발 간 등 록 번 호
51-B552667-000085-01

OPEN 공공누리
출처표시 상업용금지 변경금지
공공저작물 자유이용허락

서울시복지재단-2024-40

서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구

SEOUL
METROPOLITAN
GOVERNMENT

서울특별시

서울시복지재단
SEOUL WELFARE FOUNDATION

서울시복지재단-2024-40

서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구

책임연구원
송해란 (서울시복지재단 정책연구실 연구위원)

위촉연구원
이지아 (서울시복지재단 정책연구실 위촉연구원)

제 출 문

서울특별시장 귀하

「서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구」 결과물을 제출합니다.

2024. 12.

서울시복지재단 대표이사 **진 수 희**

연구요약

서울형 통합돌봄 전달체계 구축 연구의 배경과 연구 목적, 방법

○ 지역사회 통합돌봄 제도 구축 연구의 배경

1) 초고령사회 진입과 사회서비스 변혁의 필요성
   - 2025년 전체 인구의 25%가 65세 이상인 초고령사회 진입 예정
   - 노인의 83.8%가 건강할 때, 56.5%가 불편해진 후에도 살던 곳에서 거주 희망
   - 노인이 지역사회에서 지속거주하기 위해서는 현재의 분절적 사회서비스로는 한계
2) 서울시는 다양한 제도적 시도를 통해 제한적 통합돌봄을 추진해 옴
   - 2015년 '찾아가는 동주민센터', 2018년 '돌봄SOS' 등 운영
   - 보건-복지 통합서비스 시도했으나, 의료영역까지 본격적 연계는 미흡
   - 2024년 3월 '돌봄통합지원법' 제정으로 새로운 전환기를 맞음
3) 서울형 통합돌봄 전달체계 구축의 필요성
   - 복지실과 시민건강국이 분절적으로 사업 진행해 옴
   - 의료영역과의 실질적 연계 필요성 증가
   - 기존 제도를 기반으로 한 통합돌봄 전달체계 구축 시급

○ 연구 목적 및 방법

1) 연구의 목적 : 서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위한 조직구조 및 서비스 운영 방안 제안
2) 연구의 방법 : 문헌연구와 관련 전문가 및 실무자 인터뷰 실시

‘지역사회 통합돌봄’의 개념 및 유형, 국내외 사례

○ 지역사회 통합돌봄의 기본개념

1) 지역사회 통합돌봄의 정의 및 배경

- 노인, 장애인 등 돌봄이 필요한 주민이 지역사회에서 살아갈 수 있도록 통합적 서비스 제공
- 국내는 2010년대 후반부터 정부 주도로 통합돌봄 적극 추진
- 유럽과 미국은 1980년대부터 지역사회 통합돌봄을 다양한 형태로 발전시켜옴

2) 통합돌봄의 차원과 유형

- 미시적(개인 대상), 중간적(기관 간 협업), 거시적(법/제도) 차원으로 구분
- 조직적 통합, 기능적 통합, 임상적 통합, 서비스 통합의 4가지 유형으로 구분
- 통합 정도와 조정 수준에 따라 다양한 모델 존재

○ 지역사회 통합돌봄의 선도사업, 시범사업 사례와 방향성

1) 국내 지역사회 통합돌봄 시범사업 개요

- 2018년 선도사업 시작, 2023년부터 시범사업으로 전환
- 시범사업은 75세 이상 노인 중 요양병원/시설 입원 경계선에 있는 노인 대상

2) 시범사업의 방향성과 특징

- 대상자 중심성, 서비스 충분성, 협력성의 3가지 추진원칙 강조
- 광역시도, 시군구, 읍면동의 역할 분담 명확화
- 통합돌봄창구 설치 및 다직종 협력체계 구축 강조

‘지역사회 통합돌봄’의 방향성 (돌봄통합지원법과 선도/시범사업의 개선 방향)

○ 돌봄통합지원법의 방향성

1) 돌봄통합지원법의 목적과 대상

- 노인, 장애인 등이 살던 곳에서 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합 제공
- 연령이나 소득수준과 무관하게 돌봄이 필요한 모든 국민을 대상으로 함

2) 돌봄통합지원법이 제시하는 핵심 서비스 내용

- 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄에 관한 서비스 인프라 구축 및 확충
- 의료영역의 적극적 개입을 위한 방문진료 및 방문간호 인프라 확대 필요
- 예방적 관점의 보건의료서비스 강화 및 주거지원 인프라 확충 강조

3) 돌봄통합지원법과 시범사업이 제시하는 전달체계 구조

- 중앙정부는 제도적·재정적 지원, 광역시도는 행정적 지원 담당
- 시군구 본청에 복지직과 보건직 공동 배치하여 통합돌봄 전담팀 구성
- 읍면동에 통합돌봄창구 설치하여 대상자 발굴 및 서비스 연계

○ 선도/시범사업의 과제와 개선 방향

- 전문인력 확보와 교육 강화 필요
- 민간 의료영역과의 협력 강화를 위한 제도적 지원 마련
- 통합돌봄기금 운영 또는 장기요양보험재정 활용 등 안정적 재원 확보 방안 모색

서울시 현행 공공돌봄제도

○ 서울시의 현행 공공돌봄 제도는 복지실 담당(동행센터, 돌봄SOS)과 시민건강국기획(건강동행사업, 건강돌봄네트워크)으로 나누어 볼 수 있음.

구분	동행센터/돌봄SOS	어르신 건강동행사업	사립병원 건강돌봄 네트워크
운영주체	서울시 복지실	서울시 시민건강국	서울시 시민건강국
전달체계	동주민센터 (전체 동)	보건소/보건지소	시립병원 (7개소)
서비스 대상	• 취약계층 중심(동행센터) • 긴급돌봄필요 55세 이상 (돌봄SOS)	건강문제가 있는 65세 이상 노인	퇴원환자 및 의료취약 계층
주요인력	• 복지플래너(사회복지직) • 방문간호사 • 돌봄매니저	의사, 간호사, 재활/운동사, 영양사 등 다학제팀	의사, 간호사, 사회복지사 다학제팀
인력특성	공무원 또는 공무직	대부분 겸직/기간제	시립병원 정규직원
주요기능	• 위기가구 발굴/지원 • 긴급돌봄서비스 제공	노인 건강관리 및 의료적 필요 대응	퇴원환자 지역사회 복귀 지원
접근성	매우 높음 (전체 동 운영)	중간 (보건소 중심)	낮음 (7개 병원 한정)

○ **향후 전달체계 구축 방향**

1) 각 제도의 장점을 살리고 단점을 보완하는 통합적 접근 필요
   - 동행센터/돌봄SOS의 높은 접근성과 안정적 인력구조 활용
   - 건강동행사업과 시립병원 네트워크의 다학제적 서비스 경험 접목
2) 보건-의료-복지 서비스의 효과적 연계체계 구축 필요

서울형 통합돌봄 전달체계 초안

○ **돌봄SOS기반의 서울형 통합돌봄 전달체계를 제안함.**

1) 직접 제공 서비스 측면에서 서비스양을 확대, 중장기 서비스 제공 프레임 도입, 주거편의 서비스 확대 필요
2) 서비스 연계 측면에서 의료부문 연계 강화
3) 2단계 판정 시스템 도입

○ **조직적 측면**

1) 참여주체별 역할 구분
   - 지원/감독: 서울시
   - 주요 조정자: 구(통합돌봄과)
   - 연계자/실행자: 동주민센터(복지1,2팀)
   - 주요 파트너: 보건소, 사회서비스지원센터, 건강보험공단
   - 서비스 제공자: 사회복지관, 의료기관, 요양기관 등 지역사회 복지, 보건, 의료 서비스
2) 조직운영방안
   - 구청 통합돌봄과(안) : 기존 대상별 분산 돌봄업무를 통합 운영, 사업운영 기획/지원, 동지원, 제공기관 발굴, 협력체계 구성, 2단계 돌봄계획, 통합돌봄협의체 지원
   - 동주민센터 통합돌봄팀(안) : 서비스 제공 및 연계의 실질적 실행자 역할
   - 복지플래너, 방문간호사, 돌봄매니저 간 업무 조율 필요

○ **서비스 운영 측면**

1) 서비스 제공 과정의 개선

- 신청/접수/발굴 단계: 동주민센터 일괄 관리, 건강보험공단 협업 강화
- 돌봄계획 수립 단계:
  1차(동주민센터): 긴급하고 일시적인 돌봄욕구 중심
  2차(구청): 복합적/중장기적 돌봄욕구 대응
- 서비스 제공 단계: 통합돌봄협의체 정기 운영 필수

2) 돌봄계획의 단계별 기준

- 구분기준 : '긴급성'과 '건강상태' 두 가지 기준으로 평가
- 1차 돌봄계획: 긴급하나 건강상태 양호한 경우
- 2차 돌봄계획:
  긴급+건강상태 나쁨 → 신속 돌봄계획
  비긴급+건강상태 나쁨 → 정기/집중관리군으로 구분
- 서비스 종결 시 반드시 사후 추적/모니터링

○ **서비스 대상자 구성**

1) 돌봄통합지원법상 대상자 범위 : 노인, 장애인, 만성질환자, 퇴원환자 등 포괄
   연령 무관, 돌봄필요도 중심

2) 지역 특성에 따라 75세 이상 저소득층 만성질환자를 중심으로, 점진적 확대 전략 필요

○ **서비스 보완 사항**

1) 직접 제공 서비스

- 기존 돌봄SOS의 단기/일시적 서비스를 중장기 서비스로 확대
- 방문의료지원, 퇴원환자 재가복귀 지원 강화
- 주거지원 서비스의 적극적 확대 (주거환경 개선, 매입임대 등)

2) 연계 서비스

- 의료기관과의 연계 강화 필요
- 장기요양 재택의료센터, 일차의료 방문진료 등과 협력체계 구축

의료기관(재택의료센터, 시립병원)의 복지서비스(지자체) 연계 시 장애물

재택의료센터 사회복지사 대상 인터뷰

1) 지자체 단위에서 재택의료센터의 인지도 미형성, 협업 경험 낮음
   - 간호사 직역과의 소통 중심
   - 공무원은 순환보직, 의료분야의 낮은 이해도 등으로 소통에 어려움

   → 보다 많은 대면 소통 기회 필요, 지역 행사 활용, 협의체 만남 등

2) 재택의료 업무에서 지원이 없음
   - 방문차량의 주차 편의성 등 제공, 센터의 홍보 및 환자 연계 지원 등

시립병원 퇴원환자연계 의료사회복지사 대상 인터뷰

1) 지자체의 컨트롤 타워 및 적정 자원 부재
   - 퇴원환자를 믿고 맡길 만한 지자체 단위의 책임 기관 부재
   - 퇴원환자는 타이밍이 중요한데 적정 타이밍에 적절한 서비스 제공 자원을 찾기 어려움
   - 의료적 배경이 있는 케어코디네이터의 지자체 근무와 업무 조율이 필요

2) 퇴원환자 연계와 관련한 제도적 유인책 미비
   - 건강돌봄네트워크 팀의 운영 이외에 민간병원에서 퇴원환자 연계의 유인책이 없음
   - 건강동행사업이 지속적으로 확대되어야 함

목 차

제1장 서론 1

1. 연구의 배경 3
2. 연구의 목적 6
3. 연구내용 8
4. 연구방법 9

제2장 지역사회 통합돌봄의 개념 및 국내·외 사례 11

1. 지역사회 통합돌봄의 정의 13
2. 지역사회 통합돌봄의 이론적 틀 16
3. 지역사회 통합돌봄의 해외 사례 20
4. 국내 지역사회 통합돌봄 선도사업 및 시범사업 개요 25

제3장 지역사회 통합돌봄의 방향성 33

1. 돌봄통합지원법의 방향성 35
2. 선도·시범 사업의 한계점과 개선 방향성 39

제4장 서울시의 공적돌봄제도 분석 45

1. 서울시의 강점과 약점 분석 47
2. 서울시 돌봄서비스 분석: 동행센터 52

3. 서울시 돌봄서비스 분석: 돌봄SOS ····· 58
4. 서울시 돌봄서비스 분석: 서울케어-건강돌봄사업 ····· 65
5. 서울시 돌봄서비스 분석: 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 ····· 71
6. 서울시 주요 돌봄서비스 특징 정리 ····· 74

제5장 **서울형 통합돌봄 전달체계(안)** — **77**

1. 전체적인 개선 방향성 ····· 79
2. 조직적 측면 ····· 84
3. 서비스 운영 측면 ····· 89
4. 서비스 대상 및 내용 측면 ····· 93
5. 인력 (증가) 측면 ····· 100

제6장 **의료영역의 복지서비스 연계 시 이슈 탐색** — **103**

1. 재택의료센터와 지자체 ····· 106
2. 퇴원환자 연계와 지자체 ····· 111

제7장 **결론** — **117**

참고문헌 — **123**

표 목차

[표 1-1] 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구를 위한 연구 방법 ····· 9
[표 1-2] 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구 자문 전문가 ····· 10
[표 1-3] 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구 실무 분야 자문 ····· 10
[표 2-1] 통합돌봄(Integrated Care)의 영역별 정의 ····· 15
[표 2-2] 지역사회 통합돌봄의 원칙 ····· 16
[표 2-3] 통합돌봄의 차원 : 주체와 대상 측면 ····· 17
[표 2-4] 통합돌봄의 차원 : 통합내용별 ····· 18
[표 2-5] 지역사회 통합돌봄 선도사업 지자체별 내용 ····· 26
[표 2-6] 지역사회 통합돌봄 시범사업 참여 지자체 ····· 29
[표 3-1] 돌봄통합지원법이 규정하는 지방자치단체 책무의 성격(주체별, 의무사항별) ····· 37
[표 4-1] 동행센터 시·구·동 역할 및 협업체계 ····· 53
[표 4-2] 돌봄SOS 제공 서비스 수가체계 ····· 60
[표 4-3] 돌봄SOS 간호직(돌봄매니저)와 동행센터 간호직의 차이 ····· 62
[표 4-4] 2022년 서울케어-건강돌봄사업 성과평가 및 개선안 ····· 66
[표 4-5] 건강동행팀 제공 서비스 항목별 내용 역할 ····· 67
[표 4-6] 건강돌봄 네트워크팀 업무내용 ····· 72
[표 4-7] 서울시 공공돌봄제도 비교 ····· 75
[표 5-1] 돌봄SOS 직접 제공 서비스 내용 ····· 95
[표 5-2] 돌봄SOS 연계 서비스 내용 ····· 98
[표 5-3] 보건복지부·건강보험공단 지역사회 통합돌봄 의료 연계를 위한 시범사업 ····· 98
[표 5-4] 서울시 장기요양 재택의료센터 (2024년 12월 기준) ····· 99
[표 5-5] 서울시 구별 일차의료 방문진료 시범사업 참여 의원 수 (2024년 12월 기준) ····· 100

그림 목차

[그림 2-1] 지역사회 통합돌봄의 개념과 스펙트럼 ····· 16
[그림 2-2] 통합돌봄의 차원 – 조직 vs. 연계 ····· 19
[그림 2-3] 보건복지부 지역사회 통합돌봄 로드맵 ····· 25
[그림 2-4] 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도 ····· 31
[그림 3-1] 돌봄통합지원법의 돌봄통합지원 업무 흐름 ····· 38
[그림 4-1] 인구 천명당 의료기관 종사 의사 수 (2023년 기준) ····· 49
[그림 4-2] 광역시도별 1인가구 비율 ····· 50
[그림 4-3] 광역시도별 노인 1인가구 비율 ····· 50
[그림 4-4] 서울시민의 신뢰도 지수 (2010~2023) ····· 51
[그림 4-5] 서울시 동행센터 조직 구조 및 역할 분담 ····· 54
[그림 4-6] 빅데이터를 활용한 위기가구 발굴 과정 ····· 57
[그림 4-7] 돌봄SOS 제공 서비스 흐름도 ····· 59
[그림 4-8] 돌봄SOS의 동주민센터 내 위치 ····· 61
[그림 4-9] 돌봄SOS 구단위 업무 운영 내용 ····· 63
[그림 4-10] 돌봄매니저 운영 내용 ····· 64
[그림 4-11] 건강동행사업 추진체계 ····· 69
[그림 4-12] 건강동행서비스 흐름도 ····· 70
[그림 4-13] 퇴원연계서비스 운영 흐름 (서남병원 건강돌봄 네트워크 사업) ····· 74
[그림 5-1] 돌봄SOS 기반 서울형 통합돌봄 개선 방향성 (안) ····· 80
[그림 5-2] 서울형 통합돌봄 전체적인 서비스 운영 흐름 (안) ····· 81
[그림 5-3] 서울형 통합돌봄 참여조직 ····· 85
[그림 5-4] 구청 단위 통합돌봄 전담조직 주요 역할 (안) ····· 86
[그림 5-5] 동주민센터 단위 통합돌봄 전담조직 주요 역할 (안) ····· 88
[그림 5-6] 조직 내/외 직역 간 협력 체계 모형 ····· 89
[그림 5-7] 단계별 돌봄계획의 기준 (안) ····· 90

[그림 5-8] 통합돌봄 제공 과정 : 상담부터 서비스 제공까지 (안) ····· 91
[그림 5-9] 통합돌봄 제공 과정 : 서비스연계부터 모니터링까지 (안) ····· 92
[그림 5-10] 서비스 대상자 – 연령과 소득수준, 집단 특성 기준 ····· 93
[그림 5-11] 건강상태 및 돌봄 필요도 기준 ····· 94
[그림 5-12] 건강장수센터 직접 서비스 및 연계 서비스 내용 ····· 96

제 1 장

서론



Seoul
Welfare
Foundation

www.welfare.seoul.kr

제1장

서론

1 연구의 배경

1) 초고령사회와 사회서비스의 변혁 요구

우리나라의 고령화 속도는 전세계에서 유례를 찾아보기 힘들 정도로 빠르게 진행되고 있다. 2025년에는 전체 인구의 25%가 65세 이상임을 뜻하는 '초고령사회'에 진입할 예정이다. 초고령사회에 대한 우려와 대응책은 다방면에서 진행되고 있고, 정부차원에서는 '저출산 고령사회 위원회'를 발족하고, '기본계획'을 수립하는 등의 제도적 노력을 진행하고 있기도 하다.

단지 나이 많은 인구의 비율이 높다는 것만으로 사회적 문제가 될 수는 없다. 만약 높은 비율을 차지하는 노령 인구의 상당수가 건강한 활력을 유지한다면 초고령사회는 우려하는 만큼의 파괴력은 없을 것이다. 문제는 고령인구 중 상당수가 의료적 개입이 필요한 상황이며, 쇠약의 단계에서 돌봄 공백이 발생한다면, 대규모 시설로의 진입이 불가피하다는 점이다.

우리나라 노인들은 건강할 때는 대부분(83.8%)이, 몸이 불편해진 후라도 과반수(56.5%)가 살던 곳에 계속 거주하기를 희망하고 있다(노인실태조사, 2020). 노인들은 '요양시설' 및 '요양병원'을 "버려지는 곳"이며, "자유가 없는 곳"으로 인식하고 있으며 (김세영, 2016), 노인요양시설에 대한 만족도도 낮은 상황이다(정미렴, 2023).

요양병원이나 요양시설로 이전할 경우 노인의 삶의 질뿐 아니라 입원에 따른 장기요양보험에의 지출 압박은 높아질 수밖에 없다. 우리나라 장기요양 지출비는 2024년에는 16조 2천억원에 달해, 2020년 약 9조 7천억원 대비 67%의 상승률을 보이고 있다(국민건강보험공단, 2024년). 장기요양에서 시설급여가 차지하는 비중은 2023년을 기준으로 약 37% 수준인데, 시설급여는 1인당 지급하는 장기요양의 금액이 재가 급여 대비 월등히 높다. 2020년 기준,

시설급여에 지출하는 비용이 건당(1인당) 170만원인 반면, 재가급여의 경우 건당(1인당) 62만원 정도였다. 문제는, 건당 시설급여와 재가급여에 지출하는 비용의 차이가 계속 벌어지고 있다는 것이다. 2023년에는 시설급여에 지출하는 비용이 건당 190만원, 재가급여는 건당 68만원으로, 4년 사이 시설급여는 1인당 지출비용이 13% 상승한 가운데 재가급여는 10% 정도 상승한 것으로 나타나고 있다. 즉, 장기요양의 관점에서 시설급여를 관리하지 못하면 재정건전성이 불안한 구조를 갖고 있다고 볼 수 있다.

그러나, 노인이 '살던 곳에서 계속 살아가기(Aging-in-Place)' 위해서는 지금보다 촘촘한 재가요양·돌봄 서비스가 제공되는 것은 물론, 보건-의료와 관련한 서비스가 재가요양·돌봄 서비스와 함께 제공될 필요가 있다. 우리나라 65세 이상 노인의 만성질환 유병률은 약 90%이며, 복합적 질환을 갖고 있는 환자도 70%에 달하는 수준(한국보건사회연구원, 2014)이라는 통계는 질병의 예방 뿐 아니라 관리 등이 노인의 지역사회 지속 거주를 위한 필수적인 요소임을 보여주고 있다고 할 수 있다.

따라서 '노인의 지역사회 지속 거주'라는 목표는 기존에 요양과 돌봄, 의료와 보건이 분절적으로 제공되던 상황을 구조적으로 재정비해야 함과 동시에, 실질적으로 지역사회에 거주해도 될 만큼 각 영역에서 충분한 서비스 제공량을 확보하는 등, 사회서비스 전반에 큰 변화를 요구하고 있다.

2) 지역사회 통합돌봄을 위한 그간의 노력

유럽이나 미국에서는 지역사회 단위에서 사회서비스와 보건의료서비스를 통합하려는 노력이 1980년대 이후로 40여 년 이상 지속되어 왔으며, 일본에서도 2000년대에 들어 관련 노력을 법제화하는 방향으로 '커뮤니티 케어'를 추진하고 있다. 보건복지부는 2018년에 지역사회 통합돌봄 선도사업을 시작하였고, 이를 이어 2023년에 시범사업을 펼치는 등, 구미나 일본보다는 그 시작은 현저히 늦었으나, 매우 빠른 속도로 지역사회에서의 실질적인 지속거주를 위한 제도적 인프라 구축을 추진하고 있다.

우리나라의 지역사회 통합돌봄을 위한 노력은 2024년 3월에 제정된 『의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률』(이하 돌봄통합지원법)을 통해 중요한 전환기를 맞게 되었다. 돌봄통합지원법은 "일상생활에 어려움을 겪는 노인, 장애인 등이 자신이 살던 곳에서 건강하고 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 보건의료, 요양 등 돌봄 지원을 통합적으로 제공하기 위한 제도적 기반을 마련함"(제1조)을 목적으로 한다고 규정하고 있다. 법은 지역사회 통합돌

봄에 필요한 제도적·법적 지원부터 서비스의 운영방안 및 내용 등에 걸쳐 광범위한 규정을 담고 있다. 아직 시행령이 완성되지 않은 기본법의 형태를 띠고 있으나 법률이 담고 있는 규정은 지역사회 통합돌봄을 위해 중앙정부 및 각 지방자치단체에서 준비해야 하는 책무의 방향성을 파악할 수 있다는 측면에서 반드시 검토해 보아야 하는 텍스트라고 볼 수 있다.

서울시는 보건-복지를 통합하는 노력의 선두에 서 있었다고 할 수 있다. 2015년 7월부터 성북구, 성동구, 도봉구, 금천구 4개구 61개 동에서 시작되었던 '찾아가는 동주민센터'(이하 찾동사업)는 2016년 모니터링 및 신규인력을 충원 배치하여 2017년에는 18개구 283개 동에서 진행된 서울시의 대표적 복지전달체계로 기능했다. 찾동사업은 동에 '사회복지직'과 '간호직'을 신규 배치하여, 0세 유아와 65세 이상 노인이 있는 가구는 모두 찾아가는 보편적 서비스를 지향했다. 이는 보건과 복지를 결합하여 서울시의 거의 모든 구에서 공통적인 전달체계를 구축하고 실현시킨 첫 정책적 시도라고 할 수 있다(이태수, 홍영준, 2016).

'찾동사업'은 발굴된 복지사각지대의 대상자에게 주로 일시적인 '긴급복지자금'을 지원하는 등 서비스제공 측면에서 미흡함을 보였다. 돌봄SOS는 이를 보완하고자 5대 직접 서비스와 5대 연계서비스라는 '서비스 패키지'를 마련하고, 동주민센터 내에 사회복지직과 간호직을 팀으로 상근 배치하였다. 돌봄SOS는 2019년 선도사업을 통해 2021년 서울시 25개 전체 구로 확대 운영되어 2024년 현재까지 연간 3만 4천명 가량의 서울시민에게 직접 돌봄 서비스 및 연계 서비스를 제공하고 있다(2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼). 돌봄SOS는 보건-복지 통합서비스의 대표 사례로 꼽히며 많은 지자체에서 벤치마킹하는 등 지역사회 공공돌봄의 선도적 역할을 하고 있었다.

3) 서울시의 통합돌봄 대응 노력

그러나 돌봄SOS는 명칭에서 추정할 수 있듯이 그 목적이 '긴급하고 일시적인' 돌봄 욕구에의 대응을 목표로 운영되고 있는 사회서비스이다. 돌봄통합지원법은 제4조 2항에서 "예방적 건강관리부터 생애 말기 돌봄까지 필요서비스를 포괄적으로 제공할 수 있는 지원체계를 구축할 것"을 주문하고 있다. 돌봄SOS는 직접서비스의 경우 그 연간 한도액이 1인당 160만원(2024년 기준)으로 정해져 있으며, 장기적인 돌봄 욕구는 타 요양서비스(예. 장기요양)로 이전하는 구조이다. 이는 지역사회 지속거주를 가능케 하는 것을 그 목표로 하는 '지역사회 통합돌봄'의 취지에는 근본적인 한계를 가진 제도적 프레임이라고 볼 수 있다. 또한, 간호직의 경우. 의료법의 제한으로 인해 실질적인 의료적 처치를 할 수 없는 상황에서 주로 의료적 사

정을 통해 전문성을 발휘해 왔다. 그러나, 막상 의료적 사정을 한다고 해도, 지역사회에서 의료적으로 연계할 수 있는 자원 자체가 많지 않았다. 기존 보건-복지를 통합한 지역사회 돌봄 서비스가 '의료'영역까지 본격적으로 연계하기 위해서는 실질적으로 '의료' 분야의 제도적 기반이 우선 형성되어야 한다는 조건이 필요하다. 즉, 지역사회에서 시설에 가지 않고도 의료나 간호 행위가 충분히 이루어질 수 있을 만큼 방문간호나 방문진료가 가능하도록 의료법의 정비나 수가의 마련이 전제되어야 돌봄SOS 등의 사회서비스의 의료 자원 연계가 가능하다.

많은 제도적·법적 한계 속에서 서울시는 자체적인 돌봄서비스 개선계획을 2024년 9월 '서울시 돌봄서비스 공공성 강화계획'을 통해 발표하였다. 해당 계획 속에는 여러 돌봄제도의 공공성 강화를 포괄적으로 논의하는 한편, 기존 돌봄 제도의 신청과 사정 과정을 이용자 편의성 차원에서 일원화하려는 시도 등을 보여주고 있다(서울시 복지실, 2024년 9월). 그러나 지역사회 통합돌봄을 위한 전달체계의 구축은 통합돌봄의 국내·외적 맥락과 함께 돌봄통합지원법의 방향성을 심도 있게 검토한 후 실질적인 윤곽을 그리는 것이 바람직하다. 아울러, 현재 운영되고 있는 서울시의 공공돌봄제도를 검토할 필요가 있다. 이는, 국내·외의 통합돌봄의 선행사례들이 새로운 제도를 무에서 유의 형식으로 설계하는 것이 아니라 기존 제도들을 보완하고 연계하며, 조정을 강화하는 방향으로 이루어지고 있기 때문이다. 따라서, 기존 서울시의 돌봄제도, 즉, 돌봄SOS라는 복지실 산하 돌봄제도를 포함하여 시민건강국이 운영해 온 서울케어-건강돌봄(동행)사업이나, 서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크 등 기존 사업을 살펴보고, 해당 사업들의 한계와 장점을 파악하여, 기존 제도들을 바탕으로 통합돌봄 전달체계를 설계하는 시도가 필요하다.

2 연구의 목적

1) 서울형 통합돌봄 전달체계 구축의 필요성

위에서 살펴보았듯이 서울시는 복지와 보건 영역 간 인력의 병행 배치 및 서비스 연계를 위한 노력을 2015년 '찾아가는 동주민센터', 2018년부터 현재까지 '돌봄SOS' 등을 운영하며, 동주민센터 및 구청 단위에서 진행해 왔다. 시민건강국에서는 보건소를 중심으로 '서울케어-건강돌봄(동행)사업'과 '서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크' 등의 사업을 진행하였다. 이는 보건복지부가 2018년부터 진행해왔던 지역사회 통합돌봄 선도 및 시범사업의 방향성과

일치하는 정책적 움직임이다. 다만, 지역사회 통합돌봄 선도·시범사업이 수년간 검증해 온 제도적 기반이나 2024년 3월 공포된 돌봄통합지원법의 방향성에 비추어 보았을 때, 조직적 측면과 운영적 측면 등에서 개선의 여지가 있는 것은 사실이다.

구체적으로, 조직의 구조와 인력적 측면, 대상자를 발굴하고 사정하는 등의 서비스 운영적 측면, 마지막으로 제공 서비스의 내용 및 범위 등에서 분석해 볼 수 있다. 무엇보다 지역사회 통합돌봄은 단일 제도로 그 목적을 달성하기에는 요구하는 서비스의 범위가 포괄적이고 양도 상당하다. 따라서, 통합돌봄 전달체계를 생각할 때, 기존 서울시 복지실에서 운영해 온 돌봄 제도 안에서 논의하는 것은 애초 통합돌봄의 정의에 부합하지 않는 일이다. 지역사회 통합돌봄은 기존 복지조직에서 담당해온 돌봄, 요양 뿐 아니라, 보건과 의료 서비스를 반드시 포함해야 하기 때문에, 보건소와 시립병원 등의 공공의료 영역을 담당하고 있는 시민건강국과의 파트너십이 필수적이다.

서울시는 복지실과 시민건강국이 각각 구청과 동주민센터, 보건소와 시립병원을 통해 분절적으로 사업을 기획하고 지휘해 왔으나, 지역사회 통합돌봄은 이 두 조직이 협력하여, 돌봄대상자를 중심으로 실질적으로 통합적인 서비스를 기획하고 제공해야 작동이 가능하다. 특히, 돌봄통합지원법이 '의료' 영역을 지역사회의 돌봄서비스의 중요 축으로 제시함으로써, 의료영역과의 거리가 가까운 시민건강국에서 복지실과 협력하여 통합적 서비스 체계를 갖출 필요가 있다.

이러한 방향성에 기반하여, 구체적인 조직구조 및 서비스 운영체계를 제시할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 현재 서울시가 운영 중인 돌봄제도를 기반으로, 어느 영역에서 '지역사회 통합돌봄'이 요구하는 요소를 보강해야 하는지, 그 결과 어떤 조직구조와 서비스 운영체계를 갖춰야 하는지를 제안하고자 한다.

2) 향후 중장기 통합돌봄 전달체계의 이슈 탐색

2024년 3월에 제정 공포된 돌봄통합지원법은 2026년 3월 시행을 못 박고 있기에 그 타임라인이 매우 촉박하게 설계되어 있다고 볼 수 있다. 따라서 제한된 시간 안에 조직 및 운영체계를 갖추어야 하는 서울시의 상황에서는 새로운 제도의 설계보다는 기존 제도를 기반으로 수정 보완할 수 있는 방향으로, 통합돌봄 전달체계 구축 안이 우선적으로 마련될 필요가 있다. 본 연구에서는 2026년 법 시행에 앞서 2025년 서울시 통합돌봄 시범사업을 운영해야 하는 단기적 시간 프레임에서 가능한 안을 제시하는 것을 주요 목적으로 한다.

아울러, 지역사회 통합돌봄에 있어서, 의료 영역과의 연계가 강조되고 있는 만큼, 공공영역과 민간 의료영역과의 협업을 위한 방향성을 탐색해 보고자 하였다. 공공복지영역(동주민센터, 구)에서 의료영역으로의 연계 및 협업 경험은 상대적으로 새로운 시도이지만, 반대 방향, 즉 특정 의료영역(재택의료센터, 시립병원)에서 공공복지영역과의 연계 및 협업 시도는 꾸준히 존재했었다. 특히, 시립병원의 경우 북부병원을 중심으로 약 10년 간의 지역사회 복지자원과의 연계 경험이 쌓여 있다. 장기요양 재택의료센터의 경우 2년 남짓의 짧은 역사를 가지고 있지만, 센터 내 사회복지사 직역을 통해 공공복지영역과의 협업을 시도하고 있다. 아직 센터의 개수가 많지 않아 크게 주목을 받지 못하고 있지만, 향후 지역사회 통합돌봄의 확장과 함께 중요한 역할을 담당할 수 있는 기관이라고 할 수 있다. 이 두 기관의 지역사회 연계 노력의 경험은 공공복지영역에서 의료영역과의 연계를 적극 시도할 경우 유의미하게 참고할 만한 기초자료가 될 수 있다.

본 연구에서는 주어진 시간과 자원의 한계 내에서 장기요양 재택의료센터와 시립병원과 서울시내 2, 3차 병원 사회복지사를 인터뷰하여, 복지-보건-의료 연계에 있어서 지자체와의 협업을 저해하는 요소를 탐색하고, 이를 개선하기 위한 실무적·제도적 개선 방향을 제시해 보고자 하였다.

3 연구내용

연구내용은 다음과 같은 여섯 가지 영역으로 나눌 수 있다.

첫째, 지역사회 통합돌봄의 기본 개념 및 정의, 이론적 틀을 국내·외 문헌을 통해서 살펴보았다. 지역사회 통합돌봄을 둘러싼 정의는 그 용어의 추상성으로 인해 분야에 따라 다소 자의적으로 사용해 온 면이 있기 때문에, 용어에 대한 명확한 정의를 바탕으로 논의를 진행할 필요가 있다.

둘째, 지역사회 통합돌봄이 구체적으로 어떻게 발전해 왔는지 유럽과 미국, 일본의 사례를 통해 살펴보고, 국내에서는 선도사업과 시범사업의 사업 전개 과정을 검토함으로써 서울형 통합돌봄이 나아가야 할 방향의 설정에 도움이 되고자 하였다.

셋째, 돌봄통합지원법이 강조하는 내용과 선도사업과 시범사업의 성과 평가를 통해 도출된 한계점 및 개선점을 정리하여, 서울형 통합돌봄의 설계에 있어서, 법과 중앙정부 사업과 정책

적 정합성을 높이는 데 필요한 기초자료를 제공하고자 하였다.

넷째, 현재 서울시에서 운영 중인 공공돌봄 제도의 진행개요, 조직적 구조와 운영적 흐름, 제공 서비스 내용 등을 살펴보고, 위에서 살펴본 지역사회 통합돌봄의 법적·정책적 방향성과 비교하여, 어떤 점을 개선하고 보강해야 하는지를 살펴보고자 하였다.

다섯째, 위의 내용을 종합하여 서울형 통합돌봄 전달체계를 구축하는 데 있어서 조직과 서비스운영 측면, 서비스 대상과 내용 측면 각각에 개괄적인 안을 제시하고자 하였다. 해당 안은 전문가 및 실무자 자문과 문헌 연구 내용을 바탕으로 연구자가 주관적으로 재구성한 초안으로써, 서울형 통합돌봄 전달체계의 최종안은 구 단위 지역특성 등을 반영하여 지속적으로 발전시켜야 할 것으로 판단된다.

마지막으로, 복지-보건-의료 연계에 있어서 의료기관과 지자체 협업의 장애물과 개선방향을 의료기관에서 지역자원 연계 업무를 담당하는 사회복지직을 통해 접근해 보고자 한다.

4 연구방법

연구목적을 달성하기 위해 크게 문헌연구와 관련 전문가 및 실무자 인터뷰를 실시하였다(표 1-1). 연구의 기간은 2024년 8월부터 12월까지이다.

▌표 1-1▐ 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구를 위한 연구 방법

연구방법	문헌연구	질적 인터뷰
대상	• 국내 선도사업 및 시범사업 관련한 안내서, 매뉴얼, 등재 논문, 성과평가 연구 • 『의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률』 원문 및 관련 논문 • 해외 지역사회 통합돌봄 관련 등재논문, 정책 보고서	• 지역사회 통합돌봄 학계전문가 (사회복지학, 보건학, 간호학, 행정학) • 보건복지부 선도 및 시범사업 지역 행정 실무자 • 서울 및 경기 지역 장기요양 재택의료센터 사회복지사 • 서울지역 2,3차 병원 의료사회복지사
내용	1. 지역사회 통합돌봄의 개념, 이론적틀, 차원 정리 2. 지역사회 통합돌봄의 국내외 선행 사례 검토 3. 돌봄통합지원법 및 시범사업이 지향하는 방향성 탐색	1. 현재 서울시 돌봄제도의 평가와 재구조화 방안 2. 지역사회 통합돌봄 전달체계 구축시의 조직/인력/운영/재정 등 실무적 차원의 방향성 탐색 3. 지자체와 의료서비스 연계 활성화를 위한 장애물과 개선점 점검
목적	학술적·이론적 근거 마련	실무적 통합돌봄 전달체계 모형 구축
시기	2024년 8월~10월	2024년 9월~12월

서울형 통합돌봄 전달체계 구축의 전반적인 방향성 및 보건-의료-복지 분야의 고려요소 등에 관해 자문을 제공한 전문가는 아래와 같다(표 1-2).

▌표 1-2▐ 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구 자문 전문가

순번	성명	소속	자문 주요내용
1	김용득	성공회대학교 사회복지학과	• 현행 서울시 공공돌봄 전달체계 평가 및 재편 관련 자문 • 신규 서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위한 방향성 자문
2	최영준	연세대학교 행정학과	
3	전용호	인천대학교 사회복지학과	
4	배지영	한국보건복지인재원	
5	이혜진	분당서울대병원	• 보건-의료-복지 연계를 위한 전달체계 구축 방향 • 보건-의료-복지 연계의 장애물 및 개선 방향 탐색
6	윤주영	서울대학교 간호학과	
7	임형석	광주시 우리동네의원	
8	한영근	서울시 공공보건의료재단	
9	백지선	서울시 공공보건의료재단	

서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위해 지방자치단체 차원의 실무적 경험과 장애물, 극복방안, 방향성 등에 관해 자문한 실무자 그룹은 크게 3개로 나눌 수 있으며 다음과 같다(표 1-3).

▌표 1-3▐ 서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구 실무 분야 자문

순번	인원	소속
1	4명	선도사업 및 시범사업 지자체 팀장급 실무자
2	8명	서울시 및 경기도 소재 장기요양 재택의료센터 근무 사회복지사
3	8명	서울시립 병원 혹은 서울시 소재 2,3차 병원 의료사회복지사

제2장

지역사회 통합돌봄의 개념 및 국내·외 사례



Seoul
Welfare
Foundation
www.welfare.seoul.kr

제2장

지역사회 통합돌봄의 개념 및 국내·외 사례

1 지역사회 통합돌봄의 정의

1) 국내 지역사회 통합돌봄의 정의

국내에서 발간된 학술논문들은 지역사회 통합돌봄을 다음과 같이 정의하고 있다.

"지역사회 통합돌봄서비스는 노인, 장애인 등 돌봄 필요 주민들이 지역사회에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 이용하며, 지역사회에서 어려움 없이 생활할 수 있도록 요양, 돌봄, 주거, 보건의료 등 통합적인 생활 지원을 하는 지역주도형 사회서비스 정책" - 유수형, 조상미(2024), '보건복지부, 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획'에서 재인용

"지역사회 통합돌봄은 돌봄이 필요한 주민(노인, 장애인, 정신질환자 등)이 본인이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 받으며 지역사회에서 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·일상생활 지원이 통합적으로 제공되는 것으로 지방자치단체에서 자율적으로 주도하여 추진하는 사회서비스 정책이다"

- 권우영, 김가은 (2024), '보건복지부, 2020년 지역사회 통합돌봄 가이드북'에서 재인용

이와 같이 2018년 이후의 한국에서 지역사회 통합돌봄을 연구주제로 하는 학술논문들은 대체로 보건복지부가 제시하는 정의를 따르고 있는 것으로 보인다. 위의 정의를 분해해 보면 다음과 같이 정리할 수 있다.

