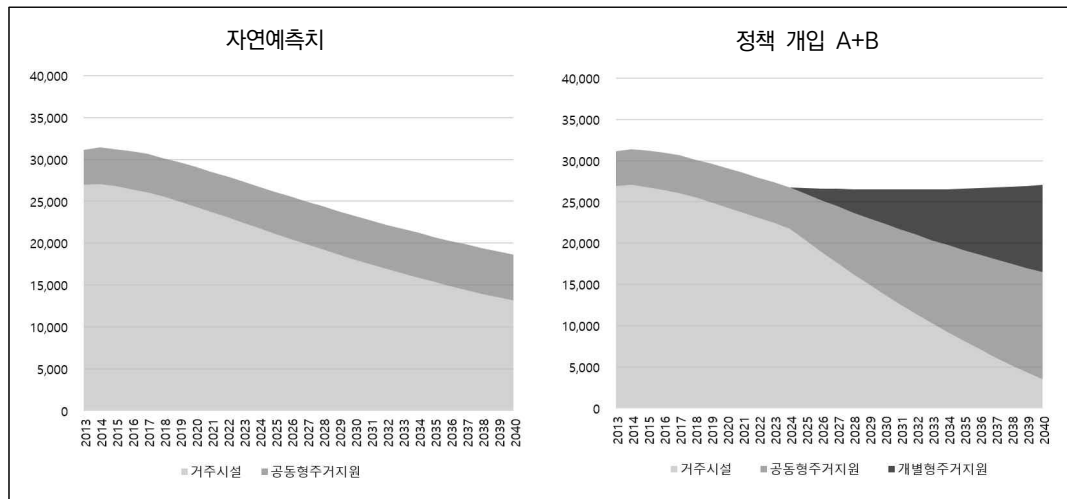
주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

□ 자연 예측치와 정책 개입 A+B 시나리오의 비교

- 정책 개입 A와 B 시나리오는 현실적으로 병행 추진될 수밖에 없는데, 두 개의 시나리오를 결합할 경우 연도별 주거지원 총 규모는 초반에는 미세하게 감소하다가 2032년부터 증가 추세로 전환됨.
- 대규모 거주시설 이용자는 정책 개입 A 시나리오와 동일하게 감소하며, 대안적 주거지원(공동형 및 개별형 주거지원)은 정책개입 A와 B의 효과가 결합되어 증가 속도가 크게 나타남.
- 5년간 전망치를 보면 주거지원 서비스 이용자 총 규모는 2022년 27,995명에서 2027년 26,584명으로 소폭 감소함.
 - 정책 개입이 본격화되는 2025년부터 공동형 주거지원과 개별형 주거지원은 매년 각각 약 600~700명씩 이용자가 증가할 것으로 예상됨.

[그림 4-#] 장애인 주거지원 자연 예측치와 정책 개입 A+B의 비교

(단위: 명)



주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 정책 개입 A+B에 따른 이용자 규모

(단위: 명)

연도	연말 누적 인원				연간 증감 인원			
	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계	거주시설	공동형 주거지원	개별형 주거지원	계
2020	24,369	4,748	0	29,117	-611	66	0	-545
2021	23,734	4,811	0	28,544	-635	63	0	-572
2022	23,085	4,870	0	27,955	-649	60	0	-589
2023	22,430	4,927	0	27,356	-655	56	0	-599
2024	21,775	4,980	0	26,754	-655	53	0	-602
2025	20,343	5,637	712	26,692	-1,432	658	712	-62
2026	18,947	6,271	1,416	26,635	-1,396	634	704	-57
2027	17,589	6,882	2,113	26,584	-1,358	611	697	-50
2028	16,271	7,471	2,802	26,544	-1,319	588	690	-41
2029	14,992	8,037	3,485	26,514	-1,279	566	682	-30
2030	13,753	8,582	4,161	26,495	-1,239	545	676	-18
2035	8,151	11,013	7,444	26,607	-1,043	449	645	51
2040	3,473	13,011	10,594	27,077	-867	368	621	122

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

2. 재가장애인

□ 유관제도 진단

- 재가장애인의 안정적인 지역사회 거주를 위한 지원 제도를 돌봄 등 일상생활, 이동, 주거, 보조기기, 보건의료 영역으로 구분하여 지원사업의 내용, 대상자 선정기준, 이용 규모를 살펴봄.
 - 교육, 고용 및 직업재활 영역과 거주시설 서비스와 주로 탈시설 장애인을 대상으로 하는 주거유지 서비스 제외
 - 대상이 아동·청소년으로 제한된 서비스(발달재활, 발달장애청소년 방과후 활동, 장애아가족 양육지원, 지역사회서비스투자사업 장애인 보조기기 렌탈서비스) 제외

〈표 4-〉 장애인 지원영역 및 유관 제도

지원영역	유관 제도
돌봄 및 일상생활	장애인활동지원, 발달장애인 주간활동, 장애인주간보호, 가사간병 방문지원, 야간순회방문서비스, 독거노인·장애인응급안전알림서비스, 수어통역센터
이동	장애인특별교통수단, 생활이동지원센터
주거	농어촌 장애인 주택 개조 지원
보조기기	장애인보조기기 건강보험(의료급여) 적용, 장애인 보조기기 교부
보건의료	지역사회중심재활사업, 의료재활시설, 장애인건강주치의(시범사업)

가. 돌봄 및 일상생활

1) 장애인활동지원

□ 지원 대상

- 만6세 이상 65세 미만 등록장애인
 - 노인장기요양법에 의한 장기요양급여를 받는 사람은 제외하나, 활동지원급여를 받는 중 65세가 도래하여 장기요양인정 신청을 하여 등급외 판정을 받

은 사람은 이용 가능

○ 국민연금공단의 장애인 서비스지원 종합조사를 통한 적격성 심사

□ 장애인 서비스지원 종합조사

- 장애인 서비스지원 종합조사는 장애인의 복지서비스 수요를 파악하여 필요한 서비스를 지원하기 위해 개인의 욕구와 생활실태 등을 보다 포괄적으로 평가하는 절차임.
- 현행 장애인지원사업 중 활동지원급여, 보조기기 교부, 거주시설 이용, 장애인 사용 자동차 지원과 표지 발급, 활동지원 응급안전서비스는 서비스지원종합조사 결과와 연동하여 신청이 가능함(장애인복지법 제32조의4 제1항).
- 조사 영역과 항목, 영역별 배점은 아래 <표 4-*>와 같으며, 종합점수를 15개 구간으로 구분하여 활동지원급여의 월 한도액 결정

<표 4-*> 장애인 서비스지원 종합조사 영역 및 항목 (성인용)

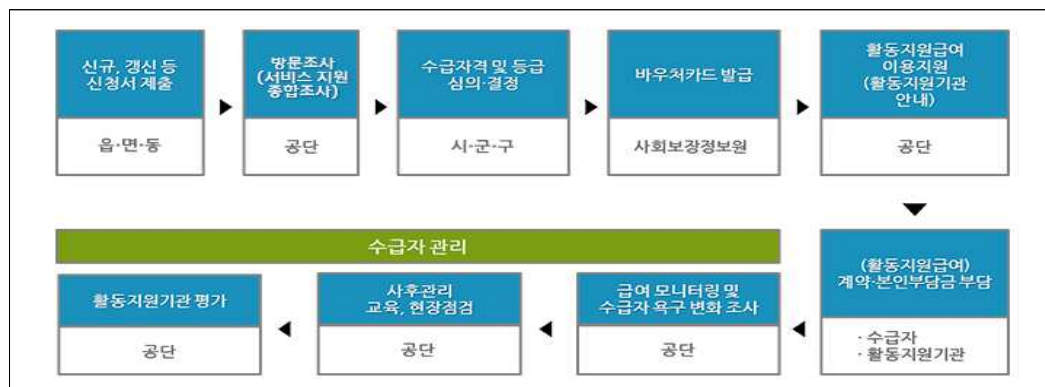
조사영역		조사항목	총점
가구환경	가구	-독거가구 -취약가구 -본인을 제외한 가족의 사회생활	36
	주거	-이동에 제한이 있고, 지하층 또는 2층 이상 거주 -이동에 제한이 있고, 엘리베이터가 없는 지하층 또는 2층 이상 거주	4
사회활동		직장생활, 학교생활	24
기능제한	일상생활동작	옷갈아입기, 목욕, 구강청결, 음식물 넘기기, 식사, 누운상태에서 자세바꾸기, 옮겨얹기, 시청각복합평가, 앉은자세유지, 실내이동, 실외이동, 배변, 배뇨	318
	수단적 일상생활동작	전화사용, 물건사기, 식사준비, 청소, 빨래하기, 약챙겨먹기, 금전관리, 대중교통이용	120
	인지행동특성	주의력, 위험인식 및 대처, 환각망상, 조울상태, 문제행동, 공격행동, 자해행동, 집단생활부적응	94
욕구조사 및 급여이용 계획		신체수발, 가사활동 지원, 목욕지원, 이동지원, 통학지원, 학습보조, 통근 지원, 업무보조, 의사소통 지원, 간호서비스 지원 등에 서의 도움 여부와 주로 도와주는 사람, 이용희망 횟수, 시간	-

자료: 이한나 외. (2021). p.236 <표 5-3> 수정

□ 활동지원급여 이용 절차

- 읍면동에 활동지원급여를 신청하면, 시군구에서 국민연금공단에 조사를 의뢰하고, 국민연금공단 담당자가 신청자를 방문하여 서비스지원 종합조사 진행
- 공단에서 종합조사 결과를 시군구에 송부하고, 시군구의 수급자격심의위원회에서 종합조사 결과를 심의하여 지급 여부와 급여량을 결정하고 신청자에게 결과 통보
- 서비스 대상자로 선정되면 서비스 제공기관과 계약을 체결하고 활동지원사를 통해 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등의 급여 이용
- 소득수준에 따라 차등화된 본인부담금을 부과하며, 국민기초생활보장법상 생계급여 및 의료급여 수급권자에게는 본인부담금이 면제됨.

[그림 4-] 활동지원급여 이용절차



자료: 장애인활동지원. (2021) 활동지원급여 이용절차 안내. <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action> 에서 2022.3.16. 인출

□ 활동지원급여 표준 서비스

- 활동지원서비스의 지원 범위는 이용자의 신체활동 전반과 가사활동, 사회활동을 포괄하여 장애인의 안정적인 지역사회 생활을 위한 핵심적 기능을 함.

〈표 4-〉 장애인활동지원사업 표준 서비스

영역	대분류	중분류 및 단위서비스
가사지원	가사활동지원	청소: 청소 세탁: 세탁 취사: 취사, 장보기
신체활동지원	신체활동지원	개인위생관리: 목욕도움, 신체청결 신체기능보조: 배설관리, 옷입기지원, 몸단장지원, 식사도움, 신체이동도움, 신체기능증진
	건강지원	처치보조: 감염예방 체위변경: 체위변경 복약보조: 복약돕기
	안전지원	응급상황 대응: 응급상황 대응 안전관리: 안전관리
사회활동지원	사회활동지원	외출동행: 외출동행 일상생활지원: 일상생활지원 의사소통서비스: 의사소통서비스
정서지원	정서지원	정서지원: 정서지원서비스

자료: 보건복지부. (2021a). 2021년 장애인활동지원 사업안내. 세종: 보건복지부. pp.259-263.

□ 지방자치단체의 활동지원급여 추가지원

- 국고로 지원되는 활동지원급여는 최고 구간의 기본급여 한도가 월 7,105,000 원, 활동보조시간으로 환산하면 일 16시간 가량으로, 24시간 활동지원을 받을 수 없음.
- 각급 지방자치단체에서는 국고로 보조하는 활동지원급여가 불충분한 장애인을 대상으로 지방자치단체 자체 예산으로 추가지원하고 있으며, 일부를 예시하면 아래와 같음.

〈표 4-〉 지방자치단체 장애인활동지원급여 추가지원(일부 예시)

구분		대상 및 급여량
광역 자치 단체	서울특별시	-만 65세 이상 최중증 독거장애인: 월 100~200시간(추가) -거주시설 퇴소 장애인: 월 120~320시간
	부산광역시	-국비 지원을 모두 사용한 자(독거, 사지마비 와상장애인): 월 20~330시간 * 추가지원분은 본인부담금 없음.
	광주광역시	X1영역 360점(아동은 280점), 호흡기 관련 희귀난치성 질환자(11종), 국비사업 추가급여 독거가구 중 야간에 상시 활동지원사 필요한 자: 최대 24시간 지원
	경기도	-도 추가 지원(가구 특성별 일정 자격 요건을 갖춘 자): 월 5~최대137시간 -24시간 지원: 기능제한+가구특성(독거, 취약, 와상 등)+호흡기 착용: 월 최대 330시간 * 추가지원분은 본인부담금 없음.
	충청북도	-기초수급자(생계, 의료) 중 와상장애인(30명): 월 80시간 -차상위 120% 이내 또는 희귀난치성 질환자(100명): 월 20시간 -차상위 120% 초과자(200명) 월 10시간
	전라남도	기능영역 360점 이상: 24시간 지원 활동지원 1~5구간: 30시간 추가
기초 자치 단체	서울시 마포구	-활동지원 1등급 최중증 와상, 사지마비 독거 장애인(360점): 24시간 -활동지원 1등급 최중증 대상자에게 최대 월 30시간 구비 추가 활동: 시추가사업 수급자 중 X1 점수 300점 이상 최중증 독거 및 취약가구 장애인 - 활동지원 1~2등급 성인 발달장애인 최대 월 30시간 활동지원 제공(단, 국고 및 시비 추가급여 대상자, 주간보호센터 이용자, 직업재활시설 이용자 제외)
	서울시 도봉구	만19세 이상 성인발달장애인 및 탈시설 장애인(X1 47점 이상): 30~50시간 추가 지원
	충청남도 천안시	-국·도비 17시간 외 시에서 추가 7시간 활동지원 -최중증 독거, 취약가구 장애인(인정점수 400점 이상)으로서 24시간이 필요한 다음에 해당하는 자: 호흡기 질환자, 사지마비 체위변경이 필요한 와상장애인 등으로써 취약가구(활동지원 수급자를 제외한 가구 구성원 모두 장애정도가 심한 장애인, 만19세 미만, 만65세 이상 중 어느 하나에 해당하는 경우)

자료: 복지포털 <https://www.bokjiro.go.kr/ssis-teu/index.do> 에서 2022.3.16. 검색하여 인출

□ 활동지원급여 이용자 규모

- 최근 3년간 활동지원급여 이용자는 등급판정자를 기준으로 2019년 108,360명, 2020년 118,125명, 2021년 128,766명으로, 지속적인 증가 추이를 보이고 있음.
- 활동지원급여 이용자가 전체 등록장애인 중 차지하는 비율은 2020년 기준 등록장애인(2,633,026명)의 4.5%, 정도가 심한 장애인(984,965명)의 12.0% 수준임(보건복지부, 2021b²⁴).

[그림 4-] 장애인활동지원 급여 이용자 규모 (2019-2021)



자료: 한국사회보장정보원에서 제공한 원자료 저자 분석

2) 발달장애인 주간활동

□ 지원 대상 및 내용

- 만 18세 이상 65세 미만의 발달(지적, 자폐성)장애인이 낮시간에 지역사회 기반활동에 참여할 수 있도록 하는 프로그램으로, 본인부담금 없이 이용 가능
- 학교(고등학교, 전공과, 대학교)에 재학 중인 자, 주20시간 이상 취업자, 장애인평생교육시설 이용자 등 다른 주요한 낮 활동을 하는 사람은 대상에서 제외 하나, 주 20시간 이내 이용자는 시간이 중복되지 않는 범위 내에서 이용 가능
- 거주시설 이용자도 이용이 불가능하나 자립생활 체험홈, 자립생활주택은 이용이 가능함.

24) 보건복지부. (2021b). 장애인 등록 현황(2020년 12월말 기준). <https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp> 에서 2022.3.1. 인출

□ 이용 절차

- 본인 또는 보호자, 담당공무원이 읍면동에 서비스 신청시 광역자치단체에 설치된 발달장애인지원센터에 수급자격 심사를 의뢰
- 발달장애인지원센터에서는 주간활동 조사표에 따라 조사를 실시하고, 결과를 시군구 수급자격심사위원회에 제출
- 시군구에서 판정 결과를 신청자에게 통보하며, 이용 대상으로 판정된 경우 발달장애인지원센터를 통해 거주지 내 주간활동서비스 제공기관 안내.

□ 급여 형태 및 프로그램 내용

- 주간활동서비스는 전자바우처로 지급되며, 단축형(56시간), 기본형(100시간), 확장형(132시간)이 있음.
 - 기본형과 확장형은 장애인활동지원서비스와 함께 이용할 경우 급여량이 각각 40시간, 72시간 축소
- 주간활동 프로그램은 의미와 목적이 있으며 사회성을 증진시킬 수 있는 활동으로 구성하는 것을 원칙으로 하며, 이용자의 자기주도적 참여 강조
- 보건복지부(2021c, p.33)에서 예시한 주간활동 프로그램은 다음과 같음.

〈표 4-〉 발달장애인 주간활동 프로그램의 예시

구분	내용
참여형	<ul style="list-style-type: none"> • 자조모임 : 티타임, 동아리, 독서모임 등 • 산책, 걷기, 수영, 등산, 요가, 볼링, 탁구, 농구 등 건강 증진 활동 • 직장 탐방, 캠프, 여행 • 교육(일상생활 자립, 권리, 성인권 및 안전 교육 등) • (문화관람) 연극 및 영화 관람, 미술관 및 박물관 이용 등
창의형	<ul style="list-style-type: none"> • 자조모임 : 목적이 있는 특정 활동의 기획 회의, 계획, 수행 등 제반활동 • 음악활동 : 악기 연주, 노래 부르기, 중창이나 합창, 난타배우기 등 • 미술활동 : 그림그리기, 작품 감상, 한지 공예 작품 만들기, • 바리스타 교육, 가드너, 제과제빵, 양조공예 등 • (도예) 흙으로 생각 표현, 창작품 만들기, 생활도자기 만들기 • (사진 찍기) 카메라 관리, 사진 찍기, 사진 인화방법 • (공예품 만들기) 목공예, 비누공예 등 • 기타 제반 창작활동

자료: 보건복지부. (2021c). 2021년 발달장애인 활동서비스 사업 안내. 세종: 보건복지부. p.33

□ 최중증 발달장애인을 위한 1인 서비스

- 주간활동서비스에서는 도전적 행동, 중복장애로 인한 거동 불편 등의 이유로 집단 프로그램 이용이 어려운 이용자를 위하여 전담 제공인력이 지원하는 1인 서비스를 운영함.
- 보건복지부(2021, p.36)가 예시한 1인 서비스는 다음과 같이 일상생활, 여가 활용, 지역사회기술, 의사소통 프로그램 등으로 구성되며, 자립생활 기술 훈련 및 지원의 측면이 강함.

〈표 4-〉 최중증 발달장애인을 위한 1인 서비스 예시

구분	내용
일상생활 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 위생관리: 착·탈의 기술, 계절에 맞는 옷 입기, 손씻기, 청소하기, 마스크 이용법 숙지 및 착용하기, 세탁기 이용하기, 설거지하기 등 • 간단한 조리하기: 계란프라이 하기, 라면 끓이기, 커피타기 등 • 화장실 기술: 이 닦기, 물로 행구기, 머리감기 등 • 핸드폰 사용하기: 핸드폰으로 음악 감상하기, 어플 다운 및 사용하기, 핸드폰으로 지하철 노선 찾기 등
여가활동 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 영화 관람하기, 공원 산책하기, 노래방 가기, 대중교통 이용하기 • 바리스타 교육, 제과제빵, 공예프로그램 참여 • 음악활동: 악기 연주, 노래 부르기, 난타 배우기 등 • 미술활동: 그림그리기, 미술관에서 작품 감상하기 등 • 취미활동: 사진 찍기, 볼링장 이용하기, 등산가기 등
지역사회기술 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 패스트푸드점 방문하여 자신이 원하는 햄버거 선택하여 먹기 • 자신이 보고 싶은 영화 선택하여 예매하기 • 편의점에 가서 자신이 원하는 제품 선택하여 계산하기 • 은행에 가서 번호표 뽑고 통장 만들기 • 목적지까지 대중교통 이용하여 이동하기
의사소통 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 핸드폰 사용하기: 부모님에게 문자 메시지 보내기, 친구에게 다이얼 눌러서 통화하기, 핸드폰 게임하기, 배달 어플 이용하여 음식 주문하기 • 구어로 표현이 어려운 이용자: 그림으로 선택하여 의사표현 하기, 손가락으로 가리켜 의사소통하기 등

자료: 보건복지부. (2021c). 2021년 발달장애인 활동서비스 사업 안내. 세종: 보건복지부. p.36

□ 지방자치단체의 최중증발달장애인 지원사업

- 발달장애인 주간활동 이용자 중 도전적 행동이 심한 최중증 발달장애인을 대상으로 서울, 대구, 광주 등의 지방자치단체에서 자체 추가예산을 지원하여 집

증적인 지원 프로그램으로 운영하고 있음.

〈표 4-〉 지방자치단체의 최종증 발달장애인을 지원사업

구분	사업명	사업 개요
서울특별시	성인 최종증발달장애인 낮활동 지원사업 챌린지	-서울시 16개, 경기도 1개 장애인복지관에서 사업 수행 -서울발달장애인지원센터에서 사정 및 평가 -주4회, 일 6시간(오전 10시~오후 4시) 운영 -이용자 1인당 2년 단위 서비스 제공, 1년 연장 가능 -이용자 외 부모 교육 및 상담 진행
광주광역시	최종증발달장애인 융합돌봄지원센터	-광주광역시 2개 장애인복지관에서 사업 수행 -광주발달장애인지원센터에서 사정 및 평가 -주간활동(오전 9시~오후 4시 30분) 및 지원주택 및 긴급돌 봄 프로그램 포함 -이용자 1인당 2년 단위 서비스 제공, 1년 연장 가능 -2021년 현재 4명 이용
대구광역시	청암 낮생활지원센터	-대구발달장애인지원센터에서 사정 및 평가 -이용자가 기본 월이용료 부담 -도전적 행동지원계획 및 낮생활지원계획으로 구성하여 지원 -주5회 일6시간 (오전 10시~오후 4시) 운영 -개인별 지원계획에 따라 개별 또는 집단 프로그램 운영

자료: 강정배, 박계신, 손희경. (2021a). 발달장애인 도전적 행동 지원방안 연구. 한국장애인개발원. pp.15~27 저자
정리

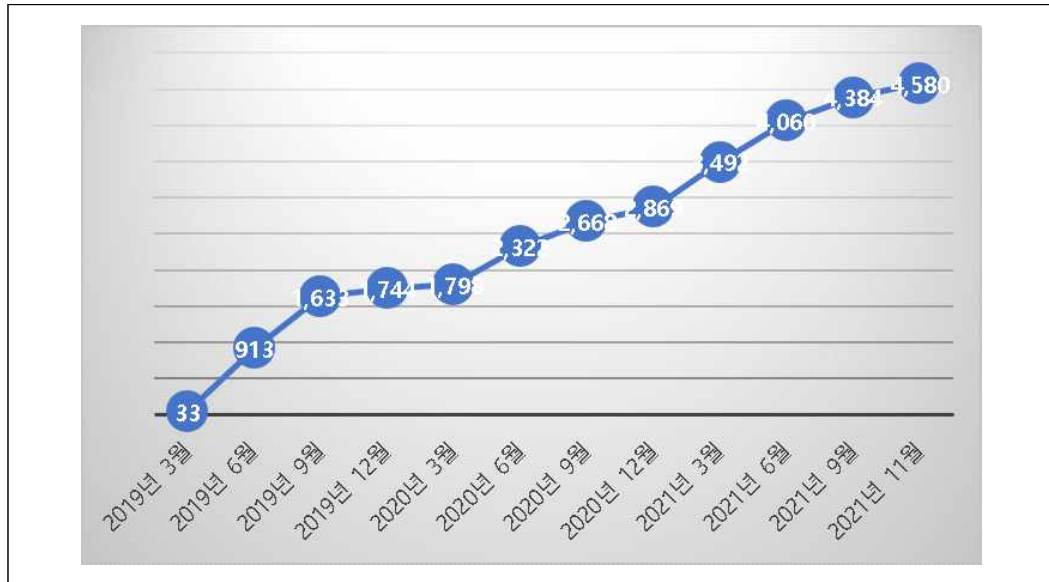
□ 이용자 규모

○ 서비스가 도입된 2019년 3월 이후 지속적인 증가 추이를 보이며, 2021년 11
월 현재 이용자 규모는 4,580명, 2021년 11월까지의 연간 이용자는 5,267명
으로 나타남.

- 2021년 연간 이용자는 247,910명(2020년 12월 기준, 서비스 이용자는
2021년 11월 기준)인 등록 발달장애인(지적장애인 217,108명, 자폐성 장
애인 30,802명)의 2.1% 가량이 이용하는 수준임.

○ 최종증 발달장애인을 위한 1인 서비스 이용자는 276명으로 파악됨.

[그림 4-] 발달장애인주간활동서비스 이용자 규모(2019-2021년)



자료: 한국사회보장정보원에서 제공한 원자료 저자 분석

3) 장애인주간보호시설

○ 낮시간 동안 장애인을 보호하며 일상생활, 여가활동, 교육·훈련, 지역사회 적응활동 등을 지원함.

- 발달장애인 주간활동과 유사한 성격의 지역사회시설 기반 집단 활동 프로그램 제공

〈표 4-〉 장애인주간보호시설 수행사업

구분	대상 및 급여량
일상생활 지원	식사 및 간식지원, 건강관리 및 위생관리 및 일상생활훈련 등을 통해 자립생활능력을 배양
여가활동 지원	의미 있는 낮 시간 활동을 위한 문화·예술, 스포츠, 여가·취미 활동 등 체험위주의 여가활동을 제공
지역사회적응활동 지원	일상생활에 필요한 안전, 교양 및 언어·인지 등의 교육과 직업훈련, 사회구성원으로써의 권리의 이해를 위한 성교육, 인권교육 등의 교육·훈련 지원
특별활동지원	여행, 캠프 및 기념일 활동 등 새로운 환경과 정보를 접하고 정서함양을 통한 자기발전을 도모할 수 있도록 활동 서비스 지원
기타	자원봉사자 개발, 실습생 교육지도, 교통 편의 제공, 가족 상담과 지원서비스 제공 등

자료: 보건복지부. (2021f). 2021년 장애인복지시설 사업 안내. 세종: 보건복지부. pp.228-229 저자 재구성

- 이용 자격에는 장애유형의 제한을 두지 않으나, 실태조사 결과 발달장애와 뇌병변장애가 대부분을 차지하는 것으로 파악됨.
 - 2019년 7월 전국 주간보호시설 전수(724개)를 대상으로 하여 42.1%의 회수율을 보인 서해정 외(2019)의 조사 결과, 이용자의 유형별 현황은 지적장애인 62.1%, 자폐성 장애인 17.7%, 뇌병변장애 8.1%으로 이들 세 유형의 장애인이 전체 이용자의 87.9%를 차지함.
- 제공기관 지원 형태의 서비스로, 서비스 신청접수 및 이용 결정, 서비스 제공을 모두 주간보호시설에서 수행
- 시설별로 정한 소정의 이용료를 부과하며, 국민기초생활보장법 수급권자와 차상위계층에게는 이용료가 면제될 수 있음.
- 2019년 12월 기준 전국에 769개소의 장애인 주간보호시설이 운영 중이며, , 이용정원은 12,843명, 실이용인원은 11,610명으로 파악됨(공공데이터포털, 2020²⁵⁾).

4) 중증장애인 야간순회 방문서비스

- 24시간 이용이 불가능한 활동지원서비스에 대한 보완적 성격의 서비스로, 중증장애로 인해 심야시간대(오후 10시~오전 6시)까지 돌봄이 필요한 대상자에게 순회방문 및 응급호출 대응 서비스 제공
 - 순회돌보미가 대상자 가구를 2~3회 순회 방문하여 1회 20~30분 가량의 돌봄서비스(관장, 화장실 이동 등 개인위생관리, 체위변경, 약물복용, 안전 확인 등)를 제공함.
- 지방자치단체 자체 예산으로 민간기관에 위탁하여 운영하며, 지역마다 대상자 선정기준에 차이가 있음.

25) 공공데이터포털. (2020). 보건복지부_장애인 주간보호센터 현황.
<https://www.data.go.kr/data/15075530/fileData.do> 에서 2022.3.16. 인출

5) 독거노인·장애인응급안전 알림서비스

- 독거노인과 장애인 가정에 응급한 상황이 발생할 경우 신속하게 대처할 수 있도록 응급안전 관련 장비를 설치하고 응급 상황에 대해 모니터링함.
- 장애인활동지원을 이용 중이며 독거 상태이거나 가족의 직장·학교생활 등으로 인한 부재로 상시 보호가 필요한 장애인을 대상으로 선정하며, 24시간 활동지원을 받고 있을 경우 선정 대상에서 제외됨.
- 시군구별로 독거노인·장애인 응급안전안심서비스 지역센터(지역센터)를 선정하여 운영하며, 2021년 현재 전국 222개 기관이 운영 중임. 이 중 124개 센터에서 장애인 서비스 제공(보건복지부, 2021d²⁶), p.160).
- 지역센터의 응급관리요원은 장비점검을 위해 중점관리 대상자는 월 1회 이상, 일반 대상자는 1~2개월당 1회 방문하여 장비 활용과 위급상황 시의 행동요령 등에 대한 이용자 교육을 실시함.

6) 가사간병 방문서비스

- 만 65세 미만 저소득 가구(기준 중위소득 70% 이하)의 장애정도가 심한 장애인, 중증·희귀난치성 질환자, 소년소녀가정, 조손 가정, 한부모가정, 의료급여수급자 중 장기입원사례관리 퇴원자 등을 대상으로 가사간병 방문서비스 지원
 - 장애인활동지원급여의 보완적 성격의 서비스에 가까우며, 장애인활동지원 이용자는 대상에서 제외
- 지원 내용은 신체수발(목욕, 대소변, 옷 갈아입히기, 세면, 식사 등 보조), 간병(체위변경, 간단한 재활운동 보조), 가사(쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조), 일상생활 지원(외출 동행, 말벗, 생활상담 등) 등임.
- 2020년 기준 가사간병 방문서비스 이용자는 약 8,500명으로 파악되며, 장애인 이용자의 규모는 별도로 파악되지 않음(사회서비스 전자바우처, 2021²⁷).

26) 보건복지부. (2021d). 2021년 독거노인 장애인 응급안전안심서비스 사업 안내. 세종: 보건복지부.

27) 사회서비스 전자바우처. (2021). 주요통계. https://www.socialservice.or.kr:444/user/htmlEditor/statistic/view.do?p_sn=15

7) 수어통역센터

- 수어통역센터에서는 음성언어로 하는 의사소통에 어려움이 있는 청각언어장애인에 대한 수어통역과 상담서비스를 제공함.
 - 수어통역센터는 장애인복지법에 근거한 장애인 지역사회재활시설로, 지방자치단체에서 위탁한 민간기관에서 운영하며 2021년 12월 기준 전국 199개가 설치되어 있음(보건복지부, 2021e²⁸), p.5).
- 센터가 소재한 지역에 등록된 청각언어장애인을 우선 이용대상으로 하며, 관공서, 병원 등, 각종 민원 해결을 위한 수어통역서비스 제공

나. 이동지원

1) 특별교통수단

- 이동에 불편이 있는 장애인을 포함한 교통약자를 위해 시군구에 교통약자 이동지원센터를 설치하고 휠체어 탑승설비 등을 장착한 특별교통수단을 운행함.
 - 보행상 장애 기준을 충족하거나, 이에 미달하지만 서비스지원 종합조사 중 이동지원 욕구에서 추가적 지원이 필요한 장애인을 대상으로 선정하여 특별교통수단을 이용할 수 있도록 함.

〈표 4-〉 성인 대상 서비스지원종합조사표 중 이동지원서비스 관련 항목

조사영역	조사항목	총점
일상생활동작	움켜 앉기, 앉은자세 유지, 실내 이동, 실외 이동	124
수단적 일상생활동작	대중교통 이용	48
인지행동특성	주의력, 위험인식 및 대처	66

- 특별교통수단은 지정된 노선을 순회운행하는 셔틀 형식과 개인별로 목적지까지의 이동을 지원하는 콜 형식으로 운행되며, 콜 운행은 지방자치단체에서 정한 소정의 요금을 부과함. 국민기초생활보장 수급자에게는 이용료가 면제됨.

28) 보건복지부. (2021e). 2021년 장애인복지시설 일람표. 세종: 보건복지부.

- 교통약자 이동지원센터는 공공기관이나 운수사업자, 단체 등에 위탁하여 운영하며, 시군구와 시도를 포함하여 2021년 기준 전국 157개가 운영되고 있음. 차량보유대수는 4,230대로 파악됨(공공데이터포털, 2021).
- 특별교통수단 이용 대상 장애인 수는 시점과 자료에 따라 차이가 있으며, 오욱찬 외(2018)가 689,137명, 강정배, 왕영민(2019)는 541,379명으로 파악함.

2) 장애인 생활이동지원센터

- 장애인 생활이동지원센터는 이동에 제약이 있는 장애인을 대상으로 민원 업무 보조, 직장 출퇴근, 병원 이용, 외출 등 사회활동 또는 의료적 이유의 이동을 지원하여 특별교통수단을 보완하는 대체수단으로 기능함.
- 생활이동지원센터는 장애인복지법에 근거한 지역사회재활시설로, 지방자치단체에서 민간기관에 위탁하여 운영되고 있음. 2020년 기준 전국 164개 설치(보건복지부, 2021e, p.4).

다. 주거지원

1) 농어촌장애인 주택개조지원사업

- 국토교통부에서 실시하는 농어촌 장애인 주택개조지원사업은 농어촌에 거주하는 일정 소득수준 이하 장애인의 자가 및 임대 주택의 개조비용을 지원하는 사업임.
 - 농촌 외의 장애인은 주거급여의 수선유지(수급자 자가 개량) 사업에서 지원하며, 주거급여 수급자(기준중위소득 45% 이하) 중 자가주택 수선유지급여를 지원받은 자는 제외함. 단, 지원내용이 중복되지 않은 경우 지원 가능
- 주택 내의 편의시설 지원이 원칙이며, 주택 외부에서 내부로 들어오는 출입로 경사로 보수설치, 외부 화장실 개보수 및 주택 내부 신규 설치 등 포함
 - 주택 내 출입문이나 바닥 마감재 개선, 부엌 가스 밸브 높이 조정, 침실 조명 밝기 변경 등 개조

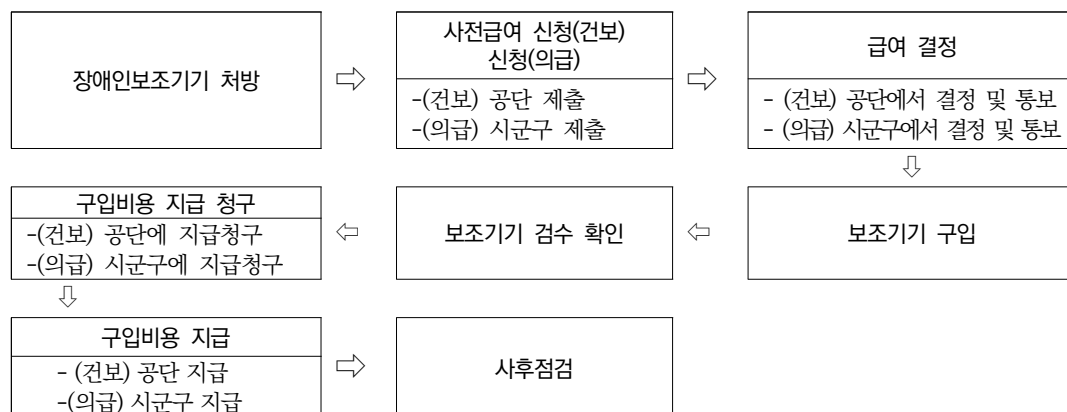
- 시군구에서 지원대상에 적합한 주택과 대상자를 선정하고 개조대상 편의시설을 선정하고 시행하며, 2020년 전국에서 900호 사업 실시(국토교통부, 202029))
- 급여지원 수준은 가구당 사업비는 380만 원 이내로 하되, 국토교통부와 지자체가 5:5로 분담

라. 보조기기 지원

1) 장애인보조기기 건강보험(의료급여) 적용

- 건강보험 또는 의료급여 이용 장애인이 건강보험이 적용되는 장애인 보조기기를 구입할 경우 구입 금액 일부를 건강보험 급여 또는 의료급여로 지급함.
 - 건강보험 이용자는 건강보험공단에서, 의료급여 이용자는 시군구에서 급여 신청접수 및 결정, 구입비용 지급 담당

[그림 4-] 장애인보조기기 건강보험(의료급여) 교부 절차



자료: 중앙보조기기센터. (2021). 장애인보조기기 건강보험(의료급여) 사업. https://www.knat.go.kr/knw/home/knat_DB/assist_detail.php?assist_biz_idx=2 에서 2022.3.16. 인출

29) 국토교통부. (2020). '20년 농어촌 장애인주택 개조사업 업무처리지침. <https://www.gosims.go.kr/hg/hg001/retrieveAttach.do?docId=8fc840c8-914a-490d-a429-315c8481fa90&fileId=717ddb32-0e8a-466b-ac92-0b8922fe31ab> 에서 2022.3.16. 인출

○ 급여 품목은 보건복지부 고시에 의해 정해지며, 2021년 7월 현재 88개 품목 지원

- 동일 보조기기는 유형별로 정해진 내구연한 내 1인당 1회 지급

2) 장애인보조기기 교부³⁰⁾

○ 국민기초생활보장법상 수급권자 및 차상위 계층의 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡, 언어, 지적, 자폐성 장애인에게 건강보험이 적용되지 않는 보조기기 교부

○ 서비스지원종합조사를 통해 적격성 여부가 확인된 대상자에 대해 시군구가 지역 내 보조기기센터나 보조공학 관련 기관에 보조기기 맞춤형 평가를 의뢰하고, 결과에 따라 보조기기 교부 여부 결정

○ 시군구청에서 직접 보조기기를 교부하거나 지역보조기기센터와 보조공학 관련 기관에서 신청자에게 교부한 후 시군구청에 비용을 청구함.

〈표 4-〉 장애인보조기기 교부 품목

장애유형	품목
지체·뇌병변	경사로(휴대용 경사로), 목욕의자, 이동변기, 보행차, 좌석형 보행차, 탁자형 보행차, 독립형 변기 팔 지지대 및 등 지지대(변기 탈부착), 지지대 및 손잡이(안전손잡이), 기립틀 및 기립을 위한 지지대, (기립훈련기), 환경 제어 장치, 음식섭취보조기기, 식사도구(칼-포크), 젓가락 및 빨대, 머그컵, 유리컵, 컵 및 받침접시 접시 및 그릇, 음식 보호대, 장애인용 유모차, 피더시트, 목욕용 미끄럼방지용품
지체·뇌병변·심장·호흡	침대 및 탈착식 침대/판 전동조절식 매트리스 지지단(전동침대), 휠체어 액세서리, 미끄럼 및 회전을 위한 보조기기, 의류 및 신발(장애인용 의복), 소변수집장치
뇌병변·지적·자폐성·청각·언어	대화용 장치
심장	욕창예방 방식, 욕창예방 매트리스
청각	신호장치(시각신호표시기), 헤드폰(청취증폭기), 진동시계
시각	녹음 및 재생장치, 영상 확대 비디오 시스템(독서확대기), 문자판독기(광학문자판독기), 음성유도장치, 음성시계

자료: 보건복지부 보도자료, (2021.12.30.) 2022년 장애인보조복지정책 이렇게 달라집니다. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156489450> 에서 2022.3.5. 인출

30) 보건복지부. (2021) 제II권. 장애인복지 사업안내2. 세종: 보건복지부. pp.347-358

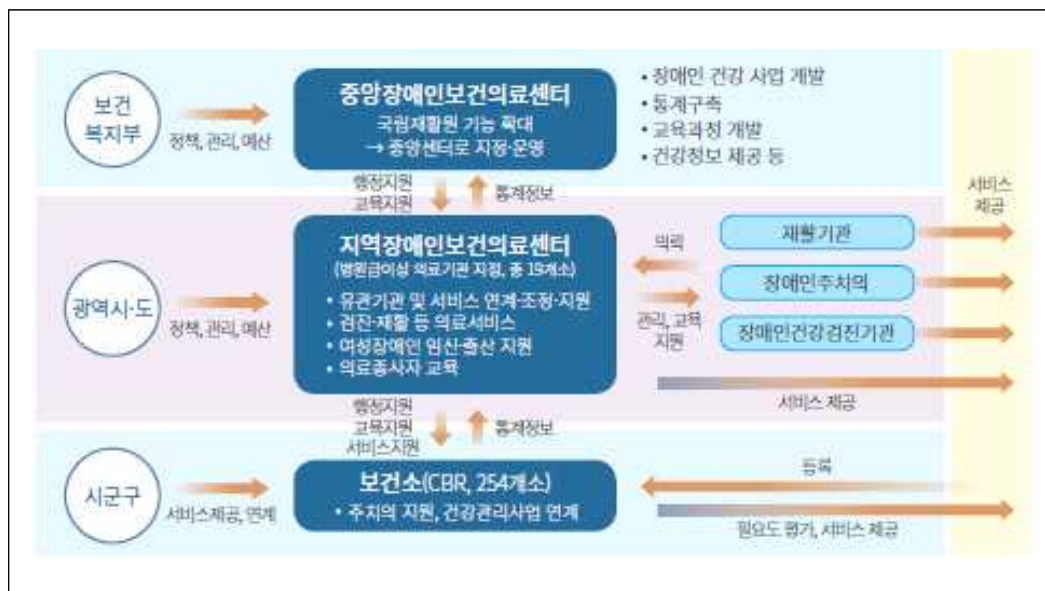
마. 보건의료

1) 지역사회중심재활사업

□ 장애인 보건의료 전달체계

- 장애인보건의료 전달체계의 중추적인 기관으로 광역단위에서 지역장애인보건의료센터 운영
- 지역장애인보건의료센터는 지역장애인 및 보건의료 복지자원의 DB 구축, 장애인 보건의료 정보플랫폼 운영, 중앙보건의료센터, 보건소, 재활의료기관, 장애인친화 건강검진기관, 건강주치의 연계 등의 기능 수행(신은경 외, 2020; 이규범, 2019)
- 2021년까지 전국 14개가 개소하였으며, 2022년까지 19개 설치 예정

[그림 4-] 장애인 보건의료 전달체계

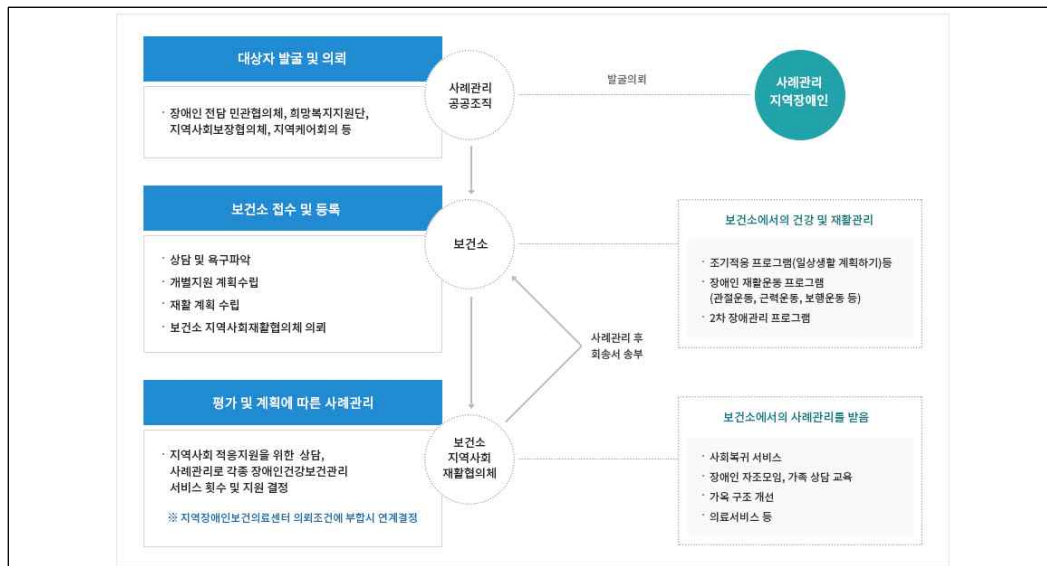


자료: 이규범. (2019). 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관하여. 정책동향. 2019년 13권 5호. p.16.

□ 지역사회중심재활사업(Community Based Rehabilitation, CBR)

- 지역사회 장애인 및 예비장애인(의료기관에서 보건소 CBR 사업으로 의뢰·연계되는 경우)의 건강 관리를 위해 보건소를 중심으로 체계적 재활서비스를 제공하여 장애인의 재활촉진 및 사회참여 도모
- 전국 254개 보건소에서 CBR 사업을 수행하고 있으며, 서비스 제공절차와 주요 서비스 내용은 아래와 같음.

[그림 4-] CBR 서비스 제공절차



자료: 국립재활원 중앙장애인보건의료센터. (2022). 지역사회중심재활사업.

http://www.nrc.go.kr/chmcpd/html/content.do?depth=pi&menu_cd=02_01 에서 2022.3.20. 인출

〈표 4-〉 CBR 서비스 주요 내용

구분	내용
장애인건강보건관리	지역사회 조기적응 프로그램, 재활 프로그램, 퇴원관리 상담활동, 사회참여 프로그램, 교육 및 2차 장애인관리 등
지역자원 연계 사업	지역사회재활협의체(회) 및 사례관리, 지역장애인보건의료센터 연계, 통합건강증진사업 연계 등
지원사업	장애인 운전 지원, 가옥 내 편의시설 지원, 보조기기 지원, 건강검진 지원 등
홍보	사업홍보, 장애체험 등

자료: 국립재활원 중앙장애인보건의료센터. (2022). 지역사회중심재활사업.

http://www.nrc.go.kr/chmcpd/html/content.do?depth=pi&menu_cd=02_01 에서 2022.3.20. 인출

2) 장애인의료재활시설

○ 장애인이 입원 또는 통원하여 상담, 진단·판정, 치료 등의 의료재활서비스를 이용할 수 있는 장애인재활병·의원을 2019년 기준 전국 19개 운영

○ 장애 진단 및 전문적인 재활치료, 장애인에 대한 의료재활상담, 장애인 보조기구의 제작, 판매, 검수 및 수리, 장애인 등록을 위한 진단 등의 서비스 제공

3) 장애인 건강주치의 (시범사업)

○ 장애인 건강주치의 시범사업은 중증장애인이 자신의 건강주치의를 직접 선택하고, 주치의로부터 만성질환 또는 장애 등 건강문제 전반을 지속적으로 관리받는 제도로, 2018년 5월 1단계, 2020년 6월 2단계, 2021년 9월부터 3단계 시범사업을 시행하고 있음.

○ 3단계 시범사업에서는 중증장애인 건강관리를 ‘일반건강관리’, ‘주장애관리’, ‘통합관리’로 구분하여 시행

〈표 4-〉 장애인건강주치의사업 3단계 시범사업 서비스 개요

구분	일반건강관리	주장애관리	통합관리
대상	모든 장애유형별 중증장애인	지체, 뇌병변, 시각, 지적, 정신, 자폐성 중증장애인	
관리범위	만성질환 등 전반적 건강관리	전문적 장애 관리	일반건강관리와 주장애관리
대상기관	의원	의원, 병원, 정신병원, 종합병원(상급종합병원, 요양병원 제외)	의원
주치의	의사	주 장애유형별 전문의	
서비스	포괄평가 및 계획 수립, 중간점검, 교육상담, 환자관리, 방문진료 방문간호, 검진바우처 *(주장애관리는 검진바우처 제외)		

자료: 보건복지부 보도자료. (2021.10.1.) 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행.

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368027 에서 2022.3.5. 인출

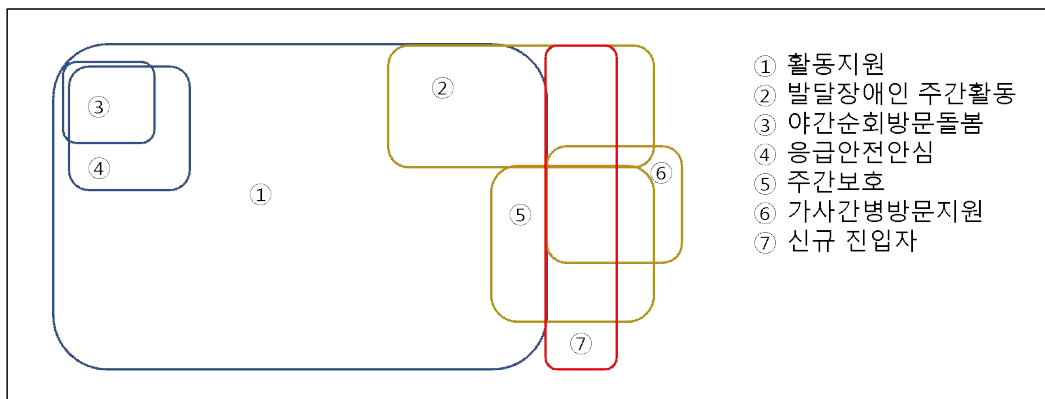
○ 2021년 12월 현재 시범사업을 이용하는 장애인은 2,414명(일반 1,676, 주장애 233, 통합 260, 치과 245)으로 주치의 617명(일반 323, 주장애 158, 통합 66, 치과 70)명이 서비스를 제공하고 있음(보건복지부 내부자료, 2022)

2. 표적집단 추계

가. 분석 방법

- 돌봄 및 일상생활지원, 이동지원, 주거지원, 보조기기, 보건의료 서비스 이용자가 넓은 의미의 지역사회통합돌봄 대상에 해당되나, 표적집단 규모는 상시적 돌봄서비스를 이용하는 일상생활지원 이용자에 한정하여 추정함.

[그림 4-] 지역사회통합돌봄 표적집단 관계



〈표 4-〉 지역사회통합돌봄 표적집단 추정 내용 및 추정자료

구분	내용	추정자료
① 활동지원 이용자	24시간 이용 대상자 별도 추정	활동지원 이용 데이터(2021) (서비스지원종합조사 데이터)* 추후보완
② 발달장애인 주간활동 이용자	활동지원과 일부 중복되며, 단독이용자 규모 추정	활동지원 이용 데이터(2021) 발달장애인 주간활동 이용 데이터 (2021년 12월)
③④ 야간순회방문돌봄, 응급안전안심 서비스 이용자	활동지원 이용 대상자와 중복되어 별도로 추정하지 않음.	-
⑤ 주간보호 이용자	일부 활동지원과 중복될 것으로 추정되어 단독 이용자 규모 부분 추정	장애인 주간보호 이용자 현황(공공데이터 포털) 2017 장애인실태조사(중복률)
⑥ 가사간병 방문지원	활동지원과는 중복되지 않으나 기타 서비스와 일부 중복될 것으로 추정되며, 장애인 이용자 규모를 파악할 수 없어 고려하지 않음.	-
⑦ 신규 진입자	추정이 가능한 활동지원 신규 진입자에 한정하여 추정	(서비스지원종합조사 데이터)* 추후보완

다. 분석결과

1) 활동지원 이용자

□ 판정구간(등급)별 급여 생성, 이용 및 월평균 이용시간

○ 2021년 활동지원 이용 데이터를 분석한 결과, 등급 판정과 바우처 생성 및 이용 현황은 아래 <표 4->와 같이 나타남.

- 등급판정자는 128,766명, 바우처 생성자는 117,754명, 이용자는 108,322명으로, 전체 등급 판정자의 84.1% 가량이 실제 활동지원급여를 이용하였음.
- 15개 구간 판정자 95,532명 중 84.9%가 12구간 이하로 판정됨.

<표 4- > 활동지원급여 등급 판정, 바우처 생성 및 이용 현황(2021)

구분	판정		생성			결제			월평균 이용시간 (시간)
	빈도	백분율	빈도	백분율	급여액 (만원)	빈도	백분율	급여액 (만원)	
1등급	6,211	4.8	5,894	5.0	3,023	5,575	5.2	3,136	170
2등급	6,158	4.8	5,507	4.7	1,451	4,933	4.6	1,579	89
3등급	4,766	3.7	3,900	3.3	1,056	3,269	3.0	1,209	68
4등급	3,079	2.4	2,277	1.9	655	1,550	1.4	880	50
1구간	5	0.0	5	0.0	6,273	5	0.0	6,327	318
2구간	104	0.1	104	0.1	6,577	104	0.1	6,566	335
3구간	627	0.5	623	0.5	5,687	608	0.6	5,714	294
4구간	375	0.3	363	0.3	4,571	349	0.3	4,556	239
5구간	67	0.1	67	0.1	4,836	65	0.1	4,907	257
6구간	362	0.3	348	0.3	4,124	336	0.3	4,157	220
7구간	1,037	0.8	1,011	0.9	3,612	957	0.9	3,654	197
8구간	1,107	0.9	1,090	0.9	3,615	1,073	1.0	3,586	196
9구간	2,538	2.0	2,482	2.1	3,114	2,389	2.2	3,132	171
10구간	3,086	2.4	3,004	2.6	2,796	2,922	2.7	2,804	154
11구간	5,085	3.9	4,762	4.0	2,323	4,572	4.2	2,365	131
12구간	13,708	10.6	13,020	11.1	1,967	12,453	11.5	2,017	112
13구간	29,427	22.9	27,502	23.4	1,530	25,919	23.9	1,587	89
14구간	28,427	22.1	25,540	21.7	1,043	22,898	21.1	1,119	63
15구간	9,577	7.4	7,867	6.7	654	6,706	6.2	728	41
특례	12,926	10.0	12,294	10.4	2,219	11,578	10.7	2,315	126
간접 지원	94	0.1	94	0.1	375	61	0.1	141	8
계/평균	128,766	100	117,754	100	1,704	108,322	100	1,804	100

□ 급여종류별 이용자 규모와 급여량

- 활동보조와 방문목욕 이용자는 3년간 증가하는 추이를 보였으나, 방문간호는 지속적으로 감소함. 방문간호지시서는 소폭 감소하였다가 증가함.

〈표 4-〉 장애인활동지원급여 급여종류별 급여량(2019-2021)

구분	2019		2020		2021	
	이용자	평균급여량 (천원)	이용자	평균급여량 (천원)	이용자	평균급여량 (천원)
활동보조	91,982	16,500	99,784	18,150	107,867	18,040
방문목욕	2,156	3,015	2,375	3,419	2,632	3,048
방문간호	347	1,301	241	1,950	228	2,167
방문간호지시서	78	42	76	40	92	37

□ 이용형태별 규모와 급여량

- 2021년 기준 활동보조 단독이용자가 전체 이용자의 97.4%를 차지하며, 인당 평균 급여량은 17,899 천원 수준임.
- 활동보조와 방문목욕, 방문간호 등 타 급여를 함께 이용한 비율은 2.2% 가량이며, 인당 평균 급여량은 26,873천원임.
- 활동보조는 이용하지 않고 방문목욕, 방문간호, 방문간호지시서만 이용한 이용자는 0.5%를 차지하며, 평균 급여량은 5,006 천원임.

〈표 4-〉 장애인활동지원급여 이용형태별 급여량(2019-2021)

구분	2019			2020			2021		
	이용자		평균 급여량 (천원)	이용자		평균 급여량 (천원)	이용자		평균 급여량 (천원)
	명	%		명	%		명	%	
활동보조 단독이용	89,933	97.3	16,391	97,591	97.4	17,997	105,466	97.4	17,899
활동보조 +기타급여	2,049	2.2	25,917	2,193	2.2	27,632	2,401	2.2	26,873
활동보조 비이용	437	0.5	4,748	413	0.4	5,388	455	0.4	5,006
계	92,419	100	16,547	99,784	100	18,156	107,867	100	18,044

□ 표적집단 규모 - 서비스지원종합조사 데이터 확보 후 보완 예정

○ 활동지원 이용자는 2021년 전체 등급판정자 128,766명

- 최근 3년간 활동지원 등급 판정자 수가 연평균 8.9% 증가하여, 향후 유사한 수준으로 증가할 것으로 예측함.

○ 24시간 이용 대상자는 아래와 같은 방법으로 1,409명으로 추정함.

〈표 4-〉 장애인 활동지원 24시간 이용 대상자 규모

구분	추정 방법	규모
15구간 판정자	지방자치단체에서 대체로 서비스지원종합조사 360점 이상 과 을 24시간 지원 대상 선정기준으로 하는 것을 고려하여, 4구 간(종합점수 375점)이상 판정자	1,111명
4등급 판정자 특례 이용자	종합점수 345점에 해당하는 2021년 월 급여 한도액 (5,048,000원) 이상 생성자	298명
계		1,409명

2) 발달장애인 주간활동 이용자

□ 이용 현황

○ 2021년 연간 발달장애인 주간활동 이용자는 5,267명으로 나타났으며, 급여등
급에 따른 이용 현황은 아래 〈표 4-〉와 같음.

〈표 4-〉 장애인 활동지원 24시간 이용 대상자 규모 (2021년)

구분	빈도	백분율	바우처 생성금액 (천원)	바우처 결제금액 (천원)
단축(56시간)형_1인	64	1.2	7,648.7	7,357.9
단축(56시간)형_2인	475	9.0	5,811.6	5,603.2
단축(56시간)형_3인	313	5.9	5,081.3	4,937.1
단축(56시간)형_4인	247	4.7	4,490.2	4,329.7
기본(100시간)형_1인	76	1.4	16,061.5	15,763.4
기본(100시간)형_2인	688	13.1	11,132.9	10,899.9
기본(100시간)형_3인	642	12.2	9,383.0	9,222.0
기본(100시간)형_4인	567	10.8	8,430.6	8,218.1
확장(132시간)형_1인	136	2.6	19,062.3	18,775.0

구분	빈도	백분율	바우처 생성금액 (천원)	바우처 결제금액 (천원)
확장(132시간)형_2인	921	17.5	15,403.3	15,075.3
확장(132시간)형_3인	659	12.5	13,280.3	12,966.3
확장(132시간)형_4인	479	9.1	12,236.4	11,958.9
계	5,267		10,827.0	10,582.0

□ 표적집단 규모

○ 2021년 발달장애인 주간활동과 활동지원 동시 등급 판정자는 2,271명으로 나타나, 동일시기의 발달장애인 주간활동 단독 이용자는 2,996명으로 추정

2) 장애인 주간보호시설 이용자

○ 2019년 주간보호시설 이용자는 11,610명으로 파악되며, 2017년 장애인실태 조사에서 나타난 주간보호시설 이용자 중 활동지원급여 현재 미이용자 비율(81.8%)을 적용하여 9,497명으로 추정

3) 활동지원 신규 진입자 -서비스지원종합조사 데이터 확보 후 보완 예정

〈표 4-〉 지역사회통합돌봄 표적집단 규모 추정

구분	추정 규모
① 활동지원 이용자	128,766명 (24시간 이용자 1,409명) (추후 보완)
② 발달장애인 주간활동: 활동지원 이용을 배제한 단독 이용자	2,996명
⑤ 주간보호: 활동지원 이용을 배제한 단독 이용자	9,497명
⑦ 신규 진입자	추후보완
계	141,259명+신규 진입자

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

1. 탈시설 장애인

가. 필요 서비스의 유형 및 수준

□ 필요 서비스의 유형

- 탈시설 장애인 지원에 필요한 서비스는 크게 주거지원과 지역사회 정착 지원으로 구분할 수 있음.
- 주거지원은 대규모 거주시설에서 퇴소했거나 입소 대기 상태에 있는 장애인에게 제공되는 것으로, 공동생활가정을 대표로 하는 공동형 주거지원과 지원주택을 대표로 하는 개별형 주거지원이 포함됨.
- 지역사회 정착 지원은 주거 외에 지역사회에 안정적으로 정착하기 위해 지원되어야 하는 서비스로, 전 생활 영역의 서비스가 포함될 수 있지만 기존 재가 장애인을 대상으로 제공되어 탈시설 장애인도 이용할 수 있는 서비스 외에 추가적으로 필요한 서비스로 한정할 수 있음.

□ 주거지원

- 공동형 주거지원에 해당하는 것은 대표적으로 공동생활가정인데, 현재의 공동생활가정은 유엔(UN) 장애인권리위원회의 일반논평에 따르면 ‘시설화된 환경’이 상존하는 사실상의 시설로 볼 여지가 큼(UN CRPD, 2017).
 - 따라서 공동생활가정은 운영 방식의 개선과 형태의 다양화를 전제로 할 경우에 탈시설 장애인에 대한 대안적 주거지원으로 인정받을 수 있을 것임.
 - 여기에는 집단 활동의 금지와 개별화된 지원, 동거인 선택권 보장 및 1인 1실 보장, 지원 수준에 따른 탄력적인 제공인력 배치 기준 등이 포함됨.
- 개별형 주거지원은 현재 지원주택 등 몇몇 지방자치단체에서 초보적인 형태로 나타나는데, 역시 유엔(UN) 장애인권리위원회의 일반논평에 따른 ‘시설화된 환경’ 요소를 완전히 배제하는 형태로 운영되어야 함(UN CRPD, 2017).

□ 지역사회 정착 지원

- 지역사회 정착에 필요한 지원은 다양할 수 있는데, 대부분은 기존 재가 장애인을 대상으로 하는 지원 수단으로 대응이 가능하지만 탈시설 장애인에 대한 추가적인 지원도 필요함.
- 탈시설 로드맵에 따른 시범사업 계획에서는 기존 서비스 외에 탈시설 장애인을 위한 추가적인 서비스로 다음의 지원 사항을 제시하고 있으며, 크게 두 가지로 구분할 수 있음.
 - 우선 사례관리 및 주거유지서비스가 제시되는데, 이는 탈시설 준비기에 정보제공 및 자립지원 조사를 포함하여, 개인별 지원계획 수립 및 모니터링, 지역사회 정착 후 적응을 위한 주거유지서비스 등 자립지원인력을 통해 제공되는 서비스로 제시됨(보건복지부, 2021a).
 - 그 외에는 장애인에 대한 기존 지원 제도에도 불구하고 서비스 양의 부족이나 제도의 구조상 시의적절한 지원이 불가능한 경우 탈시설 장애인에게 지원이 가능한 것으로, 주거환경 개선, 추가 활동지원 서비스, 건강검진비 지원, 보조기기 구매 지원이 제시됨(보건복지부, 2021a).

나. 필요 서비스 및 인프라 규모 추정

1) 주거지원³¹⁾

□ 장애인 주거지원 서비스 제공인력 자연예측치

- 장애인 거주시설 이용자의 자연예측치에 주거지원 유형별 인력 현황을 적용하면, 특별한 정책 개입이 없을 경우 제공인력의 자연예측치를 산출할 수 있음.³²⁾

31) 탈시설 장애인 지원에 필요한 주거지원의 추정은 안수란 외(2021)에 수록된 내용을 차용함.

32) 이용자 1인당 종사자 수는 공동생활가정 0.522명, 단기거주시설 0.642명, 대규모 거주시설 0.633명으로 적용함.

- 이때 이용자 1인당 종사자 수는 행정자료를 바탕으로 공동생활가정 0.522명, 단기거주시설 0.642명, 나머지 대규모 거주시설은 0.633명으로 적용함(안수란 외, 2021).
- 또한 공동형 주거지원이 증가할 때 단기거주시설의 규모는 고정되고 공동생활가정의 규모만 증가하는 것으로 가정함.

○ 장애인 주거지원 서비스 제공인력의 자연예측치를 보면, 2022년 17,359명이던 제공인력이 2027년에는 15,442명으로 5년 사이에 1,917명 감소하는 것으로 나타남.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 서비스 제공인력 자연예측치

(단위: 명)

연도	이용자 수					제공인력 수				
	거주시설	공동형 주거지원			계	거주시설	공동형 주거지원			계
		소계	공동생활가정	단기거주시설			소계	공동생활가정	단기거주시설	
2020	24,369	4,748	3,015	1,733	29,117	15,420	2,687	1,574	1,113	18,108
2021	23,734	4,811	3,078	1,733	28,544	15,018	2,720	1,607	1,113	17,739
2022	23,085	4,870	3,137	1,733	27,955	14,608	2,751	1,638	1,113	17,359
2023	22,430	4,927	3,194	1,733	27,356	14,193	2,781	1,668	1,113	16,974
2024	21,775	4,980	3,247	1,733	26,754	13,779	2,808	1,695	1,113	16,587
2025	21,124	5,030	3,297	1,733	26,153	13,367	2,835	1,722	1,113	16,201
2026	20,481	5,077	3,344	1,733	25,558	12,960	2,859	1,746	1,113	15,819
2027	19,849	5,121	3,388	1,733	24,970	12,560	2,882	1,769	1,113	15,442
2028	19,230	5,162	3,429	1,733	24,392	12,168	2,904	1,791	1,113	15,072
2029	18,626	5,201	3,468	1,733	23,827	11,786	2,924	1,811	1,113	14,710
2030	18,038	5,237	3,504	1,733	23,275	11,414	2,943	1,830	1,113	14,357
2035	15,359	5,386	3,653	1,733	20,745	9,719	3,021	1,908	1,113	12,739
2040	13,119	5,491	3,758	1,733	18,610	8,301	3,076	1,963	1,113	11,377

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

□ 공급 측면의 제도개선 시나리오

○ 공동생활가정의 운영기준이 1인 1실을 보장하는 것으로 개선되는 것을 가정.

- 2019년 기준 공동생활가정의 평균 방 개수를 3개로 가정할 때, 총 방 개수는 2,310개(770개소*3개)로 1실 보장률은 78.3%(2,310개/2,949명*100)로 추정됨.
- 이러한 1실 보장률을 2022년부터 5년간 단계적으로 100%까지 확대하는 제도개선을 가정함. 즉 2022년 80%, 2023년 85%, 2024년 90%, 2025년 95%, 2026년 이후에는 100%로 개선하는 제도개선을 가정함.
- 1인 1실 보장률 증가에 따라 공동생활가정 수가 증가하며, 시설당 2명의 배치 현황에 따라 종사자 수가 증가하는 것으로 적용함.

○ 개별형 주거지원의 인력 가정

- 탈시설 장애인에 대한 개별형 주거지원은 2025년부터 신설되는 지원 형태로 설정되며, 현재 정해진 종사자 배치기준은 없음.
- 서울특별시에서 시행중인 지원주택을 보면, 현재 서울시는 지원주택의 인력배치 기준을 코디네이터 1:6 이하, 1기관당 슈퍼바이저 1~2명, 주택 20~30호당 실무총괄자 1명, 행정인력 1인으로 설정하고, 필요시 주거코치 및 대체인력 등을 배치하도록 하고 있음(최선영, 2021).
- 실제 서울시에서 47개의 지원주택을 운영하는 법인의 경우 58명의 거주인을 지원하기 위해 상근인력 20명을 배치하고 있음(최선영, 2021).
- 이를 근거로 개별형 주거지원의 제공인력은 거주인 1인당 0.345명(20명/58명)으로 설정함.

□ 장애인 주거지원 서비스 제공인력 및 제공기관(주택) 전망

- 앞서 추정한 탈시설화 정책에 따라 변화되는 장애인 주거지원 형태와 이용자 규모에 따른 장애인 주거지원 서비스 제공인력을 전망하면 다음과 같은 결과가 도출됨.
- 우선 공동생활가정에 대한 1인 1실 보장의 제도개선을 적용하지 않을 경우를 보면 2022년 17,359명이던 장애인 주거지원 제공인력 수는 2027년 15,661명으로 1,698명이 감소하는 것으로 나타남.

- 이는 주거지원 서비스를 이용하는 장애인 총 규모가 감소하기 때문이며, 그 중에서도 특히 대규모 거주시설의 이용자 수가 급격히 감소하면서 제공인력 또한 감소하기 때문임.
- 반면 공동생활가정과 개별형 주거지원의 제공인력 수는 증가함.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 제공인력 전망: 공동생활가정 1실 보장을 고정

(단위: 명)

연도	이용자 수						제공인력 수					
	거주 시설	공동형 주거지원			개별형 주거 지원	계	거주 시설	공동형 주거지원			개별형 주거 지원	계
		소계	공동 생활 가정	단기 거주 시설				소계	공동 생활 가정	단기 거주 시설		
2020	24,369	4,748	3,015	1,733	0	29,117	15,420	2,687	1,574	1,113	0	18,108
2021	23,734	4,811	3,078	1,733	0	28,544	15,018	2,720	1,607	1,113	0	17,739
2022	23,085	4,870	3,137	1,733	0	27,955	14,608	2,751	1,638	1,113	0	17,359
2023	22,430	4,927	3,194	1,733	0	27,356	14,193	2,781	1,668	1,113	0	16,974
2024	21,775	4,980	3,247	1,733	0	26,754	13,779	2,808	1,695	1,113	0	16,587
2025	20,343	5,637	3,904	1,733	712	26,692	12,873	3,152	2,039	1,113	245	16,270
2026	18,947	6,271	4,538	1,733	1,416	26,635	11,989	3,483	2,370	1,113	488	15,961
2027	17,589	6,882	5,149	1,733	2,113	26,584	11,130	3,802	2,689	1,113	729	15,661
2028	16,271	7,471	5,738	1,733	2,802	26,544	10,296	4,109	2,996	1,113	966	15,371
2029	14,992	8,037	6,304	1,733	3,485	26,514	9,487	4,405	3,292	1,113	1,202	15,093
2030	13,753	8,582	6,849	1,733	4,161	26,495	8,703	4,690	3,577	1,113	1,435	14,827
2035	8,151	11,013	9,280	1,733	7,444	26,607	5,158	5,959	4,846	1,113	2,567	13,684
2040	3,473	13,011	11,278	1,733	10,594	27,077	2,198	7,002	5,889	1,113	3,653	12,853

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

○ 공동생활가정에 대한 1인 1실 보장의 제도개선을 적용하면 장애인 주거지원 제공인력 수는 2022년 17,394명에서 2027년 16,405명으로 989명 감소하는 것으로 나타남.

