

공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안 연구

2026. 2.

기관명	삼육대학교 산학협력단
대표자	양 민 규

*본 연구의 내용은 연구진의 분석에 의한 것이며, 남양주시복지재단의 공식적인 입장이 아님을 밝힙니다.

제출문

남양주시복지재단 대표이사 귀하

본 연구보고서를 “**공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계
구축방안 연구**” 용역의 최종보고서로 제출합니다.

2026. 2.

삼육대학교 연구책임자	조 미 숙
연구원	최 순 남
보조원	정 영 일

삼육대학교 산학협력단

목 차

요약 (Executive Summary)	1
1. 연구의 배경 및 목적	3
2. 연구 방법 및 과정	4
3. 핵심 연구 결과	5
제1장 서론	9
1. 연구의 목적 및 필요성	11
1.1. 연구의 필요성	11
1.2. 연구의 목적	12
2. 연구의 내용 및 방법	13
2.1. 연구의 내용	13
2.2. 연구 방법	14
3. 기대 효과	16
제2장 남양주시 지역 현황 및 진단	17
1. 일반 현황	19
1.1. 지리적·행정적 특성	19
1.2. 인구 현황 및 추이	21
1.3. 경제 및 사회문화적 환경	24
2. 남양주시 노인 돌봄 수요 현황	26
2.1. 고령화 현황 및 전망	26
2.2. 읍면동별 노인인구 분포	27
2.3. 노인 진료 및 장기요양 현황	28
3. 남양주시 통합돌봄 자원 및 인프라 진단	29
3.1. 보건의료 자원	30
3.2. 요양 및 돌봄 자원	31
3.3. 주거 및 생활지원 자원	32
4. 남양주시 지역사회통합돌봄 추진 현황 및 평가	32
4.1. 추진 배경 및 경과	33

4.2. 추진체계	33
4.3. 주요 사업 및 서비스 내용	34
4.4. 선도사업 운영 평가	36
제3장 국내외 지역사회통합돌봄 사례분석	37
1. 국내외 통합돌봄 사례분석 프레임워크	39
1.1. Gilbert & Terrell 분석틀	40
1.2. Donabedian 분석틀	41
2. 국외 통합돌봄 사례분석 및 성공 요인 추출	41
2.1. 덴마크: 탈시설화와 재가 중심 예방 (Aging in Place)	42
2.2. 스웨덴: 아델 개혁 (Ädel Reform) 및 지방분권형 돌봄	45
2.3. 핀란드(시온 소테 모델): 구조적 통합과 디지털 돌봄	48
2.4. 영국(토베이): 통합케어시스템 (Integrated Care System)	50
2.5. 일본: 개호보험 기반의 지역포괄케어시스템	52
2.6. 독일: 수발보험제도	55
2.7. 미국: Medicaid 기반의 주(州)별 분절적·다양화 모델	60
3. 국내 통합돌봄 사례분석 및 핵심 성공요인(CSF) 추출	63
3.1. 부천시: 민·관협력 기반 의료-돌봄 통합 모델	64
3.2. 대전광역시 서구: 스마트 돌봄 및 다학제 협력 모델	65
3.3. 광주광역시 서구: 통합돌봄 전담 조직 및 24시간 대응 모델	67
3.4. 강원특별자치도 횡성군: 농촌형 보건-복지 연계 모델	68
3.5. 전북특별자치도 전주시: 노인 일자리 연계 및 주거 통합 모델	69
3.6. 경기도 안산시: 주거 중심의 융합형 통합돌봄 모델	70
3.7. 핵심 성공 요인(CSF) 및 인사이트 추출	71
제4장 초점집단 인터뷰(Focus Group Interview, FGI) 분석	75
1. 분석 개요	77
2. 분석 대상	77
3. 분석 절차	79
3.1. 1단계: 데이터 코딩 및 질적 분석	79
3.2. 2단계: 데이터 계량화 및 양적 분석	79
3.3. 3단계: '핵심 발견사항(Key Findings)' 도출	80
4. 분석 결과	80

4.1. 이용자 집단 FGI 분석	81
4.2. 공공기관 FGI 분석	86
4.3. 민간기관 FGI 분석	91
4.4. 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 FGI 분석	96
4.5. FGI 소결	100
4.6. 남양주시 통합돌봄 SWOT 분석	108
5. 핵심 발견사항(Key Finding)	119
5.1. 발견사항 1: 분절된 전달체계와 행정적 비효율성	119
5.2. 발견사항 2: 서비스 정보의 비대칭성과 접근성 한계	119
5.3. 발견사항 3: 의료-돌봄 연계의 구조적 취약성	120
5.4. 발견사항 4: 이용자의 정서적 지지 및 자기결정권 존중	120
5.5. 발견사항 5: 돌봄 인력의 전문성 및 처우 문제	121
제5장 공공-민간협력기반 남양주시 돌봄통합체계 구축(안)	125
제6장 결론 및 제언	129
1. 현장 중심의 전달체계 개편 및 권한 이양	132
2. 통합 정보 플랫폼 구축 및 정보 접근성 강화	132
3. 의료-돌봄 연계 강화를 위한 제도적 지원	132
4. 이용자 중심 돌봄문화 확립 및 정서적 지원 확대	133
5. 돌봄 인력 전문성 향상 및 처우 개선 방안	133
6. 제언	133
참고문헌	135

<표 목차>

<표 1> 남양주시 읍면동 노인인구 현황(2025.02 기준)	22
<표 2> 남양주시 65세 이상 노인 인구 추이(2018~2035)	24
<표 3> 남양주시 부양비 추이(2020~2024)	26
<표 4> 남양주 읍면동별 고령화 수준	27
<표 5> 남양주시 장기요양 인정자 현황 (2025.06. 기준)	28
<표 6> 남양주시 장기요양 등급외자 및 노인맞춤돌봄서비스 대상자 현황	29
<표 7> 남양주시 의료기관 및 인력 현황 (2025.06. 기준)	30
<표 8> 경기도 주요 시군구별 급여종류별 장기요양기관 현황	31
<표 9> 남양주시 통합돌봄 주요 서비스 목록 (2026년 실행계획서 기준)	35
<표 10> 국내외 지역사회통합돌봄 사례 분석틀	41
<표 11> 국가별 통합돌봄 비교	62
<표 12> 국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 모델 비교	71
<표 13> 4개의 FGI 집단유형과 일반적 특징	78
<표 14> 이용자 집단 FGI 참여자 특성	82
<표 15> FGI 빈도 분석	85
<표 16> 공공기관 FGI 참여자 특성	86
<표 17> 민간기관 FGI 참여자 특징	92
<표 18> 민간기관 그룹 주요 키워드 출현 빈도 (상위 10개)	95
<표 19> 남양주시 SWOT 매트릭스	112
<표 20> 남양주시 통합돌봄 SWOT 기반 4대 전략 체계(안)	117
<표 21> 남양주시 통합돌봄 체계를 구성할 핵심 주체와 역할	126

〈그림 목차〉

[그림 1] 연구 과정도	15
[그림 2] 남양주시 위치	20
[그림 3] 남양주시 행정구역 지도	20
[그림 4] 남양주시 시정계획 생활권 설정	21
[그림 5] 남양주시 65세 이상 인구수	23
[그림 6] 남양주시 노인인구 추세 (2018~2035)	23
[그림 7] 남양주시 재정규모	25
[그림 8] 남양주시 읍면동별 노인인구 비율 (2025.02. 기준)	28
[그림 9] 남양주시 장기요양 인정자 현황	29
[그림 10] 남양주시 보건의료 자원 현황 (2025.06 기준)	30
[그림 11] 남양주시 장기요양기관 인프라 (2025년 기준)	31
[그림 12] 남양주시 통합돌봄 서비스 체계	34
[그림 13] 국내외 통합돌봄 사례분석 프레임워크	40
[그림 14] 덴마크 통합돌봄 모델	45
[그림 15] 스웨덴의 통합 돌봄 체계	46
[그림 16] 에스더(Esther) 모델	47
[그림 17] 시운 소테 운영센터 조직도	49
[그림 18] 토베이시 모델	51
[그림 19] 일본의 지역포괄케어 시스템	53
[그림 20] 독일의 독일의 공보험(GKV)과 사보험(PKV) 시스템의 구조적 차이	58
[그림 21] 부천시 보건-복지 통합지원 모형	64
[그림 22] 전국 및 강원 고령화율(2000~ 2024)	68
[그림 23] 집단별 FGI 데이터량 분석	81
[그림 24] 돌봄서비스 이용자집단의 FGI 빈도 비율	85
[그림 25] 이용자 FGI 워드 클라우드 분석 결과	86
[그림 26] 공공기관 FGI 주제별 키워드 빈도	90
[그림 27] 공공기관 FGI 워드 클라우드	90
[그림 28] 민간기관 FGI 주요 키워드 빈도 (상위 10개)	96
[그림 29] 민간기관 FGI 워드 클라우드	96
[그림 30] 민·관 합동 워크숍 FGI 주요 키워드 빈도 (상위 9개)	99

[그림 31] 민·관협력워크숍 FGI 워드 클라우드	99
[그림 32] 민·관협력워크숍 주요 주제별 의견 일치도	100
[그림 33] 4개 집단의 FGI 의미단어 빈도분석	101
[그림 34] 4개 집단의 FGI 의미단위 빈도분석	102
[그림 35] 통합돌봄 키워드 네트워크 구조도	103
[그림 36] 키워드 중심성 분석 (DC×BC)	106
[그림 37] 커뮤니티 구조 분석 (6개 주제별 군집)	107
[그림 38] 핵심 키워드 동시출현 네트워크분석 (Top 20)	108
[그림 39] 남양주시 통합돌봄 SWOT 분석	109
[그림 40] 남양주시 공공·민간 협력 통합돌봄 전달체계 구상	125
[그림 41] 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 지역거점케어허브 모형(안)	127

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

요 약



남양주시복지재단

요약 (Executive Summary)

1. 연구의 배경 및 목적

대한민국은 세계적으로 유례없는 속도로 고령화가 진행됨에 따라, 2025년 65세 이상 인구 비중이 20.6%에 달하는 초고령사회에 진입하였다. 이러한 인구구조의 급격한 변화는 기존의 시설 중심 돌봄 체계의 한계를 드러내며, 개인이 살던 곳에서 존엄한 노후를 맞이할 수 있도록 지원하는 ‘지역사회 통합돌봄(Community Integrated Care)’으로의 전환을 국가적 과제로 부상시켰다. 특히 2026년 3월 「지역사회 통합돌봄 기본법」의 전면 시행을 앞두고, 모든 기초지방자치단체는 지역 특성에 맞는 효과적인 통합돌봄 모델을 의무적으로 구축해야 하는 책임을 안게 되었다.

지금까지 우리나라에서는 지역사회통합돌봄의 성공적인 정착을 위한 다양한 연구들이 수행되어왔다. 그러나 지역사회통합돌봄의 국내·외 사례분석을 통한 성공요인(Critical Success Factors, CSF)추출, FGI의 질적·양적분석, SWOT분석을 동시에 투입하여 지자체의 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축방안” 제시는 미흡했다. 따라서 본 연구는 수도권 내 대표적인 도농복합도시인 남양주시를 대상으로 다음과 같은 목적을 가지고 수행되었다.

첫째, 통합돌봄 선도사업을 수행했던 지자체로서 남양주시가 가지고 있는 지역사회통합돌봄에 대한 기본적 개념과 철학적, 이론적 기반부터 정책과제에 이르기까지 이슈와 평가를 토대로 지금까지의 남양주시 통합돌봄을 분석하고자 한다.

둘째, 지역사회통합돌봄 제도의 보편화 단계에서 국내·외 통합돌봄에 관한 다양한 사례분석을 통하여 성공요인(Critical Success Factors, CSF)을 추출하고 이를 토대로 남양주시가 구축해야 할 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계”의 방향성을 제시하고자한다.

셋째, 남양주시 실정에 맞는 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축방안”을 찾고자 4개 영역 집단(즉, 1) 돌봄서비스 이용자집단 2) 돌봄서비스 제공자로서 공공기관 3) 돌봄서비스 제공자로서 민간기관, 그리고 4) 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍집단)의 FGI (Focus Group Interview : 초점집단면접)를 질적·양적으로 심층 분석하고자 한다.

넷째, SWOT분석을 통해 남양주시 실정에 맞는 최적의 방안을 탐색하여 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계”(안)과 함께 적용할 수 있는 실증적인 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 방법 및 과정

본 연구에서는 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계” 구축 대안을 제시하기 위하여 다음과 같은 3단계의 연구 방법 및 과정을 수행하였다.

첫째, 문헌 연구를 통해 남양주시의 인구, 사회·경제적 현황 및 돌봄 자원 인프라를 진단하고, 덴마크, 일본 등 해외 7개국과 부천시, 광주 서구 등 국내 6개 지자체의 통합돌봄 모델을 심층 분석하여 핵심 성공 요인(CSF)을 추출하였다.

둘째, 연구의 핵심인 초점집단 인터뷰(FGI)를 수행하였다. 특히 FGI(Focus Group Interview: 초점집단면접) 분석에 있어 혼합연구방법(Mixed methods) 중 탐색적 순차설계(Exploratory Sequential Design)를 활용하여 연구문제에 대한 다각적인 접근을 시도하여 각 주체가 인식하는 통합돌봄현장의 문제점과 개선 요구사항을 입체적으로 제시하였다. 이는 소수를 대상으로 깊이 있게 탐색한 질적 결과를 대규모 표본에 적용하여 그 결과가 보편적인지 검증하는데 매우 유용하며 다음과 같은 분석단계를 거쳤다.

1) 초점집단인터뷰(FGI)를 통해 심층 데이터를 수집하고 의미단위나 주요 범주를 추출하는 질적 데이터 수집 및 분석을 수행하였다.

2) 연결(Connecting)데이터 수집 및 분석단계로 질적 분석 결과를 바탕으로 대규모 집단에도 적용 가능한 계량화 통계 분석을 시도하였다. 특히, 질적 분석 결과를 통해 얻은 원자료(Raw Data)에서 단어와 단어, 개념과 개념 사이의 관계를 ‘링크(Link)’로 표시하여, ‘공공-민간협력기반 남양주시 지역사회 통합돌봄체계구축’을 위한 FGI의 형태, 밀도, 중심성등을 파악하는 네트워크 분석(network analysis)기법을 활용하였다(Popping, 2000; 김연경 외, 2017).

3) 통합 및 해석단계로, 분석된 다양한 데이터 결과가 어떻게 확장 통합되어 하나의 결과로 도출될 수 있는지에 대한 단계를 거쳤다. 본 연구는 이러한 연구 설계를 통해 증거에 기반한(evidence-based) 연구 결과를 도출하여 제시하였다.

셋째, SWOT분석(Strength, Weakness, Opportunity, Threat Analysis: 강점, 약점, 기회, 위협분석)을 통해 지금까지 남양주시 돌봄서비스 과정에서 나타난 운영성과, 한계점 그리고 발전방향등을 종합적으로 분석하였다(Marilyn M. Helms, & Judy Nixon, 2010).

넷째, 이상의 분석 결과를 종합하여 남양주시가 직면한 핵심 과제를 해결하기 위한 ‘공공-민간협력기반 남양주시 지역사회통합돌봄체계구축’ 대안을 개발하고, 구체적인 실행 로드맵을 제시하였다.

3. 핵심 연구 결과

2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 성공적인 통합돌봄 체계 정착을 위해서는 기반을 다지고 점진적으로 확대해 나가는 단계적 접근이 효과적일 것이다.

따라서 본 연구에서 도출된 5가지 핵심 발견사항을 바탕으로, 성공적인 ‘공공-민간협력기반 남양주시 지역사회통합돌봄체계구축’을 위한 5가지 정책 방향과 제언을 하였다. 각 제언은 현장의 목소리를 반영하여 구체적이고 실행가능 하도록 구성하였다.

첫째, 현장 중심의 전달체계 개편 및 권한 이양: 행정적 비효율성을 극복하고 신속한 현장 대응을 위해, 현재의 시(市) 중심 컨트롤타워 구조를 읍면동 및 권역별 민간 거점기관 중심으로 개편할 것을 제안한다. 초기 대상자 발굴, 욕구 조사, 단순 서비스 연계 등의 권한과 그에 따른 책임을 현장 단위로 과감히 이양하고, 남양주시는 복합적인 사례에 대한 슈퍼비전, 정책 개발, 자원 확보 및 배분 등 총괄 조정 역할에 집중할 필요가 있다.

둘째, 통합 정보 플랫폼 구축 및 정보 접근성 강화: 분절된 정보를 통합하고 이용자의 정보 접근성을 획기적으로 개선하기 위하여 '남양주형 통합돌봄 정보 플랫폼' 구축을 제안한다. 이 플랫폼은 공공과 민간의 모든 서비스 및 자원 정보를 DB화하여 실시간으로 공유하고, AI 기반의 맞춤형 서비스 추천 기능을 탑재하여 이용자와 실무자 모두에게 유용한 도구가 되어야 한다. 플랫폼 구축은 서비스 중복·누락 방지를 통한 예산 절감 및 업무 효율성 증대 효과를 가져올 것이므로, 비용이 아닌 장기적 관점의 '투자'로 인식되어야 한다.

"대상자 정보를 모든 기관이 공유할 수 있는 플랫폼 구축이 필요한 것 같아요... 대상자 연계와 협업이 엄청~신속해질 것 같아요."- 공공기관 참여자B

또한, 디지털 소외계층인 어르신들이 쉽게 접근할 수 있도록 “아리아”와 같은 음성인식 AI 스피커, 경로당 키오스크, 모바일 앱 등 온라인 채널과 더불어, 인쇄물 소식지 배포, 찾아가는 상담 등 오프라인을 아우르는 다채널 정보 제공 전략을 병행해야 할 필요가 있다.

셋째, 의료-돌봄 연계 강화를 위한 제도적 지원: 의료-돌봄 연계의 구조적 문제를 해결하기 위해 남양주시 차원의 적극적인 역할이 필요하다. 첫째, '남양주시 의료-돌봄 협의체'를 구성하여 의사회, 한의사회, 약사회 등 전문가 단체와 정기적인 논의 채널을 마련할 필요가 있다. 이 협의체를 통해 방문진료·복약지도 등 참여에 대한 현실적인 인센티브(예: 시 예산 지원, 사회공헌활동 인정, 지역 언론 홍보 지원 등)를 개발하고 제공하여 의료 전문가들의 참여를 유도해야 한다.

"시 차원에서 의료기관과의 협력과 사회공헌을 조율할 중간 기관을 별도로 두거나, 현실적으로 의사 확보가 어렵다면 간호 인력을 확충하는 방안도 고려할 필요가 있어요!!"- PUG (남양주 지역사회 통합돌봄 공공기관 FGI 스크립트, 2026)

뿐만아니라, 이용자들이 강력하게 요구한 대학병원급 종합병원 유치를 시의 장기적인 정책 과제로 설정하고, 구체적인 계획 수립을 할 필요가 있다. 이는 중증·응급 상황에 대한 지역 내 대응 능력을 강화하고 시민들의 의료 불안을 해소하는 데 결정적인 역할을 할 것이다.

"간곡히 바라는 건 여기 종합병원이 생겼으면 하는 거예요... 아주 간절해요."- 이용자C

넷째, 이용자 중심 돌봄문화 확립 및 정서적 지원 확대: 이용자의 존엄성과 자기결정권을 보장하는 돌봄문화를 정착시켜야 한다. 서비스 계획 수립 단계부터 이용자와 그 가족의 참여를 의무화하고, 다양한 서비스 목록을 명확히 제시하여 선택권을 실질적으로 보장할 필요가 있다. 자가 소유자라는 이유로 주거 개선 지원에서 배제되는 등의 경직된 기준을 완화하고, 이용자의 실제 필요에 기반한 유연한 지원이 이루어져야 한다.

특히, 이용자들이 제기한 '외로움' 문제를 해결하기 위해 '말벗 서비스'를 단순 안부 확인을 넘어 깊이 있는 정서적 교류가 가능하도록 개편하고, 시니어 봉사단을 활용한 '또래 상담' 프로그램을 활성화하는 등 정서적 지원 서비스를 다각화 할 필요가 있다. AI 스피커와 같은 기술은 보조 수단으로 활용하되, 핵심은 '사람과 사람의 연결', '관계적 돌봄'에 있음을 잊지 말아야 할 것이다.

다섯째, 돌봄 인력 전문성 향상 및 처우 개선 방안: 돌봄 인력의 역량 강화와 안정적인 활동을 지원하기 위한 다각적인 방안이 필요하다. 민간기관 및 관내 대학과 협력하여 '남양주시 돌봄 아카데미(가칭)'와 같은 상설 교육 체계를 구축하고, 사례관리, 다직종 연계, 이용자 소통, 인권 교육 등 전문 교육 과정을 제공할 필요가 있다. 특히, '사례관리 전문 사회복지사'와 같은 '남양주형 돌봄 전문가 인증 과정'을 신설할 수 있으며, 이를 이수한 인력에게 채용 및 수당 등에서 인센티브를 제공할 수도 있을 것이다(민간기관 참여자A).

앞으로 남양주시가 직면한 도전과 기회를 바탕으로 지속가능한 '공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축'(안)을 실행하기 위해 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, '시민 중심'이라는 핵심 가치를 모든 정책의 최우선에 두어야 한다. FGI 분석결과 이용자들은 기능적 지원을 넘어 '정서적지지'와 '자기 결정권 존중'을 강력히 원했다(이용자F). 이는 통합돌봄의 성공이 서비스의 가짓수가 아닌, 시민 한 사람 한 사람의 '삶의 질'을 얼마나 높였는가에 달려있음을 의미한다. 스웨덴의 '에스더 모델'이 "에스더에게 최선은 무엇인가?"라는 질문에서 시작했듯이, 남양주시의 모든 정책 결정 과정은 "남양주 시민에게 최선은 무엇인가?"라는 질문에서 출발해야 할 것이다. 이를 위해 서비스 계획 수립 시 이용자 참여를 의무화하고, 정책 평가 지표에 이용자 만족도와 삶의 질 변화를 핵심 지표로 포함시킬 필요가 있다.

둘째, '데이터 기반 행정'으로의 과감한 전환이 필요하다. FGI에 참여한 4개 영역의 집단이 공통적으로 지적했듯이 '정보 단절' 문제는 시스템 비효율의 핵심 원인으로 파악되었다(공공기관 참여자F). FGI 분석결과 본 연구에서 제시한 '통합정보 플랫폼'은

단순히 정보를 모아두는 창고가 아니라, 축적된 데이터를 분석하여 돌봄 수요를 예측하고, 자원을 효율적으로 배분하며, 정책 효과를 과학적으로 검증하는 ‘데이터 기반 행정’의 심장이 되어야 할 것이다. 이를 통해 증거에 기반한 ‘스마트 통합돌봄 서비스’를 구현할 수 있을 것이다.

셋째, 민간기관을 ‘동등한 파트너’로 인정하고 돌봄현장에 힘을 실어주어야 한다. FGI 분석결과 민간기관들은 ‘권한 없는 책임’ 구조에 대한 어려움을 언급하였다(민간기관 참여자G). 본 연구에서 제시한 ‘현장 중심의 권한 이양’은 이러한 파트너십의 시작이라고 할 수 있다. 현장의 전문성과 자율성을 믿고 권한을 위임할 때, 민간의 창의성과 신속성이 발휘되어 경직된 공공 행정의 한계를 보완하고 시너지를 창출할 수 있을 것이다.

넷째, ‘돌봄 인력’에 대한 투자는 비용이 아닌 미래를 위한 가장 확실한 투자이다. 서비스의 질은 결국 ‘사람’에게서 나온다. FGI 분석결과 돌봄 인력의 낮은 처우와 전문성 부족 문제는 통합돌봄의 근간을 흔드는 가장 큰 위협 요인으로 확인되었다(민간기관 참여자D). ‘남양주 돌봄 아카데미’ 운영, ‘통합돌봄 특별회계’ 설치 등 돌봄 인력의 전문성을 높이고 합당한 대우를 보장할 필요가 있다는 점이다. 이는 양질의 일자리를 창출하고, 시민에게는 수준 높은 서비스를 제공하며, 궁극적으로 남양주시 통합돌봄의 역량을 강화하는 선순환을 만들 것이다.

다섯째, 성공적인 통합돌봄 체계 구축은 단기적인 성과에 연연하지 않고, 장기적인 비전 아래 꾸준히 나아가는 긴 호흡의 과정이다. 남양주시는 선도사업을 통해 축적한 경험과 민·관 협력의 자산을 바탕으로, 본 연구가 남양주시가 모든 시민이 살던 곳에서 건강하고 존엄한 삶을 누릴 수 있는 ‘돌봄 공동체’로 나아가는 데 의미 있는 기초자료로 활용되기를 기대한다. 향후 연구에서는 본 연구에서 제안된 정책들의 구체적인 실행 모델검증과 재원 조달 방식에 대한 구체적인 연구가 이어져야 할 것이다.

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

I 서론



남양주시복지재단

제1장 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

1.1. 연구의 필요성

우리나라는 2025년, 65세 이상 노인인구가 전체인구의 20.6%로 초고령 사회에 진입하였으며, 2050년에는 40%를 넘어설 것으로 추산하고 있다(통계청, 2025). 특히 전체 인구의 3분의 1을 차지하는 베이비부머 세대가 후기노령기인 75세에 진입하는 2030년부터는 의료를 포함한 요양 및 돌봄 수요의 폭발적 증가가 예상되면서 노인 통합돌봄의 중요성이 사회적으로 강조되고 있는 상황이다. 이는 기대수명의 증가로 다수의 노인이 하나 이상의 만성질환을 앓는 상태로 장기간 살아가게 되면서, 단기적인 치료중심 접근이 아닌 장기적이고 통합적인 돌봄 체계의 필요성을 제기하고 있다는 점이다. 실제로 2023년 노인 실태조사에 따르면, 전체 노인의 86.1%가 최소 한 개 이상의 만성질환을 앓고 있었으며, 이 중 절반 이상은 2개 이상의 만성질환을 동시에 가지고 있는 것으로 나타났다(강은나 외, 2023).

장기 요양시설에 입소하기 전, 지역사회에서 의료 및 사회서비스를 받으며 살아가는 노인의 수가 꾸준히 증가하고 있으며, 이들을 위한 지속 가능한 효과적인 돌봄 지원은 중요한 국가적 과제이다. 노년기의 삶이 단순한 생존을 넘어, 만성질환과 함께 살아가는 과정을 중심으로 재설계되어야 함을 시사하며, 지역사회 내 노후 생활로써 AIP(Aging in Place)가 중요한 돌봄 패러다임으로 주목받고 있는 이유이다.

다양한 국내·외 연구 결과에서도 지역사회 내에서 안정적인 사회적 관계망과 적절한 의료와 사회서비스를 받고 있는 노인들의 삶의 만족도가 높다고 보고하고 있다(Joling et al., 2018; Ko et al., 2019; Markle-Reid et al., 2018). 즉, 노인들이 익숙한 지역사회에서 자기 삶의 방식과 욕구에 맞춘 다양한 돌봄 서비스를 받으며, 존엄성을 유지한 채 살아갈 수 있도록 지원하는 것을 의미하는 AIP(Aging in Place)가 작동될 수 있도록 효과적인 통합돌봄체계가 중요한 시점인 것이다.

현재, 남양주시의 경우 2025. 6월말 기준 730,245명중 65세이상 노인인구가 134,084명(18.4%)으로 고령도시이지만, 곧 20%이상의 초고령사회에 진입할 것으로 예측되면서 통합돌봄체계 구축이 무엇보다 시급한 실정으로 나타났다(경기도 남양주시, 2025).

2018년 6월 보건복지부는 ‘지역사회의 힘으로 돌봄이 필요한 사람이 자신이 살던 곳에서 어울려 살아갈 수 있는 나라’를 비전으로 ‘커뮤니티케어 추진방향’을 발표(보건복지부, 2018)한 이후 지금까지 기초지자체 16곳에서 시범사업이 운영되었었다(관계부처합동, 2018).

2024. 3. 26 「돌봄통합지원법」제정으로 2026. 3. 27.이후 모든 기초지방자치단체가 의무적으로 지역돌봄통합지원사업을 시행해야 하는 상황에서 이에 대응하기 위한 남양주시의 특성을 반영한 공공-민간협력기반 통합돌봄체계구축 개발은 무엇보다 시의적절한 과제임에 틀림없다. 그러나 현재와 같이 지역사회에서 제공받을 수 있는 예방서비스와 재가서비스가 미흡한 수준에서 거동이 불편해도 재가서비스 등의 도움을 받으며 살던 곳에서 계속 살기를 희망하는 노인들의 바램과는 달리, 노화, 장애, 사고, 신체적·정신적 질환 등의 이유로 돌봄이 필요한 상황에 놓였을 때 병원이나 시설을 선택하는 것 외에는 대안을 찾기 어려운 것도 사실이다. 뿐만아니라 대상별로 파편적·분절적으로 전달되는 사회서비스 제공체계의 경직성으로 인한 돌봄 공백 문제는 노인뿐 아니라 전 연령층에 걸쳐 다발적으로 발생하고 있는 어려움이다.

현실적으로 지역사회돌봄통합이 작동하기 위해서는 다음의 두 가지 점이 필요하다. 하나는 거의 혁명에 가깝게 개혁되어야 하는 전방위적인 정책과제와 또 하나는 완전히 탈바꿈되어야 할 “돌봄서비스 제공 문화”로의 전환이다. 이 두 가지 이슈 모두 다음과 같은 두 가지 위기에 빠질 수 있는 위험도 함께 존재한다. 첫째, 우리를 압도하는 혁신적 과제이기에 쉬운 길로 왜곡하여 타협하고자 하는 유혹에 빠질 위험성이 있다. 둘째, 지역사회 통합돌봄이라는 고유명사로 실행되는 사회서비스 정책이기에 휴먼서비스의 보편적 가치를 손상시킬 수도 있다는 점이다.

따라서 현 단계에서는 ‘의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(이하 돌봄통합지원법)’시행을 목전에 두고 그 누구도 돌봄통합을 위한 완벽한 정책로드맵을 갖고 있다고 확신하기는 어려운 상황이다. 그러나 본 프로젝트는 구체적인 비전에 대한 사회적 공감대 형성에 바탕을 두고 남양주시만의 공공-민간협력기반 통합돌봄체계구축 모형이 나와야 한다는 절박한 시대적 필요성에서 시도되었음을 밝힌다.

1.2. 연구의 목적

지역사회 통합돌봄체계구축이란 한두 개의 제도를 개선하고 몇 개의 급여를 새로이 도입하고 기존의 서비스를 연계하는 수준을 의미하는 것이 아니다. 각각의 제도적 맥락이 복잡한 “보건-의료-사회서비스”를 지역사회 통합돌봄 정책 방향으로 시스템과 인력, 서비스 내용, 서비스 문화를 근본적으로 혁신하는 구조적 개혁과 통합돌봄에 대한 혁신 가치가 있어야 하는 작업이다.

지금까지 우리나라에서는 지역사회통합돌봄의 성공적인 정착을 위한 연구들이 수행되어왔다. 그러나 지역사회통합돌봄의 국내·외 성공사례분석을 통한 성공요인(Critical Success Factors, CSF)추출, FGI의 질적·양적분석, SWOT분석을 동시에 투입하여 지자체의 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축방안” 제시는 미흡했다. 따라서 본 연구는 다음과 같은 목적을 가지고 시도되었다.

첫째, 지역사회통합돌봄 제도의 보편화 단계에서 국내·외 지역사회통합돌봄에 관한 다양한 사례분석을 통하여 추출된 성공요인(Critical Success Factors, CSF)을 토대로 남양주시 통합돌봄의 현 위치를 파악하고, 보완점을 탐색하고자 한다.

둘째, 통합돌봄 선도사업을 수행했던 지자체로써 남양주시가 가지고 있는 지역사회통합돌봄에 대한 기본적 개념과 철학적, 이론적 기반부터 정책과제에 이르기까지 이슈와 평가를 토대로 지금까지의 남양주시 통합돌봄을 분석하고자 한다.

셋째, 남양주시 실정에 맞는 통합돌봄을 찾고 구축하기 위한 4개 영역의 집단(즉, 1)돌봄서비스 이용자집단, 2)돌봄서비스 제공자로써 공공기관, 3)돌봄서비스 제공자로써 민간기관, 그리고 4)민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍집단)으로 나누어 FGI(Focus Group Interview : 초점집단면접)를 질적·양적으로 심층 분석하고자 한다.

넷째, 2026년 3월 지역사회통합돌봄 전국시행과 함께 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안”을 제시하고자 한다.

2. 연구의 내용 및 방법

2.1. 연구의 내용

중앙정부의 지역사회통합돌봄 정책에서는 지방정부의 공적 책임은 강조되었으나 민간기관과 지역주민이 주요 주체로서 고려되지 못한 한계점이 있었다. 지역사회통합돌봄은 지역연대성에 기반을 두어 함께 서로를 돌보기 위한 지역주민의 참여와 관계가 매우 중요하다. 주민들이 자신뿐만 아니라 이웃의 돌봄에 관심을 갖고 주체적으로 참여할 수 있는 AIP(Aging in Place) 중심의 지역사회통합돌봄 환경을 조성해 나가야 한다는 점이다. 따라서 본 연구에서의 내용은 다음과 같다.

첫째, 지역사회통합돌봄 성공사례로 남양주시에 함의를 줄 수 있는 국외 7개국과 국내 6개의 우수지자체 사례분석을 통해 그 성공요인이 무엇인지를 탐색하고자 한다.

둘째, 현황분석으로써 남양주시의 통합돌봄 선도사업 성과분석, 남양주시의 자원현황분석등을 통하여 그 한계점과 개선방안을 도출하고자 한다.

셋째, 남양주시 통합돌봄의 핵심주체 및 역할을 분명히 하고 남양주시만의 특성을 고려한 요양·돌봄·의료·주거 서비스에 근거한 공공-민간 협력 통합돌봄 전달체계(모형)를 추출하고자 한다.

넷째, 이상의 연구결과를 바탕으로 단계별 추진전략 및 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축 안을 제시 하고자 한다.

2.2. 연구 방법

본 연구에서는 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안 연구”를 위하여 다음과 같은 연구 방법 및 절차를 진행하였다(Janse, B., Huijsman, R., De Kuyper, R. D. M., & Fabbricotti, I. N., 2016).

먼저 본 연구는 횡단적 연구(Cross-sectional research)로 문헌고찰을 통해 연구문제를 도출하고 1차 자료(Raw data) 수집을 통한 자료 분석을 실시하였다. 남양주시 선도사업의 좌표가 되는 일반현황, 노인현황, 지역사회현황 그리고 남양주시 지역사회 통합돌봄 선도사업 현황분석을 통하여 현상학적 차원에서 내적·외적 자원 및 남양주시 통합돌봄의 현재를 진단·평가하였다.

둘째, 지역사회통합돌봄 사례분석으로써 국외 주요 7개국 통합돌봄사례분석 및 국내 6개의 통합돌봄 우수지자체 사례분석을 위하여 다양한 문헌(Grey literature)을 체계적으로 고찰하여 성공요인(Critical Success Factors, CSF)을 추출하였다.

셋째, FGI(Focus Group Interview:초점집단면접)는 전문가 집단의 토론을 통해 설문조사와 같은 양적 연구에서 드러나지 않는 심층적이고 현실적인 의견을 수렴할 수 있다는 장점을 가지고 있다. 기존의 분석 결과로 판단하기 어려운, ‘왜’와 같은 질문에 대한 답을 효과적으로 수렴할 수 있는 방법으로 현장의 인식을 그 고유한 맥락 속에서 심층적으로 분석할 수 있는 효과적인 방법이다. 따라서 본 프로젝트에서는 4개 영역의 집단(즉, 1)돌봄서비스 이용자집단, 2)돌봄서비스 제공자로서 공공기관, 3)돌봄서비스 제공자로서 민간기관, 그리고 4)민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍집단)으로 나누어 진행한 FGI (Focus Group Interview : 초점집단면접)를 통하여 그들이 경험하고 있는 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안”에 대한 생각과 방안을 추출하고자 하였다.

특히 FGI(Focus Group Interview:초점집단면접) 분석에 있어 혼합연구방법(Mixed methods) 중 탐색적 순차설계 (Exploratory Sequential Design)를 활용하여 연구문제에 대한 다각적인 접근을 시도하였다. 탐색적 순차설계 (Exploratory Sequential Design)는 질적 연구를 통해 추출된 변수와 문헌고찰에서 추출된 변수를 바탕으로 다양한 양적분석을 시도하여 일반화하는 방식이다. 이러한 연구방법은 소수를 대상으로 깊이 있게 탐색한 질적 결과를 대규모 표본에 적용하여 그 결과가 보편적인지 검증하는데 매우 유용하며 다음과 같은 분석단계를 거쳐 진행되었다.

1) 초점집단인터뷰(FGI)를 통해 심층 데이터를 수집하고 의미단위나 주요 범주를 추출하는 질적 데이터 수집 및 분석을 수행하였다.

2) 연결(Connecting)데이터 수집 및 분석단계로 질적 분석 결과를 바탕으로 대규모 집단에도 적용 가능한 계량화 통계 분석을 시도하였다. 특히, 질적 분석 결과를 통해 얻은 원자료(Raw Data)에서 단어와 단어, 개념과 개념 사이의 관계를 ‘링크(Link)’로 표시하여, 공공-민간협력기반 남양주시 지역사회통합돌봄 FGI의 형태, 밀도, 중심성등을 파악하는 네트워크 분석(network analysis)기법을 활용하였다(Popping, 2000; 김연경 외, 2017).

3) 통합 및 해석단계로, 분석된 다양한 데이터 결과가 어떻게 확장 통합되어 하나의 결과로 추출될 수 있는지에 대한 단계를 거쳤다. 이상의 연구절차는 동시에 실시하지만 독립적으로 수행되며 복잡하고 다양한 차원의 결과를 획득할 수 있는 효율적인 연구방법이다(Creswell & Clark, 2011). 본 연구는 이러한 연구 설계를 통해 증거에 기반한(evidence-based) 연구 결과를 도출하고 제시하였음을 밝힌다.

4) 초점집단인터뷰(FGI)를 통한 질적연구의 경우, 남양주시복지재단의 협조를 얻어 편의 표집 방법으로 조사대상을 선정하였으며, 반구조화된 인터뷰 형식으로 구성된 인터뷰 가이드를 연구진과 전문가가 여러 차례 논의함으로써 신뢰도와 타당도를 확보한 후 반구조화된 인터뷰 질문지를 작성하였다.

넷째, SWOT분석(Strength, Weakness, Opportunity, Threat Analysis: 강점, 약점, 기회, 위협분석)을 통해 지금까지 남양주시 돌봄서비스 과정에서 나타난 운영성과, 한계점 그리고 발전방향등을 종합적으로 분석하였다(Marilyn M. Helms, & Judy Nixon, 2010).



[그림 1] 연구 과정도

다섯째, 이상의 연구방법을 통하여 추출된 연구결과에 근거하여 보편화단계에서의 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안”을 제시하였다.

이상의 연구 프로젝트를 위하여 참여 연구진은 소속 대학교의 생명윤리위원회 (Institutional Review Board, IRB) 지침에 따라 교육을 이수하였으며, 질적연구를 수행한 경험이 있는 멤버들로 구성하여 전문성을 확보하였다.

3. 기대 효과

‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축방안’ 연구를 통하여 다음과 같은 기대효과가 있을 것으로 예측된다.

첫째, 남양주시 지역사회 통합돌봄은 큰 그림을 가지고 정확한 방향의 설계로 핵심을 잡아 나가는 것이 매우 중요하다. 따라서 본 연구를 통하여 기존의 프레임으로 관성적으로 복귀되지 않도록 남양주시만의 정체성을 가진 공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계를 구축하여 새로운 돌봄문화를 창출해 나갈 수 있을 것으로 기대된다.

둘째, 지역사회통합돌봄은 삶의 질을 고려하는 독립성과 존엄성 보장을 목표로 지역사회를 기반으로(in the community) 지역사회에 의해(by the community) 돌봄이 이루어지며, 지속가능한 돌봄체계 구축을 지향해 나갈 수 있을 것으로 기대된다. 즉, 친숙하고 편안하게 살던 곳, 남양주시에서 삶의 주인으로서 ‘자기결정권’을 가지고 그동안 맺어 온 관계들을 지속하며 나이들어가는 AIP(Aging in Place)를 가능하게 해줄 것으로 기대된다.

셋째, 남양주시 지역사회통합돌봄체계에서 이용자가 표준화된 기능적 니즈(functional needs)에 따라 분류되어 대상화되고, 분절된 제도 및 공급자의 구분된 기능에 따라 제각각 파편적으로 대응하는 것이 아니라, 돌봄이용자마다 고유한 삶의 맥락과 니즈를 정책적으로 ‘인정’하고 공급자를 ‘조정’하여 다양한 상황 및 욕구에 맞춰 통합적인 맞춤형 대응을 할 수 있을 것으로 기대된다.

넷째, 본 연구를 통하여 각 사람마다 상이한 맥락적 상황과 상이한 욕구를 세심하게 고려하는 남양주시만의 개별화된 사례관리(Care Management)의 고도화를 통해 맞춤형서비스를 통·융합적으로 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

다섯째, 초고령사회에 대응하여 지속가능한(Sustainability) 통합돌봄체계가 구축될 것으로 기대된다. 즉, 치료가 필요하지 않거나 외래 진료로도 충분한 환자가 주거 불안, 돌봄 부족, 가족의 부양 부담 등 사회적 요인으로 인해 요양병원 등에 장기 입원하는 현상‘사회적입원(Social Hospitalization)’에 대한 과감한 개혁으로 통합돌봄의 연속성 및 연계성이 확보될 것으로 기대된다(최인덕, 2022).

여섯째, 지방자치단체는 통합돌봄의 공적 책임을 가진 실행주체로서 조직과 인력을 갖춘 공적 전달체계(시군구 통합돌봄 전담부서 및 읍면동 통합돌봄 창구 등)와 민간기관의 지역사회자원의 작동체계를 갖추는데 기여할 것으로 기대된다.

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

Ⅱ

남양주시 지역 현황 및 진단



남양주시복지재단

제2장 남양주시 지역 현황 및 진단

본 장에서는 남양주시의 지역사회 통합돌봄 체계구축 방안을 모색하기 위한 기초자료로서, 남양주시의 일반현황, 인구구조, 사회경제적 특성 등을 다각적으로 분석하였다. 특히, 급격한 고령화 추세에 따른 노인인구의 현황과 돌봄 수요를 심층적으로 진단하고, 현재 운영 중인 통합돌봄 관련 자원 및 인프라의 현황과 한계를 파악하고자 한다.

1. 일반 현황

남양주시의 지역적 특성과 인구구조, 사회·경제적 환경은 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계 설계에서 매우 중요하다. 수도권 동북부에 위치한 도·농복합도시로서, 급격한 신도시 개발과 기존 농촌지역의 공존은 지역 내 다양한 스펙트럼의 돌봄 수요를 발생시키는 주요 원인이므로 남양주시의 일반현황을 지리적·행정적 특성, 인구 현황 및 추이, 경제 및 사회·문화적 환경으로 나누어 살펴보고자 한다.

1.1. 지리적·행정적 특성

남양주시는 경기도의 동·북부에 위치하며, 면적이 458.1km²으로 서울 면적(약 605km²)의 3/4정도이며, 수도 서울에서 동쪽으로 약 26km, 경기도청 소재지인 수원에서는 동북방으로 65km 지점에 자리 잡고 있다. 동쪽으로는 양평군과 가평군, 서쪽으로는 서울특별시, 의정부시, 구리시와 접하며, 남쪽으로는 하남시와 광주시, 북쪽으로는 포천시와 인접해 있어 사통팔달의 교통 요충지로서의 지리적 이점을 가지고 있다(강남대학교 산학협력단, 2022).

지형적으로는 동·북방의 산지와 서·남방의 분지로 구분된다. 동·북 지역에는 금산(813.6m), 축령산(879m), 천마산(812m), 운길산(610.2m) 등이 자리하고 있으며, 서쪽으로는 서울의 도봉산과 마주한 수락산(637m), 불암산(509m)이 솟아 있다. 남양주시의 중심부는 넓은 분지를 이루고 있으며, 동쪽으로는 북한강이 남으로 흐른다. 조안면 능내리에서 남한강과 합류하여 한강을 형성한다. 이 한강은 와부읍과 다산 2동의 남단을 지나 서해로 흘러가며, 남북한강의 합류 지점에 위치한 팔당호와 팔당댐은 수도권의 중요한 상수원이자 전력 공급원의 역할을 하고 있다. 이러한 지리적 특성은 남양주시가 도시적 편의성과 자연환경의 쾌적함을 동시에 갖춘 지역임을 시사한다(남양주시 웹사이트, 2026).



[그림 2] 남양주시 위치

출처: 경기문화재단, 2026.01

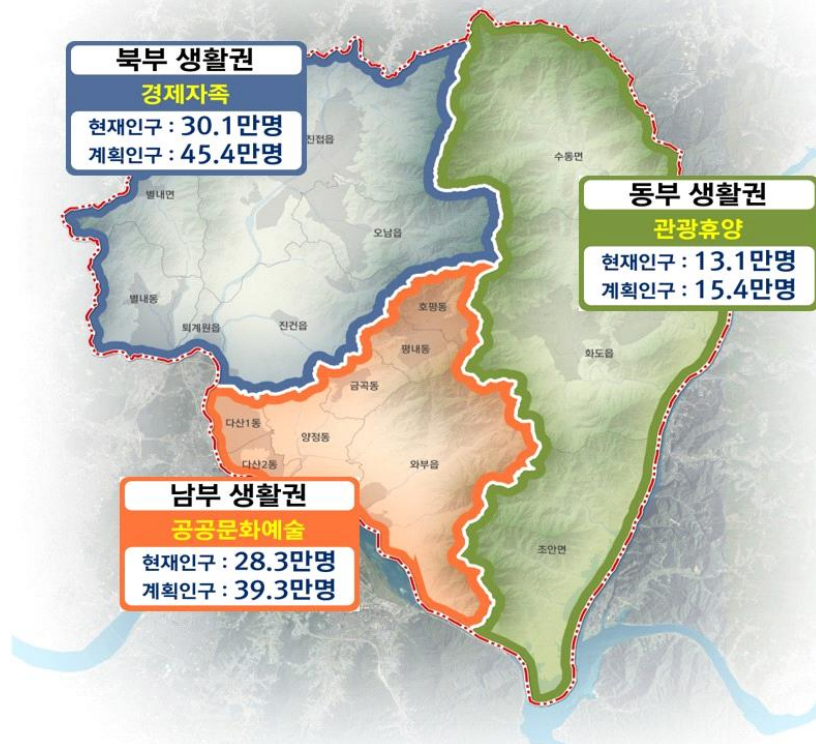
행정구역상 남양주시는 6개의 읍(와부읍, 진접읍, 화도읍, 진건읍, 오남읍, 퇴계원읍), 3개의 면(별내면, 수동면, 조안면), 그리고 7개의 동(호평동, 평내동, 금곡동, 양정동, 다산1동, 다산2동, 별내동)으로 구성된 도·농복합도시의 전형적인 형태를 취하고 있다. 이러한 행정구역은 8개의 행정복지센터를 통해 관리되고 있다([그림 3] 참조).



[그림 3] 남양주시 행정구역 지도

출처: 남양주시 홈페이지, 2026.01

남양주시 도시기본계획에서는 남양주시를 3개의 생활권으로 구분하여 발전 방향을 설정하고 있다. ① 동부 생활권은 화도읍, 수동면, 조안면을 포함하며, ② 북부 생활권은 진건읍, 진접읍, 오남읍, 별내동, 별내면, 퇴계원읍을, ③ 남부 생활권은 도농동, 지금동, 양정동, 금곡동, 와부읍, 호평동, 평내동을 아우른다. 이러한 생활권 구분은 지역별 특성을 고려한 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’을 설계하는 데 중요한 기초자료가 될 수 있다(그림 4 참조).