1) 대상 : 노인, 장애인 등 돌봄을 필요로 하는 주민
2) 서비스 제공 장소 : 본인이 살던 곳
3) 서비스 내용 : 본인의 욕구에 맞는 서비스

4) 서비스 제공 방법 : 주거·보건의료·요양·돌봄·일상생활 지원이 통합적으로 제공
5) 서비스 제공 주체 : 지방자치단체

한국에서는 2010년대 후반부터 보건복지부를 중심으로 정부에서 '지역사회 통합돌봄'을 적극적으로 주도하면서 이에 대한 개념 정의가 이와 같이 어느 정도 통일된 양상을 보이고 있다.

2) 국외 지역사회 통합돌봄의 정의

정부주도의 지역사회 통합돌봄을 속도감 있게 추진하고 있는 한국과 다르게 유럽이나 미국은 지역사회 통합돌봄을 지난 반세기에 걸쳐 여러 영역에서 진행하면서, 그 정의나 용어가 다양하게 분화된 면이 있다. 우선, 지역사회 통합돌봄은 그 연원이 '지역사회돌봄(Community Care)'과 '통합돌봄(Integrated Care)'의 두 방향에서 진화해 왔다고 할 수 있다. 그 결과, '지역사회 통합돌봄'이라는 고정형 용어보다는 지역돌봄(community care), 지역기반돌봄(community-based care), 가정기반돌봄(home-based care), 통합된 지역돌봄(integrated community care), 통합된 사회서비스(integrated social service), 통합된 의료서비스(integrated health care) 등 다양한 용어를 사용하고 있다.

이러한 다양한 용어와 개념은 크게 두 개의 분절된 영역을 그 기반으로 한다. 하나는 장애인의 탈시설 운동을 기반으로 하는 '지역사회 돌봄(Community Care)'이며, 다른 하나는 보건의료(Health Care)영역에서 환자를 통합적인 관점으로 치료해야 치료효과를 높일 수 있다는 증거들에 기반한 '통합돌봄(Integrated Care)'이다. 지역사회 돌봄은 1960년대 미국과 유럽에서 시작된 진보적 사회운동의 연장선에서 기존 시설에서 비인간적인 감금생활을 하던 정신장애인 및 신체장애인의 자립생활과 탈시설(deinstitutionalization)을 촉구하며, 지역사회에서 정상적인 삶(normalization)을 살 수 있도록 지원하는 다방면의 노력을 그 기원으로 한다.

지역사회 돌봄에 비해, 통합돌봄(Integrated Care)의 개념과 정의는 '통합(Integration)'이라는 용어의 추상성 때문에 다양한 영역에서 각자 다른 의미로 사용되어 왔는데, 각 분야 특성을 반영하여 각자 타당한 의미를 갖고 있다고 할 수 있다(Goodwin, 2016). 영미권에서 통합돌봄은 주로 의료영역에서 환자들의 치료성과를 높이기 위해 급성기 치료 이후 다학제적 팀을 중심으로 복합적인 서비스를 제공하는 것을 일컬어 왔다. [표 2-1]에서 Goodwin (2016, p.6) 이 정리한 영역별 통합돌봄의 정의를 제시하였다.

▌표 2-1 ▌ 통합돌봄(Integrated Care)의 영역별 정의

영역	정의
의료시스템 기반 정의	"사람들이 생애주기 전반에 걸쳐 다양한 필요에 따라 건강 증진, 질병 예방, 진단, 치료, 질환 관리, 재활 및 완화 치료 서비스를 연속적으로 받을 수 있도록 관리 및 제공되는 의료 서비스"
관리자관점 정의	"집단 프로젝트에서 협업의 상호의존성을 조정하기 위한 목적으로, 독립적인 이해관계자 간의 공통 구조를 만들고 유지하는 과정"
사회과학 기반 정의	"치료 및 치료 부문 내에서 그리고 치료 부문 간 연결성, 정렬 및 협력을 생성하도록 설계된 자금 조달, 행정, 조직, 서비스 제공 및 임상 수준에 대한 일관된 방법 및 모델의 종합"
환자의 관점에 기초한 정의 (사람 중심의 협력 진료)	"나와 간병인을 이해하고, 내가 통제권을 갖고, 나에게 중요한 결과를 달성하기 위해 나와 함께 일하는 사람들이 통합적으로 치료를 계획하는 것"

출처 : Goodwin, 2016, p. 6

WHO(World Health Organization)는 통합돌봄(Integrated Care)을 세 개의 영역에 걸쳐 다루고 있다. 하나는 노년 영역의 돌봄을 의미하는 것으로써, 노년의 건강을 증진하기 위한 서비스의 통합적 제공을 의미하고 있다(Integrated Care for Older PEople (ICOPE)). 다른 하나는 의료서비스 취약계층을 목표로 한, 사람 중심의 통합돌봄 (Integrated People-centered Care)으로서, 질환과 의료시설 중심의 의료서비스에서 취약계층의 의료서비스 접근성을 높이기 위한 통합적 의료서비스 전달체계 구축을 목표로 한다. 마지막으로, 통합적 건강서비스(Integrated Health Services) 영역으로, 의료서비스 당사자와 제공자 사이의 전달체계 및 경험을 통합적으로 관리하는 방향에 대한 영역이다.

우리나라의 지역사회 통합돌봄 시범사업과 유사한 형태로 정부 주도의 지역사회 통합돌봄을 추구하고 있는 영국의 경우, 통합돌봄에 대한 정의는 의료서비스와 사회서비스의 통합적 제공에 보다 초점이 맞추어져 있다. 영국은 1960년대에 보건의료와 사회서비스 간 연계의 부족에 대한 문제제기가 이루어진 이래로, 지난 반세기 동안 하원 건강 특별 위원회 (House of Commons Health Select Committee)에서 보건의료와 사회서비스의 연계·통합이 주요 정책 목표로 되풀이 되어 언급되어 왔다(Exworthy, Powell, Glasby, 2017). 이러한 맥락 속에서 영국에서 이루어지고 있는 지역사회 통합돌봄은 국민건강서비스(NHS)에서 제공되는 '보건의료 서비스(Health Care Service)'와 지방정부 중심의 '사회적 돌봄(Social Service)'이 지역사회 관리자의 통합적 접근을 통해 지역주민의 건강과 복지를 제고하려는 거버넌스 전반을 일컫는다고 할 수 있다(이송희, 홍승주, 2021).

2 지역사회 통합돌봄의 이론적 틀

1) 지역사회 통합돌봄의 원칙과 스펙트럼

이처럼 지역사회 통합돌봄은 그 주체나 사회적 맥락 등에 따라 다양하게 정의되고 있지만 그 속성에 있어서는 공통점을 찾아볼 수 있다. [표 2-2]는 지역사회 통합돌봄을 국제적으로 선도하고 있는 WHO와 영국의 NHS가 제시한 통합돌봄의 기본 원칙을 정리하고 있다.

| 표 2-2 | 지역사회 통합돌봄의 원칙

주체	WHO	NHS
통합돌봄의 원칙	1. 주민과 지역사회를 참여시키고 역량을 강화 2. 거버넌스와 책임을 강화 3. 치료 모델의 방향을 재설정 4. 부문 내 및 부문 간 서비스 연계 5. 연계에 우호적인 환경의 조성	1. 서비스는 사람 중심, 대상자의 집에서 가깝게 제공되어야 함. 2. 서비스 전달은 '질환(illness)'보다는 '복지(wellness)' 관점에서 제공되어야 함. 3. 서비스 제공 인력은 '연결'에 기반하여 관계중심으로 일함. 4. 대상자의 웰빙 유지에 집중하여 장기적인 서비스의 제공과 관리가 중요
출처	WHO integrated people-centered care https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_2	NHS England https://www.hee.nhs.uk/our-work/integrated-care#:~:text=It%20is%20care%20that%20is,to%20achieve%20the%20best%20outcomes.

국내의 지역사회 통합돌봄에 대한 이론적 틀로는 김용득(2018.8)이 '지역사회'와 '돌봄 종류'를 두 축으로 하는 '커뮤니티 케어'의 특징에 대한 정리를 참고할 필요가 있다(그림 2-1 참고)

Community / Care	공간으로서의 지역사회 (in the community)	지방으로 권한 이양 (decentralization)	주체로서의 지역사회 (by the community)
돌봄, 수발	**지역사회 돌봄**	**돌봄의 분권화**	**지역사회의 돌봄 참여**
치료, 간호	**지역사회 치료**	**의료의 분권화**	**치료적인 지역사회**
관심, 지원	**지역사회 복지서비스**	**복지서비스의 분권화**	**지지적인 지역사회**

출처 : 김용득, 2018. 8. '커뮤니티케어, 무엇을 해야 할까?, 참여연대 월간복지동향

| 그림 2-1 | 지역사회 통합돌봄의 개념과 스펙트럼

2) 지역사회 통합돌봄의 차원

지역사회 통합돌봄은 다양한 참여자와 폭넓은 서비스의 제공을 특징으로 하기 때문에, 그 기본구조를 다차원적인 구조로 파악해야 한다(Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). 우선 참여 주체와 대상의 측면에서 미시적 차원(Micro Level)부터 거시적 차원(Macro Level)로 나누어 살펴볼 수 있다(표 2-3). 우리가 통상적으로 통합돌봄 서비스 전달체계라고 일컬을 때, 이는 주로 미시적 차원의 논의라고 볼 수 있다. 즉, 어떤 사람을 대상으로, 어느 종류의 서비스가, 누구에 의해, 어떤 절차를 걸쳐 전달되는지에 대한 논의가 이에 해당한다. 반면, 통합돌봄지원법이나 장기요양법, 국민건강보험공단의 방문진료나 방문간호에 대한 수가체계 등은 거시적 차원의 논의라고 볼 수 있다. 중간적 차원은 기관 사이의 협업 혹은 직역들 간의 협업을 위한 조정 체계 등에 대한 논의로써, 예를 들면, 대상자에 대한 정보시스템의 마련, 통합돌봄회의 등 연계활동을 위한 프로토콜의 마련 등이 이에 해당한다고 볼 수 있다.

▌표 2-3▐ 통합돌봄의 차원 : 주체와 대상 측면

수준	대상	내용	예
거시적차원 (Macro Level)	전체 인구 대상	법과 제도 등 거시적 차원에서의 통합돌봄을 위한 체계	통합돌봄지원법, 장기요양보험제도, 요양시설/요양병원 등에 대한 시스템적 구조
중간적차원 (Meso Level)	특정 인구 대상 (예. 노인, 장애인, 만성질환자 등)	기관과 기관 차원 (혹은 각 전문영역-보건,복지) 에서의 통합돌봄을 위한 협조, 연계, 조정 체계	건강보험관리공단과 지자체의 통합돌봄과의 협업, 지자체와 돌봄서비스 제공기관들간의 연계체계, 지자체와 (방문)의료기관 등의 협업 체계 등
미시적차원 (Micro Level)	개인 대상, 환자 개인	서비스 이용자에게 실제 서비스가 전달되는 과정과 사정체계, 인력 및 자원의 전달 시스템	신청과 발굴절차, 통합사례회의, 실제 전달되는 통합적 서비스의 내용과 본인 부담금 등

출처 : Curry& Ham, 2010, p.7 의 내용을 재구성

다른 한편으로, '통합'의 내용을 무엇으로 하느냐, 즉, 무엇을 통합하느냐에 따라 여러 차원이 발생할 수 있다(표 2-4). 우선 조직을 제도적으로 합병하거나 계약 등을 통해 연계하는 등 조직 단위에서의 '통합'을 논의할 수 있다. 서울시의 통합돌봄 전달체계의 주요 관련 조직은 '동행센터' 내에서 돌봄1팀과 돌봄2팀, 그리고 '보건소'의 방문간호사나 의료진이라고 볼

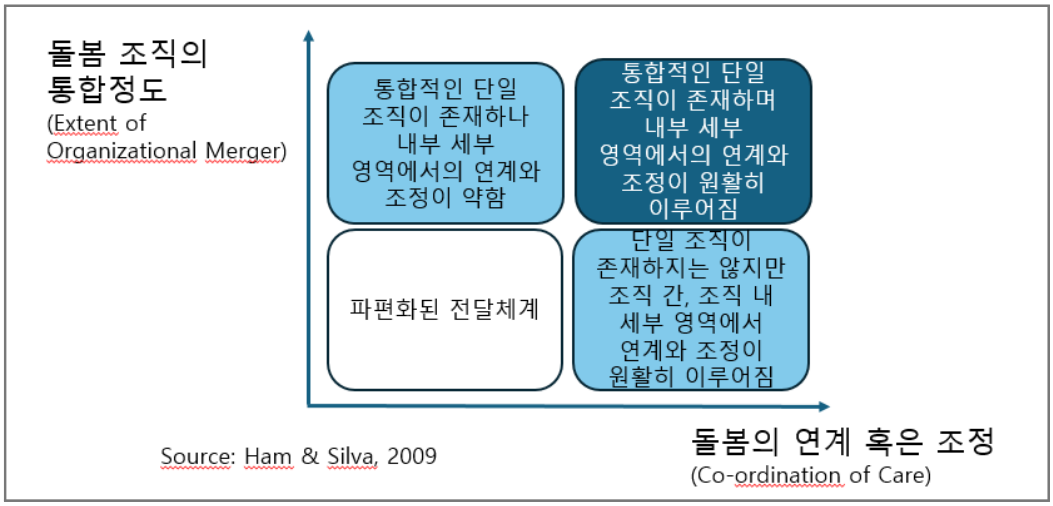
수 있는데, 통합돌봄을 위해 두 조직의 일부를 떼어 하나의 전담조직을 만든다면 이러한 조직 단위 통합이 이 차원의 논의이다. 조직과는 별도로, 기능을 통합하는 차원이 있다. 대상자의 정보 등을 공유할 수 있는 데이터 플랫폼을 통해 기능적으로 통합된 체계를 갖추는 차원에 여기에 해당한다. 임상적 통합은 공유된 지침이나 프로토콜, 매뉴얼 등을 통해 다른 직역 간 일관된 프로세스를 이룰 수 있도록 하는 차원의 통합을 말한다. 서울케어-건강돌봄(동행)사업의 경우 의사, 간호사, 재활치료사, 영양사 등 다양한 전문영역을 가진 인원이 건강돌봄팀의 매뉴얼에 따라 대상자를 분류하고 계획을 세우고 방문하여 관리하는 일을 공동으로 진행하고 있다. 이러한 통합이 임상적 통합의 예라고 볼 수 있다. 마지막으로 서비스의 통합이다. 이는 서비스 대상자 관점에서 자신이 받을 수 있는 서비스들이 대상자의 큰 개입 없이, 서로 연계와 조정을 이루어 끊김없이 도달되는 상태를 일컫는 차원이라고 할 수 있다.

▌표 2-4▐ 통합돌봄의 차원 : 통합내용별

통합의 내용별	내용
조직적 차원의 통합 (Organizational Integration)	조직들이 공식적으로 합병을 통해 혹은 조정된 제공자 네트워크 또는 별도 조직 간의 계약을 통해 이루어지는 통합.
기능적 통합 (Functional Integration)	데이터 플랫폼 등을 통해 수혜자 정보 등의 비임상적 지원 기능이 통합.
임상적 통합 (Clinical Integration)	공유된 지침과 프로토콜의 사용 등을 통해 전문 분야 내에서 혹은 전문 분야 간에 단일하거나 일관된 과정으로 통합
서비스 통합 (Service Integration)	대상자 중심으로 다학제적 팀의 활동과 다영역 서비스가 잘 조정되어 제공되는 상태

출처 : Curry& Ham, 2010, p.4 의 내용을 재구성

마지막으로, 통합돌봄을 수행하는 다학제적 참여자들이 어느 정도로 통합된 조직에서 협업하느냐, 즉, 단일 조직 내에서 협업하느냐, 별도 조직 내에서 협업하느냐도 지역사회 통합돌봄의 중요한 한 차원이 될 수 있다. 또 다른 차원은 다학제적 참여자들 간에 조정(coordination)이 얼마나 효율적으로 이루어지느냐이다. 이를 바탕으로 다음과 같은 4개의 분류가 가능하다(그림 2-2).



출처 : Curry& Ham, 2010, p.6 의 내용을 재구성

▌그림 2-2▐ 통합돌봄의 차원 – 조직 vs. 연계

일반적으로, 돌봄조직의 통합정도가 강하고 그 안에서 돌봄 제공 실무자 간에 연계와 조정도 잘 된다면 이상적인 통합돌봄이 이루어질 수 있을 것이다. 다만, 이 경우 애초에 통합돌봄을 위해 구성된 조직체계가 있어야 하며, 이 조직 안에서의 다학제팀의 활동도 활발히 이루어져야 한다. 미국의 민간의료보험회사(예. Mayo Clinic, Kaiser Permanente) 를 중심으로 세워진 병원 내의 통합돌봄팀이 이 범주에 속한다고 할 수 있다. 병원내 통합돌봄팀은 환자들의 재입원 비율이 낮을수록 높은 성과평가를 받기 때문에, 퇴원환자를 팀내 방문간호사나 의사가 직접 돌보거나 사회복지사가 지역사회 자원과 연계하여 치료효과를 높이고자 적극적인 노력을 기울이게 된다. 이런 조직은 상당한 고비용 구조에서 운영이 가능한 안이라고 볼 수 있다.

유럽국가나 일본, 우리나라의 경우처럼, 국가주도의 단일보험체계(Single-payer System)를 운영하고 있는 국가에서는 미국과 같은 민간 의료보험체계로 형성된 강력한 통합돌봄조직의 설립은 현실적으로 불가능할 수 있다. 실제로 영국에서는 NHS가 주도적으로 통합돌봄을 이끌고 있지만, 실행을 담당하는 조직은 지방정부와 지역 내 공공/민간 사회서비스업체 등으로 분산되어 있다. 통합돌봄을 위한 단일 조직이 아니더라도, 다자적 조직들이 적절한 조정(Co-ordination)을 통해 원활한 연계활동과 협업이 가능할 수 있다.

3 지역사회 통합돌봄의 해외 사례[1)]

우리나라보다 앞서서 지역사회 통합돌봄을 추진해 온 국가들의 선례를 살펴봄으로써, 한국형 지역사회 통합돌봄의 정착을 위한 방향성을 확인할 수 있다. 우리나라와 유사한 고령화 속도 속에서 20여년 앞서 통합돌봄을 추진하고 있는 일본과 유럽의 3개국(영국, 스웨덴, 덴마크)을 대상으로 그 추진배경, 법적, 제도적 발전과 서비스 운영현황을 중심으로 간략하게 살펴보도록 한다.

1) 일본의 지역사회 통합돌봄 현황

① 추진배경

일본은 2005년 초고령사회 진입에 따라 지속가능한 돌봄체계 구축이 시급한 과제로 대두되었다. 고령인구 증가로 의료비 지출이 급증하고 돌봄 인력 부족 문제가 심각해지면서, 기존의 시설 중심 돌봄에서 지역사회 중심의 통합적 돌봄 체계로의 전환이 필요했다. 특히 개호보험 시행으로 케어노동의 사회화가 진행되면서, 민간영리조직의 서비스 공급 참여와 소비자 선택권 강화가 중요한 정책과제로 부상했다. 또한 지역별 특성을 고려한 맞춤형 서비스 제공의 필요성이 증가하면서, 지역 중심의 포괄적 케어시스템 구축이 핵심 정책으로 자리잡게 되었다.

② 법적·제도적 발전

2000년 개호보험법 시행을 시작으로, 2005년 개정을 통해 지역밀착형 서비스를 신설하여 재가서비스 중심의 체계를 강화했다. 2013년에는 사회보장개혁프로그램법을 제정하여 지역포괄케어 시스템을 본격화했으며, 2014년 의료개호종합확보추진법과 개호보험법 개정을 통해 2025년을 대비한 지역포괄케어 시스템의 기반을 마련했다. 특히, 의료와 개호의 연계를 강화하기 위해 의료계획과 개호보험사업 지원 계획의 정합성을 확보하고, 각 도도부현에 지역의료개호종합확보기금을 설치하여 체계적인 재정 지원을 실시했다. 또한 시정촌의 지역지

1) 해외사례는 김윤영, 윤혜영. (2018), 김승연, 장익현, 김진우& 권혜영. (2018), 이윤경 (2017), 홍선미 (2023)의 연구 내용을 종합하여 정리함.

원사업 활성화를 통해 예방적 접근을 강화하고, 지역 특성에 맞는 서비스 제공 체계를 구축하고 있다.

③ 서비스 운영 현황

일본의 지역포괄케어시스템은 의료, 개호, 예방, 생활지원을 포괄적으로 제공하는 통합적 접근을 특징으로 한다. 시정촌 단위로 설치된 지역포괄지원센터에서는 간호사, 사회복지사, 케어매니저가 다직종 협력을 통해 종합상담, 권리옹호사업, 개호예방 케어매니지먼트 등을 제공한다. 방문개호사업소는 신체개호와 생활지원 서비스를 제공하며, 지역의 다양한 자원을 활용한 서비스 네트워크를 구축하고 있다. 특히 24시간 대응 순회방문서비스, 복합형 서비스 등 새로운 서비스 유형을 도입하여 이용자의 다양한 욕구에 대응하고 있으며, 지역케어회의를 통해 다직종 협력과 서비스 조정을 강화하고 있다. 이렇게 지역케어회의를 중심으로, 방문간호센터를 활성화하는 방향은 한국의 통합돌봄 전달체계에도 시사하는 바가 크다.

2) 영국의 지역사회 통합돌봄 현황

① 추진배경

영국은 보건의료비용의 지속적 증가와 서비스의 분절화 문제를 해결하기 위해 커뮤니티케어를 도입했다. NHS(National Healthcare Service)를 중심으로 한 공공의료체계의 효율성을 높이고, 의료와 복지서비스의 통합적 제공을 통해 서비스 질 향상과 비용 효율성 제고를 정책 목표로 설정했다. 특히 고령화 진행에 따른 만성질환 관리의 중요성이 증가하면서, 지역사회 중심의 통합적 케어 모델 구축이 핵심 정책으로 대두되었다. 또한, 이용자 중심의 서비스 제공과 선택권 보장이 강조되면서, 개인화와 자기주도적 지원체계 구축이 주요 정책방향으로 설정되었다.

② 법적·제도적 발전

1990년 국민건강서비스와 커뮤니티케어법 제정은 보건의료수요(Health Need)와 사회서비스수요(Social Need)의 구분과 지방정부의 서비스 제공 책임 단일화를 가져왔다. 2014년 돌봄법(Care Act 2014)제정으로 기존의 돌봄 관련 법률들을 통합했으며, 2018년부터 보건 및 돌봄법을 통해 42개의 통합돌봄시스템(Integrated Care System)을 구축하여, 2022년

보건 및 돌봄법(Health and Care Act 2022)을 제정하여, 지역 중심의 통합케어 체계를 강화했다. ICS는 통합돌봄위원회와 통합돌봄파트너십을 통해 지역 단위의 보건·돌봄서비스를 통합적으로 계획하고 관리하며, Better Care Fund를 통해 NHS와 지역사회 돌봄의 통합을 재정적으로 지원하고 있다. 또한 Care Programme Approach를 통해 체계적인 사례관리 시스템을 구축하고, 서비스 품질관리를 위한 CQC(Care Quality Commission) 운영을 통해 서비스 질 향상을 도모하고 있다.

③ 서비스 운영 현황

NHS를 중심으로 한 공공 의료서비스 체계에서 지방정부는 서비스 결정과 제공에 주된 책임을 지며, 다양한 민간 및 자발적 섹터와의 협력을 통해 서비스를 제공한다. 통합돌봄위원회와 통합돌봄파트너십은 지역 단위의 보건·돌봄서비스를 통합적으로 계획하고 관리하며, 자기주도적 지원 시스템을 통해 이용자의 선택권을 보장한다. 예방적 서비스부터 재활, 장기요양까지 포괄적인 서비스를 제공하며, 개인예산제도를 통해 이용자가 직접 서비스를 설계하고 구매할 수 있도록 지원한다. 또한 지역사회 자원을 적극적으로 활용하여 사회적 처방(Social Prescribing) 등 혁신적인 서비스 모델을 개발하고 있다.

3) 스웨덴의 지역사회 통합돌봄 현황

① 추진배경

스웨덴은 1990년대부터 의료와 사회서비스의 통합제공을 위한 체계적인 접근을 시작했다. 노인인구 증가와 만성질환 증가에 따른 돌봄 수요 증가에 효과적으로 대응하면서, 동시에 보편적 복지국가로서의 가치와 높은 서비스 질을 유지하고자 했다. 특히 “Aging In Place” 개념을 중심으로, 노인들이 가능한 한 오랫동안 자신의 거주지에서 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 지원하는 것을 핵심 목표로 설정했다. 또한 분권화된 의료체계를 바탕으로 지역 특성에 맞는 서비스 제공과 효율적인 자원 활용을 추구했다.

② 법적·제도적 발전

1982년 보건의료법 제정을 통해 의료서비스를 사회서비스 분야에 포함시키는 혁신적인 접근을 시작했다. 1992년 아델개혁을 통해 병원시설 이용자를 최대한 지방정부가 책임지고

지역 사회 돌봄서비스로 전환하는 제도적 유인책을 시작하였다. 2009년 '선택의 자유법' 제정으로 서비스 공급주체를 다양화하고 이용자의 선택권을 강화했으며, 이는 공공 중심 서비스 제공의 틀을 유지하면서도 민간 서비스공급주체를 참여시킴으로써 사회서비스의 질적 향상을 도모한 개혁이었다. 또한, 노인돌봄위원회를 통해 전문적인 서비스 제공 체계를 구축하고, 지역별로 적합한 욕구조사와 서비스 계획을 수립할 수 있도록 제도적 기반을 마련했다. 특히 보건의료서비스의 분권화와 지역화를 통해 란스팅과 코뮨 간의 효과적인 협력 체계를 구축했다.

③ 서비스 운영 현황

21개 란스팅과 290개 코뮨으로 이어지는 분권화된 구조에서, 각 지역의 특성에 맞는 통합적 서비스를 제공하도록 설계되었다. 란스팅은 전문적인 의료서비스를, 코뮨은 일상적인 돌봄과 사회서비스를 담당하며, 두 조직은 긴밀한 협력을 통해 서비스를 제공한다. 홈헬퍼서비스를 통해 가사 지원, 개인 돌봄, 정서적 지원 등 포괄적인 생활지원을 제공하며, 예방적 건강증진 활동, 재활서비스, 주간보호 등 다양한 서비스를 통합적으로 제공한다. 특히 공공과 민간의 협력을 통해 서비스의 다양성과 질을 높이고 있으며, 품질관리 시스템을 통해 서비스 표준화와 질 향상을 도모하고 있다.

4) 덴마크의 지역사회 통합돌봄 현황

① 추진배경

덴마크는 1940년대부터 고령화에 대한 선제적 대응을 시작하여, 재정부담 감소와 효율적인 돌봄체계 구축을 위해 노력해왔다. 특히 예방과 재활을 강조하는 적극적 접근을 통해 의료비 절감을 도모했으며, 지역사회 중심의 통합적 돌봄 체계를 구축했다. 또한 복지기술(Welfare Technology)의 적극적 활용을 통해 서비스의 효율성과 질을 높이고자 했으며, 이용자의 자립성과 삶의 질 향상을 핵심 목표로 설정했다.

② 법적·제도적 발전

1990년대 중반에 의료와 사회서비스 통합제공을 위한 사례관리 시스템을 도입했다. 2007년 지역사회 개혁을 통해 자기결정권 존중, 잔존능력 극대화, 계속성 유지라는 3대 원칙을

확립했으며, 복지기술 활용을 국가방침으로 채택했다. 특히 2015년에는 보건부가 보건의료서비스와 노인돌봄을 통합 관할하도록 조직개편을 실시했으며, 예방과 재활에 중점을 둔 새로운 법제도를 도입했다. 또한 지방정부의 책임과 권한을 강화하여 지역 특성에 맞는 서비스 제공이 가능하도록 설계했다.

③ 서비스 운영 현황

전 국민이 세금으로 운영되는 건강보장제도에 등록되어 있으며, 지방정부가 어르신 돌봄에 대한 재정을 지방세로 충당한다. 24시간 재택케어를 기본으로 하여 간호사, 요양보호사, 노인병전문의로 구성된 다학제팀이 협력하여 서비스를 제공한다. 예방적 방문을 통해 적극적인 건강관리를 실시하며, 재활서비스를 통해 노인의 자립성을 최대한 유지하도록 지원하고 있다. 특히 혁신적인 복지기술의 도입과 활용을 통해 서비스의 효율성과 접근성을 높이고 있으며, 지역사회 자원을 적극적으로 활용하여 통합적인 돌봄 체계를 구축하고 있다. 또한 품질관리 시스템을 통해 서비스의 표준화와 질 향상을 지속적으로 추진하고 있다.

5) 해외 사례 정리

영국과 스웨덴, 덴마크 등의 유럽 국가에서는 1980년대부터 사회서비스와 보건의료서비스를 통합적으로 제공하기 위한 법적, 제도적 노력을 진행해왔다. 일본은 2000년대부터 개호보험법의 시행을 통해 통합돌봄의 법적·제도적 기반을 닦는 노력이 시작되었다. 유럽국가와 일본의 경우 우리나라와 유사한 국가의료보험체계를 운영함으로써 보건의료와 사회서비스를 통합하려는 노력이 정부주도로 진행되었다. 주로 국가와 광역시도에서 보건의료영역의 제도적 방향성과 재정을 담당한다. 한편, 사회서비스는 지역 단위 지자체에서 지방 재정으로 자율성을 갖고, 보건의료영역과의 통합적 서비스를 제공한다. 유럽과 일본 모두 법적·제도적 기반을 공공영역이 선도하여 마련하는 가운데, 지역사회 단위에서는 민간서비스 제공기관과의 연계를 통해 지역 특색에 맞는 통합돌봄 서비스 체계를 구축하려는 노력에서 공통점을 보이고 있다. 이같은 해외사례를 반영하여, 보건복지부의 선도사업과 시범사업에서도 법적·제도적 인프라는 보건복지부에서 추진하고 있는 가운데, 서비스 운영 측면의 권한을 대폭 지방자치단체에 이양함으로써 지역사회 특성을 적극 반영하려는 방향성을 갖고 있다.

4 국내 지역사회 통합돌봄 선도사업 및 시범사업 개요[2)]

1) 선도사업

① 추진과정

국내의 지역사회 통합돌봄 선도사업은 보건복지부의 주도로 2018년 3월에 커뮤니티케어 추진본부가 구성되고, 2018년 11월에는 '지역사회 통합돌봄 기본계획'을 발표하면서 시작되었다(그림 2-3). 2019년 6월에 선도사업 지자체가 8개 선정되었고, 2019년 9월에 추경예산으로 16개까지 확대되었다. 2022년 12월에 전체 선도사업이 종결되었고, 선도사업의 성과와 한계점에 대한 평가를 바탕으로, 2023년 7월부터 시범사업으로 이어지게 되었다.



출처 : 보건복지부, (2020), 지역사회 통합돌봄 추진 가이드북, 2p

그림 2-3 보건복지부 지역사회 통합돌봄 로드맵

2) 선도사업의 내용은 '보건복지부, 2020년 지역사회 통합돌봄추진 가이드북', 시범사업은 '보건복지부, 2023년 노인 의료돌봄 통합지원 시범사업 안내'에서 요약, 정리함.

선도사업의 대상은 "노화·사고·질환·장애 등으로 돌봄이 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람"으로 포괄적으로 정의되었다. 특히, 전통적인 복지의 대상이 엄격한 자산조사를 거쳐 선별적으로 정해지던 관행을 넘어, 자산조사 없이 욕구에 기반하여 돌봄이 필요한 자는 누구나 대상이 되는 보편적 제도로 발전시켜 나갈 계획이라고 표명하고 있다.

다만, 선도사업의 구체적 모델 및 대상자 선정 등을 지역자율형으로 운영토록 했다. 예를 들어, 각 지자체별로 노인, 장애인, 정신질환 중 대상자를 선택하여 지역의 실정에 맞추어 서비스 전달체계 및 운영 방식을 설계하도록 하였는데, 주로 노인을 대상으로 추진되었고, 일부 지자체는 장애인이나 정신질환자를 대상으로 진행되었다. 지자체별 대상자 및 사업내용을 표 2-5에서 볼 수 있다.

| 표 2-5 | 지역사회 통합돌봄 선도사업 지자체별 내용

지자체명	대상자군	사업내용	전담부서명
광주 서구	노인	• 18개 동을 5개 권역으로 구분, 종합병원 자문과 지역케어회의 운영 지원하는 전달체계 개편 추진	통합돌봄과
경기 부천시	노인	• 36개동을 10개 광역동으로 구분, 복지관과 건강생활지원센터 동시 개편 통한 전달체계 개편 추진	통합돌봄과
충남 천안시	노인	• 복지자원발굴팀 신설, 19개 동주민센터와 치매안심센터에 케어안내창구 설치 등 전달체계 개편 추진	복지정책과
전북 전주시	노인	• '천사(천안시 사례관리)' 슈퍼비전단 운영 통한 전문가 사례관리 회의 운영 추진, 경로당 활용 건강증진사업 등	통합돌봄과
경남 김해시	노인	• 보건소 건강증진과에 케어전담팀 신설, 보건과 복지 행정조직의 사례관리 융합 시도 등	통합돌봄과
부산 진구	노인	• 주거서비스 특화 모형으로 부산도시공사, 한국토지주택공사 등과 협력하여 통합 주거서비스 모델 개발 추진	희망복지과
경기 남양주시	노인	• 시 본청에 통합돌봄사업추진단 설치 후 희망케어센터, 사회복지관에 통합돌봄창구 설치 등	복지정책과
충북 진천군	노인	• 경로당을 거점돌봄센터로 전환, 동네복지사 배치 통해 마을 공동체 단위 돌봄네트워크 구축 모형 추진	주민복지과
부산 북구	노인	• 한방주치의 사업, 사회경제조직 활용한 통합돌봄 제공사업, 가족 돌봄이 부족한 어르신 일시 보호서비스 제공 등	희망복지과
경기 안산시	노인	• 케어안심주택 이외에 안산형 사회적 주택 '소소한 家' 공급 통한 노인 맞춤형 주거서비스 제공	복지정책과
충남 청양군	노인	• 치매초기, 만성질환, 병원 퇴원예정, 장기요양 등급외 독거노인에 주요 대상으로 선정	통합돌봄과
전남 순천시	노인	• 복지관, 경로당, 재가노인복지센터를 거점형 방문진료소로 활용	여성가족과
제주 서귀포시	노인	• 3개 권역으로 구분하여 읍면동, 종합복지관, 보건소 매칭 통한 권역별 돌봄서비스 지원체계 구축	주민복지과
대구 남구	장애인	• 자립체험주택에 돌봄 전담인력 배치하는 전달체계 통해 탈시설 장애인의 일상생활 적응훈련 및 안심생활 지원	행복정책과

지자체명	대상자군	사업내용	전담부서명
제주 제주시	장애인	• 장애인 1인에 대해 행복파트너 매칭, 개인별 자립지원 계획 수립 및 맞춤형 서비스 연계	주민복지과
경기 화성시	정신질환자	• '두드림팀' 운영 통해 정신의료기관에 장기 입원중인 정신질환자에 대한 찾아가는 상담 및 평가, 퇴원 지원	보건행정과

출처 : 보건복지부(2022), '선도사업 지자체별 주요특성', 서울시공공의료재단(2022) 에서 재인용

② 핵심요소

선도사업에서 설정한 사업의 핵심요소는 크게 '통합돌봄의 주요서비스'와 '공통기반 구축'으로 나뉠 수 있다. '통합돌봄의 주요서비스'로 명시한 것은 첫째, 케어안심주택, 자립체험주택, 주택개조와 거주시설 전환 등의 내용을 포함하는 '주거서비스', 둘째, 방문건강관리, 방문의료, 방문약료, 만성질환 관리 등으로 요약되는 '보건의료 서비스', 셋째, 재가장기요양, 재가돌봄서비스, 스마트홈 등을 내용으로 하는 '복지·돌봄 서비스'이다.

'공통기반의 구축'으로 크게 두가지를 거론하고 있는데 첫째, 인프라 측면에서 통합돌봄창구의 설치와 총괄 추진단의 운영, 민·관 협의체 설치 등이며, 둘째, 운영적인 측면에서 다직종 전문가가 대상자를 중심으로 문제해결을 위해 협의하는 '지역케어회의'의 설치이다. 이러한 핵심요소는 선도사업 이후에 진행된 지역사회 통합돌봄 시범사업에도 대부분 이어지며 강조되고 있고, 무엇보다 2024년 3월에 제정·공포된 돌봄통합지원법에도 반영되고 있다.

③ 담당 주체별 추진 방향성

선도사업에서는 사업의 추진방향성을 크게 '중앙정부'와 '지방자치단체', '중앙정부와 지방자치단체의 협업' 으로 나누어 설정하였다. 중앙정부가 담당하는 업무는 '통합돌봄 핵심요소 구현을 위한 제공기반의 구축' 으로 설정되었는데, 하위 항목으로 1) 주거지원 인프라의 확충, 2) 방문건강 및 방문보건의료 지원, 3) 재가장기요양 및 돌봄서비스 확대, 4) 돌봄 대상자 중심의 민관 서비스 연계 및 통합제공, 5) 병원과 시설이 아닌 지역사회 중심 통합돌봄으로의 패러다임 전환을 법률과 제도에 반영 추진으로 정리된다.

지방자치단체가 담당하는 업무는 '지역 진단을 기반으로 핵심 돌봄 대상자를 발굴하고 통합돌봄 프로그램을 운영하여 지자체별 통합돌봄 모형 개발' 으로 설정되었고, 하위 항목으로 1) 보건의료와 복지 간 통합을 위한 노력에 집중, 2) 지역실정에 맞는 서비스 및 모형 개발, 3) 다직종 연계협력을 통한 대상자 발굴·연계 강화로 요약된다.

중앙정부와 지방자치단체가 협력하는 업무는 '지역사회가 주도하여 다직종 연계를 구현하

고 지역 특색에 맞는 통합돌봄 모형 개발'로 설정되었는데, 위에서 언급한 '지방자치단체의 업무'와 그 성격이 유사하다. 다만, 하위 항목으로 '선별적 복지에서 욕구 중심의 보편적 복지로의 시각 전환'이 포함되어 있는 점이 주목할 만하다. 전체적으로 중앙정부는 인프라 기반 조성, 지방자치단체는 통합돌봄 모형을 개발하고, 대상자를 발굴하며, 프로그램을 운영하는 역할을 부여하고 있다. 이렇게 중앙정부-시군구 지방자치단체별로 주요 책무를 나누고 부여하는 방식은 돌봄통합지원법의 책무규정에도 이어지고 있다.

④ 선도사업의 성과[3)]

선도사업에서 도출된 지역사회 통합돌봄 선도사업의 성과는 다음과 같이 요약된다.

