WELFARE ISSUE TODAY

복지이슈 TODAY

VOL.152(2025년 11월)

간호와 생활돌봄

국내이슈

간호사가 제안하는 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스 • **이영란** 04

간호사가 바라보는 지역사회 통합돌봄의료서비스 - 2차의료기관 돌봄의료센터의 역할 • **윤혜란** 05

일본 방문간호 소개와 스미레 스테이션 사례의 시사점 • **장현숙** 06

기술이 이어주는 마음, 함께 만드는 치매 돌봄의 미래 • **정나나** 07

이슈와 통계

서울 중장년 일자리사업 10명 중 3명만 참여 - 건강과 근로조건 반영한 근로시간과 특화 일자리 필요 • **서종녀** 08

해외동향

[영국] 영국 통합돌봄 시스템 평가 구축 과정과 현황 • **윤새별** 10

[프랑스] 프랑스의 돌봄·의료 통합 개혁: 재가자율성서비스(SAD) 도입 • **임밝네** 11

[프랑스] 프랑스의 노년층 통합돌봄지원 시스템 • **이은주** 12

[독일] 독일 통합의료지원의 발전 과정 • **권민정** 13

[네덜란드] 네덜란드 암스테르담의 통합돌봄 운영모델 - Buurtteam Amsterdam • **정우택** 14

[호주] 호주의 2025 'Support at Home' 개혁: 권리 중심 통합 돌봄으로의 전환 • **박홍재** 15

서울시복지재단
SEOUL WELFARE FOUNDATION

WELFARE ISSUE TODAY

복지이슈 TODAY

발행인
진수희(서울시복지재단 대표이사)

편집인
류명석(서울시복지재단 정책연구센터 센터장)

기획위원회
김원호(단국대학교 특수교육과 교수)
김태완(한국보건사회연구원 선임연구위원)
남궁은하(이화여자대학교 사회복지학과 교수)
송아영(연세대학교 사회복지학과 교수)
최유석(한림대학교 사회복지학부 교수)

복지이슈Today는
지방자치단체의 복지정책 수립에 필요한 국내외 복지동향을 소개하기 위해, 2013년 4월에 창간된 월간지입니다.

- 본지는 서울시복지재단 홈페이지 https://www.welfare.seoul.kr '아카이브 → 복지이슈 투데이'에서도 보실 수 있습니다.
- 발간에 관련된 문의사항과 개선을 위한 의견이 있으시면 발간부서로 보내주시기 바랍니다. (정책연구센터 02-6353-0413, today@welfare.seoul.kr)
- 본지에 실린 내용은 서울시의 공식적인 견해와 다를 수 있습니다.

Contents

간호와 생활돌봄

국내이슈

01 **간호사가 제안하는 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스** • 이영란(대한간호협회 경기인천 노인간호사회 이사) 04

02 **간호사가 바라보는 지역사회 통합돌봄의료서비스 - 2차의료기관 돌봄의료센터의 역할**

• 윤혜란(록향의료재단 신천연합병원 돌봄의료센터 실장) 05

03 **일본 방문간호 소개와 스미레 스테이션 사례의 시사점** • 장현숙(장현숙요양센터 센터장) 06

04 **기술이 이어주는 마음, 함께 만드는 치매 돌봄의 미래** • 정나나(노원구치매안심센터 부센터장) 07

이슈와 통계

서울 중장년 일자리사업 10명 중 3명만 참여 - 건강과 근로조건 반영한 근로시간과 특화 일자리 필요

• 서종녀(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원) 08

해외동향

[영국] **영국 통합돌봄 시스템 평가 구축 과정과 현황** • 윤새별(영국 에딘버러대학 사회 · 정치학 박사과정) 10

[프랑스] **프랑스의 돌봄·의료 통합 개혁: 재가자율성서비스(SAD) 도입** • 임밝네(파리7대학 사회학 박사) 11

[프랑스] **프랑스의 노년층 통합돌봄지원 시스템** • 이은주(사회정보연구원 연구위원) 12

[독일] **독일 통합의료지원의 발전 과정** • 권민정(보쿰대학교 사회학과 박사과정) 13

[네덜란드] **네덜란드 암스테르담의 통합돌봄 운영모델 - Buurtteam Amsterdam** • 정우택(서울시복지재단 정책연구센터 주임) 14

[호주] **호주의 2025 'Support at Home' 개혁: 권리 중심 통합 돌봄으로의 전환** • 박홍재(웨스턴시드니대학교 교수) 15

간호사가 제안하는 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스

이영란(대한간호협회 경기인천 노인간호사회 이사)

지금 우리나라는 인구 비율에 대한 문제를 안고 있다. 이 중 노령 인구의 증가는 사회 경제적 부담이 되고 있다. 이를 위해 정부는 2008년부터 노인장기요양보험 서비스를 시작하여 노령 인구를 위한 돌봄에 소요되는 의료비와 사회 경제적 비용을 줄이고자 노력하고 있다.

또한 건강하고 더 나은 국민의 삶을 위해 국가에서는 의료 돌봄 통합 서비스를 준비 중이다. 2026년 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스 제도를 시행함에 앞서 20여 년 동안 노인과 장애인의 간호와 돌봄을 지켜본 경험으로 몇 가지 제언을 하려고 한다.

1. 다양한 돌봄 서비스의 단일화 구축을 위해 고령세대를 위한 독립적인 관리 부처의 설립이 필요하다

고령 인구가 늘어나면서 필요한 서비스가 다양해지고 대상자의 상태도 점점 중등도를 나타내게 된다. 돌봄대상자이든, 돌봄제공자이든, 또한 장애인이든, 비장애인이든 늙어 가면서 돌봄이 더 필요하게 된다. 현재 국가 전체적으로 보면 한 명의 고령자에게 제공되는 서비스들이 참 많다. 그러나 서비스가 제공되고 있음에도 서비스를 받는 대상자의 입장에서 보면 채워지지 않는 부분들이 생겨 완벽한 서비스가 이루어지지 않고 있다. 이에 현재 제공되는 모든 서비스를 하나로 통합하여 제대로 된 서비스 시스템이 이루어지기를 바란다. 그래서 점점 늘어나는 건강한 고령자들이 자신들에게 남아 있는 잔존기능을 최대한 길게 사용할 수 있도록, 돌봄이 필요한 대상자들을 위한 총체적 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스 시스템의 구축이 필요하다고 생각한다.

2. 고령화·악화되어가는 장애인을 위한 서비스가 필요하다

고령화되고 장애의 진행정도가 점점 깊어지는 장애인들의 경우, 서비스 종류나 빈도수가 늘어갈 수밖에 없다. 그들을 위한 여러 가지 서비스를 마련해야 한다.

3. 건강한 노-노세대(시니어)를 위한 서비스가 필요하다

체력이 많이 약해지긴 했으나 사회활동을 할 수 있는 건강한 고령인구를 위한 서비스 구축이 필요하다. 이들이 질병에 걸리지 않고 사회 경제적 활동을 유지할 수 있는 기간이 길어질수록 노인의료비는 절약될 것이며, 노인의료비로 인한 다음 세대의 부담이 줄어들 것이기 때문이다.

또한 작은 일이라도 시니어 세대가 할 수 있는 것들을 나누어 하면서 거기에 적당한 보수를 받을 수 있는 일자리를 만들어 주는 것도 한 방법이 될 것이다. 즉, 시니어 타운의 조경 관리하기, 주변 청소하기, 관리비 계산하기 등등 작은 소일거리 중 할 수 있는 노인인력을 찾아 일할 수 있는 기회를 주어 삶의 귀한 의미를 제공하는 것이다.

그래서 다음과 같은 서비스가 제공되기를 제안한다.

- 의료진의 규칙적인 방문이나 소통을 통한 안전관리 서비스
- 방문간호를 통해 현재의 상태를 조사한 후 그에 맞춘 운동이나 간호관리를 계획하여 악화되는 장애의 속도를 늦추고 발생할 수 있는 만성질환에 대한 예방조치와 관리 서비스
- 잔존기능을 가능한 길게 유지하며 장애의 진행을 늦출 수 있는 관리를 받도록 병원과 재가센터, 재활센터 등과의 연계 서비스
- 삶의 의미를 가질 수 있도록 도와 주는 격려 서비스

이상의 서비스를 위해 전국에 흩어져 사는 유휴 간호사들의 네트워크를 구축하여 이를 활용하는 방법을 제안하고자 한다. 몸의 변화나 질병에 대한 지식이 없는 국민들을 대상으로 상담전화를 개설하여 전국 어느 곳에서든지 동일한 번호로 전화를 걸면 그 대상자가 머무는 지역에 거주하는 간호사가 전화를 받아 간단한 상담을 해 주는 것이다. 간호사는 환자, 장애인, 보호자 등 주민과 가장 가까이에 있는 최전방의 의료진이기 때문이다. 그러나 가장 중요하게 선행되어야 하는 것은 새로운 제도나 서비스를 시행하기 전에 이용할 수 있는 기존의 인프라가 있는지 확인하는 일이라 생각한다. 2026년 3월부터 시행될 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스를 통해 현재 흩어져 있는 돌봄 네트워크(장기요양기관, 지자체, 복지재단 등)와 인력 또는 인프라 등이 모두 하나로 통합하는 계기가 되어 고령세대를 포함한 전국민을 위한 경제적이고 합리적이며 만족할 만한 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스가 완성되기를 간절히 바란다.