[그림 4] 남양주시 시정계획 생활권 설정

출처: 남양주 도시기본계획 생활권 계획도. 사진 남양주시청 웹사이트, 2026.01

1.2. 인구 현황 및 추이

대한민국은 세계적으로 유례없는 빠른 속도로 고령화를 경험하고 있으며, 2025년 65세 이상 인구 비중이 이미 20.6%에 달하는 초고령사회에 진입하였다(통계청, 2025). 이러한 인구구조의 변화는 남양주시에서도 뚜렷하게 나타나고 있다. 2025년 6월 기준, 남양주시의 전체 인구는 742,526명이며, 이 중 65세 이상 노인인구는 140,333명으로 전체 인구의 18.9%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(남양주시, 2025). 이는 경기도 평균 노인인구비율인 16.8%를 훨씬 상회하는 수치이다(행정안전부, 2025).

남양주시 지역별 노인인구 현황을 살펴보면, 수동면(36.5%)과 조안면(35.0%)의

노인인구비율이 가장 높은 것으로 나타났으며, 다산1동(12.8%)과 다산2동(12.6%)이 각각 가장 낮은 수준을 보였다. 남양주시 읍면동 노인인구 현황의 특징으로는 읍면동의 고령화 수준의 편차가 매우 심한 것으로 나타났는데, 이는 남양주시의 도·농복합도시 특성에 따른 인구 구성의 차이로 볼 수 있다. 즉, 남양주시는 서울 근교에 위치하며 신도시 개발 등 대규모 주택개발로 인해 젊은 인구들이 유입된 지역(예, 다산동, 별내동, 호평동, 평내동)이 있는 반면, 농촌지역(예, 수동면, 조안면, 화도읍 등)은 원주민들로 구성된 고령층이 남아 있는 것으로 해석된다. 따라서 도시화의 개발이 진행된 지역과 농촌적 특성을 유지한 읍면 지역 간의 고령화 수준의 차이에 따른 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’을 고려해야 함을 시사한다.

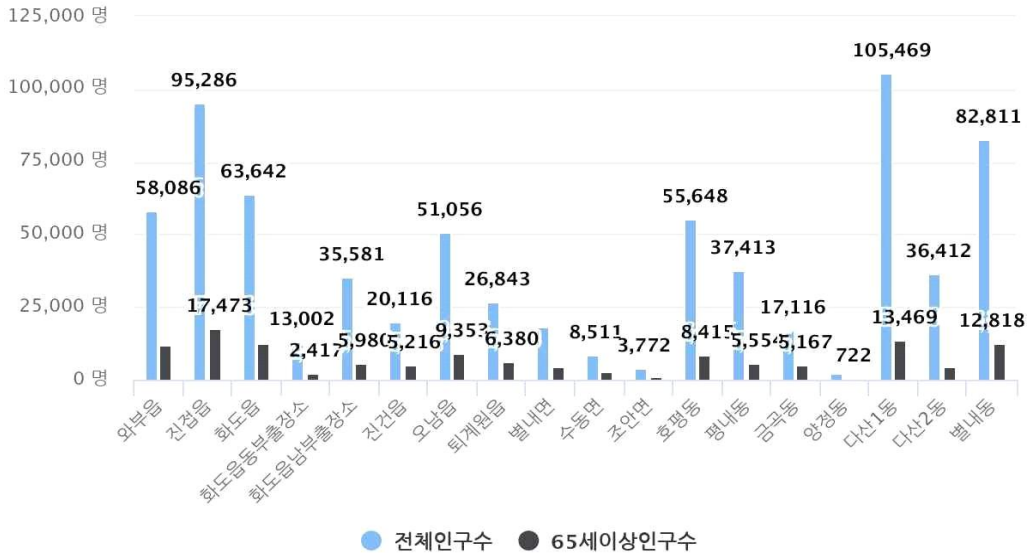
<표 1> 남양주시 읍면동 노인인구 현황

(2025.02 기준) (단위 : 명)

행정기관	전체인구	전체노인	비율	남자	여자
남양주시	742,526	140,333	18.9%	58,748	72,416
와부읍	58,086	12,118	20.8%	5,469	6,649
진접읍	95,286	17,473	18.3%	7,845	9,628
화도읍	63,642	12,622	19.8%	5,529	7,093
화도읍 동부출장소	13,002	2,417	18.6%	1,141	1,276
화도읍 남부출장소	35,581	5,980	16.8%	2,637	3,343
진건읍	20,116	5,216	25.9%	2,403	2,813
퇴계원읍	26,843	6,380	22.1%	2,941	3,439
별내면	18,043	4,461	24.7%	2,011	2,450
수동면	8,511	3,109	36.5%	1,476	1,633
조안면	3,772	1,319	35.0%	649	670
호평동	55,648	8,415	15.1%	3,596	4,819
평내동	37,413	5,554	14.8%	2,408	3,146
금곡동	17,116	5,167	30.2%	2,365	2,802
양정동	2,346	722	30.8%	399	323
다산1동	105,469	13,469	12.8%	5,988	7,481
다산2동	36,412	4,571	12.6%	2,027	2,544
별내동	82,811	12,818	15.5%	5,858	6,960

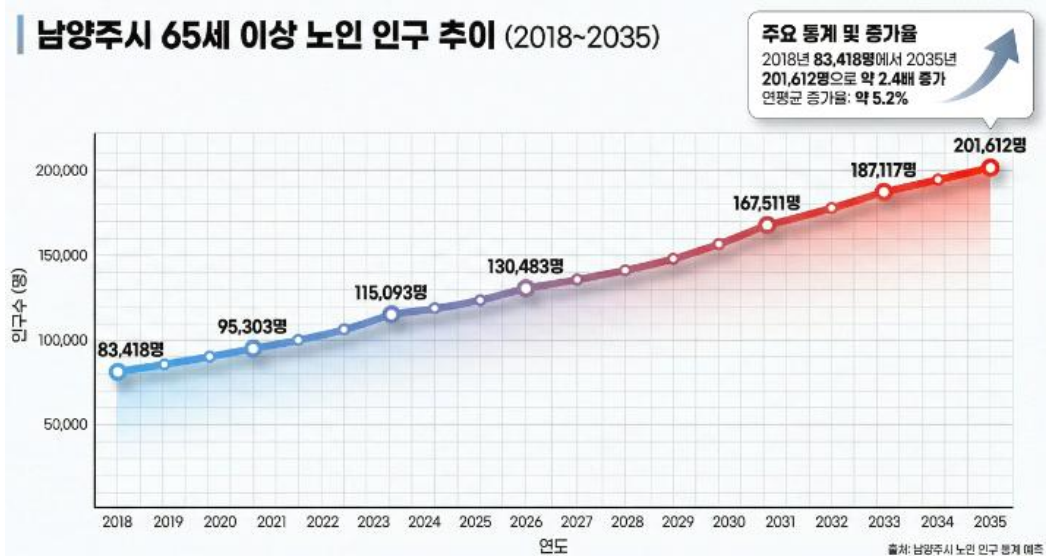
<출처: 행정안전부-연령별 인구현황>

경기도 남양주시



[그림 5] 남양주시 65세 이상 인구수

남양주시의 노령화 속도는 매우 가파르다. 남양주시 65세 이상 노인 인구의 추이(2018~2035)를 살펴보면(행정안전부, 통계청 국가통계포털), 2018년 83,418명이 2021년 101,342명으로 증가하였으며, 10년 후인 2031년에는 174,408명, 2035년에는 201,612명으로 증가할 것으로 예측된다. 이와 함께 노령화 지수와 노년부양비도 증가해 2018년 80.8인 노령화지수는 2035년, 201.5로, 노년부양비는 2018년 17.6이 2035년에 42.9로 <표 2>와 같이 증가할 것으로 예측된다(최상미 외, 2023). 이는 돌봄 수요의 폭발적인 증가를 예고하고 있으며, 선제적이고 체계적인 통합돌봄 시스템 구축의 시급함을 시사한다.



[그림 6] 남양주시 노인인구 추세 (2018~2035)

출처: 행정안전부, 통계청

<표 2> 남양주시 65세 이상 노인 인구 추이(2018~2035)

시점	추계인구	유소년 (0~14세)	생산가능인구 (15~64세)	노인 (65세 이상)	노령화지수	노년부양비
2018	659,787	103,234	473,135	83,418	80.8	17.6
2019	674,140	102,953	482,534	88,653	86.1	18.4
2020	687,200	103,046	488,851	95,303	92.5	19.5
2021	697,887	103,014	493,531	101,342	98.4	20.5
2022	707,616	102,454	497,245	107,917	105.3	21.7
2023	716,465	101,559	499,813	115,093	113.3	23
2024	724,514	101,025	501,142	122,347	121.1	24.4
2025	731,862	100,759	500,620	130,483	129.5	26.1
2026	738,572	100,070	499,466	139,036	138.9	27.8
2027	744,681	99,423	499,013	146,245	147.1	29.3
2028	750,154	99,057	497,036	154,061	155.5	31
2029	755,070	99,238	495,264	160,568	161.8	32.4
2030	759,403	99,330	492,562	167,511	168.6	34
2031	763,116	99,626	489,082	174,408	175.1	35.7
2032	766,236	99,976	485,573	180,687	180.7	37.2
2033	768,746	100,152	481,477	187,117	186.8	38.9
2034	770,632	100,184	475,707	194,741	194.4	40.9
2035	771,882	100,033	470,237	201,612	201.5	42.9

주) 인구수 단위는 명으로 표시함.

출처: 통계청 국가통계포털 (경기도 남양주시 노인등록통계, 2018~2035)

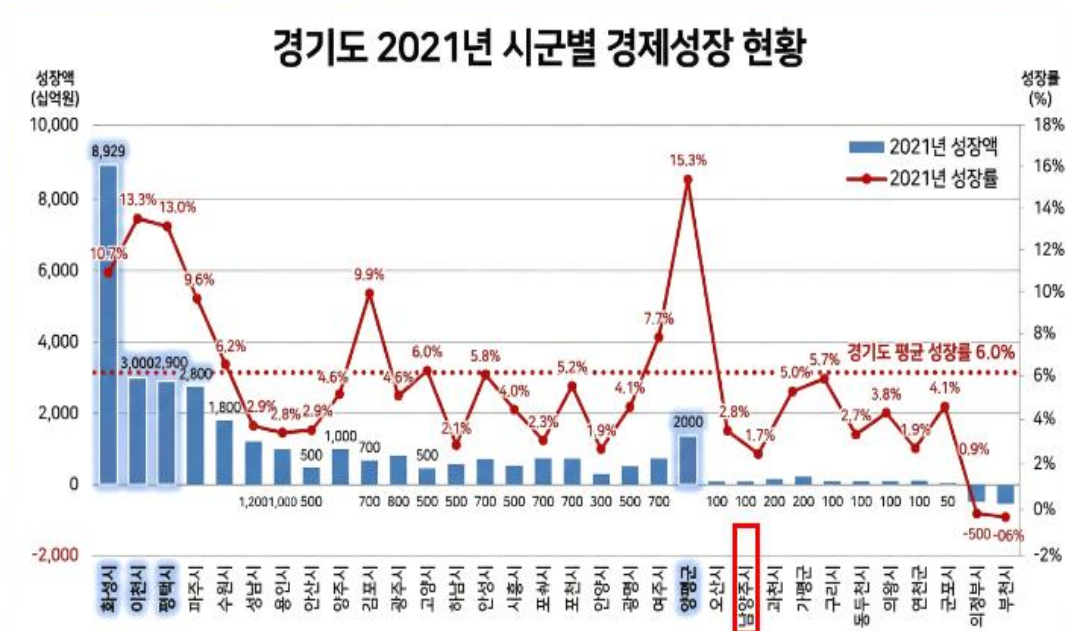
1.3. 경제 및 사회문화적 환경

남양주시는 1995년 시·군 통합을 통해 도·농복합도시로 출범한 이후 수도권 동북부의 배후 주거·생활 도시로 성장해, 도시와 농촌 기능이 혼재된 지역(Transition Zone)적 특성이 나타났다. 도시화는 빠르게 진행되었지만, 개발사업과 도시계획이 주로 주거 공급과 교통·개발 사업성에 초점이 맞추어져 있어 자족적 산업·일자리 기반 확충은 상대적으로 더뎠다는 평가도 제기되고 있다(남양주시, 2022).

남양주시 통계연보(2006)와 「2035 남양주 도시기본계획」(2022)에 따르면, 시는 수도권 동북부 거점도시, 녹색·생태도시, 생활권 중심 복합도시를 지향하며, 주거·서비스 기능과 함께 산업·고용 기능을 강화하는 중장기 발전 전략을 설정하고 있다. 이러한 계획은 기존의 “서울 배후 주거도시”에서 “자족도시”로의 전환을 목표로 한다는 점에서 경제 구조 재편과 밀접하게 연관되고 있다. 그러나 경기도 내 인구 50만 이상 주요 도시들과 비교할 때,

남양주시의 경제성장률은 최하위권에 머물러 있으며, 1인당 지역내총생산(Gross Regional Domestic Product, GRDP) 역시 1,811만 원으로 경기도 평균 3,888만 원에 크게 못 미치는 수준이다(민효상 외, 2023).

재정자립도 역시 2023년 기준 31.2%로 경기도 내 주요 도시 중 최하위를 기록하고 있으며, 보조금 비중이 3.0%로 매우 높아 중앙정부 및 광역정부의 재정 지원에 대한 의존도가 높음을 알 수 있다. 반면, 사회복지 예산 비율은 46.30%로 경기도 주요 도시 중 세 번째로 높아, 제한된 재정 여건 속에서도 복지 분야에 대한 투자는 상대적으로 높은 수준임을 나타낸다(민효상 외, 2023). 이는 향후 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’시 안정적인 재원 확보가 중요한 과제가 될 것임을 시사하고 있다.



[그림 7] 남양주시 재정규모

출처: 민효상 외, 2023

사회문화적으로 남양주시는 광역 접근성이 매우 양호한 교통 인프라를 갖추고 있으며, 향후 수도권 동북부의 교통 허브의 기능 강화를 계획하고 있는 것으로 나타났다. 이는 병원 방문 등 이동 지원 서비스 설계 시 중요한 고려 사항임을 시사한다.

특히, 2023년 남양주시 사회조사 결과에 따르면, 노인들이 느끼는 가장 큰 문제는 경제적 어려움과 외로움, 소외감으로 나타났다. 노후 준비가 되어 있지 않다고 응답한 노인 중 상당수가 '준비할 능력이 없거나'(45.3%) '자녀에게 의존한다'(46.5%)라고 답해, 노년기 소득 보장과 정서적 지원이 통합돌봄의 중요한 축이 되어야 함을 시사한다.

2. 남양주시 노인 돌봄 수요 현황

남양주시의 공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축을 위해서는 노인인구의 특성과 돌봄 수요를 정확히 파악하는 것이 선행되어야 한다. 앞서 살펴본 바와 같이 남양주시는 급격한 고령화를 겪고 있으며, 특히 지역별로 고령화 수준의 편차가 크다는 특징을 가지고 있다. 이는 돌봄 수요 역시 지역별로 상이하게 나타날 것임을 시사한다. 따라서 남양주시의 고령화 현황을 세부적으로 분석하고, 읍면동별 노인인구 분포와 돌봄 수요의 핵심 지표인 진료 및 장기 요양 현황을 살펴봄으로써 공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축의 구체적인 방향을 설정하기 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

2.1. 고령화 현황 및 전망

2025년 6월 기준, 남양주시의 65세 이상 노인인구는 140,333명으로 전체 인구의 18.9%를 차지하였으며(남양주시, 2025), 앞으로 2027년에는 노인인구가 20.5%로 초고령사회(20% 이상)에 진입할 것으로 예측된다(행정안전부, 2025). 이러한 고령화 속도는 돌봄 수요의 급증으로 이어져 사회적 부양 부담을 가중시킬 전망이다. 특히, 생산가능인구(15~64세)에 대한 노인인구의 비율을 나타내는 노년부양비의 경우 2020년 19.8에서 2024년 6월 24.4로 꾸준히 상승하고 있는 것으로 나타났다. 이는 생산가능인구 약 4명이 노인 1명을 부양해야 하는 상황임을 의미한다. 반면, 유년부양비는 같은 기간동안 20.6에서 18.0으로 감소하여, 사회 전체의 부양 부담이 아동에서 노인으로 이동하고 있는 것으로 나타났다. 뿐만아니라, 유소년인구 대비 고령인구 비율인 노령화지수는 2020년 96.2에서 2024년 6월 135.7로 급증하여, 이미 유소년 인구보다 노인인구가 훨씬 많은 사회 구조로 변화하고 있음을 알 수 있다(행정안전부, 2025).

<표 3> 남양주시 부양비 추이(2020~2024)

구분	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년 6월
총부양비	40.3	40.8	41.4	42.1	42.4
유년부양비	20.6	20.0	19.3	18.4	18.0
노년부양비	19.8	20.8	22.1	23.7	24.4
노령화지수	96.2	103.7	114.5	128.4	135.7

주: 총부양비 = 유년부양비 + 노년부양비; 유년부양비 = (0-14세 인구 / 15-64세 인구) * 100; 노년부양비 = (65세 이상 인구 / 15-64세 인구) * 100; 노령화지수 = (65세 이상 인구 / 0-14세 인구) * 100

자료: 행정안전부 누리집, 주민등록인구통계(<https://jumin.mois.go.kr/>)

2.2. 읍면동별 노인인구 분포

남양주시의 가장 두드러진 인구 구조적 특성은 읍면동별 고령화 수준의 편차가 매우 크다는 점이다. 이는 신도시 개발이 활발한 도시 지역과 전통적인 농촌 지역이 공존하는 도농복합도시의 특성에서 기인한다. <표 4>에서 알 수 있듯이, 수동면(36.5%)과 조안면(35.0%) 그리고 금곡동(30.2%)과 양정동(30.8%) 등 구도심 지역은 이미 초고령사회를 훌쩍 넘어선 극심한 고령화 지역인 반면, 신도시인 다산2동(12.6%)과 다산1동(12.8%)은 고령화사회 기준(14%)에도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이와같은 지역 간 격차는 통합돌봄 서비스의 수요와 공급 전략을 수립할 때 권역별 맞춤형 접근이 필수적임을 시사한다.

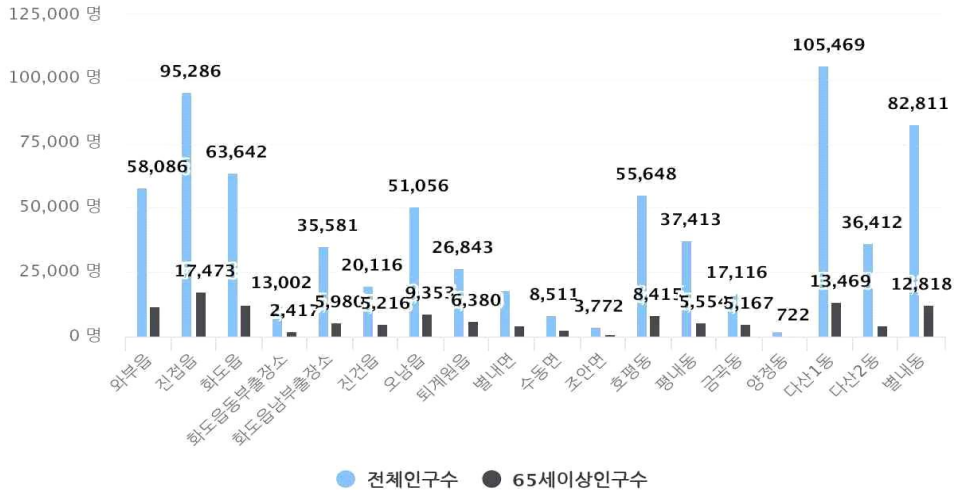
<표 4> 남양주 읍면동별 고령화 수준

행정기관	전체인구 (명)	노인인구 (명)	비율(%)	남자(명)	여자(명)
남양주시	731,138	131,164	17.9%	58,748	72,416
와부읍	58,086	12,118	20.8%	5,469	6,649
진접읍	95,286	17,473	18.3%	7,845	9,628
화도읍	63,642	12,622	19.8%	5,529	7,093
화도읍 동부출장소	13,002	2,417	18.6%	1,141	1,276
화도읍 남부출장소	35,581	5,980	16.8%	2,637	3,343
진건읍	20,116	5,216	25.9%	2,403	2,813
오남읍	51,056	9,353	18.2%	4,006	5,347
퇴계원읍	26,843	6,380	22.1%	2,941	3,439
별내면	18,043	4,461	24.7%	2,011	2,450
수동면	8,511	3,109	36.5%	1,476	1,633
조안면	3,772	1,319	35.0%	649	670
호평동	55,648	8,415	15.1%	3,596	4,819
평내동	37,413	5,554	14.8%	2,408	3,146
금곡동	17,116	5,167	30.2%	2,365	2,802
양정동	2,346	722	30.8%	399	323
다산1동	105,469	13,469	12.8%	5,988	7,481
다산2동	36,412	4,571	12.6%	2,027	2,544
별내동	82,811	12,818	15.5%	5,858	6,960

출처: 행정안전부-연령별 인구현황 (2025)

독거노인 현황 역시 지역별 편차를 보이고 있다. 남양주시 전체 독거노인은 11,786명으로, 화도읍(2,091명), 진접읍(1,579명), 별내동(1,212명) 순으로 나타났다. 이는 해당 지역의 노인인구 규모와 비례하는 경향을 보이지만, 독거노인 가구는 사회적 고립과 돌봄 공백의 위험이 높아 통합돌봄의 우선적인 대상이 되어야 함을 시사한다(조미숙외, 2022)

경기도 남양주시



[그림 8] 남양주시 읍면동별 노인인구 비율 (2025.02. 기준)

2.3. 노인 진료 및 장기요양 현황

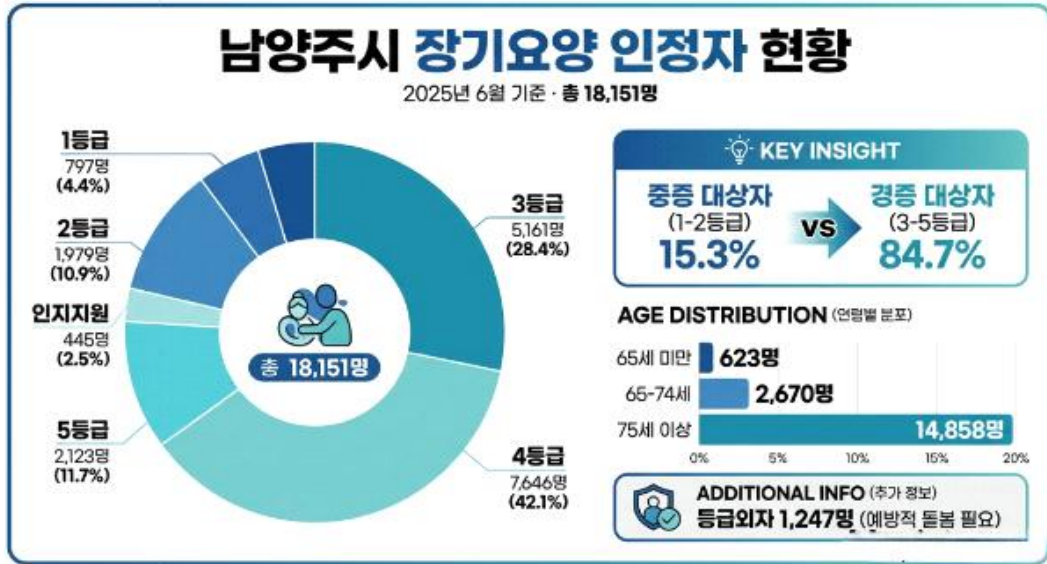
노인의 건강 상태와 기능 수준은 돌봄 수요를 예측하는 핵심 지표이다. 2023년 노인실태조사에 따르면, 우리나라 전체 노인의 86.1%가 최소 한 개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 남양주시 노인들에게도 유사하게 적용될 수 있는데(강은나 외, 2023), 이러한 만성질환의 유병률 증가는 지속적인 건강관리와 의료·요양돌봄 서비스에 대한 수요를 높이는 주요 요인임을 시사한다.

장기요양보험제도는 노인 돌봄의 핵심적인 사회안전망이라고 할 수 있다. 2025년 6월 기준, 남양주시의 장기요양 인정자는 총 18,151명으로 나타났는데, 이 중 1~2등급의 중증 대상자는 2,776명(15.3%), 3~5등급 및 인지지원등급의 상대적 경증 대상자는 15,375명(84.7%)으로 나타났다. 이와같이 재가 생활이 가능하면서 돌봄서비스를 받는 3~5등급 및 인지지원등급 대상자가 압도적으로 많다는 점은 AIP(Aging in Place) 기반의 지역사회통합돌봄 서비스 강화가 매우 중요함을 시사한다. 또한, 장기요양 등급을 받지 못한 등급외자(A, B, C)의 경우 1,247명으로 나타났는데, 이는 예방적 돌봄과 틈새 서비스 제공이 필요함을 시사한다(남양주시, 2025).

<표 5> 남양주시 장기요양 인정자 현황 (2025.06. 기준)

구분	합계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원 등급	등급외
합계	18,151	797	1,979	5,161	7,646	2,123	445	1,247
65세 미만	623	67	68	175	236	62	15	118
65세~74세	2,670	145	253	719	1,105	351	97	402
75세 이상	14,858	585	1,658	4,267	6,305	1,710	333	727

출처: 남양주시 (2025). 2026년도 남양주시 통합돌봄 실행계획서.



[그림 9] 남양주시 장기요양 인정자 현황

노인맞춤돌봄서비스의 경우, 장기요양 등급외자 등 돌봄 사각지대에 있는 노인들을 지원하는 중요한 제도이다. 남양주시에서는 총 2,022명이 이 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났는데, 이 중 84명은 중점관리군으로 분류되어 보다 집중적인 관리가 필요한 것으로 나타났다. 이들은 장기요양 등급 판정 대기자, 등급외자(A, B)와 함께 예방적 개입을 통해 장기요양 등급 진입을 지연시켜야 할 핵심 대상 집단임을 시사한다(남양주시, 2025).

<표 6> 남양주시 장기요양 등급외자 및 노인맞춤돌봄서비스 대상자 현황

구분	장기요양 등급외자 수				노인맞춤돌봄 대상자 수		
	합계	등급외A	등급외B	등급외C	합계	일반군	중점관리군
계	1,247	707	327	213	2,022	1,938	84
65세 미만	118	65	32	21	-	-	-
65세~74세	402	227	97	78	343	328	15
75세 이상	727	415	198	114	1,679	1,610	69

출처: 남양주시 (2025). 2026년도 남양주시 통합돌봄 실행계획서.

3. 남양주시 통합돌봄 자원 및 인프라 진단

효과적인 통합돌봄 체계는 지역사회의 다양한 자원과 인프라를 유기적으로 연계하고 활용하는 능력에 달려있다. 남양주시는 도·농복합도시의 특성상 자원의 분포가 지역별로 불균등한 측면이 있으나, 선도사업 등을 통해 꾸준히 인프라를 확충해왔다. 따라서 남양주시의 보건, 의료, 요양·돌봄, 주거·생활지원 분야의 자원 현황을 구체적으로 살펴보고, 통합돌봄 체계구축을 위한 기반을 진단하고자 한다.

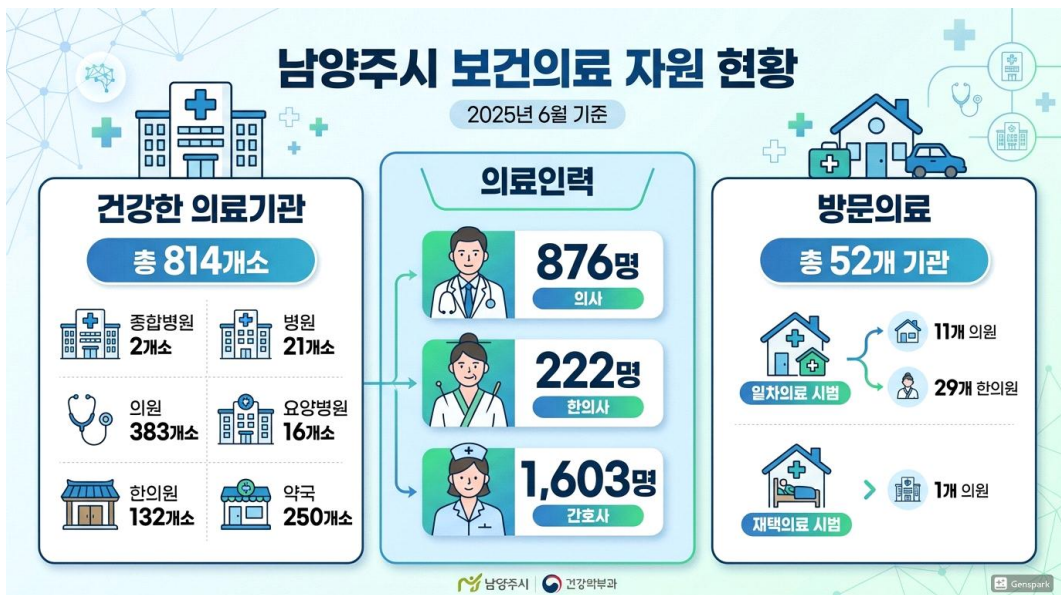
3.1. 보건의료 자원

남양주시에는 총 814개의 의료기관이 있으며, 이 중 종합병원은 2개소, 병원 21개소, 의원 383개소, 요양병원 16개소, 한의원 132개소 등이 분포하고 있는 것으로 나타났다(남양주시, 2025). 특히, 재가 중심의 통합돌봄을 실현하기 위한 핵심 인프라인 방문의료기관은 총 52개소가 운영 중이다. 이 중 '일차의료 방문진료 시범사업'에 참여하는 의원급 의료기관은 11개소, 한의원은 29개소, '장기요양 재택의료 시범사업' 참여 기관은 의원 1개소에 불과한 것으로 나타났다(남양주시, 2025).

공공 보건의료 자원으로는 남양주보건소, 풍양보건소, 동부보건소 등 3개의 보건소와 5개의 건강생활지원센터가 있다. 이들 기관은 방문건강관리, 치매조기검진, 낙상예방, 구강보건 등 예방적 건강관리 서비스를 제공하며 통합돌봄의 중요한 축을 담당하고 있다. 특히 2026년부터는 동부보건소에서 '장애인 건강보건전달체계 사업'이 신규로 추진될 예정으로, 장애인에 대한 맞춤형 건강관리 서비스가 강화될 전망이다(남양주시, 2025).

<표 7> 남양주시 의료기관 및 인력 현황 (2025.06. 기준)

의료기관 현황 (개소)							의료인력 현황 (명)		
합계	종합병원	병원	의원	요양병원	한의원	약국	의사	한의사	간호사
814	2	21	383	16	132	250	876	222	1,603



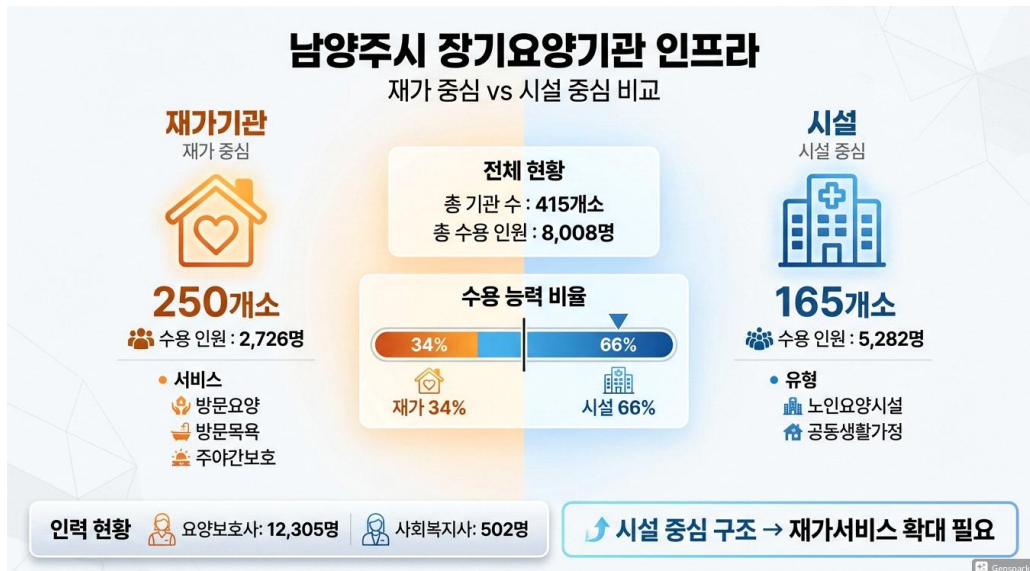
[그림 10] 남양주시 보건의료 자원 현황 (2025.06 기준)

3.2. 요양 및 돌봄 자원

남양주시는 전국적으로도 장기요양기관이 많은 지역에 속한다. 2025년 기준 총 415개의 장기요양기관이 있으며, 정원은 8,008명에 달한다. 이 중 재가서비스 기관(방문요양, 방문목욕, 주야간보호 등)은 250개소(정원 2,726명), 시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)은 165개소(정원 5,282명)로 나타났다(국민건강보험공단). 이는 시설 중심의 공급 구조가 여전히 강하다는 것을 의미하며, 'AIP(Aging in Place)'를 실현하기 위해 재가서비스 인프라의 양적 확대와 질적 고도화가 필요함을 시사한다.

<표 8> 경기도 주요 시군구별 급여종류별 장기요양기관 현황

시군구별	장기요양기관		재가		시설	
	기관수(개)	정원(명)	기관수(개)	정원(명)	기관수(개)	정원(명)
남양주시	415	8,008	250	2,726	165	5,282
부천시	406	5,520	273	1,829	133	3,691
수원시	381	5,253	296	1,641	85	3,366
안산시	294	4,830	164	1,158	130	3,675



[그림 11] 남양주시 장기요양기관 인프라 (2025년 기준)

출처: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

돌봄 인력 현황을 살펴보면, 장기요양기관에 종사하는 요양보호사는 12,305명, 사회복지사는 502명으로 나타났다(남양주시, 2025).

이 외에도 남양주시에는 4개의 권역별 동·서·남·북 희망케어센터와 4개의 노인복지관, 2개의 장애인복지관 등이 지역사회복지의 거점 역할을 수행하고 있다. 특히 동·서·남·북 희망케어센터는 선도사업 과정에서 민간 안내창구 및 통합돌봄 사례관리의 중추적 역할을 담당하며 민·관 협력의 지역사회통합돌봄의 핵심 기관으로 자리매김하였다.

3.3. 주거 및 생활지원 자원

남양주시는 통합돌봄 선도사업을 통해 주거와 돌봄을 결합한 다양한 서비스를 개발하고 운영해왔다. 대표적인 사업은 '케어안심주택'으로, 퇴원환자나 주거가 불안정한 위기가구를 대상으로 주거 공간과 함께 통합돌봄 서비스를 연계하여 지역사회 정착을 지원하고 있다. 2025년 기준 총 30호(지원주택 24호, 중간집 6호)를 운영하고 있으며, 동·서·남·북 희망케어센터가 사례관리 및 서비스 연계를 담당하고 있다(남양주시, 2025). 이는 안산시의 '노인케어안심주택' 모델과 유사하게 주거를 기반으로 한 통합돌봄의 중요성을 시사한다.

또한, 열악한 주거환경을 개선하기 위한 '주거환경개선' 사업의 경우, 도배·장판 교체, 생활설비 수리 등을 통해 노인들이 안전하고 쾌적한 환경에서 생활할 수 있도록 지원하고 있다. 주거환경개선 사업은 이용자의 체감 만족도가 높은 핵심 서비스라고 할 수 있다.

일상생활 지원 분야에서는 다양한 서비스가 제공되고 있다.

- 1인가구 안부확인 서비스
- 1장1단 프로젝트(장기요양기관 연계 안부확인)
- 고독사 예방 및 관리 지원사업으로 사회적 고립 위험이 높은 가구를 대상으로 한 안전망 구축 사업.
- 노인맞춤돌봄서비스
- 독거노인 응급안전안심서비스
- AI노인말벗서비스로 기존의 국가 및 지자체 사업을 통합돌봄 체계 내에서 연계
- 저소득 재가 노인 식사 배달
- 중풍·와상 노인 기저귀 지원
- 장애인활동지원
- 누구나 돌봄
- 일상돌봄 사업 등 다양한 서비스가 각 부서 및 기관을 통해 제공되고 있어, 이를 통합적으로 연계하고 관리하는 것이 중요한 과제를 시사하고 있다(남양주시, 2025).

4. 남양주시 지역사회통합돌봄 추진 현황 및 평가

남양주시는 2019년 하반기부터 지역사회통합돌봄 선도사업에 참여하며, 지역 특성에 맞는 통합돌봄 모델을 구축하기 위해 다양한 노력을 기울여왔다. 선도사업의 경험은 2026년 「돌봄통합 기본법」의 전면 시행을 앞두고 있는 시점에서 남양주시 통합돌봄 체계의 발전 방향을 모색하는 데 중요한 성찰의 기반이 된다. 따라서 남양주시의 통합돌봄 추진 배경과 경과, 추진 체계, 주요 사업내용을 살펴보고, 그 성과와 한계를 종합적으로 분석해보고자 한다.

4.1. 추진 배경 및 경과

정부는 2018년 11월, '살던 곳에서 건강한 노후'를 비전으로 하는 「지역사회 통합돌봄 기본계획」을 발표하고, 2019년부터 선도사업을 추진했다(보건복지부, 2018). 남양주시는 2019년 9월부터 노인 분야 선도사업 지자체로 선정되어 초기에는 지역자율형 모델로 출발하여 전담조직을 구성하고 지역 특성을 반영한 통합돌봄 사업계획을 수립하는 데 집중했다(조미숙 외, 2022).

2020년에는 방문형 보건·의료 서비스를 강화하고, LH와의 협력을 통해 케어안심주택 37호를 확보하는 등 주거 모델 구축에도 힘썼다. 또한, 민·관 협력의 구심점 역할을 할 '남양주 통합돌봄 네트워크'를 발족하고, 「남양주시 지역사회 통합돌봄 조례」를 제정(2020.10.)하였으며 사업의 제도적 기반을 마련하였다(남양주시, 2025).

2021년에는 노인, 장애인, 정신질환자를 포괄하는 융합형 선도사업으로 전환하여 탈시설 및 시설 입소 예방에 집중하였으며, 스마트 돌봄 IOT 기반 체계를 확립하는 등 통합돌봄사업을 다각화했다. 2022년에는 다시 노인 중심으로 사업을 재편하고, 국가 돌봄서비스(노인맞춤돌봄, 방문건강관리, 치매관리)와의 연계를 강화하는 방향으로 통합돌봄모델을 수정하였다. 이러한 변화 과정은 중앙정부의 정책 방향과 지역의 현실 사이에서 최적의 모델을 찾기 위한 남양주시의 노력임을 시사한다(조미숙 외, 2022).

선도사업 종료 이후에도 남양주시는 2023년 9월 복지정책과 내에 '돌봄이음센터TF팀'을 신설하고, 2023년부터 보건복지부의 '노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업'에 참여하는 등 통합돌봄 체계구축을 위한 노력을 지속하고 있다(남양주시, 2025).

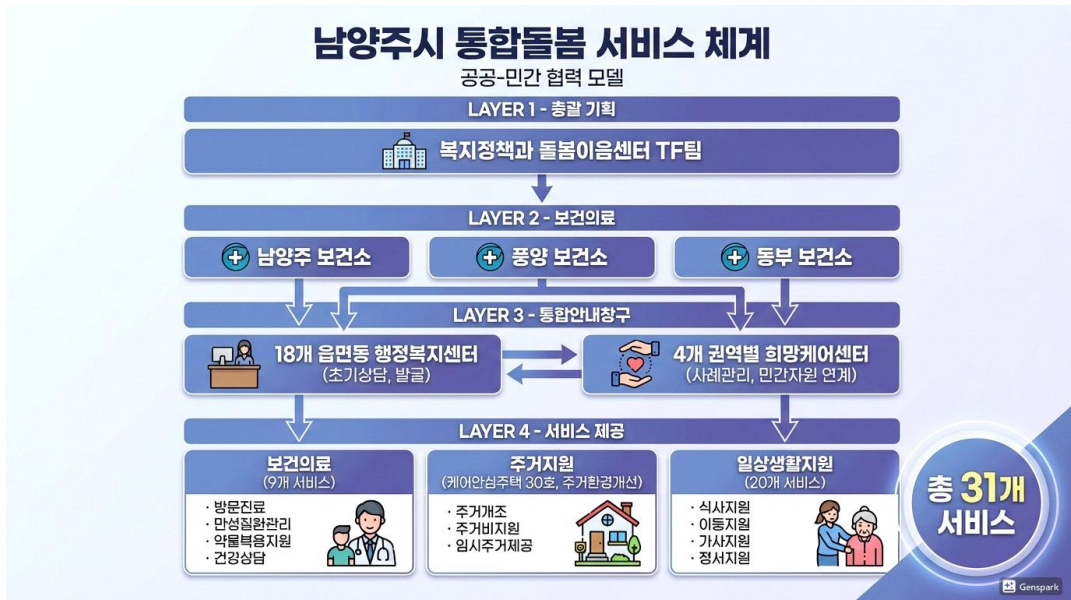
4.2. 추진체계

남양주시 통합돌봄 추진체계는 공공과 민간의 역할을 분담하고 협력하는 구조로 설계되었다. 시청의 복지정책과 내 '돌봄이음센터TF팀'이 사업을 총괄 기획하고, 3개의 보건소(남양주, 풍양, 동부)가 보건·의료 서비스를 전담하며, 18개 읍면동 행정복지센터가 '통합돌봄 안내창구'로서 대상자 발굴 및 초기 상담, 서비스 연계의 1차 접점 역할을 수행하고 있다(남양주시, 2025).

특히, 4개 권역별 동·서·남·북 희망케어센터가 '통합안내창구' 및 '통합돌봄 매니지먼트'의 핵심 주체로 참여하는 점이 남양주시 모델의 특징으로 평가되고 있다. 동·서·남·북 희망케어센터는 기존의 통합사례관리 전문성을 바탕으로 복합적인 욕구를 가진 대상자를 전담 관리하고, 민간자원을 연계·조정하며, 지역 거점 프로그램을 운영하는 등 공공 행정의 한계를 보완하는 중추적인 역할을 맡고 있다.

서비스 제공계획 수립 및 조정은 '통합지원회의(지역케어회의)'를 통해 이루어지고 있다. 읍면동에서는 내부 회의를 통해 단순 사례의 지원계획을 수립하고, 복합적인 사례는 시에서 주관하는 통합지원회의에 상정한다. 시 통합지원회의는 월 2회 정례적으로 개최되며, 시청,

보건소, 건보공단, 동·서·남·북 희망케어센터, 복지관, 서비스 수행기관 등 다직종 전문가들이 참여하여 개인별 통합 지원계획을 심의·결정한다(남양주시, 2025). 이는 다학제적 접근을 통해 대상자에게 최적의 서비스를 제공하기 위한 중요한 의사결정 기구이다.



[그림 12] 남양주시 통합돌봄 서비스 체계

4.3. 주요 사업 및 서비스 내용

남양주시는 통합돌봄 대상자의 다양한 욕구에 대응하기 위해 기존의 국가·지자체 사업을 연계하고, 지역 특성에 맞는 자체 사업을 개발하여 총 31개의 서비스를 제공하고 있다(남양주시, 2025). 서비스는 크게 보건의료, 주거지원, 일상생활지원, 기타 영역으로 구분된다.

보건의료 분야에서는 보건소의 방문건강관리, AI·IoT 기반 건강관리, 치매조기검진, 구강보건사업 등 예방적 서비스와 함께, '일차의료 방문진료 수가 시범사업', '장기요양 재택의료센터 시범사업' 등 의료기관과 연계한 방문의료 서비스를 제공한다.

주거지원 분야에서는 '케어안심주택'과 '주거환경개선' 사업이 핵심이다. 케어안심주택은 퇴원 후 거처가 없거나 주거가 불안정한 노인에게 안정적인 주거와 돌봄서비스를 함께 제공하는 모델로, 주거환경개선사업은 노인의 재가 생활 안전을 위한 필수적인 서비스로 평가받고 있다.

일상생활지원 분야는 매우 다양한 서비스로 구성되어 있다. '노인맞춤돌봄서비스', '장애인활동지원' 등 기존 제도를 연계하는 한편, '누구나 돌봄', '일상돌봄'과 같은 경기도 및 정부의 신규 사업을 통해 긴급·틈새 돌봄 수요에 대응하고 있다. 또한 '1인가구 안부확인

서비스', '저소득 재가 노인 식사 배달' 등 지역 특화 사업을 통해 돌봄 안전망을 촘촘히 하고 있다.

이러한 서비스들은 대상자 발굴 및 의뢰, 초기 상담, 욕구 확인, 통합판정(필요시), 통합지원계획 수립, 서비스 연계, 모니터링, 종결의 체계적인 사례관리 절차를 통해 제공되고 있다. 특히 국민건강보험공단의 빅데이터를 활용하거나, 읍면동 및 민간기관의 통합안내 창구를 통해 대상자를 발굴하는 등 다각적인 발굴 채널을 운영하고 있다(남양주시, 2025).

<표 9> 남양주시 통합돌봄 주요 서비스 목록 (2026년 실행계획서 기준)

분야	서비스명	주요 내용	주관/수행기관
보건의료	방문건강관리사업	만성질환 관리, 허약·낙상 예방, 건강 교육	보건소
	AI·IOT 기반 어르신 건강관리	스마트기기 활용 비대면 건강관리 및 모니터링	보건소
	치매조기검진사업	치매 선별검사 및 치매 관리지원서비스 제공	치매안심센터
	장기요양 재택의료센터 시범사업	다학제팀(의사, 간호사, 사회복지사) 방문 관리	서울온케어의원
	일차의료 방문진료 수가 시범사업	거동 불편자 대상 의사·한 의사 방문 진료	참여 의료기관
	재가의료급여사업	장기입원 의료급여 수급자 대상 재가서비스 지원	복지행정과, 현대병원 등
	우울관리 지원사업	우울검사 및 중·고위험군 상담 및 사례관리	정신건강복지센터
주거지원	케어안심주택 지원	퇴원환자, 주거불안정 가구에 주거 및 돌봄 연계	동·서·남·북 희망케어센터
	주거환경개선	도배, 장판, 생활설비 수리 등	동·서·남·북 희망케어센터
일상생활지원	노인맞춤돌봄서비스	안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활지원 등	노인복지관 등
	누구나 돌봄 사업	위기상황 시 긴급 생활·동행·주거·식사 등 지원	민간 제공기관
	일상돌봄 사업	질병, 부상 등으로 돌봄 필요 시 재가돌봄, 가사 등 지원	민간 제공기관
	1인가구 안부살핌 서비스	유제품 배달을 통한 정기적 안부 확인	읍면동
	장애인활동지원	활동보조, 방문목욕, 방문간호 등	장애인복지관 등
	저소득 재가노인 식사 배달	거동 불편 저소득 노인 대상 식사 배달	노인복지관 등

출처: 남양주시 (2025). 2026년도 남양주시 통합돌봄 실행계획서 재구성.

4.4. 선도사업 운영 평가

남양주시가 지난 수년간 추진해 온 지역사회 통합돌봄 선도사업은 긍정적인 성과와 함께 명확한 한계점을 동시에 보여주고 있다. 이러한 경험에 대한 반성적 고찰은 향후 통합돌봄제도의 보편화를 준비하는데 있어서 중요한 성찰이 될 것이다.

먼저, 긍정적인 성과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 통합돌봄에 대한 지역사회의 공감대가 형성되고 관련 분야 간 협업의 필요성이 촉발되었다는 점이다. 시청, 보건소, 4개 권역별 동·서·남·북 희망케어센터, 복지관 등 다양한 주체들이 '통합돌봄'이라는 공동의 목표 아래 협력하는 경험을 축적하였으며, 이는 향후 거버넌스 구축의 토대가 될 수 있다. 둘째, 선도사업 예산을 활용하여 식사지원, 이동지원, 주거개선 등 기존 제도의 공백을 메우는 다양한 특화 서비스를 개발하고 제공함으로써, 지역주민의 보편적 돌봄 욕구에 대응하기 위한 서비스 인프라 확충의 필요성과 방향성을 확인할 수 있었다(조미숙 외, 2022). 셋째, 지자체가 지역 내 돌봄 문제에 대해 총괄 기획자로서의 책임성을 인식하고, 공공기관(건보공단, LH 등)과의 협업을 시도하는 등 주도성을 발휘하고 있다는 점도 중요한 변화이다. 그러나 여러 한계점 또한 명확하게 드러났다. Gilbert & Terrell(2021)의 정책 분석틀을 활용하여 대상자, 서비스, 전달체계, 재정의 측면에서 문제점을 분석하면 다음과 같다(조미숙 외, 2022).

