연구보고서 2015-09

돌봄·보건의료 연합서비스 (Joined-up Services) 공급모형에 관한 전망과 과제

박세경 · 강은나 · 황주희 · 김정현 · 하태정 · 이정은
김영선 · 노승현 · 이민홍 · 임정기 · 호승희

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
박세경 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】
사회서비스업의 산업적 성장 가능성 진단 연구
한국보건사회연구원, 2014(공저)
사회서비스 수요·공급의 지역단위 분석 연구
한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】
강은나 한국보건사회연구원 부연구위원
황주희 한국보건사회연구원 부연구위원
김정현 한국보건사회연구원 부연구위원
하태정 한국보건사회연구원 전문연구원
이정은 한국보건사회연구원 전문연구원
이민홍 동의대학교 사회복지학과 교수
김영선 경희대학교 동서의학대학원 교수
임정기 용인대학교 사회복지학과 교수
노승현 루터대학교 사회복지학과 교수
호승희 국립재활원 재활연구소 과장

연구보고서 2015-09

돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제

발 행 일	2015년 12월 31일
저 자	박 세 경
발 행 인	김 상 호
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처	㈜한디자인코퍼레이션
정 가	11,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2015
ISBN 978-89-6827-252-3 93330

발간사

고령화 시대를 살아가는 우리는 돌봄 및 보건·의료서비스의 이용 과정에서 숨 가쁘고 지루한 여정을 경험하곤 한다. 그리고 남의 일처럼 느껴지던 사회서비스의 이용에 대한 절박함이 일상생활 중에 당면한 현실적 문제로 다가오면서 서비스 간의 경계에 대해 다시 생각해 보게 된다. 분명한 사실은 돌봄서비스와 보건·의료서비스의 유형 간 또는 관련 제도 간의 분절적 공급체계는 이용자의 욕구와 필요를 효과적으로 충족시키는데 장애가 된다. 최근 영국에서 발표된 실증연구 결과는 전체론적 관점에서 제공하는 광의의 돌봄과 보건의료서비스의 연합이 직접적인 서비스 대상자뿐만 아니라 이들을 부양하고 보호하는 그 가족의 장단기간에 걸친 신체적, 정신적 건강과 삶의 질 전반에 긍정적으로 기여하고 있음을 입증하였다. 이에 영국정부는 보건의료서비스 부문에서의 비용 절감과 돌봄서비스 이용의 만족도 향상을 위한 연합서비스 공급 확대를 핵심 정책 아젠다로 제시하고 있다.

본 연구는 사회서비스의 핵심 영역으로 돌봄과 보건의료서비스의 전체론적 통합 설계를 시도함으로써, 이용자 이익 최우선의 원칙을 실현하는 서비스 공급 모델을 도출해보고자 하였다. 이를 위해 기존 보건복지정책 영역에서 시도된 서비스 연계·통합 논의를 심층적으로 고찰하였다. 이어 이용자 입장을 고려하여 효과적인 서비스 선택의 기회를 제공하는 지역사회 단위의 서비스 공급모델을 고안해 보았다. 서비스 대상을 표적화하고, 지역단위의 다양한 공급주체를 연결한 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모델을 통해 기존의 분절적, 배타적 서비스 공급체계의 한계를 개선하기 위한 일 방안을 제시해 보고자 한 것이다. 각종 실태조사 자료의 재분석과 잠재 서비스 이용자, 그리고 관련 서비스 공급자에 대한 심층 사례조사를 통해 구체적인 이용자 중심의 연합서비스 공급 모델을 탐색하였다. 그

러나 본 연구에서 제시하고 있는 노인과 장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모델은 여전히 공급자 시각을 완전히 배제하는 데는 제한적이었다고 자평하고, 이의 개선을 위한 시도로서 공공서비스 디자인 개념을 접목한 후속 과제를 제안하면서 마무리 하였다.

본 보고서는 박세경 연구위원의 책임 하에 원내의 강은나, 황주희, 김정현(퇴직) 부연구위원, 하태정, 이정은 전문연구원 그리고 원외에서 김영선 경희대학교 동서의학대학원 교수, 노승현 루터대학교 사회복지학과 교수 이민홍 동의대학교 사회복지학과 교수, 임정기 용인대학교 사회복지학과 교수와 국립재활원 재활연구소 호승희 과장이 참여하여 작성하였다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 검독하고 사려 깊은 검토 의견을 제시해 주신 본 원의 이상영 선임연구위원과 선우 덕 연구위원, 원외의 김은정 부경대학교 행정학과 교수와 전용호 인천대학교 사회복지학과 교수에게 깊이 감사드린다. 아울러 본 연구의 실증적 논의를 위해 수차례에 걸친 자문회의에 적극적으로 참여해 주신 여러 전문가들과 사례 조사를 위한 심층 인터뷰에 응해 주신 참여자분들에게도 감사의 마음을 전한다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 9

제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 11

제2절 보고서의 구성과 연구방법 ····· 19

제2장 연구범위의 설정과 관련 쟁점의 고찰 ····· 23

제1절 돌봄, 보건, 의료서비스의 범주화 ····· 25

제2절 돌봄, 보건, 의료서비스 연계·통합에 관한 논의 ····· 101

제3절 지역사회 기반 사회서비스 공급모형 논의 ····· 121

제3장 국내·외 관련 사례의 고찰 ····· 135

제1절 국내 서비스 조정·연계 사례 ····· 137

제2절 국내 서비스 통합 사례 ····· 169

제3절 국외 서비스 연계·통합 사례 ····· 193

제4절 소결 ····· 211

제4장 노인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색 ····· 213

제1절 노인 연합서비스 지원 대상의 표적화 ····· 215

제2절 노인 연합서비스 공급 모형의 탐색 ····· 254

제3절 노인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안 ····· 264

제5장 장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색 ···· 271

제1절 장애인 연합서비스 지원 대상의 표적화 ····· 273

제2절 장애인 연합서비스 공급 모형의 탐색 ····· 361

제3절 장애인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안 ····· 374

제6장 결 론 ····· 381

제1절 주요 연구결과 ····· 384

제2절 결론 및 제언 ····· 401

참고문헌 ····· 407

표 목차

〈표 2- 1〉 주요 노인 돌봄서비스 개황 ····· 41
〈표 2- 2〉 치매관리사업의 구성 ····· 47
〈표 2- 3〉 방문건강관리사업 방문요구에 따른 사업 대상군 분류 ····· 53
〈표 2- 4〉 방문건강관리사업 서비스 내용 ····· 54
〈표 2- 5〉 생애전환기 건강검진 검사항목 ····· 57
〈표 2- 6〉 노인 지역사회통합건강증진사업의 구성 및 주요 사업내용 ····· 62
〈표 2- 7〉 주요 노인 보건·의료서비스의 개황 ····· 65
〈표 2- 8〉 노인복지관 내 노인 대상 프로그램(가족지원 제외) ····· 72
〈표 2- 9〉 장애인 활동지원서비스 이용 형태별 대상자 규모 ····· 77
〈표 2-10〉 주요 장애인 돌봄서비스의 개황 ····· 81
〈표 2-11〉 장애인 대상 공공부문 의료 및 재활 지원 관련 주요 사업 개황 ····· 90
〈표 2-12〉 장애인 대상 재활전문병원 현황 ····· 96
〈표 2-13〉 주요 장애인 대상 보건의료서비스 개황 ····· 97
〈표 2-14〉 노인 대상의 예방(보건)-치료(의료)-돌봄서비스 공급 현황 ····· 107
〈표 2-15〉 장애인 대상의 예방(보건)-치료(의료)-돌봄서비스 공급 현황 ····· 109
〈표 2-16〉 노인의 소득수준별 돌봄-보건-의료서비스 공급 현황 ····· 111
〈표 2-17〉 장애인의 소득수준별 돌봄-보건-의료서비스 공급 현황 ····· 114
〈표 2-18〉 사회적 돌봄 서비스 제공 시 지역성이 고려되는 유형 ····· 130
〈표 2-19〉 돌봄에서 돌봄 이용자의 참여성 유형 ····· 132
〈표 3- 1〉 희망복지지원단의 주요 사업내용 ····· 140
〈표 3- 2〉 지역사회보장협의체 운영의 기본 원칙 ····· 145
〈표 3- 3〉 지역사회보장협의체의 주요 기능 ····· 147
〈표 3- 4〉 지역사회보장협의체의 주체별 역할 ····· 147
〈표 3- 5〉 301 네트워크 사업의 서비스 내용 ····· 152
〈표 3- 6〉 301 네트워크 사업의 인력별 역할 ····· 153
〈표 3- 7〉 301 네트워크 사업의 지역사회 내 협력기관 간 업무 범위 ····· 154

〈표 3- 8〉 지역사회자원연계사업의 대상자 선정 기준 ····· 158
〈표 3- 9〉 지역사회자원연계사업 수행기관의 역할 ····· 161
〈표 3-10〉 건강생활실천계획서 내용 예시 ····· 166
〈표 3-11〉 지역사회 일차의료 시범사업의 교육 및 상담 프로그램 개요 ····· 167
〈표 3-12〉 사회복지사무소 시범사업 운영모형 개요 ····· 174
〈표 3-13〉 사회복지사무소 시범사업 관련 신규 설치 부서의 주요 기능과 구성 목적 ··· 176
〈표 3-14〉 주민생활지원서비스 전달체계 개편 목표 ····· 178
〈표 3-15〉 주민생활지원서비스 분야별 업무내용 ····· 181
〈표 3-16〉 미국 노인·장애인자원센터의 활동비전 및 기능 ····· 199
〈표 3-17〉 프랑스 CLIC 센터 인증등급별 서비스 제공내용 ····· 209
〈표 4- 1〉 신체적 기능장애, 인지기능 저하 및 만성질환 유무에 따른 욕구집단의 구분 ··· 221
〈표 4- 2〉 노인의 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 인구사회학적 특징 ····· 223
〈표 4- 3〉 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 생활수준 분석 ····· 226
〈표 4- 4〉 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 주거형태 ····· 227
〈표 4- 5〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 회귀분석
(기준집단: 단일욕구 집단) ····· 229
〈표 4- 6〉 복합욕구집단 결정요인에 관한 이항로지스틱 회귀분석(기준집단: 일반집단) ··· 231
〈표 4- 7〉 돌봄 및 보건·의료 욕구 복합 유형별 노인의 건강상태 특성 ····· 233
〈표 4- 8〉 돌봄 및 보건·의료 욕구 복합 유형별 노인의 영양관리 상태 ····· 235
〈표 4- 9〉 돌봄 및 보건의료 욕구 복합 유형별 노인의 보건의료 서비스 이용 현황 ····· 236
〈표 4-10〉 돌봄 및 보건의료 욕구 복합 유형별 노인돌봄 실태 ····· 237
〈표 4-11〉 복합욕구 노인 중 미돌봄(no care) 노인의 일반적 특성 ····· 239
〈표 4-12〉 2014년 장기요양서비스 유형별 이용자 규모 ····· 241
〈표 4-13〉 2014년 연령대별 장기요양등급 인정자 현황 ····· 241
〈표 4-14〉 2014년 연령별 및 등급별 장기요양등급 인정자 현황 ····· 242
〈표 4-15〉 장기요양수급자의 주요 질병 및 증상 현황 ····· 243
〈표 4-16〉 장기요양 3등급에서 5등급 인정자의 주요 질병 및 증상 현황 ····· 244
〈표 4-17〉 장기요양등급 인정 노인의 건강 특성 ····· 246

〈표 4-18〉 장기요양등급 인정노인의 영양관리 상태 ····· 247
〈표 4-19〉 지역사회거주 노인 개별 인터뷰 현황 ····· 248
〈표 4-20〉 노인돌봄서비스 제공자 개별 인터뷰 현황 ····· 249
〈표 4-21〉 노인 연합서비스 대상 집단 선정(안) ····· 262
〈표 4-22〉 노인 연합서비스 세부 서비스 내용(안) ····· 263
〈표 4-23〉 노인 연합서비스 유형 ····· 265
〈표 5- 1〉 장애인의 돌봄·보건·의료서비스의 범위 ····· 277
〈표 5- 2〉 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 280
〈표 5- 3〉 성별에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 280
〈표 5- 4〉 장애유형에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 281
〈표 5- 5〉 장애등급에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 282
〈표 5- 6〉 연령에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 282
〈표 5- 7〉 장애 발생 시기에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 283
〈표 5- 8〉 장애기간에 따른 장애인 돌봄 필요 여부 ····· 283
〈표 5- 9〉 장애인의 일상생활 도와주는 사람의 유무 ····· 284
〈표 5-10〉 장애인의 돌봄 필요 여부에 따른 일상생활 도와주는 사람 유무 ····· 284
〈표 5-11〉 장애인의 일상생활을 도와주는 사람과의 관계 ····· 285
〈표 5-12〉 장애인의 돌봄 필요 정도에 따른 일상생활 도와주는 사람 ····· 285
〈표 5-13〉 장애인의 현재 돌봄 충분도 인지 수준 ····· 286
〈표 5-14〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 현재 돌봄 충분도 ····· 286
〈표 5-15〉 장애인의 외부 도움 이용 의향(무료 vs 유료) ····· 287
〈표 5-16〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 외부 도움 이용 의향 ····· 287
〈표 5-17〉 장애인의 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 288
〈표 5-18〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 288
〈표 5-19〉 장애유형에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 289
〈표 5-20〉 장애등급에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 290
〈표 5-21〉 장애인의 연령에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 290
〈표 5-22〉 장애 발생 시기에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부 ····· 291

〈표 5-23〉 장애인의 주간보호서비스 이용 경험 및 희망 여부 비교 ····· 291
〈표 5-24〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부 ····· 292
〈표 5-25〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 292
〈표 5-26〉 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부 ····· 293
〈표 5-27〉 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 294
〈표 5-28〉 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부 ····· 295
〈표 5-29〉 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 295
〈표 5-30〉 장애인의 연령에 따른 주간보호 이용 경험 여부 ····· 296
〈표 5-31〉 장애인의 연령에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 296
〈표 5-32〉 장애 발생 시기에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부 ····· 297
〈표 5-33〉 장애 발생 시기에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 297
〈표 5-34〉 장애기간에 따른 주간보호서비스 이용 경험 ····· 298
〈표 5-35〉 장애기간에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부 ····· 298
〈표 5-36〉 전체 인구와 장애 인구의 주관적 건강상태 비교 ····· 299
〈표 5-37〉 장애인 성별에 따른 주관적 건강상태 인지 수준 ····· 300
〈표 5-38〉 장애유형에 따른 주관적 건강상태 ····· 300
〈표 5-39〉 장애등급에 따른 주관적 건강상태 ····· 301
〈표 5-40〉 장애인의 연령에 따른 주관적 건강상태 ····· 301
〈표 5-41〉 장애 발생 시기에 따른 주관적 건강상태 ····· 302
〈표 5-42〉 장애기간에 따른 주관적 건강상태 ····· 302
〈표 5-43〉 장애인의 지속적 진료 여부 ····· 303
〈표 5-44〉 장애인의 건강상태에 따른 지속적 진료여부 ····· 303
〈표 5-45〉 최근 2년간 장애인구와 전체 인구의 건강검진 여부 비교 ····· 304
〈표 5-46〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2년간 건강검진 여부 ····· 304
〈표 5-47〉 최근 2년간 장애 인구와 전체 인구의 암검진 여부 비교 ····· 305
〈표 5-48〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2년간 암검진 여부 ····· 305
〈표 5-49〉 최근 1년간 장애인구와 전체 인구의 구강검진 여부 비교 ····· 306
〈표 5-50〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 구강검진 여부 ····· 306

〈표 5-51〉 최근 1년간 장애 인구와 전체 인구의 입원치료 여부 비교 ····· 307
〈표 5-52〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 입원치료 여부 ····· 307
〈표 5-53〉 최근 2주간 장애인구와 전체인구의 외래진료 여부 비교 ····· 307
〈표 5-54〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2주간 외래 진료 여부 ····· 308
〈표 5-55〉 장애인의 최근 1년간 건강서비스 이용 경험 여부 ····· 308
〈표 5-56〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 건강서비스 이용 경험 여부 ····· 309
〈표 5-57〉 장애인의 최근 1년간 건강서비스 유형별 이용 경험 여부 ····· 309
〈표 5-58〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 건강서비스 유형별 이용 경험 여부 ··· 310
〈표 5-59〉 장애인의 의료서비스 만족도 ····· 311
〈표 5-60〉 장애인의 건강상태에 따른 의료서비스 만족도 ····· 311
〈표 5-61〉 장애인이 지각한 의료진의 장애에 대한 이해도 ····· 312
〈표 5-62〉 장애인의 건강상태에 따른 의료진 장애 이해도에 대한 지각 수준 ····· 313
〈표 5-63〉 장애인의 향후 보건·의료서비스 욕구 우선순위 ····· 313
〈표 5-64〉 건강상태에 따른 향후 보건·의료서비스 욕구(1순위) ····· 314
〈표 5-65〉 장애인의 일상생활 스트레스 지각 정도 ····· 315
〈표 5-66〉 장애인의 건강상태에 따른 일상생활 스트레스 ····· 315
〈표 5-67〉 장애인의 최근 1년간 2주 이상 슬프거나 절망감을 느낀 경험 여부 ····· 316
〈표 5-68〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 슬프거나 절망감의 경험 여부 ····· 316
〈표 5-69〉 장애인과 전체 인구의 최근 1년간 자살생각 여부 비교 ····· 317
〈표 5-70〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년 자살생각 여부 ····· 317
〈표 5-71〉 장애인과 전체 인구의 최근 1년간 자살시도 여부 비교 ····· 318
〈표 5-72〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 최근 1년간 자살시도 여부 ····· 318
〈표 5-73〉 장애인의 건강관련 정보 출처 ····· 319
〈표 5-74〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 건강관련 정보 출처 ····· 319
〈표 5-75〉 장애인이 인지하고 있는 향후 필요한 건강정보 ····· 320
〈표 5-76〉 장애인의 건강상태에 따른 향후 필요 건강정보 ····· 321
〈표 5-77〉 장애인의 성별에 따른 돌봄·보건·의료 욕구 유형별 분포 ····· 323
〈표 5-78〉 장애유형에 따른 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형별 분포 ····· 324

〈표 5- 79〉 장애등급에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포 ····· 324
〈표 5- 80〉 장애인의 연령에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포 ····· 325
〈표 5- 81〉 장애 발생 시기에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포 ····· 326
〈표 5- 82〉 장애기간에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형 ····· 326
〈표 5- 83〉 주관적 소속계층에 따른 장애인의 돌봄·보건·의료 복합 욕구 유형별 분포 ·· 327
〈표 5- 84〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 돌봄서비스 이용 실태 ····· 328
〈표 5- 85〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 지속적 진료 이용 실태 ··· 328
〈표 5- 86〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 건강검진 검진 실태 ····· 329
〈표 5- 87〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 입원치료 실태 ····· 329
〈표 5- 88〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 외래진료 실태 ····· 330
〈표 5- 89〉 장애인의 욕구 복합 유형에 따른 지역사회 건강관련 서비스 이용 현황 ····· 331
〈표 5- 90〉 장애유형별 장애인 수(2014년) ····· 332
〈표 5- 91〉 뇌병변장애 여부에 따른 돌봄 필요 여부 ····· 333
〈표 5- 92〉 성별에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 ····· 334
〈표 5- 93〉 장애등급에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 ····· 334
〈표 5- 94〉 연령에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 ····· 334
〈표 5- 95〉 연령에 따른 뇌병변장애인의 주된 진단명 ····· 335
〈표 5- 96〉 주된 진단명에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 ····· 336
〈표 5- 97〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 현재 도와주는 사람 유무 ····· 336
〈표 5- 98〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 도와주는 사람 유형 ····· 336
〈표 5- 99〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 현재 돌봄 충분도 ····· 337
〈표 5-100〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 외부 돌봄 이용 의향 ····· 337
〈표 5-101〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 활동지원서비스 경험 여부 ····· 338
〈표 5-102〉 돌봄 필요 인구의 뇌병변 장애에 따른 장애인주간보호시설 경험 ····· 338
〈표 5-103〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 주간보호시설 이용 희망 여부 ····· 338
〈표 5-104〉 뇌병변장애인의 1인당 평균 내원 일수 ····· 340
〈표 5-105〉 뇌병변장애인의 진료비 ····· 341
〈표 5-106〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 병의원 의료서비스 만족 ··· 341

〈표 5-107〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 건강서비스 이용경험 ····· 342
〈표 5-108〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 향후
보건·의료서비스 욕구 ····· 343
〈표 5-109〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 일상생활스트레스 ····· 344
〈표 5-110〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 우울증상 경험 여부 ····· 344
〈표 5-111〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애인의 자살생각 여부 ····· 345
〈표 5-112〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 자살시도 여부 ····· 345
〈표 5-113〉 장애인 당사자 개별 인터뷰 현황 ····· 346
〈표 5-114〉 장애인복지시설 전문가 개별 인터뷰 현황 ····· 347
〈표 6- 1〉 노인 및 장애인 대상 공급 모형의 비교 ····· 400

그림 목차

[그림 1- 1] 한국의 연령별 인구 구성비의 변화 추이 ····· 13
[그림 1- 2] 성별 기대수명 변화 추이와 OECD 주요 회원국의 기대수명 비교 ····· 13
[그림 2- 1] 65세 이상 노인 치매 유병률 추이 전망(2012~2050) ····· 46
[그림 2- 2] 노년기 생애전환기(66세) 건강검진 1차 수검 현황 ····· 59
[그림 2- 3] 장애인활동지원제도 수급 대상자 규모의 변화 추이 ····· 76
[그림 2- 4] Healthy People 2020의 개념적 틀 ····· 86
[그림 2- 5] 정부 장애인 대상 재활·의료 사업 공급 규모 ····· 89
[그림 2- 6] 장애인 건강관리사업 수행체계의 구성 ····· 93
[그림 2- 7] 현행 노인 대상의 돌봄·보건·의료 서비스 연계체계 진단 ····· 118
[그림 2- 8] 현행 장애인 대상의 돌봄·보건·의료 서비스 연계체계 진단 ····· 120
[그림 2- 9] 사회서비스의 이념형적 분류 ····· 125
[그림 2-10] 사회서비스 공급체계의 이념 모형 ····· 126
[그림 3- 1] 희망복지지원단의 사업 수행체계도 ····· 141
[그림 3- 2] 301 네트워크 사업의 수행체계 및 절차 ····· 151

[그림 3- 3] 지역사회자원연계사업의 사업 수행 모형 ····· 156
[그림 3- 4] 서비스 내용 및 관련기관 네트워크 ····· 159
[그림 3- 5] 지역사회자원연계사업 전달체계 및 역할 분담 ····· 161
[그림 3- 6] 지역사회 일차의료지원사업의 서비스 제공 절차 ····· 165
[그림 3- 7] 보건복지사무소 시범사업 실시 전후 전달체계 비교 ····· 170
[그림 3- 8] 보건복지사무소 시범사업 서비스 제공 체계도 ····· 171
[그림 3- 9] 주민생활지원서비스 제공 체계도 ····· 180
[그림 3-10] 지역사회중심재활사업(CBR)의 사업구성 Matrix ····· 184
[그림 3-11] 지역사회중심재활사업(CBR)의 세부 프로그램 예시 ····· 185
[그림 3-12] 지역사회중심재활사업(CBR)의 추진 체계 ····· 189
[그림 3-13] 지역사회중심재활(CBR)의 사업목표 및 성과지표 ····· 190
[그림 3-14] 일본 지역포괄지원센터의 서비스 흐름도 ····· 205
[그림 4- 1] 노인의 건강상태에 따른 개입집단 구분 ····· 218
[그림 4- 2] 돌봄·보건·의료서비스의 복합적 욕구를 가진 노인인구의 규모 추정 ····· 221
[그림 4- 3] 노인 연령별 이중, 삼중 복합 욕구의 증가 추이 ····· 225
[그림 4- 4] 국민기초생활수급여부 및 거주 지역별 노인복합욕구 수요 현황 ····· 225
[그림 4- 5] 2014년 장기요양 인정 등급별 노인비중 ····· 240
[그림 4- 6] 장기요양등급 인정 노인의 복합적 욕구 현황 ····· 245
[그림 4- 7] 노인 연합서비스 연계(linkage) 모델 ····· 266
[그림 4- 8] 노인 연합서비스 조정(coordination) 모델 ····· 267
[그림 4- 9] 노인 연합서비스 통합(integration) 모델 ····· 270
[그림 5- 1] 장애인 돌봄·보건·의료 서비스 복합 욕구 집단의 개념적 구분 ····· 278
[그림 5- 2] 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 욕구 유형별 분포 ····· 322
[그림 5- 3] 전체인구 대비 장애인 및 뇌병변장애인의 건강검진 수검률 비교 ····· 339
[그림 5- 4] 장애인 연합서비스의 목적 ····· 366
[그림 5- 5] 장애인 연합서비스의 대상 ····· 369
[그림 5- 6] 장애인 연합서비스의 건강코디네이터에 의한 서비스 제공과정(예시) ····· 373
[그림 5- 7] 연합서비스 제공 모형 ····· 375

참고 표 및 그림 목차

〈참고표 1〉 노인돌봄종합서비스 자격요건 및 내용 ····· 32
〈참고표 2〉 노인돌봄종합서비스 본인부담금 ····· 33
〈참고표 3〉 노인 장기요양보험 급여 종류(현물급여) ····· 38
〈참고표 4〉 노인장기요양보험 급여종류별 이용자 현황(2009~2014) ····· 39
〈참고표 5〉 연도별 장기요양기관 현황(2008~2014) ····· 40
[참고그림 1] 노인돌봄종합서비스 예산변화(2007~2014) ····· 34
[참고그림 2] 노인돌봄종합서비스 제공기관 및 인력현황(2012~2014) ····· 34
[참고그림 3] 연도별 노인장기요양보험 이용자 현황(2008~2014) ····· 38

Abstract

Prospects and Promises of Supply Model on the Joined-up Services with Social Care and Health

In the aging society, there has been grown social concerns confronting unavoidable challenges, such as fragmented care and health services, disjointed gateways, less-than-minimum quality, and inefficient deliverly systems. However, people often require a range of services from the health and social care to help them live well and independently. Thus, joined-up, holistic system approaches are becoming increasingly important to deal with those barriers to deliver the seamless provision of social care and health.

The main purpose of this study is to develop an ideal delivery model of joined-up services for the elderly and the disabled who needs care services as well as health-medical services. This study consists of three main parts.

The first part sketches out the nature of several demonstration project cases which were designed to deliver both linkage-oriented and integrated services among welfare programs. Second, it considered the top-down kind of joining up and more holistic approach that may develop in urgent for the elderly

suffered from mixed needs of care and health services. Presented joined-up services for the elderly in the study emphasizes on the issues of aging in place. Also, it promises to integrate delivery paths and to be contingent sensitivities to the wide spectrum of the elder's needs. The third part suggests a joined-up service delivery model for the disabled living in their own communities. The suggested model is ruled by 3 key principles including user/client-centered orientation, feasible referral and partnership among related organizations, and continuity of periodical needs assessment and persistent monitoring.

Notwithstanding our intention to develop user-oriented model, truthfully, this study could not overcome service provider points of view as a result. Thus, it suggests a quite new concept of 'public service designing' which precisely grasps the needs of service users and minimizes expected policy resistance for the future study.

*** Key Words: joined-up services, joining-up social care and health**

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 노인과 장애인이 돌봄과 보건·의료서비스에 대해 갖는 복잡다기화 되고 개별화된 서비스 수요에 탄력적이고 유연하게 대응하기 위한 서비스 공급방식으로서 연합서비스를 제안하고 있다. 돌봄과 보호를 필요로 하는 노인과 장애인의 삶의 질 향상과 이들에 대한 공식, 비공식 돌봄·부양의 부담을 덜어내기 위해서는 기본적인 돌봄 수요의 충족 이외에 건강관리와 보건·의료서비스, 나아가 각종 편의 증진과 사회적 관계망의 형성·개입을 지원을 아우르는 포괄적 정책적 대응을 필요로 한다. 이러한 정책 수요는 생활 행태적 요인과 국가·사회적 차원에서 유관 제도 및 사회경제적 요인들을 다차원적으로 고려한 돌봄·보건·의료서비스의 연합(joined-up) 방안에 관한 탐색을 제기하는 배경이 되었다.

물론 다분히 개인적인 욕구와 필요에 의해 본 연구가 착안된 것도 사실이다. 연구자 개인의 경험 속에서 노부모의 돌봄과 보건·의료서비스에 대한 복합적 욕구에 보다 합리적으로 대응하기 위한 절실함에서 본 연구가 출발되었기 때문이다. 하지만 이러한 주관적 경험들이 지역사회 돌봄·보건·의료서비스의 공급 모형의 탐색 과정에서 이용자의 입장과 이익을 우선 고려하도록 하는 발판이 되기도 하였다. 이에 본 연구는 다음의 4가지에 대한 논의를 전개하는 것을 그 목적으로 한다.

첫째, 서비스 통합은 언제나 정당화되는가? 특히 노인과 장애인 하위 그룹의 어떠한 특성이 연합서비스(Joined-up Services)에 대한 수용 가능성을 제고시킬 수 있을 것인가?

둘째, 돌봄서비스와 보건·의료서비스의 연합이 현재는 물론, 미래 지역사회 이용자의 욕구에 부합하는가? 즉, 본 연구가 제시하는 연합서비스 공급모형은 미래 인구구조의 변화를 충분히 반영할 수 있는가?

셋째, 돌봄·보건·의료 연합서비스(Joined-up Services)는 이용자 입장에서 보다 효과적·효율적인 서비스 선택의 기회를 제공할 것인가? 인구구조의 변화 등 지역사회의 변화에 민감하게 대응할 수 있을 것인가?

넷째, 돌봄·보건·의료 연합서비스는 현행 돌봄·보건·의료 서비스의 공급체계가 갖고 있는 분절적·배타적 특성을 고려하여 비용 효과적이고 효율적인 서비스 전달체계 논의를 불러일으킬 수 있을 것인가?

2. 주요 연구결과

기존 보건·복지서비스 부문의 공급자 중심 제도 설계와 제한된 자원의 한계, 전문 영역 간의 배타성 등으로 우리나라의 서비스 공급은 파편적 불연속성의 벽을 넘어서지 못하고 있다. 더욱이 사회보장기본법의 개편과 함께 광범위하게 규정되는 사회서비스의 포괄 영역과 사회서비스 부문 내에서도 나타나는 서비스의 파편화, 서비스 생산 및 공급·전달 구조의 비체계성, 전문가 집단의 상이한 입장, 그리고 재원 및 관할 부처 간의 칸막이 등 때문에 서비스 통합에 대한 논의는 별다른 진전 없이 답보상태에 머무르고 있다.

본 연구는 인구 고령화의 급속한 전개 과정에서 임계 수준에 다다른 복지자원을 보다 효율적으로 활용할 수 있도록 정책대상의 표적화 과정을 노인과 장애인을 중심으로 상세히 소개하였다. 노년기를 경험하면서 일상

생활 수행 상의 기능적 장애를 보유하거나, 만성질환의 발병 또는 인지기능의 저하는 돌봄·보건·의료 서비스 욕구를 촉발시키는 주요 요인이 된다. 특히 이들 요인 중 2가지 또는 3가지를 동시에 경험하게 될 경우 서비스에 대한 욕구는 더욱 분명해지고 절실해 질 수 있다. 분석결과, 우리나라 전체 노인인구의 36.8%가 이중 또는 삼중의 복합 욕구를 갖는 것으로 나타났다.

이에 따라 노인 연합서비스의 기본원칙 첫 번째는 신체적 및 인지적 건강 상태가 저하됨에도 불구하고 익숙한 생활 지역에서 거주할 수 있도록 통합적인 서비스 제공을 강조하는 정주성(Aging in Place)의 원칙이다. 둘째, 기본원칙으로서 서비스 통합성은 이용 노인이 갖고 있는 욕구의 다양성을 보다 효율적으로 고려하기 위한 전달체계 상의 통합을 강조한다. 세 번째 원칙으로서 연속성은 건강한 노인부터 복합 만성 질환자, 허약노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양서비스 대상 노인, 호스피스 환자까지 대응할 수 있는 서비스 공급 체계의 연속적 스펙트럼을 폭넓게 수용해야 한다는 것이다.

한편, 후천적 장애 발생이 증가하고 고령화가 빠르게 전개되면서 장애인구의 돌봄과 보건·의료 서비스 욕구가 급증하고 있다. 특히 장애인구는 장애유형별, 연령별, 장애의 발생 시기 및 장애 기간에 따라 서비스에 대한 욕구가 상이한 형태로 드러난다. 실증자료의 분석결과에 따르면 뇌병변 장애인의 경우 다른 장애유형에 비해 돌봄은 물론 보건·의료 서비스에 대한 욕구가 높았다. 이들은 2014년 현재 전체 추정장애인 272만여 명 중에서 약 11.3%를 차지하고 있다(약 31만 명).

뇌병변장애인을 대상으로 하는 장애인 연합서비스의 기본원칙은 이용자 중심의 서비스 수립을 제1원칙으로 하였다. 이는 장애인구가 갖게 되는 다양성 및 욕구의 복합성을 고려한 것이다. 둘째, 현실성의 원칙에 따라

장애인이 살고 있는 지역사회의 특성과 장애인의 욕구에 부합할 수 있도록 서비스 접근성 그리고 해당 지역사회에서 활용 또는 동원 가능한 자원 간의 적절한 연계와 협력을 강조한다. 셋째, 지속성의 측면에서 장애인의 복합적인 욕구를 파악하고, 필요한 서비스를 적절하게 연계하며, 사후관리를 통한 지속적이고 체계적인 서비스 공급을 지향한다.

3. 결론 및 시사점

본 연구의 결론으로 제안하는 노인 및 장애인 연합서비스 모형을 아래 표로 제시하였다. 그런데 서비스 공급의 기본 원칙과 공급 모형을 제안하면서 연구진은 일반화된 서비스 개발 과정의 한계에 직면하게 된다. 즉, 이용자 중심의 서비스 공급을 목적으로 출발한 연합서비스 공급모형의 탐색이 서비스 개발과정에서 여전히 공급자 관점에서 크게 벗어나지 못했기 때문이다. 이러한 문제의식에 직면하여 본 연구진은 '공공서비스 디자인' 개념을 통해 보다 실천적이고 구체화된 이용자 중심의 서비스 개발을 후속 연구과제로 제안하고자 한다.

구분	노인 연합서비스	장애인 연합서비스
기본원칙	정주성: aging in place 통합성: integration/joined-up 연속성: continuum of care	이용자 중심성 현실성: 지역사회 여건 충분히 고려 지속성: 서비스 연속성, 주기성
서비스 연합시 고려사항	- 선별적 통합: 일부 집단을 위한 모든 서비스의 통합 또는 모든 대상자를 위한 일부 서비스의 통합은 가능하나 모든 대상자를 위한 모든 서비스의 통합은 불가능 - 통합에 따르는 비용의 발생과 추가적인 자원의 투입	- 지역사회 중심의 재활치료, 장애인의 건강증진, 돌봄지원 등을 통한 일상생활에의 자립능력 증진과 사회통합을 위한 장애인 기능 증진 - 지역사회내의 기존 서비스 활용 및 지역사회 자원 연계

구분	노인 연합서비스	장애인 연합서비스
	- 통합에 따르는 유관 기관간의 입장과 역할변화의 감수 필요 - 통합이 절대적으로 불가능한 경우에 대한 인지와 적절한 대응 전략 또는 대안의 마련 - 이용자 입장에서 역량강화를 통한 선택과 집중의 전략마련	- 궁극적으로 이러한 서비스를 통하여 장애인의 적극적인 지역사회참여 확대와 역량강화, 더불어 지역사회 장애인의 독립적이고 건강한 삶의 증진
표적집단	- 복합욕구를 가진 허약·장애노인 - 돌봄·보건·의료 서비스 부문 이중 내지 삼중의 복합적 욕구를 갖고 있는 지역사회 거주 노인의 36.8%	돌봄 필요 및 보건의료 서비스 욕구의 조합에 따른 이중, 삼중의 복합적 서비스 욕구를 갖는 뇌병변장애인
주요 서비스 내용	신체수발, 가사지원 이동지원 등, 건강검진, 만성질환관리, 건강증진(근력강화, 운동 등), 신체 및 인지예방서비스 구강관리, 식단관리, 상담 및 교육 등	건강코디네이터에 의한 서비스 제공 이동지원 복지관 직접서비스 또는 방문치료 (낮활동 참여 지원프로그램 등) 운동지원 및 건강교실 프로그램 정신건강 지원 프로그램 및 건강관련 정보의 제공
공급 방식	연계(linkage) 모델 조정(coordination) 모델 통합(integration) 모델	단기적 제공모델 중장기적 제공모델

2000년대 이후 확산되고 있는 서비스 디자인 방법론은 단순한 서비스 의 개발뿐만 아니라 신규로 수립하는 정책의 효과성을 높이고 효율적인 정책집행을 위해 광범위한 영역에서 적극적으로 활용되고 있다. 아울러 공공서비스 디자인 모델은 구체적인 서비스 개발의 단계가 아니라 하더라도 정책대상을 충분히 이해하고, 이들의 정책 수요와 욕구를 정확하게 파악할 수 있도록 함으로써 정책기획의 단계에서부터 예상되는 정책저항을 최소화하고 이용자 중심 가치를 실현할 수 있도록 할 것이다.

*주요용어: 돌봄·보건·의료 연합(Joined-up)서비스, 복합적 욕구, 노인 연합서비스, 장애인 연합서비스, 공공서비스 디자인

제 1 장 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 보고서의 구성과 연구방법

1 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

신체적·정신적 건강 수준은 삶의 질(質)뿐만 아니라 주관적 행복감과 긴밀한 연관성을 갖는다. 최근 발표되고 있는 다양한 실증 연구 결과들은 노인과 장애인 등 지속적인 보호와 관심이 필요한 대상의 삶의 만족도를 향상시키기 위해 기본적인 돌봄의 욕구 충족 이외에도 건강관리와 보건·의료서비스, 나아가 각종 편의서비스와 사회적 관계망의 형성·개입 등, 복잡다기화된 개인의 욕구에 대한 정책적 대응의 필요성을 강조하고 있다. 이와 같은 정책적 신호는 인구 집단별로 나타나는 생활 행태적 요인과 국가·사회적 차원에서 유관 제도 및 사회경제적 요인들을 다차원적으로 고려한 보건·의료서비스와 돌봄서비스의 연합(joined-up) 방안에 관한 탐색을 제기하는 배경이 되었다.

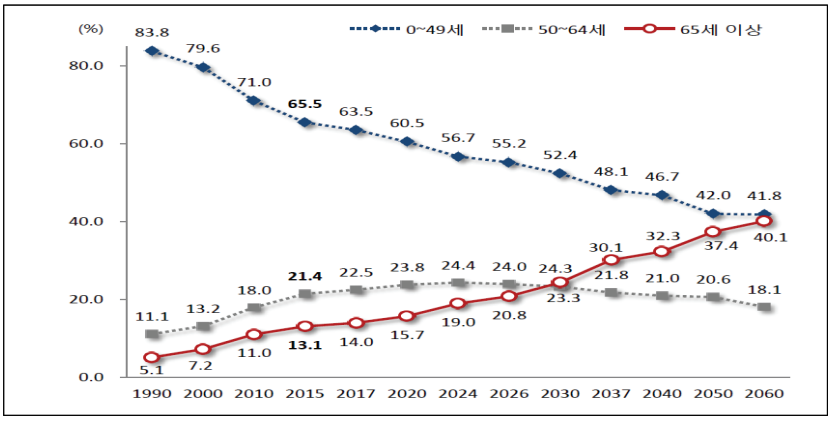
물론 다분히 개인적인 욕구와 필요에 의해 본 연구의 밑바탕이 마련되었음을 부인하지 않겠다. 연구진 개인들의 노부모의 돌봄, 부양과 보건·의료서비스의 이용 과정에서 경험한 복합적인 감정에 합리적·정책적으로 대응하기 위한 절실함에서 고민이 처음 시작되었기 때문이다. 이러한 주관적 경험들이 지역사회 중심의 돌봄·보건·의료 서비스 공급 모형을 만들어내는 데 있어 이용자의 입장과 그들의 이익을 우선 고려해야 한다는 원칙을 제시하는 출발점이 되었다. 아울러 분명한 사실은 사회서비스 영역에서 돌봄서비스와 보건·의료서비스의 상호 연관적 통합 체계(interrelated integrated system)에 대한 논의 필요성과 정책적 관심에 대해서는 별다른

이견이 없다. 또한 이러한 전체론적 접근(holistic approach)을 통해 이용자 개인은 물론 가족체계 전체의 욕구와 필요를 가장 효과적·효율적으로 충족시킬 수 있을 것이다.

한국은 지난 2000년, 65세 이상 노인 인구의 비율이 전체 인구의 7% 수준을 넘어선 이후 고령화 추세가 빠르게 진행되고 있다. 이러한 속도로 진행되는 인구 구조의 변화는 2017년에 이르러 전체 인구 대비 노인 인구 비율 14%의 고령 사회(Aged Society)를 거쳐 2026년에는 20.8%를 넘어서는 본격적인 초고령 사회에 진입하게 될 전망이다(통계청 보도자료, 2015.9.24). 인구 고령화의 그늘이 짙게 드리우면서 이로 인한 사회경제적 우려들이 현실적 문제로 나타나고 있다. 제16차 재정전략협의회를 통해 발표된 국가 장기 재정 전망에 따르면 우리나라는 현재의 복지지출 수준이 유지된다 하더라도(즉, 추가적인 복지지출이 없는 것으로 전제 할 때), 성장 잠재력의 둔화 및 저출산, 그리고 인구 고령화 등의 구조적 압박 요인들 때문에 재정 적자의 확대가 예측되었다. 정부 세출 구조의 구조조정 없이는 국가채무 수준이 2060년에는 국내총생산(GDP) 대비 62.4%까지 상승할 수 있는데, 저출산·고령화에 따르는 1%대의 저성장 기조가 주요 요인으로 지적되었다(기획재정부 보도자료, 2015.12.4.).

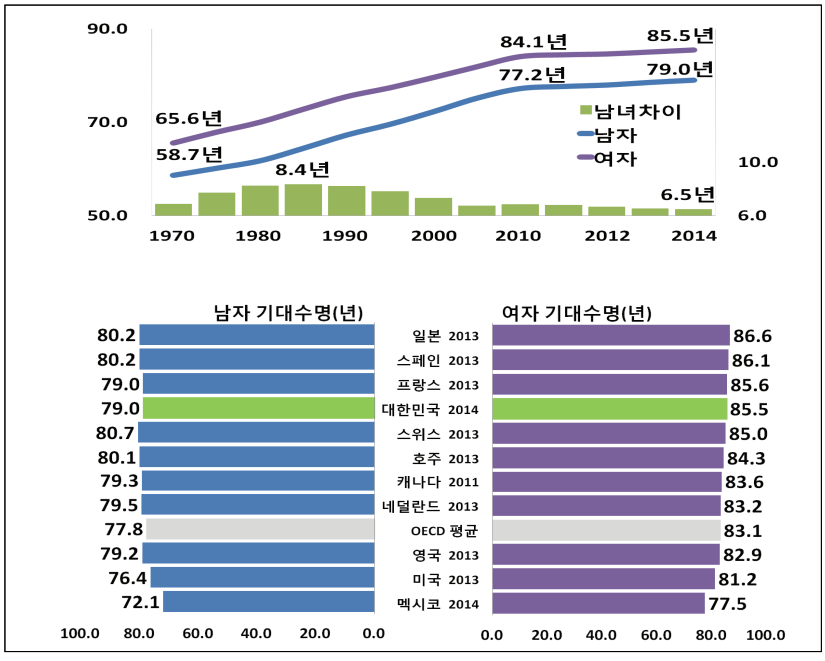
하지만 정책 여건의 악화 추세에도 불구하고 인구 고령화는 별다른 이변이 없다면 상당 기간 지속될 것이다. 통계청의 2014년 생명표 통계에 따르면 2014년 기준 남자 기대 수명은 79.0년, 여자 기대수명은 85.5년으로 여자의 기대수명이 남자보다 6.5년 길게 나타났고, 65세 남녀의 기대여명은 남자 18.3년, 여자 22.8년이었다. OECD 회원국의 평균 기대수명과 비교해 보면 남자는 1.2년, 여자는 2.4년이 높은 수준이다(통계청 보도자료, 2015.12.3.).

〔그림 1-1〕 한국의 연령별 인구 구성비의 변화 추이



자료: 통계청 보도자료(2015). 2015년 고령자 통계 보도자료(2015.09.24.) 재인용, p.17.

〔그림 1-2〕 성별 기대수명 변화 추이와 OECD 주요 회원국의 기대수명 비교



자료: 통계청 보도자료(2015). 2014년 생명표(전국 및 시도) 보도자료(2015.12.3.) 재인용, p.2.

한편 인구 고령화에 따른 장애인구의 증가 또한 뚜렷하게 나타나고 있으며, 장애 인구의 고령화는 더욱 심화될 전망이다. 장애를 가진 인구(이하 장애인구) 중 65세 이상 장애 노인이 차지하는 비율은 2000년 30.3% 수준이었으나, 2011년 38.8%, 2014년에는 43.3%로 빠르게 증가하였으며, 이러한 증가추세는 전체 인구 중 노인 인구의 증가율과 비교해 보면 2~3배 높은 수준이라 할 수 있다(황주희, 2015, 재인용). 일반적으로 장애 노인은 장애의 발생 시기에 따라 고령화 장애(aging with disability) 노인과 노화과정 장애(disability with aging) 노인으로 구분하는데, 이들 모두 노화와 장애라는 복합적 이슈를 갖고 있어 그 특성과 욕구가 다양한 인구집단으로 분류할 수 있다. 다시 말해 장애 및 노화과정에서 건강 및 일상생활 지원이나 사회참여 등의 욕구를 잠재, 표출하면서, 동시에 서로 다른 정체성과 특성을 내포하고 있다(황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연 등, 2014).

또한 장애 발생률의 변화 추이를 살펴보면 후천적인 장애 발생 비율이 꾸준하게 증가하고 있는 것을 확인할 수 있다. 2014년에 실시된 장애인 실태조사 결과에 따르면 우리나라의 장애추정 인구는 273만여 명으로, 이들의 88.9%는 질병이나 질환, 사고 등 후천적 요인에 의해 장애가 발생한 경우이다(김성희, 이현희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 등, 2014). 전체 장애 추정 인구의 97%(약 2,646천여 명)가 재가 장애인으로 지역사회에서 생활하고 있는데(김성희, 이연희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 등, 2014), 후천적 장애인구의 증가, 장애노인의 증가 등으로 장애인에 대한 의료관리 대책의 강우와 같은 의료 욕구가 증가하고 있다. 장애인은 비장애 집단에 비해 상대적으로 많은 의료문제에 직명하게 되고, 취약한 의료 상태로 인해 만성질환이 조기 발병되는 등 이차적인 기능장애가 빈번하게 발생할 수도 있다(박종혁, 2011; U.S. Department

of Health and Human Services, 2005).

고령화의 급속한 전개와 후천적 장애 발생 비율이 지속적으로 높아지면서 만성질환 관리 및 치매나 재활 치료 등과 같이 지속적이고 장기적인 건강관리나 의료서비스 외에도 노화 및 장애로부터 야기된 다양한 신체적, 정신적 건강상의 문제에 대한 대응이 절실해 질 수 밖에 없는 상황이다. 그러나 여성의 경제활동 참여가 보편화되고 가족기능의 상당 부분이 사회로 이전되면서 노화, 장애, 급만성 질환에 따른 가족 내 비공식적 부양부담은 현행 보건의료 및 돌봄서비스 전달체계에 직간접적인 부담 요인으로 작용할 것이다.

노인 인구의 보건 및 의료, 그리고 돌봄서비스에 대한 복합적 욕구의 증가는 다음의 몇 가지 실증자료를 통해서도 예측할 수 있는 현상이다.

첫째 65세 이상 노인의 약 89%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 평균 만성질환 수는 2.5개로 나타나고 있다. 성별로는 여성 노인의 유병률이 상대적으로 높았으며, 연령이 증가함에 따라 만성질환 유병률도 증가하고 있다(정경희, 강은나, 박세경, 이윤경, 김세진, 2014).

둘째, 2013년도 65세 이상 노인 치매 유병률은 9.39%로, 우리나라의 치매 노인수는 약 58만 명으로 추정되며, 치매 유병률은 매년 증가하여 2030년에는 10.0%, 2050년에는 15.1%까지 이를 것으로 전망되고 있다(보건복지부, 2012d).

셋째, 이들 노인의 돌봄서비스에 대한 욕구도 꾸준히 증가추세를 보이고 있다는 점이다. 노후를 노인생활시설이 아닌 지역사회에서 불편함 없이 보내기 위해서는 물리적 시설 인프라의 구축 및 여건 조성도 중요하지만, 무엇보다 개별 노인의 필요에 따른 사회적 돌봄서비스의 제공이 전제되어야 한다. 노인부양이나 수발의 일차적인 제공자로서 자녀나 가족의 역할이 약화되고 있으며, 지역사회 내 노인 돌봄의 공백을 대체할 수 있

는 서비스 공급체계의 확보가 시급한 실정이라는 것이다.

마지막으로 지속적으로 증가하고 있는 노인 자살률이나 사회적 이슈가 되고 있는 고독사 등은 노인들이 겪고 있는 질병·질환, 빈곤, 사회적 단절 등이 복합적으로 얽혀 나타나는 문제로 단편적이고 분절적인 서비스 제공으로 해결 불가능 하다.

장애 인구의 경우에도 이와 유사한 맥락에서 이들 인구집단 대상의 보건·의료적 개입의 특징은 수술이나 시술 중심의 의료서비스보다는 전반적인 건강상태 관리를 위한 관리중심의 보건(의료)서비스에 대한 접근이 더욱 요구된다고 보고 있다(윤영호, 권용진, 장숙랑, 임정기, 오수경, 2014). 즉, 장애인을 위한 보건·의료서비스에 대한 접근은 치료중심에서 예방을 포함한 포괄적 케어로 전환되는 실정이며, 복지사업들은 기존의 시설중심에서 재택, 지역사회 중심으로 변화되고 있어 지역사회중심의 통합적인 서비스에 대한 필요가 더욱 더 증대되고 있는 추세이다(김미주, 2008). 그러나 장애인특성상 보건·의료서비스 제공을 위한 여건이 마련된다고 하더라도 돌봄이나 이동지원과 같은 복지서비스와의 통합적인 접근 없이는 보건·의료서비스가 장애인에게 전달되지 못하는 경우가 발생할 수 있기 때문에 다학제적이고 통합적인 접근이 요구된다.

우리나라의 경우 지역사회 중심의 돌봄 및 보건·의료를 통합적으로 제공하는 서비스 관련 연구들은 1990년대 후반부터 2000년대 중반까지 '보건·복지 통합' 혹은 '연계'라는 주제로 논의되어 왔고, 실제로 관련 시범사업이 시행된 적도 있다. 그러나 당시 보건·복지 부문에서의 통합 혹은 연계 논의는 장애인과 노인을 표적화(targeting)하는 서비스 공급체계라기 보다는 이들을 포함한 취약계층 전체로 대상자 범위를 포괄적으로 규정하고 있다. 그리고 일부 지자체에서 노인을 대상으로 한 통합적인 서비스 제공에 관한 논의는 주로 장기요양서비스를 포함한 돌봄서비스와 지

역사회 내 복지 자원의 연계 방안에 초점을 두고 있으며, 근본적으로 보건 및 의료서비스에 대한 논의는 제외되어왔다. 아울러 서비스 통합 논의 과정에서 중앙정부 차원의 사업 기획과 추진으로 지역단위에서 관련 조직 간의 통합 및 협력 수준에 관한 구체적 전략을 제시하지 못하면서 보건과 복지 영역의 전문가 집단의 협력을 적절히 이끌어내지 못해 당초의 정책목표를 달성하지 못하였다는 평이 지배적이다(함철호, 2005; 이은경, 2011: 김창오, 박철우, 2011).

일례로 당시 진행된 보건복지 및 돌봄 연계·통합 사업 중 장애인을 주된 대상으로 하는 사업으로 지역사회 중심 재활(CBR, community based rehabilitation)을 들 수 있다. 본 사업의 경우에도 초기 복지영역에서 다양한 연구들이 진행되다가 2000년부터 국민건강증진기금에 의해 예산을 배정받아 국립재활원의 주도하에 지역사회중심재활사업이 시행됨에 따라 보건소 중심의 사업으로 전환되었다. 이에 따라 지역사회중심재활(CBR)관련 연구는 복지영역에서 더 이상 논의되지 못하고, 보건·의료 영역에 국한되어 진행되고 있다. 이후 보건소를 중심으로 실행되고 있는 지역사회중심재활(CBR)은 뚜렷한 효과성 없이 현재까지 지속되고 있는 상황이다(김만호, 최영신, 2008). 이제는 지역사회중심재활(CBR) 사업에서 추구하는 본래의 목적에 부합하고 장애인의 보건·의료 욕구에 부합하는 서비스가 전달될 수 있는 모형에 대한 재논의가 필요한 시점이라 할 수 있다. 아니, 더 이상 늦출 수 없는 시점에 봉착한 상황일 수도 있다.

노인을 대상으로 하는 보건·의료 및 돌봄서비스의 통합에 대한 연구나 논의가 부족한 이유는 수요의 측면에서 노인인구가 전체 인구의 10%를 넘은지가 몇 년 되지 않았고, 후기노인 인구비중이나 치매노인 등에 대한 부양부담이 사회전체로 가시화되지 않은 데서 기인할 수 있다. 그리고 공급자 중심의 서비스 제공구조의 한계로서 돌봄 및 보건의료서비스가 각

기 분절적인 전달체계와 재정구조를 가지고 있으며, 전문직간의 상호 배타적인 접근방식을 선호함으로써 돌봄 및 보건의료서비스의 포괄적인 접근에 대한 회의적인 시각이 큰 것도 이러한 논의의 확산을 저해하는 요인 중의 하나일 것이다. 무엇보다도 돌봄서비스와 보건서비스의 획일성과 불충분성은 서로 연계하거나 통합할 서비스가 부족하다는 근본적인 한계가 존재한다.

이러한 연구의 배경을 바탕으로 본 연구는 향후 사회서비스의 핵심 영역으로서 돌봄과 보건·의료서비스의 전체론적 통합 모델(wholistic integration model)로서 연합서비스(joined-up services)가 이용자 중심(used-centered), 이용자 이익 최우선 원칙의 의한 서비스 제공과 그 성과를 개선하는 전략적 선택이라 가정하고 있다. 그리고 이러한 가정을 구체화하기 위해 다음의 연구문제를 염두에 두고 연구의 방향과 목적을 구체화하였다.

첫째, 서비스 통합은 언제나 정당화되는가? 특히 노인과 장애인 하위 그룹의 어떠한 특성이 연합서비스(Joined-up Services)에 대한 수용 가능성을 제고할 것인가?

둘째, 돌봄서비스와 보건·의료서비스의 연합(joined-up)이 현재는 물론, 미래 지역사회 이용자의 욕구에 부합하는가? 즉, 본 연구가 제시하는 연합서비스 공급모형은 미래 인구구조의 변화를 충분히 반영하는가?

셋째, 돌봄·보건·의료 연합서비스(Joined-up Services)는 이용자 입장에서 보다 효과적·효율적인 서비스 선택의 기회를 제공할 것인가? 인구구조의 변화 등 지역사회의 변화에 민감하게 대응할 수 있을 것인가?

넷째, 돌봄·보건·의료 연합서비스(Joined-up Services)는 현행 돌봄과

보건의료 서비스 공급체계의 분절적·배타적 특성을 고려하여 비용 효과적이고 효율적인 서비스 전달체계 논의를 불러일으킬 수 있을 것인가?

따라서 본 연구의 목적은 지역사회에서 생활하고 있는 노인과 장애인을 둘러싼 돌봄 및 보건·의료 서비스의 분절적 제공 형태와 양상을 파악하고, 수요자 및 공급자 측면에서 기존의 서비스 제공방식의 문제점과 성과를 진단함으로써 우리나라 실정에 맞는 사회서비스와 보건의료서비스의 연합의 필요성과 이에 따르는 제도적 개선 방안을 도출하고자 하는 것이다. 서비스 공급의 통합적 접근(integrated approach)에 대한 전체 체계론적 접근(whole systems approach)은 시설보호의 감소, 급성기 치료비 절감 등을 통해 사회적 차원의 의료비 절감은 물론 서비스 제공의 생산성과 품질 제고를 통해 사회서비스 질적 향상의 기회를 마련할 것으로 기대한다.

제2절 보고서의 구성과 연구방법

본 연구는 크게 6개의 장으로 구성되어 있으며, 각 장의 주요 내용은 다음과 같다. 제1장의 서론에서는 연구의 출발점이 된 연구배경과 필요성을 인구통계 등 관련 여건지표를 통해 제시하고 있다. 2개의 장에 걸친 선행연구의 고찰 영역은 서비스의 연합(joined-up)과 통합(integration)에 관한 논의 및 돌봄-보건-의료서비스의 범주와 연계에 관한 고찰이 제2장에 담겨있다. 그리고 제3장에서는 통합(integration)과 연계(refer) 전략을 서비스 공급 및 전달의 우선 목표로 제시한 국내외 관련 사업 또는 프로그램 사례를 검토하는 부분으로, 구체적인 사업 개요를 정

리하고 사업의 성과와 한계에 관한 기존 선행연구들을 고찰해 보았다.

이어서 제시된 제4장과 제5장은 본 연구의 핵심 분석과 논의가 제시되어 있다. 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급 모형을 설계하기 위해 우선 제4장에서는 노인인구 집단을 대상으로 서비스 지원 대상의 표적화 과정과 주요 서비스 내용을 파악하기 위한 단계별 논의과정을 담고 있다. 이어서 제5장에서는 장애인 인구집단을 대상으로 연합서비스 공급 모델을 도출, 제시하기 위한 단계적 과정을 담고 있다. 4장과 5장 모두 이용자 중심의 서비스 공급 모형을 도출하기 위해 본 연구에서 표적화(targeting)하고 있는 구체적인 정책집단을 도출하기 위한 접근 전략에 대한 소개는 해당 장에서 보다 구체적으로 제시하였다. 마지막으로 제6장에서는 앞서의 분석 및 연구 결과를 바탕으로 노인과 장애인 표적 집단 대상의 돌봄·보건·의료 서비스의 공급 모형을 비교, 제시하였다. 아울러 최근 공공정책이나 공공서비스를 구상하고 전달하는 과정에서 디자인적 사고의 전개를 적용하는 서비스 디자인 관점에서 앞서의 노인 및 장애인 연합서비스 모형의 구체화 전략을 제안하고 있다.

각 장별 주요 연구방법 및 연구과정을 살펴보면, 제2장과 제3장의 선행연구 및 사례 고찰은 관련 정책연구 보고서, 학술논문, 수집 가능한 정책자료 및 해당 부서의 홈페이지에서 확인할 수 있는 관련 자료 등을 다각적으로 수집하고 고찰하는 문헌연구를 진행하였다. 특히 제3장에서는 서비스 통합, 연계의 대표적인 사례 검토를 진행하였다. 이에 연구진의 논의를 거쳐 총 9개의 국내 사례와 4개의 해외 사례를 각 사업별 추진배경 및 목적, 사업대상 및 사업수행체계, 그리고 성과와 한계 등으로 구조화하여 제시하고 있다. 검토대상 국내 9개 사례 중 보건복지사무소, 사회복지사무소, 주민생활지원서비스, 지역사회중심재활(CBR) 사업 등 4개 사례는 서비스 통합 사례로 구분하고, 희망복지지원단, 지역사회보장협의체, 301 네트워크

사업, 지역사회자원연계 사업, 지역사회 일차의료 시범사업 등은 서비스 연계·조정의 사례로 포함하였다. 국외 사례에는 노인 대상의 미국에서 실시된 Program of All-Inclusive Care for the Elderly와 Aging and Disability Resource Center 운영 사례와 일본의 지역포괄지원센터, 그리고 프랑스의 지역 노인 전문 코디네이션 센터(CLIC)의 운영 사례를 살펴보았다.

이어서 제 4장의 노인 연합서비스 공급모형의 탐색을 위한 연구방법과 단계적 진행과정은 다음과 같다.

첫째, 관련 전문가들과의 워크숍 및 자문회의 등을 통해 노인인구 집단을 우선 대상으로 고려하는 관련 서비스 연계·통합사례의 운영 현황과 문제점, 그리고 개선방안 등에 관한 심층적인 논의를 수집·정리하였다.

둘째, 2014년도 노인실태조사 자료 및 장기요양통계연보 자료를 활용하여 노인 돌봄 및 보건의료서비스 수요를 추정하였으며, 노인 돌봄 및 보건의료서비스의 복합적 욕구를 가진 노인계층 및 핵심대상계층인 재가장기요양서비스 이용자의 인구사회학적 특성과 돌봄 및 보건의료 이용현황 등을 파악하였다.

셋째, 양적 데이터로 발견하기 어려운 연합서비스 대상 노인과 가족의 돌봄 및 보건의료서비스에 대한 욕구를 파악하고, 기존 서비스 이용의 애로사항 등을 파악하기 위해 서비스 대상자 개별 인터뷰를 실시하였다.

넷째, 복합욕구를 가진 노인에게 서비스를 제공하는 기관의 담당자를 대상으로 전문가의 입장에서 경험하는 노인 연합서비스 욕구와 서비스 이용에서의 문제점 등을 파악하기 위해 개별 인터뷰 및 표적집단 심층 면접조사(Focus Group Interview: FGI)를 실시하였다. 마지막으로 국내외 사례검토 결과, 이차 자료의 통계적 분석, 이해관계자 인터뷰와 FGI 등을 통해 도출된 결과를 기반으로 노인 연합서비스 공급모형을 설계하였으

며, 연구진에 마련한 서비스 공급 모형을 검토하고 정책적 이행 가능성을 타진하기 위한 전문가 간담회를 실시하였다.

장애인 연합서비스 공급모형의 도출 과정도 이와 크게 다르지는 않지만 연구진행 각 단계별 과정과 연구방법을 간략히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 문헌연구로서 장애인의 돌봄·보건·의료의 개념을 파악하고, 연계서비스와 이전의 연계 및 통합 사례들을 검토하였다. 관련 전문가들과 워크숍을 실시하여 이전의 서비스 연계·통합 노력들이 갖는 한계 및 함의를 도출하고, 연합서비스 공급모형에서 고려해야 하는 쟁점사항을 확인하였다.

둘째, 2014년 장애인실태자료 및 2011년 건강보험공단 데이터에 대한 2차 자료 분석을 통해 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용 현황과 관련 서비스 공급실태를 파악하고, 본 연구에서 제시하고자 하는 연합서비스 모형을 위한 표적 집단을 선별하였다.

셋째, 장애인 당사자 및 장애인의 돌봄·보건·의료 분야 관련 종사자인 활동지원서비스 담당자와 물리치료사를 대상으로 표적 집단 심층 면접조사(Focus Group Interview: FGI)를 실시하였으며, 필요에 따라서 개별 면담도 함께 진행하여 전문가의 관점에서 바라본 장애인의 돌봄·보건·의료 서비스 이용 현황 및 문제점 그리고 제안과 관련된 내용들을 분석하였다.

마지막으로 연구의 방향 및 연구 내용의 적절성을 위해 원내 및 원외 관련 전문가와 참여하는 서비스 모형개발을 위한 워크숍을 실시하였으며, 모형 설정이후에는 장애인의 돌봄·보건·의료 전문가들과 간담회를 실시하여 설정된 모형의 현실성 및 이행가능성 그리고 주요이슈 등을 정리하였다.

제 2 장

연구범위의 설정과 관련 쟁점의 고찰

제1절 돌봄, 보건, 의료서비스의 범주화
제2절 돌봄, 보건, 의료서비스 연계·통합에 관한 논의
제3절 지역사회 기반 사회서비스 공급모형 논의

2 연구범위의 설정과 관련 쟁점의 고찰

제1절 돌봄, 보건, 의료서비스의 범주화

1. 돌봄, 보건, 의료서비스의 조작적 정의

돌봄 서비스뿐만 아니라 보건서비스나 의료서비스는 개별 서비스 자체로도 개개인의 일상생활과 매우 밀접하게 관련되어 있으며, 서비스 욕구가 있는 개인의 입장에서는 삶의 질과 직결되는 사안이다. 사실, 개별 서비스로서 충족될 수 있는 단일 서비스 욕구를 충족시키는 것은 정책적으로 볼 때, 서비스의 양적 확충과 질적 향상으로 일정 정도의 정책 목표를 달성할 수 있다. 그러나 단일 서비스로서 충족될 수 없는 복합된 욕구에 대한 정책적 대응의 필요성은 보건·복지 부문의 숙원사업으로 자리 잡고 있으며, 이제는 언급조차 식상한 상황이 되어가고 있다.

그러나 분명한 점은 여전히 이들 분야에서 구체적인 서비스 공급 방식으로서 돌봄·보건·의료 서비스의 연계내지 통합의 구체적 전략에 대한 합의는 도출되지 못하고 있는 실정이다. 다만 주요 국가들에서 보건복지 분야의 연계-조정-통합 논의는 정책적 주요 관심사로 자리매김하고 있으며, 이러한 논의는 구체적인 정책적 시도로서 나타나고 있다. 일례로 호주 빅토리아 주(州)에서는 "Primary Care Partnership Strategy"의 일환으로 서비스 조정(Service Coordination)과 건강증진서비스의 통합(Integrated Health Promotion), 그리고 질병관리의 통합(Integrated Chronic Disease Management)의 관점에서 보건 및 복지서비스의 연

계를 집중적으로 추진해오고 있다(윤영호, 권용진, 장숙랑, 임정기, 오수경, 2014).

일련의 돌봄과 보건, 의료서비스의 연계 및 통합을 강조에 관한 논의는 주로 사회적 돌봄 서비스(social care service) 분야에서 이루어지고 있다. 서비스 대상으로는 주로 노인과 장애인, 아동 등 전통적으로 케어(care)가 필요하다고 판단되어진 인구 계층과 또한 서비스 욕구 측면에서는 복합적 욕구를 가진 대상층이 주요 표적 집단(targeting group)이 된다. 이들 논의에서 '사회적 돌봄서비스'는 '지역사회(community)'를 중심으로 전통적 복지서비스 외 의료적 서비스와의 연계를 핵심으로 한다. 영국의 경우에도 사회적 돌봄 시장이 주목받기 시작한 것이 1990년 '국가의료서비스와 지역사회보호법(NHS and Community Care Act)'의 시행 이후라고 할 수 있다. 따라서 돌봄(care)을 사회화한다고 했을 때는 단순히 돌봄을 사회복지적 서비스만으로 한정할 수는 없으며, 요양서비스(care service)나 보건의료(health care), 요양급여(care benefit)나 요양병원(care hospital) 등 보건의료를 포함하는 개념이라고 할 수 있다.

일반적으로 케어(care)는 복지와 보건, 의료에서 모두 사용하는 용어로 제도에 따라 복지서비스 내에서의 돌봄과 보호, 보건의료제도에서 예방 및 요양, 의료서비스 내에서 건강과 요양서비스로 사용된다. 케어서비스와 관련한 외국 학자들의 정의를 보면, Kane & Kane(1987)은 케어서비스를 "선천적, 후천적으로 상당한 정도의 기능적 활동능력(functional capacity)을 상당 수준 잃어버린 사람에게 장기간에 걸쳐 지속적 혹은 간헐적으로 제공되는 일련의 건강보호서비스, 대인보호서비스 또는 사회서비스"라고 정의하였다. 또한 Pratt(1999)은 "신체적 또는 정신적인 기능의 제한으로 인해 도움이 필요한 사람들에게 지속적인 기간 동안 보건의료서비스와 대인적, 사회적 지원서비스를 제공하는 것"이라고 하였으

며 Evashwick(2005)은 “기능적 장애를 가진 사람에게 그의 자립성을 최대한 보장해 주기 위하여 상당기간 동안 공식적 및 비공식적 차원에서 광범위한 건강 및 건강관련 서비스를 제공하는 것”이라고 하였다. Eustis, Greenberg, Patten(1984)은 “케어란 허약, 만성적 질환, 또는 기능적 장애로 인하여 스스로 돌볼 수 없는 사람에게 제공되는 원조(help), 서비스(services), 그리고 주거편의(living arrangement)”라고 보았다.

또한 Atchley(1994)는 “다양한 종류의 서비스 제공자들이 다양한 종류의 장소에서 만성적인 질병 혹은 장애를 가진 사람들에게 지속적인 원조를 제공해 주는 것”이라고 하였으며, Jacobzone, Cambois, Robine (2000)은 “허약한 노인 또는 이미 의존적인 상태에 빠져 있거나 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장시간에 걸쳐 일상생활수행능력을 도와주기위해 제공되는 모든 형태의 보호서비스”로 정의하였다. 이 외에 Cochilla (1998)는 일반적으로 지역사회에 완전히 독립적인 생활능력을 잃어버린 사람들을 도와주기 위해 계획된 의료적, 개인적 및 환경적 서비스의 광범위한 영역을 포함하고, 그 보호가 오랜 기간 동안 제공 되며 보통은 90일 이상의 보호가 행해지는 경우라고 하였다.

한편 최성재와 장인협(2003)은 케어서비스를 “신체적 및 정신적 기능면에서 일상생활 상의 활동장애를 가진 사람에게 상당한 기간에 걸쳐 건강보호(health care)와 사회보호(social care)를 제공하는 것”으로 정의하였다. 이가옥(2000)은 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL),정신건강의 측면에서 기능적인 능력이 제한을 받거나, 와상 노인이나 집에서만 활동 가능한 노인 등 기동력에 제한을 받는 노인을 대상으로 하는 보호서비스를 의미한다고 하였고, 김진수(2005)는 케어의 개념은 국가와 학자마다 다르나 질병과 구분하며, 장애와도 구분되는 수발의 의미를 근본으로 하여 대상을 규정해야 한다고 밝히고 있다.

이상의 학자들에 의한 정의를 살펴보면, 케어는 사회적 서비스인 돌봄과 보건의료적 서비스인 요양서비스, 의료서비스를 모두 포함하는 개념이라고 할 수 있다. 여기서 사회적 돌봄(social care)을 필요로 하는 대상은 복지서비스에서 제공되는 돌봄과 보호, 간병, 수발 등과 함께 보건의료서비스인 간호, 요양서비스를 모두 필요로 하는 대상이라고 할 수 있다.

우리나라의 경우에는 사회적 돌봄 서비스를 '사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률(이하 사회서비스법)'에서 그 근거를 찾을 수 있다. 동법에서는 "사회서비스"란 「사회복지사업법」제2조 제4호에 따른 사회복지서비스, 「보건의료기본법」제3조 제2호에 따른 보건의료서비스, 그 밖에 이에 준하는 서비스로서 대통령령으로 정하는 서비스로 정의하고 있다. 사회복지사업법에 의한 "사회복지서비스"란 국가, 지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 상담, 재활, 직업의 소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도를 말한다. 보건의료기본법에 서는 보건의료와 보건의료서비스를 나누어서 설명하고 있는데, "보건의료"란 국민의 건강을 보호, 증진하기 위하여 국가, 지방자치단체, 보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말하며, "보건의료서비스"란 국민의 건강을 보호, 증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.

이러한 법적 근거를 살펴보면, 사회복지서비스는 상담, 재활, 직업소개 및 지도, 사회복지시설 이용 등이 포함되며, 보건의료서비스는 보건의료인이 행하는 대인서비스를 뜻하고 있다. 여기서 보건서비스와 의료서비스를 굳이 나누어 살펴본다면, 보건서비스는 '지역보건법'에 의해 '지역사회'중심으로 제공되는 예방 및 진단, 치료 등의 공적 체계로 정의할 수 있으며, 의료서비스는 민간병원 등을 포함한 모든 의료서비스로 정의할 수 있다.

우리나라의 경우에는 사회복지서비스와 보건의료서비스가 별도의 법체계로 되어 있으며 그 재원 형식 역시 사회보험방식과 일반조세 방식으로 별도로 운영되고 있다. 다만 사회서비스법에서는 사회복지서비스와 보건의료서비스 등을 모두 포함하고 있으나 직접적 연계에 관한 법적 근거는 없다. 그러나 2008년 「노인장기요양보험법」이 시행되면서 사회보험형식이 노인장기요양서비스와 일반 조세형식으로 수행되는 "돌봄서비스"의 연계가 중요하게 논의되고 있다. 또한 이념적으로 보호의 지속성과 통합성을 강조하는 장기요양서비스의 특성과 이용자 중심의 욕구에 부응하고자 장기요양서비스와 의료의 연계에 대한 논의도 매우 활발한 편이다. 한편 이용자 중심의 맞춤형 복지를 공적으로 수행하고자 주민센터의 '사례관리' 시스템을 도입한 것도 각 서비스의 연계를 중심으로 한 것이라고 볼 수 있다.

각 사회가 돌봄과 의료서비스를 어떠한 제도로 담고 있느냐에 따라 연계와 통합의 수준은 달라질 수밖에 없다. 특히 우리나라와 같이 사회보험형식과 사회서비스 형식으로 운영되고 있는 의료와 돌봄 서비스는 별도의 운영방식과 내용을 가지게 된다. 이러한 운영체계에서는 돌봄과 보건의료의 연계를 오랜 기간 학문적으로나 제도적으로 주장하고 있으나 실효성 있는 모형을 만들기 어렵다고 할 수 있다.

본 연구에서는 돌봄과 보건의료의 연합서비스를 위해 돌봄 및 보건의료에 대한 범주를 다음과 같이 조작적으로 정의하였다.

첫째, 사회적 돌봄서비스의 범주는 광범위한 돌봄 욕구를 포함하는 사회복지영역의 돌봄서비스와 보건의료서비스를 포함하며, 제공주체는 돌봄의 사회화를 추동하는 공공영역의 서비스로 개념화한다.

둘째, 본 연구의 사회적 돌봄서비스는 구체적으로 우리나라 사회서비스 관련 법제(사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률)에서 언급하

고 있는 사회복지서비스와 보건의료서비스로 정의한다.

셋째, 돌봄서비스는 사회서비스 관련 법제 및 사회복지사업법이 규정하는 돌봄서비스와 사회적 돌봄이 필요한 노인과 장애인에 대하여 국가가 돌봄 서비스를 제공하는 모든 유형의 대인서비스(personal care service)를 포함한다. 이는 노인장기요양보험법에 의한 급여가 서비스의 형태로 제공되는 유형이 해당된다고 할 수 있다.

넷째, 보건의료서비스는 질병의 치료와 간호, 예방 및 관리, 그리고 재활을 주체로 하는 의료서비스에 건강유지와 증진의 기능을 포함하는 포괄적 의료서비스로 보았다(대한간호학회, 1996). 아울러 지역보건법 등에서 행하는 공중보건사업 등을 보건서비스로 포함한다.

2. 노인 대상 돌봄-보건-의료서비스

가. 노인 돌봄서비스

1) 주요 사업 소개

돌봄과 관련한 광의의 해석에는 보건의료서비스가 포함되지만, 본 절에서는 노인돌봄서비스와 관련하여서는 사회복지서비스에 한하여 논의하고자 한다. 따라서 노인돌봄서비스는 사회복지사업법, 노인복지법에 근거한 공공주체의 제도 또는 사업으로 구분하여 노인복지정책에서의 돌봄서비스를 망라하고, 사회보험형식의 노인장기요양보험 급여서비스를 포함한다.

노인복지정책에서 제공하는 돌봄서비스는 노인돌봄서비스라는 사업명을 가지는 서비스와 함께 지역사회보호의 일환으로 제공되는 재가노인복

지서비스를 포함한다. 지역사회 대인서비스에는 재가노인지원서비스, 농어촌재가복지시설서비스, 재가노인지원센터 등이 있다.

노인돌봄서비스는 보건복지부 노인정책과에서 주관하며 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인에게 욕구에 따라 안전 확인, 생활 교육, 서비스 연계, 가사·활동지원, 주간보호서비스 등 맞춤형 복지서비스를 제공하는 것을 목적으로 하고 있으며, 사업비는 대부분 조세에서 충당한다. 주요 사업은 노인돌봄 기본서비스, 독거노인 사랑잇기 서비스, 무연고 독거노인 장례지원서비스, 노인 돌봄 종합서비스로 구성되어 있다. 각 사업은 노인돌봄서비스의 대표적 서비스로 대상 및 서비스 내용이 구분되어 있다.

먼저, 노인돌봄기본서비스는 요양서비스가 불필요한 독거노인을 대상으로 독거노인에게 발생할 수 있는 문제를 예방하고 관리하는 사업이다.

둘째, 독거노인사랑잇기서비스는 노인돌봄기본서비스를 제공받지 못하는 독거노인을 대상으로 민간의 자원봉사활동을 연결시켜주는 사업이다. 여기에는 민간의 자원봉사자가 주 2~3회 안부전화 및 말벗서비스 제공하는 사랑잇는 전화와 민간의 자원봉사자가 규칙적인 방문서비스 및 후원금품 제공하는 마음잇는 봉사가 있다.

셋째, 무연고독거노인장례지원서비스는 노인돌봄기본서비스, 독거노인응급안전돌보미 서비스 수혜자 중 무연고로 사망할 경우 수행기관의 서비스 관리자 및 생활관리사가 상주 또는 연고자가 되어 최소한의 의례를 지원하는 것이다.

마지막 노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험 등급외 A, B자에게 방문서비스, 주간보호서비스를 제공하거나, 골절(관절증, 척추층 포함) 및 중증질환 수술자 중 만 65세 이상, 전국가구 월평균소득 150% 이하에게 단기가사서비스를 제공하는 서비스이다.

【참고 1】 노인돌봄종합서비스의 현황

○ 사업목적 및 대상

2007년 4월부터 시행된 노인돌봄종합서비스는 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사·활동 지원 또는 주간보호 서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회·경제적 활동기반 조성하는 것을 목적으로 한다.

서비스 대상은 만 65세 이상의 노인 중 가구소득(전국가구 평균 150% 이하), 건강상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 대상자를 선정하여 제공하는데 단기가사서비스의 경우 독거노인 또는 75세 이상 노인부부가구에 한해 제공된다.

노인장기요양보험과 동일한 판정체계를 공유하되 노인장기요양보험은 등급내 노인을 대상으로, 노인돌봄종합서비스는 등급외 A, B 판정을 받은 노인 중 전국가구 평균소득의 150% 이하의 노인을 대상으로 하는 등 이원화된 체계로 상호 연관성을 갖고 운영되고 있다(정경희 외, 2014). 서비스 대상자 선정시 서비스 대상자 수가 예산범위를 초과할 것으로 예상되는 경우 대상자 특징 및 건강상태에 따라 우선순위에 의해 선정된다.

노인돌봄종합서비스를 이용하고 있는 노인 수(서비스 제공 계획 기준)는 노인돌봄종합서비스가 도입된 2007년 약 25,000명에서 2008년 장기요양보험 도입으로 일시적으로 이용노인수가 감소하였다가 점차 증가하여 2014년에는 약 4만여 명을 대상으로 하고 있다.

○ 주요 서비스 내용

사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」에 따라 시·군·구에 등록한 제공기관에서 서비스가 제공되는데 크게 네 가지 유형으로 구분된다. 첫째, 식사세면도움, 옷 갈아입히기, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출동행, 생필품구매, 청소·세탁 등 서비스를 제공하는 방문서비스, 둘째, 심신기능 회복서비스와 급식 및 목욕, 노인 가족에 대한 교육 및 상담 등의 주간보호서비스, 셋째, 일정기간동안 치매노인을 보호하는 치매가족휴가지원서비스, 마지막으로 단기가사서비스로 식사도움, 옷 갈아입히기, 외출동행, 취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등이 이뤄진다.

〈참고표 1〉 노인돌봄종합서비스 자격요건 및 내용

구분	방문서비스	주간보호서비스	단기가사서비스	치매가족 휴가지원서비스
서비스 내용	-가사·일상생활 및 신변·활동지원(식사·세면도움, 옷갈아 입히기, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출동행, 생필품 구매, 청소·세탁 등)	-심신기능회복서비스(여가, 물리·작업·언어치료 등), 급식 및 목욕, 노인가족에 대한 교육 및 상담 등의 주간보호, 송영서비스	-가사·일상생활 및 신변·활동지원(취사, 청소, 세탁, 외출동행 등) -서비스 제공기간 및 횟수(2개월 이내 원칙, 1회당 2시간)	-서비스 제공기관에서 일정 기간 동안 치매노인 보호(*연간 6일 범위내에서 사용가능)

구분	방문서비스	주간보호서비스	단기가사서비스	치매가족 휴가지원서비스
대상자	-만 65세 이상 등급 외 판정자 -시·군·구청장 인정자(서비스 대상자 수의 5%이내 시·군·구 직접발굴지원)	-만 65세 이상 등급 외 판정자 -시·군·구청장 인정자(서비스 대상자 수의 5%이내 시·군·구 직접발굴지원)	-만 65세 이상의 독거노인 또는 75세 이상 -고령의 부부 노인가구	-방문서비스 또는 주간보호서비스 이용자 중 치매노인
소득 기준	-노인장기요양등급 외 판정자(전국가구평균 소득150% 이하) -시·군·구청장 인정자(차상위계층 이하)	-노인장기요양등급 외 판정자(전국가구평균 소득150% 이하) -시·군·구청장 인정자(차상위계층 이하)	-전국가구평균소득 150% 이하(1인기준 2,307천원)	-전국가구평균소득 150% 이하
건강 기준	-등급 외 판정자(A, B) -시·군·구청장 인정자(장애1~3등급 또는 중증질환자)	-등급 외 판정자(A,B) -시·군·구청장 인정자(장애1~3등급 또는 중증질환자)	-골절(관절증, 척추병증 포함) 또는 중증질환 수술자	-치매노인(최근 6개월 이내 의사진단서 또는 의사소견서 구비)
본인 부담금	-소득수준(5등급)에 따라 본인부담금 차등 적용	-소득수준(5등급)에 따라 본인부담금 차등 적용	-소득수준(5등급)에 따라 본인부담금 차등 적용	-소득수준(5등급)에 따라 본인부담금 차등 적용

주: 1) 시·군·구별 예산 한도 범위 내에서 지원함.
2) 1순위: 독거노인, 장기요양등급외 A자, 2순위: 치매질환자, 장기요양등급 B자, 3순위: 기타 노인성 질환자

자료: 보건복지부(2015a). 2015 노인보건복지 사업안내.

○ 노인돌봄종합서비스의 이용

노인돌봄종합서비스 이용방법은 서비스 대상자에게 카드식 바우처를 발급하여 등록된 기관에서 서비스를 이용토록 하고 있으며, 서비스 이용료는 정부지원금과 본인부담금으로 구성되며 소득수준 및 월 서비스 시간량 또는 서비스 이용일수에 따라 차등 적용된다.

〈참고표 2〉 노인돌봄종합서비스 본인부담금

서비스 유형 및 시간		기초생활 수급자	차상위 계층	차상위 초과~100% 미만	100% 이상~130% 미만	130% 이상~150% 이하
방문/간호	27시간(9일)	무료	18,000원	37,000원	42,000원	48,000원
	36시간(12일)	8,280원	24,000원	49,000원	56,000원	64,000원
단기가사	24시간(1개월)	무료	16,000원	33,000원	38,000원	42,000원
	48시간(2개월)	무료	32,000원	66,000원	76,000원	84,000원
가족휴가	연6일 범위내	무료	(일) 2,500원	(일) 5,100원	(일) 5,800원	(일) 6,500원

자료: 보건복지부(2015a). 2015 노인보건복지 사업안내.

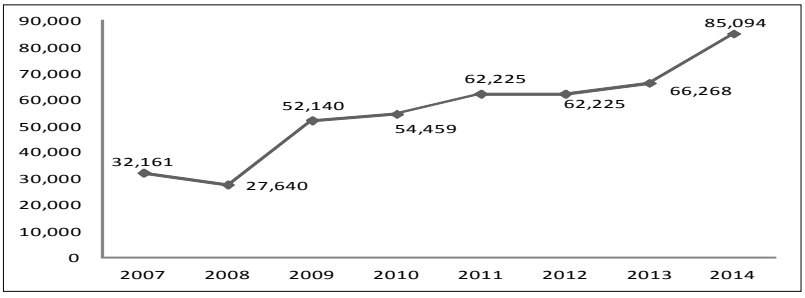
○ 사업예산 및 제공기관과 제공인력 수의 변화

노인돌봄종합서비스는 중앙정부예산과 지방정부예산이 매칭펀드방식으로 운영되며, 노인돌봄종합서비스 예산변화는 2007년 32,161백만원에서 2008년 장기요양보험제도 도입에 따른 감소를 제외하고 지속적으로 증가추세에 있으며, 2014년 기준 85,094백만원으로 2007년 대비 2.7배 증가하였다.

노인돌봄종합서비스 기관은 제공기관간의 서비스 품질 경쟁을 통한 서비스 질을 담보하기 위하여 2007년까지 지정제에서 2012년부터 등록제로 전환되었다. 노인돌봄종합서비스 제공기관 인력은 기관장과 관리책임자가 각 1명(또는 겸직 가능), 노인돌보미(요양보호사 자격증 소지)로 구성된다. 2014년 기준 노인돌봄종합서비스 노인돌보미는 13,693명으로 2010년(10,005명) 대비 1.4배 증가하였으며, 2014년 기준 노인돌봄종합서비스 제공기관 1개소당 요양보호사 수는 13.4명으로 나타났다.

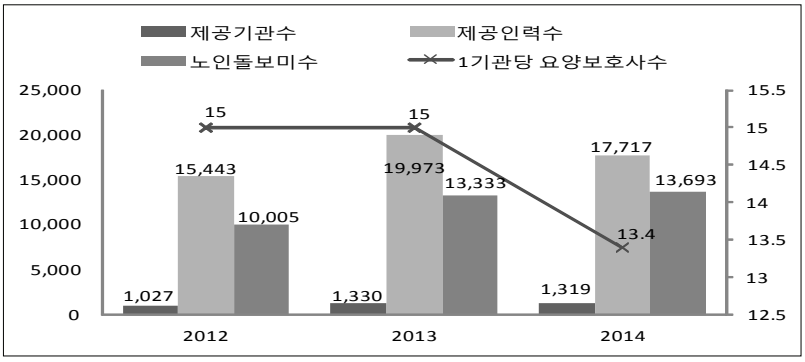
[참고그림 1] 노인돌봄종합서비스 예산변화(2007~2014)

(단위: 백만 원)



자료: 보건복지부, 각 연도별 노인보건복지 사업안내. 예산 및 기금운용계획(2007~2014)

[참고그림 2] 노인돌봄종합서비스 제공기관 및 인력현황(2012~2014)



자료: 보건복지부, 각 연도 예산자료 및 사업안내, 보건복지부 내부자료 참고.

재가 노인지원서비스는 주 대상이 장기요양 및 돌봄 서비스 이외에도 지원이 필요한 노인이며, 주로 장기요양보험제도가 도입되기 전 국가의 주보호대상자였던 기초생활수급노인이나 복지사각지대의 노인을 포함한다. 재가노인지원서비스의 목적은 경제적·정신적·신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 복지사각지대 노인들에게 일상생활지원(방문요양 제외)을 비롯한 각종 필요서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 건강한 생활을 영위하는 데에 어려움이 없도록, 예방적 복지실현 및 사회 안전망 구축이다. 이용대상은 장기요양급여 수급자(방문요양·방문목욕·주야간보호·단기보호서비스 외의 서비스를 필요로 하는 자), 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 서비스의 제공이 필요하여 시·군·구청장이 의뢰한 자, '08.7.1. 이전에 국가 및 지방자치단체로부터 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 실비이용자, 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인(장기요양 서비스 이용자 포함)이다. 서비스 내용은 예방적 사업복지, 안전망 구축사업, 긴급지원사업으로 나누고 영역별 프로그램(중분류) 계획을 수립하고 프로그램 안에서 다양한 서비스(소분류)를 개발하여 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다. 서비스 내용 중 교육지원프로그램은 이용대상자, 보호자 및 지역주민(자원봉사자포함)을 대상으로 다양한 내용으로 실시하여 안전망 및 긴급지원네트워크 구축에 활용하며, 지역협의체 구성 및 사례관리를 통하여 서비스의 중복을 방지하고, 필요서비스의 즉각 지원을 도모하고자 한다.

농어촌 재가노인 복지시설서비스는 농어촌의 돌봄서비스 인프라 부족으로 인하여 정부가 제공하는 서비스로 대상은 치매, 중풍 등 노인성 질환으로 인하여 혼자서 일상생활이 어려운 자이며 서비스 내용은 방문요

양, 주간보호, 단기보호를 모두 포함한다.

재가노인지원센터는 건강상의 문제 등으로 일상생활을 스스로 하기 어려운 노인의 가정을 요양보호사가 방문하여 필요한 서비스를 제공하고(방문요양, 방문목욕, 방문간호), 낮동안 단기간 통원 서비스(주간보호, 단기보호), 사례관리서비스, 시군구가 위탁하는 재가노인복지사업 등을 종합적으로 제공하는 재가노인복지시설이다.

한편, 노인 장기요양보험제도에 의해 제공되는 장기요양서비스가 있다. 노인 장기요양보험에 따른 급여 서비스는 사회보험방식에 의해 운영되며 보건복지부 장기요양제도과 및 운영과 그리고 국민건강보험공단이 주관하고 있다. 노인 장기요양보험은 사회보험방식으로 운영되고 있으나 크게 노인보건복지사업에 분류되고 있으며 그 중 건강보장 사업의 일환으로 구성되어 있다. 그러나 장기요양급여는 주로 돌봄을 주요하게 제공하고 있다는 측면에서 건강, 보건서비스보다는 돌봄 서비스로 분류하고자 한다.

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 목욕이나 집안일 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동·가사지원 등의 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도이다. 신청대상은 소득수준과 상관없이 노인장기요양보험 가입자(국민건강보험 가입자와 동일)와 그 피부양자, 의료급여수급권자로서 65세 이상 노인과 64세 이하 노인성 질병이 있는 자이다[1]. 급여대상은 65세 이상 노인 또는 치매, 중풍, 파킨슨병 등 노인성 질병으로 6개월 이상의 기간 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려우신 분으로 장기요양등급 1~5등급을 판정받은 자이다. 급여내용으로는 시설급여와 재가급여, 특별현금급여, 요양병원 간병비가 있다. 이중 요양병원 간병비는 제도도입이후 지금까지 시행되고 있지 못하다. 또한 특별현금급여[2]는

1) 2011년부터 65세가 되기 30일 전에 장기요양인정 신청이 가능함.

현물서비스가 아니므로 본 연구에서 포함하지 않기로 한다.

시설급여는 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동지원 등 제공하는 것을 말하며, 재가급여는 가정을 방문하여 신체활동, 가사활동, 목욕, 간호 등을 제공하거나, 주간보호센터 이용, 복지용구 구입 또는 대여 등이 포함된다. 재원조달방식은 장기요양보험료와 국고부담, 이용자 본인부담으로 구성된다. 장기요양보험료는 건강보험료액의 6.55%(2015년 기준 월평균 6,046원)이며, 노인장기요양보험 가입자는 국민건강보험 가입자와 동일하고, 건강보험료와 통합 징수한다. 국고부담은 장기요양보험료 예상수입액의 20%를 부담하며, 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서발급비용, 방문간호지시서 발급 비용 중 공단이 부담하여야할 비용 및 관리운영비의 전액을 국가와 지방자치단체가 분담하고 있다. 본인일부부담은 시설급여의 경우 20%(비급여: 식재료비, 이미용료 등은 본인부담), 재가급여의 경우 15%이다. 의료급여수급권자 등 저소득층은 각각 1/2로 경감(시설 : 10%, 재가 : 7.5%)되며, 국민기초생활수급권자는 무료이다.

【참고 2】 노인장기요양서비스 현황

○ 사업목적 및 대상

장기요양서비스는 인구고령화로 인해 발생되는 의존노인 증가에 빠르게 대처해야 한다는 시급성과 가족환경의 변화로 인해 현저히 떨어진 가정 내 수발역량의 감소, 노인의료비 증가로 인한 건강보험재정의 부담 등 인구사회학적 및 보건의료적 환경적 변화에 대응하기 위해 도입되었다(선우덕 외, 2012).

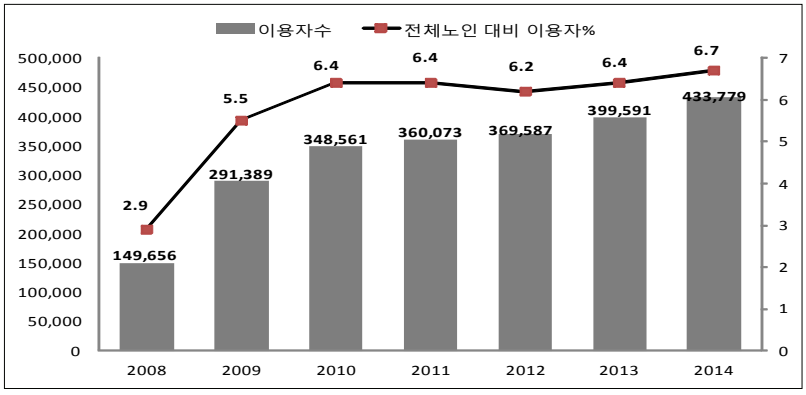
장기요양서비스는 고령이나 노인성 질병 등으로 목욕이나 집안일 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인들을 대상으로 노후 생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위하여 신체수발활동, 가사지원 등의 서비스를 제공하고 있다.

서비스 대상은 65세 이상 노인 또는 치매, 중풍, 파킨슨병 등 노인성 질병으로 6개월 이상의 동안 혼자서 일상생활 수행하기 어려운 자로 장기요양등급판정위원회 심의를 통해 등급판정(1~5등급)을 받은 후 장기요양급여서비스를 이용할 수 있다.

2) 특별현금 급여는 도서벽지지역에 거주자 등에게 가족요양비를 지급하는 것을 말한다.

2008년 장기요양보험제도가 도입된 이후로 장기요양보험을 이용하고 있는 노인 수는 2008년 149,656명에서 2014년 433,779명으로 약 2.9배 가량 증가하였으며, 65세 이상 노인대비 요양보험 급여 이용자 비율은 2008년 2.9%에서 2014년 6.7%로 증가하였다. 이는 노인인구의 지속적인 증가와 치매특별등급 도입 등 인정범위 확대에 따른 것으로 분석된다.

[참고그림 3] 연도별 노인장기요양보험 이용자 현황(2008~2014)



주: 급여종류별, 인정등급별 중복을 제외한 실인원임.
자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보, 각 년도.

○ 주요 서비스 내용

노인 장기요양보험제도에서는 현물급여를 원칙으로 하되 특별한 경우에 한하여 현금급여를 지급하고 있다. 현물급여는 재가급여와 시설급여로 구분되며, 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여로 복지 용구 등을 포함하며, 시설급여는 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설 등에 장기간 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 일컫는다. 특별현금 급여는 도서벽지지역 거주자 등에게 가족요양비로 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용을 지급하는 급여로써, 2015년 기준 장기요양등급에 관계없이 월 150,000원 지급된다.

〈참고표 3〉 노인 장기요양보험 급여 종류(현물급여)

구분		내용
재가급여	방문요양	수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
	방문목욕	목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여

구분		내용
	방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
	주·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
	단기보호	수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 신신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
	기타재가급여 (복지용구)	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여
시설 급여	노인요양시설	입소정원 10인 이상의 생활시설을 말하며, 장기간동안 입소하여 신체활동의 지원 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여
	노인요양 공동생활시설	입소정원 5~9인 이하의 생활시설을 말하며, 장기간 입소하여 신체활동의 지원 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여

자료: 국민건강보험공단(2015). 2014 노인장기요양 통계연보.

노인 장기요양보험 급여 내용에 따른 이용자 현황을 살펴보면, 시설급여 이용자는 2009년 93,108명에서 2014년 168,924명으로 약 1.8배 증가하였으며, 재가급여 이용자는 2009년 280,974명에서 2014년 352,179명으로 약 1.3배 증가하였다. 향후 노인인구의 증가를 고려할 때, 노인장기요양 이용노인의 수는 지속적으로 확대될 것을 예측할 수 있다.

〈참고표 4〉 노인장기요양보험 급여종류별 이용자 현황(2009~2014)

(단위: 명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014
시설 급여	93,108 (24.9)	129.161 (27.4)	144,698 (30.5)	157,753 (33.4)	195.031 (37.0)	168,924 (32.42)
재가 급여	280,974 (75.1)	342,654 (72.6)	329,493 (69.5)	314,290 (66.6)	332,691 (63.0)	352,179 (67.58)
총계	374,082 (100.0)	471,815 (100.0)	474,191 (100.0)	472,043 (100.0)	527,722 (100.0)	521,103 (100.0)

주: 1) 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 방문간호 포함. 복지용구 이용실적은 제외함
2) 총계의 급여이용자 수는 급여종류별, 인정등급별 중복 포함한 수치임
자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보. 각 년도.

○ 노인 장기요양서비스 제공기관 현황

2008년 장기요양보험이 도입된 이후로 장기요양기관 수는 기하급수적으로 증가하여 2008년 8,318개소에서 2014년 16,543개소로 약 2배 증가하였다. 세부적으로 살펴보면, 2014년 재가요양기관은 11,672개소이며, 시설요양기간은 4,871개소로 2013년 대비 재가기관은 5.6% 증가하였으며, 시설기관은 4.8% 증가한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2014).

〈참고표 5〉 연도별 장기요양기관 현황(2008~2014)

(단위: 개소, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
재가급여 제공기관	6,618 (79.6)	11,931 (81.0)	11,228 (75.0)	10.857 (72.8)	10.731 (71.3)	11.056 (70.4)	11,672 (70.56)
시설급여 제공기관	1,700 (20.4)	2,629 (18.1)	3,751 (25.0)	4,061 (27.2)	4,326 (28.7)	4,648 (29.6)	4,871 (29.44)
전체	8,318 (100.0)	14,560 (100.0)	14,979 (100.0)	14,918 (100.0)	15,056 (100.0)	15,704 (100.0)	16,543 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보(2008~2014)

○ 노인 장기요양서비스의 이용

노인장기요양보험은 장기요양보험료와 국가 및 지자체 부담, 본인일부부담금으로 구성된다. 먼저, 장기요양보험료는 건강보험료액의 6.55%에 해당하는 금액으로 건강보험료와 통합하여 징수되며 지역가입자의 경우 100% 본인이 부담하고 직장가입자의 경우 가입자와 사용자가 각각 50%를 부담하게 된다.

국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원하게 되는데 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담하게 된다.

본인 일부부담금으로 재가급여는 당해 장기요양급여비용의 100분의 15이며, 시설급여는 당해 장기요양급여비용의 100분의 20을 부담하게 되는데 이때 국민기초생활보장법에 따른 수급권자는 면제이며, 의료급여 수급권자(「의료급여법」 제3조제1항 제2호부터 제9호까지 규정에 따른 수급권자)나 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자 또는 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인해 생계가 곤란한 자 등은 50% 감경혜택이 있다.

〈표 2-1〉 주요 노인 돌봄서비스 개황

구분	사업	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
노인돌봄 서비스	노인돌봄기본서비스	만 65세 이상 요양서비스 불필요 독거노인 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 보호 필요가 높은 순으로 대상자 선정	무료	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업위탁 기관	조세방식 종합서비스의 경우+본인부담금
	독거노인사랑잇기서비스	돌봄기본서비스 예비대상자	무료	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업 위탁 기관	
	무연고독거노인장례지원서비스	돌봄기본서비스, 응급안전돌보미 수혜자 중 무연고 사망자	무료	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업 위탁 기관	
	노인돌봄종합서비스	저소득 노인장기요양보험 등급외 A,B 골절(관절증, 척추층 포함) 및 중증질환 수술자 중 만 65세 이상, 전국가구 월평균소득 150% 이하	무료 ~ 64,000원(소득수준 및 이용시간에 따라 차등)	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업등록기관	
재가노인	일상생활 지원, 노인생활 및	① 장기요양급여 수급자(방문요양·방문목욕·주	무료	보건복지부	조세방식

구분	사업	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
지원서비스	신상에 관한 상담, 재가노인 및 보호자의 교육, 무의탁 노인 후원을 위한 결연 및 연계지원, 여가활동지원, 주거환경 개선 지원	야간보호·단기보호서비스 외의 서비스를 필요로 하는 자), ② 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 서비스의 제공이 필요하여 시·군· 구청장이 의뢰한 자, ③ '08.7.1. 이전에 국가 및 지방자치단체로부터 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 실비이용자, ④ 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인		노인복지정책과 지방자치단체 사업 위탁 기관	(지방비로만 구성)
농어촌 재가노인 복지시설	방문요양+주간보호+단기보호서비스를 제공하는 시설	농어촌 거주자로 치매, 중풍 등 노인성 질환으로 인하여 혼자서 일상생활을 하기 어려운 자	노인장기요양 보험에 준함	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업 위탁 기관	조세방식
재가노인 지원센터	-방문서비스: 방문요양, 방문목욕, 방문간호 -통원서비스: 주간보호, 단기보호 -사례관리 서비스: 노인상담, 재가노인 사례관	건강상의 문제 등으로 일상생활을 스스로 하기 어려운 노인	노인장기요양 보험에 준함	보건복지부 노인복지정책과 지방자치단체 사업 위탁 기관	조세방식

구분	사업	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
	리, 재가시설 네트워크 구축 - 기타 사업: 시군구가 위탁하는 재가노인복지사업을 종합적으로 수행				
노인장기요양보험 급여	재가급여: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호	노인장기요양등급 1~5등급자	비용의 15%	보건복지부 장기요양제도과 지방자치단체 국민건강보험공단 사업신고기관 사업지정기관	사회보험방식 (보험료, 조세, 본인부담금)
	시설급여: 요양시설, 공동생활가정	장기요양 1~2등급(요양인정점수 75점 이상) 장기요양 3~4등급자로 판정받았으나, 등급판정위원회에서 다음 사유 중 1개 이상 해당하는 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자	비용의 20%		

자료: 2015년 노인돌봄서비스 사업안내(보건복지부, 2015), 2015년 노인보건복지사업안내(보건복지부, 2015)를 참조하여 재구성

2) 노인 돌봄서비스의 성과와 한계

노인돌봄서비스와 관련된 기존 연구를 살펴보면, 돌봄서비스 내 전달체계의 문제와 돌봄서비스와 의료적 서비스의 연계가 주요하게 논의되고 있다. 먼저 돌봄서비스 내 전달체계와 관련해서는 전용호(2015)는 복지정책에서 제공되는 돌봄서비스와 요양서비스에서 제공되는 요양서비스 간의 관계가 새로운 전달체계를 구축했기 때문에 분절성이 심화되고 있다고 평가한다. 이와 함께 기관들 간에 서비스의 연계와 조정이 원활하지 않으며 노인돌봄서비스의 통합적인 전산시스템도 통합적 서비스에 장애요소가 되고 있다고 밝히고 있다. 이와 같은 전달체계의 난맥으로 이용자의 서비스 접근성 한계, 공급자와 공공기관의 업무증가와 비효율성 등의 문제가 나타나고 있으며 이를 개선하기 위해 통합적 전달체계 구축과 지방정부의 역할 강화, 통합 전산망의 구축, 예방서비스 개발 등의 대안을 모색해야 한다고 주장한다.

