

최종보고서

- 돌봄통합지원법 시행에 따른 충남형 돌봄정책 마련방안
연구용역 -

2025. 11. 30.

연구기간 : 2025. 5. 1.~ 2025. 11. 30.

연구책임자 : 박주영

공동연구원 : 정영길, 하주현

연구원 : 유재은

목 차

제1장 서론.....	1
1. 연구 필요성.....	3
2. 연구 방법.....	10
3. 연구 수행체계.....	17
제2장 충남 지역 돌봄 현황과 과제	19
1. 충남의 인구·돌봄 수요 특성.....	21
2. 기존 돌봄 전달체계와 한계.....	23
3. 통합돌봄에서 생애말기 돌봄의 현상과 실제.....	25
제3장 돌봄통합지원법과 지역사회 통합돌봄.....	33
1. 돌봄통합지원법의 법적 배경.....	35
2. 국외 통합돌봄 정책 동향.....	42
3. 현장에서 바라는 지역사회 통합돌봄의 방향.....	72
정책담당자 의견조사	
돌봄종사자(기관장) 의견조사	
4. 재가 돌봄종사자의 역량수준 및 요구도.....	81
돌봄종사자의 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및	
교육요구도	
5. 재가 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행 영향요인.....	99
돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행 수준과 영향요인	

제4장 증남형 통합돌봄 모형	109
1. 모형개발의 지향점	111
2. 최종 모형과 구성요소	113
3. 최종 모형 실효성 방안 및 한계점	116
제5장 결론	123
1. 결론 및 정책 제언	125
2. 연구의 한계 및 향후 연구방향	145
부록. 조례(안) 예시	147
참고문헌	156

〈표 차례〉

〈표 1〉 지역별 노쇠 비율.....	6
〈표 2〉 지역별 65세이상 1인가구 비율.....	7
〈표 3〉 본 연구의 수행절차.....	12
〈표 4〉 지역별 노인 인구비율.....	21
〈표 5〉 충남의 고령화 추이.....	22
〈표 6〉 충청남도 내 시군구별 노인인구 현황.....	23
〈표 7〉 전국 시도별 의료기관 수 및 병상 수.....	24
〈표 8〉 포커스그룹 인터뷰 참여자의 일반적 특성.....	25
〈표 9〉 포커스그룹인터뷰 설문지.....	27
〈표 10〉 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙 제정(안)에 대한 의견 검토.....	37
〈표 11〉 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙 제정(안)에 대한 수정 요청.....	40
〈표 12〉 대상자의 일반적 특성(정책담당자).....	72
〈표 13〉 대상자의 일반적 특성(재가 장기요양기관장).....	76
〈표 14〉 돌봄종사자의 일반적 특성 및 생애말기 돌봄관련 특성에 따른 변수의 차이.....	82
〈표 15〉 돌봄종사자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육 요구도.....	83
〈표 16〉 돌봄종사자의 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이(N=152).....	87
〈표 17〉 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계	95
〈표 18〉 생애말기돌봄 수행도 영향요인.....	98

<표 19> 돌봄종사자의 일반적 특성 및 생애말기돌봄 관련 특성에 따른 변수의 차이(N=153).....	101
<표 20> 대상자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스 및 생애말기돌봄 수행 정도(N=153).....	103
<표 21> 대상자의 좋은 죽음인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 스트레스와 임종돌봄 수행 간의 상관관계(N=153).....	105
<표 22> 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행에 미치는 영향요인.....	107
<표 23> 개인차원 모니터링 체계.....	117
<표 24> 조직차원 모니터링 체계.....	117
<표 25> 정부(지자체 및 중앙정부) 차원 모니터링 체계.....	117
<표 26> 평가영역 및 지표.....	118
<표 27> 성과지표 매트릭스 예시.....	121
<표 28> 실행 로드맵(단기-중기-장기) 예시.....	122
<표 29> 지역사회 통합돌봄 추진 주체별 역할.....	130

〈그림 차례〉

〈그림 1〉 노인 기능변화와 통합돌봄 체계 전환의 필요성·····	3
〈그림 2〉 건강-노쇠-요양 단계별 돌봄 필요도 구분·····	4
〈그림 3〉 노인실태조사(2023년)·····	5
〈그림 4〉 충청남도 65세 이상 노인 1인 가구 현황·····	7
〈그림 5〉 노인의 기능변화에 따른 통합돌봄 서비스 연계 흐름도·····	8
〈그림 6〉 본 연구의 연구방향·····	11
〈그림 7〉 본 연구의 수행체계도·····	17
〈그림 8〉 지역별 노인 인구비율(순위)·····	22
〈그림 9〉 충청남도 지역사회 통합돌봄 지원체계 운영 모델·····	36
〈그림 10〉 미국 생애말기 돌봄 정책의 평균 누적 비용 및 재정 출처·····	43
〈그림 11〉 일본 75세 이상 고령자 수 추이·····	50
〈그림 12〉 민가를 활용한 지역주인 커뮤니티 공간 차노마 모습·····	52
〈그림 13〉 생애말기 돌봄 중요도와 수행도 비교·····	84
〈그림 14〉 생애말기돌봄 중요도-수행도(IPA) 분석 결과·····	92
〈그림 15〉 생애말기돌봄 문항별 중요도-수행도(IPA) 분석 결과·····	93
〈그림 16〉 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관 관계·····	96
〈그림 17〉 생애말기 돌봄 수행도 영향요인 분석 모형·····	98
〈그림 18〉 돌봄종사자의 성과 창출을 위한 역량 기반 접근 모델·····	99
〈그림 19〉 생애말기돌봄 스트레스를 중심으로 한 수행 영향요인 개념 모형·····	108
〈그림 20〉 충남형 통합돌봄 서비스 흐름도·····	108
〈그림 21〉 Aging in Place 실현을 위한 통합돌봄 서비스 연계체계 모형··	112

<그림 22> 충남형 C-HOPE 통합돌봄 모델.....	113
<그림 23> 지역사회 통합돌봄 지원서비스 제공 및 연계모형.....	115
<그림 24> 지역사회 통합돌봄 지원서비스 구성 체계.....	116
<그림 25> 통합 돌봄서비스 기대효과.....	118
<그림 26> 통합돌봄 조례제정에 반영되어야 할 문제.....	125
<그림 27> 조례 제정 및 제도 개선에 필요한 12가지 근거.....	126
<그림 28> 충남형 통합돌봄 서비스 흐름도.....	126
<그림 29> Aging in Place를 위한 대상자 발굴 및 서비스 연계 프로세스	127
<그림 30> 통합돌봄 대상자 발굴·신청 단계에서의 읍면동 활용 연계 모델.....	129
<그림 31> 재택의료 중심 통합돌봄 구축을 위한 행정·재정 지원 체계..	131
<그림 32> 재가기관·방문간호·재택의료기관 간 연계 체계도.....	133
<그림 33> 재가 임종돌봄 지원을 위한 돌봄종사자 전문성 강화 및 제도 적 지원.....	134
<그림 34> 충남형 사후 가족돌봄 기반 강화 전략.....	136
<그림 35> 의료기관 방문을 위한 이동지원 서비스 및 택시바우처 지원 구조.....	137
<그림 36> 통합돌봄 전문인력 양성을 위한 우수 교육기관 지정 및 역량 강화 체계도.....	139
<그림 37> AI 기반 돌봄 매칭 시스템을 활용한 맞춤형 돌봄 제공 및 인력 안정화 모델.....	141
<그림 38> 통합돌봄 강화를 위한 충남형 긴급 방문간호 서비스 모델...	143

제 1 장

서 론

1. 연구 필요성
2. 연구 방법
3. 연구 수행체계

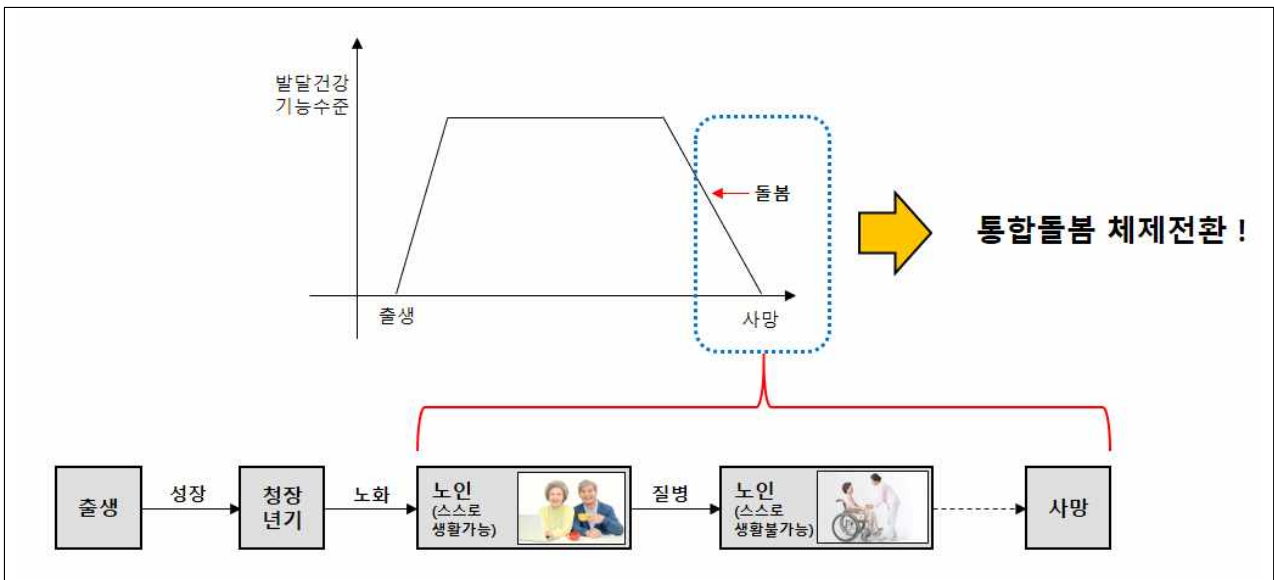
제1장

서론

1. 연구의 필요성

1) 법적 배경

“의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률“은 2026년부터 시행될 예정이며, 지역사회에서 제공되는 의료, 요양, 기타 돌봄 서비스의 통합적인 지원을 위한 법적 근거를 마련하는 것이 목적이다. 돌봄통합지원은 가족부양과 시설서비스에 의존해 왔던 기존의 돌봄정책에서 가족의 부담은 줄이고 사회적 부담을 강화해 나가는 패러다임의 전환을 목표로 하고 있다.



<그림 1> 노인 기능변화와 통합돌봄 체계 전환의 필요성

2) 사회적 필요성

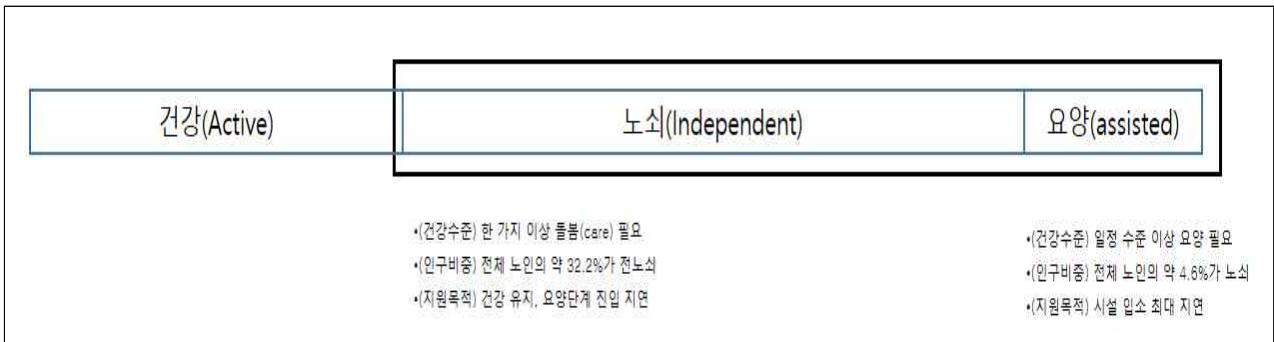
고령화를 선제적으로 겪은 국가들은 점차적으로 시설 중심의 보호에서 벗어나, 노인이 익숙한 지역사회에서 계속 거주할 수 있도록 하는 ‘지역사회 계속 거주(Aging in Place, 이하 AIP)’ 정책으로 전환해왔다(정소양, 김현중, 2024). 우리나라 또한 초고

령화 사회 및 변화하는 가족 구조로 인해 돌봄 수요가 증가하고 있으며, 특히 충남 지역 내 다양한 돌봄 서비스의 통합 및 효율적 운영 방안에 대한 필요성이 제기되고 있다. 현 거주지에서 3년 이상 거주하고 있는 전국의 60세 이상 고령자 847명을 대상으로 일대일 면접조사 결과(정소양 외, 2024), 60대 이상 고령자 10명 중 8.5명(85.5%)은 현재 살고 있는 집 또는 동네에서 계속 살고싶다고 응답했다. 하지만 많은 대상자가 이를 원한다고 해서 무조건 살던 집에서 노후를 보내는 것을 장려하기보다는 각 대상자의 상황과 재가 돌봄 대한 의지와 필요를 반영해 가장 알맞은 돌봄 환경을 선택할 수 있도록 뒷받침하는 지원체계가 필요하다.

의료·요양 등 지역 돌봄의 통합을 위한 핵심 전제는 지역단위 노인돌봄 수요와 공급을 지속적으로 관리할 수 있는 중앙정부와 시도, 시군구의 책임성 강화이며, 이를 위해 지자체와 관련기관 간 적극적인 협업구조를 마련해야 한다. 정부 주도의 표준서비스 확대와 함께 충남 지역의 특성을 반영한 탄력적 운영이 가능하도록 관련 법 및 제도의 재정비가 필요하다.

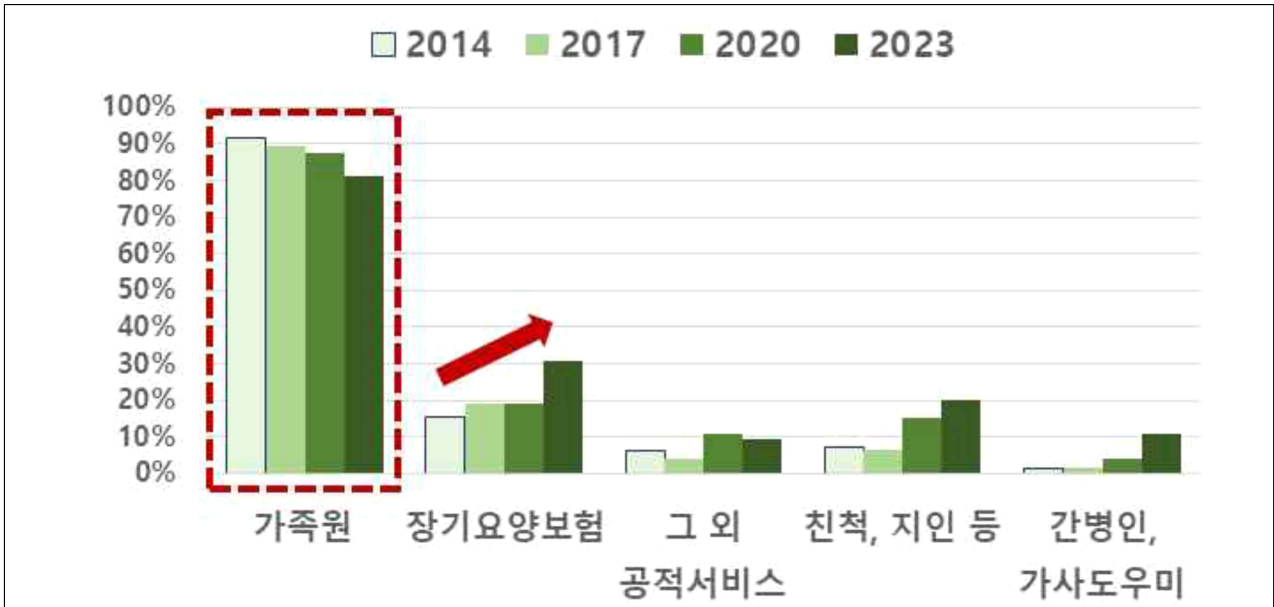
3) 의료와 돌봄의 연계 필요성

노쇠(frail)는 나이가 들면 누구나 겪는 불가피한 변화가 아니라, 개인의 노력과 더불어 의료 시스템, 사회 복지 시스템 내에서 유기적으로 연계되어 통합적인 돌봄이 이루어질 때 충분히 예방하거나 극복할 수 있는 문제이다(김원석, 2024). 지역사회에 거주하는 노인의 4.6%가 노쇠 상태인 것으로 나타났으며, 전노쇠 32.2%, 비노쇠(건강) 63.2%로 나타났다.



〈그림 2〉 건강-노쇠-요양 단계별 돌봄 필요도 구분

신체기능 저하자(ADL과 IADL 항목 중에서 1개 이상의 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답) 중 47.2%가 돌봄을 받고 있으며, 이 중 81.4%는 동거 가족이나 비동거 가족으로부터 돌봄을 받는 것으로 나타났다(보건복지부, 2023). 장기요양 등 공적돌봄이 증가 추세이나, 여전히 가족돌봄에 절대적으로 의존하고 있다.



<그림 3> 노인실태조사(2023년)

충남의 경우 노쇠 비율은 6.1%로 전북 9.6%, 전남 7.3%에 이어 3번째로 높다.

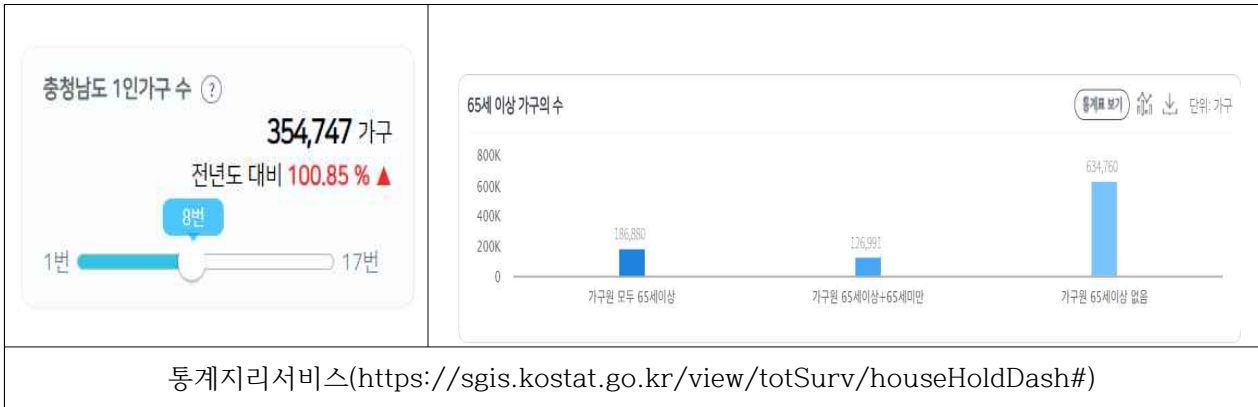
<표 1> 지역별 노쇠 비율

지역	노쇠	전노쇠	비노쇠	(단위: %, 명)	
				계	(명)
전국	4.6	32.2	63.2	100.0	(10,078)
서울	3.0	28.7	68.3	100.0	(1,795)
부산	4.5	32.8	62.6	100.0	(769)
대구	5.5	41.0	53.5	100.0	(472)
인천	2.9	27.4	69.7	100.0	(511)
광주	5.6	33.1	61.2	100.0	(249)
대전	4.8	22.9	72.3	100.0	(256)
울산	1.5	28.3	70.2	100.0	(180)
세종	5.2	33.1	61.7	100.0	(43)
경기	3.3	32.5	64.2	100.0	(2,220)
강원	5.9	35.2	58.9	100.0	(377)
충북	5.3	29.3	65.4	100.0	(344)
충남	6.1	34.6	59.4	100.0	(472)
전북	7.3	33.4	59.3	100.0	(438)
전남	9.6	45.1	45.3	100.0	(475)
경북	5.5	27.1	67.4	100.0	(663)
경남	5.2	34.9	59.9	100.0	(690)
제주	5.6	35.1	59.3	100.0	(124)

국민건강영양조사 자료에 의하면 노쇠군은 비노쇠군과 전노쇠군에 비하여 건강관련 삶의 질이 가장 낮았다(최소라, 2024). 이는 노인의 의료적 욕구 및 장애 수준이 높아질 수록 의료와 돌봄의 연계가 필요하다는 것을 알 수 있다. 의료와 돌봄의 연계를 통해 대상자 개인의 특성에 맞는 맞춤형 서비스 제공, 의료 서비스의 연속성 보장, 의료복지 서비스 통합 제공이 가능할 것이다.

4) 요람에서 호스피스까지 연계된 충남형 돌봄정책의 필요성

노인인구 증가와 함께 노인 1인 가구가 급격히 증가하고 있다. 충청남도 내 1인 가구 수는 354,737가구로 전국 여덟 번째로 높다.



<그림 4> 충청남도 65세 이상 노인 1인 가구 현황

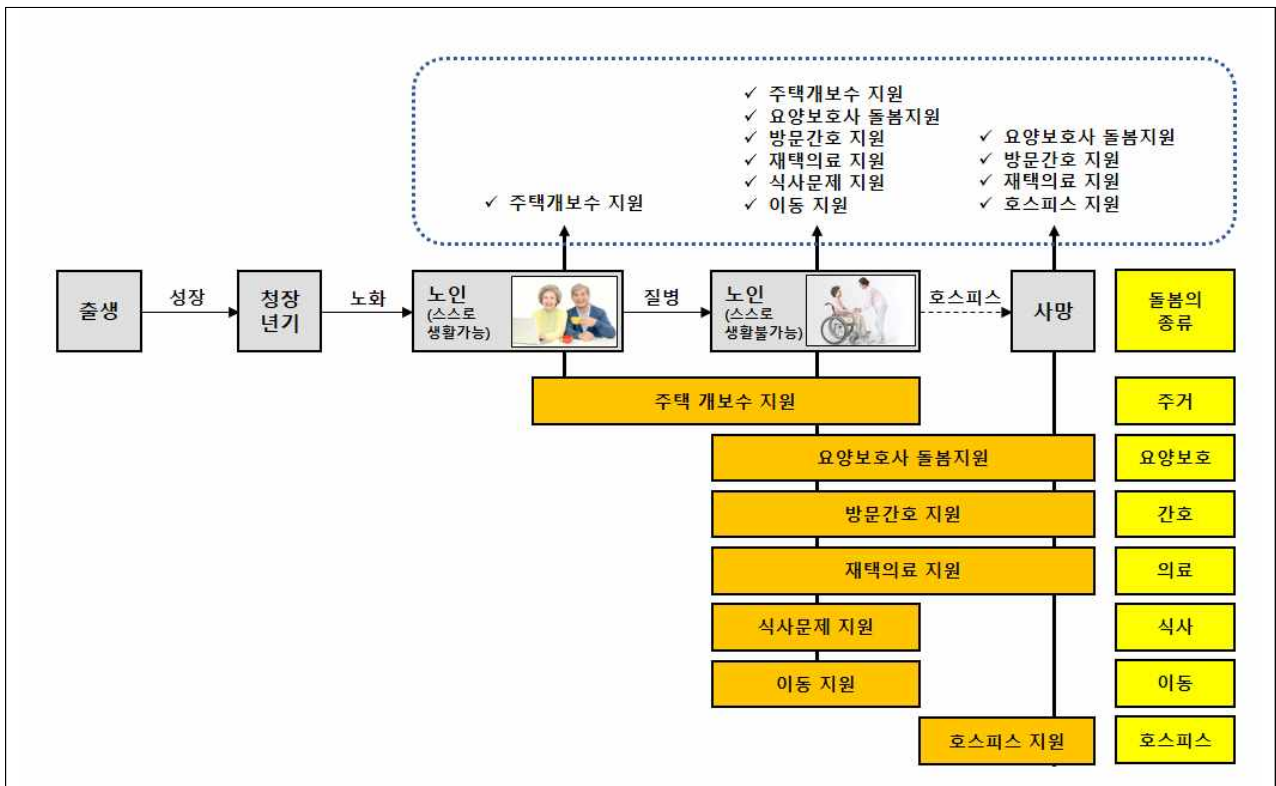
그 중 모두가 65세 이상 1인 가구 수는 112,239이다.

<표 2> 지역별 65세이상 1인가구 비율

행정구역별	2024			순위
	독거노인가구비율(A÷B×100) (%)	65세이상 1인가구(A) (가구)	전체 일반가구(B) (가구)	
전국	10.3	2,288,807	22,294,419	
서울특별시	8.6	356,186	4,159,502	2
부산광역시	12.7	187,176	1,470,562	3
대구광역시	11.3	117,487	1,043,729	7
인천광역시	8.8	112,189	1,268,133	5
광주광역시	9.5	59,993	628,551	14
대전광역시	8.8	58,287	658,831	13
울산광역시	8.7	40,443	462,342	15
세종특별자치시	5.2	8,326	158,901	17
경기도	7.9	443,569	5,592,072	1
강원특별자치도	13.9	97,404	702,603	12
충청북도	11.6	84,379	726,988	11
충청남도	11.6	112,239	964,538	8
전북특별자치도	14.1	111,025	788,621	10
전라남도	16.1	128,425	799,012	9
경상북도	14.3	167,622	1,174,597	6

경상남도	12.6	178,888	1,415,780	4
제주특별자치도	9.0	25,169	279,657	16

특히, 충남에서 홀로 사는 노인 비율은 충남 전체인구의 32%이다. 충남도 내 전체 독거노인은 2022년 13만9492명에서 2023년 14만988명, 2024년 14만8997명으로 꾸준히 늘고 있다. 이를 위해 지역사회와의 교류, 디지털 기술 활용, 상담과 치료, 주거환경 개선 등 다양한 방안을 모색하고 이를 효과적으로 실현할 수 있는 제도적인 지원방안이 실행되고 있다.



<그림 5> 노인의 기능변화에 따른 통합돌봄 서비스 연계 흐름도

2024년 보건복지부가 공개한 ‘고독사 사망 실태조사’를 살펴보면, 충청권 고독사 사망자는 대전 104명, 세종 8명, 충북 167명, 충남 183명 등 총 462명이다. 5년 전과 비교하면 약 28% 증가하였으며, 같은 기간 전국 기준 고독사 현황이 2949명에서 3661명으로 약 24% 증가한 것과 비교하면, 충청권 고독사 증가율이 더 높다. 고독사는 사회적 고립상태로 생활하던 사람이 홀로 사망하고 일정 기간이 지나 발견된 죽음을 말한다. 기존 고독사 예방 시범사업으로 안부확인, 생활환경 개선 지원, 공동체 관계 형성

프로그램, 사후관리 등이 시행되고 있지만, 의료와 돌봄을 포함하는 포괄적인 정책이라고 할 수 없다. 특히 호스피스에는 노인 뿐 아니라 죽음을 앞둔 모든 대상자가 대상이 된다. 이는 사회적으로 바람직한 죽음을 고민하고, 바람직한 임종 장소에 대한 정책적 합의가 필요한 부분이다.

즉, 충남형 통합돌봄 정책은 생애말기 고통을 예방하고 완화하기 위해 제공되는 돌봄을 포함하는 정책이어야 한다. 충남 내 시군구 지역별 노인인구비율과 고독사 현황을 분석하여 인구밀도, 주거지역의 특징 등 해당 지역 맞춤형 종합계획을 수립해야 한다. 이들의 삶의 마지막 순간을 의료적이고 전문적으로 지원하는 체계가 마련되어야 하며, 돌봄이 필요한 누구나 살던 곳에서 건강하고 존엄한 삶을 보내기 위한 전달체계 개편과 공급구조 개선이 필요하다. 이에 의료인 양성 뿐 아니라 대상자 발굴에 있어 무엇보다 국가의 책임과 지자체의 역할이 중요하다.

따라서 본 연구에서는 충남 지역의 맞춤형 돌봄통합 정책을 실현하기 위한 방안으로 광역 및 기초 자치단체의 조례를 제안을 위한 방향을 제시하여 지역사회 돌봄 서비스 강화 및 대상자의 건강과 복지 증진에 기여하고자 한다. 또한 다차원적인 인력 공급 방안 제안을 통해 돌봄 서비스의 질 향상 및 대상자 발굴에 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구방법

1) 연구설계

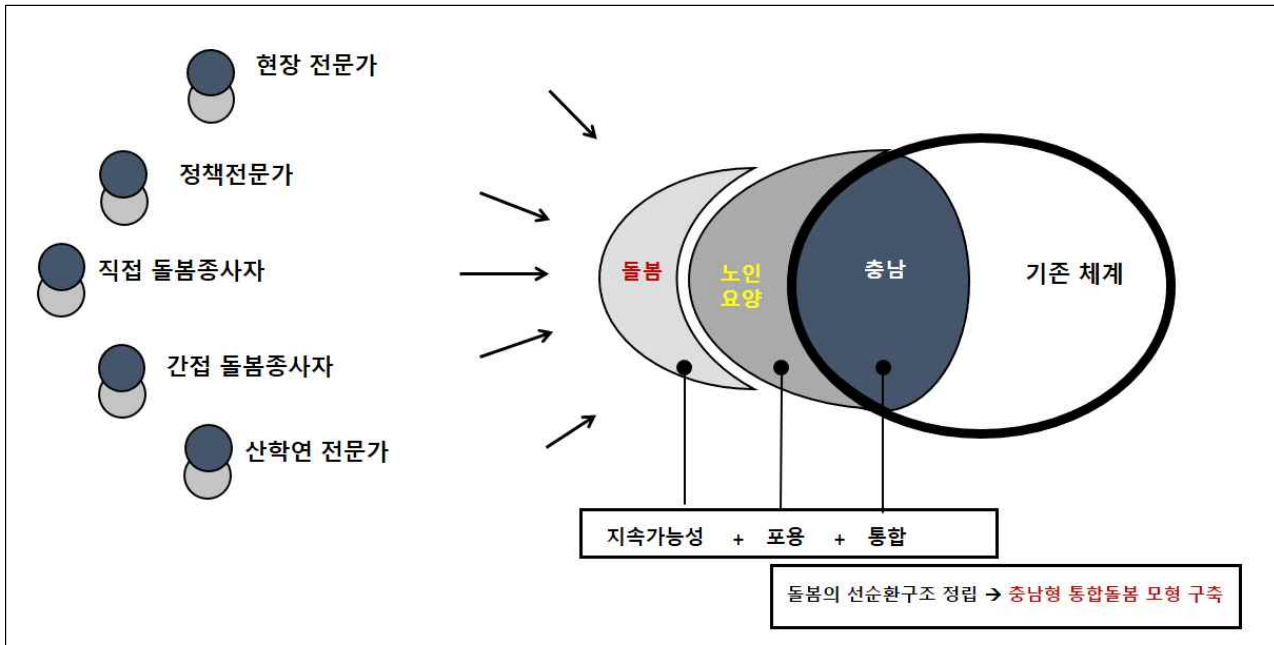
본 연구는 충남형 돌봄통합 정책 모형 구축을 위한 실행 방안을 제안하기 위하여 2025년 5월 1일부터 2025년 11월 30일까지 수행되었으며, 문헌고찰, 양적연구와 질적연구를 혼합한 서술적 조사연구이다.

2) 연구방향

본 연구는 충남형 돌봄정책의 실효성과 지속가능성 확보를 목적으로, 연구수행의 현실성·타당성·정책적 활용 가능성을 종합적으로 고려하여 다음과 같은 전략적 방향으로 설정하였다.

- 돌봄통합지원법 시행 및 정책환경 변화에 대응하여, 정책담당자와 돌봄기관 관리자를 대상으로 한 구조화된 의견조사를 통해 정책 설계와 현장 운영 간 인식 격차와 정책 조정 필요 영역을 진단하고, 근거 기반의 정책 개선 방향을 도출
- 재가 돌봄종사자가 인식하는 ‘좋은 죽음’의 의미와 실천 경험을 심층적으로 파악하기 위해 포커스 그룹 인터뷰(FGD)를 실시, 돌봄 현장의 요구와 경험을 반영한 질적 근거 자료를 확보
- 생애말기 돌봄의 준비도·중요도·수행도·교육요구도를 정량적으로 분석하여, 우선 지원 영역과 교육체계의 구조적 보완 필요성을 규명하고 정책 설계의 방향성을 제시
- 생애말기 돌봄 수행의 영향요인을 실증적으로 도출함으로써, 돌봄 인력의 역량 강화, 서비스 표준화, 제도적 지원 방안 마련에 활용 가능한 근거 기반 자료를 제공
- 충남 지역의 돌봄서비스 체계와 인력 구조의 특수성을 반영하고, 타 시·도 및 해외 우수 사례와의 비교 분석을 통해 정책의 차별화 전략, 혁신 과제, 실행 우선순위를 명확히 제시

- 정책담당자, 현장 종사자, 전문가 등 다층적 이해관계자의 의견을 종합·분석하여, 정책 실행 가능성을 높이는 실천 전략과 단계별 로드맵을 구체화
- 연구 결과를 토대로 충남 실정에 최적화된 맞춤형 돌봄정책 실행 전략을 도출하고, 정책 확산 및 제도화 가능성을 높일 수 있는 정책적·제도적 기반을 마련



<그림 6> 본 연구의 연구방향

3) 연구수행절차

본 연구의 수행절차는 분석단계와 도출단계로 구분하였다. 구체적인 연구수행절차는 다음과 같다.

- 분석단계: 충남형 돌봄정책의 기초 자료 확보 및 현황 분석을 위해 국내·외 문헌고찰, 설문조사, 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview, FGI), 연구자 브레인스토밍을 병행
- 도출단계: 분석단계에서 수집·분석된 자료를 토대로 정책적 시사점과 실행 전략을 도출

〈표 3〉 본 연구의 수행절차

구분	내용	방법
분석 단계	<ul style="list-style-type: none"> • 정책담당자 및 돌봄기관 관리자 대상 정책 인식 및 정책 요구 조사 • 재가 돌봄종사자 대상 생애말기 돌봄 준비도·중요도·수행도·교육요구도 조사 • 재가 돌봄종사자 대상 ‘좋은 죽음’ 인식 및 경험 탐색을 위한 FGI 수행 • 충남 지역 돌봄 환경의 특수성 및 국내·외 관련 정책·사례 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌고찰 • 설문조사 • FGI
도출 단계	<ul style="list-style-type: none"> • 조사 결과와 문헌고찰을 기반으로 한 정책·현장 연계 과제 도출 • 전문가 자문회의와 연구자 브레인스토밍을 통해 정책 대안의 구체화 • 이해관계자 협의 회의를 통한 정책 실행 가능성 검토 및 우선순위 설정 • 실행 로드맵 및 정책 모델 설계, 충남 실정에 부합하는 맞춤형 돌봄정책 실행 전략 제안 	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌고찰 • 설문조사 • FGI (워킹그룹) • 브레인스토밍

가. 분석단계: 실태 및 현상 분석 / 만족도 및 요구도 조사

충남형 돌봄정책의 기초 자료 확보 및 현황 분석을 위해 문헌고찰과 양적연구 및 질적연구를 적용하였다.

(가) 문헌고찰

자료 검색을 위해 국내 데이터베이스는 학술연구정보서비스(RISS), 한국교육학술정보원(KERIS), 한국학술정보(KISS), 코리아메드(KoreaMed), 과학기술전자도서관(NDSL)를 검색하였다. 국외 사례는 국제사회보장리뷰에 수록된 미국·베트남·싱가포르·일본·중국·호주·네덜란드·덴마크·독일·스웨덴·영국·프랑스 관련 주요 문헌을 기반으로 정리하였다. 연구대상, 주제어, 주요 개념어를 고려하여 검색 전략을 수행하였다. 주제는 돌봄통합, 노인, 노쇠, 재가, 요양, 죽음, 호스피스, 생애말기 키워드를 이용하여 요양보호사, 사회복지사, 방문간호사,

돌봄종사자 등을 조합하였다. 검색에 사용된 핵심어는 AND, OR, NOT과 같은 불리언 연산자(Boolean operators) 및 *, \$, #, ? 등의 절단검색(truncation) 기능을 사용하였다.

(나) 양적연구

통합돌봄 지원을 위한 돌봄종사자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도

재가 돌봄종사자의 생애말기 돌봄준비도, 생애말기 돌봄중요도 및 교육요구도를 확인하였다. 연구목적에 부합하도록 간호사, 사회복지사, 영양보호사 자격증을 보유하고 6개월이상 경력의 재가 돌봄종사자를 연구대상자로 설정하였다. 본 연구에서 양적연구를 분석하기 위해서는 SPSS WIN 29.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 생애말기돌봄 관련 특성, 생애말기돌봄 중요도, 수행도 및 교육요구도 정도는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 이용하였다. 자료의 정규성 가정은 왜도 ± 2 미만, 첨도 ± 7 미만을 기준으로 충족하였다. 일반적 특성과 생애말기돌봄 관련 특성에 따른 각 변수의 차이는 independent t-test로 분석하였다. 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이는 paired t-test를 사용하였고 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이 결과분석은 IPA Matrix를 사용하였다. 대상자의 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였으며, 대상자의 생애말기돌봄 수행도 영향요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀 분석을 시행하였다.

돌봄통합지원법에 근거한 지역사회 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행 영향요인

재가 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행 정도와 생애말기돌봄 영향요인을 확인하였다. 연구목적에 부합하도록 간호사, 사회복지사, 영양보호사 자격증을 보유하고 6개월이상 경력의 재가 돌봄종사자를 연구대상자로 설정하였다. 본 연구에서 양적연구를 분석하기 위해서는 SPSS WIN 29.0 통계프로그램을 이용하여

분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 생애말기돌봄 관련 특성, 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스와 생애말기돌봄 수행 정도는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 이용하였다. 자료의 정규성 가정은 왜도 ± 2 미만, 첨도 ± 7 미만을 기준으로 충족하였다. 일반적 특성과 생애말기돌봄 관련 특성에 따른 각 변수의 차이는 independent t-test로 분석하였다. 대상자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스와 생애말기돌봄 수행 간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였으며, 대상자의 생애말기돌봄 수행도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀 분석을 시행하였다.

(다) 질적연구

연구대상자

본 연구에서 질적연구는 양적연구에서 놓칠 수 있는 심층적인 정보 수집을 위해 수행되었다. 재가 돌봄종사자가 인식하는 좋은 죽음을 중심으로 FGI가 진행되었다. 양적연구와 같은 맥락에서 간호사, 사회복지사, 요양보호사 자격증을 보유하고 6개월이상 경력의 재가 돌봄종사자이면서 임종대상자 돌봄 경험이 있는 자 8명을 연구대상자로 선정하였다. 자료분석방법은 연구질문을 기초로 하여 분석이 이루어졌으며, 주제 분석 방법(thematic analysis)에 따라 분석하였다.

면담지 개발

질적연구를 위한 질문은 Krueger와 Casey (2015)의 지침을 참조하여 연구목적에 맞게 서론적 질문(Opening), 전이 질문(Transition), 핵심 질문(Key), 마무리 질문(Ending) 등으로 구성하였다. 연구분석 시 주요한 초점질문으로 돌봄종사자를 대상으로 하는 면담에서는 ‘재가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음은 무엇이라고 생각하십니까?’ ‘재가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음이 돌봄수행에 어떤 영향을 미칠까요?’ ‘재가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음에 대한 인식을 높일 수 있는 효과적인 방법(교육의 내용 및 방법)은 무엇일까요?’ 등을 포함하여

진행하였다. 개발된 면담질문은 질적연구 경험 전문가인 간호학과 교수와 돌봄 종사자 8명이 내용타당도를 평가하였다.

자료수집

연구참여자를 모집하기 위하여 충남재가장기요양기관협회의 홈페이지 게시판과 네트워크를 통해서 연구참여자 모집공고를 의뢰하였다. 참여를 원하는 경우, 생명윤리원칙에 따라 연구의 목적, 연구방법, 연구참여의 이익과 손해, 자발적 참여, 비밀보장과 익명성 보장에 대한 설명을 하고, 면담 참여에 대해 사전 동의를 받고, 면담 시작 전에 다시 한번 동일한 설명을 제공한 후 서면동의서를 획득하였다. 연구 대상자 선정기준에 부합하는 참여희망자가 연구자에게 핸드폰 문자나 E-mail로 연락을 하면, 연구자가 연구의 목적과 면담 절차에 대해 설명 후, 대상자들과 인터뷰 일정을 조율하였다. 인터뷰 시작 전 연구목적과 절차, 예상되는 이익과 위험에 대한 설명 후 자발적인 연구참여에 동의할 경우에만 대상자에게 서면동의서를 획득하였다. 면담시간은 90~120분 정도였으며, 인터뷰 진행 중 유의미한 새로운 주제가 더 이상 도출되지 않는 시점을 자료 포화점으로 간주하며, 그 시점에서 면담을 종료하였다. 면담은 10년 이상 면담경험이 있는 간호학 교수 및 질적연구 수업을 수강하고 워크숍을 이수한 박사 연구원이 진행 및 녹음을 하였으며, 녹음한 자료는 분석을 위해 연구자에 의해 그대로 전사되었다.

자료분석

본 연구에서 진행한 질적연구의 자료분석은 Glaser와 Laudel (2009)의 지침을 참조하여 귀납적 질적 내용분석방법의 분석절차에 따라 추출준비, 추출, 정리, 평가 4단계로 수행하였다. 내용분석(contents analysis)은 원자료로부터 중요하고 긴밀한 사례(example), 주제, 그리고 유형을 파악하는 것을 의미한다. 즉, 일정한 분류 체계를 가지고 복잡한 자료들을 의미 있고 다루기 쉬운 주제나 범주로 조직화하고 단순화하는 것이 이 분석방법의 목적이다.

나. 도출단계 : 충남형 통합돌봄 모형 도출

충남형 통합돌봄 모형 구축에 필요한 방안을 모색하기 위하여 국내·외 문헌 고찰을 통해 관련 정책, 제도 및 이론을 탐색하고, 양적연구와 질적연구를 분석하여 모형을 도출하였다.

3. 연구 수행체계

본 연구 진행을 위한 3단계 수행체계는 다음과 같다.

연구단계	1단계 연구준비 단계 및 문제/상황 분석단계	2단계 조사 및 인터뷰를 통한 현장조사 단계	3단계 결론 도출 및 보고서 작성
연구목표	현황분석을 통한 시사점 도출	양적/질적연구를 통한 심층분석	충남형 돌봄통합 모형제시 & 실효성 확보 방안 제언
연구방법론	문헌고찰	방법론적 연구	패널토의/브레인스토밍
연구내용	1) 돌봄통합지원법 검토 - 시행규칙 제정(안) 및 토론문 검토 - 충남도의회 신순욱의원 정책연구팀 (발의) 보건복지부 질의 *브레인스토밍	1) 돌봄통합 돌봄종사자(기관장) 의견조사 - 대상자 선정 및 우선순위 - 정책 실현에 있어 중요한 정책 - 대상자 발굴 및 등록방법 - 돌봄통합 기관이 갖추어야 하는 요건 - 돌봄종사자가 갖추어야 하는 역량	1) 최종 모형(안) 제언 - 모형 설계의 지향점 - 기본구조와 단계별 전략 - 생애말기 돌봄 연계체계 설계 - 다차원적 전략 접근 방안 (개인-조직-정부) *전문가 패널 회의
	2) 문헌고찰 및 온라인 자료수집 : 국내외 지역통합돌봄 정책 동향	2) 돌봄통합 정책담당자 의견조사 - 정책실현을 위한 우선 해결과제 - 정보체계 구축 방법 - 서비스 질 확보와 서비스 균형 해소 방법 - 사회적 기업 및 민간단체 활용 정책방안 - 돌봄통합의 성과평가 방법 및 주체	2) 충남형 돌봄통합 모니터링 및 실효성 확보 방안(안) - 성과 모니터링 체계 구축 - 단계별 실효성 확보 전략 - 추진 거버넌스 운영방안
	3) 지역사회 계속거주(Aging in Place) 의 미 고찰 - 연구범위 초점화(돌봄, 요양, 재가, 노인 노쇠)	3) 돌봄종사자의 임종돌봄 수행 교육요구도 - 생애말기 돌봄수행도와 돌봄중요도 인식의 차이 분석 - 돌봄 준비도 및 임종돌봄 수행역량 파악 - 독립변수: 생애말기 돌봄준비도, 돌봄중요도, 교육요구도 - 직종별 임종돌봄 프로토콜 개발을 위한 기초자료 - 직접 돌봄종사자 153명	3) 결론 및 정책 제언 - 대상자 발굴방법 - 대상자 신청 지원 주체 - 재택의료기관 행정/재정적 지원 - 재택의료-재가기관 연계 - 돌봄종사자 직무능력 향상 교육지원 - 부양 가족 및 보호자 신체적/정신적 지원방안 - 이동지원 서비스 제공시 대상자 및 종사자 안전 보장 - 통합지원협의체 신설 - 전문인력 교육 지원책 마련 - 돌봄통합 업무지원 수행의 기존 공공기관 적극 활용
	4) 충남 인구, 돌봄 수요 특성 분석 - 충남 고독사 비율 - 돌봄종사자 인력 현황 등	4) 돌봄종사자의 임종돌봄 수행 영향요인 - 임종돌봄 수행 영향요인 분석 - 독립변수: 좋은 죽음인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 스트레스 - 임종돌봄 수행역량 향상 프로그램 개발을 위한 기초자료 및 질 높은 임종돌봄 실천을 위한 방향성 제시 - 직접 돌봄종사자 165명	4) 연구의 한계
	5) 연구주제 도출 및 대상자 선정 검토 - 돌봄종사자/정책담당자 의견(의견조사) - 임종돌봄 교육요구도(양적연구) - 임종돌봄 수행 영향요인(양적연구) - 좋은죽음 경험(질적연구)	5) 돌봄종사자의 좋은죽음 경험 - 돌봄종사자의 좋은 죽음에 대한 인식의 본질과 의미 탐색 - 좋은 죽음 인식 확산 기초자료로 활용 - 6개월 이상 경력, 임종대상자 돌봄 경험있는 돌봄종사자 8명	5) 추후 연구 방향
	6) 설문도구 설계 - 의견조사 설문지(개발) - 양적연구 설문지(국내/국외) - 질적연구 설문지(개발)		
	7) 기관생명윤리위원회 의뢰 & 승인 - 연구승인 기간 2025.6.1.~2026.6.11. - 대상자 선정계획 완료 2025.6.30. - 모집공고 2025.7월 시행		
주요일정	착수보고	중간보고	종료보고

<그림 7> 본 연구의 수행체계도

제2장

충남 지역 돌봄 현황과 과제

1. 충남의 인구·돌봄 수요 특성
2. 기존 돌봄 전달체계와 한계
3. 통합돌봄에서 생애말기 돌봄의 현상과 실제

충남 지역 돌봄 현황과 과제

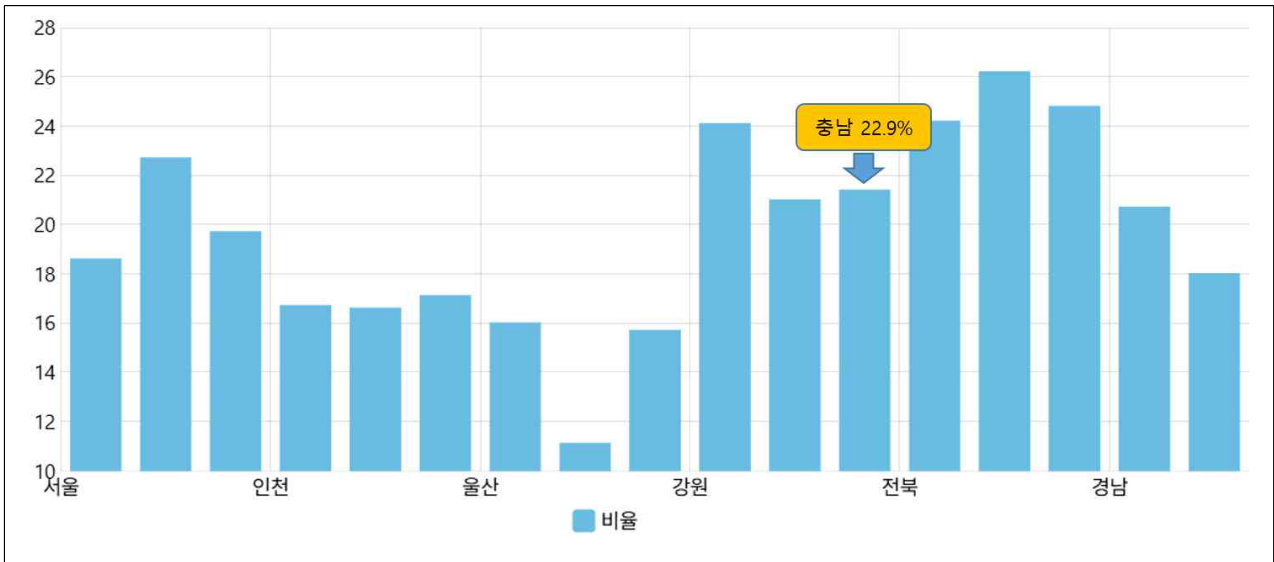
1. 충남의 인구·돌봄 수요 특성

충남은 8개의 시와 7개의 군으로 구성된 기초자치단체를 가지고 있으며, 시의 개수가 군보다 더 많은 도이다. 전국 평균 노인 인구비율이 20.6%인 반면, 전남(27.8%), 경북(26.8%), 전북(26.0%), 강원(26.2%), 부산(24.6%)에 이어 충남은 22.9%로 전국에서 여섯 번째로 노인 인구비율이 높은 지역에 속한다. 특히 충남의 전체 인구 규모가 17개 시도 중 8위라는 점을 고려할 때, 노인 인구비율이 상당히 높은 수준임을 알 수 있다.