대상자(Allocation): '누구를 통합돌봄의 대상으로 할 것인가'에 대한 혼란이 지속되었다. 선도사업 초기에는 명확한 기준 없이 지역 자원에 맡겨져 대상자 선정에 어려움이 있었고, 이후 우선순위 대상자 기준이 제시되었지만, 실적 달성을 위해 돌봄 필요도가 낮은 대상자가 선정되는 경우도 발생하였다. 특히, 탈시설·탈원화라는 통합돌봄의 핵심 목표와 달리, 실제로는 지역사회에 거주하는 건강 고위험군에 대한 예방적 개입에 더 치중하는 경향도 나타났다(유애정 등, 2021).

서비스(Provision): 다양한 서비스가 개발되었음에도, "돌봄이 빠진 통합돌봄"이라는 비판이 제기될 만큼 직접적인 돌봄서비스는 여전히 부족했다. 특히, 의료-돌봄 연계가 매우 취약하여, 이용자의 핵심 욕구인 의료 서비스 제공이 미흡하였다. 또한, 노인장기요양보험, 노인맞춤돌봄 등 기존 제도와 선도사업이 유기적으로 융합되지 못하고 병렬적으로 운영되어 서비스의 통합성을 저해하였다.

전달체계(Delivery): 읍면동 통합돌봄창구는 전담인력 부족과 과도한 업무 부담으로 전문적인 사례관리 기능을 수행하는 데 한계를 보였다. 시군구 본청과 읍면동 간의 업무 분담이 불명확하고, 민간기관과의 협력 과정에서 행정절차가 복잡하여 신속한 서비스 제공이 어려웠다. 또한, 기관 간 정보 공유 시스템의 부재는 서비스 연계의 가장 큰 장애물로 작용했다.

재정(Finance): 선도사업은 국비 지원을 통해 운영되었으나, 사업 종료 후의 지속가능성에 대한 우려가 크다.

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

Ⅲ

국내외 지역사회통합돌봄 사례분석



남양주시복지재단

제3장 국내외 지역사회통합돌봄 사례분석

1. 국내·외 통합돌봄 사례분석 프레임워크

우리정부가 구상했던 지역사회 통합돌봄은 ‘대상자의 욕구에 맞추어 주거·보건의료·요양·돌봄 등 서비스를 연계·통합 제공하여 지역사회 독립생활 지원’을 사업내용으로, 케어안내창구, 지역케어회의, 서비스연계 등을 공통 요소로 하되, 지역 자율형의 통합돌봄 모형을 기획·실행하는 것을 목표로 구상되었던 것이 사실이다. 지역사회통합돌봄은 노인, 장애인, 정신장애인 복지에서 AIP(Aging in Place), 탈시설화, 지역사회돌봄, 지역사회통합서비스등 명칭은 달라도 지향해야 할 바람직한 정책방향이자 실천방향으로 최근, 타 선진국에서도 지역사회통합돌봄을 더욱 강조하고 있다.

그러나 지역사회통합돌봄 정책목표에 대한 광범위한 동의에도 불구하고, 현재 우려의 시각도 만만치 않은 것이 사실이다. 왜냐하면 지역사회통합돌봄은 한 두 개의 제도를 개선하고 몇 개의 급여를 새로이 도입하고 기존의 서비스를 연계하는 수준이 아니기 때문이다. 다시 말해, 각각의 제도적 맥락이 복잡한 “보건-의료-사회서비스”를 지역사회통합돌봄 정책방향으로 시스템과 인력, 서비스 내용, 돌봄서비스 문화를 근본적으로 혁신하는 구조적 개혁과 통합돌봄에 대한 혁신적인 가치를 필요로 하는 작업이기 때문이다.

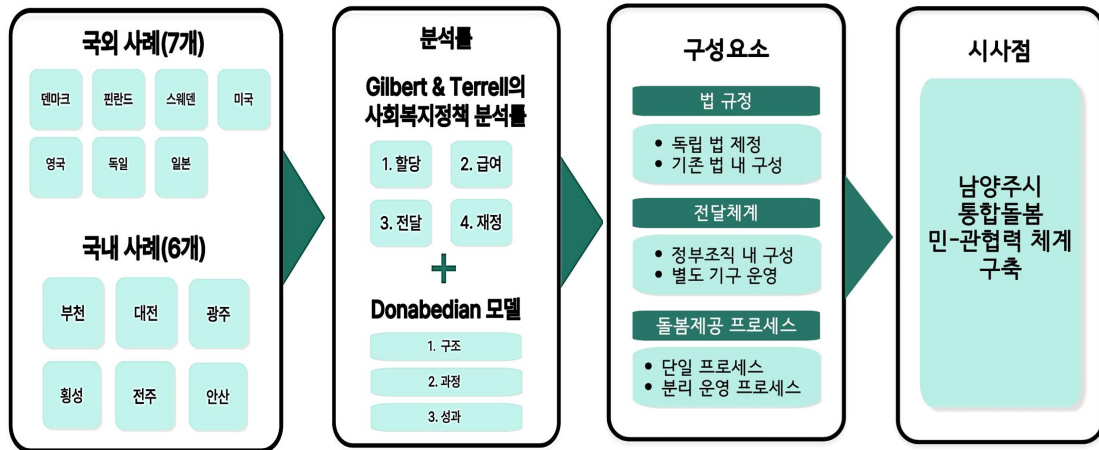
초고령 사회를 준비하면서 커뮤니티케어 정책을 앞서 도입한 국가들은 지역 안에서 돌봄의 공공성을 확보하고 삶의 질을 공평하게 보장하기 위한 ‘돌봄기본법’을 제정하고, 돌봄 서비스에 대한 국가 기준을 만들어 품질을 관리하고 있다. 커뮤니티 케어의 오랜 역사를 가지고 있을 뿐만 아니라 “뉴케어모델(new care models)”시범사업을 하고 있는 영국, 세계적으로 가장 탄탄한 커뮤니티케어를 구현하고 있으면서도 존엄한 삶과 재활을 목표로 하며 “사람중심 케어”를 강조하고 있는 덴마크, 그리고 가장 고령화된 일본의 지역사회포괄케어시스템인“지역공생 케어 모델”까지 커뮤니티케어와 사람중심 케어가 세계적인 흐름임을 보여주고 있었다.

이와같은 국내외 통합돌봄 사례를 선정한 이유는 남양주시가 도농복합도시의 특성과 급속한 고령화를 겪고 있다는 점을 고려할 때,

- ① 지자체 중심의 강력한 전달체계
- ② 보건과 복지의 실질적 통합 모델
- ③ 재가(Home-care) 중심의 탈시설화 전략이 필수적인 벤치마킹 요소이기 때문이다.

각각의 국내외 사례를 '제도 개요', '법적 근거 및 전달체계', '주요 서비스 내용', '재정', '성공 요인'이라는 통일된 분석 틀에 따라 체계적으로 검토하고, 이를 통해 도출된 핵심 성공 요인(Critical Success Factors, CSF)을 남양주시의 현황과 과제에 접목하여 실질적인 정책 방향을 제시할 필요가 있었다.

따라서 남양주시가 선도사업을 통해 축적한 경험과 데이터를 바탕으로 보다 효과적이고 지속가능한 통합돌봄 체계를 구축하는데 기여하고자 국외사례 7개국, 국내사례 6개 지자체를 선정하여 Gilbert & Terrell 분석틀과 Donabedian 분석틀을 사용하여 <그림 13>과 같이 지역사회 통합돌봄 모델을 심층적으로 비교 분석하였다.



[그림 13] 국내외 통합돌봄 사례분석 프레임워크

1.1. Gilbert & Terrell 분석틀

Gilbert와 Terrell(2021)이 제시한 사회복지정책 분석틀은 정책의 핵심적인 선택 차원을 할당, 급여, 전달, 재정 이라는 네 가지 요소로 구분하여 분석하는 고전적이면서도 강력한 프레임워크이다. 이 분석틀은 한국의 지역사회통합돌봄 정책 분석에도 다수 활용된 바 있으며(이금숙, 2023; 이진국, 2020; 박광옥 외, 2022), 다음과 같은 네 가지 차원을 사용한다.

- ① 할당(Allocation): 누구에게 급여를 제공할 것인가? (수급자격 기준)
- ② 급여(Provision): 무엇을 제공할 것인가? (급여의 형태: 현금, 현물, 서비스 등)
- ③ 전달(Delivery): 어떻게 전달할 것인가? (서비스 전달체계 구조)
- ④ 재정(Finance): 재원은 어떻게 조달할 것인가? (재원 조달 방식)

이 분석틀은 지역사회통합돌봄 정책의 대상자 선정 방식, 제공되는 서비스의 종류와 내용, 지역사회통합돌봄 전달체계, 그리고 재정 확보 전략을 체계적으로 검토하는 데 유용하다.

1.2. Donabedian 분석틀

Avedis Donabedian(2005)이 의료 서비스의 질을 평가하기 위해 개발한 '구조-과정-성과(Structure-Process-Outcome)' 모델은 보건·의료 분야를 넘어 다양한 서비스의 품질을 평가하는 보편적인 틀로 사용되고 있다. 이 모델은 정책이나 서비스의 품질을 다음과 같은 세 가지 상호 연관된 요소로 분석하고 있다(Moore et al., 2015).

- ① 구조(Structure): 서비스가 제공되는 환경의 물리적·조직적 특성. 인력, 시설, 장비, 조직 구조, 재정 자원, 관련 법규 등이 포함된다.
- ② 과정(Process): 대상자에게 서비스가 제공되는 일련의 활동. 진단, 치료, 돌봄 계획 수립, 서비스 연계 등 실제 수행되는 업무를 의미한다.
- ③ 성과(Outcome): 서비스 제공의 결과로 나타나는 대상자의 상태 변화. 건강 상태 개선, 삶의 질 향상, 만족도, 재입원을 감소 등이 해당된다.

<표 10> 국내외 지역사회통합돌봄 사례 분석틀

구분	분석 항목	주요 내용
구조 (Structure)	추진 체계	전담 조직(국/과/팀), 조례 제정, 민·관협의체 구성
	재정 및 인프라	예산 확보 구조, 거점 기관(복지관, 센터 등)
과정 (Process)	전달 체계	통합안내창구 운영, 케어회의(사례회의), 다학제 협업
	핵심 서비스	주거, 보건의료, 요양·돌봄, 생활지원 등 특화 서비스
성과 (Outcome)	효과 및 특징	서비스 제공 실적, 이용자 만족도, 지역사회 변화

Donabedian 모델은 지역사회통합돌봄 정책의 기반이 되는 인프라(구조), 실제 서비스가 어떻게 실행되는지(과정), 그리고 서비스제공 결과 어떠한 변화가 나타났는지(성과)를 논리적으로 연결하여 분석함으로써 그 효과성을 평가하는 데 매우 효과적이다(이선우, 2025).

따라서 본 연구에서는 국내외 지역사회통합돌봄 우수사례 분석을 위해 Gilbert & Terrell의 사회복지정책 분석틀과 Donabedian의 분석틀을 사용하여 지역사회 통합돌봄 모델을 심층적으로 비교 분석하였다.

2. 국외 통합돌봄 사례분석 및 성공 요인 추출

고령화와 만성질환 증가라는 전 세계적 추세에 대응하여 주요 선진국들은 의료비용 상승과 시설 중심 돌봄의 한계를 극복하기 위해 일찍부터 지역사회통합돌봄 체계를 발전시켜왔다. 각국의 사회·문화적 맥락과 제도의 차이에도 불구하고, 공통적으로 지방정부의 역할 강화, 보건·의료·복지 서비스의 연계, 안정적인 재원 확보, 이용자 중심의

맞춤형 서비스 제공이라는 방향성을 추구하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 주요 7개국의 통합돌봄사례를 심층적으로 분석하여 '공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축'을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

2.1. 덴마크: 탈시설화와 재가 중심 예방 (Aging in Place)

덴마크는 요양시설 신설을 법적으로 금지하고 AIP 즉 '가능한 한 집에서 오래 거주'하는 것을 목표로 24시간 재가 돌봄과 예방적 방문간호를 정착시킨 사례로, 남양주의 재가 서비스 고도화 모델구축에 시사하는 바가 크다.

2.1.1. 제도 개요

덴마크는 '돌봄 국가(Caring State)'로 불릴 만큼 포괄적인 사회보장체계를 갖춘 대표적인 북유럽의 복지국가이다. 덴마크의 통합돌봄은 시민권에 기반한 보편주의 원칙에 따라 소득이나 자산에 상관없이 누구나 필요한 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것을 핵심으로 하고 있다(Rostgaard, T.,2020). 덴마크는 1970년대 초부터 시설 돌봄보다 자택에서 가능한 한 오래 생활하는 AIP(Aging in Place) '커뮤니티 케어'를 정책의 큰 틀로 설정하였다.

특히 1980년대부터 'AIP'라는 원칙 아래 강력한 탈시설화 정책을 추진하며, 요양시설 신축을 금지하고 재가 서비스와 지역사회 기반 주거지원을 대폭 확대해 온 선구적인 모델로 평가되고 있다(communitycarereview.com.au, 2020). 이는 노인의 삶의 질과 자율성을 중시하며, 기존 시설 중심 복지에서 탈피하여 지역사회 내에서 돌봄을 받도록 하는 흐름이다(김도연, 2025). 뿐만아니라, 덴마크의 돌봄서비스는 전문적인 교육을 받은 인력에 의해 제공되는 '공식적(formal)' 성격을 띠며, 이는 가족에게 의존하지 않는 '탈가족화'와 성평등(남녀 모두 경제활동 참여)을 지지하는 구조로 되어있다(Rostgaard,T. 2020).

2.1.2. 법적 근거 및 전달체계

덴마크 통합돌봄의 법적 근거는 「사회서비스법(Consolidation Act on Social Services, Serviceloven)」이다. 이 법은 1974년 제정된 사회서비스통합법(CASS)을 바탕으로 아동, 장애인, 노인 등 모든 시민에게 필요한 사회서비스 제공에 지방정부(Municipality, 코문)의 책임을 명시하고 있다는 점이다(Ministry of Social Affairs and the Interior, 2015). 뿐만아니라 「사회서비스법(Consolidation Act on Social Services, Serviceloven)」은 돌봄 서비스의 제공 책임을 중앙정부에서 기초 지자체(Municipality 코문)로 이관하는 핵심 법안임을 공고히 하였다. 덴마크의 전달체계는 중앙정부 산하 5개 지역정부(Region)와 98개의 기초지자체(Municipality코문)의 이원화된 구조로 되어 있다.

지역 정부는 병원 운영 및 1차 의료(GP) 관리 등 주로 '의료'를 담당한다. 기초 지자체(Municipality 코뮌) 98개는 재가 돌봄, 요양시설 운영, 재활, 예방 서비스 등 '돌봄'과 '복지'를 전담하며 보건·의료·복지 서비스의 계획, 제공, 재정의 주체로서 강력한 권한과 책임을 지닌다. 코뮌은 '평가 코디네이터(Assessment Coordinator)'를 통해 개인의 욕구를 종합적으로 평가하고, 이를 바탕으로 공공 및 민간 제공기관을 통해 맞춤형 서비스를 제공하는 단일 청구역할을 수행하고 있다. 만약 코뮌이 필요한 주거나 서비스를 제공하지 못할 경우 벌금이 부과되는 등 강력한 책임 메커니즘이 작동한다(Rostgaard, T. 2020).

2.1.3. 주요 서비스 내용

덴마크의 돌봄서비스는 개인의 자립 생활 유지를 목표로 포괄적으로 구성된다. 주요 서비스는 크게 두 가지로 나뉜다. 첫째, 목욕, 옷 입기 등 '개인 돌봄(personal care)'과 청소, 세탁 등 '실용적 도움(practical help)'을 포함하는 재가서비스(Home care)이다. 재가 서비스는 이용 시간과 관계없이 무료로 제공되는 것이 원칙이다. 최근에는 경증 노인보다 '노쇠한(frail)' 노인에게 서비스가 집중되는 경향이 있으며, 이에 따라 청소 등 단순 가사 지원 비중은 줄고 전문적인 의료 처치 비중이 늘고 있다(Rostgaard, T. 2020).

둘째, 예방적 차원에서 75세 이상 모든 노인에게 제공되는 '예방적 가정 방문(preventive home visits)'을 통해 건강 상태와 생활환경을 점검하고 필요한 서비스를 선제적으로 연계하여 중증화를 예방한다(healthcaredenmark.dk). 방문간호에는 직접적인 의료 처치를 하는 '홈 너스(Home nurse)'와 사례관리 및 조정을 담당하는 '방문 간호사(Visiting nurse)'로 기능이 세분화되어 있다. 돌봄이 필요한 노인에게 24시간 대응 체계를 갖추어 긴급 상황 발생 시 시설에 입소하지 않고도 지역사회에서 대처할 수 있도록 지원하고 있다.

이 외에도 재활 및 기능회복(reablement) 프로그램, 주택 개조, 보조기기 지원, 주간보호센터, 단기보호 등 다양한 서비스가 개인의 필요에 따라 통합적으로 제공되고 있다. 또한, 덴마크는 '공공부문 디지털 복지전략(2013-2020)'을 통해 리프트, 세척 비데 등 4대 복지 기술을 개발 및 확산시켰다(박제성, 2019). 이는 돌봄 인력의 노동 강도를 줄이고 고령자의 자립성을 높이는 데 기여하고 있다. 덴마크에서 돌봄 종사자는 'SOSU 헬퍼(사회적 돌봄 및 건강 도우미)'와 'SOSU 어시스턴트(의료 지원)' 등으로 체계화되어 있으며, 1~2년 이상의 교육 과정을 거쳐야 하는 전문 직종이다.

2.1.4. 재정

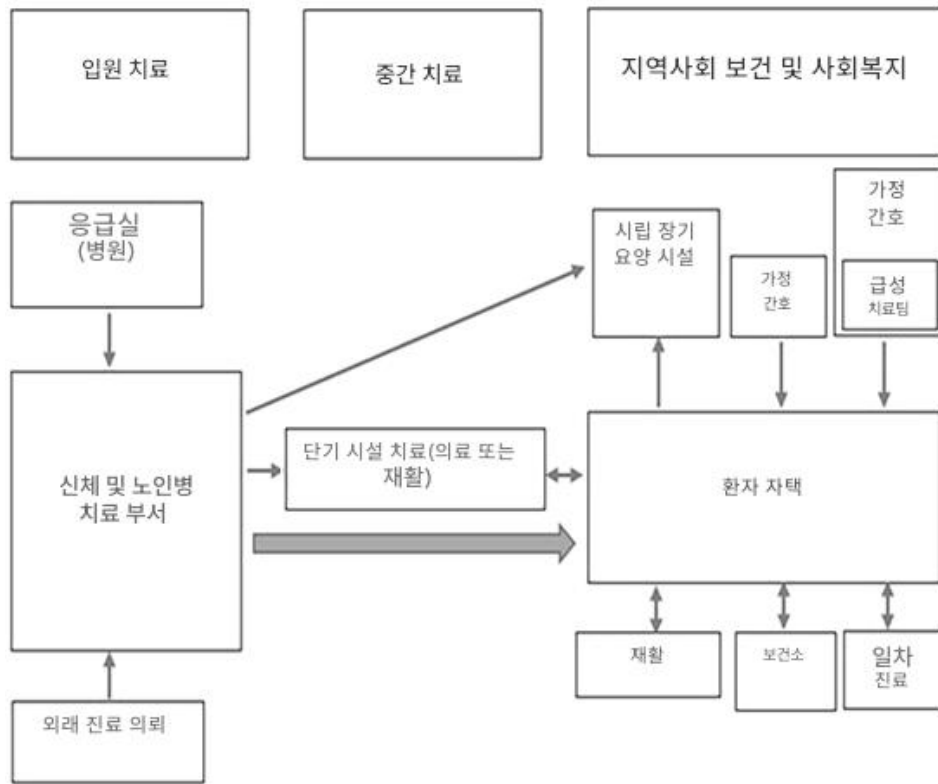
덴마크의 통합돌봄 재정은 전적으로 세금으로 충당된다. 중앙정부와 지방정부(코뮌)가 공동으로 재원을 부담하며, 모든 시민은 소득 수준과 관계없이 대부분의 서비스를 무료로 이용할 수 있다(The Commonwealth Fund, 2020). 이러한 조세 기반의 안정적인 재정 구조는 보편적·제도적 서비스 제공을 가능하게 하는 핵심 기반이라고 할 수 있다. 지방정부인

코문이 예산 계획부터 집행까지 돌봄에 대한 전권을 가지고 있으며, 중앙정부는 포괄적인 보조금을 통해 지역 간 재정 격차를 조정하는 역할을 한다(journal.khousing.or.kr, 2025). 입원 치료가 끝난 환자의 퇴원이 지연될 경우, 그 비용 책임을 광역자치단체(병원)가 아닌 기초자치단체인 코문(돌봄 주체)이 지도록 설계되었다는 점이다((박제성, 2019). 이는 지자체가 신속하게 지역사회 돌봄 체계를 작동하도록 강제하는 효과적인 재정 장치라고 할 수 있다.

2.1.5. 성공 요인

덴마크 통합돌봄 모델의 핵심 성공 요인들을 추출해보면 다음과 같다.

- 1) **강력한 지방분권과 책임:** 기초지자체(코문)가 서비스 제공의 전적인 권한과 책임을 가지며, 서비스 미제공 시 벌금을 부과하는 등 강력한 책임 메커니즘을 통해 현장 중심의 신속하고 책임감 있는 서비스 제공을 보장하고 있다.
- 2) **예방 및 기술 중심의 접근:** 모든 노인을 대상으로 한 예방적 가정 방문과 기능회복 프로그램을 통해 돌봄 필요 상태로의 진입을 지연시키고, 장기적으로 의료 및 돌봄 비용을 절감하고 있다. 또한, 인력 부족 문제를 해결하기 위해 복지 기술(ICT, 로봇 등)을 적극적으로 도입하고 있다.
- 3) **안정적인 공공 재원:** 전액 조세 기반의 재정 구조는 소득과 무관하게 누구나 필요한 서비스를 받을 수 있는 보편적 시스템의 근간이 되고 있다.
- 4) **탈시설화와 재가서비스 중심 정책:** 'AIP(Aging in Place)' 원칙을 법제화하고 요양시설 신축을 금지하는 등 일관된 정책을 통하여 재가 및 지역사회 중심의 돌봄 인프라를 성공적으로 구축하였다.
- 5) **전문적인 돌봄 인력 양성 체계:** 돌봄 노동을 단순 노무가 아닌 전문 직업(SOSU)으로 격상시키고 체계적인 교육 시스템을 갖추어 서비스의 질을 담보하고 있다.



[그림 14] 덴마크 통합돌봄 모델

출처: Liljas et al. (2024), Scand J Public Health, 52(1), 5-9. Adapted from [DOI: 10.1177/14034948221122386] 번역함

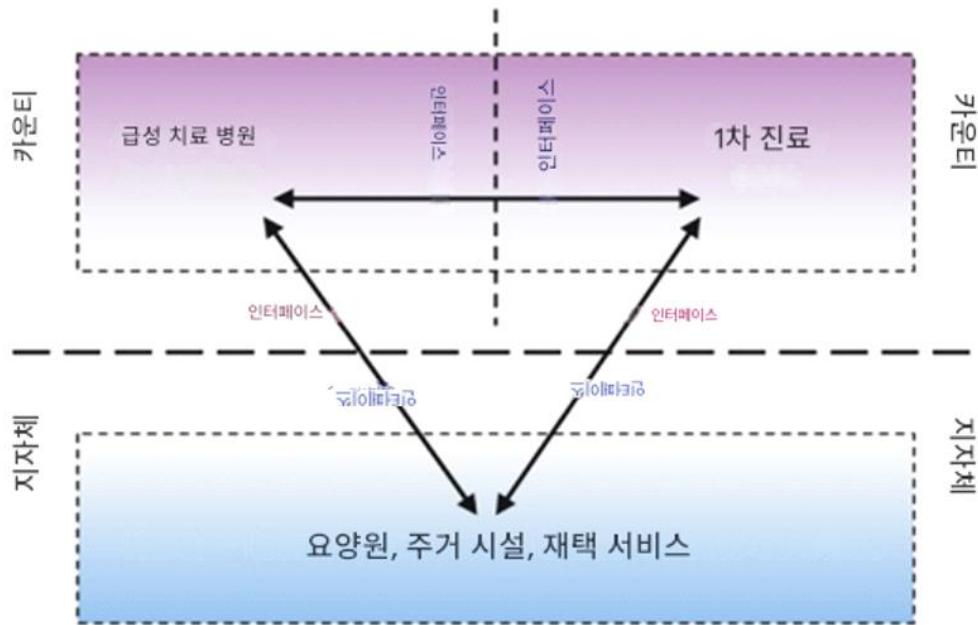
2.2. 스웨덴: 아델 개혁 (Ädel Reform) 및 지방분권형 돌봄

스웨덴은 1992년 '아델 개혁'을 통해 병원의 '사회적입원' 문제를 해결하고 돌봄 책임을 지방정부로 명확히 이양한 점(박제성, 2019)은 남양주시가 지역 병원과 협력하여 퇴원 환자의 지역사회 복귀 체계를 마련하는 데 시사점을 줄 수 있을 것이다.

2.2.1. 제도 개요

스웨덴의 노인 돌봄 서비스는 역사적으로 구빈제도에서 출발하여 보편적 복지 서비스로 발전해 왔으며, 돌봄의 핵심 기조는 '시설 보호에서 재가 돌봄으로의 전환 (De-institutionalization)'이라는 점이다. 특히, 1950년대 이후 시설 보호보다는 돌봄 서비스를 지향하는 정책으로 전환되었으며, 1954년 조사에서는 노인들이 가족 없이 비참하게 사는 문제가 대두되면서 '재가 돌봄(Home Care)'이 정책의 핵심 원리가 되었다(Sundström, G, 2018). 스웨덴의 노인 돌봄은 모든 사람이 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 돕는 것을 목표로 하고 있으며, 지방자치단체인 코문(Kommun)이 중심적인 역할을 수행하고 있다(sweden.se, 2025).

특히 1992년 '아델(Ädel) 개혁'을 통해 노인에 대한 1차 의료와 돌봄서비스 제공 주체를 광역의회(Landsting)에서 기초지자체인 코뮌으로 이관하여, 보건의료와 사회서비스의 통합을 위한 제도적 기반을 마련했다는 점이다. 이는 노인이 병원이 아닌 지역사회에서 살아갈 수 있도록 구조를 개편되었음을 의미한다. (박제성, 2019).



[그림 15] 스웨덴의 통합 돌봄 체계

출처: Andersson & Karlberg (2000), Int J Integr Care, 1, e01. Adapted from [PMCID: PMC1534007]
번역함

2.2.2. 법적 근거 및 전달체계

스웨덴 사회서비스의 기본법은 「사회서비스법(Socialtjänstlagen, SoL)」이다. 이 법은 1982년 제정되어 시민의 사회적, 경제적 안정을 증진하고 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하며, 도움이 필요한 개인에게 지원과 서비스를 제공할 코뮌의 책임을 규정하고 있다(legislationline.org, 2001). 특히, 아델 개혁(1992)에서는 의료와 사회서비스의 통합 제공을 위한 법적 토대로, 퇴원 환자에 대한 지자체의 책임을 명문화하고 있다(박제성, 2019).

전달체계는 290개의 코뮌이 중심이 되어 재가서비스(Hemtjänst), 특별주거(Särskilt boende, SÄBO) 등 노인 돌봄 서비스 전반을 책임지고 있다(Sundström, G., 2018). 지원이 필요한 노인이 서비스를 신청하면, 지방정부 소속 가정의(Distriktläkare), 간호사, 사회복지사 등이 팀을 구성하여 욕구를 평가하고 '돌봄 계획(Care Plan)'을 작성한다(박제성, 2019). 코뮌 내에 케어 매니저(care manager)가 개인의 욕구를 사정하고 필요한 서비스를 결정하며, 돌봄서비스는 코뮌이 직접 운영하거나 민간기관에 위탁하여 제공되고 있다.

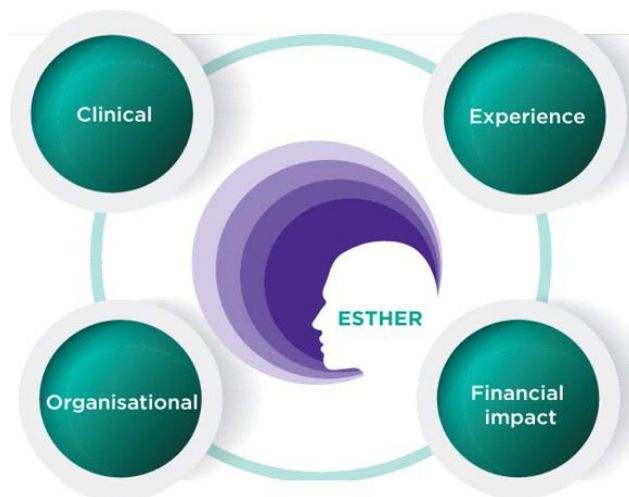
2.2.3. 주요 서비스 내용

스웨덴의 주요 돌봄서비스는 재가서비스(Hemtjänst)와 특별주거(Särskilt boende)로 구분된다. 재가서비스는 청소, 쇼핑, 요리 등 가사 지원과 목욕, 식사 등 개인적 돌봄을 포함한다(socialstyrelsen.se, 2025). 과거에는 가사 지원 비중이 높았으나, 최근에는 중증도 높은 노인에게 서비스가 집중되는 경향이 있다(Sundström, G., 2018). 특별주거는 24시간 돌봄이 필요한 노인을 위한 시설로, 치매 전담 시설, 서비스 하우스 등 다양한 형태가 있다.

특히, 스웨덴 예셰핑 카운티의 '에스더(Esther) 모델'이 세계적인 주목을 받고있다. 이는 복합적인 욕구를 가진 노인('에스더'라는 환자의 이름에서 나옴)을 중심으로 병원, 1차 의료, 코문의 돌봄 서비스가 단절 없이 연계되도록 하는 다직종 협력 네트워크로, "에스더에게 최선은 무엇인가?"라는 질문을 통해 환자 중심의 통합 케어를 실현하는 성공 사례로 꼽힌다(The Commonwealth Fund, 2016). 에스더 모델은 지속적인 품질 개선, 조직 간에 소통, 문제 해결 및 직원 교육을 활용하여 복합적인 돌봄욕구를 가진 노인 환자에게 최상의 진료를 제공하는 것이다.

2.2.4. 재정

스웨덴의 노인 돌봄 재정 역시 대부분 지방세와 중앙정부 보조금으로 충당되는 조세 기반 시스템이다(sweden.se, 2025). 코문이 징수하는 지방세가 전체 비용의 약 85~90%를 차지하고 있는데, 이는 코문의 자율성을 보장하는 재정적 기반이 된다. 이용자는 소득 수준에 따라 본인부담금을 지불하지만, 상한선이 정해져 있어 과도한 부담을 갖지 않도록 하고 있다. 이러한 재정 구조는 보편적 접근성을 보장하면서도 재정적 지속가능성을 유지하려는 노력을 반영한다.



[그림 16] 에스더(Esther) 모델

2.2.5. 성공 요인

스웨덴 모델의 핵심 성공 요인들을 추출해 보면 다음과 같다.

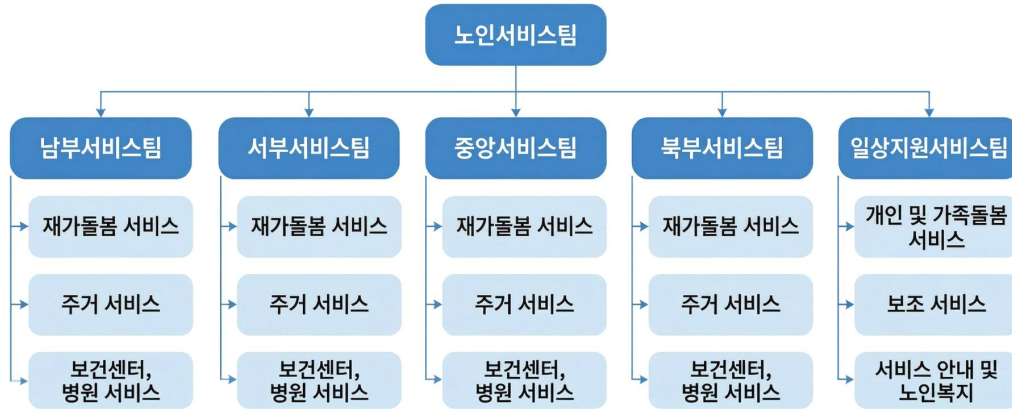
- 1) '아델(Ädel) 개혁'을 통한 구조적 통합: 의료와 돌봄의 책임 주체를 코뮌으로 일원화하여 분절된 서비스 전달체계를 구조적으로 통합하고 협력의 기반을 마련했다.
- 2) 이용자 중심의 다직종 협력 모델('에스더 네트워크'): "환자에게 최선은 무엇인가?"라는 단순하지만 강력한 원칙을 중심으로 의료, 간호, 돌봄 전문가들이 협력하는 문화를 구축하여 서비스의 질과 환자 경험을 획기적으로 개선했다. 이는 병원 입원을 감소 등 가시적인 성과로 이어졌다(The Commonwealth Fund, 2016).
- 3) 지방정부의 강력한 권한과 재정 자율성: 코뮌이 돌봄 서비스의 계획, 제공, 재정 전반에 대한 권한을 가짐으로써 지역 특성에 맞는 유연하고 책임 있는 정책 운용이 가능했다.
- 4) 보편주의 원칙과 소득 연계 본인부담금의 조화: 시민권에 기반한 보편적 서비스를 제공하면서도, 소득에 따른 본인부담금 상한제를 통해 재정의 지속가능성과 형평성을 동시에 추구한다.

2.3. 핀란드(시운 소테 모델): 구조적 통합과 디지털 돌봄

핀란드의 통합돌봄 모델은 '시운 소테(Siun sote)'라는 단일 조직을 통해 보건소, 병원, 사회복지 서비스를 구조적으로 통합하고, 디지털 기술(약물 로봇 등)을 적극 활용한 사례(이연호 외, 2024)로 남양주시가 스마트 돌봄 및 통합돌봄 조직 효율화 체계를 마련하는 데 시사점을 줄 수 있을 것이다.

2.3.1. 제도 개요

핀란드는 전통적인 북유럽 복지국가로, 공공부문이 돌봄서비스 제공의 핵심 역할을 담당하고 있으며, 최근, 대대적인 행정 개혁을 통해 새로운 국면을 맞이하고 있다. 핀란드는 2023년부터 기존의 300여 개 기초지자체(municipalities)가 담당하던 보건의료 및 사회복지 서비스 제공 책임을 21개의 '복지서비스 자치주(wellbeing services counties)'로 이관하는 개혁을 단행했다. 이는 파편화된 서비스 전달체계를 광역 단위로 통합하여 서비스의 효율성과 형평성을 높이고, 의료-간호-요양 서비스의 구조적 통합을 이루려는 시도이다(이연호외, 2024).



[그림 17] 시운 소테 운영센터 조직도

출처: "Siun sote and elderly care", Komu & Poutanen, 2022. 이연호 외, 2024에서 재인용

2.3.2. 법적 근거 및 전달체계

핀란드 사회서비스의 근간은 「사회복지법(Social Welfare Act)」과 「보건의료법(Health Care Act)」이다. 2023년 시행된 개혁으로, 이 법들에 근거한 서비스 제공의 주체가 기초지자체에서 '복지서비스 자치주'로 변경되었다는 점이다(STM, 2025). 복지서비스 자치주는 해당 지역의 1차 의료, 전문 의료, 사회복지 서비스(노인 돌봄 포함)를 총괄하여 기획·제공하는 책임을 지고있다. 이러한 구조적인 통합하에 이용자는 하나의 시스템 안에서 연속적인 서비스를 제공받을 수 있게 되었다. 돌봄서비스 제공은 자치주가 직접 운영하는 공공기관이 중심이 되며, 민간 부문은 보완적 임무를 수행하고 있다.

2.3.3. 주요 서비스 내용

핀란드의 통합돌봄 서비스는 재가 돌봄(home care)을 우선 원칙으로 한다. 재가 돌봄은 사회적 돌봄(home help)과 의료적 돌봄(home nursing)이 통합된 형태로 제공되고 있다(goltc.org). 특히 핀란드는 'RAI(Resident Assessment Instrument)'라는 표준화된 돌봄욕구 사정 도구를 적극적으로 활용하고 있다. RAI(Resident Assessment Instrument)는 이용자의 신체적, 정신적, 사회적인 돌봄 욕구를 체계적으로 진단하여 개인 맞춤형 돌봄계획을 수립하는 데 사용되며, 돌봄서비스의 일관성과 질 관리에 기여하고 있는 것으로 나타났다(Finnish Institute of Health and Welfare, THL, 2023). 특히, 돌봄 기술(welfare technology)을 적극 도입하여 원격 모니터링, 안전 알람 등 ICT 기반 돌봄서비스를 통해 이용자의 재가 생활을 지원하고 있다.

2.3.4. 재정

핀란드의 보건복지 재정은 주로 세금으로 충당되고 있다. 2023년 돌봄개혁 이후, 재원 조달 방식도 크게 바뀌었다. 과거에는 기초지자체가 징수하는 지방세가 주된 재원이었으나,

최근, 중앙정부가 복지서비스 자치주에 직접 예산을 교부하는 방식으로 변경되었다(vm.fi). 즉, 중앙정부는 인구, 연령 구조, 건강 상태 등 지역별 필요에 따라 예산을 배분하고, 자치주는 이 예산을 가지고 자율적으로 서비스를 운영한다는 점이다. 이용자는 소득 수준에 따라 일부 본인부담금을 내지만, 연간 본인부담 상한제가 작동되고 있어 과도한 의료비 부담을 제어하는 역할을 하고 있다(이연호 외, 2024).

2.3.5. 성공 요인

핀란드 모델의 핵심 성공 요인을 정리해 보면 다음과 같다.

- 1) **과감한 행정구조 개혁:** 파편화된 기초지자체 중심의 전달체계를 '복지서비스 자치주'라는 광역 단위로 통합하여, 보건·의료·복지 서비스의 기획, 재정, 제공을 일원화하는 구조적 혁신을 단행하였다.
- 2) **표준화된 욕구 사정 도구((Resident Assessment Instrument, RAI) 활용:** 전국적으로 표준화된 RAI 돌봄시스템을 통해 이용자의 복합적 욕구를 체계적으로 진단하고, 데이터에 기반한 맞춤형 케어플랜을 수립하여 서비스의 질과 일관성을 확보하고 있다.
- 3) **공공 중심의 강력한 서비스 제공체계:** 복지서비스 자치주가 서비스 제공의 직접적인 주체로서, 공적 영역에서 의료-간호-요양 서비스를 통합적으로 제공하여 서비스의 연속성과 공공성을 담보하고 있다.
- 4) **중앙정부의 재정 책임과 지역 자율성의 조화:** 중앙정부가 세금을 통해 안정적인 재원을 확보하고 지역별 필요에 따라 배분함으로써 재정적 형평성을 보장하는 동시에, 자치주에게는 예산 운영의 자율성을 부여하고 있다.

2.4. 영국(토베이): 통합케어시스템 (Integrated Care System)

영국의 경우 보건(National Health Systems, NHS)과 지방정부(복지)가 분리된 구조적 한계를 극복하기 위하여 '토베이(Torbay)' 지역 등에서 시도한 통합돌봄 운영 사례는 남양주시 통합돌봄 모델을 구축하는데 시사점을 줄 수 있을 것이다.

2.4.1. 제도 개요

영국은 국민보건서비스(National Health Systems, NHS)를 통해 모든 국민에게 무상 의료를 제공하는 나라로, 보건과 사회적 돌봄의 연계를 중심으로 통합돌봄이 논의되어 왔다. 1990년 「국민보건서비스 및 지역사회돌봄법(NHS and Community Care Act)」을 통해 시설 중심에서 지역사회 중심으로 돌봄의 패러다임이 전환되었으며, 2014년에는 「돌봄법(Care Act)」을 제정하여 복잡한 돌봄 관련 법률을 통합하고 지방정부의 책임을 강화하였다. 영국의 통합돌봄은 국민보건서비스(National Health Systems, NHS)와

지방정부(Local Authority) 간의 협력과 재정 통합을 통하여 분절된 서비스를 극복하려는 노력이 특징이다.

2.4.2. 법적 근거 및 전달체계

영국의 경우, 통합돌봄의 핵심 법적 근거는 바로 「돌봄법 2014(Care Act 2014)」이다. 이 법은 지방정부에게 지역 주민의 '웰빙(well-being)' 증진을 핵심 책무로 부여하고, 개인의 돌봄욕구 평가, 돌봄정보 제공, 돌봄예방 서비스 제공 등의 의무를 명시하고 있다는 점이다(legislation.gov.uk, 2014). 통합돌봄 전달체계는 의료 서비스를 담당하는 국민보건서비스(National Health Systems, NHS)와 사회적 돌봄(요양, 가사 지원 등)을 담당하고 있는 지방정부로 이원화되어 있다. 이러한 두 주체의 협력을 촉진하기 위하여 '더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund, BCF)'이라는 공동예산 모델이 도입되었으며, 지역 단위에서는 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)가 통합돌봄 계획을 수립하고 조정하는 역할을 하고 있다.

2.4.3. 주요 서비스 내용

영국의 지역사회 통합돌봄서비스는 지방정부의 사회서비스국이 단일 창구 기능을 담당하고 있으며, 개인별 통합돌봄 계획을 수립하고 제공하고 있다. 돌봄서비스 내용은 재가 돌봄, 주간보호, 단기보호(respite care), 주거지원, 보조기기 제공 등 다양하다.



[그림 18] 토베이시 모델

출처: Torbay and South Devon NHS Foundation Trust(2021)

특히 국민보건서비스(National Health Systems, NHS)는 '뉴케어모델 (New Care Models)' 프로그램을 통해 지역별 특성에 맞는 혁신적인 통합돌봄 모델 개발을 지원하고

있다. 영국의 대표적인 통합돌봄 성공 사례인 '토베이 (Torbay) 모델'은 국민보건서비스 (National Health Systems, NHS)인 보건·의료 서비스와 지자체의 돌봄·요양 서비스를 결합하여 의료와 사회적 돌봄의 경계를 허물고, 지역주민, 병원, 서비스 제공기관이 참여하는 강력한 동반관계를 구축했다는 점이다.

2.4.4. 재정

영국의 통합돌봄 재정의 경우, 의료(NHS)는 중앙정부의 조세로, 사회적 돌봄은 지방정부의 지방세와 중앙정부의 보조금으로 충당되는 이원적인 구조를 가지고 있다. 이러한 재정 분리는 통합의 가장 큰 장애물로 지적되어 왔으며, 이를 해결하기 위해 '더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund, BCF, BCF)'이 도입되었다는 점이다. BCF(Better Care Fund)는 NHS 예산과 지방정부 예산을 일부 통합하여 공동의 목표(예: 응급입원 감소)를 위해 사용하는 기금으로, 양 기관의 협력을 유도하는 핵심적인 재정 인센티브로 작용하고 있다. 하지만 여전히 사회적 돌봄 재정은 부족하며, 엄격한 자산 기준(assets test)으로 인해 많은 중산층 노인들이 비용 전액을 스스로 부담해야 하는 문제가 있다(The King's Fund, 2024).

2.4.5. 성공 요인

영국의 통합돌봄 모델의 핵심 성공 요인들을 추출해 보면 다음과 같다.

- 1) **명확한 법적 기반 마련:** 「돌봄법 2014」을 통해 지방정부의 책무를 명확히 하고 있으며, 개인의 웰빙 증진을 법적 목표로 설정하여 통합돌봄의 방향성을 제시하였다.
- 2) **공동 기금을 통한 재정적 통합:** '더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund, BCF)'이라는 혁신적인 공동 예산 모델을 통해 재정적으로 분리된 NHS와 지방정부가 공동의 목표를 위해 협력하도록 유도하는 강력한 인센티브를 제공하고 있다.
- 3) **지역 맞춤형 모델 개발 지원('뉴케어모델'):** 중앙정부에서 획일적인 모델을 강요하는 대신, '토베이' 사례와 같이 지역의 자율성과 창의성을 바탕으로 한 혁신적인 통합돌봄 모델을 발굴하고 확산시키는 상향식 접근을 시도하고 있다.
- 4) **다직종·이해관계자 파트너십 구축:** '토베이' 시와 같은 성공적인 지역사회통합돌봄 모델들은 공공기관뿐만 아니라 병원, 민간 서비스 제공자, 지역주민 등 다양한 이해관계자가 참여하는 강력한 파트너십을 구축하여 지역사회 자원을 효과적으로 활용하고 있다.

2.5. 일본: 개호보험 기반의 지역포괄케어시스템

일본의 지역포괄케어시스템은 한국의 제도적 기반(장기요양보험)과 유사하며, 2025년을

목표로 30분 생활권 이내에서 의료·요양·주거를 통합하여 돌봄서비스를 제공하는 '지역포괄케어시스템'을 완성해가고 있어(김지미, 2024) 남양주시의 읍면동 단위 돌봄 체계 구축에 가장 현실적인 모델로 그 시사점이 클 것이다.

2.5.1. 제도 개요

일본은 한국과 유사한 사회보험 방식을 채택하고 있으며, 2000년에 도입된 「개호보험」 제도를 기반으로 지역사회통합돌봄을 발전시켜왔다. 일본의 통합돌봄 모델은 '지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム, CICS)'으로 불리며, 노인이 중증 요양상태가 되더라도 살던 곳에서 자신다운 삶을 계속 유지할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 하고 있다(PHA, 2018). 특히 단카이 세대가 후기 고령자가 되는 2025년을 목표로, 약 30분 이내에 필요한 돌봄서비스에 접근할 수 있는 지역 밀착형 시스템 구축을 추진해 왔다.



[그림 19] 일본의 지역포괄케어 시스템

2.5.2. 법적 근거 및 전달체계

일본의 경우, 통합돌봄의 법적 근거는 바로 「개호보험법」이다. 2005년과 2011년 법 개정을 통해 지역포괄케어시스템의 개념과 기초지자체(시정촌)의 책무가 명시되었다는 점이다. 전달체계의 핵심은 기초지자체인 '시정촌(市町村)'과 '지역포괄지원센터'이다. 시정촌은 개호보험의 보험자로서 지역포괄케어시스템 구축의 주도적 역할을 담당하며, 지역 실정에 맞는 돌봄 계획을 수립하고 집행한다. 지역포괄지원센터는 시정촌이 직영하거나 위탁 운영하는 기관으로, 간호사, 사회복지사, 주임 케어매니저 등 전문인력이 배치되어 고령자의 종합상담, 권리옹호, 케어플랜 작성 지원, 서비스 연계 등 통합돌봄의 현장 허브 기능을 수행하고 있다(임정미, 2018).

2.5.3. 주요 서비스 내용

지역포괄케어시스템은 '의료', '개호(돌봄)', '개호예방', '주거', '생활지원·복지서비스'의 5가지 구성요소가 상호 연계되어 통합적으로 제공되는 것을 원칙으로 한다(PHA, 2018). 개호보험을 통해 방문요양, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등 공식적인 서비스를 제공하고 있으며, 이와 더불어 지자체는 지역의 자원봉사자나 NPO 등과 협력하여 식사 배달, 안부 확인, 이동지원 등 다양한 생활지원 서비스를 제공하고 있다. 이는 공식 서비스(共助, 공조)만으로는 해결할 수 없는 돌봄 수요를 주민들의 자발적 참여(自助, 자조 및 互助, 호조)를 통해 보완하는 구조라고 할 수 있다.

