

남양주시 의료·요양 돌봄 통합 추진현황과 과제

노영광 남양주시 복지정책과장

1. 남양주시 돌봄 사업 추진 여건

○ 돌봄수요 현황

- 시 노인 인구^{14만명} 중 14.3%는 돌봄서비스가 제공되며 관리되고 있음
- 장기요양등급 18,151명(13%), 노인맞춤돌봄 2,022명
- 장기요양 등 돌봄서비스가 필요하지만 요양등급을 받지 못한 노인은 1,247명으로 이들의 서비스가 체계적으로 관리되어야 할 필요성 대두

○ 돌봄공급 현황

- 장기요양기관은 총 721개소가 운영, 돌봄유관기관 16개소 운영 중
- 관내 의료기관은 총 554소가 운영중에 있으며, 공공의료원 입주 확정
※ 종합병원 2, 병원 21, 의원 383, 요양병원 16, 한의원 132

○ 추진여건

- (추진경험) 2019년부터 지역사회통합돌봄 선도사업을 추진하고 있으며, 2023년 보건복지부 일상돌봄사업, 2024년 누구나 돌봄사업을 추진하고 있음
- (돌봄이음센터 TF팀 설치·운영) 3명(팀장1, 직원 1, 기간제 근로자 1)
- (추진체계) 의료, 요양 등 돌봄과 관련된 사업이 복지행정과, 노인복지과, 장애인 복지과, 보건소(3개소) 등 다양한 부서에서 분절적으로 추진되고 있음

2. 남양주시 의료·요양 돌봄 통합 시행 준비 현황

- 돌봄 통합 시행(3. 27.) 준비를 위해 중앙 및 경기도의 계획에 따라 조례제정, 전담 조직·인력 배치, 협의체 구성 등 다음과 같은 행정적 기반을 준비 중 임
- 매월 보건복지부 보고(전담조직 설치, 조례 제정, 협의체 구성 등 준비사항)

(1) 조례제정

- 남양주시는 2019년 지역사회통합돌봄 선도사업을 추진하며 법적 근거 마련을 위해 2023년 ‘남양주시 지역사회 통합돌봄에 관한 조례’를 제정하였으나,
- 시 조례제정 이후 정부에서 2024년 3월 돌봄통합지원법(약칭) 제정에 따라 다소 상이한 부분이 많아 상위법에 적합한 조문으로 전면 개정 준비 중

(2) 전담조직 및 인력기반 조성

- (전담부서 설치) ‘과’ 와 ‘팀’ 조직 설치 권고하고 있어, 조직개편 추진
- (인력충원) 보건복지부 지자체 조직구성 운영 권장 가이드라인에 따라 17명의 전담 공무원에 대한 한시적 인건비(140,250천원)를 교부(2026. 1)하였으나, 공무원 인력 채용시기는 전국적으로 연 1회(매년 6월경) 모집 하는 특성상 3월 시행에 맞춰 전체 인력을 배치하기 어려운 상황으로 우선 상반기에는 가능한 인력을 배치 예정

[상반기 계획]

- (복지정책과) 4명 증원 예정 (4명 中 2명 배치 완료)
- (보건소) 3명 증원(남양주보건소, 풍양보건소, 동부보건소 각 1명)
- (읍면동) 기존 배치된 공무원 인력에서 전담자 지정

[하반기 계획]

- (복지국) 3명 추가 배치 (총 7명)
 - ※ 현행 돌봄서비스의 분절적 구조 개편을 위해 복지국 내 업무 재조정 예정
- (보건소) 3명 추가 배치 (총 6명) ※ 가칭) 건강돌봄팀 신설
- (읍면동) 23명 배치 ※ 인구 및 돌봄대상자, 복지사무 담당 정원 등 고려

<참고 1> [복지정책과 개편안] 부서명칭 변경 및 전담팀 설치



<개편안>



(3) 협의체 구성

○ 통합지원에 관한 사항 심의·자문을 위해 통합지원협의체 구성 운영

- (주요기능) 사업의 원활한 추진과 관련기관 등과 연계·협력 강화

- 지역계획의 수립 및 평가에 관한 사항
- 통합지원 시책 추진에 관한 사항
- 통합지원 관련기관 등과의 연계·협력에 관한 사항
- 그 밖에 위원장이 필요하다고 인정하는 사항

- (구성인원) 30명 이내(당연직 위원장 1, 위촉직 부위원장 1 포함)

- (당연직) 복지국장, 관련 부서 과장(복지정책과, 노인복지과, 남양주보건소 건강증진과장, 풍양보건소 건강증진과장, 동부보건소 건강증진과장) 건강보험공단 남양주지사장
- (위촉직) 학식과 경험이 풍부한 사람, 관련 기관의 대표자 등

- (임 기) 2년(당연직 위원의 임기는 그 재직 기간)

- (회의운영) 연 2회 정기회의 및 임시회의 개최

○ 돌봄통합 추진관련 실무 협의를 위해 통합지원 실무협의체 운영 가능

- (주요기능) 통합지원협의체의 안전에 대한 사전 협의 및 조정 등

(4) 돌봄사업 정비

대상특성	개입목표	기본서비스		자체서비스	
				복지/돌봄	보건/의료
재가노인 (중증)	안전한 지역생활 유지기간 연장	장기요양보험	재택의료센터 치매관리 재가의료급여 시범사업(복지행정과)	일상생활지원 식사영양관리 주거환경개선 SI노인말벗 케어안심주택 응급안전	방문진료(일차의료) 방문건강관리(보건소) 가정간호(의원연계) 방문간호(장기요양지원) 재가의료급여
퇴원노인	가정복귀 건강한 회복, 정착	노인맞춤돌봄	만성질환관리 우울관리		
재가노인 (경증)	집중건강관리 등급진입, 악화예방	재가의료 시범사업			
의료·돌봄 통합지원		자체서비스 개발		지속거주 여건 조성	
· 돌봄대상자에 대한 의료, 영양, 돌봄, 주거 등을 직접 또는 연계하여 통합지원		· 기존 복지제도의 불충분성을 보완하는 자체 의료, 돌봄서비스 직접 개발 및 수행		· 복지재단간이 연계확대 · 돌봄협력기관의 확대 · 지역 돌봄 생태계 지원	

3. 돌봄통합 업무 추진 절차 정립

단계	단계별 절차	
① 대상자 발굴	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 빅데이터 이용, 복합욕구자 발굴 보건소, 희망케어센터, 복지관, 병원 등 각 기관 발굴협업
② 신청-접수	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> (읍면동) 통합지원 신청 접수 (읍면동 외) 사전조사 의뢰 (→ 읍면동) ※ 읍면동은 행복e음 정보시스템에 입력하여 접수
③ 사전조사	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> 사전조사 실시(대면 또는 유선) - 통합판정군(건보의뢰), 자체조사군(자체수행), 비해당군(안내종결) 사전조사 후 결과 안내(우편/문자)
	건보지사	<ul style="list-style-type: none"> 지사를 방문하여 통합돌봄을 함께 신청하는 경우 작성하여 전송
④ 지자체 자체조사	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> 신청자에 대한 의료, 돌봄서비스 필요도 확인
	시	<ul style="list-style-type: none"> 직권신청자, 긴급 지원이 필요한 자에 대한 조사 (퇴원환자, 생애말기환자)