- 공동생활가정의 1인 1실 가정에 따라 1실 보장을 가정하지 않았을 때에 비해 제공인력 수가 보다 빠르게 증가하면서 전체 제공인력의 감소 규모가 줄어든 것임.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 제공인력 전망: 공동생활가정 1실 보장률 100%

(단위: 명)

연도	이용자 수						제공인력 수					
	거주 시설	공동형 주거지원			개별형 주거 지원	계	거주 시설	공동형 주거지원			개별형 주거 지원	계
		소계	공동 생활 가정	단기 거주 시설				소계	공동 생활 가정	단기 거주 시설		
2020	24,369	4,748	3,015	1,733	0	29,117	15,420	2,687	1,574	1,113	0	18,108
2021	23,734	4,811	3,078	1,733	0	28,544	15,018	2,720	1,607	1,113	0	17,739
2022	23,085	4,870	3,137	1,733	0	27,955	14,608	2,786	1,673	1,113	0	17,394
2023	22,430	4,927	3,194	1,733	0	27,356	14,193	2,923	1,810	1,113	0	17,116
2024	21,775	4,980	3,247	1,733	0	26,754	13,779	3,061	1,948	1,113	0	16,840
2025	20,343	5,637	3,904	1,733	712	26,692	12,873	3,586	2,473	1,113	245	16,704
2026	18,947	6,271	4,538	1,733	1,416	26,635	11,989	4,139	3,026	1,113	488	16,616
2027	17,589	6,882	5,149	1,733	2,113	26,584	11,130	4,546	3,433	1,113	729	16,405
2028	16,271	7,471	5,738	1,733	2,802	26,544	10,296	4,938	3,825	1,113	966	16,200
2029	14,992	8,037	6,304	1,733	3,485	26,514	9,487	5,316	4,203	1,113	1,202	16,004
2030	13,753	8,582	6,849	1,733	4,161	26,495	8,703	5,679	4,566	1,113	1,435	15,816
2035	8,151	11,013	9,280	1,733	7,444	26,607	5,158	7,300	6,187	1,113	2,567	15,024
2040	3,473	13,011	11,278	1,733	10,594	27,077	2,198	8,631	7,518	1,113	3,653	14,482

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

○ 이러한 정책 시나리오에 따른 장애인 주거지원 제공인력 및 제공기관(주택)의 연간 증감을 살펴보면 다음과 같음.

- 우선 제공인력을 보면 탈시설화 정책이 본격 시행되는 2025년부터 거주시설의 제공인력은 연간 800~900명 정도 감소하는 것으로 나타남.
- 반면 공동생활가정과 개별형 주거지원의 제공인력은 연간 600~700명 정도 추가로 필요한 것으로 나타남.
- 탈시설화 정책을 본격적으로 시행한 후에는 공동생활가정과 개별형 주거지원의 제공인력이 증가하기 때문에 전체 제공인력의 연간 감소폭은 오히려 탈시설화 정책 시행 이후에 낮게 나타남.
- 2025년 탈시설화 정책이 시행되면 공동생활가정은 연간 약 200호, 개별형 주거지원은 연간 약 700호가 공급되어야 하는 것으로 나타남. 이때 공동생활가정은 방 3개를 갖춘 주택을 장애인 3명이 이용하는 것으로, 개별형 주

거지원은 1인 1주택으로 가정하였음.

〈표 4-#〉 장애인 주거지원 제공인력 및 제공기관 연간 증감

(단위: 명, 개소)

연도	제공인력 수				제공기관(주택) 수	
	거주시설	공동생활가정	개별형 주거지원	계	공동생활가정	개별형 주거지원
2020	-387	34	0	-352	22	0
2021	-402	33	0	-369	21	0
2022	-411	66	0	-345	20	0
2023	-415	136	0	-278	19	0
2024	-415	138	0	-276	18	0
2025	-906	525	245	-136	219	712
2026	-883	553	243	-88	211	704
2027	-859	407	240	-212	204	697
2028	-834	392	238	-204	196	690
2029	-809	378	235	-196	189	682
2030	-784	363	233	-188	182	676
2035	-660	299	222	-138	150	645
2040	-549	246	214	-89	123	621

주: 2013~2019년 실제 값을 바탕으로 2020~2040년 추정치를 제시함.

2) 지역사회 정착 지원

□ 탈시설 로드맵에 따른 추가 지원

- 보건복지부(2022a)는 탈시설 로드맵에 따라 2022~2024년에 걸쳐 시행되는 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 시범사업의 추진계획을 발표한 바 있음.
- 시범사업 추진계획에서 탈시설 장애인에게 제공되는 지원은 대부분 기존 재가 장애인을 대상으로 제공하던 지원으로 탈시설 장애인 또한 자격 조건에 따라 모두 이용할 수 있는 것인데, 여기에 추가적으로 필요한 지원을 다섯 가지로 제시하고 있음(보건복지부, 2022a).
 - 우선 시범사업 지역(시군구)에서 연간 지원 대상은 20명으로 설정하고 있는데, 이러한 탈시설 장애인에 대한 사례관리를 전담할 인력을 지역별로 5명을 배치하기로 계획함.

- 또한 개별 영역별로 추가적인 지원이 있는데, 주거환경개선, 활동지원 추가 지원, 건강검진비 지원, 보조기기 구매 지원이 있음.
- 활동지원의 경우 탈시설 장애인을 자립지원형과 정착지원형으로 구분하여 지원 시간을 차등하고 있는데, 자립지원형은 일자리 연계 등 지역사회 활동 지원이 필요한 장애인으로, 정착지원형은 지역사회 정착 초기 적응 등 집중 지원이 필요한 장애인으로 정의하고 있음.

〈표 4-#〉 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 시범사업에 따른 추가 지원

구분	내용	규모(예산)
자립지원인력	-사례관리 및 주거유지서비스 지원 -야간 및 긴급상황 대응 등	지역당 5명 배치
주거환경개선	-주거 상황에 따른 편의시설 설치(경사로, 턱 제거, 안전손잡이 등)	지역당 6,000만 원 이내 (300만 원 * 20명 = 6,000만 원)
활동지원	-시범사업 지역 별도지원	-자립지원형(18명): 월 10~20시간 -정착지원형(2명): 월 150시간
건강검진비	-장애친화 건강검진기관 지정 및 비용 지원	1인당 40만 원
보조기기 구매 지원	-기존 보조기기 지원제도와 중복되지 않는 범위 내에서 지원	1인당 300만 원

자료: 보건복지부(2022a)를 요약함.

□ 주거유지 서비스의 내용과 운영

- 탈시설 로드맵에서 탈시설 장애인을 위해 완전히 새롭게 만들어지는 공공 사회서비스는 ‘주거유지 서비스’가 유일함.
 - 나머지 지원은 기존에 존재하던 서비스의 사각지대나 급여량 부족으로 인한 추가적인 지원을 내용으로 하고 있음.
- 탈시설 로드맵에 제시된 ‘주거유지 서비스’는 서비스의 이름과는 달리 초창기 지역사회 정착에 필요한 모든 영역의 생활에 대한 1:1 관리 및 지원이라 볼 수 있음.
- 따라서 주거유지 서비스가 어떻게 운영되느냐는 탈시설 장애인의 성공적인 지역사회 정착에 매우 중요하며, 나아가서는 탈시설화 정책의 성패를 결정지을 수 있는 매우 중요한 부분이라 할 수 있음.

- 다만 시범사업 계획 단계인 현재로서는 주거유지 서비스가 어떠한 내용과 방식으로 운영될 지가 구체화되지 않은 상황인데, 시범사업 과정에서 서비스를 표준화하고 제공인력을 양성하는 등 2025년 본 사업에 대비해야 할 것임.

〈표 4-#〉 주거유지 서비스의 내용

구분	세부내용
주거유지	-자립생활 인식, 주거공간 안전, 주거관리 및 유지, 공동주택 에티켓 준수, 임대계약 확인 등
일상생활지원	-신분증 관리, 수납정리, 의복관리, 식사계획 및 장보기, 음식물 조리 및 보관, 주방정리, 쓰레기 분리수거, 청소, 냉난방기 사용 및 관리, 소비생활 지원, 비상대응 등
사회참여 지원	-쇼핑, 교통수단 이용, 여가활동 계획 및 실행, 낯활동(직장) 기관 이용, 주민센터 이용, 의사소통기술, 긍정적 대인관계 형성 등
옹호 지원	-자기의사에 의한 선택 지원, 선택과 책임, 자신과 타인의 권리, 옹호관련 기관 연계, 법률 및 구제지원 등

자료: 보건복지부(2022a)

□ 초기정착 및 생계를 위한 경제적 지원 필요

- 탈시설 로드맵(보건복지부, 2021a)과 그에 따른 시범사업 추진계획(보건복지부, 2022a)은 기존 서비스의 연계에 더해 주거유지 서비스라는 새로운 지원을 제시했지만, 현실적으로 가장 우려되는 부분 중 하나인 경제적 지원에 대한 대책은 상대적으로 미흡해 보임.
- 장애인연금, 장애수당, 기초생활보장 급여와 같은 기존 현금급여와 일자리 사업 연계를 통한 근로소득 확보를 제시하고 있으나, 장기간 사회에서 격리되어 있다가 지역사회에서 새로운 터전을 마련해야 하는 탈시설 장애인에게 충분한 지원이 되기에는 부족할 것임.
- 이에 대한 대안으로 자립정착금을 표준화하고 자립수당을 신설하는 방안을 제안함.
- 탈시설 장애인 자립정착금은 광역지방자치단체에서 자율적으로 시행하고 있는데(500~1,300만 원), 지급금액과 지급책임에 대한 표준화가 필요함.
 - 우선 모든 지역에서 자립정착금을 지원하는 상황이 아닌 만큼 탈시설 장애인에 대한 자립정착금 지급 의무와 최소금액을 중앙정부에서 제시할 필요

가 있음.

- 또한 퇴소하는 거주시설의 소재지와 정착하고자 하는 지역이 불일치하는 경우 어느 곳에서도 지원하지 않는 경우가 많은데, 향후에는 이러한 경우에 시설 소재지에서 지급책임을 갖도록 규정할 필요가 있음.
- 이러한 최소기준과 지급책임에 대해서는 자립준비청년(보호종료아동) 자립정착금의 사례를 참고할 수 있음.
 - 참고로 자립준비청년(보호종료아동) 자립정착금의 최소금액은 2022년 800만 원이며 2023년에는 1,000만 원으로 인상될 예정임(보건복지부, 2022b).

○ 탈시설 장애인 또한 퇴소 이후 일정 기간 동안은 경제적 자립을 위한 적응 기간이 필요하므로 자립준비청년(보호종료아동)과 같이 자립수당이 지급될 필요가 있음.

- 자립준비청년(보호종료아동) 자립수당과 동일한 기준을 적용하자면 2022년 기준으로 거주시설 퇴소 이후 5년간 매월 30만 원의 자립수당을 지급할 수 있음(보건복지부, 2022b).

2. 재가 장애인

가. 서비스 개발 방향- 서비스 맞춤형에서 사람 맞춤형 지원으로

□ 신규 서비스 발굴 및 제도화

- 지역사회 기반의 통합적 돌봄망 구축을 위해 현행 지원제도의 대상자 및 지원 내용, 지원 수준 확충과 신규 서비스 발굴이 필요함.
- 장애인의 안정적인 지역사회 생활에 긴요하나 체계적 제공이나 보장 수준이 낮은 서비스를 급여화하는 것은 서비스를 제공하는 데에는 효과적 방안이나, 개별적인 서비스 중심 발굴은 이용자의 욕구를 충족하는 데 근본적 한계가 있음.

□ 맞춤형 서비스 발굴의 한계와 개별유연화

- 맞춤형(tailored) 서비스는 크게 서비스 맞춤형(service tailored)과 사람(욕구) 맞춤형(person (needs) tailored)으로 구분(이호선 외, 2017)
 - 서비스 맞춤형은 이용자의 욕구를 정밀한 평가도구에 의해 체계적으로 사정하여 세분화된 서비스를 개발하고 수급 자격이 있는 개인에게 제공함. 전문가 주도적인 욕구평가와 서비스 이용 계획을 수립함.
 - 사람(욕구) 맞춤형 서비스는 서비스에 사람의 욕구를 맞추는 한계를 인정하여, 지원 범위 내에서 수급자격이 있는 개인이 실제 필요한 서비스를 판단하여 이용하도록 함. 욕구평가와 지원계획 수립에서의 자기주도를 중시함.
- 서비스 맞춤형으로 현재 미흡한 지원을 파악하여 개별적으로 급여화하는 것은 필연적을 수급 자격을 엄격하게 제한하고, 이용체계의 복잡성을 가중할 우려가 있으며, 자기주도적인 서비스 이용을 강조하는 추세에 부합하지 않음.
- 본절에서는 장애인의 지역사회통합돌봄을 위한 핵심 서비스로서 국내에서 체계적 제공이 미흡한 서비스를 도출하되, 이를 개별적으로 급여화하는 것보다는 개인이 핵심 서비스를 이용할 수 있는 권리를 실질적으로 보장하고 그 외 필요한 서비스는 유연한 범위 내에서 이용자의 선택을 인정하는 개별유연화(personalisation) 방향을 지향함.

- 핵심 서비스의 실질적 이용권 보장을 위해서는 발달 수준이나 제공의 보편성 수준이 미흡한 서비스의 고도화 및 내실화가 필요함.

나. 신규서비스 발굴

□ 신규서비스 발굴을 위한 국외 제도와의 비교 검토

- 필요 신규 서비스의 도출을 위해 호주 국가장애보험(National Disability Insurance Scheme, NDIS)의 지원 범위와 내용을 검토함.
- 호주 연방정부의 장애인 지원프로그램인 NDIS는 지원의 목적과 성과 영역에 따라 지원 범위를 15가지로 구분함.

〈표 4-〉 호주 NDIS의 지원목적, 성과영역과 지원범위

목적	성과 영역	지원 범위
핵심 지원	일상생활 일상생활 일상생활 사회 및 공동체 참여 일	01 일상생활 지원 02 이동 03 소모품 04 사회 참여, 경제활동 참여 및 공동체 참여 지원 04 사회 참여, 경제활동 참여 및 공동체 참여 지원
자산 지원	일상생활 주거	05 보조공학 06 주택 개조 및 장애인 전문 특별주택
역량 강화 지원	선택과 통제 주거 사회 참여 일 관계 건강 평생학습 선택과 통제 일상생활	07 지원 조정 08 주거 상황 개선 09 사회 및 공동체 참여 증진 10 구직 및 직업 유지 11 관계 증진 12 건강과 웰빙 증진 13 학습 증진 14 삶에서의 선택 기회 증진 15 일상생활 기술 증진

자료: NDIA. (2021a). NDIS Price Arrangements and Price Limits 2021-2022.
<https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 2. 15. 인출.

- NDIS는 개인별로 욕구를 사정하고 지원 계획을 수립하여 예산을 할당하는 개인예산제(personal budget scheme)로, 개인예산으로 구입할 수 있는 서비스를 목록화하고 있음.

- NDIS 서비스 목록은 장애인의 지역사회 생활을 위한 서비스를 총망라한 성격으로 국내의 지원 공백을 도출하는 데 참조할 수 있음.

〈표 4-〉 호주 NDIS의 지원범위와 주요 서비스(일부)와 국내 유사서비스

목적	지원 범위	주요 서비스	국내 유사서비스
핵심 지원	01 일상생활 지원	일상생활지원, 돌봄제공자 합숙 지원, 가사지원, 야간 모니터링, 공동생활공간 내 활동지원, 일시 및 단기보호, 중기보호, 가족휴식지원, 방문간호, 물리치료, 심리치료, 영양 상담 및 영양계획 수립, 자립생활 훈련 및 지원	활동지원, 야간순회방문, 응급안전안심서비스, 발달장애인 주간활동, 주간보호, 가사간병방문
	02 이동	이동지원	장애인특별교통수단, 생활이동지원센터
	03 소모품	요/변실금 알람, 요/변실금 패드, 기저귀, 소변기, 보철 및 보조기, 카테터, 전화 또는 영상 통역기, 주사기, 위루 장치, 소모품의 유지 보수 서비스, 수어훈련, 수어통역서비스	장애인 보조기기 건강보험(의료급여) 적용, 보조기기 교부, 수어통역센터
	04 사회 참여	사회 및 여가활동, 시설 기반 집단활동, 지역사회 기반 집단활동,	발달장애인 주간활동, 주간보호, 활동지원, 장애인복지관
자산 지원	05 보조기기	보조기기 유지 보수 서비스, 호흡기, 흡인기, 기침 보조 기기, 자세지지대, 욕창방지 에어 매트, 공기충전의류(순환문제 관련), 상하지 보조기기, 스포츠 전문 의수, 이동식 샤워기, 케인, 보행기, 이동식 테이블, 운전보조장치, 스쿠터, 의자 및 테이블 승강장치 등	장애인 보조기기 건강보험(의료급여) 적용, 보조기기 교부
	06 주택 개조 및 장애인 전문 특별주택	주택 개조, 장애인 전문 특별 지원주택	농어촌장애인 주택개조
역량 강화 지원	07 지원 조정	지원 연계, 조정 및 개인별지원계획 관리, 사회심리회복 코칭	통합사례관리, 개인별 지원계획(지역발달장애인지원센터), 장애인복지관
	08 주거 상황 개선	입소인 및 입차인으로서는 의무 이행 지원	자립생활센터
	09 사회 참여 증진	생애전환기 계획 수립, 멘토링, 동료 상담, 사회참여 기술 훈련	발달장애인 주간활동, 장애인복지관, 자립생활센터
	10 구직 및 직업 유지	(제외)	-
	11 관계 증진	특별행동 개입 지원, 행동관리 계획, 개별 사회기술 훈련	발달장애인 행동발달증진센터, 발달장애인 주간활동, 주간보호, 장애인복지관

목적	지원 범위	주요 서비스	국내 유사서비스
	12 건강과 웰빙 증진	처방식 영양 상담 및 영양계획 수립, 개인운 동지도	지역사회중심재활 장애인건강주치의 장애인복지관
	13 학습 증진	등하교 이동 지원	활동지원
	14 선택 기회 증진	개인 예산 관리, 금전 관리 지원	장애인복지관 자립생활센터
	15 일상생활 기술 증진	의사결정 지원, 대중교통 이용 등 개인생활기 술 개발, 특수운전 훈련 등	발달장애인 주간활동 장애인복지관

자료: NDIA. (2021b). PB support catalogue 2021-22. 내용 재구성. <https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 3. 15. 인출.

□ 국내 지원 서비스 진단

- 핵심 영역의 사회 참여, 역량강화 영역의 지원 조정(coordination)과 관계 증진, 선택 기회 증진, 일상생활 기술 증진 등의 서비스에 대응하는 국내 서비스는 제도화 수준이 낮은 편임.
- 발달장애인 주간활동, 장애인주간보호시설에서 사회참여, 관계 증진, 일상생활 기술 훈련 등은 부분적으로 수행하고 있으나 지원 조정, 선택 기회 증진 등의 기능은 제한적임.
- 장애인에 대한 종합적 서비스를 제공하는 장애인복지관과 장애인의 자립생활 지원을 핵심적 기능으로 하는 장애인자립생활센터 등의 전달체계에서 유사한 서비스를 이행하고 있으나, 권리적 성격은 미진하며, 지원 조정, 선택 기회 증진 기능은 제한적
 - 장애인복지관은 전국 258개소가 설치되어 있으며(보건복지부, 2021e, p.4), 장애인에 대한 종합서비스 제공역할을 하며, 사회 참여 및 장애인의 기능증진과 관련된 서비스를 다양한 형태로 제공함.

〈표 4-〉 장애인복지관의 주요 기능

구분	주요 기능
상담 및 사례관리	사례 발굴, 접수 및 사정, 개입계획, 개입, 지역회의, 기타
기능강화 지원	운동지각 향상, 의사소통 향상, 학습능력 향상, 사회적응력 향상, 기타
장애인 가족지원	상담 및 교육, 가족기능 강화, 양육지원, 여성장애인 복지증진, 장애인무료급식, 기타
역량강화 및 권익옹호 지원	역량강화 및 지역사회참여 활동 지원, 권익옹호, 정보제공, 수어관련, 기타
직업지원	직업상담 및 평가, 전환교육, 직업적응 및 역량개발 훈련, 사업체 개발 및 관리
지역사회 네트워크	지역사회장애인복지서비스 개발 및 지원, 지역 사회통합환경 조성, 주민조직 지원, 민관협력 네트워크 구축, 지역자원 개발 및 관리, 기타
평생 교육 지원	기초문해 및 학력보완 교육, 문화예술 및 인문교육, 시민참여 교육, 기타
사회서비스 지원	장애인활동지원, 장애아동 재활치료, 기타
운영지원 및 기획 홍보	총무, 기획, 홍보, 고객만족 윤리경영, 기타

자료: 보건복지부. (2021f). 2021년 장애인복지시설 사업 안내. 세종: 보건복지부. pp.211-214 저자 재구성

- 장애인자립생활센터는 전국에 250여개가 설치된 것으로 추정되며(한국장애인자립생활센터총연합회, 2021³³⁾)재가 장애인, 탈시설 장애인의 자립생활을 지원하는 것을 주된 기능으로 하며, 역량강화와 권익옹호를 기본사업으로 수행함.

〈표 4-〉 장애인자립생활센터 주요 기능

구분	주요 기능
기본사업	권익옹호
	차별 예방 및 권리침해 구제 지역사회 역량 강화 활동
	동료상담
	동료상담 및 동료상담가 지원
선택사업	개인별 자립지원
	개인별 자립생활지원 및 자립생활 기술 훈련
	거주시설 장애인 탈시설 자립지원
	탈시설 장애인 자립지원 기획 및 관리 자립생활 체험홈(실) 운영 지원
선택사업	자립지원 서비스
	- 활동보조서비스, 이동서비스 및 보장구 지원, 주거서비스, 문화여가 활동, 평생교육 및 문해교육, 응급안전서비스, 자립자원 발굴(후원개발 등)

자료: 보건복지부. (2021f). 2021년 장애인복지시설 사업 안내. 세종: 보건복지부. p.63 저자 재구성

- 발달장애인 주간활동과 이와 연계하여 제공하는 지방자치단체 서비스, 주간보호 등에서 도전적 행동이 있는 장애인에 대한 낮활동을 지원하고 있으나 도전

33) 한국장애인자립생활센터총연합회 보도자료. (2021.3.31.). 보건복지부의 ‘중양장애인자립지원센터’ 명칭 사용을 단호히 불허한다!’ 중양 장애인탈시설 지원센터 명문화 촉구. <http://www.koil.kr/> 에서 2022.3.6. 인출

적 행동에 대한 개입에 집중된 것은 아님.

- 도전적 행동에 대한 치료적 개입은 상급 종합병원에 설치된 전국 10개의 발달 장애인 행동발달증진센터에서 제공하고 있음.
 - 이용자 연령을 제한하지 않으나, 주로 아동을 대상으로 서비스를 제공하며, 20세 이상 성인의 이용은 매우 제한적임.
 - 2021년 기준 전국 센터의 이용자는 516명, 대기인원은 319명이며(강정배, 박계신, 손희경, 2021), 평균대기기간이 90일 이상에 이르는 등 수요에 비해 공급량이 매우 부족한 실정임(허현덕, 2020.10.23.).

〈표 4-〉 발달장애인 행동발달증진센터 개요

구분	주요 기능
목적	자,타해 등 행동문제로 일상생활에 곤란을 겪는 발달장애인의 전문적 지원
대상	발달장애인 중 심각한 자,타해로 행동증제 지원이 필요한 사람
지원 내용	-행동증제를 포함한 필요한 증제: 중증 행동문제에 대한 1:1 치료 개입 -가족지원 -지역사회 내 행동문제 증제 -교육·훈련·연구

자료: 보건복지부, (2020). 2020년 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 사업 안내. 세종: 보건복지부. pp.10-11 저자 재구성

- 장애인에 대한 개인별 지원계획 수립과 사례관리 등 서비스 조정 및 연계에 해당하는 기능을 시군구 희망복지지원단, 읍면동 통합사례관리 등 공공 사례관리, 민간의 장애인복지관 등을 통해 수행하고 있으나, 통합사례관리는 대상자가 제한적이고, 장애인에 대한 전문성이 취약하며, 장애인복지관은 자원의 배분 권한이 없어 연계 조정 기능이 제한적임.
- 돌봄 및 일상생활지원은 장애인활동지원을 비롯한 유관제도를 통해 제공되고 있으나, 영양 관련 지원이 취약하며, 서비스 수급자격이 없는 경우 긴급돌봄에 해당하지 않는 임시적 일상생활지원은 이용하기 어려움.
- 장애인 보조기기 교부 및 건강보험 적용 품목은 NDIS에서 지원하는 소모품 및 보조기기 교부, 대여 품목에 비해 제한적임.

나. 신규 서비스 제안

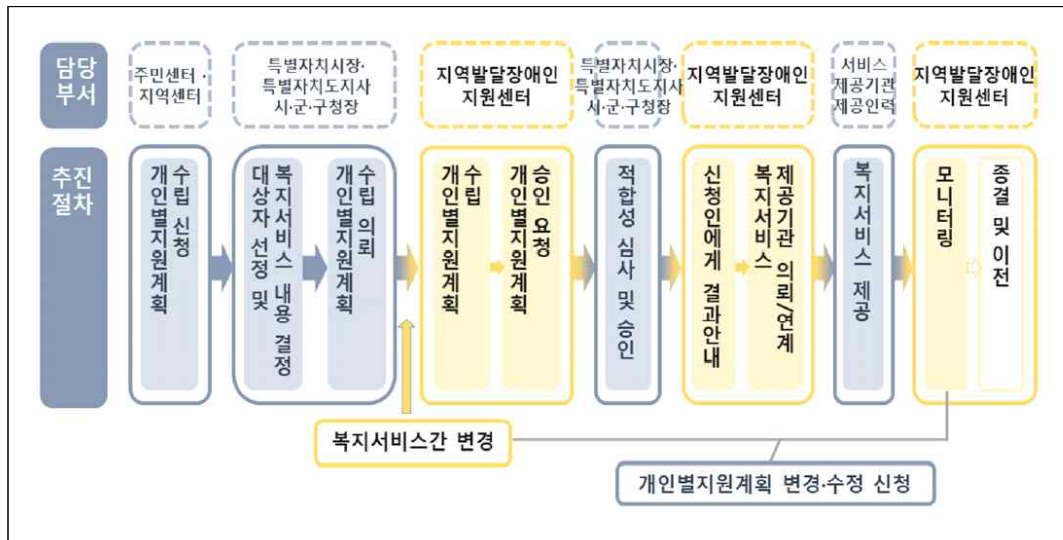
□ (제안 방향) 기존 지원서비스의 고도화와 체계화

- 현행 활동지원, 발달재활서비스, 발달장애인 주간활동 등의 바우처서비스는 기존에 제공기관 지원방식으로 운영되던 (장애인) 재가복지봉사센터의 가정봉사원 파견서비스, 발달재활서비스, 주간보호서비스가 욕구평가에 기반하여 권리적 성격으로 인정되는 이용자 제공방식으로 급여화한 형태로 볼 수 있음.
- 안정적인 지역사회통합돌봄 실현을 위하여 중증 장애인을 중심으로 개인별 지원계획을 도입하고, 제도화 수준이 낮은 핵심 서비스를 체계화할 것을 제안함.

□ 개인별 지원계획 수립

- 효과적인 개인별 지원계획의 수립과 이행을 위해서는 개인별 욕구 평가와 이에 기반한 지원계획 수립 뿐 아니라 관련 서비스의 연계와 조정, 모니터링 같은 사례관리 기능의 수행이 요구됨.
- 발달장애인은 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」에 의해 지역발달장애인지원센터에서 개인별 지원계획을 수립함.
 - 지방자치단체에서 발달장애인지원센터에 개인별 지원계획 수립을 의뢰함.
 - 발달장애인활동 서비스(발달장애인 주간활동, 발달장애청소년 방과후 활동)는 지역발달장애인지원센터의 수급권 심사를 거쳐야만 이용할 수 있어, 서비스를 연계하는 부분적 사례관리 기능을 수행함.

[그림 4-] 발달장애인 개인별지원계획 추진체계



자료: 강정배, 김도형, 최우형. (2021b). 발달장애인 개인별지원계획 모델 개발연구. 서울: 장애인개발원. p.11

○ 발달장애인 외 타 유형의 장애인은 개인별지원계획 수립 근거가 없음.

- 개인별지원계획 조항을 포함한 장애인복지법 전부개정안이 21대 국회에서 발의되었으나(2021.10.15.) 미처리 하였음.

○ 서비스지원종합조사 결과 기능과 가구상황, 욕구를 고려하여 일정 수준 이상의 집중적 지원이 필요한 중증장애인을 대상으로 개인별지원계획 제도화 제안

- 개인별 지원계획의 제도화 방안은 제3절에서 논의함.

□ 자립생활기술훈련 및 자립생활지원(supported independent living)

○ 자립생활 기술훈련 및 자립생활지원은 일상생활 과업을 수행하고 독립적 생활 기술을 습득하도록 지원하는 서비스로, 지역사회에서의 독립적 생활을 위한 핵심적인 서비스임.

○ 자립생활센터와 장애인 복지관 등을 중심으로 자립생활기술훈련 서비스를 시행하고 있으나, 제도화된 서비스는 아니며, 발달장애인 주간활동에서 동일한 목적의 서비스를 지원하나, 대상이 제한적이었음.

- 서비스가 필요한 모든 유형의 장애인이 장소에 구애받지 않고 권리적 성격으로 이용할 수 있도록 제도화를 제안함.

□ 도전적 행동에 대한 치료적 개입

- 현행 지원제도는 발달장애인의 도전적 행동에 대한 치료적 성격의 개입이나 가족에 대한 지원이 수요에 비해 불충분하거나 체계화되어 있지 않은 수준임.
- 발달장애인 주간활동과 연계하여 가족이나 일상적 돌봄제공자가 함께 적시에 필요량을 이용할 수 있도록 공급 확충이 필요함.

□ 의사결정 지원(supported decision making)

- 의사결정 지원은 주로 정신적 장애인을 중심으로 의사결정을 지원함.
- 장애인복지관을 중심으로 한 기존 장애인 서비스 제공기관에서 부분적으로 의사결정 지원을 하고 있으나, 체계화된 형태로 지원하는 경우가 매우 드뭄(김미옥, 박지혜, 정민아, 2020).
- 의사결정능력이 부족한 성인의 후견인이 특정한 사무에 한해 일시적으로 대리권을 보유하는 공공후견제도가 시행되고 있으나, 대상이 조건적이며, 의사결정을 대체하는 성격이 강해 장애인의 주체적 의지가 반영된 의사결정을 '지원'하는 기능은 제한적임.
- 행정 영역이나 사회보장급여 이용 과정 뿐 아니라 생활 관계 전반에 있어서 의사결정을 지원하기 위한 서비스가 필요하며(박정연, 2020), 권리적 성격으로 이용할 수 있도록 제도화를 제안함.

□ 영양 관련 서비스

- 장애인 건강주치의 사업에서 영양상태 평가, 관련한 교육과 상담을 제공하나 건강주치의 사업 대상은 한정적이며, 일상적인 영양 관리가 어려움.
- 장애인은 취약한 영양 상태에 노출되기 쉽고, 각종 조사에서도 비만 유병률, 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환 유병률이 비장애인에 비해 높게 나타나는 등 영

양 관리의 필요성이 높음.

- 2020년 장애인실태조사에서 장애인의 고혈압 유병률은 57.8%, 당뇨병 유병률을 28.6%로 조사되었으며(김성희 외, 2020, p.232), 건강보험 건강검진자료를 분석한 김지영 외(2020)의 연구에서는 비장애인과 비교한 장애인의 만성질환 발병 확률을 고혈압 1.34배, 당뇨병 1.51배로 나타남.

○ 건강 상태가 취약하거나 영양 관리의 필요성이 높은 장애인에게 일상적인 영양 서비스가 제공될 수 있도록 관련 서비스를 확대함.

□ 장애인 보조기기 및 소모품 품목 확대 및 개인맞춤형 지원 강화

- 장애인 보조기기 교부 품목은 매년 대상 품목을 확대하고 있으나, 일부 품목은 장애 유형이나 특성별로 개인에게 적합한 기기를 선택할 수 없으며, 예산 제한이 비현실적임.
- 보조기기 교부 품목을 일상적인 소모품을 포함하여 확대하고, 내구 연한과 예산을 현실화하며, 개인맞춤형 지원이 가능하도록 지원체계 정비가 필요함.

□ 일시적 일상생활 지원 확대

- 활동지원급여 등 일상적 지원서비스를 이용할 정도로 기능 제한이 크지 않은 장애인이 일상 과업을 수행하는 데 간헐적으로 도움이 필요한 경우가 발생함.
- 장애인생활이동지원센터, 지방자치단체에 따라 나 장애인복지관 등 민간위탁 기관이 일상생활 잔고장 수리 및 보수 사업 등을 수행하고 있으나, 이외 일상생활에서의 불편 해소를 위한 일시적 지원 내용 및 대상자 확대가 필요함.

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

1. 탈시설 장애인

□ 중앙-광역-기초 역할 분담

- 탈시설 로드맵에 따르면 장애인 탈시설화 정책에서 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체의 역할은 다음과 같이 설정됨(보건복지부, 2021a).
 - (중앙) 장애인정책조정 전문위원회를 활용하여 탈시설 장애인 지원을 위해 보건복지부-기획재정부-국토교통부-고용노동부 등 관계부처 협의 기구 운영
 - (광역) 지역 탈시설 장애인 자립지원 종합계획 수립 및 시군구 간 자원연계, 단위시설 지역사회 전환 등 총괄
 - (기초) 통합돌봄 담당부서가 중심이 되어 장애인사업 담당부서·읍면동 담당자, 민간지원 기관이 참여하는 사례관리 회의 운영
- 또한 이러한 역할을 효율적으로 수행하기 위하여 중앙 단위에서는 컨트롤타워 기능 역할을 수행할 '중앙장애인지역사회통합지원센터'를 설치하고, 광역자치단체 단위에서는 별도의 운영센터를 설치할 수 있도록 하였음(보건복지부, 2021a).
 - 다만 광역자치단체 별도 운영센터의 경우 서울시의 '지역사회 전환지원센터', 부산시의 '탈시설 주거전환지원단' 등 기 운영되고 있는 기관이나 사회서비스원 등 유사 기능을 수행할 수 있는 기관, 혹은 직접운영도 가능하다고 제시하고 있음(보건복지부, 2022b).
 - 현실적으로 제5차 장애인정책종합계획(관계부처합동, 2018)에 제시된 것과 같이 광역 단위 탈시설지원센터와 같은 신설 기관을 설치하는 것은 매우 비효율적일 것이므로, 기존에 전담기구가 없다면 복지재단, 사회서비스원 등 유사 기능을 수행할 수 있는 기관에 위탁하는 것이 효율적일 것임.

□ 지자체-운영센터-제공기관 역할 분담

- 보건복지부(2022a)는 시범사업 추진계획에서 지자체의 탈시설 장애인 자립지

원 모형을 세 가지로 제시한 바 있음.

○ 이러한 모형은 시범사업에 참여할게 될 시·군 기초자치단체를 염두에 둔 것으로 보이나, 특별·광역시 경우에는 자치구가 아닌 광역 단위에서 이러한 모형을 운영하는 것이 보다 효율적일 것으로 판단됨.

- 특별·광역시 자치구의 경우에는 이러한 개별적인 운영 모형을 구성하기 위한 자원이 부족하거나 편차가 큰 경우가 많으며,
- 이미 몇몇 특별·광역시에서는 광역 단위의 탈시설 장애인 지원체계를 운영하고 있어 현존하는 시스템을 활용할 필요도 있음.

○ 운영 모형은 크게 세 가지로 구분되며 지자체별로 사업의 효율성을 고려하여 다양한 구성이 가능하도록 설정하고 있음.

- 지자체 주도형은 기존에 존재하던 장애인 대상 서비스 외에 탈시설 장애인과 관련된 모든 지원을 자자체가 직접 수행하는 모형으로 설정되어 있음.
- 민관협력형은 이러한 기능 중 일부를 민간기관에 위탁 혹은 시장화 하는 방식임. 다만 자자체에서 위탁 혹은 지정한 사업수행기관이 주거유지서비스까지 제공하는 통합운영 모형과 주거유지서비스는 기존의 민간 기관이 제공하는 분리 모형으로 구분됨.
- 물론 시범사업 과정에서 각 모형에 대한 평가가 이루어질 것으로 보이는데, 장애인복지관, IL센터 등 지역사회 내에서 주거유지서비스를 제공할만한 기존 기관이 부족한 경우에는 지자체 주도형이나 통합운영-민관협력형이, 그러한 기존 기관들이 풍부한 경우에는 분리운영-민관협력형이 적합할 것으로 판단됨.

〈표 4-#〉 탈시설 장애인 자립지원 모형

구성요소	지자체 주도형	민관협력형	
		통합운영	분리운영
사업운영 총괄	〈지자체〉 -사업총괄 -대상자 발굴	〈지자체〉 -사업총괄 -민관협의체 운영	〈지자체〉 -사업총괄 -민관협의체 운영
대상자 발굴	-민관협의체 운영 -지원계획 수립 및 서비스 의뢰	〈사업수행기관〉 -대상자 발굴 -지원계획 수립 및 서비스 의뢰 -주거유지서비스 제공	〈사업수행기관〉 -대상자 발굴 -지원계획 수립 및 서비스 의뢰
개별 서비스 제공	〈지역내 기관〉 -개별서비스 제공	〈지역내 기관〉 -개별서비스 제공	〈서비스 제공기관〉 -주거유지서비스 제공 및 개별관리 〈지역내 기관〉 -개별서비스 제공

자료: 보건복지부(2022a)

2. 재가 장애인

가. 장애인 서비스 지원방식과 급여 성격

□ 장애인 서비스 지원방식

- 제1절에서 살펴본 장애인 서비스의 지원방식은 크게 3가지 유형으로 구분하여 볼 수 있음.
- (1유형) 읍면동에서 서비스를 신청·접수하며, 국민연금공단의 서비스지원종합 조사 또는 발달장애인지원센터의 수급권 심사 등 전담기관에서 표준화된 도구를 사용하여 욕구평가를 실시하며, 이를 기반으로 시군구에서 수급자격심사위원회에서 수급자격을 결정. 급여는 이용자 지원방식인 전자바우처 형태로 지급되며, 이용자는 서비스 제공기관과 계약을 체결하고 서비스 이용. 장애인 활동지원, 발달장애인 주간활동 등 해당함.
- (2유형) 시군구에서 위탁한 민간의 사업수행기관 또는 시군구마다 설치된 보건소에서 서비스 신청을 접수하고, 자체 기준에 의해 수급권을 결정하며, 서비스를 제공하는 전과정을 수행함. 사업 수행기관이 공공재정으로 운영비를 보조

받는 제공기관 지원방식. 장애인 주간보호, 장애인생활이동지원센터, 수어통역센터, 지역사회중심재활사업 등 해당함.

- (3유형) 서비스지원종합조사와 같은 표준화된 욕구 평가 또는 자격을 갖춘 전문가의 판단에 기반하여 시군구에서 수급자격을 결정하며, 수행기관에서 현물 또는 서비스 형태로 이용자에게 급여를 제공함. 수행기관은 공공재정으로 운영비를 보조받거나 이용자에게 제공한 급여 비용을 시군구에 청구함. 응급안전안심서비스, 장애인특별교통수단, 장애인보조기기 교부 등 해당함.

□ 지원 유형에 따른 급여의 성격

- 1유형은 급여의 권리로서의 성격이 강한 편임. 표준화된 평가도구를 통해 수급권을 결정하기 때문에 이용자 선정에서의 유연성은 상대적으로 낮음. 이용자 맞춤형으로 유연하게 이용할 수 있는 서비스 유연성이 상대적으로 높은 편임.
- 2유형은 권리로서 보장되는 측면은 상대적으로 약함. 욕구 평가와 급여의 연관성은 낮은 편이나, 수행기관에서 자체적 기준으로 이용자를 선정하기 때문에, 선정과정이 상대적으로 유연함. 서비스 이용에서의 유연성은 중간 수준임.
- 3유형은 1유형과 유사하게 권리로서의 성격이나 욕구평가와 급여의 연관성은 높은 수준이나, 현물을 지급하거나 1유형에 비해 서비스가 정형화되어 있어 이용자가 서비스를 이용하는 유연성은 낮은 편임.

〈표 4-〉 장애인 서비스 지원방식 유형

구분	1유형	2유형	3유형
권리적 성격	높음	낮음	높음
욕구평가-급여 연관성	높음	낮음	높음
이용자 선정의 유연성	낮음	높음	낮음
서비스 이용의 유연성	높음	중간	낮음

□ 이용자 지원방식의 확대

- 국내 재가 장애인서비스는 2유형을 중심으로 제공되었는데, 2007년 사회서비스 전자바우처 사업의 제도화에 따라 1유형의 서비스가 제도화되고 욕구 평가

에 기반한 권리적 성격으로서의 급여와 소비자로서의 장애인 당사자의 선택권이 강화됨.

- 1유형의 이용자 지원방식은 지속적으로 확대되는 추세에 있으며, 개인별 지원 계획과 이에 기반한 후술할 개인예산제의 효과적인 이행을 위해서는 신규로 발굴하는 핵심 서비스의 이용자 지원방식으로 제도화하여 공급하는 것이 효과적임.

나. 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

□ 최중증 장애인을 위한 활동지원서비스 급여량 확충

- 현행 활동지원서비스는 기능제한 수준이 가장 높은 장애인의 월지원 한도액은 일평균 16시간 지원을 받는 수준으로, 국고 보조만으로는 24시간 지원이 불가능함.
- 지방자치단체에서 자체 예산으로 추가 급여를 지급하고 있는데, 일정 기준을 충족하는 최중증 장애인에 대해서는 24시간 지원이 가능하도록 서비스지원종합점수에 따른 월한도액을 증액할 필요 있음.
- 현재 지방자치단체 추가급여를 받고 있는 활동지원급여 24시간 이용자가 국고 보조로 서비스를 이용할 수 있도록 하고, 야간순회방문서비스 및 응급안전안심서비스 이용자는 서비스 필요에 따라 24시간을 지원함.
- 야간순회방문서비스와 응급 안전안심서비스는 차순위 이용자에게 확대함.

□ 최중증 장애인 돌봄인력 확보를 위한 지원체계 및 보상체계 개선

- 사지마비, 와상 등 최중증 신체장애인, 도전적 행동이 심한 최중증 발달장애인은 활동지원사의 돌봄 제공 기피로 장기 미이용으로 남는 경우가 있음.
- 서비스 난이도가 높은 중증장애인에 대한 가산급여는 2020년 1,000원→2021년 1,500원→2022년 2,000원으로 지속적으로 상승해 왔는데, 향후 평가를 통해 최중증 장애인에 대한 기피가 해소될 수 있는 수준까지 확대할 필요

있음.

- 또한 활동지원사 2인 배치 등 지원체계의 개선이 필요하며, 가산급여로 충분치 않은 최중증 장애인에 대한 공급 부족은 지역사회서비스원을 통한 확충이 필요함.

□ 개인별 지원계획 수립 제도화

- 서비스지원종합조사 결과 기능과 가구 상황, 욕구를 고려하여 일정 수준 이상의 집중적 지원이 필요한 중증장애인을 우선 대상으로 개인별지원계획을 제도화하고, 점진적인 대상 확대 제안함.
- (욕구 평가) 개인별 지원계획 대상은 현재 국민연금공단의 서비스지원종합조사 외 포괄적인 욕구를 파악할 수 있는 도구를 적용함.
 - 서비스지원종합조사 도입 이후 욕구평가와 서비스 연계체계가 개선되었으나, 일부 서비스에 제한되어 있으며, 주거와 보건의료 영역의 욕구를 파악하는 데는 미흡함.
 - 서비스지원종합조사의 스크리닝(screening)에 따라 주거와 보건의료 영역의 추가적 지원 필요가 있는 대상에게 평가도구를 적용하여 욕구평가와 서비스 연계를 강화함.
 - 욕구 평가에 자기 사정(self-assessment) 반영을 검토하고, 자기 사정에 대한 타당성 객관화 절차를 마련함.
- (계획 수립) 개인별 지원계획에서 이용자 관여(user involvement)와 자기주도(self-directedness)를 실현함.
 - 장애인복지관 등 전문성을 갖춘 민간기관과 연계하여 계획을 수립하고, 시군구 수급 자격 심의위원회에서 개인별 지원계획을 승인함.
 - 발달장애인은 현행과 같이 지역발달장애인지원센터와 연계하여 개인별지원계획을 수립함.
 - 계획수립에서의 당사자 자기주도 원칙을 명시하고, 원칙이 실현될 수 있는 방안을 마련함.

- 의사능력이 부족한 이용자의 경우 의사결정지원서비스를 포함한 권익옹호 서비스를 이용할 수 있도록 하고, 스스로 서비스를 이용할 수 없을 경우 지방자치단체의 관련 서비스 제공을 의무화함.

○ (성과 평가) 개인별 지원계획 평가

- 시군구 담당 팀에서 개인별 지원계획이 이용자의 욕구에 부합하여 목표로 한 성과를 달성할 수 있는지 평가함.
- 시도 사회서비스원은 개인별지원계획에 따라 서비스를 제공한 제공기관의 서비스 품질 평가를 담당함.

□ 지역사회통합돌봄의 취지에 부합하는, 유연하게 이용할 수 있는 서비스 확대

- 메뉴화된 서비스의 단점을 보완할 수 있는, 시군구의 사례관리 기능을 통해 관리·감독이 가능한 유연한 급여를 설계함.
- 메뉴화되지 않은 지원은 향후 개인예산제가 도입될 경우 개인예산에서 지출이 가능하나, 개인예산제의 본격적인 도입 이전에는 지방자치단체에서 이용자의 장애와 관련하여 필요가 인정되며 가격에 합당한 가치가 있는 경우 제한 없이 사용할 수 있는 급여 항목을 두고 지원함.

□ 최종증 발달장애인을 위한 지원 내실화

- 지역사회통합돌봄을 위한 핵심 서비스인 자립생활 지원, 의사결정 지원, 도전적 행동에 대한 치료적 개입을 체계화함.
 - 제공역량을 갖춘 제공기관에서 활동지원 또는 발달장애인 주간활동 급여로 서비스를 이용할 수 있도록 부분적으로 도입하고, 평가 결과에 따라 전면화를 가능하게 함.
- 지방자치단체의 최종증 발달장애인 융합돌봄과 같이 자립지원주택과 결합한 집중적 지원 서비스를 도입함.
- 발달장애인 전담 활동지원사를 양성하고 지원 원칙으로 자기주도가 실현될 수 있도록 교육 및 훈련 과정에 반영함.

□ 개인예산제도의 실험적 도입

- 포괄적 욕구 사정에 기반한 개인별 지원계획의 이행 예산을 개인별로 할당하는 개인예산제도의 실험적 도입을 제안함.
- 현행 바우처서비스를 우선적 급여범위로 하고, 향후 현물 또는 제공기관 지원 방식으로 지급되는 공공 급여와 이용자의 장애와 관련하여 필요성이 인정되는 민간서비스까지 범위를 확대함.
- 개인예산의 급여형태는 전자바우처 형태로 하고(통합바우처), 자기주도적이고 유연한 예산 이용이 가능하도록 예산이 할당된 급여간 칸막이를 점진적으로 해소하여 급여 총량내 개별 급여량은 조정할 수 있도록 함.

□ 개인예산을 통한 시군구의 사례 관리 및 지원 조정 기능 강화

- 시군구 희망복지지원단 및 읍면동 맞춤형 복지팀에서 장애인을 포함하여 통합 사례관리를 제공하며, 보건소의 지역사회중심재활(CBR) 사업에서도 보건의료 영역에서 사례관리 기능을 수행하나, 실질적으로 자원을 연계하고 조정하는 기능이 원활히 수행된다고 보기 어려우며, 장애인에 대한 전문성 부족도 문제로 제기되고 있음.
- 시군구의 개인별 지원계획 수립과 승인, 평가 기능을 통해 사례관리가 실질적으로 작동하도록 함.
- 서비스 자원의 연계와 조정 기능은 사회서비스 영역에서 개인별 예산 할당을 통해 효과적으로 작동할 수 있으며, 고질적인 문제로 지적되는 보건 및 복지 영역의 서비스 분절화, 소통 단절 현상도 보건 영역의 서비스를 후술할 개인예산에 편입하는 것으로 부분적으로 해소할 수 있을 것으로 기대함.

제4절 소결

1. 탈시설 장애인

□ 주요 연구 결과

- 이 연구에서는 탈시설화 정책의 표적 집단을 동태적 방법으로 추정하였으며, 정책 개입에 따라 2025년부터 기존 거주시설 이용자는 지속적으로 감소하고 공동형 주거지원과 개별형 주거지원 이용자는 각각 연간 600~700명 가량 증가할 것으로 예측됨.
- 이에 따라 장애인 주거지원 제공인력 또한 기존 거주시설은 지속적으로 감소하고 공동형 주거지원은 연간 500명 가량, 개별형 주거지원은 연간 200명 가량 추가로 확충되어야 할 것으로 예측됨.
- 탈시설 장애인 지원의 핵심이라 할 수 있는 주거지원은 2025년부터 공동생활 가정과 같은 공동형 주거지원은 연간 200호 이상, 지원주택과 같은 개별형 주거지원은 연간 700호 가량 필요할 것으로 추정됨.
- 탈시설 로드맵에 따라 기존 서비스와 함께 탈시설 장애인을 위한 ‘주거유지 서비스’가 제안되었으나, 그 외에 자립정착금, 자립수당과 같은 경제적 지원 수단이 보완되어야 할 것으로 판단됨.

□ 탈시설화 정책의 본격 시행에 앞서 주거지원의 선제적 확대 필요

- 탈시설 로드맵이 발표된 것은 다행이나 애초 계획보다 상당히 늦어졌고 시범 사업으로 인해 본 사업은 2025년으로 미뤄진 상황임.
- 그런데 2019년 7월부터 거주시설 입소자격이 엄격해지면서 시설에 입소하고자 하는 수요가 지속적으로 누적되고 있을 것이라 예상됨.
- 이러한 상황에서 공동생활가정과 같은 현실적인 대안에 대한 고려도 2025년 이후로 미뤄지면서 탈시설화 정책에 대한 반작용이 우려되는 상황임.
 - 실제로 공동생활가정은 2012~2020년 사이에 87호(연평균 11개소) 증가

하는데 그쳤고 그나마 최근에는 거의 정체 상태에 있음.

- 본 연구의 추정으로 탈시설화 정책이 본격화되는 2025년부터는 연간 200호 이상의 공동생활가정과 700개호 이상의 지원주택이 필요한데, 단숨에 그 정도의 주택 공급을 하는 것의 어려움과 함께 시설 입소 수요가 누적되고 있는 현 상황을 고려하면 공동생활가정의 확대 시기를 최대한 앞당길 필요가 있음.

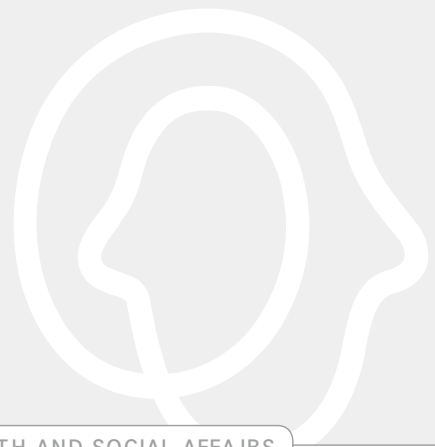
□ 탈시설화 정책에서 탈가족화 정책으로의 전환

- 탈시설화 정책에 의한 지원은 초기에는 거주시설 퇴소자와 입소 대기자에 집중하여 진행하는 것이 현실적이나, 지역사회 생활이 어렵다고 판단하여 거주시설 입소를 원하는 장애인(혹은 가족)은 지속적으로 발생할 것임.
- 이론적으로는 모든 재가장애인에 대한 체계적인 지원이 이루어진다면 그러한 거주시설 입소 수요는 나타나지 않을 것이지만 이행기에 그러한 수요가 전무할 것이라 가정하기는 어려움.
- 따라서 탈시설 장애인 지원체계가 성숙되고 퇴소 장애인의 규모가 점차 줄어드는 시점에는 탈시설 장애인 지원체계를 탈가족 지원체계로 전환할 필요가 있음.
 - 이때 정책 대상이 거주시설에서 퇴소하고자 하는 장애인에서 가족으로부터 독립하고자 하는 장애인으로 바뀌는 것일 뿐이며, 지원의 수단은 동일함.
 - 탈시설 장애인에게 지원되는 주거지원, 주거유지서비스, 사례관리 등은 가족으로부터 독립하고자 하는 장애인에도 동일하게 유용한 수단이 됨.
- 다만 탈시설화 정책이 탈가족화 정책으로 전환되는 시점을 최대한 앞당기는 것이 탈시설화 정책 추진 과정에서 발생하는 다양한 갈등 상황과 정책에 대한 반작용을 최소화하는 방법이 될 것임.

2. 재가 장애인

□ 재가 장애인을 위한 지역사회통합돌봄의 선행 과제

- 현행 활동지원 서비스의 공급량 확충을 우선으로 하여 최중증 장애인을 위한 24시간 지원과 활동지원 제공이 기피되는 최중증 장애인에 대해 가산급여 확대 등 대책을 마련함.
- 개인별 지원체계 강화를 위해 중증 장애인을 우선으로 개인별 지원계획을 도입하고, 이후 점진적으로 대상을 확대함.
 - 개인별 지원계획에 기반한 개인예산제를 실험적으로 운영하여 이용자 주도성을 강화하고 시군구의 사례 관리 기능 효과성을 제고함.
- 서비스 전과정에서 이용자 주도 원칙을 실현하기 위한 이용자 관여 방안을 마련하고, 의사능력이 부족한 이용자를 위한 의사결정지원과 옹호 서비스를 제공함.



제5장

정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

제4절 소결

제 5 장

정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 전략

제1절 지역사회 통합돌봄 정책 대상

1. 유관제도 진단

- ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’(이하 ‘정신건강복지법’)에서는 ‘돌봄’ 용어를 명시하고 있지는 않으나, 정신질환자 대상 의료와 더불어 재활, 권리보호, 복지 서비스 등을 포괄하는 통합적 정책을 강조하고 있음.
- ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’(이하 ‘정신건강복지법’)은 1995년에 제정된 정신보건법의 전면 개정 법률로 정신장애인의 의료, 요양, 재활, 권리보호, 복지서비스 등의 정신장애인과 관련된 법적 근거로 작용함.
- 정신건강복지법은 전 국민의 정신건강 증진과 더불어 정신질환자에 대한 서비스를 명시하고 있으며, 이 법에 의한 ‘정신질환자’는 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 장신장애를 가진 자를 의미함. 구체적으로는 정신질환의 유형 및 증증도에 관계 없이 의학적 의미의 모든 정신질환자를 포괄함.
- 정신건강복지법에서는 정신질환자를 대상으로 한 통합적 서비스를 강조하고 있으며, 주요한 내용은 정신질환으로부터 보호받을 권리, 최적의 치료를 받을 권리, 차별대우를 받지 않을 것, 지역사회 중심 치료 우선, 의견교환할 권리, 자기결정권, 법적 사실적 영향에 대한 표현에 도움을 받을 권리, 정책의 결정 과정에 참여할 권리, 미성년자의 치료, 보호 및 교육 받을 권리를 명시하고 있음.
 - 또한 국가와 지방자치단계의 책무로서 정신질환자의 치료 재활, 정신건강

전달체계 확립, 권익향상과 인권보호, 정신질환자 등과 그 가족의 편견과 차별 해소 등에 대한 노력 책무를 명시하고 있음.

○ 위의 권리에 기반하여 다양한 정책을 제안하고 있으며, 기존 정신보건법에 비해 진일보한 측면은 정신건강복지법에서 정신질환자 대상 복지서비스를 명시하고 있다는 점임.

- 정신건강복지법 제4장 복지서비스의 제공에서 언급된 복지서비스 조항은 다음과 같음.

〈표〉 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공 조항

제33조(복지서비스의 개발)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 정신질환에도 불구하고 잠재적인 능력을 최대한 계발할 수 있도록 정신질환자에게 적합한 서비스를 적극적으로 개발하기 위한 연구지원체계를 구축하기 위하여 노력하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 연구지원체계 구축에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제34조(고용 및 직업재활 지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자가 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업생활을 영위할 수 있도록 일자리 창출, 창업지원 등 고용촉진에 필요한 조치를 강구하여야 한다.
- ② 보건복지부장관은 정신질환자의 능력과 특성에 적합한 직업훈련, 직업지도 등을 지원하기 위하여 필요한 조치를 강구하여야 한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 고용촉진 및 직업훈련 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제35조(평생교육 지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자에게 「교육기본법」 제3조 및 제4조에 따른 평생교육의 기회가 충분히 부여될 수 있도록 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장별로 「평생교육법」 제2조제2호의 평생교육기관을 지정하여 정신질환자를 위한 교육과정을 적절하게 운영하도록 조치하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따라 지정된 평생교육기관에 대하여 예산의 범위에서 정신질환자를 위한 교육과정 운영에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 평생교육기관의 지정기준과 절차, 정신질환자를 위한 교육과정의 기준, 교육제공인력의 요건 등은 교육부장관이 보건복지부장관과 협의하여 정한다.

제36조(문화·예술·여가·체육활동 등 지원) 국가와 지방자치단체는 이 법에서 정한 지원 외에 문화·예술·여가·체육활동 등의 영역에서 정신질환자에게 필요한 서비스가 지원되도록 최대한 노력하여야 한다.

제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원등이 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원을 위하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제38조(가족에 대한 정보제공과 교육)

- ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 가족이 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는 데 필요한 정보를 제공하거나 관련 교육을 실시할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 제공하는 정보와 교육의 내용·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

- 그 외에도 제5장과 제6장에서는 정신질환자의 치료에 대한 지원을, 제7장에서는 정신질환자 권익 보호 및 지원을 위한 조항을 두고 있음.
- 보다 구체적으로 제5장에서는 입원적합성 심사절차, 보호 입원에 대해 진단 입원 후 치료 입원이라는 입원절차 이원화 등 비자발적 입원에 대한 규제를 강화한 내용을 담고 있음. 그리고 모든 강제입원에 대해 입원적합성심사 및 치료 입원 전 2주간 진단 입원 도입, 전문의 2인에 의한 입원 결정 등 입원요건 절차 강화하고, 환자의 퇴원 의사 확인 주기를 줄이는 등의 인권 중심의 입원제도의 내용을 담고 있음.
- 제6장에서는 외래치료 지원 등을 통해 정신질환자가 외래치료를 받지 않아 증상이 악화되어 자해 및 타해의 우려로 인한 비자발적 입원으로 이어지지 않도록 방지하고, 재발 우려가 있는 장기입원환자가 외래치료를 받는 조건으로 퇴원을 촉진시키는 등 탈원화를 도모하는 내용을 담고 있음.
- 제7장에서는 입원 등의 금지, 권익 보호, 통신과 면회의 자유 제한 금지, 격리 등의 제한 금지 등의 권익 증진을 위한 제한 사항을 규정하고, 정신건강증진시설의 장과 종사자에 대한 인권교육을 강화하여 정신질환자의 권익 보호를 도모하는 내용을 담고 있음.

□ 2021년 초에 관계부처합동으로 발표된 제2차 정신건강복지기본계획(2021년-2026년)에서 역시 정신질환자 대상 통합적 서비스를 제공하기 위한 정책적 방향성을 담고 있으며, 정신의료 및 지역사회 다양한 차원에서 보다 양질의 서비스를 통합적으로 제공하는 것을 주요한 전략으로 제시하고 있음.

○ 제2차 정신건강복지기본계획(2021-2026)이 새롭게 발표되어 ‘마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라’라는 비전 아래, 정책 목표로서 코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진, 전 국민이 언제든지 필요한 정신건강 서비스를 이용할 수 있는 환경 조성, 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공, 정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립 지원, 약물 중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련, 자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현을 제시하였음.

[그림] 제2차 정신건강복지기본계획(2021-2026)에 제시된 비전 및 주요 전략

비전	마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라
정책 목표	1. 코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진 2. 전 국민이 언제든지 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경 조성 3. 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공 4. 정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원 5. 약물 중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련 6. 자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현
⇓	
추진전략	핵심과제
전국민 정신건강 증진	1. 적극적 정신건강증진 분위기 조성 2. 대상자별 예방 접근성 제고 3. 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화
정신의료 서비스/인프라 선진화	1. 정신질환 조기인지 및 개입 강화 2. 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축 3. 치료 친화적 환경 조성 4. 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고
지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진	1. 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 2. 지역사회 내 자립 지원 3. 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화
중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화	1. 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 2. 마약 등 약물중독 관리체계 구축 3. 디지털기기 등 이용장애 대응 강화
자살로부터 안전한 사회 구현	1. 자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 2. 고위험군 지원 및 사후관리 3. 서비스 지원체계 개선
정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	1. 정책 추진 거버넌스 강화 2. 정신건강관리 전문인력 양성 3. 공공자원 역량 강화 4. 통계 생산체계 정비 및 고도화 5. 정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화

○ 이 중 주로 정신질환자를 대상으로 하는 주요 전략은 정신의료서비스 /인프라 선진화와 지역사회 기반 정신질환자의 사회통합추진임.

- ‘정신의료 서비스/인프라 선진화’ 전략에서 제시된 내용을 간략히 보면, 정신질환 조기인지 및 개입 강화, 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축, 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고, 지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선 등을 주요 추진 전략으로 제시하고 있음.

- 다양한 전략 중 정신질환 조기 인지 및 개입 강화는 정신질환의 만성화 중증화를 예비하는 것으로 지역사회 차원에서 고위험군을 빨리 스크리닝 하고 조기에 개입할 수 있도록 인식 개선, 검진 등 스크리닝과 심리지원 강화, 동네 의원을 활용한 정신과적 문제 조기 발견을 강화하는 것을 강조함. 특히 청년을 대상으로 한 스크리닝 및 조기개입, 심리지원은 청년 조기중재지원사업으로 현재 확대 중임.
- 또한 그 외에도 지역 기반 정신 응급 대응 체계 구축 및 의료기관 내 치료의 전문성 및 효과성을 강화하는 내용을 주요한 내용으로 담고 있음.
- 정신의료서비스 선진화는 보다 양질의 의료서비스를 정신질환자가 인권을 보호받으면서 이용할 수 있도록 하는데 도움을 줄 뿐 아니라 정신질환자가 조기에 전문화된 치료를 받고 지역사회에서 독립적으로 잘 살아갈 수 있도록 하는 것과도 연관성이 높음. 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 사업들이 방향성으로 제시하는 지역사회 계속 거주가 가능하기 위해서는 정신의료서비스 역시 기존의 장기입원 중심의 치료 서비스가 아닌 적시에 필요한 치료를 제공하는 것으로 기능하는 것이 필요함.

○ 그리고 제2차 정신건강복지기본계획의 전략 중 지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진전략이 이 연구의 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 사업과 연관성이 높음.

- ‘정신질환자의 지역사회 통합’ 전략에서는 지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선, 지역사회 내 자립 지원, 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화 등을 핵심 주제로 제시하고 있음.
- 우선 ‘지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선’과 관련해서 기본계획에서는 정신장애인을 위한 정신재활시설이 양적으로 부족하며, 특정 지역에 집중되어 충분한 서비스 제공을 하기 어려운 상황임을 인지하고, 사회의 정신재활시설을 확충하고, 정신재활서비스의 전달체계를 효과적으로 개선함으로써 정신장애인에게 충분한 정신재활서비스를 제공하는 것을 목표로 제시하고 있음.

〈표〉 지역사회기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 추진과제

추진과제	세부 과제
재활 지원을 필요로 하는 미등록자 지원시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 재활 지원 필요도를 측정하는 평가 기준을 마련하고, 정신의료기관에서 정신건강복지센터로 평가 결과를 제공하는 방안 검토 - 정신건강복지센터 등록을 통해 정신건강 서비스 지원이 필요하나, 본인이 서비스 이용을 거부하는 경우에 대한 제도개선 추진 - 경찰, 소방 및 지역사회 유관기관 실무자 교육 및 협의체 운영 등을 통해 등록필요 대상자 발굴 및 연계 강화
재활서비스 전달체계 개선	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자의 중증도·수요를 기준으로 정신재활시설 기능 정립·확대를 위한 정신건강복지법 시행규칙 개정 - 병원 기반 사례관리 대상자 중 재활서비스 필요자 대상으로 연계할 수 있도록 지역 재활 네트워크 구축 - 정신건강복지센터와 정신재활시설간 정책 대상, 서비스 등 역할할 명확화 및 지역 내 환자 지원을 위한 정보연계 체계 마련 - 정신질환자의 중증도·수요를 기반으로 정신 재활시설의 유형·기준을 표준화하고, 자립체험주택 등 신규 유형도 도입 - 지역사회 통합돌봄 시범사업 중 단기거주시설 도입 - 정신재활시설의 미제공 서비스는 정신건강복지센터에서 제공
지역사회 내 정신재활시설 적극적 확충	<ul style="list-style-type: none"> - 지역별 정신질환자 분포 등을 고려하여 수요-공급 현황을 분석하고, 정신재활시설 유형별 연차별 확충 계획 수립 - 충분한 재활시설 확충 전까지 지역사회 공공 인프라/프로그램 및 정신의료기관의 낮병동 등 재활프로그램 활성화 - 정신재활시설 확충을 위한 국가·지자체 협력 강화 등 다각적 노력을 병행 추진

출처: 관계부처합동(2021). 2021-2025 제2차 정신건강복지기본계획 내용을 바탕으로 연구진이 요약정리하였음.

- 또, ‘지역사회 내 자립 지원’과 관련하여 살펴보면, 현재 정신건강의학과 입원 환자가 퇴원하지 않는 이유가 주거지 확보의 어려움과 독립생활의 어려움에 있으며, 정신질환자는 다양한 복지서비스에서도 배제되고 있다고 문제를 인식하고 있음. 따라서 지역사회 내 정신질환자의 주거 및 고용을 지원하고, 다양한 복지서비스를 개발·제공하여 정신질환자의 안정적으로 자립할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 제시함.

〈표〉 지역사회 내 자립 지원 추진 과제

추진과제	세부 과제
지역사회 내 안정적 주거지원	<ul style="list-style-type: none"> - 독립생활이 곤란한 고령의 만성 정신질환자를 중심으로 정신요양시설 입소를 우선 지원하고, 정신요양시설 기능 개편 방안 연구를 통해 안정적 주거공간으로써 정신요양시설 활용 방안 마련 - 비의료적 장기입원·입소자에 대한 실태조사를 실시하고, 지자체와 협력하여 시·도 단위로 연차별 거주공간 확충계획 수립 - 정신질환자로 등록된 정신 장애인에 대해 장애인복지시설 기반의 주거 편의, 상담 등을 제한하는 장애인복지법 개정 검토
지역사회 내 맞춤형 고용지원	<ul style="list-style-type: none"> - 회복한 정신질환자를 대상으로 정신건강복지센터, 정신재활시설 등을 활용한 일자리 제공 - 정신질환자의 고용창출 및 직업재활 지원을 위해 직업재활시설 유형 세분화 등 정신건강복지법 시행규칙 개정 추진 - 정신질환자의 직업능력 정도 등을 고려한 직업재활시설 유형을 재조정하고, 단계적 확충을 통해 정신질환자의 사회참여 확대 - 중앙정부와 지자체 재정지원 일자리 사업 중 정신장애인 참여 현황을 정기적 조사 - 사회적 농업 등 정신질환의 증상 완화 및 치료에 도움이 되는 재활과 고용 결합형 일자리 모델 지속 발굴
지역사회 정책을 돕는 다양한 복지서비스 개발 및 도입 추진	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자와 가족을 대상으로 고용, 주거, 돌봄, 교육 등 다양한 복지 수요에 대한 정례적 실태조사 추진 - 정신질환자에 대한 지역사회 통합돌봄 선도사업을 복지 수요 대응에 집중하고, 정신질환자 지원을 단계적 확대 - 장애인 활동 지원 서비스 등 정신장애인의 돌봄 서비스의 이용이 낮은 원인을 분석하고 활성화 방안 강구, 정신장애인의 특성을 고려한 ‘장애인활동지원종합조사표’ 개선 추진 - 정신장애인에 대한 특화된 복지서비스 제공을 위한 정신장애인복지서비스 모형 개발 및 시범사업 추진
사각지대 정신질환자의 자립 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 자력으로 후견인 선임이 어려운 정신질환자에 대한 공공후견인을 선임할 수 있는 법률상 근거 마련 - 폐쇄병동과 정신요양시설에 장기 입원 중인 무연고 정신질환자의 실태조사를 실시하고, 관할 정신건강복지센터 등록지원 - 가정폭력 피해자, 위기 가정으로 가족 및 친인척의 도움을 받을 수 없는 정신질환자의 공공 지원 프로그램 개발

출처: 관계부처합동(2021). 2021-2025 제2차 정신건강복지기본계획 내용을 바탕으로 연구진이 요약정리하였음.

- ‘정신질환자 권익 신장 및 인권 강화’와 관련하여 살펴보면, 최근 정신질환에 대한 국민의 의식이 유지 혹은 부정적으로 변화하고, 언론과 미디어에서 정신질환자 관련 범죄 보도가 증가하여 정신질환자에 대한 차별과 편견이 악화하고 있다고 문제를 인식하고 있음. 따라서 정신질환에 대한 인식이나 편견을 해소하고, 불합리한 차별제도를 철폐하거나 인권과 권익을 보호하기 위한 제도를 개선하여 정신질환자의 권익과 인권의 증진하는 것을 목표로 제시함.

