VOL.162(2026년 9월)

WELFARE ISSUE TODAY

큰글자

복지이슈 TODAY
건강한 노화

국내이슈

01 노인 만성질환 증가, 고령화만으로 설명할 수 있는가?: 연령 · 시기 · 출생세대 분석이 제시하는 정책적 시사점 I **남궁은하**

02 건강한 노화를 위한 도시의 조건: AI · 디지털 시대 고령친화환경의 확장 I **김미리**

03 돌봄국가로의 이행, 그리고 고령장애인 통합돌봄의 과제 I **황주희**

04 초고령사회가 놓쳐서는 안 될 사람들, 고령장애인 I **김현승**

이슈와 통계

장애인 건강권의 사각지대, 82.9%가 겪는 자세유지 문제 I **김현승**

해외동향

[프랑스] 프랑스의 재가돌봄서비스 현황과 종류 I **임밝네**

[프랑스] 프랑스 노인 재가돌봄정책 현황과 개선점 I **이은주**

[독일] 이웃돌봄 네트워크 기반의 재가요양 I **권민정**

[스위스] 고령화 정책전략을 위한 스위스 정부의 노인 수요조사 I **이현숙**

[호주] 호주의 재가돌봄 개혁: 건강한 노화를 위한 조건과 현실의 간극 I **박홍재**

[일본] 의료 고의존 고령자의 재가생활을 지원하는 통합 복합형 개호 서비스 '간호 소규모 다기능형 거택개호' I **최은희**

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)

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.

건강한 노화

Contents

국내이슈

01 **노인 만성질환 증가, 고령화만으로 설명할 수 있는가?**: 연령 · 시기 · 출생세대 분석이 제시하는 정책적 시사점 I **남궁은하**(이화여자대학교 사회복지학과 조교수) 04

02 **건강한 노화를 위한 도시의 조건**: AI · 디지털 시대 고령친화환경의 확장 I **김미리**(국립한국교통대학교 사회복지학과 조교수) 07

03 **돌봄국가로의 이행, 그리고 고령장애인 통합돌봄의 과제** I **황주희**(한국보건사회연구원 연구위원) 10

04 **초고령사회가 놓쳐서는 안 될 사람들, 고령장애인** I **김현승**(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원) 13

이슈와 통계

장애인 건강권의 사각지대, 82.9%가 겪는 자세유지 문제 I **김현승**(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원) 16

해외동향

[프랑스] **프랑스의 재가돌봄서비스 현황과 종류** I **임밝네**(파리7대학 사회학 박사) 21

[프랑스] **프랑스 노인 재가돌봄정책 현황과 개선점** I **이은주**(사회정보연구원 연구위원) 24

[독일] **이웃돌봄 네트워크 기반의 재가요양** I **권민정**(보쿰대학교 사회학과 박사과정) 27

[스위스] **고령화 정책전략을 위한 스위스 정부의 노인 수요조사** I **이현숙**(서강대학교 사회학과 강사) 30

[호주] **호주의 재가돌봄 개혁**: 건강한 노화를 위한 조건과 현실의 간극 I **박홍재**(웨스턴시드니대학교 사회복지학과 교수) 33

[일본] **의료 고의존 고령자의 재가생활을 지원하는 통합 복합형 개호 서비스 '간호 소규모 다기능형 거택개호'** I **최은희**(마쓰야마시노노메여자대학교 인문과학부 준교수) 36

노인 만성질환 증가, 고령화만으로 설명할 수 있는가?

: 연령 · 시기 · 출생세대 분석이 제시하는 정책적 시사점[1]

남궁은하(이화여자대학교 사회복지학과 조교수)

고령화보다 중요한 것은 '어떤 시대를 살아왔는가'

노인의 당뇨병과 고혈압 유병률은 세계적으로 증가하고 있다. 일반적으로 이러한 현상은 인구 고령화에 따른 자연스러운 결과로 이해되지만, 최근 연구는 보다 복합적인 원인을 제시한다. 2004~2020년 「노인실태조사」 자료를 분석한 결과, 노인의 만성질환 증가는 연령(age)뿐 아니라 조사시기(period)와 출생세대(cohort)의 영향을 함께 받는 것으로 나타났다.

구체적으로, 2000년대 이후 당뇨병과 고혈압 모두 시간이 지날수록 유병 가능성이 꾸준히 증가하는 '시기효과'가 확인되었다. 이는 단순히 노인 인구가 증가했기 때문이 아니라 의료기술의 발전, 검진 확대, 만성질환 관리정책, 생활습관 변화 등 사회 전반의 변화가 함께 작용한 결과로 볼 수 있다. 또한 연령이 증가할수록 질환 위험은 높아졌지만, 매우 고령에서는 증가 속도가 다소 둔화되는 비선형적 양상도 나타났다.

특정 세대가 더 취약한 이유

가장 주목할 결과는 출생세대에 따른 건강 위험의 차이다. 서구 국가에서는 최근 출생한 세대일수록 만성질환 위험이 높은 것으로 알려져 있지만, 한국 노인은 다른 양상을 보였다. 1930년대 후반에서 1940년대 초반 출생세대에서 당뇨병과 고혈압 위험이 가장 높았고, 그 이전이나 이후 출생세대에서는 상대적으로 위험이 낮았다. 이러한 결과는 개인의 현재 인구사회학적 특성과 건강습관을 보정한 후에도 동일하게 나타났다.

이러한 세대 차이는 한국의 역사적 경험과 연결하여 설명할 수 있다. 해당 세대는 일제강점기 말기와 한국전쟁을 성장기에 겪으며 식량 부족과 영양결핍, 사회적 혼란에 노

❶ Namkung, E. H., & Kang, S. H. (2024). The trend of chronic diseases among older Koreans, 2004-2020: Age-period-cohort analysis. The Journals of Gerontology: Series B, 79(9), gbae128. https://doi.org/10.1093/geronb/gbae128을 재구성하였음.

출되었다. 이러한 생애 초기의 불리한 환경은 수십 년이 지난 뒤에도 노년기 만성질환 위험을 높이는 요인으로 작용했을 가능성이 크다. 반면 1950년대 이후 출생세대는 경제성장과 의료 접근성 향상의 혜택을 상대적으로 많이 누리면서 건강 수준이 개선된 것으로 해석된다. 즉, 노년기 건강은 현재의 생활습관뿐 아니라 생애 초기에 경험한 사회경제적 환경이 오랫동안 축적된 결과임을 보여준다.

교육 수준과 성별에 따른 건강격차

건강격차 역시 출생세대와 사회경제적 특성에 따라 다르게 나타났다. 여성은 남성보다 만성질환 위험이 높았지만, 이러한 성별 차이는 특히 1930년대 초반 출생세대에서 두드러졌다. 당시 여성들은 전쟁과 빈곤 속에서 영양 부족과 성차별적 사회문화 환경을 동시에 경험하였고, 이러한 생애 초기 경험이 노년기 건강에 장기적인 영향을 미친 것으로 볼 수 있다.

교육 수준에 따른 차이도 뚜렷했다. 2000년대 초반에는 고학력자(고등학교 졸업 이상)의 고혈압 위험이 상대적으로 높았지만, 최근에는 저학력 집단의 위험이 지속적으로 증가한 반면 고학력 집단은 증가세가 둔화되었다. 초기에는 외식과 서구식 식생활이 고학력층을 중심으로 먼저 확산되면서 고혈압 위험이 높아졌지만, 이후에는 고학력층이 건강정보를 활용하고 식습관을 개선하는 데 더 빠르게 적응하면서 위험 증가가 둔화된 것으로 해석된다. 반면 저학력층에서는 이러한 변화가 충분히 이루어지지 않아 건강격차가 시간이 지날수록 확대되는 양상을 보였다. 이는 교육 수준에 따른 건강관리 지원이 더욱 중요해지고 있음을 시사한다.

정책 및 실천 현장에 주는 시사점

초고령사회에서 만성질환 증가는 피하기 어려운 현상이다. 그러나 만성질환 증가는 모든 노인에게 동일하게 나타나지 않는다. 출생세대가 경험한 사회적·역사적 환경과 사회경제적 특성에 따른 건강격차가 노년기 건강에 지속적인 영향을 미친다.

따라서 노인건강정책은 연령 중심 접근을 넘어 생애과정(life course)과 건강형평성을 함께 고려하는 방향으로 전환될 필요가 있다. 특히 건강취약성이 높은 특정 출생세

대를 대상으로 맞춤형 만성질환 예방 및 관리전략을 강화하고, 전쟁과 빈곤을 경험한 고령층에게는 영양·정신건강·신체기능을 통합적으로 지원할 필요가 있다. 또한 정규 교육을 받을 기회가 많지 않았던 노인을 대상으로 이해하기 쉬운 건강정보를 제공하고, 지역사회 기반 만성질환 관리서비스를 확대하여 자기관리 역량을 높일 수 있다. 초고령사회 건강노화정책은 연령만을 기준으로 지원 대상을 구분하기보다, 출생세대의 생애 초기 경험과 사회경제적 취약성까지 함께 고려하는 방향으로 설계되어야 함을 제안한다.