〈표 4〉 지역별 노인 인구비율

※2025년 6월 주민등록인구현황 기준/단위:명,%

구분	총인구수	65세이상 인구수	고령화율	순위
전국	51,164,582	10,558,842	20.6	
서울	9,325,616	1,860,632	20.0	10
부산	3,252,830	800,126	24.6	5
대구	2,357,052	506,312	21.5	9
인천	3,039,450	555,148	18.3	13
광주	1,399,082	254,050	18.2	14
대전	1,439,764	267,940	18.6	12
울산	1,093,665	195,868	17.9	15
세종	392,223	46,834	11.9	17
경기	13,711,404	2,354,505	17.2	16
강원	1,510,615	395,285	26.2	3
충북	1,591,045	358,289	22.5	7
충남	2,135,890	488,861	22.9	6
전북	1,730,258	449,015	26.0	4
전남	1,783,484	496,576	27.8	1
경북	2,519,474	674,083	26.8	2
경남	3,216,105	725,157	22.5	8
제주	666,625	130,161	19.5	11



<그림 8> 지역별 노인 인구비율(순위)

충남의 고령화 추이를 보면 이미 2007년 고령 사회에 진입을 하고 2023년 초 고령 사회 진입을 했으며, 노인 인구비율은 2040년 34.5%, 2045년 37.8%를 예상하고 있다. 고령인구비율은 전체 인구에서 65세이상 인구가 차지하는 비율로서 인구의 노령화 정도를 나타낸다. 고령인구비율이 높아진다는 것은 장래에 생산연령에 유입되는 인구에 비하여 부양해야 할 노년 인구가 상대적으로 많아진다는 것을 의미한다.

구분	2006	2017	2019	2021	2024	2029	2035	2040	2045	
충남	천명	273	351	374	410	469	590	727	839	915
	%	14.1	16.3	17.1	18.4	20.6	25.1	30.2	34.5	37.8

※통계청 추계자료(충남 2007년 고령 사회, 2023년 초고령 사회 진입)

충청남도 내 시군구별 노인인구 현황을 살펴보면(2024년 10월 기준), 천안시 13.8%, 아산시 14.8%, 계룡시 14.8%, 당진시 21.2%, 서산시 21.9%, 홍성군 27.1%을 제외한 나머지 시군구(공주시, 보령시, 논산시, 예산군, 금산군, 태안군, 청양군, 부여군, 서천군)의 노인 인구비율은 30% 이상이다. 특히 서천군(41.9%), 부여군(40.8%), 청양군(40.4%)의 노인 인구비율은 40% 이상이다.

<표 6> 충청남도 내 시군구별 노인인구 현황

※2025년 6월 주민등록인구현황 기준/단위:명,%)

구분	총인구수	65세이상 인구수	고령화율	순위
충청남도	2,136,010	471,348	22.1%	
천안시	659,286	91,153	13.8%	15
공주시	101,579	31,390	30.9%	9
보령시	94,021	29,336	31.2%	8
아산시	354,170	52,265	14.8%	14
서산시	174,834	38,239	21.9%	11
논산시	108,758	34,384	31.6%	7
계룡시	46,622	6,920	14.8%	13
당진시	171,581	36,564	21.3%	12
금산군	49,663	17,932	36.1%	5
부여군	59,727	24,386	40.8%	2
서천군	48,340	20,252	41.9%	1
청양군	29,664	11,970	40.4%	3
홍성군	99,050	26,855	27.1%	10
예산군	78,412	27,386	34.9%	6
태안군	60,303	22,316	37.0%	4

출처: KOSIS 국가통계포털

2. 기존 돌봄 전달체계와 한계

주목할 부분은 지역 내 전체 의료기관 수 대비 공공의료기관의 비중은 6.0%로 여덟 번째로 전국 중위권에 머물러 있다는 것이다. 공공의료기관의 병상 비율은 12.4%로 여섯 번째지만, 여전히 전체 병상 중 87.6%가 민간 중심으로 운영되고 있어 공공의료 공급능력은 제한적이다. 특히 농어촌·도서지역이 많은 충남의 지역적 특성을 고려할 때, 기초지자체 단위의 공공의료 거점 기능 강화가 필수적이다. 충남형 지역통합돌봄에서는 공공의료기관뿐 아니라 민간의료기관까지 참여하는 지역 기반 공공의료 플랫폼 구축이 요구된다. 이 플랫폼은 입퇴원지원, 방문, 지역사회 건강관리의 핵심 인프라로 작동해야 하며, 나아가 재택의료를 강화하기 위해 공공의료와 민간의료 간 연계체계(네트워크형 모델) 구축이 동시에 추진되어야 한다.

<표 7> 전국 시도별 의료기관 수 및 병상 수(2023)

시도별	2023							
	의료기관 수				병상 수			
	전체 의료 기관 (개소)	공공 의료 기관 (개소)	공공 의료 기관 비중 (%)	순위	전체 의료 기관 (개)	공공 의료 기관 (개)	공공 의료 기관 비중 (%)	순위
전국	4,227	220	5.2		651,654	61,650	9.5	
서울특별시	553	23	4.2	11.0	79,708	8,609	10.8	9
부산광역시	408	9	2.2	16.0	65,853	3,578	5.4	15
대구광역시	228	9	3.9	12.0	37,494	3,747	10.0	11
인천광역시	217	8	3.7	13.0	31,870	1,373	4.3	16
광주광역시	276	8	2.9	15.0	37,083	2,589	7.0	13
대전광역시	134	8	6.0	8.0	20,332	3,016	14.8	5
울산광역시	98	1	1.0	17.0	14,675	149	1.0	17
세종특별자치시	15	1	6.7	6.0	1,724	408	23.7	2
경기도	891	30	3.4	14.0	126,949	8,847	7.0	13
강원특별자치도	101	18	17.8	1.0	14,809	3,172	21.4	3
충청북도	113	11	9.7	5.0	18,569	2,854	15.4	4
충청남도	168	10	6.0	8.0	25,487	3,164	12.4	6
전북특별자치도	201	12	6.0	8.0	34,815	3,273	9.4	12
전라남도	223	22	9.9	4.0	38,217	4,724	12.4	6
경상북도	225	24	10.7	3.0	40,138	4,578	11.4	8
경상남도	347	21	6.1	7.0	59,083	6,101	10.3	10
제주특별자치도	29	5	17.2	2.0	4,848	1,468	30.3	1

출처: KOSIS 국가통계포털

3. 통합돌봄에서 생애말기 돌봄의 현상과 실제

○ 생애말기에 관한 심층적 현상

재가 돌봄종사자들이 직면하는 대상자의 죽음에 대한 경험과 이들이 인식하는 좋은 죽음에 대한 심층적 이해를 위해 유관 기관, 협회 등을 통한 공식적인 협조 및 눈덩이 표집을 통해 충남 내 돌봄종사자 총 8명을 대상으로 포커스그룹 인터뷰를 실시하였다.

연구대상자 선정기준은 요양보호사, 사회복지사, 간호사 등의 자격증을 보유하고 6개월이상 경력의 재가 돌봄종사자이면서 재가 생애말기 대상자 돌봄 경험이 있는 자이다.

일반적 특성은 다음과 같다. 포커스 그룹 인터뷰 참여자의 직종은 요양보호사 6명(75%), 사회복지사 1명(12.5%), 간호사 1명(12.5%)이었으며, 평균 연령은 63.3세, 경력 범위는 10.59년(2.25년~34년)이었다. 소속 기관 유형은 모두 사립기관이었다.

<표 8> 포커스그룹 인터뷰 참여자의 일반적 특성

참여자	직종	성별	연령	경력	소속기관 유형
1	사회복지사	남	61	9년1개월	사립
2	요양보호사	여	57	2년3개월	사립
3	요양보호사	여	74	12년	사립
4	요양보호사	여	62	7년10개월	사립
5	간호사	여	60	34년	사립
6	요양보호사	여	59	7년	사립
7	요양보호사	여	69	10년	사립
8	요양보호사	여	64	10년	사립

<표 8> 포커스그룹 인터뷰 참여자의 일반적 특성(계속)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Min	Max	Range
연령		63.25±5.65	57	74	
성별	여자	7 (87.5)			
	남자	1 (12.5)			
가족형태	배우자, 자녀, 부모님	8 (100.0)			
교육정도	전문대졸	4 (50.0)			
	대졸	3 (37.5)			
	석사	1 (12.5)			
해당 직종 경력		10.59±10.16	2.25	34	
직종	요양보호사	6 (75.0)			
	사회복지사	1 (12.5)			
	간호사	1 (12.5)			
직종유형	직접돌봄종사자 (기관장, 행정 등)	2 (25.0)			
	직접돌봄종사자	6 (75.0)			
근무지 유형	사립	8 (100.0)			
재가 서비스 제공 지역단위	읍	6 (75.0)			
	면	1 (12.5)			
	동	1 (12.5)			
돌봄종사자가 인식하는 대상자의 입종장소 선호도	가정(집)	8 (100.0)			
생애말기 돌봄 교육의 필요성	예	8 (100.0)			
생애말기 돌봄 교육신청 의향	예	8 (100.0)			
생애말기 돌봄 자신감		6.88±2.36	4	10	0~10
생애말기 돌봄 준비도		6.38±3.34	0	10	0~10
생애말기 돌봄 의향		3.13±0.99	1	4	1~4

제가 돌봄종사자의 좋은 죽음에 대한 인식을 탐색하기 위해, 선행연구 및 전문가 자문을 바탕으로 구성된 반구조화된 포커스그룹인터뷰 설문지(semi-structured focus group interview guide)를 활용하였다. 질문지는 서론적 질문(Opening), 전이 질문(Transition), 핵심 질문(Key), 마무리 질문(Ending) 등으로 구성하였으며, 개방형 문항을 통해 참여자의 자유로운 응답과 심층적 논의가 가능하도록 설계하였다.

<표 9> 포커스그룹인터뷰 설문지

Items	Focus group interview questions
Opening questions	<ul style="list-style-type: none"> ●성함과 현재 어떤 업무를 담당하고 계시는지 간략하게 자신을 소개해주세요.
Introductory questions	<ul style="list-style-type: none"> ●제가 돌봄종사자의 임종돌봄 업무와 경험에 대하여 이야기해보도록 하겠습니다. - 생애말기돌봄 업무는 어떤 내용이 있습니까? - 제가 돌봄종사자의 전문화된 생애말기돌봄 교육을 받아 본 경험이 있습니까?
Transition question	<ul style="list-style-type: none"> ●현재 제가돌봄에서 주로 이루어지고 있는 생애말기돌봄을 위한 교육은 무엇입니까?
Key questions	<ul style="list-style-type: none"> ●제가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음은 무엇이라고 생각하십니까? ●제가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음이 돌봄수행에 어떤 영향을 미칠까요? ●제가 돌봄종사자가 생각하는 좋은 죽음에 대한 인식을 높일 수 있는 효과적인 방법(교육의 내용 및 방법)은 무엇일까요?
Ending questions	<ul style="list-style-type: none"> ●좋은 죽음에 대한 인식을 높이기 위해 필요한 시스템은 무엇이라고 생각하십니까? ●추후에도 임종 대상자의 돌봄을 지속할 의향이 있습니까? ●좋은 죽음에 대해서 추가적으로 하고 싶은 말씀이 있습니까?

본 연구는 돌봄종사자의 경험을 통해 좋은 죽음에 대한 인식을 탐색하고자 하였다. 분석 결과, 핵심주제(overarching theme)는 ‘가정 기반 돌봄에서 존엄과 관계적 완결, 제도적 지원이 조화를 이루는 좋은 죽음 경험’으로 함축되었다. 여섯 가지 상위 주제와 그에 따른 하위 주제가 도출되었으며, 각각의 의미와 시사하는 바는 다음과 같다.

1. 익숙한 환경에서 맞이하는 죽음

돌봄종사자들은 좋은 죽음의 핵심으로 ‘익숙한 환경에서 맞이하는 죽음’을 강조하였다. 익숙한 생활공간에서 편안하게 삶을 마무리하는 것은 존엄과 안정을 보장하는 중요한 조건이었다. 참여자는 “집에서 돌아가시는 게 제일 좋은 죽음인 것 같아요”라고 진술하며, 가정이 가장 적합한 임종 장소임을 언급하였다. 또한 “내 집이라는 것은 장롱이나 모든 게 내 눈에 익은 거잖아”라는 말에서 보듯, 익숙한 환경은 죽음을 편안하게 받아들이는 기반이 되었다. 그러나 현실에서는 가정 임종이 복잡한 행정 절차와 의료적 한계 때문에 어렵다는 점도 지적되었다.

시사점

연구 참여자들은 대부분 가정에서 가족과 함께 임종을 맞는 것을 좋은 죽음의 핵심 요소로 언급하였다. 그러나 현실적으로는 복잡한 행정 절차와 의료적 제약으로 인해 가정 임종이 어려운 상황이다. 따라서 다음과 같은 제언이 필요하다.

- 시니어 왕진 의사제도 및 돌봄-방문의료-방문간호 연계 활성화
- 가정 임종 행정절차 간소화: 사망 확인, 장례 절차 등에서 불필요한 신고·확인 절차를 줄여 보호자의 부담을 경감할 필요가 있다.

(예: 법과 제도 완화, 사전연명의료의향서와 같이 가정호스피스의를향서를 사전 작성)

2. 신체적·정서적 안위

좋은 죽음은 고통을 최소화하고 존엄을 유지하는 것으로 설명되었다. 일부 참여자는 “효도가 아니다. 고통만 준다”라며 불필요한 연명치료를 거부하는 것이 더 인간적이라고 보았다. 또 다른 사례에서는 환자가 마지막 순간 환하게 웃은 모습이 “꽃 같았다”는 기억을 통해, 죽음을 평온하게 맞이하는 정서적 교감의 중요성이 드러났다. 깨끗하게 돌보며 욕창 관리나 위생을 유지하는 것이 존엄한 죽음의 조건이라는 진술도 확인되었다.

시사점

참여자들은 치매 교육은 있으나 생애말기돌봄 교육이 부재함을 공통적으로 지적하였다. 또한 임종 징후를 구분하거나 보호자에게 정서적으로 지원하는 데 어려움을 경험하였다.

- 생애말기돌봄 전문교육 도입: 요양보호사자격 과정 및 보수교육에 임종 돌봄 모듈을 포함시키고, 특히 선임요양보호사를 우선으로 교육하여 실무 공백을 메울 필요가 있다. 무엇보다 타종사자와 연계되면서도 요양보호사에 특화되고 실질적인 교육 프로그램 개발이 필요하다.

- 정서·영적 돌봄 역량 강화: 보호자 및 대상자에게 심리적 안정을 제공할 수 있는 상담·의례적 지원 역량을 포함한 교육이 필요하다.

3. 관계와 동반

죽음은 고립된 사건이 아니라 관계 속에서 이루어지는 경험으로 인식되었다. 가족이 함께 임종을 지켜보며 마지막 인사를 나누는 것은 좋은 죽음의 중요한 요소였다. 또한 종교적 배경에 따라 임종 기도나 불경과 같은 의례는 죽음을 평온하게 수용하는 데 기여하였다. 돌봄종사자 스스로도 “진심은 항상 통한다”라고 표현하며, 환자와 형성한 관계 속에서 동반자의 의미를 강조하였다.

시사점

좋은 죽음을 지원하는 과정에서 재가 돌봄종사자들은 시간적·경제적 제약을 반복적으로 경험하였다. 현행 단시간 방문 서비스(예: 3시간)로는 임종 돌봄을 충분히 제공하기 어렵고, 낮은 임금과 불안정한 고용은 종사자의 소진을 초래한다.

- 방문 시간의 탄력적 운영: 임종 상황에서는 돌봄 시간을 유연하게 확대할 수 있는 제도적 장치가 필요하다.
- 처우 개선: 돌봄 노동의 전문성을 반영한 합리적 보수체계와 사회보험(이동간 안전 보장 등) 적용을 확대해야 한다.

4. 제도적·환경적 한계

좋은 죽음을 실현하는 데에는 여러 구조적 제약이 존재하였다. 많은 종사자들이 “치매 교육은 있지만 임종 교육은 없다”고 지적하며 전문적 교육의 부재를 문제로 언급하였다. 더불어 요양보호사를 단순 ‘밥해주는 사람’으로 인식하는 사회적 편견은 종사자의 자존감과 직무 수행에 부정적 영향을 미쳤다.

시사점

참여자들은 여전히 요양보호사가 ‘밥하는 사람’으로 인식되며, 보호자나 대상자에게 존중받지 못하는 경험을 지적하였다. 이는 돌봄 노동의 가치를 저평가하는 사회적 인식에서 기인한다.

- 요양보호사 전문성 홍보: 생애말기 돌봄에서 돌봄종사자가 수행하는 핵심적 역할을 사회적으로 알리는 캠페인이 필요하다. 충청남도 내 매체를 통해서 우리 곁의 가장 가까운 돌봄종사자라는 인식을 향상시켜야 한다.
- 보호자 대상 교육 병행: 대상자 가족들에게 돌봄종사자의 업무범위, 임종 돌봄 과정을 교육(예: 1회/년) 이수하도록 하여 대상자 및 보호자와 돌봄종사자 간 상호 존중의 문화를 형성해야 한다.

5. 돌봄종사자의 내적 경험

종사자들은 생애말기 돌봄을 통해 심리적 성취와 동시에 깊은 어려움을 경험하였다. 보호자가 “좋은 곳으로 가셨다”고 표현할 때 보람을 느끼는 한편, 혼자 임종을 지켜본 경험에서는 무력감과 고통을 토로하였다. 그럼에도 불구하고 “돈만 보고 하는 게 아니다”라는 진술에서와 같이 직업적 소명의식을 바탕으로 ‘좋은 죽음’을 가능하게 하는 역할을 스스로 정체화하였다.

시사점

좋은 죽음은 단순히 개인의 문제가 아니라 지역사회 통합돌봄의 일환으로 접근해야 한다.

- 호스피스·완화의료 연계 강화: 돌봄종사자가 담당하는 생애말기 돌봄과 전문 의료서비스가 연결될 수 있는 통합체계 구축이 필요하다.
- 지자체 기반 지원 모델 개발: 충남형 통합돌봄 정책 안에서 가정 호스피스 지원, 생애말기 교육 프로그램, 종사자 지원 체계 등을 종합적으로 설계할 필요가 있다.

6. 정책적·사회적 필요

체계적 교육훈련을 통한 역량 강화, 안전과 심리적 회복 체계 마련, 정당한 보상과 사회적 인정 확대의 하위주제를 포함하였다. 이는 돌봄종사자들의 전문성 확보와 사회적 인정이 좋은 죽음을 가능케 하는 중요한 조건임을 보여준다. 돌봄종사자들은 좋은 죽음을 위해 본인들의 전문성과 사회적 인정이 보장되어야 한다고 인식하였다. 이는 단순히 서비스 제공자가 아니라 재가 돌봄에 있어서 재가 생애말기 돌봄 전문가로 자리매김 할 필요성을 보여준다. 이를 위해 체계적인 생애말기 돌봄 교육과 훈련, 정당한 보상, 사회적 인식 개선이 필수적이다. 특히 좋은 죽음 담론을 제도화하기 위해서는 돌봄종사자의 목소리가 정책 과정에 반영되어야 한다.

시사점

- 전문교육 및 자격제도 정비: 생애말기 돌봄 전문성을 강화하기 위해 표준화된 교육과 자격 인증 제도를 마련해야 한다.
- 심리적 회복 지원: 돌봄종사자들이 임종 경험으로 인한 정서적 소진을 회복할 수 있도록 상담, 슈퍼비전(supervision) 제도를 적극 제공해야 한다.
- 정당한 보상 및 사회적 인정 확대: 생애말기 돌봄에 대한 추가 수당, 사회적 인정 제도(예: 우수 돌봄인력 표창, 전문직 위상 제고)를 강화해야 한다.

제3장

돌봄통합지원법과 지역사회 통합돌봄

1. 돌봄통합지원법의 법적 배경
2. 국외 통합돌봄 정책 동향
3. 현장에서 바라는 지역사회 통합돌봄의 방향
 - 정책담당자 의견조사
 - 돌봄종사자(기관장) 의견조사
4. 돌봄종사자의 역량수준 및 요구도
 - 돌봄종사자의 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도
5. 돌봄종사자의 임종돌봄 수행 영향요인
 - 돌봄종사자의 임종돌봄수행 수준과 영향요인

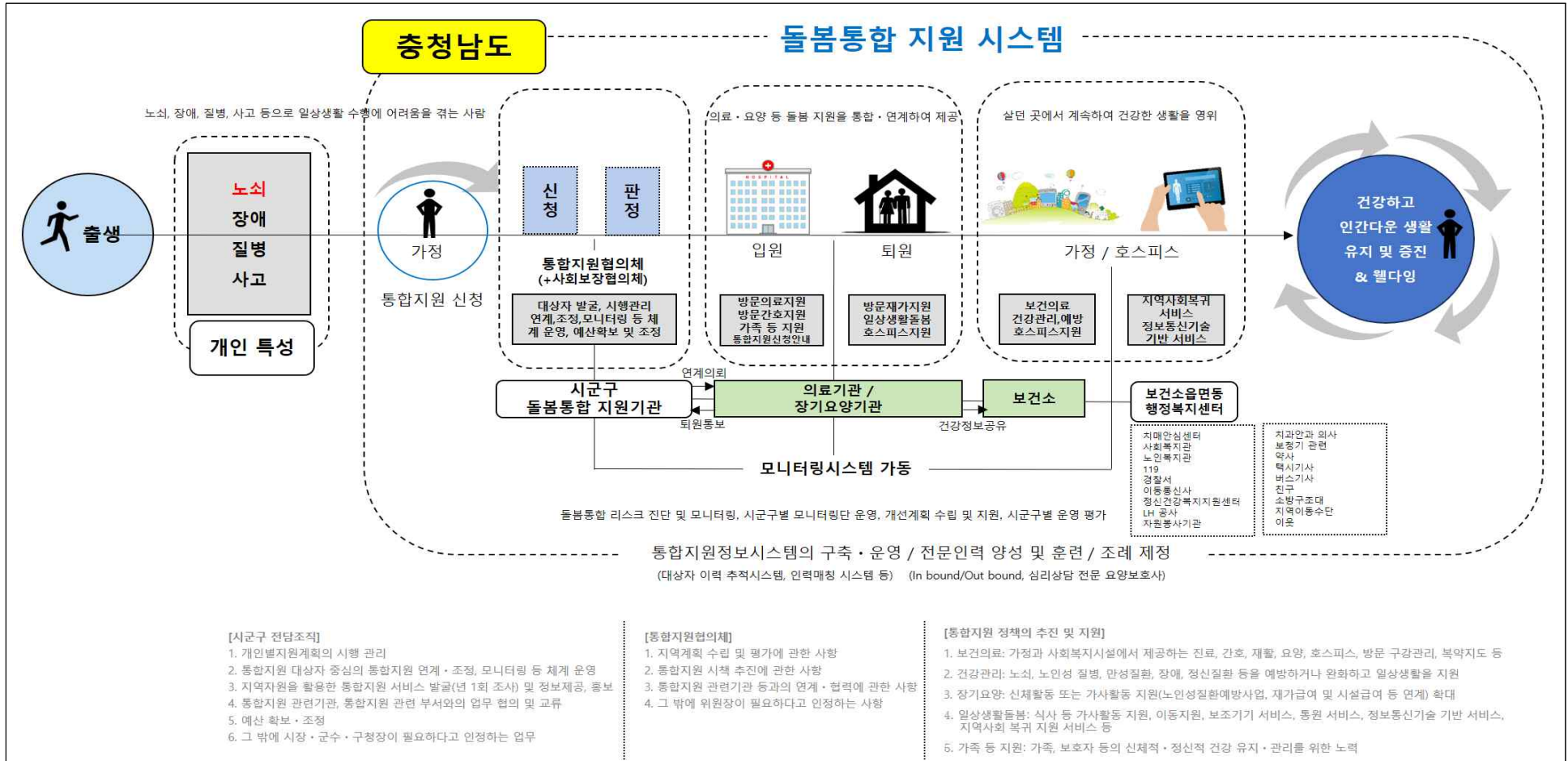
돌봄통합지원법과 지역사회 통합돌봄

1. 돌봄통합지원법의 법적 배경

우리나라는 급격한 인구 고령화와 돌봄 수요 증가라는 사회적 전환점에 직면하고 있어 2018년부터 보건복지부, 커뮤니케어 추진단, 커뮤니케어 전문위원회가 주축이 되어 Community Care를 추진하였다. 2018년 11월 보건복지부, 행정안전부, 국토교통부를 중심으로 지역사회 통합돌봄(Community Integrated Care) 기본계획(안)을 발표 후 지역사회 기반 돌봄 체계 구축 사업을 진전시켜 나가고 있다. 현재는 보건복지부 주도로 추진되고 있으며, 고령화 사회에 대응하고, 병원 및 시설 중심이 아닌 지역사회 중심의 돌봄 체계를 마련하기 위해 시작되었다.

2019 보건복지부의 지역자율형 지역사회 통합돌봄선도사업 실시, 정부의 통합돌봄국정과제 추가, 국민건강보험공단의 지역사회 통합돌봄추진단설치 및 선도사업 및 지자체 자체사업 참여로 더욱 확대 되었다. 2020년부터 정부는 전문가 합동 보건복지서비스 전달체계 개편 논의를 시행하였으며, 서울, 부산, 원주, 춘천 등 선도사업 외 통합돌봄 추진지역을 확대하였다. 이후, 전국 확대 기반 마련 및 법제화를 추진하였으며 2024. 3. 26 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률이 제정되었다.

돌봄통합지원법을 체계화하면 다음과 같다.



<그림 9> 충청남도 지역사회 통합돌봄 지원체계 운영 모델

돌봄통합지원법 시행규칙(안)과 토론문 검토 및 수정요청

돌봄통합지원법 시행규칙(안)과 토론문을 검토하고 보건복지부에 다음과 같이 공식적으로 수정 요청하였다.

다음은 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙 제정(안)에 대한 의견 검토 의견과 수정요청 사항 등이다.

〈표 10〉 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한
법률 시행규칙 제정(안)에 대한 의견 검토

조항	내용	수정요청 내용 및 사유
라. 통합지원 신청 및 긴급지원(안 제7조, 제8조)	1) 통합지원을 신청할 수 있는 자를 통합지원이 필요한 자 본인, 통합지원이 필요한 자의 8촌 이내의 친족 및 후견인으로 정하고, 본인 동의를 있을 경우 노인복지시설 등의 담당자도 통합지원 신청을 대행할 수 있도록 함	1) 통합지원을 신청할 수 있는 자를 통합지원이 필요한 자 본인, 통합지원이 필요한 자의 8촌 이내의 친족 및 후견인으로 정하고, 본인 동의를 있을 경우 노인복지시설 등의 담당자도 통합지원 신청을 대행할 수 있다. 인지능력이 저하되어 동의에 대한 판단이 어려울 경우 8촌 이내 친족 및 후견인이 재가 노인복지시설의 종사자 등에게 대행 요청이 가능하다. 즉, 동의를 어려우면서 통합지원이 필요한 자의 동의를 없더라도 대행 신청 요청이 가능하다. ★수정요청 사유 동의를 표현할 수 없는 대상자의 경우 대행 신청이 가능해야 함
	2) 시장·군수·구청장은 통합지원을 신청하거나 직권 신청이 있는 경우로서 조사 등의 과정에서 종합판정을 기다릴 여유가 없다	2) 시장·군수·구청장은 통합지원을 신청하거나 직권 신청이 있는 경우로서 조사 등의 과정에서 종합판정을 기다릴 여유가 없다고 판단되는 경우에는 관계 법령에 따른 필요 서비스를 직권으로 신청하는 등 개인별 지원

	<p>고 판단되는 경우에는 관계 법령에 따른 필요 서비스를 직권으로 신청하는 등 지원이 이루어지도록 노력하고, 통합지원회의에 보고하도록 규정함</p>	<p>계획서 승인 전 30일 기간 내 적극적인 대응으로 돌봄 사각지대를 해소하여야 한다.</p> <p>★수정요청 사유 개인별 지원계획서 승인 전 30일 기간 내 적극적으로 대응하여 긴급돌봄 사각지대 해소가 이루어져야 함</p>
<p>아. 통합지원회의의 구성 및 운영방법 등(안 제12조)</p>	<p>통합지원 대상자에 대한 개인별 지원계획의 수립·심의 및 결정 등을 위하여 전담조직 및 전문기관의 담당자, 통합지원 관련기관, 그 밖에 지역 건강·주거·돌봄 분야의 전문가로서 시장·군수·구청장이 정하는 자로 구성하는 회의(“통합지원회의”)를 운영하도록 하고, 서식 등 기타 필요사항은 보건복지부장관이 정하도록 함.</p>	<p>통합지원 대상자에 대한 개인별지원계획의 수립·심의 및 결정 등을 위하여 전담조직 및 전문기관의 담당자, 통합지원 관련기관, 돌봄인력양성기관, 그 밖에 지역 건강·주거·돌봄 분야의 전문가로서 시장·군수·구청장이 정하는 자로 구성하는 회의(“통합지원회의”)를 운영하도록 하고, 서식 등 기타 필요사항은 보건복지부장관이 정하도록 함.</p> <p>★수정요청 사유 통합지원회의의 구성원으로써 직접 돌봄을 제공하는 돌봄인력양성기관을 직접적으로 명시하여 현장의 피드백이 반영·실행되어 선순환이 될 수 있도록 해야 함</p>
<p>파. 전문인력 양성 기관 및 전문기관 지정 등(안 제19조, 제20조)</p>	<p>1) 전문인력 양성 기관으로 「한국보건복지인재원법」에 따른 한국보건복지인재원을 지정하고, 필요할 경우 보건복지부장관이 복수의 단체·기관 등을 지정할 수 있도록 함</p>	<p>1) 전문인력 양성 기관으로 「한국보건복지인재원법」에 따른 한국보건복지인재원을 지정하고, 필요할 경우 보건복지부장관이 복수의 단체를 지정하고, 시도지사가 기관 등을 지정할 수 있다.</p> <p>★수정요청 사유 시행령 제19조(전문인력 양성 및 재교육기관 지정 등) ② 그밖에 법 제24조 제2항의 업무 등의 수행을 위해 필요한 경우 시도지사는</p>

		<p style="text-align: center;">기관을 지정할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 법 제24조(전문인력양성)의 기관지정 권한을 시행령에서 시,도지사에게 위임할 수 있도록 한 것(보도자료 바에서는 시·도지사에게 위임 함)은 통합돌봄지원법 제1조 (목적)과 제6조 (지역계획의 수립·시행) 취지와 부합함 2. 시행령으로 시·도지사에게 위임한 「전문인력양성」을 시행규칙에서는 배제하여 법, 시행령, 시행규칙 절차상 모순이 있음 3. 통합지원 관련기관의 돌봄 전문인력양성 및 재교육 지정할 수 있는 시·도지사가 통합지원 기본계획을 수립·수행하는 것이 타당함 4. 전문 인력 양성을 보건복지부 장관이 복수의 단체, 기관에 지정 할 수 있는 경우에는 다수 관련 단체들간 과도한 경쟁으로 혼란이 예상되며, 지정 후 지자체 특성에 맞는 통합 지원이 어려울 것으로 사료됨
	<p>[근거]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 법제24조 <ol style="list-style-type: none"> ② 국가는 통합지원 전문인력을 양성하기 위하여 연구소·대학 및 그 밖에 필요하다고 인정하는 기관을 전문 인력 양성 및 재교육 실시기관으로 지정할 수 있다. 2) 시행령(안) <p>제11조(권한의 위임) 보건복지부장관은 법 제29조 제1항에 따라 다음 각 호의 업무에 관한 권한을 시·도지사에게 위임할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 시·도 및 관할 시·군·구 소속 공무원, 관할 지역 내에 위치한 통합지원 관련기관 등에 대한 법 제24조에 따른 전문 인력 양성 및 재교육 등에 관련된 업무 3) 시행규칙(안) <ol style="list-style-type: none"> ① 보건복지부장관은 「한국보건복지인재원법」에 따른 한국보건복지인재원을 법 제24조 제2항에 따른 전문인력 양성 교육을 운영하는 기관으로 지정한다. ② 그 밖에 법 제24조제2항의 업무 등의 수행을 위해 필요한 경우 보건복지부장관은 복수의 단체·기관 등을 지정할 수 있다. 	

〈표 11〉 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙 제정(안)에 대한 수정 요청

■ 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙

관심법령 등록

■ 법령안 기본정보

▼ 펼침

소관부처	보건복지부	입안자	노인정책과 이OO
법령종류	부령	연락처	044-202-3036 naong7@mail.go.kr

■ 제·개정이유 및 주요내용

- * 제·개정이유

노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는 데에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강하고 인간다운 생활을 유지하고 증진하는 데에 이바지함을 목적으로 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」이 제정(법률 제20415호, 2024. 3. 26. 공포, 2026. 3. 27. 시행)됨에 따라 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정하려는 것임
- * 주요내용

가. 통합지원 기본계획의 수립 절차(안 제2조)
보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사와의 협의를 거쳐 기본계획안을 정하여 저출산·고령사회위원회에 상정하도록 하고, 기본계획이 확정된 경우에는 그 확정된 날부터 7일 이내에 관계 행정기관의 장 등에게 알리고, 보건복지부 인터넷 홈페이지에 게재하도록 함

나. 지역계획 수립·시행 등 관련(안 제3조, 제4조)
1) 지역계획 수립시, 지역주민 등 이해관계인의 의견조회, 법 제20조...

■ 입법현황

- ▶
■ 입법예고 (2025. 6. 11. ~ 2025. 7. 21.)

▶
■ 첨부파일 : ■ 법령안

■ 국민참여입법센터

(부처)입법예고 | 검색어를 입력하세요.

로그인

통합입법예고

입법제안

입법진행현황

도움말

■ 입법현황

▼ 정부입법현황

▼ 국회입법현황

법령종류

소관부처

추진일자

전체

전체

2024. 1. 1.

2025. 7. 8.

추진현황

법령명

돌봄

검색

전체 7 건 (1 / 1)

No.	법령명	법령종류	재개정구분	소관부처	추진현황
7	의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행규칙 제정(안)	부령	제정	보건복지부	입법예고
6	의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률 시행령 제정(안)	대통령령	제정	보건복지부	입법예고
5	아이돌봄 지원법 일부개정(안)	법률	일부개정	법제처	공포대기
4	아이돌봄 지원법 일부개정(안)	법률	일부개정	법제처	공포대기
3	아이돌봄 지원법 시행규칙 일부개정(안)	부령	일부개정	여성가족부	공포
2	아이돌봄 지원법 시행규칙 일부개정(안)	부령	일부개정	여성가족부	공포
1	아이돌봄 지원법 일부개정(안)	법률	일부개정	여성가족부	국회제출

1

■ 정부입법 지원센터

■ 국가법령정보센터

■ 행정법령정보

■ 관공보

■ 대한민국국회

■ 의정정보시스템

■ 국회입법예고

■ 대법원

개인정보 처리방침 | 이메일 수집 거부 | 정부입법 소개 | 공지사항

 30102 세종특별자치시 도움5로 20, 정부세종청사 법제처(7-1동) | 정부입법 고객센터 : 1577-9178 (유료)
 Copyright © 1997-2021 Korea Ministry of Government Legislation. All rights reserved.

「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행규칙 수정요청(보완후 최종의견 송부)

[별첨2]의료...영.hwp

[교원]박주영

받는 사람: naong7@korea.kr

화 2025-07-15 오후 6:00

[별첨2]의료.요양+등+지역+돌... 52KB

안녕하세요. 담당자님.

충남도의회(신순옥 의원) 정책개발 연구팀(돌봄통합지원법 시행에 따른 충남형 돌봄정책 마련방안 연구용역)입니다.

전화로 말씀드린대로 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행규칙에 대한 수정 요청(안)입니다.

검토 후 회신 부탁드립니다. 감사합니다.

가. 예고 사항에 대한 찬성 또는 반대 의견(반대시 이유 명시): 수정요청

나. 성명(기관·단체의 경우 기관·단체명과 대표자명), 주소 및 전화번호: 박주영(건양대학교 교수), 충청남도 예산군 삼교읍 도청대로 600, 전화번호 01074830020

다. 그 밖의 참고 사항 등: 충남도의회 의원정책연구팀(신순옥 의원)

박주영 드림 01074830020

Ju Young Park
RN, PhD

College of Nursing, Konyang University, 158 Gwanjeodong-ro, Seo-gu, Daejeon, Korea (35365)
+82 42 600 8563
jypark@konyang.ac.kr

(복지부) 돌봄통합지원법 시행규칙 제정안 의견에 대한 회신

요약

"구재관" <koojaekwan@korea.kr>

받는 사람: [교원]박주영

금 2025-09-05 오전 10:54

안녕하세요

복지부 인구실 노인정책관 의료돌봄통합지원단 구재관 사무관입니다.

지난 7월 시행령, 시행규칙안 입법예고 당시 문의주셨던 사항에 대해서 회신드립니다.

보통 개별적 회신은 잘 못드리는데
지자체 조례 제정 관련 연구 중이신 것 같아
현재 검토된 바를 알려드립니다.

1. 통합지원 신청 대행 동의범위 관련

- 본인 외에 신청권자(본인 외, 8촌 이내 친족, 후견인)의 동의가 있는 경우로도 확대 예정입니다.

2. 긴급지원 신청 기간 명시

- 명시하지 않습니다.

- 긴급돌봄, 지자체 자체사업 등 개별 사업 단위에서 사업 특성에 따라 정해지고 있는 사항입니다.

- 보통 자체없이, 7일 이내 등등 단기간입니다. 개인적으로는 30일이라고 명시할 경우, 긴급한 대응을 회피하는 근거가 될 수도 있어 우려됩니다.

3. 통합지원회의 구성원에 돌봄인력양성기관 추가

- 추가 명시할 대상은 아닙니다.

- 법 취지상, 제정기관(통합지원 관련기관)이 참여하는 것으로 사업이 설계되어 있어, 단순 인력양성기관이 참여하는 것은 취지에 맞지 않습니다.

- 통합지원회의는 통합지원'협의체'(정책 심의, 검토, 민관협력)와 달리, 개별인별 의료·돌봄 욕구(개인정보)를 확인 및 사정하고 필요서비스를 판단하여(종합판정) 서비스계획을 수립하는 회의입니다.

(지자체가 운영하는 종합 코디네이터 회의입니다. 개별 사업에서 사례관리인력이 코디네이터가 되는 것과 좀 다릅니다. 시군구/보건소 차원의 자원, 서비스 연계를 위한입니다. 단순한 경우
에는 읍면동 담당 공무원이 개인별지원계획을 수립하는 것으로 갈음할 수도 있습니다.)

- 다만 필요시, 기타 지자체장이 인정하는 자에 포함될 수 있으며, 이는 조례로 정할 수 있습니다.

4. 지자체장이 전문인력 양성기관, 전문기관 지정 가능하도록 규정

- 법 제24조 및 제25조는 '국가', '보건복지부장관' 이 지정한다고 명시되어 있습니다. 법률 규정사항을 시행령시행규칙에서 범위를 넘어갈 수 없으며, 그렇게 규정해도 법제처 심사단계에서 해당 조문이 사라집니다.

- 관내 필요 교육은 지자체장이 알아서 정할 수 있습니다. 광주광역시 통합돌봄 조례를 참고해보세요

- 전문기관은 대상자에 대해 노인장기요양보험, 장애인제도 등을 연계하기 위해 전국 통일적 적용이 필요한 사항입니다. 그렇기 때문에, 시행령 종합판정 조문에서 전문기관의 조사를 의뢰하도록 규정하고 있습니다. 기존의 '지역사회 통합돌봄' 사업상 지자체에서 다 알아서 하는 구조가 아니라, 노인장기요양, 장애인제도와 재활의료/방문의료와 연계되는 설계인 점 참조해주시면 되겠습니다.

다수 의견과 타부처 법령심사가 복잡하고 시간이 많이 걸리기에, 본 건과 같은 '제정' 법령은 문구 확정에 시간이 많이 걸립니다.

앞으로도 2-3달 각 부처 심사와 문구수정이 계속 있습니다만,

위 드리는 내용은 거의 확정된 내용으로 보시면 됩니다.

지자체 조례와 사업 설계에 조인을 하시는 연구 중이신 것 같습니다.

위 내용 참조 해서, 지자체에서 잘 시행되도록 협조해주시면 감사하겠습니다.

===== 보건복지부 인구사회서비스정책실 노인정책관 의료요양돌봄 통합지원단 구재관 사무관(koojaekwan@korea.kr) 044-202-3043 / 010-9032-1056

2. 국외 통합돌봄 정책 동향

1) 미국¹⁾

(1) 개요

미국은 인구 고령화가 급속히 진행되고 있는 대표적인 선진국 중 하나로, 2019년 기준 65세 이상 고령 인구는 약 5,410만 명으로 전체 인구의 16%를 차지하고 있으며, 이 수치는 2040년에는 8,080만 명, 2060년에는 전체 인구의 25%에 이를 것으로 전망된다. 특히 85세 이상 인구는 세 배 이상 증가하고, 100세 이상 인구도 50만 명을 넘을 것으로 예측되는 등 초고령사회의 도래가 빠르게 진행되고 있다. 이러한 변화는 고령자 복지 정책 전반에 걸쳐 전환적 대응을 요구하고 있으며, 미국 정부는 생애말기 돌봄, 재가 중심의 돌봄 체계 등 지역사회를 중심으로 다양한 정책들을 추진하고 있다.

(2) 생애말기 돌봄 정책(End-of-Life care)

미국의 생애말기 돌봄의 정의는 삶의 마지막 단계에서 신체적, 정신적, 사회적, 영적 니즈를 충족시키기 위해 환자와 그 가족들에게 다학제 간 케어를 제공하는 것을 의미한다. 미국은 민간이 주도하는 의료 체계이지만, 생애말기 돌봄은 메디케어·메디케이드 등 공공 주도로 운영되며, 사회보장법에 따라 제도화되어 있다.

미국의 생애말기 돌봄은 삶의 마지막 단계에서 환자와 가족의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 요구를 충족시키기 위한 다학제 간 케어를 의미하며, 환자가 원하는 장소에서 고통 없이 생을 마무리할 수 있도록 지원하는 데 중점을 둔다. 주요 서비스는 호스피스와 완화치료로 나뉜다.