〈표〉 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화 추진 과제

추진과제	세부 과제
정신질환에 대한 잘못된 인식이나 편견 해소	<ul style="list-style-type: none"> - '(가칭) 정신질환 인식개선주간'을 활용하여 일반 국민, 환자와 가족, 전문가들이 참여하는 각종 캠페인·행사 집중 운영 - 정신질환 입원 치료·재활 프로그램 등 일일 체험, 환자 가족과의 대화, 대국민 정신건강 포럼 개최 등 실시 - 정신질환에 대한 잘못된 인식·편견이 확산되지 않도록 인식개선 홍보, 언론 등への 협조 요청 근거 등 정신건강복지법 개정 - 정신질환자에 대한 불합리한 차별제도 단계적 철폐 - 정신질환자의 고용, 교육·훈련, 각종 서비스 이용 등에 차별이 없도록 법령·제도 등에 대한 실태조사를 시행하고 개선방안 마련 - 민간분야에서 정신질환자에 대한 불합리한 차별 현황에 대해서도 모니터링 시스템을 구축하고, 차별 해소를 적극 권고
정신질환자에 대한 불합리한 차별제도 단계적 철폐	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자의 고용, 교육·훈련, 각종 서비스 이용 등에 차별이 없도록 법령·제도 등에 대한 실태조사를 시행하고 개선방안 마련 - 민간분야에서 정신질환자에 대한 불합리한 차별 현황에 대해서도 모니터링 시스템을 구축하고, 차별 해소를 적극 권고
정신질환자의 권익 보호를 위한 자기 결정권 강화 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자의 인권을 보호하고 사회적 차별을 해소하기 위한 정신질환자 권익옹호기관 육성 추진 - 국내·외 유사사례 분석, 현장의 수요 등을 기반으로 주요 기능과 운영 방식 등 사업모델을 마련하고, 지원 추진 - 정신질환자 지원을 위해 회복된 정신질환자·당사자 가족을 동료·가족 지원가로 양성하고 정신질환자 권익옹호 활동에의 참여 보장 - 국공립정신병원 중심으로 동료·가족 지원가 활동 참여기회를 우선 제공하고, 정신건강복지센터 등으로 확산방안도 마련 - 당사자 단체가 직접 기획·운영하는 수요자 관점의 경험 공유 플랫폼 프로그램을 적극 발굴·지원 추진
정신질환자 인권보호를 위한 입원적합성심사제도 개선 추진	<ul style="list-style-type: none"> - 심사 가이드라인 제시, 대면조사 확대, 퇴원결정자 사후 모니터링 실시 등 입원적합성심사제도 단계적 개선 추진 - '정신질환자 입원제도 개선 협의체*'를 구성하여 입원적합성심사제도 개선 결과를 지속 점검하고, 중장기적으로 입원제도 전반에 대한 점검 체계를 마련 - '정신건강심판원' 도입 타당성 검토를 위해 정책연구를 실시하고('24), 입원제도 개선 협의체를 통해 중장기 정책 방향 설정

출처: 관계부처합동(2021). 2021-2025 제2차 정신건강복지기본계획 내용을 바탕으로 연구진이 요약정리하였음.

□ 유관제도의 성과와 한계

○ 정신건강복지법과 제2차 정신건강복지기본계획은 정신질환자에 대한 치료, 재활, 보호 및 복지서비스에 대한 내용을 담고 있으며, 정신질환자 대상 보건 의료적 혹은 치료적 접근 외에 정신질환자가 지역사회에서 통합되어 생활할 수 있도록 하는 지원을 명시하고 있음.

- 특히 제 2차 국가정신건강복지기본계획에서는 정신건강복지 서비스 및 인

프라, 정신질환자의 자립 지원, 정신질환자의 권익과 인권의 증진 등의 인권 보호와 복지서비스의 내용을 구체화하고 있음.

- 보다 구체적으로 지역사회 기반의 정신건강복지서비스 제공기관인 정신재활시설 확충을 주요한 전략 과제로 제시하고 있으며, 정신질환자들이 이용할 수 있는 다양한 복지서비스의 개발, 지역사회 유관자원과의 연계를 강조하고 있음.

○ 정신건강복지법 및 제2차 정신건강복지기본계획에서 정신질환자가 지역사회를 기반으로 다양한 서비스를 이용할 수 있도록 하는 전략들을 제시하고 있기는 하지만, 여전히 유관제도가 가지는 한계는 존재함.

- 이후에 살펴보겠지만, 지역사회를 기반으로 정신질환자에게 정신건강복지서비스를 제공하는 인프라가 부족함. 비록 시군구마다 정신건강복지센터가 설치되어 운영중이기는 하나 지역사회 내 다양한 정신건강 문제에 대한 대응을 하다보니 정신질환자 대상 정신건강복지서비스 제공에는 업무에 한계를 보임. 또한 정신질환자를 대상으로 하는 정신재활시설의 수는 매우 부족한 실정임. 이러한 인프라의 부족 문제는 결과적으로 서비스를 이용할 수 있는 정신질환자의 규모와도 연관성이 높음.
- 정신질환자가 다양한 욕구를 가지고 있고 법과 정책에서는 정신질환자 대상 통합적인 서비스 제공의 중요성을 강조함에도 불구하고 여전히 정신질환자 대상 정신건강복지서비스는 정신건강복지센터와 정신재활시설을 중심으로 제공되고 있다는 데 한계가 존재함.
- 화성시 선도사업과 같이 정신질환자의 다양한 욕구를 파악하고, 이에 대응하는 통합적 서비스 제공 체계를 구축하는 경우도 있지만, 대다수의 지역에서는 정신건강복지센터를 중심으로 혹은 정신재활시설을 중심으로 각 기관 내에서 정신질환자에 대한 욕구 사정 및 개입을 전담하고 있는 상황임. 최근들어 지역사회 보건복지 연계 서비스가 강조되고 있기 때문에 이전에 비해 정신건강복지센터 혹은 정신재활시설이 읍면동사무소나 장애인 복지관이나 사회복지관, 등과의 연계와 협업이 진행되고 있기는 하지만 여전히 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설 간 연계

중심으로 사업이 진행되고 있음.

- 유관 분야인 장애인 영역에서는 장애인복지법에서 명시하듯 다양한 복지서비스가 법적으로 명시되고 서비스가 다양한 서비스 제공 주체를 통해 제공되고 있는 구조이지만, 정신질환자를 대상으로 한 지역사회 기반 복지서비스를 제공하는 기관은 정신건강복지센터와 정신재활시설 뿐임.

- 정신건강복지법 내 복지서비스가 명시되어 있기는 하지만 이들 서비스가 구체적으로 개발되어 제공되고 있지 못함. 또한 그간 정신질환자 대상 복지서비스가 서비스 혹은 프로그램 단위로 논의되는 것이 아니라 복지서비스를 제공하기 위한 기관/시설 단위로 논의되어왔음. 따라서 복지서비스 제공을 위한 기관을 얼마나 늘릴 것인가에 대한 논의 중심이었으며, 어떤 서비스들을 어느 수준으로 얼마나 늘릴 것인가에 대한 논의는 매우 제한적이었음.

○ 따라서 이 연구에서는 이러한 유관제도에 대한 성과와 한계에 대한 인식을 바탕으로 정신질환자 대상 지역사회 기반 통합돌봄 전략과 관련하여 우선 선행연구 고찰을 통해 표적 집단의 규모를 추정하고, 이들이 필요로 하는 서비스들의 유형을 정리하였음.

- 이를 기반으로 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄을 진행하는 것과 관련한 전달체계(안)을 모색하였으며, 통합돌봄을 위한 서비스 및 인프라 확충 방안을 모색하였음.

2. 표적 집단 추정

가. 정신질환자의 정의 및 규모

□ 정신질환자의 정의³⁴⁾

- 정신건강복지법에 따르면 정신질환자는 ‘망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람’을 의미함.
- 2021년 개정된 「장애인복지법」 시행령 [별표1] 장애의 종류 및 기준에 따른 정신장애인은 다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정 조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람임.
 - 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애
 - 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증³⁵⁾

□ 정신질환자의 규모

- 국민건강보험공단의 청구자료를 활용한 분석에 따르면(김정희 외, 2021), 전체 정신질환자 2019년 기준 3,116,000명 중 41.5%인 1,293,140명이 60대 이상이며, 70대 이상이 차지하는 비율도 23.9%임.

34) 법적인 정신질환자에 대한 정의가 존재하지만 일반적으로 정신건강복지 실천 현장에서는 이들 정신질환자, 특히 양극성 정동장애, 조현병, 조현정동장애, 재발성 우울장애를 경험하는 사람을 ‘중증정신질환자’ 혹은 ‘정신장애인’으로 통칭하기도 함. 특히 정신장애인이라는 용어의 경우 장애인으로 등록된 정신장애인을 의미하기도 하며, 일반적으로 위에서 언급한 질환을 경험하는 사람을 통칭해서 부르는 용어이기도 함.

35) 2021년 4월 개정된 장애인복지법에 따라 정신장애인의 범위에 강박장애, 기질성 정신장애, 투렛장애, 기면증이 포함되기는 하였으나, 장애인복지법 시행규칙에 규정된 ‘장애인의 장애 정도’에 ‘장애의 정도가 심하지 않은 장애인’으로 규정되었음. 현재의 정책 및 사업이 양극성 정동장애, 조현병, 조현정동장애, 재발성 우울장애를 경험하는 사람을 대상으로 진행되고 있어, 이 연구에서는 지역사회 통합돌봄 사업의 대상자로 이들에 한해 대상자 규모를 추정하였음.

- 전체 정신질환자 중 중증정신질환자는 2019년 기준 675,000명(전체 정신질환자의 21.7%)으로 이중 32.7%(220,725명)이 60대 이상임. 70대 이상이 차지하는 비율은 16%임.

〈표〉 중증 정신질환자 특성

(단위: 천명, %)

		2009	2011	2013	2015	2017	2019	연평균 증감율
전체		472 (100.0)	512 (100.0)	562 (100.0)	579 (100.0)	620 (100.0)	675 (100.0)	3.7
성별	남자	39.5	39.1	38.9	39.7	39.7	39.6	3.7
	여자	60.5	60.9	61.1	60.3	60.3	60.4	3.6
연령	10세 미만	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	-1.5
	10-19세	3.4	3.1	2.9	2.4	2.6	3.4	3.8
	20-29세	10.0	9.4	8.9	9.0	10.5	12.5	6.0
	30-39세	17.8	15.8	14.4	13.3	12.9	12.9	0.3
	40-49세	23.9	22.7	21.8	20.6	19.2	17.4	0.4
	50-59세	20.1	22.3	22.9	22.8	21.9	21.1	4.1
	60-69세	13.2	13.5	14.1	15.5	16.2	16.7	6.1
	70-79세	8.9	10.1	11.2	11.3	11.0	10.2	5.0
	80세 이상	2.5	3.0	3.8	4.9	5.6	5.8	12.5
의료보장	건강보험	77.4	77.3	78.0	77.5	77.2	77.7	3.7
	의료급여	25.0	24.0	23.1	24.0	24.2	23.7	3.1

출처: 김정희 외(2021). 정신질환의 의료이용 현황 및 단계별 특성 연구. 보건복지부·국민건강보험공단 28페이지 표 2-4를 발췌함.

- 전체 중증정신질환자 중 건강보험인 사람의 비율은 77.7%임. 이를 각 의료보장 유형별로 살펴보면 (김정희 외, 2021), 건강보험인 정신질환자 중 중증정신질환자가 차지하는 비율은 20% 정도이나, 의료급여인 정신질환자 중 중증정신질환자가 차지하는 비율은 46.5%에 이름.
- 질환별, 의료보장별 중증 정신질환자의 규모를 2019년 기준으로 살펴보면, 건강보험인 중증정신질환자 중에서는 ‘중등도 이상 우울 에피소드 및 재발성 우울장애’를 경험하는 사람이 전체의 52.5%(전체 554,600명 건강보험자 중 291,165명)를 차지함. 의료급여인 중증정신질환자 중에서는 ‘조현

병'인 사람이 전체의 50.5%(전체 366,000명의 의료급여자 중 86,101명)를 차지함.

- 중증정신질환자 중 초발 중증 정신질환자의 규모를 보면, 2019년 기준으로 초발 중증정신질환자는 175,158명으로 나타남. 질환유형별, 연령별 초발 중증정신질환자의 규모를 보면 다음의 표와 같음.

〈표〉 초발 중증 정신질환자 규모

(단위: 명, %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전체	143,144 (100.0)	133,282 (100.0)	136,737 (100.0)	145,779 (100.0)	150,825 (100.0)	166,251 (100.0)	175,158 (100.0)
조현병	7.1	7.2	7.7	7.2	6.8	6.2	5.8
분열형 및 망상장애	7.0	7.4	7.4	7.3	7.1	6.5	6.4
조증에피소드	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4
양극성 정동장애	11.0	12.5	13.0	13.1	13.8	14.7	16.1
중등도 이상 우울에피소드 및 재발성 우울장애	74.4	72.4	71.4	71.8	71.7	72.1	71.3

출처: 김정희 외(2021). 정신질환의 의료이용 현황 및 단계별 특성 연구. 보건복지부·국민건강보험공단 38페이지 표 2-14의 일부를 발췌함.

- 정신질환자 중 기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터와 같은 지역사회 재활기관에 등록된 정신질환자는 2020년 12월 31일 기준 총 87,075명이며, 이 중 중증정신질환자는 47,880명(약 55.0%)으로 나타남.
- 등록 정신질환자 중 지역사회 재활기관에서 제공하는 재활 프로그램 이용자는 2020년 기준으로 총 28,357명이며, 기초 정신건강복지센터에서 제공하는 재활 프로그램 이용자가 20,979명(약 74.0%)으로 가장 많음.

나. 정신질환자의 지역사회 통합돌봄 표적 집단 규모 산출 기준 검토

□ 표적집단 추정을 위한 선행연구 기준 검토

○ 화성시 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 선도사업에서의 대상자는 1) 장기 입원 후 지역사회 복귀 유형, 2) 고위험군 선제 개입 유형, 3) 청년 정신질환자였음(이용갑 외, 2020).

- 장기입원 후 지역사회 복귀 대상자는 6개월 이상 정신의료기관에 입원중인 정신질환 화성시민으로 지역사회 복귀가 가능하거나 퇴원 계획이 있는 대상임.
- 고위험군 선제 개입 대상자는 지역 내 거주하고 있는 정신건강복지서비스 미이용자, 방임자, 경찰 행정기관 지역사회 등으로부터 의뢰된 정신질환 고위험군을 의미함.
- 청년 정신질환자는 발병한 지 5년 이내의 15~35세의 초발 정신질환자를 의미함.

○ 정신재활시설 확충을 위한 수요를 파악한 채수미 외 연구(2021)에서는 정신재활시설의 두 가지 유형, 즉, ① **생활(주거)**과 ② **이용**을 구분하여 수요를 예측하였음.

- 이 연구에서는 생활(주거)와 이용 모든 유형에서 두가지 지점에서 수요가 발생한다고 가정하였음.
 - 지역사회 전환(transition) 수요: 정신의료기관 입원 기준 강화는 환자의 지역사회 유입을 의미하는데, 이와 같은 서비스 공급자의 ‘전환’ 과정은 지역사회 측면에서 새로운 수요 발생을 의미함.
 - 기존 지역사회 거주자 중에 존재해 왔던 ‘미충족(unmet)’ 수요
- 이 연구에서의 수요 산출 방식은 다음과 같이 기준수요와 실제 수요를 측정하는 방식으로 이루어졌음.
 - 기준수요 추정: 전환과 미충족에서 발생할 것으로 가정한 ‘전체’ 수요
 - 실제 수요 추정: 추정된 기준 수요 가운데 실제로 정신재활시설이 제공하

는 ‘생활’과 ‘이용’ 서비스에 대한 수요 추정

- 생활(주거) 유형에서의 기준 수요 및 실제 수요 산출 방식은 다음과 같음.
기준 수요는 최소 8,300명에서 최대 40,000명 범위를 가지며, 주거복지사업 이용경험률을 적용한 실제 수요는 1) 현물 주거복지사업 이용경험률을 적용할 때 최소 1,220명에서 최대 5,733명의 범위를, 2) 전체 주거복지사업 이용경험률을 적용할 때 최소 2,133명에서 최대 10,023명의 범위를 가짐.
- 채수미 외 연구(2021)에서는 다음과 같은 기준을 활용하여 기준 수요를 측정하였음. 각 가정에 따라 수요 인원을 산출하였으며, 각 가정에 따른 최소 수요 및 최대 수요를 산출하였음.

〈표〉 생활(주거) 유형에서의 지역사회 전환수요 및 미충족 수요 산출 기준

①	정신의료기관으로부터 지역사회로의 전환(transition) 수요
①-①	「정신건강복지법」상의 정신의료기관 시설 강화 기준을 2019년 건강보험 실증자료(정신질환자의 의료이용자료)에 적용했을 때, 축소가 필요한 병상수를 전환 환자로 가정
①-②	2019년 중증정신질환자 가운데 퇴원 후 1개월 내 재입원하는 환자 수를 주거재활서비스가 필요한 수요로 가정
①-③	「정신건강복지법」 시행규칙 개정에 따른 정신의료기관 병상감축률을 2019년 12월 말 시점의 병상수에 적용하고, 이를 동일 시점 입원환자에서 차감하여 가정
①-④	2019년 12월 말 현재 정신의료기관 입원환자 중 ‘비자의 입원’ 환자의 비율을 적용하여, 이들을 생활(주거) 재활서비스가 필요한 수요로 가정
②	기존 지역사회 거주 정신질환자의 주거서비스 수요
②-①	지역사회 정신건강증진사업 수행 기관 ³⁶⁾ 등록 인원 중 40대 이상 비율과 노인·장애인 주거취약 가구 비율 고려
②-②	지역사회 정신건강증진사업 수행 기관 등록 인원 중 40대 이상 비율과 기초생활보장 및 주거급여 대상 정신장애인 가구 비율 고려
②-③	지역사회 정신건강증진사업 수행 기관 등록 인원 중 중증정신질환 등록자 중 40대 이상 비율과 노인·장애인 주거취약 가구 비율 고려
②-④	지역사회 정신건강증진사업 수행 기관 등록 인원 중 중증정신질환 등록자 중 40대 이상 비율과 기초생활보장 및 주거급여 대상 정신장애인 가구 비율 고려

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 142~145페이지의 내용을 바탕으로 정리하였음.

- 위의 가정을 통해 산출된 생활(주거)서비스 기준 수요는 다음과 같음³⁷⁾.

36) 기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설을 의미함.

37) 보다 구체적인 추정 기준 및 근거는 채수미 외 연구(2021)의 제4장 ‘정신재활시설의 확충’에 제시되어 있음.

〈표〉 생활(주거) 유형의 정신재활서비스 기준 수요(안)

기존 지역사회 거주		②-①	②-②	②-③	②-④
정신의료기관 유출		6,300명	18,000명	3,600명	10,500명
①-①	4,700명	11,000명	22,700명	8,300명(최소)	15,200명
①-②	14,000명	20,300명	32,000명	17,600명	24,500명
①-③	18,200명	24,500명	36,200명	21,800명	28,700명
①-④	21,000명	27,300명	39,000명(최대)	24,600명	31,500명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 145페이지의 표 4-3을 발췌함.

- 위의 가정을 활용하여 추정된 수요 중 실제로 정신재활시설이 제공하는 생활(주거) 서비스의 대상이 되는 수요를 추정할 필요가 있어서 채수미 외 연구(2021)에서는 기준 수요 규모에 ‘정신장애인의 주거복지사업 이용경험률(현물 주거복지사업 이용경험률 14.7% vs. 전체 주거복지사업 이용경험률 25.7%)을 적용하는 방식으로 실제 수요를 측정하였음. 그 추산 결과는 다음과 같음.

〈표〉 생활(주거)유형의 정신재활서비스 실제 수요(안)

(1안) 생활(주거) 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안): 현물 주거복지사업 이용 경험률(14.7%) 적용					
전환(transition) 수요		지역사회 미충족 수요		합	
①-①	691명 (4,700명×14.7%)	②-①	926명 (6,300명×14.7%)	최소 ①-① + ②-③	1,220명
①-②	2,058명 (14,000명×14.7%)	②-②	2,646명 (18,000명×14.7%)	=	최대 ①-④ + ②-② 5,733명
①-③	2,675명 (18,200명×14.7%)	②-③	529명 (3,600명×14.7%)		
①-④	3,087명 (21,000명×14.7%)	②-④	1,544명 (10,500명×14.7%)		
기존 지역사회 거주 수요		②-①	②-②	②-③	②-④
정신의료기관 유출 수요		926명	2,646명	529명	1,544명
①-①	691명	1,617명	3,337명	1,220명(최소)	2,234명
①-②	2,058명	2,984명	4,704명	2,587명	3,602명
①-③	2,675명	3,602명	5,321명	3,205명	4,219명
①-④	3,087명	4,013명	5,733명(최대)	3,616명	4,631명

(2안) 생활(주거) 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안): 전체 주거복지사업 이용 경험률(25.7%) 적용

전환(transition) 수요		지역사회 미충족 수요		합	
①-①	1,208명 (4,700명×25.7%)	②-①	1,619명 (6,300명×25.7%)	최소 ①-① + ②-③	2,133명
①-②	3,598명 (14,000명×25.7%)	②-②	4,626명 (18,000명×25.7%)		
①-③	4,677명 (18,000명×25.7%)	②-③	925명 (3,600명×25.7%)	최대 ①-④ + ②-②	10,023명
①-④	5,397명 (21,000명×25.7%)	②-④	2,699명 (10,500명×25.7%)		

기존 지역사회 거주 수요		②-①	②-②	②-③	②-④
정신의료기관 유출 수요		1,619명	4,626명	925명	2,699명
①-①	1,208명	2,827명	5,834명	2,133명(최소)	3,906명
①-②	3,598명	5,217명	8,224명	4,523명	6,297명
①-③	4,677명	6,297명	9,303명	5,603명	7,376명
①-④	5,397명	7,016명	10,023명(최대)	6,322명	8,096명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 149페이지의 표 4-6과 표 4-7을 발췌함.

- 이용시설 유형에서의 기준 수요 및 실제 수요 산출 방식은 다음과 같음. 기준 수요는 최소 55,200명에서 최대 91,600명 범위를 가지며, 지역사회 정신건강증진사업 등록자 중 지역사회 재활서비스 이용자 비율을 적용한 실제 수요는 최소 추정치는 17,105명, 최대 추정치는 28,313명의 범위를 가짐.
- 이용시설 유형에서의 기준 수요 산출 시 채수미 외(2021) 연구에서는 지역사회로 전환되는 환자들이 동일하게 이용시설을 이용하는 것에 대한 수요를 가질 것이라고 가정하였으며, 위의 표에서 제시한 지역사회로의 전환수요 산출 기준을 동일하게 적용하였음. 다만 기존 지역사회 거주 정신질환자의 이용재활서비스 기준 수요의 경우, 다음의 4가지로 경우로 가정하였음.

〈표〉 이용시설 유형에서의 미충족 수요 산출 기준

③-①	등록 정신장애인 중 지역사회 재활서비스 이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((등록 정신장애인-지역사회재활서비스 이용자)*(100%-19세 미만 비율)*(100%-입원환자 비율))
③-②	등록 정신장애인 중 정신재활시설 등록이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((등록 정신장애인-정신재활시설 등록 이용자)*(100%-19세 미만 비율)*(100%-입원환자 비율))
③-③	정신건강증진사업 수행 기관 등록장애인 중 지역사회 재활서비스 이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((정신건강증진사업 수행기관 등록장애인 - 지역사회 재활서비스 이용자)*(100%-19세 미만 비율)*(100%-입원환자 비율))
③-④	정신건강증진사업 수행 기관 등록장애인 중 정신재활시설 등록이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((정신건강증진사업 수행기관 등록장애인 - 정신재활시설 등록 이용자)*(100%-19세 미만 비율)*(100%-입원환자 비율))

주: 원자료에서는 ②-①, ②-②, ②-③, ②-④로 표기되었으나, 앞서 살펴본 생활(주거) 서비스 수요와 구분하여 파악하기 용이하도록 이 연구에서는 ③-①, ③-②, ③-③, ③-④로 표기하였음.

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 159~161페이지의 내용을 바탕으로 정리하였음.

- 위의 가정을 통해 산출된 이용재활 서비스 기준 수요는 다음과 같음³⁸⁾.

〈표〉 이용재활 유형의 정신재활서비스 기준 수요(안)

기존 지역사회 거주 정신의료기관 유출		③-①	③-②	③-③	③-④
		56,000명	70,600명	50,500명	58,700명
①-①	4,700명	60,700명	75,300명	55,200명(최소)	63,400명
①-②	14,000명	70,000명	84,600명	64,500명	72,700명
①-③	18,200명	74,200명	88,800명	68,700명	76,900명
①-④	21,000명	77,000명	91,600명(최대)	71,500명	79,700명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 161페이지의 표 4-13을 발췌함.

- 위의 가정을 활용하여 추정된 수요 중 실제로 정신재활시설이 제공하는 이용재활 서비스의 대상이 되는 수요를 추정할 필요가 있어서 채수미 외 연구(2021)에서는 기준 수요 규모에 ‘정신의료기관 치료 인원 대비 지역사회 정신건강증진사업 등록자 비율’과 ‘지역사회 재활서비스 이용자 비율’을 적용하는 방식으로 실제 수요를 측정하였음.

38) 보다 구체적인 추정 기준 및 근거는 채수미 외 연구(2021)의 제4장 ‘정신재활시설의 확충’에 제시되어있음.

〈표〉 이용 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안)

전환(transition) 수요				지역사회 미충족 수요	
기본 수요		치료 인원 대비 등록자 비율(23.0%)	지역사회 재활서비스 이용자 비율(30.5%)		
①-①	4,700명	1,081명	330명	②-①	17,080명 (56,000명×30.5%)
①-②	14,000명	3,220명	982명	②-②	21,533명 (70,600명×30.5%)
①-③	18,200명	4,186명	1,277명	②-③	15,403명 (50,500명×30.5%)
①-④	21,000명	4,830명	1,473명	②-④	17,904명 (58,700명×30.5%)

+

기존 지역사회 거주		②-①	②-②	②-③	②-④
정신의료기관 유출		17,080명	21,533명	15,403명	17,904명
①-①	330명	17,410명	21,863명	15,733명(최소)	18,234명
①-②	982명	18,062명	22,515명	16,385명	18,886명
①-③	1,277명	18,357명	22,810명	16,680명	19,181명
①-④	1,473명	18,553명	23,006명(최대)	16,876명	19,377명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 166페이지의 표 4-17을 발췌함.

다. 정신질환자의 지역사회 통합돌봄 표적 집단 규모 산출

□ 이 연구에서는 채수미 외 연구(2021)에서 산출한 수요를 바탕으로 화성시에서 시도되었던 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 선도사업 대상자 기준을 추가하여 표적 집단 규모를 추정하였음.

○ 이 두 선행 사례와 연구에서는 사업 혹은 서비스 수요 추정을 위한 정신질환자의 범위를 두가지 방향으로 공통적으로 제기함.

- 정신의료기관에서 지역사회로 전환 관련 욕구와 지역사회 거주 정신질환자의 주간(daytime) 서비스에의 이용에 대한 욕구의 방향성이 공통적으로 드러남. 따라서 이 연구에서도 이 두가지 방향성을 모두 고려하여 표적집단 규모를 추정하고자 함.

○ 이 연구에서는 채수미 외 연구(2021)에서 활용한 가정과 같이 표적집단 규모

를 추정할 때 여러 가지 경우의 수를 제시하였으며, 이에 따라 표적 집단 규모를 단일 값이 아닌 각 가정에 따른 값으로 산출하였음.

- 채수미 외 연구(2021)에서 활용한 기준들을 동일하게 적용하였으며, 화성시 선도사업에서 장기입원 환자 지역사회 복귀를 위한 사업을 근거로 2019년 정신의료기관의 입원환자 중 6개월 이상 입원한 환자 중 주거 서비스 필요로 하는 사람의 비율(40.3%)³⁹⁾을 주거 재활 서비스(혹은 퇴원 후 이용서비스)가 필요한 수요로 추가적으로 가정하였음(①-⑤로 표기)

〈표〉 이 연구에서 활용한 정신의료기관에서 지역사회 전환 수요 산출 기준

- | | |
|-----|--|
| ① | 정신의료기관으로부터 지역사회로의 전환(transition) 수요 |
| ①-① | 「정신건강복지법」상의 정신의료기관 시설 강화 기준을 2019년 건강보험 실증자료(정신질환자의 의료이용자료)에 적용했을 때, 축소가 필요한 병상수를 전환 환자로 가정 |
| ①-② | 2019년 중증정신질환자 가운데 퇴원 후 1개월 내 재입원하는 환자 수를 주거재활서비스가 필요한 수요로 가정 |
| ①-③ | 「정신건강복지법」 시행규칙 개정에 따른 정신의료기관 병상감축률을 2019년 12월 말 시점의 병상수에 적용하고, 이를 동일 시점 입원환자에서 차감하여 가정 |
| ①-④ | 2019년 12월 말 현재 정신의료기관 입원환자 중 '비자의 입원' 환자의 비율을 적용하여, 이들을 생활(주거) 재활서비스가 필요한 수요로 가정 |
| ①-⑤ | 2019년 정신의료기관의 입원환자 중 6개월 이상 입원한 환자 중 주거 서비스 필요로 하는 사람의 비율(40.3%) ⁴⁰⁾ 을 주거 재활 서비스(혹은 퇴원 후 이용서비스)가 필요한 수요로 가정 |

- 추가적으로 채수미 외 연구(2021)에서는 정신재활시설 확충과 관련한 수요를 파악하였기 때문에 이용재활서비스 수요에 정신재활시설 등록 이용자 규모가 산출 기준 중 하나로 포함되지만, 이 연구에서는 지역사회를 기반으로 한 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 지역사회 기반 정신건강증진 사업 수행 기관을 모두 포괄하므로, 등록 이용자 수를 활용한 지표는 이 연구에서 사용하지 않음. 따라서 이 연구에서 활용한 수정 기준은 다음과 같음.

39) 정신장애인인 지역사회 거주치료실태조사(국가인권위원회, 2018)에 의하면 병원에서 퇴원하지 않는 이유 중 거주 공간과 관련된 내용은 40.3%(①'퇴원 후 살 곳이 없기 때문에'(24.1%)+③'가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에'(16.2%))

40) 정신장애인인 지역사회 거주치료실태조사(국가인권위원회, 2018)에 의하면 병원에서 퇴원하지 않는 이유 중 거주 공간과 관련된 내용은 40.3%(①'퇴원 후 살 곳이 없기 때문에'(24.1%)+③'가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에'(16.2%))

〈표〉 이 연구에서 활용한 지역사회 거주 정신질환자의 이용재활서비스 수요 산출 기준

- ③-① 등록 정신장애인 중 지역사회 재활서비스 이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((등록 정신장애인-지역사회재활서비스 이용자)*(100%-19세 미만 비율) *(100%- 입원환자 비율))
- ③-② 정신건강증진사업 수행 기관 등록장애인 중 지역사회 재활서비스 이용자를 제외한 사람 수에 대하여 19세 미만 비율 및 입원환자 비율을 제외((정신건강증진사업 수행기관 등록장애인 - 지역사회 재활서비스 이용자)*(100%-19세 미만 비율)*(100%- 입원환자 비율))

- 그 외 채수미 외 연구(2021)에서 활용한 지역사회 거주 정신질환자의 생활(주거) 서비스 수요 산출 기준(②-①, ②-②, ②-③, ②-④)은 동일하게 활용하였음.

□ 이 연구에서 산출한 생활(주거) 유형 서비스 필요 표적 집단 규모를 산출한 결과는 다음의 표와 같음.

○ 기준 수요를 산출한 결과는 다음과 같으며, 장기입원 환자의 주거 서비스 필요도를 적용한 규모를 추가하기는 하였지만 채수미 외 연구(2021)에서 산출한 최소 및 최대 범위는 동일하게 나타남.

〈표〉 이 연구에서 산출한 생활(주거) 유형의 서비스 필요 표적 집단 규모(안)- 기준 수요

기존 지역사회 거주		②-①	②-②	②-③	②-④
정신의료기관 유출		6,300명	18,000명	3,600명	10,500명
①-①	4,700명	11,000명	22,700명	8,300명(최소)	15,200명
①-②	14,000명	20,300명	32,000명	17,600명	24,500명
①-③	18,200명	24,500명	36,200명	21,800명	28,700명
①-④	21,000명	27,300명	39,000명(최대)	24,600명	31,500명
①-⑤	8,300명	14,600명	26,300명	11,900	18,800명

주: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 145페이지의 표 4-3의 내용 및 이 연구에서 추가한 기준을 함께 제시하였음.

- 이는 기준 수요를 바탕으로 산출한 실제 수요에서도 동일하게 드러남.

〈표〉 이 연구에서 산출한 생활(주거) 유형의 서비스 필요 표적 집단 규모(안)-실제 수요

(1안) 생활(주거) 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안): 현물 주거복지사업 이용 경험률(14.7%) 적용					
전환(transition) 수요		+	지역사회 미충족 수요		=
①-①	691명 (4,700명×14.7%)		②-①	926명 (6,300명×14.7%)	
①-②	2,058명 (14,000명×14.7%)		②-②	2,646명 (18,000명×14.7%)	
①-③	2,675명 (18,200명×14.7%)		②-③	529명 (3,600명×14.7%)	
①-④	3,087명 (21,000명×14.7%)		②-④	1,544명 (10,500명×14.7%)	
①-⑤	1,220명 (8,300명×14.7%)				
			합		
			최소 ①-① + ②-③	1,220명	
			최대 ①-④ + ②-②	5,733명	
기존 지역사회 거주 수요			②-①	②-②	②-③
정신의료기관 유출 수요			926명	2,646명	529명
①-①	691명		1,617명	3,337명	1,220명(최소)
①-②	2,058명		2,984명	4,704명	2,587명
①-③	2,675명		3,602명	5,321명	3,205명
①-④	3,087명		4,013명	5,733명(최대)	3,616명
①-⑤	1,220명		2,146명	3,866명	1,749명
(2안) 생활(주거) 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안): 전체 주거복지사업 이용 경험률(25.7%) 적용					
전환(transition) 수요		+	지역사회 미충족 수요		=
①-①	1,208명 (4,700명×25.7%)		②-①	1,619명 (6,300명×25.7%)	
①-②	3,598명 (14,000명×25.7%)		②-②	4,626명 (18,000명×25.7%)	
①-③	4,677명 (18,000명×25.7%)		②-③	925명 (3,600명×25.7%)	
①-④	5,397명 (21,000명×25.7%)		②-④	2,699명 (10,500명×25.7%)	
①-⑤	2,133명 (8,300명×25.7%)				
			합		
			최소 ①-① + ②-③	2,133명	
			최대 ①-④ + ②-②	10,023명	
기존 지역사회 거주 수요			②-①	②-②	②-③
정신의료기관 유출 수요			1,619명	4,626명	925명
①-①	1,208명		2,827명	5,834명	2,133명(최소)
①-②	3,598명		5,217명	8,224명	4,523명
①-③	4,677명		6,297명	9,303명	5,603명
①-④	5,397명		7,016명	10,023명(최대)	6,322명
①-⑤	2,133명		3,752명	6,759명	3,058명

- 따라서 생활(주거) 유형에서의 실제 수요는 1) 현물 주거복지사업 이용경험률을 적용할 때 최소 1,220명에서 최대 5,733명의 범위를, 2) 전체 주거복지사업 이용경험률을 적용할 때 최소 2,133명에서 최대 10,023명의 범위를 가짐.
- 이 연구에서 산출한 이용재활 서비스 필요 표적 집단 규모를 산출한 결과는 다음의 표와 같음.
- 기준 수요를 산출한 결과는 다음과 같이 최소 55,200명에서 최대 77,000명으로 나타남.

〈표〉 이 연구에서 산출한 이용재활 서비스 필요 표적 집단 규모(안)- 기준 수요

정신의료기관 유출		기존 지역사회 거주	
		③-①	③-②
		56,000명	50,500명
①-①	4,700명	60,700명	55,200명(최소)
①-②	14,000명	70,000명	64,500명
①-③	18,200명	74,200명	68,700명
①-④	21,000명	77,000명(최대)	71,500명
①-⑤	8,300명	64,300명	58,800명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 161페이지의 표 4-13의 내용 및 이 연구에서 수정한 기준을 함께 제시하였음.

- 정신의료기관으로부터 지역사회로 유입되는 인원 전체가 ‘이용재활’ 수요를 가지고 있다고 보기 어려우므로 ‘정신의료기관 치료 인원 대비 지역사회 정신건강증진사업 등록자 비율’을 활용하고 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설 등에서 제공하는 ‘지역사회 정신건강증진사업 등록자 중 지역사회 재활서비스 이용자 비율’인 30.5%⁴¹⁾를 반영하여 측정한 실제 수요 산출 결과는 다음과 같이 최소 15,733명에서 최대 18,553명으로 나타남.

41) 2019년 현재 지역사회 정신건강증진사업을 시행하는 3개 기관 등록 인원 87,075명 가운데 ‘지역사회 재활서비스’ 이용자는 26,515명으로 30.5%에 해당함(보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020, pp. 92-93).

〈표〉 이용 유형의 정신재활서비스 실제 수요(안)

전환(transition) 수요				지역사회 미충족 수요	
기본 수요		치료 인원 대비 등록자 비율(23.0%)	지역사회 재활서비스 이용자 비율(30.5%)		
①-①	4,700명	1,081명	330명	+	
①-②	14,000명	3,220명	982명		
①-③	18,200명	4,186명	1,277명		
①-④	21,000명	4,830명	1,473명		
①-⑤	8,300명	1,909명	582명		
				③-①	17,080명 (56,000명 × 30.5%)
				③-②	15,403명 (50,500명 × 30.5%)

기존 지역사회 거주		③-①	③-②
정신의료기관 유출		17,080명	15,403명
①-①	330명	17,410명	15,733명(최소)
①-②	982명	18,062명	16,385명
①-③	1,277명	18,357명	16,680명
①-④	1,473명	18,553명(최대)	16,876명
①-⑤	582명	17,662명	15,985명

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 166페이지의 표의 내용 및 이 연구에서 수정한 기준을 활용하여 산출한 결과를 함께 제시하였음.

□ 총 표적 집단의 규모는 1) 정신의료기관에서 지역사회로 전환되는 정신질환자 중 생활(주거) 서비스 수요를 가진 집단의 규모, 2) 지역사회 거주 정신질환자의 생활(주거) 서비스 수요를 가진 집단의 규모, 3) 정신의료기관에서 지역사회로 전환되는 정신질환자 중 이용재활서비스 수요를 가진 집단의 규모와 4) 지역사회 거주 정신질환자의 이용재활서비스 수요를 가진 집단의 규모의 합으로 산출가능함.

○ 1)과 2) 집단인 생활(주거) 서비스 수요를 가진 집단의 최소 규모는 위의 표에서 제시된 것처럼 1,220명이며 최대 규모는 10,023명으로 나타남.

○ 3)과 4) 집단인 이용재활 서비스 수요를 가진 집단의 규모는 최소 15,733명에서 최대 18,553명의 범위를 가지는 것으로 산출됨

○ 따라서 총 표적 집단의 규모는 이 두 집단 (생활(주거) 서비스 수요 집단 + 이용재활서비스 수요 집단)의 합은 최소 16,953명에서 최대 28,576명으로 나타남.

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스

1. 필요 서비스의 유형

□ 앞선 절에서 언급한 것처럼 그간의 정신질환자 대상 지역사회 기반 정신건강복지 서비스에 대한 논의는 어떠한 서비스를 어떠한 정신질환자에게 어느 수준으로 얼마나 제공할 것인가와 같은 서비스/프로그램 단위와 같이 구체적인 논의가 아닌 이들 서비스를 제공할 수 있는 기관 인프라를 얼마나 확충할 것인가에 대한 논의 중심이었음.⁴²⁾

○ 하지만 최근 정신질환자 대상 복지서비스의 유형에 대한 고려를 한 연구들이 일부 있으며, 이들 연구에서 제시하는 복지서비스는 다음과 같음.

- 채수미 외(2021) 연구에서는 정신재활시설의 기능과 유형을 정리하면서, 정신질환자 대상 정신건강복지서비스를 제공하는 기관 중 하나인 정신재활 시설에서 다음의 서비스를 제공할 것을 제안하고 있음.

〈표〉 선행연구에서 제시한 정신재활시설의 기능 및 서비스 내용

기능 구분	세부 기능	서비스 내용
생활 및 활동 지원	일상생활훈련	ADL(환복, 목욕, 식사, 배변 등), IADL(대중교통수단 이용, 식사 준비, 청소, 쇼핑, 빨래, 금전관리, 일정관리) 중심 기술 훈련
	사회활동/참여 훈련 및 지원	사회적응훈련(대인적응 기술, 사회성 훈련 등), 정보기기 이용, 사회참여활동 지원, 권익 옹호
	문화 여가 활동 지원	공연과 전시회 관람 등 문화활동, 캠핑과 여행 등 관광활동, 요가와 등산 등 체육활동, 글쓰기와 그림그리기 등 취미활동 지원
	건강 관리 지원	정신질환 관리/약물 복용 지원 신체건강 관리(건강검진지원, 건강생활습관, 구강건강, 갱년기 이슈 등) 병원 동행 등
	위기/응급 개입	단기/일시보호 장소 제공, 위기/응급 상담

42) 이 절에서는 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄을 위한 필요 서비스와 관련하여 어떠한 논의들이 기존 선행연구들에서 있었는지를 정리하였음. 이 연구에서 필요 서비스 규모를 산출하기에는 위에서 언급한 것처럼 서비스 규모를 산출하기 위한 근거들이 부족하기 때문에 필요 서비스 규모는 산출하지 않음. 다만 제3절에서 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화 내용에서는 앞 절에서 추정된 표적집단 규모에 따라 필요한 서비스 인프라 규모(안)은 간략하게 제시하였음.

기능 구분	세부 기능	서비스 내용
	가족/보호자/돌봄자 지원	가족 상담, 가족 교육 등
	교육	정규학업 과정 지원, 자격증 취득, 인문 교양, 어학·컴퓨터 활용 등의 기술 교육
주거지원	거주지로서의 기능(제한된 기간)	일정 기간 거주할 수 있는 주거 제공
	주거서비스 지원 (재가 정신질환자 대상)	주거지 탐색 및 정보 제공, 이사지원, 이전 관련 행정지원, 공과금과 관리비 관리 주택 개조 비용 지원, 집수리 지원 등 주거 환경 개선 혹은 관련 정보 제공 재가서비스(도시락/반찬 배달, 가사 지원), 가전제품 사용, 집안 정리 및 안전관리
고용지원	직업훈련	직업상담, 직업평가, 직업적응훈련, 직업훈련
	취업지원	작업장 개발, 취업 알선, 현장 훈련, 취업 후 적응 지원, 취업 계약 및 종료 관련 지원
	생산 및 판매	생산 및 판매
자원 연계 및 네트워크		생활 및 활동 지원, 주거지원, 고용지원을 통한 정신질환자의 회복을 도모하기 위한 지역사회 내 자원 연계 및 협력, 복지자원 연계(동주민센터, 복지시설), 공적지원 정보 제공 및 신청 지원

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원 132페이지 표 3-15를 발췌하였음.

- 강상경 외(2019)연구에서는 정신건강복지법에서 명시되어있는 복지서비스에 따라 정신질환자들이 필요로 하는 서비스 내용들을 정리한 바 있으며, 그 내용은 다음과 같음.

〈표〉 선행연구에서 제시한 정신질환자 대상 필요서비스 유형 및 내용

구분	서비스 내용
소득보장지원	<ul style="list-style-type: none"> • 공적 소득지원에 대한 안내 및 정보 제공 그리고 신청지원, • 정기적인 소득의 활용, 재정 관리에 대한 상담과 지원, • 저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원 위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험 가입에 대한 상담과 지원 등
주거 관련 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 월세 및 공공요금 지원, • 공공 임대주택, 주택의 수리 및 개조, 주거관리 및 독립생활지원 서비스, 개조를 위한 비용 지원, • 주택 구입, 상속 등과 관련된 법률상담 및 지원, • 전·월세 계약 지원 및 임차인의 권리 보호 • 지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선 등
신체건강 관련 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 신체질환의 치료비용 지원, • 신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정, • 신체질환 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원, • 신체질환 예방과 조기 치료를 위한 정기적 건강검진 지원, • 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청 등
정신건강 관련 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 증상 및 약물관리 서비스, 상담서비스(개별상담, 집단상담), 정신질환 치료와 관련된 정보와 안내, • 정신질환 치료비용 지원, • 가사도우미 서비스, 외출 및 사회활동을 돕는 활동보조서비스, • 회복교육, 대안적 서비스, • 정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원, • 재활서비스, 개인별 회복계획수립 및 지원 서비스, 등
사회참여 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자에 대한 인권교육, 여가활동 제공, 문화예술 활동 제공 및 지원, • 사회적응훈련 서비스, 사회기술훈련, 공공후견 및 의사결정 지원서비스 안내 및 연계, • 체육활동 제공 및 지원, • 이용자가 참여하는 인권보호 활동, 인식개선 활동 참여지원, • 당사자 단체 참여 지원, 정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스, 이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입, • 지역사회 자원봉사활동 참여지원, • 정신장애인 자조모임 지원서비스, • 사회적응훈련서비스, • 이용자와 함께하는 시설 운영 규칙에 대한 검토 개정을 위한 활동, • 이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 등
고용 및 직업참여 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 취업 후 지속적 지원 및 옹호, • 정신장애인을 위한 특별 채용 일자리(장애인 일자리사업, 장애인 의무고용), • 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선, 개인 맞춤형 직업재활 및 고용 지원(일자리 정보 및 알선), • 창업지원, 직장 정보제공 및 연결 서비스, • 정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려, • 취업 전 훈련 및 직업 기술 훈련, • 이력서 작성, 면접 기술 등 구직역량 강화 프로그램, 등
교육 경험 및 교육 참여 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 시민참여교육(동료지원, 인권 옹호 등)에 대한 지원이나 서비스, • 인문 교양(문화, 체육, 예술 등), 문화·체육·예술 교육, • 고등교육(전문대, 대학교 졸업)을 위한 지원 교육, 학력보완(문자독해, 초등, 예비 중독 수준)교육, 중등교육(중·고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원 교육 등

□ 강상경 외(2019) 연구에서는 추가적으로 위에서 제시한 서비스들의 필요도와 충분도를 분석하여 제시하였는데, 그 결과는 다음과 같음.

○ 우선 서비스의 필요도를 살펴보면, 이용·거주시설에서 공통적으로 필요도 순위가 높은 서비스는 신체건강 관련 지원이었으며, 이용형과 거주형 시설에 따라 차이를 보이기는 하지만, 전반적으로 정신건강 관련 지원, 주거관련 지원, 고용 및 직업참여 지원, 소득보장 지원에 대한 필요도가 높게 나타남.

〈표〉 이용형 및 거주형 정신재활시설 이용자의 서비스 필요도 및 충분도 인식

구분	이용형			거주형		
	필요도	충분도	필요도-충분도	필요도	충분도	필요도-충분도
소득보장지원	2.18	1.49	0.69	2.14	1.64	0.50
주거 관련 지원	2.18	1.47	0.71	2.21	1.58	0.63
신체건강 관련 지원	2.30	1.53	0.77	2.29	1.76	0.53
정신건강 관련 지원	2.20	1.63	0.57	2.18	1.82	0.36
사회참여 지원	2.16	1.64	0.52	2.15	1.75	0.40
고용 및 직업참여 지원	2.18	1.58	0.60	2.20	1.58	0.62
교육 및 교육 참여 지원	1.85	1.56	0.29	1.85	1.63	0.22

주1: 필요도: 해당 주제 관련 다양한 제도 및 지원 서비스를 나열하여 필요 정도를 조사하고, 점수를 산술평균하여 제시함(0점 전혀 불필요 ~ 3점 매우 필요).

주2: 충분도: 기본적으로 필요한 다양한 지원 및 서비스가 얼마나 충분하게 제공되었는지 질문하고, 점수를 산술 평균하여 제시함(0점 전혀 불충분 ~ 3점 매우 충분).

출처: 강상경 외 (2019). 정신재활시설 운영 이용실태 및 이용자 인권 실태조사. 국가인권위원회

○ 서비스 충분도를 중심으로 보면, 충분도가 높은 서비스는 이용 및 거주형 정신 재활시설에서 공통적으로 정신건강 관련 지원, 사회참여 지원임⁴³⁾.

○ 필요도와 충분도 사이 간극이 크게 발생하는 서비스를 보면, 이용형 정신재활 시설에서는 신체건강관련 지원 및 주거관련 지원, 소득보장관련 지원이 필요도와 충분도 사이 간극이 큰 것으로 나타남.

43) 이용형 및 거주형 정신재활시설에서는 정신질환자의 증상에 대한 관리가 이루어지기 때문에 정신건강관련 지원이 충분하다고 언급된 것으로 보이며, 인권교육, 문화여가 프로그램이나 사회적응훈련 등 다양한 사회참여 지원사업이 시설 내에서 프로그램 형태로 진행되고 있기 때문에 충분하다는 인식이 있는 것으로 보임.

- 거주형 정신재활시설에서는 고용 및 직업참여 지원과 주거관련 지원 서비스의 필요도가 높은 것에 반해 충분도가 낮아 그 간극이 크게 나타나고 있음.

○ 필요도와 충분도 사이 간극이 크게 존재하는 신체건강관련 지원, 주거관련 지원, 소득보장 관련 지원 및 고용 및 직업참여 지원과 관련하여 정신질환자들이 필요로 하는 서비스의 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같음⁴⁴⁾.

- 신체건강 지원에서는 신체건강 치료에 관련된 의사결정 상담 및 지원과 신체질환 치료의 경제적 문제에 대한 지원(신체질환 치료비용, 건강보험 또는 의료급여에 대한 상담)이 필요하다고 언급되었으며, 신체질환 예방 및 조기 치료를 위한 건강검진 역시 언급되었음.
- 주거 관련 서비스에서는 이용 및 거주형 정신재활시설 이용 정신질환자가 모두 독립주거를 위한 준비 및 지원을 필요로 하였음. 특히 공공임대주택, 주택 임대 및 구입을 위한 대출 등의 주택마련을 위한 지원이 우선 필요하다고 언급하였으며, 이용형 정신재활시설에서는 수리 및 개조 비용 지원이 필요하고, 거주형 정신재활시설에는 주거관리 및 독립주거를 위한 지원서비스가 필요하다고 언급함.
- 소득보장 관련 지원과 관련해서 정신질환자는 다양한 공적 소득지원, 소득 관리 관련 상담(정기적 소득의 활용 또는 재정 관리에 대한 상담 및 지원, 저축 및 투자 상담, 사적연금 및 보험가입 상담 등)을 필요로 하고 있었음.
- 고용 및 직업 참여 지원과 관련해서 정신질환자는 개인별 맞춤 직업재활 및 고용지원, 취업 후 지속적인 지원 및 옹호 등과 같은 고용 준비 및 유지에 대한 지원을 요구하였음. 또한 장애인 특별 일자리 지원, 정신장애인 인식개선 및 차별 개선과 같은 취업 환경에 대한 지원도 요구하였음.

44) 강상경 외(2019)연구에서 제시된 내용을 바탕으로 요약정리한 것으로 세부적인 사항은 해당 보고서 참조.

제3절 서비스 인프라 확충 및 제공 체계화

1. 돌봄 서비스 제공기관(공공, 민간) 관련 현황 및 최근 정책

□ 지역사회 기반 정신질환자 대상 서비스 제공 기관 현황

○ 지역사회를 기반으로 정신질환자를 대상으로 정신건강복지서비스를 제공하는 기관은 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설이 있음.⁴⁵⁾ 이들 기관의 시도별 설치 현황은 다음과 같음.

- 아래의 표에서 보는 것처럼 기초 정신건강복지센터는 모든 시군구에 설치되어 운영 중이기는 하나 정신재활시설의 경우 서울과 경기 지역에 위치한 시설이 전체의 47.1%로 약 절반을 차지하고 있음.

〈표〉 정신건강복지서비스, 정신재활시설, 정신요양시설 현황(2020년 12월 31일 기준)

(단위: 개소)

	기초정신건강복지센터	정신재활시설	정신요양시설
총계	244	350	59
서울	25	106	3
부산	16	20	3
대구	8	16	3
인천	11	12	2
광주	5	12	4
대전	5	29	4
울산	5	2	1
세종	1	2	1
경기	37	59	6
강원	18	4	0
충북	14	10	4
충남	16	23	10
전북	14	22	4
전남	22	3	4
경북	25	19	5
경남	20	5	4
제주	2	6	1

주: 기초 정신건강복지센터는 기초 지자체인 시군구에 설치되어있는 정신건강복지센터를 의미함.

출처: 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원(2021). 국가 정신건강현황 보고서 2020.

45) 정신건강복지법에 따른 정신건강서비스 제공 기관은 정신의료기관, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 정신요양시설, 정신재활시설이 있으며, 이들 기관 현황은 매해 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원에서 공동 발간되는 국가정신건강현황 보고서를 통해 공유되고 있음. 이 중 정신질환자를 대상으로 지역사회에서 정신건강복지서비스를 제공하는 기관은 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설임.

- 정신재활시설의 경우 기초 지자체 단위에 설치되지 않은 곳들이 많으며 전체 228개 지자체 중 104개 지자체에는 정신재활시설이 설치되어있지 않음.
- 또한 서울과 경기 수도권에 약 절반의 정신재활시설이 설치되어 운영중 이기는 하나 서울과 경기 지역의 인구 규모 및 정신질환자 규모를 비교해 볼 때 이 역시 충분하다고 보기는 어려움.

〈표〉 인구 및 정신장애인 수 대비 시도별 시설 및 정원 현황

지역 구분		인구 특성		시설 현황					
		인구 수 (명)	정신장애인 수 (명)	시설 수 (개소)	전체 정원 수 (명)	전체 현원 수 (명)	인구 십만 명당 시설 수 (개소)	인구 십만 명당 정원 수 (명)	정신장애인 천 명당 현원 수 (명)
전국		52,980,961	102,140	348	6,759	5,998	0.66	12.8	58.7
수도권 / 강원	서울	9,911,088	16,365	94	1,718	1,640	0.95	17.3	100.2
	인천	3,010,476	4,707	12	205	172	0.40	6.8	36.5
	경기	13,807,158	19,016	59	990	857	0.43	7.2	45.1
	강원	1,560,172	3,108	4	68	64	0.26	4.4	20.6
충청	대전	1,480,777	3,139	29	481	410	1.96	32.5	130.6
	세종	360,907	425	2	25	22	0.55	6.9	51.8
	충북	1,637,897	3,706	10	305	247	0.61	18.6	66.6
	충남	2,185,575	5,325	23	363	252	1.05	16.6	47.3
전라	광주	1,471,385	3,053	12	207	191	0.82	14.1	62.6
	전북	1,835,392	5,471	22	630	608	1.20	34.3	111.1
	전남	1,884,455	5,728	3	68	64	0.16	3.6	11.2
경상/ 제주	부산	3,438,710	8,136	20	518	445	0.58	15.1	54.7
	대구	2,446,144	6,080	15	426	420	0.61	17.4	69.1
	울산	1,153,901	1,405	2	70	56	0.17	6.1	39.9
	경북	2,691,891	7,370	23	416	320	0.85	15.5	43.4
	경남	3,407,455	7,825	10	139	123	0.29	4.1	15.7
	제주	697,578	1,281	8	130	107	1.15	18.6	83.5

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 한국보건사회연구원.

- 기초 정신건강복지센터에서 수행하는 사업들은 다음의 표와 같으며, 대다수의 센터에서는 중증정신질환자, 아동청소년, 자살예방, 정신건강증진사업을 수행

하고 있는 것으로 나타남.

- 다음의 표에서 제시된 것처럼, 기초 지자체 단위에 설치되어 운영중인 정신건강복지센터에서는 그야말로 지역 주민 모두의 정신건강 문제에 대한 예방 및 대응을 하는 곳이자, 중증정신질환자나 자살 고위험군, 중독자 등을 대상으로 한 사례관리 등 집중 지원을 하는 곳임을 알 수 있음.

〈표〉 기초정신건강복지센터에서 수행하는 사업

(단위: 개소)

	개소수	중증 정신 질환	아동 청소년	자살 예방	정신 건강 증진	알코올/ 중독	재난 관리 사업	노숙자	공동 모금회 지원	기타
총계	244	239	224	223	236	87	162	5	8	33
서울	25	25	25	23	25	21	18	0	0	4
부산	16	16	16	16	16	5	12	2	1	1
대구	8	8	8	8	8	0	5	0	0	0
인천	11	11	11	11	11	3	9	0	0	2
광주	5	5	5	5	5	1	3	0	0	2
대전	5	5	5	5	5	1	4	0	0	0
울산	5	5	5	5	5	0	5	0	0	0
세종	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
경기	37	33	32	25	31	13	26	0	2	5
강원	18	18	16	16	18	8	8	1	1	2
충북	14	14	14	14	14	4	8	0	0	2
충남	16	16	15	15	15	3	3	0	1	1
전북	14	14	13	13	14	3	5	0	0	1
전남	22	22	20	21	21	9	16	1	1	6
경북	25	24	20	23	25	7	21	1	1	3
경남	20	20	16	20	20	9	16	0	0	2
제주	2	2	2	2	2	0	2	0	1	1

출처: 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원(2021), 국가 정신건강현황 보고서 2020.

- 기초 정신건강복지센터에서 수행하는 다양한 사업들을 수행하는 인력을 보면, 상근인력은 총 3,224명, 정신건강전문인력⁴⁶⁾은 총 1,698명임.
- 기초 정신건강복지센터에 상근하는 정신건강전문인력 중 정신건강사회복지사가 1,082명으로 가장 많으며, 정신건강간호사가 512명, 정신건강임상심리사가 104명으로 가장 적음.

46) 정신건강전문인력은 정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원 자격 소지자(정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사)를 의미함. 2022년 4월부터 정신건강작업치료사가 정신건강전문요원으로 포함됨.

- 현재 기초 정신건강복지센터 인력 1인당 사례관리 대상자 수는 27.9명으로(국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2021), 시도별로 작게는 1인당 17.7명(부산)에서 많게는 1인당 57.4명(제주)로 지역별 편차가 크게 나타남.

○ 정신건강복지센터가 한 기관에서 여러 대상자에게 다양한 사업을 하는 구조라면, 정신재활시설은 주로 정신질환자를 대상으로 이들의 ‘재활’, ‘회복’을 도모하는 것을 목적으로 사업을 진행하고 있음.

- 재활이 포괄하는 의미가 다양한 것처럼 정신재활시설의 유형 역시 다양함. 다음의 표에 제시된 것처럼, 정신질환자가 일정기간 입소하여 재활 프로그램을 이용하는 경우가 있기도 하며, 주간동안(daytime)에 방문하여 재활 프로그램을 이용하는 경우가 있음.

〈표〉 정신재활시설 유형과 주요 기능

구분		주요 기능
생활시설		가정에서 생활하기 어려운 정신질환자 등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설
재활 훈련 시설	주간재활시설	정신질환자 등에게 작업기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	공동생활가정	완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립 능력을 갖춘 정신질환자 등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설
	지역사회 전환시설	지역 내 정신질환자 등에게 일시보호 서비스 또는 단기보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원 계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	직업재활시설	정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 작업 적응, 직무기능 향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	아동·청소년 정신건강지원시설	정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보 제공 등을 지원하는 시설
중독자재활시설		알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 돕는 시설
생산품판매시설		정신질환자 등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자 등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로 개척, 정보 제공 등을 지원하는 시설
종합시설		상기 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설

출처: 보건복지부 보도자료. (2019. 5. 15.). 정신건강복지센터 인력 확충하고, 24시간 출동 응급개입팀 설치한다! - (별첨)중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안.

□ 화성시 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 선도사업

○ 화성시의 정신질환자 커뮤니티케어 선도사업은 ‘정신질환자가 지역사회에서 안정적으로 이웃과 함께 어울려 살아갈 수 있도록 지원하는 것’을 목적으로 2019년도 6월 출범됨.

- 선도사업의 구체적인 목표로는 ① 장기입원 정신질환자의 지역사회 복귀 기반조성, ② 방치된 정신질환자를 위한 찾아가는 서비스 구현, ③ 정신질환자 지역안착을 위한 정책대안 마련을 제시하고 있다. 이러한 목표를 수행하기 위한 2020년도 화성시의 선도사업 모델은 다음의 그림과 같음.

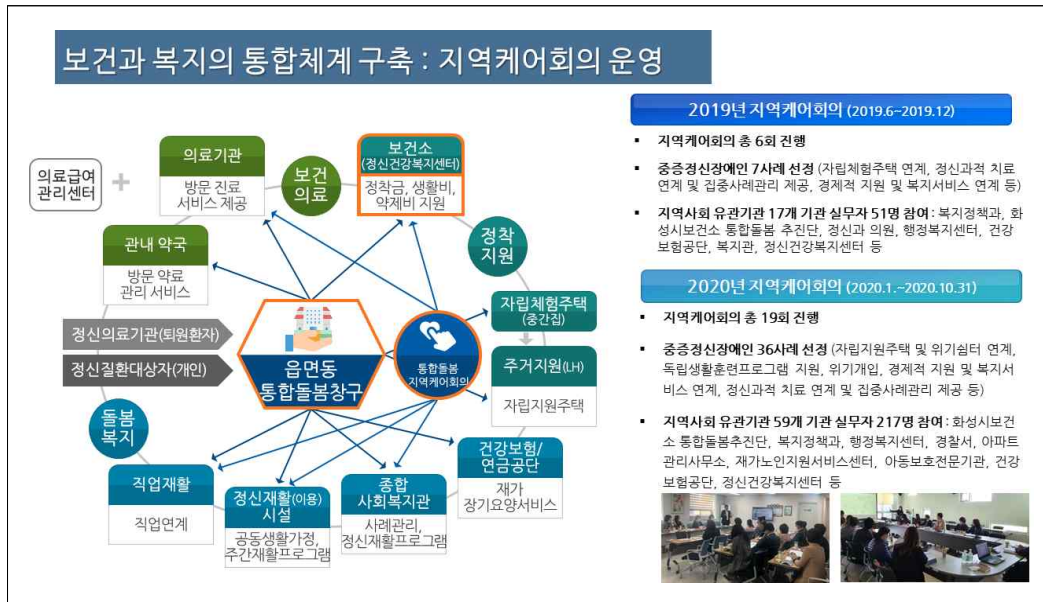
[그림] 2020년도 화성시 정신질환자 선도사업 모델

대 상 자	장기입원 후 지역사회복귀 유형	고위험군 선재개입 유형	청년 정신질환자 유형
	6개월 이상 정신의료기관에 입원중인 중증정신질환 화성시민으로 지역사회 복귀가 가능하거나 퇴원 계획이 있는 대상(101명)	지역내 거주하고 있는 정신보건복지서비스 미이용자 및 방임자, 경찰·행정기관·지역사회 등으로부터 의뢰된 정신질환 고위험군(126명)	발병한 지 5년 이내의 15~35세 초발정신질환자(35명)
서 비 스	주거	일상생활	신체건강 및 보건의료
	자립체험주택 운영 자립지원주택 운영 주거환경개선사업	정신질환자 가사지원 사업	의료기관 퇴원지원 사업 의료급여 사례관리강화 신질환자 방문건강관리 사업
	정신건강 및 심리 상담	보호 및 돌봄 요양	보육 및 교육
	집중사례지원 (가정방문) 사업 저소득 정신질환자 치료비 지원 정신재활프로그램 접근성 강화	동료지원가 활동지원 사업 지역사회 초기적응지원 사업	정신질환자 돌봄가족지원 사업
	문화 및 여가	일자리	기타
	청년정신건강지원사업	정신질환자 직업재활지원 사업	24시간 정신건강 위기대응 사업
전 달 체 계	○ 보건소(1), 의료급여관리센터(1), 정신건강복지센터(3)에서 팀(두드림)을 구성하여 서비스 제공 - (보건소) 의료기관 퇴원지원사업 행정지원 - (의료급여관리센터) 장기입원자 면담, 퇴원지원 - (정신건강복지센터) 장기입원자 면담, 퇴원지원, 집중사례지원 등 진행		

자료: 이용갑 외(2020). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(2차년도)-II. 심층보고서. 69페이지 그림 2-24를 발췌.

- 화성시정신건강복지센터는 선도사업을 통해 위기개입 및 전문 병원 치료 연계, 정신건강 상담 및 우울증 치료 연계, 자립체험 주택 제공 및 독립생활훈련 프로그램 제공, (집중)사례관리, 입원치료 지원, 외래동행 지원, 부모 대상 정신건강 교육 및 가족 교육, 퇴원계획 수립 및 집중사례관리 등을 지원함
 - 화성시의 각 읍면동 행정복지센터는 장애인 입소시설 이용부담금 지원, 치료비와 생계비 등 경제적 서비스 지원, 취업정보제공, 컨테이너 임대와 자립지원주택입소 시 후원금 지급, 요양보호서비스 연계, 수급신청 등을 지원함. 그 외 다양한 주체들이 지역케어회의에 참여하여 서비스를 제공하고 연계함.
 - 보건소, 의료급여관리센터, 정신건강복지센터로 구성된 융합서비스팀이 구성되었으며, 지역케어 회의 역시 주기적으로 운영되고 있음. 또한 방치된 정신질환자를 위한 찾아가는 서비스 구현을 위한 26개 읍면동 케어안 내 창구를 통한 정신질환자 발굴 체계도 구축되는 등 발굴 및 사회복귀 지원을 위한 보건 복지 협업체계도 구축되었음.
 - 화성시에서의 지역케어회의는 기존 ‘권역별 간담회’ 및 ‘통합사례회의’를 확대·개편하여 운영하고 있으며, 관내 도움이 필요한 정신질환자에게 보건·의료·복지·주거 등의 다양한 자원을 제공하여 지역사회 복귀 및 안정적인 정착 지원을 위한 자원 연계 및 서비스 지원을 목적으로 운영되고 있음
 - 지역케어회의를 통한 지원을 살펴보면, 대상자의 욕구에 따라 행정복지센터를 통한 치료비 및 생계비 지원과 같은 경제적 서비스를 지원하거나, 복지관을 통한 반찬서비스나 독거노인생활관리서비스 지원 사업으로의 연계, 치료를 필요로 하는 경우 의료기관으로 연계를 하는 등 다양한 서비스들이 보건과 복지 간 협업을 통해 제공됨(홍선미 외, 2020)

[그림] 화성시 지역케어회의 운영



자료: 홍선미 외(2020).

○ 화성시 정신질환자 지역사회 통합돌봄 선도사업은 3년간 진행되면서 나타난 성과와 한계를 정리한 선행연구들에 의하면, 다음의 성과와 한계를 가짐

- 우선, 화성시 정신질환자 지역사회 통합돌봄 선도사업이 보인 성과는 다음과 같음.
 - 지역케어회의가 다양한 보건 및 복지 서비스 제공주체들이 참여하는 구조로 형성되어 운영중이며, 선도사업이 진행될수록 지역케어회의에서 다루는 사례수가 확대되고, 지역케어회의를 통해 통합적 서비스 제공 범위가 확대되어 가고 있다는 점임.
 - 선도사업에 참여한 이용자들의 전반적인 정신건강 및 신체 건강 수준과 더불어 사회적 기능과 관계 수준의 개선이 드러난다는 성과를 가짐(홍선미 외, 2021). 이러한 이용자들의 건강, 기능 및 관계 수준의 개선은 선도사업에 대한 높은 만족도 및 세부 서비스별 만족도로 이어지고 있음.
- 하지만 화성시 정신질환자 지역사회 통합돌봄 선도사업이 여전히 가지는 한계점은 다음과 같음.

- 화성시 사업이 목표로 하는 장기입원 정신질환자의 지역사회 복귀 기반 조성의 주요한 사업 중 하나는 지역케어 회의, 지역사회 복귀협의체 설치 및 운영이나, 전반적 지역사회 통합돌봄 사업 진행 관련 협력과 협조 어려움을 여전히 경험하고 있음(홍선미 외, 2021).
- 또한 정신건강복지센터를 주축으로 상당한 설득과정을 통해 사업 운영 초기보다 지역케어 회의 운영에 대한 거부감은 낮아진 상태지만 오히려 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 운영 관련 정신건강복지센터에 대한 의존도가 더욱 높아져 정신건강복지센터로서는 사업 운영에 대한 부담감이 증가한 상황임. 그리고 지역케어 회의만으로 대상자 문제가 해결이 안 되는 경우가 있고, 의사의 참여가 실질적으로 쉽지 않다는 점 역시 한계로 지적됨(이용갑 외, 2020).
- 서비스 제공자 차원에서도 사업참여자들의 이해도 부족 문제가 선행연구에서 드러남. 이용갑 외 연구(2020)는 통합돌봄창구 인력들이 지역케어회의를 통해 보건소 및 정신건강복지센터의 역할 및 업무를 이해하게 되었고, 통합돌봄 안내창구를 통해 새로운 신규 케이스가 들어오는 경우 서비스 연계를 진행하고 있다고 언급하기는 했으나, 동시에 이들 인력이 현재 진행되고 있는 사업을 부가적인 업무로 여기고 있다고 지적함. 또한, 이용갑 외 연구(2020)에서도 지적하듯, 정신질환자의 사회복귀 및 회복에 대한 읍면동 통합돌봄창구 인력들의 인식은 회의적이며, 지역사회에서는 정신질환자보다 독거 노인 지원이 더욱 우선시되어야 한다고 인식함
- 앞서 언급한 것처럼 이용자들의 선도사업에 대한 만족도는 전반적으로 높기는 하나, 서비스 양 부족, 서비스를 필요한 시점에 이용하지 못하는 점, 서비스 이용과정의 불편함이 선행연구를 통해 제기되기도 함(홍선미 외, 2021; 이용갑 외, 2020).