건강한 노화를 위한 도시의 조건

: AI · 디지털 시대 고령친화환경의 확장

김미리(국립한국교통대학교 사회복지학과 조교수)

한국 사회는 지난 반세기 동안 기대수명의 연장을 압축적으로 경험하였다. 기대수명은 1970년 62.3세에서 2000년 76.0세를 거쳐 2024년 83.7세로 증가하였다.[1] 불과 50여 년 만에 기대수명이 21년 증가하였으며 이른바 100세 시대라고 불릴 만큼, 이제 80대는 누구나 경험할 가능성이 높은 보편적인 생애단계가 되었다. 그러나 기대수명의 연장이 건강한 삶의 연장으로 이어진 것은 아니다. 올해 발표된 세계질병부담연구에 따르면 우리나라의 기대수명과 건강수명 간 격차인 '질병 이환 기간 격차'는 1990년 9.4년에서 2023년 11.6년으로 2.2년 증가하였다.[2]

이러한 변화는 기대수명의 증가가 건강수명의 충분한 연장으로 이어지지 못하고 있다는 문제를 보여준다. 세계보건기구(WHO)는 건강한 노화를 '노년기의 안녕을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 유지하는 과정'으로 정의한다.[3] 이때 기능적 능력은 건강과 기능 수준에 변화가 일어나도 스스로 결정하고 이동하며, 다른 사람과 관계를 맺고, 지역사회에 참여하면서 자신이 가치 있다고 여기는 삶을 지속할 수 있는 능력으로, 개인의 역량만으로 결정되지 않으며 개인을 둘러싼 환경과의 상호작용을 통해 형성된다.

예를 들어, 유사한 건강 상태와 기능 수준을 가진 고령자라도 지역사회 내에 이동을 편리하게 하는 보행환경과 교통수단, 적절한 사회참여 기회, 필요한 돌봄서비스가 마련되어 있는지에 따라 일상생활의 자립성과 삶의 질은 크게 달라질 수 있다. 즉, 건강한 노화는 개인의 역량과 그를 둘러싼 물리적, 사회적, 서비스 환경이 얼마나 적절하게 결합

❶ 국가데이터처. (2025). 생명표.

❷ Hay, S. I., Nam, P., Saqib, H., McLaughlin, S. A., Bisignano, C., Ostroff, S. M., ... & Murray, C. J. (2026). Global, regional, and national trends in the morbidity gap and contributing diseases, injuries, and risk factors, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet Public Health, 11(8), e487-e505.

❸ World Health Organization. (2015). World report on ageing and health.

하여 이루어지는가에 의해 결정된다.

이러한 환경적 접근을 정책으로 구체화한 개념이 고령친화환경이다. 국내 고령 정책은 고령자가 살던 곳에서 가능한 한 오래 건강하고 자립적으로 생활하도록 지원하는 Aging in Place(AIP)를 중심으로 전환되고 있으며, AIP의 실현은 생활환경 전반의 고령친화적 조성에서 출발한다. WHO가 2007년 발표한 고령친화도시 가이드라인은 외부환경 및 시설, 교통, 주거, 사회참여, 존중과 사회통합, 시민참여와 고용, 의사소통과 정보, 지역사회 자원과 건강서비스의 8대 영역을 제시하며 건강한 노화를 지역사회 환경의 문제로 확장하였다. 국내에서는 2026년 1월 시행된 개정 「노인복지법」에 따라 보건복지부장관이 지방자치단체의 고령친화도시 조성계획 및 실적을 바탕으로 고령친화도시를 지정하고 그 조성을 지원할 수 있는 법적 기반이 마련되었으며, 이제 고령친화환경 조성은 국가 차원의 제도적 과제로 자리 잡았다.

다만 WHO의 초기 영역은 4차 산업혁명의 변화가 본격적으로 확산되기 이전에 만들어진 만큼 이후 급격하게 변화한 디지털 생활환경을 반영하는 데 한계가 있다. 오늘날 일상생활의 많은 활동이 디지털 공간에서 이루어지게 되며 디지털과 AI 기술에 접근하고 이용할 수 있는 능력은 이동권이나 정보 접근성처럼 고령자의 자립과 사회참여를 결정하는 기본적인 생활조건이 된 만큼 디지털 환경을 이용하기 어려운 고령자는 교통, 의료, 금융, 복지 및 사회참여의 기회로부터 배제될 수 있다.

한편 AI 및 디지털 기술이 고령자의 필요와 역량에 맞게 설계된다면 건강한 노화를 지원하는 중요한 수단이 될 수 있다. 예컨대 수요응답형 교통서비스로 이동 취약지역의 접근성을 보완할 수 있으며, 온·오프라인 혼합형 프로그램의 제공으로 신체적 제약 등으로 제한되었던 참여기회를 확대할 수 있다. 나아가 스마트홈 센서, 웨어러블 기기와 AI 기반 위험분석으로 생활패턴의 변화를 파악하여 낙상, 노쇠, 인지기능 저하 및 고립의 위험을 조기에 발견하고, 위험이 확인될 경우 서비스로 이어지도록 할 수 있다. 이처럼 확장된 고령친화환경은 고령자의 기능적 능력을 일상에서 뒷받침하는 토대이며, 건강한 노화를 가능하게 하는 도시의 조건이 된다.

결국 AI·디지털 시대의 고령친화환경은 위험을 사전에 발견하고 필요한 지원을 연결

하며, 모두를 포용하는 환경이어야 한다. 이러한 환경 위에서 우리 사회는 기대수명의 연장을 넘어 건강수명의 연장이라는 도약을 이룰 수 있을 것이다. 100세 시대의 질문은 이제 '어디서, 어떻게 나이 들어갈 것인가'로 바뀌었다. 그 답을 준비하는 일이 지금 우리 지역사회 앞에 놓여 있다.

돌봄국가로의 이행, 그리고 고령장애인 통합돌봄의 과제[1]

황주희(한국보건사회연구원 연구위원)

2026년 3월 27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(약칭 돌봄통합지원법)이 전면 시행되고 있다. 이 법은 노쇠·장애·질병·사고 등으로 일상생활에 어려움을 겪는 국민이 병원이나 시설이 아닌 자신의 거주지에서 건강한 삶을 이어갈 수 있도록, 의료·요양·돌봄 서비스를 통합적으로 연계해 제공하는 것을 목표로 한다.

이러한 제도적 변화의 배경에는 고령장애인 인구의 폭발적 증가라는 구조적 현실이 존재한다. 보건복지부 통계에 따르면 등록장애인 중 65세 이상 비율은 2015년 42.3%에서 2020년 49.9%, 2024년 55.3%, 2025년 56.9%(약 149만 6천 명)로 급증했다. 지난 10년간 약 14.6%p가 상승한 셈이다. 이러한 수치는 단순한 통계적 착시가 아니라, 노화(Aging) 과정에 따른 신체적·인지적 기능 저하와 장애 발생 간의 높은 상관관계를 보여주는 구조적 결과다. 연령 증가에 따른 기능 장애(ADL/IADL 제한) 유병률의 상승은 글로벌 차원에서도 공통적으로 관찰되는 현상이다. 즉, 고령장애인의 증가세는 필연적 구조 흐름이며, 이들은 기존의 단일화된 정책 대상 구분으로는 온전히 포착할 수 없는 '새로운 보건복지 대상'으로 정체성을 확립하고 있다.

고령장애인은 기존의 장애로 인한 기능 제한에 더해 노화에 따른 신체적·정신적 퇴행이 가중되면서 보건·의료·복지가 결합된 복합적(complex) 돌봄 욕구를 나타낸다. 비장애 노인 역시 생애 후반기 단계에서 기능적 장애를 경험한다는 점을 감안할 때, 노인 돌봄과 장애인 돌봄 정책 간의 경계는 재정립되어야 한다. 돌봄 이슈를 고민함에 있어 이제는 기존의 대상 중심적이고 분절적인 접근 방식 자체에 근본적인 질문을 던질 때가 되었다.

❶ 세부 내용은 황주희·김진희(2022), 「지역사회 통합돌봄 선도사업과 고령장애인: 현황과 과제」(https://www.kihasa.re.kr/publish/regular/focus/view?seq=40295)와 황주희·이서현·양은정(2026), 「이원적 돌봄체제의 한계 극복을 위한 탐색적 연구」 참고.

현장 중심 통합돌봄을 위한 4대 과제

첫째, 장애인은 기능 제한으로 인한 일상 지원과 지속적 건강관리가 동시에 요구된다. 고령장애인은 여기에 노화에 따른 신체적·정신적 퇴행이 더해져 보건·의료·돌봄이 결합된 고도의 복합적 욕구를 지닌다. 비장애 노인 역시 생애 후반기에는 기능적 장애를 경험할 가능성이 높다는 점을 감안할 때, 노인 돌봄 정책은 '장애적 관점'을, 장애인 정책은 '노인적 관점'을 상호 포섭해야 한다. 인구 고령화와 장애 경험의 연계성을 고려한 유연한 통합적 관점 마련이 필요하다.

둘째, 보건의료 및 돌봄 현장에서는 대상자의 신체적·정신적 기능 저하 수준과 의료적 처치 필요도가 핵심 기준이 되므로, 엄격한 연령이나 정체성 기반의 구분은 실효성이 낮다. 오히려 기존 복지제도의 경직된 대상 분류 방식은 사업 기획 및 서비스 전달 과정에서 행정적 복잡성과 접근성 저하를 초래하는 장벽으로 작용한다. 대상자 중심이 아닌 '욕구 및 기능 중심'의 서비스 제공 체계로의 전환이 요구된다.

셋째, 현재 통합돌봄 사업에서 고령장애인이 노인정책 틀 안에서 우선 운영되고 있는 현실을 냉정하게 짚어볼 필요가 있다. 이들을 정책적으로 '노인'으로 우선 고려한다. 이는 통합돌봄이 그간 노인을 중심으로 시범사업 등의 노하우를 축적해 왔고 관련 사업이 먼저 시도되어 온 만큼, 고령장애인이 필요로 하는 서비스 연계가 현재로서는 노인정책 내에서 작동하는 것이 실행적 측면에서는 현실적이었다고 이해하는 것이 타당하다. 실제로 통합돌봄 실행 과정에서 노인 대상자의 상당수를 '고령장애인'이 차지하고 있는 것도 이러한 상황을 뒷받침한다.

