인천광역시 고령사회대응센터 정책연구 2025-1
ISBN 979-11-90449-13-7

인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안) 개발

인천광역시 고령사회대응센터

책임연구원

한미경　인천광역시 고령사회대응센터 연구원

TF

■ 인천광역시 고령사회대응센터
- 박정숙　센터장
- 송해은　팀장
- 김제희　연구원

■ 인천광역시 장기요양요원지원센터
- 김현희　팀장

■ 노인역량활용사업 참여자
- 고병철　인천광역시노인인력개발센터
- 김영철　미추홀구노인인력개발센터
- 엄용섭　인천광역시노인인력개발센터

목차

요약

제1장 서론

제1절 연구 배경 및 목적 ····· 3

제2절 연구 방법 ····· 5

제2장 돌봄통합 개념 및 내용

제1절 돌봄통합 개념 ····· 9

제2절 돌봄통합지원법 주요 내용 ····· 11

제3장 국내 사례 및 전문가 인터뷰

제1절 국내 사례 ····· 15

제2절 전문가 인터뷰 ····· 24

제3절 시사점 ····· 33

제4장 고령자 돌봄수요 및 정책현황

제1절 고령자 돌봄수요 현황 ····· 37

제2절 고령자 돌봄정책 현황 ····· 51

제3절 권역구분 및 정책적 함의 ····· 67

제5장 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)

제1절 비전 및 추진전략 ····· 83
제2절 세부 실천전략 ····· 85
제3절 권역별 추진전략 ····· 128

제6장 결론 및 함의

제1절 정책적 검토사항 ····· 137
제2절 결론 및 한계 ····· 140

참고문헌 ····· 143

표 목차

〈표 3-1〉 연구참여자 특성 ····· 25
〈표 4-1〉 인천광역시 고령인구 추이(2010~2052) ····· 37
〈표 4-2〉 인천광역시 군·구별 고령인구 현황 및 추이(2005~2025.7) ····· 38
〈표 4-3〉 인천광역시 군·구별 고령인구 비율 현황(2005~2025.7) ····· 39
〈표 4-4〉 인천광역시 군·구별 노령화지수 현황 및 추이(2005~2025.7) ····· 40
〈표 4-5〉 인천광역시 군·구별 성 및 연령대별 고령인구(2025.7) ····· 41
〈표 4-6〉 인천광역시 군·구별 성 및 연령대별 고령 장애인 인구(2025.7) ····· 42
〈표 4-7〉 인천광역시 고령자 가구 추이(2010~2052) ····· 43
〈표 4-8〉 인천광역시 군구별 고령자 가구 (2024) ····· 44
〈표 4-9〉 인천광역시 고령자 가구의 거처 유형(2024) ····· 45
〈표 4-10〉 인천광역시 군·구별 고령자 가구의 거처 유형(2024) ····· 46
〈표 4-11〉 인천광역시 고령자 건강현황(2024) ····· 46
〈표 4-12〉 인천광역시 군구별 고령자 건강현황(2024) ····· 48
〈표 4-13〉 인천광역시 군구별 장기요양급여 수급자 현황(2024) ····· 49
〈표 4-14〉 인천광역시 장기요양등급별 급여 현황(2024) ····· 49
〈표 4-15〉 인천광역시 군구별 치매상병자수 현황(2023) ····· 50
〈표 4-16〉 권역 및 지역책임의료기관 현황(2025.8) ····· 55
〈표 4-17〉 인천광역시 공공의료 기관 현황(2024) ····· 55
〈표 4-18〉 인천광역시 군·구별 공공의료 기관 수 비중(2021,2022,2023) ····· 56
〈표 4-19〉 인천광역시 군구별 공공의료 병상수 비중(2021, 2022, 2023) ····· 57
〈표 4-20〉 인천광역시 군구별 인구 10만 명당 의료기관 의사현황(2022, 2023) ····· 59
〈표 4-21〉 인천광역시 군·구별 인구 10만 명당 간호사 현황(2022, 2023) ····· 60
〈표 4-22〉 인천광역시 군구별 치매상병자의 요양기관종별 이용현황(2023) ····· 61

〈표 4-23〉 인천광역시 군구별 노인주거복지시설 현황(2025.6) ····· 62
〈표 4-24〉 인천광역시 군구별 노인의료복지시설 현황(2025.6) ····· 63
〈표 4-25〉 인천광역시 군구별 재가 장기요양기관 현황(2025.6) ····· 64
〈표 4-26〉 인천광역시 단기보호서비스 (2023) ····· 64
〈표 4-27〉 인천광역시 군구별 보건소/보건지소 및 건강생활지원센터 현황(2025.4) ····· 65
〈표 4-28〉 인천광역시 군구별 치매안심센터 현황(2025.06) ····· 66
〈표 4-29〉 인천광역시 치매안심센터 치매환자 등록현황(2023) ····· 66
〈표 5-1〉 돌봄통합 전담조직 설치 및 운영 현황 ····· 86

그림 목차

〈그림 3-1〉 광주다움 통합돌봄 전달체계 ····· 16
〈그림 3-2〉 경기도의료원 수원병원 공공사업과 조직도 ····· 19
〈그림 3-3〉 '늘봄채' 주거 공간 내 화장실 ····· 22
〈그림 3-4〉 '늘봄채' 건강지원실 ····· 22
〈그림 5-1〉 "인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)" 비전 및 목표 ····· 83
〈그림 5-2〉 광역차원의 돌봄통합 전담 조직도(안) ····· 86
〈그림 5-3〉 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안)의 추진절차 ····· 89