또한 강욱모(2010)는 장기요양 1~3등급을 받은 급여신청자는 노인 장기요양급여를 이용할 수 있으나 등급외판정자는 지방자치단체가 제공하는 노인돌봄서비스에 의존하는 이중구조를 지적하였다. 이러한 이중구조에 대해 지역노인에게 복지 예방에서 장기요양까지 일관성 있고 포괄적인 서비스를 제공하고, 향후 장기요양대상자로 진입할 수 있는 등급외판정자를 효율적으로 관리하여 이들의 등급 내 진입을 억제하거나 진입속도를 지연시켜 노인 장기요양보험제도의 재정안정화를 도모하기 위해서양 제도 간 협력 체계의 구축이 필요하다고 주장한다.

김찬우(2008)는 노인 돌봄 및 장기요양서비스의 통합적 체계 구축과 관련된 연구로 장기요양서비스가 의료적 특성과 사회복지적 특성을 함께 포함할 수 있는 내용으로 구성되어야 한다고 주장하였다. 또한 예방적 돌

봄서비스와 주거서비스, 시설과 병원간의 연계를 위해 돌봄관리(care management) 체계가 구축되어야 함을 역설하고 있다. 최혜지(2011) 역시 지역사회중심의 보건복지전달체계 구축을 위해 사례관리 중심모델을 탐색해 볼 수 있다고 제언하며, 노인주치의 등의 전문 인력을 함께 포함해야 한다고 주장한다. 김춘남, 김찬우, 김나연(2015)은 노인보건복지 정책상의 이용대상자 구분으로 기인한 사각지대, 건강보험공단과 지방자치단체의 관리운영이 분리되면서 생기는 사각지대, 수급자격의 기준에서 발생하는 사각지대 등을 보고하면서, 제공받는 서비스의 내용을 상호연계하여 보완서비스를 인정하는 방안을 제언하고 있다.

이상의 기존 연구결과에서도 언급한 바와 같이 노인돌봄서비스와 관련하여서는 돌봄 서비스 내에서도 관리운영주체의 분리로 인한 서비스의 단절과 욕구에 근거한 자격기준에 따라서도 서비스의 단절이 이루어지고 있음을 알 수 있다.

나. 노인 보건·의료서비스

1) 주요 사업 소개

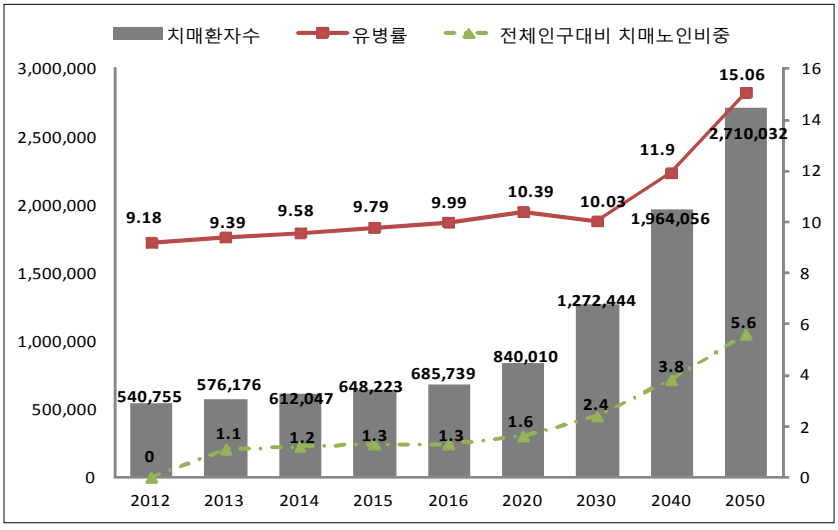
노인 대상의 보건서비스는 노인 보건복지사업 중 노인요양 및 건강사업의 일환으로 수행되는 치매관련 서비스와 노인 건강검진사업 등이 있으며, 지역보건법 및 기타 관련 법률에 따라 지역주민에게 보건소, 보건의료원 등의 보건기관에서 실시하는 서비스 중 노인과 관련된 서비스로 범주화한다.

고령화에 따른 노인인구 증가로 우리나라 65세 이상 노인의 치매 유병률은 향후 지속적으로 증가할 전망이다. 2010년 인구주택총조사 기준 연

령, 성별, 교육, 거주 지역 표준화 치매 유병률로 추산한 결과, 노인의 치매 유병률은 2012년 9.18%, 2020년 10.39%, 2030년 10.03%, 2040년 11.90%, 2050년 15.06%로 예측되고 있다.

[그림 2-1] 65세 이상 노인 치매 유병률 추이 전망(2012~2050)

(단위: 천명)



주: 2010년 인구주택총조사 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화 치매 유병률로 추산
자료: 보건복지부, 분당서울대학교병원(2013), 2012년 치매 유병률 조사

보건복지부는 치매환자 급증으로 인한 사회·경제적 비용 절감, 치매환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년에 대한 불안감 해소를 위해 정부는 「국가 치매관리 종합계획」을 마련하게 되었다. 제1차 국가치매관리종합계획(2008~2012)이 수립되어 진행되었으며, 현재는 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)이 수립되어 추진 중이다. 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)에 따르면, 치매의 예방, 발견, 치료, 보호를 위한 체계적 기반 구축과 치매환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년의 불안감 해소,

그리고 치매에 대한 올바른 이해 및 사회적 관심 제고를 정책목표로 1) 조기발견 및 예방강화, 2) 맞춤형 치료·보호 강화, 3) 인프라 확충, 4) 가족지원 및 사회적 소통 확대를 추진과제로 담고 있다.

현재 우리나라의 치매 관리 사업은 크게 일반회계 차원에서 노인장기요양보험지원사업과 국민건강증진기금차원에서 이뤄지는 치매관리체계 구축사업, 노인건강관리사업, 지역사회통합건강증진사업, 만성병관리기술개발연구사업 등으로 분류할 수 있다.

〈표 2-2〉 치매관리사업의 구성

회계/기금	단위사업	세부사업	사업명	세부내용
국민건강증진기금	노인의료시설확충	치매관리체계 구축	국가치매관리사업 운영	중앙치매센터 지원: 치매전문인력 교육사업, 실종노인방지사업, 홈페이지 및 스마트폰 앱 운영, 치매연구, 홍보 및 인식개선 사업, 지역치매관리, 국제협력 등
			광역치매관리사업 운영	11개 시도 설립·운영 중인 광역치매센터 지원
			치매상담콜	치매환자 및 보호자 상담 및 서비스 연계
			공립치매병원 기능 보강	공립치매병원의 쾌적한 환경조성을 위한 기능보강비 지원
			공립치매병원 BTL[1] 정부지급금	BTL방식으로 완공된 병원에 대한 정부지급금 지급
	취약계층 의료비 지원	노인건강관리	치매치료관리비 지원	저소득층 치매환자에게 약제비 등 치매 치료관리비 지원
	보건소 건강증진	지역사회통합 건강증진사업	치매검진사업비	시군구 보건소 내 치매조기검진, 치매노인사례관리
	질병관리 연구	만성병 관리기술개발 연구	고령화대응 노화 및 치매연구	치매를 비롯한 만성질환에 대한 연구개발

회계/기금	단위사업	세부사업	사업명	세부내용
일반회계	노인장기요양보험지원	노인장기요양보험사업운영	노인장기요양보험운영지원 치매특별등급 소요분 기타의료급여수급권자 급여비용 국가지원 치매특별등급 소요분	노인장기요양보험 사업 추진 경비 지원, 노인장기요양보험 가입자 및 기타의료수급권자에 대한 국가부담금 지원 등을 통하여 노인장기요양보험제도의 안정적 추진 도모

주: BTL(Build-Transfer-Lease)는 민간투자사업 방식 중 하나로 사회기반시설의 준공과 동시에 당해 시설의 소유권이 국가 또는 지방자치단체에 귀속되고, 사업시행자에게 일정기간의 시설 관리운영권을 인정하되 시설 관리운영권을 국가 또는 지방자치단체 등이 협약에서 정한 기간동안 임차하여 사용하는 것임(김상우, 이채정, 2014, 재인용 pp.8~9.
자료: 김상우, 이채정(2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제 재구성.

치매관련 서비스는 주로 치매상담센터를 통해 주로 이루어진다. 치매상담센터는 치매관리법 제17조(치매상담센터의 설치)와 지역보건법 제9조(보건소의 업무) 제4항(노인보건사업)에 근거하고 있다. 지역사회 치매예방 및 관리 사업에 대한 원활한 수행과 치매노인 등록에 따른 관리 및 이에 필요한 상담 · 지원 등의 서비스를 제공함으로써 치매노인이 보다 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다.

치매관련 서비스 지원은 1997년부터 노인 정책적 차원에서 제공되었으나, 2005년 지방이양사업으로 전환되면서 시군구 노인복지사업에서 보건소사업으로 이양되었다. 2011년 치매관리법에 따라 보건소 사업으로 분류되어 치매치료관리비지원사업의 일환으로 치매노인사례관리를 지언하고 있다. 2013년부터는 지역사회통합건강증진사업에 포함되고 있다. 대상자는 시·군·구 관할구역에 거주하는 만 60세 이상 치매노인과 그 가족, 그리고 기타 보건소장이 치매 예방 및 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 자가 된다. 보건소장은 중앙치매센터 및 광역치매센터, 타 보건소, 치매거점병원 및 기타 관내 병원, 노인복지시설 등과 협력하여 치매

노인에 대한 서비스 강화를 도모하여야 하며, 이를 위하여 관내에 치매 관련 전문의·사회복지사·임상심리사 등을 자문인력으로 둘 수 있다.

주요 사업내용으로는 치매노인 등록 및 관리(치매 치료관리 등), 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담 및 지원, 치매 예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시, 치매 예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시, 재가치매노인에 대한 방문·관리, 치매노인의 사회적 지원 안내, 기타 지자체장이 치매 예방 및 치매노인 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 업무 등이다.

다음, 치매 검진사업은 치매관리법에 의해 치매의 위험이 높은 만 60세 이상 노인을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 그 가족들의 삶의 질을 제고하고자 하는 목적을 가진다. 또한, 치매환자의 등록·관리를 통해 효과적으로 치매를 치료·관리하고자 하는 목적을 가진다.

치매는 다양한 원인에 의해 발생되며 조기에 발견하여 적절히 치료할 경우 완치 또는 중증 상태로의 진행을 억제시키거나 증상을 개선하는 것이 가능하다. 치매를 적절히 치료관리하고 치매에 동반된 문제증상들을 개선시킬 경우 환자와 그 가족의 고통과 부담을 크게 경감시킬 뿐만 아니라 치매로 인한 사회적 비용도 절감할 수 있게 된다는 점에서 치매의 조기검진은 중요하다고 할 수 있다.

치매 조기검진사업은 효과적으로 치매를 예방하고 치료·관리하며, 특히 치매 조기검진을 통해 발견된 치매노인에 대해서 관련 기관간의 협력을 통해 적절한 치료·관리 서비스를 연계하여 지원한다는 방향성을 가지고 있다. 본 사업은 2006년 한국치매협회 민간단체 보조 사업으로 실시하여 2007년 지방자치단체 보조 사업으로 전환하였으며, 2010년 전국 모든 보건소로 확대 실시되었다. 재원은 국민건강증진기금 50%와 지방

비 50%로 구성된다.

치매선별검사는 보건소 치매상담센터 운영비 등 자체 예산으로 비용을 충당하며, 진단검사가 필요한 경우 협약병원에 검진을 의뢰한다. 이 때 발생하는 비용은 국고와 지방비가 각각 50%를 부담한다. 대상자에게 본 사업 예산 외 추가적으로 본인부담비용이 발생하지 않도록 시·군·구(보건소)와 협약병원은 사전협의를 할 것을 권유하고 있다. 감별검사 역시 본 사업예산에서 비용 부담(국고와 지방비 각각 50%)을 한다. 서비스 내용은 CBC, 간기능 검사, 신장기능 검사, 갑상선 기능 검사, 전해질 검사, 매독, 뇨 검사, 뇌영상 촬영(CT 두부) 등이 있다.

노인 치매관련 사업 외 노인복지사업으로 노인실명예방사업이 있다. 본 사업은 노인복지법 제27조(건강진단 등), 시행령 제20조, 시행규칙 제8조, 제9조에 의거, 저소득층 노인 등에 대한 정밀 안검진 실시로 안질환을 조기 발견하고 적기 치료함으로써 노인들의 실명 예방 및 일상생활이 가능한 시력을 유지하고 노인건강을 체계적으로 보장하고자 하는 목적을 가진다. 또한 저소득층 노인 개안수술비 지원을 통해 노인 및 가족의 의료비 부담을 경감시키고자 하는 목적을 가진다. 본 사업은 2003년도부터 시작하였으며, 민간경상보조로 지원하며, 100% 국고보조사업이다('03~'05년 국고보조, '06~국민건강증진기금). 사업내용은 안검진, 개안수술 등이다.

안검진 사업 대상자는 만 60세 이상 모든 노령자이며, 검진대상자 우선순위는 안과 전문의가 없는 읍·면·동 지역의 만 60세 이상 기초생활보장 수급권자, 시·도지사가 안과 병·의원 접근도가 특히 낮다고 인정한 지역의 만 60세 이상 기초생활보장 수급권자, 최근 2년 이내에 노인건강검진에서 안과 검진이 제외된 지역의 만 60세 이상 기초생활보장 수급권자, 기타 시·도지사가 선정한 지역의 만 60세 이상 기초생활보장 수급권자 및

차상위 계층, 기타 자치단체장이나 보건소장이 노인안검진이 필요하다고 인정하는 만 60세 이상의 노인이다. 대상지역도 선정하고 있는데, 농어촌 지역 우선, 노인인구 비율이 타 지역보다 높은 지역이 우선하고 있다. 시·도별 신청을 받아 예산상 수용인원(10천명)에 맞추어 안검진 대상지역 및 안검진 인원수를 결정한다.

노인 개안수술 사업 대상은 만 60세 이상 노인이며, 백내장, 망막질환, 녹내장 등 기타 안질환을 진단받고 수술이 필요하다고 인정받은 환자로서, 2015년도 전국가구 평균소득 50% 이하인 경우(기초생활수급자 우선)이다. 수술비 자기부담금 전액을 지원받는다.

마지막으로 노인 건강검진사업은 질병의 조기 발견 및 치료로 건강의 유지·증진을 도모하고, 노인건강수준 향상으로 건강하고 활기찬 노후생활을 보장하는 것을 목적으로 하고 있다. 본 사업은 1981년 노인복지법에 건강진단 근거를 규정하고, 1983년부터 노인건강진단 사업을 실시하였으며, 2005년부터 노인건강진단이 지방이양사업으로 전환되었다. 사업대상은 시·군·구 관할구역에 거주하는 만 65세 이상 의료급여 수급권자 중 노인건강진단 희망자 및 기타 보건소장이 노인건강진단이 필요하다고 인정하는 자이다.

다음은 지역보건법에 의해 실시되는 보건서비스 중 노인과 관련된 서비스로 방문건강관리사업으로 대표되는 건강증진서비스, 암관리, 구강보건, 노인자살예방과 관련된 정신건강서비스 등이 있다. 이 가운데 방문건강관리사업은 취약계층의 건강인식 제고 및 자가 건강관리능력 향상, 그리고 건강상태 유지 및 개선을 목적으로 하며 보건소를 중심으로 제공된다(보건복지부, 2015f). 이러한 목적을 달성하기 위해 취약계층의 건강행태 개선(건강상태 인식, 건강생활 실천 유도, 건강지식 향상)과 취약계층의 건강문제 관리(건강문제 정기적 스크리닝, 증상조절, 치료 순응 향상)

를 주요 목표로 설정하고 있으며, 1) 취약계층의 건강문제를 포괄적·적극적으로 파악하여 건강관리서비스 제공 및 연계 실시하고 2) 외부활동의 확대 유도를 전략화하고 있다.

1990년부터 일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 방문보건사업이 부분적으로 시작되었으며, 1995년 12월 지역보건법에 의해 방문보건사업의 법적 근거가 마련되고, 2001년 방문보건사업 표준지침개발 이후 전국적으로 확대되어 실시되었다(보건복지부, 2015f). 그 이후 2007년 사회적일자리제공 사업의 일환으로 '맞춤형 방문건강관리사업'으로 새로이 재편되어 진행되었으며, 2013년 기존 개별사업들이 지역사회 통합건강증진사업 14개 분야 중 하나인 방문건강관리사업으로 통합되었다(배현지, 김진현, 2015).

원칙적으로 방문건강관리사업은 방문을 하지 않으면 건강증진서비스 이용이 어려운 취약계층에게 서비스를 제공하는데 주요 대상으로는 건강위험군, 질환군 중 방문이 필요한 기초생활보장수급자, 저소득계층 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인, 지역아동센터(빈곤아동), 미인가 시설, 보건소 내 타 부서 및 지역사회기관으로부터 건강문제가 있어 의뢰된 자 등 그 밖에 방문이 필요한 건강문제 가진 취약계층이 그 대상이 된다(보건복지부, 2015f). 한편, 방문건강관리 대상자의 건강위험요인, 건강문제와 증상조절 여부 등에 따라 크게 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군 등 3가지로 구분된다. 먼저 집중관리군은 건강위험요인과 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 만성질환자로 판정점수 4~12점 받은 고위험 허약노인이 포함된다. 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 되는 위험군은 정기 관리군으로 정상군은 자기역량지원군으로 구분된다.

〈표 2-3〉 방문건강관리사업 방문요구에 따른 사업 대상군 분류

구분	방문횟수	대상자 특성
집중관리군	8회(6~10회)방문/2~4개월 필요시 전화방문	- 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안되는 경우(만성질환자) *고위험 허약노인의 경우(판정점수 4~12점)
정기관리군	1회 이상 방문/2~3개월 필요시 전화방문	- 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절(위험군)이 되는 경우
자기역량 지원군	1회 이상 방문/4~6개월 필요시 전화방문	- 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절(정상군)이 되는 경우

자료: 보건복지부(2015f). 2015년 지역사회 통합건강증진사업 안내 [방문건강관리]

방문건강관리사업에서 노인을 대상으로는 만 65세 이상 노인의 허약노인 판정평가(만 65세 이상 건강면접조사표-기초 측정표) 결과, 4~12점으로 고위험 허약노인에 해당되는 노인을 대상으로 노인 허약예방 차원에서 노인의 신체적·인지적·사회적 기능의 회복, 유지 및 증진을 통하여 건강한 노후 생활을 도모하고 장기요양상태를 사전 예방하는 것을 목적으로 한다. 방문건강관리서비스 내용은 보건소 내 간호사, 물리치료사, 치과위생사 등 서비스제공인력이 가정을 방문하여 개인, 2~4인의 소그룹, 집단을 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원연계 등을 실시한다.

서비스 제공내용은 장기요양등급외 판정자에 대해 실시하는 허약노인 판정평가, 운동·영양·구강관리·요실금 및 우울 예방·인지강화·낙상예방을 위한 허약노인 중재프로그램 제공, 저작, 연하, 발음, 타액 분비 등의 구강기능 향상을 위한 입체조의 실시, 치매관련 건강관리 실시, 폭염·혹한 등 계절별 건강관리교육 실시, 취미·종교 활동 등 사회적 참여지지 및 독려, 가정 내·외의 안전 환경조성을 위한 교육, 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등이 있다.

〈표 2-4〉 방문건강관리사업 서비스 내용

구분	서비스 내용
건강행태개선	- 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 - 일반검진, 생애전환기검진 결과 확인 및 직접 방문상담 실시 - 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 등
만성질환관리 및 합병증 예방	- 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 - 일반검진, 생애전환기검진 결과 확인 및 직접 방문상담 실시 - 만성질환자의 생활습관 상담, 건강생활실천 동기부여 및 합병증 예방을 위한 교육 - 복용 약물에 대한 점검 및 상담 - 암으로 인한 증상 및 통증조절을 위한 정보제공 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 등
노인 허약예방	- 장기요양등급 외 판정자에 대해 허약노인 판정평가 실시 - 운동·영양·구강관리·요실금 및 우울예방·인지강화·낙상예방을 위한 허약노인 중재프로그램 제공 - 저작, 연하, 발음, 타액분비 등의 구강기능 향상을 위한 입체조 실시 - 치매 관련 건강관리 - 폭염·한파 등 계절별 건강관리 교육 실시 - 취미, 종교 활동 등 사회적 참여지지 및 독려 - 가정 내·외의 안전 환경 조성을 위한 교육 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 등
다문화가족 및 북한이탈주민 관리	- 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육 - 다문화가족 지지체계 확인 및 가족 내 의사소통 장애요인 파악 - 다문화가족의 문제해결 능력 강화를 위한 중재와 상담 - 북한이탈주민의 결핵, B형간염 등 감염성 질환을 가진 건강위험군 발굴 및 등록 - 북한이탈주민의 우울 등 정신건강문제 스크리닝 - 하나센터에 방문하여 건강상담 및 교육 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 등
장애인 재활 관리	- 기능증진을 위한 일상생활수행능력(ADL), 관절구축 예방운동 및 교육 - 기본 건강관리: 위생, 영양, 피부관리(욕창, 체위관리), 구강위생관리 등 - 연하장애·호흡장애 관리, 배변·배뇨관리 교육 및 훈련, 저작능력향상을 위한 운동 교육 - 2차 장애예방을 위한 낙상 및 안전관리 교육 - 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적지지 등

자료: 보건복지부(2015f). 2015년 지역사회 통합건강증진사업 안내 [방문건강관리]

한편 암건진 사업의 경우, 우리나라 국민의 사망원인 1위인 암을 조기에 발견하여 치료를 유도함으로써 암의 치료율을 높이고 암으로 인한 사망을 줄이는 것을 목적으로 하는 서비스로, 의료급여수급권자와 건강보험가입자 및 피부양자로서 당해 연도 검진대상자 중 보험료 부과기준(2014년 11월 부과 기준)에 해당 하는 자가 대상이다. 이 사업은 보건소에서 시행한다는 점에서 보건서비스로 분류한다.

한편, 노인 의료서비스는 의료법에 의해 건강보험수가를 적용받는 사업으로 정의한다. 노인보건복지법에서 노인을 대상으로 하는 의료서비스는 공립요양병원 의료서비스 등이 포함된다.

정부는 치매노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매질환의 악화방지 및 치매노인 가족의 부담경감을 목표로 ′96년부터 '공립요양(치매)병원' 확충하고 있다. 그간 요양병원은 의료법에 의한 요양병원과 노인복지법에 의한 의료복지시설로 노인전문병원으로 운영중이었으나 ′11년 12월 「노인복지법」 개정으로 '노인전문병원'이 폐지됨에 따라 「의료법」에 따른 '요양병원'으로만 기능하고 있다.

또한 「치매관리법」 시행(′12.2.5.)에 따른 치매관리체계를 구축하고, 치매환자 및 가족 지원 확대를 위하여 공립요양병원의 공공보건의료 기능을 재정립하고, 「국가치매관리종합계획」(′12.7.27.)에 따라 현재 운영중인 공립요양병원을 치매거점병원으로 지정하여 공립요양병원의 치매분야 공공 서비스 기능을 강화하고자 하는 배경을 가지고 있다. 기존의 공립치매병원 신축사업은 ′08년부터 BTL[3] 사업방식으로 전환되었으며, BTL 방식 이전에 설립된 병원의 경우 설치주체 및 소유권자는 시·도지사 또는 시장·군수가 되며, 소유권자가 직접 운영 할 수 없는 경우에는 의료

3) BTL 사업이란, 민간사업자가 자금조달하여 사회기반시설을 건설(Build)한 후, 국가지자체에게 소유권을 이전(Transfer)하고, 국가·지자체 등에 시설의 임대서비스를 제공(Lease)하여 투자비를 회수하는 사업방식임.

법인 등 민간 사업자에게 위탁 운영할 수 있다.

공립요양병원에서는 입원 시 치매환자와 의료급여 환자를 우선 선정하고, 전체 입원환자 중 치매환자의 비율을 2/3 이상 유지하도록 하고 있다. 또한 주요하게 지역 보건의료 및 사회복지 자원 연계체계를 구축하도록 하고 있다. 또한 보건소 치매상담센터와 연계하여 지역사회 치매환자·치매고위험군 대상 프로그램 실시, 치매검진사업 참여, 저소득층 치매환자 입원비 경감, 광역치매센터와의 협력 연구, 치매 인식개선사업을 수행한다.

또한 보건서비스 분류 중에서는 생애전환기 건강진단사업과 말기 암 완화의료서비스가 노인관련 의료서비스에 해당한다고 할 수 있다. 생애전환기 건강진단 사업은 생애전환기 국민을 대상으로 성별·연령별 특성에 적합한 맞춤형 건강진단을 도입하여 만성질환 및 건강위험요인을 조기발견하여 치료 및 관리로 건강증진을 도모하는 서비스이다. 만 40세 및 66세가 해당되며, 의료급여수급권자는 시군구보건소가 주체가 되며 건강보험가입자 및 피부양자는 국민건강보험공단이 직접 수행한다.

생애전환기 건강검진사업의 목적은 생애전환기 국민을 대상으로 성별·연령별 특성에 적합한 맞춤형 건강진단을 도입함으로써 만성질환 및 건강위험요인을 조기발견하고 치료 및 관리 등을 통해 건강증진을 도모하는데 있다. 노년기는 만 66세를 대상으로 하는데 이는 치매 등 노인성질환과 뇌졸중·심근경색 등 치명률이 높은 질환이 증가하는 시기이며 또한 낙상, 인지기능장애 등 노인성 질환의 위험이 증가하고 전반적인 신체기능이 저하되는 시기이기 때문이다(보건복지부, 2015d). 따라서 만 66세 노인을 대상으로 노인건강진단을 통해 노인의 낙상 위험 등 신체기능을 평가하고 치매 등 인지기능장애를 조기에 선별해냄으로써 건강한 노후생활을 보장하기 위해 도입되었다. 노인의 생애전환기 건강진단은 총 2차에 걸쳐 진행되는데 1차 검진에서는 진찰 및 상담, 골밀도검사, 노인신체

기능검사 등이 이뤄지며 2차 검진은 고혈압, 당뇨 확진검사, 건강진단결과 및 건강위험평가 상담, 정신건강검사로 우울증과 인지기능장애 검사가 실시되며, 생활습관검사가 진행된다. 특히 생애전환기 건강검진 검사항목 중 골다공증, 노인신체기능, 인지기능장애 등 노인성 질병만을 대상으로 실시되는 검사항목이 포함된다.

〈표 2-5〉 생애전환기 건강검진 검사항목

구분	목표질환	검사항목	세부항목
1차검진	비만 시각이상 청각이상 고혈압 건강위험파악	- 진찰 및 상담, 문진 (질환력, 흡연, 음주, 운동인지기능, 기분상태) - 계측검사 - 건강위험평가(HRA)	- 진찰 및 상담 - 신장 및 체중, 허리둘레, 비만도 - 시력, 청력 및 혈압측정 - 질환별 건강위험요인 확인 및 조절
	폐결핵, 흉부질환	흉부방사선 촬영	흉부방사선 촬영 및 판독
	신장질환	소변검사	요단백
	빈혈 등	혈액검사	혈색소
	당뇨병		공복혈당
	이상지질혈증		총콜레스테롤
			HDL콜레스테롤
			트리글리세라이드
			LDL콜레스테롤
	간염		B형간염표면항원
			B형간염표면항체
	간질환	혈액검사	AST(SGOT)
			ALT(SGPT)
			감마지티피(Y-GTP)
	만성 신장질환		혈청 크레아티닌
			신사구체여과율(e-GFR)
	구강검진	- 문진, 상담, 교육 - 시진 검사 - 세균 검사(만 40세)	- 치아검사, 치주조직검사, 구강보건교육
			- 치면세균막 검사

구분	목표질환	검사항목	세부항목
	골다공증 (66세 여성)	- 방사선 또는 초음파	양방사선 골밀도 검사(DXA), 양방사선 말단 골밀도(PDEXA), 정량적 전산화 단층 골밀도검사(QCT, PQCT), 초음파 골밀도 측정(QUS) 중 1개
	노인신체기능 (66세)	- 낙상검사	- 하지기능, 평형성
2차 검진	공통	- 건강검진 상담	- 1차 건강검진 결과 및 건강위험평가 상담
	고혈압	- 혈압검사	- 혈압
	당뇨병	- 혈액검사	- 공복혈당
	인지기능장애 (66세)	- KDSQ-C	- 66세 1차 수검자(문진) 중 고위험군 대상 설문
	생활습관	- 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만	- 5개 영역 총 42문항
	우울증	- CES-D(40세 20문항), GDS(66세 15문항)	- 40세, 66세 1차 수검자(문진) 중 고위험군 대상 설문

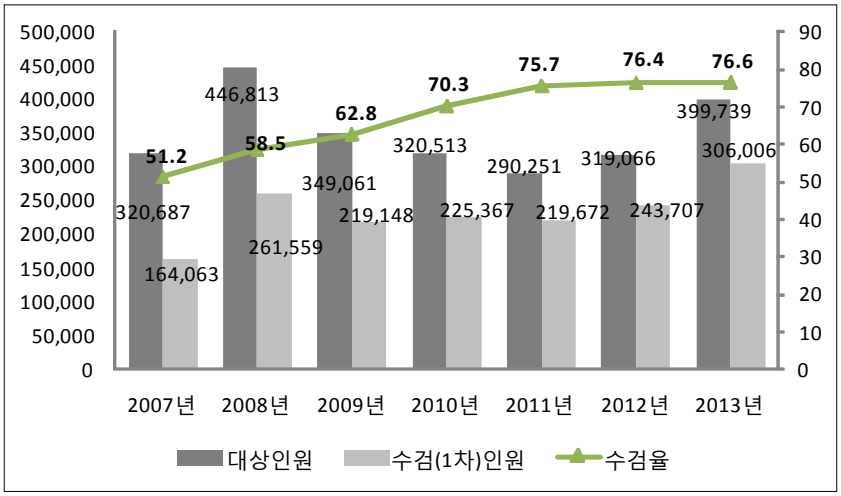
자료: 보건복지부(2015d). 2015년 검강검진사업 안내

노인의 생애전환기 건강검진 비용은 1차 검진은 56,820원에서 79,690원이며 2차 검진은 23,830원에서 34,330원으로 본인부담은 없으며 건강보험적용자는 건강보험재정에서 부담하여 의료급여수급권자는 국비 및 지방비로 부담한다.

노년기 생애전환기 건강진단 수검 현황을 살펴보면, 1차 수검결과 2013년 76.6%(306,006명)로 전년대비 0.2%p 증가하였으며 2007년 생애전환기건강진단 실시 이후 지속적으로 증가추세인 것으로 확인된다. 반면, 2차 수검인원은 2013년 기준 1차 수검 인원 중 35%인 107,805명만이 2차 검진을 받은 것으로 확인된다. 이는 노년기로 접어들수록 낮아지는 건강검진 수진율 문제와 함께 1차 검진에서 2차 검진으로 이어지는 수검률 또한 낮아지는 점 또한 문제인 것으로 나타난다. 특히, 2차 검진에

서 주요 고혈압, 당뇨 등 만성질환 확진검사 및 우울증 및 인지기능장애 검사와 건강진단결과 및 건강위험평가 상담이 이뤄지는 것을 고려했을 때 노인의 생애전환기 건강 검진 수검률을 높이는 것과 동시에 1차에서 2차로 이어지는 수검률 또한 높이는 대책마련이 필요하다. 이를 위해 노인들이 노인성 질환을 적절하게 판단하고 이에 대한 관리방법을 제대로 알 수 있도록 하는 표준화된 한국형 노년기 건강검진 권고안을 만들어 적용함으로써 노인성 질환들의 예방과 조기진단 및 적절한 관리가 이뤄질 수 있도록 하는 것이 필요하다(선우덕, 김혜련, 고숙자, 이소영, 김동진, 김철웅 등, 2014).

[그림 2-2] 노년기 생애전환기(66세) 건강검진 1차 수검 현황



자료: 보건복지부(2015d). 2015년 검강검진사업 안내

한편, 생애전환기검진사업을 통해 건강검진을 받은 대상자수는 2014년 4월 기준 27,066명으로 국고보조현황을 살펴보면 투입예산은 총 1,367,380,000원으로 이 중 국고보조금이 75%, 순지방비가 25%를 차

지하고 있다. 국고 보조율은 지역마다 차이를 보이는데 서울은 50%, 그 외 시·도는 80%인 것으로 나타났다.

말기암환자 완화의료서비스는 말기암환자에게 통증 및 증상완화, 신체적·심리사회적·영적 영역에 대한 포괄적인 치료와 지지를 통해 양질의 완화의료 서비스를 제공하여 환자 및 그 가족의 삶의 질 향상을 목적으로 하는 의료서비스로 정의한다. 그 대상자는 완화의료 서비스 이용을 희망하는 말기암환자 모두가 해당된다.

이 밖에도 지역사회 통합건강증진 사업은 지역사회 주민의 건강수준 향상을 위한 사업을 지자체가 주도적으로 발굴하여 추진함으로써 지역주민의 건강증진사업 체감도를 향상시키는 것을 목적으로 한다. 본 사업은 전국을 대상으로 획일적으로 진행되던 사업을 지역여건에 맞는 사업을 추진할 수 있도록 지자체 주도방식으로 2013년에 개편되었다.

지역사회 통합건강증진 사업의 범위는 아래 표와 같으며, 지자체에서 필수적으로 추진해야하는 사업으로는 1) 금연, 절주, 신체활동, 영양사업과 2) 대사증후군 등 건강 위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리사업, 3) 치매검진사업이 있다.

전체 사업 범위 중 임산부와 어린이 특화사업을 제외한 사업이 노인대상 사업범위에 포함된다 할 수 있으나 노년층에 초점을 두고 중점적으로 살펴볼 수 있는 사업군으로 크게 신체활동, 영양, 치매관리, 방문건강관리로 구분하여 살펴볼 수 있다.

먼저, 신체활동부문은 규칙적인 신체활동을 통하여 일상생활 기능을 유지하며, 낙상·치매·관절염등과 같은 근골격 질환 및 인지장애를 예방하는 것을 목적으로 노인 허약 예방 및 만성질환 예방·관리를 위한 노인 운동 교실 등 노인 체조 및 운동프로그램, 보건소, 경로당, 복지센터 등 생활터에 접근하여 운영되는 노인 운동프로그램, '아!흔까지 자!신있게 프

로그램 등이 있다. 그 밖에도 노인의 낙상예방 등 생애주기에 따른 프로그램과 만성질환 예방을 위해 개인별 신체활동 교육·상담을 실시하는 만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 사업 등이 있다.

영양부문사업으로 영양섭취·조리 등이 취약한 노인을 대상으로 영양관리 및 식생활 교육을 실시하고자 영양교육 및 어르신 조리교실 운영, 노인의 거동에 따른 영양관리방법, 영양정보 활용방법 제공, 가정방문 통한 식생활 환경 점검 및 영양 중재 제공 등 어르신영양관리사업과 독거노인을 대상으로 영양교육 등 식생활관리서비스 및 과일·우유 등의 건강간식 도시락을 제공하는 실버건강식생활사업 이 있으며 그 외 한국인을 위한 식생활지침 가이드북(노인편)이 있다.

치매관리는 치매환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 그 가족들의 삶의 질을 제고하기 위하여 보건소 등록된 치매환자를 대상으로 진행되는 치매노인 사례관리사업과 만 60세 이상 노인을 대상으로 진행되는 치매검진사업이 있다. 특히 도서벽지 등 취약지역에 거주하는 독거노인, 치약계층노인, 치매고위험군 노인 등 보건소 방문이 어려운 경우 '찾아가는 치매검사'를 실시한다.

마지막으로 방문건강관리는 노인의 신체적·인지적·정서적·사회적 기능의 회복, 유지 및 증진을 통하여 건강한 노후 생활을 도모하고 장기요양상태를 사전에 예방하기 위하여 만 65세 이상 고위험 허약노인에 해당하는 노인을 대상으로 실시한다.

〈표 2-6〉 노인 지역사회통합건강증진사업의 구성 및 주요 사업내용

구분	사업목적	사업내용
금연	흡연을 예방하고 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 간접흡연 없는 환경을 조성함으로써 건강증진 및 건강수명 연장	- 흡연예방 - 흡연자 금연 촉진 - 간접흡연 없는 환경(Smoke-free) 조성
절주	건전음주문화 조성 및 위험음주의 조기발견·개입을 통하여 지역사회의 음주폐해 감소	- 교육 및 홍보 - 조기선별 및 상담
신체활동	신체활동 실천인구 증가 및 걷기·중등도 신체활동 실천율 증가	- 생애주기별 교육 및 프로그램 제공 - 만성질환예방을 위한 개인별 서비스 - 홍보 및 캠페인 - 환경조성 - 지역사회지원 및 연계강화 및 지원
영양	건강수명 증가를 위한 최적의 영양관리 및 식생활습관 개선	- 대국민 홍보 환경조성 - 생애주기별 영양관리(영양플러스 포함)
비만	- 국내 비만인구의 증가 억제 - 건강한 식생활, 규칙적인 신체활동 등 비만 예방을 위한 건강생활 실천 향상	- 정보제공 및 홍보 캠페인 - 만성질환예방 및 비만관리 - 생애주기별 주민 교육 - 취약계층 비만예방 프로그램
구강보건	예방중심의 평생구강관리체계강화로 구강건강 수명 연장 및 삶의 질 향상 도모	- 구강건강증진 - 구강병예방진료 - 구강건강증진 및 구강병 예방진료
심뇌혈관질환 예방관리	- 심뇌혈관질환의 심각성과 예방 가능성에 대한 국민의 인식 제고 - 고혈압, 당뇨병 질환 전 단계와 질환자의 적정관리를 통해 건강지표 목표 달성	- 심뇌혈관 질환·홍보 - 만성질환예방관리
한의학 건강증진	인구고령화에 따라 증가하는 만성퇴행성질환을 포함한 지역주민의 건강상의 문제 해결을 위해 치매병의 원리와 한의약적 건강증진 기법에 기초한 한의약 건강증진프로그램을 제공하여 국민의 건강증진과 삶의 질 향상에 기여	- 질환별 한의약 건강증진 - 생애주기별 한의약 건강증진
아토피천식 예방관리	지역사회 알레르기 질환 예방관리 수준 향상	- 아토피·천식 안심학교 운영 - 취약계층 아토피·천식환자 지원 - 아토피·천식 교육 - 아토피·천식 홍보

구분	사업목적	사업내용
여성어린이 특화	임신·출산·육아 관련 건강서비스를 제공으로 여성과 어린이 건강 증진	- 임산부 등록관리 - 산모건강관리 - 가임기여성 건강증진 - 다문화가정 여성·어린이 건강증진 - 영유아 건강증진
치매관리	치매환자를 조기에 발견·관리함으로서 치매노인 및 그 가족들의 삶의 질 제고	- 치매노인사례관리 - 치매검진
지역사회 중심재활	지역사회 장애인의 건강 증진과 사회적 참여 확대	- 장애인 재활 - 장애인 사회참여 - 2차 장애발생 예방
방문건강 관리	취약계층의 건강인식 제고, 자가건강관리능력 향상, 건강상태 유지 및 개선	- 건강행태개선 - 만성질환관리 및 합병증 예방 - 임산부·신생아 및 영유아 관리 - 노인허약예방 - 다문화가족 및 북한이탈주민관리 - 장애인 재활관리

자료: 보건복지부(2015f). 2015 지역사회 통합건강증진사업 안내

한편, 급격한 고령화에 따라 만성질환 및 이로 인한 사망 등 질병부담은 계속해서 증가할 것으로 예상하고 이를 위한 적절한 관리 및 예방의 필요성이 강조되면서 만성질환 관리사업이 실시되고 있다. 이에 대해 정부는 당뇨병과 고혈압을 뇌졸중 및 기타 심각한 심혈관질환의 주요원인으로 보고 2006년 제1기 심뇌혈관질환 종합대책(2006~2010년)에 이어 제2기 심뇌혈관질환 종합대책(2011년~2015년)을 수립하여 시행하고 있으며, 현재 지역사회 통합건강증진사업 차원에서 시·군·구 보건소를 통해 심뇌혈관예방관리를 진행하고 있다(보건복지부, 2015f). 심뇌혈관질환 예방관리사업은 1) 지역사회 교육·홍보사업을 통해 고혈압·당뇨병·이상지혈증의 예방·관리의 필요성과 방법에 대한 인지도를 높이고, 2) 환자 조기발견 및 조기치료와 함께 3) 환자등록관리사업을 통해 고혈압·당뇨병 환자의 지속치료율, 자가 관리율을 높이는 것을 목적으로 한다(보건복

지부, 2015b).

먼저 지역사회 심뇌혈관질환 예방관리 및 홍보는 지역사회주민을 대상으로 다양한 매체를 활용하여 심뇌혈관질환 예방관리를 홍보하거나 매년 9월 첫째 주를 심뇌혈관질환 예방관리 주간으로 지정하여 지자체 단위 캠페인을 수행하도록 하며, 지역사회 의사회 등 보건의료인 전문단체, 지역 의료기관과 연계하여 고혈압, 당뇨병, 심혈관질환 등 건강강좌를 개최를 포함한다.

둘째, 환자 조기발견 사업은 자각 증상이 없는 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자를 조기에 발견 및 발견된 환자에 대한 적정한 관리를 유도하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 각종 지역 행사 및 지역사회 보건의료단체, 종교단체, 사업장 등과 연계하여 혈압·혈당·콜레스테롤 알기 캠페인을 연간 2회 이상 실시하고, 국민건강보험공단과 연계하여 검강검진 홍보를 실시하며 보건소 내소자에 대해 혈압·혈당·콜레스테롤을 측정한다.

마지막으로 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 등록관리 사업은 정기적인 혈압·혈당·콜레스테롤 및 관련 검사를 받는 등록한 환자의 비율과 생활습관 개선율, 그리고 정상 혈압·혈당·콜레스테롤을 유지하는 환자의 비율(조절률)을 높이는 것을 사업목표로 한다. 이를 위해 보건소 내방 또는 방문건강관리사업을 통해, 또는 민간 병·의원 등 의료기관으로부터 보건소로 의뢰·연계된 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 및 전 단계 환자를 대상으로 만성질환관리대상으로 등록하고 개별상담교육 또는 교실참가를 통해 지속치료 및 자가 관리능력 향상을 위한 교육을 실시한다. 또한 보건소 진료환자의 경우 의료진을 통한 적절한 처방을 이뤄지도록 한다. 그리고 방문서비스가 필요한 환자의 경우, 맞춤형 방문건강관리사업과 연계하여 서비스를 제공하도록 하며 민간의료기관과 협력을 통해 만성질환자에 대해 지속관리를 실시한다.

〈표 2-7〉 주요 노인 보건·의료서비스의 개황

구분	사업	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
노인 보건 서비스	치매상담센터	- 치매노인 등록 및 관리(치매치료관리 등) - 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담 및 지원 - 치매 예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시 - 치매 예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시 - 재가치매노인에 대한 방문 · 관리 - 치매노인의 사회적 지원 안내 - 기타 지자체장이 치매 예방 및 치매노인 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 업무 등	만 60세 이상 치매노인과 그 가족, 기타 보건소장이 치매 예방 및 관리를 위하여 필요하다고 인정하는 자	무료	보건복지부 노인정책과 건강정책과 지방자치단체 보건소	조세방식
	치매검진사업	치매선별검사	치매의 위험이 높은 만 60세 이상 노인대상	무료	보건복지부 노인정책과 건강정책과 지방자치단체 보건소	조세방식 치매상담센터 운영비
		치매검진사업		무료	보건복지부 노인정책과 건강정책과 지방자치단체 보건소 협약병원	조세방식 국민건강증진기금 50%, 지방비 50%

구분	사업	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
노인 보건 서비스	치매검진사업	감별검사		무료	보건복지부 노인정책과 건강정책과 지방자치단체 보건소 협약병원	조세방식 국민건강증진 기금 50%, 지방비 50%
	노인실명예방 사업	안검진사업	만 60세 이상 모든 노령자	무료	보건복지부 노인정책과 지방자치단체	조세방식 100%국고보조
		노인개안수술사업	만 60세 이상 노인으로 안질환을 진단받고 수술이 필요하다고 인정받은 환자 전국가구평균소득 50% 이하	무료	보건복지부 노인정책과 지방자치단체	
	노인건강검진 사업	건강진단	만 65세 이상 의료급여 수급권자 중 노인건강진단 희망자	무료	보건복지부 노인정책과 지방자치단체	조세방식 지방이양사업
	건강증진사업	심혈관질환 예방-치료 연계	지역주민 및 해당 환자 중 주기적인 교육 및 상담 등 관리서비스가 필요한 자	무료	보건복지부 질병정책과 보건소	조세방식

구분	사업	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
노인 보건 서비스	건강증진사업	방문건강관리사업	건강 위험군, 질환군 중 방문이 필요한 기초생활보장수급자, 저소득계층 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인, 보건소 내 타부서 및 지역사회기관으로부터 건강문제가 있어 의뢰된 자 등 그 밖에 방문이 필요한 건강문제를 가진 취약계층	무료	보건복지부 건강증진과 보건소	조세방식
	암관리	암건진사업	위암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 간암 진단	의료급여수급권자, 당해연도 검진대상자 중 보험료 부과기준에 해당하는 자	무료	보건복지부 질병정책과 병원
		재가암환자 관리사업	재가암관리 서비스를 희망하는 모든 재가암 환자	무료	보건복지부 질병정책과 보건소	조세
		지역암센터	지역주민전체	무료	보건복지부 질병정책과 보건소	조세

구분	사업	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
노인 보건 서비스	암관리	암환자 의료비 지원	의료급여수급자, 당해 연도 건강보험료 부과액 지원기준에 적합한자	본인부담금 지원	보건복지부 질병정책과	조세
	구강보건	구강보건서비스 -치료 연계	지역사회 취약계층	무료	보건복지부 구강생활건강과 보건소 치과의원	조세
		노인의치(틀니)지원	만 65세 이상 국민기초생활보장수급자 및 차상위 건강보험전환자	무료		
		노인불소도포 스케일링	만 65세 이상	무료		
	정신건강	노인자살예방체계구축	자살사망 위험이 있는 노인 등	무료	보건복지부 정신건강정책과	조세
노인 의료 서비스	공립요양병원	보건소 치매상담센터와 연계하여 지역사회 치매환자 ·치매고위험군 대상 프로그램 실시, 치매검진사업 참여, 저소득층 치매환자 입원비 경감, 광역치매센터와의 협력연구, 치매 인식개선사업을 수행	치매노인	무료	보건복지부 노인정책과 의료기관정책과 지방자치단체 보건소 민간사업자	조세방식 (지방비로만 구성) 사회보험방식
	생애전환기 건강검진	노인신체기능, 일상생활수행능력, 임지기능장애, 골밀도 검사	만 66세	무료	보건복지부 건강증진과 보건소 민간병의원	사회보험방식

구분	사업	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
	말기암환자 완화의료서비스	완화의료병동 운영, 말기암환자의 적절한 통증관리 및 삶의 질 관리, 말기암환자와 그 가족을 위한 상담 및 교육, 사별가족을 위한 상담 및 돌봄, 완화의료자원봉사자운영	완화의료서비스를 희망하는 말기암환자		보건복지부 질병정책과 병원	사회보험방식

자료: 2015년 노인돌봄서비스 사업안내(보건복지부, 2015), 2015년 노인보건복지사업안내(보건복지부, 2015)를 참조하여 재구성

2) 노인 보건·의료서비스의 성과와 한계

이상의 노인 보건·의료서비스의 범주를 살펴본 결과, 보건의료서비스의 경우에는 대체로 연계체계를 잘 갖추고 있는 것으로 평가할 수 있다. 그러나 특정질환인 치매에 한정되어 있으며, 이러한 치매보건의료서비스가 장기요양서비스 및 돌봄서비스와 연계되고 있지는 못함을 확인할 수 있다. 노인 대상의 보건의료서비스의 관점에서 연구한 결과는 그리 많지 않다. 김헌진(2009)의 연구에서도 보건·의료부문의 서비스 전달(공급)체계는 비교적 충실하게 구축되어 있으나 사회복지서비스 공급체계와의 협력체계를 보면 상당히 취약함을 보고하고 있다. 이 연구에서는 우리나라의 보건·의료 공급체계는 공공과 민간부문이 보건·의료 공급체계의 기본축을 이루고 있으며, 사회복지부문과의 연계는 정신보건법에 의한 보건소 산하 정신보건센터와의 연계에 불과하다고 지적한다. 또한, 보건·의료정책과 사회복지정책을 폭 넓게 해석할 경우, 사회보장의 핵심인 사회보험과 공공부조 제도, 즉, 국민건강보험법과 의료급여법에 의한 법제적 포괄성이 양 부문 간의 전달체계에서의 대표적인 연계체계가 될 수 있어야 한다고 보고한다.

그럼에도 불구하고 보건소 중심의 지역사회보건서비스와 민간의료공급체계인 의료서비스와의 연계는 여전히 장애가 존재하고 있다. 서비스 현실적으로 원활하게 나타나고 있지 못하다. 이는 보건과 복지서비스가 포괄화를 지향하고 있으나 서비스 이용자 입장에서는 국가의 수급기준에 해당되지 않으면 수혜가 불가한 측면이 존재하며, 의료서비스의 경우에는 사회보험원리에 따라 모든 이용자가 선택적으로 이용할 수 있다(권용진, 2013). 즉, 보건서비스는 서비스 대상자 발굴과 선정, 서비스 이용혜택 등에 대하여 국가가 관리하기 때문에 잠재적 수요자를 발굴하지 못하

고 이용지원에 있어서도 매우 제한적이라고 할 수 있다. 이상영 외(2012) 연구에 따르면 보건과 복지의 서비스가 주로 저소득층을 대상으로 한다는 점 그리고 보건소 인근 지역주민들만이 접근하기 쉬운 한계점이 있다고 보고하고 있다. 또한 보건중심의 연계에 있어 방문보건사업이 지역사회 의료기관과의 협조체계를 구축해 대상자 연계 및 의뢰해야하나 현 보건소의 부족한 예산과 인력부족으로 연계체계는 거의 없는 것으로 나타났다(김원진, 2012; 신현일, 2001). 그러나 의료서비스의 경우에는 접근성이 상대적으로 높기 때문에 의료서비스 이용자에 대한 돌봄 및 요양욕구에 대한 위험요인을 파악하여 두 제도 간 연계가 될 수 있다면 서비스 효율성과 체감도가 높을 것이다.

이와 같은 측면에서 최근에는 노인복지관을 통해 지역사회 노인의 건강증진 및 질병예방을 포함하는 삶의 질 증진에 필요한 종합적인 서비스를 제공하기도 한다(보건복지부, 2015a). 대표적으로 노인복지관에서 실시하고 있는 건강생활지원사업이 있는데, 동 사업은 신체활동 지도와 노화 및 노인성 질환·중풍 등으로 인하여 지적 능력과 신체의 기능이 저하되거나 마비되어 일상생활에 곤란을 겪고 있는 노인들의 정신적, 신체적 기능회복을 위하여 건강프로그램 및 요양서비스를 제공한다. 또한 일반 노인 및 독거노인 등에게 영양을 공급함으로서 노인의 건강을 증진시키는 사업으로 노인의 건강증진과 영양(급식)제공 및 기능회복, 요양서비스 제공 등 4가지 사업으로 구분된다(보건복지부, 2015a). 첫째, 건강증진사업으로 건강교육, 상담, 건강교실 운영(건강체조, 기체조, 요가 등), 치매예방프로그램, 이·미용서비스가 이뤄지며, 둘째, 급식 지원 사업으로 경로식당(중식지원서비스), 밑반찬, 도시락배달, 푸드뱅크 등이 있다. 셋째, 기능회복 지원을 위한 사업으로 물리치료, 운동요법, 한방요법, 일상생활 동작훈련(ADL요법), 단체(GROUP)요법, 작업요법, 물리요법 등이 있으

며, 넷째, 요양서비스는 치매·뇌졸증 프로그램, 주간·야간 보호 등이 이뤄진다. 그 외 문화체육관광부(생활체육협의회)와 지역사회단체, 노인단체 등과 연계하여 경로당 증진프로그램을 제공한다. 복지관에서 진행되는 건강증진 프로그램의 특징은 허약노인보다 건강한 노인을 대상으로 하고 있는 경우가 대부분으로 노인의 건강상태 및 기능 상태를 반영한 건강 및 운동 프로그램을 다양화할 필요성이 제기되고 있다(선우덕, 김혜련, 고숙자, 이소영, 김동진, 김철웅 등, 2014).

〈표 2-8〉 노인복지관 내 노인 대상 프로그램(가족지원 제외)

사업		세부프로그램
1. 평생교육원		한글교실, 외국어교실, 교양교실, 정보화교육, 인문학교육, 예비노인은퇴준비 프로그램 등
2. 취미여가지원		예능활동(음악, 미술, 생활도예, 서예, 댄스), 문화활동(연극, 사진, 영화, 바둑, 장기, 레크리에이션), 취미활동(종이접기, 손뜨개질, 민속놀이), 체육활동(탁구, 당구, 게이트볼), 동아리활동 등
3. 건강생활지원	기능회복지원	물리치료, 양·한방진료, 작업치료, 운동재활, ADL훈련 등
	건강증진지원	건강교육, 건강상담, 건강교실(건강체조, 기체조, 요가 등), 독거노인지원사업(기존 재가사업), 이·미용, 노인건강운동 등
	급식지원	경로식당(중식서비스), 밑반찬·도시락배달, 푸드뱅크 등
	요양서비스	치매·뇌졸중환자 프로그램, 주·야간보호
4. 상담사업		노인의 일반상담(이용상담, 접수상담), 전문상담(경제, 법률, 주택상담, 연금상담, 건강상담, 세무상담), 심리상담, 치매 상담, 노인학대 상담 등
5. 정서생활지원		우울 및 자살예방프로그램, 죽음준비프로그램, 집단프로그램, 자조모임 등
6. 사회참여지원		노인자원봉사 활성화사업, 지역봉사활동, 교통안전봉사, 동아리·클럽활동지원, 교통편의서비스 등
7. 주거지원		주택수리사업, 주거환경 개선사업(도배 등) 등
8. 고용 및 소득지원		노인일자리사업(또는 노인사회활동지원사업), 고령자취업지원사업, 경제교육, 취업교육 등
9. 위기 및 독거노인지원		취약노인의 신체·정서·사회적 자립 지원 프로그램 운영 및 지역주민센터, 유관기관 등과 연계(취약노인연계망구축사업), 사례관리사업 진행

자료: 보건복지부(2015a). 2015 노인보건복지 사업안내

3. 장애인 돌봄-보건-의료 서비스

가. 장애인 돌봄서비스

1) 주요 사업 소개

장애인 복지서비스는 기본적으로 장애인의 자립을 목표로 하고 있다. 장애인의 자립에 대한 개념에는 돌봄이 함께 포함되지만, 기본적으로는 지역사회통합과 재활이라는 용어로 대표된다. 따라서 본 연구에서는 장애인 돌봄을 재활사업과 서비스 사업, 지역사회복지사업(재활시설) 등에서 돌봄 관련 서비스를 주 대상으로 고려한다. 사실 우리나라에서 장애인 대상의 돌봄(care)의 정책적 개념이 논의되기 시작한 것은 장애인활동지원제도의 도입과 맞물려 시작되었다고 할 수 있다. 특히 장애인활동지원제도의 도입은 노인장기요양제도의 도입 이후 장애 인구를 대상으로 한 요양제도의 도입을 검토하는 과정에서 이루어졌으므로, 일본의 '개호'의 의미를 내포하고 있다고 할 수 있다. 즉, 일본의 '개호'는 질병 및 장애 등으로 인하여 일상생활에 지장이 있을 때 이들의 생활을 수발하는 행위로 해석하여왔다(최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기, 이승준 등, 2013; 황주희, 2015).

전통적으로 장애인의 돌봄에 대한 책임은 가족구성원의 몫으로 인식되어 왔으나 장애인 및 노인에 대한 사회적 책임이 강화되면서 돌봄에 대한 책임은 점차 국가 및 사회의 책임으로 인식되고 있는 추세이다. 따라서 스스로 일상적인 생활을 영위할 수 없는 개인의 독립적인 생활을 가능하게 하는 제반 서비스를 정부가 직접 제공하거나 혹은 제3자를 통하여 제공하도록 하는 사업을 돌봄서비스라 정의할 수 있다(최영준, 김진욱, 주

은수, 전용호, 김동기, 이승준 등, 2013, 재인용). 또한 돌봄 관련 문헌을 살펴보면, 돌봄서비스의 영역은 (1) 신체수발, (2) 가사수발, (3) 활동보조, (4) 정서적 지원 등으로 구분된다(최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기, 이승준 등, 2013 재인용).

따라서 장애인에게 있어 돌봄의 의미는 일상생활에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 이들이 독립적인 생활을 가능하게 하는 제반 활동과 서비스를 돌봄으로 정의하는 것이 일반적이며(최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기, 이승준 등, 2013), 장애인 대상 돌봄서비스는 일상생활에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 이들의 독립적인 생활을 가능하게 하는 신체수발 및 이동지원과 같은 대인서비스, 즉, 장애인활동지원서비스와 주간보호서비스를 들 수 있다.

2015년 장애인복지사업에서 돌봄 관련 대표적 서비스는 장애인활동지원서비스로 장애인활동보조서비스 바우처 사업이며 그 외 발달재활서비스, 언어발달지원서비스, 장애아 가족돌봄서비스, 거주시설서비스, 여성장애인가사도우미서비스, 심부름센터 등이 해당된다.

장애인활동지원서비스는 만 6세 이상~만 65세 미만의 장애인복지법상 등록 3급 장애인까지 신청자격을 가지며, 활동지원 수급자였다가 만 65세 이후에 노인 장기요양보험법에 따른 장기요양급여를 받지 못하게 된 사람으로서 장애 특성 상 활동지원급여가 적절하다고 판단되어 활동지원급여를 희망하는 경우에도 해당된다. 또한 시설 입소, 의료기관 입원 및 교정시설 또는 치료감호시설에 수용 중인 자가 퇴소 또는 퇴원을 앞두고 있어 활동지원이 필요한 경우에도 해당이 되며, 소득수준과 무관하게 신청이 가능하다.

제외 대상은 노인 장기요양보험법에 따른 노인 장기요양 급여를 받는 자 또는 수급자격이 있는 자와 “국민기초생활보장법” 제32조에 따른 보

장시설[4]에 입소한자, “의료법” 제3조에 따른 의료기관에 30일 이상 입원 중인 자, “형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률” 또는 “치료감호법”에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용중인 자, 그 밖에 다른 법령에 따라 활동지원급여와 비슷한 급여를 받고 있는 자 또는 수급자격이 있는 자, 해외동포 및 외국인, 국가유공자 및 보훈대상자이다.[5]

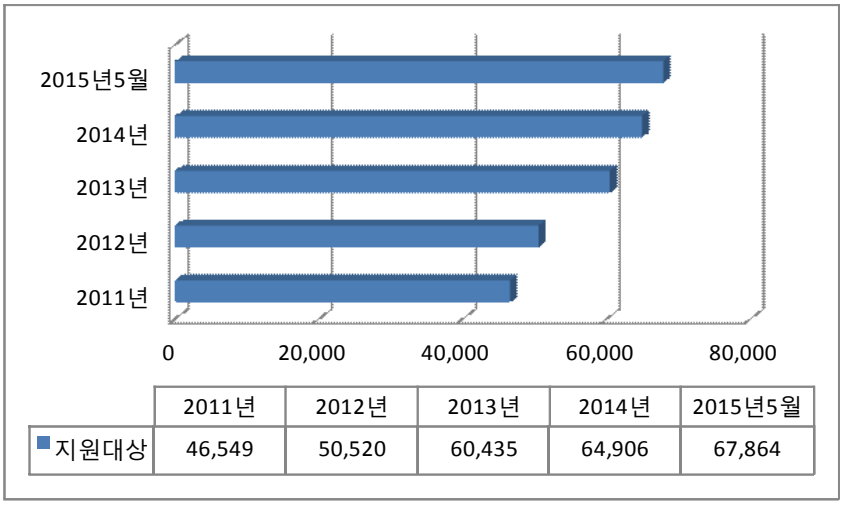
선정기준은 수급자격심의위원회에서 심의, 의결결과 인정점수가 220점 이상인 경우이다. 2015년 현재 장애인활동지원서비스는 장애인복지법상 등록 1~3급 장애인(2015년 6월 1일부터 3급 장애인까지 확대)으로 소득수준에 상관없이 인정점수가 220점 이상이면 이용할 수 있다. 그러나 소득수준에 따라 서비스이용을 위한 본인부담금에 차이가 있으며, 독거, 중증, 출산, 자립준비, 취약가구, 학교 및 직장생활 등에 따라 추가급여를 받을 수 있도록 설계되어 있다(국민연금공단 홈페이지, 2015). 단, 인정점수가 220점 미만인 자가 추가급여 사유[6]가 있는 경우 20점 이내 조정으로 수급자격 인정이 가능하다. 수급자격 유효기간은 2년이며, 연속해서 2회 이상 같은 등급으로 판정되는 사람은 2회부터 유효기간을 3년으로 한다. 등급은 4등급으로 이루어지며 등급에 따라 이용급여 금액이 다르다[7]. 추가급여는 최소 89,000원에서 2,411,000원을 사용할 수 있다. 월 한도액은 834,000원이며, 개인 월 부담금액은 기초수급자는 무료이며, 차상위 계층은 2만원 정액 부과, 차상위 초과계층은 소득수준에 따라 6~15% 부과하며 추가급여에 따라 소득수준의 2~5% 부과된다.

---

4) 공동생활가정, 주간보호시설, 단기거주시설 이용 장애인은 이용기간동안 활동지원급여를 이용할 수 없음
5) 가사간병방문서비스, 장애아가족 양육지원서비스, 노인돌봄서비스, 기타 이에 준하는 재가서비스
6) 1인가구, 취약가구, 출산가구, 학교생활, 직장생활, 자립준비, 나머지 가구 구성원의 직장생활 등
7) 1등급 1,040천원, 2등급 834천원, 3등급 628천원, 4등급 422천원

[그림 2-3] 장애인활동지원제도 수급 대상자 규모의 변화 추이

(단위: 명)



	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년5월
지원대상	46,549	50,520	60,435	64,906	67,864

자료: 보건복지부 내부자료(2014c), 보건복지부 내부자료 (2015h), 재구성.

서비스 내용은 활동보조서비스, 방문목욕, 방문간호이다. 장애인활동보조서비스는 신체활동지원, 가사활동지원, 사회활동지원, 그 밖에 수급자 자녀의 양육 보조(만 6세 이하 등 예외적인 경우에 한함), 생활상의 문제 상담 및 의사소통 도움 등 위에 열거되지 않은 서비스 내용, 기록, 산책, 물품구매, 종교 활동, 복지시설 등의 서비스를 제공할 수 있다.

2014년 현재 장애인활동지원서비스를 제공하고 있는 제공기관은 전국에 848개소가 있으며(사회보장정보원, 2015), 제공기관의 유형은 장애인복지관 21.9%, 장애인단체 20.7%, IL 센터 16.7% 그리고 지역자활센터 14.7%)(2013년 6월 기준) 등으로 다양한 제공기관에 의해 활동지원서비스가 제공되고 있는 것을 알 수 있다(김성희, 변경희, 황주희, 이연희 외, 2013).

활동지원서비스 외에 주간보호 서비스는 장애인주간보호시설에서 제

공되는 서비스로 “일상생활 및 사회생활을 영위하는데 지원이 필요한 장애인에게 낮 시간 동안 재활프로그램 및 교육 등의 기회를 제공하고, 또한 장애인 가족 구성원이 안심하고 사회·경제활동을 영위할 수 있도록” (보건복지부, 2014d, p.129) 제공하는 서비스를 뜻하며, 시설 이용자는 평일 오전 9시부터 오후 6시까지 토요일은 오전 9시부터 오전 12시까지 이용할 수 있다. 2014년 현재 우리나라의 주간보호시설은 총 568개소로 (보건복지부, 2014a), 일반적으로 주간보호시설 당 정원이 15명~20명 수준임을 감안하였을 때, 우리나라 전체 주간보호시설 이용자는 대략 8,520명에서 11,360명 수준으로 추측할 수 있다.

결과적으로 우리나라의 핵심 돌봄서비스 형태로서 활동지원서비스 수급 대상자 수는 2015년 5월 현재 67,864명이고, 2014년 기준 주간보호시설 이용자 수를 시설 수 대비 평균 이용자 수로 생각했을 때 최대 11,360명으로 이용 규모는 전체 79,224명으로 추정할 수 있다. 이는 2014년 실태조사 결과 우리나라의 전체 재가 장애인수를 264만 명으로 하였을 때(김성희, 이연희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 등, 2014), 약 3%에 해당되며, 이를 해석하면 재가 장애 인구의 약 3% 정도만이 돌봄서비스 대상자로 추정된다.

〈표 2-9〉 장애인 활동지원서비스 이용 형태별 대상자 규모

(단위: 명)

돌봄서비스	이용 대상 수
활동지원서비스 수급대상	67,864
주간보호시설 이용자	8,520 ~ 11,360
총합	79,224

여성장애인 가사도우미 지원[8]은 여성장애인의 임신, 출산, 육아 및 가사활동 지원과 관련한 종합적인 서비스를 제공함으로써 여성장애인들의 일상생활지원 및 사회참여 증진을 목적으로 한다. 사업내용은 여성장애인의 임신, 출산 및 산후조리를 위한 도우미를 파견하여 여성장애인의 자녀양육 및 가사활동 지원, 여성장애인의 산전, 산후관리 등 건강관리 등을 제공하는 것이다. 이용대상은 등록 장애인을 원칙으로 하며, 저소득 가정의 등록 여성장애인, 가족 등의 지원 체계가 없는 중증 여성장애인, 임신 및 출산예정 또는 영유아 자녀를 둔 여성장애인, 중증 및 고령의 독거 여성장애인 등을 우선 대상자로 한다.

발달재활서비스[9] 사업은 높은 발달재활서비스 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감하고, 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 인지, 의사소통, 적응행동, 감각·운동 등의 기능향상과 행동발달을 위한 적절한 발달재활서비스 지원 및 정보 제공을 목적으로 한다. 전국가구평균소득 150% 이하 만 18세 미만 등록 장애아동(뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동)에게 매월 14만원~22만원의 발달재활서비스 바우처를 지원한다. 서비스 내용은 언어·청능, 미술·음악·행동·놀이·심리운동·재활심리, 감각·운동 등 발달재활서비스를 제공하고, 장애 조기발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모 상담 서비스를 제공한다. 의료행위인 물리치료와 작업치료 등 의료기관에서 행해지는 의료지원은 불가하다. 서비스단가는 27,500원/1회, 월 8회(주 2회) 실시하는 것을 기준으로 하고 있으며, 시·군·구에서는 제공기관 지정 시 해당지역의 시장가격, 전년도 바우처 가격, 타 지역 가격 등을 고려하여 적정 단가가 설정될 수 있도록 관리하고, 제공기관별 서비스단가 내역을 공고하고 있다.

8) 2015년 장애인복지사업 안내(보건복지부, 2015) 참조
9) 2015년 장애아동가족지원사업 안내(보건복지부, 2015) 참조

언어발달지원서비스[10]는 감각적 장애 부모의 자녀에게 필요한 언어발달지원서비스를 제공하여 아동의 건강한 성장지원 및 장애가족의 자체 역량 강화를 목적으로 한다. 전국가구평균소득 100% 이하 한쪽 부모가 시각·청각·언어·지적·뇌병변·폐성 등록장애인(양쪽 부모가 시각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 등록 장애인의 경우 우선 지원)의 자녀로서 만 10세 미만 비장애아동인 경우 매월 16만원~22만원의 언어재활 등 바우처를 지원한다. 서비스 내용은 언어발달진단서비스, 언어재활, 청능재활 등 언어재활서비스 및 독서지도, 수화지도 등이다.

장애아가족양육지원은 양육자의 상시적인 돌봄 부담으로 장애가 없는 형제자매 등 다른 가족원에게 필요한 가족 기능이 제대로 수행되지 못하는데 따른 가족갈등 등의 문제가 발생하고, 기존 장애인 정책이 장애 당사자의 자립, 생활안정, 사회활동지원을 중심으로 하고 있어 장애아 가족을 위한 지원이 필요하다는 배경 하에, 장애아 가정의 돌봄 부담을 경감하고 그 가족에 대한 지원을 목적으로 하는 사업이다.

이에 장애아동복지지원법 제24조(돌봄 및 일시적 휴식지원 서비스지원)에 근거하여, 장애아동 가족의 일상적인 양육부담을 경감하고 보호자의 정상적인 사회활동을 돕기 위하여 돌봄 및 일시적 휴식지원 서비스를 제공한다. 돌봄서비스의 지원대상은 만18세 미만의 장애인복지법 상 등록 1~3급 장애아와 생계·주거를 같이하는 전국가구평균소득 100% 이하 가정이다. 양육자의 질병, 사회활동 등 일시적 돌봄서비스 필요시 일정한 교육과정을 수료한 돌보미를 파견하여 장애아동 보호 및 휴식을 지원하며, 아동의 가정 또는 돌보미 가정에서 돌봄서비스(장애아동 보호 및 휴식)를 제공한다. 지원범위는 한 아동 당 연 480시간 범위내, 월 80시간 범위 내에서 제공할 수 있다. 휴식지원서비스의 지원대상은 소득기준 상

10) 2015년 장애아동가족지원사업 안내(보건복지부, 2015년) 참조

관없이 만 18세 미만의 모든 장애아 가족으로 돌봄서비스를 받지 않는 가정도 참여가 가능하다. 그러나 돌봄서비스를 받는 가정을 우선 지원하며, 가급적 돌봄서비스 대상가정 50% 이상에 휴식지원프로그램을 제공하도록 하고 있다. 지원내용은 가족관계 회복 및 돌봄노동 분담을 위해 장애아가족 문화·교육프로그램, 휴식 박람회, 가족 캠프 등 휴식지원 프로그램 운영과 돌보미를 통한 장애아가족 상담서비스, 생활지도 등 제공 및 자조모임 결성지원 등을 통해 양육의 어려움 경감, 정보 공유 등이다. 또한, 가족휴식지원 및 가족역량강화 프로그램으로 가족상담(치료) 프로그램, 가족교육프로그램(부모교육, 비장애 형제자매 교육, 가족관계개선 등)을 제공한다.

그 밖에 장애인 돌봄과 관련해서는 장애인 복지지설서비스가 있다. 장애인 돌봄 관련 복지시설은 크게 거주시설, 지역사회재활시설로 나눌 수 있다. 장애인거주시설 서비스는 등록 장애인으로서 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자, 수급권자가 아닌 경우라도 등록 장애인으로 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자, 입양기관 보호 장애아동은 무료로 이용가능하다. 실비이용 대상자는 설 정원의 30% 이내로 소득조건에 관계없이 등록 장애인이면 가능하다. 지원내용은 거주시설 입소 보호, 의식주 제공, 재활서비스, 공동생활가정, 단기보호시설 서비스이다. 장애인지역사회시설은 장애인복지관, 장애인주간보호시설, 장애인심부름 센터 등이 있다.

〈표 2-10〉 주요 장애인 돌봄서비스의 개황

구분	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
장애인 활동지원 서비스	- 활동보조서비스 - 방문목욕 - 방문간호	만 6세 이상~만 65세 미만의 장애인 복지법상 등록 3급 이상 장애인 중 수급자격심의위원회에서 심의, 의결 결과 인정점수가 220점 이상인 경우. 단, 인정점수가 220점 미만인 자가 추가급여 사유[1]가 있는 경우 20점 이내 조정으로 수급자격 인정이 가능	기초수급자 무료 차상위 2만원 정액 차상위 초과계층은 소득수준에 따라 6~15% 부과하며 추가급여에 따라 소득수준의 2~5%부과	보건복지부 장애인서비스과 사회서비스과 지방자치단체 사업등록기관	조세방식+ 본인부담금
여성장애인 가사도우미	여성장애인의 임신, 출산 및 산후조리를 위한 도우미를 파견하여 여성장애인의 자녀양육 및 가사활동 지원, 여성장애인의 산전, 산후관리 등 건강관리 등을 제공	등록장애인 저소득 가정의 등록 여성장애인, 가족 등의 지원체계가 없는 중증 여성장애인, 임신 및 출산예정 또는 영유아 자녀를 둔 여성장애인, 중증 및 고령의 독거 여성장애인 등을 우선 대상자	무료	보건복지부 장애인서비스과 지방자치단체 사업등록기관	조세방식
발달재활 서비스	언어·청능, 미술·음악·행동·놀이·심리운동·재활심리, 감각·운동 등 발달재활서비스를 제공하고, 장애 조기 발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모상담 서비스를 제공	전국가구평균소득 150% 이하 만 18세 미만 등록장애아동(뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동)	기초수급자 무료 차상위 2만원 정액 차상위 초과계층은 소득수준에 따라 6~15% 부과	보건복지부 장애인서비스과 지방자치단체 사업등록기관	조세방식+ 본인부담금
언어발달 지원서비스	언어발달진단서비스, 언어재활, 청능재활 등 언어재활서비스 및 독서지도, 수화지도 등	전국가구평균소득 100% 이하 한쪽 부모가 시각·청각·언어·지적·뇌병변·폐성 등록장애인(양쪽 부모가 시각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 등록장애인인 경우 우선 지원)의 자녀로서 만 10세 미만 비장애아동	기초수급자 무료 차상위 2만원 정액 차상위 초과 전국가구 월평균소득 50% 이하 4만원 전국가구 월평균소득 50% 초과 100% 이하 6만원	보건복지부 장애서비스과 지방자치단체 사업등록기관	조세방식+ 본인부담금

구분	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
장애아가족 양육지원	돌봄서비스	만 18세 미만의 「장애인복지법」상 등록 1~3급 장애아와 생계·주거를 같이 하는 전국가구평균소득 100% 이하 가정	무료	보건복지부 장애인서비스과 지방자치단체	조세방식
	휴식지원서비스	소득기준 상관없이 만18세 미만의 모든 장애아 가족	무료		
장애인복지 시설	거주시설	「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자, 수급권자가 아닌 경우라도 등록장애인으로 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자, 입양기관 보호 장애아동	무료	보건복지부 장애인권익지원과 지방자치단체	
		등록장애인	실비이용대상자 (정원의 30% 이내)		
	지역사회시설	등록장애인	무료	보건복지부 장애인정책과 지방자치단체	조세

주: 1) 1인 가구, 취약가구, 출산가구, 학교생활, 직장생활, 자립준비, 나머지 가구 구성원의 직장생활 등
자료: 2015년 장애인복지사업 안내(보건복지부, 2015), 2015년 장애아동가족지원사업 안내(보건복지부, 2015) 참조하여 재구성.

2) 장애인 돌봄서비스의 성과와 한계

장애인 돌봄서비스와 관련한 연구결과를 살펴보면, 주로 활동지원서비스에 대한 평가가 대부분이다. 그 외 돌봄서비스와 관련된 연구는 매우 제한적이다. 따라서 장애인 돌봄서비스의 대표적 유형이라고 할 수 있는 활동지원서비스를 중심으로 문제점을 논의해 보고자 한다.

장애인 활동지원서비스와 관련해서는 가장 많은 문제점으로 이용자 선정과 관련된 욕구가 적절한지에 대한 부분이다. 활동지원서비스는 등급을 기준으로 우선지원을 한다고 할 때 기존의 장애인복지서비스와 별도의 체계를 가지므로 적절하지 않다는 평가(김성희, 이송희, 2012; 이동영, 2010; 강민희, 김경란, 2013)와 장애유형에 따라 과소평가되는 부분이 있다는 것(이종복, 박선하, 정하선, 2008), 65세 이상의 장애노인은 장기요양서비스를 받도록 하는 것은 서비스 이용에 제한을 가져온다는 평가(전지혜, 2015)이다.

서비스 내용과 관련해서는 요양서비스 위주의 서비스보다는 지역사회 참여 등 서비스를 보충해야 한다는 주장이다(김성희, 이송희, 2012; 전지혜, 2015; 이동영, 2010). 강민희와 김경란(2013)은 장애인 돌봄서비스의 전달체계의 문제점을 분석하면서, 국고지원과의 통합운영체계마련을 제언하였다. 활동보조서비스 외 발달재활서비스와 언어재활서비스의 경우에는 사회서비스 바우처 사업 평가와 관련하여 이용나이 및 기간의 제한 등이 주요 문제점으로 나타났다.

나. 장애인 보건-의료서비스

1) 주요 사업 소개

최근 장애인 대상 보건·의료에 대한 관점은 치료중심에서 예방을 포함한 포괄적 케어로 전환되고 있는 실정이다. 즉, 장애인의 보건·의료적 관점은 시술중심의 의료적 서비스의 제공에 초점을 맞추기보다는 관리중심의 포괄적 건강관리서비스 측면의 접근이 보다 적절할 것이며, 장애특성별 보건·의료 욕구에 맞는 건강 증진 프로그램(기능유지, 이차장애 및 추가적 건강문제 예방)의 활용을 통한 접근이 요구된다(호승희, 전상남, 윤지은, 김정국, 구민주, 김예순 등, 2013). 따라서 본 연구에서 정의하는 보건·의료서비스란 시술중심의 의료적 처치 및 시술을 포함한 관리중심의 포괄적 건강관리서비스를 내포하는 광의의 개념으로 정의하고자 한다.

일반적으로 사람들의 '건강' 상태를 결정짓는 요소는 광범위하며, 여기에는 개인적 요소, 생활환경과 근로환경, 사회경제적, 문화적, 환경적 여건 및 보건의료서비스에 대한 접근성 등이 포함하고 있다. 장애인은 일차장애로 인한 이차 장애의 발생 위험을 가지고 있으며, 노화와 관련된 건강문제에 대한 높은 취약성, 건강을 위협하는 행동의 증가, 폭력에 노출되는 위험도, 의도치 않는 부상을 입게 될 위험 등 다양한 건강 위험 요인을 가지고 있는 것으로 보고되고 있다.

그러나 2011년 WHO에서 발표한 「World Report on Disability」 결과, 장애인은 보건·의료서비스 높은 이용 욕구에도 불구하고, 여러 가지 제한으로 비장애인에 비해 보건·의료서비스의 미충족률 또한 높다고 보고하고 있다. 즉, 장애인은 비장애인에 비해 입원 및 외래진료를 더 많이 필요로 하고 저소득국가에 비해 고소득 국가의 장애인이 진료를 요구하

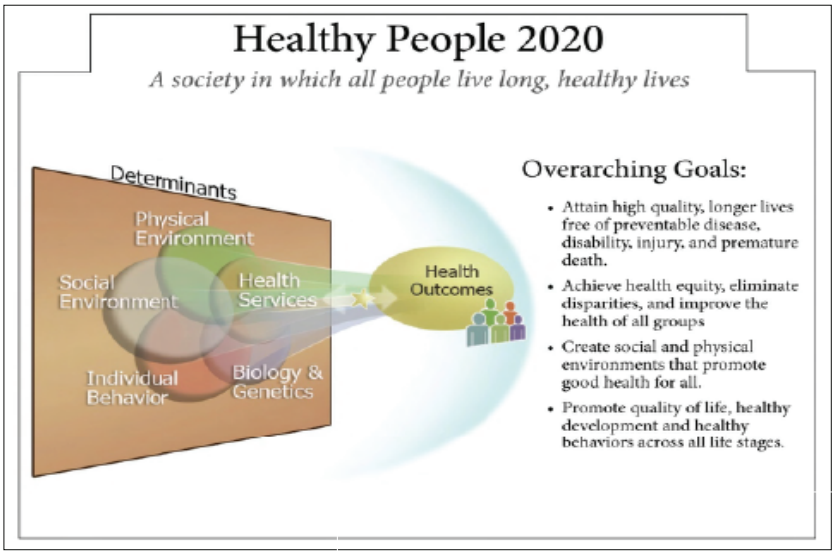
는 비율이 높으나, 장애인의 경우 성별 및 연령대와 관계없이 비장애인에 비해 필요한 진료를 받지 못하고 있어 이들의 건강형평성에 대한 이슈가 부각되고 있는 실정이다(WHO, 2011).

미국의 국민건강계획인 'Healthy People 2020'에서는 건강결정요인에 대한 개념을 설명하고 있는데, 첫 번째 결정요인으로 건강관련 정책수립 여부를 들고 있다. 즉, 건강관련 정책은 개인 및 인구집단의 건강에 영향을 미치는 주요요인을 줄임으로써(예를 들어, 담뱃값 인상정책을 통해 흡연자를 줄임으로써) 국민의 건강을 개선시킬 수 있다고 설명한다. 두 번째 건강결정요인으로는 교육, 고용, 소득, 사회적지지, 교육의 질, 안전, 차별, 폭력의 노출 등의 사회적 요인들을 통해 국민의 건강을 개선시킬 수 있다고 설명한다. 세 번째 요인으로는 자연환경, 주거, 직장환경, 특히, 장애를 가진 사람에게 중요한 물리적 장벽 등 환경적 요인을 제거함으로써 국민의 건강을 개선시킬 수 있다고 설명한다. 즉, 병원 및 보건서비스 이용을 위한 접근성이 보장되지 못한다면 장애인의 건강은 개선되기 힘들다.

네 번째 요인으로는 건강서비스 요인을 들 수 있다. 즉, 건강서비스의 접근성과 질 모두는 특정대상 및 국민의 건강에 중대한 영향을 미친다는 뜻이다. 예를 들어, 건강보험을 가지지 못하였거나, 의료적 치료에 대한 지연, 예방 (건강)서비스에 대한 참여제한 등이 있는 경우, 이러한 요인들은 해당 개인의 건강수준에 많은 영향을 미칠 수밖에 없다. 다섯째 건강결정 요인으로는 개인행동요인을 들 수 있다. 개인행동요인은 영양, 신체활동, 음주, 흡연, 약물복용 등이 포함되며, 개인행동 변화를 위해 많은 건강관리 중재를 통하여 개인의 건강수준을 향상시킬 수 있다. 예를 들어, 음주, 흡연 및 약물복용과 같은 개인행동의 변화는 만성질환 유병률을 줄일 수 있다. 마지막으로 건강수준에 영향을 미치는 요인으로는 성,

연령, 유전적 요인, 가족력 등과 같은 생물학적 요인을 들 수 있다(그림 2-4 참조). 이러한 요인들은 개별적으로 작용하지 않으며, 서로 상호작용을 하므로 다양한 건강결정요인들 고려한 다양한 중재를 시도하여야만 국민의 건강을 증진시킬 수 있다.

〔그림 2-4〕 Healthy People 2020의 개념적 틀



자료: Office of disease prevention and health promotion(2015).

따라서 Healthy People 2020의 개념적 틀을 통해 장애인의 건강 증진을 위한 보건·의료 서비스 내용들을 고민하면 다음과 같다.

첫째, 장애인 건강관련 정책의 수립이 필요하며,

둘째, 장애인의 일상생활을 지원해 줄 수 있는 돌봄 서비스나 가족의지지, 사회적 지지를 통한 안전이 함께 고려되어야 하다.

셋째, 병원이나 복지관과 같은 지역사회 기관들을 이용할 수 있는 접근성이 고려되어야 한다.

넷째, 건강검진 수검률과 재활서비스 수혜율의 증진을 위한 다양한 서비스 내용이 필요하다.

마지막으로 장애를 입은 개인이 장애발생, 치료, 재활의 과정들이 연계되고, 장애인의 건강행태를 개선시킬 수 있는 서비스가 제공될 수 있도록 체계적이고 지속적인 보건·의료서비스 전달체계가 필요하다. 그러나 장애인특성상 보건·의료서비스 제공을 위한 여건이 마련된다고 하더라도 돌봄이나 이동지원과 같은 복지서비스와의 통합적인 접근 없이는 보건·의료서비스가 장애인에게 이르지 못하는 경우가 발생할 수 있기 때문에 다학제적인 통합적인 접근, 즉, 보건·복지 연계 및 통합의 노력이 함께 수반되어야 할 것이다(김윤, 이진용, 이범석, 김완호, 이진석, 문남주 등, 2005).

이러한 배경 하에서 현행 장애인 대상 보건·의료서비스는 크게 (1) 민간의료기관 등의 재활치료기관에서 제공하는 물리치료나 작업치료와 같은 재활의료서비스가 있고, (2) 정부나 지자체에서는 소득이 낮은 장애인을 대상으로 진단비와 검사비 그리고 의료비 일부를 지원하거나 장애아동을 대상으로 재활치료를 지원하고 있는 사업이 있으며, (3) 민간의료기관 외에 장애인복지관 등에서 제공되고 있는 의료재활 사업과 현재 보건소를 중심으로 제공되고 있는 (4) 지역사회중심재활(CBR) 사업, 그리고 (5) 국립재활원에서 시행하고 있는 장애인건강증진 사업과 (6) 국립재활원 병원기반 사회복귀 지원 사업 등이 있다.

특히 정부와 지방자치단체에서는 장애인을 대상으로 건강보험 이외에 추가적인 의료비 지원을 실시하고 있는데, 정부나 지자체에서는 장애인의 경우, 건강보험 외에 추가적인 의료비 지원을 하고 있는데, 이는 1989년 장애인복지법의 제정에 근거하여 의료비의 부담이 곤란하다고 인정되는 장애인에 대하여 장애정도와 경제적 부담능력 등을 고려하여 지원하도록 되어 있다(김용득, 양숙미, 이승기, 김완호, 남세현, 안성준 등,

2013). 따라서 장애인 의료비 지원 및 검사비 등의 지원은 일부 장애인의 소득수준을 고려하여 제공되고 있으며, 일부 치료서비스가 존재하는데 이는 장애아동을 대상으로 제공되고 있는 발달재활사업과 언어재활사업으로 현재 장애유형과 소득수준을 기준으로 제공되고 있다. 이 외에도 여성장애인 출산비용 지원, 장애인 보조기구 교부사업 등이 장애인 대상 보건·의료 사업으로 분류할 수 있다[11]. 따라서 정부에서 제공하고 있는 장애인 대상 의료 및 재활 지원 사업은 거의 대부분 취약 계층을 대상으로 하는 것으로 장애인 등록을 위한 진단비 및 검사비, 그리고 의료비를 일부 지원하거나, 아동 등 일부계층을 대상으로 하는 재활치료 지원(발달재활사업) 등이다. 각 사업의 대상과 지원내용 그리고 공급규모는 〈표 2-11〉과 같다.

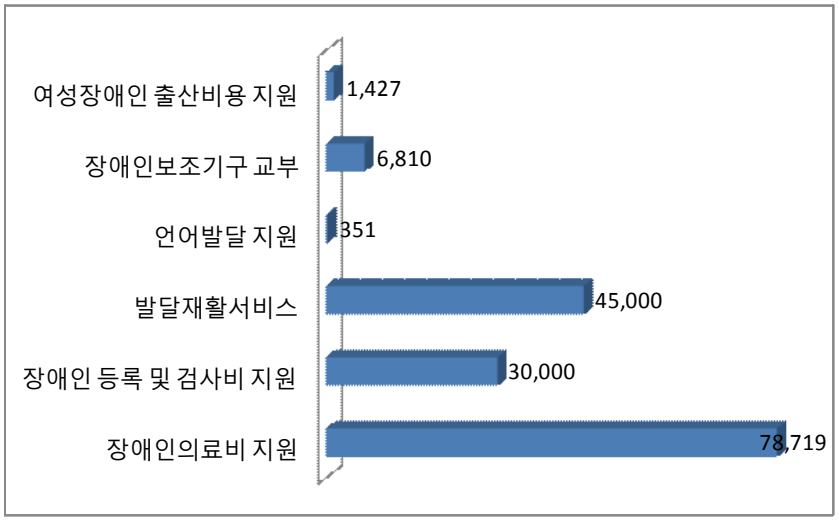
2014년 12월 기준으로 약 78,719명의 장애인이 의료비 지원을 받았고, 장애인 등록비 및 검사비 지원은 매년 30,000명의 장애인에게 지원할 수 있도록 되어 있다(보건복지부, 2014f). 또한 발달재활서비스 대상 규모는 매년 약 45,000명에 달하며, 언어발달지원은 351명, 장애인보조기구 교부는 6,810명, 여성장애인출산비용 지원은 1,427 정도 수준이다(보건복지부, 2014f; 보건복지부 2014e). 따라서 정부에서 제공하고 있는 장애인대상 의료 및 재활사업의 총 공급 규모를 추정해 보면 매년 약 162,307명의 장애인이 정부에서 제공하고 있는 장애인 대상 의료 및 재

11) 이 외에도 장애인대상은 아니지만 건강보험대상자를 대상으로 희귀난치성 질환자 의료비 지원사업이 있으며, 저소득 가정의 10세 미만 청각장애아동을 위한 인공와우 수술비 지원사업 등이 있으나. 희귀난치성 질환자 의료비 지원사업은 장애인을 대상으로 하는 사업이라기 보다는 2013년 기준 총 134개 희귀난치성 대상질환을 가진 자 중 의료급여 2종 또는 일정기준을 만족하는 저소득 건강보험 가입자를 대상으로 의료비 중 요양급여에 해당하는 본인부담금을 지원하는 사업이다(김용득 외, 2013). 그러나 본 사업은 장애인을 대상으로 한 사업이라고 보기에 한계가 있어 본 연구의 장애인대상 보건·의료서비스에서 제외하였고, 인공와우 수술비 지원 사업은 만 15세 상 아동의 인공와우 수술비를 건강보험에서 적용받을 수 있도록 확대한 사업이므로 본 연구에서 제외하였다.

활사업의 대상자가 된다.[12] 이는 2014년 실태조사 결과 우리나라의 전체 재가 장애인수를 264만 명으로 하였을 때(김성희, 이연희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 등, 2014), 전체 재가 장애인 중 약 6.1% 수준에 머무는 것이다. 즉, 정부에서 제공하고 있는 장애인 대상 의료·재활 지원은 재가 장애인 중에서도 저소득 장애인을 위한 의료비감면이나 검사비 지원 등의 명복으로 사업이 진행되고 있고, 장애인의 건강관리를 위한 통합적인 지원 사업은 이루어지지 못하고 있음을 알 수 있다.

[그림 2-5] 정부 장애인 대상 재활의료 사업 공급 규모

(단위: 명)



자료: 보건복지부(2014f).

12) 이 외에도 건강보험 지역가입자의 보험료 경감 사업과, 건강보험급여 적용에 따른 보장구 지급 사업이 있으나, 보장구 관련 사업은 본 연구 내용에서 제외하였고, 지역가입자의 보험료 경감사업은 정보접근에 제한이 있어 본 연구에서는 제외하였다.

〈표 2-11〉 장애인 대상 공공부문 의료 및 재활 지원 관련 주요 사업 개황

사업명	지원 대상	지원 내용	공급 규모
장애인 의료비 지원	- 의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 등록장애인 - 건강보험의 차상위 본인부담 경감 대상자인 등록장애인 (만성질환 및 18세미만 장애인)	- 1차 의료급여기관 진료 • 본인부담금 1,500원 중 750원 지원(원내 직접 조제) • 본인부담금 1,000원 중 750원 지원(그외의 경우) - 2차, 3차 의료급여기관 진료 • 의료(요양)급여수가적용 본인부담진료비 15%(차상위 14%, 암환자 5%, 입원 10% 등) 전액을 지원하되 본인부담금 식대는 지원하지 않음 • 의료(요양)급여 적용 보장구 구입 시 기준액 범위 내에서 본인부담금(15%) 전액 (차상위 본인부담 경감대상 포함)	78,719명 ('14년 12월 기준)
장애인 등록진단비 지급	- 국민기초생활보장법상의 수급자로서 신규 등록 장애인 및 재판정 시기가 도래한 장애인	- 진단서 발급 비용 지원 - 지적장애 및 자폐성장애: 4만원 - 기타 일반장애: 1만 5천원 ※ 장애판정을 위한 검사비용은 본인 부담	30,000명 ('15년 예산서 기준, 등록진단비 검사비 합산)
장애 검사비 지원	- 기존 등록장애인 중 장애인연금, 활동지원 및 중증장애아동수당 신청 등으로 재진단을 받아야 하는 기초생활수급자 및 차상위계층인 자 - 행정청 직권으로 재진단을 받는 자	- 기초생활수급자: 소요비용이 5만원 이상 초과금액 중 최대 10만원 범위 내에서 지원 - 차상위계층: 소요비용이 10만원 이상 초과금액 중 최대 10만원 범위 내에서 지원 - 직권 재진단 대상: 소요비용과 관계없이 10만원 이하의 범위 내에서 지원	
발달 재활 서비스	- 연령기준: 만 18세 미만 장애아동 - 장애유형: 뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동 - 소득기준: 전국가구평균소득 150% 이하 - 기타요건: 장애인복지법상 등록장애아동	- 매월 14만원~22만원의 재활치료 바우처 지원 - 언어·청능, 미술·음악, 행동·놀이, 심리, 감각·운동 등 발달재활서비스 선택하여 이용	45,000명 ('15년 예산서 기준)

사업명	지원 대상	지원 내용	공급 규모
	(다만, 등록이 안된 만 6세 미만 아동은 의사진단서(검사자료 포함)로 대체 가능)		
언어발달 지원	- 연령기준: 만 10세 미만 비장애아동(양쪽 부모가 시각·청각·언어·지적·뇌병변 자폐성 등록장애인) - 소득기준: 전국가구평균소득 100% 이하	- 매월 16만원~22만원의 언어재활 등 바우처 지원 - 언어발달진단서비스, 언어재활·청능재활 등 언어재활서비스, 독서지도, 수화지도 ※ '논술지도', '학습지도' 등 교과목 수업불가, 학습지를 이용한 지도 불가	351명 ('15년 예산서 기준): 379명 ('14년 실인원)
장애인 보조기구 교부	- 등록장애인 중 국민기초생활보장법상의 수급자 및 차상위계층	- 품목 • (1~2급 지체·뇌병변·심장장애인) 욕창방지용 방석 및 커버, 와상용 욕창예방 보조기구, 목욕의자 • (시각장애인) 음성유도장치, 음성시계, 영상확대 비디오(독서확대기), 인쇄물 음성변환 출력기, 녹음 및 재상장치 • (청각장애인)시각신호표시기, 진동시계, 헤드폰(청취증폭기) • (뇌병변장애인, 근육병 등 지체장애인 1,2급)양팔 조작형 보행용 보조기구, 기립훈련기, 음식 및 음료 섭취용 보조기구 5종	6,810명 ('14년 실인원)
여성장애인 출산비용 지원	- 장애등급 1~6급으로 등록한 여성장애인 중 출산한 여성장애인 (2015년 1월 1일 이후 출산한 경우, 임신기간 4개월 이상 태아 유산·사산의 경우 포함)	- 출산(유산, 사산포함) 태아 1인 기준: 1백만원 지급	1,427명 ('15년 예산서 기준) 610명(실인원) '15년부터 1~3급에서 1~6급으로 대상 확대

출처: 보건복지부 홈페이지 및 보건복지부(2014f) 내부 자료를 활용하여 정리함.

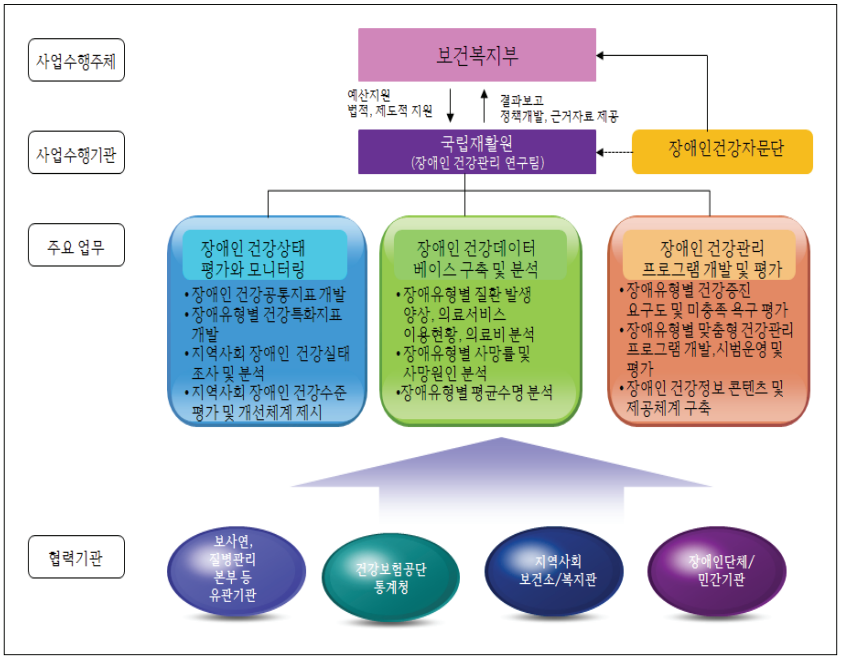
장애인 관련 보건서비스는 장애인지역사회재활서비스(Community-Based Rehabilitation: CBR)가 대표적이다.[13] 지역사회중심재활이란 일차 의료를 포함한 각 수준에서의 보건 프로그램에 장애의 예방과 재활을 통합하기 위한 World Health Assembly의 권고안에 대한 대응으로 1981년 WHO가 개발한 새로운 접근전략을 총괄한다. 당시 WHO 재활전문위원회는 "장애인의 재활성취를 위하여 지역사회의 자원 즉, 장애인 자신과 그 가족 및 전 지역사회를 가동 활용하기 위하여 지역사회 수준에서 채택되어진 모든 방법"으로 정의하였다. 이에 따라 우리나라에서는 보건소를 중심으로 지역사회의 자원을 최대한 활용한 재활서비스 체계를 구축하기 위하여 1995년 2개 지역에서 시범사업이 시작되었고, 2000년 전국 16개 지역 에서 거점보건소를 선정하여 국비(건강증진기금) 50%, 지방비 50%를 지원하여 사업을 추진하고 있다.

한편, 장애인 건강관리 사업은 장애인권리협약 제25조에서 '건강'조항을 통해 강조되고 있으며, Health Plan 2020(안) 및 제4차 장애인 정책발전 5개년 계획을 통해 장애인 건강향상을 위한 정책목표를 수립·추진하고 있다. 보건복지부와 국립재활원은 2012년도부터 장애인의 사회적 부담 완화, 장애인과 가족의 삶의 질 개선, 건강수명 향상을 위해 장애인 건강관리사업을 시작하였다. 장애인 건강관리사업은 근거에 기반 한 건강관리 서비스 개발과 제공, 차별 없이 일차 보건의료에 통합되는 장애인 건강, 비장애인과 동등한 수준의 건강수준 향상(국립재활원 홈페이지, 2015)을 목적으로 운영되고 있다. 따라서 국립재활원과 보건복지부는 장애인의 건강권 보장을 위해 지속적으로 이들의 건강상태와 위험요인 및 건강증진 욕구를 파악하고, 장애유형 및 특성별 맞춤형 건강관리 프로그램을 개발·실시하고 있다(호승희, 전상남, 윤지은, 김정국, 구민주, 김예순

13) 2015년 장애인복지사업 안내(보건복지부, 2015k) 참조

등, 2013). 현재 이 같은 장애인 건강관리사업은 장애인의 건강 욕구 및 필요성 등을 고려하여 (1) 장애인 건강 모니터링, (2) 장애인 건강데이터베이스 구축 및 분석, 그리고 (3) 장애인 건강증진 프로그램 개발/평가 및 보급 등 총 3개의 사업 분야로 나누어 수행되고 있다(국립재활원 홈페이지, 2015).