④-2 통합판정 의 료	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> • 건보지사로 통합판정 의뢰
⑤ 통합판정	건보지사	<ul style="list-style-type: none"> • 통합판정 신청·접수 및 조사, 결과 안내(시스템)
⑥ 개인별 지원 계획수립	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> • (대상) 통합판정 결과 회신 대상자, 자체조사군 판정 대상자 • (내용) 통합지원계획 수립을 위한 기본계획 수립
	시	<ul style="list-style-type: none"> • 긴급 지원이 필요자(퇴원환자, 생애말기환자) • 의료필요도가 높은 집중관리 대상
⑦ 내부회의	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> • 통합판정 결과 확인 및 개인별 제공계획 수립 검토 ※ 읍면동 담당팀 및 희망케어센터 등 관련 기관 참여 • 최종 검토 후 통합지원회의 상정 의뢰
⑧ 통합지원회의	시	<ul style="list-style-type: none"> • 통합지원회의 개최 - 신규, 변경, 종결 심의 ※ 보건의료,복지,주거 등 전문가(담당자) 참석 • 개인별 지원계획 확정 통보 및 제공기관 서비스 의뢰
⑨ 서비스 제공	시	<ul style="list-style-type: none"> • 심의결과, 개인별 지원계획 확정 통보 및 제공기관 서비스 의뢰
⑩ 모니터링	희망케어센터	<ul style="list-style-type: none"> • 기본 6개월 관리(모니터링 2회) • 서비스 제공기간 종료, 추가 욕구 미확인 등 종결사유 발생 시 대상자 관리 종결(통합지원회의 심의 의뢰)

○ 남양주시 통합지원회의 운영 계획

- (역 할) 개인별 지원계획 승인 및 변경, 대상자 종결 여부 등 논의
- (운영주기) 월 2회 이상 (대면 또는 서면)
- (참여대상) 시 전담부서, 읍면동 행정복지센터 담당 공무원, 국민건강보험공단 지사, 통합지원 관련 기관* 담당자 등을 대상으로 탄력적 참여
 - * (관련 기관 범위) 병의원, 복지관, 지역자활센터, 장기요양기관, 협동조합, 사회적 기업 등
- (운영방법) 남양주시 통합지원단(권역별) 구성. 4개 권역별 회의 운영
 - 3. 27. 이전 직종별 통합지원회의 참여 희망기관을 모집하여 구성 예정
 - 심의 안전에 따라 욕구 지원이 가능한 서비스 의뢰 직종에 해당하는 관련 기관을 추출하여 참석 요청

<참고 2> 권역별 통합지원회의 구성.운영안

	동부권역 (화도,수동,호평,평내)	서부권역 (다산, 진건, 퇴계원)	남부권역 (와부, 조안, 금곡, 양정)	북부권역 (진접, 오남, 별내)
공공	화도읍, 수동면, 호평동, 평내동 동부보건소	다산1,2동, 진건읍, 퇴계원 남양주보건소	와부읍, 조안면, 금곡동, 양정동 남양주보건소	진접읍, 오남읍, 별내동, 별내면 풍양보건소
전문 기관	건강보험공단 지사	건강보험공단 지사	건강보험공단 지사	건강보험공단 지사
민간 기관	동부희망케어센터	서부희망케어센터	남부희망케어센터	북부희망케어센터
	지역 장기요양기관	지역 장기요양기관	지역 장기요양기관	지역 장기요양기관
	동부노인복지관 해피누리복지관	다산노인복지관 남양주시노인복지관	다산노인복지관	남양주시노인복지관
기타, 의료기관, 정신건강복지센터, 종합재가센터, 자원봉사센터 등 관련 기관 참여				

- 심의내용
 - (개인별 지원계획 승인) 통합판정결과에 따라 계획된 서비스 내용의 적합성 논의 및 추가적인 검토의견 제시 → 최종확정
 - (개인별 지원계획 변경) 주기적인 모니터링 실시과정에서 욕구·상태의 변화 확인, 서비스 부적합 시 통합지원회의 안전으로 상정하여 변경
 - (대상자 종결) 대상자의 참여거부 등 안전 상정하여 종결처리
- 심의 후 조치사항

- (개인별 지원계획 확정·통보) 대상자(보호자)에게 상세하게 내용 안내
 ※ 국민건강보험공단에서 통합판정조사 결과를 통보받은 날로부터 20일 이내)
- (서비스 의뢰) 서비스 제공기관에 정보공유 및 의뢰 요청

4. [과제 1] 예산의 부담 증가

- 돌봄통합지원법 시행으로 기초자치단체의 돌봄 책무는 강화되고 있으나, 기초자치단체의 부족한 재정 상황은 큰 부담과 함께 늘 해결해야 할 과제
 - 남양주시 재정현황을 살펴보면, 재정자립도는 28%로 경기도 31시군 중 22위차지 하고 있어 대부분을 국도비에 의존하고 있는 실정임
 - 2025년 결산기준 시 전체 예산은 2조 7,973억원이며 이중 복지분야 예산은 1조 1,267억원으로 약 40%라는 비교적 큰 비중을 차지하고 있음
 - 복지예산 1조 1,267억원 중 의무적으로 매칭투자해야 하는 국도비 매칭사업비는 1조 705억원으로 복지예산의 95%를 차지하고 있어, 실질적으로 시에서 자체 사업으로 할 수 있는 비율은 복지예산의 5%, 약 562억원에 불과한 실정임
 - 562억원도 각 부서별 필수 경비를 제외하고, 복지시설 운영비 등에 소요되는 기본 보조금을 제외하면 약 100억원 정도로 추정 / 이중 보훈수당 약 10억, 복지관 등 건립비용 약 80억원을 제외하면 가용할 예산은 약 10억
 - 그러나, 돌봄통합지원 시행을 위해 2026년 내시 된 예산은 6억원으로 지역돌봄 사업을 추진해야 하므로, 부족한 특화서비스를 신설하기는 어려운 상황

<참고 3> 돌봄통합 추진 기반 확충 별도 예산 편성안 ('26년 신규)

사업명	사업비계	국비	도비	시비	비고
합계	890,500	445,250	91,500	353,750	단위 : 천원
서비스등확충	600,000	300,000 (50%)	90,000 (15%)	210,000 (35%)	서비스,사업비 등 (1회 추경)
연계체계구축	10,000	5,000 (50%)	1,500 (15%)	3,500 (35%)	회의수당 및 홍보 (본예산)
인건비 (한시)	280,500	140,250 (50%)	-	140,250 (50%)	17명 (1회 추경)

<참고 4> 돌봄통합 서비스 등 확충 별도 예산 편성안 ('26년 신규)

구 분	예 산	내 역	비고
계	890,500	국비 445,250 / 도비 91,500 / 시비 353,750	단위 : 천원
서비스등 확충	600,000	① 보건의료 140,070천원 ② 돌봄 229,930천원 ③ 주거 30,000천원 ④ AIP매니지먼트 200,000천원	
연계체계구축	10,000	홍보 및 운영비, 회의참석 수당 등	
인건비	280,500	통합돌봄 인력 17명 / 280,500천원	