첫째, 지역사회 통합돌봄이 실질적으로 사업 대상자의 주관적인 삶의 질을 제고하고, 사회적 안정감을 개선했으며, 보호자의 돌봄부담을 완화한 것으로 나타난다. 특히, 퇴원환자의 경우 대조군에 비해 1인당 재가일수가 증가하는 등의 구체적인 효과가 확인되었다(정현진 외, 2022). 둘째, 정책적 측면에서, 초고령사회 진입을 앞두고 기존 중앙정부 주도의 복지 사업과는 차별적으로, 지역단위에서 여러 관련 기관과의 협업을 통해 돌봄 안전망을 구축해야 할 공감대가 형성되고, 관련 연구가 확대되는 계기가 되었다는 점이다. 셋째, 지역주민의 돌봄욕구에 대응하기 위해 현재 제도권에서 제공하는 돌봄서비스의 양이나 범위가 현격히 부족하다는 점을 확인하였다. 결국, 지역사회 통합돌봄의 성패를 결정짓는 것은 돌봄서비스의 양적이며 절적인 차원의 확대인데, 이를 위해 기존 돌봄제도(예. 장기요양, 노인맞춤돌봄서비스 등)의 확대 뿐 아니라 일상돌봄이나 의료-보건 연계를 위한 획기적인 수준의 인프라 구축이 필요하다는 인식을 공유하게 되었다. 넷째, 지역사회 통합돌봄을 끌고 나가기 위해서는 지자체 단위의 총괄기획 능력이 중요함을 확인하였으며, 특히, 복지관련 기관 뿐 아니라 LH 등 새로운 협업파트너와의 협업체계를 구축해야 할 필요성이 대두되었다.

2) 시범사업[4)]

① 추진과정

지역사회 통합돌봄 시범사업은 2023년 7월에 시작되어 2025년 12월까지 2년 6개월간 진행될 예정이다. 시범사업의 목표는 요양, 건강관리, 일상생활지원, 주거 등 돌봄서비스와 재

3) 유애정, 박현경 (2022)에서 요약, 정리함.
4) 보건복지부(2023) 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내에서 요약, 정리함.

가 의료서비스 연계를 통해 노인이 살던 곳에서 생애 말기까지 생활이 가능하도록 지방자치단체장을 중심으로 의료·돌봄의 통합지원 모형을 마련하도록 지원하는 것을 목표로 한다.

시범사업에 참여한 지자체는 총 9개 시도의 12개 시군구이다(표 2-6).

▌표 2-6▐ 지역사회 통합돌봄 시범사업 참여 지자체

광역시/도	시/군/구
광주광역시	서구, 북구
대전광역시	대덕구, 유성구
경기도	부천시, 안산시
충청북도	진천군
충청남도	천안시
전라북도	전주시
전라남도	여수시
경상북도	의성군
경상남도	김해시

시범사업의 대상자 범위는 선도사업에 비해 상당히 구체적이다. 이는 선도사업의 한계점 중 하나로, 사업의 대상자에 대한 기준이나 정의, 우선순위가 불분명하여 실무에서 혼란을 겪은 경험을 반영한 결과이다. 시범사업의 대상자는 '시설입소의 지연' 이라는 구체적인 목표 아래, 장기요양 재가급여 수급자 및 그에 준하는 쇠약노인을 그 대상자로 좁혀서 접근하는 특징을 보이고 있다. 아래는 2023년에 발간된 "노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내서"에서 제시한 대상자 조건이다.

대상자 정의 : 요양병원(시설) 입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인

① 장기요양 재가급여자 (40% 이상 확보 목표)
- 혼자서 거동이 어려운 노인으로
- 방문요양·간호·목욕, 주·야간보호 등 장기요양 재가 급여 수급자(1~5등급, 인지지원등급)

② 급성기·요양병원 등 의료기관 퇴원환자 (10% 확보 목표)
- 급성기 병원, 요양병원에서 퇴원 후 2주 이내의 환자
- 의료와 돌봄서비스 제공이 임시 또는 지속적으로 필요한 노인

③ 노인맞춤돌봄서비스 중점군, 장기요양 등급외자(A, B) (10% 확보 목표)
- 장기요양 신청 후 등급 판정 전이거나,
- 장기요양 등급인정을 받지 못하였으나 거동이 불편하여 주변의 돌봄서비스가 긴급히 필요한 노인

④ 기타
- 지방자치단체장이 대상자로 인정할 만한 사유가 있는 사람

② 추진원칙

시범사업은 다음의 세 가지 추진원칙을 갖고 진행되었다. 이는 선도사업의 성과 평가 및 한계점에 대한 분석에 기반하여 새롭게 정립된 원칙으로 판단된다.

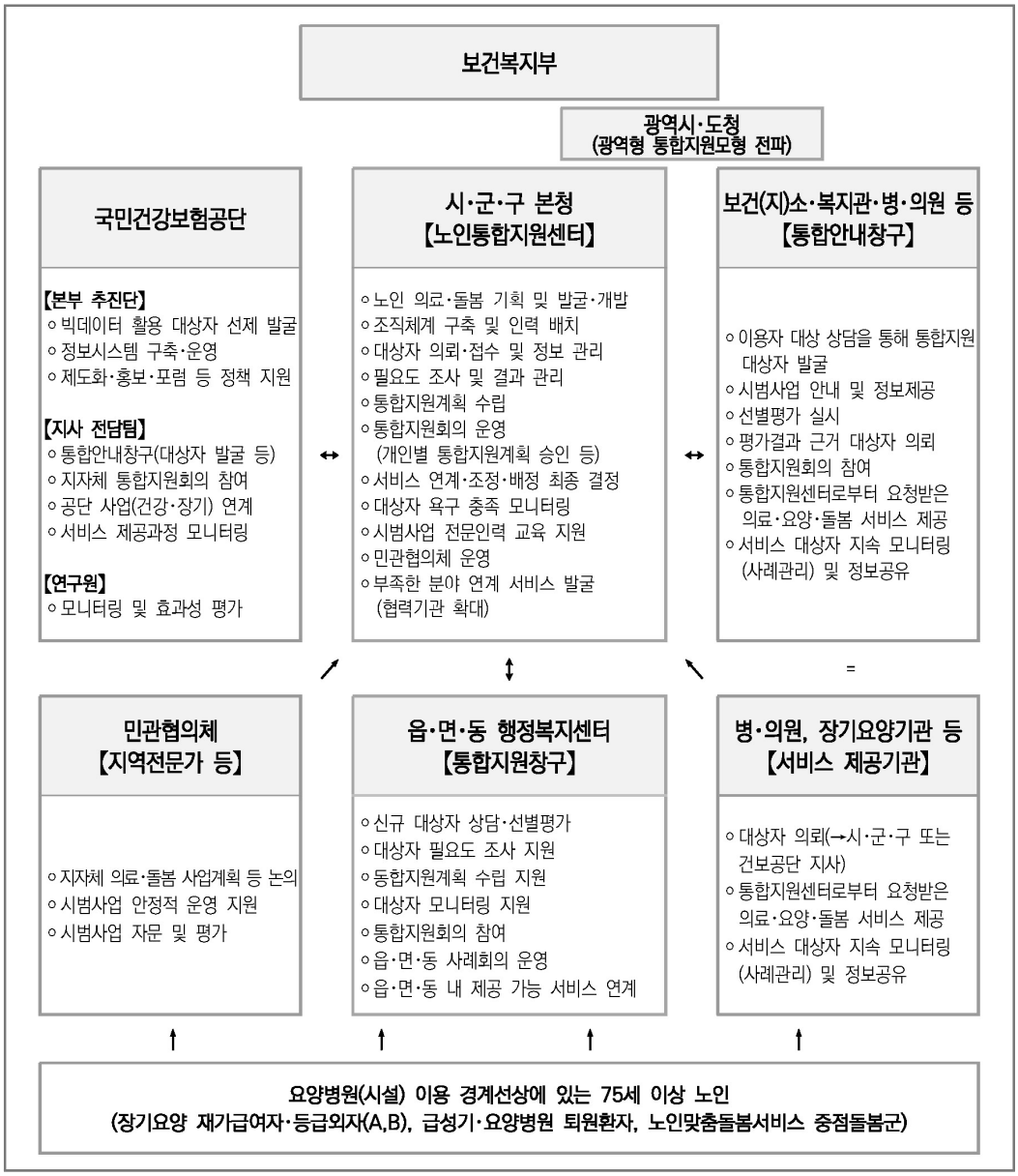
첫째는 대상자중심성이다. 특정 사업이나 서비스에 한정된 서비스 제공이 아니라, 복합욕구를 갖고 있는 대상자의 욕구충족을 중심에 두고, 흩어져 있는 사업과 서비스를 종합적으로 연계하여 제공하는 것이 사업의 기본 방향성이다. 특히, 보건의료와 요양, 생활, 주거지원을 그 제공 서비스 분야로 제시하였다. 기존 사회서비스들이 정해진 예산에 따라 공급자 중심으로 제공되는 관행을 극복할 것을 원칙으로 제시함으로써 사회서비스 정책의 패러다임 전환을 전제로 한다고 볼 수 있다.

둘째, 서비스의 충분성이다. 살던 곳에서 생활을 유지하기에 충분할 정도로 각 분야의 돌봄 서비스를 효율적으로 정비하여 충분히 배정하는 것을 원칙으로 하였다. 이를 위해서, 정확한 조사를 통해 꼭 필요한 대상에게 가장 필요한 서비스가 제공되도록 평가하는 제도적 장치를 중시하였다. 즉, 무조건적인 서비스 양의 증가는 지방정부의 재정 상황에서 현실성이 떨어지므로, 정확한 수요조사에 기반하여 필요한 자원이 필요한 사람에게 전달될 수 있는 전달체계 상의 효율성 제고를 원칙으로 제시하였다.

셋째, 협력성이다. 이는 보건의료-요양-생활-주거지원의 다영역의 서비스가 통합적으로 제공되려면 필연적으로 각 전문인력 및 기관 간 협업체계가 긴밀하게 작동되어야 한다. 이를 위해 다학제적 사례회의의 운영과 모니터링 결과 공유를 주문하고 있다. 특히, 선도사업에서 실질적인 통합돌봄협의체를 운영한 곳에서 여러 성과지표가 긍정적으로 도출되었음에 기반하여 각 참여기관 간의 협력성을 주요 원칙으로 제시하고 있다.

③ 담당 주체별 추진 방향성

시범사업에서는 선도사업에서 주로 '중앙정부'와 '지방자치단체' 로 나누어 분담한 역할을 '지방자치단체'의 경우 '시군구 본청'과 '읍면동 행정복지센터'로 나누고, '국민건강보험공단'과 '보건(지)소' 등의 공공기관, 기타 복지관, 병·의원, 민관협의체 등 민간영역참여자의 역할을 세분화 하는 등 전체 참여자를 넓히고 각 역할도 세부적으로 규정하는 등의 노력이 더해졌다(그림 2-4 참고).



출처 : 보건복지부(2023), 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내서. p. 12.

▌그림 2-4▐ 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도

이를 요약하자면, 광역시도에서는 광역 단위의 노인 의료·돌봄 통합지원모형을 개발하고, 정책적 의의와 대상, 목표, 재정 지원 등의 추진계획을 제시하고, 이를 시군구에 보급하는 역할을 담당한다. 시군구에는 전담부서('과' 수준 권장) 를 설치하고, 전담인력을 복지직과 보건·간호직 등 다직렬을 배치하여 '노인통합지원센터'로서의 역할을 담당한다. 이때 통합지원

회의를 운영하여 개인별 통합지원계획을 조정하고 승인하는 등의 역할을 담당한다. 통합지원창구는 읍면동에 설치하고 전담인력(권장)을 통해 대상자를 안내하고 상담하며 사업접수를 하도록 한다. 특히, 필요도 조사를 바탕으로 통합지원계획의 초안을 수립하고 시군구 본청 전담부서에 보고한다. 지원창구와는 별도로 '통합안내창구'의 역할은 건보공단지사나 보건소, 치매안심센터 등에서 맡는데, 대상자를 발굴하고 안내하며, 접수창구(동주민센터)에 연계하도록 한다.

④ 시범사업의 성과[5)]

시범사업은 2023년 7월에 시작되어 현재 진행 중인 사업으로 성과평가가 완료되지는 않았다. 다만, 1차연도 지자체별 운영상황을 모니터링하고 향후 성과평가에 쓰일 지표 등을 종합하여 제시한 연구보고서(유애정 외, 2024)가 발간되었다. 해당 보고서에 따르면, 1차 연도 시범사업을 모니터링 한 결과 다음과 같은 성과를 이루었다고 하였다.

첫째, 선도사업과 달리 그 대상자 범위를 좁힌 대상자 선정이 진행되어, 사업 목표에 부합하는 방향으로 대상자 관리가 적절히 이루어졌다. 둘째, 기존 공적 제도권에서 제공할 수 있는 서비스를 최대한 연계 제공하고, 이에 미치지 못하는 직접 서비스를 시범사업예산으로 채워 나가는 방식으로 사업이 이루어졌다. 이는 시범사업 종결 후의 예산 확보 문제를 대두시킬 수 있으나 실무적으로 어느 정도의 서비스 확보를 전제로, 서비스 제공 과정 및 대상자 선정 등의 과정을 검증해 본 시도라고 할 수 있다. 셋째, 시범사업의 참여주체(지자체 담당 공무원 및 연계 서비스 담당자)들이 일련의 업무수행과정을 표준화하고 대상자의 욕구에 바탕하여 맞춤형 서비스를 제공하는 기회를 제공하였다. 넷째, 지자체와 국민건강보험공단, 보건소, 사회복지관 등 공공기관과 민간기관 사이 협업이 다각적으로 이루어질 수 있는 가능성과 유인점, 한계점 등을 확인하는 계기가 되었다.

5) 보건복지부·국민건강보험공단 (2024). 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업 모니터링 및 효과성 평가 연구,에서 요약, 정리함.

제3장

지역사회 통합돌봄의 방향성



Seoul
Welfare
Foundation
www.welfare.seoul.kr

제3장

지역사회 통합돌봄의 방향성

1 돌봄통합지원법의 방향성

1) 돌봄통합지원법의 목표

돌봄통합지원법은 그 목적을 “노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람”이 “살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록” “의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공”하는 데에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강하고 인간다운 생활을 유지하고 증진하는 데에 이바지함에 두고 있다(제1조). 즉, 돌봄통합지원법은 노인복지에서 논의되고 있는 ‘살던 곳에서 늙어가기(Aging In Place(AIP)’를 위한 방법과 수단, 그 책임 주체 등을 논의하고 있다.

2) 돌봄통합지원법의 대상

선도사업과 시범사업이 노인을 중심으로 사업을 진행한 면이 있지만, 돌봄통합지원법은 노인뿐만 아니라 ‘장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 모든 국민’을 대상으로 한다. 즉, 연령이나 소득수준과 관계없이 돌봄이 필요한 모든 사람을 그 법과 사업의 대상으로 한다고 표명한 것인데, 지역사회 통합돌봄을 현실에서 수행해야 하는 실무자의 입장에서는 보다 기술적인 분류가 필요할 수 있다. 그 건강상태와 수급권(장기요양)의 정도에 따라 다음 여섯 가지의 경우 통합돌봄의 대상자로 분류할 수 있다(송해란, 오대영, 2024).

1) 퇴원환자로서 원활한 생활 복귀 및 회복(병원에 다시 입원하지 않고 자신의 집에서 살아가기)

2) 장기요양보험 등급외자 또는 노인맞춤돌봄 수급자로서 장기요양보험 재가등급으로 악화되는 것을 방지 또는 지연
3) 장기요양보험 재가등급자로 장기요양 시설등급으로 악화되는 것을 방지 또는 지연
4) 만성질환자의 경우 지역사회에서 생활하면서 관리하여 건강이 악화되거나 시설에 입소하는 것을 방지 또는 지연
5) 장애인의 경우 살던 집에서 생활하면서 필요한 의료적 처치를 받음으로써 장애상태가 악화되거나 시설에 입소하는 것을 방지 또는 지연
6) 일시적 부상(예를 들어 다리 골절)으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 환자에게는 입원하지 않고 일상생활 유지 및 회복

위의 대상자는 모두 돌봄통합지원법의 대상자가 될 수 있지만, 지역사회에서 통합돌봄을 시범적으로 진행하는 경우, 지자체 상황에 따라 특정 그룹에 우선적으로 개입하는 등의 단계적인 확장 전략을 사용할 수 있다.

3) 돌봄통합지원법에서 규정하는 서비스 핵심요소

보건복지부는 지역사회 통합돌봄 로드맵을 발표하며, 지역사회 통합돌봄의 4대 핵심요소를 1) 주거지원 인프라 확충, 2) 방문의료 및 방문 건강관리, 3) 차세대 장기요양 및 재가돌봄 서비스 확충, 4) 사람 중심의 서비스 연계 및 통합제공의 4가지로 꼽았다(보건복지부, 2018.11). 이러한 방향성은 돌봄통합지원법에서도 반영되고 있어서, 제15조에 '보건의료', 제16조에 '건강관리', 제17조에 '장기요양, 제 18조에 '일상생활돌봄'에 관한 서비스의 인프라를 구축하고 서비스를 확충할 것을 규정하고 있다.

법 제2조 제1호에서는 '통합지원'에 대한 정의에 따르면, 통합지원이란 통합지원 대상자에게 국가와 지방자치단체의 장이 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거, 그 밖에 대통령령으로 정하는 분야의 서비스 등(이하 "보건의료등"이라 한다)을 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공하는 것을 말한다. 즉 법은 '돌봄'을 장기요양, 일상생활돌봄 같은 일상생활에서의 보살핌을 넘어서서 보건의료, 건강관리, 더 나아가 주거, 대통령령으로 정하는 분야의 서비스에 이르기까지 광의로 파악하고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 기존 법체계 내에서 분절적으로 제공되던 보건의료/건강관리와 장기요양/일상생활돌봄을 통합적으로 제공하는 것을 중점적으로 논의하고 있다.

4) 돌봄통합지원법의 전달체계 관련 규정

우리나라의 복지시스템은 기본적으로 보건복지부를 중심으로 중앙정부가 주도적인 역할을 해왔다고 볼 수 있다. 그러나, 전국적인 통일성과 형평성이 중요한 사회보험이나 소득보장정책과 달리 사회서비스의 경우 지역의 특수성과 개별적 특징이 반영되어 운영할 수 있도록 지방자치단체에게 자율권을 부여해야 한다는 논의가 지속되고 있었다(김보영, 2023). 이러한 흐름을 반영하여 돌봄통합지원법은 돌봄의 통합지원에 있어서 지방자치단체의 주도적 역할을 강조하고 있다.

돌봄통합지원법은 중앙정부(보건복지부)와 광역시/도, 시/군/구 단위로 책임주체를 나누어 책무를 규정하고 있다. 우선, 중앙정부(보건복지부)는 제도적·재정적 지원의 책무가 부여되어 있으며, 그 외 제도 전반의 운영이 지방자치단체장(시·도지사, 시·군·구청장)의 역할로 규정되어 있어서, 지역사회의 특성과 자원을 반영한 지역개발형 사업을 전제로 하고 있다.

특히, 통합돌봄의 구체적 실행 사항, 즉, '대상자 관리' 및 '서비스 제공', '조직운영 차원'에서 시·군·구청장의 책무 비중이 높게 나타난다. '기본계획의 수립·시행', '보건의료서비스 및 장기요양 서비스 연계', '전문인력의 양성·확보', '통합방문기관 지정 등 통합지원 기반 조성' 등에 광역시·도지사는 시·군·구청장을 적극 지원할 의무를 부여하고 있다(표 3-1 참조).

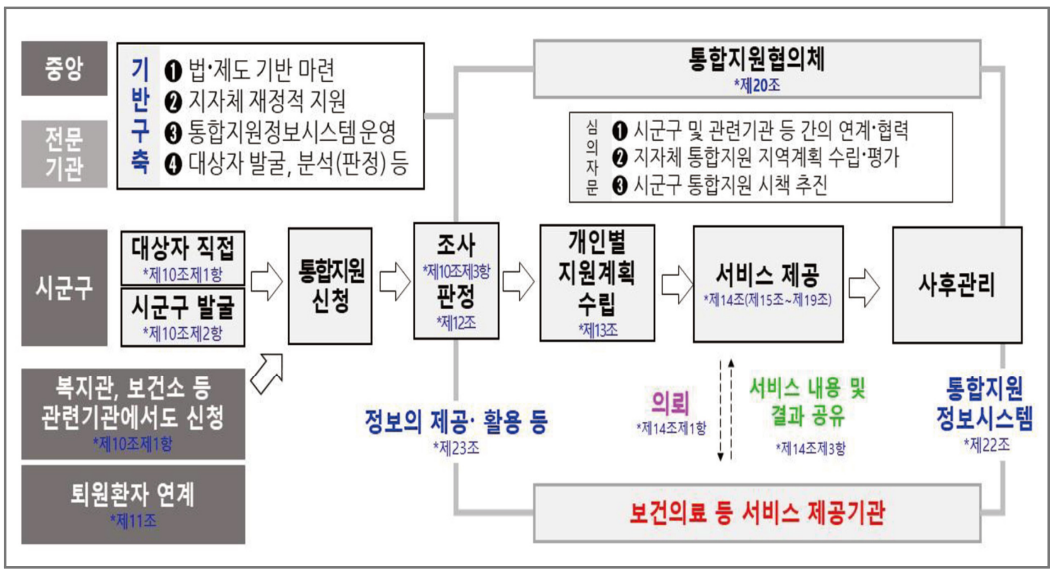
▌표 3-1▐ 돌봄통합지원법이 규정하는 지방자치단체 책무의 성격(주체별, 의무사항별)

구분	주요내용	의무주체	의무유형
기본계획 및 운영	통합지원 지역계획 수립·시행, 지역계획 추진성과제출, 통합지원협의체 설치	시·군·구청장, 광역시·도지사	의무사항
대상자 관리	통합지원 신청·접수, 대상자 발굴조사(연 1회), 종합판정 및 결과안내, 개인별 지원계획 수립, 대상자 상태 정기평가	시·군·구청장	의무사항
서비스제공	통합지원 직접 제공·의뢰	시·군·구청장	노력의무
	보건의료서비스 연계, 장기요양 서비스 확대 및 연계, 건강관리 및 예방, 일상돌봄서비스 확대	국가, 광역시·도지사, 시·군·구청장	노력의무
조직운영	통합지원 전담조직 설치, 읍·면·동 지원조직 설치	시·군·구청장	재량사항
	전문인력의 양성·확보	국가, 광역시·도지사, 시·군·구청장	의무사항
지원체계	지방자치단체 행정적·재정적지원	국가	의무사항
	건강관리 등 연계 위한 통합 방문기관 지정 등 통합지원 기반 조성	국가, 광역시·도지사	의무사항
	전문기관 또는 관련기관 인력 및 경비지원	국가, 광역시·도지사, 시·군·구청장	의무사항
	대상 가족·보호자 지원	시·군·구청장	노력의무

출처 : 송해란, 오대영. (2024). 돌봄통합지원법의 분석과 현행 서울시 돌봄서비스 적용 시사점 연구, 서울시복지재단, p. 3

이중 돌봄통합지원법이 '의무사항'으로 규정한 업무를 중점적으로 살펴보면, '기본계획의 수립 및 운영', '대상자 관리', '조직운영에 있어서 전문인력의 양성, 확보', 지원체계 중 '지방자치단체에 대한 행정적, 재정적 지원', '건강관리 등 연계를 위한 통합 방문 기관 지정 등 통합지원 기반 조성', '전문기관 또는 관련 기관 인력 및 경비지원'을 꼽을 수 있다. 이 중 상당수가 중앙정부와 광역시도, 시군구의 협업을 통해 이루어져야 함을 규정하고 있는 가운데, 유독 '대상자 관리' 영역의 여러 책무, 즉, '통합지원의 신청과 접수' '대상자 발굴조사(연 1회)', '종합판정 및 결과안내', '개인별 지원계획 수립', '대상자 상태 정기평가' 등은 시군구 지자체의 단독 의무사항으로 수행하는 역할로 규정하고 있다.

법이 규정하는 업무 운영 사항에 따라, 업무 흐름도를 그려보면 다음(그림 3-1)과 같다. 즉, 돌봄통합지원법은 이미 그 법률 안에서 통합돌봄 운영 체계와 제공되는 서비스 내용의 상당부분을 포함하고 있다. 다만, 각 운영 단계를 가능하게 하는 세부적인 운영 체계나 의무사항의 준수와 미준수에 따른 책임소재, 상벌 등의 내용 대해서는 현재 진행되고 있는 시행령에서 보다 자세히 규정되어야 할 것으로 보인다.



출처 : 장민선. (2024). 지역 돌봄 통합지원법의 의의와 지자체 역할. 2024년 의료·돌봄 통합지원 정책포럼 자료집, 국민건강보험, 19p.

▌그림 3-1▐ 돌봄통합지원법의 돌봄통합지원 업무 흐름

2 선도·시범 사업의 한계점과 개선 방향성

선도사업의 참여 실무자 및 연구자들이 도출한 선도사업의 한계점 및 개선 방향은 서울형 통합돌봄 전달체계를 구축할 때 매우 유의 깊게 살펴보아야 할 부분이다. 시범사업의 경우, 2023년 7월부터 시작되어 이제 일 년 남짓한 사업 기간을 넘기고 있어 그 성과와 한계에 대한 평가가 진행되고 있는 상태이다. 이에 반해, 선도사업의 경우, 2019년 6월부터 2022년 12월까지, 3년 여의 사업기간에 따른 사업평가 및 이에 대한 분석이 여러 연구자들에 의해 이루어졌다(정현진 외, 2022; 유애정, 박현경, 2022; 홍선미, 전준희, 하경희, 2022, 양난주, 2024 등). 평가 결과는 상당부분 시범사업에 반영이 되었거나 보건복지부의 재택의료센터 시범사업이나 방문진료수가 시범사업 등 제도적 개선 노력의 기반이 되었다. 제도적 지원 부분에서 가장 큰 성과 중 하나는 선도사업의 경험을 바탕으로, 2024년 3월에 돌봄통합지원법이 제정되었다는 것이다.

이렇게 선도사업의 성과와 한계점이 제도적 기반 구축에 상당부분 반영되고 있는 가운데, 선도사업의 실무적 운영에 있어서 개선사항으로 지적된 내용을 다시 검토해 보면 향후 서울시 통합돌봄의 사업 운영에 있어서 시행착오를 줄일 수 있는 여지가 있다. 여러 연구들이 선도사업의 성과와 한계 사항을 분석하고 있으나, 유애정, 박현경(2022)이 분석틀로 제시한 '대상자', '서비스', '전달체계', '재정'의 네 가지 측면에서 이를 정리해 보고자 한다. 이하 내용은 유애정, 박현경(2022), 정현진 외(2022), 양난주(2024)의 내용을 바탕으로 재구조화하였다.

① 대상자 측면

선도사업은 보건복지부가 지역자율형 사업으로 추진하면서 대상자와 관련한 기준을 정하지 않았고, 소득수준 등 기존의 선별 조건이 아닌 '돌봄필요도'를 우선 조건으로 설정하였다. 선도사업에 참여했던 상당수의 지자체가 돌봄과 관련한 지역사회 인프라를 구축하지 않은 상황이었고, 중앙정부가 사업비를 지원하였다고는 하나 제한된 양이었기에, 우선순위가 정해지지 않은 사업 진행은 실무 단위에서 상당한 혼란을 야기하는 요인이 되었던 것으로 보인다. 사업이 진행되면서, 연구결과와 모니터링을 통해 건강 상태를 기준으로 고위험군을 선별하는 노력이 추가되었고, 장애인 등에 대해서는 별도로 시범사업 (2022년, "탈시설 장애인 지역사회 자립지원 시범사업") 을 추진하면서 대상이 후기노인 중심으로 좁혀지는 양상을 보이게 되었다. 이러한 대상자의 우선순위와 관련한 혼란은 시범사업에서 대상자를 "요양병원(시설)

입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인" 으로 한정하는 배경이 되었다. 선도사업 및 시범사업을 경험했던 지자체 실무자를 통해 이러한 대상자 범위의 변경이 실제로 시범사업에서 사업 대상자를 발굴하고 서비스 제공의 효율성을 높이는 데 도움이 되었음은 확인하였다.

그러나, 돌봄통합지원법을 비롯한 지역사회 통합돌봄이 기본적으로 '돌봄이 필요한 모든 사람'을 대상으로 한다는 점은 지속적으로 고려될 필요가 있다. 또한, 서울시는 돌봄SOS를 통해 나이와 무관하게 긴급한 돌봄이 필요한 모든 서울시민을 그 사업 대상으로 하는 보편기반의 돌봄서비스를 운영해 온 경험이 있다. 선도사업과 시범사업의 경우 지역 기반의 돌봄제도가 전무하다시피 한 지역들에서 사업이 시작되었기에 대상자의 범위를 좁히는 전략이 유효할 수 있었을 것이다. 서울시는 돌봄SOS 뿐 아니라 현재 '동행센터'의 전신인 '찾아가는 동주민센터'에서도 노인과 영아를 대상으로 한 전수방문을 수행해 온 사업 경험이 누적되어 있다. 따라서, 대상자의 범위에 대한 고민의 지점이 기존의 선도 및 시범사업과는 다소 차별적이어야 한다. 다만, 보건복지부의 지역사회 통합돌봄 사업의 중점 목표가 '시설 입소의 방지 및 지연'이라는 점을 이해하고, 이에 따라 중점관리대상자와 예방관리대상자 등을 나누는 방식으로 사업 대상자를 나누어 적절한 접근 방식을 취할 필요가 있다.

② 서비스 측면

선도사업과 시범사업을 통해 기존 공적 돌봄제도, 즉, 장기요양이나 노인맞춤돌봄서비스 등이 커버하지 못하는 영역에서, 돌봄 필요를 충족하지 못하고 있는 대상자가 많다는 점이 확인되었다. 이들 대상자에 대해서 일부 지자체에서 지역 특화 사업을 통해 서비스를 보충적으로 제공하고 있었으나 서비스의 도달 정도나 충분성이 낮은 상황이었다. 특히, 장기요양 재가등급을 받게 되더라도, 1일 1회, 3시간 요양보호사의 가정 방문만으로는 기본적인 돌봄 필요를 충족하지 못하였다. 무엇보다 지역사회 통합돌봄이 목표로 하는 시설입소 지연이라는 목표에 도달하기 위해서는 요양보호사 중심의 단순 돌봄 제공 만으로는 부족하다는 지적이 많았다.

이러한 측면에서 의료 영역의 보다 적극적인 개입이 가능할 수 있도록 방문진료 및 방문간호 인프라를 확충할 필요성이 대두되었다. 이러한 분석결과를 바탕으로, 2022년에 제 1차 '장기요양 재택의료센터 시범사업'이 보건복지부와 건강보험공단의 주도로 시작되었고, 2023년 12월에 2차 시범사업, 2024년에 3차 시범사업이 진행될 예정이다. 장기요양 재택의료센터는 센터 내에서 의사, 간호사, 사회복지사, 재활치료사 등의 다직종 팀을 구성하여 센터 내에서 지역자원을 연계하는 등 실질적인 통합사례관리를 진행하도록 유도하고 있다.

둘째, 현 장기요양보험제도가 지급하는 서비스의 질이나 양적인 측면의 확대가 필요하다. 특히, 현재 신청에 따라 개별적으로 방문요양, 목욕, 간호, 주야간보호, 단기보호서비스 등의 서비스를 이용하는 방식을 넘어, 이용자 중심의 맞춤형 요양서비스가 종합적으로 제공될 수 있도록 장기요양 통합재가서비스를 안착하는 노력이 필요하다. 아직 시범사업의 형태로 운영되고 있으나 시범사업이 종료되고 전국적인 통합돌봄체계가 갖추어지기 시작할 때 수반되어야 하는 제도적 개선 방향으로 꼽히고 있다.

세 번째로 꼽을 수 있는 서비스 내용의 측면은 '퇴원환자 지원체계'를 수립하는 것이다. 선도사업 운영결과에서 의미있는 긍정적 결과를 낳은 지역은 퇴원환자에 대한 제도적 지원에 집중한 지역으로 꼽혔다. 퇴원환자를 효과적으로 지원하기 위해서는 퇴원 전에 포괄적인 계획을 세우고, 퇴원이후 기능이 회복될 때까지 의료적 처치를 받을 수 있는 중간집 등의 거주시설을 확보하고, 지역사회로 돌아갔을 때, 내원형이나 방문형의 의료서비스를 적시에 연계하는 것과 더불어 단기간 일상생활지원서비스를 제공하는 것으로 요약된다. 그러나, 퇴원환자 연계의 경우 해당 병원과의 밀접한 협업이 필요하고, 주거시설 인프라와 지역사회에서 퇴원 후 케어가 가능한 방문 의료·간호 인프라가 설치되어 있어야 하며, 이 모든 서비스 자원을 제때 연결할 수 있는 컨트럴 타워가 존재해야 점에서 통합돌봄 영역에서 고난이도에 해당하는 서비스라고 할 수 있다.

넷째, 전반적인 서비스 양이 절대적인 수준에서 부족하며 특히 주거지원 인프라가 매우 취약하다는 점이 지적되었다. 선도사업에 참여한 일부 지자체의 경우 케어안심주택의 보급을 목표로 LH와의 협업을 통해 매입임대주택을 고령자복지주택으로 운영하는 모델 등을 추진했지만, 실질적인 운영 사례가 극히 일부에 불과했다. 퇴원환자 연계에서도 언급된 중간집 등을 매입임대로 확보하기 위해서는 LH나 민간건설회사와의 협업이 밀접하게 이루어져야 하는데, 사업자의 자발성에만 맡기기에는 그 비용이 상당하기 때문에 제도적 장치가 반드시 마련되어야 한다. 특히, 이를 통합돌봄의 핵심 수행 주체로 설정하고 있는 시군구 단위에서는 실질적으로 풀어갈 수 있는 여지가 매우 적다. 시군구 단위에서 할 수 있는 주거 서비스는 일부 주거환경개선 사업 정도일 가능성이 높다. 최소 광역시도나 중앙정부에서 정책적 의지를 갖고 추진해야 할 영역으로 판단된다.

다섯째, 시범사업에서 초점을 맞추었던 대상이 "요양병원(시설) 입원 75세 이상 노인"이었으나 실제로 통합돌봄에서 중요한 대상군은 노쇠하기 전의 기능을 유지하고 있는 고령자라고 할 수 있다. 이들에 대한 예방적 관점의 보건의료서비스의 개입은 중장기적으로 시설입소를 지연할 수 있는 핵심 전략이다. 우리나라 65세 노인인구의 상당수가 만성질환을 갖고 있으나,

해당 질환들이 어느 정도의 의료적 개입과 생활습관상의 기준이 충족되면 상당 부분 '관리가능한' 기간이 늘어날 수 있는 질환들이라는 측면에서 예방적 보건의료 측면의 개입이 반드시 필요하다. 지금까지는 이런 역할을 주로 지역의 보건소에서 담당해 왔으나 보다 적극적이고 체계적인 접근이 필요하다고 볼 수 있다. 서울형에서는 복지실과 시민건강국 사이의 협업을 통해 보건소나 시립병원 건강돌봄 네트워크 등의 보건의료자원을 복지서비스와 연계하여 보다 입체적인 보건개입 전략을 세울 필요가 있다.

③ 전달체계 측면

통합돌봄 선도사업 및 시범사업의 전달체계 구축에 있어서 가장 신경을 쓴 부분은 시군구 본청 전담팀에 복지직과 보건직(간호직)을 공동 배치하여, 인력 구조에 있어서 보건-복지 협업을 실현하려고 한 것이다. 상당수의 선도사업, 시범사업 지역에서 국비지원을 통해 이러한 형태의 인력구조를 구성하기도 하였으나, 모든 지자체에서 전담인력을 확보하지는 못하였다. 읍면동의 통합돌봄창구를 운영하는 과정에서도 전담인력 부족의 문제가 장애요인으로 작용하였고, 기존 인력에 대한 과중한 업무 부담과 해당 인력의 통합돌봄에 대한 역량 교육의 문제가 함께 지적되었다. 통합돌봄 대상자를 위한 다양한 서비스를 연계 제공하기 위해서는 사회복지적 관점을 보유한 역량있는 실무자와 팀워크 기반의 논의구조가 가능해야 하는데 현재 상당수의 주민센터에서 이를 수행할 수 있는 인력이나 교육기회가 부재하다는 것이다.

시군구 본청 중심의 지역케어회의 운영도 실질적으로는 그 운영건수가 매우 적었다는 점에서 복합적 돌봄 필요에 대한 다학제적 혹은 다분야 연계의 복합적 접근이 제한적이었다는 평가도 있었다. 선도사업의 전체 통합돌봄 접수 건수 중 94%가 읍면동 케어회의에서 사례가 종결되었으며 시군구 단위에서 종합적 케어회의를 통해 사례가 논의된 경우는 6%에 지나지 않는 것으로 집계된다. 이러한 읍면동 단위 중심의 돌봄계획의 수립이나 서비스 제공은 시범사업에서 시군구 단위 본청의 역할을 강조하면서 다소 완화된 것으로 보인다. 특히, 의료 자원 연계에서 시군구에서 전담조직을 구성하여 조직적으로 관리하거나 (광주시 서구의 경우), 시군구 단위 전담조직과 보건소가 밀접하게 협업하거나(부천시의 경우), 지역 내 종합병원 내에 통합돌봄팀을 설치하여 시군구와 퇴원환자연계에 집중(진천군의 경우)하는 등이 본청의 역할을 주도적으로 설정하고 운영한 사례라고 볼 수 있다.

셋째로, 연계 서비스 등의 운영에 있어서 기존 공공참여자(건강보험공단, 보건소, 지역사회서비스원, 복지관 등)의 참여는 비교적 활발하게 이루어졌으나 민간 영역의 참여는 부진했던 것으로 분석되었다. 특히, 시범사업에서 중점을 두고 추진했던 지역 의료기관과의 협업은

일부 지역에서 의료복지사회적협동조합 기반의 재택의료센터를 파트너로 꾸준히 끌고 간 경우가 아닐 때, 민간의료참여자와 다양한 갈등을 경험하였다. 특히, 통합돌봄지원회의의 참여는 관련 수가가 마련되지 않은 상태라 의료진의 참여는 상당 부분 의료진 개인의 의지나 책임감에 의존하고 있었다. 다학제적인 팀을 이루고 있어야 선정될 수 있는 (사회복지직과 등록간호사의 채용이 필수적인) 장기요양 재택의료센터의 경우에도 사회복지직의 참여에 대한 수가가 전혀 마련되지 않아, 다학제 참여에 대한 현실적인 제도적 유인의 미흡함이 발견되기도 하였다.

④ 재정

선도사업과 시범사업의 경우 국비지원이 전제되었고, 지자체별로 자체 예산을 추가 편성하여 사업 운영에 필요한 다양한 서비스를 개발하여 제공할 수 있는 인프라를 일시적으로 확충할 수 있었다. 그러나 해당 인프라들이 국비지원이 종결된 후에도 작동가능한 수준으로 유지될 수 있는지는 의문이다. 실제로 인터뷰를 진행했던 선도사업 및 시범사업 담당자들은 지자체장의 강력한 의지가 없다면, 국비지원이 마무리 되는 단계에서 사업을 지속할 수 있는 실질적인 재원의 공백을 우려하였다.

이와 관련하여 학계와 지자체 실무자, 관련 전문가들 사이에 다양한 의견이 나오고 있다. 다음과 같이 크게 두가지 방향으로 정리된다. 첫째는 통합돌봄기금을 운영하는 방식이다. 즉, 중앙정부 차원에서 별도로 기금을 마련하여 통합돌봄을 추진하는 지방자치단체를 지원하는 방안이다. 실제로 현재의 돌봄통합지원법안 이전에 여러 국회의원들이 발의한 선행 법률 안에서는 이러한 형태로 재정을 마련하는 항목이 포함되어 있었다. 현 돌봄통합지원법에서는 재정 마련과 관련한 사항이 누락되어 있어서, 통합돌봄의 실질적인 추진동력이 부재하다는 비판을 받고 있다.

둘째는 장기요양보험재정에서 지역사회 통합돌봄을 위한 재정을 통합적으로 운영하는 방식이다. 실제로 서울케어 등 서울형 통합돌봄체계 구축에 참여했던 전문가를 중심으로 장기요양보험재정의 5% 정도는 지자체에 통합돌봄 서비스를 제공하기 위한 실비로 지원되어야 한다는 주장이 나오고 있다(이건세, 2024년 10월).