2.5.4. 재정

일본의 경우, 통합돌봄의 재정은 사회보험 방식인 '개호보험'이 중심이다. 통합돌봄의 재원은 40세 이상 국민이 납부하는 보험료(50%)와 중앙정부·지자체의 공비(세금, 50%)로 조성된다(김찬우 & 신수경, 2018). 이용자는 소득 수준에 따라 돌봄서비스 비용의 10~30%를 본인부담금으로 지불한다. 이러한 사회보험 방식은 안정적인 재원 확보와 국민적 연대를 기반으로 제도의 지속가능성을 높이는 장점이 있다. 시정촌은 개호보험의 보험자로서 재정 운영에 대한 책임과 권한을 가지며, 지역의 재정 상황과 돌봄 수요에 맞춰 서비스 공급을 조절하는 역할을 한다.

2.5.5. 성공 요인

일본 통합돌봄 모델의 핵심 성공 요인을 정리해 보면 다음과 같다.

- 1) **안정적 재원 기반(개호보험):** 사회보험 방식을 통해 전국민적 참여를 기반으로 안정적인 재원을 확보하고, 이를 바탕으로 지속가능한 돌봄 시스템을 운영하고 있다.
- 2) **명확한 현장 허브(지역포괄케어지원센터):** 지역포괄케어지원센터라는 구체적인 전달체계의 핵심 거점을 법제화하여, 원스톱 상담, 사례관리, 자원 연계 기능을 수행함으로써 돌봄서비스의 접근성과 통합성을 높이고 있다.
- 3) **기초지자체(시정촌)의 주도적 역할:** 보험자이자 사업 주체인 시정촌이 지역 실정에 맞는 계획을 수립하고 자원을 동원하는 등 강력한 리더십을 발휘하도록 권한과 책임을 부여하고 있다.
- 4) **공식·비공식 자원의 연계(공조·호조·자조):** 개호보험이라는 공식 서비스(공조)를 기반으로, 지역주민의 자발적 참여(호조, 자조)를 활성화하여 공식적인 돌봄 서비스의 한계를 보완하고 지역사회 중심의 촘촘한 통합돌봄 네트워크를 구축하고 있다.

2.6. 독일: 수발보험제도

2.6.1. 제도 개요

독일의 지역사회 통합돌봄(Community Care)은 1995년 도입된 수발보험(Pflegeversicherung, 장기요양보험이나 질병, 장애 등험)을 근간으로 하며, 사회보험 방식으로 운영되고 있다(Bundes gesundheits ministerium, n.d.; lamexpat, n.d.). 이는 기존의 건강보험, 연금보험, 산재보험, 고용보험에 이은 '제5의 사회보험'으로써, 고령으로 인해 장기적인 돌봄이 필요한 모든 국민에게 보편적인 권리로써 돌봄 서비스를 보장하고 있다는 점이다.

독일의 경우, 통합돌봄 체계의 핵심 철학은 '재가 우선 원칙(ambulant vor stationär)'과 '재활 우선 원칙(Rehabilitation vor Pflege)'에 있다. 이는 가능한 한 시설 입소를 지양하고, 개인이 살던 곳에서 삶의 존엄성을 유지하며 자립적인 생활을 영위할 수 있도록 지원하는 것을 최우선으로 삼는다는 의미이다. 또한, 돌봄의 필요 상태를 예방하고 기존의 기능을 회복시키기 위한 재활 서비스를 돌봄 급여보다도 우선적으로 제공한다는 점이다.

독일의 수발보험 제도는 모든 국민이 의무적으로 가입해야 하며, 재원은 가입자와 고용주가 공동으로 부담하는 보험료로 충당된다. 이러한 보편적이고 연대성에 기반한 제도를 통해 독일은 급격한 고령화에 따른 돌봄수요 증가에 체계적으로 대응하고 있으며, 이용자의 '자기결정권'을 존중하는 다양한 돌봄서비스 선택지를 제공하는 것이 특징이라고 할 수 있다 (Beitman, 2024).

2.6.2. 법적 근거 및 전달체계

독일의 경우, 통합돌봄의 가장 중요한 법적 근거는 바로 사회법전 제11권(Sozialgesetzbuch XI, SGB XI)인 '수발보험법'이다. 이 법은 수발보험의 가입 의무, 자원 조달, 급여 종류, 서비스 제공 기준, 품질 관리 등 장기요양보험제도의 전반적인 운영 원칙을 규정하고 있다(GKV-Spitzen verband(전국 법정 건강보험기금협회), 2025). 특히, 의료서비스와의 연계를 위해 사회법전 제5권(Sozialgesetzbuch, SGB V) '건강보험법'이 상호보완적으로 작동한다는 점이 특징이다.

독일의 경우, 2015년부터 2017년까지 단계적으로 시행된 '수발강화법(Pflegestärkungsgesetze, PSG I-III)'은 독일 통합돌봄 역사상 가장 중요한 개혁으로 평가받고 있다. 이 개혁을 통해 기존의 신체 기능 중심의 3단계 등급 판정 체계가 신체적, 정신적, 인지적 제약을 종합적으로 평가하는 5단계의 '돌봄 등급(Pflegegrade)' 체계로 전면 개편되었다는 점이다. 이는 치매 노인과 같이 인지적인 어려움을 겪는 이용자들에 대한 지원을 대폭 강화하는 계기가 되었다 (Lorenz-Dant, Fischer, & Hämel, 2023; Federal Ministry of Health, 2018).

독일의 통합돌봄 전달체계는 다양한 기관들이 역할을 분담하는 다원주의적 구조를 특징으로 한다. 이는 '보충성의 원칙'에 따라 공공이 직접 서비스를 제공하기보다 민간

비영리 및 영리 기관의 참여를 적극적으로 장려하는 독일 복지국가의 특성을 반영하고 있는데 (조미숙, 2025), 정리하면 다음과 같다.

첫째, 정책 수립 및 감독은 연방보건부(Bundesministerium für Gesundheit, BMG)가 법률 제·개정 등 국가 전체의 정책 방향을 설정하고 감독하는 역할을 수행하고 있다.

둘째, 자원 관리 및 운영은 질병금고(Kranken kasse) 산하의 수발금고(Pflege kasse)가 보험료를 징수하고 급여를 지급하는 보험자로서의 핵심적인 역할을 담당한다. 즉, 건강보험과 장기요양보험의 행정 체계가 통합적으로 운영되어 효율성을 높이고 있다(Bundesgesundheitsministerium, n.d.).

셋째, 돌봄 등급 판정은 '질병금고 의료서비스(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK)' 소속의 전문 평가사가 신청자의 가정을 직접방문하여 신체적, 정신적 상태를 종합적으로 평가하고 돌봄 등급을 판정하고 있다.

넷째, 상담 및 연계의 경우, 지방자치단체와 수발금고가 공동으로 운영하는 '돌봄지원센터(Pflege stützpunkte)'가 지역주민을 위한 통합 상담 창구역할을 하고 있다. 이곳에서 이용자는 자신에게 필요한 돌봄서비스에 대한 정보를 얻을 수 있으며, 다양한 서비스 제공기관을 연계 받을 수 있고, 돌봄 계획 수립에 대한 지원도 받을 수 있다 (ACG, 2024).

다섯째, 서비스 제공의 경우, 실제로 적십자, 카리타스 등 비영리 복지단체, 민간 영리기관, 개인 사업자 등 다양한 공급 주체에 의해 돌봄 서비스가 제공되고 있다. 이용자는 계약된 서비스 제공기관 중에서 자유롭게 선택할 수 있다.

여섯째, 지방정부의 역할을 살펴보면, 지방자치단체(시·군·구)가 돌봄 인프라(시설 등)의 계획 및 투자 지원, 돌봄지원센터 운영 참여, 그리고 수발보험 급여만으로 비용을 감당하기 어려운 저소득층에게 사회부조(Sozialhilfe)를 통해 부족분을 보충해주는 역할을 담당하고 있다.

2.6.3. 주요 서비스 내용

독일 수발보험의 서비스는 '재가급여'와 '시설급여'로 크게 나뉘며, 이용자의 돌봄 등급(1~5등급)에 따라 월별 급여 한도액이 결정된다. 이용자는 자신의 필요와 선호에 따라 다양한 서비스를 조합하여 이용할 수 있다.

1) 재가 서비스 (Ambulante Pflege)

- '재가 우선 원칙'에 따라 전체 수급자의 약 80%가 재가 서비스를 이용하고 있으며, 이는 독일 통합돌봄의 중심축을 이루고 있다 (Federal Ministry of Health, 2018).
- 현금급여(Pflege geld): 이용자가 가족, 친구, 이웃 등 비공식적인 돌봄 제공자로부터 돌봄을 받을 경우, 이에 대한 보상으로 매월 현금을 직접 지급받는 제도이다. 이는 가족 돌봄의 가치를 인정하고 이용자의 '자기결정권'을 극대화하는 핵심적인 제도로 평가받고 있다.

- 현물급여(Pflegesachleistungen): 독일 간병보험(Pflegeversicherung)에서 제공하는 혜택 중 하나로, 전문 간병 서비스(Pflegedienst)를 통해 실제 간병을 제공하는 것으로 간병인이 직접 가정을 방문하여 신체 간병(씻기, 입히기 등)이나 가사 지원 서비스를 제공하고 있다. 여기에는 재가돌봄 서비스 기관(Ambulante Pflege dienste)으로부터 직접 돌봄 서비스를 받는 방식으로 신체 위생, 식사 보조, 이동 지원 등 기본적인 돌봄부터 간호 서비스까지 모두 포함된다.
- 통합급여(Kombinations leistung): 현금급여와 현물급여를 조합하여 이용하는 방식으로, 돌봄전문기관의 서비스와 가족의 돌봄을 함께 병행할 수 있어서 그 유연성이 매우 높다.
- 기타 지원 서비스:
 - ✓ 주간·야간보호(Tages- und Nacht pflege): 낮 또는 밤 시간 동안 시설에 머물며 돌봄을 받는 서비스로, 가족 돌봄자의 부담을 경감시킬 수 있다.
 - ✓ 단기보호(Kurzzeit pflege): 가족 돌봄자의 휴가나 질병 등 일시적인 공백이 발생했을 때, 단기간 시설에 입소하여 24시간 돌봄을 받는 서비스이다.
 - ✓ 대체돌봄(Verhinderungs pflege): 가족 돌봄자가 개인적인 사유로 돌봄을 제공할 수 없을 때, 다른 돌봄 인력(전문가 또는 이웃 등)을 이용할 수 있도록 돌봄비용을 지원하고 있다.
 - ✓ 주거환경 개선 지원: 문턱 제거, 안전 손잡이 설치, 욕실 개조 등 재가 생활을 지속하는 데 필요한 주택 개조 비용으로 가구당 최대 4,000유로를 지원하고 있다.
 - ✓ 돌봄 보조기구 및 소모품 지원: 돌봄 침대, 휠체어 등 보조기구와 기저귀, 장갑 등 소모품 구입비용을 지원하고 있다.

2) 시설 서비스 (Stationäre Pflege)

독일은 재가 돌봄이 더 이상 어려운 경우, 요양원 등 장기 요양시설에 입소하여 24시간 돌봄을 받는 시설 서비스 (Stationäre Pflege)에 연계하고 있다. 이 경우, 수발보험은 돌봄에 직접적으로 관련된 비용(인건비 등)을 등급별 한도 내에서 지원하지만 숙식비, 시설 관리비 등은 전액 본인이 부담해야하며, 이 비용이 부족할 경우 사회부조를 통해 지원받을 수 있다(Iamexpat, n.d.).

2.6.4. 재정

독일의 경우, 통합돌봄의 재정은 사회보험 원칙에 따라 안정적으로 운영되고 있다.

1) 재원 조달

주요 재원은 국민이 의무적으로 납부하는 수발보험료이다. 보험료율은 법으로 정해지며, 2024년 기준 소득의 3.4% 수준이다 (자녀가 없는 경우 4.0%). 이 보험료는 고용주와

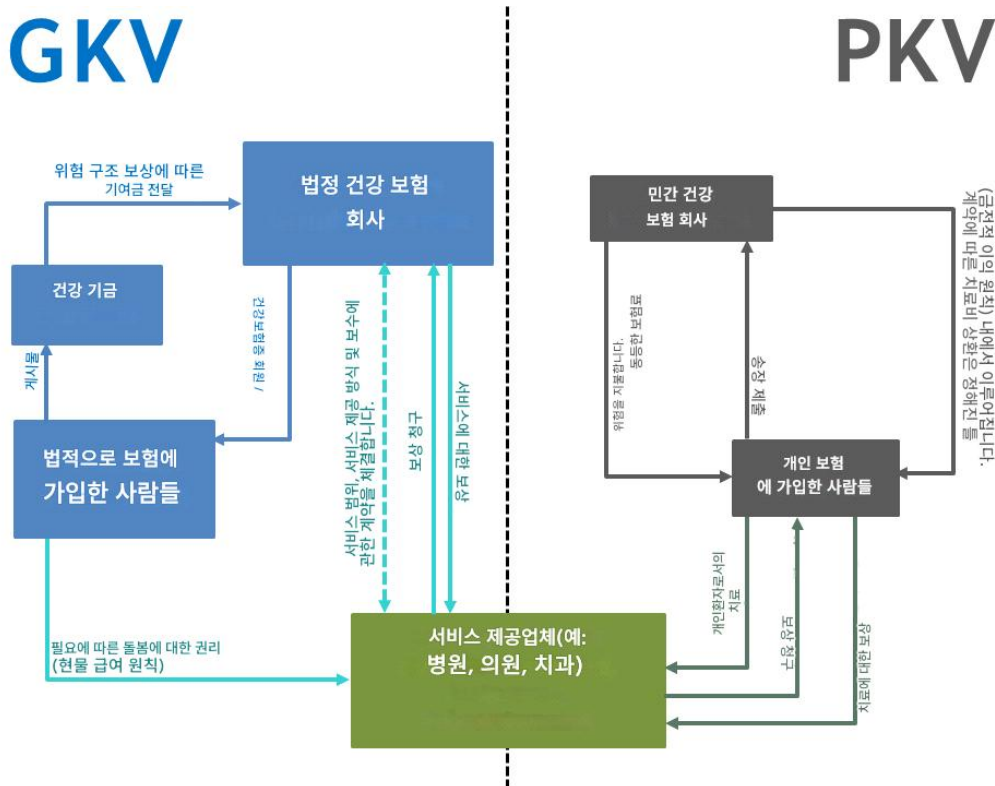
근로자가 절반씩 부담하는 것을 원칙으로 한다. 연금 수급자의 경우 연금보험공단과 본인이 보험료를 부담하는 것으로 되어있다. 이러한 방식은 사회적 연대를 기반으로 안정적인 재원을 확보하는 핵심 기제라고 할 수 있다 (GKV-Spitzen verband, 2025).

2) 재정 지출

독일의 경우, 징수된 보험료는 각각의 수발금고를 통해 관리되고 있으며, 이용자의 돌봄 등급에 따라 책정된 급여 한도 내에서 서비스 비용이 지출된다. 수발보험의 총지출은 2016년 약 310억 유로에 달했으며, '수발강화법' 시행 이후 급여 확대에 따라 지출 규모는 지속적으로 증가하고 있다 (Federal Ministry of Health, 2018).

3) 본인부담 및 공공부조

독일 수발보험은 모든 비용을 보장하는 것이 아니라, 정해진 한도 내에서 '부분 보장'하는 것을 원칙으로 하고 있다. 따라서 한도를 초과하는 비용이나 비급여 항목(예: 시설의 숙식비)은 본인이 부담해야 한다는 점이다. 만약 이용자나 그 부양의무자(자녀 등)가 본인부담금을 감당할 경제적 능력이 없는 경우, 지방정부의 사회부조(Sozial hilfe)를 통해 부족한 비용을 지원받을 수 있다. 이는 사회보험이 1차 안전망, 공공부조가 2차 안전망으로 기능하는 이중 보장 체계를 형성하고 있다(우경숙&신영전, 2022).



[그림 20] 독일의 독일의 공보험(GKV)과 사보험(PKV) 시스템의 구조적 차이

[그림 20]은 이러한 독일의 이원화된 의료보험 시스템을 잘 보여주고 있다. 공적 건강보험인 GKV (Gesetzliche Kranken versicherung)는 '법정 건강보험'을 의미하며 한국의 국민건강보험과 유사하다. 소득에 비례해 보험료를 내는 '연대주의' 원칙을 따르며 나이나 건강 상태와 상관없이 누구나 동일한 수준의 의료 서비스를 보장받는다, 사보험인 PKV (Private Kranken versicherung)는 '민간 건강보험'을 의미하며 공적 건강보험보다 보험료가 비쌀 수는 있지만, 보다 더 좋은 병실이나 대기 없는 진료 등 고급 의료 혜택을 제공받을 수 있다.

2.6.5. 성공 요인

독일의 통합돌봄 체계는 여러 성공 요인을 바탕으로 하여 안정적으로 운영되고 있으며, 이는 남양주시 모델 구축에 중요한 시사점을 제공한다.

- 1) **명확한 법적 기반과 안정적 전달체계:** 사회법전(SGB XI)을 통해 전 국민을 대상으로 하는 보편적이고 의무적인 제도를 구축함으로써 돌봄을 개인이나 가족의 책임이 아닌 사회 전체의 과제로 인식시켰다. 또한 건강보험과 연계된 수발금고 중심의 전달체계는 행정적인 효율성을 높이는 데 기여하고 있다.
- 2) **사회적 연대에 기반한 안정적 재원 구조:** 노사 공동 부담의 사회보험 방식을 채택하여 정치적 상황이나 정부 예산 변동에 크게 영향을 받지 않는 지속 가능한 재원 구조를 마련하였다. 이는 장기적인 계획하에 제도를 운용할 수 있는 기반이 되고 있다.
- 3) **이용자 중심의 자기 결정권 강화:** 현금급여와 현물급여, 그리고 이를 혼합한 통합급여 등 다양한 급여 형태를 제공함으로써 이용자가 자신의 상황과 선호에 따라 돌봄 방식을 자유롭게 선택할 수 있도록 보장하고 있다. 이는 '사람 중심 케어' 철학을 제도적으로 구현한 성공적인 사례라고 할 수 있다.
- 4) **다원주의적 공급 체계와 지방정부의 협력:** 공공, 민간 비영리, 민간 영리 등 다양한 주체가 서비스 공급에 참여하는 '복지 다원주의'를 통해 경쟁과 협력을 유도하고 서비스의 질을 높였다. 또한, 지방정부가 상담, 인프라 투자, 저소득층 지원 등 보충적 임무를 수행하며 중앙정부와 효과적으로 협력하는 거버넌스를 구축하고 있다.
- 5) **지속적인 제도 개선 노력:** 사회 변화와 새로운 돌봄 수요에 대응하기 위해 지속적으로 제도를 개혁해 왔다. 특히 '수발강화법'을 통해 치매 등 인지장애 노인에 대한 지원을 대폭 강화한 점은 돌봄의 질적 가치를 전환하고 제도의 포용성을 높인 대표적인 사례로, 변화에 유연하게 대응하는 시스템의 중요성을 보여준다 (Lorenz-Dant, Fischer, & Hämel, 2023).

2.7. 미국: Medicaid 기반의 주(州)별 분절적·다양화 모델

2.7.1. 제도 개요

미국은 전국민 건강보험이 없는 유일한 선진국으로, 통합돌봄 시스템 역시 매우 분절적이고 복잡하다. 공공부문에서는 저소득층, 노인, 장애인을 위한 의료보장제도인 '메디케이드(Medicaid)'가 장기요양 및 통합돌봄의 핵심적인 재원 역할을 하고 있다. 미국의 경우 지역사회통합돌봄의 특징은 연방정부가 큰 틀의 기준을 제시하면, 각 주(State) 정부가 자신들의 재정 상황과 정책 우선순위에 따라 매우 다양한 형태의 프로그램을 설계하고 운영한다는 점이다. 따라서 통일된 국가 모델보다는 50개의 각기 다른 모델이 존재한다고 볼 수 있다.

2.7.2. 법적 근거 및 전달체계

미국의 경우, 통합돌봄의 주요 법적 근거는 바로 「사회보장법(Social Security Act)」 내 메디케이드 관련 조항이다. 특히 '재가 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community-Based Services, HCBS) 면제(Waiver)' 프로그램이 핵심적인 역할을 하고 있다. 대표적으로 '1915(c) HCBS 웨이버'는 주 정부가 시설 입소 수준의 돌봄이 필요한 사람들에게 재가 및 지역사회 서비스를 제공할 수 있도록 메디케이드의 일부 규정(예: 서비스 제공 장소, 대상자 소득 기준 등)을 면제해주는 제도이다(MACPA, 2019). 또한 '1115 시범사업 웨이버'는 주 정부가 혁신적이고 실험적인 방법으로 메디케이드 프로그램을 운영할 수 있도록 폭넓은 재량권을 부여함과 동시에 법률적으로는 책임을 묻지 않겠다는 웨이버 제도이다(KFF, 2025). 돌봄전달체계는 주 정부의 메디케이드 기관이 중심이 되어 지역의 비영리기관, 민간서비스 제공업체 등과 계약을 맺고 돌봄서비스를 제공하는 방식이 일반적이다.

2.7.3. 주요 서비스 내용

HCBS(Home and Community-Based Services, 재가-지역사회 기반 서비스) 웨이버를 통해 제공되는 서비스는 매우 다양하며, 주마다 차이가 크다. 공통적으로 개인 돌봄(식사, 목욕 등), 가사 지원, 주간 성인 건강 돌봄, 단기보호, 응급 호출 시스템, 주택 개조, 비의료적 교통 지원 등을 포함하고 있다(KFF, 2024). 최근에는 주거, 식품, 교통 등 '건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health, SDOH)'을 해결하기 위한 서비스를 메디케이드 재원으로 지원하려는 시도가 점점 늘고 있다. 또한, 다양한 서비스 제공기관들을 연계하고 사례관리를 총괄하는 '커뮤니티 케어 허브(Community Care Hub)'와 같은 중간 지원조직의 역할이 중요해지고 있는 것도 하나의 특징이다.

2.7.4. 재정

미국의 경우, 통합돌봄 재정은 연방정부와 주 정부가 공동으로 부담하는 매칭 펀드(matching fund) 방식으로 운영되고 있다. 연방정부는 각 주의 1인당 소득에 따라 50%에서 최대 83%까지의 비용을 지원하고 있다. 'HCBS(Home and Community-Based Services) 웨이버 프로그램'은 시설 돌봄에 비해 비용 효과적이어야 한다는 '비용 중립성(cost neutrality)' 원칙에 따라 운영된다는 점이 특징이다. 즉, HCBS를 제공하는 1인당 비용이 시설에 입소했을 경우의 비용을 초과해서는 안 된다는 것이다(MACPA, 2019). 최근에는 서비스 제공량에 따라 지불하는 방식(fee-for-service)에서 벗어나, 건강 결과 개선 등 성과에 따라 보상하는 '가치기반지불(Value-Based Payment)' 모델을 도입하려는 움직임도 매우 활발하다.

2.7.5. 성공 요인

미국의 경우, 통합돌봄 모델의 핵심 성공 요인들을 정리해 보면 다음과 같다.

- 1) **유연성과 다양성을 보장하는 웨이버 제도:** 가정 및 지역사회 기반 서비스 웨이버(HCBS(Home and Community-Based Services)'인 1915(c) 및 실험적인 시범사업인 1115 웨이버 제도는 각 주가 지역의 특성과 필요에 따라 창의적이고 혁신적인 통합돌봄 모델을 실험하고 도입할 수 있도록 폭넓은 유연성을 제공하고 있다.
- 2) **건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health, SDOH)에 대한 주목:** 의료 서비스를 넘어 주거, 영양, 교통 등 건강에 영향을 미치는 근본적인 사회·환경적 요인을 해결하려는 접근은 보다 포괄적이고 예방적인 돌봄을 가능하게 하고 있다.
- 3) **가치기반지불(Value-Based Payment, VBP) 모델로의 전환:** 서비스 제공량보다는 건강 결과와 질에 따라 보상하는 지불제도 개혁은 의료비 절감과 서비스 질 향상을 동시에 추구하는 핵심 동력으로 작용하고 있다.
- 4) **커뮤니티 케어 허브 활용:** 분절된 지역사회 서비스 기관들을 연결하고, 보건의료 시스템과 사회서비스를 연계하는 허브 조직을 통해 복잡한 서비스 전달체계의 효율성을 높이고 있다.

이상에서 살펴본 국외 7개국의 통합돌봄 사례를 정리하면 <표 11>과 같다.

<표 11> 국가별 통합돌봄 비교

구분	덴마크	스웨덴	핀란드 (SOTE·시운 소테)	영국 (ICS·토베이 등)	일본 (지역포괄 케어)	독일 (수발보험)	미국 (Medicaid/Medicare)
제도 유형	조세형, 지방정부 책임 강화	조세형, 보편주의 복지국가	조세형, SOTE 개편으로 보건·사회 서비스통합	조세형, NHS (National Health Service)+ 지방사회돌봄	사회보험형 장기돌봄 +조세혼합	사회보험형 (Pflegeversicherung) 공·사 이원체계	공공부조형 (Medicaid) +사회보험형 (Medicare) 혼합
통합 방식	재가중심 서비스와 지방정부 조직통합	지방자치단 체중심의 행정서비스 일원화	SOTE 조직 통한 보건복지 일원화, 통합예산 구조적 통합	조직·예산 통합형 (통합케어시스템 토베이 등 지역단위 구조적 통합)	네트워크 연계형 (지역포괄 지원 센터중심 다직종 연계)	보험자-서비스 제공자 계약기반 네트워크형 연계	프로그램별 분절, PACE 등 통합모델 시범운영
핵심 가치	집에서 오래 재활·자립	자립·참여·예방, 공공책임성	통합접근성·형평성, 디지털 스마트돌봄 통합모니터링	인구집단 건강, 불평등완화, 다학제팀 기반 통합돌봄	지역에서의 삶유지 (AIP), 케어매니지먼트, 예방중심	가정내돌봄 우선, 이용자 선택권	개인선택권, 지역사회 기반 자립생활 (HCBS)
전달 체계	지방정부가 홈케어·재활·예방 일괄 담당	코윈(지자체) 부서+ 노인돌봄 일괄담당	SOTE조직의 병원·1차의료·사회서비스 총괄	ICS/ICB + 지역 케어허브·Primary Care Network·토베이	기초자치단체(시·정·촌) +지역포괄 지원센터 네트워크	질병금고 (보험자) +지역케어매니지먼트 +민간·비영리 서비스 제공기관	연방-주정부 이원체계, Medicaid 주관리 +Medicare 연방
서비스 특징	통합대응의 가까운 재활서비스, 재활우선, 주거개선	광역홈헬프·방문간호, 소규모그룹 홈	통합SOTE를 통한 의료·돌봄·스마트·디지털 돌봄 (원격모니터링)	다학제팀, 퇴원연계, 커뮤니티 허브, 재활·단기 집중케어	케어매니저, 방문요양, 방문간호, 치매카페, 지역포괄지원센터	현금·현물·혼합급여, 단기요양, 주야간보호, 대체수발, 가족돌봄복지원	PACE(포괄적 노인케어) HCBS웨이버, 너싱홈, 재가서비스
재정	LTC 사회보험+ 국·지방일반 재정	일반조세중심	일반조세 중심, 통합된 예산관리	일반조세+ 일부 지방세·공동 예산	일반조세중심	장기요양보험료(소득의 약3.4%) +본인부담금	Medicaid (연방+주조세), Medicare (사회보험료) 민간보험·본인부담

따라서 국외 통합돌봄 사례 분석을 통해 성공적인 시스템 구축을 위한 몇 가지 핵심 성공 요인(Critical Success Factors, CSF)을 정리하면 다음과 같다.

- 첫째, 명확한 법적 기반 위에서 지방정부에 권한과 책임을 부여하는 거버넌스,
- 둘째, 보건·의료·복지 서비스를 연계하는 통합적 전달체계,
- 셋째, 사회보험, 조세 등 안정적이고 지속가능한 재원 구조,

넷째, 이용자의 자기결정권을 존중하는 사람 중심 서비스,
 마지막으로, 데이터와 기술을 활용한 효율적인 시스템 운영으로 볼 수 있다.

이러한 국외 7개국의 통합돌봄 성공요인들은 남양주시가 ‘공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계’를 구축하는 과정에서 직·간접적인 시사점을 주고 있다.

3. 국내 통합돌봄 사례분석 및 핵심 성공요인(CSF) 추출

성공적인 통합돌봄 체계는 단순히 서비스를 나열하는 것을 넘어, 지역의 인구구조, 지리적 특성, 가용 자원, 주민 욕구 등을 종합적으로 고려한 맞춤형 설계가 필수적이다. 이를 위해 이미 수년간 선도사업을 통해 다양한 통합돌봄 모델을 축적해 온 국내 지자체들의 사례를 심층적으로 분석하는 일은 매우 중요하다. 그리고 그 성공요인을 도출하여 남양주시의 실정에 맞게 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’시 적용가능한 요인이 무엇인지 탐색하는 과정 또한 현 시점에서 매우 필요하다.

이에 본 연구에서는 2019년부터 정부의 지역사회통합돌봄 선도사업 및 노인 의료·돌봄 통합지원 선도사업에 참여하면서 각기 다른 모델을 발전시켜 온 국내 6개의 지자체(부천시, 대전광역시 서구, 광주광역시 서구, 강원특별자치도 횡성군, 전북특별자치도 전주시, 경기도 안산시)를 그 분석 대상으로 선정하였다. 이들 지자체는 민·관협력, 스마트 기술, 수요자 중심, 농촌 맞춤, 주거복지 연계 등 지자체마다 뚜렷한 특성을 보이고 있어 각각의 벤치마킹 대상이 되고 있다.

분석 대상 지자체는 민·관협력 기반 의료·돌봄 통합 모델의 ‘부천시’, 기술 융합형 스마트 돌봄 모델의 ‘대전광역시 서구’, 수요자 중심 24시간 돌봄 모델의 ‘광주광역시 서구’, 농촌 맞춤형 보건-복지 연계 모델의 ‘강원특별자치도 횡성군’, 노인일자리 연계 및 주거 지원 모델의 ‘전북특별자치도 전주시’, 주거-의료-돌봄 결합 모델의 ‘경기도 안산시’로 6개의 지자체이다. 그리고 이들 지자체는 도시, 도농복합, 농촌 등 다양한 지역 유형과 특화된 강점이 특징으로 평가되고 있는 지자체들이다.

먼저, 남양주시의 지역적 특성에 부합하는 통합돌봄 모형을 개발하기 위해, 선도적으로 사업을 수행해 온 6개 지자체(부천시, 대전 서구, 광주 서구, 강원 횡성군, 전주 전주시, 안산시)의 사례를 체계적으로 분석하기 위해 Gilbert & Terrell의 사회복지정책 분석틀과 Donabedian의 구조-과정-성과 모델을 결합한 분석 기준을 설정하였다. 이 분석틀은 앞에서도 언급하였듯이 각 지자체의 성공요인을 도출하고, 남양주시에 적용 가능한 시사점을 제시하는데 유용한 연구분석틀이라고 할 수 있다.

3.1. 부천시: 민·관협력 기반 의료-돌봄 통합 모델

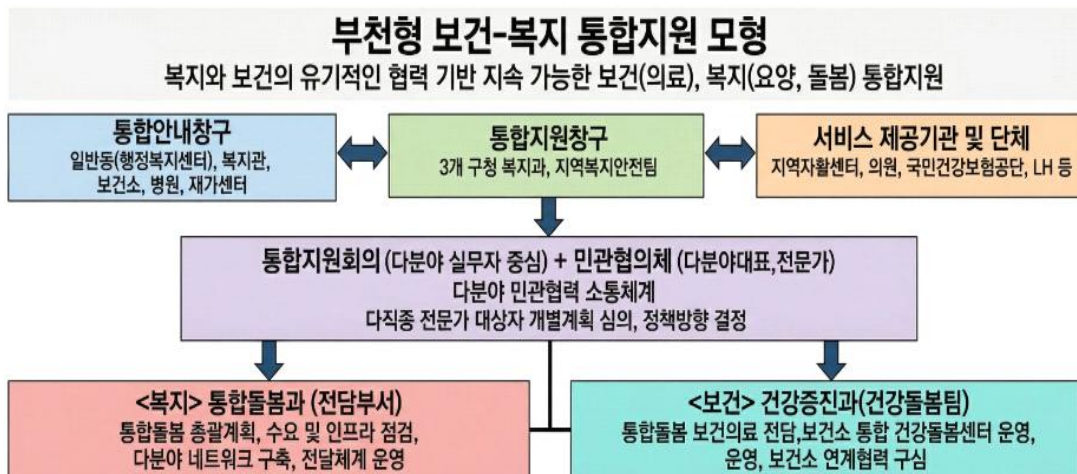
3.1.1. 추진 배경 및 구조

부천시는 2024년 기준 65세 이상 노인 인구 비율이 18.7%에 달하며, 2026년에는 20%를 넘어 초고령사회로의 진입이 예상되는 대표적인 도시이다(부천시, 2025). 이러한 인구 구조적 특성은 의료 및 돌봄 서비스에 대한 높은 잠재적 수요를 의미하며, 부천시가 일찍부터 지역사회 통합돌봄 사업에 집중하게 된 배경이 되었다.

부천시는 2019년 지역사회통합돌봄 선도 사업을 시작으로, 2023년부터는 '의료' 기능을 강화한 '노인 의료·돌봄 통합지원 선도사업'을 추진하며 전국적인 모범 사례로 인정받고 있다(부천시, 2025). 무엇보다 부천시는 급격한 고령화와 돌봄 사각지대 문제에 대응하기 위해 행정 체계를 개편하고 민·관협력을 강화하였다. 특히 10개의 광역 동(행정복지센터) 체제로의 전환을 통해 보건과 복지인력을 동 단위에 전진 배치하였으며, '지역통합돌봄정책팀'을 지휘부로 하여 보건소, 복지관, 의료기관 등과 유기적인 협력 거버넌스를 구축하고 있다.

3.1.2. 핵심 서비스 및 전달체계

부천시 모델의 가장 큰 구조적 특징은 복지(돌봄)와 보건·의료를 담당하는 전담 조직을 시청과 보건소에 각각 별도로 설치하여 유기적인 협력체계를 구축한 점이다. 이는 전국에서 유일한 사례로, 시청 돌봄지원과(이전의 통합돌봄과)와 스마트 복지팀이 돌봄 영역을, 보건소 내 전담팀이 보건·의료 영역을 맡아 돌봄의 전문성을 극대화했다(부천시, 2025). 동 행정복지센터, 복지관, 병원 등 68~75개의 다양한 창구를 통해 이용자들이 손쉽게 서비스에 접근할 수 있도록 하였으며, 발굴된 대상자는 시에서 원포인트로 접수하여 각 구청으로 배분하는 다음과 같은 효율적인 전달체계를 갖추고 있다(부천시, 2025).



[그림 21] 부천시 보건-복지 통합지원 모형

- 1) **통합방문 간호센터:** 간호사가 거동하기 불편한 노인의 가정을 직접 방문하여 건강관리 서비스를 제공하며, 필요시 의사와 협력하는 체계를 갖추었다 (이수일, 2023).
- 2) **지역케어회의:** 동 단위 통합돌봄창구에서 해결하기 어려운 복합적인 욕구를 가진 대상자에 대해, 민·관협력 전문가가 참여하는 지역케어회의를 통해 맞춤형 서비스 제공 계획을 수립하고 있다.
- 3) **사회적 경제 조직 연계:** 지역자활센터 등 사회적 경제 조직과 협력하여 식사, 이동, 주거 편의 등 일상생활 지원 서비스를 패키지로 제공함으로써 돌봄의 지속가능성을 확보하였다.
- 4) **재정 측면에서도** 부천시는 선도사업 및 시범사업 선정을 통해 안정적인 국비 지원을 확보하였으며, 이를 바탕으로 자체적인 특화사업을 개발하는 데 재정을 적극적으로 투입하는 지자체로 평가되고 있다.

3.1.3. 성과

부천시의 지역사회통합돌봄모델은 보건·의료와 돌봄서비스를 통합적으로 제공함으로써 요양병원 입원을 감소 및 의료비 절감효과를 보고한 바 있다. 또한, 기존 복지서비스 13종에 더해 부천시가 자체적으로 개발한 15종의 서비스를 추가하여 총 28종의 맞춤형 서비스를 제공하고 있다(부천시, 2025). 특히 의료 분야 서비스가 강화된 것이 특징으로, 다음과 같은 서비스를 제공하고 있다.

- ① 한의사와 의사가 함께 참여하는 '양·한방 협진 방문진료'
- ② 의사, 간호사, 사회복지사가 하나의 팀을 이루어 가정을 방문하는 '재택의료센터' 운영
- ③ 경로당 주치의 제 등을 통해 의료 접근성을 획기적으로 개선했다는 특징이 있다.

이 외에도 틈새돌봄, 식사영양관리, 안전홈케어, 케어안심주택 등 생활과 주거를 아우르는 포괄적인 서비스를 제공하고 있다. 이는 지역 내 66개 이상의 민간단체와의 협력을 통해 촘촘한 안전망을 구축하고, 이용자의 돌봄서비스 만족도를 높이는데 초점을 맞추고 있는 것으로 보고되고 있다(한국보건복지인재원, 2024).

3.2. 대전광역시 서구: 스마트 돌봄 및 다학제 협력 모델

3.2.1. 추진 배경 및 구조

대전광역시의 경우, 통계청의 2024~2025년 자료를 보면, 전국의 1인 가구 비중은 평균 36.1%지만, 대전은 39.8%로 이를 크게 웃돌며 서울과 함께 전국 최상위권의 1인 가구 밀집도를 보인다. 특히 인구구조 면에서 차별화되는데, 전국적으로 29세 이하 1인 가구 비중은 약 19.2%에 불과하지만, 대전은 28.4%로 청년층 비중이 월등히 높은 것으로 나타났다. 이는 대전광역시가 고령층 비중이 높은 다른 지역과는 달리, 청년 유입이 활발한

'짧은 1인 가구 중심 도시'임을 통계적으로도 나타나고 있다(통계청, 2025). 이와같은 대전광역시의 특징은 전통적인 가족 돌봄 기능의 약화를 의미하며, 독거노인뿐만 아니라 사회적으로 고립될 수 있는 다양한 1인 가구를 위한 지역사회통합돌봄 체계의 중요성을 시사하고 있다. 특히, 대전시 서구는 이러한 지역적 배경하에 보건복지부 의료·요양·돌봄 통합지원 선도사업 대상지로 선정되어, 정보통신 기술을 활용한 스마트 돌봄과 의료기관 연계모델을 구축하고 있는것으로 평가되고 있다(대전광역시 & 대전광역시사회서비스원, 2024).

3.2.2. 핵심 서비스 및 전달체계

- 1) **스마트 돌봄:** 돌봄이 필요한 노인, 장애인 등 1인 가구를 주요 대상으로 AI 스피커, IoT 센서 등을 활용하여 독거노인의 안부를 24시간 확인하고, 응급 상황 발생 시 신속하게 대응하는 시스템을 구축하였다. 이는 요양보호사 중심의 돌봄의 한계를 보완하는 중요한 수단으로 활용되고 있다(대전광역시 & 대전광역시사회서비스원, 2024). 특히 정서적 돌봄이 필요한 독거 1인 가구를 중심으로 AI 돌봄로봇 '꿈돌이'를 지원하고 있다. '꿈돌이'는 ① ChatGPT 4.0 기반 양방향 소통을 통한 말벗 기능(고독감 해소, 치매 예방) ② 약 복용 시간 알림 등 일상생활 지원 ③ 동작 감지 및 위급상황("죽고 싶다" 등) 감지 시 관제센터를 통해 119나 경찰에 즉시 자동 연결하는 24시간 안전 모니터링 기능을 갖추고 있다. 뿐만아니라 로봇을 통해 수집된 정보는 지속적으로 모니터링되어 우울증 등 이상 징후 발견 시 지역사회통합돌봄 사례관리로 연계되는 체계를 갖추고 있다(대전광역시청, 2024).
- 2) **퇴원 환자 연계:** 급성기 병원 및 요양병원과 협력하여 퇴원 후 돌봄이 필요한 환자를 발굴하고, 지역사회 복귀를 지원하는 '전환기 돌봄 서비스'가 활발하게 가동되고 있는 것으로 나타났다(이수일, 2023).
- 3) **다학제 팀 운영:** 동 행정복지센터에 간호직 공무원을 배치하여 복지직 공무원과 2인 1조로 방문 상담을 수행하며, 보건과 복지의 통합적인 욕구 사정을 실시하고 있는 것으로 나타났다(이용갑 & 박수빈, 2023).

3.2.3. 성과

대전광역시 서구의 경우 정보통신(ICT) 기술을 접목하여 돌봄 사각지대를 해소하고, 병원과 지역사회를 잇는 끊임없는 돌봄 체계를 구축한 점이 주요 성과로 꼽힌다. 특히 이와같은 돌봄서비스제공은 퇴원 환자의 지역사회 정착을 돕고 재입원을 방지하는 데 기여하고 있는 것으로 평가되고 있다(대전광역시 & 대전광역시사회서비스원, 2024). 2022-2023년 선도사업을 통해 AI 돌봄 로봇 500대를 보급하여 독거 가구의 정서적 돌봄 및 고독사 예방에 효과를 확인하고, 2025년 1,000대로 확대 보급하는 등 통합돌봄사업의

효과성을 기반으로 그 규모를 확장하고 있다(대전광역시청, 2024). 한 예로, AI 돌봄로봇 '꿈돌이'가 새벽 시간에 "죽고 싶다"라는 70대 노인의 위기 신호를 포착하여 경찰에 신고함으로써 생명을 구한 실제 사례는 스마트 돌봄의 효과성을 극적으로 보여주고 있다(스마트시티 통합포털, 2025)

3.3. 광주광역시 서구: 통합돌봄 전담 조직 및 24시간 대응 모델

3.3.1. 추진 배경 및 구조

광주광역시 서구는 전국 지자체 최초로 국 단위의 전담 조직인 '통합돌봄국'을 신설하여 강력한 추진 동력을 확보하고 있는 것으로 나타났다. '통합돌봄국' 신설은 분절된 돌봄 서비스를 하나의 컨트롤타워 아래 통합 관리하려는 광주광역시 서구의 강력한 의지를 보여주고 있다. 뿐만아니라, '광주다움 통합돌봄'이라는 비전 아래, 누구나 돌봄이 필요할 때 서비스를 받을 수 있는 보편적 복지를 지향하고 있다(한국보건복지인재원, 2024).

특히, 광주광역시 서구는 2019년 통합돌봄 TF 팀설치를 시작으로 7년 이상 통합돌봄사업을 추진하며 축적된 경험과 노하우를 바탕으로, 의료·복지·주거·기술을 결합한 혁신적인 정책들을 지속적으로 선보이고 있다. 이는 돌봄이 필요한 주민이라면 누구나, 언제든지 서비스를 받을 수 있도록 하는 '수요자 중심'과 '보편성'을 핵심 가치로 삼고 있음을 보여주고 있다(광주광역시 서구청 보도자료, 2025.04).

3.3.2. 핵심 서비스 및 전달체계

- 1) **통합돌봄창구 및 콜센터:** 광주광역시 서구에서는 18개의 동에 통합돌봄 창구를 설치하고, '스마트통합돌봄담당관'을 두어 원스톱 서비스를 제공하고 있다. 또한, 전용 콜센터를 통해 돌봄 접수부터 상담, 처리까지 신속하게 지원하고 있다(한국보건복지인재원, 2024).
- 2) **고령자 스마트케어 서비스:** 전국 유일의 '고령자 스마트케어 서비스'를 통해 밀리미터파 레이더 기반의 '밀센서'와 '스마트링' 등 고도화된 정보통신 기술과 기기를 활용하여 생체신호와 생활환경 데이터를 AI로 분석하고, 응급상황에도 신속 대응하며 체계적인 건강관리를 제공하고 있다.
- 3) **재택의료센터:** 거동이 불편하여 의료기관 방문이 어려운 노인을 위해 의사, 간호사, 사회복지사가 집으로 찾아가는 방문진료 서비스를 제공하고 있다. 이는 다학제약물 관리 및 욕창 치료 등 전문적인 의료 처치를 가능하게 하고 있다(이용갑 & 박수빈, 2023).
- 4) **24시간 안심 출동:** 야간이나 휴일 등 돌봄 공백이 발생하기 쉬운 시간대에도 긴급 돌봄 서비스를 제공하여 틈새 없는 안전망을 구축하고 있다(한국보건복지인재원, 2024).

3.3.3. 성과

광주광역시 서구의 경우, 행정 조직 개편을 통해 지역사회통합돌봄의 실행력을 높이고, 주민들이 체감할 수 있는 24시간 대응 체계를 마련한 것이 매우 큰 성과로 평가받고 있다. 이러한 노력은 보건복지부 평가에서 5년 연속 지역사회통합돌봄 우수지자체로 선정되는 결과로 이어졌다(한국보건복지인재원, 2024).

특히, ‘통합돌봄국’ 신설을 통해 행정체계를 안정적으로 구축하고, 데이터 기반의 서비스 연계와 지역 의료기관과의 협력 강화를 통해 장기적인 발전 기반을 마련했다는 점이다. 이는 2026년 ‘돌봄통합지원법’ 시행 이후에도 지속가능한 모델로 기존의 ‘신청주의’와 ‘선별주의’ 복지의 한계를 극복하고, 돌봄이 필요한 주민 누구나 연령, 소득, 질병 여부와 관계없이 서비스를 받을 수 있는 ‘보편적 돌봄’과 ‘예방적 돌봄’의 연계모델로 기대되고 있다.

3.4. 강원특별자치도 횡성군: 농촌형 보건-복지 연계 모델

3.4.1. 추진 배경 및 구조

강원특별자치도 횡성군은 2025년 8월 기준, 65세 이상 고령인구 비율이 38.2%에 달하는 대표적인 초고령 농촌 지역이다(통계청 2025). 이는 전국 평균은 물론 강원도 평균(26.3%)을 훨씬 상회하는 수치로, 지방소멸 고위험군으로 분류된 지역이다(강원연구원, 2025).



[그림 22] 전국 및 강원 고령화율(2000~ 2024)

횡성군은 넓은 면적에 인구가 분산되어 있고 의료 접근성이 매우 낮은 농촌 지역의 특성을 반영하여, 마을 단위의 공동체 돌봄과 보건소 중심의 의료 서비스 연계를 강화한 지역사회통합돌봄 모델을 구축하고 있다는 점이 특징이다(이병오 외5인, 2013). 횡성군은 '노인 지역사회통합돌봄 지원 조례' 제정(2022년)을 시작으로, 보건소와의 강력한 협업을 통해 의료 접근성을 높이고 돌봄의 사각지대를 해소하는 농촌 맞춤형 모델을 구축하고 있는 것으로 평가되고 있다.

3.4.2. 핵심 서비스 및 전달체계

강원특별자치도 횡성군의 핵심 서비스 및 돌봄 전달체계를 소개하면 다음과 같다.

- 1) **보건-복지 원팀:** 보건소의 방문건강관리사업과 군청의 복지서비스를 결합하여, 간호사와 사회복지사가 함께 고위험군 가구를 직접 방문하고 통합적인 서비스를 제공하고 있다(이병오, 2013).
- 2) **마을 중심 돌봄:** 이웃이 이웃을 돌보는 '마을 돌봄 활동가'를 양성하여, 일상생활 지원 및 안부 확인을 수행하고 있다. 이는 공공 서비스가 미치지 어려운 농촌 지역의 물리적 한계를 극복하는 데 기여하고 있는 것으로 평가되고 있다(강원사회서비스원, 2025).
- 3) **이동 지원:** 의료기관 방문이 어려운 어르신을 위해 '병원 동행 서비스'를 제공하여 의료 접근성을 지속적으로 보완하고 있는 것으로 나타났다.