요약

□ 연구 배경 및 목적

❍ 우리 사회는 후기 고령자(75세 이상) 비중의 증가, 만성질환 확대, 가족 돌봄 기능 약화 등으로 인해 의료와 돌봄을 아우르는 다층적 지원 요구가 급격히 높아지고 있음. 그러나 현재 장기요양보험, 방문건강관리, 노인맞춤돌봄 등 주요 제도가 각각 독립적으로 운영되고 있어 정보 공유와 연계·조정 기능이 미흡하며, 그로 인해 대상자 누락, 중복지원, 서비스 연속성 부족 등 구조적 문제가 지속되고 있음

❍ 이러한 한계를 보완하기 위해 정부는 2018년 커뮤니티케어 로드맵을 시작으로 2023년 '노인 의료·돌봄통합지원 시범사업'을 도입하였고, 2024년에는 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률」을 제정하여 2026년부터 지방자치단체 단위의 통합지원체계 구축을 의무화하였음. 이는 기존의 분절적 서비스 구조를 지역 중심의 연속적·통합적 체계로 전환하기 위한 제도적 기반을 마련했다는 점에서 중요한 의미를 지님

❍ 특히 인천광역시는 2027년 초고령사회 진입이 예상되는 가운데, 공공의료 인프라가 매우 제한적이며 도시·농촌·도서가 혼재된 지리적 구조로 인해 의료·돌봄 접근성의 지역 격차가 크게 나타나고 있음. 이에 따라 인천의 지역적 특성과 급속한 고령화 속도에 대응할 수 있는 지역 맞춤형 통합지원체계의 필요성이 커지고 있음

❍ 본 연구는 이러한 문제의식을 바탕으로, 인천의 지역적 특성과 고령화 양상을 반영한 '인천형 노인 의료·요양 돌봄통합 지원모델(안)'을 개발하는 것을 목적으로 함. 개발 모델은 중앙정부가 마련한 제도적 틀(「돌봄통합지원법」, 시범사업 지침)을 준거로 하되, 인천이 지닌 도시·농촌·도서 복합 지역 구조를 종합적으로 고려하여 설계함. 이를 통해 기존의 분절된 전달체계를 지역 단위에서 연속적·통합적 구조로 전환하고, 의료와 돌봄의 연계를 강화하여 노인이 살던 곳에서 독립적이고 존엄한 삶을 유지할 수 있도록 지원하는 실질적 실행 모델을 제시하고자 함

□ 연구 목적

○ 본 연구는 군·구별 고령화 수준, 의료·돌봄 현황, 장기요양급여 이용 행태 등 지역 내 이질적 특성을 분석하여 권역별 특성을 파악하고자 함. 세부 목적으로는 첫째, 타 시·도의 돌봄통합 사례를 비교·검토함으로써 인천 지역 여건에 적합한 의료·요양·돌봄통합 지원 방향을 구체화함. 둘째, 「돌봄통합지원법」을 비롯한 제도·정책 환경을 종합적으로 검토하여 법 시행에 발맞춘 실행체계 설계의 기초자료를 마련함. 셋째, 의료·요양·돌봄을 아우르는 통합적 지원체계를 위한 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델을 개발함

□ 연구 방법

1. 문헌 및 제도 분석

○ 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」, 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」 등 관련 법령과 중앙·지방정부의 정책 자료, 문헌연구 등을 검토하여 제도적 기반과 정책 동향을 분석함

2. 통계자료 분석

○ 통계청, 국민건강보험공단, 지역사회건강조사 등 통계자료를 활용하여 인천광역시의 고령화 수준, 장기요양 및 돌봄 자원 분포 등을 분석함

3. 국내사례 검토

○ 노인의료·요양 연계사업 사례를 중심으로 운영체계, 성과와 한계를 검토하고 이를 통해 현장 적용 가능성을 분석함. 특히 고령자 맞춤형 주거·의료·돌봄 연계, 민관 협력체계 구축 등 특화된 운영방식을 비교·분석하여 인천광역시 돌봄통합 모델 발전을 위한 정책적 시사점을 도출함

4. 의견조사

❍ 인터뷰 실시 : 연구자, 현장 실무자, 주요 이해관계자 등을 대상으로 심층 인터뷰를 실시하여, 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안)의 필요성, 현장 적용 가능성, 정책 실행상의 과제에 대한 의견을 수렴함. 이를 통해 문헌·통계 분석과 사례 검토에서 도출된 결과를 보완하고, 실천적 타당성과 정책적 실행력을 강화함

❍ 전문가 자문조사 : 의료·요양·돌봄 분야 전문가를 대상으로 서면자문을 실시하여 연구 결과의 타당성과 실행 가능성을 검증하고, 정책적 시사점을 도출함

❍ TF(Task Force) 운영 : 연구자, 행정 담당자, 현장 실무자 등 주요 관계자가 참여하는 TF(Task Force)를 병행·운영하여 연구 기획, 중간 점검, 결과 도출 과정에서 주요 쟁점을 발굴하고 정책 적용 가능성과 제도화 방안을 논의함