개인적인 경험을 나누며 이 글을 마치고자 한다. 여동생이 대장암 말기로 인공항문을 가지고 생활하다 하늘나라로 간 지 23년이 되었다. 간호사이자, 대학에서 간호학생들을 가르치던 필자도 실제 인공항문 보유자의 어려움을 잘 몰랐다. 우리는 하루 동안 방귀가 얼마나 나오는지 모른다. 그러나 인공항문 보유자들은 방귀가 인공항문 주머니 안에 모이기 때문에 주머니가 풍선처럼 부풀어 올라 수시로 방귀를 빼 주어야 한다. 지금은 병원마다 장루전문간호사가 있어 이런 일이 없지만 26년 전만 해도 상담을 할 수 있는 곳이 없었기에 이를 몰라 병원을 방문할 수밖에 없었다. 이처럼 올바르고 간단한 건강지식에 대한 의료진 상담네트워크가 있다면 당황하지 않고 간단히 해결할 수 있을 것이다. 이 또한 의료 요양 돌봄 통합 지원서비스가 필요한 일례라 할 수 있겠다.

간호사가 바라보는 지역사회 통합돌봄의료서비스

- 2차의료기관 돌봄의료센터의 역할

윤혜란(록향의료재단 신천연합병원 돌봄의료센터 실장)

록향의료재단 신천연합병원 「찾아가는 경기도 돌봄의료센터」는 경기도와 시흥시의 지원으로 2024년 7월부터 고령자, 와상환자, 중증장애인 등 거동이 불편하여 의료기관 접근이 어려운(아동, 이주민 포함) 시흥시민을 대상으로 돌봄의료팀(의사, 간호사, 사회복지사, 작업치료사)이 집으로 방문하여 통합적인 의료돌봄서비스를 제공하는 사업이다. 고령의 노인층이 대부분이긴 하지만 지역사회로 나가보면 돌봄의료가 필요한 다양한 계층의 대상자들이 복잡한 문제로 병원을 가지 못하고 사각지대에 놓여있는 경우가 많다. 이 사업의 목적은 이런 대상자들이 통합의료돌봄서비스를 통해 질병의 예방과 조기발견 및 치료, 동시에 대상자에게 필요한 복지서비스 연계를 통해 현재 살고 있는 가정에서 지속적으로 편안하게 삶을 영위할 수 있도록 하기 위함이다. 초기에는 주로 의료적인 접근(약처방, 검사 등)을 통해 문제해결을 하려 하였으나 건강의 문제는 의료, 복지 등 통합적인 접근이 필요함을 현장 방문을 통해 알게 되었다. 또한 이를 위해 공공기관과 지역내 돌봄과 관련된 기관들의 협력이 없이는 통합적인 돌봄이 이루어질 수 없음을 확인하고 이 중요한 기본개념을 바탕으로 체계적이고 지속 가능한 모델을 만들기 위해 단계적으로 협력방안을 찾아가게 되었다. 가벼운 건강문제나 만성질환은 보건소와 동네 1차의료기관에서 진료를 보고 2차, 3차의료기관으로 단계적 진료를 받는 지역사회 의료체계에 복지서비스가 제공되면 적절한 통합돌봄의료서비스를 받고 불필요한 의료비 지출이나 건강보험의 재정 문제는 충분히 해결될 수 있다는 확신이 있었다.

'의료적인 문제 해결이 힘들다'라는 내용으로 시청 홈페이지에 올라온 어느 행정복지센터 기사를 보고 그 역할을 신천연합병원이 함께하고 싶다는 연락으로 시작되었다. 복합적인 문제가 있는 사례들은 행정복지센터와 정기적인 만남과 논의를 통해 신속하고 효율적인 통합의료돌봄서비스를 제공하게 되었고 대상자들과 주민센터의 만족도도 높았다.

이를 계기로 정신건강복지센터, 중부재활센터, 종합사회복지관, 치매안심센터, 1차의료재택기관 등 돌봄의료센터를 중심으로 그 지역사회 네트워크를 넓혀가는 일련의 과정들이 있었고 현재도 진행중이다. 그 외 16개의 지역사회 협의체를 구성하여 각각의 역할을 충분히 발휘할 수 있도록 참여를 요청하며 정기적인 모임을 가지고 있다. 최근에는 노인을 위한 돌봄서비스 제도에 비해 돌봄의 관심에서 소외되고 있는 아동과 장애인, 취약한 중장년층에 눈을 돌리기 시작했다. 곧 노인이 될 중장년층 관리는 지금부터 준비를 해야 한다는 판단이 섰다. 이 사업과 관련하여 몇 가지 제안을 하고자 한다.

첫째, 지역내 최소 단위인 주민센터에서(통장의 역할 중요) 그 지역을 전수조사하여 취약계층 주민들 상황을 제대로 파악하도록 하자.

둘째, 그 지역 주민의 건강은 1차의료기관이 마을주치의가 될 수 있도록 구체적인 제도가 있었으면 했다. 상태변화시 돌봄의료센터(2차의료기관)에 의뢰하여 방문진료를 통해 가정에서 치료(초기 폐렴이나 방광염, 수액요법 등)를 하거나 필요시 입원치료를 하여 빠른 중재 후 집으로 가면 퇴원 후 방문진료를 유지하여 관리하다 안정이 되면 다시 1차의료기관으로 의뢰함으로써 지역내에서 병원간의 협력을 통해 대상자의 건강문제를 함께 해결할 수 있도록 하자. 비대면 진료 등 정책 보완과 근처 약국(약사회의 도움이 필요) 시스템의 보완과 만성질환을 관리하는 보건소 참여도 고려해 보자.

셋째, 복지서비스를 사회적으로 제공만 한다고 생각하지 말고 주민들이 서로에게 돌봄을 제공할 수 있도록 해보자. 지역에 있는 상인회나 종교단체, 봉사 단체 등의 참여를 이끌어내 이웃들 스스로 마을 건강을 위한 움직임이 일어나게 해보자. 활발한 지역에는 정부의 지원과 적절한 혜택도 제공하자.

이렇게 돌봄이라는 큰 나무가 뿌리 내리기 위해서는 보건소와 행정복지센터 및 기타 관련 기관들과 다학제 접근을 통하여 이루어져야 가능하다. 돌봄의료센터는 이를 위한 보이지 않지만 중요한 밑거름이 되고 싶다. 본원 원장님은 소아청소년과 전문의다. 원장님의 꿈은 아동병원을 만들어 동네 아이들이 병원에 언제든지 놀러 올 수 있는 곳을 만드는 것이 꿈이고 아이들 진료를 보면서 아이와 함께 온 가족의 건강까지 챙기는 병원을 만들고 싶다고 하셨다. 지역사회에 공적인 돌봄의료에 진심인 병원이 많아졌으면 좋겠다.

일본 방문간호 소개와 스미레 스테이션 사례의 시사점

장현숙(장현숙요양센터 센터장)

1. 서론

고령화 사회의 심화는 의료와 돌봄 서비스의 패러다임을 크게 변화시키고 있다. 환자들이 병원에 장기간 머무르기보다 자신의 가정과 지역사회 안에서 안심하고 치료와 돌봄을 받기를 원하는 욕구가 높아지고 있으며, 이에 따라 방문간호 서비스의 역할이 점차 확대되고 있다. 필자는 2023년 한·일 재가 서비스 관련 국제 컨퍼런스에 참가하면서 일본 한다시의 스미레 방문간호스테이션을 직접 견학하였다. 스미레 방문간호스테이션은 소규모 간호소 형태로 운영되면서도 다기능형 재택간호 서비스와 스미레 방문간호 병설 구조를 갖춘 지역 기반 통합 간호센터로, 환자 맞춤형 포괄적 간호 서비스를 제공하고 있었다. 이 현장 방문은 필자가 운영하는 국내 방문간호센터와 비교할 수 있는 중요한 계기가 되었으며, 일본의 효율적 운영과 지역 주민을 위한 다기능 서비스 제공 방식에 깊은 관심을 가지게 되었다. 본 글에서는 일본 방문간호 제도의 특징을 소개하고, 스미레 스테이션의 운영 방식을 바탕으로, 국내 방문간호센터에 적용 가능한 효율적 모델을 찾았으면 한다.

2. 본론

2.1 일본 방문간호 스테이션의 특징

일본의 방문간호는 의료보험과 개호보험 두 체계를 통해 지원되며, 1992년 제도화된 이후 2000년 개호보험의 전면 시행으로 크게 확산되었다. '방문간호 스테이션'은 병원 부속기관, 독립형 기관, 사회복지법인, 민간기업, NPO 등 다양한 주체에 의해 설치·운영된다. 서비스 대상은 고령자뿐만 아니라 만성질환자, 장애인, 말기암환자, 치매환자, 재활이 필요한 자 등으로 폭넓게 설정되어 있다. 제공 인력도 간호사 외에 물리·작업치료사, 보건사, 조산사까지 포함될 수 있으며, 의료적 처치, 재활운동 지도, 임종기 호스피스 간호, 가족 상담 등 종합적 서비스가 가능하다. 비용은 소득 수준에 따라 본인 부담률이 10~30%로 다르며, 저소득층에는 경감 제도가 마련되어 있다. 이러한 점에서 일본 방문간호는 병원 수준의 의료와 돌봄을 지역사회 안으로 확장한 제도로 평가된다.