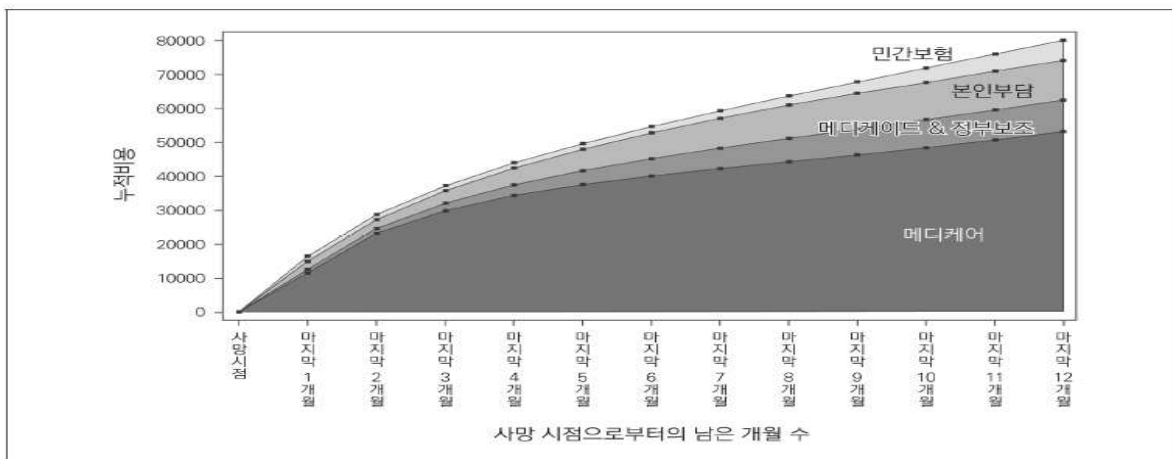
호스피스는 6개월 이내 사망이 예상되는 말기 환자에게 제공되며, 환자의 고통을 줄이고 증상을 관리하며 개인적인 돌봄과 위생을 지원하는 데 초점을 맞추고 있다. 대부분 자택에서 이루어지고 메디케어를 통해 비용 부담이 거의 없다. 완화치료는

1) 백세현·신어진, 「지역사회 기반 생애말기 돌봄: 미국 정책 동향과 시사점」, 국제사회보장리뷰 2024년 가을호, Vol.30, pp.28-42
노현진, 「미국 내 가족 및 비공식 돌봄제공자 지원 제도: 지역사회거주관리국(ACL) 사례를 중심으로」, 국제사회보장리뷰 2020년 봄호, Vol.12, pp.28-38
최연진, 「미국의 고령친화 지역사회 정책」, 국제사회보장리뷰 2022년 가을호, Vol.22, pp.26-34의 내용을 토대로 정리한 것임.

심각한 만성 질환을 앓는 사람들 사이에서 흔히 사용되고 있으며, 완화치료는 치료 목적의 치료와 함께 사용하거나 혹은 대신해서 사용할 수 있다. 완화치료는 질병 단계와 상관없이 고통을 줄이는 치료로, 치료 목적과 병행하거나 대체로 사용되며 삶의 질 향상과 의료비 절감, 생명 연장 효과가 있는 것으로 나타났다. 메디케어의 호스피스 관련 정책은 말기 질환을 앓는 환자들의 완화치료비 또한 지원한다.

생애말기 돌봄 정책의 주요한 재정은 메디케어와 메디케이드로 충당된다. 대체적으로 두 보험 모두 비슷한 방식으로 호스피스를 보장하지만, 메디케어의 경우 제공 기한이 6개월이며 메디케이드는 각 주에 따라 다르다는 점에서 차이를 보인다. 대부분의 주에서 메디케이드로 호스피스를 제공해 주지만, 예산상의 이유로 호스피스를 지원해 주지 않는 주들도 존재한다.

미국은 전체 비용(약 8만 달러)의 66%가 메디케어, 9%가 메디케이드, 2%가 기타 정부 프로그램, 8%가 사보험, 그리고 12%가 자부담으로 지불된 것으로 나타났다(그림1). 전체 생애말기 돌봄 비용 중 약 19%가 자부담인 것을 고려할 때 비교적 노인을 위한 의료보험 정책으로 잘 보장된다고 볼 수있다. 구체적으로 메디케어는 예상 수명이 6개월 이하인 환자들을 위한 호스피스 치료와 의사방문 비용의 80%를 보상한다.



<그림 10> 미국 생애말기 돌봄 정책의 평균 누적 비용 및 재정 출처

출처: “How should we fund end-of-life care in the US?”, Arapakis et al., 2022, p.3.

미국의 사망 장소를 살펴볼 때 메디케어 수혜자 중 20%의 환자가 병원에서 사망하였으며, 50% 정도가 호스피스 돌봄을 제공받다가 사망한 것으로 조사되었다. 세부적으로 살펴볼 때 단기 호스피스 돌봄(3일 이내) 사용은 감소한 반면, 30일 이상 장기 호스피

스 돌봄을 받는 환자의 비율은 증가하였다. 또한 요양원에서 병원으로 이동하는 환자는 줄어든 반면 요양원에서 삶의 마지막을 맞이한 환자의 비율은 증가하였다. 이러한 변화는 미국 내 환자와 가족들이 원하는 방식을 반영하여 생애말기 돌봄이 개선되어진 것으로 긍정적으로 평가받고 있다. 그러나 생애말기 돌봄의 질과 접근성에는 인종 간 격차가 존재한다. 일부 주에서는 메디케이드 호스피스 제공에 차이가 있으며, 유색인종이 많은 병원에서는 완화치료 제공 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 이에 따라 미국은 이러한 격차 해소를 위한 개선 노력을 지속하고 있다.

(3) 재가 중심의 돌봄 체계 - 지역사회거주관리국(ALC)

미국 보건복지부는 2012년 지역사회거주관리국(ACL, Administration for Community Living)을 설립하여 노인, 장애인, 가족 및 그들의 돌봄자들이 지역사회에서 자립적으로 생활할 수 있도록 다양한 프로그램을 제공하고 있다. ACL은 고령자의 네트워크 지원, 연계 서비스, 고용 및 건강관리 등을 포함한 광범위한 분야를 다루며, 특히 가족 돌봄자를 위한 맞춤형 지원 서비스도 운영한다. 주요 프로그램으로는 전미 돌봄 가족 지원 프로그램, 생애주기 휴식 지원 프로그램 등이 있다.

① 전미 돌봄 가족 지원 프로그램

전미 돌봄 가족 지원 프로그램(NFCSP, National Family Caregiver Support Program)은 노인복지법에 의거해 2000년에 시작된 미국 연방정부의 제도로, 가족 및 비공식 돌봄자가 노인을 가정에서 오래 돌볼 수 있도록 다양한 지원을 제공한다. 주요 서비스에는 지역 자원 정보 제공, 상담 및 교육, 지지 집단 운영, 단기 휴식 지원, 식사·보조기기·응급대응 등 추가 서비스가 포함된다. 대상은 60세 이상 노인, 치매 환자, 미성년 아동, 성인 장애인을 돌보는 가족이나 친척이다. 2017년 기준 약 55만 명이 지원을 받았으며, 10만 명가량은 돌봄 책임에 따른 스트레스 관리를 위해 상담, 지지 집단, 교육서비스를 받았다. 6만 명에 가까운 돌봄자는 다양한 환경(가정, 성인주간보호센터, 입소시설)에서 휴식 지원 서비스—돌봄에서 벗어나는 일시적인 휴가—를 이용했고, 3만 1000명가량은 추가 서비스를 제공받았다. NFCSP의 지원을 받은 돌봄자 대다수는 이

프로그램의 서비스 덕분에 더 나은 돌봄자가 되어 고령자 가족이 요양원에 가지 않고 집에서 지내도록 도울 수 있었다고 평가했다.

② 생애주기 휴식 지원 프로그램

생애주기 휴식 지원 프로그램(LRCP, Lifespan Respite Care Program)은 2006년에 제정된 법에 따라 운영되며, 연령과 무관하게 돌봄이 필요한 가족 돌봄자에게 단기 휴식 서비스- 돌봄 책임에서 벗어나는 일시적인 휴가-를 제공하는 제도이다. 가정, 주간보호센터, 요양원 등 다양한 환경에서 휴식을 지원하며, 비상시에 도 이용할 수 있다. 이 프로그램은 기존의 휴식 지원 서비스와의 중복을 줄이고 접근성과 서비스 품질을 높이는 것을 목표로 한다. 2017년 기준, 미국 내 37개 주와 컬럼비아 특별구의 기관들이 보조금을 받아 인프라 구축, 교육, 인력 훈련, 데이터베이스 구축 등 다양한 활동을 수행하였으며, ACL과 협력하여 성과를 평가하고 있다.

2) 베트남²⁾

(1) 노인 대상 사회보장제도

베트남은 지난 수십 년간 출산율 저하와 기대수명 증가로 빠르게 고령화 사회에 진입하였다. 2011년 이미 고령인구가 전체의 10%를 넘기며 고령화 사회로 분류되었으며, 2038년에는 초고령사회(고령인구 비율 20% 이상)에 도달할 것으로 예상된다. 베트남은 아시아 및 전 세계적으로 가장 빠른 고령화 속도를 보이고 있으며, 이에 따른 사회·경제적 준비가 상대적으로 부족한 상황이다. 특히 빈곤층, 농촌 거주자, 독거노인의 비율이 높아 고령 인구의 삶의 질 악화와 건강 불균형이 사회문제로 대두되고 있다.

① 사회보장정책

베트남은 헌법을 포함한 다양한 법령을 통해 노인을 위한 사회보장 정책을

2) 타오응우옌, 「베트남 인구 고령화에 따른 사회보장정책의 과제와 방향」, 국제사회보장리뷰 2018년 여름호 Vol. 5, pp. 98-107의 내용을 토대로 정리한 것임.

규정하고 있다. 특히 2010년 제정된 「노인법」은 가족을 기본 돌봄 주체로 설정하면서도, 빈곤 노인과 돌봄을 받을 가족이 없는 80세 이상 노인을 국가 지원 대상으로 규정하였다. 이들에게는 의료보험, 사회부조, 장례비 지원 등이 제공된다.

사회보장체계는 사회보험, 공공부조, 기본 사회서비스, 빈곤감소 및 일자리 창출의 4가지로 구성되며, 연금제도는 사회보험의 일환으로 운영된다. 연금이나 사회보험 수급 자격이 없는 고령자들은 공공부조 대상이 된다. 최근 연금 및 공공부조 수급자는 확대되는 추세였으나, 고령화의 급속한 진전으로 인해 재정 부담과 수급자 감소가 함께 나타나고 있다.

정부는 국가행동계획(2005~2010, 2012~2020)을 통해 노인 돌봄 질 향상, 사회적 돌봄 강화, 노인 역할 증진을 목표로 정책을 추진해왔다. 2017년에는 ‘노인 건강관리 사업(2017~2025)’을 수립하여 노인 건강 서비스 확대, 장기요양체계 구축, 인력 양성, 사회적 인식 제고 등을 주요 과제로 설정하였다.

② 노인 건강관리 및 건강보험

노인의 건강관리 수요는 젊은 세대보다 훨씬 높고, 관련 비용 또한 평균 7~8배 이상으로 추산된다. 그러나 의료 체계는 여전히 노인 친화적으로 정비되지 않았고, 많은 고령자들이 의료 서비스에 제대로 접근하지 못하고 있다. 특히 농촌과 산간 지역, 소수민족 노인의 경우 접근성이 더욱 낮고, 의료 인프라 및 인력이 부족한 실정이다.

의료보험 가입률은 점차 증가하고 있으며, 2017년 기준 92.8%에 이르렀다. 빈곤 노인, 소수민족 노인 역시 가입률은 높아졌지만 실제 서비스 이용률은 여전히 낮다. 가입자 간 진료 횟수와 의료비 지출도 큰 차이를 보이며, 취약계층 노인은 대부분 일차 의료기관만 이용하고 있어 진료 수준의 불균형도 존재한다.

노년기 질병 유형도 변화하고 있다. 감염병보다 만성질환과 정신질환(우울증, 고혈압, 뇌졸중 등)의 비중이 높아졌고, 이는 독거노인의 사회적 고립감과도 연결된다. 그러나 장기요양시설이나 전문의료 인력은 부족하고, 민간

요양시설은 고비용으로 인해 일반 노인의 접근이 제한적이다. 따라서, 정부는 일차 의료 접근성 향상, 의료서비스 질 개선, 공공·민간 요양서비스 확대, 지역사회 기반 돌봄 강화 등을 통해 고령층의 건강권을 실질적으로 보장할 필요가 있다.

3) 싱가포르³⁾

(1) 개요

싱가포르는 낮은 출산율과 기대수명 증가로 인해 빠르게 고령화 사회에 진입하였다. 이에 대응하여 2012년 보건의료체계 개혁을 위한 Healthcare 2020 마스터플랜을 수립하고, 기존의 병원 중심·질환 중심의 분절된 케어에서 벗어나 환자 중심, 지역 기반, 고령자 참여형 통합 케어를 추진하고 있다.

싱가포르 보건부는 고령화로 인한 문제에 대응하기 위해 급성기 이후 재활 및 아급성기 치료를 위한 커뮤니티 병원과 장기요양시설 등을 늘리는 한편 일차의료의 만성질환 관리 역량을 강화하는 개혁을 진행하고 있다. 또한 새로운 시설과 인프라의 확충을 병행하면서도 통합적인 케어가 가능하도록 서비스 전달체계의 효율성을 높이는 전략을 채택했다. 즉 병원, 재활, 장기요양을 연계하는 통합케어 시스템을 발전시키고, 예방과 만성질환 관리를 위한 일차의료 지원을 늘리는 등 의료 재정을 개혁하고 지역 중심의 보건의료체계를 강화하고 있다.

(2) 노인통합 케어체계

싱가포르의 보건의료 전달체계는 공공의료기관인 폴리클리닉(Policlinic)과 민간개업의 클리닉(Clinic)의 일차의료, 급성기 치료와 아급성기 재활을 담당하는 병원의 이차의료 및 삼차특수센터(Specialty Centre)로 구분되며, 노인을 위한 통합케어체계는 다음과 같은 방향으로 강화되고 있다. 먼저, 노인의 거주 환경과 상태에 따라 센터 기반 돌봄, 재가돌봄, 요양시설로 나뉘며, 이들 대부분은 정부 지원을 받는 자발적 복지기관(복지기관(VWO: Voluntary Welfare Organisations))

3) 백상숙, 「싱가포르 노인 보건의료체계의 최근 동향」, 국제사회보장리뷰 2018년 겨울호 Vol. 7, pp. 83-93의 내용을 토대로 정리한 것임.

이 운영한다. 특히 통합케어청(AIC: The Agency for Integrated Care)이 핵심적 역할을 수행하며, 지역사회 케어기관, 병원, 요양시설과 연계하여 다양한 서비스 전달과 인력 역량 강화를 담당한다.

통합케어청은 ‘병원에서 집으로(Hospital to Home)’, ‘외래에서 지역사회로(Outpatient to Community)’와 같은 프로그램을 통해 급성기 치료 후 노인이 원활하게 재가생활로 복귀할 수 있도록 전환기 케어, 재가의료, 가정환경 평가, 사례관리 등을 제공하고 있다. 또한, 보건의료 클러스터(Healthcare Clusters)를 통해 공공병원, 커뮤니티 병원, 요양시설, 일차의료기관이 연계되어 환자 중심의 연속적인 케어 제공이 가능하도록 제도화하며, 예방, 진단, 치료, 사후 관리까지 환자의 케어 환경이 바뀌더라도 연속적이고 포괄적인 환자 중심 통합 케어를 제공하는 것을 목표로 한다.

(3) 고령화 사회 노인건강 정책기조

싱가포르의 노인건강 정책은 ‘지역사회 계속 거주(Ageing in Place)’를 핵심 원칙으로 한다. 싱가포르 정부는 2020 마스터플랜에 따라 병원 중심 정책에서 탈피하여 가능한 한 살던 곳에서 건강하고 능동적으로 생활하고 케어가 필요한 경우 우선적으로 지역 내에서 서비스를 받도록 하는 ‘재가 케어 우선(Home First)’ 정책을 장려하고 있다. 재가 케어 정책을 지원하는 통합케어청이 제공하는 재정지원에는 집 근처 민간 일차의료기관 이용 지원금, 이동보조기구 지원금, 개국공신세대 지원금, 가족 돌봄 제공자 교육 지원금, 노쇠하거나 장애가 있는 노인을 위한 가사도우미 고용 지원금 등이 있다(AIC, 2018a). 가정에서 받을 수 있는 재가돌봄서비스에는 환자 이동 지원 및 이송(Medical Escort and Transport), 가정간호, 가정진료, 가정치료요법, 가정호스피스, 개인돌봄, 가정식 사배달 서비스 등이 포함된다. 재가진료는 와상 상태에 있거나 노쇠한 고령 환자의 집에 병원, 폴리클리닉 등의 의료진이나 일반의(GP)가 방문하여 진료하고 가족 돌봄자를 교육 및 훈련하는 등의 서비스를 제공하는 것이다. 또한 의료기관이나 재활센터를 방문하기 힘든 환자에게 일상생활능력 회복과 재활을 돕는 물리치료, 작업치료 등의 다학제 치료 요법을 가정에서 제공한다. 암 같은 진행성 질환으로 치료와 회복이 불가능하며 수개월 내 상태가 악화될 것으로 예상

되는 말기 환자가 남은 생을 가정에서 보낼 경우 가정 내 돌봄 종사자 교육, 완화의료서비스, 심리사회적 지원 서비스를 제공하는 가정 호스피스제도 역시 재가 케어 우선 정책의 일환이다.

또한 일차의료에서의 만성질환 관리 역량 강화를 위한 제도로 가정의학클리닉(FMC, Family Medicine Clinics), 만성질환관리프로그램(CDMP, The Chronic Disease Management Programme), 지역 클리닉 지원제도(CHAS, The Community Health Assist Scheme) 등을 운영하고 있으며, 정부가 지정한 만성질환(당뇨, 고혈압, 치매 등 20개)에 대해 의료저축계좌를 활용한 비용 지원이 가능하다.

이외에도 국가 검진 프로그램(Screen for Life)을 통해 만성질환 및 암 검진 접근성을 높이고 있으며, 건강 노화 허브(Active Ageing Hub) 구축을 통해 세대 간 교류와 지역사회 내 활기찬 노화 환경 조성을 도모하고 있다.

4) 일본⁴⁾

(1) 노인복지정책

일본은 전체 인구의 약 30%가 65세 이상인 초고령사회로, 세계에서 가장 빠르게 고령화가 진행되고 있는 국가 중 하나로 평가된다. 이러한 급격한 인구 구조의 변화는 의료, 복지, 주거, 노동 등 다양한 사회 분야에 중대한 영향을 미치고 있으며, 일본은 고령화 문제 해결의 최전선에 있는 대표적인 국가로 인식된다. 특히 고령 인구 중 상당수는 신체적·정신적 건강 문제가 복합적으로 얽혀 있어, 통합적인 건강 및 복지 접근이 요구되는 상황이다.

일본 사회는 2025년에 이르러 베이비붐 세대(단카이세대)가 모두 75세 이상인 후기 고령자가 되며, 이는 노인 인구의 대규모 증가를 의미한다. 이후 2040년경 단카이 주니어세대가 65세에 진입하면서, 고령자 인구는 정점에 도달할 것으로

4) 최희정, 「일본 노인의 지속 거주(Aging in Place)사례와 과제」, 국제사회보장리뷰 2025년 봄호 Vol. 32 pp.131~136

최희정, 「다사(多死) 사회에 대한 일본의 정책적 대응」, 국제사회보장리뷰 2024년 여름호 Vol. 29 pp.109~120

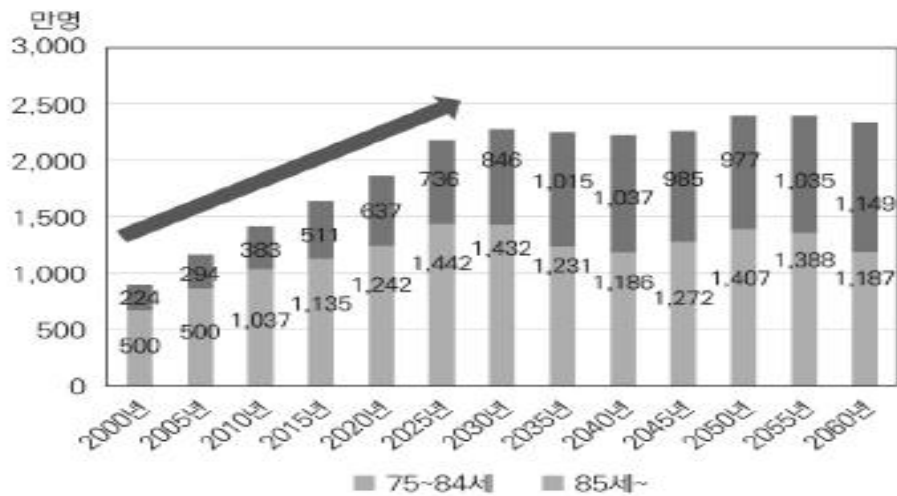
임덕영, 「일본 치매기본법 내용과 제정 의의」, 국제사회보장리뷰 2024년 가을호 Vol. 30 pp.57~70

최희정, 「일본의 ‘과학적 개호 정보시스템(LIFE)’ 구축 배경과 추진 방향」, 국제사회보장리뷰 2023년 가을호 Vol. 26 pp.101~115

임덕영, 「일본의 안부 확인 서비스: IoT와 사람이 결합된 중층적 케어의 가능성」, 국제사회보장리뷰 2020년 봄호 Vol. 12, pp. 90~103의 내용을 토대로 정리한 것임.

전망된다. 기대수명의 증가와 건강수명의 연장으로 인해 노인의 삶이 길어지는 것은 긍정적 현상이지만, 이로 인한 의료비 부담, 장기요양 수요 증가, 사망자 수 증가 등 '다사(多死) 사회'에 대한 우려도 함께 커지고 있다.

고령화의 또 다른 양상은 1인 고령자 가구의 급증이다. 혼자 사는 고령자는 응급상황 대처의 어려움, 사회적 고립, 건강 악화 등 다양한 위험에 노출되기 쉽다. 이에 따라 고령자가 익숙한 지역에서 안전하고 독립적으로 오래 살아갈 수 있도록 하는 '지역사회 기반의 지속가능한 복지체계'가 핵심 과제로 부상하고 있다. 특히 지역사회의 기능이 약화되고 가족 구조가 변화하는 가운데, 다양한 주체가 참여하는 다층적인 노인 돌봄 체계를 구축하는 것이 중요하다. 일본은 이러한 문제의식을 바탕으로, 고령자의 삶의 질을 보장하고 건강한 노화를 실현하기 위한 다각적인 노인복지정책을 추진해오고 있다.



<그림 11> 일본 75세 이상 고령자 수 추이

출처: “第1部 問題提起 「多死社会が抱える課題」 多死社会を迎える日本”
2040年の姿”, 齊木大, 2018, 일본종합연구소 홈페이지,
https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner63/20180928_sympo/1/

① 일본 노인의 지속 거주(Aging in Place) 모범 사례

가. 소규모 다기능형 주거 요양 서비스(Small-Scale Multifunctional Home Care Services)

일본의 소규모 다기능형 주거 요양 서비스는 고령화 사회에서 지역사회 기반 돌봄을 혁신적으로 실현한 대표적인 모델로, 2006년 4월 개호보험

제도 개정을 통해 도입되었다. 이 제도는 기존의 시설 중심 돌봄의 한계를 극복하고, 고령자의 다양한 욕구를 개별적으로 지원할 수 있도록 설계되었으며, 지역 밀착형 서비스로 분류된다. 주된 서비스로는 주간보호, 방문요양, 단기입소 서비스가 있으며, 이를 통합적으로 제공함으로써 이용자의 자립적 생활을 지원한다.

이 모델은 사업소당 약 30명 내외의 소규모 운영을 원칙으로 하며, 요양 필요도가 다양한 요지원 1·2에서 요개호 1~5 등급에 해당하는 노인까지 폭넓게 이용할 수 있다. 주요 특징은 크게 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 통합적 서비스 제공을 통해 각 고령자의 신체적·심리적 상태에 맞는 맞춤형 서비스를 제공함으로써 삶의 질 향상을 도모한다. 둘째, 개별화된 접근을 통해 지역사회 내에서 노인이 익숙한 환경에서 돌봄을 받을 수 있도록 지원하며, 돌봄 제공자와 수혜자가 동일한 지역에 거주함으로써 심리적 안정감과 접근성을 동시에 확보한다. 셋째, 지역사회 기반 운영을 통해 노인의 지역 참여를 촉진하고, 특히 돌봄 자원이 부족한 농촌 지역에서도 효과적인 대안을 제공하고 있다.

정책적으로는 노인 거주지 반경 30분 이내에서 종합적 지원을 제공하는 것을 목표로 하며, 이는 일본이 추진 중인 지역포괄케어시스템의 일환으로 기능하고 있다. 소규모 다기능형 주거 요양 서비스는 요양원에 대한 의존도를 줄이고, 가능한 한 고령자가 자신이 살던 곳에서 계속 생활할 수 있도록 하는 것을 지향한다. 이용자는 개호보험을 통해 서비스 비용의 대부분을 보장받으며, 본인 부담금은 일반적으로 전체 비용의 10% 수준이다. 다만 지역사회 계속 거주 정책제도의 지속성을 위해서 인력 및 재정적 문제를 해결하기 위한 정책 개혁이 필요한 상황이며 농촌 및 도시 지역 전반에 걸쳐 서비스에 대한 인식과 가용성을 확대하고 돌봄로봇, 원격의료 등 기술을 활용해 서비스 효율성을 제고하기 위한 과제가 남아있다.

나. 차노마(茶の間(Tea Room) 차를 마시는 공간) 프로젝트

차노마(茶の間, Tea Room) 프로젝트는 2014년 가을 일본 니가타시(新潟

市)에서 시작된 지역 커뮤니티 기반의 다세대 교류 공간 조성 사업으로, 노인의 사회적 고립 문제를 해소하고 지역사회 내 유대감을 강화하기 위해 공공과 민간이 협력하여 추진되었다. 이 프로젝트는 이후 일본 전역으로 확산되며 지역복지의 모범 사례로 평가받고 있다. 차노마는 지역 주민들이 정기적으로 모여 교류할 수 있는 공간을 제공하며, 특히 노인들이 지역사회와의 지속적인 관계를 유지할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 초등학생과 노인을 연결하는 세대 간 대화 프로그램을 운영함으로써 세대 간 이해와 연대를 증진하고 있다. 이용 요금은 약 300엔(한화 약 3,000원)으로 설정되어 누구나 부담 없이 참여할 수 있도록 하였으며, 지역 보건사와 물리치료사가 정기적으로 방문해 건강 상담과 운동 프로그램을 제공함으로써 노인의 신체적·정신적 건강 유지에 기여하고 있다. 이와 함께 지역 주민과 행정기관 간의 협력을 기반으로 운영되어 단순한 복지 서비스 제공을 넘어 지역 주민들이 자발적으로 참여하고 협력하는 공동체적 공간으로 자리매김 하였으며, 이는 지역 내 상호 지원 문화를 형성하는 데 중요한 역할을 하고 있다. 차노마 프로젝트는 노인 복지, 지역사회 통합, 세대 간 교류 촉진 등 다양한 사회적 가치를 실현하는 성공적인 민관 협력 모델로서, 지속 가능한 지역 커뮤니티 발전에 크게 기여한 사례로 주목받고 있다.



<그림 12> 민가를 활용한 지역주인 커뮤니티 공간 차노마 모습

출처: “有償で支えあう「茶の間」`行政と連携して高齢者の居場所を”, 井上俊明, 2020. 1. 28, 日経BP(Nikkei Business Publications, Inc.) <https://project.nikkeibp.co.jp/atclppp/PPP/434167/010900138/?P=2>

② 다사(多死) 사회에 대한 정책적 대응

일본은 초고령사회로 접어들면서 2040년경 사망자 수가 정점에 이를 것

으로 예상되자 ‘다사(多死) 사회’에 대비한 정책적 대응을 본격적으로 추진하고 있다.

가. 인생회의(ACP: Advance Care Planning)제도

이는 생애 말기 및 죽음을 맞이하기 전, 개인이 스스로 원하는 의료와 돌봄에 대해 미리 생각하고, 가족이나 신뢰할 수 있는 사람, 의료·돌봄팀과 반복적으로 논의하고 그 내용을 공유함으로써 삶의 마지막 순간을 존엄하게 준비하는 과정이다. 후생노동성은 이를 보다 국민에게 친숙하게 알리기 위해 ‘인생회의’라는 명칭으로 캠페인을 벌이며, 11월 30일을 인생회의의 날로 지정하여 적극적인 보급과 계발을 추진하고 있다. 인생회의에서는 ‘자신이 소중하게 여기는 것은 무엇인지’, ‘신뢰할 수 있는 사람은 누구인지’, ‘그들과 충분히 이야기를 나누었는지’, ‘그 결과를 공유했는지’ 등에 대해 성찰하고 토론하는 것을 권장하며, 이를 통해 본인이 원하는 의료와 돌봄 방식이 실제로 존중받을 수 있도록 한다. 이러한 계획은 의료진 중심의 지역 다직종 협업체계를 통해 구현되며, 일부 지자체에서는 구체적인 사례집도 제작되어 실천 기반을 확산하고 있다.

나. 말기(터미널) 케어 가산 제도

말기 환자에게 일정 기준 이상의 돌봄을 제공한 시설이나 사업소에 대해 가산 점수를 부여함으로써 제도적으로 말기 케어를 장려하는 것이다. 예컨대 사망 전 14일 이내 2회 이상의 방문 간호가 이루어진 경우, 사망 월에 2,000단위의 가산을 받을 수 있다. 이를 위해 사업소는 24시간 대응 체계를 갖추고, 주치의와 연계한 케어 계획을 마련하며, 이용자 및 가족의 동의를 받고, 관련 내용을 문서로 남기는 등의 요건을 충족해야 한다. 이 제도는 재가 방문간호, 정기 순회형 방문 간호, 간호 소규모 다기능형 주택 간호 등 다양한 서비스 유형에 적용되며, 특별양호노인홈과 같은 공공 요양시설에서도 말기 케어 제공이 확대되고 있다. 이를 통해 병원 중심의 임종에서 벗어나 자택이나 보다 인간적인 환경에서 생을 마무리하려는 수요에 대응하고 있으며, 환자의 존엄성과 선택권을 중심으로 한 말기 케어 체계를

제도적으로 정착시키려는 노력이 이어지고 있다.

③ 과학적 개호 정보시스템(LIFE)

일본의 과학적 개호 정보시스템(LIFE)은 초고령사회에 대응하기 위한 근거 기반의 개호(요양) 정책을 실현하기 위해 2021년부터 본격적으로 도입된 국가 차원의 데이터베이스 시스템이다. LIFE는 ‘Long-term care Information system For Evidence’의 약자로, 개호 서비스의 질 향상과 고령자의 자립 지원, 중증화 방지를 목적으로, 전국 개호 시설 및 사업소에서 수집된 이용자의 건강 상태, 케어 내용 등의 데이터를 분석하고 그 결과를 다시 현장에 피드백하는 순환 구조를 가진다. 이 시스템은 기존의 VISIT(통소·방문 재활 서비스 데이터 수집 시스템)과 CHASE(이용자 상태와 케어 내용등 정보를 수집하는 시스템) 데이터를 통합하여 구축되었으며, 각 개호 사업소는 이용자의 상태와 서비스 데이터를 LIFE에 입력하고, 후생노동성은 이를 분석하여 사업소 단위와 개인 단위로 다양한 피드백을 제공한다. 이러한 피드백은 서비스 질 평가, 케어플랜 개선, 시설 간 비교, 자립 지원 효과 측정 등에 활용된다.

LIFE 도입을 통해 일본 정부는 개호보험 제도의 지속가능성을 확보하고, 과도한 돌봄에서 벗어나 자립과 예방 중심의 개호로 전환하고자 하며, 구체적으로는 재활, 구강관리, 영양개선 등 3대 분야 중심으로 가산점 제도와 연계해 데이터 기반 개호를 유도하고 있다. 또한 LIFE는 PDCA(Plan-Do-Check-Action) 사이클을 기반으로 시설 내 자율적인 품질 개선 활동을 촉진하고, 이를 통해 이용자의 삶의 질 향상, 개호 인력의 업무 효율 개선, 사회보장비 억제 등 전반적인 사회적 선순환을 도모하고 있다.

LIFE의 도입은 기존에 표준화된 개호 지표가 없어 비교와 평가가 어려웠던 상황을 개선하며, 향후 DPC데이터(급성기 입원 의료를 대상으로 한 진료 보수의 포괄 평가 제도)와 연계되어 의료-개호 통합적 평가도 가능해질 전망이다. 일본은 LIFE의 정착을 위해 교육, 지침서 제공, 사례집 발간 등 다양한 정책적 노력을 병행하고 있으며, 이 시스템은 고령화가 빠르게 진행 중인 한국에도 중요한 시사점을 제공한다. 과학적 개호 정보시스템은 단순한 디지털

화가 아니라, 케어의 질을 향상시키고 고령자의 주체적 삶을 지원하는 데이터 기반 개호 전환의 핵심 인프라로 기능하고 있다.

④ 안부 확인 서비스

일본의 안부확인 서비스는 급속한 고령화와 독거노인 증가에 대응하기 위한 지역 기반의 예방적 돌봄 체계로서 발전해 왔다. 일본에서는 이를 ‘미마모리(見守り)’ 서비스라고 부르며, 단순한 생사 확인을 넘어 위험 조기 발견, 응급 대응, 고립 예방, 정보 제공, 정서적 안심 등을 종합적으로 제공하는 것을 목표로 한다.

중앙정부 차원에서는 2009년부터 ‘안심생활창조사업’을 통해 3년간 시범적으로 안부 확인 서비스 모델을 운영하였고, 이 서비스는 지역 주민, 자원봉사자, 행정기관 등이 다층적으로 참여하는 네트워크형 서비스로 구조화되었다. 특히 도쿄도는 「고령자 등의 안부확인 가이드북」을 통해 안부확인을 ① 주민 또는 민간이 일상 속에서 수행하는 ‘따뜻한 안부 확인’, ② 민생위원이나 자원봉사자가 정기적으로 담당하는 ‘담당자 수행형 안부 확인’, ③ 전문기관이 고위험군을 대상으로 수행하는 ‘전문적 안부 확인’으로 구분하고 이를 상황에 따라 적절히 연계하는 모델을 구축하였다.

민간부문에서도 다양한 서비스가 확대되고 있다. 대표적으로 우체국은 방문 및 전화 기반의 저비용 안부 확인 서비스를 제공하며, 도쿄가스, UR 도시기구 등 공공기관도 인프라를 활용한 서비스를 운영한다. **보안기업(세콤, 알속)**은 센서, 버튼, GPS 등을 활용한 고기능 IoT 기반 서비스를 통해 안부 확인, 응급 알림, 24시간 간호상담 등을 포함한 종합 서비스를 유료로 제공한다.

또한 지자체-민간 협력 사례로는 도쿄도의 ‘세이프티넷 주택 안심 서비스 지원 시범사업’이 있으며, 이는 취약계층을 위한 공공임대주택에 민간 안부 서비스를 결합해 지자체가 비용 일부를 보조하는 형태이다. 이를 통해 고령자 주거 안정과 돌봄을 통합적으로 실현하려 하고 있다.

일본의 안부확인 서비스는 기술(IoT)과 인간적 돌봄이 결합된 중층적 케어

체계로, 고령자의 자율성과 생활의 연속성을 해치지 않으면서도 필요 시 신속히 대응할 수 있도록 설계되어 있다. 단순한 생존 확인이 아닌, 지역 사회의 안전망 형성과 정서적 유대 형성까지 포함한 돌봄 서비스로 자리잡고 있으며, 이는 고령화가 빠르게 진행되고 있는 한국에도 유용한 시사점을 제공한다.

5) 중국⁵⁾

(1) 장기요양 돌봄 제도

중국은 급속한 고령화와 가족 구조 변화, 도시화 등의 사회적 변화에 대응하기 위해 장기요양 돌봄제도의 구축과 발전을 추진하고 있다. 중국의 장기요양 돌봄서비스는 자립 능력이 부족한 노인이나 장애인에게 의료와 생활 돌봄을 통합적으로 제공하는 것으로, 가정 중심 돌봄에서 사회와 국가가 책임지는 체계로 전환되고 있는 중이다. 초기에는 도시의 3무(무소득, 무부양자, 무노동능력) 노인과 농촌의 5보(식사, 의복, 주거, 의료, 장례) 대상자를 중심으로 선별적 지원이 이루어졌으나, 2010년 이후 ‘12.5 계획’ 등을 통해 장애·고령·저소득 노인 등으로 보장 대상이 확대되었고, 보편주의적 정책으로의 전환이 이루어졌다. 정부는 양로 서비스의 의료화, 재활화, 전문화 방향을 제시하고, ‘의료-양로 결합’ 과 통합적 돌봄을 위한 정책 문건들을 잇달아 발표하였다.

대표적인 제도로는 칭다오시에서 시작된 ‘장기의료요양보험’ 이 있으며, 이는 의료보험기금을 활용해 노인과 장애인의 의료 요양서비스를 지원하는 모델이다. 이후 2016년부터는 중앙정부 주도로 전국 15개 도시에서 장기요양보험 시범사업이 시작되었고, 이 제도는 모든 도시·농촌 주민을 대상으로 의료와 요양을 포괄하는 사회보험 체계로 설계되었다. 각 도시들은 자금 조달 방식, 보장 대상, 보장 항목 및 급여 수준에서 차별화된 모델을 실험하였으며, 주로 중증 장애인과 고령자를 우선 대상으로 삼고 있다. 서비스 유형은 병원 및 요양시설의 병상 간호, 가정 방문 간병, 자율적 간병 등에 이르며, 일부 지역에서는 치매 특화 돌

5) 장원보, 「중국의 장기요양 돌봄 제도의 발전 현황」, 국제사회보장리뷰 2019년 여름호 Vol. 9, pp. 78-97의 내용을 토대로 정리한 것임.

봄이나 예방 중심 서비스도 병행하고 있다.

시범사업은 노인과 가족의 경제적·심리적 부담을 경감시키고, 요양 서비스업의 발전과 고용 창출에도 기여하였다. 그러나 지역 간 불균형, 보장 대상의 협소성, 서비스 접근성과 질의 미비, 전문 인력 부족, 재정 지속 가능성 등의 문제가 여전히 존재한다. 특히 장기요양보험은 의료보험에 종속된 구조여서 가입 유형에 따른 불평등이 발생하고 있으며, 수요 기반이 아닌 공급 기반 접근으로 인해 실질적인 돌봄 수요를 충족시키지 못하는 한계가 있다. 따라서 향후에는 기금 마련의 다원화, 전문 인력 양성, 서비스 통합 및 표준화, 제도의 전국적 확산과 법제화가 주요 과제로 남아 있으며, 구조적 고령화와 가족 돌봄의 해체라는 사회적 변화에 효과적으로 대응하기 위해 포괄적이고 지속가능한 장기요양 돌봄체계 구축이 요구되고 있다.

6) 호주⁶⁾

(1) 노인돌봄서비스

호주의 노인돌봄서비스는 오랜 역사와 제도적 기반을 갖춘 가운데 최근에는 소비자 중심 접근을 확대하는 방향으로 지속적인 개혁이 이루어지고 있다. 호주는 고령화 사회로 진입하면서 65세 이상 인구가 전체 인구의 약 15%를 차지하며, 이들은 대체로 배우자나 가족과 함께 지역사회에서 거주하고 있다. 정부는 커뮤니티 기반 돌봄과 재가서비스를 중심으로 노인돌봄을 강화해왔으며, 공공의료시스템인 메디케어와 함께 재정지원이 이루어지고 있다. 1950년대 재가간호 지원에서 시작된 노인돌봄 정책은 1980년대 HACCC(Home and Community Care) 프로그램 도입을 거쳐, 2000년대 들어 서비스 조정과 돌봄가족지원, 퇴원 후 돌봄 등 다양한 형태로 발전해왔다. 2013년 ‘오래 잘 살기’ (Living Longer Living Better) 개혁을 통해 재가지원서비스는 CHSP(Commonwealth Home Support Program)와 재가돌봄패키지(Home Care Package)로 재편되었으며, 서비스 수준을 가장 기본적인 돌봄 욕구, 낮은 수준의 돌봄 욕구, 중간 수준의 돌봄 욕구,

6) 브라이오니 도, 「호주의 노인 돌봄 최근 동향」, 국제사회보장리뷰 2018년 겨울호 Vol. 7, pp. 25~35의 내용을 토대로 정리한 것임.

높은수준의 돌봄 욕구 등 욕구를 네 가지 수준으로 분류해 욕구에 맞춘 지원이 이루어진다.

최근에는 ‘소비자 중심 돌봄’ (CDC, Consumer Directed Care) 원칙이 도입되어 서비스 수급자 스스로가 공급자 선택, 서비스 구성, 예산 사용 등을 결정할 수 있게 되었으며, 이를 위한 포털 시스템 ‘나의 돌봄’ 을 통해 신청, 평가, 정보 제공이 통합적으로 이뤄진다. 커뮤니티케어는 교통, 가사, 식사, 주택개조, 간호, 사교활동 등 다양한 서비스를 포괄하며, 대부분의 노인들은 생애 말기로 갈수록 서비스 이용률이 증가한다. 그러나 서비스 수요가 공급을 초과하고 있어 수만 명이 대기자 명단에 있으며, 특히 높은 수준의 재가돌봄 서비스가 부족한 상태다. 서비스 제공자들의 낮은 임금과 사회적 평가, 교육 부족 문제도 지속적으로 제기되고 있다.

시설 돌봄은 전체 노인의 약 4.6%가 이용하고 있으나 정부와 개인 모두 선호하지 않으며, 중증 치매 등 고위험군 중심으로 운영되고 있다. 정부는 제도 통합과 서비스 품질 향상, 장기계획 수립을 통해 돌봄체계의 지속가능성을 모색하고 있지만, 여전히 시스템 접근성 문제, 표준화 부족, 효과 평가의 한계 등이 남아 있다. 호주의 사례는 공공주도의 광범위한 커뮤니티케어 제공과 소비자 중심 접근이라는 점에서 고령화 대응 정책의 참고 모델로 평가될 수 있다.

7) 네덜란드⁷⁾

네덜란드는 세계에서 가장 먼저 법정 장기요양보험제도를 도입한 국가로, 복지국가의 전통과 함께 장기요양 지출 규모가 매우 컸다. 1968년 시작된 ‘특별 의료비보장제도(AWBZ, National health insurance for exceptional medical expenses)’ 는 고령자, 장애인, 만성질환자 등에 대한 폭넓은 요양서비스를 보장했으며, 중앙정부가 재정과 규제를 맡고, 대규모 비영리기관이 주로 서비스를 제공하는 구조였다. 그러나 고령화와 요양서비스 수요 증가로 인한 지속적인 지출 확대는 재정적 압박을 가중시켰고, 이에 따라 네덜란드는 2015년 대규모 구조개

7) 이윤경, 「네덜란드의 장기요양 개혁」, 국제사회보장리뷰 2018년 가을호 Vol. 6, pp. 66~75

바바라 다 로잇, 「네덜란드 장기요양 개혁이 돌봄 노동에 미친 영향」, 국제사회보장리뷰 2019년 봄호 Vol. 8, pp. 16~25의 내용을 토대로 정리한 것임.

혁인 ‘WMO 2015’ 를 단행하게 된다. 이 개혁은 중앙정부 중심의 보편주의에서 지방분권적 맞춤형 지원 방식으로의 전환을 의미하며, 지역사회 거주 노인의 자립생활을 가능하게 하고, 비용 효율을 높이며, 공공지출을 줄이기 위한 목적에서 추진되었다.

(1) 장기요양 개혁

2015년 개혁의 핵심은 기존의 AWBZ를 폐지하고, 기능을 네 가지 법률로 재편하는 것이었다. 즉, 중증 환자를 위한 시설 중심 서비스는 ‘장기요양법(WLZ)’, 가정 간호 등 의료서비스는 ‘건강보험법(ZVW)’, 일상생활 지원 등 사회서비스는 ‘사회지원법(WMO)’, 아동 및 정신건강 문제는 ‘청소년법(Jeugdwet)’ 이 각각 담당하게 되었다. 이로써 의료-요양-사회서비스 간의 역할을 명확히 구분하고, 지방정부가 돌봄 필요도 평가를 수행하며 서비스를 조정·제공하는 체계로 전환되었다. 또한 ‘노인의 지역 거주(Aging in Place)’ 를 실현하기 위해 지역간호사 제도를 부활시키고, 은퇴자를 자원봉사로 동원하거나, 지역 청년을 연결하는 방식의 새로운 자조적·통합적 모델도 도입되었다. 사회적 비용 절감을 위해 ‘경증 돌봄’ 수급자에 대한 입소 자격은 대폭 제한되었고, 대신 이들은 지역 내 비공식 자원과 연계한 재가 중심 돌봄체계로 흡수되었다. 이에 따라 시설 중심의 돌봄은 중증 환자 중심으로 재편되고, 나머지는 지역 기반의 맞춤형 돌봄체계로 재조정되었다.

(2) 장기요양 개혁이 돌봄노동에 미친 영향

네덜란드의 2015년 돌봄 개혁은 노인들이 시설에 가지 않고 가능하면 오랫동안 자택에 거주할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 지역에 거주하는 노인을 중심으로 한 지방자치단체의 역할이 강화되었다. 요양이 필요한 노인 중 매우 심각한 보호를 필요로 하여 계속적으로 지켜봐야 하는 경우는 시설요양이 필요한 것으로 보아 장기요양보험법(WLZ)에서 보호하고, 그 이외의 노인은 건강보험과 지역복지 영역에서 보호한다. 지역에 거주하는 노인을 보호하는 사례는 네덜란드 바우덴베르호시를 통해 살펴보았으며, 그 내용은 다음과 같다. 바우

덴베르흐시는 위트레흐트주에 위치한 인구 1만 2000명(2017)의 소규모 도시이다. 시청의 사회지원과에서는 돌봄이 필요한 노인이 발생할 경우 욕구조사를 철저히 한다. 욕구조사신청은 주로 주치의나 해당 지역 전문가(가정방문간호사, 요양보호사 등) 또는 시청 사회지원팀(Social team)에 의해 이루어진다. 지역정부는 노인의 자립성, 가족 상황, 친구·이웃 자원, 시장 보기, 교회 활동, 특히 봉사를 활용한 식사 준비 등의 자원에 대해 철저히 조사한다. 조사실시자는 시청의 컨설턴트(시 공무원)이며, 노인에게 복합적인 문제가 있을 경우에는 의사, 물리치료사, 재활치료사 등이 방문하게 된다. 욕구조사는 주로 컨설턴트 2명(1명은 파트타임)이 수행한다. 지역 사회지원팀은 가정 지도를 수행하거나 노인이 스스로 생활할 수 있도록 돕고, 지도자의 역할을 하거나 미용실 약속을 잡아 주는 등의 역할도 수행한다. 지역사회 네트워크의 중요성, 교회와의 긴밀한 연계, 교인들이 자원봉사로 치매 노인을 방문하는것을 중요한 사업이라고 생각한다. 바우덴베르흐시는 ‘바우덴베르흐는 서로 돕는다’ 라는 지역조직 운동, 공동체를 강조한다.