5. [과제 2] 희망케어센터의 역할 정립

- (AIP 매니저) 돌봄서비스 대상자와 민간서비스를 연계하는 서비스의 총괄 관리자의 역할 수행
 - 사회보장 등 복합적 욕구를 보유한 대상자를 주기적으로 방문하며 제공되는 서비스의 적정성을 모니터링하여 대상자의 변화를 관리
 - ※ 긴급지원 대상자, 고위험군을 대상으로 통합지원회의를 통해 공공과 역할 분담 수행
 - 자원 부족 등으로 종합적 욕구를 해결하기 어려운 경우에 대한 서비스를 발굴·지원하는 제공자의 역할도 수행
 - ※ 권역단위 통합지원회의에 필수 참여하여 거점기관으로서 역할 수행

- 돌봄체계 개편을 위한 희망케어센터의 조직 및 기능 전환 계획
 - (기능) 주민 조직화 사업은 축소(폐지) 또는 복지재단 이관을 통해 최소화하고, 사례관리와 돌봄통합 중심으로 기능 개편
 - ※ 주민조직화 관련 사업 37개 사업 폐지 및 이관 논의 중
 - (조직) 사업 중심의 팀 조직을 지역 중심의 팀 조직으로 개편하여 지역팀에서 사례관리와 돌봄업무를 밀착 수행
 - ▶ (현재) 운영지원팀, 지역조직화팀, 사례관리팀
 - ▶ (개편) 운영지원팀, 화도·수동팀, 호평평내팀

<참고 3> 장기적으로 희망케어센터, 복지재단 융합 실현

- ▶ (조직개편) 희망케어센터를 복지재단이 흡수하여 단일조직체계로 전환
 - ※ 복지재단의 시설운영 기능 강화 (재단내 부 또는 팀제 신설)
- ▶ (기능개편) 사회복지관의 정형화된 기능을 탈피하고, 돌봄과 사례관리 전담 수행
 - ※ 권역 단위 종합사회복지관 별도 신설
- ▶ (후원관리체계 개편) 재단에서 직접 모금과 배분이 가능한 체계로 개편

<참고 4> 주요 주체별 역할

구 분	주요역할
시	사업총괄 관리 / 집중관리군 조사, 관리 / 통합지원회의 운영
읍면동	최초 접수 창구(욕구파악) / AIP 코디네이터 / 지원계획 수립
희망케어센터	AIP 매니저(모니터링) / 복합 욕구 전담 사례관리 / 서비스 지원 및 기획
민간기관	서비스 제공 / 모니터링
복지재단	관련자 역량강화 / 성과평가 / 자원 발굴·관리

통합돌봄체계 구축을 위한 보건소 기능강화 및 재택의료센터 확대 방안

신현주 (동부보건소장)

1. 통합돌봄사업의 배경 및 보건소 역할

2026년 3월부터 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행으로 전국적으로 의료·요양 돌봄체계가 본격화 됩니다.

통합돌봄은 노인·장애인 등 일상생활 유지가 어려운 대상자가 살던 곳에서 의료·요양·돌봄 서비스를 통합적으로 제공 받는 지역사회 중심 돌봄체계입니다.

남양주시는 장기요양등급 인정자(15,878), 고령장애인(18,590), 치매환자(14,421), 퇴원환자(994) 등을 고려할 때 약 3만 명 내외가 돌봄 대상이 될 것으로 추정됩니다.

이제 보건소는 단순 건강증진 기관이 아니라 의료·요양·돌봄을 연결하는 지역 컨트롤러로 기능을 전환해야 합니다.

1) 보건소가 담당하는 주요기능은 다음과 같습니다.

- ① 방문건강관리를 통한 가정방문 건강체크 및 관리 지원
- ② 노쇠예방 및 노쇠예방관리 프로그램 운영
- ③ 구강건강, 영양, 재활 상담 서비스 제공
- ④ 퇴원환자 지원 및 지역사회 복귀연계
- ⑤ 재택의료센터와의 연계 및 관리

앞으로는 고위험 노인 데이터 기반 관리체계 구축과 퇴원환자 집중관리 시스템을 통해 지역사회 의료·요양을 통합 연결하는 허브역할을 수행해야 합니다.

2. 남양주시 의료·요양 통합돌봄 보건소 사업 현황 및 기능강화 방안

1) 재택의료센터 확대 전략

현재 전국 229개 시군구에 422개 재택의료센터가 지정되어 있으며, 거동이 불편한 고령층을 위해 의사·간호사·사회복지사로 구성된 다학제팀이 직접방문하는 장기요양 재택의료센터를 강화합니다.

- 인프라 확충 : 기존 1개소였던 재택의료센터를 4개 의료기관과 추가 협약하여 총 5개소로 확대하였습니다.
- 접근성 강화 : 권역별 최소 2개 이상의 기관을 확보하여 공공과 민간이 협력하는 의료·돌봄 네트워크를 구축할 계획입니다.

2) 보건소 조직 및 서비스 기능강화 방안

- ① 현재 방문건강관리 인력은 총 8명으로 3만명 대상자 관리에는 현저히 부족한 상황입니다. 통합돌봄 대상자의 최소 10%만 집중관리하더라도 기본 20명 이상의 전담인력이 필요합니다.
 - 2025년 남양주보건소 2,240명 등록가구에 대해 4,680회, 남양주풍양보건소 1,286명 등록가구에 대해 4,418회, 동부보건소 847명 등록가구에 대해 2,692회 방문을 하였습니다.
 - 인력 확충으로 기존 방문건강관리사업에 AI·IOT, 장애인돌봄 사업을 추가할 예정입니다.
- ② 통합돌봄 전담팀 구성
 - 의사, 방문간호사, 물리치료사, 영양사, 사회복지사 등으로 구성된 전담팀을 신설하여 보건·복지 통합 사례회의를 정례화하겠습니다.
 - 통합사례회의 후 보건소 대상자 중 개인별지원계획 수립 후 보건소에서 수행하는 보건 의료, 건강관리 및 증진, 치매지원 등 필요한 서비스를 연계하겠습니다.
 - 의료돌봄 필요도가 높은 집중관리 대상자(인공호흡, 욕창 등, 정신적 문제(우울, 자살 시도)는 장기요양 재택의료센터와 정신보건센터를 연계하여 서비스를 제공할 예정입니다.
- ③ 컨트롤 타워 전환
 - 현재 3개 보건소에 통합돌봄 담당자 1명씩 증원하였으며 하반기 3개 보건소에 인력을 추가 배치하고 전담 조직을 구축하여 권역별 지역보건의료 돌봄 컨트롤타워 역할을 수행하도록 개편할 예정입니다.
 - 지역상황 및 지역 돌봄성과에 따른 차등지원
 - 지역특화 돌봄서비스 개발 및 부족한 서비스 인프라 확충

3. 공공의료 확대 : 재택의료와 공공병원 인프라 확충

경기도 및 남양주시가 협력하여 공공의료센터(혁신형 공공병원) 건립으로 단순한 보건소 기능을 넘어 응급 및 중증 필수의료, 주민건강관리, 복지·케어 서비스까지 포괄하는 종합 의료·돌봄 기능을 통합한 공공병원을 추진중에 있습니다.