2.2 스미레 방문간호 스테이션 사례

2023년 직접 방문한 일본 한다시의 스미레 방문간호스테이션은 간호 소규모로 운영되고 있었으나, 간호 다기능형 재택간호 서비스와 방문간호 병설 구조로 이곳은 단순히 의료적 처치에 그치지 않고, 재활치료, 치매 돌봄, 호스피스 간호, 가족 교육 및 상담까지 아우르는 폭넓은 서비스를 통해 지역 내에서 '작은 지역 거점 병원'의 역할을 24시간 수행하였다.

또한 스미레 스테이션은 일본 제도의 특성상 케어매니저와 긴밀히 협력하며, 스미레의 집(그룹홈) 스태프와 방문간호 인력이 유기적으로 연계되어 대상자가 자택에서 필요로 하는 간호·돌봄을 끊김 없이 이어갈 수 있도록 지원하였다. 특히 여러 전문 인력(간호사, 재활전문가, 사회복지사 등)이 팀을 이루어 환자의 건강 상태와 가족 상황에 맞춘 맞춤형 케어 플랜을 제공하였으며, 전자기록 시스템을 활용한 정보 공유와 지역 의료·복지기관 간 협력으로 운영 효율성을 극대화하고 있었다.

2.3 한국 방문간호센터 운영과 접목 가능성

국내 방문간호센터는 현재 제도적 틀 안에서 기초 건강관리와 생활지원성 간호를 중심으로 하고 있으나, 스미레 스테이션에서 본 포괄적·다기능 서비스 모델을 벤치마킹할 필요성을 느꼈다. 특히 재활 서비스와 가족 상담 지원을 확대한다면, 단순히 수급자의 건강 유지뿐 아니라 삶의 질 향상에도 크게 기여할 수 있다. 또한 지역 내 의료기관, 재활기관, 복지기관과의 네트워크를 강화하여 협력 모델을 구축한다면 운영의 효율성과 서비스의 질을 동시에 높일 수 있을 것이다. 장기적으로는 한국 제도의 제약 속에서도 새로운 시도를 통해 '지역 기반 통합 돌봄센터'로 발전시키기를 희망한다.

3. 결론

한국은 장기요양보험 중심의 제도적 안정성이 강점인 반면, 대상과 서비스가 제한적이라는 약점이 있다. 일본은 의료·개호보험의 이중 지원과 스테이션 제도를 통해 포괄적이고 전문적인 서비스를 제공함으로써, 가정에서도 병원 수준의 의료 돌봄이 가능하게 하였다. 필자가 경험한 스미레 방문간호스테이션은 일본 제도의 장점을 잘 보여주는 사례였으며, 이를 통해 한국 방문간호센터 운영에도 새로운 가능성을 모색할 수 있었다. 앞으로는 두 나라의 경험을 상호 보완적으로 활용하여, 고령사회에 대응하는 더욱 효율적이고 포괄적인 방문간호 모델을 구축해 나가야 할 것이다.

기술이 이어주는 마음, 함께 만드는 치매 돌봄의 미래

정나나(노원구치매안심센터 부센터장)

2025년 현재, 우리나라는 전체 인구의 20% 이상이 65세 이상인 초고령사회에 진입하였다. 치매는 더 이상 개인이나 가족의 차원에 머무는 문제가 아니라 국가와 사회 전체가 함께 해결해야 할 중대한 과제로 부상하고 있다. 중앙치매센터의 보고에 따르면 국내 치매 환자는 이미 100만 명을 넘어섰으며, 2030년에는 150만 명, 2050년에는 300만 명에 이를 것으로 전망된다.

주목할 점은 전체 치매 환자의 약 75%가 요양시설이 아닌 가정에서 생활하고 있다는 사실이다. 가족들은 사랑하는 이를 지키기 위해 헌신하지만, 경제적·신체적·정서적 부담으로 심각한 소진을 겪게 된다. 실제로 가족 구성원이 직장을 포기하거나 자신의 건강을 해치는 경우도 드물지 않다. 그러나 전문 돌봄 인력과 공공 지원에는 한계가 있으며, 이로 인한 돌봄 공백은 점차 확대되고 있다. 이러한 상황에서 디지털 돌봄(Digital Care)은 재택 치매 돌봄의 한계를 보완할 수 있는 대안으로 주목받고 있다.

디지털 돌봄의 가치는 크게 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 재택 환경에서의 안전 관리와 위기 대응이다. 치매 어르신은 배회, 낙상, 약물 오남용 등 다양한 위험에 노출되지만 가족이 24시간 곁을 지키는 것은 사실상 불가능하다. 이에 따라 IoT 센서, 웨어러블 기기, 인공지능 기반 모니터링 기술은 효과적인 대안이 될 수 있다. 예컨대 수면 센서는 수면 패턴을 분석하여 이상을 감지하고, 이동 센서는 장시간 움직임이 없을 경우 낙상을 의심해 즉시 보호자에게 알림을 제공한다. 이러한 장치는 돌봄 공백을 최소화하고 어르신의 안전을 보장하는 수단으로 기능한다. 둘째, 인지 및 정서적 지원이다. 치매 어르신은 지속적인 인지 자극과 정서 교류가 필요하다. 최근에는 태블릿 기반 인지 훈련이나 가상현실을 활용한 회상치료가 효과를 입증받고 있으며, 치매안심센터 현장에서도 점차 활용되고 있다. 실제로 태블릿 인지 훈련에 참여한 어르신들은 프로그램에 대한 흥미와 참여 동기가 높아졌으며 긍정적인 반응을 보였다. 셋째, 가족의 부담 경감이다. 치매 환자를 돌보는 가족은 흔히 '보이지 않는 환자'라 불릴 정도로 극심한 스트레스와 우울, 사회적 고립을 경험한다. 더욱이 가족 또한 함께 고령화되는 현실을 고려할 때, 디지털 돌봄 플랫폼은 약 복용 알림, 돌봄 일정 공유, 건강 데이터 기록과 분석, 온라인 상담 기능 등을 통해 부담을 완화할 수 있다. 가족 구성원이 돌봄 일정을 분담하거나 전문가와 즉시 연결되어 상담을 받을 수 있는 구조는 가족에게 중요한 심리적 안전망이 된다.

이미 국내 일부 지자체에서는 독거 치매 어르신 가정에 IoT 센서를 설치하여 실시간 상태를 확인하는 원격 모니터링 시스템을 운영하고 있다. 치매안심센터에서는 태블릿 기반 인지 훈련과 온라인 두뇌 건강 프로그램을 도입하여 어르신이 쉽게 사용할 수 있도록 단순화된 인터페이스를 제공하고, 결과 데이터를 기반으로 맞춤형 서비스를 지원하고 있다. 국외에서도 대화형 인공지능 로봇이 약 복용이나 일정 관리를 알려주어 정서적 안정을 돕고 있으며, 'Caregiver App'과 같은 플랫폼을 통해 가족이 돌봄 일지를 공유하고 의료진과 소통하는 사례가 확산되고 있다.

그러나 디지털 돌봄의 확산에는 해결해야 할 과제도 존재한다. 첫째, 치매 어르신과 고령 가족의 디지털 리터러시 격차를 해소해야 한다. 기기의 사용법을 단순화하는 동시에 지역사회 차원의 교육이 병행될 필요가 있다. 실제로 필자가 근무하는 센터에서 IoT 기반 약 복용 기기를 도입한 사례에서는 어르신과 가족이 익숙해지기까지 상당한 시간이 걸렸으며, 기기사용이 서툰 어르신의 사용 오류로 웃지 못할 해프닝을 경험하기도 하였다. 둘째, 개인정보 보호와 윤리적 고려가 필수적이다. 돌봄 과정에서 수집되는 생활 및 건강 데이터는 민감한 개인정보에 해당하므로, 이를 안전하게 관리할 법적·제도적 장치가 마련되어야 한다. 셋째, 디지털 돌봄은 단순한 기기 보급에 머물러서는 안 되며, 의료기관·치매안심센터·복지관·장기요양기관이 긴밀히 연계하는 통합 돌봄 체계 안에서 효과를 발휘한다. 넷째, 공공과 민간의 협력 체계 확립이 필요하다. 정부는 인프라를 마련하고, 민간 기업은 기술 개발을 담당하는 구조가 요구된다. 장기적으로는 국가 차원의 표준 플랫폼이 마련되어야 한다. 다섯째, 디지털 돌봄의 효과를 장기적으로 검증하는 연구가 축적되어야 하며, 이를 정책과 현장 서비스에 반영하는 과정이 필요하다.

디지털 돌봄은 단순한 기술 도입을 넘어 치매 어르신과 가족이 가정에서 더 오래, 안전하고 존엄하게 생활할 수 있도록 돕는 새로운 돌봄 문화이다. 이를 통해 가족의 부담을 경감하고 돌봄 인력 부족 문제를 해소하며, 사회적 비용 절감에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 향후 치매안심센터가 지역사회 돌봄의 거점 기관으로서 디지털 돌봄을 주도적으로 운영하고, 지역 주민과 함께 디지털 역량을 강화해 나간다면 치매 어르신과 가족 모두가 실질적인 혜택을 누릴 수 있을 것이다.

결국 치매 돌봄은 '함께'의 문제이다. 공공과 민간, 전문가와 가족, 그리고 지역사회가 힘을 모아 디지털 기반 재택 돌봄 환경을 조성한다면 치매 어르신이 지역사회에서 지속적인 삶을 영위하는 데 기여할 수 있을 것이다.

서울 중장년 일자리사업 10명 중 3명만 참여

- 건강과 근로조건 반영한 근로시간과 특화 일자리 필요

서종녀(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원)

서울의 중장년(50~64세) 대상 6개 일자리 관련 복지사업은 '일을 통한 사회참여'를 지원하는 중요한 제도다. 본 글은 중장년 대상 사업의 참여 여부를 통해 그들의 경제활동 현황을 파악하고, 사업 참여 여부에 따른 생활기반, 건강, 돌봄 등을 분석하였다.

