



2026. 8.

국회미래연구원 | 연구보고서 | 26-15호

초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계 중장기 재편 전략

이채정



국회미래연구원
NATIONAL ASSEMBLY FUTURES INSTITUTE

연구진

이채정 부연구위원

발 | 간 | 사

대한민국은 세계에서 가장 빠른 속도로 초고령사회에 진입하였습니다. 고령인구의 급증은 의료, 요양, 돌봄, 복지 전반에 걸친 서비스 전달체계를 전면적으로 재점검할 것을 요구하고 있습니다.

그동안 우리 사회는 의료, 장기요양, 돌봄, 복지 서비스를 제도별로 꾸준히 확충해 왔습니다. 그러나 고령자의 입장에서 보면 여전히 여러 창구를 거쳐야 하고, 제도마다 서로 다른 기준을 각각 충족해야 하는 구조가 유지되고 있습니다. 초고령사회에서 중요한 것은 개별 제도를 더 늘리는 일이 아니라, 이미 존재하는 자원과 서비스를 수요자 중심으로 유기적으로 연결하고 조정할 수 있는 체계를 마련하는 일입니다.

본 보고서는 우리나라 보건·복지 서비스 전달체계의 현황과 한계를 진단하고, 국외 사례와의 비교를 통해 중장기 재편 방향을 제시하고 있습니다. 특히 정부가 추진 중인 통합돌봄의 제도화 흐름을 바탕으로, 시·군·구 단위 통합지원 거점과 지역 내 보건·의료·요양·복지 자원이 연계되는 통합지원체계의 방향을 모색하고 있습니다. 아울러 국고보조사업의 분절성, 민간위탁 운영구조의 한계, 복지관 종별 체계, 정보시스템의 분산 등 현행 전달체계의 구조적 문제를 함께 짚으면서, 이를 넘어서는 중장기 재편 전략의 필요성을 강조하고 있습니다.

중앙정부와 지방정부, 공공과 민간, 보건과 복지가 각기 분절된 방식으로 초고령사회에 대응해서는 복합욕구를 가진 고령자와 가족의 삶을 충분히 뒷받침하기 어렵습니다. 이제는 지역에서 실제로 작동하는 연결과 조정의 체계를 어떻게 설계할 것인가가 핵심 과제가 되고 있습니다.

본 보고서가 인구구조 변화와 복지국가의 지속가능성이라는 중대한 과제에 대응하는 데 있어, 보다 실천적이고 미래지향적인 정책 대안을 모색하는 데 유용한 기반이 되기를 기대합니다.

2026년 8월

국회미래연구원장 김기식

요 약

1 연구의 배경 및 목적

▶ 초고령사회 진입과 구조 전환 압력

- 대한민국은 2024년 말 65세 이상 인구 비율이 20%를 넘어서며 초고령사회에 진입하였고, 2025년에는 65세 이상 인구가 1,051만 4,000명(전체 인구의 20.3%)에 도달
 - 향후 65세 이상 비중은 2036년 30.9%, 2050년 약 40% 수준까지 상승할 것으로 전망되며, 후기고령층의 증가 속도는 더욱 빠를 것으로 예상
 - 이는 인구구조 변화가 단순 고령화 단계를 넘어, 의료·요양·돌봄·복지 전반에 걸친 서비스 전달체계의 전면적 재검토를 요구하는 수준에 이르렀음을 의미

▶ 부양구조와 재정구조의 압박 심화

- 초고령사회는 단순한 인구구조 변화가 아니라, 부양구조와 재정구조 전반에 걸친 부담 증대를 동반
 - 노년부양비는 2025년 29.3명에서 2035년 47.7명, 2050년 77.3명, 2070년 103.3명으로 상승할 것으로 전망되며, 생산연령인구 1명당 노인 1명을 부양하는 구조에 가까워지고 있음
 - 이러한 변화는 의료·요양·돌봄·복지 수요의 동시 확대와 함께, 기존 전달체계가 감당해야 할 조정 부담을 급격히 확대

▶ 연구의 목적

- 우리 사회는 의료, 장기요양, 돌봄, 복지 서비스를 제도별로 확충해 왔으나, 고령자의 입장에서는 여러 창구를 반복적으로 거쳐야 하고 각 제도의 기준을 개별적으로 충족해야 하는 구조가 유지되고 있음
 - 본 연구는 이러한 분절 구조를 진단하고, 일본·영국·독일 등의 사례 비교를 통해 한국형 보건·복지 서비스 전달체계의 중장기 재편 방향을 제시하고자 함
 - 이를 위해 재원구조, 조정메커니즘, 전달주체와 공급구조, 책임성 구조라는 네 가지 분석틀을 설정하여 한국과 주요국의 제도 운영방식을 비교

요 약

2 초고령사회 보건·복지 수요 변화와 전달체계의 한계

▶ 후기고령자 증가와 복합욕구 확대

- 초고령사회에서는 75세 이상 후기고령층이 빠르게 증가하면서 복합욕구 사례가 급증
 - 2025년 기준 65세 이상 인구 중 65~74세는 59.1%, 75세 이상은 40.9%를 차지하며, 2038년경에는 75세 이상 인구가 65~74세 인구를 추월할 것으로 전망
 - 75세 이상 고령자는 만성질환, 기능저하, 인지저하, 돌봄 의존, 가족지원 공백, 주거취약이 결합된 복합사례 비중이 높아, 제도별로 분절된 대응으로는 욕구 충족에 한계

▶ 고령자 가구와 돌봄 취약성 심화

- 노인 단독가구와 노인부부가구 등 노인만으로 구성된 가구의 증가가 돌봄 위험을 구조적으로 확대
 - 2024년 기준 65세 이상 고령자 가구 중 1인 가구 비중은 22.1%로 나타나며, 2000년 16.0%와 비교해 지속적으로 증가
 - 이는 가족 내부의 비공식 돌봄 자원이 약화되고 있음을 의미하며, 지역사회 기반 공적 전달체계의 중요성을 더욱 커지는 상황

▶ 노인복지시설·서비스 인프라의 확대와 한계

- 한국은 이미 상당한 규모의 노인복지시설과 서비스 공급 기반을 보유하고 있으나, 통합지원이 보장되지는 않는 상황
 - 2024년 말 기준 노인복지시설은 전국 9만 6,430개소, 입소·이용 인원은 7만 6,872명으로 집계되며, 이 가운데 대다수를 민간이 운영
 - 서비스의 양적 확대에도 불구하고 고령자의 실제 이용 경험은 의료, 요양, 돌봄, 복지 서비스가 각각 다른 경로와 기준으로 운영되는 분절 구조에 놓여 있음

▶ 조정 허브와 공식 연계기제의 부재

- 현행 전달체계의 핵심 문제는 서비스의 절대적 부족보다, 서비스를 연결하고 조정하는 공식 기제의 취약성
 - 읍면동 행정복지센터, 보건소, 의료기관, 장기요양기관, 복지관 등은 각각 기능하고 있으나, 복합욕구 사례를 한 경로 안에서 조정하는 시·군·구 수준 허브는 충분히 제도화되어 있지 않음
 - 결과적으로 현장 연계는 담당자의 경험과 비공식 네트워크에 의존하는 경우가 많고, 고령자는 서비스 간 반복 이동과 누락을 경험하게 됨

요 약

3 재원·공급·정보 구조의 분절성과 구조적 제약

▶ 재원구조의 분절

- 한국의 보건·복지 서비스는 건강보험, 장기요양보험, 국고보조사업 등 상이한 재원구조 위에서 작동하고 있어, 통합지원이 제도적으로 어렵게 설계
 - 의료와 장기요양은 각각의 사회보험 중심, 지역 돌봄과 복지는 국고보조와 지방비 사업 중심으로 운영되므로, 동일 고령자에 대해서도 사업별 접근경로와 자격기준, 책임주체가 다르게 설정
 - 이로 인해 지역 차원의 통합지원계획을 세우더라도 예산을 유연하게 재배분하거나 연계하기 어려운 구조가 지속

▶ 민간 중심 공급구조와 지역 격차

- 공급구조 측면에서 한국의 보건·복지 서비스는 민간 의존성이 높고 지역 간 편차가 큰 특징을 보임
 - 의료·요양 영역에서 시장형 민간공급 구조가 지역별 공급 편차와 접근성 격차를 낳고 있으며, 복지 영역 역시 복지관 종별 구분과 민간위탁 운영이 지역별 기능 차이를 심화시킬 우려
 - 2025년 말 기준 노인복지시설의 절대다수가 민간 운영 기반 위에 형성되어 있어, 공급의 공공성 확보와 지역 단위 기능 조정이 주요 정책 개선과제라 할 수 있음

▶ 국고보조사업과 민간위탁 구조의 한계

- 초고령사회 대응 전달체계 개편은 단순한 기관 간 연계 강화만으로는 충분하지 않으며, 국고보조사업과 민간위탁 구조를 함께 검토할 필요
 - 현행 구조에서 국고보조사업의 칸막이와 세부 지침 중심 집행 방식이 지역의 자율적 조정을 제약하고, 민간위탁 체계는 공공책임과 공급조정 기능을 약화시키는 측면이 있다고 지적
 - 통합지원체계는 개별 사업 추가가 아니라, 재정과 운영 구조를 재설계하는 방향으로 접근할 필요

▶ 정보 분절과 성과관리 한계

- 정보시스템의 분산과 공통 사정 기준의 부재는 통합지원의 장애 요인이 될 가능성
 - 건강보험, 장기요양보험, 보건소, 지자체 복지사업, 민간기관 정보가 서로 분절되어 있어, 동일 대상자의 욕구와 서비스를 공통 기준으로 파악하기 어렵고 의뢰·회신 체계도 미흡

요 약

- 성과관리 역시 실제 삶의 변화보다 사업집행 실적 중심으로 설계되어 있어, 통합지원 성과를 평가하는 체계로 전환할 필요

4 주요국 비교와 시사점

▶ 일본: 지역포괄케어와 케어매니지먼트

- 일본은 개호보험과 지역포괄케어시스템을 바탕으로 의료·개호·예방·생활지원·주거를 생활권 단위에서 결합하려는 구조를 발전시켜 왔음
 - 지역포괄지원센터와 케어매니저는 사정, 계획 수립, 서비스회의, 모니터링을 공식 직무로 수행하며, 복합사례에 대한 케어코디네이션을 제도화
 - 한국에서도 통합돌봄지원인력의 공식 직무화와 시·군·구 조정허브 구축이 핵심 과제가 되어야 함을 시사

▶ 영국: 다층적 조정 구조와 다직종팀

- 영국은 국민보건서비스(National Health Service; NHS)와 지방정부 사회서비스를 연계하는 구조 속에서 통합케어시스템(Integrated Care System; ICS), 지역단위(place) 통합케어, 근린단위 다직종팀(neighbourhood Multi-Disciplinary Team; MDT)을 통해 다층적 통합지원 거버넌스를 운영
 - 다직종 팀회의, 조기개입, 퇴원 후 연계, 사회적 처방 등의 방식은 복합욕구 고령자 지원을 단일기관이 아닌 지역 네트워크로 수행하는 구조를 보여 줌
 - 한국에서도 읍면동·시군구·지역기관 간 다기관 협업 절차를 공식화할 필요가 있음을 의미

▶ 독일: 상담거점과 단일 접근점

- 독일은 건강보험과 장기요양보험이 분리되어 있음에도 지역 돌봄지원거점(Pflegestützpunkte)을 통해 이용자 관점의 단일 접근점과 상담·조정 기능을 제도화
 - 독일의 사례는 재원이 완전히 통합되지 않더라도, 이용자 접근 창구와 조정 매커니즘을 구축할 수 있음을 제시
 - 한국에서도 시·군·구 통합지원 거점과 공통 의뢰·회신 체계를 먼저 구축하고, 중장기적으로 재정통합의 추진 필요성을 검토할 필요

▶ 시사점

- 주요국 사례를 종합하면, 초고령사회 대응 전달체계 개편은 단일 접근점, 공식화된 케어코디네이션, 공통 사정·정보공유, 지역 단위 책임성과 계획 권한 강화라는 네 축을

요 약

공통적으로 제시

- 보건·복지 서비스 전달체계 개편의 핵심은 서비스를 더 많이 만드는 것이 아니라, 이미 존재하는 자원을 어떻게 연결하고 조정할 것인가라고 할 수 있음

5 한국형 보건·복지 전달체계 재편 전략

▶ 시·군·구 중심 통합지원 구조

- 중앙정부-광역-기초(시·군·구)의 위계 아래, 시·군·구 단위 통합지원 거점을 중심으로 전달체계를 재편할 필요
 - 시·군·구에서는 통합돌봄센터와 사회복지협의회가 조정 거점으로, 읍면동 행정복지센터는 초기접점·발굴 기능을 담당하는 이중 구조를 통해 접근성과 전문성을 결합하는 방안을 모색할 필요

▶ 통합돌봄지원인력의 제도화

- 초고령사회에서 케어코디네이션은 부수 기능이 아니라 전달체계의 핵심 기능으로 자리 잡아야 함
 - 통합돌봄지원인력(케어코디네이터·통합사례관리자 등)을 제도화하여 사정-계획-연계-모니터링을 전담하게 하고, 일본의 케어매니저·영국의 다직종팀(MDT)처럼 사례회의와 이행점검 절차를 정식 운영체계에 포함할 필요

▶ 통합지원정보시스템과 공통 사정체계

- 통합지원정보시스템은 기술적 부속물이 아니라 통합지원체계를 실제로 작동시키는 핵심 인프라로 설계되어야 함
 - 최소 공통 정보항목·공통 사정도구·의뢰·회신 체계·사례이력 관리·성과 모니터링 기능을 포함하고, 의료기관과의 양방향 연계를 통해 의료·요양·복지 정보가 분절되지 않도록 단계적 연동을 추진해야 할 필요

6 정책 제언: 단기 제도개선과 중장기 구조개혁

▶ 단기 제도개선 과제

- 단기적으로는 현 제도 틀 안에서 통합지원 운영 기반을 구축해야 함
 - 시·군·구 통합지원센터의 기능과 조직을 명확히 하고, 읍면동 초기접점과의 역할 분담을 제도화해야 함

요 약

- 통합지원회의, 고위험군 사례회의, 의뢰·회신 규약, 고령자 공통 사정항목, 통합돌봄지원인력 배치기준을 마련해 실제 현장 작동성을 높일 필요

중장기 구조개혁 과제

- 중장기적으로는 재정·공급·기관·정보 구조를 바꾸는 개혁이 필요
 - 국고보조사업의 칸막이를 완화하고 포괄보조금 성격의 통합지원 예산블록 도입을 검토
 - 지방정부의 계획·조정 권한을 강화하여 지역 수요에 맞는 자원배분과 공급조정을 가능하게 해야 함
 - 의료·요양 등 시장형 공급을 지역계획화하고, 복지관 종별 체계를 기능 중심으로 재편하며, 정보연계 기반과 결과 중심 성과관리 체계를 함께 정비해야 함

7 결론 및 함의

연결·조정 중심 체계로의 전환

- 초고령사회 대응 보건·복지 전달체계 개편의 핵심은 서비스를 연결하고 조정할 수 있는 체계를 구축하는 것
 - 누가 조정하고 어떤 기준으로 연계하며 어떤 자원과 정보를 활용해 책임을 질 것인가를 재설계하는 문제

수요자 중심 통합지원체계의 필요

- 복합욕구를 가진 고령자와 가족은 의료, 요양, 돌봄, 복지, 주거 문제를 동시에 경험하므로, 제도별로 분절된 대응으로는 실질적인 삶의 안정성을 보장하기 어려움
 - 통합지원체계는 시·군·구 통합지원 거점, 읍면동 초기접점, 통합돌봄지원인력, 통합지원정보시스템, 지역기관 네트워크가 하나의 운영 구조 안에서 결합되는 방향으로 추진되어야 함

향후 과제

- 중장기적으로 통합지원 예산블록 설계, 지방정부 유형별 적용모형, 정보시스템 구축 로드맵, 통합돌봄지원인력의 직무와 교육체계, 성과지표 개발 등에 대한 후속 연구가 필요
 - 본 연구는 초고령사회에 적합한 한국형 보건·복지 서비스 전달체계의 중장기 재편 방향을 제시하고, 단기 제도개선과 중장기 구조개혁을 연결하는 정책 논의의 기초를 마련하였다는 데 의의

제1장	서론	1
제1절	연구 배경	3
제2절	연구 목적	7
제3절	연구 범위 및 방법	9
제4절	분석 기준 및 원칙	11
제2장	보건·복지 서비스 전달체계의 현황과 문제점	15
제1절	초고령사회 진입과 구조적 압박	17
제2절	현행 전달체계의 특성	26
제3절	전달체계의 운영 실태와 분산 양상	33
제4절	전달체계 개편 시도의 한계와 과제	43
제3장	주요국의 보건·복지 서비스 전달체계 비교·분석: 일본·영국·독일을 중심으로	49
제1절	비교·분석의 틀	51
제2절	일본: 지역포괄케어시스템	55
제3절	영국: 통합돌봄시스템(Integrated Care System; ICS)	64
제4절	독일: 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)	70
제5절	소결	76
제4장	보건·복지 서비스 전달체계의 재편 전략	81
제1절	전달체계의 재편 원칙	83
제2절	전달체계의 재편 전략	89
제3절	정책적 함의	97
표/그림 목차		99
참고문헌		103

제1장

서론

제1절 | 연구 배경

제2절 | 연구 목적

제3절 | 연구 범위 및 방법

제4절 | 분석 기준 및 원칙

제1절

연구 배경

한국은 고령사회 단계를 넘어 초고령사회에 본격적으로 진입하였다. 통계청의 「2025 고령자 통계」에 따르면, 2025년 기준 65세 이상 고령인구는 1,051만 4,000명으로 전체 인구의 20.3%를 차지한다. 이는 UN이 정의하는 초고령사회 기준인 65세 이상 인구 비중 20% 이상을 충족하는 수치이다. 나아가 고령인구 비중은 2036년 30.9%, 2050년에는 40%를 초과할 것으로 전망되어, 한국은 세계에서 유례를 찾기 어려울 정도로 빠르게 인구 고령화가 진행되고 있음을 확인할 수 있다.

이와 같은 고령화는 현재의 정책 환경을 규정하는 구조적 조건이 되었다. 고령인구의 절대적 규모가 1,000만명을 넘어선다는 것은 의료·요양·돌봄 수요의 주류가 노인 중심으로 재편되고 있음을 의미하며, 이에 따라 사회보험, 사회서비스, 지방행정, 공공보건 등 거의 모든 제도 영역에서 고령자 대응이 핵심 과제로 부상하고 있다. 따라서 고령화를 사회 전체의 제도 설계 기준을 전환하는 조건으로 인식해야 할 필요가 있다. 즉, 고령화는 특정 집단의 복지수요 확대라는 차원을 넘어, 노인을 중심으로 한 복합적 수요에 대응할 수 있도록 제도 간 관계와 전달 방식 자체를 재조정해야 하는 정책 환경의 변화를 의미한다.

한편, 고령인구의 증가는 노년부양비의 급속한 상승을 수반한다. 생산연령인구 100명당 고령인구의 비율을 나타내는 노년부양비는 2025년 29.3명 수준에서 2035년 47.7명, 2050년에는 77.3명까지 상승할 것으로 전망된다. 이는 동일한 생산인구가 감당해야 할 사회적 부양 부담이 향후 25년간 두 배 이상 증가한다는 것을 뜻하며, 지출 확대만으로는 지속가능성을 담보하기 어렵다는 점에서 보건·복지 서비스 전달체계의 효율성과 연계 성과를 근본적으로 개선하는 제도 재설계가 불가피함을 시사한다. 따라서 초고령사회 대응에서 핵심은 개별 제도의 단순한 확대가 아니라, 제한된 자원으로 서비스 간 조정과 연계를 통해 효과성과 지속가능성을 동시에 높일 수 있는 전달체계를 구축하는 데 있다.

또한, 초고령사회의 도전이 단순히 노인 인구 규모의 증가에 그치지 않는다는 점에도 주목할 필요가 있다. 고령화의 심화는 후기고령자(75세 이상) 비중의 확대, 독거 및 취약가구의 증가, 복합만성질환의 확산, 인지기능 저하와 기능상실 위험의 증가를 동반한다. 이러한 변화는 노인 돌봄 수요의 성격 자체를 바꾸고 있다.

보건복지부가 발표한 「2023년 노인실태조사」 결과에 따르면, 65세 이상 노인의

86.1%가 만성질환을 보유하고 있으며, 그 중 63.9%는 2개 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 이는 노인의 건강 문제가 특정 질환 한 가지에 대한 단기 치료 수요가 아니라, 여러 질환이 중첩된 복합적이고 연속적인 의료·돌봄 수요로 전환되고 있음을 보여준다. 후기고령층으로 좁히면 이 경향은 더욱 두드러진다. 75세 이상 노인 중 46.2%가 3개 이상의 만성질환을 보유하고, 15.7%가 치매를 경험하며, 약 31%가 일상생활 자립에 제한을 겪는 것으로 나타나, 후기고령층의 복합적 욕구가 빠른 속도로 늘어나고 있음이 확인된다. 이러한 변화는 노인의 욕구를 개별 질환이나 단일 서비스 단위로 파악하는 접근이 점차 한계를 보이게 됨을 시사하며, 수요자 관점에서 복합적 욕구를 종합적으로 파악하고 지원하는 체계의 필요성을 의미한다.

노인 돌봄 수요는 단일 서비스 수요에서 다중적·연속적 지원 수요로 전환되고 있다. 이러한 전환은 단순히 서비스 양의 증가를 요구하는 것이 아니라, 서비스 간 연결과 조정 방식의 근본적인 재설계를 필요로 한다. 하나의 만성질환을 앓는 노인에게는 의료 접근성의 확보만으로 충분할 수 있다. 그러나 복수의 만성질환을 보유하고 치매 초기이며 독거 상태인 노인에게는 외래 진료, 방문간호, 일상생활 지원, 안부 확인, 인지재활, 가족 지원 등이 동시에 연결되어야 한다. 이때 중요한 것은 각각의 동일한 대상자에게 필요한 지원이 시간의 흐름에 따라 연속적이고 안정적으로 제공되는가, 여러 서비스가 실제로 통합·연계되어 작동하는가이다.

초고령사회에서 노인의 삶은 의료, 요양, 돌봄, 주거, 일상생활지원이 서로 분리될 수 없는 상태로 변화하고 있다. 병원 치료 이후에도 재가 회복지원이 필요하고, 장기요양 인정 이전 또는 이후에도 생활지원과 정서지원이 필요하며, 기능저하가 진행될수록 보건의료적 개입과 복지적 개입이 동시에 요구된다. 따라서 초고령사회 대응의 핵심은 개별 서비스의 추가 공급이 아니라, 한 대상자에게 복합적으로 발생하는 욕구를 어떻게 연속적이고 일관되게 지원할 것인가의 문제라고 할 수 있다. 즉, 초고령사회 대응에서 전달체계 개혁의 초점은 개별 서비스 중심의 공급 확대가 아니라, 수요자 중심으로 복합 욕구를 연속적이고 안정적으로 지원하기 위한 통합·연계 구조를 설계하는 데 두어야 한다.

그러나 한국의 현행 보건·복지 서비스 전달체계는 이러한 수요 구조 변화에 충분히 대응하지 못하고 있다. 노인을 둘러싼 서비스는 건강보험을 통한 의료서비스, 노인장기요양보험을 통한 요양서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 보건소 기반 건강관리 서비스, 지자체 자체사업을 통한 각종 재가복지 서비스로 나뉘어 운영되고 있으며, 각 제도는 대상 기준, 판정 방식, 서비스 내용, 재원 구조, 전달기관이 서로 다르다. 이용자 입장에서는 하나의 연속된 생활문제임에도 불구하고, 행정체계 상으로는 여러 제도와 기관을 각각 통과해야 하는 구조가 형성되어 있는 것이다. 즉, 현행 전달체계는 수요자 중

심의 지원 경로보다는 제도별·공급자별로 분절된 운영 논리에 따라 구성되어 있어, 이용자의 복합적 생활문제를 하나의 연속된 문제로 다루기 어려운 구조적 한계를 지닌다.

이러한 분절성은 제도 설계 차원에 그치지 않는다. 현장 실행 차원에서도 사회복지관·노인복지관·장애인복지관 등 복지관이 「사회복지사업법」과 「노인복지법」에 따라 대상 인구별로 종별 구분된 채 운영되고 있어, 동일 이용자를 둘러싼 복지관 간 사례 공유와 협력이 구조적으로 제약된다. 제도 간 분절과 공급자 간 분절이 중첩되어 작동하는 것이다. 이처럼 공급자 중심으로 분화된 기관 체계는 서비스 전문화라는 장점을 갖는 반면, 초고령사회에서 요구되는 통합적 지원과 기관 간 유연한 협업을 제약하는 요인으로 작용할 수 있다.

또한, 이러한 분절성은 초고령사회에서 심각한 문제로 드러나게 된다. 노인이 급성기 치료를 마친 뒤 지역사회에서 계속 생활하기 위해서는 퇴원 연계, 방문건강관리, 장기요양, 식사·이동·안전 지원, 정서적 돌봄이 함께 연결되어야 하지만, 실제 제도는 각각의 판정체계와 공급경로를 따라 독립적으로 움직인다. 그 결과 어떤 노인은 필요한 서비스를 중복적으로 받고, 어떤 노인은 서비스 공백 속에 방치되며, 또 어떤 노인은 여러 제도 사이를 이동하느라 상당한 행정적 피로와 접근장벽을 경험한다. 복지지출이 증가해도 체감 복지가 충분히 개선되지 않는 이유 가운데 하나가 바로 이러한 전달체계의 조정 실패와 구조적 비효율에 있다고 볼 수 있다. 이는 전달체계가 개별 서비스 단위로 운영될 경우, 이용자 관점에서 필요한 연속성과 안정성을 확보하기 어렵고, 결과적으로 재정 투입의 확대가 곧바로 체감 성과의 개선으로 이어지지 않을 수 있음을 보여준다.

이 같은 상황 인식에서 최근 정부는 지역사회 통합돌봄 선도사업과 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(이하 통합지원법) 제정을 통해 의료·요양·돌봄의 지역 기반 통합·연계를 제도화하는 정책 방향을 제시하였다. 2026년 3월 27일 시행된 통합지원법은 신청, 조사 및 종합판정, 개인별 지원계획 수립, 서비스 연계, 모니터링에 이르는 일련의 절차를 제도화함으로써, 단편적 서비스 공급을 넘어 전달체계 자체를 재설계하려는 정책적 전환을 시도하였다는 점에서 중요한 의미를 가진다. 이는 개별 제도와 서비스를 병렬적으로 운영하던 방식에서 벗어나, 복합욕구 대상자를 중심으로 판정·계획·연계·관리 과정을 통합하려는 제도적 시도라는 점에서 의미가 크다. 그러나 통합과 연계의 제도적 틀이 실제로 분절된 제도와 기관 구조를 어떻게 조정할 수 있을 것인지는 여전히 핵심적인 검토 과제로 남아 있다.

이 제도적 전환이 실제 현장에서 작동하기 위해서는 통합이라는 선언을 넘어선 정교한 운영 설계가 필요하다. 어떤 주체가 복합욕구 대상자를 발굴하고 종합적으로 조정할 것인가, 판정과 계획 수립 과정에서 의료·요양·복지 영역이 어떻게 실질적으로 협

업할 것인가, 자원과 정보가 어떤 방식으로 연계될 것인가, 연계의 성과를 누가 어떻게 책임질 것인가에 대한 보다 구체적인 설계가 없다면, 통합지원법은 현장에서 형식적 절차의 추가에 머물 위험이 있다. 더욱이 전국 228개 시·군·구 및 이에 준하는 행정단위(세종특별자치시 및 제주 행정시 포함)가 실질적 운영역량과 자원 기반을 갖추고 있는지도 핵심 과제로 남아 있다. 따라서 통합지원법의 실효성을 확보하기 위해서는 통합이라는 정책 방향의 선언만으로는 충분하지 않으며, 지역 단위에서 실제로 연계와 조정을 수행할 주체, 절차, 권한, 책임, 정보 접근 구조를 어떻게 설계할 것인지에 대한 구체적인 논의가 병행되어야 한다.

이러한 맥락에서 본 연구는 다음과 같은 문제의식에서 출발한다. 초고령사회라는 인구구조의 전환은 노인 의료·요양·돌봄 수요의 성격을 근본적으로 바꾸고 있으나, 현행 한국의 보건·복지 서비스 전달체계는 제도 간 분절성, 조정 역량의 부족, 보건-복지 연계의 미완성, 민간 중심 공급구조의 책임성 한계라는 구조적 문제를 안고 있다. 여기에 더하여 복지관 종별 구분 체계로 대표되는 공급자 간 기능 경계의 경직성이 현장 차원의 연계를 추가적으로 제약하고 있다. 통합지원법 시행을 계기로 새로운 방향이 제시되었지만, 실질적 재편을 위해서는 전달체계의 구조적 문제를 체계적으로 진단하고, 국제 비교를 통해 적용 가능한 제도 원리를 추출하여, 한국적 맥락에 맞는 구체적인 재편 전략을 설계하는 작업이 필요하다.

이에 본 연구는 주요 통계자료 분석을 통해 초고령사회의 구조적 압박을 확인하고, 자원·조정·전달·책임의 네 축을 중심으로 현행 전달체계의 제도적 한계를 진단하며, 일본·영국·독일 등의 사례를 비교 논거로 활용하여, 한국형 보건·복지 서비스 전달체계 재편 전략을 제시하고자 한다. 즉, 본 연구는 보건·복지 서비스 전달체계의 연계구조 설계와 조정역량 강화를 위한 재편 전략을 모색하는 데 목적을 둔다.

제2절

연구 목적

본 연구의 첫 번째 목적은 한국 보건·복지 서비스 전달체계의 구조와 작동 방식을 체계적으로 파악하는 것이다. 중앙정부, 광역 및 기초지자체, 민간공급자 사이의 역할 분담과 자원 흐름, 서비스 제공 경로를 검토함으로써 현행 전달체계의 기본 구조를 진단하고, 초고령사회 대응을 어렵게 만드는 구조적 조건을 식별하기 위한 기초 작업을 수행한다. 이 과정에서 건강보험·노인장기요양보험·노인맞춤돌봄서비스·보건소 기반 서비스·지자체 자체사업 등 개별 제도별로 수급자 규모, 급여비용, 기관 수, 인력 현황을 검토하며, 수도권과 비수도권, 도시와 농촌 간 공급 격차의 구조적 양상을 함께 확인한다.

두 번째 목적은 초고령사회로의 진입에 따라 기존 전달체계의 문제가 어떠한 방식으로 심화되는지를 규명하는 데 있다. 고령인구 비중 증가, 노년부양비 상승, 후기고령자의 복합만성질환 증가, 장기요양 수요와 재정 압박의 확대는 단순한 통계적 변화가 아니라 전달체계의 부담 구조를 근본적으로 바꾸는 압력으로 작동한다. 특히, 인구 고령화 속도가 빠른 농촌·소도시 지역에서 서비스 공급 기반이 상대적으로 취약하여, 수요와 공급 간 구조적 불일치가 지역별로 상이하게 나타나고 있음에 주목한다.

세 번째 목적은 주요국의 사례를 비교 근거로 활용하여 한국형 전달체계 재편 전략의 제도 원리를 도출하는 데 있다. 일본의 지역포괄케어시스템은 지역포괄지원센터를 핵심 조정 거점으로 하는 지역 밀착형 연계 구조를 구축하였고, 영국의 통합돌봄시스템(Integrated Care System, ICS)은 보건의료와 사회돌봄의 통합 거버넌스를 법제화하여 다직종 협업과 정보연계를 제도화하였으며, 독일은 사회보험 방식의 장기요양보험(Pflegeversicherung)과 공공 규제를 결합한 체계를 바탕으로 돌봄의 공공성과 질 관리·성과관리 메커니즘을 비교적 높은 수준에서 유지해 왔다. 본 연구는 이들 사례를 지역조정 거점의 설계, 종합판정 체계의 운영, 다직종 협업의 제도화, 정보공유·연계 구조, 성과관리와 책임성 확보라는 다섯 가지 공통 기준 아래 비교 분석함으로써, 각국 제도 원리가 한국의 맥락에서 어떻게 적용될 수 있는지에 대한 시사점을 도출한다.

본 연구의 궁극적 목적은 보건·복지 서비스 전달체계의 초고령사회 대응 핵심 과제를 서비스의 단순 확충이 아니라 연계구조의 설계와 조정역량의 강화로 재정의하고, 이를 위한 구체적인 정책 전략을 제시하는 데 있다. 이를 구체화하기 위해 본 연구는 다음의 다섯 가지 연구 질문을 중심으로 전개된다.

첫째, 한국 보건·복지 서비스 전달체계는 어떤 구조와 운영 방식으로 작동하며, 지역별로 어떤 격차를 보이는가? 중앙정부·지방정부·민간공급자 간 역할 분담과 서비스 전달 경로를 검토하고, 개별 제도와 기관의 공급자 규모·급여비용·기관 수·인력 현황이 지역에 따라 어떻게 다르게 분포하는지를 분석한다.

둘째, 현행 전달체계의 핵심 문제는 무엇이며, 초고령사회 진입은 이 문제를 어떻게 증폭시키는가? 제도 간 분절, 행정 비효율, 보건·복지 연계 부족, 민간위탁 구조의 책임성 한계, 복지관 종별 구분으로 대표되는 공급자 간 기능 경계의 경직성이 현장 연계를 어떻게 제약하는지를 진단하고, 고령인구 증가와 지역별 고령화 속도의 차이가 이러한 문제를 어떻게 심화시키는지를 규명한다.

셋째, 왜 개별 제도 간 연계구조의 설계가 현실적인 재편 전략이 되어야 하는가? 건강보험·장기요양보험·재정사업을 단일 제도로 통합하는 데 따르는 제도적·재정적 제약을 검토하고, 현실 가능한 개혁의 범위에서 어떤 수준의 연계와 조정 구조가 요구되는지를 분석한다. 또한, 연계가 형식적 연결에 그치지 않고 실질적인 이용자 중심 지원으로 이어지기 위한 조건을 탐색한다.

넷째, 연계구조가 정책적 실효성을 가지려면 어떤 제도적 조건이 갖추어져야 하는가? 정보공유 체계, 종합판정 장치, 지역 조정거점, 다직종 협업, 성과지표와 책임성 확보 장치의 설계 방향을 검토하고, 복지관의 기능 중심 역할 재정립을 포함한 중앙-지방 간 역할 조정과 자원 구조의 정비에 어떤 방향으로 이루어져야 하는지를 논의한다.

다섯째, 주요국은 지역 단위 조정과 연계를 어떻게 제도화하였으며, 한국에 어떤 시사점을 제공하는가? 일본(지역포괄지원센터), 영국(ICS), 독일(요양돌봄지원센터)의 사례를 비교하여, 각국의 제도 원리가 한국형 전달체계 재편 논의에 제공하는 정책적 시사점을 도출한다.

제3절

연구 범위 및 방법

본 연구에서 보건·복지 서비스 전달체계는 보건·복지 서비스의 공급자(국가·지방자치단체·공공기관·민간기관)와 수요자(이용자·수급자)를 연결하여, 필요한 급여와 서비스가 적시에, 적절한 대상에게, 효율적으로 전달되도록 하는 조직적·제도적 연결 구조 전체로 정의한다. 이 정의는 서비스의 기획·결정·집행·전달·모니터링에 관여하는 모든 주체와 기관을 체계의 구성 요소로 포함한다.

이때 전달체계는 단일한 기관이나 제도가 아니라, 다수의 이질적 주체들이 각기 다른 자원·기준·절차 아래 작동하면서 이용자를 중심으로 연결되어야 하는 다층적 구조를 의미한다. 따라서 본 연구의 분석 초점은 개별 기관의 내부 운영이 아니라, 기관 간 연계와 조정의 구조, 즉 전달체계가 얼마나 이용자 중심으로 통합적·연속적으로 작동하는가에 있다.