[그림 2-6] 장애인 건강관리사업 수행체계의 구성



자료: 국립재활원 홈페이지 (2015).

장애인 건강관리 사업의 구체적 내용을 살펴보면, 첫째 장애인의 건강상태평가와 모니터링을 위해 장애인 건강 지표 및 특화 지표를 개발하고, 지속적인 장애인 건강 모니터링 방안을 연구하고 있으며, 이를 위하여 장애인 건강정보센터를 운영하고 있다. 둘째 장애인 건강데이터베이스 구

축 및 분석을 위해 국립재활원에서 장애인 만성질환 위험요인을 파악하고, 연도별 장애인 만성질환 유병률 및 의료이용 현황 추이분석 등을 실시하고 있다(호승희, 전상남, 윤지은, 김정국, 구민주, 김예순 등, 2013). 셋째 장애인 건강증진프로그램을 개발·보급하기 위해서 건강증진요구도 및 미충족 욕구를 평가하고, 장애유형별 맞춤형 건강증진 프로그램을 확대 개발 및 보급하기 위해 현재까지 지체장애인의 맞춤형 체중관리 프로그램, 뇌병변장애인의 맞춤형 건강증진 프로그램, 시각장애인을 위한 맞춤형 건강증진 프로그램 등이 개발되었으며, 향후 장애인 건강검진 매뉴얼을 개발하고 장애인 다빈도 질환을 관리할 수 있는 체계를 구축하는 등 장애인을 위한 맞춤형 보건의료서비스 제공체계 강화를 위하여 노력하고 있다(호승희, 전상남, 윤지은, 김정국, 구민주, 김예순 등, 2013).

한편 장애인 관련 의료서비스는 장애인의료시설 운영[14]과 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 등이 있다. 이밖에 재활의료서비스는 장애를 가진 환자의 전인적인 회복과 재활을 위하여 제공되는 서비스로 여러 가지 의학적 시술과 투약, 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 인지 및 심리치료, 사회사업상담, 의지보조기 장착 등을 포함하는 다양한 분야의 협동적인 서비스를 뜻한다고 정의하고 있어 본 연구에서는 장애인 대상 재활의료서비스로 발달재활, 언어치료 서비스 그리고 물리치료와 작업치료 등이 있다.

정부는 장애인을 위한 의료재활사업을 효율적으로 수행하기 위하여 사회복지법인 등 비영리법인 부설 의료재활시설(이하 "재활병·의원"이라 한다)을 운영한다.[15] 주요사업으로는 입원 및 통원, 낮 병원을 통한 장애인 진료, 장애의 진단 및 포괄적이고 전문적인 재활치료, 장애인에 대한 의료재활상담, 장애인의 기타 질환에 대한 진단 및 치료, 장애인보조기구의

14) 2015년 장애인복지시설 사업안내(보건복지부, 2015) 참조
15) 의원은 의료법 개정 이전('09.1.30) 개설·신고된 시설에 한함

제작, 판매, 검수 및 수리, 장애인 재활 및 재발 방지에 관한 교육, 장애인 등록을 위한 진단 등이다. 진료비 징수는 국민건강보험법 등 관계법령에 의한 요양급여 수가를 기준으로 적용하며, 의료급여대상 장애인에 대하여는 재가환자에 한하여 의료급여수가를 기준하여 징수하고, 그 징수는 의료급여진료비 청구절차에 의하여 징수한다. 재활병·의원 진료비 수입금은 반드시 수입과 지출예산에 편성하고 그에 따라 집행하여야 하며, 해당 재활병·의원의 운영비로만 사용하여야 한다. 운영비는 해당년도 예산범위 내에서 지방비보조금 외에 자체수입으로 충당한다.

다시 말해 재활의료서비스가 제공되는 기관은 재활의학과가 설치된 종합전문병원과 종합전문요양기관, 재활전문병원 등이다. 재활의학과에서 담당하는 재활영역은 대부분 지체장애와 뇌병변장애를 대상으로 하며, 재활의료서비스의 공급은 의료서비스를 확충하고 접근성을 강화하는 의료자원 측면의 거시 정책을 의미한다. 1997년 1차 계획 당시 종합병원에 재활의학과 설치 의무화, 지방공사의료원 재활의학과 설치 등을 목표로 하였으며 2013년 6월 기준 현재 상급종합병원에 179명, 종합병원 223명, 병원 306명, 요양병원 342명, 의원 356명 등 전체 1,485명의 재활의학과 전문의가 배치되어 있다.

현재 의료법상에서 재활병원을 규정하고 있지는 않지만, 보건복지부의 전문병원제도 운영에 따른 재활전문병원(10곳), 산재보험의 재활기관인증제도에 따른 산재재활전문병원(34곳), 보건복지부에서 지정한 권역재활병원(6곳), 국토교통부에서 운영하고 있는 교통재활병원(1곳)으로 구분할 수 있다. 이처럼 장애인 대상의 재활의료서비스 공급은 상급종합요양기관, 종합병원, 병원, 요양병원 등 다양한 의료기관에서 이루어지고 있으며, 장애인만을 대상으로 한 특화된 보건·의료서비스를 제공하는 의료기관은 아직 존재하지 않는다.

〈표 2-12〉 장애인 대상 재활전문병원 현황

구분	병원명	지정주체
재활전문병원 (10)	국립재활원재활병원, 서울재활병원, 파크사이드재활의학병원, 남산병원, 브래덤기념병원, 유성웰니스요양병원, 카이저병원, 러스크분당병원, 행복한병원, 늘봄재활요양병원	보건복지부
산재재활 전문병원 (34)	서울재활병원, 한전병원, 카이저병원, 근로복지공단 동해병원, 근로복지공단 태백병원, 파크사이드 재활의학병원, 큰솔병원, 학교법인 동의병원, 세민병원, 근로복지공단 창원병원, 양산부산대병원, 내원마하 재활병원, 계명대학교 동산병원, 근로복지공단 대구병원, 순천향대 구미병원, 인하대학교병원, 동국대학교 일산불교병원, 순천향대 부천병원, 분당제생병원, 러스크분당병원, 근로복지공단 안산병원, 한림대성심병원, 근로복지공단 인천병원, 광주희망병원, 전남대학교병원, 조선대학교병원, 목포기독병원, 근로복지공단 순천병원, 원광대학교병원, 전북대학교병원, 전주예수병원, 제주한라병원, 근로복지공단 대전병원, 충남대학교병원	근로복지공단
권역재활병원 (6)	경인권역재활병원, 강원권역재활병원, 대전충청권역의료재활센터, 호남권역재활병원, 영남권역재활병원, 제주권역재활병원	보건복지부
교통재활병원 (1)	국립교통재활병원	국토교통부

자료: 보건복지부 홈페이지 및 근로복지공단 홈페이지(2015). 재구성

한편, 청각장애인 인공달팽이관 수술지원은 장애인복지법 제16조(의료재활 치료)에 근거하여 저소득 청각장애인에게 인공달팽이관 이식 수술비 등의 지원을 통해 정상적인 언어생활을 하도록 하고, 장애인 가정의 의료비 부담 경감을 통해 장애인의 안정적인 생활을 도모하고자 하는 목적을 가진다. 지원내용은 수술에 소요되는 비용과 매핑치료비, 언어 및 청능 훈련 등 재활치료비 등이다. 지원대상은 국민기초생활보장수급자 및 차상위계층으로 시설, 재가 청각장애인 중 수술적격자이다.

〈표 2-13〉 주요 장애인 대상 보건의료서비스 개황

구분	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
장애인 지역사회 재활서비스	방문재활 등 재활치료사업, 건강증진사업, 역량강화(교육 등)활동, 장애인 가족지지 및 참여, 환경 개선을 위한 지역사회 참여 및 역량강화 활동, 병원에서 퇴원하는 대상자의 사회복귀지원 연계, 지역사회재활협의체 구축(공공재활의료사업과의 네트워크 구성 등, 필수사항) 등	- 재가장애인 중 건강관리, 재활훈련 등의 서비스를 지속적으로 필요한 자, 재가장애인 중 2차 장애예방 및 안전관리가 필요한자, 고령, 만성질환 등으로 인해 지속적 재활관리가 필요한 자 - 우선순위는 거동이 불편하여 방문재활이 필요한 1~3등급 중증 재가장애인이며, 병의원 등 지역사회 관련기관에서 퇴원하여 지속적 재활이 필요한 장애인임.	무료	보건복지부 장애인권익지원과 지방자치단체 보건소	조세방식
장애인의료 시설운영	- 입원 및 통원, 낮 병원을 통한 장애인 진료 - 장애의 진단 및 포괄적이고 전문적인 재활치료 - 장애인에 대한 의료재활상담 - 장애인의 기타 질환에 대한 진단 및 치료 - 장애인보조기구의 제작, 판매, 검수 및 수리 - 장애인 재활 및 재발 방지에 관한 교육 - 장애인 등록을 위한 진단	(잠재적) 장애인	- 의료급여 환자 무료 - 일반장애인 본인부담금	보건복지부 장애인정책과 보건의료정책과 공공의료과 지방자치단체 비영리법인 부설 의료재활시설(재활병의원)	조세방식

구분	주요서비스	대상	이용자 비용부담	주관부서/기관	재원
청각장애인 인공달팽이관 수술지원	수술에 소요되는 비용과 매핑치료비, 언어 및 청능 훈련 등 재활치료비 등 지원	국민기초생활보장수급자 및 차상위계층으로 시설, 재가 청각장애인 중 수술적격자이다.	무료	보건복지부 장애인정책과 지방자치단체	조세방식

주: 2015년 장애인복지사업 안내(보건복지부, 2015), 2015년 장애인복지시설사업안내(보건복지부, 2015)를 참조하여 재구성.

2) 장애인 보건·의료서비스의 성과와 한계

장애인의 보건의료서비스와 관련된 연구는 극히 제한적이다. 다만 변경희, 정무성, 고관철, 김동기, 나운환, 이거우 등(2008)의 연구에 따르면, 「장애인복지법」상 우리나라 장애인복지관의 운영 목적은 장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 장애에 대한 사회적 인식개선사업을 수행하는 시설(p.30)로서 규정되어 있다. 즉, 장애인복지관의 역할은 장애인에 대한 서비스는 물론 장애발생 예방과 지역 장애인의 문제 및 욕구 해소를 위하여 지역사회자원을 개발·활용하고, 이에 대한 조사, 연구, 인식개선 사업 등을 실시하는 것을 포함하고 있다. 특히, 장애인복지관은 지역사회에 기반을 둔 재활서비스 제공에 있어 핵심적인 역할을 담당하고 있다(김용득, 2000b).

장애인복지관에서 수행하고 다양한 사업 중 특히 의료재활사업의 경우, 장애인복지관의 의료재활 부서에 의해 수행되고 있으며, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등이 소속되어 있으며, 2015년 현재 서울장애인종합복지관의 의료재활 프로그램은 의료진단 및 처방, 성인그룹, 학령기 아동의 물리치료, 학령기 아동의 수중 물리치료, 집단 영유아 스누젤렌 감각운동치료, 작업치료, 감각통합치료, 개별 스누젤렌 치료(심리안정 및 감각반응 촉진 치료) 등으로 구성되어 있다(서울장애인종합복지관 홈페이지, 2015).

2013년 12월 현재 전국의 장애인복지관은 총 204개소가 있으며, 유형별로 살펴보면 종합복지관이 161개소, 지체/뇌병변장애인 복지관이 7개소, 지적/발달장애인 복지관이 8개소, 시각장애인복지관이 14개소, 청각/언어장애인복지관이 5개소가 있다(임종한, 김슬기, 김주경, 박종혁

외, 2014, 재인용). 2013년 한 해 동안 장애인복지관의 의료재활서비스를 이용한 이용자 통계를 살펴보면, 실인원을 기준으로 물리치료 30,080명, 언어치료 25,305명, 작업치료 14,122명, 수중운동치료 7,413, 기타 사업 46,462명으로 나타났다(임종한, 김슬기, 김주경, 박종혁 외, 2014, 재인용)

장애인은 이동 능력의 제한, 질병취약성, 경제적 어려움, 심리적 후유증 등을 특징으로 하며 경제, 의료, 교육, 고용, 물리적 환경, 심리사회, 문화 등의 영역에서 복합적 욕구를 가지고 있는 대상이다. 장애인보건복지서비스와 관련해서는 장애인의 복합적 욕구를 충족시키기 위해 보건-복지분야에서 전문영역 간의 협력적 서비스가 제공되어야 한다는 목소리가 있지만(홍현숙, 김완호, 유소연, 박선주, 임현정, 2010), 현재 장애인 지원체계는 보건과 복지 분야가 각각 파편화되어 있어 이들의 복합적 욕구충족은 매우 어려운 실정이다(김만호, 최영신, 2008).

한편, 김창오와 박철우(2011)는 보건소 지역사회중심재활(Community Based Rehabilitation, CBR)사업이 장애인 보건복지 영역에서 시도된 통합적 관리모형으로 재정과 행정영역이 아닌 서비스 제공에서의 통합모형에 속한다고 평가한 바 있다. 즉, 지역사회중심재활(CBR)사업은 장애인과 장애인가족 그리고 지역사회를 기초로 하여 지역사회의 인적·물적 자원을 활용하여 장애인의 재활과 사회통합을 위한 지속적인 재활서비스 체계를 구축하는 것을 뜻한다(김용득, 양숙미, 이승기, 김완호, 남세현, 안성준 등, 2013). 앞서 우리나라의 보건·복지 연계 및 통합 사례에서 살펴보았듯이, 초기 지역사회중심재활(CBR)은 자립생활패러다임의 기본모형인 사회적 모형에 기초하여 장애인의 복합적이고 포괄적인 욕구에 대응하기 위한 다양한 공급주체간의 통합을 통해 장애인의 역량을 증대시키고 이들의 삶의 질을 증진시킬 수 있도록 장애인의 일상생활 지원 및

의료, 교육, 훈련, 자립생활의 지원 등 종합적인 서비스 지원의 필요에 의해 등장하였다(김만호, 최영신, 2008).

따라서 지역사회중심재활사업은 보건의료 영역에서 추진한 모형임에도 불구하고 기본적으로 사회적 모델을 채택하였고, 지역사회조직화를 자원동원 전략으로 활용하였으며, 지역적 특성을 반영한 재활서비스 전달체계의 구축을 시도했다는 점에서 긍정적 평가를 받고 있다. 그러나 사업의 활성화 정도가 지역에 따라 편차가 큰 편이며, 여전히 기능훈련, 물리치료 등 의료재활 서비스가 중심이 되고 있으며, 서비스의 수준도 일회적이거나 지속성이 결여되며 연계 및 협력체계도 매우 저조하며, 대상자 선정도 신체적 장애인과 저소득층에 한정되어 있다는 지적이 많다(김만호, 최영신, 2008; 홍현숙, 김완호, 유소연, 박선주, 임현정, 2010). 특히 김창오, 박철우(2011)은 정부주도형 사업이 가지는 기본적 한계로 지역사회중심재활사업이 사회통합을 강조하는 장애인의 자립생활 관점에서는 많은 한계가 있으며, 사업의 주체로서 장애인의 참여와 결정권이 보장되어있지 못하고 있다고 평가하였다.

제2절 돌봄, 보건, 의료서비스 연계·통합에 관한 논의

1. 돌봄, 보건, 의료서비스의 연계·통합에 관한 연구

본 절에서는 돌봄과 보건, 의료서비스 제공이 수요자 욕구의 측면에서 어느 정도 연계되고 있는지를 살펴보고자 한다. 그간 복지와 보건, 의료서비스의 연계에 대해서는 대상별, 서비스별 연구가 수행되어 왔다.

관련 연구를 살펴보면, 먼저 복지서비스 이용자와 의료서비스 이용자가 적절히 연계되고 있지 못하다는 평가이다. 서울시립북부병원 내부자

료(2013)에 의하면, 복지업무 중 의료적 개입 발생비율이 79.9%로 나타났으나, 이에 대한 의료적 지원이 필요한 대상자 중 해결되지 못한 비율은 63.4%였으며, 의료적 개입이 필요한 경우 이용 가능한 자원이나 기관은 65.7%의 실무자들이 부족하다고 응답하였다. 의료사각지대 해소를 위해 공공의료기관과 복지기관과의 연계체계 혹은 민·관 네트워크가 필요하다는 질문에서는 필요하다 이상의 의견이 93.9%로 조사되었다. 또한 의료비지출이 빈곤에 가장 큰 영향을 미치고 있으므로(신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경, 2010; 김희연, 2010), 소득기준에 따라 건강 예방 및 의료적 지원은 매우 중요하다는 것을 알 수 있다.

보건서비스의 측면에서 살펴보면, 예방 및 치료사업이 실질적으로 의료기관과의 연계로 뚜렷이 나타나고 있지는 않다는 것을 알 수 있다. 방문보건사업은 지역사회 의료기관과의 협조체계를 구축해 대상자 연계 및 의뢰해야하나 현 보건소의 부족한 예산은 물론 인력도 부족한 현실이며 연계체계는 거의 없다고 볼 수 있다(김원진, 2012; 신현일, 2001). 또한 보건과 복지의 연계에 있어서도 서로 교류할 수 있는 시간 부족과 동시에 기관간 연계의 장(Setting)이 없고, 지자체의 체계적 연계에 대한 노력 부족, 복잡한 연계절차, 서비스 중복 방지를 위한 통합 전산 시스템 부재, 각 전문직간의 기술 및 가치 등의 차이 등이 보건과 복지의 연계를 어렵게 하고 있다(이상영, 이주열, 조소용, 이수형, 오영인, 장진영, 2012; 함철호, 김태숙, 정은경, 문창진, 2001).

대상별로 살펴보면, 노인의 보건·복지 또는 보건·의료·복지 연계의 필요성에 대한 연구(나용선, 2002; 남윤철, 2004; 김윤정, 2005; 장경옥, 2005; 함철호, 2005; 김양순, 2006; 김옥희, 2006; 김용택, 2006; 오정희, 2006; 이재토, 2007; 윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유, 권용진, 2010; 최인덕, 이은미, 2010; 이수연, 배지영, 2011)는 주로 농촌지역의

의료기관 접근이 어려운 노인에 대한 통합적 서비스 제공 연구이거나 노인복지 관련시설에서 의료서비스와 보건·복지서비스 연계를 통한 통합적 서비스 제공에 대한 연구가 수행되었다. 사회보험방식인 장기요양보험서비스 및 의료서비스는 모든 노인을 대상으로 하고 지자체가 제공하는 노인보건복지서비스는 주로 노인취약계층을 대상으로 서비스가 제공되고 있다는 점, 그리고 사회보험 내에서도 노인장기요양이 의료서비스와 양분화되어 있다는 점에서 노인장기요양보험제도 자체적 개념 문제가 제기되고 있다(윤종률, 2009). 또한, 요양시설의 경우 의료적 욕구가 있는 수급자임에도 불구하고 입소시키거나, 입소하여 생활하면서 발생되는 의료적 욕구를 가진 노인은 신속한 의료서비스를 제공받을 수 없는 문제와 동시에 호스피스 말기환자에 대한 케어의 어려움, 재활치료서비스 부족 등이 함께 제기되고 있다(서영준, 2009; 최인덕, 이은미, 2010).

취약계층(저소득, 노인, 장애인, 아동 등)에 대한 건강불평등 연구에서는 저소득 취약계층의 건강은 사회·경제적 수준에 따라 다르기 때문에 지역사회 특성을 고려한 지역사회 차원의 개입이 필요하다고 주장하고 있다(김희연, 2010; 정영호, 2013). 따라서 다양하고 복합적 개입이 필요한 취약계층의 경우 지역사회 단위의 보건·의료·복지의 통합 및 연계체계가 마련되어 함을 강조하고 있다(윤영호, 권용진, 장숙랑, 임정기, 오수경, 2014).

장애인 보건복지분야에서 통합적 관리에 대한 국내에서의 선행연구는 노인분야에 비해 매우 제한적이다. 김창오와 박철우(2011)는 관련 논의가 매우 제한적인 이유로 보건과 복지서비스가 장애인을 바라보는 기본 관점의 차이가 크다는 것을 지적하고 있다. 장애에 대한 보다 포괄적인 이론과 모형이 필요하나, 보건분야에서는 장애인의 사회적 기능향상에 관련된 연구를 거의 찾아볼 수 없었고, 복지분야에서는 재활과 자립을 대

립적으로 이해한다고 해석하였다. 이와 같은 기본관점의 차이는 학문적 영역에서 뿐만 아니라 실천적 영역에서의 파트너십에 중요한 장애요인으로 작용할 것으로 예측하였다. 따라서 파트너십을 이야기하는 경우에도 각자 이루고자 하는 목표가 상이할 수 있는데, 보건 분야에서는 장애 발생에서 지역사회로의 복귀까지 연결되는 재활의료 전달체계를 구축하는 것을 목표로 둔다면, 복지적 측면에서는 지역사회에서의 협력에 많은 관심을 가지고 지역사회 내에서 서비스의 포괄성을 완전하게 이루고자 하는 목표로 두고 있다고 분석했다.

또한 이은경(2011)은 장애인의 건강상태가 비장애인보다 낮은 이유는 쉽게 조정할 수 없는 유전·환경·사회적 조건보다는 행동 패턴과 의료관리 접근성에서 정책적이고 체계적인 접근이 이루어지지 못하기 때문(McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Drum, Krahn, Cully & Hammond, 2005)이라고 언급하고 있다. 행동 패턴과 의료관리 접근성이 장애인에게 중요한 이유는 장애자체의 문제도 있지만 장애인은 장애라는 일차적인 조건으로 인해서 간접적이고 직접적으로 유발되는 이차적 증상들(secondary conditions), 즉, 예방될 수 있는 육체적, 정신적, 사회적 장애의 위험성이 크기 때문이라고 볼 수 있다(Kinne, Patrick & Doyle, 2004). 따라서 장애인이 자립해서 사회생활에 적응하기 위해서는 건강이 뒷받침되어야 하는데, 그간 장애인복지정책에 있어서는 보건의료와 사회복지간의 파트너십이 간과되어왔다고 평가하고 있다. 이 연구에서는 장애인의 눈높이에서 서비스를 제공하기 위해서 필요한 조건이 보건복지 파트너십에 있다고 보고 그간의 문제점으로 다음의 사항들을 지적하였다. 첫째, 장애인의 건강에 대한 종합적인 통계나 정보가 없다는 점, 둘째, 지역사회 내에서 보건과 복지 분야 간의 연계·협력을 구축할 세부적 실행계획의 수립·추진에의 동력이 없다는 점, 셋째, 장애아

동 재활치료사업이 낮은 전문성과 관리부실로 보건과 복지간의 매개역할을 하지 못하는 점, 넷째, 공급자가 파트너십을 통해 수요자에게 토털서비스를 효과적으로 제시하는데 따른 정책부재, 그리고 지자체의 무관심과 무대응, 부모의 낮은 대응수준과 무기력감 등이다.

이러한 문제점들을 해결하기 위해서 이은경(2011)은 장애진단 초기에 장애인의 의료·사회서비스 필요를 평가하여 해당 생애주기의 우선순위에 따라 서비스를 계획하여 주는 '사전 서비스 계획'을 공적인 전달체계 내에 포함시키는 것을 제안하고 있다. 또한 보건과 복지 영역 간 연계협력이 매우 필요한 노인과 장애인 분야에 있어서는 지역사회 중심의 구체적인 파트너십 추진 원칙과 전략을 별도로 마련하는 것이 필요하고 이를 수행하기 위한 예산편성 및 사업평가지침을 보다 분명하게 할 필요가 있다고 제시하고 있다.

2. 돌봄-보건-의료의 연속성 측면에서의 서비스 공급 실태

본 절에서는 기존 연구와 함께 우리나라 보건복지정책에서의 주요 선정기준을 중심으로 수요자의 욕구를 중심으로 돌봄(care)의 연속성과 통합성, 대상자 선정기준을 기본 틀로 하여 연계부재로 인한 사각지대의 욕구 미충족을 살펴보고자 한다.

가. 노인 대상의 예방(보건)-치료(의료)-돌봄서비스 공급

노인의 복지와 보건, 의료와의 연계성을 살펴보면 주로 보건소에서 실시하는 건강예방사업과 의료기관에서 실시하는 진단, 치료, 재활 등의 의료서비스, 그리고 공공 및 민간복지전달체계에서 실시하는 교육 및 예방,

재활사업 등이 있다.

먼저 건강예방차원에서 보건서비스를 살펴보면, 우리나라 보건서비스는 지역사회 주민의 질병예방 및 건강수준 향상을 위하여 지역보건법 및 기타 관련 법률에 따라 지역주민에게 보건소, 보건의료원 등의 보건기관에서 실시하는 서비스를 말한다. 주로 건강증진, 질병관리, 암관리, 구강보건, 정신보건, 모자보건, 한의약 건강증진 등 다양한 분야에 걸쳐 서비스가 운영 및 제공되고 있다.

노인 관련 건강예방사업은 건강증진사업(심혈관질환예방사업, 금연클리닉, 방문건강관리사업, 영양플러스 사업, 생애전환기 건강검진사업 등)이 있으며, 암관리, 구강보건서비스, 정신건강사업(노인자살대책), 가족건강서비스(치매상담센터, 치매조기검진사업, 치매치료관리비 지원)가 있다. 이 중 건강증진사업은 주로 예방과 사후관리로 이루어지고 있다. 생애전환기 건강검진사업, 암관리와 구강보건서비스, 치매관련 서비스는 관련 병의원이랑 연계하여 이루어지고 있음을 알 수 있다. 공식적인 연계체계는 없지만, 치매대상자가 장기요양보험급여를 받을 수 있다.

보건서비스는 소득기준이 주요 지원대상기준이 됨에도 불구하고 복지서비스와는 거의 연계가 없다. 특히 방문건강관리와 치매관련 서비스는 장기요양보험서비스와 연계가 필요할 것으로 보여 지며, 보건사업 내 정신건강사업과 치매관련 서비스도 연계가 필요할 것으로 보여 진다. 또한 방문건강관리와 치매관련 서비스는 돌봄서비스와 밀접한 관련을 가질 수 있는데 공식적 연계체계는 구축되어 있지 않다.

노인복지법에 의한 근거한 노인건강관련 사업은 노인실명예방사업으로 관련 안검진과 개안수술을 지원하고 있다. 보건복지부와 지자체, 보건소는 실명예방사업이 필요한 자를 선별해내고, 보건복지부는 한국실명예방재단에 사업집행주체를 위탁하고 재단은 관련 안과 병원에게 의료행위

를 연계하며, 보건복지부와 지자체가 이와 관련된 비용을 지불하는 체계로 되어 있다.

장기요양서비스와 관련해서는 복지부 노인정책의 일환으로 노인돌봄서비스(노인돌봄기본서비스, 독거노인사랑잇기, 노인돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스) 등이 있다. 돌봄서비스는 장기요양서비스와 밀접한 관련을 가지고 있으나 돌봄종합서비스를 제외하고는 장기요양서비스와 연계가 이루어지지 않고 있다. 의료체계에서는 요양병원과도 연계가 이루어지지 않고 있다. 즉, 돌봄과 관련한 서비스는 보건서비스와 연결되어 있지 않으며 의료서비스와도 연결되어 있지 않음을 알 수 있다.

〈표 2-14〉 노인 대상의 예방(보건)-치료(의료)-돌봄서비스 공급 현황

예방		치료	돌봄(요양)	주관부서
건강증진 서비스	심혈관질환예방	심혈관환자 진단 및 치료	방문건강관리사업	보건의료정책
	방문건강관리사업	-	방문건강관리사업	
	생애전환기 건강검진	건강검진	-	
암관리	암관리	암환자 의료비 지원	재가암환자 관리사업	보건의료정책
		말기암환자 완화의료서비스	-	
	지역암센터	지역암센터	지역암센터	
구강보건	구강보건서비스	구강치료	-	보건의료정책
정신건강	노인자살예방체계 구축	-	-	보건의료정책
가족 건강 서비스	치매상담센터	-	-	보건의료/ 인구정책
	치매조기검진사업	치매검진 공립요양병원	-	
	치매치료관리비 지원	치매치료 공립요양병원	장기요양보험 급여서비스	

예방		치료	돌봄(요양)	주관부서
시력	실명예방사업	안검진 및 개안수술	-	인구정책
노인돌봄기본서비스/ 독거노인사랑잇기		-	-	인구정책
재가노인지원		-	노인돌봄종합서비스 장기요양보험급여서비스	인구정책/ 사회복지정책
-		요양병원	-	보건의료/ 인구정책

나. 장애인 예방(보건)-치료(의료)-돌봄의 공급현황

장애인의 예방-치료-돌봄 서비스 공급현황은 〈표 2-15〉와 같다.

주로 보건소에서 실시하는 건강예방사업과 의료기관에서 실시하는 진단, 치료, 재활 등의 의료서비스, 그리고 공공 및 민간복지전달체계에서 실시하는 교육 및 예방, 재활사업 등이 있다.

먼저 건강예방차원에서 보건서비스를 살펴보면, 장애인 관련 건강예방사업은 생애전환기 건강검진, 영유아건강검진 등이 장애인을 포함하는 보편적 서비스라고 할 수 있다. 암관리와 구강보건, 정신건강관리 역시 장애인을 포함하는 보편적 서비스로서 제공되고 있다. 가족건강서비스 중에서는 선천성대사이상검사 및 환아관리, 난청조기진단을 실시하고 있으며, 장애가족의 비장애아동을 위한 언어발달지원서비스도 장애예방을 위한 서비스로 볼 수 있다.

예방과 치료가 연계된 서비스로는 영유아건강검진을 통한 영유아발달장애정밀진단서비스가 있으며, 암환자 의료비 지원, 장애인구강진료, 미숙아/선천성 이상아 의료비지원, 청각장애인인공달팽이관 수술 등이 있다. 한편 독립적 의료서비스체계로서 장애인의료시설제공이 있다.

돌봄 및 재활서비스와 관련하여서는 우선 보건소 중심의 건강증진사업

중에서 방문건강관리 내 장애인재활관리(지역사회재활서비스)가 있다. 또한 복지서비스 차원에서는 장애인활동지원서비스가 대표적인 돌봄서비스라고 할 수 있다. 그 외 여성장애인가사도우미 지원, 발달재활서비스, 장애아가족양육지원, 장애인복지시설 운영 등이 있다. 장애인재활관리사업인 지역사회재활서비스사업은 장애인복지에서 중요한 위치를 차지하고 있으나 보건소 위주의 사업진행으로 장애인복지정책의 돌봄 및 재활서비스와 유기적인 관계를 가지고 있지 않는 것으로 파악된다. 향후 지역사회재활서비스와 기타 복지돌봄서비스와의 연계가 체계적으로 제시되어져야 할 것으로 판단된다.

예방차원의 보건서비스는 장애인 예방을 위한 구체적 사업을 실시한다고 보기는 어려우나, 건강검진과 정밀진단, 치료 등의 연계를 통해 보건과 의료서비스가 연계되고 있음을 알 수 있다. 그러나 장애 발생 후 치료와 돌봄 및 재활은 거의 연계가 없음을 알 수 있다. 보건의료정책과 장애인정책이 연계되는 것은 방문건강관리사업 중 장애인지역사회재활서비스가 유일하다고 볼 수 있다. 또한 장애인활동지원서비스의 경우에는 방문간호서비스가 민간차원에서 연계되고 있을 뿐이다.

〈표 2-15〉 장애인 대상의 예방(보건)-치료(의료)-돌봄서비스 공급 현황

예방		치료	돌봄(재활)	주관부서
건강증진 서비스	생애전환기 건강검진	생애전환기 건강검진	-	보건의료정책
	영유아건강검진	영유아발달장애 정밀진단비	-	
희귀난치성 질환자 의료비지원	-	희귀난치성질환자 의료비지원서비스	-	보건의료정책
암관리	암관리	암환자의료비지원	재가암환자 관리사업	보건의료정책
		말기암환자 완화의료서비스	-	

예방		치료	돌봄(재활)	주관부서
	지역암센터	지역암센터	지역암센터	
구강보건	보건소 구강보건센터	장애인 구강진료센터	-	보건의료정책
정신건강	정신건강 증진센터	-	사회복귀시설	보건의료정책
	자살예방사업	-	-	
	중독관리통합 지원센터	-	-	
	음주폐해 예방사업	-	-	
	정신질환 편견 해소 및 인식개선	-	-	
	정신건강상담 전화	-	-	
가족건강 서비스	선천성대사이상 검사 및 환아관리	미숙아/선천성 이상아 의료비 지원	-	인구정책
-		장애인 의료시설	-	장애인정책/ 보건의료정책
		청각장애인 인공달팽이관 수술	-	장애인정책
-		-	방문건강관리-지역 사회재활서비스	장애인정책/ 보건의료정책
언어발달지원서비스		-	장애인활동 지원서비스	장애인정책/ 사회복지정책
-		-	여성장애인 가사도우미 지원	
-		-	발달재활서비스	
		-	-	
-		-	장애아가족 양육지원	
-		-	장애인 복지시설운영	

3. 대상자 선정기준에 따른 서비스 공급 현황

가. 노인 대상 서비스의 대상자 선정기준

일반적으로 보건의료서비스의 소득기준을 대상자 선정기준으로 볼 때, 선정기준별 서비스 유형을 살펴보면 먼저 보건서비스는 대체적으로 모든 국민을 위한 예방사업을 수행하고 있다고 볼 수 있다. 단, 기초수급자 및 차상위계층이 방문건강관리, 구강보건, 치매검진 등의 추가적 혜택을 받고 있다. 기초수급자 및 차상위 계층은 의료서비스와 요양서비스와 관련해서는 의료급여서비스를 통해 지원받고 있으며, 복지서비스에서 실명예방사업과 노인돌봄서비스를 받고 있다. 기초수급자 및 차상위 계층을 제외한 일반 건강보험가입자는 의료서비스와 관련해서는 건강보험혜택을, 요양서비스와 관련해서는 장기요양보험 혜택을 받고 있지만, 일부 보건서비스는 제한적이다. 또한 요양서비스에서 탈락될 경우 소득요인 및 다른 환경적 요인 등에 의해 요양욕구가 여전히 존재함에도 불구하고 공적 지원체계는 부재하다.

〈표 2-16〉 노인의 소득수준별 돌봄-보건-의료서비스 공급 현황

구분	기초수급자	차상위계층	일반	비고(관련특성)
돌봄	노인돌봄 기본서비스/ 독거노인사랑잇기/ 재가노인지원	노인돌봄 기본서비스/ 독거노인사랑잇기/ 재가노인지원	노인돌봄 기본서비스/ 독거노인사랑잇기/ 재가노인지원	독거
	노인돌봄 종합서비스	노인돌봄 종합서비스		전국가구 월평균 소득 150% 이하 장기요양보험 등급외자
	노인장기요양보험	노인장기요양보험	노인장기요양보험	등급내자

구분	기초수급자	차상위계층	일반	비고(관련특성)
보건	심뇌혈관예방관리	심혈관예방관리	심혈관예방관리	해당환자
	방문건강관리	방문건강관리		
	생애전환기 건강검진(보건소→공단위탁)	생애전환기 건강검진 (공단직접수검)	생애전화기 건강검진 (공단직접수검)	만 40세, 66세
	암검진관리	암검진관리 암환자의료비지원 (직장 월 보험료 88,000원 이하 지역 월 보험료 87,000원 이하) 재가암환자 관리사업		- 위암: 만 40세 이상 남녀 - 대장암: 만 50세 이상 남녀 - 유방암: 만 40세 이상 여성 - 자궁경부암: 만 30세 이상 여성(의료급여수급권자의 경우 만 20세 이상) - 간암: 만 40세 이상 남녀 중 해당연도 전 2년간 간암발생 고위험군 해당자
	암환자 의료비지원	암환자의료비지원		
	재가암환자 관리사업	재가암환자 관리사업	재가암환자 관리사업	
	지역암센터	지역암센터	지역암센터	
	노인의치(틀니) 지원사업	노인의치(틀니) 지원사업		만 65세 이상
	노인불소도포 스케일링	노인불소도포 스케일링	노인불소도포 스케일링	만 65세 이상 (저소득층우선)
	노인자살예방 사업	노인자살예방 사업	노인자살예방 사업	
	치매상담센터	치매상담센터	치매상담센터	만 60세 이상 치매노인
	치매조기검진사업	치매조기검진사업		만 60세 이상 (전국가구 소득의 100% 이하)
	치매치료관리비 지원	치매치료관리비 지원		만 60세 이상 치매환자로 전국가구 평균 소득의 100% 이하

구분	기초수급자	차상위계층	일반	비고(관련특성)
보건/의료	실명예방사업	실명예방사업 (시도지사 인정)	실명예방사업 (시도지사인정)	만 60세 이상
의료	공립요양병원	공립요양병원	공립요양병원	치매노인
	말기암환자 완화의료서비스	말기암환자 완화의료서비스	말기암환자 완화의료서비스	
	의료급여	건강보험	건강보험	

나. 장애인의 대상자 선정기준

이어서 소득수준에 따라 장애인의 돌봄 및 보건의료 서비스가 어떻게 제공되는지를 살펴보았다. 먼저 돌봄 영역의 대표적 서비스라고 할 수 있는 장애인활동지원서비스는 소득수준과 무관하게 장애인복지법상 등록 1~3급 장애인으로 인정점수가 220점 이상이면 선정될 수 있다. 소득수준에 따라 본인부담금이 차이가 나며 그 외 독거, 중증, 출산, 자립준비, 취약가구, 학교 및 직장생활 등에 따라 추가급여를 받을 수 있다. 여성장애인 가사도우미의 경우에도 등록 장애인이면 소득수준과 무관하게 누구나 이용가능하나, 가족환경에 따라(저소득, 지원체계유무, 출산, 영유아 자녀유무) 그리고 기능상태(중증) 및 연령(고령)에 따라 우선순위를 두고 있다.

그 외 발달재활서비스, 언어발달지원서비스, 장애아가족양육지원서비스(돌봄서비스), 거주시설 등은 소득기준을 충족해야 한다. 대체로 장애인 돌봄서비스 및 재활서비스는 소득기준이 주요한 선정기준이 되고 있으며, 그 외 장애유형, 그리고 성별, 가족형태, 사회형태에 따라서도 지원의 차이를 보이고 있다. 보건서비스는 소득수준이 우선순위가 되는 정도로 기능하고 있으며 대부분의 서비스는 보편적으로 제공되고 있다. 다만, 장애특성을 고려한 보건서비스는 지역사회재활서비스와 난청조기진단 이외에는 부재한 편이다. 따라서 보편적 서비스 내에서도 장애특성을 고

려한 서비스 내용이 개발될 필요가 있으며 난청조기진단-인공와우수술 등과 같이 장애특성별 예방진단 및 치료와 연계될 수 있는 사업이 개발될 필요가 있다.

의료서비스는 대부분이 의료비지원이 필요한 부분으로 소득기준이 주요한 선정기준이 되고 있다. 장애인구강진료와 같이 장애인특성에 맞는 보편적 의료서비스가 개발될 필요가 있다.

〈표 2-17〉 장애인의 소득수준별 돌봄-보건-의료서비스 공급 현황

구분	기초수급자	차상위계층	일반	비고(관련특성)
돌봄/재활	장애인활동지원서비스	장애인활동지원서비스	장애인활동지원서비스	소득수준에 따라 본인부담금 차등
	여성장애인가사도우미지원	여성장애인가사도우미지원	여성장애인가사도우미지원	저소득가정, 지원체계가 없는 중증, 임신 및 출산예정, 영유아자녀를 둔 여성장애인, 중증 및 고령의 독거여성장애인 우선
	발달재활서비스	발달재활서비스		전국가구 평균소득 150% 이하
	언어발달지원서비스	언어발달지원서비스		전국가구 평균소득 100% 이하 한쪽 부모가 시각, 청각, 언어, 지적, 뇌병변, 폐성 등록장애인의 10세 미만의 비장애 자녀
	장애아가족양육지원-돌봄 및 휴식지원	장애아가족양육지원-돌봄 및 휴식지원	장애아가족양육지원-휴식지원	-(돌봄서비스) 1~3등급 장애아와 생계 및 주거를 같이 하는 전국가구 평균소득 100% 이하 가정 -(휴식지원서비스) 소득에 관계없이 만 18세 미만의 모든 장애아가족
	장애인복지시설-거주시설			부양의무자가 없거나, 부양능력이 없거나, 부양을 받을 수 없는 자 무료, 실비이용대상자는 정원의 30% 이내로 가능
	장애인복지시설-지역사회시설	장애인복지시설-지역사회시설	장애인복지시설-지역사회시설	

구분	기초수급자	차상위계층	일반	비고(관련특성)
보건	방문건강관리-지역사회재활서비스	방문건강관리-지역사회재활서비스		거동불편 재가장애인
보건	생애전환기 건강검진(보건소→공단위탁)	생애전환기 건강검진 (공단직접수검)	생애전화기 건강검진 (공단직접수검)	만 40세, 66세
	영유아건강검진	영유아건강검진	영유아건강검진	만 6세 미만 영유아
	암검진관리	암검진관리		위암: 만 40세 이상 남녀 대장암: 만 50세 이상 남녀 유방암: 만 40세 이상 여성 자궁경부암: 만 30세 이상 여성(의료급여수급권자의 경우 만 20세 이상) 간암: 만 40세 이상 남녀 중 해당연도 전 2년간 간암발생 고위험군 해당자
	재가암환자 관리사업	재가암환자 관리사업	재가암환자 관리사업	말기암 및 취약계층 우선순위
	지역암센터	지역암센터	지역암센터	
	정신건강서비스	정신건강서비스	정신건강서비스	기초생활수급권자 및 차상위계층 우선
	선천성대사이상검사 및 환아관리	선천성대사이상검사 및 환아관리	선천성대사이상검사 및 환아관리	선천성대사이상으로 진단받은 자
	난청조기진단사업	난청조기진단사업		전국가구 월평균 60% 이하
의료	영유아발달장애정밀진단	영유아발달장애정밀진단		의료급여수급권자, 차상위계층, 건강보험료 부관금액 하의 30% 이하인 자
	희귀난치성질환자 의료비지원	희귀난치성질환자 의료비지원		의료급여수급권자 및 차상위 본인부담경감
	암환자 의료비지원	암환자의료비 지원		직장 월 보험료 88,000원 이하 지역 월 보험료 87,000원 이하
	미숙아/선천성이상아 의료비 지원			전국가구 월평균 가구소득 150% 이하
	장애인구강진료	장애인구강진료	장애인구강진료	

4. 연계 취약성과 욕구 미충족의 문제

지금까지 돌봄과 보건, 의료의 연계와 관련하여 서비스 지속성과 대상자 선정기준과의 관계를 살펴보았다. 본 절에서는 이를 바탕으로 노인과 장애인을 중심으로 서비스 욕구를 해결하는데 있어 미충족 욕구가 무엇이며 이와 관련된 쟁점사항 들은 어떠한 것들이 논의되고 있는지 살펴보고자 한다.

가. 노인 돌봄·보건·의료서비스 욕구의 미충족

먼저 노인 돌봄, 보건, 의료연계와 관련하여서는 보건서비스가 대상층과 서비스 종류로 볼 때 가장 광범위한 편이라고 할 수 있다. 의료서비스의 경우에도 보편적이라고 할 수 있지만, 소득수준에 따라 서비스 이용의 차이를 가져올 수 있는 가능성이 높다는 측면에서 보장성이 낮다고 할 수 있다. 사회복지적 측면에서의 돌봄 서비스는 장기요양보험에 의해 보편적이기는 하지만, 그 대상이 소득수준에 따라 의료서비스 이용보다 더 큰 차이를 가져올 수 있다는 점에서 보장성이 낮다고 평가하였다.

노인의 돌봄, 보건, 의료의 연계에 있어 가장 중요한 욕구는 기능상태의 제한과 질환유무, 그리고 소득 수준을 고려할 수 있다. 노인의 신체적, 정신적 기능상에 제한이 있고 특정 질환 또는 질병을 가지고 있으며, 소득수준이 취약한 계층의 경우에는 보건서비스와 의료서비스, 그리고 돌봄서비스를 이용할 개연성이 상대적으로 높다고 볼 수 있다.

각 서비스로 살펴보면 먼저 돌봄서비스의 경우에는 기능 상태의 제한으로 인한 돌봄서비스를 제공받을 수 있다는 점에서 보편성을 띄고 있다. 그러나 여전히 신청주의에 의한 복지제도 이용으로 신청하지 않는 노인

의 욕구를 발견할 수 없는 문제점을 가진다. 여기서 요양등급을 받게 되지 못할 경우 돌봄의 욕구가 미충족된다. 우리나라 장기요양보험은 중증노인에 대한 돌봄서비스로 제도화되어 있으므로 상대적으로 경증노인의 경우 돌봄욕구가 충족되지 못하는 문제점이 있다. 그러나 경증 노인 중 소득기준이 낮은 취약계층은 노인복지법에서 제공하는 돌봄 서비스를 받을 수 있는 가능성이 있다. 또한 독거노인의 경우에는 돌봄 기본서비스를 통해 모니터링 받을 수 있다. 노인돌봄 기본서비스의 경우에는 대상자 선정과 욕구가 매우 제한적이어서 복지사각지대가 발생할 수 있는 우려가 있다. 결론적으로 돌봄서비스와 관련해서는 여전히 신청주의외 대상자 선정관리에 의한 복지사각지대 발굴의 어려움과 함께, 기능상태가 경계선에 있으나 소득기준이상인 경우에는 돌봄 서비스를 받을 수 없는 문제점을 가진다.

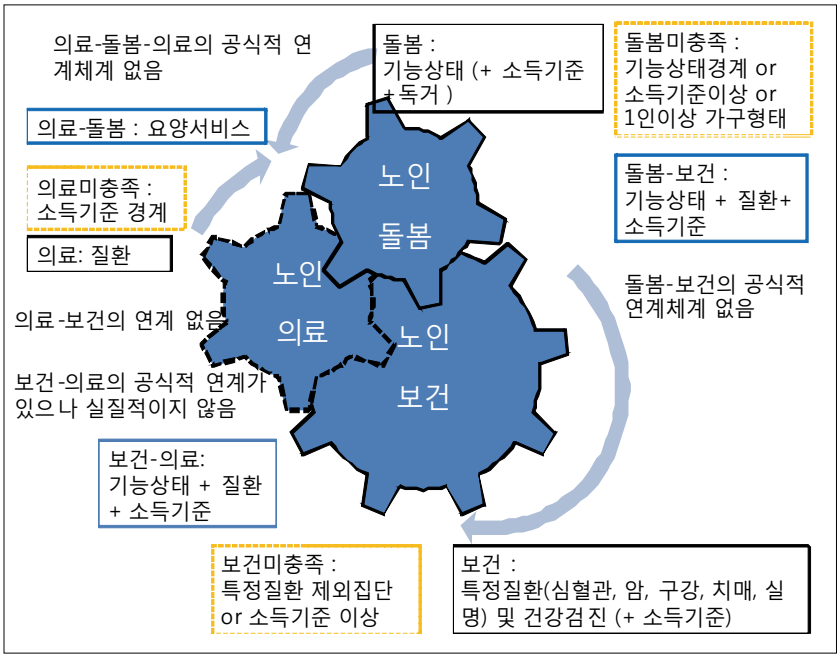
돌봄에서 보건서비스와의 연계에 있어서는 공식적인 체계를 가지고 있지 못하다. 따라서 보건서비스는 보건서비스 자체로 운영되고 있으며 주요 대상은 기능상태제한과 질환을 가지고 있는 노인이라고 할 수 있다. 복지서비스와 마찬가지로 정부가 서비스 대상의 기준을 제시하고 관리하고 있는 체계이며 돌봄서비스를 제공받는 대상층과 상당히 유사한 욕구와 선정기준이 그 대상이 되고 있다. 또한 서비스 제공 역시 신청주의로 되어 있다는 점에서 욕구 미충족이 발생될 가능성이 높다.

보건서비스와 의료서비스의 연계는 공식적으로 명문화되어 있기는 하지만, 앞서 연구에서도 언급한 바와 같이 실제적으로 활발하게 연계되고 있지는 못하다. 의료서비스의 대부분이 민간영역으로 구성되어 있어 보건서비스의 공공영역과 원활한 관계를 맺지 못하는 것도 연계의 제한점이라고 할 수 있다. 의료서비스는 질환을 치료하는 서비스를 제공하지만, 의료급여 수급권자를 제외하고는 의료비부담을 가지게 된다. 반면, 의료

서비스는 신청주의에 의해 서비스를 받는 것이 아니므로 자발적 선택으로 의료서비스를 이용하게 되는 장점이 있다. 따라서 접근성이 높고 따라서 서비스 이용의 경계선은 매우 개방적이라고 할 수 있다.

의료서비스에서 보건서비스를 연계하는 체계는 역방향보다 미진한 편이며, 돌봄서비스를 연계하는 것은 요양서비스로 이루어질 수 있으나 공식적인 체계는 부재하다. 이상의 연계체계를 볼 때, 돌봄, 보건, 의료서비스에 있어 소득수준이 불안정하고 질환으로 인한 치료와 이후 돌봄서비스를 제공받지 못하는 경계선 소득자의 기능제한과 질환이 가장 미충족된 욕구를 보유하고 있을 가능성이 높은 것으로 예측 할 수 있다.

[그림 2-7] 현행 노인 대상의 돌봄·보건·의료 서비스 연계체계 진단



나. 장애인 돌봄·보건·의료서비스 욕구의 미충족

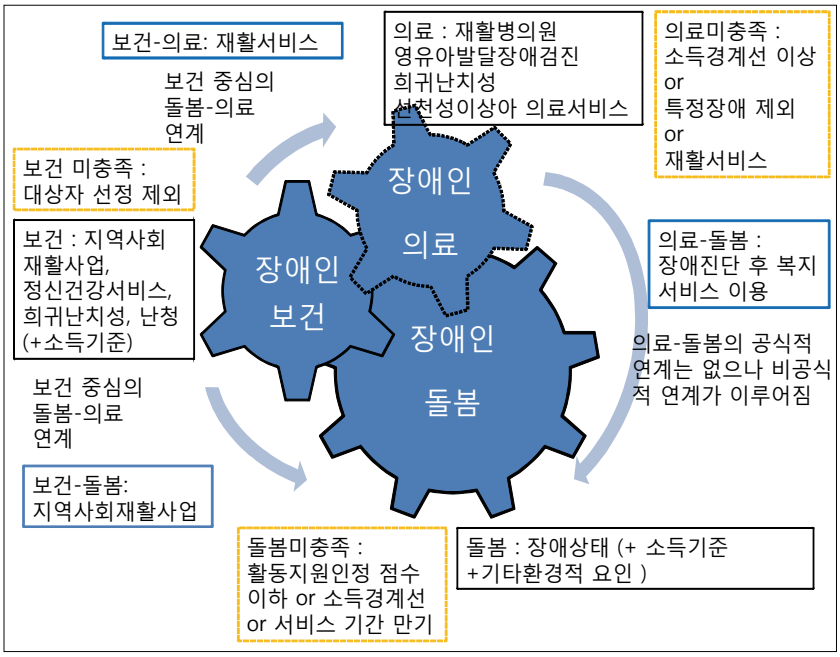
장애인 돌봄, 보건, 의료연계와 관련하여서는 지역사회 돌봄 서비스가 대상층과 서비스 종류로 볼 때 가장 광범위한 편이라고 할 수 있다. 의료서비스가 보편성을 가지고 있지만, 장애인의 특성과 욕구에 맞는 의료서비스는 매우 제한적이며, 보건서비스 역시 장애와 소득기준의 이중적 취약성을 가지고 있어 매우 제한적이라 할 수 있다. 보건서비스 중심의 지역사회 재활서비스가 주요한 보건서비스임에도 불구하고 보건과 돌봄서비스가 활발히 연계되고 있지는 못하다.

장애인의 경우에 돌봄, 보건, 의료의 중요 욕구는 중증장애인이라고 할 수 있다. 그러나 노인과 달리 돌봄, 보건, 의료의 핵심 욕구가 발생하기보다는 장애특성에 따라, 장애발생시기에 따라 세 유형의 서비스가 연계되는 경우와 2가지 이상의 서비스가 연계되는 경우 등으로 구분될 수 있다. 따라서 장애인의 경우에는 돌봄과 보건, 의료가 주요하게 연계되어야 하는 대상으로는, 발달장애인, 뇌병변장애인은 발달장애인, 뇌병변장애인, 정신장애인, 내부장애인 등이 포함될 것이다. 또한 장애발생시기별로 보면, 의료재활서비스가 포함되어야 하는 장애발생초기 및 영유아기가 의료서비스, 돌봄서비스와 연결된다고 할 수 있다.

각 서비스로 살펴보면 먼저 돌봄서비스의 경우에는 시설서비스와 지역사회이용서비스를 제공받을 수 있다. 시설서비스의 경우에는 소득기준이 제한되어 있기 때문에 중증장애인의 돌봄서비스의 보편적 욕구를 해소하기에는 역부족이다. 재가중증장애인의 경우에는 영유아기와 노년기를 제외하고는 지역사회 내 돌봄서비스를 제공받을 수 있다. 노인돌봄서비스에 비해 환경적 요소(독거 및 소득기준 등)가 반영되어 돌봄욕구에 부응하는 대응성은 높은 편이나 서비스 이용량은 기능상태나 자기부담, 서비

스 이용기간 등에 따라 제한을 받는 한계를 가진다. 따라서 돌봄서비스의 경우에는 소득기준 경계선에 있는 장애인이 돌봄에 필요한 서비스를 받지 못하는 미충족 욕구가 발생한다. 또한 여전히 신청주의에 의한 복지제도 이용으로 신청하지 않는 장애인의 욕구를 발견할 수 없는 문제점을 가진다. 장애인의 경우에는 장애등급을 받은 자에 대하여 대체로 돌봄서비스가 제공되는 보편성을 가지고 있으나 소득기준의 부담이 서비스 미이용으로 연결된다고 할 수 있다.

[그림 2-8] 현행 장애인 대상의 돌봄·보건·의료 서비스 연계체계 진단



앞서 언급한 소득기준 경계선에 있는 지역사회 중증장애인이 경우에는 보건서비스인 지역사회재활서비스를 받을 수 있다. 그러나 지역사회재활서비스는 명시적인 돌봄-보건-의료체계를 구축하고 있으나 실질적인 네

트워크에는 미약하다는 평가이다. 이러한 이유에는 보건과 복지 제공자의 관점의 차이, 관할 부서와 예산의 차이, 보건소 사업역량의 제한점 등으로 나타났다. 의료서비스의 경우에는 재활병원이 특화되어 있지만, 공급의 수는 매우 제한적이므로 접근성이 높은 의료기관에서 재활치료 등과 연계될 수 있는 체계가 필요하다. 이상의 연계체계를 볼 때, 장애인 돌봄, 보건, 의료서비스에 있어서는 소득수준이 불안정하고 장애로 인한 돌봄 및 의료서비스를 필요로 하는 장애인의 경제적 욕구와 서비스 양적 욕구의 미충족이 우선 지적될 수 있다고 볼 수 있다.

제3절 지역사회 기반 사회서비스 공급모형 논의

사회서비스는 선행연구들이 지적하고 있는 바와 같이, 법제도의 변화와 정책여건이 급변하면서 그 의미나 포괄범주의 확장으로 전통적인 사회복지는 물론 교육, 주거, 환경, 문화 등 광범위한 삶의 제 분야를 포함한다. 이에 본 연구에서 논의하고 있는 돌봄서비스와 보건 및 의료서비스도 광의의 사회서비스에 포함되는 서비스 유형이다. 과거 한국의 사회복지서비스가 현금 및 현물을 이전하는 방식으로 특정 소외계층의 삶의 질을 향상시키려 했다면, 현재의 사회서비스는 욕구를 가진 이들에게 필요한 사회서비스를 적절히 선택할 수 있는 이용권을 부여하는 방식으로 점진적 전환이 이루어지고 있다(김진우, 2015). 그 대표적인 서비스 영역이 돌봄서비스 영역이지만, 여전히 한국의 사회서비스는 주로 전통적인 사회복지서비스, 돌봄서비스, 공공서비스, 사회적일자리로 통용되기도 한다(김형용, 2013).

특히 저출산 고령화라는 인구 구조의 변화와 함께 사회서비스 중에서

도 성인과 아동을 위한 돌봄서비스에 사회적 관심이 커지고 있다. 누군가를 돌본다는 것은 돌봄 받는 사람의 신체적·정신적 기능과 관련되므로, 돌봄서비스는 사회서비스 영역 중 보건·의료서비스 영역과 밀접할 수밖에 없다. 덧붙여 전 국민의 삶의 질 향상을 추구하는 사회서비스의 특성 상 지역사회는 보건·의료서비스와 맞물린 돌봄서비스를 제공하는 장(場)일 수밖에 없다. 이러한 맥락에서 본 절에서는 선행연구를 통해 돌봄과 보건의료를 고려한 사회서비스 공급 체계의 공간적·사회적 장(場)으로 지역사회를 바라보고, 지역사회를 기반으로 한 이상적인 돌봄·보건의료 연합 모형을 논의할 수 있는 배경적 논의를 정리해 보고자 한다.

1. 지역사회와 사회서비스

1995년 지방자치제도 도입과 2003년 지방이양특별법 제정 이후 국민의 삶과 밀접한 사회보장제도 및 사회복지서비스의 운영과 시행에 관한 상당 부분의 정책권한과 의사결정권이 중앙정부에서 지방정부로 이양되었다(김연희, 2013). 사회복지와 사회서비스를 통한 지역사회 보장의 지방분권화는 지역의 욕구를 반영한 사회복지 제도 및 서비스를 자율적으로 운영하고, 지역의 자치권을 강화하기 위해 지역주민의 참여를 바탕으로 한다는 점에서 긍정적이다. 그러나 모든 지역들이 균일하게 지역사회 내 자원들을 정확히 파악하고 활용하고 있는 상황은 아니다. 지역 간 자원 수준 및 그 자원의 활용도에 있어서 나타나는 지역적 격차는 결국 지역주민의 욕구 해소의 격차로 이어진다는 점에서 사회보장의 지방분권화에 대한 우려가 시작된다(류진석, 2003).

더불어 2007년 이후 사회서비스가 본격적으로 제도화된 지 10년 가까이 되었지만, 아직까지 사회서비스가 궁극적으로 추구하는 바가 무엇이

며, 이를 어떻게 보장하고, 어디까지 제공해야 하는 지에 관해 정부차원의 명확한 방향 제시가 없고 학제적 합의도 이루어지지 않았다. 이러한 우려 속에서 단지 분명한 것은 각 지역은 지역주민의 욕구와 자원의 여건에 맞게 저마다의 사회서비스 공급방식을 고안해야 한다는 점이다.

물론 현재 이러한 혼란들은 한국형 지역기반 사회서비스 공급체계를 구축해 나아가는 과정 중에 발생하는 현상일 것이다. 이러한 시점에서 사회서비스 공급방식에 관한 이념들을 살펴보고, 이를 바탕으로 사회서비스 공급방식의 변모 과정을 이해할 필요가 있다. 이를 통해 지역사회 기반 사회서비스, 특히 복합적 욕구 해결을 위한 새로운 사회서비스 공급방식 개발의 가능성을 가늠할 수 있기 때문이다.

가. 사회서비스의 이념 모형

사회서비스 공급방식에 대한 이념은 김형용(2013)과 김영종(2012)의 모형을 통해 이해할 수 있다. 먼저 김형용(2013)은 제도와 생활체계, 사회구조와 개인의 행위를 대응하여 네 가지 사회서비스 이념형을 도출하였다. 〔그림 2-9〕에서 A 영역의 사회서비스는 사회적 구조 내에서 물리적으로나 제도적으로 안전한 사회경제적 안전망을 보장한다. 즉, A 영역에 해당하는 사회서비스는 사회경제적 취약계층을 지원하는 잔여적 사회복지서비스다. 신체적·정신적 건강이 좋지 않은 아동, 노인, 장애인이 요양원, 보호소 등의 거주시설에 입소하여 돌봄, 의료 등의 서비스를 제공받는 경우가 이에 속한다.

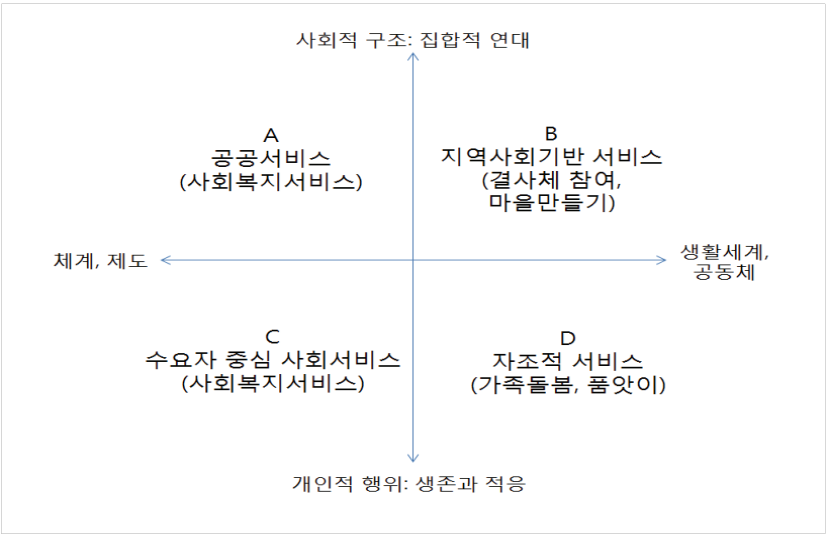
B 영역에서 공급되는 사회서비스는 정형화 된 사회제도에서 벗어나, 일상생활 속에서 형성되는 사회적 관계망을 통해 집합적 연대감과 응집력을 바탕으로 제공 혹은 공유된다. 지역 사회 결사체(association)의 활

동에 참여하거나, 마을 만들기를 통해 지역사회자본(community social capital)을 구축하여 사회서비스를 제공하는 공급형태가 B 영역에 속한다(김형용, 2013). 이 때 지역사회자본이란 지역사회 내 사회적관계망 속에 내재된 자원으로, 개인·조직·지역사회의 참여를 독려하여 지역사회를 협조와 협력의 장으로 만든다. 지역사회자본의 구성요소는 관계망(network), 신뢰(trust, 잘 알지 못하는 사람들과의 관계 속에서 형성되는 상호부조), 상호 호혜성(norms of reciprocity, 공동의 목표를 위해 협력하고 일탈행동 제약)이며, 그 행위의 주체는 지역주민이다(홍현미라, 2005). 방화 11동 마을 만들기는 지역사회기반 서비스 제공의 예이다. 방화11동의 마을 만들기는 먼저 지역 내 종합사회복지관과 봉사단체가 주축이 되어 지역 장애인들 중심의 조직이 구성하였다. 그 결과 돌봄의 대상으로 인식되어 왔던 장애인들이 지역 사회 활동에 적극적으로 참여할 수 있었고, 비장애인과 상호작용을 이루면서 마을 만들기의 성공적인 사례가 되었다(홍현미라, 이현주, 유동철, 민소영, 김형용 등, 2012).

C 영역의 사회서비스는 사회 제도권 내에서 배제되는 사람 없이 모든 사회 구성원의 보편적인 삶의 질 향상을 추구한다. 다만 C 영역에서는 욕구를 가진 이들이 직접 서비스를 구매하는 개별적 방식을 통해 사회서비스의 공급과 수요가 이루어진다(김형용, 2013). 2000년대 중반 이후 본격적으로 도입 된 사회서비스 바우처가 C영역의 대표적인 예이다.

D 영역의 사회서비스는 개인적 행위보다는 비(非)제도권인 일상생활체계 내에서 공급된다. 특히 '우리'라는 지역사회 공동체의 욕구 충족을 위한다기 보다는, 가까운 개인의 개별적인 욕구 충족을 위해 개인들의 역량을 발휘하여 서비스를 공급한다. 국가의 지원이나 개입 없이 자조적 차원의 도움을 나누던 전통적인 가족 내 돌봄과 품앗이 등이 D 영역에 속한다(김형용, 2013).

[그림 2-9] 사회서비스의 이념형적 분류



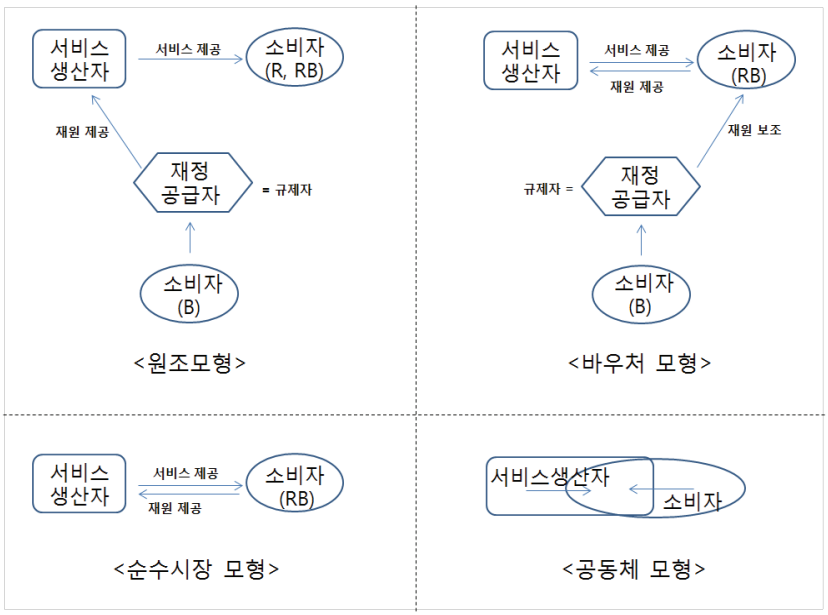
자료: 김형용(2013) p.182 에서 재인용,

김영종(2012)의 사회서비스 공급체계 이념 모형은 체계이론(system theory)을 근거로 삼았다.[16] 서비스를 생산하는 영역과 소비하는 제반 부분(sector) 및 요소(element)들 사이의 관계를 통해 사회서비스 공급체계를 설명하였다. 앞서 김형용(2013)의 사회서비스 이념 모형이 체계와 사회구조, 행위 자체를 중심으로 구분하고 있다면, 김영종(2012)의 사회서비스 공급의 이념 모형은 체계 속의 역할 수행자에 초점을 두었다. 김영종(2012)의 모형은 사회서비스 체계 운영에 필요한 규범을 만들고 관리하는 '규제자(regulators)', 사회서비스 생산 및 공급을 위한 자원을 제공하는 '재정공급자(financiers)', 대인서비스를 창출하는 '서비스생산자(suppliers)', 서비

16) 사회서비스 혹은 사회복지제도가 형성되고 작동하는 과정은 하위 체계들 사이에 상호작용, 하위 체계들과 주변 상황들(인접 제도들 포함) 간의 상호작용 등에 따라 변화한다(최옥채, 정하나, 2012).

스를 이용하는 '소비자(consumer)'를 통해 설명된다. 네 가지 역할 수행자들의 작동기제에 따라 서비스 공급체계는 〔그림 2-10〕에서와 같이 순수시장 모형, 원조 모형, 바우처 모형, 공동체 모형으로 구분된다.[17]

〔그림 2-10〕 사회서비스 공급체계의 이념 모형



주: '소비자(R)'은 서비스 수령 시 개인적 편익이 발생하지 않는 수급자(recipient)를, '소비자(B)'는 수급자(R)의 서비스 소비로 인해 이익이 발생하는 수혜자(beneficiary)를 뜻하며, '소비자(RB)'는 수급자(recipient)와 수혜자(beneficiary의 역할을 동시에 수행함.
자료: 김영종 (2012) p.48~p.52에서 재구성,

순수시장 모형은 서비스와 재원을 주고받는 서비스 생산자와 소비자의 관계로만 구성되어 있다. 공동체 모형 또한 서비스 생산자와 소비자만으로 구성되지만, 재원 제공과 서비스 제공에 관한 역할이 분명히 구분되지

17) 네 가지 사회서비스 공급체계 이념모형들은 다시 산업체계(순수시장 모형, 원조 모형, 바우처 모형)와 비산업체계(공동체 모형)로 분류된다(김영종, 2012).

않는다. 원조모형과 바우처모형은 소비자와 생산자 사이에 재정 공급자라는 역할 수행자를 포함한다. 재정공급자는 서비스 공급체계를 운영하고 규제한다. 일반적으로 사회서비스의 재정공급자는 중앙 또는 지방정부라는 공공영역에 속한다. 두 모형에서 서비스 생산자는 사회복지법인, 민간비영리단체, 민간영리단체 등에 해당된다. 원조모형과 바우처 모형의 차이는 재정 공급자의 재원 공급 대상과 방식에 있다. 원조모형은 재정공급의 대상이 서비스 생산자이며, 서비스 생산자가 소비자에게 일방적으로 서비스를 제공한다. 그러나 바우처 모형에서는 소비자가 재정공급자로부터 재원을 보조받아 서비스 생산자에게 재원을 주고 서비스를 구매한다(김영종, 2012).

나. 지역사회 기반 사회서비스의 변화

지역사회는 김형용(2013)과 김영종(2012)의 사회서비스 이념 모델이 발생하는 장(場)이다. 재원 출처나 제도적 테두리에 상관없이 사회서비스는 지역사회 내에서 공급되고 소비되기 때문이다. 두 이념 모형 비교를 통해 과거 전통적인 사회복지서비스부터 현재 이용자 중심의 사회서비스까지 한국의 사회서비스가 지역사회 내에서 어떻게 변모하여 왔는지 이해할 수 있다.

먼저 사회보장제도가 형성되기 전 한국의 사회서비스는 자조적 서비스에 머물렀다. 가계 중심의 유교사상 속에서 가족 내 구성원들 간 돌봄을 주고받는 것은 자연스러운 일이었다. 한국 전쟁 이후 대거 발생한 전쟁고아, 부랑인, 미망인 등을 돌보는 것은 해외단체 등 외국의 원조로 가능했다(김영종, 2012). 1960년대에 들어 정부 주도의 공공서비스 원조가 시작되었다. 그러나 국민의 삶의 질 향상이 아닌 장애인, 부랑인 등을 거주

시설에 수용하여 사회를 통제하는 데에 초점을 두었다. 1980년대 이전의 사회복지 서비스는 한국전쟁 후 사회 전반의 절대빈곤을 해소하기 위한 방편으로 주로 생활시설에 국한되어 제공되었다(김영종, 2012). 당시 지역사회는 그저 생활시설이 위치한 물리적 장소일 뿐이었다.

지역사회 기반 사회복지서비스는 1980년대 후반 탈(脫)시설화와 함께 주목받기 시작했으나, 여전히 정부의 규제 아래 생활시설이나 이용시설 등을 통해 개인에게 공공서비스가 제공되는 원조방식이었다. 그러나 이 시대에는 탈시설화와 이용서비스에 대한 욕구가 커지면서, 서비스 수급자는 서비스 이용으로 개인적 편익이 발생하는 온전한 수혜자(beneficiary)는 아니더라도, recipient와 beneficiary의 성격을 동시에 갖는 서비스 소비자(RB)도 원조 모형에 포함된다(김영종, 2012). 2000년대에 들어 사회복지 관련 급여 및 서비스는 공공기관 또는 정부가 지원하는 사회복지법인 등의 비영리법인을 통해 공급되었다(김진우, 2015).

요컨대, 1960년대부터 사회서비스 바우처라는 공급방식이 등장하기 전까지 한국의 사회복지서비스 공급체계는 김영종(2012)의 원조 모형과 김형용(2013)의 A영역(공공서비스)으로 설명된다. 즉, 정부는 재정공급자로서 사회복지제도를 운영하고, 규제하였으며, 서비스 생산자인 비영리법인은 정부에게 공급받은 재원을 이용하여 복지서비스를 일부 수급자(recipient)에게 제공하였다. 이 과정에서 지역사회는 사회복지서비스가 공급되는 과정이 이루어지는 장(場)이었다. 정부에게 재원을 공급받은 서비스 공급자(주로 비영리법인)가 생활시설 거주자에게 공공서비스를 제공하는 지, 이용시설 기반의 재가서비스를 제공하는 지만 시대에 따라 변모해 왔을 뿐, 지역사회 구성원 주도의 서비스 공급방식은 주목받지 못했다.

2000년대 중반 이후 사회서비스의 공급방식으로 바우처 제도가 추가

되면서 개개인은 일방적인 서비스 수혜자가 아닌 서비스 선택권을 갖는 이용자가 되었다. 원조 모형(김영종, 2012)으로만 설명되었던 사회서비스 공급방식의 가장 큰 변화는 정부의 재정공급 대상이 서비스 생산자에서 이용자로 변화하였다는 점이다. 과거 공급기관에 의해 일방적으로 서비스를 공급받던 소비자들은 바우처 방식을 통해 능동적으로 서비스를 선택하여 이용할 수 있게 되었다(김용득, 2015). 서비스 유형과 목적에 따라 여전히 공공서비스 위주의 원조모형 체계도 유지되고 있다. 그러나 바우처 제도의 도입과 급속한 확산은 비영리 기관에서 영리 기관까지 서비스 생산자의 스펙트럼을 넓혔으며, 서비스 수요자 또한 취약계층에서 일반 국민으로 확장되는 계기가 되었다. 이와 같이 사회서비스 공급 주체의 다양화 속에서 공급주체 간 협동과 연계를 통한 새로운 사회서비스 공급 방식의 가능성을 찾을 수 있다.

2. 지역사회 기반 사회서비스 공급의 쟁점

한국의 사회서비스는 이용자의 선택권 보장을 지향하며 국민의 보편적인 삶의 질 향상을 추구한다. 그러나 여전히 정부주도의 공공서비스가 존재하고, 이용자의 선택권을 보장한다하더라도 제도의 경직성으로 인해 이를 실현하는 데에 한계가 있다. 현재도 상당수의 아동, 장애인, 노인을 대상으로 개인 및 가족, 특히 여성을 통해 비공식적인 자조적 서비스가 제공되고 있다. 그러나 이러한 비(非)제도권에서의 사회서비스 공급방식 또한 일정수준 이상의 지속적인 서비스 제공에 한계가 있다(김형용, 2013). 사회서비스 공급체계는 서비스 제공자와 이용자 간의 관계만으로 존재하는 것이 아니라, 공공의 재원을 바탕으로 공익을 추구하기 때문이다.

지역사회 공동체를 기반으로 한 사회서비스 제공 방식은 제도권과 비

(非)제도권에서 존재하는 사회서비스 공급체계의 한계를 보완할 수 있다. 공동체 모형에서 사회서비스 공급체계는 재정공급자나 규제자가 없으며, 서비스 생산자와 소비자 간 뚜렷한 경계도 없다(김영종, 2012). 즉, 공동체 모형은 서비스 생산자가 소비자가 되고, 소비자가 생산자가 되어, 이들의 참여가 핵심인 수평적 공급과 소비의 방식을 유지한다(김은정, 2015). 따라서 공동체 모형은 기존의 수직적이고 경직된 사회서비스 공급체계 내에서는 충족될 수 없는 돌봄과 보건의료라는 복합적 욕구 해소의 대안이 될 수 있다. 단, 공동체 모형에 기반을 둔 사회서비스 공급방식은 지역사회 내에서 제공되고 소비되므로 지역성을 고려할 필요가 있다. 〈표 2-18〉과 같이 돌봄 서비스 제공 시 지역성을 고려하지 않거나, 지역을 단지 서비스 공급이 이루어지는 물리적 장소로만 간주할 경우 사회서비스 이용자는 정부 주도의 사회적 재화 또는 서비스를 일방적으로 수용할 뿐이다. 공동체를 기반으로 지역성을 고려한다면 정부가 주도한다 하더라도 서비스는 지역 조직 및 공동체에 공급될 수 있다. 지역조직 및 공동체가 공급받은 서비스자원은 구성원들 간 돌봄서비스를 주고받거나 돌봄 환경 개선 등 지역 주민의 욕구에 따라 사용된다(김은정, 2015).

〈표 2-18〉 사회적 돌봄 서비스 제공 시 지역성이 고려되는 유형

유형	내용	정책설계 방식			주요 특성
		주도	공급	대상	
지역성 未 고려	전국 표준적 돌봄서비스	중앙정부	수직적	주로 개인	사회보험이나 바우처 방식 활용 (예: 노인장기요양서비스, 아동보육서비스, 장애인활동보조서비스 등)
지리적 장소로 지역성 고려	지역별 돌봄서비스	지방정부	수직적	개인/집단	보조금, 서비스위탁구매, 바우처활용 해당 지역 돌봄욕구 크기와 특성 고려 (예: 지역복지관 방과후 아동돌봄, 노인식사배달서비스 등)

유형		내용	정책설계 방식			주요 특성
			주도	공급	대상	
공동체 기반으로 지역성 고려	돌봄 생산 기반	당사자 돌봄생산 지원서비스	정부/ 민간	중간 지원	자발 조직	행재정적 중간지원 강조 구성원 돌봄조직화 촉발 서비스 등 (예: 지역 돌봄공동체 형성 지원)
	돌봄 역량 기반	지역공동체 돌봄역량 강화서비스	정부/ 민간	환경 기반	지역 (공동체)	지역간 지역돌봄 역량 격차 해소 공동체 네트워킹 강화, 환경 개선 등 (예: 마을만들기, 장 만들기)

자료: 김은정(2015) p.165에서 재인용,

지역성과 함께 지역사회 내 사회서비스 공급과 관련한 쟁점은 이용자의 자발성에 있다(김은정, 2015). 예를 들어 돌봄서비스 이용자는 서비스 제도 내부와 외부에서 자발적 또는 비자발적으로 참여할 수 있다. 제공자의 요구에 의해 서비스 욕구조사 또는 만족도 조사에 응하는 것은 돌봄서비스라는 제도 내에서 이용자가 비자발적으로 참여하는 사례이다. 서비스 제공자를 감시하거나 관련 지역 행사에 참여하는 사례는 누군가의 요구가 없이도 가능하므로, 앞선 사례보다는 제도 내에서 자발적으로 참여하는 이용자의 모습을 확인할 수 있다. 돌봄 서비스 이용자의 자발성은 서비스 공급체계가 어떠한 제도적 테두리에도 걸쳐있지 않을 때 가장 높다. 인근 주민 간 육아공동체를 조직하는 등 서비스 제공 계획부터 이용자 선정, 실행, 평가까지 전 과정을 이용자 스스로가 결정하고 참여하기 때문이다.

그러나 여전히 사회서비스의 우선 공급 대상인 사회적 취약계층이 얼마나 자발적으로 공동체를 형성하고 서비스를 주고받을 수 있는가에 대해서는 회의적이다. 이상적인 공동체 주도의 사회서비스 공급방식은 구성원마다 자발적이고 협조적으로 공동체 구성 원칙에 따를 때 실현된다. '우리'의 욕구 해소에 대한 문제의식을 함께하지 않는다면, 공동체 공급

방식의 전제인 개인의 자발적 참여 자체가 불가능하다. 결국 현 시점에서 공동체방식의 사회서비스 공급체계는 그 목적과 전제에 대해 공감하는 일부만을 대상으로 작동한다.

〈표 2-19〉 돌봄에서 돌봄 이용자의 참여성 유형

참여성 유형	주요 내용	대표적 사례	자발성 수준	이용자 성격
제도 내부 비자발 참여	공식적 절차로 서비스 공동생산	- 돌봄서비스계획서 작성 - 서비스 만족도 조사	낮음	대상자
제도 내부 중간자발 참여	제도프로그램 개선을 위한 감시적 참여	- 품질감시자 역할 - 옹호자로 의사 개진	중간	대상자/ 당사자
	제도 프로그램 내 돌봄당사자 참여	- 지역복지기관 품앗이, 두레 프로그램 참여		
	제도적 장 활용 돌봄당사자 참여	- 돌봄나눔터 참여 - 마을사랑방 참여		
제도 외부 완전자발 참여	돌봄생산/소비 전과정 자발적 기반	- 자발적 육아공동체 - 노인돌봄 자조모임	높음	당사자

자료: 김은정(2015)에서 재인용, p.168.

더불어 지역사회기반 또는 공동체 주도의 사회서비스 제공방식은 공공서비스에 대한 중앙정부의 책임 회피의 근거로 남을 수 있다. 사회보장의 지방분권화 이 후 사회서비스 공급체계의 재정공급자 및 규제자가 중앙정부에서 지방정부로 확장되면서 전국적으로 보편적으로 유지되던 사회서비스의 보장 수준 격차 심화에 대한 우려도 있다(류진석, 2003; 박병현, 2006). 지방자치단체의 재정 확보 격차는 곧 사회서비스 공급량과 품질 격차로 이어진다(강주희, 윤순덕, 2008). 관계망, 신뢰, 상호호혜성이라는 지역사회 자본을 적절히 갖춘 지역과 그렇지 못한 지역의 사회서비스 공급의 격차 또한 간과할 수 없다. 따라서 지방자치단체의 사회서비스

보장 수준이 일정 수준으로 상향평준화되기 전까지 중앙정부는 지역 내 보편적이고 복합적 욕구와 이용 가능한 자원을 어떻게 파악하고 활용할 것인지에 관한 가이드라인을 제시할 필요가 있다.

진정한 의미의 지역사회 기반 사회서비스는 '지역 주민의 욕구를 어떻게, 얼마나 잘 파악할 수 있을까'라는 고민으로부터 시작된다. 그 고민의 주체는 중앙정부, 지방정부, 지역 조직, 주민 등이 모두 참여해야 한다. 인구 구성과 지리적 특성, 사회·경제적 자원에 따라 지역별 욕구는 다양할 수밖에 없다. 더욱이 개개인의 욕구조차 복합적이다. 복합적이고 다양한 욕구 해소를 위해 인구나 사회경제적 특성 중 일부만을 고려한 현재의 사회서비스 공급체계의 변화가 필요한 시점이다.

예를 들어 노인은 신체적·정서적 돌봄, 간호, 치료 등 복합적인 욕구를 갖고 있지만, 이러한 욕구를 해소하려면 여러 서비스를 분절적으로 이용해야 한다. 정부 또는 개인이 재원을 공급하여 지역 내 기존 서비스 제공기관들이 연합한 새로운 방식의 사회서비스 공급체계는 새로운 사회서비스 공급체계의 대안이 될 수 있다. 구체적으로는 중앙/지방정부는 주민들의 복합적인 욕구를 해결할 수 있도록 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거 등 다양한 영역에 걸쳐있는 지역사회 내 제공기관들을 발굴하고 서로 연합하여 사회서비스를 공급할 수 있도록 지원해야 한다. 덧붙여 다양한 지역사회기반 민간 조직과 공공조직이 협력하여 서비스 공급역량을 구축하고 일자리 창출을 도모한다면 이 또한 양질의 지속 가능한 사회서비스 공급체계 유지를 가능하게 할 것이다.

제 3 장 국내·외 관련 사례의 고찰

제1절 국내 서비스 조정·연계 사례
제2절 국내 서비스 통합 사례
제3절 국외 서비스 연계·통합 사례
제4절 소결

3 국내·외 관련 사례의 고찰

본 장에서는 국내외 사례를 통해 돌봄 및 보건·의료서비스의 연계·조정 또는 통합의 기존 시도들을 살펴보고, 돌봄·보건·의료 연합서비스의 공급 모형 도출을 위한 함의를 찾아보고자 한다. 국내 사례의 경우, 서비스 연계·조정사례와 통합사례로 구분하여 선행연구에서 나타난 관련 사례들의 사업추진 배경과 목적, 사업대상 및 수행체계 등을 개괄적으로 살펴보았다. 우선 서비스 연계·조정을 위한 정책적 시도로서 대표적인 희망복지지원단, 지역사회보장협의체(구 지역사회복지협의체), 301네트워크사업, 지역사회 자원연계사업, 지역사회 일차의료 시범사업 등을 검토하였다. 이어서 이들 서비스의 통합을 우선 목표로 제시하고 있는 정책사례로서 보건복지사무소 시범사업, 사회복지사무소 시범사업, 주민생활지원서비스, 지역사회중심재활(CBR) 사업 등을 검토하였다.

제1절 국내 서비스 조정·연계 사례

1. 희망복지지원단

가. 추진배경 및 목적

주민생활지원서비스 전달체계 개편 이후에도 복지전달체계 상의 다음의 문제점을 갖고 있었다. 첫째, 복지전달체계 내에서 단순 현금급여 위

주의 사후대응적인 행정으로 인한 복지 사각지대의 지속적인 발생의 문제이다. 둘째, 민간자원이 분산되어 공공전달체계와의 연계 및 협력이 미비하여 통합적인 서비스를 제공하기 어려웠다. 또한 유사한 민간기관이 일부 존재하여 서비스 중복의 문제가 발생하여, 서비스 조정이 필요했다. 셋째, 복지와 관련된 정보시스템이 사업이나 지역별로 분산적으로 구축되어있어, 각 주민별로 제공되는 서비스 및 급여 수혜 파악이 어려웠다. 이뿐 아니라 복지서비스 자격조회에 필요한 정보의 실시간 조회 역시 어려워, 부적격자 수급이나 중복수혜 등의 비효율성이 지적되기도 했다(경남발전연구원, 2009). 이에 따라 복지전달체계의 개편이 다시 한 번 요구되었고, 정부는 2008년 11월 '희망복지' 전달체계 개편방안에 관한 공청회를 개최하였고, 2009년 1월부터 희망복지 전달체계에 관한 시범사업이 실시되었다.

희망복지지원단은 "복합적 욕구를 가진 대상자에게 통합사례관리를 제공하고, 지역 내 자원 및 방문형서비스 사업 등을 총괄·관리함으로써 지역단위 통합서비스 제공의 중추적 역할을 수행하는 전담조직"이다. 이 사업은 사회복지사업법 제4조에 근거하며,[18] 각 지방자치단체에서는 이에 근거하여 관

18) 제4조(복지와 인권증진의 책임) ①국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 증진하고, 서비스를 이용하는 사람에 대하여 인권침해를 예방하고 차별을 금지하며 인권을 옹호할 책임을 진다. ②국가와 지방자치단체는 사회복지서비스와 보건의료서비스를 함께 필요로 하는 사람에게 이들 서비스가 연계되어 제공되도록 노력하여야 한다. ③국가와 지방자치단체, 그 밖에 사회복지사업을 하는 자는 사회복지를 필요로 하는 사람에 대하여 그 사업과 관련한 상담, 작업치료(作業治療), 직업훈련 등을 실시하고 필요한 경우에는 주민의 복지 욕구를 조사할 수 있다. ④국가와 지방자치단체는 도움을 필요로 하는 국민이 본인의 선호와 필요에 따라 적절한 사회복지서비스를 제공받을 수 있도록 사회복지서비스 수요자 등을 고려하여 사회복지시설이 균형 있게 설치되도록 노력하여야 한다. ⑤국가와 지방자치단체는 민간부문의 사회복지 증진활동이 활성화되고 국가 및 지방자치단체의 사회복지사업과 민간부문의 사회복지 증진활동이 원활하게 연계될 수 있도록 노력하여야 한다. ⑥국가와 지방자치단체는 사회복지를 필요로 하는 사람의 인권이 충분히 존중되는 방식으로 사회복지서비스를 제공하고 사회복지와 관련된 인권교육을 강화하여야 한다. ⑦국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 이용하는 사람이 긴급한 인권침해 상황에 놓인 경우 신속히 대응할 체계를 갖추어야 한다. ⑧국가와 지방자치단체는 시설 거주자 또는 보호자의 희망을 반영하여 지역사회보호체계에서 서비스가

련 조례를 제정하고 있다. 희망복지지원단은 "민관협력을 통한 지역단위 통합적 서비스제공 체계를 구축·운영함으로써 맞춤형 서비스 제공 및 지역주민의 복지체감도 향상"을 목표로 운영되고 있다(보건복지부, 2015c, p.6 재인용).

나. 주요 사업내용 및 수행체계

희망복지지원단의 사업대상은 시·군·구에 거주하는 전체 지역주민이나, 중점사업대상은 기초수급자 및 차상위계층 등 빈곤층이고 이들의 빈곤탈출 및 예방을 주요 목표로 한다(중앙공무원교육원, 2013). 복지서비스에 관한 One-Stop 서비스를 실현하고, 지역주민을 위한 찾아가는 서비스의 활성화, 복합욕구를 갖고 있는 대상가구에 대한 통합서비스 제공, 주민주도의 지역 내 문제해결을 궁극적인 목표로 두고 운영되고 있다(보건복지부, 2015c).

이를 위해 시·군·구별로 상이한 인력 규모와 기존에 존재하던 사례관리 모델 등을 고려하여 각 지자체의 특성에 맞는 조직을 구성하도록 되어있으며, 복지담당공무원과 통합사례관리사가 희망복지지원단의 업무를 수행한다. 담당인력들이 수행하는 주요 업무는 통합사례관리사업 진행, 자원관리, 지역보호체계 운영, 읍·면·동 복지업무 지원 및 관리이다. 주요 업무에 대한 구체적인 사항은 〈표 3-1〉과 같다.

한편 희망복지지원단의 업무수행 체계를 살펴보면 〔그림 3-1〕과 같다. 읍면동 주민센터를 통해 복합적인 욕구를 가진 사례관리 대상자가 의뢰되면, 대상자에 대한 심층욕구조사와 통합사례회의 등을 통해 종합서비스제공계획을 수립하고 대상자에 대한 모니터링을 진행한다. 또한 읍·면·

제공될 수 있도록 노력하여야 한다. ⑨국가와 지방자치단체는 사회복지서비스를 필요로 하는 사람들에게 사회복지서비스의 실시에 대한 정보를 제공하여야 한다.

동 주민센터와 협력하여 대상자에 대한 사후관리와 더불어, 지역사회복지협의체와 연계하여 공공과 민간의 협력으로 구축된 지역단위의 통합서비스 제공체계를 통해 서비스를 제공한다.

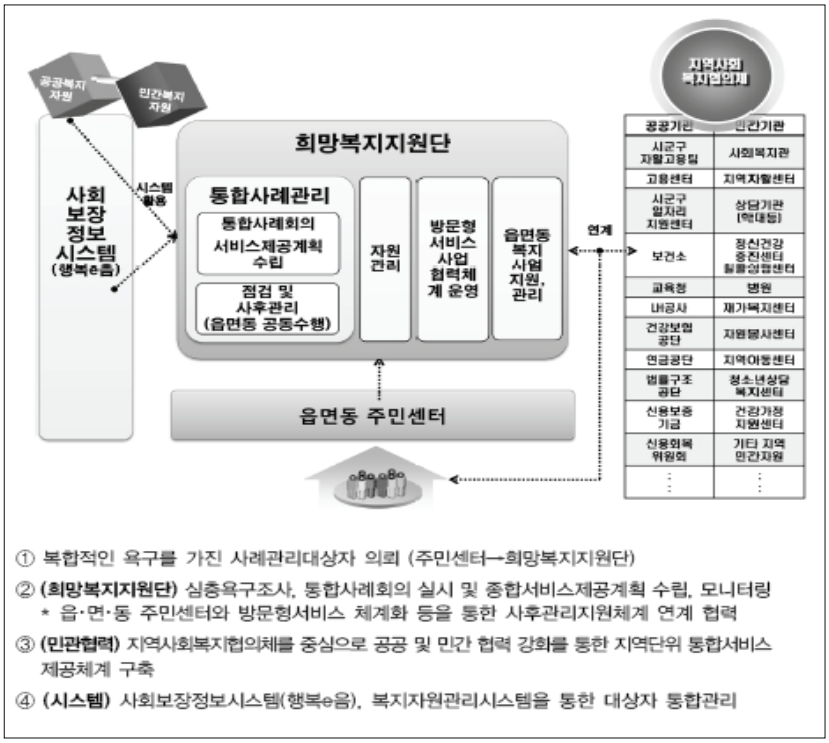
2015년 하반기 이후부터는 사회복지담당공무원 확충과 더불어 연차별 인력 확충 상황에 맞춰 시군구 본청 희망복지지원단에서 수행중인 사례관리 및 민관협력 업무를 읍면동으로 단계적으로 이관하고, 본청은 읍면동의 찾아가는 서비스와 민관협력 업무에 대해 총괄 및 조정과 교육·자문 역할을 하도록 기능 전환이 예정되고 있다(보건복지부, 2015c).

〈표 3-1〉 희망복지지원단의 주요 사업내용

구분	사업내용
통합사례관리사업	- 복합적 욕구를 가진 대상자에게 통합사례관리를 통해 공공·민간의 급여·서비스·자원 등을 맞춤형으로 연계·제공
자원관리	- 지역사회 공식·비공식 자원 현황 총괄 관리 - 자원조사 및 자원개발을 통한 통합사례관리의 원활한 지원 - 공공 및 민간 복지자원통합DB 운영을 통한 지역 자원의 효과적 관리 - 지속적 자원현황 업데이트로 지역 내 주민 및 관련 기관에 정보 공유 등
지역보호체계 운영	- 지역단위 방문형서비스 사업 간 현황 공유 및 연계·협력 체계 마련 - 복지통(이)장제, 읍면동 민관협의체의 역할 강화 등을 통한 주민네트워크 활성화 기반 구축 - 지역복지 활성화 방안 마련 등 지역복지 컨트롤타워로서 역할 강화 등
읍·면·동 복지업무 지원, 관리	- 읍·면·동 종합상담, 정보제공, 방문상담, 사례관리 의뢰 및 사후관리 등 복지업무에 대한 총괄·관리

자료: 보건복지부(2015c) p.10의 내용 재구성

〔그림 3-1〕 희망복지지원단의 사업 수행체계도



자료: 보건복지부(2015c). p.6의 그림 재인용.

다. 성과와 한계

희망복지지원단은 통합사례관리를 전면에 내세움에 따라, 대상자의 욕구를 면밀히 파악하고 그에 맞는 서비스 제공계획을 수립하여 지역 내 자원들과의 연계를 통해 통합서비스를 제공하고자 했다는 점에서 이제까지의 전달체계 개편안에 비해서는 혁신적인 시도였다. 그러나 조직 및 실행 인력이 충분치 않은 상황에서 통합사례관리와 같은 고도의 서비스를 제공하려고 했다는 점이 다소 현실과 괴리감이 있는 것으로 평가된다(김이

배, 2014). 또한 주된 서비스 연계 및 협의의 대상이 복지체계에 한정되어있고, 실제로는 의료기관과의 연계 자체는 활발하지 못해, 잠재적 대상자 발굴이 한정적이라는 점도 희망복지지원단의 한계라고 볼 수 있다(윤영호, 권용진, 장숙랑, 임정기, 오수경, 2014).

2. 지역사회보장협의체(舊 지역사회복지협의체)

가. 추진배경 및 목적

2015년 7월 현재 지역사회보장협의체로 개편된 지역사회복지협의체는 2000년 12월에 국회에 상정된 사회복지사업법 개정 법률안에 설치 근거가 제시되면서 등장하였다. 2001년부터는 운영 성과를 검증하기 위해 15개 시군구를 대상으로 2년 간 시범사업이 실시되었으며(한익희, 2005), 시범사업 이후에는 2003년 7월 사회복지사업법 개정으로 지역사회복지계획 수립 의무화와 동시에 지역사회복지협의체의 구성 근거가 명문화됨에 따라 전국적으로 확대되었다(보건복지부, 2015e). 더불어 2012년 1월 개정된 사회보장기본법이 기존의 사회복지서비스 외에 다양한 복지서비스(보건의료, 고용, 교육 등)를 포괄하는 사회서비스 개념을 도입하게 되면서 국민의 보편적이고 생애주기적인 특성에 맞게 소득 및 사회서비스를 보장하는 맞춤형 사회보장제도를 지향하게 하였다(보건복지부, 2015e). 2015년 7월부터는 사회보장기본법에 따라 '사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률(약칭: 사회보장급여법)'이 개정 시행되면서, 지역사회복지협의체는 지역사회보장협의체로 간주되어 그 역할을 수행하게 되었다.

정부는 지역사회보장협의체(구 지역사회복지협의체)의 도입의 추진배

경을 다음과 같이 제시하고 있다(보건복지부, 2013c; 2015e).

첫째, 지방분권화로 인한 환경 변화에 따라 사회복지 전달체계의 변화 역시 필요로 하게 되었다. 2005년부터 지방분권 강화 차원에서 국고보조금 방식으로 운용되었던 사회복지 관련 사업들의 상당 부분이 지방이양이나 분권교부의 형태로 지방에 이양되었다. 이로 인해 공공과 민간 시민사회의 참여를 통한 지역복지의 통합적인 체계 구축 전달체계 구축이 필요해졌다. 또한 각 지자체별로 지역사회 중심의 사회복지 계획의 수립 및 운영과 이에 필요한 지역 내 네트워크 구축, 자원 연계와 발굴이 중요 과제로 떠오르게 되었다.

둘째, 민간 영역 중심으로 발달된 지역복지 환경 특성을 반영한 연계와 조직화가 필요하게 되었다. 지역복지의 체계 구축을 위해서는 공공과 민간의 협력적 파트너십이 중요한데, 실제 공공과 민간은 각기 다른 운영방식과 조직체계로 운영되고 있었다. 이에 따라 지역복지를 위해 통합적이면서도 개별 조직들의 자율성과 탄력성을 보장할 수 있는 방안 모색이 필요해진 것이다.

셋째, 지역사회 공동체 기능 회복과 사회자본 증대의 절실성 때문이다. 지역공동체 회복을 통해 복지와 관련된 문제를 해결하는 것은 지역의 복지 문제를 현장에서 신속하게 해주고, 이를 통해 비용절감과 주민만족도를 동시에 고려할 수 있다.

마지막으로 정보 통신 기술의 발전으로 다자간 직접적인 의사소통이 이전보다 수월하게 이루어질 수 있는 현재, 기존의 관료제적 조직구조를 벗어나 네트워크 조직구조 구성이 현실적으로 가능해졌다. 지역복지의 기획과 실행 기능을 위한 협의적 의사결정, 상생적 조직관계, 지역사회 공동체 구성, 사회자본 구축 등의 지역사회보장협의체 구성의 핵심요소 구현이 가능해진 것이다.

이에 따른 지역사회보장협의체의 사업목적은 다음과 같다(보건복지부, 2013c; 2015e).

첫째, 지역사회 내 복지문제 해결을 위한 민주적 의사소통 구조 확립이다. 지역사회보장계획 등 지역복지증진을 위한 과정에 민간의 참여 기반을 마련함으로써, 지역사회에서 수급권자에게 서비스를 제공하는 실무자들의 문제해결 의지가 지역사회 내에서 활발하게 논의될 수 있는 상향식 의사소통 구조를 마련하는 것이다.

둘째, 수요자 중심의 통합적 사회보장급여 제공 기반 구축한다. 이를 통해 지역사회 내 관련 서비스 제공자 간의 연계망(network)을 구성하여 수요자의 복합적인 욕구에 공동으로 대응하고, 그들이 필요로 하는 서비스를 Any-stop, One-stop으로 제공하는 데에 궁극적인 목적이 있다. 즉, 지역 내 서비스 제공 관련 기관이나 법인, 단체 등의 연계와 협력을 통해 지역사회보장협의체가 시·군·구의 희망복지지원단이나 읍·면·동 주민센터의 통합사례관리를 효율적으로 지원하고자 하는 것이다.

마지막으로 지역사회보장협의체의 사업 목적은 지역사회 내의 복지자원 발굴과 자원 간의 연계 및 협력을 통해 지역사회 내 복지자원의 효율적 활용체계를 조성해 나가는 것에 있다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

지역사회보장협의체의 운영체계를 살펴보기에 앞서 운영 및 구성의 기본원칙을 살펴볼 필요가 있다. 기본원칙은 지역성, 참여성, 협력성, 통합성, 연대성, 예방성 등 여섯 가지로 구성되며, 주요 내용은 〈표 3-2〉와 같다(보건복지부, 2013c; 2015e).

〈표 3-2〉 지역사회보장협의체 운영의 기본 원칙

구분	내용
지역성	- 주민·지역의 욕구, 지역자원의 총량 등을 고려한 현장밀착형 서비스 제공 - 모든 지역에서 수행하는 업무와 함께, 해당 지역의 특성·복지환경·문화 등을 반영한 지역 핵심(고유) 사업 병행 추진
참여성	- 복지 문제 해결을 위한 지역사회 구성원들의 자발성이 일차적 동력 - 공공과 민간의 적극적·자발적, 대표성을 가진 참여 필요
협력성	- 네트워크 조직 구조를 통해 당면한 지역사회 복지문제 등의 현안을 해결하는 민관협력기구 - 지역보장계획의 수립 및 집행, 평가를 위한 협의적 의사결정, 상생적 조직관계, 지역사회 공동체, 사회적 자본 등 네트워크 바탕으로 하여 합리적 방법으로 운영
통합성	- 지역자원의 유기적 연계·협력을 통해 수요자의 욕구 부합하는 통합 서비스 제공
연대성	- 해결 곤란한 과제는 주민들 간 연대 형성 또는 타 지역과의 협조 통해 해결
예방성	- 지역 주민의 복합적 생활문제를 조기에 발견하여 예방

자료: 보건복지부(2013c) pp.6~7의 내용, 보건복지부(2015e) p.10의 내용 재구성

기본원칙의 첫 번째인 지역성은 지역사회보장협의체가 해당 지역의 주민 생활권을 바탕으로 하기 때문에 주민과 지역의 욕구, 지역 자원의 총량 등을 고려하여 현장 밀착형 서비스가 제공되어야 할 것을 강조한다. 또한 일반적으로 지역 주민을 위해 모든 지역에서 수행하고 있는 사업뿐만 아니라, 해당 지역만의 고유성과 특수성을 반영한 지역 고유의 사업도 추진해야 한다.