분석에 사용된 자료는 서울연구원에서 수행한 「2022년 서울복지실태조사」[1] 가구원 데이터이고, 전체 표본 중 중장년 해당 데이터(만50세~만64세, 전체 7,027명 중 2,143명)를 활용하였다. 중장년 대상 사업은 중장년 일자리 희망센터, 서울시 50+ 인턴십 사업, 창업·창직 지원 사업, 생애설계상담사업, 50+ 보람일자리, 서울시 50플러스센터이다(표 1). 중장년 대상 사업 참여 여부는 ① 현재 이용하고 있음, ② 이전에 이용한 경험 있음(현재는 이용하지 않음), ③ 없음(이용가능성이 있으나 신청하지 않음), ④ 해당사항 없음(이용 자격에 해당하지 않음)으로 구분되어 있다. 이를 바탕으로 3개 집단으로 분류하였다. 중장년 대상 6개 사업 중 1개 이상 참여(또는 과거에 경험 포함)한 집단(참여), 모든 사업에서 이용가능성이 있으나 한 번도 신청하지 않은 집단(비참여), 그리고 이용 자격에 해당하지 않는 집단(자격미충족)으로 분류하였다.

표 1 서울 중장년 대상 6개 일자리 관련 복지사업

구분	설명
중장년 일자리희망센터	주된 일자리에서 퇴직(예정)하는 40세 이상 중장년층에게 생애설계, 재취업 및 창업, 사회참여 기회 등 고용지원 서비스 제공
서울시 50+ 인턴십 사업	50+세대가 주된 일자리에서 벗어나 새로운 영역·지위·환경 등에 성공적으로 적응하기 위한 디딤돌 마련 및 지속가능한 일·활동을 위한 사업으로 현장 경험, 교육과 실습의 실질적 기회를 지역 기반에서 제공
창업·창직 지원사업	50+창업가·창직가를 위한 오프라인 거점(공유사무실)과 다양한 지원 및 육성 사업
생애설계 상담사업	생애전환기를 통합적으로 재설계하기 위한 맞춤형 종합상담으로 재무, 건강, 여가, 일자리, 사회공헌, 사회적 관계와 가족관계 등 다양한 영역으로 구성
50+보람일자리	50+세대의 경험과 역량을 활용하여 사회에 기여하는 역할을 수행하고 새로운 경력 탐색 기회를 제공하는 일자리 사업(사회서비스, 마을, 세대통합, 50+당사자, 문화안전, 소상공인 6대 분야의 사회공헌 일자리)
서울시50플러스 센터	퇴직전후 장년층을 대상으로 풍부한 경험과 경력을 사회활동으로 전환함으로써 제2의 사회참여를 지원하는 기관

조사대상 중장년(2,143명) 중 참여는 441명(25.7%), 비참여는 889명(41.5%), 그리고 자격미충족은 703명(32.8%)이다. 즉, 중장년 대상 사업의 정책 대상자 10명 중 3명만 사업에 참가하고 있다(정책 대상자 1,330명, 참여 33%, 비참여 67%).

중장년 집단별 경제활동 현황을 보면, 근로능력 정도는 중장년 모두 근로 가능이 95% 이상으로 나타났다(표 2). 경제활동 참여 상태는 대부분 상용직 임금근로자이며, 비참여는 상대적으로 실업자 비율이 높게 나타났다(표 3). 경제활동 참여 직종은 사무/서비스/판매종사자가 60% 이상으로 조사대상자 모두 유사하게 나타났다.

표 2 중장년 집단별 근로능력 정도

단위: 명(%)

구분	근로 가능	단순근로 가능	단순근로 미약자	근로능력이 없어 경제활동을 하지 않음	계
참여	530(96.2)	12(2.2)	9(1.6)	-	551(100.0)
비참여	856(96.3)	21(2.4)	11(1.2)	1(0.1)	889(100.0)
자격미충족	665(94.6)	20(2.8)	17(2.4)	1(0.1)	703(100.0)
계	2,051(95.7)	53(2.5)	37(1.7)	2(0.1)	2,143(100.0)

χ^2=4.7, df=6, p=.582

표 3 중장년 집단별 경제활동 참여 상태

단위: 명(%)

구분	상용직 임금근로자	임시직 임금근로자	일용직 임금근로자	자활근로, 공공근로, 노인일자리	고용원이 있는 고용주	고용원 없는 자영업자	무급가족종사자	실업자	비경제활동인구	계
참여	299 (54.3)	38 (6.9)	15 (2.7)	2 (0.4)	19 (3.4)	49 (8.9)	19 (3.4)	2 (0.4)	108 (19.6)	551 (100.0)
비참여	432 (48.6)	54 (6.1)	30 (3.4)	-	33 (3.7)	89 (10.0)	55 (6.2)	11 (1.2)	185 (20.8)	889 (100.0)
자격미충족	329 (46.8)	49 (7.0)	11 (1.6)	-	51 (7.3)	60 (8.5)	32 (4.6)	-	171 (24.3)	703 (100.0)
계	1,060 (49.5)	141 (6.6)	56 (2.6)	2 (0.1)	103 (4.8)	198 (9.2)	106 (4.9)	13 (0.6)	464 (21.7)	2,143 (100.0)

χ^2=49.0, df=16, p=.001

중장년 고용 상태를 조사한 결과, 대부분 '생애 주된 일자리에서 계속 근무 중'으로 조사되었다(표 4). 그렇지만, '생애 주된 일자리에서 퇴직했으나 재취업을 하거나 구직

❶ 조사 대상은 서울시 거주 내국인이며, 조사 기간은 2022년 8월 4일~10월 3일 동안 진행함.

활동 중'인 상태는 참여집단이 다른 집단에 비해 다소 높게 나타났다.

표 4 중장년 집단별 중장년 세대 고용 상태

단위: 명(%)

구분	생애 주된 일자리에 계속 근무 중	생애 주된 일자리에서 퇴직했으나 재취업함	생애 주된 일자리에서 퇴직했으며 구직 중	생애 주된 일자리에서 퇴직했으며 자영업 및 창업 중	은퇴함	평생 일한 적 없음	계
참여	337 (61.2)	95 (17.2)	43 (7.8)	39 (7.1)	24 (4.4)	13 (2.4)	551 (100.0)
미참여	589 (66.3)	134 (15.1)	48 (5.4)	54 (6.1)	49 (5.5)	15 (1.7)	889 (100.0)
자격미충족	449 (63.9)	87 (12.4)	26 (3.7)	44 (6.3)	44 (6.3)	53 (7.5)	703 (100.0)
계	1,375 (64.2)	316 (14.7)	117 (5.5)	137 (6.4)	117 (5.5)	81 (3.8)	2,143 (100.0)

χ^2=58.2, df=10, p=.001

다음으로 중장년 집단별 생활기반, 건강, 돌봄 차이를 분석하였다. 비참여 집단은 다른 집단에 비해 월세 비율이 상대적으로 높았고(표 5), 건강상태는 보통이거나 건강하지 않은 비율이 조금 높게 나타났다(표 6. 만성질환은 비참여와 자격미충족 집단이 높게 나타났다(표 7). 반면, 만 19세 이상 성인돌봄에 대한 부담은 집단별 차이가 없었다(표 8).

표 5 중장년 집단별 거주하는 주택 점유형태

단위: 명(%)

구분	자가	전세	월세 등	계
참여	345(62.6)	188(34.1)	18(3.3)	551(100.0)
비참여	615(69.2)	220(24.7)	54(6.1)	889(100.0)
자격미충족	525(74.7)	156(22.2)	22(3.1)	703(100.0)
계	1,485(69.3)	564(26.3)	94(4.4)	2,143(100.0)

χ^2=34.5, df=4, p=.001

표 6 중장년 집단별 건강 상태

단위: 명(%)

구분	건강하지 않음	보통	건강	계
참여	5(0.9)	65(11.8)	481(87.3)	551(100.0)
비참여	21(2.4)	164(18.4)	704(79.2)	889(100.0)
자격미충족	9(1.3)	88(12.5)	606(86.2)	703(100.0)
계	35(1.6)	317(14.8)	1,791(83.6)	2,143(100.0)

χ^2=22.6, df=4, p=.001

표 7 중장년 집단별 만성질환 여부

단위: 명(%)

구분	있음	없음	계
참여	57(10.3)	494(89.7)	551(100.0)
비참여	147(16.5)	742(83.5)	889(100.0)
자격미충족	115(16.4)	588(83.6)	703(100.0)
계	319(14.9)	1,824(85.1)	2,143(100.0)

χ^2=12.1, df=2, p=.002

표 8 중장년 집단별 성인 돌봄 필요 여부

단위: 명(%)

구분	예	아니요	계
참여	7(1.3)	544(98.7)	551(100.0)
비참여	4(0.4)	885(99.6)	889(100.0)
자격미충족	2(0.3)	701(99.7)	703(100.0)
계	13(0.6)	2,130(99.4)	2,143(100.0)

χ^2=12.1, df=2, p=.002

중장년 집단별 효과적인 일자리 지원사업 운영을 위해 보완되어야 할 내용을 조사한 결과(중복응답)(표 9), 비참여 집단은 일자리 정보 제공(18.3%), 다양한 근무시간 일자리 제공(17.7%), 특화 일자리 발굴(15.6%) 순이고, 참여 집단은 취/창업상담서비스(20.3%), 다양한 근무시간 일자리 제공(19.1%) 순이다.