본 연구의 분석 대상은 노인을 중심으로 한 의료·요양·돌봄·재가복지 서비스 전달체계이다. 서비스 영역별 포함 범위는 다음과 같다. 첫째, 건강보험을 통한 의료서비스로서 외래·입원 진료, 재활, 방문의료, 장기요양 재택의료센터 서비스가 해당된다. 둘째, 노인장기요양보험을 통한 요양서비스로서 시설급여(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)와 재가급여(방문요양·방문목욕·방문간호·주야간보호·단기보호)가 포함된다. 셋째, 노인맞춤돌봄서비스로서 일상생활 지원, 안전·안부 확인, 사회참여·정서지원이 포함된다. 넷째, 보건소 기반 건강관리 서비스로서 방문건강관리, 치매안심센터, 정신건강 지원이 해당된다. 다섯째, 지방자치단체 자체사업 및 기타 재가복지 서비스가 포함된다.

이 중 본 연구의 주된 분석 대상은 장기요양 재택의료센터, 노인장기요양보험을 통한 요양서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 보건소 기반 방문건강관리, 치매안심센터, 정신건강 지원 서비스이다. 이들 서비스는 노인의 지역사회 거주를 지속하기 위한 재가 중심 지원 체계의 핵심 구성 요소로서, 각 서비스 간 연계 수준과 전달 방식이 초고령사회 대응 역량을 좌우하는 핵심 변수로 작용하기 때문이다.

보건·복지 서비스 전달체계의 기관 유형 및 범위는 다음과 같다.

표 1-1 보건·복지 서비스 전달체계의 기관 유형 및 범위

구분	기관 유형	주요 기관	핵심 기능
중앙	정부부처·공공기관	보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국사회보장정보원, 중앙사회서비스원	정책 설계, 기준 설정, 자원 배분, 인정판정, 정보시스템 운영
광역	시·도 행정기관	시도 복지국·보건정책과, 광역치매센터, 광역정신건강복지센터	광역 계획, 기초지자체 지원·조정
기초	시·군·구 행정기관	시군구 복지과, 통합지원센터, 치매안심센터	자격관리, 종합판정, 민관협력, 연계 조정
읍·면·동	주민센터	맞춤형복지팀, 찾아가는 보건복지팀	초기상담, 위기가구 발굴, 통합사례관리, 지역자원 연계
보건	공공보건 기관	보건소, 보건지소, 보건진료소	방문건강관리, 만성질환 예방, 노인건강 증진
의료	의료기관	상급종합병원·병의원, 장기요양 재택의료센터	급성기 치료, 재활, 방문진료·간호
요양	장기요양 기관	노인요양시설, 재가서비스 기관	시설·재가 요양급여 제공
복지	사회복지 시설·기관	노인복지관, 사회복지관, 장애인복지관, 노인맞춤돌봄 수행기관	돌봄, 일상생활 지원, 상담, 사례관리
비영리	민간·법인 단체	사회복지법인, 재단법인, 종교법인 운영 기관, 자원봉사센터	위탁 서비스 제공, 비공식 돌봄 지원

자료: 보건복지부(2026), 국민건강보험공단(2025), 법제처(사회복지사업법, 노인장기요양법 등) 자료를 바탕으로 재구성

보건·복지 서비스 전달체계의 기관 유형과 범위를 제시하는 것만으로는 초고령사회 대응 역량을 충분히 판단하기 어렵다. 초고령사회에서 노인의 욕구는 의료·요양·돌봄·생활지원이 중첩된 복합욕구의 형태로 나타나므로, 전달체계의 적절성은 단순한 서비스 규모나 예산 수준이 아니라 이러한 복합욕구에 대응할 수 있는 구조적 성격을 기준으로 평가될 필요가 있다.

제4절

분석 기준 및 원칙

초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계의 적절성을 판단하기 위해서는 개별 제도의 존재 여부나 단순 공급량만이 아니라, 고령자의 복합욕구에 대응할 수 있는 전달체계의 구조적 성격을 평가할 기준이 필요하다(선우덕·정순돌·양찬미, 2012; WHO, 2019). 본 연구는 초고령사회 고령자 돌봄수요의 특성과 노인 대상 통합돌봄 및 전달체계 평가에 관한 선행연구를 바탕으로, 전달체계의 평가 원칙을 다음의 네 가지로 설정하였다(WHO, 2019; 선우덕·정순돌·양찬미, 2012).

첫째, 통합성은 의료·요양·돌봄·생활지원이 이용자 관점에서 얼마나 하나의 지원 경로로 연결되는가를 의미한다(WHO, 2019). 초고령사회에서 노인의 욕구는 단일 제도 안에서 충족되기 어려우므로, 각 서비스가 병렬적으로 존재하는가보다 실제 이용자의 삶 안에서 연속적으로 결합되는가가 더 중요하다(WHO, 2019; Sum et al., 2023).

둘째, 조정성은 복합욕구 대상자에 대해 누가 욕구를 종합적으로 사정하고, 지원계획을 수립하며, 기관 간 협업을 조정하는가를 뜻한다(WHO, 2019; 서동민, 2025). 이는 개별 기관의 공급 능력과 구분되는 차원으로, 통합지원센터, 읍면동, 사례회의, 케어코디네이션 기능 등이 어떠한 구조로 연결되는가를 평가하는 기준이다(서동민, 2025).

셋째, 접근성과 지역형평성은 거주지역과 공급밀도 차이에도 불구하고 필요한 서비스에 실질적으로 접근할 수 있는가를 평가하는 기준이다(선우덕·정순돌·양찬미, 2012). 특히 본 연구는 시군구 단위 인구자료를 활용하여 65~74세 인구, 75세 이상 인구, 노년부양비의 지역별 차이를 함께 검토하고자 한다.

넷째, 책임성과 지속가능성은 재정, 정보, 성과관리, 공공책임 구조가 통합지원의 결과를 뒷받침하는가를 점검하는 기준이다(선우덕·정순돌·양찬미, 2012; WHO, 2019). 이는 단지 서비스를 연결하는 데 그치지 않고, 그 연계가 안정적으로 운영되며 결과에 대해 누가 책임을 지는지를 검토하는 차원을 포함한다(WHO, 2019).

이러한 기준에 따라 본 연구는 한국 전달체계와 국외사례를 공통적으로 재원구조, 조정메커니즘, 전달주체와 공급구조, 책임성 구조의 네 축으로 분석한다(선우덕·정순돌·양찬미, 2012; WHO, 2019). 재원구조는 제도 간 재정 칸막이와 예산 유연성의 수준을, 조정메커니즘은 복합욕구 대상자에 대한 종합사정과 계획·연계의 운영방식을, 전달주체와 공급구조는 공공·민간 공급의 조직 원리와 위탁·시장 구조를, 책임성 구조는

정보공유, 성과관리, 공공책임의 작동 방식을 의미한다(WHO, 2019; 서동민, 2025).

다만 한국 현황 분석에서는 이 네 축이 실제로 어떤 수요-공급 불일치, 지역격차, 조직·인력 편차를 낳는지를 통계와 제도 분석을 통해 구체화한다. 즉, 수요·공급·재정·지역격차는 별도의 대체 분석틀이 아니라, 자원·조정·전달·책임의 네 개 분석축이 현실에서 어떻게 나타나는지를 보여주는 실증 지표로 바탕으로 논의된다.

본 연구는 주요 통계자료 분석을 통해 고령인구 비중, 노년부양비, 장기요양 인정자 수, 급여비용, 기관 수 등의 추이를 확인함으로써, 초고령사회 진입이 전달체계에 가하는 구조적 압력을 제시한다. 주요 활용 자료는 통계청 장래인구추계, 「2025 고령자 통계」, 국민건강보험공단 노인장기요양보험 통계연보, 보건복지부 사업 현황 자료 등이다. 아울러 시군구 단위 인구 통계와 노인복지시설 현황 자료를 활용하여, 고령화 압박의 지역별 편차와 시설 기반의 지역 분포를 함께 검토한다.

이러한 통계는 단순한 현황 제시를 넘어, 왜 전달체계 재편이 필요한가에 대한 구조적 배경을 설명하는 기초자료로 사용된다. 고령화의 속도와 복합욕구 노인의 증가가 현행 제도의 수용 역량을 어떻게 초과하고 있는가를 파악하며, 이 점에서 통계 분석은 문제의 규모와 성격을 확정하는 기능을 담당한다.

제도 분석은 자원, 조정, 전달, 책임의 네 축을 중심으로 수행한다. 이 분석 틀은 전달체계의 어느 지점에서 문제가 발생하는지를 구조적으로 포착하기 위해 설계되었다. 자원 축에서는 건강보험, 장기요양보험, 국고보조사업 등 서비스별 재정구조의 분산 양상을 검토하고, 조정 축에서는 복합욕구 대상자에 대해 누가 어떤 절차로 욕구를 종합적으로 파악하고 서비스를 연결하는지를 분석한다. 전달 축에서는 실제 서비스 제공 주체의 공공·민간 구분과 위탁·계약 구조를, 책임 축에서는 서비스 질 관리, 성과평가, 이용자 중심 결과관리, 정보공유 체계의 수준을 검토한다. 아울러 사회복지관·노인복지관·장애인복지관의 종별 구분 체계가 전달 축과 조정 축에서 연계구조를 어떻게 제약하는지를 살펴본다.

제도 분석의 주요 자료는 관련 법령(노인장기요양보험법, 사회복지사업법, 지역보건법, 통합지원법 등), 보건복지부 사업안내, 행정안전부 시범사업 평가 자료, 한국보건사회연구원 연구보고서 등이다.

비교사례 분석은 일본, 영국, 독일을 대상으로 한다. 일본은 한국과 제도적·인구적 유사성이 가장 높고, 영국은 통합 거버넌스와 다직종 협업의 법제화 측면에서, 독일은 장기요양보험을 기반으로 한 전달체계와 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)를 통한 지역 단위 상담·연계 구조, 공공 규제에 기반한 질 관리와 책임성 확보 측면에서 각각 참조 가치가 높다. 비교는 지역조정 거점, 종합판정 체계, 다직종 협업, 정보연계, 성과관리라는 5개 공통 기준 아래 이루어지며, 특정 제도의 형식적 이식이 아니라 각

국 개혁 경험에서 추출 가능한 제도 원리를 도출하는 데 초점을 맞춘다. 본 연구는 이러한 비교사례 분석을 바탕으로 재원구조, 조정메커니즘, 전달주체와 공급구조, 책임성구조의 분석틀을 기준으로 한국에의 적용 가능성을 보다 체계적으로 논의하고자 한다.

비교사례 분석의 주요 자료는 각국 정부 공식 자료(일본 厚生労働省, 영국 NHS England, 독일 연방보건부(Bundesministerium für Gesundheit) 등), OECD 보건통계, 한국보건사회연구원 국제사회보장리뷰 관련 문헌, 국내외 학술논문이다.

제2장

보건·복지 서비스 전달체계의 현황과 문제점

제1절 | 초고령사회 진입과 구조적 압박

제2절 | 현행 전달체계의 특성

제3절 | 전달체계의 운영 실태와 분산 양상

제4절 | 전달체계 개편 시도의 한계와 과제

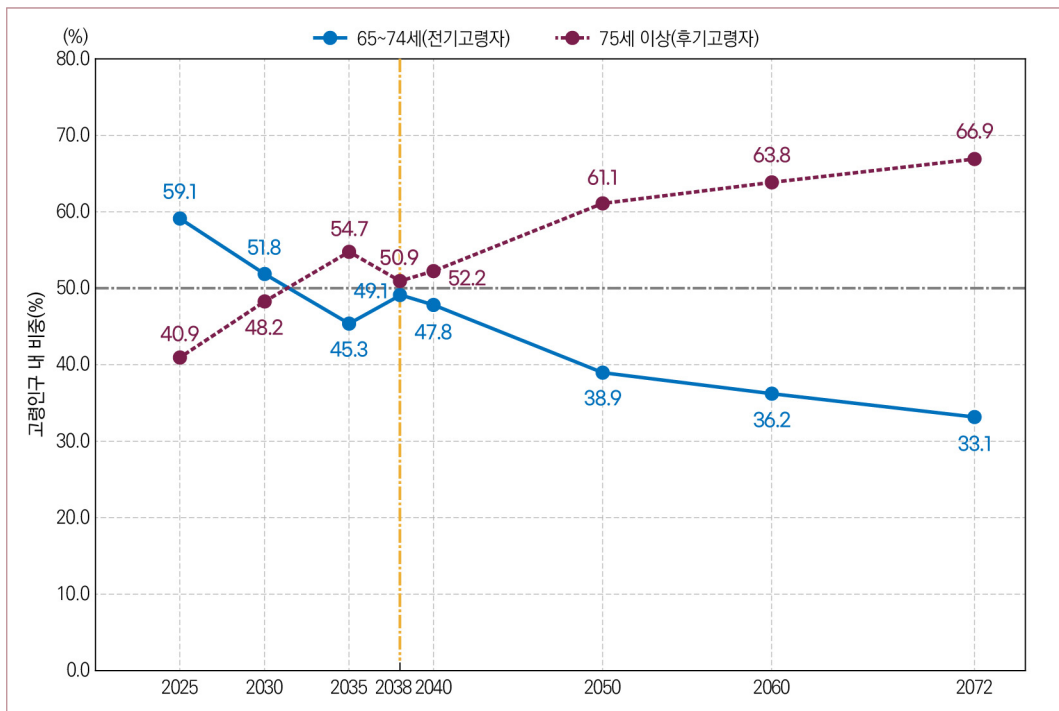
제1절

초고령사회 진입과 구조적 압박

1. 고령인구의 규모·구조 변화와 복합욕구의 증가

한국 사회는 2024년 12월을 기점으로 초고령사회에 진입하였다. 통계청의 「2025 고령자 통계」에 따르면, 2025년 기준 65세 이상 고령인구는 약 1,051만 4,000명으로 전체 인구의 20.3%를 차지한다. 이는 2018년 고령사회 진입 이후 불과 7년 만의 전환으로, 고령화의 빠른 진행 속도가 세계에서 유례를 찾기 어려운 수준이다(통계청, 2025). 향후 고령인구 비중은 2036년 30.9%, 2050년에는 40%를 초과할 것으로 전망되어, 고령화는 향후 수십 년간 지속될 구조적 전환으로 이해해야 한다.

그림 2-1 65세 이상 인구의 연령대별 구성 비중 전망: 2025~2072



자료: 통계청(2025)의 「2025 고령자 통계」와 통계청(2023)의 「장래인구추계 2022~2072년」을 바탕으로 작성

고령화의 심화는 단순한 노인 인구 규모의 증가를 넘어 노인 인구 내부 구조의 변화를 동반한다. 2025년 기준 65세 이상 고령인구를 연령대별로 보면 65~74세 전기고령자가 59.1%를 차지하고, 75세 이상 후기고령자는 40.9%에 달한다(통계청, 2025). 이 비율은 더욱 빠르게 변화할 것으로 전망되어, 2038년부터는 75세 이상 후기고령자 인구가 65~74세 전기고령자를 수적으로 역전할 것으로 예상된다(통계청, 2025). 즉, 복합욕구가 가장 집중되는 연령층이 고령층의 주류가 되는 구조적 전환이 불과 10여 년 앞으로 다가와 있다. 이러한 변화는 노인의 욕구를 개별 질환이나 단일 서비스 단위로 파악하는 접근이 한계에 도달할 것임을 의미한다. 이에 따라, 의료·요양·돌봄·생활지원이 수요자 관점에서 연속적이고 안정적으로 연결될 수 있는 전달체계를 마련할 필요가 있다.

후기고령자의 증가는 돌봄 수요의 성격을 바꾼다. 「2025 고령자 통계」에 따르면 75세 이상 노인 중 3개 이상의 만성질환을 보유한 비율은 46.2%에 달하며, 고혈압이 69%로 가장 높고, 당뇨병·고지혈증·관절염·골다공증 등이 뒤를 잇는다(통계청·보건복지부, 2025). 「2023년 노인실태조사」에서도 65세 이상 노인의 복합만성질환 동시 이환이 일반화되고 있음이 확인된다(보건복지부, 2024). 이는 노인 대상 서비스가 단일 질환 치료 중심이 아니라 복합욕구 관리 체계로 전환될 필요가 있음을 시사한다. 즉, 초고령사회에서 필요한 것은 개별 서비스의 병렬적 확대가 아니라, 복합욕구를 지닌 노인에게 필요한 지원을 통합·연계하여 제공하는 구조적 전환이다.

독거노인의 증가도 중요한 변수다. 2024년 기준 65세 이상 고령인구 중 독거노인의 비율은 22.1%로, 2000년의 16.0%에서 지속적으로 상승하고 있다(통계청, 2024). 혼자 사는 70세 이상 고령층은 2024년 기준 159만명으로 전 연령대 중 가장 많으며, 70세 이상 4명 중 1명이 혼자 사는 셈이다(통계청, 2025). 독거노인은 가족 돌봄을 받기 어렵고 서비스 정보 접근성도 낮아, 공식 전달체계의 능동적 발굴과 연계 없이는 지원 사각지대로 남을 가능성이 높다.

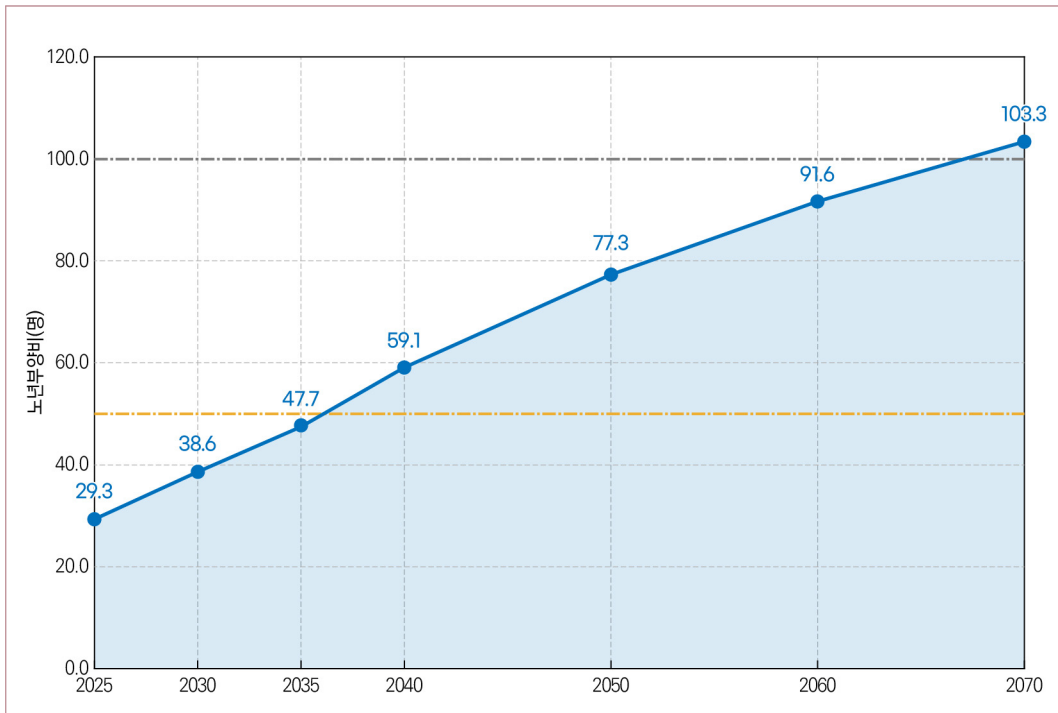
이처럼 수요의 양적 증가와 함께 복합욕구의 심화, 독거 취약계층의 확대라는 질적 변화가 동시에 진행되고 있다. 이에 대응하기 위해서는 개별 서비스의 공급량 확대만으로는 충분하지 않으며, 여러 서비스를 이용자 중심으로 연결하고 조정하는 전달체계의 구조적 전환이 요구된다. 이때 핵심은 대상자에게 필요한 지원이 얼마나 연속적이고 안정적으로 제공되는가이다.

2. 노년부양비의 상승과 재정 부담

고령인구 증가와 함께 생산연령인구가 부담해야 하는 부양 부담 역시 가파르게 증가하고 있다. 노년부양비는 생산연령인구(15~64세) 100명당 부양해야 하는 노인 인구

의 수를 의미하는 지표로, 사회보장제도의 재정 지속가능성을 간접적으로 보여준다. 통계청의 장래인구추계에 따르면, 노년부양비는 2025년 29.3명에서 2035년 47.7명, 2050년에는 77.3명, 2070년에는 103.3명까지 상승할 것으로 전망된다(통계청, 2023). 2025년에는 생산연령인구 약 3.4명이 노인 1명을 부양하지만, 2050년에는 약 1.3명이 노인 1명을 부양하는 구조로 전환된다.

그림 2-2 노년부양비 전망: 2025~2070



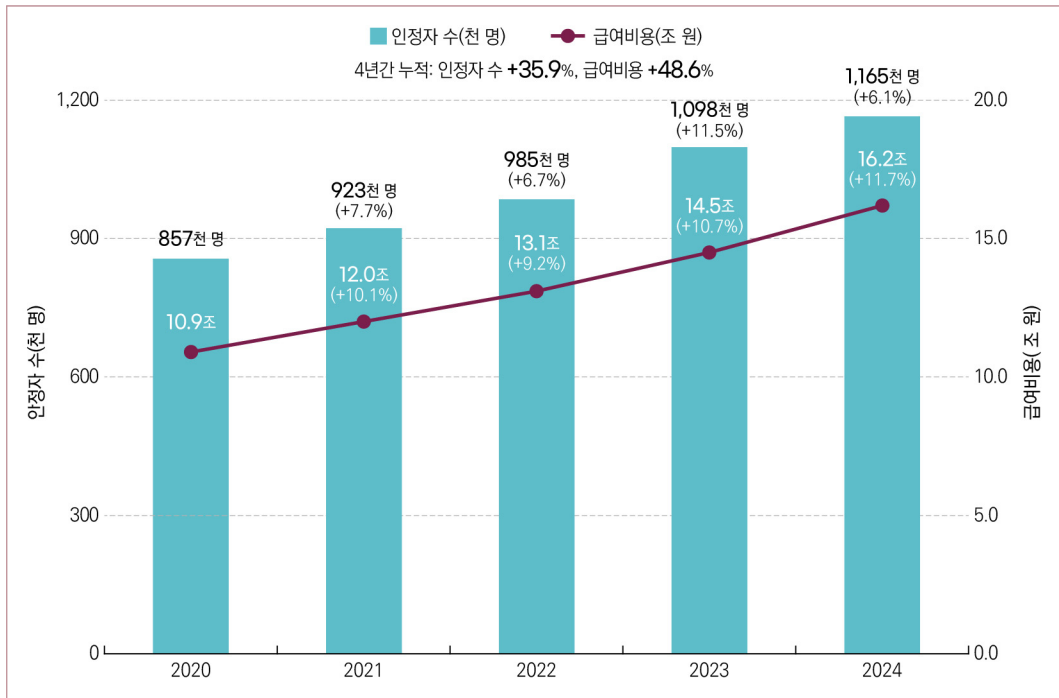
자료: 통계청(2023)의 「장래인구추계 2022~2072년」을 바탕으로 작성

특히, 주목해야 할 점은 부양비 상승의 속도가 가속화되고 있다는 사실이다. 2020년 대 중반 이후 매 5년마다 8명 이상이 증가하는 구간이 이어져, 2037년경에는 한국의 노년부양비가 OECD 최고 수준에 도달할 것으로 전망된다(이영숙, 2024; 통계청, 2023; OECD, 2024). 이는 기존 서비스 공급 방식을 그대로 유지할 경우 재정 부담이 구조적으로 지속 불가능한 수준에 도달할 수 있음을 의미한다. 재정 압박이 심화되는 조건에서는 단순히 공급량을 늘리는 방식보다 동일한 자원으로 더 효율적인 성과를 창출하는 전달체계 설계가 긴요해진다. 이를 위해서는 그간 보건·복지 서비스의 공급을 주도해 온 국고보조사업 방식과 민간위탁 구조가 효율성과 형평성 측면에서 얼마나 잘 작동하고 있는지를 점검할 필요가 있다.

3. 장기요양 수요의 구조적 확대

장기요양 수요의 확대는 초고령사회의 보건·복지 서비스 전달체계에 대한 압박을 가장 직접적으로 보여주는 지표다. 국민건강보험공단이 발간한 「2024 노인장기요양보험 통계연보」에 따르면, 2024년 장기요양보험 인정자는 약 116만 5,000명으로 전년 대비 6.1% 증가하였다(국민건강보험공단, 2025). 급여비용은 16조 1,762억원으로 전년 대비 11.6% 증가하였으며, 이는 2020년의 10조 8,568억원과 비교할 때 4년 동안 약 49%가 증가한 수치다. 주목할 점은 인정자 수의 증가율(+35.9%)보다 급여비용의 증가율(+48.6%)이 더 높다는 것이다. 이는 1인당 서비스 필요도와 비용이 함께 높아지고 있음을 의미한다(국민건강보험공단, 2025).

그림 2-3 장기요양 인정자 수·급여비용 추이: 2020~2024



자료: 국민건강보험공단(2025)의 「2024 노인장기요양보험 통계연보」를 바탕으로 작성

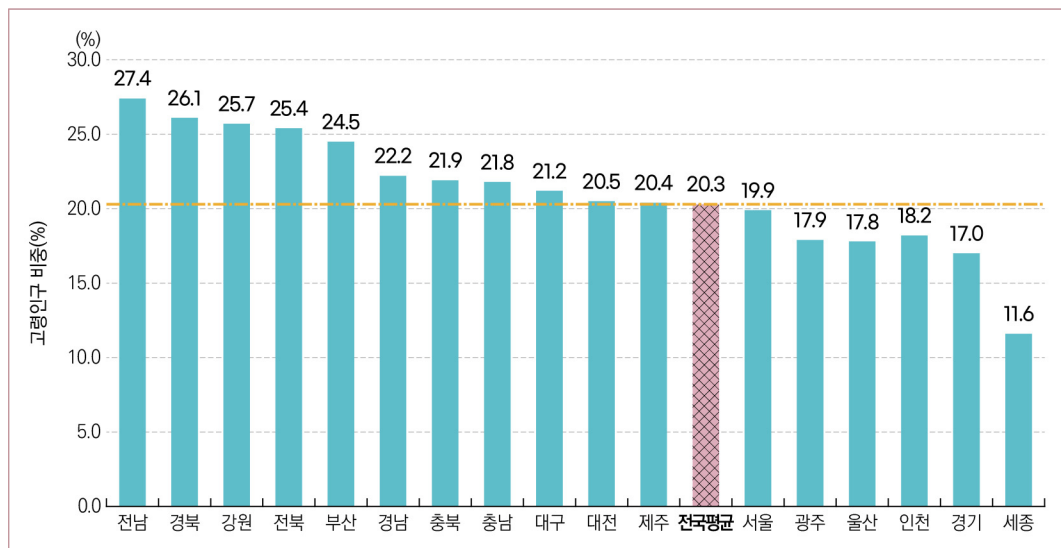
공급 인프라 역시 빠르게 확장되었다. 2024년 말 기준 전국 장기요양기관 수는 2만 9,058개소에 이르렀으며, 이 중 재가기관이 78.2%인 2만 2,735개소, 시설기관은 21.8%인 6,323개소였다(국민건강보험공단, 2025). 2024년 기준 재가급여 비율은 62.6%로 절반 이상을 차지하며, 이는 지역사회 기반 재가서비스에 대한 수요가 높은 수준임을 보여준다.

그러나 인정자 수, 기관 수, 급여비용이 동시에 증가하더라도, 의료·요양·돌봄 제도가 분절적으로 작동한다면 이용자 입장에서 체감하는 연속성과 통합성은 낮을 수밖에 없다. 특히, 현재 장기요양 공급의 대부분을 담당하는 민간기관은 수익성 원리에 따라 입지와 서비스를 결정하며, 공공이 이를 조정하고 책임지게 만드는 체계가 충분히 갖추어져 있지 않다(행정안전부, 2025; 한국보건사회연구원, 2023). 요컨대, 늘어난 자원이 민간 공급자 중심으로 수익성이 높은 지역에 집중 배치되면서, 이용자 전체의 욕구에 균형 있게 대응하는 전달체계의 조정 역량이 미흡한 구조적 한계가 노정된다. 이는 장기요양 수요와 지출의 확대 자체보다, 의료·요양·돌봄이 수요자 기준에서 얼마나 유기적으로 연결되고 공공적으로 조정되는가가 더 중요한 정책 쟁점으로 부상하고 있음을 의미한다.

4. 고령화의 지역별 편차와 공급-수요 불일치

고령화는 지역별로 서로 다른 양상으로 진행되고 있다. 「2025 고령자 통계」에 따르면 2025년 기준 시도별 고령인구 비중은 전남이 27.4%로 가장 높고, 경북(26.1%), 강원(25.7%), 전북(25.4%), 부산(24.5%)이 그 뒤를 잇는다. 반면 세종(11.6%), 경기(17.0%), 울산(17.8%) 등 수도권과 일부 광역시는 전국 평균(20.3%)을 밑도는 것으로 나타나, 고령화율이 높은 지역이 대도시보다 농촌·소도시에 집중되어 있음을 확인할 수 있다.

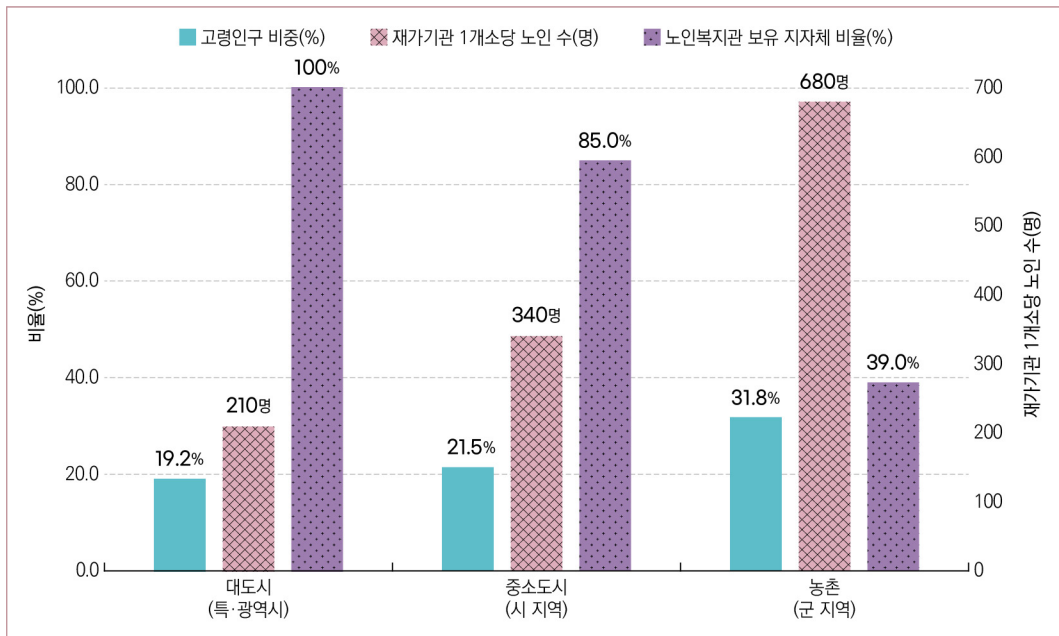
그림 2-4 시도별 65세 이상 고령인구 비중: 2025



자료: 통계청(2025)의 「2025년 인구주택총조사」 및 「주민등록 인구통계」를 바탕으로 작성

문제는 이러한 수요의 지역별 분포와 서비스 공급 인프라의 지역별 분포가 서로 맞지 않는다는 점이다. 가용한 통계를 토대로 추산한 결과, 농촌(군) 지역의 65세 이상 인구 비중은 약 31.8%로 대도시(약 19.2%)의 1.7배에 달한다. 그럼에도 장기요양 재가기관 1개소가 담당하는 노인 수는 농촌이 약 680명으로 대도시(약 210명)의 3배를 넘는다. 노인복지관을 보유한 기초지자체 비율 역시 대도시는 100%인 반면 농촌(군)은 약 39%에 그쳐, 고령화율이 높은 지역일수록 오히려 서비스 접근성이 낮은 역설적인 구조가 형성되어 있다(통계청, 2025; 국민건강보험공단, 2025; 보건복지부, 2024).

그림 2-5 지역 유형별 고령화율 및 서비스 공급 비교



- 주: 1. '대도시(특·광역시)', '중소도시(시 지역)', '농촌(군 지역)' 구분은 행정구역상 특별시·광역시, 일반 시(市), 군(郡)을 각각 대응시킨 것임. 단, 광역시 관할 군(예: 울산 울주군, 인천 옹진군 등)은 특·광역시 행정구역에 포함되어 집계되므로, 농촌 지역 수치가 실제 농촌 현실보다 다소 과소 추정될 수 있음.
2. 고령인구 비중은 통계청 주민등록인구통계(2025년 기준), 재가기관 1개소당 노인 수는 국민건강보험공단 「2024 노인장기요양보험 통계연보」(2024년 기준), 노인복지관 보유 지자체 비율은 보건복지부 「2024 노인복지시설 현황」(2023년 조사, 2024년 발간) 기준으로, 세 지표의 조사 시점이 동일하지 않기 때문에, 세 지표를 단일 시점의 단면 비교로 해석하는 데에는 유의가 필요함.
3. 재가기관 1개소당 노인 수는 해당 지역의 65세 이상 인구를 재가노인복지시설 수로 나눈 단순 공급 밀도 지표임. 실제 이용률·서비스 강도·접근 거리 등 질적 공급 수준을 반영하지 않으므로, 이 수치만으로 서비스 접근성의 격차를 과대 해석하지 않도록 주의해야 함.
4. 대도시(특·광역시)의 경우 분모가 구(區) 단위이고, 중소도시·농촌은 시·군 단위임. 구는 시·군에 비해 인구 및 면적이 상대적으로 작아 지역 유형 간 단순 수치 비교 시 행정단위의 비대칭성을 고려해야 함.
- 자료: 통계청(2025)의 「주민등록인구통계」, 국민건강보험공단(2025)의 「2024 노인장기요양보험 통계연보」, 보건복지부(2025)의 「2024 노인복지시설 현황」을 바탕으로 추산

초고령사회 압박이 지역마다 어떻게 다르게 나타나는지를 보다 정밀하게 보기 위해, 시군구 단위 인구자료와 노인복지시설 현황 자료를 결합해 대표 지역들을 비교하였다. 먼저 노년부양비와 75세 이상 인구 비중이 모두 높은 시군구를 상위 그룹으로, 노년부양비가 상대적으로 낮고 공급 기반이 양호한 시군구를 하위 그룹으로 구분하였다. 상위 그룹에는 경북 의성군, 전남 고흥군, 인천 강화군, 부산 영도구, 서울 종로구를 포함하고, 하위 그룹에는 세종특별자치시, 경기 화성시, 김포시, 인천 연수구, 인천 서구를 선정하였다. 선정 기준은 ① 노년부양비 상·하위, ② 75세 이상 인구 비중 상·하위, ③ 노인복지관 및 재가 장기요양기관 수의 상대적 수준을 종합적으로 고려한 것이다.

다음의 표에서 파악할 수 있듯이, 상위 그룹에 속한 시군구는 65세 이상과 75세 이상 인구 비중, 노년부양비가 모두 높은 반면 노인복지관과 재가기관 수는 대도시에 비해 매우 적어, 초고령사회 압박과 공급 취약이 중첩된 구조를 보여 준다. 반대로 하위 그룹에 속한 수도권 신도시형 및 일부 광역시 구는 고령화 수준과 노년부양비가 상대적으로 낮고 공급 기반이 더 잘 갖추어져 있어, 현재 기준에서는 초고령사회 압박이 비교적 완만하게 작동하는 지역으로 분류할 수 있다. 이러한 상·하위 그룹 비교 사례는 고령인구가 많고 부양비가 높은 지역일수록 반드시 공급 기반이 충분한 것은 아니라는 수요-공급 불일치의 구조적 특징을 보다 분명하게 드러낸다.