넷째, 융복합적 협력체계와 중앙-지역 정책연구기관 간 연계가 함께 시도되고 활성화되어야 한다. 장애와 고령이라는 두 정체성이 중첩된 이들에 대한 접근은, 인간이라면 누구나 갖는 기본적 돌봄 욕구에 대한 이해와 대상자의 특수성에 기반한 이해를 함께 전제로 삼아 확충해 나가야 한다. 기존의 복지 욕구뿐 아니라 보건의료 영역의 욕구에도 함께 대응해야 하는 만큼, 보건·의료·복지 전문가가 융복합적으로 협력하고 중앙과 지역의 연구기관·현장 전문가가 서비스의 기획·실행·평가에 함께 참여할 수 있는 구조가 필요하다. 말 그대로 명실상부한 '통합'이 요구되는 지점이다.

이러한 전환을 뒷받침하는 데 있어 지자체 내 정책연구기관의 역할은 앞으로 더욱 중요해질 것이다. 지역 단위 서비스 개발과 사업 평가를 통해 지역 내 돌봄 욕구에 대한 대응 성과를 근거 기반으로 축적해 나가야 통합돌봄이 실질적으로 발전할 수 있기 때문이다. 이제 지역은 중앙정부가 설계한 획일적 제도만으로는 메우기 어려운 현장의 공백을, 지역 여건에 맞춰 직접 채워 나가는 실행 주체로 자리매김해야 한다.

초고령사회가 놓쳐서는 안 될 사람들, 고령장애인

김현승(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원)

우리나라는 지난해 65세 이상 인구가 전체 인구의 20%를 넘어서며 초고령사회에 진입했다. 인구 고령화가 심화될수록 더욱 주목해야 할 집단이 있다. 바로 고령장애인이다. 보건복지부에 따르면 2025년 말 기준 등록장애인의 56.9%가 65세 이상이며, 평균수명의 연장과 함께 그 규모는 앞으로도 계속 증가할 것으로 전망된다. 이는 고령장애인이 더 이상 장애인복지와 노인복지의 경계에 놓인 대상이 아니라, 두 정책을 연결하는 핵심 정책 대상이 되고 있음을 의미한다.

고령장애인은 장애와 노화를 동시에 경험한다는 점에서 일반 노인과도, 비고령 장애인과도 다른 특성을 가진다. 장애로 인한 기능 제한에 더해 노화에 따른 건강 악화가 함께 나타나면서 만성질환, 기능 저하, 의료·요양·돌봄·주거·소득지원 등 복합적인 지원 욕구가 발생한다. 또한 사회적 고립과 빈곤 위험에도 상대적으로 취약하다. 그러나 현재의 복지체계는 노인정책과 장애인정책이 서로 다른 제도와 전달체계 안에서 운영되면서 이러한 복합적인 욕구를 충분히 반영하지 못하고 있다. 그 결과 고령장애인은 기존 제도만으로는 필요한 지원을 충분히 받기 어려운 정책적 사각지대에 놓여 있다.

이러한 한계를 극복하기 위한 정책적 변화가 시작되고 있는 것은 반가운 일이다. 올해 시행된 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」은 의료·요양·건강관리·재활·복지·주거서비스를 개인의 욕구에 따라 연계하는 통합지원체계의 기반을 마련했다. 기존의 공급자 중심의 분절된 서비스 전달방식에서 벗어나 수요자 중심의 지원체계로 전환하고, 지역사회에서 지속적으로 살아갈 수 있도록 제도적 기반을 마련했다는 점에서 의미가 있다. 특히 의료와 돌봄 욕구가 복합적으로 나타나는 고령장애인에게 통합돌봄체계는 제도 간 단절을 완화하고 필요한 서비스를 연결하는 중요한 기반이 될 수 있다.

그러나 제도가 현장에서 제대로 작동하기 위해서는 고령장애인의 특성을 반영한 지

원체계가 함께 구축되어야 한다. 고령장애인은 장애로 인한 기능 제한과 노화에 따른 건강 변화가 중첩되기 때문에 일반적인 노인 중심 의료서비스만으로는 복합적인 욕구를 충분히 충족하기 어렵다. 따라서 장애유형별 노화 특성을 이해하는 전문인력을 확충하고, 조기 노화 예방과 만성질환 관리, 방문진료·방문간호·방문재활을 연계한 통합서비스를 확대해야 한다. 또한 퇴원 이후 지역사회에서 안정적으로 생활할 수 있도록 의료기관의 퇴원계획과 지역돌봄 체계를 긴밀히 연계하고, 의사·간호사·재활치료사·사회복지사 등이 참여하는 다학제 지원체계를 활성화할 필요가 있다.

물론 지역사회 중심의 통합지원만으로 모든 의료적 요구를 해결할 수는 없다. 반복적인 입·퇴원이나 중증 만성질환으로 지속적인 의료관리가 필요한 고령장애인에게는 회복기 의료와 재활, 집중적인 건강관리와 요양 서비스를 연계하는 지원체계가 필요하다. 이후 건강상태가 안정되면 지역사회 돌봄으로 원활하게 복귀할 수 있도록 의료와 지역돌봄 간 연계체계를 구축해야 한다. 이러한 연속적인 지원체계는 불필요한 장기입원과 시설 입소를 줄이고, 고령장애인이 익숙한 지역사회에서 삶을 이어갈 수 있도록 하는 '친숙한 환경에서 지속 거주'(Aging in Place)의 중요한 기반이 될 것이다.

활동지원과 장기요양보험 간 연계 역시 중요한 과제이다. 최근 「장애인활동 지원에 관한 법률」 개정으로 활동지원을 이용하던 장애인이 일정 요건을 충족하는 경우 65세 이후에도 활동지원급여와 장기요양급여 중 선택하여 이용할 수 있도록 개선되었으며, 해당 제도는 2027년부터 시행될 예정이다. 이는 65세를 기점으로 활동지원이 제한되면서 발생했던 서비스 공백을 완화하고, 장애인의 선택권을 확대한다는 점에서 의미 있는 변화이다.

그러나 적용 대상이 기존 활동지원 수급자로 한정되어 있어 65세 이후 장애가 발생하거나 신규로 서비스를 신청하는 장애인은 여전히 사각지대에 놓여 있다. 또한 장기요양보험은 신체 기능 저하에 따른 돌봄 지원을 중심으로 설계되어 있어 장애인의 자립생활과 사회참여 욕구를 충분히 반영하는 데 한계가 있다. 따라서 장기요양 인정 과정에서 장애특성을 보다 충실히 반영하고, 활동지원과 장기요양서비스가 유기적으로 상호보완될 수 있도록 대책 마련이 필요하다.

의료와 소득 안전망 강화도 함께 이루어져야 한다. 고령장애인은 장애와 노화로 인한 추가 비용 부담이 크고, 의료·돌봄 서비스 이용 과정에서 경제적 부담이 가중될 수 있다. 최근 의료급여 부양비 제도 개선과 장애인연금 선정기준액 상향 등은 저소득 고령 장애인의 의료 접근성과 소득보장을 강화하는 긍정적인 변화이다. 그러나 의료비와 돌봄비 부담이 큰 현실을 고려하면 이러한 조치만으로는 충분하지 않다. 의료급여와 장기요양보험, 기초생활보장제도 간 연계를 강화하고, 예방적 건강관리와 방문의료서비스를 확대하는 한편 보조기기 지원과 주거환경 개선까지 포함하는 종합적인 생활 지원체계를 구축해야 한다.

초고령사회에서 고령장애인 정책은 더 이상 장애인정책과 노인정책의 경계에 머물러서는 안 된다. 연령이나 장애 여부가 아니라 개인의 기능과 욕구를 중심으로 의료·요양·복지·주거를 연계하는 사람 중심의 지원체계로 전환해야 한다. 이를 위해서는 통합돌봄지원체계의 안정적인 정착과 함께 제도 간 서비스 연속성을 확보하고, 지역 중심의 통합사례관리 역량을 강화해야 한다. 고령장애인을 위한 정책은 특정 집단만을 위한 복지가 아니다. 장애와 노화가 함께하는 삶을 지원할 수 있는 체계를 만드는 일은 초고령사회에서 우리 복지체계가 나아가야 할 중요한 방향이다.

장애인 건강권의 사각지대, 82.9%가 겪는 자세유지 문제

김현승(서울시복지재단 정책연구센터 선임연구위원)

국내 장애인정책은 그동안 이동지원, 활동지원, 주거지원을 중심으로 발전해 왔다. 그러나 장애인의 건강과 삶의 질을 좌우하는 '자세유지관리(Postural Management)'는 상대적으로 정책적 관심에서 소외되어 왔다. 자세유지관리는 단순히 앉거나 서는 자세를 유지하는 문제가 아니다. 적절한 자세를 유지하지 못하면 척추변형, 고관절 탈구, 관절 구축, 호흡기능 저하, 섭식장애, 욕창, 만성통증 등 다양한 이차질환으로 이어질 수 있다. 이는 의료비 증가와 가족의 돌봄 부담, 교육·고용·사회참여의 제약으로 연결된다. 결국 자세유지관리는 장애인의 건강권을 보장하고 자립생활을 가능하게 하는 기본적인 조건이라 할 수 있다.