두 가지 방안 모두 중앙정부 단위에서 지역사회 통합돌봄의 재정적 마련을 책임지고 지원해야 한다는 점에서 공통적이라고 할 수 있다. 즉, '지역사회' 통합돌봄이라고 해서 지역사회 자원에 전적으로 맡기기에는 그 운영적 한계가 명확하다는 점이 선도사업 및 시범사업을 통해 밝혀진 점 중 하나라고 할 수 있다.

제4장

서울시의 공적돌봄제도 분석



Seoul
Welfare
Foundation
www.welfare.seoul.kr

제4장

서울시의 공적돌봄제도 분석

지금까지 돌봄통합지원법과 보건복지부 지역사회 통합돌봄 선도 및 시범사업을 살펴봄으로써 통합돌봄의 방향성을 살펴보았다. 서론에서 언급했다시피, 서울시의 통합돌봄 전달체계 설계를 위한 시간적 여유가 부족한 상황에서, 기존 제도의 강점 및 개선 사항을 파악하여, 이를 바탕으로 서울형 통합돌봄 전달체계의 모형을 구축할 필요가 있다. 따라서 구체적인 돌봄 관련 제도의 구조적, 운영적, 인력적 특성을 살펴보려고 한다. 또한, 서울시가 갖고 있는 일반적인 지역적 특성에 대한 개괄도 간략하게나마 선행될 필요가 있다. 유럽이나 일본, 우리나라의 돌봄통합지원법은 지역사회를 중심으로 지역적 특성을 바탕으로 지역사회에 걸맞는 전달체계를 구축하는 방향을 제시하고 있기 때문에 서울시가 통합돌봄 전달체계를 구축하는데 있어서 일반적인 강점과 약점 요인을 점검해 볼 필요가 있다.

1 서울시의 강점과 약점 분석

1) 서울시의 강점

① 정책적 경험의 축적

서울시는 이미 2015년에 '동주민센터 복지허브화' 계획과 함께 동 단위 기관에서 '찾아가는 동주민센터(이하 찾동)' 에 방문간호사를 배치하여 보건-복지를 통합하려는 정책적 시도를 시작하였다. 또한, 2018년에 동주민센터 내에 「돌봄SOS센터」를 설립하여, 지역사회 내 복지와 찾동의 방문간호·진료를 통합하고, 간호직 돌봄매니저 인력을 배치하여 실질적인 보건-복지 통합 서비스를 제공하려는 정책적 노력으로 이어졌다(김일호, 김정석, 손지현, 2024). 돌봄SOS는 2019년 시범사업을 통해 5개 자치구에서 시작되었고, 2020년에는 서울시내 전 자

치구로 확대하여 현재에 이르고 있다. 기존 행정적 업무 중심의 동주민센터는 '찾아가는 동주민센터'와 '동행센터', '돌봄SOS' 등을 통해 지역의 복지서비스 중심기관으로 전환되었다. 이 과정에 다양한 시행착오와 인력 운행상의 문제들도 겪고 있으나 이러한 경험들이 통합적인 돌봄서비스를 제공하기 위한 전달체계의 최전선(frontline) 으로 기능하는 데 큰 장점과 자산이 되고 있다.

복지서비스에서는 동주민센터 중심으로 제도를 시도해 왔다면, 보건서비스는 보건소를 중심으로 공공돌봄 제도를 시도해 왔다고 볼 수 있다. 보건소에서는 방문간호 사업 이외에도 '서울케어-건강돌봄(동행)사업' 등을 운영해 왔는데, 이는 의사와 간호사, 물리치료사, 영양사 등 다학제팀을 기반으로 한 방문진료 중심의 사업으로 '지역사회 통합돌봄'에서 강조하고 있는 의료-보건 연계의 좋은 예가 되고 있다.

이처럼 서울시는 이미 동주민센터 단위에 (서비스 운영 체계 및 내용에 한계가 있지만) 통합돌봄을 수행할 수 있는 전담팀과 인력을 배치하고, 돌봄이 필요한 시민을 대상으로 돌봄필요도를 사정하고, 계획을 세워, 서비스를 연계하거나 제공하고, 종결하는 서비스 운영체계를 경험한 적이 있다. 보건소에서도 지역 단위 주민들을 대상으로 예방적 보건 사업을 기획하고 실행하였으며, 서울케어를 통해 통합돌봄을 시험적으로 운영해 왔다고 할 수 있다. 일부 지역에서는 지역 시립병원과 퇴원환자 연계 사업을 진행해 오기도 하였다.

전문가들은 이와 같은 정책 경험이 서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위한 서울시의 가장 큰 강점이라는 의견을 모으고 있다. 따라서, 서울형 통합돌봄을 위한 전달체계의 설계는 이와 같은 제도 경험이나 인프라가 부재한 지역과는 차별성을 가지고 접근할 필요가 있다. 정책설계에 있어서 비용 효과성은 매우 중요한 요소이므로 기존 자원을 정확히 파악하여 해당 기반 위에서 활용할 수 있는 요소들을 추출하고, 최적의 조합을 찾아내기 위한 노력이 필수적이다. 따라서, 본 장에서는 서울시의 공공돌봄제도로 꼽히고 있는 동행센터와 동행센터 내의 복지2팀에서 운영하고 있는 돌봄SOS, 보건소에서 운영했던 서울케어-건강동행사업과 그 뒤를 이어 보건(지)소에서 지역 통합돌봄 사업을 실행하고자 준비하고 있는 건강장수센터의 사업개요와 제공 서비스 내용, 조직 구조 등을 살펴보도록 하겠다. 이를 통해, 서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위해 어떤 요소와 조직을 활용할 수 있는지 검토하여, 서울형 통합돌봄 전달체계의 모형을 구축하는 데 필요한 자료로 활용하고자 한다.

② 풍부한 연계 자원

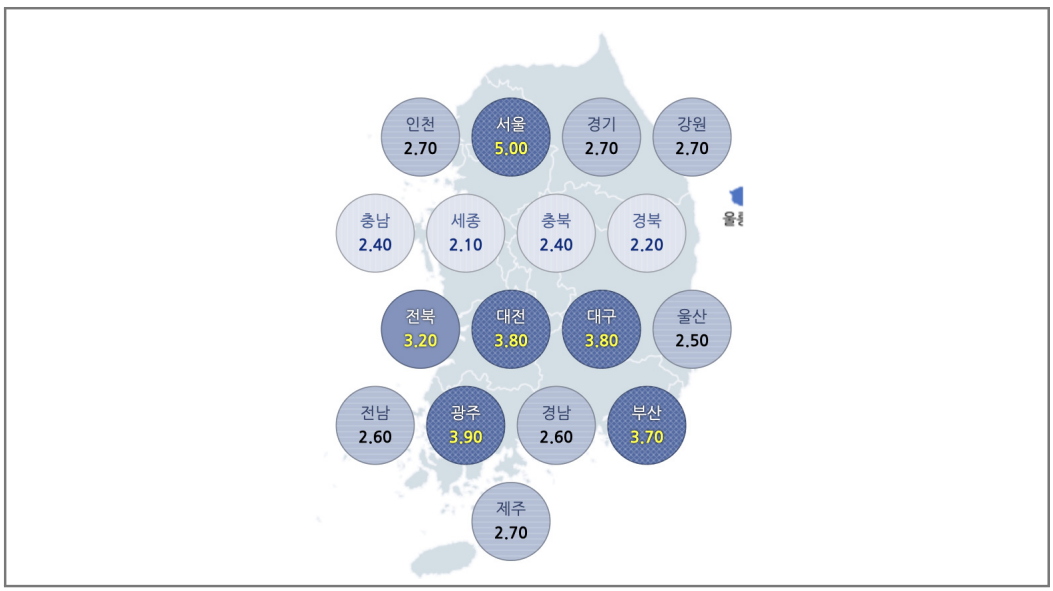
서울시는 복지 및 보건, 의료 영역에서 연계할 수 있는 자원이 풍부하다. 서울시에는 99개의

3종 복지관(종합사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관)이 구당 3~5개로 비교적 균질하게 설립되어 있으며, 상당수의 복지관들이 지역밀착형 사업을 활발히 펼치고 있다(안기덕, 2021).

서울시는 전국 광역시/도를 통틀어 가장 의료시설이 밀집된 지역으로, 2023년 기준 종합병원은 56개(병상수33,800개), 병원급은 228개(병상수 16,830개), 의원은 9,668개 (병상수 9,099개)에 달한다. 요양병원수는 108개 (병상수 20,304개), 노인전문병원 2개 (병상수 552개), 정신병원 12개 (병상수 2,455개), 치과의원 4,863개, 한방병원 85개 (병상수 5,250개), 한방의원 3,624개 (병상수 1,467개)로 집계된다(서울시, 2024, 서울시의료기관통계). 또한 지역사회 통합돌봄 영역의 주요 협력기관으로 평가받는 장기요양 방문간호센터와 장기요양 재택의료센터 등도 속속 세워지고 있다.

지역별로 인구 천명당 의료기관 종사 의사수를 살펴보면, 서울이 5명으로, 광주광역시 3.9명, 부산광역시 3.7명 등 광역시보다 1명 이상 많고, 경북 2.2명, 충남 2.4명 등 도단위와 비교해서는 2배 이상 많다(그림 4-1).

이 외에도 서울시는 돌봄과 관련하여 서비스 제공을 할 수 있는 사회적 협동조합이 2023년 기준 758개로 집계되는데, 이 중 48개를 제외한 710개 사회적 협동조합이 활발히 운영되고 있어 (운영률 94%) 지역사회 돌봄생태계 조성에 중요한 역할을 하고 있다(소셜임팩트뉴스, 2023.6.).



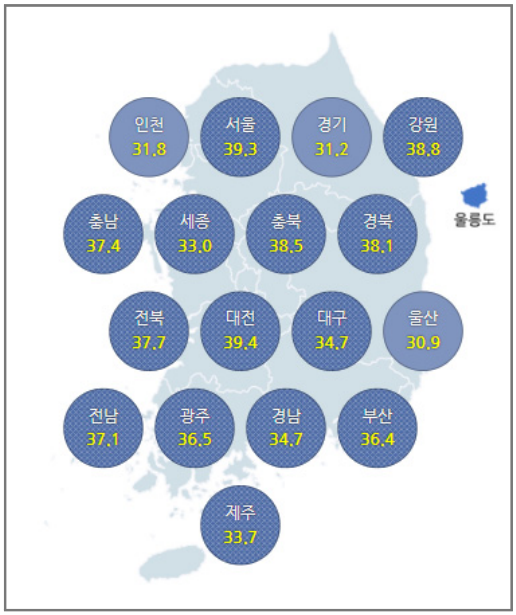
출처 : 통계청, 2024년, e-지방지표-건강-보건의료서비스

그림 4-1 인구 천명당 의료기관 종사 의사 수 (2023년 기준)

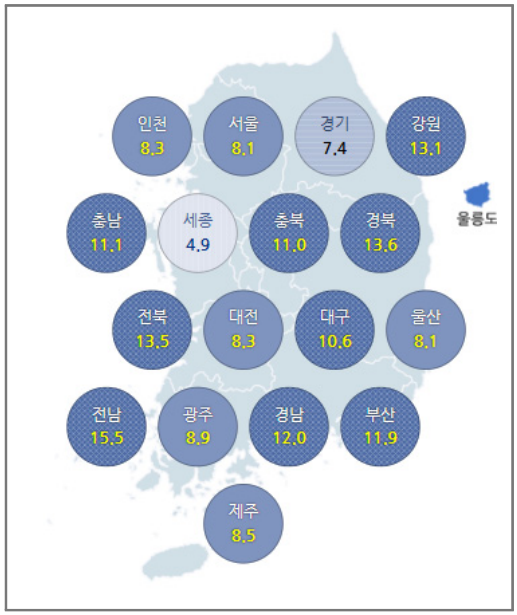
2) 서울시의 약점

① 사회적 고립 가구의 증가

2023년 기준 서울시의 1인가구 비율은 전체 가구의 39.3%로, 전국 평균인 35.5%보다 높고, 인근 지역인 경기(31.2%)나 인천(31.8%)보다 8% point 가량 높다(그림 4-2). 이는 상당수 젊은 층의 1인가구 비율이 높기 때문으로, 65세 이상 노인의 1인가구비율을 따로 살펴보면, 서울시가 8.1%로, 전국 평균(9.7%)보다 다소 낮은 수준이다(그림 4-3).



❙그림 4-2❙ 광역시도별 1인가구 비율



❙그림 4-3❙ 광역시도별 노인 1인가구 비율

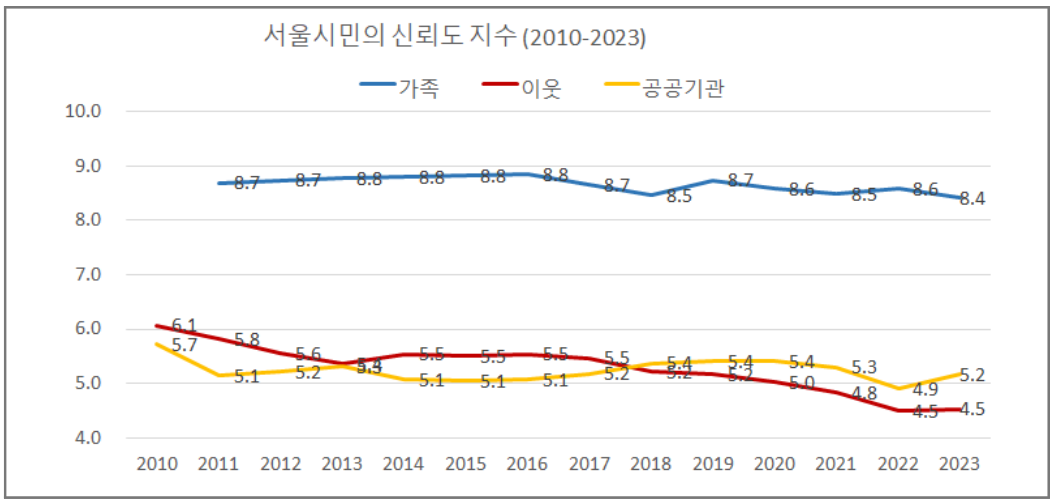
문제는 서울에 사는 1인 가구의 수가 지속적으로 증가하고 있는데, 단지 20~30대 젊은층의 1인 가구 뿐 아니라 60대와 70대 이상에서 1인가구 비율이 지속적으로 늘고 있다는 것이다. 서울서베이 결과를 분석한 연구결과(서울연구원, 2021)에 따르면, 서울의 1인가구 비율은 2017년에 31%에서 2021년에 35% 로 증가하는데, 이 중 60대의 1인가구 비율은 10.8%에서 12.5%, 70대 이상에서는 11.8%에서 13.3%로 증가하였다. 이는 가까운 미래에 돌봄이 필요한 독거노인의 수가 증가하고 있음을 시사한다.

또다른 문제는, 서울시의 중년 1인가구의 사회경제적 상황이 열악하여, 장기적인 관점에서 돌봄 수요가 감소하기 어려울 것이라는 점이다. 청년층이나 노년층 대비 중년의 경우 1인가

구의 비율은 상대적으로 낮으나, 중년 1인가구의 경제적 불안정성은 청년 1인가구나 노년 1인가구 대비 높은 것으로 나타난다. 예를 들어, 근로활동을 하는 1인가구 중 청년 1인가구의 89.3%는 상용직 근로자인 반면, 중년 1인가구는 68.4%만이 상용직이며, 부채에 대한 부담도 상대적으로 높았다 (서울연구원, 2021). 중년 1인가구는 사회적 고립감이나 외로움을 느끼는 비율도 타 연령층 대비 높게 나타나고 있다. 실제로 서울시에서 발생한 고독사의 상당수가 40, 50대 중년이었음을 고려하면 (송인주, 2020), 중년 1인가구는 서울시의 돌봄부담을 가중시키는 요인이 될 것으로 보인다.

② 사회적 신뢰도의 지속적 하락

서울시민의 사회적 신뢰의 추세를 2010년부터 2023년까지 추적해보면, '가족'에 대한 신뢰도는 높은 수준에서 비교적 안정적으로 유지되고 있는 반면, '이웃' 대한 신뢰도는 지속적으로 하락하고 있다. 2010년대 중후반 이후로 '공공기관'과 '이웃'에 대한 신뢰도는 5점 안팎으로 유사한 수준이었다. 그런데, 2020년대 들어, 공공기관에 대한 신뢰도는 어느 정도 안정적으로 유지되고 있으나, 이웃'에 대한 신뢰도는 2010년에는 6점대에서 2023년에는 4.5점으로 큰 폭의 하향세를 보인다 (서울열린데이터광장). 사회적 신뢰도는 공동체 의식이나 사회적 자본의 핵심적인 요소인데, 특히, '이웃'에 대한 신뢰수준이 추세적으로도 하락하고 있다는 점은 서울시가 지역역량에 기반한 자치적인 통합돌봄 체계 구축하는 데 어려움이 있을 수 있다는 점을 시사한다. (그림 4-4 참고)



출처 : 서울열린데이광장의 신뢰도 지수를 재구성함.

| 그림 4-4 | 서울시민의 신뢰도 지수 (2010~2023)

2 서울시 돌봄서비스 분석: 동행센터[6)]

1) 사업진행의 개요

서울시는 2015년 7월부터 '찾아가는 동주민센터' 1기를 시작하며, 기존 민원행정기관으로 기능하던 동주민센터를 현장을 지향하는 적극적인 공공서비스 센터로 전환시키는 계기를 마련한다. 복지 상담을 위한 복지플래너와 건강 상담을 진행할 방문간호사를 채용하는 등 인력을 확장하고, 주민자치를 활성화하고자 하였다. 2018년 12월 찾아가는 동주민센터 2기를 출범하면서 마을생태계의 구심점으로 역할을 확장한다. 65세 이상 노인과 임산부, 영아 가구 등의 전수 방문을 통해 위기가구를 발굴하고, 돌봄SOS의 안착을 통해 직접적인 돌봄서비스 제공의 기반을 마련한다. 2022년 10월에 민선8기 조직개편에 따라 찾동업무를 '약자와의동행추진단'을 통해 복지정책실로 이관하며 '동행센터'로 개편한다. 2023년 7월 「서울특별시 동행센터 운영 및 지원에 관한 조례」를 제정하면서 기존 「서울시 찾아가는 동주민센터의 지역사회보장 기능 강화에 관한 조례」는 폐지한다.

찾아가는 동주민센터가 동행센터로 전환하면서, 기존 65세 노인과 출산, 양육가정의 보편 방문 체계에서 위기가구를 발굴하고 복지플래너가 이들 가구를 집중 방문하여 관리하는 체계로 개편되었다. 건강취약계층에 대해 1차적 방문건강관리는 동행센터 방문간호사가 진행하며, 복합만성질환의 경우 다학제적 통합관리를 보건(지)소에서 제공하는 것으로 역할이 분담되었다.

2) 동행센터의 수행 역할 및 추진 체계

동행센터는 복지와 건강 서비스를 적절히 제공하여 지역사회의 복지 안전망을 제공하는데 그 목적이 있다. 특히, 복지플래너와 방문간호사가 협업하여 빈곤하거나 돌봄위기에 처한 복지사각지대를 해소하고자 한다. 지역주민을 대상으로 다양한 행정서비스를 지원할 뿐 아니라 복지상담전문관을 통해 복지서비스와 지역자원을 연계하여 제공함으로써 대상자 맞춤형 사례관리 역시 진행하고 있다.

---

6) 서울시복지재단, 2023년, 동행센터업무매뉴얼에서 요약, 정리함.

동행센터는 각 자치구, 서울시와 역할을 분담하고, 사안에 따라 협조 및 지원체계를 이루며 원스톱 통합복지 서비스를 제공하기 위한 기본 체계를 구축하고 있다(표 4-1 참고). 특히 구와 동은 현장에서 발생하는 상황을 상시소통하고 안건을 처리할 수 있는 창구를 마련하고 있다. 대표적으로, 구청장(혹은 부구청장)이 주재하는 월 1회 동장과의 소통회의, 자치구 동행센터 추진 관련 부서 과장, 팀장 등이 참여하는 연석회의, 복지와 건강 부서의 협력을 위한 복지정책과와 건강지원과(보건소) 팀장과 실무자의 업무회의를 상시 운영한다. 기타 논의 안건에 따라 동행센터 관련 구의 담당자와 동행센터 복지1, 2팀장이 참여하여 구와 동 사이의 소통회의를 개최한다.

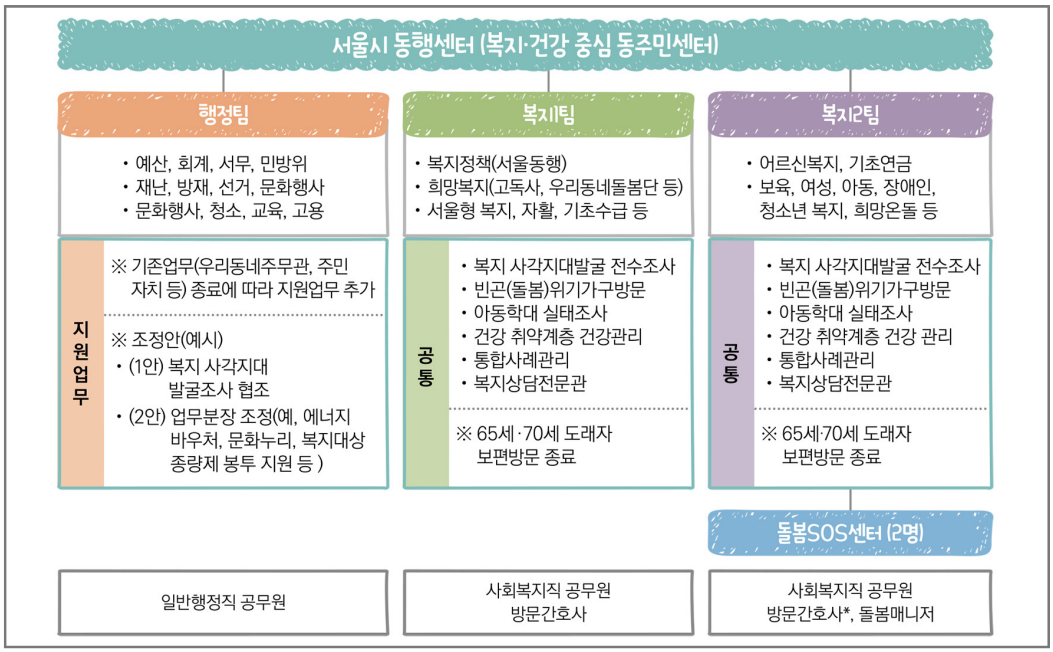
| 표 4-1 | 동행센터 시·구·동 역할 및 협업체계

구분	서울시		자치구	동주민센터
	안심돌봄복지과	서울시복지재단		
기획	• 기본(시행)계획 수립 • 모니터링 체계 구축, 성과관리 계획 수립 • 성과목표, 매뉴얼 총괄	• 시와 협조체계 구축 • 성과지표 개발 • 교육계획 수립 • 매뉴얼 개발	• 기본(실행)계획 수립	• 행정·복지팀 협업체계 구축
실행	• 인력관리(안전 포함) • 자치구·동 모니터링 (컨설팅 제공)	• 자치구·동모니터링 지원(컨설팅 제공) • 동행센터 교육 추진 (연중)	• 동별 모니터링 분석 및 개선 방안 마련 • 구 특성화 사업 수립, 추진	• 빈곤·돌봄 위기가구 발굴 • 통합복지상담 배치 (전담 또는 순환제 실시) • 사례관리 실시
평가	• 자치구 성과평가 추진 • 시민만족도 조사 총괄	• 시민만족도 조사	• 자치구 분야별 실적 관리	
기타	• 동행센터 자문회의 운영		• 공공·민간자원 연계 (지역밀착형 사회복지관) • 지역 복지공동체 조성	

출처 : 서울시복지재단, 2023년 동행센터업무매뉴얼, p. 12

3) 동행센터 조직 모형

동행센터는 크게 행정팀, 복지1팀, 복지2팀으로 구성된다(서울시 권고모형). 행정팀은 일반 행정직 공무원에 의해 회계 및 서무 등의 행정적 업무들이 배당되며, 복지 1팀은 사회복지직 공무원과 방문간호사가 배치되어 '복지 사각지대 발굴'을 위한 조사, 위기가구방문관리, 통합사례관리 등을 담당한다. 복지 2팀은 주로 돌봄과 관련된 욕구, 즉, 노인(기초연금) 및 장애인, 보육, 청소년, 여성 등을 관리하는데, 돌봄SOS가 복지2팀의 주요 업무가 된다. 복지2팀은 복지1팀과 마찬가지로 돌봄매니저라는 명칭의 사회복지직 공무원과 간호사로 구성되어 그 인력구성에 있어서는 1팀과 매우 유사한 형태를 띄고 있다. 다만, 돌봄SOS가 단기, 긴급한 돌봄욕구를 중심으로 직접적인 서비스를 집행하고 연계하는 데 초점을 맞추어 진행되기 때문에 복지1팀의 중장기 사례관리와 국민기초생활보장이나 차상위 중심의 복지정책 수행과는 다소 차별적인 업무를 하고 있다고 볼 수 있다. 다만, 동행센터에 따라 복지1팀과 복지2팀의 역할이 명확히 구분되지 않고, 복지1팀의 방문간호사가 복지2팀의 돌봄SOS 돌봄매니저 역할을 하는 등, 지역별 차이를 보이고 있다. 다음 그림(그림 4-5)은 동행센터의 일반적인 조직구조를 보여주고 있다.



출처 : 서울시복지재단, 2023년 동행센터업무매뉴얼, p. 26

| 그림 4-5 | 서울시 동행센터 조직 구조 및 역할 분담

복지1팀의 조직 및 인력 구조상의 문제점 중 하나는 '협력구조'로 그려진 복지1팀의 복지플래너와 방문간호사의 직급체계 및 소속이 다르다는 점이다. 복지플래너는 동주민센터에 소속된 공무원 신분이지만 방문간호사의 경우 대부분 보건소에 소속된 공무직이다. 즉, 한 팀에서 일하고 있지만 성과평가 등의 관리 주체가 다르다. 방문간호사는 보건소의 조직체계에 위치해 있기 때문에 동주민센터에서 일하고 있지만 보건소의 사업과 추진목표에 더 민감하다. 이러한 조직 구조는 만약 보건소와 구, 동주민센터의 추진 사업 사이에 간격이 발생할 경우 복지플래너와 방문간호사 사이의 협업을 조율하기가 어려워질 것이라는 점을 시사한다. 현재 동주민센터에 배치된 방문간호사의 직역 조정에 대한 논의가 계속되고 있는데, 통합돌봄의 전담 인력을 구성하는 데 있어서 이 방문간호사의 역할을 중요하게 고려할 필요가 있다.

인력 배치 상의 또 다른 문제점 중 하나는 복지1, 2팀 모두 복지업무를 전문적으로 담당하는 팀임에도 불구하고 해당 팀장들이 '사회복지직'이 아닌 경우가 많다는 것이다. 구 및 동주민센터에서 사회복지전담공무원의 상위직 비율은 매우 낮은 것으로 나타나고 있다(김이배, 2017). 이는 사회복지직이 주로 하위직을 중심으로 채용되고 업무에 비해 배치 인력수가 적은 상황 때문에, 승진까지 업무를 지속하기가 어려운 구조가 형성되기 때문으로 추측된다. 동주민센터가 점점 많은 복지영역을 담당하고 있는 상황에서, 사회복지직 상위직의 적절한 배치를 통해 보다 효율적인 조직운영이 이루어질 수 있도록 개선할 필요가 있다.

4) 동행센터 복지팀(복지상담전문관) 운영 흐름

동행센터 복지팀의 방문민원인 혹은 방문가구 상담 과정은 통합돌봄을 위한 전달체계의 필수 과정으로 검토해 보아야 한다. 해당 복지 상담 시 대상자에 대한 사회경제적 차원의 포괄적 정보를 획득하게 되는데, 이는 건강상태와도 밀접하게 관련이 되며, 특히 현재의 돌봄욕구뿐 아니라 미래 발생하게 될 돌봄욕구와 대상자의 대응 역량을 파악할 수 있는 기회가 된다. 예방적 차원의 보건 개입이 어떻게 진행될 수 있을지에 대한 사정도 이 단계에서 이루어질 수 있다.

① 민원인의 동행센터 방문시

동행센터를 내방하는 민원인은 동행센터의 복지직 공무원에 의해 응대와 종합상담을 받게 된다. 민원인의 기초정보(행복e음 등을 활용)를 데이터를 통해 확인하고, 질의를 통해 경제, 건강, 주거, 가족, 부양의무자, 사회관계망 등의 정보를 파악한다(대상자 정보 확인 단계). 이

어 상담을 통해 내방 주민에게 필요한 서비스를 확인하고 민원인의 특성에 입각하여 수급자, 차상위, 긴급지원, 바우처 등을 안내한다. 기타 고용 및 교육 프로그램 등에 대한 상담도 진행한다(복지상담 진행). 동행센터에서 제공할 수 있는 서비스는 자격조건 확인 후 직접 제공하고, 타 기관(국민건강보험공단, 사회복지관, 서울금융복지상담센터 등)에의 연계가 필요한 경우 타 기관 신청 구비 서류 및 절차와 담당자를 안내한다(연계 서비스). 이후 상담결과를 정리하고 시스템에 입력한다(행복e음 등).

이와 같은 상담-서비스제공으로 이어지는 흐름은 돌봄SOS를 비롯하여 지역사회 통합돌봄 선도사업, 시범사업에서 거의 공통적으로 진행되는 절차이다. 다만, 동행센터의 상담은 방문 민원인을 대상으로 복지서비스를 중심으로 수급의 자격을 판별하는 방향에 초점이 맞추어져 있다. 지역사회 통합돌봄의 경우 보다 건강 필요도를 중심으로 사정과정이 심화될 필요가 있다. 실제로, 이 단계에서 돌봄 관련 욕구가 있는 경우 복지2팀의 돌봄SOS로 '의뢰'가 되는 과정이 상당수 이루어지고 있다. 이 복지상담관과 돌봄필요를 전문적으로 사정할 인력(돌봄SOS의 경우 돌봄매니저)과의 협업의 프로세스가 서울형 통합돌봄 전달체계의 중요한 영역이 될 수 있다.

② 찾아가는 복지 상담 시

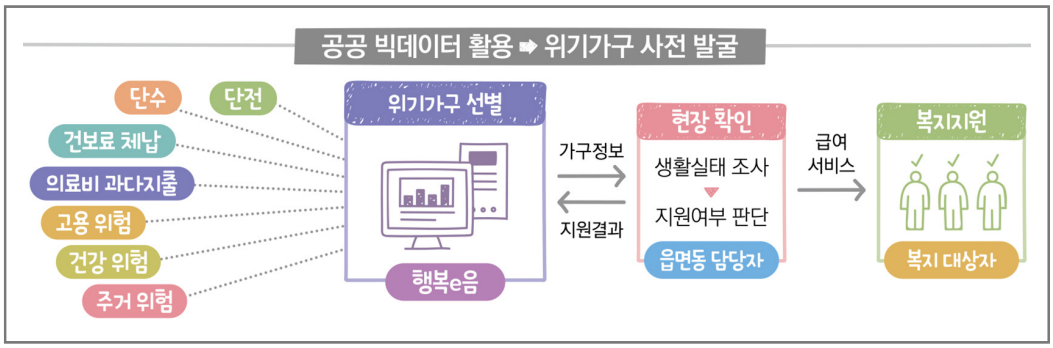
복지서비스의 신청주의의 맹점이 지속적으로 드러나면서, 복지사각지대를 발굴하고 취약가구를 지원하는 차원에서 방문 상담에 대한 필요성이 강조되고 있다. 특히, 서울시의 동주민센터는 찾동사업부터 방문을 통한 복지·건강 상담의 경험이 축적되고 매뉴얼이 정비되어 있다. 찾동에서 동행센터로 전환하면서, 행복e음이나 기타 공공데이타에 기반한 '위기가구' 선별이 진행되고, 해당 리스트를 바탕으로 동행센터 복지팀에서 방문 일정을 조율한다. 기존 가구에 대한 월별 정기 방문 대상과 다양한 통로로 의뢰되는 신규 대상자를 구분하여 차별화된 준비 과정을 거쳐 방문을 진행한다.

방문상담은 원칙적으로 2인 1조로 진행되며, 건강욕구 확인 시 방문간호사와 일정을 조율하여 함께 방문한다. 전입세대나 취약계층 신규 발굴세대는 되도록 통반장이나 발굴 의뢰자와 함께 방문한다. 신규대상자에게 '보건복지 통합서비스 신청 및 개인정보 제공 동의서'를 받는다. 방문기록지에 기초하여 건강상태, 경제활동, 주거형태, 관계망, 복지욕구 등을 확인한다. 방문과정에서 확인한 사항과 상담내용을 토대로 대상자가 표현하지 않은 욕구를 파악한다.

대상자가 받을 수 있는 복지서비스 정보(담당기관, 신청기준, 지원내용)를 제공하고 관련 신청서류를 안내한다. 복지급여 기준에 충족하지 않더라도, 경제적·정서적 어려움과 사회적 고립상황에 직면한 것으로 판단되는 대상자는 관련 지원기관에 연계되도록 안내한다.

③ 복지사각지대 발굴 조사

전수·보편 방문의 찾동 사업이 위기가구 선별지원으로 전환되면서 위기가구를 데이터에 기반하여 찾아내는 방안이 채택되었다. 단전, 단수 등의 요금체납을 포함한 44가지 종류의 데이터를 바탕으로 보건복지부에서 정기적으로 잠재적 위기가구 대상리스트를 해당 거주 지역 동행센터에 전달하고, 복지팀 담당자는 이를 바탕으로 현장확인을 진행하게 된다. 아래 그림(그림 4-6)은 빅데이터를 활용한 위기가구 발굴 과정을 요약한 것이다.



❙그림 4-6❙ 빅데이터를 활용한 위기가구 발굴 과정

지역사회 통합돌봄 선도 및 시범사업에서는 건강보험공단이 읍면동 혹은 시군구 실무자와 협력하여, 건강보험 빅데이터에 기반하여 지역 내에 '건강 위기' 대상자를 발굴하였다. 특히, 장기요양 등급관련 정보에서 기존 '등급외자', '재가등급자', '시설등급자' 정도로 구분되는 정보를 보다 세분화하여 통합돌봄 대상자 정보를 구축하는 데 협력하고 있다.

3 서울시 돌봄서비스 분석: 돌봄SOS[7)]

1) 사업진행의 개요

서울시는 2018년 6번의 「복지·돌봄소위」등의 의견수렴을 거쳐 '돌봄SOS센터 기본계획'을 수립하고, 2019년에 시범사업으로 5개 자치구를 공모하여 선정하였다. 2020년에 「돌봄SOS센터 전 자치구 확대 및 돌봄서비스 강화계획」을 수립하여 시행하였다. 모든 자치구에서 돌봄SOS센터를 설치하기 위한 추진단이 설치되었고, 2022년에는 서울시 425개 전 동으로 확대되어 신규 인력의 배치가 완료되었다.

돌봄SOS는 기존 제도를 통해 해결하기 어려운 긴급하게 발생한 일시적인 특성을 가진 돌봄욕구에 대응하여, 신청자 및 발굴 대상을 돌봄매니저가 방문 평가를 통해 사정하여, 맞춤형 돌봄계획을 수립하고 이에 따라 직접 돌봄서비스를 신속하게 제공하거나 관련 기관에 연계하는 것을 목적으로 한다. 동행센터 사업이 빈곤 위기가구를 중심으로 가능한 복지자원을 제공하고, 복지플랜 수립을 통해 위기에서 벗어나도록 지원하는 것이 목적이라면, 돌봄SOS는 일시적인 돌봄 필요를 현금지원이 아닌 직접적인 돌봄서비스를 통해 제공하고 중앙정부 및 지역사회 돌봄관련 자원을 연계하는 것을 목적으로 한다.

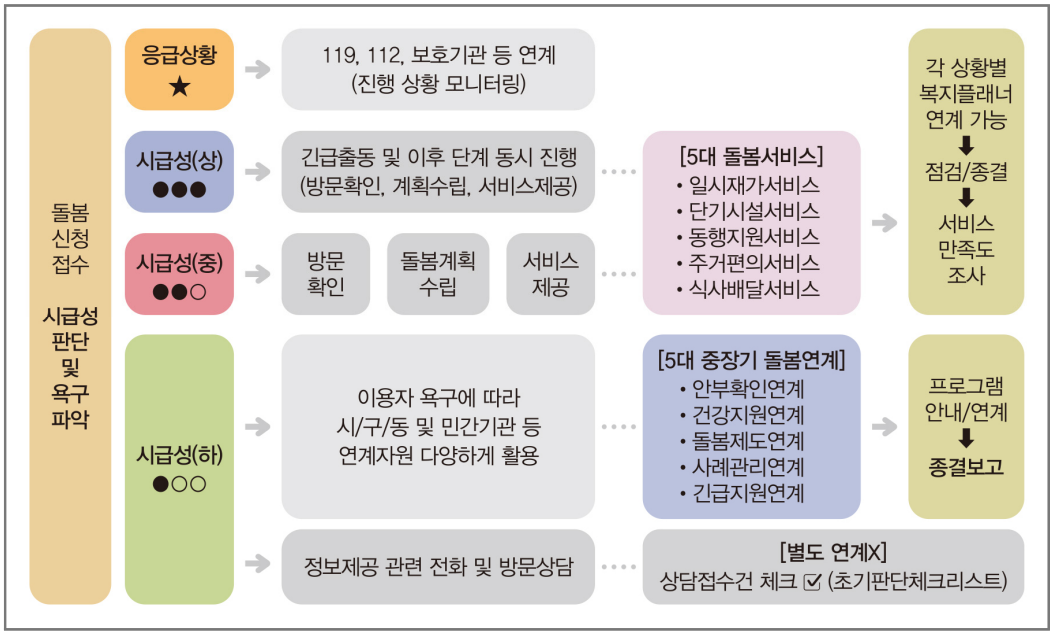
돌봄SOS는 '돌봄매니저'라는 직책 아래에 사회복지직과 간호직을 병행 배치하여, 복지수요와 건강 필요를 종합적으로 사정하여 적절한 서비스 조합(Mix)을 이루어 제공하도록 하였다. 구 단위에 '돌봄지원팀'을 설치하여 복지직과 간호직이 동 단위 사업을 총괄지원하도록 하였고, 동주민센터 내에 돌봄매니저 직급으로 사회복지직과 간호직이 병행 배치되었다.

2) 돌봄SOS 수행 역할

돌봄SOS는 돌봄신청접수에서 시급성에 따라 시급성이 높을 경우 5가지의 직접 돌봄서비스 (일시재가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사배달)를 제공하거나, 시급성이 상대적으로 낮을 경우, 5가지 연계 서비스(안부확인, 건강지원, 돌봄제도, 사례관리, 긴급지원)를 제공한다. 해당 돌봄서비스를 지역사회 민간자원(사회서비스원, 장기요양기관, 재가노인복지센터,

7) 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS운영매뉴얼,을 요약, 정리함.

사회적경제조직, 보건(지)소, 자원봉사단체 등)을 통해 제공하며 연단위로 종결 과정을 거치고, 직접 서비스 제공 시에는 서비스 만족도 조사를 실시한다(그림 4-7).



출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 37.

| 그림 4-7 | 돌봄SOS 제공 서비스 흐름도

돌봄SOS는 다음의 3가지를 기본 추진과제로 설정하고 있다. 첫째, 서비스 직접 제공으로, 시민이 원하고 필요할 때 돌봄서비스를 되도록 빠른 시일 내에 제공하는 것을 주요 과제로 설정하고 있다. 실제로 돌봄SOS의 운영현황을 살펴보면, 접수에서 방문까지 평균 1.5일, 방문에서 계획수립까지 평균 1.8일, 계획에서 제공까지 평균 13일이 걸리는 것으로 집계되고 있다. 즉, 돌봄서비스 신청이 접수되면 보통 2주 내외에 서비스 제공이 이루어지는 것이다. 반면, '일시적인 돌봄 필요'에 대응하기 때문에 1인당 연 지원금액과 횟수가 정해져 있다. 2024년 기준 제공 수가와 제공 횟수의 제한 등에 관한 정보는 아래와 같다(표 4-2).