표 2-1 시군구별 고령화 부담과 복지·요양 인프라 진단 사례

구분	지역	65세 이상 비중(%)	75세 이상 비중(%)	노년부양비 (명)	노인복지관 수(개소)	재가기관 수(개소)	평가
상위 고령부양·공급취약 그룹	경북 의성군	35.0	24.0	97.2	1	8	고령화·부양압박·공급취약 모두 높은 초고위험 지역
	전남 고흥군	33.5	22.5	88.8	1	9	농촌·도서형 고령화와 공급 취약이 중첩된 지역
	인천 강화군	30.2	21.0	70.9	1	7	도서·농촌 복합형, 이동·접근 제약까지 고려 필요
	부산 영도구	28.5	19.5	50.9	1	15	구도심형 고령화 집중, 인프라는 있으나 부양압박 높은 도시
	서울 종로구	26.0	17.5	26.6	1	20	도심형 고령화 집중, 상위 그룹 중 상대적으로 낮은 부양비

구분	지역	65세 이상 비중(%)	75세 이상 비중(%)	노년부양비 (명)	노인복지관 수(개소)	재가기관 수(개소)	평가
하위 고령부양· 공급양호 그룹	세종특별 자치시	12.0	4.5	15.6	2	40	청·장년 비중이 높고 인프라 확충 여력이 큰 저위험 지역
	경기 화성시	11.5	4.2	14.0	3	55	인구 확장형 신도시, 부양압박은 낮으나 향후 대비 필요
	경기 김포시	12.8	4.8	16.5	2	38	수도권 외곽 신도시, 현재는 비교적 양호한 구조
	인천 연수구	13.5	5.0	17.2	2	30	고령화 초기 단계, 공급 기반 대비 부양부담 낮음
	인천 서구	14.0	5.3	18.0	2	32	신도시·기존 도심 공존, 장기적으로 대비가 필요한 지역

주: 1. 65세 이상 비중, 75세 이상 비중, 노년부양비는 시군구 단위 인구자료(2025년 기준)를 바탕으로 계산한 값이며, 노년부양비는 생산연령인구(15~64세) 100명당 65세 이상 인구 수를 의미함.

2. 노인복지관 수와 재가기관 수는 「2024 노인복지시설 현황」과 장기요양기관 통계에서 해당 시군구의 시설·기관 수를 반영한 값임.

자료: 통계청(2025)의 「주민등록인구통계」 및 보건복지부의 「2024 노인복지시설 현황」과 장기요양기관 통계 자료를 바탕으로 재구성

이러한 불일치의 원인 중 하나로 지목되는 것은 현행 전달체계 인프라 대부분이 국고보조사업 방식으로 구축되어 있다는 점이다. 중앙정부가 사업 기준과 예산을 설계하고 지자체가 신청·매칭하는 구조에서는, 재정력이 취약하고 행정역량이 부족한 지자체일수록 대응지방비 부담을 감당하지 못해 사업 신청 단계에서 불리한 위치에 놓이기 쉽다. 사회복지 분야 지방이양과 재정분권이 추진된 이후에는 중앙정부의 조건부·매칭형 보조 구조와 지방정부의 재정여건 차이가 결합되면서, 지자체 간 사회복지예산 편성 여력과 서비스 공급 수준의 격차가 구조적으로 나타나는 경향이 확인된다. 특히 사회복지예산은 지방정부의 자율적 선택이라기보다 중앙정부의 보조금 배분 방식과 지방재정 여건에 큰 영향을 받기 때문에, 재정력이 취약한 지자체일수록 복지 수요가 높더라도 충분한 공급 기반을 확보하기 어렵다는 한계가 존재한다(조수현, 2009).

노인복지 분야에서도 시설 인프라의 지역 간 격차는 지속되고 있다. 노인복지관 관련 연구에 따르면, 고령화가 심화되는 상황에서도 지역별 시설 접근성과 이용 기반은 균등하게 확충되지 않았으며, 특히 농촌 및 비도시 지역에서 노인복지관 인프라와 이용 기반이 상대적으로 취약한 양상이 나타난다. 이는 서비스 수요가 높은 지역에서 오히려 공급 기반이 약한 불균형으로 이어질 수 있음을 보여 준다(경기복지재단, 2022).

다만 수요-공급 불일치의 원인을 복지관과 국고보조사업 구조에만 한정해서는 충분하지 않다. 의료·요양 영역에서는 시장형 민간공급 구조가 지역별 편재를 강화하는 중요한 요인으로 작용하고, 돌봄·복지 영역에서는 국고보조사업과 지방비 매칭 구조가 공급 기반의 지역 편차를 확대하는 경향이 있다. 따라서 돌봄·복지서비스의 경우 국고보조사업 및 지방비 매칭 구조를, 의료·요양서비스의 경우 시장형 공급 구조를 각각 주요 원인으로 보되, 두 영역 모두 지역별 수요-공급 불일치라는 공통된 문제로 엮여 있다는 점을 함께 인식할 필요가 있다.

장기요양시설의 경우 농촌 지역에서는 방문요양·방문간호 기관 부족으로 재가서비스 이용이 사실상 어렵고 일부 인정자가 원하지 않는 시설 입소를 선택하는 반면, 수도권 일부에서는 재가기관 과잉경쟁으로 서비스 질 하락이 나타나는 역설이 확인된다(국민건강보험공단, 2025; 보험연구원, 2020). 치매안심센터는 256개소에 달하는 전국망을 완성했지만, 2024년 기준 필수인력이 부족한 센터가 176개소(68.8%)에 이르는 등 설치 완료가 곧 역량 충족을 의미하지 않는다는 점도 드러나고 있다(김선민 의원실, 2025). 요컨대 수요-공급 불일치는 절대적 부족, 공간적 불일치, 역량 격차가 중첩된 구조적 문제이며, 그 공통 원인은 국고보조사업 의존과 민간 공급 주도라는 전달체계의 재원·공급 구조에 있다. 이러한 지역별 불균형은 동일한 제도 아래에서도 거주 지역에 따라 서비스 접근성과 지원 수준이 달라질 수 있음을 의미하며, 수요자 중심의 연속적 지원보다는 공급자 중심의 편재 구조가 우세하게 작동하고 있음을 보여준다.

제2절

현행 전달체계의 특성

1. 기본 설계

한국의 보건·복지 서비스 전달체계는 중앙정부, 지방정부, 민간공급자로 구성되는 삼층 구조를 기반으로 한다. 이 구조는 공공이 제도와 재정을 통제하되, 실제 서비스 전달은 지방과 민간에 위임하는 방식을 원리로 삼는다(행정안전부, 2025; 한국보건사회연구원, 2023).

중앙정부는 제도 설계와 재정 배분의 핵심 행위자로 기능한다. 보건복지부를 중심으로 주요 사업의 정책 방향, 대상 기준, 사업 지침, 국고보조 방식, 성과관리 체계가 설정되며, 세부 사업은 중앙의 기준에 따라 지방으로 위임된다. 행정안전부(2025)의 사회서비스 전달체계 실태분석 연구는 중앙-광역-기초의 중층적 관리체계 속에서 사업별로 정해진 현행 기준보조율 체계가 최근 복지사업 변화에 충분히 대응하지 못한다는 점을 지적한다. 중앙집중적 기준 설정은 전국적 형평성 확보에 유리하지만, 지역의 인구구조와 자원 현황에 따른 유연한 조정을 어렵게 만드는 경향이 있다.

광역 및 기초지자체는 중앙이 설계한 제도를 실제로 집행하는 주체다. 시도는 광역 수준의 계획과 조정을, 시군구는 자격관리·서비스 연계·민간기관 관리 등 집행 기능을 담당하며, 읍면동은 주민이 가장 먼저 접촉하는 최전선 창구로서 복지상담, 위기가구 발굴, 통합사례관리, 지역자원 연계 기능을 수행한다. 2016년 이후 추진된 읍면동 복지허브화 정책 이후 읍면동의 기능은 크게 확장되었으나, 그에 상응하는 인력 충원과 권한 부여는 충분히 이루어지지 못했다는 비판이 지속적으로 제기되어 왔다(한국보건사회연구원, 2023).

민간공급자는 실제 서비스를 직접 제공하는 행위자이다. 사회복지시설, 재가기관, 장기요양기관, 비영리법인, 종교법인, 민간위탁기관 등이 노인을 대상으로 돌봄, 요양, 재가서비스를 제공하며, 장기요양과 돌봄 영역 모두에서 민간기관의 비중이 높다. 이러한 구조는 서비스 공급 기반의 신속한 확대에 효과적이었지만, 공급자 간 조정, 품질 관리, 이용자 중심 성과관리의 측면에서 새로운 과제를 낳았다(행정안전부, 2025).

민간공급자에는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 복지관 체계가 포함된다. 이들 복지관은 「사회복지사업법」과 「노인복지법」, 「장애인복지법」에 근거하여 대상 인구별로 종별이 구분되어 운영된다. 이러한 종별 구분은 각 인구집단의 특수성을 반영

한 전문화된 서비스를 제공한다는 장점을 가진다. 그러나 실제 서비스 현장에서 노인은 신체적 기능 저하, 만성질환, 인지기능 저하, 사회적 고립, 빈곤, 장애 등 복합적인 욕구를 동시에 가지는 경우가 많아, 종별 경계가 이용자를 분절적으로 지원하게 만드는 구조적 요인으로 작용하게 된다. 이 점에서 복지관의 종별 구분 체계는 제도 간 분절과는 별개로 공급자 간 분절의 대표적인 사례로 볼 수 있다.

표 2-2 한국 보건·복지 서비스 전달체계별 역할

구분	주요 기관	핵심 기능	주요 한계
중앙정부	보건복지부, 건보공단, 심평원, 사회보장정보원	정책 설계, 기준 설정, 재원 배분, 성과관리	지역 맞춤형 조정의 경직성
광역지자체	시도 복지국·보건정책과, 광역치매센터	광역 계획, 기초지자체 지원·조정	현장 밀착성 제한
기초지자체	시군구 복지과, 통합지원센터	자격관리, 서비스 연계, 민간기관 관리	자원 격차, 인력 편차
읍면동	주민센터(맞춤형복지팀)	상담, 위기가구 발굴, 통합사례관리	업무 과중, 조정권한 부족
보건	보건소·보건지소·보건진료소	방문건강관리, 치매안심센터, 건강증진	복지영역 연계 취약
의료	병·의원, 재택의료센터	급성기 치료, 재활, 방문진료	지역사회 재가 연계 미흡
요양	노인요양시설, 재가기관	시설·재가 요양급여	품질 편차, 공급 지역 편재
복지관	노인복지관, 사회복지관, 장애인복지관	돌봄, 상담, 사례관리, 사회참여 지원	종별 구분으로 인한 기관 간 연계 제약
민간·법인	비영리법인, 종교법인 운영 기관	위탁 서비스 제공, 비공식 돌봄	성과책임 구조 미흡

자료: 행정안전부(2025), 한국보건사회연구원(2023), 보건복지부(2026) 자료를 바탕으로 작성

중앙정부-지방정부-민간공급자로 구성된 삼층 구조의 작동을 실질적으로 규율하는 것은 재원 조달 방식이다. 한국의 노인 대상 보건·복지 서비스의 재원은 크게 사회보험료(건강보험·장기요양보험), 국고보조금, 지방비의 세 원천으로 구성된다. 사회보험료 방식은 건강보험과 노인장기요양보험에 적용되며, 급여 기준과 수가는 중앙이 설계하고 기관이 직접 청구하는 구조이므로 지자체가 개입할 여지가 거의 없다. 반면, 지자체가 집행하는 대부분의 재가·돌봄·복지관 사업은 중앙정부가 기준과 예산을 설계하고 지자체가 신청·매칭하는 국고보조사업 방식으로 운영된다. 국고보조사업은 크게 두 가지 유형으로 구분된다. 첫 번째는 노인맞춤돌봄서비스·치매안심센터·정신건강복지센터와 같이 중앙이 사업 목적·대상·운영 기준을 일괄 설계하고 지자체는 신청·집행만 담당하는 중앙 주도형이다. 두 번째는 노인복지관·사회복지관과 같이 지자체가 시설 운영 주체이고 국고가 설치비·기능보강비 일부를 지원하는 지자체 운영형이다. 두 유

형 모두 지자체의 재정 부담을 전제로 하지만, 전자는 중앙이 정한 매칭 비율이 의무적으로 적용되고, 후자는 지자체가 운영비 규모를 자율적으로 편성한다는 점에서 재량의 범위가 다르다.

표 2-3 노인 대상 보건·복지 서비스 재원 유형별 특성

재원 유형	해당 제도	설계 주체	지자체 역할	구조적 특성
사회보험료 + 국고	건강보험, 장기요양보험	중앙	집행 없음	지역 편차 흡수 어려움
국가-지자체 공동 부담 (국고보조형)	노인맞춤돌봄, 치매안심센터, 정신건강복지센터	중앙 설계, 지자체 신청·집행	의무적 지방비 매칭	재정력 격차가 공급 격차로 직결, 지자체 재량 최소
국가-지자체 공동 부담 (지자체 운영형)	노인복지관, 사회복지관	지자체 주도, 국고 일부 지원	운영비 자율 편성	지자체 예산 우선순위에 따른 편차, 재량은 있으나 재정력 제약

자료: 보건복지부(2026), 행정안전부(2025) 자료를 바탕으로 작성

이러한 방식은 전국적 균일성 확보와 단기 전국망 구축에는 효과적이었으나, 다음과 같은 구조적 한계를 내포한다.

첫째, 재정력이 취약한 지자체일수록 대응지방비 부담을 감당하지 못해 사업 신청 자체에서 불리한 위치에 놓이며, 그 결과 서비스 수요가 가장 높은 지역에서 오히려 공급이 부족해지는 상황이 발생한다. 재정자주도가 낮은 지자체는 중앙이 요구하는 지방비 매칭 비율을 충족시키기 어려워 사업 신청을 포기하거나 사업 규모를 축소하는 경향이 있다. 그 결과 고령화율이 가장 높고 복지 수요가 가장 집중된 지역에서 오히려 인프라가 취약한 역설이 구조화 된다.

둘째, 중앙이 설계한 사업 기준이 지역의 인구구조·자원 현황에 따른 유연한 조정을 어렵게 만든다. 중앙이 전국 단일 기준으로 설정한 서비스 단가, 대상자 선정 기준, 인력 배치 기준은 인구 밀도, 지리적 여건, 기존 자원 보유 현황이 다른 지역들에 동일하게 적용된다. 예컨대 대도시 기준으로 설계된 방문요양 서비스 단가는 이동거리가 길고 인력 수급이 어려운 농촌에서 실제 서비스 제공 비용을 충당하기 어렵게 만들어 민간 공급자의 농촌 진입을 억제하는 요인으로 작용한다(한국농촌경제연구원, 2021). 중앙 기준의 경직성은 지역 실정에 맞는 서비스 모형의 개발과 적용을 제약하여, 지자체의 자율적 혁신 가능성을 구조적으로 좁힌다(행정안전부, 2025).

셋째, 사업별 국고보조 구조는 제도 간 재원 칸막이를 강화하여 통합 운영과 자원 조정을 제약한다. 각 사업은 고유한 보조금 계정, 집행 지침, 성과 보고 체계를 가지며, 예산은 사업 단위로 편성·집행·정산된다. 이 구조에서 지자체 담당자는 사업별 실적

관리와 정산에 집중할 수밖에 없으며, 여러 사업에 걸쳐 있는 복합욕구 이용자를 통합적으로 지원하기 위해 재원을 유연하게 배분하는 것이 제도적으로 허용되지 않는다. 노인맞춤돌봄 예산으로는 장기요양 연계 활동의 비용을 충당할 수 없고, 치매안심센터 예산으로는 정신건강복지센터와의 협업 비용을 처리할 수 없는 것이다. 결과적으로 국고보조 방식의 사업별 재원 칸막이는 현장에서 제도 간 연계와 통합 서비스 제공을 시도하는 담당자에게 장벽으로 작용하며, 전달체계의 분절성을 재정 구조 차원에서 고착시키는 기제로 기능한다(행정안전부, 2025; 한국보건사회연구원, 2023). 이와 같이 재원과 사업 구조가 제도별로 분산되어 있는 체계는 공급자 관점에서는 각 제도의 독립성과 운영 책임을 분명히 하는 장점이 있으나, 수요자 관점에서는 복합 욕구를 하나의 연속된 지원 경로로 통합하기 어렵게 만드는 분절성으로 작용할 수 있다.

2. 공급역량과 조정역량의 불균형

한국의 노인 대상 보건·복지 서비스 전달체계의 가장 핵심적인 특성은 개별 서비스를 공급하는 역량은 상당한 수준으로 갖추어져 있는 반면 서로 다른 제도와 기관을 수평적으로 연결하고 복합욕구를 통합적으로 조정하는 메커니즘은 충분히 발달하지 못했다는 점이다(한국보건사회연구원, 2023). 중앙이 재원과 기준을 통제하고, 지방이 집행하며, 민간이 서비스를 제공하는 수직적 분업은 비교적 명확하게 제도화되어 있다. 그러나 이 수직적 질서는 제도 간·기관 간 수평 연계를 설계의 전제로 삼지 않았으며, 그 결과 공급역량과 조정역량 사이의 불균형이 전달체계의 구조적 특성으로 고착되었다.

이 불균형을 이해하려면 먼저 현행 전달체계가 서로 다른 논리와 재원으로 설계된 세 개의 서비스 경로가 병렬 운영되는 구조임을 확인할 필요가 있다. 첫 번째는 국민건강보험을 통한 의료서비스로, 급성기 치료, 외래진료, 입원치료, 일부 재활과 방문의료가 이 경로를 통해 제공된다. 두 번째는 노인장기요양보험을 통한 요양서비스로, 장기요양 인정판정을 받은 노인을 대상으로 시설급여와 재가급여가 제공된다(국민건강보험공단, 2025). 세 번째는 재정사업형 돌봄서비스로, 일상생활지원, 정서지원, 안부확인, 사회참여 지원 등이 노인맞춤돌봄서비스, 보건소 기반 사업, 지자체 자체사업 등을 통해 제공된다(보건복지부, 2024). 이 세 경로는 각각 다른 근거 법령, 판정 기준, 재원 구조, 전달 창구를 가지며 독립적으로 작동한다.

표 2-4 노인 대상 의료·요양·돌봄 주요 제도 비교

구분	의료서비스	장기요양서비스	노인맞춤돌봄서비스	보건소 기반 서비스
근거 법령	국민건강보험법	노인장기요양보험법	노인복지법	지역보건법
주요 대상	질병 치료 필요자	인정등급 판정 노인	취약 독거·고령노인	건강취약 지역주민
판정 기준	의료적 필요	기능상태·등급	돌봄 필요·사회적 위험	건강위험도
재원 구조	보험료 + 국고	보험료 + 국고 + 본인부담	국고보조 + 지방비	국고 + 지방비
판정 주체	의료기관(의사)	국민건강보험공단	읍면동·수행기관	보건소
전달 창구	의료기관	장기요양기관(시설·재가)	수행기관(민간위탁)	보건소
핵심 서비스	진료·처방·입원·수술	목욕·식사·기능훈련·간호	가사·안전·정서지원	방문건강관리·만성질환 관리

자료: 보건복지부(2024), 국민건강보험공단(2025) 자료를 바탕으로 작성

세 경로가 독립적으로 작동하는 이 구조는 공급역량의 토대가 되었지만, 동시에 조정역량 미발달의 제도적 배경이기도 하다. 이 세 경로가 어떻게 병렬적으로 형성되었는지, 왜 조정 메커니즘이 뒤따르지 못했는지는 각종 제도의 형성 과정을 통해 설명할 수 있다.

한국 복지국가의 압축적 확장 과정에서 각 서비스는 고유한 정책 목표, 재원 체계, 이해관계자 구조 하에 독립적으로 형성되었다. 건강보험은 1977년 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 실질적 시행에 들어간 뒤 단계적으로 적용 범위를 확대하여, 1988년 1월 농어촌 지역 주민을 먼저 적용 대상에 포함한 데 이어, 1989년 7월 도시 지역 자영업자까지 포함함으로써 전 국민 의료보험을 완성하였다(국민건강보험공단, 2023). 노인장기요양보험은 2008년, 기존의 노인돌봄사업 6개(노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 단기가사서비스, 초기독거노인 자립지원사업, 독거노인 사회관계 활성화 사업, 지역사회 자원연계 사업)를 통합·개편한 노인맞춤돌봄서비스는 2020년 1월 도입되었다(보건복지부, 2020). 이들 제도는 각각 별개의 입법 체계와 재원 설계를 가지고 순차적으로 도입되었으며, 이 과정에서 정책의 우선순위는 일관되게 개별 제도의 수급 기준 확정, 급여 범위 설정, 공급 인프라의 신속한 구축에 있었다. 제도 간 연계 설계는 부차적 과제로 미루어졌으며(한국보건사회연구원, 2023), 제도가 먼저 병렬적으로 형성된 뒤 연계 문제가 뒤늦게 제기되는 이 역사적 경로가 오늘날 조정 메커니즘이 공급 메커니즘에 비해 미흡한 구조적 원인이라고 할 수 있다. 요컨대 현재의 전달체계는 개별 서비스를 공급하는 데는 상당한 역량을 갖추고 있지만, 이용자 한 사람의 삶 전체를 중심에 놓고 여러 서비스를 통합적으로 지원하는 데는 근본적인 한계를 안고 있다. 이는 현행 체계가 공급자 중심의 분업 구조에는 익숙하지만, 수요자 중심의

통합·연계와 연속적 지원을 설계하는 조정체계로는 충분히 발전하지 못했음을 의미한다.

조정체계의 취약성은 세 가지 양상으로 구체화된다.

첫째, 공통 사정 도구의 부재다. 건강보험은 의료적 필요를, 장기요양보험은 신체기능 중심의 등급을, 노인맞춤돌봄은 사회적 위험도를 각각 독립된 기준으로 사정한다. 동일한 노인에 대해 세 제도가 서로 다른 판정을 수행하기 때문에, 복합욕구를 한 번에 파악하고 이를 바탕으로 통합 지원계획을 수립하는 것이 제도적으로 어렵다. 의료·요양·사회적 돌봄 욕구를 동시에 가진 노인이 서로 다른 세 가지 절차를 각각 거쳐야 하는 현실은 이 한계가 반영된 결과이다.

둘째, 정보 공유 체계의 단절이다. 의료 정보는 건강보험심사평가원, 장기요양 이력은 국민건강보험공단, 복지 급여 이력은 사회보장정보원이 각각 독립된 시스템으로 관리한다. 현장의 사례관리 담당자가 이용자의 전체 서비스 이력과 욕구를 종합적으로 파악하여 협업하려면 복수의 시스템에 별도로 접근해야 하며, 시스템 간 정보 연계는 제도적·기술적 장벽을 넘어서지 못하고 있다(보건복지부, 2026). 정보가 분절된 구조에서는 이용자 중심의 통합 지원이 아닌 제도별 서비스 공급이 기본값이 될 수밖에 없다.

셋째, 조정 기능을 전담하는 공식적인 제도가 부재한다. 현행 체계에서 읍면동 사회복지 담당공무원이 사례관리 기능을 수행하지만, 의료·요양·돌봄을 가로질러 서비스를 조정하는 공식 권한, 전담 인력, 표준화된 절차가 충분히 제도화되어 있지 않다. 제도 간 연계는 담당자 개인의 의지와 기관 간 비공식 네트워크에 의존하며, 담당자가 교체되면 연계의 연속성이 단절되는 취약성이 반복적으로 확인된다(한국보건사회연구원, 2023).

조정 메커니즘의 부재는 결국 이용자에게 부담을 전가하는 구조로 귀결된다. 복합욕구를 가진 노인일수록 스스로 더 많은 제도와 기관을 탐색해야 하고, 각기 다른 자격심사와 신청 절차를 반복해야 하며, 제도 간 틈새에서 발생하는 서비스 공백을 스스로 메워야 한다. 이 부담은 모든 이용자에게 균등하게 분배되지 않는다. 정보력이 낮고 가족 지원이 취약한 계층—독거노인, 인지기능이 저하된 노인, 저소득 농촌 노인 등—에게 불균형하게 집중된다. 그 결과 전달체계의 분절성은 단순한 행정 비효율의 문제를 넘어, 복지 접근성의 불평등을 구조적으로 재생산하는 기제로 작동한다(한국보건사회연구원, 2023). 가장 서비스가 필요한 사람이 서비스를 가장 찾기 어려운 역설이 발생한다.

이러한 한국 보건·복지 서비스 전달체계의 불균형은 국제 비교를 통해서도 확인된다. OECD의 보건의료 관련 보고서들은 한국이 장기요양 인프라 확충과 의료 접근성 측면에서 빠른 성과를 거두었음을 인정하면서도, 의료-요양-돌봄 간 서비스 통합과 조정 체계의 발달은 공급 인프라의 확충 속도에 비해 뒤처져 있음을 지적한다(OECD,

2023). 구체적으로 Health at a Glance 2023은 한국의 1인당 의사 진료 건수와 의료 이용률이 OECD 최상위권에 달하는 반면, 1차 의료-전문 의료-장기요양 간의 연속적 돌봄(continuity of care) 체계 구축은 상대적으로 미흡하다는 점을 지적한다. 이는 공급량의 팽창이 반드시 돌봄의 연속성과 통합성으로 연결되지 않음을 보여주는 사례다. 또한 OECD는 여러 국가 리뷰에서, 서비스 공급이 민간 위탁 중심으로 급속히 확장된 국가일수록 공공 조정 기능의 발달이 뒤따르지 못하는 경향이 있음을 지적하고 있다(OECD, 2023). 이러한 국제 비교 결과는 공급량 확대 중심의 패러다임을 넘어 조정 효율과 연계 역량의 강화로 정책 중심을 이동해야 한다는 방향성을 뒷받침한다.

제3절

전달체계의 운영 실태와 분산 양상

본 절에서는 주요 보건·복지 서비스 전달체계별로 수요, 공급, 재정, 지역 격차의 네 가지 항목을 중심으로 운영 실태를 살펴본다. 수요-공급 불일치의 구조와 자원·공급 구조의 한계가 각 제도에서 어떻게 구체적으로 나타나는지를 확인하는 것이 목적이다. 분석 대상은 건강보험 기반 의료서비스, 노인장기요양보험, 노인맞춤돌봄서비스, 보건소 기반 건강관리서비스, 복지관 및 민간위탁 기반 서비스의 다섯 가지 영역이다. 이어서 이용자 기준과 행정 기준의 괴리, 공급자 간 분절 문제를 통합적으로 검토한다. 이는 초고령사회에서 수요자 중심의 통합·연계가 왜 실현되기 어려운지를 운영 구조 차원에서 확인하기 위한 것이다.

1. 전달체계의 운영 실태

가. 건강보험 기반 의료서비스 운영 실태

건강보험은 전 국민을 대상으로 하는 보편적 의료보장 제도로써, 노인 의료 접근성의 가장 기본적인 기반을 제공한다. 그러나 노인 인구를 중심으로 운영 실태를 분석하면, 수요 집중과 공급 구조 간의 불일치, 지역 간 격차, 재가·지역사회 연계의 미비라는 구조적 한계가 드러난다.

수요 측면에서 노인 의료비의 집중 현상은 뚜렷하다. 건강보험심사평가원의 「건강보험통계」에 따르면, 65세 이상 노인의 건강보험 진료비는 전체 진료비의 40%를 상회하며, 노인 1인당 연평균 진료비는 비노인 대비 약 3배 수준에 달한다. 특히, 75세 이상 후기고령자는 만성질환 복합 보유율이 높아 외래 방문 빈도와 입원 기간이 길고, 다중 약물 복용으로 인한 부작용 관리 등 의료자원 집중도가 더욱 높다.

공급 측면에서는 급성기 입원 및 외래 중심의 공급 구조가 고착되어 있고, 퇴원 이후 지역사회에서의 재가 의료 지원은 미흡하다. 방문간호 서비스는 장기요양 재가급여와 보건소 방문건강관리 사업으로 이원화되어 있으나, 두 서비스의 연계 체계가 충분히 정비되어 있지 않아 이용자 입장에서 혼선이 발생하는 경우가 있다.

재정 측면에서는 노인 의료비 증가로 인한 건강보험 재정 압박이 반복적으로 지적된다. 고령화가 심화될수록 노인 진료비 비중은 지속적으로 상승할 것으로 예측되며, 이에 따른 보험료 인상 및 재정 지속가능성 우려가 중장기 정책 과제로 제기되고 있다(건

강보험심사평가원, 2024).

지역 격차 측면에서는 상급종합병원 쏠림 현상이 특히 두드러진다. 상급종합병원은 수도권과 광역시에 집중되어 있어, 농촌 및 중소도시의 노인은 전문적 의료서비스에 대한 접근성이 상대적으로 낮다. 지역 내 의원·병원 수, 전문의 인력 수 등의 지역 간 편차 역시 노인 의료 접근성 불평등의 구조적 원인이 된다.

표 2-5 65세 이상 노인 건강보험 진료비 추이: 2019~2023

연도	전체 진료비(조 원)	노인 진료비(조 원)	노인 비중(%)	노인 1인당 진료비(만 원)
2019	86.4	35.8	41.4	448
2020	87.4	37.1	42.4	449
2021	96.9	40.9	42.2	477
2022	104.3	43.7	41.9	494
2023	112.8	47.2	41.8	518

자료: 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」 각 연도 자료를 바탕으로 재구성

나. 노인장기요양보험 운영 실태

노인장기요양보험은 현재 노인 대상 보건·복지 서비스 중 가장 큰 규모의 재정이 투입되는 제도로, 인정자 수와 급여비용 모두 빠른 속도로 증가하고 있다. 그러나 양적 팽창이 반드시 서비스의 질적 연속성과 이용자 중심성을 담보하지는 않으며, 등급 중심 운영, 지역 간 기관 편재, 재가 서비스로의 전환 지연 등 구조적 과제가 남아 있다.

수요 측면에서 인정자 수는 꾸준히 증가하고 있으며, 특히 5등급(치매 특별등급)과 인지기원등급 신설 이후 경증·치매 인정자 비율이 높아지고 있다. 2024년 기준 인정자 약 116만 5,000명 중 1·2등급(중증) 비율이 감소하고 4등급 이하(경증·치매) 비율이 증가하는 추세는 지역사회 재가서비스와 인지재활 지원에 대한 수요가 확대되고 있음을 의미한다(국민건강보험공단, 2025).

표 2-6 장기요양 인정자 등급별 분포 추이: 2020~2024

연도	1등급(%)	2등급(%)	3등급(%)	4등급(%)	5등급 치매(%)	인지지원등급 (%)
2020	5.8	11.9	29.8	35.7	13.4	3.4
2021	5.5	11.4	29.4	36.0	14.0	3.7
2022	5.3	11.1	29.0	36.4	14.3	3.9
2023	5.1	10.8	28.6	36.9	14.6	4.0
2024	5.0	10.5	28.3	37.2	14.9	4.1

자료: 국민건강보험공단(2025), 「2024 노인장기요양보험 통계연보」

공급 측면에서 장기요양기관 수는 2024년 말 기준 2만 9,058개소에 달하여 양적으로는 크게 확충되었다. 그러나 기관의 지역별 분포는 불균등하다. 기관의 지역별 편차는 공급 형태의 불균형으로도 나타난다. 도시 지역에서는 재가기관 간 과잉경쟁이 발생하여 서비스 질 저하로 이어질 우려가 있는 반면, 농촌 지역에서는 재가기관 1개소가 담당하는 노인 수가 약 680명으로 대도시(약 210명)의 3배를 초과하며(국민건강보험공단, 2025), 방문요양·방문간호 기관 자체가 없어 재가서비스 이용이 사실상 불가능한 지역이 존재한다. 이는 민간 공급자가 이용자 밀도가 낮고 이동 비용이 높은 농촌 지역에 진입하려는 경제적 유인이 낮기 때문이며, 이용자 수와 이동 거리에 직접 연동되는 수가 구조가 도·농 간 공급 편차를 구조적으로 강화하는 요인으로 작용한다(한국농촌경제연구원, 2021).

재정 측면에서는 급여비용의 급증이 장기요양보험 재정에 지속적인 압박을 가하고 있다. 2024년 급여비용 16조 1,762억원은 4년 만에 약 49% 증가한 규모로, 고령인구 증가세를 고려할 때 향후 재정 압박은 더욱 심화될 것으로 전망된다. 이는 중증도가 높고 지원 필요성이 큰 대상자에게 자원을 우선 배분하고, 경증 대상자는 지역사회 재가서비스와 연계하는 구조로 전환하는 것이 재정 지속가능성의 핵심 과제임을 시사한다.

이와 함께 등급 판정 중심 운영이라는 구조적 한계도 주목할 필요가 있다. 현행 장기요양 판정체계는 신체기능 중심의 인정조사를 거쳐 등급을 부여하는 방식으로, 대상자의 사회적 관계, 정서적 욕구, 가족 돌봄 역량, 주거 환경 등 복합적 맥락을 충분히 반영하기 어렵다. 그 결과 등급은 부여받았으나 실제 생활에서 필요한 서비스와 급여의 조합이 맞지 않는 경우가 발생하며, 특히 초기 경증 단계에서 예방적 지원이 충분히 제공되지 못해 기능 악화를 방지하게 되는 문제가 발생하기도 한다(한국보건사회연구원, 2023). 이는 장기요양보험이 개별 제도로서는 빠르게 성장하였더라도, 이용자의 복합적 생활 맥락을 반영한 통합적 지원체계로까지는 충분히 확장되지 못했음을 보여준다.

다. 노인맞춤돌봄서비스 운영 실태

노인맞춤돌봄서비스는 2020년 1월 기준 6개 노인돌봄사업을 통합하여 출범한 재정사업형 돌봄서비스로, 장기요양 인정을 받지 못하는 취약 노인을 대상으로 일상생활 지원, 안전·안부 확인, 사회참여 지원을 제공한다(보건복지부, 2024).

수요 및 공급 측면에서 서비스 대상자는 2024년 기준 약 55만명 수준이며, 수행기관 수는 전국 650여 개소에 달한다. 서비스는 안전지원형(안부 확인·돌봄), 사회참여형(사회활동 지원), 일상생활지원형(식사·이동·청소), 특화서비스(치매·고독사 등)로 구분되며, 대상자의 필요도 평가를 통해 맞춤형으로 제공된다. 그러나 수행기관의 대부분이 민간위탁 방식으로 운영되어 기관 간 서비스 수준 편차가 발생하고 있다.

재정 측면에서는 국고보조 의존 구조의 한계가 작동한다. 재정력이 취약한 지자체일 수록 지방비 매칭 부담으로 인해 사업 규모를 충분히 확대하기 어려우며, 서비스 수요가 가장 높은 지역에서 공급이 상대적으로 부족해지는 역설이 이 사업에서도 반복된다.

가장 핵심적인 운영 과제는 건강보험 및 장기요양보험과의 연계 미흡이다. 노인맞춤돌봄서비스는 장기요양 인정 전후 단계, 퇴원 이후 회복 과정, 인지기능 저하 초기 단계 등 다른 제도와의 연결이 가장 중요한 시점에 작동해야 하지만, 실제로는 각 제도가 독립적으로 운영되어 연계가 체계적으로 이루어지지 않는다. 노인맞춤돌봄 담당자가 장기요양 인정 신청을 지원하거나 보건소 방문건강관리와 협업하는 경우(보건복지부, 2024)도 있으나, 이는 제도화된 연계가 아니라 담당자 개인의 의지와 관계에 의존하는 방식으로 이루어지고 있다는 한계가 있다. 따라서 노인맞춤돌봄서비스는 제도적 성격상 수요자 중심 조정의 가능성이 큰 영역임에도, 실제 운영에서는 타 제도와의 연계가 구조화되지 못해 연속성과 안정성을 충분히 확보하지 못하고 있다.