남양주 지역 공공의료센터는 의료서비스의 공백을 채우고, 대형 병원이 부족한 환경에서 지역주민의 의료접근성을 한 단계 높일 수 있는 인프라 확장으로 재택의료 연계와 지역 공공병원 기능 강화로 의료·돌봄 총체적 체계 구축의 정책구현입니다.

4. 기대효과

1) 초고령화사회 대응 강화

2025년 말 대한민국은 초고령사회에 진입하였으며, 남양주시는 65세 이상 인구는 20% 이상입니다.

2) 삶의 질 향상(aging in place)

병원이 아닌 지역사회에서 안전하게 생활이 가능하도록 실현합니다.

3) 가족 돌봄 부담 경감

방문진료, 방문간호, 방문요양, 사례관리, 의료·돌봄 연계서비스로 돌봄 가족의 고충을 완화합니다.

5. 결론

우리나라는 2025년 12월 65세이상 인구가 21.2%로 초고령사회에 진입하였고, 남양주시 65세 인구는 146,000명으로 20%를 넘었습니다. 남양주시는 신도시 개발 등으로 유입된 젊은 층이 많음에도 불구하고 고령화 속도가 매우 빠르게 진행되고 있습니다. 2030년 베이비부머세대의 후기 고령인구 진입에 이어 2050년 고령인구 비율은 약 1,800만명으로 65세이상 노인인구가 40%를 차지할것으로 전망하고 있습니다.

통합돌봄사업은 선택이 아니라 필수사업입니다. 보건소 기능강화 재택의료센터 확대, 공공인프라 확충을 통해 남양주시는 의료·요양 돌봄이 연결된 지역사회 통합체계를 구축하겠습니다. 고령화는 위기가 아니라 지역이 준비하면 새로운 사회 안전망의 기회가 될 수 있습니다.

통합돌봄시대, 재택의료센터의 역할과 과제

서울은케어의원 대표원장 이찬용

1. 통합돌봄과 재택의료의 접점

우리나라는 세계에서 가장 빠른 고령화를 겪고 있다. 85세 이상 노인인구가 2025년 113만 명에서 2045년 372만 명으로 급증하며, 월평균 간병비 370만 원은 고령가구 중위소득의 1.7배에 달한다. 간병살인, 영케어러 등의 사회적 문제가 이미 현실화된 상황이다.

2026년 3월 27일 시행되는 통합돌봄지원법은 “살던 곳에서 생애 말기까지 건강하고 존엄한 생활”을 국가와 지방자치단체의 책무로 규정하고 있다. 정부는 재택의료센터를 현재 195개소에서 2030년 650개소로 대폭 확충할 계획이며, 이는 재택의료의 통합돌봄 체계에서 핵심적 위치를 차지함을 의미한다.

통합돌봄의 대상은 입원·입소 경계선상에 있는 노인(장기요양 재가급여자, 등급외자, 의료기관 퇴원환자, 노인맞춤돌봄서비스 중점군 등)으로, 이들에게 보건·의료, 장기요양, 일상생활지원, 주거지원을 통합적으로 제공하는 것이 법의 취지이다. 이 중 의료 영역을 지역사회 현장에서 직접 담당하는 실행 주체가 바로 의원급 재택의료센터이다.

2. 재택의료센터의 3대 핵심 역할

첫째, 방문의료 서비스의 직접 제공 주체이다. 거동불편으로 병원 내원이 어려운 환자, 요양병원 퇴원 후 전환기 환자, 생애말기를 가정에서 맞이하고자 하는 환자에게 의사가 직접 가정을 방문하여 진료한다. 만성질환 관리, 약물 조정, 상처 치료, 재가 완화의료까지 생활현장에서 의료서비스를 제공하며, 이를 통해 불필요한 입원과 입소를 예방한다.

둘째, 통합돌봄의 의료 연계 허브 역할이다. 통합돌봄지원법에 따라 시군구에서는 개인별 지원계획을 수립하는 통합지원회의를 운영하게 된다. 이 과정에서 의료적 판단을 제공할 수 있는 기관이 재택의료센터이다. 장기요양기관, 노인맞춤돌봄 수행기관, 보건소, 사회서비스원 등과 네트워크를 형성하여 의료-요양-돌봄을 하나로 연결하는 기능을 수행한다. 경기도 '360° 통합돌봄도시' 모형에서 “우리동네 방문돌봄주치의”를 핵심 서비스로 배치한 것도 같은 맥락이다.

셋째, 예방적 건강관리 파트너 역할이다. 재택의료는 질병 치료에만 국한되지 않는다. 방문진료를 통해 노쇠를 조기에 선별하고, 다약제 복용을 최적화하며, 영양·운동·인지 기능까지 복합적으로 관리한다. 이러한 예방적 개입이야말로 입원·입소를 사전에 차단하고 의료비를 절감하는 가장 효율적인 방법이다.

3. 주거·노인돌봄(요양)과의 연계가 핵심이다

통합돌봄이 현장에서 실질적으로 작동하려면, 재택의료는 단독으로 기능할 수 없다. 의료-주거-요양(돌봄)의 세 축이 유기적으로 연결되어야 한다.

주거와의 연계.통합돌봄지원법은 요양병원·시설 입소를 방지하기 위한 지원주택 확충(2030년 1,500호)을 명시하고 있으며, 케어안심주택, 주택 개보수 지원 등 주거 서비스도 핵심 영역에 포함된다. 재택의료센터가 방문진료를 수행하면서 가장 먼저 마주하는 것이 환자의 주거환경이다. 낙상 위험이 높은 주거구조, 화장실과 침실의 접근성 문제, 난방·환기 상태 등은 질병의 악화와 재입원에 직결된다. 재택의료센터가 이러한 주거 위험요소를 의료적 관점에서 평가하고, 주거지원 서비스와 연계하는 것이 통합돌봄의 실질적 출발점이 될 수 있다.

노인돌봄(요양)과의 연계.현재 장기요양 재가급여(방문요양, 방문간호, 주야간보호 등)와 재택의료는 별도의 체계로 운영되고 있다. 그러나 실제 환자의 삶에서 이 둘은 분리될 수 없다. 예를 들어, 재택의료센터에서 방문진료를 통해 약물을 조정하더라도 이를 일상에서 관리해주는 방문요양 인력이 없으면 처방의 실효성이 떨어진다. 반대로 요양보호사가 현장에서 환자의 상태 변화를 감지하더라도 이를 의료기관에 즉시 전달할 연계 경로가 없으면 조기 대응이 불가능하다.

통합재가서비스(방문요양+방문간호를 한 기관에서 통합 제공)의 확충이 예정되어 있고, 경기도 모형에서도 “간호요양 원스톱 패키지”를 제시하고 있다. 이러한 통합재가서비스 기관과 재택의료센터가 하나의 팀으로 움직일 수 있는 협력 체계를 구축하는 것이 핵심이다. 구체적으로는 재택의료센터와 요양기관이 공동으로 환자의 케어플랜을 수립하고, 상태 변화 시 즉시 상호 보고하며, 정기적 사례 회의를 통해 서비스 방향을 조율하는 방식이 필요하다.