이러한 현실을 확인하기 위해 수행된 「장애인 맞춤형 자세유지기구 지원방안 연구」에서는 지체·뇌병변장애인을 중심으로 자세유지보조기구 이용 실태와 정책 수요를 조사하였다. 조사는 2025년 6월부터 7월까지 장애인복지기관과 장애인 및 부모단체의 협조를 통해 실시되었으며, 최종 768명의 응답이 분석에 활용되었다. 응답자의 장애유형은 지체장애인 48.2%, 뇌병변장애인 46.0%, 기타 장애 5.9%였으며, 성별은 남성 56.2%, 여성 43.8%로 나타났다. 연령대는 9세 이하 13.3%, 10대 25.8%, 20대 26.3%, 30대 19.9%, 40대 이상 14.7%였다.

장애인 10명 중 8명, 자세유지에 어려움

이번 조사에서 가장 주목되는 결과는 응답자의 82.9%가 자세유지에 어려움을 겪고 있다는 점이다. 특히 뇌병변장애인의 경우 그 비율이 95.8%에 달해 대부분이 지속적인 자세유지관리가 필요한 것으로 나타났다.

자세유지의 어려움은 건강 악화로 이어지고 있었다. 전체 응답자의 55.2%는 이차질환을 경험한 적이 있었으며, 이 중 96.5%는 해당 질환이 자세유지 문제와 관련이 있다고 응답했다. 이차질환의 유형은 호흡기능 장애(70.5%)가 가장 많았고, 섭식기능 장애

(42.5%), 배변·배뇨장애(36.8%), 관절 구축 및 변형(35.4%), 척추변형(25.5%) 등이 뒤를 이었다. 이는 장기간의 부적절한 자세가 건강 문제를 악화시키고 있음을 보여준다. 따라서 자세유지에 어려움을 겪는 장애인에게는 이차질환 예방을 위한 적절한 자세유지보조기구 지원과 체계적인 자세유지관리가 적기에 제공될 필요가 있다.

재활치료비 월 79만 원, 수술비 평균 844만 원

이차질환은 상당한 의료비 부담으로 이어지고 있었다. 전체 응답자의 76.7%는 정기적으로 재활·운동치료를 받고 있었으며, 월평균 치료비는 79만 원으로 나타났다. 또한 29.2%는 이차질환으로 인한 수술을 경험했고, 평균 수술 관련 비용은 844.6만 원에 달했다. 여기에 병원 이동을 위한 교통비, 보호자의 돌봄시간, 소득 감소, 반복적인 치료와 재활에 따른 기회비용까지 고려한다면 실제 사회경제적 부담은 더욱 클 것으로 예상된다.

표 1 자세유지 어려움에 따른 이차질환 보유 및 정기적인 치료 등 여부

			전체 응답자	주장애 유형		
				지체장애	뇌병변장애	기타 장애
자세유지 어려움 有			82.9%	74.1%	95.8%	55.6%
이차질환	이차질환 유병률		55.2%	30.3%	81.9%	51.1%
	자세유지 관련 여부		96.5%	96.4%	96.5%	95.7%
	이차 질환 유형	호흡기능 장애	70.5%	63.4%	73.0%	73.9%
		섭식기능 장애	42.5%	33.0%	47.4%	26.1%
		배변·배뇨장애	36.8%	8.9%	48.4%	26.1%
		관절변형 및 구축	35.4%	17.9%	44.6%	4.3%
		척추변형	25.5%	16.1%	30.1%	13.0%
		만성통증	23.8%	9.8%	30.4%	8.7%
	진료, 재활·운동치료 여부		76.7%	58.0%	84.4%	69.6%
		월평균 횟수	11.6회	6.6회	13.3회	6.7회
		월평균 지불비용	79.0만 원	39.5만 원	92.5만 원	33.1만 원
	수술 치료 경험		29.2%	21.4%	33.2%	17.4%
		총 수술횟수	2.5회	2.5회	2.5회	4.0회
		총 지불비용	844.6만 원	284.6만 원	993.8만 원	625.0만 원

필요한 사람은 많지만, 실제 이용률은 저조

조사에서는 자세유지보조기구의 필요성과 실제 이용 사이의 격차도 확인되었다. 응답자의 77.9%는 자세유지보조기구가 필요하다고 응답했지만, 실제 사용률은 67.9%에 머물렀다. 필요한 사람 10명 가운데 약 3명은 적절한 보조기구를 이용하지 못하고 있는 셈이다.

자세유지보조기구를 사용하지 못하는 가장 큰 이유는 비용 부담이었다. 응답자의 58.3%가 가격을 이유로 꼽았으며, 자신에게 적합한 제품을 찾기 어렵거나 관련 정보를 알지 못한다는 응답도 적지 않았다. 실제 평균 구입비용은 184만 원으로 조사되었으며, 맞춤형 제품의 경우 비용은 더욱 높았다. 특히 성장기 장애아동은 신체 변화에 따라 반복적인 교체가 필요해 부담이 가중되는 것으로 나타났다.

표 2 자세유지보조기구 이용 행태

구분		전체 장애인	주장애 유형		
			지체장애	뇌병변장애	기타 장애
사용 현황	필요	77.9%	64.6%	94.6%	55.6%
	사용	67.9%	50.2%	81.1%	60.0%
	사용 용도	일상생활(72.2%) > 걷기 및 이동(66.3%) > 학습(45.6%) > 척추변형 등 이차질환 예방(43.6%) > 여가활동 참여(32.0%)			
	미사용 이유 (중복응답)	고가의 가격(58.3%) > 적합한 기구를 구하기 어려워서(50.0%) > 어떤 것이 필요한지 몰라서(22.4%) > 기구에 대해서 전혀 몰라서(18.8%) > 신청 및 제작 과정이 번거로워서(16.1%)			
교체 주기	1년 미만	2.5%	0.0%	3.7%	0.0%
	1~2년 미만	16.0%	9.2%	19.2%	13.3%
	2~3년 미만	40.1%	52.5%	35.4%	26.7%
	3~4년 미만	25.6%	25.8%	25.5%	26.7%
	4년 이상	15.8%	12.5%	16.2%	33.3%
구입 비용 (최근 3년)		184.1만 원	152.7만 원	201.6만 원	118.9만 원

'한 번 지급'에서 '생애주기별 자세유지관리'로

현재의 지원체계는 장애인의 자세유지 관련 욕구를 충분히 반영하지 못하고 있다.

국민건강보험은 일부 자세유지보조기구만 급여 대상으로 인정하고 있으며, 지원 역시 보급 중심으로 이루어지고 있다. 이로 인해 적합한 기구 안내와 체험 기회 제공, 성장에 따른 교체, 신체 변화에 따른 재평가, 맞춤 제작, 지속적인 조정과 수리 등에 대해서는 충분한 지원이 이루어지지 못하고 있다.

이를 반영하듯 응답자의 81.0%는 맞춤형 자세유지보조기구센터 설치가 필요하다고 응답했으며, 81.3%는 실제 이용 의향이 있다고 답했다. 가장 필요하다고 응답한 서비스는 수리 및 교체(69.2%), 연구개발(66.3%), 찾아가는 방문서비스(63.3%), 맞춤형 평가·제작(59.6%), 임대서비스(58.7%) 순으로 나타났다.

이는 장애인들이 단순히 새로운 보조기구를 원하고 있는 것이 아니라, 자신의 몸 상태를 지속적으로 평가받고 적합한 기구를 제작·조정하며, 생애주기에 맞는 자세유지관리를 받을 수 있는 전문서비스를 필요로 하고 있음을 보여준다.

표 3 자세유지보조기구 전문센터 필요성 및 이용 의향

구분	전체 장애인	주장애 유형		
		지체장애	뇌병변장애	기타 장애
설치·운영 필요성	81.0%	68.6%	95.2%	71.1%
설치·운영 필요 이유	상세한 정보안내/체험기회(49.7%) > 기성 제품은 맞지 않아서(20.6%) > 민간 제품은 가격이 비싸서(17.7%) > 맞춤형 평가·제작 업체가 주변에 없어서(11.1%)			
이용 의향	81.3%	93.3%	70.7%	82.3%
필요 서비스	수리 및 교체(69.2%) > 연구 및 개발(66.3%) > 찾아가는 방문 서비스(63.3%) > 맞춤형 평가·제작(59.6%) > 임대서비스(58.7%) > 체험 및 사용 훈련(58.2%)			

이상의 조사 결과를 종합해 볼 때, 정책의 방향은 '자세유지보조기구 보급' 중심의 접근에서 벗어나 전문인력에 의한 평가와 맞춤형 제작, 사용훈련, 정기적인 재평가, 수리·개조, 보호자 교육까지 연계되는 '자세유지관리 체계'로 전환되어야 한다.

이를 위해서는 현재 앉기용 자세유지보조기구 중심으로 인정되고 있는 국민건강보험 장애인보조기기 급여 품목을 확대하여 다양한 유형의 자세유지보조기구를 포함하고, 급

여 수준 또한 실제 구입 비용을 반영할 수 있도록 현실화할 필요가 있다. 이와 함께 자세유지보조기구 전문센터를 설치하여 상담·평가, 맞춤형 제작·조정, 사후관리 등을 통합적으로 지원함으로써 장애인의 개별 특성에 적합한 보조기구 이용을 보장하는 지원체계를 마련할 필요가 있다.