표 9 효과적인 일자리 지원사업 운영 필요 내용(중복응답)

단위: 명(%)

구분	역량 강화 교육	취/창업 상담 서비스	일자리 정보 제공	다양한 근무 시간 일자리 제공	특화 일자리 발굴	다양한 일 경험 기회 제공	자격증 취득 지원 및 직업 훈련비 지원	계
참여	170 (15.4)	224 (20.3)	157 (14.2)	211 (19.1)	165 (15.0)	148 (13.4)	27 (2.5)	1,102 (100.0)
비참여	256 (14.4)	300 (16.9)	325 (18.3)	314 (17.7)	277 (15.6)	223 (12.5)	83 (4.7)	1,778 (100.0)
자격미충족	230 (16.4)	219 (15.6)	289 (20.6)	193 (13.7)	199 (14.2)	203 (14.4)	73 (5.2)	1,406 (100.0)
계	656 (15.3)	743 (17.3)	771 (18.0)	718 (16.8)	641 (15.0)	574 (13.4)	183 (4.3)	4,286 (100.0)

이상의 내용을 정리하면, 중장년 대상 사업은 이용 자격이 있음에도 신청하지 않은 비참여 집단 비율이 높았고, 그들은 다양한 근무시간과 특화된 일자리에 대한 요구가 있었다. 분석 결과에 따르면, 일자리 사업 참여 여부는 개인 여건(경제, 건강 등) 조합에 따라 달라지고 있음을 확인할 수 있다.

영국 통합돌봄 시스템 평가 구축 과정과 현황

윤새별(영국 에딘버러대학 사회 · 정치학 박사과정)

영국은 지역 내 보건 서비스 향상과 불평등 완화를 핵심 목표로 2022년부터 통합돌봄 시스템(Integrated Care System, ICS)을 도입하였다. 잉글랜드 지역에 의료와 복지의 연계를 강화한 42개의 통합돌봄 시스템이 구축되었고, 시스템 평가 체계 구축을 위한 노력도 수반되었다. ICS 평가는 영국의 돌봄 품질 위원회(Care Quality Commission, CQC)에서 담당한다. CQC는 잉글랜드 지역의 모든 보건 및 사회복지 서비스를 규제·감독하는 독립기관으로 병원, 치과, 구급차, 요양원 및 가정 내 돌봄 서비스의 품질과 안전성을 보장하기 위해 활동한다. 보건사회복지부(Department of Health and Social Care)의 후원을 받고 있다.

CQC의 ICS 평가는 각 ICS에서 높은 품질의 의료 및 사회복지 서비스를 제공하고 있는지, 의료 및 복지 서비스가 통합과정을 잘 거치고 있는지를 측정하기 위해 설계되었다. 각 ICS의 파트너(통합 돌봄 위원회, 지방 정부, 서비스 제공자 등)들이 지역 주민의 요구를 충족시키기 위해 얼마나 효과적으로 협력하고 있는지 등도 함께 평가한다. 구체적인 방법으로 CQC는 모든 평가 업무에 적용할 단일 평가 프레임워크(single assessment framework)를 발표하며 프레임워크 내 품질 진술(quality statements)을 활용하여 ICS 평가를 진행할 것을 밝혔다. 해당 방법은 '품질과 안전(quality and safety)', '통합(integration)', '리더십(leadership)'이라는 세 가지 핵심 주제 아래 17가지 품질 진술을 기준('우수하다'라고 평가할 수 있는 상태)으로 시스템을 평가하는 방법이다. 각 ICS가 품질 기준에 얼마나 부합하는지 평가하기 위해 인터뷰, 설문조사 등을 통해 서비스 사용자나 협력 기관의 피드백을 수집하고 파트너십 회의 등에 참관하거나 과정에 대한 감사를 실시하는 등 6가지 증거 범주(six evidence categories)를 활용할 것이라 발표했다.

CQC는 평가 지표와 절차를 만들기 위해 ICS 리더들, 서비스 이용자와 가족들, 지방정부, 보건사회복지부, 국민보건서비스 종사자들을 모아 의견을 수렴하였고 2023년 런던 북동부 및 요크셔 남부 지역에서 평가 방식에 대한 시험 과정을 거쳤다. 또한 ICS 현장 리더들과 여러 차례 회의를 하고 추가 검토 과정을 거치며 법적 근거 및 정책 목표에 부합하도록 단계적 도입을 시도해왔다. 이러한 접근 방식은 의료 및 복지 서비스가 긴밀하게 협력하여 작동하는지 여부를 면밀하게 진단할 수 있고 이용자가 중요하게 여기는 부분을 지표에 포함하여 지역 시스템의 품질 향상을 유도할 수 있다는 장점을 가진다. 하지만 ICS는 새로운 시스템이기 때문에 '우수한 시스템'에 대한 기준이 모호하고 적절한 기준을 만드는 데 장기적인 시각이 필요하다는 비판도 있다. 또한 CQC가 지금까지 개별 의료 기관을 중심으로 평가해왔기 때문에 통합 시스템 평가 역량을 충분히 갖추고 있는지에 대해서 우려가 제기되기도 했다.

현재 ICS 평가는 고착상태에 놓여 있다. 2023년 초 평가 시행을 중단하고 접근 방법을 개선하는 기간을 가졌는데, 2024년 총선 및 CQC 검토의 영향으로 지연 기간이 늘어났다. 2024년 말 정부가 ICS 개편 계획을 발표하면서 평가를 위한 계획도 계속 보류 상태이다. 공식 평가는 연기되었지만 CQC는 시스템 차원의 협력을 강조하며 불평등 완화를 위한 ICS 자가평가 및 향상 프레임워크(self-assessment and improvement framework)를 개발하고 각 지역 ICS에서 통합돌봄 품질 및 서비스를 점검할 수 있도록 지원하고 있다. CQC는 해당 프레임워크가 공공의료 종사자, ICS 리더, 관련 전문가, 자원봉사자, 지역 및 사회적기업 파트너, 서비스 경험자 등 다양한 이해관계자들의 "공동 설계의 결과물(the result of extensive co-design)"이라고 밝혔다.

비록 ICS 평가 과정이 중단된 상태지만 평가 시스템의 도입과 개발 과정은 각 지역 내 통합돌봄 시스템을 체계적으로 검토하고 향상시켜 나가는 시도라는 의의를 갖는다. 의료 서비스의 개별 제공자를 평가하던 방식에서 나아가 지역 의료 및 복지 서비스를 포괄적으로 살피면서 동시에 서비스 이용자의 관점에서도 평가를 진행하는 점이 기존 의료 품질 평가와 ICS 평가의 차이점이다. 평가 체계 구축을 위해 현장 및 관계자 의견을 적극적으로 반영하는 과정에서 파트너간 협력이 증진되는 부수적인 효과도 있었으리라 짐작된다. 새로운 시스템을 구축할 때 모니터링과 평가 방법에 대해 소홀하기 쉬운 것을 감안하면 시스템 구축과 평가 방법을 함께 발전시켜온 영국의 접근 방식은 통합돌봄 시스템 도입의 모범적 모델이 될 수 있을 것이다.

참고자료

https://www.gov.uk/government/organisations/care-quality-commission
https://www.dacbeachcroft.com/en/What-we-think/How-will-CQC-assess-ICSs-what-we-know-so-far
https://www.cqc.org.uk/news/integrated-care-system-assessments
https://www.cqc.org.uk/news/new-self-assessment-and-improvement-framework-integrated-care-systems
https://www.nhsconfed.org/publications/cqcs-assessment-integrated-care-systems

프랑스의 돌봄·의료 통합 개혁
: 재가자율성서비스(SAD) 도입

임밝네(파리7대학 사회학 박사)

1960년대 이후 기대수명의 지속적인 증가로 프랑스 사회는 인구 고령화 문제에 직면하였고, 이에 따른 만성질환 증가로 인해 노령층의 의료와 요양, 돌봄 정책의 필요성이 대두되었다. 특히 노인과 장애인의 '의존성', '자율성(autonomie) 상실'이 사회적 위험으로 인정되면서 의료, 가족, 산업재해와 노령에 이어 다섯 번째 사회보장 부문으로 '자율성'이 2021년 신설되었다. '자율성' 단어의 선택은 개인의 의존성 문제보다는 노인과 장애인의 자율성, 시민권, 존엄성을 강조하는 시각으로 정책적 관점을 변화시키고자 하는 정부의 의지를 반영한다. '자율성' 부문은 국립자율성연대기금(CNSA)이 운영을 맡아 요양과 돌봄이 단순한 사회서비스 차원이 아닌 사회보장제도의 영역으로 제도화되었고, 이는 국가의 개입과 지원을 확대한 중요한 전환점이 되었다.

정부는 「2024년 4월 8일 법률: 건강한 노후와 자율성 사회를 위한 조치에 대한 법령」(Loi n°2024-317)에 따라 재가 서비스의 전면적인 개혁을 추진하였고, 기존의 재가돌봄서비스(SAAD), 재가간호서비스(SSIAD), 재가간호돌봄서비스(SPASAD)로 분절되어 있던 서비스는 2025년 12월 31일까지 재가자율성서비스(Service autonomie à domicile, SAD)로 완전히 일원화된다. 기존 SAAD는 비의료적 생활 지원(가사 지원, 외출 동행, 사회적 교류 지원 등), SSIAD는 의료적 간호(간호사 및 보건 인력 방문을 통한 상처 치료, 투약 관리, 재활 보조 등), SPASAD는 두 영역을 아우르는 통합적 모델로서 보다 포괄적인 대응을 시도하였다. 하지만 이러한 서비스 유형이 법적·행정적으로 별도로 운영되면서, 이용자 입장에서는 절차적 복잡성과 거주지역의 인프라에 따른 서비스 단절 문제가 발생하였다.