표 4-2 돌봄SOS 제공 서비스 수가체계

해당 수가 적용 기간 2024.1.1.~12.31. 연간 1인 한도금액 1,600,000원

구분	수가기준	제공시간	이용한도	세부운영사항
일시재가 서비스	수가표 참고	24시간 (접수시간 아님)	연간 최대 60시간	• 기본수가(30분 16,630원) • 1일 이용 한도 금액(224,424원) • 1일 이용시간 8시간 이내 계획 권장 • 시간할증 고난도업무수가 교통비 no-show
단기시설 서비스	1일 70,500원	24시간 (접수시간 아님)	연간 최대 14일 *1일: 12시간 이상	• 12시간 미만 이용시 50% 감액 • 입소 기간 중 식대 전액 자부담 • 교통비
동행지원 서비스	1시간 15,800원 ▶인력 1인 기준	평일 09~18시 *필요시 시간할증 가능 가급적 업무시간 이내	연간 최대 12회	• 기본수가(1회 15,800원) • 필요시 2명 이상 배치 가능 • 비용지원(교통비 연간 12만원 이내) └, 연간 한도 금액 외 지원 사항 • 시간할증 고난도업무수가 교통비 no-show
주거편의 서비스			1인당 연간 이용 금액 한도 이내 *필요시 가구 기준	• 기본수가(1회 15,800원) • 필요시 2명 이상 배치 가능 • 비용지원(재료비 연간 15만원 이내) └, 연간 한도 금액 외 지원 사항 • 시간할증 교통비(+출장비) 재료비 no-show
식사배달 서비스	1식 9,400원 ▶ 배달비 포함	평일 09~18시	연간 최대 30식 *1개월 이내 서비스 완료 권장	• 식수 및 배송 주기 조정 가능 • 수가 내 제조·배달비 구성 자율 • 배달업체 별도계약 활용 가능

출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 38

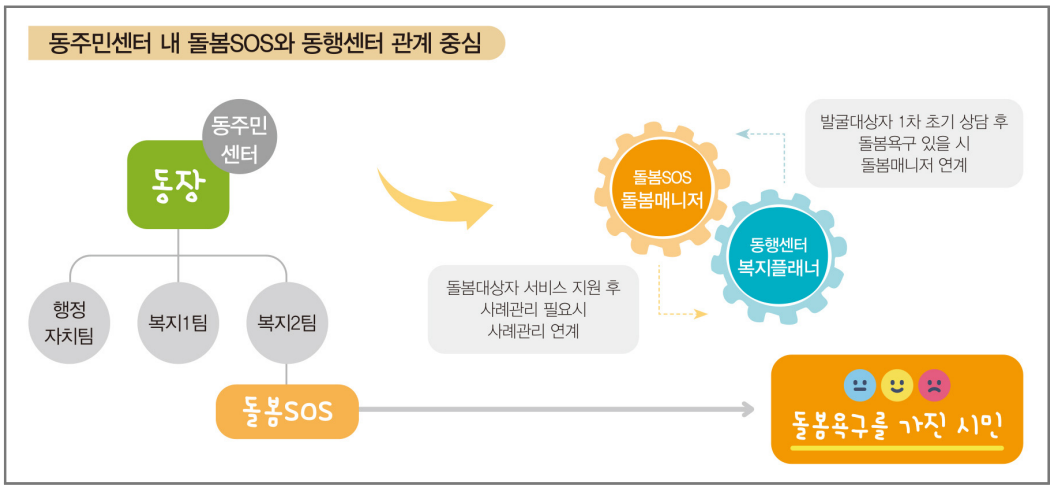
둘째, 돌봄SOS는 돌봄이 필요한 모든 시민이 이용할 수 있도록 '보편 제공'이 원칙이다. 즉, 연령이나 소득 수준 등이 서비스 수급여부를 결정짓지 않는다. 다만, 중위소득 100%이하의 경우 서비스 비용이 전액 지원되는 반면, 100% 초과 가구의 경우 슬라이딩 방식 없이 서비스 비용을 전액 부담하게 된다. 실제 서비스를 받은 대상(2023년 기준)을 분석해 보면, 국기초 수급자 및 차상위계층이 전체 대상의 74.2%를 차지하고 있으며, 기준중위 소득 100%를 넘는 가구 구성원은 1.1%에 지나지 않아서, 실질적으로 보편 서비스라고 보기에는 무리가 있다. 연령기준에 있어서도, 내부적으로 50세 이상 연령층을 우선 대상자로 보고 있어서, 실제 서비스를 받은 대상자의 연령대를 분석해 보면 50대가 9.8%, 60대가 23.3%, 70세 이상이 64.7%에 이르는 등 고연령층 중심의 서비스라고 볼 수 있다.

셋째, 지역사회 통합돌봄을 구현하기 위한 서비스 '통합제공'이 주요 과제로 설정되어 있다. 특히 보건소 건강돌봄서비스와 연계가 내재화되어 있고, 장기요양, 노인맞춤돌봄서비스

등 중앙정부 돌봄제도와의 연계도 매뉴얼화 되어 있으며, 서울시내 12개 상급병원과의 업무협약으로 퇴원환자 연계서비스를 진행하고 있기도 하다. 이렇게 지역사회 자원 혹은 중앙정부 사업과 연계 경험의 누적이 서울형 통합돌봄의 주요 실행자(executor)로서 돌봄SOS를 주목하고 있는 이유이기도 하다. 다만, 통합돌봄의 연계 역할에 있어서는 지역사회 의료자원과의 연계에서 다양한 한계점을 노출하고 있는데 이에 관해서는 다음 장에서 보다 자세히 논의하기로 한다.

3) 돌봄SOS 조직 모형

위에서 살펴본 동행센터의 조직구조에 돌봄SOS는 동행센터의 복지2팀에 위치해 있다. 즉, 돌봄SOS는 기본적으로 동행센터의 하위 조직이기 때문에 동행센터 복지1팀의 사회복지직인 복지플래너와 방문간호사와 밀접하게 협업하는 구조라고 볼 수 있다(그림 4-8 참고). 즉, 돌봄욕구를 중심으로 복지1팀의 복지플래너가 복지2팀의 돌봄매니저에게 의뢰하기도 하고, 돌봄SOS를 통해 의뢰된 대상자의 복지욕구와 수급조건 등을 확인하기 위해 돌봄1팀의 복지플래너에게 의뢰하기도 한다.



출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 17

▌그림 4-8▐ 돌봄SOS의 동주민센터 내 위치

돌봄SOS의 돌봄매니저 중 간호직은 돌봄SOS센터 운영을 위하여 채용한 공무원으로, 복지1팀의 방문간호사가 대부분 보건소 아래 공무직으로 활동하는 것과 차별적이다. 이 두 직역의 역할과 지위, 협업의 문제 등은 통합돌봄 전달체계에 있어서 매우 중요한 지점으로 지적되고 있다. 다음은 돌봄SOS에서 정리한 복지1팀의 방문간호사와 복지2팀의 돌봄매니저 간호직의 차이를 정리한 것이다(표 4-3).

| 표 4-3 | 돌봄SOS 간호직(돌봄매니저)와 동행센터 간호직의 차이

구분	간호직 돌봄매니저	동 방문간호사
소속	**동주민센터**(동장)	**보건소**(보건소장)
업무범위	**돌봄이 필요한 지역주민 전체** 대상	**빈곤·위기가구** 중심 방문
주요업무	〈돌봄서비스 연계, 조정, 사후관리 중점〉 • **돌봄매니저로서** 대상자의 건강 욕구 판정, 서비스 지원여부 결정 및 판단 • 보건＋복지＋의료 **통합적 돌봄계획 수립** • **서비스 제공기관 연계** 등 서비스 신청	〈직접적인 건강서비스 제공, 발굴 중점〉 • 포괄적 건강평가에 따른 맞춤형 건강관리 • 건강취약계층 어르신 건강관리 (1인 가구, 고독사 위험군, 폐지수집)
의료행위	기본적 **의료행위** ○ (혈압·혈당체크 등)*	기본적 **의료행위** ○ (혈압·혈당체크 등)
기타권한	복지시스템(행복e음, 생복통 등) 대상자 정보 확인 등 **권한 부여 가능**	복지시스템(행복e음) 대상자 정보 등 **접근제한** (※ 생복통 접근 가능, 보건·의료 관리시스템(PHIS) 등록 권한 부여)

출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 21

위의 표에서 알 수 있듯이, 돌봄매니저와 방문간호사는 '간호사'라는 같은 직역에도 불구하고 소속과 업무범위 등에서 차이를 보이며, 정보열람권에서도 차이를 보인다. 돌봄SOS의 돌봄매니저가 행복e음 등의 복지정보시스템은 열람이 가능하나, 방문간호사는 해당 열람권이 제한되어 있고, 건강정보와 관련한 보건의료 관리시스템(PHIS)에 방문간호사는 열람 및 등록 권한이 부여 되어 있으나 돌봄매니저의 간호사는 열람권이 제한되어 있다. 실제 채용 인력의 성격에 있어서, 돌봄매니저 간호직들이 비교적 최근에 채용된 인력으로 연령이 낮고 경력이 짧은 반면, 방문간호사들은 방문간호사업이 시작된 2015년 무렵에 채용된 이후로 10년 가까운 경력을 갖고 상대적으로 연령이 높으며, 해당 지역주민에 대한 정보가 풍부하다는 특징이 있다. 그러나, 지위에 있어서 방문간호사들은 대부분 무기계약직 중심의 공무직인 데 반해, 돌봄매니저 간호사들은 공무원 신분이라는 차이와 근무평가 기관이 다르다는 점 등의 요인이 합쳐져 지역 내 협업 다이나믹이 원활히 이루어지지는 않고 있는 것으로 파악된다.

4) 돌봄SOS 운영 흐름

서울시의 25개 구에는 동주민센터 내 돌봄SOS를 총괄관리하고 지원하는 복지과 내 돌봄지원팀이 존재한다. 보통 팀장과 돌봄매니저 2~5명으로 구성되는데, 구청 내 돌봄지원팀에서는 다음과 같은 업무를 총괄한다(그림 4-9).



출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 19

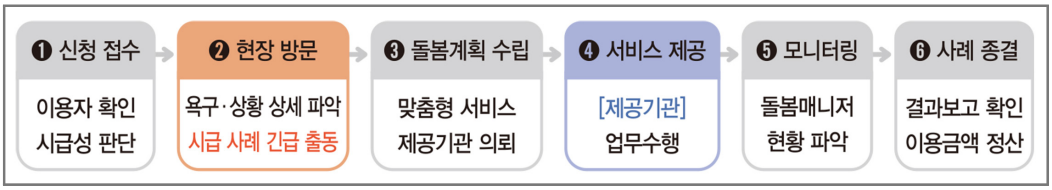
▌그림 4-9▐ 돌봄SOS 구단위 업무 운영 내용

위의 그림에서 알 수 있듯, 구 단위에서는 돌봄SOS 운영을 총괄 관리하고 지원하는 역할을 주로 하고 있다. 돌봄SOS는 구 단위 지원조직과 동주민센터 단위 돌봄매니저들사이에 업무의 여러 단계에서 지속적으로 협의를 하도록 규정하고 있다. 예산과 인력, 지역자원의 계약 등에 관해서는 구 단위에서 실시하고 이를 동 단위에 내리고, 동주민센터에서는 이를 받아 실제 사업을 진행하는 방식을 취하고 있으나, 단계별로 예외사항이나 고난이도 사례의 경우는 구와 동 단위에서 정기적이거나 비정기적인 협의를 하고 있고 이러한 협력 체계는 서울형 통합돌봄의 실행에 있어서 중요한 과정이라고 할 수 있다.

동주민센터 돌봄SOS팀은 2024년 하반기를 기준으로, 모든 구에서 복지직 1명과 간호직 1명의 돌봄매니저를 배치하고 있는 것은 아닌 것으로 나타나고 있다. 그러나 대부분의 경우 돌봄매니저로서 복지직은 배치되어 있으며, 간호직은 동행센터 내 방문간호사가 돌봄매니저로 활동하고 있는 경우가 있는 것으로 보고되고 있다. 동주민센터의 돌봄매니저가 담당하는 일은 다음과 같다.

- 돌봄SOS수행을 위한 이용자 개인별 업무절차 진행
- 서비스 이용자 개개인에 대한 단기사례관리
- 업무서식을 활용한 업무 추진 및 진행 내역의 전산시스템 입력 등 사업실적 관리
- 시민들의 돌봄 욕구에 대한 정보상담 제공 (단순안내 및 기초상담 진행)
- 서비스 제공기관 관계 구축과 상호 의사소통 진행
- 동 또는 자치구 단위 의사결정 필요사항에 대한 안건 구성과 결정사항 반영 진행

동주민센터의 돌봄매니저는 [그림 4-10]의 업무를 주도적으로, 대부분의 경우 단독으로 수행하고 있다.



출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS운영매뉴얼, p.20.

▌그림 4-10▐ 돌봄매니저 운영 내용

동주민센터 단위 돌봄매니저들이 수행하고 있는 역할을 통합돌봄에 있어서도 매우 중요한 역할로 판단된다. 돌봄과 관련하여 신청과 접수의 단일창구로서 역할을 수행하고 있으며, 복지직과 간호직의 병행 현장방문을 통해 통합적 사정을 진행하고 있다. 현장방문 결과를 토대로 돌봄계획을 수립하고, 이를 직접서비스와 연계서비스로 나누어 다양한 기관이나 자원과 연계를 진행하고 있다. 무엇보다 이 팀은 '돌봄서비스'에 특화된 전담팀이다. 이러한 요소는, 현재 돌봄통합지원법이 규정하고, 지역사회 통합돌봄 선도사업 및 시범사업에서 주요하게 추진해오고 있는 핵심 요소들이다. 따라서, 돌봄SOS는 서울형 통합돌봄 전달체계의 구축에 있어서 적절한 출발점이 될 수 있다. 이 바탕으로 돌봄통합지원법에서 규정하고 있으나 돌봄

SOS가 아직 갖추고 있지 않은 요소를 분석하여, 서울형 통합돌봄 전달체계의 안으로 발전시킬 수 있다. 해당 작업은 이어지는 장에서 구체적으로 논의하도록 하겠다.

4 서울시 돌봄서비스 분석: 서울케어-건강돌봄사업[8)]

1) 사업진행의 개요

'서울케어-건강돌봄사업'은 서울시 시민건강국의 기획으로 2018년도부터 '건강과 돌봄 영역에서 복합적인 욕구를 가지고 있는 주민이 지역에서 자립적으로 생활할 수 있도록 지원'하기 위해 시범운영을 시작하였다. 서울케어-건강돌봄사업은 지역보건소를 중심으로, 지역사회 유관기관 (동주민센터, 1차의료기관, 시립병원 등)으로부터 복합만성질환자, 의료기관 퇴원환자 등 건강고위험군을 발굴하여, 다학제팀이 복합적인 건강돌봄서비스를 제공하는 것을 사업의 개요로 한다. 건강돌봄사업 서비스는 돌봄SOS의 운영체계와 유사하게 크게 '직접서비스 제공'과 '지역서비스 연계'로 구성된다. 직접서비스는 질환교육 및 합병증 예방관리, 영양집중관리, 재활운동관리, 경증우울관리, 중복 약 평가 및 복약관리로 구성된다. 연계서비스는 동주민센터와 보건소 등의 지역자원연계가 포함된다.

서울케어-건강돌봄사업은 동주민센터의 방문보건사업의 미비점을 보완하기 위한 방안의 하나로 시작되었다. 특히, 노인을 대상으로 다학제적 의료접근이 필요하다는 논의 하에 2016년부터 서울형 안심돌봄 건강관리서비스 제공 전달체계 마련을 위한 논의(TF)가 시작되었고, 2017년 11월에 '어르신 만성질환 안심돌봄 건강관리서비스 추진계획'을 수립하였다. 2018년 7월에 4개 자치구(성동, 노원, 은평, 관악)를 시범 운영 자치구로 선정하여 시작하였으며, 2019년에 6개 자치구가 추가로 참여하였다. 2019년 7월에 「건강돌봄서비스 운영 및 지원에 관한 조례」가 제정되어 법적 기반을 갖추었다. 2020년에 5개 자치구가 추가로 참여하여, 15개 자치구로 확대되었다. 2020년에 사업 대상자를 지원대상과 집중대상으로 구분하여 지원하기 시작하였다. 2024년 현재 18개구가 참여하고, 2025년에는 22개구로 확대할 예정이다.

8) 서울시공공보건의료재단 (2023). 「2023년 서울특별시 어르신건강동행사업 안내서」와 서울시공공보건의료재단 (2022). 「서울케어-건강돌봄사업 성과연구」,에서 요약, 정리함.

건강동행사업은 2022년까지 서울케어-건강돌봄사업으로 진행되었는데 사업 평가 등을 기반으로 다음과 같은 개선방향이 도출되었다(표 4-4). 이를 바탕으로, 2023년부터 보건(지)소를 거점으로, 민관협력 포인트로는 '동네의원'을 설정하고 '(어르신) 건강동행사업'으로 명칭을 바꾸어 운영되고 있다.

| 표 4-4 | 2022년 서울케어-건강돌봄사업 성과평가 및 개선안

차원	문제의식	개선방향
조직적 측면	방문기반 지역사업 간 유사 중복 및 연계체계 개선	• 보건지소를 중심으로 조직 재구성 • 인력 조정을 통한 인력 효율화
지속성 측면	대면(방문) 중심 사업 추진으로는 서비스 범위 및 수혜 대상에 한계 존재	• 디지털 헬쓰케어 기술 접목 → 비대면 서비스를 결합 운영
민관협력 측면	민간부분 협력체계 구축 애로	• 지역일차의료기관의 역할 강화 → 민간-공공 역할 분담 및 상생체계 마련

출처 : 서울시공공보건의료재단, 2022년 서울케어-건강돌봄사업 안내서

2024년 사업비는 자치단체 경상보조금으로 시비 60%, 구비 40% 로 책정되어, 총 34억 8천만원이다. 2024년 18개구 참여를 기준으로 했을 때, 구당 1억 9천만원 정도 수준이다.

2) 서울케어 - 건강돌봄사업 내용

2023년부터 '건강동행사업'으로 명칭을 바꾼 서울케어 - 건강돌봄 사업은 지역사회 일차의료기관이나 시립병원 혹은 동주민센터(동행센터), 지역사회복지관 등에서 건강돌봄이 필요한 대상자를 의뢰했을 때, 의사와 간호사, 재활치료사, 운동사, 영양사 등의 다분야 전문가들로 이루어진 팀이 의뢰된 대상자를 종합적으로 사정하여, 대상자 맞춤형 건강관리서비스를 제공하는 것을 기본 사업 내용으로 한다. 최소 방문관리 4회, 유선관리 4회가 주 1~2회 단위로 제공된다. (이후 명칭은 최근 명칭을 따라 '건강동행사업'으로 칭함.)

건강동행사업의 특징은 타 조직의 다직종이 '연계'하여 서비스를 제공하는 방식이 아니라 다직종을 동일 팀으로 묶어 팀웍이 직접적으로 가동하도록 한 것이다. 돌봄SOS나 동행센터에서 복지와 보건을 연계하기 위해 복지직과 간호직을 병행 배치한 것과 같은 맥락이다. 건강동행사업에서는 '의사'와 '영양사', '물리치료사/운동사' 등으로 직종을 확장하여 배치하였다는 점에서 사회복지사와 간호사를 배치한 돌봄SOS보다 의료적인 측면에서 진일보한 조직체계를 갖추고 있다. 이를 통해 보다 효과적인 통합돌봄의 형태를 갖추었다고도 할 수 있다.

서비스 항목별 구성은 크게 의료상담, 방문재활, 영양관리로 구성되는 '직접서비스'와 재택의료와 정신상담, 복지상담이 포함되는 '연계서비스로 나뉜다(표 4-5 참고).

| 표 4-5 | 건강동행팀 제공 서비스 항목별 내용

구분			서비스 항목	서비스 내용
직접서비스	1	의사/간호사 상담	치료계획의 관리 및 평가	환자의 회복과 의학적 안정성을 위해 필수적인 서비스들의 복합적인 평가 및 관리를 시행하도록 함.
			교육 및 훈련	환자/ 환자보호자/ 간병인에게 질병 또는 상처에 필요한 치료법등 교육 및 훈련
			복약지도	다제약물관리 및 환자의 상황, 약물 복용법, 약물 부작용 등
	2	방문재활	물리치료	관절가동범위, 근력, 지구력, 운동능력 등 재활상태의 주기적인 평가 및 운동교육 실시, 보행훈련 등
			작업치료	재활 필요성 주기적 평가 및 기능회복을 위한 일상생활동작훈련 실시, 보조기 착용 등 적응훈련 등
	3	영양관리	식습관 평가	식생활 환경 조사, 영양관리 교육
			보충영양식 제공	영양죽, 보충영양식 제공
연계서비스	4	재택의료	튜브 교체	비강삽관, 경피관(위루관, 장루관)의 교체, 관리 등
			흡인	비강인두, 기관 흡인 등
			상처치료	궤양, 화상, 욕창, 열린상처 치료
	5	정신상담	노인우울	우울, 자살 경향성 등 정신건강문제 정신건강복지센터 연계
			인지장애	치매예방 상담, 조기검진 등 치매안심센터 연계
	6	복지상담	돌봄 SOS 서비스	일시재가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사지원, 안부확인 등
			복지 상담서비스	장기요양 등급 신청, 질병상태, 돌봄필요, 집안환경, 경제적 상태, 병원 치료비, 사회심리적 요소평가, 보장구 지원 등 지역사회 연계

출처 : 서울시공공보건의료재단, 2024년 어르신 건강동행사업 안내서, p. 31

이렇게 실질적으로 전문가가 한 팀 내에서 활동한다는 점에서 시너지가 발휘될 것으로 기대되나, 팀 내에 참여한 인력 중 보건소 소속의 간호사를 제외하면 참여하는 거의 모든 인력이 겸직이거나 기간제로 보고되고 있다. 2022년 서울시공공보건의료재단의 건강돌봄사업 성과연구보고서에 따르면, 2021년에 건강돌봄사업으로 채용된 인력 88명 중 정규직은 15명이

었는데, 이 중 13명은 겸직으로, 건강돌봄사업을 전담하는 정규직 인력은 2명이 채용된 셈이다. 이러한 인력 구조는 팀단위 활동이 지속적이기보다는 계약 단위 기준으로 한정될 가능성이 높음을 시사한다고 볼 수 있다.

또한, 사업비의 한계(구당 2억 미만)로 인해 실제로 도달하는 서비스 양이나 대상이 제한적인 점 역시 한계로 꼽힌다. 건강돌봄사업이 2019년 사업을 시작한 이래로 2021년까지 3년간 누적된 등록 대상자가 1,205명 정도이다. 대부분이 2021년에 사업을 본격 가동하면서 증가한 것인데, 참여한 보건(지)소당 평균 67명 정도에 해당되는 숫자이다. 이는 아직 사업에 대한 인지도가 높지 않아 주로 발굴에 의존하고 있기 때문인데, 애초 사업의 의도와는 다르게 동네병의원보다는 주로 동행센터의 방문보건사업을 통한 의뢰비율(52%)이 높은 것으로 나타난다. 2021년에 실제로 케어플랜을 수립한 실인원은 총 460명, 구당 평균 29명 정도로 나타나고 있다.

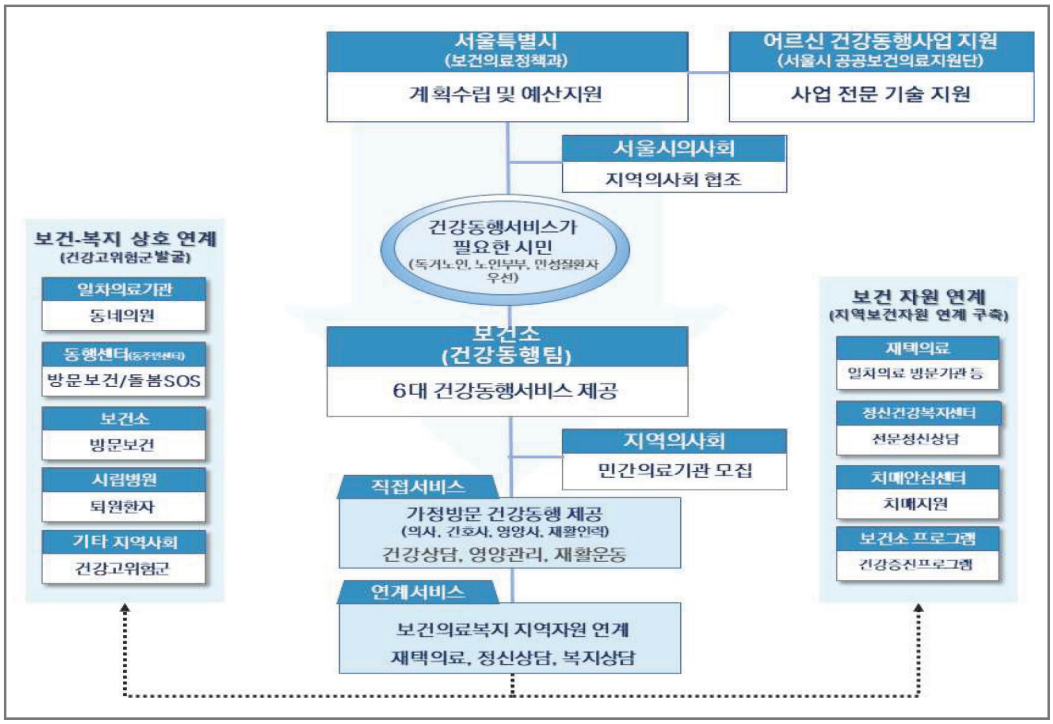
이렇게 서비스 수급자수는 제한적이지만, 일단 건강동행사업 등록 대상자의 건강상태 개선율이나 만족도는 매우 높게 나타나고 있다. 예를 들어, 흡연이나 음주 등의 생활습관 개선율은 흡연은 56%, 음주는 89%에 달하고 있다. 기타 우울증이나 자살경향성, 영양상태 등의 개선율도 높게 보고된다. 서비스 만족도도 2019년과 2022년까지의 4개년도 평균 점수가 96점(100점 만점)에 이를 정도로 높은 만족도 수준을 보이고 있다.

3) 건강동행사업 조직 모형 (추진 체계)

건강동행사업은 서울시 시민건강국 산하 보건의료정책과에서 계획을 수립하고 예산을 지원하며, 공공보건의료지원단에서 사업 전문 기술 지원을 하고 있다. 보건(지)소의 건강동행팀을 중심으로, 소득수준에 관계없이 서비스가 필요한 시민 모두를 대상으로 한다. 건강고위험군을 동네의원이나 동행센터, 시립병원 등에서 발굴하여 의뢰를 받거나, 대상자들을 다시 지역사회 의료나 보건자원과 연계하기도 한다. 다학제팀인 건강동행팀이 직접 방문하여, 건강상담, 영양관리, 재활운동 등의 직접서비스를 제공하거나, 지역사회 의료자원(재택의료센터)이나 보건자원(정신건강복지센터, 치매안심센터, 보건소 건강증진프로그램), 복지자원(동행센터, 돌봄SOS 등)에 연계하기도 한다.

각 자치구에 건강동행 전담팀을 전문인력 5명에서 10명사이로 구성하는데 이때 필수인력으로 의사, 건강매니저(간호사), 방문간호사, (임상)영양사, 물리(작업)치료사 혹은 운동사가 배치된다. 선택인력은 약사와 치위생사, 운전원, 사회복지사와 정신건강전문요원이다. 보건

(지)소에 팀 인원이 근무하며, 전담팀 신설이 원칙이나 TF팀으로도 운영될 수 있다. 지역실무회의를 일차의료기관, 병원, 동주민센터, 지역의사회 등과 정기적으로 진행하며, 필요에 따라 대상자 지원을 위한 실무회의를 진행한다. 전체 추진체계는 그림 4-11에서 참고할 수 있다.



출처 : 서울시공공보건의료재단, 2024년 어르신 건강동행사업 안내서, p. 13

▌그림 4-11 ▌ 건강동행사업 추진체계

4) 건강동행사업 운영 흐름

건강동행사업의 서비스 흐름을 그림으로 정리하면 다음과 같다(그림 4-12). 대상자 신청 및 의뢰, 등록 및 판정, 서비스제공, 사례회의, 점검 및 종결로 이루어지는 5단계 서비스 제공을 거치고 있다.



출처 : 서울시공공보건의료재단, 2024년 어르신 건강동행사업 안내서, p. 21

▌그림 4-12▐ 건강동행서비스 흐름도

위의 서비스 흐름에서 특징적인 점은 대상자 의뢰 시 의료기관(동네의원, 시립병원 등)에서 의뢰된 경우를 제외하면, 비의료기관인 동행센터나 기타 지역기관에서 의뢰된 대상자의 경우, 케어플랜을 수립할 때 의사가 필수적으로 방문하여 플랜에 반영하도록 하고 있다는 점이다. 즉, 건강상태를 의료진이 사정하여 케어플랜을 세우도록 하고 있다.

서울시는 2024년부터 시범사업을 통해 기존의 건강동행사업을 보건소의 건강장수센터를 설치하여 통합 운영하는 방안을 제시하고 있다(2024년 서울 건강장수센터 사업안내서). 건강동행사업 대비 건강장수센터의 차이점은 65세 이상 어르신 및 건강취약계층을 '건강유지군' 및 '정기관리군', '집중관리군'으로 나누어, 건강유지군과 정기관리군은 보건소의 건강장수사업(예방과 보건 중심)과 함께 동행센터의 방문건강관리사업에 연계하여 관리토록 하고, 집중관리군에 한해 기존의 건강동행서비스를 제공하는 방식으로 재편하고 있다. 이는 그간 건강동행사업에서 상대적으로 그 중요성을 낮게 평가했던 복지서비스와의 연계를 지역사회 통합돌봄 관점에서 보다 중요하게 고려하기 시작했다는 것으로 읽힌다. 한편으로, 한정된 건강동행사업의 자원을 동행센터와의 협업을 통해 극복해보려는 시도로도 보인다. 어느 쪽이든 지역사회 단위에서 동행센터와 보건소, 구청의 3자적 협력은 통합돌봄 전달체계의 기본구도이다. 이에 대해서는 뒷장에서 다시 논의하기로 한다.

5 서울시 돌봄서비스 분석: 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크[9)]

1) 사업진행의 개요

2013년 서울시립북부병원에서 의료취약계층을 대상으로 의료, 보건, 복지 3가지 서비스를 통합 제공한다는 목적으로 301네트워크 사업을 수행하기 시작하였다. 이후 서울시 정책사례로 반영되어 서울시립병원 9개소(어린이병원, 서북, 은평, 서울의료원, 보라매, 동부, 북부, 서남, 장애인치과병원)가 2016년도부터 301네트워크 사업을 수행하였다. 301네트워크 사업은 지역사회 취약계층의 환자를 발굴하고, 이들을 대상으로 보건-의료-복지 서비스를 연계하여 제공하는 것이 애초 사업의 주요 목적이었다. 찾아가는 동주민센터나 돌봄SOS가 동주민센터라는 행정복지기관을 중심으로, 방문간호사 및 돌봄매니저의 역할을 수행할 '간호직'을 채용함으로써 복지와 보건, 의료와의 연계를 시도했다면, 301의 경우 시립병원을 중심으로, 의사-간호사-재활치료사-영양사의 다학제팀이 지역사회의 복지업무를 담당하는 행정기관 등과의 연계를 시도했다는 점에서 차별점이 있다. 시립병원에서 시작된 301네트워크 사업은 이후 보건소 중심의 건강돌봄사업, 그 뒤를 이은 어르신 건강동행사업으로도 이어졌다고 볼 수 있다.

2018년도부터 보건복지부를 중심으로 전국적인 커뮤니티 케어 논의가 시작되면서, 입원환자의 체계적인 퇴원계획의 수립과 퇴원 후 지역사회 돌봄서비스와의 연계를 강화하는 방향으로 사업 모델이 변화하기 시작하였다. 2019년에 서울시 보건소의 건강돌봄서비스와의 연계 방안을 논의하면서 퇴원환자 연계서비스로서의 서울케어-건강돌봄 네트워크 매뉴얼을 개발하였고, 2020년에 시립병원 5개소에 의사와 간호사, 사회복지사 등의 다학제적인 팀제를 갖추어 '건강돌봄 네트워크팀' 으로 활동을 시작하였다. 코로나19 팬데믹으로 인해 시립병원 6개소 모두가 감염병 전담병원으로 지정되면서, 일반진료를 중단하여 일반환자의 퇴원연계 사업은 그 실질적인 운영기간이 짧았다. 그러나, 이후 보건복지부가 공공의료 강화를 목적으로 2019년부터 시작한 권역 및 지역 '책임의료기관' 선정사업에서 환자의 지역연계성을 강조하며 기존 301에 참여했던 시립병원 이외의 공공병원 및 지역책임의료기관으로 퇴원환자연계사업이 확대되는 계기가 되었다.

9) 서울시공공보건의료재단, 2022년, 「서울케어-건강돌봄사업 성과연구 보고서」 요약, 정리함.

2) 서울케어 – 시립병원 건강돌봄 네트워크 사업 내용

2013년에 북부병원에서 처음 시작되었을 때, 지역사회에서 병원으로의 연계가 활발히 진행되었으나, 2019년부터 병원에서 퇴원하는 환자의 지역사회 복귀를 지원하는 방향의 서비스가 강화되었다. 구체적으로, 퇴원환자의 불필요한 반복적 재입원의 감소, 만성질환자의 효과적인 자기 관리 역량 향상 및 생활습관의 개선을 목표로 한다. 입원부터 지역사회 복귀까지 전인적 케어로 건강 사각지대 최소화 도모를 지향한다고 할 수 있다. 이를 위해, 의사, 간호사, 의료사회복지사로 팀을 이룬 '건강돌봄 네트워크 팀'이 환자의 퇴원 시 건강상태를 포함하여 사회경제적 요인을 종합적으로 파악하여 지역사회 자원과 연계하는 노력을 진행하고 있다. 건강돌봄 네트워크 팀의 업무 내용을 정리하면 다음 표(표 4-6)와 같다.

▌표 4-6▐ 건강돌봄 네트워크팀 업무내용

세부사업	세부내용
의료지원	- 상담 및 진료과 연계, 진료비 지원 등 치료과정 지원 - 퇴원계획 수립 및 지역사회 자원연계
만성질환자 사례관리	- 만성질환자 건강관리에 대한 교육 및 상담 지원 - 지역사회에서 지속적 건강관리를 받을 수 있도록 지역사회 자원 연계
네트워크 기능강화	- 지역사회와의 네트워크 기능 강화를 위해 중랑구재활협의체 참여 및 유간기관 간담회 참여 등 지역사회와 교류 지속
스마트케어 앱 관리	- 스마트케어 앱(건강수첩 서비스) 유지 및 관리

출처 : 서울의료원, 건강돌봄네트워크 사업 소개
https://www.seoulmc.or.kr/pms/contents/contents.do?contseqn=1510&decorator=annual2020SeoulLeft&menucdv=03010402

주요 시립병원의 건강돌봄 네트워크팀을 인터뷰한 결과에 따르면, 병원에 따라 의사가 건강돌봄 네트워크팀의 '팀장'으로 퇴원환자의 방문관리 등을 주도적으로 이끌고 있는 곳이 있는가 하면, 의료적 상담만을 하는 병원 등도 있어서 의사의 참여도는 병원마다 차이가 있는 것으로 나타난다. 대체로 간호사의 사회복지사가 팀을 이루어 환자에 대한 통합적 사정을 진행하고, 사회복지사가 지역사회 복지서비스 기관(동행센터, 돌봄SOS, 사회복지관 등)과의 연계를 진행하고, 간호사는 보건소 등의 의료기관 과의 연계를 진행하는 것으로 나타나고 있다.

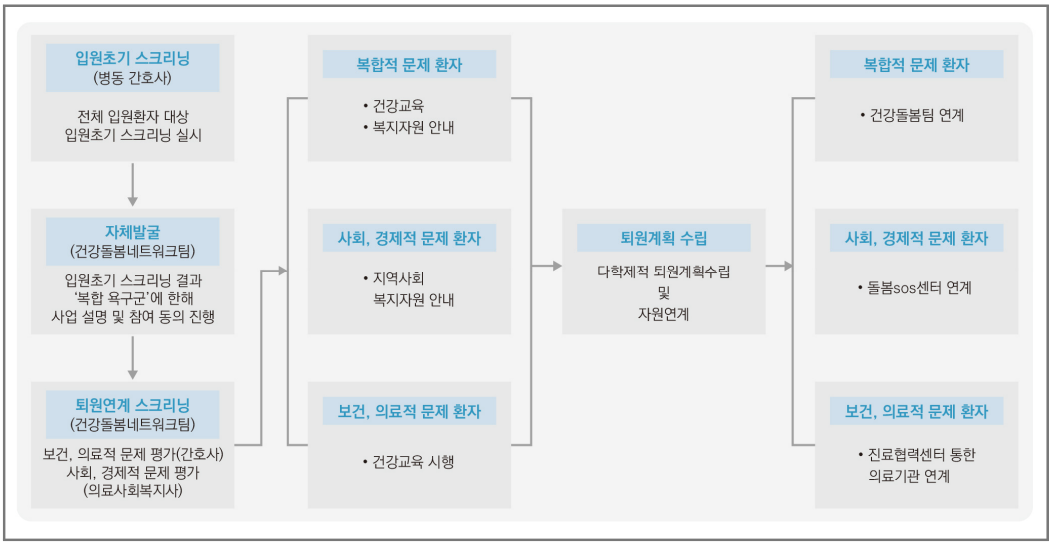
3) 서울케어 – 시립병원 건강돌봄 네트워크 추진 체계 (조직 모형)

시립병원의 건강돌봄 네트워크 팀은 시립병원의 공공의료본부 혹은 사업단 산하에서 운영하며, 보통 '공공의료사업지원팀', '의료사회복지팀', '진료협력팀' 과 병렬로 '건강돌봄 네트워크팀'을 구성하고 있다. 이와 별도로, 시립병원이 권역별 지역책임의료 기관으로 선정되었을 경우, 따로 퇴원환자연계 사업을 벌이고 있어, 일부 업무가 중복되는 상황도 발생하고 있는 것으로 보인다.

시립병원의 경우 서울시 시비로 건강돌봄 네트워크 사업을 지원하고, 지역책임의료기관의 경우 보건복지부에서 퇴원환자연계 사업의 인건비 등을 지원하고 있는 것으로 파악된다. 그러나 두 경우 모두 퇴원환자 연계에 대한 건강보험공단의 수가는 지급되지 않는다. 건강보험공단은 2022년에 퇴원환자연계에 수가를 부여하는 방식의 시범사업을 진행했으나, 요양병원을 대상으로 한 사업이었다. 공공병원의 경우 팀을 별도로 운영하고 이에 대한 인건비를 지원하는 방식으로 운영되고 있으나 민간병원은 퇴원환자연계에 대한 합리적인 수가가 책정되지 않는 한, 병원 내 의료사회복지사를 해당 사업에 투입할 유인이 전혀 없다. 서울시내 민간 상급병원의 의료사회복지사 인터뷰에서 언급되었지만, 퇴원환자연계 '건당 수가'보다는 해당 사업을 수행하는 역할에 대한 '포괄적 수가' 등을 적용하는 등의 제도적 개선이 뒷받침되어야 퇴원환자연계 사업이 일반 상급병원에서 어느 정도 이루어질 수 있을 것으로 언급되었다. 이에 대해서는 뒷부분에서 다시 논의하기로 한다.