자세유지관리 지원은 단순한 복지지출이 아니라 장기적으로 의료비와 사회적 비용을 줄이는 사회적 투자이다. 장애인의 자립생활은 이동지원과 활동지원만으로 완성되지 않는다. 건강한 자세를 유지하고 이를 지속적으로 관리할 수 있는 환경이 마련될 때 비로소 건강권과 사회참여가 가능해진다. 이제 장애인 정책은 '무엇을 지원할 것인가'를 넘어 '어떻게 건강한 삶을 지속할 수 있도록 지원할 것인가'를 고민해야 할 시점이다. 장애인 정책의 새로운 의제로 '자세유지관리'가 논의되어야 하는 이유가 바로 여기에 있다.

프랑스의 재가돌봄서비스 현황과 종류

임밝네(파리7대학 사회학 박사)

프랑스 노인의 대부분은 요양시설보다 가능한 한 오랫동안 자신의 집에서 생활하기를 희망하는 것으로 보고된다. 프랑스 정부는 이러한 요구를 반영하여 '자신의 집에서 나이 들기(Vieillir chez soi)'를 고령사회정책의 주요 목표로 제시하고 있다. 정부가 제작한 다큐멘터리 「집에서 나이 드는 것이 가장 좋은 선택인가?(Vieillir chez soi, le meilleur choix?)」는 '자신의 집에서 나이 들기'란 단순히 거주 장소를 의미하는 것이 아니라, 자신에게 익숙한 생활환경과 이웃, 사회적 관계를 유지하면서 인간의 존엄한 삶을 이어가는 과정임을 보여준다. 따라서 프랑스의 재가돌봄은 요양시설 입소를 늦추기 위한 서비스라기보다 노인이 본래의 삶의 방식을 최대한 유지하도록 지원하는 정책으로 이해할 수 있다.

프랑스의 재가돌봄은 노인의 일상생활 전반을 지원하는 다양한 서비스로 구성된다. 최근 프랑스는 다양한 재가돌봄서비스를 하나의 전달체계인 재가자율성서비스(Service autonomie à domicile: SAD)로 통합하여 이용자가 생활지원과 간호서비스를 보다 쉽게 이용할 수 있도록 하고 있다. 프랑스 재가돌봄의 가장 기본적인 서비스는 집안 청소, 장보기, 세탁 및 다림질과 같은 가사 지원이다. 기상과 취침 보조, 세면과 옷 갈아입히기, 식사 준비와 식사 보조, 행정업무 지원과 같은 신체·생활 지원 서비스도 제공된다. 인지·감각·신체 활동을 통해 자립 능력 저하를 예방하는 활동, 노인의 병원 진료나 외출 등 동행 지원 및 취미활동이나 지역사회 활동 참여를 지원하여 사회적 관계를 유지하도록 돕는 서비스도 포함된다. 일부 재가돌봄서비스기관은 식사배달과 응급호출 서비스도 함께 제공하며, 노인들은 간단한 집수리나 정원 관리와 같은 생활 지원 서비스도 이용할 수 있다. 이러한 서비스는 단순히 신체 기능을 보조하는 것이 아니라 노인들의 자율성을 유지하고 이들의 사회적 고립을 예방하는 데 목적이 있다.

재가돌봄서비스 이용은 이용자의 선택권을 존중하여 다양한 방식으로 설계되어 있

다. 첫째, 재가돌봄서비스기관을 이용하는 이용자는 기관이 직접 고용한 돌봄 종사자(요양보호사나 생활 지원 인력)의 가정 방문을 통해 재가서비스를 제공받는다(기관이용형). 둘째, 이용자가 고용주가 되어 돌봄 종사자를 직접 고용할 수 있다(직접고용형). 이는 개인서비스제도(service à la personne)를 통해 이루어지며, 급여지급과 사회보험 신고 역시 간소화된 절차로 처리된다. 셋째, 이용자가 고용주가 되지만 전문기관이 채용, 근로계약, 급여관리 등 행정절차를 대행하는 위임형 서비스를 이용할 수도 있다(위임형). 이처럼 노인의 건강 상태와 가족의 상황, 원하는 지원 수준에 따라 개인에게 가장 적합한 방식을 선택할 수 있다는 점은 프랑스 재가돌봄서비스가 지닌 특징이다.

프랑스는 노인들의 재가생활을 지속하기 위한 공적 지원도 함께 제공한다. 개인자율성수당(Allocation personnalisée d'autonomie: APA)은 대표적인 제도로 자율성을 상실한 60세 이상의 재가 노인과 요양시설 입소 노인을 대상으로 개인별 욕구를 평가하여 지원계획을 수립한다. 이 지원계획에는 방문요양서비스뿐 아니라 식사배달, 응급호출장치, 보조기기, 이동지원, 가족돌봄자의 휴식 지원 등 개인에게 필요한 다양한 재가돌봄서비스가 포함된다. 즉, APA는 단순한 현금급여가 아니라 노인의 개별 욕구에 맞는 서비스를 조합하여 이들이 자신의 집에서 계속 생활할 수 있도록 지원하는 제도라는 점에서 의의가 있다. 또한 비교적 자율성이 있는 노인의 경우에는 연금기금이나 지방정부의 생활지원서비스를 활용할 수 있으며, 최근에는 주택 개조 지원을 통해 욕실 안전시설 설치, 문턱 제거 등 재가생활을 위한 주거환경 개선도 함께 지원하고 있다.

프랑스 정부는 노인, 가족, 가족돌봄제공자 등이 적절한 재가돌봄서비스를 쉽게 찾을 수 있도록 온라인 포털(https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/acces-annuaires?annuaire=SERVICES_ACCOMPAGNEMENT_DOMICILE)을 운영하고 있다. 이를 통해 이용자는 자신의 거주지역에서 이용 가능한 재가돌봄기관, 방문간호서비스, 지역 상담기관, 개인서비스 제공 기관, 가족돌봄자 지원 기관 등의 정보를 확인하고, 자신의 상황에 맞는 서비스를 안내받을 수 있다. 이는 제공되는 서비스를 몰라 이용하지 못하는 상황을 줄이고, 스스로 필요한 재가돌봄서비스를 선택할 수 있도록 지원하기 위한 것이다. 프랑스 사례는 다가올 초고령 한국사회에서 노인이 자신의 집에서 안전

하고 존엄하게 살아갈 수 있는 다양한 재가돌봄서비스를 유기적으로 연계하는 정책의 중요성을 시사한다.

참고자료
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/vieillir-chez-soi-le-meilleur-choix-un-documentaire-pour-decouvrir-les-solutions-existantes
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/l-apa-a-domicile
https://www.servicesalapersonne.gouv.fr/tout-savoir-sur-les-services-la-personne/les-26-activites-de-services-la-personne
https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/saad

프랑스 노인 재가돌봄정책 현황과 개선점

이은주(사회정보연구원 연구위원)

프랑스 정부의 노인지원정책은 경제적 지원, 재가돌봄 지원, 시설보호 지원의 세 축으로 구성되어 있다. 초기 노인정책이 시설보호에 주력했지만, 오늘날에는 노인이 가능한 한 자기 집에서 보호와 케어를 받을 수 있는 재가돌봄을 강화하고 있다. 프랑스 노인정책은 1962년 노인정책 개선안을 제시한 삐에르 라호크(Pierre Laroque)의 '라호크 보고서' 출간을 기점으로 새로운 패러다임으로 전환되었고, 이후 재가돌봄정책에 대한 관심도 높아졌다. 이후 다양한 사회변화에 맞추어 재가돌봄정책이 개선되어 왔다. 재가돌봄정책 초기에는 중증질환노인을 대상으로 하여 2002년 시행된 개인자율성수당(Allocation personnalisée d'autonomie: APA)이 대표적인 지원제도이다. 이후 노인들의 건강예방과 자립적 생활을 위해 경증질환 노인까지 대상을 확대하였다. 2006년 1월에는 재가돌봄을 위한 정부재원 지원이 강화되었다. 2021년 7월 도입된 '은퇴생활 동반을 위한 통합 서비스'인 '오스카지원계획(Le plan d'aides OSCAR[1])'은 단계적으로 확대되어 2023년 10월 전국적으로 운영되었고 재가노인 돌봄 서비스의 통합지원 시스템을 마련하였다. 이는 정부와 노령연금 기관이 함께 추진한 것으로 전국적으로 서비스가 실행되었다.

통합 서비스는 단순한 가사도우미 인력지원이 아니라 건강예방, 병원 퇴원 이후의 가정치료, 집수리, 외출 동반, 식사 준비 등 거의 모든 일상생활을 지원하는 것이다.

또한 그동안 다양하게 지원해 왔던 방문간호(SSIAD), 생활지원(SAAD), 복합 간호·돌봄지원(SPASAD)을 재가자립서비스(SAD)로 통합하였다. 이는 서비스 중복을 방지하고 돌봄업무의 효율성을 증진시킬 뿐 아니라 인력 간의 협업으로 서비스의 질을 향상시키는 효과를 기대하고 개편된 것이다.

이와 같이 많은 노인들이 이용하고 있는 재가돌봄은 여러 차례 개편을 통해 개선되

1 Offre de Services Coordonnée pour l'Accompagnement de ma Retraite.

어 왔지만 여전히 몇 가지 문제점이 제기되고 있다. 이에 정부는 검토를 마친 개선안을 실행하고 있으며 지속적으로 문제점을 검토하고 있다. 제기되고 있는 문제점은 다음과 같다.