표 2-7 노인맞춤돌봄서비스 운영 현황: 2021~2024

연도	수행기관(개소)	서비스 대상자(만 명)	예산(억 원)
2021	618	47	5,520
2022	630	49	6,100
2023	641	52	6,780
2024	654	55	7,340

자료: 보건복지부, 「노인보건복지 사업안내」 각 연도 자료를 바탕으로 작성

라. 보건소 기반 건강관리서비스 운영 실태

보건소 기반 건강관리서비스는 지역사회 노인의 건강 유지와 만성질환 관리, 치매 예방 및 지원을 핵심 기능으로 하는 공공보건 서비스다. 지역 단위에서 의료와 복지를 잇는 연결 고리로서의 잠재적 역할이 크지만, 현실에서는 의료영역과 복지영역 모두와의 연계가 충분히 이루어지지 못하고 있다.

수요 및 공급 측면에서 전국 258개 보건소와 보건지소·보건진료소를 포함하면 약 3,500여 개소의 공공보건 거점이 운영되고 있다. 그 중 방문건강관리사업은 건강 취약 계층 가구를 직접 방문하여 건강 상담, 만성질환 관리, 보건교육을 제공하는 서비스로, 노인 가구의 비중이 높다. 치매안심센터는 전국 256개소가 운영되고 있으며, 치매 조기 검진, 확진자 사례관리, 가족 지원, 쉼터 운영 등 치매 관련 서비스의 지역 거점 역할을 수행한다.

재정 측면에서 보건소 사업은 국고보조와 지방비 혼합 방식으로 운영되며, 방문건강 관리에 투입되는 인력(간호사, 영양사, 물리치료사 등)의 규모는 지자체 재정력과 우선

순위에 따라 지역별로 편차를 보인다.

지역 격차 측면에서는 치매안심센터의 서비스 수준과 인력 구성이 지역에 따라 현저하게 다르다. 일부 도시 지역 치매안심센터는 의사, 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등 다직종 인력을 갖추고 있지만, 농촌 지역은 2~3명의 인력으로 훨씬 넓은 지역을 담당하는 경우가 많다. 2024년 기준 전국 치매안심센터 256개소 중 필수인력이 부족한 곳은 176개소(68.8%)에 달하며, 인력 부족 비율은 지역별로 큰 격차를 보인다. 전남은 22개소 중 19개소(86.4%)가 필수인력 미달인 반면, 부산은 16개소 중 3개소(18.8%)에 그쳐 서비스 역량의 실질적 격차가 현저하다(김선민 의원실, 2025). 또한 치매안심센터 1개소가 담당하는 면적은 대도시가 평균 43km²인 반면 농촌은 566km²로 약 13배에 달해(한국농촌경제연구원, 2025), 동일한 인력 규모라도 농촌에서의 실질적 서비스 도달 범위가 현저히 낮다.

정신건강 분야의 지역 불균형도 심각하다. 2024년 6월 기준 정신건강의학과 전문의가 한 명도 없는 기초지자체는 24개 시군구이며, 이 지역에 거주하는 주민 77만 1,370명은 거주 지역에서 정신과 전문의 진료를 받을 수 없는 실정이다. 강원 고성, 경남 남해, 전북 무주, 충남 계룡 등 19개 시군구는 지난 10년 내내 정신과 전문의가 없었던 것으로 확인되었다(전진숙 의원실, 2024). 정신건강복지센터 역시 전문인력이 수도권 외 지역에서 현저히 부족한 상황이 지속되고 있다(대한정신건강간호학회, 2023).

보건·복지 분야의 서비스별 전국망의 완성이 서비스 접근성의 균등화를 의미하지 않는다. 설치 완료(있다/없다)와 역량 충족(잘 작동하는가)의 괴리가 서비스 체계 내에서 발생하고 있다. 또한 보건소와 장기요양기관, 노인맞춤돌봄 수행기관 사이의 정보 연계가 충분히 이루어지지 않아, 동일 대상자를 둘러싸고 여러 기관이 각기 다른 관리를 병행하는 비효율이 발생한다. 이는 설치 완료와 역량 충족의 괴리뿐 아니라, 공공보건 거점이 지역 단위 통합지원의 핵심 축으로 기능하기 위해 필요한 정보공유와 조정체계가 아직 충분히 마련되지 않았음을 보여준다.

표 2-8 보건소 기반 노인 건강관리서비스 운영 현황: 2022~2024

구분	2022	2023	2024
치매안심센터 수(개소)	256	256	256
치매 환자 등록 관리 인원(만 명)	약 52	약 55	약 58
방문건강관리 대상 가구(만 가구)	약 162	약 165	약 168
방문건강관리 대상 가구 중 노인 가구 비율(%)	약 71	약 73	약 74

자료: 보건복지부, 중앙치매센터 치매현황 보고서 각 연도 자료를 바탕으로 작성

마. 복지관 및 민간위탁 기반 서비스 운영 실태

복지관 및 민간위탁 기반 서비스는 앞서 살펴본 보험형·재정사업형 제도들과 함께 한국 노인 대상 보건·복지 서비스 전달체계를 구성하는 또 하나의 핵심 축이다. 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 복지관 체계와 이들을 운영하는 민간수탁법인은 지역사회에서 노인의 일상지원, 사례관리, 사회참여, 가족돌봄 지원을 담당하는 주요 공급자로서 기능하고 있다. 그러나 이 영역은 제도적 설계 방식, 자원 구조, 대상자 범주 규정 방식에서 앞선 제도들과 뚜렷이 구별되는 특성을 가지며, 그로 인한 구조적 한계를 안고 있다.

수요 측면에서 복지관의 노인 서비스 수요는 고령화와 함께 증가하고 있다. 노인복지관은 「노인복지법」 제36조에 근거하여 운영되며, 건강증진, 교육, 여가·문화 활동, 사회참여, 상담, 재가복지서비스 등을 종합적으로 제공하는 지역 내 노인 거점 기관으로 기능한다. 2024년 기준 전국 노인복지관 수는 약 400여 개소이며, 노인복지관 1개소당 평균 이용 노인 수는 연간 5,000명 이상으로 추산된다(보건복지부, 2024). 사회복지관은 「사회복지사업법」 제34조의5에 근거하여 지역사회 통합서비스를 목표로 운영되며, 노인을 포함한 취약계층 전반을 대상으로 사례관리, 서비스 연계, 지역복지증진 기능을 수행한다. 2024년 기준 전국 사회복지관 수는 약 480여 개소이다(보건복지부, 2024).

공급 측면에서 복지관은 대부분 지자체 소유 시설을 민간법인이 위탁 운영하는 방식으로 운영된다. 수탁법인의 역량, 조직문화, 지역 자원 동원 능력에 따라 동일한 법적 근거를 가진 복지관이라 하더라도 실질적 서비스 범위와 질에서 상당한 편차가 발생한다. 종별 구분 체계는 이 편차를 더욱 구조화한다. 노인성 장애를 가진 노인의 경우 노인복지관과 장애인복지관 양쪽 모두에서 지원이 필요하지만, 두 기관은 각자의 대상자 규정 논리에 따라 독립적으로 운영되어 공동 사례회의, 정보 공유, 역할 분담이 제도적으로 촉진되지 않는다. 그 결과 복합욕구를 가진 이용자는 종별 경계선 사이에서 분절적으로 지원받게 된다.

재정 측면에서 복지관은 지자체 보조금(운영비 지원), 국고보조, 이용자 부담, 후원금 등 다원적 자원 구조를 가진다. 그러나 전체 운영비에서 지자체 보조금 비중이 높고, 지자체 재정 여건에 따라 지원 수준이 결정되기 때문에 재정 취약 지자체 소재 복지관은 운영비 압박이 크다. 이로 인해 프로그램 확대나 신규 인력 채용이 어려워지고, 사례관리 기능보다 집단 프로그램 위주의 운영으로 기울어지는 경향이 나타날 수 있다. 특히 복지관이 노인맞춤돌봄 수행기관이나 장기요양 재가기관을 겸하는 경우, 사업별 재원의 칸막이로 인해 통합적 사례관리보다 사업별 실적 관리가 우선시되는 문제도 발생한다.

지역 격차 측면에서는 복지관의 지역 분포 불균형이 뚜렷하다. 노인복지관과 사회복지관은 대체로 인구 규모가 큰 도시 지역에 집중되어 있으며, 농촌 지역이나 도서·산간 지역에서는 접근 가능한 복지관 자체가 없는 경우가 많다. 이는 앞서 살펴본 보건소 기반 서비스나 노인맞춤돌봄서비스의 지역 격차 문제와 중첩되어, 서비스 취약 지역에서 복합적인 공급 공백이 형성된다. 농촌 노인은 복지관 이용 자체가 사실상 어려울 뿐만 아니라, 복지관이 수행하는 사례관리·자원연계 기능에도 접근하지 못하는 불이익을 경험하게 된다.

지역사회 연계 측면에서는 복지관이 지역 내 다른 보건·복지 기관과의 협업 구조를 충분히 갖추고 있지 못하다는 점이 핵심 한계로 지적된다. 보건소, 장기요양기관, 노인맞춤돌봄 수행기관, 의료기관 등과 공식적·정례적 협업 체계가 구축된 복지관은 일부에 불과하며, 대부분은 담당자 간 비공식 네트워크에 의존하여 연계가 이루어지는 실정이다(한국보건사회연구원, 2023). 읍면동 지역사회보장협의체 등 공식 협의 창구가 존재하지만, 안건의 형식화, 참여 기관 간 실질적 협업의 부재 등이 반복적으로 지적되어 왔다. 그 결과 복지관의 사례관리 기능은 지역 연계구조 속에서 충분히 발현되지 못하고, 복지관 내부에서 자체적으로 완결되는 방식으로 운영되는 경향이 강하다.

이러한 문제는 통합지원법 시행 이후 더욱 중요한 과제로 부상한다. 통합지원법이 지역 단위 통합지원 절차를 제도화하면서, 복지관은 종합판정 이후 개인별 지원계획 수립과 서비스 연계 단계에서 핵심 협력 기관으로 기능할 것이 기대된다. 그러나 현재 복지관의 종별 구분 구조와 대상자 범주 중심 운영 방식은 이러한 연계 역할을 수행하기 위한 제도적 기반으로서 충분히 정비되어 있지 않다. 따라서 통합지원 체계가 현장에서 실질적으로 작동하려면, 복지관의 기능을 대상 인구 중심에서 지역 기능 중심으로 재정립하는 정책적 유인과 함께 복지관이 지역 연계구조 속에서 공식적인 역할을 수행할 수 있도록 하는 운영 설계가 병행되어야 한다(한국보건사회연구원, 2023; 보건복지부, 2026). 즉, 복지관 체계의 과제는 공급자 간 종별 경계를 넘어 지역 단위 통합·연계 구조 안에서 어떤 공식적 조정 역할을 수행할 것인지에 대한 재설계라고 할 수 있다.

표 2-9 복지관 체계 운영 현황: 2024년 기준

구분	노인복지관	사회복지관	장애인복지관
법적 근거	노인복지법 제36조	사회복지사업법 제34조의5	장애인복지법 제58조
주요 대상	65세 이상 노인	지역 내 취약계층 전반	장애인
전국 기관 수	약 400여 개소	약 480여 개소	약 230여 개소
운영 방식	지자체 시설 민간위탁	지자체 시설 민간위탁	지자체 시설 민간위탁

구분	노인복지관	사회복지관	장애인복지관
주요 서비스	건강증진, 여가·교육, 상담, 재가	사례관리, 서비스 연계, 지역복지	재활, 교육, 일상지원, 사례관리
재원 구조	지자체 보조금+국고+이용자부담	지자체 보조금+국고+이용자부담	지자체 보조금+국고+이용자부담
지역 격차	도시 집중, 농촌 공백	도시 집중, 농촌 공백	도시 집중, 농촌 공백
주요 한계	종별 대상자 범주로 연계 제약	노인 특화 서비스 제한	노인성 장애 이중 대상자 소외

자료: 보건복지부(2024), 한국보건사회연구원(2023) 자료를 바탕으로 작성

2. 전달체계의 분산 양상

가. 이용자 기준과 행정 기준의 괴리

앞서 검토한 제도들은 모두 노인의 일상생활 유지와 기능 보전을 목표로 하지만, 대상 선정 기준과 판정 방식, 전달 창구, 재원 구조가 다르다. 그 결과 동일한 노인이 여러 서비스를 동시에 필요로 하더라도, 이를 하나의 경로에서 통합적으로 연결받기 어려운 구조가 형성되어 있다. 노인과 가족은 자신에게 필요한 지원이 의료인지, 요양인지, 돌봄인지 명확히 구분하기 어려우며, 실제 욕구는 대체로 세 영역이 중첩된 형태로 나타난다. 그러나 행정체계는 제도별로 나뉘어 있기 때문에 이용자는 여러 기관을 방문하고 각기 다른 자격 심사와 절차를 반복적으로 거쳐야 한다(한국보건사회연구원, 2023). 결국 이용자 기준에서는 하나의 삶의 문제가 행정체계 기준에서는 여러 조각의 개별 사안으로 처리되는 구조가 형성되어 있는 것이다.

이 괴리는 특히 서비스 전환 시점에서 극명하게 드러난다. 뇌졸중으로 입원 후 퇴원한 노인을 예로 들면, 방문의료(건강보험), 방문요양(장기요양보험), 식사 및 이동 지원(노인맞춤돌봄), 방문건강관리(보건소)가 동시에 필요하다. 그러나 이 네 가지 서비스는 각각 다른 기관에서 다른 기준으로 다른 절차를 통해 접근해야 하며, 이를 독자적으로 파악하고 조정하는 것은 노인 본인이나 가족 입장에서 사실상 불가능에 가깝다. 독거노인의 경우 분절적 체계를 스스로 탐색하는 것은 더욱 어렵다. 급성기 입원 치료 이후 재가 복귀 과정, 장기요양 인정 신청부터 판정 완료까지의 대기 기간, 돌봄 필요도가 변화하는 전환기가 대표적인 취약 구간으로, 이러한 전환기 공백은 기능 악화, 재입원, 돌봄부담 증가로 이어질 수 있다.

나. 복지관 종별 구분과 공급자 간 분절

앞서 복지관의 운영 실태를 살펴보았다면, 복지관 종별 구분이 지역사회 연계구조 전체에 미치는 구조적 영향도 고려할 필요가 있다. 이 문제는 제도 수준이 아니라 실제 서비스 공급 현장에서 작동하는 분절로서, 제도 간 분절과는 별도로 이용자의 통합적

지원을 저해하는 구조적 요인이다.

노인성 장애 노인 사례를 생각해보면, 사회복지관·노인복지관·장애인복지관은 각자의 대상자 범주 논리에 따라 운영되므로, 동일 이용자를 둘러싼 기관 간 사례 공유, 역할 분담, 공동 사례회의가 제도적으로 촉진되지 않는다. 더 나아가 복지관 종별 구분은 지역사회 연계구조 전체의 효율성에도 영향을 미친다. 읍면동 복지허브화나 통합지원법에 따른 서비스 연계를 설계할 때, 지역 내 복지관들이 각자 독립적인 사업 단위로 존재하면 연계의 실질적 효과를 높이기 어렵다. 즉, 연계를 제도화하더라도, 현장에서 복지관이 기능 중심이 아니라 종별 대상자 중심으로 운영되는 한, 이중 분절 구조가 연계의 실효성을 반복적으로 약화시킨다(한국보건사회연구원, 2023).

따라서 이 문제의 해결은 복지관의 역할을 대상 인구 중심에서 기능 중심으로 재정립하고, 지역 연계구조 안에서 복지관이 실질적인 조정 역할을 수행할 수 있도록 유도하는 방향이 적절하다. 이는 단순한 기관 간 협력의 문제가 아니라, 공급자 중심 분절구조를 수요자 중심 통합지원 구조로 전환하기 위한 제도 설계의 문제로 이해할 필요가 있다.

3. 이중 분절의 구조

한국의 주요 보건·복지 서비스 전달체계는 각기 다른 운영 주체, 자원 구조, 대상자 선정 기준 아래 독립적으로 작동하고 있으며, 그로 인해 지역 격차, 공급 편재, 연계 부재라는 공통된 구조적 문제를 공유하고 있다. 제도마다 주요 한계는 다소 상이하지만, 이를 가로지르는 공통된 문제는 이용자를 중심으로 각 제도의 서비스를 연결하고 조정하는 메커니즘의 부재라는 점에서 수렴한다.

핵심 쟁점은 제도 간 분절이라는 수직적 문제와 공급자 간 분절이라는 수평적 문제가 중첩되어 이중 분절 구조를 형성하고 있다는 점이다. 건강보험, 장기요양보험, 노인맞춤돌봄, 보건소 사업이 별개의 제도 경로를 따라 작동하는 것이 제도 간 분절이라면, 복지관의 종별 구분으로 인해 같은 지역 내 공급자들 사이에서도 대상자 정보 공유와 연계가 이루어지지 않는 것이 공급자 간 분절이다. 이 이중 구조 속에서 이용자—특히 복합욕구를 가진 노인—는 제도 사이에서도, 기관 사이에서도 연결되지 못하는 경험을 반복하게 된다. 결국 핵심 문제는 개별 제도의 부재가 아니라, 제도 간 분절과 공급자 간 분절이 중첩된 구조 속에서 수요자 중심의 통합·연계와 연속성·안정성이 제도적으로 충분히 보장되지 못하고 있다는 것이다. 이 점은 향후 전달체계 재편에서 제도 간 연계와 공급자 간 연계를 동시에 고려해야 함을 시사한다.

표 2-10 주요 보건·복지 서비스 전달체계별 운영 실태 비교

구분	건강보험(의료)	노인장기요양보험	노인맞춤돌봄	보건소 기반 서비스	복지관·민간위탁
운영 주체	심평원·의료기관	건보공단·요양기관	수행기관(민간위탁)	지자체·보건소	지자체+민간수탁 법인
재원 구조	보험료+국고	보험료+국고+본인부담	국고보조+지방비	국고보조+지방비	지자체 보조금+국고+이용자 부담
대상자 규모	노인 진료비 비중 40% ↑	116만5천명(2024)	약 55만명(2024)	방문관리 168만 가구	노인복지관 약 400개소, 사회복지관 약 480개소
지역 격차 양상	상급병원 수도권 집중	농촌 재가기관 절대 부족	재정 취약 지역 공급 부족	인력·예산 지역 편차	도시 집중, 농촌 복지관 공백
제도 간 연계 수준	지역사회 재가 연계 미흡	의료·돌봄 연계 미흡	건강보험·요양 연계 부재	복지·요양 연계 미흡	타 제도 및 타 복지관 간 연계 미흡
주요 한계	퇴원 후 재가 전환 공백	등급 중심 운영, 공급 편재	장기요양 전후 연계 부재	다기관 정보 공유 부재	종별 구분으로 인한 이중 분절

자료: 건강보험심사평가원(2024), 국민건강보험공단(2025), 보건복지부(2024·2026), 한국보건사회연구원(2023) 자료를 바탕으로 작성

제4절

전달체계 개편 시도의 한계와 과제

1. 읍면동 복지허브화

보건·복지 서비스 전달체계의 분절성과 비효율을 완화하기 위해 정부는 여러 차례 전달체계 개편을 시도해 왔다. 가장 대표적인 것이 2016년부터 전국적으로 추진된 읍면동 복지허브화다. 이 정책은 주민센터를 단순한 행정민원 창구에서 복지상담, 위기가구 발굴, 찾아가는 서비스, 통합사례관리의 중심 거점으로 전환하는 것을 목표로 하였다. 전담 맞춤형 복지팀 신설, 능동적 복지 발굴 기능 강화, 민관협력 네트워크 구축이 핵심 과제로 추진되었다.

읍면동 복지허브화는 지역사회 복지 접근성 향상과 위기가구 능동 발굴이라는 측면에서 일정한 성과를 거두었다. 그러나 동시에 여러 한계도 드러났다. 허브화 이후 읍면동 복지 담당 인력의 업무 부담이 급증하였고, 위기가구 발굴·상담·사례관리·급여 신청 처리가 동일 인력에게 집중되면서 각 업무의 질이 저하될 위험이 제기되었다. 통합사례관리를 수행하기 위한 전문 역량과 시간이 부족한 상황에서, 실제로는 사례관리보다 급여 신청 처리 업무가 우선되는 경향이 나타났다(한국보건사회연구원, 2023).

2. 보건복지전달체계 강화 시범사업

이어 추진된 보건·복지 서비스 전달체계 강화 시범사업은 읍면동 복지허브화의 방향을 보다 심화하면서, 보건-복지 연계와 민관협력 측면을 강조한 시도였다. 이 사업은 읍면동을 종합상담창구로 설정하고, 공공-민간 자원 연계와 통합서비스 제공체계 구축을 목표로 하였다. 주요 내용으로는 ① 읍면동의 통합적 보건복지 서비스 제공 거점 기능 강화, ② 민관협력 기반 사례관리 활성화, ③ 공공복지센터와 지역자원의 연계·통합, ④ 지자체 거버넌스 강화가 포함되었다(한국보건사회연구원, 2023).

이 시범사업은 서비스 단순 제공보다 상담, 욕구 파악, 자원연계, 사례회의 같은 조정 기능의 중요성을 강조했다는 점에서 의의가 있다. 그러나 시범사업 수준을 넘어 보편적 제도로 정착하기 위해서는 정보공유 체계, 역할 조정 구조, 성과평가 체계의 정교화가 필요하다는 과제를 남겼다.

3. 지역사회 통합돌봄과 통합지원법

최근의 가장 포괄적인 개편 시도는 지역사회 통합돌봄 정책과 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(이하 통합지원법) 제정이다. 통합지원법은 2026년 3월 27일부터 시행되었으며, 신청 → 조사·종합판정 → 개인별 지원계획 수립 → 서비스 연계 → 모니터링이라는 일련의 절차를 제도화함으로써, 지역 기반 연계체계의 법적 틀을 마련하였다(보건복지부, 2026). 이는 기존 전달체계의 한계를 인식하고 제도 간 연계와 통합지원의 필요성을 법적 수준에서 확인했다는 점에서 중요한 진전으로 평가할 수 있다.

그러나 법이 마련되었다고 해서 현장의 연계구조가 자동으로 작동하지는 않는다. 현재 전국 228개 시·군·구 및 이에 준하는 행정단위(세종특별자치시 및 제주 행정시 포함)가 통합지원 운영체계를 갖추어야 하는 과제를 안고 있으며(보건복지부, 2026), 공통 사정도구, 다직종 사례회의 체계, 정보연계 플랫폼, 종합판정의 실질화 등 세부 운영 설계의 정교화가 여전히 필요한 상황이다. 즉, 기존 개편 시도는 방향을 제시했지만, 실질적 연계구조를 완성했다고 보기는 어렵다.

4. 주요 전달체계 개편 시도의 비교 평가

이상의 세 가지 개편 시도는 각각 다른 수준과 범위에서 전달체계의 한계를 인식하고 개선을 시도한 것으로서, 정책 방향의 측면에서는 일관된 흐름—접근성 강화, 보건-복지 연계, 통합판정, 지역 기반 조정—을 보여왔다. 그러나 각 시도는 제도 차원의 선언과 현장 차원의 실질 운영 사이의 간극을 충분히 좁히지 못한 채 다음 단계로 이행하는 패턴을 반복해 왔다.

표 2-11 주요 전달체계 개편 시도의 비교

구분	읍면동 복지허브화	보건복지전달체계 강화 시범사업	지역사회 통합돌봄·통합지원법
시기	2016년~	2018년~	2019년~(법 시행 2026)
핵심 방향	읍면동 기능 확대, 발굴 강화	보건-복지 연계, 민관협력	의료·요양·돌봄 통합지원
주요 성과	위기가구 발굴 강화, 접근성 향상	조정 기능 인식 제고	법제화, 절차 제도화
주요 한계	인력 과부하, 사례관리 질 저하	시범사업 수준에 그침	현장 운영 설계 미완
미완 과제	조정권한·인력 충분한 부여	보편 제도화, 성과평가 정교화	다직종 협업, 공통 사정도구, 정보연계

5. 쟁점

이상의 개편 시도와 그 한계를 종합하면, 한국 보건·복지 서비스 전달체계의 핵심 문제는 다음의 다섯 가지로 수렴한다.

첫째, 제도 간 분절성이다. 읍면동 복지허브화가 이 분절성을 해소하지 못한 이유는 읍면동의 기능 확대에 집중하고, 건강보험·장기요양보험·노인맞춤돌봄이라는 세 제도 경로의 근거 법령, 판정 주체, 재원 구조 자체를 변경하지는 않았기 때문이다. 읍면동 담당자가 연계를 시도하더라도 각 제도가 요구하는 별도 절차와 자격 기준의 벽은 그대로였으며, 담당자의 조정 노력은 제도 구조가 아닌 개인 역량에 의존하는 방식으로만 작동할 수 있었다(한국보건사회연구원, 2023). 보건·복지 서비스 전달체계 강화 시범사업이 조정 기능의 중요성을 제도적으로 인식시켰으나, 시범사업의 범위를 벗어나 공통 사정 도구와 정보 연계 플랫폼의 전국 적용으로 이어지지 못한 것도 같은 이유에서다. 통합지원법은 절차를 제도화하였으나, 세 경로 각각의 판정·급여 기준을 통합하는 데까지는 이르지 못하였으며 현장의 운영 설계는 여전히 진행 중인 과제로 남아 있다.

둘째, 행정 비효율과 현장 과부하이다. 읍면동이 복지상담, 자격 확인, 사례관리, 위기가구 발굴, 민간자원 연계 등 다양한 기능을 동일 인력으로 수행하는 현장 과부하는 허브화 이전부터 존재했으나 허브화 이후 오히려 심화되었다는 점이 반복적으로 지적된다(한국보건사회연구원, 2023; 행정안전부, 2025). 허브화 이후에도 이 구조가 개선되지 않은 제도적 이유는 두 가지다. 먼저, 기능 확대와 인력 충원이 동시에 이루어지지 않았다. 새로운 사례관리 기능이 부여되었으나 이에 상응하는 전담 인력과 권한은 충분히 제도화되지 않아, 업무량 증가가 질적 역량 강화로 이어지지 못하였다. 또한, 성과평가 방식이 현장 과부하를 구조적으로 강화하였다. 연계의 결과나 이용자 삶의 변화보다 개별 사업의 처리 건수, 예산집행 실적, 발굴 건수 등이 평가의 중심이 되는 구조에서, 현장은 자연스럽게 통합사례관리보다 사업 단위 처리에 집중하게 된다(행정안전부, 2025). 이 두 구조적 원인은 세 차례의 개편 시도 모두에서 충분히 다루어지지 않았으며, 통합지원법 역시 이 문제를 직접 해결하는 조항을 포함하지 않고 있다.

셋째, 보건-복지 연계의 미흡이다. 보건소, 주민센터, 장기요양기관, 복지관, 재가기관이 모두 지역사회에서 노인을 지원하는 주체임에도 이들 사이의 협업이 개인 역량과 비공식 관계에 의존하는 구조적 문제는 세 차례 개편 모두의 의제였다. 그러나 이 문제가 지속되는 제도적 이유는 의료 정보와 복지 서비스 이력이 별도의 시스템으로 관리된다는 구조적 장벽에 있다. 읍면동 복지허브화와 시범사업은 기관 간 협업의 중요성을 강조하였으나, 건강보험심사평가원·국민건강보험공단·사회보장정보원이 각각 독립된 시스템을 운용하는 구조 자체를 변경하지는 않았다. 통합지원법이 종합판정과 개별 지원계획을 절차로 제도화하였으나, 이를 실질적으로 뒷받침하는 다직종 사례회

의 체계와 공통 사정 도구의 전면 적용은 아직 진행 중인 과제로 남아 있다. 즉, 보건-복지 연계의 실패는 정보 구조와 성과 기준의 문제이며, 이 두 층위의 개편 없이는 협업의 제도화가 선언에 그칠 수밖에 없다.

넷째, 민간위탁 구조의 책임성 한계이다. 한국의 보건·복지 서비스는 민간기관을 통한 제공 비중이 높고, 노인돌봄과 장기요양 역시 민간공급자 중심으로 운영된다(행정안전부, 2025). 세 차례의 개편 시도는 민간공급의 확대 구조 자체를 바꾸지는 않았으며, 이 구조에서 공공의 조정자 역할을 어떻게 강화할 것인가라는 질문에 충분한 답을 제시하지 못하였다. 통합지원법은 지자체가 종합판정 이후 서비스 연계를 주도하도록 절차를 설계하였으며, 이는 공공의 조정자 역할을 법적으로 명시한 진전이다. 그러나 이 조정 기능이 실질적으로 작동하려면, 민간기관의 서비스 이력이 공공 플랫폼에서 실시간으로 공유되고, 이용자 중심 결과지표로 성과를 평가하는 체계가 병행되어야 한다. 현재 이 두 조건 모두 완성되어 있지 않다는 점에서, 통합지원법은 조정 구조의 방향을 제시하였으나 민간위탁 책임성 문제를 해소하기에는 여전히 미완의 과제를 안고 있다(행정안전부, 2025).

다섯째, 제도 간 분절과 공급자 간 분절의 이중 구조이다. 이상의 네 가지 문제에 더하여, 복지관 종별 구분으로 대표되는 공급자 간 분절은 세 차례의 개편 시도 모두에서 충분히 주목받지 못한 문제다. 읍면동 복지허브화와 통합지원법은 제도 간 연계를 주요 과제로 설정하였으나, 같은 지역 내 복지관들이 종별 대상자 중심으로 독립적으로 운영되는 공급자 간 분절 구조에 대한 직접적인 처방은 포함하지 않았다. 그 결과 제도 간 연계를 제도화하더라도, 현장에서 복지관이 기능 중심이 아니라 종별 대상자 중심으로 운영되는 한, 이중 분절 구조가 연계의 실효성을 반복적으로 약화시키는 문제가 지속될 수밖에 없다. 향후 전달체계 재편에서는 제도 간 연계와 공급자 간 연계를 동시에 설계 대상으로 삼아야 한다.

요컨대 이 다섯 가지 문제는 재원 구조의 편향(수요 비례 인프라 배치 미흡, 국고보조 의존), 조정 메커니즘의 미발달(공통 사정·정보공유·조정권한 부재), 전달주체와 공급구조의 불균형(민간위탁·시장형 공급 편재), 책임성 구조의 취약(성과·정보 기반 공공책임 미흡)이라는 네 축으로 정리할 수 있다.

한국의 보건·복지 서비스 전달체계 개편을 되짚어 보면, 접근성 강화, 보건-복지 연계, 통합판정, 지역 기반 조정이라는 방향 자체는 비교적 일관되게 유지되어 왔다고 할 수 있다. 다만 각각의 개편 시도는 제도 수준에서의 선언과 설계가 현장 운영의 변화로 충분히 이어지지 못한 상태에서 곧바로 다음 단계 개편으로 넘어가는 양상을 반복해 온 측면이 있다. 읍면동 복지허브화는 접근성을 높였으나 조정역량 강화로 이어지지 못했고, 보건복지전달체계 강화 시범사업은 조정 기능의 중요성을 인식시켰으나 보편

제도화에 이르지 못했으며, 통합지원법은 절차를 제도화하였으나 현장의 운영 설계를 완성하지는 못했다.

과제는 세 층위에서 동시에 해결되어야 한다. 첫째, 수요 비례 인프라 배치 기준의 법제화다. 설치율 중심의 평가 기준을 접근성·역량 기준으로 전환하여, 고령화율이 높은 지역에 서비스가 실질적으로 도달할 수 있는 구조를 제도적으로 보장해야 한다. 둘째, 국고보조 의존 구조의 개편을 통한 농촌 지자체 역량 불이익의 해소다. 재정력이 취약한 지자체일수록 대응지방비 부담으로 인해 사업 신청 단계에서 불이익을 받는 현행 구조를 개편하여, 수요가 가장 높은 지역에 자원이 우선 배분되는 방향으로 재원 구조를 재설계해야 한다. 셋째, 제도 간·공급자 간 이중 분절을 관통하는 조정 기제의 제도화다. 공통 사정 도구, 다직종 사례회의, 정보 연계 플랫폼, 조정 전담 역할의 공식화가 담당자 개인의 의지가 아닌 제도 구조로 작동하도록 설계되어야 한다.

요컨대 이상에서 살펴본 인구구조 변화, 수요 확대, 재정 압박, 지역 격차, 기관 분화와 재원 분산은 한국의 보건·복지 서비스 전달체계가 공급자·제도별 분절 구조를 바탕으로 운영되고 있음을 보여준다. 이러한 구조는 초고령사회에서 요구되는 수요자 중심의 통합·연계, 연속적이고 안정적인 지원을 구현하는 데 구조적 제약으로 작용한다. 따라서 다음 장의 국외사례 검토는 개별 제도의 단순 비교가 아니라, 이러한 분절 구조를 완화하고 조정 역량을 강화할 수 있는 제도 원리를 검토하는 과정으로 이해할 필요가 있다. 특히, 재원·조정·전달·책임의 네 축에서 어떤 설계 원리를 채택하고 있는지를 비교함으로써, 한국 전달체계 개편 방향을 도출하고자 한다.

제3장

주요국의 보건·복지 서비스 전달체계 비교·분석: 일본·영국·독일을 중심으로

제1절 | 비교·분석의 틀

제2절 | 일본: 지역포괄케어시스템

제3절 | 영국: 통합돌봄시스템

제4절 | 독일: 요양돌봄지원센터

제5절 | 소결

제1절

비교·분석의 틀

1. 비교·분석의 필요성

제2장에서는 한국의 보건·복지 서비스 전달체계가 초고령사회에서 직면한 핵심 문제로 제도 간 분절성, 행정 비효율과 현장 과부하, 보건-복지 연계 부족, 민간위탁 구조의 책임성 한계 등을 논의하였다. 이러한 문제는 한국만의 고유한 현상이 아니라, 고령사회에 먼저 진입한 국가들이 공통적으로 경험한 구조적 과제라는 점에서 국제 비교를 통한 분석이 필요하다.

국의 사례 비교의 목적은 특정 국가의 제도를 그대로 이식하는 데 있지 않다. 각국의 전달체계는 해당 사회의 역사적 경로, 재정 구조, 중앙-지방 관계, 공공과 민간의 역할 분담, 지역사회 조직의 역량 속에서 형성되었기 때문에, 제도의 외형적 구조보다 그것이 어떤 문제를 해결하기 위해 설계되었고 실제로 어떻게 작동하는지를 함께 검토하는 것이 중요하다. 따라서 본 장은 일본, 영국, 독일의 전달체계가 의료·요양·돌봄·공중보건 서비스를 어떤 방식으로 연결하고 있으며, 그 과정에서 나타난 성과와 한계가 무엇인지를 비교·분석함으로써 한국형 전달체계 재편에의 실질적 시사점을 도출하는 데 목적을 둔다.

본 장은 보건·복지 서비스 전달체계 전반을 비교 대상으로 삼는다. 한국의 초고령사회 대응은 노인장기요양보험만의 문제가 아니라, 건강보험 기반 의료서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 보건소 및 치매안심센터, 읍면동 복지허브, 복지관 및 민간위탁기관 등 복수의 제도와 기관이 함께 작동하는 방식의 문제이기 때문이다. 따라서 주요국 비교 역시 장기요양 단일 제도에 국한될 수 없으며, 의료와 복지의 경계, 재정사업형 돌봄의 위치, 공중보건 조직의 역할, 지역 단위 조정체계의 설계 등을 포괄해야 한다.

2. 비교 대상국 선정 근거

비교·분석의 대상으로 일본, 영국, 독일을 선정한 이유는 각국이 초고령사회 도달 또는 고령사회 심화 과정에서, 이를 해결하기 위해 서로 다른 제도적 해법을 발전시켜 왔기 때문이다.