3.4.3. 성과

강원특별자치도 횡성군의 경우, 의료 자원이 부족한 농촌지역에서 보건소의 기능을 확대하고 주민 참여를 이끌어냄으로써, '농촌형 통합돌봄'의 가능성을 제시하였다는 점이다. 이는 돌봄 사각지대 해소와 고위험군에 대한 선제적 대응을 가능하게 한 것으로 평가되고 있다(강원사회서비스원, 2025).

3.5. 전북특별자치도 전주시: 노인 일자리 연계 및 주거 통합 모델

3.5.1. 추진 배경 및 구조

전주시는 민간자원을 적극적으로 활용하여 예산의 효율성을 높이는 한편, 노인 일자리 사업을 지역사회통합돌봄과 연계하여 '돌봄 제공자'로서의 노인 역할을 정립한 것으로 평가되고 있으며, 전주시의사회, 의료사회적협동조합 등 민간 전문가 그룹과의 거버넌스가 탄탄하게 가동중인 것으로 나타났다(유애정 & 박현경, 2022).

3.5.2. 핵심 서비스 및 전달 체계

전주시의 핵심 서비스 및 돌봄 전달체계를 소개하면 다음과 같다.

- 1) **통합돌봄 서포터즈:** 건강한 노인이 거동 불편한 노인을 돌보는 '노노(老老)케어' 방식을 활용하여, 안부 확인, 말벗, 가사 지원 등의 서비스를 제공하고 있다. 이는 노인 일자리 창출과 돌봄 인력 부족 문제를 동시에 해결하는 효과가 있는 것으로 평가되고 있다(한국보건복지인재원, 2024).
- 2) **건강-의료 안전망:** 전주시의사회와 협력하여 만성질환 노인을 대상으로 주치의 서비스를 제공하고 있으며, 통합방문간호센터를 통해 전문적인 재가 의료 서비스를 지원하고 있다(이수일, 2023).
- 3) **주거 지원:** LH와 협력하여 고령자 맞춤형 매입임대주택(케어안심주택)을 확충하고, 주거 환경 개선 사업을 통해 낙상 예방 등 안전한 주거 환경을 조성하고 있다(유애정 & 박현경, 2022).

3.5.3. 성과

전주시의 경우, '통합돌봄 서포터즈' 운영을 통해 지역사회 내 자생적인 돌봄 생태계를 조성하였으며, 의료·주거·돌봄이 결합된 포괄적인 서비스 제공으로 이용자의 삶의 질을 향상시킨 것으로 평가되고 있다(한국보건복지인재원, 2024).

3.6. 경기도 안산시: 주거 중심의 융합형 통합돌봄 모델

3.6.1. 추진 배경 및 구조

안산시는 노인뿐만 아니라 장애인, 정신질환자 등 돌봄이 필요한 모든 대상을 포괄하는 융합형 모델을 지향하고 있다. 특히 '주거'를 통합돌봄의 핵심 플랫폼으로 설정하고, 주거 안정을 기반으로 의료와 요양 서비스를 결합하는 전략을 추진하고 있다.

3.6.2. 핵심 서비스 및 전달체계

안산시의 핵심 서비스 및 돌봄 전달체계를 소개하면 다음과 같다.

- 1) **노인케어안심주택:** LH와 협력하여 노후 주택을 리모델링하거나 신축하여, 돌봄이 필요한 노인에게 주거와 돌봄 서비스(방문건강관리, 식사, 이동 지원 등)를 통합적으로 제공하는 '케어안심주택'을 운영하고 있다(이소영, 2023).
- 2) **안산형 방문의료지원센터:** 지역 의사회 및 한의사회와 협력하여 방문진료 전담 센터를 운영함으로써, 거동이 불편한 대상자에게 전문적인 의료 서비스를 제공하고 있다. 안산형 방문의료지원 서비스는 민간 의료기관의 참여를 제도화했다는 평가를 받고 있다(이수일, 2023).
- 3) **온마을 돌봄:** 동 단위의 지역주민협의체를 중심으로 이웃이 이웃을 돌보는 공동체 돌봄 활동을 활성화하여 정서적 지지망을 구축하고 있다(이소영, 2023).

3.6.3. 성과

안산시의 경우, '주거'를 매개로 한 지역사회통합돌봄 모델을 성공적으로 정착시켰으며, 특히 케어안심주택은 탈시설화 및 지역사회 계속 거주라는 AIP(Aging in Place)를 실현하는 실질적인 대안으로 평가받고 있다(이소영, 2023).

지금까지 분석한 국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 모델은 각기 다른 지역적 특성과 강점을 바탕으로 발전해왔다. 따라서 각 지자체 모델의 핵심적인 특징을 정리하면 <표 12>와 같다.

<표 12> 국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 모델 비교

구분	부천시	대전 서구	광주 서구	횡성군	전주시	안산시
모델 유형	민·관협력 기반 의료-돌봄 통합	기술 융합형 스마트 돌봄	수요자 중심 24시간 돌봄	농촌 맞춤형 보건-복지 연계	노인일자리 연계 및 주거 지원	주거-의료-돌봄 결합
핵심 구조	시청-보건소 전담팀 이원화, 강력한 민·관 네트워크	구청-의료기관 협력체계	전국 최초 '통합돌봄국' 신설	군청-보건소 강력한 협업 체계	사회적협동조합과의 파트너십	'통합돌봄과' 신설, LH 등 공공기관 협력
핵심 과정	28종 서비스, 한·양방 협진, 재택의료센터	AI 돌봄로봇 '꿈돌이' (정서지원, 위기감지)	24시간 안심콜, 고도화된 스마트케어, 재택의료센터	다양한 방문의료 확충, 고위험군 집중 발굴	'통합돌봄 서포터즈' (노-노 케어)	'노인케어안심주택' 거점형 온마을 돌봄
대상자 특징	노인, 장애인 등 보편적 대상	1인 가구, 독거노인 (정서지원·안전 강조)	돌봄 필요 주민 누구나 (보편성 강조)	의료 취약 농촌 주민, 정신건강 고위험군	동년배 노인, 주거 취약계층	노인, 장애인, 정신질환자 (융합형), 주거 불안 노인
주요 성과	높은 만족도(96%), 대통령상 수상, 전국적 벤치마킹	AI 로봇 통한 실제 인명 구조, 의료 서비스 만족도 높음	6년 연속 우수 지자체, 의료비 절감 목표, 정책 선도 역할	농촌형 모델 우수성 인정 (복지부 장관상)	높은 만족도 (99.6%), 노인 일자리 연계 모델 전국 확산	주거복지대상 수상, 해외에서도 벤치마킹, 3년 연속 복지부장관상

3.7. 핵심 성공 요인(CSF) 및 인사이트 추출

3.7.1. 국내 지자체의 지역사회통합돌봄 모델의 핵심 성공 요인

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 사례는 각기 다른 경로와 방식으로 통합돌봄을 구현해왔지만, 그 안에는 공통으로 발견되는 몇 가지 핵심적인 성공 요인(CSF)이 존재하고 있었다. 이러한 요인들은 '2026년 돌봄통합지원법'의 성공적인 안착과 지속 가능한 지역사회통합돌봄 체계 구축을 위해 반드시 고려되어야 할 요인들이다. 따라서 지금까지의 분석 결과를 종합하여 구조적, 과정적 성과 관리 차원에서 핵심 성공 요인(CSF)을 도출해 보고자 한다.

3.7.2. 구조적 성공요인

1) 지자체장의 강력한 의지와 리더십 기반의 전담조직:

성공적인 지자체들은 모두 지자체장의 강력한 의지를 바탕으로 지역사회통합돌봄을 핵심 정책과제로 추진하고 있었다. 이러한 지자체장의 의지는 '통합돌봄국'(광주 서구), '통합돌봄과'(안산시), 시청-보건소 이원화 전담팀(부천시) 등 강력한 행정 추진체계(컨트롤타워) 구축으로 이어졌다. 통합돌봄 전담 조직은 분절된 보건, 복지, 주거 등 관련 부서의 업무를 통합·조정하고, 일관된 정책 방향을 유지하며, 사업의 실행력을 담보하는 핵심적인 역할을 수행하고 있었다(사회적가치연구원, 2024). 이러한 기획과 조정 권한을 가진 통합돌봄 전담 조직의 유무가 사업의 지속가능성과 부서 간 협업을 좌우하고 있었다(황경란 & 장슬비, 2025).

2) 지역 특성을 반영한 유연하고 강력한 민·관·공 거버넌스 형성

지역사회통합돌봄은 행정의 힘만으로는 결코 성공할 수 없다. 국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 사례는 모두 지역 내 의료기관, 복지관, 사회적경제조직, 공공기관(LH, 건보공단 등) 등 다양한 돌봄주체들과의 협력 네트워크를 구축하고 있었다. 부천의 66개 이상 민간기관 참여, 광주 서구와 대전 서구의 지역 의원들과의 재택의료 협력, 전주시의 사회적협동조합과의 파트너십, 안산시의 LH와의 협력, 황성군의 보건소 중심 협업 등은 각 지자체의 가용 자원과 특성에 맞게 통합돌봄거버넌스를 유연하게 구성한 성공 사례이다.

이러한 통합돌봄거버넌스는 서비스 자원을 확충하고, 대상자 발굴 채널을 다양화하며, 서비스 연계의 효율성을 높이는 데 결정적으로 기여한 것으로 보인다. 즉, 단순한 서비스 나열이 아닌, 주거(케어안심주택)를 기반으로 의료(방문진료)와 돌봄(생활지원)이 실질적으로 결합될 때 지역사회통합돌봄의 효과가 극대화된다는 점을 확인할 수 있었다(이소영, 2023).

3) 안정적인 재원 확보와 제도적 기반 마련

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공 사례의 이면에는 안정적인 재원 확보 노력이 있었다. 각각의 국내 6개 지자체들은 중앙정부의 시범사업, 각종 공모사업에 적극적으로 참여하여 국비를 확보하고, 이를 마중물 삼아 자체 예산을 투입하여 통합돌봄 사업을 확장해온 것으로 나타났다. 특히, 부천시와 황성군처럼 관련 조례를 제정하여 통합돌봄 사업의 법적·제도적 안정성을 확보한 점은 장기적인 사업 추진에 필수적인 요소로 평가되고 있다(강원도민일보, 2025). 뿐만 아니라, 대전시 서구와 같이 정보통신(ICT) 기술을 활용한 스마트 돌봄과 통합 정보 시스템 구축으로 데이터 기반 관리가 통합돌봄의 효율성을 높이고 사각지대를 방지하는 핵심 기제임을 확인할 수 있었다(대전광역시 & 대전광역시 사회서비스원, 2024).

4) 다학제적 팀 접근(Multidisciplinary Team)

의사, 간호사, 사회복지사 등이 참여하는 지역케어회의와 방문팀 운영을 통해 대상자의 복합적인 욕구에 대응하는 것이 성공요인으로 나타났다(이용갑 & 박수빈, 2023).

5) 지역 특화 자원 활용:

도시형(부천, 안산)의 사회적 경제 조직 활용, 농촌형(횡성)의 보건소 중심 모델 등 지역의 자원 환경에 맞는 전략 수립이 중요한 성공요인으로 나타났다.

3.7.3. 과정적 성공요인

1) 선제적·포용적인 대상자 발굴

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공요인을 분석해보면, 기존의 신청주의 방식에서 벗어나, 도움이 필요한 주민을 행정의 먼저 찾아 나서는 '발굴주의'로의 전환이 공통적으로 나타났다. 광주 서구의 '75세 이상 예방형 의무방문', 전주시의 '노인 전수조사', 횡성군의 '1인 가구 전수조사' 등이 대표적이다. 또한, 소득·재산 기준을 넘어 실제 돌봄 '필요도'를 중심으로 대상자를 선정하고, 광주시 서구 사례처럼 '누구나 돌봄'으로 그 대상을 확대하는 포용적 접근은 돌봄 사각지대를 해소하는 데 핵심적인 역할을 한 것으로 나타났다.

2) 지역 문제 해결을 위한 특화 서비스 개발 및 고도화

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공 사례 모델들은 정부가 제공하는 기본 서비스에만 머무르지 않고, 지역의 특성과 문제를 해결하기 위한 자체 특화 서비스를 적극적으로 개발한 것으로 나타났다. 부천의 '양·한방 협진 방문진료', 대전 서구의 'AI 돌봄로봇', 광주 서구의 '24시간 돌봄'과 '고령자 스마트케어', 횡성군의 '찾아가는 방문진료', 전주시의 '통합돌봄 서포터즈', 안산시의 '노인케어안심주택' 등은 각각 지자체의 대표적인 성공 브랜드가 되었다는 점이다. 이러한 특화 서비스는 주민의 정책 체감도를 높이고 통합돌봄모델의 차별성을 만드는 원동력으로 나타났다.

3) 의료-돌봄-주거의 실질적 통합 연계

통합돌봄의 핵심은 '통합'에 있다. 국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공 사례 모델들은 보건의료, 일상돌봄, 주거지원의 연계를 실질적으로 구현한 것으로 나타났다. 즉, 부천시, 광주시 서구, 횡성군 등은 재택의료센터와 방문진료를 통해 '의료' 접근성을 획기적으로 개선했다는 점이다. 안산시는 '케어안심주택'을 통해 '주거'와 돌봄을 물리적으로 결합했으며, 전주시는 주거복지센터를 통해 주거 환경 개선을 지원했다는 점이다. 이러한 돌봄의 통합적 접근은 대상자의 복합적인 욕구를 한 곳에서 해결해주는 이용자 중심 서비스의 핵심인 것으로 나타났다(안산타임스, 2024).

3.7.4. 성과관리 성공요인

1) 명확한 성과 목표 설정과 데이터 기반의 평가·환류

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공 사례 모델들은 막연히 사업을 추진하는 것이 아니라, 구체적인 성과 목표를 설정하고 이를 관리했다는 점이다. 광주 서구의 '의료비 360억 절감' 목표가 대표적이다(사회적가치연구원, 2024). 특히, 정기적인 만족도 조사(전주시 99.6%, 부천시 96%), 성과평가회(대전 서구) 등을 통해 사업의 효과를 객관적으로 측정하고, 그 결과를 다음 사업 계획에 반영하는 데이터 기반의 통합돌봄 환류(Feedback) 체계를 갖추고 있었다(전주시, 2026).

2) 성공 경험의 체계화 및 적극적인 홍보

국내 6개 지자체의 지역사회통합돌봄 성공 사례 모델들은 자신들의 성공 경험을 내부 자산으로만 남겨두지 않고, 보고서 발간, 성과공유회 개최, 언론 홍보, 타 지자체 벤치마킹 지원 등을 통해 적극적으로 외부와 공유했다는 점이다. 이러한 홍보 노력은 지역사회통합돌봄 모델의 우수성을 전국적으로 인정받게 하고, 중앙정부 정책에 영향을 미치며, 결과적으로 더 많은 외부 자원과 협력의 기회를 유치하는 선순환 구조를 만들어 내고 있었다.

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

IV

초점집단 인터뷰 분석 (Focus Group Interview, FGI)



남양주시복지재단

제4장 초점집단 인터뷰(Focus Group Interview, FGI) 분석

1. 분석 개요

본 장에서는 남양주시 지역사회통합돌봄 체계의 현황을 진단하고 실효성 있는 구축 방안을 모색하기 위해 수행된 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview, FGI)의 분석 결과를 제시하였다. 성공적인 통합돌봄 체계는 정책 설계자뿐만 아니라 실제 서비스를 이용하는 시민과 현장 전문가들의 목소리가 균형 있게 반영될 때 완성될 수 있다. 따라서 본 연구에서는 남양주시의 지역사회통합돌봄의 핵심 관계자인 4개의 집단, 즉 서비스 이용자집단, 서비스 공급자집단(공공서비스 공급자, 민간서비스 공급자) 그리고 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 전문가 워크숍집단으로 나누어 FGI를 수행하였고 그 결과를 분석하였다.

2. 분석 대상

본 연구의 분석 대상은 남양주시 지역사회통합돌봄과 관련된 4개 집단의 포커스 그룹 인터뷰(FGI) 전사본 데이터이다. 각각의 FGI 집단은 통합돌봄 체계를 구성하는 핵심 이해관계자들을 대표하며, 다각적인 시각을 확보하기 위하여 연구 초기단계에서 부터 2주간에 걸쳐 FGI 참여자 선정회의를 통해 구성되었다.

- 1) **이용자 집단:** 실제 남양주시의 다양한 통합돌봄서비스를 이용하고 있는 노인 어르신 당사자들로 구성되었다. 서비스 이용자의 관점에서 체감하는 만족도, 불편함, 개선 요구사항 등 현장의 생생한 목소리를 청취하는 것을 목적으로 하였다. 참여자들은 다양한 경로를 통해 통합돌봄서비스를 이용하게 된 경험이 있으며, 건강 상태와 주거 환경 또한 다양했다.
- 2) **공공기관 집단:** 남양주시청, 보건소, 국민건강보험공단, 읍면동 행정복지센터 등에서 통합돌봄 관련 업무를 담당하는 실무자나 관리자로 구성되었다. 정책 집행자나 조정자의 관점에서 서비스 전달체계의 운영 현황, 제도적 한계, 민·관 협력의 어려움 등을 파악하고자 하였다.
- 3) **민간기관 집단:** 4개의 권역별 동·서·남·북 희망케어센터, 노인복지관, 재가센터, 방문의료기관 등 현장에서 직접 돌봄서비스를 제공하는 다양한 민간기관의 센터장 및 실무 책임자들로 구성되었다. 서비스 제공자의 관점에서 겪는 운영상의 애로사항,

공공과의 협력 관계, 자원의 한계, 전문성 강화 방안 등에 대한 의견을 수렴하였다.

- 4) **민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍 집단:** 남양주시 통합돌봄체계의 기반을 강화하기 위해 민·관이 함께 참여하는 네트워크를 활성화하고, 돌봄 자원을 공유·협력할 수 있는 구조를 마련하기 위한 목적을 가지고 신뢰와 협력적 분위기 속에서 효과적인 사업 추진 기반을 다지기 위해 2025. 10. 30.(목)부터 10. 31.(금)까지 1박 2일간 강화도에서 진행되었다. 4개의 FGI 분석 집단의 구체적인 내용은 <표 13>과 같다.

<표 13> 4개의 FGI 집단유형과 일반적 특징

FGI 집단유형	분석 대상	참여 인원	시간 (분량)	데이터 특징
이용자	통합돌봄 서비스 이용 어르신 등	10명	97분	서비스 이용 경험, 만족도, 불편사항, 정서적·신체적 변화 등 실제 이용자의 생생한 목소리 포함
공공기관	지자체 공무원, 통합돌봄 전담 부서, 공공 보건·복지 인력 등	9명	120분 33초	정책 집행 과정의 어려움, 행정 절차, 예산 및 인력 문제, 민·관 연계의 한계 등 공공의 시각 제시
민간기관	동·서·남·북희망케어센터, 노인복지관, 재가센터, 의료기관(온케어) 관계자 등 7명	7명	120분	현장 서비스 제공의 현실, 공공과의 협력 문제, 자원 부족, 돌봄 인력 문제 등 민간의 입장 반영
민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크	남양주시 내 14개 민·관 협력 기관 종사자 및 전문가 그룹	(45명 참여)	1박2일 119분 38초	민·관 협력체계 구축을 위한 심층 토론, 서비스 개선, 지속가능성, 정보 플랫폼 등 미래지향적 논의 포함

각각의 집단유형별 FGI는 2025년 10월 17일부터 2025년 10월 31일 까지 진행되었다. 초점집단인터뷰(FGI)는 반구조화된 인터뷰 형식으로 구성된 질문지를 연구진과 전문가가 여러 차례 논의함으로써 신뢰도와 타당도를 확보한 후 질문지를 작성하였다. 초점집단인터뷰(FGI) 현장에서 조사대상자들에게 자유롭게 질문하여 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계를 도출할 수 있도록 집중 하였으며, 모든전사 자료들이 본 연구의 목적을 위한 기초자료로 사용되었다. 모든 인터뷰 내용은 참여자의 동의하에 녹취 후 전사되어 분석 자료로 활용되었다.

3. 분석 절차

본 연구는 FGI 데이터의 풍부한 맥락을 심도 있게 탐색하기 위해 질적 주제분석(Qualitative Thematic Analysis)과 양적 내용분석(Quantitative Content Analysis)을 결합한 혼합방법 연구(Mixed Methods)를 적용하였다. 이는 지역사회통합돌봄과 같이 다층적 이해관계자와 복합적인 맥락을 지닌 정책 영역을 분석하는 데 매우 적합한 연구방법이다. 분석 절차는 다음과 같이 데이터 코딩 및 질적 분석, 데이터 계량화 및 양적 분석(키워드 빈도, 워드 클라우드, 키워드 네트워크 분석), 통합 인사이트 도출 및 핵심 발견사항(Key Findings) 제시등 다음과 같이 3단계로 구성되었다.

3.1. 1단계: 데이터 코딩 및 질적 분석

전사된 FGI 스크립트 전체를 대상으로 개방 코딩(Open Coding)을 실시하였다. 즉, 인터뷰 내용을 텍스트로 변환한 후, 내용분석(Content Analysis) 및 텍스트 마이닝(Text Mining) 기법을 활용하여 특정 주제나 단어의 빈도를 조사하였다. 이 과정에서 연구자들은 텍스트를 반복적으로 검토하여, 인터뷰내용에 담긴 핵심 단어, 구절, 문장을 추출하였고, 인터뷰 내용의 기저에 있는 태도를 체계적으로 분류하였다.

예를 들어, "누가 그러는 거예요! 남양주에 이래이래 해갔고 시청에 전화를 해 보라"와 같은 인터뷰내용은 '정보 획득 경로' 또는 '정보 부족'이라는 코드로 분류되었다. 이 과정에서 연구자는 참여자의 감정, 태도, 핵심 주장을 빠짐없이 검토한후 함께 기록하였다.

또한, 코딩된 데이터를 유사한 개념끼리 묶어 상위 카테고리 형성하는 축 코딩(Axial Coding)을 통해 주요 주제를 그룹화하였다. 예를 들어, '정보 부족', '복잡한 신청 절차', '교통 불편' 등의 코드는 '서비스 접근성의 한계'라는 상위 주제로 분류되었다. 그리고 본 연구에서 실시한 FGI 전반에서 반복적으로 나타난 '주요 주제(Key Themes 또는 Common Themes)'를 최종 추출한 후 각 주제에 대한 '심층적 의미 분석(Deep Interpretation)'을 시도하였다.

3.2. 2단계: 데이터 계량화 및 양적 분석

질적 분석 과정에서 데이터를 근거로 구조화된 정보를 추출한후 텍스트 마이닝(Text Mining)을 활용해 인사이트 도출(Insight Extraction)을 시도하였다. 이는 인터뷰참여자의 표면적인 사실을 넘어 숨겨진 본질뿐만 아니라, 그 원인등을 파악하여 활용 가능한 가치 있는 통찰을 얻는 과정으로 매우 유용하기 때문에 다음과 같은 과정을 통해 수행되었다.

첫째, FGI 내용의 출현 빈도를 분석(Frequency Analysis)하여 그룹별 논의의 전반적인 분위기와 주요 쟁점에 대한 태도를 파악하였다.

둘째, **핵심 키워드의 출현 빈도**를 분석하여 참여자들이 가장 중요하게 인식하는 이슈의 우선순위를 확보하였다.

셋째, **키워드 네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA)**을 통하여 참여자들의 주관적인 목소리를 '데이터'로 객관화함으로써, 막연할 수 있는 지역사회통합돌봄의 과제를 구체적이고 실증적인 '공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축'으로 연결(Bridge)시켰다. 이는 '통합정보 플랫폼 필요성', '현장 중심 권한 이양' 등 주요 쟁점에 대한 참여자 집단 간(공공, 민간, 이용자) 그리고 평가자 간 신뢰도인 의견 일치도(Inter-Rater Reliability, IRR)를 측정하여 합의 수준과 인식의 격차를 포함하여 분석하였다.

3.3. 3단계: '핵심 발견사항(Key Findings)' 도출

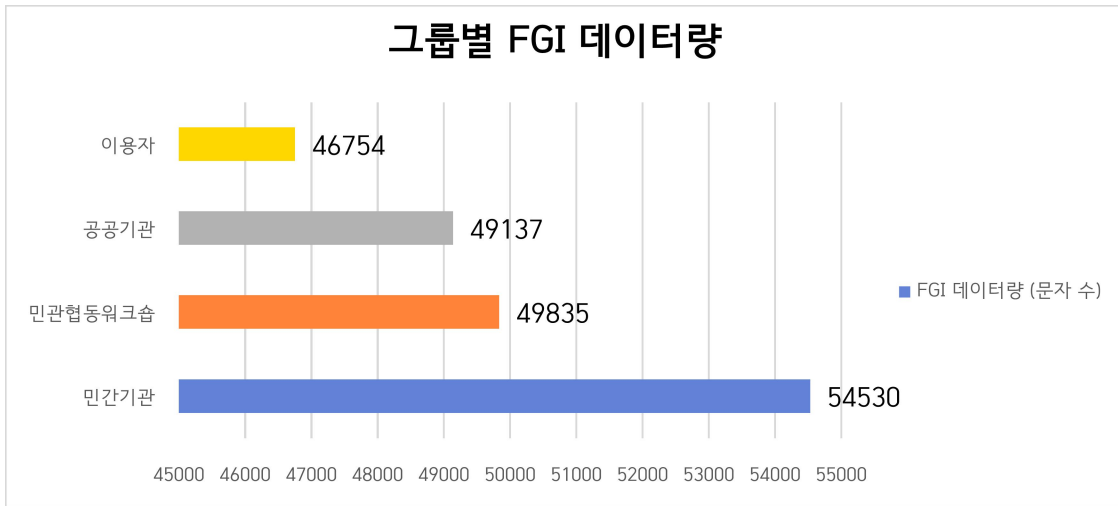
질적분석과 양적분석 결과를 종합하여 남양주시 지역사회통합돌봄 체계의 강점, 약점, 기회, 위협 요인을 다각적으로 조명하였다. 이를 통해 '공공-민간협력기반 남양주시 통합돌봄체계구축'시 가장 시급하고 중요한 문제점을 본 연구수행 과정에서 도출된 사실(Fact), 데이터(Data), 인사이트(Insight Extraction)를 요약하여 '핵심 발견사항(Key Findings)'으로 제시하였다.

특히, 추출된 발견사항을 증거기반으로 하여 실제 정책 수립 및 현장 적용이 가능한 구체적인 안으로 제시하였으며, 워드클라우드(Word Cloud Chart), 바 차트(Bar Chart), 파이 차트(PIE Chart)를 활용하여 다양한 각도에서 분석결과를 제시하였다.

즉, 워드 클라우드의 데이터 중의 키워드, 개념 등을 직관적으로 파악할 수 있도록 핵심 단어를 시각적으로 제시하는 차트로써 빅데이터(bigdata)를 분석할 때 데이터의 특징을 도출하기 위한 유용한 도구이기 때문이다. 바 차트(Bar Chart)는 표에 비해 여러 항목의 수량을 전체적으로 비교하기 쉽고, 집단 간의 데이터의 차이를 높이로 민감하게 표현할 때 사용되는 유용한 도구이기 때문이다. 파이 차트(PIE Chart)는 비례 관계를 구성할 때 자주 사용하는 도구로 데이터 분포 상황을 이해하기에 효과적인 도구이기 때문이다(Cary Jensen, Loy Anderson, 1992).

4. 분석 결과

본 연구에서 수행한 4개영역(즉, 1) 서비스 이용자집단 2) 서비스 제공자로서 공공기관 집단, 3) 서비스 제공자로서 민간기관 집단, 그리고 4) 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍집단)의 FGI (Focus Group Interview : 초점집단면접) 데이터를 토대로 분석한 결과이다. 이 자료는 다각적 분석을 통해 남양주시 통합돌봄의 현주소를 입체적으로 조망하고, 미래 방향성을 설정하는 중요한 기초자료이다.



[그림 23] 집단별 FGI 데이터량 분석

[그림 23]의 FGI 집단별 전사본 데이터량(문자수)을 분석한 결과, 민간기관 그룹이 54,530자로 가장 많은 텍스트 데이터를 확보하고 있는 것으로 나타났다. 그 뒤를 이어 민·관협력 통합돌봄네트워크 전문가집단이 49,835자, 공공기관이 49,137자의 데이터량을 나타냈으며, 이용자 집단은 46,754자로 상대적으로 적은 데이터 수치를 나타냈다. 전반적으로 모든 집단이 약 4만 6천 자 이상의 데이터량을 확보하고 있었으며, 집단 간 데이터량의 편차와 분포도가 크지 않아 매우 균형 잡힌 데이터분석 기반이 검증되었음을 확인하였다.

4.1. 이용자 집단 FGI 분석

서비스 이용자 집단 FGI에는 남양주시에서 실제로 통합돌봄 서비스를 이용하고 있는 노인 및 장애인 당사자들이 참여하였다. 이들은 서비스를 직접 체험하며 느낀 만족감과 불편함, 그리고 앞으로의 희망사항에 대해 진솔한 의견을 제시함으로써 통합돌봄의 실효성을 평가하고 개선 방향을 도출하는 데 중요한 근거를 제공하였다.

통합돌봄 서비스의 최종 수혜자인 이용자 집단의 FGI에서는 서비스에 대한 전반적인 만족감과 함께, 실생활에서 겪고 있는 구체적인 어려움과 개선 요구사항들이 생생하게 표현되었다. 분석 결과, 이용자들의 주요 관심사는 '돌봄 서비스 경험', '주거 환경과 안전', '의료 접근성', '정보 격차 및 소통'의 네 가지 핵심 의미단위가 도출되었는데 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

<표 14> 이용자 집단 FGI 참여자 특성

참여자	나이	성별	남양주시 거주 기간	주요 이용 서비스	특이사항
이용자A	73 세	여	4 년	<ul style="list-style-type: none"> • 이동지원 서비스 • 수술후 일시적 돌봄서비스 • 경로당 이용 	수술 후 일시적 돌봄 경험, 현재는 자립 생활
이용자B	68 세	여	(서울에서 이주),	<ul style="list-style-type: none"> • 희망케어센터 이용 • 요양보호사(말벗/정서지원) • 식사(반찬) 지원 • 스마트 안심돌봄 • 찾아가는 진료/재활 	희망케어센터가 먼저 발굴하여 서비스 연계됨
이용자C	83 세	여	4 년,	<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관 이용 • 복지사 주 1 회 방문 및 주 2 회 안부 전화, • AI 스피커 '아리아' 활용 • 보건소 방문간호 (3 개월 1 회 혈압/당 체크), • 스포츠 바우처 이용, 	적극적으로 정보를 습득하고 활용함
이용자D	83 세	남	3 년	<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관 이용- • 또래상담 프로그램이용, • 스마트 안심돌봄(아리아), • 주거위생 환경개선 	초기 우울증 겪었으나 프로그램을 통해 극복
이용자E	63 세	남	5 년	<ul style="list-style-type: none"> • 희망케어센터 이용 • 영양식사 지원(격주 1 회 반찬) - 기초수급 및 의료급여 혜택, • 임대주택 거주 지원, 	요양보호사 경력 15년 봉사활동 의지 강함
이용자F	59 세	남	5 년	<ul style="list-style-type: none"> • 희망케어센터 이용- • 장애인 활동보조 서비스(월 130 시간), - 이동지원(희망콜, 바우처 택시), - 명절 과일 꾸러미, AI 스피커(아리아), 	휠체어 이용 장애인, 주거 편의시설(경사로 등) 개조 이슈 언급
이용자G	82 세	여	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관 이용- '누구나 돌봄' (골절 시 2 개월간 가사/식사 지원), • 노인맞춤돌봄(주 1 회) - 의료 서비스 욕구 높음 	손가락 골절 등 부상 시 일시적 돌봄 서비스 활용
이용자H	86 세	여	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관 이용- 영양식사 지원(월 1 회) • 노인맞춤돌봄(주 2 회) - 템플스테이, 딸기체험 등 문화 활동 	독거노인으로 야간 응급상황 및 의료 접근성 우려
이용자I	76 세	남	29 년	<ul style="list-style-type: none"> • 희망케어센터 이용 • 온케어(주 1 회 방문간호) • 영양식사 지원(반찬), • 주거위생 환경개선(소독) 	당뇨 및 시력 저하, 의료적 처치, 식사서비스 욕구

4.1.1. 질적 분석

1) 통합돌봄서비스 경험

이용자들은 식사 준비, 청소, 병원 동행 등 일상생활 지원 서비스에 대해 높은 만족도를 나타냈다. 특히, 갑작스러운 수술이나 질병 등 위기 상황에서 제공된 돌봄서비스는 이용자들의 삶에 실질적인 버팀목이 된 것으로 나타났다.

"수술을 하는 게 문제가 아니라 혼자 있으면서 자식들은 다 왔다 갔다 못하고 멀리에 있고 그러니까 그게 진짜 제일 고민이었어요. 그랬는데... 남양주에 이래 이래 해갔고... 돌봄으로 와서... 그 도움을 너무 진짜 잘 받고요. 여기(이사) 와 갖고 여지껏 도움받아본 적이 없거든요... 너무 고마워서 내가 '어떤 이런 일도 있네요.'" - 이용자A

그러나 한편으로는 AI 스피커나 자동화된 전화 안부 서비스에 대해서는 한계가 명확하다는 의견이 지배적이었다. 이용자들은 기계적인 확인이 아닌, 요양보호사나 복지사와의 인간적인 교감과 진솔한 직접대화를 통해 정서적인 지지를 얻고 싶은 욕구도 확인되었다. 이는 돌봄이 단순한 기능적인 지원을 넘어 '**관계적**'인 돌봄차원에서 이루어져야 함을 시사하고 있다.

"저는 가장 필요한 게 제 기준으로 봤을 때... 대화할 수 있는 분! 그게 가장 저는 절실하다고 봐요... 얘기를 하시면 10분, 20분... 살아온 얘기 다 하시는데 고맙대요. 또 와 달라... 사람을 옆에 놓고 마주 보면서 얘기하는 거 단 10분이라도... 그게 가장 저는 절실하다고 생각을 합니다." - 이용자F

"(로봇은) 간단하게, '어르신 오늘 뭐 먹었어요?' 그렇게 하고... 그게 끝이에요... 전화 와 가지고 경기 말벗이라고 있는데... '어르신 아프신 데 없어요? 진지 드셨어요.' 그리고 한 대여섯 마디 하면 벌써 이렇게 시간이 됐네요. 그래 끊어버려." - 이용자E

2) 주거 환경과 안전

서비스 이용자중 다수는 현재 거주하고 있는 집에서 계속 살아가기를 원했으나, 주택의 안전시설 미비가 가장 큰 장애요인으로 확인되었다. 특히 화장실 및 계단 손잡이, 문턱 제거, 휠체어 사용자를 위한 싱크대 높이 조절 등은 시급하게 개선되어야 할 부분으로 지적되었다. 이는 'AIP(Aging in Place)'를 실현하기 위한 물리적 환경 개선의 중요성을 시사하고 있다.

"저는 그걸 물어봤더니요. 뭐 해당이 안 된다고 그러더라고요. 네 저는 저기 뭐야 집을 갖고 있어서 그런지 그것 때문에 안 된다고 그러던데요... 앉았다 일어나는 것도 좀 나이 먹으니깐 힘들고요. 뭘 잡고 일어났으면 좋겠는데 안 된다고 그래서 못 했어요." - 이용자H

이용자H의 FGI에서 알수 있듯이, 자가 소유자라는 이유로 지원에서 배제되거나, 약속된 편의시설 설치가 이행되지 않는 등 제도적 장벽과 행정적 미비점에 대한 불만도 제기되었다. 이는 서비스이용자의 '자기결정권(Right of Self-Determination)'이 침해되는 사례로, 이용자 중심적인 주거 개선 지원 정책이 필요함을 시사하고 있다.

"GH 담당자한테 그 내가 편의시설 이용할 수 있는 거... 화장실에 안전 손잡이 해 달라 그랬는데 처음에는 이사 오기 전에 해 준다고 그랬거든요. 근데 이사 왔는데 안 해줬어요... 그 반대쪽은 제가 사비로 드려서 했죠."- 이용자D

3) 의료 접근성

대부분의 돌봄서비스 이용자들은 향후 가장 중요한 돌봄 분야로 '의료'를 꼽았다. 특히 남양주시 내에 응급상황이나 중증질환에 대처할 수 있는 대학병원급의 종합병원이 없다는 점은 커다란 불안감으로 작용하고 있었다. 이는 '종합병원 부재와 이동의 어려움'으로 인한 지역 의료 인프라의 구조적 한계를 시사하고 있다.

"간곡히 바라는 건 여기 종합병원이 생겼으면 하는 거예요... 아주 간절해요."- 이용자C

또한, 병원 이동을 위한 '희망콜' 서비스는 대기 시간이 길고 배차 시스템이 비효율적이라는 문제가 제기되어, 의료 접근성을 실질적으로 보장하기 위한 교통 지원 체계의 개선이 시급함을 보여주었다.

"저는 병원 가는 게 멀어가지고 희망콜 택시를 불러가지고 가는데... (희망콜) 이용을 했는데 멀리서 오면 늦게 오고, 가까운 데서 하면 빨리 오는 것 같아요... 나보다 먼저 한 사람이 멀리서 오면 늦게 가고..."- 이용자E

4) 정보 격차 및 소통

통합돌봄 서비스의 가장 큰 맹점 중의 하나는 '정보의 비대칭성'으로 나타났다. 어떤 서비스를 받을 수 있는지에 대한 정보가 담당 복지사나 요양보호사의 개인적 역량, 혹은 지인 네트워크에 따라 크게 달라졌으며, 많은 돌봄서비스이용자들이 자신이 받을 수 있는 혜택을 몰라서 놓치고 있었다. 즉 통합돌봄은 '아는 사람만 받는 서비스'라는 한계점을 시사하고 있다.

"서비스 종류가 여러 가지라 해도 혜택을 못 받는 게 한두 가지가 아니에요... 우리가 몰라서 혜택을 전혀 못 받는 게 한두 가지가 아니에요... 그걸 홍보지를 만들어 가지고 그런 게 있다는 걸 알려줄 사람이 없어요."- 이용자G

이러한 정보 격차는 돌봄서비스 이용자 간의 위화감을 조성하고 정책의 효용성을 떨어뜨리는 요인으로 작용하고 있었다. FGI에 참여한 돌봄서비스 이용자들은 FGI와 같은 정보 공유의 장이 더 많아져야 한다고 입을 모았으며, 이는 체계적인 정보 제공 채널의 필요성을 시사하고 있다.

"다른 사람이 (서비스를) 받는데 나는 왜 못 받나 싶어서요... 받을 수 있는 거를 다 받고 싶으니..."- 이용자H

"오시는 선생님(요양보호사/복지사)이 누구냐에 따라 정보가 달라져요. 어떤 분은 다 알려줘서 장애 등급도 받고 보청기 지원도 받았는데, 어떤 분은 아무 말도 안 해줘요. ..."- 이용자 C

4.1.2. 양적 분석

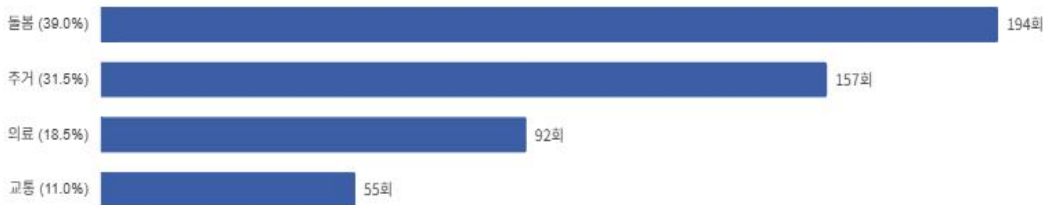
이용자 그룹 FGI 전사본의 텍스트 데이터를 계량화시켜 양적으로 분석하였다. 총 46,754자의 텍스트에서 주요 키워드 출현 빈도(Frequency Analysis)를 분석한 후, 이를 워드 클라우드(Word Cloud Chart)와 바 차트(Bar Chart)로 제시하였다.

1) FGI ‘주요단어(Key Word)’ 빈도 분석

FGI에서 가장 많이 언급된 ‘주요단어(Key Word)’를 가지고 빈도분석(Frequency Analysis)을 한 결과, ‘돌봄’ 관련 키워드(돌봄, 케어, 요양, 도움, 서비스 등)가 194회(39.0%)로 가장 많이 나타났다. 이는 통합돌봄 서비스가 이용자들의 삶에서 차지하는 중요성을 명확히 보여주고 있다. 그 뒤를 이어 ‘주거’(집, 화장실, 시설 등) 관련 ‘주요단어(Key Word)’가 157회(31.5%), ‘의료’(병원, 의사, 건강 등) 관련 ‘주요단어(Key Word)’가 92회(18.5%)로 높은 빈도를 나타냈다. 이러한 결과는 서비스이용자들의 욕구가 단순히 돌봄 서비스를 받는 것을 넘어, 안전한 주거 환경, 편리한 의료 접근성 등 다차원적으로 확장되고 있음을 시사하고 있다.

<표 15> FGI 빈도 분석

구분	주요단어	빈도	비율(%)
돌봄	돌봄, 케어, 요양, 도움, 서비스, 보호, 지원	194	39.0
주거	집, 주택, 아파트, 화장실, 계단, 시설, 편의	157	31.5
의료	병원, 의사, 간호사, 치료, 건강, 검사, 의료	92	18.5
교통	교통, 버스, 택시, 차, 이동, 접근	55	11.0



[그림 24] 돌봄서비스 이용자집단의 FGI 빈도 비율

2) 워드 클라우드 분석

돌봄서비스 이용자집단의 FGI 데이터를 바탕으로 워드 클라우드 분석을 한 결과, [그림 25]와 같이 '서비스', '병원', '돌봄', '사람', '집' 등의 의미단어가 중심에 자리 잡고 있음을 확인하였다. 이는 이용자들이 느끼는 돌봄의 핵심 요소가 무엇인지 직관적으로 보여주고 있으며, '정보', '시간', '교통', '어려움' 등의 단어도 함께 나타나 서비스 이용과정에서의 애로사항을 시사하고 있다.

이용자 FGI 워드 클라우드



[그림 25] 이용자 FGI 워드 클라우드 분석 결과

4.2. 공공기관 FGI 분석

남양주시청, 보건소, 읍면동사무소, 국민건강보험공단 등 정책 집행의 주체인 공공기관 담당자들의 FGI에서는 지역사회통합돌봄 체계를 운영하며 겪는 현실적인 어려움과 구조적인 한계점들을 인터뷰하였다. FGI분석 결과, '사례 관리의 주체와 권한', '민·관 협력의 현실과 한계', '정보 공유 시스템의 부재', '예산 및 인력 부족', '정책 방향성의 모호성' 등 5가지 핵심 주제로 도출되었으며, 공공기관 FGI 참여자 특성은 다음 <표 16>과 같다.

<표 16> 공공기관 FGI 참여자 특성

참여자	성별	근무경력	돌봄/복지 담당경력	담당 업무(주요 역할)
참여자A	남	2년	2년	통합돌봄 사업 총괄
참여자B	여	12년	11년	빅데이터 기반 대상자발굴, 통합판정연계
참여자C	여	7년	4년	현장 사례관리 및 서비스 연계
참여자D	여	3년	1년 미만	현장 사례관리 및 서비스 연계
참여자E	여	11년	2년	현장 사례관리 및 서비스 연계
참여자F	여	5년	3년	보건의료 서비스 연계
참여자G	여	3년	1년 미만	보건의료 서비스 연계
참여자H	여	2년	2년	보건의료 서비스 연계

4.2.1. 질적 분석

1) 사례관리의 주체와 권한 문제

공공기관 FGI 참여자들은 현재의 중앙집권적 사례 관리 체계에 대한 강한 문제의식을 가지고 있는 것으로 나타났다. 보건복지부 지침은 시(市) 단위의 사령탑 역할을 강조하지만, 공공기관 FGI 참여자들은 이용자 정보를 가장 잘 아는 현장, 즉 읍면동과 민간기관(4개 권역별 동·서·남·북 희망케어센터 등)이 주도적인 역할을 해야 돌봄서비스의 신속성과 효율성을 담보할 수 있다고 언급하였다.

"사실 이 돌봄 대상자에 관한 내용은 읍면동이 더 많이 알아요. 그렇다고 하면은 현장에 있는 사람들이 지원회의를 개최해야지, 시에서 한다라는 거는 이제 정보가 제대로 전달되지 못하고 알지 못하고 회의를 진행을 하는 거거든요... 신속한 서비스 제공과 대상의 정보 연계를 위해서는 가장 현장에 밀착되어 있는 읍면동이 주도적인 역할을 맡는 것이 좋겠다라고 봅니다."- 공공기관 참여자A

"희망케어센터에서... 그 회의 개최는 그냥 희망케어센터에서 하는 거예요. 그리고 각 해당되는 읍면동이 다 참여를 하는 거죠... 시에서는 대상자의 개별적인 부분은 잘 몰라요. 읍면동이 다 알지. 그렇기 때문에 민간 기관인 희망케어센터하고 읍면동이 예전에 사례 회의를 그렇게 했거든요. 예전처럼 해주는 부분이 저는 좀 너무 낫지 않을까...그러면 그쪽 기관에 대한 권한이나 책임성이나 뭐 이런 부분이 더 많이 포션이 갈라지겠네요?라는 질문에... 권한을 줘야지요..."- 공공기관 참여자 (공공기관 FGI),

공공기관의 FGI 인터뷰 내용을 분석해보면, 중앙에서 설계된 돌봄정책과 현장의 실행 요구 사이의 괴리를 명확히 보여주고 있었다. 현장에서는 문서 기반의 행정 처리와 여러 단계를 거치는 의사결정 구조가 긴급한 돌봄 수요에 대응하는 데 큰 장애물이라고 인식하고 있었다. 이는 덴마크의 코문(기초지자체)이나 일본의 시정촌이 돌봄서비스의 계획, 제공, 재정 전반에 대한 권한과 책임을 지는 지방분권형 모델의 효율성을 시사하고 있다. 현장 중심의 권한 이양은 서비스 전달의 지연을 줄이고, 지역 특성에 맞는 유연한 대응을 가능하게 할 것이다.

2) 민·관 협력의 현실과 한계

민·관 협력은 지역사회통합돌봄의 성공을 위한 핵심 요소로 강조되지만, 현실에서는 여러가지 한계에 부딪히고 있는 것으로 나타났다. 특히 의료 분야와의 협력이 가장 큰 난제로 지적되었다. 공공기관의 FGI 참여자들은 의사협회, 약사회 등 의료 전문가 단체의 참여를 유도하기 어려운 주된 원인으로 경제적 보상(수가) 문제를 꼽았다. 공공의 제안이 민간 의료기관의 수익성과 직결되지 않는 한, 실질적인 협력을 이끌어내기 어렵다는 것을 시사하고 있다.

"그분들(의료 전문가들), 그니까 그분들이 얘기를 하시는데 ...돈 되는 거죠. 아, 돈 돈 때문에... 약사는 복약 지도도 할 수가 있잖아요. 복약 지도 시범 사업도 해요, 그 쪽에서. 근데 그 시범 참여도 안 하면서 자기들이 이 돌봄 통합 제도 참여를 하겠다고 얘기를

하세요."- 공공기관 참여자A

이는 이용자들이 가장 필요로 하는 의료 서비스와 실제 돌봄 현장 간의 연계가 왜 취약한지를 보여주는 것으로, 통합돌봄의 한 축인 '보건의료' 서비스 연계에 심각한 공백이 발생하고 있음을 시사한다. 이는 영국의 '더 나은 돌봄 기금(BCF)'처럼 국민보건서비스(National Health Service, NHS)와 복지(지방정부) 예산을 통합하여 공동의 목표를 위해 사용하는 재정적 인센티브 모델의 도입 필요성을 제기한다.

3) 정보 공유 시스템의 부재: '통합 플랫폼' 구축의 시급성

공공기관의 FGI 참여자들은 기관 간 칸막이 현상과 정보 단절이 보건, 복지, 요양, 돌봄 등 각 영역별로 서비스가 분절되고, 기관들이 서로 어떤 사업을 하는지 파악하기 어렵다는 점을 반복적으로 지적하였다. 그 결과 돌봄서비스 이용자들에게 필요한 자원을 즉각적으로 연계하는 데 한계가 발생하며, 동일한 이용자에게 여러 기관이 중복으로 접근하거나 돌봄 공백이 발생하고 있음을 나타내고 있다.