□ 연구 결과

1. 국내 사례 및 전문가 인터뷰 결과

❍ 본 연구는 광주다움, 찾아가는 경기도 돌봄의료센터 등의 사례를 살펴보았고, 돌봄통합 관련 연구자, 인천지역 의사, 보건진료소 소장 등을 대상으로 전문가 인터뷰를 실시하였음. 그 결과 지역 기반의 의료·요양·돌봄통합은 단순한 복지서비스의 확대가 아니라, 시민의 '삶의 터전' 속에서 일상적 돌봄이 유지될 수 있는 지속가능한 사회 시스템을 구축하는 과정이라는 점이 드러났으며, 이는 단순한 제도적 도입만으로는 실현될 수 없다는 점이 인터뷰를 통해 드러났음. 즉 행정조직의 구조적 의지와 지원, 지역 자원의 유기적 연계, 돌봄 공백을 최소화하는 안전망의 구축, 그리고 제도의 철학과 목표를 공유하는 인적 기반이 함께 작동할 때에 비로소 돌봄통합의 제도적 성과를 기대할 수 있을 것임. 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)의 구축 방향에 대한 시사점을 살펴보면 다음과 같음

❍ 첫째, 돌봄통합의 안정적 정착을 위해서는 행정조직의 의지와 구조적 지원이 필수적이라는 점임

- 광주광역시의 '광주다움 통합돌봄'은 돌봄의 공공적 책임을 행정이 직접 수행하고 제도화한 대표적 사례임. 자치구 단위에 돌봄과를 신설하고, 동 행정복지센터의 사례관리 기능을 강화함으로써 행정이 서비스 전달자의 역할을 넘어 돌봄의 조정자이자 실행주

체로 기능하도록 하였음. 특히 '의무방문'과 '돌봄콜'을 통해 서비스 신청 이전에 대상자를 선제적으로 발굴한 점은 신청주의의 한계를 극복하고자 하였다는 점에서 의의가 있음. 이에 인천형 돌봄통합 또한 행정조직 내부의 전담 부서와 인력을 확보하고, 지자체 차원의 정책 리더십과 협업 체계를 제도화하여 제도의 지속성과 현장성을 강화할 필요가 있을 것으로 판단됨

❍ 둘째, 지속가능한 지역 재택의료 체계를 마련하기 위해서는 다층적 운영방식에 대한 실질적 고민이 필요한 시점임

- 경기도의 '찾아가는 돌봄의료센터' 사례는 광역자치단체가 직접 예산을 투입하여 공공의료기관 내 재택의료센터를 설치·운영한 사례로, 재택의료의 공공성과 지속성을 확보하였다는 점에서 상당한 의의가 있음. 그러나 공공 거점만으로는 지역사회 전체의 수요를 포괄하기에 한계가 있다는 점이 인터뷰를 통해 드러났음
- 따라서 광역 단위 공공의료기관을 상위 거점으로 두고, 일차의료기관이 생활권 기반의 실제 서비스 전달 주체가 되는 '이중 구조의 재택의료체계'를 병행·구축할 필요가 있음. 이러한 구조는 공공의 책임성과 관리 기능을 유지하면서도, 접근성 높은 일차의료 기반의 실질적 서비스 제공이 가능하도록 하고, 지역별 수요 변동에 따라 유연하게 대응할 수 있게 한다는 점에서 그 의의가 있음

❍ 셋째, 재택의료만으로는 지역사회 계속거주(Aging in Place)의 이념을 온전히 구현하기에는 한계가 있다는 점임

- 재택의료는 고령자가 병원 대신 익숙한 생활공간에서 치료받을 수 있도록 하는 핵심 서비스이지만, 실제 현장에서는 주돌봄자 부재나 가족 지원 부족으로 인한 공백이 발생한다는 점이 인터뷰를 통해 드러났음. 따라서 의료적 지원과 더불어 생활지원·주거·사회적 돌봄이 결합된 복합적인 지원 체계의 마련이 필요할 것으로 판단됨
- 이와 더불어 대덕구 '늘봄채'와 김해 '가야이음채' 사례는 의료·요양·복지를 결합한 생활형 돌봄 모델로, 시설 중심 돌봄에서 지역사회 기반 돌봄으로의 전환을 보여주는 사례라 할 수 있음. 이에 인천형 모델에서도 케어안심주택과 회복형 중간집 등 생활돌봄 거점을 확충하여, 재택의료가 연속성과 지속성을 갖춘 지역 돌봄체계 속에서 기능할 수 있도록 할 필요가 있음

❍ 넷째, 돌봄통합의 제도적 정착을 위해서는 관련 인력과 행정조직을 대상으로 한 교육과 인식 제고가 필수적임

- 돌봄통합의 목적과 철학적 방향성에 대한 충분한 이해와 공감이 확보되지 않을 경우, 제도는 단순히 개별 서비스를 병합하는 수준에 머무르게 되며 현장에서의 실질적 변화로 이어지기 어려움. 따라서 행정 담당자, 의료·복지 실무자, 지역 돌봄 인력 등을 대상으로 돌봄통합의 가치, 다직종 협력의 필요성, 당사자 중심 서비스 설계 원칙을 다루는 정기적 교육체계를 마련할 필요가 있음
- 특히 특정 업무가 일정 주기로 다른 담당자에게 이관되는 행정 운영의 특성상, 부서와 담당 업무의 변경 과정에서 정책 경험과 축적된 전문성이 단절될 가능성이 존재함. 이러한 구조는 돌봄통합 정책의 지속성과 일관성을 약화시킬 우려가 있으므로, 담당자 이동 이후에도 핵심 가치와 운영 원리가 흔들리지 않도록 체계적이고 반복적인 교육체계를 갖추는 것이 무엇보다 중요한 과제라 할 수 있음