일본은 한국과 가장 유사한 인구구조 및 제도적 맥락을 가진 비교 대상이다. 일본은 2000년 개호보험 도입 이후 2006년부터 지역포괄케어시스템을 본격적으로 구축해 왔

으며, 의료·요양·돌봄·예방·주거를 일상생활권 단위에서 통합하는 정책을 지속적으로 추진해 왔다. 가족 돌봄 의존, 사회보험 방식의 장기요양제도, 지방자치단체 중심 집행, 민간 공급자 활용이라는 점에서 한국과 구조적 유사성이 높기 때문에, 일본 사례는 한국 전달체계 재편의 준거가 된다.

영국은 공공 중심의 보건의료체계와 지방정부 주도의 사회서비스를 지역 단위 통합 거버넌스로 결합하려는 시도를 가장 체계적으로 추진해 온 국가다. 2022년 법제화된 통합돌봄시스템(Integrated Care System, ICS)은 NHS와 지방정부, 지역사회 조직이 공동으로 계획과 책임을 분담하는 구조를 제도화하였다.

독일은 사회보험 방식의 장기요양보험을 가장 먼저 도입한 국가이자, 민간·비영리 공급자 중심 전달체계 속에서 공공의 조정 기능을 어떻게 설계할 것인가에 대해 중요한 시사점을 제공하는 사례다. 2008년 이후 확대된 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)는 의료보험과 장기요양보험의 재원 분리를 유지하면서도, 지역 단위 상담·조정 창구를 통해 이용자 접근성과 연계 기능을 강화하려는 시도로 볼 수 있다.

세 국가는 공통적으로 초고령화 대응 과정에서 의료-요양-복지 전달체계의 조정 문제를 경험하였지만, 일본은 지역포괄형 통합, 영국은 거버넌스 기반 통합, 독일은 보험 기반 조정창구형 통합이라는 상이한 경로를 발전시켜 왔다.

3. 분석 틀

본 장에서는 각국 사례를 재원 구조, 조정 메커니즘, 전달 주체, 책임성 구조의 네 가지 분석 축을 기준으로 살펴보고자 한다. 첫째, 재원 구조는 의료·요양·돌봄 서비스의 재정이 어떤 방식으로 조달되고, 서비스 간 재원 분리가 어떤 방식으로 조정되는지를 분석하는 축이다. 둘째, 조정 메커니즘은 서로 다른 제도와 기관을 연결하는 공식적 구조가 어떻게 설계되어 있는지를 살펴보는 축이다. 셋째, 전달 주체는 공공, 민간 영리, 비영리, 자원봉사 조직 등이 어떤 방식으로 역할을 분담하고 있는지를 검토하는 축이다. 넷째, 책임성 구조는 서비스의 질과 이용자 성과에 대해 누가 어떤 기준으로 책임을 지는가를 분석하는 축이다. 여기에 더해 지역조정 거점의 법적 지위와 운영 주체, 케어조정 인력이 어느 조직에 소속되어 어떤 감독과 지원 체계 아래 활동하는지를 검토한다. 이는 통합지원 거점의 기능만이 아니라 그 기능을 가능하게 하는 제도적 조건을 함께 살펴보기 위한 것이다.

이 네 가지 분석 축은 다음의 다섯 가지 서비스 영역에 적용된다. 이는 한국의 건강보험, 노인장기요양보험, 노인맞춤돌봄서비스, 보건소·치매안심센터·정신건강복지센터, 읍면동 및 지역 통합지원체계와 각각 대응하며, 국외 사례를 한국의 실제 전달체계 재편 과제와 직접 연결하여 검토하기 위한 접근이다.

표 3-1 분석 대상 서비스 영역

서비스 영역	한국의 해당 제도·기관	분석의 초점
① 의료(1차 의료·재가의료)	건강보험 + 재택의료센터(시범)	의료-복지 경계 설계 방식
② 장기요양	노인장기요양보험	공급 주체 구성, 지역 균형 관리
③ 재정사업형 돌봄	노인맞춤돌봄서비스	재원 구조, 국고보조 방식 비교
④ 공중보건·치매·정신건강	보건소·치매안심센터·정신건강복지센터	조직 유무 → 역량·연계 수준
⑤ 지역 단위 조정 기능	읍면동 복지허브·통합지원법	전문 인력·다직종 협업·정보연계

비교·분석의 실질적 의미를 높이기 위해서는 국외 사례를 한국 전달체계의 구조적 특성과 대비하여 해석할 필요가 있다. 한국의 전달체계는 건강보험, 노인장기요양보험, 보건 및 복지 서비스가 병렬적으로 작동하는 구조를 가지며, 각각의 제도가 상이한 재원, 대상 기준, 전달 창구, 정보체계를 가지고 있다. 또한, 한국은 장기요양기관, 재가기관, 복지관, 돌봄 수행기관 등에서 민간 공급 비중이 높고, 많은 사업이 중앙정부의 기준 설정과 지방정부의 매칭 부담을 전제로 한 국고보조 방식으로 운영된다. 이러한 구조는 단기간 공급 확충에는 유리했으나, 지역 간 재정력 격차를 통해 공급 불균형을 심화시키고, 서비스 연계보다 사업별 집행과 정산 중심의 행정 문화를 고착시키는 한계를 드러냈다.

결국 한국 전달체계 재편의 핵심 과제는 의료-요양-돌봄의 경계를 넘는 조정 구조 설계, 지역 단위에서의 전문 인력과 다직종 협업 제도화, 공공의 책임성과 성과 관리를 확보 방안, 재원 분절과 지역 격차를 완화하는 거버넌스 구축 측면에서의 전략적 접근 방안을 모색하는 것이다. 본 장에서는 각국 사례를 비교함으로써 한국의 보건·복지 서비스 전달체계의 재편 방향의 근거를 마련하는 데 활용하고자 한다.

4. 비교 대상 국가와 한국의 기본 현황

다음은 본 장에서 분석하는 세 국가와 한국의 인구·제도 현황을 개관한 것이다. 세 국가는 한국보다 앞서 고령화를 경험하였으며, 각기 다른 재원 구조와 전달체계를 발전시켜 왔다.

표 3-2 비교 대상 국가와 한국의 기본 현황: 2023년 기준

구분	한국	일본	영국	독일
65세 이상 인구 비율	18.4% (2023)	29.1%	18.6%	22.4%
초고령사회 진입 연도	2025년	2007년	미도달	2009년

구분	한국	일본	영국	독일
핵심 장기요양제도	노인장기요양보험 (2008)	개호보험 (2000)	성인 사회돌봄 (지방정부 책임)	장기요양보험 Pflegeversicherung (1995)
재원 조달 방식	사회보험 + 국고보조사업 혼합	사회보험 + 공비(국고 25%·지방 25%)	세금(NHS) + 지방정부 교부금	사회보험 단일 (지자체 매칭 없음)
지자체 재정 매칭 의무	있음 (사업별 매칭 비율)	있음 (시정촌 12.5% 부담)	없음	없음
민간 영리 공급 비율 (재가)	약 86% (장기요양 재가기관)	약 70% 이상	96% (거주시설 외주화)	약 63~65%
핵심 지역 조정 거점	읍면동 복지허브 (과도기)	지역포괄지원센터 (5,362개소)	ICS 42개 + Neighbourhood MDT	Pflegestützpunkte
통합 정책 핵심 법제	돌봄통합지원법 (2024)	개호보험법·지역포괄케어 추진	Health and Care Act 2022	SGB XI (장기요양보험법)

자료: 통계청(2023), 장래인구추계; 行政安全部 주민등록인구 현황; 総務省統計局(2023), 人口推計; ONS(2023), Population Estimates for the UK; Statistisches Bundesamt(2023), Bevölkerung nach Altersgruppen; 보건복지부·국민건강보험공단(2023), 노인장기요양보험 통계연보; 厚生労働省(2023), 介護保険制度の概要; NHS England(2022), Integrated Care Boards in England; Bundesministerium für Gesundheit(2023), Ratgeber Pflege; Goodair, B. et al.(2024), BMJ 387; OECD(2023), Health at a Glance 2023를 바탕으로 재구성

비교 대상 네 국가는 모두 고령사회에 진입했지만, 고령화의 속도와 시점, 그에 대응하기 위한 제도 설계는 상이하게 전개되었다. 일본과 독일은 이미 2000년대 후반에 초고령사회에 진입하여, 장기요양보험과 지역 기반 통합돌봄 체계를 수십 년에 걸쳐 단계적으로 조정해 온 국가이다. 반면, 한국과 영국은 2020년대에 이르러서야 65세 이상 인구 비율이 20% 내외 수준에 도달하고 있으며, 한국은 짧은 시간에 고령화가 급진전되면서 제도 성숙보다 속도 대응이 우선되는 구조적 긴장을 안고 있다. 이러한 인구학적 차이는 동일한 고령·장기요양 문제라 하더라도 각국이 선택한 재원 조달 방식과 전달체계 조직 방식에 다른 제약 조건을 부과하게 된다.

재정·제도 측면에서도 네 국가는 상이한 경로를 보여 준다. 한국과 독일·일본은 모두 사회보험 방식을 기반으로 장기요양제도를 운영하고 있지만, 한국과 일본은 국고 및 지방재정을 일정 비율 결합하는 혼합형 구조이고, 독일은 보험료 수입 중심의 단일 재원 구조를 유지한다는 점에서 차이가 있다. 영국은 장기요양보험이 아닌 조세 기반 NHS와 지방정부 사회돌봄의 결합이라는 독자적인 모델을 택하고 있으며, 이로 인해 의료는 무상, 사회돌봄은 자산조사 기반이라는 이원 구조가 형성되어 있다. 또한 지역 단위 조정 거점만 보더라도 한국은 읍면동 복지허브가 과도기에 있고, 일본은 법정 설치된 지역포괄지원센터, 영국은 ICS와 근린(Neighbourhood) 수준의 다직종팀(MDT), 독일은 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)라는 서로 다른 형태의 거점을 발전시켜 왔다.

제2절

일본: 지역포괄케어시스템

1. 제도적 배경과 형성 과정

일본은 2007년 65세 이상 노인이 전체 인구의 21%를 넘어서며 세계 최초로 초고령 사회에 진입하였고, 2024년 현재 65세 이상 인구 비율이 약 29%에 달하는 세계에서 가장 고령화된 사회다. 이에 대응하여 일본은 2000년 개호보험(介護保険) 제도를 도입하였고, 이후 급속한 수급자 증가, 재정 압박, 의료-요양 간 연계 부재 문제가 부각되면서 전달체계 전반의 재편이 불가피해졌다.

2006년 개호보험법 개정을 계기로 일본은 지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)을 공식화하고, 고령자가 살던 곳에서 의료·요양·돌봄·예방·주거 지원을 통합적으로 받을 수 있는 지역 기반 체계 구축을 국가 목표로 설정하였다. 이는 단카이 세대(1947~1949년생 베이비붐 세대) 전체가 75세 이상 후기고령자가 되는 2025년까지 전국적으로 완성하겠다는 구체적 목표 아래 추진되었다(厚生労働省, 2018). 이 개념은 단일 제도가 아니라, 일상생활권(日常生活圏域)—중학교 학구 단위, 통상 인구 1~2만 명 수준으로서 노인이 필요한 서비스를 30분 이내에 접근할 수 있는 범위—안에서 복수의 제도와 기관이 통합적으로 기능하는 복합 체계를 의미한다.

이 구상은 이후 2017년 지역포괄케어강화법과 지역공생사회(地域共生社会)로 확장되어, 노인에 국한되지 않고 전 연령층의 복합적 욕구에 대응하는 방향으로 발전하였다. 2024~2026년 제9기 개호보험 사업계획은 이 체계를 심화하는 방향으로 수립되었으며, ① 의료와 개호의 연계 강화, ② 치매 대응력 향상, ③ 재택의료 확충, ④ 케어매니저 역량 강화, ⑤ 지역포괄지원센터의 기능 강화가 핵심 과제로 제시되어 있다.

2. 자원 구조와 자원 연계 방식

일본 개호보험의 재정 구조는 법률과 후생노동성 지침에 규정되어 있으며, 이를 통해 중앙·지방정부와 피보험자 간 부담 비율이 전국적으로 표준화되어 있다(厚生労働省, 2023; 日本介護保険法). 개호보험의 급여 재원은 원칙적으로 보험료 50%, 공비(세금) 50%로 구성되며, 공비 50%는 다시 국비 25%, 도도부현 12.5%, 시정촌 12.5%로 분담된다(厚生労働省, 2023; 임재희, 2019). 국비 25% 중 약 5%p는 조정교부금으로 별도 계상되어 고령화율이 높거나 재정력이 취약한 지자체에 추가로 배분됨으로써, 지

역별 재정 격차를 완화하는 기능을 수행한다(임재희, 2019; 전남사회서비스원, 2025).

보험료 측면에서 40~64세 제2호 피보험자(건강보험 가입자 등)와 65세 이상 제1호 피보험자는 전체 재원의 절반을 부담하며, 제1호 피보험자의 구체적 보험료 수준은 시정촌이 3년 단위로 수립하는 개호보험 사업계획에 따라 결정된다(厚生労働省, 2023; 한국보건사회연구원, 2024). 이처럼 중앙 차원에서 분담 비율이 법정화되고, 지자체 단위에서는 사업계획을 통해 보험료 수준을 조정하는 이중 구조는 개별 국고보조사업 별로 매칭 비율을 달리 설정하는 한국과 구별되는 재정 규율 방식이다(이윤경 외, 2022; 황주희·이정면, 2025).

한편 일본은 건강보험·후기고령자의료제도와 개호보험의 재원을 법적으로 분리하여 운영하고 있어, 의료와 요양 사이의 비용 부담 조정이 구조적으로 어렵다는 문제가 반복적으로 지적되어 왔다(이용재, 2019; 곽호영, 2020). 의료 영역에서 제공되는 치료·재활과 개호보험 급여로 제공되는 일상생활 지원·요양서비스가 각각 다른 재정 틀에 속하기 때문에, 복합 욕구를 가진 고령자에게 통합된 서비스 패키지를 설계할 경우 어느 재원이 어느 범위까지 부담할 것인지에 대한 조정이 요구된다(전남사회서비스원, 2025; 한국보건사회연구원, 2024).

이러한 한계를 완화하기 위한 제도적 장치로 일본은 2014년 소비세 인상분 등을 재원으로 지역의료개호총합확보기금(地域医療介護総合確保基金)을 도입하였다(日本国会, 2014; 한국보건사회연구원, 2024). 이 기금은 도도부현 단위로 설치되어, 지역 내 급성기 병상에서 요양병상으로의 전환, 의료기관 간 연계·협력체계 구축, 방문간호스테이션 및 개호시설 정비, 단기보호 및 재택서비스 인프라 확충 등 의료와 개호 양 분야에 걸친 기반 정비 사업에 공동 재원을 제공한다(정윤석, 2021; 한국보건사회연구원, 2024). 다시 말해, 법제상 분리된 의료·개호 재원을 완전히 통합하지는 못하더라도, 도도부현 단위의 공동 기금을 통해 지역 단위에서 의료·개호 인프라를 패키지로 기획·투자할 수 있도록 한 것이다(전남사회서비스원, 2025; 황주희·이정면, 2025).

3. 지역포괄지원센터의 역할과 기능

일본 지역포괄케어시스템의 실질적 운영 거점은 지역포괄지원센터(地域包括支援センター)이다. 지역포괄지원센터는 개호보험법 제115조의46 이하에 근거하여 시정촌이 설치하는 기관으로, 고령자가 익숙한 지역에서 가능한 한 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 의료·개호·예방·복지·생활지원을 포괄적으로 연계하는 역할을 수행한다(厚生労働省, 2023; 이윤경, 2021). 후생노동성에 따르면, 지역포괄지원센터는 시정촌이 설치 주체이며, 2025년 4월 말 기준 전국 5,362개소가 설치되어 있다. 운영 형태는 직영 1,020개소(19%), 위탁 4,342개소(81%)로, 일본 사례는 지역조정 거점의 공공적

설치 책임과 운영 방식의 다양성이 동시에 존재함을 보여준다. 통상적으로 센터는 2~3만명 규모의 생활권역을 담당하도록 설계되며, 일부 문헌에서는 중학교 학구를 기준으로 한 일상생활권을 기본 단위로 본다(이윤경, 2021).

지역포괄지원센터의 핵심은 다직종 팀 기반 통합지원 구조에 있다. 센터에는 보건사 또는 경험 있는 간호직, 사회복지사, 주임개호지원전문원(주임 케어매니저)이 기본 전문인력으로 배치되며, 이 세 직종의 결합을 통해 건강관리·복지상담·개호서비스 조정을 한 기관 안에서 수행하도록 설계되어 있다(厚生労働省, 2023; 참여연대, 2018). 즉, 보건사는 만성질환 관리와 예방, 사회복지사는 생활문제와 권리옹호, 주임 케어매니저는 지역 내 사례관리와 서비스 조정 기능을 담당하면서, 단일 접점 안에서 복합 욕구를 통합적으로 파악하는 구조를 형성한다(이윤경, 2021). 후생노동성은 지역포괄지원센터에 보건사, 사회복지사, 주임개호지원전문원 등을 배치하도록 하고 있다. 이들 인력은 단순한 협력기관 담당자가 아니라 센터 기능 수행을 위해 배치된 전문인력이며, 직영이면 시정촌 책임 아래, 위탁이면 수탁법인 운영 아래 근무하더라도 법정 센터 기능을 수행하는 인력이라는 점은 동일하다.

센터의 주요 기능은 첫째, 총합상담 지원이다. 이는 개호서비스 수급 여부와 무관하게 고령자와 가족이 의료, 돌봄, 주거, 경제적 어려움, 학대 우려 등 다양한 문제를 갖고 방문했을 때 윈스톱으로 상담을 접수하고 필요한 제도 및 기관으로 연결하는 기능이다(厚生労働省, 2023; 메디포뉴스, 2018). 둘째, 개호예방 케어매니지먼트 기능이다. 지역포괄지원센터는 요지원 1·2 판정을 받은 고령자에 대해 상태 악화를 방지하는 예방적 케어계획을 수립하고, 운동·영양·사회참여 프로그램과의 연계를 지원한다(厚生労働省, 2023). 셋째, 포괄적·지속적 케어매니지먼트 지원 기능이다. 이는 개별 케어매니저가 다루기 어려운 복합사례에 대해 후견적 자문을 제공하고, 지역 내 의료기관·서비스기관 간 협력체계를 조정하는 기능을 포함한다(이윤경, 2021). 넷째, 권리옹호 기능이다. 성년후견제도 활용 지원, 고령자 학대 대응, 소비자 피해 예방 등이 여기에 포함되며, 지역포괄지원센터는 단순한 복지상담소가 아니라 지역 내 취약 고령자 보호기제로 작동한다(메디포뉴스, 2018).

이러한 기능을 종합적으로 매개하는 핵심 조정 장치가 지역케어회의(地域ケア会議)이다. 지역케어회의는 개별 사례에 대한 서비스 조정 및 지원 방향을 논의하는 회의체인 동시에, 사례를 통해 드러난 공통 문제를 지역정책 과제로 전환하는 거버넌스 장치로 기능한다(厚生労働省, 2023; 전남사회서비스원, 2025). 회의에는 의사, 간호사, 사회복지사, 케어매니저, 요양직, 약사 등 다양한 직종이 참여하며, 개별 사례의 문제 해결을 넘어 지역 내 자원 부족, 주거 불안, 치매 대응 부족과 같은 구조적 과제를 발굴하는 데에도 활용된다(참여연대, 2018). 이런 점에서 지역케어회의는 개인 단위 사례관리와 지역 단위 정책 개선을 연결하는 기능을 수행한다고 볼 수 있다.

다만 지역포괄지원센터의 기능 확대는 업무 과중과 조직 부담이라는 문제를 낳고 있다. 지역포괄케어가 의료·개호·치매·예방·권리옹호·고독사 대응까지 포괄하게 되면서, 센터는 사실상 고령자 복합 문제의 총괄 접수창구가 되었고, 이에 따라 인력 부족과 전문직 소진이 지속적으로 제기되고 있다(이윤경, 2021; 참여연대, 2018). 특히, 시정촌의 재정력과 행정역량에 따라 센터의 인력 규모와 기능 수준에 편차가 크며, 일부 지역에서는 브랜치(분소)를 설치하거나 기능강화형 센터를 별도로 운영하는 방식으로 과부하를 분산하려는 시도가 나타난다(이윤경, 2021).

4. 케어매니저 제도와 개별 사례관리

일본 지역포괄케어시스템에서 케어매니저(介護支援専門員)는 개별 이용자의 서비스 이용 경로를 설계하고 조정하는 핵심 전문인력이다. 케어매니저는 장기요양 인정 고령자에 대해 케어플랜을 수립하고, 이용자의 기능 상태와 가족 돌봄 여건, 의료 필요도, 주거 환경 등을 고려하여 재가서비스·시설서비스·의료서비스를 적절히 조합한다(厚生労働省, 2023; 참여연대, 2018). 이들은 개호보험 체계 안에서 서비스 이용의 실질적 관문 역할을 하며, 제도상 인정과 실제 서비스 제공 사이를 연결하는 실무 조정자라고 할 수 있다. 일본의 케어매니저(介護支援専門員)는 모두 지역포괄지원센터 소속인 것은 아니다. 지역포괄지원센터에 배치되는 인력은 주임개호지원전문원이며, 일반 케어매니저는 통상 개호보험 체계의 재가·시설 서비스와 연계된 개호지원사업소 등에서 케어플랜 수립과 조정을 담당한다는 점에서, 일본은 개별 케어매니지먼트와 지역조정 거점 기능을 중층적으로 운영한다고 볼 수 있다.

케어매니저의 특징은 단순 행정처리 인력이 아니라, 사례 기반 조정과 지속적 모니터링을 수행하는 전문직이라는 점이다. 이용자의 상태 변화에 따라 케어플랜을 수정하고, 의료기관 퇴원 후 재가복귀, 치매 악화, 가족 돌봄 공백 등의 상황에 맞추어 서비스 구성을 재조정해야 한다(참여연대, 2018). 따라서 케어매니저는 의료기관, 방문간호스테이션, 데이서비스센터, 홈헬퍼 사업소, 지역포괄지원센터를 연결하는 조정 허브로 기능한다.

그러나 이 제도는 질적 성과와 함께 한계도 안고 있다. 케어매니저 1인당 표준 담당 건수는 통상 35건 수준으로 알려져 있으나, 실제 현장에서는 이를 초과하는 사례가 적지 않고, 기록·청구·조정 업무가 과중하다는 비판이 지속되어 왔다(참여연대, 2018). 특히, 농촌과 과소지역에서는 케어매니저 인력 확보가 어려워, 서비스 이용자 증가에 비해 사례관리 역량이 충분히 확충되지 못하는 문제가 발생한다(한국농촌경제연구원, 2018). 이에 따라 일본은 케어매니저 자격 갱신과 연수체계 강화, 주임 케어매니저의 슈퍼비전 기능 확대 등을 통해 질 관리와 전문성 강화를 도모하고 있다.

5. 의료·재가서비스의 연계 구조

일본의 지역포괄케어시스템은 장기요양보험만으로 완결되지 않으며, 재택의료와 개호의 연계가 실질적 성패를 좌우한다. 이 때문에 일본은 2010년대 이후 재택의료·개호 연계추진사업을 확대해 왔고, 2018년부터 시정촌 차원의 추진을 의무화하였다(한국농촌경제연구원, 2025). 이 사업의 목적은 병원, 진료소, 방문간호스테이션, 케어매니저, 지역포괄지원센터 간의 협업 체계를 구축하여, 고령자가 입원과 퇴원을 반복하지 않고 지역에서 생활을 지속할 수 있도록 지원하는 데 있다.

특히, 입퇴원 연계는 의료-개호 연계의 핵심으로 간주된다. 일본에서는 병원 퇴원지원간호사나 의료사회복지사가 퇴원 이전 단계에서 지역포괄지원센터 또는 케어매니저와 정보를 공유하고, 퇴원 후 필요한 방문간호, 복약관리, 식사 지원, 데이케어, 복지용구 대여 등이 지체 없이 연결되도록 하는 실무 경로가 중요하게 다루어진다(한국보건사회연구원, 2025). 이는 의료서비스가 종료되는 순간 돌봄이 중단되지 않도록 하는 전환관리 모델이며, 지역포괄케어의 실효성은 이 전환관리의 질에 의해 좌우된다.

재택의료 측면에서 일본은 재택요양지원진료소·재택요양지원병원 제도를 통해 24시간 왕진 및 응급 대응이 가능한 의료기관을 지정·육성해 왔다(厚生労働省, 2023). 또한 방문간호스테이션은 재택의료와 생활돌봄을 연결하는 핵심 인프라로서 기능한다. 농촌지역 재택의료 실태를 분석한 연구에 따르면, 재택의료 거점과 방문간호의 연계는 의료 접근성이 떨어지는 지역에서 특히 중요하며, 재택생활 지속 가능성을 좌우하는 기반으로 평가된다(한국농촌경제연구원, 2018). 이처럼 일본의 의료·재가서비스 연계는 단순한 기관 간 협조가 아니라, 지역 단위 네트워크화와 퇴원 후 지역복귀 지원 체계를 핵심 축으로 발전해 왔다.

6. 재정사업형 돌봄과 공중보건 서비스

일본은 개호보험 급여 외에도 지역지원사업을 통해 예방적·보완적 돌봄서비스를 공급한다. 지역지원사업은 개호예방과 생활지원 기능을 강화하기 위해 설계된 별도 사업으로, 개호예방·일상생활지원통합사업(통합사업), 포괄적지원사업, 임의사업 등으로 구성된다(厚生労働省, 2023). 특히, 통합사업은 종전의 예방급여 일부를 시정촌 재량 사업으로 전환함으로써, 지역 특성과 인구 구조에 따라 보다 유연한 서비스 구성이 가능하도록 한 점에서 의미가 크다(이윤경, 2021).

통합사업의 특징은 공식 서비스기관뿐 아니라 주민조직·NPO·민간기업·협동조합 등 다양한 주체가 공급에 참여할 수 있도록 했다는 점이다. 이는 도시보다 공급 기반이 취약한 농촌, 인구과소지역 등에서 지역사회 자원을 조직화해 돌봄 공백을 메우려는

전략으로 해석할 수 있다(한국농촌경제연구원, 2018). 반면 사업 단가가 기존 보험급여보다 낮게 설계될 경우, 전문 서비스기관의 참여 유인이 약화될 수 있다는 점은 한계라고 할 수 있다.

공중보건 측면에서 일본은 도도부현 보건소와 시정촌 보건센터가 병존하는 이원 구조를 유지한다. 보건소는 광역적 차원의 감염병 대응, 정신보건, 보건행정 조정 기능을 담당하고, 시정촌 보건센터는 모자보건, 건강증진, 건강진단, 생활습관병 예방과 같은 주민 밀착형 서비스를 수행한다(이윤경, 2021). 지역포괄케어시스템은 이러한 공중보건 기반과 연결되면서, 단순한 요양서비스 체계를 넘어 예방과 건강관리까지 포괄하는 방향으로 확장되었다.

치매 대응은 특히 중요한 확장 영역이다. 일본은 지역포괄지원센터를 중심으로 인지증지역지원추진원과 치매초기집중지원팀을 연계하여 조기 발견, 가족 상담, 지역 자원 연계 기능을 강화해 왔다(참여연대, 2018; 이윤경, 2021). 이는 지역포괄케어가 단순한 서비스 배분 구조가 아니라, 고위험 노인의 조기 개입과 지역사회 지속거주를 뒷받침하는 예방적 전달체계로 작동하고 있음을 보여 준다.

7. 장기요양 공급 구조

일본 개호보험의 공급 구조는 공공 직접 제공보다는 다원적 공급체계에 기반한다. 제도 도입 당시부터 재가서비스 분야에 영리법인 참여를 폭넓게 허용함으로써, 방문개호, 복지용구 대여 등 재가서비스는 영리·비영리·사회복지법인·의료법인이 혼재하는 경쟁적 구조를 형성하였다(厚生労働省, 2023). 이러한 구조는 서비스 공급의 빠른 확대와 지역별 접근성 개선에는 기여했지만, 사업자 간 질 편차와 수익성 중심 운영이라는 문제도 동시에 낳았다.

반면 입소형 시설, 특히 특별양호노인홈과 같은 장기 입소시설은 사회복지법인과 지방공공단체 중심으로 운영되며, 재가 분야에 비해 영리법인의 진입이 제한된다. 이는 시설서비스에 일정 수준의 공공성과 비영리성을 유지하려는 제도 설계로 해석할 수 있다(厚生労働省, 2023). 결과적으로 일본은 재가 분야에서는 시장적 요소를 활용하되, 시설 분야에서는 일정한 공공성 통제를 유지하는 이원적 공급 전략을 택하고 있다고 볼 수 있다.

서비스 질 관리는 도도부현의 사업소 지정·갱신, 운영지도와 집단지도, 개호서비스 정보공표 시스템을 통해 이루어진다(厚生労働省, 2023). 이용자는 이 시스템을 통해 사업소의 운영 현황과 서비스 정보를 확인할 수 있으며, 이는 공급자 간 최소한의 투명성과 경쟁을 유도하는 장치로 기능한다. 다만 실제 질 관리가 문서 점검과 지정 관리에 치우칠 경우, 이용자 경험과 돌봄 성과를 충분히 반영하지 못할 수 있다는 비판도 가능

하다. 따라서 일본의 공급 구조는 확대된 공급 기반이라는 장점과 함께, 공급자 질 편차·지역 격차·인력 부족이라는 과제를 동시에 안고 있다고 평가할 수 있다.

8. 시사점

일본의 지역포괄케어시스템은 설계 의도대로 지역 단위 통합지원체계를 상당 수준 구현했으나, 재원·인력·지역 격차 등 구조적 제약을 완전히 해소하지는 못한 사례로 평가할 수 있다. 후생노동성은 지역포괄지원센터를 고령자 종합상담·지원 거점으로 정의하고, 보건사·사회복지사·주임케어매니저를 기본 인력으로 하는 다직종 팀을 통해 의료·개호·복지·권리옹호 기능을 한 기관 안에 통합하도록 설계하였다(厚生労働省, 2023). 이로써 노인과 가족이 하나의 창구를 통해 건강 문제, 돌봄 욕구, 생활 곤란, 학대 우려 등 복합적 문제를 상담하고 적절한 서비스로 연계될 수 있는 구조가 제도적으로 마련되었다는 점은 중요한 성과로 평가된다(이윤경, 2021; 참여연대, 2018). 또한 장기요양 인정자를 대상으로 케어플랜을 수립하는 케어매니저 제도가 정착하면서, 기능 상태·가족 상황·주거 환경을 종합적으로 반영한 개별화된 사례관리가 제도적으로 가능해졌고, 지역케어회의를 통해 의사·간호사·사회복지사·케어매니저 등 다직종이 정례적으로 사례를 검토하는 협업 구조가 자리 잡았다는 점도 주목할 만하다(전남사회서비스원, 2025). 나아가 재택의료·개호 연계추진사업을 법정 필수사업으로 추진하고, 개호예방·생활지원 영역에서 총합사업을 통해 NPO·자원봉사 조직·민간기업의 참여를 허용한 것은 개호보험 중심의 제도에서 지역사회 자원 기반 통합 돌봄으로 전환하려는 정책적 노력으로 이해할 수 있다(한국농촌경제연구원, 2018; 한국보건사회연구원·국제사회보장리뷰, 2024).

그러나 일본 모델은 동시에 여러 한계를 안고 있다는 점이 각종 연구에서 지적된다. 무엇보다 건강보험·후기고령자의료제도와 개호보험의 재원이 법적으로 분리되어 있어, 의료와 개호를 하나의 경로에서 통합 제공하려 할 때 급여 범위와 비용 부담을 둘러싼 경계가 문제로 지적된다(곽호영, 2020; 한국보건사회연구원, 2024). 지역의료개호총합확보기금과 같은 연계 재원은 이런 분절을 일부 보완하지만, 서비스 설계 수준에서 완전한 재정 통합을 구현하기는 어렵다는 평가가 많다. 또한 지역포괄지원센터가 총합상담·예방·권리옹호·케어매니저 지원·지역케어회의 운영까지 맡는 과정에서 업무 과부하와 인력 소진이 보고되고, 시정촌의 재정력·행정역량에 따라 센터의 인력 구성과 기능 수행 수준이 크게 달라지는 지역 간 격차도 지적된다(이윤경, 2021; 참여연대, 2018). 케어매니저의 경우 표준 담당 건수를 상회하는 사례가 많고, 농촌·과소지역에서는 인력 부족과 행정 부담으로 인해 케어매니지먼트의 질을 안정적으로 유지하기 어려운 상황이 보고된다(한국농촌경제연구원, 2018). 예방급여 일부를 총합사업으로

로 전환하면서 단가가 낮게 설정된 점이 공급자의 참여 유인을 떨어뜨릴 수 있다는 비판도 존재해, 제도 유연성을 확보하는 동시에 지속가능한 보수 수준을 어떻게 설계할 것인지가 중요한 정책 과제로 남아 있다(한국보건사회연구원·국제사회보장리뷰, 2024).

한편, 일본의 경험은 한국이 초고령사회에 대응하는 전달체계를 설계할 때 다음과 같은 시사점을 제시한다.

첫째, 지역 단위 통합 거점의 법정화·고도화가 서비스 연계의 전제 조건이라는 점이다. 일본은 지역포괄지원센터를 개호보험법에 근거한 법정기관으로 위치시키고, 최소 인력기준과 핵심 기능을 중앙정부 지침으로 제시함으로써 지역 간 편차를 일정 수준 통제하고 있다(厚生労働省, 2023). 한국에서도 읍면동 복지허브, 통합사례관리팀, 통합지원센터를 단순한 사업 수행 부서가 아닌 법률에 근거한 지역 통합거점으로 지정하고, 보건·복지·케어조정 등 기본 인력과 필수 기능을 명시할 필요가 있다. 다만 일본에서 확인된 과부하 문제를 고려하면, 한 기관에 기능을 계속 누적하기보다는 권리옹호 전담, 지역사회개발 전담 등 기능별 분화와 적정 인력기준 설정을 동시에 추진해야 한다(이윤경, 2021; 황주희·이정면, 2025).

둘째, 의료-복지 연계는 지침이나 시범사업 수준의 협약만으로는 한계가 뚜렷하며, 법정 사업화와 재정 연계 장치가 필요하다. 일본이 재택의료·개호 연계추진사업을 지역지원사업의 필수사업으로 규정하고, 도도부현 단위 지역의료개호통합확보기금을 통해 의료와 개호 인프라를 함께 지원한 것은 제도 설계 단계에서부터 연계를 내장한 사례로 볼 수 있다(한국농촌경제연구원, 2018; 전남사회서비스원, 2025). 한국에서도 재택의료센터, 지역책임의료기관, 장기요양기관, 방문건강관리, 노인맞춤돌봄 등이 개별 사업으로 병렬 운영되는 구조를 완화하기 위해, 법률 차원에서 의료-돌봄 연계사업을 필수로 규정하고 일정 비율 재정을 공동기금 형태로 운용하는 방안을 검토할 필요가 있다.

셋째, 케어매니저 제도는 한국의 사례관리 전담인력 체계 재편에 중요한 준거를 제공한다. 일본의 케어매니저는 장기요양 영역에 집중된 직종이지만, 실제 업무는 의료·복지·지역자원을 아우르는 종합 코디네이터 역할에 가깝다(참여연대, 2018). 한국에서 읍면동 통합사례관리사, 장기요양기관 사회복지사, 방문건강관리 간호사, 노인맞춤돌봄 수행인력 등 여러 직종이 유사 기능을 분절적으로 수행하고 있는 점을 감안하면, 일본 경험은 “역할 단일화 + 후견적 지원체계”라는 방향을 제안한다. 다만 일본에서도 케어매니저의 업무 과중과 비용 구조 문제가 존재하기 때문에, 단순히 새 직종을 도입하는 데 그치지 않고 ① 서비스 범위와 책임 한계를 명확히 하고, ② 상위 지원조직의 슈퍼비전 기능을 강화하며, ③ 적정 사례 수 기준을 실질적으로 보장할 수 있는 인력·

수가체계를 함께 설계하는 것이 중요하다(황주희·이정면, 2025).