4) 서울케어 – 시립병원 건강돌봄 네트워크 운영 흐름

건강돌봄 네트워크는 급성기환자나 재활환자 등 의료적 필요도가 높은 환자를 대상으로 하고 있기 때문에 의료적 스크리닝이 운영의 큰 축을 차지하고 있다. 특히, 입원 초기나 수술 이후 병동 간호사, 의사 등 의료진의 인식과 의뢰가 중요한 요인으로 언급되고 있다. 다음 그림 4-13은 건강돌봄 네트워크 사업을 진행하고 있는 서남병원의 퇴원연계서비스 모델이다. 사정 단계에서 보건이나 의료적 문제는 간호사가, 사회경제적 문제는 사회복지사가 평가하며 팀내 수시 회의를 통해 퇴원계획을 세우고 자원을 탐색한다. 아직 해결되지 않은 의료적 문제가 남아 있을 경우 진료협력센터를 통해 의료기관으로 연계한다. 의료적 문제가 남아있으나 지역사회에서 감당이 가능한 수준으로 판단되면, 보건소의 건강동행서비스로 연계한다. 의료적 문제가 상대적으로 가볍고, 일시적인 돌봄 공백이 있을 경우 돌봄SOS로 연계한다.



출처 : 장영수, 곽은영, 김민지, 박정화, 2022, p. 175

▌그림 4-13▐ 퇴원연계서비스 운영 흐름 (서남병원 건강돌봄 네트워크 사업)

6 서울시 주요 돌봄서비스 특징 정리

지금까지 서울시의 공공돌봄서비스를 제공하는 네 가지 전달체계 및 제도를 정리해 보았다. 동행센터는 애초 동의 행정서비스를 담당하는 성격이 강했으나 2015년 '찾아가는 동주민센터'를 시작으로, 긴급한 돌봄 필요에 대응하는 '돌봄SOS'를 효과적으로 안착시키고, 이어 복지사각지대의 주민을 발굴하여 지원하는 '동행센터'에 이르기까지 동주민 대상의 돌봄서비스를 제공하는 기능을 강화하였다. 동행센터와 돌봄SOS는 서울시 25개구 426개 전동에 설치되어 운영되고 있어 서울시민의 접근도가 매우 높다고 할 수 있다. 인력 구성은 공무원 직위의 사회복지직과 간호사(돌봄SOS의 경우 정규직, 방문간호사의 경우 공무직)로 이루어져 인력적 안정성도 상당히 높다고 할 수 있다. 이에 반해 보건소나 보건지소, 시립병원을 중심으로 진행되고 있는 보건-의료사업은 그 창구수에 있어서 동행센터나 돌봄SOS에 한참 미치지 못하는 수준이며, 인력적인 안정성도 높지 않다. 다만, 어르신 건강동행사업이나 시립병원 건강돌봄네트워크의 경우, 보건-의료서비스를 다학제적으로 진행해 온 경험이 누적되어 있다. 따라서, 서울형 통합돌봄 전달체계를 효율적으로 구축하기 위해서는 각각의 장점을 살리고, 단점은 보완하는 방식으로 접근할 필요가 있다.

| 표 4-7 | 서울시 공공돌봄제도 비교

	동행센터	돌봄SOS	어르신 건강동행사업	시립병원 건강돌봄 네트워크
추진/기획 주체	서울시 복지실	서울시 복지실	서울시 시민건강국	서울시 시민건강국
전달체계	동주민센터 복지 1팀	동주민센터 복지 2팀	보건(지)소	시립병원
대상자 특성 (사업대상)	동주민 -취약계층 중심	긴급한 돌봄욕구를 가진 55세 이상 시민	건강 문제가 있는 65세 이상 노인	퇴원환자 및 지역사회 의료취약계층
사업의 주요목적	위기가구 대응 (복지 중심)	돌봄욕구 대응 (긴급&일시 직접서비스 중심)	건강관리 및 의료적 필요 대응	퇴원환자의 지역사회 복귀 지원
실행 인력	복지플래너 (사회복지직) + 방문간호사	돌봄매니저 (사회복지직+간호직)	다학제팀 (의사, 간호사, 재활/운동, 영양사 등)	다학제팀 (의사, 간호사, 사회복지사)
인력지위	서울시 공무원, 방문간호사의 경우 공무직	서울시 공무원	대부분 겸직 혹은 기간제	시립병원 채용 정규직 직원 (간호사, 사회복지사)
창구수 (사무소개수)	서울시 25개구 426개 전 동	서울시 25개구 426개 전 동	보건소 25개 보건지소 36개	서울시립병원 7개
재원	서울시 시비 + 구비	서울시 시비	서울시 시비 + 구비	서울시 시비

제5장

서울형 통합돌봄 전달체계(안)



Seoul
Welfare
Foundation
www.welfare.seoul.kr

제5장

서울형 통합돌봄 전달체계(안)

지금까지 문헌고찰을 바탕으로, 통합돌봄의 개념, 국내외 지역사회 통합돌봄 사례, 돌봄통합지원법의 분석, 서울시의 주요 돌봄제도 등에 대해 살펴보았다. 위의 내용을 종합하고, 학계 전문가 및 현장 실무자와의 자문인터뷰 내용을 바탕으로, 서울형 통합돌봄 전달체계 구축을 위한 초안을 제시하고자 한다. 조직적 측면과 서비스운영 및 제공서비스 내용 측면으로 나누어 구체적인 내용을 제안하기에 앞서 전체적인 개선 방향성 및 서비스 운영 흐름을 우선 제안하였다. 이후 각 측면별로 세부적인 안을 제시했는데, 해당 안의 내용은 문헌연구와 전문가 및 현장 실무자들의 자문 내용을 바탕으로 2024년 11~12월의 시점에서 연구자가 재구성한 것이다. 제시된 안은 절대적인 기준으로 제시된 것이 아니기에, 시기나 상황의 맥락이 바뀌거나 구의 특성(예산, 인력, 인구구조, 자원 등)에 따라 변경과 조정에 열려 있음을 주의할 필요가 있다. 초안의 작성에 있어서, 대체로 전문가들의 의견이 모아지는 양상을 보였으나, 세부적으로 의견이 나뉘는 부분은 구체적인 내용을 표기하였다.

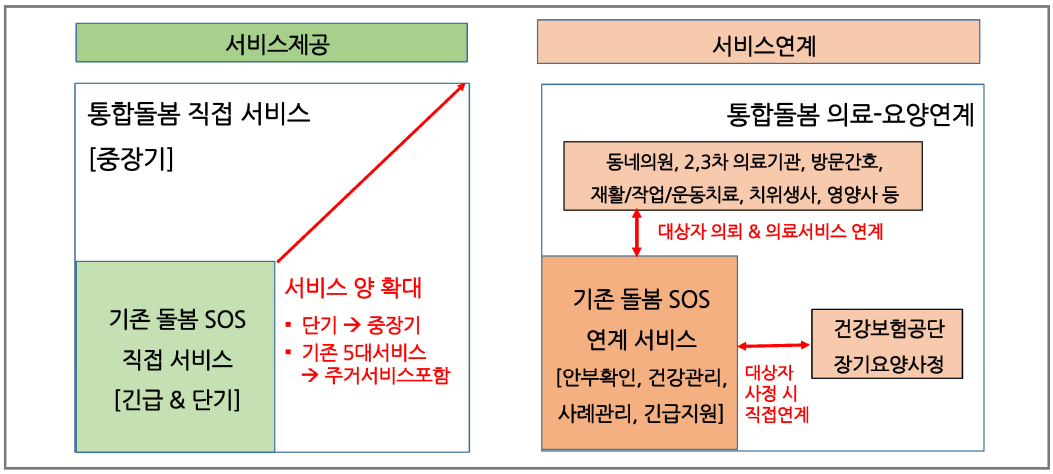
1 전체적인 개선 방향성

1) 직접 서비스와 연계 서비스 (돌봄SOS 기준)

자문을 진행한 사회복지학계 및 행정학계 전문가들은 대체로 현재 서울시의 돌봄SOS가 서울형 통합돌봄 전달체계 모델을 논의하는데 필수적이며 적당한 시작점이라고 보았다. 돌봄SOS는 '찾아가는 동주민센터'에서 시작한 보건-복지 통합모델을 염두에 두고 시작한 제도이며, 조직적 틀이 마련되어 있고, 전담 인력이 충원되어 있다는 점, 양이나 종류가 제한적이지만 직접 돌봄 서비스를 제공하고 있으며, 타 돌봄서비스와의 연계 경험이 누적되어 있다는

점 등이 그 근거로 언급되었다. 다만, 돌봄SOS가 실질적인 지역사회 통합돌봄의 전달체계로 작동하기 위해서는 크게 두 가지 방향의 개선점이 필요한 것으로 나타났다(그림 5-1).

첫째, 서비스 제공의 측면에서 현재의 '긴급하고 일시적인' 직접 서비스를 중장기 서비스로 제공 서비스의 양을 대폭 확대하고, 기존 일시재가, 식사지원, 동행지원, 단기시설, 주거편의로 구성되어 있는 5대 직접 서비스의 종류를 확대할 필요가 있다. 특히, 현재 주거편의는 고장시설의 수리나 소규모 교체를 지원하는 정도인데, 이를 보다 적극적인 주거환경의 개선으로 보강하여 제공해야 한다는 지적이 많았다.



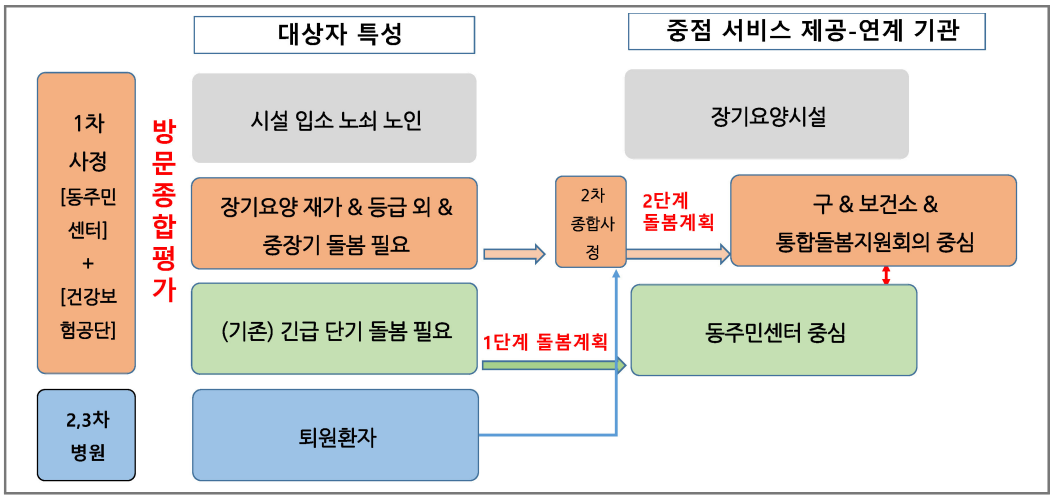
❙그림 5-1❙ 돌봄SOS 기반 서울형 통합돌봄 개선 방향성 (안)

둘째, 서비스 연계 측면에서 의료 부분의 연계 강화이다. 현재 돌봄SOS는 안부확인, 건강지원(보건소 및 동행센터 방문간호 연결), 돌봄제도(장기요양, 노인맞춤돌봄서비스, 장애인활동지원 등), 사례관리, 긴급지원으로 서비스 연계 활동을 진행하고 있다. 그런데, 연계에 있어서 상급병원이나 지역일차의료기관과의 연계는 그 비율이 상대적으로 낮게 나타난다. 보건복지부에서 진행한 통합돌봄 시범사업 중 상당수가 지역사회 의료기관과의 연계를 중점 사업 내용으로 추진하고 있다는 점, 돌봄통합지원법이 보건-복지 연계와 함께 의료분야 연계를 강조하고 있다는 점에서 돌봄SOS 의 연계서비스 중 의료서비스와의 연계를 보다 강화해야 한다는 제안이 많았다.

2) 전체 운영 흐름

[그림 5-2] 에서는 서울형 통합돌봄의 서비스 운영 흐름을 제안하였다. 학계 전문가나 시범사업을 주도했던 지역 실무자들은 상당수가 통합돌봄의 판정이 2단계로 이루어져야 할 필요가 있다고 제언하였다. 특히, 의료적 필요도가 높은 대상자를 중심으로 의료기관이나 의료인과의 연계가 필요한 집중관리군을 선정하여, '구' 단위에서 일괄 관리하는 형태가 자주 언급되었다(경기도 부천시, 광주광역시 서구 등).

서울시의 경우, 동주민센터 설치되어 있는 돌봄SOS센터에서 돌봄신청을 일괄 접수받고 돌봄계획을 수립하는데, 이때 세워지는 모든 돌봄계획을 1단계 돌봄계획이라고 할 수 있다. 여기서 '긴급성'과 '건강상태'를 복합적으로 고려하여, '긴급성이 높고 건강상태가 양호한' 돌봄욕구는 (기존처럼) 돌봄매니저들이 직권 처리하도록 한다. 또한, '긴급성이 낮고 건강상태가 양호한' 돌봄 욕구 역시 돌봄매니저가 관리하여 직접 서비스 및 연계 서비스를 제공한다. 1차 돌봄계획에서 '긴급도가 높고 건강상태가 나쁘거나', '긴급도가 낮지만 건강상태가 나쁜' 돌봄욕구는 구 단위로 옮겨져 2차 종합사정을 받도록 한다. 이때 2단계 돌봄계획이 수립될 수 있다. 기타 2, 3차 종합병원에서 퇴원한 환자의 지역사회 자원 연계는 동주민센터를 거치지 않고 바로 2단계 종합사정으로 연결될 수 있다. 단계별 돌봄계획의 기준 및 대상에 대한 세부적인 설명은 '서비스 운영 체계' 부분에서 다시 논의하기로 한다.



▌그림 5-2▐ 서울형 통합돌봄 전체적인 서비스 운영 흐름 (안)

1차 사정에서 건강보험공단과의 협업에 대해서는 논의의 여지가 있다. 의료적 필요도가 높은 돌봄사각지대에 놓인 대상자를 발견하기 위하여 건강보험공단과의 협업이 필수적이라는 의견이 많다. 실제로 선도사업 초기에 사업대상자를 발굴하는데 어려움이 많았고, 건강보험공단이 보유하고 있는 의료·건강정보 빅데이터를 활용한 건강위기군의 발굴작업과 그를 통한 대상자의 지자체 공유를 통하여 사업진행에 급물살을 타게 되었다. 이러한 성과를 바탕으로 시범사업에서는 초기부터 건강보험공단과의 협업이 필수적인 요소로 정착이 되었다. 또한 기술지원형 사업에서는 건강보험공단의 대상자 발굴이 주요 사업 내용으로 구성되었다.

건강보험공단과의 협업이 갖는 의미는 단순히 건강위기군의 발굴에 있는 것이 아니라, 지역사회 통합돌봄의 핵심 대상자가 기술적으로 장기요양 재가급여와 그 전후에 걸쳐 있다는 것과 관련이 된다. 지역사회 통합돌봄 사업의 주요 목적은 시범사업에서도 규정하고 있듯이, '시설 입소의 지연과 예방'이다. 장기요양 시설등급을 판정하는 것이 건강보험공단이기 때문에, 건강보험공단의 장기요양 등급 사정과정에서 지자체의 돌봄 필요에 대한 사정이 함께 이루어진다면 다양한 측면에서 긍정적인 효과가 기대된다.

우선 돌봄서비스를 받아야하는 대상자의 입장에서 지금처럼 장기요양 따로, 동행센터나 돌봄SOS 따로 진행되고 있는 돌봄필요에 대한 조사를 한 번의 통합사정으로 일괄적으로 받을 수 있기 때문에 신청자의 편의성이 제고될 수 있다. 장기요양을 사정하는 건강보험의 측면에서는 장기요양 이외의 지역사회 돌봄서비스를 동시에 고려한다면, '등급 외'를 비롯한 재가급여 판정에 상대적으로 적은 부담감을 갖게 된다. 동주민센터의 입장에서도 건강상태의 판정을 건강보험공단과 함께 한다면 전문성을 보완할 수 있는 기회가 된다. 이러한 이유로 건강보험공단과 지자체의 통합판정에 대한 요구도가 높고, 이를 위한 구체적인 과정과 인력의 구성, 매뉴얼 등을 고려하고 있는 시점이다.

3) 돌봄통합지원법의 정합성 측면

돌봄통합지원법은 지역사회 통합돌봄의 다양한 영역에 걸쳐 방향성을 제시하고 있기 때문에, 이를 특정 영역에 한정하여 살펴보기는 어렵다. 또한 아직 시행령이 성안되지 않은 상태라 구체적인 법적 정합성을 논하기는 이르다. 다만, 법이 '의무사항' 으로 언급하고 있거나 '노력의무사항'으로 언급하고 있더라도 여러 번 반복하여 언급하고 있는 경우 법이 분명하게 지향하고 있는 방향성이라고 판단할 수 있으며, 이에 대한 항목은 사업을 추진함에 있어서 실무자가 염두에 두고 있어야 할 필요가 있다.

서울시가 주요 돌봄제도로 운영하고 있는 동행센터나 돌봄SOS의 경우, 현행 조직을 기반으로 '통합돌봄과' 등으로 재편할 경우, 법에서 규정하는 '전담조직의 설치' 등은 어느 정도 부합할 것으로 보인다. 또한, 서비스 운영의 전반적인 과정, 즉, 신청과 접수, 발굴, 직접 서비스의 제공과정 및 연계서비스의 연결과 전반적인 과정의 모니터링 등 운영 흐름 역시 돌봄통합지원법이 규정하고 있는 사항을 따르고 있는 것으로 판단된다. 다만, 운영적인 측면이나 서비스의 내용 등에서 다음과 같은 방향의 보완이 필요하다(송해란, 오대영, 2024).

첫째, 위에서 전문가들에 의해 자주 지적되었듯이, 현행 돌봄서비스(특히, 돌봄SOS)의 경우 단기적 긴급욕구 중심의 서비스 제공프레임으로 운영되고 있으나, 돌봄통합지원법에서 규정하는 내용은 대상자 돌봄욕구 중심의 중장기 돌봄 서비스의 제공이다. 따라서, 장기적인 책임성을 갖고 대상자를 추적 관리하고, 이에 따라 돌봄계획을 업데이트 하는 방식의 장기 프레임을 도입해야 한다.

둘째, 돌봄통합지원법에서 돌봄업무에 참여하는 다학제적 주체들이 대상자의 돌봄계획 평가, 추적관리 등을 실질적으로 논의하고 결정할 수 있는 통합지원협의체의 설치와 운영을 의무사항으로 규정하고 있다. 구 단위에서 보건소와의 파트너십, 동행센터, 돌봄SOS, 기타 지역사회 보건, 의료, 복지 인력과의 실질적인 협업 체계를 구축할 필요성이 있고, 여기에 통합지원협의체가 실질적인 역할을 해야 한다.

셋째, 돌봄서비스가 중장기적으로 이루어지려면 필수적으로 제공 서비스의 총량이 확대되어야 한다. 현재 1인당 공급 가능한 서비스 총량이 확고하게 정해져 있는 체계로는 돌봄통합법의 취지에 부응할 수가 없다. 직접 제공 서비스를 늘리기 위한 예산 마련이 시급하며, 아울러 늘어나는 서비스양을 실질적으로 집행할 수 있는 인력의 증가도 고려해야 한다. 이 부분은 지자체 단독으로 해나가기에는 한계가 있으며 중앙정부 측면에서 제도적 차원의 고민을 할 필요가 있다.

넷째, 보건-의료-요양과의 연계적 활동이 보다 강화되어야 한다. 이는 위에서 전문가들이 지적한 부분과 중복되는 내용이라고 할 수 있다.

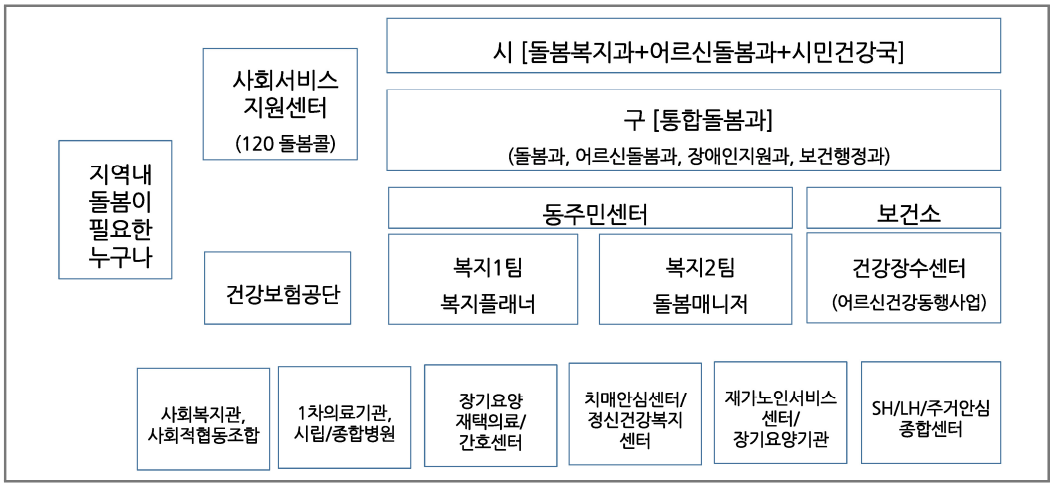
다섯째, 전문인력의 양성과 확보, 자질의 향상에 필요한 시책을 강구해야 한다. 현재 복지-보건 양쪽의 실무자들에 '통합돌봄'에 대한 기본적인 인식은 어느 정도 형성이 되어 있는 것으로 보이나, 실무에서 어떻게 적용되고 어떤 개선이 필요한지, 어떤 종류의 정보가 보완되고, 어떻게 얻을 수 있는지 등 구체적인 부분에서의 교육은 거의 이루어지지 않고 있는 것으로 파악된다. 현재 선도-시범사업에서 한국보건복지인재원 등에서 실무자를 대상으로 관련 교육을 진행하고 있다. 그러나, 현재 돌봄업무에 종사하고 있는 인력 이외에 중장기적으로

인력 증원이 필요하며, 이들 인력에 대한 교육은 어떻게 이루어져야 하는지 등에 대한 청사진이 마련되어 있지 않다. 보건복지부 뿐 아니라 서울시 차원에서 고민해야 할 영역 중 하나이다. 마지막으로, 대상자의 가족 및 보호자에 대한 지원을 강화하고 이에 대한 제도적 장치를 고려해야 한다. 현재의 돌봄제도는 철저하게 대상자 중심의 제도이며, 돌봄대상자를 돌보는 사적인 관계망에 대한 지원은 일부 예외(장애인 가족 등)를 제외하면 거의 이루어지지 않고 있다. 그러나, 지역사회 통합돌봄은 결국 가족이나 지역사회 지인 등의 '사람'을 통해 이루어질 수 밖에 없다. 돌봄 당사자 뿐 아니라 그 가족 및 사적인 돌봄제공자에 대한 지원이 이루어져야 하고, 이 부분이 돌봄계획의 한 목록으로 포함되어 관리되어야 한다.

2 조직적 측면

1) 통합돌봄 참여 주체의 역할 구분

서울형 통합돌봄 전달체계의 조직적 형태를 설계하기 위해서는 우선 서울시에서 돌봄서비스에 참여해 왔거나 통합돌봄에 참여해야 하는 관계자들(stakeholders) 의 전체적인 윤곽을 먼저 그릴 필요가 있다. 해당 관계자들(조직, 기관)사이의 연결점을 확인하고, 그 중 '누가' 연계자 및 실행자(manager/linker/executor)의 역할, 조정자(control tower)의 역할, 기획 및 감독(supervisor)의 역할, 파트너(partner) 및 서비스 제공자(provider)의 역할을 해야 할지를 검토해 보도록 한다. [그림 5-3]은 서울형 통합돌봄 전달체계에 참여하는 전체 관계자들의 집합을 구성하였다.



▌그림 5-3 ▌ 서울형 통합돌봄 참여조직

돌봄통합지원법에서는 지역사회 통합돌봄의 주요 조정 역할을 시/군/구 지자체장이 담당해야 할 것을 규정하고 있다. 아울러 광역시/도지사는 정기적인 지역계획의 수립 및 인력, 재정 등을 지원해야 할 것을 주문하고 있다. 서울시의 경우, 동주민센터에서 실질적인 서비스 제공 및 연계활동을 활발히 해 왔기 때문에 서비스의 핵심 관리와 연계는 돌봄매니저로 대표되는 동주민센터에서 담당해야 한다는 의견이 많았다. 보건소는 '보건영역'의 파트너로 보다 적극적으로 참여해야 하며, 서울시복지재단이 운영할 예정인 사회서비스지원센터가 연구지원 등으로 협업해야 한다. 아울러 대상자 발굴 및 사정에서 건강보험공단과 잠재적인 파트너십을 구축할 수 있다.

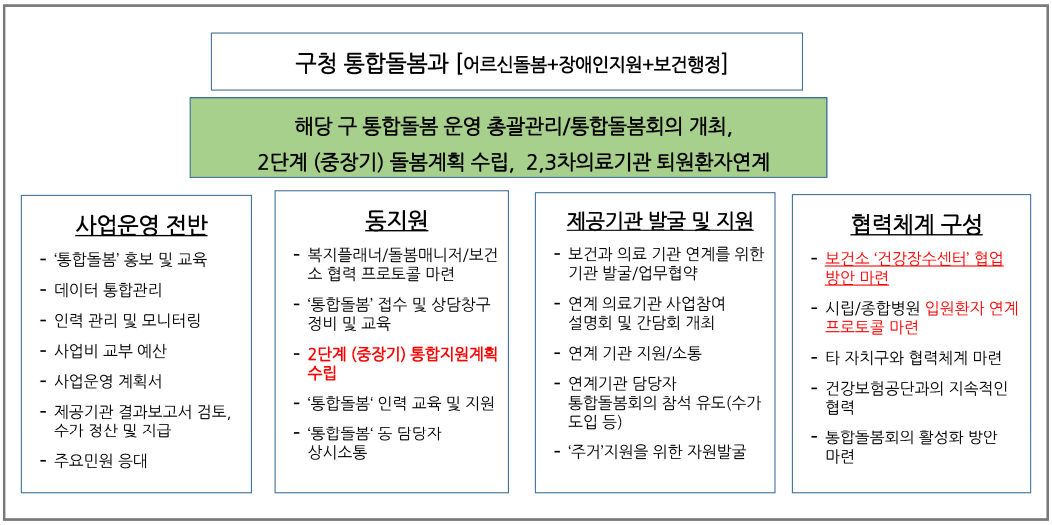
사회복지관 및 재가지원센터, 주야간보호센터, 장기요양기관, 종합병원, 의원, 방문간호센터, 치매안심센터, 정신건강복지센터, 지역사회 사회적협동조합 등이 모두 서비스 제공기관이자 '동주민센터-구'를 중심으로 한 통합돌봄전담조직의 서비스 제공 파트너로 참여해야 한다. 또한, 실질적인 주거 인프라를 제공할 수 있도록 제도적 유인책을 통해, LH나 SH 등의 공기업 뿐 아니라 민간건설회사 등이 통합돌봄 서비스 제공자로 참여해야 한다.

- 지원 및 감독 (Supervisor) : 서울시
- 주요 조정자 (Control Tower) : 구 (통합돌봄과)
- 연계자 및 실행자 (Main Manager/Linker/Executor) : 동주민센터 (복지 1,2팀)
- 파트너 (Partner) : 보건소 (건강장수센터), 사회서비스지원센터(120돌봄콜), 건강보험공단

- 서비스 제공자(Service Provider) : 사회복지관, 시립/종합병원, 지역사회 1차의료기관, 장기요양 재택의료센터, 장기요양 방문간호센터, 재활/작업치료협회, 영양사/운동치료사 협회, 장기요양기관, 재가지원센터, 치매안심센터, 중독관리센터, 정신건강복지센터, 정신질환센터, 주거안심종합센터, LH, SH, 민간건설회사, 지역사회 사회적협동조합 등.

2) 구청 통합돌봄과 (안)

돌봄통합지원법이나 보건복지부 선도사업/시범사업에서 통합돌봄을 이끌고 가는 핵심적 컨트롤타워로 시/군/구 단위를 규정하고 있다. 시군구 단위에 전담과나 전담팀을 구성하여 통합돌봄과 관련한 운영 전반을 기획하고 지원하는 역할을 부여하고 있다. 서울시의 경우 25개 자치구에서 주도적인 역할을 해야 할 것으로 보인다. 이를 위해, 구청에 기존 대상별로 분산되어 있던 돌봄 업무(어르신돌봄, 장애인지원, 보건행정 등)를 '통합돌봄과(가칭)'를 중심으로 통합 운영할 필요가 발생한다. 그러나, 이러한 '전담조직'의 신설은 돌봄통합지원법에서도 '재량사항'으로 남겨두고 있어, 각 구별 상황이나 사업목표에 따라 '과' 혹은 '팀' 단위로 만들 것을 제안한다. 해당 과(팀)에서 담당해야 할 업무의 목록은 크게, '사업운영 전반의 기획과 지원'과 '동지원', '제공기관 발굴', 그리고, '협력체계 구성' 으로 나뉠 수 있다(그림 5-4 참고).



▌그림 5-4▐ 구청 단위 통합돌봄 전담조직 주요 역할 (안)

돌봄통합지원법이나 지역사회 통합돌봄 선도 및 시범사업의 방향성에 따르면, 구청 조직은 통합돌봄 전달체계 구축에서 핵심적인 역할을 부여받고 있으며, 해당 지역 내 통합돌봄의 성패를 쥐고 있다고 할 수 있다. 기존 동행센터나 돌봄SOS 사업에서 진행했던 기획과 감독, 예산 배분과 지원, 지역사회기관 계약 등의 역할에 더하여 돌봄통합에서 추가적으로 부과하고 있는 역할은 크게 1) 실질적인 통합돌봄회의의 운영, 2) 2단계 중장기 돌봄계획의 수립, 3) 퇴원환자연계의 중추적 역할로 요약된다.

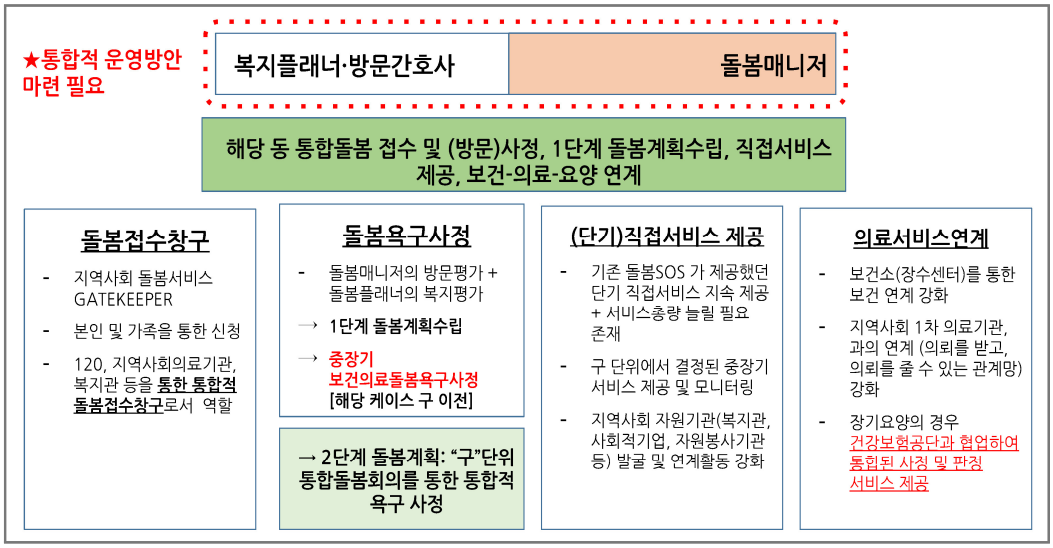
특히, 구 단위에서 중점을 두어야 할 요소는 보건(지)소와의 연계성 강화인데, 위에서 살펴보았듯이 보건소에는 서울케어-건강돌봄사업에서 서울케어-어르신 건강동행사업, 이어 건강장수센터로 이어지는 일련의 보건-의료 연계활동을 진행해 왔다. 비록 보건(지)소는 동행센터나 돌봄SOS 대비 창구의 수가 제한적이며, 간호사를 제외하면 다학제팀의 인력 구성이 대부분 기간제인 상황이라 선도적 역할(leading role)보다는 주요 지원기관(main partner)로 기능해야 할 것으로 판단된다. 특히, 퇴원환자연계 영역에서 시립병원-건강돌봄네트워크를 활용하여 대상자 관리를 주도적으로 진행해야 할 것으로 보인다.

3) 동주민센터 통합돌봄팀 (안)

서울시의 동주민센터는 돌봄서비스의 제공 및 연계의 실질적인 실행자로서 역할을 담당해야 한다. 돌봄통합지원법이나 선도사업과 시범사업 모두 돌봄서비스의 신청과 접수의 단일창구(one-stop gatekeeper)로서 읍/면/동 단위의 역할을 권고하고 있고, 서울시는 동행센터를 통해 복지서비스 허브화를 일찍부터 추진해왔다. 이와 함께, 기존 동행센터 복지플래너의 방문상담이나 돌봄SOS 돌봄매니저의 방문사정과 유사한 방식으로 방문을 통해 돌봄욕구사정의 기초자료를 수집해야 한다. 서울케어-어르신 동행사업에서도 의사의 방문을 통한 사정과 돌봄계획의 수립을 주요 사업 내용으로 하고 있다. 이렇게 세워진 1단계 돌봄계획을 바탕으로, 단순돌봄수요를 대상으로 직접적으로 서비스를 제공하며, 기존 연계서비스에 더해 지역사회 의료연계 서비스도 제공해야 한다.

통합돌봄은 기존의 일시적인 돌봄서비스와는 그 서비스의 양이나 폭이 대폭 확장되기 때문에 기존 돌봄SOS를 운영해왔던 돌봄매니저만으로는 그 수요를 감당하기 힘들다. 이에 동행센터에서 활동하고 있는 복지플래너나 방문간호사, 돌봄매니저 인력 간 '통합돌봄'을 위한 업무와 팀 구성 조율이 필요하다. 방문간호사와 돌봄매니저 간호직은 그 소속 및 고용지위 상의 차이 때문에 유사한 일을 담당하고 있음에도 팀웍(teamwork)을 이루어 활동하는 데 제약이

많았다. 그러나 이 두 직역 간의 협력은 통합돌봄의 보건-의료 연계를 확장할 수 있는 중요한 요소이기 때문에, 세부적인 인력 운영방안을 보다 깊이 검토해 보아야 한다.



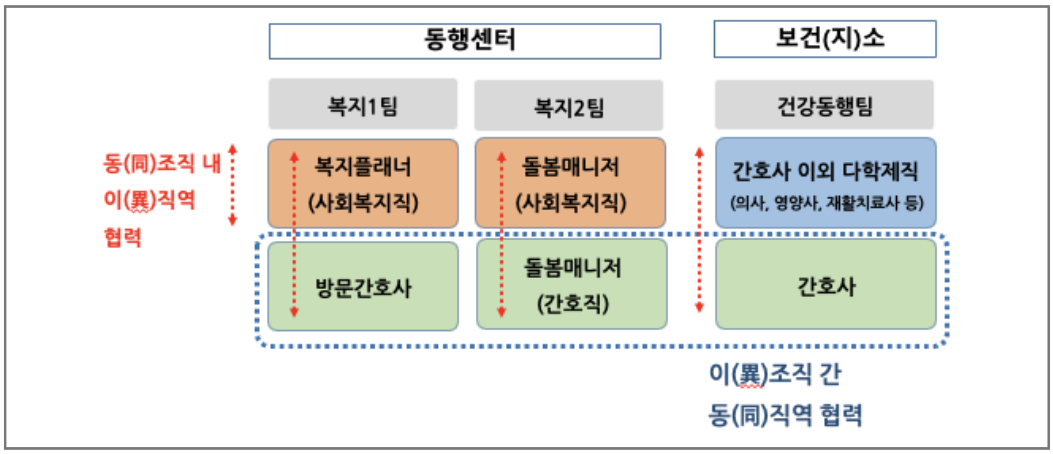
▎그림 5-5 ▎ 동주민센터 단위 통합돌봄 전담조직 주요 역할 (안)

4) 구-동주민센터-보건(지)소 연계 방안

제4장에서 서울시가 현재 운영 중인 네가지 종류의 공공돌봄 전달체계에서 살펴보았듯이, 서울시는 동주민센터 중심의 복지서비스와 보건(지)소 중심의 보건-의료 서비스가 각각의 영역에서 복지와 보건 서비스를 결합하여 제공하기 위하여 노력해 왔다. 그러나, 동주민센터와 보건(지)소는 그 장단점이 뚜렷하여, 연계 노력 없이는 효과적인 통합돌봄 전달체계를 구축하는 데 한계가 있다. 오랫동안 분절적으로 운영되어 온 두 조직이 효과적으로 협력하는 방안의 모색은 선도사업과 시범사업 중에도 지속적으로 이슈가 되었다. 두 조직 안의 직역의 위치를 간략하게 다음과 같이 제시해 보았다(그림 5-7). 지역별로, 동주민센터와 보건소에 따라 직역의 이름이나 배치, 역할에서 다소 차이가 있지만 대략적인 구조를 살펴보기 위하여 세부적인 차이는 고려하지 않았다.

아래 그림에서 붉은색 점선 화살표로 표시된 '동(同) 조직내 이(異) 직역 협력'은 복지1팀의 경우 복지플래너와 방문간호사, 복지2팀의 경우 사회복지직 돌봄매니저와 간호직 돌봄매니저를 일컫는다. 보건소의 경우 '건강동행팀'의 다학제팀 간 협력이라고 볼 수 있다. 해당 직역 간의 협력과 갈등의 양상과 관련하여 최근에 다양한 학술문헌이 발표되고 있다(김일호, 김정

석, 손지현, 2024; 배지영, 장명화, 김광묘, 2023). 그러나, 이에 비해, 이(異)조직 간 동(同)직역 협력(푸른색 점선 표시, 간호직역)에 대한 학술적 관심은 아직 본격적으로 시작되지 않은 것으로 보인다. 통합돌봄의 전달체계 구축에 있어서 지역사회 경험이 있는 간호사는 매우 중요한 핵심 참여자(key actor)인 것으로 나타난다. 선도사업이나 시범사업에 참여했던 팀장급 실무자들은 공통적으로 케어매니징에 있어서 경험이 풍부한 간호직의 역할을 강조하였다. 실무적으로 어떻게 간호 직역 간 협력 체계를 구축할 수 있을지는 향후 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다.



▌그림 5-6▐ 조직 내/외 직역 간 협력 체계 모형

3 서비스 운영 측면

돌봄SOS는 '신청/접수'부터 '현장방문 – 돌봄계획수립 – 서비스제공 – 모니터링 – 사례종결'의 프로세스가 잘 정립되어 있고, 각 단계별 과정이나 세부사항 역시 매뉴얼화하여 서울시의 25개구를 통틀어 어느 정도 일관성 있는 운영체계를 갖추고 있다. 그러나 본격적인 통합돌봄서비스 전달체계로 기능하기 위해서는 다방면의 보완이 필요하다.