2. 권역구분 및 정책방향 도출 결과

❍ 인천광역시는 군·구별로 고령화 수준, 인구 구조, 주거 환경, 의료 및 돌봄 인프라 접근성, 장기요양급여 이용 행태 등에서 뚜렷한 차이를 보임. 이에 본 연구는 인구·건강·돌봄 등의 통계자료를 종합·분석하여, 인천광역시 10개 군·구를 4개 권역으로 구분하여 살펴보았음

❍ 첫째, 중구, 동구, 미추홀구는 원도심형 취약권역으로 구분하였음. 이 지역은 1인 고령가구 비중이 높고 정신건강 지표가 상대적으로 취약하게 나타나는 특징이 있음. 이에 따라 재가 중심의 돌봄통합 서비스를 확대하고, 사회적 고립을 예방하기 위한 지역사회 기반 프로그램을 강화할 필요가 있을 것으로 보임. 특히 후기고령자와 1인 가구를 대상으로 한 정신건강·보건의료 통합관리 체계의 구축이 우선적으로 요구되는 지역이라 하겠음

❍ 둘째, 남동구와 부평구는 도시형 일반·확장권역으로 구분하였음. 남동구와 부평구는 고령인구의 절대 규모와 장기요양 수급자 수가 시 전체에서 가장 많아, 예방 중심 건강관리와 돌봄 연계 강화가 핵심 과제로 도출됨. 이에 정신건강·의료·구강건강 등 영역 간 연계가 가능한 거점형 통합서비스 체계 구축이 필요하며, 나아가 권역 간 확산 가능

한 표준 모델 개발을 통해 인천광역시 전체의 돌봄통합 기반을 강화할 필요가 있을 것으로 사료됨

❍ 셋째, 65~69세 고령자 비율이 높은 지역적 특성을 반영하여 연수구, 계양구, 서구를 신도시·균형권역으로 구분함. 다른 지역에 비해 상대적으로 젊은 노인인구의 비율이 높게 나타나는 만큼 예방 중심의 건강관리와 돌봄 기능을 병행하고, 비교적 건강한 고령층을 대상으로 자립적 노후준비와 건강수명 연장 프로그램을 병행할 필요가 있음

❍ 넷째, 강화군과 옹진군은 도서·농촌형 초고령권역으로 구분하였음. 강화군과 옹진군은 고령인구 비율과 노령화지수가 시 내에서 가장 높고, 의료·교통 접근성이 매우 제한된 지역임. 그렇기에 공공의료 의존도가 높고 인력 부족이 심화된 특성을 고려해, 이동형 의료·돌봄서비스 확대, 응급이송체계 강화, 단기보호와 재가서비스 연계, 공공의료-복지-돌봄 협력체계 구축이 핵심 정책방향으로 설정될 필요가 있음

3. 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안)

❍ 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안)은 'I 플러스, 통합 돌봐드림: 의료·요양·돌봄을 하나로'를 비전으로 설정하여, 그동안 분절적으로 운영되어 온 서비스를 지역사회 기반에서 연속적·체계적으로 제공할 수 있는 통합적 돌봄 체계를 구축하고자 함. 이 비전은 고령화의 심화 속에서 노인이 지역사회에서 가능한 오래, 안전하고 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 의료·요양·돌봄 자원을 유기적으로 연계하는 데 그 목적이 있음. 그렇기에 이를 실현하기 위한 전략적 목표로 ▲법·제도 기반 강화, ▲돌봄통합 전문교육 제공, ▲서비스 영역별 통합 추진을 제시하였음(요약_그림1). 모델의 세부적인 내용에 대한 설명은 본문을 참고하기 바라며, 본 모델의 목표 달성을 위해 설정한 세부영역별 핵심 방향은 아래와 같음

❍ 첫째, 돌봄통합 지원체계 구축 영역에서는 인천시 차원의 통합 거버넌스를 확립하고 지역별 조정 기능을 체계화하는 것을 핵심 방향으로 설정하였음. 이를 위해 '돌봄통합 전담조직 설치'를 특화사업으로 제안하였으며, 군·구 단위 조례 제정 확대, 통합지원협의체 운영, 통합지원·안내 창구 운영, 통합지원회의 등 지역 내 거버넌스 체계를 단계적으로 정비하는 방안을 포함하였음

❍ 둘째, 돌봄통합 전문교육 제공은 통합지원 모델이 현장에서 실질적으로 적용되기 위해 필요한 통합적 관점과 공통 이해를 확산하는 것을 핵심 방향으로 설정하였음. 이를 통해 의료·요양·돌봄 종사자들이 공통의 지식과 기준을 바탕으로 통합적 관점에서 노인 돌봄을 수행할 수 있도록 교육적 기반을 확충하고자 하였음

❍ 셋째, 서비스 영역별 통합 추진은 인천의 지역적 여건과 돌봄 수요를 고려하여 '보건의료-건강관리-장기요양-일상생활'을 연계하는 통합적 서비스 구조를 핵심 방향으로 설정하였으며, 보건의료 접근성 확대, 지역사회 건강관리 강화, 장기요양과 생활지원의 연계를 통해 주거-돌봄 기반의 통합성을 제고하고자 하였음