둘째, 참여성의 원칙에 따라 지역사회보장협의체는 법적 장치나 규제보다는 지역사회 구성원들의 자발성이 일차적인 동력이 되어야 한다. 또한 지역사회보장협의체가 정상적으로 그 기능을 발휘하기 위해서는 공공과 민간 모두의 적극적이고 자발적인 참여가 선행되어야 한다.

셋째, 협력성이라는 기본 원칙을 위해 네트워크 조직인 지역사회보장

협의체는 지역사회복지의 기획과 실행 기능 수행시 협의적 의사결정, 상생적 조직관계, 지역사회 공동체, 사회적 자본 구축 등을 주요 개념으로 두고 운영해야 한다.

넷째, 지역 내 자원의 유기적 연계와 협력을 통해 수요자가 필요로 하는 욕구와 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 통합성의 원칙에 따라 운영되어야 한다.

다섯째, 연대성 확보를 위해 해결이 곤란한 과제에 대해서 지역 내 주민들 간의 연대를 형성하거나 타 지역과의 협조를 통하여 해결한다.

마지막으로 예방성의 원칙에 따라 지역 주민의 복합적인 문제를 조기에 발견하여 예방해야 한다.

기존에 사회복지사업법 제7조의2에 법적근거를 두었던 지역사회복지협의체는 2015년 7월 지역사회보장협의체로 개편됨에 따라 그 법적근거가 사회보장급여법으로 변화되었다. 사회보장급여법 제41조에 따르면 지역사회보장협의체는 "지역의 사회보장을 증진하고, 사회보장과 관련된 서비스를 제공하는 관계 기관·법인·단체·시설과 연계·협력을 강화"의 역할을 수행하기 위해 해당 시·군·구 내에 설치된다. 지역사회보장협의체는 협치(governance), 연계(network), 통합서비스 지원 기능을 수행하며, 이를 통해 수요자 중심의 통합적 서비스를 제공한다. 지역사회보장협의체의 기능과 관련된 자세한 사항은 〈표 3-3〉에서 확인할 수 있다.

지역사회보장협의체는 기존에 운영되던 지역사회복지협의체와 마찬가지로 대표협의체, 실무협의체, 실무분과로 구성되며, 이에 추가하여 읍·면·동 단위에서도 지역사회보장협의체가 구성된다. 또한 지역사회보장협의체의 위원은 사회보장급여법 제41조의 3항에 따라 시장·군수·구청장이 임명 또는 위촉한다. 각 운영주체별 주요 역할은 〈표 3-4〉와 같다.

〈표 3-3〉 지역사회보장협의체의 주요 기능

주요 기능	내용
협치 (governance)	- 지역사회보장계획의 수립·이행·평가 등 지역사회보장의 주요 사항에 대해 민간과 공공이 협의하여 심의·자문
연계 (network)	- 사회보장과 관련된 서비스 제공하는 관계 기관·법인·단체·시설과 연계·협력 강화
통합서비스 지원	- 협의체 내 각 분과 간 통합 및 조정역할을 수행하고 지역주민의 욕구를 반영한 통합적 서비스 제공체계 지원 - 통합서비스 제공을 위해 기존의 보건복지뿐만 아니라 고용·주거·교육·문화·환경 등 다양한 영역과 연계

주: 협치는 주로 대표협의체의 역할이나, 실제 의제를 개발하고 사업 수행시에는 실무협의체(실무분과) 등과 연계하여 네트워크 형성 및 협력 추진
자료: 보건복지부(2015e) p.28의 자료 재인용

〈표 3-4〉 지역사회보장협의체의 주체별 역할

구분	역할
대표협의체	- (목적) 지역의 사회보장을 증진하고 사회보장과 관련된 서비스를 제공하는 관계 기관·법인·단체·시설과 연계·협력을 강화 - 다음 각 호의 업무에 대한 **심의·자문역할 수행** · 시·군·구의 지역사회보장계획 수립·시행 및 평가에 관한 사항 · 시·군·구의 지역사회보장조사 및 지역사회보장지표에 관한 사항 · 시·군·구의 사회보장급여 제공에 관한 사항 · 시·군·구의 사회보장 추진에 관한 사항 - (전문위원회 운영) 대표협의체 심의안건에 대한 효율적인 심의/자문기능수행(개별 법령에 따라 사회보장사업별 심의를 위하여 시·군·구에 두는 위원회 심의기능 대신 수행)
실무협의체	- (목적) 협의체 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 실무협의체 설치 · 공동사업개발 및 건의 · 지역사회서비스 제공 및 연계 협력에 관한 협의 · 대표협의체 심의(건의)안건 사전 검토 · 실무분과 간 역할조정 및 협력도모 · 그 밖에 위원장이 필요하다고 인정하는 사항

구분	역할
실무분과	- (목적) 지역의 사회보장 관련 기관·법인·단체·시설 간 연계와 협력 강화 · 사회보장 분야별/대상자별 사례회의 · 서비스 제공 및 연계 · 서비스 제공을 위하여 필요한 사항
읍·면·동 지역사회보장협의체	- 관할지역 내 사회보장대상자 및 자원 발굴 - 사회보장대상자에 대한 서비스 연계·지원 - 지역사회보호체계 구축·운영 - 지역 내 복지문제 해결을 위한 자체 특화사업 수행 등

자료: 보건복지부(2015e) p.29의 자료 재인용

다. 성과와 한계

국내에서는 대상자의 다양한 욕구 충족을 위한 서비스 연계를 위해 공공전달체계 내의 조직 개편뿐만 아니라, 민과 관의 협력기구로써 지역사회복지협의체(현 지역사회보장협의체)를 구축하였다. 지역사회복지협의체를 통해 지역사회를 중심으로 민과 관이 협력하여 서비스 연계 및 효율적으로 전달하고자 하였으며, 실제로 희망복지지원단의 서비스 연계 및 통합서비스 제공 부분에서 지역사회복지협의체의 역할이 강조되기도 하였다. 그러나 지역사회복지협의체는 공공행정기관의 주도로 위원이 구성됨에 따라 네트워크 구조 속에서 수평적인 관계로 작동한다고 보기 어려웠고(이재완, 최영, 2011; 이재완, 김승용, 2012), 지역사회복지협의체의 운영지침에 따른 사업 수행을 위한 인력의 부족, 재정 부족 등의 측면에서 한계점을 갖고 있다(김도희, 2010; 이재완, 김승용, 2012).

3. 301 네트워크 사업[19)]

가. 추진배경 및 목적

2013년 4월 서울특별시 북부병원에서 발족된 301 네트워크 사업은 일반적으로 제도권 내에서는 보건·복지서비스, 건강보험, 장기요양보험 등을 통해 의료서비스를 제공 받을 수 있으나, 지역사회 내에는 여전히 제도 연계의 사각지대에 놓인 취약계층이 존재한다는 문제인식에서 출발한 사업이다.

특히 취약계층의 경우 간병비나 선택진료비 등과 같은 의료비 부담으로 인해 의료서비스 이용을 포기하거나, 이용하고 지원 받을 수 있는 보건·의료·복지 서비스에 대한 정보가 부족하여 혜택을 받지 못하는 경우가 많다. 301 네트워크사업은 이러한 취약계층을 위해 지역 내 보건·의료·복지 자원을 연계 및 조정하는 One-Stop 창구로써, 각 자원 연계의 효율성을 높이고 궁극적으로는 시민의 건강과 행복한 삶을 보장하는 데에 목적이 있다. 현재는 동일한 사업 모델을 활용하여 2015년 6월 현재 경상남도 마산의료원, 충청남도 공주의료원에서도 사업이 진행되고 있다.

이러한 사업목적을 배경으로 301 네트워크 사업의 대상은 주로 사회·경제적 취약계층이 해당되며, 구체적으로는 다음의 항목 중 1개 이상이 해당되는 경우 대상자로 선정될 수 있다.

먼저 의료적인 문제로 인해 경제적 어려움을 겪고 있는 의료사각지대의 대상자, 둘째, 기초생활수급권자나 차상위계층, 또는 소득수준이 최저생계비 200% 이하인 경제적 취약계층, 셋째, 독거노인이나 한부모 가정,

19) 301네트워크사업의 전반적인 내용은 윤영호 외(2014)의 '공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안' pp.41~73의 내용을 요약발췌하였음.

장애인 등 사회적 취약계층일 경우가 이에 해당한다. 또한 외국인 노동자나 난민, 다문화 가정, 북한이탈주민 등의 사회적 소외계층이나 기타 지역사회에서 도움을 요청한 자 또한 대상자가 될 수 있다.

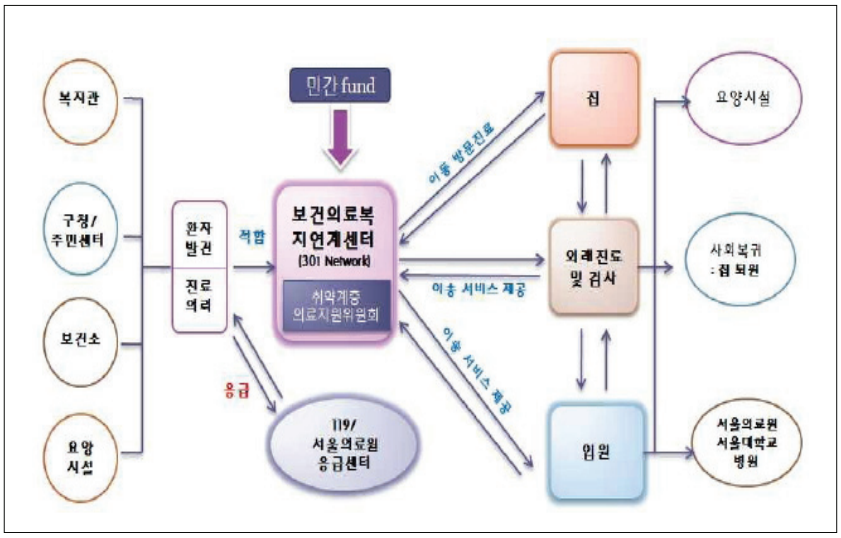
대상자 발굴 및 의뢰는 301 네트워크 사업을 직접 수행하는 공공병원의 실무자(의료사회복지사 등)뿐만 아니라 사업 수행을 위하여 공동협약을 맺은 공동네트워크 기관의 취약계층 실무자를 통해서도 이루어진다. 또한 협약을 맺은 기관이 아닐지라도 지역사회 내에서 보건·의료·복지 관련 기관 또는 단체의 실무자가 발굴, 의뢰한 경우에도 사업의 대상자가 될 수 있다.

301 네트워크 사업은 공공병원을 중심으로 지역 내 유관기관과의 협력 네트워크를 구축하여 서비스를 제공하는데, 이에 따라 공공병원이 위치한 지역사회 및 인접 지역이 주된 사업 대상 지역이 된다. 예를 들어, 사업을 최초로 실시한 서울특별시 북부병원의 경우, 사업 수행 범위를 기관이 위치한 중랑구와 인접 지역인 노원구, 강북구까지 포괄하여 서비스를 제공하고 있다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

301 네트워크 사업은 사업을 실질적으로 운영하는 공공병원 내의 보건의료복지통합지원센터(301 네트워크)와 지역사회 내의 공공, 민간 사례관리 기관(구청, 주민센터, 복지관 등)이 핵심주체가 되어 진행된다. 사업의 수행절차별로 그 기능·역할을 살펴보면 다음과 같다(그림 3-2 참고).

〔그림 3-2〕 301 네트워크 사업의 수행체계 및 절차



자료: 윤영호 외(2014) p.49의 자료 재인용

먼저 지역사회 내에서 대상자 발굴 및 연계를 위한 협력의 대상이 되는 유관기관(복지관, 구청, 동주민센터, 보건소, 요양시설 등)은 의료사각지대에 놓인 대상자를 발굴하여 301 네트워크센터에 의뢰한다. 이후 301 네트워크센터에서는 해당 사례를 접수하고, 취약계층의료지원위원회를 통해 대상자 심의, 제공 가능한 서비스 심의, 개입계획 수립 등을 거쳐 대상자가 적절한 서비스를 받을 수 있도록 한다. 이 때 301 네트워크센터는 대상자의 외래 진료 및 입원뿐만 아니라 서비스를 받는 기간 동안 협력기관을 연계하고 조정하는 역할을 수행한다. 대상자 치료 후에는 지역사회로 복귀할 수 있게 하고, 복귀가 불가능한 경우 요양시설이나 3차 의료기관에 연계하여 필요한 서비스를 제공받을 수 있도록 조정한다.

구체적으로 301 네트워크에서 제공하는 서비스 내용은 〈표 3-5〉와 같으며, 앞서 언급한 바와 같이 의료서비스, 취약계층지원, 의료비지원 등

뿐만 아니라 사회복귀를 위한 지역사회 연계도 비중을 두고 운영하고 있다. 특히 지역사회 연계시 병원 내의 가정복귀지원사업과 연계하거나 관련 기관에 사례를 의뢰하기도 하고, 대상자의 의료적인 상태에 따라 요양병원 또는 3차 병원으로 전환시키기도 한다. 퇴원 이후에는 지속적인 모니터링과 더불어 사례종결 후에도 3회 이상 전화로 사후관리를 진행한다.

〈표 3-5〉 301 네트워크 사업의 서비스 내용

구분	내용
의료서비스	외래진료 및 검사, 입원치료, 방문진료
취약계층지원	독감예방접종 등
의료비지원	검사비, 입원진료비, 외래진료비 등
간병지원	무료간병서비스(공동, 개별 등)
물품지원	입원시 필요한 물품지원(기저귀 등)
기타지원	의료 소모품비

자료: 윤영호 외(2014) p.52의 자료 재인용

301 네트워크 사업 수행체계 내에서 보건의료복지통합지원센터 즉, 301 네트워크센터는 사업에서의 핵심조직이라고 볼 수 있다. 센터는 공공병원 공고의료팀 내에 별도의 조직으로 구성되어있으며 핵심 인력은 의사 1명, 간호사 1명, 사회복지사 4명, 운전원 1명이다. 의사는 센터 업무를 총괄 및 대상자 진료업무를, 간호사는 환자 진료지원 및 모니터링과 원내·외의 의료 관련 조직과 연계 업무를 중심으로 역할을 수행한다. 사회복지사의 경우 지역사회 내의 취약계층 의뢰대상자를 접수하고, 대상자에 대한 사례관리 및 지역사회 자원 연계 등의 역할을 수행한다. 각 인력별 역할에 관한 자세한 내용은 〈표 3-6〉에서 확인할 수 있다.

〈표 3-6〉 301 네트워크 사업의 인력별 역할

직종	역할
의사 (1명, 전임)	- 진료 부분 및 의료복지연계센터 업무 총괄 - 방문진료, 이동진료, 무료진료 등 - 지역사회 실무자 교육 및 대상자 교육 - 취약계층의료지원위원회 업무
간호사 (1명, 전임)	- 방문진료, 이동진료, 무료진료 등 - 집단 검진사례 발생시 업무지원 - 보건소 의뢰환자 간호사정 및 연계업무 - 지역사회 실무자 교육 및 대상자 교육 - 각 입원환자 의료적 개입사례 관리 보고 - 원내 간호팀 업무 연계
사회복지사 (4명, 전임)	- 지역사회 취약계층 의뢰대상자 접수 및 사례등록 - 대상자 가정방문, 이동진료, 무료진료, 방문진료 업무 - 사회복귀 및 퇴원계획 수립, 지역사회 복귀 지원 - 경제적 지원 위한 후원 관련 업무 - 취약계층의료지원위원회 업무 - 가정복귀지원사업 지원 - 의뢰기관 실무자 사례관리 회의 진행 - 각 개입사례관리 보고 및 행정 지원 - 기타 지역사회 연계 제반 업무 등
운전원 (1명)	- 301 네트워크 의뢰대상자 접수 및 등록 - 대상자 가정방문시 운전지원 - 기타 지역사회 연계 제반 업무

자료: 윤영호 외(2014) p.53의 자료 재인용

301 네트워크 사업은 앞서 언급한 바와 같이 지역 내 유관기관과의 협력 네트워크를 구축하여 서비스를 제공한다. 이들 기관 간 업무 범위는 사례관리, 서비스, 기관 간 연계로 나누어지며 각 담당 부문별 내용은 〈표 3-7〉과 같다.

〈표 3-7〉 301 네트워크 사업의 지역사회 내 협력기관 간 업무 범위

구분	내용
사례관리	- 의료적 문제 개입 대상자 발생시 업무 협조 - 대상자 의료적 정보 교환 여부 의뢰 및 외래·입원진료 회신 - 의료기관 이용시 필요한 절차 지원 - 연계 기관 간 의료·복지 자원 및 서비스실무자 대상의 - 의뢰 사례관리 진행 계획 및 경과 공유
서비스	- 외래진료, 입원, 각종 검사 등 보건의료서비스 제공 - 진료과정에 필요한 경제적 자원 연결 - 입원시 심리사회적 안정 위한 사회사업상담 시행 - 개별화된 맞춤형 퇴원계획 수립 - 퇴원 후 사회복귀에 필요한 일상생활 서비스 지원
'기관 간 연계	- 지역사회 주민 의료지원에 필요한 제반 사항 협력 - 대상자의 의료적 개입여부 식별 위한 실무자 대상 모니터링 교육 실시 - 실무자 대상의 응급처치 교육 실시 - 기관간 인적교류, 사업교류, 공동사업 추진

자료: 윤영호 외(2014) p.55의 자료 재인용

다. 성과와 한계

301 네트워크사업은 보건·복지 서비스를 받는 대상자 중에서도 의료적인 문제가 있는 이들에게 의료서비스를 제공함으로써, 보건과 복지 그리고 의료의 통합적 지원체계를 구축하였고 각 대상자별로 맞춤형 지원이 가능하게 하였다. 또한 보건과 의료, 복지서비스가 기존의 체계 내에서 가졌던 다음과 같은 한계들을 인식했다는 면에서 서비스 연계의 사례로서 의미를 가진다(권용진, 2015). 먼저 의료서비스를 제공하는 병원은 방문하는 환자에게만 서비스를 제공하기 때문에 그 경계가 강하며 독립적이다. 복지서비스의 경우는 읍·면·동 체계에서 소득중심 접근으로 경제적 취약 계층에게 주로 서비스를 제공하지만 대상자들의 방문은 소극적이다. 보건서비스 역시 취약계층을 중심으로 시군구 체계 내에서 질병중심

으로 접근한다. 보건, 복지, 의료 각각의 서비스들은 욕구를 지닌 대상자들에게 서비스를 제공하지만, 이용자들은 보통 둘 이상의 복합적인 욕구를 지닌다는 점을 생각한다면, 보건과 복지, 의료서비스 간의 연계는 필수적이라고 볼 수 있다. 이러한 측면에서 대상자에 대한 인테이크(intake)부터 의료적 문제 여부를 확인하고 보건과 복지서비스와 연계하는 301 네트워크사업은 그간 서비스 제공자 관점에서 시도된 보건-복지 서비스 연계 시스템의 한계를 극복한 이용자 중심의 연계시스템이라 할 수 있다.

301 네트워크사업은 의료비 지원체계가 기존 지원체계의 대상자 및 지원 기준을 완화하여 서비스를 제공하고자 하였기 때문에 재정 확보를 위해 민간 자원에도 운영한다는 측면에서 초기 운영에 있어서 재정 부담이 있다는 단점이 존재한다. 그러나 통합적 맞춤형 서비스를 제공함으로써 장기적으로 대상자들의 정상적인 사회복귀를 도모할 수 있다는 점에서 긍정적인 사업으로 볼 수 있다.

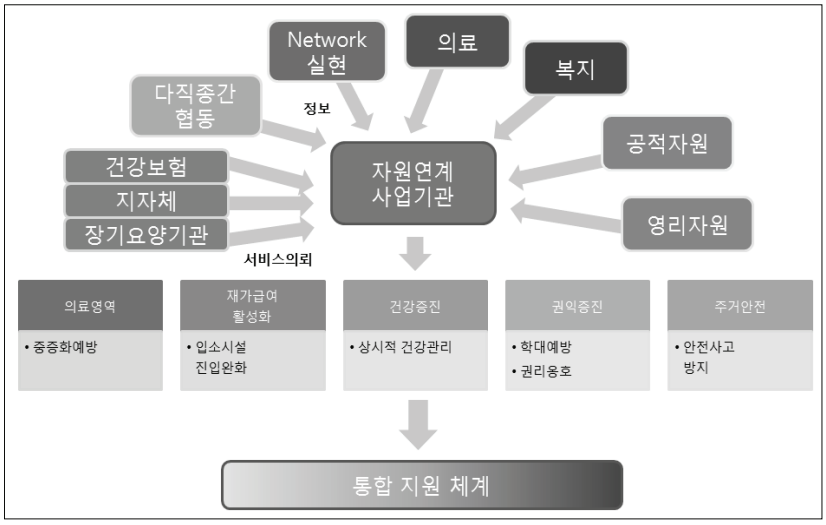
4. 지역사회자원연계사업

가. 추진배경 및 목적

보건복지부는 노인돌봄의 사각지대, 서비스 제공 기관 간의 연계 활성화, 노인의 복합적 욕구 대응 등의 문제점을 해결하기 위해서 노인에 대한 정보 분석(경제적 상황, 사회적 지지망 현황, 신체적 상황)을 통한 데이터베이스 구축과 서비스 연계와 자원연계 등의 통합사례관리를 담당할 수 있는 전달체계로 지역밀착형 포괄케어시스템사업을 2012년부터 실시하고 있다(이민홍, 이재정, 서보경, 김경모, 황재영, 2014). 2013년부터는 지역밀착형 포괄케어시스템사업을 지역사회자원연계사업이라 명칭을 변경했

으며, 2014년 12월을 기준으로 전국에 12개 재가노인관련 기관이 지역사회연계사업을 수행하고 있다.

〔그림 3-3〕 지역사회자원연계사업의 사업 수행 모형



자료: 보건복지부(2013e). 2013년 지역사회자원연계사업 안내.

지역사회자원연계사업은 보건복지부-지자체-재가요양센터-건보공단-장기요양기관 등의 기관 간 효율적인 연계방안을 마련하여 재가노인에게 포괄적인 케어서비스를 제공하기 위해 설계되었다. 사업을 담당하는 기관은 재가 요양지원센터로 지역사회자원을 연결하여 보건서비스와 복지서비스를 제공하기 위한 사업이다(이민홍, 이재정, 서보경, 2015).

동 사업의 배경은 급속한 노령화와 평균수명의 연장으로 장기요양돌봄이 필요한 노인이 지속적으로 증가하고 있는 현실에서 찾을 수 있다. 이러한 인구학적 변화에도 불구하고 도시화, 산업화, 여성의 고용 증가, 효문화의 약화 등으로 가정에서 노인에 대한 돌봄을 더 이상 제공하지 못하

게 되자, 정부는 2007년 노인 장기요양보험제도를 도입하였다. 장기요양보험제도의 실행으로 신체활동 및 가사활동지원을 통해서 노후의 건강증진 및 생활안정과 함께 가족의 부양부담을 감소하는 효과를 가져왔다. 하지만 노인장기요양보험제도를 운영하는 과정에서 노인돌봄의 사각지대, 서비스 제공기관의 연계 부재, 노인의 복합적 욕구 대응 부족 등이 문제점으로 등장하고 있다.

노인돌봄의 사각지대는 장기요양보험제도가 신청주의에 입각하기 때문에 정보 접근성이 낮은 노인들이 해당될 수 있다. 또한 장기요양보험제도의 등급 판정이 엄격하여 대상자 인정이 받기 어려운 것도 작용한다. 소득 및 건강상태별로는 소득은 차상위계층이면서 등급외자에 경우에 노인 돌봄의 사각지대 위험이 가장 높은 것으로 추정되고 있다(김찬우, 2014). 즉, 노인돌봄이 제도적으로 국민건강보험공단이 운영 및 관리하는 노인장기요양제도와 지방자치단체가 운영 관리하는 노인종합돌봄서비스로 이원화 되어 있으며, 서비스 제공 기관 간의 연계가 이루어지지 못하는 문제점도 노출되고 있다(이민홍, 이재정, 서보경, 2015). 이는 장기요양이 필요한 노인의 복합적 욕구를 대응하기 어렵게 하는 요인이기도 하다. 장기요양보호노인은 돌봄서비스와 함께 의료 및 보건 관련해서 서비스에 대한 욕구가 존재하지만, 서비스 제공기관의 연계 부족으로 인해서 복합적인 욕구에 대한 통합적 서비스를 제공에 한계를 단적으로 증명하는 것이라 하겠다.

전술된 바와 같이 지역사회연계사업의 목적은 '보다 건강하고, 안전하게 자신의 가정에서 살 수 있는 환경 제공', '지역사회 내 다양한 보건복지 서비스 안내 및 정보 제공', 지역사회 공공 및 민간의 다양한 자원 연계로 어르신의 삶의 질 향상' 이다(보건복지부, 2014i).

〈표 3-8〉 지역사회자원연계사업의 대상자 선정 기준

구분	내용	비고
대상자	① 장기요양 수급자 중 재가서비스 이용자(치매특별등급 이용자포함) ② 등급 외 A, B 대상자 중 노인돌봄종합서비스 이용자	정보제공 및 일반 상담은 대상자 제한 없음
인원	① + ② 월평균 200명 이상 * 2013년 평가결과 인력 추가 배치 기관은 250명 이상	2014년 신규대상자 비율 10% 이상 유지
비율	① 장기요양 재가서비스 이용자 60% 이상 ② 등외 A, B 대상자 40% 미만	장기요양 대상자 확대 및 치매특별등급 반영
동일법인	사업기관 운영법인 대상자 20% 미만	-

자료: 보건복지부(2014i). 2014년 지역사회자원연계사업 안내

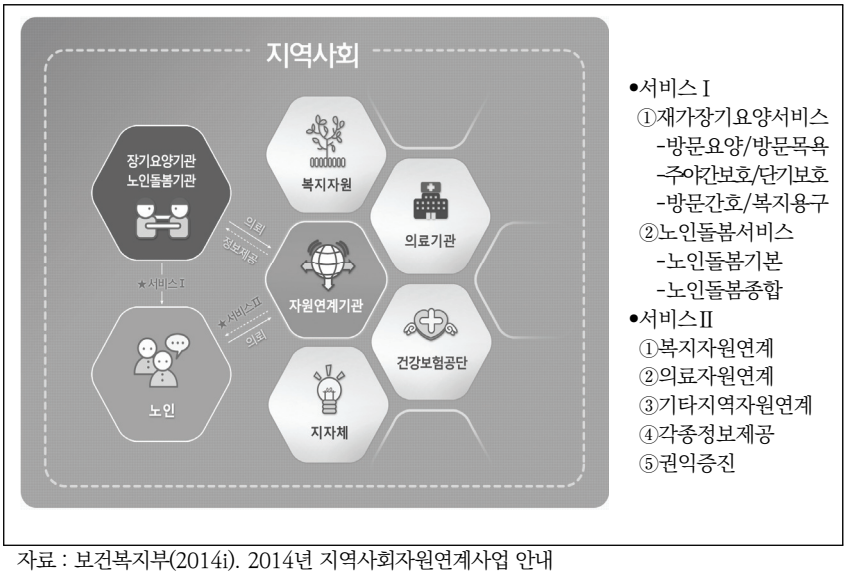
사업대상은 노인장기요양 등급내자 및 등급 외자(등급 A, B)자로써 장기요양 외에 보건 및 복지서비스에 대한 욕구가 있는 노인이다. 본 사업은 장기요양등급자 및 등급외자에 해당되는 노인이 지역사회에 지속적으로 거주하기 위해 필요한 다양한 욕구를 충족하기 위해서 지역중심의 공공 및 민간 서비스를 발굴하여 맞춤형 서비스를 제공하고자 설계되었다.

기본 추진방향은 첫째, 대상자의 총체적 욕구수준에 적합한 지역의 가용자원을 발굴하고 연계하는 것을 통해 제공되는 서비스가 편중되지 않도록 맞춤형 포괄서비스를 개발한다. 둘째, 대상자의 욕구에 맞는 서비스 제공과 모니터링 등으로 맞춤형 서비스를 제공하는 것을 강조한다. 셋째, 이용자 이외에 일반 노인 또는 보호자들이 적극적으로 자원연계기관을 이용하고 활용하여 정보제공과 자원연계가 연속적으로 이루어 질 수 있도록 ONE-STOP 지원체계로 서비스를 제공하는 것을 강조하고 있다(이민홍, 이재정, 서보경, 김경모, 황재영, 2014, p.32 재인용).

나. 주요 사업내용 및 수행체계

지역사회자원연계사업의 서비스 제공 절차는 접수(사례접수 및 초기면접) → 욕구사정(욕구사정 및 사례회의 실시, 자원연계 및 연계의뢰) → 서비스 계획(서비스계획서 작성, 서비스 이용 안내 및 동의서) → 서비스 연계 및 점검(과정상담일지작성, 서비스 연계 및 모니터링) → 재사정 및 종결(재사정 기록, 서비스 종결 안내, 사례평가면접) 순으로 진행된다. 구체적으로 서비스 내용 및 관련 기관 네트워크는 〔그림 3-4〕와 같다.

〔그림 3-4〕 서비스 내용 및 관련기관 네트워크



자료 : 보건복지부(2014i). 2014년 지역사회자원연계사업 안내

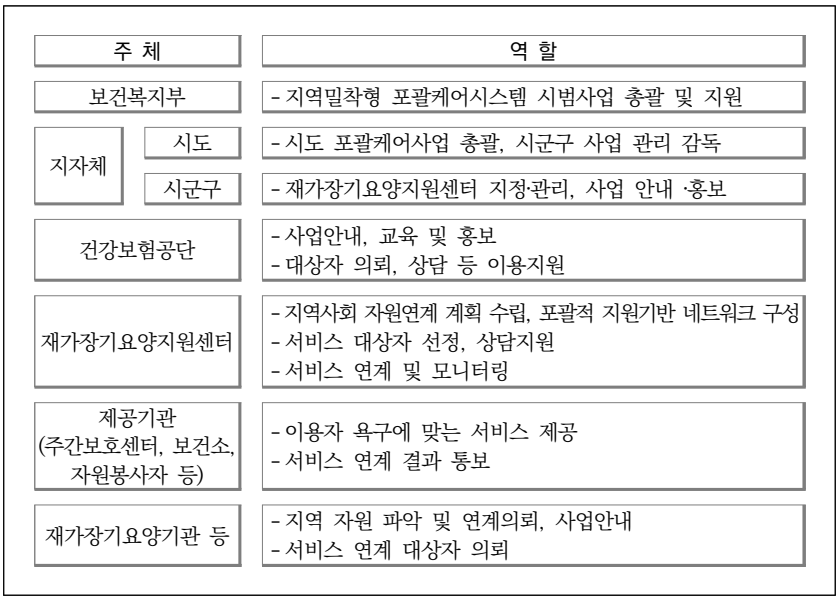
우선 지역사회연계사업 연계자원 및 서비스는 의료영역(예: 물리치료, 언어치료, 작업치료, 의료기관 연계, 보건소 연계, 운동처방 등), 복지영역(예: 긴급복지지원사업, 주거복지(주거환경개선), 복지시설이용지원,

지역사회복지서비스, 정보제공), 건강증진(예: 구강위생, 투약지도, 건강검진, 건강교육, 영양관리, 이미용, 급식지원, 주거위생), 권익증진(예: 노인학대 관련 정보, 노인인권, 자살예방, 성년후견), 기타(예: 이송서비스, 복지용구연계 및 사용방법안내, 안부확인 등) 등으로 사례를 구분할 수 있다(보건복지부, 2014i). 이와 같이 기존의 장기요양서비스에 한정하여 돌봄서비스를 제공하는 것이 아니라 재활 및 영양, 주거, 안전, 여가, 이미용, 노인권익 등 노인의 다양한 욕구에 대응할 수 있도록 자원을 연계하고 있다.

지역사회자원연계사업의 전달체계는 보건복지부, 지자체(광역시도 및 시군구), 건보공단, 재가장기요양지원센터, 제공기관(주관보호센터, 보건소, 자원봉사자 등), 재가장기요양기관 등으로 구성되어 있다. 재가장기요양지원센터가 지역사회지원연계사업의 수행기관으로 지역사회자원연계 계획 수립, 포괄적 지원기반 네트워크 구상, 서비스 대상자 선정 및 상담지원, 서비스 연계 및 모니터링 등의 업무를 담당한다(보건복지부, 2013). 지역사회자원연계사업의 전달체계 및 역할 분담과 지역사회자원연계사업 수행기관의 역할은 〔그림 3-5〕와 〈표 3-9〉에서 확인할 수 있다(이민홍, 이재정, 서보경, 김경모, 황재영, 2014, pp.39~40).

지역사회자원연계사업 수행기관의 자격요건은 제공서비스로 재가노인지원서비스, 주야간보호서비스, 통합사례관리서비스(지자체 지정기관) 중 1가지 이상 서비스를 제공하는 기관이어야 하며, 운영법인은 사회복지법인에 해당되어야 한다(보건복지부, 2013e). 수행기관의 인력기준은 2~3인의 사회복지사 또는 간호사(조무사) 전담인력 채용을 권고하고 있으며, 필요에 따라 사회복지사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등을 배치할 수 있다(보건복지부, 2014i).

〔그림 3-5〕 지역사회자원연계사업 전달체계 및 역할 분담



자료: 보건복지부(2013e)

〈표 3-9〉 지역사회자원연계사업 수행기관의 역할

구분	역할
지역사회 자원 연계사업	- 수급자가 이용할 수 있는 지역 내 보건·복지 관련 사업 현황 조사 - 수급자의 욕구를 충족하기 위한 자원 발굴, 개발 - 수급자들이 필요로 하는 정보제공 - 수급자들의 욕구에 따른 자원연계 및 서비스 제공 - 수급자들의 욕구조사, 서비스 제공, 효과성, 만족도조사를 통한 사례관리 - 장기요양 및 돌봄 서비스 이용자(보호자)의 이용지원 - 상담, 교육, 정보 제공 - 장기요양 및 돌봄 서비스 기관 지원 - 대상자관리, 자원연계를 통한 서비스 향상 - 지역의 노인들에게 필요한 정보 제공 - 장기요양보험제도 내에서 중립을 유지하며, 수급자의 욕구 파악 - 기관에서 확보한 자원을 수급자에게 연계하고 효과성 검토 - 장기요양서비스제공기관 또는 돌봄 서비스 제공기관과의 협력을 통한 수급자 관리 - 현재 수급자가 이용하고 있는 장기요양 및 돌봄 서비스는 그대로 유지 - 즉각적인 서비스가 필요한 경우 직접 서비스 제공

다. 성과와 한계

지역사회자원연계사업의 성과로는 노인돌봄의 사각지대를 발굴하고, 이들을 대상으로 적극적인 사례관리 개입이 진행된 것이다. 이를 통해서 재가장기요양 대상 노인에게 공공 및 민간 자원의 연계하여 맞춤형 포괄 서비스를 제공할 수 있다. 또한 장기요양서비스 제공기관이 노인의 복합적인 욕구를 대응하기 위해 보건 및 복지서비스에 대한 이해도와 네트워크를 통한 참여를 이끌어 냈다. 이는 결과적으로 지역사회 내 사회복지자원 기관들과의 업무협조 및 협력관계를 증진시켰다(이민홍, 이재정, 서보경, 김경모, 황재영, 2014). 반면에 전국적으로 지역사회자원연계사업의 수행기관이 12개로 제한되어 있어서 표적효율성은 낮다고 할 수 있다. 또한 보건복지부에서 인건비만을 지원해주는 상황에서 사업에 대한 운영비 부족으로 업무를 지속적 및 안정적으로 추진하는 데 한계가 있다.

5. 지역사회 일차의료 시범사업

가. 추진배경 및 목적

지역사회 일차의료 시범사업은 한국의 급격한 고령화와 함께 만성질환 환자(예: 고혈압, 당뇨, 관절염, 낙상 등)가 빠르게 늘어남에 따라 효과적인 예방관리체계 필요성에 의해 설계되었다(보건복지부, 2013d). 국외에서도 고령화로 인해 만성질환 환자가 증가하고 있으며, 의료비 증가를 효율적으로 대응하기 위해서 만성질환 예방사업을 확대해 가고 있다. 대표적으로 미국은 고령사회 대응 정책으로 노인성질환 예방사업으로 만성질환자기관리프로그램(Chronic Disease Self-Management Program),

건강행동서비스, 질병예방 및 건강증진 프로그램 등을 제공하고 있다(U.S. National Council on Aging, 2015).

한국은 고령화 및 생활습관변화로 만성질환 환자가 급속하게 증가하여 노인 의료비 증가 및 보건의료제도 지속가능성 위협으로 인해서 적극적인 대응체계가 필요하다(보건복지부, 2014h). 예를 들어 고혈압 및 당뇨병 환자가 1천만 명에 해당되며, 2030년에는 2천만 명으로 30세 이상 인구의 절반이 고혈압 또는 당뇨병 환자가 될 것으로 예측되고 있다. 이와 함께 건강보험에서 노인의료비가 차지하는 비율이 2010년 30%에서 2020년 45%로 증가할 것으로 보인다. 하지만 만성질환은 생활습관 개선 및 지속적인 건강관리가 제공되어져야 하지만, 한국의 현재 의료전달체계에서는 행위별 보상구조 하에 약 처방 위주의 진료형태를 지속하고 있다.

특히 대형병원의 의료기관이 크게 성장하면서 일차의료 기관이 이러한 규모의 경제 측면에서 불리한 환경에서 대형병원과 무한경쟁을 하고 있다. 이는 결과적으로 일차의료 기능이 위축되어서 제도적 차원에서 의료기관 종별 기능을 재정립해서 일차의료 기관의 적합한 역할을 모색해야 한다(보건복지부, 2014h). 또한 만성질환을 효과적이고 선제적으로 대응하기 위해서는 의료서비스 전달체계 간(보건소, 병·의원, 국민건강보험공단 등)의 협력이 요구된다. 하지만 지역사회 자원 간 연계 및 활용은 미흡하며, 현 경쟁체계 구조에서는 연계를 기대하기 어렵다.

위와 같이 만성질환 환자의 급격한 증가로 인한 의료비 부담과 일차의료기관 중심의 지역사회 자원 연계를 통해 효과적인 만성질환 관리체계의 구축이 시급한 시점이다. 이에 보건복지부 의료복지정책과에서는 2014년부터 2016년까지 지역사회 일차의료 시범사업을 운영하게 되었다.

정리하자면 지역사회 일차의료 시범사업의 주요 목적은 두 가지로 압축된다. 첫째, 만성질환자의 맞춤형 자기관리 지원체계 구축을 통한 효율

적인 만성질환의 예방 및 관리이다. 둘째, 의원급 의료기관을 중심으로 하는 일차의료서비스 모형 개발을 통해 예방·관리 중심의 보건의료체계 및 의료전달체계 재정립 기반을 마련하는 것이다(보건복지, 2014h, p.1). 또한 만성질환 관리에서 의원급 의료기관 의사의 역할 강화(의사에 의해 서비스 제공여부가 판단되고, 의사의 주도 하에 환자에 대한 교육 및 상담서비스 제공)와 지역 자원 연계를 통한 맞춤형 자기관리 지원(일차의료지원센터를 중심으로 지역사회 건강자원 연계를 통해 자기관리 지원 체계 구축)을 기본방향을 설정하였다(보건복지부, 2014h, pp.1~2).

사업대상은 의원급 의료기관을 이용하는 만성질환자이다. 고혈압 및 당뇨병 등 프로토콜이 확립되어 있는 질환에 우선순위를 부여하며 위원에서 교육 및 상담이 유용한 질환 군(예: 소아비만, 아토피, 천식, CDPD, 만성전립선염 등)도 추후 확대를 계획하고 있다. 사업참여 대상 의료기관은 만성질환을 진료하는 의원급 의료기관이며, 참여 신청한 모든 기관을 대상으로 하고 있다(보건복지부, 2014h). 일차의료지원센터의 지원을 받아서 참여를 하는 의료기관이 만성질환자에게 진찰 및 처방 외에 전문상담서비스를 제공하는 구조이다.

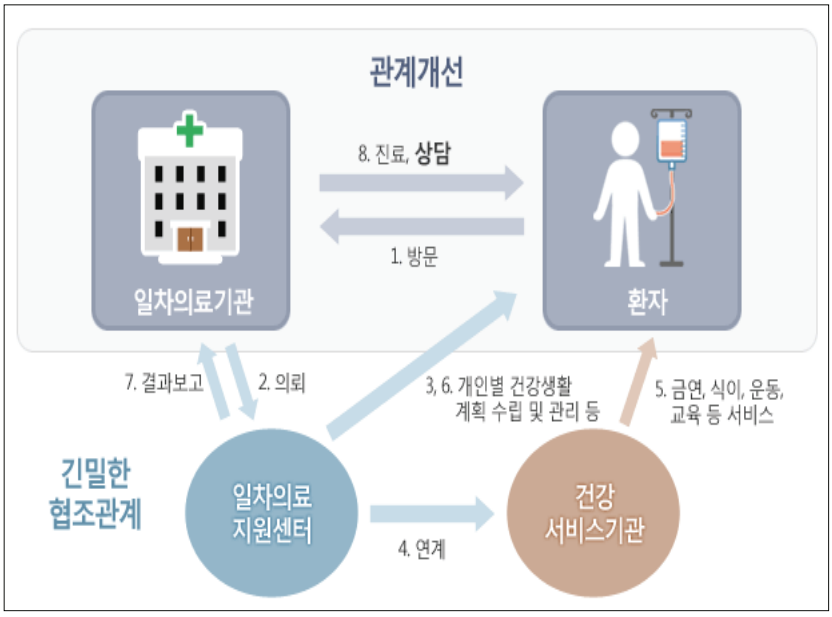
나. 주요 사업내용 및 수행체계

지역사회 일차의료 시범사업은 보건복지부, 지자체, 일차의료지원센터로 구성된다. 보건복지부는 시범사업 대상 지역선정 및 국고 보조금 신청 및 교부를 지원한다. 지자체에서는 지방비 매칭 및 사업비 확보를 해야 한다. 특히 지역운영위원회를 구성하여 시범사업의 중요사항을 심의 의결하는 기능을 수행한다. 구성은 위원장을 포함한 7인 이상으로 구성(센터장, 지역 내 보건의료 전문가, 국민건강보험공단 지사장 등으로 구성,

보건의료전문가는 보건의료 관련 분야 전문가)한다. 주요 기능은 시범사업 운영에 관한 중요사항 심의(예: 일차의료 시범사업 개선 건의사항에 대한 검토 및 심의, 지역 시범사업 계획의 수립 및 변경에 관한 심의, 일차의료지원센터 운영계획에 대한 심의)를 한다.

일차의료지원센터는 환자등록, 건강생활실천계획 수립, 교육 및 상담, 건강생활실천 결과보고를 담당한다. 환자등록 절차는 기본정보 조사, 체중, 신장, BMI(자동계산), 혈압, 당뇨병 입력사항인 혈당(식전·식후), HbA1c, 합병증 등의 기초 측정, 질병정보 조사(당뇨병: 고혈압, 고지혈증, 당뇨병성 망막병증, 족부병변, 당뇨병성 신증, 고혈압: 당뇨병, 고지혈증, 심혈관질환, 만성콩팥병증), 개인정보 및 측정정보 전산입력 순으로 진행된다.

[그림 3-6] 지역사회 일차의료지원사업의 서비스 제공 절차



자료: 보건복지부(2013e)

건강생활실천계획 내용은 현재 상태, 관리 목표, 교육상담 계획 등을 주요 내용으로 하여 의사가 환자에게 개별 건강생활실천계획서를 작성하여 제공하게 된다. 교육 및 상담은 환자와 대면진료를 원칙으로 질병과 건강에 관련하여 환자가 자기관리를 수행할 수 있는 역량을 높이고자 한다. 마지막으로 사업 등록 1년 후 의원에서는 의원 자체 교육·상담 내역 및 일차의료지원센터에서 보고한 환자 교육·상담 결과를 참고하여 종합상담을 실시하며, 결과보고서(계획 대비 실제 교육, 주요문제에 대한 생활습관 변화에 대한 간단한 의견 작성)를 작성하여 제출한다(보건복지부, 2014h).

〈표 3-10〉 건강생활실천계획서 내용 예시

항 목	내 용(예시)
기본 정보	이름, 연령, 성별 등
주상병	고혈압, 당뇨
주요문제(직접입력)	식이 조절 문제, 불규칙한 약복용, 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 등
실천계획(자동입력)	- 질병교육·상담 4회를 시행합니다. - 2회의 영양교육·상담 및 2회의 운동교육·상담을 시행합니다.

일차의료지원센터의 인력 최소기준은 센터장(1인), 팀장(1인), 팀원(2인) 등으로 구성된다. 지역에 따라 추정 환자 수, 노인인구 비율 등을 고려하여 인원수 및 인력 구성 비율은 조정가능하다. 단 센터인력이 최소인력인 4인인 경우에는 중복직종은 타 직종으로 대처 가능하며, 선택인력인 운동관련 전문가, 사회복지사, 보건교육사 등은 2인 이상 배치시 직종이 중복되지 않은 것으로 한다(보건복지부, 2014h).

일차의료지원센터는 의사의 처방에 따른 추가적인 교육 및 상담 서비스 제공(직접 및 연계 서비스), 환자 모니터링 결과를 담당 의사에게 보

고, 사업 및 센터 운영과 관련된 행정 지원 등을 제공한다. 직접서비스로는 개인별 건강실천계획 수립 지원(지역자원 연계 포함), 맞춤형 질환교육 및 리콜·리마인드 서비스, 응급콜 서비스, 건강모니터링 서비스 등이 있다. 연계서비스는 금연클리닉 등 보건소 서비스, 주민센터 건강관련 프로그램, 운동·식이 등 민간건강서비스 등 지역별로 다양하게 구성 가능하다. 핵심 사업으로 제공하는 교육 및 상담서비스 주요 내용은 〈표 3-11〉과 같다.

〈표 3-11〉 지역사회 일차의료 시범사업의 교육 및 상담 프로그램 개요

구분		주요 내용	주체
일대일 교육·상담	질병	기본질환 소개·계획	의사
		기본정보+치료(약물, 응급)	
		기본정보+합병증예방 기본	
		심뇌혈관 합병증관리 심화	
	건강	영양교육 1	의사 또는 센터
		영양교육 2	
		금연교육	
		운동교육	
소집단교육*		질병·건강 질의응답	의사 또는 센터
집합교육*		질병·건강 강의	

* 질병교육 및 건강교육은 한 주기에 최대 각 4회(총 8회)씩 가능
- 1일 최대 질병교육 1회, 건강교육 1회 실시 가능

출처: 보건복지부(2014h). 지역사회 일차의료 시범사업 운영지침.

기본 서비스는 질병 교육·상담과 생활습관 관리를 위한 건강(영양, 금연, 운동) 교육·상담으로 구분된다. 질병 교육·상담(환자의 질병이해도를 높이기 위해)은 의사 직접 실시, 건강 교육·상담(환자의 자기관리능력 향

상)은 의사 직접 실시 또는 지원센터에 의뢰 가능하다. 각 회차별 교육·상담은 질병, 건강교육·상담 총 8개 항목으로 구성되며, 각 항목은 의사가 자유롭게 선택하여 진행하게 된다. 단, 건강교육 중 영양교육은 2차례 진행해야 한다. 다음으로 선택 서비스는 소집단교육(질의응답 위주)나 집합교육(강의 위주) 실시, 의사 실시 또는 지원센터에 의뢰하여 제공한다.

다. 성과와 한계

지역사회 일차의료 시범사업은 2014년 1월에 사업공모를 실시하여 2014년 3월 전국 5개 자치구(서울 중랑구, 경기 시흥, 전북 전주, 전북 무주, 강원 원주)가 선정되어 5월부터 시행되었다. 2015년 7월 15일 지역사회 일차의료 1차년도 시범사업 평가를 실시하였다. 평가결과로 사업 참여 의사의 94.3%가 매우 만족한다고 했으며, 환자 교육체계 만족도는 86.7%가 긍정적 반응을 보였으며, 건강행동센터의 업무에 대해서 79.3%가 만족하였다. 이 사업을 통해 식사 조절 및 운동 실천, 올바른 약 복용, 정기적 기관 방문 등으로 기존 치료보다 더 높은 효과를 가져왔다고 분석되었다(조정진, 2015).

하지만 시범사업을 수행한 기관이 1년 정도 경과했고, 의사 및 환자의 주관적 인식 수준에서 사업평가가 진행되었기 때문에 효과성의 내적 타당성 확보를 위해서 지속적 및 객관적 평가가 후속적으로 필요하다. 특히 본 사업이 만성질환의 예방 및 악화 지연 등에 효과가 있었는지에 대한 객관적 평가와 의료비 변화에 대해 서비스 제공 지역과 서비스를 제공하지 않은 지역 간 비교분석을 해야 할 것이다. 본 연구에서 도출하고자 하는 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 사례로서 지역사회 일차의료 시범사업이 보건과 의료에 초점을 두었다는 측면에서 한계를 갖는다.

제2절 국내 서비스 통합 사례

1. 보건복지사무소 시범사업

가. 추진배경 및 목적

보건복지사무소 시범사업은 기존의 일방적이고 수직적인 복지전달체계 방식으로는 지역주민의 복지 욕구에 능동적으로 대처하기에 어렵다는 문제의식에서 출발하였다. 또한 복지사업의 주 대상인 저소득층은 경제적 어려움 외에도 질병과 같은 복합적인 문제를 함께 갖고 있으며, 노인 및 장애인구 등과 같은 보건·복지 통합 서비스에 대한 잠재 수요층이 증가함에 따라 보다 포괄적인 서비스를 제공하기 위한 관련 공급체계의 통합이 강조되었다. 이에 따라 복지전달체계의 통합을 통해 서비스 전달의 효율성 제고 및 민간의 복지자원을 발굴하고 연계·조정하는 기능의 필요성이 대두되었다.

1994년 보건복지부가 구성한 사회복지정책심의위원회에서는 2000년대를 대비하는 사회복지정책의 장기발전계획의 일환으로 공공복지전달체계의 개선방안으로써 보건복지사무소 시범사업을 건의하였다(강혜규, 1995). 정부의 제7차 경제사회발전 5개년 계획에서도 사회복지사무소 설치 운영계획을 제시하여, 1993~1995년 중에 서울을 비롯한 5개 도시의 저소득층 밀집지역에 시범적으로 복지사무소를 설치·운영하고 평가결과를 토대로 1996년 이후에 대도시를 중심으로 단계적으로 확대 설치하도록 하였다(강혜규, 1995).

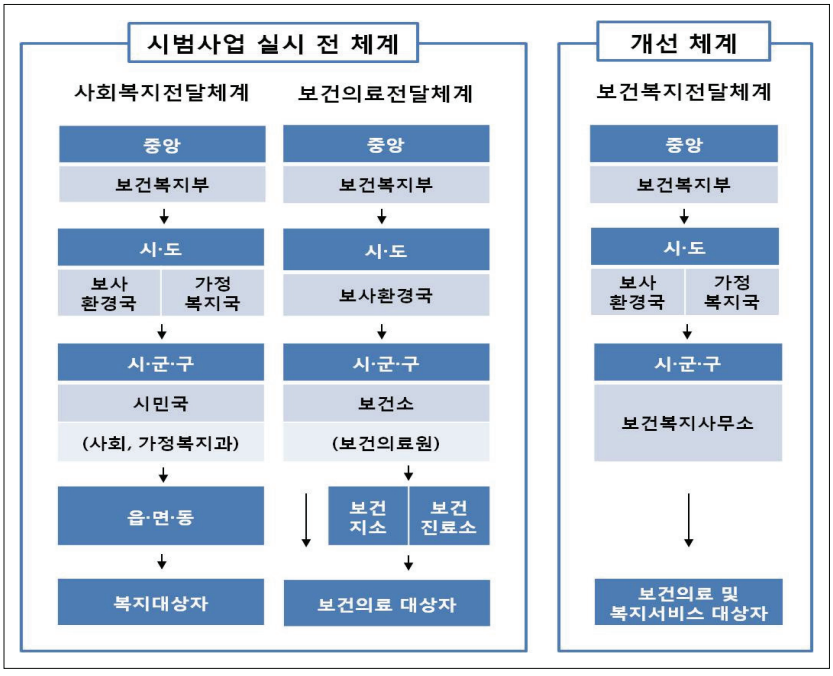
1995년 7월부터 시범적으로 설치·운영된 보건복지사무소는 '사회적 취약계층인 저소득 지역주민을 주요 대상으로 하여 보건과 의료, 사회복지

서비스를 포함한 포괄적인 서비스 제공 방안을 마련하기 위해 보건소 조직 내에 사회복지 담당부서를 신설하여 보건의료 및 복지서비스 기능을 연계 수행'에 목적을 두고(강혜규, 1995), 1999년 12월까지 진행되었다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

보건복지사무소는 대도시(서울 관악구, 대구 달서구), 중소도시(경기 안산시), 농촌지역(강원 홍천군, 전북 완주군)으로 나누어 선정된 5개 도시에서 시범사업으로 진행되었으며, 주된 서비스 대상은 지역 내의 저소득층 주민이었다.

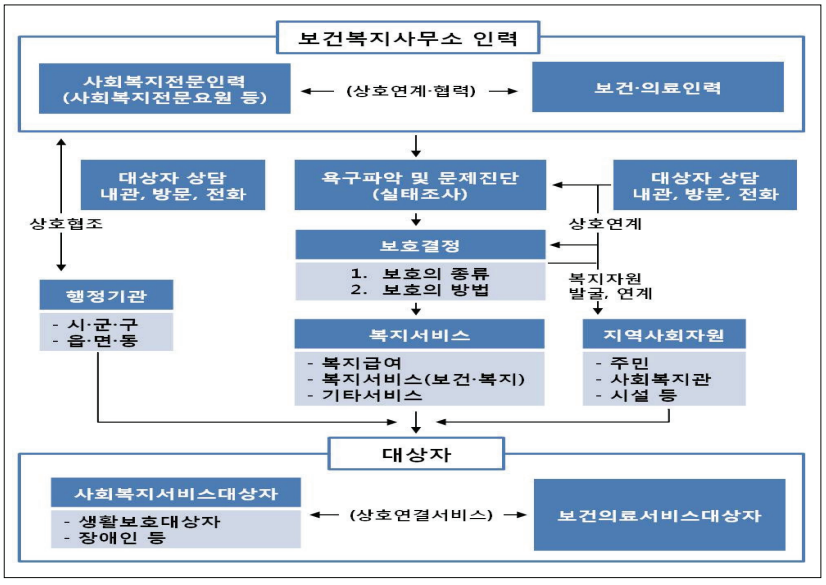
〔그림 3-7〕 보건복지사무소 시범사업 실시 전후 전달체계 비교



자료: 이현송(1997) p.17의 그림 재인용.

보건복지사무소는 사업 실시 이전 기존에 분리되어있었던 사회복지전달체계와 보건의료전달체계를 통합하여 복합적인 욕구를 가진 대상자들에게 통합서비스 제공을 시도했다는 점에서 의미를 가진다. 사업 실시 전과 시범 사업을 통해 제안된 전달체계의 비교는 〔그림 3-7〕을 통해 확인할 수 있다. 또한 사업 수행을 위해 각 지역의 보건소 내에 사회복지 담당부서를 신설하여 보건·의료와 복지서비스 기능을 연계하여 서비스를 제공하도록 하였다(그림 3-8 참고). 보건복지사무소의 인력구성은 보건·의료 분야와 복지 분야로 나뉜다. 우선 보건·의료분야에서는 보건소 내의 기존 배치인력을 활용하도록 하였고, 복지 분야는 관리·전문·행정지원·기능 인력으로 구성하여 업무를 수행하였다. 이들 인력 중 핵심은 사회복지전문인력과 보건·의료 인력이라고 볼 수 있는데, 분야 간의 상호연계와 협력을 통해 대상자를 발굴하고 서비스를 연계함으로써 포괄적으로 서비스를 제공하고자 하였다.

〔그림 3-8〕 보건복지사무소 시범사업 서비스 제공 체계도



자료: 이현송(1997) p.20의 그림 재인용.

다. 성과와 한계

국내에서 보건·복지서비스 통합을 위한 논의는 주로 공공전달체계 개편을 중심으로 이루어져왔다. 공공전달체계의 개선방안의 첫 번째 시도였던 보건복지사무소 사업은 보건소를 중심으로 보건과 복지 조직을 통합하여 보건·복지 분야의 서비스를 연계하고, 이용자의 다양한 욕구에 맞는 포괄적인 서비스를 제공하고자 했다는 측면에서 긍정적으로 평가 된다(강혜규, 1998). 특히 사회복지전문요원들이 집중 투입되어 대부분의 복지업무를 통합하여 수행하면서 업무 처리 과정 및 서비스 제공 상의 전문성이 향상되었고, 보건-복지 조직이 통합됨에 따라 담당 인력 간의 이해 제고는 물론 보건·복지 연계 서비스와 상호 협력을 통한 서비스 제공이 필요하다는 인식을 확산시킬 수 있었다(강혜규, 1998).

그러나 도시 외 지역에 거주하는 지역주민의 서비스 접근성이 떨어진다는 점과 복지업무 전반에 대한 총괄 및 조정이 미흡하다는 점 그리고 실제로 연계 서비스 제공의 실시 효과가 눈에 띌 만큼 나타나지 않았다는 점 등이 한계로 지적되었다(강혜규, 1998).

2. 사회복지사무소 시범사업[20]

가. 추진배경 및 목적

1995년부터 1999년까지 운영된 보건복지사무소 시범사업 결과, 통합된 사회복지부분의 행정 및 공공서비스 체계 설치의 필요성과 더불어 이

20) 사회복지사무소 시범사업의 추진배경 및 사업목적은 한국보건사회연구원, 보건복지부 (2003. 11) p.6의 내용 요약 및 발췌하였음.

용자 접근성 저하의 문제의 해결하고 보건복지사무소 시범사업의 장점을 살린 보건·복지연계서비스 체계 및 제공방식 모색의 필요성이 대두되었다. 또한 사회복지행정체계상의 문제점으로 비효율적인 복지 전문인력 활용과 복지행정상의 일관성 및 전문적 집행의 부족, 수요자 중심의 복지서비스 제공이 미흡 등이 지적되기도 하였다. 사회복지사무소 시범사업은 이러한 문제점을 해결하기 위해 '복지업무에 대한 집중과 전문영역별로 분담할 수 있는 조직구조 설계, 행정업무수행 절차 단계 개선을 통한 전문서비스 투입 여력 확보, 지역단위 복지의 종합 기획 및 지역 내 자원연계 및 조정 기능 강화'라는 방향성을 갖고 추진되었다.

구체적인 추진과정을 살펴보면, 참여정부의 12대 국정과제 중 하나인 '참여복지와 삶의 질 향상'의 세부과제로 명시된 '사회복지사무소 설치 등 사회복지전달체계 개편'을 근거로 하여, 2003년 4월 국정과제 추진사항 대통령 보고가 이루어졌다. 이어 2003년 7월에는 지역사회복지협의체 구성·운영 근거 마련되었고, 2003년 8월 '사회복지전달체계 개선방안 및 추진계획'이 마련되어 2004년 7월부터 사회복지사무소 시범사업이 실시되었다. 시범사업은 2006년 6월까지 약 2년 간 9개 시·군·구에서 진행되었다.

사회복지전달체계 개편을 위한 주요 사업이었던 사회복지사무소는 ① 복지정책의 효율적 집행으로 국민이 체감하는 복지 구현, ②수요자 위주의 복지전달체계 확립, ③지역복지에 민간 참여 확대로 참여복지 실현을 주요 목적으로 한다. 이에 따라 사회복지사무소는 각 시·군·구에 지방자치단체 직속기관으로 지역 내 사회복지업무를 기획, 집행할 수 있는 전담조직의 역할을 수행하였고, 기존에 읍·면·동에서 분산 수행되던 복지업무의 통합을 통해 업무수행에 있어 효율화와 전문화를 도모하고자 실시되었다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

사회복지사무소 시범사업은 지방자치단체의 책임성과 자율성 강화, 지역주민에 대한 서비스 제공의 포괄성과 다양성 확보, 지역사회의 민간부문 참여 및 공공·민간 협력 증진, 국민기초생활보장제도를 비롯한 공공부조제도의 집행력 및 예산 활용성 제고를 목표로 시행되었다.

시범 운영을 위한 사업 기본 모형은 인구규모를 반영한 지역별 행정구역과 해당 지역의 당시 직제 및 복지자원과 접근성 기준을 고려하여 일반도시형과 대도시형, 농어촌형 3가지 모형으로 운영되었다(표 3-12 참고). 또한 시·군·구의 조직개편뿐만 아니라 주민의 접근성이 떨어지지 않도록 읍·면·동에도 1명 이상의 담당공무원을 배치하고, 사회복지사무소 내에 종합상담실을 설치하고 전담상담요원을 배치하여 복지대상자의 초기상담을 전문화하고 민원서비스를 강화될 수 있도록 하였다(김기남, 2003).

〈표 3-12〉 사회복지사무소 시범사업 운영모형 개요

구분	기준		직제		
	행정여건	복지자원 및 접근성	소장	과	팀
일반 도시형	- 특별·광역시 자치구 중 1개 과 설치 지역 - 광역시 군 중 1개 과 설치 지역 - 도(道)의 시(市) 중 1개 과 설치 지역(중소도시 일반)	- 복지자원 양호 - 접근성 양호	1 (4급)	2 (5급)	8~10
대도시형	- 특별·광역시 자치구 중 2개 과 설치 지역 - 도(道)의 시(市) 중 2개 과 설치 지역	- 복지자원 풍부 - 접근성 양호	1 (4급)	3 (5급)	12~13
농어촌형	- 도(道)의 군(郡) 지역 - 도(道)의 시(市) 중 국이 설치되지 않은 지역	- 복지자원 취약 - 접근성 미흡	1 (5급)	-	6~8

자료: 한국보건사회연구원, 보건복지부(2003) p.12의 자료 재인용

이러한 모형을 토대로 사회복지서비스와 관련된 기존의 체계와 더불어 사회복지사무소 설치 효과를 높이기 위해서 핵심적인 역할을 수행하는 부서로 운영된 종합상담실 및 4개 팀의 주요 기능과 구성목적은 〈표 3-13〉과 같다. 먼저 종합상담실은 사회복지지서비스를 이용하기 위해 방문한 지역주민의 모든 초기상담을 전담하는 핵심부서로서, 지역주민의 접근성 향상과 전문적인 초기상담을 통해 수급자 선정의 정확도 제고, 서비스 수급의 포괄성 향상에 그 목적이 있다.

다음으로 복지기획팀은 시·군·구 단위의 지역 내 사회복지를 종합적으로 기획하는 부서로서, 지역사회복지협의체, 지역복지전산망 등 공공과 민간 기관 간의 협력체계를 구성하는 기능을 하는데 복지기획팀을 통해 지역특성과 주민의 욕구를 반영한 수요자 중심의 서비스가 확대될 수 있도록 하였다. 세 번째 주요 부서로는 공공부조 대상자 선정에 필요한 자산조사를 전담하는 통합조사팀이 있다. 통합조사팀은 복지행정업무의 효율성을 향상시키고, 자산조사의 정확도 제고를 위해 구성되었다. 넷째, 서비스 연계팀은 심층적인 서비스가 필요한 대상자를 포괄하여 서비스 제공 및 자원 연계의 기능을 하며, 욕구파악과 서비스계획 수립을 위한 기초적인 사례관리 업무를 수행한다. 또한 지역자원을 동원하고 서비스의 연계하고 조정하는 역할도 수행한다. 이러한 역할에 따라 서비스 연계팀은 대상자에게 제공되는 서비스의 질적 제고 및 양적 확대와 서비스의 다양성과 통합성 강화, 서비스 이용의 대상별, 지역별 형평성을 제고하기 위해 운영되었다.

마지막으로 자활지원팀은 사회복지사무소 시범사업의 3가지 모형 중 일반도시형과 대도시형에 설치된 주요 부서로서, 조건부수급자에 대한 자활지원계획 수립과 지속적 관리, 지역 내 자활사업의 종합계획과 자활후견기관을 관리하는 역할을 수행한다. 자원지원팀을 통해 자활지원의 대상자

별 개별화가 가능하도록 하며, 자활사업의 전문성을 제고하고 대상자에 대한 고용(취업) 지원과 복지사업의 연계 기반을 강화할 수 있도록 하였다.

〈표 3-13〉 사회복지사무소 시범사업 관련 신규 설치 부서의 주요 기능과 구성 목적

주요부서	기능	구성 목적
종합상담실	- 내방한 지역주민의 모든 초기상담을 전담 - 기초민원(각종 증명서발급 등)과 복지민원(수급 신청 등)을 분리하여 창구 설치 - 독립된 상담창구(상담실)를 설치하고, 사회복지전담공무원 경력자 배치	- 지역주민 접근성 향상 - 전문적 초기상담(intake)을 통한 수급자 선정의 정확도 제고 - 서비스 수급의 포괄성 향상
복지기획팀	- 시·군·구 단위 지역의 사회복지를 종합적으로 전망, 기획 - 지역사회복지협의체, 지역복지전산망 등 on/off-line상의 공공·민간 기관간의 협력체계를 구성 - 지역복지욕구조사를 통한 복지서비스 프로그램 개발	- 지역 복지시스템 구축 및 자원활용·서비스제공의 체계화 - 지역특성 및 주민욕구를 반영한 수요자중심의 서비스 확대
통합조사팀	- 국민기초생활보장을 비롯한 모든 공공부조 대상 선정에 필요한 자산조사 전담	- 복지행정업무의 효율성 향상 - 자산조사의 정확도 제고
서비스 연계팀	- 심층적 서비스가 필요한 공공부조 수급자와 차상위 및 일반주민 등 서비스 대상자를 포괄하여 서비스 제공·연계 - 기초적 사례관리(욕구파악·서비스계획 수립) 실시 - 민간복지시설이 취약한 지역에서는 재가방문복지등 서비스 제공 - 지역자원 동원 및 서비스 연계·조정	- 서비스의 질적 제고 및 양적 확대 - 서비스의 다양성·통합성 강화 - 서비스 이용의 대상별, 지역별 형평성 제고
자활지원팀 (도시형)	- 조건부수급자에 대한 자활지원계획 수립과 지속적 관리 - 지역 내 자활사업의 종합계획과 자활후견기관 관리	- 자활지원의 대상자별 개별화 - 자활사업의 전문성 제고 - 고용(취업) 지원과 복지사업 연계 기반 강화

자료: 한국보건사회연구원, 보건복지부(2003) p.21의 자료 재인용

다. 성과와 한계

보건복지사무소 시범사업 종료 이후 추진된 사회복지사무소 시범사업은 업무 분업화 및 전문화를 통해 명확성과 각 업무의 책임성 및 통일성 등을 확보할 수 있었기에 사업의 기획이나 대상자의 발굴, 상담, 조사에서는 긍정적인 역할을 한 것으로 평가된다(강혜규, 이현주, 황정하, 선화숙, 김영종, 박경숙, 백종만 등, 2005; 김이배, 2014; 백종만, 김영종, 박경숙, 이봉주, 이재완, 황선영 등, 2006; 최일섭, 이현주, 2009). 그러나 읍·면·동과의 상호 업무협조 및 연계가 쉽지 않았다는 점과 이용자의 접근성이 떨어진다는 점에서는 보건복지사무소와 마찬가지로 여전히 한계가 존재한다(강혜규, 이현주, 황정하, 선화숙, 김영종, 박경숙, 백종만 등, 2005; 류종훈, 2007; 최일섭, 이현주, 2009).

3. 주민생활지원서비스

가. 추진배경 및 목적

사회복지사무소 시범사업이 종료된 후 기존 공공서비스 행정체계의 주민생활지원서비스 전달체계(이하 주민생활지원서비스)로의 개편이 추진되었다. 여기서 주민생활지원서비스란, "취약계층에게 제공되는 복지서비스 이외에 주민생활의 질 향상에 제공되는 모든 서비스를 포괄하는 개념으로, 복지·보건과 고용·주거·평생교육·생활체육·문화·관광"이 이에 해당된다(최일섭, 이현주, 2009, p.407). 주민생활지원서비스의 전달체계 개편의 목적은 "통합적인 전달 시스템을 구축하여 지역사회의 자원을 효율적으로 활용하고 지역 주민의 복지 체감도를 증대"시키는 데에 있다(최일섭, 이현주, 2009, p.407).

〈표 3-14〉 주민생활지원서비스 전달체계 개편 목표

구분	내용
목표 1	- 지방자치단체 단위의 서비스 제공을 위한 기획력 제고
목표 2	- 서비스의 전문화 및 서비스 제공 과정에서 전문직의 전문성이 발현될 수 있는 기반 조성
목표 3	- 서비스 연계 및 통합서비스 제공 - 수요자의 입장에서 수요자의 다양한 욕구에 대응하는 서비스를 연계를 통해 통합적으로 제공
목표 4	- 서비스 대응성 향상 및 접근성을 전제로 사례에 대한 이해 및 반응력 강조

자료: 이현주 외(2007) p.21의 내용 재구성

주민생활지원서비스는 관계부처 합동으로 2006년 7월부터 시·군·구 및 읍·면·동 일부지역에서부터 개편되기 시작하면서부터 단계적으로 확대되었다(최일섭, 이현주, 2009). 이러한 개편의 배경은 환경의 변화 및 기존 전달체계의 부조응에서 찾을 수 있다. 이현주 외(2007)의 연구에 따르면, 당시 사회서비스에 대한 주민의 욕구는 양적·질적인 측면에서 빠른 속도로 증가하고 있으나, 그에 비해 주민들에게 제공되는 서비스는 충분성과 전문성 측면에서 한계가 있다고 판단되었다. 또한 서비스의 기획이나 생산, 제공에 있어서 각 지방자치단체의 책무이행에 대한 요구가 커지고 있었던 반면, 지방자치단체는 자체적으로 기획을 할 수 있는 조직 구성이나 전문성을 확보 등을 위한 준비가 미흡했었다. 주민에게 제공되는 서비스의 중복이나 누락의 문제도 문제점으로 지적되었지만 서비스 간의 연계나 조정 기제는 여전히 취약했고, 이에 따라 전달체계의 개편이 요구되었다.

2006년 7월부터 단계적으로 추진된 주민생활지원서비스 전달체계의 개편을 통해, 지역 주민은 생활과 관련된 행정서비스를 이용하기 위해 개별기관을 일일이 방문하지 않고, 시·군·구나 읍·면·동 한 곳만 방문해도 관

련 서비스나 정보를 종합적으로 제공 받을 수 있게 되었다(류종훈, 2007).

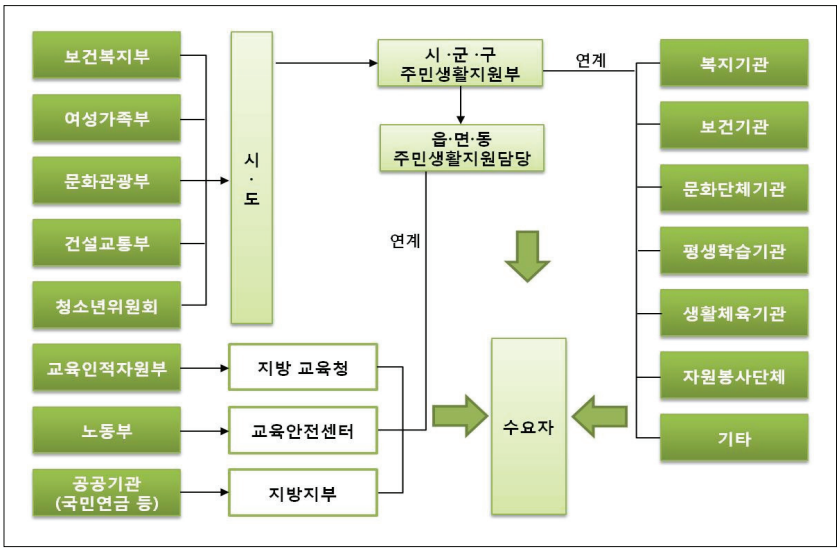
나. 주요 사업내용 및 수행체계

주민생활지원서비스는 시·군·구 본청으로 복지기능을 통합하여 시범운영하였던 사회복지사무소(9개 시·군·구)에서 지적된 성과와 미비점을 반영하여 개편이 추진되었다(류종훈, 2007; 보건복지부, 2006).

먼저 사회복지사무소 시범사업에서의 조사·관리의 통일과 전문성의 향상, 민·관 연계 강화, 대상자 선정·발굴 증가 등의 성과를 토대로 주민생활지원서비스의 조직은 기획능력 과 통합조사기능 등이 강화되도록 구성되었다. 더불어 사회복지사무소 시범사업에서 지적된 수요자와의 접근성 저하와 더불어 읍·면·동과의 협조체계가 미흡이라는 한계점을 반영하여, 읍·면·동사무소의 현장성과 접근성을 강화하도록 하였다.

이에 따라 개편된 서비스 제공 체계는 〔그림 3-9〕에서 확인할 수 있으며, 개편의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다(류종훈, 2007, pp.226~227의 내용 재인용). 개편된 전달체계에서 시·군·구 본청의 주민생활지원서비스 관련 조직을 통합하여 하나의 부서에서 전담해서 수행하고 관련 기능을 강화하도록 하였다. 또한 읍·면·동사무소의 사무 중에 일부를 본청으로 이관하되, 시·군·구 본청과 읍·면·동사무소 간 합리적·효율적 업무분담체계를 구축하여 주민생활지원기능을 강화함으로써 읍·면·동사무소에 복지 등 주민생활지원기능을 수행하는 '주민생활지원담당'을 설치하고 본청으로 이관되는 기능에 배치되었던 행정직 인력을 주민생활지원기능으로 전환 배치하였다.

〔그림 3-9〕 주민생활지원서비스 제공 체계도



자료: 보건복지부(2006), 류종훈(2007) p.225의 그림 재인용

주민생활지원서비스 조직 내에서 각 분야별 업무내용은 〈표 3-15〉와 같다. 복지 분야에서는 지역복지기획기능 강화, 서비스 연계 기반정비, 지역사회복지협의체 등 민·관협력기반 강화 등의 서비스를 제공하며, 보건 분야에서는 방문보건과 학교보건 등 관련 기관 간 연계와 협력을 통한 서비스가 강화될 수 있도록 업무를 수행한다. 또한 이외에도 자활·고용, 여성·보육, 주거복지, 청소년, 평생교육, 문화·생활체육 분야에서 관련 업무를 수행하며 해당 지역 주민들에게 서비스를 제공한다.

〈표 3-15〉 주민생활지원서비스 분야별 업무내용

분야	업무내용
복지	- 지역복지기획기능강화 - 서비스 연계 기반정비 - 지역사회복지협의체 등 민·관 협력기반 강화 - 복지수요 및 자원관리 강화 - 상담 및 사례관리기능 확대 - 찾아가는 복지서비스 실시 - 조사의 신속성·공정성 확보
보건	- 방문보건, 학교보건 등 관련 기관 간 연계·협력을 통한 서비스 강화
자활·고용	- 고용정보 및 직업훈련 제공·알선, 자활사업참여 활성화, 조건부 수급자의 사례관리 강화
여성·보육	- 보육·여성·가족복지대상자에 대한 통합서비스 제공기반 마련, 여성고용지원서비스 강화
주거복지	- 임대주택입주자 선정 및 주거비 지원, 주거실태조사, 상담서비스 및 자활프로그램 연계
청소년	- 지역단위 청소년 활동지원 활성화
평생교육	- 평생교육서비스 제공기반 정비 - 평생학습 공동체 조성 및 초·중·고교의 평생교육지원 - 지역사회주민 여가지원 프로그램 개발 및 연계·관리 등
문화생활체육	- 여가문화 프로그램 정보제공 - 취약계층 문화예술교육 - 저소득층 대상 문화나눔사업 실시

자료: 보건복지부(2006), 류종훈(2007) p.226의 자료 재인용

다. 성과와 한계

보건복지사무소 시범사업(1995~1999년), 지역사회복지협의체 시범사업(2001년)에 이어 2004년에서 2006년까지 시행된 사회복지사무소 시범 사업에 이르기까지 서비스 연계를 위한 공공전달체계 개편의 노력

들이 지속적으로 시도되면서, 2006년에는 주민생활지원서비스 전달체계 개편에까지 이르게 되었다. 주민생활지원서비스는 시·군·구나 읍·면·동 한 곳만 방문해도 주민 생활의 질 향상을 위한 8대 서비스(복지, 보건, 고용, 주거, 평생교육, 생활체육, 문화, 관광)를 통합적으로 주민에게 제공하고자 하였다. 그러나 인력증원이 없는 재배치와 더불어 팀 간의 업무 연계를 고려하지 않았기에 조직 설계 자체가 미흡하다는 평가와 더불어, 민관 협력에 있어서도 협력 방식에 관한 구체적인 모형 제시가 부족하고, 민관 간 on-line 연계가 없는 서비스 제공 방식 등의 문제점이 지적되었다(김이배, 2014). 또한 8대 서비스 자체가 상호 간에 이질적인 영역이 존재하였기에 서비스의 통합적인 제공 역시 현실적이지 않았던 것으로 평가되고 있다(김이배, 2014; 지은구, 2012).

4. 지역사회중심재활(CBR) 사업

가. 추진배경 및 목적

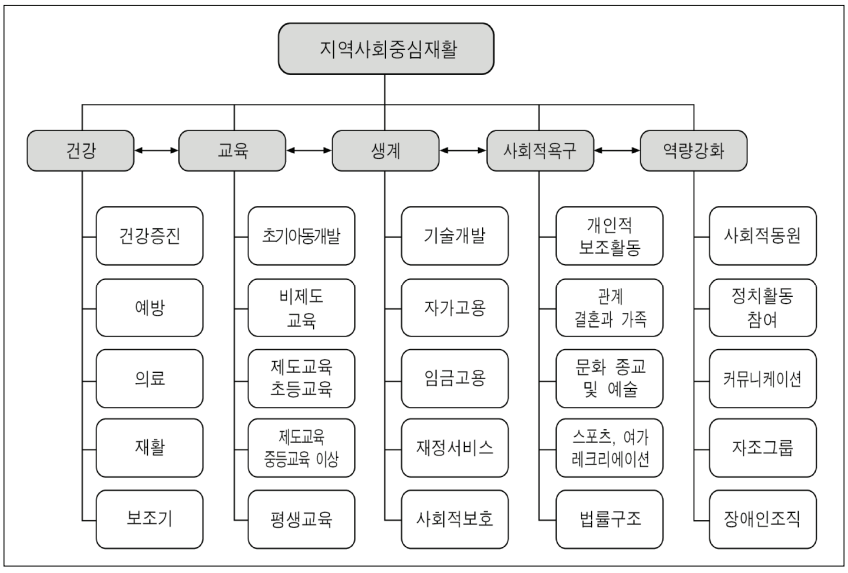
장애 인구집단을 대상으로 시행된 대표적인 보건·복지서비스 통합의 시도로서 지역사회중심재활(Community Based Rehabilitation: CBR) 사업이 있다. 1990년대 후반부터 2000년대에 들어서면서 우리나라는 장애인의 사회통합을 강조하는 자립생활패러다임(Independent Living Paradigm)이 도입되어 기존 장애의 원인을 장애인 개인에게 두던 의료적 모형에서 장애인이 처해있는 사회·환경의 장벽으로 바라보는 사회적 모형으로 바라보는 관점의 변화가 있었다. 즉, 사회적 모형에서는 지역사회에서 장애인에게 어떠한 환경을 마련해 주느냐에 따라 통합의 정도가 달라질 수 있는 것에 초점을 두고, 장애인의 복합적이고 포괄적인 욕구에

대응하기 위한 다양한 공급주체간의 통합(재정 및 관리체계 혹은 서비스 간 조정 모두를 포함)을 통해 장애인의 역량을 증대시키고 이들의 삶의 질을 증진시킬 수 있음을 강조한다(김만호, 최영신, 2008). 이처럼 자립생활패러다임은 사회적 모형에 근간을 두고 있으며, 장애인의 일상생활 지원 및 의료, 교육, 훈련, 자립생활의 지원 등 종합적인 서비스 지원의 필요에 의해 등장하였다(김만호, 최영신, 2008).

반면에 지역사회중심재활(CBR)사업은 1980년 이후부터 WHO를 중심으로 동남아나 아프리카, 남아메리카 등 저개발 국가의 장애인 재활에 적합한 모형으로 소개되어 세계보건기구의 장애인 정책에서 강조되고 있는 사업이다(김만호, 최영신, 2006; 이한숙, 2008). WHO에서 제시한 장애인 재활의 목적은 지역사회에 존재하는 다양한 자원을 활용하여 포괄적이고 종합적인 서비스를 제공함으로써, 장애인의 주체적 역량을 강화시키고, 사회참여를 증진시켜 일상생활을 포함한 정치·경제·사회의 모든 측면에서 비장애인과 마찬가지로 통합되는 것을 포함 하고 있다(김만호, 최영신, 2006, 재인용). 따라서 지역사회중심재활(CBR)사업 또한 사회적 모형에 기반을 두고 있으며, 장애인의 복합적 욕구에 대응하기 위한 중요한 접근으로 서비스 통합을 강조한다(김만호, 최영신, 2008).

WHO에서는 2011년 지역사회중심재활(CBR)에 대한 뉴가이드라인을 제시하였는데, 제시된 5가지 영역은 (1) 건강(Health), (2) 교육(Education), (3) 생계보장(Livelihood), (4) 사회활동(Social), (5) 역량강화(Empowerment)이며, 하위 항목으로 25항목을 고려하여 지역사회통합접근적재활(Community Based Inclusive Rehabilitation)사업을 제안하였다.

[그림 3-10] 지역사회중심재활사업(CBR)의 사업구성 Matrix



자료: 보건복지부·국립재활원(2014). p.5의 자료 재인용.

WHO에서 제안된 주요 사업의 내용은 크게 ① 장애인 재활사업, ② 장애인 사회참여 사업, ③ 2차 장애발생 예방사업, ④ 재활보조기구 정보 제공 및 활용지원, ⑤ 지역사회재활협의체 구축으로 다섯 개 사업이 있다(보건복지부·국립재활원, 2014). 이들 사업에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 장애인 재활사업은 장애 상태별 재활서비스 제공사업과 장애인 보건사업으로 나뉘는데, (1) 장애 상태별 재활서비스는 연하장애 관리, 관절운동, 장/방광관리 등 재활서비스를 제공하고, 일상생활 동작지도, 보행 및 이동 동작 등 독립성 확보를 위한 프로그램을 제공하며, (2) 장애인 보건사업에서는 건강검진 수검률을 증진하고, 재활운동 관리 및 중독관리(약물, 인터넷, 알코올 등)를 제공한다.

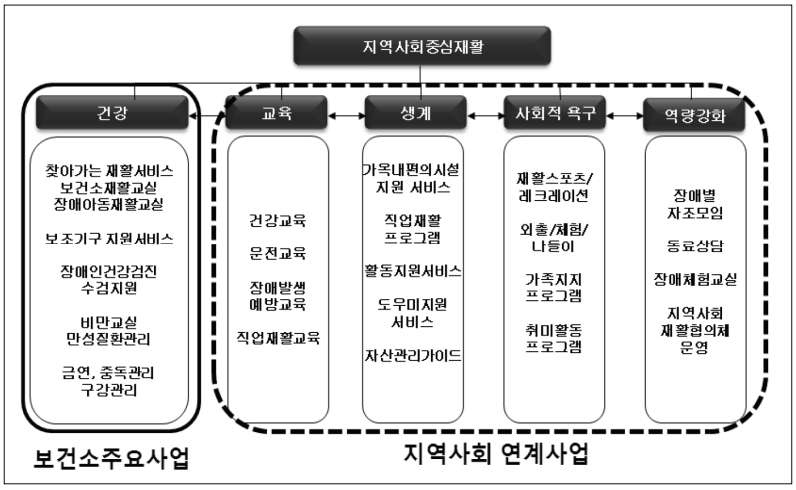
둘째, 장애인 사회참여 사업은 장애인을 대상으로 장애별 자조모임, 동료상담, 재활스포츠 및 레크리에이션을 제공하고, 장애인 및 가족을 대상으로 가족상담, 장애별 가족모임, 외출 및 체험프로그램 등을 제공한다.

셋째, 2차 장애발생 예방사업은 장애인을 대상으로 하며, 낙상, 화상 등 안전사고 예방, 재발 방지 교육, 투약관리 등을 제공하고, 장애인의 만성질환 발생 예방을 위해 건강검진 수검률 증진사업을 실시하고 있다. 또한 장애발생 예방교육 및 허약노인 건강증진 사업을 실시하고 있다.

넷째, 재활보조기구 정보 제공 및 활용지원은 장애별 적절한 보조기구에 대한 정보를 제공하고, 대여, 추후관리 등을 지원한다.

다섯째, 지역사회재활협의체 구축은 지역사회 내 행정기관, 의료기관, 복지기관, 교육기관, 자원봉사 단체 등 관련기관 기관장, 팀장, 담당자 등이 협의체를 구축하여 지역사회자원 상호간에 연계체계를 통해 수요자 중심의 통합적 서비스를 제공하는 것을 제안하고 있다(보건복지부, 국립재활원, 2014).

〔그림 3-11〕 지역사회중심재활사업(CBR)의 세부 프로그램 예시



자료: 보건복지부·국립재활원(2014). p. 6의 자료 재인용.

이러한 내용들을 바탕으로 지역사회중심재활(CBR)사업을 한국의 상황에 맞도록 적용해 보면 다음과 같은 예를 생각해 볼 수 있다. 즉, 장애인의 건강관련 사업은 보건소에서 그리고 교육이나 생계, 사회적 욕구, 역량강화 등은 지역사회와 연계하는 방식으로 지역사회중심재활(CBR)사업을 수행하고자 하였다.

우리나라의 초기 지역사회중심재활 시범사업은 1985년부터 시작되어 도시지역(관악구 신림7동)과 농촌지역(충청북도 청원군 북일면과 북이면)을 중심으로 보건사회부의 재정적 지원을 받아 한국 장애자재활협회가 시범사업을 진행한 바가 있으며, 1988년 12월까지 4년간 이어진 것으로 알려져 있다. 본 시범사업은 (1) 지역사회 CBR 관리자의 육성, (2) 지역사회 기존 자원의 활용, (3) 지역사회 기존 전달체계의 통합 등의 기존 목표를 이루어지지 못해 더 이상의 확산이 이루어지지 못한 것으로 평가되고 있다(최재성, 권선진, 김종민, 최영광, 이혜은, 최정균 등, 2003).

이 외에도 민간주도의 지역사회중심재활사업도 시작되었는데, 1987년 전북 완주군의 전주예수병원에 의해 '북완주 장애인재활사업'이 진행된 바 있고, 장애우권익문제연구소가 진행했던 '수서지역재활사업'이 진행되었다. '북완주 장애인재활사업'은 1987년 독일 기독교 맹인선교회 및 전주예수병원 재활의학과의 기술과 재정적 지원으로 실시되었다가 1992년 독일의 예산지원이 중단되면서 자연스럽게 사업이 중단된 케이스이다(최재성, 권선진, 김종민, 최영광, 이혜은, 최정균 등, 2003). 반면, 1999년 '수서지역재활사업'은 장애우권익문제연구소의 의료특별위원회는 장애인의 열악한 의료현실을 이해하고, 이를 위한 대안으로 수서지역에 거주하는 저소득 장애인과 노인에게 수서지역 복지관과 연계하여 보건·복지 통합 서비스를 제공하고자 노력한 사업으로(최재성, 권선진, 김종민, 최영광, 이혜은, 최정균 등, 2003). 현재 '함께걸음 의료생활협동조합'으로

발전하여 지역사회 내 장애를 가진 사람과 어르신들의 완전한 사회참여와 사회통합을 실현하고자 노원지역을 중심으로 한 지역사회중심의 재활사업(노원지역재활사업)으로 발전하였다. 당시 장애인이 처해있던 의료서비스이용을 위한 높은 장벽은 이후 사회보장제도의 발전 및 건강보험의 확대에 따라 지속적으로 향상되어 현재 장애인의 의료이용의 공공성을 목적으로 하는 재활사업은 의료생활협동조합의 형태로 장애우권익문제연구소를 중심으로 지엽적으로 지속되고 있는 상황이다.

우리나라는 1990년대 초부터 보건소를 중심으로 방문보건업무를 전국적으로 실시하기 시작하였고, 1993년부터 세계보건기구에서 예산지원을 받아 순회재활서비스 센터의 요원 및 보건진료원을 교육하기 시작하였으며, 1995년 「지역보건법」에서 지역사회의 재활업무를 수행하도록 명시하였다. 1999년 5월 보건복지부의 장애인제도과에서는 지역사회중심재활(CBR)사업의 필요성을 인식하여 “지역사회중심재활 전국 활대방안을 위한 체계 모색”을 위한 간담회를 개최하였고, 서울 양천구를 비롯한 16개 지역의 거점보건소를 지정하고, 2000년부터 국민건강증진기금에 의해 예산을 배정받아 국립재활원의 주도하에 사업이 시행되고 있다(김용득2000a; 이한숙, 2008).

이에 민간기관 및 복지측면에서의 지역사회중심재활사업에 대한 논의는 더 이상 이루어지지 못하였다. 본 사업은 국비(건강증진기금) 50%, 지방비 50%를 재원으로 하여 추진되고 있으며, 본 사업의 실제적인 업무는 국립재활원 내 지역사회중심재활 추진단에서 세부전략 수립 및 하위체계를 위한 교육과 지도를 담당하고 있다 (김창오, 박철우, 2011).

나. 주요 사업내용 및 수행체계

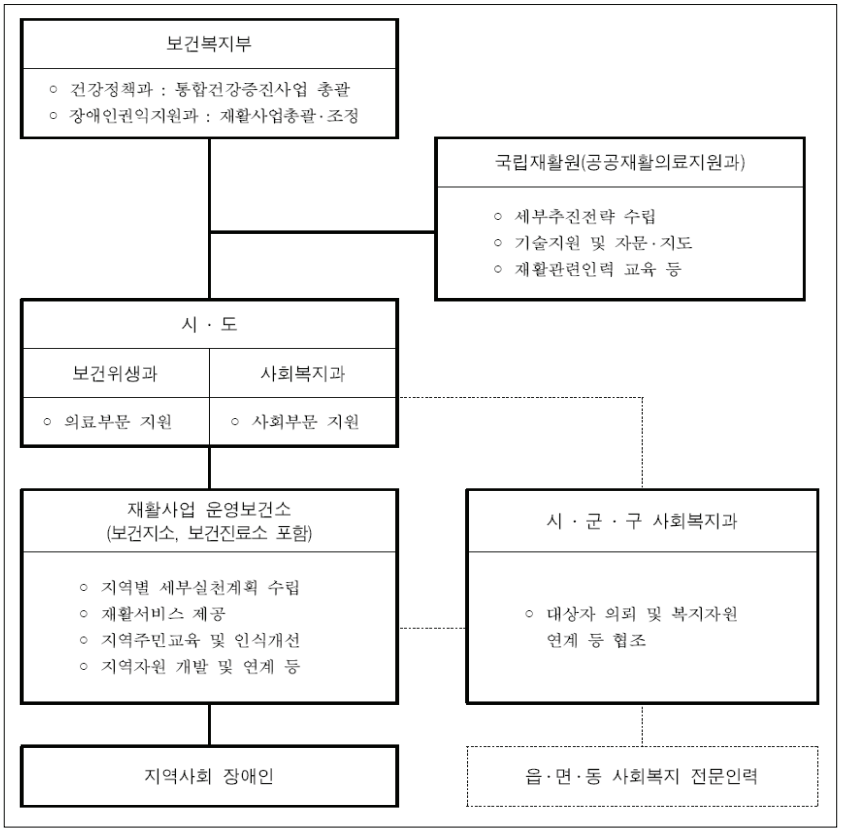
지역사회중심재활(CBR)사업은 「지역보건법」 제9조 보건소의 업무(장애인의 재활사업)와 「장애인복지법」 제18조 의료와 재활치료, 그리고 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 대한 법률」 제31조 건강권에서의 차별금지의 법적근거를 가지고, 2014년 현재 전국에 113개의 지역사회중심재활 거점 보건소에서 간호사나 물리치료사 등 보건의료 관련 전공자에 의해 신체장애를 가지고 있는 저소득층 재가 장애인을 대상으로 사업을 수행하고 있다(김창오, 박철우, 2011; 보건복지부, 국립재활원, 2014).

지역사회중심재활(CBR) 모형은 보편주의에 입각한 대상의 통합성, 포괄적인 통합 서비스의 제공, 그리고 욕구 충족을 위한 방법 등을 포괄하고 있다(김만호, 최영신. 2008). 이를 구체적으로 설명하면 다음과 같다. 첫째, 지역사회중심재활(CBR)모형은 보편주의에 입각한 대상의 통합성을 가진다. 즉, 모든 장애인이 사회 구성원으로서 적극적인 사회참여를 보장받기 위해 국가로부터 필요한 서비스를 제공받을 수 있는 권리를 가진다. 따라서 전문가들은 장애인의 욕구를 중심으로 선별적인 서비스를 제공한다.

둘째, 장애인은 다양한 활동과 경험을 통해서 사회통합을 이룰 수 있다. 즉, 소득, 주거, 일상생활 지원 등 필요한 다양한 서비스의 지원은 장애인뿐 아니라 이들 가족의 부담을 경감 시킬 수 있다. 따라서 포괄적인 통합서비스의 제공은 무엇보다 중요하다. 즉, 장애인의 사회통합을 위한 보건·복지서비스는 장애인의 접근이 용이하고, 장애인의 경우 장애상태가 영구적으로 유지되는 경향이 많기 때문에 지속적으로 제공되어야 한다. 또한 기존의 지역사회자원을 최대한 활용한다는 점에서 효율성이 강조되고 있다.

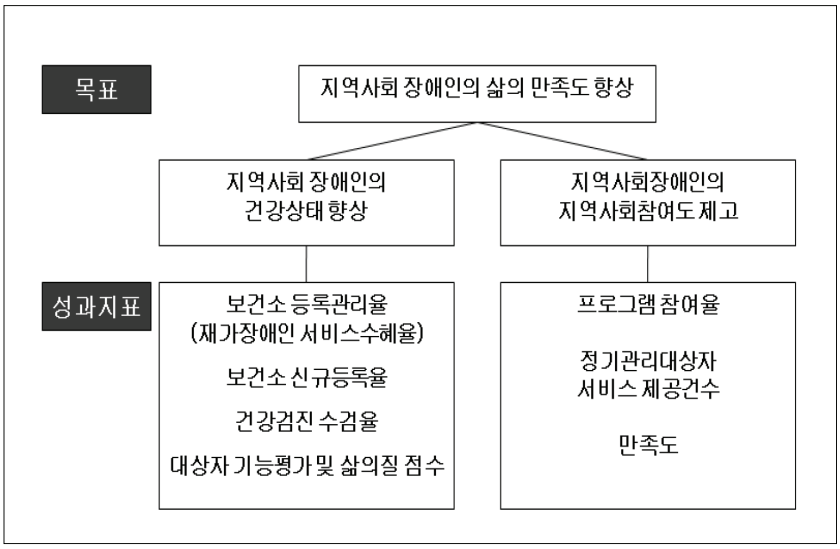
마지막으로, 지역사회중심재활(CBR) 모형에서 제시되는 서비스 내용은 다양한 서비스가 서로 통합적으로 연계되어 장애인의 복합적인 욕구 및 문제를 효과적으로 해결할 수 있는 서비스를 그 내용으로 한다(그림 3-12 참조). 이러한 사업의 진행에 따라 보건복지부와 국립재활원에서 제시한 지역사회중심재활(CBR)사업의 목표와 성과지표를 살펴보면 다음과 같다(그림 3-13 참조).

〔그림 3-12〕 지역사회중심재활사업(CBR)의 추진 체계



자료: 보건복지부·국립재활원(2014). p.21의 내용 재인용.

〔그림 3-13〕 지역사회중심재활(CBR)의 사업목표 및 성과지표



자료: 보건복지부·국립재활원(2014). p. 3의 내용 재인용.

2014년 현재 전국에 113개의 지역사회중심재활 거점 보건소에서 간호사나 물리치료사 등 보건의료 관련 전공자에 의해 신체장애를 가지고 있는 저소득층 재가 장애인을 대상으로 장애인등록관리, 건강증진 및 방문재활, 지역사회재활협의체 구성, 장애인식개선 및 장애예방 사업 등을 수행하고 있다(김창오, 박철우, 2011; 보건복지부, 국립재활원, 2014). 보건소에서 제공하고 있는 재활프로그램은 방문재활, 진료, 재활치료 등 개소당 2개에서 12개까지 운영되고 있다(김용득, 양숙미, 이승기, 김완호, 남세현, 안성준, 등, 2013).

조직구성은 보건소 내 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등 보건의료 관련 전공자로 구성되어 있다(김창오, 박철우, 2011). 전달체계로는 보건복지부가 기본계획을 수립·총괄하는 것으로 되어있으나, 실제적인 업무는 국립재활원 내 지역사회중심재활추진단에서 세부전략 수립 및 하위체계

교육 및 지도를 실시하고 있다.

주요대상은 재가 장애인 중 건강관리, 재활훈련 등의 서비스를 지속적으로 필요한 자이며, 재가 장애인 중 2차 장애예방 및 안전관리가 필요한 자, 고령, 만성질환 등으로 인해 지속적 재활관리가 필요한 자이다 이 중 우선순위는 거동이 불편하여 방문재활이 필요한 1~3등급 중증 재가 장애인이며, 병의원 등 지역사회 관련기관에서 퇴원하여 지속적 재활이 필요한 장애인이다. 사업내용은 방문재활 등 재활치료사업, 건강증진사업, 역량강화(교육 등)활동, 장애인 가족지지 및 참여, 환경 개선을 위한 지역사회 참여 및 역량강화 활동, 병원에서 퇴원하는 대상자의 사회복귀지원 연계, 지역사회재활협의체 구축(공공 재활의료사업과의 네트워크 구성 등) 등이다. 이 중 지역사회 관련 자원 상호간에 연계체계를 구축하여 통합적 서비스를 제공하는 지역사회재활협의체 구축은 필수사항이다.

다. 성과와 한계

현재 진행되고 있는 지역사회중심재활(CBR) 사업은 거점보건소를 중심으로 진행되고 있으나, 사업의 내용이 지역마다 상이하고, 사업의 활성화 정도도 지역에 따라 편차가 크다. 또한 제공되고 있는 서비스도 기능훈련이나 물리치료 등 의료재활서비스에 국한되고 있는 한계가 있다. 또한 의료보건인력에 의해 서비스가 제공되다보니 본 사업은 보건소 내 다른 업무를 담당하면서 중복적으로 담당하는 업무이다 보니 서비스의 수준도 일회적으로 이루어지는 경우가 많고, 재활담당자가 자주 교체되어 사업의 연결성이 결여되어 있고, 복지서비스의 연계 및 협력체계가 저조한 한계를 가지고 있어(김만호, 최영신, 2006; 2008) 현재 보건소에서 진행되고 있는 지역사회재활사업은 진정한 의미의 보건·복지 통합 사례로

평가하기는 어렵다. 즉, 우리나라의 경우 보건·복지 연계의 필요성에 대한 공감에도 불구하고 실제로 두 전문직들 간의 협력은 매우 낮은 수준에서 이루어지거나 이루어지지 못하고 있는 것이 현실이다(김미주, 2008, 재인용).

김종인(2012)은 우리나라 지역사회중심재활(CBR)사업을 방해하는 요소로 (1) 비용, (2) 많은 조정업무, (3) 지역 활동가들에 의한 재활서비스 제공 능력 등이 검토되어야 한다고 지적하였다. 또한 현재 지역사회중심재활(CBR)사업이 시설중심에서 지역사회 현장 중심으로의 이동을 표방하고 있기는 하지만 여전히 장애에 대한 '의료적 모형'에 치우쳐져 있어 장애에 대한 사회적 관점을 강화하여야 하고, 이를 위해서는 지역사회 자원과의 협력, 조정의 역할을 수행하는 지역사회중심재활(CBR)사업 주체가 사회적 관점에 더 익숙해 있는 사회복지사들에 의해 수행될 수 있도록 하는 방안을 제안하기도 하였다(김종인, 2012).

우리나라의 지역사회중심재활(CBR)사업에 대한 연구는 1990년대 후반부터 시작되어 2000년대 초반까지 정부주도 및 민간주도의 지역사회중심재활 시범사업들이 진행되기도 했지만, 현재 지역사회중심재활(CBR) 연구는 보건복지부와 국립재활원 등 정부기관 주도로 의료적 측면에서만 연구되고 있으며, 일부 보건의료계에서 연구되고 있을 뿐 장애인 복지영역에서는 거의 진행되지 못하고 있다(김만호, 최영신, 2008). 이제 지역사회중심재활(CBR) 사업에서 추구하는 본래의 목적에 부합하는 모형과 전달체계에 대한 논의가 필요한 시점이라 할 수 있다.