첫째, 지역별 서비스 질의 차이가 있어 전국적으로 동일한 서비스가 제공되지 못하는 점이다. 이는 지역에 따라 지방정부의 재정능력, 인력공급과 서비스가 다르기 때문에 발생하는 문제이다. 현재 프랑스의 '자립을 위한 국가연대기금(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: CNSA)'을 통해 중앙정부가 지방정부의 재정을 지원하고 있지만 재정이 부족한 지방정부에 대한 지원규모를 늘려야 한다는 의견이 있다. 또한 서비스 질의 차이에 대해서는 서비스 품질관리, 최소 서비스 기준, 평가지표가 있으나 이 시스템을 좀 더 보완·강화하여 전국 규모의 균등한 서비스 제공을 해야 한다는 것이다. 더불어 인력교육의 표준화와 지속적인 직업교육이 필요하다는 의견도 제시되어 있다.

둘째, 서비스 인력 부족이다. 인력 부족은 서비스의 접근성, 연속성 그리고 서비스의 질을 약화시키기 때문에 해결이 시급하다. 정부도 2030년까지 인력 부족 문제가 점점 더 심화될 것으로 예측하고 있지만 아직까지 돌봄인력의 근로조건 향상에 대한 논의보다는 인력대체로 가족돌봄을 확대하는 개선안을 마련하고 부분적으로 실행 중이다. 그러나 서비스 인력의 임금인상, 근로시간 조절, 근로지역의 적절한 안배가 필요하다는 지적이 끊이지 않고 있다.

셋째, 가족돌봄으로 인한 돌봄가족의 피로감과 번아웃을 해결하기 위하여 돌보는 가족의 지원과 더불어 일과 돌봄을 병행하는 가족돌봄제공자의 직업 근로조건 완화가 필요하다.

넷째, 재가노인들의 사회참여를 위한 지원정책 개발이다. 한 조사(enquête SOLIS 2023, CNSA)에 의하면 재가노인들의 21%가 집에만 있어 사회적·정서적 고립의 위험이 큰 것으로 나타났다. 그러므로 재가노인들의 돌봄과 더불어 이들의 사회참여와 통합을 위한 프로그램 개발이 필요하다.

이상과 같이 프랑스 노인재가돌봄 정책은 60여 년의 역사를 갖고 시대마다 사회 변화에 맞추어 꾸준히 발전해 왔다. 오늘날 제기되고 있는 문제점을 해결하기 위해 정부는

관련 전문 연구기관과 함께 논의를 거쳐 현재는 재가돌봄을 위한 공공재정규모 확대, 본인부담금의 세제 지원, 그리고 장기적인 돌봄비용을 줄이기 위한 노인들의 예방지원 강화를 중심으로 서비스 질 향상을 도모하고 있다.

참고자료
https://www.ipp.eu/publication/vieillir-a-domicile-disparites-territoriales-enjeux-et-perspectives/
https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/rapport-conseil-de-lage-recours-agees-vulnerables-aux-emplois-services-daide-domicile
https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mes-prestations-daction-sociale/laction-sociale-interministerielle/retraite/aide-au-maintien-domicile-amd
https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile

이웃돌봄 네트워크 기반의 재가요양

권민정(보쿰대학교 사회학과 박사과정)

이웃돌봄(Quartier-Pflege)이란 도움이 필요한 사람들에게 지역사회 내 이웃과 가족 구성원들을 하나의 네트워크로 구성해 돌봄 서비스를 제공하는 외래 돌봄 서비스이다. 연방 정부 차원에서 일괄적으로 진행하기보다는 독일 각 지역에서 진행하는 돌봄 서비스에 해당한다. 이 서비스 모델은 대부분 전문 요양보호사 인력 부족과 사회통합 문제를 유급 이웃돌봄 네트워크를 통해 해결하려는 목적을 가진다. 돌봄이 필요한 노인이나 신체·정신 장애인을 대상으로 몇 명의 이웃을 한 단위의 고정 이웃으로 구성하여 장보기, 동행, 말벗, 가사 노동 지원과 같은 기본적인 돌봄을 제공한다. 돌봄 네트워크는 요양보호사의 체계적인 관리, 교육 및 전문적인 감독을 받으며, 복잡한 요양 서비스가 필요한 부분은 전문 요양사가 담당한다.

돌봄 네트워크 구성원들은 자신의 선호도와 희망하는 업무에 따라 파트타임이나 풀타임으로, 또한 직원이나 프리랜서로 자발적으로 시간을 내어 이웃돌봄에 참여하게 된다. 이웃돌봄 프로그램은 자원활동에 대해 공정한 보상을 제공하여 오래 알고 지내던 이웃으로부터 친숙한 환경에서 돌봄을 제공받는 시스템이 구축되게 된다. 이 과정에서 자연스럽게 대상자들의 사회통합이 이루어질 것이라고 기대한다.

라이프치히(Leipzig)에 본부를 둔 공동선 협회(Gesellschaft für Gemeinsinn e. V.)[1]에서 진행하는 이웃돌봄 프로젝트 또한 독일 여러 지역사회에서 진행 중인 이웃돌봄 네트워크 중 하나이다. 이웃돌봄 네트워크에 참여 가능한 구성원의 나이는 14~80세로, 대상자의 주거지와 가까운 곳에 거주해야 한다. 크게 일상생활 동행(식사 준비, 외출 동행, 그룹 활동 지원 등), 가사노동 지원(빨래, 청소, 장보기 등), 개인 관리(세면, 목욕, 취침 및 기상 등)의 업무를 맡게 된다. 인구 1,500~2,000명 정도의 소규모 지역사회에서는 돌봄이 필요한 사람 한 명당 3~6명의 이웃으로 하나의 네트워크가 형성된다. 이렇게

❶ 2017년 설립된 비영리 단체로 사회적·생태적 프로젝트를 통해 공공의 이익을 증진하는 활동을 한다.

구성된 돌봄 네트워크는 사례관리 담당자의 지원을 받게 된다. 사례관리 담당자는 약 1,500~2,500명의 주민이 거주하는 지역에서 최대 50명의 돌봄 대상자와 약 125명의 이웃돌봄 네트워크를 관리하게 된다. 관리자는 약속을 조율하고 이웃과 가족 구성원의 네트워크 참여를 계획하며 관련 당사자 간의 원활한 소통을 지원한다. 필요에 따라 전문 요양보호사가 복잡한 돌봄 업무를 지원하고, 네트워크에 합류하기도 한다.

본 이웃돌봄 프로그램에서는 참여 정도에 따라 다음의 네 가지 모델을 제안한다.

- 주당 2~4시간: 자율적 참여, 자원봉사
- 주당 4~8시간: 자율적 참여, 자영 또는 자원봉사
- 주당 4~8시간: 필수적 참여, 미니잡 형태의 고용
- 주당 8~40시간: 필수적 참여, 시간제부터 전일제까지의 정규 고용

이처럼 유연한 보상 구조는 보조 인력이나 전문 인력으로의 전환을 용이하게 한다. 이를 통해 자원봉사에서 시작하여 점차 안정적인 고용으로 이어지는 '참여의 사다리'가 형성되기도 한다. 따라서 자원봉사자와 고용 인력 모두를 위해 주당 2시간에서 40시간까지 다양한 계약 형태를 마련하고 있다. 이러한 참여 단계는 교육 시스템을 통해 뒷받침된다. 이웃들은 자신이 교육을 받은 업무만 수행하도록 되어 있으며 이는 서비스 품질을 보장하기 위한 핵심 원칙이다(의료 업무는 제외됨). 교육의 시간과 범위는 수행 업무에 따라 달라진다. 예를 들어 단순한 장보기 지원만 하는 경우 약 1.5시간의 교육이 필요하지만 샤워 보조와 같은 업무를 수행하는 경우에는 약 4시간 정도의 교육이 필요하다. 활동 범위가 확장될 경우 새로운 업무에 대한 추가 교육이 이루어지며, 시간이 지나면서 점진적으로 더 많은 책임을 맡을 수 있게 된다. 일반적으로 참여자의 활동 범위는 가사노동 지원이나 일상 지원에서 시작하여 기본돌봄 영역으로 확장된다.

이웃돌봄은 법적으로 일반적인 재가요양 서비스와 동일한 지위를 가지기 때문에 서비스 비용은 장기요양보험(Pflegeversicherung)에서 지급되며 이용자들에게 추가 비용이 발생하지 않는다. 그 외 이웃돌봄 프로그램 구축을 위해 공동선 협회가 지식 축적

및 프로젝트 역량을 개발하는 데 필요한 비용은 연방 경제기후보호부(BMWK), 연방 교육연구부(BMBF), 로버트 보쉬 재단(Robert Bosch Stiftung), 소프트웨어 AG 재단(Software AG Stiftung), 하이데호프 재단(Heidehof Stiftung), 관련 지방자치단체들로부터 지원된다.

참고자료
https://www.quartierpflege.de/ (검색: 2026. 4. 26.)
https://www.xn--gemeinsinn-strken-2qb.de/quartierpflege (검색: 2026. 4. 27.)

고령화 정책전략을 위한 스위스 정부의 노인 수요조사

이현숙(서강대학교 사회학과 강사)

2025년 7월 스위스 연방사회보험청[1]은 고령화 정책전략을 발표하며 '사회 속에서 건강하게 나이 들면서 가능한 한 오랫동안 독립적이고 자율적인 생활을 유지하는 것'을 목표로 삼았다. 이와 관련하여 연방은 전국의 노인재택지원 기관들의 업무와 서비스 제공을 지원하며 보조금을 지급하고 서비스 계약을 체결한다. 연방은 재정지원을 위한 보고서 「연방 노령·유족보험법 제101bis조에 따른 노인지원서비스 수요의 변화」[2]를 통해 재정지원 한도 및 근거자료를 마련하며 특히 재정지원의 적절성, 경제성 및 효과성뿐 아니라 향후 수요의 변화도 반영하고자 했다. BSV 재정지원 보고서는 4년에 한 번 발간되며 2025년 보고서에서는 '수요의 변화', 즉 '현재 노인은 어떤 지원을 원하는가'에 초점을 맞춘다.