〈요약_그림1〉 "인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)" 비전 및 목표

비전	Ⅰ 플러스, 통합 돌봐드림 : 의료·요양·돌봄을 하나로		
목표	1 법·제도 기반 강화 3 서비스 영역별 통합 추진	2 돌봄통합 전문교육 제공	
세부영역	1 돌봄통합 지원체계 구축	1. 돌봄통합 전담조직 설치 2. 군·구 단위 조례 제정 확대 3. 통합지원협의체 운영 4. 통합지원창구 운영 5. 통합안내창구 운영 6. 통합지원회의 실시	★특화사업
	2 돌봄통합 전문 교육 제공	1. 돌봄통합 전문교육 제공★	
세부영역	3 돌봄통합 서비스 영역별 통합추진	1. 보건의료 ① 장기요양 재택의료센터(연계형) ② 인천 I- 찾아가는 플러스 의료돌봄센터(확장형)★ ③ 인천 I-찾아가는 의료돌봄지원센터★ ④ 인천 I-재택 의료기기 지원 ⑤ 인천 I-집으로, 건강 하모니(퇴원환자지원서비스) ⑥ 인천 I-약물안심케어 2. 건강관리 ① 방문건강관리사업 ② AI-IOT 기반 건강관리	

③ 치매관리지원사업(치매안심센터)
④ 고령장애인 건강주치의 사업

3. 장기요양
① 장기요양보험 이동지원 사업
② 통합재가서비스

4. 일상생활
① 인천 I-중간집★
② 인천 I-케어안심주택★
③ 노인맞춤 돌봄서비스
④ 인천, 행복 도시락

□ 결론 및 한계

❍ 본 연구는 인천광역시의 고령사회 대응을 위해 의료·요양·돌봄을 통합적으로 지원할 수 있는 지역 기반의 정책방향과 실천적 모델을 제시하고자 수행되었으며, 군·구별 고령화 수준과 의료·돌봄 인프라, 장기요양 이용 현황 분석을 통해 권역을 구분하고, 권역별 특성과 돌봄 수요를 반영한 정책적 시사점을 도출하였음

❍ 다만, 본 연구는 권역별 과제를 단기·중기·장기로 체계화하지 못하였으며, 보건소의 연계·조정 기능과 재택의료지원센터와의 협력 구조, 의료·요양·복지자원 간 거버넌스 강화 방안이 개념적 수준에 머물렀다는 점에서 일정한 한계를 가짐

❍ 이에 향후에는 권역별 돌봄 수요·자원 분석 및 단계별 추진 전략의 구체화, 의료기관 간 연계 구조 및 재택의료지원센터 기능 정립 등에 대한 후속 연구가 필요하며, 돌봄통합 시행과 연계한 현장 중심의 질적 연구와 평가·환류 체계가 병행될 필요가 있음. 이는 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델의 현장 적용 가능성을 높이고, 궁극적으로 노인의 존엄과 삶의 질 향상에 기여한다는 점에서 의미가 있음

1 서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 방법

제1장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

○ 고령인구의 빠른 증가는 우리 사회 전반에 중대한 변화를 요구하고 있음. 특히 75세 이상 후기 고령자의 비중은 2020년 전체 노인의 43%에서 2035년 47.8%, 2050년에는 약 1,000만 명을 상회할 것으로 전망됨(통계청, 장래인구추계). 이는 단순한 생존의 연장이 아닌 만성질환 관리, 기능 저하 예방, 일상생활 지원 등 의료와 돌봄이 동시에 요구되는 다층적 수요가 증가하고 있음을 의미함. 특히 후기 고령자는 만성질환 유병률과 신체 기능 저하 가능성이 높아, 단일 서비스로는 대응이 어렵고 의료·돌봄·생활 지원이 결합된 통합적 지원이 필수적으로 요구됨

○ 더불어 가족 돌봄 기능의 약화와 1인 가구의 확대는 이러한 수요를 더욱 가중시키고 있어, 지역사회 내 다차원적 대응체계 마련이 불가피한 시점. 따라서 지역사회 내에서 노인이 가능한 한 오랫동안 독립적이고 존엄한 삶을 유지할 수 있도록 지원하는 돌봄 시스템의 구축이 중요한 사회적 의제로 부상하고 있음

○ 그러나 현재 운영 중인 노인장기요양보험, 방문건강관리사업, 노인맞춤돌봄서비스 등은 각각 독립적으로 제공되어 서비스 간 연계와 조정이 원활하지 못한 실정임. 관련 연구에 따르면, 여러 기관이 칸막이식 구조 속에서 정보 공유와 협력 없이 분절적으로 운영됨으로써 서비스의 연속성과 통합성이 저하되고, 행정 전달체계의 모호성, 공급주체 간 협력 부족 등 구조적 문제가 심화되고 있는 것으로 나타남(전용호, 2015; 이수진·허용훈 2022; 황지영, 2021)

○ 이처럼 제도와 서비스가 각각 분절된 체계로 운영되면서 정보 연계와 사례관리의 통합이 원활히 이루어지지 못하고 있으며, 그 결과 대상 노인은 지원의 중복 또는 누락을 경험하거나 필요한 서비스를 적시에 제공받지 못하는 문제가 발생하고 있음. 이는 노인