제3절 국외 서비스 연계·통합 사례

1. 미국: PACE(Program of All-Inclusive Care for the Elderly)

가. 추진배경 및 목적

미국의 PACE(Programs of All-Inclusive Care for the Elderly: PACE)는 요양원 입소 준의 증상을 지닌 55세 이상 메디케어(Medicare) 또는 메디케이드(Medicaid) 가입자가 지역사회에서 일상적으로 살아가도록 하는 것을 목적으로 1970년대 초에 개발된 프로그램이다. 2003년 연방정부의 허가 이후 프로그램은 본격적으로 확장되었다(Mukamel et al., 2007; DHHS, 2011).

PACE는 1971년 샌프란시스코에 거주하는 이탈리아, 중국, 필리핀 이민 가정 내 고령자에게 장기 요양 보호 서비스를 제공하기 위해, 공중보건 치과의인 William Gee가 비영리 기관인 'Chinatown-North Beach Health Care Planning and Development Corporation'을 설립하면서 시작된 프로그램이다. 'On Lok Senior Health Service'로 개명된 이후에는 샌프란시스코 대학과 협력하여 의료직 노동자(health care worker)를 교육하였고(CMS,2015; National PACE Association, 2015), 영국의 주간 병원 모델(British day hospital model)에 근거하여 주택, 의료, 사회서비스를 결합한 포괄적 돌봄 제공 체계를 고안하기도 했다(CMS, 2015).

1973년에는 샌프란시스코 지역 내에 노인주간보호센터 개소되었고, 1978년에는 요양원 입소 수준의 증상을 지닌 고령자에게 의료 및 사회서비스를 제공하였다. 이후 1986년에 연방정부는 On Lok 서비스 모델의

발전 가능성을 인정하여, 포괄재정조정(Omnibus Budget Reconciliation Act: OBRA)을 근거로 지원을 시작하였다(CMS, 2015).

1997년부터는 Balanced Budget Act of 1997에 따라 영구적인 메디케어를 통해 본격 지원받아 운영 중이다. 당시 300여명 이었던 PACE 이용 등록자들은 2002년 말 10,000여 명으로 증가하였고(Gross et al, 2004), 2015년 현재 32개 주(州)에서 114개의 프로그램이 운영중이다(National PACE Association, 2015).

PACE는 제공기관이 있는 지역 내에 거주하면서 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid) 둘 중 하나를 이용하거나, 두 가지를 동시에 이용하는 55세 이상 고령자 혹은 장애를 지닌 고령자가 주요 대상이 된다. 또한 주 정부로부터 요양원 입소 수준의 돌봄(care)이 필요함을 인정받아야 사업 대상이 될 수 있다(DHHS, 2011).

PACE의 전형적인 이용자는 80세 이상, 평균 8개 이상의 만성질환(주로 심장, 호흡, 당뇨 등)을 갖고 있고, 일생생활에서 3개 이상의 제약을 갖고 있는 사람들이다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004)[21]. 이에 따라 PACE는 서비스 제공시 특히 이용자의 의료적 욕구에 초점을 두고, 이용자가 가진 사회적·생존적 욕구와 더불어 이용자와 그 가족의 서비스 선호도를 고려하여 서비스를 제공한다(DHHS, 2011).

나. 주요 사업내용 및 수행체계

이용자의 입원 및 치료를 최대한 줄이기 위한 예방적 차원의 서비스 제공 또한 PACE의 목표 중 하나라고 볼 수 있다. 이를 위해, PACE에서는

21) 2014년 PACE협회(National PACE Association)의 발표에 따르면(National PACE Association, 2015), PACE 등록자의 약49%는 치매 진단을 받음.

담당 전문 인력인 PACE 전문가(PACE specialist)가 이용자와의 지속적인 연락 등을 통해 관리한다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004). PACE 이용자는 서비스 이용시에 기존의 주치의 및 의료서비스 대신에 지역 내 PACE 전문가(PACE Specialist)가 구성한 새로운 주치의, 간호사, 주간보호 등의 서비스를 이용해야 한다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004).

PACE 서비스를 제공하는 기관들은 주로 고령자 관련 건강 및 돌봄 서비스를 제공하는 비영리 또는 공공기관으로, 병원, 지역사회 기관, 장기요양보호기관, 병원 협력기관, 지역건강센터, 호스피스 등이 이에 해당되며, 보험회사 등 영리 조직 또한 제공기관으로 참여 가능하다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004). PACE는 주로 노인주간보호센터를 통해 서비스가 제공하는데 —실제 요양원에 거주 중인 PACE 이용자는 7%에 불과하다— 이용자의 욕구에 따라 가정 서비스 및 기타 연계 서비스가 추가된다(National PACE Association, 2015).

PACE에서 제공하는 서비스 내용을 살펴보면 다음과 같다. PACE에서는 기본적으로 메디케어나 메디케이드에서 제공하는 서비스와 더불어 의료적 진료 및 간호, 처방된 약, 응급실 진료, 외래진료, 물리치료, 작업치료, 치과치료, X-ray를 비롯한 각종 검사 서비스를 제공한다(CMS, 2015; DHHS, 2011). 또한 주간보호, 식사배달, 영양상담, 사회서비스, 의료서비스 이용을 위한 교통 지원, 필요시 요양원을 이용 할 수 있게 하는 등 이용자의 의료적 욕구에 기반한 서비스(DHHS, 2011), 가족 내 수발자를 위한 교육, 자조집단, 임시간호 서비스도 제공 하고 있다(National PACE Association, 2015).

서비스 제공자는 주치의, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 오락치료 또는 활동 코디네이터, 영양사, PACE 센터 슈퍼바이저, 가

정간호 관계자, 개인보호 보조원(personal care assistance), 운전기사 등으로 구성된다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004).

서비스 제공자들은 매월 각 서비스 등록자 수에 따라 메디케어와 메디케이드에서 인두세(사람 수 대로 보조금)를 지급받는다. 만약, 서비스 이용자가 메디케어의 자격 조건을 갖추면 비용은 메디케어에서 지불하고, 메디케이드의 자격 조건을 갖추면 매월 소액의 납부액을 지불하거나, 무료로 이용할 수 있다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004). 이처럼 PACE는 메디케어와 메디케이드의 재원으로 서비스를 제공하므로, 이용자의 지불 능력과 상관없이 이들이 건강 증진 및 유지를 위해 필요하다고 인정된 모든 서비스를 이용할 수 있다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm & Mukamel, 2004). 단, 이용자가 메디케이드나 메디케이드의 자격 조건에 맞지 않을 경우에는 매월 서비스 제공자에게 제공되는 인두세의 액수와 동일한 액수를 보험금으로 납부해야 하지만, 그 밖의 공동 부담금이나 공제금(deduction)은 없다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004).

다. 성과와 한계

PACE의 성과는 개별화된 돌봄 계획을 수립하고, 모든 서비스를 한 번에 받을 수 있기 때문이며, 비용을 지불하는 이들은 서비스 관련 비용절감과 지출을 예측할 수 있고, 의료서비스 제공자는 인두세 체계를 통해 유연하고 창의적인 서비스 제공이 가능하다는 점이다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm &Mukamel, 2004). 그러나 풍부한 의료적 돌봄이 가능한 곳에서 최대로 작동할 수 있다는 점과 서비스 신청 시 기존 주치

의를 변경하는 것에 대한 이용자의 거부감, 의료적 부작용 또는 효과 없는 치료 시 비용 낭비에 대한 우려, 가족의 비현실적 기대, 장기적 프로그램 운영을 위한 재정 충당 등의 한계가 있다는 점에서 한계가 있다(Gross, Temkin-Greener, Kunitzm & Mukamel, 2004).

2. 미국: 노인·장애인자원센터(Aging and Disability Resource Centers: ADRC)[22]

가. 추진배경 및 목적

미국 장기요양서비스는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid), 미국 노인법(the Older American Act)에 따라 다양한 복지제도 및 의료보장급여가 혼합된 형태로 제공되고 있다. 그러나 서비스 이용 과정이 너무 복잡하고, 이용자뿐만 아니라 서비스 제공자조차 이해하기 어려운 다양한 프로그램의 종류와 내용, 수급 자격 등으로 인해 통합된 시스템 구축의 필요성이 제기되었다. 노인·장애인자원센터(Aging and Disability Resource Centers: ADRC)는 이러한 문제점을 해결하기 위해 설립되었다.

노인·장애인자원센터 설립의 시발점은 1999년 미국 대법원의 옴스테드 판결(The Olmstead decision)이었다. 옴스테드 판결은 각 주(州)의 장애인이 통합된 시스템 내에서 그들의 욕구와 필요를 충족시킬 수 있도록 필요한 서비스 및 프로그램 등을 관리·운영하도록 하였다. 2001년에는 지역사회 내에서 장애인이 생활하면서 경험할 수 있는 장벽을 없애기 위한 전국적 노력으로 발표된 부시 대통령의 신자유주의발의(New Freedom Initiative)와

22) 미국의 노인·장애인지원센터 사례는 황주희 외(2014)의 pp.81~125의 내용을 요약발췌하였음.

보건복지부(Department of Health and Human Services) 관할 하에 실제적 선택 제도 변화 지원금(Real Choice Systems Change Grant)이 지원됨으로써 각 주의 장기요양서비스(LTSS) 프로그램이 개발되는 데에 일조하였다. 이후 2006년에는 미국 노인법을 통해 노인·장애인자원센터의 설립 근거와 그 기능 등을 규정하였고, 2009년 오바마 대통령의 지역사회정책계획(Community Living Initiative)[23], 2010년 환자보호 및 돌봄법(the Patient Protection and Affordable Care)을 통해 노인·장애인자원센터는 확대되기 시작하였다. 이러한 발전과정을 거쳐 노인·장애인자원센터는 실제 이용자뿐만 아니라 그들의 가족 및 미래 장기요양서비스 대상자들이 관련 서비스에 관한 정보를 충분히 알고 선택할 수 있도록 지원함으로써, 장기요양서비스에 대한 이용자의 접근성을 높이는 데에 목적을 두고 운영되고 있다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

우리나라의 장기요양제도는 서비스의 주 대상이 노인인 반면, 미국의 장기요양서비스(Long-Term Service and Support: LTSS)는 65세 이상의 고령자뿐만 아니라 모든 연령의 장애인을 대상층으로 하며, 이들이 노인·장애인자원센터의 주 사업대상이다.

노인·장애인자원센터는 주(state)별로 다양하게 운영되고 있다. 대부분의

23) 2009년에 수립한 오바마의 지역사회생활계획은 중앙정부 내에 새로운 조직인 지역사회국(Administration for Community Living: ACL)을 설립하고, 지역사회국 아래 노인국(Administration of Aging: AoA), 지적발달장애인국(Administration on Intellectual and Developmental Disabilities: AIDD), 장애인 및 노인정책센터(Center for Disability and Aging Policy: CDAP)와 예산관리센터(Center for Management and Budget: CMB)를 통합시켜, 관련 사업들을 협력하여 추진할 수 있도록 하였음(황주희 외, 2014).

주에서는 지방정부(county)와 파트너십을 형성하여, 주는 사업 전체의 감독과 지침을 제공하고, 지방정부가 독자성을 갖고 운영한다. 이에 따라 각 지방정부의 상황에 맞게 해당 지역의 노인 또는 장애인 관련기관이 노인·장애인지원센터의 역할을 수행한다. 센터는 그 형태와는 관계없이 지역 내 거주하는 모든 사람들이 잠재적 대상자로서 노화 및 장애와 관련된 정보에 대해 충분한 정보를 제공 받고, 서비스 접근성이 용이하도록 하는 것을 목적으로 센터의 기능을 표준화하는 것을 원칙으로 하고 있다(김선자, 강영욱, 양주연, 2006; 황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연 등, 2014).

중앙정부 내의 노인국(AoA)과 메디케어 및 메디컬 서비스센터(Center for Medicare and Medicaid Services: CMS)에서 규정한 노인·장애인지원센터의 활동비전 및 기능은 〈표 3-16〉과 같다.

〈표 3-16〉 미국 노인·장애인자원센터의 활동비전 및 기능

구분	내용
활동 비전	- 센터, 공공·민간의 장기요양서비스 옵션에 대해 일반인은 물론 특히 서비스 접근이 어려운 소외계층이 보다 잘 이해할 수 있도록 할 것 - 서비스에 관한 욕구가 있을 때 이용 가능한 모든 장기요양서비스 옵션에 관한 정보·상담을 제공할 것 - 공적 장기요양프로그램 및 메디케어의 수혜 대상이 될 수 있는 잠재적 대상자들을 사정하여 지원할 것 - 응급상황에 처한 개인이나 그 가족이 장기요양서비스시스템에 안정적으로 진입할 수 있도록 개별 사례관리를 이행할 것 - 지역사회에 질병 예방, 건강 프로그램, 이동편익서비스, 수입지원 프로그램 등에 관한 정보 및 지원 사항에 관해 홍보할 것 - 차후 장기요양서비스에 관심과 욕구를 가진 사람을 지원할 것 - 모든 장기요양서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 원스톱 쇼핑(one-stop shopping) 시스템을 보다 조직화, 간소화, 명확화 할 것
기능	- 미국 노인법(the Older American Act) 제102조 제4항 ① 제공 가능하고 통합적인 장기적 돌봄에 대한 정보를 포함하여 공공 및 민간 장기요양 프로그램, 장기요양 옵션, 서비스 제공자 및 지역사회의 지원 가능한 자원 등에 대한 일련의 정보들을 제공한다. ② 이용자의 개별적이고 특수한 욕구와 환경에 부응하는 장기요양 실현 계획에 대한 개별 상담을 실시한다.

구분	내용
	③ 이용자가 받을 수 있는 서비스와 각 프로그램의 편리한 진입점 안내 등을 제공하는 공공 장기요양에의 접근방법을 실천한다. - 미국 노인법(the Older American Act) 제202조 1항 ① ADRC는 장기요양의 모든 옵션에 대한 신뢰할 수 있는 정보를 제공해야 하며, 시설 및 재가지역사회 돌봄에 대한 상세한 정보 역시 포함되어야 한다. ② ADRC는 이용자들에게 이용자 중심의 개별화된 도움을 제공해야 하며, 이는 이용자 개인이 장기요양의 옵션을 잘 숙지하고 선택할 수 있도록 하기 위함이다. ③ ADRC는 공적 장기요양 옵션에 대한 종합적이고 간결하며 능률적인 접근이 가능하도록 지원하여 이용자가 그들이 원하는 서비스를 한 번의 초기상담 및 사정으로 지원 자격 등을 숙지할 수 있도록 해야 한다. ④ ADRC는 이용자 개인이 장기요양의 욕구를 스스로 파악하여 미래를 위한 계획을 미리 세울 수 있도록 돕는 기관이다. ⑤ ADRC는 주 건강보험 프로그램(the State Health Insurance Program)과 협력하여 메디케어 혜택과 그 밖의 가능한 혜택을 숙지할 수 있도록 하고, 처방약과 건강 관련 예방 혜택을 받을 수 있도록 지원해야 한다.

자료: 황주희 외(2014) pp.88~89의 내용 재인용

노인·장애인자원센터는 지역사회 내 유관기관과 파트너십을 맺고 이용자에게 서비스를 제공한다. 유관기관이라 함은 지역사회 내의 주 메디케이드(State Medicaid), 장애 및 노인 관련 서비스 기관과 주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Programs) 및 지역 내 노인 및 장애인 서비스 제공기관 등이 해당된다.

파트너십을 맺은 기관들은 합의와 연계규정을 통해서 인력을 공동배치하고 직원 훈련 등도 함께 이루어진다. 이 때 센터 내 인력은 지역 사회 내에 있는 노인 및 장애인 관련 서비스의 내용과 정보를 충분히 파악하고, 이용자의 필요에 맞는 서비스 정보를 제공하여 이용자가 선택할 수 있도록 돕는 역할을 한다(김선자, 강영욱, 양주연, 2006; 황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연 등, 2014).

이 밖에 협력 기관들은 서로 정보·기술연계 시스템과 클라이언트 데이터 등을 공유하고, 합동 마케팅 및 파견활동 등을 진행하기도 하며, 노인·장애인

지원센터의 경우 이용자 및 이용자의 가족들을 위한 상담도 진행한다.

노인·장애인자원센터에서는 다양한 기관과의 연계를 통해 이용자가 필요한 서비스를 제공 받을 수 있도록 한다. 이용자가 제공받을 수 있는 서비스에는 성인주간보호, 사별 및 장례 서비스, 가족 내 돌봄제공자 지원(휴식 서비스, 지지그룹 운영), 사례 관리 및 조정, 장애인 서비스와 보장구 제공, 응급 핫라인, 고용·교육·자원봉사, 재정지원(노인대상 버스요금 바우처, 에너지 관련 비용 보조, 학대 피해자 보호 및 치료, 주거비용 재정상담 등), 건강·의료 관련 서비스(중독 클리닉, 치아 관리, 호스피스, 예방접종 등) 등이 있다.

노인·장애인자원센터는 기관 연계 외에 직접 서비스를 제공하기도 한다. 이용자가 장기요양서비스가 가진 다양한 옵션에 대해 이해하고, 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 계획하고 지원하는 옵션상담(Options Counseling: OP)이 그 중 하나이다. 대부분의 노인·장애인지원센터에서는 옵션 상담을 정보제공 및 연계 기능의 연장선으로 보고 이를 원하는 이용자에게 서비스를 제공한다. 그러나 일부의 경우 간호기관의 입소허가를 받은 이용자나 지역사회 내 기반 서비스 이용을 위해 사정을 거친 이용자에게만 서비스를 제공한다. 다음으로 개인별 전환 지원(person-centered transition support)은 이용자와 그 가족들이 퇴원 후 돌봄 계획을 지원하는 직접 서비스이다. 이용자는 전환지원 서비스를 통해 재가 및 지역사회 기반의 장기요양서비스와 옵션 상담 등을 받을 수 있으며, 필요한 경우에는 돌봄 매니지먼트 직원과의 연결도 지원 받을 수 있다.

다. 성과와 한계

미국의 노인·장애인자원센터는 노인뿐만 아니라 모든 연령의 장애인과 그 가족부양자 및 잠재적 대상자들에게 장기요양서비스(LTSS)와 그들이

이용할 수 있는 관련 정보를 충분히 인지하고 선택할 수 있도록 돕는 기관이다. 또한 지역사회 내에서 종합적인 서비스 제공이 가능하도록 하고 있다.

노인·장애인자원센터는 현재 이용자에 대한 평가 및 서비스 수혜자격 여부를 결정하고, 시설 입소 대신 이용할 수 있는 재가 및 지역사회 기반 서비스를 효율화시킨다는 측면에서 장기요양서비스(LTSS)를 제공하는 데에 효율적인 체계로 평가 받고 있다. 특히 비용 측면에서의 효율성이 긍정적인 평가를 받는데, 미시간 주의 경우 노인·장애인자원센터의 장기요양서비스 연결(Long-Term Care Connection: LTCC)을 중심으로 의무적인 주 평가를 수행하여 지출 추세 변화에 주목한다(황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연 등, 2014). 노인·장애인 자원센터의 비용효율성은 메디케이드 간호시설 보호를 신청한 이용자들에게 제공되는 돌봄서비스의 수준을 결정하는 데에 정확도를 높여 메디케이드 지원금으로 운영되는 시설에 지원조건이 충족되는 이용자만을 연계하여 지출되는 비용을 최소화시킬 수 있다는 측면에서 찾을 수 있다. 또한 장기요양서비스의 연결 자체가 이용자들이 시설에서 지역사회로 옮겨갈 때에 최소한의 인원만이 메디케이드 서비스를 받을 수 있도록 함으로써 메디케이드 지원 비용뿐만 아니라 장기요양 비용을 줄이는 데에 큰 역할을 한다.

더불어 노인·장애인 지원센터는 주(state) 차원의 예산 절감뿐만 아니라 지역 내에서 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자들에게 양질의 서비스를 지속적으로 제공 할 수 있게 하며, 이용자가 서비스 비용을 지불하지 못할 형편이라 할지라도 재가서비스가 가능한 프로그램들에 참여할 수 있도록 한다.

3. 일본: 지역포괄지원센터[24)]

가. 추진배경 및 목적

일본에서는 1990년에 보건·의료·복지의 연계 및 재택복지의 증진을 위해 '재택개호지원센터'를 설치하였다. 재택개호지원센터는 지역사회 내에 거주하는 고령자와 그 가족이 필요한 보건·복지 서비스를 이용할 수 있도록 정보제공과 유관 기관과의 연계, 상담·지도, 개호예방, 권리 침해 예방 등의 서비스를 지원하는 기관이다. 그러나 2000년부터 개호보험제도가 시행되면서 제도의 확대와 이용자의 급격한 증가에도 불구하고, 재택개호지원센터가 충분한 역할을 발휘하지 못하면서 문제가 제기 되었다. 이에 따라 2005년에는 예방급여 및 지역지원사업을 중심으로 개호보험제도의 지속 가능성을 핵심으로 개호보험이 개호되면서 개호예방형시스템[25)]으로의 전환이 추진됨에 따라, '지역포괄지원센터'라는 새로운 시설을 설립하여 역할을 수행하도록 하였다.

지역포괄지원센터는 지역주민의 심신건강 유지 및 안정된 생활유지에 필요한 서비스를 제공과 더불어 보건·의료 및 복지 향상시키기 위한 포괄적인 지원을 제공하는 시설이다. 센터는 시·정·촌이나 시·정·촌으로부터 위탁 받은 자가 시설을 설치하여 운영하는데, 요개호상태의 노인 증상 악화를 방지를 통해 개호보험의 효율성 향상을 도모하는 데에 목적이 있다.

---

24) 일본의 지역포괄지원센터에 관한 전반적인 내용은 성은미·조추용·권혜영(2012)의 '일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양지원센터시범사업의 과제' pp.7~40의 내용을 요약발췌하였음.

25) 개호예방형시스템은 요개호노인의 80% 가량이 75세 이상의 후기 고령자인 것을 감안하여, 해당 연령이 도래하기 전에 예방 서비스를 제공하는 것임. 이에 해당하는 예방급여에는 근력강화 훈련, 영양지도, 구강청결 등과 같은 항목이 해당되며, 자립상태인 일반노인 중에 개호예방검진 실시 후 요개호예비군에 속하는 노인을 대상으로 서비스를 제공함.

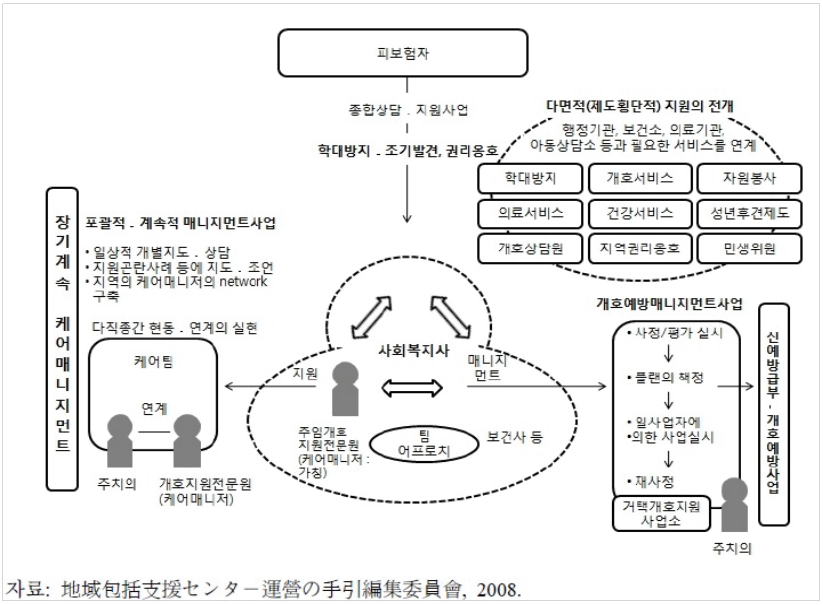
나. 주요 사업내용 및 수행체계

일본의 개호보험은 개인이 아닌, 시·정·촌이 보험 가입자이며, 따라서 지역포괄지원센터의 책임 주체는 시·정·촌이 된다. 소규모 시·정·촌의 경우, 다른 보험자 즉, 다른 소규모 시·정·촌과 공동으로 지역포괄지원센터를 설치할 수 있다. 인구가 밀집된 도시 지역의 경우는 센터를 복수 설치하거나, 직원체제가 강화된 대규모 센터를 설치하여 운영할 수 있다. 시·정·촌은 센터의 직접 운영뿐만 아니라 위탁운영도 가능하다. 위탁운영의 주체는 법인격을 가지고 있어야 하는데, 사회복지법인, 의료법인, 공익법인, 비영리민간법인과 기존에 재택개호지원센터를 위탁 받아 운영했던 경우 등이 해당된다. 지역포괄지원센터는 인구 2~3만 명 당 1개소라는 기준에 따라 설치되며, 1개소 당 300개의 사례 정도를 담당하도록 한다.

지역포괄지원센터는 포괄적 지원사업과 지정개호예방지원 등의 사업을 추진하는데, 업무 추진에 있어서 네트워크 구축을 가장 중요하게 여긴다. 이는 서비스 내용 자체가 직접적인 서비스 제공뿐만 아니라, 지역 내에 존재하는 복지·보건·의료서비스와 다양한 사회 자원들이 유기적으로 연계될 수 있을 때 효과적으로 기능할 수 있기 때문이다. 이에 따라 지역포괄지원센터는 이용자에게 포괄적 서비스 제공을 위한 기존 전제로 팀 접근의 방식을 취하며, 보건과 복지 분야의 전문가로 구성하여 운영한다. 보건과 복지 분야의 전문가는 종합상담 및 지원을 위한 사회복지사, 개호예방관리를 위한 보건사 또는 간호사, 포괄적이고 지속적인 사업 관리를 위한 주임개호지원전문원으로 구성된다.

지역포괄지원센터의 서비스 흐름도를 살펴보면 〔그림 3-14〕와 같다.

〔그림 3-14〕 일본 지역포괄지원센터의 서비스 흐름도



자료: 성은미, 조추용, 권해영(2012) p.13에서 재인용

지역포괄지원센터에서 제공하는 서비스는 피보험자인 대상자가 직접 신청하여 이용하거나, 센터 차원에서 직접 이용자를 발굴할 수 있다. 이용자가 발굴 된 후에는 초기에 종합적인 상담뿐만 아니라, 학대 방지와 조기 발견, 권리옹호 등의 서비스를 제공하고, 행정기관, 보건소, 의료기관 등 이용자가 필요한 서비스들이 연계될 수 있도록 제도의 횡단적 지원을 전개한다. 이 외에도 지역포괄지원센터에서는 핵심 사업으로써 신 예방급여, 개호예방사업, 장기계속케어매니지먼트 사업 등을 통해 서비스를 제공한다.

지역포괄지원센터에서 담당하는 사업내용을 조금 더 구체적으로 살펴보면 포괄적 지원사업과 지정개호예방지원사업 등으로 나눌 수 있다.

먼저 포괄적 지원사업은 향후 중증관리가 필요할 가능성이 높은 65세

이상 고령자의 심신 상태 관리를 통해 요개호상태가 되는 것을 예방을 목적으로 하며, 지역 내 자원을 파악하고 연계하여 지역내 고령자의 건강상태를 파악하고 관리하는 사업이다. 포괄적 지원사업이라는 큰 범주 아래에서 개호예방케어매니지먼트사업(2차 예방사업 대상자에 대한 개호예방케어플랜 작성 등), 종합상담지원사업(주민의 다양한 욕구를 수렴하여 횡단적 지원 실시), 권리옹호사업(성년후견제도 활용 촉진, 고령자 학대 대응 등), 포괄적·지속적 케어매니지먼트지원사업(지역케어 회의 통한 자립지원형 케어매니지먼트 지원, 지원 곤란한 사례에 대한 조언 등)이 수행된다. 이어서 지정개호예방지원사업은 개호보험에서 예방급여의 대상이 되는 신청자가 개호예방서비스를 적절히 이용하도록 노인의 심신 상태와 물리적 환경 등을 감안하여 개호예방서비스 사업자 등 관련 기관 간 연락을 조정한다.

다. 성과와 한계

일본의 지역포괄지원센터도 기존 일본의 제도권 내에서 제공되던 서비스와 달리 횡적으로 지역 내 기관들의 네트워킹에 기초하여 노인의 보호, 보건과 복지 향상을 위한 통합적 운영을 위해 보건과 복지 영역 전문가가 한 팀이 되어 노인과 가족에 대한 포괄적 지원을 통해 서비스 질을 향상하고, 사회적 비용을 경감한다는 점에서 긍정적으로 평가된다(성은미, 조추용, 권해영, 2012, pp.22~30).

그러나 기존의 재택개호지원센터에 비해 접근성이 떨어지며, 인구 몇 명 당 몇 개 소의 설치 기준에 따라 포괄적 상담 서비스 제공을 위한 1차 상담기관으로서의 역할 수행에 한계가 있으며, 사회복지사의 이직률이 높아 전문성 있는 인력 확보에 어려움이 있다(성은미, 조추용, 권해영,

2012). 또한 개호보험법 실시 이후 국고보조제도 폐지에 따라 한정된 재원은 통합적 서비스 제공과 전문성 유지에 한계를 초래하기도 하였다(성은미, 조추용, 권해영, 2012, pp.31~40).

4. 프랑스: 지역노인 전문 코디네이션 센터(CLIC)[26]

가. 추진배경 및 목적

프랑스에서는 늘어나는 의존노인의 복합적 욕구에 부응하고 다양한 재가서비스 제공자들이 조직적이고 일관성 있게 노인서비스를 제공하기 위한 방안으로 조정(coordination)의 필요성이 지속적으로 제기되어 왔다.

이에 프랑스 정부는 2000년에 노인을 대상으로 전문적인 조정 기관인 지역노인 전문 코디네이션 센터(Centres Locaux d' Information et de la Coordination, 이하 CLIC)를 설치하였다. 그리고 2004년 지방분권화의 2단계가 진행되면서 사회복지, 교육 등의 관리와 책임이 중앙정부에서 데빠르망(département)[27]으로 이양되었다. 이로 인해 노인정책의 수립과 집행과 CLIC의 관리운영도 데빠르망의 권한으로 전환되었다. 이로 인해 CLIC의 운영과 사업내용 등은 지역에 따라 매우 상이하며, 이로 인해 노인복지서비스의 지역간 편차를 야기하고 있다는 우려를 낳고 있다. 2000년 6월에 25개 시범 센터를 설치를 하여 시작된 이후, 2014년에는 프랑스 전역에 556개의 CLIC 센터가 운영되고 있다. CLIC 센터

---

26) 프랑스의 지역노인 전문 코디네이션 센터는 박혜미(2015a) 학술논문 자료와 박혜미(2015b)의 국내외 사례발표 세미나 자료(2015.8.19.)를 일부 발췌하여 수정·요약함.

27) 데빠르망(département)은 프랑스의 최상의 지방 행정구역(광역단체)인 레지옹(Région)과 쿄뮌(commune)으로 구성되는 기초단체의 중간 행정체제로 볼 수 있음. 중간자치단체인 데빠르망은 국가행정 논리인 자치행정의 원리를 실현하는 중요한 행정체제로 사회복지나 교육 영역에서 주도적인 권한을 행사함.

는 도의회의 관리·감독을 받으며, 실제 운영은 지역서비스센터(Centre Communal Action Sociale, CCAS), 비영리 단체, 병원 등 다양한 성격의 기관을 통해 운영되고 있으며, CLIC 센터의 세부 서비스와 서비스 지역 등은 개별 센터들이 자율적으로 결정할 수 있다.

CLIC 센터의 기능은 노인과 가족, 그리고 서비스 제공자들에게 필요한 정보를 제공에 그치는 센터에서부터 서비스 욕구를 평가하고, 사회적 자원과 서비스를 제공하고, 서비스 수행과정을 모니터링 할 뿐만 아니라 재가노인서비스 제공기관과 실무자간 조정과 연계 역할을 수행하는 기관에 이르기까지 다양하다고 할 수 있다.

나. 주요 사업내용 및 수행체계

CLIC의 서비스는 경제적 수준, 건강상태, 개인적 상황 등에 관계없이 CLIC 관할 구역 내에 거주하는 60세 이상의 모든 노인을 대상으로 한다. CLIC 관할 구역은 60세 이상의 노인 인구수에 따라 정해지며 도시지역은 약 15,000명, 교외지역은 약 7,000명에서 10,000명 정도로 배분된다. CLIC의 서비스를 받기 위해서는 노인이 직접 CLIC센터에 서비스를 신청할 수도 있고, 노인의 가족뿐 아니라 이웃, 지인 등 노인과 관련된 사람들이 CLIC센터에 노인의 상황을 알려줌으로써 CLIC 직원들이 노인 집에 방문하여 상담을 통해 서비스 제공 여부를 결정하게 된다.

CLIC에서 제공하는 서비스는 기본적으로 노인의 욕구에 맞는 개별화된 개입을 원칙으로 한다. 즉, 노인이 필요로 하는 서비스(돌봄, 의료, 요양, 주거 등)에 대한 총체적으로 접근을 하며, 이를 위해 지역사회 내 여러 전문직과의 협력을 도모하며 조정하는 역할을 하고 있다. 국가의 공식 노인 전문 조정 및 연계 센터로서 CLIC의 자격을 인정받기 위해서는 인

증 절차를 거쳐 CLIC 센터의 등급을 지정 받도록 하고 있다[28].

CLIC 센터는 기능적 역할 및 제공되는 서비스 질의 수준에 따라 다음의 세 가지 등급으로 구분된다. 1단계 센터는 단순 정보 제공과 안내 및 상담 활동을 수행하며, 2단계 인증을 받은 기관은 노인의 욕구를 평가하여 노인 및 그 가족과의 협의 하에 개인별 지원 계획을 수립하며, 3단계는 개인별 서비스 지원에 대한 모니터링 및 평가 후 관련 서비스 제공자들과 전반적인 조정 업무까지 수행할 수 있다.

현재 프랑스의 대다수 CLIC 센터들은 3단계 수준의 활동을 수행하고 있으며, 지역내 노인서비스의 통합적인 제공과 실무자간 조정 및 연계를 활성화시키는 데 주력하고 있다. CLIC 센터의 인력과 팀 구성은 운영주체의 성격과 방침에 따라 다양하다. CLIC 팀은 주로 코디네이터 역할로 사회복지사가 근무하고 있으며, 그 외 사회경제 및 가족 카운슬러, 코디네이터 교육 이수자, 심리 전문가, 모니터링 요원 등으로 구성된다.

〈표 3-17〉 프랑스 CLIC 센터 인증등급별 서비스 제공내용

단계	해당 서비스 내용
1단계 등급	단순 정보제공, 안내, 상담활동
2단계 등급	욕구평가, 개인별 지원계획 수립
3단계 등급	서비스 모니터링, 평가, 서비스 제공자간 연계 및 조정

28) CLIC에 관한 2000년 6월 6일 공문 Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

다. 성과와 한계

CLIC 제도 도입은 프랑스의 노인 복지 및 보건·의료 관련 종사자들이 공통된 노년학적 코디네이션의 개념을 공유하는 계기가 되었으며, 대상자의 문제를 총체적이고 통합적인 접근으로 체계화할 수 있도록 지역 보건 복지 서비스 간의 연계·조정의 기능을 강화하였다. 지역의 다양하면서도 한정된 자원을 효율적으로 활용하고 최대한 개발해나가기 위해서는 노년학적 코디네이션을 전문적으로 기획하고 관리하는 CLIC 센터와 같은 제3자의 기능을 통한 개입이 효과적일 수 있다. 현재 한국 재가 노인의 통합적 서비스 제공을 위한 시스템 구축의 필요성이 제기되고 있는 가운데 지역의 특성과 전문성을 기반으로 활성화된 프랑스 CLIC 제도는 시사하는 바가 크다고 볼 수 있다.

CLIC 센터는 지역사회 내 파트너 기관들과의 협약을 맺고, 대상자 인테이크 매뉴얼 개발, 전문직간의 원활한 의사소통을 위해 전문용어의 통일, 공통 연계문서 양식 공유, 연계 및 조정 업무의 진행 매뉴얼 개발 등의 초기 노력을 기울였다고 할 수 있다. 이와 함께 지역내 전문 네트워크 기관과의 공동 월례회의를 개최하여 대상자 중심의 사례회의를 진행하면서 기관들 간의 정보 교환과 상호협력을 도모하고 있다.

위와 같은 긍정적인 성과에도 불구하고 CLIC 센터의 운영과 지속가능성에 대한 문제점도 제기되고 있다. 먼저, CLIC 센터는 중앙정부 사업으로 전국적으로 시작되었으나, 2005년 지방 분권화가 본격화되면서 CLIC의 운영이 지역의 자율성에 의해 운영되고 있다. 이로 인해 지역에 따라 서비스 내용이나 센터의 기능, 인력구성 등에 있어 편차가 존재하고, 무엇보다도 재정적 불안정성으로 인해 일부 지역의 CLIC 센터의 경우 존립이 위협받기도 한다.

두 번째로 기존의 지역사회 서비스 제공기관과 CLIC 센터와의 관계 설정에 있어 기관간 권력구도와 관련한 미묘한 갈등이 발생 가능하다. 지자체의 적극적인 지원으로 단기간에 지역내에서 자리를 잡는 사례도 있지만, 기존의 지역사회 민간기관이나 단체들과의 관계에서 위계적 상하구도가 초래되는 경향이 있어 기관들 간의 갈등이나 경계가 발견되기도 한다. 마지막으로 노인서비스 및 노인 코디네이션 기능의 전문화 현상이 나타나고 있으며, 치매정책 등 특성화된 코디네이션 기관들이 등장함에 따라 기존의 CLIC 센터 기능과 중복되거나 CLIC 센터의 역할을 축소시킬 우려를 낳고 있다.

제4절 소결

지금까지 국내·외의 돌봄 및 보건, 의료서비스의 연계 및 통합의 사례들을 살펴보았다. 본 장에서 소개된 서비스 국내외 사례들의 공통점을 살펴보면, 구체화된 대상층에 대해 서로 연결성 있는 서비스 영역들이 하나의 핵심주체를 통해서, 그리고 유관기관들이 수평적인 구조 속에서 서로 협력하여 통합적인 서비스를 제공하는 공급방식을 취하고 있었다.

해당 대상 분야, 즉, 노인과 장애인을 위한 정책들이 구분되어 진행되고 있는 국내의 상황에 비추어 볼 때, 노인과 더불어 전 연령층의 장애인을 대상으로 서비스를 제공하는 미국의 노인·장애인지원센터처럼 대상의 포괄성까지 기대하기는 어려울 것이다. 대상의 포괄성과 더불어 각기 다른 영역의 서비스 간 유기적인 연계를 위해서는 정책과 제도가 우선적으로 뒷받침 되어야하기 때문이다. 그러나 노인과 장애인을 대상으로 하는 돌봄, 보건·의료 연합서비스가 현재의 정책과 제도의 한계를 벗어나지 못

한 채 각 대상별로 연합서비스의 체계를 갖춘다고 할지라도, 그 체계 구축을 위해서는 연계, 조정의 중추 역할을 하는 지역사회 중심의 One-Stop 창구 마련이 필수적이다. One-Stop 창구를 구축 하는 경우에는 프랑스의 지역노인 전문 코디네이션 센터처럼 지역별 진단을 통해 우선순위로 두는 서비스를 달리하고 연계 또는 조정의 수준 역시 차별화를 한다면 이용자뿐만 아니라 지역 맞춤형 서비스 전달이 가능할 것으로 보인다.

더불어 하나의 대상자에 대해 각 영역들이 연결성을 갖고 서비스를 제공하기 위해서 대상자와 관련된 정보 공유의 문제도 중요하게 다루어져야 할 것이다. 연합서비스 제공에 있어 적절한 서비스를 보다 효율적으로 제공하기 위해서는 초기 사정 단계에서부터 정교화 된 체크리스트를 통해 대상자 욕구에 대한 면밀한 파악이 필요하다. 또한 하나의 영역에서만 서비스를 제공하는 것이 아닌, 다양한 영역 간 협력 구조 속에서 서비스를 제공하고자 하므로, 대상자에 관한 정보 공유를 위한 데이터베이스 시스템에 대한 논의와 수평적 네트워크 구조를 통한 협력 방안 또한 지속적으로 다루어져야 할 것이다.

제 4 장

노인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색

제1절 노인 연합서비스 지원 대상의 표적화
제2절 노인 연합서비스 공급 모형의 탐색
제3절 노인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안

4 노인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색

제1절 노인 연합서비스 지원 대상의 표적화

1. 들어가며

노인인구의 증가는 생산 가능 인구의 감소와 직결되어 국가 경제 전반의 성장 동력을 약화시킬 수 있지만, 무엇보다도 건강하지 못한 노인을 대상으로 하는 의료비의 증가와 돌봄에 대한 사회적 부담을 가중시킬 수 있다. 개인적 차원에서도 노화의 진행에 따르는 신체적, 인지적, 정신적 건강 수준이 약화되면서 보건·의료서비스에 대한 이용 욕구를 증가시키고 있으며, 일상생활에 제약이 있는 노인이 늘어나면서 장기 요양보험제도의 수급자 규모도 빠르게 증가 하고 있는 현실이 이와 같은 우려를 입증해 주고 있다.

2010년부터 2050년까지 연령대별 노인인구 변화를 보면, 65~74세 전기노인은 2010년 62.4%에서 2050년 38.9%로 감소하는 반면, 75~84세 중기노인은 30.8%에서 35.6%로, 85세 이상 후기노인은 6.8%에서 28.9%로 급증할 것으로 전망된다(통계청, 2011). 후기 노인인구가 증가하는 현재 고령화 양상은 돌봄과 의료적 욕구에 대한 정책적 대응력과 밀접한 관련이 있다. 또한, 보건과 의료적 욕구를 동반하는 만성질환 유병률은 꾸준히 증가하여 전체 노인인구의 89.2%가 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났다. 한편, 각 년도 노인실태조사의 결과에 따르면 인지기능 저하를 겪고 있는 노인인구의 규모도 1998년 5.4%에서 2014년 31.5%로 급증하고 있다.

한편 치매유병률 조사결과에 따르면 65세 이상 노인의 치매발병률 또한 2010년 8.7%에서 2015년 9.8%, 그리고 2020년에는 10.4%로 증가할 것으로 예측되면서 노인 10명당 1명은 치매 발병의 위험에 노출되어 있는 것으로 보고된 바 있다(보건복지부, 분당서울대학교병원, 2013). 이와 함께 노인에게 대표적인 정신질환인 우울증 환자도 급증하고 있어 전체 노인의 약 33.1%가 우울 증상을 지니고 있는 것으로 나타나고 있으며, 영양관리에서 주의나 개선이 필요한 노인은 약 49%에 이르고 있어 저소득, 고연령, 독거노인을 중심으로 영양관리 개선이 시급한 것으로 보고되고 있다(정경희, 강은나, 박세경, 이윤경, 김세진, 2014).

전술된 바와 같이 85세 이상 후기 노인인구 및 치매 노인의 증가는 이들에 대한 의료서비스뿐만 아니라 요양서비스, 가사서비스, 영양서비스 등과 돌봄 및 보건서비스 등 복합적 욕구에 대응하기 위한 서비스 이용 욕구와 필요를 높이고 있다. 더욱이 돌봄, 보건, 또는 의료적 문제는 서로 배타적인 것이 아니다. 개별 노인에 대한 부적절한 돌봄 실태가 의료적 개입 필요성 및 의료서비스의 욕구를 초래하고, 의료적 욕구가 다시 돌봄이나 보건서비스 필요를 가져오는 순환적이고 복합적인 관계로 이어진다고 할 수 있다.

일례로 노인의 시력 저하는 낙상의 위험을 증가시키고, 구강문제는 노인의 영양과 직결되며, 노인의 주거환경은 신체적 건강(심장, 호흡기 질환)이나 정신건강(불안과 우울), 그리고 사망률과도 관련이 있는 것으로 보고되고 있다(DH, 2014). 즉, 노인의 건강문제는 의료, 보건 및 돌봄서비스에 대한 분절적인 접근이 아닌 종합적이고 전체론적인 접근을 요구하는 것이다. 지역사회 안에서 건강 및 돌봄에 관한 복합적 욕구를 가진 노인이 쉽고 신속하게 필요한 서비스에 접근하고, 시의적절한 서비스를 제공받음으로서 노인과 가족의 삶의 질을 제고할 수 있다.

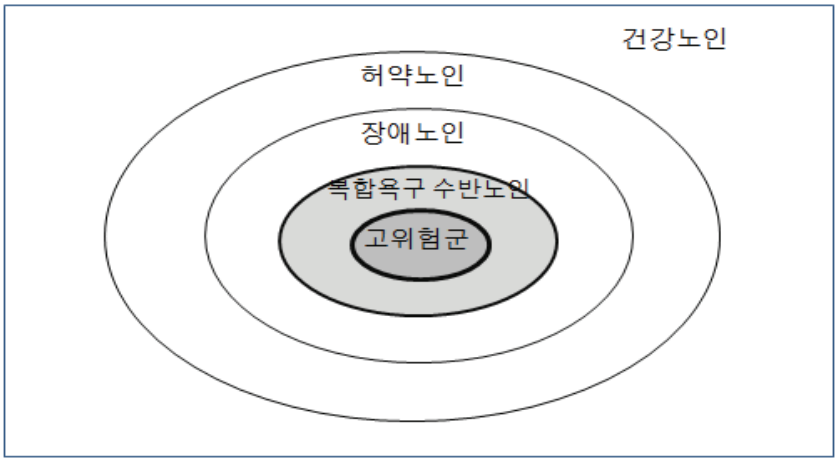
본 장에서는 건강상의 문제 또는 만성질환 등으로 인해 보건·의료 및 돌봄의 복합적인 욕구를 가진 65세 이상 노인이 지역사회 안에서 가능한 오랫동안 독립적으로 생활할 수 있도록 지지·지원하는 복합적이면서 개별화된 서비스 제공 모형을 도출하기 위한 단계적 진행과정을 포함하고 있다. 우선, 노인인구 집단이 갖고 있는 돌봄서비스 및 보건의료 서비스의 욕구 및 수요 실태를 파악하기 위한 노인실태조사 자료의 2차 분석을 시도하였다. 이어서 실태조사에서 드러나기 어려운 노인과 그 부양 가족원에 대한 심층 면접조사(FGI 등)를 통해 복합적인 서비스 욕구 등을 파악하였으며, 이러한 분석결과와 수집된 질적 자료 등을 종합적으로 고찰하여 지역사회 안에서 사전 예방적이고 연속적인 서비스를 제공하기 위한 노인 연합서비스 공급모형을 제6장 결론으로 제시하였다.

노인 돌봄·보건·의료 연합서비스의 공급 모형에 대한 탐색이 기존의 노인을 대상으로 하는 통합, 연계서비스 등과 차별화되는 점은 노인의 건강문제로 인해 발생되는 돌봄, 보건, 의료적 복합 욕구의 필요성에서 출발하였다는 점이다. 즉, 기존의 노인 복지서비스의 핵심 계층 또는 표적 집단(targeting group)은 빈곤 노인을 중심으로 정책적 논의가 전개되었다면, 본 연구에서는 노인의 건강상태를 기준으로 건강하지 않은 복합적 서비스 욕구를 가진 노인에게 필요한 서비스가 무엇이고, 이러한 개별화된 서비스를 가장 효율적으로 제공할 수 있는가에 주목하고 있다. 그렇다면 건강한 노인과 본 연구에서 다루고자 하는 건강하지 않은 노인의 기준은 어떻게 구분할 수 있을까?

노인에게 있어 양호한 건강상태는 "질병이 있어도 신체적 및 인지적 장애가 발생하지 않은 상태에 있으면서 타인의 도움을 필요로 하지 않은 상태"(선우덕, 김혜련, 고숙자, 이소영, 김동진, 김철웅, 등, 2014, p.19)로 정의할 수 있으며, 그 상대적인 개념인 양호하지 못한 건강상태는 허약하거나

장애를 가진 상태라 할 수 있다. 따라서 돌봄 및 보건·의료 연합서비스의 개입 대상은 허약노인 및 장애노인이지만, 본 연구에서는 허약노인과 장애노인 중에서도 '복합적인 욕구'를 지닌 노인으로 보다 구체화하고자 한다.

〔그림 4-1〕 노인의 건강상태에 따른 개입집단 구분



여기서 복합적인 욕구는 (a) 만성질환과 같은 질병으로 인해 보건·의료 서비스 욕구를 갖고 있고, (b) 신체적 또는 인지적 장애로 인해 타인의 도움이 필요한 돌봄서비스 욕구가 동시에 필요한 경우를 의미하는 것으로 조작적 정의하였다. 그러므로 복합적인 욕구를 가진 노인은 의료적 욕구와 함께 수단적 일상생활 수행 능력(IADL, Instrumental Activities of Daily Living) 혹은 일상생활 수행 능력(ADL, Activities of Daily Living) 동작에 있어 도움이 필요하거나 인지기능이 저하된 노인 집단을 우선 대상으로 고려하며, 고위험군은 복합욕구 수반 노인 중에서도 의료적 및 돌봄 필요도가 높은 집단으로 조작적 정의하였다. 그러므로 노인 돌봄·보건·의료 연합서비스의 1차적인 표적 집단(targeting group)은

건강상의 복합적 욕구를 가진 65세 이상 노인이며, 2차적으로는 비공식 돌봄 제공자인 노인 가족과 지역사회를 포괄할 수 있다.

2. 복합 욕구를 갖는 노인의 규모 및 특징

노인 돌봄서비스 혹은 보건·의료서비스의 수요분석에 관한 기존 연구는 주로 노인 돌봄서비스나 요양서비스 수요에 관한 연구가 주를 이루고 있으나 관련 연구 또한 그리 많지 않은 실정이다. 아울러 공적 노인돌봄서비스 대상자의 선정 기준이나 산출방식에 따라 노인 돌봄서비스가 필요한 수요의 규모를 추정하는 방법이 연구에 따라 상이하다. 일례로 김찬우(2008)의 연구에서는 신체적 기능상태와 주관적 도움의 필요도, 그리고 일상생활에서의 보호필요도를 기준으로 노인돌봄서비스 수요를 분석하여 전체 노인의 약 17.2%가 노인 돌봄서비스에 대한 이용 욕구를 가지고 있는 것으로 보고하였다. 그리고 강은나, 박세경, 배혜원, 이민홍, 박은정, 오세웅 등(2014)은 2012년 고령화연구패널을 활용하여 신체적 건강상태(ADL)와 인지적 건강상태(K-MMSE)를 기준으로 일상생활 수행능력이 1개 동작 이상인 노인과 치매가 의심되는 노인을 돌봄서비스 필요자로 정의하여 돌봄 수요를 분석하였다. 그 결과 전체 노인의 25.5%가 돌봄서비스에 대한 수요 집단으로 볼 수 있었다.

본 연구는 돌봄·보건·의료의 연합서비스에 대한 잠재적 수요 규모를 파악하기 위해 2014년도 노인실태조사 자료를 2차 분석·활용하여 노인 돌봄 및 보건의료서비스에 대한 복합적인 수요 규모를 추정해 보고자 한다. 본 연구에서 연합서비스의 수요 계층은 돌봄서비스에 대한 욕구와 함께 보건의료서비스에 대한 욕구를 동시에 가지고 있는 노인이다. 그러므로 노인의 돌봄서비스에 대한 이용 욕구는 신체적 기능장애와 인지적 기능

상태를 기준으로 측정하고자 하며, 보건·의료서비스에 대한 욕구를 만성질환 여부로 분석하고자 한다. 구체적으로 노인의 돌봄 수요는 일상생활 수행능력(IADL 또는 ADL)에서 1개 동작 이상에서 부분적인 도움이 요구되는 노인과 치매가 의심되는 노인[29]으로 산출하며, 보건·의료 서비스에 대한 수요는 만성질환을 1개 이상 가진 노인의 규모로 측정하였다.

다음 〈표 4-1〉에 따르면, 신체적 기능 상태와 인지적 기능 상태가 양호하고, 만성질환도 없는 건강한 노인은 전체 노인인구의 7.3%에 불과한 것으로 나타났다. 신체적 또는 인지적 기능 상태는 문제가 없지만 만성질환을 1개 이상 앓고 있는 노인은 전체의 52.6%였고, 인지기능 저하의 문제를 겪고 있는 노인이 2.9%, 일상생활 수행 상의 신체적 기능 장애만을 독립적으로 갖고 있는 경우는 0.4%에 불과하였다. 즉, 단일 서비스 욕구 요인을 갖는 경우는 전체 노인의 절반 수준으로 보인다(55.9%). 반면, 신체적 기능 장애와 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인은 8.3%, 인지기능 저하와 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인은 20.3%로 2가지의 중복적 장애요인을 가지고 있는 노인 비중은 28.9%에 이르렀다. 아울러 만성질환을 가지고 있으면서 일상생활 수행능력 제한을 야기하는 신체적 기능장애와 인지기능 저하를 모두 가지고 있는 노인은 전체의 7.9%에 이르는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 바탕으로 전술한 바와 같이 본 연구에서는 일상생활의 수행에 필요한 신체적 기능상의 장애 혹은 인지 기능 저하로 인해 돌봄이 필요함에 동시에 만성질환으로 인해 보건·의료서비스가 필요한 노인을 복합적 서비스 욕구를 지닌 연합서비스의 대상을 조작적 정의하였다. 따라

29) 치매의심노인은 한국어판 간이정신상태 검사(MMSE-DS) 진단점수로 측정함. MMSE-DS는 총 30점 중에서 성별, 연령, 교육연수를 고려한 진단점수를 제시하고 있고, 이 진단점수 이하인 노인은 1차로 치매의심인 인지저하자로 구분하여 치매여부 확정을 위한 2차 검진대상이 됨(정경희 외, 2014).

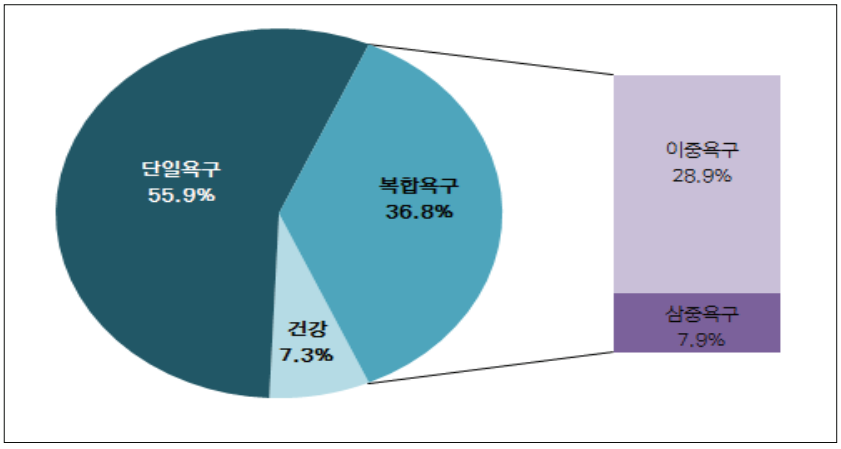
서 앞서 분석요인 2가지 이상의 서비스 욕구를 갖는 이중 복합 욕구를 지닌 노인 28.9%와 삼중의 욕구를 갖는 노인집단 7.9%를 포함하여 전체 36.8%를 복합욕구 노인 집단으로 추정하였다.

〈표 4-1〉 신체적 기능장애, 인지기능 저하 및 만성질환 유무에 따른 욕구집단의 구분

구분	빈도(백분율)	구분		비중
건강노인	752(7.3)	건강		7.3
신체적 기능장애 (A) 만성질환 보유 (B) 인지기능 저하 (C)	38(0.4) 5,410(52.6) 297(2.9)	단일 욕구		55.9
신체적 기능장애+만성질환 보유 (A+B) 신체적 기능장애+인지기능 저하 (A+C) 만성질환 보유+인지기능 저하 (B+C)	854(8.3) 26(0.3) 2,085(20.3)	**복합 욕구**	**이중 욕구**	**28.9**
신체적 기능장애+만성질환 보유 +인지기능 저하 (A+B+C)	817(7.9)		**삼중 욕구**	**7.9**
합계	10,279(100.0)	-		100.0

자료: 2014년 노인실태조사 자료 중 본인응답자 10,279명을 분석대상으로 함.

[그림 4-2] 돌봄·보건·의료서비스의 복합적 욕구를 가진 노인인구의 규모 추정



〈표 4-1〉에 제시된 돌봄 및 보건·의료 욕구의 단일 또는 복합 유형별 노인 인구집단 특징을 살펴보면 건강노인 집단의 평균 연령은 70.7세, 단일욕구 노인 집단은 72.8세, 이중 복합욕구를 지닌 노인 집단 74.7세, 그리고 삼중 복합욕구 노인 집단의 평균 연령은 79.5세로 연령이 높아질수록 기능상 건강상태 역시 악화되는 것을 볼 수 있다. 특히, 80세 이상 노인 집단에서 삼중 복합욕구를 가진 비율이 높아 80~84세 집단은 14.6%, 85세 이상에서는 29.3%에 이르는 것으로 나타났다.

교육수준이 높을수록 건강노인 집단의 비중이 높고 복합욕구를 지닌 노인 비중이 낮은 경향이 발견되었다. 무학인 노인 중 건강한 상태에 있는 노인은 3.3%에 불과하였으나, 중졸 이상 노인은 약 11.2%가 전반적인 건강상태가 양호한 것으로 나타났다. 반대로 신체적 기능, 인지적 기능, 그리고 만성질환을 모두 가지고 있는 노인 비중은 무학이 13.3%, 초졸 7.5%, 그리고 중졸 이상은 4.0%로 나타났다.

배우자가 있는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 건강한 비중이 높아 배우자가 있는 노인 중 건강한 비중은 9.4%이었으나 배우자가 없는 노인 중 건강한 노인 비율은 4.0%로 2배 가량 차이가 났다. 복합욕구를 가진 노인 비중은 배우자가 없는 노인이 44.7%로 배우자가 있는 노인 31.9%보다 높은 수준이었다. 가구형태에 따라서도 독거노인과 기타(주로 자녀와 동거)에 속한 노인의 돌봄과 보건의료적 욕구가 높았으며, 노인부부 가구의 노인이 상대적으로 건강하고 복합욕구 비중도 낮은 것으로 나타났다.

국민기초생활수급 노인 중 건강한 노인은 3.9%에 불과하였으며, 건강상의 하나의 문제를 가진 노인은 42.0%, 두 가지 문제유형은 38.6%, 그리고 세 가지 복합적 문제를 가진 노인은 15.5%로 높게 나타났다. 도시지역에 거주하는 노인이 농어촌 거주노인에 비해 건강상태가 양호한 비중이 상대적으로 높고, 복합적 욕구를 지닌 노인 비중은 낮은 것으로 나

타났다.

한편, 노인장기요양보험의 인정 여부에 따른 서비스 욕구 유형 분포를 살펴보면, 복합욕구를 지닌 노인의 약 8.2%만이 장기요양등급 인정을 받은 것으로 나타났다. 장기요양등급 인정자 중 단일욕구에 속한 노인은 6.3%이었으며, 이중 복합욕구를 가진 노인은 52.1%, 삼중 복합욕구를 가진 노인은 41.6%로 나타났다. 이중 및 삼중 복합적 욕구를 가짐에도 불구하고 장기요양서비스를 받지 않고 있는 이유로는 장기요양서비스는 일상생활을 혼자서 6개월 이상 거동이 불편한 노인을 대상으로 제공되는 서비스이므로 일상생활수행의 어려움이 6개월 이상 장기간 지속됨이 증명되어야 한다. 그러므로 이중 또는 삼중의 복합적 욕구를 가진 노인 중 일부는 일시적, 단기적 욕구를 가진 노인으로 장기요양보험제도에 진입하기 직전의 경계선에 가까운 집단으로 볼 수 있으며, 다른 한편으로는 장기요양의 사각지대에 속한 노인들도 일부 포함되어 있을 수 있다고도 볼 수 있다.

〈표 4-2〉 노인의 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 인구사회학적 특징

(단위: %, 명)

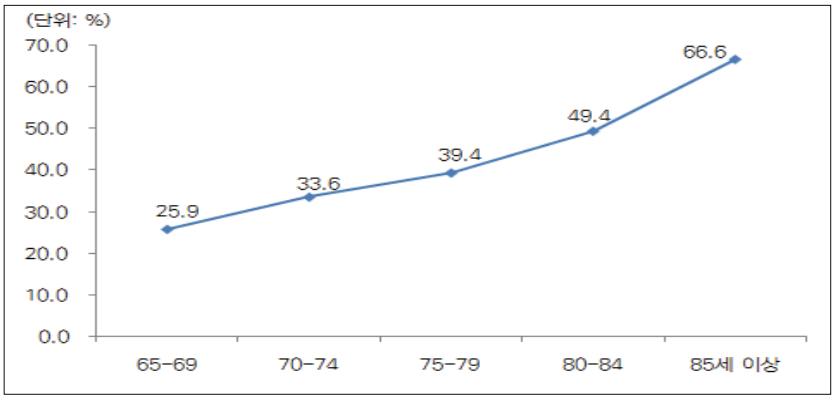
특성	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(명)
전체	7.3	55.9	28.9	7.9	100.0(10,279)
성별					
남성	11.1	57.8	25.4	5.7	100.0(4,292)
여성	4.6	54.5	31.3	9.6	100.0(5,986)
연령대					
65~69세	11.7	62.4	23.7	2.2	100.0(3,302)
70~74세	7.3	59.2	27.4	6.2	100.0(2,809)
75~79세	5.1	55.3	32.1	7.5	100.0(2,120)
80~84세	3.6	47.0	34.8	14.6	100.0(1,283)
85세 이상	1.0	32.3	37.3	29.3	100.0(763)
평균연령(세)	70.7	72.8	74.7	79.5	73.7

특성	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(명)
교육수준					
무학	3.3	49.0	34.3	13.3	100.0(3,107)
초졸	6.5	58.1	27.9	7.5	100.0(3,303)
중졸 이상	11.2	59.6	25.3	4.0	100.0(3,869)
배우자 유무					
없음	4.0	51.3	33.2	11.5	100.0(3,941)
있음	9.4	58.8	26.2	5.7	100.0(6,338)
가구형태					
단독	4.1	54.9	32.2	8.7	100.0(2,389)
노인부부	9.1	58.5	26.4	6.0	100.0(4,594)
기타	7.1	53.0	29.9	10.0	100.0(3,295)
자녀동거 여부					
비동거	7.5	57.1	28.4	6.9	100.0(7,395)
동거	6.8	52.6	30.1	10.5	100.0(2,884)
기초생활수급					
비수급	7.5	56.7	28.3	7.5	100.0(9,712)
수급	3.9	42.0	38.6	15.5	100.0(567)
거주지역					
도시(동부)	7.8	57.6	27.4	7.1	100.0(7,870)
농어촌(읍면부)	5.6	50.2	33.5	10.6	100.0(2,409)
장기요양인정					
미인정자	7.4	56.7	29.2	6.7	100.0(10,108)
인정자	-	6.3	52.1	41.6	100.0(344)

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

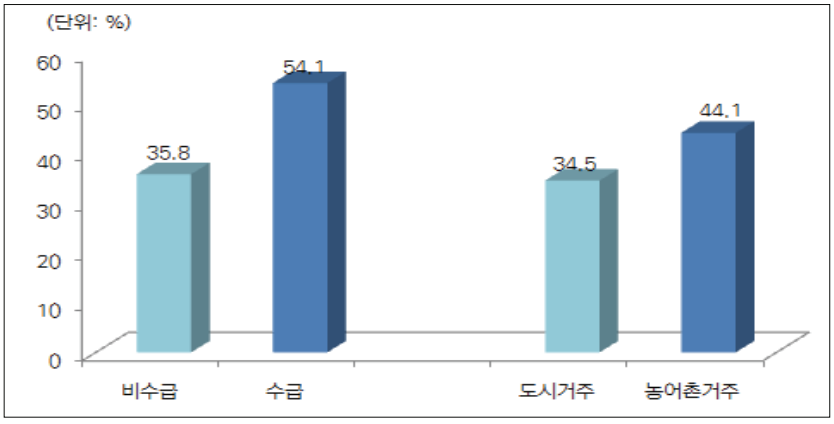
연령대에 따른 돌봄 및 보건의료의 복합적 욕구(이중 및 삼중 욕구)를 지닌 노인 비중을 보면, 돌봄과 의료적 욕구를 동시에 지니는 복합욕구를 지닌 노인 비중은 65~69세 25.9%, 70~74세 33.6%로 나타났다. 그러나 75세 이후부터는 증가폭이 커져 75~79세는 약 40%, 80~84세 약 50%, 그리고 85세 이상 노인의 약 65%를 상회하는 등 연령대가 높아질수록 복합욕구를 지닌 노인 비중이 급증하는 것으로 분석되었다.

[그림 4-3] 노인 연령별 이중, 삼중 복합 욕구의 증가 추이



건강상·기능상의 복합적 서비스 욕구를 가지고 있는 빈곤노인은 54.1%로 국민기초생활급여를 받는 노인의 절반 이상이 돌봄과 보건·의료서비스 욕구를 동시에 가지고 있는 것으로 분석되었다. 또한, 농어촌 거주노인의 44.1%도 복합적 욕구를 가지고 있는 것으로 도시 거주노인 34.5%에 비해 약 10%p 높은 수준이었다.

[그림 4-4] 국민기초생활수급여부 및 거주 지역별 노인복합욕구 수요 현황



돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 노인 생활수준을 살펴보면, 지난 1년간(2013.1.1~2013.12.31) 월평균 가구소득은 191.7만원으로 나타났다. 이 가운데 건강노인의 월평균 가구소득은 238.0만원으로 가장 높았으며, 이중 또는 삼중의 복합적 돌봄 및 보건의료 서비스 욕구를 가진 노인 집단의 월평균 가구소득이 167.3만원으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

연평균 지출한 의료비(건강보험료 제외)는 건강노인이 평균 2.0만원으로 지출하여 가장 낮은 수준이었으며, 이중 복합욕구 노인 8.4만원, 삼중 복합욕구 노인 8.0만원으로 건강한 노인에 비해 복합욕구를 가진 노인의 의료비 지출액이 4배 이상 높은 것으로 분석되었다. 집단별 주관적 생활수준은 건강한 노인이 타 집단에 비해 생활수준이 상대적으로 높다고 인식하고 있었으며(5점 기준, 2.6점), 반대로 삼중 복합욕구를 지닌 노인은 자신의 생활수준(5점 기준, 2.3점)을 가장 낮게 인식하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-3〉 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 생활수준 분석

특징	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	소계
월평균 가구소득(만원)	238.0	198.4	167.3	190.0	191.7
월평균 개인의료비 지출액(만원)	2.0	6.8	8.4	8.0	7.0
주관적 생활수준[1)]	2.6	2.5	2.4	2.3	2.4

주: 1) 주관적 생활수준은 '매우 낮다=1'에서 '매우 높다=5'로 구성된 5점 리커트 척도로 측정함.
자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

자신이 소유한 집에서 거주하고 있는 노인 중 건강한 노인은 8.2%로 평균보다 높았으며, 삼중 복합욕구를 가진 노인 비율도 6.6%로 전체 평균 7.8%보다 낮았다. 그러나 전세, 월세, 무상으로 갈수록 건강한 노인

비중은 낮아지는 반면, 삼중 복합욕구를 가진 노인 비중은 높아지는 경향을 보이고 있다.

〈표 4-4〉 돌봄 및 보건의료 욕구 유형별 주거형태

주거형태	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(명)
자가	8.2	57.1	28.1	6.6	100.0(7,108)
전세	6.2	56.8	28.5	8.5	100.0(868)
월세	5.8	52.5	30.7	11.0	100.0(1,178)
무상	4.2	51.2	32.0	12.6	100.0(1,126)
전체	7.3	55.9	28.9	7.9	100.0(10,279)

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

개인의 건강상태(신체적 기능상태, 인지적 기능, 만성질환 여부)를 제외한 건강노인, 단일욕구, 이중 복합욕구, 그리고 삼중 복합욕구의 네 가지 유형을 결정짓는 기본적인 요인이 무엇인지를 파악하기 위해 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 설명 변인으로는 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 가구소득, 기초생활수급 여부 등 총 6개의 변인을 사용하였다.

우선, 남성이 여성보다 단일욕구 집단보다는 건강집단에 속하거나(OR=.56, p<.001) 이중 복합욕구보다는 단일집단에 속할 가능성이 높지만(OR=1.129, p<.05), 3가지 복합적 욕구를 가진 노인집단 안에서의 성별 차이는 유의하지 않았다. 또한 연령대가 낮을수록 단일욕구 이상의 집단보다는 건강집단에 속하거나 이중 혹은 삼중 복합욕구보다는 단일욕구 집단에 속할 가능성이 높아 후기노인으로 갈수록 돌봄과 보건·의료의 연합서비스에 대한 욕구가 높아지는 것을 확인할 수 있었다.

무학인 노인이 중졸 이상 학력을 가진 노인에 비해 건강한 집단보다는

단일욕구 집단에 속하거나(OR=.64, p<.01), 삼중 욕구를 지닌 집단에 속할 확률이 높았다(OR=1.92, *p*<.001). 그러나 단일욕구 집단과 이중욕구 집단 간의 교육수준의 차이는 유의하지 않았다. 배우자 유무는 돌봄과 보건의료 욕구 유형간의 차이를 설명하지 못하였다. 가구소득은 단일욕구 집단과 이중 복합욕구 집단 간에 유의한 차이를 보였으며, 소득이 높을수록 이중 복합욕구 집단보다는 단일욕구 집단에 속할 가능성이 높게 나타났다(OR=.89, *p*<.001). 이와 유사하게 국민기초생활수급 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 이중 복합욕구 집단(OR=1.56, *p*<.001)과 삼중 복합욕구 집단(OR=2.32, *p*<.001)에 속할 확률이 높았다.

마지막으로 거주 지역은 단일집단과 이중 및 삼중 복합욕구 집단 간의 유의한 차이를 보였다. 즉, 농어촌 지역 노인이 도시지역 노인에 비해 단일욕구 집단보다는 이중 욕구집단(OR=1.31, *p*<.001)과 삼중 욕구집단(OR=1.40, *p*<.001)에 속할 가능성이 높은 것으로 분석되었다.

〈표 4-5〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 회귀분석
(기준집단: 단일욕구 집단)

구분	건강집단		이중 복합욕구 집단		삼중 복합욕구 집단	
	OR	CI	OR	CI	OR	CI
성별	0.56***	(.47-.67)	1.13*	(1.02-1.26)	1.18	(.97-1.43)
연령대 (기준: 65~69세)						
70~74세	0.72***	(.60-.86)	1.14*	(1.01-1.28)	2.63***	(1.98-3.50)
75~79세	0.59***	(.46-.74)	1.35***	(1.18-1.53)	3.18***	(2.37-4.26)
80~84세	0.53***	(.38-.74)	1.67***	(1.43-1.95)	6.84***	(5.08-9.21)
85세 이상	0.25***	(.12-.52)	2.54***	(2.08-3.10)	19.00***	(13.91-25.96)
교육수준 (기준: 중졸 이상)						
무학	0.64***	(.50-.82)	1.12	(.99-1.28)	1.92***	(1.52-2.42)
초졸	0.77**	(.64-.92)	0.95	(.84-1.06)	1.40**	(1.12-1.75)
배우자 유무	1.19	(.96-1.46)	0.94	(.84-1.05)	0.99	(.81-1.19)
기초수급여부	1.03	(.65-1.64)	1.56***	(1.28-1.90)	2.32***	(1.75-3.08)
로그 가구소득	1.10	(.99-1.22)	0.89***	(.84-.95)	1.06	(.96-1.17)
거주지역	0.95	(.78-1.17)	1.31***	(1.17-1.45)	1.40***	(1.18-1.67)
유효수(N)	10,279					
Likelihood X^2(df)	1272.509(33)***					
-2Log Likelihood	20209.903					

주: 성별(남성=1, 여성=2), 교육수준(무학=0, 초졸=1, 중졸 이상=2), 배우자 유무(없음=0, 있음=1), 거주지역(도시=1, 농어촌=2), 기초수급여부(비수급=0, 수급=1)
* p<.05; ** p<.01; *** p<.00. CI: 95% confidence interval
자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

다음은 일상생활 수행동작 제한, 인지기능저하, 만성질환 중 2가지 복합욕구를 지닌 노인집단과 건강하거나 한가지의 건강 욕구만을 가진 노인집단간의 차이를 설명하는 요인을 파악하고자 이항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

복합욕구를 가진 집단과 그렇지 않은 집단 간의 차이를 보여주는 요인은 성별, 연령대, 교육수준, 국민기초생활수급여부, 가구소득, 거주지역 등으로 나타났다. 여성이 남성에 비해 일반집단보다는 복합욕구집단에 속한 확률은 21.8%(p<.001) 높아 여성노인에 대한 예방적 건강개입은 물론 돌봄·보건의료서비스 지원 강화가 요구된다고 할 수 있다. 연령대에서는 65~69세 집단보다 연령이 높은 집단일수록 복합욕구 집단에 속할 확률 및 증가폭이 높아지는 것으로 나타났다(p<.001). 70~74세군의 경우, 65~69세군에 비해 복합집단에 속할 확률이 32.1% 높아지며, 75~79세군은 59.8%, 80~84세군은 127.5%, 85세 이상은 345.7%로 80세 이상 혹은 85세 이상 노인에게서 복합적 욕구가 급증하는 것으로 나타났다.

교육수준에서는 중졸이상 학력을 가진 노인보다 무학인 노인이 건강상의 복합적 욕구를 가질 가능성이 129.1% 높아졌으며(p<.001), 배우자 유무는 일반집단과 복합집단간의 차이는 나타나지 않았다. 노인의 경제적 수준에 따라 노년기에 건강상의 복합적 문제를 가질 가능성이 달라지는 것으로 나타났다. 즉, 국민기초생활수급노인이 그렇지 않은 노인에 비해 복합적 욕구를 가질 확률이 169.8% 높아졌으며(p<.001), 로그 가구소득이 1만원씩 증가할 때마다 복합욕구 집단에 속할 확률은 8.4%씩 감소하였다(p<.001). 마지막으로 농어촌에 거주하고 있는 노인이 도시 거주 노인에 비해 복합적 욕구를 가질 확률은 32.9% 높은 것으로 나타나(p<.001) 농어촌에 거주하는 노인의 돌봄과 보건·의료 연합서비스의 효율적인 지원 노력이 필요함을 시사해주고 있다.

〈표 4-6〉 복합욕구집단 결정요인에 관한 이항로지스틱 회귀분석(기준집단: 일반집단)

구분	Beta	OR	CI	
성별	.197	1.218***	1.104	1.344
연령대 (기준: 65~69세)				
70~74세	.278	1.321***	1.180	1.479
75~79세	.469	1.598***	1.414	1.806
80~84세	.822	2.275***	1.974	2.623
85세 이상	1.494	4.457***	3.725	5.332
교육수준 (기준: 중졸 이상)				
무학	.255	1.291***	1.146	1.454
초졸	.041	1.042	.936	1.159
배우자 유무	-.068	.934	.844	1.034
기초수급여부	.529	1.698***	1.414	2.039
로그 가구소득	-.088	.916**	.867	.968
거주지역	.285	1.329***	1.204	1.467
절편	-1.048	.351		
유효수(N)	10,279			
Likelihood X^2(df)	758.820(11)***			
-2Log Likelihood	12736.139			

주: 성별(남성=1, 여성=2), 교육수준(무학=0, 초졸=1, 중졸 이상=2), 배우자 유무(없음=0, 있음=1), 거주지역(도시=1, 농어촌=2), 기초수급여부(비수급=0, 수급=1)
** p<.01; *** p<.00. CI: 95% confidence interval
자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

3. 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형별 특성

돌봄 및 보건·의료서비스 욕구의 복합 유형별 건강상태 특성을 보면, 주관적 건강상태는 건강노인 집단의 경우 평균 3.83점(5점 만점)으로 가장 높았으며, 단일욕구 집단 2.92점, 이중 복합욕구 집단 2.60점, 삼중 복합욕구 집단 2.04점으로 나타났다. 한편, 이들 서비스 욕구의 복합 유형별 의사진단을 받은 만성질환 갯수는 단일욕구 집단은 평균 2.61개, 이중 복합욕구 집단은 2.93개, 그리고 삼중 복합욕구를 가진 집단은 3.34개로 복합적 욕구를 지닐수록 만성질환 갯수도 증가하는 것으로 분석되었다. 이에 따라 3개월 이상 복용하고 있는 의사 처방약은 단일욕구 집단은 5.14개, 이중 복합욕구 집단은 6.36개, 삼중 복합욕구 집단 7.50개로 평균 5개 이상의 약을 복용하는 것으로 나타났다. 특히, 5개 이상의 약을 복용하고 있는 노인은 단일욕구 집단에서는 42.1%, 이중 복합욕구 집단은 53.0%, 삼중 복합욕구 집단은 64.3%로 약 복용에 대한 올바른 이해와 관리가 요구되고 있었다.

복합적 욕구의 유형별 인지기능 저하 노인의 비율을 살펴보면, 건강노인 집단은 0%, 단일욕구 집단은 5.2%, 이중 복합욕구 집단은 71.2%, 그리고 삼중 복합욕구 집단은 100.0%로 분석되었다. 우울증 의심 노인 비율은 건강노인은 11.6%, 단일욕구 집단은 27.4%, 이중 복합욕구 집단은 41.2%, 삼중 복합욕구 집단은 63.8%로 정신적 건강상태 역시 복합욕구를 갖는 경우 우려수준에 이르는 것으로 보여, 신체적, 정신적 건강상태가 악화될수록 노인의 우울의심 비중도 높아지는 것을 확인할 수 있다. 그뿐만 아니라 신체적 및 인지적으로 건강함에도 불구하고 건강노인의 11.6%가 우울을 의심할 수 있어 노인의 심리·정서적 건강에 대한 예방적 개입이 시급한 것으로 나타났다.

〈표 4-7〉 돌봄 및 보건·의료 욕구 복합 유형별 노인의 건강상태 특성

특성	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(%, 명)
전체	7.3	55.9	28.9	7.9	100.0(10,279)
주관적 건강					
매우 나쁘다	-	4.6	9.4	24.4	7.2(745)
나쁜 편이다	3.1	33.6	45.1	55.6	36.4(3,745)
그저 그렇다	16.0	27.8	21.9	11.5	23.9(2,460)
건강한 편이다	75.7	32.8	22.8	8.6	31.1(3,198)
매우 건강하다	5.3	1.3	0.6	-	1.3(132)
평균	**3.83**	**2.92**	**2.60**	**2.04**	**2.83**
만성질환개수					
0개	100.0	5.8	0.9	-	10.8(1,113)
1개	-	22.8	19.5	13.8	19.5(2,003)
2개	-	25.0	26.6	23.3	23.5(2,413)
3개	-	20.4	22.4	24.7	19.9(2,042)
4개	-	13.0	14.5	17.1	12.8(1,314)
5개 이상	-	13.0	16.0	21.1	13.5(1,392)
평균	**0.00**	**2.61**	**2.93**	**3.34**	**2.57**
복용약					
0개	99.9	14.0	8.3	6.0	18.0(1,851)
1개	-	13.1	10.7	7.6	11.0(1,131)
2개	-	12.0	11.5	8.2	10.7(1,095)
3개	0.1	10.7	8.2	7.5	8.9(918)
4개	-	8.1	8.4	6.5	7.5(770)
5개 이상	-	42.1	53.0	64.3	43.9(4,514)
평균	**0.00**	**5.14**	**6.36**	**7.50**	**5.30**
치매의심 여부					
정상	100.0	94.8	28.8	-	68.6(7,054)
인지저하	-	5.2	71.2	100.0	31.4(3,226)
우울여부[1)]					
정상	88.4	72.6	58.8	36.2	66.9(6,876)
우울의심	11.6	27.4	41.2	63.8	33.1(3,404)

주: 1) 우울증상은 단축형 노인우울척도(SGDS)를 사용하여 0~7점은 정상, 8~15점은 우울의 심군으로 판단함.
자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

노인의 일상적인 영양관리 수준을 파악하기 위해 Nutrition Screening Initiative(NSI)가 개발한 'Determine Your Nutrition Health' 체크리스트를 활용하여 영향실태를 살펴보았다. 각 항목별 분석 결과를 살펴보면, 질병으로 인해 음식의 양이나 종류를 바꾼 노인은 이중 및 삼중 복합욕구 집단에서 10%를 상회하는 것으로 나타났다. 한편 하루에 두 끼를 먹지 못하는 노인의 전체의 1.2%에 불과하였다. 그러나 평소에 과일이나 채소, 유제품을 거의 먹지 않는 노인은 30.3%에 이르고 있었으며, 건강한 노인은 24.9%인 반면 삼중 복합욕구 노인은 45.2%로 절반에 가까운 수치였다. 거의 매일 3잔 이상 술을 마시는 노인은 건강집단이 가장 높아 8.2%로 나타났으며, 건강상태가 낮아질수록 3잔 이상 술을 마시는 비중은 감소하였다.

치아가 좋지 않거나 입안이 헐어서 음식을 먹기가 힘든 노인은 40.9%에 이르며, 건강한 노인은 29.8%이었으나 삼중 복합욕구 노인은 62.8%에 이르는 것으로 나타났다. 경제적인 어려움으로 필요한 음식을 구입하지 못하는 경험이 있는 노인은 전체 13.4%로 이중 복합욕구 집단과 삼중 복합욕구 집단이 각각 16.6%와 20.3%로 상대적으로 높은 비중을 보였다. 건강상의 복합적 욕구가 많아질수록 혼자 식사를 하는 노인 비중이 커졌으며, 하루에 세 가지 이상 약을 복용하는 노인은 단일욕구 집단의 32.1%, 이중욕구 집단의 37.8%, 그리고 삼중욕구집단의 44.7%를 차지하였다.

지난 6개월간 5kg 이상의 체중 변화를 겪은 노인은 이중 및 삼중 복합욕구에 속한 노인이 각각 3.0%와 3.3%로 상대적으로 높은 비중을 차지하였다. 그리고 장보기나 음식 만들기 등을 어려워하는 건강노인은 5.1%에 불과하였으나, 건강상태가 나빠질수록 가사활동에 어려움이 많아지는 것으로 나타났다.

〈표 4-8〉 돌봄 및 보건·의료 욕구 복합 유형별 노인의 영양관리 상태

특성	건강 노인	단일 욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(%, 명)
1. 질병(건강) 때문에 음식의 양이나 종류 바꿈	1.9	8.4	11.1	11.6	8.9(918)
2. 하루에 두 끼를 못 먹음	0.9	0.9	1.5	2.0	1.2(119)
3. 과일, 채소, 유제품을 거의 먹지 않음	24.9	25.2	37.0	45.2	30.3(3,114)
4. 거의 매일 3잔 이상 술 마심	8.2	4.8	4.1	3.9	4.8(495)
5. 치아가 좋지 않거나 입안이 헐어서 음식먹기 힘듦	29.8	36.2	45.3	62.8	40.9(4,158)
6. 돈이 부족해 필요한 음식을 구입하지 못하곤 함	11.2	11.1	16.6	20.3	13.4(1,380)
7. 거의 혼자서 식사함	14.2	24.9	28.4	29.8	25.3(2,621)
8. 하루에 세 가지 이상 약을 복용함	0.1	32.1	37.8	44.7	32.8(3,355)
9. 지난 6개월간 5kg 이상 몸무게 변화 있음	0.7	1.6	3.0	3.3	2.1(214)
10. 장보고, 음식 만들고, 식사하기 힘듦	5.1	6.9	20.3	58.2	14.7(1,511)

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

지난 2년간 건강검진을 받은 적이 있는 노인은 전체의 83.8%로 높지만, 세 가지 복합적 욕구를 지닌 노인은 68.4%로 정기적인 건강검진 수진율이 낮은 것으로 분석되었다. 지난 1개월간 병·의원, 한의원, 치과 등 의료기관을 이용한 적이 있는 건강노인은 23.0%에 불과한 반면, 단일 욕구를 가진 노인은 80.1%, 이중 및 복합욕구를 지닌 노인은 86.7%로 높게 나타났다. 의료기관을 이용한 적이 있는 노인이 지난 1개월간 병원 이용 횟수는 이중 복합욕구 노인이 3.32회, 단일 욕구 노인집단이 3.06회 등으로 나타났다.

지난 1년간 아프거나 다쳐서 병원에 입원한 적이 있는 노인은 전체의 18.3%로 건강한 노인은 4.9%에 불과하였으나, 이중 복합욕구 노인은 21.8%, 삼중 복합욕구를 가진 노인은 29.6%로 건강노인에 비해 4배와 6배 가량 높은 것을 볼 수 있다. 평균 입원 횟수는 건강노인은 1.03회인 반면 삼중 복합욕구 집단은 1.55회로 나타났다.

〈표 4-9〉 돌봄 및 보건의료 욕구 복합 유형별 노인의 보건의료 서비스 이용 현황

특성	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(%, 명)
건강검진 여부					
예	82.4	87.0	82.1	68.4	83.8(8,612)
아니오	17.6	13.0	17.9	31.6	16.2(1,668)
외래진료여부					
예	23.0	80.1	86.7	86.7	78.2(8,043)
아니오	77.0	19.9	13.3	14.3	21.8(2,237)
진료횟수(평균)	2.32	3.06	3.32	2.95	3.12
입원여부					
예	4.9	16.7	21.8	29.6	18.3(1,887)
아니오	95.1	83.3	78.2	70.4	81.7(8,392)
입원횟수(평균)	1.03	1.30	1.32	1.55	1.33

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

복합욕구 유형별 가족이나 이웃으로부터의 비공식 돌봄을 받거나 장기요양서비스 등의 공식적 돌봄을 받는 현황을 살펴보았다. 건강한 노인과 단일 욕구만을 가지고 있는 노인은 돌봄을 거의 받지 않으며, 최소한 두 가지 이상의 건강상의 문제가 있는 노인이 주변의 도움을 받는 것을 볼 수 있다. 이중 복합욕구를 가진 노인 중 돌봄을 받고 있는 노인은 22.2%이며, 삼중 복합욕구를 가진 노인 중 86.3%가 돌봄을 받는 것으로 나타났다. 그러나 삼중 복합욕구를 가진 노인의 13.7%는 주변의 아무런 도움

을 받지 않고 있는 것으로 나타나 노인돌봄의 사각지대로 나타났다.

돌봄 제공자 특성을 살펴보면, 전체 노인의 92.7%가 가족으로부터 돌봄을 받고 있으며, 친척이나 이웃으로부터의 도움을 받는 노인은 7.3%에 불과하였다. 장기요양서비스를 받는 노인은 이중 복합욕구 노인의 11.4%, 삼중 복합욕구 노인의 13.9%에 해당하였으며, 노인돌봄서비스를 받는 노인은 이중 복합욕구 노인의 5.8%, 삼중 복합욕구 노인의 8.4%로 나타났다. 노인돌봄서비스를 이용하고 있는 노인의 돌봄제공 주체수는 1개에서 3개까지 분포하고 있으며, 전체노인의 82.6%는 1개 주체로부터 도움을 받고 있으며, 2개 제공자로부터 돌봄을 받는 노인은 15.8%, 3개 제공자는 1.6%로 나타났다.

〈표 4-10〉 돌봄 및 보건의료 욕구 복합 유형별 노인돌봄 실태

특성	건강노인	단일욕구	이중 복합욕구	삼중 복합욕구	계(%, 명)
돌봄여부					
돌봄없음	100.0	99.6	77.8	13.7	86.5(8,892)
돌봄받음	-	0.5	22.2	86.3	13.5(1,388)
돌봄제공자 형태					
가족원(동거, 비동거)	-	92.0	91.6	93.6	92.7(1,286)
친척·이웃·친구	-	8.0	8.4	6.4	7.3(102)
개인간병인, 가사도우미	-	-	0.8	1.8	1.3(18)
요양보호사	-	-	11.4	13.9	12.5(173)
노인돌봄서비스	-	-	5.8	8.4	7.0(97)
돌봄제공 주체수[1)]	-	-			
1개	-	100.0	85.8	79.0	82.6(1,146)
2개	-	-	12.8	19.1	15.8(219)
3개	-	-	1.4	1.8	1.6(22)

주: 1) 돌봄제공 주체는 가족원, 친척이나 지인, 개인간병인, 요양보호사, 노인돌봄서비스 제공자 등 총 5개 유형이 있음.
자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

복합적 욕구를 가진 노인 3,783명을 대상으로 돌봄을 받는 노인과 돌봄을 받지 못하는 노인의 특성을 분석하였다. 복합적 욕구를 가진 노인 중 돌봄을 받는 노인은 36.0%으로 나머지 64.0%가 공식 혹은 비공식 돌봄을 받지 못하고 있으며, 미돌봄(no care) 노인의 대부분은 두 가지 종류의 건강문제를 가진 집단(이중 복합욕구 집단)으로 나타났다.

이중 복합욕구를 가진 노인의 경우, 여성보다 남성이 미돌봄(no care) 비중이 높지만, 삼중 복합욕구를 가진 노인은 여성의 미돌봄 비중이 높은 것으로 나타났다. 연령대가 높아질수록 이중 및 삼중 복합욕구 집단 모두에서 미돌봄 비중이 낮아지는 경향이 나타났다. 두 가지의 복합욕구를 가진 노인의 경우, 교육수준이 높을수록 돌봄을 받지 않는 비중이 높아지는 반면(무학 64.4% → 중졸 이상 92.1%), 삼중 복합욕구를 가진 노인은 교육이 높아질수록 미돌봄 비중이 낮아지는 것을 볼 수 있다(무학 19.8% → 중졸 이상 4.6%).

이중 복합욕구를 가진 노인은 유배우자 중 돌봄을 받지 못하는 노인은 83.7%인 반면 무배우자 노인 중 돌봄을 받지 못하는 노인은 70.3%로 배우자가 있는 노인이 돌봄을 받지 못하는 비중이 높았다. 그러나 삼중 복합욕구를 가진 노인의 경우, 배우자가 없는 노인(14.9%)이 배우자가 있는 노인(12.2%)에 비해 돌봄을 받지 못하는 비중이 높은 것으로 나타났다. 기초생활수급여부에 따라서는 수급노인이 비수급 노인에 비해 돌봄을 받는 비중이 높았으나, 삼중 복합욕구를 가지는 노인의 경우 수급노인이 비수급 노인에 비해 돌봄을 받지 못하는 비율이 높았다. 거주지역에 따라서는 도시지역에 거주하는 노인이 농어촌 거주노인에 비해 돌봄을 받는 비율이 높게 나타났으며, 삼중 복합욕구를 가진 노인의 경우 미돌봄 노인 비중이 도시지역은 10.3%인데 반해 농어촌지역은 21.1%로 두 배 가량 차이가 나는 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 복합욕구 노인 중 미돌봄(no care) 노인의 일반적 특성

(단위: %, 명)

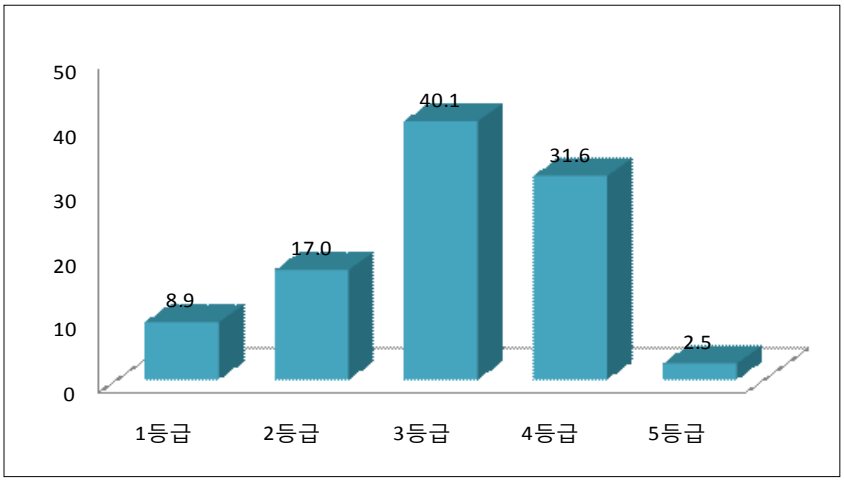
특성	전체 (n=3,783)	이중 복합욕구 (n=2,966)	삼중 복합욕구 (n=817)
전체	64.0	77.8	13.7
성별			
남성	72.8	88.0	4.9
여성	59.2	71.9	17.5
연령대			
65~69세	84.6	90.9	17.6
70~74세	71.8	84.3	16.2
75~79세	65.5	76.5	17.6
80~84세	47.4	62.2	12.2
85세 이상	33.2	52.1	8.9
교육수준			
무학	51.9	64.4	19.8
초졸	63.5	78.2	9.2
중졸 이상	80.3	92.1	4.6
배우자 유무			
없음	56.1	70.3	14.9
있음	70.9	83.7	12.2
가구형태			
단독	65.5	77.9	20.1
노인부부	71.0	84.1	13.4
기타	54.9	70.1	10.0
자녀동거 여부			
비동거	68.4	81.1	16.6
동거	54.1	69.9	8.9
기초생활수급			
비수급	64.8	78.4	13.3
수급	55.0	70.8	15.9
거주지역			
도시(동부)	63.2	76.9	10.3
농어촌(읍면부)	66.0	80.3	21.1

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

4. 재가 장기요양서비스 이용자의 복합 욕구

이어서 건강보험공단의 장기요양장기요양보험보험 통계를 통해 돌봄·보건·의료서비스의 복합적 욕구 수준을 가늠해 보고자 한다. 장기요양보험 인정자는 2010년 315,994명에서 2014년 424,572명으로 꾸준히 증가하고 있으며, 노인인구 대비 2010년 5.8%에서 2013년 6.1%, 2014년 6.6% 수준으로 나타났다. 2014년 기준으로 1등급 판정자는 8.9%, 2등급 17.0%, 3등급 40.1%, 4등급 31.6%, 5등급은 2.5%로 3등급과 4등급 판정자가 약 70%를 차지하고 있었다(국민건강보험공단, 2011; 2015).

[그림 4-5] 2014년 장기요양 인정 등급별 노인비중(%)



본 연구는 지역사회에 거주하는 노인의 돌봄 및 보건·의료서비스에 대한 복합적 욕구에 초점을 맞추고 있으므로 장기요양서비스에서 재가서비스 이용자와 시설이용자의 규모를 먼저 파악하고자 한다. 2014년을 기준으로 재가서비스(방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호)

이용자는 약 67.6%이며, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 이용자는 32.4% 수준으로 나타났다.

〈표 4-12〉 2014년 장기요양서비스 유형별 이용자 규모

구분	계	재가요양서비스						노인요양시설
		소계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	
명수	521,103	352,179	240,392	62,017	7,660	35,089	7,021	168,924
%	100.0	67.6	46.1	11.9	1.5	6.7	1.3	32.4

주: 1) 복지용구는 재가요양급여에 속하지만 서비스 형태가 아니므로 재가요양서비스 이용실적에서 제외함.
2) 노인요양시설: 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정을 합한 수치
3) 재가 및 시설이용자의 총계는 중복이용(예, 방문요양서비스와 방문목욕 서비스 이용, 혹은 방문요양서비스 이용 후 노인요양시설 이용 등)을 포함한 수치로 실이용인원보다 많은 수치임.

자료: 국민건강보험공단(2015), 2014 노인장기요양보험통계연보

연령대별 및 등급별 장기요양등급 인정자를 살펴보면, 75세 이상 노인이 전체 인정자의 약 75%를 차지하고 있다. 85세 이상 장기요양 인정자는 전체의 29.2%를 차지하고 있으며, 80~84세는 23.8%로 80세 이상 노인이 절반 이상을 차지하고 있으며, 65세 미만은 6.0%, 65~69세는 6.4%에 불과하였다.

〈표 4-13〉 2014년 연령대별 장기요양등급 인정자 현황

구분	계	65세 미만	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상
명수	424,572	25,489	27,156	56,768	90,345	100,885	123,929
%	100.0	6.0	6.4	13.4	21.3	23.8	29.2

자료: 국민건강보험공단(2015), 2014 노인장기요양보험통계연보

1등급 판정을 받은 노인의 경우, 75세 미만 노인이 차지하는 비율이 35.7%로 상대적으로 높았으나 2등급에서 5등급에서는 75세 미만 노인이 차지하는 비중은 25% 내외인 것을 볼 수 있다.

〈표 4-14〉 2014년 연령별 및 등급별 장기요양등급 인정자 현황

(단위: %, 명)

구분	소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
75세 미만	109,413 (25.8)	13,449 (35.7)	17,550 (24.3)	43,00 (25.4)	3,012 (20.1)	2,102 (25.8)
75~84세	191,230 (45.0)	14,886 (39.5)	30,981 (43.0)	75,162 (44.1)	64,319 (56.3)	5,882 (45.0)
85세 이상	123,929 (29.2)	9,320 (24.8)	23,569 (32.7)	51,867 (30.5)	36,701 (23.6)	2,472 (29.2)
전체	424,572 (100.0)	37,655 (100.0)	72,100 (100.0)	170,329 (100.0)	134,032 (100.0)	10,456 (100.0)

자료: 국민건강보험공단(2015), 2014 노인장기요양보험통계연보

장기요양등급자의 의료적 욕구도 매우 높아 요양서비스와 보건의료서비스의 복합적인 욕구를 가진 고위험집단이라 할 수 있다. 장기요양서비스 이용자 중 질병이 없는 비율은 2014년 2.5%에 불과하며 치매와 중풍 질환을 가진 이용자는 전체의 56%에 이르고 있다. 그리고 관절이나 요통, 좌골통을 앓고 있는 노인은 약 18%에 이르며, 골절이나 탈골 등으로 인한 후유증을 앓고 있는 노인도 7.8%를 차지하고 있다. 즉, 일상생활의 어려움으로 신변활동이나 가사지원 등의 요양서비스와는 별도로 보건의료서비스가 필요한 노인이 거의 97%에 이르고 있다.

〈표 4-15〉 장기요양수급자의 주요 질병 및 증상 현황

구분	2013년		2014년	
	빈도(건)	비율(%)	빈도(건)	비율(%)
질병없음	10,065	2.7	10,657	2.5
치매	102,461	27.1	123,759	29.1
중풍(뇌졸중)	84,079	22.2	86,106	20.3
치매 및 중풍	24,950	6.6	28,411	6.7
고혈압	3,298	0.9	3,868	0.9
당뇨	5,476	1.4	5,925	1.4
관절염	31,977	8.4	35,188	8.3
요통, 좌골통	35,574	9.4	41,472	9.8
골절, 탈골 등 사고 후유증	29,487	7.8	33,143	7.8
기타[1)]	51,126	13.5	56,043	13.2
합계	378,493	100.0	424,572	100.0

주: 1) 호흡곤란, 난청, 시각장애, 암 등
자료: 국민건강보험공단(2015), 2014 노인장기요양보험통계연보

본인의 집에 거주하면서 재가요양급여를 받고 있는 노인의 의료적 욕구를 살펴보기 위하여 재가 장기요양서비스 이용 비중이 높은 장기요양등급 3등급에서 5등급 인정자의 주요 질병 및 증상을 살펴보았다. 상대적으로 돌봄 욕구가 낮은 3등급에서 5등급 인정자의 의료적 욕구는 유사한 패턴을 보이고 있다. 질병이 없는 비중은 등급에 관계없이 2.5% 안팎을 차지하고 있으며, 치매와 중풍을 가진 비중이 3등급은 약 55%, 4등급은 약 49%로 나타났다. 그 밖에 관절염, 요통, 좌골통의 비중이 3등급 19%, 4등급은 약 25% 등으로 분석되었다.

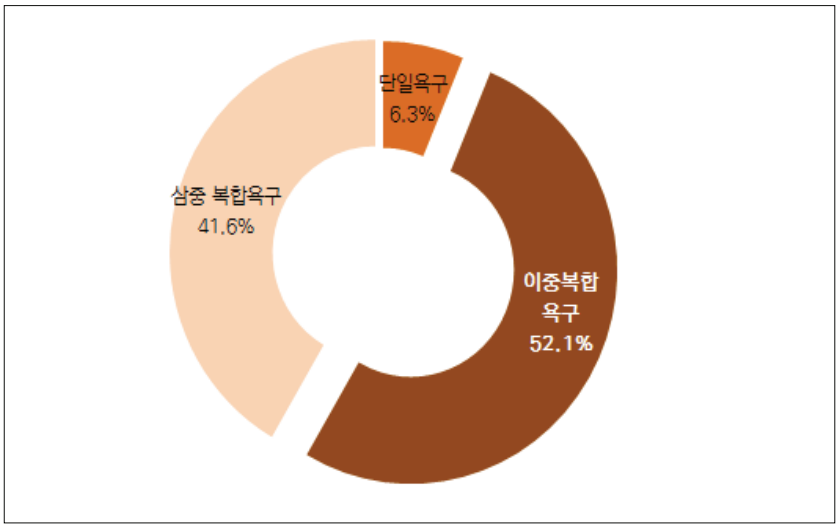
〈표 4-16〉 장기요양 3등급에서 5등급 인정자의 주요 질병 및 증상 현황

구분	3등급		4등급		5등급	
	빈도(건)	비율(%)	빈도(건)	비율(%)	빈도(건)	비율(%)
질병없음	4,291	2.5	3,477	2.6	268	2.6
치매	48,792	28.7	38,511	28.7	8,368	80.0
중풍(뇌졸중)	34,905	20.5	21,097	15.7	162	1.5
치매 및 중풍	10,065	5.9	4,461	3.3	406	3.9
고혈압	1,558	0.9	1,674	1.2	37	0.4
당뇨	2,473	1.5	2,291	1.7	74	0.7
관절염	14,675	8.6	16,361	12.2	305	2.9
요통, 좌골통	17,570	10.3	17,899	13.4	322	3.1
골절, 탈골 등 사고 휴유증	14,645	8.6	8,775	6.5	132	1.3
기타[1)]	21,355	12.5	19,486	14.5	382	3.7
합계	170,329	100.0	134,032	100.0	10,456	100.0

주: 1) 호흡곤란, 난청, 시각장애, 암 등
자료: 국민건강보험공단(2015), 2014 노인장기요양보험통계연보

2014년도 노인실태조사 자료를 활용하여 1등급에서 5등급까지 장기요양등급을 받은 노인은 344명을 대상으로 일반적 특성과 건강 관련 특성을 살펴보았다. 먼저 장기요양등급을 받은 노인의 돌봄 및 보건의료적 욕구를 분석한 결과, 단일 욕구를 가진 노인은 6.3%, 이중 복합욕구를 가진 노인은 52.1%, 삼중 복합욕구를 가진 노인은 41.6%로 나타났다.