넷째, 총합사업과 유사한 유연한 재정사업형 돌봄은 한국의 지역사회 통합돌봄 정책에 참고가 되지만, 유연성 확보가 단가 인하로 귀결되지 않도록 설계해야 한다. 일본의 총합사업은 예방급여 일부를 지자체 재량으로 전환해 NPO·주민조직·소규모 사업자가 참여할 수 있는 공간을 열어 주었지만, 사업 단가가 낮을 경우 전문 인력 기반의 안정적인 공급이 어려워지는 문제가 지적된다(이윤경 외, 2022; 한국보건사회연구원·국제사회보장리뷰, 2024). 한국에서도 지역사회 자원과 소규모 공급자의 참여를 촉진하는 설계와 더불어, 일정 수준의 기본 단가와 질 관리 기준을 제도화할 필요가 있다.

다섯째, 공중보건·치매·정신건강을 포함한 보건 기반 인프라와의 연계는 지역통합돌봄을 장기요양·돌봄 정책을 넘어선 지역 건강·복지 시스템으로 확장하는 데 필수적이다. 일본이 도도부현 보건소와 시정촌 보건센터를 지역포괄케어의 건강·예방 기반으로 활용하고, 치매초기집중지원팀·인지증지역지원추진원을 지역포괄지원센터와 결합시킨 경험은 한국에서도 보건소·정신건강복지센터·치매안심센터를 읍면동 및 향후 통합지원센터와 수직·수평으로 연결하는 구조를 설계해야 함을 시사한다(이윤경, 2021; 전남사회서비스원, 2025).

제3절

영국: 통합돌봄시스템(Integrated Care System; ICS)

1. 제도적 배경과 형성 과정

영국은 NHS(National Health Service)를 중심으로 한 조세 기반 보건의료체계와 지방정부 책임의 사회돌봄(social care)이 병존하는 이원적 전달구조를 가지고 있다. NHS는 전 국민을 대상으로 무상 또는 저부담의 의료서비스를 제공하는 중앙 주도 시스템인 반면, 사회돌봄은 지방정부가 욕구평가와 자산조사를 통해 지원 범위와 본인부담을 결정하는 제도로 운영된다(The King's Fund, 2020; Care Act 2014). 이러한 구조는 의료와 돌봄의 제도적 경계를 명확히 하는 장점이 있었지만, 고령화와 만성질환 증가, 다중질환자 확대, 병원 퇴원 지연, 응급실 과밀, 지방정부 재정 긴축이 심화되면서 보건의료와 사회돌봄의 분절이 갖는 한계가 뚜렷해졌다.

2000년대 이후 영국 정부는 건강과 돌봄을 통합적으로 제공하는 여러 정책 실험을 지속해 왔다. 그러나 초기의 통합 시도는 지역별 시범사업이나 기관 간 협약 중심의 파트너십에 머무르는 경우가 많았고, 제도 전반을 아우르는 통합 거버넌스는 충분히 구축되지 못하였다(Glasby & Dickinson, 2014). 이러한 문제를 해결하기 위해 NHS는 2019년 「NHS Long Term Plan」에서 통합돌봄을 중장기 전략의 핵심으로 제시하였고, 이를 법적으로 제도화한 것이 2022년의 Health and Care Act 2022이다.

이 법에 따라 기존의 Sustainability and Transformation Partnerships(STP)와 비법정 형태의 Integrated Care System(ICS)는 재편·통합되었고, 2022년 7월 기준 잉글랜드 전역에 42개의 통합돌봄시스템(Integrated Care System; ICS)이 공식 출범하였다(NHS England, 2022). ICS는 특정 지역 단위를 대상으로 NHS, 지방정부, 지역사회 조직이 함께 건강·복지 계획을 수립하고, 자원 배분과 성과관리를 공동으로 추진하는 구조로 설계되었다. 이는 일본의 지역포괄케어처럼 생활권 기반 서비스를 지향하지만, 단일 기관 중심 통합이 아니라 다기관 거버넌스형 통합이라는 점에서 성격이 다르다.

2. 재원 구조와 재원 연계 방식

영국의 재원 구조는 사회보험이 아닌 조세 기반 의료 + 지방정부 재정 기반 사회돌봄의 결합이라는 점에서 특징적이다. NHS 재정은 중앙정부 일반조세와 일부 사회보험

성 기여재원(National Insurance)을 통해 조달되며, 잉글랜드에서는 보건사회복지부(Department of Health and Social Care)가 NHS England에 자원을 배정하고, NHS England가 다시 지역의 Integrated Care Board(ICB)에 재정을 배분한다(The King's Fund, 2020; NHS England, 2022).

반면 사회돌봄은 지방정부 일반재정, 중앙정부 교부금, 지방세(Council Tax), 이용자 본인부담 등 복합 재원으로 운영된다(Local Government Association, 2018). 특히, 사회돌봄은 소득자산조사(means-test)에 따라 공적 지원 여부가 결정되므로, NHS 의료서비스처럼 보편적으로 무상 제공되지 않는다. 이 때문에 동일한 고령자라도 병원 진료와 입원은 무상으로 이용할 수 있는 반면, 퇴원 후 장기요양이나 생활지원 단계에서는 상당한 본인부담을 져야 하는 구조가 형성된다(The King's Fund, 2016).

이러한 의료-돌봄 간 재정 분절을 완화하기 위한 장치가 Better Care Fund(BCF)이다. BCF는 NHS와 지방정부 예산의 일부를 공동기금 방식으로 운용하여 퇴원 지원, 중간돌봄(intermediate care), 지역사회 기반 지원사업에 공동 재원을 제공한다(The King's Fund, 2016). 또한 Health and Care Act 2022 이후 각 ICS는 지역 상황에 따라 예산 공동기획, 공동발주(joint commissioning), 공동성과지표 설정을 추진할 수 있는 기반을 확보하였다(NHS England, 2022). 그러나 ICS 자체가 NHS와 지방정부 재정을 완전히 통합하는 기구는 아니며, NHS는 무상-사회돌봄은 소득자산조사 기반이라는 이원 구조는 여전히 유지되고 있다. 이 점에서 영국의 통합은 재정 일원화보다는 공동기획과 공동거버넌스 중심의 통합에 가깝다.

3. 지역 단위 통합 거버넌스와 조직 구조

영국 통합돌봄시스템의 핵심은 지역 단위 통합 거버넌스 구조에 있다. ICS 내부에는 대체로 세 층위의 구조가 설정된다. 첫째는 광역(system) 수준으로, 이는 통상 인구 100만명 내외를 포괄하는 ICS 전체 차원의 계획과 자원 배분, 중장기 전략 수립을 담당한다. 이 수준에서는 법정 기구인 Integrated Care Board(ICB)가 NHS 예산 배분과 서비스 계획의 중심 역할을 하며, 병원, 커뮤니티 서비스, 1차 의료, 정신건강서비스 등을 총괄한다(Health and Care Act 2022; NHS England, 2022).

둘째는 지역(place) 수준이다. 이는 시·군 또는 단일 지방정부 수준에 가까운 중간 단위로, 지방정부, NHS 기관, 자선단체, 지역사회 조직이 함께 해당 지역의 건강·복지 전략을 조정하는 층위다(The King's Fund, 2020). 지역 수준은 특히 사회돌봄, 공중보건, 주거, 지역사회개발과 NHS 커뮤니티서비스를 결합하는 실질적 접점이라는 점에서 중요하다.

셋째는 근린(Neighbourhood) 수준이다. 이는 일반적으로 Primary Care Network(PCN)

또는 General Practice(GP) 진료권과 유사한 생활권 단위로, 인구 3~5만명 규모를 대상으로 한다(NHS England, 2019). 이 수준에서는 GP, 커뮤니티 간호사, 사회복지사, 정신건강전문가, 약사, 사회적 처방 활동가(social prescribing link worker) 등으로 구성된 다직종 팀(Multidisciplinary Team, MDT)이 고위험 노인과 복합욕구 대상자에 대한 사례관리, 재택지원, 건강·복지 연계를 수행한다. 일본의 지역포괄지원 센터가 단일 기관 중심 거점이라면, 영국은 ICB-Place-Neighbourhood라는 다층 구조 속에서 기능 분산형 통합을 구현한다는 점에서 차이가 있다.

NHS England에 따르면 사회적 처방 연계 인력(social prescribing link worker)은 링크 워커로 지칭되며, 이들은 원칙적으로 현장 1차의료 기반 거점에 배치되고, 고용 형태는 직접 고용과 파트너 기관 고용이 병존하는 구조이다. NHS England는 이들에게 IT 시스템 접근, GP supervisor, ICS 단위 학습·동료지원 체계를 제공하고, 조정 인력의 소속은 현장 거점에, 교육·지원 체계는 상위 통합 구조에 놓이는 이중 구조로 운영된다.

4. 장기요양 및 사회돌봄 전달 구조와 공급 체계

영국에는 일본·독일·한국과 같은 전국 단일의 장기요양보험 제도가 존재하지 않는다. 대신 장기요양은 사회돌봄(adult social care) 체계 안에서 운영되며, 지방정부가 욕구평가(needs assessment)와 소득자산조사를 실시하여 지원 여부와 본인부담 수준을 결정한다(Care Act 2014; The King's Fund, 2016). 지원 대상은 고령자뿐 아니라 장애인, 정신질환자, 장기 돌봄이 필요한 성인 전반을 포함한다.

서비스 공급은 주로 민간영리, 비영리, 자선단체 부문이 담당하고, 지방정부는 직접 제공자라기보다 구매자이자 감독자(commissioner)의 역할을 수행한다(Glasby & Dickinson, 2014). 특히, 재가돌봄(home care), 거주시설(residential care home), 간호시설(nursing home) 영역에서는 민간영리 사업자의 비중이 높으며, 최근 연구는 잉글랜드 사회돌봄의 광범위한 외주화가 서비스 질과 노동조건 문제를 심화시켰다고 지적한다(Goodair et al., 2024).

이러한 구조는 공급 유연성과 시장 기반 확장을 가능하게 했으나, 동시에 저임금, 인력난, 사업자 폐업, 지역 간 서비스 수준 편차를 낳았다. 특히, 지방정부 재정 압박 속에서 위탁단가가 낮게 책정될 경우, 돌봄 노동력 확보가 어려워지고 서비스 공백이 발생하는 문제가 반복된다(Local Government Association, 2018). 이 점에서 영국의 사회돌봄 전달 구조는 지방정부 구매계약과 시장 공급구조에 의존하는 체계로 이해할 수 있다.

5. 의료·재가서비스의 연계 구조

영국 통합돌봄의 실질적 초점은 병원 중심 보건의료체계를 지역사회 중심 서비스와 연결하는 데 있다. 이 과정에서 GP는 진입 창구이자 장기적 건강관리의 중심축으로 기능한다. GP는 Primary Care Network를 통해 지역사회 간호, 정신건강서비스, 사회 돌봄, 자선단체 자원과 연계되며, 특히 Neighbourhood MDT의 핵심 구성원으로 참여한다(NHS England, 2019).

퇴원 연계 측면에서 중요한 제도는 Discharge to Assess(D2A) 모델이다. 이는 병원 내에서 모든 장기 평가를 완료한 뒤 퇴원시키는 방식 대신, 의료적으로 안정된 환자를 우선 지역사회로 복귀시킨 후 재택 또는 중간시설에서 기능평가와 돌봄계획을 수립하는 모델이다(The King's Fund, 2016). 이 방식은 병상 점유를 줄이고, 회복기 환자가 병원보다 지역사회 환경에서 더 적절한 지원을 받을 수 있도록 하기 위한 전환관리 전략이다.

또한 사회적 처방(social prescribing)은 영국식 의료-복지 연계의 특징적 수단이다. GP나 1차 의료기관이 환자의 우울, 사회적 고립, 경제적 어려움, 주거 문제와 같은 비의료적 욕구를 파악하면, 이를 사회적 처방 활동가(social prescribing link worker)가 지역의 자조모임, 운동 프로그램, 상담기관, 자선단체, 복지지원과 연결한다(NHS England, 2019).

6. 공중보건·정신건강·치매 및 지역 자원 기반 서비스

영국의 공중보건(public health)은 2013년 이후 상당 부분이 지방정부로 이관되면서, NHS와는 별도의 행정 라인을 형성하고 있다. 지방정부는 Director of Public Health 체계를 통해 금연, 비만 예방, 건강증진, 일부 예방사업을 운영하며, 지역 수준의 건강불평등 해소를 중요한 과제로 다룬다(The King's Fund, 2020). 이는 NHS의 진료 중심 서비스와 구분되면서도, ICS 안에서는 다시 지역 건강전략의 일부로 결합된다.

정신건강서비스는 NHS 체계 안에서 Community Mental Health Team(CMHT), 위기개입팀, 조기개입팀 등으로 조직되며, 최근에는 신체 건강·정신 건강·사회적 처방을 연계하는 방향으로 확장되고 있다(NHS England, 2022). 치매 대응 분야에서는 기억 평가 서비스(memory assessment service), 치매상담가(dementia adviser), 전문치매간호사(Admiral Nurse) 등 다양한 지원체계가 운영되며, NHS와 지방정부, 자선단체(예: Alzheimer's Society)가 함께 고령자와 가족 지원을 수행한다.

이와 같은 구조는 영국의 통합돌봄이 단순한 의료-요양 연계를 넘어, 공중보건·정신 건강·지역사회 자원까지 포괄하는 폭넓은 지역 건강·복지 체계를 지향하고 있음을 보

여준다. 다만 이러한 다층 구조는 지역별 조직 역량과 자원 수준에 따라 체감 수준이 다를 수 있다는 점을 고려해야 한다.

7. 시사점

영국의 통합돌봄시스템(ICS)은 법정 통합 거버넌스와 다층 협업 구조를 통해 통합을 제도화한 사례이지만, 재정·급여 체계의 이원성과 민간 외주 중심 사회돌봄 구조로 인해 실질 통합에는 한계가 있다. Health and Care Act 2022 이후 ICS는 NHS와 지방 정부 사회돌봄의 협력을 임의적 협약 수준에서 법정 구조로 끌어올리고, ICB·Place·Neighbourhood 수준에서 다직종 팀(MDT)과 사회적 처방(social prescribing)을 확산시킴으로써 고위험 노인과 복합욕구 대상자에 대한 협업 구조를 제도적으로 정착 시켰다. 동시에 Better Care Fund와 Discharge to Assess를 통해 병원 퇴원, 중간돌봄, 지역사회 기반 돌봄을 하나의 연속선으로 기획하려는 시도는 영국식 전환관리 모델로 볼 수 있다.

그러나 NHS는 무상, 사회돌봄은 소득자산조사 기반이라는 재정·급여 체계의 이원성은 ICS의 통합 효과를 구조적으로 제약한다. 공동 계획과 협업을 제도화하더라도 재정 원천과 본인부담 구조가 다르기 때문에, 동일 노인에 대한 의료·돌봄 패키지를 설계할 때 비용과 급여 범위를 둘러싼 갈등이 지속적으로 발생할 수 있다. 지방정부의 장기적 재정 압박과 높은 민간 외주 비중은 사회돌봄 공급 기반을 약화시키고, 노동조건 악화·사업자 폐업·지역 간 서비스 편차를 심화시키는 요인으로 작용한다. 이용자 관점에서는 일본의 지역포괄지원센터와 같은 직관적인 단일 접촉 창구가 부족하여, ICS가 통합된 조직 설계에는 강점을 가지지만 이용자 친화적 접점 설계 측면에서는 일본보다 약한 구조라고 평가할 수 있다.

한국에 대한 시사점은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 통합돌봄은 단일 기관 설치만으로 달성되는 것이 아니라, 보건소·책임의료기관·장기요양보험·읍면동복지허브·노인맞춤돌봄·치매안심센터·정신건강복지센터 등 다양한 주체를 포괄하는 법정 통합 거버넌스 구조의 제도화가 필수적이다. 영국 ICS는 여러 기관을 공동 책임 구조 안에 놓고 계획·성과관리를 함께 수행하는 방식으로 통합을 추진하고 있다는 점에서, 한국의 돌봄통합지원법과 향후 지역 단위 건강·복지위원회 설계에 중요한 준거를 제공한다.

둘째, 의료-복지 통합은 단순한 서비스 연계가 아니라 지역 건강전략과 성과관리 체계를 함께 설계하는 문제라는 점이다. 한국에서도 지역별 돌봄 접근성 격차, 취약계층 건강성과, 퇴원 후 재입원률 등을 통합돌봄 성과지표로 포함하여, 공급 확장뿐 아니라 결과 격차 완화를 목표로 설정할 필요가 있다.

셋째, 다직종 팀(MDT)과 사회적 처방 활동가(social prescribing link worker) 같은 연결 직종은 한국의 사례관리·방문건강관리·노인맞춤돌봄 인력 구조 재편에 참고가 된다. 특히, 의료기관이 우울·고립·경제·주거 문제 등 비의료적 욕구를 식별하고, 이를 지역 자원과 연결하는 중간 매개자 기능은 일본의 케어매니저 모델과 다른 방식이지만, 한국에서는 두 모델을 절충해 의료-복지 간 전환조정 인력을 설계할 수 있는 여지를 보여 준다.

넷째, 영국 사례는 거버넌스 통합만으로 주민 체감 통합이 자동으로 실현되지 않는다는 점을 보여준다. 한국은 영국처럼 다층적 협력 구조를 구축하되, 동시에 일본의 지역포괄지원센터와 유사한 단일 접촉 창구형 지역거점을 함께 마련하는 이중 구조를 지향하는 것이 바람직하다. 즉, 주민에게는 어디로 가야 하는지를 명확히 안내하고, 그 뒤에서는 다양한 기관이 공동 계획·성과관리를 수행하는 방식이 한국형 통합돌봄 모델로 더 적합하다고 할 수 있다.

제4절

독일: 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)

1. 제도적 배경과 형성 과정

독일은 1995년 세계 최초로 사회보험 방식의 장기요양보험(Pflegeversicherung)을 도입한 국가다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 이는 기존 건강보험 체계만으로는 장기적 돌봄 욕구에 대응하기 어렵다는 문제의식에서 출발하였다. 장기요양보험 도입 이전에는 가족 돌봄 의존과 지방정부 사회부조 부담이 컸으며, 특히 여성 가족구성원의 무급돌봄에 책임이 집중되어 있었다(Geraedts et al., 2023). 한국의 2008년 노인장기요양보험 설계 과정에서 독일 모델이 직접적인 참조 대상이 되었다는 점에서도, 독일은 사회보험형 장기요양제도의 대표적 선행 사례라 할 수 있다(한국보건사회연구원, 2023).

장기요양보험 도입 이후 독일은 의료보험과는 별도의 요양보험 재원을 운영하면서도, 건강보험조합(Krankenkasse)과 요양보험조합(Pflegekasse)이 제도적으로 긴밀히 연결된 구조를 발전시켰다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 다시 말해, 제도상 별도 보험이지만 조직·운영 측면에서 건강보험과 긴밀히 결합된 이중 구조를 갖는다. 2008년 요양추가발전법(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)을 계기로 독일은 지역 단위 상담·조정 거점인 Pflegestützpunkte(요양돌봄지원센터, PSP)를 본격화하였고, 이후 수차례 개정을 통해 요양등급 체계 고도화, 재가서비스 강화, 가족돌봄 지원을 병행하는 방향으로 제도를 추진해 왔다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

독일 연방보건부에 따르면, 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)는 연방주 또는 코뮌의 관리·감독 하에 건강보험·장기요양보험이 설치하는 상담·지원 거점이다. 이는 요양돌봄지원센터가 일반적인 의미의 민간위탁 서비스기관이라기보다 보험조합과 지방 차원의 공적 네트워크를 통한 상담·조정 창구에 가깝다는 점을 보여준다. 또한, 독일의 케어조정 인력은 원칙적으로 장기요양보험기금 측 상담인력과 지역 차원의 관련 인력이 거점에서 조정 기능을 수행하는 구조로 운영되고 있다.

2. 장기요양보험의 재원 구조와 급여 설계

독일 장기요양보험은 사회보험 방식으로 운영되며, 근로자와 사용자가 보험료를 공동 부담한다. 2024년 기준 보험료율은 일반적으로 임금의 약 3.4% 수준이며, 자녀가

없는 가입자에게는 추가 부담이 부과되는 등 세부 설계는 세대 간·가족 구조를 고려해 조정되어 있다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 조세 기반으로 의료·돌봄을 운영하는 영국과 달리, 장기요양 재원이 독립된 보험 제정으로 운영된다는 점이 특징적이다.

급여 구조 측면에서 가장 중요한 요소는 현금급여(Pflegegeld)와 현물급여(Sachleistung)의 병행이다. 수급자는 공식 서비스를 이용하는 현물급여, 비공식 돌봄 제공자(가족 등)에게 지급하는 현금급여 둘 중 하나를 선택하거나 혼합하여 이용할 수 있다. 이러한 설계는 비공식 가족돌봄을 제도적으로 인정하고 경제적으로 지원하는 동시에, 공식 서비스 이용을 유도하는 균형을 추구하는 장치로 평가된다(Geraedts et al., 2023). 독일은 재가서비스가 시설서비스보다 저렴하고 이용자의 자율성을 지지한다는 원칙 아래, 재가서비스에 대한 급여를 우선적으로 설계하였으며, 현금급여 역시 재가 중심 패키지의 일부로 기능한다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

2017년 이후 독일은 기존 3단계 중증도 분류에서 5단계 요양등급(Pflegegrade) 체계로 전환하고, 신체 기능뿐만 아니라 인지기능과 심리적 상태를 종합적으로 반영하는 사정도구를 도입하였다(Geraedts et al., 2023). 이는 치매·인지저하를 포함한 다양한 기능 손상을 보다 적절히 반영하기 위한 개편으로, 장기요양 인정체제를 신체 중심에서 인지·정신 기능을 포함하는 방향으로 확장한 사례로 볼 수 있다.

3. 의료·요양·재가서비스의 연계 구조

독일의 전달체계는 건강보험 의사(Hausarzt 등), 병원, 재가간호서비스(ambulante Pflegedienste), 장기요양기관, 사회복지조직이 병렬적으로 존재하는 구조다. 의료는 건강보험의 책임 아래, 요양은 장기요양보험의 책임 아래 제공되기 때문에, 서비스 연계는 주로 상담·조정 기능을 통해 보완된다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 치료 목적의 간호와 일상생활 지원 간 급여 경계는 제도상 분명히 존재하며, 복합질환 노인에게는 이 경계가 실질적 비효율로 이어지는 경우도 있다(한국보건사회연구원, 2023).

병원이 퇴원관리(Entlassmanagement) 의무를 가지고, 환자의 요양 필요가 예상될 경우 조기 단계에서 관련 보험조합과 재가서비스기관, 가족에게 정보를 연결해야 한다. 특히 복합질환 고령자의 경우 병원 사회복지사와 재가간호기관, 요양돌봄지원센터 간 협력이 중요하게 다루어진다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 재가 서비스는 방문간호·신체수발·가사 지원이 결합된 형태로 제공되며, 독일은 시설보다 재가 중심 원칙을 강조하면서 가족돌봄을 공식 제도의 일부로 인정하는 점에서 일본과 유사하지만, 현금급여 선택권이 상대적으로 더 강하다는 점에서는 차이가 있다.

4. 장기요양 전달 구조와 공급 체계

독일 장기요양 공급은 비영리 복지단체, 종교 단체, 민간 영리기관이 혼재하는 다원주의적 구조다. 이들은 역사적으로 복지서비스 제공의 핵심 주체로서 재가·시설 서비스를 폭넓게 운영해 왔다(Geraedts et al., 2023). 1990년대 이후 민간 영리기관 비중이 꾸준히 확대되어, 최근에는 재가 장기요양기관의 상당 부분이 민간 영리 부문에 속하고, 시설서비스에서도 영리 비중이 증가하는 추세다. 다만 영국과 달리 대형 비영리 복지조직의 존재감이 여전히 크기 때문에 시장화가 완전히 지배적이지는 않다(한국보건사회연구원, 2023).

서비스 질 관리는 의료보험심사기관(Medizinischer Dienst, MD)에 의한 요양 필요도 판정 및 품질 점검, 보험조합과의 계약 체계를 통해 이루어진다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 5단계 요양등급 도입 이후, 평가체계는 신체 기능뿐 아니라 인지·정신 기능 손상을 반영하는 방향으로 전환되었으며, 이는 치매 환자·인지저하 고령자에 대한 급여 접근성을 개선하는 효과를 가져왔다고 평가된다(Geraedts et al., 2023). 그러나 간호·요양 인력 부족과 노동조건 문제는 서비스 확대의 가장 큰 제약 중 하나로 반복적으로 지적되고 있다(한국보건사회연구원, 2023).

5. 공중보건·치매·정신건강 및 지역사회 서비스

독일의 공중보건은 일본처럼 전국적으로 균질한 지역포괄 보건거점 모델이 강하지는 않은 것으로 논의된다. 공중보건은 주정부(Länder)와 지방자치단체 수준에서 보건청(Gesundheitsamt)이 담당하며, 감염병 관리, 학교보건, 예방사업, 일부 정신건강 기능을 수행한다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 장기요양과 직접 연결된 공중보건 전달체계는 상대적으로 약한 편이며, 이 점에서 일본의 보건소·보건센터와 지역포괄케어의 결합과는 다른 구조를 보인다.

치매·정신건강 지원은 건강보험 급여, 지방정부 서비스, 비영리 단체 지원이 결합된 다층 구조로 제공된다. 치매 환자 가족을 위한 자조모임, 상담서비스, 저장도 돌봄 지원, 단기보호 등 다양한 프로그램이 운영되며, 일부 지역에서는 치매친화적 지역환경 조성을 시도하고 있다(Geraedts et al., 2023). 영국처럼 사회적 처방(social prescribing)이 제도화되어 있거나 일본처럼 전국적인 지역포괄지원센터 모델이 있는 것은 아니어서, 비의료적 욕구를 포괄적으로 연결하는 지역 기반 접근성은 지역 간 차이가 크다는 한계가 있다(한국보건사회연구원, 2023).

6. 지역 단위 조정 기능: 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)

요양돌봄지원센터(PSP)는 독일 장기요양 전달체제에서 지역 단위 통합 상담·조정 허브 역할을 수행하는 기관이다. 2008년 이후 각 주와 지역의 협약에 따라 설치되었으며, 장기요양보험 가입자와 가족에게 요양 관련 정보·상담·서비스 조정·지역 자원 연계를 무상으로 제공하는 공식 창구로 기능한다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Rheinland-Pfalz, 2024). 건강보험조합(Krankenkasse)·요양보험조합(Pflegekasse)·지방정부가 운영과 재정을 공동 분담한다는 점에서, 의료와 요양 재원 분리를 창구 수준에서 부분적으로 통합하는 설계로 평가된다.

PSP의 주요 기능은 네 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 특정 서비스 공급자나 보험조합 이해관계에 종속되지 않는 중립적·개인화된 상담을 제공한다. 상담사는 건강·기능 상태, 가족 돌봄 여건, 주거·경제 상황을 종합적으로 파악하고, 장기요양보험 급여(현금·현물), 건강보험 급여, 사회부조, 주거 개조, 보조기기 등 복수 제도를 한 번에 설명한다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 둘째, 의료·요양·복지·주거·보조기기 등 다양한 서비스를 통합적으로 조정해 돌봄 경로를 설계하고, 재가서비스·시설 서비스·단기보호 등으로 적절히 연결한다. 셋째, 자원봉사 조직, 이웃 돌봄 네트워크, 자조모임 등 비공식 지역자원과의 연계를 담당하여 가족돌봄이 완전히 사적 부담으로 남지 않도록 보완한다(Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Rheinland-Pfalz, 2024). 넷째, 거동이 불편한 고령자를 위해 가정 방문 상담을 제공함으로써 제도 접근성을 높인다.

베를린 시 PSP는 대표 사례로, 시 전역에 단일 서비스 전화를 두어 시민 누구나 한 번으로 요양 상담을 신청할 수 있게 하고, 지역 거점 사무소에서 요일별 대면 상담과 필요 시 가정 방문을 제공한다(Pflegestützpunkte Berlin, 2025). 이러한 모델은 복잡한 보험·서비스 지형을 이용자가 스스로 탐색하지 않아도 되도록 하며, 일본의 지역 포괄지원센터가 수행하는 총합상담 기능과 유사한 측면을 가진다. 다만 PSP 설치·운영이 주·지역별 협약에 의존하기 때문에 전국적 균질성은 낮고, 일부 주에서는 PSP 네트워크가 충분히 발달하지 않은 문제가 지적된다(한국보건사회연구원, 2023). 이 점에서 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)는 이용자 중심 통합 창구라는 점에서는 성과라고 볼 수 있지만, 지역 격차와 재정·인력 역량에 따른 편차라는 구조적 과제를 동시에 안고 있는 제도로 볼 수 있다.

7. 시사점

독일의 장기요양보험과 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte; PSP)은 사회보험형 장기요양제도가 제도적 기반과 지역 단위 상담·조정 기능을 결합할 때 어떤 성과와 한계를 동시에 드러내는지 보여 준다. 독일은 사회보험형 장기요양제도의 조기 정착을 통해 장기요양이 독립된 사회보험 제도로 안정적으로 자리 잡았고, 현금급여와 현물급여 병행 구조를 통해 가족돌봄과 공식 서비스를 유연하게 조합할 수 있는 틀이 마련되었다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Geraedts et al., 2023). 또한, PSP 운영 모델을 통해 의료보험·장기요양보험·지방정부가 공동 출자·운영하는 상담창구를 구축함으로써, 복잡한 보험제도 속에서 이용자 접근성을 높이고 서비스 연계를 강화한 점도 중요한 전달체계 혁신으로 평가된다(Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Rheinland-Pfalz, 2024).

동시에 구조적 한계도 뚜렷하다. 보험 재원만으로 초고령화·인력난에 대응해야 하는 부담이 커지면서 보험료 인상과 급여 확충 사이에 재정 압박이 지속적으로 제기되고, 현금급여 의존이 가족돌봄을 유지하는 장점과 함께 돌봄 책임을 가족 특히 여성에게 다시 전가할 수 있다는 비판도 존재한다(한국보건사회연구원, 2023; Geraedts et al., 2023). PSP 설치와 기능 수준이 주·지역마다 달라 상담·조정 접근성에 지역 격차가 발생하고, 의료-요양 급여 경계가 복합질환 노인에게 비효율을 초래하는 점, 간호·요양 인력 부족이 서비스 확대의 제약으로 남아 있다는 지적도 반복된다(한국보건사회연구원, 2023).

한국에 대한 시사점은 다음과 같이 종합할 수 있다.

첫째, 사회보험형 장기요양체계를 유지하더라도 지역 단위 상담·조정 거점의 강화가 필수적이다. 장기요양보험 급여와 건강보험·복지·주거·비공식 자원을 한 눈에 안내·연계하는 PSP와 같은 기구 없이는 복합 욕구를 가진 노인의 문제를 개별 제도만으로 해결하기 어렵다(Bundesministerium für Gesundheit, 2024). 한국에서도 통합돌봄센터를 설계할 때 단순 행정창구가 아니라 보험·복지·의료·지역자원을 해석·연결하는 전문 상담·조정 거점으로 위치시키는 것이 중요하다.

둘째, PSP는 한국 통합지원창구 설계에서 참고할 만하지만, 협약 기반 설치에만 의존할 경우 지역 편차가 커질 수 있다는 한계를 함께 보여준다. 한국은 법률상 설치 기준과 기본 인력·기능 기준을 명확히 설계하고, 지방정부 재정력에 따른 격차를 완화하기 위한 중앙 지원 장치를 병행할 필요가 있다(Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Rheinland-Pfalz, 2024).

셋째, 현금급여·현물급여 병행 구조는 가족돌봄 지원정책을 재검토하는 데 시사점을 제공하지만, 가족 부담의 재가족화 가능성도 동시에 고려해야 한다(Geraedts et al.,

2023). 한국에서도 가족돌봄 지원을 확대할 때 돌봄 책임 편중과 성별 불평등 문제를 함께 검토하는 것이 필요하다.

마지막으로, 독일 사례는 장기요양보험이라는 제도적 기반 위에 지역 단위 상담·조정 기능을 중층적으로 더하는 설계의 필요성을 제시한다. 한국형 모델은 일본의 지역 포괄지원센터와 독일의 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)을 함께 참고하여, 장기요양보험·보건·복지·지역자원이 하나의 지역 거점에서 연계될 수 있도록 설계하는 방향으로 발전할 필요가 있다.

제5절

소결

국외사례 분석을 종합하면, 일본·영국·독일은 제도적 배경, 재원 구조, 공급체계의 성격에는 차이가 있으나, 공통적으로 초고령화와 복합욕구 증가에 대응하기 위해 지역 단위 조정 거점 구축, 전문 케어매니지먼트 제도화, 다직종 협업 구조화, 분리된 재원 하에서의 연계 거버넌스 형성이라는 방향으로 보건·복지 서비스 전달체계를 발전시켜 왔음을 확인할 수 있다. 일본은 ‘지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)’을 중심으로 ‘지역포괄지원센터(地域包括支援センター)’와 ‘케어매니저(介護支援専門員, care manager)’를 축으로 하는 지역 단위 조정 구조를 구축하였고, 영국은 ‘통합의료시스템(Integrated Care System, ICS)’과 ‘통합케어위원회(Integrated Care Board, ICB)’, ‘지역(place) 단위 거버넌스’, ‘근린 다직종팀(Neighbourhood Multidisciplinary Team, MDT)’을 통해 보건의료와 사회돌봄(social care)의 통합 거버넌스를 제도화 하였다. 독일은 장기요양보험(Pflegeversicherung)을 기반으로 ‘요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte; PSP)’라는 지역 상담·조정 기구를 운영하고 있다.

다만 이들 지역조정 거점의 운영 구조는 동일하지 않다. 일본의 지역포괄지원센터는 시정촌이 설치 주체이고 실제 운영은 직영과 위탁이 병존하며, 영국의 사회적 처방 연계 인력은 ICS 본부 소속이 아니라 주로 지역 단위 팀에 배치되고, 독일의 요양돌봄지원센터는 연방주 또는 코뮌의 관리·감독을 받으며 건강보험·장기요양보험이 설치하는 공적 상담 거점으로 운영된다.

세 국가의 공통점은 이용자 중심 통합 접점(user-centred single or integrated access point)을 지역 수준에 배치하고 있다는 점이다. 일본의 지역포괄지원센터(地域包括支援センター)는 고령자의 상담, 권리옹호, 예방서비스, 케어매니지먼트 기능을 포괄하는 종합 거점으로 기능하며, 영국은 ICS 체계 아래 지역(place) 및 근린(neighbourhood) 수준의 MDT를 통해 주민의 의료·요양·복지·정신건강 등을 아우르는 복합 욕구를 조정하는 실질적 접점을 형성하고 있다. 독일의 PSP(요양돌봄지원센터) 역시 장기요양보험 가입자와 가족에게 상담, 서비스 조정, 지역 자원 연계를 제공하는 공식 창구로 작동한다. 이는 세 나라 모두 복잡한 제도 환경 속에서 이용자 개인이 서비스를 스스로 탐색하고 조합하도록 방지하기보다 공공 또는 준공공 성격의 조정 창구가 이를 대신 하도록 제도를 설계해 왔음을 의미한다.