① 신청 및 접수, 발굴 과정

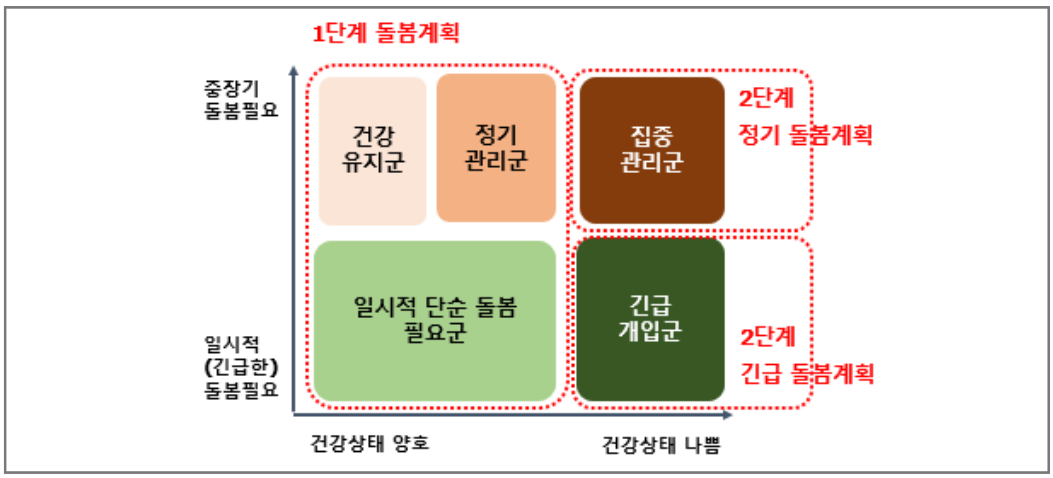
통합돌봄에 대한 상담 및 신청은 다자적으로 이루어 질 수 있으나, 최종 리스트 관리는 '동주민센터'에서 일괄적으로 진행하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 최종리스트 관리 주체를

동과 구 단위 중 어디에서 진행할 것인가는 전문가에 따라 의견의 차이가 있으나, 서울시의 경우 '동주민센터'에서 돌봄SOS 등을 운영하며 리스트 관리를 하던 경험이 누적되어 있기 때문에 동주민센터에서 지속관리할 수 있을 것으로 보인다.

발굴에 있어서 건강보험공단과의 협업이 진행될 수 있고, 지역 의료기관에서의 의뢰가 기존 돌봄SOS 운영 과정에서 추가된 영역이다. 아울러, 대상자 사정이 건강보험공단의 장기요양 사정 과정과 통합적으로 이루어진다면, 대상자들의 편의성이 제고될 수 있으며, 다자적 사정을 통해 보다 입체적인 돌봄욕구를 파악할 수 있다.

② 돌봄계획의 수립

현재 동주민센터의 돌봄SOS는 긴급하고 일시적인 돌봄욕구를 중심으로, 방문을 통해 독자적으로 욕구를 사정하고 돌봄계획을 수립하여 집행하고 있다. 구 단위에서 모든 돌봄계획에 대한 열람권이 있지만 동주민센터에서 특별히 요청하거나 문제가 발생하지 않는 이상 구 단위에서 별도의 돌봄계획을 세우지는 않는다. 그러나, 지역사회 통합돌봄은 보다 복합적이며 중장기적인 돌봄욕구에도 대응해야 하기 때문에 현재의 동주민센터 중심의 일차적 돌봄계획만으로는 본격적인 '통합돌봄 전달체계'로 기능하기 어려울 수 있다. 따라서, 돌봄계획을 단계별로 접근하여, 1단계는 기존의 동주민센터 중심, 2단계는 구와 보건소, 기타 통합돌봄지원체를 통해 수립, 실행하는 방식의 이원화가 불가피할 것으로 보인다. 이렇게 돌봄계획을 단계별로 나눌 경우 기준이 필요하다. 다음(그림 5-7)은 1단계 돌봄계획과 2단계 돌봄계획을 나누는 기준을 제시하였다.



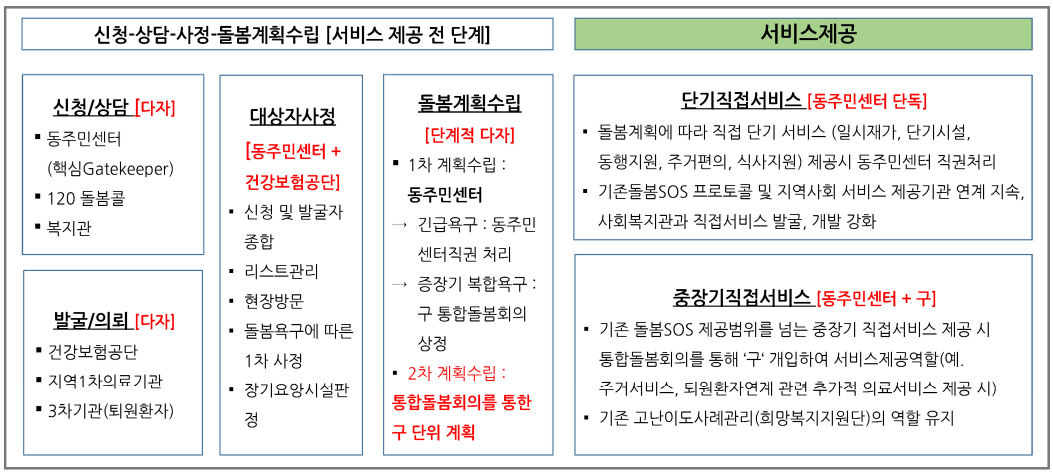
▌그림 5-7▐ 단계별 돌봄계획의 기준 (안)

1차 돌봄계획에서 2차 돌봄계획으로 전환하는 기준은 돌봄의 '긴급성'과 '건강상태정도'의 두 가지 기준으로 나누어 볼 수 있다. 돌봄의 필요도가 긴급하며, 건강상태가 양호할 경우, 1차 돌봄계획으로 충분하고, 서비스 제공 및 종결까지 동주민센터에서 완결할 수 있다. 2차 돌봄계획은 2단계로 나뉠 수 있다. 돌봄 필요도가 긴급하며, 건강상태가 나쁠 경우(예. 퇴원환자 등)는 2단계 돌봄계획 중에도 '신속 돌봄계획' 과정으로 빠른 의사결정을 내릴 수 있도록 진행한다. 돌봄 필요도가 상대적으로 낮은, 중장기 돌봄필요의 경우, 건강상태에 따라 총 3가지 군으로 분류될 수 있다. 예를 들어, 건강장수센터의 구분에 따르면, '건강유지군', '정기관리군', '집중관리군'으로 나뉠 수 있다. 2단계 정기 돌봄계획에서 '건강유지군'과 '정기관리군'으로 판정되면, 동주민센터 단위에서 지속관리한다. 이때 '집중관리군'으로 판정될 경우, 2단계 돌봄계획의 서비스제공 계획에 따르며, 이때 건강장수센터에서 자원을 연계하거나 직접서비스 (건강동행서비스)를 제공할 수 있다.

③ 서비스 제공

현재의 돌봄SOS서비스제공 단계에서 반드시 추가해야 하는 단계는 '통합돌봄협의체'의 정기적인 운영이다. 돌봄에 참여하는 관계자들이 다학제적으로 돌봄계획을 논의하고 서비스 제공 관련 피드백을 공유하는 장이 되어야 한다. 이와 관련하여 돌봄통합지원법에서 '의무사항'으로 규정하고 있으며, 시범사업에서도 중요한 역할을 담당하는 것으로 관찰되고 있다.

위의 사항을 종합적으로 반영하여, 서비스 신청 및 상담, 사정, 돌봄계획의 수립, 서비스 제공까지의 과정을 그림 5-8에서 제시하고 있다.



▌그림 5-8▐ 통합돌봄 제공 과정 : 상담부터 서비스 제공까지 (안)

④ 서비스 연계

서비스연계는 위에서 언급했다시피 '의료기관 연계'가 보다 강화될 필요가 있으며 '퇴원환자 연계' 부분을 추가적으로 고려할 필요가 있다. 퇴원환자 연계의 경우 구 단위에서 통합지원회의를 통해 돌봄계획을 세우는 것을 다수 제안하였으나, 일부 전문가의 경우 '퇴원 직후'라는 타이밍이 중요한 퇴원환자연계 서비스의 신속성을 감안하면, 통합지원회의까지 돌봄계획을 미루는 것은 바람직하지 않다는 의견이 존재했다. 이 의견은 위의 2단계 돌봄계획이 '정기'와 '긴급'으로 나뉘어 진행된다면 어느 정도 보완할 수 있을 것으로 보인다.

⑤ 서비스 종결

돌봄SOS의 서비스운영 과정과 가장 차별되는 지점은 '종결계획'이 단기적이지 않고 반드시 사후 추적과 모니터링을 전제한다는 것이다. 특히 2단계 돌봄계획의 대상자는 반드시 구 단위 통합돌봄지원회의를 통해 종결계획을 논의한다. 서비스 연계의 주요 내용과 종결계획에 대한 세부적인 내용은 그림 5-9에서 제시하였다.

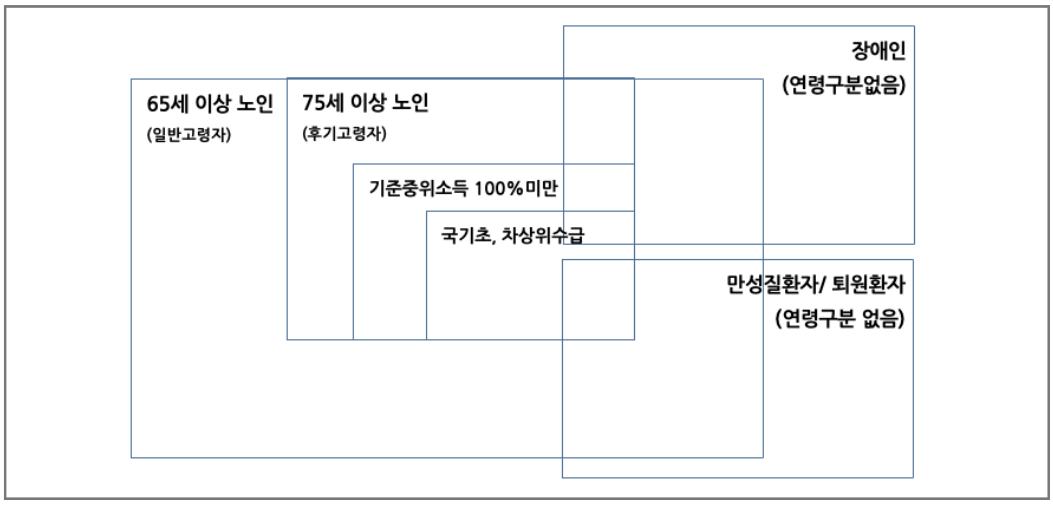


▌그림 5-9▐ 통합돌봄 제공 과정 : 서비스연계부터 모니터링까지 (안)

4 서비스 대상 및 내용 측면

1) 서비스 대상

2장에서 살펴보았듯이 지역사회 통합돌봄 선도사업은 그 대상자의 범위를 지역자율로 맡기면서 초기에 실무자를 중심으로 혼란이 있었다. 이러한 혼란은 어떤 면에서는 당연한 결과로 보인다. 돌봄통합지원법의 방향성이나 해외사례에서도 알 수 있듯이 지역사회 통합돌봄은 '노인'을 주요 대상자로 하지만 '노인 만'을 위한 제도는 아니다. 장애인, 만성질환자 및 일시적 급성기 환자, 퇴원환자 등 나이와 무관하게 누구나 돌봄의 대상이 될 수 있기 때문에, 그 방향성은 보편적으로 상정하는 것이 바람직해 보인다. 다만, 사업 초반에, 아직 제도적 인프라나 수행 인력이 제대로 갖추어지지 않은 상태에서 사업의 기본 목적과 과정을 이해하기 위해서는 대상의 범위를 좁혀 접근하는 방식이 유용할 수 있다. 다음(그림 5-10)은 연령과 소득수준, 집단 특성을 기준으로, 통합돌봄의 대상자를 분류한 그림이다.



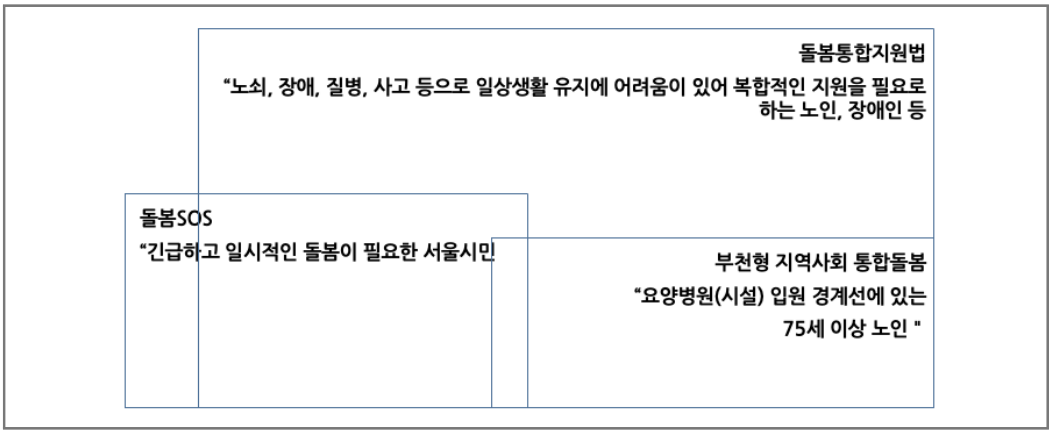
▎그림 5-10 ▎ 서비스 대상자 – 연령과 소득수준, 집단 특성 기준

연령과 소득수준을 기준으로 살펴보았을 때, 대상자의 기준은 크게 '노인', '장애인', '만성질환자 혹은 퇴원환자'로 나누어 볼 수 있다. 이중 장애인이나 만성질환자/퇴원환자는 연령과 무관하게 돌봄필요도가 높은 계층이다. 이상적으로 보았을 때, 지역사회 통합돌봄은 이들 계층을 모두 포함하여 '대상집단(Target Group)'으로 설정하고 진행해야 한다. 다만, 지역사회

자원의 가용성과 인프라 수준을 판단하여 가장 가운데 위치한 집단 (예. 국기초 및 차상위 수급층 중 75세 이상 노인이거나 장애인, 만성질환자)을 1순위로 두고, 바깥쪽으로 확대하는 전략을 취할 수 있다.

서울시 돌봄SOS의 경우 기본적으로 위의 연령과 특성을 모두 포괄하는 '보편적' 제도로 설계되어 있다. 물론, 실제 사업 집행에 있어서, 55세 이상의 돌봄필요도가 높은 계층을 우선순위로 두었고, 기준중위소득 100%가 본인부담금을 부과하는 기준이었기에, 실제적으로 저소득층과 노령층을 중심으로 서비스가 제공된 것은 사실이다. 이렇게 제도의 설계와 실제 집행간의 차이는 배정되는 예산이나 담당 매니저의 재량에 따라 간격이 조절될 수 있으므로, 서울형의 경우 돌봄SOS의 경험을 살려 보편형으로 설계하는 게 바람직할 것으로 보인다.

통합돌봄의 대상자는 다른 한편으로 건강상태와 돌봄 필요도를 기준으로도 나누어 볼 수 있다. 돌봄통합지원법은 그 범위를 "노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인 및 장애인 등"으로 포괄적으로 제시하고 있다. 반면, 지역사회 통합돌봄의 선도/시범사업은 그 대상을 "75세 이상 노인" 중에서도 "요양병원 입원 경계선에 있는 노쇠노인" 으로 좁게 설정하고 있다. 돌봄SOS의 경우는 연령과 소득의 제한은 원칙적으로 존재하지 않지만 그 돌봄 필요도가 "긴급하고 일시적인" 수준으로 좁혀져 있다. 돌봄SOS의 서비스 양 확대는 여러 가지 측면에서 한계로 지적되고 있고, 서울형 통합돌봄 전달체계에서 돌봄SOS의 조직구조와 인력구조를 활용하는 한 반드시 극복해야 하는 요소이다. 이를 돌봄통합지원법의 범위까지를 커버하기 위해서는 위에서 언급한 조직구조와 운영상의 흐름을 적극 반영해야 한다. 다음(그림 5-11)은 건강상태와 돌봄필요도를 기준으로 대상자를 분류한 것이다.



▌그림 5-11▐ 건강상태 및 돌봄 필요도 기준

2) 직접 제공 및 연계 서비스 내용

직접 제공 서비스의 종류 및 연계 서비스의 확장은 우선 직접 돌봄서비스를 가장 넓은 범위에서 효율적으로 제공하고 있는 것으로 알려진 돌봄SOS의 사업내용을 그 바탕으로, 어떤 직접 서비스와 연계 서비스가 추가되어야 하는지를 짚어보고자 한다.

① 직접 제공 서비스

현재 돌봄SOS가 제공하고 있는 직접 제공 서비스의 종류는 다음과 같다(표 5-1).

| 표 5-1 | 돌봄SOS 직접 제공 서비스 내용

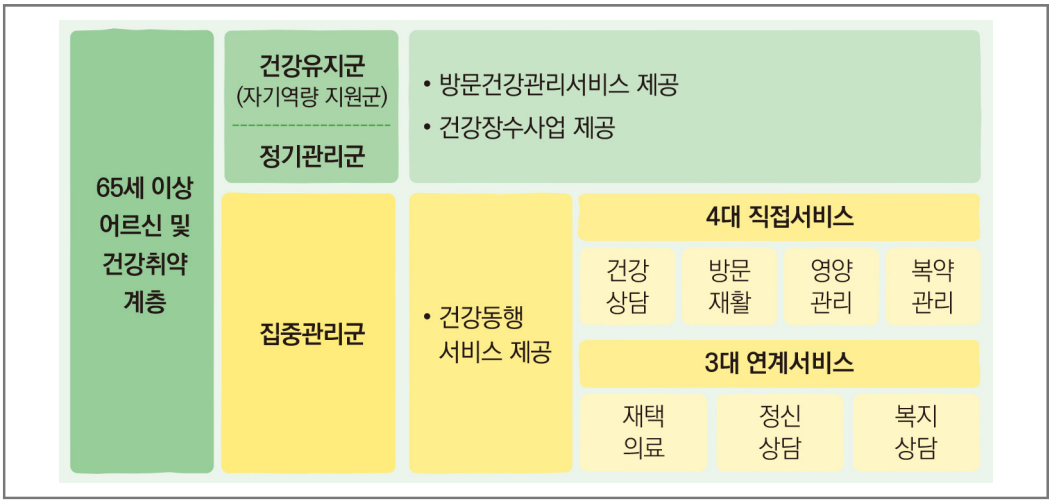
구분	서비스 진행 목표	서비스 제공 내용	주요 자원
일시재가 서비스	이용자 수발 중심의 가장 기본적 돌봄 서비스로서, 적정한 서비스를 제공하여 돌봄 어려움 해소	서비스 제공인력이 이용자 가정 등을 방문하여 이용자에게 직접적인 수발 서비스를 제공	장기요양시설 사회서비스원 등
단기시설 서비스		일정 기간 시설 입소를 통해 이용자에게 보호와 수발, 기타 서비스를 종합적으로 제공	장기요양시설 노인요양시설 단기보호시설 노인장애인생활시설 등
동행지원 서비스	일반적인 일상유지를 위한 서비스로서, 적절한 자원의 신속한 연계를 통해 이용자의 지역사회 내 자립 생활 기능 유지	이용자의 필수적인 외출 활동에 서비스 제공인력이 동행하여 이동 지원 및 업무 보조 등의 서비스를 제공	사회서비스원 장기요양기관 장애인활동지원기관 등
주거편의 서비스		이용자 가정 내 간단한 수리·보수, 점검·확인, 설치·이동 등 소수리와 거주 환경개선 위한 청소·방역·세탁 서비스 제공	사회적경제조직 지역자활센터 사회복지기관 민간업체 등
식사배달 서비스		이용자의 기본적인 식생활이 안정적으로 유지될 수 있도록 정기적인 식사 배달 제공	

출처 : 서울시복지재단, 2024년 돌봄SOS 운영매뉴얼, p. 36

보건복지부에서 발간한 2024년 노인 의료·돌봄 통합지원 시법사업 안내서에는 지역사회 통합돌봄이 직접 제공해야 하는 주요 서비스로 1) 방문의료지원 2) 퇴원환자 재가복귀 지원서비스 3) 주거지원 서비스 4) 일상생활지원 서비스를 꼽고 있다. 4번의 상당 내용은 현재 돌봄SOS가 지원하고 있는 일시재가서비스나 동행지원, 식사배달 서비스와 중복되는 내용이 많다.

그러나, 1)부터 3)에 이르는 내용은 서울형 통합돌봄이 추가적인 직접 제공 서비스로 유의깊게 살펴보아야 하는 항목들이다.

'방문의료지원'에 대해 시범사업 안내서는 "지역 내에서 방문진료를 단독으로 수행할 수 있는 의료기관의 의사와 시군구 노인통합지원센터, 보건소 등 공공의료기관에 배치된 간호사, 사회복지사들이 협력하여 방문의료서비스를 제공함" (보건복지부, 2024, p. 47) 로 기술되어 있다. 이는 현재 장기요양 재택의료센터 등의 의료진과 시군구 전담조직 내의 사회복지사와 간호사의 협업을 통해 직접적인 방문의료서비스를 제공할 것을 제안하고 있다. 이러한 서비스 모형은 현재 서울시 보건(지)소에서 추진하고 있는 어르신 건강장수센터의 모형과 유사하다(그림 5-12).



출처 : 서울시·서울시공공보건의료지원단, 2024년 건강장수센터 사업안내서, p. 11

▌그림 5-12▐ 건강장수센터 직접 서비스 및 연계 서비스 내용

다만, 건강장수센터의 '건강동행서비스' 모형에서도 '건강상담', '방문재활', '영양관리', '복약관리' 등 직접적인 의료적 처치보다는 관리 중심의 의료서비스가 중점적인 서비스 내용으로 제시되고 있는 점은 여전히 '시범사업'에서 제안하는 방문의료서비스의 내용 대비 한계를 보이고 있다. 이 부분은 직접 제공보다는 지역사회 일차의료기관이나 2,3차 병원과의 '연계 서비스'를 중심으로 풀어야 할 것으로 보인다.

시범사업에서 두 번째로 강조한 직접 제공 서비스는 퇴원환자 재가 복귀 지원서비스로, "퇴원 후 돌봄 필요도가 높은 노인에게 의료와 돌봄서비스를 통합적으로 연계 제공하여 불필요한 재입원 및 시설 입소를 방지하고, 살던 지역에서 성공적으로 복귀·안착하도록 지원" (보건

복지부, 2024, p. 51)하는 것으로 제시되어 있다. 해당 역할의 주체는 협력 의료기관(급성기 병원, 요양병원, 재활병원) 내 담당인력(사회복지사 등)이거나 시군구의 전담팀이다. 이러한 사업 역시 서울시에서는 서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크를 통해 어느 정도 그 전달체계가 구축이 되어 있다. 다만, 퇴원환자 연계 사업이 민간 2,3차 병원으로 확장되어야 하며, 이를 지역사회에서 받아 충분하고 적절한 의료 및 돌봄 서비스를 제공할 만한 인력과 자원을 마련하는 것이 과제이다. 이러한 역할을 현재의 돌봄SOS체계에서 수행할 수 있을지에 대해서는 전문가나 실무자 사이에서도 의견이 많이 갈리고 있다. 우선적으로 동주민센터보다는 구 단위에서 보건소와의 협업을 통해 제공되어야 할 서비스로 판단된다.

마지막으로, 직접서비스에서 가장 보완이 필요한 부분은 '주거지원 서비스' 라고 할 수 있다. 기존 일시적인 주거환경 개선에 머물러 있던 '주거편의' 서비스는 지역사회 통합돌봄 영역에서는 매우 적극적이며 근본적인 수준의 서비스 인벤토리를 구성하게 된다. 즉, 중간집 등의 매입임대를 통한 일시적 거주서비스를 제공하거나, 살던 집에서 돌봄서비스를 받고, 적절하게 보조를 받으며 살아갈 수 있는 수준의 주거환경 개선 서비스가 포함되어야 한다. 당연히, 해당 서비스는 그 재정적 부담이나 집행 과정이 기존 돌봄서비스 제공과는 차원이 달라지기 때문에 여러 참여자의 적극적인 지원이 필요하다. 선도사업 및 시범사업의 평가에서 반복적으로 한계로 꼽히고 있는 부분이며, 심지어 돌봄통합지원법에서도 그 재정적 지원 방안을 제대로 기술하지 않았을 정도로, 실행의 무게가 가볍지 않은 책무이다. 이에 대해서는 단지 지방자치단체 수준 뿐 아니라 중앙정부의 보건복지부, 국토교통부, 기재부 등 다영역에서 머리를 맞대어 고민해 보아야 한다.

② 연계 서비스

현재 돌봄SOS가 제공하고 있는 연계 서비스의 종류는 다음과 같다(표 5-2).

▌표 5-2 ▌ 돌봄SOS 연계 서비스 내용

구분	서비스 진행 목표	연계 가능한 자원 및 기관
안부확인	일정 기간의 지속적 개입과 관리 차원의 서비스로 정서 및 건강 지원 통해 삶의 불안감 해소	서울시·자치구·동단위 프로그램(복지플래너 모니터링 안부확인 제외), 사회복지기관(노인복지관, 장애인복지관, 지역사회복지관 등)
건강지원		보건소 건강돌봄팀 건강돌봄서비스, 보건복지부 방문진료사업, 의료기관, 기타 의료기관 및 지역사회자원
돌봄제도	장기적 욕구에 대해 외부 자원연계를 통해 돌봄 어려움 해소	노인장기요양보험제도, 노인맞춤돌봄서비스, 장애인활동지원서비스 등 공적 돌봄제도
사례관리		동행센터 사례관리, 구 통합사례관리, 민간 사회복지기관 등
긴급지원		소득지원제도(국민기초생활보장제도 등), 긴급복지지원(중앙/서울), 서울시 희망온돌 위기긴급지원기금 등

연계서비스에서 가장 보완이 필요한 부분은 '건강지원' 부분이라고 할 수 있다. 지역사회통합돌봄에서 의료영역과의 연계는 사실 건강보험공단이나 보건복지부에서 의료 영역을 움직일 수 있는 제도적 기반, 즉, 방문진료나 방문간호에 대한 수가의 제공, 방문진료와 관련한 매뉴얼의 제공, 어느 정도 독립적인 방문간호가 가능할 수 있는 포괄적 의사지시서 등 법적·제도적 기반의 마련이 전제되어야 한다. 보건복지부는 선도사업 등을 진행하며 이러한 필요에 대한 요구를 반영하여 다수의 시범사업을 다음과 같이 진행해 왔다(표 5-3 참고).

▌표 5-3 ▌ 보건복지부·건강보험공단 지역사회 통합돌봄 의료 연계를 위한 시범사업

ㅇ 방문진료의 확장과 관련한 시범사업 (보건복지부, 건강보험공단)
- 2018년~ 장애인건강주치의
- 2019년 12월~2025년 일차의료방문진료 수가 시범사업(1차~현재 6차공모 중)
- 2019년~2024년 8월 일차의료만성질환관리시범사업
- 2019년 11월~ 요양병원 퇴원환자 지원사업
- 2020년 ~2023년 12월 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업
- 2024년 4월~12월 의료-요양-돌봄 통합판정체계(2차) 시범사업
- 2024년 1월~12월 장기요양 재택의료센터 시범사업(2차)

이러한 시범사업의 결과, 서울시에는 2024년 12월을 기준으로 약 21개의 장기요양 재택의료센터가 선정되어 방문진료와 방문간호를 진행하고 있다(표 5-4 참고).

▌표 5-4 ▌ 서울시 장기요양 재택의료센터 (2024년 12월 기준)

순번	지자체	기관명	주소지
1	강남구	서울연세의원	강남구 영동대로 210 2층
2	강북구	건강의집의원	강북구 오현로31길 85-6 1층
3		서울봄연합의원	강북구 삼양로 579 화성빌딩 3층, 4층
4	강서구	정내과의원	강서구 까치산로4길 3
5		365어울림한의원	강서구 초록마을로15 은가람팰리스102호~104호
6	관악구	정다운우리의원	관악구 신림로 206 2층
7		연세가정의원	관악구 관악로 304 현대아파트
8	노원구	서울의원	노원구 월계로 370 201호, 202호
9		파티마의원	노원구 중계로 160 화인상가아파트
10	도봉구	동동가정의학과의원	도봉구 방학로 167 4층 동동가정의학과의원
11	마포구	무지개의원	마포구 월드컵로 80 양경회관 7층 무지개의원
12		우리동네30분의원	마포구 백범로 99 승행빌딩 4층
13	성북구	돌봄의원	성북구 돌곶이로22길 26-2
14	송파구	베스트연합의원	송파구 마천로 281 1층, 지하 1층
15	은평구	살림의원	은평구 서오릉로 149 2층
16	종로구	종로구보건소	종로구 자하문로19길 36 청운효자동자치회관
17		서울36의원	강남구 테헤란로 51길 23 금영빌딩 204호
18	중랑구	미래신경과	중랑구 면목로 415 롯데리아
19		서울신내의원	중랑구 용마산로 622 서울신내의원
20	양천구	희당한의원	양천구 목동동로12길 48 경향빌딩 2층
21	영등포구	우리네한의원	영등포구 대림로 76 동화빌딩

'장기요양 재택진료센터' 와 별개로 건강보험공단의 일차의료 방문진료 시범사업에 참여한 의원과 한의원의 수는 회차를 거듭할수록 증가하고 있다(양의 1~6차, 한의 1~2차). 다음(표 5-5)은 현재 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여하고 있는 서울시내 의원과 한의원 현황이다(2024년 12월 현재).

▌표 5-5▐ 서울시 구별 일차의료 방문진료 시범사업 참여 의원 수 (2024년 12월 기준)

구	양의	한의
강남구	13	32
강동구	14	41
강북구	9	24
강서구	8	44
관악구	11	32
광진구	6	24
구로구	14	22
금천구	11	14
노원구	4	17
도봉구	4	22
동대문구	5	21
동작구	7	38
마포구	5	26
서대문구	3	14
서초구	28	42
성동구	3	22
성북구	3	29
송파구	10	42
양천구	0	38
영등포구	2	24
용산구	6	13
은평구	6	25
종로구	0	24
중구	2	14
중랑구	13	28
계	187	672

5 인력 (증가) 측면

통합돌봄의 실행 체계에서 가장 중요한 참여자(actor)는 시군구 단위 전담조직이라는 점에는 전문가를 비롯하여 실무자들이 폭넓게 동의하고 있다. 읍면동 단위의 사업을 총괄하고 기획할 뿐 아니라 2단계 돌봄계획을 비롯한 고난이도 사례관리까지 시군구 단위에서 맡아

진행할 가능성이 높다. 특히, 통합 돌봄에서 증가되는 서비스 총량, 퇴원환자 연계 등에 필요한 관리 및 기관 연계, 주거시설의 확보 등 업무범위가 늘어날 수 있다. 무엇보다 의료영역의 관리와 연계가 강조되면서 의료관련 인력(케어매니저)의 확보가 중요한 이슈로 등장하고 있다.

서울시는 찾아가는 동주민센터나 돌봄SOS 등의 사업을 거치며 '간호사'를 공무직이나 정규직으로 꾸준히 채용해 왔기 때문에 다른 지자체에 비해 간호직 인력이 풍부하다. 다만, 간호직이 동행센터 내에서도 돌봄1팀, 돌봄2팀으로 분절되어 있고, 보건소 내의 간호사와도 실질적인 협업 시스템이 만들어져 있지 않은 점이 한계점으로 꼽힌다. 이 지점이 잘 조율이 된다면 순수하게 증가하는 인력의 범위를 조절할 수 있을 것으로 보인다. 다음은 기존 돌봄SOS의 인력 구조를 바탕으로, 돌봄SOS가 본격적인 서울형 통합돌봄 전달체계로 기능할 경우, 인력의 증가를 고려하게 되는 요인을 정리하였다.

구단위 인력 추가 요소

- 사업운영 전반 (기존 사업 운영 인력 유지)
- 동지원
  1) 2단계 (중장기) 통합지원계획 수립 관련 인력 [기존 희망복지지원단 인력 활용가능]
  2) 통합돌봄 관련 교육 인력
- 제공기관의 발굴/지원
  1) 지역사회 장기요양 재택의료기관 및 일차의료 방문진료 기관의 발굴 및 연계 [간호사 직역 케어매니저 필요]
  2) 주거서비스 제공 관련 계획수립
- 협력체계 구성
  1) 건강보험공단 및 시립/종합병원 입원환자 연계 [간호사 직역 케어매니저 필요]
  2) 통합돌봄지원회의 관리

동주민센터 단위 인력 추가 요소

- 돌봄접수창구
  1) 기존 복지서비스 수요자에서 120, 지역사회의료기관 등 '보건', '의료' 수요자의 통합 접수로 인한 접수량 증가

- 돌봄욕구사정

  1) 방문사정에서 의료 관련 전문성 필요 [동행센터와 돌봄매니저 간호인력 활용]

  2) 1단계 돌봄계획수립 대상자 증가 예상

  3) 건강보험공단과 협업하여 통합 사정

- (단기)직접서비스 제공

  (기존 단기 서비스 직접 제공 및 연계 외에 추가로)

  구 단위 결정 2단계 돌봄계획 서비스 직접 제공 및 연계, 모니터링]

- 의료서비스 연계

  지역사회 1차의료기관과의 연계 관리 인력

제6장

의료영역의 복지서비스 연계 시 이슈 탐색



Seoul
Welfare
Foundation
www.welfare.seoul.kr

제6장

의료영역의 복지서비스 연계 시 이슈 탐색

지금까지 살펴본 지역사회 통합돌봄의 주요 방향성은 사회서비스를 보건-의료 서비스와 효율적이며 밀접하게 연계하기 위한 제도적·실천적 노력이라고 요약할 수 있다. 해당 영역에서의 법적·제도적·실천적 노력을 짧게는 20여년, 길게는 반세기에 가깝게 진행해 온 일본이나 유럽과 달리 우리나라는 2015년 '찾아가는 동주민센터'의 방문간호사업을 통합돌봄의 정책적 시도의 시작이라고 보는 경우에도, 혹은, 2018년 보건복지부 지역사회 통합돌봄 선도사업 로드맵의 발표를 시작으로 보는 경우, 어느 쪽이든 지역사회 통합돌봄의 정책 역사는 아직 채 10년이 되지 않은 초기단계 사업이라고 할 수 있다.

이러한 단계에서 어떤 사업이 더 중요하고 덜 중요하다고 판단하는 것은 시기 상조라고 할 수 있다. 다만, 현 단계에서 시도되고 있는 다양한 사업 중 지금까지 강조된 '의료-복지' 연계를 직접적으로 시행하고 있는 사업이라면 '장기요양 재택의료사업'과 '퇴원환자연계'로 요약되는 '서울케어-건강돌봄네트워크사업'을 꼽을 수 있다. 두 사업은 '복지'를 중심으로 두고, '의료' 서비스를 연계하는 전달체계를 고려한 지금까지의 논의와는 맥락이 다소 다르다. 지금까지는 동행센터나 보건소 등 공공돌봄 기관을 주체로 두고, 서비스 제공자로서 의료기관(일차의료기관, 2,3차 의료기관) 서비스를 연계하는 방향으로 논의했다면, 위의 두 사업은 의료기관을 중심으로, 지역사회의 복지서비스를 일종의 '서비스 제공자'로 인식하는 구조라고 할 수 있다.

이 두 사업의 공통점은 해당 의료기관에서 복지서비스와의 연계를 위하여, '사회복지사'를 연계 인력으로 적극 위치시키고 있다는 것이다. 장기요양 재택의료센터의 경우 보건복지부가 2023년부터 추진한 시범사업의 일환으로, 의사가 간호사와 사회복지사를 채용해야만, 장기요양 재택의료센터로 방문진료와 방문간호를 할 수 있도록 허용하고 있다. 시립병원 건강돌봄 네트워크팀도 사회복지사가 포함된 다학제팀이 핵심 구조라고 할 수 있다.

지역사회 통합돌봄의 중요한 요소를 담고 있는 두 가지 사업의 초기 단계 현황을 탐색적으로 살펴보는 것은 매우 의미 있는 일이다. 복지영역에서 의료영역으로의 연계, 확장은 아직

시작도 하기 전의 상태인 데 반해, 위 두 사업은 짧은 시간이나마 의료영역에서 복지영역으로의 연계를 시도하면서 시행착오와 어려움 등의 경험을 쌓아왔기 때문이다. 이 경험 속에서 보건-복지-의료 연계를 위해 지자체 단위에서 어떤 역할이 필요하며, 어떤 장애물을 극복해야 하는지에 대한 가장 최신의 전망을 얻을 수 있다.

1 재택의료센터와 지자체

보건복지부는 2022년 12월부터 장기요양 재택의료센터 시범사업을 시작하였고, 2024년 1월 2차 시범사업 참여기관을 선정하였다. 1,2차 시범사업을 통해 전국에 92개 의원이 재택의료센터로 선정되었다. 2차 시범사업이 진행 중인 2024년 12월 기준, 서울시에는 총 21개, 경기도에는 총 25개의 장기요양 재택의료센터가 운영 중이다. 장기요양 재택의료센터로 선정되면, 장기요양 재가급여 대상자를 방문 진료할 경우, 방문진료수가(회당 128,960원)가 지급되며, 추가로 재택의료기본료로 1인당 14만원이 지급된다(1인당 한달 기준 진료 1회, 방문간호 3회 기준). 수급자를 6개월 이상 장기 관리할 경우 지속관리 수가가 6만원 별도 지급된다(장기요양 재택의료센터 시범사업 지침, 보건복지부, 국민건강보험공단, 2024년 1월).

이렇게 별도의 수가가 제공되는 조건으로, 센터는 의사 이외에 등록간호사(Registered Nurse)와 사회복지사를 의무 채용하여 '통합사례관리 체계'를 꾸려야 한다. 일반적으로 민간지역 일차의료기관이 의사 1명이 간호조무사를 채용하여 운영하고 있는 것을 감안하면, 추가 인력 채용은 운영 상의 부담이 될 수 있다. 이러한 이유로 현재 장기요양 재택의료센터로 등록하여 운영하고 있는 의원들은 대부분 의료복지사회적협동조합 방식으로 운영되던 곳이거나 장애인주치의 시범사업 등을 비롯하여 공공의료사업에 적극적으로 참여하면서, 지역사회에서 반(半)공공의료기관으로 인지도를 쌓아온 기관이다.

장기요양 재택의료센터는 그 사업의 목표가 지역사회 통합돌봄 사업의 활성화의 일환이기 때문에, 센터의 환자를 지역사회 자원과 연계하여 돌봄의 완결성을 추구하는 것이 목표이다. 이렇게 의료와 돌봄서비스 등의 지역사회 자원을 연결하는 역할이 재택의료센터 사회복지사에게 부여된 책무라고 할 수 있다. 이렇게 명백하게 의료와 지역사회 사회서비스간 '연계자(linker)'로 역할이 부여되고 있기에, 해당 직무에서 1년 이상의 직무 경험이 있는 사회복지사라면, 지역사회 자원을 연계하는 데 있어서 어려움과 한계를 어느 정도 인식하고 있으리라고 기대할 수 있다. 따라서, 지자체에서 지역사회 의료기관과의 연계를 고민하는 입장에서, 반대

방향의 연계를 시도했던 실무자를 인터뷰함으로써 지역사회 복지-의료 연계의 실마리를 찾고자 하였다.

1) 연구 방법

다음의 연구방법을 따랐다.

- 연구 목적 : 지역사회 복지-의료 연계를 위한 재택의료센터와 지방자치단체(동주민센터/구) 협업 증진을 위한 방안 탐색
- 참가대상 : 서울시 및 경기도에서 현재 운영 중인 장기요양 재택의료센터에서 근무 중인 사회복지사 8명 (근무 경력 1년 이상)
- 참가방법 : 온라인 플랫폼(줌 컨퍼런스)을 이용한 집중그룹인터뷰(Focus Group Interview), 총 3그룹 (그룹 당 2~3명 참가), 그룹당 인터뷰 시간 2시간
- 인터뷰방법 : 반구조화된 (Semi-structured) 질문지를 바탕으로 집단 논의(Group discussion)
- 인터뷰일자 : 2024년 11월 27일, 28일, 12월 1일
- 참여자특성

명칭	재택의료센터 위치	재택의료센터 근무연차	사회복지사 근무연차	성별
A	서울시	3	11	남
B	서울시	3	16	여
C	서울시	3	16	남
D	경기도	2	2	여
E	경기도	1	2	여
F	경기도	1	13	여
G	경기도	1	6	여
H	경기도	3	2	여

2) 연구 내용

주요 연구 내용은 다음과 같다.