[그림 4-6] 장기요양등급 인정 노인의 복합적 욕구 현황



자료: 2014년 노인실태조사 원자료 분석

장기요양등급 인정노인의 건강 특성을 보면, 본인이 인식하는 주관적 건강상태는 1.92점으로 전체노인의 주관적 건강상태 2.83점보다 현저히 낮은 것을 볼 수 있다. 의사진단을 받은 만성질환 갯수는 전체 노인 평균은 3.57개인데 반해 장기요양등급 인정노인은 4.04개로 나타났으며, 3개월 이상 복용하고 있는 처방약은 전체 노인 평균은 5.30개이지만 장기요양 등급판정 노인은 9.06개로 복용하고 있는 약의 개수도 월등히 많은 것으로 분석되었다.

장기요양등급 인정노인의 82.9%가 우울의심군에 해당하며, 건강검진 수진율은 37.3%로 매우 낮은 것으로 나타났다. 지난 1개월간 의료기관 이용률은 78.1%로 전체 노인의 이용률과 비슷한 수준이었으며, 지난 1년간 입원 경험은 36.3%로 전체 노인 18.3%보다 약 2배 높은 수준이었다.

〈표 4-17〉 장기요양등급 인정 노인의 건강 특성

구분	전체노인 평균(SD)/백분율	장기요양등급 인정노인		
		평균(SD)/백분율	최소	최대
주관적 건강상태	2.83(.99)	1.92(.77)	1	4
만성질환 개수	3.57(1.84)	4.04(2.27)	0	13
복용약 개수	5.30(5.54)	9.06(6.82)	0	41
건강검진 수진율(%)	83.8	37.3	-	-
외래진료 이용률(%)	78.2	78.1	-	-
외래진료 횟수	3.12(3.72)	2.95(3.81)	1	24
입원 경험률	18.3	36.3	-	-
입원횟수	1.33(1.25)	1.99(2.24)	1	24
우울의심 비율(%)	33.1	82.9	-	-

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 재분석

장기요양등급 인정을 받은 노인의 영양관리 상태를 살펴본 결과, 장기요양등급 인정노인의 영양관리 수준의 상당한 개선이 필요한 것으로 나타났다. 건강 때문에 음식 양이나 종류를 바꾼 비율은 전체 노인이 8.9%인 것에 비해 장기요양등급 인정노인은 20.0%로 2배 이상 높은 수준이었다. 하루에 두 끼도 못 먹는 비중도 5.2%로 높았으며, 과일이나 채소 등을 먹지 않는 비율도 41.2%로 전체 노인 30.3%보다 높은 수준이었다.

치아가 좋지 않거나 입안이 헐어서 음식먹기가 힘들다는 노인은 62.5%에 이르렀으며, 하루에 세 가지 이상의 약을 복용하는 비중도 60.8%이며, 장보고 식사준비 등의 어려움을 느끼는 노인은 75.1%를 차지하였다. 그러나 매일 3잔 이상의 음주율은 장기요양등급 인정노인이 1.2%로 전체노인의 음주율 4.8%보다 현저히 낮았으며, 돈이 부족해서 필요한 음식을 구입하지 못한 비중은 전체 노인 13.4%, 장기요양등급 인정인 17.6%이었으며, 거의 혼자서 식사하는 비중도 장기요양등급 인정

노인이 28.6%로 다소 높게 나타났다.

〈표 4-18〉 장기요양등급 인정노인의 영양관리 상태

(단위: %)

구분	전체 노인	삼중 복합욕구	장기요양 인정노인
질병(건강) 때문에 음식의 양이나 종류 바꿈	8.9	11.6	20.0
하루에 두 끼를 못 먹음	1.2	2.0	5.2
과일, 채소, 유제품을 거의 먹지 않음	30.3	45.2	41.2
거의 매일 3잔 이상 술 마심	4.8	3.9	1.2
치아가 좋지 않거나 입안이 헐어서 음식먹기 힘듦	40.9	62.8	62.5
돈이 부족해 필요한 음식을 구입하지 못하곤 함	13.4	20.3	17.6
거의 혼자서 식사함	25.3	29.8	28.6
하루에 세 가지 이상 약을 복용함	32.8	44.7	60.8
지난 6개월간 5kg 이상 몸무게 변화 있음	2.1	3.3	5.9
장보고, 음식 만들고, 식사하기 힘듦	14.7	58.2	75.1

자료: 2014년 노인실태조사 원자료 분석

5. 질적 조사에서 나타난 노인 복합 욕구의 특징

앞서 2차 자료에 대한 실증분석으로 발견하기 어려운 노인 돌봄·보건·의료 연합서비스의 잠재 이용 대상 노인과 가족의 돌봄 및 보건의료서비스에 대한 욕구를 파악하고, 기존 서비스 이용의 애로사항 등을 파악하기 위해 개별 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰 참여 노인은 만 73세부터 만 91세에 분포하고 있었으며, 장기요양 4등급 판정자 3명, 2등급 1명, 등급 외자로 노인돌봄종합서비스 이용노인 1명이 포함되었다. 주요 질문 내용은 노인의 건강상태, 돌봄 및 의료서비스 이용현황, 일상생활의 어려움과

필요 서비스 등이었다. 노인주간보호센터를 이용하는 노인 1명을 제외한 4명은 어르신의 집에 방문하여 인터뷰를 실시하였다.

〈표 4-19〉 지역사회거주 노인 개별 인터뷰 현황

연번	성명	성별	연령	요양등급	주이용서비스
1	김*례	여	82	4	방문요양
2	김*휘	남	73	2	방문요양, 방문간호, 방문목욕
3	김*자	여	88	4	주간보호
4	노*훈	남	91	4	방문요양
5	문*훈	남	84	등급외	노인돌봄종합서비스

재가노인 대상 개별 인터뷰를 실시한 결과, 현재 이용하고 있는 서비스나 신체적, 생활상의 어려움 등에 대한 현황 파악을 위해서는 좋은 정보제공자이지만 자신의 건강을 유지하고 집에서 보다 오래 지내기 위해 필요한 서비스에 대한 의견을 제시하는데 한계가 많았다. 어르신들이 주로 혼자 생활하시고, 경제적으로 어려운 분들도 있어 정서적 외로움이나 경제적 어려움을 주로 말씀하는 등 본 인터뷰의 목적과 내용과는 다소 관련이 적은 내용을 다루게 되는 어려움이 발생하였다. 이로 인해 복합적 욕구를 가진 재가노인을 대상으로 하는 인터뷰 횟수는 5명으로 종료하고, 대신 서비스 제공자 인터뷰를 강화하였다.

한편, 복합욕구를 가진 노인에게 서비스를 제공하는 기관의 담당자를 대상으로 전문가의 입장에서 경험하는 노인 연합서비스 욕구와 서비스 이용에서의 문제점 등을 파악하기 위해 개별 인터뷰 및 FGI를 실시하였다. 개별인터뷰는 직접 서비스를 제공하고 있는 요양보호사 2명, 방문간호사 1명, 사회복지사 1명, 그리고 재가요양서비스 제공기관 혹은 노인복지센터의 기관장 4명 등 총 8명과 1:1 심층면접을 실시하였다. 주요 내용은 노

인의 서비스 이용현황(내용, 이용횟수, 충분성, 적절성 등), 기존 서비스 제공(혹은 이용)의 문제, 추가적으로 요구되는 서비스 등을 다루었다.

〈표 4-20〉 노인돌봄서비스 제공자 개별 인터뷰 현황

연번	성명	소속	직위/직종
1	문*애	재가노인복지센터	요양보호사
2	육*아	재가노인복지센터	간호사
3	안*숙	주간보호센터	요양보호사
4	최*훈	노인복지센터	과장/사회복지사
5	최*일	요양원/ 주간보호센터	센터장/사회복지사
6	정*우	재가노인복지센터	센터장/사회복지사
7	박*옥	재가노인복지센터/주간보호센터/돌봄종합	센터장/사회복지사
8	한*란	노인복지센터(방문요양, 주간보호, 재가노인서비스 돌봄종합)	센터장
9	김*경	재가노인복지센터(방문요양, 방문간호 등)	센터장
10	박*숙	방문간호/주야간보호센터	센터장
11	신*임	방문간호제공기관	간호사

심층면접에 참여한 노인은 장기요양서비스나 노인돌봄종합서비스 등과 같이 제도권 내에서 제공되는 공식적인 서비스를 받는 노인이라는 점에서 일반화하기에는 한계가 있으나, 다른 한편으로는 돌봄 및 보건의료적 욕구가 그만큼 높다는 것으로 해석할 수 있다. 심층면접을 통해 복합적 욕구를 지닌 노인에게 필요하지만 아직까지 제공되지 못하고 있는 내용을 요약하여 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강상태가 좋지 않은 노인이지만, 이들의 건강유지나 건강상태 악화를 지연시키기 위한 기본적인 건강증진서비스나 운동지원은 부재한 실정이다. A 어르신의 경우, 요양등급이 4등급임에도 불구하고 허리가

아파서 오래 앉아있지 못해 하루종일 침대 위에서 TV를 보면서 누워 지내고 있었다. 어르신 집은 좁은 시멘트 길로 연결되어 있고, 언덕 오르막 지역에 위치하고 있어 집 밖에서 운동할 수 있는 환경도 열악한 실정이었다. 또한, 다리 힘이 부족해서 집안에서 걸어다닐 때 휘청거리시고, 걷는 자세도 매우 불안한 상태이신 D 어르신의 경우, 주변에서 낙상이 우려되어 어르신에게 가능한 걷지 말고 엉덩이로 다니시라고 권하고 있었다. 또한, 20~30분 이상 앉아 있기를 힘들어하셔서 거의 거실에서 이불 위에서 배를 깔고 누워서 생활하고 계셨다. 일상생활수행능력이 저하된 노인일지라도 잔존 기능을 유지시켜 자립적인 생활 기간을 연장시키기 위한 근력강화나 건강상태별 노인운동지원에 대한 서비스 개발이 필요하다고 할 수 있다.

> *"건강이 나쁘신 어르신에게는 엑티브하게 물리치료를 할 수가 없어요. 우리가 최대목표는 ROM이라고 해서 Range Of Motion인데 이건 관절이 움직일 수 있는 범위정도만 운동을 시켜야 합니다. (중략) 그리고 기능향상이라는 것도 누워계신 분을 일어서게 할 수는 없어요. 누워계신 분은 앉는 연습부터 시켜야 하고, 그 다음에 침대 옆에 앉는 등의 단계적으로 해야 되죠(간호사, FGI 논의내용)."*

둘째, 집에서 생활하시는 노인에 대한 영양 및 식단관리 지원이 부재하다. 시설규모가 30인 이상인 장기요양시설에 입소하게 되면, 어르신의 질병상태나 구강상태에 따른 식단이 마련되고 음식이 조리되어 제공된다. 그러나 집에 거주하는 노인의 경우, 노인의 질병이나 구강상태 등을 고려한 식사를 하는데 제한이 따른다. 이로 인해 혈압 및 당뇨 등의 지병을 가지고 있음에도 불구하고 식사관리가 제대로 되지 않고 있으며, 어르신의 선호나 요양보호사의 판단 등에 의해서 식사를 하고 있는 것으로 나타났다. 그러

나 다른 한편으로는 어르신의 경제적 여력이 없어서 어르신의 건강상태에 맞는 식재료를 준비하고 음식을 제공하기에 어려움이 있는 경우가 많기 때문에 영양관리는 경제적 능력과 밀접한 관계가 있다고 할 수 있다.

"어르신이 주로 드시고 싶은 음식을 해드리고 있어요. 장도 봐 오고. 어르신 몸에 좋은 것을 해드리고 싶어도 식재료를 살만한 돈이 충분하지 않으시고. (중략) 일주일에 한두번 반찬 해놓으면 그걸 계속 드시는거죠(요양보호사, 심층면접)"

셋째, 약물복용 관리에 대한 인식이 부족하고, 처방에 맞게 복약하고 있는지 확인이 어려운 실정이다. 하루에 복용하는 약의 종류와 개수도 많아 어르신들도 어떤 약을 언제 먹어야 할지 구분하기 어려워하고 있었다. 특히, 치매어르신은 약물 복용이 중요하나 혼자 생활하여 챙겨주는 사람이 없거나 가족들이 챙겨주지 않는 경우 인지기능이 급격히 저하된다고 할 수 있다. 요양보호사가 어르신과 같이 있는 시간이라면 약 먹는 시간이나 어떤 약을 먹어야 할지에 대해 알려드릴 수 있지만 요양보호사가 없는 시간이나 가족이 없는 경우에는 복약관리가 제대로 이루어지지 않을 가능성이 매우 높아진다. 그리고 요양보호사마다 차이가 있겠지만 약 복용에 대한 정확한 지식이 부족하거나 교육을 받지 못한 경우에는 어르신에게 올바른 정보를 제공할 수 있을지도 의심스럽다고 할 수 있다.

D 어르신은 아침, 점심, 저녁에 먹어야 하는 약이 다르다는 것은 알고 있으나, 어떤 것을 먹어야 할지 모른다고 하셨다. 경증 치매를 앓고 있는 C 어르신은 처음에는 병도 없고 먹는 약도 없다고 하셨으나, 시간이 조금 흐르자 당뇨약을 먹는다고 하시는 등 자신의 건강상태나 약 복용에 대한 인식이 명확하지 않으셨다. 아흔이 넘은 노모와 함께 생활하고 있는 B 어르신이 간지럼 증세로 인해 바르는 약을 방문간호사가 확인해보니 간지

럼 증세와는 관계없는 약을 바르고 있었다. 노모가 약에 대해 잘 알지 못할 뿐만 아니라 시력도 좋지 않아 어떤 약을 발라야 하는지 몰라 발생한 것으로 볼 수 있다.

"어르신의 어머님이 시력이 안 좋으세요. 간지럽다고 해서 약을 바르시길래 한번 봤더니 엉뚱한 약을 바르시는거에요. 어르신들 집에 다니다 보면 유통기한이 지나거나 관계없는 약을 쓰고, 이상한 민간요법으로 치료하신다는 분들을 많이 보게 되요(방문간호사, 심층면접)"

넷째, 재가장기요양서비스를 받는 어르신의 경우, 최소 주1~2회 병·의원에 방문하고 있었으며 다니고 있는 하루에 방문하는 병·의원도 2~3개소에 이르는 것으로 나타났다. 그러나 병의원에서 의사나 간호사가 전달해주는 본인의 건강상태나 주의 사항에 대해 잘 이해하거나 기억하지 못하였다. 가족이나 요양보호사가 동행해서 의사의 전달사항을 기억할 수 있겠지만, 가족이 요양보호사에게 알려주거나 요양보호사가 가족에게 전달해주는 경우도 천차만별이고 전달되는 내용의 정확성도 일관적이지 않을 수도 있다.

"병원엔 그냥 약 타러 가는거지. 의사가 뭐라고 하긴 하는데 기억력이 나빠서 금방 까먹게 돼(장기요양서비스 이용노인, 심층면접)"

다섯째, 구강 건강관리에 대한 노인 및 가족의 인식수준은 매우 낮은 것으로 나타났다. 노화가 되면서 노인은 치주질환, 구취, 구강통증 등의 구강건강 문제에 취약하게 되며, 구강건강상태의 악화는 영양불량, 폐렴, 심혈관 질환, 당뇨악화, 뇌졸중 등과 같은 질환 발생위험을 높이게 된다(박명숙, 최수미, 2011). 그리고 노인의 건강유지를 위해서는 일차적으로

건강한 치아와 잇몸을 유지해야 음식물 섭취가 원활하여 영양관리가 가능해지고, 영양상태가 좋아야 근력이 유지될 수 있다.

> *"어르신이 틀니를 쓰고 계시는데, 깨끗하지 않더라고요. 어르신한테 틀니 청소하시냐고 물어보니깐 안하신다고. 틀니를 세척해야 한다는 것도 모르시고, 어떻게 세척해야 하는지도 모르시더라고요(요양보호사, 심층면접)"*

위의 사례의 경우, 어르신 집에 방문하는 방문간호사가 틀니 소독제를 알려드리고 정기적으로 세척하도록 알려드리고 체크하고 있었다. 그러나 노인의 구강관리에 대한 기본지식은 노인과 가족 모두 매우 취약하다고 할 수 있다. 그러므로 구강관리 지식 증진과 구강위생 행위 증진을 위한 지속적인 상담과 교육이 요구되고 있다.

마지막으로 퇴원 후 건강관리에 대한 이슈가 제기되었다. 노화가 진행될수록 병원 입원 비율이 높아지며 퇴원 후 식단 관리, 물리치료, 복약관리 등이 집중적으로 이루어져야 한다. 그러나 관련 지식의 부족이나 돌봄 제공자의 부재 등으로 인해 퇴원 후 건강관리가 이루어지지 않아 퇴원 후 해당 질병이나 건강문제를 해결되었을지라도 이차적인 건강문제가 발생하거나 기능상태 저하로 이어지는 경우도 발견되었다. A 어르신의 경우, 3년 전 디스크 수술을 받고 도시에 사는 아들 집에 3주간 머물렀으나 맞벌이하는 아들 부부에 미안해서 시골집으로 내려와 혼자 생활하고 계셨다. 그러나 수술 이후 건강상태는 점차 악화되어 현재는 주로 침대 위에서 생활하고 계셨다. 노인돌봄종합서비스의 일환으로 수술 이후 퇴원한 독거 또는 노인부부 등에 한해 단기가사서비스를 제공하고 있으나, 단기가사서비스에 더하여 퇴원 이후 건강관리 영역으로 확대될 필요가 있다.

"수술 받고 다 장애인 되잖아요. 특히 골절부분은 수술 후에 관리가 안 되면 그냥 와상노인으로 되버리는 경우가 있는데 그런 경우에도 방문간호가 필요한 것 같아요(FGI 논의내용)."

제2절 노인 연합서비스 공급 모형의 탐색

1. 노인 연합서비스 공급의 기본 원칙

노인 연합서비스 공급 모델은 정주성(Aging in place), 통합성, 연속성(continuum of care)을 기본 전제로 설계하고자 한다. 정주성은 노인이 신체적 및 인지적 건강 상태가 저하됨에도 지속적으로 정든 지역에서 거주할 수 있도록 통합적인 서비스 제공을 강조한다. 노인 돌봄 및 보건의료서비스의 통합성은 노인에게 분절적으로 서비스를 제공되는 구조의 문제를 해결하기 위한 전략이다. 그리고 보호의 연속성은 노인의 건강상태의 변화에 따라 적합한 노인돌봄 및 보건의료서비스가 제공되도록 지원하는 것이다.

가. 정주성

정주성(Aging in place)은 노년기에도 자신이 살던 주택 그리고 지역사회에서 계속적으로 살기를 희망하는 것으로 노화가 진행될수록 이러한 성향이 강하게 나타난다(오세용, 2015). 노년기에 환경적 압력이 최소화된 요양시설보다는 신체적 및 인지적 건강이 저하되어도 지속적으로 자신에게 익숙한 집이나 동네에서 생활하는 것을 선호하고 이는 노인복지

정책을 수립하기 위한 새로운 패러다임이 되고 있다. Aging in Place는 1990년대를 전후하여 시작된 탈시설화(deinstitutionalization)와 지역사회보호(community-based care)를 통해 등장하였으며, 최근 미국, 일본, 영국, 독일 등 선진국을 중심으로 노인돌봄을 위한 정책 패러다임으로 활용되고 있다(박영란, 박경순, 2015).

노인이 가능하면 오랫동안 지역사회에 거주할 수 있도록 지원하는 서비스가 수요자 중심 또는 이용자 중심의 가치를 실현할 수 있게 된다. 예를 들어 지역사회보호는 노인의 존엄성과 자치성을 높일 수 있는 것, 사생활을 보장받고 누릴 수 있는 것, 지역사회 주민으로 정체성을 확립해 주는 것, 잔존 능력을 최대한 활용할 수 있어 독립된 생활을 유지할 수 있는 것 등의 긍정적 결과를 가져온다(김수영, 성명옥, 김경호, 조추용, 2001).

노인 대상 연합서비스 공급모형은 이러한 Aging in Place 패러다임이 한국에서 작용될 수 있는 중추적인 역할을 수행하도록 개발하고자 한다. 이를 위해서는 노인들의 건강저하에도 일상생활을 영위할 수 있도록 돌봄, 복지, 의료, 보건 등의 다양한 욕구에 대응할 수 있어야 한다. 따라서 돌봄 서비스 제공기관, 보건 서비스 제공기관, 복지 서비스 제공기관, 의료 서비스 제공기관 등을 횡적으로 연결이 가능하도록 연합서비스 공급모형을 설계해야 할 것이다.

나. 통합성

노인 돌봄서비스와 보건의료 서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 전달체계 구축의 필요성은 노년기에 발생하는 만성질환과 노인문제의 복합성에 기인한다. 노인의 만성질환(예: 고혈압, 당뇨, 관절염, 신경통, 뇌졸

중, 심혈관질환) 유병률은 89.2%이며, 2개 이상의 복합이환자는 69.7%로 평균 2.57개(없음=10.8%, 1개=19.5%, 2개=23.5%, 3개 =19.9%, 4개=12.8%, 5개 이상=13.5%)의 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타났다(노인실태조사, 2014). 고혈압이 56.7%, 관절염이 33.4%, 그리고 당뇨가 22.6%로 가장 높은 비율을 보였다(정경희 외, 2014). 이는 고혈압이 있는 노인이 관절염이나 당뇨의 질환으로 고통을 받고 있다는 의미이다. 이러한 측면에서 보건 및 의료서비스는 특정 질환중심이 아니라 통합적으로 접근해야 한다.

또한 노인문제(예: 빈곤, 우울, 자살, 학대, 자기방임)도 복잡성 및 상호작용을 통한 악화의 특성을 보인다(김순은, 이민홍, 2015). 노인문제의 복합성은 노인이 하나의 특정문제만으로 어려움을 경험하고 있는 것이 아니라 만성질환의 복합성과 동일하게 복수의 문제를 갖는 것이다. 예를 들어 경제적으로 빈곤한 노인이 우울 또는 자기방임 문제도 동시에 경험하게 된다. 경제적 빈곤과 우울은 상호작용을 통해서 상황을 더욱 악화시키는 결과를 가져온다. 복합적으로 얽혀있는 노인문제를 효과적으로 대응하기 위해서는 포괄적 및 통합적 서비스가 제공되어야 할 것이다.

위와 같이 노년기 만성질환 및 노인문제는 복합성 및 상호작용을 통한 상태 악화라는 특성을 보인다. 노인돌봄이 필요한 노인이 돌봄은 표면적 욕구이고 만성질환(고혈압, 당뇨, 관절염), 빈곤, 우울, 사회적 고립 등에서도 개입되어야 한다. 특히 만성질환은 치료를 위한 의료서비스도 중요하지만 예방 및 악화 방지를 위한 보건서비스와 만성질환별로 적합한 영양 식단을 제공할 수 있는 돌봄서비스가 병행되어야 할 것이다. 결과적으로 노인 연합서비스 공급모형은 이러한 돌봄, 보건, 의료 서비스가 동시에 투입될 수 있는 통합적 전달체계의 구축을 기본 전제로 설계될 필요가 있다.

다. 연속성

노인 연합서비스 공급 모형은 서비스의 연속성(continuum of care)이 가능하도록 지원하는 역할을 담당하게 된다. 케어의 연속성 개념은 의료에서 건강한 노인부터, 복합만성질환자, 허약노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양서비스 대상 노인, 호스피스 환자, 완화의료가 필요한 환자까지 대응할 수 있는 의료의 연속체에서 출발한다(이윤환, 2015; Best, 2012). Evashwick(2005)에 따르면 케어의 연속성은 노인 환자에게 돌봄, 보건의료, 정신건강, 사회서비스를 장기간에 걸쳐서 제공하는 이용자 중심의 통합 메카니즘이다.

의료중심의 연속성 개념을 장기요양보호로 적용해 볼 수 있다. 보호의 연속성(continuum of care)은 돌봄이 필요한 노인에게 처음에는 가정에서 서비스를 제공받고, 이후 주야간보호서비스 및 단기보호서비스를 지역사회 기관에서 이용하고, 상태가 악화되었을 때에 노인요양시설에 입소하고, 임종기(end of life)에는 병원을 이용하는 것이다(김수영, 이재정, 2010). 하지만 노인의 신체적 및 인지적 건강이 저하되어 낮은 수준의 돌봄이 필요한 시기에 적합한 서비스를 연결 받지 못하면 노인요양시설 입소 또는 노인요양병원에 입원하는 경우가 발생하고 있다.

일본, 미국, 독일, 캐나다 등에서는 보호의 연속성을 위해서 통합적 또는 포괄적 케어 시스템을 구축하고 있다. 일본의 지역사회포괄지원센터, 미국의 지역사회 노인통합보건복지서비스(PACE: Program of All-inclusive Care for the Elderly), 독일의 장기요양지원센터, 캐나다의 재가, 병원, 요양시설 등을 통합적으로 생활기능장애 노인을 개입하는 시스템(SIPA: System of Integrated Care for Older Persons)과 지역사회 거주노인을 대상으로 독립생활을 지원하는 프로그램(PRISMA:

Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) 등이 대표적이다(남현주, 2015; 이민홍, 2015; 황재영, 2015; Kodner, 2006).

결과적으로 보호의 연속성을 지원하기 위한 연합서비스 공급 모형은 노인에 대한 체계적 사정(assessment)을 통하여 필요도에 따라서 보건, 의료, 복지, 돌봄 등의 서비스를 제공 받을 수 있도록 설계되어야 한다. 이를 통해서 노인이 자신의 건강상태 및 특성에 대한 진단을 토대로 적절한 수준의 통합적 서비스가 연결되어 요양시설 입소 또는 요양병원 입원으로 이어지지 않도록 해야 한다. 또한 노인의 신체적, 인지적, 정서적, 사회적 건강상태를 유지 및 악화 속도 지연의 효과를 가져오게 된다.

라. 서비스 연합의 유의사항

보건의료서비스와 돌봄서비스의 연합서비스 공급모형을 작동하기 위해서 미국과 영국의 선행경험에서 나타난 주요쟁점을 반드시 고려해야 한다. 미국과 영국을 중심으로 의료서비스와 사회사회서비스의 연계 및 통합 과정에서 발생하는 문제점과 시사점은 다섯 가지로 압축할 수 있다(강창현, 2013; Leutz, 1999). 의료와 사회서비스 연계 및 통합 과정에서 발생하는 이러한 쟁점은 현재까지 500여 편의 논문과 정책연구에서 인용되고 있다(Google Scholar, 2015). 이러한 측면에서 돌봄, 보건, 의료서비스 연계 및 통합을 목적으로 하는 노인 연합서비스 제공을 위한 전달체계 구축에 있어서도 고려해야할 사항이다.

첫째, 일부 클라이언트 집단을 위해서 모든 서비스를 통합하거나, 모든 클라이언트 집단을 위해서 일부 서비스를 통합할 수 있지만, 모든 클라이언트 집단을 위해서 서비스를 통합하는 것은 불가능하다. 이는 의료서비

스와 사회서비스의 연계 및 통합을 위해서는 전 클라이언트와 모든 서비스를 고려하기 보다는 일부 클라이언트 집단과 일부 서비스를 선별적으로 통합하는 것이 현실적인 대안임을 의미한다.

둘째, 통합은 지불 전에 이미 비용이 든다는 것이다. 이는 통합을 통해 비용상계(cost offset)로 비용 절감의 효과성을 의도하지만 통합으로 인한 비용이 발생한다는 것이다. 직원과 지원체계(staff and support systems) 비용, 서비스 비용(service cost), 그리고 착수보조금(start-up grant) 등이 통합의 결과 발생하는 비용이다. 직원과 지원체계는 기관 간 연계 및 통합을 위해서 직원들이 새로운 업무와 기관의 관리 및 정책 이해를 학습하는데 소요되는 시간과 협업을 위한 의사소통 등에 투입되는 비용이다. 서비스 비용은 새로운 서비스를 제공하는데 발생하는 것이며, 착수보조금은 통합 서비스 제공을 위해서 선 지급 되어야할 비용이다.

셋째, '당신의 통합은 나의 파편화로 이어진다는 것이다'. 즉, 연계 및 통합을 요구하는 조직은 서비스 질, 효율성, 접근성, 사용자통제, 욕구 충족 등을 위해서 연계 및 통합을 하는 조직에 도움을 요청하게 된다. 하지만 연계 및 통합을 요청 받는 기관의 입장에서 기존 역할에서 새로운 역할로 파편화 현상이 발생할 수 있다. 완전 통합할 경우에는 발생하지 않지만 연계 및 조정 모델에서는 새로운 기능을 수행해야 하는데서 어려움을 직면하게 된다.

넷째, 기관 간에 서로 맞지 않는 사항(a square peg and a round hole)은 통합할 수 없다는 것이다. 대표적으로 예산의 경우에 의료서비스는 사회보험(국민건강보험공단)에서 지원되고, 사회서비스의 경우에는 지자체 및 중앙정부의 조세에 의해서 충당된다면 의료서비스와 사회서비스를 연계 및 통합하기는 사실상 불가능 하다.

다섯째, 통합 주체는 조율을 담당해야 한다는 것이다. 다양한 서비스

공급주체들을 전문가 주도로 통합할 경우에 이를 이용하는 클라이언트는 새로운 서비스 및 전달체계에 대한 인식과 이해 과정을 통하여 사용하기까지 더 많이 전문가들에게 의존하게 된다. 이용자 입장에서 역량강화가 필요하며, 이용자를 위한 선택과 한계는 무엇인지 분명히 해야 한다. 특히 이용자가 서비스 제공 과정에 참여가 높아질수록 체계 내에서 자치권(autonomy)을 확보할 수 있다.

2. 노인 연합서비스 공급 모형

가. 서비스 대상

본 연구에서 제안하는 연합서비스의 대상은 장기요양서비스 대상자를 제외한 건강상의 문제로 인해 돌봄 및 보건·의료서비스에 대한 복합 욕구가 있는 노인을 대상으로 한다. 구체적으로는 본 연구 분석 결과, 복합적 욕구를 지닌 노인은 전체의 36.8%에 이르고 있으며, 복합적 욕구가 높은 노인 특성으로는 80세 이상 고연령군, 빈곤노인, 그리고 농어촌 거주노인 등으로 나타났다. 그리고 복합적 욕구를 지닌 노인 중 장기요양등급 인정을 받은 노인은 8.2%에 불과하였다.

장기요양서비스를 받는 노인의 경우, 장기요양체계 안에서 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호 등의 서비스가 접근 가능하고, 노인 연합서비스를 조세방식으로 진행하게 될 경우 사회보험방식인 장기요양서비스와의 중복의 문제도 제기될 수 있다. 그러므로 본 노인 연합서비스의 일차적 서비스 대상은 장기요양서비스 이용노인을 제외한 돌봄 및 보건의료서비스 욕구가 있는 노인으로 상정하여 이들 노인에 대한 직접적 혹은 간접적 서비스를 제공하는 모형을 제시하고자 한다. 그리고 장기요양

이용노인은 연합서비스의 이차적 대상으로 포함하여 장기요양보험에서 제공하지 못하는 서비스를 연계할 수 있도록 보완하고자 한다.

그러므로 연합서비스의 일차적 대상을 장기요양 이용 노인 이외의 복합적 욕구를 가진 노인으로 한정할 경우, 복합적 욕구의 장기화를 예방하여 장기요양서비스로의 진입을 지연시키고, 복합적 욕구 수준을 감소시킬 수 있다. 실례로 천안시와 아산시에서 등급외자 760명을 대상으로 보건의료 및 돌봄 서비스를 받은 노인의 경우 장기요양등급으로 편입되는 기간이 1,002일인 반면, 서비스를 전혀 이용하지 않는 노인은 738일 만에 등급자로 편입되었다(이재숙, 2015). 보건의료 및 돌봄 서비스를 통한 복합적 욕구에 대한 대응은 전혀 서비스를 받지 않는 경우보다 264일 정도의 장기요양등급내로 편입되는 기간을 연장하는 것을 실증적으로 검증한 것이다.

이와 함께 연합서비스 제도 설계에 있어 서비스 대상자 자격요건 선정은 복합적 욕구 이외에 추가적인 기준 혹은 우선적 지원 대상 선정 기준이 필요한 경우, 돌봄과 보건의료적 욕구를 가진 노인 중에서도 삼중 복합욕구(신체기능제약, 인지기능 저하 및 만성질환자)를 가진 노인을 핵심집단으로 할 수 있다. 이 밖에 복합적 욕구가 큰 연령집단인 75세 이상 혹은 80세 이상의 고령 노인을 연합서비스의 대상으로 제한하는 방안이나 빈곤 혹은 저소득 노인을 중심으로 한 차등적인 설계도 고려 가능하다.

〈표 4-21〉 노인 연합서비스 대상 집단 선정(안)

구분	복합적 욕구 여부에 따른 보편적 접근	욕구수준에 따른 선별적 접근	인구사회학적 특성 및 욕구수준에 따른 선별적 접근
핵심대상	복합적 욕구를 가진 노인(이중 및 삼중적 복합적 욕구 포함)	삼중 복합적 욕구를 지닌 노인	복합적 욕구를 지닌 후기노인(75세 이상 혹은 80세 이상 등)
일반대상	-	이중 복합적 욕구를 지닌 노인	65세 이상 노인 중 삼중 복합 욕구를 지닌 노인
2차 대상	장기요양 이용노인	장기요양 이용노인	장기요양 이용노인

나. 주요 서비스 내용

연합서비스에서 직접적으로 제공하거나 간접적으로 연계가 필요한 서비스로는 돌봄 및 보건의료서비스로 돌봄서비스에서는 현재 보건복지부에서 수행하고 있는 장기요양서비스나 노인돌봄종합서비스의 내용이 포함된다. 즉, 신체수발, 가사지원, 이동지원 등의 서비스가 노인돌봄서비스에 해당한다고 할 수 있다.

돌봄서비스 이외에 복합적 욕구를 가진 노인들이 필요로 하는 서비스로는 정기적인 건강상태 점검(혈압, 혈당체크 등), 만성질환관리, 건강증진 서비스(근력강화 운동 등), 예방서비스(낙상예방, 관절구축 예방, 인지기능 강화 등), 구강관리, 상담 및 교육(약물복용, 기구/장비 사용, 식단관리 등) 등이 있으나, 현재 우리나라 노인보건사업 안에서는 위와 같은 서비스가 활성화되지 않은 실정이다. 특히, 이중적 욕구집단에서 인지저하자이면서 만성질환을 가진 노인의 비중이 월등히 높은 점을 감안할 때, 치매예방을 위한 전문적인 서비스 개발과 보급이 시급하다고 할 수 있다.

그러므로 노인 대상의 연합서비스를 구축하기 위해서는 무엇보다도 현

재 지역사회에서 제공되지 않는 혹은 공급이 부족한 건강증진 및 보건의료서비스를 확대하고 건강과 관련한 복합적 욕구를 지닌 노인을 위한 종합적인 케어 플랜이 수립되어야 할 것이다. 그리고 이러한 과정 속에서 각 전문가 집단에 의한 다학제적 팀 접근이 원활하게 이루어질 수 있는 시스템이 구축될 필요가 있다.

〈표 4-22〉 노인 연합서비스 세부 서비스 내용(안)

구분	세부내용	관련 직종	
돌봄 서비스	- 신체수발 - 가사지원 - 이동지원 등	- 사회복지사 - 요양보호사	
보건의료 서비스	- 건강점검 - 만성질환관리 - 건강증진(근력강화, 운동 등) - 신체 및 인지예방서비스 - 구강관리 - 식단관리 - 상담 및 교육 등	- 의사 - 간호사 - 물리치료사 - 작업치료사 - 영양사 - 보건교육사	➡ 다학제적 팀 접근 필요

다. 연합서비스 제공기관

노인의 복합적인 건강 및 돌봄 욕구를 충족시키기 위한 전달체계로는 연합서비스 제공을 위한 노인 연합서비스지원센터 설치 및 운영을 제안하고자 한다. 노인 연합서비스지원센터를 새로운 전달체계로 설립하기보다는 기존의 전달체계에서 노인 연합서비스지원센터의 역할을 담당하기에 적합한 기관을 기능 전환 및 확대하는 방식이 실현가능성과 효율성이 높을 것으로 판단된다.

노인 연합서비스를 제공하기 위해 전국적으로 동일한 유형의 노인 연합서비스 지원센터를 설치할 수 있지만, 프랑스의 CLIC 모델이나 미국의

PACE 모델처럼 노인 연합서비스 지원센터의 유형을 선택할 수 있도록 자율성을 부여하는 방안도 고려할 수 있다. 예를 들면, 미국의 PACE 프로그램 제공기관의 사례에서도 병원, 지역사회기관, 장기요양보호 기관, 병원 협력 기관, 지역건강센터, 호스피스 기관, 보험회사 등 매우 다양하다. 그러므로 노인 연합서비스지원센터는 지역사회에서 돌봄 혹은 보건의료서비스를 제공하고 있는 기관이나 단체에서 운영가능하며, 사회복지기관, 치매전문기관, 정신보건기관, 병의원, 보건소 등 노인 돌봄 및 보건의료서비스를 제공하거나 연계할 수 있는 역량을 가진 기관을 선정하여 노인 연합서비스 지원센터 기능을 부여할 수 있다.

그리고 노인 연합서비스 지원센터의 설치 범위는 시군구로 대표되는 행정구역별 설치 방안이나 노인인구 수에 의한 권역별 설치방안(예를 들면, 노인 2만 명당 1개소 설치) 등이 고려가능하다. 그러나 노인인구 수에 의한 권역별 설치를 택할 경우, 노인인구밀도가 낮은 농어촌의 경우 서비스 제공지역 범위가 넓어져 서비스 제공의 어려움을 초래할 수 있다는 한계가 있다. 또는 노인의 접근성을 고려하여 일상생활권역으로 30분 내에 도착할 수 있는 인구 2~3만 명 당 1개소를 설치하는 방안도 고려할 수 있다. 이는 일본의 지역포괄센터 설치 범위로 중학교 설립 기준(인구2~3만 명 당 1개) 정도로 설치하는 것이며, 2012년 기준으로 전국적으로 7,072개의 포괄지원센터가 운영 중이다(황재영, 2015).

제3절 노인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안

노인 연합서비스지원센터의 역할과 기능은 노인 연합서비스 연계(linkage) 모델, 조정(coordination) 모델, 그리고 통합(integration) 모

델로 구분이 가능하다. 노인 연합서비스 지원센터의 유형은 Leutz(1999)가 미국과 영국의 의료 및 사회서비스의 통합사례를 통한 분석을 토대로 하고 있다. 연계(linkage)는 분절된 기존 체계를 유지하고 대상자의 욕구에 따라 공급주체 밖의 기관들과 연락을 통해서 필요한 서비스를 제공하는 방식이다. 조정(coordination)은 클라이언트에게 연속적 서비스를 제공할 수 있도록 포괄적 진단, 사례관리, 다학제 전문가 팀 운영, 통일된 서류 양식 등을 활용하여 서비스 분절 및 비연속성을 줄이도록 기관 간 협력하는 것이다(최종복, 김석준, 이경온, 2012). 통합(integration)은 전달체계와 재정을 단일화하여 서비스를 제공하는 방식이다(강창현, 2013).

〈표 4-23〉 노인 연합서비스 유형

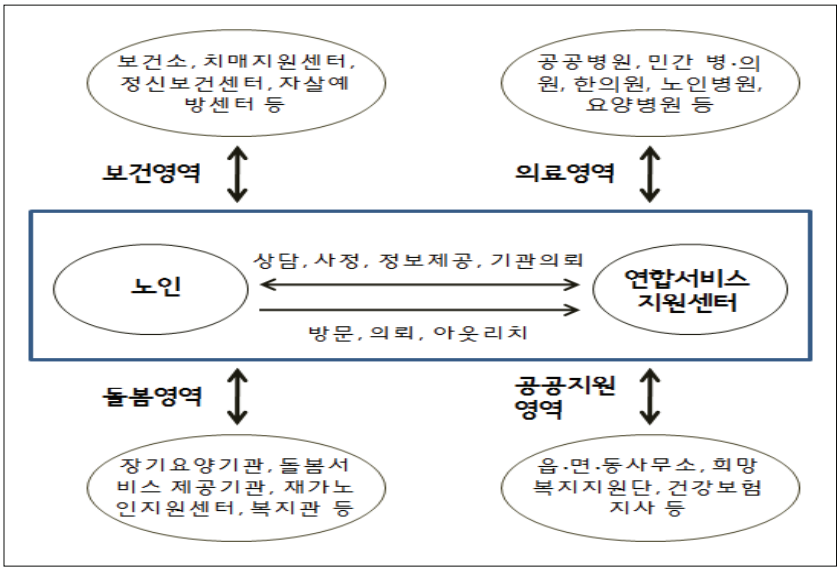
구분	연계(linkage)	조정(coordination)	통합(full integration)
특성	대상자의 자격기준, 재정, 급여범위, 운영규칙 등 독자적 결정 및 운영	연속적 케어 측면에서 포괄적 사정, 사례관리, 다학제적 팀 접근, 통일된 서류 사용	기관, 서비스, 재정 등을 단일 기관 하에서 통합 및 운영
전달체계	기관 간 연계 협력	기관 간 역할 및 책임에 대한 협의체 구성 사례관리자 및 연계 담당 직원	통합전달체계 구축 다학제간 팀 또는 슈퍼 사례관리사

1. 노인 연합서비스 연계(linkage) 모델

노인 연합서비스 제공체계는 노인 연합서비스 지원센터가 지역사회에 복합적 건강문제를 가지고 있는 노인을 발굴(아웃리치, 의뢰, 직접 방문 등)하고, 관련 문제를 사정(장기요양등급, 건강상태, 영양상태, 보건복지서비스 이용 등)하고, 상담 및 정보제공(지역사회 공공 및 민간의 의료,

보건, 돌봄 서비스 등)하고, 적절한 기관에 의뢰하는 역할을 수행한다. 사정 및 상담 결과를 활용하여 지역사회에 거주하기 위해 필요한 돌봄서비스(연계 기관: 지역사회복지관, 재가노인복지시설, 재가노인지원센터), 보건서비스(연계 기관: 보건소), 의료서비스(연계 기관: 병원, 의원, 한의원, 노인병원) 등의 기관들과 상시적인 의사소통 체계를 구축하여 복합적 건강문제를 가진 노인을 적절한 서비스제공 기관에 의뢰하는 역할을 담당한다.

[그림 4-7] 노인 연합서비스 연계(linkage) 모델

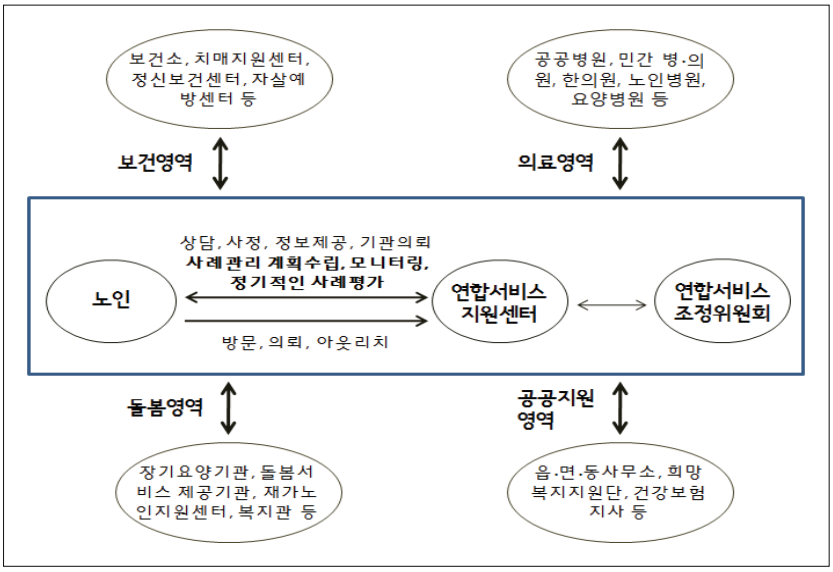


연계모델은 현재 지역사회 안에서 이루어지고 있는 일차적인 사례관리의 형태와 유사하지만, 노인연합서비스지원센터에서 건강문제를 가진 노인관련 돌봄과 보건의료서비스의 욕구를 진단하고, 이에 맞는 상담과 정보제공, 그리고 노인과 서비스 제공기관을 연결한다는 점에서 차이가 있

다. 또한 연계모델에서 필요한 인력은 대상자 발굴, 사정, 상담, 정보제공과 서비스 연계를 담당할 사회복지사, 간호사 등이 요구된다.

연계모델의 운영 방식으로는 앞에서도 언급했듯이 지역사회에서 돌봄 혹은 보건의료서비스를 제공하고 있는 사회복지기관, 치매전문기관, 정신보건기관, 공공 혹은 민간 병·의원, 보건소 등 중에서 노인연합서비스를 연계할 수 있는 역량을 가진 기관을 지자체별로 자율적으로 선정하여 노인 연합서비스지원센터 역할을 부여할 수 있다.

[그림 4-8] 노인 연합서비스 조정(coordination) 모델



2. 노인 연합서비스 조정(coordination) 모델

노인 연합서비스 조정(coordination) 모델은 연계모델에서 수행하는 건강상의 복합적 욕구를 가진 노인을 발굴하고, 문제를 사정하고, 노인에

게 적절한 정보제공과 상담을 제공하는 역할을 수행하면서 사례관리(case management)를 제공하는 기능이 추가된다. 노인의 건강상의 욕구와 필요를 측정하고 노인에게 필요한 서비스와 관련 기관을 연결하는 부분까지는 연계 모델과 동일하지만, 건강상의 문제가 있는 노인을 대상으로 한 개별적인 서비스 제공계획을 수립하고 지속적으로 관리하는 것이다. 노인의 건강상의 문제해결을 위해 지역사회 내 관련 기관에 의뢰한 이후 노인이 각 기관에서 받는 서비스를 지속적으로 모니터링하고 노인의 건강상태 변화나 욕구나 필요 변화를 정기적으로 체크함으로서 서비스 변화나 종결까지 관여해야 한다.

조정모델에서 제공하는 사례관리는 조정위원회와 조정자(coordinator)의 역할이 중요하다. 조정위원회는 노인 건강문제에 대한 전문성이 있는 다학제간 전문가로는 구성되며, 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등이 참여할 수 있다. 조정운영회는 지역사회 공공 및 민간 자원의 협력체계를 구축하여 정기적으로 실시한다. 조정자는 전문 사례관리 교육을 받은 사회복지사와 간호사 등의 전문가가 담당할 수 있으며, 대상자 사정, 상담, 정보제공과 함께 사례관리 계획서 수립, 기관 연결, 기관의 서비스 제공 모니터링, 정기적인 욕구사정 등의 업무를 수행해야 한다. 다학제간 전문가 조정위원회 운영을 통해서 복합 욕구를 갖고 있는 노인을 위한 다양한 서비스를 연계·조정 할 수 있도록 조정자를 자문 및 지원한다.

조정모델의 운영 방식의 예로는 지역사회에서 노인돌봄이나 보건의료 서비스 사례관리 수행역량이 충분한 기관을 선정하여 역할과 기능을 부여할 수 있지만, 조정역할에서는 사례관리 계획을 수립하고 서비스제공 기관의 서비스 제공과정을 지속적으로 모니터링한다는 점에서 공공성이 확보될 필요는 있다. 그러므로 현재 공공사례관리를 담당하고 있는 희망

복지지원단의 역할과 기능을 확대하여 노인의 건강상의 돌봄·보건의료서비스의 조정 역할을 부여하는 방안도 고려가능하다. 또는 건강상의 문제가 있는 저소득 노인을 대상으로 할 경우, 희망복지지원단과 의료급여사례관리지원단과의 협력체계를 구축하여 노인의 건강상의 문제에 대한 지속가능한 지원체계를 마련하는 방식도 고려할 수 있다.

3. 노인 연합서비스 통합(integration) 모델

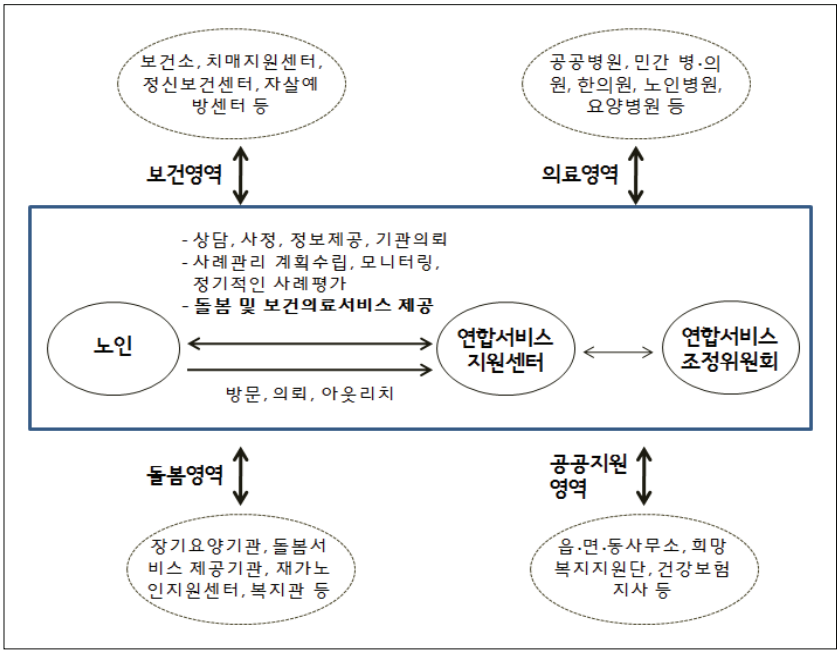
연계모델이나 조정모델은 기본적으로 대상자 발굴과 사정과 진단, 상담과 정보를 제공하고, 노인의 건강상의 필요에 따라 지역사회 내 기관으로의 연결을 하거나, 타 기관에서 제공하는 서비스를 조정·관리하는 간접적인 서비스 제공의 역할을 담당하는 모델이다. 그러나 노인 연합서비스 통합(integration) 모델은 기본적인 돌봄 및 보건의료서비스를 연합서비스지원센터에서 직접적으로 제공하는 모델이라 할 수 있다.

통합모델의 예로 미국의 PACE 제공 센터에서는 다학제간 전문가 팀으로 주치의, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 오락 치료 또는 활동 코디네이터, 영양사, PACE 센터 슈퍼바이저, 가정 간호 관계자, 개인보호 보조원, 운전기사 등이 참여하고 있다(U.S Center for Medicare & Medicaeid Service, 2015). 다학제간 전문가 팀을 통해서 주간 보호서비스, 치과서비스, 응급서비스, 방문간호, 병원치료, 엑스레이, 식사지원, 의사진료, 요양시설보호, 영양상담, 작업치료, 물리치료, 약 처방, 예방적 돌봄, 사회서비스(예: 돌봄자 교육, 사회적 지지집단, 단기보호서비스), 사회복지상담, 교통서비스 등의 돌봄, 보건, 의료 서비스를 제공할 수 있다.

통합모델의 운영 방안으로 노인 대상의 보건복지사무소 운영시스템을 발전시키거나 의료서비스 제공기관과 돌봄서비스 제공기관과의 컨소시

엄 구성 등을 고려해볼 수 있다. 1990년대 중후반에 시범사업으로 실시되었던 보건복지사무소의 한계를 보완하고, 서비스 대상으로 노인으로 국한시켜 하나의 전달체계 안에서 노인에게 필요한 돌봄 및 보건의료서비스 제공체계를 구축하는 것이다. 또 다른 방식으로는 국립·도립병원이나 민간의 중·소병원이 지역 내 사회서비스 제공기관과의 컨소시엄 형태로 노인연합서비스지원센터를 운영하도록 하는 방안도 고려할 수 있다.

[그림 4-9] 노인 연합서비스 통합(integration) 모델



제 5 장

장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색

제1절 장애인 연합서비스 지원 대상의 표적화
제2절 장애인 연합서비스 공급 모형의 탐색
제3절 장애인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안

5 장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 탐색

제1절 장애인 연합서비스 지원 대상의 표적화

1. 들어가며

장애인은 장애로 인하여 본인 스스로의 신변처리나 사회 구성원으로서 지역사회 참여 활동에 제한이 있는 경우가 많다. 따라서 타인의 도움을 필요로 하는 장애인이 최대한 본인 스스로 자신의 삶을 관리하고, 자립생활을 통한 자기실현이 가능하기 위해서는 돌봄지원(활동지원)이 무엇보다 중요하다(황주희, 2015). 장애인의 돌봄과 관련된 최근의 변화는 2011년 장애인활동지원제도의 도입 이후 활동보조인이나 요양보호사와 같은 공적 돌봄서비스 제공자에 의한 도움이 확대되고 있다는 점이다. 2014년 장애인실태조사 결과에 따르면 활동보조인이나 요양보호사와 같은 '공적 돌봄서비스 제공자'를 주된 돌봄지원의 도움제공자로 응답한 경우는 13.1%로 2005년의 3.8%와 비교했을 때 3배 이상 높아졌다. 그러나 일상생활 수행을 위해 다른 사람의 도움을 받고 있는 경우, 제공받는 도움이 '부족하다' 또는 '매우 부족하다'고 느끼는 장애인은 2014년 41%로 2005년 42.5%와 비교했을 때 큰 차이가 없었다. 이는 장애인의 돌봄서비스 충족도가 여전히 낮음을 의미한다고 볼 수 있다.

장애인은 기본적으로 신체적 기능이 저하되어 있어 질병에 노출되기 쉽고, 인지능력과 지각능력이 저하된 경우에는 지속적인 약물 및 치료를 요하는 경우가 많아 보건 및 의료적 욕구가 높은 것으로 알려져 왔다(김

윤, 이진용, 이범석, 김완호, 이진석, 문남주 등, 2005). 특히 장애인은 장애라고 하는 일차적인 조건으로 인해 간접적이고 직접적으로 유발되는 이차적인 증상(장애)에 쉽게 노출될 수 있어(이은경, 2011, 재인용), 장애인의 건강증진을 위한 보건·의료적 필요는 비장애인에 비해 클 수밖에 없다.

그러나 우리나라의 보건·의료 체계는 공공부조제도인 「의료급여」[30]를 제외하고는 주로 전국민 「국민건강보험법」 아래에서 민간의료 자원에 의해 주도되고 있다. 이 외에 정부는 일부 취약계층을 대상(주로 소득수준 기준)으로 진료사업 및 진료비 지원 사업 그리고 건강보험의 장애인 관련 급여 항목의 확대와 같은 지원방법을 택하고 있다. 즉, 장애인과 같은 의료취약계층을 위한 보건·의료분야의 공공성을 확대하는 대신 기존 제도의 확대와 저소득 장애인을 대상으로 한 추가 의료비 지원 등의 간접적인 방식으로 장애인의 보건·의료 이슈에 대응하고 있는 실정이다. 실제 장애관련 법이 10개 이상 존재하지만 이들의 보건·의료(건강)관련 법은 아직 마련되어 있지 않은 상황이며, 장애인은 장애 유형과 정도 등 장애 특성에 따라 이차장애 및 동반질환 등 각기 다른 건강문제와 필요로 하는 건강관련 서비스가 다르지만 장애유형별·생애주기별에 따른 체계적인 건강증진 및 질병관리 서비스 등 보건·의료영역의 지원정책 및 전달체계에 대한 방향은 아직 명확하게 설정된 바가 없다.

앞서 언급하였듯이, 현재 장애 인구는 지속적으로 증가하고 있으며, 장애노인의 비율도 점차 확대되고 있어 장애인의 돌봄·보건·의료에 대한 욕구는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 정부는 장애인의 돌봄 욕구의

30) 우리나라는 1977년 「의료보호법」 제정과 함께, 기초생활이 보장되지 않는 빈자를 보호하기 위해 국민기초생활수급자 및 그 외(유공자 등) 저소득층이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우에 국가재정으로 의료비를 지원하는 공공부조제도인 의료급여를 시행하고 있다. 2011년 의료보장 전체 인구를 살펴보면, 국민건강보험가입자는 96.8%, 의료급여 수급자는 3.2%이나, 장애인구 중 기초생활보장 수급자 비율은 21.2%(2012년 기준), 의료급여 수급 장애인은 16.9%로 높다(호승희 외, 2013).

해소를 위해 2011년 장애인 활동지원제도를 도입하였고, 이로 인해 장애인의 사회활동 및 참여가 일정부분 증진되고 있는 것도 사실이다. 그러나 여전히 돌봄과 보건·의료분야의 개별적 전달체계 및 분절적 서비스 제공 그리고 전문가 집단의 이질성은 지역사회 안에서 생활하고 있는 장애인의 건강하고 독립적인 삶과 지역사회 참여에 커다란 장벽이 되고 있다.

따라서 본 장에서는 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대응하기 위한 포괄적 모형으로 연합서비스 공급모형을 고민하였으며, 지역사회에 살고 있는 장애인 중 일상생활의 수행에 있어 타인의 도움을 필요로 하고, 보건·의료 욕구가 높아 지역사회 차원의 적극적 지원이 필요한 인구집단을 우선 대상으로 하여 이들의 특성과 욕구에 맞는 돌봄, 보건·의료 연합서비스 공급모형을 개발·제시해 보았다. 이를 위해 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용 현황 및 공급실태를 분석·진단하여, 이용자 중심의 개별적이고 통합적인 서비스 제공이 가능하고, 장애인의 접근이 용이하며, 지속적인 서비스 제공이 이루어져 궁극적으로 장애인의 적극적인 지역사회참여 확대와 독립적이고 건강한 삶의 증진이 가능할 수 있는 연합서비스 공급모형을 제안하고자 한다.

본격적인 분석 및 논의에 앞서 본 장에서 설정하고 있는 연구범위를 우선 정리해보면 다음과 같다. 우선, 지역사회에 살고 있는 장애인의 돌봄·보건·의료서비스의 범위를 다음과 같이 설정하였다(표 5-1 참고).

장애인의 돌봄서비스라 함은 일상생활 및 사회생활을 영위하는데 있어 타인의 도움을 필요로 하는 장애인에게 사회적 지원을 제공하는 서비스를 뜻하며, 이에 해당되는 서비스로는 바우처 형식의 제공방식으로 제공되는 장애인활동지원서비스와 장애인복지관에서 운영하고 있는 주간보호프로그램을 들 수 있다. 장애인활동지원서비스의 목적은 신체적·정신적 장애로 인하여 혼자서 일상생활과 사회생활이 어려운 장애인에게 활동지

원급여를 제공함으로써 자립생활과 사회참여를 지원하고, 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질 증진을 꾀하고 있으므로(장애인활동지원 홈페이지, 2015), 장애인 대상 대표적인 돌봄서비스라 할 수 있다. 또한 주간보호서비스는 "일상생활 및 사회생활을 영위하는데 지원이 필요한 장애인에게 낮 시간 동안 재활프로그램 및 교육 등의 기회를 제공하고, 또한 장애인 가족 구성원이 안심하고 사회·경제활동을 영위할 수 있도록"(보건복지부, 2014d, p.129) 제공하는 서비스로 주간보호서비스도 장애인 대상 돌봄서비스로 볼 수 있다.

장애인의 보건·의료서비스[31]는 그 내용상 비장애인과 구별되지 않으며 장애인의 건강한 삶과 일상생활의 안정을 위해 필요한 건강관리를 지원하기 위한 다양한 서비스를 포함한다(김용득, 양숙미, 이승기, 김완호, 남세현, 안성준 등, 2013). 특히 의료서비스는 일반인과 마찬가지로 건강검진과 진료와 같은 예방서비스 그리고 이에 대한 처치 및 수술 등을 포함한다. 일반적으로 의료서비스는 민간 병·의원 및 종합병원, 공공의료기관, 국립재활원 등을 통해 제공받는다.

이 외에 장애인 대상 보건서비스는 2012년부터 국립재활원의 장애인 건강증진센터를 통해 시행되고 있으나, 직접서비스 제공이 아닌 건강관리서비스 제공을 위한 장애인 건강증진프로그램 개발·보급 사업들이 있다. 또한 건강실태조사와 이차적인 장애발생을 예방하기 위한 생애주기별 건강관리체계 개발 사업이 있다. 이 외에 장애인복지관 및 보건소에서는 신체의 움직임 향상 및 통증의 완화를 위하여 물리치료나 작업치료 서비스를 제공하고 있으며, 장애인복지관에서는 기관마다 차이는 있으나 수중재활운동이나 재활스포츠 등 다양한 재활운동 관련 서비스를 제공하

31) 일반적으로 장애인 대상 보건·의료서비스에는 보조기구 지급 사업들이 포함된다. 그러나 본 연구에서는 장애인의 돌봄·보건·의료의 통합을 통한 연합서비스 제공에 초점을 맞춘 모형을 설정하는 데에 주목적이 있어 보조기구 지급 사업은 제외하였다.

고 있다.

일반적이지는 않으나 2012년부터 국립재활원(병원)에서 시행하고 있는 사회복귀지원서비스는 병원에서의 집중적인 의료서비스 이후에 조속히 가정으로 복귀할 수 있도록 지원하는 서비스로, 병원입원기간을 줄이고 불필요한 재입원을 감소시키기 위한 목적으로 운용되고 있다. 서비스 내용으로는 지역사회자원과 연계, 지원연계, 정보제공, 가족지원, 심리·정서지원, 사회생활지원, 재활스포츠 체험 그리고 일상생활 체험 프로그램 등이 있다(국립재활원 홈페이지, 2015).

〈표 5-1〉 장애인의 돌봄·보건·의료서비스의 범위

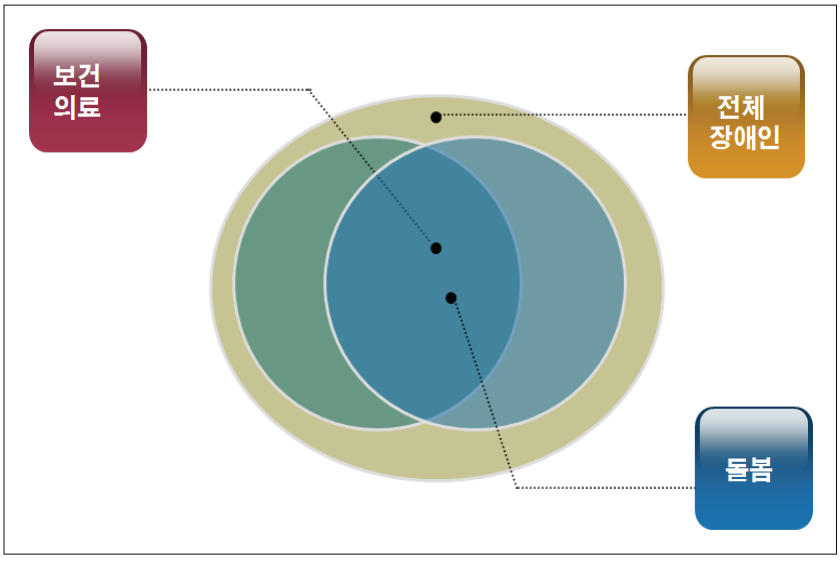
서비스 구분	서비스 내용	제공기관
돌봄서비스 (장애인활동지원서비스, 주간보호(활동))	- 일상생활지원서비스(활동보조, 이동지원, 방문목욕, 방문간호 등) - 주간보호	- 활동지원서비스 제공기관 - 장애인복지관 등
보건서비스	- CBR 사업 - 물리치료, 작업치료, 재활운동 등 - 사회복귀지원서비스 등	- 장애인복지관 - 보건소 - 국립재활원 등
의료서비스	- 검진(건강검진 포함) - 치료 및 처치(수술 등) - 재활 등	- 병·의원 - 공공의료원 - 종합병원 **- 국립재활원**

일반적으로 장애인은 비장애인에 비해 돌봄·보건·의료에 대한 욕구가 높다. 그러나 장애인은 장애유형 및 정도, 연령, 성, 개인의 사회·경제적 환경 등에 따라 너무도 상이한 욕구를 가지고 있어 이들의 욕구를 모두 반영한 프로그램 혹은 서비스 내용을 설정하기가 매우 어려운 것이 특징이다. 즉, 장애인구가 가지는 다양성 및 욕구의 복합성은 새로운 프로그램이나 서비스 내용을 고민하고 설계하고 이를 실행하는데 있어 모든 장

애 인구로부터 원래 목적하던 결과를 기대하기는 데에 많은 어려움을 초래하기도 한다.

따라서 본 연구에서는 전체 장애인구 중 돌봄·보건·의료 욕구가 높은 집단을 선별하고 이들의 보건·의료 욕구를 바탕으로 관련된 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 이들의 돌봄 상황을 함께 고려하여야 한다는 통합적 관점을 바탕으로 공급모형을 꾀하였다. 이는 이용자 중심의 서비스 공급모형을 고민했다는 점에서 bottom-up 형태의 모형이라 할 수 있다.

[그림 5-1] 장애인 돌봄·보건·의료 서비스 복합 욕구 집단의 개념적 구분



2. 복합 욕구를 갖는 장애인의 규모 및 특징

본 연구에서는 장애인의 욕구에 대응하는 이용자 중심의 연합서비스 제공이 이루어질 수 있도록 표적 집단을 선정하고, 이들의 서비스 이용

실태 및 욕구에 맞는 연합서비스 공급모형을 설정하고자 하였다. 우선 본 절에서는 2014년 장애인실태조사를 이용하여 표적 집단을 구체화하였고, 이들 집단의 특성 파악을 위하여 실태조사 분석 결과와 2011년 건강보험데이터 분석 결과를 제시하였다. 장애인 연합서비스 지원 대상 표적화를 위한 분석의 진행 과정은 다음의 4단계로 구분된다.

첫째, 2014년 장애인실태조사 데이터 분석을 통하여 전체 재가 장애인을 대상으로 (1단계) 돌봄서비스 수요 실태와 (2단계) 보건·의료서비스 수요실태를 알아보았다. 이후 (3단계) 욕구 유형(① 돌봄·보건·의료 욕구가 모두 있는 대상, ② 돌봄 욕구만 있는 대상, ③ 보건·의료 욕구만 있는 대상, ④ 미상)별 서비스 수요실태를 분석한 후 이를 기초로 하여 돌봄·보건·의료 부문의 복합적 욕구가 높은 표적 집단을 선별하였다. 그 결과, 본 연구에서는 (3단계) 까지 분석결과를 바탕으로 연합서비스의 표적 집단을 뇌병변장애인으로 선별하였으며, (4단계) 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료서비스 수요실태 분석 결과는 장애인대상(뇌병변장애인) 연합서비스 공급모형의 서비스 내용을 구성하기 위한 기초자료로 활용하였다.

가. 장애인 돌봄서비스

장애인 연합서비스 지원의 우선 대상을 표적화하기 위한 분석 과정에서 본 연구는 2014년 장애인실태조사 자료 중 돌봄 필요(일부 돌봄 필요+대부분 돌봄 필요+거의 모든 일 돌봄 필요)하다고 응답한 대상을 '돌봄 필요' 집단으로 조작적 정의하였다. 전체 장애인 중 '돌봄 필요' 인구는 32.2%로 나타났다. 이들의 성별에 따른 장애인의 돌봄 필요 여부를 살펴보면, 남자(29.3%) 보다 여자 장애인(35.9%)의 경우 돌봄을 더욱 필요로 하는 것으로 나타났다.

〈표 5-2〉 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: 명, %)

돌봄 불필요				돌봄 필요						계	
모든 일상생활 혼자함		대부분 일상생활 혼자함		일부 남의 도움 필요		대부분 남의 도움 필요		거의 모든 일 남의 도움 필요			
빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
3,491	51.2	1,133	16.6	1,193	17.5	581	8.5	426	6.2	6,824	100
67.8				32.2						100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

〈표 5-3〉 성별에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
성별	남자	70.7	29.3	100	34.405(1) .000
	여자	64.1	35.9	100	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

장애유형에 따른 장애인의 돌봄 필요 유무를 살펴보면, 돌봄 필요 인구 비중이 가장 높은 장애유형은 자폐성장애(86.9%)였으며, 다음은 지적장애(81.9%), 뇌병변장애(70.3%), 정신장애(51.1%), 심장장애(50.0%)의 순이었다. 언어장애, 자폐성장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루요루장애, 뇌전증 등의 경우 사례가 많지 않아 해석에 주의가 필요하다.

〈표 5-4〉 장애유형에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
장애 유형	지체장애	82.6	17.4	100.0	1442.497 (14) .000
	뇌병변장애	29.7	70.3	100.0	
	시각장애	68.5	31.5	100.0	
	청각장애	70.8	29.2	100.0	
	언어장애	53.4	46.6	100.0	
	지적장애	18.1	81.9	100.0	
	자폐성장애	13.1	86.9	100.0	
	정신장애	48.9	51.1	100.0	
	신장장애	75.9	24.1	100.0	
	심장장애	50.0	50.0	100.0	
	호흡기장애	52.2	47.8	100.0	
	간장애	95.1	4.9	100.0	
	안면장애	100.0	0.0	100.0	
	장루요루장애	72.5	27.5	100.0	
	뇌전증	58.6	41.4	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료 재분석

장애등급에 따른 장애인의 돌봄 필요 여부를 살펴보면, 장애등급 1급의 경우 90.3%, 2급(62.2%), 3급(41.8%)의 순으로 돌봄 필요 인구 비중이 높았다. 전체적으로 장애등급이 높을수록 돌봄 필요 인구의 비중이 높은 경향을 보였다(표 5-5 참조). 한편, 연령에 따라서는 20세 미만(76.2%) 집단에서 돌봄 필요 인구 비중이 가장 높았으며, 다음은 20~40세 미만(38.5%), 65세 이상(36.4%), 40~65세 미만(21.7%)의 순이었다(표 5-6 참조). 그리고 장애의 발생 시기에 따른 장애인의 돌봄 필요 여부

는 발달기 장애발생 인구(39.1%)의 돌봄 필요 비중이 가장 높았으며, 다음은 고령기(35.0%), 성인기(21.2%)의 순이었다(표 5-7 참조). 또한 장애의 기간에 따른 장애인의 돌봄 필요 유무를 살펴보면, 장애 기간 5년 미만(44.5%)의 돌봄 필요 인구 비중이 가장 높았으며, 40년 이상 장애집단의 돌봄 필요(29.1%)가 가장 낮았다(표 5-8 참조).

〈표 5-5〉 장애등급에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
장애 등급	1급	9.7	90.3	100.0	1798.705(5) .000
	2급	37.8	62.2	100.0	
	3급	58.2	41.8	100.0	
	4급	78.2	21.8	100.0	
	5급	84.9	15.1	100.0	
	6급	91.1	8.9	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

〈표 5-6〉 연령에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
연령	20세 미만	23.8	76.2	100.0	414.243(3) .000
	20~40세 미만	61.5	38.5	100.0	
	40~65세 미만	78.3	21.7	100.0	
	65세 이상	63.6	36.4	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

〈표 5-7〉 장애 발생 시기에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
장애 발생 시기	발달기(22세 이하)	60.9	39.1	100.0	163.108*(2) .000
	성인기(23~49세 이하)	78.8	21.2	100.0	
	고령기(50세 이상)	65.0	35.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

〈표 5-8〉 장애기간에 따른 장애인 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
장애기간	5년 미만	55.5	44.5	100.0	54.601(3) .000
	5~19년	69.6	30.4	100.0	
	20~39년	66.5	33.5	100.0	
	40년 이상	70.9	29.1	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

장애인의 일상생활 도와주는 사람이 있는지를 확인한 결과, 전체 응답 장애인의 85.2%가 일상생활 도와주는 사람이 있다고 응답한 반면, 14.8%는 없는 것으로 나타났다. 돌봄의 필요 여부에 따라 장애인의 일상생활 도와주는 사람이 있는지 살펴본 결과, 돌봄 필요 집단 중 96.7%가 일상생활 도와주는 이가 있었으나, 3.3%는 도움을 받을 수 있는 상황이 안 되었다. 즉, 돌봄이 필요한 장애인 중 실제로 일상생활에서 도와주는 이가 없는 경우가 3.3% 수준으로 추정된다(표 5-10 참조).

〈표 5-9〉 장애인의 일상생활 도와주는 사람의 유무

(단위: %, 명)

구분		빈도	%
일상생활 도와주는 이 유무	예	2,840	85.2
	아니오	493	14.8
계		3,333	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

〈표 5-10〉 장애인의 돌봄 필요 여부에 따른 일상생활 도와주는 사람 유무

(단위: %)

구분		돌봄 필요 유무		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
일상생활 도와주는 이 유무	예	62.9	96.7	85.2	674.943(1) .000
	아니오	37.1	3.3	14.8	
계		100.0	100.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석.

장애인의 일상생활을 도와주는 사람은 배우자 또는 부모(61.0%)가 가장 많았으며, 이어서 기타 가족원(23.4%), 기타 공적지원(10.3%), 활동보조인(2.7%), 친척, 이웃, 친구(2.6%) 등의 순이었다. 특히 돌봄이 필요하다고 응답한 돌봄 필요 집단의 도와주는 사람은 기타 가족(23.8%), 활동보조인(3.4%), 기타 공적지원(13.3%)의 비중이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

〈표 5-11〉 장애인의 일상생활을 도와주는 사람과의 관계

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
도와주는 사람	배우자·부모	1,684	61.0
	기타가족	645	23.4
	친척, 이웃, 친구	72	2.6
	활동보조인	75	2.7
	기타공적지원	284	10.3
계		2,760	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-12〉 장애인의 돌봄 필요 정도에 따른 일상생활 도와주는 사람

(단위: %)

구분		돌봄 필요 유무		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
도와주는 사람	배우자·부모	71.5	57.4	61.0	103.559(4) .000
	기타가족	22.2	23.8	23.4	
	친척, 이웃, 친구	3.8	2.2	2.6	
	활동보조인	0.8	3.4	2.7	
	기타 공적지원	1.7	13.3	10.3	
계		100.0	100.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

현재 일상생활을 영위하면서 돌봄의 충분 정도를 분석결과, 응답자 중 58.8%가 충분하다(매우 충분+충분), 41.2%가 부족하다(매우 부족+부족)고 응답하여 충분하다는 응답이 약간 많았다(표 5-13 참조). 특히 돌봄 필요에 따른 현재 돌봄 충분도를 살펴보면, 돌봄 필요 집단에서 돌봄이 충분하다(매우 충분+충분)고 응답한 비율이 47.8%였고, 52.2%가 부

족하다(매우 부족+부족)고 응답하여 부족하다는 응답의 비율이 다소 높았다(표 5-14 참조).

〈표 5-13〉 장애인의 현재 돌봄 충분도 인지 수준

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
현재 돌봄 충분도	매우 충분하다	158	5.6
	충분하다	1,510	53.2
	부족하다	1,017	35.7
	매우 부족하다	155	5.5
계		2,840	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-14〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 현재 돌봄 충분도

(단위: %)

구분		돌봄 필요 유무		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
현재 돌봄 충분도	매우 충분하다	2.1	6.6	5.5	160.160 (3) .000
	충분하다	19.6	41.2	35.8	
	부족하다	68.6	48.0	53.2	
	매우 부족하다	9.7	4.2	5.6	
계		100.0	100.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애인의 일상생활 지원을 위해 향후 외부인의 도움을 받거나 돌봄 제공 서비스의 이용 의향을 살펴보면, 서비스 이용에 따르는 경제적 부담이 없다면 이용하겠다는 응답이 47.9%로 가장 많았으며, 이용 의향이 없다

고 응답한 경우는 40.8%였다. 돌봄 필요에 의해 외부인의 도움을 유료의 경우라도 이용하겠다는 응답은 11.3%에 불과하였다(표 5-15 참조). 돌봄 필요에 따라 돌봄 필요 유무에 따른 외부인 이용 의향 분석결과, 돌봄 필요 집단의 경우 무료라면 이용하겠다는 응답(55.6%)이 높았으며, 유료라도 이용(15.5%)의 비중이 상대적으로 매우 높았다(표 5-16 참조).

〈표 5-15〉 장애인의 외부 도움 이용 의향(무료 vs 유료)

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
외부인 이용 의향	무료라면 이용	1,596	47.9
	유료라도 이용	376	11.3
	필요 없다	1,360	40.8
계		3,332	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-16〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 외부 도움 이용 의향

(단위: %)

구분		돌봄 필요 유무		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
외부인 이용의향	무료라면 이용	32.9	55.6	47.9	405.661(2) .000
	유료라도 이용	3.2	15.5	11.3	
	필요 없다	64.0	28.9	40.8	
계		100.0	100.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

이어서 2014년도 장애인 실태조사 자료 중에서 장애인 활동지원서비스 이용 경험 사례를 보다 심층적으로 살펴보았다. 전체 응답 장애인 중

2.8%가 활동지원서비스 경험이 있다고 응답하였다. 돌봄 필요 유무에 따른 활동지원서비스 이용 경험을 살펴보면, 돌봄 필요 장애 집단의 8.0%가 활동지원서비스 이용 경험이 있는 것으로 나타나, 전체 장애인 이용률에 비해 높았지만 공적 서비스 이용 경험은 매우 제한적이라는 것을 확인할 수 있다(표 5-17, 5-18 참조).

〈표 5-17〉 장애인의 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		빈도	%
활동지원서비스 이용경험	있다	193	2.8
	없다	6,631	97.2
계		6,824	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-18〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
활동지원서비스 이용경험	있음	0.4	8.0	100.0	315.980(1) .000
	없음	99.6	92.0	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

지금까지의 돌봄서비스 수요는 전체 장애인 집단을 대상으로 살펴보았다면 이어서 돌봄 필요 집단(32.2%)만을 분석해 본 결과이다. 먼저 장애유형에 따른 활동지원서비스 이용 경험에 대한 분석결과를 〈표 5-19〉에 제시하였다. 돌봄이 필요한 인구 중 활동지원서비스 경험 비중이 가장 높

은 장애유형은 자폐성장애(41.5%)였으며, 다음은 시각장애(13.0%), 지적장애(11.0%)의 순이었다. 활동지원서비스 이용경험 비중이 낮은 장애유형은 심장장애(0%), 간장애(0%), 장루요루장애(0%), 뇌전증(0%), 청각장애(1.4%)였다. 언어장애, 자폐성장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루요루장애, 뇌전증 등의 경우 사례가 많지 않아 해석에 주의가 필요하다. 한편, 돌봄 필요 집단의 장애등급에 따른 활동지원서비스 이용경험 분석결과, 활동지원서비스 경험은 1급(30.2%), 2급(5.6%), 3급(2.4%)의 순이었다.

〈표 5-19〉 장애유형에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		활동지원서비스 경험		계
		있다	없다	
장애유형	지체장애	5.3	94.7	100.0
	뇌병변장애	8.2	91.8	100.0
	시각장애	13.0	87.0	100.0
	청각장애	1.4	98.6	100.0
	언어장애	7.4	92.6	100.0
	지적장애	11.0	89.0	100.0
	자폐성장애	41.5	58.5	100.0
	정신장애	4.4	95.6	100.0
	신장장애	6.3	93.8	100.0
	심장장애	0.0	100	100.0
	호흡기장애	9.1	90.9	100.0
	간장애	0.0	100	100.0
	장루요루장애	0.0	100	100.0
	뇌전증	0.0	100	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-20〉 장애등급에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		활동지원서비스 경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
장애 등급	1급	30.2	69.8	100.0	326.815(5) .000
	2급	5.6	94.4	100.0	
	3급	2.4	97.6	100.0	
	4급	0.9	99.1	100.0	
	5급	0.5	99.5	100.0	
	6급	0.7	99.3	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

연령에 따른 돌봄 필요 집단의 활동지원서비스 이용 경험은 연령이 높을수록 활동지원서비스 경험 비중이 낮아지는 경향을 보였다(표 5-21 참조). 한편 장애발생시기가 이를수록 활동지원서비스 경험 비중이 높아지는 경향을 보였다(표 5-22 참조).

〈표 5-21〉 장애인의 연령에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		활동지원서비스 경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
연령	20세 미만	22.4	77.6	100.0	129.671(3) .000
	20~40세 미만	16.1	83.9	100.0	
	40~65미만	10.3	89.7	100.0	
	65세 이상	2.6	97.4	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-22〉 장애 발생 시기에 따른 활동지원서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		활동지원서비스 경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
장애 발생시기	발달기(22세 이하)	15.3	84.7	100.0	96.281(2) .000
	청장년기(23~49세)	8.3	91.7	100.0	
	고령기(50세 이상)	2.5	97.5	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-23〉은 2014년 장애인 실태조사 자료 중에서 주간보호서비스 이용 경험 및 이용 현황을 제시한 것이다. 전체 응답 장애인 중에서 주간보호 이용 경험이 있는 응답자는 1.0%에 불과하였으나, 주간보호 이용을 희망하는 응답자는 8.4%로 나타났다.

〈표 5-23〉 장애인의 주간보호서비스 이용 경험 및 희망 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
주간보호 이용경험	있다	68	1.0
	없다	6,756	99.0
계		6,824	100.0
주간보호 이용희망	희망함	575	8.4
	희망안함	6,249	91.6
계		6,824	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스 이용 경험을 살펴보면, 돌봄 필요 집단에서 주간보호 서비스 이용 경험이 있다고 응답한 경우는 응답자는 2.6%로 돌봄 불필요 인구(0.2%)에 비해 높은 비중이었다(표 5-24 참

조). 한편, 돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스의 이용을 희망하는 응답자는 17.8%로 돌봄 불필요 인구(4.0%)에 비해 높게 나타났다. 특히 돌봄 필요 인구의 주간보호 이용비율이 2.6%인 것을 감안할 때 주간보호서비스 미충족 욕구가 높은 것을 알 수 있다.

〈표 5-24〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
주간보호 이용경험	있음	0.2	2.6	100.0	83.663(1) .000
	없음	99.8	97.4	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-25〉 장애인의 돌봄 필요 유무에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
주간보호 희망함	희망함	4.0	17.8	100.0	371.162(1) .000
	희망하지 않음	96.0	82.2	100.0	

주: '돌봄 필요' 집단은 돌봄 필요 여부에 대한 질문에 대해 "일부 돌봄 필요"+"대부분 돌봄 필요"+"거의 모든 일 돌봄 필요"라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

돌봄 필요 집단의 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 경험 경험은 자폐성 장애(17.0%)의 주간보호서비스 이용 경험의 비중이 가장 높았으며, 다음은 지적장애(7.3%), 정신장애(6.7%), 뇌병변장애(1.9%), 청각장

애(1.4%), 시각장애(1.3%) 등의 순이었다(표 5-26 참조). 한편, 돌봄 필요 집단의 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 희망여부를 살펴본 결과, 자폐성 장애(47.2%)의 경우 주간보호서비스 이용 희망률이 가장 높았으며, 다음은 뇌전증(33.3%), 지적장애(28.2%), 언어장애(22.2%), 뇌병변장애(21.2%), 정신장애(20.7%)의 등의 순이었다. 언어장애, 자폐성 장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루요루장애, 뇌전증 등의 경우 사례가 많지 않아 해석에 주의가 필요하다(표 5-27 참조).

〈표 5-26〉 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용경험		계
		있다	없다	
장애유형	지체장애	0.0	100.0	100.0
	뇌병변장애	1.9	98.1	100.0
	시각장애	1.3	98.7	100.0
	청각장애	1.4	98.6	100.0
	언어장애	0.0	100.0	100.0
	지적장애	7.3	92.7	100.0
	자폐성장애	17.0	83.0	100.0
	정신장애	6.7	93.3	100.0
	신장장애	0.0	100.0	100.0
	심장장애	0.0	100.0	100.0
	호흡기장애	0.0	100.0	100.0
	간장애	0.0	100.0	100.0
	안면장애	0.0	100.0	100.0
	장루요루장애	0.0	100.0	100.0
	뇌전증	0.0	100.0	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-27〉 장애 유형에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용희망		계
		희망함	희망안함	
장애유형	지체장애	12.9	87.1	100.0
	뇌병변장애	21.2	78.8	100.0
	시각장애	12.1	87.9	100.0
	청각장애	9.9	90.1	100.0
	언어장애	22.2	77.8	100.0
	지적장애	28.1	71.9	100.0
	자폐성장애	47.2	52.8	100.0
	정신장애	20.7	79.3	100.0
	신장장애	6.3	93.8	100.0
	심장장애	0.0	100.0	100.0
	호흡기장애	9.1	90.9	100.0
	간장애	0.0	100.0	100.0
	안면장애	0.0	100.0	100.0
	장루요루장애	0.0	100.0	100.0
	뇌전증	33.3	66.7	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

그리고 돌봄 필요 집단의 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 경험의 분석 결과에서는 1급(5.6%), 3급(3.1%), 2급(2.4%)의 순으로 경험이 있다고 응답한 비율이 높았다(표 5-28 참조). 한편, 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 희망률은 1급이 가장 많았으며(26.1%), 다음은 2급(18.9%), 3급(14.9%)의 등의 순이었다. 4급(11.8%), 5급(11.3%), 6급(12.9%)의 경우에도 전반적인 낮은 이용 경험률을 고려할 때 이용을 희망하지만 경험하지는 못한 인구가 상당부분 존재함을 추정할 수 있다.

〈표 5-28〉 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
장애등급	1급	5.6	94.4	100.0	225.091(5) .000
	2급	2.4	97.6	100.0	
	3급	3.1	96.9	100.0	
	4급	0.4	99.6	100.0	
	5급	0.5	99.5	100.0	
	6급	0.7	99.3	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-29〉 장애등급에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용희망		계	χ^2(df)/p
		희망함	희망안함		
장애등급	1급	26.1	73.98	100.0	37.519(5) .000
	2급	18.9	81.1	100.0	
	3급	14.9	85.1	100.0	
	4급	11.8	88.2	100.0	
	5급	11.3	88.7	100.0	
	6급	12.9	87.1	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

연령에 따른 주간보호서비스 이용 경험을 살펴보면, 20~40세 미만(8.9%)의 경험률이 가장 높았으며, 연령이 증가할수록 감소하는 경향을 보였다(표 5-30 참조). 이용 희망의 경우 20세 미만(35.6%)이 가장 높았으며, 연령이 증가할수록 감소하는 경향을 보였다. 그러나 전 연령에서 이용희망률과 이용률의 차이가 크게 나타나고 있다. 전 연령에서 장애인 주간보호서비스 미충족 욕구가 존재함을 추론할 수 있다.

〈표 5-30〉 장애인의 연령에 따른 주간보호 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
연령	20세 미만	6.8	93.2	100.0	66.337(3) .000
	20~40세 미만	8.9	91.1	100.0	
	40~65세 미만	2.0	98.0	100.0	
	65세 이상	0.9	99.1	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-31〉 장애인의 연령에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		주간보호 이용희망		계	χ^2(df)/p
		희망함	희망안함		
연령	20세 미만	35.6	64.4	100.0	69.115(3) .000
	20~40세 미만	25.8	74.2	100.0	
	40~65세 미만	16.7	83.3	100.0	
	65세 이상	13.6	86.4	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애의 발생시기에 따른 주간보호서비스 이용 경험을 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 경우에 주간보소서비스 이용 경험이 있다고 응답한 비율이 5.6%로 가장 높았으며, 장애 발생 시기가 늦을수록 이용 경험률이 낮아지는 경향을 보였다.

〈표 5-32〉 장애 발생 시기에 따른 주간보호서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		주간보호시설 경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
장애 발생시기	발달기(22세 이하)	5.8	94.2	100.0	49.856(2) .000
	청장년기(23~49세)	1.2	98.8	100.0	
	고령기(50세 이상)	0.7	99.3	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애의 발생 시기에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부는 장애발생 시기가 이를수록 이용 희망의 응답 비율이 높았으나, 고령기 장애발생인구의 이용 희망률도 상당부분 존재하는 것으로 나타났다.

〈표 5-33〉 장애 발생 시기에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		주간보호시설 희망		계	χ^2(df)/p
		희망함	희망안함		
장애 발생시기	발달기(22세 이하)	23.5	76.5	100.0	25.394(2) .000
	청장년기(23~49세)	16.7	83.3	100.0	
	고령기(50세 이상)	14.3	85.7	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애기간에 따른 주간보호 이용 경험 분석결과 주간보호시설 이용경험은 전반적으로 낮지만, 장애기간 20~39년 까지는 높아지다가 그 이후 다소 낮아지는 경향을 보였다. 장애기간에 따른 주간보호 이용 희망 분석결과 주간보호서비스의 이용을 희망하는 경우, 장애기간 5년 미만(21.4%)의 비율이 가장 높았으며, 장애기간이 길수록 낮아지는 경향을 보였다.

주목할 점은 이용경험과 반대의 경향을 보이고 있다는 점이다. 즉, 현재 주간보호시설의 경우 장애기간이 상대적으로 긴 장애인을 대상으로 운영되고 있으나, 장애가 최근에 발생한 인구의 욕구가 상대적으로 높게 나타남을 관찰할 수 있다.

〈표 5-34〉 장애기간에 따른 주간보호서비스 이용 경험

(단위: %)

구분		장애인 주간보호시설 경험		계	χ^2(df)/p
		있다	없다		
장애기간	5년 미만	0.4	99.6	100.0	8.655(3) .034
	5~19년	2.7	97.3	100.0	
	20~39년	3.8	96.2	100.0	
	40년 이상	2.0	98.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-35〉 장애기간에 따른 주간보호서비스 이용 희망 여부

(단위: %)

구분		주간보호시설 희망		계	χ^2(df)/p
		희망함	희망안함		
장애기간	5년 미만	21.4	78.6	100.0	4.148(3) .246
	5~19년	17.7	82.3	100.0	
	20~39년	18.2	81.8	100.0	
	40년 이상	15.0	85.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

나. 장애인 보건·의료서비스

본 분석에서는 2014년도 장애인 실태조사 원자료를 이용하여 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '나쁘다(매우 나쁨+나쁨)'고 응답한 장애

인 집단을 보건·의료서비스 필요 대상으로 조작적 정의하였다. 이에 따라 전체 응답자 중 55.8%가 보건·의료서비스 필요 인구로 나타났다. 국민건강영양조사(2013)결과 19세 이상 전체 인구 중 건강상태가 나쁘다(매우 나쁨+나쁨)고 응답한 인구가 24.6%임을 감안할 때 장애인 보건·의료서비스 필요인구는 매우 높은 것을 알 수 있다.

〈표 5-36〉 전체 인구와 장애 인구의 주관적 건강상태 비교

(단위: 명, %)

구분	매우 좋음		좋음		보통		나쁨		매우 나쁨		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
전체인구 (19세 이상)	703	8.8	2,277	28.4	3,065	38.2	836	10.4	234	2.9	7,115	100
	75.4						24.6					
장애인구 (전연령)	75	1.1	923	13.5	2,016	29.5	2759	40.4	1051	15.4	6,824	100
	44.2						55.8					

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

성별에 따른 건강상태 분석결과 남자(48.4%)보다 여자(65.1%)의 경우 건강상태 '나쁨' 집단이 많았다. 장애유형에 따른 건강상태 분석결과를 〈표 5-37〉에 제시하였다. 건강상태 '나쁨' 집단 비중이 가장 높은 장애유형은 호흡기장애(84.8%)였으며, 다음은 뇌병변장애(78.4%), 심장장애(29.2%), 신장장애(73.9%)의 순이었다(표 5-38 참조). 한편 장애등급에 따른 건강상태 분석결과 건강상태 '나쁨' 집단 비중이 가장 높은 경우는 장애등급 1급(62.1%)이었으며, 6급(45.1%)이 가장 낮았다. 2~5급의 경우 큰 차이가 관찰되지 않았다(표 5-39 참조).

〈표 5-37〉 장애인 성별에 따른 주관적 건강상태 인지 수준

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
성별	남자	51.6	48.4	100.0	192.028(1) .000
	여자	34.9	65.1	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-38〉 장애유형에 따른 주관적 건강상태

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
장애유형	지체장애	43.2	56.8	100.0	406.146(14) .000
	뇌병변장애	21.6	78.4	100.0	
	시각장애	52.1	47.9	100.0	
	청각장애	52.9	47.1	100.0	
	언어장애	62.1	37.9	100.0	
	지적장애	70.8	29.2	100.0	
	자폐성장애	85.2	14.8	100.0	
	정신장애	45.8	54.2	100.0	
	신장장애	26.1	73.9	100.0	
	심장장애	20.8	79.2	100.0	
	호흡기장애	15.2	84.8	100.0	
	간장애	31.7	68.3	100.0	
	안면장애	50.0	50.0	100.0	
	장루요루장애	37.3	62.7	100.0	
	뇌전증	41.4	58.6	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-39〉 장애등급에 따른 주관적 건강상태

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
장애등급	1급	37.9	62.1	100.0	88.709(5) .000
	2급	43.7	56.3	100.0	
	3급	42.7	57.3	100.0	
	4급	40.5	59.5	100.0	
	5급	41.7	58.3	100.0	
	6급	54.9	45.1	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

연령이 높을수록 건강상태 '나쁨' 집단 비중이 높아지는 경향을 보였으며, 65세 이상의 경우 70.8%, 40~64세의 경우에도 48.1%였다(표 5-40 참조). 장애발생시기에 따른 건강상태 분석결과 장애발생시기가 늦을수록 건강상태 '나쁨' 집단 비중이 높아지는 경향을 보였다(표 5-41 참조). 한편 장애기간에 따른 건강상태 분석결과 장애기간이 짧을수록 건강상태 '나쁨' 집단 비중이 높은 경향을 보였다. 장애기간이 5년 미만인 경우 64.4%, 5~19년의 경우 59.3%였다(표 5-42 참조).

〈표 5-40〉 장애인의 연령에 따른 주관적 건강상태

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
연령	20세 미만	80.7	19.3	100.0	684.551(8) .000
	20~40세 미만	71.3	28.7	100.0	
	40~65세 미만	51.9	48.1	100.0	
	65세 이상	29.2	70.8	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-41〉 장애 발생 시기에 따른 주관적 건강상태

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
장애발생 시기	발달기(22세 이하)	64.1	35.9	100.0	623.773(2) .000
	청장년기(23~49세)	48.1	51.9	100.0	
	고령기((50세 이상)	28.1	71.9	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-42〉 장애기간에 따른 주관적 건강상태

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
장애기간	5년 미만	35.6	64.4	100.0	92.730(3) .000
	5~19년	40.7	59.3	100.0	
	20~39년	50.7	49.3	100.0	
	40년 이상	52.8	47.2	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

2014년 장애인실태조사 원자료에서 지속적인 보건·의료 서비스의 이용으로 추정할 수 있는 지속적 진료 여부를 확인한 결과, 〈표 5-43〉에 제시된 바와 같이 전체 응답자의 80.1%가 지속적인 진료를 받고 있는 것으로 나타났다. 특히 건강상태 '나쁨' 다고 응답한 집단의 90.4%가 지속적 진료를 받고 있는 것으로 나타났다(표 5-44 참조).

〈표 5-43〉 장애인의 지속적 진료 여부

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
지속적 진료여부	예	5,464	80.1
	아니오	1,360	19.9
계		6,824	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-44〉 장애인의 건강상태에 따른 지속적 진료여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
지속적 진료여부	예	66.8	90.6	80.1	599.765(1) .000
	아니오	33.2	9.4	19.9	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

한편, 최근 2년간 건강검진을 받았는지를 확인해 본 결과, 응답 장애인의 경우 73.5%가 건강검진을 받은 것으로 나타나, 전체 인구의 건강검진율 71.2%보다 약간 높았으나 큰 차이를 보이지 않았다(표 5-45 참조). 반면 건강상태 '나쁨' 집단의 경우에서 건강검진 수검률이 71.8%로 상대적으로 낮은 경향을 보였다(표 5-46 참조).

〈표 5-45〉 최근 2년간 장애인구와 전체 인구의 건강검진 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		장애인구(40세 이상)		전체인구(40세 이상)	
		빈도	%	빈도	%
건강검진 여부	예	4,368	73.5	2,645	71.2
	아니오	1,574	26.5	1,070	28.8
계		5,942	100.0	3,715	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-46〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2년간 건강검진 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
건강검진 여부	예	76.1	71.8	73.5	13.943(1) .000
	아니오	23.9	28.2	26.5	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

최근 2년간 암검진 수검 여부에 있어서는 장애인구 중 암검진율인 51.3%로 우리나라 19세 이상 전체 인구의 암 검진율 52.1%에 비해 약간 낮은 것으로 나타났다. 건강상태가 '나쁨' 장애인 집단의 암검진율은 52.1% 였다.

〈표 5-47〉 최근 2년간 장애 인구와 전체 인구의 암검진 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		장애인구(전체연령)		전체인구(19세 이상)	
		빈도	%	빈도	%
암검진	예	3,503	51.3	2,788	52.1
	아니오	3,321	48.7	2,568	47.9
	계	6,824	100.0	5,356	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-48〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2년간 암검진 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
암검진	예	50.4	52.1	51.3	2.027(1) .155
	아니오	49.6	47.9	48.7	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

최근 1년 구강검진 여부를 살펴보면 장애인구(32.7%)가 19세 이상 전체 인구(66.8%)의 검진율에 비해 매우 낮았다. 연령기준에 차이가 있기 때문에 직접비교는 어렵지만 장애인의 경우 구강검진 수검률이 상대적으로 낮은 것으로 사료된다. 특히 건강상태 '나쁨' 장애인 집단의 구강검진 수검률은 29.6%로 더욱 취약한 상태임을 짐작할 수 있다(표 5-49, 50 참조).

〈표 5-49〉 최근 1년간 장애인구와 전체 인구의 구강검진 여부 비교

(단위: %)

구분		장애인구		전체인구(19세 이상)	
		빈도	%	빈도	%
구강검진	예	2,229	32.7	4,721	66.8
	아니오	4,595	67.3	2,351	33.2
	계	6,824	100.0	7,072	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-50〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 구강검진 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
구강검진	예	36.5	29.6	32.7	36.672(1) .000
	아니오	63.5	70.4	67.3	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

최근 1년간 장애인과 전체 인구의 입원 치료 여부를 비교해 보면 장애인구의 입원치료 경험이 23.3%로 전체 인구의 입원 치료 경험률 10.3%보다 2배 이상 높았다(표 5-51 참조). 특히 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 입원 치료 여부를 살펴보면, 건강상태 '나쁨' 집단에서 입원 치료 경험이 있다고 응답한 비율은 30.8%로 매우 높았다(표 5-52 참조). 한편, 외래 진료의 경우에도 최근 2주 외래진료 여부를 살펴본 결과, 장애인구의 외래 진료 경험이 있다고 응답한 비율 54.8%로, 전체 인구의 외래 진료율 32.8%에 비해 높게 나타났다(표 5-53 참조). 장애인의 건강상태에 따라서 건강상태 '나쁨' 집단의 외래 진료율은 62.8%로 매우 높았다(표 5-54 참조).

〈표 5-51〉 최근 1년간 장애 인구와 전체 인구의 입원치료 여부 비교

(단위: %)

구분		장애인구		전체인구	
		빈도	%	빈도	%
입원치료	예	1,587	23.3	734	10.3
	아니오	5,237	76.7	6,378	89.7
	계	6,824	100.0	7,112	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-52〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 입원치료 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
입원치료	예	13.7	30.8	23.3	276.055(1) .000
	아니오	86.3	69.2	76.7	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-53〉 최근 2주간 장애인구와 전체인구의 외래진료 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		장애인구		전체인구	
		빈도	%	빈도	%
지난 2주 외래진료	예	3,737	54.8	2,385	32.8
	아니오	3,087	45.2	4,728	65.0
	계	6,824	100.0	7,113	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-54〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 2주간 외래 진료 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
외래진료	예	44.6	62.8	54.8	223.944(1) .000
	아니오	55.4	37.2	45.2	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

지역사회에서 거주하고 있는 장애인의 최근 1년간 지역사회 내 건강서비스 이용 경험률은 96.9%에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 5-55〉 장애인의 최근 1년간 건강서비스 이용 경험 여부

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
건강관련 서비스 이용경험	예	6,611	96.9
	아니오	213	3.1
계		6,824	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

건강상태에 따라서는 건강상태가 나쁘다고 자각하고 있는 경우, 지역사회 건강서비스 이용 경험률이 98.5%로 건강하다고 지각한 장애인에 비해 상대적으로 높은 경험률을 보였다.

〈표 5-56〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 건강서비스 이용 경험 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
건강관련 서비스 이용경험	예	94.8	98.5	96.9	75.354(1) .000
	아니오	5.2	1.5	3.1	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애인의 최근 1년간 건강서비스 유형별 이용경험 분석결과 이용률이 가장 높은 영역은 일반진료(91.1%)였으며, 다음은 예방접종(64.6%), 건강검진(60.8%)의 순이었다. 가장 낮은 영역은 건강교실(3.2%)이었으며, 다음은 방문보건(3.6%), 정신보건(5.1%)의 등의 순이었다.