또한 세 국가의 사례는 조정 기능을 개별 기관 간 자발적 협력에 맡기지 않고, 공식

적 제도 장치로 구조화하고 있다는 점에서도 공통적이다. 일본은 케어매니저(介護支援専門員, care manager)와 지역케어회의(地域ケア会議)를 통해 사례별 조정과 지역 단위 협의를 운영하고 있으며, 영국은 MDT, 사회적 처방(social prescribing), 퇴원 후 평가(Discharge to Assess), 공동재원제도(Better Care Fund)를 통해 보건의료와 사회돌봄의 연계를 절차화하고 있다. 독일은 의료보험(Krankenversicherung), 장기요양보험(Pflegeversicherung), 지방정부(Länder·Kommunen)가 공동 운영하는 PSP를 통해 상담과 연계 기능을 제도적으로 보장한다. 이들 사례는 연계와 조정을 담당자의 선의나 기관 간 비공식 관계에 의존하게 두지 않고, 회의체, 전담인력, 공동 창구, 공동 계획과 같은 공식 메커니즘을 통해 지속가능한 운영 기반을 마련하고 있다.

이 공식 메커니즘은 단순한 협력 선언이 아니라, 거점 조직의 설치 책임, 전담 조정 인력의 배치, 감독 및 지원 체계의 설계로 구체화된다. 일본은 시정촌 설치 책임 아래 센터 전문인력을 배치하고, 영국은 링크 워커에게 GP supervisor와 IT 접근을 제공하며, 독일은 보험기금 소속 상담인력이 요양돌봄지원센터(Pflegestützpunkte)에서 조정 기능을 수행하도록 한다는 점에서 차이는 있지만, 모두 조정 기능의 제도화를 지향한다.

주목할 점은 세 나라 모두 재원의 완전한 통합 없이도 실질적인 연계·조정 거버넌스를 설계하고 있다는 사실이다. 일본은 개호보험(介護保険)과 일반 재원(일반회계·지방세 등)을 분리 운영하면서도 지역지원사업(地域支援事業)과 지역포괄지원센터를 통해 제도 간 연계를 촉진하고 있다. 영국은 국가보건서비스 재원(National Health Service, NHS)과 지방정부 사회돌봄 재원(local authority social care funding)이 분리된 상태에서도 ICS와 Better Care Fund를 통해 공동 계획(joint planning)과 공동 집행(joint commissioning)의 틀을 구축하고 있다. 독일 역시 의료보험과 장기요양보험이 법적으로 분리되어 있으나, PSP 운영에서는 보험조합(Krankenkasse, Pflegekasse)과 지방정부가 공동 재정 분담과 공동 운영 구조를 채택하고 있다. 이는 제도 재원의 완전한 통합이 현실적으로 어렵더라도, 지역 단위에서 공동 계획·공동 책임 구조를 설계함으로써 이용자 중심 전달체계를 구현할 수 있음을 보여준다.

세 사례는 또한 민간 또는 비공공 공급자를 지역 단위 공공 조정 구조 속에 편입하고 있다는 점에서도 시사점을 제공한다. 일본은 시정촌(市町村) 책임 아래 민간 재가서비스 기관(訪問介護事業所)과 케어매니저 체계를 결합하고 있으며, 영국은 NHS와 지방정부를 중심으로 하되 자원봉사조직(voluntary organisations), 민간·비영리 기관(non-profit organisations)을 MDT 및 지역 네트워크 안에 포함시킨다. 독일은 민간 중심 공급 구조(영리·비영리 기관 혼합)를 유지하면서도 PSP라는 공적 상담창구와 보험공단·의료서비스평가기구(Medizinischer Dienst)의 감독 체계를 통해 이용자 접

근성과 조정 기능을 보완하고 있다. 이는 민간 공급의 존재 여부보다 그 공급을 어떤 공공적 조정 장치와 책임 구조 속에서 운영하느냐가 전달체계의 성과를 좌우한다는 점을 시사한다.

표 3-3 국외사례 비교·분석 결과 요약

구분	일본	영국	독일	시사점
지역 조정 거점	지역포괄지원센터(地域包括支援センター, Community General Support Center)	ICS-Place-Neighbourhood MDT (Integrated Care System의 지역·근린 다직종 팀)	Pflegestützpunkte (요양돌봄지원센터, care support points, PSP)	지역 단위 통합 접점 구축 필요
지역조정 거점의 운영 주체	시정촌 설치, 2025년 4월 기준 직영 19%·위탁 81%	ICS는 상위 거버넌스, 현장 조정은 PCN·Neighbourhood 기반	연방주·코윈 관리·감독 아래 건강보험·장기요양보험이 설치하는 PSP	직영/위탁 여부 자체보다 조정 거점의 공적 설치 책임과 운영 책임 구조가 중요
핵심 조정 인력	케어매니저(介護支援専門員, care manager), 지역케어회의(地域ケア会議, local care conference)	MDT(Multidisciplinary Team, 다직종 팀), social prescribing link worker(사회적 처방 연계 인력)	PSP 상담사 및 케어조정 인력	조정 기능의 전문화·제도화 필요
조정 인력의 소속 구조	센터에는 주임 케어매니저 배치, 일반 케어매니저는 개호지원사업소 등 소속	링크 워커는 PCN 팀 소속이 원칙이며, 파트너 제공기관 고용도 가능	Pflegekassen의 상담인력이 PSP에서 활동, 지역 협력인력과 결합	한국도 코디네이터의 소속·감독 구조를 기능 규정과 함께 설계해야 함
재원 연계 방식	개호보험(介護保険) + 일반재원 분리, 지역지원사업·센터를 통한 연계	NHS 재원 + 지방재원 분리, ICS·Better Care Fund를 통한 공동 계획·집행	의료보험(Krankenversicherung) + 장기요양보험(Pflegeversicherung) 분리, PSP 공동 운영	완전 통합보다 공동 계획 거버넌스가 현실적
공급 구조	시정촌 책임 하 민간 재가·시설 혼합 공급	NHS·지방정부·민간·비영리 혼합 공급 구조	민간(영리·비영리) 중심 공급 + 공공 감독	민간공급자를 공공 조정 구조에 편입할 필요
주요 한계	시정촌 간 역량 차이, 농촌 인력 부족, 지역 편차	재정 압박, 지역별 통합 수준 차이, 사회돌봄 자원 제약	주별 편차, 재정·인력 부담, PSP 네트워크 불균형	중앙의 보완적 지원과 편차 관리 장치 필요

한편 세 국가 모두 지역 편차, 재정 압박, 인력 부족이라는 구조적 한계를 동시에 안고 있다는 점도 확인된다. 일본은 시정촌 간 재정·인력 역량 차이와 농촌 지역에서의 돌봄 인력 부족 문제가 지속적으로 제기되고 있으며, 영국은 ICS 도입 이후에도 지역

별 통합 수준 차이와 사회돌봄 재정 압박이 해소되지 않고 있다. 독일 역시 PSP 설치와 운영 수준이 주별·지역별로 상이하고, 장기요양 재정 부담과 간호·요양 인력 부족 문제가 반복적으로 지적된다. 이는 지역 기반 전달체계 개혁이 중앙집권적 일률성보다 현장성과 유연성을 높일 수는 있으나, 동시에 지역 간 편차를 완화하기 위한 중앙 차원의 기준 설정 및 지원 장치가 병행되어야 함을 시사한다.

이상의 비교는 한국의 보건·복지 서비스 전달체계를 다시 구조적으로 읽어낼 필요가 있음을 보여 준다. 국외사례가 제시하는 함의는 개별 제도를 단순히 한국 사회에 이식하는 것이 아니라, 한국 전달체계가 현재 어떤 지역 조정 거점과 운영 주체, 조정 인력과 자원 연계 구조 위에서 작동하고 있으며, 그 구조적 한계가 무엇인지를 보다 명확히 진단하는 데 있다.

한국의 보건·복지 서비스 전달체계에서 지역 조정 거점은 아직 단일한 형태로 정착되어 있다고 보기 어렵다. 읍면동 복지허브가 주민 접점으로서 초기 상담과 복지 연계를 담당하고, 시군구는 행정적 총괄 조정 기능을 수행하며, 보건소·치매안심센터·정신건강복지센터·노인복지관·향후 통합지원센터가 각각 부분적인 조정 거점 역할을 수행하는 다핵적 구조가 병존하고 있다. 이는 주민 접점이 다층화되어 있다는 장점이 있지만, 어느 기관이 최종적 조정 책임을 지는지가 불분명하다는 한계를 동시에 가진다.

운영 주체의 측면에서 보면, 형식적 책임은 지방정부, 특히 시군구와 읍면동 행정체계에 있으나, 실제 서비스 운영과 사례 연계는 민간위탁기관, 복지관, 장기요양기관, 돌봄 수행기관 등 다양한 조직이 함께 담당하는 구조다. 즉, 공공은 설치와 제도 운영의 책임을 지고 있으나, 현장 운영은 다수의 민간·위탁기관과 분산된 행정조직이 나누어 수행하는 다중 운영 구조라고 할 수 있다.

한국 전달체계에서 핵심 조정 인력은 읍면동 사회복지 담당 공무원, 통합사례관리사, 방문간호사, 장기요양기관 사회복지사, 노인맞춤돌봄 전담사회복지사, 복지관 사례관리 인력 등으로 분산되어 있다. 일본의 케어매니저나 영국의 사회적 처방 연계 인력(social prescribing link worker)처럼 조정 기능이 비교적 분명하게 제도화된 단일 직군이 존재한다기보다, 여러 직종이 유사한 기능을 분절적으로 나누어 수행하는 구조이다.

조정 인력의 소속 역시 일원화되어 있지 않다. 일부는 읍면동이나 시군구 행정조직에 소속되고, 일부는 보건소와 공공보건조직에 속하며, 다른 일부는 복지관·민간수탁기관·돌봄 수행기관·장기요양기관 등 민간 또는 위탁구조 안에서 활동한다. 이러한 다중 소속 구조는 다양한 전문성과 접근 경로를 확보하는 장점이 있으나, 공통된 지휘체계와 성과관리, 정보공유, 교육·슈퍼비전 체계를 약화시키는 요인으로 작용한다.

자원 구조의 측면에서 한국은 건강보험과 노인장기요양보험의 사회보험 자원, 노인

맞춤돌봄·보건소 사업·치매안심센터 등의 국고보조 및 지방비, 복지관 운영비와 위탁 사업비가 병렬적으로 작동하는 분절적 구조를 가지고 있다. 이 구조는 각 제도의 독립 성과 책임 범위를 구분한다는 장점이 있지만, 복합욕구 대상자를 위해 예산을 연계하거나 서비스 간 자원을 유연하게 재배치하는 데에는 제약이 크다. 결국 한국의 문제는 재원의 절대 부족만이 아니라, 재원이 제도별·사업별로 칸막이화되어 있다는 점에 있다.

공급 구조는 공공직영, 공공설립-민간위탁, 보험청구형 민간공급, 보조사업형 민간 수행이 병존하는 혼합형 구조로 이해할 수 있다. 이는 단기간에 공급 기반을 확대하는 데에는 효과적이었으나, 지역별 공급 편재, 기관 간 역할 중첩, 공공의 조정 책임 약화, 서비스 질 및 연계 성과의 편차를 동시에 낳는 구조적 한계로 작동하게 되었다. 특히, 의료·요양 영역에서는 시장형 공급 편재가, 복지·돌봄 영역에서는 국고보조사업 및 위탁 구조가 지역 간 수요-공급 불일치를 심화시키는 방식으로 작동하고 있다.

종합하면 한국 전달체계의 주요 한계는 조정 거점의 다원화와 책임 주체의 불명확성, 조정 인력의 분산 소속과 전문성 체계의 미비, 자원 연계의 제약, 공급 구조의 혼합성과 지역 편재, 정보공유와 성과관리 체계의 미성숙으로 요약할 수 있다. 즉, 한국의 문제는 개별 제도가 존재하지 않아서가 아니라, 이미 존재하는 제도와 조직, 인력과 재원을 지역 단위에서 하나의 연속적 지원 경로로 묶어내는 조정체계가 충분히 성숙하지 못했다는 데 있다.

이 점에서 주요국의 보건·복지 서비스 전달체계 비교·분석 결과는 한국에 대해 몇 가지 분명한 함의를 제시한다. 첫째, 지역 조정 거점은 단순한 행정창구가 아니라 법적 지위와 운영 책임이 명확한 통합 거점으로 재설계될 필요가 있다. 둘째, 조정 인력은 여러 제도에 분산된 상태를 유지하더라도 최소한 공통의 기능 정의, 교육·슈퍼비전, 정보 접근권, 성과평가 체계를 갖춘 공식적 조정 직군으로 재구성할 필요가 있다. 셋째, 재원의 완전한 통합이 어렵더라도 공동 계획과 공동 책임에 기반한 연계 재정 장치를 설계해야 한다. 넷째, 민간공급 구조를 유지하더라도 이를 공공적 조정 장치와 책임성 구조 속에 편입할 수 있는 규율 체계가 필요하다.

국외사례는 한국형 보건·복지 전달체계 재편이 개별 제도의 단순 확충이나 형식적 연계에 머물러서는 안 되며, 지역 단위 통합 창구 구축, 전문 케어매니지먼트와 다직종 협업의 제도화, 자원 분리 하의 공동 계획 거버넌스 설계, 민간공급자의 공공적 조정 구조 편입, 지역 편차를 보완하는 중앙 지원 체계 마련이라는 다섯 가지 방향을 중심으로 추진될 필요가 있음을 보여준다. 다시 말해, 일본·영국·독일 사례의 비교가 시사하는 전달체계 개혁의 핵심은 복합욕구를 가진 이용자를 중심으로 여러 제도와 기관을 지속적으로 연결하고 조정할 수 있는 지역 기반 통합 운영체계를 설계하는 데 있다고 정리할 수 있다.

제4장

보건·복지 서비스 전달체계의 재편 전략

제1절 | 전달체계의 재편 원칙

제2절 | 전달체계의 재편 전략

제3절 | 정책적 함의

제1절

전달체계의 재편 원칙

1. 수요자 중심성과 통합 접근의 원칙

초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계 재편의 출발점은 공급자나 제도 단위가 아니라 이용자, 특히 복합욕구를 가진 고령자의 생활경험을 기준으로 체계를 다시 설계하는 것이다(WHO, 2019; WHO, 2022; OECD, 2023). 수요자 중심성은 단순히 민원 절차를 줄이거나 서비스 창구를 개설하는 차원을 넘어, 노인의 의료적 필요, 기능 상태, 돌봄 필요, 심리·사회적 위험, 가족 돌봄 가능성, 주거와 지역사회 환경을 함께 파악하여 하나의 연속된 지원경로로 조직하는 원칙을 뜻한다(NHS England & National Voices, 2013; WHO, 2019). WHO의 ICOPE(Integrated Care for Older People; 고령자를 위한 통합 돌봄)는 고령자 지원에서 핵심이 되는 것은 개별 질환 중심 처치가 아니라 기능 저하와 사회적 지원 필요를 함께 발견하고, 이를 바탕으로 개인화된 돌봄계획을 수립하는 것이라고 제시한다(WHO, 2019). 이는 초고령사회에서 노인의 삶이 의료, 요양, 돌봄, 주거, 일상생활지원으로 개별적으로 분리되지 않으며, 실제 생활에서는 복수 만성질환, 허약, 인지기능 저하, 독거, 사회적 고립, 가족 돌봄의 약화가 중첩된 형태로 나타난다는 점을 전제로 한다(WHO, 2019; WHO, 2022).

이러한 맥락에서 수요자 중심성은 “무엇을 더 줄 것인가”보다 “여러 욕구를 어떻게 하나의 흐름으로 연결할 것인가”를 고려하는 원칙이다(OECD, 2025). NHS England와 National Voices가 제시한 통합돌봄의 핵심 내용은, 이용자가 자신의 이야기를 반복하지 않고, 자신과 돌보는 가족을 이해하는 전문가들이 함께 계획을 세우며, 서비스가 개인에게 중요한 결과를 향해 조정되어야 한다는 것이다(NHS England & National Voices, 2013). 여기서 중요한 점은 서비스의 총량이 아니라 조정된 경험이다. 즉, 이용자는 어떤 제도를 먼저 이용할지 스스로 해석하는 사람이 아니라, 자신의 필요와 선호, 위험을 바탕으로 적절한 지원경로 안으로 연결되어야 하는 존재로 이해된다(NHS England, 2017).

주요국의 통합돌봄 논의에서도 이러한 관점은 공통적으로 확인된다. The King's Fund는 복합욕구 노인을 위한 통합돌봄의 공통 요소로 단일 진입점(single point of entry),케어매니저 또는 코디네이터, 다직종 협업, 정보공유와 조정 기능을 제시하며,

핵심은 조직 통합 그 자체가 아니라 이용자에게 통합된 경험을 제공하는 서비스 모델이라고 강조한다(The King's Fund, 2014). 다시 말해, 통합의 성패는 기관을 얼마나 합쳤는가보다 고령자가 한 번의 접촉으로 적절한 평가를 받고, 필요한 지원으로 연결되며, 이후에도 연속적으로 관리되는지를 통해 판단되어야 한다는 것이다(The King's Fund, 2014). WHO 역시 ICOPE 실행에서 지역 상황에 맞게 조정된 돌봄 경로, 고령자와 지역사회의 적극적 참여, 개인화된 지원계획을 강조하며, 사람 중심 접근은 통합 돌봄 전체의 설계원리라고 본다(WHO, 2019; WHO, 2022).

따라서 수요자 중심성과 통합 접근의 원칙은 행정적 편의 개선의 문제가 아니라, 접근 경로의 재설계 문제로 이해할 필요가 있다. 이용자가 의료기관, 보건소, 장기요양기관, 읍면동, 복지관, 민간기관 사이를 스스로 판단하며 이동해야 하는 구조에서는 정보력과 가족지원이 취약한 고령자일수록 접근 실패 가능성이 커진다(OECD, 2005). 반대로 단일 점점 또는 통합 접근창구가 존재하고, 그 안에서 공통 사정, 정보공유, 케어조정이 이루어지면 이용자는 복잡한 제도 구조를 해석하는 부담을 덜고 필요한 서비스로 더 빠르게 연결될 수 있다(NHS England, 2014; The King's Fund, 2014).

한국의 초고령사회 대응에서 이 원칙은 특히 중요하다. 현행 전달체계는 건강보험 기반 의료, 장기요양보험, 노인맞춤돌봄, 지역복지, 보건소 서비스가 제도별로 분절되어 있어, 동일한 노인이 각기 다른 기준과 창구를 반복해서 통과해야 하는 구조를 띠고 있다. 이런 조건에서는 서비스가 존재하더라도 이용자가 그것을 실제로 연속된 지원 경험으로 체감하기 어렵다. 따라서 한국형 전달체계 재편에서 수요자 중심성은 각 제도의 창구를 그대로 둔 채 안내를 강화하는 데 머물러서는 안 되며, 최소한 초기상담, 공통 사정, 적정 제도 안내, 의뢰와 회신, 사례 모니터링이 하나의 통합지원 경로 속에서 이루어지도록 설계되어야 한다. 결국 수요자 중심성과 통합 접근의 원칙은 초고령사회에서 증가하는 복합욕구를 가진 노인에게 제도 중심의 병렬 지원이 아니라 생활 중심의 연속 지원을 보장하기 위한 전달체계 재편의 최우선 원리라고 할 수 있다(WHO, 2019; OECD, 2025; The King's Fund, 2014).

2. 지역기반성과 조정 기능의 원칙

초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계 재편의 두 번째 원칙은 지역기반성과 조정 기능이다. 노인의 복합욕구는 병원과 장기요양기관, 보건소, 복지관, 읍면동 행정복지센터, 민간위탁기관, 가족과 이웃, 지역자원 등 다양한 생활 기반과 연동되어 발생하기 때문에, 전달체계 역시 국가 단위 일괄 설계만으로는 충분히 대응할 수 없으며 지역 수준에서 통합적으로 작동하는 구조를 필요로 한다(WHO, 2016; WHO, 2019). WHO의 건강노화 전략과 커뮤니티케어 원칙에서도, 고령자의 장기요양·돌봄 지원은

가능한 한 지역사회 안에서 이루어지고, 지역 자원을 통합적으로 연결하는 시스템이 구축되어야 한다고 강조한다(WHO, 2016). 이는 고령자가 병원의 환자가 아니라, 특정 지역에 살며 여러 제도와 생활자원을 동시에 이용하는 주민이라는 점을 정책 출발점으로 삼아야 한다는 의미다(OECD, 2005; OECD, 2025).

일본, 영국, 독일의 사례를 살펴보면 이러한 지역기반성을 제도화하는 방식은 서로 다르지만, 공통적으로 지역 단위 조정거점을 두고 있다. 일본은 지역포괄케어시스템 안에서 시정촌 단위의 지역포괄지원센터를 고령자 종합 상담·지원 및 조정의 핵심 거점으로 법정화하였다. 지역포괄지원센터는 개별 고령자 가정을 방문해 의료, 개호, 예방, 생활지원, 주거 지원 등 복합욕구를 파악하고, 지역케어회의를 통해 다직종이 함께 계획을 논의하는 구조를 운영한다. 일본 사회복지법 개정으로 시정촌 중심의 포괄적 지원체계가 강화되면서, 이러한 지역포괄지원센터는 단일 사업이 아니라 지역복지 전체를 조정하는 공정·중립적 허브로 자리잡고 있다.

영국은 통합돌봄체계(Integrated Care System, ICS)를 통해 NHS와 지방정부 사회돌봄을 지역 수준에서 통합하려는 개편을 추진하고 있다(NHS England, 2022; The King's Fund, 2014). ICS-지역(place)-근린(neighbourhood) 구조에서 ICS는 광역 수준 전략과 자원 배분을 담당하고, 지역 단위에서 건강·돌봄·주거 등 서비스를 조정하며, 근린 수준에서는 일차의료 네트워크를 기반으로 주민 생활권 수준의 지원을 제공한다(NHS England, 2022). The King's Fund는 이러한 구조 안에서 고령자 복합욕구 지원을 위해 단일 진입점과 명확한 조정 책임을 가진 팀 또는 거점을 두는 것이 핵심이라고 분석한다(The King's Fund, 2014). 즉, 조직 간 통합보다 더 중요한 것은 지역 단위에서 누가 노인을 처음 만나고, 누가 종합사정을 수행하며, 누가 여러 기관을 연결하고, 누가 모니터링을 책임지는지에 대한 조정 메커니즘이다(The King's Fund, 2014).

독일은 장기요양보험 체계 안에서 요양돌봄지원센터를 지역 단위 상담·조정 거점으로 운영한다. 요양돌봄지원센터는 보험 종류와 관계없이 고령자와 가족에게 무료·중립적 상담을 제공하고, 돌봄등급 신청, 급여·서비스 선택, 주거환경 개선, 방문간호·주야간보호·시설 요양 연계, 병원 퇴원 후 연속 돌봄 계획 수립 등을 지원한다. 특히 요양돌봄지원센터는 케이스 매니저먼트 역할을 수행하며, 지역 내 다양한 돌봄·복지 서비스, 보험자, 지자체와의 연락 및 일정 조정, 가족돌봄자 지원 등을 통해 지역 단위에서 복합욕구를 조정하고 있다. 이는 지역에 기관이 많이 있는 것만으로는 충분치 않으며, 그 기관들을 연결해 주는 공식 조정거점이 있어야 실질적인 통합이 가능하다는 점을 보여준다.

이러한 국외 사례는 지역기반성의 원칙을 단순히 지역에 기관을 설치한다는 의미로

이해해서는 안 된다는 점을 시사한다. 실제로 한국의 전달체계는 의료, 장기요양, 돌봄, 보건소 기반 건강관리, 복지관과 민간위탁 서비스가 이미 지역에 광범위하게 분포해 있지만, 이들 사이를 수평적으로 연결하고 복합욕구를 조정하는 공식 메커니즘은 충분히 설계되지 않았다. 한국보건사회연구원(2023)의 WHO 가이드 원칙을 활용한 커뮤니티케어 시범사업 분석에서도 “연결성과 통합성”, “다중 이해관계자의 파트너십”에 해당하는 정책 내용이 미흡하다고 평가하면서, 지방 수준 보건·복지 연계 강화, 업무범위 명확화, 24시간 또는 비대면 운영 확대, 법적 기반과 재정 안정성 확보 등을 향후 개선 방향으로 제시한다. 이는 단순히 사업을 추가하거나 기관을 늘리는 수준을 넘어, 지역 단위에서 누가 조정을 책임지고 어떻게 운영할 것인가를 제도화해야 한다는 의미다.

따라서 지역기반성의 원칙은 조정 기능의 제도화를 포함하는 원칙으로 이해될 필요가 있다. 고령자의 복합욕구를 실제로 지원하기 위해서는 발굴-초기상담-공통 사정-개인별 지원계획 수립-서비스 의뢰-연계-모니터링에 이르는 일련의 절차를 담당하는 지역 단위의 공식 거점이 필요하다. 일본의 지역포괄지원센터, 영국의 통합돌봄시스템, 독일의 요양돌봄센터는 각기 다른 제도 맥락 속에서도 이러한 거점이 있기에 병원·시설·재가서비스·복지자원·주거지원이 하나의 지역 돌봄계획 안에서 연계될 수 있게 한다. 한국형 설계에서도 시군구 단위 통합돌봄지원센터를 이러한 조정거점으로 위치시키고, 읍면동 행정복지센터를 생활권 초기접점으로 활용하며, 보건소·의료기관·장기요양기관·복지관·민간위탁기관과의 연계·조정을 제도화하는 운영 절차를 마련하는 것이 지역 기반성과 조정 기능 원칙의 핵심 과제가 될 것이다.

3. 구조개혁 병행의 원칙

세 번째 원칙은 구조개혁 병행의 원칙이다. 새로운 조정기구나 센터를 설치하는 것만으로는 기존 전달체계의 구조적 문제를 해결하기 어렵다는 점은 국내외 연구에서 반복적으로 지적되어 왔다. 한국의 경우 국고보조사업 방식, 민간위탁 중심 공급구조, 복지관 종별 구분, 정보·판정 구조의 분절 등 여러 구조적 제약이 상존하는 상태에서 통합지원이 논의되고 있다. 서비스가 확대되더라도 재원 구조와 사업 체계가 칸막이로 유지되고, 민간위탁과 기관 종별 체계가 기존 역할을 고착시킬 경우, 새로운 전달체계 개편 시도가 현장에서 형식적 조정 수준에 머물 가능성이 크다. 정부는 조정 기능을 강화하려 하지만, 국고보조사업의 사업별 예산 편성과 정산 구조, 민간위탁기관의 성과관리체계, 복지관의 종별·사업별 운영체계, 분절된 정보시스템 때문에 조정조직은 생겼지만 조정할 수 있는 자원과 권한은 크게 바뀌지 않는 한계가 드러날 수 있다.

구조개혁 병행의 원칙은 전달체계 재편을 운영 방식의 조정에만 한정하지 않고, 재

원 구조, 공급 구조, 기관 체계, 조정 구조를 함께 조정하는 포괄적 접근으로 이해해야 함을 뜻한다. 예를 들어, 국고보조사업은 현재 개별 사업 단위 집행·정산 중심 구조를 가지고 있어, 각 사업이 독립된 예산과 성과지표를 바탕으로 움직인다. 이러한 구조에서는 시군구가 복합욕구 대상자를 중심으로 자원을 통합 설계하고, 조정기구를 통해 사업 간 재배분과 조정을 수행하는 것이 제도적으로 한계를 갖게 된다.

민간위탁 중심 공급구조 역시 구조개혁 논의에서 중요한 쟁점이다. 민간위탁이 서비스 양적 확대에는 기여했지만, 사업별 계약과 실적 평가가 중심이 되면서 기관 간 협업과 통합지원 참여, 취약지역·취약집단에 대한 책임성은 충분히 담보되지 못한다. 따라서 민간기관을 단순 공급자에서 지역 통합지원 네트워크의 구성원으로 전환하는 구조개혁이 필요하다.

복지관 종별 구분과 기관 체계도 구조개혁 논의의 대상이다. 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 대상·기능별로 구분된 복지관 체계는 전문성을 높이는 장점이 있지만, 동시에 대상·사업 단위로 전달체계를 조각내는 효과를 가져왔다. 복지관이 지역 단위 복지 허브로서 기능 중심 협업과 사례공유를 수행하도록 역할을 재정립할 필요가 있다.

정보·판정 구조의 분절 또한 구조개혁 병행의 관점에서 중요하다. 한국의 건강보험, 장기요양보험, 복지 급여와 서비스 정보는 각각 다른 시스템과 판정체계를 통해 관리되고 있어, 현장 담당자가 동일 이용자의 전체 상황을 파악하기 위해서는 여러 시스템을 별도로 조회해야 한다. 최소 공통 정보항목 선정과 공통 사정체계 마련, 사례관리 기록 연계 등의 대안 마련이 필요하다.

4. 성과책임과 정보연계의 동시 강화 원칙

네 번째 원칙은 성과책임과 정보연계의 강화이다. 통합지원과 연계를 강조하더라도 정보공유 체계와 역할·결과 책임 구조가 함께 설계되지 않으면, 연계는 선언적 수준에 머무르거나 회의와 회의록 작성에 그치는 형식적 운영으로 전락할 위험이 크다(OECD, 2022). OECD는 고령자 장기요양과 커뮤니티케어에 관한 보고서에서, 서비스가 통합되어 있다는 명목만으로는 충분하지 않으며, 실제로 연속성과 결과를 중심으로 성과를 측정하고 책임을 부여하는 체계가 있어야만 비용 대비 효과가 나타난다고 강조한다(OECD, 2005; OECD, 2025). WHO와 세계은행의 고령자 통합서비스 구축 논의에서도, 통합케어가 성공하려면 정보 흐름과 책임 구조를 함께 재설계해야 하며, 특히 일차의료와 지역사회 서비스 사이의 정보 연계와 공동 성과지표 설정이 핵심 과제라고 지적한다(WHO, 2019; World Bank, 2023).

현행 한국 전달체계에서는 건강보험과 장기요양보험, 복지 급여와 사회서비스 이력,

보건소·복지관·민간기관의 사례정보가 각기 다른 시스템과 문서 양식으로 관리되고 있어, 동일 이용자의 전체 서비스 이용 상황을 종합적으로 파악하기 어렵다. 사회서비스 전달체계 분석은 이러한 분절된 정보 구조 때문에 연계가 제도화된 절차가 아니라 담당자 개인의 연락과 노력에 의존하는 비공식 연계로 남는다고 지적한다. 이 조건에서는 통합지원센터를 설계하더라도 센터가 가진 정보가 제한적이고 기관별 기록이 서로 연결되지 않기 때문에, 실질적인 사례조정과 결과 모니터링이 어렵다.

국제적으로도 통합돌봄을 성과 중심으로 운영하려는 시도가 활발하다. NHS England는 고령자·허약 노인을 위한 통합케어에서, 단일 진입점과 다직종팀 구성뿐 아니라 결과 중심 위임과 정보기반 의사결정을 핵심 요소로 제시한다(NHS England, 2014; NHS England, 2020). 예를 들어, 고위험 허약노인을 대상으로 한 통합케어 경로에서는 응급 입원 감소, 재입원 감소, 기능저하 지연, 재가생활 유지, 돌봄 만족도 등을 주요 성과지표로 설정하고, 이를 달성하기 위한 정보공유·조정·모니터링 체계를 계약과 운영지침에 반영한다(NHS England, 2014). OECD 역시 건강한 노화와 커뮤니티케어의 경제적 효과 분석에서 재가생활 유지와 불필요한 입원·입소 감소, 기능 저하 예방이 통합케어 개입의 주요 성과임을 제시하며, 이러한 결과를 측정·모니터링하기 위한 정보체계 투자가 필수라고 강조한다(OECD, 2025; OECD, 2022).

요컨대, 성과책임과 정보연계의 동시 강화 원칙은 통합지원과 연계를 좋은 의도로 머물게 하지 않고, 정보 흐름과 결과 책임을 연결하는 체계로 만들자는 것이다. 정보가 끊긴 상태에서는 조정 책임만 늘어나고 실제 조정 역량은 확보되지 않으며, 결과지표 없이 건수 중심 실적평가가 지속되는 한 통합지원센터와 조정기구는 새로운 회의체 이상의 의미를 갖기 어렵다. 따라서 한국형 전달체계 재편에서는 최소 공통 플랫폼과 통합정보체계를 마련해 정보연계를 단계적으로 강화하고, 재가생활 유지, 기능저하 지연, 입원·입소 패턴 변화, 이용자·가족 경험 등을 중심으로 하는 결과지표를 개발·적용함으로써 성과를 실질적으로 관리하는 구조로 전환할 필요가 있다

표 4-1 보건·복지 서비스 전달체계의 재편의 기본 원칙과 설계 방향

원칙	요지	설계 방향의 핵심
수요자 중심성과 통합 접근	이용자 기준으로 욕구를 통합 파악	통합 접근창구, 연속적 지원 경로 설계
지역기반성과 조정 기능	지역 단위에서 기관·제도 연결 및 조정	시군구 조정거점, 전환기 사례조정 강화
구조개혁 병행	재원·공급·기관·조정 구조를 함께 조정	국고보조·민간위탁·복지관 구조 보완
성과책임·정보연계 강화	정보와 책임을 잇는 결과 중심 체계 구축	최소 공통 플랫폼, 결과 중심 성과지표 도입

제2절

전달체계의 재편 전략

1. 단기 제도 개선 과제

가. 시군구 통합지원센터의 실질적 기능 정립

전달체계 재편을 위해 가장 중요한 과제는 시군구 통합지원센터를 단순한 사업 관리 조직이 아니라, 실제 사례조정과 서비스 연계를 총괄하는 허브로 작동시키는 것이다(보건복지부, 2026). 현재 통합돌봄 본사업과 관련 지침은 신청·접수, 종합판정조사, 개인별 지원계획 수립, 통합지원회의, 서비스 연계, 모니터링의 절차를 제시하고 있으나, 현장에서는 어느 기관이 조정의 최종 책임을 지는지, 의뢰·회신이 어떤 기준으로 이뤄지는지, 사례회의 결과가 어떻게 집행으로 이어지는지가 충분히 표준화되어 있지 않다. 따라서 단기적으로는 시군구 통합지원센터의 최소 기능을 명확히 규정할 필요가 있다. 예컨대, 대상자 접수와 분류, 공통 사정 총괄, 통합지원회의 운영, 서비스 의뢰·회신 관리, 고위험군 모니터링, 종결 및 재개입 판단은 시군구 센터의 핵심업무로 분명히 설정하는 등의 조치가 필요하다.

이와 함께 읍면동, 보건소, 국민건강보험공단 지사, 의료기관, 장기요양기관, 복지관, 민간위탁기관 등과의 업무 흐름도 표준화할 필요가 있다. 통합지원센터는 연계 요청을 전달받는 곳에 그치는 것이 아니라, 의뢰된 사례를 선별하고, 공통 사정을 통해 개인별 지원계획을 수립하며, 서비스 제공기관이 실제로 개입했는지와 그 결과가 무엇이었는지 확인·회신받는 기관이어야 한다. 우선적으로 전국 공통의 운영 표준과 기록 양식을 마련해, 지자체별 편차를 줄이고 최소 수준의 통합지원 품질을 확보하는 방안을 마련할 필요가 있다.

나. 읍면동-시군구 역할 재정립과 생활권 접근성 강화

그간 읍면동 복지허브화와 주민자치형 공공서비스 개편은 주민접점에서의 찾아가는 상담과 위기가구 발굴을 강화하는 방향으로 발전해 왔으며, 이는 초고령사회 대응에서도 여전히 중요한 기반이다(강혜규, 2013; 보건복지부, 2016; 함영진, 2020). 다만 읍면동에 복합육구 사정, 사례관리, 급여 신청, 위기개입, 민관자원 연계를 모두 집중시키는 방식은 지속 가능하지 않다.

따라서 보건·복지 서비스 전달체계 재편 전략의 핵심은 읍면동의 강점과 한계를 분

명히 전제한 기능분화에 있다. 읍면동은 초기접점과 발굴 기능을 담당하고, 시군구 통합지원센터는 복합욕구 사정과 계획 조정, 다기관 협업 운영을 담당하는 구조가 필요하다. 이는 읍면동의 역할을 축소하자는 것이 아니라, 생활권 접근성과 전문적 조정을 결합하자는 의미다. 주요국 사례에서도 생활권 접점과 상위 수준 조정거점의 결합이 핵심적 운영원리로 작동한다.