이에 프랑스 정부는 2023년부터 SAD 신설을 통해 기존 제도의 한계를 극복하고 돌봄·의료 기능을 통합한 서비스의 단순화와 접근성 향상을 핵심 목표로 하였다. 하나의 창구를 통해 간소화된 절차에 따라 한 명의 담당자가 이용자의 돌봄과 의료 욕구에 대한 대응을 조직한다. SAD는 기본적으로 일상생활 돌봄과 동행을 제공하면서, 동시에 간호 서비스를 직접 수행하거나 필요 시 다른 전문 서비스와 연계할 의무를 갖는다. 또한, SAD는 고령자와 장애인의 돌봄 제공자(가족 돌봄자 등)를 대상으로 예방 및 지원 활동, 돌봄 종사자를 대상으로 한 인권·존중 교육, 학대 예방 기능도 수행한다. 특히 SAD는 유형에 따라 기능이 구분된다. '혼합형 SAD'는 간호조무사, 사회·교육 지원가(AES), 국가공인 간호사(IDE) 등 보건 전문인력을 직접 고용하여 간호 서비스를 제공한다. 인력이 부족할 경우에는 개업 간호사(IDEL)나 간호센터와 협약을 맺어 서비스를 보완한다. 반면, '돌봄 중심 SAD'는 직접 간호를 제공하지 않지만, 이용자가 의료 욕구를 표명하면 적절한 전문 인력이나 기관을 연결해 주어야 한다. 이 경우 단순한 정보 제공을 넘어 실제 예약까지 주선할 의무가 있으며, 이러한 연계의 실효성은 지방정부가 실시하는 점검을 통해 평가된다.

정부는 이러한 개혁을 원활히 추진하기 위해 CNSA를 중심으로 사회보장 자율성 부문의 지역 행위자인 지방보건청(ARS)과 지방정부(conseils départementaux)를 여러 방식으로 지원하고 있다. 첫째, 지방정부를 대상으로 2023-2026년 공모사업을 통해 SAD로의 전환을 재정적으로 지원하고 있으며, 이미 70개 이상의 지방정부가 지원을 받았다(4년간 총 1,100만 유로 투입). 둘째, 관련 재가서비스 단체와의 다년간 협약을 체결하여 변화 관리, 조직 운영 재구성, 서비스 통합 및 신설을 재정적으로 돕고 있다. 셋째, 지역 단위 모니터링 체계를 마련하여 CNSA 전담팀이 각 지역의 개혁 추진 상황을 점검하고, 필요한 경우 맞춤형 운영 지원을 제공한다. 넷째, 2023년부터 정기적인 웨비나를 개최하여 지역 간 성과와 경험을 공유함으로써 현장 실무자 간 정보 교류를 촉진하고 있다.

결국 SAD 개혁의 핵심은 돌봄과 의료의 경계를 해체하고, 하나의 통합적 서비스 체계로 재편하는 데 있다. 간호사, 요양보호사, 사회복지사, 의사 등 다학제적 팀이 일관된 서비스를 제공함으로써 고령자와 장애인의 자율성과 존엄성을 보장하고, 가족의 돌봄 부담을 완화하는 기반이 마련된다. 이는 프랑스가 추진해 온 의료·돌봄 통합 정책의 제도적 결실로서, 고령화 사회에서 지속가능한 돌봄 체계를 구축하는 중요한 사례라 할 수 있다. 더 나아가 대다수의 프랑스인들이 가능한 한 오래 자신의 집에서 생활하기를 원한다는 점에서, 재가 서비스는 오늘날 필수적인 과제이며 SAD 개혁은 이러한 사회적 요구에 직접적으로 부응한다고 할 수 있다.

참고자료

https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/aides-et-services-la-personne/service-autonomie-domicile
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/creation-des-services-autonomie-a-domicile-pour-simplifier-vos-demarches
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-services-autonomie-domicile-sad-0
https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-04/Complement-notice-information-services-autonomie-a-domicile-avril-2024.pdf

프랑스의 노년층 통합돌봄지원 시스템

이은주(사회정보연구원 연구위원)

프랑스는 2024년 4월에 제정된 "잘늙음과 자율성「Bien vieillir et autonomie」" 법에 근거하여 노년층 보건, 의료, 복지의 통합 지원서비스를 강화하였다. 강화된 대표적 서비스는 "자율성을 위한 지방자치단체의 공공서비스(Service Public Départemental de l'Autonomie, SPDA)"로 2025년 4월부터 전국적으로 실행되고 있다. 이 서비스는 노년층과 장애인의 보건, 의료, 복지의 통합지원으로 지역단위로 자치권을 부여하고 지역의 인적, 물적자원을 활용한 독립적 시스템으로 운영되고 있다. 서비스의 유연성, 신속성, 안정성을 높이고 대상자들이 적합하고 효율적인 서비스를 받음으로써 욕구충족과 만족도를 높이는 것이 목적이다. 이 통합서비스는 지역건강청(ARS)과 건강보험이 연계하여 운영하고 있다.

이 서비스 안에 포함되어 있는 노년층 통합돌봄 지원서비스는 크게 보건, 의료와 재가 돌봄으로 분류되어 있다.

첫째, 보건, 의료의 통합 지원서비스는 지역 건강 전문가 공동체(Les communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS)에서 주도하고 있다. 지역의 의료기관은 물론 복지기관, 노인주택, 교육기관, 공공서비스 기관, 사회문화 센터와 전문가들이 참여하여 건강과 치료를 담당하는 것이다.

각각의 건강전문가 공동체는 지역 병원, 의사, 간호사, 약사, 물리치료사, 의료사회 서비스팀을 기반으로 환자에게 맞춤 치료, 간호, 예방과 같은 통합 치료를 지원한다.

파리시의 경우 각 구(arrondissement) 단위로 지역의 물적, 인적자원을 활용하여 적절하고 신속한 치료와 간호서비스를 제공하고 있다.

파리를 포함한 우리나라 경기도 지역과 같은 일 드 프랑스(Île-de-France)에는 약 104개의 건강을 위한 지역전문가 공동체가 구성되어 있다. 환자들은 개별에 맞춤 처방, 치료 그리고 돌봄을 지역의 자원을 동원하여 제공받기 때문에 치료의 접근성이 매우 높고 각계 전문가들의 통합된 의견으로 효과적인 치료와 신속한 케어로 건강회복을 최적화할 수 있다.

이 지역 건강 전문가 공동체는 • 치료접근의 용이성과 환자들의 치료환경 개선 • 지역의 인적, 물적 자원을 활용한 시기적절한 치료와 간호제공 • 지역 공중보건의 예방 활동과 건강검진 • 의료진과 환자의 소통을 통한 의료와 간호의 질 향상 • 의료, 건강 전문가의 동행 • 공중보건위기에 대한 대처 활동을 주요임무로 명시하고 있다.

재정은 지역건강청(ARS)과 지역의 건강보험공단에서 담당하고 있다.

두 번째 통합 시스템인 재가 돌봄지원은 작년까지만 하더라도 크게 3가지 서비스로 분류되어 있었다. 하나, 다기능 지원서비스와 재가돌봄(services polyvalents d'aide et de soins à domicile, SPASAD)으로 이 서비스는 2004년 관련법에 근거하여 환자들의 가정치료 서비스의 기능과 조직을 강화한 것으로 가정간호와 재가 돌봄을 병행한다. 둘, 가정간호서비스(un service de soins infirmiers à domicile)는 주로 방문간호 서비스로 예방이 목적이다. 셋, 재가돌봄지원서비스(un service d'aide et d'accompagnement à domicile, SAAD)는 주로 가정에서의 활동, 일상을 도와주는 돌봄서비스이다. 그러나 이 3개의 서비스는 거의 유사하여 적절한 서비스를 선택할 수 있는 정보가 미흡하고 서비스가 중복되는 경우가 있어 이용노인이 적절하게 서비스를 받지 못하는 경우도 발생하고 각 서비스의 정책효과도 예상보다 미비하였다. 그래서 정부는 2023년부터 이 3개의 돌봄서비스를 하나의 서비스로 통합하고 실행은 매년 부분적으로 개선된 서비스로 대체하면서 올해 전국적으로 하나의 서비스체계로 변경되었다. 새로 개선된 하나의 통합 돌봄 서비스는 "재가 자율 서비스(services autonomie à domicile, SAD)"라는 명칭으로 가정간호는 물론 일상생활의 돌봄서비스를 모두 받을 수 있다. 올해 전국적으로 구축된 새로운 서비스 시스템 사용은 돌봄서비스를 원하는 이용자가 정부의 노인복지 사이트[1]에 접속하여 거주지역을 클릭하면 지역의 재가 자율서비스를 제공하는 여러 곳의 정보가 있어 이 중 한 곳을 선택하여 바로 서비스를 신청하면 된다. 신청이 매우 간편하고 가정간호, 일상돌봄을 모두 한번에 신청할 수 있어 이용자들의 서비스 접근성이 매우 높아졌다.