"각 기관별로 진행하는 사업들이 많은데, 사실 어떤 사업을 하고 있는지 공유가 잘 되고 있지 않다는 느낌이 듭니다. 자원을 연결해서 무엇인가를 해야 할 때, 즉각적으로 알아보는 것에 한계가 있습니다. 전체 공공기관이든 복지관이든 여러 기관에서 어떤 사업을 하고 있는지 보여주는 큰 단위체계 같은 것이 있었으면 좋겠다는 생각이 듭니다."- 공공기관 참여자F

공공기관의 FGI 참여자들은 이러한 문제를 해결하기 위해 공공과 민간의 모든 서비스 및 자원 정보를 데이터베이스화하여 공유할 수 있는 '통합정보 플랫폼' 구축의 필요성을 시사하고 있다. 이러한 문제는 핀란드가 '복지서비스 자치주'로 행정 구조를 개혁하여 보건·의료·복지 서비스의 기획, 재정, 제공을 일원화하고, 표준화된 욕구 사정 도구(Resident Assessment Instrument, RAI 거주자/수급자 사정도구)를 통해 데이터를 통합 관리하는 사례에서 그 해결의 실마리를 찾을 수 있다고 본다.

4) 예산 및 인력 부족의 구조적 문제

통합돌봄이라는 새로운 정책과제가 부여되었음에도, 이를 뒷받침할 예산과 인력 지원은 거의 전무한 실정이라는 점이 큰 문제로 부각되었다. 공공기관의 FGI 참여자들은 중앙정부나 경기도 차원의 예산 지원 없이 지자체가 자체적으로 재원을 마련해야 하는 현실적 어려움을 토로하였다.

"복지부가 새로운 사업을 만들어서 거기에 대한 투입되는 예산을 다른 사업에서 빼와요. 그런 게 이제 특히 저희 시는 돌봄 통합 지원 제도 관련해서 예산 쪽이 없어요... 내년 저희 예산은 회의 참석 수당밖에는 없어요."- 공공기관 참여자A

이는 안정적인 재원 확보가 통합돌봄의 지속가능성을 위한 전제조건임을 보여준다. 일본의 개호보험이나 독일의 수발보험처럼 사회보험 방식을 통한 안정적 재원 구조 마련,

또는 덴마크처럼 조세 기반의 안정적인 재정 구조를 확립하는 장기적인 제도 설계가 필요함을 시사하고 있다.

인력 문제 또한 심각했다. 방문간호사 1명이 400~500명의 대상자를 관리해야 하는 등 과도한 업무 부담이 언급되었으며, 잦은 순환 보직으로 인해 전문성을 쌓기 어려운 구조적 문제도 제기되었다. 참여자들은 다른 보상보다 '인력 충원'이 가장 절실한 지원이라고 입을 모았다.

"인력만 붙여 주면 그나마 스트레스 덜 받으면서 할 수 있지 않을까"- 공공기관 참여자H

5) 정책 및 제도의 방향성 모호성

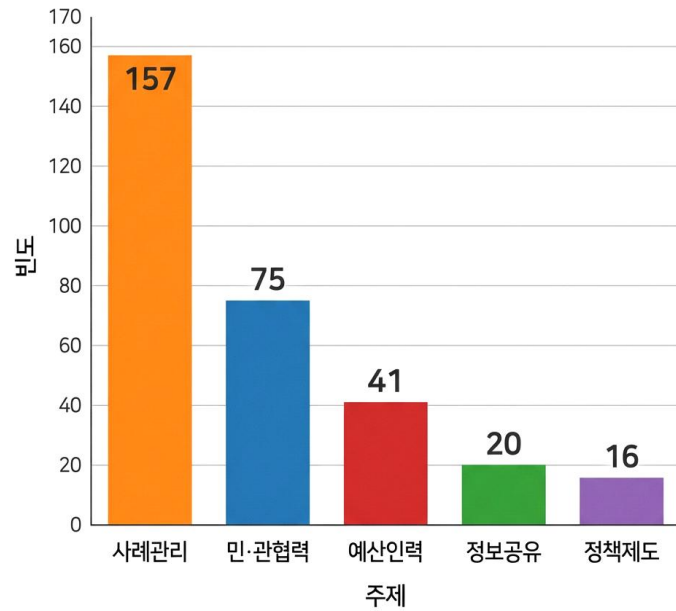
공공기관의 FGI 참여자들은 통합돌봄 제도의 궁극적인 목표와 방향성이 모호하다고 느끼고 있었다. 제도의 목표가 '의료비 절감'인지, '취약계층 돌봄 강화'인지 불분명하고, '돌봄'이라는 단어의 개념과 범위가 너무 포괄적이어서 업무의 경계가 불명확하다는 것이다. 이러한 방향성 부재는 공공기관의 실무자들이 업무의 보람을 느끼기 어렵게 만들고, 적극적인 행정 대신 소극적인 태도를 보이게 하는 원인이 되고 있었다.

"이 제도를 개인적으로 하고자 하는 궁극적인 이유는 의료비 절감인데... 지금 그게 아니라 너무 포괄적으로 접근을 하다 보니 '이거 뭐 어떻게 하자는 거예요?' 라는 생각이 듭니다... 방향성이 그리고 잘 갖고 있는 것인지 의문입니다."- 공공기관 참여자A

4.2.2. 양적 분석

1) 주요 키워드 빈도 분석

공공기관 FGI 전사본에서 추출된 핵심 키워드의 출현 빈도를 분석한 결과, '서비스', '기관', '돌봄', '사업', '생각' 등의 키워드가 높은 빈도를 나타냈다. 이는 통합돌봄 서비스를 제공하는 기관의 역할과 사업 운영방식에 대한 고민에 집중되었음을 보여주고 있다. 특히 '사례 관리' 관련 키워드가 매우 높은 빈도로 나타나, 핵심 주요 쟁점임을 시사하고 있다. [그림 26]에서 볼 수 있듯이, '사례관리' 키워드 빈도가 157회로 가장 높았으며, '민·관협력'(75회), '예산인력'(41회), '정보공유'(20회), '정책제도'(16회)가 그 뒤를 이었다. 이는 사례관리의 주체와 방식을 둘러싼 논의가 활발했음을 시사한다.



[그림 26] 공공기관 FGI 주제별 키워드 빈도

2) 워드 클라우드 분석

공공기관 FGI의 워드 클라우드에서는 '기관', '서비스', '돌봄'과 같은 핵심 단어와 함께 '협의', '연계', '시스템', '사례관리' 등의 단어가 두드러진다. 이는 공공기관 돌봄서비스 담당자들이 개별 서비스 제공보다는 기관 간의 협력 체계와 시스템 구축, 그리고 효율적인 사례관리 방식에 대한 고민이 깊다는 것을 시사하고 있다.

4.2.3. 공공기관 FGI 핵심 발견사항



[그림 27] 공공기관 FGI 워드 클라우드

FGI 질적·양적 분석 결과를 종합하여 도출한 남양주시 통합돌봄 체계의 5가지 핵심 발견 사항을 정리하면 다음과 같다.

- 1) 키워드 빈도 분석 결과 '사례관리'가 157회 언급되며 가장 중요한 이슈로 부각되었다는 점이다(그림 27) 참조). 그러나 그 주체와 권한을 두고 중앙(시) 중심의 '탑다운(Top-down, 하향식)' 방식과 현장(읍면동) 중심의 '바텀업(Bottom-up, 상향식)' 방식 간의 긴장이 존재함을 확인할 수 있었다. 현장 실무자들은 신속성과 효율성을 위해 권한의 현장 이양이 필수적이라고 언급하며, 현재의 중앙집권적 모델에 대한 근본적인 재검토가 필요함을 언급하였다.
- 2) '민·관협력'은 이상과 현실의 괴리가 크며, 특히 '의료' 영역이 가장 큰 장벽으로 나타났다. 공공기관 FGI 참여자들은 민·관협력의 중요성을 인지하고 있었으나, 현실에서는 경제적 유인 부족으로 의료기관의 참여를 이끌어내기 어렵다고 토로한다. 이는 통합돌봄의 한 축인 '보건의료' 서비스 연계에 심각한 공백을 초래할 수 있음을 시사하고 있다. '민간' 키워드는 75회 언급되며 높은 관심을 보였지만, 논의의 대부분은 협력의 어려움에 초점이 맞춰져 있었음을 확인할 수 있었다.
- 3) '정보 단절'이 시스템 비효율을 야기하며, '통합 플랫폼' 구축이 시급한 과제로 언급되었다. 기관 간 정보 공유가 되지 않아 발생하는 서비스 중복 및 누락, 자원 연계의 어려움은 공공기관 FGI 참여자가 공통적으로 지적하는 문제였다. 이는 '통합 정보 허브' 또는 '플랫폼' 구축이 기술적 해결을 넘어 시스템 효율화를 위한 최우선 과제임을 시사하고 있다.
- 4) '예산'과 '인력' 부족은 제도의 지속가능성을 위협하는 구조적 문제로 나타났다. 특히, '정책·제도'(12.0%)와 '예산·인력'(7.8%) 영역에서 부정적인 의견이 집중되었다. 신규 예산 지원 없이 기존 사업을 축소하여 재원을 마련하는 방식과 과도한 업무량 대비 부족한 인력은 공공기관의 돌봄업무 실무자들의 소진을 유발하고 있으며, 제도의 장기적인 안정성을 심각하게 저해하는 요인으로 작용하고 있음을 시사한다.
- 5) 정책의 '방향의 모호성'이 공공기관의 돌봄업무 실무자들의 동기를 저하시키고 소극적 행정을 유발하는 것으로 나타났다. 제도의 목표와 '돌봄'의 범위가 불분명하여 실무자들이 업무의 정체성과 보람을 찾기 어렵다는 점이 지적되었다. 이는 단순히 통합돌봄업무 매뉴얼의 문제가 아니라, 정책 철학의 부재가 현장의 실행 동력에 미치는 영향을 시사하는 것으로 통합돌봄에 대한 명확한 비전과 목표 설정 없이는 실무자들의 자발적이고 적극적인 참여를 이끌어내기 어려움을 시사한다.

4.3. 민간기관 FGI 분석

민간기관 FGI에서는 남양주시에서 실제 돌봄 서비스를 제공하는 다양한 기관의 대표 및

실무자들이 인터뷰에 참여하였다. 이들은 현장에서 서비스 이용자와 직접 소통하며 통합돌봄 서비스를 기획하고 전달하는 주체로서, 통합돌봄 체계의 실질적인 작동 방식과 현장의 애로사항에 대한 깊이 있는 통찰을 제공하였다.

<표 17> 민간기관 FGI 참여자 특징

참여자	성별	주요업무	경력
참여자A	남	사례관리, 지역자원 연계	통합돌봄 선도사업 참여 돌봄/복지 총 경력 17년
참여자B	여	노인맞춤돌봄, 사례관리	돌봄/복지 총 경력 15년
참여자C	여	재가서비스 총괄, 긴급돌봄	돌봄/복지 총 경력 28년
참여자D	여	방문의료 서비스	돌봄/복지 총 경력 26년
참여자E	여	노인여가복지, 노인맞춤돌봄	돌봄/복지 총 경력 19년
참여자F	남	사례관리, 모심카 사업	선도사업 참여, 돌봄/복지분야 총 경력 30년
참여자G	여	통합돌봄 네트워크 운영, 사례관리	선도사업 참여, 돌봄/복지분야 총 경력 18년

통합돌봄 서비스 제공의 최일선에 있는 민간기관 서비스 제공자들의 FGI에서는 현장의 생생한 경험을 바탕으로 구체적인 문제점과 혁신적인 대안들이 제시되었다. FGI 분석 결과, 민간기관 서비스 제공자들은 민·관 협력의 비효율성, 서비스 문화 전환의 필요성, 주민 참여 활성화의 중요성, 인력 및 전문성 강화를 핵심 과제로 인식하고 있었다.

4.3.1. 질적 분석

1) 민·관 협력의 비효율성

민간기관 FGI 참여자들은 공통적으로 현재의 민·관 협력 체계가 비효율적이며 서비스 전달 과정이 분절되어 있음을 지적하였다. 가장 큰 원인으로는 민간기관의 권한이 부재한 상태에서 모든 절차가 공공(읍면동, 시청)을 거쳐야 하는 경직된 행정 프로세스가 하나의 요인임을 언급하였다. 이로 인해 긴급한 돌봄 수요가 발생해도 서비스 제공까지는 상당한 시간이 소요되는 문제가 때때로 발생하고 있었다.

"장기요양 등급 판정 위원회가 한 달에 두 번이기 때문에... 아무리 빨라도 2주에서 3주입니다. 우리가 사각지대에서 의뢰를 하더라도 평균 한 달 동안의 공백을 어떻게 견디냐가 사실은 사용자들의 가장 중요하고 현실적인 문제이고... 1인 가구는 (방문의료) 못 들어옵니다. 어제 저희 방문했던 초기 환자였는데, 가자마자 돌아가신 상태로 딱 들어가게 돼서... 현실적으로 무연고 부분에 대한 부분들은 워낙 변수가 많기 때문에 어쩔 수 없이도 1인 가구는 갈 수 없습니다."- 민간기관 참여자D

"대상자가 신청 접수가 되어지고 나서 서비스를 연계할 하려면 읍면동에다가 요청을 해야 됐었어요. 그러면은 그 요청을 하면은 그걸 다 검토해 가지고 그 서비스를 제공할 수 있는 관련 기관에다 다시 통지해서... 시간이 이제 요구가 되어지다 보니까... 저희 현장에서는 되게 안타깝다라는 되게 답답하다라는 그런 생각을 했었었죠."- 민간기관 참여자G

"우리가 대상자를 의뢰하고 연계했고, 이 사람이 연계돼서 이 기관에 인계됐을 때 다시 이쪽으로 넘어왔을 때 이 사람은 끝까지 누가 책임지는가? 이분은 넘어가고 돌아갔다는 사실을 모르면 사각지대로 빠지는 케이스도 많았고요."- 민간기관 참여자C

"부천 사례 같은 경우에는 시장님께서 돌봄과를 만들었고 모든 어떤 사업은 돌봄과를 통해서 소통하게 해서 어떤 정의가 된 부분이라 지금 객관적으로 잘한 부분이 있기 때문에... 저는 남양주시의 현실을 반영해서 부천에 준해서 최소한의 '과'를 만들어야 된다 그 말씀을 드렸는데요."- 민간기관 참여자G

"사실 명확한 좀 가이드라인을 좀 내려주셨으면 좋겠어요. 그래서 매년마다 뭐 변동이 되는 그런 시스템이 아니라 장기적인 계획안에 아까 그 전체가 다 들어 있는 거죠. 주무부서도 당연히 생겨야 될 것 같고 관련된 부분들을 저희가 그 가이드라인에 맞는 인력과 예산 내려 주셔야지 이것들을 수행할 수 있다는 말씀을 마지막에 드리고 싶습니다."- 민간기관 참여자F

"국비나 경기 광역시는 당연히 복지 정책과를 통해서 들어와야 되는데 사실 민간 자원이 필요한 부분은 행정복지 센터 단위로 자원을 연계하는게 더 효율적입니다."- 민간기관 참여자A

"각각 가지고 있는 그 대상자나 사례 대상자들이 의료가 필요하다고 합니다. 그런데 그 의료가 어디에 담길 때 필요한지에 대한 정보들은 너무 떨어져 있어요. 이분이 입원을 해야 될지, 외부로 가야 될지, 집으로 온다 그러면 각각 분절되어 있는 의료 서비스 중에 어느 단계에 적용을 받는지 이해하시는 게 좀 어려웠고요."- 민간기관 참여자D

민간기관이 직접 대상자를 발굴하고 지원 계획까지 세워도, 결국 읍면동에 다시 신청하고 승인을 거쳐야 하는 '역방향 절차'는 민간의 주도성을 저해하고 신속한 대응을 어렵게 만드는 핵심적인 문제로 지적되었다. 이러한 '권한 없는 책임' 구조는 현장의 신속한 대응을 어렵게 만들고, 민간기관의 전문성을 충분히 활용하지 못하게 하는 장애물로 나타났다. 이는 부천시가 10개 광역동에 보건·복지 인력을 전진 배치하고, 민간기관과의 유기적인 협력 거버넌스를 구축하여 성과를 낸 사례와 대조된다.

2) 서비스 문화의 전환: 기능 중심에서 '사람 중심'으로

민간기관 FGI 참여자들은 기존의 서비스 제공 방식이 이용자의 다양한 욕구를 충족시키기보다는 정해진 서비스를 기능적으로 제공하는 데 그치고 있음을 지적하였다. 이는 이용자의 존엄성과 자기결정권을 보장하는 '사람 중심 케어(Person-Centered Care)'로의 돌봄문화 전환이 시급함을 시사하고 있다.

"가지고 있는 몇 가지의 서비스 내에서만 제시되고 있고, 그리고 가장 중요한 건 [이용자] 입장에서 내가 뭘 받아야 되는지의 정보가 없는 분들이 사실 이렇게 대상자로 뽑혀 있잖아요... 제가 선택할 여부로서 선택할 수 있는 서비스의 베이스가 아직은 너무 부족하기 때문에..."- 민간기관 참여자D

이러한 지적은 스웨덴의 '에스더 모델'이 "에스더에게 최선은 무엇인가?"라는 질문을 통해 환자 중심의 통합돌봄을 실현한 사례와 대비된다. 즉, 공급자 중심의 획일적 서비스에서 벗어나 이용자의 선택권을 최대한 보장하는 방향으로의 전환이 필요함을 시사하고 있다. 특히, 무연고 독거노인의 임종 과정과 같이 존엄한 삶의 마무리를 지원하는 데 있어서 현실적인 어려움이 크다는 점도 제기되었다. 이는 돌봄 서비스의 공백을 메우기 위한 전문적이고 기동력 있는 지원팀의 필요성을 시사하고 있다.

3) 주민 참여 활성화

민간기관 FGI 참여자들은 지속가능한 통합돌봄 체계를 위해 전문가와 기관 중심의 접근을 넘어, 지역 주민의 참여를 활성화하고 커뮤니티 기반의 돌봄 네트워크를 구축하는 것이 중요하다고 입을 모았다. 민간기관들은 이미 지역사회보장협의체, 주민자치회 등과 협력하며 지역 자원을 발굴하고 주민 참여를 유도하는 역할을 수행하고 있었다.

"앞으로 커뮤니티의 돌봄역할까지 수행 가능할 것인가라고 했었을 때 지속적이고 안정감있고 또 책임을 질 수 있는 영역은 이 전문 그 영역에 전문가가 있어야 된다고 전 생각을 해요. 이벤트성으로 그때 그때 어떤 상황에 역할을 한다. 이렇게 [지역주민]과 지역 사회가 할 수 있는 얘기라고 저는 우선 생각을 해요."- 민간기관 참여자G

민간기관 FGI 참여자들의 경우, 주민 참여는 공식적인 서비스의 공백을 메우는 보완적 역할을 넘어, 지역 연대성을 강화하고 돌봄 공동체를 형성하는 핵심 기제로 작동해야 한다는 공감대가 형성되어 있었다. 이는 자원봉사 인력 풀을 체계적으로 관리하고, 이들의 활동을 지원하며 역량을 강화하는 노력이 필요하다는 점을 시사한다.

4) 인력 및 전문성 강화

지역사회통합돌봄 서비스의 질은 결국 현장 인력의 전문성에 달려있다는 점에서, 민간기관 FGI 참여자들은 전문 인력의 양성과 지속적인 역량 강화를 위한 체계적인 교육 시스템 마련을 강력하게 언급하였다. 현재 사회복지 교육 과정이 장기요양보험 제도나 다양한 돌봄 영역을 포괄하지 못하고 있으며, 기관에 따라 전문성의 편차가 크다는 문제도 지적되었다.

"우리가 너무나 잘 알고 있는 장기요양 보험을 모르더라고요. 그러나 이 친구들이 학교 과정에 있는 게 없는 거예요... 학부에서 어차피 나와서 할 경우 있어야 되는 커리큘럼을 세팅하지 않고는... 앞으로 법이 시행되고 내년도에 오는 사람들이 현장에 투입돼서 일할 수 있는 그 부분에 대한 ...아예 학부 때부터 교육도 받아서 나와야지 훈련이 조금 이익이지 않을까..."- 민간기관 참여자D

"저희는 지금 총 직원이 28명인데 돌봄에 관련된 직원들은 총 네 명이 근무하고 있거든요. 사실 14% 정도 담당을 하고 있습니다. 그렇다면은 그 네 명의 직원이 얼마만큼의 일을 할 수 있는지... 인력이 보충이 되지 않으면 사실은 저희는 고만고만한 일밖에 할 수 없는 상황들..."- 민간기관 참여자B

"민간에서의 장기요양 기관들은 시간당 내가 돌봄을 얼마나 했느냐로 급여가 결정 되는 구조라서 사실 별도의 교육을 받기가 굉장히 어려워요. (휴가를) 낼 수도 없고 그걸 내면 자기가 급여를 못 받는데 교육을 받을 이유가 없죠. 그래서 사실 그런 부분에 교육이 진행될 때... 교육 수당이라든가 이런 것들이 좀 반영이 돼야 되는 부분들이 있거든요."- 민간기관 참여자C

또한, 민간기관 FGI 참여자들은 돌봄 인력의 낮은 처우와 과도한 업무 부담은 전문 인력의 이탈을 유발하고 서비스의 지속성을 저해하는 심각한 문제로 지적하였다. 이에 대한 대안으로, 남양주시만의 특화된 '돌봄 사회복지사' 또는 '사례 관리자' 자격 과정을 만들고, 이를 이수한 인력에게 인센티브를 제공하는 등 전문성을 인정하고 그에 상응하는 보상을 제공하는 시스템을 구축해야 한다는 의견도 제시하였다 (민간기관 참여자A). 이는 덴마크가 돌봄 종사자를 'SOSU'라는 전문 직종으로 격상시키고 체계적인 교육 시스템을 갖춘 사례에서 그 시사점을 얻을 수 있다.

4.3.2. 주요 키워드 빈도 분석 및 워드 클라우드 분석

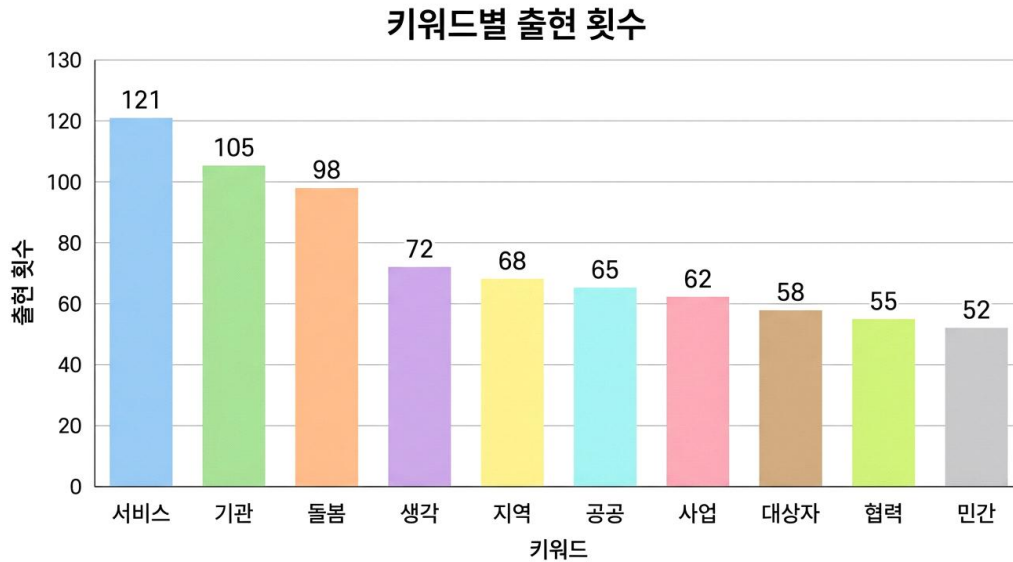
민간기관 FGI 전사본에서 나타난 주요 키워드의 출현 빈도를 분석한 결과, '서비스', '기관', '돌봄', '사업' 등이 가장 높은 빈도를 나타냈다. 이는 민간기관 FGI 참여자들이 '돌봄 서비스 사업'을 수행하는 '기관'의 역할과 기능을 중요시하고 있음을 보여주고 있다. 또한 '대상자', '민간', '공공', '협력' 등의 키워드가 그 뒤를 이어, 민·관 협력을 통한 이용자 중심 서비스 제공이 핵심 쟁점임을 시사하고 있다.

<표 18> 민간기관 그룹 주요 키워드 출현 빈도 (상위 10개)

순위	키워드	출현 횟수	순위	키워드	출현 횟수
1	서비스	121	6	공공	65
2	기관	105	7	사업	62
3	돌봄	98	8	대상자	58
4	생각	72	9	협력	55
5	저희	68	10	민간	52

민간기관 FGI의 워드 클라우드에서는 '서비스', '기관', '돌봄'이 가장 큰 비중을 차지하는 가운데, '협력', '공공', '민간', '센터' 등의 의미단어가 나타났다. 이는 민간기관이 서비스 제공의 주체로서 공공과의 협력 관계 설정에 큰 관심을 가지고 있음을 보여주고 있다.

또한 '어르신', '대상자'와 같은 의미단어는 현장에서 서비스의 대상에 대한 고민을 시사하고 있다.



[그림 28] 민간기관 FGI 주요 키워드 빈도 (상위 10개)



[그림 29] 민간기관 FGI 워드 클라우드

4.4. 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 FGI 분석

민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 FGI에서는 보다 거시적이고 미래지향적인 관점에서 남양주시 통합돌봄 체계의 발전 방향에 대한 심도 있는 논의가 이루어졌다. 주요 인터뷰내용은 서비스 개선, 이용자 중심성, 통합정보 플랫폼, 제도 개선 등에 초점을 맞추어 이루어졌다.

4.4.1. 질적 분석: 주요 주제 및 심층 의미

민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 FGI에서는 기존 FGI에서 제기된 이슈들을 종합하고, 이를 해결하기 위한 구체적인 아이디어와 전략이 논의되었다. 특히, 의료와 복지 단절의 문제점을 언급하였으며, 분절된 서비스와 정보를 통합하기 위한 '통합정보 플랫폼'의 필요성도 제기되었다. 이는 단순한 정보 공유를 넘어, AI 기술을 활용하여 돌봄서비스 이용자들에게 맞춤형 서비스를 추천하고, 기관 간 자원 연계를 자동화하는 고도화된 시스템으로 구상되었다.

"결국은 정보가 다 분절되어 있다는 거거든요. 공공이 가진 정보, 민간이 가진 정보, 이용자가 아는 정보가 다 달라요. 이걸 하나로 모아서, 필요한 사람에게 적시에 필요한 정보를 줄 수 있는 플랫폼이 없으면 밑 빠진 독에 물 붓기입니다."- 민·관협력워크숍 참여자A

"가장 핵심이 아까도 얘기했듯이 결국은 한 대상자 중심으로 한다라고 하면 케어 매니지먼트거든요... 희망케어센터가 본질적으로 어쨌든 맞춤형 통합돌봄 보건복지 서비스에 찾아가는 서비스로 해서 사례관리 중심으로... 통합성과 그다음에 원스톱의 복지 서비스를 제공하는 기관으로서 그 역할을 했었고... 그 중심축의 플랫폼 기능을 누가 할 거냐에 대한 것이 핵심이라고 생각을 합니다."- 민·관협력워크숍 참여자B

"거시적인 체계에 있어서의 희망케어센터의 역할이 분명히 이제 기대되어지는 역할이 있다라고 생각이 되어집니다. 그리고 이제 컨트롤 타워가 되어지는 거점 센터가 꼭 필요로 되어지는 게 맞고요...."- 민·관협력워크숍 참여자C

"어떠한 케이스 같은 경우는 한 개의 기관에서 안 될 때... 사회적으로 어떠한 방안들을 찾아내야 될 때 그와 같은 케이스가 거점 센터라든지... 희망케어나 이와 같은 어떤 지정되어지는 그 거점 센터로 올라왔을 때 통합 관리가 되어지면은 좋지요...."- 민·관협력워크숍 참여자D

"환자는 의사를 필요할 때 만나야 하고 병원에서는 환자를 만나야 합니다. 그 단절 체계 때문에... 이용하는 대상자들은 어느 서비스를 받아야 되는지... 서비스 내용이 너무 다양하기 때문에 이해할 수가 없고요. 그리고 여기 계시는 사회복지 기관들도 도대체 이 서비스를 어디까지 할 수 있는지에 대한 기준들이 다 다르기 때문에 사실 의료는 일단 통합돼야 되는 게 맞고..."- 민·관협력워크숍 참여자E

"지자체에서 저희 대상자들을 일단 확보하셔서 1차적으로 스크리닝 베이스로 쪽 보다 보면... 예방과 관리 분류로 지금처럼 충분히 해 주시면 되고 거기서 급성기라든지 아니면 관리가 필요하다 하는 것들은 병원 베이스에서 조깅 수 있는 체계가 있으면 되실 것 같은데요. 현재 상황에서는 대상자를 구해 주시면 저희가 잘 케어하겠습니다."- 민·관협력워크숍 참여자E

또한, 돌봄 인력의 가치를 사회적으로 인정하고, 이들의 전문성을 강화하기 위한 교육 체계 마련과 처우 개선이 지속가능한 돌봄 생태계의 핵심이라는 점이 언급되었다. 돌봄

노동을 '마음을 쓰는 일'로 규정하며, 돌봄서비스 공급자들의 소진을 예방하기 위한 정서적, 심리적 지원 프로그램의 필요성도 함께 언급되었다.

"돌봄은 단순한 기술이나 절차로 할 수 있는 일이 아니라 마음을 쓰는 일이에요!! 특히 돌봄의 마지막이 죽음과 맞닿아 있는 경우가 많아, 신체적·정서적으로 큰 부담을 느끼고 있어요. 이런 소진을 예방하기 위해서는 감정 관리 교육과 정기적인 심리 지원 프로그램도 필요해요."- 민·관협력워크숍 참여자B

"다 병이 있으시거든요. 당뇨 있고 암 있고 소화기 안 되고 너무나 많은 병들을 가지고 있는데 저희 업체 입장에서는 그거를 맞춤형으로 진행을 할 수가 없는 거예요. 비용이니까... 단지 이제 어르신들이 드시기 좋은 음식으로 이렇게 진행을 하기는 하지만 그래도 이거는 아니다. 왜냐하면 여러 가지로 봤을 때 음식이 곧 병을 오히려 악화시킬 수도 있는데..."- 민·관협력워크숍 참여자F

"식사 지원 서비스를 하면서 1년이 딱 지나니까 칼같이 끊었어요. 예. 다음 분을 주기 위해서. 그러면 어르신들이 저희 회사에 전화해가지고 왜 안 주냐 막 이거는 저희가 하는 권한이 아닙니다... 예산의 문제가 아닐까 싶어요. 서비스를 계속 돌봄 케어를 받으시던 분이 갑자기 이제 끊어지는 그런 경우가 있는지... 좀 명확하면 저희도 좋을 것 같아요."- 민·관협력워크숍 참여자G

"생활 돌봄 들어가면은 돌봄 제공자가 있기 때문에... 사람 대면 개인 서비스를 하는 거라 기본적으로 정서가 그 안에 녹아져 있지, 별도로 서비스 내용으로 만들어져 있는 거를 하고 있지 않고..." 정서 지원이 중요해요. - 민·관협력워크숍 참여자H

"결국은 이게 사람이 하는 것인데 이 돌봄 노동의 사회적 가치가 인정이 안 되잖아요. 현장에서 결국엔 돌봄에 대해서 요양보호사의 고령화라든가 구인난이 되게 심하게 되고 있습니다... 저는 사실은 근본적으로 일하시는 분들 직접적으로 서비스 주는 분들에 대한 그런 사회적 가치를 인정해 줘야 저게 밑바탕이 돼야지 이런 서비스들이 향후적으로 장기적으로 다 이렇게 실행되지 않을까..." - 민·관협력워크숍 참여자 I

"이 돌봄 같은 경우는 어떤 사람이 누가 어떤 생각을 가지고 어떻게 하느냐에 따라서 서비스의 질이 정말 달라지거든요. 이제 저희 같은 경우는 돌보는 사람이 행복해야 돌봄을 받는 사람도 행복하다 이런 이제 목표를 가지고... 돌보는 사람들이 이 통합 돌봄을 바라보는 시각을 좀 키울 수 있게 교육도 하고..." - 민·관협력워크숍 참여자 J

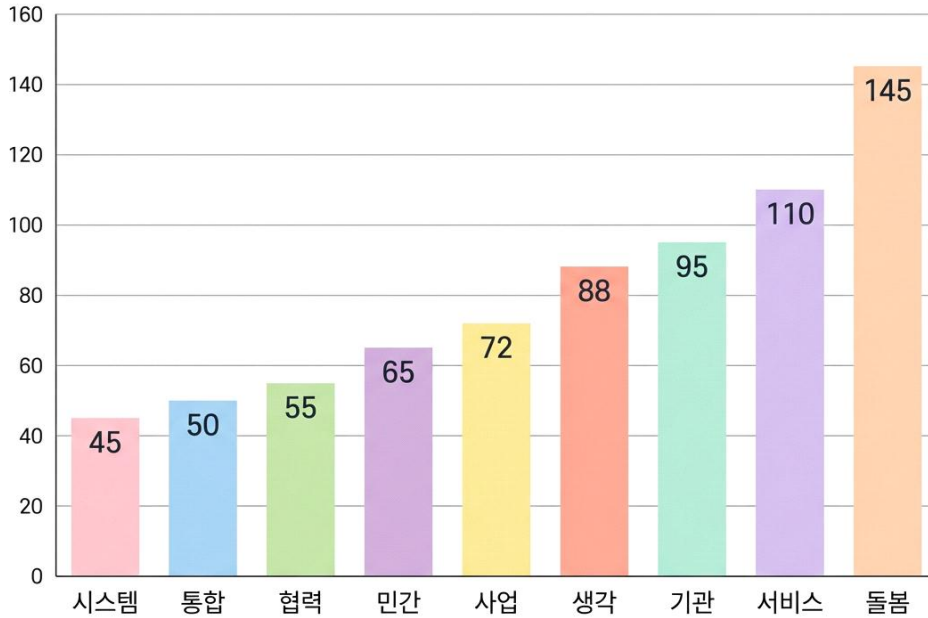
4.4.2. 양적 분석

1) 키워드 빈도 분석

민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 FGI의 키워드 빈도 분석 결과, '돌봄'(145회)과 '서비스'(110회)가 가장 핵심적인 의미단위로 나타났다. 그 뒤를 이어 '기관'(95회), '생각'(88회), '사업'(72회) 순으로 나타나, 민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 참여자들이 돌봄 서비스 사업을 수행하는 기관의 역할과 방향성에 대해 깊은 고민을 보여준다. 특히

'협력'(55회), '통합'(50회), '시스템'(45회) 등의 단어가 상위권에 위치하여, 분절된 체계를 넘어선 통합적 협력 시스템 구축이 주요 이슈임을 시사한다.

FGI 주요 키워드 빈도



[그림 30] 민·관 합동 워크숍 FGI 주요 키워드 빈도 (상위 9개)

2) 워드 클라우드 분석

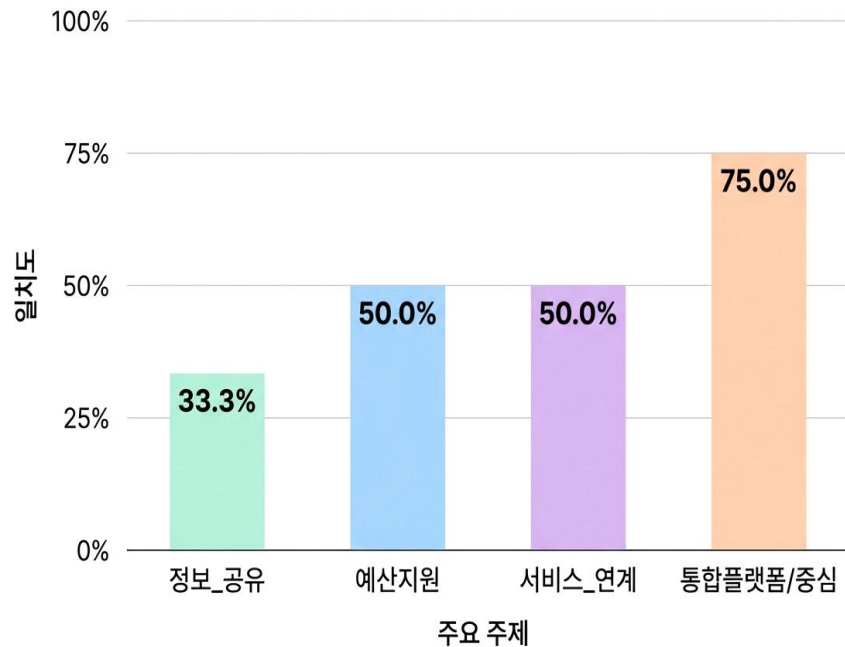
민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 FGI에서의 워드 클라우드는 '돌봄', '서비스', '기관'이 중심을 이루는 가운데, '통합', '협력', '시스템', '지역사회'와 같은 의미단어들이 중요하게 나타났다. 뿐만아니라 '이용자', '어르신'과 함께 '의료', '주거' 등의 의미단어도 비중 있게 나타나, 사람 중심의 포괄적인 서비스 설계에 대한 고민을 시사하고 있다.



[그림 31] 민·관협력워크숍 FGI 워드 클라우드

3) 참여자 간 의견 일치도 측정

'의견 일치도(Inter-Rater Reliability, IRR)'는 두 명 이상의 독립적인 관찰자(평가자, 코더)가 동일한 대상이나 데이터를 평가, 코딩 또는 분석할 때 그 결과가 얼마나 일치하는지를 나타내는 통계적 수치로, 평가의 일관성과 객관성을 보장하기 위해 사용된다.



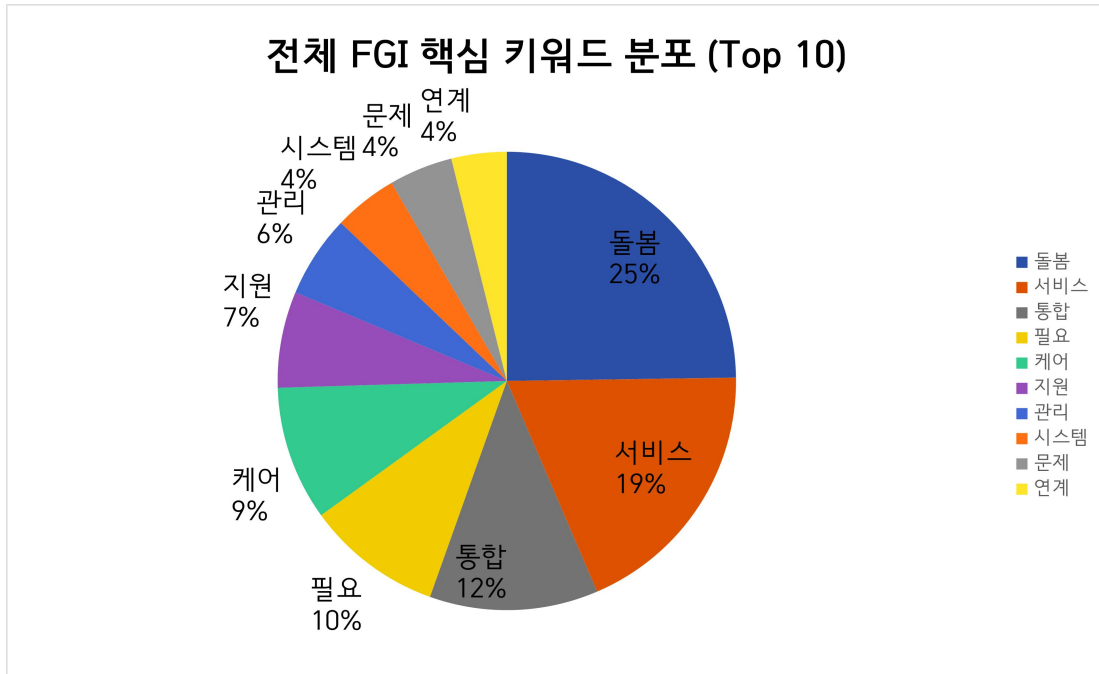
[그림 32] 민·관협력워크숍 주요 주제별 의견 일치도

주요 쟁점에 대한 민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 FGI 참여자 간 '의견 일치도(Inter-Rater Reliability, IRR)'를 분석한 결과, '통합돌봄의 필요성'에 대해서는 75%의 매우 높은 일치도를 나타냈다. '예산지원'과 '서비스 연계'의 중요성에 대해서도 50%로 나타나, 자원 확보와 협력 체계 구축이 중요한 과제임을 확인시켜 주었다. 반면, '정보 공유'에 대해서는 33.3%로 상대적으로 낮은 일치도를 보였는데, 이는 정보 공유의 필요성 자체에는 동의하지만 그 범위, 방식, 책임 소재 등 구체적인 실행 방안에 대해서는 이견이 존재함을 시사한다.

4.5. FGI 소결

돌봄서비스 이용자, 돌봄서비스 제공자인 공공기관, 민간기관, 그리고 민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍 그룹등 4개 집단의 FGI를 전체적으로 종합한 결과를 분석하였다. 여기에서는 4개 집단의 FGI 핵심 키워드 분석, 키워드 네트워크 분석, 주요 이슈 영역, 개선방안 우선순위 추출등을 수행하였다.

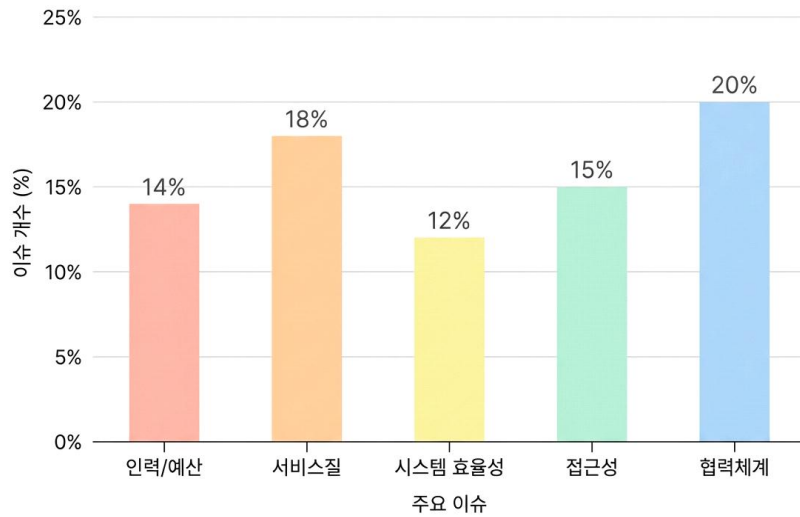
4.5.1. 4개 집단의 FGI 키워드 분석



[그림 33] 4개 집단의 FGI 의미단어 빈도분석

[그림 33]은 4개 집단의 FGI 키워드 빈도분석(Frequency Analysis)에서 가장 많이 언급된 상위 10개의 키워드 분포를 보여주고 있다. 분석결과 '돌봄'(24.8%)과 '서비스'(18.8%)로 전체의 약 44%로 나타났으며, 그 뒤를 이어 '통합'(11.9%), '필요'(9.6%), '케어'(9.5%)로 나타나 서비스를 통합하고 이용자의 필요에 맞는 케어를 제공해야 한다는 공통된 인식을 확인할 수 있었다. 또한 '지원'(6.8%), '관리'(5.8%), '시스템'(4.5%), '문제'(4.5%), '연계'(3.9%) 등의 키워드는 통합돌봄을 구현하기 위한 구체적인 방법론과 현재 시스템 구축에 대한 논의와 공통된 인식을 확인할 수 있었다.

[그림 34]는 돌봄서비스 이용자, 돌봄서비스 제공자인 공공기관, 민간기관, 그리고 민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍등 4개 집단의 FGI 의미단어(Meaning Word) 빈도분석 결과를 바탕으로 의미단위(Meaning Unit)가 무엇인지를 알아보았다. 그 결과 통합돌봄 실행과 관련하여 5개의 주요 이슈가 추출되었다. 먼저, '협력 체계(20)'가 가장 높게 나타나 기관 간 네트워크 구축 및 유기적 협업이 최우선 과제임을 확인하였다. 다음으로 '서비스 질(18)'로 나타나 단순 돌봄 제공을 넘어선 서비스 질 고도화에 대한 요구가 확인되었으며, '접근성(15)' 문제 또한 주요한 쟁점으로 나타났다. 그 다음으로 '인력/예산'(14)과 '시스템 효율성'(12)이 뒤를 이었다. 이는 공공-민간 협력기반 통합돌봄의 체계를 구축하기 위해서는 물리적 자원 확보도 중요하지만, '이해관계자 간의 견고한 협력체계 마련'과 '수요자 중심의 서비스 질적 개선'이 선행되어야 함을 시사한다.



[그림 34] 4개 집단의 FGI 의미단위 빈도분석

4.5.2. 키워드 네트워크 분석

지금까지 살펴본 빈도 분석이 통합돌봄과 관련하여 '무엇'이 중요한 의미단어(Meaning Word)와 의미단위(Semantic Unit)인지를 보여주었다면, 키워드 네트워크 분석은 이러한 의미단어(Meaning Word)와 의미단위(Meaning Unit)들이 '어떻게 연결'되어 있는지를 구조적으로 파악해 보기 위함이다.

앞서 연구 방법에서 밝혔듯이 최근에는 내용분석의 새로운 방법으로 '네트워크 분석(network analysis)'을 활용한 연구가 점차 확대되고 있다. 네트워크 분석은 단어와 단어, 개념과 개념 사이의 관계를 '링크(Link)'로 표시하여, 네트워크의 형태, 밀도, 중심성을 파악하는 분석기법(Popping, 1999)이므로 매우 유용하게 사용된다. 네트워크 분석은 지식 네트워크를 분석하는 연구동향 분석에 활용빈도가 증가하고 있는데, 이는 사회적 관계, 흐름, 유사성 등의 관계적인 현상과 응집, 확산, 관계패턴 등 구조적인 현상을 분석할 수 있다는 장점을 가지고 있기(김연경 등, 2017) 때문이다.

본 연구에서는 네트워크 분석에 앞서 데이터 클렌징 기준을 수립하고 데이터를 정제하는 작업을 진행하였다.

데이터 클렌징 작업은 1차로 수집된 의미단어를 대상으로 단·복수, 약어, 띄어쓰기, 품사형태, 유사어, 광의어, 협의어 등을 통제된 후, 적절한 키워드를 선정하는 것을 의미한다(이수상, 2012). 전통적인 내용분석은 빈도분석을 중심으로 진행되기 때문에 하나의 키워드 코딩에 오류가 발생하더라도 통계적인 평균값에 큰 영향을 받지 않으나, '키워드 네트워크 분석'의 경우, 소수의 노드가 잘못 코딩되어 해석된다면 전체 구조의 특성에 영향을 주기 때문에 데이터 클렌징을 통해 정제화하는 작업이 반드시 요구된다. 이를 위해 결과분석회의를 통하여 데이터 클렌징 기준을 세우고 연구주제에 부합하도록 연구자간 협의를 거쳐 다음과 같은 기준을 수립하였다.