지역사회의 치매 노인 돌봄을 위해서는 치매 주간보호, 치매 가족에 대한 정보 제공·교육, 초기 치매의 경우 매주 모임 진행, 알츠하이머 카페 운영, 방문요양(간호)서비스 제공 과정에서 치매 노인 케어매니저를 통한 상담과 교육 등이 이루어진다.

2015년 개혁으로 인한 가장 큰 변화로는 노인 보호에 대한 인식 변화를 들 수 있다. 이 개혁은 노인의 자립생활을 강조하는데, 노인 스스로 자립적으로 선택하고 생활할 수 있도록 정보와 선택권을 제공하고, 주변 사람의 참여를 촉진하기 위해 노력하며, 법적으로 자녀에게 보호를 강요하지는 않지만 가족과 자녀들이 격려를 받으며 노인을 돌볼 수 있도록 지지하고, 과거 재정 지원에 그쳤던 가족 돌봄(mautal zorger)에 대해 이제는 활동 계획, 정서적 지원, 치매교육 등의 서비스로 가족을 지원하는 등 다양한 차원에서 접근한다. 하지만 이에 대한 지방정부별 내용이 상이하며 일부 지역에서는 현금지원을 하기도 한다. 지역 중심의 의료·요양·사회서비스에 대한 2015년의 개혁을 통해 국민들의 인식에도 변화가 나타났다. 국민들도 노후에 최대한 지역에서 거주하는 것으로 생각하고, 요양시

설은 삶의 말기에 이용하는 것으로 인식하기 시작했다. 또한 노후에 최대한 자립적으로 지역에서 거주하기 위해서는 노인 스스로 자립하기 위한 노력을 해야 한다는 인식이 높아졌다.

지자체에서는 집 안 개조(집 안 엘리베이터 설치, 노인 보조의자 사용, 문 넓히기 등)와 가족에 대한 지원을 하며, 특히 치매 가족에 대해서는 치매에 대한 교육·정보 제공, 정책적 지원 등 다양한 지원을 한다. 지역에서의 가사 지원은 개인이 비용을 지불하는 방식으로 하되, 소득에 따라 차이는 있으나 일반적으로 1시간에 22유로(한화 약 2만 9천 원)이다. 지자체에 서비스의 양, 비용 등에 대한 획일화된 기준은 없으며 개인에 따라 개별화되어 있다. 따라서 일주일에 방문하는 시간, 빈도가 노인에게 따라 매우 상이하다.

네덜란드 지역에서의 노인 보호는 제공 주체의 우선순위를 지칭하는 ‘노인 보호 피라미드’를 제시한다. 공식적 서비스가 제공되기 전에 가족, 친척, 자원봉사, 지역 등의 도움으로 보호를 하고, 이후 전문가, 사회팀(지자체 전문 직원)에 의한 보호를 제공한다. 즉, 노인 보호제공 인력을 단계적으로 구분하고, 가능한 비공식적 자원을 통해 욕구 충족을 할 수 있도록 노력하며, 점차적으로 공식적 서비스로 나아가는 형태이다.

2015년 개혁의 또 다른 내용 중 하나는 지역간호사 제도의 부활이다. 지역간호사 제도는 100년 전부터 있었으나, 2015년부터 ‘지역간호사’라는 명칭을 회복하고 활성화되었다. 지역에서 노인, 장애인 등에게 필요한 서비스가 무엇인지를 파악하고 가정방문을 통해 간호서비스를 제공한다. 지역간호사 제도의 부활로 지역사회에 거주하는 노인의 의료적 욕구를 즉각적으로 해소할 수 있게 되었다. 지역간호사의 업무 방식은 간호와 요양이 팀을 이루어 활동하는 형태이다. 일반적으로 12명이 1개 팀을 이루어 직접 서비스뿐 아니라 행정 관리까지 하게 된다. 간호사는 간호업무 외에 요양업무도 할 수 있으며, 실제로 서비스를 제공할 때 간호와 함께 요양업무도 수행한다. 이는 이용자 중심의 서비스 제공 체계로서, 1명의 노인에게 지나치게 많은 서비스 제공자가 방문하기보다는 가능한 적은 수의 제공자가 방문하도록 하기 위한 방안이다. 간호사 이외에 요양서비스를 제공하는 요양사가 있으나, 이들의 업무는 요양에 국한되어 있다. 그러나

대부분의 노인이 복합적인 건강 문제를 갖고 있어 영양만을 필요로 하는 사례가 드물어 영양사의 업무가 적은 것이 문제로 부각되고 있다. 방문요양간호는 노인 방문의 경우 1일 필요에 따라 1회~수회 진행되며, 대부분 1회에 10분 정도 방문하고 최대 35분으로 배치된다. 상처 치료 등을 할 경우 시간이 많이 소요되지만, 약을 챙겨 주거나 인슐린 주사를 놓거나 압박양말(혈액순환용)을 신기거나 벗기는 등의 간단한 업무는 시간이 많이 소요되지 않는다. 이 외에 목욕 등의 신체 지원도 포함된다. 1명의 클라이언트에게는 평균 3명 정도의 간호사 또는 영양보호사가 방문한다. 네덜란드는 파트타임의 근로 형태가 일반적이어서 오전, 오후, 야간 등의 간호사 또는 영양보호사가 방문하는 형태이다. 또한 네덜란드는 지역 간호업무의 효율화를 위해 기계 또는 전산 프로그램을 적극적으로 용하고 있다. 예를 들어, 자동으로 약이 나오는 기계, 영양 플랜을 세우는 프로그램(zorgplan), 간호 프로그램(NANDA 등)을 활용한다. 또한 지역간호사는 태블릿PC를 활용하여 케어 프로그램에 따라 노인의 집을 방문하여 서비스를 제공할 때마다 서비스 내용, 노인의 상태 등을 기록한다. 서비스 제공 기록을 전산화하여 직원 간에 서비스 대상 노인의 상태, 이전에 제공된 서비스 내용 등에 대한 정보를 공유하는 체계를 갖추고 있다.

8) 덴마크⁸⁾

덴마크는 대표적인 노르딕 복지국가로, 공공이 주도하는 포괄적이고 보편적인 돌봄 체계를 기반으로 ‘돌봄 국가’라 불린다. 이 나라는 공공서비스 모델을 중심으로 장기요양을 포함한 노인 돌봄을 국가가 책임지는 체계를 오래전부터 유지해왔으며, 이를 통해 탈가족화된 돌봄과 여성의 사회참여 확대를 동시에 추구해왔다. 특히 탈시설화를 기본 방향으로 삼아 시설 중심 돌봄에서 벗어나 지역사회 기반의 재가 돌봄 서비스를 중심으로 정책을 전개하였고, 이를 통해 자택에서 가능한 오래 거주하며 돌봄을 받을 수 있도록 하였다. 덴마크는 다른 노르딕 국가들보다 재가 돌봄 서비스에 더 많은 예산을 배정하고 있으며, 65세 이

8) 티네 로스트고르, 「덴마크 공식 돌봄 및 비공식 돌봄 변화」, 국제사회보장리뷰 2020년 봄호 Vol. 12, pp. 5-16의 내용을 토대로 정리한 것임.

상 노인의 약 11%가 재가 돌봄을 이용하고 있다. 그러나 2008년 이후 재가 돌봄 서비스 수급자 비율은 줄어들고 있으며, 현재는 가장 허약한(frail) 노인을 중심으로 서비스 제공이 집중되고 있다. 이는 서비스 대상의 선정이 더 엄격해졌고, 서비스 이용 시간도 단축되는 등 공공 돌봄의 자원 집중 전략이 강화된 결과이다.

이러한 변화는 공식 돌봄 노동에도 영향을 주었다. 덴마크의 재가 돌봄 노동자는 대부분 여성이며, 덴마크 국적의 중년 이상의 숙련된 노동자로 구성되어 있다. 이들은 일정한 교육훈련 과정을 이수하고 공공부문에 고용되어 있으며, 복지국가의 핵심 인력으로 간주된다. 그러나 최근 돌봄 노동은 업무의 다층화와 문서화 증가, 업무 시간 단축, 대상자 증가 등으로 인해 업무 강도가 높아지고 있으며, 직무 만족도 저하와 이직 의향 증가 등으로 나타나고 있다. 15분 이내의 짧은 방문 시간에 여러 명을 돌봐야 하며, 감정노동이나 대화 중심의 사회적 돌봄은 점차 축소되고 있다. 이로 인해 돌봄 노동은 여전히 고되고 인정받지 못하는 일로 인식되고 있으며, 낮은 임금 수준과 정치적·행정적 인식 부족이 이러한 경향을 강화시키고 있다. 이러한 문제를 해소하기 위해 덴마크는 돌봄 교육을 개편하고, 실습 중심의 SOSU 헬퍼 및 어시스턴트 프로그램을 운영하여 인력 양성과 직업 연계를 강화하고 있으나, 여전히 돌봄 노동의 위상 개선은 과제로 남아 있다.

한편, 공식 돌봄의 축소는 비공식 돌봄의 중요성을 더욱 부각시키고 있다. 덴마크는 가족 돌봄 의존도가 낮은 나라로 평가되지만, 공공 돌봄 서비스의 축소에 따라 배우자나 자녀의 돌봄 부담이 증가하는 추세다. 특히 52세 이상 자녀가 수행하는 청소, 정원 관리, 외출 동행 등 간접적인 돌봄은 꾸준히 증가하고 있으며, 이는 일과 삶의 균형에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 따라 덴마크는 비공식 돌봄 제공자에 대한 다양한 지원 제도를 마련하고 있다. 대표적으로 단기 휴식 제공, 돌봄 수당, 시민관리 퍼스널 어시스턴스 제도 등이 있으며, 일부 지자체에서는 가족을 공식 돌봄인력으로 직접 고용할 수도 있다. 그러나 이러한 제도의 이용률은 아직 낮고, 비공식 돌봄에 대한 사회적 인정과 제도적 보상은 여전히 미흡한 수준이다. 결과적으로, 덴마크의 공식 돌봄체계는 점점

더 전문화되고 의료화되면서 ‘사회적 돌봄’의 성격이 약화되고 있으며, 이로 인해 비공식 돌봄의 역할과 부담이 커지고 있다. 향후 돌봄 체계 개편에서는 이 두 영역 간의 균형과 조화를 고려한 통합적 접근이 필요할 것으로 보인다.

9) 독일⁹⁾

(1) 독일의 장기요양제도

독일은 1995년 세계 최초로 법정 장기요양보험(수발보험, Pflegeversicherung)을 도입한 국가로, 고령자 및 장애인 등 돌봄이 필요한 사람을 위한 제도적 기반을 구축해왔다. 장기요양보험은 건강보험과 별도로 전 국민을 대상으로 하며, 장기요양등급(1~5급)에 따라 재가급여, 시설급여, 주야간 보호, 단기 보호 등 다양한 형태의 서비스를 제공한다. 특히 ‘재가 우선 원칙’에 따라 장기요양급여의 다수는 가정에서 돌봄을 제공받는 방식으로 운영되며, 가족이 직접 돌봄을 제공하는 경우 현금급여가 지급된다. 이는 독일 장기요양제도의 핵심적 특징 중 하나로, 가족 중심의 비공식 돌봄을 일정 부분 제도적으로 보상하려는 취지를 갖는다.

한국과 마찬가지로 독일 재가 영역에서도 코로나19 감염에 대한 두려움으로 서비스를 일시적으로 취소하는 현상이 나타났으며, 주간보호시설의 폐쇄로 가정 내 돌봄의 중요성이 더욱 커졌다. 또한 코로나19 사태가 국가 간 이동에 영향을 주면서 재가 영역에서 비공식적으로 노인돌봄을 수행하였던 동유럽 출신 돌봄 인력에도 영향을 미쳤다. 위와 같이 코로나19위기 상황에서 재가 영역의 비공식 돌봄제공자의 돌봄 부담이 심화되고 있지만 이들에 대한 지원은 충분하지 않다. 일시적으로 기존 장기요양제도를 강화 혹은 기준을 완화하는 수준의조치가 이루어지고 있고 가족·친척 등의 인력에 대한 추가적인 지원은 없는 상황이다. 기존 장기요양제도는 가족 및 친척이 돌봄(수발)을 수행하는 경우 2등급부터 간병을 받는 대상에게 현금급여를 지급한다. 2020년 9월 30일까지 요양등급이 1등급

9) 게르하르트 베커, 「노동시장 변화에 따른 독일 연금제도 개혁」, 국제사회보장리뷰 2022년 여름호 Vol. 21, pp. 31-42

김유휘, 「코로나19 위기와 독일 장기요양제도의 대응」, 국제사회보장리뷰 2020년 여름호 Vol. 13, pp. 60-70

박수지, 「독일 돌봄 인력의 현황과 정책 동향」, 국제사회보장리뷰 2019년 봄호 Vol. 8, pp. 5-15의 내용을 토대로 정리한 것임.

인 경우에도 125유로의 현금지원을 받을 수 있도록 지원하고 있다. 즉, 현금지원 대상을 임시로 확대하여 가정 내 돌봄을 지원하는 것이다. 다음으로 독일 장기요양제도는 가족 등의 돌봄이 일시적으로 불가능한 경우 단기보호를 지원받아 수급자가 시설에서 최대 8주간 1612유로까지 서비스를 이용하도록 한다. 코로나 19 사태에 대응하여 가정 내 돌봄 인력이나 요양시설에서 돌봄을 제공하지 못하는 경우에 재활시설 또는 의료시설 등에서 단기보호를 제공하며 2020년 9월 30일까지 재활 및 요양시설에서 최대 2418유로까지 단기보호를 지원받도록 지원 수준을 강화하였다. 또한 위에서 설명한 것처럼 코로나19에 대응하여 재가 영역의 작업 도구(앞치마, 소독제, 장갑 등) 지원을 서비스 이용자 1인당 월 60유로로 확대하였으며, 이와 같은 지원 수준 강화 조치는 재가 영역의 가족·친척 돌봄제공자에게도 동일하게 해당된다.

10) 스웨덴¹⁰⁾

(1) 노인 돌봄 정책

스웨덴의 노인 돌봄 정책은 지역사회 기반의 탈시설 원칙에 따라 운영되며, 노인의 자립성과 삶의 질을 중심에 두고 있다. 과거 빈민구제에서 시작된 스웨덴의 공공 돌봄은 20세기 중반부터 재가돌봄서비스(Home Help)의 형태로 전환되었으며, 현재는 대부분의 노인이 지역사회에서 돌봄을 받는다. 돌봄 서비스는 주거보조, 식사배달, 교통서비스, 야간순찰, 가정의료돌봄 등 다양한 형태로 제공되며, 지방정부(코뮌)가 재정과 운영을 맡는다.

스웨덴은 공공서비스와 가족 돌봄의 균형을 중시하며, 대부분의 서비스는 이용자의 소득 수준에 따라 자기부담금이 부과되지만 자산은 고려하지 않는다. 돌봄 서비스 이용자의 약 30%는 건강 상태나 소득 수준에 따라 무료로 이용하고 있으며, 이용률은 재가돌봄이 약 8%, 시설보호가 약 4% 수준이다. 재정은 주로

10) 게르트 슌드스트룀, 「스웨덴의 노인 돌봄 서비스와 지역사회의 역할」, 국제사회보장리뷰 2018년 겨울호 Vol. 7, pp. 36-48

고숙자, 「스웨덴의 보건의료·장기요양 재정 지출 효율화 사례」, 국제사회보장리뷰 2022년 여름호 Vol. 21, pp. 67-82

남궁은하, 「노인·장애인 부양가족을 위한 미국의 정책 변화와 시사점」, 국제사회보장리뷰 2019년 겨울호 Vol. 11, pp. 76-87의 내용을 토대로 정리한 것임.

지방세로 충당되며, 중앙정부의 지원은 제한적이다.

돌봄서비스의 내용과 이용 조건은 각 지방정부의 판단에 따라 결정되며, 서비스의 질과 양은 지역별로 차이가 있다. 서비스 결정에 대한 항소권과 공문서 공개 원칙이 보장되어 투명성과 책임성이 제도적으로 확보되어 있다. 최근에는 병원 퇴원 후의 돌봄 연계를 위해, 퇴원 지연 시 지방정부가 비용을 부담하게 되어 있어 지역사회 돌봄의 책임이 강조되고 있다. 이러한 구조는 스웨덴이 고령화에 대응하면서도 돌봄의 품질과 지속가능성을 함께 추구하는 정책적 특징을 보여준다.

(2) 장기요양 재정 지출

스웨덴은 전통적인 의미의 장기요양보험 제도는 존재하지 않지만, 공공 재정과 지방정부 중심의 보편적 복지 체계를 통해 고령자 및 만성질환자에게 필요한 장기요양서비스를 제공하고 있다. 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합은 1992년의 에델 개혁(Ädelreformen)을 통해 본격화되었으며, 이 개혁을 통해 기초자치단체(코문)는 요양병상 운영과 지역사회 기반 돌봄을 담당하게 되었다.

에델 개혁의 주요 내용은 병원 중심의 장기입원을 줄이고, 지역사회에서 적절한 돌봄이 이루어지도록 재정 책임을 코문으로 이관하는 것이었다. 이에 따라 사회적 입원이 대폭 감소하고, 퇴원 이후의 돌봄 책임이 명확해지면서 환자 중심의 돌봄체계가 정착되었다. 코문은 퇴원 후 재가돌봄과 너싱홈 운영을 통해 고령자의 지속적인 관리가 가능하게 되었고, 돌봄서비스와 건강관리의 연계성도 강화되었다.

2000년대 이후 스웨덴은 장기요양의 효율성과 질 향상을 위해 ① 민간 공급자와의 경쟁 도입, ② 의료 및 사회서비스 통합, ③ 비용 절감을 위한 탈시설화 전략, ④ 주민 선택권 확대 등의 정책을 시행하고 있으며, 장기요양서비스의 보편성·지속가능성·지역밀착성을 동시에 확보하기 위한 체계를 구축해나가고 있다. 이러한 구조는 한국을 비롯한 다른 국가들이 고령사회에 대응하는 데 중요한 정책적 시사점을 제공한다.

11) 영국¹¹⁾

(1) 노인 돌봄 정책

영국의 노인 돌봄정책은 보건서비스(NHS)와 분리된 사회복지 영역에서 관리되며, 지역사회 기반 재가 돌봄과 요양시설 돌봄으로 구분된다. 코로나19 팬데믹은 이러한 노인 돌봄체계의 구조적 한계를 드러낸 사건이었다. 정부는 긴급 대응을 위해 ‘노인 돌봄 겨울 플랜(Adult Social Care Winter Plan)’을 수립하고, 무료 PPE 제공, 예방접종 우선 대상 지정, 병원-요양시설 간 연계 강화, 재택 돌봄 확대 등을 추진하였다. 그러나 초기 대응은 매우 미흡했고, 약 2만7천여 명의 요양원 거주 노인이 사망하면서 정책의 실효성에 대한 비판이 제기되었다.

이후 발표된 ‘People at the Heart of Care(2021)’ 백서에서는 54억 파운드의 재정 투입을 통해 요양·재가서비스 이용자의 간병비 경감, 인력 보강, 지역 보건의료 연계 강화를 약속했다. 그럼에도 불구하고 노인 돌봄서비스는 여전히 자산조사 기반의 선별복지로 운영되며, 고질적인 인력난과 지역 간 불균형, 요양시설의 감염관리 취약성 등의 문제가 지속되고 있다.

(2) 통합 돌봄 정책

영국은 보건의료(NHS)와 사회적 돌봄 간의 분절성과 비효율을 해소하기 위해 통합 돌봄(integrated care) 정책을 추진해왔다. 이는 고령화와 복합질환자의 증가에 대응하여, 병원 외 지역 기반 서비스와 다전문가 간 연계 시스템을 구축하려는 시도로, ‘더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund)’, ‘통합 돌봄 선구자 사업(Integrated Care Pioneers)’ 등이 대표적인 프로그램이다. 그러나 이러한 통

11) 전용호, 「영국의 성인 사회적 돌봄 서비스의 예산 건축과 그 결과」, 국제사회보장리뷰 2017년 겨울호 Vol. 3, pp. 27-36

캐럴라인 글렌디닝, 「위기에 처한 영국의 사회적 돌봄: 잉글랜드를 중심으로」, 국제사회보장리뷰 2018년 겨울호 Vol. 7, pp. 16-24

남궁은하, 「영국의 치매 친화 지역사회 정책」, 국제사회보장리뷰 2022년 가을호 Vol. 22, pp. 5-16

최영준, 「영국 복지 건축의 영향: 불평등에서 ‘브렉시트(Brexit)’ 까지」, 국제사회보장리뷰 국제사회보장리뷰 2017년 겨울호 Vol. 3, pp. 13-26

김경환, 「영국 통합 돌봄 체제의 현황과 과제」, 국제사회보장리뷰 2019년 봄호 Vol. 8, pp. 114-118

어유경, 「현장 중심 역량 강화를 위한 영국 성인돌봄서비스 종사자 자격체계」, 국제사회보장리뷰 2022년 여름호 Vol. 21, pp. 83-99의 내용을 토대로 정리한 것임.

합은 기존 예산의 재배치에 그쳐 실질적 효과는 제한적이었으며, 예산 절감이나 병상 사용률 감소와 같은 구체적 성과는 뚜렷하지 않았다. 국가감사원의 평가에 따르면, 기대했던 통합 효과는 미흡하였고, 지역 간 편차도 매우 컸다. 그럼에도 불구하고 NHS 장기계획(NHS Long-Term Plan, 2019)을 통해 통합 돌봄은 계속해서 중점 추진되고 있으며, 영국 복지정책의 구조적 개혁 과제 중 하나로 남아 있다.

(3) 비공식 돌봄 제공자 지원 정책

영국에서는 약 900만 명에 달하는 비공식 돌봄 제공자(가족, 친구, 이웃 등)가 존재하며, 이들의 노동 가치는 NHS 연간 예산에 필적하는 수준으로 평가되고 있다. 이에 따라 정부는 돌봄제공자의 권리를 제도적으로 인정하고, 다양한 지원을 마련해 왔다. 1995년 제정된 「돌봄자 인정 및 서비스법」은 돌봄 제공자에게 공식적인 법적 지위를 부여하였고, 이후 「돌봄자 및 장애아동법」(2000) 등은 지방정부로 하여금 돌봄제공자의 복지를 지원할 의무를 부여하였다. 경제적 측면에서는 ‘돌봄자수당(Carer’s Allowance)’을 통해 일정 조건을 만족하는 돌봄자에게 급여를 지급하고 있으며, 휴식지원(break services), 재훈련 기회, 정보 제공, 감정 지원 등 다양한 서비스도 병행되고 있다. 그러나 여전히 여성, 저소득층, 비정규직 종사자에 집중된 무급 돌봄 부담은 심각한 사회문제로, 이들을 위한 통합적이고 지속적인 정책 개입이 요구되고 있다.

12) 프랑스¹²⁾

(1) 노인과 그 가족을 지원하기 위한 돌봄제도

프랑스 돌봄제도의 첫 번째 범주에는 재가돌봄과 시설보호 모두에서 제공되는 사회·보건서비스가 포함된다. 프랑스에서는 가정과 시설에서 전문적인 돌봄 서비스를 제공할 공식부문의 돌봄노동이 발전했다. DREES의 조사에 따르면 2015년 기준 72만 8000명의 노인이 시설보호를 받았는데, 이는 2011년보다 4.8% 증

12) 블랑시 르비앙, 클로드 마르탱, 「프랑스의 장기요양제도와 사회적 돌봄」, 국제사회보장리뷰 2018년 겨울호 Vol. 7, pp. 5~15의 내용을 토대로 정리한 것임.

가한 수치이다. 최근에수행된 CARE 조사에서는 가정에 거주하는 노인 수가 대략 40만명(의존성이 높은 노인들만 포함)과 150만 명(중간 정도의 의존성을 가진 노인들까지 포함)으로 추산되었다.

돌봄제도의 두 번째 범주는 ‘돌봄 조정’ (care coordination), ‘돌봄 통합’ (care integration)과 관련된 것이다. 이 범주는 보건과 사회돌봄 영역의 서로 다른 전문가들, 프랑스 장기요양정책에 관여하는 기관 등 여러 이해관계자들의 협력을 촉진하는 방향으로 발전되었다. 이러한 관점에서 1996년 ‘노인돌봄 네트워크’ (réseaux gérontologiques)가 설립되었으며, 최근에는 돌봄의 지속성을 촉진하기 위해 MAIA(자립성 촉진을 위한 통합 돌봄 프로그램), PAERPA(자립성 상실의 위기에 처한 노인을 위한 프로그램), PTA(돌봄 조정 플랫폼 지원 프로그램) 등이 도입되었다. 보건 종사자들과 사회돌봄 종사자들의 조정적 역할을 돕기 위해 고안된 이 프로그램들은 각각 예방, 복잡한 상황에 대한 대처, 보건 및 사회적 돌봄에 초점을 맞추고 있다. 어떤 지원 프로그램이 있는지, 필요한 정보를 어디서 찾을 수 있는지 노인과 그 가족에게 알려 주는 조정역할도 필요하다. 이를 위해 2000년대 초 지역정보·조정센터(CLIC: Centres locaux d'information et de coordination)가 설립되었다.

프랑스 돌봄제도의 마지막 범주는 비공식 돌봄 종사자들이다. 더 이상 가족이 홀로 돌봄을 담당하도록 내버려 두지는 않지만, 공공 프로그램이 가족의 돌봄을 대체하는 것은 아니다. HSA 조사에 따르면(Soullier, 2011), 돌봄을 받고 있는 사람의 48%는 비공식 돌봄자에 의해서만 돌봄을 받고, 20%는 전문가에 의해서만 돌봄을 받으며, 32%는 전문가와 비공식 돌봄자 모두에게 돌봄을 받는 것으로 나타났다. 다시 말해 돌봄을 받는 사람 10명 중 8명은 친족의 돌봄을 받는다는 것이다. 노인을 돌보는 비공식 돌봄자 중 44%(60세 이상 노인)는 배우자이다. 비공식 돌봄자 중 20%는 딸이며, 13%는 아들, 또 다른 13%는 아버지나 어머니인 것으로 조사되었다.

돌봄을 외부에 위탁할 수 있게 되면서 여러 전문가들의 역할을 조정할 필요성과 비공식 돌봄자의 ‘돌봄 관리자’ (care manager) 역할이 부각되었다. 예산 삭감의 기조 속에서 새로운 서비스를 만드는 것이 어려워지자 돌봄을 제공할 뿐

아니라 돌봄 관리자로서의 역할을 수행하는 비공식 돌봄자(친족뿐 아니라 이웃 혹은 친구)의 중요성이 부각되면서 이러한 역할이 「2015년 고령사회적응법」(loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement)에 반영되었다. 프랑스에서 비공식 돌봄자를 위한 정책은 이들에 대한 재정적 보상보다는 이들의 활동을 지원하는 데 초점이 맞춰져 있다. 친족(배우자 제외)의 돌봄을 보상하는 데 개인자립수당(APA)을 활용할 수 있지만, 이러한 방법은 많이 쓰이지 않는다.

「2015년 고령사회적응법」은 프랑스 장기요양정책의 전환점이다. 이 법률은 의존성이라는 개념에 초점이 맞춰진 1990년대의 노령에 대한 보상적·의료적 접근 방식에서 벗어나 ‘건강한 노화’ (Delaunay, 2017) 등 예방을 지향한다. 이 법의 주요 과제는 다음 세 가지이다. 첫째 자립성 상실에 대한 예방, 노인 고립의 예방 및 퇴치[2017년 1억 8500만 유로(약 2361억원)], 둘째 2017년까지 8만 채의 민간 주택 개조 프로젝트 추진 및 ‘자립요양원’ (autonomyresidence)으로 이름을 바꾼 요양시설 개선[2017년 8400만 유로(약 1072억원)], 셋째 재가돌봄을 우선으로 자립성을 상실한 노인 지원하기[2017년 4억 6000만 유로(약 5873억원)가 그것이다.

13) 핀란드¹³⁾

(1) 장기요양서비스

핀란드는 장기요양서비스를 보편적 복지로 제공하며 약 300여 개의 기초자치단체가 중앙정부 지침에 따라 자율적으로 운영했다. 공공·민간·비공식 부문이 모두 장기요양서비스를 제공하는 체계로 운영되며, 지자체 간 서비스 질과 규모의 차이로 인해 시민들이 비공식 돌봄을 선호하는 경향이 나타났다. 2015년 유하 시필레 정부는 정책 방향을 시설 중심에서 재가 및 비공식 돌봄 중심으로 전환했고, 이에 따라 재가서비스 이용률은 시설 이용률의 두 배 수준인 9.5%까지 상승했다. 비공식 돌봄은 장기요양서비스 수요 증가에 대응하기 위한 주요 수단으로 활용되었고, 정부는 재정적 절감을 기대하며 이를 적극 장려했다. 1990년대

13) 박영선, 「핀란드의 장기요양서비스와 비공식 돌봄 제공자 지원 정책」, 국제사회보장리뷰 2022년 겨울호 Vol. 23, pp. 121~127의 내용을 토대로 정리한 것임.

부터 시설 투자가 중심이었으나 2015년 이후 재가서비스에 재원을 집중하면서 돌봄 서비스 전반의 구조가 변화했다. 장기요양서비스의 복잡성과 정보 접근의 어려움으로 인해 시민들이 자신에게 적합한 서비스를 찾기 어려워졌고, 이는 비공식 돌봄 확대의 또 다른 배경이 되었다.

(2) 비공식 돌봄 제공자 지원 정책

비공식 돌봄 제공자는 가족 등 가까운 사람을 주거환경 내에서 돌보는 자로 정의되며, 2021년 기준 약 5만 명이 등록되어 있고 대다수가 여성이며 절반 이상이 65세 이상이었다. 돌봄 대상자의 주요 질환은 치매였으며, 정부는 이들이 없으면 절반 이상의 돌봄 수혜자가 전문 재가서비스나 시설에 입소할 것으로 예측했다. 핀란드는 비공식 돌봄 제공자와 지자체 간 공식 계약을 통해 현금과 현물 급여를 지급하고 있으며, 계약은 고용관계는 아니지만 연금과 사고보험 보장을 받을 수 있는 준고용관계로 운영된다. 현금 지원은 돌봄 강도에 따라 차등 지급되며, 헬싱키시는 이를 3개 그룹으로 나누어 지급했다. 법적으로 월 23일의 유급 휴가가 보장되며, 휴가 중에는 가족 내 대체인력이나 지자체의 위탁돌봄 서비스를 이용할 수 있다. 위탁돌봄은 재가와 시설의 중간 형태로, 현재 약 150개 지자체에서 제공되고 있으며 돌봄 제공자의 휴식 보장을 위해 확대 중이다. 지자체는 돌봄 제공자에게 건강검진, 상담, 훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공할 의무가 있다. 그러나 실질적으로 등록되지 않은 비공식 돌봄 제공자가 약 2만 명에 달해 제도적 사각지대가 존재하며, 유급 휴가의 실제 사용률도 낮아 제도의 실효성 문제도 제기되었다. 현금 지원은 지자체의 재정 상황에 따라 지원 수준의 지역 간 격차가 발생했고, 이를 해소하기 위해 2023년부터는 전국 22개 복지서비스 광역구 체계로 개편되어 형평성 개선이 추진되었다. 정부는 향후 정보 접근성 강화, 위탁돌봄 확대, 공공서비스와 비공식 돌봄의 역할 조정 등을 통해 제도 전반의 지속 가능성과 품질 향상을 도모하고 있다.

3. 현장에서 바라보는 지역사회 통합돌봄의 방향

돌봄통합지원은 가족부양과 시설서비스에 의존해 왔던 기존의 돌봄정책에서 가족의 부담은 줄이고 사회적 부담을 강화해 나가는 패러다임의 전환이라고 할 수 있다. 특히 충남형 돌봄정책은 태어나서 삶의 마지막 순간까지 전문적으로 지원하는 돌봄체계가 마련되어야 하며, 돌봄이 필요한 누구나 살던 곳에서 건강하고 존엄한 삶을 보내기 위한 전달체계 개편과 공급구조 개선이 필요하다.

○ 정책담당자

인력 양성 뿐 아니라 대상자 발굴에 있어 무엇보다 국가의 책임과 지자체의 역할이 중요하다고 할 수 있다. 이에 다양한 방안을 모색하기 위해 전문가의 의견을 확인하였다. 충남도의회 주관 공식적인 공문을 통해 설문링크를 전송하였으며, 충남 내 시군구 정책담당자 총 7명이 응답하였다.

<표 12> 대상자의 일반적 특성(정책담당자)

참여자	성별	연령	경력	담당업무	근무지 소재지	지역사회 통합돌봄만을 위한 별도의 정보체계 구축이 필요성 인식
1	여	30	7개월	통합돌봄	C	필요
2	남	41	13년2개월	통합돌봄(겸직)	H	필요
3	여	44	19년 8개월	복지	B1	필요
4	여	43	18년 5개월	노인시설관리 및 통합돌봄지원	S	필요
5	여	44	20년	통합돌봄	B2	필요
6	남	44	1개월	노인업무	G	필요
7	남	45	30년	노인업무	H	필요

설문 참여자는 충청남도청, 홍성, 보령, 서천, 부여, 금산 6개 지역 7개 기관에서 응답하였으며, 평균 연령은 42세, 경력은 14.57년(경력 범위 1개월~30년)이었으며, 담당업무는 통합돌봄과 통합돌봄 겸직 및 복지, 노인업무를 담당하고 있으며 7명 모두 지역사회 통합돌봄만을 위한 별도의 정보체계 구축이 필요하다고 인식하였다. 구체적인 설문결과는 다음과 같다.

□ 돌봄통합 서비스 제공을 위한 운영체계

1. 충남의 돌봄통합 정책 실현을 위해 가장 우선적으로 해결되어야 할 문제

예산, 조직구성, 담당자 인력

2. 지역사회 통합돌봄만을 위한 별도의 정보체계 구축이 필요하다고 생각하는 이유

사회적 합의를 이루기 위해
업무 처리의 일원화, 간소화를 위해
조직체계를 원활하게 움직이기 위해
통합으로 서비스를 제공하고 열람하기 위해
서비스 연계의 복잡, 다양성을 해결하기 위해
고령 인구가 늘어가는 시점에 맞춤 돌봄을 위해
기존 서비스 분절로 균형있는 정보를 제공하기 위해

3. 통합돌봄 서비스의 적절한 품질 확보와 제공서비스의 불균형을 해소하기 위해 필요한 정책에 대한 의견

제도홍보
예산지원
서비스 메뉴얼 구축
보건 의료기관 서비스 확충
민간자원의 확보와 지역자원과의 연계
도 통합돌봄과 신설 및 시군 돌봄과 신설 및 연계

4. 지역내 통합돌봄 서비스의 공급에서 사회적기업이나 민간법인·단체 등의 적극적인 참여를 위한 정책 방안에 대한 의견

보조금 및 인센티브 지급 역할배분 사업 홍보

5. 통합돌봄 서비스 제공 체계에서 중앙정부와 지방정부 그리고 지방정부내에서도 광역자단체와 기초자치단체간의 바람직한 역할 분담방안에 대한 의견

중앙	지방
예산지원	예산 집행
지침 마련 또는 사업체계 구축	사업수행
병원 등 의료기관 정부차원에서 지정	조직구성을 위한 현실적 대안 마련

6. 통합돌봄의 성과평가의 방법과 평가의 주체에 대한 의견

성과평가 방법	평가의 주체
대상자 실적수, 수급자 만족도	보건복지부
수급자 만족도	서비스 수혜자
자체평가	지자체(지자체 실정을 고려한)
자체평가	지자체(지자체 차이를 고려한)
노인복지시설 이용 빈도	지자체
서류평가, 현장조사	공무원, 전문가, 관련기관 참여

7. 통합돌봄 서비스 전달체계에 대한 의견

(예. 통합돌봄의 컨트롤 타워가 되고 읍면동을 통합돌봄 창구로 활용하면서 지역내 통합돌봄서비스를 연계하는 전달체계)

도가 컨트롤타워가 되어야 하고, 시군은 사업수행, 읍면은 서비스 창구
 읍면동 혼선방지를 위한 인력활용 방안 명확히 규정 필요(창구의 역할이 어디
 까지인지 등)
 읍면동 전체에게 중앙 차원의 대면 교육 필요
 의료 돌봄이 주가 됨으로서 보건소의 역할 확대
 의료기관에 대한 대상자 기대에 맞춘 서비스 지원 필요
 지자체별 서비스 제공기관 부족

8. 지역사회 통합돌봄이 제도의 취지대로 원활히 추진되기 위해서 추가적으로
 필요한 내용에 대한 의견

시군별 자원분석을 토대로 한 자원과악 및 적절한 서비스 연계 및 발굴
 제도 인력지원 및 협력 기관 수당 등 인센티브 제공
 지역 맞춤형 모델 마련
 신규사업인만큼 제도의 필요성에 대한 충분한 인식 필요
 읍면 집합교육 추진
 다양한 돌봄 혜택
 예산과 인력 확충

○ 재가 장기요양기관장

돌봄통합지원은 가족부양과 시설서비스에 의존해 왔던 기존의 돌봄정책에서
 가족의 부담은 줄이고 사회적 부담을 강화해 나가는 패러다임의 전환이라고 할
 수 있다. 특히 충남형 돌봄정책은 태어나서 삶의 마지막 순간까지 전문적으로
 지원하는 돌봄체계가 마련되어야 하며, 돌봄이 필요한 누구나 살던 곳에서 건강
 하고 존엄한 삶을 보내기 위한 전달체계 개편과 공급구조 개선이 필요하다. 이에
 현장의 생생한 의견을 줄 수 있는 재가 장기요양기관장의 의견을 확인하였다. 충
 남 재가 장기요양기관협회를 통해 설문링크를 전송하였으며, 총 8명이 응답하였다.

〈표 13〉 대상자의 일반적 특성(재가 장기요양기관장)

참여자	성별	연령	경력	근무지 유형	근무지 소재지	돌봄통합지원법 인식
1	여	56	6년 7월	사립	태안	조금 알고 있음
2	여	52	10년3개월	사립	예산	조금 알고 있음
3	여	55	6년 7월	사립	태안	잘 알고 있음
4	남	50	12년 9개월	사립	청양	잘 알고 있음
5	남	66	6년 2개월	사립	공주	조금 알고 있음
6	여	68	17년 6개월	사립	공주	조금 알고 있음
7	여	52	10년	사립	예산	잘 알고 있음
8	여	60	7년 2개월	사립	서천	들어는 봤는데 모름

설문 참여자는 태안, 예산, 청양, 공주, 서천 4개 지역 8개 기관에서 응답하였으며, 평균 연령은 57.4세, 경력은 9.6년(경력 범위 6년 2개월~17년 6개월)이었으며, 돌봄통합지원법 인지정도는 5점 만점에 3.25점이었다. 구체적인 설문결과는 다음과 같다.

□ 통합돌봄법안 정책의 추진 및 지원관련 내용

1. 통합돌봄대상자에게 보건의료·건강관리 및 예방·장기요양·일상생활돌봄원(주거 포함)·가족 지원 등의 서비스 제공을 위해 가장 중요한 정책적 과제에 대한 의견

- ① 보건의료(0명)
- ② 건강관리 및 예방(0명)
- ③ 장기요양(6명)

④ 일상생활돌봄(2명)

⑤ 가족지원(0명)

□ 통합돌봄 제도의 범위에 관련된 내용

1. 노인의 통합돌봄 대상자 선정과 우선순위에 대한 의견

(통합돌봄 대상자를 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등으로 규정하고 있음)

노쇠 등급관계 없이 일상생활 어려움, 거동 어려움 질병 및 건강상태 수발자 유무 경제적 여건

2. 통합돌봄 정책 실행에 있어 가장 중요하고 우선적인 것에 대한 의견

퇴원환자 및 위기 대상자에 대한 발굴 및 연계(7명)

전담조직 등의 설치

전문인력 확보 및 교육 체계(1명)

정보공유 및 통합정보시스템 운영

보건의료·요양·복지 서비스 간 연계 강화

□ 돌봄통합 대상자 발굴과 관련된 내용

1. 장기요양 등급이 필요해 보이는 어르신을 발견했을 때, 현재 대응방법

기관에서 직접 장기요양등급 신청을 진행한다.(1명)

등급 신청이 필요함을 설명하고, 신청은 어르신 또는 가족이 하도록 안내한다.(7명)

국민건강보험공단의 신청 절차만 간단히 안내한다.

기관은 별도로 관여하지 않는다.

2. 귀 기관에 어르신이 처음 등록되는 주요 경로

기관이 직접 어르신을 발굴한다.(3명)

주변 지인이나 이웃의 소개로 들어온다.(2명)

가족의 권유로 기관에 등록된다.(3명)

국민건강보험공단의 권유로 연계된다.(0명)

3. 돌봄 사각지대에 있는 어르신을 찾아내기 위해 가장 적절한 방법

읍·면·동 행정복지센터에서 발굴해야 한다.(1명)

건강보험공단이나 사회서비스원 등 공공기관에서 담당해야 한다.

시·군에서 지정한 요양시설(예: 요양원 등)에서 담당해야 한다.

시·군에 등록된 재가요양기관에서 직접 발굴하고 관리해야 한다.(7명)

□ 통합돌봄 제공을 위한 조직과 인력에 대한 부분으로 각각의 항목과 관련하여 개선이 필요한 부분

1. 통합돌봄 기관이 갖추어야 할 바람직한 인적, 물적인 조건과 역할

통합돌봄 기관의 인적, 물적인 조건

- 현재 요양기관의 수준의 돌봄 직무교육 이수한 종사자, 돌봄 전문교육을 받은 종사자
- 이동지원차량. 서비스 매뉴얼

통합돌봄 기관의 역할

- 이용자의 다양성에 따른 다양한 종사자 관리, 인적자원관리 감독,
- 수급 대상자 발굴, 욕구조사 서비스 담당
- 원스톱서비스 제공, 지역중심(마을 단위, 마을 회관 기준)의 인프라 구축

2. 통합돌봄 전문인력은 기존의 전문인력과 비교해서 갖추어야 할 구체적인 업무능력과 역할에 대한 의견

광범위한 돌봄 정책에 대한 인지능력
전문적인 지식, 업그레이드 된 자격증이 필요
심리학 및 노인 심리학 자격증 소지자 필요
통합돌봄의 기본적인 이해, 지식, 협업, 서비스 조정 역할

3. 통합돌봄의 전달체계가 효과적으로 구축되기 위해서 부문간 연계조직의 설치와 운영에 대한 의견

전반적인 모든 관리를 집행하는 중심 조직이 필요함
연계조직에 우선 장기요양기관을 중심으로 시군의 모자란 인력 대체할 수 있음
통합지원센터, 추진단 형태로 설치, 협업체제 구축
지역사회가 팀기반으로 연계운영
지역 의료기관과의 원활한 연계사업
중전 기관에게 역할 수행을 할 수 있도록 체계적인 지원
기존의 장기요양기관은 등급대상자 뿐만아니라 65세이상 등급전 대상자의 관리를 통합관리하여 빈틈없는 관리로 보건의료와 연계되어야 함

□ 생애말기 돌봄 관련 질문

1. 재가 실무경험에서 볼 때 생애말기 대상자를 주로 돌보는 돌봄종사자 유형

- ① 요양보호사(8명) ② 사회복지사(0명) ③ 간호사(0명) ④ 기타(0명)

2. 돌봄종사자에게 별도의 임종돌봄 교육이 필요 여부

- ① 예(8명) ② 아니오(0명)

3. 대상자들이 스스로 삶을 원한다고 생각하는지에 대한 개인적 의견

최대한 살던 집에서 오래 살기를 원한다.(5명)

가능하다면 살던 집에서 오래 살기를 원한다.(3명)

요양병원에서 지내기를 원한다.(0명)

요양원에서 지내기를 원한다.(0명)

4. 별도의 생애말기 돌봄교육(프로그램) 필요 여부

매우 필요하다.(8명)

필요하다.(0명)

약간 필요하다.(0명)

필요하지 않다.(0명)

4. 재가 돌봄종사자의 역량수준 및 요구도

○ 돌봄종사자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도

현재 임종 대상자에게 제공되는 돌봄은 주로 신체적 돌봄에 집중되어 있으며, 급성기 중환자를 위한 공격적이고 적극적인 의료 서비스가 중심이 되고 있다. 그러나, 성직자, 자원봉사자 등 영적·심리적 돌봄을 담당하는 역할은 미흡하거나 간과되고 있으며, 호스피스 팀 회의, 사별 간호, 유가족 상담과 같은 영적·심리적 지원이 충분히 이루어지지 않고 있다(조현, 임희영, 2017). 이로 인해, 환자가 편안하고 존엄한 임종을 맞이하는 데 있어 돌봄제공자의 생애말기 돌봄 준비도와 돌봄중요도에 대한 인식, 돌봄수행도 및 교육요구도를 분석할 필요가 있다. 연구의 대상자는 재가에서 6개월 이상 돌봄 업무를 하고 있는 돌봄종사자 이면서 임종대상자 돌봄 경험이 있는 자로써, 최종 152명을 편의표집하였다. 연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 14> 돌봄종사자의 일반적 특성 및 생애말기 돌봄관련 특성에 따른 변수의 차이 (N=152)

Variable	Categories	n	% or M±SD	생애말기돌봄 준비도		생애말기돌봄 수행도		생애말기돌봄 중요도
				M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)	M±SD
연령			65.49±8.73					
성별	남자	3	2	3.38±0.22	-0.52 (.605)	2.91±0.95	0.02 (.985)	3.79±0.49
	여자	149	98	3.60±0.75		2.90±0.86		3.97±0.62
가족형태	독거	27	17.8	3.76±0.78	1.2 (.209)	2.88±0.69	-0.21 (.837)	3.98±0.74
	동거	125	82.2	3.56±0.73		2.91±0.90		3.96±0.60
교육정도	≤고졸	133	87.5	3.60±0.77	0.25 (.807)	2.96±0.84	2.132 (.035)	3.95±0.61
	대졸	19	12.5	3.56±0.53		2.51±0.90		4.06±0.68
직종	요양보호사	148	97.4	3.59±0.74	-0.86 (.392)	2.92±0.85	1.54 (.125)	3.97±0.60
	사회복지사	4	2.6	3.92±0.75		2.25±1.31		3.73±1.22
직종유형	간접돌봄종사자 (기관장, 행정직)	11	13.2	4.10±0.59	2.79 (.020)	3.15±0.78	0.10 (.332)	4.14±0.61
	직접돌봄종사자	141	86.8	3.57±0.74		2.90±0.88		3.96±0.61
근무지 유형	국공립	24	15.8	3.65±0.71	0.38 (.706)	2.82±0.87	-0.49 (.626)	3.86±0.67
	사립	128	84.2	3.59±0.75		2.92±0.86		3.99±0.61
해당 직종 경력			7.00±5.14					
재가 서비스 제공 지역단위	읍/면	78	51.3	3.47±0.76	-2.30 (.023)	2.80±0.87	-1.5 (.118)	3.91±0.66
	동	74	48.7	3.74±0.70		3.02±0.84		4.04±0.58
생애말기돌봄 자신감			5.78±2.60					
생애말기돌봄 의향			5.76±2.80					
생애말기돌봄 준비감	부족	120	89.0	3.45±0.65	-5.29 (<.001)	2.83±0.88	-2.21 (.035)	3.94±0.63
	충분	32	21.0	4.17±0.78		3.19±0.74		4.06±0.57
돌봄종사자가 인식하는 대 상자의 임종장소	가정에서 임종	144	94.7	3.64±0.71	3.18 (.002)	2.93±0.86	1.38 (.171)	3.96±0.63
	요양시설에서 임종	8	5.3	2.81±0.88		2.49±0.82		4.04±0.46
임종돌봄 교육의 필요성	예	141	92.8	3.63±0.71	1.72 (.088)	2.90±0.86	-0.36 (.721)	3.96±0.60
	아니오	11	7.2	3.23±1.00		2.99±0.88		4.01±0.85
임종돌봄 교육신청 의향	예	128	84.2	3.69±0.65	2.60 (.015)	2.92±0.89	0.49 (.627)	4.00±0.59
	아니오	24	15.8	3.13±1.00		2.82±0.72		3.78±0.75

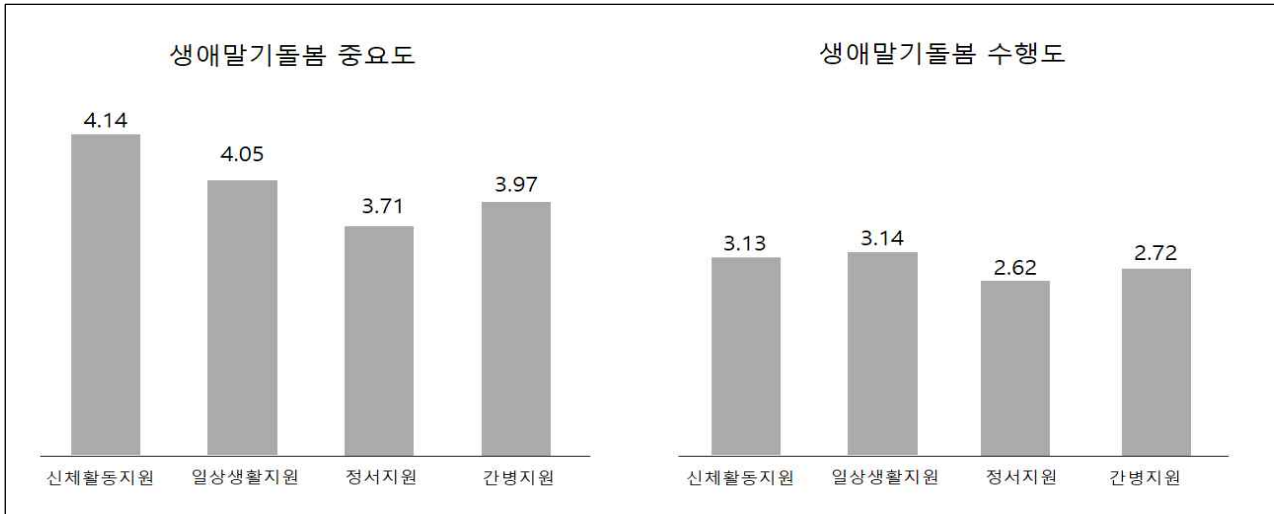
1) 돌봄종사자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도

대상자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도는 다음과 같다. 생애말기 돌봄 준비도는 5점 만점에 평균 3.60 ± 0.74 점, 중요도는 5점 만점에 평균 3.97 ± 0.62 점, 수행도는 5점 만점에 평균 2.90 ± 0.86 점, 교육요구도는 3.16 ± 0.55 점이었다.