〈표 5-57〉 장애인의 최근 1년간 건강서비스 유형별 이용 경험 여부

(단위: 명, %)

구분	예		아니오		계	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%
예방접종	4,408	64.6	2,416	35.4	6,824	100.0
건강교실	219	3.2	6,605	96.8	6,824	100.0
건강검진	4,152	60.8	2,672	39.2	6,824	100.0
방문보건	244	3.6	6,580	96.4	6,824	100.0
정신보건	345	5.1	6,479	94.9	6,824	100.0
구강보건	2,551	37.4	4,273	62.6	6,824	100.0
일반진료	6,218	91.1	606	8.9	6,824	100.0
재활진료	1,982	29.0	4,842	71.0	6,824	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

건강상태가 나쁜 장애인의 경우 상대적으로 일반진료(95.8%), 예방접종(71.4%), 건강검진(61.2%), 재활진료(35.0%), 정신보건(5.7%), 방문보건(5.0%), 건강교실(3.3%) 이용률이 높았다. 그러나 구강보건 이용률(34.2%)은 건강상태가 나쁜 경우 상대적으로 이용률이 낮게 나타났다.

〈표 5-58〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년간 건강서비스 유형별 이용 경험 여부

(단위: 명, %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
예방접종	예	56.0	71.4	64.6	174.184(1) .000
	아니오	44.0	28.6	35.4	
건강교실	예	3.1	3.3	3.2	.427(1) .513
	아니오	96.9	96.7	96.8	
건강검진	예	60.4	61.2	60.8	.411(1) .521
	아니오	39.6	38.8	39.2	
방문보건	예	1.8	5.0	3.6	51.702(1) .000
	아니오	98.2	95.0	96.4	
정신보건	예	4.2	5.7	5.1	7.974(1) .005
	아니오	95.8	94.3	94.9	
구강보건	예	41.4	34.2	37.4	36.730(1) .000
	아니오	58.6	65.8	62.6	
일반진료	예	85.2	95.8	91.1	233.584(1) .000
	아니오	14.8	4.2	8.9	
재활진료	예	21.5	35.0	29.0	150.426(1) .000
	아니오	78.5	65.0	71.0	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-59〉에서는 장애인들의 의료서비스 이용 만족도에 대한 분석 결과를 제시하였다. 장애인들이 현행 의료서비스를 만족한다(매우 만족+만족)고 응답한 비율은 70.2%였으며, 만족하지 않는다고 응답한 비율(전혀+별로)은 6.0%에 불과하였다. 건강상태에 따른 의료서비스 만족도의 경우에도 건강상태 '나쁨' 장애인 집단의 만족함(매우 만족+만족) 응답 비율이 70.7%, 불만족(전혀+별로)의 6.7%로 별다른 차이가 없었다.

〈표 5-59〉 장애인의 의료서비스 만족도

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
의료서비스 만족도	매우 만족한다	499	7.3
	만족한다	4,136	62.9
	보통이다	1,548	23.5
	별로 만족하지 않는다	342	5.2
	전혀 만족하지 않는다	50	.8
계		6,578	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-60〉 장애인의 건강상태에 따른 의료서비스 만족도

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
의료서비스 만족도	매우 만족한다	6.5	8.4	7.6	21.736(5) .000
	만족한다	63.6	62.3	62.9	
	보통이다	24.8	22.6	23.5	
	별로 만족하지 않는다	4.6	5.7	5.2	
	전혀 만족하지 않는다	0.4	1.0	0.8	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

보건의료 서비스를 이용하면서 장애인이 지각한 의료진의 장애에 대한 이해도 인지 수준을 살펴본 결과, 의료진들이 장애를 충분히 이해하고 있는가의 질문에 대해 '그렇다(매우 그렇다+그렇다)'는 긍정적 응답의 비율이 전체의 68.4%로 그렇지 않다는 응답(11.9%)에 비해 높았다(표 5-61 참조). 다만 장애인의 건강상태가 나쁜 경우에 의료진의 장애 이해도에 대해 보다 높은 긍정적 지각을 하고 있는 것으로 나타났다. 건강상태 '나쁨' 장애인 집단의 경우 그렇다(매우 그렇다+그렇다)는 응답이 71.0%였고, 그렇지 않다(별로+전혀 그렇지 않다)는 응답 비율은 10.0%였다(표 5-62 참조).

한편, 장애인의 향후 보건·의료서비스 욕구 분석결과 1순위의 경우 재활전문병원(29.6%)이라고 응답한 비율이 가장 높았으며, 다음은 종합병원 재활의학과(17.8%), 방문재활치료(16.6%)의 순이었다. 2순위는 재활전문병원(23.7%), 방문재활치료(19.3%), 장애인 특화서비스(11.9%)의 등의 순이었다(표 5-63 참조). 건강상태 '나쁨' 장애인 집단의 경우 건강상태 좋음(좋음+보통) 집단에 비해 방문재활치료(21.2%), 종합병원 재활의학과(16.7%), 요양병원(5 .3%)의 비중이 상대적으로 높았다(표 5-64 참조).

〈표 5-61〉 장애인이 지각한 의료진의 장애에 대한 이해도

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
의료진 장애 이해도	매우 그렇다	922	14.0
	그렇다	3,581	54.4
	보통이다	1,289	19.6
	별로 그렇지 않다	619	9.4
	전혀 그렇지 않다	166	2.5
계		6,578	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-62〉 장애인의 건강상태에 따른 의료진 장애 이해도에 대한 지각 수준

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
의료진 장애 이해도	매우 그렇다	11.8	15.7	14.0	47.487(5) .000
	그렇다	53.4	55.3	54.4	
	보통이다	20.5	18.9	19.6	
	별로 그렇지 않다	11.1	8.1	9.4	
	전혀 그렇지 않다	3.3	1.9	2.5	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-63〉 장애인의 향후 보건·의료서비스 욕구 우선순위

(단위: 명, %)

구분		1순위		2순위	
		빈도	%	빈도	%
향후 강화 필요 보건·의료 서비스	종합병원 재활의학과	1,217	17.8	568	8.9
	재활전문병원	2,020	29.6	1,513	23.7
	요양병원	308	4.5	384	6.0
	보건소	596	8.7	703	11.0
	낮병원 또는 외래에서의 재활치료	515	7.6	583	9.1
	방문 재활 치료	1,135	16.6	1,229	19.3
	장애인 특화서비스	736	10.8	761	11.9
	주치의(단골의사)	272	4.0	619	9.7
	기타	20	0.3	15	0.2
	계	6,819	100.0	6,375	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-64〉 건강상태에 따른 향후 보건·의료서비스 욕구(1순위)

(단위: %)

1순위		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
향후 강화 필요 보건·의료 서비스	종합병원 재활의학과	16.7	18.8	17.8	251.776(8) .000
	재활전문병원	31.2	28.4	29.6	
	요양병원	3.5	5.3	4.5	
	보건소	9.4	8.2	8.7	
	낮병원 또는 외래에서의 재활치료	7.5	7.6	7.6	
	방문 재활 치료	10.9	21.2	16.6	
	장애인 특화서비스	15.4	7.2	10.8	
	주치의(단골의사)	4.9	3.2	4.0	
	기타	0.5	0.2	0.3	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

한편, 장애인들의 삶의 질은 물론이거니와 서비스 이용 욕구 및 적극적 서비스 활용 등에 영향을 미칠 수 있는 정신건강 상태를 개괄적으로 살펴보았다. 〈표 5-65〉에 제시된 바와 같이 일상생활에 대한 스트레스 수준은 전체 장애인의 60.4%가 '매우 많이' 또는 '느끼는 편'이라고 응답하였다. 건강상태에 따른 일상생활 스트레스 빈도 분석결과, 건강상태가 '나쁨' 집단의 경우 일상생활 스트레스를 느끼고 있다고(매우 많이+느끼는 편) 응답한 비율이 66.4%로 건강상태가 나쁘지 않은(좋음+보통) 장애인의 51.7%에 비해 높게 나타났다(표 5-66 참조).

〈표 5-65〉 장애인의 일상생활 스트레스 지각 정도

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
일상생활 스트레스	매우 많이	1,325	20.1
	느끼는 편	2,654	40.4
	보통	1,433	21.8
	느끼지 않는 편	967	14.7
	전혀 느끼지 않음	198	3.0
	계	6,577	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-66〉 장애인의 건강상태에 따른 일상생활 스트레스

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
스트레스	매우 많이	13.7	25.0	20.1	200.767(4) .000
	느끼는 편	39.0	41.4	40.4	
	보통	24.2	20.0	21.8	
	느끼지 않는 편	19.4	11.2	14.7	
	전혀 느끼지 않음	3.8	2.4	3.0	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

최근 1년간, 2주 이상 슬프거나 절망감 등의 감정을 경험하였는가에 대한 질문에 대해 전체 장애인의 23.1%는 그러한 경험이 있다고 응답하였다. 특히 건강상태가 '나쁨' 집단의 장애인의 경우, 최근 1년간 2주 이상의 슬프거나 절망감을 느꼈다는 응답 비율이 은 전체 장애인 중 30.5%로 건강상태가 나쁘지 않은(좋음+보통) 장애인의 13.3% 보다 두 배 이상

높았다(표 5-67, 표 5-68 참조).

〈표 5-67〉 장애인의 최근 1년간 2주 이상 슬프거나 절망감을 느낀 경험 여부

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
슬프거나 절망감	예	1,519	23.1
	아니오	5,058	76.9
	계	6,577	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-68〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 슬프거나 절망감의 경험 여부

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
슬프거나 절망감	예	13.3	30.5	23.1	267.902(1) .000
	아니오	86.7	69.5	76.9	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

최근 1년간 자살을 생각해 본 경험이 있는가에 대한 질문에 대해 전체 장애인구의 18.7%가 자살생각을 했다고 응답하여, 전체 인구의 자살 생각 경험 비율 5.1%에 비해 3배 이상 높은 결과를 보여 주었다.

〈표 5-69〉 장애인과 전체 인구의 최근 1년간 자살생각 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		장애인구(19세 이상)		전체인구(19세 이상)	
		빈도	%	빈도	%
자살생각 여부	예	1,233	18.7	272	5.1
	아니오	5,344	81.3	5,067	94.9
계		6,577	100.0	5,339	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애인의 건강상태에 따라서는 건강상태가 '나쁨'의 경우 자살 생각을 해본 경험이 있다고 응답한 비율이 25.6%까지 확인되면서 건강상태가 양호한 장애인의 9.6% 보다 매우 높게 나타났다(표 5-70 참조). 이러한 상황에서 장애인의 최근 1년간 자살시도를 조사한 결과, 전체 장애인의 1.5%가 자살시도 경험이 있는 것으로 나타나 전체 인구의 자살 시도율 0.7% 보다 2배 이상 높아 정신건강 상태에 대한 적극적 개입 필요성을 반증하였다(표 5-71 참조). 더욱이 건강상태 '나쁨'으로 지각하고 있는 장애인의 자살 시도율은 2%에 이르는 것으로 나타났다(표 5-72 참조).

〈표 5-70〉 장애인의 건강상태에 따른 최근 1년 자살생각 여부

(단위: 명, %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
자살생각 여부	예	9.6	25.6	18.7	269.837(1) .000
	아니오	90.4	74.4	81.3	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-71〉 장애인과 전체 인구의 최근 1년간 자살시도 여부 비교

(단위: 명, %)

구분		장애인구(19세 이상)		전체인구(19세 이상)	
		빈도	%	빈도	%
자살시도 여부	예	97	1.5	37	0.7
	아니오	6,480	98.5	5,301	99.3
계		6,577	100.0	5,338	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-72〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 최근 1년간 자살시도 여부

(단위: 명, %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
자살시도 여부	예	0.7	2.0	1.5	19.864(1) .000
	아니오	99.3	98.0	98.5	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

장애인들의 건강관련 정보의 주요 출처는 TV 등 대중매체(45.9%)가 가장 일반적인 것으로 나타났으며, 다음으로 의료기관(20.0%), 주변사람(13.1%) 등의 순이었다. 다만, 주관적 건강상태가 '나쁨'의 경우, 의료기관(24.8%)이 주요 건강관련 정보를 취득하는 경로였으며 그밖에 주변사람(13.7%), 정보를 얻을 수 없음(6.5%), 보건소(6.0%) 응답이 상대적으로 높은 응답 비율을 보였다(표 5-74 참조).

〈표 5-73〉 장애인의 건강관련 정보 출처

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
건강관련 정보처	보건소	348	5.1
	복지관	122	1.8
	의료기관	1,363	20.0
	관공서(보건소 제외)	59	0.9
	TV등 대중매체	3,132	45.9
	인터넷(스마트폰 포함)	404	5.9
	주변사람	895	13.1
	홍보물	77	1.1
	정보를 얻을 수 없음	412	6.0
	기타	10	0.1
계		6,822	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-74〉 장애인의 주관적 건강상태에 따른 건강관련 정보 출처

(단위: %)

구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
건강 관련 정보처	보건소	3.9	6.0	5.1	277.949(9) .000
	복지관	2.1	1.5	1.8	
	의료기관	13.9	24.8	20.0	
	관공서(보건소 제외)	0.9	0.9	0.9	
	TV등 대중매체	50.4	42.4	45.9	
	인터넷(스마트폰 포함)	9.7	2.9	5.9	
	주변사람	12.4	13.7	13.1	
	홍보물	1.2	1.1	1.1	
	정보를 얻을 수 없음	5.4	6.5	6.0	
	기타	0.2	0.1	0.1	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

한편 장애인들이 향후 필요하다고 인식하고 있는 건강정보는 건강검진(20.5%)에 관한 정보 제공 욕구가 가장 높았으며, 다음으로 일반 진료서비스(18.2%), 방문보건서비스(17.5%), 재활진료서비스(15.8%) 등의 순이었다(표 5-75 참조). 주관적 건강상태가 나쁘다고 지각하고 있는 장애인의 경우, 즉, 본 연구에서 보건·의료 복합서비스 욕구의 우선 집단으로 고려되는 장애인의 경우에는 상대적으로 방문보건서비스(21.6%), 일반진료서비스(19.6%) 등에 대한 정보 제공 욕구가 높은 것으로 나타났다(표 5-76 참조)

〈표 5-75〉 장애인이 인지하고 있는 향후 필요한 건강정보

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
장애인 건강수준 향상 정보강화 필요	예방접종	440	6.4
	건강교실(운동, 영양, 금연, 절주)	675	9.9
	건강검진	1,400	20.5
	방문보건서비스	1,196	17.5
	정신보건서비스	366	5.4
	구강보건서비스	413	6.1
	일반진료서비스	1,242	18.2
	재활진료서비스	1,077	15.8
	기타	14	.2
계		6,823	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

〈표 5-76〉 장애인의 건강상태에 따른 향후 필요 건강정보

(단위: 명, %)

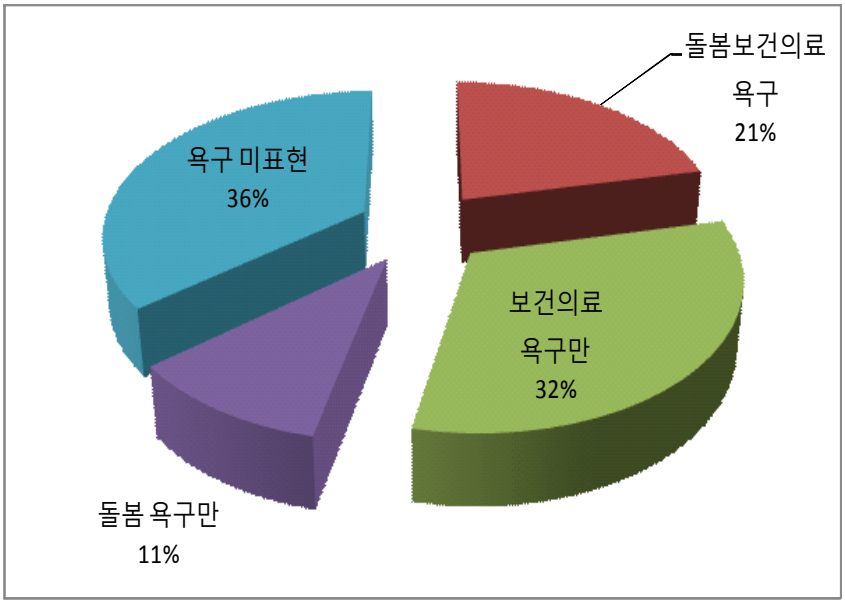
구분		건강상태		계	χ^2(df)/p
		좋음+보통	나쁨		
장애인 건강수준 향상 정보강화 필요	예방접종	6.8	6.2	6.4	161.008(8) .000
	건강교실(운동, 영양, 금연, 절주)	12.4	7.9	9.9	
	건강검진	22.6	18.9	20.5	
	방문보건서비스	12.4	21.6	17.5	
	정신보건서비스	6.7	4.3	5.4	
	구강보건서비스	6.4	5.7	6.1	
	일반진료서비스	16.4	19.6	18.2	
	재활진료서비스	15.9	15.7	15.8	
	기타	0.4	0.1	0.2	
계		100.0	100.0	100.0	

주: 건강상태 '나쁨'은 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '매우 나쁘다' 또는 '나쁘다'라고 응답한 경우임.
자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석

지금까지 장애인이 갖고 있는 돌봄 및 보건의료 서비스 수요 특성이나 이용 경험 여부와 향후 이용 의향 등을 바탕으로, 본 연구는 장애인 연합서비스 공급모형의 우선적 대상자 선별을 위하여 기본적으로 장애인 욕구유형을 4가지로 정의하였다. a) '돌봄·보건·의료 유형'으로 돌봄서비스 욕구와 보건·의료 서비스 욕구를 동시에 표현한 집단과 b) '보건·의료 유형'으로 돌봄 욕구는 표현하지 않고 보건·의료 욕구만을 표현한 집단이다. 또한 c) '돌봄'유형으로 보건·의료욕구는 표현하지 않고 돌봄 욕구만을 표현한 유형과 d) 돌봄 서비스는 물론 보건·의료서비스에 대해서도 욕구를 표출하지 않는 '욕구 미표현' 유형으로 조작적 정의하였다. 2014년도 장

애인 실태조사 원자료를 재분석 한 결과, 이들 유형의 분포는 돌봄·보건·의료 유형이 전체 중 21.5%였으며, 보건·의료유형은 31.9%였고, 돌봄 유형은 10.7%, 욕구 미표현 유형은 35.9%로 확인되었다.

[그림 5-2] 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 욕구 유형별 분포



자료: 2014년 장애인 실태조사 자료의 재분석 결과

3. 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형별 특성

먼저 성별에 따른 돌봄·보건·의료 욕구 유형 분석결과, 남자의 경우 돌봄 유형(11.0%), 욕구 미표현 유형(42.9%)이 많았으며, 여자의 경우 돌봄·보건·의료 유형(26.3%), 보건·의료유형(37.0%)이 많았다(표 5-77 참조). 장애유형에 따른 돌봄·보건·의료 욕구 유형을 살펴보면 돌봄·보건·의료 유형의 비중이 가장 높은 장애유형은 뇌병변장애(56.8%), 호흡기장애

(50.7%), 심장장애(43.8%), 정신장애(30.3%), 뇌전증(28.1%), 지적장애(25.2%), 신장장애(21.6%) 등의 순으로 나타났다. 즉, 뇌병변장애인의 경우 돌봄·보건·의료서비스에 대한 복합적 욕구가 가장 높은 장애유형으로 확인되었다(표 5-78 참조).

〈표 5-77〉 장애인의 성별에 따른 돌봄·보건·의료 욕구 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
성별	남자	17.9	28.2	11.0	42.9	100.0
	여자	26.3	37.0	10.2	26.4	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

보건·의료 2가지 서비스 복합 유형의 비중이 높은 장애유형은 간장애(64.1%), 장루요루장애(54.9%), 안면장애(52.6%)의 순이었다. 돌봄 유형의 비중이 높은 장애유형은 자폐성장애(73.0%), 지적장애(55.9%)의 순이었다. 욕구미표현 유형의 비중이 가장 높은 장애유형은 안면장애(47.4%), 시각장애(43.3%), 언어장애(41.3%), 청각장애(40.2%)의 순이었다. 아울러 장애등급에 따른 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형 분포를 살펴보면, 돌봄·보건·의료 3가지 모두의 복합적 욕구 유형의 경우 장애등급 1급(57.2%)이 가장 높았으며, 2급(36.2%), 3급(26.5%)의 순이었다. 보건·의료서비스 2가지 복합 욕구 유형의 경우 5급(45.6%)이 가장 높았으며, 돌봄 유형의 경우 장애정도가 심각할수록 높은 경향을 보였다.

〈표 5-78〉 장애유형에 따른 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
장애유형	지체장애	14.2	39.5	3.2	43.1	100.0
	뇌병변장애	**56.8**	20.2	10.9	12.1	100.0
	시각장애	19.4	26.1	11.2	43.3	100.0
	청각장애	15.2	31.3	13.3	40.2	100.0
	언어장애	19.0	16.9	22.8	41.3	100.0
	지적장애	25.2	4.4	55.9	14.5	100.0
	자폐성장애	14.1	.8	73.0	12.1	100.0
	정신장애	30.3	20.3	16.2	33.1	100.0
	신장장애	21.6	49.1	.1	29.2	100.0
	심장장애	43.8	29.4	0.0	26.7	100.0
	호흡기장애	50.7	37.7	1.2	10.4	100.0
	간장애	3.1	64.1	1.8	31.0	100.0
	안면장애	0.0	52.6	0.0	47.4	100.0
	장루요루장애	15.0	54.9	12.0	18.1	100.0
	뇌전증	28.1	32.2	13.3	26.5	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-79〉 장애등급에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
장애등급	1급	57.2	4.4	32.5	5.8	100.0
	2급	36.2	19.4	26.4	18.1	100.0
	3급	26.5	28.4	15.1	30.0	100.0
	4급	16.0	39.5	4.2	40.3	100.0
	5급	11.2	45.6	2.9	40.3	100.0
	6급	6.0	34.6	2.6	56.9	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

연령에 따른 돌봄·보건·의료등 복합 유형별 분포를 살펴본 결과, 돌봄·보건·의료 복합 유형의 비중이 가장 높은 연령은 65세 이상(30.0%)이었으며, 20세 미만(16.4%), 20~40세 미만(16.1%), 40~65세 미만(14.6%) 등의 순이었다. 보건·의료유형의 경우 연령이 높을수록 증가하였으며, 돌봄 유형의 경우 연령이 증가할수록, 서비스 욕구는 상대적으로 낮아지는 경향을 보였다.

〈표 5-80〉 장애인의 연령에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
연령	20세 미만	16.4	2.4	59.9	21.3	100.0
	20~40세 미만	16.1	12.7	23.9	47.3	100.0
	40~65세 미만	14.6	31.2	7.7	46.6	100.0
	65세 이상	30.0	39.5	6.7	23.9	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

장애의 발생 시기에 따른 돌봄·보건·의료서비스에 대한 욕구의 복합 유형 분포를 살펴보면, 고령기에 장애가 발생한 인구집단의 경우 돌봄·보건·의료 복합 욕구 유형의 비중이 29.8%가장 높았다. 다음은 발달기 장애발생인구(16.8%), 청장년기 장애발생인구(15.1%) 등의 순이었다. 보건·의료유형은 장애가 늦게 발생한 경우, 돌봄유형은 발달기에 장애가 발생한 인구집단에서 두드러지게 나타났다(표 5-81 참조). 장애기간에 따른 돌봄·보건·의료 서비스 욕구의 복합 유형별 분포에서는 장애기간 5년 미만(32.5 %)의 경우 돌봄·보건·의료 유형의 비중이 가장 높았으며, 40년 이상(17.0%)이 가장 낮았다. 보건·의료유형의 경우 장애기간이 짧을수록 높았

다. 돌봄 단인 욕구 유형의 경우 장애기간 20~39년 이상, 40년 이상의 비중이 높았다(표 5-82 참조).

〈표 5-81〉 장애 발생 시기에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구 미표현	
장애 발생 시기	발달기(22세 이하)	16.8	18.1	23.5	41.7	100.0
	청장년기(23~49세)	15.1	33.1	5.2	46.6	100.0
	고령기(50세 이상)	29.8	41.3	5.4	23.4	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-82〉 장애기간에 따른 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구 미표현	
장애 기간	5년 미만	32.5	30.3	10.0	27.2	100.0
	5~19년	21.3	36.2	8.8	33.6	100.0
	20~39년	20.3	25.8	13.6	40.3	100.0
	40년 이상	17.0	26.8	13.2	43.0	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

장애인이 지각하는 주관적 사회계층에 따라 욕구의 복합 유형을 살펴보았다. 사회계층을 하층이라고 지각한 집단일수록 돌봄·보건·의료서비스 욕구의 복합 유형 비율이 높았으며, 돌봄서비스에 비해 보건·의료서비스의 이중 복합 욕구 유형의 비중이 높았다. 반면, 상층으로 인식하고 있는 집단에서 돌봄욕구의 표출이 상대적으로 높았으며, 아무런 서비스 욕구

를 드러내지 않는 비율도 높게 나타났다.

〈표 5-83〉 주관적 소속계층에 따른 장애인의 돌봄·보건·의료 복합 욕구 유형별 분포

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
주관적 소속계층	하층	23.4	35.2	10.3	31.1	100.0
	중층	17.7	25.2	11.4	45.6	100.0
	상층	7.5	20.4	14.5	57.6	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

이어서 돌봄·보건·의료서비스 중에서 이중 또는 삼중의 복합적 서비스 욕구를 갖는 복합욕구 유형별 돌봄서비스 이용 현황 등을 살펴보았다. 이에 앞서 2014년 장애인실태조사 결과 전체 장애인 중에서 활동지원서비스와 주간보호서비스를 동시에 이용하는 경우는 0.3%에 불과하였다. 그리고 활동지원서비스 이용이 2.9%, 주간보호서비스 이용이 0.8%인 반면 서비스 이용 경험이 없는 경우는 96.1%로 돌봄서비스 이용 경험이 상당히 제한적인 것을 확인할 수 있다. 그런데 돌봄·보건·의료서비스의 욕구 복합 유형에 따른 돌봄서비스 이용 실태를 살펴보면, 돌봄·보건·의료 욕구 유형 중 서비스 경험이 없는 응답자가 90.9%였으며, 활동지원서비스(7.4%), 주간보호서비스(1.1%), 활동지원+주간보호(0.6%)의 순이었다. 돌봄욕구 유형 중 서비스 이용경험이 없는 경우는 85.5%였으며, 활동지원(9.9%), 주간보호(3.2%), 활동지원+주간보호(1.4%)의 순이었다(표 5-84 참조).

한편, 보건·의료서비스의 경우 지속적 진료, 입원치료, 외래진료, 지역사회 건강관련 서비스 이용 실태를 살펴보았다. 첫째, 욕구유형에 따른

지속적 진료 현황 분석결과, 돌봄·보건·의료 욕구 유형 중 93.4%가 지속적 진료를 받고 있었으며, 보건·의료욕구 유형 중 87.8%가 지속적 진료를 받고 있는 것으로 나타났다(표 5-85 참조).

〈표 5-84〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 돌봄서비스 이용 실태

(단위: %)

구분	욕구의 복합 유형				전 체
	돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구 미표현	
활동지원+주간보호	0.6	0	1.4	0	0.3
활동지원	7.4	0.3	9.9	0.3	2.9
주간보호	1.1	0.2	3.2	0.3	0.8
서비스 이용경험 없음	90.9	99.4	85.5	99.4	96.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-85〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 지속적 진료 이용 실태

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구 미표현	
지속적 진료	예	93.4	87.8	68.9	63.6	78.3
	아니오	6.6	12.2	31.1	36.4	21.7
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

욕구의 복합 유형에 따른 건강검진 현황 분석결과, 돌봄·보건·의료 욕구 유형 중 56.6%가 건강검진을 받았으며, 보건·의료욕구 유형 중 79.4%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다. 돌봄 욕구 유형(63.4%)의 경우 욕구

미표현 집단(78.3%) 보다 건강검진 수검률이 낮았다. 즉, 돌봄 욕구가 높은 경우 건강검진 수검률이 낮아지는 경향을 발견할 수 있다. 돌봄 욕구가 높은 장애인의 건강검진 수검률 증진 전략이 필요함을 알 수 있다.

〈표 5-86〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 건강검진 검진 실태

(단위: %)

구분		욕구유형				계
		돌봄·보건·의료	보건 의료	돌봄	욕구 미표현	
건강검진	예	56.6	79.4	64.3	78.3	72.9
	아니오	43.4	20.6	35.7	21.7	27.1
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

욕구의 복합 유형에 따른 입원치료 현황 분석결과, 돌봄·보건·의료 욕구유형 중 40.4%가 입원치료를 경험하였으며, 보건·의료욕구 유형 중 25.3%가 입원치료를 경험한 것으로 나타났다. 돌봄 욕구 유형(12.7%)과 욕구 미표현 유형(13.7%)은 상대적으로 낮은 입원치료율을 보였다.

〈표 5-87〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 입원치료 실태

(단위: %)

구분		욕구유형				계
		돌봄·보건·의료	보건 의료	돌봄	욕구 미표현	
입원치료	예	40.4	25.3	12.7	13.7	23.0
	아니오	59.6	74.7	87.3	86.3	77.0
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

욕구의 복합 유형에 따른 외래진료 현황 분석결과, 돌봄·보건·의료 욕구 유형 중 58.9%가 외래진료를 받고 있으며, 보건·의료욕구 유형 중 65.1%가 외래진료를 받고 있는 것으로 나타났다. 돌봄 유형(41.5%)과 욕구 미표현 유형(45.9%)의 경우 상대적으로 낮은 외래 진료율을 보였다.

〈표 5-88〉 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구의 복합 유형에 따른 외래진료 실태

(단위: %)

구분		욕구유형				계
		돌봄·보건·의료	보건 의료	돌봄	욕구 미표현	
외래진료	예	58.9	65.1	41.5	45.9	54.3
	아니오	41.1	34.9	58.5	54.1	45.7
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

마지막으로 욕구의 복합 유형에 따른 지역사회 건강관련 서비스 이용 현황 분석결과, 돌봄·보건·의료 유형의 경우 일반진료(95.5%), 정신보건(9.3%), 방문보건(7.5%) 경험이 상대적으로 높았다. 보건·의료 욕구를 갖는 집단의 경우 예방접종(70.0%), 건강검진(69.3%), 재활진료(34.6%), 건강교실(3.8%) 경험이 상대적으로 높았다. 욕구 미표현 유형의 경우 구강보건(43.2%) 경험이 상대적으로 높았다.

〈표 5-89〉 장애인의 욕구 복합 유형에 따른 지역사회 건강관련 서비스 이용 현황

(단위: %)

구분		욕구의 복합 유형				계
		돌봄·보건·의료	보건의료	돌봄	욕구미표현	
건강관련 서비스	예	98.3	98.3	92.5	94.7	96.4
	아니오	1.7	1.7	7.5	5.3	3.6
예방접종	예	69.7	70.0	58.5	53.1	62.7
	아니오	30.3	30.0	41.5	46.9	37.3
건강교실	예	3.1	3.8	3.3	2.9	3.3
	아니오	96.9	96.2	96.7	97.1	96.7
건강검진	예	47.1	69.3	44.9	66.0	60.7
	아니오	52.9	30.7	55.1	34.0	39.3
방문보건	예	7.5	4.4	2.9	1.6	3.9
	아니오	92.5	95.6	97.1	98.4	96.1
정신보건	예	9.3	4.2	7.1	3.7	5.4
	아니오	90.7	95.8	92.9	96.3	94.6
구강보건	예	29.2	39.7	37.7	43.2	38.5
	아니오	70.8	60.3	62.3	56.8	61.5
일반진료	예	95.5	95.3	83.2	84.2	90.1
	아니오	4.5	4.7	16.8	15.8	9.9
재활진료	예	32.5	34.6	30.4	17.5	27.5
	아니오	67.5	65.4	69.6	82.5	72.5
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

4. 뇌병변장애인 돌봄·보건·의료서비스 이용 실태

앞서 돌봄·보건·의료서비스 욕구의 복합 유형별 해당 서비스의 이용 실태에서 살펴보았듯이, 돌봄·보건·의료 욕구가 있는 집단은 장애유형별, 연령별, 장애발생시기, 장애기간별로 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히

뇌병변장애인의 경우 타 장애유형에 비해 돌봄·보건·의료 욕구가 높았으므로(표 5-78 참조), 본 장에서는 돌봄·보건·의료 욕구가 가장 높은 뇌병변장애인을 대상으로 2014년 장애인실태조사 데이터 및 2011년 건강보험공단 데이터 분석을 통하여 이들의 돌봄·보건·의료 현황 분석 결과를 제시하였다.

2014년 장애인실태조사에 따르면, 뇌병변장애인은 전체 추정장애인 약 272만 명 중 약 31만 명으로 11.3%를 차지하고 있다(김성희, 이연희, 황주희. 오미애, 이민경, 이난희 등, 2014).

〈표 5-90〉 장애유형별 장애인 수(2014년)

(단위: 명, %)

장애유형	N	%
전체 추정수	2,726,910	100.0
지체장애	1,353,753	49.6
뇌병변장애	308,100	11.3
시각장애	278,172	10.2
청각장애	281,983	10.3
언어장애	21,700	0.8
지적장애	207,703	7.6
자폐성장애	19,868	0.7
정신장애	117,428	4.3
신장장애	72,132	2.6
심장장애	8,499	0.3
호흡기장애	16,055	0.6
간장애	11,842	0.4
안면장애	3,019	0.1
장루요루장애	16,815	0.6
뇌전증	9,841	0.4

출처: 김성희 외(2014)

뇌병변장애인의 경우 돌봄서비스가 필요하다고 응답한 비율이 70.8%로 타 장애유형(27.4%)에 비해 매우 높았다. 이는 뇌병변장애인을 약 31만명으로 가정할 때 약 22만명의 뇌병변장애인이 돌봄을 필요로 하는 것으로 추정할 수 있다.

〈표 5-91〉 뇌병변장애 여부에 따른 돌봄 필요 여부

(단위: 명, %)

구분		돌봄 필요 여부		전체	χ^2(df)/p
		돌봄 불필요	돌봄 필요		
뇌병변 장애 여부	예	224(29.2)	543(70.8)	767(100)	588.033(1) .000
	아니오	4,400(72.6)	1,657(27.4)	6,057(100)	
전체		4,624(67.8)	2,200(32.2)	6,824(100)	

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애인만의 일반적 특성(성별, 장애등급, 장애진단명, 연령, 장애발생시기, 장애기간)에 따른 돌봄 필요 여부를 추가적으로 살펴보았다. 먼저 성별에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 분석결과, 여자(78.1%)가 남자(65.1%)에 비해 높은 돌봄 필요 응답 비율을 확인할 수 있었다(표 5-92 참조). 뇌병변장애인의 장애등급에 따라서는 장애등급 1급(94.4%)의 돌봄 필요 비중이 가장 높았으며, 이어서 2급(89.8%), 3급(69.7%) 등의 순이었다(표 5-93 참조). 연령에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 분석결과, 20세 미만(92.7%)의 돌봄 필요 인구 비중이 가장 높았으며, 다음은 65세 이상(77.3%), 40~65세 미만(60.3%), 20~40세 미만(49.1%)의 순이었다(표 5-94 참조).

〈표 5-92〉 성별에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄불필요	돌봄 필요		
성별	남자	34.9	65.1	100.0	15.452(1) .000
	여자	21.9	78.1	100.0	

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-93〉 장애등급에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄불필요	돌봄 필요		
장애등급	1급	5.6	94.4	100.0	169.027(5) .000
	2급	10.2	89.8	100.0	
	3급	30.3	69.7	100.0	
	4급	45.7	54.3	100.0	
	5급	57.0	43.0	100.0	
	6급	73.5	26.5	100.0	

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-94〉 연령에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		돌봄불필요	돌봄 필요		
연령	20세 미만	7.3	92.7	100.0	43.150(3) .000
	20~40세 미만	50.9	49.1	100.0	
	40~65세 미만	39.7	60.3	100.0	
	65세 이상	22.7	77.3	100.0	

주: 가중치 적용
자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

연령에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 욕구의 차이를 구체적으로 이해하기 위하여 뇌병변장애인의 연령에 따른 주된 진단명 분석결과, 뇌성마비 장애인의 경우 20~40세 미만(38.2%), 40~65세 미만(38.2%)의 비중이 높았으며, 65세 이상은 0%였다. 뇌졸중의 경우 65세 이상(67.8%), 뇌손상은 40~65세 미만(41.3%), 뇌막염은 40~65세 미만(44.4%), 뇌종양은 40~65세 미만(41.7%), 미상은 20세 미만(33.3%)의 비중이 높았다(표 5-95 참조).

〈표 5-95〉 연령에 따른 뇌병변장애인의 주된 진단명

(단위: %)

구분		연령				계
		20세 미만	20~40세 미만	40~65세 미만	65세 이상	
장애의 주된 진단명	뇌성마비	23.6	38.2	38.2	0	100.0
	뇌졸중	0.7	1.5	29.9	67.8	100.0
	뇌손상	12.0	14.1	41.3	32.6	100.0
	뇌막염	33.3	22.2	44.4	0	100.0
	뇌종양	8.3	16.7	41.7	33.3	100.0
	미상	33.3	22.2	22.2	22.2	100.0
계		4.9	6.7	32.3	56.1	100.0

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

주된 진단명에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부 분석결과, 돌봄 필요 인구 비중이 가장 높은 영역은 뇌성마비(72.7%)였으며, 다음은 뇌졸중(72.1%), 뇌손상(63.0%)의 순이었다. 이어서 돌봄이 필요하다고 응답한 뇌병변장애인을 대상으로 돌봄 실태를 살펴보았다. 먼저 뇌병변장애인 중 97.8%가 현재 도와주는 사람이 있었으며, 타 장애유형(96.3%)에 비해 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다(표 5-97 참조). 뇌병변장애인의 경우 타 장애유형에 비해 기타 공적지원(21.8%)의 비중

이 높은 경향을 보였다(표 5-98 참조).

〈표 5-96〉 주된 진단명에 따른 뇌병변장애인의 돌봄 필요 여부

(단위: %)

구분		돌봄 필요 여부		계	χ^2(df)/p
		불필요	필요		
장애의 주된 진단명	뇌성마비	27.3	72.7	100.0	13.124(5) .022
	뇌졸중	27.9	72.1	100.0	
	뇌손상	37.0	63.0	100.0	
	뇌막염	44.4	55.6	100.0	
	뇌종양(암)	58.3	41.7	100.0	
	미상	55.6	44.4	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-97〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 현재 도와주는 사람 유무

(단위: %)

구분		뇌병변장애 여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
현재 도와주는 사람 유무	예	97.8	96.3	96.7	2.760(1) .097
	아니오	2.2	3.7	3.3	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-98〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 도와주는 사람 유형

(단위: %)

구분		뇌병변장애 여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
도와주는 사람	배우자부모	55.9	57.9	57.4	57.562 (4) .000
	기타가족	20.1	25.0	23.8	
	친척, 이웃, 친구	.4	2.8	2.2	
	활보인	1.8	3.9	3.4	
	기타공적지원	21.8	10.4	13.3	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애에 따른 현재 돌봄 충분도 분석결과, 뇌병변장애인의 경우 현재 돌봄 수준이 부족(매우 부족+부족)하다는 응답이 51.6%로 타 장애유형(46.5%) 보다 높았다(표 5-99 참조). 아울러 다른 장애 유형에 비해 유료라도 이용(25.0%) 응답이 상대적으로 높았다(표 5-100 참조).

〈표 5-99〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 현재 돌봄 충분도

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
현재 돌봄 충분도	매우부족	9.8	5.5	6.6	13.529(3) .004
	부족	41.8	41.0	41.2	
	충분	45.0	49.0	48.0	
	매우 충분하다	3.4	4.4	4.2	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-100〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 외부 돌봄 이용 의향

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
외부인 이용 의향	무료라면 이용	53.6	56.3	55.6	57.659(2) .000
	유료라도 이용	25.0	12.3	15.5	
	필요없다	21.4	31.4	28.9	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

한편, 뇌병변장애인의 경우 활동지원서비스의 이용 경험이 있다고 응답한 비율이 8.5%로 다른 장애유형(7.8%)에 비해 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다(표 5-101 참조). 그러나 주간보호서비스의 이용 경험률은 2.0%에 불과하였다(표 5-102 참조).

〈표 5-101〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 활동지원서비스 경험 여부

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
장애인활동지원서비스 경험	있다	8.5	7.8	8.0	.218(1) .641
	없다	91.5	92.2	92.0	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-102〉 돌봄 필요 인구의 뇌병변 장애에 따른 장애인주간보호시설 경험

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
장애인주간보호 시설 경험	있다	2.0	2.8	2.6	.912(1) .340
	없다	98.0	97.2	97.4	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애인의 경우 21.9%가 주간보호시설의 이용을 희망하고 있는 것으로 나타나 다른 장애유형(16.5%)에 비해 높은 욕구를 보였다. 앞서 〈표 5-102〉에서 확인된 바와 같이 실제 주간보호서비스의 이용 경험율은 2%에 불과하여 이용 희망 비율과의 높은 격차를 보였다.

〈표 5-103〉 돌봄 필요 뇌병변장애인의 주간보호시설 이용 희망 여부

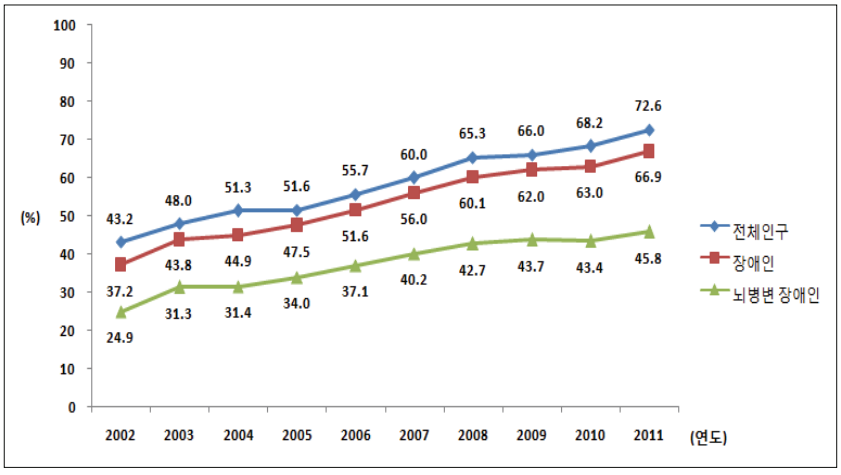
(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
장애인 주간보호시설 희망	희망함	21.9	16.5	17.8	8.264(1)/ .004
	희망안함	78.1	83.5	82.2	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

한편 2011년 국민건강보험공단의 건강검진 자료에 대한 2차 분석을 통하여 장애인과 일반인 그리고 뇌병변장애인의 건강검진 수검률을 분석해 본 결과, 장애인의 건강검진 수검률은 66.9%로 전체인구에 비해 약 5% 낮았으나, 뇌병변장애인의 건강검진 수검률은 45.8%로 전체인구에 비해 약 26% 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 2014년 장애인 실태조사의 건강검진 수검 관련 조사항목 '최근 2년간 건강검진 경험 여부'로 조사된 2011년 기준 장애인의 70.4%, 뇌병변장애인의 58.1%의 수치와 약간의 차이가 발견된다.

〔그림 5-3〕 전체인구 대비 장애인 및 뇌병변장애인의 건강검진 수검률 비교



주: 1) 전체인구 및 장애인의 건강검진 수검률은 건강보험 일반건강검진을 기준으로 산출함.
2) 전체인구의 건강검진 수검률은 국민건강보험통계연보를 인용함.
자료: 호승희 외(2013) 재구성

한편 전체 국민건강보험가입자의 요양기관 내원 일수는 18.8일이었고, 입원 일수는 2.2일, 외래 진료일수는 16.6일로 나타났다. 그러나 장애인의 요양기관 내원일수는 50.1일(전체인구 대비 2.7배)로 나타났고, 뇌병변장애인의 경우, 84.2일(전체인구 대비 4.5배)로 약 1.7배 높았다.

입원일수는 전체 장애인이 16.9일(전체인구 대비 7.7배), 뇌병변장애인이 49.0일(22.7배)로 약 2.9배 높았다. 뇌병변장애인 중 17세 이하는 외래일수가 입원일수보다 2.8배 높았으며, 17세 이상은 입원일수가 외래일수보다 많았다. 또한 18~44세의 평균 내원일수가 다른 연령대보다 약 30여일 적은 것으로 나타났다.

〈표 5-104〉 뇌병변장애인의 1인당 평균 내원 일수

(단위: 일)

평균 내원일수	전체 인구	장애인	뇌병변장애인				
			전체	17세 이하	18~44세	45~64세	65세 이상
입원+외래	18.8	50.1	84.2	85.0	58.3	87.5	86.8
입원	2.2	16.9	49.0	22.6	35.6	53.7	51.0
외래	16.6	33.2	35.2	62.5	22.8	33.7	35.8

주: 1) 전체 인구의 평균 내원일수는 건강보험가입자 기준이며 2011년 국민건강보험통계연보를 인용함.
2) 평균 내원일수는 요양기관에서 청구한 요양급여비용 명세서에 대한 심사결정 내용을 기준으로 작성
3) 의약 처방전에 의한 약국 조제 실적은 포함되지 않음.
자료: 호승희 외(2013), 연구결과 재분석

2011년 전체 장애인의 진료비는 9.1조원으로 장애인 1인당 약 360만원을 지출하였다. 그 중 뇌병변장애인의 진료비는 1.8조원으로 전체의 20%를 차지하고, 1인당 평균 진료비는 700만원으로 전체의 1.9배에 해당한다. 전체 장애인의 진료비 중 건강보험 급여비의 비율은 84%이고, 뇌병변장애인의 진료비 중 급여비의 비율은 82%를 차지하는 것으로 나타났다. 뇌병변장애인 중 1인당 평균 진료비가 가장 적은 연령대는 18~44세, 가장 많은 연령대는 45~64세였다.

〈표 5-105〉 뇌병변장애인의 진료비

(단위: 천원, 원)

진료비	장애인	뇌병변장애인				
		전체	17세 이하	18~44세	45~64세	65세 이상
진료비	9,139,886,762	1,822,615,081	84,650,572	126,321,765	637,038,195	974,604,549
급여비	7,632,528,579	1,487,577,675	72,123,433	108,302,799	531,935,091	775,216,350
1인당 평균진료비	3,624,542	6,989,090	6,459,903	5,087,670	7,334,417	7,160,786
1인당 평균급여비	3,026,779	5,701,891	5,503,925	4,361,947	6,124,333	5,695,806

주: 1) 진료비 및 급여비는 의약 처방전에 의한 약국 조제 실적을 포함함.
2) 진료비는 요양기관에서 건강보험가입자 진료에 소요된 비용으로 급여비와 본인 부담금을 합한 금액임.
3) 진료비 및 급여비는 천원미만을 절삭함.
4) 1인당 평균 진료비 및 급여비는 일원미만을 절삭함.
자료: 호승희 외(2014), 연구결과 재분석

보건의료 서비스가 필요한 뇌병변장애인의 경우 의료서비스에 대한 만족도 조사에서 '만족한다(매우 만족+만족)' 응답 비율이 67.6%로 타 장애유형(71.3%)에 비해 약간 낮았으며, '불만족한다(전혀 불만족+불만족)'는 응답 비율은 10.1%로 타 장애유형(6.0%)보다 높았다.

〈표 5-106〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 병의원 의료서비스 만족

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
병의원 의료서비스 만족도	매우 만족	7.7	8.5	8.4	13.665(4) .008
	만족	59.9	62.8	62.3	
	보통	22.2	22.7	22.6	
	불만족	8.4	5.1	5.7	
	전혀 불만족	1.7	0.9	1.0	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애에 따른 건강서비스 이용경험 분석결과를 건강검진, 방문보건, 구강보건 영역에서 뇌병변장애인과 타 장애유형 간의 차이가 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 즉, 뇌병변장애인의 경우 건강검진 수검률과 구강보건 이용률은 낮고, 방문보건 이용률은 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-107〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 건강서비스 이용경험

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		전체	χ^2(df)/p
		예	아니오		
건강관련 서비스 이용	예	98.7	98.5	98.5	.136(1) .713
	아니오	1.3	1.5	1.5	
예방접종	예	70.7	72.8	72.5	1.106(1) .293
	아니오	29.3	27.2	27.5	
건강교실	예	2.2	3.6	3.4	3.084(1) .079
	아니오	97.8	96.4	96.6	
건강검진	예	48.3	64.7	62.1	57.056(1) .000
	아니오	51.7	35.3	37.9	
방문보건	예	8.1	4.5	5.1	13.075(1) .000
	아니오	91.9	95.5	94.9	
정신보건	예	4.5	6.0	5.8	2.058(1) .151
	아니오	95.5	94.0	94.2	
구강보건	예	31.0	35.5	34.7	4.422(1) .035
	아니오	69.0	64.5	65.3	
일반진료	예	97.5	97.2	97.3	.127(1) .722
	아니오	2.5	2.8	2.7	
재활진료	예	36.7	35.4	35.6	.392(1) .531
	아니오	63.3	64.6	64.4	
전체		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애에 따른 향후 보건·의료서비스 욕구 분석결과, 뇌병변장애인은 다른 장애유형에 비해 재활전문병원(30.4%), 방문재활치료(30.1%),

요양병원(7.8%) 이용에 대한 욕구가 상대적으로 높았다.

〈표 5-108〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 향후 보건·의료서비스 욕구

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		계	χ^2(df)/p
		예	아니오		
향후 보건·의료 서비스 욕구	종합병원 재활의학과	17.3	19.0	18.8	76.289 (8) .000
	재활전문병원	30.4	28.0	28.4	
	요양병원	7.8	4.8	5.3	
	보건소	4.3	8.9	8.2	
	낮병원 또는 외래 재활치료	3.8	8.3	7.6	
	방문 재활 치료	30.1	19.5	21.2	
	장애인 특화서비스	4.0	7.8	7.2	
	주치의(단골의사)	2.2	3.4	3.2	
	기타	0.2	0.2	0.2	
계		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애인에 대한 정신건강 상태를 파악하기 위해 일상생활 스트레스 수준을 분석한 결과, 스트레스를 경험한다고(매우 많이+느끼는 편) 응답한 비율이 전체의 67.1%로 타 장애유형(66.3%)보다 약간 높았으나 통계적으로 유의한 결과는 아니었다.

〈표 5-109〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 일상생활스트레스

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		계	χ^2(df)/p
		예	아니오		
일상생활 스트레스	매우 많이	26.2	24.8	25.0	4.876(4) .300
	느끼는 편	40.9	41.5	41.4	
	보통	18.7	20.2	20.0	
	느끼지 않는 편	10.6	11.3	11.2	
	전혀 느끼지 않음	3.6	2.2	2.4	
계		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

뇌병변장애인의 우울증상(슬프거나 절망감) 유경험 비율은 33.0%로 타 장애유형(30.0%)에 비해 약간 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다(표 5-110 참조). 그리고 자살을 생각해 본 경험에 대해서도 뇌병변장애인은 27.9%가 경험이 있다고 응답하였으나 다른 장애유형과 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다(표 5-111 참조). 그러나 실제 자살시도 여부는 뇌병변장애인의 경우 1.4%로 타 장애유형의 2.2%에 비해 약간 낮았다(표 5-112 참조).

〈표 5-110〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 우울증상 경험 여부

(단위: %)

구분		뇌병변장애여부		계	χ^2(df)/p
		예	아니오		
슬프거나 절망감	예	33.0	30.0	30.5	2.202(1) .138
	아니오	67.0	70.0	69.5	
계		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-111〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애인의 자살생각 여부

구분		뇌병변장애여부		계	χ^2(df)/p
		예	아니오		
자살생각 여부	예	27.9	25.2	25.6	2.012(1) .156
	아니오	72.1	74.8	74.4	
계		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

〈표 5-112〉 보건·의료서비스 필요인구의 뇌병변장애에 따른 자살시도 여부

구분		뇌병변장애여부		계	χ^2(df)/p
		예	아니오		
자실시도 여부	예	1.4	2.2	2.0	1.629(1) .202
	아니오	98.6	97.8	98.0	
계		100.0	100.0	100.0	

자료: 2014년 장애인 실태조사 재분석

5. 질적 조사에서 나타난 장애인 복합 욕구의 특징

앞서 실태조사 자료의 2차 분석 결과를 통해 장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 우선 지원 대상으로 이중 또는 삼중의 복합 욕구를 갖는 전체 장애인 집단과 뇌병변장애인의 특징을 살펴보았다. 이에 덧붙여 본 연구에서는 a) 장애인 당사자와 b) 장애인복지관의 물리치료사나 활동지원서비스 제공인력 등을 대상으로 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용 과정에서 나타나는 복합적 서비스 욕구 특성을 파악하기 위해 초점집단 심층 인터뷰 및 개별면담을 실시하였다. 이는 장애인실태조사와 건강보험공단의 데이터 분석을 통해 도출된 통계수치뿐 아니라 실제 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용 현황과 이의 연계 및 통합에 대한 의견을 수렴하기 위하여 수행되었다.

대상기관의 선정 및 조사 참여자 선정방법은 질적 연구 표본추출방법인 목적적 표집(purposeful sampling)을 활용하였다. 이 기법은 '특정 분야에 대한 전문가이거나 특정 경험을 많이 한 사람 혹은 특정 분야에 대한 정보를 많이 갖고 있는 사람'을 의도적으로 선택함으로써 다른 선택에서는 얻을 수 없는 중요한 정보를 얻기 위한 접근법이다. FGI 및 개별면담의 분석은 전체 내용을 녹음(full-recording)하고, 이를 반복적으로 읽은 뒤, 주제별로 범주화하고 이에 따른 주요 내용을 포착하는 방식으로 진행하였다.

FGI 및 개별면담의 대상은 a) 장애인 당사자와 b) 장애인복지관의 물리치료사나 활동지원서비스 제공인력이었으며, 주요 질문내용은 현재 이용하고 있는 돌봄·보건·의료서비스 기관, 주당 이용횟수, 서비스 내용 등이었으며, 현재 이용하고 있는 돌봄·보건·의료서비스의 어려움 및 향후 이들의 복합적 욕구를 충족시키는데 필요한 제도 및 서비스 등을 논의하였다.

〈표 5-113〉 장애인 당사자 개별 인터뷰 현황

구분	성	연령	장애유형	장애정도
사례1	남	56	뇌병변	중증
사례2	여	55	지체	중증
사례3	여	43(장애아 모)	지적, 뇌병변	중증
사례4	여	50	뇌병변	경증
사례5	여	66	지체	경증
사례6	여	81	지체	경증

장애인복지관의 전문가 인터뷰 참여자는 장애인의 돌봄·보건·의료 관련 서비스 제공자인 관련업무의 전문가로 선정하였으며, 인터뷰는 총 2회에 걸쳐 총 3명이 참여하였다. 두 번째 인터뷰는 참여자가 한 명이어서 개별면담 형태로 진행하였다. 초점집단 인터뷰에 참여한 기관의 소재지는 경

기지역이었으며 참여자의 성별은 여성 1명, 남성 2명으로 구성되었다.

〈표 5-114〉 장애인복지시설 전문가 개별 인터뷰 현황

구분	성	담당업무
전문가사례1	여	활동지원서비스
전문가사례2	남	물리치료
전문가사례3	남	물리치료

장애인 당사자 개별 면접에서 우선 확인된 사안은 활동지원서비스를 이용하고 있는 장애인들은 주로 병원 등 의료서비스의 이용을 위해 활동지원서비스의 이동 지원을 주로 사용하는 것으로 나타났다.

"활동보조인 오면 일주일에 두 번 분당 서울대 병원 가고요 복지관(오갈 때)서비스 해 주고 그래요. 복지관서비스는 복지관 왔다 갔다 하는거 도와주는 거요."(사례1)
"저는 지금 가사 썼다가 몸이 상태가 많이 안 좋아가지고 치료 받는 걸 요즘에 바꿨걸랑요. 근데 그게 시간이 많으면 가사랑 (네~) 차량 병원 가고 그러는 거랑 같이 병행해서 쓰면 되는데 그 시간을 많이 못 받으니까 두 가지를 쓸 수가 없더라고요. (아~ 그러면 병원가실 때만) 그래서 병원 가는 것만 저도 일주일에 세 번 써요. "(사례2)

"지금 활동지원은 아이가 중증 1급이니까 128시간 받고 있어요. .... 아이가 어릴 때는 제가 케어하는 게 굉장히 이게 어렵지 않았어요. 근데 이게 점점 커져 가는데(지금 중3) 몸도 애가 약간 문제가 좀 많이 있고 지적으로..지적 1급이고 뇌병변 3급이거든요...활동지원시간은 다 쓸때도 있고 다 못쓸때도 있어요. 복지관에 주간보호센터도 최근

에서야 이용하고 있구요."(사례3)

그리고 이들의 병원 이용의 주된 이유는 장애로 인한 통증 및 강직 등의 치료를 위한 목적과 통증 그리고 주된장애 외에 건강상의 이슈로 병원을 이용하고 있는 것으로 나타났다.

"통증이 근데 전에는 다리만 불편했고 팔이랑 오른쪽 팔만 그래갖고 그케 막 병원을 자주 안 갔는데 지금은 양쪽 골반이 오른쪽 기능이 전혀 안되고 골반이 아파갖고 앉아 있기가 되게 힘들어요. 제가 기본적으로. 그런데다 다리가 불편하니까 팔에다 힘을 줬더니 팔이 양쪽이 다 고장이 난거야..."(사례2)

" 뇌성마비는 강직이 있어요. 다리에 (그러니까요) 빳빳해지고 강직이 있는데 (계속적으로 재활치료 해 줘야) 재활치료 해 줘야 되는데...(저는) 뇌성마비기 때문에 이게 (물리치료를) 쉬면은 (근육이) 붙어가지고 병원가면 이걸 맨날 찢어야 되요(지속적으로 치료를 해야만 해요)."(사례1)

초점집단 인터뷰에 참여한 장애인들은 대부분 장애인복지관을 이용하고 있으며, 이들에게 복지관에서 이용하고 있는 서비스가 어떠한 것이 있는지에 대해 물어보았다. 장애아동의 경우, 주간보호센터나 재활치료를 주로 이용하였고, 성인이나 장애노인의 경우 물리치료나 작업치료, 수중치료, 스포츠 등을 이용하고 있었다.

"(병원)가서 물리치료랑 통증 치료도 받고 약도 타다먹고.....그리고 복지관도 이용도 하고요...(복지관에서는) 일주일에 치료받는 거는 2

회 받아요. 한번에 40분 정도씩"(사례2)

"(저는) 이제 뭐 저 배드민턴, 뭐뭐 스포츠 그런 활동에 대한 뉴스포츠라던가 탁구라던가 컴퓨터는 기본이고 이런 거는 다 하고 있어요."(사례5)

지역사회 내에서 생활하고 있는 장애인들에게 보건소 이용 경험에 대해 질문한 결과, 복지관을 이용하고 있는 장애인들은 보건소 이용이 매우 낮고, 보건소에서 제공하고 있는 서비스에 대한 만족도의 경우에도 높지 않았으며, 지역 보건소마다 서비스 내용이 달라 혼란스러우며, 보건소의 물리적 접근성의 불편함과 한계에 대한 부정적 의견을 제시하였다.

" 보건소는 건강 체크하는 거 있잖아요. 검사 그런 거 대상 되면 거기 가서 받죠" (사례1)

"보건소는 별로...도움이 별로 안 되고....우리 보건소에는 (받을 수 있는 서비스같은게) 없는 거 같던데."(사례4)

"보건소 이렇게 우리네가 이런 질병을 갖고 있으면 보건소에서는 이렇게 깊은 병 같은 거는 이제 안 하잖아요.....저 같은 경우는 (보건소) 많은 이용은 안 해요 그냥 큰 병원을 다니니까."(사례5)

"근데 보건소에서도 장애인들 받을 게 없던데...저는 지금 XX 살다가 YY으로 이사 갔는데 거기는 골다공증 검사도 하는 것도 장애인들은 못하더라고요... 그게 발로 되는 거래요 양쪽 발을. 근데 저는 발이 못 쓰잖아요 .....근데 그게(골다공증 검사) 지역마다 틀려갖고 장애인들

은 받을 게 없어요 내가 가보니까. 제가 다 가봤지만." (사례2)

"혈압당뇨가 있으면 가서 체크해고 하는데 나는 당뇨 그런 거는 없고 그냥 뭐 이렇게 관절 같은 데가 아프니까 가서 치료 물리치료라도 받으면 가지요. 근데 그런 게 없다니까... 전 가정방문 오는 것도 뭐 그 분들이 와서 그냥 혈압 재고 파스만 주고 그냥 가시더라고 특별하게 해 주는 건 없고. "(사례2)

한편, 장애인에게 돌봄·보건·의료서비스의 이용에 있어 어려운 점에 대한 논의를 전개한 결과, 장애유형과 정도에 따라 다양한 의견이 제시되었다. 첫째로 복지관이나 병원 이용을 위한 이동의 어려움, 즉, 접근성의 이슈가 제기되었다. 둘째 중증장애아동이 이용할 수 있는 서비스의 부재와 치료의 어려움 그리고 병원이용 시 본인부담금의 부담 등이 제기되었다.

"(복지관이나 병원이용은) 그 활동보조 시간이 안 맞아서 못 가는 거에요 사실은. (활동보조시간이) 추가되면 더 가는데 여덟 시간에 한정되어 있으니까는..세 번. 두세 번 뿐이 못 가는 거야. 그리고 그렇지 않을 때는 그냥 저 뭐 그냥 급할 때는 콜차도 타고 가요. 제가."(사례2)

"저는 2010년 장애등록을 했구요. 소뇌 실조증이 있어요. ...저희 엄마도 이걸로 돌아가셨고 저희 언니는 지금 이제 전동 휠체어 타고 있거든요. 또 한 언니도 지금 언니가 세 명인데 두 명이 앓고 있고 있고, ...유전적 영향이 있다고 그래가지고...(약물이나 치료에 대해서) 약 치료 없다고 신경안정제만 먹고 있어요...저 같은 경우는 집안일도 다 해야 하고 애도 돌봐야 하지만 등급이 낮아 지원받는 게 없어요. (그래서 병원도 못가요). 자꾸 제가 병원을 못가니까 등급이 자꾸 떨어져

요. 어떤 의료 시설 이용한 것도 없고 근거가 없으니까 그냥 서류 심사로 해가지고 등록이 3등급이었는데 4등급으로 떨어지더라고요...."(사례4)

"경증장애인 같은 경우는 제가 볼 때 프로그램이 정말 많더라고요... 그다음에 뭐 웬만큼 몸을 움직일 줄 아는 아이들을 위해서는 진짜 다양한 아이들을 위해서도 그런 프로그램도 많고 그런데 중증인 아이들이 할 수 있는 게 없기도 하지만 프로그램 자체도 아예 개설이 잘 안 되는 거 같아요. 왜냐면 경증은 하고나서의 보여줄 만한 성과나 이런 것들이 있으니까 다들 하려고 하지만 중증은 하고나서도 사실 별다른 성과가 없으니까 중증을 위해서는 프로그램도 별로 만들어지지 않고 그런 점이 많이 아쉬워요. 복지관 내에서도 중증 애들은 주간보호 외에는 할 수 있는 프로그램이 없어요."(사례3)

"치과 이용이 어렵고 왜냐면 치과가 굉장히 애네들한테는 중요하거든요. 그나마 있는 능력이 밥 먹는 능력인데 그 정기적으로 이거를 해줄 수 있는 게 있는데 치과 일반 치과 이용하는 게 너무 이제 좀 부담스럽고 그쪽에서도 위험할 수 있으니까 잘 받지 않으려고 하고 그 부분이 제일 치과가 어려운 거 같아요.....중증 애들이든 경증 애들이든 이게 6개월에 한번 씩 정기적으로 좀 봐 주기만 해도. "(사례 3)

" 저도 수급자인데도 ...한 3개월이나 6개월에 (한번씩) 한번씩 병원에서 검사하면.....선택 진료비가 있으니까 고거는 나오고 저기 안과하고 피부과를 댕기는데 피부과 약은 전부다 돈 내야 되고요. 피부과는 약값은 내야 돼. 피부과가 그거 한 5만원 들어가거든요. 그리고 검사할 때 비급여 항목은 수급자래도.....안과 같은데서 한 20만원(정도 내요)...그거(비용) 부담이죠. "(사례1)

"나는 그래서(비용 때문에) 못 간다니까. 부담스러워서....지금은 못 가."(사례2)

이어서 장애인의 건강관리 관련 욕구를 물어본 결과, 건강상식 및 체중관리 그리고 재활치료에 대한 올바른 정보에 대한 욕구를 명백하게 표출하였다. 특히, 65세 이상 노인을 대상으로 건강관리공단에서 시행하고 있는 건강관리프로그램에 참여하고 있는 한 장애인은 의사와 생활치료사, 영양사, 운동처방사 등에 의해 제공되고 있는 프로그램에 대한 만족도가 아주 높고, 이와 유사한 프로그램이 복지관에도 있었으면 좋겠다는 의견을 제시하였다.

"건강 상식을 미리 누가 어드바이스를 해 줘서...해 주면 조금 더 도움이 됐지 않을까(생각해요)."(사례1)
"...저는 제가 체중관리를 제가 해요...앉아 있는 사람들 보면 다 이렇게 (체중관리를) 자기가 하더라고요. 저는 음식을 많이 먹으면 소화도 안돼요. 그러니까 조금씩 먹고 체중관리를 하려고 해요 하기는. 남이 도와주려고 해도 내가 무거우면 불편할거 아니에요. 그래서 하려고 노력은 해요"(사례2)

" (병원이용이나 복지관이용 관련해서는) 지금도 뭐 뭐 해야 할지 모르겠어요. 수중재활 그냥 제가 골라가지고 이거 선생님한테 저한테 도움되지 않을까요 그랬더니 선생님이 해 보라고 해가지고 그냥 수중재활만 하고 있어요...(이런걸 누가 잘 알려주었으면 좋겠어요)"(사례4)

"그리고 우리가 건강관리 그 지식을 집에만 있으면 사실 많이 잘 몰라요. 방송으로 보면 뭐 잠깐 잠깐이지 (뭐 건강에 좋은 음식이라던

지) 응응. (뭐) 기초적인 그런 거를 하나도 받지를 못해. ."(사례2)

"건강보험지사 지사에서 운동 프로그램이 있더라고요. 건강증진센터에요. 그 안에 크게 있더라고요. 거기서 생활치료 강사 선생님들이 나오셔서 아주 체계적으로 아주 그냥 그 의사 진단 뭐 영양사 운동처방사 이렇게 다 거쳐가지고.... 일주일에 두 번씩 65세 이상은 일주일에 두 번씩 해요. 그래서 제가 그걸 하고 보니까 많은 도움이 되더라고요. 너무 좋아요. 여기서도 이런 프로그램이 있으면 너무 좋을텐데..." (사례5)

한편 장애인복지관의 활동지원서비스 담당자나 물리치료사에게 장애인들의 돌봄·보건·의료 이용 실태에 대해 물어본 결과, 장애 아동과 성인 장애인의 돌봄·보건·의료 이용 형태에 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한 장애유형과 정도 그리고 사례별로 차이가 있긴 하지만 기본적으로 질병이나 (병원)치료에 대한 욕구가 있는 경우, 활동지원서비스를 이용하여 우선적으로 의료욕구를 해소하고 있는 것으로 나타났다.

"지적 자폐성 아이들 대상으로 하게 되면 보통은 물리(치료)나 작업(치료)라든지 의료적 보다는 사회성 향상 프로그램이라던지 (그런걸 많이 원하셔요)... 그리고 뇌병변 장애 아이들 뭐 그런 선천적으로 지금 물리치료 받는 아이들이...(있구요)...아이들 같은 경우에도 이용하는 아이들이 꽤 많아요 물리치료" (전문가 사례1)

"물리치료 대상자 중에서는 (성인을 100%로 봤을 때) 으로 중풍 성인이 거의 90%. 그리고 척수 손상 이 한 10% 그 정도 되고. (장애아동을 100%로 봤을 때) 아동은 뇌성마비가 한 60% 정도 되는 거 같구요. 그 담에 발달장애가 한 30%. 그담에 굉장히 희귀성 난치 질환이

한 10% 정도(됩니다).” (전문가 사례2)

“(일반적으로 장애인분들은) 일반 정형외과에서 하는 통증치료 많이 하시더라구요.” (전문가 사례2)

“저희 기관은…이제 이동지원 서비스로 요청하시는 분들이 약 절반(가량 되고), 신체지원이 약 절반가량 된다고 보시면 됩니다. 외부 이동기관 병원을 간다거나 치료를 받기를 원하시는 분들은 성인보다 아동들일 때 그런 욕구들이 많이 있거든요. (전문가 사례3)

“병원이나 치료 아이들 중심으로 가면 그렇게 돼 버리고요 성인 중심으로 가면 교회라던지 아니면 어디 돌아다닐 때 산책이라든지 이런 거가 되지만 아동들 중심에서는 치료나 학교 등하교 그 다음에 치료 병원 이런 쪽이 중심이죠.” (전문가 사례3)

“연세가 있으시고 55세 이상 연세 있으신 분들 중에서 병원이나 이런 물리치료 받으시고요….(장애인분들은) 연령과는 관계없이 어쨌든 물리 작업치료 의료서비스에 대한 건 기본 베이스로 깔고 가는 분들이니까…. 기본적으로 연세가 높아지시면 온갖 약들은 다 타러 가시더라고요. 뭐 고혈압이다 뭐다 해가지고. 약은 뭐 기본적으로 한 달에 한 번씩은. 근데 본인이 타러 가시기보다는 때로는 가족들이 대신 수령하러 가시고 그거는 활동지원인들이 못가시고 가족분들이 대신 수령하러 가시니까. 근데 바람 쐴 겸 이렇게 같이 가시는 경우들도 있기는 하죠.”(전문가 사례1)

“돌봄서비스를 받으시는 분들이니까 이게 뭐 정확하게 조사를 했더니 이게 우선순위에요라고 말씀을 드리기는 어렵지만, 이분들이 뭐

본인들 나름의 우선순위를 하라라고 하면 나 지금 당장 아파 죽겠고 내가 밖에 나가서 병원 치료 받고 하는 이런 거를 먼저 원하시지 집에 와서 가사 집 청소 해주고 그런 거로 하시지는 않죠. 우선순위를 주라고 한다면." (전문가 사례1)

그리고 복지관에 근무하고 있는 활동지원서비스 및 물리치료사 등의 전문가에게 장애인의 보건·의료 욕구에 따른 서비스 이용의 어려움에 대해 물어본 결과, 의료기관까지의 이동의 어려움이 가장 큰 것으로 나타났다. 이 외에도 와상이나 집밖 활동이 쉽지 않은 대상의 경우 병원이용에 더욱 어려움이 더욱 크고, 일부 장애인의 경우 외래로 충분한 치료를 받을 수 없는 상황에 대한 의견도 제시되었다.

"지체장애인분들 뇌병변장애인분들 같은 경우에는 우선순위 (일순위야)라고 하면 '나 병원 가는 데 좀 이동 시켜 주세요'예요. ...이 제도의 가장 그 심각하게 고민을 해야 되는 게 장애인의 자립과 사회참여라고 하면 이동에 대한 거를 보장을 해 줘야 하는데 이동에 대한 거 보장하는데 있어서 내가 그 전동휠체어나 이런 거 못 타시는 분들은 차량 이동해야 되잖아요. 근데 차량 이동할 수 있는 공식적인....자원들은 굉장히 작고 (사람만 붙여줘 그 사람이 알아서 해야 돼). 근데 활동지원서비스 이동지원의 원칙이요. 대중교통이나 장애인 콜택시를 이용을 해서 이동을 할 때 옆에 활동지원이 동행을 하라라가 원칙이거든요. 근데 자원이 너무 적다보니 선생님 차로 저 한번 데려가 주세요. 병원 가는 데만 데려다 주시면 안돼요?' 이렇게. 아니면 '우리아이 학교 가는데 한번 좀 지원해 주시면 안돼요?' 이런 식으로 요청을 하시는데 그 이동권이 보장이 돼야 사회참여를 하든 자립을 하든 할 텐데 자원은 너무 적고 그렇다 보니.... 그렇게 되면 병원 이분들 병원

이용 못해요."(전문가 사례1)

"경제적 부분하고 이동지원 부분이 해결된다면은 대부분 병원을 더 이용하시겠죠." (전문가 사례3)

"이유는 저도 잘 모르겠는데 제가 지금 치료했던 그 성인 뇌성마비 그 환자분들도 다 30대. 30대 여자 두 분인데. 그 어느 정도 집에서 케어가 가능해야 되고 그 담에 그 정도의 경제적인 이런 그 기반이 되어 있는 분들이 많이 오구요. 그렇게 경제적인 기반이 많이 안 되어 있으신 분들은 복지관조차도 힘들어 하시는 분들이 많이 있습니다. 왜냐면 뇌성마비 아동이 30살 되고 40살 되면 그 부모님은 더 연로하실 거고.... 연로하시니까 복지관에 같이 오실수가 없죠. 혹은 또 그 정도 오래 되면 거의 치료를 포기하시는 분들도 거의 집에서 방치.... 그렇게 치료 포기하시는 분들이 많거나." (전문가 사례2)

"이제 한 뭐 일주일에 두 번씩 뭐 꼬박꼬박 가서 병원에 가서 치료 받으시고 하는 분들이 있구요. 근데 댁에 와상으로 계시면서 병원에 저기 뭐지 집에서 가족분들이 봐 주실 분이 없다라고 하면 병원이용이 쉽지 않죠"(전문가 사례1)

"그니까 아동같은 경우는 성인은 그냥 여기서만 받는데 아동같은 경우는 일주일에 두 번이라는 치료는 좀 부족하고, 아동은 많이 받아야죠. 매일 데일리로 (거의 매일 받는 게 좋아요). 아동은 아직 가능성이라는 게 굉장히 무궁무진하기 때문에. 솔직히 성인은 더군다나 이 지금 복지관에 있는 성인들은 다 만성화 된 환자들이거든요. 이 만성화 된 환자들일지라도 관리를 안 해주면 힘들어지거든요. 바로 악화되는 게 엄청 빨라지거든요. 또 병원들이 외래 하는 병원들이 많이 없고.

보통 입원해서 하게끔. 왜냐면 수익을 내야 하는 구조기 때문에. 입원을 하고 물리치료 받게끔 하는 부분이 많죠."(전문가 사례2)

장애인의 돌봄·보건·의료욕구의 대응을 위한 현 제도의 문제점에 대해 물어본 결과, 돌봄과 보건·의료서비스의 협력체계에 대한 부재, 그리고 복지관의 물리치료나 작업치료의 경우 대기자가 너무 많은 상황 등에 대한 의견을 제시하였다.

"복지관이라든지 복지서비스 이런 것들 오랫동안 받으셨던 분들은 무료를 좀 지향하시거나 그냥 와서 해 주시기를 지향하시는 경우들이 많고 좀 최근에 이제 정년퇴직을 하시고 노시는데 갑자기 장애 오신 다거나 아니면은 중간에 중도 장애를 입으신 확률이 높으세요. 비장애인으로 오랫동안 성장하셨던 분들 같은 경우에는 돈을 내더라도 좀 양질의 서비스를 받고 싶어 하는 욕구가 강하시죠. 그 차이는 조금 있는 것 같습니다. 근데 이제 지역사회 내에서 이런 공공서비스 영역에서 양질의 서비스를 준다는 것이 그런 협력체계라던지 관계를 맺기에 지역별로 이제 가지고 있는 자원이라든지 지역사회 내의 환경이 다 상이하게 달라서요 그 부분은 뭐 이렇게 하기를 원한다 물론 좋은 건 다 좋은 걸 알지만 이걸 해 줄 수 있는 여건은 지역별로 틀리기 때문에 뭐라 말씀드리기 좀 어려울 것 같습니다. " (전문가 사례3)

"(장애인분들이) 이용하시는 병원들 보면 다 고만고만한 병원들이세요. 물리치료나 재활치료 뭐 그런거요. 또 병원가면 이제 복지관들은 대부분 지금 물리치료사들이 운동치료 쪽으로 해 주시니까 그나마도 건강보험이 안됨에도 불구하고 오셔가지고 하는데 병원으로 가면 주로 통증치료로 받고 오시는 경우들이 많잖아요. 여기(복지관)는 대기

자가 어마어마하더라고요."(전문가 사례1)

장애인의 돌봄·보건·의료욕구의 대응을 위한 제도적 개선사항으로서는 현재 활동지원서비스 이용자의 의료기관 이용에 있어 이동지원에 대한 제도적인 보완이 요청되며, 복지관에서 제공되고 있는 물리치료나 작업치료의 확대를 통해 충분한 재활치료 서비스가 제공될 수 있도록 하는 방안 등이 제시되었다.

"어쨌든 저는 만약에 의료서비스에 대한 욕구가 있으신 분들이 원활하게 잘 받고 계십니까라는 거에 대해서 뭐 지금까지 했던 얘기들을 요약하자면 가족들이 지원했던 걸 활동보조인들이 대신하고 있고 그리고 이제 그러기에는 이제 저희가 이제 이동이라든지 이런 것들이 다 어쨌든 사회적으로 뭔가 갖춰져야 되는 부분들이 분명히 있어야만 할 수 있는 것들을 지금 활동지원인들이 부담을 안고서도 지원을 하고 있는 부분들이 있다라는 거. 그런 제도적인 것들이 좀 보완이 되어져야 되지 않을까라는 생각이 들죠." (전문가 사례1)

"병원을 가기를 원하 수급자는 거의 병원이 무료니까 가기를 원하시지만 이동지원 서비스가 좀 제공이 제대로 안 되는 그 집들도 있어요. 자기가 원하지만 자기가 원하는 시간에 이동지원 서비스가 제공된다면은 좋은데 보통 과천의 경우를 들면 저희 기관이 중증 재가 장애인을 대상으로 지금 이동지원 시버스를 제공은 하고 있지만 원칙적으로 저희는 아니에요. 정식적으로 의뢰 받은 경우는 지체 장애협회하고 시각장애 협회하고 있는데 거기서는 차 한 대당 기사 운전하시는 분이 한분이 가시거든요. 근데 이제 집에서 모시고 나오는 경우 아니면은 2층이나 3층에 살고 계시는 경우 계단을 이동하려면은 두명이서

휠체어를 들고 내려오시는 경우가 이런 식으로 되는 서비스가 필요한데 그렇게까지 하려면은 그렇게 못하시는 경우가 많거든요. 거기서도 뭐 두 명 세 명이 이동지원 서비스를 한 대당 이렇게 붙을 수는 없는 여건이라서 물론 지원금이 많이 온다거나 많은 사람들이 지원한다거나 상관없겠지만 자원봉사자들을 모집을 한다거나 근데 시스템 자체적으로는 그렇게 한분씩만 운영하시다 보니까 그렇게 못해 주시고 그러신 분들은 대부분 저희한테 의뢰해 주시고 그러면 저희가 공익이나 같이 가서 모셔 드리고 그러고 있는데요. 이런 것들이 좀 더 제도적으로 좀 완성될 필요는 있죠. (전문가 사례3)

"(복지관에서 제공되고 있는 물리치료나 작업치료는) 병원보다 훨씬 쌉니다. 오천 원이니까 이용료가. 수급자는 공짜고, 차상위는 2500원이고. 근데 일단 병원은 외래가 저는 잘 모르겠지만 3만원에서 그 정도 수준(으로 알고 있습니다). 솔직히 일주일에 두 번해서는 부족합니다."(전문가 사례2)

이 외에도 돌봄·보건·의료 연합서비스 모형 설정 시 현장의 차원에서 접근 가능한 신규서비스에 대해 질문한 결과, 보건·의료서비스에 대한 정보제공 및 건강관리에 대한 구체적인 프로그램의 마련 및 이에 대한 전달체계에 대한 필요성 그리고 활동지원서비스 이용자를 대상으로 보건·의료서비스가 필요한 대상자 발굴이 가능하며 방문재활치료의 확대 등으로 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대응할 수 있는 시스템적인 지원의 필요성이 제시되었다.

"저희는 보건의료서비스 관련해서 정보를 기관차원에서 정보제공 위주로 좀 많이 하고 있거든요. 특수체육교사라든지 물리치료사가 있으

니까 집에서 간단히 할 수 있는 운동 같은 것들 좀 알려 드리고, 이제 보조기구가 있으니까 이제 아까 말했던 보조공학 그런 것들 보조기구 활용할 수 있는 것 집에 있는 것도 알려 드리고 또 저희가 대여해 드리고 무료대여거든요. 아니면 주문 맞춤 제작을 또 무상으로 해 드려요 . ....(이런게) 장애인 당사자들은 전문가들이 집에 정기적으로 방문해 준다거나 그런 거에 대해서 조금 심리적 안정감 다른 욕구 부분 좀 더 강하시거든요. ....복지관에서 그렇게 운동 지원 건강 정보 보조기구 그런 부분을 정보 전달 도움을 드리고... 정말 이런 활동지원이나 보건의료서비스는 같이 함께 통합으로 가는 게 도움이 정말 크게 됩니다. 따로따로 가는 것보다 통합으로 지원되는 게 더 크게 필요하다고 생각되고 그로 인해서 장애인분들이 만족감을 느끼시는 부분은 저희가 저희 서비스 그렇게 해 드렸을 때 더 크게 만족하시는 여부를 또 알 수 있었구요." (전문가 사례3)

"방문 물리치료서비스는 일주일에 1회 해서 한 시간 하고 있습니다. ...방문 물리치료는 지역연계팀에서 그 선생님이 말씀하시는 사례발굴을 해서 그렇게 연락을 해 오시거나. 아니면 본인 분들이 어디서 연락을 받고 뭐 저기 복지관에서 이런 방문 물리치료 한다더라 그러면 전화를 하는거죠...복지관에 와서 물리치료를 받으시는 분들이 연인원으로 따지면 한 2천 5백건 정도 되는데 방문해서 하는 경우는 한 150건? 거의 10%죠. 또 방문 물리치료 받으시는 분이 여기에 와서 물리치료 받을 수는 없습니다(규정상)... 나가보면 방문 물리치료 신청하시는 분들은 병원이용도 거의 안하시고 방치되어 있는 경우가 많아요. 안타까운 사례도 많죠. 지금은 여건상 1주일에 1회밖에 못나가지만 이런게 좀 더...(활성화되었으면 합니다)" (전문가 사례2)

"제가 계획을 하고 있는 거는 활동지원인들 대표를 저희가 꾸렸어요. 그분들이 사례관리자는 아니더라도 사각지대에 놓여 있거나 재가 서비스가 필요하거나 하는 모니터링 요원으로서는 역할을 해 주실 수 있잖아요. 왜냐면 본인이 맡고 계시는 당사자가 아니더라도 이분의 이웃, 이분이 알고 있는 다른 장애인이 뭔가 부당한 인권을 뭐 뭐 이렇게 유린당하고 있다거나 아니면 뭐 (가족으로부터 학대를) 받는다거나 그런 것들을 제보자로서의 역할을 할 수 있도록 저희가 지금 교육 때도 말씀드리고 하고 있어서. 그게 만약에 의료서비스가 필요하거나 하면 저희는 그렇게 해서 가능하다면 저희가 내년에 간담회 이런 거창한 명칭 말고 진짜 반상회 그런 지역에 활동지원인분들 대표들로 구성을 해서 진짜 사각지대에 있는 분들 의료서비스가 필요하면 의료서비스 필요하신 분들 해서 그런 분들을 조금 추천 받아서 운영하는 형태로 계획을 해 볼 정도로 (현장에서는 필요한 서비스라고 생각합니다)."(전문가 사례1)

제2절 장애인 연합서비스 공급 모형의 탐색

1. 장애인 연합서비스 공급의 기본 원칙

장애인의 자립생활 패러다임은 개인의 기능 향상과 타인에 대한 심리적 의존성을 최소화하고, 장애인 본인의 선택과 결정에 의한 자립을 무엇보다 중요하게 고려한다(김만호, 최영신, 2008). 이처럼 장애인 자립생활 패러다임은 사회적 모형에 기반을 두고 있고, 장애의 문제를 개인적 차원보다는 사회적, 환경적 차원에 둠으로써 지역사회장애인에게 포괄적인 서비스 제공을 통한 사회통합을 목표로 두고 있다. 이러한 바탕위에 시도

되고 있는 우리나라의 지역사회중심재활(CBR) 사업은 장애인의 의료적 치료뿐 아니라 나아가 일상적인 생활과 독립적인 지역사회생활 증진을 위한 매우 효과적인 접근법이라 할 수 있다(김만호, 최영신, 2008). 그럼에도 불구하고, 현재 지역사회중심재활(CBR) 사업은 장애인 복지영역에서 멀어져 있으며, 보건소 중심의 사업으로 진행되고 있어 보건·의료영역에 중심을 두고 신체적 재활에만 초점을 맞추고 있다.

현재 지역사회중심재활(CBR)의 기본방향은 (1) 지역사회 중심의 장애예방 및 조기발견, 재활치료, 장애인의 건강증진, 가족지지, 지속적 관리체계 개발을 통한 일상생활에의 자립능력 증진과 같은 사회통합을 위한 장애인 기능증진, (2) 지역주민들의 재활의식 개선 및 관련기관 간 연계관계 구축 등 지역사회 역량 강화, (3) 지역사회재활 협의체 운영 및 다양한 자원의 활용을 위한 통합적 네트워크 구축, (4) 지역사회 연건에 맞는 재활사업의 전략 및 프로그램 개발 등 지역유형별 모형개발 등에 맞추어져 있다(보건복지부, 국립재활원, 2014). 그러나 현 지역사회중심재활(CBR) 사업은 본 사업이 원래 가지고 있던 사업의 가치와 철학을 충분히 실행하고 있지 못하다.

본 연구에서 제시한 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급 모형은 지역사회중심재활(CBR)이 원래 가지고 있는 가치와 철학을 지향하며, 현재 진행되고 있는 지역사회중심재활(CBR)사업의 한계를 고려하여 개발되었다. 즉, 돌봄·보건·의료 욕구가 높은 타겟집단을 설정하고, 이들의 욕구에 기반을 둔 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대응할 수 있는 현실적이고 새로운 연계서비스 모형을 제시하고자 하였다.

앞서 설명하였듯이 본 연구에서 제시한 연합서비스 공급모형은 지역사회중심재활(CBR)의 기본 원칙을 포함하고 있다. WHO(2011)의 새로운 가이드라인에 따르면, 지역사회중심재활(CBR)의 기본 원칙은 크게 (1)

통합(inclusion), (2) 참여(participation), (3) 지속성(substantiality), (4) 역량강화(empowerment), (5) 자기옹호(self-advocacy), (6) 장벽 없는 환경(barrier free environment)을 포함하고 있다(보건복지부·국립재활원, 2014). 따라서 연합서비스 공급모형에서는 이러한 원칙들을 바탕으로 하여 다음의 원칙들을 중요하게 고려하였다.

가. 욕구 기반 이용자 중심성

장애인의 특징은 성, 장애유형 및 정도, 연령, 개인의 사회·경제적 환경 등에 따라 너무도 상이한 욕구를 가지고 있어 이들의 욕구를 모두 반영한 프로그램 혹은 서비스 내용을 설정하기가 매우 어렵다. 즉, 장애인구가 가지는 다양성 및 욕구의 복합성은 새로운 프로그램이나 서비스 내용을 고민하고 설계하고 이를 실행하는데 있어 모든 장애인구로부터 원래 목적하던 결과를 기대하기는 데에 많은 한계를 가져온다. 따라서 본 모형에서 구성한 서비스의 내용은 장애인구가 가지는 다양성 및 욕구의 복합성에 적절히 대응하기 위하여 장애인구 중 돌봄·보건·의료 욕구가 높은 타겟 집단을 설정하고, 이들의 실제 욕구와 서비스 접근성 그리고 자원연계의 현실성을 바탕으로 이들의 삶에서 필수적으로 요구되는 서비스 내용을 구성함으로써 이용자-중심의 서비스 내용을 포함하였다.

나. 현실성

장애인 대상 연합서비스 공급 모형의 주된 운영주체는 본 모형이 추구하는 목적을 충분히 달성할 수 있도록 장애인복지서비스 및 보건·의료영역의 현실을 반영하여 설정하였다. 즉, 본 모형의 운영주체는 장애인이

살고 있는 지역사회의 특성과 장애인의 욕구에 부합할 수 있도록 서비스 접근성과 해당 지역사회에서 활용가능한 자원간의 적절한 연결이 가능하여야 한다. 앞서 양적 및 질적 분석결과에서도 알 수 있듯이 장애인의 보건소 이용률을 현저히 낮다. 이는 현재 보건소에는 장애인이 이용할 수 있는 서비스의 종류가 많지 않고, 보건소에의 접근성에 한계가 있으며, 보건소에서 일하는 직원들의 장애에 대한 이해가 장애인복지관만큼 충분하지 않기 때문이다. 따라서 장애인의 접근성 및 서비스 이용의 편리성 그리고 자원의 원활한 연계를 고려한다면 장애인의 이용이 용이한 현실적인 운영주체를 고민하여야 한다. 이러한 상황에서 본 모형의 이행은 장애인 대상 건강증진 전달체계의 새로운 모색이라는 측면에서 그 자체만으로도 큰 의미가 될 수 있다.

다. 지속성

장애인의 경우 장애상태가 영구적으로 유지되는 경향이 많기 때문에 지역사회 내에 존재하는 광범위한 자원을 적절히 활용하면서 동시에 서비스가 지속적으로 제공되어 궁극적으로 장애인의 건강하고 독립적인 생활이 유지될 수 있도록 도와야 한다. 즉, 장애인 대상 연합서비스 모형에서는 장애인의 복합적인 욕구를 파악하고, 필요한 서비스를 적절하게 연계하며, 사후관리를 통한 건강관리 등이 필요시 된다. 따라서 책임 있는 전문가의 통합적이고 지속적인 지원이 요구되기 때문에 장애인의 돌봄·보건·의료와 관련된 교육이나 훈련을 받은 전문가의 개입이 필요하다. 물론 본 모형의 시범사업을 위하여 추가적인 예산이 전제되어야 하고, 기존서비스의 확대나 신규서비스의 제공을 위한 충분한 준비기간도 필요하다.

라. 서비스 연합의 목적

장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급 모형은 [그림 5-4]와 같이 지역사회중심재활(CBR)사업이 추구하던 본연의 가치와 철학[32] 그리고 Healthy People 2020의 개념적 틀을 바탕으로 한다. 따라서 장애인의 만족스러운 돌봄과 건강 증진을 위한 보건·의료 서비스 공급 모형을 통해 이들의 건강하고 독립적인 지역사회 참여 증진을 궁극적인 목적으로 한다. 다시 말하면, 연합서비스는 장애인이 살고 있는 지역에서 장애인의 욕구에 기반을 둔 서비스가 지역사회의 기존 자원과의 연계 및 활용을 통해 제공되어야 한다. 따라서 연합서비스의 구체적 목적은 다음과 같다.

① 지역사회 중심의 재활치료, 장애인의 건강증진, 돌봄지원 등을 통한 일상생활에의 자립능력 증진과 사회통합을 위한 장애인 기능증진

- 건강검진의 경험이 없거나 병원이용이 어려운 장애인에게 이동지원을 통한 건강형평성을 증진(건강검진 수급률 향상)
- 물리치료와 작업치료와 같은 지속적인 신체적 지원을 통하여 건강검진 이후의 체계적이고 지속적인 건강관리(건강계획수립)
- 장애인의 건강행태 개선 및 자기관리 기술 향상을 통한 기능증진

② 지역사회내의 기존 서비스 활용 및 지역사회 자원 연계

- 복지관의 의료재활 및 돌봄서비스 등 활용, 보건소와 공공의료기

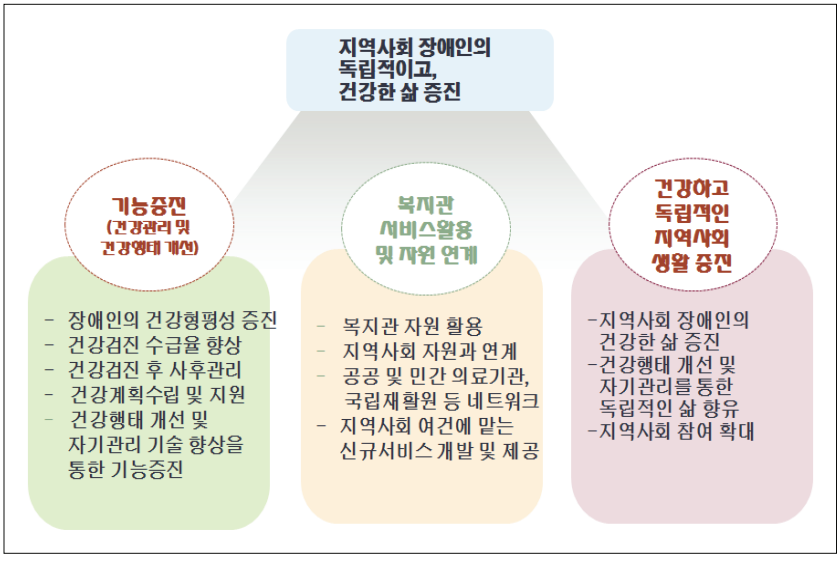
32) 보건·복지 연계 및 통합 사례: 지역사회중심재활(CBR)사업 부분에서 이미 정리한 바 있으나 이해를 돕기 위해 다시 정리함. 지역사회중심재활(CBR) 모형은 보편주의에 입각한 대상의 통합성, 포괄적인 통합 서비스의 제공, 그리고 욕구 충족을 위한 방법 등을 포괄하고 있음(김만호, 최영신, 2008). 또한 WHO(2011)의 새로운 가이드라인에 따르면, 지역사회중심재활(CBR)의 기본 원칙은 크게 (1) 통합(inclusion), (2) 참여(participation), (3) 지속성(substantiality), (4) 역량강화(empowerment), (5) 자기옹호(self-advocacy), (6) 장벽없는 환경(barrier free environment)을 포함하고 있음(보건복지부, 국립재활원, 2014).

기관, 민간 병원 등의 자원연계와 네트워크 구축

- 지역사회 여건에 맡는 신규서비스 개발 및 제공

③ 궁극적으로 이러한 서비스를 통하여 장애인의 적극적인 지역사회참여 확대와 역량강화, 더불어 지역사회 장애인의 독립적이고 건강한 삶의 증진을 꾀하고 있다.

〔그림 5-4〕 장애인 연합서비스의 목적



2. 장애인 대상 연합서비스 공급 모델

가. 서비스 대상

전체 장애인의 돌봄·보건·의료서비스가 정책적으로 시급한 과제임에는 틀림이 없다. 그러나 앞서 살펴본 대로, 보건·복지 연계 및 통합의 노력들

은 보건과 복지관련 조직 간의 통합과 협력과 같은 거시적인 접근으로 일관하였고, 현실적인 한계들로 인하여 성공하지 못하였다. 따라서 본 연구에서는 돌봄·보건·의료서비스 연계방향을 모색하기 위하여 양 서비스 욕구가 모두 높은 뇌병변장애인을 위한 정책개발을 우선적으로 시도하여. 이들의 욕구와 접근성 그리고 서비스 연계가 가능한 모형을 설정함으로써 향후 장애인의 욕구에 대응하는 맞춤형 서비스 제공이 이루어질 수 있는 토대를 마련하려고자 하였다.

앞서 제시하였듯이, 연합서비스의 타겟 집단은 양적 및 질적 조사 결과를 바탕으로 뇌병변장애인으로 설정하였으며, 뇌병변장애인이 연합서비스의 타겟 집단으로 설정된 이유를 설명하면 다음과 같다.

첫째, 뇌병변장애인의 경우 돌봄 필요 비율은 70.8%로 타 장애유형(27.4%)에 비해 월등히 높고, 건강상태가 나빠 보건·의료 욕구 비율도 78.5%로 타 장애유형에 비해 높은 것으로 나타났다. 둘째, 2011년 건강보험 데이터 분석을 통하여 전체 국민건강보험가입자와 장애인 그리고 뇌병변장애인의 입원일수와 외래진료일수 등을 비교해 본 결과, 전체 국민건강보험가입자의 요양기관 내원일수는 18.8일, 입원일수는 2.2일, 외래진료일수는 16.6일로 나타났으나 장애인의 요양기관 내원일수는 50.1일(전체인구 대비 2.7배), 뇌병변장애인의 경우, 84.2일(전체인구 대비 4.5배)로 타장애유형에 비해 약 1.7배 높았다. 입원일수는 전체 장애인이 16.9일(전체인구 대비 7.7배), 뇌병변장애인이 49.0일(22.7배)로 약 2.9배 높아 이들을 대상으로 연합서비스 모형을 설정할 경우, 건강보험료의 막대한 지출을 예방할 수 있다.

연합서비스 모형의 우선 지원 대상은 지금까지 설명한 바와 같이 돌봄·보건·의료 욕구가 있는 뇌병변장애인이지만, 같은 뇌병변장애인이라고 하더라도 지역사회활동을 거의 하지 못하는 뇌병변장애인과 복지관 이용과

병원 이용이 용이한 장애인 등, 뇌병변장애인 내에서도 이들의 건강증진과 지역사회연계에 대한 필요도에 대한 편차는 상당히 크다고 할 수 있다. 우선 건강코디네이터는 장애인의 보건·의료 욕구에 민감히 대응하며, 이러한 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 이들의 돌봄 욕구도 함께 고려하여야 한다. 따라서 장애인의 보건·의료 욕구를 기초로 하여 서비스 대상을 구분하면 크게 3가지로 분류할 수 있다.

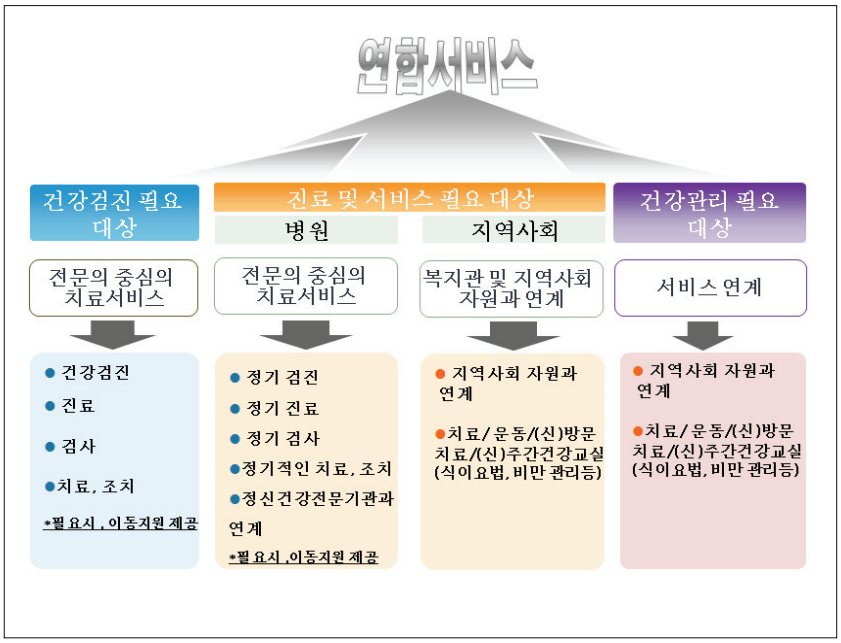
① 건강검진과 같은 기본적인 건강상태조차 체크할 수 없는 의료사각지대의 뇌병변장애인으로 지역사회 종합병원 혹은 공공의료기관과의 연계를 통한 건강검진, 진료, 검사, 치료, 조치 등이 필요로 하는 대상자

② 민간 병원 및 복지관의 이용 욕구가 있으나 실제로 돌봄 상황이 이를 뒷받침 해 주지 못해 이용하지 못하는 뇌병변장애인: 물리치료 및 작업치료 그리고 특수체육과 같은 건강증진의 욕구를 복합적으로 가지고 있는 대상자

③ 민간 병원 이용은 물론 복지관 이용이 용이하여 복지관내에서 치료와 운동 그리고 주간건강교실 등을 이용할 수 있는 대상자로 구분하였다.

따라서 본 모형의 주된 대상은 ①과 ②가 될 수 있으며, 기존 복지관 이용자의 경우, 복지관에서 건강기능 향상이나 주간활동의 욕구에 부흥할 수 있도록 신규로 서비스를 개발할 경우 이를 이용할 수 있다.