거시적 측면에서 지원 필요에 영향을 미치는 요인 중 두 가지 점에 주목할 만하다. 첫 번째는 인구학적 변화이다. 스위스의 인구피라미드를 보면 낮은 출산율과 기대수명의 증가로 인해 65세 이상, 특히 80세 이상 인구의 절대적 수와 전체 인구에서 차지하는 비율이 뚜렷하게 증가하고 있다. 2020년 스위스의 65세 이상 인구는 164만 명으로 전체 인구의 18.9%였고, 80세 이상 인구는 46만 명으로 5.4%였다. 스위스 연방통계청의 기준 시나리오에 따르면 2030년에는 65세 이상 인구가 209만 명, 전체의 22.1%로 늘어나고, 80세 이상 인구는 66만 명으로 전체의 7%에 이를 것으로 예상된다. 이러한 추세는 장기적으로도 계속되어 2045년에는 65세 이상 인구가 전체의 25%, 80세 이상 인구가 10%에 이를 전망이다. 연구 인터뷰에 참여한 전문가들은 '인구고령화'를 지원 필요에 영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 평가하였다. 따라서 고령인구와 초고령인구가 수적으로나 비율상으로 증가하면 지원 필요와 노인지원서비스 수요도 양적으

❶ BSV: Bundesamt für Sozialversicherungen. 이하 '스위스 연방사회보험청'은 'BSV'로 표기한다.

❷ Évolution des besoins en prestations d'aide aux personnes âgées selon l'art. 101bis LAVS

로 증가할 것으로 예상된다. 두 번째는 사회적 변화이다. 사회적 변화는 개인이 보유한 자원, 사회경제적 조건, 생활환경 등에 영향을 미치며 이는 다시 지원 필요와 서비스 이용에 영향을 줄 수 있다고 보았다. 고령자의 평균 교육수준이 지속적으로 높아지는 것은 중요한 사회적 변화이다. 고등교육 학위를 가진 고령자의 비율은 2010년 16.8%에서 2022년 26.5%로 증가하였다. 일반적으로 교육수준이 높으면 경제적 여건과 건강상태가 더 양호하고, 이용 가능한 서비스에 관한 정보를 쉽게 얻으며, 필요할 때 적절한 도움을 더 잘 이용할 수 있다. 또한 디지털화의 영향을 고려해야 한다. 이는 양면적이다. 기술의 발전은 일부 기능적 제약을 보완해 줄 수 있고, 고령자의 디지털 역량도 점차 향상되고 있다. 그러나 가장 취약한 일부 고령자에게 디지털화는 일상생활을 조직하고 서비스를 이용하는 데 추가적인 장벽이 될 수도 있다. 사회적 변화 중 가장 주목해야 하는 것은 주거, 개인화, 이동성에 대한 노인의 태도 변화이다. 점점 더 많은 고령자가 시설이 아니라 자신의 집에서 생활하며, 혼자 사는 고령자도 늘고 있다. 자신이 살아온 방식대로 자율적이고 독립적으로 살고자 하는 노인들이 증가하고 있다. 그렇다고 가족과 친밀한 관계의 인적 자원이 증가한 것은 아니다. 사람들의 이동성이 증가하면서 가족 구성원들이 지리적으로 멀리 떨어져 사는 경우도 많아졌다. 또한 외부 서비스를 이용하는 데 익숙한 정도, 도움을 받아들이는 태도 등 고령자의 습관과 태도에도 변화가 나타나고 있다. 다만 이러한 변화가 실제 지원 필요 및 서비스 이용과 어떠한 관계를 갖는지는 아직 충분히 연구되지 않았으며 세분화된 서비스 수요조사를 통한 지원체계 구축이 우선시되어야 한다.

거시적인 측면과 연결 지어 중요한 개인적 차원에 대한 고려가 필요하다. 가장 우선적으로 고려해야 할 것은 기능적 제약과 자원이다. 이는 개인의 신체적·정신적 상태와 관련되며, 상당 부분 인구학적 변화와 건강 변화의 영향을 받는다. 기능적 제약은 사람이 일상생활의 필수 활동을 수행하면서 겪는 어려움을 직접 측정한다. 이러한 활동을 독립적으로 수행할 수 없으면 외부의 도움이 필요하다. 보고서에서는 다음 두 가지를 구분한다.

- 도구적 일상생활활동: 장보기, 식사준비, 가사, 교통수단 이용, 금전관리 등 독립생활을 유지하는 데 필요한 복합적 활동
- 기본적 일상생활활동: 식사, 세면, 옷 입기, 이동 등 기본적인 자기관리 활동

이는 노인이 자율적이고 독립적인 생활을 할 수 있는가에 대한 가장 기본적인 개인 자원인 것이다. 심리적 태도와 신체적 활동 정도는 상반될 수 있다. 정부는 이러한 연구를 기반으로 재정지원의 근거를 마련하고자 하나 결론적으로 문제는 노인 서비스 이용자 및 예비이용자에 대한 데이터 부족으로 모든 서비스의 정량적 전망이 불가능하다는 점이다. 2007년 스위스 연방의회는 스위스 고령화 정책 전략을 채택했으며 연방 정부 및 주 정부 기타 기관과 이해관계자들과 협력하여 2027년까지 새로운 전략을 수립할 계획이다. 향후 스위스 정부의 정책전략의 행보가 주목된다.

호주의 재가돌봄 개혁

: 건강한 노화를 위한 조건과 현실의 간극

박홍재(웨스턴시드니대학교 사회복지학과 교수)

익숙한 집과 지역사회에서 나이 들어가는 삶, 이른바 'Aging in Place'를 뒷받침하는 일은 호주 노인 돌봄 정책이 오랫동안 씨름해 온 묵직한 과제다. 2025년 11월 1일 시행된 'Support at Home'은 이러한 흐름 속에서 주요 재가 돌봄의 구성과 지원 방식을 다시 정비한, 적지 않은 변화를 담은 개편이다. 기존 Home Care Packages와 단기 회복 돌봄을 대체하고 지속적인 재가 돌봄의 지원 등급을 세분화했다.[1]

2024~2025년 한 해 동안의 자료를 보면, 호주의 65세 이상 노인 인구 가운데 16.5%인 약 83만 4천 명이 청소와 식사, 교통처럼 비교적 기초적인 재가 지원을 제공하는 Commonwealth Home Support Program(CHSP)을 이용했다. 이와 함께 7.0%인 약 35만 2천 명은 간호와 재활, 개인 돌봄과 일상생활 지원을 개인별로 묶어 제공하는 통합적인 Home Care Packages의 대상자이다(2025년 11월부터 Support at Home으로 전환). 이는 같은 기간 약 5.2%인 26만 명이 전문적인 돌봄 시설에 거주하는 것과 비교된다. 따라서 호주의 노인 돌봄은 집과 지역사회에서 제공되는 광범위한 시설 밖의 서비스를 기반으로 한다고 볼 수 있다.

그러나 호주 연방정부의 예산 배분을 보면, 이용자 수에서 나타난 모습과는 다른 양상이 드러난다. 2026~2027년 노인 돌봄 서비스에는 연방정부 전체 지출의 약 5.3%에 해당하는 438억 호주달러가 배정되었는데 이 중 약 63%는 시설 돌봄 보조금에 쓰이고, 나머지는 Support at Home, CHSP를 비롯한 재가 돌봄과 그 밖의 노인 돌봄 사업에 나뉘어 투입된다. 재가와 지역사회 기반 돌봄이 더 많은 노인에게 제공되지만, 정부 예산은 여전히 시설 돌봄에 더 많이 사용되고 있다는 것을 보여준다.

재가 돌봄의 주축을 이루는 Support at Home은 지속 서비스(ongoing services)를

❶ 제도 구조와 시행 배경은 박홍재, "호주의 2025 'Support at Home' 개혁: 권리 중심 통합 돌봄으로의 전환", 「복지이슈 TODAY」 2025년 11월호(Vol. 152), 15쪽 참조.

위한 8개 지원 등급과 세 가지 단기 지원 경로로 이루어진다. 지속 서비스는 임상 지원, 자립 지원, 일상생활 지원으로 나뉘며, 간호와 재활, 개인 돌봄과 이동, 가사 등을 평가된 필요 항목에 따라 조합해 제공한다. 임상 지원은 정부가 전액 부담하지만, 자립 지원과 일상생활 지원에는 소득과 자산, 서비스 유형에 따른 본인 부담이 적용된다. 2026년 10월부터는 목욕과 옷 갈아입기, 배변 관리 같은 개인 돌봄이 본인 부담에서 제외되어, 가장 기본적인 일상에서 인간의 존엄을 유지할 수 있도록 돕게 된다.

Support at Home의 단기 지원 가운데 AT-HM(Assistive Technology and Home Modifications)은 보조 기술과 주택 개조를 통해 집에서 좀 더 안전하고 독립적으로 생활하도록 돕는다. 보행기나 샤워 의자 같은 보조기기, 욕실 손잡이와 경사로 같은 주택 개조가 여기에 포함된다. 또한 기능회복 지원경로(Restorative Care Pathway)는 최대 16주 동안 간호와 재활 등을 집중적으로 제공해 약해진 기능을 회복하거나 더 이상의 저하를 늦추는 것을 지원하는 프로그램이다. 한편, Support at Home에는 삶의 마지막 시기를 위한 생애말기 지원 경로(End-of-Life Pathway)도 포함된다. 기대 수명이 3개월 이하로 판단되고 집에 머물기를 원하는 경우, 약 2만 5천 호주달러의 추가 재원으로 12주 동안 간호와 개인 돌봄, 가사 지원 등을 받을 수 있다. 이는 재가 돌봄이 가능한 신체적 기능을 오래 유지하는 데서 끝나지 않고, 삶의 마지막을 어디에서, 누구와 함께 보낼 것인가도 함께 고민해야 한다는 것을 보여준다.