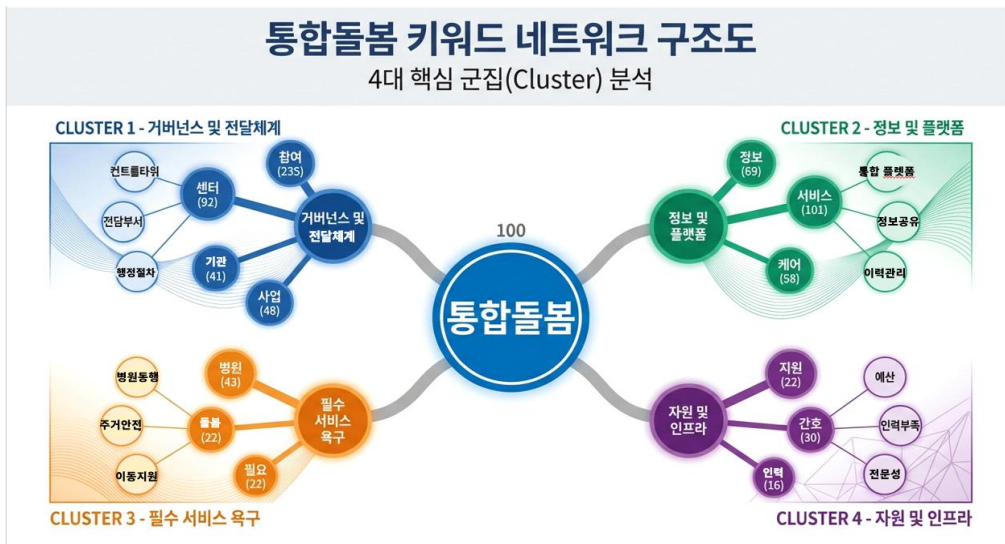
먼저, 본 연구의 목적인 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’모형을 탐색한다는 차원에서 연구목적에 부합하지 않는 핵심어를 제외하기 위한 작업을 진행하였다. 또한 노드 통일을 위해 유사변수/유사개념 등을 통합하는 작업을 진행하여 연구자의 주관성이 개입되는 위험을 최소화하기 위한 연구자간 교차 검토를 수행하였다. 그리고 특정 변수와 그 하위 구인이 모두 핵심어로 사용되었을 경우 하나의 연구에도 불구하고 링크가 과대 추정될 수 있기에 이를 방지하기 위한 데이터 클렌징을 진행하였다.

핵심어 코딩 기준을 통해 연구목적에 위배되는 키워드는 삭제하고 유사변수 및 개념, 동일한 변수임에도 중복된 표현의 경우는 통합하는 등의 데이터 클렌징 작업을 실시하여 최종 분석에 활용하였다.

1) 네트워크 구조분석

네트워크 구조분석은 네트워크의 핵심 연결 지점(중심점)으로 네트워크 구조에서 데이터의 흐름을 제어하는 중심 장치(허브)를 의미한다. 즉 이 지점의 작동을 멈추면 전체 네트워크의 견고성과 안정성에 큰 타격을 입을 수 있는 중요한 지점이 무엇인지를 파악하는 것이다. 본 연구에서는 돌봄통합체계구축을 위해 핵심 노드(Node, 정점)인 '통합돌봄'을 중심으로, 각 그룹(이용자, 공공기관, 민간기관, 민·관협력 통합돌봄네트워크 워크숍)이 강조한 의미단어(Meaning Word)와 의미단위(Meaning Unit)들이 어떠한 관계망(Edge)을 형성하고 있는지를 파악하는 매우 중요한 구조라고 할 수 있다.

키워드네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA) 결과, 남양주시 통합돌봄 관계망(Edge)은 핵심 노드(Node, 정점)인 '통합돌봄'을 정점으로, 크게 ①거버넌스 및 전달체계, ②정보 및 플랫폼, ③필수 서비스 욕구, ④자원 및 인프라의 4가지 핵심 군집(Cluster)으로 구조화되어 있었음을 확인하였다([그림 35] 참조). 각 군집(Cluster)별 세부 분석 결과는 다음과 같다.



[그림 35] 통합돌봄 키워드 네트워크 구조도

(1) 거버넌스 및 전달체계 군집

거버넌스 및 전달체계 군집(Cluster)은 공공과 민간이 협력하는 구조와 권한 배분에 관한 의미단위들로 구성된다. 핵심 의미단위로는 컨트롤타워(거점 기관), 전담 부서(돌봄과), 행정 절차(지연), 권한 이양 등으로 나타났다.

키워드네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA) 결과, 현재 시스템에서는 민간기관이 대상자를 발굴하더라도 다시 읍면동 행정복지센터로 의뢰하고 승인을 받아야하는 '역방향 절차'로 인해 서비스 제공까지 시간이 지연되는 문제가 공공-민간 FGI결과 주요 한계지점으로 이미 확인되었다. 민간기관들은 시 차원의 명확한 가이드라인과 '주무 부서(예: 돌봄과)'의 신설이 필요함을 언급하였으며, 이를 통해 부서 간 칸막이를 없애고 통합적인 의사결정을 이루고자 하는 선명한 연결고리를 보였다.

(2) 정보 및 플랫폼 군집

정보 및 플랫폼 군집(Cluster)은 서비스의 효율성을 높이기 위한 데이터 공유와 시스템 구축에 관한 의미단위들로 구성되며, 통합정보 플랫폼, 정보 공유(단절), 개인정보보호, 이력 관리 등이 핵심 의미단위로 나타났다.

키워드네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA) 결과, 공공기관(건강보험공단 등)과 민간기관 사이에 대상자의 의료·돌봄 이력이 공유되지 않아, 서비스 제공자가 대상자의 상태를 파악하는 데 어려움을 겪고 있음이 확인되었다. 이로 인해 이용자는 반복된 질문에 지치고 서비스 누락이 발생하는 악순환이 나타났다. 민간기관들은 대상자가 어떤 서비스를 받고 있는지 중복과 누락을 확인하기 위해 '통합정보 플랫폼' 구축을 언급하였으며, 이를 통해 사각지대 발생 시 책임 소재를 명확히 하고자 하는 욕구를 표현하였다. 이를위해 개인정보보호 이슈가 존재하지만, 민간자원 매핑이나 폐쇄형 클라우드 등을 활용하여 민·관협력 차원에서의 안전한 데이터 공유와 정보 인프라 구축이 가능한지에 대한 논의가 있어야 함을 시사한다.

(3) 필수 서비스 욕구 군집

필수 서비스 욕구 군집(Cluster)에는 이용자가 실제로 체감하는 서비스 욕구와 공급자가 제공하려는 서비스 간의 간극을 보여주며, 의료(병원 동행), 주거(집수리/안전), 이동 지원(희망콜), 정서 지원(외로움/대화), 식사(반찬) 등의 의미단위가 핵심을 이루고 있다.

키워드네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA) 결과, 이용자들은 병원 이동과 진료 보조에 대한 욕구가 높았으나, '희망콜' 배차 지연이나 교통 불편이 주요 불만 요소로 연결되어 있음이 확인되었다. 민간기관 역시 의료 영역 확보가 통합돌봄의 핵심이나, 의료진의 참여 인센티브 부족을 문제로 지적하였다. 주거 안전 측면에서는 낙상 사고 등을 예방하기 위한 문턱 제거, 안전 손잡이 설치 등 주거 환경 개선이 재가 자립 생활의 필수 조건으로 나타났다.

특히 주목할 점은, 이용자들이 AI 스피커(아리아)보다 사람과의 대화를 통한 '외로움 해소'를 더욱 희망하고 있었다는 점이다. 그러나 현재 제공되고 있는 서비스는 식사 배달 등 기능적 돌봄에 치중되어 있어, 정서적 돌봄이 상대적으로 미흡하게 다루어질 수 있다는 한계점도 나타났다.

(4) 자원 및 인프라 군집

자원 및 인프라 군집(Cluster)은 지속 가능한 돌봄 체계를 위한 물리적, 인적 자원에 대한 의미단위로 구성되며, 예산(지속성), 인력 부족, 교육(전문성), 처우 개선, 사각지대(경계선 대상) 등이 핵심 의미단위이다.

키워드네트워크 분석(Keyword Network Analysis, KNA) 결과, 예산 문제로 인해 식사 지원 등 서비스가 갑자기 중단되는 사례가 발생하며, 이는 돌봄서비스 이용자의 불만으로 직결되는 강한 연결고리임이 확인되었다. 뿐만아니라, 돌봄 종사자의 전문성을 높이기 위한 표준화된 교육(예, 통합돌봄 컬리지 등)과 자격 인증(Certificate) 제도가 필요하다는 의견과도 강하게 연결되어 있는 것으로 나타났다.

2) 중심성 분석(Centrality Analysis)

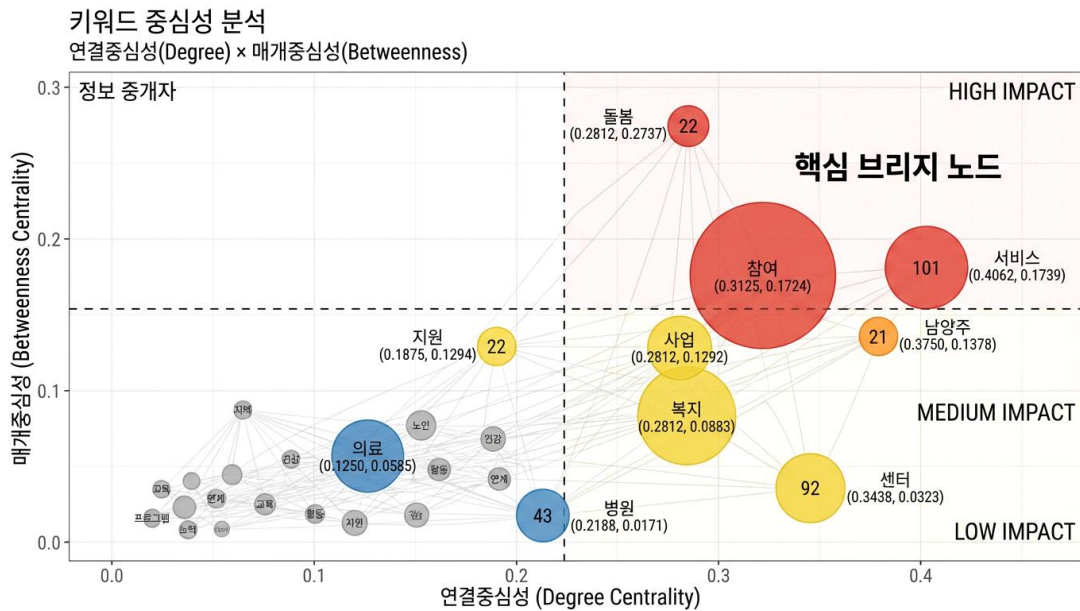
키워드 네트워크 분석 중 중심성(Centrality) 분석([그림 36] 참조)을 통해 각 의미단위들이 네트워크 안에서 어떠한 역할과 영향력을 보이고 있는지에 대하여 분석하였다.

중심성(Centrality) 분석은 해당 의미단위가 얼마나 많은 다른 의미단위와 연결되어 있는지를 나타내는 X축인 연결중심성(Degree Centrality, DC)과, 서로 다른 의미단위 간의 연결을 얼마나 중재하는지를 나타내는 Y축인 매개중심성(Betweenness Centrality, BC)을 파악하는데 매우 유용하다. 각 의미단어에 표기된 숫자 쌍은 '(연결 중심성, 매개 중심성)'을 나타낸다. 특히 이 숫자들은 보통 0과 1 사이의 값으로 표현되는 '정규화(Normalized)'된 점수이다. 0은 연결이 전혀 없음을, 1은 네트워크 내의 다른 모든 키워드와 연결되어 있음을 나타낸다. 하지만 이 분석에서 중요한 것은 숫자의 절대적인 크기 자체가 아니라, 키워드 간의 상대적인 순위와 차이라는 점이다.

중심성(Centrality)분석 결과, '서비스'(0.41, 0.17), '돌봄'(0.28, 0.27), '참여'(0.31, 0.17)가 핵심 브리지 노드(Bridge Node)로 확인되어, 통합돌봄 관계망(Edge)에서 가장 영향력 있는 요인임을 확인하였다. 그 결과를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, '서비스' (연결 중심성: 0.41, 매개 중심성: 0.17)는 그래프의 X축 상에서 가장 오른쪽에 위치하며, 분석된 모든 키워드 중 가장 높은 연결 중심성 점수로 나타났다. 연결 중심성 측정은 기초적인 중심성 측정 방식으로, '허브(Hub)'를 찾는 데 매우 유용하게 사용된다. 이러한 결과는 '서비스'가 다른 키워드들과 가장 많은 직접적인 연결을 맺고 있음을 시사한다. 뿐만아니라 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축 FGI에서

인터뷰참여자들은 '통합돌봄'의 거의 모든 측면을 '서비스'라는 키워드와 직접 연결하여 언급하고 있었음을 확인할 수 있었다. 이는 '서비스'의 종류, 질, 제공 방식 등이 전체 논의의 중심점이었음을 시사하고 있다.



[그림 36] 키워드 중심성 분석 (DC×BC)

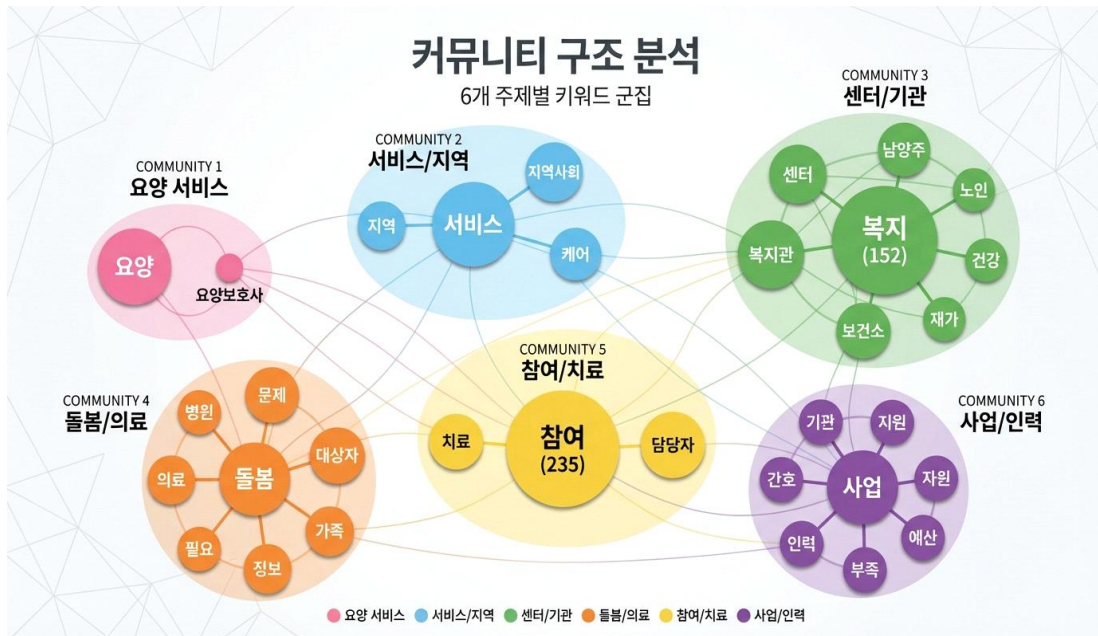
둘째, '참여' (연결 중심성: 0.31, 매개 중심성: 0.17)는 '서비스' 다음으로 높은 수준의 연결 중심성을 가진 것으로 나타났다. 이러한 결과는 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축에서 단순히 서비스를 제공하는 것을 넘어, 다양한 주체들의 '참여'를 어떻게 이끌어낼 것인가가 여러 하위 주제와 연결된 중요한 논의 지점임을 의미한다.

셋째, '돌봄' (연결 중심성: 0.28, 매개 중심성: 0.27)은 '서비스(0.41)'나 '참여(0.31)' 세 번째로 높은 연결 중심성을 가진 의미단어로 나타났다. 여기서 흥미로운 사실은 '돌봄'이라는 의미단어가 가장 높은 매개 중심성(0.27)을 가진 것으로 나타났다. 즉, '매개중심성'이 높은 '돌봄'이라는 의미단어는 다른 네트워크 그룹을 연결하는 통로 역할을 하며, '돌봄'이라는 의미단어가 사라지면 모든 흐름이 단절될 수 있다는 점을 의미한다. 이는 '돌봄'이 단순히 많은 주제와 연결될 뿐만 아니라, 서로 다른 주제(예: '의료(0.13, 0.06)'와 '지원(0.19, 0.13)' '병원(0.22, 0.02)')를 이어주는 중요한 '다리' 역할을 하고 있음을 시사한다.

3) 커뮤니티 구조 분석(Community Structure Analysis)

키워드 네트워크분석중 커뮤니티 구조 분석(Community Structure Analysis)을 시도하였다. 왜냐하면, '공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축'을 하기 위해선 복잡한 네트워크 내에서 노드(Node, 정점)들이 서로 어떻게 밀접하게 연결되어 있는지, 그

특성은 무엇인지를 파악하는 것이 매우 중요하기 때문이다. 여기서 Community (커뮤니티)란 내부에서는 밀접한 연결을 가지고 있으나, 외부와는 상대적으로 연결이 적은 노드들의 집합을 의미한다. 주로 고도화된 커뮤니티 탐색 알고리즘 (Community Detection Algorithms)을 사용하는데, 이는 네트워크 전체에서 응집력 있는 그룹을 자동으로 찾아내는 알고리즘이다.



[그림 37] 커뮤니티 구조 분석 (6개 주제별 군집)

본 연구에서는 커뮤니티 탐지 알고리즘(Community Detection Algorithms)을 사용하여 6개의 주제별 커뮤니티를 추출할 수 있었다([그림 37] 참조). 그 결과, 가장 큰 규모의 커뮤니티는 Community 5로 '참여(235회)/치료'로 나타났으며, 그 다음으로 Community 3로 '복지(152회)/노인/보건의소/건강'으로 나타났다. 특히 Community 4로 나타난 돌봄/의료/대상자/필요는 통합돌봄 체계구축에서 핵심적인 의미를 가지고 있는 것으로 나타났다.

4) 키워드 동시출현 분석(Co-occurrence Analysis)

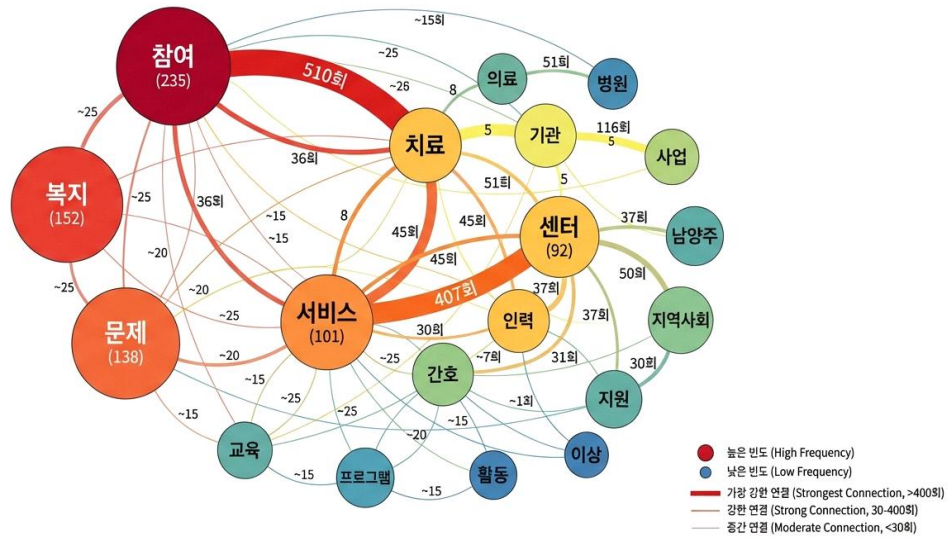
다음은 키워드 네트워크분석 중 동시출현 분석(Co-occurrence Analysis)([그림 38] 참조)을 시도해 보았다. 이는 2개의 의미단어가 같은 맥락에서 함께 언급된 빈도를 측정하여, 실제 현장에서 어떤 이슈들과 연결되어 있는지를 파악해 보기 위함이다.

동시출현 분석(Co-occurrence Analysis)은 텍스트 내에서 특정 의미단어들이 같은 문장 안에서 함께 나타나는 빈도를 토대로 '의미 연관성'을 파악하는데 매우 효율적이다. 분석 결과 '참여↔치료'(510회), '서비스↔센터'(407회)가 듀얼 의미단위로 높은 동시출현

빈도를 보였으며, 통합돌봄 체계구축의 핵심 축(Core Pillar)임이 확인되었다. 이러한 결과는 ‘공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축’시 핵심축(Core Pillar)으로 이용자 중심의 ‘참여’와 ‘치료’의 통합돌봄서비스가 지역사회 기반의 센터 중심 체계로 구축되어야 함을 시사하고 있다.

핵심 키워드 동시출현 네트워크

Top 20 키워드 페어 (Co-occurrence Analysis)

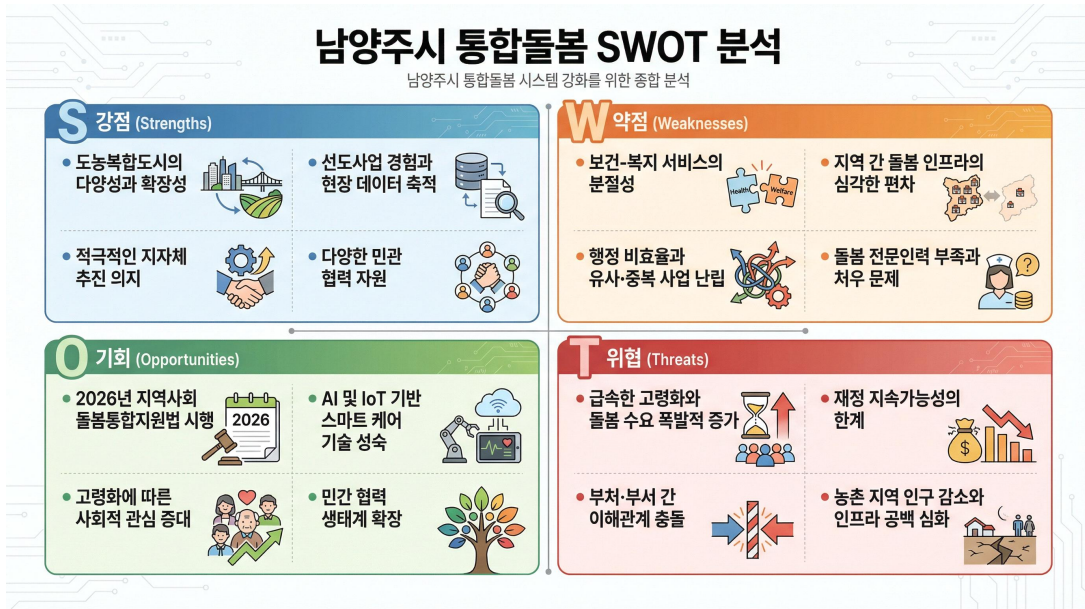


[그림 38] 핵심 키워드 동시출현 네트워크분석 (Top 20)

4.6. 남양주시 통합돌봄 SWOT 분석

남양주시는 수년간 통합돌봄 선도사업 참여를 통해 현장 경험과 데이터를 축적해 왔으므로 이에 대한 효과적이고 지속가능한 통합돌봄 체계 구축을 위한 평가 분석이 필요하다. 따라서 본 장에서는 제3장의 국외 통합돌봄성공사례(덴마크, 스웨덴, 핀란드, 영국, 일본, 독일, 미국) 분석과 국내 통합돌봄 선도 지자체 사례(대전시, 광주 서구, 안산시, 부천시, 전주시, 횡성군 등)분석을 통하여 그 성공요인을 탐색함으로써, 남양주시의 강점(Strengths)·약점(Weaknesses)·기회(Opportunities)·위협(Threats) 요인을 재평가하고, 이를 토대로 남양주시의 공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축을 위한 방향을 제시하고자 한다.

4.6.1. SWOT 분석



[그림 39] 남양주시 통합돌봄 SWOT 분석

1) 강점(Strengths): 차별화된 경쟁력과 자원

SWOT 분석결과 남양주시는 통합돌봄 체계 구축에 있어 다음과 같은 고유한 강점(Strengths)요인을 보유하고 있었다.

첫째, 도·농복합도시의 다양성과 확장성이다. 남양주시는 다산·별내 등 신도시 지역과 조안·수동 등 농촌 지역이 공존하는 특성이 있다. 도시 지역은 인구 밀집도가 높고 ICT 인프라가 양호하여 핀란드와 덴마크에서 검증된 AI 돌봄로봇, IoT 센서 기반의 스마트 케어 기술을 적용하기에 유리한 것으로 나타났다. 반면 농촌 지역은 전통적인 공동체 문화가 살아있어 일본의 호조(互助)·자조(自助) 모델이나 횡성군의 '노-노 케어(통합돌봄 서포터즈)' 사례를 활용한 주민 참여형 통합돌봄 체계 구축이 가능한 것으로 나타났다. 이러한 이중적 특성은 단일 모델이 아닌 하이브리드형 통합돌봄 모델 개발의 가능성도 시사하고 있다.

둘째, 선도사업 경험과 현장 데이터의 축적이다. 남양주시는 보건복지부 지역사회 통합돌봄 선도사업에 4년간 참여하면서 다양한 선도사업 프로그램을 운영해 왔다. 특히 4개의 권역별 동·서·남·북 희망케어센터 그리고 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 참여기관들이 돌봄현장에서 사례관리 노하우를 쌓아온 경험은 광주 서구의 '75세 이상 예방형 의무방문'이나 부천시의 '66개 민간기관 참여형 거버넌스'와 같은 모델을 적용 발전시키는데 있어서 최적의 자원을 갖고 있음을 시사하고 있다.

셋째, 적극적인 지자체의 추진 의지이다. 시장 및 행정 조직은 통합돌봄을 핵심 정책 과제로 설정하고 관련 조례 제정을 추진하는 등 제도적 기반 마련에 노력하고 있다. 이는

광주 서구의 '통합돌봄국', 안산시의 '통합돌봄과' 부천시의 '통합돌봄과' 처럼 강력한 행정 컨트롤타워의 전제 조건임을 시사한다.

넷째, 다양한 민관 협력 자원의 존재이다. 한국보다 앞서 커뮤니티케어를 수행했던 일본의 경우, 지역포괄지원센터를 설치하여 거점기관으로서의 역할을 담당해왔다. 지역포괄지원센터는 30분 이내 접근 가능한 거리(중학교 중심 권역)에 설치되어 있어 지역주민이 언제든지(365일 24시간) 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 하고 있었다(임정미, 2018). 남양주시의 경우, 거점기관 선정을 통해 지역사회 돌봄 욕구를 통합적으로 조정, 관리, 대응하는 역할과 민·관 기관을 연결하는 역할을 담당함으로써 돌봄통합 서비스체계를 구축할 수 있을 것이다.

2) 약점(Weaknesses): 극복해야 할 구조적 한계

SWOT 분석결과, 남양주시의 통합돌봄 추진 과정에서 다음과 같은 구조적인 약점(Weaknesses)요인이 확인되었다.

첫째, 보건-복지 서비스의 분절성이다. 의료 영역(보건소, 병원)과 복지 영역(읍면동 행정복지센터, 복지관) 간 정보 공유 체계가 미흡하고, 부서 간 칸막이로 인해 서비스가 중복되거나 사각지대가 발생하는 문제가 지속되고 있었다. 이는 영국의 Better Care Fund(통합 예산 운영)나 스웨덴의 에스더 모델(환자 중심 다직종 협력 네트워크)이 해결하고자 했던 핵심 문제이며, 남양주시 역시 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행에 있어 보건과 복지를 실질적으로 통합하는 제도적 장치가 필요하다.

둘째, 지역 간 돌봄 인프라의 심각한 편차이다. 도시 지역 대비 농촌 지역은 의료기관 접근성, 돌봄 전문인력 배치, 대중교통 연계 등 모든 측면에서 현저히 취약하다. 정보 비대칭 문제도 심각하여 동일한 서비스가 있음에도 농촌 지역 주민들은 이를 인지하지 못하는 경우가 많았다. 횡성군이 보건소 중심의 방문 의료 서비스로, 전주시가 전수조사를 통해 사각지대를 발굴한 사례는 남양주시가 농촌 지역의 접근성 문제를 해결하기 위한 참고 모델이 될 수 있다.

셋째, 행정 비효율과 유사·중복 사업이 현존하고 있다. 중앙정부, 광역자치단체, 기초자치단체가 각각 유사한 목적의 돌봄 사업을 추진하면서 예산과 인력이 분산되고, 돌봄현장에서는 서비스 조정의 어려움을 겪고 있었다. 덴마크나 핀란드처럼 지방정부에 강력한 권한과 재정을 일원화하여 중복을 원천적으로 방지하는 구조가 필요하다.

넷째, 돌봄관련 전문인력의 부족과 처우 문제이다. 요양보호사, 사회복지사 등 돌봄 인력의 열악한 근무 환경과 낮은 보수는 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(돌봄통합지원법) 시행에 있어 인력 이탈과 서비스 질 저하로 이어질 수 있다. 덴마크의 사회보건 전문가(Social- og Sundhedsskolen, SOSU) 인증 제도나 일본의 개호복지사 자격 체계처럼 전문성 강화와 처우 개선을 동시에 추진하는 시스템이 요구된다.

3) 기회(Opportunities): 활용 가능한 외부 환경

SWOT 분석결과, 남양주시는 다음과 같은 외부 환경 변화를 통합돌봄 체계 구축의 기회(Opportunities)요인으로 활용할 수 있다.

첫째, 2026년 3월27일 시행되는 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(약칭: 돌봄통합지원법)이다. 법 제정을 통해 지자체의 통합돌봄 책임이 법적으로 명확해지고, 중앙정부의 재정 지원과 제도적 뒷받침이 강화될 것으로 예상된다. 이는 덴마크가 1980년대 법률 개정을 통해 신규 요양원 건설을 금지하고 재가 케어 중심으로 전환한 것과 같은 정책적 전환점이 될 수 있다.

둘째, AI 및 IoT 기반 스마트 케어 기술의 성숙이다. 돌봄 로봇, 웨어러블 기기, 원격 모니터링 시스템 등 복지기술(Welfare Technology)이 상용화 단계에 진입하면서, 핀란드와 덴마크가 실증한 것처럼 최소 비용으로 24시간 안부 확인 및 위기 감지 시스템을 구축할 수 있는 기술적 여건이 조성되었다.

셋째, 고령화에 따른 사회적 관심과 정치적 우선순위 상승이다. 초고령사회 진입과 함께 통합돌봄은 국가적 아젠다로 부상하고 있으며, 이에 따라 중앙정부의 재정 투입과 제도 개선이 가속화될 전망이다. 남양주시는 선도사업 경험을 바탕으로 정책 실험의 장(Living Lab)으로써 2026년 3월27일 시행되는 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 국가 모델을 선도할 수 있는 위치에 있다.

넷째, 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크의 확장성이다. 사회적 경제 조직, 협동조합, 마을 기업 등 지역 기반의 돌봄 주체들이 성장하고 있으며, 이는 일본의 호조·자조 모델이나 광주 서구의 '돌봄 협동조합' 사례처럼 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 공식 서비스를 보완하는 비공식 돌봄 네트워크로 발전할 잠재력을 가지고 있다.

4) 위협(Threats): 대응이 필요한 외부 위협

SWOT 분석결과, 남양주시가 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(돌봄통합지원법)시행시 직면할 수 있는 주요 위협(Threats)요인을 분석하였다.

첫째, 급속한 고령화와 돌봄 수요의 폭발적 증가이다. 베이비붐 세대의 본격적인 고령 진입으로 돌봄 대상자가 급증하는 반면, 생산가능인구 감소로 돌봄 제공 인력은 부족해지는 '돌봄 위기(Care Crisis)'가 현실화하고 있다. 일본이 개호보험 도입 후에도 인력 부족 문제로 고전한 사례는 선제적 인력 양성 및 기술 대체 전략의 필요성을 시사하고 있다.

둘째, 재정 지속가능성의 한계이다. 통합돌봄 서비스 확대는 필연적으로 재정 부담을 증가시키는데, 지자체의 자체 재원만으로는 장기적 지속가능성을 담보하기 어렵다. 독일의 장기요양보험처럼 안정적인 재원 조달 메커니즘이 마련되지 않는다면, 서비스 축소나 질 저하가 불가피하다는 점이다..

셋째, 부처·부서 간 이해관계 충돌과 거버넌스 복잡성이다. 보건복지부, 국토교통부, 행정안전부 등 중앙부처 간, 그리고 시청 내 보건소·복지과·주택과 등 부서 간 칸막이가

「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 가장 큰 걸림돌로 작용할 가능성이 있다. 핀란드가 '복지서비스 자치주' 설립을 통해 보건·의료·복지의 기획과 재정을 일원화한 구조적 혁신 사례는 이러한 거버넌스 문제 해결의 참고가 될 수 있을 것이다.

넷째, 농촌 지역의 인구 감소와 인프라 공백 심화이다. 젊은 세대의 도시 유출로 농촌 지역은 고령 인구만 남게 되면서, 의료기관 폐업, 대중교통 노선 축소 등 인프라 붕괴가 가속화되고 있다. 이는 도농 격차를 더욱 확대시키는 악순환 구조를 형성한다.

<표 19> 남양주시 SWOT 매트릭스

구분	내부 강점 (S)	내부 약점 (W)
외부기회 (O)	SO 전략: 강점 기반 기회 선점	WO 전략: 약점 보완을 통한 기회 활용
	S1+O2: 도농 하이브리드 스마트 케어 모델	W1+O1: 법제화 계기로 보건-복지 통합 조직 신설
	S2+O1: 선도사업 경험을 활용한 법제화 대응	W2+O2: AI·IoT로 농촌 지역 정보 격차 해소
	S3+O4: 민관 파트너십 기반 혁신 생태계 구축	W3+O1: 유사·중복 사업 통합 조정 시스템 구축
	S4+O3: 공공-민간-주민 3자 협력 거버넌스	W4+O4: 민간 협력 통한 전문 인력 양성 체계
외부위협 (T)	ST 전략: 강점 활용 위협 회피	WT 전략: 약점 최소화 및 위협 방어
	S1+T1: 도시 자원의 농촌 연계로 인프라 공백 대응	W1+T3: 지역케어회의의 활성화로 협력 채널 강화
	S2+T2: 데이터 기반 효율적 자원 배분	W2+T4: 선택과 집중으로 우선순위 지역 지원
	S3+T3: 강력한 컨트롤타워로 거버넌스 단순화	W3+T2: 행정 효율화로 절감 자원 서비스 투자
	S4+T4: 민간 자원 활용으로 재정 부담 완화	W4+T1: 남양주형 돌봄 전문가 인증제 도입

따라서 본 연구에서는 남양주시 SWOT 분석 결과와 국내·외 통합돌봄 사례 분석에서 도출된 성공요인(CSF)을 토대로, 남양주시 통합돌봄 체계 구축을 위한 4가지 전략을 다음과 같이 제시한다.

4.6.2. SO 전략: 강점 기반 기회 선점 전략 도출

1) 도·농 하이브리드 스마트 케어 플랫폼 구축

남양주시의 도·농복합 특성과 스마트 기술의 성숙이라는 기회를 결합하여, 도시와 농촌에 차별화된 스마트 케어 모델을 동시에 구축할 수 있다.

첫째, 도시 지역(다산·별내 등) 모델: 핀란드와 덴마크의 복지기술(Welfare Technology) 사례를 벤치마킹하여, AI 돌봄 로봇, IoT 안전 센서, 웨어러블 건강 모니터링 기기를 통합한 '남양주 스마트 케어 시스템'을 구축할 수 있다. 이는 대전 서구가 도입한 AI 로봇 사례처럼, 독거노인 가구에 AI 스피커와 동작 감지 센서를 설치하여 24시간 안부

확인 및 응급 상황 시 자동 알림 체계를 마련할 수 있음을 시사한다.

둘째, 농촌 지역(조안·수동 등) 모델: 일본의 호조·자조 모델과 횡성군의 '노-노 케어' 사례를 적용하여, 지역 노인 인력을 '남양주시 통합돌봄 서포터즈'로 양성하고 이웃 어르신 안부 확인 및 간단한 생활 지원을 수행하게 할 수 있다. 이는 동시에 보건소 중심의 방문 의료 서비스를 강화하여 의료 접근성을 개선할 수 있음을 시사한다.

셋째, 통합정보 플랫폼: 핀란드의 RAI 시스템과 안산시의 정보 연계 사례를 참고하여, 도농 지역의 모든 돌봄 정보를 실시간으로 통합·공유하는 'AI 기반 남양주시 통합돌봄 정보 플랫폼' 구축을 시도해 볼 수 있다. 이는 정보 비대칭 문제를 해소하고, 민관이 협력하여 통합돌봄서비스를 매칭·조정할 수 있는 체계를 마련할 수 있음을 시사한다.

2) 선도사업 경험을 활용한 법제화 선제 대응 체계

2026년 3월27일 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행을 앞두고, 남양주시가 축적한 선도사업 경험을 법제화 대응의 핵심 자산으로 활용할 수 있다.

첫째, 조례 정비 및 제도화: '남양주시 지역 돌봄 통합지원 조례'를 전면 재검토하여, 덴마크가 법률 개정을 통해 'Aging in Place(AIP, 살던 곳에서 나이 들기)' 원칙을 확립한 것처럼, 재가 서비스 우선 원칙과 지자체의 통합돌봄 총괄 책임을 명문화할 수 있다.

둘째, 시범사업 고도화: 광주 서구의 '75세 이상 예방형 의무방문'이나 전주시의 '퇴원환자 안심동행 서비스'처럼, 남양주시의 선도사업 중 효과가 검증된 프로그램을 남양주형 특화 브랜드('정약용 돌봄', 'Dasan Care' 등)로 발전시켜 전국 모델로 확산시킬 수 있다.

셋째, 국가 정책 제안: 현장에서 축적한 데이터와 사례를 바탕으로 중앙정부에 '농촌형 통합돌봄 가이드라인', '의료-돌봄 연계 수가 모델' 등 제도 개선 과제를 적극 제안하여, 법 시행 후 유리한 정책 환경을 선점할 수 있다.

3) 의료-돌봄 자원 연계 모델 개발

도·농복합도시의 강점을 활용하여, 도시 지역의 풍부한 인적·물적 자원을 농촌 지역으로 연계하는 '도농연계 통합돌봄 모델'을 다음과 같이 개발할 수 있다.

첫째, 의료-돌봄 자원 연계: 도시 지역 의료기관(별내·다산 소재 병의원)과 농촌 지역 보건소·보건지소를 네트워크로 연결하여, 원격 진료, 순회 진료, 퇴원 후 재가 케어 연계 등 스웨덴의 '에스더 모델(병원-재가 연계)'을 적용하여 개발할 수 있다. 한 예로, 부천시의 '양·한방 협진 방문진료'와 횡성군의 '찾아가는 방문진료' 모델을 결합하여, 일명 '남양주형 다산(茶山) 왕진단'을 운영해 볼 수 있다. 즉, 의사·한의사·간호사·물리치료사·사회복지사 등이 한 팀을 이루어 거동 불편 노인의 가정을 정기적으로 방문하는 다학제 재택의료 서비스로 특히 의료자원이 부족한 농촌 권역(조안, 수동 등)에 우선적으로 집중해 볼 수 있다.

둘째, 의료-돌봄 인력 자원 연계: 은퇴한 전문 인력(의사, 간호사, 사회복지사)이

거주하는 도시 지역에서 '의료자원 실버 자원봉사단'을 구성하고, 이들이 농촌 지역에서 건강 상담, 복지 정보 제공, 문화 프로그램 운영 등을 지원하는 프로그램을 운영할 수 있다. 이때 도시 지역의 여유 시설(복지관, 경로당, 공공 체육시설)과 농촌 지역의 수요를 매칭하여, 이동식 건강검진 차량, 공유 의료 장비, 돌봄 기기 대여 등 자원 순환 시스템을 구축해 볼 수 있다.

4) 민·관·공 3자 협력 돌봄 모델 개발

남양주시의 다양한 협력 자원과 민간 생태계 확장 기회를 결합하여, 부천시의 '66개 민간기관 참여형 거버넌스'와 영국의 '통합 예산(Better Care Fund)' 모델을 벤치마킹한 '남양주형 통합돌봄 파트너십'을 구축해 볼 수 있다.

4.6.3. WO 전략: 약점 보완을 통한 기회 활용 전략

남양주시의 내부적인 행정적·인프라적 약점을 극복하기 위해, 돌봄통합지원법 제정과 스마트 기술 발전이라는 외부 기회를 적극 활용하는 전략이다.

1) 법제화 계기로 보건-복지 통합 조직 신설

부서 간 칸막이와 파편화된 행정 체계의 약점을 극복하기 위해, 법 시행을 계기로 '통합돌봄 추진단(국)'을 신설하여 보건과 복지 업무를 일원화해야 한다. 광주 서구의 통합돌봄국 신설 사례와 핀란드의 복지서비스 자치주 모델을 벤치마킹하여, 관련 부서와 예산을 하나로 통합하고 읍·면·동 단위로 실질적인 실행 권한을 위임하는 구조적 혁신이 필요하다. 이를 통해 부서 간 칸막이를 해소하고 행정 집행 효율성을 50% 이상 향상시킬 수 있을 것으로 기대된다.

2) AI·IoT를 활용한 농촌 지역 정보 격차 해소

농촌 지역의 인프라 부족과 정보 접근성 취약 문제를 해결하기 위해 스마트 기술을 도입한다. 핀란드의 RAI(거주자 평가) 시스템과 안산시의 정보 연계 사례를 참고하여, 수요자와 공급자를 AI로 매칭하는 '통합정보 플랫폼'을 구축해야 한다. 또한, 원스톱 상담 창구를 개설하고 대면과 비대면 서비스를 병행함으로써, 정보 소외 계층의 서비스 접근성을 기존 대비 2배 이상 향상시킬 수 있다.

3) 유사·중복 사업 통합 조정 및 재투자 시스템 구축

행정의 비효율성을 개선하기 위해 기존에 산재된 3~5개의 유사·중복 돌봄 사업을 과감히 통합한다. 덴마크의 예산 일원화 정책과 전주시의 집중 투자 사례를 적용하여, 복잡한 행정 절차를 50% 단축해야 한다. 이러한 행정 효율화를 통해 절감된 행정 비용(약 30%)을 신규 서비스 개발과 사각지대 지원에 재투자함으로써 서비스의 다양성을 확보할 수 있다.

4) 민간 협력을 통한 전문 인력 양성 체계 마련

돌봄 인력 부족이라는 치명적인 약점을 극복하기 위해 지역 내 대학 및 민간 기관과 협력하여 '남양주 케어 전문가 인증제'를 도입한다. 덴마크의 SOSU(보건복지 전문인력 양성제도)와 안산시의 종사자 처우 개선 사례를 바탕으로, 대학 협력 아카데미를 운영하고 주택·건강·교육을 아우르는 지원 패키지를 제공해야 한다. 이를 통해 장기적으로 전문 인력 1,000명을 양성하고 종사자의 이직률을 대폭 감소시킬 수 있다.

4.6.4. ST 전략: 강점 활용 위협 회피 전략

남양주시가 보유한 스마트 케어 인프라와 민관 협력 네트워크라는 강점을 활용하여, 급속한 고령화와 재정 부담 증가라는 외부 위협을 선제적으로 방어하는 전략이다.

1) 최소 비용 위기 감지 시스템 구축

돌봄 수요의 폭발적 증가와 인력 부족 위협에 대응하기 위해, 남양주시의 스마트 케어 기술 강점을 극대화한다. 덴마크의 복지기술 활용 사례와 대전 서구의 IoT 안전망 사례를 벤치마킹하여, AI 기반으로 고위험군을 사전 예측하고 센서 및 호출 버튼을 활용한 'IoT 안전망'을 촘촘히 구축해야 한다. 이를 통해 응급 상황 시 골든타임 대응 체계를 확립하고, 인력 중심의 관리 비용을 40% 이상 절감할 수 있다.

2) 데이터 기반 효율적 자원 배분 (선택과 집중)

재정 지속가능성의 한계라는 위협을 극복하기 위해, 축적된 데이터를 바탕으로 자원을 효율적으로 배분한다. 광주 서구의 단계적 확대 방식과 횡성군의 우선순위 지원 사례를 적용하여, 인프라가 취약한 농촌 지역과 고위험군을 우선 지원 대상으로 선정해야 한다. '파일럿 테스트 → 효과 검증 → 전면 확대'의 단계적 접근을 통해 재정 효율성을 극대화하고 복지 사각지대를 해소할 수 있다.

3) 강력한 컨트롤타워로 거버넌스 단순화

부처 및 부서 간 이해관계 충돌이라는 위협을 방어하기 위해, 남양주시의 공공-민간 협력 거버넌스 경험을 살려 강력한 컨트롤타워를 구축한다. 핀란드의 일원화 모델과 덴마크의 역할 분담 체계를 참고하여, 추진단 산하로 관련 부서를 일원화하고 중앙-지방 간 특별협의체를 운영해야 한다. 특히 기획과 실행을 분리하는 모델을 도입함으로써 의사결정 속도를 2배 높이고 정책의 일관성을 확보할 수 있다.

4) 민간 자원 활용으로 공공 재정 부담 완화

공공 재정의 한계를 극복하기 위해 지역 내 풍부한 민간 파트너십 생태계를 적극 활용한다. 광주 서구의 돌봄 협동조합 사례와 일본의 호조·자조(이웃 간 돕기) 모델을 벤치마킹하여, 지역 주민 중심의 돌봄 협동조합을 설립하고 기업 및 재단의 사회공헌

네트워크를 연계해야 한다. 기존의 '이웃돌봄단'을 공식 파트너로 격상시켜 비공식 돌봄 자원을 양성화함으로써, 공공의 재정 부담을 30% 이상 완화할 수 있다.

4.6.5. WT 전략: 약점 최소화 및 위협 방어 전략

내부적인 인프라 부족과 외부의 인구 구조 변화 및 재정 위협이 맞물리는 최악의 상황을 방어하기 위해, 한정된 자원을 가장 시급한 곳에 집중하고 시스템을 근본적으로 체질 개선하는 방어적 전략이다.

1) 지역케어회의 실질적 활성화 및 협력 채널 강화

복잡한 돌봄 수요와 파편화된 서비스의 한계를 극복하기 위해 현장 중심의 소통 채널을 강화한다. 스웨덴의 에스더 모델(환자 중심 다직종 협력)과 영국의 공동 목표 설정 사례를 참고하여, 시·권역·긴급으로 이어지는 '3단계 지역케어회의 체계'를 구축해야 한다. 의료, 복지, 안전 등 다직종 전문가가 참여하고 공동의 성과 지표와 인센티브를 부여함으로써, 기관 간 협력 체계를 공고히 하고 불필요한 병원 입원일수를 10% 이상 감소시킬 수 있다.

2) 농촌 지역 최우선 집중 지원 (선택적 복지)

농촌 지역의 인구 감소와 인프라 붕괴 위협에 대응하기 위해, 취약 지역에 행정력을 집중한다. 횡성군의 농촌 패키지 사업과 전주시의 집중 투자 사례를 벤치마킹하여, 주 2회 이상의 방문 의료 서비스와 이동 복지관 순회 진료를 의무화해야 한다. 기존 보건지소를 '농촌형 통합돌봄 거점센터'로 개편함으로써, 도농 간 인프라 격차를 50% 감소시키고 농촌 주민의 서비스 만족도를 80% 이상으로 끌어올릴 수 있다.

3) 행정 효율화를 통한 절감 자원 서비스 재투자

재정 고갈 위협과 비효율적 행정 구조를 동시에 해결하기 위해 '사업 통합 3단계 로드맵'을 실행한다. 중복 사업 통폐합으로 확보된 예산과 인력을 최일선인 읍·면·동에 추가 배치하여 현장 대응력을 높여야 한다. 절감된 자원은 24시간 긴급 돌봄이나 방문 호스피스 등 기존에 부족했던 신규 서비스 신설에 전액 재투자하여 제공 가능한 서비스의 종류를 2배 이상 확대해야 한다.

4) 남양주형 돌봄 전문가 인증제 도입 및 처우 개선

돌봄 인력의 절대적 부족과 열악한 노동 환경이라는 근본적 위협을 타개하기 위한 전략이다. 덴마크의 SOSU 제도와 일본의 개호복지사 모델을 차용하여, 역량에 따른 '3단계 인증 체계(Level 1~3)'를 도입한다. 단순한 임금 인상을 넘어 주거 지원, 건강 관리, 자녀 교육 패키지 등 파격적인 처우 개선책을 병행하여 '전문가 1,000명 양성' 목표를 달성하고, 궁극적으로 돌봄 서비스의 질적 향상과 인력난 해소를 동시에 이뤄내야 한다. 이러한 4가지 전략을 표로 정리해 보면 다음과 같다.