정부는 개선된 재가 자율서비스로 노년층의 돌봄서비스의 접근성뿐만 아니라 만족도도 높아져 보건의료 통합지원서비스와 더불어 노년층 삶의 질이 향상될 것으로 기대하고 있다.

참고자료

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/creation-des-services-autonomie-a-domicile-pour-simplifier-vos-demarches
https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad
https://solidarites.gouv.fr/lancement-du-service-public-departemental-de-lautonomie-spda
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732
https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/aides-et-services-la-personne/service-autonomie-domicile

1 https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-service-aide-accompagnement-domicile

독일 통합의료지원의 발전 과정

권민정(보쿰대학교 사회학과 박사과정)

통합의료진료는 일반의 및 전문의, 의료 및 비의료 서비스 제공자, 대형 병원, 의료센터, 예방 및 재활 시설, 의사 네트워크 등 관련 분야의 다양한 서비스 제공자들 간의 긴밀한 협력을 통해 환자 중심의 다학제적 의료 서비스를 제공하는 것을 목표로 하는 서비스이다. 통합의료진료의 목적은 의료 서비스의 품질과 경제성을 개선하는 것으로, 외래 및 입원 치료 시설의 서비스 제공자 중심 구조를 통해 근거 기반 의료과정의 설계에 중점을 두었던 기존 의료 서비스와는 차별화된다. 통합의료진료를 위한 건강보험 계약은 기본적으로 피보험자로 등록된 모든 의료적 요구를 포괄할 수 있으며, 특정 질환(단일 적응증)만을 다룰 수도 있다. 피보험자의 통합의료진료 참여는 완전히 자발적이며 통합의료진료 계약에 따라 제공되는 진료 서비스는 일반적인 의료수가와는 별도로 상환된다.

통합의료진료의 초기 시도는 1997년 건강보험 개혁법(GKV-Neuordnungsgesetz)에 의해 도입된 구조계약(Strukturverträge)[1]과 모델사업(Modelvorhaben)이었으나 이에 따른 통합의료진료는 건강보험 의사협회(Kassenärztliche Vereinigung)로부터 의무적으로 승인을 받아야 하는 절차가 있었다. 2000년 보건개혁법(Die GKV-Gesundheitsreform)은 이러한 접근 방식을 확대하여 처음으로 통합의료진료를 일반 표준진료의 새로운 구성 요소로 삼을 수 있는 법적 근거를 마련했다. 그러나 당시 건강보험기금 연합회(Verbände der Krankenkassen)와 연방 의사협회(Kassenärztlichen Bundesvereinigungen) 간의 기본 협정 체결 요건과 총 상환액 및 병원 예산의 복잡한 정산 절차로 인해 통합의료진료는 더디게 발전해왔다.

통합의료진료 서비스는 2004년 건강보험 현대화법(GKV-Modernisierungsgesetz)을 통해 비약적으로 발전했다. 이제 통합의료진료는 더 이상 건강보험공단과 의사협회 간 계약상 협정을 필요로 하지 않으며, 의사협회는 계약상 파트너로 간주되지 않는다. 또한 의사협회의 진료 보장 의무가 제한된다. 통합의료진료의 지원을 위해 각 보험공단에서는 2004년부터 2006년까지 통합의료진료를 위한 전체 비용 및 병원 예산의 최대 1%를 초기 재원으로 보유해야 한다는 규정이 생겼다. 이 기간은 건강보험 의사법 개정(Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz)[2]에 따라 2008년 12월 31일까지 연장되었다. 또한 개별 진료 제공자와 의사 네트워크와 같은 진료 제공자들의 협회, 병원, 의료센터(MVZ) 외에 진료 제공자 측의 관리회사도 건강보험과 개별계약(Selektivverträge)을 맺을 수 있게 되었다.

2007년 건강보험 경쟁 강화법(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)은 통합의료진료에 장기요양보험을 포함하도록 확대했다. 특히, 통합의료진료 계약은 전체 인구를 대상으로 한 의료 서비스 보장에 맞춰져야 하며, 예를 들어 많은 더 넓은 지역에 걸쳐 많은 사람들이 겪고 있는 질병의 치료를 네트워크화 하는 의료 모델을 구축해야 한다. 대학병원은 통합의료진료의 체계하에서 외래진료 영역이 더 개방되어, 고도의 전문적 진료, 희귀질환 및 특수한 질병 경과를 보이는 질환을 치료하기 위한 외래 진료에 대해 건강보험과 계약을 맺을 수 있게 되었다.

참고자료

https://www.aok.de/pp/lexikon/integrierte-versorgung/ (검색: 2025. 9. 24.)

https://www.aok.de/pp/lexikon/strukturvertraege/ (검색: 2025. 9. 24.)

❶ 사회법 7권 제73a조에 따른 구조적 계약 체결은 2015년 7월까지 가능했다. 건강보험 강화법(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)에 의해 이러한 유형의 계약은 새로운 제도인 특별진료(Besondere Versorgung)로 대체되었다. 구조계약은 건강보험공단과 의사협회가 계약하여 기존의 진료 체계와 다른 새로운 방식의 진료 모델을 시험하려고 만든 제도이다. (예, 의사들이 네트워크를 만들어 협력 진료가 가능하게 함, 외래 수술의 확대) 특별진료는 구조계약을 대체한 제도로, 건강보험공단과 계약 상대가 의사협회뿐 아니라 병원, 의사 네트워크, 관리회사 등으로 더 다양해져 더 광범위한 진료 모델을 만들 수 있다. (예, 특정 질환을 지역 단위로 통합 관리)

❷ 건강보험과 계약을 맺고 환자를 보는 의사(일반적으로 개원의)의 법적·제도적 활동 조건을 현대화하고 유연하게 바꾼 법이다. 여러 전문 분야 협력을 통해 치료 연속성을 강화하고 병원과 개원 사이를 더 쉽게 이동할 수 있도록 하며 보험사들이 다양한 진료 모델을 계약할 수 있도록 제도적 기반을 마련했다. 통합의료진료와 관련해서는 건강보험사와 개별 의료 제공자들이 직접 계약을 맺을 수 있는 제도적 기반을 강화한 측면이 있다.

네덜란드 암스테르담의 통합돌봄 운영모델

- Buurtteam Amsterdam

정우택(서울시복지재단 정책연구센터 주임)

네덜란드는 2015년 사회지원법(Wmo 2015)[1]을 통해 돌봄·복지 서비스 제공 책임을 중앙정부에서 지방정부로 대폭 이양했다. 이에 따라 각 지방자치단체에서는 주민이 거주하는 지역에서 통합적인 지원을 받을 수 있도록 동네 복지팀(Sociale Wijkteams)을 신설하여 원스톱 상담 창구 역할을 하도록 했다. Buurtteam Amsterdam도 이러한 배경에서 출범한 암스테르담의 자체적인 통합돌봄 모델로, 2021년부터 암스테르담 전역에서 운영되며 복잡한 복지 전달체계를 지역 단위로 단순화하고 접근성을 높이는 역할을 하고 있다. Buurtteam Amsterdam은 암스테르담 시의 7개 행정구별로 지역 조직을 두고 주민 밀착형 서비스를 제공한다. 대상은 모든 암스테르담 지역 주민으로서 돌봄, 건강, 주거, 소득, 재무문제, 사회적 고립, 안전 등 일상 생활 전반의 어려움에 대해 전문가와의 상담과 통합돌봄 서비스 지원을 받을 수 있다.[2] 지역주민은 거주 지역마다 배치되어 있는 센터(Buurtteam locatie)를 통해 전화나 대면상담을 신청할 수 있으며, 필요하면 해당 담당자가 가정으로 찾아가는 방문상담도 가능한 시스템이다. 서비스 이용료는 전액 무료이며 소득이나 연령에 관계없이 누구에게나 열려 있는 보편적 통합돌봄 복지 창구이다.

Buurtteam Amsterdam의 조직 구성은 다학제 전문인력으로 이루어진 것이 특징이다. 한 팀 안에 사회복지사, 이동형 지원인력, 경험기반 전문가, 채무상담 전문가, 사회법률 상담사, 조기개입 전문가 등 여러 분야의 전문가들이 복합적인 문제를 가진 주민에게도 통합적인 상담과 사례관리를 제공한다. Buurtteam Amsterdam은 지역 사회복지기관, 의료기관, 경찰서 등 협력관계를 가지고 있으며, 암스테르담의 각 지역에 센터를 배치하여 총 37개팀과 60개의 상담 거점을 두고 있다. 이를 통해 행정구마다 지역 주민들이 쉽게 찾아갈 수 있는 복지 서비스 창구로 자리잡게 되었다.

Buurtteam Amsterdam「2025년 중간평가 연구 보고서」[3]에 따르면, 지역주민이 통합돌봄 서비스 이용에 있어, 접근성이 뛰어나다는 인식과 도시 내 강력한 복지 브랜드로 정착되어 필요 시 가장 먼저 떠올리는 상담창구가 되었다고 평가된다. 이러한 브랜드화와 접근성 향상 덕에 지역주민의 만족도와 신뢰도가 높게 평가되지만 한편으로는 복합적 문제 해결의 한계와 서비스 범위 내 제약으로 인한 문제점 등의 한계 등을 가지고 있다.