돌봄 욕구의 복잡성과 사회적 환경 변화에 비해 전달체계의 유연성과 조정 기능이 부족함을 실증적으로 보여주는 사례라 할 수 있음(이수진, 2022)

❍ 이러한 문제의식을 바탕으로 정부는 2018년 “노인대상 커뮤니티케어 추진 로드맵”을 통해 한국형 커뮤니티케어 모델 개발을 본격화하였으며, 2023년 7월 “노인 의료· 돌봄 통합지원 시범사업”을 추진하여 12개 지자체를 선정하고, 2024년 7월에는 20개 지자체를 대상으로 기술지원형 시범사업을 확대하였음. 더 나아가 2024년 3월에는 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률(이하 돌봄통합지원법)」을 제정하여 2026년 본격 시행을 앞두고 있음. 돌봄통합지원법은 지역 단위에서 의료·요양·돌봄 서비스를 연속적·통합적으로 제공할 수 있는 법적·행정적 기반을 마련하고, 지방자치단체(이하 지자체)에 전담 조직과 통합 절차 마련을 의무화함으로써 기존 분절 체계를 구조적으로 전환하려는 데 그 목적이 있음

❍ 이러한 제도적 전환은 전국적으로 돌봄통합 체계의 구축을 촉진하고 있으며, 각 지자체는 지역적 특성과 여건을 반영한 실행모델을 마련해야 하는 과제에 직면하고 있음. 특히 인천광역시는 2024년 기준 65세 이상 인구 비율이 17.7%에 달하고, 2027년에는 초고령사회에 진입할 것으로 전망되어, 이에 대한 선제적 대응이 더욱 절실히 요구되는 시점임. 그러나 인천광역시 내 공공의료기관은 1개소에 불과하고, 도심·농촌·도서 지역이 혼재된 특수한 지역 구조로 인해 의료·돌봄 인프라 격차가 크게 나타나고 있으며, 이는 지역 간 서비스 접근성 불균형으로 이어지고 있음

❍ 이러한 맥락에서 본 연구는 인천의 지역적 특성과 고령화 양상을 반영한 ‘인천형 노인 의료·요양 돌봄통합 지원 모델(안)’을 개발함. 본 연구에서 제시하는 모델은 중앙정부가 마련한 제도적 틀(「돌봄통합지원법」, 시범사업 지침)을 준거로 하되, 인천광역시가 지닌 도시·농촌·도서가 혼재된 지역 구조와 빠른 고령화 속도를 종합적으로 반영함. 이를 통해 기존의 분절적 서비스 전달체계를 지역 차원에서 연속적·통합적으로 전환하고, 의료와 돌봄 간 연계를 강화하여 노인이 살던 곳에서 독립적이고 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 실질적 실행 모델을 제시하고자 함. 나아가 본 연구는 인천뿐 아니라 유사한 도시·농촌 복합 구조를 지닌 타 지자체에도 적용 가능한 정책적 시사점을 제공할 것이라는 점에서 그 의미가 있음

2. 연구 목적

○ 본 연구는 군·구별 고령화 수준, 의료·돌봄 현황, 장기요양급여 이용 행태 등 지역 내 이질적 특성을 분석하여 권역별 특성을 파악하고, 이를 통해 향후 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원체계 수립을 위한 지역 기반의 분석 기틀을 마련하려는데 그 목적이 있음

○ 세부 목적으로는 첫째, 타 시·도의 돌봄통합 사례를 비교·검토함으로써 인천지역 여건에 적합한 의료·요양·돌봄통합 지원 방향을 구체화함. 둘째, 「돌봄통합지원법」을 비롯한 제도·정책 환경을 종합적으로 검토하여 법 시행에 맞춘 실행체계 설계의 기초자료를 마련함. 셋째, 의료·요양·돌봄을 아우르는 통합적 지원체계를 위한 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델을 개발함

○ 나아가 본 연구는 지역의 노인 돌봄 수요 변화를 고려한 중장기적 대응 전략을 마련하고, 인천광역시가 초고령사회에 능동적으로 대응할 수 있도록 공공성과 지역성을 동시에 반영한 통합지원체계의 기초를 제시한다는 점에서 의의를 가짐

제2절 연구 방법

1. 문헌 및 제도 분석

○ 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」, 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」 등 관련 법령과 중앙·지방정부의 정책 자료, 문헌연구 등을 검토하여 제도적 기반과 정책 동향을 분석함

2. 통계자료 분석

○ 통계청, 국민건강보험공단, 지역사회건강조사 등 통계자료를 활용하여 인천광역시의 고령화 수준, 장기요양 및 돌봄 자원 분포 등을 분석함

3. 국내사례 검토

○ 노인의료·요양 연계사업 사례를 중심으로 운영체계, 성과와 한계를 검토하고, 이를 통해 현장 적용 가능성을 분석함. 특히 고령자 맞춤형 주거·의료·돌봄 연계, 민관 협력체계 구축 등 특화된 운영방식을 비교·분석하여 인천광역시 돌봄통합 모델 발전을 위한 정책적 시사점을 도출함