다. 케어코디네이션과 사례회의의 공식 절차화

전달체계 재편을 위하여 반드시 구축해야 할 기반 중 하나는 케어코디네이션 기능의 공식화이다. 현재 한국의 보건-복지 연계는 상당 부분 담당자의 개인적 경험, 비공식 네트워크, 기관 간 관행에 의존하는 경향이 강하다. 그러나 초고령사회에서 복합욕구 대상자의 수가 늘어날수록 이러한 방식은 일관성과 지속 가능성 측면에서 한계를 드러낼 수밖에 없다. 복합사례는 의료, 돌봄, 복지, 가족지원, 주거 문제가 중첩되는 경우가 많아 단일 기관의 판단만으로는 적절한 지원경로를 설계하기 어렵기 때문이다. 영국의 MDT, 일본의 지역케어회의, 독일의 상담·조정체계가 시사하듯이, 복합사례에 대해서는 정기적 사례회의와 명확한 코디네이터 역할, 의뢰·회신 규칙이 제도적으로 보장되어야 한다.

특히, 일본의 개호보험 체계는 케어코디네이션 기능을 공식 직무로 제도화한 대표적인 사례라는 점에서 참고할 필요가 있다. 일본의 개호지원전문원, 즉 케어매니저는 이용자의 생활상황과 욕구를 파악하고, 케어플랜을 작성하며, 보건·의료·복지 분야 전문가들과 서비스 담당자 회의를 운영하고, 서비스 제공 상황을 모니터링하며 필요 시 계획을 재조정하는 역할을 수행한다. 이는 조정 기능을 담당자의 경험이나 기관 간 관행에 맡기지 않고, 별도의 직무와 자격, 연수체계를 통해 제도적으로 보장하고 있다는 점에서 한국에 중요한 시사점을 준다.

또한 일본의 지역포괄지원센터에는 주임 케어매니저를 포함한 다직종 인력이 배치되어 종합상담, 권리옹호, 지역 네트워크 구축, 지원 곤란 사례 조정 등을 수행하고 있다. 이 사례는 초고령사회에서 케어코디네이션이 단순한 사례 연결 업무가 아니라, 지역 차원의 사례조정과 서비스 책임을 떠받치는 핵심 기능임을 보여 준다. 한국 역시 통합지원회의나 사례회의를 운영하는 데 그칠 것이 아니라, 사례를 지속적으로 추적하고 다기관 협업을 실질적으로 연결하는 전담 조정 인력을 제도 안에 공식화할 필요가 있다.

따라서 단기적으로는 통합지원회의와 고위험군 사례회의의 운영기준을 마련하고, 누가 회의를 소집하며, 누가 계획 초안을 작성하고, 누가 회의결과를 기록·배포하고, 누가 이행 여부를 점검하는지를 명확히 해야 한다. 또한, 케어코디네이터 또는 통합사례관리자의 직무를 제도화하여, 사정-계획-연계-모니터링의 전 과정을 추적하는 전담

기능을 확보할 필요가 있다. 이는 단기적으로는 시군구 센터 내 전담인력 배치로 시작할 수 있으며, 중장기적으로는 별도 직무체계와 교육훈련 체계로 발전시킬 수 있다. 핵심은 회의체를 한 번 더 만드는 것이 아니라, 사례 흐름을 지속적으로 추적하고 기관 간 책임을 연결하는 조정기능을 공식 제도로 정착시키는 데 있다.

라. 최소 공통 사정항목과 의뢰·회신 체계 구축

현실적으로 전달체계 재편 실행단계에서 모든 제도의 자격판정체계를 하나로 통합하는 것은 어렵다. 건강보험, 장기요양보험, 노인맞춤돌봄, 장애 관련 서비스, 기초생활보장 등은 각각 법적 기준과 급여체계가 다르기 때문이다. 따라서 단기적으로는 이들 제도를 즉시 통합하기보다, 공통 사정항목과 통합지원계획 양식을 마련하는 것이 보다 현실적이다(WHO, 2019; OECD, 2022). 의료적 필요, 기능상태, 인지상태, 돌봄 필요, 심리·사회적 위험, 가족 돌봄 역량, 주거환경, 지역자원 이용 상황 등을 포함하는 최소 공통 사정항목을 정비하면, 제도 간 정보연계의 기초를 형성할 수 있다(WHO, 2019). 이는 각 제도의 자격기준을 통합하는 것이 아니라, 대상자의 복합욕구를 공통의 틀로 먼저 파악한 뒤 필요한 서비스를 조합·연계할 수 있게 하는 기반이라는 점에서 의미가 있다.

이와 함께 의뢰·회신 규약을 표준화할 필요가 있다. 현재는 많은 경우 서비스 의뢰가 이루어졌는지, 제공기관이 실제 개입했는지, 결과가 어떠했는지가 체계적으로 환류되지 않는다. 의뢰 시 어떤 정보가 필수적으로 포함되어야 하는지, 회신은 어떤 시점에 어떤 항목으로 제출해야 하는지, 미회신 또는 개입 불가 사례는 어떻게 처리할 것인지에 대한 기준을 마련해야 한다. 이 절차가 갖춰질 때 통합지원센터는 단순한 중개기관이 아니라 실제 조정기관이 될 수 있다.

2. 중장기 제도 개혁 과제

중장기 과제의 출발점은 통합돌봄지원의 법제화가 구조개혁의 종결이 아니라 출발점에 가깝다는 점을 분명히 인식하는 데 있다. 한국의 보건·복지 서비스 전달체계는 오랜 기간 사업별 국고보조, 민간위탁 중심 공급구조, 복지관 종별 체계, 분절된 정보시스템을 축으로 발전해 왔으며, 이는 각 제도가 고유한 법·제도·예산 틀을 유지하면서 병렬적으로 확대되어 왔음을 의미한다. 이런 구조 속에서 통합지원센터를 설치하더라도, 기존 사업과 기관이 그대로인 상태에서는 센터가 실제 구조를 바꾸기보다는 회의체 운영과 사업 간 조정을 담당하는 형식적 허브에 머물 위험이 크다. 다시 말해 통합지원 법제화와 센터 설치가 재정 흐름, 공급구조, 기관 역할, 정보체계의 분절 문제를 자동으로 해결해 주지 않는다. 따라서 중장기적으로는 재정구조, 공급구조, 기관체계,

정보체계를 함께 조정하는 포괄적 개혁이 필요하다.

가. 보건복지사무소·사회복지사무소 논의의 재검토

중장기 제도개혁 과제 중 하나로 주목할 필요가 있는 부분은 오늘날의 통합지원 논의가 완전히 새로운 주제가 아니라는 점이다. 이미 1990년대 중반 보건복지사무소 시범사업을 통해 보건과 복지를 통합적으로 제공하는 지역 전달체계 모형이 제시된 바 있으며, 이후 2000년대에는 사회복지사무소, 주민생활지원서비스, 희망복지지원단, 읍면동 복지허브화 등 다양한 전달체계 개편 시도가 순차적으로 이루어졌다. 보건복지사무소나 사회복지사무소는 단지 과거에 시행된 한 번의 정책 실험이 아니라, 현재 논의가 무엇을 계승하고 무엇을 수정해야 하는지를 보여 주는 중요한 역사적 참조점이다.

보건복지사무소 모형은 시군구 보건소에 복지서비스 전달기능을 설치하여, 그간 분산되어 운영되던 보건·복지 서비스를 한 기관에서 연계·통합하려는 시도였다. 보건소가 가진 지역보건 기능과 복지부문의 사례 관리·급여 결정 기능을 한 조직 안에 모아, 지역 주민에게 보다 통합적인 접근창구를 제공하고 보건·복지의 분절을 줄이려는 문제의식에서 출발하였다. 이후 사회복지사무소 시범사업은 시군구 본청 차원에 복지전담기구를 설치하여 조사·결정·통합사례관리 기능을 전문화하는 방향으로 추진되었다. 주민생활지원서비스와 희망복지지원단, 읍면동 복지허브화 등은 다시 읍면동 단위의 접근성과 사례관리 기능을 강화하려는 방향으로 설계되었다.

이러한 시도들은 제도화 과정에서 여러 한계를 드러냈지만, 최소한 세 가지 점에서 보건·복지 서비스 전달체계 재편 논의에 중요한 시사점을 제공한다. 첫째, 전달체계 개편은 언제나 시군구 거점 강화와 읍면동 접점 기능 조정이라는 문제를 동반해 왔다는 점이다. 보건복지사무소와 사회복지사무소 모두 시군구 수준의 전문성과 읍면동 수준의 접근성 사이의 긴장을 어떻게 조정할 것인가를 핵심 쟁점으로 삼았다. 둘째, 단일조직을 설치하는 것만으로 통합이 완성되지 않는다는 점이다. 보건복지사무소 시범사업에서도 보건과 복지의 조직적 결합이 곧바로 정보, 인력, 예산, 서비스 조정의 통합으로 이어지지 않았으며, 제도 간 권한 배분과 운영기준을 정교하게 설계하지 않을 경우 기대했던 효과가 크게 줄어든다는 사실이 확인되었다. 셋째, 전달체계 개편에서 무엇보다 중요한 것은 조직개편 자체가 아니라 기능과 권한의 재배치라는 점이다. 어떤 명칭의 센터를 설치할 것인가보다 누가 조사·판정·계획·연계·모니터링을 책임지는지, 어디에 조정권과 최종 책임을 둘 것인지를 명확히 하는 것이 본질이다.

이 점에서 현재의 시군구 통합지원센터 도입은 과거 보건복지사무소 모형을 단순 반복하기보다, 그 한계를 수정한 새로운 형태로 재구성될 필요가 있다. 과거 보건복지사무소가 보건소 중심의 조직통합에 상대적으로 가까웠다면, 현재의 통합지원센터는 보

건소, 의료기관, 장기요양기관, 복지관, 읍면동, 민간기관을 가로지르는 조정허브로 설계되어야 한다. 또한 과거 모형이 공공조직 내부의 재편에 무게를 두었다면, 현재는 민간위탁기관과 지역사회 자원을 포함하는 네트워크형 운영이 병행될 필요가 있다.

나. 공공 전달체계와 민간 공급구조의 재설계

공공 전달체계 개편과 민간 공급구조 재설계를 분리해서 볼 수 없다. 한국의 보건·복지 서비스는 상당 부분 민간위탁과 민간 제공기관을 통해 공급되고 있다. 다시 말해 지자체와 공공기관이 설계·조정·재정 기능을 담당한다고 해도, 실제 서비스 제공의 상당 부분은 민간위탁기관, 사회복지법인, 비영리단체, 영리기관 등에 의해 이루어지고 있다. 이러한 구조가 그대로 유지되는 한, 통합돌봄지원센터를 설치하더라도 센터가 지역 단위 통합설계와 사례조정을 실질적으로 수행하기는 쉽지 않다.

현재의 민간위탁 체계는 대개 사업별 계약과 실적평가 중심으로 운영된다. 사업 수행량, 예산 집행, 개별 서비스 제공 건수, 이용자 수 등 활동지표가 평가의 중심을 이루고 있으며, 기관 간 협업 수준이나 지역 차원의 통합지원 기여도, 취약지역·취약집단에 대한 책임 수행 정도는 상대적으로 평가에 덜 반영된다. 이러한 구조에서는 통합돌봄지원센터가 다기관 협업과 사례조정을 위해 노력하더라도, 개별 기관 입장에서는 위탁 받은 사업 실적을 잘 수행하는 것이 가장 직접적인 평가 기준이 되기 때문에, 시간과 인력을 들여 사례회의에 참여하고 정보공유를 하는 동기가 충분히 형성되기 어렵다. 통합지원 참여와 정보연계가 기관에 추가 부담만을 가져오고, 재정·평가 측면의 인센티브로 이어지지 않는다면, 민간 공급구조는 여전히 사업별·기관별 운영에 머물 가능성이 크다.

복지관 종별 체계 역시 기능 재정립이 필요하다. 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 종별 체계는 대상별 전문성을 제공하는 측면에서 분명한 장점을 갖지만, 초고령사회에서는 한 노인의 욕구가 건강·장기요양·장애·빈곤·고립·주거문제와 복합적으로 결합되는 경우가 많아, 대상별 기관 구분만으로는 충분하지 않다. 현재의 구조에서는 노인복지관, 장애인복지관, 종합사회복지관이 각자의 영역에서 프로그램과 서비스를 제공하면서, 복합사례에 대해서는 어느 기관이 조정 기능을 담당해야 하는지 불명확한 경우가 많다.

따라서 중장기적으로는 국고보조사업, 민간위탁, 복지관 종별 구분 등 주요 제도를 함께 개혁하여 지자체별 사정에 맞는 유연한 접근이 가능하도록 해야 한다. 국고보조사업의 경우 사업별 칸막이를 일정 부분 완화하여, 지자체가 통합지원계획에 따라 예산을 묶어 편성하거나, 취약지역·취약집단에 대한 통합적인 패키지로 재구성할 수 있도록 하는 방향을 검토할 필요가 있다.

예를 들어, 노인돌봄, 지역사회서비스, 주거개선, 방문건강관리 예산의 일부를 포괄보조금 성격의 통합지원 예산 블록으로 묶어, 시군구 통합지원센터와 지자체가 공동으로 우선순위를 설정하고 자원을 배분할 수 있게 하는 방식을 고려해 볼 수 있다. 이는 단순한 예산 통합이 아니라 지방정부의 계획·조정 권한을 실질적으로 강화하고, 지역의 고령화 압박과 공급 취약성에 따라 자원을 보다 유연하게 배분할 수 있게 하는 장치라는 점에서 의미가 있다.

여기서 말하는 통합지원 예산블록은 단순한 예산 통합이 아니라, 현행 사업별 국고보조를 일부 포괄보조금 방식으로 전환하거나 재구성함으로써 지방정부의 계획·조정 권한을 실질적으로 강화하는 방향을 뜻한다. 다만 포괄보조금 방식은 지방재정 자율성을 높이는 장점이 있는 반면, 성과책임과 용도 관리가 약화될 수 있다는 우려도 있으므로, 공통 성과지표와 지역계획 심사, 사후평가 체계를 함께 설계할 필요가 있다.

민간위탁 구조에 대해서도 평가와 계약 기준을 조정하여, 단순 사업량과 활동지표뿐 아니라 통합지원 참여도와 협업성과를 반영하도록 해야 한다. 통합지원센터와의 사례 공유 및 회의 참여 정도, 정보연계와 의뢰·회신 책임 이행 정도, 취약지역·취약집단에 대한 기여도, 지역 기반 통합지원 네트워크에서의 사례회의·자원 맵핑·공동계획 참여도 등을 위탁평가와 재계약 기준에 포함하면, 민간기관 입장에서 통합지원 참여와 정보연계가 추가적인 수고가 아니라 기관의 존속과 성장에 중요한 요소로 인식될 수 있다. 이는 민간기관을 단순 사업 수행자로 보는 관점을 넘어, 지역 통합지원체계의 파트너로 재위치시키는 방향이기도 하다.

복지관 체계는 초고령사회에 맞게 종별 구분을 단계적으로 완화·폐지하고, 접근성을 기본으로 지역의 수요와 복합욕구에 따라 기능과 역할을 재설계할 필요가 있다. 즉, 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관이라는 현재의 구분을 그대로 전제하여 각 기관의 역할을 고정하기보다, 어떤 지역에 어떤 고령인구 집단과 취약 수요가 집중되어 있는지, 생활권 단위 접근성이 어떠한지, 기존 시설과 민간자원이 얼마나 분포해 있는지를 기준으로 지역거점 기능을 유연하게 배치해야 한다.

이 경우 어떤 지역에서는 기존 노인복지관이 고령자 통합지원의 핵심 거점이 될 수 있고, 다른 지역에서는 종합사회복지관이 자원허브와 사례조정 기능을 더 많이 담당할 수 있으며, 장애인복지관은 장애를 가진 고령자에 대한 전문 지원 거점으로 참여할 수 있다. 중요한 것은 기관의 명칭이나 종별 구분 자체가 아니라, 지역 주민이 실제로 얼마나 쉽게 접근할 수 있는지와 그 지역의 복합적 필요에 맞는 기능이 배치되어 있는지이다.

따라서 중장기적으로는 복지관 종별 체계를 유지한 채 역할만 부분적으로 덧붙이는 방식보다, 지역별 접근성 분석과 수요 분석을 바탕으로 기능 중심 재편을 추진할 필요

가 있다. 이는 초고령사회 대응에서 복지관을 특정 대상 집단의 전용 시설로 고정하기보다, 지역의 실질적인 수요에 따라 사례발굴, 초기상담, 집단프로그램, 고위험군 모니터링, 자원연계, 주민조직화 등 필요한 기능을 조합하는 생활권 기반 통합지원 거점으로 재구성하자는 의미다.

또한, 의료·요양 영역의 시장형 공급구조에 대해서도 지역계획화 원리를 도입할 필요가 있다. 현재 장기요양 재가기관과 일부 재택의료 관련 공급은 시장 진입과 수익성에 따라 지역 편재가 발생하는 경향이 강하므로, 중장기적으로는 지자체가 지역 수요와 공급 현황, 후기고령자 집중, 취약지역 공백 등을 반영해 공급 배치를 관리·유도할 수 있는 계획 권한을 강화할 필요가 있다. 이는 민간공급을 전면 부정하자는 것이 아니라, 공공의 지역 계획과 책임 아래 공급구조를 보다 균형 있게 유도하자는 것이다.

이처럼 국고보조사업, 민간위탁, 복지관 종별 체계를 중장기적으로 개혁하여 지자체별 사정에 맞는 유연한 통합지원 설계가 가능해질 때, 시군구 통합돌봄지원센터는 단순 조정회의 운영기구를 넘어, 지역의 재정·기관·서비스를 실제로 엮어 내는 조정허브로 기능할 수 있다. 결국 공공 전달체계와 민간 공급구조의 재설계는 통합돌봄지원센터 설치를 뒷받침하는 주변 과제가 아니라, 초고령사회 대응 전달체계 재편의 핵심적인 구조개혁 과제라 할 수 있다.

다. 정보체계와 성과관리의 고도화

돌봄통합지원정보시스템을 단순한 행정기록 도구가 아니라, 조정과 성과관리의 핵심 인프라로 발전시킬 필요가 있다. 초기 단계에서는 최소 공통 정보항목과 의뢰·회신 관리만으로도 큰 진전이 되지만, 궁극적으로는 재가생활 유지율, 불필요한 입원·입소 감소, 기능저하 지연, 위기상황의 사전 개입 여부, 이용자와 가족의 경험 등 결과지표를 지속적으로 추적할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 건강보험, 장기요양보험, 지방복지사업, 보건소 서비스, 민간서비스 정보가 단계적으로 연계될 수 있는 법적·기술적 기반을 마련해야 한다. 개인정보 보호와 정보주체의 권리를 보장하면서도, 통합지원에 필요한 최소한의 정보 연계가 가능하도록 제도와 기술을 함께 설계해야 한다.

성과관리 역시 건수 중심 실적평가를 넘어서야 한다. 현재 많은 사업이 접수 건수, 방문 건수, 연계 건수 등 활동량 중심 지표로 관리된다. 그러나 통합지원의 성과는 대상자가 지역사회에서 얼마나 안정적으로 생활을 유지하는지, 불필요한 입원과 시설입소가 줄었는지, 위기상황이 악화되기 전에 개입했는지, 이용자와 가족이 얼마나 예측 가능한 지원경험을 했는지 등 결과 중심 지표로 평가되어야 한다. 이는 단순히 평가기법을 바꾸는 문제가 아니라, 전달체계 전체를 사람 중심·결과 중심으로 전환하는 과정이다. 통합지원정보시스템과 결과지표를 결합하면, 시군구·읍면동·기관단위에서 어떤

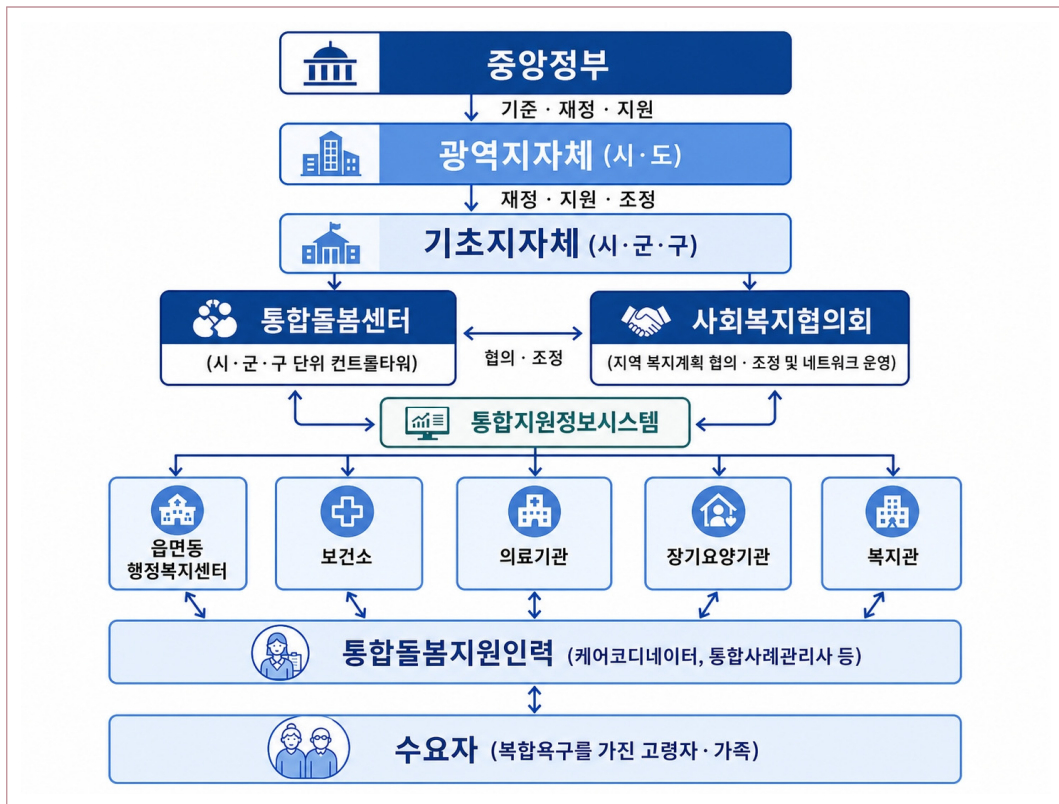
개입이 어떤 결과를 가져왔는지, 특정 지역이나 집단에서 지원이 부족한 영역은 어디인지, 장기적으로 어떤 개혁이 전달체계의 성과를 개선하는지에 대한 근거를 축적할 수 있다. 이런 점에서 정보체계와 성과관리의 고도화는 초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계 개편이 일시적 사업이 아니라 지속 가능한 제도로 자리잡기 위한 필수 조건이라 할 수 있다.

제3절

정책적 합의

초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계 재편은 단기 실행과 중장기 구조개혁이 상호 연동된 이행전략으로 추진되어야 한다. 다음 그림은 본 보고서가 검토한 내용을 바탕으로 작성한 초고령사회 대응 보건·복지 서비스 전달체계의 정책 설계도이다.

그림 4-1 보건·복지 서비스 전달체계 재편 전략 개념도



보건·복지 서비스 전달체계 재편 전략 개념도는 시군구 통합지원 거점을 중심으로 읍면동 초기접점, 보건소·의료기관·장기요양기관·복지관·민간기관의 연계, 통합지원 정보시스템을 통한 정보연계, 통합돌봄지원인력을 매개로 한 케어코디네이션, 공통 사정도구, 정보공유, 모니터링이 하나의 운영 구조 안에서 결합되어야 함을 시각적으로 제시하고 있다.

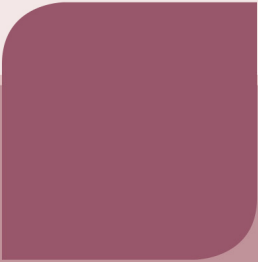
재편 전략 개념도를 정책적으로 해석하면, 첫째로 초고령사회 대응 전달체계는 서비스를 많이 보유한 체계가 아니라 서비스를 연결하고 조정할 수 있는 체계여야 한다는 점이 분명해진다. 현재 한국은 의료, 장기요양, 돌봄, 복지 서비스가 제도별로 상당 수준 이상 제공되고 있지만, 고령자가 실제로는 여러 창구를 반복해서 거치고 각 제도의 기준을 개별적으로 통과해야 하는 구조를 가지고 있다. 그림은 이러한 병렬 구조를 통합지원 경로로 재구성하자는 제안이며, 핵심은 개별 기관의 확대가 아니라 시군구 수준 조정허브의 확립에 있다. 위계 구조와 조정거점 배치는 바로 연결·조정을 제도적으로 뒷받침할 필요가 있음을 보여 준다.

둘째, 읍면동과 시군구의 관계를 재정립해야 한다. 그동안 한국의 전달체계 개편은 읍면동 접점을 강화하는 방향과 시군구 전문조정 기능을 강화하는 방향 사이를 오가며 전개되어 왔다(강혜규, 2013). 이 둘을 대립적으로 보기보다, 읍면동은 생활권 초기접점과 발굴기능을, 시군구 통합지원센터는 종합조정과 사례관리 기능을 담당하는 이중 구조로 결합할 필요가 있다. 이는 보건복지사무소와 사회복지사무소 논의에서 반복적으로 제기되었던 접근성 대 전문성의 긴장을 현실적으로 조정하는 방식으로 이해할 수 있다.

셋째, 케어코디네이션이 전달체계의 부수적 기능이 아니라 중심 기능으로 격상해야 한다. 과거 전달체계 개편은 조직 설치나 접수창구 정비에 상대적으로 많은 관심을 기울였지만, 실제 초고령사회에서는 복합욕구 사례를 누가 끝까지 추적하고 조정할 것인가가 훨씬 더 중요하다(김현경 외, 2022). 정책적으로 통합돌봄지원센터의 설계가 건물이나 조직 명칭의 문제가 아니라, 사정-계획-연계-모니터링을 잇는 조정역량과 통합돌봄지원인력(케어코디네이터·통합사례관리자 등)의 제도화 문제임을 뜻한다.

넷째, 정보연계와 공통 사정도구를 통합지원의 기술적 부속물이 아니라 제도 기반으로 이해해야 한다. 실제로 한국에서 통합지원이 어려운 중요한 이유는 서비스가 없어서가 아니라, 건강보험, 장기요양보험, 보건소, 복지사업, 민간기관 정보가 서로 분절되어 있고, 동일 대상자의 욕구를 공통 기준으로 파악하기 어렵기 때문이다. 따라서 최소 공통 정보항목과 의뢰·회신 체계를 먼저 구축하고, 이를 통합지원정보시스템을 통해 단계적으로 확장해야 할 필요가 있다.

다섯째, 전달체계 재편의 성공은 장기적으로 지속가능한 재정·운영 체계 확립에 의해 좌우된다. 시군구 통합돌봄지원센터를 설치하더라도 국고보조사업 구조, 민간위탁 평가체계, 복지관 종별 구조, 분절된 정보시스템이 그대로 실제 운영은 병렬적으로 남을 가능성이 크다. 따라서 정책과제는 단기 제도개선과 중장기 구조개혁으로 구분하여 추진하되, 단기적으로는 조정거점과 사례운영 절차를 정비하고, 중장기적으로는 통합지원 예산블록, 지방정부 계획·조정 권한 강화, 시장형 공급의 지역계획화, 복지관 및 지역거점 기능 재편, 정보연계 기반과 결과 중심 성과관리 체계를 함께 정비하는 방향으로 나아갈 필요가 있다.



표/그림목차

[표 1-1] 보건·복지 서비스 전달체계의 기관 유형 및 범위	10
[표 2-1] 시군구별 고령화 부담과 복지·요양 인프라 진단 사례	23
[표 2-2] 한국 보건·복지 서비스 전달체계별 역할	27
[표 2-3] 노인 대상 보건·복지 서비스 자원 유형별 특성	28
[표 2-4] 노인 대상 의료·요양·돌봄 주요 제도 비교	30
[표 2-5] 65세 이상 노인 건강보험 진료비 추이: 2019~2023	34
[표 2-6] 장기요양 인정자 등급별 분포 추이: 2020~2024	34
[표 2-7] 노인맞춤돌봄서비스 운영 현황: 2021~2024	36
[표 2-8] 보건소 기반 노인 건강관리서비스 운영 현황: 2022~2024	37
[표 2-9] 복지관 체계 운영 현황: 2024년 기준	39
[표 2-10] 주요 보건·복지 서비스 전달체계별 운영 실태 비교	42
[표 2-11] 주요 전달체계 개편 시도의 비교	44
[표 3-1] 분석 대상 서비스 영역	53
[표 3-2] 비교 대상 국가와 한국의 기본 현황: 2023년 기준	53
[표 3-3] 국외사례 비교·분석 결과 요약	78
[표 4-1] 보건·복지 서비스 전달체계의 재편의 기본 원칙과 설계 방향	88

[그림 2-1] 65세 이상 인구의 연령대별 구성 비중 전망: 2025~2072	17
[그림 2-2] 노인부양비 전망: 2025~2070	19
[그림 2-3] 장기요양 인정자 수·급여비용 추이: 2020~2024	20
[그림 2-4] 시도별 65세 이상 고령인구 비중: 2025	21
[그림 2-5] 지역 유형별 고령화율 및 서비스 공급 비교	22
[그림 4-1] 보건·복지 서비스 전달체계 재편 전략 개념도	97



참고문헌

1. 문헌 자료
2. 온라인 자료
3. 보도자료 및 신문기사

참 고 문 헌

1. 문헌 자료

- 강성호·김혜란(2020), 「노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할제고 방향」, 보험연구원 연구 보고서 2020-13, 보험연구원.
- 강혜규(2013), 「지방자치단체 복지 전달체계 개편방안 연구」, 연구보고서 2013-21, 한국보건사회연구원.
- 강혜규·이한나·김보영·주은수·최지선·최권호·황정하·김태은·최요석(2019), 「공공서비스 이용의 최적화를 위한 복지전달체계 연구(Ⅲ): 인적자원 관리를 중심으로」, 연구보고서 2019-48, 한국보건사회연구원.
- 건강보험심사평가원(2024), 「건강보험통계」, 건강보험심사평가원.
- 국민건강보험공단(2023), 「국민건강보험공단 통계연보」, 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단(2025), 「2024 노인장기요양보험 통계연보」, 국민건강보험공단.
- 김남훈·김수린·손경민(2021), 「농촌 지역 장기요양서비스 실태와 정책과제: 경제적 유인 방안을 중심으로」, 한국농촌경제연구원.
- 김수린(2025), 「초고령사회 농촌의 치매관리 실태와 개선과제」, 한국농촌경제연구원.
- 대한정신건강간호학회(2023), 「정신건강복지센터 전문인력 현황 관련 자료」, 대한정신건강간호학회.
- 보건복지부(2020), 「노인맞춤돌봄서비스 사업안내」, 보건복지부.
- 보건복지부(2024), 「노인보건복지 사업안내」, 보건복지부.
- 보건복지부(2025), 「2024 노인복지시설 현황」, 보건복지부.
- 보건복지부(2026), 「2026년 의료·요양 통합돌봄 사업안내」, 보건복지부·중앙사회서비스원.
- 서동민(2025), “돌봄통합지원법 도입에 따른 지역사회 통합돌봄의 쟁점 및 개선 방향”, 「보건복지포럼」, 340: 4-23.
- 선우덕·정순돌·양찬미(2012), 「노인장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로」, 한국보건사회연구원.
- 이영숙(2024), “노년부양비 상승, 생존 키워드를 말하다”, 「NRC 경제인문사회연구회 연간기획」, 2024년 겨울호, 경제인문사회연구회.
- 이윤경(2021), 「일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로」, 한국보건사회연구원.
- 전라남도사회서비스원(2025), 「일본 지역포괄케어시스템 운영과 시사점 -도시·농촌지역 비교

- 를 중심으로-」, 전라남도사회서비스원.
- 조수현(2009), “지방정부 사회복지예산 결정의 메커니즘과 구조적 맥락”, 『한국사회복지학』, 제61권 제2호, pp.101-131.
- 참여연대(2018), “[기획3] 일본의 지역포괄 케어와 커뮤니티 케어의 과제”, 참여연대, 2018.7.3 1. <https://peoplepower21.org/welfare/1576895>
- 통계청(2023), 「장래인구추계: 2022~2072년」, 통계청.
- 통계청(2025), 「2025 고령자 통계」, 통계청.
- 행정안전부(2025), 「사회서비스 전달체계 실태분석 연구」, 행정안전부.
- 황경란·조성희·최성은(2022), 「초고령사회를 대비한 노인복지관 기능 모색 연구」, 경기복지재단 정책연구보고 2022-06, 경기복지재단.
- Bundesministerium für Gesundheit(2024), Ratgeber Pflege, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Glasby, Jon, and Helen Dickinson(2014), Partnership Working in Health and Social Care: What Is Integrated Care and How Can We Deliver It?, 2nd ed., Bristol: Policy Press.
- Goodair, Benjamin, Adrienne McManus, Michelle Degli Esposti, and Anders Bach-Mortensen(2024), “How outsourcing has contributed to England’s social care crisis”, BMJ, Vol. 387.
- Local Government Association(2018), Adult social care funding and integration survey research report, July 2018, London: Local Government Association.
- NHS England(2019), Network Contract Directed Enhanced Service, London: NHS England.
- NHS England(2022), Integrated Care Boards in England, London: NHS England.
- OECD(2005), The OECD Health Project: Long-term Care for Older People, Paris: OECD Publishing.
- OECD(2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing.
- OECD(2024), Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators, Paris: OECD Publishing.
- Sum, G., Lau, L. K., Jabbar, K. A., Lun, P., George, P. P., Munro, Y. L., & Ding, Y. Y. (2023), “The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework: A Narrative Review on Its Adoption Worldwide and Lessons Learnt”, International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(1).

- The King's Fund(2016), Integrated Care: Our Position, London: The King's Fund.
- World Health Organization(2017), Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization(2019), Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services. Geneva: World Health Organization.

2. 온라인 자료

- Bundesministerium für Gesundheit(검색일: 2026.6.23.), "Pflegestützpunkte", <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestuetspunkte>.
- NHS England(검색일: 2026.6.23.), Integrated care systems, <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/>.
- OECD(검색일: 2026.6.23.), Health at a Glance: OECD Health Statistics, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.
- The King's Fund(검색일: 2026.6.23.), Integrated care, <https://www.kingsfund.org.uk/topics/integrated-care>.
- 국가데이터포털(2024), 독거노인 비율 관련 통계.
- 국가데이터포털(2025), 혼자 사는 70세 이상 고령층 관련 통계.
- 법제처(검색일: 2026.6.23.), 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」, 「사회복지사업법」, 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」, 「지역보건법」, <https://www.law.go.kr>.
- 통계청 국가통계포털(KOSIS)(검색일: 2026.6.23.), 주민등록인구통계·장래인구추계 등, <https://kosis.kr>.

3. 보도자료 및 신문기사

- 김선민 의원실(2025), "치매안심센터 필수인력 부족 현황", 보건복지부 제출 자료, 2025. 3. 22. (연합뉴스 보도일 기준).
- 전진숙 의원실(2024), "정신건강의학과 전문의 지역별 편차 현황(2014~2024)", 건강보험심사평가원 제출 자료, 2024. 10. 8.; 『한겨레』, 2024. 10. 8. 재인용.
- 메디포뉴스(2018), "고령화 문제 직면, 커뮤니티 케어 先 도입한 일본은?", 메디포뉴스.

초고령사회 대응 보건·복지 서비스
전달체계 중장기 재편 전략

발행일 2026년 8월
발행인 김 기 식
발행처 국회미래연구원
주 소 서울시 영등포구 의사당대로 1
전 화 02)786-2190
팩 스 02)786-3977
홈페이지 www.nafi.re.kr
인쇄처 경성문화사 (02-786-2999)

© 2026 국회미래연구원

ISBN 979-11-94650-80-5 (93330)