결국 재택의료센터는 의료만 제공하는 기관이 아니라, 환자의 주거환경과 일상돌봄 상황까지 파악하고 관련 기관과 연계하는 “지역사회 의료 코디네이터” 역할을 수행해야 한다.

4. 현장의 과제

수가 체계의 한계.방문진료에는 이동시간, 준비시간, 차량 비용 등 외래진료와는 비교할 수 없는 비용이 발생하나, 현행 수가 체계는 이를 충분히 반영하지 못하고 있다. 재택의료에 참여하려는 의원이 확대되기 어려운 구조적 원인이다.

연계 시스템의 부재.방문진료 과정에서 파악된 환자의 의료 정보를 요양기관이나 돌봄기관과 공유할 수 있는 통합 플랫폼이 존재하지 않는다. 기관 간 소통이 전화나 팩스에 의존하는 상황에서 실질적 “통합”을 기대하기는 어렵다. 특히 주거 위험요소 평가 결과나 요양 현장의 환자 상태 변화 정보가 의료기관과 실시간으로 공유되지 못하는 것은 통합돌봄의 가장 큰 장애물이다.

인력 확보의 어려움.방문医료를 함께 수행할 전담 간호사와 코디네이터 인력이 부족하고, 이들을 양성할 교육 체계도 미흡한 실정이다.

행정 부담의 과중.시범사업 참여 과정에서 복잡한 행정절차와 서류 작업이 진료 외 업무 부담을 가중시키고 있다.

5. 제언

적정 수가 재설계.방문진료의 이동시간·준비시간을 포함한 현실적 수가 보상 체계가 마련되어야 한다.

통합 정보 플랫폼 구축.의료-요양-돌봄-주거 기관 간 실시간 정보 공유가 가능한 시스템이 필요하다. 재택의료센터의 진료 정보, 요양기관의 돌봄 기록, 주거지원 현황이 하나의 플랫폼에서 공유될 때 비로소 통합돌봄이 실현될 수 있다.

재택의료-요양 기관 간 공식 협력 모델 정립.공동 케어플랜 수립, 상호 보고 체계, 정기 사례회의 등 재택의료센터와 통합재가서비스 기관이 협업할 수 있는 표준 모델이 제도적으로 마련되어야 한다.

전문 인력 양성.방문의료 전담 인력의 교육과정 및 자격 체계가 정비되어야 한다.

거버넌스 명확화.지자체 통합지원회의에 의원급 의료기관의 참여가 제도적으로 보장되어야 하며, 행정절차의 간소화가 병행되어야 한다.

재택의료는 비용이 아닌 투자이다. 입원 1건을 예방하는 것이 수십 배의 사회적 비용을 절감한다. 재택의료센터가 주거·요양과 긴밀히 연계하여 “살던 곳에서 건강하게, 존엄하게“ 살아가도록 돕는 의료적 동반자로서 제 역할을 다할 수 있도록, 제도적 기반이 뒷받침되어야 할 것이다.

장기요양기관의 역할과 책임

남양주의료복지사회적협동조합 추진위원장 유병선

저는 오늘 우리가 이야기를 나누는 “통합돌봄”을 제도 이름으로 부르지 않겠습니다. 저에게 통합돌봄은 “지역사회가 한 사람의 삶을 끝까지 지키겠다”는 약속입니다. 그리고 이 약속은 우리나라만의 과제가 아닙니다. 전 세계 지역사회가 Community Care라는 이름으로, 같은 숙제를 풀고 있습니다. “어떻게 하면 사람이 자기 집에서, 자기 동네에서, 자기 삶을 계속 살게 할 것인가.” 그 질문 하나로요.

저는 통합돌봄의 성과를 거창한 지표가 아니라, 아주 단순한 장면에서 확인할 수 있다고 봅니다. 한 노인이 아침에 눈을 떴을 때, 마음속 첫 문장이 무엇이냐는 것입니다.

내재적 능력이 살아 있는 아침은 이렇게 시작합니다.

“오늘은 뭘 해볼까?”

“오늘은 누구를 만나지?”

“밥 먹고 산책도 나가야지.”

하루가 기대와 선택으로 열립니다. 삶이 아직 내 손에 있다는 감각이 남아 있습니다.

반대로 내재적 능력이 크게 무너진 아침은 이렇게 시작됩니다.

“오늘도 또 하루가 시작됐네...”

“몸이 말을 안 듣는데 뭘 하겠어.”

“살아있는 게 버티는 일이네.”

하루가 의미가 아니라 견딤으로 열립니다. 삶이 내 손에서 멀어졌다는 감각이 먼저 찾아옵니다.

WHO는 통합돌봄의 목적을 노인의 기능, 즉 내재역량과 기능능력을 유지하고 회복하는 것이라고 말합니다. 노쇠는 근력이나 이동 같은 신체 기능만 약화시키지 않습니다. 마음속의 의욕, 선택, 관계를 향한 힘. 즉 그 사람을 사람답게 만드는 내재적 능력까지 같이 약해지게 합니다. 그래서 통합돌봄이 성공했다는 말은 결국 이런 말과 같습니다.

“아침에 눈을 떴을 때, 다시 삶을 떠올릴 힘이 생겼다.”

오늘 이 포럼에서 나누는 “남양주가 만들어 갈 통합돌봄”의 이야기들이, 남양주에서 생을 보내는 어르신들의 아침을 바꾸는 씨앗이 되길 바랍니다. 아침에 눈을 뜨자마자 “내가 내 집, 내 남양주에 있구나” 하고 미소가 번지는 그 순간. 저는 그 장면을 통합돌봄의 가장 실체적인 결과라고 믿습니다.

이제 제가 오늘 말씀드릴 핵심으로 들어가겠습니다.

장기요양기관의 역할과 책임입니다.

통합돌봄에서 재가노인복지시설과 재가장기요양기관은 주변부가 아닙니다. 현장을 실제로 움직이는 중심축입니다. 다만 아직 제도가 완전히 정착된 단계는 아니기 때문에, 저는 설부른 단정 대신 ‘지금 준비해야 할 방향’을 이야기하겠습니다. 법과 지침이 요구하는 흐름 위에서, 현장이 무엇을 갖춰야 통합돌봄이 종이에서 내려와 삶으로 작동하는지—그 이야기를 하겠습니다.

통합돌봄의 흐름은 생각보다 단순합니다. 필요한 분이 신청하면, 읍·면·동에서 먼저 만나고, 공단이 더 깊이 들여다봅니다. 그 결과를 바탕으로 시·군·구와 읍·면·동이 개인별지원계획을 세우고, 지역회의를 거쳐 개인별이용계획서가 확정됩니다. 그리고 그 계획서가 현장에서 실행되고, 일정한 주기로 점검되면서 조정됩니다.