〔그림 5-5〕 장애인 연합서비스의 대상



나. 주요 서비스 내용(서비스 제공범위)

장애인 연합서비스 모형은 뇌병변장애인이 갖고 있는 고유의 특성들을 고려하여 이들의 기능증진과 복지관의 서비스 활용 및 자원연계를 통한 지역사회장애인의 건강하고 독립적인 지역사회 생활증진을 목표로 설계되었다. 본 모형의 목적에 맞도록 서비스 내용을 구성하기 위해서는 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대해 구체적으로 살펴보아 욕구에 기반을 둔 서비스 개발이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 양적데이터 분석을 통하여 뇌병변장애인의 욕구에 따른 함의를 도출하였다. 이에 대한 내용을 간략히 정리하면 다음과

같다. 첫째, 뇌병변장애인의 높은 돌봄·보건·의료 욕구에도 불구하고, 이들의 건강검진 및 외래진료 영역의 서비스 접근성은 낮은 경향을 보였다. 또한 뇌병변장애인은 방문보건 서비스 이용률이 상대적으로 높았으며, 방문재활치료 욕구가 높은 경향을 보였다. 즉, 뇌병변장애인의 경우, 서비스 접근성에 대한 욕구가 높아 이를 위한 지원방안을 모색해야 할 필요가 있다. 특히 대중교통을 이용할 수 없는 장애인이거나 오지에 있어 장애인콜택시 등의 이용이 어려운 장애인을 위한 교통편의를 포함한 이동지원이 절실하다. 따라서 집밖활동이 어려운 뇌병변장애인의 경우, 이들의 건강형평성 향상을 위한 이동지원에 대한 정책적 제도마련이 시급한 과제이다.

둘째, 건강상태가 나쁜 뇌병변장애인의 경우 주간보호서비스 이용 경험률은 낮은 반면, 이용희망률은 높은 경향을 보였다. 즉, 뇌병변장애인은 다양한 낮 활동에 대한 참여 욕구가 높으나 이를 충분히 충족되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 뇌병변장애인의 낮 활동 참여를 증진하기 위한 주간활동서비스를 고민할 필요가 있다.

셋째, 건강상태가 나쁜 뇌병변장애인의 경우 타 장애유형에 비해 건강관리 운동비율이 상대적으로 낮았다. 또한 운동장소의 경우 집안에서 운동하는 비중도 높고, 타 장애유형에 비해 장애가 심해서, 이동이 어려워서, 관련 시설이 주위에 없어서 운동하지 못하는 비중도 높았다. 따라서 뇌병변장애인의 이러한 상태를 반영한 운동 지원, 건강교실 프로그램의 개발 및 보급이 요청된다.

넷째, 건강상태가 나쁜 뇌병변장애인의 경우 건강상태가 양호한 장애인에 비해 일상생활스트레스, 우울증상, 자살생각, 자살시도율이 상대적으로 높은 경향을 보였다. 질적 조사 결과에서도 제시되었지만, 장애인의 경우 심리 및 정서적 지원이 필요한데 이에 대한 지원방안을 고민할 필요가 있다. 따라서 뇌병변장애인의 정신건강 증진을 위한 다양한 노력을 시

도해야 할 것이다.

다섯째, 건강상태가 나쁜 뇌병변장애인의 건강관련 정보 및 운동관련 정보 획득처는 의료기관이나 주변사람에 편향된 결과를 보였다. 건강상태가 나쁜 뇌병변장애인의 향후 필요한 정보는 방문보건서비스, 재활진료서비스가 높았다. 이는 전체적으로 다양한 정보를 얻을 수 있는 기회가 상대적으로 제한되어 있음을 추측할 수 있는 부분이다. 따라서 뇌병변장애인이 다양한 건강관련 정보에 접근할 수 있는 기회를 확대할 필요가 있으며, 이와 관련된 다양한 프로그램 및 건강교실 등의 마련이 필요하다.

이러한 결과를 바탕으로 본 모형에서 제시한 서비스 내용은 크게 (1) 이동지원 (2) 복지관의 직접서비스(물리치료, 작업치료, 특수체육, 보조기기 등) (3) 방문치료 (4) 주간건강교실로 집약 될 수 있다. 이외에도 부가적으로 장애인의 욕구에 따른 연계로 장애인의 정신건강을 위한 민간 정신건강 전문기관 혹은 지역사회의 정신건강증진센터 등과의 협력관계가 필요하다. 복지관에서 직접서비스로 제공되고 있는 서비스는 물리치료와 작업치료, 특수체육 등을 들 수 있으며, 현재는 제공되고 있지 않지만, 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료서비스의 이용실태와 욕구분석을 통하여 추가적으로 요되는 서비스 내용으로 이동지원의 확대, 방문치료서비스의 신설, 그리고 주간건강교실의 신설을 제시하였다.

다. 건강코디네이터

뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료 욕구는 상호 복잡한 관련성을 가지고 있다. 뇌병변장애인은 건강서비스를 이용하기 위하여 활동지원서비스를 이용하는 사례가 많고, 주간활동서비스 욕구는 건강관련 낮 활동 프로그램의 필요성을 나타낸다. 그러나 다수의 뇌병변장애인은 접근성 문제로

의료기관 및 복지기관의 서비스를 이용하지 못하여 방문치료 및 이동지원을 요구하는 경향도 또한 발견되었다. 뇌병변장애인 중에서도 성별, 장애원인, 장애발생시기, 장애기간, 연령 등에 따라 돌봄·보건·의료에 대한 욕구가 상이하여 뇌병변장애인의 다양한 욕구에 대응하기 위한 개인별 맞춤형 서비스 제공을 위해서는 전문가에 의한 사례관리서비스 형태의 서비스 제공이 필요하다.

따라서 본 연구는 돌봄·보건·의료욕구가 있는 뇌병변장애인을 지원하기 위한 방안으로 가칭으로 '건강코디네이터'의 도입을 전제로 모형을 설정하였다. 건강코디네이터는 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료 욕구 및 병원이용의 형평성 등을 검토하고, 다양한 서비스를 연계함으로써 장애인의 건강증진을 꾀하는 전문가로 정의할 수 있다. 결과적으로 건강코디네이터는 뇌병변장애인의 건강한 지역사회생활 및 참여확대를 지원하는 역할을 수행할 수 있을 것이다.

건강코디네이터는 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료 욕구 및 병원이용을 포함한 지역사회 자원을 연계함으로써 장애인의 건강증진을 통한 독립적이고 건강한 삶을 꾀하는 전문가로 정의할 수 있다. 장애인의 돌봄·보건·의료의 욕구에 대응하기 위해서는 돌봄 및 보건·의료와 관련된 다양한 지식을 갖추어야 하고, 필요에 따라 장애인의 정신건강 이슈에 대응하기 위해 민간 정신건강 전문기관 혹은 지역사회의 정신건강증진센터, 보건소, 공공의료기관 등과의 협력관계의 핵심 역할을 하여야 한다. 또한 본 모형의 주된 운영기관인 복지관의 프로그램 및 이의 현황 등을 면밀히 파악하여 국립재활원과 공조체계를 유지하는 핵심적인 역할을 수행하게 된다. 이를 통해 장애인이 필요로 하는 돌봄·보건·의료 서비스계획수립 및 이를 이행할 수 있는 전문가가 필요하다.

라. 서비스 제공 과정

건강코디네이터에 의한 서비스 제공과정은 [그림 5-6]과 같다. 건강코디네이터는 복지관을 이용하고 있는 뇌병변장애인뿐 아니라 건강검진이나 병원이용에 제한이 있는 의료사각지대에 있는 뇌병변장애인을 발굴하는 형태로 사례를 접하게 될 것이다.

[그림 5-6] 장애인 연합서비스의 건강코디네이터에 의한 서비스 제공과정(예시)

연합서비스 대상 장애인은 개개인이 처해있는 상황에 따라 다양한 욕구를 표출할 수 있으므로 건강코디네이터는 서비스 제공계획을 수립함으로써 장애인 개인의 욕구에 대응할 수 있어야 한다. 따라서 장애인의 접수를 통해 건강검진 여부, 신체적·정신적 이슈의 파악 그리고 장애인의 주관적 건강상태 및 건강관련 욕구를 확인하는 것으로 사례에 개입하게

된다. 이후 이러한 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 이들의 돌봄욕구도 함께 고려하여야 한다. 만일 정기검진 등이 필요하다고 판단되면, 공공의료기관이나 민간의료기관에 의뢰해 검사나 진료가 시행될 수 있도록 조치를 취하여 장애인의 건강상태를 파악한다.

건강검진 결과나 의료기관에서 검사나 진료의 결과가 나오면, 그 결과를 바탕으로 서비스 계획을 수립하게 된다. 이러한 계획을 통해 다양한 서비스로의 연계와 의뢰가 이루어지며, 지속적인 사후관리를 통해 장애인의 건강관리 증진을 꾀한다. 이는 궁극적으로 장애인복지관의 다른 서비스 이용을 비롯한 사회참여를 확대하고, 장애인의 독립적이며 건강한 지역사회의 생활을 증진시킬 수 있을 것이다.

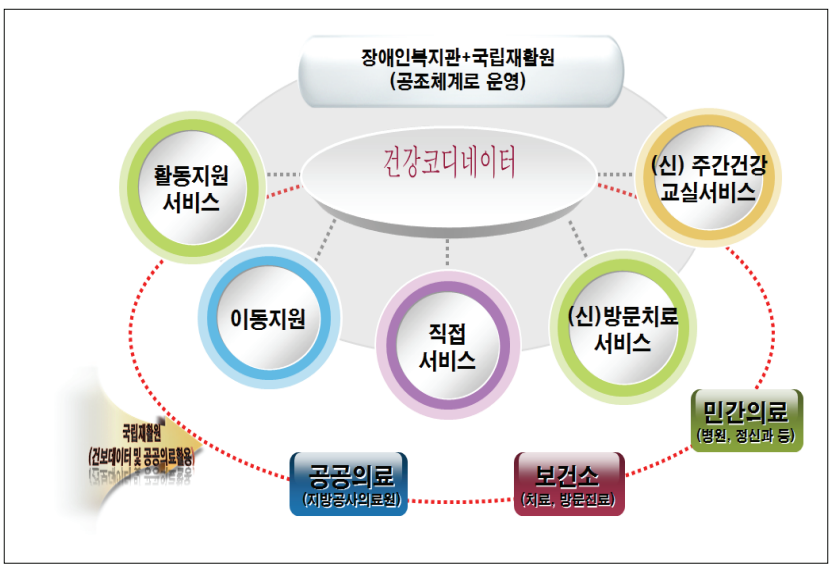
제3절 장애인 연합서비스 제공범위에 따른 공급 방안

장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대응하기 위한 연합서비스의 모형을 최종적으로 제시하면 〔그림 5-7〕과 같다. 본 모형의 주된 운영주체는 장애인복지관이지만 장애인의 보건·의료서비스에 대한 접근은 치료중심에서 예방을 포함한 포괄적 케어로 전환되고 있기 때문에 국립재활원에서 진행하고 있는 장애인건강증진사업 및 건강보험공단으로부터 제공받은 장애인 건강데이터 활용을 통한 특화서비스 개발 등의 역할을 담당하고 있는 국립재활원과의 공조체계가 필요하다.

이전의 보건·복지 통합사례 모형의 실패원인은 장애인을 위한 보건·복지 연계의 필요성에 대한 공감에도 불하고 실제로 복지와 보건 두 전문직들 간의 협력이 이루어지지 못한 것이 주된 이유 중 하나였다(김미주, 2008, 재인용). 따라서 본 모형에서는 복지관 및 국립재활원과의 공조체계를 통한 서비스제공을 꾀하였으며, 장애인의 보건·의료 욕구에 기초하

여 관련된 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 이들의 돌봄 상황을 함께 고려하여 지역사회 자원을 연계하는 방식으로 모형을 설정하였기 때문에 이전 모형들과 차이점을 가진다. 또한 이전 모형이 가졌던 한계를 극복하기 위해 (가칭) 건강코디네이터를 제시하였다.

[그림 5-7] 연합서비스 제공 모형



(가칭) 건강코디네이터는 향후 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에 대응할 수 있도록 개별화계획을 수립할 수 있도록 국립재활원에서 제공하는 교육·훈련 프로그램을 이수하여야 하며, 복지관과 국립재활원과의 관계에 있어 조정자의 역할을 함께 수행하여야 한다. 또한 국립재활원을 통하여 지역사회에 있는 민간 및 공공의료기관과의 관계형성에도 노력하여야 한다.

국립재활원은 건강보험공단으로부터 제공받는 건강데이터를 기반으로 하여 건강검진이 이루어지지 못하는 대상자를 등록장애인구 DB와 비교

하여 선별하고 이에 대한 정보를 (가칭) 건강코디네이터에게 제공하는 역할뿐 아니라 장애유형에 따른 건강관련 프로그램을 개발하고 이를 교육, 보급하는 역할을 담당하여야 하며, (가칭) 건강코디네이터의 교육 및 훈련을 담당하여 장애인의 건강하고 독립적인 생활이 증진될 수 있도록 노력하여야 한다. 또한 공공의료기관, 보건소, 그리고 민간 의료기관과 협력적인 체계를 구축하여 장애인의 건강형평성 향상이 이루어질 수 있는 환경을 마련하는 등 (가칭) 건강코디네이터의 업무를 뒷받침하는 역할을 담당 할 필요가 있다.

1. 단기적 제공 모델

전술된 바와 같이 장애인 대상 연합서비스 모형의 기본 원칙은 (1) 이용자-중심 (2) 현실성 (3) 지속성이다. 현재 장애인이 이용할 수 있는 돌봄서비스는 활동지원서비스와 주간보호서비스가 있고, 이 외에 장애인의 보건·의료 욕구에 대응할 수 있는 구체적인 서비스는 존재하지 않고 건강보험제도에 의해 민간의료기관의 이용이 가능하고, 이 외에 저소득 장애인을 위한 진단비 혹은 검사비 지원사업 등이 있다. 현재 장애인의 보건·의료에 대응할 수 있는 전달체계로는 보건소가 있으며, 현실적으로 원래 추구하고 있는 사업의 내용을 실현하기 어려운 상황이다. 따라서 본 모형에서는 접근성과 서비스 연계가 용이한 장애인복지관을 이용자 중심의 현실성 있고, 지속가능한 서비스 제공이 가능한 전달체계로 설정하였다. 즉, 지역사회중심재활(CBR)의 원래 가치를 실현 하면서, 뇌병변장애인의 외래진료와 요양기관 내원 그리고 병원입원일 등을 줄여 건강보험료의 막대한 지출을 예방하고, 건강형평성을 증진할 수 있다는 점에서 연합서비스의 효과성을 증대 할 수 있다. 또한 장애인의 돌봄·보건·의료 욕구에

대응할 수 있는 효과적인 전달체계를 제안한다는 점에서 큰 의미가 있다.

본 연구에서 제시된 연합서비스 제공 모형이 지역사회중심재활(CBR)의 가치와 철학에 기초한다는 점을 생각할 때 시범사업은 장애인의 선택이 용인될 수 있는 바우처 형태로 실행을 고려하는 것이 가장 현실적인 대안이 될 수 있을 것으로 예상된다. 우선은 뇌병변장애인의 보건·의료 욕구에 기반을 두고 이러한 서비스가 제공될 수 있는 돌봄 상황 등을 고려하여 지역사회 자원과의 연계를 고려하는 내용으로 시범사업을 시작하고, 향후 다양한 장애유형 및 장기기간의 장애인을 대상으로 공통된 욕구 및 차별화된 욕구를 바탕으로 신규 서비스를 개발하는 형태로 발전시키는 것이 합리적인 방식으로 사료된다. 현재 장애인의 보건·의료 욕구에 대응하는 적절한 전달체계가 존재하지 않는 상황에서 본 모형의 이행은 이를 새로운 전달체계를 시도하는 일 자체로 의미있다 할 것이다.

2. 중장기적 제공 모델

본 연합서비스 공급 모형에서 제시한 (신규)주간건강교실과 (신규)이동지원사업의 경우, 향후 활동지원제도의 서비스 범주 확대의 측면에서 흡수될 수 있을 것으로 보인다. 특히 (신규)주간건강교실은 장애인의 낮 시간 동안의 활동과 장애인의 건강과 관련된 정보제공의 측면에서 제안된 것이다. 이는 추후 활동지원제도내에서 주간활동의 형태로 발전할 가능성이 크며, 이러한 경향은 외국의 장기요양제도 내에서 건강관리서비스와 주간활동서비스 모두를 포함하고 있는 사실들로 예측이 가능하다.

또한 (신규)이동지원사업의 경우, 현행 활동지원제도내에 있는 이동지원서비스를 확대하는 형태로 발전 될 수도 있다. 현재는 대중교통이나 장애인 콜택시를 이용해 이동할 때 옆에서 동행하는 것을 원칙으로 하고 있

어 활동지원서비스 내에서 교통편의를 제공할 수 없지만, 향후 활동지원서비스의 급여 범주 확대를 통해서 이러한 사업들이 포함될 가능성이 있다. 따라서 우선은 연합서비스 모형의 시범사업을 통해 장애인의 욕구에 부합하는 서비스 내용과 이를 실현할 수 있는 전달체계를 갖추어 놓고, 향후 이를 활동지원제도내에 흡수시켜 개발된 전달체계를 활용하는 방식을 생각해 볼 수 있다.

그러나 앞에서 살펴보았지만, 활동지원서비스나 주간보호 서비스 등의 돌봄서비스를 이용하는 대상자는 현재 전체 장애인의 3% 수준으로 매우 적어서 장애인 중 보건·의료 욕구가 높아 관련된 서비스를 제공하려고 해도 돌봄서비스와 같은 기본적인 서비스가 제공되지 못해 병원이나 관련 시설을 이용할 수 없는 장애인의 수가 많은 만큼 향후 장애인의 보건·의료 욕구에 대응하며, 돌봄서비스를 함께 제공할 수 있는 대상자의 확대가 요구된다.

이 외에 본 모형의 장기적 그림은 우선 중앙정부차원에서 모형과 서비스 내용 그리고 대상에 대한 구체적 매뉴얼을 만드는 작업까지 실시하고, 추후 지자체에 본 모형의 이행을 이관하는 방법도 고민해 볼 수 있을 것으로 보인다. 이를 위해서는 장애인복지관을 주요 전달체계로 하는 본 모형의 이행을 위한 법적 근거를 마련할 필요가 있으며, 장애인의 건강권 향상을 위한 법제의 도입과 더불어 이를 실천해 나갈 수 있는 전달체계에 대한 구체적인 언급이 필요하다.

더불어 장애인의 보건·의료의 이슈는 궁극적으로 우리나라의 공공의료정책과 관련이 있다. 그러나 장애인의 접근성과 서비스 전달의 효과성을 고려한 전달체계를 고려하여야 하기 때문에 민간의료기관 중심의 의료체계 외의 전달체계를 함께 고려하여야 한다. 현재 장애인의 보건·의료 이슈는 공공의료정책과와 장애인정책과에서 모두 소외되고 있는 상황으

로, 공공의료 정책과에서는 장애인의 보건·의료 이슈는 장애인 영역으로 인식되고 있으며, 장애인정책과에서는 복지이슈가 아니기 때문에 또한 소외되고 있다. 엄밀한 의미에서 장애인의 보건·의료 이슈는 비장애인과 마찬가지로 다루어 져야 하며(장애인을 포괄), 장애인이기 때문에 건강형평성이 이루어지지 못하고 관련 시설의 이용에 제한이 있는 경우가 많기 때문에 향후 공공의료적인 접근이 강화될 수 있는 방향으로 발전되어야 한다.

제 6 장 결 론

제1절 주요 연구결과 종합
제2절 결론 및 제언

6 결 론

이미 지난 1970년대 이후 복지 영역에서 사회서비스 공급의 물리적 범주로서 또는 서비스 공급과 전달의 주체이자 동시에 서비스 욕구의 발현으로서 지역사회의 중요성이 강조되어 왔다. 구성원들의 일상생활에까지 직·간접적 영향을 주는 지역사회는 정책 여건의 변화에 민감하게 대응하면서 새로운 전환기를 맞고 있다. 한편, 인구 고령화와 맞물려 급변하는 외부환경에 대응하기 위한 개개인의 사회서비스의 욕구는 보다 다양하고 복잡해지는 역동을 보이고 있다. 최근까지 인간의 삶의 질을 위협하는 빈곤이나 질병과 같은 구시대적 위험요인에 대해서 해당 문제의 해결을 위한 제도나 서비스 개발에 정책적 관심이 모였다면, 이제는 보다 체계적인 시도로서 거버넌스를 고려한 상호협력적 관계 설정에 주목하고 있다. 이러한 배경 하에서 본 연구는 지역사회 중심의 서비스 네트워크 구축을 위한 연합(joined-up)의 노력이 대상별, 서비스 유형별 파편화된 사회서비스 전달체계 상의 위기를 다소간 극복할 수 있는 패러다임을 제시할 수 있을 것이라는 기대로부터 출발하였다. 이에 마지막 장의 전반부에서는 전반적인 연구내용을 요약 제시하고, 정책제언으로서 돌봄-보건-의료 영역의 연합서비스의 공급 모형을 설계하기 위한 실천적 가이드라인으로서 서비스 디자인의 관점을 소개하면서 마무리하고자 한다.

제1절 주요 연구결과

지역사회에서 생활하고 있는 노인과 장애인은 일상생활의 안정적 영위를 위한 돌봄 및 신체적, 정신적 건강의 유지를 위한 보건·의료와 같은 욕구 외에도 주거, 소득보전, 사회참여와 사회적 관계망의 유지 등과 같은 복합적인 욕구를 가지고 있다(정무성, 2005; 김윤, 문남주, 박시은, 박종헌, 박종혁, 신형익, 등, 2009). 때문에 노인과 장애인 등의 취약계층을 대상으로 하는 서비스의 통합, 특히 보건·복지 부문의 통합 필요성에 대한 논의는 최근의 논의는 분명 아니다. 또한 이미 지난 1990년대부터 우리나라에서도 영국을 비롯한 유럽과 미국의 탈시설화 및 지역사회 중심 보호(community based care) 개념이 도입되면서, 지역사회복지 또는 재가복지에 대한 관심이 촉발되고, 이에 대한 논의가 활발히 전개되기 시작하였다.

일반적으로 지역사회복지에서는 공공과 민간, 그리고 가족, 친척, 이웃 등의 비공식적 조직에 의한 지원을 모두 고려한 지역사회 기반의 서비스 제공의 필요성이 강조된다. 즉, 단독 원조자의 한계성 인식을 전제로 종합적이고 체계적인 원조를 실현하기 위해 지역사회 자원 간 '연계' 및 '통합'의 필요성에 대한 논의가 주류를 이루게 된다(김미주, 2008, 재인용). 실제로 보건·복지 서비스 부문의 통합(integrated care)에 대한 WHO의 정의는 보건과 복지 영역 간 혹은 각 영역 내 재정, 행정, 서비스 제공차원의 연결성과 배치, 협동적 노력을 구축하기 위해 설계된 모형 또는 정책이라 정의하고 있다(WHO, 2003; 김창오, 박철우, 2011, 재인용). 따라서 우리나라의 보건·복지 통합의 필요성은 재가복지의 개념에 따른 논의와 병행하여 전개되었다고 볼 수 있다.

그러나 공급자 중심의 제도 설계와 제한된 자원의 한계, 전문 영역 간

의 배타성 등으로 우리나라의 보건·복지서비스 공급은 파편적 불연속성의 틀을 깨지 못하고 있다. 특히 사회보장기본법의 개편과 함께 규정되는 사회서비스의 광범위함과 사회서비스 영역 안에서의 서비스 파편화, 그리고 전문가 집단의 상이한 관점, 서비스 공급 체계의 분절, 그리고 서비스 재원 및 관할 부처 간의 칸막이 등 때문에 서비스 통합에 대한 논의는 별다른 진전 없이 답보상태에 머무르고 있다(김창오, 박철우, 2011). 최근 이러한 문제의식의 대응으로 수요자 중심의 서비스 전달체계에 대한 변화가 요구되면서 지역사회 자원 간 '연계' 및 '통합'에 대한 논의는 지역사회복지 및 재가복지의 개념에서 사회복지와 사회서비스 전달체계 자체의 변화 요구와 함께 맞물려 발전하고 있는 상황이다(박강원, 이주열, 1995; 이현기, 2001; 정무성, 2005, 재인용).

1. 돌봄·보건·의료 연합서비스(Joined-Up Services)의 조작적 범주화

본 연구에서 돌봄·보건·의료 부문 연합(Joined-up) 서비스의 표적화(targeting) 대상은 일상생활 중에 기능적 제약 또는 신체적, 정신적 건강상의 이유로 제3자의 개입에 의해 돌봄과 보호를 지속적 혹은 간헐적으로 필요로 하면서, 돌봄서비스 이외의 보건과 의료부문의 복합적 욕구가 상시적으로 드러나는 노인과 장애인에 주목하고 있다. 이들에 대한 서비스 전달과정에서 돌봄(care)은 단순한 돌봄의 차원을 넘어선 요양과 보건의료서비스를 포괄한 개념으로 고려하였다. 사실, 돌봄으로 번역되는 케어(care)는 사회복지와 보건 및 의료영역에서 공통적으로 사용하고 있는데, 사회복지 영역에서 케어가 돌봄과 보호의 영역을 넘나드는 개념으로서 통칭된다면, 보건·의료 영역에서는 예방과 건강, 그리고 요양 또는 간

호와 간병의 차원을 아우르는 포괄적 개념이 된다. 따라서 본 연구에서 돌봄서비스의 범주는 광범위한 돌봄 욕구를 기반으로 사회복지 영역의 돌봄서비스와 보건·의료서비스와 맞물리면서, 동시에 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률에서 언급하는 사회서비스로서 사회복지서비스와 보건의료서비스를 포함한다. 또한 보건의료서비스의 경우, 지역보건법 등에서 수행하는 공중보건 사업 등을 포함하며, 보건의료의 모호한 경계에서 행위주체가 병원인 경우 공공과 민간병의원이 수행하는 모든 의료행위를 의료서비스로 조작적 정의하였다. 아울러 사회서비스 관련 법제 및 사회복지사업법에서 규정하고 있는 돌봄서비스와 사회적 돌봄이 필요한 노인 및 장애인 대상 공공주도의 모든 대인서비스를 포함하는 것을 전제로 하였다.

이용자 관점에서 볼 때, 복합적인 서비스 욕구를 충족시키기 위한 효과적 전략은 제공되는 다양한 종류의 서비스를 가능한 수준에서 최대한 연계, 통합하는 것이다. 이는 단일 욕구의 충족에 요구되는 개별 서비스를 찾아나서야 하는 번거로움과 서비스 이용과정의 중복적 행정처리 과정을 경험하지 않을 것이라는 기대가 가능하기 때문이다. 물론 이러한 연계·통합의 논의는 서비스 공급 차원에서도 정책의 효율성 및 효과성 차원에서 당연하고도 명료한 정책적 선택일 수밖에 없다.

서비스 대상자의 충족되지 못한 욕구에 대응하기 위한 정책 선택의 과정에서 신규 프로그램 또는 사업으로 접근하는 것보다 상이한 별개의 정책 수단 간의 연계와 통합을 통한 효율적 의사결정은 전혀 새로운 시도는 아니다. '연계·협력'과 '통합' 등의 개념은 학계는 물론이거니와 서비스 전달의 정책현장에서, 그리고 지역사회에서 상당히 오랜 기간 동안 숙고되어 왔다. 연계는 상대의 실체를 인정하면서 제도화되거나 일상화된 연락을 통하여 상호간에 협력을 통해 일을 성취해 나가는 것으로 이해될 수

있으며, 통합은 이러한 연계가 하나의 조직으로 병합되어 새로운 하나의 실체로 거듭나는 것을 의미한다(정무성, 2005, 재인용). 이에 따라 보건과 복지 부문의 전략적 접근을 기대하는 다양한 정책시도가 이미 이루어졌고, 그에 대한 평가는 긍정과 부정의 폭넓은 스펙트럼 상에 위치하면서도 안정적으로 정착되지 못하고 있는 실정이다. 강창현(2013)은 이러한 상황에 대해 복합서비스 수요가 증가함에도 불구하고 보건복지 부문의 긴밀한 관계 설정을 통한 전략적 접근이 매우 부족한 실정이라고 지적한 바 있다.

2. 보건과 복지부문의 서비스 연계·통합 사례의 고찰

이에 본 연구에서는 희망복지지원단('09.11~), 지역사회보장협의체('15. 7~, 舊)지역사회복지협의체, '01~), 301 네트워크사업('13.4~), 지역사회자원연계사업('14.12~), 지역사회일차의료시범사업('14.5~'16, 예정), 보건복지사무소('95.7~'99.12), 사회복지사무소 시범사업('04.8~'06.6), 주민생활지원서비스('06.7~) 등 돌봄 및 보건과 의료서비스 영역에서의 연계와 통합을 위한 시도들이 구체적인 실천 경험으로 드러난 관련 사업들을 살펴보았다. 이들 사업들은 대부분 인구고령화와 지역사회 구성원들의 일상생활과 직결되는 보건복지 부분 정책여건의 급속한 변화로 부터 사업 추진의 배경과 실행의 동인을 찾고 있다. 그러나 정책결정 단계의 다양한 고민과 시도에도 불구하고, 최일선의 서비스 전달과정에서 이용자가 경험하는 서비스의 형태는 연계와 통합의 대상이 되는 주요 서비스 내용에 따라 상이한 내용으로, 서로 다른 서비스 전달체계를 통해 실천 현장에 적용되어 왔다. 다만 기존 서비스 전달체계 상의 변화에 따르는 혼란을 최소화하기 위한 시범사업 형태가 대부분을 차

지하고 있으며, 평균 2~3년여에 걸친 시범사업의 과정에서 전면적인 서비스 전달방식으로의 변화를 추동해 내지 못하고 있다는 점도 유사하게 나타나는 특성이다.

사회서비스 부문에서 돌봄을 포함하는 포괄적 복지서비스와 보건 및 의료서비스 부분에 대한 연계와 통합의 고민은 우리나라만의 고민이 아니다. 본 연구에서 살펴보고 있는 미국의 PACE(Programs of All-Inclusive Care for the Elderly)나 노인장애인자원센터(Aging and Disability Resource Center) 등의 경우에도 복합적 사회서비스 욕구를 갖는 노인과 장애인을 대상으로 보다 효율적인 복지서비스와 의료급여 및 의료서비스의 전달을 위한 연계·통합서비스 전달 방안의 일환으로 고안되었다. 일본에서도 개호보험제도의 지속 가능성을 담보하기 위한 개호 예방형 시스템의 전환을 위해 지역포괄지원센터를 설치하고, 이용자의 건강 유지 및 안정된 생활유지에 필요한 서비스를 제공과 보건·의료 및 복지 향상시키기 위한 포괄적인 지원을 제공하도록 하고 있다. 프랑스에서도 지역노인 전문 코디네이션센터(Centres Locaux d' Information et de la Coordination, CLIC)를 설치하여 급증하는 의존노인의 복합적 욕구에 부응하고 다양한 재가서비스 제공자들이 조직적이고 일관성 있게 노인서비스를 제공할 수 있도록 지원하고 있다.

이상의 국내외 사례들을 통해 전술된 바와 같이 돌봄서비스와 보건 및 의료서비스 부문에서 표적화된 정책대상에 대해 상호 연계성 있는 서비스 영역을 연합하여 공급주체와 제공기관들의 수평적 협력을 통한 서비스 공급방식을 채택하는 실험을 계속하고 있음을 확인할 수 있었다. 특히, 다양한 서비스 주체들 간의 협력적 네트워크 형성을 위해서는 이들 간의 연계와 조정의 역할을 담당할 수 있는 지역단위의 one-stop 창구 마련의 필요성이 확인되었다. 또한 지역사회가 갖고 있는 자원의 총량이

나 그 분포, 또는 자원 활용 체계의 특성에 맞추어 지역화된 서비스 전달 방식이 마련되어야 하며, 이는 프랑스의 CLIC 사례에서 나타난 바와 같이 정밀한 지역진단을 통한 서비스 조정 및 공급방식의 차별화의 중요성이 전달하는 메시지와 그 맥을 같이한다. 지역특성을 반영한 지역화된 돌봄-보건-의료 서비스의 연계, 통합 공급방식 연합서비스(joined-up services)를 제안하면서 강조되어야 하는 것은 바로 이용자 입장의 관철이다. 즉, 다양한 서비스 공급주체들이 연합하여 지역단위의 서비스를 제공한다고 할 때, 지역사회 내에서 참여하는 서비스 공급주체들이 이용자에 어떻게 접근하는가에 대한 고려가 필요하다는 것이다.

이어서 본 연구는 돌봄과 보건, 의료서비스의 복합적 욕구를 갖는 대표적인 인구집단으로서 노인과 장애인을 대상으로 이들 서비스의 경계와 공급 특성을 개괄적으로 살펴보았다. 주로 보건복지부의 정책 사업들을 중심으로 살펴본 바, 노인 대상의 서비스는 보건과 의료서비스에서는 일정 정도의 연계체계를 갖추고 있는 것으로 평가하였으나 그 대상이 '치매'라는 특정 질환에 국한되어 있으며, 그나마 치매관련 보건의료서비스의 경우에도 장기요양서비스 및 기타 돌봄서비스와 유기적으로 연계되고 있지는 못하는 것을 확인하였다. 장애인 대상의 서비스 공급과정에서도 이들 서비스의 경계는 매우 분절적이어서 장애인이 갖는 이동성의 제약이나 질병에의 취약성, 경제적 부담과 심리적 후유증 등을 고려한 복합욕구의 충족을 기대하기 어렵다는 평가가 지배적이었다.

3. 노인 연합서비스 공급모형의 탐색

2014년도 노인실태조사 자료의 재분석을 통해 노인 돌봄 및 보건·의료 서비스 수요의 측면에서 보면, 지역사회 거주노인의 약 36.8%는 이중 또

는 삼중의 복합적 욕구를 가지고 있는 것으로 나타났다. 복합욕구가 높은 집단의 특성으로는 여성, 고연령군, 무학노인, 기초수급노인(빈곤) 저소득노인, 농어촌거주 노인 등으로 나타났다. 이 중에서도 고위험군 노인(삼중 복합욕구집단)은 80세 이상, 저학력, 빈곤노인, 농어촌 거주노인으로 분석되었다. 반면, 삼중 복합욕구를 가지고 있음에도 불구하고 돌봄을 받지 못하고 있는 노인은 여성, 75세 미만 전기노인, 무학, 빈곤, 독거노인, 농어촌 거주 노인 비중이 높은 것으로 나타났다.

복합적 욕구를 가진 노인이 지역사회에서 가능한 오래 거주하기 위해 필요한 서비스로는 노인돌봄서비스와 보건의료서비스의 종합적인 지원과 관리가 요구되었다.

먼저, 돌봄서비스는 주로 신체수발, 가사지원, 병원 등 이동지원서비스 등에 대한 욕구가 명백하게 확인되었고, 자식들의 고령화 및 은퇴로 인한 사적 이전소득의 감소에 대한 불안함과 경제적 어려움이 큰 것으로 나타났다. 둘째, 보건의료서비스로 균형 잡힌 식단관리에 대한 필요성이 제기되었다. 이차자료 분석 결과, 과일, 채소, 유제품 등을 섭취하지 않는 복합적 욕구를 가진 노인 비율이 높은 것으로 나타났으며, 구강상태가 좋지 않아 식사하기가 힘들다는 노인도 62.8%로 매우 높았다. 그리고 심층 면접 결과에서도 질환이나 구강상태에 적합한 식이 관리가 이루어지 않은 것을 볼 수 있다.

셋째, 복합적 욕구를 가진 노인은 평균 3개 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 특히 장기요양등급 판정노인의 경우 3개월 이상 복용하고 있는 의사처방약이 9개가 넘는 것으로 나타났다. 그리고 인지기능이 낮은 노인의 경우, 본인의 질병 유형뿐만 아니라 복용하는 약이 무엇인지에 대해서 알지 못하는 경우가 많았다. 넷째, 복합적 노인의 경우, 거의 집에서 앉거나 누워서 지내는 등 일상생활에서의 잔존능력 유지, 신체적 기능유

지를 위한 별도의 노력을 하지 않는 것으로 나타났다. 이로 인해 장기요양서비스 진입 이전의 경계지점에 있는 노인이 장기요양제도 안에 진입하는 시기를 앞당기거나, 이미 장기요양제도권에 있는 노인의 경우에도 장기요양 등급의 상향화(예, 4등급에서 3등급이나 2등급으로 이동)를 가속화시키는 결과를 초래할 수 있다. 다섯째, 노인의 구강관리와 퇴원후 건강관리에 대한 지원이 미흡한 것으로 나타났다. 마지막으로 복합적 욕구를 지닌 노인서비스와 관련하여 주로 장기요양서비스를 중심으로 한 돌봄서비스에 치중되어 있으며, 질환관리, 보건서비스, 그리고 돌봄서비스가 분절적으로 진행되고 있는 것을 볼 수 있다.

노인 돌봄 및 보건의료서비스 공급 현황을 살펴보면, 노인돌봄서비스는 장기요양서비스와 노인돌봄종합서비스로 대표되고 있다. 장기요양서비스와 노인돌봄종합서비스를 받고 있는 노인은 전체의 약 7%에 해당된다. 그러나 복합적 욕구를 지닌 노인 규모 36.8%에 훨씬 미치지 못하는 수준이며, 삼중 복합욕구를 가진 노인 7.9%보다도 낮은 수준이라 할 수 있다.

노인의 복합적 욕구와 관련한 보건의료서비스를 평가해보면, 중증 혹은 복합적 보건의료를 지닌 노인에 대한 서비스를 매우 부족한 것을 볼 수 있다. 만성질환관리사업은 예방과 조기발견을 중심으로 하고, 만성질환자는 방문건강관리 사업과 연계하여 의료적 욕구를 중심으로 관리되고 있다는 한계가 있다. 그리고 보건소 통합건강증진사업은 전 세대를 대상으로 노인의 특성을 반영한 사업은 미흡하며, 방문건강사업은 고위험 허약노인을 대상으로 장기요양상태를 사전에 예방하기 위해 실시되고 있다. 그리고 복지관의 건강생활관리사업은 주로 건강노인을 대상으로 진행되고 있어 돌봄과 보건의료적 문제를 동시에 가지고 있는 노인이 받을 수 있는 서비스는 극히 드물거나 분절적으로 제공받을 수 있는 구조라 할

수 있다.

그리고 노년기가 길어짐에 따라 후기 노인인구에 대한 정기적인 건강검진을 강화할 필요가 있다. 생애전환기 건강검진사업의 수검률은 76.6%로 대상자의 1/4 가량은 받지 않고 있으며, 특히 2차 수검률은 35%대로 급감하는 것으로 나타났다. 또한, 삼중 복합욕구를 가진 노인의 건강검진율은 68.5%로 전체 평균 83.8%보다 월등히 낮은 수준이다. 이는 인생 후반기로 갈수록 정기적이고 종합적인 건강검진을 받기 보다는 증상이나 질병 중심의 의료서비스를 이용하고 있음을 보여주고 있다.

마지막으로 연합서비스 수요분석에 나타난 영양관리, 식단관리, 구강관리, 건강증진 및 재활, 약복용 등의 서비스는 일부 제공되고 있지만, 노인이나 가족들이 체감할 수 있는 수준에는 미치지 못한다고 할 수 있다. 노화로 인한 건강악화가 필연적일 수밖에 없는 노인의 경우, 다른 세대에 비해 통합적인 보건의료서비스가 필요함에도 불구하고 노인 대상의 보건의료서비스는 주로 건강검진과 치매검진이며, 방문건강관리사업과 만성질환사업은 전 세대를 대상으로 하여 노년기의 복합적 특성이 반영되지 못하고 있다는 한계가 있다.

4. 장애인 연합서비스 공급모형의 탐색

지역사회에서 생활하고 있는 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 수요의 측면을 펼쳐보면 우선은 크게 돌봄·보호의 필요와 보건·의료서비스의 필요 또는 이용 욕구 부문으로 구분할 수 있다. 본 연구는 장애인의 돌봄 필요 여부를 평가하기 위하여 2014년도 장애인실태조사 자료의 재분석을 통해 일상생활을 수행하는 데에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 정도인 '돌봄 필요(일부 도움 필요+대부분 도움 필요+거의 모든 일 도움 필요)'

정도로 조작적 정의하였다. 또한 현재 건강상태를 기준으로 건강상태가 '나쁘다(매우 나쁨+나쁨)'고 지각하고 있는 대상자를 보건·의료서비스 필요 집단으로 구분하였다.

지역사회에서 생활하고 있는 장애인 중 일상생활을 수행하는 데에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 장애인은 전체의 33.2%로 나타났다. 이들의 일반적 특성에 따른 돌봄 필요 차이를 살펴보면, 남자(29.3%)보다 여자(35.9%) 장애인의 돌봄 필요 응답 비율이 높았으며, 장애유형 중 자폐성장애(86.9%), 지적장애(81.9%), 뇌병변장애(70.3%) 등의 경우, 돌봄 필요 응답 비율이 상대적으로 높았다. 또한 장애가 중할수록 돌봄 필요 응답 비율이 높았으며, 연령의 경우, 20세 미만(76.2%)의 돌봄 필요 비중이 가장 높았다. 장애 발생 시기에 따른 돌봄 필요 비중을 살펴보면, 발달기 장애발생 인구(39.1%)의 돌봄 필요 비중이 가장 높았으며, 다음은 고령기(35.0%)로 나타났다. 흥미로운 사실은 장애기간이 5년 미만(44.5%)의 경우와 같은 신규장애인의 경우, 돌봄 필요 비중이 가장 높은 것으로 나타났다.

활동지원서비스 이용 경험(6세 이상 분석)과 욕구 및 주간보호시설 내지 서비스의 이용 경험과 이용 희망 여부 등으로 구분하여 돌봄서비스 이용 실태를 살펴보았다. 전체 장애인 중 활동지원서비스 경험이 있는 경우는 2.8%에 불과하였으며, 타인의 도움이 필요하다고 응답한 돌봄 필요 집단(32.2%) 중 활동지원서비스 이용 경험이 있는 경우는 8.0%로 나타났다. 돌봄 필요 집단 중 활동지원서비스 경험이 높은 장애유형은 자폐성장애(41.5%), 시각장애(13.0%), 지적장애(11.0%)의 순이었으며, 이용경험이 가장 낮은 장애유형은 심장장애(0%), 간장애(0%), 장루요루장애(0%), 뇌전증(0%), 청각장애(1.4%)의 순이었다. 즉, 연령이 낮을수록, 연령이 낮을 때 발생하는 장애유형을 가지고 있을수록 활동지원서비스 경

험 비중이 높아지는 경향을 보였다.

전체 장애인 중 주간보호 이용경험이 있는 응답자는 1.0%에 불과한 것으로 나타났다. 이에 반해 주간보호 이용을 희망하는 응답자는 8.4%였으며, 돌봄 필요 집단 중 주간보호 서비스 이용경험이 있는 응답자는 2.6%, 주간보호 이용을 희망하는 응답자는 17.8%로 높았다. 즉, 타인의 도움을 필요로 하는 장애인의 주간보호 이용 희망(17.8%)은 전체 장애인의 주간보호 이용 희망(8.4%) 보다 월등히 높은(9.4%P) 것으로 나타나, 주간보호 이용 욕구에 대응할 수 있는 지원방안 마련이 필요한 것으로 나타났다.

또한 최근 1년 내 입원치료 여부를 살펴보면, 장애인구의 최근 1년 내 입원치료율은 23.3%로 전체 인구(10.3%)에 비해 2배 이상 높은 것을 확인할 수 있었다. 이 가운데 건강상태가 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 입원 치료율은 30.8%로 상대적으로 높았다. 이에 반해 최근 1년간의 2주간 외래진료 여부를 살펴보면, 장애인구의 외래진료 이용률은 54.8%로 전체인구(32.8%) 보다 높았으나 장애인 중 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 외래진료 이용률은 62.8%로 높은 것을 확인할 수 있었다. 즉, 장애인구의 입원치료율과 외뢰진료율은 일반인에 비해 높았고, 특히 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 입원치료율과 외뢰진료율은 월등히 높은 것을 확인할 수 있었다. 만일 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 지속적이고 포괄적인 보건·의료적 지원이 지금의 상황으로 이어진다면 건강보험지출은 지속적으로 확대될 것으로 보인다.

장애인의 향후 보건·의료서비스 욕구를 살펴본 결과, 1순위는 재활전문병원(29.6%), 종합병원 재활의학과(17.8%), 방문재활치료(16.6%)의 순으로 나타났고, 2순위는 재활전문병원(23.7%), 방문재활치료(19.3%), 장애인 특화서비스(11.9%)의 순으로 나타났다. 이중 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 경우는 방문재활치료(21.2%), 종합병원 재활의

학과(16.7%), 요양병원(5 .3%)의 이용 희망 욕구가 상대적으로 높았다.

장애인의 정신건강에 대해 살펴보면, 전체 장애인 중 60.4%가 일상생활에서 스트레스를 느끼는(매우 많이+느끼는 편) 것으로 나타났으며, 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단경우 스트레스를 경험하는 비율(66.4%)이 상대적으로 높았다. 전체 장애인 중 23.1%가 최근 1년 이내 2주 이상 우울증상(스프거나 절망감)을 경험하였으며, 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단 중 30.5%가 우울증상을 경험하였다. 장애인 중 18.7%가 최근 1년 자살생각을 경험하여 전체인구의 5.1% 보다 3배 이상 높았으며, 특히 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 경우 25.6%가 자살생각 경험이 있는 것으로 나타났다. 또한 최근 1년 자살시도율은 장애인구(1.5%)가 전체인구(0.7%) 보다 높았다. 특히 건강상태 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 자살시도율은 2.0%였으며, 건강상태가 나쁘지 않은 장애인의 경우 전체인구와 동일한 자살시도율(0,7%)을 보였다. 즉, 장애인의 건강상태가 나쁜 집단의 경우 일상생활 스트레스 수준이 높고, 우울증상이 높으며, 자살생각 및 자살시도율도 높았다. 따라서 건강상태가 나빠 보건·의료 욕구가 높은 집단의 정신건강 이슈에 대응할 수 있는 지원체계를 함께 고민하여야 할 필요가 있다.

돌봄·보건·의료서비스 연계방향은 전체 장애유형을 고려하여 진행할 필요가 있다. 그러나 장애인은 장애유형과 장애정도 그리고 개인이 처한 환경에 따라 매우 다양한 욕구와 특성을 나타내므로 장애인의 돌봄·보건·의료 연합서비스 모형의 설정을 위해서는 우선적으로 돌봄·보건·의료욕구가 모두 높은 목표 인구집단을 설정하고, 이들의 욕구와 특성에 기반을 둔 모형 및 시범사업을 설정하여 향후 이를 적용·확대하는 방안으로 접근하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 욕구집단별 분석을 통하여 돌봄·보건·의료 욕구가 가장 높은 장애인구집단을 설정하였으며, 이 인구집단

을 뇌병변장애인으로 도출하였다.

본 연구에서는 양적 분석을 통하여 돌봄·보건·의료 욕구가 가장 높은 장애인구집단을 설정하였으며, 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용현황을 살펴보기 위하여 초점집단인터뷰 및 개별면담을 실시하였다. 이는 장애인실태조사와 건강보험공단의 데이터 분석을 통해 도출된 통계수치 뿐 아니라 실제 장애인의 돌봄·보건·의료서비스 이용현황과 이의 연계 및 통합에 대한 의견을 수렴하기 위하여 수행되었다. 질적 연구 대상은 장애인복지관을 이용하고 있는 장애인을 중심으로 진행되었고, 장애인당사자 및 돌봄·보건·의료 관련 종사자를 포함하여 진행하였다.

질적 연구 분석 결과, 장애인의 돌봄·보건·의료 이용현황은 장애유형 및 장애정도에 따라 상이한 것으로 나타났다. 그러나 지체장애인이거나 뇌병변장애인의 경우, 근육의 강직, 통증, 그리고 주된 장애 외에 발생되는 건강상의 이유로 정기적으로 병원을 방문하고 있는 것으로 나타났다. 특히, 지체장애인이거나 뇌병변장애인의 경우 활동지원제도를 이용하면서 활동보조인과 함께 병원이용에 주로 시간을 사용하는 것으로 나타났고, 장애인복지관에서 물리치료와 작업치료 등의 재활치료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다.

5. 노인 및 장애인 대상 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급모형의 비교

돌봄·보건·의료 연합서비스의 공급모형을 탐색해 가는 과정에서 본 연구는 우선 지원대상의 특성과 이에 따른 서비스 수요 특성 및 기대수준 등의 차이로 기본 공급모형 자체가 매우 상이해 질 수 있음을 확인하였다. 우선 노인 연합서비스의 기본원칙 첫 번째는 신체적 및 인지적 건강상태가 저하됨에도 불구하고 익숙한 생활 지역에서 거주할 수 있도록 통

합적인 서비스 제공을 강조하는 원칙이다. 이와 관련하여 두 번째 기본원칙으로서 서비스 통합성은 이용 노인이 갖고 있는 욕구의 다양성을 보다 효율적으로 고려하기 위한 전달체계 상의 통합을 우선 강조한다. 마지막으로 서비스 공급의 연속성은 건강한 노인부터, 복합 만성 질환자, 허약 노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양서비스 대상 노인, 호스피스 환자, 필요한 환자까지 대응할 수 있는 의료체계의 연속적 스펙트럼을 폭넓게 수용해야 한다는 것이다.

한편, 장애인 연합서비스의 기본원칙은 이용자 중심의 서비스 수립을 제1원칙으로 하였다. 이는 장애인구가 갖게 되는 다양성 및 욕구의 복합성을 고려한 것이다. 둘째, 현실성의 원칙에 따라 장애인이 살고 있는 지역사회의 특성과 장애인의 욕구에 부합할 수 있도록 서비스 접근성과 해당 지역사회에서 활용가능한 자원 간의 적절한 연계와 협력을 강조한다. 셋째, 지속성의 측면에서 장애인의 복합적인 욕구를 파악하고, 필요한 서비스를 적절하게 연계하며, 사후관리를 통한 지속적이고 체계적인 서비스 공급을 지향한다.

노인 연합서비스 지원 대상으로 표적화된 집단은 지역사회 거주 노인의 약 36.8% 규모의 이중 또는 삼중의 복합 욕구를 갖는 노인이다. 이들 중 신체적 기능 장애와 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인은 8.3%, 인지기능 저하와 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인은 20.3%로 2가지의 중복적 장애요인을 가지고 있는 노인 비중은 28.9%에 이르렀다. 아울러 만성질환을 가지고 있으면서 일상생활 수행능력 제한을 야기하는 신체적 기능장애와 인지기능 저하 등 삼중의 복합 욕구를 집단은 전체 노인의 7.9% 수준으로 추정되었다.

노인 연합서비스의 주요 서비스 내용에는 우선 표적집단 노인들의 건강유지 및 건강상태 악화를 지연시키기 위한 기본적인 건강증진서비스나

운동 프로그램에 대한 지원이 부재한 실정을 감안한 건강증진 서비스를 포함한다. 둘째, 노인 단독거주 또는 독거노인의 경우 질병이나 구강상태 등을 고려한 식사지원을 통한 영양관리 및 건강관리 서비스를 개입토록 하는 것이다. 셋째, 대부분의 노인들이 약물복용 관리에 대한 인식이 부족하고, 처방에 맞게 복약하고 있는지 확인이 어려운 실정임을 고려하여 투약지도 및 안내, 건강정보 전달 등이 포함되도록 한다. 넷째, 노인의 건강유지를 위해서는 일차적으로 건강한 치아와 잇몸을 유지하여 원활한 음식물 섭취를 통한 영양관리와 근력을 유지토록 한다. 마지막으로 노화가 진행될수록 병원 입원 비율이 높아지며 퇴원 후 식단 관리, 물리치료, 복약관리 등이 집중적으로 이루어질 수 있도록 병원 퇴원후 건강관리를 체계적으로 실시하는 내용으로 서비스를 구성한다.

장애인 연합서비스는 우선 지원 뇌병변자애인의 지역사회 중심 재활치료와 건장증진, 그리고 돌봄지원을 통한 일상생활의 자립 능력 향상을 목표로 하는 사회통합형 서비스 제공을 기본전제로 한다. 건강검진 수검 경험이 없거나 병원 이용이 어려운 장애인에게 이동 지원 또는 병행 동행 서비스 등을 제공하여 건강형평성을 증진시키는 내용도 포함한다. 아울러 물리치료와 작업치료 등과 같은 지속적인 신체적 지원을 통하여 건강검진 이후의 체계적인 건강관리 계획이 '(가칭)건강코디네이터'를 통해 마련되도록 한다. 이를 통해 궁극적으로는 장애인의 건강 행태 개선 및 자기관리 기술 향상을 통한 기능 증진을 도모한다.

노인 연합서비스의 공급 전략 모색을 위한 전략으로 연계, 조정, 통합모델을 제시하였다. 연계모델은 현재 지역사회 안에서 이루어지고 있는 일차적인 사례관리의 형태와 유사하지만, '(가칭)노인연합서비스지원센터'를 통해 지역사회 단위에서 건강문제를 가진 노인관련 돌봄과 보건의료 서비스의 욕구를 진단하고, 이에 맞는 상담과 정보제공, 그리고 노인과

서비스 제공기관을 연결한다는 점에서 차이가 있다. 연계모델에서 필요한 인력은 대상자 발굴, 사정, 상담, 정보제공과 서비스 연계를 담당할 사회복지사, 간호사 등의 전문 인력이 요구된다. 한편 조정모델은 연합서비스 지원 대상자에 대한 사례관리를 조정위원회와 조정자(coordinator)의 역할을 통해 부각시킨다. 특히 조정위원회는 노인 건강문제에 대한 전문성이 있는 다학제간 전문가로는 구성하며, 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등이 참여할 수 있도록 하고, 조정운영회와 유사한 기능을 수행할 수 있는 지역단위의 공공 및 민간 자원의 협력체계를 구축하여 정기적으로 네트워크 할 것을 제안하였다. 마지막으로 통합모델은 학제 간 전문가 팀을 통해서 주간 보호서비스, 치과서비스, 응급서비스, 방문간호, 병원치료, 엑스레이, 식사지원, 의사진료, 요양시설보호, 영양상담, 작업치료, 물리치료, 약 처방, 예방적 돌봄, 사회복지상담, 교통서비스 등의 돌봄, 보건, 의료 서비스 종합적으로 제공할 수 있다.

장애인 연합서비스의 공급모형의 전제는 뇌병변장애인들이 갖는 돌봄, 보건, 의료서비스 욕구들이 갖는 복잡한 관련성을 최대한 고려해야 한다. 이를 위해 '(가칭)건강코디네이터'의 도입이 전제되어야 하는데, 건강코디네이터는 뇌병변장애인의 돌봄·보건·의료 욕구 및 병원 이용의 형평성 등을 다각적으로 진단·검토하고, 다양한 서비스를 연계함으로써 장애인의 건강증진을 꾀하는 전문가의 역할을 수행하도록 한다. 따라서 장애인 연합서비스의 공급 모형의 경우, 단기 추진 모형과 중장기 추진 모형으로 구분할 수 있다. 전자의 경우, 지역사회 내의 장애인 또는 관련 자원에 대한 접근성과 서비스 연계가 용이한 장애인복지관을 이용자 중심의 현실성 있고, 지속가능한 서비스 제공 체계로 제안한다. 반면, 중장기 제공 모형의 경우, 중앙정부 차원에서 모형과 서비스 내용 그리고 대상에 대한 구체적 매뉴얼을 만드는 작업까지 실시하고, 추후 지자체에서 연합서비

스 공급 모형의 실행을 해당 지자체로 이관하는 방법도 고민해 볼 수 있다.

〈표 6-1〉 노인 및 장애인 대상 공급 모형의 비교

구분	노인 연합서비스	장애인 연합서비스
기본원칙	정주성: aging in place 통합성: integration/joined-up 연속성: continuum of care	이용자 중심성 현실성: 지역사회 여건 충분히 고려 지속성: 서비스 연속성, 주기성
서비스 연합시 고려사항	- 선별적 통합: 일부 집단을 위한 모든 서비스의 통합 또는 모든 대상자를 위한 일부 서비스의 통합은 가능하나 모든 대상자를 위한 모든 서비스의 통합은 불가능 - 통합에 따르는 비용의 발생과 추가적인 자원의 투입 - 통합에 따르는 유관 기관간의 입장과 역할변화의 감수 필요 - 통합이 절대적으로 불가능한 경우에 인지와 적절한 대응 전략 또는 대안의 마련 - 이용자 입장에서 역량강화를 통한 선택과 집중의 전략마련	- 지역사회 중심의 재활치료, 장애인의 건강증진, 돌봄지원 등을 통한 일상생활에의 자립능력 증진과 사회통합을 위한 장애인 기능증진 - 지역사회내의 기존 서비스 활용 및 지역사회 자원 연계 - 궁극적으로 이러한 서비스를 통하여 장애인의 적극적인 지역사회참여 확대와 역량강화, 더불어 지역사회 장애인의 독립적이고 건강한 삶의 증진
표적집단	- 복합욕구를 가진 허약장애노인 - 돌봄·보건·의료 서비스 부문 이중 내지 삼중의 복합적 욕구를 갖고 있는 지역사회 거주 노인의 36.8%	돌봄 필요 및 보건의료 서비스 욕구의 조합에 따른 이중, 삼중의 복합적 서비스 욕구를 갖는 뇌병변장애인
주요 서비스 내용	-신체수발, 가사지원 -이동지원 등, 건강검진, -만성질환관리, 건강증진(근력강화, 운동 등), 신체 및 인지예방서비스 구강관리, 식단관리, 상담 및 교육 등	-건강코디네이터에 의한 서비스 제공 이동지원 -복지관 직접서비스 또는 방문치료 (낮활동 참여 지원프로그램 등) -운동지원 및 건강교실 프로그램 정신건강 지원 프로그램 및 건강관련 정보의 제공
공급모형	연계(linkage) 모델 조정(coordination) 모델 통합(integration) 모델	단기적 제공모델 중장기적 제공모델

제2절 결론 및 제언

본 연구는 노인과 장애인이 돌봄과 보건·의료서비스에 대해 갖는 복잡다기화 되고 개별화된 서비스 수요에 탄력적이고 유연하게 대응할 수 있는 서비스 공급방안으로서 연합서비스를 제안하고 있다. 노년기를 경험하면서 일상생활 수행 상의 기능적 장애를 보유하거나, 만성질환의 발병 또는 인지기능의 저하는 돌봄·보건·의료 서비스 욕구를 촉발시키는 주요 요인이 된다. 특히 이들 요인 중 2가지 또는 3가지를 동시에 경험하게 될 경우 서비스에 대한 욕구는 더욱 분명해지고 절실해 질 수 있다. 분석결과, 우리나라 전체 노인인구의 36.8%가 이중 또는 삼중의 복합 욕구를 갖는 것으로 나타났다.

한편, 후천적 장애 발생이 증가하고 고령화가 빠르게 전개되면서 장애인구의 돌봄과 보건·의료 서비스 욕구가 급증하고 있다. 특히 장애인구는 장애 유형별, 연령별, 장애의 발생 시기와 장애 기간 등에 따라 서비스에 대한 욕구가 상이한 형태로 드러난다. 실증자료의 분석결과에 따르면 뇌병변장애인의 경우 다른 장애 유형에 비해 돌봄은 물론 보건·의료 서비스에 대한 욕구가 높았다. 이들은 2014년 현재 전체 추정장애인 272만여 명 중에서 약 11.3%를 차지하는 약 31만 여명 규모이다.

돌봄·보건·의료 연합서비스의 공급모형을 탐색하면서 노인과 장애인 전체 인구집단을 대상으로 서비스 공급 방식을 고민하지 않고 복합적 욕구를 갖는 노인이나 뇌병변장애인을 표적 집단이라 하여 가장 효과적인 서비스 공급을 기대할 수 있는 구체적인 대상 집단을 선별하고자 하였다. 서비스 지원 대상의 표적화(targeting) 과정은 한정된 자원으로 최선의 이익과 개인의 욕구 충족 간의 적정 균형을 찾기 위한 불가피한 과정으로 판단했기 때문이다. 연합서비스의 우선 지원 대상으로서 표적 집단을 선

정하고, 이들이 기대하는 주요 서비스 내용을 도출하였으며, 서비스 공급의 기본 원칙과 공급 모형을 제안하면서 연구진은 일반화된 서비스 개발 과정의 한계에 직면하게 되었다.

다시 말해, 이용자 중심의 서비스 공급을 목적으로 출발한 연합서비스 공급 모형의 탐색이 서비스 개발과정에서 여전히 공급자 관점을 크게 벗어나지 못했기 때문이다. 돌봄·보건·의료 연합서비스 공급의 목표를 설정하고 서비스 제공기관과 제공인력을 규명하여 서비스 공급에 필요한 자원을 제시하고 관련 자원을 동원하는 방식까지 고민하는 일련의 사고 흐름은 기존의 공급자 중심의 정책개발 과정으로부터 그다지 벗어나지 못했다는 판단에 이른 것이다. 이러한 문제의식에 직면하여 본 연구진은 '공공서비스 디자인' 개념을 소개하면서 보다 실천적이고 구체화된 이용자 중심의 서비스 개발을 후속 연구과제로 제안하고자 한다.

공공서비스 디자인이란 "공공정책 및 공공서비스를 구상하고 전달하는 과정 전반에 디자인적 사고를 적용함으로써 수요자의 행동 변화를 효과적으로 유도하여 정책 목표를 달성할 수 있도록 하는 방법"이다(윤성원, 지민정, 김광순, 2015, p.96 재인용). 한국디자인진흥원에서는 "유·무형의 서비스 요소를 통합적으로 가시화하고 혁신적 해결책을 도출함으로써 고객이 서비스를 더 높은 가치로 느낄 수 있도록 하는 실용적 서비스 R&D 방법론"으로 정의하기도 하였다(www.designdb.com).

이러한 공공서비스 디자인은 소멸성, 무형성, 동시성, 그리고 이질성의 특징을 갖는다(홍정표, 이성필, 장림, 2011, p.95 재인용). 소멸성이란 서비스는 이용과 동시에 그 편익이 사라지기 때문에 이용자의 선택에 의해서만 서비스의 제공과 이용의 관계가 지속될 수 있다. 서비스의 무형성으로 인해 제공되는 서비스의 효용이나 가치를 객관적으로 파악하거나 평가하는 것이 용이하지 않다. 동시성은 서비스의 생산과 동시에 이용,

즉, 소비가 이루어지기 때문에 서비스의 품질에 대한 통제가 어렵다. 마지막으로 동일한 서비스라 하더라도 개별 서비스 이용자와 제공인력 간의 상호성과 관계적 특성으로 동일한 서비스 경험은 결코 이루어질 수 없다는 것이다.

다소 생소하기는 하지만 공공서비스 디자인은 이미 교통, 의료, 치안 등의 광범위한 분야에 적용되고 있다. 최근에는 정책집행의 단계에서 디자인적 접근 방법을 적용하여 의사결정 내용의 형상화하는 디자인적 요소의 차원을 넘어선 정책기획의 단계까지 활용되고 있다. 즉, 정책대상의 실질적이고 구체적인 욕구를 파악하고 정책목표가 달성하고자 하는 문제를 정의함으로써 의제의 설정과 정책의 결정 단계에서 효과성이 확인되고 있기 때문이다. 그 대표적인 사례가 안행부의 정부 3.0 정책기획 사례이다(윤성원, 지민정, 김광순, 2014).

서비스 이용자의 욕구 분석은 공공서비스 디자인의 핵심 요소로서 욕구 파악을 위한 다양한 디자인적 연구 방법이 사용되고 있다. 일례로 조현주(2013)의 논문은 방문형 재가노인서비스의 개발과정에서 서비스 디자인 과정의 접목을 상세하게 소개하였다. 개별 이용자의 서비스 수요와 제공인력의 서비스 공급과정에서의 욕구와 희망사항(needs)을 충분히 수렴하기 위한 조사를 실시한다. 아울러 서비스 제공 환경에 대한 맥락적 조사를 병행할 것을 제안하고 있다. 그리고 이들로부터 수렴된 욕구와 주요 쟁점들을 시각적으로 맵핑하여 서비스 공급 주체와 공유하고, 협업을 통해 서비스 내용을 정의하고 핵심 개념을 도출한다. 서비스 이용자 자신은 물론 디자인하고자 하는 서비스의 이해관계자와 관련 전문가 그룹을 대상으로 충분한 면접조사를 병행함으로써 이용자가 요구하는(희망하는) 서비스 콘텐츠를 갖게 되는 것이다. 이때 서비스 제공 단계별 현황 정보를 가시화하는 솔루션이 도출되므로 서비스 단계별 현황 정보를 가시화

한 여정맵, 이해관계자 욕구맵 등도 정교하게 마련될 수 있다. 이를 바탕으로 서비스를 실행함으로써 이용자는 서비스 최적화된 모형을 설정하고, 이를 통한 적용과 평가 절차를 단계적으로 진행하게 된다(조현주, 2013).

2000년대 이후 주요 선진국을 중심으로 확산되고 있는 공공서비스 디자인 방법론은 단순한 서비스 사업(프로그램)의 개발뿐만 아니라 신규로 수립하는 정책의 효과성을 높이고 효율적인 정책집행을 위해 광범위한 영역에서 적극적으로 활용될 수 있다. 정책 대상자이자 동시에 정책고객이 되는 서비스 이용자의 욕구를 정확하게 파악해 내는 것은 당초의 정책 목표를 달성하기 위한 핵심 관건이 되기 때문이다. 따라서 본 연구에서 시도한 이용자 중심 서비스 공급모형을 도출하기 위해서도 이용자의 서비스 욕구에 대한 정보를 보다 정확하고 체계적으로 수집하고, 이에 대한 맥락적 이해를 도모할 수 있도록 공공서비스 디자인을 통한 욕구 파악의 다양한 방법론적 전략을 구현해 볼 필요가 있다. 공공서비스 디자인 모델은 구체적인 서비스 개발의 단계가 아니라 하더라도 정책대상을 충분히 이해하고, 이들의 정책 수요와 욕구를 정확하게 파악하도록 함으로써 정책기획의 단계에서부터 예상되는 정책 저항을 최소화하고 이용자 중심 가치를 실현하는 지름길을 제시할 수 있다.

일례로 행정자치부는 정부 3.0 국민디자인추진단을 통해 최근 공공서비스디자인을 소개하는 포럼을 개최한 바 있다(행정자치부 보도자료, 2015.11.11). 당시 공공서비스 디자인은 이용자의 욕구를 어떻게 파악하고 이를 서비스에 어떻게 적용하는지에 대한 노하우를 공공서비스 분야에 적극 활용하기 위한 노력의 일환으로 소개하였다. 동 설명 자료에 의하면 현재의 공공서비스 부문은(사회서비스를 물론 포함한다) 다음과 같은 한계에 직면하고 있다.

첫째, 공공정책에 대한 수요자의 기대수준이 높아지면서 기존의 공급자 중심으로 설계된 서비스에 대해 체감도와 만족감이 낮다고 보았다. 둘째, 특정 정책 사업으로 접근하기에는 수많은 정책 대상자들의 욕구가 매우 복잡하여 시의적 대응이 어렵다. 셋째, 공공정책의 성과평가와 맞물리면서 행정 편의적 서비스 제공에 쉽게 매몰될 수밖에 없다. 넷째, 이용자, 수요자 중심의 사업개발의 방법론에 대한 경험이 매우 제한적인 실정이다.

이에 서비스 디자인 기법을 통해 이론적으로 또는 서류상으로 확인할 수 없는 이용자의 욕구 행태를 면밀하게 관찰하고 분석하는 통찰력을 확보하자. 정책 수요자로부터 직접 문제를 정의하고 해결하기 위한 구체적 방안을 도출할 수 있는 프로세스와 방법론을 마련해보자는 것이다. 이러한 과정에서 정책수요자와 공급자가 협력적 동반자의 관계를 마련하고 상호 이해와 신뢰를 바탕으로 정책 개발에 참여함으로써 정책의 기대성과에 한걸음 다가설 수 있을 것이다.

참고문헌

강민희, 김경란. (2013). 장애인활동보조서비스 추가지원 제도의 활성화방안에 관한 연구. 지체중복건강장애연구, 56(2), pp.21~48.

강욱모. (2010). 노인장기요양보험서비스와 노인돌봄서비스 간 파트너십체계 구축방안. 사회과학연구, 26(3), pp.49~74.

강은나, 박세경, 배혜원, 이민홍, 박은정, 오세웅 등. (2014). 초저출산·고령화사회의 위험과 대응전략: 초고령사회와 노인복지서비스. 한국보건사회연구원.

강주희, 윤순덕. (2008). 노인복지 수요와 자원의 지역별 비교분석. 농촌사회, 18(1), pp.161~187.

강창현. (2013). 지역 보건복지 통합접근의 연계수단. 보건사회연구, 33(1), pp.417~450.

강혜규. (1995). 보건복지사무소와 공공복지전달체계의 개편. 대전사회복지, 겨울호.

_____. (1998). 한국의 공공복지전달체계 개편 실험의 성과분석: 보건복지사무소 시범사업을 중심으로. 연세사회복지연구, 5, pp.1~36.

강혜규, 이현주, 황정하, 선화숙, 김영종, 박경숙, 백종만, 등. (2005). 사회복지사무소 시범사업 1차년도 평가연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

경남발전연구원. (2009). '희망복지' 전달체계 개편방안의 주요 내용과 과제. 경남정책 Brief, 24, pp.1~8.

김헌진. (2009). 우리나라 보건과 사회복지 연계체계의 현황과 문제점. 2009년도 한국지방정부학회 학술대회 자료집, pp.263~284.

국민건강보험공단. (2008). 장기요양보험통계연보.

_____. (2009). 2009년 장기요양보험통계연보.

_____. (2011). 2010 노인장기요양보험통계연보.

_____. (2012). 2011 노인장기요양보험통계연보

_____. (2013). 2012 노인장기요양보험통계연보

_____. (2014). 2013 노인장기요양보험통계연보

_____. (2015). 2014 노인장기요양보험통계연보.

권용진. (2013). 미래 고령사회를 대비한 한국형 보건의료체계의 미래구상: 공공의료의 역할-의료복지연계. 한국보건행정학회 창립 25주년 기념 학술대회 자료집, pp.55~68.

권용진. (2015). 301 네트워크 성과와 과제. 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제 관련 전문가 간담회 자료집(2015. 7. 10). 한국보건사회연구원(미발간).

김기남. (2003). 사회복지전달체계 개편 방향과 사회복지사무소 시범사업 계획. 월간복지동향, 62, pp.41~43.

김도희. (2010). 지방정부 복지행정서비스 효율적 공급을 위한 거버넌스 접근방식의 정책적 함의. 사회과학연구, 26(2), pp.297~317.

김만호, 최영신. (2006). 보건소 중심 CBR 사업에 대한 산출분석: 길버트(Gilbert)와 스펙트(Specht)의 산출분석을 중심으로. 사회복지정책, 24, pp.31~59.

김만호, 최영신. (2008). 보건소 중심 CBR 사업의 포괄적 모형 개발의 탐색. 사회복지정책, 33, pp.363~387.

김미주. (2008). 지역사회 보건복지서비스의 통합적 제공을 위한 간호사와 사회복지사간 협력에 영향을 미치는 요인. 보건행정학회지, 18, pp.125~147.

김상우, 이채정.(2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 국회예산정책처.

김선자, 강영욱, 양주연. (2006). 노인복지 정보지원 컨텐츠 및 전달체계 개발 방안. 한국시정개발연구원.

김성희, 변경희, 황주희, 이연희, 오미애, 이송희, 등. (2013). 중증장애인 보호 종합대책 수립을 위한 정책연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

김성희, 이송희. (2012). 장애인활동지원제도 도입에 따른 개선방안. 보건복지포럼, 184, pp,57~62.

김성희, 이연희, 황주희, 오미애, 이민경, 이난희, 등. (2014). 2014년 장애인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

김수영, 성명옥, 김경호, 조추용. (2001). 노인과 지역사회보호. 서울: 양서원.

김수영, 이재정. (2010). 장기요양보호 사각지대 노인을 위한 보호방안. 부산복지개발원.

김순은, 이민홍. (2015). 한국노인이 경험하는 문제(어려움)는 무엇인가?: 포괄적 노인문제척도 개발을 중심으로. 한국정책평가학회보, 25(2), pp.1~22.

김양순. (2006). 재가노인을 위한 보건·복지서비스 연계에 관한 고찰. 보건과 사회과학, 19, pp.71~96.

김연희. (2013). 우리나라 복지서비스 현황과 정책과제-지역 간 노인복지시설 차이를 중심으로. 한국사회복지행정학 15(3), pp.189~216.

김영종. (2012). 한국 사회서비스 공급체계의 역사적 경로와 쟁점, 개선 방향. 보건사회연구, 32(2), pp.41~76.

김옥희. (2006). 일본의 지역포괄케어시스템에서의 케어매니저역할에 관한 연구: 보건·의료·복지 연계역할을 중심으로. 사회보장연구, 22(4), pp.191~225.

김용득. (2000a). 장애인재가복지봉사센터의 이상과 현실, 지역사회재활사업 접근방안 모색, 서울·경인 지역복지실무자연합회 워크숍 자료집.

_____. (2000b). 장애인종합복지관 재구조화 방안: 생애주기, 팀웍, 지역사회서비스 모델을 중심으로. 한국사회복지행정학, 3, pp.65~89.

_____. (2015). 지역사회 사례관리체계에서 공공과 민간의 역할, 이대로 괜찮은가?: 경직된 실천과 파편적 제도. 한국사회복지행정학, 17(1), pp.241~266.

김용득, 양숙미, 이승기, 김완호, 남세현, 안성준, 등. (2013). 장애인의 보건·의료. 2013년 장애인백서. 한국장애인개발원. pp.83~111.

김용택. (2006). 일본의 고령자케어와 보건·의료·복지의 연계. 대한케어복지학, 1(3), pp.1~29.

김원진. (2012). 보건 및 복지 연계서비스 모형개발을 통한 지역사회의 방문보건사업의 활성화 방안. 한국자치행정학보, 26(2), pp.245~260.

김윤, 이진용, 이범석, 김완호, 이진석, 문남주, 등. (2005). 장애인 요양급여 이용실태 분석 및 의료보장 강화방안 연구. 국민건강보험공단. 서울대학교 의과대학.

김윤, 문남주, 박시은, 박종헌, 박종혁, 신형익, 등. (2009). 장애인 재활의료서비스 체계 개선 방안 연구. 보건복지부, 서울대학교 의과대학.

김윤정. (2005). 한국의 노인케어와 보건·의료·복지의 연계 관련 토론. 대한케어복지학회, 11, pp.67~69.

김은정. (2015). 사회적 돌봄체계 구축에서 고동체적 접근에 관한 연구. 한국사회복지연구회, 46(2), pp.153~176.

김이배. (2014). 공공사회복지전달체계 개편의 특징과 한계. 비판사회정책, 42, pp.44~91.

김종인. (2012). 장애인 사회복귀 저해요인 분석과 지원방향. 사회복귀 심포지엄, 국립재활원.

김진수. (2005). 노인수발보장제도 도입의 쟁점과 과제. 한국사회복지정책학회 학술발표논문집, pp.13~33.

김진우. (2015). 변화하는 환경에서의 사회복지법인 역할에 대한 회고와 전망. 한국사회복지행정학회 추계학술대회 자료집.

김찬우. (2008). 노인보건복지 분야의 통합적 사회서비스 체계 구축. 한국사회복지학회 2008년도 추계공동학술대회 자료집, pp,17~63.

_____. (2014). 노인장기요양보험제도의 사각지대 규명과 해소 방안에 대한 고찰. 한국정책학회보, 23(2), pp.121~144.

김창오, 박철우. (2011). 장애인을 위한 지역사회 중심의 보건복지 서비스 통합의 필요성: 뇌병변장애인을 중심으로, 한국장애인복지학회 추계학술대회 자료집, pp.39~63.

김춘남, 김찬우, 김나연. (2013). 노인장기요양대상자 사각지대 해소방안 연구: 재가노인복지사업을 중심으로. 경기복지재단.

김형용. (2013). 지역사회기반 서비스와 사회복지관. 한국사회복지행정학, 15(1), pp.169~195.

김희연. (2010). 저소득 취약계층 건강 보호 방안 연구. 경기개발연구원.

나용선. (2002). 노인복지와 의료사회사업의 연계방안 연구: 고양시립 덕양노인종합복지관을 중심으로. 서울여자대학교 사회복지연구센터, 2, pp.235~264.

남윤철. (2004). 농촌지역 고령자 보건·의료·복지 집약시설 내 서비스연계에 대한 직원의 의식조사. 한국농촌건축학회, 10(4), pp.41~48.

남현주. (2015). 독일포괄케어시스템 사례. 부산시민복지기준 수립을 위한 정책 세미나 자료집.

대한간호학회. (1996). 간호학대사전. 한국사전연구사.

류명석. (2015). 제도적 환경변화와 복지시설의 대응방안. 한국사회복지행정학회 추계학술대회 자료집.

류종훈. (2007). 지역사회복지론. 학현사: 경기.

류진석. (2003). 지방분권과 사회복지의 지역간 형평성: 정부간 사회복지 재정배분체계의 구조화. 한국사회복지행정학, 9, pp.1~27.

박강원, 이주열. (1995). 보건복지사무소 운영방안. 최신의학, 38(2), pp.80~86.

박명숙, 최수미. (2011). 구강간호교육이 노인요양시설 돌봄제공자의 구강간호 지식, 태도 및 행위와 재원노인의 구강위생에 미치는 효과. 대한간호학회지, 41(4), pp.684~693.

박병현. (2006). 사회복지의 지방분권화에 대한 비판적 고찰. 한국사회복지행정학, 8(2), pp.1~31.

박영란, 박경순. (2015). 사람중심 고령사회 패러다임: Aging in Place 이념과 장기요양. 장기요양연구, 3(1), pp.134~155.

박혜미. (2015a). 재가노인의 복지 및 보건의료 서비스 조정·연계에 대한 연구: 프랑스의 장기요양제도(APA)와 지역노인전문코디네이션 센터(CLIC)를 중심으로. 한국노년학, 35(3), pp.569~588.

_____. (2015b). 재가 노인돌봄 보건의료서비스 조정 및 연계: 프랑스 지역노인전문 코디네이션센터를 중심으로. 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제 관련 국내외 사례발표 세미나 자료집(2015.8.19). 한국보건사회연구원(미발간).

배현지, 김진현. (2015). 보건소 방문건강관리사업을 위한 간호사 인력의 적정수요 추정, 간호학의 지평, 12(1), 23~32.

백종만, 김영종, 박경숙, 이봉주, 이재완, 황선영, 등. (2006). 사회복지사무소 시범사업 2차년도 평가 및 사회복지 전달체계 개선방안 연구. 보건복지부, 한국사회복지학회.

변경희, 정무성, 고관철, 김동기, 나운환, 이거우, 등. (2008). 장애인 자립생활센터와 장애인복지관 역할 및 기능 재정립 연구. 보건복지가족부, 한신대학교 산학협력단.

보건복지부. (2006). 지방자치단체 주민생활지원기능강화계획.

_____. (2007a). 2007년 노인보건복지사업안내.

_____. (2007b). 2007년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2008a). 2008년 노인보건복지사업안내.

_____. (2008b). 2008년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2009a). 2009년 노인보건복지사업안내

_____. (2009b). 2009년도 보건복지가족부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2010a). 2010년 노인보건복지사업안내.

_____. (2010b). 2010년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2011a). 2011년도 노인보건복지사업안내

_____. (2011b). 2011년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2012a). 2012 노인돌봄서비스 사업안내.

_____. (2012b). 2012년 노인보건복지사업안내

_____. (2012c). 2012년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2012d). 국가치매관리 종합계획(2013~2015)

_____. (2013a). 2013년 노인보건복지사업안내.

_____. (2013b). 2013년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.

_____. (2013c). 지역사회복지협의체 운영지침.

_____. (2013d). 지역사회 일차의료 시범사업 기본계획(안). 보건복지부 일차의료개선팀.

보건복지부. (2013e). 2013년 지역사회자원연계사업 안내.

_____. (2014a). 2014 장애인복지시설 일람표.

_____. (2014b). 2014년 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획.
_____. (2014c). 2014년 노인보건복지사업안내.
_____. (2014d). 2014년 장애인복지시설 안내(1).
_____. (2014e). 2015년도 보건복지부 예산서. 보건복지부 내부자료.
_____. (2014f). 장애인 의료비 지원 주요 통계 자료. 보건복지부 내부자료.
_____. (2014g). 장애인활동지원 주요 통계 자료. 보건복지부 내부자료.
_____. (2014h). 지역사회 일차의료 시범사업 운영지침.
_____. (2014i). 2014년 지역사회자원연계사업 안내.
_____. (2015a). 2015 노인보건복지 사업안내.
_____. (2015b). 2015 노인돌봄종합서비스 사업 안내.
_____. (2015c). 2015 희망복지지원단 업무안내.
_____. (2015d). 2015년 건강검진사업안내.
_____. (2015e). 2015년도 지역사회보장협의체 운영안내.
_____. (2015f). 2015년 지역사회 통합건강증진 사업안내.
_____. (2015g). 노인보건복지사업안내(Ⅰ, Ⅱ).
_____. (2015h). 장애인활동지원 주요통계 자료. 보건복지부 내부자료.
_____. (2015i). 장애아동 가족지원 사업안내(Ⅳ).
_____. (2015j). 장애인 활동지원 사업안내(Ⅴ).
_____. (2015k). 2015년 장애인복지사업안내(Ⅱ).
_____. (2015l). 2015년 장애인복지시설사업안내(Ⅲ).
보건복지부, 국립재활원. (2014). 2014 지역사회통합건강증진안내: 지역사회중심재활.
보건복지부, 분당서울대학교병원. (2013). 2012 치매 유병률 조사 결과.
서울시립북부병원. (2013). 내부자료.
서영준. (2009). 장기용양시설 및 인력의 질관리 방안. 제43회 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, pp.41~55.
선우덕, 김찬우, 임효연, 김순옥, 서동민, 양영애, 등. (2012). 최신 노인장기요양보험제도: 현황과 과제. 노인연구정보센터. pp.12~13.

선우덕, 김혜련, 고숙자, 이소영, 김동진, 김철웅, 등. (2014). 노인 건강상태주기별 보건사업의 대응전략. 한국보건사회연구원.

성은미, 조추용, 권혜영. (2012). 일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양지원센터시범사업의 과제. 경기복지재단.

신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경. (2010). 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향. 한국보건사회연구원.

신현일. (2001). 농촌지역 방문보건사업의 통합적 접근 방법에 관한 연구. 한국복지행정논총, 11(2), pp.253~279.

오세용. (2015). 일본의 지역포괄케어시스템 구축을 위한 개호보험서비스의 현황과 과제: 시설입소형·지역밀착형·주택지원형 서비스를 중심으로. 장기요양연구, 31(1), pp.57~90.

오정희. (2006). 노인복지의 보건·복지서비스 연계 방안. 교정복지연구. 4. pp.149~173

윤성원, 지민정, 김광순. (2014). 공공정책 기획 방법으로서 서비스디자인 활용에 관한 연구: 공공서비스디자인 사용설명서 개발 결과를 중심으로.

윤영호, 권용진, 장숙랑, 임정기, 오수경. (2014). 공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계방안 연구. 보건복지부, 서울대학교.

윤종률. (2009). 노인요양병원의 현황 및 문제점. 노인요양병원의 질적서비스 개선방안 간담회자료집. 국회의원간담회.

윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유, 권용진. (2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원.

이가옥. (2000). 장기요양보호노인과 수발자의 실태. 노년학의 이해. 서울: 대영문화사.

이동영. (2010). 장애인활동보조서비스(PAS)의 제도분석을 통한 개선방안 연구. 한국사회복지조사연구, 25, pp.143~170.

이민홍. (2015). 부산시민복지기준 수립을 위한 정책세미나 토론문. 부산복지개발원.

이민홍, 이재정, 서보경. (2015). 노인돌봄을 위한 재가복지서비스의 전달체계 연구: Aging in Place 지원 체계 수립을 중심으로. 장기요양연구, 3(1), pp.127~154.

이민홍, 이재정, 서보경, 김경모, 황재영. (2014). 부산시 노인통합지원센터 설치 운영 방안 연구. 부산복지개발원.

이상영, 이주열, 조소용, 이수형, 오영인, 장진영. (2012). 건강증진서비스 전달체계 확충방안 연구. 한국보건사회연구원.

이수연, 배지영. (2011). 입원·외래서비스 이용경험이 지역사회보건복지서비스 이용(욕구)에 미치는 영향: 저소득 만성질환보유 노인을 대상으로. 사회복지연구, 42(2), pp.303~322.

이윤환. (2015). 초고령사회와 보건의료대응. 보건복지포럼, 225, pp.2~4.

이은경. (2011). 장애인의 지역사회 정책을 위한 보건복지서비스 파트너쉽 어디로 가야하나?: 발달장애인을 중심으로. 한국장애인복지학회 추계학술대회 자료집, pp.17~38.

이재숙. (2015). 지역보건복지서비스가 노인들의 장기요양 진입 예방에 미치는 효과 분석: 천안시와 아산시 등급외자를 중심으로. 한국공공관리학보, 29(1), pp.105~136.

이재완, 김승용. (2012). 지역사회복지협의체에 대한 비판적 검토: 조직, 인력, 사업, 재정의 지역별 비교를 중심으로. 비판사회정책, 34, pp.195~236.

이재완, 최영. (2011). 지역사회복지협의체 구조의 현황과 과제. 2011 한국지역사회복지학회 추계학술대회 자료집.

이재토. (2007). 노인을 위한 보건의료서비스와 생활복지서비스의 통합적 제공 방안: 횡성군 지역을 중심으로. 대한케어복지학, 7, pp.45~55.

이종복, 박선하, 정하선. (2008). 장애인 활동보조서비스제도의 분석 및 개선방안. 복지행정논총, 18(2), pp.57~90.

이한숙. (2008). 지역중심재활사업을 위한 보건소 활성화 방안. 특수교육재활과학연구, 47, pp.47~64.

이현기. (2001). 보건복지의 연계와 적용에 대한 연구. 노인복지연구, 12, pp.175~207.

이현송. (1997). 보건복지사무소 시범사업의 실시 및 추진배경. 보건학종합학술대회자료집, pp.15~21.

이현주, 강혜규, 노대명, 신영석, 정경희, 유진영, 등. (2007). 주민생활지원서비스 업무수행체계 분석 및 개선방안. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

임종한, 김슬기, 김주경, 박종혁, 오영철, 이문희, 등. (2014). 장애인 건강권 증진방안에 관한 연구. 국가권익위원회.

장경옥. (2005). 한국의 노인케어와 보건·의료·복지의 연계 관련 토론. 대한케어복지학회, 11, pp.71~75.

전용호. (2015). 노인 돌봄서비스의 전달체계에 관한 연구: 공공부문 인력과 공급자의 관점을 중심으로. 보건사회연구, 35(2), pp.347~379.

전지혜. (2015). 한국의 장애인활동지원제도 개선방안 연구: 미국 장애인 활동보조제도(PAS)와 장애인케어제도(PCA) 분석을 중심으로. 한국지역사회복지학, 52, pp.255~278.

정경희, 강은나, 박세경. 이윤경. 김세진. (2014) 노인장기요양보험 치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스 개편방안 연구. 한국보건사회연구원

정경희, 오영희, 강은나. 김재호, 선우덕. 오미애, 등. (2014). 2014년도 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

정무성. (2005). 저소득층 지역에서의 의료와 복지의 통합모델. 전진상 복지관 30주년 기념 심포지엄 자료집.

정영호. (2013). 보건의료서비스 제공체계의 주요 현안 및 정책과제. 보건복지포럼, 195, pp.14~27.

조정진. (2015). 지역사회일차의료 시범사업 1차년도 평가 및 과제. 김성주의원 주최.

조현주. (2013). 요양보호사를 통한 재가노인 케어 서비스디자인 모델 연구. 한국디자인지식학회,

중앙공무원교육원. (2013). 맞춤형 복지서비스「희망복지지원단」정책사례.

지은구. (2012). 공공사회복지전달체계 개편의 문제점과 개선방안. 사회과학연구 소사회과학논총, 계명대학교, 31(2), pp.55~86.

최옥채, 정하나. (2012). 한국 사회복지제도 형성과 전개의 특성: 생활보호법을 중심으로. 사회과학연구 28(3), pp.403~429

최성재, 장인협. (2003). 노인복지학. 서울: 서울대학교 출판부.

최인덕, 이은미. (2010). 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안. 한국노년학, 30(3), pp.855~869.

최일섭, 이현주. (2009). 지역사회복지론. 서울대학교출판문화원: 서울.

최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기, 이승준, 등. (2013). 돌봄기능 관련 복지사업 심층분석, 보건복지부.

최재성, 권선진, 김종민, 최영광, 이혜은, 최정균, 등. (2003). 지역사회중심재활(CBR)사업 평가에 관한 연구. 보건복지부, 한국장애인복지관협회.

최종복, 김석준, 이경온. (2012). 지역사회복지협의체 종사자의 특성이 통합서비스에 미치는 영향에 관한 연구. 보건사회연구, 32(2), pp.77~117.

최혜지. (2011). 노인장기요양에서 보건과 복지의 합리적 역할분담: 분담과 연계의 조화. 월간 복지동향, 157, pp.30~34.

통계청. (2011). 장래인구추계 2010~2060.

한국보건사회연구원, 보건복지부. (2003). 사회복지사무소 시범사업 운영방안. 공청회 자료집.

한익희. (2005). 지역사회복지협의체 전면 시행에 따른 바람직한 방향 모색. 2005 지역사회복지전달체계 개선을 위한 심포지엄 자료집.

함철호. (2005). 한국의 노인케어와 보건·의료·복지의 연계 관련 토론. 대한케어복지학회, 11, pp.43~65.

함철호, 김태숙, 정은경, 문창진. (2001). 지역사회에서 보건의료와 복지의 연계 실태와 연계의 틀로서 케어 매니지먼트에 대한 태도. 노인복지연구, 13, pp.233~282.

호승희, 전상남, 윤지은, 김정국, 구민주, 김예순, 등. (2013). 2013년 장애인 건강관리사업. 보건복지부, 국립재활원.

호승희, 김정국, 김예순, 김선경, 김유진, 백지예, 등. (2014). 2014년 장애인 건강관리사업. 보건복지부, 국립재활원.

홍정표. 이성필. 장린. (2011). 서비스 디자인의 이해. 서비스 디자인 연구회.

홍현미라 (2005). 지역사회 변화전략으로써의 자원개발과정에 관한 연구: 사회자본(social capital) 관점 적용. 한국사회복지행정학, 7(3), pp.107~131.

홍현미라, 이현주, 유동철, 민소영, 김형용 등 (2012). 복지마을 만들기 사업 추진을 위한 기초연구. 보건복지부, 전주대학교 산학협력단.

홍현숙, 김완호, 유소연, 박선주, 임현정. (2010). 지역사회중심 재활서비스 모형(안) 개발. 국립재활원,재활연구소.

황재영. (2015). 일본포괄케어지원센터 사례. 부산시민복지기준 수립을 위한 정책세미나자료집. 부산복지개발원.

황주희. (2015). 장애인의 일상생활지원현황 및 정책과제, 보건복지포럼, 226, pp.27~37.

황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연, 등. (2014). 장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안. 한국보건사회연구원.

Atchley, R. (1994). *Social force and aging*. CA: Wadsworth Publishing Co.

Best, H. (2010). Educational systems and the continuum of care for the older adult. *Journal of dental education*, 74(1), 7~12.

Cochilla, S. J.(1998), *Long-Term Care, 2nd ed*, Chicago: Dearborn Financial Publishing, Inc.

Department of Health(DH). (2014). *Transforming Primary Care: Safe, proactive, personalised care for those who need it most.*

Drum, C. E., Krahn, G., Culley, C. & Hammond, L. (2005). Recognizing and Responding to the Health Dispartities of People With Disabilities, *Californian Journal of Health Promotion*, 3(3), pp.9~42.

Eustis, N. N., Greenberg, J. N. & Patten, S. K. (1984). *Long-term care for older persons: a policy perspective.* CA: Brooks/Cole Publicing Company.

Evashwick C. (2005). *The continuum of Long-term care*. 3rd ed. New York; Thompson Delmar Learning.

Gross, D. L., Temkin-Greener, H., Kunitz, S., & Mukamel, D. B. (2004). The Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE. *The Milbank Quarterly, 82*(2), pp.257~282.

Jacobzone, S., Cambois, E., & Robine, J. M. (2000). *Is the Health of Older Persons in OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*. OECD Economics Studies, 30.

Kane, R.A. & Kane, R.L. (1987). *Long-term Care: Principles. Programs, Policies*. NY: Springer Pubilishing Company.

Kinne, S., Patrick D. L. & Doyle, D. L. (2004). Precalence of Secondary Conditions among people with disabilities, *American Journal of Public Health*, 94(3), pp.443~445.

Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & social care in the community,* 14(5), 384~390.

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly,* 77(1), 77~110.

McGinnis, J. M., Williams-Russo, P. & Knickman, J. R. (2002). The case for More Active Policy Attention to Health Promotion, *Health Affairs,* 21(2), pp.78~93.

Mukamel, D.B., Peterson, D.R., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Grss, D., et al.(2007). Program characteristics and enrollees' outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE). *The Milbank Quarterly, 85(3).* pp.499~531.

Pratt, J. R. (1999). *Long term care: managing across the continuum.* An aspen publication.

U.S. National Council on Aging. (2015). Chronic disease self-management program workshop for people with chronic conditions. *Better Choices, Better Health Workshop.*

WHO. (2003). *Key policy issues in long-term care,* Geneva: World Health Organization.

〈보도자료〉

기획재정부 보도자료. (2015. 12). 기획재정부, 2060년 국가채무비율 40% 이내로 관리. 2015.12.4.

보건복지부 보도자료. (2015.4). 2014 장애인실태조사 결과 보도자료. 2015.4.20.

통계청 보도자료. (2015.9). 2015년 고령자 통계 보도자료. 2015.9.24.

통계청 보도자료. (2015.12). 2014년 생명표(전국 및 시도) 보도자료. 2015.12.3.

〈웹사이트〉

국민연금공단. (2015). 장애인 활동지원 제도 소개. http://www.ableserivce.or.kr. 에서 2015.10.5.인출.

국립재활원 홈페이지. (2015). 국립재활원 조직 소개. http://www.nrc.go.kr.

근로복지공단. (2015). 산재보험 재활전문의료기관 현황 http://www.kcomwel.go.kr 에서 2015.9.26.인출.

보건복지부. (2015). 전문병원지정현황. http://www.mohw.go.kr 에서 2015.9.26.인출.

사회보장정보원. (2015). 사회서비스 바우처 주요 통계.
http://www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/statistic/view.do?p_sn=15 에서 2015.10.26.인출

서울장애인종합복지관. (2015). 의료재활프로그램.
http://www.seoulrehab.or.kr/program/medical 에서 2015.11.10.인출

장애인활동지원 홈페이지. (2015). 제도소개 및 안내. http://www.ableservice.or.kr/에서 2015.11.10. 인출

행정자치부, 산업통상지원부, 한국디자인진흥원, 디맨드(2015). 공공서비스디자인 사용설명서, http://www.moi.go.kr 에서 2015.11.11인출.

Center for Medicare & Medicaid Services(CMS). (2015). *Details for Title:100-11, Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/*Guidance/Manuals/downloads/pace111c01.pdf 에서 2015.6.22. 인출.

Department of the Health & Human Services(DHHS). (2011). *Quick Facts about Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE).* https://www.medicare.gov/pubs/pdf/11341.pdf에서 *2015.6.22.* 인출

Google Scholar. (2015). *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.* 논문의 인용 논문 및 보고서 검색(2015.10.1일 기준)

National PACE Association. (2015). *What Is PACE?. http://www.npaonline*. org/website/article.asp?id=12&title=Who,_What_and_Where_Is_PACE?에서 2015.6.22. 인출

Office of disease prevention and health promotion. (2015). *Healthy People 2020.* http://www.healthypeople.gov/2020/about/DOHAbout.aspx 에서 2015.9.10.인출

WHO. (2011). *World Report on disability 2011.*
http://www.who.int/disabilities/world_report_2011/report.pdf. 에서 2015.8.12.인출

U.S. Center for Medicare & Medicaid Service(CMS). (2015). http://www.cms.gov에서 2015.10.1.인출

〈법률〉

국민생활기초보장법, 법률 제12933호 (2014)
노인복지법, 법률 제13646호 (2015)
노인장기요양보험법, 법률 제13647호 (2015)
보건의료기본법, 법률 제11855호 (2013)
사회보장기본법, 법률 제12844호 (2014)
사회보장급여법, 법률 제13499호 (2015)
사회복지사업법, 법률 제12618호 (2014)
사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률, 법률 제11998호 (2013)
의료급여법, 법률 제12933호 (2014)
의료법, 법률 제13367호 (2015)
장애아동복지지원법, 법률 제13323호 (2015)
장애인복지법, 법률 제13663호 (2015)
장애인차별금지 및 권리구제 등에 대한 법률, 법률 제12365호 (2014)
지역보건법, 법률 제13323호 (2015)
치매관리법, 법률 제13112호 (2015)

〈데이터〉

2014년 장애인 실태조사 원자료
2014년 노인 실태조사 원자료

〈관련 자료〉

국민건강보험법, 법률 제12615호 (2014)

보건복지부. (2011). 심뇌혈관질환관리 종합대책(2011~2015).

한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원. (1999). 제1기 국민건강영양조사(1998).

한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원. (2002). 제2기 국민건강영양조사(2001).

한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원, 질병관리본부. (2006). 제3기 국민건강영양조사(2005).

질병관리본부. (2010). 제4기 국민건강영양조사(2007~2009).

_____. (2012). 제5기 국민건강영양조사(2010~2012).

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr

연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-01	의료이용 합리화를 위한 실태분석과 제도 개선방안	김남순
연구 2015-02	보건의료인력의 연수교육 개선방안	오영호
연구 2015-03	의료패러다임 변화에 따른 미래 보건의료산업 정책과제	김대중
연구 2015-04	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략	김동진
연구 2015-05	2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제	강희정
연구 2015-06	보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안	정영호
연구 2015-07	호스피스·완화의료 활성화 방안 -노인장기요양서비스 이용자를 중심으로	최정수
연구 2015-08	주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구	강신욱
연구 2015-09	돌봄·보건의료 연합서비스(Joned-up Services)공급 모형에 관한 전망과 과제	박세경
연구 2015-10	가족형태 다변화에 따른 부양체계 변화전망과 공·사 간 부양분담방안	김유경
연구 2015-11	공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의	이현주
연구 2015-12	각국 공공부조제도 비교 연구: 스웨덴&프랑스&미국 편	임완섭
연구 2015-13	사회보장 역할분담 구조 변화와 정책적 대응방안 연구	정해식
연구 2015-14	시간제 일자리 확산이 소득불평등과 빈곤에 미치는 영향	김현경
연구 2015-15	사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구	고제이
연구 2015-16	사회보장재정과 경제 선순환 국제비교연구	유근춘
연구 2015-17	공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향	우해봉
연구 2015-18	사회보장 중장기 재정추계 모형 개발을 위한 연구: 장기재정전망과 재정평가	신화연
연구 2015-19	사회복지법인의 재정운용 실태와 제도개선 방안	고경환
연구 2015-20	지역단위 복지서비스 수요·공급 분석	정홍원
연구 2015-21-01	가족변화에 따른 결혼·출산행태 변화와 정책과제	이삼식
연구 2015-21-02	임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제	이소영
연구 2015-21-03	동아시아 국가의 가족정책 비교연구	신윤정
연구 2015-21-04	여성노동-출산 및 양육행태와 정책과제	박종서
연구 2015-21-05	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(III) -정릉3동·영등2동·소태면 사례를 중심으로	오영희

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-21-06	은퇴전환기 중고령자의 일·여가현황과 여가증진방안 연구	강은나
연구 2015-21-07	노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축	선우덕
연구 2015-21-08	연령통합 지표 개발과 적용	정경희
연구 2015-21-09	인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급 효과 연구	원종욱
연구 2015-21-10	저출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구: 한중일 비교를 중심으로	류정희
연구 2015-21-11	소셜 빅데이터 기반 저출산 정책 수요 예측	송태민
연구 2015-22	한국사회의 사회·심리적 불안의 원인분석과 대응방안	이상영
연구 2015-23	건강영향평가 사업 운영	김정선
연구 2015-24	한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·자산·소비 연계형 복지모형 구축	여유진
연구 2015-25	사회통합 실태진단 및 대응방안 Ⅱ: 사회통합과 사회이동	여유진/정해식
연구 2015-26	정책결정자의 사회통합 인식에 관한 연구	김미곤
연구 2015-27	아시아 각국의 복지제도 비교연구: 소득보장체계를 중심으로	노대명
연구 2015-28	2015년 지방자치단체 복지정책평가센터 운영 보고서 - 지역사회복지계획과 연차별 시행결과의 분석	강혜규
연구 2015-29	보건복지통계정보 통합 관리 및 운영	오미애
연구 2015-30-1	국민건강과 안전을 위한 아동안전전략 구축방안 -아동손상예방 전략을 중심으로	김미숙
연구 2015-30-2	국민건강과 안전을 위한 식품안전전략 구축방안	김정선
연구 2015-31	2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	이삼식
연구 2015-32	2015년 한국복지패널 기초분석 보고서	노대명
연구 2015-33	2013 한국의료패널 기초분석보고서(II)-만성질환, 임신·출산, 보건의식행태-	이수형
연구 2015-34	2015년 빈곤통계연보	정은희
연구 2015-35	2015년 소셜 빅데이터 기반 보건복지 이슈 동향 분석	송태민
연구 2015-36	의료기술 혁신과 의료보장체계의 지속성을 위한 국제동향과 정책과제	박실비아
연구 2015-37	보건분야 국제공동연구사업: 주요국 보건의료산업 육성정책 변화와 동향연구	김대중