하지만 제도가 정비되고 지원 규모가 커졌다고 해서 충분한 돌봄이 저절로 따라오는 것은 아니다. 2026년 3월 말 기준 대상자의 평균 대기기간은 7~8개월로, 약 10만 명이 평가를 거쳐 지원 승인을 받고도 해당 수준의 재원이 배정되기를 기다리고 있는 실정이다. 이는 재가 지원 승인과 실제 재원 배정 사이에 여전히 긴 대기 시간이 놓여 있다는 것을 보여준다. 또한 사는 곳에 따른 서비스 격차 문제도 여전히 남아 있다. 농촌과 원격 지역에서는 이용자가 흩어져 있고 이동 거리가 길어, 제공 기관과 숙련된 인력을 안정적으로 확보하기 어렵다. 이처럼 국가와 제도가 충분히 감당하지 못한 재가 돌봄의 부담은 결국 가족과 지역사회에 남겨진다. 이를 덜기 위해 돌봄제공자 지원프로그램인 Carer Gateway가 상담과 휴식 돌봄을 제공하지만, 재가 돌봄이 여전히 가족의 시간

과 역량에 많이 의존하는 현실적 한계가 노출되고 있다.

건강한 노화는 단지 집에 오래 머무는 것이 아니라, 익숙한 사람들과 관계를 이어가고 자신의 삶에 관한 선택을 유지하며 평소의 생활방식을 가능한 한 계속해 나가는 데 있다. 필요한 지원이 제때 도착하지 않고 비용과 돌봄 부담이 개인과 가족에게 남는다면, 집은 존엄의 장소인 동시에 감당해야 할 책임의 장소가 될 수 있다. 이런 면에서 호주의 재가 돌봄 개혁은 여전히 미완성의 여정에 있을 뿐이다. 이번 제도 개혁의 성패는 서비스 목록을 늘리는 일보다, 한 사람이 나이 들어가는 삶을 집과 이웃, 사회가 얼마나 함께 나누고 동행할 수 있는가에 달려 있지 않을까.

의료 고의존 고령자의 재가생활을 지원하는 통합 복합형 개호 서비스 '간호 소규모 다기능형 거택개호'

최은희(마쓰야마시노노메여자대학교 인문과학부 준교수)

일본의 '간호 소규모 다기능형 거택개호'(이하 '간다기')는 의료 의존도가 높아져도 지금까지 생활해 온 익숙한 지역에서 생활을 이어가고자 하는 이용자와 가족의 욕구, 그리고 의료와 개호를 결합한 지역생활지원체계인 지역포괄케어체계를 강화해야 한다는 정책적 과제를 배경으로 도입되었다. 간다기는 소규모 다기능형 재가개호의 '주간이용, 숙박, 방문개호'에 방문간호를 일체적으로 통합한 서비스로, 2012년도에 '복합형 서비스'로 제도화되었으며 2015년도에는 현재의 명칭으로 변경되었다. 등록정원은 29명 이하가 원칙이다. 간다기 사업소에 배치된 담당 개호지원전문원(케어매니저)이 서비스계획을 일원적으로 관리하기 때문에, 이용자의 상태 변화에 맞추어 서비스 제공량과 조합을 유연하게 조정할 수 있다. 간다기는 2025년 4월 기준 전국 1,108개의 사업소가 운영되고 있다. 그러나 가나가와현, 홋카이도, 도쿄도, 오사카부, 효고현 등에 집중되어 있어, 고령인구 대비 공급수준은 도도부현 간 지역편차가 있다. 2024년도 이용자 가운데 요개호도 3 이상이 63.9%였고 평균 요개호도는 3.2로, 중등도와 중증 요개호자를 지원한다는 제도 목적이 이용자 구성에도 반영되었다(厚生労働省, 2026; 日本看護協会, 2026).

간다기의 핵심은 간호직과 개호직이 연중 365일 주간이용, 숙박, 방문개호, 방문간호를 이용자의 상황에 맞추어 끊김 없이 재구성하고, 주치의와 병원 등 관계 의료기관과 연계하여 재가개호를 포괄적으로 지원한다는 것이다. 구체적으로는 퇴원 직후의 집중지원, 객담 흡인, 경관영양, 재가산소요법, 중심정맥영양, 욕창 및 장루 관리, 증상이 불안정한 시기의 관찰, 치매 이용자에 대한 생활 지원, 임종 돌봄, 가족의 휴식 지원(레스파이트), 긴급 시 방문과 숙박 등을 담당한다. 요개호도별 월정액 포괄보수제를 실시하고 있어, 주간이용, 숙박, 방문 서비스를 이용자의 상태에 맞추어 유연하게 조합할 수 있다는 점도 특징이다. 2024년도 개호보수 개정에서는 완화케어, 욕창, 인공항문 등에 관한

전문 간호를 평가하는 '전문관리 가산'이 신설되었고 '긴급 시 대응 가산'도 인상되어, 예정에 없던 숙박을 포함한 기동적 대응이 강화되었다(厚生労働省, 2024).

일본간호협회의 조사에 따르면, 가와사키시의 '간호 소규모 다기능사업소 사사에아이'는 위루, 장루, 24시간 중심정맥영양이 필요한 이용자를 받고 있으며, 필요 시 간호사가 야간 근무를 하며 흡인 등을 실시한다. 또한 병원에서 갑작스럽게 의뢰된 생애 말기 이용자와 미등록자의 긴급 단기 숙박에도 대응하고 있다. 전문성을 갖춘 간호사가 상처와 장루 관리 방법을 직원에게 교육하고, 기계식 목욕설비를 활용해 생애 말기 이용자에게도 목욕서비스를 제공하는 등 의료적 처치와 일상생활을 분리하지 않는 서비스를 전개하고 있다.

위의 조사에서 사업소 측은 재가개호를 지속하는 것이 과제였던 이용자의 93.5%가 재가 생활을 계속할 수 있게 되었다고 평가하였다. 또한 가족의 96.8%가 정신적 부담이 경감되었다고 평가했으며, 가족 응답자의 77.4%가 개호에 대한 불안이 완화되었다고 하였다. 취업 중인 주된 가족 돌봄자의 98.4%가 간다기가 개호와 취업을 병행하는 데 도움이 되었다며 긍정적으로 답하였다(日本看護協会, 2026). 선행연구에서도 유연하고 연속적인 지원, 퇴원 후 재가생활로의 이행, 중증 이용자와 임종 돌봄에 대한 대응, 간호와 개호의 협업을 간다기의 강점으로 제시하고 있다(片平他, 2019).

한편, 과제로는 사업소의 지역적 편재와 서비스 권역 밖 이용 제약, 간호직과 개호직의 인력 확보와 야간 대응 부담, 그리고 주민, 의료기관, 개호지원전문원의 제도 이해 부족 등을 들 수 있다. 등록할 때 기존 개호지원전문원을 변경해야 한다는 점, 저소득 이용자에게는 숙박비, 식비 등 보험 외 비용, 가산 및 복지용구 비용이 부담이 될 수 있다는 점, 다양한 의료적 요구에 대응하는 역량과 다직종 연계 수준이 사업소마다 다르다는 점 또한 과제로 지적된다(片平他, 2019; 日本看護協会, 2026). 간호사에게는 임상 판단, 급변 대응, 임종 돌봄, 가족 지원, 개호직과의 협업을 아우르는 고도의 역량이 요구되며, 경력에 따른 실천 역량의 차이도 확인되었다(小野他, 2025).

앞으로는 지방자치단체의 수급 추계에 근거한 사업소 배치 촉진, 권역 경계를 넘는 연계, 퇴원조정회의에 대한 간다기의 조기 관여와 퇴원 직후의 원활한 이용, 인력 양성

과 전문직 지원, 가산 체계의 간소화가 필요하다고 하겠다. 동시에 입원, 응급 이송, 재택 사망, 가족 부담, 취업, 비용, 이용자의 삶의 질을 표준화된 지표로 추적하고, 일반적인 방문형과 주간이용형 서비스와 비교하여 어떤 이용자에게 어떤 기능이 어느 정도 효과적인지를 검증하는 것도 필요하겠다.

참고자료

厚生労働省(2026)「看護小規模多機能型居宅介護」第257回社会保障審議会介護給付費分科会資料 2.
厚生労働省(2024)「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」
日本看護協会(2026)『看護小規模多機能型居宅介護の役割と設置促進に関する調査研究事業報告書』
片平伸子,丸尾智実,小川妙子(2019)「看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題―事例報告の分析から」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』42(1), pp. 32–39.
小野博史・渡邊里香・中西永子・河野孝典・粟村健司・芳賀邦子・撫養真紀子・真鍋雅史・新居学・坂下玲子(2025)「看護小規模多機能型居宅介護に従事する看護師の看護実践自己評価尺度の開発と妥当性の検討」『日本看護科学会誌』45, pp. 60–71.

WELF/IRE ISSUE TOD/IY

www.welfare.seoul.kr

서울시복지재단
SEOUL WELFARE FOUNDATION
서울특별시 마포구 백범로31길 21 서울시복지재단 (우 04147) Tel. 02-1670-5755