생애말기 돌봄 준비도의 하위영역을 살펴보면, 회복력 3.74 ± 0.88 점, 의지 3.73 ± 0.91 점, 역량 3.33 ± 0.84 점 순이었다. 생애말기 돌봄 중요도의 하위영역은 신체활동지원 4.14 ± 0.61 점, 일상생활지원 4.05 ± 0.73 점, 간병지원 3.97 ± 0.79 점, 정서지원 3.71 ± 0.84 점 순이었다. 생애말기 돌봄 수행도의 하위영역은 일상생활지원 3.14 ± 1.04 점, 신체활동지원 3.13 ± 0.92 점, 간병지원 2.72 ± 1.07 점, 정서지원 2.62 ± 0.98 점 순이었다. 생애말기 돌봄 교육요구도의 하위영역은 신체활동지원 3.27 ± 0.52 점, 간병지원 3.18 ± 0.65 점, 일상생활지원 3.14 ± 1.04 점, 정서지원 2.62 ± 0.98 점 순이었다.

<표 15> 돌봄종사자의 생애말기 돌봄 준비도, 중요도, 수행도 및 교육요구도(N=152)

Variable	M±SD	Min	Max	Range	Skewness	Kurtosis
생애말기돌봄 준비도	3.60 ± 0.74	1.13	5.00		-0.54	0.74
의지	3.73 ± 0.91	1.40	5.00	1 ~ 5	-0.49	-0.46
역량	3.33 ± 0.84	1.00	5.00		-0.43	0.30
회복력	3.74 ± 0.88	1.00	5.00		-0.65	0.42
생애말기돌봄 중요도	3.97 ± 0.62	1.95	5.00		-0.81	.93
신체활동지원	4.14 ± 0.61	1.74	5.00	1 ~ 5	-1.02	1.41
일상생활지원	4.05 ± 0.73	1.00	5.00		-1.25	2.98
정서지원	3.71 ± 0.84	1.71	5.00		-.41	-.34
간병지원	3.97 ± 0.79	1.35	5.00		-1.13	1.35
생애말기돌봄 수행도	2.90 ± 0.86	1.00	4.47		-.18	-.78
신체활동지원	3.13 ± 0.92	1.00	4.92	1 ~ 5	-.51	-.58
일상생활지원	3.14 ± 1.04	1.00	5.00		-.35	-.79
정서지원	2.62 ± 0.98	1.00	5.00		.31	-.86
간병지원	2.72 ± 1.07	1.00	4.88		.13	-1.25
생애말기돌봄 교육요구도	3.16 ± 0.55	1.14	4.00			-.88
신체활동지원	3.27 ± 0.52	1.24	4.00	1 ~ 4	-1.06	1.87
일상생활지원	3.16 ± 0.63	1.00	4.00		-1.11	1.46
정서지원	3.02 ± 0.71	1.00	4.00		-.61	-.05
간병지원	3.18 ± 0.65	1.00	4.00		-1.06	1.23



<그림 13> 생애말기 돌봄 중요도와 수행도 비교

2) 돌봄종사자의 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이

대상자의 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이를 분석하였을 때 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 생애말기돌봄에 있어 전체적으로 인식하고 있는 중요도에 비해 수행도가 낮게 나타났다($t=14.41$, $p<.001$). 하위영역의 중요도와 수행도 차이를 살펴보면, 간병지원의 중요도 3.97 ± 0.79 점과 수행도 2.72 ± 1.07 점으로 평균차가 1.25 ± 1.21 점($t=12.78$, $p<.001$)으로 가장 크게 차이를 보였으며, 정서지원 1.09 ± 1.03 점($t=13.06$, $p<.001$), 신체활동지원 영역 1.00 ± 0.93 점($t=13.25$, $p<.001$), 일상생활지원 0.91 ± 1.04 점 ($t=10.79$, $p<.001$) 순으로 유의한 차이가 있었다.

생애말기돌봄 중요도를 세부사항별 살펴보면, 신체활동지원 영역 중 환자 이동 시 부축이 4.49 ± 0.70 점으로 가장 중요하게 인식하는 문항이며 다음으로 약 보관하기 4.44 ± 0.72 점, 식사 중 근접관찰하기가 4.42 ± 0.62 점으로 중요하게 인식하는 반면, 면도하기 3.43 ± 1.28 점, 손·발톱 깎기 3.84 ± 0.94 점, 머리 손질(빗질)하기 3.88 ± 0.93 점 순으로 중요하게 인식하지 않는 것으로 나타났다. 일상생활지원 영역 중 감염 예방을 위해 손씻기 4.49 ± 0.89 점, 위생적으로 분비물 처리하기 4.41 ± 0.98 점, 오염세탁물 처리지침 준수하기 4.30 ± 0.97 점으로 중요하게 인식하는 반면, 보호자 방문시 돕기 3.38 ± 1.23 점, 전화 받고 걸어주기 3.68 ± 1.11 점,

퇴원하고 온 환자 침상정리 3.74±1.27점 순으로 중요하게 인식하지 않는 것으로 나타났다. 정서지원 영역 중 말벗 되기 4.43±0.64점, 산책 도움 및 동행하기 4.17±0.89점, 환자의 죽음준비를 돕기 3.73±1.26점으로 중요하게 인식하는 반면, 요법 및 프로그램 참여 도움 3.24±1.34점, 함께 기도하기 3.26±1.35점, 보호자의 죽음준비를 돕기 3.46±1.41점 순으로 중요하게 인식하지 않는 것으로 나타났다. 간병지원 영역 중 이상 증상 발견 시 보고 4.49±0.77점, 환자 상태 관찰하기 4.45±0.75점, 업무일지 작성 및 기록 4.41±0.74점으로 중요하게 인식하는 반면, 흡인병, 산소병 관리 돕기 3.55±1.49점, 임종실 환경 정리하기 3.57±1.40점, 배액 주머니 관리 돕기 3.64±1.38점 순으로 중요하게 인식하지 않는 것으로 나타났다.

생애말기돌봄 수행도를 세부사항별 살펴보면, 신체활동지원 영역 중 식사 중 근접관찰하기 3.89±1.12점, 식사 중 옆에서 도움주기 3.83±1.18점, 환자 이동 시 부축 3.82±1.24점 순으로 수행도가 높았던 반면, 면도하기 2.33±1.24점, 이동 시 동행 2.45±1.38점, 손·발톱 깎기 2.52±0.73점 순으로 수행도가 낮았다. 일상생활지원 영역 중 감염 예방을 위해 손씻기 4.04±1.30점, 침상 주변 물품 정리 3.57±1.02점, 위생적으로 분비물 처리하기 3.51±1.57점 순으로 수행도가 높았던 반면, 보호자 방문시 돕기 2.34±1.36점, 퇴원하고 온 환자 침상정리 2.43±1.52점, 침대 난간 올리기 2.83±1.70점 순으로 수행도가 낮았다. 정서지원 영역으로 말벗 되기 4.03±1.09점, 산책 도움 및 동행하기 3.34±1.20점, 종교활동을 인정해주기 2.60±1.45점 순으로 수행도가 높았던 반면, 보호자의 죽음준비를 돕기 1.95±1.31점, 환자의 죽음준비를 돕기 2.08±1.36점, 요법 및 프로그램 참여 도움 2.17±1.39점 순으로 수행도가 낮았다. 간병지원 영역은 환자 상태 관찰하기 3.84±1.24점, 업무일지 작성 및 기록 3.57±1.23점, 이상 증상 발견 시 보고 3.51±1.42점 순으로 수행도가 높았던 반면, 배액 주머니 관리 돕기 1.97±1.40점, 흡인병, 산소병 관리 돕기 1.99±1.46점, 임종실 환경 정리하기 2.09±1.48점 순으로 수행도가 낮았다.

생애말기돌봄 교육요구도를 세부사항별 살펴보면, 신체활동지원 영역 중 피부 청결과 보습 유지 3.47±0.68점, 환자 이동 시 부축 3.39±0.77점, 회음부

청결 관리와 관절운동 수행 또는 수행 돕기 각각 3.38 ± 0.85 점, 3.38 ± 0.74 점으로 가장 교육요구도가 높았던 반면, 면도하기 2.94 ± 0.95 점, 손·발톱 깎기 3.13 ± 0.82 점, 머리 손질(빗질)하기 3.13 ± 0.72 점 순으로 교육요구도가 낮았다. 일상생활지원 영역 중 감염 예방을 위해 손씻기 3.50 ± 0.70 점, 위생적으로 분비물 처리하기 3.46 ± 0.78 점, 오염세탁물 처리지침 준수하기 3.36 ± 0.77 점으로 가장 교육요구도가 높았던 반면, 보호자 방문시 돕기 2.80 ± 0.95 점, 퇴원하고 온 환자 침상정리 2.85 ± 0.93 점, 냉장고 음식물 정리 3.02 ± 0.96 점 순으로 교육요구도가 낮았다. 정서지원 영역 중 말벗 되기 3.42 ± 0.67 점, 산책 도움 및 동행하기 3.34 ± 0.72 점, 환자의 죽음준비를 돕기 3.07 ± 0.98 점으로 가장 교육요구도가 높았던 반면, 함께 기도하기 2.66 ± 1.11 점, 요법 및 프로그램 참여 도움 2.77 ± 1.00 점, 보호자의 죽음준비를 돕기 2.89 ± 1.05 점 순으로 교육요구도가 낮았다. 간병지원 영역 중 이상 증상 발견 시 보고 3.60 ± 0.66 점, 업무일지 작성 및 기록 3.55 ± 0.59 점, 경구약 투약 여부 확인 및 이상 시 보고와 흡입약 투약보조 및 이상 시 보고가 각각 3.47 ± 0.75 점, 3.47 ± 0.77 점 순으로 교육요구도가 낮았다.

<표 16> 돌봄종사자의 생애말기돌봄 중요도와 수행도의 차이(N=152)

Variables	Item	생애말기돌봄 중요도		생애말기돌봄 수행도		Difference	t
		M±SD	순위	M±SD	순위	M±SD	
전체 62문항		3.97±0.62		2.90±0.86		1.06±0.91	14.41
신체활동지원		4.14±0.61		3.13±0.92		1.00±0.93	13.25
	1 피부 청결과 보습 유지	4.23±0.81	10	3.34±1.13	11	0.88±1.18	9.26
	2 세면 돕기	4.10±0.88	15	3.45±1.15	8	0.64±1.20	6.60
	3 머리 손질(빗질)하기	3.88±0.93	23	3.47±1.09	7	0.41±1.26	4.04
	4 면도하기	3.43±1.28	25	2.33±1.24	25	1.09±1.39	9.74
	5 손발 씻기	4.22±0.84	11	3.63±1.25	4	0.59±1.32	5.49
	6 목욕 및 침상에서 세발돕기	4.03±1.02	19	2.74±1.06	19	1.27±1.31	12.01
	7 구강 청결 돕기	4.27±0.86	7	3.53±1.28	5	0.74±1.35	6.71
	8 침상 목욕(부분, 전신) 돕기	3.95±1.06	22	2.60±1.14	22	1.34±1.24	13.34
	9 손·발톱 깎기	3.84±0.94	24	2.52±0.73	23	1.32±1.05	15.43
	10 침상 시트 및 환의 정돈	4.08±0.87	16	3.07±0.94	15	1.01±1.12	11.07
	11 기저귀 교환	4.27±1.18	7	3.30±1.71	12	0.97±1.65	7.28
	12 회음부 청결 관리	4.31±0.96	6	3.09±1.45	14	1.21±1.43	10.47

13 화장실로 이동 보조	4.24±0.92	9	3.44±1.52	9	0.80±1.44	6.85
14 침상 배설 돕기	4.07±1.25	17	2.80±1.62	18	1.27±1.61	9.66
15 소변 주머니 비우기 및 관찰	4.01±1.37	20	2.62±1.72	20	1.39±1.67	10.25
16 식사 중 옆에서 도움주기	4.35±0.70	5	3.83±1.18	2	0.52±1.20	5.34
17 식사 중 근접관찰하기	4.42±0.62	3	3.89±1.12	1	0.52±1.20	5.38
18 비경구 식사 (위관영양) 돕기	3.99±1.34	21	2.61±1.71	21	1.38±1.77	9.57
19 약 보관하기	4.44±0.72	2	3.51±1.17	6	0.92±1.20	9.47
20 환자 이동 시 부축	4.49±0.70	1	3.82±1.24	3	0.67±1.25	6.59
21 보행 시 워커나 휠체어 사용 도움	4.39±0.87	4	3.29±1.52	13	1.10±1.47	9.24
22 이동 시 동행	4.07±1.14	17	2.45±1.38	24	1.61±1.46	13.62
23 체위변경 돕기	4.18±1.25	14	2.83±1.73	17	1.34±1.59	10.34
24 욕창 예방과 관리 돕기	4.20±1.27	12	2.91±1.76	16	1.29±1.69	9.41
25 관절운동 수행 또는 수행돕기	4.19±1.02	13	3.39±1.35	10	0.79±1.19	8.23
<hr/>						
일상생활지원	4.05±0.73		3.14±1.04		0.91±1.04	10.79
26 침상 주변 물품 정리	4.01±0.88	9	3.57±1.02	2	0.44±1.09	4.95
27 환자 물품 정리	3.87±0.90	10	3.41±1.09	4	0.46±1.14	4.96
28 퇴원하고 온 환자 침상정리	3.74±1.27	11	2.43±1.52	12	1.31±1.52	10.60

29	냉장고 음식물 정리	4.15±0.96	6	3.15±1.48	8	1.00±1.49	8.26
30	소변기, 대변기 사용 후 소독하기	4.28±0.87	4	3.18±1.54	6	1.09±1.50	8.98
31	전화 받고 걸어주기	3.68±1.11	12	2.85±1.35	10	0.82±1.30	7.77
32	보호자 방문시 돕기	3.38±1.23	13	2.34±1.36	13	1.04±1.47	8.74
33	모든 돌봄 전 환자 확인하기	4.07±1.14	8	3.06±1.51	9	1.01±1.47	8.48
34	침대 난간 올리기	4.13±1.27	7	2.83±1.70	11	1.30±1.74	9.22
35	혼동시 집중관찰하기	4.18±1.09	5	3.18±1.67	7	1.00±1.58	7.81
36	감염 예방을 위해 손씻기	4.49±0.89	1	4.04±1.30	1	0.45±1.27	4.38
37	위생적으로 분비물 처리하기	4.41±0.98	2	3.51±1.57	3	0.89±1.59	6.91
38	오염세탁물 처리지침 준수하기	4.30±0.97	3	3.30±1.53	5	1.00±1.47	8.34
정서지원		3.71±0.84		2.62±0.98		1.09±1.03	13.06
39	말벗 되기	4.43±0.64	1	4.03±1.09	1	0.40±1.09	4.50
40	산책 도움 및 동행하기	4.17±0.89	2	3.34±1.20	2	0.82±1.18	8.63
41	환자의 죽음준비를 돕기	3.73±1.26	3	2.08±1.36	6	1.65±1.61	12.62
42	보호자의 죽음준비를 돕기	3.46±1.41	5	1.95±1.31	7	1.51±1.57	11.82
43	종교활동을 인정해주기	3.72±1.20	4	2.60±1.45	3	1.12±1.36	10.13
44	함께 기도하기	3.26±1.35	6	2.20±1.47	4	1.05±1.43	9.12

45	요법 및 프로그램 참여 도움	3.24±1.34	7	2.17±1.39	5	1.04±1.39	9.21
<hr/>							
간병지원		3.97±0.79		2.72±1.07		1.25±1.21	12.78
46	환자 상태 관찰하기	4.45±0.75	2	3.84±1.24	1	0.61±1.27	5.97
47	이상 증상 발견 시 보고	4.49±0.77	1	3.51±1.42	3	0.98±1.41	8.44
48	업무일지 작성 및 기록	4.41±0.74	3	3.57±1.23	2	0.84±1.20	8.63
49	섭취량, 배설량 기록 돕기	4.16±1.04	7	2.86±1.54	8	1.30±1.55	10.34
50	다른 보조활동인력과 업무 인수인계	3.87±1.27	9	2.52±1.50	9	1.34±1.57	10.55
51	경구약 투약 여부 확인 및 이상 시 보고	4.30±1.00	4	3.22±1.50	4	1.06±1.54	8.54
52	흡입약 투약보조 및 이상 시 보고	4.26±1.02	5	2.91±1.57	7	1.34±1.56	10.56
53	좌약, 안약, 연고 투약 보조	4.23±0.98	6	3.09±1.50	6	1.13±1.54	9.08
54	흡인병, 산소병 관리 돕기	3.55±1.49	17	1.99±1.46	16	1.56±1.77	10.87
55	배액 주머니 관리 돕기	3.64±1.38	15	1.97±1.40	17	1.65±1.73	11.76
56	냉·온찜질 제공	3.78±1.07	12	2.49±1.37	10	1.28±1.50	10.57
57	휴식과 수면 환경 조성하기	3.96±0.99	8	3.13±1.37	5	0.83±1.36	7.53
58	간호 처치 시 옆에서 환자 도움	3.80±1.20	11	2.46±1.49	11	1.33±1.69	9.76
59	임종 환자와 함께 있어 주기	3.81±1.31	10	2.37±1.69	12	1.44±1.58	9.55
60	임종 보호자와 함께 있어 주기	3.66±1.42	13	2.18±1.53	13	1.47±1.79	10.16

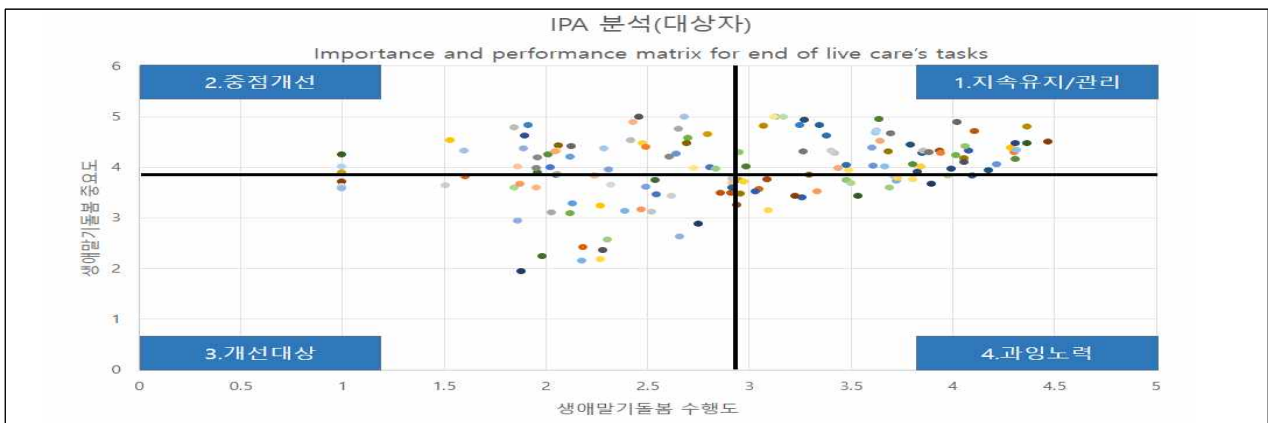
61	임종 간호 돕기	3.65±1.36	14	2.11±1.49	14	1.53±1.77	10.60
62	임종실 환경 정리하기	3.57±1.40	16	2.09±1.48	15	1.48±1.76	10.30

3) 돌봄종사자의 생애말기돌봄 중요도-수행도 분석

대상자의 생애말기돌봄 중요도와 수행도를 IPA Matrix를 이용하여 분석한 결과는 그림과 같다. IPA(Importance Performance Analysis)는 제공되는 행위의 중요도와 수행도에 대해 활용하는 사람이 스스로 평가하게 함으로써 각 항목의 상대적인 중요도와 수행도를 동시에 비교 분석하는 평가기법으로 평가요소의 중요도와 수행도를 측정하여 차원 도면상에 표시하고 의미를 부여하는 분석방법이다. 본 연구에서는 IPA를 사용하여 생애말기돌봄의 중요도와 수행도를 도면상에 표시하고 의미를 부여하여 재가 돌봄종사자의 생애말기돌봄의 중요도와 수행도의 상호차이를 알아보고 대상자들에게 더욱 효과적인 교육을 수행할 수 있는 전략을 모색하고, 생애말기돌봄 교육프로그램을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 수행되었다.

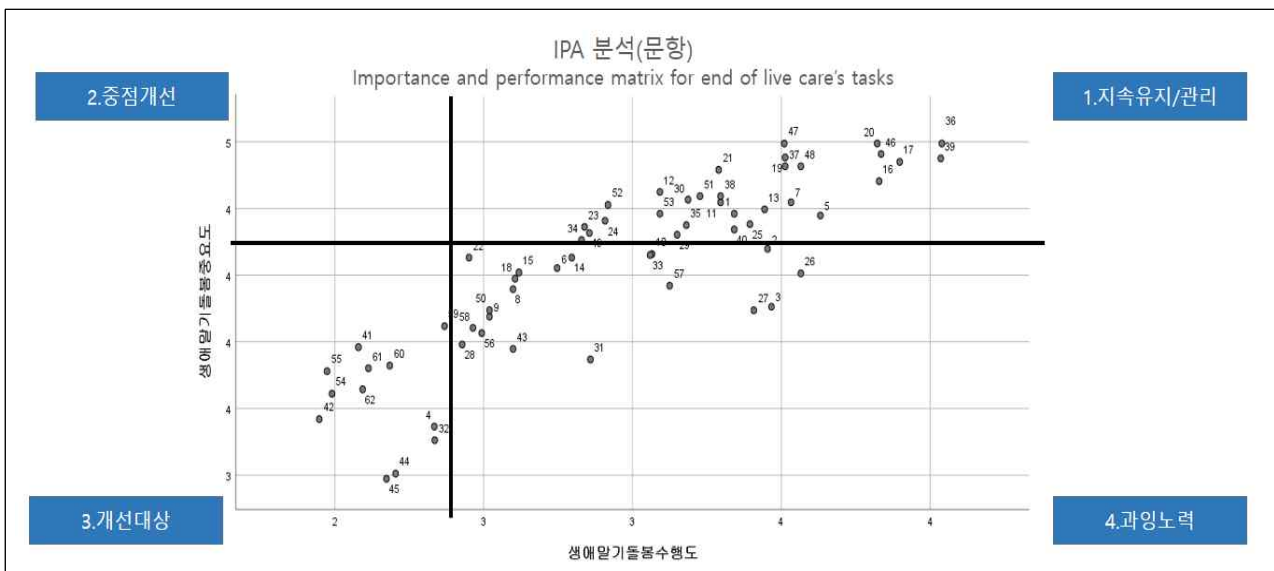
X축은 생애말기돌봄 수행도, Y축은 생애말기돌봄 중요도로 그래프를 그리고, 각각의 평균값을 기준으로 교차선을 긋는다. 평균값을 기준으로 중요도 및 수행도가 모두 높은 경우 1사분면(지속유지/관리 영역), 중요도는 높지만 수행도가 낮은 경우 2사분면(중점개선 영역), 중요도와 수행도가 모두 낮은 경우 3사분면(개선대상 영역), 중요도는 낮으나 수행도가 높은 경우 4사분면(과잉노력 영역)으로 구분하여 생애말기돌봄 업무를 분석하였다.

대상자별 IPA 분석결과, 중요도를 인식하면서 수행도가 높은 경우(1사분면)가 다소 많았던 반면 수행도가 낮으면서 중요성에 대한 인식도 낮은 경우(3사분면) 또한 다수 포함되었다.



<그림 14> 생애말기돌봄 중요도-수행도(IPA) 분석 결과

문항별 IPA 분석결과, 수행도와 중요도가 모두 낮은 3사분면은 12개 항목이 포함되어 있다(4, 32, 41, 42, 44, 45, 54, 55, 59, 60, 61, 62). 세부항목은 ‘면도하기, 보호자 방문시 돕기, 환자의 죽음준비를 돕기, 보호자의 죽음준비를 돕기, 함께 기도하기, 요법·프로그램 참여 도움/흡인병, 산소병 관리 돕기/배액 주머니 관리 돕기/임종 환자와 함께 있어 주기/임종 보호자와 함께 있어 주기/임종 간호 돕기/임종실 환경 정리하기’ 이다.



<그림 15> 생애말기돌봄 문항별 중요도-수행도(IPA) 분석 결과

4) 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계

연구대상자의 생애말기돌봄 관련 특성(생애말기돌봄 자신감과 생애말기돌봄 의향)을 포함하여 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계를 살펴본 결과, 생애말기돌봄 교육요구도는 생애말기돌봄 중요도($r=.38, p<.011$), 생애말기돌봄 의향($r=.27, p=.001$), 생애말기돌봄 자신감($r=.23, p=.004$), 생애말기돌봄 준비도($r=.20, p=.015$), 생애말기돌봄 수행도($r=.17, p=.034$)와는 각각 38%, 27%, 23%, 20%, 17% 유의한 양의 상관관계가 있었다. 생애말기돌봄 수행도는 생애말기돌봄 중요도($r=.29, p<.011$), 생애말기돌봄 준비도($r=.27, p=.001$), 생애말기돌봄 자신감($r=.26, p=.001$), 생애말기돌봄 의향($r=.25, p=.002$)와 유의한 양의 상관관계가 있었다. 생애말기돌봄 준비도는 생애말기돌봄 의향($r=.54, p<.011$),

생애말기돌봄 자신감($r=.50, p<.011$), 생애말기돌봄 중요도($r=.24, p<.011$)과 유의한 양의 상관관계가 있었다. 생애말기돌봄 중요도는 생애말기돌봄 의향($r=.19, p=.022$), 생애말기돌봄 자신감($r=.17, p=.039$)과 유의한 양의 상관관계가 있었다. 생애말기돌봄 의향은 생애말기돌봄 자신감($r=.79, p<.011$)과 유의한 양의 상관관계가 있었다(Table 3).

본 연구에서 생애말기돌봄 관련 특성(자신감, 의향)과 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도의 상관관계를 분석한 결과, 전반적으로 모든 변수들이 유의한 양의 상관을 나타내어, 각 변수가 서로 밀접하게 연관되어 있음을 확인하였다.

우선, 생애말기돌봄 교육요구도는 중요도($r=.38$), 의향($r=.27$), 자신감($r=.23$), 준비도($r=.20$), 수행도($r=.17$)와 모두 유의한 양의 상관을 보였다. 이는 대상자가 생애말기돌봄을 중요하게 인식할수록, 그리고 돌봄을 제공하려는 의향과 자신감, 준비도, 수행도가 높을수록 교육요구도가 증가함을 시사한다. 이러한 결과는 교육요구도가 단순히 역량 부족에서 비롯되는 것이 아니라, 해당 영역에 대한 관심과 적극성, 자기효능감과도 연계되어 있음을 의미한다. 따라서 교육프로그램은 단순 지식 전달뿐 아니라, 돌봄의 가치와 필요성에 대한 인식을 강화하는 방향으로 설계될 필요가 있다.

생애말기돌봄 수행도는 중요도($r=.29$), 준비도($r=.27$), 자신감($r=.26$), 의향($r=.25$)과 유의한 양의 상관을 보여, 준비도가 높고 자신감과 의향이 강할수록 실제 돌봄 수행이 활발해짐을 알 수 있다. 이는 임종돌봄 수행도가 개인의 심리적·태도적 준비 수준과 밀접히 연결된다는 선행연구 결과와도 일치하며, 교육과 훈련을 통한 준비도와 자신감 향상이 실제 실천으로 이어질 가능성을 시사한다.

셋째, 생애말기돌봄 준비도는 의향($r=.54$), 자신감($r=.50$), 중요도($r=.24$)와 유의한 상관을 보였다. 특히 의향과 자신감과의 상관계수가 높아, 돌봄 의지가 강하고 자기효능감이 높은 인력이 준비 수준 또한 높게 평가하는 경향이 있음을 알 수 있다. 이는 준비도가 단순히 지식·기술적 요소만이 아니라 심리적 요인까지 긴밀히 관련되어 있음을 보여준다.

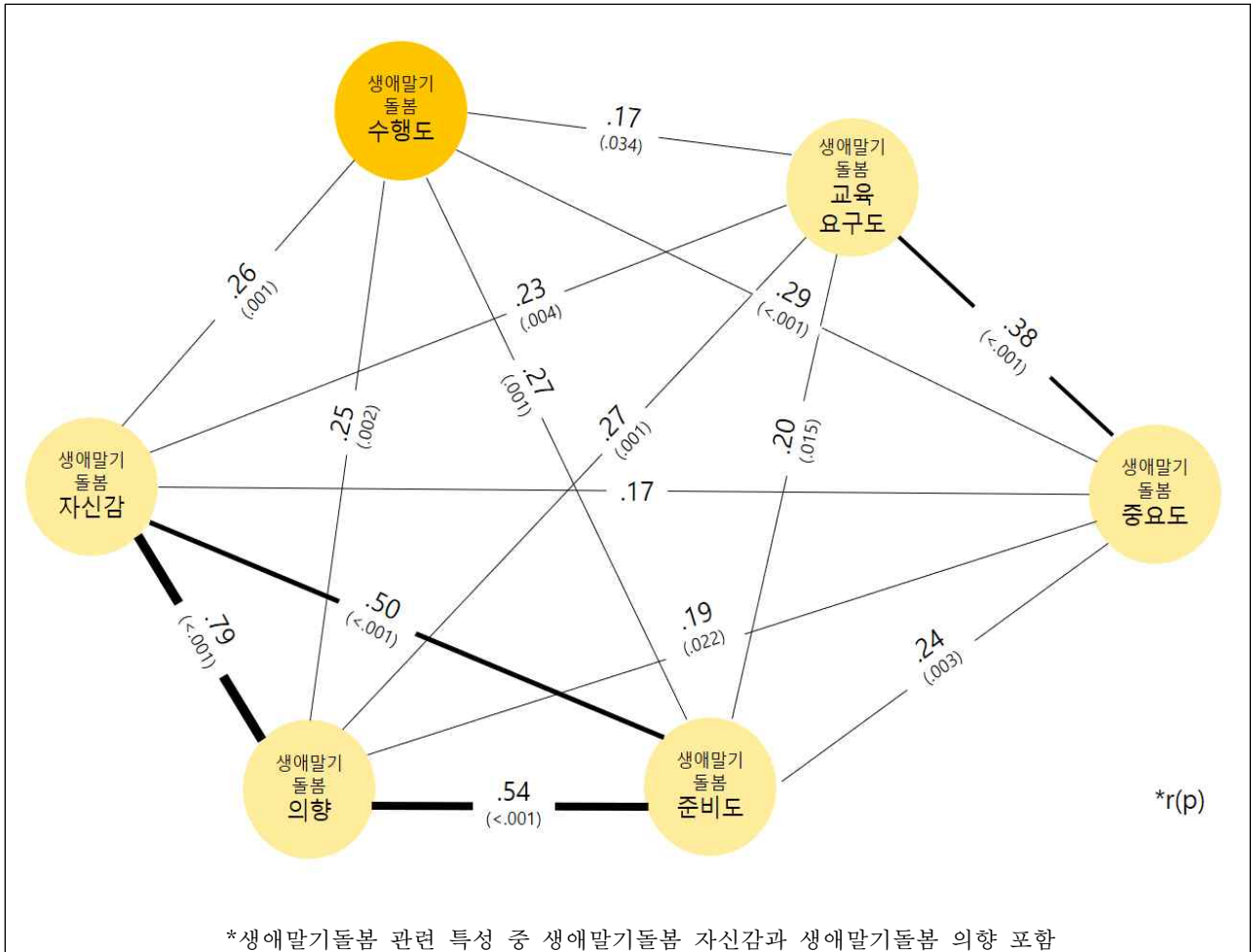
한편, 생애말기돌봄 중요도는 의향($r=.19$), 자신감($r=.17$)과 유의한 상관을 나타

냈다. 중요성을 높게 인식하는 사람일수록 돌봄 제공 의지가 크고 자신감 또한 높은 경향이 있으나, 그 상관 수준은 중간 이하로 나타나 중요도 인식이 행동 변화를 위해서는 다른 요인(예: 역량, 경험)과 결합되어야 함을 시사한다. 즉, 한편, 중요도는 의향과 자신감과도 유의한 상관이 있었으나 그 크기는 상대적으로 작아, 가치 인식이 행동 변화를 이끌기 위해서는 실제 경험과 역량 강화가 병행되어야 함을 시사한다. 마지막으로, 생애말기돌봄 의향과 자신감 간에는 매우 높은 상관성($r=.79$)이 관찰되었다. 이는 돌봄 의향이 단순한 태도 수준의 응답이 아니라, 실제로 자신이 잘할 수 있다는 전반적인 자기효능감과 긴밀히 연결되어 있음을 보여준다. 높은 상관계수는 두 변수가 서로 보완적이면서도 유사한 측면을 공유하고 있음을 시사하므로, 분석 시 다중공선성에 유의할 필요가 있다.

종합하면, 생애말기돌봄 수행이 다차원적인 요인과 긴밀히 연결되어 있음을 확인하였다. 생애말기돌봄의 수행도 향상을 위해서는 지식과 기술 중심의 교육 뿐 아니라, 돌봄에 대한 긍정적 의향과 자신감을 강화하는 전략이 필요함을 시사한다. 특히 교육요구도는 중요도·의향·자신감·준비도와 모두 연계되어 있으므로, 교육프로그램 설계 시 학습자의 가치 인식, 심리적 준비, 실천의지 등을 통합적으로 고려해야 한다. 또한 의향과 자신감 간의 높은 상관을 바탕으로, 교육 초기 단계에서 긍정적 경험 제공과 자기효능감 증진이 중요하다는 점이 확인되었다.

<표 17> 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계 (N=152)

Variables	생애말기돌봄 자신감	생애말기돌봄 의향	생애말기돌봄 준비도	생애말기돌 봄 수행도	생애말기돌 봄 중요도
	r(p)				
생애말기돌봄 의향	.79 <.001				
생애말기돌봄 준비도	.50 <.001	.54 <.001			
생애말기돌봄 수행도	.26 .001	.25 .002	.27 .001		
생애말기돌봄 중요도	.17 .039	.19 .022	.24 .003	.29 <.001	
생애말기돌봄 교육요구도	.23 .004	.27 .001	.20 .015	.17 .034	.38 <.001



<그림 16> 생애말기돌봄 준비도, 중요도, 수행도, 교육요구도 간 상관관계

5) 생애말기돌봄 수행도 영향요인

생애말기돌봄 수행도 영향요인을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석 결과, 생애말기돌봄 준비도($\beta=.21, p=.037$)와 생애말기돌봄 중요도($\beta=.26, p<.001$)가 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행도에 유의한 영향요인으로 나타났다. 설명력은 15%였다($F=7.01, p<.001$). 즉 돌봄종사자가 생애말기돌봄 준비도가 높고 생애말기돌봄이 중요하다고 인식할수록 생애말기돌봄 수행도 수준이 높았다.

위계적 회귀분석에서 1단계에는 교육정도(고졸)와 생애말기돌봄 전반적 준비감(충분)을, 2단계에는 생애말기돌봄 준비도와 중요도를 투입하였다. 1단계에서 교육정도(고졸)는 통제변수로 포함되었음에도 불구하고 생애말기돌봄 수행도에 유의한 영향($\beta=0.17, p=.027$)을 미쳤다. 이는 다른 변수들의 영향을 보정한 이후에도 학력 수준이 생애말기돌봄 수행도의 차이를 설명할 수 있음을 의미한다. 특히, 고졸 집단이 다른 학력 집단에 비해 생애말기돌봄 수행도가 상대적으로 높은 경향을 보였으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다. 이는 고졸자의 경우 해당 직종 평균 경력이 대졸자 4.55년(± 3.28) 보다 7.34년(± 5.27)으로 높았던 것을 고려할 때 재가 실무 현장 경험이나 실무 중심의 역량이 수행도 향상에 기여했을 가능성을 고려할 수 있다.

한편, 2단계에서 투입된 생애말기돌봄 준비도($\beta=0.19, p<.05$)와 중요도($\beta=0.25, p=.002$) 역시 수행도의 유의한 예측 변수로 나타나, 준비 수준과 가치 인식이 수행도 향상에 핵심적 역할을 한다는 점을 확인하였다. 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행도를 향상시키기 위해서 재가 돌봄 현장의 생애말기돌봄을 준비하고 돌봄의 가치를 높게 인식할 수 있는 돌봄통합 정책을 모색해야 한다. 특히, 생애말기돌봄 준비도는 지식·기술적인 역량 뿐 아니라 정서적 회복력과 심리적 의지까지 포함하는 다차원 개념으로, 이를 높이는 것은 수행도의 질을 향상시키는 핵심 전략이 될 수 있다. 또한, 생애말기돌봄 중요도의 영향은 가치 기반의 인식 개선이 행동 변화와 수행 수준 향상에 있어 중요한 동기 요인임을 보여준다. 따라서 생애말기돌봄 수행도를 향상시키기 위하여 준비도 제고와 중요성 인식 강화를 병행하는 전략이 필요함을 시사한다. 이를 위해 표준화된 교육과정, 시뮬레이션 훈련, 상급 멘토링 제도 등 역량 강화 프로그램과 더불어, 생애말기

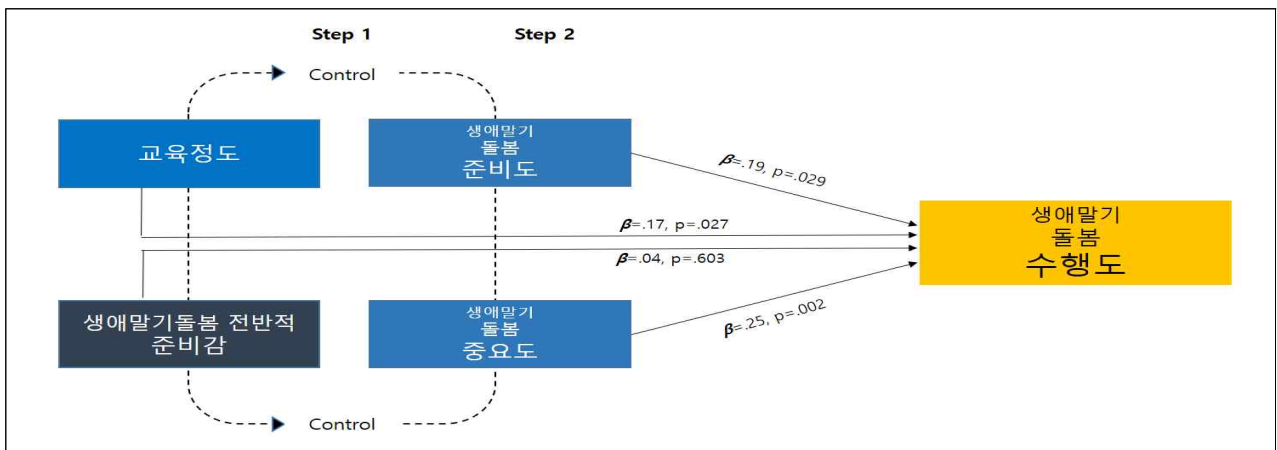
돌봄의 철학적·윤리적 가치를 공유하고 강화하는 조직문화 조성이 중요하다. 최종 모형의 설명력은 15%였으며($F=7.01, p=.029$), 이는 본 연구에서 포함하지 않은 조직 지원, 근무환경, 급여체계, 감정노동 수준, 동료·보호자·가족과의 협력 경험 등의 추가 변수가 수행도에 영향을 미칠 가능성을 시사한다. 향후 연구에서는 정량적 분석과 함께 심층면담 등 질적 연구를 병행하여, 생애말기돌봄 수행도를 향상시키는 복합적 요인과 그 상호작용을 규명하는 것이 필요하다.

〈표 18〉 생애말기돌봄 수행도 영향요인(N=152)

Variables	B	SE	β	t	p	VIF
(Constant)	0.33	.53		0.63	.532	
Control 교육정도(고졸)	0.45	.20	.17	2.24	.027	1.05
생애말기돌봄 전반적 준비감(충분)	0.09	.20	.04	0.52	.603	1.24
생애말기돌봄 준비도	0.22	.09	.19	2.21	.029	1.26
생애말기돌봄 중요도	0.35	.11	.25	3.22	.002	1.07
F (p)	7.01 (<.001)					
R ²	.16					
Adj R ²	.15					

VIF=variance inflation factor, SE=standard error

Reference category: Education level (high school graduate), Sufficient overall readiness for end-of-life care

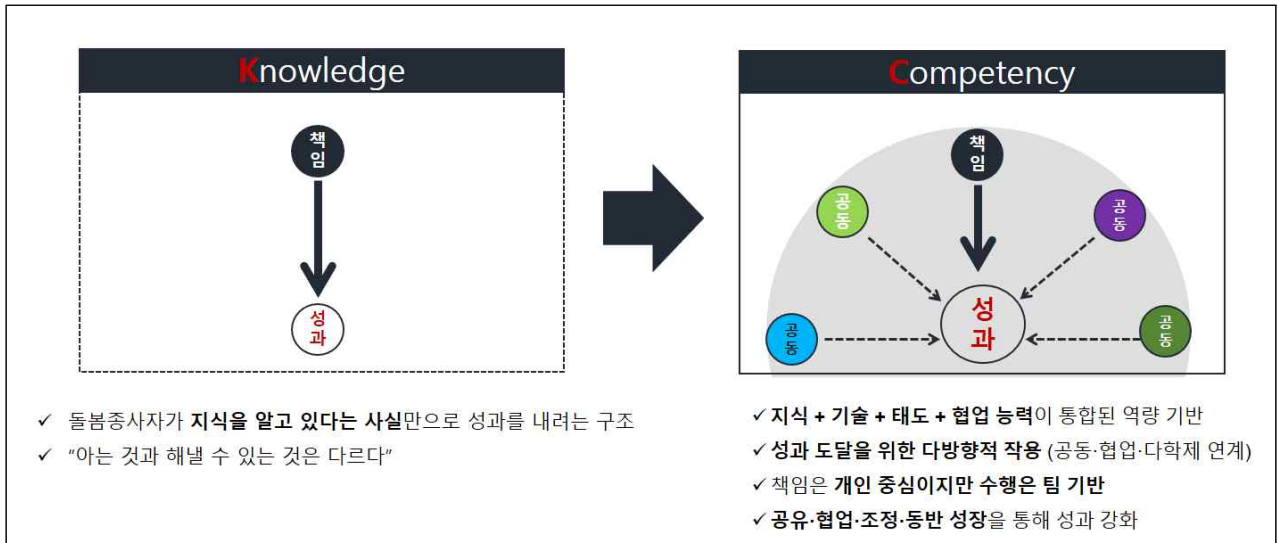


〈그림 17〉 생애말기 돌봄 수행도 영향요인 분석 모형

5. 재가 돌봄종사자의 임종돌봄 수행 영향요인

○ 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행 수준과 영향요인

노인의 좋은 죽음 인식에 대한 사회적 요구는 높지만, 실제 자택 임종률은 14%에 불과하고 대부분(69.9%)이 의료기관에서 생을 마감하고 있다. 많은 노인들은 자택 임종을 선호함에도(37.7%) 재가돌봄 환경에서의 임종지원 체계는 미흡한 실정이다. 정부 역시 돌봄통합지원법을 통해 재가 중심의 임종돌봄 강화 필요성을 강조하고 있다. 그러나 최근 10년 동안의 국내 임종돌봄 연구는 병원 기반 간호사 중심으로 이루어졌으며, 재가에서 일차 돌봄을 제공하는 돌봄종사자를 대상으로 한 연구는 거의 없는 실정이다. 재가서비스 이용률이 78.4%임을 고려하면, 돌봄종사자의 임종돌봄 수행 수준을 파악하는 것은 매우 시급하다.