2. 서비스 제공 체계

□ 정신질환자 대상 지역사회 기반 통합돌봄 서비스 제공 체계 구축 관련 방향성

- 현재 정신질환자에 대한 개입은 정신건강복지센터를 중심으로 이루어지고 있기는 하나 정책적으로도 정신질환자가 가지는 다양한 욕구를 충족시키기 위해 지역사회 내 다양한 자원 간 연계를 통한 통합적 서비스 제공의 중요성이 강조되고 있음.
- 기존에 정신질환자를 대상으로 통합적인 서비스를 제공하는 시도들이 매우 제한적이었기 때문에 화성시에서 시도된 보건소와 정신건강복지센터 중심의 정신질환자 통합돌봄 체계의 성과도 분명히 존재하나, 정신질환자 대상 지역사회 기반 통합돌봄 사업이 확장되기 위해서는 화성시처럼 정신질환자를 위한 별도의 체계를 구성하는 것보다는 기존의 노인이나 장애인 통합돌봄 모형에서 제공되는 다양한 서비스들을 정신질환자도 이용할 수 있도록 서비스와 자원을 리스트업하고 제공하는 구조가 필요함.

□ 정신질환자에 대한 지역사회 기반 통합돌봄서비스 제공을 위한 발굴 및 초기 개입 단계

- 우선 사례를 발굴하고 진입하는 것과 관련하여, 통합돌봄창구가 일부 지역에서 운영되고 있는 것처럼 읍면동사무소, 복지관 외 정신건강복지센터 등에도 설치하는 것이 필요함.
 - 현재 정신질환자가 공공 서비스 제공 체계로 진입하는 구조는 이미 다원화되어있기는 함. 정신의료기관 퇴원 이후 보건소를 거쳐 정신건강복지센터로 연계되거나, 지자체 읍면동사무소나 시군구청을 통해 사례를 의뢰받기도 하며, 정신질환자 당사자나 보호자가 스스로 찾아서 오는 경우 등 다원화되어있음.
 - 이미 정신건강복지센터에서 활용하고 있는 전산시스템인 정신건강사례관리시스템(Mental Health Information System) 내에서도 의료기관이나 지자체 행정주체를 통해 사례 연계 내역들이 파악되고 있기도 함.

- 하지만 정신질환자 당사자나 보호자는 어떠한 의뢰나 연계체계를 타고 정신건강복지센터나 정신재활시설을 이용하는 것이 아니라 스스로 알아보고 찾아오는 경우가 많기 때문에 기존 읍면동사무소와 복지 서비스 전달주체 뿐 아니라 보건소와 정신건강복지센터, 정신재활시설에도 통합돌봄창구를 설치하는 것이 필요함.

○ 다원화된 통합돌봄창구에서는 1차적인 수준이지만 정신질환자가 받을 수 있는 혹은 필요로 하는 종합적이고 포괄적인 수준의 정보제공과 상담을 제공함.

- 정신질환자 혹은 가족/보호자/돌봄자에 의해 돌봄에 대한 서비스 요청이 이루어지면 이에 대해서 가능한 공적급여와 지원에 대해서 종합적인 정보를 제공하고, 상담이 이루어지는 단계임.
- 정보제공과 상담을 위해서는 관련 인력들이 일반적인 수준에서 정신질환자 및 가족/보호자/돌봄자와의 상담이 가능할 수 있도록 하기 위해서는 통합돌봄창구 인력 대상 합동 교육이 필요함.
- 이를 통해 정신질환자나 가족/보호자/돌봄자가 어느 통합돌봄창구를 통해 서비스에 진입하게 되더라도 유사한 수준의 정보와 상담을 받을 수 있어야 함.

○ 정신질환자 및 가족/보호자/돌봄자가 단일하고 단순한 급여 신청만을 원하거나 욕구가 충족된다고 판단되는 경우에는 신청접수로 및 초기 개입으로 종결이 될 수 있지만, 일상생활 유지에 필수적 욕구의 충족이 어렵다고 판단될 때는 통합적 개입 단계로 진입함.

○ 따라서 이 단계에서의 서비스 제공 주요 주체는 통합돌봄창구이며, 통합돌봄창구의 역할은 대상자 발굴, 정보제공 및 초기 상담, 초기 개입 및 연계임.

- 통합돌봄창구를 다원화하기 때문에 정보 제공 및 초기 상담의 경우 앞서 언급한 것처럼 유사한 수준이 진행되는 것이 필요하며, 각 창구에서 가능한 수준의 개입을 진행하되, 각 창구에서 제공하기 어려운 초기개입의 경우 초기 개입이 가능한 다른 자원으로 연계해야 함.
- 예를들어 정신건강복지센터에 설치된 통합돌봄창구로 진입하는 정신질환자

환자가 센터의 사례관리를 필요로 하지 않고(높은 기능수준, 경증도의 정신질환 보유, 짧은 유병기간 등), 복지급여를 필요로 하는 경우 읍면동사무소로 연계. 반대로 읍면동사무소에 설치된 통합돌봄창구로 진입하는 정신질환자가 센터에서의 사례관리가 아닌 단기간의 상담을 원하는 경우 정신건강복지센터의 일반상담(6~8회기의 단기 상담)을 받을 수 있도록 연계해야 함.

- 또한 통합돌봄창구를 통해 발굴된 정신질환자가 정신의료서비스를 필요로 하는 경우 정신의료기관으로 연계하는 기능 역시 수행해야 함.

○ 다원화된 통합돌봄창구를 설치하고 통합돌봄창구에서의 역할을 부여하는 것은 정신질환자면 무조건 정신건강복지센터로 의뢰하는 현재의 체계를 벗어나 1차적인 entry point에서 정신질환자를 대상으로 제공할 수 있는 서비스를 이행함으로써 지역사회 기반 통합돌봄의 틀거리를 만드는 것에 의미가 있음.

□ 통합적 욕구를 가진 정신질환자에 대한 지역사회 기반 통합돌봄서비스 제공을 위한 개입 단계

○ 앞선 단계에서 대상자를 발굴하고 초기 개입 및 단순 자원 연계를 진행한다면, 이 단계에서는 정신질환자 대상 공공과 민간 자원 및 서비스가 통합적으로 설계되고 제공되는 단계로 볼 수 있음.

○ 돌봄, 복지, (정신)의료 등 다학제간 융합, 정신건강복지센터, 건강보험공단(지사), 국민연금공단(지사), 복지관, 정신재활시설, 서비스 수행기관 등 다주체간 협업을 통하여 정신질환자가 가지는 복합적인 욕구에 대한 통합적인 서비스가 욕구 충족에 적절하고 충분한 수준으로 개별적으로 설계됨.

- 이 단계부터는 정신질환자 대상 서비스 제공을 지속해온 정신건강복지센터를 중심으로 서비스를 통합적으로 설계하는 작업이 필요해 보임. 다만 정신질환자가 혼자 거주하기보다 보호자들과 함께 거주하는 경우가 많아 가족을 대상으로 한 통합적 서비스 욕구 사정 및 설계가 필요함.

- 비록 형식적으로 운영되거나 정신건강복지센터의 참여 혹은 역할이 미흡했을 수 있지만, 이미 지자체 내에는 정신질환자 대상 서비스 제공을 위

한 네트워크 회의체 혹은 협의체들이 존재하고 있음. 정신질환자 대상 서비스 제공에의 전문성을 가지고, 정신질환자 대상 서비스를 지자체 내에서 다른 어떤 기관들보다 제공해 온 기간이 긴 정신건강복지센터를 중심으로 자원과 서비스를 통합적으로 설계하는 것이 필요해 보임.

- 다만 정신건강복지센터의 인력들이 지자체 내 다학제, 다주체와의 협업을 통한 서비스 제공에의 경험이 미흡할 수 있으며, 정신질환자 대상 자원과 서비스의 융합적 설계를 위해 어떠한 다학제, 다주체간 융합이 필요한 것인지에 대한 이해도가 낮을 수 있음.
- 가장 우선하여 정신질환자 대상 자원과 서비스의 융합적 설계를 할 수 있는 인력을 확보하는 것이 필요함. 최근 정신건강복지센터에 기대하는 역할들이 강조됨에 따라 행정과 자원 연계를 위한 인력 확보의 중요성이 대두되고 있는만큼, 이들 인력을 확보하는 것이 필요함.
- 또한 이 단계에서는 화성시의 사례처럼 정신건강복지센터(보건소)가 주축이 되어 다학제, 공공과 민간 다주체가 참여하는 지역케어회의를 개최하고, 정신질환자 개개인이 가지는 욕구에 대한 통합적인 서비스가 제공될 수 있도록 서비스 설계가 필요함.
- 지역케어회의에서 기관별 서비스 제공 가능 여부, 제공 범위 및 내용들을 결정하고 대상자에게 통보함.
- 화성시 선도사업에서 진행한 지역케어회의의 내용을 보면(홍선미 외, 2020), 회당 1개의 사례에 대한 논의에서 많게는 11개의 사례에 대한 논의가 이루어졌으며, 최대 한달에 6회 정도의 회의가 개최되었던 것으로 나타남⁴⁷⁾.
- 그리고 앞선 단계에서 언급한 통합돌봄창구나 유관 자원 인력 대상 합동 교육이 필요한 것과 동일하게, 정신건강복지센터 인력 대상 정신질환자의 서비스 욕구 충족을 위해 필요한 자원 연계와 관련한 교육이 필요함.

47) 홍선미 외 연구(2020)에 제시된 화성시 선도사업의 지역케어회의 내용을 보면 많은 사례가 한차례의 회의에서 진행되는 경우 해당 대상자는 유사한 욕구(예, 주거환경 개선에의 욕구를 가지는 정신질환자)를 가지고 있는 경우임.

○ 이 단계에서는 충족되지 않는 필수적인 욕구에 대한 적절한 서비스 설계를 통해 지역에서의 자율적이고 주도적인 생활을 최대한 가능하도록 안정시키는 것을 목표로 하며 서비스 설계와 시행으로 이 목표가 달성되는 경우 통합돌봄창구에서 사후관리하는 것으로 사례 이관함.

- 현재 정신건강복지센터의 인력확보 수준을 고려해볼 때, 서비스 설계와 시행으로 목표가 달성되는 경우 정신건강복지센터에서 사례관리 대상자로 계속 확보하고 있는 것 보다는 통합돌봄창구를 통한 사후관리로 진행하는 것이 적절해 보임.

- 다만 사후관리 이관과 관련하여 대상자의 동의 및 의견수렴 과정이 반드시 선행되어야 함.

○ 탈시설이나 탈병원에 따른 정신질환자의 지역사회 적응, 집중적 재활, 집중사례관리 등이 필요하여 이 단계에서의 서비스 설계로 안정적 생활이 어려운 경우 전문화된 집중 개입 단계로 진입함.

○ 따라서 이 단계에서 서비스 제공 주요 주체는 정신건강복지센터(보건소) 및 지역케어 회의로 볼 수 있으므로, 이들의 역할은 정신질환자에 대한 통합적 서비스 설계 및 지역케어회의를 거친 욕구별 전문화된 서비스 제공임.

- 정신질환자 대상 서비스 제공에의 전문성(및 대상자와의 심층 상담을 통한 서비스 설계에의 전문성)을 가지는 정신건강복지센터를 주축으로 한 서비스 설계가 이루어지기는 하나 정신질환자의 욕구에 따라 지역케어회의를 통해 서비스 제공이 이루어지는 구조로 운영함.

□ 통합적 욕구를 가진 고위험군 정신질환자에 대한 지역사회 기반 통합돌봄서비스 제공을 위한 전문화된 집중 개입 단계

○ 앞서 언급한 단계의 자원과 서비스의 통합적 제공을 통해 안정된 지역생활이 보장되도록 하고, 통합돌봄창구로 사후관리가 이관될 수 있는 사례가 아니라 몇 개월에서 몇 년까지 단기에서 장기간 전문적이고 집중적인 별도의 사례관리를 필요로 하는 경우를 의미함.

- 이 단계에서는 정신건강복지센터에서 주도적으로 정신질환자 대상 전문적이고 집중적인 개입의 역할을 담당함.
- 이 단계에서는 정신건강복지센터가 주도적으로 고위험군 정신질환자 및 보호자를 대상으로 전문화된 집중 개입의 역할을 담당하지만 그 외에 생활지원, 주거, 활동지원 등의 보편적 욕구에 대한 서비스는 여전히 앞서 통합적 서비스 설계 및 제공 단계에서 작동하는 지역케어회의를 통해서 통합적으로 제공함.
 - 화성시 선도사업에서 진행된 고위험군 대상 지역케어회의의 내용을 살펴보면, 다음의 사례들이 예시로 제시될 수 있음⁴⁸⁾.
 - 조현병을 앓고 있는 60대 남성은 파킨슨, 간경화등 장기손상으로 인한 토혈 등 신체건강 악화가 심각하나 정신과 약물관리가 전혀되지 않고 알코올 의존이 심각한 상황이었음. 지역케어회의를 통해 보건소 방문건강관리센터는 신체 건강에 대한 사례관리 및 모니터링을, 읍면동사무소에서는 식료품 지원 및 모니터링을, 정신건강복지센터에서는 집중사례관리를, 종합사회복지관에서도 정기방문을 통한 사례관리를 진행하는 것으로 결정함.
 - 양극성정동장애를 앓고 있는 36세 여성은 난간에 매달려 소리치는 이상행동으로 응급입원을 했으나 의료진에게 폭력행동을 보여 행정입원으로 전환되어 입원 치료를 1개월 받은 후 퇴원하였으나 불안정한 거주지인 고시원에서 생활하고 있는 상황이었음. 이 여성은 잦은 재발로 직장유지가 어려워 수입이 일정치 않아 치료비 미수금이 발생하였으며, 부모 모두 사망하여 경제적 도움을 받기 어려운 상황이었음. 지역 케어회의를 통해 정신건강복지센터에서는 자립지원주택과 집중사례관리를, 시청 복지정책과에서는 경제적 자원 연계, 읍면동사무소에서는 독립생활 필요 물품을 지원하고 일자리를 연계하였으며, 보건소에서는 치료비를 지원하는 것으로 결정함.

48) 홍선미 외 연구(2020)에 제시된 지역케어회의 내용을 바탕으로 사례를 정리하였음.

3. 서비스 및 인프라 확충 방안

- 앞서 언급한 것처럼 정신질환자 대상 지역사회 기반 통합적 서비스 제공을 위한 그간의 정책적 논의는 서비스와 프로그램 단위의 구체적 논의가 아닌 인프라 확충을 중심으로 한 논의였음.
- 최근들어 지역사회 기반 보건과 복지 서비스 연계를 통해 정신질환자가 가지는 다양한 욕구에 대해 통합적 서비스를 제공하고자 하는 시도들이 강화되었으며, 이에 따라 화성시 지역사회 통합돌봄 선도사업 역시 이러한 시도를 진행한 바 있음.
- 또한 정신건강복지센터의 기능 정립 및 정신재활시설 확충 등 정신건강복지서비스 전달체계 자체를 강화하여 정신질환자 대상 서비스를 강화하고자 하는 움직임 역시 진행되고 있음.
- 이러한 정책적 논의들이 제시하는 방향성은 결과적으로 정신질환자가 이용할 수 있는 통합적 서비스에의 접근성 강화라고 볼 수 있음. 이러한 차원에서 이 연구에서는 다음의 서비스 및 인프라 확충 방안을 논의하고자 함.
- 우선 정신질환자를 타겟으로 하는 정신건강복지서비스 전달 인프라 자체를 강화하는 방안을 제시하고자 함.
 - 보다 구체적으로 이 연구에서는 정신재활시설을 기초 지자체 단위에 설치 확대하는 방안과 더불어 최근 정책적으로 시도되고 있는 정신건강복지센터 기반의 정신질환자 대상 회복지원 사업을 확대하는 방안을 제시하고자 함.
- 두 번째는 정신질환자가 지역사회 내에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지역사회 차원에서 유관자원 간 연계와 협업을 통한 서비스에의 접근성 강화를 위한 방안 제시하고자 함.
 - 지역사회 내에서 정신질환자 대상 통합돌봄 사업이 진행되기 위해서는 지역사회 유관자원 간 연계와 협업은 필수적임. 앞서 살펴본 서비스 제공 체계가 원활하게 작동하기 위해서 고려해야하는 방안들을 제시하고자 함.

□ 정신건강복지서비스 전달 인프라 강화

○ 정신건강복지서비스 전달 인프라 중 정신질환자를 대상으로 복지서비스를 제공하고 있는 정신재활시설의 확충이 우선적으로 필요함.

- 정신재활시설은 정신질환자를 대상으로 일상생활 지원, 사회참여 지원, 직업재활 훈련 등 고용 지원, 주거 지원 등 다양한 지원을 제공하고 있으나, 정신재활시설 수 자체의 부족으로 확충의 필요성이 지속적으로 언급되어온 대표적인 인프라임.
- 정신재활시설 확충은 제2차 정신건강복지기본계획에서도 명시되어 있으며, 확충을 위한 수요를 파악하고 필요한 공급량을 추정한 연구가 최근에 진행된 바 있음(채수미 외 연구, 2021).
- 앞서 제1절에서 살펴본 표적 집단 규모를 산출하는 데 활용한 채수미 외 연구(2021)에서 제안한 필요 정신재활시설의 규모는 다음의 그림과 같음.
 - 채수미 외 연구(2021)에서는 정신의료기관에서 지역사회로 전환되는 수요와 지역사회 거주 정신질환자의 미충족 수요를 산출하고, 이 수요를 정신재활시설로 대응한다고 했을 때의 공급량 및 투자 규모를 산출하였음.
 - 생활(주거) 서비스를 제공하는 입소 정신재활시설의 경우 최소 103개소에서 최대 495개소가 추가적으로 필요하다고 제안하였음.
 - 이용재활서비스를 제공하는 이용 정신재활시설의 경우 최소 517개소에서 최대 871개소가 추가적으로 필요하다고 제안하였음.
- 정신재활시설의 확충은 필수적이기는 하나 앞서 제1절에서 살펴본 표적 집단 규모 전부를 대상으로 한 정신건강복지서비스가 정신재활시설 확충만으로 해결하기 어렵고, 강조되는 지역사회 기반 정신질환자 대상 통합적 서비스 제공이 이루어지기 위해서는 정신재활시설 확충과 더불어 지역사회 내 기존 운영되고 있는 정신건강복지센터 및 유관 자원 간 연계도 함께 고려하는 것이 필요함.

〈생활(주거) 서비스 제공 정신재활시설 공급량 및 투자 규모〉

유형별 공급량(현물 주거복지사업 이용경험률인 14.7%를 적용한 결과임)

유형별 분담비율 (생활시설:공동생활가정)	유형별 공급량 범위(단위: 개소)				
	구분	생활시설	공동생활가정	지역사회전환시설	계
70:30	최소 규모(1,220)	32(854÷27.1)	56	15	103
	최대 규모	148	265	15	428
60:40	최소 규모	27	75	15	117
	최대 규모	127	353	15	495

유형별 투자 규모(현물 주거복지사업 이용경험률인 14.7%를 적용한 결과임)

유형별 분담비율 (생활시설:공동생활가정)	유형별 공급량 범위(단위: 백만원)				
	구분	생활시설	공동생활가정	지역사회전환시설	계
70:30	최소 규모(1,220)	12,644.0	4,690.8	8,625	25,959.8
	최대 규모	59,411.7	22,041.2	8,625	90,077.9
60:40	최소 규모	10,837.7	6,254.4	8,625	25,717.1
	최대 규모	50,924.3	29,388.2	8,625	88,937.5

〈이용재활 서비스 제공 정신재활시설 공급량 및 투자 규모〉

유형별 공급량

유형별 분담비율 (주간재활시설:직업재활시설)	유형별 공급량 범위(단위: 개소)				
	구분	주간재활시설	직업재활시설	지역사회 통합지원시설	계
80:20	최소 규모	375	126	16	517
	최대 규모	621	208	16	845
70:30	최소 규모	328	189	16	533
	최대 규모	543	312	16	871

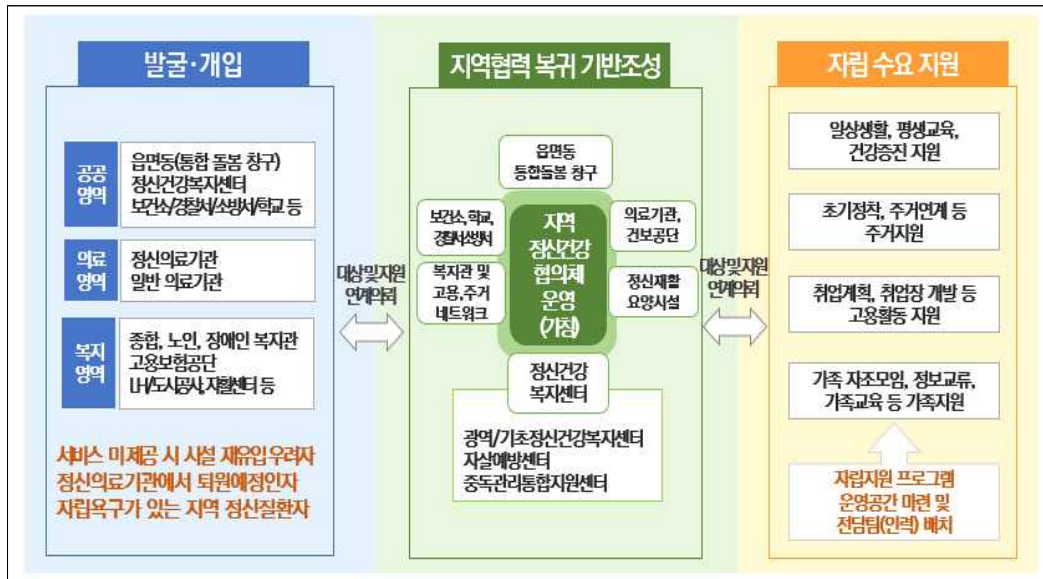
유형별 투자 규모

유형별 분담비율 (주간재활시설:직업재활시설)	유형별 공급량 범위(단위: 백만원)				
	구분	주간재활시설	직업재활시설	지역사회 통합지원시설	계
80:20	최소 규모	117,867.8	27,493.3	78,720.0	224,081.1
	최대 규모	195,104.8	45,509.2	78,720.0	319,334.0
70:30	최소 규모	103,134.3	41,239.9	78,720.0	223,094.3
	최대 규모	170,716.7	68,263.8	78,720.0	317,700.5

출처: 채수미 외(2021). 정신재활시설 기능 정립 및 확대방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원원의 최종 연구 보고자료에서 발췌

- 다만 채수미 외 연구(2021)에서 제시한 연구 결과를 바탕으로 볼 때, 적어도 최소한 기초 지자체 단위에는 정신질환자들이 주간(daytime)에 이용할 수 있는 주간재활시설이 1개소 이상은 설치되는 것이 필요하며, 지역사회 내에서 위기 쉼터의 역할을 수행할 수 있는 지역사회 전환시설이 광역 지자체 단위에 1개소 이상은 설치되는 것이 필요해 보임.
 - 정신질환자들이 일정기간 동안 입소하여 생활하는 정신재활시설 유형들의 경우, 정신건강복지법 개정으로 인해 의료기관에서 지역사회로 나오는 정신질환자 대상 일정기간 주거 기반 재활 훈련 서비스 제공을 할 수 있도록 채수미 외 연구(2021)에서 제시한 최소 규모의 시설은 설치 운영하는 것이 필요해 보임. 이는 현재 정신요양시설 외에 유일하게 일정기간 동안 거주지를 제공하고, 주거지 기반 재활 훈련 서비스를 제공할 수 있는 곳이 정신재활시설이기 때문이기도 함.
- 정신건강복지서비스 전달 인프라 강화의 또다른 축은 정신건강복지센터 기반의 정신질환자 대상 회복지원 서비스 강화임.
- 2022년 하반기부터 보건복지부는 센터 기반 정신질환자 회복지원 사업을 5개 지자체에서 시범 사업의 형태로 운영할 예정임.
 - 이 사업의 기본 모형은 화성시 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 선도사업이며, 정신건강복지센터에서 정신질환자 대상 일상생활, 건강, 교육, 취업, 주거 지원사업을 직접 운영하거나 지역사회 내 협력체계를 구축하여 자원 연계를 진행하는 것을 주요 사업 내용으로 제시하고 있음.

[그림] 센터기반 정신질환자 회복지원 사업 모형



출처: 보건복지부 정신건강관리과 내부자료.

- 이 사업 모형에서 제시하는 것처럼 일부의 지원 사업 내용은 정신재활시설 특히 이용형 정신재활시설의 기능과 중복될 수 있음.
- 따라서 센터 기반 정신질환자 대상 회복지원 서비스 강화방안은 앞서 언급한 정신재활시설 확충 방안과 더불어 함께 정책적 논의가 진행되어야 하는 측면이 있음. 정책적 논의에서는 다음의 사항을 고려해 볼 필요가 있음.
 - 정신건강복지센터에서는 센터기반 회복지원 사업을 통해 주간재활 서비스를 강화하고 정신재활시설은 생활(주거) 서비스 제공 시설을 중심으로 확충하는 방안이 있을 수 있음.
 - 또한 이미 정신건강복지센터와 정신재활시설의 ‘재활서비스’ 제공에의 중복성 이슈가 제기되고 있고, 정신재활시설 확충이 지자체 예산 지원 문제 등으로 인해 원활히 이루어지고 있지 못한 점을 고려해 볼 때, 일정기간 동안 정신건강복지센터 중심의 센터 기반 회복지원사업을 진행하고, 이후 이 사업을 정신재활시설로 이관 혹은 팀을 독립시키는 방식으로 사업주체 전환을 하는 방안이 있을 수 있음. 즉, 일정기간 동안 정신건강복

지센터가 회복지원 사업의 인큐베이팅 역할을 수행하는 방안이 있을 수 있음.

- 센터 기반 정신질환자 대상 회복지원 서비스를 강화하는 것과 동시에 지역사회 내에서 지속적으로 제기되어온 인력 부족 문제에 대한 대응 역시 강화되어야 함. 센터의 중증정신질환자 대상 서비스를 강화하기 위해서는 서비스 제공 인력들이 확충되어야 함.
- 특히 중증정신질환자 대상 집중사례관리 및 위기 개입을 강화할 수 있도록 기초 정신건강복지센터 내 집중사례관리팀 인력을 확충(인력 1인당 사례관리 대상자 20~30명 수준 유지)이 필요함.
- 홍선미 외 연구(2021)에서 언급한 것처럼 정신건강복지센터 내 사례관리를 위한 인력 확보 없이 읍면동사무소나 복지관 등의 통합돌봄창구에서 발견된 정신질환자를 정신건강복지센터에 의뢰하고 역할을 다 했다고 생각한다면 정신질환자 대상 통합적 서비스 제공은 제 기능을 하기 어려움.

□ 그 다음으로는 정신질환자가 지역사회 내에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지역사회 차원에서 유관자원 간 연계와 협업을 통한 서비스에의 접근성 강화를 위한 방안이 필요함. 이를 위해서는 다음의 사항들을 방안으로 고려해 볼 수 있음.

○ 정신건강복지전달체계 뿐 아니라 지역사회 내 유관자원들 역시 정신질환자를 지역사회 기반 통합적 서비스 제공 대상 혹은 서비스 이용자로 인식하는 것이 필요함.

- 지역사회 통합돌봄 대상으로 정신질환자를 포함한다는 것은 정신질환자가 가지는 다양한 서비스에의 욕구에의 개입 및 대응을 위한 체계를 구성한다는 의미가 있음.

○ 정신질환자가 지역사회 통합돌봄 서비스 제공 체계로 쉽게 진입할 수 있도록 통합돌봄 창구(entry point)의 다원화가 필요함.

- 기초 지자체 내 보건소, 정신건강복지센터, 치매안심센터, 건강생활지원센터 등 공공 보건의료 세팅과 더불어 읍면동사무소와 같은 행정체계, 사회복지관(종합, 노인, 장애인, 청소년 등)을 통해 통합돌봄 서비스 제공체

계로 진입할 수 있도록 통합돌봄 창구의 다원화가 필요함.

- 기초 지자체 내 유관 자원 실무자가 정신질환자에 대한 1차 개입(욕구 사정 및 초기 개입)이 가능할 수 있도록 유관 자원 실무자 대상 교육을 정례화해야 함.
 - 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 사업의 서비스 제공체계에서 언급한 것처럼 통합돌봄창구가 다원화되면 여러 통로를 통해 정신질환자가 지역사회 통합돌봄 체계로 유입되게 됨. 다원화된 창구를 통해 유입된 정신질환자가 서비스를 자신의 욕구(혹은 자신의 회복계획)에 맞게 끊임없이, 지속적으로 이용할 수 있으려면 통합돌봄창구의 인력들의 일차 사정 혹은 초기 상담에의 역량이 필요함.
 - 유관 자원 실무자 대상 지역사회 통합돌봄이 가능하도록 정신질환자를 포함하는 지역사회 통합돌봄 사업의 필요성 인식, 정신질환에 대한 이해도 제고, 서비스 제공 현장에서 만나는 정신질환자와의 대화 및 초기 사정(혹은 상담)을 위한 기법 등을 포함한 교육 정례화. 또한 유관 자원 실무자들의 경우 자살예방 생명지킴이 교육 필수 이수해야 함.
- 정신질환자 대상 통합돌봄 서비스 제공을 위한 지역케어 회의, 지역사회보장(실무)협의체와 같이 다양한 공공과 민간 기관 간 네트워크, 협의체 구성 및 운영이 필요함.
 - 유관 자원을 통한 사례 발굴 및 1차 개입, 정신건강복지센터에서의 (집중) 사례관리 기능 강화, 정신의료기관 등으로의 치료 연계, 공공/민간에서 제공하는 다양한 복지서비스(주거, 고용, 문화, 여가, 교육 등)로의 연계가 가능하도록 지자체 단위의 정신질환자 통합돌봄 네트워크 구축 및 운영이 필요함.
 - 이와 동시에 정신건강복지센터나 보건소, 정신재활시설이나 정신요양시설, 정신의료기관 등 정신건강복지서비스 전달체계의 실무자 역시 정신질환자의 욕구가 얼마나 다양한지, 지역사회의 자원들을 활용해서 정신질환자들이 이용가능한 서비스들을 어떻게 연결해줄 수 있는지 등에 대한 이해도를 높일 필요가 있음.

- 그 외에도 제2차 정신건강복지기본계획에 제시된 것처럼 서비스 단위에서 정신질환자의 지역사회 계속 거주 지원을 위한 신체 및 정신건강관리 및 복지서비스 개발 및 운영이 필요함.
- 정신질환자의 안정적 거주를 위한 주거지 확보와 더불어 안정적 거주가 가능하도록 지원하는 주거지원 서비스 제공이 필요함.
- 정신재활시설(주간재활시설 혹은 종합시설)이 있는 경우 정신재활시설에서 주거지원서비스를 제공하도록 기능을 부여하고, 정신재활시설이 없는 지역의 경우 한정적으로 정신건강복지센터를 통해 주거 지원 서비스를 제공하는 방안 고려. 혹은 혹은 주거복지센터, 종합사회복지관(임대아파트의 경우)을 통한 주거지원 서비스 제공 방안의 모색이 필요함.
- 정신질환자들이 필요로 하는 고용 및 취업 지원을 위한 서비스 제공이 필요함.
- 직업훈련 및 취업에 욕구를 가진 정신질환자 대상 직업상담, 직업평가를 포함한 직업훈련과 더불어 작업장 개발, 취업알선, 현장 훈련, 취업 후 적응 지원 등을 포함하는 취업 지원 서비스 제공이 필요함.
 - 고용 및 취업지원 서비스의 경우 직업재활시설, 주간재활시설과 같은 정신재활시설과 더불어 센터 기반 정신질환자 회복지원 사업에서도 진행될 수 있음.
- 정신질환자의 신체건강 관리 및 복합질환 관리를 위한 건강지원 서비스 제공이 필요함.
- 고령 정신질환자 대상 건강 현황 및 복지서비스(주거, 문화여가, 소득 등)이용 현황 파악 후 이들이 정신의료기관 혹은 정신요양시설로 (재)입원/입소가 되지 않도록 건강관리(예. 만성질환 등 복합질환에 대한 관리, 병원 동행 등 이동 지원, 치료비 지원 등) 및 주거지원과 돌봄서비스 제공을 강화해야 함.
 - 지역 내 동네 병의원과의 협업을 통해 정신질환자의 건강검진 수검 제고를 위한 개입과 더불어, 건강검진 후 관리를 위한 지원을 강화해야 함.

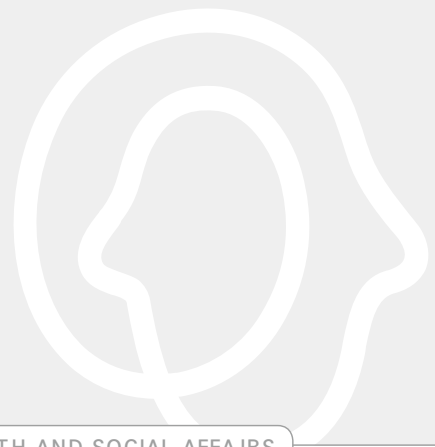
제4절 소결

□ 연구 내용 요약

- 이 연구에서는 정신질환자의 지역사회 통합돌봄 추진 전략을 모색하였으며, 여기에는 1) 통합돌봄의 대상이 되는 표적 집단의 규모 추정, 2) 필요 서비스의 유형 정리, 3) 서비스 제공 체계 및 서비스와 인프라 확충 방안 모색이 포함됨.
- 표적 집단 규모 추정을 위해서 이 연구는 정신의료기관에서 지역사회로 복귀하는 정신질환자의 규모와 지역사회에서 거주하는 정신질환자의 규모를 모두 고려하였음.
 - 표적집단 규모 추정을 위해 이 연구에서는 선행연구에서 제안한 산출 틀에 따라 크게 생활(주거) 서비스에 대한 수요와 주간(daytime)에 이용가능한 이용재활 서비스에 대한 수요로 구분하였음.
 - 표적 집단 규모는 여러 가정에 따라 산출되었으며, 최소값과 최대값의 범위를 가짐. 이 연구에서 산출한 총 표적 집단의 규모는 이 두 집단(생활(주거) 서비스 수요 집단 + 이용재활서비스 수요 집단)의 합은 최소 16,953명에서 최대 28,576명으로 나타남.
- 이 연구에서는 또한 선행연구에서 제안한 정신질환자가 필요로 하는 정신건강 복지서비스 유형을 정리하여 제시하였음.
 - 정신건강복지법과 제2차 정신건강복지기본계획에 제시되어있는 정신질환자 대상 정신건강복지서비스 유형을 정리하였으며, 선행연구에서 수행한 서비스 필요도와 충분도 조사에서 드러난 정신질환자의 서비스 욕구 역시 정리하여 제시하였음.
 - 선행연구에서는 정신질환자가 가장 필요하다고 인식하지만 불충분하게 제공되고 있는 신건강복지서비스로 신체건강관련 지원, 주거관련 지원, 소득보장 관련 지원 및 고용 및 직업참여 지원이 언급되었음.
- 마지막으로 이 연구에서는 화성시 지역사회 통합돌봄 선도사업의 성과와 한계를 정리하고, 지역사회 내 정신질환자 대상 서비스 제공 인프라를 정리하여 제

시하였음. 또한 정신질환자 지역사회 통합돌봄 서비스 제공과 관련한 전달체계를 제안하였으며, 이를 가능케 하는 서비스 및 인프라 확충 방안을 제시하였음.

- 이 연구에서는 기존에 정신건강복지센터와 정신재활시설 중심으로 제공되던 정신질환자 대상 통합적 서비스 제공에서 벗어나 지역사회 내 유관자원들이 협업하고 함께하는 서비스 전달체계를 제안하였음.
- 여전히 예산상의 제약 및 기능상의 중복 문제들이 남아있기는 하지만, 정신질환자가 지역사회에서 거주하면서 통합적인 서비스를 이용할 수 있게 되기 위해서는 정신재활시설 확충, 센터의 인력 인프라 확충, 센터 기반 정신질환자 회복지원 서비스 제공, 유관자원과의 협업과 네트워킹 등이 필요함.



제6장

지역사회 통합돌봄을 위한 지역서비스 제공 체계: 복지, 보건, 주거 서비스 중심

제1절 돌봄서비스 관련 공공 복지 전달체계

제2절 지역 보건의료 서비스와 제공체계

제3절 주거 서비스와 제공체계

제 6 장

지역사회 통합돌봄을 위한 지역서비스 제공 체계: 복지, 보건, 주거 서비스 중심

제1절 돌봄서비스 관련 공공 복지 전달체계

1. 시군구 공공 복지 전달체계와 사회서비스 발전 방향⁴⁹⁾

가. 시군구 복지행정의 기능 및 역할

- 복지부문에서는 고용노동부의 고용센터와 같은 특별행정기관이 설치되지 않고, 각종 복지정책의 집행을 지방자치단체에 위임해 옴. 대표적으로 공공부조와 사회서비스사업 관련 행정이 이에 해당됨.
- 지자체를 통해 보건복지부를 비롯한 정부부처의 복지사업 중 상당수가 집행되고 있음.
- 기본적으로 지자체의 복지행정부서는 공공부조와 사회서비스 제도를 중심으로 정책을 기획·집행하여 제도의 대상에게 급여와 서비스가 제공되도록 하고, 이를 위한 사업이 이루어지도록 기획·관리함.
- 사회복지업무의 집행을 담당하고 있는 지방자치단체의 업무는 그 성격에 따라 크게 ‘기획’ 기능과 ‘대민서비스’ 기능으로 구분할 수 있음.
- 시·군·구(본청)에서는 사업기획 및 관리, 자원 발굴 및 관리를 담당하고 있으며, 2006년부터 추진한 ‘시군구 주민생활지원 기능 강화 개편’에 따라 통합조사팀, 서비스연계팀이 신설되면서, 대상자에 대한 밀접한 접촉이 필요한 조사(자산조사, 생활실태조사, 서비스욕구파악)를 본청에서 담당함.
- 또한 서비스연계팀을 발전시킨 희망복지지원단 운영을 통해 자원 연계를

49) 본 절의 내용은 강혜규 외, 2019, 정책 환경 변화를 고려한 지역 사회서비스 전달체계 개편방안 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원의 내용을 기초로 작성함.

통한 서비스 제공을 비롯하여, 통합사례관리를 실시함.

- 읍·면·동에서는 지자체 집행업무 가운데 직접 주민을 대면하는 대부분 서비스의 접수, 상담, 서비스 연계 제공, 대상자 사후관리를 담당하고, 이 밖에 사회복지와 관련하여 시달되는 각종 정책대상 및 공급기관 실태조사를 수행함.

□ 이러한 지자체 복지행정부서의 업무는 세 가지 영역으로 대별할 수 있음.

- 첫째, 지자체 복지사업 전반을 기획하는 영역임.

- 기획 업무는 지자체 관할 지역의 전반적인 복지 수요와 공급 실태를 파악하고, 이에 기반하여 지역사회보장계획을 수립하며(본 계획은 4년마다 수립, 매년 연차별 시행계획 수립), 매년 시행결과를 평가함.
- 또한 지자체의 자체사업을 개발하여 중앙정부가 주도하는 복지제도의 보충적 기능을 담당복지사업 수행 기반으로서 복지시설·기관의 적정 수요공급 관리, 공공-민간 복지인력의 수급관리, 역량개발 등도 주요한 업무임.

- 둘째, 국가 사회보장제도 즉, 보건복지부를 비롯한 정부부처가 국고보조를 통해 집행을 위임한 각종 복지사업들을 집행하는 영역임.

- 이는 크게 대상자에 대한 급여제공을 중심으로 하는 사업, 복지서비스를 제공하는 민간복지서비스기관을 지원·관리하는 사업으로 대별됨.

- 전자의 사업은 각 제도별 대상자의 선정, 급여 결정·지급, 사후관리의 절차를 기본으로 함. 이 과정에서 이루어지는 대상자-수요자와의 상담, 욕구조사 및 자산조사(assessment)는 일반행정과의 차별성을 부각하는 업무영역이라 할 수 있음.
- 통상 다양한 문제와 복지 욕구(need)를 가진 수요자(client)는 그 다양한 문제들을 쉽게 표현하지 못하며, 복합적인 복지 문제는 대체로 그 개인뿐만 아니라 가족구성원들에게도 함께 존재하기 때문에, 조심스럽고 심도 있는 상담 과정을 통해 그 문제들과 문제의 구조를 포착하는 것이 복지서비스 행정의 결정적 절차임.
- 이러한 이유로 인하여, 사회복지사 자격을 가진 ‘사회복지직공무원제도’의

운용이 필요하다 할 수 있음. 문제의 진단을 통해 대상자-수요자에게 필요한 해결 방법을 찾는 과정 또한 전문적인 업무의 일환임. 국가제도로 제공 가능한 법정 서비스뿐만 아니라, 법정 서비스로 해결하기 어려운 문제에 대해서는 지역사회 자원을 발굴, 연계하는 부가적인 업무를 병행해야 함.

- 한편, 후자의 업무(민간복지서비스기관을 지원-관리하는 사업)는 복지대상별(아동·청소년, 노인, 장애인, 여성, 가족 등) 부서에서, 각종 중앙 및 지자체 복지사업을 (위탁) 담당하는 민간서비스기관에 사업 예산을 지원하고, 기관에서 이루어지는 사업(서비스)을 지도, 감독, 관리하는 것임.

○ 셋째, 법정 급여-공적 제도로 대응할 수 없는 복지문제의 해결 또한 지자체 복지행정의 주요 기능으로 점차 그 중요성이 강조되고 있음.

- 이는 앞서 설명한 두 번째 영역의 업무와 그 절차와 세부직무상 명확한 구분이 어려움. 다만, 법적 근거와 제도적 요건을 갖춘 공적 자원과 체계적 절차를 통해 업무가 이루어지는 것이 두 번째 대면서비스 영역의 업무라면, 통합사례관리(혹은 서비스 연계)라는 방법으로 비법정서비스, 민간자원 발굴-연계를 통해 이루어지는 새로운 접근을 별도의 신규 업무영역으로 구분할 수 있음.
- 이는 특히 “상담 및 접수-조사(욕구파악)-서비스(연계)제공-사후관리” 등 수요자를 대면(face to face)하는 업무이며 공공 사회복지전달체계의 기본적인 임무를 수행하기 위한 업무와 절차로서, human service인 사회복지업무 수행과정에서 수요자의 체감도를 좌우할 수 있는 핵심적인 과정임.
- 즉, 수요자의 세밀하고 복합적인 복지 욕구(need)를 포착하고, 이에 적합한 서비스를 설계하여 제공되도록 하는 일, 이 과정에서 활용 가능한 관련 자원을 파악하고, 연계·의뢰하는 일, 서비스가 당초 계획과 의도에 따라 제공되고 있는지 확인·점검하는 일 등임.
- 보건복지부는 2011년부터 희망복지지원단을 시군구 본청에 설치하여 ‘통합사례관리’라는 업무를 지자체 복지행정을 통해 수행하도록 하고 있으며, 이는 앞서 설명한, 복지수요자에 대한 상담, 욕구 파악, 필요서비스 설계, 제공, 서비스 제공을 위한 관련기관 협력, 사후관리 등을 복합적인 문제가

있는 개개인을 중심으로 문제해결이 가능할 때까지 일련의 과정으로 진행하는 접근임.

〈표 6-1〉 지자체가 담당하는 복지 행정의 주요 기능

주요 기능		담당부서
기획	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회보장계획 수립 및 시행결과 평가 - 지자체 복지 수요 및 공급 실태 파악 - 지자체 자체사업 개발 	<ul style="list-style-type: none"> • (시군구) 복지정책·복지기획팀
제도 집행	사업 관리 <ul style="list-style-type: none"> - 대상자 선정 - 급여 결정·지급 - 복지사업기관/시설 예산집행 - 복지사업기관/시설 관리·모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> • (시군구) 기초보장, 자활지원, 장애인-노인-아동-청소년-보육-여성-가족복지과(팀) 등 • (시군구) 통합조사-관리팀
	대면 서비스 <ul style="list-style-type: none"> - 상담(가구방문, 찾아가는 서비스) - 욕구조사 - 통합사례관리 - 자원 발굴-관리 - 복지자원 네트워킹(지역사회보장협의체 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • (시군구) 희망복지지원단
복지서비스 (비법정서비스)		<ul style="list-style-type: none"> • 읍면동주민센터

자료: 강혜균(2016.6.), 지방자치단체의 주민복지기능 실태와 과제, 지방행정.

나. 시군구 사회서비스 전달체계 주요 문제점

□ 필요 서비스에 대한 통합적 정보 접근성 제한적

- 온라인 창구 ‘복지로(www.bokjiro.go.kr)’는 생애주기, 가구상황, 관심주제별 서비스 정보를 제공하지만, 필요한 서비스를 파악하기에 제한적이고, 신청-의뢰-연계 기능이 미흡함.

□ 지역단위 서비스 이용창구의 상담 및 안내 미진

- 읍면동 주민센터는 맞춤형복지팀 운영 등을 통해 충실한 상담을 강화하고 있으나, 사회서비스 대상기능을 고려한 충분하고 적절한 상담이 가능한 인력 확보는 미진함.

□ 지자체 통합사례관리 활성화 필요

- 포괄적 문제 진단과 지속적 문제해결을 지원하는 지자체 통합사례관리 활성화 지체, 서비스기관 간 의뢰-연계가 미흡함.

○ 통합사례관리를 위한 경력 있는 인력과 전문역량 개발 체계가 미흡하고, 사회복지관을 비롯한 서비스기관 사례관리와의 공식적 연계체계 마련이 지체됨.

□ 시군구 사회서비스 이용 대상자 및 시설 관리 인력 부족

○ 대부분의 사회서비스 관리·운영 책임을 담당하는 시군구 본청의 영역별 담당 인력은 2~9명 수준임.

○ 노인, 장애인, 보육, 아동·청소년 등 다수의 중앙사업 집행과 서비스 제공기관 관리, 지자체 자체 복지사업 기획 및 수급 관리 등의 부여된 업무를 충실히 수행하기 어려운 실정임.

〈표 6-2〉 시군구 본청 사회서비스 관련 사업부서-인력-업무 현황

		희망 복지 지원	장애인	노인	보육	아동 드림 스타트	청소년	여성, 가족, 다문화	복지 시설
시군구 평균 팀 수(개) ³⁾		1.0	1.1	1.2	1.1	1.2	0.8	1.1	0.5
시군구 평균 인력(현원, 명) ⁴⁾		7.1	5.3	7.5	5.2	8.8	3.7	5.4	2.0
업무 비중 ⁴⁾ (%)	상담	24.4	15.3	14.8	13.7	19.7	6.7	8.0	11.1
	복지급여·서비스 신청·접수	7.2	4.8	4.0	6.0	7.1	3.0	3.8	4.4
	복지급여·서비스 지급 행정	5.9	11.5	10.8	12.6	8.2	4.0	8.6	5.3
	사업 기획 및 홍보	10.1	5.1	6.5	4.6	7.9	10.6	11.8	6.0
	사업 관리	10.4	8.2	10.8	7.8	9.2	15.7	14.2	7.6
	대상자 관리	6.8	6.8	7.7	4.9	10.5	2.8	5.2	4.7
	시설 관리	1.8	17.7	16.1	22.5	10.9	18.2	12.3	31.1
	자원 관리	10.4	1.9	2.3	1.3	5.5	1.8	2.5	1.2
	단체 및 법인 관리	4.8	10.8	9.0	11.5	5.6	12.4	11.3	9.8
	행사 참여	5.0	5.7	6.3	4.1	4.8	10.4	9.2	5.8
	업무관련 역량 개발	5.6	4.2	3.9	4.0	4.3	4.7	4.6	4.6
	일반 행정업무(복지 이외)	7.7	8.0	8.1	7.0	6.6	9.8	8.5	8.4
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 강혜규 외(2018), 사회서비스 종합대책 수립 지원 연구.

주 1: 보건복지부·한국보건사회연구원(2017)의 '지자체 인력 실태 조사' 결과로 산출(전국 시군구 중 175개 시군구 응답)

2: 시군구 본청 업무영역을 13개로 구분하여 인력과 직무실태를 파악한 결과로서, 사회서비스 관련 8개 영역을 제시(복지기획정책, 통합조사, 통합관리, 기초생활보장, 자활 영역 제외)

3: 해당 업무영역을 위한 조직(팀 단위)이 시군구당 설치된 수이며, 소수점 이하는 타 영역업무와의 병합 운영을 의미

4: 해당 업무영역을 담당하는 인력의 수를 전체 시군구당 평균으로 제시(공무원, 공무원직, 민간계약직, 보조인력 등을 포함)

5: 전체 업무를 100으로 보고, 각 세부업무유형이 차지하는 비율을 파악

□ 서비스 이용체계의 분절성

- 서비스 이용체계는 세분화된 중앙 제도에 기반한 전달체계를 중심으로 형성되어 분절성이 높으며, 지자체를 비롯한 공공영역의 컨트롤타워 기능이 미흡함.
- 읍면동과 타 공공기관·서비스기관들 간에 상호 정보공유 및 연계가 미흡하여 서비스 대상이 중복·누락 발생함.
- 업무의 성격·기능·대상이 유사한 기관들이 공식적 협력기제 없이 운영되어 효율성 저하, 서비스의 통합성 제고를 통한 시너지가 미흡함.

□ 민간 서비스 제공기관 책무성 미흡

- 노인장기요양 및 돌봄서비스 기관들은 개인, 영리사업자가 다수를 차지하고 부정적 수급과 운영비리 사례가 빈발하며,
- 이러한 사업을 병행하는 비영리기관들도 공적 책임성이 미약해지고 있다는 문제제기, 정부에 대한 신뢰도 저하를 동반함.

□ 사회서비스 인력 직무 전문성 강화 필요

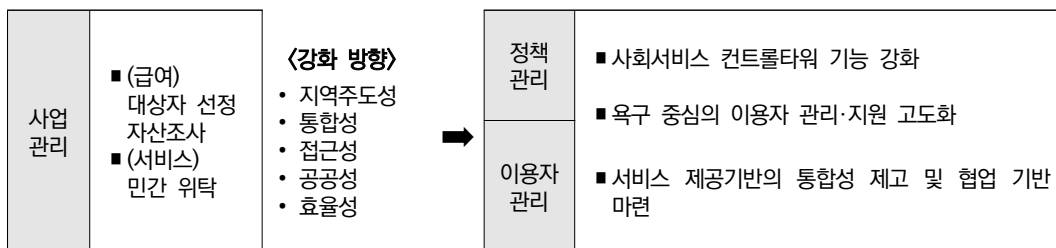
- 사회서비스의 직무는 사람을 대면하는 서비스(human services)가 주를 이루며, 이는 서비스 유형에 따라 일정 기간의 교육, 혹은 자격증 취득을 요구하는 다양한 수준의 전문성을 요구한다는 특성이 존재함.
- 보건·복지 인력의 전문성을 높이고 역량 강화가 가능한 기관별 근무여건을 조성하는 것이 서비스 정책 효과 창출의 관건임.
- 공공행정의 경우 높은 수준의 업무 재량이 허용되지 않고 잦은 복지순환과 업무역량개발 여건이 미흡하여 업무의 품질 및 성과 향상에 제약임.

다. 시군구 사회서비스 전달체계의 개편 방향성 및 대응 과제

□ 대상자 선정, 예산집행 등의 사업관리에 치중했던 소득보장과 상이한 요소가 요구되는 사회서비스의 강화를 위해서는 전달체계 개편에 있어 다음의 방향성이 고려되어야 할 것임.

- **(지역주도성)** 지역주민의 다차원 복지 욕구 대응 서비스 확충을 위한 지자체 자체(기획) 사업 개발에 주력
- **(통합성)** 통합적 욕구 사정 및 통합적 서비스 공급, 다분야 협업체계 마련
- **(접근성)** 지역 주민의 사회서비스 이용의 접근성 향상(충분한 정보 제공, 서비스 절차 간소화, 친절하고 충분한 안내, 유관 서비스 제공기관 의뢰·연계 등)
- **(공공성)** 지역 내 사각지대 위기 대상자 발굴과 문제해결을 위한 충분한 노력
지역 특수성으로 인해 집중 대응해야 하나 미진한 대상, 지역 문제의 파악
- **(효율성)** 지역 내 공공-민간 서비스기관 간 유사 서비스의 중복적 운영 문제를 파악하여 조정하기 위한 노력 강화

□ 개편에 중점을 둘 사항은, 사업관리에 치중했던 복지행정을 정책 관리 및 이용자 관리 기능을 대폭 강화함으로써 서비스 이용체계 전반의 책임성을 강화하는 것임.



자료: 강혜규(2019.7.)의 내용을 재구성. 지역주도의 통합돌봄 추진 방향, 지역사회통합돌봄 2026 비전포럼 발제 자료. 보건복지부 건강보험공단.

□ 사회서비스 중심의 시군구 전달체계 기능변화를 위한 기본적인 요건은 다음과 같음

- (목적) 변화/성과 목표와 관련 기능, 업무에 대한 명확한 인식 공유
- (조직구조) 정책/사업 구조에 조응하는 부서 편제

- (인력) 업무 특성(사회서비스 특수성)을 반영한 적정 인력(인원)의 배치 및 수행역량 확보
 - (리더십) 사회서비스의 전문역량을 지닌 관리자의 역할 확대
 - (거버넌스) 중앙-광역-기초단체, 지역단위 지자체-공공-민간의 의사 소통 및 의사결정 구조의 민주성 강화
 - (소통/협력기반) 사회서비스의 제공체계로서 지자체-유관공공기관- 위탁민간기관의 실질적 협력업무 여건 마련
- 시군구 사회서비스 전달체계의 주요 고려 차원에 따른 쟁점 및 중앙·지자체 차원의 대응과제는 다음과 같음.
- 예산 규모, 예산 집행, 공간 확보 등 서비스 인프라와 관련해 사회서비스 수급체계 관리의 내실화 필요
 - 인력 규모, 역량 제고, 고용안정성 등 인력 차원과 관련해 사회서비스 인적자원 관리·개발 요구
 - 서비스 분절성과 파편성을 해소하기 위한 서비스의 통합성 구현을 위해 지자체 총괄적 조직 기능의 강화가 긴요
 - 이용자 중심의 개별화된 욕구에 통합적 접근을 가능하게 하기 위해 공공 사례관리체계 강화 필요
 - 서비스 제공기관의 기능 유사성을 해소하고 서비스 공급의 공적 책임성을 강화하기 위한 서비스 제공기관의 고유 기능 조정 검토
 - 서비스 연계와 협력 차원과 관련 지역사회 자원 네트워크 구축 및 활성화

〈표 6-3〉 지역 사회서비스 전달체계의 고려 차원과 정부·지자체 대응 과제

전달체계 고려 차원과 그 영향		중앙정부·지자체 대응 과제	
서비스 인프라 - 예산 규모 - 예산 집행방식 - 공간 확보	- 서비스 공급량에 직접 영향 - 적절한 서비스 제공 곤란 - 지속사업 계획 곤란	➡	[사회서비스 수급 체계 관리 내실화] <ul style="list-style-type: none"> · 지자체 서비스 수요·공급 관리의 실효성 확보 · 서비스 확충·조정 중장기계획 수립 · 서비스 공급에서 공적 책임성을 담보할 서비스·프로그램 도출
인력 - 적정 규모 - 역량 확보 - 고용안정성	- 연계 협력에 장애 (부가업무 인식 + 여력 부족) - 서비스의 지속성, 좋은 서비스 제공 가능성과 직결	➡	[사회서비스 인적자원 관리·개발 강화] <ul style="list-style-type: none"> · 인력 확충·전문성 제고·처우개선 관련 종합대책 마련 · 시설 인력 운용 관련 지침 적정성 검토 및 개선 · 종사자 역량제고를 위한 보수교육 체계 강화 · 중앙정부 차원에서 전문인력 확보를 위한 필요역량 명확화 및 자격제도 검토
서비스의 통합성	- 서비스의 분절적 제공으로 중복, 누락 가능성 존재	➡	[지자체 총괄적 조직 기능 강화] <ul style="list-style-type: none"> · 통합적 이용체계 구축을 위한 시군구의 기획·조정·관리 총괄 조정 주체 정립 · 상기 대응 과제(사회서비스 수급 체계·사회서비스 제공기관 기능 조정·지역사회 네트워크 활성화) 관련 업무 수행을 위한 전담 부서 개편 및 소속인력 추가 배치 · 컨트롤타워로서의 위상과 권한 강화를 위해 예산권한, 인사상의 인센티브 등 조치 병행
서비스의 이용자 중심성	- 이용자의 개별화된 욕구에 대응하는 서비스 접근성 한계, 품질관리 미흡		[공공 사례관리체계 강화] <ul style="list-style-type: none"> · 이용자 중심의 포괄적 서비스 제공을 위한 욕구사정과 지자체 조정·연계 기능 강화 · 지자체의 이용자 지원체제와 서비스 품질관리의 기능·역할 강화 · 공공 사례관리체계 전문성 강화를 위해 중앙정부 차원의 재정지원 확충
서비스 제공기관별 고유기능	- 기관간·사업간 중복성 존재 - 생애주기별 서비스연속성 미흡 가능성	➡	[사회서비스 제공기관 고유기능 조정] <ul style="list-style-type: none"> · 유사·중복성 기관·사업 간 경합·경쟁 구도 해소 · 서비스 연계 체계 활성화 혹은 조직적 통합 방안 검토 · 서비스 영역 전반의 공공성 제고 및 위기도 높은 서비스의 공적 책임성 강화 · 중앙정부 차원에서 서비스제도 간 정합성 제고를 위한 사업지침 개선
협력 여건 - 합리적 행정절차 - 정보 공유시스템	- 서비스 연계관련 행정부담 - 개인역량에 의존한 비공식적 연계·협력	➡	[지역사회 자원 네트워크 구축 및 활성화] <ul style="list-style-type: none"> · 기존 협력체계의 질적 내실화를 위한 체계적인 진단과 조정·조율의 정교화 · 지자체의 협력업무 목표 공식화 및 수행업무 명확화 · 협력을 위한 전담 인력 추가 배치 등 안정적 업무 수행 여건 마련 · 지역사회 자원의 통합적 개발과 합리적 공유 체계 구축 검토 · 관련 정보의 통합적 생산·관리·분석을 위한 정보화 기반 고도화

2. 지역사회 통합돌봄 운용체계 구축 방안⁵⁰⁾

가. 지역사회 통합돌봄 운용체계 구현의 방향과 역점 가치, 중점 과제

- 시군구 공공복지 전달체계 기능 재정립과 지역사회 통합돌봄 제도화
 - 현행 시군구 공공복지 전달체계는, 국고보조사업의 대행적 집행 및 민간위탁 관련 업무 중심의 사업관리를 넘어서 정책 관리 및 이용자 관리에 중점을 둔 사회서비스 중심 운용체계의 대폭 강화라는 전면적 변화가 필요한 시점임.
 - 이를 위해서는 시군구의 사회서비스 총괄·조정 기능 강화, 개별화된 욕구 중심의 이용자 지원·관리 고도화, 서비스 제공기반의 통합성 제고 및 협업체계 마련이 필요함.
 - 돌봄서비스의 보편적 확대를 지향하는 지역사회 통합돌봄 제도화는, 이러한 시군구 공공복지 전달체계가 당면한 과제를 해소하면서, 특히 개별화된 욕구에 면밀하게 감지·지원·대응하는 대인서비스 운용체계를 고도화하는 것이어야 함.
- 지역단위 통합돌봄의 효과적 구현을 위한 역점 가치
 - 공적 책무성: 돌봄인프라 확충 및 강화, 지자체 역할 강화
 - 보편성: 욕구 기반 서비스 계획과 제공
 - 충분성: 서비스 확충, 전문인력 체계적 양성 및 안정적 배치
 - 실효성:케어매니지먼트 및 성과관리 체계 구현
 - 통합성: 통합적 욕구 사정 및 통합적 서비스 공급, 다분야 협업체계 마련
 - 효율성: 공급자별 파편화된 서비스 비효율성 해소 및 제도·재원 연계 강화
- 지역주도형 지자체 통합돌봄 운영체계 정립을 위한 중점 과제
 - 시군구 통합돌봄 전담조직 총괄 기능 강화

50) 개별 과제별 지역사회 통합돌봄 선도사업 현황 및 이슈는 관련 기준 선행연구(김진석 외, 2021; 배지영 외, 2020; 유애정 외, 2021; 이용갑 외, 2019, 이용갑 외, 2020)의 내용을 요약적으로 제시함.

- 지자체 통합돌봄(케어매니지먼트) 체계 구축
- 지역사회 통합돌봄 지역케어회의 체계화
- 케어매니지먼트 인력 배치, 자격 및 적정 처우
- 케어매니지먼트 인력의 역량강화체계 마련

나. 시군구 통합돌봄 전담조직 총괄·조정·지원 기능 강화

□ 지역사회 통합돌봄 선도사업 전담조직 현황 및 이슈

- 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 지자체 전담조직 설치 수준은 상당한 편차를 나타냄.
 - 복지부 권고사항인 선도사업 총괄팀(신설) 및 희망복지지원팀의 융합서비스팀 전환 운영은 최소한의 전담조직 운영 요건
 - 타 지자체와 달리 광주서구, 부천시, 전주시는 과 단위 전담조직을 신설하였고, 청양군은 과 단위 전담조직을 전환·운영함으로써 비교적 안정적 조직 기반을 구축
 - 지역사회 통합돌봄을 개별 국고보조사업 추진이 아닌 돌봄서비스의 전면적 제도로 본다면, 최소 과 단위의 전담조직 신설 혹은 전환을 공식화해야 할 것임
- 그간 통합돌봄 선도사업의 전담조직의 기능과 관련해 다수의 쟁점사항이 제기되어 전담조직 설계시 반영 필요함.
 - (기획 역량) 지역사회 통합돌봄 추진에 있어 복지, 보건, 주거 등을 포괄하는 지자체 특화 사업의 창의적 기획 및 실행계획 수립 필요
 - (조정·결정 권한) 사업 조정·결정 권한이 미흡하여 단순히 사업계획의 수립 수준을 넘어서는 다수 사업을 조정·결정할 수 있는 권한이 미흡
 - (협력체계 조직화) 개별 총괄 팀으로서는 다수의 공공(사업)·민간을 협력을 유도하고 연계·협력을 활성화하는 데 역부족
 - (사례관리 전문화) 대상자 선정, 통합욕구조사, 통합욕구사정, 개인별 지원계획

- 수립, 서비스 의뢰·연계 등의 사례관리 전 과정에서 전문성 강화 및 지원 필요
- (이용자 모니터링 및 환류) 이용자의 서비스 제공 현황 및 서비스 효과성 평가, 이용자 변화에 대한 지속적 관찰, 재사정 등의 이용자 중심 관리 기제 강화 필요
 - (서비스 품질 관리) 서비스 제공기관 및 제공인력의 역량이 부족해 기대효과 창출에 제약

〈표 6-4〉 지역사회 통합돌봄 선도사업(노인) 전담조직 현황

지자체	전담조직 직제	통합돌봄과 통합사례관리 동일 부서 여부
광주서구	<ul style="list-style-type: none"> - 통합돌봄추진단(4급) 신설 및 3개 과·9개 팀 운영 · 통합돌봄과: 통합돌봄팀, 의료급여팀, 주거복지팀 · 고령사회정책과: 고령친화, 어르신지원팀, 복지시설팀 · 장애인희망복지과: 장애인정책팀, 장애인시설팀, 자활지원팀 - ('22년이후) 스마트통합돌봄담당관(5급) 신설 및 5개 팀 운영 · 스마트통합돌봄담당관: 돌봄정책팀, 스마트돌봄팀, 돌봄지원팀, 의료급여팀, 주거복지팀 	상이
부천시	<ul style="list-style-type: none"> - 통합돌봄과(5급) 신설 및 4개 팀 운영 · 통합돌봄팀, 의료급여팀, 주거복지팀, 사례관리팀 	동일
천안시	<ul style="list-style-type: none"> - 복지정책과에 지역사회 통합돌봄팀(6급) 신설 및 운영 - 복지정책과: 복지정책팀, 복지서비스팀, 맞춤형복지지원팀, 생활보장팀, 통합돌봄팀 	동일
전주시	<ul style="list-style-type: none"> - 통합돌봄과(5급) 신설 및 5개 팀 운영 · 통합돌봄정책팀, 복지자원돌봄팀, 어르신복지팀, 어르신일자리팀, 어르신복지시설지원팀 	상이
김해시	<ul style="list-style-type: none"> - 시민복지과에 지역통합돌봄팀(6급) 신설 - 시민복지과: 복지행정팀, 희망복지팀, 지역통합돌봄팀, 복지시설관리팀, 자원봉사팀 	동일
부산진구	<ul style="list-style-type: none"> - 희망복지과에 지역통합돌봄계(6급) 신설 - 희망복지과: 복지정책계, 융합서비스계, 자활사업계 	동일
부산북구	<ul style="list-style-type: none"> - 희망복지과에 통합돌봄팀(6급) 신설 및 융합서비스팀(6급) 변경 운영 - 희망복지과: 통합돌봄팀, 희망복지지원팀, 아동행복드림팀 	동일
경기안산	<ul style="list-style-type: none"> - 복지정책과에 지역통합돌봄팀(6급) 신설 및 융합서비스팀(6급) 변경 운영 - 복지정책과: 복지기획팀, 지역복지팀, 기초자활팀, 주거복지팀, 지역통합돌봄팀, 융합서비스팀 	동일
남양주시	<ul style="list-style-type: none"> - 복지정책과에 통합돌봄팀(6급) 신설 및 융합서비스팀(6급) 변경 운영 - 복지정책과: 복지정책팀, 통합돌봄팀, 융합서비스팀, 인구정책팀 	동일
진천군	<ul style="list-style-type: none"> - 주민복지과에 선도사업팀(6급) 신설 및 융합서비스팀(6급) 변경 운영 - 주민복지과: 복지기획팀, 선도사업팀, 노인복지팀, 장애인복지팀, 통합조사관리팀, 희망복지지원팀 	동일

지자체	전담조직 직제	통합돌봄과 통합사례관리 동일 부서 여부
청양군	- 통합돌봄과(5급) 전환 및 4개 팀 운영 - 통합돌봄과: 경로복지팀, 통합돌봄팀, 장애인복지팀, 희망복지지원팀	동일
순천시	- 노인복지과에 통합돌봄팀(6급) 신설 - 노인복지과: 노인복지팀, 통합돌봄팀, 복지시설팀 등	상이
서귀포시	- 주민복지과에 통합돌봄지원팀(6급) 신설 - 주민복지과: 복지행정팀, 희망복지지원팀, 기초생활보장팀, 통합조사팀, 통합관리팀, 통합돌봄지원팀	동일

□ 통합돌봄 전담조직 기능 및 역할

○ 지역사회 통합돌봄의 원활한 추진을 위해 과 단위 전담조직을 별도 신설하고 총괄적 기획·조정·지원 기능을 수행함.

- 통합돌봄 선도사업에서 복지부 권고사항(복지정책과에 선도사업총괄팀 신설, 융합서비스팀 전환 운영) 수준보다 확대된 형태 필요
- 기본적으로 과(5급) 단위 통합돌봄 전담조직 신설을 적극 추진하되 군 지역 등 지역 여건에 따라 과(5급) 단위 전담조직 전환을 추진
- 통합돌봄 선도사업에서 상대적으로 우수한 성과를 창출한 지역은 조직적 기반이 전제되었음을 고려할 필요(예: 경기 부천시, 전북 전주시, 광주 서구 등)

○ 과 단위 통합돌봄 전담조직의 기본모형은 통합돌봄정책팀, 통합돌봄사업팀, 통합돌봄지원팀(이하 신설), 통합사례관리팀(희망복지지원팀 전환)으로 구성하여 기능적 분업체계를 마련함.