중요한 건 이겁니다. 통합돌봄은 계획서를 만들었다고 끝나는 제도가 아닙니다. 계획서를 ‘현장에서 작동하게 만드는 체계’입니다. 그리고 그 작동을 실제로 책임지는 곳이 장기요양기관입니다. WHO가 말하는 “기능 유지·회복”이라는 목적이, 가장 먼저 닿는 곳도 결국 현장입니다. 가장 가까이에서, 가장 자주 만나는 사람이 기능을 지킵니다.

저는 장기요양기관을 통합돌봄의 손과 발이라고 부르고 싶습니다.

하지만 거기서 끝이 아닙니다. 그 손과 발이 보고 느낀 것을 체계로 전달하는 눈과 귀이기도 합니다. 서비스 제공자이면서 정보 제공자. 이 이중의 역할이 장기요양기관에 주어지는 책임의 무게입니다.

통합돌봄의 출발점은 신청입니다. 원칙적으로는 본인이나 가족이 신청합니다. 하지만 현실은 다릅니다. 전화 한 통이 어렵고, 서류 한 장이 두려워서, 제도 앞에서 멈춰 서는 어르신들이 많습니다. 그 문턱에서 어르신을 다시 삶 쪽으로 돌려세우는 사람은, 현장에 있는 장기요양기관일 때가 많습니다. 본인의 동의를 있다면 기관 담당자가 신청을 도울 수 있고, 공단도 장기요양 최초 신청과 재신청 과정에서 통합돌봄 신청을 지원합니다.

결국 장기요양기관은 “제도가 시작되는 문 앞”에서, 어르신이 포기하지 않도록 손을 잡아주는 첫 동행자입니다.

조사와 종합판정이 끝나면 ‘계획’이 시작됩니다. 여기서 장기요양기관은 더 중요해집니다. 계획은 책상 위에서만 만들어지지 않습니다. 한 사람의 생활 리듬, 집 구조, 가족관계, 병력과 습관, 그리고 아주 작은 변화의 신호까지—이건 현장을 오래 지켜본 사람이 가장 정확히 압니다. 그래서 지역회의에서 개인별이용계획을 확정할 때, 장기요양기관은 단순히 참석하는 사람이 아니라 현장을 대표하는 전문가로 서야 합니다. “이분은 이런 서비스가 필요합니다”라는 말이, 추측이 아니라 생활의 증거에서 나올 때 계획서는 종이가 아니라 돌봄이 됩니다.

그리고 서비스 제공 단계에 들어가면 통합돌봄은 한 가지 숙제를 더 줍니다.

“내 기관 서비스만 잘하면 된다”는 방식으로는 부족하다는 것입니다. 개인별이용계획서는 여러 서비스가 한 사람에게 맞물려 돌아가도록 설계됩니다. 내가 맡은 방문요양이 의료, 주거, 식사, 이동, 정서지원과 연결되지 못하면 통합은 무너집니다. 통합돌봄은 ‘잘하는 기관’이 아니라 잘 연결하는 체계가 성공합니다. 그리고 그 연결의 중심에 장기요양기관이 있습니다.

마지막으로 통합돌봄에서 장기요양기관의 책임은 기록과 통보로 완성됩니다.

전담부서는 정기적으로 모니터링을 진행하고, 서비스 제공기관은 제공 결과를 제출해야 합니다. 그런데 이 제출은 행정 절차가 아니라, 어르신의 상태 변화가 체계 안에서 ‘보이는 정보’가 되도록 만드는 일입니다. 담당자는 추가 욕구를 발견하고, 계획을 조정해 제공하며, 결과를 기록하고 보관해야 합니다.

특히 중요한 순간이 있습니다. 서비스 과정에서 대상자의 상태 악화를 알게 되었을 때입니다. 현장은 선택해야 합니다. “조금 더 지켜보자”로 끝낼 것인지, 아니면 즉시 전담부서에 알리고 조정을 요청할 것인지.

통합돌봄은 사후 대응이 아니라 예방의 체계입니다. 위험을 낮추고, 악화를 막고, 돌봄 공백을 줄이는 체계입니다. 그래서 기록과 통보는 ‘보고’가 아니라 ‘보호’입니다.

정리하면 이렇습니다. 장기요양기관은 통합돌봄에서 신청을 도와 제도의 문턱을 낮추고, 계획을 현장 현실에 맞게 다듬고, 서비스를 연결해 끊김을 없애고, 기록과 통보로 위험을 줄이는 핵심 역할을 수행합니다. 통합돌봄은 행정이 설계하지만, 결국 어르신의 하루를 바꾸는 것은 현장의 손길입니다. 그 손길이 더 정확해지고 더 빠르게 연결될수록, 우리는 “재가에서 완결되는 돌봄”에 한 걸음 더 가까워질 것입니다.

이제 저는 마지막으로, 장기요양기관이 통합돌봄 체계 안에서 더 힘 있게 함께할 수 있도록 세 가지를 제언드리고 싶습니다. 이것이 현장에서 최선을 다하고 계신 기관장님들의 뜻이라고 감히 단정할 수는 없습니다. 다만 통합돌봄을 만들어가는 과정을 지켜본 한 사람으로서, 남양주의 모델이 더 단단해지길 바라는 마음으로 말씀드립니다.

첫째, 계획 단계에서 장기요양기관을 ‘수행자’가 아니라 ‘공동 설계자’로 세워주시십시오. 법과 시행규칙은 통합지원회의 운영과 자문을 가능하게 열어두고 있습니다. 이 자문이 형식이 아니라, 계획의 방향을 바꾸는 실제 힘이 되길 바랍니다. 지자체가 만들어 던져주는 계획이 아니라, 현장이 함께 설계하는 계획이 되어야 합니다. 그래야 제공되는 서비스가 어르신에게 맞습니다.

둘째, 장기요양기관의 돌봄 인력은 국가 자격을 갖춘 요양보호사입니다. 저는 이 훌륭한 인력이 장기요양보험 서비스의 울타리 안에만 머무르지 않길 바랍니다. 방문요양기관에서 근무하는 돌봄 인력이 일상생활지원, 가사지원 같은 사회보장 서비스 영역에서도 가장 먼저 배치될 수 있다면, 통합돌봄은 훨씬 빠르게 현장에서 체감될 것입니다. 이제 요양보호사는 ‘노인장기요양보험의 인력’이 아니라 ‘지역사회가 만들어가는 통합돌봄 체계의 돌봄 인력’입니다.

셋째, 법 제16조 2항에는 “지방자치단체는 건강관리 및 예방 등의 활동이 의료, 간호, 복지 등 다학제 간 협력을 통하여 상호 연계하여 이루어질 수 있도록 통합 방문기관을 지정하는 등 통합지원 기반을 조성하여야 한다.”고 명시하고 있습니다. 한 기관이 모든 서비스를 다 할 필요는 없습니다. 그러나 한 사람의 건강관리는 끊기면 안 됩니다. 의료·간호·복지의 다학제 협력이 실제로 작동하도록, 기관 간 연계를 기반으로 건강관리와 예방이 이어지는 통합 방문 기관 지정 체계를 적극 검토해 주십시오. 연결이 잘 설계되면, 작은 변화도 놓치지 않고, 큰 위기도 늦출 수 있습니다.