〈그림 18〉 돌봄종사자의 성과 창출을 위한 역량 기반 접근 모델

좋은 죽음 인식과 생애말기돌봄 태도는 생애말기돌봄 수행에 영향을 미치는 핵심 요인으로 보고되었으나, 재가 돌봄종사자를 대상으로 한 관련 연구는 부족하다. 또한 돌봄종사자는 생애말기돌봄 스트레스(무력감, 죽음에 대한 딜레마 등)를 경험하며, 높은 스트레스는 생애말기돌봄 수행을 저해할 수 있다. 이에 따라 재가 현장에서의 임종 관련 요구와 스트레스 수준을 고려한 서비스 개선이 필요한 상황이다.

따라서 본 연구는 재가 돌봄종사자의 좋은 죽음 인식 · 생애말기돌봄 태도 ·

생애말기돌봄 스트레스가 생애말기돌봄 수행에 미치는 영향을 파악하여, 재가 환경에서의 생애말기돌봄 질 향상을 위한 근거를 마련하고자 한다. 연구의 대상자는 재가에서 6개월 이상 돌봄 업무를 하고 있는 돌봄제공자이면서 임종대상자 돌봄 경험이 있는 자로써, 최종 153명을 편의표집하였다.

연구대상자의 일반적 특성에 따른 각 변수의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다.

1) 돌봄종사자의 일반적 특성과 생애말기돌봄 관련 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스 및 생애말기돌봄 수행의 차이

대상자의 생애말기돌봄 태도는 일반적 특성 중 대졸인 경우(3.11 ± 0.19)가 고졸인 경우(2.88 ± 0.31) 보다 유의하게 높았다($t = -4.24, p < .001$). 대상자의 생애말기돌봄 수행은 남성(2.78 ± 0.52) 보다 여성(3.31 ± 0.65)이 유의하게 높았으며($t = 2.34, p = .020$), 생애말기돌봄 관련 특성 중 임종돌봄 교육신청 의향이 있는 경우(3.31 ± 0.52)가 없는 경우 보다(2.98 ± 0.65) 유의하게 높았다($t = 2.34, p = .020$). 그 외 모두 유의하지 않았다.

<표 19> 돌봄종사자의 일반적 특성 및 생애말기돌봄 관련 특성에 따른 변수의 차이(N=153)

Variable	Categories	n	% or M±SD	좋은 죽음인식		임종돌봄 태도		임종돌봄 스트레스
				M±SD	t/F (p)	M±SD	t/F (p)	M±SD
연령			66.22±8.59					
성별	남자	6	3.9	3.30±0.43	0.43	2.88±0.20	.24	3.90±0.50
	여자	147	96.1	3.38±0.36	(.669)	2.91±0.31	(.805)	4.10±0.57
가족형태	독거	31	20.3	3.32±0.46	-0.82	2.87±0.46	-0.83	4.06±0.46
	동거	122	79.7	3.40±0.42	(.413)	2.92±0.55	(.405)	4.09±0.55
교육정도	≤고졸	133	87.5	3.36±0.44	-1.78	2.88±0.31	-4.24	4.06±0.57
	대졸	20	12.5	3.49±0.27	(.083)	3.11±0.19	(<.001)	4.22±0.51
직종	요양보호사	153	100	3.38±0.43		2.91±0.30		4.08±0.57
직종유형	직접돌봄종사자	138	90.2	3.38±0.43	0.20	2.92±0.30	1.53	4.11±0.56
	간접돌봄종사자 (기관장, 행정직)	15	9.8	3.36±0.41	(.843)	2.83±0.31	(.251)	3.86±0.60
근무지 유형	국공립	21	13.7	3.40±0.62	0.19	2.89±0.62	-0.50	4.11±0.62
	사립	132	86.3	3.38±0.53	(.847)	2.92±0.53	(.618)	4.08±0.53
해당 직종 경력			6.97±5.14					
재가 서비스 제공 지역단위	읍	17	11.1	3.27±0.56	1.59	2.86±0.40	0.61	4.21±0.48
	면	74	48.4	3.44±0.35		2.94±0.51		4.08±0.59
	동	62	40.5	3.34±0.49	(.207)	2.90±0.60	(.545)	4.06±0.57
생애말기돌봄 자신감			6.22±2.29					
생애말기돌봄 의향			6.10±2.71					
생애말기돌봄 준비감			3.02±0.98					
돌봄종사자가 인식하는 대	가정	145	94.8	3.37±0.43	-0.33	2.92±0.30	1.49	4.08±0.57
상자의 임종장소	요양시설	8	5.2	3.44±0.40	(.739)	2.71±0.33	(.138)	3.92±0.74
생애말기돌봄 교육의 필요성	예	142	92.8	3.38±0.42	-0.19	2.93±0.30	-0.19	4.10±0.55
	아니오	11	7.2	3.36±0.56	(.847)	2.71±0.29	(.847)	3.87±0.73
생애말기돌봄 교육신청 의향	예	139	90.8	3.39±0.40	1.33	2.92±0.30	1.34	4.09±0.58
	아니오	14	9.2	3.23±0.61	(.186)	2.81±0.27	(.180)	3.98±0.45

2) 돌봄종사자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스 및 임종돌봄수행 정도

대상자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스 및 생애말기돌봄 수행 정도는 다음과 같다.

좋은 죽음인식은 4점 만점에 평균 3.38 ± 0.43 점으로 친밀감은 3.37 ± 0.47 점, 통제감은 3.33 ± 0.66 점, 임상증상은 3.44 ± 0.48 점이었다. 생애말기돌봄 태도는 4점 만점에 평균 2.91 ± 0.30 점으로 환자개인 태도는 2.78 ± 0.29 점, 가족구성원 태도 3.04 ± 0.46 점이었다. 생애말기돌봄 스트레스는 5점 만점에 평균 4.08 ± 0.57 점으로 하위영역 중 임종 환자와의 인간적 갈등 4.25 ± 0.69 점, 의료한계에 대한 갈등 4.22 ± 0.65 점, 전문지식과 기술 부족 4.17 ± 0.68 점, 환자 및 보호자에 대한 부정적 태도 4.09 ± 0.76 점, 임종 환자에 대한 시간할애의 어려움 4.04 ± 0.69 점, 임종 환자 돌봄에 대한 부담감 3.91 ± 0.75 점, 업무량 과중 3.88 ± 0.80 점 순이었다. 생애말기돌봄 수행 정도는 4점 만점에 평균 3.28 ± 0.53 점으로 신체적 영역 수행 정도는 3.45 ± 0.54 점, 심리적 영역의 수행 정도는 3.39 ± 0.51 점, 영적 영역의 수행 정도는 3.01 ± 0.84 점이었다.

〈표 20〉 대상자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스 및 생애말기돌봄 수행 정도(N=153)

Variable	M±SD	Min	Max	Range	Skewness	Kurtosis
좋은 죽음인식	3.38±0.43	1.94	4.00		-0.87	0.54
친밀감	3.37±0.47	1.89	4.00		-0.80	0.23
통제감	3.33±0.66	1.00	4.00	1 ~ 4	-0.91	0.40
임상증상	3.44±0.48	1.20	4.00		-1.50	3.75
생애말기돌봄 태도	2.91±0.30	2.17	3.73	1 ~ 4	-0.00	-0.10
환자개인 태도	2.78±0.29	2.00	3.64		0.45	0.42
가족구성원 태도	3.04±0.46	1.75	4.00		-0.25	-0.24
생애말기돌봄 스트레스	4.08±0.57	2.25	5.00		-0.69	-0.09
환자 및 보호자에 대한 부정적 태도	4.09±0.76	1.38	5.00		-1.07	0.93
임종 환자에 대한 시간 할애의 어려움	4.04±0.69	2.14	5.00		-0.57	-0.22
임종 환자 돌봄에 대한 부담감	3.91±0.75	2.00	5.00	1 ~ 5	-0.70	-0.04
업무량 과중	3.88±0.80	1.20	5.00		-1.02	0.64
임종 환자와의 인간적 갈등	4.25±0.69	1.67	5.00		-1.11	0.91
전문지식과 기술 부족	4.17±0.68	1.00	5.00		-1.50	3.51
의료한계에 대한 갈등	4.22±0.65	1.25	5.00		-1.15	2.21
생애말기돌봄 수행	3.28±0.53	1.40	4.00		-0.87	0.71
신체적 영역	3.45±0.54	1.13	4.00		-1.48	3.10
심리적 영역	3.39±0.51	1.38	4.00	1 ~ 4	-0.97	1.12
영적 영역	3.01±0.84	1.00	4.00		-0.54	-0.65

3) 돌봄종사자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스와 생애말기돌봄 수행 간의 상관관계

대상자의 좋은 죽음인식, 생애말기돌봄 태도, 생애말기돌봄 스트레스와 생애말기돌봄 수행 간의 상관관계를 살펴본 결과, 생애말기돌봄 수행은 좋은 죽음인식($r=.32, p<.001$), 생애말기돌봄 태도($r=.30, p<.001$), 생애말기돌봄 스트레스($r=.43, p<.001$)와 양의 상관관계를 보였다. 좋은 죽음인식은 생애말기돌봄 태도는 생애말기돌봄 수행과 유의한 정적 상관관계를 보였다. 이는 요양병원 돌봄제공자와 간호사를 대상으로 한 연구들(심지연, 2018; 임진 & 채명정, 2022)과 일치하며, 돌봄종사자가 죽음에 대해 긍정적이고 수용적인 태도를 가질수록 임종 상황에서 대상자를 존엄하게 돌보는 행동으로 이어짐을 의미한다. 특히 좋은 죽음인식은 돌봄종사자가 돌봄의 끝을 단순한 생명유지의 중단이 아닌, 인간다운 삶의 마무리로 인식하도록 이끄는 인지적 틀(cognitive frame)로 작용한다(신민정, 2023). 이는 돌봄노동이 감정노동이자 윤리적 실천이라는 점에서 중요하다. 다시 말해, 죽음의 의미를 이해하고 존중하는 인식 수준은 단순한 기술적 수행능력보다 돌봄의 질을 결정짓는 근본적 요소라 할 수 있다.

그러나 본 연구에서 좋은 죽음 인식이 생애말기돌봄 수행에 직접적인 유의한 영향요인으로 나타나지 않은 점은 주목할 필요가 있다. 이는 인식이 곧바로 실천으로 연결되기 위해서는, 제도적 지원과 조직문화, 그리고 심리적 안전감이 뒷받침되어야 함을 의미한다. 다시 말해, 좋은 죽음을 인식하더라도 이를 실천할 수 있는 구조적 여건 즉, 도덕적 고뇌와 인력부족, 과중한 업무, 시간, 인력, 교육 등 환경적 제약으로 실제 수행으로 이어지지 못하는 것이다(심지연, 2018). 이는 요양병원 호스피스 서비스 직종별 분석에서, 직종 간 역할 구분과 행정적 제약이 많을수록 생애말기돌봄 실천의 연속성이 떨어진다고 한 연구(조현 & 임희영, 2017) 결과와 유사한 맥락으로 돌봄현장의 구조적 제약이 임종돌봄 실천의 장애요인으로 작용할 수 있음을 시사한다. 따라서 향후 생애말기돌봄의 질을 향상시키기 위해서는 돌봄자의 인식 변화와 더불어, 실천을 가능하게 하는 제도적 기반 구축이 병행되어야 한다.

〈표 21〉 대상자의 좋은 죽음인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 스트레스와
임종돌봄 수행 간의 상관관계(N=153)

Variables	좋은 죽음인식	임종돌봄 태도	임종돌봄 스트레스
	r(p)		
임종돌봄 태도	.36 <.001		
임종돌봄 스트레스	.42 <.001	.29 <.001	
임종돌봄수행	.32 <.001	.30 <.001	.43 <.001

4) 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행에 미치는 영향요인

대상자의 생애말기돌봄 수행에 미치는 영향요인을 확인하기 위해 Baron과 Kenny (1986)의 위계적 회귀분석을 실시하였다. 모든 변수의 공차한계(Tolerance)는 0.76에서 0.99로 0.1 이상이었고 분산팽창지수(VIF)는 1.00에서 1.31로 10 미만이므로 다중공선성의 문제는 없었다. Durbin-Watson 통계량은 2.03으로 2에 근접하여 잔차의 독립성이 확보되어 회귀모형의 적합성이 확인되었다. Model 1에서는 일반적 특성 중 임종돌봄수행에 유의하였던 성별과 임종돌봄 교육신청 의향이 투입되었다. 이들 중 남성($\beta = -.20, p = .012$), 교육신청 의향이 없는 경우($\beta = -.20, p = .014$)가 임종돌봄수행에 유의하게 영향을 주는 요인이었다. 이들 변수의 임종돌봄수행에 대한 설명력은 6%로 나타났다($F = 5.92, p = .003$).

Model 2에서 좋은 죽음인식, 임종돌봄 태도, 임종돌봄 스트레스를 추가로 투입한 결과, 임종돌봄 스트레스가 임종돌봄수행에 유의한 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며($\beta = .32, p < .001$), 전체 모형의 설명력은 25%로 증가하였다($F = 11.14, p < .001$). 본 연구에서 임종돌봄 스트레스는 임종돌봄 수행에 가장 큰 영향요인으로 나타났으며, 이는 스트레스가 부정적 요인으로 보고된 선행연구(이지현 & 박정숙, 2017; 정상이, 2013)와는 부분적으로 상이한 결과이다. 즉, 본 연구의 결과는 일정 수준의 스트레스가 돌봄자의 책임감과 주의집중을 강화하여, 오히려 임종돌봄 수행을 촉진하는 ‘적응적 스트레스’ (adaptive stress)로 작용할 수 있음을 보여준다. 이러한 결과는 스트레스를 위협(threat)이 아닌

도전(challenge)으로 인식할 경우 긍정적 수행으로 이어질 수 있다는 Lazarus와 Folkman (1984)의 스트레스-대처이론과 일치한다. 실제로 국내 연구에서도 임종돌봄 스트레스가 임종돌봄 수행과 정적 상관을 보였으며(우영화, 김경희, & 김기숙, 2013; 임진 & 채명정, 2022), 이는 임종 상황에서 돌봄자가 경험하는 감정적 긴장이 완전한 소진으로 이어지기 보다는 대상자에 대한 몰입과 윤리적 헌신으로 전환될 가능성을 보여준다.

하지만 스트레스가 과도하거나 장기화될 경우 수행 저하와 소진으로 이어질 수 있으므로, 돌봄자의 정서적 부담을 완화하고 건강한 스트레스 관리 역량을 기를 수 있는 제도적 지원이 필요하다. 따라서 정기적인 임종돌봄 디브리핑 프로그램(debriefing program), 동료 슈퍼비전(supervision) 체계, 감정노동 완화 교육의 도입이 요구된다. 이러한 접근은 돌봄통합지원법의 기본 철학인 돌봄 제공자의 돌봄(care for caregivers)을 실현하는 구체적 전략으로 기능할 수 있을 것이다.

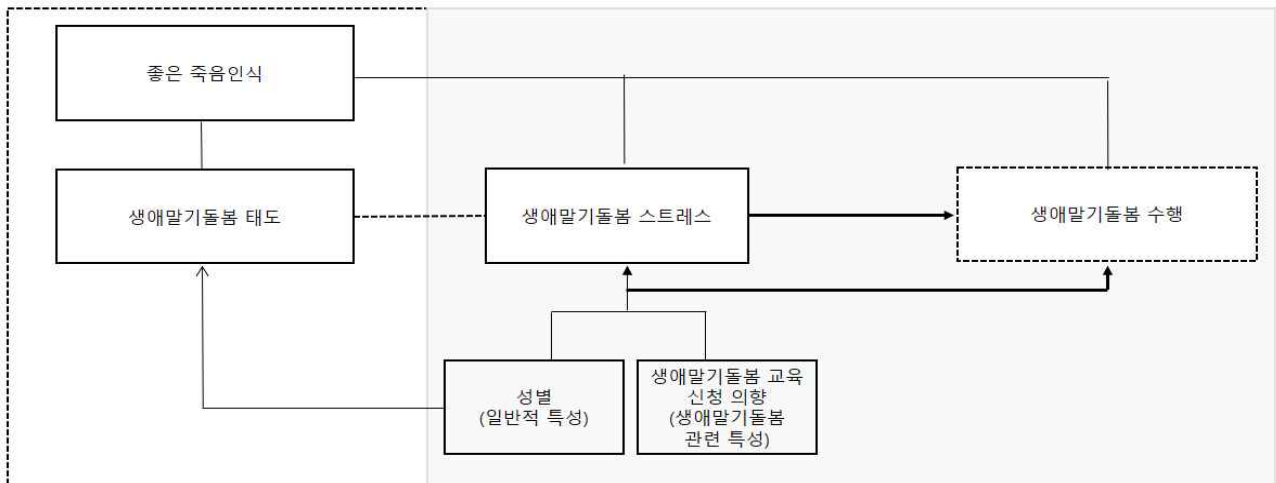
또한, 여성 돌봄종사자의 임종돌봄 수행이 남성보다 유의하게 높게 나타난 것은 돌봄 노동의 젠더화된 특성이 여전히 현장에 뿌리 깊게 작용하고 있음을 보여준다. 여성은 전통적으로 감정표현과 공감능력에서 사회화된 우위를 보이며(김선희, 2017), 이는 임종상황에서 대상자 및 가족의 정서적 요구에 보다 민감하게 반응하도록 한다. 그러나 이러한 결과는 여성에게 돌봄의 도덕적 의무를 과도하게 전가하는 구조적 문제와도 맞닿아 있다. 따라서 향후 남성 돌봄종사자를 대상으로 한 임종돌봄 역량강화 교육과 젠더 중립적 돌봄문화 조성이 필요하다.

또한 임종돌봄 교육 참여 의향이 높은 집단에서 수행 수준이 높게 나타난 결과는, 교육이 단순한 지식 전달을 넘어 돌봄자의 태도와 자기효능감을 강화하는 심리적 자원으로 작용함을 시사한다(심지연, 2018). 따라서 재가 돌봄영역에서도 표준화된 임종돌봄 교육체계를 구축하여, 돌봄종사자가 임종상황을 두려움이 아닌 전문적 돌봄의 한 과정으로 인식할 수 있도록 해야 한다. 교육 내용은 임상적 대응능력뿐 아니라 죽음의 철학, 윤리적 의사소통, 가족상담 기술 등을 포함해야 하며, 실습 중심의 사례 기반 교육이 효과적일 것이다.

<표 22> 돌봄종사자의 생애말기돌봄 수행에 미치는 영향요인

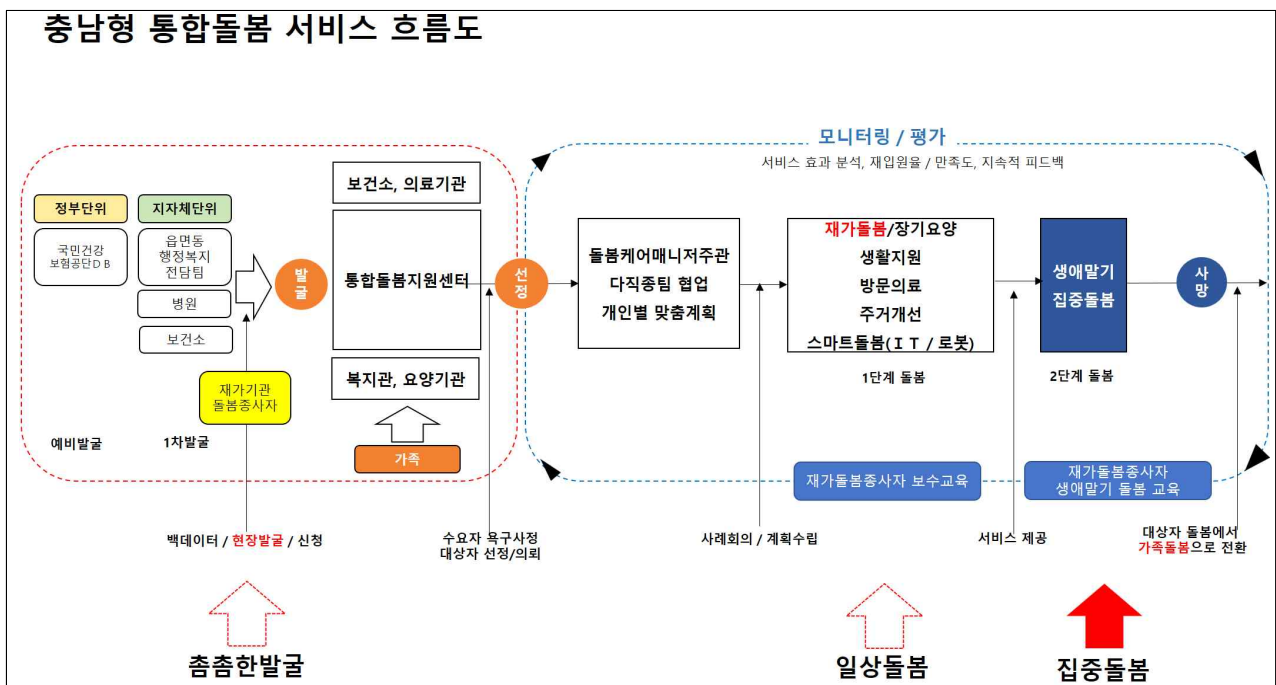
Variables		B	SE	β	t	p	VIF	B	SE	
(Constant)		3.34	.05		73.73	<.001		0.87	.43	
Control	성별(남성)	-0.55	.22	-.20	-2.54	.012	1.01	-0.47	.20	
	임종돌봄 교육 신청 의향(없음)	-0.36	.15	-.20	-2.48	.014	1.02	-0.27	.13	
좋은 죽음인식								0.15	.10	
생애말기돌봄 태도								0.25	.14	
생애말기돌봄 스트레스								0.30	.07	
F (p)				5.92 (.003)			11.14 (<.001)			
R ²				.07			.28			
Adj R ²				.06			.25			

본 연구결과를 토대로 생애말기돌봄 스트레스는 좋은 죽음인식과 생애말기돌봄 태도와 상관관계가 있으면서 생애말기돌봄 수행에 영향을 주는 요인이 될 수 있음을 판단하였다. 이를 도식화하면 다음과 같다.



<그림 19> 생애말기돌봄 스트레스를 중심으로 한 수행 영향요인 개념모형

지금까지의 연구결과에 따른 충남형 통합돌봄 서비스의 흐름도는 다음과 같이 제안한다.



<그림 20> 충남형 통합돌봄 서비스 흐름도

제4장

층남형 통합돌봄 모형

1. 모형의 지향점
2. 최종 모형과 구성요소
3. 최종 모형 실효성 방안 및 한계점

제4장

충남형 통합돌봄 모형

1. 모형개발의 지향점

본 연구는 문헌고찰과 설문조사 및 포커스그룹 인터뷰 등을 활용하여 통합돌봄과 생애말기돌봄에 대한 현상과 실재를 다차원적으로 파악하였다. 이를 근거로 제4장에서는 충남형 돌봄통합 모형개발의 지향점을 설정하고, 지향점을 달성하는 모형을 도출하였으며, 도출된 모형의 실효성 방안을 제시하였다.

○ 개인 차원(대상자 및 가족의 목표)

- 지역사회에서 노인은 건강상태와 기능 수준에 따라 가능한 한 자립적 생활(aging in place)을 유지하는 주체이며, 필요 시 다양한 서비스와 연결되는 중심 대상이다.
- 노인은 자신의 건강 및 돌봄 욕구를 고려하여 지역사회 내에서 생활 지속을 희망하는 존재이다.
- 장기요양등급 여부, 일상생활 수행 가능성 여부에 따라 시설·입원·재가 서비스 선택 과정에 참여한다.
- 가족은 돌봄의 중요한 파트너로서 필요 시 장기요양, 방문서비스, 재가돌봄서비스, 호스피스(생애말기돌봄), 가족돌봄지원 등을 선택·조정한다.

○ 조직 차원(지역사회의 서비스 공급 및 조정 체계)

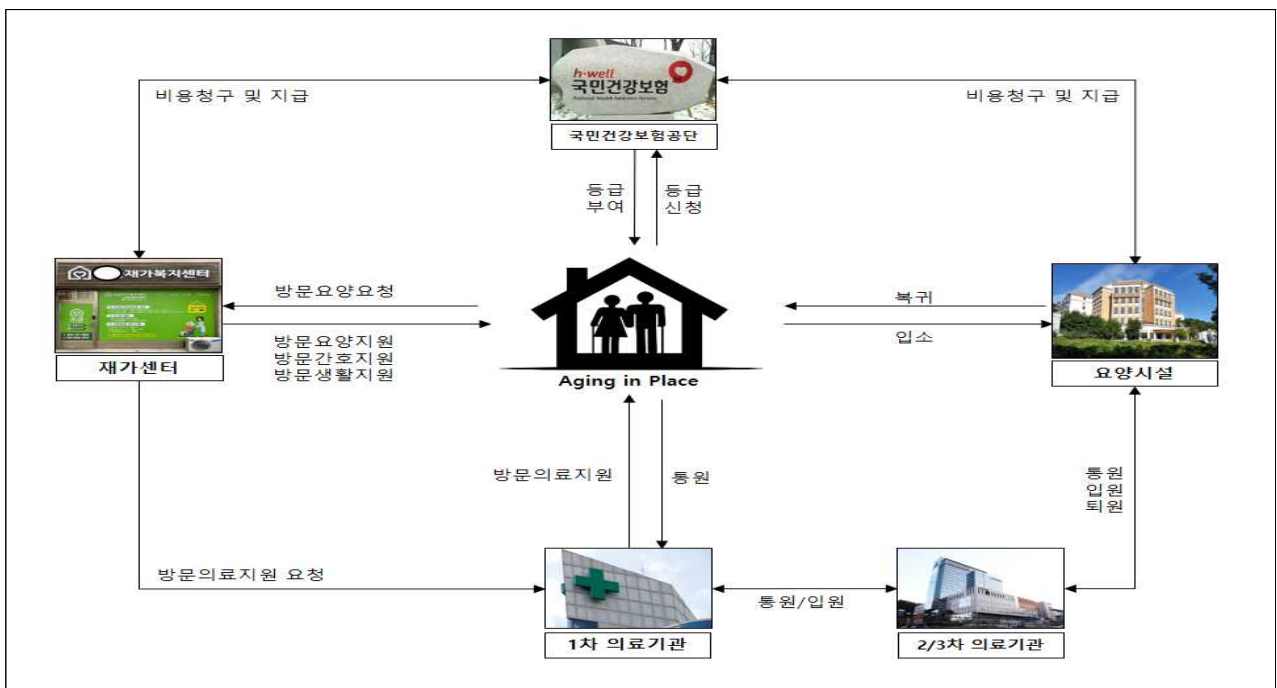
- 지자체, 의료기관, 장기요양기관 및 다양한 복지·돌봄 조직은 돌봄 통합 제공자로서 조정 및 연계의 책임이 있다.
- 의료, 요양, 재가서비스, 커뮤니티 자원 간 연계 체계를 마련하여 노인이 불필요하게 시설·병원 중심으로 이동하지 않도록 한다.
- 장기요양등급 외 대상자(사각지대)도 포함할 수 있는 지역사회 맞춤형 지원체계(주택

환경 지원, 안전망, 일자리, 인력양성 등)를 운영한다.

- 돌봄 코디네이터 또는 케어매니저 역할을 통해 서비스 간 연결·전환 관리(입원 → 퇴원 → 재가)를 담당한다.
- 조직은 재활 지원, 퇴원계획, 사후관리(재발·입원 예방) 등의 연속적 돌봄 체계를 구축해야 한다.

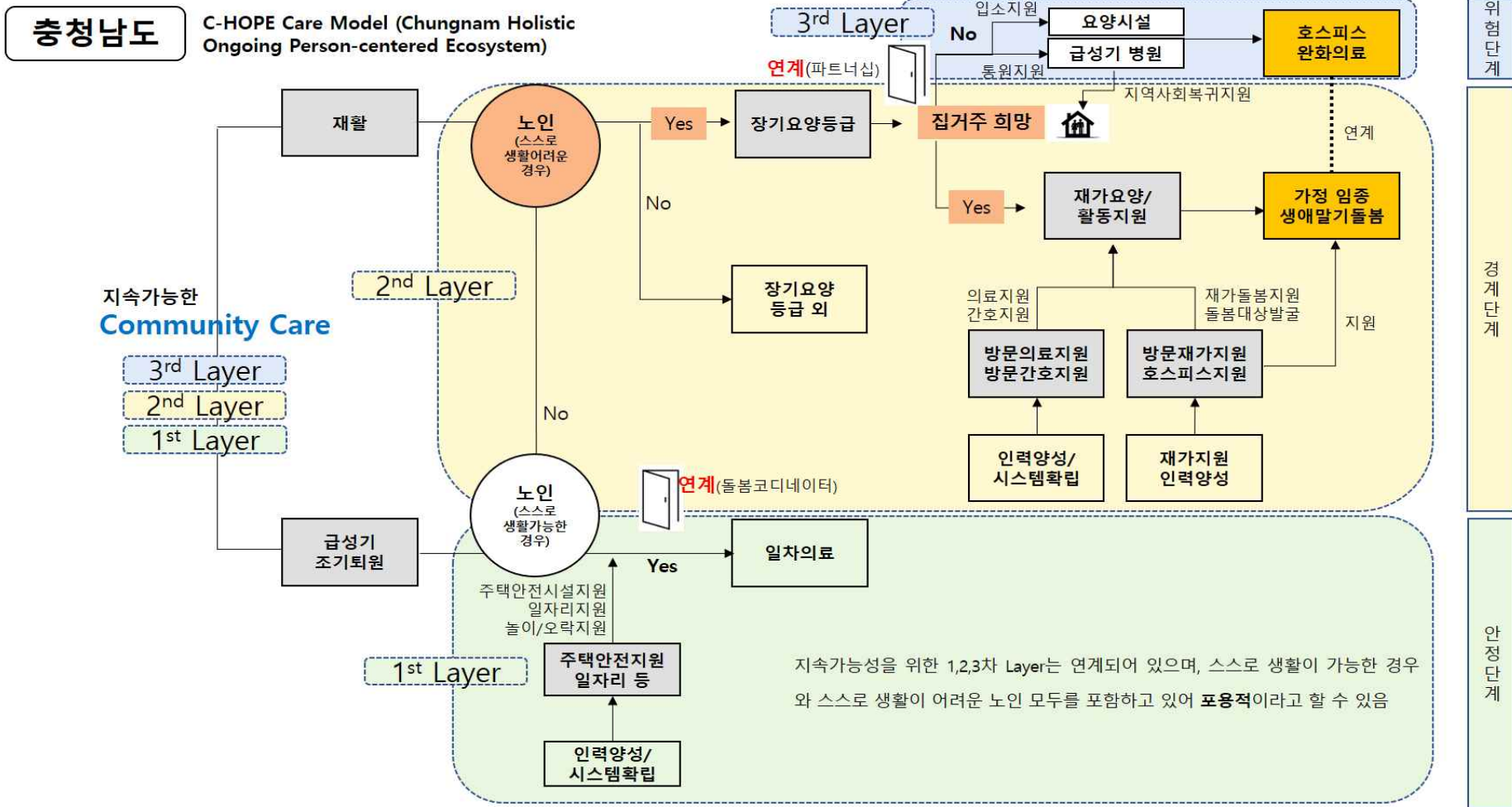
○ 정부 차원(지속가능한 통합돌봄 시스템 구축)

- 중앙 및 지방정부는 정책, 재정, 인력, 평가 등 지속 가능한 지역사회 통합돌봄 인프라를 설계하고 운영하는 책임이 있다.
- 지역 기반 통합돌봄 정책 및 지원체계 구축(1·2·3차 커뮤니티 케어 레이어 유지).
- 서비스 공급 기반을 확충하고, 재가 중심 서비스 강화 및 시설·병원 의존 최소화 전략을 추진한다.
- 전문인력 양성, 인력풀 및 시스템 구축, 그리고 서비스 기관에 대한 성과 모니터링 및 피드백 체계를 가동한다.
- 의료-돌봄-주거-정서지원 등 다학제적 서비스 모델의 표준화 및 관리체계를 마련한다.



<그림 21> Aging in Place 실현을 위한 통합돌봄 서비스 연계체계 모형

2. 최종 모형과 구성요소



<그림 22> 충남형 C-HOPE 통합돌봄 모델

○ 모형 설명

○ **개인차원:** 지역사회 통합돌봄 서비스의 활용과 결과는 노인 개인의 건강 및 기능 수준, 주거환경, 지역사회에서의 생활 의지, 사회적 자원 보유 정도 등의 보호·위험 요인에 따라 달라질 수 있다. 본 모형은 “**지역사회에서 가능한 오래, 안전하게, 존엄하게 살아갈 수 있는가(aging in place)**” 라는 관점으로 구축되었으며, 개인의 자립 능력, 건강관리 능력, 사회적 지지 체계, 자기결정권 및 희망을 중요한 보호요인으로 본다.

개인차원의 자원으로는 일상생활활동(ADL/IADL) 능력, 자산 및 주거환경, 돌봄 가족의 존재, 의료 이용 접근성, 재활 참여도, 자립 욕구 등이 중요한 요인으로 고려되며, 이는 지역사회 기반 돌봄서비스의 선택 및 연결 과정에서 결정적 전환점이 된다.

○ **조직차원:** 지역사회 돌봄의 성패는 개인요인보다 조직·제도·서비스 간 연계체계의 마련과 운영 수준에 의해 더 영향을 받는다. 이는 본 모형에서도 기관별 분절적 서비스 제공 방식이 아니라, 통합적인 케어 네트워크 구축 여부가 결과에 결정적으로 작용함을 보여준다.

조직차원의 영향은 다음과 같은 서비스 연계 경로에서 확인된다.

- ① 경로: 개인의 기능상태 및 보호요인이 충분하고, 지역사회와 서비스 조직의 지원이 연계될 경우 → **자가 중심의 안정적 생활 유지 단계**로 이행
- ② 경로: 개인의 보호요인이 있으나, 조직의 서비스 공급·연계·지원이 충분하지 않을 경우 → **위험 발생 가능성이 있는 경계 단계**
- ③ 경로: 개인의 위험요인이 있으나, 조직이 적극적인 개입 및 지원체계를 제공할 경우 → **자가 회복 및 재활 기반 경계 단계**
- ④ 경로: 개인과 조직 모두 위험요인이 높고, 연계 부족 시
→ 입원·요양 및 시설 의존, 호스피스 등 **위험수준 단계로 전환**

본 모형의 조직요인에는 장기요양서비스, 방문건강·의료지원, 재가활동지원, 재활 지원체계, 퇴원지원 및 케어코디네이션, 안전망 구축, 인력양성 및 시스템 교육체계 등이 포함되며, 이 외에도 지역사회 파트너십, 기관 간 연계 플랫폼, 다학제 협력 조직문화, 사례관리 전문성 등이 보완적 고려 요소일 수 있다.

○ **정부차원:** 정부(중앙 및 지자체)는 지역사회 기반 돌봄 환경을 조성하는 정책 플랫폼 운영 주체로서 다음 역할이 요구된다.

기본적 접근권 확보: 돌봄·의료·주거·생활지원 서비스의 이용 보장 및 사각지대 해소

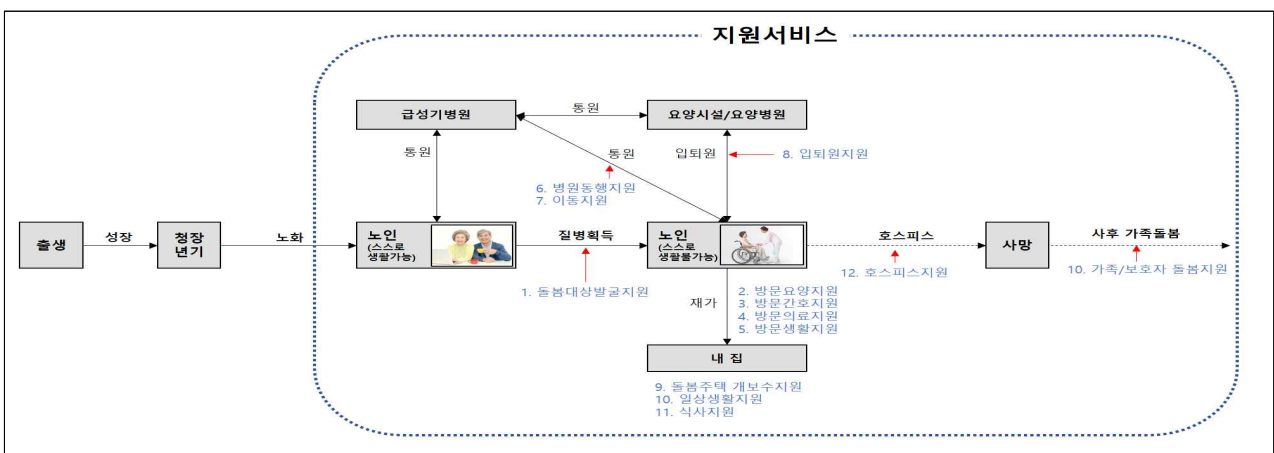
전문 인력 양성 및 표준화: 케어코디네이터, 방문돌봄 전문인력, 지역케어 관리자 양성 및 인증체계 마련

품질 및 성과관리: 상급 모니터링 시스템 운영(지표 개발, 평가, 감사, 인센티브 활용)

통합정보관리체계 구축: 개인·기관·서비스 간 정보 연계 및 사례관리 플랫폼 개발

지속가능성 확보: 재정지원, 지역사회 기반 돌봄 인프라 구축, 다부처 협력 메커니즘 마련

이는 단순 서비스 제공을 넘어 지역 내 ‘살던 곳에서의 삶’을 공공이 지원하는 체계적·지속가능한 통합돌봄 생태계를 구축하는 것을 목표로 한다.



<그림 23> 지역사회 통합돌봄 지원서비스 제공 및 연계모형

지원서비스	지원주체	지원기관
1. 돌봄대상발굴	공단직원, 요양보호사	건강보험공단, 재가기관
2. 방문요양지원	요양보호사	재가기관
3. 방문간호지원	방문간호사	방문간호센터
4. 방문의료지원	의사 및 간호사	지역병원, 보건소
5. 방문생활지원	요양보호사	재가기관
6. 병원동행지원	요양보호사	재가기관
7. 이동지원	요양보호사	재가기관
8. 입퇴원지원	요양보호사	재가기관
9. 돌봄주택 개보수지원	건축전문가	시도
10. 일상생활지원	요양보호사	재가기관
11. 식사지원	요양보호사	재가기관
12. 호스피스지원	전문간호사, 요양보호사	지역병원, 재가기관

〈그림 24〉 지역사회 통합돌봄 지원서비스 구성 체계

결론적으로, 본 모형은 개인의 기능 및 주거 생활 유지 가능성 → 조직 간 통합적 연계 및 서비스 개입 수준 → 정부의 정책적 지원 및 인프라 조성이라는 다층적·다경로적 상호작용 구조로 설계되어 있으며, 결과적으로 “지속가능한 지역사회 통합돌봄 체계” 구축을 지향한다.

3. 최종 모형 실효성 방안 및 한계점

최종 확정된 충남형 통합돌봄 모형의 실효성을 높이기 위해 지속적 모니터링 체계와 영향평가 시스템을 구분하여 제시하였다. 모니터링은 서비스 경로 유지 및 위험 전환 차단을 위한 상시적 관리, 영향평가는 정책 효과성 검증 및 재투자 근거 마련을 목표로 한다.

○ 모니터링 체계

가. 개인차원 모니터링

대상자의 건강상태 변화, 기능수준, 돌봄 욕구를 주기적으로 평가하여 입원·시설·

위기 상황으로의 이동을 예방하는 데 목적이 있다.

핵심 목표: 재가 유지 가능성 유지 및 위험 발생 시 조기개입

<표 23> 개인차원 모니터링 체계

세부 영역	모니터링 내용	도구 및 방식
건강 및 기능변화	ADL/IADL, 인지기능, 만성질환 악화 여부	표준 건강·기능 평가도구, ICT 건강기록
주거 및 생활환경	낙상·안전위험, 주거 편의성, 생활지원 가능 수준	주거안전 점검 체크리스트, 방문점검
정서 및 사회적 지지	우울·고립·상실감, 가족·이웃지지 여부	GDS, 사회지표 조사, 사례관리 상담

나. 조직차원 모니터링

지역사회 내 다기관(의료-요양-복지-주거)이 참여하여 연계 품질 유지 및 서비스 지속성을 모니터링한다.

핵심 목표: 돌봄 경로 중단 예방 및 서비스 질 관리

<표 24> 조직차원 모니터링 체계

세부 영역	모니터링 항목	실행 담당	도구 및 방식
서비스 연계	케어플랜 적정성, 기관 간 정보 공유	케어코디네이터	연계회의, 사례관리 기록
서비스 공급	방문·재활·간호·활동지원 제공 주기 및 품질	제공기관	기관평가 + 수혜자 만족도
인력 및 역량	돌봄 인력 교육, 감정노동 관리, 전문성 수준	지자체/교육기관	이수관리·근무환경 조사

다. 정부(지자체 및 중앙정부) 차원 모니터링

핵심 목표: 지역 단위 성과 기반 정책 조정 및 확산 체계화

<표 25> 정부(지자체 및 중앙정부) 차원 모니터링 체계

세부 영역	주요 내용	실행체계
제도 기반	법제·재정·조직체계 안정성	통합돌봄 전담부서 운영
성과 관리	서비스 실적, 재가 유지율, 입원율 변화	지역단위 성과지표 개발
지속 가능성	예산 투입 대비 인구효과 분석	사회·경제적 비용효과 분석

○ 영향평가 체계(Evaluation Framework)

지역사회 통합돌봄 정책의 성과를 공식적으로 검증하기 위해 지자체 및 중앙정부 평가 체크리스트를 마련한다.

가. 평가영역 및 지표

<표 26> 평가영역 및 지표

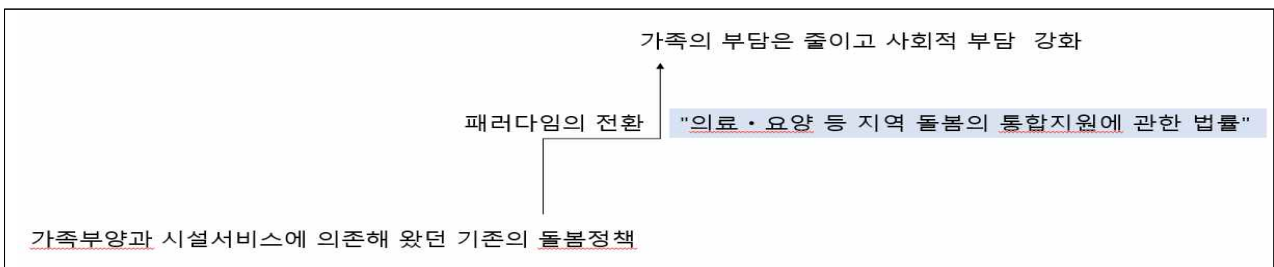
평가영역	구체적 지표	기대 효과
재가 유지 성과	재가 유지율, 입원·시설 전환률 변화	Aging in Place 실현
서비스 접근성	대기시간, 이용률, 사각지대 감소	공평성 및 접근성 확대
서비스 연계 품질	기관 간 정보 연계율, 사례관리 만족도	서비스 단절 예방
비용효과성	의료·요양 비용 절감, 가족 돌봄 부담 감소	사회적 비용 절감
지역 역량 강화	인력양성 이수율, 통합지원센터 운영수준	지역 돌봄 생태계 구축

나. 인센티브 및 확산 전략

- 우수 지자체 인증제 도입 (지역 통합돌봄 우수도시 지정)
- 성과기반 보조금 및 인력지원 차등 제공
- 사례모형 데이터베이스 구축 및 우수사례 확산

○ 기대 효과

- 시설·병원 중심 돌봄에서 재가 중심 돌봄으로의 구조적 전환 가속화
- 노인의 삶의 질(QoL) 향상 및 가족 부담 경감
- 지역사회 중심의 지속가능 돌봄 생태계 구축
- 정책 투자 대비 비용효과성 증대 및 국가 장기요양 재정 안정화



<그림 25> 통합 돌봄서비스 기대효과

○ 한계점

본 실효성 방안은 지역사회 기반의 통합돌봄체계를 정착시키기 위해 대상자 발굴·지원주체 연계·의료돌봄 강화·전문인력 교육·가족지원·이동지원·협의체 구성·AI 활용·재택의료 연계지원 사업 등을 포함하고 있으나, 실행 가능성과 지속가능성 측면에서 다음과 같은 구조적 한계를 지닌다.