- 기존 선도사업의 개별 총괄팀(6급) 수준을 넘어서 지역사회 통합돌봄의 효과적 추진을 위해, 기획·조정 총괄 기능, 통합 돌봄 사업 효율성, 사례관리 전문화(케어매니지먼트), 이용자 모니터링 및 서비스 품질 관리 등을 대폭 강화
- 케어매니지먼트 전문화를 위해 희망복지지원팀과 분리하여 우선 운영하되, 향후 지역사회 통합돌봄의 확장시 과 단위의 사례관리 전담조직 신설 검토

〈표 6-5〉 지역사회 통합돌봄 지자체 전담조직 기본모형(안)

팀명	담당 사무	비고
통합돌봄정책팀	총괄 기획, 예산 관리, 실행계획 수립, 협력체계 관리, 지역 케어회의 운영, 성과관리	신설
통합돌봄사업팀	통합돌봄 사업 추진, 서비스 품질 관리, 사업부서 및 읍면동 운영 지원	신설
통합돌봄지원팀	방문조사, 통합사정, 개인별 지원개별 수립 등 케어매니지먼트 전담	신설
통합사례관리팀	희망복지지원팀 기존 업무 + 통합돌봄 대상자 서비스연계 및 이용자 모니터링	희망복지지원팀 전환

□ 통합돌봄 전담조직 인력 배치

- 지역사회 통합돌봄에서 복지, 보건의료, 주거 등 다분야 협력이 필수적인 만큼, 전담조직의 인력 배치에서도 통합성 구현이 중요
 - 특히 총괄 기획을 담당하는 통합돌봄정책팀에서는 사회복지직 인력을 중심으로 하되 보건의료와 주거복지 업무 담당 인력 배치를 의무화
- 시군구 통합돌봄 전담조직 부서장과 팀장급의 경우 사회서비스 관련 업무 경험이 풍부한 사회복지직 인력의 배치 의무화 적극 검토
 - 읍면동 현장 경험, 노인·장애인·보건, 사례관리 등 업무 경력 유경험자가 임용될 수 있도록 가이드라인을 마련할 필요

□ 통합돌봄 전담조직 위상 강화

- 지역사회 통합돌봄 전담조직이 단순히 국고보조사업 추진 주체가 아닌, 지역사회 돌봄체계의 개편 과정에서 중심적 역할을 수행하기 위해서는 지자체 행정조직에서 위상 강화가 필수적임
 - 가령, 광주 서구의 경우 통합돌봄 전담조직(5급)을 부구청장 직속으로 개편(스마트통합돌봄담당관)
- 통합돌봄 전담조직이 조정력을 발휘할 수 있도록 중앙차원의 지원 및 평가 등에서 실효성 있는 인센티브를 마련할 필요
 - 시군구 통합돌봄 전담조직 담당인력의 전문성 강화를 위한 전문직위제 활

용, 인사상의 인센티브 또한 적극 검토 필요

□ 통합돌봄 전담조직과 보건소와의 연계·협력

- 지자체 통합돌봄 전담조직은 보건소 통합돌봄 관련 조직과의 긴밀한 협조체계 구축이 필요함
- 중·장기적으로 보건소에 통합돌봄 총괄 전담팀을 신설(혹은 확충)하는 것을 검토할 필요가 있음
- 단기적으로는 방문건강관리사업, 정신건강사업 등 담당 팀을 통합돌봄 지원부서로 공식화하고, 정례화된 회의체를 운영하여 통합돌봄 사업의 전 과정에 걸쳐 공조체계를 마련

다. 지자체 통합돌봄(케어매니지먼트) 체계 구축

□ 지자체 통합돌봄(케어매니지먼트) 체계 관련 쟁점

- 케어매니지먼트(care management)는 지역사회에서 생활하기 위한 대상자의 욕구를 사정하여 지역 내 자원을 연결 및 조정하는 전체 과정을 의미
 - 사람 중심적 돌봄(person-centered care) 관점에서 대상자가 지역사회에서 질 높은 생활을 유지할 수 있도록 서비스를 연결·조정하는 일련의 활동
 - 전통적 사례관리(case management)와 비교할 때 케어매니지먼트는 대상자 중심의 포괄적 서비스 제공뿐만 아니라 지역 내 자원 수준 및 전달체계 구축과도 밀접한 관련이 있음
- 지역사회 거주를 위한 지원의 연속성과 효과성 확보를 위해 지자체의 케어매니지먼트 기능 강화 필요
 - 케어매니지먼트는 대상자 발굴 및 스크리닝, 대상자의 복합적 욕구 사정, 서비스계획 수립, 서비스계획 실시, 서비스 모니터링 및 점검, 종결 등을 포괄하는 개념임
 - 대상자 생활 전반의 욕구에 대응하는 통합적 서비스를 제공하기 위해서는

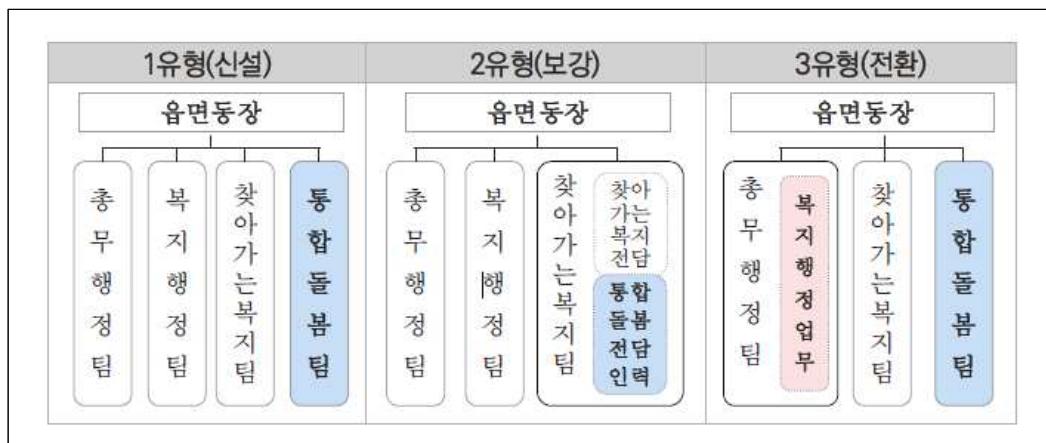
기관의 범위를 넘어서는 지역 내 서비스를 지속적으로 공급해야 하고 이에 대한 지자체의 조율·조정 역할 중요해짐

- 대상자 관점에서 지원의 연속성과 효과성을 확보하기 위해 책임행정이 가능한 지자체 단위에서 주도적 역할 수행 필요

○ 통합돌봄 선도사업에서 읍면동 통합돌봄창구를 중심으로 케어매니지먼트 기능 수행

- 중앙부처의 통합돌봄창구 설치유형을 참고하여 지자체 여건에 따라 자율적으로 결정하여 통합돌봄창구를 운영함
- 읍면동 통합돌봄창구가 대상자 인테이크, 욕구조사, 서비스 계획 수립 및 의뢰, 모니터링 등의 케어매니지먼트의 역할을 수행하였으나 인력 부족, 돌봄창구의 과중한 업무부담, 기존 통합사례관리 업무와의 중복 및 혼재, 전문성 부족 등을 경험
- 사후관리·모니터링, 복합 욕구 판정 업무의 어려움이 있었고 보건 분야와 적극적 협력 필요성 제기됨

[그림 6-51] 지역사회 통합돌봄 선도사업의 읍면동 통합돌봄창구 설치유형 예시



자료: 보건복지부. (2020). 지역사회통합돌봄 자체 추진 가이드북, p 23.

- 일부 지자체는 읍면동보다 큰 단위의 케어매니지먼트 체계 구성하여 운영
 - 부천시: 기존 동 체계를 광역동으로 재편하고 광역동 단위에 통합돌봄팀 신설하였고, 화성시와 춘천시: 권역 단위 통합돌봄본부를 신설하여 지자체 인력(공무원)과 외부 파견인력(국민건강보험공단, lh)이 함께 근무하도록 배치함

□ 지자체 케어매니지먼트 기능 강화 필요

- 대상자 관점의 케어매니지먼트 제공 과정에서 지자체 행정조직의 역할·기능 재정립과 수행역량 강화 필요
 - 시군구와 읍면동 복지전달체계의 현실을 고려해 시군구 주도의 케어매니지먼트 체계를 구성하고 읍면동(찾아가는 보건복지팀)에 접수 및 초기상담, 모니터링 역할을 부여하는 방안 등
- 대상자 맞춤형 서비스를 제공하기 위해 다학제적 통합사정팀 구성 필요
 - 케어매니지먼트에서 사정(assessment)은 대상자가 지역사회에서 삶을 유지하기 위해 생활 전반에서 무엇이 필요한지 파악하는 과정
 - 판정이 공통된 도구를 기준으로 대상자의 서비스 필요도를 등급으로 판정한다면, 통합사정은 지역사회 지속 거주를 위해 대상자 생활 전반의 다양한 복지 욕구를 파악하고 개별화된 서비스를 제공함
 - 다학제적 통합사정팀을 구성하여 복합적 욕구 파악과 적합한 서비스 연계 가능. 예컨대 호주 통합돌봄체계(Aged Care System)의 다학제적 노인돌봄사정팀(Aged Care Assessment Team)은 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사 등으로 구성됨

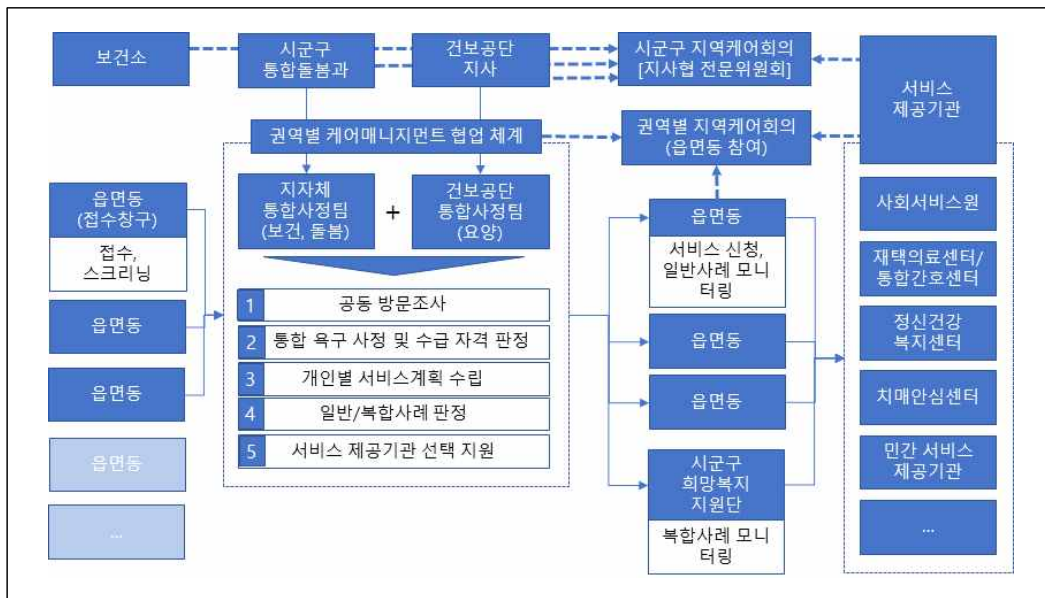
□ 권역별 지자체-건보공단 케어매니지먼트 협업체계 구축

- 지자체 케어매니지먼트 기능 강화를 위해 읍면동 권역(광역 읍면동) 단위의 케어매니지먼트 체계 구축
 - 읍면동의 역량과 시군구의 관할 범위를 고려하여 복수의 읍면동을 묶은 광

역 단위 관할지역 설정

- 지자체 통합사정팀(돌봄, 보건)과 국민건강보험공단 통합사정팀(요양)으로 구성된 권역별 케어매니지먼트 협업체계(통합판정조사 협업체계) 구축하여 이용자 관점에서도 통합성과 접근성 개선
 - 지자체 통합사정팀(케어매니지먼트 팀) 건보공단과의 공동 방문조사를 통한 통합적 욕구 사정, 사례유형 판정 및 서비스계획 수립, 서비스 제공기관 선택 지원의 역할 수행
 - 지자체 케어매니지먼트 체계에서 통합사정팀을 보건, 돌봄 등의 전문인력으로 구성하여 다학제적 팀 어프로치(team approach) 방식으로 운용

[그림 6-52] 권역별 지자체 케어매니지먼트 협업체계(통합판정조사 협업체계(안))



- 지역별 시군구·읍면동 역량과 상황을 고려하여 지자체 케어매니지먼트 기능을 시군구, 읍면동에 배치하는 방안도 고려 가능
 - (시군구형) 시군구 통합돌봄 전담조직에 케어매니지먼트 팀을 구성
 - (권역형) 위 협업체계(안)과 같이 권역별 케어매니지먼트 조직을 구성하되 화성시 사례와 같이 시군구에 소속시킴

- (읍면동형) 서울시 돌봄SOS센터와 같이 케어매니지먼트 조직을 읍면동에 배치. 이 경우 건보공단과의 협업을 통한 공동 방문조사 체계가 가능하도록 읍면동과 공단 지사간의 채널 구성 필요
- 지역별 돌봄대상자 규모 및 여건을 고려하여 위 협업체계(안)의 국민건강보험공단과 유사하게 장애인연금공단 혹은 정신건강복지센터와의 협업체계 구성 가능
- 공공·민간 전달체계 간 케어매니지먼트 협업체계 마련
 - 지자체, 건보공단, 지역 보건의로 전달체계, 치매안심센터, 사회서비스원, 민간기관(복지관 등) 간의 유기적 협업체계 마련
 - 공공의 책무성과 역할 수행의 효과성을 고려하여 지자체 케어매니지먼트 팀은 대상자 사정과 서비스계획 수립을 주관하되, 건보공단, 지역 보건의로 전달체계, 치매안심센터, 사회서비스원, 민간기관(복지관 등) 등과의 대상자 발굴 및 스크리닝, 서비스계획 실시, 모니터링 관련 협력방안 마련
 - 사례유형을 복합위기사례, 일반사례로 분류하여 각 사례유형별 서비스 의뢰 및 모니터링 협업방안 마련 필요
 - 지자체 통합돌봄의 모니터링 역할을 재판정 등을 위한 종합적 판단, 서비스 품질평가의 기능을 수행하도록 강화 필요. 서비스 제공기관의 이용자 모니터링과 별도로, 서비스 이용·제공 현황 모니터링 필요
 - 복합위기사례의 경우 희망복지지원단에서 모니터링을 수행하도록 하고 일반사례의 경우 읍면동 찾아가는보건복지팀이나 민간전달체계와의 협업을 통해 합리적 의뢰 기능 마련

라. 지역사회 통합돌봄 지역케어회의 체계화

- 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역케어회의 쟁점 검토
 - 지역사회 통합돌봄 선도사업의 3단계 지역케어회의 운영체계(동 단위, 권역 단

위, 지역 단위)와 관련해, 단계별로 세분화된 운영의 필요성과 실효성 미흡

- 지역케어회의는 희망복지지원단의 통합사례관리회의와의 기능적으로 유사하고 참여 기관(인력)이 중복되어 별도 운영은 비효율적이라는 지적 또한 제기

○ 지역케어회의의 다분야 협력체계와 관련해서는 복지 분야 관련 기관·시설 참여 수준에 비해 보건의료분야의 기관·시설 참여 수준이 미흡하다는 지역도 다수

- 이는 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 공공 및 민간 보건의료 관련 기관·시설 참여에 대한 공식화 수준이 낮고 인센티브가 부족함을 시사

○ 현행 지역별 지역케어회의는 매우 다양한 역할이 혼재되어 있는 것으로 판단되며, 이는 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 지역여건의 성숙도와도 밀접한 관련

- 지역사회 통합돌봄 전담조직 기능이 취약해 회의체 운영으로 대체하려는 경향
- 전담 인력의 통합사례관리 역량 미흡으로 논의 및 자문을 진행해야 하는 불가피성
- 관-관 및 민-관의 정보와 자원의 공유와 서비스 연계·의뢰의 협력 활성화 수준

○ 이러한 지자체별로 여건과 역량의 차이로 인해, 지역케어회의의 표준 운영 모형을 도출하는 것은 신중한 필요

- 단, 지역사회 통합돌봄 전담조직의 총괄·조정·지원 기능 확립을 전제로, 다음과 같은 지역케어회의 역할의 개선 방향을 검토

〈표 6-6〉 지역케어회의의 주요 역할

구분	내용	개선 방향
계획심의	지역사회 통합돌봄 추진계획 심의·의결	
대상자선정	지역사회 통합돌봄 대상자 선정 및 배분(의뢰) 심의	전담조직 수행
슈퍼비전	통합 사정 및 개인별 돌봄계획 수립을 위한 다분야 전문적 자문	복합사례 중심 운영
의뢰체계	서비스(자원) 발굴 및 의뢰·연계를 위한 역할 분담	전담조직 수행
성과관리	이용자 모니터링 정보 공유 및 서비스 조정	강화 필요

□ 지역케어회의의 운영체계 구축 방향

○ 지역케어회의의 운영체계는 시군구 단위와 읍면동 권역 단위로 이원화하고 해당 기능 및 역할을 명확히 하여 지역케어회의의 실효성 제고

- 기존 통합돌봄 선도사업의 읍면동 단위 지역케어회의는 폐지하고, 통합돌봄 대상자의 욕구와 문제 복합성 등을 고려한 사례 유형화에 기초하여 시군구 단위 지역케어회의와 읍면동 권역 단위 지역케어회의에 대상자 배분
- 지역케어회의의 법적 위상을 제고하고 안정적 운영을 위해 「사회보장급여법」에 따른 법정 지역사회보장 심의·자문 기구인 지역사회보장협의체에 전문위원회로 공식화하여 설치·운영
 - 지역사회 통합돌봄 전담조직에서 시군구 단위 및 읍면동 권역 단위 지역케어회의를 주관하여 운영 및 조정 역할 수행 명문화
 - 관계 기관 및 담당자의 참여 범위 및 협업 강화를 명문화하여 안정적 운영을 위한 제도적 기반 마련

□ 시군구 단위 지역케어회의의 기능 및 역할

- 고난도 사례를 중심으로 운영하되 주요 공공 서비스 제공 주체(보건소, 건보지사 등)와 다직종 전문가가 실제 참여하는 구조로 운영
- 고난도 사례의 문제해결에 초점을 두되 욕구 사정에 기초한 개인별 돌봄계획에 대한 슈퍼비전 뿐만 아니라, 개인 욕구 기반 서비스·급여 조정을 위한 평가 및 조정에 초점을 둔 성과관리에 중점을 두고 운영
 - 시군구 지역케어회의와 건보 장기요양 사례회의체계를 연계하여 장기요양 서비스 조정 기제 마련

□ 읍면동 권역 단위 지역케어회의의 기능 및 역할

- 위기도가 낮은 일반사례를 대상으로 하는 읍면동 및 서비스 제공기관의 서비스 연계 및 대상자 모니터링 결과에 대한 주기적 점검을 중점 추진
- 일반사례 대상자의 고난도 사례로의 전환 가능성 등 위기도 심화 징후를 사전에 포착하여 예방적으로 개입하는데 초점

마. 케어매니지먼트 인력 배치, 자격 및 적정 처우

□ 지자체 통합돌봄의 케어매니지먼트 인력 관련 쟁점

○ 기존 통합돌봄 사업에서 읍면동 케어매니지먼트 체계의 인력 부족, 전문성 강화 필요, 처우개선 등이 문제로 제기됨

- 통합돌봄 선도사업의 ‘20년 읍면동 통합돌봄창구는 총 410개소로 배치 인력은 총 624명이었음(이용갑 외, 2021). 서울시 돌봄SOS센터의 경우 동주민센터에 돌봄매니저 2인 배치하여 케어매니지먼트 업무 수행

- 사례관리, 간호 등의 전문직 배치, 신규인력의 고용환경 향상 등

○ 케어매니지먼트 업무 범위를 고려할 때 유사 업무 수행인력의 현황은 <표 6-7>과 같음

- 사회복지관, 노인복지관 등의 민간 시설에서도 사례관리 관련 업무를 수행하나 종사자 직무나 배치·채용 관련 기준이 미비함

〈표 6-7〉 통합돌봄(케어매니지먼트) 유사업무 수행인력의 업무 및 자격 기준

구분	업무	필수 자격	고용형태
희망복지지원단 통합사례관리사	찾아가는 보건복지서비스 추진 읍면동의 사례관리 교육, 슈퍼비전 제공, 역량 강화 수행	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 사회복지사 1급 자격증을 취득한 후 사회복지분야 근무 경력이 2년 이상인 사람 ▪ 사회복지사 2급 자격증을 취득한 후 사회복지분야 근무 경력이 4년 이상인 사람 ▪ 정신건강사회복지사 2급 이상 자격증을 취득한 후 사회복지분야 또는 보건분야 근무경력이 2년 이상인 사람 ▪ 간호사 면허증을 취득한 후 사회복지분야 또는 보건분야 근무경력이 2년 이상인 사람 	정규직 (무기계약 직)
희망복지지원단 복지담당공무원	단장(팀장)을 보좌하여 통합사례관리 업무 담당	최소 5년 이상 근무경력 사회복지직 7~8급 공무원(민간 사례관리 업무 3년 이상 담당 경력자는 배치 가능)	정규직
국민건강보험공 단 요양직	장기요양급여비용 심사, 방문조사, 이용지원 등 장기요양업무	간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사(2급 이상) 중 하나 이상 면허(자격)을 소지한 자 ※ 전형과정인 서류심사, 필기시험, 인성검사, 면접시험 등으로 구성	정규직

구분	업무	필수 자격	고용형태
치매안심센터 팀원	<ul style="list-style-type: none"> 간호사 : 상담, 등록, 진단검사, 사례관리 임상심리사 : 진단검사 사회복지사 : 상담, 등록, 사례관리 작업치료사 : 인지프로그램 운영 	간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사 자격 소지자로, 노인 관련 복지 또는 보건·의료 분야 5년 이상 경력자 ※ 노인복지 또는 보건·의료 분야 경력자, 치매전문교육 이수자 우대	무기계약직 및 공무원
돌봄SOS센터 돌봄매니저	신청 접수, 현장방문, 돌봄계획 수립, 모니터링 등	사회복지직 공무원, 간호직 공무원	공무원

자료: 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 채용공고; 보건복지부, (2021). 2021년 희망복지지원단 업무 안내; 보건복지부, (2021). 2021 치매정책 사업안내를 바탕으로 연구진 작성

□ 지자체 케어매니지먼트 팀 구성 및 전문인력 배치

○ 인구수, 통합돌봄 대상자 규모를 기준으로 권역별 케어매니지먼트 팀의 인력 배치 기준 제시

- (춘천시 사례) 권역 단위 통합돌봄팀 : 팀장 1명, 복지 공무원 1~2명, 보건 공무원 1명, 통합사례관리사 2명(파견인력 제외)
- (화성시 사례) 권역별 통합돌봄본부 : 팀장 1명, 복지 공무원 2~3명, 보건 공무원 2명(파견인력 제외)

○ 기본 인력배치 기준을 팀장(사회복지직 공무원), 노인 전문인력, 보건 인력(보건소 방문간호인력 혹은 읍면동 간호인력)으로 구성

- 지역 상황을 고려하여 장애인 전문인력, 정신질환 전문인력, 주거복지(지자체 전담인력, lh인력 등) 인력 등의 추가 배치 고려

○ 대상별(노인, 장애인, 정신질환) 목표집단 규모, 케어매니지먼트 팀 적정 인력 배치 기준 등을 반영하여 케어매니지먼트 인력 확충 필요

- 적정 인력 배치 기준은 유사 업무 수행의 사례 수 등을 참고할 수 있으나 적정 사례수는 인력의 업무 인력의 업무 범위와 사례의 특성에 따라 달라질 수 있음
- 예를 들어 제3장의 노인 통합돌봄 대상자 규모('21년 4월 말 기준 총 445,561명)를 기준으로 대상자에게 지역사회 통합돌봄을 제공하기 위한

지자체 케어매니지먼트 인력을 아래와 같이 추정할 수 있음

- (1안) 통합사례관리사 사례수 기준 반영시 4,083명 확충 필요
- (2안) 돌봄SOS센터 돌봄매니저 사례수 기준(추정) 반영시 5,420명 확충 필요

※ 홍선미 외(2020; 배지영 외, 2020에서재인용)의 연구에서도 읍면동 통합돌봄안내창구 필요인력을 약 7,600명으로 추정한 바 있음

〈표 6-8〉 통합돌봄(케어매니지먼트) 유사업무 수행인력의 담당 사례수 추정

구분	인당 사례수 수준
희망복지지원단 통합사례관리사	<ul style="list-style-type: none"> ▪ '20년 말 기준 통합사례관리사 현원은 936명, '20년 통합사례관리 대상자는 연간 총 102,080가구로 통합사례관리사 1인당 담당 사례는 연간 약 109.1가구임
선도사업 통합돌봄창구 담당자	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 통합돌봄창구 담당자 1인당 현재 평균 사례수는 27.8명(유애정 외, 2021)
돌봄SOS센터 돌봄매니저	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 돌봄SOS센터 사업 운영 실적('19.7.~'20.7.)에서 시범사업 5개 자치구(88개동) 총 11,952건 접수함. 동주민센터의 돌봄매니저를 배치기준(2인)을 고려할 때 동주민센터 돌봄매니저 1인당 연간 접수건수는 약 67.9건으로 추정됨 ▪ 2021년 연간 운영실적에서 상담접수 실인원은 46,069명임. 2021년 초 서울시 주요 업무계획에서 돌봄매니저 규모를 430명에서 691명까지 확대하고자 했다는 점을 고려하면 1인당 연간 상담접수 실인원은 약 82.2명으로 추정됨
국민건강보험공단 요양직	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국민건강보험공단 직제규정에서 요양직 정원은 2020년 말 기준 3,448명 ※ 다만 요양직은 장기요양급여비용심사와 방문조사 등의 업무를 수행하기 때문에 방문조사 수행 및 이용지원 수행인력의 정확한 규모를 추정하기에 한계가 있음

자료: 국민건강보험공단. (n.d.). 직제규정(2020.12.23. 개정); 서울특별시. (2020). 돌봄SOS센터 운영매뉴얼; 서울특별시. (2021). 2021 서울시 주요 업무계획.; 서울시복지재단 찾아가는동주민센터추진지원단. (2022.02.23.). 보도자료; 유애정 외. (2021). 지역사회 통합돌봄 실현을 위한 케어매니지먼트 운영 방안을 바탕으로 연구진 작성

○ 전체 통합돌봄 대상이 확대됨에 따라 기존 희망복지지원단 통합사례관리 인력 또한 확충 필요

- 기존 희망복지지원단 인력, 읍면동 인력, 민간 전달체계 인력 등을 활용하는 방안을 병행적으로 검토 가능

□ 지자체 케어매니지먼트 인력의 역량·자격 명확화 및 적정 처우 기준 마련

○ 통합적·전문적 서비스 제공을 위한 사례관리 전문성을 갖춘 분야별(노인, 장애

인, 정신, 보건/간호 등) 인력으로 권역별 케어매니지먼트 팀 구성

○ 케어매니지먼트 인력의 필요역량 명확화하고 이에 적합한 자격 기준 제시

- 케어매니지먼트 업무는 사례관리 전문성과 지역사회 자원에 대한 이해, 대상자에 대한 지식·기술을 모두 필요로 함. 지자체 케어매니지먼트 담당인력의 직무 역량은 영역별 대상에 대한 이해, 사례관리, 지역사회 자원개발 및 연계, 상담, 지역사회 조직화 및 네트워킹, 사업기획과 평가, 사업관리 및 지원, 관련 정책 및 법령/지침에 대한 이해 등으로 구성
- 케어매니지먼트 인력의 자격 기준에 관련 자격증(사회복지사, 간호사 등), 업무(사례관리, 통합돌봄, 대상별 복지) 경력을 포함하여 전문성을 갖춘 공공 통합사례관리사, 민간 서비스제공기관 경력자를 채용
- 사례관리, 사회복지 및 보건 현장 경력에는 가점 부여 등을 고려

○ 정적 운영을 위한 적정 수준의 처우(고용안정 등) 기준 마련

- 지자체 통합돌봄 업무의 안정적 운영과 전문성 확보를 위해 케어매니지먼트 담당인력의 적정 처우 기준 마련
- 필요역량에 적합한 전문인력을 유인하기 위한 적정 수준의 처우가 제공되어야 함. 특히 지자체 케어매니지먼트 인력의 고용형태에 대한 동일한 기준 설정 필요

바. 케어매니지먼트 인력의 역량강화체계 마련

□ 기존 케어매니지먼트 유사 업무 수행인력의 교육 현황

- 통합사례관리사의 경우 의무교육을 포함한 교육이수 의무를 부과하고 있음
- 통합돌봄 선도사업이나 돌봄SOS센터의 경우 지침, 매뉴얼 상으로 별도의 교육이수체계 등의 기준을 제시하지 않음

〈표 6-9〉 통합돌봄(케어매니지먼트) 유사업무 수행인력의 교육 관련 기준

구분	교육 기준
국민건강보험공단 요양직	-내부 교육체계를 통한 교육 이수 -신입직원 입문과정, 역량향상과정, 직무향상과정 제공 -직무별 역량강화 교육 제공
희망복지지원단 통합사례관리사	1인당 의무교육 포함한 연 3회 이상 교육 이수 권고 -(의무교육)한국보건복지인력개발원 통합사례관리 기본과정(신규자 필수 이수) -(의무교육)한국보건복지인력개발원 통합사례관리 심화과정(5년 이상 경력자필수 이수) -(의무교육)개인정보 보호 교육(연 1회 이상 필수 이수) -기타 소진예방 교육, 통합사례관리 컨퍼런스, case-study, 컨설팅, 한국사례관리 학회 등 외부 기관 사례관리 업무 관련 교육

자료: 국민건강보험공단 인재개발원 웹사이트(hrd.nhis.or.kr); 보건복지부. (2021). 2021년 희망복지지원단 업무안내를 바탕으로 연구진 작성

○ 기존 사례관리 및 통합돌봄 관련 교육은 별도의 과정으로 제공되고 있음

- 지역사회 통합돌봄 선도사업이 시행되면서 한국보건복지인력개발원에서 지역사회돌봄추진단 및 상담실무자 대상 교육의 경우 기본/심화/전문교육의 단계별 교육으로 제공
- 하지만 통합돌봄 선도사업에서 케어매니지먼트 수행인력이 전문적 교육을 이수하지 못함. 선도사업 통합돌봄창구 담당자의 절반 이상이 직무수행을 위한 교육을 받은 적이 없다고 응답함(유애정 외, 2011)

〈표 6-10〉 한국보건복지인력개발원 사례관리 및 통합돌봄 관련 교육(2021년 기준)

구분	교육과정	대상
사례관리	통합사례관리 기본/심화과정 통합사례관리 현장슈퍼바이저 과정 통합사례관리현장주도학습, 사례관리통합솔루션역량향상과정 간호인력 대상 사례관리 과정 특정 대상별 사례관리 기본/심화과정(노인) 사업/센터 특화 사례관리 과정(드림스타트, 치매안심센터 등)	민간 인력 및 공무원, 공무원
통합돌봄	지역사회통합돌봄추진단 기본/심화/전문교육 지역사회통합돌봄상담실무자 기본/심화/전문교육 지역사회통합돌봄유연동장 교육 지역사회통합돌봄통합워크숍	민간인력 및 공무원

자료: 한국보건복지인력개발원 보건복지배움인 웹사이트(edu.kohi.or.kr)에서 검색한 자료를 요약

□ 케어매니지먼트 인력의 전문성 강화를 위한 역량강화체계 마련

○ 권역별 케어매니지먼트 인력의 필수역량에 부합하는 교육체계 마련

- 케어매니지먼트 업무는 사례관리 전문성과 지역사회 자원에 대한 이해, 대상자에 대한 지식·기술을 모두 필요로 함
- 교육과정 분야는 사례관리, 통합돌봄, 대상별 이해 등으로 구성. 특히 지역 내 자원 발굴 연계, 대상자 발굴 및 사정 관련 교육과정 기획 필요

○ 진입 후 신규인력 필수교육, 연간 보수교육(정책환경 변화와 직무역량 강화 목적), 단계별 교육(기초, 심화, 전문) 등의 교육체계 기획 필요

- 신규인력 필수교육은 개인별 자격 및 경력을 고려하여 부족 영역을 중심으로 교육계획을 수립하고 해당 교육을 이수하도록 관리

○ 지자체 전담조직, 희망복지지원단, 케어매니지먼트 인력, 읍면동 사례관리 인력 등에게 통합돌봄 관련 교육이 오픈되어 제공될 필요가 있음

○ 의무교육과 연간 의무교육시간에 대한 교육훈련비(교육비, 여비 등) 지원 필요

○ 인력의 안정적 운영과 전문성 확보를 위해 케어매니지먼트의 교육훈련을 통한 역량강화가 평가, 보상, 승진 등의 인사관리체계와 연계되는 방안 마련 필요

제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료 서비스 제공체계

1. 연구의 필요성 및 목적

- 노인에 대한 보건의료 및 복지서비스가 증가하면서 개별 서비스의 양적·질적 수준 못지않게 서비스 제공의 연속성이 중요해지고 있음.
 - 노인은 노쇠나 각종 만성질환 유병 증가로 인해 의료와 돌봄의 필요성이 급격히 증가하게 되므로 단절 없이 서비스가 지속적으로 제공되는 것은 매우 중요함.
 - 돌봄의 연속성(continuum of care)은 여러 가지로 정의되지만 노인의 기능과 욕구 상태의 변화에 대응해서 개별 노인에게 맞춤형으로 서비스가 적절하게 제공되는 것으로 정의할 수 있음(정경희 외, 2016; 김남순 외, 2017; 전용호, 2018 재인용).
 - 돌봄의 연속성이 담보되지 않고 서비스가 분절적으로 제공된다면, 노인이 시설에 입소하지 않고 최대한 집과 지역사회에서 삶을 누릴 수 있는 지역사회 통합돌봄의 실현은 현실적으로 어려울 것임. 따라서, 돌봄의 연속성은 지역사회 통합돌봄이 제대로 실현되기 위한 중요한 사항임.
 - 보건의료서비스 영역에서 분절된 노인의료서비스 제공 체계는 돌봄 체계의 부재와 결합하여 허약하거나 거동이 불편한 노인이 요양병원이나 요양시설에 장기 입소하게 될 수밖에 없는 구조를 만들고 있으며, 이러한 현실에서 허약노인의 삶의 질을 기대하기 어려움.
- 초고령사회를 앞두고 노인의 ‘사회적 입원’을 비롯하여 요양의 의료화로 인한 고비용 의료자원의 부적절 사용 등 노인의료비가 급증하고 있어 이에 대한 적절한 통제방안이 필요한 시점임.
 - 김윤(2020)에 따르면, 의학적으로 돌봄이 필요하지만 요양병원이나 요양시설에 입원·입소할 필요가 없는 노인(저의료, 저요양군) 중 실제 입원, 입소한 경우가 57.5%에 달하고, 의료 요구도가 높아 입원이 필요하지만 요양 요구도는 낮아 장기입원이 필요 없는 노인(고의료, 저요양군)에서 180일 이상 장기입원을

한 경우는 52.4%에 달함. 또 일정 수준 이상의 의료서비스가 필요한 노인(고의료, 고요양군) 중 23.7%가 요양시설에 입소하고 있고, 의료서비스가 크게 필요하지 않은 노인(저의료, 고요양군) 중 10.0%가 요양병원에 입원하는 등 부적절한 의료이용이 발생하고 있음.

□ 우리나라는 허약한 노인이 지역사회에서 거주하며(aging in place) 적절한 돌봄을 받을 수 있는 총괄적 지원체계(coordination system)가 부재함.

○ 지역사회에서 이용 가능한 노인돌봄서비스는 종류가 제한적이고 불충분하며, 제도의 분절로 서비스 사각지대가 존재하고 공급자의 서비스 제공이 경직되어 돌봄 부담이 가족에게 전가됨.

○ 특히, 우리나라는 법적으로 의료기관에 방문하지 않으면 의료서비스를 받기 어려워 일상생활수행의 제한이 있거나 거동이 불편한 경우 의료욕구를 제대로 충족하지 못하는 경우가 빈번히 발생함.

- 의료법 제 33조에 따르면, 의사는 개설된 의료기관 내에서 의료업을 해야 하고 일부 대상자에게만 왕진이 이뤄지지만 수가 등의 이유로 일선 의사들이 왕진에 적극 참여할 유인이 부족함. 왕진제 도입을 목표로 정부가 ‘일차 의료 방문진료 수가 시범사업’을 2019년부터 추진하였으나 1차 시범사업에서는 전국에서 약 300여개 기관만이 시범사업에 참여하는 등 단시간에 활성화를 기대하기는 어려운 현실임.

- 한편, 보건소에서도 ‘방문건강관리사업’이 시행 중이나 이는 대상자가 서비스를 신청하지 않아도 보건소에서 알아서 찾아가는 서비스로 기초생활수급자와 차상위의 저소득 계층과 고위험의 허약노인에게만 서비스가 주로 제공되는 한계가 있음(보건복지부, 건강증진개발원, 2017a; 전용호, 2018, p. 23 재인용).

○ 이러한 상황을 반영하듯 2019년 장기요양 실태조사 결과에서 장기요양수급자 중 거동불편 등으로 직접의료기관에 방문하지 못하고 사실상 가족에 의한 대리처방에 의존하는 재가환자가 31.9%나 되는 것으로 조사되어 재가 거동불편 노인환자에 대한 적절한 보건의료서비스 제공 체계가 시급히 요구되고 있음.

- 이 연구는 지역사회 통합돌봄 추진 전략 마련을 위해 통합돌봄 서비스의 한 축이라고 할 수 있는 지역보건의료서비스 전달체계 개편 방향을 제시하고자 함.
- 이 연구에서는 돌봄의 연속성(continuum of care) 측면에서 보건의료서비스의 현황과 문제점을 진단하고, 재가 노인 대상 보건의료서비스 공급 체계 개편 방향과 함께 보건의료-복지의 효율적 연계방안을 모색하는 것이 주요 목적임.

2. 지역보건의료 전달체계 현황과 문제점

가. 지역보건의료 전달체계 문제점

1) 의료기관 기능 미분화

- 의료전달체계가 잘 작동하기 위해서는 의료기관별로 기능과 역할이 명확하게 나누어져 있어야 하지만 우리나라의 경우는 1차, 2차, 3차 의료기관의 역할과 기능이 명확하게 구분되어 있지 않으며(황도경 외, 2016, p. 34), 의원과 병원은 상호 보완적인 관계가 아닌 경쟁 관계를 형성하고 있음.
- 현재 우리나라는 의료기관 종별 본인 부담 차등화를 통해 상급종합병원의 이용을 제한하고 있으나 사회경제적 환경 변화와 상급종합병원 이용의 예외적 조항 등으로 효율적 의료 이용과 재정을 관리할 수 있는 의료전달체계는 사실 상 작동하고 있지 않음(황도경 외, 2016, pp. 34-35).

2) 분절적 의료전달체계

- 치료 중심의 보건의료체계는 만성질환 중심의 질병구조에 대한 대응을 어렵게 만드는 구조로 작용하여 치료의 양과 기간은 지속적으로 증가하지만, 삶의 질을 높이기 어려움(임준, 2019, p. 14).
- 그러나 지역사회 일차보건의료 기반이 취약한 상황에서 마땅한 대책이 없으며, 결과적으로 고령화에 대한 대응을 더욱 어렵게 만드는 요인으로 작용하고

있음.

○ 또한, 우리나라는 공공적 규제가 작동하지 않는 사적 시장을 통하여 의료서비스가 공급되는 구조를 유지함으로써 보건의료의 공공성이 취약한 실정임.

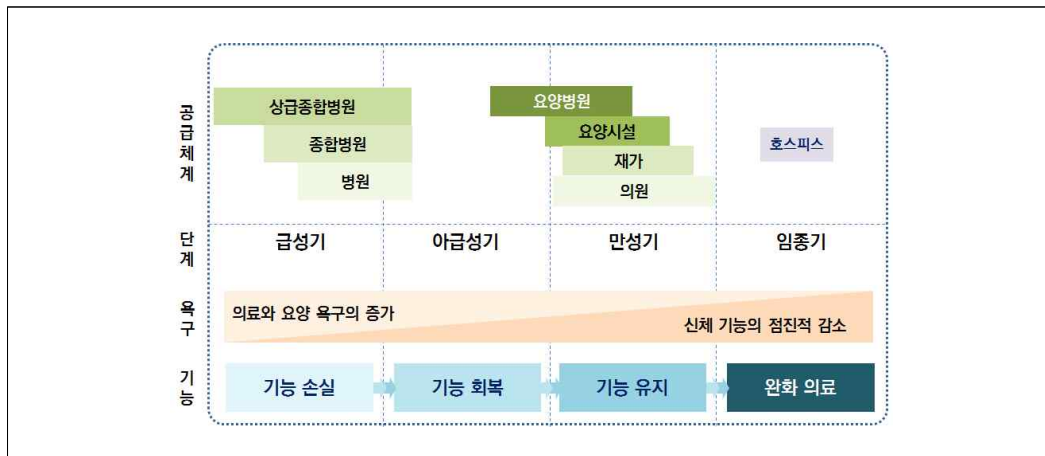
- 이로 인해 보건의료 자원이 시장의 구매력이 높은 수도권에 집중되고 의원과 병원이 동일한 환자 군을 갖고 경쟁하는 등 의료전달체계가 제대로 작동하지 않는 문제가 발생함.

□ 우리나라의 노인은 다양한 욕구를 동시에 갖고 있음에도 불구하고 전달 기관 상호 연계 체계의 부재로 서비스의 단절을 경험하게 됨(황도경 외, 2016, p. 4).

○ 급성기-아급성기-장기요양으로 이어지는 전달체계의 효율적 연계가 이루어져 있지 않고, 각 서비스에서 의료 이용의 적절성을 파악할 수 있는 체계가 갖추어져 있지 않음(그림 6-1 참조).

- 이러한 문제는 급성기 치료 이후에도 노인환자가 여전히 급성기 병원에서 비효율적 의료이용을 계속할 수밖에 없는 원인이 되고 있음.

[그림 6-2-1] 노인 의료-요양서비스의 연속적 측면에서의 기능별 의료 공급체계



자료: 황도경 외, 2016, p. 350

3) 서비스 영역 간 전달체계 부재

- 분절적 서비스 제공체계는 비단 의료 분야뿐만 아니라 의료기관과 요양시설, 요양시설과 노인요양공동생활가정, 요양시설과 재가서비스 등 노인을 대상으로 한 서비스 제공 현장 곳곳에서 발생하고 있음.
- 노인들의 만성질환 관리와 고령화로 인한 기능악화에 적절히 대처하기 위해서는 보건의료, 복지 등 다양한 영역의 서비스가 패키지 형태로 제공될 필요가 있으나 현재는 제도적 연계가 이뤄지지 않음.
 - 특히, 재가노인이 시설이나 병원으로 입소·입원 되는 것을 예방하고 병원에서 퇴원한 노인을 대상으로는 필요한 보건의료와 복지의 서비스가 단절되지 않고 연속적으로 제공되어야 하지만 현실은 그렇지 못함.
 - 장기요양보험의 재가노인에 대해서는 방문요양과 같은 복지영역의 서비스만 주로 제공되고 재활이나 의료서비스는 환자나 가족 스스로 알아서 이용하는데 독거노인이나 노인부부 등은 서비스의 접근과 이용에 어려움을 겪고 있음(이윤경, 정형선 외, 2017).
- 이와 같이, 보건과 복지서비스의 공식적 연계체계가 미흡한 상태로 노인의 복합적인 욕구에 선제적, 효율적으로 대처하는 것은 어려움(박세경 외, 2015; 전용호, 2018, 재인용).
 - 보건소, 정신건강복지센터, 치매예방센터, 자살예방센터, 독거노인종합지원센터, 재가노인센터 등 보건·복지서비스 제공기관이 다양해지고 있지만 지역차원에서 이들 기관간의 실질적인 연계를 통한 대상자의 의뢰와 통합적인 지원 노력은 미흡함.
 - 결국 자원의 비효율적인 배분으로 대상자별로 서비스 중복, 누락, 단절 등의 접근성 문제가 구조적으로 발생하고 있음.
 - 서비스 또한 전문가가 아닌 노인이나 가족이 자의적으로 선택할 수 있어, 서비스의 효과성과 효율성이 크게 떨어짐.

나. 노인건강관리 서비스 문제점

- 세계보건기구(World Health Organization)에서 건강한 노화는 단순히 질병의 유무에 있지 않고 생애주기와 기능적인 관점에서 전체적인 방식으로 접근해야 한다고 강조했다(최권호, 2015; 전용호, 2018 재인용).
- 서구는 건강한 노화를 위해 재가와 지역사회에서 의료서비스를 효과적으로 이용하도록 병원중심의 집중 치료시스템을 ‘지역사회 중심의 통합서비스 시스템’으로 전환했으며, 그 방향은 두 가지로 이뤄졌음(이규식, 2017; 전용호, 2018 재인용).
 - 지역의 주치의를 중심으로 1차 의료기관이 노인의 만성질환 예방과 관리를 위한 상담과 안내를 담당하고, 필요시 환자를 2차, 3차 의료기관에게 의뢰하는 문지기 역할을 수행함.
 - 이와 함께, 의료서비스와 돌봄 서비스를 연계 및 통합(integration of health and social care)해서 살던 곳에서 노인이 의료와 복지서비스를 함께 이용할 수 있게 함.
- 이처럼 건강한 노인은 만성질환의 예방과 관리가 중요한데 우리나라는 서구와 달리 의료시스템이 여전히 급성기 질환의 집중치료 시스템 중심으로 운영되어서 만성질환을 체계적으로 관리하기 위한 예방시스템이 매우 취약함(전영호, 2018, p. 21).
- 서구는 지역의 주치의 제도를 통해 만성질환에 대한 상담과 정보 제공 등 다양한 서비스제공이 가능하지만 우리나라는 그와 같은 서비스가 제공되지 않음(이윤경, 정형선 외, 2017).
- 또한, 급성기, 아급성기, 만성기 및 요양으로 이어지는 연속적인 의료시스템이 부재하며, 그 중에서도 급성기와 만성기 또는 요양기까지를 이어주는 아급성기에 대한 공급은 매우 제한되어 있음.
- 허약⁵¹⁾한 노인들에 대해서는 적절한 보호 서비스와 독립적인 일상생활 지원 서

비스 제공으로 장기요양등급으로 진입하지 못하도록 예방이 필요하지만, 우리나라에서 허약 노인을 위해 제공되는 보건의료 서비스는 매우 제한적임(전용호, 2018, p. 22).

- 의료 영역에서는 왕진제도가 부재하여 거동이 불편하여 의료기관 방문이 어려운 노인의 경우 필요한 의료서비스가 적절히 제공되기 어려움.
- 보건소 ‘방문건강관리사업’은 노인이 장기요양 상태로 들어가는 것을 막기 위해 만 65세 이상 노인 중에서 허약노인 판정평가를 실시해서 고위험 허약노인에게만 신체활동, 영양, 구강관리, 요실금, 치매관련 건강관리 등 서비스를 제공하고 있지만(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017b, p. 29), 저소득 계층 중심으로 서비스가 제공되는 한계가 있음.
- 장기요양서비스를 이용하는 노인은 전문성에 기반한 다양한 의료·보건·복지 서비스가 필요한데 적절한 서비스를 제공하는 데 여러 제약이 있음(전용호, 2018, p. 24).
 - 장기요양보험에 의해 운영되는 요양시설은 치매, 중풍 등 의료필요도가 높은 중증 노인들이 상당수 거주하기 때문에 적절한 의료서비스가 제공되는 것이 필요함에도 상근의사의 부재로 상시적인 의료서비스 제공이 구조적으로 불가능함(이윤경, 정형선 외, 2017).
 - 장기요양보험에서 제공하는 방문간호는 치매, 중풍 등의 질병을 보유한 장기요양 대상자에게 필요한 서비스임에도 불구하고, 가족보호자의 방문요양서비스 선택, 표준장기이용계획서의 낮은 권고율, 저렴한 방문요양의 대체제로 인식하는 등의 이유로 방문간호서비스 이용이 저조함(강새봄, 김홍수, 2014).
- 중증 노인을 위한 서비스는 병원 중심 서비스와 퇴원을 한 중증노인을 위한 재가 서비스가 필요함. 그러나, 요양병원은 여러 구조적인 문제가 있고 가정간호 등 재가서비스는 매우 제한적으로 제공되고 있음(전용호, 2018, p. 26).

51) 만성질환이나 질병으로 일상생활 수행에 일부 지장이 있어 다른 사람의 도움이 필요하거나(등급 외 A, B) 독거노인이나 저소득층으로 은둔 상태를 보이거나 우울증이 있는 노인 등을 말함(전용호, 2018, p. 22).

- 중증 노인을 위한 가정간호서비스는 급성기 치료 후에 가정전문간호사가 집을 방문해서 치료 중심의 간호서비스를 제공하는 서비스이며, 증상관리를 통해 재입원을 예방할 수 있으나 우리나라는 가정간호서비스가 활성화되지 않았음.

다. 지역보건의료 전달체계 개편 방향

- 노인 의료 및 장기요양은 모두 평생건강관리체계로 ‘연속성’의 개념 안에서 서비스가 제공되어야 함(황도경 외, 2016, p. 4).
- 현행 의료와 요양서비스의 분절적 제공은 복합 질환 이환과 기능저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하지 못함.
- 노인의 건강 증진과 질병관리, 기능유지와 재활, 독립적 생활 연장을 위해서는 서비스 연속성에 따라 급성기 의료서비스와 급성기 이후의 아급성기 의료서비스, 장기요양서비스가 연속적으로 이루어져야 함.
- 노인을 대상으로 한 지역사회 통합돌봄 체계를 구축하기 위해서는 급성기 케어부터 요양에 이르기까지 다양한 수준과 유형의 서비스를 연계하고 전달체계를 구축하여 돌봄의 연속성(continuum of care)을 확보할 필요가 있음.
- 이를 위해서는 첫째, 복합적 서비스가 필요한 노인에게 종합적 관리를 제공할 창구가 단일화 되어야 함. 둘째, 서비스 제공 기관의 통합 관리를 통해 다양한 욕구에 대한 즉각적이고 유연한 대처가 가능하여야 함. 셋째, 예방-돌봄-치료-장기요양 간의 통합 서비스 제공을 위한 공급자 유인책이 마련되어야 함. 넷째, 공공서비스로서 지역사회 통합돌봄 체계 전반에 대한 지역사회의 책임이 강조되어야 함.

3. 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료 전달체계 개선 방향

- 지역사회 통합돌봄의 정부의 주요 정책 아젠다로 설정된 이후 지역사회 통합돌봄 사업 모델 마련을 위한 다양한 연구가 실시되고 있음.
- 이 연구에서는 지역사회 통합돌봄 내에서 지역보건의료서비스 전달체계 개편 방안 마련을 위해 관련 선행연구를 검토하고 시사점을 도출하였음.

가. 재정통합 기반 지역사회 통합돌봄 모형⁵²⁾

- 김윤(2020)은 지역사회 노인돌봄체계가 분절적이고 파편적으로 제공되는 근본 요인을 재정의 분절성 때문으로 파악하고 노인돌봄과 관련된 건강보험과 장기요양 예산을 서비스 중심으로 통합할 것을 제안하고 있음.
- 건강보험에 기반한 노인의료서비스와 장기요양에 기반한 돌봄서비스는 장기요양서비스 범주 내에서 각각 이뤄지고 있으나 재정이 분절되어 서비스 또한 상호보완적인 효과를 내지 못하는 상황임(김윤, 2020).
 - 건강보험의 요양병원과 장기요양보험의 요양시설이 동일한 입원·입소 기준에 의해 관리될 경우, 불필요한 사회적 입원을 크게 줄일 수 있음. 나아가 건강보험의 일차의료 기반 만성질환관리와 방문진료가 장기요양보험과 유기적으로 연계될 경우 돌봄서비스가 필요한 노인의 건강문제를 보다 효율적으로 관리할 수 있을 것임(김윤, 2020).
- 지역사회 중심 돌봄체계가 마련되지 않은 상태에서 건강보험과 장기요양보험으로 재정이 분절된 결과, 서비스 이용자의 자의적인 선택이 가능한 요양병원 이용이 증가하는 현상이 나타나고 있음.
- 전체 장기요양 재정에서 요양병원 입원진료비의 높은 비중과 빠른 증가 속도를 고려할 때, 우리나라 요양병원 입원진료비의 규모는 장기요양보험 재정지출에 비해 매우 높은 수준이며, 동시에 장기요양 재정체계의 분절로 인한 낭비

52) 김윤, 2020, 2021.를 정리함.

적 지출의 문제가 매우 심각한 수준임(김윤, 2020).

□ 노인돌봄서비스의 비효율을 예방하고 돌봄이 필요한 노인들이 보다 포괄적인 서비스를 통합적으로 제공받을 수 있도록 관련 재정을 통합하는 한편, 노인들에게 제공되는 의료, 영양 및 돌봄서비스 공급 체계는 대상자의 욕구(needs)에 기반하도록 개편이 필요함(김윤, 2020).

○ [그림 6-2] 와 같이 대상자의 의료요구, 영양 및 돌봄 욕구에 근거하여 환자를 분류하고, 이에 따라 적절한 서비스를 구성함.

[그림 6-2-2] 노인 만성기 의료와 영양, 돌봄요구 대응 공급체계 유형화

		만성기 의료요구	
		높음	낮음
영양·돌봄요구	높음	(고의료·고요양요구군) 의료요양통합기관 (가칭) (요구) 지속적인 의학적 치료 및 장기 입소 동시에 필요 (현황) 요양시설 입소 중 별도의 의료기관에 방문하여 치료를 받거나 요양병원 선택 (대안) 의료 기능이 강화된 요양 서비스 제공 기관 제언	(저의료·고요양요구군) 요양시설 (가칭) (요구) 장기 입소를 통한 생활·요양 서비스 필요 (현황) 약 10%는 요양병원 입원(경증 환자) 선택 (대안) 불필요한 입원 방지 및 요양시설 선택 동기 향상을 위한 요양시설 환경 개선 및 지역사회 연계 강화
	낮음	(고의료·저요양요구군) 복귀형 요양병원 (가칭) (요구) 단기간 집중 치료 후 지역사회 복귀 필요 (현황) 50% 이상이 요양병원 장기입원(180일 이상) (대안) 고도화된 의료 서비스 제공 후 지역사회 복귀를 위한 퇴원계획 수립·관리를 위한 공급체계 개편	(저의료·저요양요구군) 커뮤니티케어 확대 (요구) 지역사회의 적합한 돌봄 서비스 이용·지원 필요 (현황) 50% 이상이 요양병원 입원 혹은 요양시설 입소 (대안) 지역사회 노인의 안전한 생활과 보호를 위한 공식 연계·조정 체계와 커뮤니티케어 인프라 확충

자료: 김윤, 2020.

□ 한편, 기존의 민간중심의 의료공급체계가 갖는 문제점을 충분히 인식하여 보다 안정적으로 노인의 의료욕구에 대응하기 위해 공공중심의 보건의료서비스 제공 모형을 설계함(김윤, 2021).

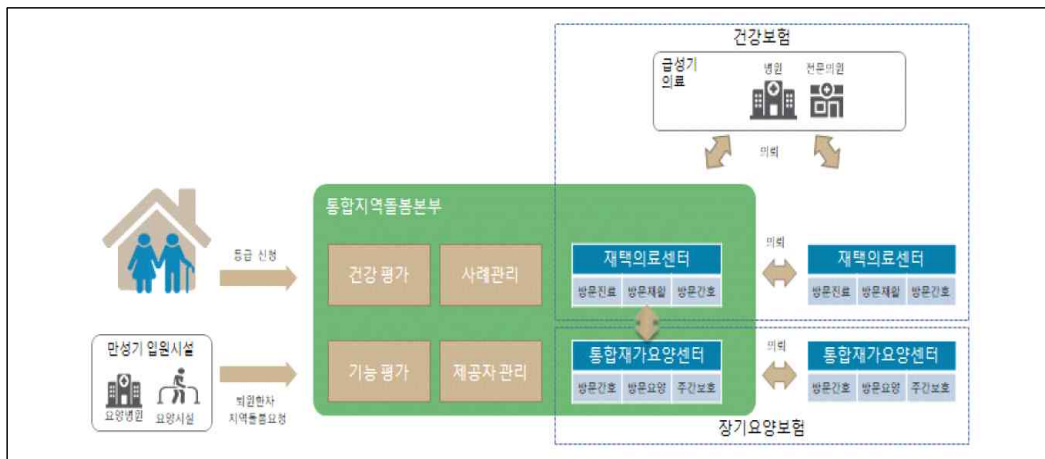
○ 재가노인의 의료욕구 충족을 위해 방문진료, 방문간호, 방문재활 등을 위한 재택의료센터와 방문요양, 주간보호를 위한 통합재가요양센터를 설치함.

- 재택의료센터는 재가노인 대상 방문진료서비스를 제공하는 노인주치의에 가까운 개념이며, 다학제적 팀 단위 서비스를 제공함.

- 재택의료센터나 통합재가요양센터는 시군구 내 ‘통합지역돌봄본부’ 내에 설치할 수 있고, 또는 보건소나 건강보험공단 지사에 설치할 수 있음.

○ 노인인구가 많이 거주하는 도시지역의 경우 재택의료센터나 통합재가요양센터 등 서비스 제공 기관이 보다 많이 필요하므로, 공공을 기본으로 하되 민간 부문을 추가로 지정해서 운영 가능함(그림 6-3 참조).

[그림 6-2-3] 공공중심의 보건의료서비스 제공 모형(도시지역)



자료: 김윤, 2021.

나. 방문의료 중심 지역사회 통합돌봄 모형⁵³⁾

- 우리나라의 의사는 의료법 제33조에 따라 의료기관 내에서만 의료행위를 할 수 있으나 국민건강보험법 제41조5항⁵⁴⁾에 따라 예외적으로 방문진료가 가능함.

○ 국민건강보험법 제41조에 근거하여 정부는 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’을 실시하고 있으나, 참여기관은 398개소(2021년 3월 현재)로 부진한 편이며, 주요 장애요인은 관련 모형, 추진 동력, 인력양성과 연관된 정책 환경 부재

53) 김창오, 2021.을 정리함.

54) 국민건강보험법 제41조5(방문요양급여) 가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.[본조신설 2018. 12. 11.](<https://www.law.go.kr/법령/국민건강보험법>).

로 판단됨(김창오, 2021).

□ 노인장기요양보험법 제3조4항⁵⁵⁾에 의하면 장기요양급여는 노인의 심신상태나 건강악화를 예방하기 위해 의료서비스와 연계하도록 정하고 있음에도 불구하고 장기요양보험 대상자의 의료욕구가 충분히 충족되지 못하고 있는 실정임(김창오, 2021).

○ 선행연구에 의하면, “방문의료에 대한 지불의향이 있다”는 노인이 약 300만 명으로 추산되고 있으며(Kim, Jang, 2020), 칩거를 기준으로 거동불편 노인도 140만명으로 추산됨(Kim, Jang, 2018).

○ 특히, 장기요양 등급인정자 중에서 사실상 의료기관을 이용하지 못하고 대리 처방에 의존하는 약 20만 명에게 방문의료서비스가 제공될 필요가 있음⁵⁶⁾.

□ 효과적인 통합돌봄 서비스 제공을 위해서는 단순히 환자의 요청에 의해 의사의 단독적 가정방문이 이루어지는 진료형태보다는 의사를 포함한 다학제팀에 의해 주기적으로 환자를 방문하고 포괄적 건강관리 체계를 구축할 필요가 있음.

□ 지역사회 통합돌봄 내에서 의료서비스 강화를 위해 장기요양 환자 대상 방문의료 센터를 설치할 것을 제안함(김창오, 2021).

○ 지역의 민간 혹은 공공 의료기관을 통해 의료욕구가 있는 재가 장기요양대상자에 대한 방문진료를 실시하며, 관련 기관과의 협약을 통해 방문요양, 방문간호서비스와도 연계 가능함(김창오, 2021).

○ 다만, 현재 지역사회에서 방문의료를 수행한 경험을 가진 의사는 소수이므로, 방문의료서비스의 보편적 확대를 위해서는 충분한 인력 양성이 필요한데, 방문의료가 필요한 약 20~30만 명을 대상으로 서비스를 제공하기 위해서는 방문의사가 약 3천 명 정도 필요함(김창오, 2021).

55) 노인장기요양보험법 제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙) ④장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다

56) 재가급여 대상자 60만 명 중 방문요양 대상자 중 다른 사람이 대신 의료기관을 방문하는 비율 31.9%(강은나 외, 2019)를 적용하여 추산함.

다. 통합방문간호센터 중심 지역사회 통합돌봄 모형⁵⁷⁾

□ 현재 지역사회에서 제공되고 있는 방문간호서비스는 공급기관 중심으로 제공되고 있으나, 사업별로 대상자나 서비스 내용 등이 다양하며 각기 다른 근거 법령과 재원에 의해 방문간호 사업이 분절적으로 제공되고 있음(장숙량, 2021b).

○ [그림 6-4] 와 같이 가정간호, 방문간호, 방문건강관리, 찾동 방문간호 등 여러 사업들이 동시다발적으로 실시되고 있음에도 서비스 내용이나 재원 등이 다양하여 통합적·연속적인 서비스 제공에 어려움이 있음.

[그림 6-2-4] 방문간호서비스 유형별 특성 비교

	공무원	공무직	민간/전문간호사	민간/간호사, 간호조무사	민간/간호사, 간호조무사
[제공자]	읍면동 간호사 (주공/돌봄SOS)	보건소 간호사 (방문건강/찾동)	가정전문간호사 (병원/의원)	장기요양간호사 (재가센터)	장애인활동지원 간호사
[대상자]	모든 주민	취약계층/노인	조기퇴원/재가/시설 노인	장기요양수급자	등록장애인
[서비스]	마을건강의제 건강기획, 발굴과 연계	예방적 방문간호, 건강 사정, 만성질환관리 자가관리교육	간호, 투약, 주사, 응급 처치, 상담, 건강관리 의뢰, 검체채취 등	기본관리(건강사정), 교육 상담, 신체훈련, 의료연계, 검사 등	간호, 진료보조, 영양 상담 또는 구강위생
[전략]	Area-based	Population-based	Person-based		
[목표]	건강생태계	건강불평등개선	조기퇴원 재가관리	재가 건강관리/요양	재가 건강관리/요양
[근거법]	<ul style="list-style-type: none"> 사회보장기본법 제29조 주민복지서비스개원추진 단의 설치 및 운영에 관한 규정(대통령령 제413 호 20.01.01) 	<ul style="list-style-type: none"> 국민건강증진법 제3조(책임) 지역보건법 제3조 제9호 보건약료기본법 제31조(평생 국민건강관리사업) 공공보건약료에 관한 법률 제 5조(보건약료의 우선 제공) 서울특별시 찾아가는동주민센 터 운영 및 지원에 관한 조례 	<ul style="list-style-type: none"> 의료법 제8장보칙제78조 (전문간호사) 의료법 제33조제1항제4호 (의료기관개설) 의료법 시행규칙 제24조(가 정간호) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인장기요양보험법 제4장 제23조(급여종류) 노인복지법 시행규칙 제29 조 제2항(재가복지시설운영 기준) 노인복지법 제38조(재가노 인복지시설) 	<ul style="list-style-type: none"> 장애인복지법 제32조제4(서 비스지원종합조사) 장애인 활동지원에 관한 법 률 제16조의 제3항(활동지 원급여종류)
[재원]	일반재정(중앙, 지자체 보조, 지자체 자체)	일반재정(중앙, 지자체 보조+자체)	건강보험재정	장기요양보험재정	일반재정(중앙, 지자체 보조+자체)

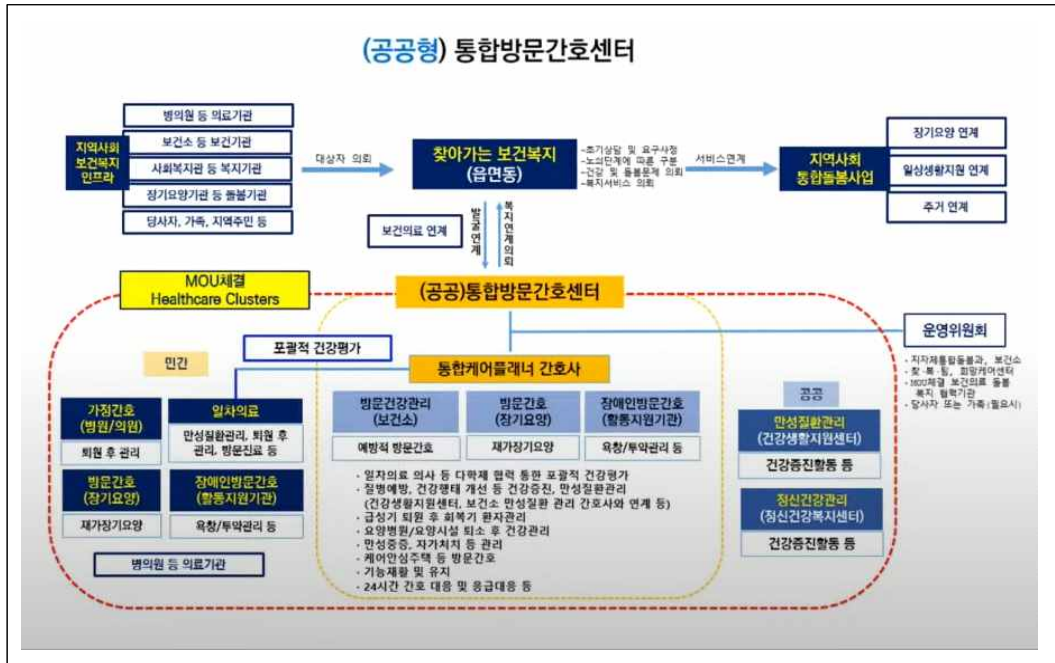
자료: 장숙량, 2021a.

□ 장기요양보험 내에서 제공되는 방문간호와 방문요양서비스는 급여 한도 내에서 이용자가 자의적으로 선택할 수 있어 제공 기관의 입장에서 경쟁관계에 있으며, 선택을 수급자에게만 맡기고 있어 환자의 상태가 악화되는 것을 막기 위한 골든 타임을 놓치게 됨.

57) 장숙량, 2021a, 2021b.를 정리함.

- 거동이 불편하여 재가에 있는 환자 대신 보호자의 대리처방 문제를 해결하기 위해서는 의사, 간호사를 포함한 방문의료가 활성화되어야 하나 현재의 방문 간호는 재택의료(왕진시범사업, 장애인건강주치의, 방문진료 등)와의 관계 설정이 미흡하여 고용된 간호사에 의한 방문수가 지원에 그치고 있음(장숙량. 2021a).
- 재가환자의 건강관리를 위해서는 케어플랜과 사례관리 기능이 중요한데, 방문 간호사업에 명시되지 않았고 수가에 반영되어 있지 않아 현재의 개별적인 방문간호 사업들로는 방문간호에 관한 케어플랜을 작성하기 어렵고 방문간호 자체만으로도 이미 서비스 조정이 어려움(장숙량. 2021a).
- 통합간호센터 설치를 통해 전문간호(skilled nursing) 서비스와 간호돌봄 서비스의 통합적 간호서비스를 제공할 수 있는 새로운 서비스 공급모형을 마련할 필요가 있음(그림 6-5 참조)(장숙량. 2021a).
- 통합간호센터의 기능은 지역사회 통합돌봄에서 강조하고 있는 환자의 퇴원 후 재입원감소, 가족의 돌봄 부담 완화, 기능저하로 인한 장애 및 이차상태 예방, 생애말기 존엄한 임종 지원 등이 될 수 있으며, 지자체 중심의 통합방문간호센터를 통해 분절적인 방문간호서비스, 지역 간 격차가 큰 공급형태 등을 조정할 수 있음.

[그림 6-2-5] 공공형 통합방문간호센터 모형(안)



자료: 장숙량, 2021b

- 통합방문간호센터를 통해 퇴원 환자에 대한 방문간호, 재가환자에 대한 장기요양 예방 중시형 방문간호, 장기요양 대상자에 대한 방문간호 등이 가능함(장숙량, 2021b)
- 급성기 병원에서 퇴원 이후 지속적인 치료나 돌봄이 필요한 경우 통합방문간호센터를 통해 요양병원이나 요양시설에 입소하지 않고 퇴원 후 방문간호를 통해 재택에서 환자 관리가 가능하게 됨.
- 장기요양 등급외자의 경우 장기요양 예방 중시형 서비스를 통해 장기요양제도로 편입되는 것을 최대한 지연시킬 수 있음. 이는 기존의 보건소 방문건강관리사업의 기능개편을 통해 서비스 제공이 가능할 것임.
- 장기요양 혹은 장애인 방문간호사업과의 통합 혹은 연계를 통해 서비스 제공이 가능할 것임.

라. 일차의료기관 공적 책임 강화 모형⁵⁸⁾

- 인구의 고령화로 인하여 지역사회 돌봄의 중요성이 커지는 상황에서 일차의료기관을 포함한 보건의료의 공공적 성격을 강화할 필요가 있음(임준, 2019, p. 14).
 - 지역사회 통합돌봄이 노인에 대한 포괄적인 돌봄 서비스를 제공한다는 점에서 지역사회 주민의 건강관리 역할을 수행하는 일차의료기관도 지역사회 돌봄의 중요한 구성요소가 되는 것이 당연하지만, 급성기 질환 중심의 보건의료체계와 민간 위주의 의료서비스 제공 체계로 인해 정부가 추진하는 지역사회 통합돌봄 모형에서는 일차의료기관에 대한 역할이 명확하게 설정되어 있지 않음.
- 지역사회 통합돌봄 구축을 위해서는 일차보건의료에 대한 전면적인 재구성, 중진료권별로 일차의료와 연계된 지역책임의료기관의 지정과 육성, 그리고 지역보건의료체계의 재구축 등 시스템의 전면적인 재구조화가 요구됨(임준, 2019, p. 19-21).
 - 만성질환자 관리가 노인의 포괄적 건강관리 및 지역사회 돌봄과 연계되어 있다는 점에서 일차의료기관의 기능 전환과 함께 전면적인 보건기관의 기능 개편과 그에 합당한 인프라 확충이 필요함(임준, 2019, pp. 16-17).
 - 지역사회 통합돌봄의 목표를 달성하기 위해서 건강생활지원센터와 같은 소생활권 단위의 건강 인프라를 확충할 뿐 아니라 건강생활지원센터와 일차의료기관 간에 지역사회 협력체계를 강화해야 함.
- 특히, 지역 내에서 서비스전달체계를 구축하고 중진료권별 필수요료를 책임지기 위해서는 지역별 책임의료기관의 역할이 매우 중요함(임준, 2019, p. 19).
 - 돌봄이 필요한 노인에 대해 서비스 제공 기관 간 의뢰와 되의뢰가 원활하게 작동하는 지역보건의료체계를 갖출 필요가 있으며, 그 중심적인 기능을 지역별 책임의료기관이 수행해야 함.