오늘 제가 드린 말씀을 한 문장으로 줄이면 이렇습니다.
통합돌봄은 제도가 완성하는 것이 아니라, 현장이 연결로 완성하는 것입니다.
그리고 그 연결의 한가운데에 장기요양기관이 있습니다.

이상으로 통합돌봄에서의 장기요양기관의 역할과 책임에 대한 이야기를 마치겠습니다. 감사합니다.

네트워크 활동 경험으로 바라본 통합돌봄

남양주통합돌봄네트워크 이순이

들어가며

우리 사회는 현재 2026년 3월 27일 「의료·요양등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행을 앞두고 있습니다. 관련하여, 저마다 이해하는 폭과 깊이가 다르며, 하고자하는 모양도 다 다른 현실을 마주하고 있습니다. 저는 발제문에서 통합돌봄지원법과 지방정부의 역할을 체계적으로 정리해 주신 내용에 근거해서, 민간주도의 네트워크인 **남양주통합돌봄네트워크**에서의 활동을 통한 경험을 나누고자 합니다.

발제자의 발제문은 통합돌봄 관련 국가정책의 변화, 통합돌봄에 대한 현장의 요구, 그리고 현재 통합돌봄의 추진현황과 지방정부의 역할, 특히 남양주의 통합돌봄방향까지 일목요연하게 잘 정리해주셔서 감사하고, 공감합니다.

다만 저는 그 제도적 논의에 더해, 남양주에서 민간이 주체적으로 실천해 온 통합돌봄 사례, 즉 경험을 나누고자 합니다.

특히, 제도가 정비되기 전, 그리고 지금도 현장은 이미 움직이고 있었다는 점입니다.

1. 제도 이전에 시작된 민간의 연결

남양주통합돌봄네트워크는 2019년 5개 기관의 작은 준비모임에서 시작해 현재까지 활동하고 있습니다. 초기 네트워크는 행정적 권한도 마땅한 예산도 없었지만 돌봄이 연결되지 않는 현실을 마주하였습니다. 각 기관은 방문돌봄, 자활, 의료사협, 복지관, 도시락, YWCA등 각자의 역할과 기능에 맞춰 열심히 일하고 있었지만, 사례는 흩어져 있었고 정보는 단절되어 있었습니다.

그래서 우리는 “필요할 때 연락하는 구조”가 아니라, “**평소에 연결되어 있는 구조**”를 만들기 시작했습니다.

정기회의, 운영위원회, 분과 운영, 사례 공유, 교육과 워크숍, 선진지 견학등을 통해 신뢰와 경험을 쌓았고, 그 결과 2026년 현재 14개 기관이 함께하는 네트워크로 성장했습니다. 이 과정은 단순한 기관 간 협력이 아니라, 민간이 스스로 통합돌봄의 전달체계와 내용을 채우며 실험해 온 과정이었으며, 경험이었습니다. 그 과정중에 행정과 함께 힘을 더했을 때 더 확장되고 시너지가 날 수 있는 기회를 함께 만들기도 했습니다.

2. 민간 네트워크의 강점과 한계

현장에서 경험한 민간 네트워크의 강점은 크게 세 가지입니다.

첫째, 속도입니다. 위기 사례가 발생하면 공문보다 전화가 먼저 오갑니다. 그래서 민간은 빠릅니다

둘째, 민간은 관계 중심입니다. 대상자를 행정적 ‘사례’가 아니라 ‘이웃’으로 접근합니다.

셋째, 사각지대 발견 기능입니다. 제도 경계선에 있는 노인, 1인 가구, 고립가구를 현장에서 먼저 만나고 연결합니다.

무엇보다도 기존의 서비스를 모니터링하고 돌봄 공백을 함께 찾아내어 연결하는 과정은 네트워크의 소중한 경험이자 자산입니다.

하지만 한계도 분명합니다.

민간 네트워크는 기관과 개인의 헌신에만 의존해서는 지속될 수 없습니다. 통합돌봄지원법이 시행되는 지금, 제도와 현장이 연결되지 않는다면 또 다른 분절이 발생할 수 있습니다.

3. 제언

첫째, 통합돌봄지원법이 시행되는 지금, 민간 네트워크는 단순한 협력기관이 아니라 통합돌봄체계 구조 안에서 **공동의 실제적 파트너이자 주체**로서 다양한 역할을 할 수 있도록 해야 합니다.

둘째, 네트워크 전담인력을 포함한 최소한의 운영기반을 보장하여, **민간의 연결 기능이 지속가능하게 지원할 필요가 있습니다**

셋째, 각각의 영역에 필요한 단계적이고, 체계적인 **교육이 설계되고 진행되어야**합니다. 특별히, 민관의 경계를 허무는 **통합되고 표준화된 교육과정**이 필요할 것으로 사료됩니다.

마무리

“통합돌봄은 제도가 완성하는 것이 아니라, 관계가 완성하는 생태계입니다.” 이제 행정을 필두로 체계와 관계가 잘 엮어진 남양주 통합돌봄을 기대합니다.

경계가 되지 않는 지역사회 통합돌봄을 위한 연결과 이음

김 소 영_남양주시장애인복지관

1. 남양주형 통합돌봄의 발자취와 장애인 통합돌봄 수요

2024년 3월 제정되어 곧 시행을 앞둔 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」은 대상자가 살던 곳에서 건강한 생활을 영위할 수 있도록 보건의료와 복지 서비스를 통합적으로 제공하는 것을 지향하고 있습니다. 남양주시는 그간 커뮤니티케어 선도사업부터 통합돌봄네트워크 운영에 이르기까지 지역 특성에 맞는 모델을 만들기 위해 꾸준히 노력해 왔습니다.

남양주시의 중증 및 고령 장애인 수치를 바탕으로 산출해 본 결과, 약 2만여 명이 장애인 통합돌봄의 실질적 수요층으로 파악되었습니다. 이들 중 실제 돌봄이 시급한 가구를 정확히 발굴하고 그 다층적인 욕구에 응답하기 위해서는, 기존 전달 체계의 성과를 바탕으로 한 실무적 내실화와 유연한 체계 보완이 병행되어야 합니다.

2. 실효성 있는 서비스 전달을 위한 절차의 보완

「의료·요양·돌봄 통합지원 사업 안내」에 의거한 추진 절차에서 서비스 당사자의 삶에 실질적인 변화를 일으키고 민간 복지 현장의 실무가 가장 긴밀하게 맞물리는 4가지 단계를 중심으로 실효성 있는 보완을 제안합니다.