4. 의견조사

○ 인터뷰 실시

- 연구자, 현장 실무자, 주요 이해관계자 등을 대상으로 심층 인터뷰를 실시하여, 인천형 의료·요양·돌봄통합 지원 모델의 필요성, 현장 적용 가능성, 정책 실행상의 과제에 대한 의견을 수렴함. 이를 통해 문헌·통계 분석과 사례 검토에서 도출된 결과를 보완하고, 실천적 타당성과 정책적 실행력을 강화함

○ 전문가 자문조사

- 의료·요양·돌봄 분야 전문가를 대상으로 서면자문을 실시하여 연구 결과의 타당성과 실행 가능성을 검증하고, 정책적 시사점을 도출함

○ TF(Task Force) 운영

- 연구자, 행정 담당자, 현장 실무자 등 주요 관계자가 참여하는 TF(Task Force)를 병행·운영하여 연구 기획, 중간 점검, 결과 도출 과정에서 주요 쟁점을 발굴하고 정책 적용 가능성과 제도화 방안을 논의함

2 돌봄통합 개념 및 내용

제1절 돌봄통합 개념

제2절 돌봄통합지원법 주요 내용

제2장 돌봄통합 개념 및 내용

제1절 돌봄통합[1] 개념

❍ 통합돌봄과 돌봄통합은 밀접하지만 구분되는 개념임. 통합돌봄은 의료·보건·복지·돌봄 서비스가 지역사회 중심에서 연계·조정되는 포괄적 정책 패러다임으로, 분절적으로 제공되던 서비스를 통합하여 연속적·효율적인 돌봄을 구현하는 것을 목표로 함. 그렇기에 통합돌봄은 민관 협력과 다직종 연계 체계가 강조되지만, 지역별 자원과 인력의 제약으로 인해 제도를 추진하는데 한계점이 그동안 지적되어 왔음(이태헌 외, 2022)

❍ 이러한 한계를 보완하기 위해 등장한 제도적 실행체계가 돌봄통합이며, 이는 「돌봄통합지원법」에 근거하여 수급자 중심의 맞춤형 통합지원 절차와 지자체 전담 조직 설치 등을 포함하는 제도적 추진 기반을 의미함. 즉, 통합돌봄이 정책 방향성에 초점을 둔 개념이라면, 돌봄통합은 이를 법제화하여 구체적으로 실행하는 제도적 장치로 볼 수 있음. 따라서 본 연구에서는 「돌봄통합지원법」에 근거하여 '돌봄통합'이라는 용어를 사용함

❍ 이는 우리나라의 노인 돌봄 제도가 점차 제도적 기반을 확충하며 발전해 온 과정과 맞닿아 있다고 할 수 있음. 특히 2008년 노인장기요양보험의 도입은 가족 의존적 돌봄에서 사회적 책임에 기반한 공적 돌봄체계로의 제도적 전환의 중요한 기점이 되었으며, 이를 계기로 등급 체계 확대, 치매특별등급·인지지원등급 신설, 본인부담 경감, 통합재가급여 확대 등이 추진되었음

❍ 그러나 이러한 발전에도 불구하고, 현재의 제도적 시스템은 여전히 자격·급여 체계 중심에 머물러 있어 돌봄의 연속성을 충분히 보장하지 못한다는 한계가 지속적으로 제기되어 왔음. 예컨대 병원 퇴원 후 지역복귀 절차가 표준화되어 있지 않고, 소득·취약성 기준은 경계선 집단을 배제하기 쉬움. 또한 보건 영역은 저소득층 중심 방문서비스에

1) '통합돌봄'과 '돌봄통합'은 현재까지 혼용되어 사용되고 있음. 가령 보건복지부의 공식 정책·제도에서는 '통합돌봄'의 용어를 사용함. 그러나 본 연구는 「돌봄통합지원법」(2025년 제정)을 근거로 하고 있으므로, 법령상 용어체계에 따라 '돌봄통합'의 용어를 사용하였음

국한되고, 복지 영역은 저숙련 가사수발과 제한적 급여량에 머무는 등 반복적 한계를 드러냄(전용호, 2018)

❍ 이에 2018년 정부는 “지역사회 통합돌봄 기본계획”을 발표하고, 2019년부터 주거·건강·의료·요양·돌봄을 통합 제공하는 선도사업을 추진하였음. 이후 2024년 「돌봄통합지원법」이 제정됨으로써 돌봄통합의 법적·제도적 기반이 마련되었으며, 현재 2026년 전면 시행을 목표로 단계적 로드맵이 추진되고 있음. 이는 장기요양 중심 전달체계를 넘어 생활권 단위에서 다층적 서비스를 연계·통합하려는 정책적 전환을 의미한다는 점에서 그 의미가 있다 하겠음

❍ 그렇기에 장기요양·노인맞춤돌봄이 ‘무엇’을 제공할 것인지를 규정하는 급여 중심 체계라면, 지역사회 돌봄통합은 동일 자원을 ‘어떻게’ 결합·조정하여 생활 맥락 속에서 활용될 수 있는 전달·실행 체계를 마련할 것인지를 규정한다는 점에서 의의가 있음. 즉, 단순한 재택 차원이 아니라, 익숙한 환경에서 가족·이웃·서비스기관과 관계를 유지하면서 주거·보건의료·요양·돌봄·사회참여가 통합적으로 제공되는 상태를 의미하는 것임(Gilleard et al., 2007; 김순양, 2025)