58) 임준, 2019.를 정리함

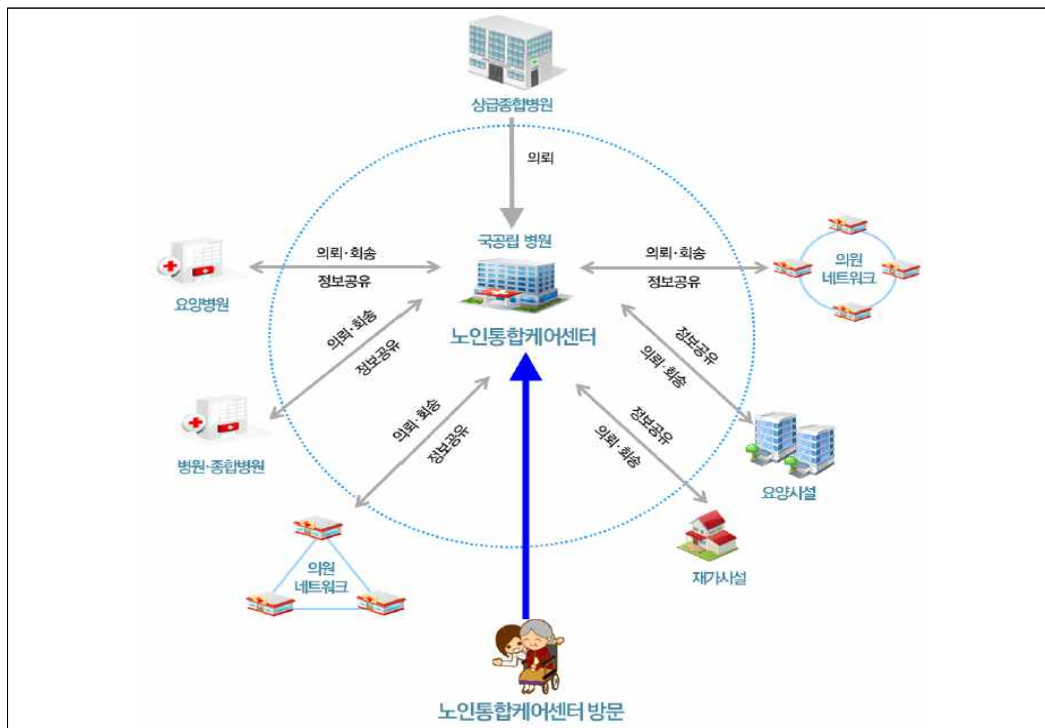
마. 노인 의료요양 통합을 위한 노인통합케어 모형⁵⁹⁾

- 황도경 외(2016)는 노인의 복합적인 질환과 신체적 기능 저하로 인한 다양한 욕구에 대응하기 위해 노인 의료와 요양서비스가 연계·통합체계로 이루어질 수 있도록 한국형 노인통합케어 모형의 구축 방안을 제시하였음.
- 효율적이고 효과적인 서비스 공급을 위해 노인 의료와 요양서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 체계 마련을 강조함.
- 한국형 노인 의료요양 통합케어 모형은 총괄 조직으로서의 ‘노인통합케어센터’와 ‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’이 핵심적인 역할을 수행함(그림 6-6 참조)(황도경 외, 2016).
- 의료생활권 또는 행정구역 단위로 전국에 진료권을 설정하고 국공립 의료기관에 ‘(가칭)노인통합케어센터’를 설치하여 노인에 대한 서비스 욕구 사정, 지역 내 의료·요양 등 연계자원 확보, 의뢰와 회송 관리 등의 역할을 담당하게 함.
- ‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’은 다양한 전문 과목으로 구성된 3~5개 정도의 1차 의료기관들이 네트워크를 구성하고, 네트워크에 가입한 노인의 질병 예방과 치료 등을 담당하는 주치의 역할을 수행함.
- 진료권 내 ‘노인통합케어센터’를 중심으로 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공 기관이 네트워크를 구성하여 서비스를 제공함.
- 노인통합케어의 대상자는 우선적으로 의료와 요양 등 복합 욕구가 있는 75세 이상 노인이 될 수 있으며, 장기요양시설 입소자는 1차 의료기관 그룹이 주치의 역할을 수행함(황도경 외, 2016).
- ‘노인통합케어센터’에서는 노인환자의 진료기록, 병력, 질환 및 기능상태 등을 종합적으로 검토하여 환자와 환자 가족에게 의료 및 돌봄정보를 제공하고 의료기관 또는 시설 등으로 연계함.

59) 황도경 외, 2016을 정리함.

- 만약 급성기 질환 등에 대한 치료가 필요하면 관련 의료기관으로 연계하되, 치료가 종료되면 ‘노인통합케어센터’를 통해 환자를 회송함.
- 이 때, ‘노인통합케어센터’와 유관 기관은 환자 동의 하에 건강요양보험 자격과 진료기록 등 건강정보를 공유하여 환자 중심의 치료 계획을 수립함.

[그림 6-2-6] 한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안)



자료: 황도경 외, 2016, p. 39.

바. 선행연구의 시사점

□ 보건의료서비스 제공체계 개편과 관련 있는 선행연구 중 지역사회 통합돌봄 체계 내에서 적용될 수 있는 모형별 특징을 핵심내용, 주요 제공서비스, 서비스 제공 조직, 서비스 대상 등으로 요약 정리하면 <표 6-1>과 같음.

〈표 6-2-1〉 주요 선행 연구 결과 비교

구분	김윤(2021)	김창오(2021)	장숙량(2021a)	임준(2019)	황도경 외(2016)
핵심 내용	건강보험 요양병원 재정, 장기요양 재정, 노인돌봄 예산을 통합하여 지역 중심의 의료+요양 서비스 제공 체계 마련	일차의료 왕진 시범사업을 확대하여 방문의료 모형으로 전환	기존방문간호의 재편을 통해 케어플랜 및 사례관리 기능 강화	일차의료기관의 기능전환 및 보건기관의 기능개편을 통한 지역보건의료 체계 재구조화	노인의료와 요양서비스의 통합
서비스	장기요양 대상자에 대한 의료 및 요양서비스	재가 장기요양대상자 에 대한 방문진료 및 방문간호서비스 와 연계	재가환자에 대한 전문 간호 및 간호 돌봄 제공	허약 노인 중심의 포괄적 건강관리	서비스욕구 사정, 의료·요양 등 연계자원 확보, 의뢰와 회송관리
조직	재택의료센터를 포함한 통합재가요양센터 설치 (민간 또는 공공)	방문의료센터 신규 설치 (민간 또는 공공)	기존 방문건강관리 조직을 확대한 통합방문간호센 터 설치	기존 지역 일차의료기관 및 공공보건기관 기능 개편	노인통합케어센 터 신규 설치, 일차의료기관 기능 개편
대상	장기요양환자	대리처방 받는 재가 노인환자	재가 노인환자	지역 허약노인	의료와 요양 복합 욕구가 있는 75세 이상 노인
기타	시군구 중심의 서비스 플랫폼에 장애인, 정신질환자 등 서비스 확장	방문의료 확대를 위한 인력 양성 필요	장기요양 혹은 장애인 방문간호사업과 연계	소생활권 단위 건강인프라 확충	환자의 전자건강기록 공유

자료: 해당 연구 내용을 정리함.

- 이상 연구들은 지역사회 노인 건강관리를 위해 부족한 자원을 확충 또는 개편하여 기존의 급성기 중심 의료서비스를 보완할 수 있는 새로운 건강관리서비스 공급 체계 마련을 도모한다는 측면에서 공통점과 의미를 찾을 수 있음.
- 그러나 지역사회 통합돌봄에서 강조하는 ‘지역사회 중심’의 ‘보건·돌봄서비스’ ‘연계’라는 측면에서 조망하면 추가로 고려되어야 할 점들이 있음.
- 첫 번째, 이러한 모형들이 적용되는 공간적 배경이자 관리 주체인 지역사회가 준비해야 할 내용이나 갖추어야 할 요소들에 대해서는 구체적으로 다루고 있지 않음.

- 서비스 제공 모형의 관리주체는 누구로 할 것인지, 중앙정부와 지방정부는 어떠한 역할을 하는 것이 적절한지, 광역 지자체와 기초 지자체의 역할은 어떻게 분담할 것인지 등에 대한 물음에는 답하기 어려워 보임.
- 두 번째, 현재 민간위주의 의료공급체계에서 정부의 정책이 이상적으로 수립 되더라도 그 효과를 극대화하기가 현실적으로 어려운데, 이러한 현실을 반영 할 때 정부정책에 민간을 어떤 형태로 참여하게 할 것인가 또한 어려운 과제임.
 - 때문에 중앙 혹은 지방정부의 정책에 민간을 적극적으로 참여하게 할 유인을 마련하는 것 또한 풀어내야 할 숙제임. 민간 참여 유인이 부족하면 민간 참여가 저조하게 되고 민간 참여 유인이 너무 크면 민간 시장이 과열될 우려가 있음.
- 세 번째, 선행연구에서 논의되고 있는 서비스 공급모형은 보건의료영역 내에서 급성기서비스와 요양서비스 간의 연계를 핵심으로 다루고 있기 때문에 의료의 영역을 넘어서 보건의료와 돌봄의 통합이라는 측면에서의 연결고리는 약함.
 - 지역사회 노인들이 살던 곳에서 돌봄을 받기 위해서는 급성기와 요양서비스의 연계를 통해 보건의료서비스의 효율화를 도모하는 것도 중요하지만, 그 보다 한 단계 더 나아가서 보건의료와 돌봄서비스를 훨씬 더 중요하게 고려할 필요가 있음.
- 네 번째, 효과적인 서비스의 연계 조정 통합을 위한 조정자 역할은 누가 담당 할 것인가에 대한 논의 또한 필요함.
 - 외국의 사례를 보았을 때, 호주의 경우 전문간호사 또는 일정한 역량을 갖춘 사회복지사가 케어매니저를 담당하고 있음.
 - 일본의 경우 대부분의 케이스매니저가 의료인이 아니었는데, 이로 인해 의료서비스 제공 기관 또는 의료서비스 제공자와의 연계가 효과적으로 이루어지지 못했다는 평가를 받고 있음.
- 다섯 번째, 앞에서 제시한 선행연구들은 기존의 보건의료체계를 노인의 다양한 욕구에 부합하는 서비스를 제공할 수 있는 체계로 개편할 것을 공통적으로 담고 있으나, 그럼에도 서비스 이용자나 가족의 욕구를 보다 상세히 파악하는

데는 한계가 있어 여전히 서비스 제공자 중심의 접근법을 벗어나지는 못하고 있음.

- 노인의 건강과 삶의 질 향상을 위해서는 보다 이용자 중심성이 강조될 필요가 있음.
- 보건의료의 경우 정보의 비대칭성으로 이용자가 필요한 서비스에 대해 합리적으로 의사결정을 하는데 어려움이 크기 때문에 이용자에 대해 정보를 제공하고 필요한 서비스를 쉽게 찾을 수 있도록 이용자 중심의 제공 체계 마련 혹은 서비스 이용과 관련된 이용자의 피드백이 반영될 수 있어야 함.

사. 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료 전달체계 개선 방향

- 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역에서 보건의료영역의 사업을 양적으로는 가장 많이 실시하고 있어 외형적으로는 통합 돌봄 내에서 보건의료가 잘 이루어지고 있는 것으로 보이나, 내용적으로는 기존의 보건의료 혹은 건강관리사업에 타이틀만 바꾼 것이 대부분임.
- 선도사업 지역에 대해서는 통합 돌봄 사업 내에서 필요한 보건의료체계의 개편 방향을 제시하되 현시점에서 가능한 보건의료사업과 동시에 통합 돌봄 사업의 발전에 따라 지향해 나가야 할 방향성에 대해 단계적으로 제시해 줄 필요가 있음.
- 특히, 통합돌봄 사업 내에서 보건의료체계 개편 지향점이 급성기서비스와 장기요양의 통합인지 혹은 보건의료서비스와 돌봄서비스의 통합인지에 대한 분명한 정책방향 설정이 필요함.
- 현재 진행되고 있는 대부분의 논의는 재가 노인에 대한 의료서비스 공급에 초점을 두고 있을 뿐, 보건의료와 복지의 연계에 대해서는 논의가 거의 이루어지지 않고 있음.
- 요양을 포함한 돌봄체계와 의료와의 통합은 지역사회 중심의 돌봄체계와 지역성

이 약한 의료체계와의 통합이라는 점에서 의료서비스 간의 연계보다 많은 준비가 요구됨.

○ 보건의료와 요양은 핵심 제도인 건강보험과 노인장기요양보험 모두 건강보험 공단이라는 동일한 조직을 보험자로 두고 있음에도 제도 간 연계와 조정에서 어려움을 겪고 있는 바, 돌봄과 보건의료의 통합은 이를 넘어서는 훨씬 더 어려운 과정이라는 것을 인지하고 있어야 함.

□ ‘통합’이라는 용어는 이 용어를 사용하는 주체와 해당하는 서비스 영역에 따라 의미하는 바와 추구하는 바가 다르므로(서제희 외, 2017, p. 31. 재인용), 지역사회 통합돌봄 선도사업을 수행 지역을 대상으로 지역 자원을 고려한 서비스 ‘통합’의 사례 등을 제시해 줄 필요가 있음.

○ 서비스 사용자 입장에서 통합이 가지는 의미와 서비스 제공자 측면에서의 의미, 정책입안자 및 관리자 입장에서의 의미, 전문가 차원에서의 의미가 각기 다르기 때문에 어느 차원에서 통합에 접근할 것인가가 통합의료서비스 제공모형을 연구하거나 제도 마련 시 매우 중요한 지점이므로 이 중 어느 차원에서의 통합을 목표로 하는가에 대한 구체적인 논의 또한 필요함.

〈표 6-2-2〉 ‘통합서비스’에 대한 다양한 관점

구분	내용
서비스 이용자 측면	<ul style="list-style-type: none"> • 사용자 입장에서의 통합 의료(health care)란 이용 절차가 매끄러운 것. 즉, 사용자는 연계된(coordinated) 서비스를 원함. 예약 단계의 최소화, 방문해야 할 의료기관의 최소화, 그리고 의료진의 원활한 의사소통을 원함.
서비스 제공자 측면	<ul style="list-style-type: none"> • 분리되어 있는 기술적 서비스가 함께, 연계된 방식으로 평가되고 재정적 지원이 이루어지고 관리되길 원함.
정책입안자 또는 관리자 측면	<ul style="list-style-type: none"> • 재정, 규제, 서비스 제공(delivery)이 적절하게 구획화 되는 것. 그리고 공공 영역 차원에서만 이루어지는 것이 아닌, 민간, 자원봉사 등을 포함하는 것 • 조직화 측면(organizational): 서로 다른 기관(institution)들이 동맹을 맺거나 계약을 맺거나 합쳐지는 것
(의료) 전문가 입장	<ul style="list-style-type: none"> • 서로 다른 건강전문가 또는 전문가가 함께 연합(joined-up) 서비스 형태로 제공하는 것

자료: 서제희 외, 2017, p. 32

4. 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료체계 구축의 정책과제

□ 통합돌봄에서 제공되어야 하는 재가환자 대상 보건의료서비스의 목표 설정

○ 통합돌봄 내 재가환자에 대한 보건의료서비스는 목표는 일차의료의 성격과 같이 ‘최초접촉’, ‘지속성’, ‘포괄성’, ‘조정기능’, ‘다학제적 관리기능’ 등에 두는 것이 적절함.

- 세계보건기구(World Health Organization, 2003)는 노인들을 위한 지역사회 기반의 서비스 및 프로그램을 “건강을 증진, 유지, 또는 회복시키거나 질병 및 장애의 영향을 최소화하기 위해 개인 또는 가족에게 제공되는 건강 및 사회 서비스의 조화”로서, 노인이 자신의 집에서 독립적인 생활을 돕기 위해 설계된 서비스로 정의함.

□ 아급성기 의료서비스 제공체계 구축

○ 아급성(sub-acute) 의료서비스란 급성기 이후(post-acute)의 의료서비스를 구성하는 첫 단계로 급성기 치료와 장기요양서비스를 연결하는 과정으로 볼 수 있으며, 현재 우리나라 의료서비스 전달체계에서 급성기 치료 이후의 호전 또는 회복기를 담당할 의료전달체계는 부족한 상황임.

- 노인환자의 경우 급성기 치료 이후 지역사회 복귀 또는 요양으로의 연계를 목적으로 집중간호나 재활 등의 아급성 의료서비스에 대한 수요가 높음.

○ 노인과 만성질환자에게 급성기, 아급성기, 요양으로 이어지는 포괄적 서비스가 연속적으로 제공될 경우 의료비 낭비를 줄이면서도 노인들의 건강과 삶의 질은 크게 개선될 것임(김윤, 2013; 황도경 외, 2016, p. 368 재인용).

○ 아급성기 의료체계가 정착된다면 지역사회 의료기관에서 회복, 재활, 통증 관리 등의 서비스가 가능하며, 보건의료체계 차원에서는 1, 2, 3차의 연계성 강화와 기능 정립, 환자 본인에게는 치료의 연속성 향상과 의료 비용의 절감, 의료비 차원에서는 불필요한 입원과 상급의료기관 이용 축소에 따른 재정 절감 효과를 기대할 수 있음(윤강재 외, 2014; 황도경 외, 2016, p. 356 재인용).

□ 서비스 수요자를 위한 단일 진입창구(single entry point) 마련

- ‘의료’는 정보의 비대칭성이 강한 분야로 환자는 스스로 적절한 의사결정을 하기 어려워 의사가 환자를 대신하여 필요한 서비스를 결정하는 구조임. 따라서 누군가는 대리인으로서 환자에 대한 통합적인 통찰을 통해 적정 의료 자원을 연계시켜 주는 것이 필요함(황도경 외, 2016, pp. 366-367).
- 특히, 노인 환자는 신체적, 인지적 기능이 저하된 상태이고, 동시에 병리적인 측면에서도 다양한 질환을 동시에 보유하고 있는 경우가 많아 보건의료적인 욕구가 복합적이며 동시에 영양·돌봄에 대한 욕구도 함께 가지고 있음(서제희 외, 2017, pp. 11-12).
 - 그러나 현재의 시스템은 노인 환자를 중심으로 통합적으로 접근하는 것이 아니라 제공자 측면에서 개별적인 서비스가 제공되고 있어 노인 환자 입장에서 본인에게 필요한 서비스를 찾아다녀야 하는 부담이 존재함.
- 지역사회 통합돌봄에 대한 최초 접근 시 단일 창구(single entry point)를 통해 환자에 대한 케어플랜이 마련된다면, 노인 및 가족의 입장에서 서비스 접근성이 개선되고 다양한 서비스의 연계 및 통합이 가능해질 것임.

□ 통합의료서비스 제공을 위한 계획 수립과 조정 담당자 설정

- 노인의 복합적인 건강상태는 적절한 시기에 적절한 서비스로 시의 적절하게 연결시켜주는 것이 필요하며, 환자의 치료 과정이 종료된 후에는 다시 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 환자의 입장에서 케어플랜을 수정하는 단계가 필요함.
- 이처럼 환자 또는 서비스 이용자의 복합적 요구 해소를 위한 서비스가 통합적으로 이루어지기 위해 서비스 제공 계획과 조정이 중요함(서제희 외, 2017, p. 162).
- 이 부분은 통합(의료)서비스가 어디에 중점을 두고 있느냐와 통합하는 서비스 내용에 따라 달라질 수 있는 부분으로, 외국에서도 다양하게 제시하고 있음.
 - 일본의 경우, 개호등급이 부여되면 케이스 매니저가 배정되고 이 케이스 매

니저가 환자와 함께 퇴원 또는 퇴소 후 계획을 수립하고 연계하는 역할을 하도록 하였음.

□ 환자 정보 공유 및 활용

○ 노인이 필요로 하는 의료와 돌봄 영역의 서비스를 연계하고 통합하는 것이 원활히 이루어지기 위해 중요한 것은 정보의 공유임.

- 환자 동의 하에 대한 건강·요양보험 자격과 진료기록 등 건강정보를 공유하여 환자 중심의 치료 계획을 수립함은 물론, 중복 검사·치료·투약을 방지할 수 있고 제공되어야 하는 서비스의 누락, 단절, 중복 등의 예방이 가능함.

□ 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 지역사회 의료기관 및 의료인력 확보

○ 노인친화적 통합의료서비스 제공을 위해서 가장 필수적인 요소는 서비스 제공 시설임. 특히 의료서비스 제공을 위한 시설로는 의원, 병원, 종합병원, 요양병원 등이 해당함.

- 그러나 지역에 따라 의료시설의 편차가 심해 노인환자가 필요한 서비스를 사는 곳에서 제공 받기 어려운 구조임. 안정적인 서비스 제공체계 구축을 위해서는 양질의 서비스를 제공할 수 있는 지역 내 의료기관을 확보하는 것이 중요함.
- 일본의 경우 각 도도부현이 지역포괄관리시스템의 틀에 따라 통합의료서비스를 어떻게 제공할 것인지에 대해 매년 지역사회 보건의료 비전 (community healthcare vision)을 세우도록 되어 있는데, 이 계획에는 병상 수에 대한 내용도 포함되어 있음(서제희 외, 2017, p. 167).

○ 보건의료서비스는 훈련된 전문인력에 의해서 제공되며, 노동집약적이고 다양한 전문인력의 팀접근이 전제되는 등 사업인력의 확보와 사업인력이 근무할 수 있는 인프라가 구축되어 있어야 함.

- 특히, 노인의 복합적 욕구를 해소하기 위해서는 다학제 간 팀 접근이 필수적이며, 다학제적 접근은 단순한 협진·의뢰 또는 기관 간 연계를 통한 접근 방식이 아닌 다학제팀을 구성하여 접근하는 방식을 지향해야 함.

- 다학제팀은 외국 사례들을 고찰한 결과, 최소 의사(환자가 보유한 질환 전문의), 노인전문의, 치료인력(물리치료사, 작업치료사 등), 약사, 영양사, (의료)사회복지사 인력을 포함하는 팀으로 구성되어야 함(서제희 외, 2017, p. 166).

□ 이용자 중심 서비스 제공을 위한 환자와 보호자의 참여 거버넌스 마련

- 환자 중심 또는 환자 가족을 포함한 서비스 이용자 중심의 돌봄서비스 제공 체계를 구축하기 위해서는 환자 및 보호자(이용자)의 참여(engagement) 거버넌스 마련이 필요함.
- 환자 및 보호자(이용자)의 참여는 <표 6-4>와 같이 다양한 수준에서 이루어질 수 있음(서제희 외, 2017, pp. 172-173).
 - 정보 제공자로서의 참여(informing), 정책에 대한 피드백 제공자로서의 참여(consulting), 의사 결정 과정에 대한 참여(partnership), 아젠다를 만들어 내고 기획하거나 실제로 실행자로서의 참여(ownership and control) 등이 가능함.

<표 6-2-3> 환자 및 보호자(이용자) 참여 수준별 가능한 참여 내용 예시

참여 수준 구분	참여 수준별 참여 내용 예시
정보 제공자로서의 소극적 참여(informing)	• 서비스 제공 경험을 바탕으로 새로운 아이디어를 관련 기관 또는 정부에 제기
정책에 대한 피드백 제공자로서의 소극적 참여(consulting)	• 정책 평가 또는 정책 수요도 조사를 위한 정부 차원의 조사(survey)에 적극 참여 • 서비스 제공 경험을 바탕으로 제공 기관에 대한 만족도 평가자로서 활동
의사 결정 과정에 참여하는 적극적 참여(partnership)	• 서비스 제공기관의 특정 위원회의 환자 측 위원으로 참여 • 치료계획, 퇴원계획, 목표 설정에 직접적으로 참여 • 서비스 디자인 또는 정책 평가 연구에 참여
아젠다 세팅, 기획 또는 실행자로서 적극적 참여(ownership and control)	• 중앙 또는 지방 정부의 의사결정 기구의 환자 대표로 참여 • 환자 및 보호자(이용자)인 동시에 서비스 제공자로 참여(예: 동네 독거 노인에게 주기적으로 연락하는 봉사활동에 참여)

자료: 서제희 외, 2017, p. 173

□ 노인 대상 정책과 사업의 통합을 위한 컨트롤타워 마련

- 중앙정부 차원에서 노인 대상 서비스는 개별 사업별로 근거를 갖고 추진되고

있으며 참여 주체 또한 다양하나 이를 통합적으로 접근하기 위한 컨트롤타워가 뚜렷하지 않음.

- 그리고, 환자에게 직접 제공하는 서비스 제공 주체뿐만 아니라 관련 서비스 또는 사업의 관리 주체와 주무부서가 다양하며, 관련 법의 소관부서 또한 다양함(서제희 외, 2017, p. 157).
- 중앙정부로 국한하여 노인건강 관련 소관부서를 살펴보더라도 건강보험정책(건강보험정책과), 장기요양보험정책(요양보험제도과), 연명의료(생명윤리정책과), 각종 만성질환 관리(질병정책과), 노인 보조기 지원 및 활용(보건의료정책과), 영양관리(건강증진과), 구강건강(구강생활건강과), 방문건강관리(건강정책과), 치매관리(노인정책과) 등 다양함(표 6-5 참조).

○ 한편 서비스 제공 체계 차원의 거버넌스와 더불어 행정 전달 체계의 거버넌스 구축이 필요한데, 이를 위해 각 단계별 역할과 기능을 명확히 하고 이에 부합하는 권한을 부여해야 함.

- 즉 중앙(보건복지부와 산하 기관), 광역(시·도 보건·복지당국), 기초(시·군·구 보건·복지당국 및 보건소)의 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 역할과 기능을 설정하고 그에 따른 권한을 부여해야 모형이 실제적으로 작동할 수 있을 것임(서제희 외, 2017, p. 160).

〈표 6-2-4〉 노인 관련 법 소관부서와 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례 소관부처

소관부서	법령	소관부서	법령
건강보험정책과	- 국민건강보험법	복지정책과	- 사회복지사업법(총괄)
요양보험제도과	- 노인장기요양보험법	급여기준과	- 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률
질병정책과	- 연명의료결정법(호스피스 완화 의료) - 심뇌혈관질환법 - 압관리법	장애인서비스과	- 장애인활동 지원에 관한 법률
생명윤리정책과	- 연명의료결정법(연명의료 결정)	장애인정책과	- 장애인건강권법 - 장애인복지법
보건의료정책과	- 장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률	인구정책총괄과	- 노후준비지원법 - 저출산고령사회기본법
건강증진과	- 국민영양관리법	노인정책과	- 노인복지법 - 치매관리법
구강생활건강과	- 구강보건법	건강정책과	- 지역보건법(방문건강관리)

자료: 서제희 외, 2017, p. 157 보완

□ 지역사회 중심 노인건강관리를 위한 단계적 접근

- 노인이 살던 곳에서 계속 돌봄을 받기 위해서는 두가지 접근이 필요함. ① 재가환자들에 대한 시설화 예방과 ② 병원이나 시설에 장기입원 중인 노인들을 탈원화 시키는 것임.
- 탈원화, 특히 요양병원의 경우 건강보험의 수가제도 하에서 환자와 병원, 서로의 필요에 의해서 왜곡된 행태가 가능할 것이며, 실제로도 나타나고 있음. 또한 현재의 건강보험 정책결정의 구조에서는 이를 단기간에 개선하기는 힘들다고 봄. (그렇다 하더라도 탈원화를 유도하는 행정적 작업들-예를 들어, 요양병원의 수가구조 등에 대한 제도개선 노력-은 지속적으로 이루어져야 함)
- 향후 5년 이내의 통합돌봄 로드맵에서는 탈원화 보다는 재가환자에게 보다 집중할 필요가 있음. 재가환자에 대한 양적 서비스 확충과 질적 서비스 수준 제고는 사회적 입원을 지연시키고 탈원화를 유도하는 필요조건임.
 - 재가보건의료를 확대하여 시설에 준하는 서비스를 제공하기 위해 단계별로 서비스의 양적 질적 수준을 어떻게 확대해 나갈 것인가에 대한 고민이 필요함.

5. 소결

□ 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료체계 마련의 필요성

○ 노인에 대한 보건의료 및 복지서비스가 증가하면서 개별 서비스의 양적·질적 수준 못지않게 서비스 제공의 연속성이 중요해지고 있으나, 우리나라는 허약한 노인이 지역사회에서 거주하며(aging in place) 적절한 돌봄을 받을 수 있는 총괄적 지원체계(coordination system)가 부재함.

- 이로 인해 지역사회에서 이용 가능한 노인돌봄서비스는 종류가 제한적이고 불충분하며, 제도의 분절로 서비스 사각지대가 존재하고 공급자의 서비스 제공이 경직되어 돌봄 부담이 가족에게 전가됨.

○ 특히, 우리나라는 법적으로 의료기관에 방문하지 않으면 의료서비스를 받기 어려워 일상생활수행의 제한이 있거나 거동이 불편한 경우 의료욕구를 제대로 충족하지 못하는 경우가 빈번히 발생함.

- 2019년 장기요양 실태조사 결과에서 장기요양수급자 중 거동불편 등으로 직접의료기관에 방문하지 못하고 사실상 가족에 의한 대리처방에 의존하는 재가환자가 31.9%나 되는 것으로 조사되어 재가 거동불편 노인환자에 대한 적절한 보건의료서비스 제공 체계가 시급히 요구되고 있음.

□ 지역사회 통합돌봄 관련 지역보건의료 전달체계 선행연구의 시사점

○ 보건의료서비스 제공체계 개편과 관련 있는 선행연구들은 지역사회 노인 건강관리를 위해 부족한 자원을 확충 또는 개편하여 기존의 급성기 중심 의료서비스를 보완할 수 있는 새로운 건강관리서비스 공급 체계 마련을 도모한다는 측면에서 공통점과 의미를 찾을 수 있음.

○ 그러나 지역사회 통합돌봄에서 강조하는 ‘지역사회 중심’의 ‘보건·돌봄서비스’ ‘연계’라는 측면에서 조망하면 추가로 고려되어야 할 점들이 있음.

- 첫 번째, 이러한 모형들이 적용되는 공간적 배경이자 관리 주체인 지역사회가 준비해야 할 내용이나 갖추어야 할 요소들에 대해서는 구체적으로 다루고 있지 않음.

- 서비스 제공 모형의 관리주체는 누구로 할 것인지, 중앙정부와 지방정부는 어떠한 역할을 하는 것이 적절한지, 광역 지자체와 기초 지자체의 역할은 어떻게 분담할 것인지 등에 대한 물음에는 답하기 어려워 보임.
- 두 번째, 현재 민간위주의 의료공급체계에서 정부의 정책이 이상적으로 수립되더라도 그 효과를 극대화하기가 현실적으로 어려운데, 이러한 현실을 반영할 때 정부정책에 민간을 어떤 형태로 참여하게 할 것인가 또한 어려운 과제임.
- 때문에 중앙 혹은 지방정부의 정책에 민간을 적극적으로 참여하게 할 유인을 마련하는 것 또한 풀어내야 할 숙제임. 민간 참여 유인이 부족하면 민간 참여가 저조하게 되고 민간 참여 유인이 너무 크면 민간 시장이 과열될 우려가 있음.
- 세 번째, 선행연구에서 논의되고 있는 서비스 공급모형은 보건의료영역 내에서 급성기서비스와 요양서비스 간의 연계를 핵심으로 다루고 있기 때문에 의료의 영역을 넘어서 보건의료와 돌봄의 통합이라는 측면에서의 연결고리는 약함.
- 지역사회 노인들이 살던 곳에서 돌봄서비스를 제공받기 위해서는 급성기와 요양서비스의 연계를 통해 보건의료서비스의 효율화를 도모하는 것도 중요하지만, 그 보다 한 단계 더 나아가서 보건의료와 돌봄서비스를 훨씬 더 중요하게 고려할 필요가 있음.
- 네 번째, 효과적인 서비스의 연계 조정 통합을 위한 조정자 역할은 누가 담당할 것인가에 대한 논의 또한 필요함.
- 외국의 사례를 보았을 때, 호주의 경우 전문간호사 또는 일정한 역량을 갖춘 사회복지사가 케어매니저를 담당하고 있음.
- 일본의 경우 대부분의 케이스매니저가 의료인이 아니었는데, 이로 인해 의료서비스 제공 기관 또는 의료서비스 제공자와의 연계가 효과적으로 이루어지지 못했다는 평가를 받고 있음.
- 다섯 번째, 앞에서 제시한 선행연구들은 기존의 보건의료체계를 노인의 다

양한 욕구에 부합하는 서비스를 제공할 수 있는 체계로 개편할 것을 공통적으로 담고 있으나, 그럼에도 서비스 이용자나 가족의 욕구를 보다 상세히 파악하는 데는 한계가 있어 여전히 서비스 제공자 중심의 접근법을 벗어나지는 못하고 있음.

- 노인의 건강과 삶의 질 향상을 위해서는 보다 이용자 중심성이 강조될 필요가 있음.
- 보건의료의 경우 정보의 비대칭성으로 이용자가 필요한 서비스에 대해 합리적으로 의사결정을 하는데 어려움이 크기 때문에 이용자에 대해 정보를 제공하고 필요한 서비스를 쉽게 찾을 수 있도록 이용자 중심의 제공체계 마련 혹은 서비스 이용과 관련된 이용자의 피드백이 반영될 수 있어야 함.

□ 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료체계 구축의 정책과제

○ 통합돌봄에서 제공되어야 하는 재가환자 대상 보건의료서비스의 목표 설정

- 통합돌봄 내 재가환자에 대한 보건의료서비스는 목표는 일차의료의 성격과 같이 ‘최초접촉’, ‘지속성’, ‘포괄성’, ‘조정기능’, ‘다학제적 관리기능’ 등에 두는 것이 적절함.

○ 아급성기 의료서비스 제공체계 구축

- 아급성(sub-acute) 의료서비스란 급성기 치료와 장기요양서비스를 연결하는 과정으로 볼 수 있으며, 현재 우리나라 의료서비스 전달체계에서 급성기 치료 이후의 호전 또는 회복기를 담당할 의료전달체계는 부족한 상황임.
- 아급성기 의료체계가 정착된다면 지역사회 의료기관에서 회복, 재활, 통증관리 등의 서비스가 가능하며, 보건의료체계 차원에서는 1, 2, 3차의 연계성 강화와 기능 정립, 환자 본인에게는 치료의 연속성 향상과 의료 비용의 절감, 의료비 차원에서는 불필요한 입원과 상급의료기관 이용 축소에 따른 재정 절감 효과를 기대할 수 있음

○ 서비스 수요자를 위한 단일 진입창구(single entry point) 마련

- ‘의료’는 정보의 비대칭성이 강한 분야로 환자는 스스로 적절한 의사결정이 어려워 의사가 환자를 대신하여 필요한 서비스를 결정하는 구조임. 따라서 누군가는 대리인으로서 환자에 대한 통합적인 통찰을 통해 적정 의료 자원을 연계시켜 주는 것이 필요함.
- 그러나 현재의 시스템은 노인 환자를 중심으로 통합적으로 접근하는 것이 아니라 제공자 측면에서 개별적인 서비스가 제공되고 있어 노인 환자 입장에서는 본인에게 필요한 서비스를 찾아다녀야 하는 부담이 존재함.
- 지역사회 통합돌봄에 대한 최초 접근 시 단일 창구(single entry point)를 통해 환자에 대한 케어플랜이 마련된다면, 노인 및 가족의 입장에서 서비스 접근성이 개선되고 다양한 서비스의 연계 및 통합이 가능해질 것임.

○ 통합의료서비스 제공을 위한 계획 수립과 조정 담당자 설정

- 노인의 복합적인 건강상태는 적절한 시기에 적절한 서비스로 시의 적절하게 연결시켜주는 것이 필요하며, 환자의 치료 과정이 종료된 후에는 다시 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 환자의 입장에서 케어플랜을 수정하는 단계가 필요함.
- 이처럼 환자 또는 서비스 이용자의 복합적 요구 해소를 위한 서비스가 통합적으로 이루어지기 위해 서비스 제공 계획과 조정이 중요함

○ 환자 정보 공유 및 활용

- 노인이 필요로 하는 의료와 돌봄 영역의 서비스를 연계하고 통합하는 것이 원활히 이루어지기 위해 중요한 것은 정보의 공유임.
- 환자 동의 하에 대한 건강·요양보험 자격과 진료기록 등 건강정보를 공유하여 환자 중심의 치료 계획을 수립함은 물론, 중복 검사·치료·투약을 방지할 수 있고 제공되어야 하는 서비스의 누락, 단절, 중복 등의 예방이 가능함.

○ 노인 친화적 의료서비스 제공을 위한 지역사회 의료기관 및 의료인력 확보

- 노인친화적 통합의료서비스 제공을 위해서 가장 필수적인 요소는 서비스

제공 시설임. 그러나 지역에 따라 의료시설의 편차가 심해 노인환자가 필요한 서비스를 사는 곳에서 제공 받기 어려운 구조임. 안정적인 서비스 제공 체계 구축을 위해서는 양질의 서비스를 제공할 수 있는 지역 내 의료기관을 확보하는 것이 중요함.

- 또한 보건의료서비스는 훈련된 전문인력에 의해서 제공되며, 특히, 노인의 복합적 욕구를 해소하기 위해서는 다학제 간 팀 접근이 필수적이며, 다학제적 접근은 단순한 협진·의뢰 또는 기관 간 연계를 통한 접근 방식이 아닌 다학제팀을 구성하여 접근하는 방식을 지향해야 함.

○ 이용자 중심 서비스 제공을 위한 환자와 보호자의 참여 거버넌스 마련

- 환자 중심 또는 환자 가족을 포함한 서비스 이용자 중심의 돌봄서비스 제공 체계를 구축하기 위해서는 환자 및 보호자(이용자)의 참여(engagement) 거버넌스 마련이 필요함.

○ 노인 대상 정책과 사업의 통합을 위한 컨트롤타워 마련

- 중앙정부 차원에서 노인 대상 서비스는 개별 사업별로 근거를 갖고 추진되고 있으며 참여 주체 또한 다양하나 이를 통합적으로 접근하기 위한 컨트롤 타워가 뚜렷하지 않음.
- 지역사회 통합돌봄을 위해서는 지역사회 보건의료서비스 전달 체계의 거버넌스 구축이 필요한데, 이를 위해 각 단계별 역할과 기능을 명확히 하고 이에 부합하는 권한을 부여해야 함.

○ 지역사회 중심 노인건강관리를 위한 단계적 접근

- 노인이 살던 곳에서 계속 돌봄을 받기 위해서는 두가지 접근이 필요함. ① 재가 환자들에 대한 시설화 예방과 ② 병원이나 시설에 장기입원 중인 노인들을 탈원화 시키는 것임.
- 향후 5년 이내의 통합돌봄 로드맵에서는 탈원화 보다는 재가환자에게 보다 집중할 필요가 있음. 재가환자에 대한 양적 서비스 확충과 질적 서비스 수준 제고는 사회적 입원을 지연시키고 탈원화를 유도하는 필요조건임.

제3절 주거 서비스와 제공체계

1. 지역사회 통합돌봄 관련 주거(복지)정책의 현황과 진단

가. 기존 주거복지정책의 일반적 내용

- 우리나라에서 주거복지정책은 아직까지 명확히 정립된 개념은 아니며. 통상 전반적인 주택정책 중에서 저소득층이나 주거약자, 주거취약계층을 대상으로 비시장적 기제에 따라 주거안정과 적절한 품질의 거주생활을 지원하는 부분을 지칭하곤 함.
- 주거복지라는 개념이 사회복지보다는 주택영역의 논의에서 출발하였기 때문에 ‘복지’ 개념에 대한 논의가 정밀하지 않음 : 소위 잔여적(보편적이지 않은 성격)이거나 규범적(취약계층을 위한 좋은 성격) 측면이 나타남.

1) 고전적 주거복지정책의 일반적 내용

- 주거복지정책의 정책적 수단은 통상 공공임대주택의 공급, 주거비 지원, 주거품질향상과 주택개조사업, 특수한 욕구를 가진 주거취약계층에 대한 주거지원서비스의 4가지로 구분이 가능함.
 - 주택공급지원의 대표적 형태로 공공임대주택의 공급과 취약계층 입주지원
 - 수요지원으로서 주택구입과 전세자금 마련을 위한 금융지원 및 저소득층 주거급여(임대료 지원)
 - 주택의 품질개선과 주택개조지원 : 최저주거기준과 유도주거기준의 설정, 주거급여에서 자가보유자에 대한 주택수선 지원
 - 주거취약계층(주거약자)를 대상으로 하는 특별한 주거지원정책 : 지원주택, 지역사회 통합돌봄 포함
- 고전적 의미에서 주거복지와 관련된 정책과 프로그램은 주택과 관련된 자원을 관할하는 국토부에 의해서 추진되어 왔으며, 최근에는 주거복지로드맵2.0을 통해

대체적인 윤곽이 나타남.

○ 로드맵에서 고령자에 대한 부분은 맞춤형 주거지원이라는 범주를 통해 원래 2018년 이후 2025년까지 공공주택 8만가구 제공을 중심으로 한 내용이 초점이 되고 있음.

- 몇 가지 유형의 공공주택 중 핵심이 되는 것은 공공임대주택임.

○ 돌봄 및 지원서비스가 결합되는 것으로 고령자복지주택 1만호와 고령자 리모델링(매입임대주택) 1만호 등 2만호의 공공임대주택 공급계획을 밝히고 있음.

[그림 6-3-1] 주거복지로드맵2.0의 고령자 주거지원 개요



자료 : 국토교통부(2020)

- 고령자 주거지원에서 주택개조는 공공주택 지원에 비해 적은 규모의 계획으로 추진되고 있음.
- 금융지원의 사업규모가 크지만 이는 지역사회 통합돌봄과의 직접적 연관성은 낮은 주택구입이나 전세금 지원을 위한 주거복지사업 범주라 할 수 있음.
- 지역사회 통합돌봄에서의 주거지원은 전통적 주거복지 정책수단 중에서는 네 번째의 범주인 '주거약자에 대한 특수한 주거지원'의 범주에 해당함.
- 주거약자에게 공공임대주택 거주와 통합된 서비스의 제공, 주택개조지원 등 주거복지정책의 다양한 수단을 대상자에게 적용하는 것임.
- 또한 주거약자가 지원이 이루어진 주거에서 지속적으로 거주가 가능하도록 주거 이외의 서비스가 함께 제공되어야 함.

2) 사회복지 영역에서의 입원입소를 통한 주거지원

- 우리나라의 사회복지 프로그램에서는 사회복지시설을 주로 활용해 온 관행에 따라 요양과 돌봄이 필요한 노인 등 통합돌봄 대상자에 대해서도 시설입소 방식을 통해 주거와 서비스를 제공하는 방식의 프로그램을 많이 활용해 옴.
- 또한 일반적으로 지적되듯이 2000년대 이후 수요자 직접지원 방식의 사회 서비스 공급전략을 실행하면서, 단기간 내에 급속하게 많은 사회서비스 공급량 확대가 추진되면서 여러 부작용이 나타남.

〈표 6-3-1〉 사회복지시설보호의 변천과정 개요

구분	1960년대 - 1970년대	1980년대 - 2000년대 초반	2000년대 중반 이후
급여대상	공공부조 수급자 중심	공공부조 수급자와 저소득층	공공부조수급자, 저소득층, 일반계층
주된 급여종류	생활(거주)시설 서비스 중심	생활시설서비스, 이용시설서비스	생활시설서비스, 이용시설서비스, 방문재택서비스
주된 재원	일반조세	일반조세	일반조세, 사회보험, 서비스 이용료
부각되는 재정지원방식	공급기관지원(보조금)	공급기관지원(보조금), 공급기관지원(위탁계약)	공급기관지원(보조금), 공급기관지원(위탁계약), 이용자 지원
부각되는 공급주체의 유형	민간 비영리	민간 비영리	민간 비영리, 민간 영리

자료 : 이충권(2020).

- 시설에 입소하게 된 극단적 취약계층은 사회서비스를 집중적으로 받게 되지만 그렇지 않은 경우에는 사회복지체계로부터 서비스와 주거안정 어느 것도 확보하지 못함 : 일부 소수의 취약계층 사례에 대해서 거의 비용을 부담시키지 않고 시설에서 보호하는 공공부조와 같은 방식이 시설중심의 서비스 영역에서 작동하고 있음.
- 서비스 혜택 정도의 연속선이 아닌 공공부조의 실무율적 방식(all or nothing)이 잔존하고 있으며 이를 시설입소 지원의 방식으로 진행함.
- 21세기 들어서 바우처나 사회보험을 통해 수요자에 대한 직접지원방식의 시기에 이르러서도 손쉽게 빠른 공급자를 확보하려다 보니 민간의 서비스 공급참여 유도에 급급함 : 그 결과로 민간공급자의 입장에서 어렵거나 수익이 잘 나지 않는 유형의 서비스 욕구에 대한 거부가 일상화되고 단순한 서비스 제공의 파편화가 발생함.
- 노인복지시설과 관련 서비스에서는 공공부조에서의 시설급여와 같은 기반에서 주거비가 탕감되는 방식과 욕구기반의 보편적 요양서비스 제공에서의 비용 산정 방식이 부조화스럽게 병존하고 있음.

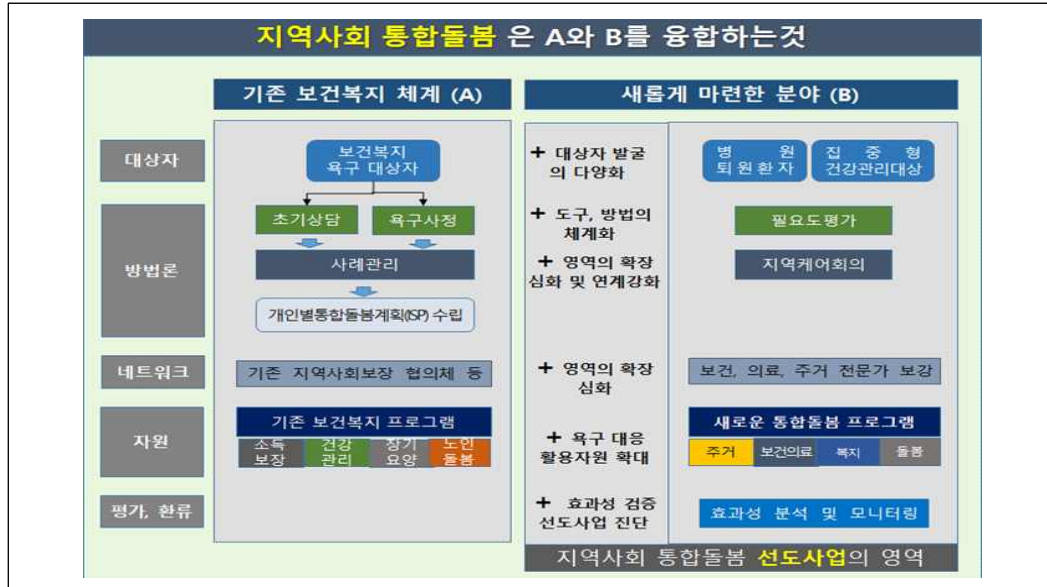
- 최근의 장기요양보험 등의 돌봄지원에서도 지역사회거주보다는 시설입소가 선호되는 양상을 낳고 있음.
- 장기요양보험 등 대표적인 사회적 돌봄체계에서는 (주거의 측면에서) 시설이나 병원의 입원입소가 가장 합리적이고 유리한 선택임.
- 장기요양보험 이후 급격히 증가하는 의료복지시설, 요양병원과 아울러 OECD 국가 중 가장 높은 사회적 입원 비율을 나타냄.

나. 지역사회 통합돌봄에서의 주거지원

1) 주거지원의 의미와 대상

- 지역사회 통합돌봄은 장기간 입원입소의 예방과 탈원화(탈시설화)를 통해 지역사회에서의 거주를 촉진한다는 의미를 가지고 있으며, 이에 따라 주거지원을 중요한 구성요소로 삼고 있음.
- 지역사회에서 안정적으로 거주하기 위한 주거생활의 여건이 만들어지지 않는다면 입원이나 입소가 과도하게 나타날 수밖에 없음.
- 주거지가 물리적으로 없거나 적절한 품질을 갖추지 못한 경우 병원이나 시설을 주거지로 사용하게 됨.
- 물리적으로 주거지가 확보되더라도 지역사회 주거지에서 생활할 수 있도록 하는 지원(거동불편 독거노인에게 요양과 돌봄 지원) 이루어지지 않으면 역시 주거지를 비운 채 병원이나 시설에 입소입원하게 됨.

[그림 6-3-2] 지역사회통합돌봄의 분야 융합성

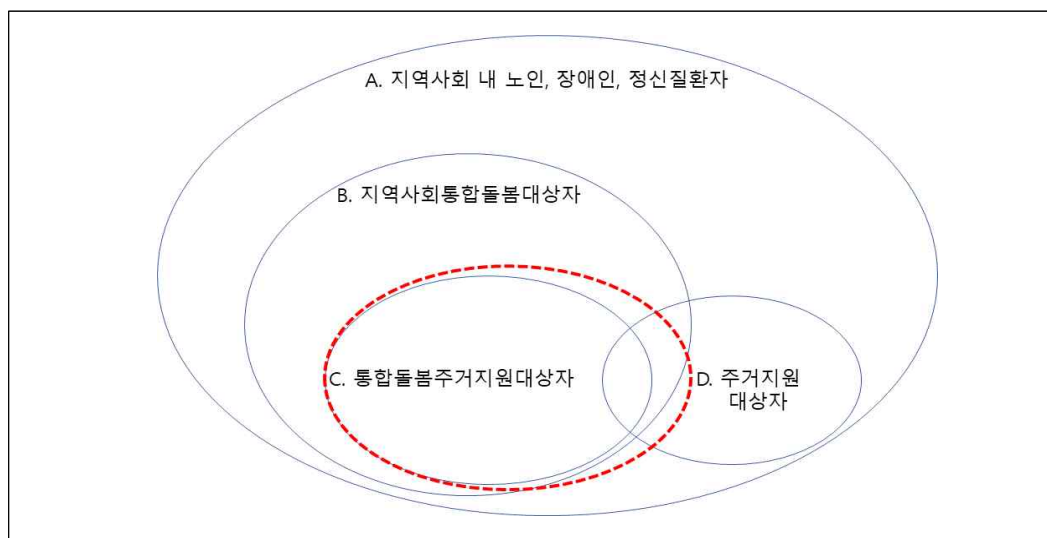


출처 : 보건복지부(2020).

- 지역사회 통합돌봄은 기존 복지서비스에서 상시적으로 언급되어온 연계와 통합 노력 이상으로 넓은 분야간의 융합과 연계를 강조하고 있다는 점이 두드러지며 이 중 대표적인 것이 주거분야와의 융합연계라 할 수 있음
- 지역사회통합돌봄 선도사업에서 주거지원 부분은 크게는 2분류(케어안심주택 확충과 주택개조), 작게는 4분류(케어안심주택, 주택개조, 자립체험주택, 거주시설 전환)로 구성되어 있음.
- 복지부의 ‘지역사회통합돌봄 추진 가이드북(2020)’의 핵심 통합돌봄 프로그램 중 주거분야는 케어안심주택, 주택개조, 자립체험주택, 거주시설전환 등 4가지로 구성됨.
- 실질적 측면에서는 거주할 수 있는 공공임대주택을 제공하는 jrtrhk 현재 거주하고 있는 주택을 수리해 주는 것 : 입원입소의 필요성을 낮추고 지역사회 지속거주 가능성을 높이는 주거측면의 지원수단임.

- 지역사회 통합돌봄 선도사업에서의 주거지원은 통합돌봄 판정체계를 통한 노인, 장애인, 정신질환자 중에서 지역사회 지속거주에 취약성을 가지고 있는 경우 대상자가 됨 : 공공서비스와 주거지원의 결합제공을 통해 지역사회 거주가 가능한 경우가 대상자임.

[그림 6-3-3] 지역사회통합돌봄과 주거지원 대상 수요



자료 : 홍선미 외(2021)

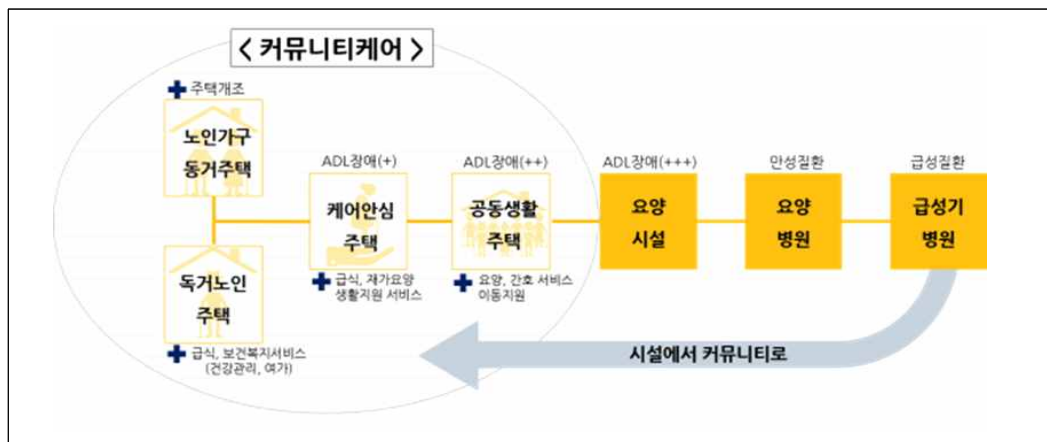
- 다만, 노인은 장애인이나 정신질환자 등 다른 통합돌봄 대상자에서의 지원논리와 차이가 나타남.
- 장애인이나 정신질환자의 경우 주거훈련 과정을 통해 점차 독립적으로 지역사회에서 생활할 수 있도록 초기의 집중적 서비스에서 서비스의 정도가 점차 낮아지는 방향으로의 서비스 논리를 설정하는데 비해, 노인의 경우에는 시간이 지나면서 점차 요양과 돌봄 등 지원서비스가 많아지면서 지역사회에서 생활하도록 지원한다는 서비스 논리임.
- 지원주택의 전형적인 주거우선(Housing First) 논리는 노인보다는 장애인이나 정신질환자에게 더 잘 적용됨.
- 노인, 장애인, 정신질환자 중에서 어떤 인구집단이든 24시간의 집중적인 서비

스나 의료지원이 필요한 경우(병원이나 시설 입소가 필요)가 아니라면 지역사회 통합돌봄의 대상자는 주거상황이 취약한 경우에 주거지원의 대상자가 됨
=> 이는 노인, 장애인, 정신질환자의 집단별로 개별화된 사정도구 (assessment tool)에 따라 판단될 수 있음.

2) 주택(주거공간)의 제공

- 지역사회 통합돌봄에서는 주거지원, 특히 서비스와 결합된 공공주택의 제공에 대해 케어안심주택이라는 정책적 브랜드를 사용해 왔음.

[그림 6-3-4] 지역사회 통합돌봄에서 케어안심주택의 논리



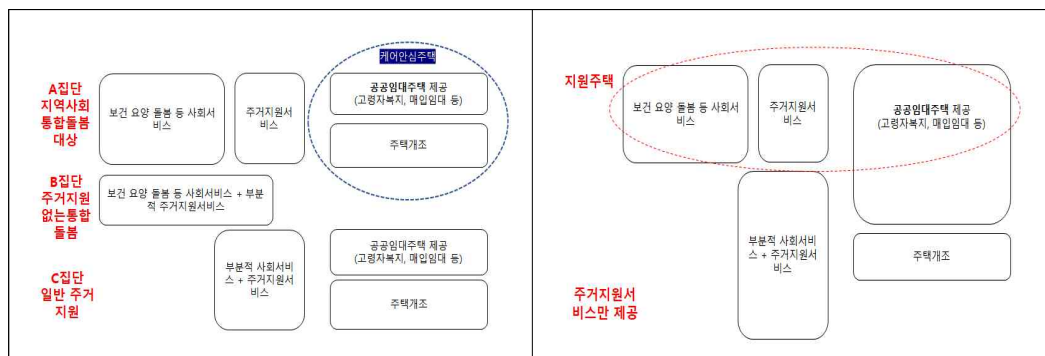
자료 : 보건복지부(2018)

- 케어안심주택에 대한 초기의 도식은 최근 사회복지와 주거복지에서 일반적인 주거우선의 논리라기보다는 단계론 혹은 주거준비(Housing Ready)의 모형을 따르고 있다는 점에서 한계가 나타나기도 함.
- 지역사회 통합돌봄의 케어안심주택과 아울러 최근에는 지원주택, 고령자복지주택, 서비스연계주택 등의 용어도 정책적으로 활용되고 있어 개념적 혼란에 유의해야 할 필요가 있음.
- 케어안심주택 : 지역사회통합돌봄 대상자에 국한된 주택 명칭으로서 정책브랜

드 고유명사, 지역사회통합돌봄 선도사업에서 3년 간 실제 200호 정도 입주
 된 것으로 실체를 가지고 있음. 지원주택과의 구별이 다소 모호함. 일부 선
 도 사업 지역이나 연구(남기철 외, 2020)에서는 주택개량까지를 포함하여 통합
 돌봄대상자가 서비스와 통합돌봄 사례관리를 받고 있는 주택을 지정하여 케어
 안심주택으로 지칭하는 것으로 간주할 것으로 제안하는 논의가 나타나기도 함.

- 지원주택 : 대상이 포괄적(노인, 장애인, 정신질환자, 만성노숙인)이며 비교적
 이론적 구성체가 튼튼한 개념에 해당함. 서울시 지원주택이 전형이며 통합
 돌봄 대상자와 유사하지만 완전히 독립된 별도의 지원주택 입주자격 심사와 사
 정을 통해 입주자를 모집하는 방식으로 운영되고 있음. 주택공급형태와 무관
 함(대개 매입임대주택이 많음) => 최근 들어 지원주택 개념이 정책적으로 많이
 활용되고 있으며 초기와 다른 확장적 개념활용(혹은 혼란)이 많아짐 : LH, 건
 보공단 등에서 고령자복지주택이라는 임대주택 형태와 동일한 개념으로 지원
 주택을 간주하면서 용어의 혼란이 나타나는 경향이 있음.

[그림 6-3-5] 케어안심주택과 지원주택의 개념 비교 도식



자료 : 남기철 외(2021)

- 고령자복지주택 : 노인만 대상으로 하고 있으며, 주로 집합적 건축방식의 특정
 공공임대주택 형태에 초점을 두는 개념. 공공임대주택 공급방식의 정책 브랜
 드라 할 수 있음. 입주대상자는 일반 공공임대주택 입주자 선정방식을 따름.
 주거복지로드맵에서주터 등장하였으며 대형 건축방식의 공공임대주택 저층부
 에 복지시설을 설치하는 것으로 지원서비스 제공을 같음하고 있음. => 지역사

회 통합돌봄 대상자가 입주하도록 하는 사업방식도 나타나지만 대개는 통합돌봄과 무관하거나 부분적으로만 공유사항 있는 상태에서 건축이 추진되고 있음.

- 서비스연계주택 : 노인만 대상, 주택에 (특히 요양과 돌봄) 서비스를 결합하여 제공하는 프로그램을 총칭. 보통명사로서의 성격을 가짐. 최근 들어 일부부처와 저출산고령사회위원회 등에서 활용하고 있으나 아직 그 모형이 구체화되지 않음.

□ 지역사회 통합돌봄에서 주택 제공과 직결되는 케어안심주택은 통합돌봄 초기에 4만호의 계획을 발표한 바 있으나 실제에서의 공급은 계획에 크게 미치지 못해 양적으로 빈약성을 나타내고 있음.

- 2021년 9월 기준으로 717호의 케어안심주택(주택개조 제외)이 공급된 것으로 보고되고 있으나 실제 입주하여 서비스를 받고 있는냐를 기준으로 볼 때는 이보다도 훨씬 더 작은 규모의 추진이 이루어짐.

〈표 6-3-2〉 케어안심주택 공급량(2021. 9. 기준)

지역 유형	총계	광주 서구	경기 부천	충남 천안	전북 전주	경남 김해	부산 부산진	부산 북구	경기 안산	경기 남양주	충북 진천	충남 청양	전남 순천	제주 서귀포	대구 남구	제주 제주	경기 화성
총계	717	112	27	35	50	47	89	28	64	40	4	127	28	5	20	30	11
집합적 건설형	388	12			25	37	82	20	59			127	26				
산재형	235	90	20	20	3	10		3	4	40	4			3	20	10	8
단기 입주형	47		7	15	1		7	5					2			7	3
수시 대응형	47	10			21				1					2		13	

자료 : 보건복지부(2021)

□ 고령자복지주택이 지역사회통합돌봄 케어안심주택에서 주택 공급자원의 전형으

로 여겨지고 있으며 정책적 홍보가 많이 이루어졌으나 실제 지역사회 통합돌봄 선도사업에서는 고령자복지주택이 많이 활용되지 못함.

○ 대개의 선도사업 지역에서는 매입임대주택 혹은 고령자 리모델링 주택(이것도 넓게는 매입임대주택의 범주에 해당됨)이 케어안심주택으로 활용되고 있음.

○ 기본적으로는 집합적 건축형 공공임대주택인 고령자복지주택 공급은 시간이 많이 소요되어 통합돌봄 사업의 수요에 맞추어 적기에 공급되기 어렵기 때문임.

3) 주거환경의 개선(주택개조사업)

□ 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 추진한 주거지원사업 대부분은 주거환경개선 사업이었음.

○ 선도사업 기간 중 2021년 9월까지 약 6,000가구에 대해 주택개조사업을 실시함⁶⁰⁾.

〈표 6-3-3〉 지역사회 통합돌봄 주택개조사업량(2021. 9. 기준)

지역 년도	총계	광주 서구	경기 부천	충남 천안	전북 전주	경남 김해	부산 부산진	부산 북구	경기 안산	경기 남양주	충북 진천	충남 청양	전남 순천	제주 서귀포	대구 남구	제주 제주	경기 화성
총계	6,039	584	884	268	275	237	225	341	437	311	453	911	399	257	295	128	34
'21년	1,072	81	200	35	40	60	50	50	90	100	130	50	69	50	20	30	17
'20년	2,771	296	316	75	98	82	115	158	195	139	227	616	170	126	71	78	9
'19년	2,196	207	368	158	137	95	60	133	152	72	96	245	160	81	204	20	8

자료 : 보건복지부(2021)

□ 주택개조사업은 지역사회 통합돌봄 선도사업을 운영하는 많은 지자체에서 선호

60) 일부 사업자료에서는 2021년 말까지 선도사업 지역에서 7,519세대에 대해 주택개보수 사업을 실시한 것으로 집계되기도 함

하여 선택하는 프로그램이고 높은 사후 만족도를 나타내고 있으나, 이후의 서비스 연계나 사례관리와 연계되지 못하고 단발적 프로그램 지원으로 그치는 경우가 많음.

- 광주 서구는 영구임대아파트와 관련한 주거수리 매뉴얼을 개발하였음.
- 지역사회 통합돌봄 선도사업은 아니나 노인보건복지 전달체계 개편사업의 행안부 사업지역(화성, 춘천)은 자체적인 노인주택개조사업 매뉴얼을 개발 활용하는 경험을 축적함.

다. 기존 정책의 함의

□ 성과와 어려움

- 지역사회 통합돌봄에서의 주거지원은 주거와 서비스의 결합으로 그간 (요양) 시설 입소나 병원 입원 위주의 서비스 관행을 바꾸는 정책방향의 본격적 실험을 전개함.
 - 16개 선도사업 지역과 관련된 사업을 시도한 지역들에서 지원주택 혹은 주거지원에 대한 본격적인 정책이 시도되었음.
 - 선도사업 지역에서는 LH의 공공임대주택을 포함한 다양한 주택제공 모델의 개발과 아울러, 지역사회에서의 주거유지를 위한 서비스 연계가 시도되었음.
- 기초지방자치단체의 경우 관련 정책집행의 경험이 많지 않은 상태에서 특히 주거지원과 관련하여 실무적 어려움을 다양하게 토로함.
 - 선도사업 현장에서 실무자들이 토로한 어려움의 주요 내용은 대략 다음 <표 6-3-4>와 같음.
 - 특히 주택자원(공공임대주택)의 공급이 원활치 않은 점, 거주시설과 주택에 대한 혼란, 향후 통합돌봄사업의 지속성 유부와 관련하여 주택자원 확보체계를 지자체가 중장기적으로 구성해도 되는가에 대한 불안 등이 두드러지는 어려움으로 나타나고 있음.

〈표 6-3-4〉 지역사회통합돌봄 선도사업에서 부각된 주거지원 사업의 어려움과 제안사항

구분	사업수행 상 어려운 점 및 제언
경기 안산	<ul style="list-style-type: none"> - 선도사업기간 이후의 지속성 여부 우려 - 장기입원 입주자(대부분 자산처분)의 본인부담보증금에 대한 지원 필요. 이에 퇴원이후 거처 확보에 대한 자금준비 없음 - 남비를 방지하기 위해 지역사회와 교류할 수 있도록 하는 방식이 고민
경기 부천	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 부천시 중간의 집은 주거복지시설로 등록, 주거복지시설에 준하는 인력 기준을 갖추어야 함. 그러나 이러한 정도의 인력이 불필요함. 체험홈과 같은 형태 필요 - 지자체와 소통가능한 LH창구 필요
경기 화성	<ul style="list-style-type: none"> - 입주자 선호지역의 주택확보 난이. 본래 자신이 거주하는 지역 내에서의 케어안심주택을 희망 - 정신질환자에 대한 사회적 낙인으로 인해 홍보 어려움
경기 남양주	<ul style="list-style-type: none"> - 당초 계획에 비해 주택확보의 속도가 늦어지고 있음. 코로나로 인해 LH와 사업 진행이 거의 이루어지지 못하는 상황이었음. 공가 확보도 쉽지 않은 상황. 이에 현재 민간임차주택 중심으로 추진할 수밖에 없는 상황임. 케어안심주택 확보방식의 다양성을 인정하면 좋겠음. 단 중간 주택 형태로 운영하다보니 이후 안정적인 주택 확보가 관건 - 매입임대주택의 경우 한개 동 혹은 한지역에 집중하지 않도록 하는 게 필요할 듯. 노인가구만 한정해 입주하게 되면 외부의 시선 좋지 않을 수 있음 - 일선 현장에서(읍면동주민센터) 복지, 돌봄, 보건, 의료, 주거 등 각 직역이 분절적임. 따라서 대상자 발굴부터 서비스 계획 및 수행까지 불협화음이 있는 듯함. 지역여건상 보건의로 사업의 부재, 특히 요양병원의 구조적 한계로 대상자 발굴이 순탄치 않음
광주 서구	<ul style="list-style-type: none"> - ‘집수리표준안’ 구성, 영구임대주택을 케어안심주택으로 활용 예정. 영구임대 단지 내 사회복지관 서비스제공 및 연계 - 케어안심주택 범주를 유연하게 할 필요. 실제로 케어안심주택 신축은 토지 구입 등 난항. 현재 거주하는 주택의 개조 역시 케어안심주택으로 확장 필요
대구 남구	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인 선도사업으로 장애인과 관련한 각종 사안을 다루기 때문에 분야별, 영역별로 다양한 전문가들이 필요하며 연계해야 하는데 실무적으로 어려움
부산 북구	<ul style="list-style-type: none"> - 케어안심주택 확보 방식 및 운영에 대한 다양한 유형 제시, 포괄성 필요
부산 부산진구	<ul style="list-style-type: none"> - 케어안심주택 확보 방식 및 운영에 대한 다양한 유형 제시, 포괄성 필요
충북 진천	<ul style="list-style-type: none"> - 공공임대를 활용하기 어려운 상황으로 군 및 군대 소유 건물을 활용, 거주기간에 대한 규정이 없음
충남 천안	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 퇴원환자에 대해서만 임대주택 연계, 재가노인도 주택을 매칭할 수 있는 여건이 되기를 희망 - 퇴원환자의 경우 정착여건 조성으로 가구가사집기지원을 위한 예산 필요함 - 현재 매입임대 공가 충분한 편임
충남 청양	<ul style="list-style-type: none"> - 당초 LH의 고령자복지주택을 케어안심주택의 주택자원으로 기획하였으나 건설 및 입주의 지연 상황이 발생
전북 전주	<ul style="list-style-type: none"> - 기존 집수리사업과의 중복과 및 시기 조정 문제 있음 - 주택내부 편의시설 설치만으로 정착에 난이. 실제 생활에 어려움이 없을 정도의 주거환경개선을 위해서는 지원 및 자부담도 필요함(건보재정 활용 등)

구분	사업수행 상 어려운 점 및 제언
전남 순천	<ul style="list-style-type: none"> - 케어안심주택을 시설로 인식, 입주자 발굴이 어려움 - LH 본사와 지사 간 케어안심주택에 대한 인식 차이. 건설은 LH본사, 관리는 지사인데, 지사와 지자체 소통에 어려움이 있음
제주 제주	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 주택 확보(공가 및 신축 모두) 용이하지 않음 - 입주자 8명중 뇌병변장애인 1명, 7명이 발달장애인임. 활동보조시간 부족으로 시설폐소와 주택입주 시 적응기간 동안 24시간 서비스가 필요하나 인력부족
제주 서귀포	<ul style="list-style-type: none"> - 주택 확보에 어려움이 나타나고 있음 - 케어안심주택을 긴급주거지원(긴급복지)과 같은 방식으로 시군구청장의 의견이 적극반영 되는 선정기준(주택입주자격결정)이 필요함

자료 : 남기철 외(2020).