첫째, 법·제도적 기반과 운영체계 간 정합성 부족의 위험이 존재한다. 중앙정부, 광역 및 기초지자체, 공공·민간 기관 간 역할과 책임이 복합적으로 설정되었으나, 권한과 책임의 경계, 의사결정 권역, 업무표준 프로토콜이 명확히 규정되지 않을 경우 운영 혼선과 사례관리 편차가 발생할 가능성이 크다. 특히 다양한 기관을 포괄하는 협력구조는 이상적인 모델이지만, 실제로는 협력의 관리비용 증가, 조정 리더십 부재, 시스템 표준화 미흡등의 문제에 직면할 수 있다.

둘째, 재정 및 인력 자원의 지속가능성에 대한 검토가 충분하지 않다. 재택의료 추가비용 지원, 이동지원 서비스, 전문인력 양성 및 인센티브 제공 등은 모두 재정 부담을 동반하는 장기정책 요소이기 때문에 안정적 예산 확보 계획 및 성과기반 예산 집행 시스템이 필수적이다. 아울러 통합돌봄의 핵심인 요양보호사·방문간호사·케어코디네이터 확보 및 역량 유지 전략이 불충분하며, 지역 간 인력수급 불균형, 처우 개선 미비, 소진 예방 체계 부족은 정책 효과를 저해할 수 있다.

셋째, 서비스 품질관리 및 책임 주체의 명확화가 필요하다. 서비스 제공 유형 및 연계 방식이 다양화되면서 서비스 질을 객관적으로 평가하고, 기준 미달 기관에 대한 조치 및 재평가 시스템을 설계하는 것이 중요하다. 특히 원격진료와 AI 매칭 시스템의 활용 확대는 데이터 신뢰성·개인정보보호·알고리즘 책임 소재 등 기술·윤리적 리스크를 수반하며, 법적 보호장치 마련 없이 추진될 경우 오히려 취약계층의 디지털 돌봄 불평등을 심화시킬 우려가 있다.

넷째, 대상자 및 가족의 수용성과 지역사회 기반성 확보가 과제이다. 재가

중심의 통합돌봄 원칙은 매우 중요하나, 현실적으로 가족 돌봄 부담 증가 및 서비스 공백 기간 발생문제를 야기할 수 있으며, 특히 농촌·도서·산간지역의 서비스 접근성 격차는 정책 형평성 문제를 초래할 수 있다. 또한 정책 성공을 위해서는 대상자 및 가족, 지역사회, 제공 인력 모두가 공감하고 참여할 수 있는 체감형 동기부여 전략이 병행되어야 한다.

종합하면, 본 모형 실효성 방안은 통합돌봄의 이상적 정책구조와 실행기반을 제시하고 있으나, 지속가능성을 위한 제도·재정·인력·기술·사회적 수용성 측면의 구체적 실행 전략이 추가 보완되어야 하며, 특히 표준화된 운영 매뉴얼, 단계별 재정투입 계획, 지역 맞춤형 서비스 모델, AI 및 원격의료 활용에 대한 윤리·법적 기준 설정이 필수적으로 요구된다.

<표 27> 성과지표 매트릭스 예시

목표: 지역사회 통합돌봄의 성과 측정 및 의사결정 근거 확보

지표 구분	1단계: 투입(Input)	2단계: 과정(Process)	3단계: 산출(Output)	4단계: 결과(Outcome)
서비스 체계	돌봄인력 확보, 예산 배정, ICT기반 구축	사례관리 운영, 연계 회의, 서비스 표준화	방문서비스 제공 건수, 연계율, 담당자 배정률	서비스 대응속도, 단절률 감소
건강·의료	방문간호·재활 인력 확보	건강 기능평가 및 모니터링	재활·관리 서비스 제공량	악화·입원 예방률 향상
주거 및 안전	주거 개조 예산, 안전기술 도입	주거 위험요인 조사 및 개입	주거개조·안전장비 설치 건수	낙상·위험사고 감소
사회·심리	심리정서 지원 인력 및 기관 확보	정서·사회활동 프로그램 운영	참여율 및 지속률 증가	고립감·우울감 감소
재정·경제성	정부·지자체 투자	자원 효율성 관리	비용 대비 서비스 산출률	돌봄·의료 비용 절감

<표 28> 실행 로드맵(단기-중기-장기) 예시

단계	기간	핵심 추진목표	주요 실행전략
단기	1단계: 1~2년	기반 구축 및 접근성 확보	전담조직·인력 확보, 표준지침 개발, 사례관리 시범 운영, DB 구축
중기	2단계: 3~5년	확산체계 구축 및 성과관리	지역 간 네트워크 구축, ICT·AI 기반 연계 서비스, 재가 중심 서비스 확대
장기	3단계: 5~10년	지속가능 구조 정착 및 고도화	입원·시설 의존 최소화, 지역 모델 표준화→국가모델 확립, 재정지속성 확립

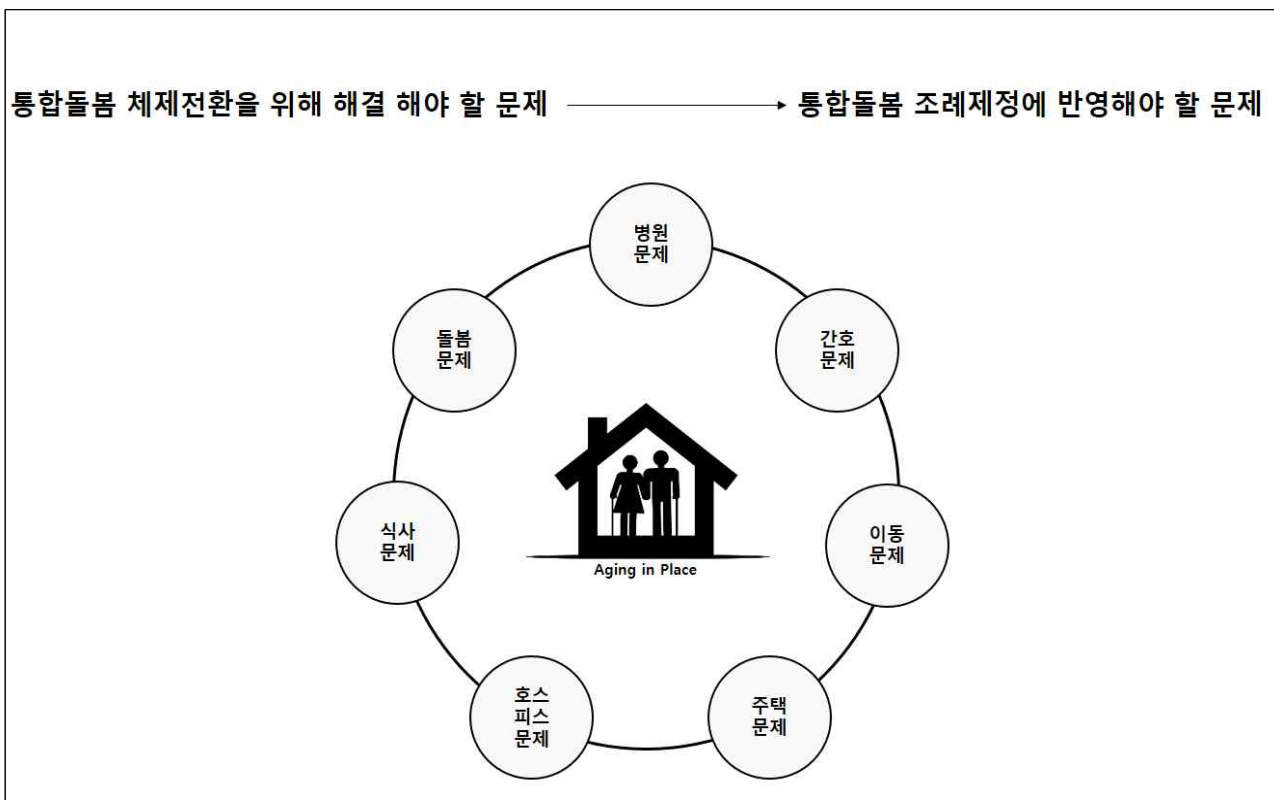
제5장

결론

1. 결론 및 정책 제언
2. 연구의 한계 및 향후 연구방향

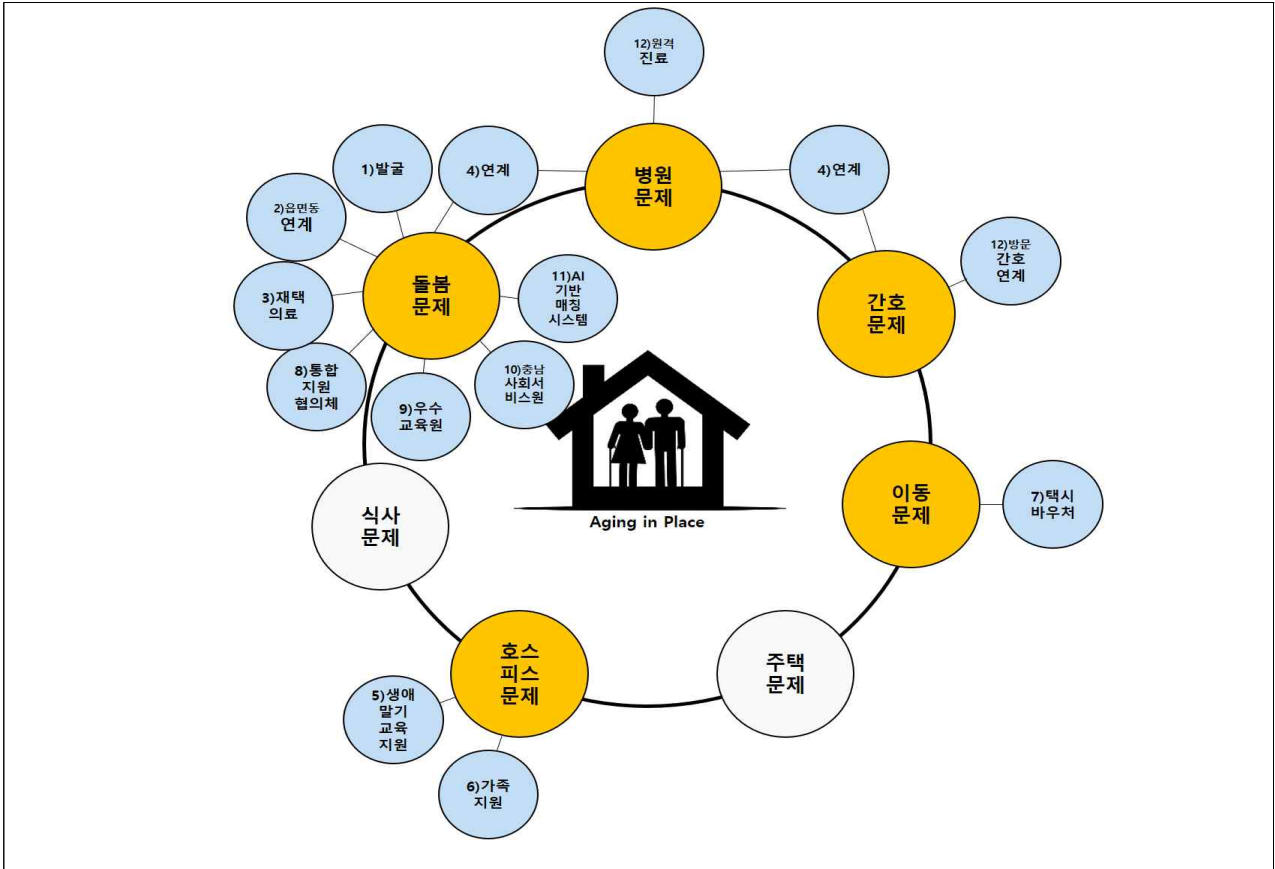
1. 결론 및 정책 제언

통합돌봄으로 체제를 전환하기 위해 해결해야 할 문제는 통합돌봄 조례제정에 반드시 반영해야 할 문제이다.



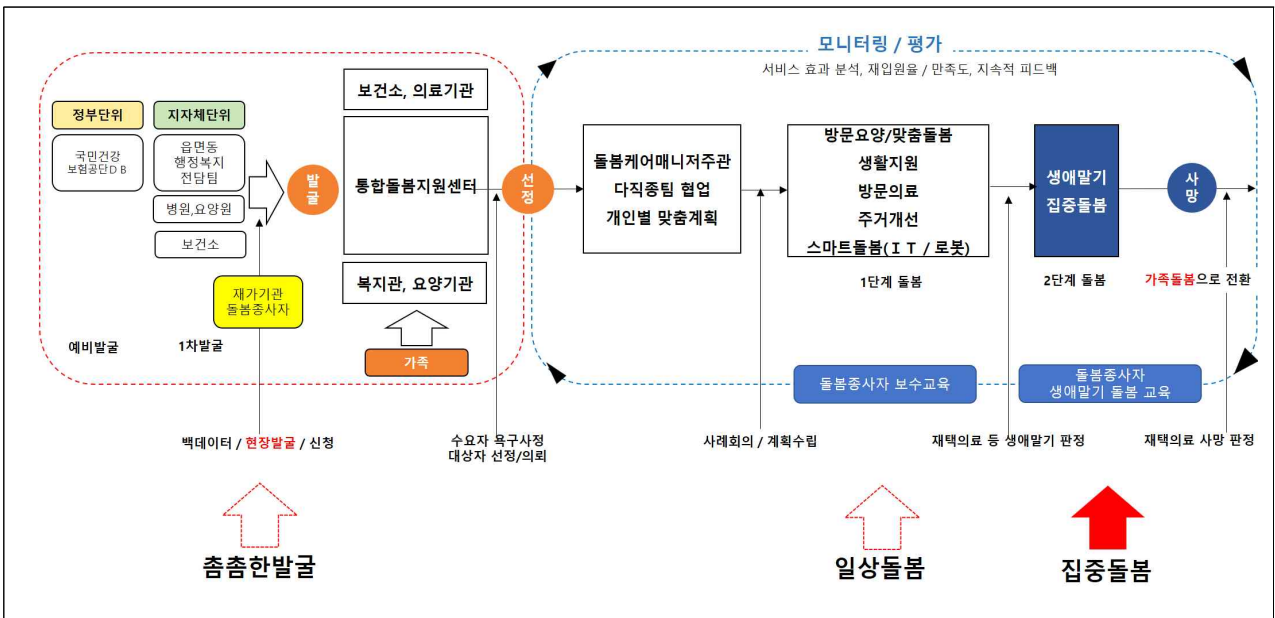
<그림 26> 통합돌봄 조례제정에 반영되어야 할 문제

본 연구는 통합돌봄 대상자의 돌봄문제, 병원문제, 간호문제, 이동문제, 그리고 호스피스문제를 중심으로 조례 제정 및 제도 개선에 필요한 12가지 근거를 제시하고자 한다.



<그림 27> 조례 제정 및 제도 개선에 필요한 12가지 근거

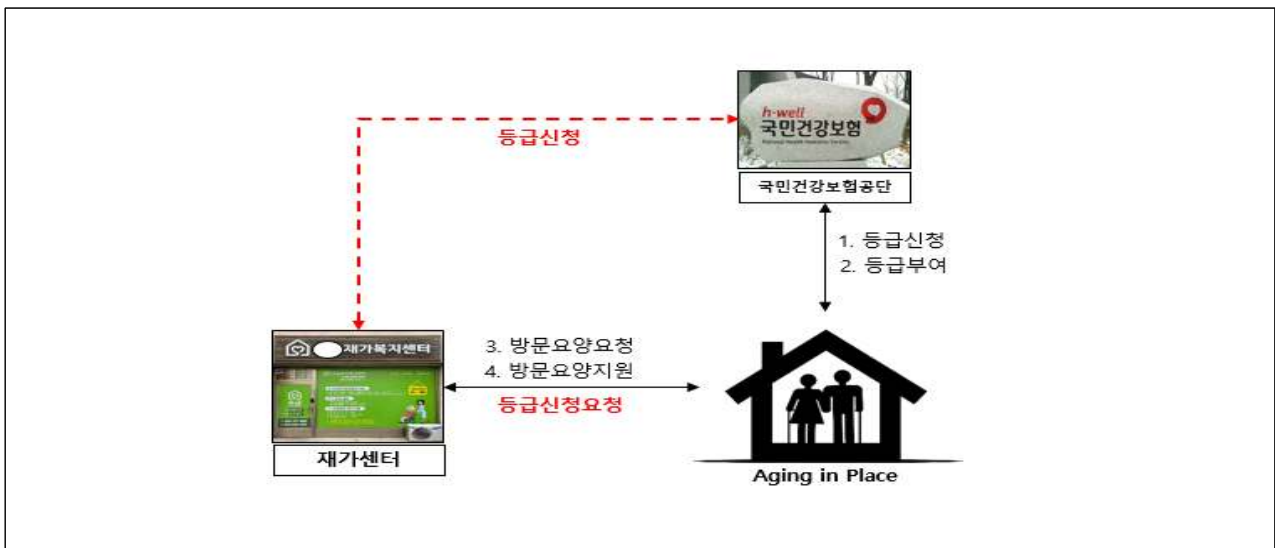
이를 토대로 한 충남형 통합돌봄 서비스 흐름도는 다음과 같다.



<그림 28> 충남형 통합돌봄 서비스 흐름도

본 연구에서는 조례 제정 및 제도 개선을 위한 (안)을 도출하기 위해 다음과 같은 핵심 방향을 중심으로 고민하였다. 첫째, 양질의 재가 돌봄종사자 인력을 어떻게 충분히 확보·양성할 것인가를 검토하였다. 둘째, 공급자와 수요자를 효과적으로 매칭할 수 있는 구조 마련과 기존 인력의 효율적 활용 방안을 모색하였다. 셋째, 재가 돌봄종사자의 전문성 향상, 질관리 강화, 자부심을 높이는 프로그램 도입 등 종사자들이 지속가능하게 근무할 수 있는 동인을 탐색하였다. 넷째, 커뮤니티케어의 핵심 주체인 현장 경험과 노하우를 보유한 재가기관을 어떻게 활용할 것인지를 검토하였다. 다섯째, 현장의 문제를 정확히 파악하기 위해 이해관계자 간의 원활한 소통 채널, 예를 들어 소통위원회 구성 등 제도적 장치의 필요성을 논의하였다. 마지막으로, 통합돌봄 정책 속에서 중남형 돌봄의 차별성과 방향성이 무엇이어야 하는지를 검토하였다. 이러한 고민을 바탕으로, 본 연구는 조례 제정과 제도 개선을 위한 (안)을 결론으로 다음과 같이 제시하였다.

1) (돌봄대상자 발굴) 적극적인 통합지원 대상자 발굴을 위하여 재가기관 및 관련 종사자를 활용하여야 한다.



<그림 29> Aging in Place를 위한 대상자 발굴 및 서비스 연계 프로세스

돌봄통합지원법의 취지에 따라 통합지원 대상자를 적시적소에 발굴하는 것은 중요한 문제이다. 돌봄통합지원법 제6조 제1항에는 시도지사, 시장, 군수 등은 매년 통합지원 지역계획을 수립에 있어 통합지원 대상자의 발굴에 대한 내용을 반드시 포함하도록 명시되어 있다. 이에 적시적소의 통합지원 대상자 발굴에 있어 충남지역의 1,000여개 재가기관 및 3만 명이 넘는 관련 종사자(요양보호사, 사회복지사 및 간호사)를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 실제로 현장에서는 이미 관행적으로 일상생활돌봄 재가기관에 의해 대상자 발굴 및 건강보험공단에 신청대행이 이루어지고 있다. 따라서 본인 및 가족의 선택을 존중하여 대상자 발굴에 있어 재가기관을 활용할 수 있도록 하는 것이 현실적이며, 이를 위하여 재가기관들이 통합지원 대상자 발굴 대행 업무를 진행 할 수 있는 근거를 마련할 필요가 있다(제10조 제3항 제3호 제4호).

<관계법령>

제6조(지역계획의 수립·시행) 제1항
 제2호. 통합지원 대상자의 발굴과 지원체계의 구축에 관한 사항

제10조(신청·발굴 및 조사 등) 제3항
 제3호. 통합지원이 필요한 자의 일상생활·사회활동 수행능력, 신체적·정신적 건강상태

제4호. 통합지원이 필요한 자의 통합지원에 대한 욕구

대상자 발굴을 위한 조례 예시는 다음과 같다.

<제안 예시> D시 동구 복지사각지대 구민 발굴 조례

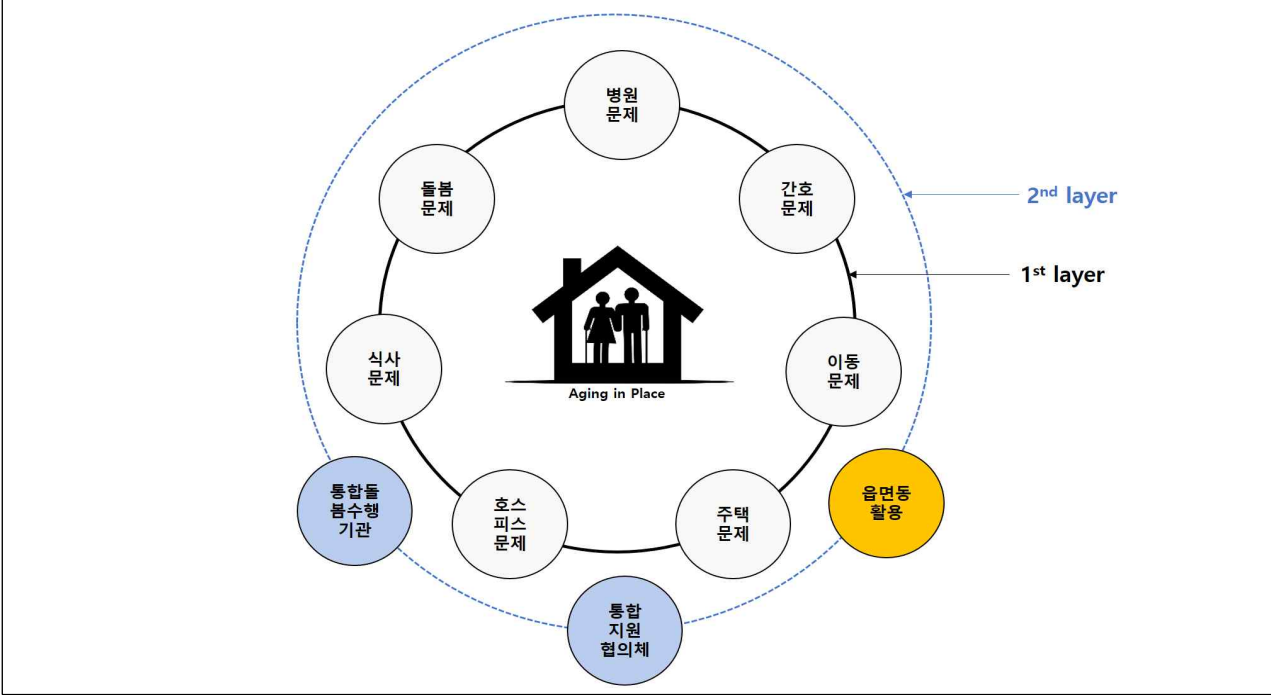
제5조(발굴 방법)

① 복지사각지대 구민 발굴의 주체는 공무원, 동 지역사회보장협의체, 통장, 동 복지 전담팀이 된다.

② 구청장은 발굴 주체 외에도 방문형 서비스기관 종사자(가정을 방문하여 서비스를 제공하는 간호사, 노인돌봄기관 종사자, 노인요양보호사 등을 말한다), 주민 등으로 인적 안전망을 확대하여 대상자 발굴에 적극 노력하여야 한다.

- ③ 복지사각지대 구민 발굴은 위기상황에 처한 사람들을 현장에서 직접 접촉하는 방법으로 하는 것을 원칙으로 한다.
- ④ 담당공무원은 복지사각지대 발굴 시스템(단전·단수, 사회보험료 체납 등 취약계층 관련 빅데이터를 수집·분석하여 복지사각지대 대상자를 선제적으로 발굴·지원하는 전산시스템을 말한다)을 통해 위기 정보를 수시로 확인하여 대상자를 발굴하여야 한다.

2) (읍면동 활용) 통합지원 대상 신청시 보건, 의료, 복지, 공동체 등의 다양한 부문의 연계성을 높일 수 있도록 읍면동을 활용할 수 있는 연계방안이 필요하다.



<그림 30> 통합돌봄 대상자 발굴·신청 단계에서의 읍면동 활용 연계 모델

제6조 제1항 제5호의 시군업무 부서와 통합기관 연계협력 방안을 위하여 대상자 발굴신청(본인, 가족, 재가기관 대행) 전 1차 일상생활돌봄 재가기관 등과 상담 후 통합돌봄 필요도를 작성하여 신청하도록 유도하고, 신청서 제출의 경우 읍면동에 신청도 가능하도록 하여 행정업무의 효율성과 수요자 만족도를 올려 돌봄 사각지대가 최대한 해소 될 수 있도록 연계협력 방안이 마련될 필요가 있다.

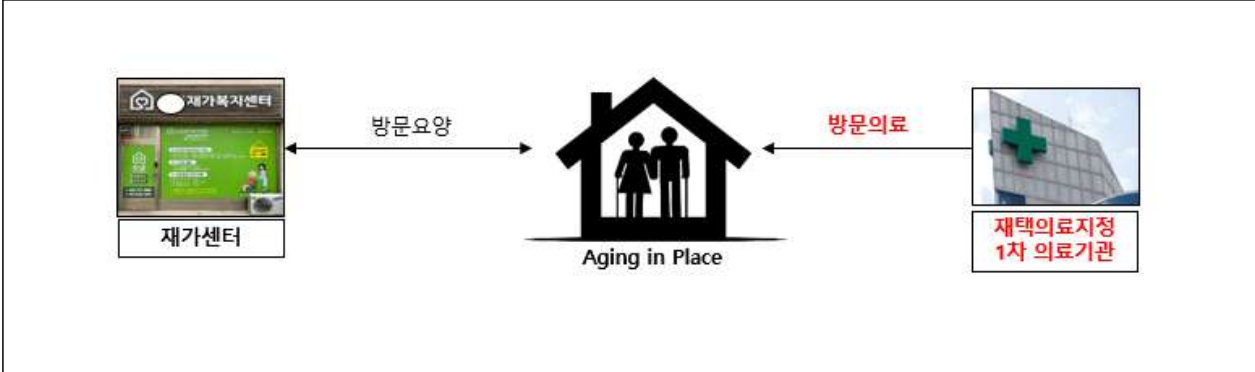
<표 29> 지역사회 통합돌봄 추진 주체별 역할

주체	역할
충청남도	<ul style="list-style-type: none"> •시군구 통합돌봄팀 운영 · 관리에 대한 지원 •신규 사회서비스 개발 및 공급기관 네트워크 지속 확장 •시군구 위기가구 발굴 및 사례관리 연계체계 구축 지원 •시군구 사례관리 전달체계에 대한 관리와 감독 •시군구 사례관리 모니터링, 교육, 컨설팅 계획수립과 실시 •사례관리정책지원기관 등 유관기관과 협력체계 구축
기초시군구	<ul style="list-style-type: none"> •통합돌봄지원단 설치 · 운영과 통합사례관리 사업운영과 관리 •공공부문 사례관리 연계와 협력 활성화 운영 및 지원 •위기가구 지원, 차상위계층 지원 등 지역보호체계 운영 •지역사회 자원 개발 및 공급기관 네트워크 지속 확장 •읍면동 찾아가는 보건복지서비스 지원과 관리 및 감독 •사례관리 전문지원 주체들과의 협력체계 구축
읍면동	<ul style="list-style-type: none"> •찾아가는 보건복지상담, 위기가구 발굴과 종합상담 기능 확대 •통합사례관리, 민관협력 및 인적관계망 구축과 운영, 자원 발굴 •공공사례관리와 공공부문 연계와 협력체계 구성 및 운영 •고난이도 사례 지역 케어회의에 의뢰
유관기관	<ul style="list-style-type: none"> •읍면동과 대상자 상호의뢰와 서비스 제공 •통합사례관리체계 참여와 공동사례관리
행정안전부 · 보건복지부. 2020년 주민자치형 공공서비스 구축사업 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼, 2020.02. p.40	

<관계법령>
 제6조(지역계획의 수립 · 시행) 제1항
 제5호. 통합지원 관련 부서와 통합지원 관련기관 간의 연계 · 협력 방안

- <제안 예시> 지자체의 주도적 역할 및 중앙정부의 제도적 틀 마련, 직접 실행주체인 민간 등의 역할 정립(정소양 외, 2024).
- 중앙정부는 주거, 의료, 요양, 돌봄 등의 관련 부문 간 연계·통합된 제도 및 계획 수립의 틀을 제공하고, 지역차원의 실행을 위한 법·제도적인 기반 및 주요 정부 부처 간 협업체계를 마련
 - 지자체는 지역 내 AIP 지원이 필요한 가구를 확인하고 적절한 자원을 활용하여 지원하는 주체가 되어 지역 특성에 맞는 계획 수립 및 실행을 주도하되, AIP 지원 서비스와 지역 내 공공기관 및 민간 차원의 다양한 자원을 발굴·연계
 - 민간은 공공부문과 협력, 소통하며 지역 내 고령자의 AIP를 지원하는 직접적인 실행주체로, 변화하는 고령자 수요에 긴밀한 대응 및 지속적인 소통이 중요

3) (재택의료기관 지정) 대상자에게 적절한 진료서비스가 제공 될 수 있도록 행정적/재정적 지원계획이 필요하다



<그림 31> 재택의료 중심 통합돌봄 구축을 위한 행정·재정 지원 체계

제15조 제1호에 따라 의료기관 및 통합지원 대상자의 가정과 사회복지시설에서 제공하는 진료서비스를 제공하기 위하여 충청남도 산하 의료기관을 재택의료기관으로 우선 지정하고, 동시에 시군별로 1개 이상의 재택의료기관이 지정될 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 또한 인구소멸지역 등 취약지역의 경우 재택의료기관에서 일정거리가 있는 재택의료 행위시 추가비용 지급 또는 원격진료를

할수 있도록 할 필요가 있다. 예를 들면 지정된 재택의료기관에서 10km이상 될 경우 지정된 금액 이외에 초과금액을 지원하여 최대한 돌봄사각지대가 발생하지 않도록 하는 방안이 마련되어야 한다.

재택의료의 효과적 운영을 위해서는 일반의원급 1차 의료기관의 적극적인 참여가 필수적이다. 그러나 2022년 12월부터 2025년 7월까지 시행 중인 4년차 재택의료 시범사업에서 충남 지역 참여기관을 보면, 공공의료기관 5개소, 한의원 3개소에 비해 일반의원급 1차 의료기관은 단 3개 기관에 불과한 실정이다. 또한 이들 참여기관 역시 주로 인근 시내권 대상자 중심으로 재택医료를 제공하고 있어, 실제로 의료 접근성이 취약한 지역에는 충분한 서비스가 도달하지 못하고 있다. 그 결과, 의료·돌봄이 절실한 대상자라 하더라도 의사소견서나 방문간호 지시서 발급이 어려워 장기요양 등급을 받지 못하거나 방문간호 서비스를 이용하지 못하는 사례가 발생하고 있다. 이에 따라 재택医료를 중심으로 운영되는 비영리 의료법인 등 재택의료에 맞는 의료기관 설립을 적극 지원할 필요가 있다. 특히 인구소멸지역, 읍·면지역 등 재택의료 사각지대를 해소할 수 있는 기반을 마련함으로써, 생애말기 판정부터 임종까지 재택医료를 지속적으로 제공하여 ‘살던 곳에서 존엄한 임종’을 실현할 수 있도록 하는 충남형 통합돌봄 기반구축이 필요하다.

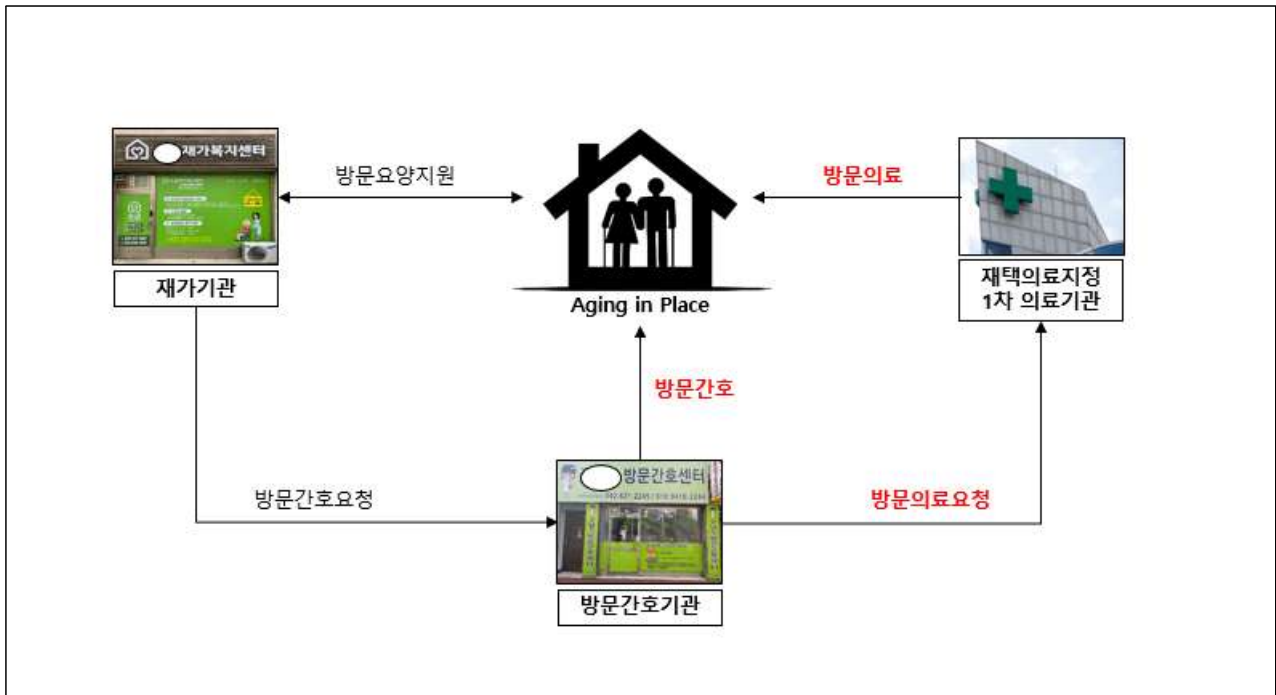
특히 재택의료는 지자체 비용 경감(기초생활수급자 등 요양시설·병원 입원 시 고액) 효과가 있으며, 의료·요양 통합돌봄의 기초이기 때문에 재택의료 중심 1차 의료기관의 역할이 절실히 요구된다.

<관계법령>

제15조(보건의료) 제1항

제1호. 「의료법」 제2조 제2항 제1호부터 제3호까지에 따른 의사·치과의사·한의사가 의료기관 및 통합지원 대상자의 가정과 사회복지시설에서 제공하는 진료서비스

4) (재가-방문간호-재택의료 연계체계 구축) 효과적인 돌봄서비스를 위하여 재택의료와 재가기관·방문간호·방문재활 연계가 필요하다



<그림 32> 재가기관·방문간호·재택의료기관 간 연계 체계도

현장을 상시 접하는 요양보호사의 요청으로 방문요양을 통해 대상자의 욕구와 필요를 확인하고 해결하며, 필요에 따라 재택의료로 연결할수 있는 시스템 확립이 필요하다(제15조 제2호). 즉 재택의료와 재가기관·방문간호·방문재활 연계를 통하여 효과적인 돌봄서비스를 제공하는 것은 통합돌봄의 성패를 좌우할 중요한 사항으로 판단된다. 또한 퇴원환자 등의 연계를 위하여 의료기관의 원격 진료와 방문간호기관이 연계 할 수 있도록 할 필요가 있다(제11조 제1항 제1호)

예시) 요양보호사(재가기관) --> 방문간호사/물리치료사(방문간호기관) --> 의사(재택의료기관)

<관계법령>

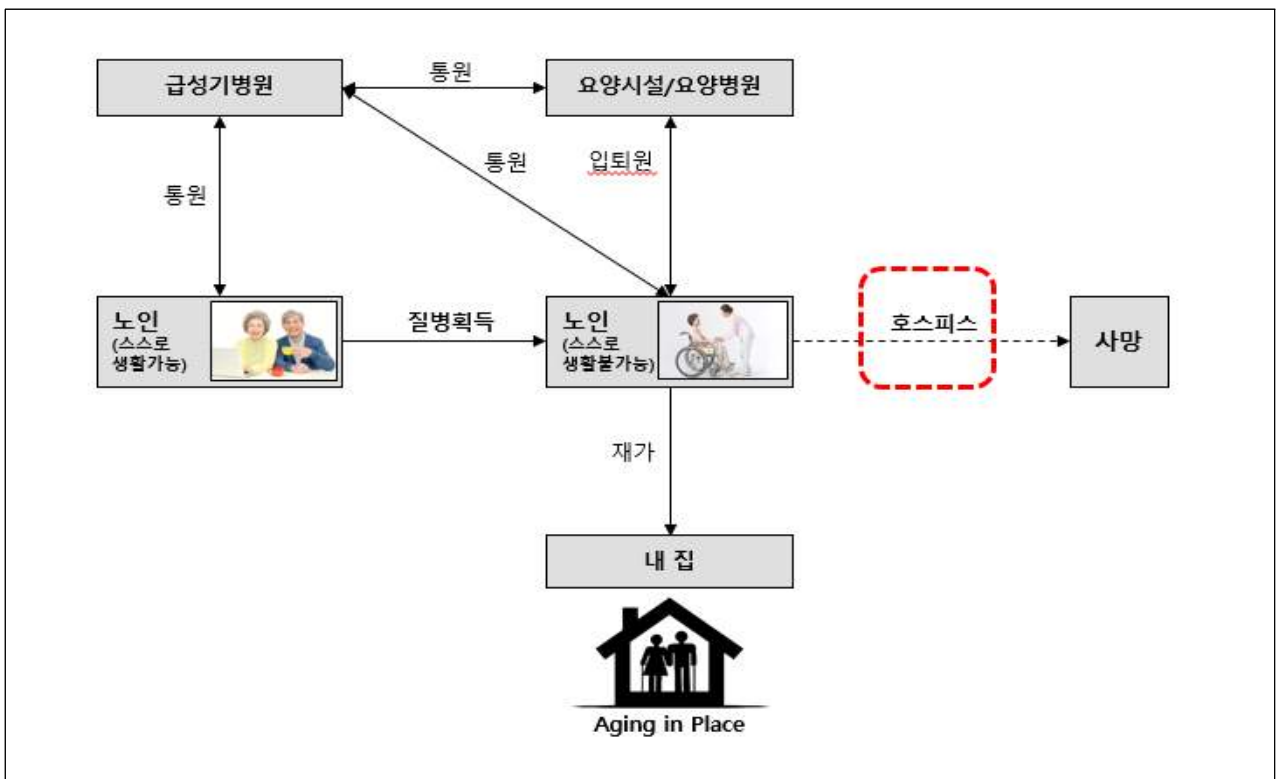
제11조(퇴원환자 등의 연계) 제1항

제1호. 「의료법」 제3조 제2항에 따른 의료기관

제15조(보건의료)

제2호. 「간호법」 제12조에 따른 간호사가 통합지원 대상자의 가정과 사회복지 시설에서 제공하는 간호서비스

5) (생애말기 교육지원) 대상자의 생애말기 요양보호를 위한 요양보호사 직무 능력향상 교육지원이 필요하다



<그림 33> 재가 임종돌봄 지원을 위한 돌봄종사자 전문성 강화 및 제도적 지원

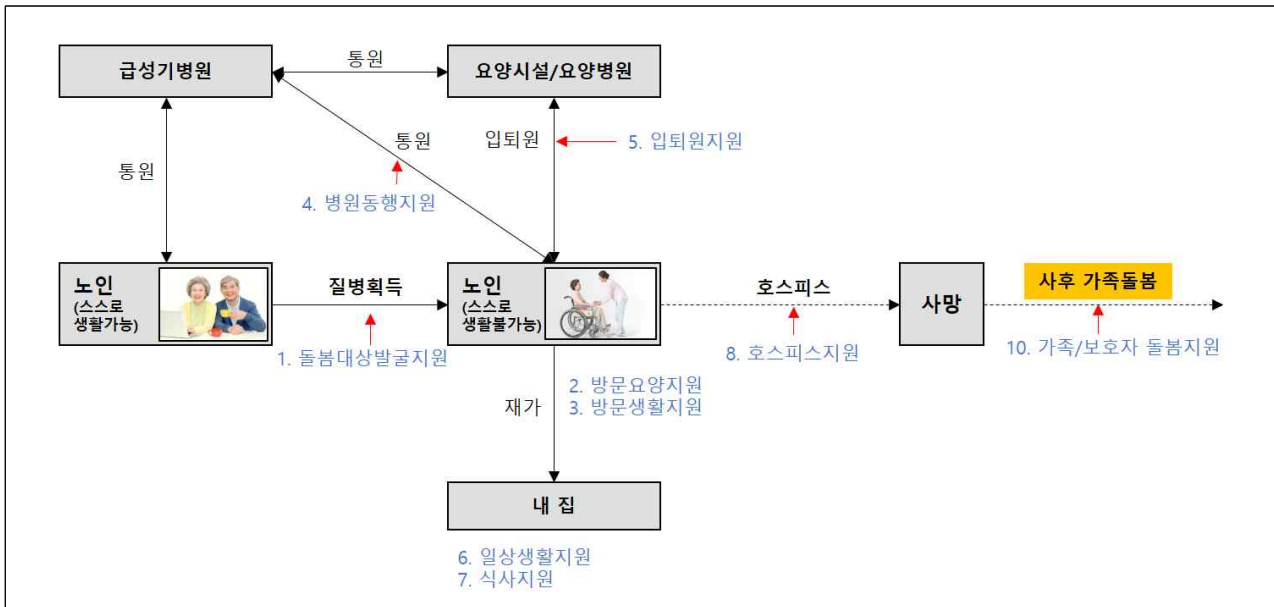
커뮤니티케어의 목적 중 하나인 통합지원 대상자가 최대한 자신이 살던 가정에서 임종을 맞이 할 수 있도록 지원하기 위하여 요양보호사가 이에 대한 지식

과 이해가 반드시 필요하다. 따라서 충청남도는 생애말기 돌봄 역량을 갖춘 영양보호사를 체계적으로 양성하기 위해 전문 직무능력향상 교육과정, 예를 들어 생애말기 돌봄, 호스피스 기초교육, 임종기 가족상담 및 정서적 지지 기술 등을 포함한 교육 프로그램을 지속적으로 지원하여야 한다. 또한 임종 관련 돌봄은 영양보호사에게 심리적 부담과 감정적 소진을 초래할 수 있으므로, 영양보호사 보호를 위한 심리적 회복 교육, 정서적 지지 프로그램 등도 병행될 필요가 있다.

아울러 생의 말기 돌봄에 적극적으로 참여하는 영양보호사를 인정하기 위한 인센티브 제도를 마련하여 전문성 향상과 사기 진작을 도모해야 한다. 이를 통해 충청남도는 생의 말기를 가족과 함께 평안하게 보낼 수 있는 재가 돌봄 환경을 조성하고, 지역 특성에 맞는 충남형 호스피스·생애말기 돌봄체계를 구축할 수 있을 것이다.

<p><관계법령></p> <p>제15조(보건의료)</p> <p>제5호. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제21조제1항에 따른 호스피스 사업</p> <p>제11조의5 (요양보호사 보수교육)</p> <p>① 방문요양 또는 방문목욕을 제공하는 장기요양기관에 근무하는 영양보호사가 보수교육 실시기관에서 대면 교육의 방법으로 영 제11조의2에 따른 보수교육을 이수한 경우에는 교육이수일이 속하는 연도의 1월 1일부터 2년 동안 1회 95,000원을 산정할 수 있다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 교육이수월에 제51조에 따라 근무인원수로 산정되는 영양보호사는 제1항에 따른 금액을 산정하지 아니한다.</p> <p>③ 영양보호사는 보수교육을 이수한 날에 근무 중인 장기요양기관에 이수증을 제시하고, 장기요양기관은 영양보호사를 대신하여 제1항에 따른 금액을 공단에 청구할 수 있다. 이 경우 장기요양기관의 장은 공단으로부터 지급받은 금액을 해당 영양보호사에게 지급하여야 한다.</p>

6) (가족지원) 대상자를 부양하는 가족 및 보호자에 대한 신체적/정신적 지원 방안이 마련되어야 한다



<그림 34> 충남형 사후 가족돌봄 기반 강화 전략

통합지원 대상자를 부양하는 가족 및 보호자를 위한 지원방안이 필요하다. 특히 임종의 경우 가족 및 보호자에게 미치는 영향이 크므로 임종 전후의 가족 상담 지원 등은 중요하다 할 수 있다. 따라서 지원인력 확보를 통하여 가족 및 보호자에 대한 지원계획을 수립할 필요가 있다. 예를 들면 지원인력의 기준은 장기요양 치매전문교육을 이수하고 n년 이상 장기요양 대상자 직접 돌봄에 참여한 등록된 방문간호사(3개월), 간호조무사(1년), 사회복지사(5년), 요양보호사(5년)로 국가자격 임상심리사 자격 2급 이상 소지자 등으로 규정할 수 있을 것이다. 이 때 요양보호사는 장기요양기관에서 요양보호사 실무경력 5년(월 60시간 이상 근무한 기간이 60개월) 이상인 요양보호사(팀장급 요양보호사)를 말한다.

<관계법령>

제19조(가족 등 지원) 국가와 지방자치단체는 통합지원 대상자를 부양하거나 상담, 정보제공 및 필요 서비스를 제공하는 가족, 보호자 등의 신체적·정신적 건강 유지·관리를 위하여 노력하여야 한다.

7) (이동지원) 대상자의 이동지원 서비스 제공시 자동차보험 가입 지원, 택시 바우처 등을 통해 안전하고 편리한 이동보장이 필요하다



<그림 35> 의료기관 방문을 위한 이동지원 서비스 및 택시바우처 지원 구조

제18조에서 규정한 일상생활돌봄 서비스는 현장에서 요양보호사에 의해 활발하게 이루어지고 있으나, 대상자가 보건의료기관 등을 방문할 때 발생할 수 있는 사고에 대해서는 여전히 보호장치가 미흡한 실정이다. 특히 이동지원 서비스 제공 중 발생할 수 있는 교통사고에 대해서는 대상자와 서비스 제공자 모두가 무방비 상태에 놓여 있어, 지자체 차원의 단체보험 가입 및 안전장치 마련이 시급하다.