① 지방자치단체(구, 동주민센터, 보건소)와의 협업 경험
- 공무원과의 소통 경험, 협업 시 어려운 점, 극복 방안

② 지방자치단체의 지역사회 의료기관 연계 시 기대 역할
- 실무적, 제도적 지원 방향
- 통합돌봄에 있어서의 재택의료센터의 역할

3) 주요 연구 결과

(1) 지자체 협업 경험

① 지역사회 내 기본적 인지도 형성되지 않은 센터가 다수

지역에 따라 동주민센터나 구/시와의 협업경험의 차이가 큰 것으로 나타나고 있다. 주로 경기도의 재택의료센터의 경우 의료복지사회적협동조합이 참여하거나, 공공병원(경기도의료원 수원병원, 안성병원, 의정부병원, 이천병원, 파주병원, 포천병원, 국민건강보험 일산병원 등)이 재택의료센터로 참여하고 있다. 서울시는 일부 의료복지사회적협동조합(예. 은평 살림의원, 관악 정다운의원)을 제외하면 상당수 민간의원이 참여하고 있다. 이렇게 지역별로 재택의료센터의 형태가 다른 점은, 센터와 지자체와의 연계활동의 양상에 상당한 차이를 불러오고 있다.

예를 들어, 공공의료원이나 지역사회에서 오랫동안 의료복지사회적협동조합으로 진료활동을 했던 병원의 경우 지자체 담당자 혹은 해당 부서와 유·무형의 연계활동의 경험이 많아서 서로 간의 신뢰나 업무 프로토콜이 어느 정도 형성이 되어 있다. 동주민센터의 공무원이나 보건소의 방문간호사는 해당 지역에 재택의료센터가 있음을 분명히 인지하고 있으며, 센터 쪽에서 특별한 홍보 노력이 없어도, 의료적 필요도가 높은 주민들을 상당수 연계하고 있었다.

반면, 민간 재택의료센터의 경우, 해당 지역 동주민센터나 구, 보건소와 연계 경험이 거의 쌓여 있지 않은 상태였다. 건강보험의 장기요양재택의료 시범사업은 2022년 12월부터 시작되어 이제 2년 정도 지난 사업이기에 해당 사업에 대한 인지도가 지자체에 형성되어 있는 곳이 드물다. 특히, 서울의 재택의료센터의 경우 일반 민간병원으로 의료활동을 하던 곳이 지난 1~2년 사이에 재택의료센터로 전환하여 활동을 시작한 센터가 많아, 지역사회에 관련 인식이 형성되기 전이다. 이로 인해 환자를 모으기도 힘들뿐더러 지역사회 공무원에게 존재를 인식시키기도 쉽지 않은 상황이라고 한다.

이로 인해 서울시 재택의료센터에 근무하는 사회복지사들은 해당 구 및 동에 자신의 센터를 소개하는 단계인 경우가 많으며, 일부 긍정적인 반응이 있는 기관을 중심으로 환자 연계를 시도하고 있었다. 지역에 따라 차이가 있지만 일부 담당 공무원의 경우 센터 사회복지사들의 소개를 영업을 하는 행위 정도로 인식하는 경우도 많은 것으로 나타나고 있다.

② 접점 공무원의 순환 보직, 의료분야의 낮은 이해로 지속적 관계 형성 어려움.

재택의료센터의 사회복지사들은 방문진료 등 센터 소개에 대한 자체 팜플렛을 만들어 구 단위나 동주민센터 등에서 홍보활동을 벌이는 등의 노력을 하고 있었다. 그런데, 노력 끝에 어렵게 소통 관계가 형성이 된 경우에, 순환 보직으로 인해 새로운 공무원이 배정되면, 센터의 필요성을 다시 설명하는 등의 업무가 반복된다고 하였다. 특히, 사례관리의 연속성이 떨어지면서 센터와의 연계에 대한 조율이 중지되는 등의 일이 종종 일어난다. 의료 분야를 이해하는 공무원도 적어 센터와의 연계를 필수적인 것이 아니라고 인식하는 경우도 많았다. 특히, 동주민센터에 비해 (서울시의) 구 단위 공무원들과 의사소통하는 일에서 어려움을 느낀다고 하였다.

③ 간호직의 경우 협업 경험이 상대적으로 긍정적임.

일반 공무원에 비해, 보건소나 동주민센터의 방문간호사는 비교적 의사소통이 원활한 직역으로, 일단 이 직역과의 친분이 형성이 되면 비교적 활발하게 지역사회 주민에 대한 연계활동이 이루어지고 있는 것으로 나타난다. 동주민센터에 배치되어 있는 방문간호사나 돌봄매니저 간호직은 실제 현장에서 의료행위가 제한되어 있기 때문에 재택의료센터와의 연계에 관심을 갖고 만족도 높다고 한다. 특히, 건강 관련 니즈가 있는 민원인을 재택의료센터에 소개할 때 의료분야에 있어서는 기존 연계 서비스에서 하기 어려운 적극적인 처치를 해주기 때문이 민원인의 만족도도 높은 편이다. 다만, 방문진료에서 대상자가 지불해야 하는 의료비(방문진료비 약 196,000원에서 30%가 본인부담금으로 약 6만원)가 높은 편으로, 직접적인 연계에 장애물이 된다고 인식하고 있었다.

(2) 지자체에 기대하는 역할

① 지역사회에 재택의료센터를 홍보, 환자연계

우선적으로 지역사회 내 재택의료센터를 알리고, 의료서비스가 필요한 환자를 연계해 주는

역할을 기대하고 있었다. 경기도 공공의료 기반의 재택의료센터의 경우, 초기에 지자체와 주민 대상의 정기 행사를 공동 진행하면서, 센터부스를 설치하고, 건강진단을 하면서 지역주민에게 센터를 홍보하는 자리를 마련했다고 한다. 일부 센터장의 경우 지자체의 의사결정자와 자주 만남을 갖고 센터의 역할을 알리는 등 적극적인 역할을 한다고 하였다. 이제 사업 2년차를 넘어가는 재택의료센터가 활성화되려면 지자체 단위에서 적극적으로 적격 환자를 연계하는 역할을 해주어야 한다는 의견이 많았다.

② 적정 수준의 정보 공유, 통합지원회의 참여 등 대면 기회 확대

재택의료센터는 기본적으로 통합사례관리의 형태를 요구하고 있기 때문에, 환자의 사회경제적 환경 및 조건에 대한 정보 수집이 필수적이다. 직접 방문을 통해 유입된 환자의 경우 센터 내 사회복지사의 대면 상담 및 방문 상담을 통해 관련 정보를 파악하지만 정확하지 않은 경우가 많다. 특히, 수급자 정보 등 사회경제적 부분의 정보를 지자체에서 공유해 준다면 관련 복지 자원을 함께 탐색하는 등의 시너지를 발휘할 수 있을 것이라는 의견이 있었다.

이와 관련하여, 환자를 중심으로 서로 만나서 논의할 수 있는 자리가 있으면 연계활동이 원활할 것이라고 하였다. 특히 케어플랜을 어느 정도 공유하는 자리가 있다면, 센터 사회복지사들은 의료적 처치에 관한 부분을 지자체 사회복지사들과 공유할 수 있고, 동주민센터나 구의 사회복지사들은 사회경제적 조건에 맞는 복지자원을 센터 사회복지사들과 공유함으로써 케어플랜을 적절하게 세워나가고 아울러 실행하는데 상부상조할 수 있었다.

③ 방문진료 차량의 주차문제 등에 대한 지원

재택의료센터는 방문진료, 방문간호가 기본 제공 서비스이기 때문에 차량 이용이 필수적인데 많은 경우 주차문제가 불거진다고 한다. 거주자우선 주차구역에 차량을 주차할 경우 지역주민이 자주 전화를 걸어와 진료가 불가능한 경우도 종종 있으며, 주차금지 구역에 불가피하게 주차하여 벌금을 낸 경우도 많다. 지자체에서 해당 지역 내의 재택의료센터 방문차량의 경우 공무집행 차량으로 고려하는 등의 지원이 필요하다는 의견이 많았다.

④ 퇴원환자의 연계에서 컨트롤 타워 역할

2, 3차 병원에서 직접 재택의료센터에 퇴원환자를 의뢰하는 경우가 종종 있다. 퇴원환자경험이 많은 재택의료센터의 경우, 1차적으로 센터 내 사회복지사가 퇴원 전부터 환자의 자체

선별지(정보), 처방약, 주요보호자, 환경 등을 파악한다. 이때 가정용 호흡기라든지, 혈압, 혈당측정기 등의 준비사항을 가족들에게 미리 알려주는 역할을 한다. 퇴원 후에는 2~3일 내에 센터 의료진이 방문하도록 매니징 하고, 의료진은 방문을 통해 환자상태를 파악하고 관리계획을 세운다. 현재 연계 관계가 형성이 된 2,3차 병원이 몇 군데 있지만, 만약 의뢰 병원수가 늘거나, 병원이 아닌 가족이 직접 의뢰한 경우에는 정보 파악이 늦어지는 경우가 있다. 이를 중간에서 정보의 흐름을 원활하게 하고 필요한 센터를 쉽게 찾아갈 수 있도록 안내해 주는 역할을 구 단위에서 한다면 도움이 될 것 같다. 그런데, 해당 역할의 인력은 의료적 배경이 있는 간호직이나, 최소한 간호조무사 자격증이 있는 사회복지사가 맡아야 할 것 같다는 언급이 있었다.

2 퇴원환자 연계와 지자체

2013년 북부병원에서 지역사회와 연계활동 강화를 위한 다양한 노력을 시작하면서, 그 중 하나의 활동이었던 '퇴원환자 연계' 사업이 서울시 시민건강국 사업으로 채택되며 '서울케어-건강돌봄네트워크'로 발전하였다. 보건복지부에서 지역사회 통합돌봄 선도사업을 시작하면서, 2,3차 병원과 지역사회 연계 강화를 위해 '지역책임의료원'을 선정하였고, 지역책임의료원으로 선정된 병원에서도 퇴원환자 연계를 지역책임의료의 중요 추진사업의 하나로 인식하고 추진하고 있다. 이에 현재 시립병원 혹은 지역책임의료기관으로 선정된 병원을 중심으로 별도의 팀을 꾸려 퇴원환자연계활동을 몇 년간 수행하고 있다.

해당 팀은 의사, 간호사, 사회복지사, 재활치료사 등의 다학제 직역이 참여하여 운영되고 있으며, 퇴원환자를 지역사회 자원과 연결하는 일을 주로 맡는다는 점에서, 통합돌봄을 추진하고 있는 지자체에서 주요하게 소통해야 하는 조직이라고 볼 수 있다. 특히 해당 팀에서 사회복지직은 재택의료센터의 사회복지직처럼 환자를 '지역사회자원'과 연결하는 연계자(linker)로 기능하고 있기 때문에, 퇴원환자 연계를 사업의 하나로 고민하고 있는 지자체에서 우선적으로 관심을 기울여야 하는 직역이라고 할 수 있다.

퇴원환자 연계는 돌봄통합지원법을 비롯하여, 선도사업, 시범사업 모두에서 지역사회 통합돌봄에서 중요한 요소로 강조하고 있는 영역이다. 따라서, 서울형 통합돌봄 전달체계 구축에 있어서도 면밀하게 살펴보고 고민해 보아야 하는 부분이다. 다만, 그 성격에 있어서 의료적

성격이 강하기 때문에 복지 서비스 중심으로 구축되어 있는 현재 지자체 전달체계에서는 그 구체적 수행에 어려움을 겪을 수 있다. 퇴원환자연계를 담당해온 시립병원 및 지역책임의료기관의 의료사회복지사의 경험을 통해 지자체에서 시작할 수 있는 퇴원환자연계 활동을 모색해 보도록 한다.

1) 연구 방법

다음의 연구방법을 따랐다.

- 연구 목적 : 퇴원환자 지역사회 연계를 위한 지방자치단체(동주민센터/구)와 2,3차 병원 협업을 위한 방안 탐색
- 참가대상 : 시립병원 건강돌봄네트워크팀 및 2,3차 종합병원 의료사회복지사로 근무 중인 사회복지사 8명 (근무 경력 2년 이상)
- 참가방법 : 온라인 플랫폼(줌 컨퍼런스)을 이용한 집중그룹인터뷰(Focus Group Interview) 혹은 개인 대면 인터뷰
- 인터뷰방법 : 반구조화된 (Semi-structured) 질문지를 바탕으로 인터뷰
- 인터뷰일자 : 2024년 12월 4~6일
- 참가자특성
  서울시립병원은 북부병원, 서울의료원, 보라매병원이며, 2, 3차 병원은 각 1개 사례로 기명표기는 하지 않는다.

명칭	병원 타입	건강돌봄네트워크 근무연차	의료 사회복지사 근무연차	성별
A	서울시립병원	10	15	여
B	서울시립병원	2	2	여
C	서울시립병원	1	4	남
D	서울시립병원	7	10	여
E	서울시립병원	1	9	여
F	서울시립병원	지역책임의료팀 2년	2	남
G	2차병원	지역책임의료팀 5년	10	여
H	3차병원	-	27	여

2) 연구 내용

주요 연구 내용은 다음과 같다.

① 퇴원환자의 지역사회 서비스 연계시 장애물, 어려운 점
- 연계 경험, 연계 시 어려운 점, 극복 방안

② 지방자치단체의 퇴원환자 연계 시 개선 방향
- 실무적, 제도적 지원 방향

3) 주요 연구 결과

(1) 퇴원환자의 지자체 연계 장애물

① 근거리 기반 지자체와의 협업 중심

시립병원이나 해당 병원이 위치한 지역 내의 동주민센터, 구 단위와 비교적 밀접한 관계를 유지하고 있다. 특히, 건강돌봄네트워크 사업의 태동이 된 북부병원과 인근에 위치한 서울의 료원의 경우, 중랑구와 인근 동주민센터와의 협업 경험이 누적되어 비교적 원활한 연계활동을 하고 있는 것으로 보인다. 다만, 시립병원을 비롯한 2,3차 병원의 경우 지역사회가 아닌 서울시 전체 혹은 전국 단위에서 환자가 오고 퇴원하는데, 원거리 지자체와는 협업의 경험 빈도가 낮고 그에 따라 정보도 제한되는 문제가 있다. 연구에 참가한 사회복지사들은 환자의 거주지에 따라 다양한 구와 동주민센터를 접촉한 경험을 갖고 있는데, 그 응대 수준이나 대상자에 대한 적극성의 정도에 큰 차이가 있다고 한다. 돌봄SOS의 간호직이나 보건소의 간호직에게 주로 의뢰하고 있으며, 서울케어-건강동행사업도 중요한 파트너로 언급하였다.

② 지역사회 연계에 대한 낮은 인지도와 소득조사에 대한 거부감

퇴원환자들의 대부분은 병원에서 퇴원 후에 지역사회 자원을 연결하는 활동에 대한 인지도가 낮으며, 의료사회복지사들의 이러한 노력에 대해서 일종의 '영업 행위'라고 인식하는 경향이 있다(보험 가입 등을 유도하는). 퇴원 후 계획은 가족들이 돌볼 여유가 될 경우에는 가족의 돌봄에 의지하거나 그렇지 않을 경우 요양병원으로 옮겨지는 것을 수순으로 생각하는 경향이 존재한다. 장기요양보험의 혜택을 받지 못하는 중장년 1인 가구의 경우 상당수 '대책없이' 퇴

원하고 제대로 돌봄을 받지 못하는 등 회복의 기회를 얻지 못해 상태가 악화된 채로 다시 입원하게 된다.

되도록 지역사회에 연계하고 싶지만, 지역 복지서비스의 대부분은 소득기준에 따라 수급자격이나 본인부담금이 달라지기 때문에 이를 언급하게 되는데, 상당수의 환자들이 이 단계에서 연계를 거부하게 된다. 자산조사 자체에 거부감이 존재하며, 자산조사 후에 비용을 부담할 수도 있게 된다는 사실에 부담을 느낀다. 보건소의 경우 자산조사에서 자유롭기 때문에 연계 시도를 많이 하는데 보건소의 상당수는 퇴원환자를 추후 관리할 만한 역량이 되지 못해 결국 연결되지 못하는 경우가 많다.

③ 지역에 퇴원환자를 연계할 만한 서비스 및 책임조직의 부재

지역사회에 퇴원 후 돌봄이 필요한 환자를 연계하려고 해도 적당한 제공자를 찾을 수가 없다. 일부 보건소에서 건강동행사업과 연계해 주는 경우가 있으나 그 빈도가 낮고, 보건소는 자체 사업으로 항상 인력이 부족하며 정기적으로 관리할 만한 여력이 없다. 돌봄SOS의 돌봄매니저에 연계하는 경우도 있지만, 적극적인 의료적 처치가 필요한 환자는 간호직 돌봄매니저가 의료 행위를 할 수 없기 때문에 연계할 수 없다. 최근에 일부 지역의 경우, 장기요양 재택의료센터에 의뢰하기도 하는데, 아직 활성화 되지 않은 상태라 보편적인 대안이라고 볼 수 없다. 병원에서 가까운 지역의 경우, 병원의 건강돌봄네트워크 팀이 정기적으로 방문하여 추적 관리를 하고 있지만, 지역의 한계로 확장성에는 문제가 있다. 요약하자면, 조각조각 일부 퇴원환자들을 제한적으로 돌볼 수 있는 서비스는 어렵게 찾을 수 있으나, 퇴원환자들을 포괄적으로 '믿고 맡길 만한' 책임조직이 없다는 게 문제이다.

④ 지역사회 돌봄서비스의 세심함 부족

퇴원환자의 경우 급성기 상태에서 막 벗어났거나(예. 암환자) 만성적 질환을 지속하여 갖고 있는 경우(예. 당뇨병환자)가 상당수여서 집으로 돌아와 일상돌봄서비스를 받게 될 경우 세심한 주의가 따른다. 대표적인 부분이 식사배달 서비스이다. 일종의 '환자식'이 필요한데 현재 돌봄SOS 등에서 제공하는 도시락은 개인화되어 있지 않다. 수술 후 완전히 회복되지 않은 상태에서 주거환경의 변화도 필요하지만 현 주거편의 서비스는 큰 돈이 들지 않은 일시적 수선 서비스를 주로 제공한다. 그 결과 제공되는 돌봄서비스가 무용지물인 경우가 자주 발생한다. 퇴원환자의 경우 지역사회 통합돌봄의 접근법이 보다 고도화할 필요가 있다.

⑤ 환자의 정보를 효과적으로 공유할 수 있는 플랫폼의 부족

퇴원 계획은 의사, 간호사, 사회복지사 각각 세우게 되는데 병원별로 자체적으로 해당 양식을 만들어 사용하고 있다. 즉, 통일된 양식이 존재하지 않는다. 또한, 병원에서 작성된 퇴원 계획은 환자를 지역사회에 의뢰하거나 연계할 때, 해당 기관의 양식에 맞추어 거의 대부분 다시 작성한다고 한다. 공공의료 데이터의 경우 공공기관 근무자는 특정 조건 아래 열람이 가능하다고 하는데 이 데이터의 이용이 활성화되어 있지 않다. 재택의료센터의 사회복지사와 인터뷰 할 때도 퇴원 시 건강정보 및 복약상황에 대한 정보 등을 효과적으로 공유할 수 있는 플랫폼의 필요를 다수 언급하였다.

(2) 퇴원환자연계를 위한 지자체 개선 방향

① 광역 혹은 구 단위 컨트롤타워 필요

시립병원 및 2,3차 병원은 서울시 전역 혹은 전국의 환자를 보유하고 있기 때문에 본격적인 퇴원환자연계가 진행되려면 광역시(서울시) 단위 혹은 구 단위에서 해당 지역의 퇴원환자 리스트를 확보하고 이에 대한 퇴원 후 계획을 맞춤형으로 세워서 집행할 필요가 있다. 특히, 퇴원 후에도 단순 돌봄 서비스 뿐 아니라 의료적 처치가 지속되어야 하는 경우가 많기 때문에 분산되어 있는 의료자원 (예. 재택의료센터, 건강동행사업 등)을 효과적으로 움직여서 제 때에 도달할 수 있도록 지원해야 한다. 이를 위해 의료적 배경이 있는 인력(간호사)이 케어 코디네이터로 역할해야 한다는 의견이 많았고, 이를 최소 구단위 전담조직 혹은 (지역에 따라) 보건소 건강장수센터에서 진행하도록 조직적, 예산적 지원이 필요하다는 논의가 있었다.

② 퇴원환자 연계를 위한 제도적 유인책 마련

시립병원이나 지역책임의료기관에서는 '건강돌봄네트워크' 등 퇴원환자 연계에 사업비를 지원하는 방식으로 활동을 유도할 수 있지만 민간 2,3차 병원은 퇴원환자를 지역사회에 연계해야 하는 어떤 제도적 유인도 존재하지 않는다. 의료사회복지사의 입장에서 수가도 없으며, 병원의 수익에 도움이 되지 않는 일에 노력을 기울일 만한 유인책이 별로 없다. 일부 의료사회복지사 개인의 사명감에 따라 입퇴원을 반복하거나 사회적 고립 등의 어려움에 처한 환자를 지역사회 자원과 연결해 보려는 노력을 기울이기도 하나 연계 자체의 어려움으로 쉽게 포기하게 된다고 한다. 제도적으로 퇴원환자 연계 건수에 수가를 부여하거나 '퇴원환자연계사업' 자체의 예산을 별도로 확보해 줘야 민간병원은 움직일 수 있다는 의견이 있었다.

③ 서울케어-건강동행사업의 확장 운영

서울케어-건강동행사업이 2024년에 일몰되고 2025년부터는 건강장수센터 사업으로 전환하게 되는데, 건강돌봄 네트워크에서 근무하는 많은 의료사회복지사들은 퇴원환자연계사업에서 건강동행사업의 유의미성을 강조하고 있다. 건강동행사업은 기본적으로 자산조사와 무관하게 제공되고, 다학제팀으로 운영되고, 의사와 간호사가 핵심 인력으로 기능하기 때문에 퇴원환자의 의료적 처치를 어느 정도는 맡길 수 있다는 점 때문이다. 다만, 건강동행사업에서도 적극적인 의료적 처치는 제한된다는 점에서 재택의료센터나 일차의료 방문진료 의원들과의 연계를 활성화해야 한다고도 하였다.

제 7 장

결론



Seoul
Welfare
Foundation

www.welfare.seoul.kr

제7장

결론

지금까지 '지역사회 통합돌봄'의 다양한 측면을 문헌과 전문가 및 실무자 자문을 통해 살펴보고, 그 내용을 종합하여 서울형 통합돌봄서비스의 전달체계의 초안을 제시하였다. 해당 안은 향후 서울시가 각 구의 특성에 맞는 통합돌봄의 전달체계 모델을 구축하는데 앞서, 통합돌봄의 기본적인 방향성과 요소들을 제시하는 데 그 목적이 있다. 즉, 제시안은 모두 구 특성이나 향후 자원과 예산에 따라 자유롭게 변경과 조정이 가능할 뿐 아니라 필연적으로 변경이 될 것으로 기대한다.

1) 연구의 요약

2024년 3월 26일 제정된 돌봄통합지원법은 한국사회가 전례 없는 속도로 초고령사회에 진입하는 상황에서, 지역사회와 함께 지속가능한 돌봄체계를 구축하고자 제정되었다. 이는 노쇠 노인의 돌봄공백이 요양시설이나 병원 입소로 이어지는 경로를 지역사회 중심으로 전환하려는 시도이다. 특히 기존의 분절적 서비스를 대상자 중심으로 끊김 없이 제공하기 위해, 광역시도와 시군구 지방자치단체장에게 핵심적인 책임의무를 부여하고 있다. 법은 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄을 4대 핵심요소로 규정하고 있다.

돌봄통합지원법은 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄의 통합적 제공을 위해 의료영역의 적극적 개입을 강조한다. 이를 위해 방문진료와 방문간호 인프라 확대가 필수적이며, 예방적 관점의 보건의료서비스 강화도 중요하다. 특히 주거지원 인프라 확충을 통해 지역사회 계속 거주를 지원하고자 한다. 법은 중앙정부가 제도적·재정적 지원을, 광역시도가 행정적 지원을 담당하도록 하며, 시군구가 실질적인 통합돌봄 전달체계를 구축·운영하도록 규정하고 있다.

서울시는 2010년대 중반 이후 '찾아가는 동주민센터'와 '돌봄SOS' 등을 통해 복지와 보건을 통합적으로 제공하는 선도적인 공공돌봄 제도를 운영해왔다. 특히 돌봄SOS는 구청과 동

주민센터에 전담조직이 설치되어 운영되고 있어, 돌봄통합지원법이 요구하는 통합돌봄 전담조직의 기반이 마련되어 있다. 사회복지직과 간호직이 돌봄매니저로 팀을 이루어 전체 서비스 제공 과정에 참여함으로써, 복지-보건 통합서비스의 실행 모델을 구축하고 있다.

서울형 통합돌봄 전달체계는 돌봄SOS를 기반으로 하되, 서비스 제공의 시간적 범위와 내용적 범위를 확대해야 한다. 현재의 긴급하고 일시적인 서비스를 중장기 서비스로 전환하고, 서비스 종류도 확대가 필요하다. 특히 주거편의 서비스는 기존의 일시적 주거환경 개선에서 더 나아가 매입임대 등을 통한 적극적 주거지원으로 발전시켜야 한다. 또한 예방적 건강관리부터 생애 말기 돌봄까지를 포괄하는 장기적 책임성도 강화해야 한다.

서비스 연계 측면에서는 의료부문과의 연계 강화가 가장 시급한 과제이다. 장기요양 재택의료센터, 일차의료 방문진료 등과의 협력체계를 구축하고, 퇴원환자 연계를 위한 시스템도 마련해야 한다. 건강보험공단과의 협업을 통한 대상자 발굴 체계 구축도 중요하다. 특히 통합돌봄협의체를 구성하여 다학제적 서비스 제공 주체들이 정기적으로 모여 통합지원계획을 수립하고 조정할 수 있어야 한다.

조직 운영에 있어서는 구청 단위에서 통합돌봄과를 설치하여 기존의 대상별 분산 돌봄업무를 통합 운영하는 것이 효과적이다. 이를 통해 사업운영의 기획과 지원, 동지원, 제공기관 발굴, 협력체계 구성을 담당하게 된다. 특히 2단계 돌봄계획과 통합돌봄협의체 지원 업무를 총괄하며, 보건소와의 긴밀한 협력관계도 구축해야 한다. 또한 서비스 양이 대폭 확대됨에 따라 이를 실질적으로 집행할 수 있는 인력 증가도 고려해야 한다.

재택의료센터와의 협력에 있어서는 여러 장애요인이 존재한다. 대부분의 재택의료센터가 지역사회에서 아직 인지도가 낮고 협업 경험이 부족하며, 특히 공무원들의 잦은 순환보직과 의료분야에 대한 낮은 이해도로 인해 소통이 어렵다. 이를 개선하기 위해서는 지역 행사나 통합돌봄협의체 등을 통한 더 많은 대면 소통 기회를 마련하고, 방문차량의 주차 편의성 제공, 센터 홍보 및 환자 연계 지원 등 실질적인 지원이 필요하다.

퇴원환자 연계와 관련해서도 중요한 과제들이 있다. 현재는 퇴원환자를 믿고 맡길 만한 지자체 단위의 책임 기관이 부재하고, 퇴원이라는 중요한 시점에 적절한 서비스를 제공할 수 있는 자원을 찾기 어려운 상황이다. 이를 해결하기 위해서는 의료적 배경이 있는 케어코디네이터를 지자체에 배치하고, 건강돌봄네트워크 팀의 활동을 넘어 민간병원에서도 퇴원환자 연계에 참여할 수 있는 제도적 유인책을 마련해야 한다. 또한 건강동행사업을 지속적으로 확대하여 퇴원 후 돌봄의 연속성을 보장해야 할 것이다.

2) 남겨진 과제

지금까지 지역사회 통합돌봄의 하드웨어적 측면, 즉 전달체계의 조직구성과 운영 등에 대한 논의를 진행하였다. 그러나, 지역사회 통합돌봄이 성공적으로 안착하기 위해서는 소프트웨어 측면, 즉, 지역사회의 공동체 역량의 강화가 필수적이다. 이는 단순히 공공의 제도와 서비스를 확충하는 것을 넘어, 지역주민들이 서로를 돌보는 문화와 역량을 키우는 것을 의미한다. 특히 통합돌봄의 핵심인 'Aging in Place'를 실현하기 위해서는 이웃 간의 관심과 돌봄이 일상적으로 이루어지는 환경이 조성되어야 한다. 이를 위해 주민 자치조직, 사회적 경제 조직, 시민사회단체 등 다양한 지역사회 주체들의 참여와 협력이 필요하다. 또한, 자립과 상호의존이 충돌하지 않고 융합됨으로써 취약한 사람들도 지역사회의 한 구성원으로 받아들여질 수 있는 문화의 형성이 필요하다(김용득, 2018).

지역사회 공동체 역량 강화를 위해서는 긴 호흡의 구체적인 실행전략이 필요하다. 우선 동 단위 돌봄역할 강화를 통해, 돌봄이 필요한 이웃을 발견하고 지원하는 활동을 장려해야 한다. 이는, 찾아가는 동주민센터부터 동행센터에 이르기까지 서울시가 공공조직을 중심으로 오랫동안 공들여 진행하고 있는 일이기도 하다. 그러나 공무원만 열심히 하는 것이 아니라 지역주민의 자발적인 참여를 이끌어 낼 수 있는 지역문화의 기반조성이 필요하다. 그동안 많은 지자체에서 시도하였으나 뚜렷한 결과가 나오지 않았던 '지역사회 돌봄 활동가'의 양성은 보다 장기적인 관점에서, 입체적인 유인책을 바탕으로 고민해야 한다. 보다 구체적인 단계에서, 일상적 생활 반경에서 돌봄에 참여할 수 있는 기회를 제공하고 이를 위한 공간이나 비용 지원 등의 제도적 지원을 제공해야 한다(전지훈, 2020). 돌봄SOS의 성과 중 하나로 평가받고 있는, 사회적 경제 조직들의 돌봄 분야의 협력 체계를 보다 우호적인 제도적, 재정적 지원을 통해 확대하는 것도 중요한 노력이라고 할 수 있다.

선도사업과 시범사업에서 눈에 띄는 성과를 거둔 지역들은 지역사회의 공동체 역량을 키우는 '지역특화형' 사업에 예산을 별도로 배분하고, 지역특화형 사업을 의욕적으로 진행한 곳이다. 서울시에서는 이러한 지역들의 예를 참고하여 서울시와 구별 특성을 반영하여 지역 주민의 참여를 유도할 수 있는 사업의 진행에 신경을 써야 한다.

한편, 돌봄이 필요한 대상자에 대한 지원만큼이나 중요한 것이 보호자에 대한 지원이다. 현재 우리나라의 돌봄정책은 주로 돌봄 대상자에게 초점이 맞추어져 있어, 실제 돌봄을 제공하는 가족 구성원들의 부담이 매우 크다. 특히 장기간의 돌봄으로 인한 신체적, 정신적 소진과 사회적 고립은 심각한 문제로 대두되고 있다. 이는 결과적으로 돌봄의 질 저하로 이어질

수 있으며, 보호자 자신의 삶의 질도 크게 떨어뜨리는 요인이 된다(최인희, 김영란, 이아름, 박신아, 2014).

따라서 보호자들을 위한 체계적인 지원 시스템 구축이 시급하다. 우선 보호자들의 심리상담과 정서적 지원을 위한 프로그램을 확대해야 한다. 또한 돌봄 기술 교육, 정보 제공, 자조모임 지원 등을 통해 보호자들의 역량을 강화하고 고립감을 해소할 수 있도록 해야 한다. 무엇보다 현재 재가요양의 돌봄 시간이나 질을 대폭 강화하여, 보호자들이 안심하고 돌봄 부담을 나눌 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 보호자 수당의 지급이나 사회보험 혜택 확대 등의 제도적 지원도 고민해야 한다.

이러한 의미에서 '지역사회 통합돌봄'은 특정 기관, 특정 주체의 문제가 아니라 지역사회의 한 구성원으로 살아가는 한 예외 없이 당사자로서, 혹은 가족이나 이웃, 정책 실무자, 서비스 제공자 등의 다양한 형태로 참여할 수밖에 없는, 연대적인 관심과 노력이 필요한 사회적 과제라고 할 수 있다. 서울시는 다행히 많은 자원을 지니고 있지만, 실무적 과정에서 다양한 한계와 장애물에도 부딪힐 수 있다. 단시일에 성과를 보기 힘든 과제인 만큼 장기적인 관점에서 기반을 닦는 노력이 필요한 시점이다.

참고문헌

[국내문헌]

국민건강보험공단. (2024). 장기요양 수입/지출 예산, 국민건강보험 경영공시 https://www.nhis.or.kr/announce/wbhaec11607m01.do

국민건강보험공단. (2024). 장기요양 급여비 지급현황, 국민건강보험 경영공시 https://www.nhis.or.kr/announce/wbhaec11501m01.do

권우영, 김가은. (2024). 지역사회 통합돌봄 제도 연구 동향 분석 : 주제 범위 문헌 고찰. *문화기술의 융합, 10(2)*, 225-236.

김보영. (2023). 분권과 돌봄에 기반한 지역사회보장계획 전환 모색, *보건복지포럼, 326*, 한국보건사회연구원

김세영. (2016). 노인요양시설에 대한 한국노인의 인식. *지역사회간호학회지, 27(3),* 242-253.

김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념 정립 및 추진방향 연구. 서울연구원, 보건복지부

김용득. (2018. 8.). 커뮤니티 케어, 무엇을 어떻게 해야 할까? *참여연대 월간복지동향*

김용득. (2018). 탈시설과 지역사회중심 복지서비스 구축, 어떻게 할 것인가?: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어. *보건사회연구, 38(3)*, 492-520.

김윤영, 윤혜영. (2018). 커뮤니티케어 해외사례와 함의 그리고 구상. *비판사회정책, (60),* 135-168.

김일호, 김정석, 손지현. (2024). 지역사회 통합돌봄 보건복지 연계·협력 현황 분석: 돌봄SOS센터 간호사와 사회복지사 시각. *한국케어매니지먼트 연구, 50*, 31-61.

김이배. (2017). 사회복지전담공무원 인사행정 현황과 개선방안 – 부산광역시를 중심으로. *한국사회복지행정학, 19(1)*, 63-99.

배지영, 장명화, 김광묘. (2023). 지역 의료돌봄 연계 활성화를 위한 교육모델 개발, 한국보건복지인재원, 보건복지부

보건복지부 (2020). 지역사회 통합돌봄 추진 가이드북

보건복지부 (2022). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(3차년도)

보건복지부 (2023). 2023년 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내

보건복지부·국민건강보험공단 (2024). 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업 모니터링 및 효과성 평가 연구

보건복지부 커뮤니티케어추진단 (2018. 11. 19.). 지역사회 통합돌봄 기본계획 보도자료.
보건복지부 커뮤니티케어 추진본부 (2022).지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북
서울시, 2024, 서울시의료기관 통계, 서울열린데이터광장
https://data.seoul.go.kr/dataList/173/S/2/datasetView.do
서울시 복지실. (2024년 9월). 서울시 사회서비스원 해산에 따른 서울시 돌봄서비스 공공성 강화 계획, 서울시
서울시복지재단 (2023). 2023년 동행센터운영매뉴얼, 서울특별시
서울시복지재단 (2024). 2024년 돌봄SOS운영매뉴얼, 서울특별시
서울시공공의료재단 (2022). 서울케어-건강돌봄사업 성과 연구, 서울특별시
서울연구원 (2021). 서울시 1인가구실태조사 학술 연구, 서울특별시
서울열린데이터광장, https://data.seoul.go.kr/dataList/10291/S/2/datasetView.do 2024년 12월 30일 출력
소셜임팩트뉴스, 2023.6. “서울시 협동조합 중 68%는 운영 중이거나 공시 완료” https://www.socialimpactnews.net/news/articleView.html?idxno=779
송인주. (2020). 서울시 고독사 위험계층 실태조사, 서울시복지재단
송해란, 오대영. (2024). 돌봄통합지원법의 분석과 현행 서울시 돌봄서비스 적용 시사점 연구, 서울시복지재단
안기덕. 2021. 서울형 돌봄서비스 전달체계 연구 – 복지관의 지역사회돌봄을 중심으로, 서울시복지재단
양난주. (2024. 8). ‘지역사회 통합돌봄, 누가 무엇을 해야 하는가’, 제5회 노회찬비전 포럼 세미나 자료, 노회찬재단
유수형, 조상미. (2024). 통합돌봄서비스 종사자의 의사소통과 조직 협력 간 관계: 신뢰의 매개효과 검증. *한국사회복지행정학, 26(2)*, 55 – 83.
유애정, 박현경. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후 과제, *대한공공의학회지, 6*, 75-98
이건세. (2024. 10.). 재택의료의 정책적 현실과 과제, 서울시보라매병원 재택 의료 심포지엄 자료집
이윤경. (2017). 커뮤니티케어 선도사업 모델 개발 연구. 한국보건사회연구원
이태수, 홍영준. (2016). 서울시 ‘찾아가는 동주민센터’의 정책결정과정과 의의. *비판사회정책, 53,* 246-281.
장민선. (2024). 지역 돌봄 통합지원법의 의의와 지자체 역할. 2024년 의료·돌봄 통합지원 정책 포럼 자료집, 국민건강보험
장영수, 곽은영, 김민지, 박정화. (2022). 서울케어-서남병원 지역사회 통합 돌봄 모델 구축: 퇴원 연계서비스를 중심으로. *보건사회연구, 42(4)*, 173-189.

전지훈. (2020). 지역공동체 기반 돌봄 활동의 요인구성과 정책 방향: 노인과 아동의 돌봄공동체 사례를 중심으로. *도시연구, 18,* 297-339.

정명은, 김미현, 장용석. (2014). 서울시민의 행복과 사회자본 관계 분석. *서울도시연구, 15(1),* 163-186.

정미렴. (2023). 노인요양시설 문화변화에 대한 베이비부머 세대의 수요와 요구조사 -에덴얼터너티브를 중심으로-. *한국주거학회논문집, 34(4),* 37-45.

정현진 외. (2022) 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석연구 (3차년도). 보건복지부·국민건강보험공단

최인희, 김영란,이아름,박신아. (2014). 노년기 가족돌봄의 위기와 지원방안 연구. *한국여성정책연구원 연구보고서, 2014(51-2),* 1-106.

한국보건사회연구원 (2014), 2014년 노인실태조사, 보건복지부

홍선미, 전준희, 하경희. (2022). 지역사회 통합돌봄을 통한 정신장애인의 삶의 변화에 대한 사례연구. *한국장애인복지학, 55(55),* 169-197.

홍선미 (2023). 성공적인 건강 노화를 위한 노인 대상 지역사회 통합돌봄서비스 전달체계의 과제. 국회입법조사처

[해외문헌]

Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration.The route to improved outcomes, 2010.

Ham, C. J., & De Silva, D. (2009). Integrating care and transforming Community Services: what works? where next?.

Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. I*nternational journal of integrated care, 16(4).*

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care,13.*

WHO integrated people-centered care
https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_2

NHS England
https://www.hee.nhs.uk/our-work/integrated-care#:~:text=It%20is%20care%20that%20is,to%20achieve%20the%20best%20outcomes.

서울시복지재단-2024-40

서울형 통합돌봄 서비스 전달체계 구축 연구

발 행 일 2024년 12월 31일
발 행 처 서울시복지재단
발 행 인 서울시복지재단 대표이사 진 수 희
편 집 인 류 명 석

주 소 서울시 마포구 백범로31길 21
전 화 1670-5755
팩 스 02-6353-0419
홈페이지 www.welfare.seoul.kr
인쇄업체 ㈜케이에스센세이션
I S B N 978-89-6298-916-8 (95330)

이 책의 저작권은 재단법인 서울시복지재단에 있습니다.
무단 전재와 무단 복제를 금합니다.
ⓒ서울시복지재단, 2024

서울시 마포구 백범로 31길 21(우 04147)
TEL 02-1670-5755 **FAX** 02-6353-0221
www.welfare.seoul.kr



ISBN 978-89-6298-916-8 (PDF)