□ 케어안심주택 정책개념 범주의 혼란

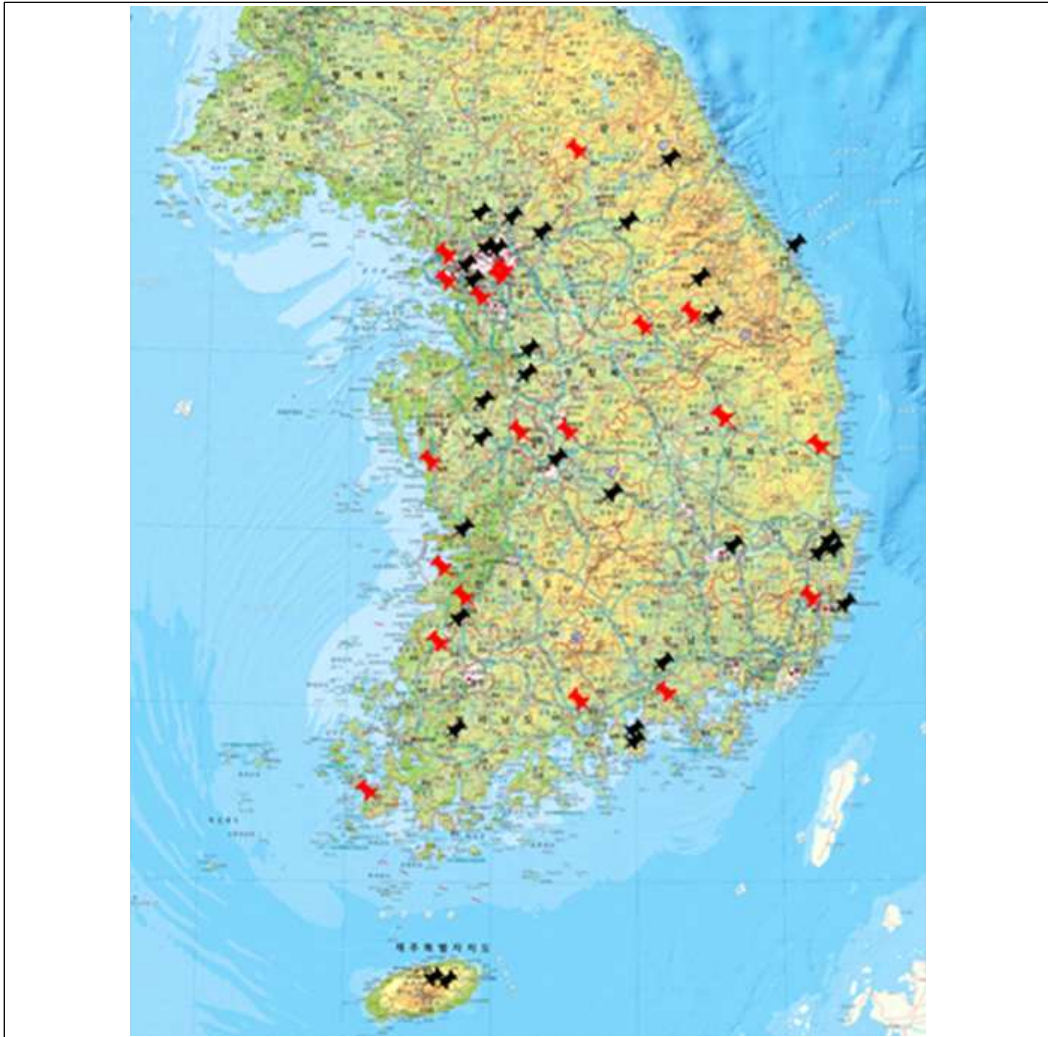
- 지역사회 통합돌봄 사업계획의 초기단계에서는 케어안심주택 4만호 공급계획 등의 발표가 나타나면서 케어안심주택을 특정 유형의 고령자용 공공임대주택과 동일시하기도 함.
 - 이 경우 케어안심주택을 주택공급유형의 하나로 조망하는 것임.
 - 초기의 방식에서는 지역사회 통합돌봄 대상자가 아닌 일반 고령층 대상의 임대주택도 케어안심주택에 포함되었지만, 공공임대주택을 공급하는 국토부나 LH에서는 케어안심주택이라는 주택공급유형을 인정하고 있지 않음.
- 케어안심주택이 별도의 주택공급유형으로 정착되기는 어려운 상황에서 고령자복지주택과의 혼선이 나타남.

□ 주택자원 공급의 문제

- 지역사회 통합돌봄에 활용할 공공임대주택을 적시에 필요한 조건으로 공급받지 못하는 상황의 문제가 나타남.
 - 지역사회통합돌봄 선도사업 지역에서는 공통적으로 나타나는 문제임.
 - 주택공급 계획에 따라 지역사회통합돌봄 입주자를 확보하여 케어안심주택 사업을 진행하는 공급주도 사업관행의 배경요인임.
 - 결과적으로 계획에 비교하여 케어안심주택 입주자의 수가 잘 늘어나지 않는 양상을 나타내고 있음.

- 케어안심주택의 전형으로 고령자복지주택을 설정하고 있는데 집합형 아파트의 신축은 시간이 많이 소요되고 지역에 고르게 분포되기 어려워 선도사업 지역에 고르게 확산되기 어려운 점이 있음.
 - 고령자복지주택은 2021년 11월 기준으로 전국적으로 51곳에서 약 5,842호가 추진되고 있는 것으로 보고되고 있음.
 - 2010년 10월 성남위례지역에서 최초로 사업이 승인되어 시작된 이후, 현재까지 준공이 완료된 것은 과거 공공실버주택이라는 명칭을 사용하던 20개소 정도의 수준에 불과함.
 - 정책적 관심의 정도에 비해서 추진이 느리고 긴 시간이 소요되고 있음.
 - 집합적 형태의 건축 기간과 지자체 입장에서 선호도가 높지 않다는 점 등이 추진이 늦어지는 복합적 원인으로 작용하고 있음.
 - [그림 6-3-6] 에서 보는 바와 마찬가지로 전국 단위로 볼 때는 기초지자체의 수요를 충족하기에는 고령자복지주택의 전국적 확충이 매우 느리며, 특히 그 총량과 무관하게 일차적 사업완결시점인 2025년 기준으로 지역별 누락이 많이 나타나게 됨.
 - 지역사회통합돌봄 선도사업 지역을 중심으로 볼 때는, 고령자복지주택의 설치 지역과 통합돌봄 선도사업 지역의 불일치성이 문제가 됨.

[그림 6-3-6] 고령자복지주택(공공실버주택 포함) 설치 지역(2021. 11. 기준)



자료 : 남기철 외(2021)

- 통합돌봄 사업을 추진하는 기초자치단체의 입장에서는 광역 이상의 단위에 설치된 주택공급 체계(LH지사 및 광역도시공사)와의 원활한 주택공급 협의가 어려운 상황임.
- 공공임대주택 입주자 선정과 지역사회 통합돌봄 대상자 간의 부정합성
 - 현재 공공임대주택은 입주자격에 소득과 자산, 무주택 등 엄격한 자산조사 요

건을 가지고 있는 반면, 지역사회통합돌봄 정책은 소득이나 자산을 따지지 않고 욕구에 기반하는 보편적 서비스로서의 성격을 표방하고 있음.

- 대개 공공임대주택 자원에 의존하고 있는 케어안심주택의 경우 지역사회 통합돌봄의 한 정책 프로그램임에도 불구하고 지역사회 통합돌봄 대상자가 입주자격에서 배제되고 고령자복지주택(영구임대주택) 입주자격에 기초하는 문제가 발생함.
- 초기의 고령자복지주택(공공실버주택) 중 입주가 완결된 주택의 경우 입주자의 절대다수가 돌봄이나 요양서비스가 전혀 필요하지 않은 건강한 노인으로 구성되어 있음.
- 최근 고령자복지주택 입주자격을 일부 변화하여 입주선정 점수가 동점인 경우에는 요양대상자 등 지원서비스 필요도를 반영하는 것으로 적용하고 있으나 크게 실효적이지는 않음.

○ 주택과 서비스 결합에 대한 관련 부처 간 관점 차이가 존재하며 실제 선도사업 현장에서 양자의 불일치가 나타나고 있음.

- 국토부의 경우 고령자복지주택을 포함한 공공임대주택 입주자에게 필요한 서비스를 제공하기 위한 복지부와 기초지방자치단체의 예산투입과 노력을 요구함.
- 복지부의 경우 돌봄과 요양 등 서비스가 필요한 지역사회 통합돌봄 대상자에게 주택자원(공공임대주택)을 원활하게 제공할 것을 요구함.
- 아직까지는 이 양자의 입장에 대한 적절한 균형적 조치가 마련되지 못한 상태임.

□ 지속적인 사례관리와의 연계

○ 주택개조사업이 지역사회 통합돌봄의 주거지원 방법으로 많이 활용되었으며 높은 만족도를 나타내었음.

○ 반면, 주택개조가 단편적 프로그램으로만 제공 혹은 제공 후 종결되면서 지속적인 지역사회 통합돌봄 사례관리와 연결되지 않는 단편성·분절성의 문제를 나

타내기도 함.

- 기존 주거급여 관련 주택개조 사업 등 여러 집수리 관련 사업들과의 중복성 및 누락이 존재함.
- 기초자치단체 중심의 사업 통합관리 체계가 취약한 상황임.
- 주택을 제공하는 사업의 경우에도 특히 중간주택의 제공과 관련된 사업에서는 향후의 영구적 주거연계를 위한 방안을 포함한 사례관리가 충분하지 않음.

□ 다양한 관련사업과의 연계성 고취 필요성

○ 공공임대주택, 기존의 다양한 주택개조사업 등과 지역사회 통합돌봄 사업의 연계성을 고취할 필요가 있음.

- 장기요양보험, 맞춤형돌봄에서 주거지원 프로그램이 이루어지지 않고 있음.
- 지역사회 통합돌봄 선도사업 외에도 일부 지방자치단체와 민간에서 시행하고 있는 지원주택 사업, 보건복지전달체계 개편에서 이루어지고 있는 통합돌봄사업, 중앙정부가 아닌 지방자치단체가 자체적으로 진행하고 있는 별도의 통합돌봄사업, 주택공급자 측에서 추진하고 있는 고령자에 대한 공공임대주택 특성화 사업, 장기요양서비스 강화를 위한 시범사업 등 관련되는 사업들이 각각 개별적으로 추진되면서 케어안심주택과 관련된 논의나 자원이 비체계적으로 소진되기도 함.

□ 기존 케어안심주택 관련 연구에서의 쟁점 사항

○ 이상의 내용을 반영하여 기존 관련 연구에서는 지역사회 통합돌봄 주거지원의 핵심 브랜드인 케어안심주택 정책추진과 관련한 쟁점을 <표 6-3-5>와 같이 정리하고 있음.

〈표 6-3-5〉 케어안심주택의 정체성과 쟁점사항

구분	현행 사업 정체성 (지역사회 통합돌봄 선도사업과 케어안심주택)	쟁점
정책 개요	○ 2022년까지 케어안심주택 4만호 공급 목표	케어안심주택의 범주 문제와 목표 달성 불투명성 노인 대상의 일반 공공임대주택과 구별 모호
대상	○ 돌봄서비스와 주거지원이 필요한 어르신 등	공공임대주택과 기존 돌봄서비스가 각각 자체적인 대상 규정을 가지고 있음 지자체별로 수요(욕구)의 추계와 계획 설정 필요
	○ 소득에 무관한 보편적 성격	기존 대상자 규정의 means test
급여	○ 임대주택 제공	돌봄 욕구와 분리된 주택 제공 방식
	○ 주택과 연계된 돌봄 서비스	기존 서비스 활용만으로 불충분 추가적 서비스 제공시 지역사회 내의 형평성 문제 가능성
	○ 통합 사례관리	주거지원 시에 사례관리 주체의 불분명성
전달체계	○ 주거와 서비스 자원의 기초지자체 연계 통합	주택공급에서 분리된 전달체계에 따른 기초지자체 통합능력 제약성
	○ 장기요양, 맞춤형 돌봄 등 기존 서비스 전달체계 연계 활용	재가장기요양서비스 제공기관이나 기존 민간의 위탁기관 서비스의 독자성, 파편성
재원	○ 소규모의 통합돌봄 재원 ○ 주택공급을 위한 외부 재원 활용 ○ 건강보험공단 등의 장기요양재원 등 별도의 서비스 재원 활용	외부 연계사업의 재원 여건에 따라 선도사업 케어안심주택의 적시 추진 제한성

자료 : 남기철 외(2020).

2. 지역사회 통합돌봄을 위한 주거 정책의 방향 및 과제

가. 통합돌봄을 위한 주거지원의 방향과 원칙

□ 탈시설과 지역사회통합의 원칙

- 주거지원에는 다양한 수단이 활용되는데 이는 탈시설화와 맥락을 같이 하므로 최대한 지역사회 내에서의 통합거주를 지향하는 방식으로 활용되어야 함.
 - 관리의 효율성을 위한 특정 지역과 건물로의 집중화나 수용화의 폐해를 최소화할 수 있는 거주방안을 확보하여야 함.
- 케어안심주택이나 공공임대주택을 활용하는 프로그램의 경우, 입주 당사자가 임대계약의 주체가 되도록 하며, 공공이 관리하는 돌봄서비스 이외에는 지역사회와의 교류와 통합성이 일반 주거와 차이가 나지 않도록 주거지원을 운영할 필요성이 있음.
 - 산재형·분산형 주택 및 기존 거주지의 적극적 활용을 모색하여야 함.
- 전환형 혹은 단기의 임시적 주거 프로그램의 경우 특정 대상자의 장기적 주거가 되지 않도록 관리하여야 함.

□ 주거우선(housing first)의 원칙

- 지역사회통합돌봄의 주거지원은 생활할 준비가 된 대상자를 심사하여 주택과 서비스를 제공하는 것이 아니라 지역사회에서 생활하는 주거를 제공하는 것을 기본 전제로 하는 것임.
 - 지역의 주거를 제공하는 것을 우선원칙으로 하며 여기서 생활하는데 필요한 서비스를 제공하는 방식이어야 함.
 - 주거우선 원칙의 대립은 주거준비(housing ready) 원칙이라 할 수 있음 : 독립생활의 준비를 단계적으로 추진하며, 준비가 되었는지를 심사하여 관련되는 단계의 주거를 지원하는 것이 기존의 일반적이었던 주거준비 모형의 방식임.

○ 가급적 안정적(영구적) 주거의 제공을 주거지원의 기본으로 삼으며, 과도적이거나 중간적 형태의 주거는 필요한 경우에 최소한으로 국한하여 활용하는 것이 적절함.

- 불가피한 과도적·중간적 주거의 경우에는 이후 안정적 주거에 대한 계획의 현실화까지가 주거지원의 내용이 되어야 함.

- 우리나라 복지체계에서는 중간단계의 주거훈련 프로그램이 빈약한 것이 아니라 그 후의 정주체계가 만들어지지 못하는 것이 시급한 해결과제가 되고 있음에 유의해야 함.

□ 지속적 사례관리

○ 지역사회통합돌봄의 주거지원은 추가적인 서비스가 있어야 지역사회거주가 가능한 사람에게 제공되는 것이므로 주택 제공 및 주거여건의 조성 이후에도 지속적인 서비스와 사례관리가 이루어져야 함.

○ 기존의 임대주택 관련 지원이나 주택개조사업 프로그램들은 단편적으로 서비스가 제공된 후 사례관리가 지속되지 않는 경우가 많았음.

○ 주거지원은 지속적인 서비스와 사례관리가 수반되는 것을 기본 요건으로 하는데, 사례관리의 집중도나 수준은 지자체의 사정과 판단에 따라 다양할 수 있음.

□ 기초지방자치단체의 책임성과 조절 권한

○ 지역사회통합돌봄 주거지원의 효과적인 추진을 위해서는 주택의 활용과 지원 서비스의 제공 양자를 기초지자체가 최대한 통합적으로 조절할 수 있는 권한을 확보하여야 함.

- 사례관리를 책임지는 기초지자체가 주거자원과 서비스자원을 책임성 있게 관리할 수 있도록 관련 체계 간의(특히 주택공급체계) 협의나 사전 조율이 이루어져야 함.

- 특히 자원을 투입할 대상의 선정에 대해서는 기초자치단체의 사정과 권한이 일차적으로 발휘되어야 함.

나. 통합돌봄을 위한 주거정책 구성요소

1) 정책대상의 설정 관련

- 지역사회 통합돌봄에서의 주거지원 대상자는 모든 주거지원의 대상자가 아닌 지역사회 통합돌봄과 관련된 지원 대상자임을 전제로 함.
 - 이에 따라 노인, 장애인, 정신질환자가 대상이 되며 이들에 대한 지역사회 통합돌봄이라는 관점에서 대상자가 선정이 됨.
 - 노인과 정신장애인도 주거지원의 근거인 주거취약성만이 아니라 통합돌봄과 결합된 주거욕구(돌봄과 요양 등의 지원서비스와의 결합을 통해서 지역사회 주거생활이 가능한 경우)가 대상이 됨.
- 노인의 경우 전국적 규모에서 지원주택의 수요 규모를 추계한 연구들이 나타나고 있으며, 이 연구들은 대략 40만에서 45만 노인가구에 대한 ‘주거지원’의 필요성을 나타내고 있음.
 - 건강보험연구원 연구(강하렴 외, 2020)의 경우에는 건강보험 데이터를 기반으로 사회적 입원자(장기입원자 122,974명과 회전문 현상자 26,588명) 149,562명과 지역사회의 허약노인(3등급 이하 재가급여자이면서 75세 이상인 장기요양 등급자 210,352명과 등급외자이거나 장애질환 5개 이상 보유자 중 공공임대주택 입주희망자 비율을 감안한 기타 허약노인 379,731명) 590,083명을 포함하여 전체 739,645명으로 노인지원주택 수요자 수를 추계함 : 전체 노인의 9.3%로 추계한 이 결과는 개인단위로의 추계, 주택소유나 소득수준을 고려하지 않았고, 입주의향(19.4%)를 지역사회 허약노인에게서만 반영하는 등 과대추계의 가능성이 높음.
 - 국토연구원의 연구(박미선 외 2020), 정책대상자를 65세 이상 고령자가 가구주인 가구, 소득분위 8분위 이하, 자가 및 임차 가구를 모두 충족하는 자가 3,306,675가구와 임차 822,832가구를 산출하고, 여기에 경증 및 등급외자 비율(장기요양 3등급 이하, 인지지원등급 및 등급외자 비율 10%), 임대주택

입주의향(자가 18.8%, 임차 43.8%), 서비스 이용의향(자가 96.8%, 임차 92.9%)을 곱하여 전체 93,028가구로 노인지원주택 수요를 추계함 : 고령자 가구주 가구를 토대로 하고 있으며, 경증과 등급외자만 고려한 점 등 과소추계의 가능성이 높음.

- 남기철 등의 연구(2021)에서는 국토연구원과 건강보험연구원의 두 연구 결과를 종합하여, 주거지원 대상자를 가구단위로 추계하고 입주와 서비스 이용의향 등을 반영하여 전국적으로 약 10만호의 서비스연계주택(지원주택)지원, 약 30만호의 주택개조지원 수요를 추계하고 있음.

□ 장애인의 경우 서울시에서 지원주택 수요를 추계한 바에 따르면, 약 780호가 필요한 것으로 추계하고 있는데, 이는 발달장애인만을 대상으로 설정한 수치임.

- 서울시의회의 연구(민소영 외, 2019)에서 서울지역 장애인 거주시설 성인 입소자 1,963명 중 지원서비스가 필요한 발달장애(동반장애 포함)인 1,621명에 초점을 두고 여기서 탈시설 후 주택필요대상 772명, 여기서 자립희망자 62.1%인 479명을 지원주택 대상자로 산정함.

- 같은 연구에서 지역에 거주하는 장애인은 서울시 등록 장애인 수 392,920명 중 성인 장애인 194,219명에 대해 지원서비스가 필요한 발달장애(동반장애 포함)인 24,529명에 초점을 두고, 여기서 저소득 기준과 공공임대주택 입주 희망비율, 지역사회 자립을 희망하는 비율을 적용하여 298호의 지원주택 소요를 추계함.

- 이와 같은 서울시에서의 추계방식은 발달장애에 국한하고 있으며, 저소득 기준, 지역사회자립희망 비율을 적용함으로써 과소추계의 가능성이 있음.

□ 정신질환자의 경우 서울시에서 지원주택 수요를 추계한 바에 따르면 적게는 1,127명에서 많게는 1,411명의 중증정신질환자에게 지원주택이 필요하다고 추계하고 있으며 이는 전체 인구 대비 0.011% - 0.014%에 해당함.

- 서울시의회의 연구(민소영 외, 2019)에서 서울지역 정신질환자 중 정신의료시설과 정신요양시설에 입원(소)자는 관내 기준으로 3,183명, 관외지역을 포함

하여 9,869명인에 이들에 대해 불필요한 사회적 입원비율과 주거제공시 퇴소 희망비율, 서비스 필요도, 경제적 요건 등을 감안하여 관내 217명, 관내외 기준 675명 가량의 대상자를 산정함.

- 같은 연구에서 지역에 거주하는 정신질환자는 재가 정신장애인 출현률 (0.218%)을 고려한 중증정신질환자 13,714명에 대해 자립이지, 불안정주거 비율, 지원서비스 욕구비율, 경제적 조건 등을 감안하여 640명 내지 736명의 지원주택 소요를 추계함.
- (해당 연구에서도 지적하고 있듯이) 이와 같은 서울시에서의 추계방식은 중증 정신장애 출현률에 대한 낮은 비율에 근거하고 있으며, 경제적 조건의 감안 등 과소추계의 가능성이 있음.
- 이상의 기존연구에 기초한다면 전국 단위로 단순 환산할 경우 대략 노인에 대해서 10만호의 지원주택 제공, 30만호의 주택개조사업, 장애인에 대해 4,000호의 지원주택제공, 정신질환자에 대해 6,000호의 지원주택제공이 지역사회 통합돌봄 주거지원과 관련한 정책 대상으로 제시되고 있음.
- 이 수치는 각각 개별적으로 각각 상이한 기준, 지원주택 혹은 케어안심주택에 대한 서로 다른 정책위상 설정에 따라 추계된 것으로 제한성을 가짐.
- 특히 장애인과 정신질환자에 대한 추계는 과소추계의 위험성 및 최근 탈시설 화에 따른 정책동향이 제대로 반영되어 있지 않은 점 등을 감안할 때, 실제 수요는 더 크다고 보아야 함.
- 또한 정책대상에 대해 동시에 전국적으로 사업이 추진되지 않는 지역사회 통합돌봄의 현실을 감안한다면, 지방자치단체별로의 수요와 이에 따른 주거지원 추계방식이 추가적으로 만들어져야 할 필요가 있음.
- 단기간 내에 욕구충족률을 100%로 설정한 사업대상 규모 설정에 무리가 따를 수 있으므로 전국단위와 통합돌봄 사업지역단위 양자에 대해 단계적인 욕구충족률을 설정하는 것이 현실적일 수 있음. 그러나 지나치게 주택공급자의 여건 중심으로 사업대상자를 축소하여 설정하는 것은 바람직하지 않음.

2) 주택의 공급 형태와 방법

□ 통합돌봄 주거지원을 위해서는 기본적으로 활용가능한 주거자원의 확보가 필요하며 특히 공공임대주택의 정책적 활용가능성이 핵심이 됨.

○ 노인, 장애인, 정신질환자 등 다양한 통합돌봄 대상자의 특성을 감안하여 다양한 주거지원 방법이 활용되어야 하며 기존 공공임대주택의 제공연계, 주택개조사업의 연계, 지역사회통합돌봄의 독자적 프로그램에 의한 주택 제공과 주택개조사업, 탈시설과 지역사회 재정착을 위한 과도적 주거지원(혹은 주거훈련) 등이 포함되어야 함.

○ 이 중 가장 핵심이 되는 것은 주택의 제공연계에 해당함.

□ 영구적 지원주택(permanent supported housing)을 기본적 정책수단으로 활용하는 것이 중요함.

○ 주택의 제공과 서비스의 연계는 안정적 주거생활의 유지를 위한 의미가 핵심적이므로 제공되는 주택은 안정성을 가져야 함.

○ 때문에 지원주택은 통상 영구적 지원주택(permanent supported housing)으로 불리기도 함.

○ 돌봄대상자의 상태 변화에 따라 단계적 혹은 잦은 주거이동이 이루어지기보다는 해당 주거에서의 지속거주 기반 하에 서비스 내용과 수준이 변화하도록 하는 것을 원칙으로 설정.

○ 영구성은 문자 그대로의 사망시까지 영구성을 가진다기 보다는 일반적인 공공임대주택이 가지는 주거계약 조건(매입임대주택의 경우 2년 계약 후 9회의 재계약으로 총 20년 거주 가능성이 통상적임)보다 불안정하지 않도록 설정되는 것으로 활용될 수 있음.

○ 지역사회 통합돌봄에서 주택을 제공하는 것은 영구성을 가지는 주택의 제공지원에 절대적 비중을 두는 것이 필요하며, 공공임대주택에 통합돌봄 대상자가 주택 공급자(LH 및 지역도시공사)와의 입주계약에 기초하는 방식으로 진행될

필요가 있음.

□ 보완적 방법으로 과도적·임시적 주택의 제공 방법 등 다양한 주거제공 방법의 활용이 있음.

○ 주거훈련 등의 필요성, 퇴원퇴소자에게 즉각적인 주택제공이 필요한 경우 등을 감안하여 임시적이고 과도적인 주택을 제공함.

○ 이 경우 기초지방자치단체나 혹은 통합돌봄 사업의 관련 주체가 주택을 공급자로부터 계약을 통해 보유한 상태에서 대상자와 단기계약을 통해 입주하도록 하는 방식이 일반적임.

○ 영구성을 가지지 않은 자립지원주택이나 자립훈련용 주택이 이에 해당할 수 있음 : 특히 노인보다는 장애인과 정신질환자의 탈시설과 관련하여 과도적 주택의 활용성이 높을 수 있음.

○ 다만, 과도적 주택의 제공은 과도적 거주시기 이후의 영구적인 지역사회주거의 확보방법과 병행되어야만 의미를 가질 수 있음 : 이에 따라 임시적·과도적 주거지원은 제한적으로 활용되어야 함.

□ 주택의 형태 측면에서 집합형의 아파트 형태만이 아니라 매입임대주택과 같은 지역사회 산재형의 주택을 활용하는 방법을 체계화할 필요가 있음.

○ 지역사회 통합돌봄의 주택지원에서 고령자복지주택이 일반적인 형태로 홍보가 많이 되고 있으나 실제 선도사업에서의 활용에서는 소규모 주택이 활용이 많이 이루어졌음.

○ 이는 많은 기초지방자치단체에서 대규모 건축방식보다는 소규모의 지역사회 근접형 공공임대주택의 활용성이 높다는 의미이므로 이를 적극적으로 활용하여야 함.

○ 고령자복지주택에 서비스를 연계하는 방식과 체계에 대한 모색은 선도사업 추진과 노인 못춤형 주택공급을 위한 국토부의 노력으로 다양하게 추진되고 있는데, 소규모 주택의 제공에 대해서는 서비스 체계에 대한 전국적 수준에서의

방안을 모색하는 것이 취약한 상황: 소규모 주택에 대해서도 서비스 체계화를 위한 정책적 모색이 필요함.

□ 그간의 통합돌봄 선도사업에서 케어안심주택 추진경험을 바탕으로 주택은 (고령 자복지주택에 국한되는 것이 아니라) 다양한 유형으로 공그 및 활용되는 것이 바람직하며 적어도 다음과 같은 유형이 방법이 가지는 장단점에 주목하여 활용하여야 함(남기철 외, 2020).

- 기존에 공급되어 있는 공공임대주택의 공가 활용
- 집합적 형태(규모)의 공공임대주택 확보
- 산재형 매입(전세)임대주택의 확보
- 기존 공공임대주택 입주자에 대한 서비스 연계 강화방식
- 단기 입주형의 케어안심주택
- 공공임대주택 이외의 사회주택 등 주택자원 활용

3) 주택개조사업 관련

□ 최근 복지부가 시행한 지역사회통합돌봄 선도사업, 행안부와 복지부의 복지전달 체계 개편 시범사업 등에서 주거지원과 관련해서 주택개조사업이 압도적 비중을 차지하고 있으며, 노인과 장애인 등 통합돌봄 대상자의 주거실태나 욕구를 통해서도 주택개조사업의 필요성은 상당히 높으나 정책적으로 적극적 고려대상으로 부각되지 못하고 있음.

- 주택개조사업은 기존 주거급여의 수선유지급여 등 다양한 부처의 사업들이 산발적으로 진행되면서 중복과 누락의 문제가 발생함.
- 지역사회 통합돌봄 대상자에 대한 주택개조는 통합돌봄 사업의 예산으로 진행되는 것 이외에는 대상자의 특성과 필요에 부합하는 개별화된 욕구맞춤형 사업의 진행이 취약한 상황임.
- 장애인의 경우에는 장애인개발원을 통한 주택개조사업의 경험이 일부 있으나

노인의 경우에는 노인의 특성에 부합하는 주택개조사업의 전국적 체계가 취약함.

- 선도사업에서의 주택개조사업 경험을 활용하여 통합돌봄 대상자에 대한 주택개조사업과 사례관리 체계를 기초지방자치단체 중심으로 정비할 필요성이 있으며 기존 다른 부처의 프로그램들로 존재하는 주택개조사업과의 연계성을 정비해야 함. 특히 노인 대상의 경우 이 체계화가 시급함.
- 통합돌봄 선도사업과 노인보건복지 전달체계 개편사업에서 개발된 주택개조사업 매뉴얼 등의 적극적 활용방안 모색해야 함.

4) 서비스 지원체계 결합 방식: 주거(유지)지원서비스

- 지역사회 통합돌봄에서의 주거지원은 일반적으로 상정되는 안정된 주거지 제공 이상으로 주거생활을 위해 필요한 지역사회에서의 요양과 돌봄 등 서비스의 통합연계가 기본 특징임.
- 사례관리를 가장 기본적인 필수 서비스 내용으로 하여 보건의료, 요양, 일상생활 지원, 주거상담과 지원 등의 서비스가 연계되어야 함.
- 현재도 통합돌봄의 모든 서비스와 사례관리가 케어안심주택(혹은 주택개조 포함) 입주자에게 연결되도록 이념적으로는 구성되어 있으며 이 중에 ‘주거(유지)지원서비스’가 포함되어 있음.
- 반면 요양과 돌봄 서비스의 통합과 아울러 주거생활 자체에 대한 사례관리나 사정활동이 필요하며 이는 주택개조사업이나 주택제공의 필요성 사정과도 관련되어 주거영역에 대한 전문성을 필요로 함.
- 주거의 서비스 부분은 (주거에 연결되는 다른) 사회서비스 부분과 주체를 달리 하는 것에 대한 논의가 많으며, 실제의 주체로서는 주거복지센터, 마이홈센터 등의 역할 등 다양한 모색이 지역사회 여건에 맞추어 가능함.
- 지역사회에서 기존 주택공급주체들과 거버넌스를 형성하는 것이 필요하며, 전달체계 개편사업에서는 LH 지사의 직원이 기초지방자치단체 통합돌봄 담당직

원들과 통합근무를 실행한 바도 있음.

- 개별 기초지방자치단체에게 주거와의 거버넌스 형성을 맡겨두기보다는 중앙 정부 차원에서의 협의와 지침이 필요할 수 있음 : 특히 LH나 지방자치단체는 기초자치단체가 아니라 광역수준으로 편제되어 있어 기초자치단체 수준에서 협의가 어려운 점이 있음.
- 기존의 관련 연구에서 물리적 주택 제공 혹은 수리와 아울러 연계되어야 할 서비스 요소로는 다음의 것들이 지적되고 있음.

〈표 6-3-6〉 물리적 주택 요소와 결합되어야 하는 대표적 주거지원서비스(노인의 경우)

서비스 분야 유형	프로그램명 예시	비고
사례관리	지역사회통합돌봄 사례관리	케어안심주택의 필수 사항 최종 책임은 공공의 통합돌봄팀
보건의료	방문진료	시범사업 등 연계
	방문재활치료	가정방문형의 재활치료
	만성질환관리	보건소 서비스 등 연계 활용
	퇴원환자관리	(요양)병원 퇴원시 통합돌봄팀과 연계하여 재가서비스 제공
	한방진료 연계	
	물리치료, 운동지도	방문 혹은 집합형 케어안심주택 내 공간, 지역 내 근접성이 높은 복지시설의 활용
	복약지도	방문간호 등과 연계
	AI·IoT 기반 건강관리	방문을 통한 바이탈사인 수집과 건강상담 정보를 입력관리하여 병원 등 진료시스템과 연계
	영양관리	
	건강상담·건강검진	
요양	재가장기요양 서비스 연계 관리	재가장기요양 서비스의 연계와 활용 관리
	맞춤형돌봄 등 지역별 돌봄지원 서비스 연계	장기요양보험, 장애인활동지원 등 공식적 돌봄제도 이외의 지역별 돌봄지원 관련의 지역사회 서비스 연계
	정기방문형 수시대응형 서비스	이용자 중심 정기순회 및 단기간 수시방문 요양서비스 제공. 시범사업 연계
	기능회복서비스	주야간보호시간에 이용자의 기능회복 강화를 위해 물리(작업)치료사 배치
	일시재가서비스	장기요양 등 기존 서비스 제도나 프로그램의 적용준비기간에 혹은 기존 서비스 사각지대에 대응하여 통합돌봄팀의 욕구 사정에 따라 방문요양서비스 제공
일상생활	식사지원	배달 혹은 조리 등 지원. 건강상태별 맞춤 식사 지원
	반찬 및 식자재 배달 및 지원	조리 및 자체적인 식사준비가 가능한 가구에 대해 식자재 및 반찬 지원
	동행 및 이동지원	외출시 동행 도우미 파견, 이동차량 지원
	세탁	주기적 세탁 및 대형 세탁(이불 등)에 대한 지원
	가사지원	가사활동에 대한 지원
	행정대행	필요한 행정사무 등에 대한 대행, 권익옹호
	정서지원	말벗 일상적 안부확인 및 야간 안부확인 자원봉사 프로그램 등 적극 연계
	안전 및 알람	주기적 안전확인, 지역사회 알람 서비스
주거지원	주거지 모색과 발굴 지원	공공임대주택 및 일반주택의 거주이전 상황시 적절한 주택 모색 지원, 정보 제공, 거주이전 계획 지원, 필요한 절차 및 행정 지원
	주거지 정착지원	거주이전이나 주거환경의 변화 상황에서 거주환경에 적응할 수 있도록 지원. 행정지원 및 지역사회 서비스 연계
	주거유지에 대한 지원	주거관련 비용에 대한 자원연계, 상담 및 정보제공, 주거유지를 위해 필요한 지역사회 자원 연계, 주택관리 및 공동주택생활 정보 안내 및 교육 등
	주거 상담	주거비, 주거환경, 주거 관련 사회적 관계망, 공공임대주택 및 주거관련 서비스의 정보에 대한 상담
	단기 거주시설	가구의 필요시 단기간의 임시거주시설에 대한 정보 제공 및 의뢰, 기존 거주지 유지를 위한 자원 연계

자료 : 남기철 외(2020)

다. 지역사회 통합돌봄을 위한 주거지원 정책과제

□ 지역사회 통합돌봄 관련의 공공임대주택 공급 확대

- 통합돌봄 주거지원을 위해 가장 중요한 요소는 적절한 주거자원이 적시에 공급될 수 있도록 하는 것이나 공공임대주택은 각 지역에 신속하게 신규공급이 어려운 점이 있으며, 기존의 공공임대주택 공급계획이 추진 중에 있는 상황임.
 - 전국 단위로 11만 호 이상이 서비스 연계와 아울러 주택이 필요한 것으로 추계된 바 있으나 이를 한꺼번에 공급하기는 어려움.
 - 단기적으로 2022년부터의 연차별 신규 공급량을 지역별로 혹은 전국적으로 설정하는 것에는 난점이 존재함.
- 2025년과 같이 중기적 기준으로 서비스와 통합된 주택⁶¹⁾의 목표량을 지역별 수요충족률에 기반하여 설정할 필요가 있음.
 - 2025년 기준, 전국적으로 11만호(혹은 50% 수요충족률과 같은 일정한 비율)의 목표공급량을 설정함.
 - 지역사회 통합돌봄이 전국화되지 못한다면 사업 추진지역에서의 지역별 수요추계에 따른 목표공급량을 설정함.
- 적어도 모든 기초지방자치단체 혹은 지역사회 통합돌봄 사업지역에 최소 단위(10호 이상)의 주택공급이 관철되어야 함 : 고령자복지주택과 같은 대규모 주택과 아울러 매입임대주택, 리모델링 주택의 공급활성화와 연계. 지역별로는 공공임대주택 이외의 사회주택 등 방안을 추진함.
- 전체적으로 현재 주거복지로드맵 상의 맞춤형 공공임대주택 공급계획은 지역사회 통합돌봄을 추진하기에는 절대량이 부족하므로 통합돌봄 대상자인 노인, 장애인, 정신질환자 대상의 공공임대주택 추가확보가 필요함.
 - 노인과 장애인 등에 대한 공공임대주택은 기존의 국토부가 추진하고 있는

61) 현재의 상황에서 지원주택, 케어안심주택, 고령자복지주택, 고령자맞춤형주택, 서비스연계주택 등 특정한 용어의 브랜드 적정성에 대해 소모적으로 논의할 필요성은 낮을 것으로 보임

일반 노인과 장애인에 대한 공공임대주택(가칭 1유형)과 아울러 지역사회 통합돌봄을 위한 주택(가칭 2유형)의 확보량을 별도로 쿼터 설정이 필요함.

- 가칭 2유형의 지역사회 통합돌봄을 위한 주택은 대상자 선정의 기준, 공급 계획과 방식을 별도로 설정하고 실질적으로 지방자치단체(통합돌봄사업 운영주체)의 대상자 선정권이 실질적으로 적용될 수 있도록 협의가 필요함.

○ 공공임대주택의 추가확보는 총량적 차원에서 중앙정부의 부처 간 협의가 필요함

- 통합돌봄사업을 추진하는 기초지자체의 수준에서는 임대주택 공급사업자와의 협의가 어려운 상황임을 반영함.

□ 기초지방자치단체 중심의 통합돌봄 주거지원 체계 구축

○ 기초지방자치단체는 통합돌봄 대상자 중 주거지원의 수요, 필요한 (2유형의) 주택공급량 추계, 주택개조사업의 필요성 사정과 운영, 입주자에 대한 통합돌봄 서비스 제공과 사례관리의 책임을 수행함.

- 특히 주택의 확보와 입주자 선정에 대한 계획을 능동적으로 수립·집행할 수 있는 역량의 고취가 필요함(기존에는 공공임대주택의 확보는 LH지사나 지역도시공사의 공급계획에 지나치게 의존적인 상황).
- 상대적으로 운영이 용이한 과도적 주택보다는 영구적 주택의 형태로 주거 지원이 이루어지도록 유도(특히 장애인과 정신질환자 및 탈시설 관련 통합돌봄 대상자에 대한 임시적 주택 운영은 지역별로 영구적 주택지원의 수를 넘어서지 않도록 규제).

○ 이를 위해 통합돌봄 업무체계에 주거관련 전문성을 보유한 인력을 활용하거나 유관 체계와 업무가 연계될 수 있도록 함.

- 일부 지역에서 합동근무를 통한 공간적 통합의 시도가 나타나고 있음.
- 공간적 통합이나 조직적 통합에 이르지 못하는 못하더라도 적어도 통합돌봄 업무체계에서 실질적인 주거지원 업무가 (2유형의)주택공급을 포함하여 추진될 수 있도록 지자체별로 역할체계 편성의 모형을 중앙정부 차원에서 제시할 필요가 있음.

- 주거복지센터, 마이홈센터 등 주거복지관련체계와 업무 연계 고도화될 수 있도록 함.

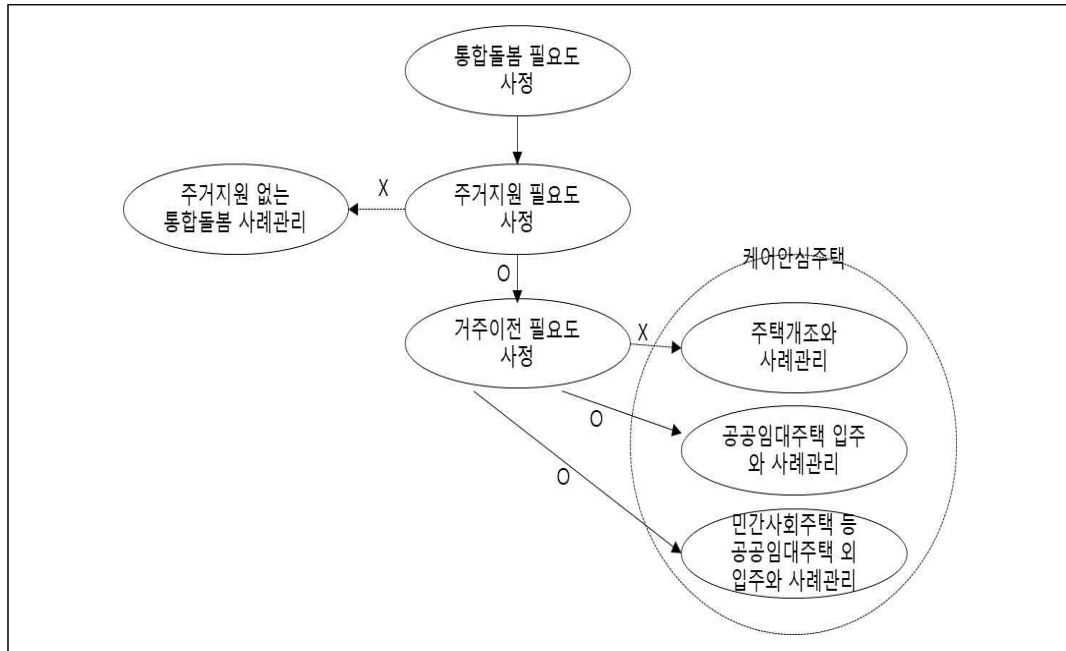
□ 주택개조사업의 종합조절기제 확보

- 지역사회 통합돌봄 대상자에 대한 주택개조사업이 지속적 사례관리와 연계되고 통합돌봄 대상자 욕구 기반의 주택개조가 진행될 수 있도록 종합적인 관리체계를 형성함.
 - 전국적 수준에서는 기존의 장애인개발원의 주택개조사업 관리체계를 보강하거나 혹은 노인에 대한 주택개조사업의 총괄적 관리체계를 형성해야 할 필요성이 있음.
 - 기초지방자치단체 수준에서는 노인과 장애인에 대한 통합돌봄 주택개조사업에 대한 매뉴얼 등을 제공하여 다른 주택개조사업과의 연계성 등을 고취함.

□ 통합돌봄 주거지원 전원에 대한 서비스 연계와 사례관리 책임성 담보

- 통합돌봄 대상자용 주택(가칭 2유형 주택) 입주자 전원에 대해서는 지역사회 통합돌봄 사업에서 요양과 돌봄 및 주거지원서비스의 제공을 행재정적으로 책임지도록 함.
 - 이는 1유형의 주택을 포함하여 주택공급자의 욕구이기도 하며 공공임대주택 확보 협의를 위해서도 중요함.
 - 통합돌봄 선도사업에서 케어안심주택 브랜드를 계속 활용한다면, 통합돌봄 대상자에 대해 제공된 모든 공공주택(1유형과 2유형 포함) 입주자와 통합돌봄의 주택개조사업에 대해 지속적 사례관리가 이루어져야 하며 이 경우에 신규 주택의 공급 여부와 관련 없이 '케어안심주택' 정책 브랜드를 활용하는 방안을 검토함.
 - 이 경우 케어안심주택 대상의 사정과 사례관리는 지역사회 통합돌봄 사례관리의 일환으로서 다음 그림과 같은 수서로 진행되는 것이 체계화되어야 함.

[그림 6-3-7] 통합돌봄에서의 케어안심주택 대상사정과 사례관리

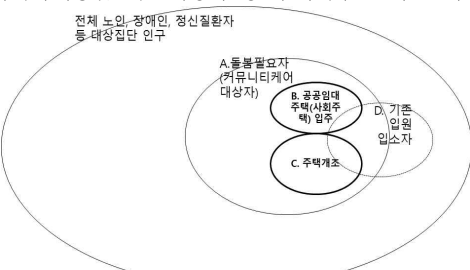
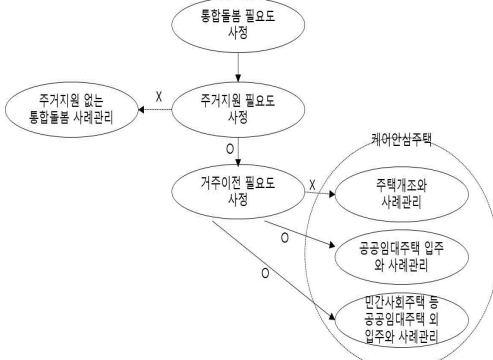


자료 : 남기철 외(2020)

□ 통합돌봄 주거지원 연계성 강화를 위한 법 제도적 정비

- 노인장기요양보험 대상자 중 재가서비스 이용자에 대해서 주거지원의 급여화를 시설입소·요양병원 장기입원 통제대책과 함께 구성함.
- 장기요양보험 대상자가 아닌 노인과 재가 장애인의 경우에는 맞춤형 돌봄이나 지역사회복지서비스에 주거지원의 내용을 함께 편성하도록 함.
- 지원주택 전국적 공급계획, 주거약자법 개정, 지원주택 서비스 연계에 관한 법률 제정 등 동향에 대한 적극적 대응과 활용방안을 모색함.
- 이상의 내용을 감안하여 지역사회 통합돌봄 선도사업에서의 케어안심주택 프로그램의 경험을 반영한 개선방안을 다음 <표 6-3-7>과 같이 요약할 수 있음.

〈표 6-3-7〉 케어안심주택 향후의 정책방향 제안

기존 케어안심주택 사업의 관성(As -Is)	케어안심주택 제도화 방향 제안 (To-Be)	비고
<p>케어안심주택을 공공임대주택 공급유형의 하나로 취급</p>	<p>케어안심주택은 주택공급유형이 아닌 통합돌봄서비스와 주거지원서비스가 통합관리되는 주택 다양한 유형의 주택자원 활용 가능</p>	<p>공급중심에서 수요중심으로 패러다임 전환 케어안심주택의 규정주체는 복지부와 기초자치단체</p>
<p>케어안심주택의 대상이 저소득의 무주택 노인(공공임대주택 입주자격)으로 설정되거나 요양 및 돌봄욕구를 가진 경우로 설정(주거나 서비스 중 한 쪽의 욕구로만 수요 추계)</p> <p>(공공임대)주택 공급계획에 따른 케어안심주택 사업량 설정</p>	<p>지역사회통합돌봄 대상자 중 주거욕구를 가진 대상</p>  <p>지역사회에서 B, C에 대한 대상을 추계하여 수요를 파악하고 연차적 사업량 기획</p>	<p>주거욕구와 돌봄서비스 욕구의 이중적 중복상황으로 파악</p>
<p>케어안심주택을 주택개조와 공동생활가정의 중간적 위치로 파악</p>		<p>주택개조사업도 케어안심주택의 범주에 포함</p> <p>케어안심주택은 통합돌봄의 공공사례관리가 필수조건으로 설정됨</p> <p>단계론에서 영속적 거주지원으로 위상설정</p>
<p>사업지침에 따른 자치단체별 자체적 추진</p>	<p>지역사회통합돌봄법 제정과 케어안심주택 규정법 규정을 통해 케어안심주택의 위상을 설정</p> <p>선도사업 이후 전국화 과정에서 케어안심주택 활성화를 위한 법제도 개선사항의 반영</p>	<p>케어안심주택 용도로 활용되는 공공임대주택의 입주자 자격요건 수정</p> <p>지역사회통합돌봄과 케어안심주택을 위한 주택자원의 신속한 공급 및 활용을 위한 지원 규정</p>

자료 : 남기철 외(2020)에서 편집

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 7 장

결론: 중장기 주요 전략 제언

제 7 장 결론: 중장기 주요 전략 제언



제2장 새로운 지역사회 통합돌봄 전략을 위한 검토

- 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영 (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념 정립 및 추진방향. 보건복지부·서울연구원
- 박세경, 류정희, 이주연, 김희성, 김보영, 김이배 ... 김영하 (2021). 사회서비스 복합·다중 욕구의 현황과 대응 전략. 한국보건사회연구원
- 배지영, 김광일, 김용익, 김윤, 남기철, 석재은, 홍선미 (2020). 지역사회 통합돌봄 중장기 발전 전략 수립 기반 연구. 보건복지부·한국보건복지인력개발원
- 보건복지부 (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 보건복지부: 커뮤니케이션 추진본부
- 양영자 (2018). 노부모 돌봄 경험에 대한 자기성찰지. 한국사회복지학회 학술대회 자료집. 815-849.
- 유동철, 김미옥, 김보영, 김용진, 김정하, 박숙경 ... 홍인옥 (2018). 탈시설 자립지원 및 주거지원 방안 연구. 보건복지부·동의대학교 산학협력단
- 이건세 (2019). 일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제. 대한공공의학회지, 3(1). 9-26.
- 이규식, 사공진, 한민경, 박유미 (2019). 커뮤니티케어 이론과 정책. 서울특별시: 건강복지정책연구원
- 이용갑 외(2019). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구. 국민건강보험공단 건강보험연구원
- 이용갑 외(2020). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(2차년도). 국민건강보험공단 건강보험연구원
- 장민선 (2017). 사회적 돌봄서비스 강화를 위한 법제 연구. 한국법제연구원
- 전용호, 장숙량, 남일성, 김창오, 현다운, 임승자, 이연호 (2021). 지역사회 통합돌봄 제도화를 위한 기존 제도 재구조화 방안 연구. 인천대학교 산학협력단·보건복지부
- 최은희, 정현진, 이연주, 전용호, 이용재, 조혜연, 박은지 (2021). 지역사회 통합돌봄 대상자 기준 구체화 연구. 보건복지부·국민건강보험공단 건강보험연구원
- European Social Network (2016). Integrated social service in Europe: A study looking at how local public services are working together to improve

people's lives.

National Audit Office(2018). Adult social care at a glance

Kittay, E. F. (1999). Love's labor: Essays on Woman, Equality, and Dependency, New York: Routledge

제3장 노인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

KOSIS. (2020a). 비교물가수준(한국기준)(OECD, Main Economic Indicators). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2KAA606_OECD. (2022.03.15. 인출)

KOSIS. (2020b). 시·군·구별 등급별 급여종류별 장기요양 급여실적(국민건강보험공단, 노인 장기요양보험통계). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N030&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=350_35006_A003&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do (2022.03.16. 인출)

KOSIS. (2020c). 시·도별 설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황. (국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N021&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=350_35006_A004&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do (2022.3.17. 인출)

강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원. (2019). 2019년도 장기요양 실태조사. 보건복지부 한국보건사회연구원.

건강보험공단(2018). 2017년 건강보험통계연보

건강보험공단(2019). 2018년 건강보험통계연보

건강보험공단(2020). 2019년 건강보험통계연보

건강보험공단(2021). 2020년 건강보험통계연보

국립암센터 홈페이지: 가정간호 소개

김남훈 외, 2021, 제3장 주민이 함께하는 농촌 공동체 돌봄, 한국농촌경제연구원 기타연구보고서, 한국농촌경제연구원

김선아. (2021.07.16.). 농촌 노인 '돌봄 서비스'...면 단위 주민 조직에 맡겨라. 한국농어민신문.

- 김유진, 2016, '지역 공동체 내에서 나이 들어가기' 관점에서 살펴 본 농촌 독거노인 공동생활 거주제에 관한 연구, 노인복지연구71(1), 한국노인복지학회
- 김윤 외. (2019). 의료공급체계 개선 모형 개발 연구. 서울대학교·국민건강보험공단.
- 박경수 외, 2014, 동주민센터 복지서비스 이용자 만족도에 영향을 미치는 요인, 서울시연구 15(1), 서울연구원
- 보건복지부(2018), 2018년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
- 보건복지부(2019). 2019년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
- 보건복지부(2020). 2020년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
- 보건복지부(2021). 2021년 노인보건복지 사업안내.
- 보건복지부(2021). 2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. 재환환자 재택의료 시범사업.
- 보건복지부. (2021). 2021 노인복지시설 현황. http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=366022 (2022.03.15. 인출)
- 서울특별시 사회서비스원. (2021). 2022년 사업계획.
- 서지원. (2021). 치매국가책임제 4년의 성과와 한계. '치매환자의 지역사회 거주 지원을 위한 정책 토론회' 발표자료 (주최: 보건복지부, 국립중앙의료원).
- 유애정 외, 2019, 장기요양 사각지대 현황과 과제, 국민건강보험공단
- 유애정, 이정석, 박세영. (2020). 장기요양기관 운영자의 통합재가급여 3차 시범사업 참여 경험에 관한 연구. 노인복지연구, 75(2), 283-304.
- 유애정 외, 2020, 미래지향적 장기요양 주거정책 개발 연구, 국민건강보험공단
- 유애정 외, 2021, 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 케어매니지먼트 운영 방안, 국민건강보험공단
- 윤성호 외, 2018, 농촌 노인돌봄의 한계와 새로운 정책 방향: 노인돌봄을 위한 지역공동체 조성 중심으로, 한국자치행정학보32(1), 한국자치행정학회
- 의료법 시행규칙. 제36조. 요양병원의 운영
- 이승호, 양난주. (2020). 사회서비스원 시범사업의 고용성과 진단 : 서울시 종합재가센터 사례를 중심으로. 노동리뷰, 2020(6), 99-111.
- 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2021-324호. (2021. 12. 27., 일부개정)
- 전용호. (2018). 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. 보건사회연구, 38(4), 10-39.

정현진 외, 2021, 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진성과와 과제, 지역사회 통합돌봄 심포지움 자료집, 보건복지부·국민건강보험공단

조경희, 강하림, 정현진, 박인태, 전하늬, 권정은. (2019). 환자중심의 의료-요양서비스 제공체계 구축 연구. 원주시 : 건강보험연구원.

조미정 외, 2016, 재가노인 사례분석을 통한 돌봄체계 강화 방안, 한국지역사회복지학56. 한국 지역사회복지학회

중앙호스피스센터 홈페이지.

최은희 외(2020). 지역사회 통합돌봄 대상자 기준 구체화 연구. 건강보험연구원, 보건복지부.

최인덕. (2014). 이용자 욕구 (need) 와 거주지역에 기반한 요양병원과 요양시설의 기능 재정립 방안 연구. 한국지역사회복지학, 50, 139-176.

한은정(2021), 장기요양 등급판정체계 개선을 위한 연구결과 설명회 자료집, 국민건강보험공단

한은정, 권진희, 송미경, 이윤환, 장혜민, 김민경, 이희승, 김정희. (2018). 장기요양 노인 코호트 구축 연구 II. 원주시 : 건강보험연구원.

厚生労働省(2013년) 平成25年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業 報告書(株式会社 日本総合研究所, 2014년 3월 제출). m.hlw_care_system_2014.pdf 2022.2.12.

제4장 장애인 대상 지역사회 통합돌봄 전략

강정배, 박계신, 손희경. (2021a). 발달장애인 도전적 행동 지원방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.

강정배, 김도형, 최우형. (2021b). 발달장애인 개인별지원계획 모델 개발연구. 서울: 한국장애인개발원

강정배, 왕영민. (2019). 장애인특별운송수단 지방자치단체 연계방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.

공공데이터포털. (2020). 보건복지부_장애인 주간보호센터 현황. <https://www.data.go.kr/data/15075530/fileData.do> 에서 2022.3.16. 인출

공공데이터포털. (2021). 전국교통약자이동지원센터정보표준데이터. <https://www.data.go.kr/data/15028207/standard.do> 에서 2022.3.16 인출

국립재활원 중앙장애인보건의료센터. (2022). 지역사회중심재활사업. http://www.nrc.go.kr/chmcpd/html/content.do?depth=pi&menu_cd=02_01 에서 2022.3.20. 인출

국토교통부. (2020). '20년 농어촌 장애인주택 개조사업 업무처리지침. <https://www.gosims.go.kr/hg/hg001/retrieveAttach.do?docId=8fc840c8-914a>

- 490d-a429-315c8481fa90&fileId=717ddb32-0e8a-466b-ac92-0b8922fe31ab
에서 2022.3.16. 인출
- 김미옥, 정민아, 박지혜. (2020). 장애인복지관에서의 발달장애인 지원의사결정 (Supported Decision Making) 경험. 한국장애인복지학, 50(50), 169-197.
- 김성희, 이민경, 오욱찬, 오다은, 황주희, 오미애, 김지민, ... 이선우. (2020). 2020 년 장애인 실태조사. 보건복지부.
- 김지영, 강민욱, 서욱영, 이지원. (2020). 장애인의 만성질환, 건강행태 및 사망위험: 국민건강보험공단 건강검진자료 분석. 보건사회연구, 40(2), 121-150.
- 박정연. (2020). 행정 영역에서의 의사결정 지원-발달장애인 의사결정 지원을 중심으로. 법학논총, 33(1), 133-167.
- 보건복지부 내부자료. 장애인건강주치의 시범사업 이용 현황.
- 보건복지부 보도자료. (2021.10.1.) 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행.
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368027 에서 2022.3.5. 인출
- 보건복지부 보도자료. (2021.12.30.) 2022년 장애인보건복지정책 이렇게 달라집니다.
<https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156489450> 에서 2022.3.5. 인출
- 보건복지부. (2020). 2020년 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 사업 안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021a). 2021년 장애인활동지원 사업안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021b). 장애인 등록 현황(2020년 12월말 기준).
<https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp> 에서 2022.3.1. 인출
- 보건복지부. (2021c). 2021년 발달장애인 활동서비스 사업 안내.
- 보건복지부. (2021d). 2021년 독거노인 장애인 응급안전안심서비스 사업 안내. 세종: 보건복지부
- 보건복지부. (2021e). 2021년 장애인복지시설 일람표. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021f). 2021년 장애인복지시설 사업 안내.
- 복지로. <https://www.bokjiro.go.kr/ssis-teu/index.do>
- 사회서비스 전자바우처. (2021). 주요통계. https://www.socialservice.or.kr:444/user/htmlEditor/statistic/view.do?p_sn=15
- 서해정, 장기성, 송기호. (2019). 장애인주간보호시설 운영 현황 실태조사. 서울: 한국장애인개발원

신은경, 김용득, 이규범, 김동기, 김정현, 이동림, 김진희, ... 변지윤. (2020) 지역사회 장애인 통합 사례관리 모형 개발 연구. 보건복지부, 단국대학교 산학협력단.

오욱찬, 김성희, 이동석, 김동기, 신은경, 오다은. (2018). 장애인 이동서비스 지원을 위한 종합조사도구 개발 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원

이규범. (2019). 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관하여. 정책동향. 2019년 13권 5호. pp.14-20.

이한나, 하태정, 어유경, 김동기, 최복천, 신권철. (2021). 개인예산제 운영 모형 수립 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

이호선, 이동석, 김재근, 이경민. (2017). 이용자 선택권 향상을 위한 장애인복지서비스 유연화 방안 연구. 서울: 한국장애인개발원

장애인복지법 시행규칙, 보건복지부령 제807호(2021) 제19조 제1항 및 제2항

장애인복지법, 법률 제17791호(2020) 제32조의4 제3항.

장애인활동지원. (2021). 활동지원급여 이용절차 안내.

<https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action> 에서 2022.3.16. 인출

중앙보조기기센터. (2021). 장애인보조기기 건강보험(의료급여) 사업.

https://www.knat.go.kr/knw/home/knat_DB/assist_detail.php?assist_biz_idx=2 에서 2022.3.16. 인출

한국장애인자립생활센터총연합회 보도자료. (2021.3.31.). 보건복지부의 '중앙장애인자립지원센터' 명칭 사용을 단호히 불허한다! '중앙 장애인탈시설 지원센터' 명문화 촉구. <http://www.koil.kr/> 에서 2022.3.6. 인출

허현덕. (2020.10.23.) 1년 2개월 대기, '기다리다 포기'하는 거점병원, 행동발달증진센터. 비마이너 2020.10.23 보도, <https://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=20052>

NDIA. (2021a). NDIS Price Arrangements and Price Limits 2021-2022. <https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 2. 15. 인출.

NDIA. (2021b). PB support catalogue 2021-22. <https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 3. 15. 인출.

제6장 지역사회 통합돌봄을 위한 지역서비스 제공 체계: 복지, 보건, 주거 서비스 중심

〈제1절 돌봄서비스 관련 공공 복지 전달체계〉

강혜규. (2016.6.). 지방자치단체의 주민복지기능 실태와 과제, 지방행정 65(753), 16-19.

강혜규 외. (2018). 사회서비스 종합대책 수립 지원 연구. 세종:

보건복지부·한국보건사회연구원.

강혜규 외. (2019). 정책 환경 변화를 고려한 지역 사회서비스 전달체계 개편방안 연구. 세종:

보건복지부·한국보건사회연구원.

강혜규. (2019.7.). 지역주도의 통합돌봄 추진 방향, 지역사회통합돌봄 2026 비전포럼 발제 자료. 보건복지부·건강보험공단.

국민건강보험공단. (n.d.). 직제규정(2020.12.23. 개정). https://www.nhis.or.kr/lm/lmxsrv/law/lawFullView.do?SEQ=131&SEQ_HISTORY=17780에서 2022.03.18. 인출

김진석 외. (2021). 노인돌봄전달체계 제도화방안 연구. 세종: 행정안전부.

배지영 외. (2020). 지역사회 통합돌봄 중장기 발전전략 수립 기반연구.

보건복지부·한국보건복지인력개발원.

보건복지부. (2020). 지역사회통합돌봄 자체 추진 가이드북.

보건복지부. (2021). 2021년 희망복지지원단 업무안내.

보건복지부. (2021). 2021 치매정책 사업안내.

서울시복지재단 찾아가는동주민센터추진지원단. (2022.02.23.). 보도자료 "서울시 돌봄SOS센터, '돌봄 공백 해소'·'일자리 창출' 두 마리 토끼 잡았다".

<https://www.welfare.seoul.kr/web/contents/archive1-6.do?schM=view&id=19963&schBcid=press>

에서 2022.03.18. 인출

서울특별시. (2020). 돌봄SOS센터 운영매뉴얼.

서울특별시. (2021). 2021 서울시 주요 업무계획. https://news.seoul.go.kr/gov/archives/category/govdata_c1/data_admin-n1_c1/seoul_report-n1에서 2022.03.20. 인출

유애정, 이기주, 최재우, 장소현, 정현진. (2021). 지역사회 통합돌봄 실현을 위한

케어매니지먼트 운영 방안. 원주: 국민건강보험 건강보험연구원.

이용갑 외. (2019). 지역사회통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구. 원주:

국민건강보험 건강보험연구원.

이용갑 외. (2019). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(2차년도) - I.

원주: 국민건강보험 건강보험연구원.

국민건강보험공단 인재개발원. hrd.nhis.or.kr,

국민건강보험공단. www.nhis.or.kr

한국보건복지인재원 보건복지배움인. edu.kohi.or.kr.

〈제2절 지역사회 통합돌봄을 위한 지역보건의료 서비스 제공체계〉

강새봄, 김홍수. (2014). 장기요양방문간호이용과 의료이용의 관계. 보건행정학회지, 24(3), pp.283-290.

김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 정연, 이용주 외. (2017). 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료 복지 서비스 제공 모형. 세종: 한국보건사회연구원

박세경, 강은나, 황주희, 김정현, 하태정, 이정은 외.(2015). 돌봄보건의료 연합서비스 (Joined-up Services) 공급모형에 관한 전망과 과제. 세종: 한국보건사회연구원

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 총괄. 세종: 동 기관.

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017b). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리. 세종: 동 기관

황도경, 신영석, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아(2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구. 한국보건사회연구원.

임준(2019). 커뮤니티 케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안. 보건교육건강증진학회지 제 36권 제4호. pp.13-22.

정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미. (2016). 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색. 세종: 한국보건사회연구원

장숙량(2021a). 지역사회 통합돌봄에서 방문간호 제공방안, 지역사회 통합돌봄 법률 포럼 분과별 회의자료. 보건복지부 커뮤니티케어 추진단.

장숙량(2021b). 방문간호의 현황과 활성화 방안. 초고령사회 대비 재택의료와 방문간호 활성화 방안 포럼. 대한간호협회.(https://www.youtube.com/watch?v=NDzal_B6JE8&list=WL&index=30)

- 김창오(2021). 방문의료 활성화를 위한 관련 법령개정(안), 지역사회 통합돌봄 법률 포럼 분과별 회의자료. 보건복지부 커뮤니티케어 추진단.
- 강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원(2019). 2019년도 장기요양 실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김윤.(2013). 비급성기 의료제공체계의 구축 방향-의료체계의 지속성 보장을 위한 핵심과제. HIRA 정책동향, 7(4), pp.3-5.
- 김윤(2020). 재정통합 기반 지역사회 통합돌봄 혁신방안. In 배지영, 김광일, 김용익, 김윤, 남기철, 석재은, 홍선미(2020). 지역사회 통합돌봄 중장기 발전전략 수립 기반연구. 보건복지부, 한국보건복지인력개발원.
- 김윤(2021). 노인돌봄체계 혁신 방안-보건의료서비스 모형. 2021년 주목해야 할 지역사회 노인에 대한 의료·돌봄 통합서비스 해법 모색 토론회. 참여연대.
- 전영호(2018). 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. 보건사회연구 38(4). pp. 10-39.
- 서제희, 최지희, 이나경, 오세옥, 윤운형, 구정하(2017). 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료 서비스 제공모형-재활의료서비스를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 최권호. (2015). 보건사회복지 개념과 역할 재구성. 비판사회정책, 49(3), pp.368-403.
- 이규식. (2017). 지역사회중심의 통합서비스체계. 건강연 이슈페이퍼, 21, pp.1-34.
- 이윤경, 정형선, 석재은, 송현중, 서동민, 이정석 외. (2017). 제 2차 장기요양기본계획 수립 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 윤강재, 오영호, 이수형, 하슬임, 여지영, 김진호, 이기주. (2014). 한국의료전달체계의 쟁점과 발전 방향. 한국보건사회연구원.
- Kim CO, Jang SN. (2018). Home-based primary care for homebound older adults: Literature review, *Annals of geriatric medicine and research* 22(2), 62.
- Kim CO, Jang SN. (2020). Who are the people willing to pay for physician home visit? *J Korean Med Sci* 35(20).
- World Health Organization. (2003). Key policy issues in long-term care, Geneva, World Health Organization.
- <https://www.law.go.kr/법령/국민건강보험법>(2022년 3월 16일 접근)
- <https://www.law.go.kr/법령/국민건강보험법>(2022년 3월 16일 접근)

〈3절 주거 서비스와 제공체계〉

- 강하림·정현진·박인태·김지혜·이기주·이연주·이주향·엄태림(2020). 초고령사회 대비 노인지원주택 필요량 추정 연구. 국민건강보험 건강보험연구원.
- 국토교통부(2020). 주거복지 지난 2년의 성과와 더 나은 미래를 위한 발전 방안 -주거복지로드맵 2.0.
- 남기철·김선미·민소영·홍인옥·박가은(2020). 케어안심주택 사례분석 및 제도화 방안 연구. 보건복지부·동덕여대산학협력단.
- 남기철·민소영·송아영·홍인옥·이기주(2021). 서비스 연계형 노인주거지원 정책방안 연구. 보건복지부·동덕여대산학협력단.
- 민소영·남기철·송인주·서혜미·김미호·민진홍(2019). 서울시 지원주택 공급확대를 위한 제도 개선 방안. 서울특별시의회·경기대학교산학협력단.
- 박미선 외(2020). 초고령사회 선제적 대응을 위한 노인지원주택 추진방향 설정 및 사업모델 개발연구. LH·국토연구원.
- 보건복지부(2018). 지역사회통합돌봄 기본계획.
- 보건복지부(2020). 지역사회통합돌봄 자체 추진 가이드북.
- 보건복지부(2021). 통합돌봄 전문위원회 자료.
- 보건복지부(2022). 통합돌봄 전문위원회 자료.
- 이충권(2020). “한국 사회서비스제도의 유산과 쟁점”. 윤홍식 편(2020). 우리는 복지국가로 간다. 사회평론아카데미.
- 홍선미·정현진·배지영·김보영·김승연·전용호·백은령·전진아(2021). 통합돌봄 선도사업 컨설팅 및 운영모델 도출연구. 한신대학교 산학협력단·보건복지부.



[부록1] 통합돌봄 추진을 위한 돌봄공동체 구축 필요성: 일본사례 검토

- 통합돌봄을 추진함에 있어 공적제도권의 돌봄서비스를 적극적으로 확충하는 것과 함께, 지역의 비공식적 자원을 충분히 활용할 수 있는 주민참여기반의 돌봄 네트워크(돌봄공동체) 구축이 요구되고 있음.
- Aging in Community는 노인과 지역사회 간 쌍방향의 관계를 중요시하며, 노인을 자기 자신을 돌보는 주체이자, 상호돌봄의 지역사회를 만들어 가는데 일조하는 존재로 보아 노인의 능동적인 역할에 주목하고 있음(Thomas & Blanchard, 2009). 여기에서 노인들은 홀로 고립된 삶이 아닌 함께 하는 관계를 맺고 서로 의지하면서 돌봄공동체 형성과 유지에 참여한다는 점이 강조됨(김유진, 2016).
- 이와 관련하여 우리 지역사회 통합돌봄 선도사업에 참여하는 지자체들이 공통적으로 돌봄네트워크 구축에 다양하게 노력하고 있는 사례를 살펴볼 수 있음.
 - 즉, 선도사업에 참여한 지자체들은 통합돌봄 추진을 위한 국가서비스를 최대한 제공하고, 선도사업 자체 예산으로 추가적인 돌봄서비스를 개발 제공하고 있음. 이러한 서비스를 제공함에 있어 공적제도권 내 인력, 재원을 활용하는 경우도 있지만 지역 내 가용가능한 인적자원을 최대한 활용하는 사례들이 제시되고 있음(광주시 서구, 부산북구 등).
 - 기존 주민자치회, 지역주민 중심 자체적인 봉사단체 등의 참여를 유도하여 지역내 비공식적 자원을 네트워크화로 발전시키고, 이러한 모임(활동)이 지속적으로 운영될 수 있도록 모임의 장을 만들거나 일부 사업비 등을 확보하여 돌봄공동체를 확장시켜 나가는 부분임.
- 주민참여에 기반한 돌봄공동체 구축은 지역사회 통합돌봄을 위한 지역돌봄체계 구축에서 매우 주요한 요소라고 볼 수 있음.
- 지속적인 복지제도의 확충 과정에서 지속적으로 복지사각지대 문제가 발생되

는 부분에 대하여 공적제도권의 확충과 함께 제도권 밖의 외적인 측면에서 틈새지원이 가능한 체계적인 조직화가 필요함.