대한민국에서도 2024년 3월「돌봄통합지원법」이 제정되어 2026년부터 전국적 통합돌봄 시행을 앞두고 있으나 여전히 서비스가 대상별로 분절적으로 제공되고, 다직종 협업도 업무협약 수준에 머물러 상시적인 협력 체계가 부족하다는 평가가 있다.[4] 이러한 한계는 Buurtteam Amsterdam 사례가 보여주듯이, 지역 기반의 상시 통합지원팀 제도화와 서비스 브랜드화 등을 통해 보완할 수 있다. 즉, 한국형 통합돌봄도 개별 사업의 단순 연계 수준을 넘어 지자체 주도하에 각 분야의 전문가가 복지 서비스를 위해 협업하는 구조를 마련하고, 제한 없는 대상으로 누구나 쉽게 돌봄 서비스를 이용해 서비스 접근성과 신뢰성을 높일 수 있을 것이다. 그렇지만 사회복지기관 현장의 지역사회 통합돌봄 시도에도 불구하고 여러 한계점을 볼 수 있다. 일례로 원스톱 통합지원 창구를 마련했더라도, 각 분야별 전문가 간 협업이 원활하지 않아 사회복지사가 복합적인 문제에 직접 대응하며 조정자 역할까지 맡고 있는 경우도 드물게 발생한다. 이는 전문 분야 간 경계가 흐려지고 사회복지사에게 과도한 업무 부담이 집중되어 역할 분절과 정서적 소진 등 비효율적인 결과를 초래한다. 게다가 경제적 변화와 다변화되는 사회에서 통합돌봄의 범주도 다양화되기 때문에 복합적 문제에 대응하고 해결하기 어려워짐에 따른 문제도 발생할 수 있다고 판단된다.

Buurtteam Amsterdam의 통합돌봄 서비스 모델은 다양한 분야의 전문가들을 모아 팀을 이루게 함으로써 이러한 문제에 구조적으로 대응하고 있기에, 대한민국도 통합돌봄을 공동 책임으로 전환하고, 변화하는 지역사회의 욕구에 맞춰 서비스 범주를 확대하는 방향으로 나아가야 할 것이다.

❶ 네덜란드 공식홈페이지: 사회지원법(Wmo 2015, Social Support Act) https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/social-support-act-wmo?utm_source=chatgpt.com

❷ Buurtteam Amsterdam 공식 홈페이지: https://www.buurtteamamsterdam.nl

❸ 암스테르담 시·Buurtteam Amsterdam·StoryConnect·Bureau Meetellen (2025),「과제 중간점검 연구」

❹ KDI 경제정보센터,「통합돌봄 제도화의 쟁점과 개선방향」, 정책브리프, 2024.

호주의 2025 'Support at Home' 개혁
: 권리 중심 통합 돌봄으로의 전환

박홍재(웨스턴시드니대학교 교수)

노년기의 삶은 의료, 요양, 소득 보장뿐만 아니라 주거, 사회적 관계, 지역사회 참여, 종교 및 문화적 정체성 등 수많은 요소가 얽혀 있는 복합적인 구조 속에서 이루어진다. 호주에서는 이 가운데 특히 Aged Care(노인 돌봄), Medicare(건강보험), Age Pension(노인연금)이 고령층 생활 안정의 핵심적인 제도로 기능하며, 이들이 유기적으로 작동할 때 사회 복지의 효율적 전달과 안정성이 담보된다. 그러나 현실에서는 각 제도가 개별적으로 운용되면서 복합적인 욕구를 가진 노인들이 제도 간 경계에서 단절과 사각지대를 경험하는 사례가 꾸준히 보고되어 왔다. 이러한 현상은 노년기 생애주기의 건강 취약성과 맞물리며, 특히 노인 돌봄 체계 안에서 더 심각하게 드러난다.

현재 호주의 노인 돌봄은 크게 재가 돌봄(Home Care Services)과 요양시설 서비스(Residential Aged Care)로 나누어진다. 이 중 재가 돌봄 서비스는 홈 케어 패키지(Home Care Packages, HCP), 단기 회복 돌봄(Short Term Restorative Care, STRC), 연방 재가 지원 프로그램(Commonwealth Home Support Programme, CHSP) 등으로 세분화되어 제공되고 있다. 각 제도는 가사 지원, 단기 회복, 경미한 돌봄 등으로 기능이 세분되어 있으나, 평가와 관리 체계가 분리되어 있어, 이용 과정에서 서비스간 단절과 절차의 복잡성이 발생한다. 특히 HCP의 경우 약 28만 명이 서비스를 받고 있지만, 6-7만 명 이상이 여전히 대기 명단에 있으며, 일부는 최대 1년 이상 기다려야 하는 상황에 놓여 있다. 이는 노인 본인뿐만 아니라 가족에게도 적지 않은 불확실성과 어려움을 초래하고 있다.

이러한 한계를 개선하기 위해 연방 정부는 2025년 11월 1일부터 'Support at Home'이라는 통합지원 프로그램을 시행할 예정이다. 이 새로운 체계는 HCP와 STRC를 우선 통합하고, 2027년에는 CHSP까지 단계적으로 흡수하게 된다. 지원 단계는 기존 4단계에서 8단계로 확대되어 욕구별 맞춤 대응이 보다 쉬워지며, 기초적 지원이 필요한 경우 기존 혜택을 유지한 채 재평가를 통해 상향 조정이 가능해진다. 돌봄 정도에 따라, 임상적 케어(간호, 물리치료 등)는 전액 정부 지원, 자립 지원(목욕, 약 복용 보조 등)은 일부 본인 부담, 일상생활 지원(청소, 정원 관리 등)은 더 높은 본인 부담이 적용된다. 연간 지원 한도는 61,440호주달러에서 78,000호주달러로 인상되며, 일부 고령자는 최대 15,000호주달러의 주거시설 개선에 필요한 자금 지원을 받을 수 있다. 이를 위해, 이미 44억 달러 규모의 예산과 4억4,000만 달러 이상의 추가 지원이 발표되었고, 원주민 커뮤니티 등 소외 계층에 중점을 둔, 문화적으로 적합한 서비스를 확대하려는 방안도 강구되고 있다.

전반적으로 이번 'Support at Home' 개편은 단일 평가체계, 8단계 지원 구조, 그리고 이용자 선택권 보장 등을 통해 서비스 단절, 비효율, 대기시간 증가 문제를 해소하는 데 중점을 두고 있다. 이러한 변화는 작년에 전면적으로 개정된 Aged Care Act 2024의 원칙과 가치에 기반을 두고 있다. 이 법은 이용자의 삶의 질, 선택권, 참여권 및 문화적 정체성 보장을 핵심 가치로 규정하며, 모든 서비스는 이를 토대로 설계되고 제공되어야 한다는 것을 명확히 하고 있다. 즉, 노인 돌봄은 일부 사람만 누릴 수 있는 특권이 아니라, 모든 노인이 보장받아야 할 권리라는 점이 강조되고 있다.

필자는 노년기 삶을 위한 복지 기반 중 하나인 노인 돌봄이 의료보험과 노인연금 등 다른 핵심 제도와 융합적으로 연결되지 않으면, 통합지원의 효과와 지속 가능성이 크게 제한될 수 있다고 본다. 이 기반이 원활하게 작동하려면 제도와 제도 사이뿐 아니라 세대와 세대 사이의 관계도 긴밀히 이어져야 한다. 노인의 삶은 의료, 요양, 돌봄이 시기별로 분리되어 나타나는 것이 아니라 복합적이고 동시적으로 얽혀 있기 때문이다. 따라서 제도 설계는 특정 시점의 욕구만을 해결하는 선형 구조가 아니라, 다양한 욕구가 순환적으로 발생하고 상호 영향을 주고받는 유동적 구조를 전제로 해야 한다. 이 과정에서 가족은 단순한 돌봄 제공자를 넘어 자원 및 정서적 유대를 유지, 확장하는 세대 간 지속 가능성의 핵심 축이 된다. 그러나 아쉽게도 호주의 Aged Care Act 2024에는 가족 참여나 세대 간 관계 지속 가능성에 관한 고려는 다소 추상적이며 부족한 편이다. 제도가 개인의 권리를 중심에 두고 있음에도 불구하고, 가족과 지역사회, 돌봄제공자 인정법(Carer Recognition Act)과의 연계 등과 같은 보다 통합적인 접근은 여전히 보완 과제로 남아 있다.

이번 호주의 개편은 '무엇을 통합했는가?'보다 '통합 과정에서 무엇이 작동했고 무엇이 실패했는가?'를 보여주는 좋은 사례라고 할 수 있다. 한국이 전국적으로 의료·요양·돌봄 통합지원 제도를 도입하여 시행하려는 지금, 이러한 호주의 경험은 참고할 부분과 경계할 부분을 모두 담고 있다. 호주는 단일 평가체계와 지원 단계 세분화, 서비스별 명확한 본인부담 구조 등에서 긍정적인 진전을 보였지만, 전환 과정에서 현장의 혼란과 행정 부담이 급속히 증가하고, 대기자 해소 속도도 기대에 미치지 못한다. 한국은 이러한 한계를 경험하지 않기 위해 통합평가 도입 시 충분한 적응 기간과 인력 재교육을 보장하고, 서비스 범위와 수준을 세밀히 구분하면서도 재정·인력 확보 계획을 병행해야 할 것으로 보인다. 지역 간 격차와 취약집단의 특성을 반영한 맞춤형 모델 설계, 그리고 가족과 지역사회가 실질적 파트너로 참여할 수 있는 구조 마련이 통합 지원으로 가는 핵심 열쇠가 될 것이다.

복지이슈 TODAY

https://www.welfare.seoul.kr
04147 서울시 마포구 백범로31길 21 서울시복지재단 T.02)6353-0200

서울시복지재단
SEOUL WELFARE FOUNDATION