더불어 돌봄통합지원법의 목적 중 하나는 돌봄대상자의 의료접근성과 이동 편의성을 보장하는 것이다. 그러나 현재 교통약자 자동차만을 이용하는 경우 차량 운행 시간 또는 예약 제한 등으로 인해 이용자가 원하는 시간대에 이동하기 어려운 문제가 지속되고 있다. 이에 따라 충청남도에서는 병원 방문 등 긴급하거나 반복적인 의료 이동이 필요한 대상자를 위해 택시 바우처 카드를 발급·지원하는 방안을 검토할 필요가 있다.

택시 바우처의 활용은 교통약자 자동차 이용의 한계를 보완하고 대상자의 이동 가능 시간을 확대함으로써 의료 접근성을 크게 향상시킬 수 있다. 다만, 외상 노인(1·2등급)이나 의료기기 의존 대상자처럼 일반 택시 이용이 어려운 경우에는 기존 교통약자 자동차를 우선적으로 연계하여 맞춤형 이동지원을 제공하는

것이 바람직하다.

이와 같은 이동지원서비스의 확대와 보험가입 지원은 단순한 교통편의 제공을 넘어서, 대상자와 제공자 모두의 안전을 보장하고 지역사회 내 자립적 돌봄 실현이라는 돌봄통합지원법의 핵심 가치를 구현하는 기반이 될 것이다.

<관계법령>
제18조(일상생활돌봄)
제2호. 통합지원 대상자의 보건의료기관 등 방문을 위하여 필요한 이동지원 서비스

8) (통합지원협의체) 통합지원의 원활한 추진을 위하여 전문성을 가진 통합지원협의체를 신설한다

통합돌봄은 일상생활돌봄 재가기관, 재택의료, 방문간호, 주거환경개선, 영양관리지원, 돌봄인력양성기관 등 매우 다양한 관련 기관 및 이해당사자가 관여되어 있다. 또한 현장을 잘 아는 현장전문인력과 법/이론을 잘 이해하는 이론전문가 등 다양한 전문가들이 균형있게 참여하여 운영되어야 할 필요가 있다. 특히 지역계획 수립/평가, 통합지원시책 추진, 관련기관 연계/협력 등 통합지원의 대부분을 심의 및 자문하는 역할을 하므로 지역사회보장협의체와 통합운영보다는 통합지원에 전문성을 가진 통합지원협의체를 신설할 필요가 있다고 사료된다.

<관계법령>
제20조(통합지원협의체) ① 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 관할구역 내에서 통합지원의 원활한 추진과 통합지원 관련기관 등과의 연계·협력을 강화하기 위하여 통합지원협의체를 둔다. 이 경우 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제41조에 따른 지역사회보장협의체와 통합하여 운영할 수 있다.

9) (우수교육원 지정) 통합지원을 위한 전문인력을 확보 및 자질향상 교육 지원책 마련/지원이 필수적이다



<그림 36> 통합돌봄 전문인력 양성을 위한 우수 교육기관 지정 및 역량강화 체계도

통합돌봄의 핵심은 높은 자질을 가진 요양보호사 등 전문인력 확보에 있다해도 과언이 아니다. 따라서 일차적으로 높은 자질을 가진 전문인력 양성을 위하여 선정평가방안을 마련해 지정교육기관을 확보 할 필요가 있다. 선정평가방안은 고용노동부 등 국가기관 평가를 활용하는 방안이 있다. 또한 확보된 전문인력의 자질향상을 위하여 자질향상 교육프로그램(예시: 생애말기돌봄프로그램, 치매교육 등)을 마련하고 지자체의 재교육 지원을 통해 유지관리 할 필요가 있다. 돌봄인력 양성 직무능력향상 교육 지원 업무 수행기관은 평생교육 바우처 운영기관인 충청남도 평생교육인재육성진흥원을 활용하여 현행처럼 기존 요양보호사 교육기관과 연계하여 교육할 수 있을 것으로 고려된다.

<관계법령>

- 제24조(전문인력의 양성) ① 국가와 지방자치단체는 통합지원에 필요한 전문인력의 양성·확보 및 자질의 향상에 필요한 시책을 강구하여야 한다.
- ② 국가는 통합지원 전문인력을 양성하기 위하여 연구소·대학 및 그 밖에 필요하다고 인정하는 기관을 전문인력 양성 및 재교육 실시 기관으로 지정할 수 있다.
- ③ 보건복지부장관 및 중앙행정기관의 장은 제2항에 따라 지정된 전문인력 양성기관에 대하여 예산의 범위에서 그 양성에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

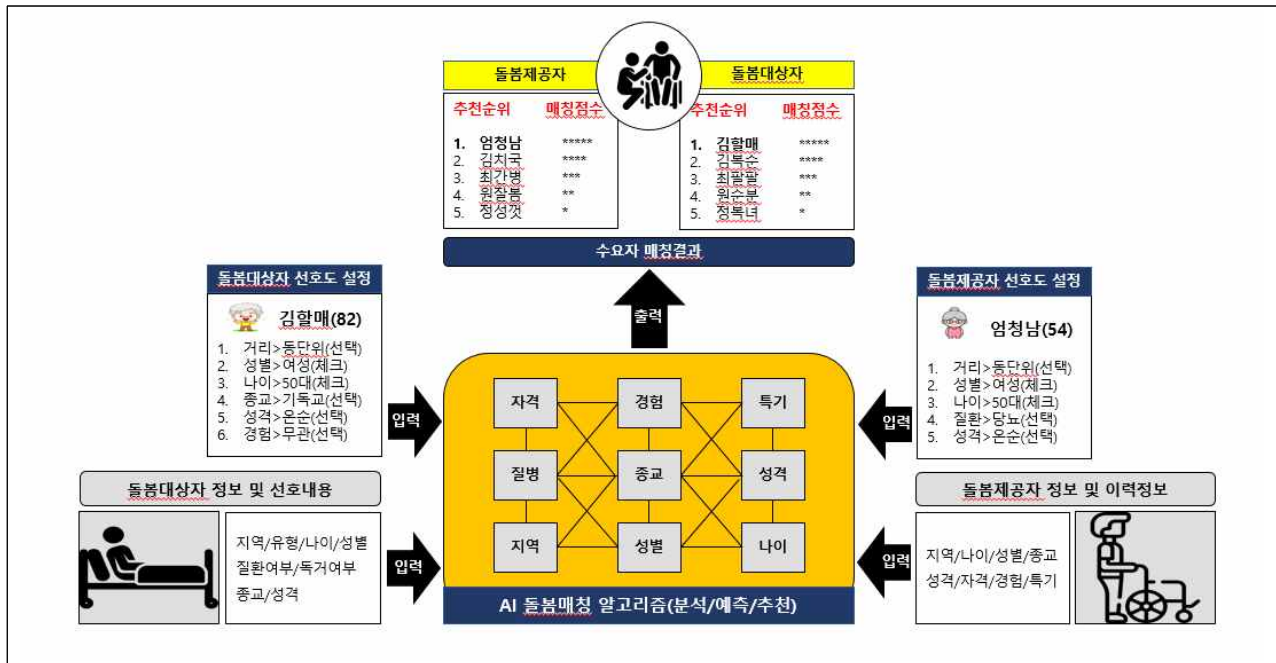
10) (통합돌봄 수행기관) 충남사회서비스원을 통합돌봄 업무지원 수행공공기관으로 활용을 고려한다

통합돌봄 업무지원 수행 공공기관을 별도로 신설하지 않고 기존 충청남도 산하 공공기관인 충남사회서비스원을 활용하여 통합돌봄 업무지원 수행기관으로 활용하여 예산을 줄여 통합돌봄 직접 비용에 사용한다.

<관계법령>

- 제25조(전문기관의 지정 등) ① 보건복지부장관은 통합지원 대상자의 충분하고 효율적인 발굴, 관련 자료의 수집·조사, 분석 및 통합지원 정책의 효율적인 추진을 위하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 전문기관을 지정하여 다음 각 호의 업무를 수행하게 할 수 있다.

11) (돌봄매칭) AI 기반 돌봄 매칭 시스템을 도입하여 전문인력과 대상자의 맞춤 돌봄을 제공하고, 안정적인 돌봄 제공인력을 확보해야 한다



<그림 37> AI 기반 돌봄 매칭 시스템을 활용한 맞춤돌봄 제공 및 인력 안정화 모델

충남 지역의 돌봄현장에서는 대상자의 잦은 입·퇴원, 사망, 교체 요구 등으로 인해 돌봄 종사자의 고용이 불안정한 상황이 지속되고 있다. 이러한 불안정성은 숙련된 요양보호사들의 이직을 가속화시켜, 결과적으로 돌봄 서비스의 질 저하로 이어지고 있다.

현재 재가장기요양기관에서는 전화나 모바일 밴드 등을 활용한 단순 매칭 방식으로 인력과 대상자를 연결하고 있으나, 이는 대상자의 특성과 요양보호사의 성향·경험을 충분히 반영하지 못하는 한계가 있다. 따라서 AI 기반의 돌봄 매칭 시스템을 도입하여야 한다. 해당 시스템은 요양보호사와 대상자의 성향, 건강상태, 돌봄 선호도 등을 데이터화하여 자동으로 최적의 매칭을 지원함으로써, 인력의 효율적 배치와 만족도 향상에 기여할 수 있다.

이러한 AI 매칭 시스템의 도입은 돌봄 인력의 고용 안정성을 제고하고, 대상

자에게는 보다 지속적이고 만족도 높은 서비스를 제공하는 기반이 될 것이다. 충남형 통합돌봄체계 구축을 위해 인공지능 기술을 접목한 스마트 돌봄 인력관리 시스템 마련이 시급하다.

충남형 ‘사회적 효 마일리지’ 제도는 돌봄을 제공할 때 마일리지를 적립하고, 향후 돌봄을 받을 때 그 마일리지를 활용하여 본인부담금을 경감받을 수 있도록 하는 제도이다. 이는 AI 매칭 시스템 내 마일리지 적립 기능을 추가하여 돌봄제공자에게 심리적·경제적 안정감을 부여함으로써, 지역 내 돌봄 제공인력 확보에도 실질적인 도움이 될 수 있을 것이다.

12) (재택의료서비스 체제구축/긴급건강상담 방문간호) 재택의료서비스 활성화를 위하여 원격진료 활용 및 긴급건강상담을 위한 충남형 방문간호·신체기능 회복을 위한 방문재활 연계지원사업을 도입한다

돌봄통합지원법 시행 이후, 1·2등급의 외상 노인이나 의료기기 의존 대상자의 재택의료 수요가 급격히 증가할 것으로 예상된다. 이들 대상자는 거동이 어렵고 지속적인 건강관리가 필요하지만, 병원 방문이 쉽지 않아 적절한 진료를 받지 못하는 경우가 많다. 이에 따라 보건소 및 지역 내 의원급 의료기관을 중심으로 한 원격진료 체계의 구축과 방문간호기관에서 방문간호·방문재활 서비스의 적극 활용이 필요하다.

(1) 원격진료 활용

원격진료는 의료기관 방문이 어려운 재가 대상자에게 접근성을 높이고, 정기적인 건강 모니터링을 가능하게 함으로써 조기 치료 및 합병증 예방에 기여할 수 있다. 또한 지역의 방문간호 인력을 연계하여 의료진의 지시에 따라 대상자의 상태를 관찰하고, 필요한 경우 즉시 의료기관으로 연계할 수 있는 시스템을 마련해야 한다.

이와 같은 재택의료서비스 체계 강화는 돌봄이 필요한 고위험군 노인의 삶의 질 향상뿐 아니라 불필요한 입원을 예방하고, 지역사회 중심의 통합돌봄 실현에

도 중요한 역할을 할 것이다.

한편, 민간의료기관에 재택의료를 강제할 수 없다는 한계가 있으므로, 지역의 자율성과 참여 동기를 높일 수 있는 새로운 형태의 시니어 왕진 의사 제도 도입이 필요하다. 예를 들면, 주 3-4회, 1회당 3~4시간 정도를 재택의료 중심으로 참여할 수 있는 비영리 의료법인 또는 협동조합형 기반의 왕진 의료모델로 설계하여, 지역 의료기관이 스스로 운영과 참여 여부를 결정할 수 있는 자율적 결정권을 보장해야 한다. 공공의료시설이나 병원급보다는 재택의료 중심의 1차 의료기관이 시·군 단위로 운영 하도록 적극 지원하여 접근성을 높여야한다

이와 같은 모델은 특히 의료사각지대, 농어촌·인구소멸 지역, 노인 취약계층과 같이 기존 의료 접근성이 낮은 집단에 효과적으로 대응할 수 있다. 시니어 왕진 의사제도는 지역 내 기존 공공의료 플랫폼과 유기적으로 연계되어 재택의료 등 생애말기 판정 및 재택의료 사망판정, 퇴원 후 돌봄, 재택의료, 만성질환 관리, 긴급 방문의료 대응 등 통합돌봄 체계의 공백을 메우는 핵심 전략이 될 수 있다.

(2) 충남형 방문간호 연계지원사업 도입



<그림 38> 통합돌봄 강화를 위한 충남형 긴급 방문간호 서비스 모델

돌봄통합지원법 시행에 따라 의료 및 돌봄 통합체계 구축이 본격화되면, 재택에서 간호서비스를 필요로 하는 고위험군 대상자가 급격히 증가할 것으로 예상된다. 현재 1·2등급 와상노인이나 의료기기 의존 대상자는 요양서비스 본인부담금 50% 경감 대상자에 해당하나, 통합돌봄이 시행될 경우 이들 중 상당수가 요양병원 대신 재택 돌봄 체계로 전환될 가능성이 높다.

그러나 현행 제도상 의사의 지시서가 없으면 방문간호를 통한 상담이나 건강관리가 불가능하며, 다수의 재가기관에는 간호사가 부재하여 긴급한 건강상담이 이루어지지 못하는 한계가 존재한다. 특히 사회복지사나 영양보호사가 돌봄 대상자의 응급 건강요구를 즉시 판단하거나 대응하기에는 전문적 제약이 따른다.

이에 충청남도는 예산 범위 내에서 연간 일정 횟수라도 의사지시서 없이 간호사가 긴급건강상담을 수행할 수 있도록 하는 ‘충남형 방문간호 연계지원사업’을 도입할 필요가 있다. 긴급건강상담을 통해 재택의료가 필요한 경우에는 해당 서비스를 연계하고, 병원진료가 필요한 경우 즉시 안내함으로써 방문간호 사각지대를 완화하고, 재택 돌봄 체계 내에서 즉각적이고 연속적인 건강관리 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

(3) 재활 서비스

돌봄통합지원법 제15조(보건의료) 제3호는 노인의 기능 유지·회복을 위한 재활서비스 지원을 명시하고 있다. 이에 따라 지자체는 노년기 신체 기능 저하를 예방하고 삶의 질을 유지하는 데 필요한 재활·운동 프로그램을 체계적으로 제공할 필요가 있다. 특히 신체균형 강화 운동은 낙상 위험을 유의미하게 감소시키는 것으로 알려져 있으며, 낙상으로 인한 고관절 골절은 노인에게 치명적 결과를 초래할 수 있어 예방이 최선의 대책이다. 또한 관절 구축 예방 운동은 일상생활 수행 능력 저하를 지연시키고, 이를 통해 장기적인 돌봄 부담을 완화할 수 있다.

아울러 근감소 예방 프로그램을 병행할 경우 의료비 지출 감소 효과가 기대되며, 이는 지역사회 돌봄체계의 지속가능성과 공공재정 안정성 측면에서도 중요한 정책적 의미를 갖는다. 따라서 도 차원의 「맞춤돌봄 조례」에는 신체 기능 유지·회복을 위한 재활·예방 운동 프로그램의 지원 근거가 명확히 포함되어야 할

것이다. 즉, 신규 사업의 일환으로 방문간호기관 내 물리치료사가 직접 대상자 가정에 방문하여 신체균형 강화운동, 낙상예방 운동, 관절구축 예방운동, 근손실 예방운동 등 재활 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

2. 연구의 한계 및 향후 연구방향

○ 연구의 한계

첫째, 연구대상 및 자료 수집의 제한성이 존재한다. 본 연구는 특정 지역 및 정책환경을 기반으로 수행된 분석으로, 연구 참여자 또는 기관의 구성 특성이 전체 보건의료 및 돌봄 분야를 대표한다고 단정하기 어렵다. 또한 일부 자료는 질적 인터뷰 및 정책 문헌 기반으로 추론되었기 때문에, 현장의 실제 운영상 변수가 모두 반영되었다고 보기에는 제한이 있다.

둘째, 모형 구성이 다차원적·이론적 근거를 바탕으로 하였으나 실제 적용에 대한 검증이 미흡하다. 모형 개발은 개인·조직·정부 차원의 논리구조와 보호·위험요인을 반영하여 설계되었으나, 실증적 타당성(실행 타당성·성과 타당성·경제성 타당성)에 대한 검증 연구가 이루어지지 않았다는 한계가 있다.

셋째, 지역 간 정책 환경과 자원수준의 차이가 고려되기 어려웠다. 돌봄 및 의료 인프라, 민관협력 수준, 전문인력 수급능력 등 지역 특성의 격차가 존재함에도 불구하고, 단일 모형의 보편적 적용 가능성에 대한 분석이 충분하지 않았다.

넷째, AI·원격의료·데이터 기반 정책 운영 요소가 개념적 수준에 머물렀다. 관련 기술의 법적·윤리적 문제, 현실적 운영 가능성, 투자 대비 효과 분석 등이 포함되지 않아 기술적 타당성 검증이 향후 과제로 남아 있다.

○ 향후 연구방향

첫째, 다지역·다기관 비교 연구 및 장기 종단연구(Longitudinal Study) 설계가 필요하다. 이를 통해 지역형 모델, 도시형/농촌형 모델, 인구 취약지역 특화모델 등 맞춤형 세부 유형화 연구가 가능할 것이다.

둘째, 실증 기반 검증연구의 확대가 필요하다.

- 파일럿(pilot) site 설계 후 단계별 평가
- 효과성 분석(Health Outcomes, QOL, Burnout, Cost-effectiveness)
- 운영 모델별 사업비 산정 연구 등을 수행하는 방식이 요구된다.

셋째, 전문인력 운영 기반 연구가 추가되어야 한다.

돌봄·의료·케어조정 인력에 대한 직무 분석, 필요 역량 모델링, 표준교육 콘텐츠 개발, 보상체계 연구 등을 통해 인력 지속가능성(sustainability) 전략 개발이 필요하다.

넷째, AI·원격진료·빅데이터 기반 통합돌봄 플랫폼에 대한 후속 기술연구가 필요하다.

[부록] 조례(안) 예시

제1장 총칙

제1조(목적)

본 조례는 지역사회 내 노인의 신체·정신·사회적 기능을 유지·증진하고, 개인의 존엄성과 선택권을 기반으로 한 지속가능한 통합돌봄 체계를 확립함을 목적으로 한다.

제2조(기본원칙)

- ① 돌봄은 재가 유지(Aging in Place)를 최우선 가치로 한다.
- ② 개인의 자기결정권·사생활 보호·존엄성을 보장한다.
- ③ 기관은 분절적 서비스 제공을 지양하고 연계·통합·협력의 원칙을 따른다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 지역 간·계층 간 불평등 없는 접근성을 보장하도록 노력하여야 한다.

제3조(통합돌봄 추진체계)

- ① 지방자치단체는 통합돌봄지원센터 또는 케어조정조직을 설치·운영하여 통합돌봄 관련 업무를 총괄·조정한다.
- ② 통합돌봄지원센터 또는 케어조정조직은 대상자 발굴, 통합사례관리, 서비스 연계·조정, 성과관리 등의 기능을 수행한다.
- ③ 관련 기관·센터 및 서비스 제공자는 통합돌봄 추진을 위하여 정보공유 및 공동관리 체계에 참여하여야 한다.

제4조(전문인력 및 교육)

- ① 지방자치단체는 돌봄조정 및 사례관리 업무를 수행하기 위하여 전담인력을 배치하여야 한다.
- ② 제①의 전담인력은 연 1회 이상 교육훈련을 실시하여야 하며, 지방자치단체는 교육프로그램 개발과 운영을 지원할 수 있다.

③ 지방자치단체는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 전문인력의 역량 강화를 위하여 관계기관과 협력하여 보수교육, 직무능력향상 교육 등을 추진할 수 있다.

제5조(성과관리 및 평가)

① 지방자치단체는 통합돌봄의 효과성을 검증하기 위하여 성과지표 및 평가체계를 수립하고, 연 1회 이상 평가를 실시하여야 한다.

② 지방자치단체는 제1항에 따른 평가 결과를 통합돌봄 관련 행정조치 및 예산편성에 반영하여야 한다.

③ 지방자치단체는 평가 결과 우수한 기관 및 우수 지방자치단체에 대하여 인센티브를 제공하는 것을 원칙으로 한다.

제2장 대상자 발굴 및 신청·연계

제6조(대상자 발굴 체계 구축) 【※ 1) 반영】

① 도지사 및 시장·군수는 법 제00조 제0항 제0호에 따라 매년 수립하는 통합지원 지역계획에 대상자 발굴에 관한 사항을 반드시 포함하여야 한다.

② 시장·군수는 대상자 발굴을 위하여 다음 각 호의 인적·물적 자원을 적극 활용하여야 한다.

가. 재가기관 및 그 종사자(요양보호사, 사회복지사, 간호사 등)

나. 읍·면·동 찾아가는 보건복지전담팀 및 통합사례관리 인력

다. 지역사회보장협의체, 통·반장, 자원봉사단체 등 지역 인적안전망

라. 단전·단수, 사회보험료 체납 등 취약계층 관련 빅데이터를 활용한 정보시스템

③ 시장·군수는 재가기관이 대상자 발굴 및 건강보험공단 신청 대행업무를 수행할 수 있도록, 법 제00조 제0항 제0호에 근거한 위·수탁 또는 협약 체계를 마련할 수 있다.

④ 대상자 발굴은 현장 방문과 면담을 통한 직접 접촉을 원칙으로 하되, 정보시스템 분석 결과에 따른 선제적 발굴을 병행할 수 있다.

제7조(신청 및 읍·면·동 연계) 【※ 2) 반영】

- ① 대상자 또는 그 가족, 재가기관 등은 법 제00조 제0항 제0호에 따라 시장·군수에게 통합지원을 신청할 수 있으며, 이 경우 읍·면·동에 신청서를 제출할 수 있다.
- ② 시장·군수는 신청 접수에 앞서 재가기관, 방문간호기관 등과의 상담을 통해 대상자의 일상생활수행능력, 건강상태, 통합지원 욕구 등을 기재한 통합돌봄 필요도 평가서를 작성하도록 유도하여야 한다.
- ③ 도, 시·군, 읍·면·동의 역할은 다음 각 호와 같다.
 - 가. 도: 시·군 통합돌봄팀 운영지원, 신규 사회서비스 개발 및 공급기관 네트워크 확장, 위기가구 발굴 및 사례관리 연계체계 구축 지원, 사례관리 교육·컨설팅 및 정책연구 지원 등
 - 나. 시·군: 통합돌봄지원단 설치·운영, 공공·민간 사례관리 연계, 지역보호체계 운영, 읍·면·동 찾아가는 보건복지서비스 지원 및 감독, 지역 자원 개발 등
 - 다. 읍·면·동: 찾아가는 보건복지상담, 위기가구 발굴 및 종합상담, 통합사례관리와 민·관협력 및 인적안전망 구축, 고난이도 사례의 지역 케어회의 의뢰 등
 - 라. 유관기관: 읍·면·동과의 상호 의뢰 및 서비스 제공, 통합사례관리 참여 및 공동사례관리 수행
- ④ 도지사와 시장·군수는 법 제6조 제1항 제5호에 따른 통합지원 관련 부서·기관 간 연계·협력 방안을 마련하여야 한다.

제3장 보건의료 및 돌봄 연계

제8조(재택의료 진료서비스 행정·재정 지원) 【※ 3) 반영】

- ① 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 진료서비스 활성화를 위하여 도산한 의료기관을 우선적으로 재택의료기관으로 지정·운영하도록 지원하여야 한다.
- ② 시장·군수는 시·군별로 1개 이상의 재택의료기관이 지정될 수 있도록 의료기관과 협력하여야 한다.
- ③ 도지사와 시장·군수는 인구소멸지역 등 취약지역에서 재택의료기관과 대상자 가정 간 거리가 먼 경우, 일정 기준거리(예: 10킬로미터) 이상 방문 진료에

대하여 추가 교통비 또는 수당을 지원할 수 있다.

④ 도지사 및 시장·군수는 인구소멸지역 또는 읍·면지역에서 재택의료를 주된 목적으로 비영리 의료법인을 설립하고자 하는 경우, 해당 법인의 설립 및 운영에 필요한 지원을 할 수 있다.

⑤ 제④항에 따라 설립된 비영리 의료법인이 운영하는 1차 의료기관은 정당한 사유 없이 재택의료 제공을 거부할 수 없다.

제9조(재택의료와 재가기관·방문간호·방문재활 연계) 【※ 4), 12) 일부 반영】

① 도지사 및 시장·군수는 재택의료기관, 방문간호·재활기관, 재가기관 간 연계 체계를 구축하여야 하며, 특히 다음의 연계 경로가 원활히 작동되도록 지원하여야 한다.

요양보호사 등 재가기관 종사자가 욕구·건강문제를 발견 → 방문간호사가 방문간호기관에서 건강상태를 평가·관리 → 필요 시 재택의료기관 의사에게 진료 의뢰

② 시장·군수는 퇴원환자 등의 연계를 위하여 의료기관의 원격진료와 방문간호·방문재활 서비스가 연계될 수 있도록 병원, 보건소 및 재택의료기관과 협력 체계를 구축하여야 한다.

제10조(재택의료서비스 활성화를 위한 원격진료 및 방문간호·방문재활 연계지원사업) 【※ 12) 전체 반영】

① 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 재택의료서비스 활성화를 위하여 보건소 및 1차 의료기관 중심의 원격진료 체계 구축을 지원할 수 있다.

② 도지사는 예산의 범위에서 “충남형 방문간호 연계지원사업”을 시행할 수 있으며, 그 내용은 다음 각 호와 같다.

의사 지시서가 없는 경우에도 긴급건강상담이 필요한 대상자에 대하여 일정 횟수 이내에서 간호사의 방문상담을 지원하는 사업

방문간호를 통해 재택의료 또는 의료기관 방문이 필요한 경우 즉시 연계하는 체계 구축

재택 돌봄 체계 내에서 즉각적이고 연속적인 건강관리 서비스 제공을 위한 간호 인력 배치 및 교육 지원

③ 제2항에 따른 사업의 세부 내용은 도지사가 따로 정한다.

제4장 인력·교육 및 가족지원

제11조(생애말기 돌봄 및 요양보호사 직무능력향상 교육) 【※ 5) 반영】

① 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 호스피스·완화의료 및 생애말기 돌봄의 활성화를 위하여 요양보호사를 대상으로 다음 각 호의 내용을 포함한 직무능력향상 교육과정을 개발·지원할 수 있다.

가. 생애말기 돌봄 및 호스피스 기초교육

나. 임종기 대상자·가족 상담 및 정서적 지지 기술

다. 임종 관련 윤리·법률·의사소통 교육

② 도지사는 임종 관련 돌봄 수행으로 인한 요양보호사의 심리적 부담을 완화하기 위하여 심리적 회복 교육, 정서적 지지 프로그램 등을 지원할 수 있다.

③ 도지사는 생애말기 돌봄에 적극 참여하는 요양보호사에 대하여 수당, 포상, 경력 인정 등 인센티브 제도를 마련할 수 있다.

제12조(가족 및 보호자 지원) 【※ 6) 반영】

① 도지사와 시장·군수는 법 제00조 제0항 제0호에 따라 대상자를 부양하거나 상담·정보제공 및 필요 서비스를 제공하는 가족과 보호자의 신체적·정신적 건강 유지를 위하여 노력하여야 한다.

② 도지사와 시장·군수는 생애말기 돌봄 대상자의 가족에게 임종 전후 상담, 애도 지원, 정서적 지지 프로그램 등을 제공할 수 있다.

③ 도지사는 가족 및 보호자 지원업무를 수행하는 인력을 다음 각 호의 기준에 따라 지정·운영할 수 있다.

가. 장기요양 치매전문 교육을 이수하였거나 동등한 자격을 가진 요양보호사로써 5년 이상 노인돌봄 경력(월 60시간 이상 근무한 기간이 60개월 이상)과 임상심리사 2급 이상 자격 보유자

나. 장기요양 치매전문 교육을 이수한 사회복지사로서 5년 이상 노인돌봄 경력 (월 60시간 이상 근무한 기간이 60개월 이상)이 있는자

다. 장기요양 치매전문 교육을 이수한 간호사로서 방문간호 경력이 3개월 이상 인자

라. 보건복지부 지정기관에서 700시간 방문간호 교육을 이수한 간호조무사로서 방문간호 경력이 1년 이상인자

제13조(전문인력 양성 및 자질향상 교육) 【※ 9) 반영】

① 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따라 통합지원 전문인력의 양성·확보 및 자질향상에 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

② 도지사는 요양보호사교육원을 평가하거나 고용노동부의 평가를 활용하여 지정교육기관을 선정할 수 있으며, 선정된 기관에 대하여 예산의 범위에서 교육비를 지원할 수 있다.

③ 도지사는 생애말기 돌봄, 치매, 정신건강 등 통합돌봄에 필요한 직무능력향상 교육프로그램을 마련하여 재교육을 지원하여야 한다.

④ 도는 통합돌봄 인력 양성 및 재교육 업무 수행기관으로 충청남도 평생교육인재육성진흥원 등 도 산하 기관을 활용할 수 있다.

⑤ 제4항의 산하기관은 제2항의 지정교육기관과 연계하여 전문인력 양성 및 자질향상 교육을 시행할 수 있다.

제5장 서비스 지원 및 안전

제14조(이동지원 서비스 및 보험가입 지원) 【※ 7) 반영】

① 도지사와 시장·군수는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 대상자의 이동지원 서비스 제공 시, 교통사고 등으로부터 대상자와 서비스 제공자를 보호하기 위하여 단체보험 가입 등 안전장치를 마련하여야 한다.

② 도지사는 병원 방문 등 반복적·긴급한 의료 이동이 필요한 대상자에게 택시 바우처 카드 발급·지원을 검토할 수 있다.

③ 제00조 제0항 제0호의 택시 바우처는 기존 교통약자 자동차 이용의 한계를 보완하기 위한 것으로 하며, 외상노인(1·2등급) 또는 의료기기 의존 대상자 등 일반 택시 이용이 어려운 경우에는 교통약자 전용차량을 우선적으로 연계하도록 한다.

제6장 거버넌스 및 전문기관

제15조(통합지원협의체의 설치·운영) 【※ 8) 반영】

① 도지사 및 시장·군수는 법 제00조 제0항 제0호에 따라 관할 구역 내 통합지원의 원활한 추진과 관련기관 간 연계·협력을 강화하기 위하여 통합지원협의체를 둔다.

② 통합지원협의체는 현장전문인력(요양보호사, 사회복지사, 간호사 등)과 학계·법조계·돌봄인력양성기관 등 이론전문가가 균형 있게 참여하도록 구성하며, 다음 각 호의 사항을 심의·자문한다.

가. 통합지원 지역계획의 수립·평가에 관한 사항

나. 통합지원 시책 추진 및 사업 조정에 관한 사항

다. 관련기관 간 연계·협력체계 구축에 관한 사항

라. 그 밖에 도지사 또는 시장·군수가 통합지원과 관련하여 부의하는 사항

③ 도지사는 통합지원협의체를 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 법 제00조 제0항 제0호에 따른 지역사회보장협의체와 통합하여 운영하지 아니하고, 통합지원의 전문성을 확보하기 위하여 별도의 협의체로 둘 수 있다.

제16조(전문기관의 지정 및 충남사회서비스원의 활용) 【※ 10) 반영】

① 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따라 대상자 자료 수집·조사·분석 및 통합지원 정책 추진을 위하여 전문기관을 지정할 수 있다.

② 도지사는 법 제00조 제0항 제0호에 따른 전문기관으로 별도의 기관을 신설하는 대신, 기존 도 산하 공공기관인 충남사회서비스원을 통합돌봄 업무지원 수행기관으로 지정·활용할 수 있다.

③ 도지사는 전문기관이 수행할 세부업무, 예산지원 및 성과평가 등에 관하여 필요한 사항을 따로 정할 수 있다.

제7장 디지털·AI 기반 통합돌봄과 돌봄인력 인프라구축

제17조(AI 기반 돌봄 매칭 시스템 구축) 【※ 11) 반영】

① 도지사는 돌봄 인력의 고용 안정과 서비스 질 향상을 위하여 AI 기반 돌봄 매칭 시스템(이하 “AI 매칭 시스템”이라 한다) 도입을 추진할 수 있다.

② AI 매칭 시스템은 다음 각 호의 사항을 반영하여 대상자와 요양보호사 등의 최적 매칭을 지원하도록 설계한다.

가. 대상자의 건강상태, 돌봄 욕구 및 선호도

나. 요양보호사의 경력, 전문분야, 성향 및 근무 가능 시간

다. 대상자와 제공자의 거주지, 이동거리 및 안전성 등

③ 도지사는 AI 매칭 시스템 운영과 관련하여 개인정보 보호 및 정보보안에 필요한 조치를 강구하여야 한다.

④ 시장·군수는 재가기관이 AI 매칭 시스템을 활용하여 대상자와 인력을 배치할 수 있도록 교육·컨설팅을 지원할 수 있다.

제17-1조 (돌봄제공자 사회적 호 마일리지)

① 도지사는 돌봄서비스를 제공한 자에게 사회적 호 마일리지를 적립하도록 할 수 있다.

② 도지사는 제①항에 따라 마일리지를 적립한 자가 충청남도 지역에서 돌봄서비스를 제공받는 경우, 해당 사회적 호 마일리지를 사용하여 본인부담금을 경감받을 수 있도록 할 수 있다.

제8장 재정 및 기타

제18조(비용의 지원)

① 도지사는 이 조례에 따른 사업의 추진을 위하여 예산의 범위에서 필요한 비용을 지원할 수 있다.

② 시장·군수는 도의 시책에 따라 통합지원 사업 수행기관, 재가기관, 재택의료 기관, 방문간호기관, 전문인력 양성기관 등에 경비를 지원할 수 있다.

제19조(시행규칙)

이 조례의 시행에 필요한 사항은 규칙으로 정한다.

참고문헌

- 강변영, 오영섭. (2025). 요양보호사의 돌봄노인 임종경험에 관한 질적 메타분석. *문화교류와 다문화교육*, 14(1), 423-452.
- 강은나, 김혜수, 정찬우, 김세진, 이선희, 주보혜, 황남희, 김경래, 이해정, & 최경덕. (2023). *2023년도 노인실태조사*. 한국보건사회연구원.
- 광주광역시. (2024). *광주 올해 최고의 정책 ‘광주다움 통합돌봄’*. 정책보고서.
- 국가법령정보센터. (2025). *의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률*. <https://www.law.go.kr/LSW/lInfoP.do?lsiSeq=261447&viewCls=lsRvsDocInfoR>
- 국회의원회관. (2025). *돌봄통합지원법 국회 토론회: 정책에서 실행으로, 돌봄통합지원법의 실효성을 말하다*. 토론회 자료집.
- 권소희, 양성경, 박명희, & 최상욱. (2008). 간호사를 위한 호스피스 연수교육 요구도 조사. *한국 호스피스·완화의료학회지*, 11(3), 147-155.
- 김경환. (2019). 영국 통합 돌봄 체제의 현황과 과제. *국제사회보장리뷰*, 8(봄), 114-118.
- 김경환. (2020). *지역사회 통합돌봄(Community Care) 현황과 추진 방향에 관한 연구: 외국 사례 고찰을 중심으로*. 석사학위논문. 인제대학교.
- 김대균. (2024). 스위스와 영국의 죽음의 질 지수 비교: 조력자살과 완화의료 제도의 맥락에서. *국제사회보장리뷰*, 30(가을호), 43-53.
- 김달숙. (2009). 생의 마지막 단계·삶의 완결·완화간호 모델. *한국 호스피스·완화의료학회지*, 12(3), 115-121.
- 김명숙. (2015). 생사학적 관점에서 본 좋은 죽음. *인문학연구*, 53(3), 103-122.
- 김선희. (2017). *요양병원 간호사가 인식한 좋은 죽음과 임종간호태도 및 수행*. 석사학위논문. 동아대학교.
- 김영환. (2020). *지역사회 통합돌봄(Community Care) 현황과 추진 방향에 관한 연구: 외국 사례 고찰을 중심으로*. 석사학위논문. 인제대학교.
- 김원석. (2024). 노인에서의 노쇠와 노인증후군. *한국가정의학회지*, 14(4). <https://doi.org/10.21215/kjfp.2024.14.4.172>

- 김원순, 조헌하, & 권수혜. (2016). 노인요양병원 간호사의 임종간호수행과 죽음불안 및 자아존중감이 임종간호스트레스에 미치는 영향. *한국호스피스·완화의료학회지*, 19(2), 154-162.
- 김은경. (2024). 방문간호사의 지역사회 통합돌봄과 생애 말기 간호 서비스 역할에 관한 연구. *비즈니스융복합연구*, 9(5), 25-32.
- 김정민, 김현정, & 유선경. (2023). 방문간호사의 지역사회 통합돌봄과 생애 말기 간호 서비스 역할에 관한 연구. *한국지역사회간호학회지*, 34(3), 331-344.
- 김주영, 이동현. (2022). *지역사회 통합돌봄정책에 관한 입법모델 개발: 최종보고서*. 상지대학교 산학협력단.
- 김희진, & 김혜영. (2016). 요양병원 간호사의 간호 스트레스 경험: 현상학적 접근. *성인간호학회지*, 28(5), 572-584.
- 보건복지부. (2023). *장기요양실태조사* (정책보고서 2022-89).
- 보건복지부·한국보건사회연구원. (2023). *2023년 노인실태조사*.
- 보건복지부. (2023). *우리나라 보건의료 질, 지속적인 개선 및 향상*.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1479004&tag=&nPage=9
- 보건복지부. (2023). *노인의료돌봄 통합지원 시범사업 안내서(안)*.
- 보건복지부. (2025). *의료, 돌봄 통합지원, 본 사업 준비에 총력*.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1484448&act=view
- 박남주. (2023). *지역사회 통합돌봄 선도사업의 성과분석과 개선방안: 천안시 사례를 중심으로*. 박사학위논문. 단국대학교.
- 박미라, & 제남주. (2018). 요양병원 근무자의 호스피스·완화돌봄 지식과 인식, 임종돌봄 태도, 죽음에 대한 인식이 임종돌봄 수행에 미치는 영향. *한국호스피스·완화의료학회지*, 21(4), 124-136.
- 박미라, & 제남주. (2019). 임종간호수행 교육프로그램 개발을 위한 중요도와 수행도 분석(IPA 분석) - 요양병원 종사자를 중심으로. *Asia-pacific Journal of*

- Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, 9(4), 191-199.
- 박민정. (2024). *지역사회 통합돌봄 초기 정책확산 영향 요인 분석*. *한국정책학회보*, 33(4), 243-271.
- 박선진, & 박애리. (2025). *요양보호사의 죽음에 대한 인식과 임종돌봄 스트레스 간의 관계*. *인문사회연구*, 7(1), 245-260.
- 보건복지부. (2023). *노인의료돌봄 통합지원 시범사업 안내서(안)*.
- 보건복지부. (2024). *고령자 통계*. 통계청 사회통계국.
- 보건복지부. (2025). *의료,돌봄 통합지원, 본 사업 준비에 총력*.
- 보건복지부. (2025). *2024년 인구동향조사 출생·사망통계(잠정)*. 통계청 사회통계국.
- 송창길. (2025). *2025년 노령 정책 예산 분석*. *보건복지포럼*, 2025(3), 16-30.
<https://doi.org/10.23062/2025.03.3>
- 신민정. (2023). *재가노인복지시설 요양보호사의 좋은 죽음 인식과 사회적 자본이 돌봄 서비스 질에 미치는 영향*. *대한정치학회보*, 31(4), 175-198.
<https://doi.org/10.34221/KJPS.2023.31.4.7>
- 신은정, & 박정윤. (2024). *환자안전 전담인력 업무 분석: 중요도-수행도 분석기법 활용*. *Quality Improvement in Health Care*, 30(1), 44-55.
- 신용제, 황선욱, 황인철, 최윤선, 이용주, 김영성, 신지성, 최영호, 임다원, & 김한숙. (2016). *말기암환자 가족간병인의 미충족 의료 분석*. *한국호스피스·완화의료학회지*, 19(2), 163-169.
- 심지연. (2018). *간호사의 좋은 죽음 인식과 임종간호태도 및 스트레스가 임종간호수행에 미치는 영향*. 석사학위논문, 동신대학교.
- 안은숙, & 이진숙. (2021). *노인요양시설 요양보호사의 돌봄노인 죽음경험에 대한 질적 연구*. *보건사회연구*, 41(2), 198-221.
- 어유경, 고정은 (2022). *한국 노인의 선호 임종장소와 결정요인 분석*. *한국산학기술학회 논문지*, 23(8), 590-597.
- 우영화, 김경희, & 김기숙. (2013). *간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호*

- 수행. *한국호스피스·완화의료학회지*, 16(1), 33-41.
- 유하예나. (2022). *호스피스보조활동인력의 업무수행도, 업무중요도와 교육요구도*. 석사학위논문. 고신대학교.
- 윤현준. (2022). 토픽모델링을 활용한 지역사회 통합돌봄 정책에 관한 사회적 이슈 및 연구 동향 분석. 박사학위논문. 인제대학교.
- 이경주, 황혜경, 라정란, 홍정아, 박재순. (2006). 좋은죽음의 개념 분석. *호스피스논집*, 23-39.
- 이명숙, & 김윤정. (2013). 노인이 인식하는 좋은 죽음. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(6), 283-291.
- 이민정. (2022). 종합병원 간호사의 좋은 죽음 인식, 도덕적 고뇌, 임종간호태도가 임종간호수행에 미치는 영향. 석사학위논문. 창신대학교.
- 이영숙. (2024). 초고령사회 대응을 위한 노인 의료·요양·돌봄의 통합적 체계 구축의 과제. *보건복지포럼*, 2024(7), 66-82. <https://doi.org/10.23062/2024.07.6>
- 이연옥. (2004). 암병동 간호사의 임종간호에 따른 스트레스에 관한 연구. 석사학위논문. 경희대학교.
- 이원호. (2002). *죽음에의 대비교육*. 문음사.
- 이일학. (2024). 존엄한 생애 말기를 위한 연명의료결정제도의 방향. *보건복지포럼*, 2024(10), 45-52.
- 이현정, 안소현, & 윤혜상. (2023). 임종돌봄 수행 프로그램 개발을 위한 교육요구도 분석. *호스피스·완화의료와 윤리*, 26(2), 91-109.
- 이영옥. (2012). 중환자실 간호사의 호스피스완화간호 인지정도와 교육요구도 . 석사학위논문. 한양대학교.
- 이지현, & 박정숙. (2017). 요양병원 간호사의 임종간호스트레스와 간호근무환경이 소진에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 18(6), 449-458.
- 임진, & 채명정. (2022). 요양병원 간호제공자의 임종간호수행에 미치는 영향요인. *인문사회21*, 13(6), 767-782.
- 정상이. (2013). 중환자실 간호사의 임종간호 스트레스와 임종간호수행. 석사학위논문.

한양대학교.

- 정소양, 김현중. (2024). 지역사회 계속거주(Aging in Place)에 대한 고령자의 인식과 결정요인. *국토연구*, 제122호, 59-77. <https://doi.org/10.15793/kspr.2024.122..004>
- 정소연, & 김민주. (2024). 상급종합병원 간호사의 임종간호 스트레스에 영향을 미치는 요인. *직업건강간호학회지*, 33(4), 191-199.
- 정영희, & 전경자. (2019). 요양병원 간호사의 생애말 환자간호 역량과 임종간호 스트레스. *한국호스피스·완화의료학회지*, 22(3), 125-133.
- 정지혜, & 하영미. (2023). 중요도-수행도 매트릭스 분석 기법을 활용한 외과계 임상전담간호사의 업무 수행도, 중요도, 난이도. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 29(1), 121-134.
- 조명옥. (1997). 노인이 인식한 죽음의 의미와 준비에 관한 문화 기술적 탐색 사례연구. *한국노년학회지*, 25(6), 1-35.
- 조상희. (2006). 좋은 죽음에 관한 주관성 연구. 석사학위논문. 부산카톨릭대학교.
- 조계화. (2010). 간호대학생이 인식하는 품위있는 죽음. *한국간호교육학회지*, 16(1), 72-78.
- 조현, & 임희영. (2017). 일개 요양병원 호스피스·완화의료 서비스의 직종별 행위 분석: 후향적 의무기록 중심으로. *한국산학기술학회논문지*, 18(4), 570-577.
- 최소라. (2024). 한국 노인의 노쇠 수준별 건강관련 삶의 질 영향요인: 제8기(2019년) 국민건강영양조사 자료 이용. *한국산학기술학회논문지*, 25(6), 323-334. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2024.25.6.323>
- 최종현. (2022). 지역사회 통합돌봄 정책의 성과분석: 경기도 시범사업을 중심으로. 박사학위논문. 명지대학교.
- 충청남도. (2024, 10월 말 기준). 노인인구 현황(시군구별). 노인정책과. <https://www.chungnam.go.kr/welfare/bbs/B0000134/view.do?menuNo=2100066&nttId=2147401&pageIndex=1&pageUnit=10>
- 행정안전부. (2025). 2025년 6월 말 기준 주민등록 인구 및 세대현황. <https://jumin.mois.go.kr/statMonth.do>

- Chan HY, Chun GK, Man CW, Leung EM. (2018). *Staff preparedness for providing palliative and end-of-life care in long-term care homes: Instrument development and validation.* *Geriatr Gerontol Int.*, 18(5), 745-749. doi: 10.1111/ggi.13244.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Exworthy, M., Powell, M., & Glasby, J. (2017). *Integrated care for older people: Historical definitions, current challenges, and future directions.*
- Humphries, R. (2015). *Integrated health and social care in England—Progress and prospects.*
- KOSIS 국가통계포털. 행정안전부.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2024). *Aging in place with dementia: Proceedings of a workshop.* Washington, DC: The National Academies Press.