- 최근까지 돌봄정책은 표준적 지침에 기반한 관료제적 방식의 서비스 공급을 확대시켜왔기 때문에, 서비스 공급이 급속히 확대되고 있음에도 불구하고 실효성이나 체감성이 미비하다는 문제가 지속적으로 제기되고 있어 보완 기제가 반드시 동반되어야 한다는 주장이 이를 뒷받침한다고 볼 수 있음 (박경수 외, 2014).
- 이를 위해서는 지역 내 물적, 인적 자원을 충분히 활용할 필요가 있고 특히, 주민조직이나 주민리더는 지역복지의 말초혈관 기능을 담당하므로 지역주민 가운데 복지에 관심과 열정이 있는 사람들을 찾아내어, 모으고, 역량을 강화하는 것이 중요함. 사회적 고립, 고독사 등의 지역 문제에 대응하고 그 역량과 사회적 유대를 강화하여, 지역복지 증진에 기여할 수 있도록 유도할 필요가 있을 것임.

○ 최근 일본은 사회적 고립, 고독사에 대한 지역차원의 돌봄체계를 구축하기 위해 ①지역주민 상호간의 느슨한(緩やかな) 돌봄지원, ②담당자에 의한 돌봄지원, ③전문기관 및 행정에 의한 돌봄지원의 3층 구조의 구축과 유기적인 연계 협력이 필요한 것으로 제안하고 있음(조미정 외, 2016).

- 이러한 지역차원의 돌봄체계를 구축하는 방향성이 지역포괄케어시스템 구축 내 주요 요소로 명시되어있으며, 지역지원사업의 일환으로 보건복지를 넘어서는 지역복지 차원의 활발한 구축 사례들이 제시되고 있음.

□ 특히, 이와 같은 지역 내 돌봄공동체 구축의 필요성은 그동안 농촌지역을 중심으로 강조되어왔음.

○ 김남훈 외(2021)는 열악한 돌봄 제공체계, 지리적 불리함, 물적·인적 자원이 부족한 농촌 환경을 극복하고 돌봄을 효과적으로 제공하고자 농촌 주민이 주도하는 돌봄이 대안으로 떠오르고 있다고 제시하고 있음.

- 그동안 민간 기관과 공적 돌봄 체계가 해결하지 못한 문제를 지역 상황을 고려하여 주민 스스로 해결할 수 있는 역량을 갖추고 돌봄을 제공하는 ‘새

로운 돌봄체계'가 필요하다는 목소리가 커지고 있음.

- 정부의 여러 부처가 기능 유형별로 각기 따로 제공하는 서비스를 지역사회 안에서 통합 제공할 수 있도록 주민 조직이 돌봄을 직접 기획하고 참여하는 체계가 필요함. 또한, 수익성 및 예산 부족 때문에 과소 공급된 돌봄 시설을 주민 조직이 설치하고 운영하며 정부 부처와 지방자치단체는 재정을 지원하는 공동체 돌봄이 추진되어야 한다는 것임.

○ 이러한 관점에서 농촌지역의 노인들이 지금 살고 있는 곳에서 나이 들어갈 수 있도록 필요한 것들을 제공하고, 그들의 생농촌 노인돌봄의 한계와 새로운 정책 방향 뿐만 아니라 지역공동체를 만들어 가는 것에 초점을 두어 농촌의 노인 돌봄 실태와 정책 대응을 분석하고 농촌 노인돌봄의 새로운 정책 방향을 제시하는 연구결과들이 제시되었음(윤성호 외, 2018).

□ 본 절에서는 앞서 Aging in Place 구현을 위해 지역단위 포괄적 돌봄체계를 구축하고 있는 일본에서 제도적 기반을 어떻게 구축하고 있는지, 그에 기반한 지역단위의 돌봄공동체 구축을 위한 특성화 된 사례를 살펴보고자 함.

- 일본은 지역포괄케어시스템을 구축하기 위해 개호보험제도에 기반한 인프라 구축, 재정 확충이 이뤄졌고 특히, 개호보험제도의 지역지원사업을 구체화하면서 지역특성에 기반한 다양한 지역돌봄네트워크이 구축됨.
- 이에 본 연구에서는 지역포괄케어시스템 구축을 위한 주요 방향성, 개호보험제도의 지역지원사업 추진 내용을 간략하게 살펴본 후 지역사례를 구체적으로 살펴보고자 함.

1. 일본의 지역포괄케어시스템 구축 개요

□ 지역포괄케어시스템 개념 및 도입 과정

○ 일본 후생노동성이 제시하는 지역포괄케어시스템이란, 노인이 지역에서 가능한 한 오랫동안 생활할 수 있도록 주거·의료·개호(요양)·생활지원을 연계하여 포괄적으로 제공하는 시스템을 의미함.

- 당초 지역포괄케어시스템의 논의는 1970년대 히로시마현 미즈기쵸(御調町) 공립병원의 야마구찌 노보루(山口 昇) 원장이 「와상노인 제로 작전」을 제안하면서 지역단위 포괄적 보건의료-개호서비스 제공시스템 구축의 필요성을 강조하였고, 이후 2008년 ‘지역포괄케어연구회’의 보고서에서 지역포괄케어시스템 구축의 전국화를 강조하면서 주요한 핵심정책으로 자리매김하게 됨(유애정, 2015).
- 이미 2005년 제도개정에서 후생노동성은 지역포괄케어시스템 구축의 필요성을 강조하며 예방급여 추진과 함께 지역포괄케어시스템 구축의 거점 역할을 담당할 지역포괄지원센터를 설립하여 효과적 시스템 구축을 위한 노력을 취해 왔음.
- 이후, 2011년 3월부터 후생노동성에 「의료·개호서비스제공체계 개혁본부」를 설치하여 의료·개호연계추진팀과 지역포괄케어시스템 추진팀을 설치하고, 2014년에 의료개호종합확보추진법을 제정하고 후생노동성 내 보험국 산하 의료개호연계추진과 및 각 도도부현 내 지역포괄케어추진과를 설치하여 더욱 적극적으로 지역포괄케어시스템 구축을 추진하고 있음.

□ 지역포괄케어시스템 주요 이념

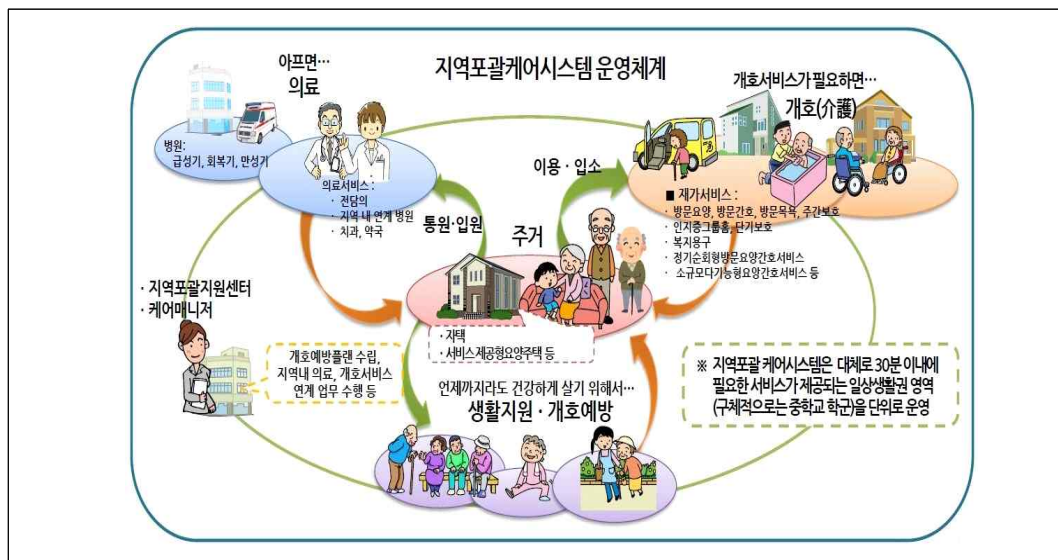
- 후생노동성의 지역포괄케어연구회에서는 지역포괄케어시스템 구축 필요성을 강조하면서 주요 이념으로 1)자조(自助), 2)공조(共助) 3)호조(互助), 4)공조(公助)를 제시하고 있음(地域包括研究会, 2013).
- 자조(自助)는 개호보험·의료보험의 자기부담 부분과 시장서비스 구입, 자신 및 가족의 지원이 필요함을 의미하는 것이며, 호조(互助)는 비용부담이 제도적으로 보장되지 않는 자원봉사활동, 지역주민의 지원체계를 의미함.
- 공조(共助)는 개호보험·의료보험제도에 따른 급여, 공조(公助)는 개호보험·의료보험 공비(세금)부분과 지자체 등에서 제공하는 서비스가 함께 기반을 갖추어야 함을 의미함.
- 이를 구체적으로 해석해 보면, 지역포괄케어시스템 구축을 통해 주민의 지역 생활을 지원하기 위해서는 공적지원에 기반한 제도적 지원과 함께 개인 및 가

족의 참여, 그 외 지역자원을 유기적으로 연계하여 제공하는 비공식적 지원이 기반이 되어야 가능할 수 있다는 부분을 의미함.

□ 지역포괄케어시스템 구축 요소

- 위와 같은 주요 이념에 근거하여 지역포괄케어시스템 구축에서는 [그림 3-4-4]에서 제시하고 있는 바와 같이 1) 주거지원(거주방식 다양화), 2) 생활 지원·복지서비스, 3) 의료·간호, 4) 개호·재활, 5) 보건·예방의 5가지 요소가 적절히 구성되고, 각각의 연계체계를 구축하여 지역단위에서 이용자 및 그 가족을 지원하는 데 목적을 두고 있음.

[그림 3-4-4] 일본의 지역포괄케어시스템 운영체계



- 즉, 주거 환경이 갖춰지면 대상자에게 필요한 일상생활지원을 위한 생활지원 및 복지서비스가 기본적으로 제공되어야 하고, 대상자의 상태 및 욕구에 맞춰 전문직의 매니지먼트에 의한 보건의료, 개호, 보건 및 예방 서비스의 유기적인 제공을 지향하고 있는 것임.
- 이는 궁극적으로 노인 뿐만 장애인 등 모든 지역주민의 생활지원

○ 일본 정부는 이러한 시스템 구축을 위해 건강보험, 개호보험, 노인복지법, 노인주거지원법 등의 관련 법령 개정 등을 실시하고, 권역(인구 1만명 기준)단위로 거점기관(지역포괄지원센터)을 운영하면서 다직종(의사, 간호사, 케어매니저, 사회복지사, 보건사 등) 연계에 따른 케어매니지먼트 실시 및 지역지원사업, 노인종합상담, 주민네트워크 구축 등이 이뤄지도록 운영하고 있음.

○ 생활지원·개호예방서비스는 2015년도 제도개정에서 당초 개호예방급여에서 제공되던 일상생활지원 관련 서비스 내용(방문개호, 주야간보호)이 개호보험 제도에 근거한 일정한 기준에 근거하지 않고 지자체의 특성에 기반하여 다양한 공급주체가 참여하는 생활지원·개호예방서비스 제공체제로 전환된 것이 이를 확대하게 된 주요 배경이라고 볼 수 있음([그림 3-4-5] 참조).

		개호보험제도				
		< 개정전 >		< 개정후 >		
재원구성	국가 25%	<div>개호급여 (요계호1~5)</div> <div>매발급여 (요지원1~2)</div> <div>발송간호, 복지요구 등</div> <div>빈곤개호, 중증개호</div>	<div>사업으로 비영</div> <div>다양 화</div> <div>중 의 화</div>	<div>개호급여 (요계호1~5)</div> <div>예방급여 (요지원1~2)</div>	지역지원사업	
	<div>도도부현 12.5%</div> <div>시정촌 12.5%</div> <div>1호보험료 22%</div> <div>2호보험료 28%</div>			<div>새로운 개호예방·일상생활지원종합사업 (요지원1~2, 그 이외의 자)</div> <ul style="list-style-type: none"> - 개호예방·생활지원서비스사업 - 방문형서비스 - 홈호형서비스 - 생활지원서비스(급식 등) - 개호예방지원사업(케어매니지먼트) - 일반 개호예방사업 		
	지역지원사업			<div>개호예방·일상생활지원종합사업 (개호예방, 일상생활지원종합사업)</div> <ul style="list-style-type: none"> - 2차 예방사업 - 1차 예방사업 		<div>지역지원사업</div> <ul style="list-style-type: none"> - 지역보호지원센터 운영 - 개호예방케어매니지먼트, 중임성당지원 - 업무, 권리교육요우, 케어매니지먼트지원
재원구성	국가 39.0%	<div>보통적지원사업</div> <ul style="list-style-type: none"> - 지역보호지원센터 운영 - 개호예방케어매니지먼트, 중임성당지원 - 업무, 권리교육요우, 케어매니지먼트지원 	중 의 화	<div>보통적지원사업</div> <ul style="list-style-type: none"> - 지역보호지원센터 운영 (기초 업무 외에 지역케어의 종합화) - 재가의료·개호연계추진사업 - 인지증서제추진사업 (인지증서지원종합지원, 인지증서지원추진 등) - 생활지원재정비사업 (고디네이제, 일의제 등) 	지역지원사업	
	<div>도도부현 19.5%</div> <div>시정촌 19.5%</div> <div>1호보험료 22%</div>			<div>일반사업</div> <ul style="list-style-type: none"> - 개호급여비재정비사업 - 가족개호지원사업 - 그 외 사업 		

* 19.3월 현재 지역지원사업 재원구성 : 국가 38.5%, 도도부현 19.25%, 시정촌 19.25%, 1호보험료 23%

- 또한, 이 과정에서 다양한 생활지원·개호예방서비스가 제공될 수 있도록 지역(마을)만들기를 시정촌이 지원한다는 제도적 명문화가 이뤄졌고, 이러한 서비스 제공에 참여할만한 지역주민 및 자원개발, 네트워크화를 추진할 생활지원 코디네이터를 배치하는 등의 내용을 개호보험의 지역지원사업에 포함시키고 있음.
 - 이처럼 지자체 또는 지역두조형의 돌봄네트워크를 구축해 나가는 측면이 개호보험제도 시행초기부터 ‘돌봄의 사회화’를 강조해왔던 기존 정부정책의 후퇴, 국가의 역할 축소가 아니냐는 비판을 받기도 했지만 결국 공적제도의 확충과 함께 개인 및 가족, 지역사회의 지원이 적극적으로 확대되어야 한다는 방향성이 재확인된 것으로 볼 수 있음.
- 개호보험에서 운영하는 지역지원사업은 시정촌이 주체가 되어 피보험자가 요개호 및 요지원 상태가 되는 것을 예방하고 사회참여를 촉진시켜 그들이 지역에서 오랫동안 생활할 수 있도록 지원하는 데 목적을 둔 사업 전반을 지칭함.
 - 지역포괄케어시스템 구축을 추진하면서 노인의 사회참여·개호예방과 관련한 식사배달, 안부확인 등의 생활지원체계를 정비하고 의료와 개호 간 연계 및 치매지원 등을 위한 체계를 구축하는 전반적인 제도적 노력을 지역지원사업 하에서 추진하고 있는 것임.
- 지역지원사업은 개호보험법 제115조 규정에 근거하여 크게 1) 개호예방·일상생활지원종합사업, 2) 포괄적지원사업(지역포괄지원센터 운영, 사회보장충실분), 3) 임의사업의 내용으로 운영되고 있음.
 - 개호예방·일상생활지원종합사업은 개호예방·생활지원서비스사업과 일반개호예방사업으로 구분됨.
 - 개호예방·생활지원서비스사업: 방문형과 통소형서비스, 기타 생활지원서비스(식사배달, 안부확인 등), 개호예방케어매니지먼트
 - 일반 개호예방사업: 지역내 전체 노인을 대상으로 한 개호예방 관련 교육, 활동지원 등
 - 포괄적지원사업으로는 지역포괄지원센터 운영과 그 외 사회보장 관련 추진

사업들이 포함되는데 그 외 사회보장 관련 추진사업들로는 치매지원정책 추진, 재가의료·개호연계 추진, 지역케어회의 실시, 생활지원코디네이터 배치 등이 운영됨.

- 임의사업으로는 개호급여등비용적정화사업, 가족개호지원사업 등이 지역별로 다양하게 실시되고 있음.

○ 시정촌은 지역지원사업 운영에서 사업비의 규모를 개호보험사업계획에 근거하여 규정하고 사업비 범위 내에서 관련 내용들을 추진하고 있음.

- 개호예방·일상생활지원종합사업에서는 사업이행 전년도 실적자료에서 시정촌의 75세 이상 노인증가율을 반영한 금액을 감안하여 사업비를 산정하고 있음. 그리고, 포괄적지원사업과 임의사업의 경우에는 ‘전년도 급여비의 2% × 노인인구 증가율’에 기반하여 사업비용을 한정하고 있음.
- 이러한 지역지원사업 운영과 관련한 재원은 개호예방·일상생활지원종합사업의 경우 국가 25%, 도도부현과 시정촌이 각각 12.5%, 제1호 피보험자 22%, 제2호 피보험자 28%로 구성되며, 포괄적지원사업과 임의사업은 국가 39%, 도도부현과 시정촌이 각각 19.5%, 제1호 피보험자가 22%를 부담하고 있음.

□ 지역포괄지원센터 운영

○ 일본 정부는 2006년 개호보험제도 개정 과정에서 지역포괄지원센터를 설치하는 내용을 제시함. 지역포괄지원센터는 지역주민의 보건의료 향상 및 복지 증진을 포괄적으로 지원하기 위한 거점기관으로서 역할을 수행하도록 설립된 기관으로 2020년 말 현재 전국 5천여개소가 운영되고 있음.

○ 지역포괄지원센터는 2000년 개호보험제도 시행 이후 급격한 대상자 증가, 특히, 경증대상자 비율 급증에 따른 재정 부담 및 장기적인 관리체계의 명확화가 요구되는 시점에 본격적인 개호예방 개념을 도입하면서 지역 내 거점기관 설치 및 보험자로서 지자체의 적극적 역할을 강조하는 내용으로 개호보험법 제 115조에 기반하고 있음.

- 지역포괄지원센터의 운영자는 크게 시정촌(보험자), 직영 및 위탁운영체제

로 구분하는데 시정촌은 권역별(인구 2만~3만명) 지역포괄지원센터를 설치하고, 제1호 피보험자 3천~6천명당 보건사(간호사) 1인, 사회복지사 1인, 주임케어매니저 1인을 배치하도록 규정하고 있음.

- 시정촌 개호보험사업지원계획에서 예측되는 총 개호보험급여액의 3%범위 내(개호보험사업특별회계(지역지원사업 중 포괄적지원사업) 및 일반회계로 예산 확보)에서 종합사업 추진 예산에서 관련 운영비를 활용하도록 하고 있는데 주로 지역지원사업교부금(국고보조금), 도도부현지역지원사업보조금, 개호보험료, 일반회계전입금 등으로 예산액이 구성됨.

○ 지역포괄지원센터에서는 개호보험법에 근거하여 개호예방케어매니지먼트업무, 종합상담지원, 권리옹호, 포괄적·계속적 케어매니지먼트지원업무(지역포괄 케어 실현을 위한 다직종 연계 등)를 수행하고 있음.

- 즉, 지역포괄지원센터의 담당자들은 대상자 발굴, 개호예방 보급 및 개발사업, 개호예방활동 관련 인재 육성 및 지원사업, 개호예방 관련 사업 평가 등, 시정촌 내 타 기관과의 연계체계 구축 및 5개년 국가치매관리계획(신오렌지 플랜)에 따른 치매초기집중지원팀 배치, 지역단위 노인돌봄(안부확인 등) 네트워크 거점화 사업(동경도 등)을 추진하고 있음.

○ 그러나 이렇게 거점기관으로서의 역할을 명시하고 있지만 인력부족으로 인한 업무과중 등의 난항을 겪으면서 지역포괄지원센터 운영상의 문제점 등이 적극적으로 제시되었음⁶²⁾(三菱UFJ総合研究所, 2013). 이를 개선하기 위해 일본 정부는 의료개호종합확보추진법 제정(2014년), 2015년도 개호보험제도 개정에서 지역포괄케어시스템 구축을 위한 지역지원사업 예산을 확보(236억엔)하여 보다 집중적으로 강화해 나가겠다는 계획을 발표하였음.

62) 三菱UFJ総合研究所(2013)의 실태조사결과에 따르면, 지역포괄지원센터는 업무량 부담이 크다는 의견이 전체의 25.1%로 가장 많고 업무량에 맞춘 직원 수 부족이 21.3%, 직원의 역량부족 15.5%, 전문직 확보의 어려움 15.2%, 관계기관과의 연계 미흡 13.9%, 직원의 잦은 이직 6.0%의 순으로 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다.

2. 지역돌봄네트워크 구축을 위한 운영 사례

□ 앞서 제시한 바와 같이, 일본의 지역돌봄네트워크 구축은 지역포괄케어시스템 구축을 위한 정책적 추진배경과 매우 깊은 관계를 갖고 있음.

○ 사회보장제도개혁 국민회의의 보고서에 따르면, 질병구조의 변화를 고려한 「질병완결형」 의료에서 지역전체를 치료하고 지원하는 「지역완결형」 의료로 개혁되는 중에 재택의료·개호 일체적인 서비스제공체제 개정이 요구되었음.

- 이와 관련하여, 지역포괄케어시스템 구축 시 고령화 급증과 지역자원의 지역 간 격차가 클 수 있지만 도도부현이나 시정촌⁶³⁾이 지역의 자주성과 주체성에 기반한 지역 특성에 따라서 「살고 있는 곳에서의 케어」를 만들어가는 것을 중요하게 생각하게 되었음.

- 특히, ‘지역력’이라는 용어가 등장하면서 사회보장제도개혁 국민회의의 보고서에서도 지역포괄케어시스템 구축은 「21세기형 커뮤니티의 재생」이라는 부분을 강조하고 있음.

○ 이러한 제도적 추진방향성에 기반하여 2006년 개호보험제도 개정에서는 지역 포괄지원센터와 지역밀착형서비스를 도입하는 등의 세부 내용이 제시되었음.

- 게다가, 2012년 개정에서는 국가 및 지방 공공단체의 책무로서 포괄적으로 추진하도록 하였고 2013년에 성립한 「지속가능한 사회보장제도 확립을 위한 개혁 추진에 관한 법률」(프로그램법)에서 「지역포괄케어시스템」이라는 문언이 명문화되어 지역포괄케어시스템 구축을 더욱 적극적으로 추진하게 되었음.

□ 이에 일본에서는 지역돌봄네트워크가 어떠한 형태로, 추진과정을 거치고 있는지를 세 개의 지역(시가현 히가시오미시, 후쿠오카현 오무타시, 도쿄도 타마시) 사례를 중심으로 살펴보고자 함.




63) 일본의 행정구역은 광역자치단체인 도도부현(都道府県)과, 기초자치단체인 시정촌(市町村)으로 되어 있다. 기초자치단체에 해당되는 도쿄도에는 시정촌에 해당하는 특별구가 있는데 이를 포함해 시구정촌(市区町村)이라 부르기도 함

○ 이러한 지역사례들은 후생노동성이 2013년에 노인보건사업추진비 등 보조금으로 추진한 「노인보건건강증진 등 사업 지역포괄케어시스템 사례분석에 관한 보고서」에서 제시된 사례 중 연구진 협의를 통해 지역특성을 반영한 모델이라고 판단되는 내용으로 선정된 것임.

- 농촌의 두 지역(시가현 히가시오미시, 후쿠오카현 오무타시)과 대도시 모델에 해당되는 도쿄도 타마시를 중심으로 각 지역의 특징과 구체적인 돌봄네트워크 구축의 추진과정을 살펴봄. 특히, 주민조직과 지역포괄케어센터가 지역에서 어떻게 연계되어 가는지 검토함.

□ 아래는 위의 세 지역의 위치, 총 인구, 65세 이상 인구, 75세 이상 인구, 요개호(요지원) 인정자 수, 개호보험료의 차이 등 지역 특성을 살펴보기 위해 정리한 내용임.

〈표 3-4-1〉 일본 사례 지역의 일반 특성

1. 滋賀県東近江市(시가현 히가시오미시)	
	<ul style="list-style-type: none"> •총 인구: 116,603명 •65세 이상 인구: 25,657명(22.0%) •75세 이상 인구: (11.3%) •요개호(요지원)인정자 수: 4,082명(15.9%) •제5기 개호보험료: 4,150엔
2. 福岡県 大牟田市(후쿠오카현 오무타시)	
	<ul style="list-style-type: none"> •총 인구 : 123,109명 •65세 이상 인구: 38,341명(31.1%) •75세 이상 인구: 21,383명(17.4%) •요개호(요지원)인정자 수: 7,531명(19.6%) •제5기 개호보험료: 5,480엔
3. 東京都 多摩市(도쿄도 타마시)	
	<ul style="list-style-type: none"> •총 인구: 145,950명 •65세 이상 인구: 34,100명(23.4%) •75세 이상 인구: 13,924명(9.5%) •요개호(요지원)인정자 수: 4,265명(12.5%) •제5기 개호보험료: 4,283엔

1) 滋賀県東近江市(시가현 히가시오미시): 주민활동과 협동에 따른 상호지지하는 마을 만들기

□ (추진배경) 두 번에 걸친 1시 6정의 합병으로 넓은 시영역(388.6km²)에 시가지와 농촌지역을 포함하게 되어 주민과 지역의 다양성을 고려한 서비스 및 지역자원 정비·활용이 필요했음.

○ 독거노인과 치매노인이 증가하는 중에 익숙한 지역에서 살아갈 수 있는 지원이 필요한 한편 행정 슬림화와 함께 시 직원의 높은 전문성 확보, 다양한 관계자와의 연계추진이 필요했음.

□ (추진방향) 시가현의 마을돌봄네트워크 구축은 2차 예방사업대상자가 감소하고 졸업생은 1차 예방사업으로 이행하여 참가를 지속하는 것으로 개호예방을 주요 목적으로 추진함.

○ 다양한 관계자들 사이에서 서로 안면이 있는 관계를 토대로 주민이 스스로 하고 싶어하는 것에 대하여 행정부분에서 지원하고, 활동을 구체화함과 동시에 더욱더 발전될 수 있도록 지원하는 것도 특징 중 하나임.

□ (주요 내용) 개호예방사업과 주민 주체적인 활동에 의한 돌봄네트워크를 구축함.

○ 滋賀県東近江市(시가현 히가시오미시)에서는 시 전역을 3개로 나누어서 개최하는 「권역지역 케어회의」, 주민과 사업소 등의 활동을 중심으로 하면서 다양한 관계기관 등이 연계하여 기반 정비를 추진했음. 지역포괄케어시스템을 실현하기 위한 滋賀県東近江(시가현 히가시오미시)의 추진내용은 다음과 같음.

① 개호예방사업과 주민주체의 팔로업 활동

- 대상자 상태에 맞춰 다양한 개호예방사업을 조합하여 전개하고 기획·운영에서는 지역포괄케어센터의 이학요법사가 관련되어 있다는 점이 특징적임.
- 2차 예방사업으로서 고위험대상자의 「복합형 통소형개호예방사업」(2006~2011년도)을 실시했을 때, 그 효과로서 해당자가 감소하여 보다 리스크가

낮은 대상자를 타겟으로 한 「통소형 개호예방사업(파타카라 운동교실)」(2011년도~)이 주민 주체적으로 시행됨. 주요 내용으로는 파타카라 운동교실의 강사가 지도(사례는 참가비에서 지불) 및 비디오 활용 등 서로 의논하여 진행하고 시는 장소확보를 지원함.

② 지역밀착형 사업소를 중심으로 한 「치매 고령자 돌봄네트워크」 만들기

- 지역밀착형사업소는 치매노인 지원 전문성을 살려서 치매노인과 가족을 지원하는 지역만들기를 위한 사업임. 타 시의 견학 등을 통해 권역단위 보다는 가까운 지역에서 치매노인을 돌볼 필요가 있다고 생각한 것, 지역밀착형 사업소가 지닌 치매노인에 대한 노하우를 지역만들기에 활용하고 싶다는 것을 계기로 2013년도 12개 사업소에 위탁했음.
- 추진내용은 치매에 대한 이해를 돕기 위한 연수회·가족회·상담회의 개최, 지역주민, 조직 등에 의한 네트워크 회의 개최, SOS 네트워크 체제 정비, 배회 모의훈련 실시 등을 했음.
- 지역과 사업소가 관계를 만들기 위해서는 먼저 사업소 측에서 지역에 대한 장벽을 없앨 필요가 있으며 적극적으로 사업을 추진하는 사업소에서는 주민과 파출소와의 연계가 진전되고 있음. 지역밀착형 사업소의 운영기준과 공모 요건에는 「지역과의 연계」가 정해져 있으며 사업소에서도 본사업을 실시하는 것이 지역에 대한 PR이 되고 있음.

③ 고령자와 장애자의 생활지원 거점

- 고령자 및 장애인이 지역에서 안심하고 살 수 있는 거점으로서의 「복지몰」구상을 구체화한 것인데 2012년에 「지역개호·복지공간정비 등 시설정비 교부금」을 활용한 정비를 시행하고 2013년 4월에 오픈했음.
- 복지몰은 지적장애자가 일하는 「실전시설」, 개호를 필요로 하는 분과 가족의 생활을 응원하는 「지역에서 안심하고 생활하기 위한 응접 거점 시설」(데이서비스센터, 방문간호스테이션, 케어플랜센터), 「복지지원형 농가 레스토랑」(지역 식재료를 활용한 레스토랑, 배식서비스, 고령자와 육아살롱)이라

는 3개의 시설로 구성되어있음.

- 2009년 5월부터 「지역에서 의료복지를 생각하는 간담회」 위원을 중심으로 컨셉을 구체적으로 논의하고, 그 과정에서 시는 관련 내용에 대해 상담해 주고 법률과 제도의 조언, 조성제도의 소개 등을 지원해주고 있음.

④ 지역밀착형사업소의 봉사활동을 통한 마을만들기 NPO로의 전개

- 소규모다기능형 거택개호사업소 「카지야의 고향의 신베씨」를 건축하기 위해 180년 된 오래된 민가를 旧能登川町(노도카와초) 사회복지협의회가 매입·보수하여 개설함. 이념으로는 상부상조, 지역의 돌봄을 받는 시설, 인지증 계발 등을 제시하고 지역주민의 교류가 활성화 된 사업소를 만들어 나가는 시도를 추진했음.
- 이러한 이념에 찬성하는 지역주민이 「카지야의 고향의 신베씨를 지키는 모임」을 결성하고, 봉사활동을 함. 또한, 지역활동을 담당할 인재를 양성하는 「시가현 레이카디아 대학」(운영: 시가현 사회복지협의회)의 학생과 졸업생이 실제적으로 활동에 참여함.
- 이러한 경험을 통해서 취미와 보람을 살려 살기좋은 지역만들기를 하고자 하는 마음이 생기게 하고 모임의 멤버가 중심이 되어 「NPO법인 카지야의 고향」을 설립함. 회원의 특기를 살려 「카지야 촌민대학사업」(모아심기 교실, 제빵제과 교실 등)과 「카지야의 고향의 신베씨」를 지원하는 사업을 시행하고 있음.
- 이후, 「카지야의 고향의 신베씨」 옆에 있는 옛집을 마을만들기에 활용하고자 시에 의뢰한 결과 「지역개호·복지공간정비 등 시설정비교부금(3,300만 엔)」을 활용하여 「카지야관」을 정비하고, NPO활동 거점이 됨. 개설 2년째에 5,000명이 모일 정도로 흡인력 있는 장소로 성장하고 있음⁶⁴⁾.

64) 京都新聞社会福祉事業団「ふれあい福祉」、平成 24 年 5 月 13 日滋賀報知新聞

⑤ 지역의료연계에 관한 중층적 네트워크: 三方よし 연구회에서 각 일상생활권역의 스터디까지

- 三方よし研究会(東近江(히가시오미) 지역의료연계 네트워크 연구회)
 - 東近江(히가시오미)권역(東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町)에 의료·보건·복지·개호의 관계기관 간 기능분담과 연계방법을 검토하는 장소임.
 - 뇌졸중 연계 패스를 검토하게 된 계기로 2007년에 발족함. 매월 1회 권역내의 병원·진료소·개호시설·공공기관 등의 관계자 약 100명이 참가하고, 빙 둘러앉아 자기소개, 학습모임, 다직종연계에 대한 사례 보고를 함으로써 「얼굴이 보이는 관계만들기」를 추진하고 있음.
- 지역에서 의료복지를 생각하는 東近江(히가시오미) 간담회
 - 東近江(히가시오미) 지역에 있어야 할 종합적인 의료복지 검토, 실현을 위한 협동을 위해 시민·의료·개호·행정관계자와 유식자 등이 모여서 제언 활동을 하는 장소임(2008년 12월 발족).
 - 東近江(히가시오미) 간담회에서의 논의를 계기로 시의 能登川(노도카와) 도서관에 의한 건강의료정보 코너를 개발, 「복지물」 구상, 지역의료강연회 「생명에 대한 매너」 상영회를 개최하는 다양한 활동을 시행했음.
 - ‘모두가 좋은 스터디 모임’과 東近江(히가시오미) 간담회 등 광역적인 활동을 해나가면서, 실제로 연계를 강화하기 위해서는 보다 지역에 밀착한 네트워크가 필요하다는 문제의식에서 현재까지 일상생활권역(≒旧市町) 별로 자주적인 스터디가 정기적으로 개최됨.

□ 네트워크 구축을 통한 성과

- 히가시오미시에서 지역 내 돌봄네트워크 구축을 통한 뚜렷한 변화는 ① 2차에 방사업업을 통해 참가자의 기능 향상, ② 개호예방으로 연결되는 다양한 종류의 참여기회를 확보, ③ 협동을 통한 지역을 이끌어 갈 사람, 고령자의 보람, 사람들이 있을 거점(있을 곳)들이 창출되었다는 것 등으로 볼 수 있음.
- 개호예방사업에 참여한 참가자의 변화로는, 일반고령자사업의 「뇌 능력 up 학

습교실」, 「생기있는 운동교실」에서 치매예방 및 은둔예방이라는 원래 취지에 더해 교류와 동료만들기의 장이 되었으나, 그 이상으로 「스스로에게 자신감을 갖게 됐다」라는 이야기를 많이 했음. 지역에서 연결고리가 별로 없고, 이웃주민과의 연결이 별로 없던 참가자가 자신감을 가짐에 따라 「마음이 움직이니 몸이 움직이게 되었다」라는 효과를 보게 되었음.

○ 또 다른 성과로는 2차 예방사업 → 1차 예방사업 → 다양한 지역활동으로의 참가까지 변화되었다는 점을 들 수 있음.

- 일찍이 고위험 대상자여서 「복합형 통소형개호예방사업」에 참가했던 사람들이 보다 리스크가 적은 대상자가 참여하는 「통소형개호예방사업(파타카라운드교실)」과 「생기있는 운동교실(일반 고령자운동)」을 거쳐 예방사업을 졸업하고 있음. 또한, 지역에서는 농업, 시민활동, 마을만들기협의회, 노인클럽, 스포츠, 문화활동 등 다양한 활동이 있으며 그 상승효과도 있어 요보호(요지원)인정율은 전국 평균보다 낮은 수준임.

2) 福岡県 大牟田(후쿠오카현 오무타시): 치매에 걸려도 안심하고 생활할 수 있는 시민협동에 의한 네트워크 만들기

□ (추진배경) 개호보험제도 도입 당시는 치매 케어에 대해서 알아가는 모색단계였기 때문에 개호서비스사업자가 치매 케어를 체계적으로 배울 기회로서의 스터디모임으로 시작하였음.

○ 제도운용에 있어서는 행정부서의 노력만으로는 한계가 있어 행정과 사업자, 전문직의 협동으로 추진해야 된다는 생각에 시 담당자가 스터디모임에 참가하게 되었으며, 「치매질환이 있어도 안심하고 생활할 수 있는 환경정비」를 시 전체가 추진할 필요성을 인식하고 사업자와 시가 문제의식을 공유하게 됨.

○ 2001년 사업자협의회에 「치매케어연구회」(현: 치매라이프 서포트 연구회)가 발족, 치매 케어의 질 향상을 위한 실천적인 활동을 개시하게 됨.

□ (추진방향 및 내용) 치매환자가 치매 행동·심리증상이 보여도 재택생활을 지속할

수 있도록 지역주민이 자주적으로 지켜보기를 실시하는 등 치매노인에 대한 의식 변화를 추진함.

- 이를 위해 지역내 치매노인케어를 위해 인재양성, 팀 만들기, 지역 만들기가 장기적 시점에서 단계적으로 계획, 실천됨.

① 지역만들기를 추진할 인재양성: 치매케어 코디네이터 양성강좌

- 大牟田市(오무타시)와 치매라이프 서포트 연구회가 연계하여 치매케어에 관한 인재육성을 개시하고, Person Centred Care의 이념과 이념의 조성, 권리옹호의 철저한 이해와 매일매일의 옹호자, 과제분석과 적절한 의료와 케어·생활지원, 협동을 통한 마을만들기 추진을 주요한 추진 목표로 삼음.
- 2년간 386시간의 커리큘럼으로 10명 정도의 소수인원제로 양성하고 2013년 6월시점, 85명의 전문직이 수료함. 이 연수에서 양성한 수료생 중에 치매노인 및 가족을 지원함과 동시에 지도가 가능한 사람을 「치매케어 코디네이터」라고 함.

② 팀으로 지원하는 체제정비: 지역내 치매 서포트팀

- 치매케어에 관한 의료와 개호전문직이 개별사례에 대해서 팀으로 대응할 필요성이 있다고 판단하여, 치매전문직과 치매케어 코디네이터가 주체가 되어 지역내 치매 서포트팀을 결성하고 지역포괄지원센터와도 연계하면서 추진하고 있음.
- 서포트팀은 상담이 들어오면 먼저 치매케어 코디네이터가 지역의 지원자와 협력하여 본인과 가족에 관한 정보수집을 하고, 긴급한 상황인 경우 의료와 케어조정·지원 등을 함. 필요에 따라 팀내 의사에게 상담하여 케어매니저와 지역포괄지원센터 등에 연락·조정하는데 행정부서 내에 치매연계담당자를 1명 배치하고 팀의 운용부분을 담당함.

③ 전문직에 의한 정보연계와 케어 질 향상의 장 만들기: 지역내 치매서포트 정례적 컨퍼런스 개최

- 지역내 치매서포터팀을 시작으로 지역포괄지원센터 및 기타 전문직의 케어의 질 향상과 정보연계를 목적으로, 매월 1회 치매케어 사례에 관한 정례적인 컨퍼런스를 개최하여 다각적 검토로 과제정리 및 참가자간의 연계를 촉진함.
- 사례검토 후, 계속적인 팔로우가 필요하다고 판단되는 경우는 담당 코디네이터를 선정하고 지속적인 지원을 실시함.

④ 지역주민의 주체적 돌봄 지원체계 구축 노력: 배회 SOS 네트워크 모의훈련

- 당시 24개 있었던 초등학교구역 중에 駛馬南초등학교 구역에서 주민 스스로 주체가 되어 치매노인을 지원할 필요가 있다고 합의되어 「일요차담회」에서 배회 모의훈련을 개최함.
- 훈련에서는 치매노인이 길을 잃어버려 자택에 돌아가지 못하고 있는(배회) 상황이라는 가정하에, 지역주민과 우체국, 택시회사, 버스회사 등의 관계기관에 정보를 전달하고, 수색·보호까지의 흐름을 실제적으로 훈련하고 있음.
- 1개의 초등학교 구역을 시작으로 했던 것이 현재는 전부 21개 초등학교 구역까지 확대되고, 각 초등학교 구역에서 실행위원회를 세우고 각각의 교구 실정에 맞게 훈련과 정보전달망을 구축하여 지역 커뮤니티 재구축이라는 기운을 조성하는 데 기여하고 있음.

□ 네트워크 구축을 통한 성과

- 지역에 보인 변화를 살펴보면, 치매노인이 배회행동으로 행방불명됐던 것을 계기로 지역주민 스스로 배회모의훈련을 실시했던 것이 현재는 전 초등학교 구역에서 개최되는 등 치매노인과 가족이 있는 지역에서 돌보고자 하는 의식이 확실히 만들어지고 있음.
- 지역주민과 케어매니저, 지역밀착형 서비스 연계에 따른 치매환자이지만 재택생활을 계속할 수 있는 사례가 증가하고 있으며, 치매질환을 계기로 시민차원의 커뮤니케이션이 향상되고 지역커뮤니티 재구축의 분위기가 조성되고 있음.

[그림 3-4-6] 일본사례: 돌봄네트워크가 활용된 개별지원

“치매코디네이터를 중심으로 지역에서의 돌봄으로 치매환자의 재택생활이 가능한 사례”

- 「가벼운 건망증」은 있었지만 일상생활에서는 특별히 문제가 없이 아내와 둘이 살던 A씨였는데, 누나의 장례를 치르던 중 갑자기 난폭한 행동을 하기 시작해서 가족은 그때 A씨의 치매를 확신했음. 그 이후 아내가 남편을 돌보면서 생활해왔는데 아내의 간병부담이 과중해지면서 장녀가 30년 근무했던 회사를 그만두게 됨. 게다가 A씨는 장녀를 「아내의 숨겨둔 아이」라고 의심하기 시작했고 딸을 집에서 쫓아내는 등 망상과 거부적인 행동이 두드러지게 나타나서 가족이 지역포괄지원센터에 상담을 신청했음.
- 이후, 건망증 예방·상담 검진을 계기로 치매전문의와 연결하여 「루이소체 치매⁶⁵⁾」라고 진단받고 지역 치매서포트팀이 지원하게 됨. 서포트 팀에 소속한 치매코디네이터가 담당제로 개호보험서비스를 개시할 때까지 공백기간을 채워주기 위해 초기대응을 함과 동시에 특별히 불안을 품고 있는 가족에게 가족을 위한 학습회와 모임을 활용하면서 치매를 이해할 수 있도록 돕고, 혼자 고민하지 않고 돌볼 수 있는 개호방법을 가르치는 등의 가족지원을 함. 현재는 치매코디네이터를 중심으로 정례적인 커퍼런스에서 정보를 공유하면서 경찰서를 중심으로 구성하고 있는 배회 SOS네트워크에서 돌봄과 연계를 하면서 지원하는 체계를 정비하고 있음
- A씨는 현재, 치매전문의의 의학적 관리와 함께 개호보험서비스를 이용 중에 있으며 치매 코디네이터와 이웃들과의 협동 지원으로 아내·장녀와 함께 평온하게 재택에서 보내고 있음

3) 東京都 多摩市(도쿄도 타마시): 행정 코디네이트에 의한 다분야 횡단형 접근

□ 추진배경

- 多摩市(타마시)는 2014년 1월 현재, 시 총면적의 약 60%를 뉴타운구역으로 점하고 있으며 이로 인해 다양한 특성이 있음. 多摩(타마) 뉴타운은 1966년부터 개발하여 1971년 諏訪(스와) · 永山(나가야마) 지구에 최초 입주한 이래 40년 이상 경과했음. 「계획적으로 정비된 마을」이라는 특성이 기초가 되어 대량으로 일제 입주함에 따라 세대층이 편중되고 주택부족에 대응하기 위해 베드타운으로서의 마을이 만들어진 획일성, 마을이 한번에 정비되었다는 점에서 전체가 동시에 노후화되는 과제를 안고 있었음.

- 시간이 경과함에 따른 건축물의 노후화와 함께 사회상황과 라이프스타일 등도

65) 루이소체치매는 알츠하이머치매 다음으로 흔한 퇴행성 치매의 원인 질환임. 루이소체치매 환자의 대뇌 피질 신경세포 내부에서는 알파-시뉴클레인이라는 단백질이 침착되어 형성되는 루이소체가 관찰되어 이와 같은 병명을 가지게 됨. 일중 변동이 있는 인지기능 저하, 환시, 램수면행동장애, 파킨슨증이 특징적인 증상임. 루이소체치매[Lewy body dementia] (서울대학교병원 의학정보, 서울대학교병원)

크게 변화해 왔으며, 특히 초기 입주지역에서는 이러한 시간의 경과 및 시대변화가 더욱더 크게 영향을 미쳤음. 타마시의 고령화율은 1989년에는 5.21%였으나, 2014년에는 24.08%로 25년간 약 5배 증가함. 한편, 건강수명은 도내 26개 시 중 남녀 모두 1위⁶⁶⁾, 평균수명은 도내 26개 시 중 남성 2위·여성 3위⁶⁷⁾로 건강한 고령자도 많다는 특징이 있음.

- 시립 공원면적은 도내 26개 시 중 1위, 녹지율은 53.9%⁶⁸⁾로 녹지가 많은 환경에 둘러싸여 시민 활동도 활발하며, 인구 10만명당 NPO법인수가 도내 1위⁶⁹⁾임.

- 2025년에는 뉴타운 개발로 한번에 단카이세대(1948년 전후의 베이비부머세대)가 75세 이상이 되어 고령화율이 높아지고, 2040년에는 고령화율이 38.2%에 도달하여 90세 이상이 8천명으로 예상되어 재택고령자를 지역에서 지원하는 체계가 요구되고 있음.

□ (추진방향 및 내용) 행정파트가 코디네이트 기능을 담당하면서 多摩(타마) 뉴타운을 시작으로 지역의 고령화가 진전된 집합 주택을 필드로 하여 의료·주택·복지 등의 다양한 분야에서의 시도, 접근이 이루어짐.

- 多摩市(타마시)에서는 저출산고령화가 심화되는 가운데 의료기능 분화와 재편성, 또는 지역포괄케어의 기반 강화가 중시됨. 사회보장정책에서 병상 축소, 지역·재택케어를 중시하는 흐름과 동시에 타업종에서의 시장진입과 제도 변화의 동향도 활발함.

- 多摩市(타마시)는 행정코디네이트 기능을 담당하면서 多摩(타마) 뉴타운을 시작으로 하는 지역 고령화에 대하여 의료, 재택, 산업, 복지, 학술 등 다양한 분야에서 시도하고 접근해왔음.

66) 平成 25 年公表 東京保健所長会方式平成 23 年より 要介護 2 以上

67) 平成 25 年公表 厚生労働省 市区町村別生命表平成 22 年概況より

68) 多摩市基礎データ平成 22 年度版等より

69) 東京市町村自治調査会「多摩地域データブック平成 21 年版」等より

〈표 3-4-2〉 일본 타마시 사례: 다양한 분야에서의 접근 및 시도

분야	내용
시민 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의 안식처 만들기(특정비영리활동법인 복지정) • 생활지원 서포터 양성(특정비영리활동법인 핸디캡ゆづり葉*) * 후생노동성 2008년도 노인보건건강증진등 사업·모델 위탁처) • TAMA 치매 고령자 개호자 모임(시민단체「いこいの会」) * 시 치매 학습회「あしたの会」와의 연계
주거	<ul style="list-style-type: none"> • 타마 뉴타운·케어 연계 배리어프리 개보수사업 (타마시 주택건설조합 이외) * 국토교통성 2010년도 고령자 등 거주안정화 추진사업선정 • UR도시기구 용지에 유료노인홈, 서비스포함 고령자주택(사단) CN 이외 * 국토교통성 2011년도 고령자 등 거주안정화 추진사업선정)
돌봄	<ul style="list-style-type: none"> • 「치매 지역자원 네트워크모델 사업」(타마시 외) * 도쿄도 2007년도~2008년도 보조사업) • 「재택을 지원하는 뉴타운형 복지마을 만들기에 관한 연구」(首都大学 외) • 「1인가구의 안전·안심 시스템만들기 연구」(도쿄도 건강장수의료센터) * 후생노동성 2011년도~2013년도 후생노동과학연구비보조금 사업)
의료 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 의료법인에 의한 포괄적인 안전망 구축(의: 텐오우카이) • 타마뉴타운에 의한 지역의료기관병원(일본의료대학 타마 나가야마병원) • ICT 이용에 따른 지역연계패스사업(타마시 영양튜브관삽입 네트워크) * 총무성 2009년도 유비키타스타운 구상추진사업 • 지역보건사업에 의한 소셜캐피탈의 활용에 관한 연구(도쿄도 건강장수의료센터) * 후생노동성 2013년도 후생노동성 과학연구비보조금사업
개호 예방	<ul style="list-style-type: none"> • 「건강장수 역 타마」(国士舘大学 · 惠泉女子大学 외) * 총무성 2010년도 지역 ICT이활동 광역연계사업(실증실험)
생활 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 이동판매차「안심 배달」(이토요카도: 롯데마트같은 유통업체) (2013년 7월~) • 이동판매차(게이오 안심네트워크)「(게이오전철 그룹)(2013년8월) * 경제산업성 2013년도 지역 자립형 시장보급 약자 대책 지원사업

① 시민활동

(1) 지역의 안식처만들기(특정비영리활동법인 복지정)

○ 특정비영리활동법인 복지정에서는 타마뉴타운 나가야마단지 내 빈점포를 이용하여 2002년 개설한 이래 고령자 교류의 장으로서 식사·차서비스 제공, 이벤트 개최 외 육아지원, 재택지원 등 지역 사람들의 교류 거점으로서 폭넓은 활동을 해오고 있음.

- 현재는 유사한 활동들이 전국에서 추진되고 있으나 타마시의 사례가 선도적 활동으로서 시작됨. 운영도 지역의 봉사활동이 뒷받침되고 중학생의 직장체험 실습연계와 함께 연구자·대학생 등에 의한 연구거점으로서도 활용되는 등 교육·연구활동에도 기여하고 있음.

(2) 생활지원서포터 양성(특정비영리법인 핸디캡ゆづり葉)

- 특정비영리활동법인 ‘핸디캡ゆづり葉’은 타마시내에서 회원제인 이동서비스, 개호보험의 지정방문개호사업, 장애인자립지원사업을 실시하고 있음.
- 언덕, 계단이 많고 집합주택 거주 고령자가 많은 타마시의 문제점을 해소하기 위해 계단 승강 서포트에 초점을 맞춰서 서비스제공자의 폭을 넓혀줌과 동시에 시가 할 수 있는 지원체제를 검토하는 것을 목적으로 함.

(3) TAMA 치매개호자 모임(시민단체: 「いこいの会」이코이노 모임)

- 치매당사자와 함께 하는 개호자 모임. 월 1회 정례회, 그 외에 강연회와 학습회, 미니소풍, 전시활동 등을 하고 있음.
- 타마시 고령지원과가 중심이 되어 각각의 전문직과 치매에 대해서 배울 기회인 학습모임과 연계를 도모하고 있음.

② 주거

(1) 타마뉴타운·케어 연계 배리어프리 개보수사업(타마시 주택건설조합 외)

- ‘집안을 건강하게 몸을 건강하게’라는 표어로, 의료·개호·복지 및 건축설계·공사관계자, 개보수를 생각하는 사람들에게 폭넓게 정보를 제공하는 것을 목적으로 웹페이지를 개설하는 등 배리어프리 개보수사업을 추진함.

(2) UR도시기구용지에 유료노인홈, 서비스 제공 고령자주택((사단) 커뮤니티넷 이외)

- 2011년 12월에 탄생한 「유이마르 히지리가오카」는 건강할 때 「임종을 맞이할 집」을 찾고 싶은 자에게 「주택형유료노인홈」, 의료·개호는 타마지역에서 고령자의료를 추진해온 의료법인재단 텐오우카이와 연계하고 갑자기 일이 생겨도 안심하고 생활할 수 있는 체계를 갖추고 있음. 2013년 3월 개설의 「유이마르 나가사와」와 함께 지역에 열린 커뮤니티 거점으로서도 기능하고 있음.

③ 돌봄

(1) 「치매 지역자원 네트워크모델 사업」(타마시 이외)

○ 2007년도·2008년도에 치매인 사람을 같이 지지할 수 있도록 지역만들기를 실시하고 지역 주민이 네트워크체계를 형성했음. 지역에서의 지원에 대해 합의된 의견이 형성되도록 자치회, 민생위원, 개호자 모임 등에서 치매 코디네이트 위원회를 설치함.

- 지역자원 맵의 작성·보급, 전문직·다직종에 따른 지원네트워크 형성, 고령자 문제 정보교환회를 관계기관에서 조직하고 있음.

(2) 「재택을 지원하는 뉴타운형 복지마을 만들기에 관한 연구(수도대학 이외)

○ 「고령자 등 돌봄거점 보급에 관한 부회」에서는 타마시의 재택·장수의 우리마을만들기 모델로서 「이웃사촌 라운지」가 설치되고 「諏訪(스와) 4동 가볍게 들리는 라운지」 설치도 시도되었음. 2008년도부터 포괄적인 지원 일반 복지사업(라운지 업무위탁)에 따른 시도를 지속적으로 지원해왔음.

○ 「재택고령자 대상 자기판단 툴 개발에 관한 부회」에서는 고령자가 될 수 있는 한 길게 재택에서 살게 하기 위해서는, 자신이 스스로 놓여진 상황에 대해 될 수 있는 한 조기에 자기평가하며 이를 통해 문제점을 알아챘을 때 빨리 대응할 수 있다는 유익이 있다는 제안이 나왔음.

○ 또한, 중장년층과 건강한 고령자에게 “조금 이른 노인이 될 준비”를 독려하고 “알아챌 수 있는 자기판단 툴”을 개발하는 것을 목적으로 개발함.

(3) 「1인가구의 안전·안심 시스템 만들기 연구」(도쿄도 건강장수의료센터)

○ 1인가구 고령자의 생활을 돌보고 몸의 변화 징후를 조기에 발견하고 악화하기 전에 지역 서비스로 연계하는 것이 목적임. 도쿄도 건강장수의료센터 연구소와 공동으로 시내에서 1인가구인 65세 이상 고령자를 대상으로 돌봄 센서를 사용한 돌봄시스템 연구사업을 개시했음.

- 자택에서 각방에 센서를 부착해서 생활을 관리하고, 센서 데이터를 월 1회 정기레포트로 지역포괄지원센터에 보내 그 레포트와 일상생활의 모습에서

필요한 서포트 등에 대해 대응하고 있음.

④ 의료연계

(1) 의료법인의 포괄적인 안전망 구축((의) 텐오우카이)

○ 의료재단법인 텐오우카이가 추진하는 「사랑안전망」은 타마뉴타운을 중심으로 함. 이는 「타마뉴타운이라는 지역 전체를 하나의 병동으로 인식하고」, 「사랑클리닉」은 외래와 방문진료를 일체화시켜 베이스캠프로서 활용하고, 「新天本병원」「사랑개호노인보건시설」「사랑방문간호스테이션」 등 그룹시설과 연계한 것임. 또한, 소규모다기능형거택개호와 치매그룹홈 등도 연계시킴.

- 시설(병원·개호시설)이나 재택 중 하나를 선택하는 발상이 아니라, 양쪽을 일체화시켜 법인 내의 병원과 시설에서 자기완결형으로 지역 내에서 환류형으로 전개할 필요가 있다는 생각을 기반으로 지역포괄케어의 실현을 목표로 하고 있음.

(2) 타마뉴타운에 있어서 지역의료기관병원(일본의과대학 타마나가야마병원)

○ 일본의과대학 타마나가야마병원은 남쪽 타마의료권역에 위치하며, 진료환자의 80% 이상이 남쪽 타마의료권역 거주자임. 이러한 상황에서 소개를 해주는 의료기관으로서의 매끄러운 연계와 정보 공유화를 위해 2001년 3월 의료연계실을 만들었음.

- 의료연계실에서는 ①의료연계 ②의료복지상담 ③간호상담 등의 업무를 실시함. 기초병원으로서 역할이 증대하는 가운데 소개를 해주는 의료기관으로서의 연계뿐 아니라 더욱더 밀접하게 추진하고 있음.

(3) ICT이용에 따른 지역연계패스 창설 시도(타마 영양튜브삽입⁷⁰⁾ 네트워크)

○ 2006년도에 타마시 영양튜브관삽입 네트워크를 설립한 이래 타마시 영양튜브관삽입 네트워크 지침서 작성과 섭식연하지역 연계 패스 작성작업 부회, PEG 지역 연계 패스 작성작업 부회를 설립했음.

70) 위에 직접 구멍을 뚫어 관으로 영양과 수분을 보내는 장치를 말함

- 많은 의료기관에서 영양튜브삽입과 교환이 이루어지지만 반드시 PEG⁷¹⁾에 전문인 스텝이 관리하고 있는 것은 아님. 합병증을 들어주는 일부터 세미나와 심포지움을 통해서 영양튜브관을 연결하여 환자본인과 가족, 의료·개호관계자가 안정하고 상담할 수 있는 창구를 만들어서 지역에 PEG를 바르게 알 수 있도록 지식을 계발·보급하기 위한 활동을 하고 있음.
- 또한, 2009년도부터 지역연계 패스를 IT화함. 타마뉴타운의 고령화·핵가족화가 심각한 문제가 되어서 의료·개호 관계자가 참가한 지역연계패스를 IT화하고, 인터넷을 이용한 지역연계시스템의 브로드밴드 네트워크 환경을 활용하여 다직종이 환자정보를 공유하고 재택의료 및 재택지원이 충실해지도록 했음.

⑤ 개호예방: 「건강장수역 타마」(国土館大学 · 惠泉女子大学 외)

- 이 지역에 캠퍼스를 가지고 있는 国土館大学이 지역공헌활동의 일환으로서 운동을 통한 건강유지활동 촉진을 추진했음. 또한 NPO를 통한 마을만들기 활동도 추진되었음.
- 대학과 마을만들기 NPO가 협동하여 운동프로그램 및 마을만들기 활동이 협력하여, 건강장수역의 가능성을 검토하고 이용자의 편의를 위해 3개소의 건강장수역을 설치하고 각 역의 역할 분담도 고려하여 추진하고있음.

⑥ 생활지원

(1) 이동판매차 「안심 배달」(이토요카도 2013년 7월~)

- 구매력이 낮은 일부 지역의 슈퍼가 철수하고 고령자의 시장보기가 불편한 상황에서 타마뉴타운의 시장보기 지원으로서 2013년 7월부터 이토요카도 미나미오오사와 점포에서 트럭을 사용한 이동판매를 실시함.
- 매주 화요일·목요일 11시에서 16시30분, 판매장소는 타마시내 6개소이며, 판매상태에 따라 물품을 조정하는 등 이용자의 니즈에 대응해 나가고 있음.

71) 내시경을 사용하여 배에 작은 구멍을 만들고 그 관으로 영양을 보내는 카테텔(관)을 삽입하는 것을 말함(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy의 약어)

(2) 이동판매자 「게이오 안심 네트워크」(게이오전철 그룹 2013년 8월~)

- 2007년에 「게이오 안심 네트워크」라는 고령자 등을 서포트하는 서비스 제공을 개시하고 대기업 편의점도 실시하고 있는 「당일 택배서비스」를 착수함. 게이오 스토어에서 구입한 상품을 자택까지 배달하는 편리성을 도모했음.
- 2009년에는 인터넷 등에서 주문을 받아 자택까지 배달하는 「시장보기 대행 서비스」를, 2013년 11월부터 시장보기 약자 대책에 「안심 네트워크」를 개시함. 「스스로 상품을 보고 시장 볼 수 있는 기쁨을 맛보고 싶다」는 이용자의 의견에서 시작되었고 이동판매차에 약 300품목을 실어 1일 4개소 전후의 지역을 순회하고 있음.

□ 네트워크 구축을 통한 성과

- 2006년부터 타마시 의사회, 타마시 지역포괄지원센터(6개소), 시 고령지원과와 공동주최로 「타마시 의료·복지·개호연계 네트워크 사업」을 기획, 운영하고 있음. 참가자는 의사, 치과의사, 약사, 케어매니저, 방문간호사, 홈헬퍼, MSW, 병원간호사, PT, OT, 개호보험서비스 사업소 등이 참가함.
- 타마시가 지금까지 해온 각 분야의 시험적인 지역으로의 접근방법과 시스템 형성, 서비스 전개를 통해 지역, 전문기관, 사업자, 행정의 각각의 입장에서 협동해가는 계기가 됨과 동시에 지역에 넓힐 필요가 있는 체계가 무엇인지 명확해졌다고 볼 수 있음.

3. 시사점

□ 지역특성을 반영한 밀착형 돌봄지원의 필요성 재확인

- 일본의 각 지역사례를 살펴볼 때, 초고령사회에 진입한 일본의 지역사회에서 노인돌봄체계를 구축하는 노력은 필수 당면과제임을 확인할 수 있음.
 - 건강보험, 개호보험제도 등을 통해 재가의 돌봄기반을 계속적으로 확충하는 노력과 함께, 지역의 다양한 인적, 물적자원을 활용한 돌봄지원체계를

구축하는 준비를 적극적으로 추진하고 있음.

- 특히, 지역포괄케어시스템 구축이라는 정책아젠더에 맞춰 이를 공적, 비공식적 지원에 기반하여 주거-의료-개호-생활지원 및 개호예방의 요소에 맞춰 지역단위 돌봄지원망을 구축하고 있음.
- 지역포괄케어시스템의 효과적인 추진을 위해 후생노동성에 추진본부를 설치하고, 각 도도부현과 시정촌 단위에서 이를 담당하는 행정부서를 신설하였음. 또한 지역포괄지원센터를 각 권역별로 설치하여 통합운영창구로서 역할을 담당하게 함으로써 행정적 기반도 함께 만드는 노력을 취하였음.

○ 여기에서 일본은 이러한 지역포괄케어시스템 구축을 ‘권역’이라는 단위를 제시하면서 인구 1-2만명 단위의 생활권역(중학교구) 당 관련 요소들을 확충하여 돌봄필요노인이 가급적 오랫동안 지역생활을 유지할 수 있도록 각 요소 간 연계 조정을 실시하고 있음.

- 돌봄필요노인의 생활권역을 중심으로 지원망을 구축하기 위해서 각각의 지역특성을 반영한 운영계획을 수립하고 그에 따른 구체적인 시행전략을 마련하기 위해 도도부현-시정촌 단위 지역복지계획-개호보험계획-보건의료계획의 방향성을 맞춰 시행하고 있음.
- 이러한 각 지역단위의 계획수립으로 대도시, 중소도시, 농어촌 권역의 각 지역특성을 고려하되, 가용가능한 인적, 물적 자원을 최대한 개발 및 투입하고 추가적으로 서비스 및 기타 자원의 확보가 필요할 경우에는 지역의제로 선정하여 이를 신속히 확충해 나가는 노력을 취하고 있는 것임.
- 제시한 세 지역사례의 경우에도 생활권역에 기반하여 도시, 농촌지역의 각 특성을 고려하고 있으며, 특히 지역내 주요 돌봄욕구(치매 등)에 대응하기 위한 돌봄공동체 구축을 위한 노력을 취하고 있음.

○ 이러한 일본의 사례를 살펴봤을 때, 우리의 경우에도 지역사회 통합돌봄이라는 정책의제를 더욱 적극적으로 구체화하는 노력과 함께 중앙정부-지자체 간 명확한 역할분담을 통한 지자체의 기능 강화가 필요함.

- 지자체는 지역단위 돌봄욕구를 명확히 파악하고 가용한 공적, 비공식적 자

원을 충분히 활용하여 돌봄욕구에 대응가능한 지역단위 주거-의료-요양-생활지원(복지) 요소의 연계 및 조정체계를 구축하는 노력이 필요함.

- 특히, 지역주민 밀착형의 기반을 구축하기 위해서는 시군구라는 지자체의 행정단위는 유지하되 일본처럼 생활권역에 대해 고민할 필요가 있을 것임. 기존 읍면동-시군구의 행정단위에서 읍면동 단위는 다양한 자원을 개발 및 지원하는 데 지역적 범위가 협소하고, 시군구는 지역주민 밀착형으로 접근하기에 한계가 있어 이를 보완할 수 있는 검토가 필요할 것으로 보임.
- 행정단위의 돌봄지원 범위를 고려하되, 고유의 지역특성을 반영한 지역사회 통합돌봄 실행전략 마련이 우선되어야 할 것임. 즉, 대도시와 중소도시, 농어촌지역의 인구특성, 가용한 공적, 비공식적 자원 파악, 그리고 필요한 돌봄서비스 제공 등이 구체적으로 실현될 수 있는 방안이 고민되어야 함.

□ 행정, 지역주민, 다양한 관계자 등의 참여에 기반한 공동체 기반

○ 일본의 사례를 통해 주요 추진주체들을 살펴보면, 공공과 민간 어느 한쪽이 중심이 아닌 공공(행정)과 민간 관계자, 지역주민 등 다양한 주체들이 함께 참여하고 있다는 것임.

- 돌봄필요노인의 지원방안을 마련하기 위해 지역내에서 발굴되는 돌봄욕구를 가시화하여 bottom-up 방식의 추진체계를 갖춘 경우도 있으며, 공공(행정)에서 서비스 제공 필요성을 문제제기하고 민간 관계자 및 지역주민들의 참여로 이를 확장시켜 나가는 사례들이 다양하게 운영되고 있음.
- 특히, 지역내 돌봄필요노인을 위한 생활지원 및 개호예방 관련 지원은 더욱 더 지역주민의 욕구를 발굴하여 자발적인 지역주민 참여에 기반한 네트워크체계를 구축해 나가는 방향으로 추진되고 있음.

○ 일본 사례에서는 지역주민의 참여에 기반한 다양한 사업 추진에 주목할 수 있음. 즉, 주민자치회 등의 자발적인 지역주민들이 돌봄네트워크 구축의 중점적 역할을 담당하고 있는 것임.

- 이러한 지역주민 참여형의 돌봄네트워크 구축은 일본에서 지속된 복지교육, 주민조직화사업 등이 기초가 되었을 것이나, 무엇보다 돌봄 관련 욕구

가 누구나 충분히 가질 수 있는 욕구이며 그 대응이 각 지역 내에서 이뤄질 수 있어야 시설 및 병원입소가 늦춰질 수 있다는 공감대 형성이 기반이 되었을 것으로 사료됨.

○ 이처럼, 지역내 돌봄욕구에 대응할 지속가능한 돌봄네트워크 구축을 위해서는 지역주민 참여가 기반이 되어야하며, 어느 한 관계자의 일방적 추진보다는 다양한 지역관계자가 참여, 협의, 합의점을 만들어나가는 과정이 필요함.

- 이러한 참여형 돌봄네트워크 구축을 위해서는 공공(행정)의 명확한 역할 설정 즉, 논의기반을 마련하고 중심적 조정주체로서 역할하면서 지역리더 양성을 위한 지원책을 제시하고, 관련 서비스 제공 관계자들은 공적제도권 내에서 협의조정 가능한 부분에 대한 협업이 가능해야 할 것임.
- 또한, 지역내 자발적인 주민조직 등의 다양한 참여주체들은 가용한 자원에 대한 정보 제공, 지역리더 활동 등의 주민주체 간 적극적인 참여의식 제고 등의 노력이 필요할 것임.

□ 기반조성을 위한 지속적인 제도적 지원

○ 지속가능한 지역단위 돌봄네트워크 구축을 위해서는 제도적으로 이를 지원할 수 있는 기본적인 지원이 기반이 되어야 할 것으로 보임.

- 예를 들어, 제시한 일본의 각 사례에서 다양한 주체들이 지속적으로 참여하면서 다양한 협의를 할 수 있었던 기반은 이들이 모일 수 있는 장소(場)가 마련되었기 때문임. 공공기관의 지역교류공간을 활용하거나, 지역내 빈 집을 지역주민의 모임장소로 리모델링하여 운영할 수 있었던 여러 기전들로 지역주민이 모일 장소 확보가 가능했던 것임.
- 이러한 지역 모임장소를 확보하기 위해서, 그리고 최소한의 운영비 정도의 비용을 지속적으로 확보하기 위해서는 지자체가 재량적으로 활용할 재정지원 기반이 마련되어야 할 것임.

○ 이를 위해 일본은 개호보험제도의 지역지원사업 관련 예산지원을 통해 지역내 돌봄네트워크 구축과 관련한 다양한 사업을 지자체가 자율적으로 개발, 추진할 수 있도록 제도적 기반을 갖추고 있음.

- 생활지원 및 개호예방사업을 추진하거나, 지역포괄지원센터를 중심으로 한 지역케어회의 운영, 관련 다직종 관계자 간 지속적인 협의체 운영, 지역주민 대상 돌봄교육 기회 확대 등의 다양한 내용이 지역지원사업에 포함되어 있다고 볼 수 있음.

○ 일본의 이런 사례들을 살펴볼 때, 우리 경우에도 건강보험, 장기요양보험제도에 기초한 서비스 확충과 함께 지역단위 돌봄지원망 구축을 위한 기반을 조성할 수 있도록 제도적 지원이 강구되어야 할 것임.

- 노인보건과 복지제도를 통합하여 개호보험제도로 운영하면서 기본적으로 개호서비스와 예방서비스 등을 모두 제도권 내에서 운영하는 일본과 달리, 우리는 노인장기요양보험과 노인보건복지서비스는 구분하여 운영되고 있음. 이로 인해 일본처럼 장기요양보험제도에서 노인보건복지서비스의 기반 정비 관련 내용을 포함시키기에는 한계가 있어보이므로 향후 지역지원사업과 관련한 기능을 담당할 사업항목을 노인장기요양보험제도 내에 포함시킬지 또는 새로운 사업형태로 지원할 것인지에 대한 검토가 필요함.
- 이와 함께, 현재의 지역사회 통합돌봄 선도사업에서 지자체가 자율적으로 활용할 수 있는 선도사업예산을 통합돌봄 관련 예산으로 지속적으로 확보하고 지자체가 돌봄지원 관련 기반을 구축하는 데 활용할 수 있도록 유도하는 제도적 검토도 이뤄질 수 있을 것임.