- **1단계(발굴 및 접수):** 신청주의의 한계를 극복하기 위해, 민간 복지기관이 지역 내 주민 조직 과 함께 구축해 온 촘촘한 인적 안전망을 초기 발굴 단계부터 공공 체계와 연동해야 합니다. 행정 데이터가 잡아내지 못하는 틈새 가구를 가장 가까운 곳에서 대면하며 발견해 온 민간 협력 주체들의 현장 대응 역량을 활용하는 것이 사각지대 해소를 위한 과제입니다.
- **2단계(상담 및 욕구 조사):** 조사 도구가 노인 중심에 치우치지 않도록 물리적 주거 접근성, 사회참여 및 고용 유지 의사, 보완대체의사소통(AAC) 필요성과 같은 장애인의 의료, 돌봄, 주거, 사회참여 등 복합적 욕구를 반영한 장애인용 보완 지표 도입이 실무적으로 검토되어야 합니다.
- **3단계(계획 수립 및 결정):** 통합지원회의 과정에서 현장 실무자의 의견이 실질적으로 공유되어야 하며, 이를 뒷받침할 명확한 절차적 근거를 마련하여 이는 특정 인력 중심의 고정된 회의를 넘어, 사안에 따라 관련 전문가와 실무자가 유연하게 참여하는 열린 거버넌스 구조여야 합니다.
- **4단계(제공 및 모니터링):** 대상자의 상태 변화가 서비스 수정으로 즉각 반영되는 현장 체감형 선순환 체계의 작동이 핵심입니다. 특히 상태 변화가 잦은 고위험군에게는 현장의 관찰 데이터가 행정체계의 결정으로 빠르게 연결되는 이 구조가 지역사회 돌봄을 유지하는 핵심 요소가 됩니다.

3. 공공의 제도적 체계와 현장 경험의 결합

홍선미 교수님의 발제에서 강조된 ‘분절된 서비스 간의 연계’를 실질적으로 구현하기 위해서는 공적 체계의 안정성과 민간 복지 현장의 유연성이 유기적으로 결합되어야 합니다. 정해진 규정과 예산 내에서 움직이는 공적 체계는 당사자의 세밀한 일상을 모두 채우기에 경직성이 따를 수밖에 없으므로, 이를 보완하기 위한 민간의 주도적 역할과 파트너십이 중요합니다.

- **현장 밀착형 경험의 공유와 협력:** 공공의 통합 사례관리 기반 위에, 민간 복지기관들이 당사자와 직접 대면하며 축적해 온 대상자별 맞춤형 실무 경험을 결합해야 합니다. 이는 공공과 민간이 각자의 전문성을 바탕으로 서로의 공백을 메워주는 상호 보완적 지원 체계를 만드는 밑거름이 될 것입니다.

- **비의료적·사회적 자원의 발굴 및 연계:** 공식 체계 밖의 유휴 자원과 민간의 잠재적 돌봄 동력을 능동적으로 발굴해야 합니다. 이를 통해 공적 예산의 경직성을 보완하고 사각지대를 메우는 유연한 자원 동원 창구로서 민간의 역량을 최대한 활용해야 합니다. 병원 동행이나 식사 지원 등 당사자의 세밀한 일상을 채워주는 자원을 개발하고 연계하는 것이야말로 민간이 주도할 수 있는 영역입니다.

4. 장애인 통합돌봄 구현을 위한 실무적 지향점

장애인 통합돌봄은 별개의 체계를 구축하는 것이 아니라, 현재 설계 중인 보편적 통합지원 모형 내에 장애인의 특수한 욕구와 주도성이 자연스럽게 반영되도록 내실을 기하는 것이 핵심입니다.

- **당사자 중심의 PCP 및 자산기반 계획 수립:** 단순한 서비스 배분을 넘어 당사자가 지향하는 삶의 목적에 집중하는 사람중심지원(PCP) 관점이 계획 수립 전 과정에 내재화되어야 하고 당사자의 강점과 지역사회 유무형 자원을 유기적으로 연결하는 자산기반 접근을 통해 돌봄의 지속 가능성을 확보해야 합니다.

- **의료와 돌봄의 실질적 결합:** 보건소 지역사회중심재활(CBR)사업과 더불어 장애인 건강주치의 시범 사업을 적극 활용해야 합니다. 주치의의 방문진료 및 간호 서비스가 지역사회 돌봄 자원과 유기적으로 결합 될 때 장애인을 위한 통합돌봄이 완성됩니다. 의료기관에 오기를 기다리는 것이 아니라, 주치의가 현장을 찾아가고 그 결과를 서비스 제공기관 혹은 돌봄 인력과 공유하는 소통 채널을 구조화해야 합니다.

- **생애주기 전환의 연속성 확보:** 65세를 기점으로 장애인 복지에서 노인 복지로 지원 법령과 서비스 체계가 전환되는 과정에서 당사자가 체감하는 혼란을 최소화해야 합니다. 단순한 연령 구분에 따른 단절이 아니라, 서비스의 주체가 바뀌더라도 돌봄의 내용은 이어지는 전환기 이행 지원 방안이 반드시 마련되어야 합니다.

5. '경계'를 넘어 시민의 존엄을 잇는 통합돌봄

의료·요양·돌봄 통합지원은 시민의 삶을 존엄하게 지켜내는 지역사회 돌봄 공동체를 향한 여정입니다. 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」이 지향하는 경계가 없는 통합돌봄은 기존 시스템 사이에 존재했던 틈을 메우고, 서로를 유기적으로 연결하는 포용적 협력을 의미합니다. 보건과 복지의 협력을 통해 의료, 돌봄, 주거, 사회참여 등 통합적 지원의 내실을 기하고 생애주기의 자연스러운 이행을 지원하여 서비스 공백을 최소화하며, 나아가 시설과 지역사회의 유연한 상호작용이 가능한 돌봄 생태계를 지향해야 합니다. 남양주시의 통합지원 모델이 이러한 연결의 가치를 실현해 나갈 때, 장애나 노령이 시민의 삶을 가로막는 장벽이 되지 않는 진정한 돌봄 공동체가 완성될 것입니다.

[참고문헌]

1. 법령 및 정부 간행물

관계부처 합동 (2024) 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 (2024. 3. 26. 공포)

보건복지부 (2026) 「의료·요양·돌봄 통합지원 사업 안내」

보건복지부 (2024) 「장애인 건강주치의 4단계 시범사업 지침」

2. 주요 정책 보고서 및 발제 자료

홍선미 (2026) 「지역사회 통합돌봄의 방향과 과제」 남양주시 복지재단 통합돌봄 포럼 발제문

노영광 (2026) 「의료 요양 돌봄 통합 시행과 장기요양기관의 역할」 남양주형 통합돌봄 N-care 구축 전략 토론회

한국장애인복지관협회 (2024) 「고령장애인 유형 및 지역에 맞는 한국형 통합돌봄 모형(ADRC) 구축 1차년도 성과보고회 및 정책토론회 자료집」

돌봄과 미래재단, 한국장애인단체총연맹 (2026) 「장애인 통합돌봄 정책 제안서」

3. 학술 용어 및 실천 방법론

PCP (Person-Centered Planning, 사람중심계획): 당사자의 욕구와 선호를 바탕으로 삶의 목표를 설정하는 개별 지원 계획 방법론

자산기반 접근 (Asset-Based Approach): 결핍 중심의 복지 모델을 넘어 당사자와 공동체가 가진 잠재적 자산을 발견하고 연결하는 전략

AAC (Augmentative and Alternative Communication, 보완대체의사소통): 의사소통에 어려움이 있는 당사자가 자신의 의사를 표현할 수 있도록 지원하는 모든 방법