<표 20> 남양주시 통합돌봄 SWOT 기반 4대 전략 체계(안)

전략 유형	핵심 전략	주요 실행 과제	벤치마킹 사례	기대 효과
SO전략 (강점+기회)	도농 하이브리드 스마트 케어	<ul style="list-style-type: none"> 도시: AI·IoT 기반 24시간 모니터링 농촌: 노-노 케어 + 방문 의료 통합 정보 플랫폼 구축 	핀란드(스마트케어) 황성군(농촌형) 대전 서구(AI로봇)	정보 격차 해소 비용 40% 절감
	선도사업 경험 법제화 대응	<ul style="list-style-type: none"> 조례 전면 개정 (AIP 원칙) 특화 브랜드 개발 ('정약용 돌봄') 국가 정책 제안 	덴마크(법률개정) 광주 서구(의무방문)	법 시행 선제 대응 모델 확산
	도시 자원 농촌 연계	<ul style="list-style-type: none"> 원격·순회 진료 네트워크 실버 자원봉사단 이동식 장비 공유 	스웨덴(에스더 모델) 일본(광역 연계)	농촌 인프라 공백 해소
	민·관·공 협력 생태계	<ul style="list-style-type: none"> 통합돌봄 파트너십 구축 의료-돌봄 연계 기금 분기별 협의체 운영 	부천시(66개 기관) 영국(BCF)	민간 참여 활성화 재정 분산
WO전략 (약점+기회)	보건-복지 통합 조직 신설	<ul style="list-style-type: none"> 통합돌봄 추진단(국) 설치 부서·예산 일원화 읍면동 권한 위임 	광주 서구(통합돌봄국) 핀란드(자치주)	칸막이 해소 집행 효율 50% 향상
	AI·IoT 정보 격차 해소	<ul style="list-style-type: none"> 통합정보 플랫폼 (AI 매칭) 원스톱 상담 창구 비대면·대면 병행 	핀란드(RAI 시스템) 안산시(정보 연계)	서비스 접근성 2배 향상
	사업 통합 조정 및 재투자	<ul style="list-style-type: none"> 유사 사업 3~5개 통합 행정 절차 50% 단축 신규 서비스 개발투자 	덴마크(예산 일원화) 전주시(집중 투자)	행정 비용 30% 절감 서비스 다양화
	민간 협력 인력 양성	<ul style="list-style-type: none"> 남양주 케어 전문가 인증제 대학 협력 아카데미 주택·건강·교육 지원 	덴마크(SOSU) 안산시(처우개선)	전문 인력 1,000명 양성 이직률 감소

전략 유형	핵심 전략	주요 실행 과제	벤치마킹 사례	기대 효과
ST전략 (강점+위협)	최소 비용 위기 감지 시스템	<ul style="list-style-type: none"> AI 고위험군 예측 IoT 안전망 (센서·호출 버튼) 골든타임 대응 체계 	덴마크(복지기술) 대전 서구(IoT)	관리 비용 40% 절감 응급 대응 시간 단축
	데이터 기반 선택과 집중	<ul style="list-style-type: none"> 농촌·고위험군 우선 지원 파일럿 → 검증 → 확대 	광주 서구(단계적 확대) 횡성군(우선순위)	재정 효율성 극대화 사각지대 해소
	거버넌스 단순화	<ul style="list-style-type: none"> 추진단 산하 부서 일원화 특별협의체 (중앙-지방) 기획-실행 분리 모델 	핀란드(일원화) 덴마크(역할 분담)	의사결정 속도 2배 정책 일관성 확보
	민간 자원 재정 분산	<ul style="list-style-type: none"> 돌봄 협동조합 설립 기업·재단 사회공헌 네트워크 이웃돌봄단 공식 파트너화 	광주 서구(협동조합) 일본(호조·자조)	공공 재정 부담 30% 완화
WT전략 (약점+위협)	지역케어회의 실질 강화	<ul style="list-style-type: none"> 시·권역·긴급 3단계 회의 체계 다직종 참여 (의료·복지·안전) 공동 성과 지표 및 인센티브 	스웨덴(에스더 모델) 영국(공동 목표)	입원일수 10% 감소 협력 체계 강화
	농촌 최우선 지원	<ul style="list-style-type: none"> 방문 의료 (주 2회) 이동 복지관 순회 보건지소 거점센터화 	횡성군(농촌 패키지) 전주시(집중 투자)	농촌 만족도 80% 이상 인프라 격차 50% 감소
	절감 자원 서비스 재투자	<ul style="list-style-type: none"> 사업 통합 3단계 로드맵 읍면동 인력 추가 배치 24시간 돌봄·호스피스 신설 	<ul style="list-style-type: none"> 3단계 인증 체계 (Level 1~3) 주거·건강·교육 패키지 전문가 1,000명 양성 목표 	서비스 종류 2배 확대 현장 인력 강화
	전문가 인증제 및 처우 개선	<ul style="list-style-type: none"> 3단계 인증 체계 (Level 1~3) 주거·건강·교육 패키지 전문가 1,000명 양성 목표 	덴마크(SOSU) 일본(개호복지사)	인력 부족 해소 서비스 질 향상

5. 핵심 발견사항(Key Finding)

5.1. 발견사항 1: 분절된 전달체계와 행정적 비효율성

현재의 서비스 전달체계는 시(市)가 컨트롤타워 역할을 하고 읍면동과 민간기관이 서비스를 신청·의뢰하는 상의하달식 구조로, 신속한 현장 대응에 한계를 보이고 있다. 민간기관은 대상자 발굴 후에도 읍면동을 거쳐야 하는 복잡한 절차로 인해 긴급 상황 대처가 어렵다고 지적했으며, 공공기관 역시 현장 정보가 부족한 상태에서 의사결정을 해야 하는 비효율성을 언급하고 있다. 이러한 분절된 구조는 2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(돌봄통합지원법) 시행시 서비스를 지연을 야기하고, 결국 이용자의 불편과 돌봄 공백으로 이어질 수 있다는 점이다.

"대상자 발굴하고 지원 계획까지 세워도, 결국 읍면동에 다시 신청하고 승인을 거쳐야 하는 구조라... 이런 역방향 절차로 인해 민간이 주도권을 가지지 못하고, 신속한 대응이... 정말 어렵다는 문제가 계속 제기되고 있는게 사실이에요!!"- 민간기관 담당자B

공공기관 담당자들 역시 현장의 목소리를 반영하여, 사례관리 권한을 현장 밀착성이 높은 읍면동으로 이양해야 한다는 '권한 이양'의 필요성에 강하게 공감하고 있었다. 이는 현재의 중앙집권적 모델에 대한 근본적인 재검토가 필요함을 시사한다. 이는 덴마크의 코문(기초지자체)이나 일본의 시정촌처럼, 현장 중심의 권한과 책임을 강화하는 조직 혁신이 필요함을 의미한다.

5.2. 발견사항 2: 서비스 정보의 비대칭성과 접근성 한계

FGI 분석결과, 공통적으로 지적된 가장 심각한 문제 중 하나는 정보의 비대칭성과 접근성 부족이었다. 이용자들은 자신이 받을 수 있는 다양한 서비스를 충분히 인지하지 못하고 있었으며, 정보 획득 경로가 담당자 개인의 역량이나 지인 네트워크 등 매우 제한적이었다. 이로 인해 '아는 사람만 받는' 정보 격차가 발생하고 있었으며, 2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 돌봄 사각지대의 주요 원인으로 작용 할 수 있다는 점이다.

"서비스 종류가 수십 가지인데 우리가 몰라서 혜택을 못 받는 게 한두 가지가 아니다."- 이용자G

공공과 민간 역시 상호 간의 사업 및 자원 정보를 공유할 수 있는 통합 플랫폼이 부재하여, 효과적인 서비스 연계에 심각한 어려움을 겪고 있다. 이는 자원의 중복 투입 또는 누락으로 이어져 시스템 전체의 비효율을 초래한다.

"전체 공공기관이든 복지관이든 여러 기관에서 어떤 사업을 하고 있는지 보여주는 큰 노드(통합 정보 허브) 같은 것이 있으면 좋겠다는 생각이 듭니다."- 공공기관 참여자F

이러한 정보 단절은 자원의 중복 투입 또는 누락으로 이어져 시스템 전체의 비효율성을 초래하고 있었다. 이는 광주 서구의 '스마트통합돌봄' 플랫폼이나 핀란드의 통합 정보 시스템처럼, 기술을 활용하여 정보 접근성을 높이고 투명성을 확보하는 전략이 시급함을 시사하고 있다.

5.3. 발견사항 3: 의료-돌봄 연계의 구조적 취약성

이용자들에게 가장 시급한 욕구는 '의료'였으나, 돌봄 현장과 의료기관 간의 연계는 매우 미흡한 실정이었다. 의료기관은 복지 현장에 대한 이해가 부족하고, 복지기관은 의료 서비스에 대한 접근이 어렵다는 점이다. 특히 공공기관은 의사협회 등 전문가 단체의 참여를 유도할 실질적인 인센티브가 부족하고, 부처별로 상이한 사업 기준이 의료와 복지의 융합을 가로막을 수 있기에 2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 구조적 장벽을 완화할 필요가 있다.

"의사나 약사 등 의료 인력은 금전적 이유로 공공사업 참여에 소극적인 경우가 많아 협의가 쉽지 않습니다. 시 차원에서 의료기관과의 협력과 사회공헌을 조율할 중간 기관을 별도로 두거나, 현실적으로 의사 확보가 어렵다면 간호 인력을 확충하는 방안도 고려할 필요가 있어요!!"- 공공기관 담당자A

이용자들은 지역 내 중증·응급 상황에 대응할 종합병원의 부재에 큰 불안감을 느끼고 있었다. 이는 'Aging in Place'의 핵심 요소인 재택의료 및 방문간호 서비스 활성화를 저해하는 결정적 요인이며, 민·관 협력을 넘어선 남양주시 차원의 적극적인 의료 인프라 확충 노력이 필요함을 보여준다. 부천시의 '한·양방 협진 방문진료'나 안산시의 '방문의료지원센터'와 같은 적극적인 의료 연계 모델을 벤치마킹할 필요성을 보여준다.

5.4. 발견사항 4: 이용자의 정서적 지지 및 자기결정권 존중

통합돌봄의 궁극적인 목적은 이용자의 '삶의 질' 향상과 '존엄성' 보장에 있다. 이용자들은 신체적 돌봄뿐만 아니라 외로움 해소를 위한 '말벗' 등 정서적 지지에 대한 강한 욕구를 표현했다. 이는 서비스가 기능적 지원을 넘어 '관계 중심'으로 전환되어야 함을 의미한다.

"저는 가장 필요한 게 제 기준으로 봤을 때... 대화할 수 있는 분! 그게 가장 저는 절실하다고 봐요..."- 이용자F 참여자

또한, 이용자들은 서비스 선택 과정에서 자신의 의사가 반영되기를 원하며, 일방적인 서비스 제공이나 제한된 선택지에 대해 불편함을 느끼고 있었다. 이는 향후 통합돌봄 체계가 단순한 서비스의 총합을 넘어, 이용자의 자기결정권을 존중하고 삶의 주체로 설 수

있도록 지원하는 '사람 중심 케어' 철학을 내재화해야 함을 시사하고 있다.

5.5. 발견사항 5: 돌봄 인력의 전문성 및 처우 문제

돌봄서비스의 질적 수준을 담보하는 핵심은 '돌봄 인력'이지만, 이들의 전문성 강화와 처우 개선 문제는 여전히 해결되지 않은 과제로 남아있다. 현장의 돌봄 인력들은 낮은 임금, 불안정한 고용, 전문성 향상을 위한 교육 기회 부족 등은 2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행시 어려움을 겪을 수 있다. 이는 돌봄 노동의 가치를 사회적으로 인정하고, 지속 가능한 인력 양성 체계를 마련하는 것이 시급함을 보여준다.

"현재 돌봄 관련 인력이 전체의 14% 수준에 불과한 기관도 있을 정도로 인력 부족이 심각해요. 단순히 처우 개선만으로는 한계가 있고, 인력을 충분히 보충하지 않으면 업무가 최소한의 수준에 머무를 수밖에 없어요." - 민간기관 담당자

공공기관 담당자들 또한 낮은 순환보직과 과도한 업무 부담, 방향성 부재로 인한 보람 부족 등을 어려움으로 꼽았다. 이는 안정적인 예산과 인력 확보 없이는 제도의 지속가능성을 담보하기 어렵다는 구조적 한계를 드러낸다. 독일의 수발보험 제도처럼 안정적인 재원을 바탕으로 돌봄 인력의 처우를 개선하고, 덴마크의 사회 보건 전문가양성 교육(SOSU)처럼 전문 교육 시스템을 강화하는 노력이 필요하다.

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

V

공공-민간협력기반
남양주시
돌봄통합체계
구축(안)



남양주시복지재단

제5장 공공-민간협력기반 남양주시 돌봄통합체계 구축(안)

본 장에서는 제2장의 남양주시 현황 진단, 제3장의 국내외 사례 분석, 그리고 제4장의 FGI 분석 결과를 종합하여, 남양주시의 SWOT분석에 근거한 증거기반의 ‘공공·민간 협력 기반의 통합돌봄 전달체계’를 구상해보고자 한다.



[그림 40] 남양주시 공공·민간 협력 통합돌봄 전달체계 구상

성공적인 통합돌봄 체계는 각 주체가 명확한 역할과 책임을 가지고 유기적으로 협력할 때 실현될 수 있다. FGI 분석 결과에서 나타난 현장의 요구와 국내외 성공 사례를 바탕으로, ‘[그림 40]의 남양주시 공공·민간 협력 통합돌봄 전달체계’ 구상이 가능하기 위해선 통합돌봄 체계를 구성할 핵심 주체와 역할이 매우 중요하므로 정리해보면 <표 21>과 같다.

<표 21> 남양주시 통합돌봄 체계를 구성할 핵심 주체와 역할

주체	핵심 역할	세부 기능
남양주시 (시청) '통합돌봄 전담부서'	컨트롤타워 (Control Tower)	<ul style="list-style-type: none"> 통합돌봄 기본계획 수립 및 정책 총괄 관련 조례 제·개정 및 제도적 기반 마련 안정적 재원(국·도비, 자체 예산) 확보·배분 통합 정보 플랫폼 구축 및 운영 총괄 민·관·공 협력 거버넌스 구축 및 지원 권역별 미해결된 복합사례 조정 및 심의 전체 시스템 성과 관리 및 평가
읍·면·동 행정복지센터	최일선 안내창구 (Frontline Window)	<ul style="list-style-type: none"> 통합돌봄 서비스 초기 상담 및 신청·접수 긴급 위기상황시 초기 개입 및 자원 연계 단순 욕구 대상자에 대한 기본 서비스연계 지역 내 위기 가구 발굴 및 의뢰 지역사회보장협의체 등 주민 조직 연계
4개 권역별 민간 기관(동·서·남·북 희망케어센터 등) 및 통합돌봄네트워크 기관	현장 지역사회통합돌봄 허브 (Care Management Hub)	<ul style="list-style-type: none"> 복합적인 욕구를 가진 이용자 심층 상담 및 욕구 사정, 개입, 평가관리 개인별 지원계획(Care Plan) 수립 주도 권역 내 민간 서비스 자원 발굴, 연계, 조정 권역 단위 '지역돌봄회의' 주관 및 운영 지속적 모니터링 및 사후관리
보건소 및 건강생활지원센터	공공 보건의료 허브 (Public Health Hub)	<ul style="list-style-type: none"> 방문건강관리, 만성질환 관리, 재활 등 공공 보건의료 서비스 제공 치매안심센터 연계 및 정신건강 증진 사업 의료기관 연계가 어려운 대상자에 대한 1차적 건강관리 지원 감염병 예방 및 건강 교육
의료기관 (병원, 의원, 한의원 등)	의료 서비스 파트너 (Medical Service Partner)	<ul style="list-style-type: none"> 재택의료, 방문진료, 방문간호 서비스 제공 퇴원환자 정보 연계 및 지역사회 복귀 지원 지역돌봄회의 참여를 통한 다학제적 자문 만성질환자 대상 주치의 역할 수행
국민건강보험공단 (남양주가평지사)	데이터·보험 파트너 (Data & Insurance Partner)	<ul style="list-style-type: none"> 장기요양 등급판정 정보 연계 및 등급외자 데이터 공유 빅데이터 기반 돌봄 필요군 발굴 지원 재택의료 시범사업 등 공단 주관 사업 연계 지역돌봄회의 참여 및 보험급여 관련 자문
이용자 및 가족	서비스 공동 설계자 (Service Co-Designer)	<ul style="list-style-type: none"> 자신의 돌봄 욕구와 필요를 적극적으로 표현하고 서비스 신청 개인별 지원계획(Care Plan) 수립 과정에 주체적으로 참여 및 자기결정권 행사 제공받은 서비스 만족도 및 개선 의견 제시 모니터링 및 재사정시 적극적 의견 개진 가족 구성원 간 돌봄 역할 협력 체계 구축 돌봄 서비스 제공 과정에서 제공자와 상호 존중 및 신뢰 관계 형성 지역사회돌봄 프로그램에 능동적 참여 필요 시 권역별 '지역돌봄회의'에 참석하여 본인의 상황 설명 및 요청사항 전달
주민 및 지역공동체 (자원봉사단, 협의체 등)	촉촉한 돌봄 안전망 (Community Safety Net)	<ul style="list-style-type: none"> 고립위험가구 안부확인 활동 말벗, 간단한 가사지원 등 비공식적 돌봄 제공 지역 내 복지 사각지대 발굴 및 제보 마을 단위 돌봄 관련 자원봉사 및 후원



[그림 41] 공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 지역거점케어허브 모형(안)

공공-민간 협력기반 남양주시
통합돌봄 체계구축방안 연구

VI

결론 및 제언



남양주시복지재단

제6장 결론 및 제언

남양주시가 ‘의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률’을 실시하면서 성공적인 통합돌봄 도시로 도약하기 위해서는 단기적인 사업 추진을 넘어, 장기적인 비전과 철학을 바탕으로 통합돌봄 시스템을 지속적으로 발전시켜야 할 것이다.

2000년대에는 사회복지서비스 제공에 있어 민간과 정부의 역할이 확연히 구분되었다. ‘민’에서는 ‘관’으로부터 재정을 지원받아 서비스를 직접 제공하는 주체를 지칭하였고 ‘관’은 ‘민’에 재정을 제공하고 조정자의 역할을 하거나 직접 이용자를 만나는 역할을 담당하였다(김용득, 2015). 그리고 2000년대 후반, 사회복지에 대한 욕구가 폭발적으로 증가하면서 정부가 제공하는 사회서비스의 양이 많아지고 종류가 다양해졌고, 이로 인해 지역사회에서의 민과 관의 협력의 중요성이 높아져 갔다(김용득, 2015).

지금까지 우리나라에서는 지역사회통합돌봄의 성공적인 정착을 위한 연구들이 수행되어왔다. 그러나 지역사회통합돌봄의 국내·외 사례분석을 통한 성공요인(Critical Success Factors, CSF)추출, FGI의 질적·양적분석, SWOT분석을 동시에 투입하여 지자체의 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축방안” 제시는 미흡했다. 따라서 본 연구는 다음과 같은 목적을 가지고 시도되었다.

첫째, 지역사회통합돌봄 제도의 보편화 단계에서 국내·외 지역사회통합돌봄에 관한 다양한 사례분석을 통하여 추출된 성공요인(Critical Success Factors, CSF)을 토대로 남양주시 통합돌봄의 현 위치를 파악하고, 보완점을 탐색하였다.

둘째, 통합돌봄 선도사업을 수행했던 지자체로써 남양주시가 가지고 있는 지역사회통합돌봄에 대한 기본적 개념과 철학적, 이론적 기반부터 정책과제에 이르기까지 이슈와 평가를 토대로 지금까지의 남양주시 통합돌봄을 분석하였다.

셋째, 남양주시 실정에 맞는 “공공-민간 협력기반 통합돌봄 체계구축방안”을 찾고자 4개 영역의 집단(즉, 1) 돌봄서비스 이용자집단 2) 돌봄서비스 제공자로서 공공기관 3) 돌봄서비스 제공자로서 민간기관, 그리고 4) 민·관협력 남양주시통합돌봄네트워크 워크숍집단)으로 나누어 FGI (Focus Group Interview : 초점집단면접)를 질적·양적으로 심층 분석하였다. 특히, FGI를 질적 주제분석과 키워드 빈도분석, FGI의 형태, 밀도, 중심성등을 파악하는 네트워크 분석(network analysis) 등 양적 내용분석을 결합한 혼합연구방법(Mixed Methods)을 적용하여, 각 주체가 인식하는 통합돌봄현장의 문제점과 개선 요구사항을 입체적으로 제시하였다.

넷째, 지역사회통합돌봄 전국시행과 함께 “공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계”를 구축할 수 있도록 실행가능한 모형제시와 함께 실증적인 기초자료를 제공하였다.

따라서 이 장에서는 본 연구에서 도출된 5가지 핵심 발견사항을 바탕으로, 2026년 3월27일부터 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 시행 시 남양주시 지역사회

통합돌봄 민·관 협력체계의 성공적인 구축을 위한 5가지 정책 방향과 제언을 하고자 한다. 각 제언은 현장의 목소리를 반영하여 구체적이고 실행가능 하도록 구성하였다.

1. 현장 중심의 전달체계 개편 및 권한 이양

행정적 비효율성을 극복하고 신속한 현장 대응을 위해, 현재의 시(市) 중심 컨트롤타워 구조를 읍면동 및 권역별 민간 거점기관 중심으로 개편할 것을 제안한다. 초기 대상자 발굴, 욕구 조사, 단순 서비스 연계 등의 권한과 그에 따른 책임을 현장 단위로 과감히 이양하고, 남양주시는 복합적인 사례에 대한 슈퍼비전, 정책 개발, 자원 확보 및 배분 등 총괄 조정 역할에 집중할 필요가 있다.

2. 통합 정보 플랫폼 구축 및 정보 접근성 강화

분절된 정보를 통합하고 이용자의 정보 접근성을 획기적으로 개선하기 위하여 '남양주형 통합돌봄 정보 플랫폼' 구축을 제안한다. 이 플랫폼은 공공과 민간의 모든 서비스 및 자원 정보를 DB화하여 실시간으로 공유하고, AI 기반의 맞춤형 서비스 추천 기능을 탑재하여 이용자와 실무자 모두에게 유용한 도구가 되어야 한다. 플랫폼 구축은 서비스 중복·누락 방지를 통한 예산 절감 및 업무 효율성 증대 효과를 가져올 것이므로, 비용이 아닌 장기적 관점의 '투자'로 인식되어야 한다.

"대상자 정보를 모든 기관이 공유할 수 있는 플랫폼 구축이 필요한 것 같아요... 대상자 연계와 협업이 엄청~신속해질 것 같아요." - 공공기관 참여자B

또한, 디지털 소외계층인 어르신들이 쉽게 접근할 수 있도록 “아리아”와 같은 음성인식 AI 스피커, 경로당 키오스크, 모바일 앱 등 온라인 채널과 더불어, 인쇄물 소식지 배포, 찾아가는 상담 등 오프라인을 아우르는 다채널 정보 제공 전략을 병행해야 할 필요가 있다.

3. 의료-돌봄 연계 강화를 위한 제도적 지원

의료-돌봄 연계의 구조적 문제를 해결하기 위해 남양주시 차원의 적극적인 역할이 필요하다.

첫째, '남양주시 의료-돌봄 협의체'를 구성하여 의사회, 한의사회, 약사회 등 전문가 단체와 정기적인 논의 채널을 마련할 필요가 있다. 이 협의체를 통해 방문진료·복약지도 등 참여에 대한 현실적인 인센티브(예: 시 예산 지원, 사회공헌활동 인정, 지역 언론 홍보 지원 등)를 개발하고 제공하여 의료 전문가들의 참여를 유도해야 한다.

"시 차원에서 의료기관과의 협력과 사회공헌을 조율할 중간 기관을 별도로 두거나, 현실적으로 의사 확보가 어렵다면 간호 인력을 확충하는 방안도 고려할 필요가 있어요!!"-
PU6 (남양주 지역사회 통합돌봄 공공기관 FGI 스크립트, 2026)

둘째, 이용자들이 강력하게 요구한 대학병원급 종합병원 유치를 시의 장기적인 정책 과제로 설정하고, 구체적인 계획 수립을 할 필요가 있다. 이는 중증·응급 상황에 대한 지역 내 대응 능력을 강화하고 시민들의 의료 불안을 해소하는 데 결정적인 역할을 할 것이다.

"간곡히 바라는 건 여기 종합병원이 생겼으면 하는 거예요... 아주 간절해요."- 이용자C

4. 이용자 중심 돌봄문화 확립 및 정서적 지원 확대

이용자의 존엄성과 자기결정권을 보장하는 돌봄문화를 정착시켜야 한다. 서비스 계획 수립 단계부터 이용자와 그 가족의 참여를 의무화하고, 다양한 서비스 목록을 명확히 제시하여 선택권을 실질적으로 보장할 필요가 있다. 자가 소유자라는 이유로 주거 개선 지원에서 배제되는 등의 경직된 기준을 완화하고, 이용자의 실제 필요에 기반한 유연한 지원이 이루어져야 한다.

또한, 이용자들이 제기한 '외로움' 문제를 해결하기 위해 '말벗 서비스'를 단순 안부 확인을 넘어 깊이 있는 정서적 교류가 가능하도록 개편하고, 시니어 봉사단을 활용한 '또래 상담' 프로그램을 활성화하는 등 정서적 지원 서비스를 다각화 할 필요가 있다. AI 스피커와 같은 기술은 보조 수단으로 활용하되, 핵심은 '사람과 사람의 연결', '관계적 돌봄'에 있음을 잊지 말아야 할 것이다.

5. 돌봄 인력 전문성 향상 및 처우 개선 방안

돌봄 인력의 역량 강화와 안정적인 활동을 지원하기 위한 다각적인 방안이 필요하다. 민간기관 및 관내 대학과 협력하여 '남양주시 돌봄 아카데미(가칭)'와 같은 상설 교육 체계를 구축하고, 사례관리, 다직종 연계, 이용자 소통, 인권 교육 등 전문 교육 과정을 제공할 필요가 있다. 특히, '사례관리 전문 사회복지사'와 같은 '남양주형 돌봄 전문가 인증 과정'을 신설할 수 있으며, 이를 이수한 인력에게 채용 및 수당 등에서 인센티브를 제공할 수도 있을 것이다(민간기관 참여자A).

6. 제언

남양주시가 직면한 도전과 기회를 분석하고 국내외 통합돌봄 성공 사례와 현장의 목소리를 통해 지속가능한 '공공-민간 협력기반 남양주시 통합돌봄 체계구축'에 관한

제언을 하면 다음과 같다.

첫째, '시민 중심'이라는 핵심 가치를 모든 정책의 최우선에 두어야 한다. FGI 분석결과 이용자들은 기능적 지원을 넘어 '정서적지지'와 '자기 결정권 존중'을 강력히 원했다(이용자F). 이는 통합돌봄의 성공이 서비스의 가짓수가 아닌, 시민 한 사람 한 사람의 '삶의 질'을 얼마나 높였는가에 달려있음을 의미한다. 스웨덴의 '에스더 모델'이 "에스더에게 최선은 무엇인가?"라는 질문에서 시작했듯이, 남양주시의 모든 정책 결정 과정은 "남양주 시민에게 최선은 무엇인가?"라는 질문에서 출발해야 할 것이다. 이를 위해 서비스 계획 수립 시 이용자 참여를 의무화하고, 정책 평가 지표에 이용자 만족도와 삶의 질 변화를 핵심 지표로 포함시킬 필요가 있다.

둘째, '데이터 기반 행정'으로의 과감한 전환이 필요하다. FGI에 참여한 4개 영역의 집단이 공통적으로 지적했듯이 '정보 단절' 문제는 시스템 비효율의 핵심 원인으로 파악되었다(공공기관 참여자F). FGI 분석결과 본 연구에서 제시한 '통합정보 플랫폼'은 단순히 정보를 모아두는 창고가 아니라, 축적된 데이터를 분석하여 돌봄 수요를 예측하고, 자원을 효율적으로 배분하며, 정책 효과를 과학적으로 검증하는 '데이터 기반 행정'의 심장이 되어야 할 것이다. 이를 통해 증거에 기반한 '스마트 통합돌봄 서비스'를 구현할 수 있을 것이다.

셋째, 민간기관을 '동등한 파트너'로 인정하고 돌봄현장에 힘을 실어주어야 한다. FGI 분석결과 민간기관들은 '권한 없는 책임' 구조에 대한 어려움을 언급하였다(민간기관 참여자G). 본 연구에서 제시한 '현장 중심의 권한 이양'은 이러한 파트너십의 시작이라고 할 수 있다. 현장의 전문성과 자율성을 믿고 권한을 위임할 때, 민간의 창의성과 신속성이 발휘되어 경직된 공공 행정의 한계를 보완하고 시너지를 창출할 수 있을 것이다.

넷째, '돌봄 인력'에 대한 투자는 비용이 아닌 미래를 위한 가장 확실한 투자이다. 서비스의 질은 결국 '사람'에게서 나온다. FGI 분석결과 돌봄 인력의 낮은 처우와 전문성 부족 문제는 통합돌봄의 근간을 흔드는 가장 큰 위협 요인으로 확인되었다(민간기관 참여자D). '남양주 돌봄 아카데미' 운영, '통합돌봄 특별회계' 설치 등 돌봄 인력의 전문성을 높이고 합당한 대우를 보장할 필요가 있다는 점이다. 이는 양질의 일자리를 창출하고, 시민에게는 수준 높은 서비스를 제공하며, 궁극적으로 남양주시 통합돌봄의 역량을 강화하는 선순환을 만들 것이다.

다섯째, 성공적인 통합돌봄 체계 구축은 단기적인 성과에 연연하지 않고, 장기적인 비전 아래 꾸준히 나아가는 긴 호흡의 과정이다. 남양주시는 선도사업을 통해 축적한 경험과 민·관 협력의 자산을 바탕으로, 본 연구가 남양주시가 모든 시민이 살던 곳에서 건강하고 존엄한 삶을 누릴 수 있는 '돌봄 공동체'로 나아가는 데 의미 있는 기초자료로 활용되기를 기대한다. 향후 연구에서는 본 연구에서 제안된 정책들의 구체적인 실행 모델 검증과 재원 조달 방식에 관한 구체적인 연구가 이어져야 할 것이다.

참고문헌

- 강남대학교 산학협력단. (2022). *남양주시 통합돌봄 현황분석*.
- 강성남, 김용희, 박지민. (2020). *남양주시 통합돌봄 선도사업 제1차연도 효과성 분석연구*. 남양주시.
- 강원도민일보. (2025.07.01). *2025년 황성형 노인 통합돌봄사업, 본격 확대 시행*. 강원종합복지신문.
- 강원사회서비스원. (2025). *황성군 마을 중심 돌봄 성과 보고서*.
- 강원연구원. (2025). *강원도 노인요양시설 현황*
https://www.gi.re.kr/Home/H10000/H10400/H10401/boardView?board_key=128054
- 강은나, 외. (2023). *2023년도 노인실태조사*. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 강하림, 외. (2020). *커뮤니티케어 시범사업 모델 분석*. 건강보험연구원 이슈페이퍼.
- 강혜규, 외. (2022). *제1차 통합돌봄 정책포럼 자료집*. 보건복지부.
- 경기도 남양주시. (2022). *2022년 지역사회통합돌봄 선도사업 실행계획서*.
- 관계부처합동. (2018). *지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)-1단계 노인 커뮤니티케어중심*. 2018.11.20. 자료집.
- 광주광역시 서구청. (2025.04). *광주다움 통합돌봄*. Gwangju Public Agency For Social Service News, Vol. 54.
- 김경란, 김재연. (2022). 일본의 지역포괄케어시스템이 한국의 지역사회 통합돌봄에 대한 적용 가능성 고찰: 지역케어회의 운영을 중심으로. *세계지역연구논총*, 40(2), 31-63.
- 김경환. (2019). 영국 통합 돌봄 체제의 현황과 과제. *국제사회보장리뷰*, 2019(봄), 8호, 114-118.
- 김도연. (2025). 덴마크와 네덜란드의 고령자복지주택 정책 비교 연구: 지역사회 통합돌봄 실현을 위한 제도적 접근. *한국주거학회 2025 춘계학술발표대회 논문집*, 37(1), 33.
- 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념 정립 및 추진방향 연구. 서울연구원.
- 김연경, 외. (2017). 네트워크 텍스트 분석(network text analysis)을 통한 국내 수행공학의 연구동향 탐색. *한국인력개발학회*, 19(1), 35-64.

- 김용득. (2015). 지역사회 사례관리체계에서 공공과 민간의 역할, 이대로 괜찮은가? - 경직된 실천과 파편적 제도 -. *사회복지학*, 17(1), 241-266
- 김용득. (2015). 한국 사회복지서비스 전달체계의 변화와 과제: 민관협력을 중심으로, *한국사회복지행정학*, 17(2), 1-25.
- 김윤영, 윤혜영. (2018). 커뮤니티케어 해외 사례와 함의 그리고 구상. *비판사회정책*, 60, 135-168.
- 김종명, 구재관, 김재열, 김준경, 류재윤, 오영훈, 유주희, 임원균, 정명희, 제미자. (2017). *사회복지 프로그램 개발과 평가*. 양서원.
- 김찬우, 신수경. (2018). 미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰 - 오바마 법안과 아베개혁을 중심으로-. *노인복지연구*, 73(1), 133-161.
- 남양주시. (2022). *2035 남양주 도시기본계획 보고서*. 경기도 전자책 서비스. 남양주시청.
- 남양주시. (2025). *2026년도 남양주시 통합돌봄 실행계획서*.
- 남양주시 웹사이트. (n.d.). *남양주시 행정구역 지도*.
<https://www.nyj.go.kr/www/index.do>
- 노동원, 황평강, 송영수. (2021). 키워드 네트워크 분석(keyword network analysis)을 통한 국내 코칭 연구 동향 분석. *HRD연구*, 23(2), 91-121.
- 대전광역시, 대전광역시사회서비스원. (2024). *대전 서구 스마트 돌봄 선도사업 보고서*.
- 대전광역시청. (2024.12..27). *대전시 'AI 돌봄로봇 꿈돌이' 1000대 지원한다*. 전광역시.
https://www.daejeon.go.kr/drh/drhStoryDaejeonView.do?boardId=blog_0001&menuSeq=1625&pageIndex=1&ntatcSeq=1472263444
- 민효상, 김진석, 이현주, 박광옥, 김연아, 황인매, 김태환. (2023). *경기도 시군별 복지 불평등 유형 특성에 관한 연구*. 경기복지재단.
- 박광옥, 김연아, 황인매, 김태환, 이현주. (2022). 팬데믹 시기, 디지털 돌봄 서비스의 의미와 과제: Gilbert와 Terrell의 정책분석모형을 중심으로. *비판사회정책*, 75, 113-151.
- 박선아. (2023). *영국, 일본의 커뮤니티케어 사례 비교: 기존 돌봄 정책과 연계를 위한 시사점* [석사학위논문]. 서울시립대학교 도시과학대학원.
- 박성준, 이영글. (2019). *커뮤니티케어 시범사업 계획평가와 개선과제*. 국회입법조사처.
- 박세경. (2018). *신지역주의 관점에서 바라본 한국형 커뮤니티케어 선도사업모델의 가능성과 한계*. 한국보건사회연구원.
- 박승민. (2015). *영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 통합의 복지정치*,

- 1948-2010. *정부학연구*, 21(3), 121-161.
- 박제성. (2019, 12월 5일). 한-스웨덴·덴마크, 지역사회통합돌봄 정책협력 강화. *메디컬투데이*.
- 백세현. (2024). 지역사회 기반 생애말기 돌봄: 미국 정책 동향과 시사점. *국제사회보장리뷰*, 2024(봄), 30호, 42-53.
- 백학영, 한상미. (2023). 마을단위 통합돌봄 경험과 성과. *한국사회복지행정학*, 25(1), 29-66.
- 보건복지부. (2018). *지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계: 노인 커뮤니티케어 중심)*.
- 부천시 (2025). 부천시 보도자료들.
<https://www.bucheon.go.kr/site/program/board/basicboard/list?boardtypeid=26748&menuid=148002002001>
- 석재은. (2019). 지역사회통합돌봄: 사회서비스 패러다임 전환과 과제. *한국사회보장학회 정기학술발표논문집*, 2019(2), 83-109.
- 석재은, 노혜진, 임정기. (2015). 좋은 돌봄의 필요조건과 저해요인에 관한 연구: 노인돌봄을 중심으로. *한국사회복지학*, 67(3), 203-225.
- 순드스트림, 게르트. (2018). 스웨덴의 노인 돌봄 서비스와 지역사회의 역할. *국제사회보장리뷰*, 2018(겨울), 7호.
- 스마트시티 통합포털. (2025). 대전시 'AI 돌봄로봇 꿈돌이' 새벽 위기 포착해 어르신 생명 지켰다. 보도자료.
<https://smartcity.go.kr/2025/08/14/%EB%8C%80%EC%A0%84%EC%8B%9Cai-%EB%8F%8C%EB%B4%84%EB%A1%9C%EB%B4%87-%EA%BF%88%EB%8F%8C%EC%9D%B4%EC%83%88%EB%B2%BD-%EC%9C%84%EA%B8%B0-%ED%8F%AC%EC%B0%A9%ED%95%B4-%EC%96%B4%EB%A5%B4/>
- 안산타임스. (2024.05.22). 안산시, 세 번째 노인케어안심주택 입주식 개최 보도자료.
<https://www.ansantimes.co.kr/news/articleView.html?idxno=70789>
- 우경숙, 신영전. (2022). 독일 수발보험의 이중 보장 체계 연구.
- 유애정. (2022). 지역사회 통합돌봄 구체화 전략 I: 대상자, 서비스 중심으로. *제2차 통합돌봄 정책포럼 자료집*. 보건복지부·국민건강보험공단.
- 유애정, 박현경. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후 과제. *대한공공의학회지*, 6, 75-98.
- 유애정, 박현경, 김보영, 이정석, 황주희, 김세진, 김수진. (2021). *지역사회 통합돌봄 선도사업 2차년도 모니터링 및 효과성 분석 연구*. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

- 이건세. (2018). 일본의 지역포괄 케어와 커뮤니티케어의 과제. *월간 복지동향*, (238), 19-27.
- 이금숙. (2023). 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)을 중심으로. *한국융합학회논문지*, 14(1), 549-557.
- 이병오, 최종산, 양영란, 박재홍, 김희걸 & 허국동. (2013). 농촌지역 사회복지서비스의 수요와 전달체계 : 강원도 횡성군 사례를 중심으로. 한국농촌경제연구원.
- 이선우. (2025). Aging in Community 구축을 위한 해외 정책 비교 분석. *주택연구*, 33(1), 27-54.
- 이소영. (2023). 안산시 지역사회 통합돌봄 성과 연구- 노인케어 안심주택을 중심으로 - 안산환경재단.
- 이수상. (2012).. 언어 네트워크 분석 방법을 활용한 학술논문의 내용분석. *정보관리학회지*, 31(4), 9-68.
- 이수상. (2012). 네트워크 분석 방법론. 부산대학교출판부.
- 이수일. (2023). *지역활성화 공동체 거주만족도 향상을 위한 도시재생: 부천시를 중심으로*. 인천대학교 일반대학원. 박사학위논문
- 이송희, 홍승주. (2021). 서울형 지역사회 통합돌봄체계 구축을 위한 영국 NHS 통합돌봄 모델과의 비교. *한국케어매니지먼트연구*, 41, 147-178.
- 이연호, 김수현, 전용호. (2024). 핀란드 복지서비스 자치주의 노인 재가 돌봄 현황 및 시사점: 시운 소테를 중심으로. *보건사회연구*, 44(3), 137-162.
- 이용갑, 박수빈. (2023). "지역사회 통합돌봄 선도사업의 다학제 팀 운영 성과 및 과제". *보건사회연구*, 43(1), 150-173.
- 이진국. (2020). 한-일 노인 커뮤니티 케어 정책의 비교분석 -Gilbert & Terrell 분석틀을 중심으로-. *사회과학연구*, 31(2), 231-253.
- 이진아, 한정원. (2019). 일본 지역포괄지원센터를 중심으로 한 커뮤니티케어 고찰. *세계지역연구논총*, 37(3), 137-159.
- 임정미. (2018). 일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로. *국제사회보장리뷰*, 5, 67-77.
- 임정미, 조성은, 김범중. (2022). 노인 사회적 돌봄의 방향성 정립을 위한 일본 지역사회 통합돌봄 사례 연구. *장기요양연구*, 10(1), 89-114.
- 장민선. (2022). *초고령사회의 돌봄서비스로서 커뮤니티케어의 정착을 위한 법제도적 기반 구축 연구*. 한국법제연구원.
- 전용호. (2023). 지역사회 통합돌봄은 국가정책으로 계속 강조되어야 한다.

- 보건사회연구, 43(2), 5-6.
- 전주시. (2026.01.02). 전주시, 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업 성과 뚜렷. 보도자료. <https://www.jeonju.go.kr/planweb/board/view.9is?contentUId=ff8080818990c349018b041a87fe3960&dataUId=9be517a89b212afa019b7d1f85b16b4b&boardUId=ff8080818b5bc5cf018ba8ca7216641f>
- 정백근, 김준희, 김건아, 김수정. (2021). 경상남도 커뮤니티케어 및 사례 연계 실태조사와 개선방안 연구. 경상남도 공공보건의료지원단.
- 정윤희, 이동현. (2023). WHO 가이드 원칙을 통해 살펴 본 한국의 커뮤니티 케어 시범사업과 일본, 스웨덴의 정책 비교. 보건사회연구, 43(1), 174-190.
- 정현진, 이기주, 김재윤. (2019). 커뮤니티케어 2026 비전 및 과제. 보건복지부.
- 정현진, 외. (2022). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(3차년도). 보건복지부·국민건강보험공단.
- 조미숙, 김해성, 윤지연. (2022). 2022년 남양주시 통합돌봄 추진 방향에 관한 연구. 삼육대학교 산학협력단.
- 주현정, 김용득. (2018). 공공성 담론으로 보는 돌봄서비스: 상호의존의 조직화와 공동생산 제안을 중심으로. 한국사회복지행정학, 20(2), 233-262.
- 최미선, 조상미, 우미숙, 박윤세, 박수민, 조영민. (2023). 지역사회통합돌봄 서비스 평가: 남양주시 선도사업 참여자의 경험과 인식을 중심으로. 사회복지 실천과 연구, 20(3), 5-41.
- 최인덕. (2022). 사회적 입원 개념 고찰과 비용추계. 비판사회정책, 75, 329-351.
- 티네 로스트고르. (2020). 덴마크 공식 돌봄 및 비공식 돌봄 변화. 국제사회보장리뷰, 2020(봄), 12호.
- 통계청. (2025). 장래인구추계. KOSIS 국가통계포털.
- 하미승, 이정순. (2011). 노인복지 서비스 전달체계의 효과성에 영향을 주는 요인연구. 한국정책과학회보, 15(2), 53-81.
- 한국보건복지인재원. (2024). 국내 지자체 지역사회통합돌봄 우수 사례집.
- 행정안전부. (2025). 주민등록인구통계.
- 홍선미. (2021). 지역사회통합돌봄 전달체계의 현황과 과제. 2021년 통합돌봄 비전포럼.
- 황경란, 장슬비. (2025). 돌봄통합지원법 시행 대비 경기도형 돌봄통합 지원 연구. 경기복지재단. <https://dl.nanet.go.kr/detail/MONO12025000075278>
- 황경란, 조해진, 박혜선, 박지환. (2019). 경기도 맞춤형 커뮤니티케어 구축 방안 연구.

경기복지재단.

황경란, 주경희, 최성은. (2021). *경기도 지역사회 통합돌봄 선도사업 현황 분석연구*. 경기복지재단.

황주희. (2022). 영국의 커뮤니티케어 정책 실현: 장애인을 위한 주택공급정책과 장애인거주환경개선보조금의 활용. *국제사회보장리뷰*, 2022(겨울), 23호.

Beitman, A. (2024). Germany's Long-Term Care System: Lessons for U.S. States. ACG(American Council on Germany).

Alders, P., & Schut, F. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3), 312-316.

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nurs Plus Open*, 2, 8-14.

Bundesministerium für Gesundheit. (n.d.). *Pflegeversicherung*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung>

Cary Jensen, & Loy Anderson. (1992). *Harvard graphics 3: the complete reference*. Osborne McGraw-Hill.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). SAGE Publications.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

Federal Ministry of Health. (2018). Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system" -Host Country Discussion Paper.

Finnish Institute of Health and Welfare, THL. (2023). *RAI system in Finland*.

Gilbert, N., & Terrell, P. (2021). *Dimensions of social welfare policy* (8th ed.). Pearson.

GKV-Spitzenverband. (2025). *Social Code Book XI (SGB XI) Guidelines*.

Janse, B., Huijsman, R., De Kuyper, R. D. M., & Fabbricotti, I. N. (2016). Do integrated care structures foster processes of integration? A quasi-experimental study in frail elderly care from the professional perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(3), 376.

Joling, K. J., et al. (2018). Aging in place and quality of life.

- KFF. (2024). *Medicaid HCBS Waiver Programs*.
- KFF. (2025). *Section 1115 Medicaid Demonstration Waivers*.
- Ko, et al. (2019). Community care and life satisfaction among older adults.
- Komu, H., & Poutanen, K. (2022). *Siun sote and elderly care*. Siun sote.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2008). *Focus Groups: a practical guide for applied research* (4th ed.). Sage.
- Liljas, A. E. M., Pulkki, J., Jensen, N. K., Jämsen, E., Burström, B., Andersen, I., Keskimäki, I., & Agerholm, J. (2024). Opportunities for transitional care and care continuity following hospital discharge of older people in three Nordic cities: A comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(1), 5-9.
- Lorenz-Dant, K., Fischer, & Hämel. (2023). Dementia care and long-term care reforms in Germany.
- MACPA. (2019). *Medicaid 1915(c) HCBS Waivers*.
- Marilyn M. Helms, & Judy Nixon. (2010). Exploring SWOT analysis - where are we now?
- Markle-Reid, M., et al. (2018). Health and social care integration.
- Ministry of Social Affairs and the Interior. (2015). *Consolidation Act on Social Services (Denmark)*.
- Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G., & Lapointe, J. (2015). Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: validation in an integrated trauma system. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78(6), 1168-1175.
- Popping, R. (2000). *Computer-assisted text analysis*. Sage Publications.
- Rostgaard, T. (2020). Changes in formal and informal care giving in Denmark. *Global Social Security Review*.
- Rubin, A., & Babbie, E. R. (2016). *Empowerment series: Research methods for social work*. Cengage Learning.
- Sandhu, S., Sharma, A., Cholera, R., & Bettger, J. P. (2021). Integrated health and social care in the United States: A decade of policy progress. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 9.
- Sullivan-Taylor, P., Suter, E., Laxton, S., Oelke, N. D., & Park, E. (2022).

Integrated people-centred care in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), 9.

Task Force Health Care. (2021). *Market study 2021: Matching Dutch solutions to Nordic challenges for future-proof healthcare (Denmark)* [Market report]. Netherlands Enterprise Agency; Ministry of Foreign Affairs.

The Commonwealth Fund. (2016). *The Esther Model in Sweden*.

The Commonwealth Fund. (2020). *International Profiles of Health Care Systems*.

The Commonwealth Fund. (2024). *Health Care Systems Overview*.

The King's Fund. (2024). *Social care funding in England*.

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y., Wong, E., Chau, P., Woo, J., ... & Yeoh, E. K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 327-334.

Torbay and South Devon NHS Foundation Trust. (2021). *Torbay Model of Integrated Care*.