❍ 이러한 접근은 AIP(Aging in Place, 지역사회 내 노후 거주)를 실질화하는 핵심 전략으로, 이를 위해서는 연령·건강·소득·인지상태 등 개인의 특성을 고려한 맞춤형 통합 설계가 필요함(Bullen, 2016). 이러한 맞춤형 설계를 지역사회 단위에서 추진하는 것은 지역 내 생활권 중심의 노후 안전망을 설계·운영할 역량을 강화하고, 지역적 특수성에 기반한 실행 모델을 마련한다는 점에서도 정책적 의의가 있음(Means et al., 2008; 전용호, 2018; 문용필, 2024)

제2절 돌봄통합지원법 주요 내용

○ 「돌봄통합지원법」은 고령화와 만성질환 증가로 인한 복합적 돌봄 수요에 대응하기 위해 의료, 요양, 돌봄, 주거 등 다양한 서비스를 생활권 단위에서 통합적으로 제공할 수 있도록 국가와 지방자치단체의 책무 및 제도 운영 근거를 규정한 법률로, 2026년 3월 27일 시행을 앞두고 있음

○ 동 법의 궁극적 목적은 국민이 거주지에서 지속적으로 생활하며 필요한 서비스를 통합적으로 제공받을 수 있도록 함으로써 삶의 질 향상과 지역사회의 지속 가능성을 도모하기 위함임(제1조). 그렇기에 동 법은 '살던 곳에서(Aging in Place)' 존엄을 유지하며 거주할 수 있도록 지원하고, 수요자 중심의 통합 제공, 지역사회 연계·협력, 예방과 사전관리 강화를 기본 이념으로 제시하고 있음. 이러한 방향성은 인천광역시가 생활권 중심의 돌봄통합체계를 설계할 때 비전과 운영 원칙의 근거가 된다는 점에서 그 의의가 있음

○ 이와 더불어 동 법에서는 통합지원기본계획을 5년마다 수립·시행하여야 한다고 명시하고 있으며(제5조), 이를 토대로 지역에서는 매년 통합지원 지역계획(이하 지역계획)을 수립·시행하여야 한다는 규정(제6조)을 마련하여 지방자치단체의 역할을 명확히 하고 있음. 지원대상은 노인, 장애인, 만성질환자 등 지역사회 내 돌봄이 필요한 사람으로 폭넓게 규정되며(제2조), 서비스 범위에는 보건의료(제15조), 건강관리 및 예방 등(제16조), 장기요양(제17조), 일상생활돌봄(제18조), 가족 등 지원(제19조)이 포함되어 있어, 생활 전반에 걸친 통합적 서비스 제공을 제도적으로 보장하고 있음

○ 서비스 제공기관 간 연계·협력체계 등 통합지원을 위해 시도·시군구에 심의·자문을 위한 통합지원협의체(제20조) 및 시군구 전담조직 등을 설치하여야 한다고 명시하고 있음(제21조). 이는 돌봄통합 업무의 복잡성과 전문성을 고려하여 행정 내 전담부서를 통해 체계적으로 관리·추진해야 함을 제도적으로 보장한 것임. 실제로 서울·광주·경남 등 일부 지자체는 과 단위 전담조직을 구성하여 통합지원 업무를 추진 중이며, 인천광역시 역시 시 차원의 전담팀과 군·구 단위의 추진체계 마련을 통해 제도 시행에 선제적으로 대응할 필요가 있음

○ 또한 각종 자료·정보 처리 등 통합지원정보시스템 구축(제22조) 및 대상자 발굴 등을 위한 정보 연계(제23조) 역시 법적 추진기반을 마련함으로써 서비스 제공의 효율성과

정확성을 높이고 통합지원의 실행력을 강화할 수 있도록 하였음. 아울러 전문 인력의 양성 및 지원(제24조), 대상자 발굴·조사, 종합판정, 평가 등 지원 전문기관의 지정 및 지원(제25조)을 명시함으로써, 통합지원 과정에서의 인적·제도적 기반을 강화하고 지역사회 돌봄의 질적 수준을 제고할 수 있도록 하였음

❍ 이와 함께 동 법은 보건소의 역할을 구체적으로 명시하고 있음. 제21조 제3항은 시장·군수·구청장이 보건소 및 읍·면·동에 통합지원 업무를 지원하기 위한 조직을 둘 수 있도록 규정하고 있으며, 이를 통해 복지 중심의 돌봄지원이 보건의료 기능과 균형 있게 연계될 수 있도록 하였음. 보건소는 지역 내 보건의료 수요 분석 및 모니터링, 통합지원회의 및 협의체 참여, 방문건강관리·치매안심센터 운영 등 직접적 보건서비스 제공을 담당하며, 지역 의료기관 등과의 협력 네트워크를 구축해 통합지원 대상자에게 맞춤형 서비스를 연계하는 중추적 역할을 수행하게 됨. 이는 복합적 욕구를 가진 대상자의 예방·치료·재활을 아우르는 통합적 접근을 제도적으로 뒷받침하는 기반이라 할 수 있음

❍ 이러한 조항은 인천광역시가 의료·돌봄통합체계를 설계함에 있어, 단순히 복지 전달체계 강화에 그치지 않고 보건–복지–돌봄을 포괄하는 다영역 협력 구조를 제도적으로 정착시킬 수 있는 근거가 됨. 특히 군·구 전담조직과 보건소가 협력하여 통합지원 관리기능을 수행하고, 지역 내 자원을 통합·조정하는 운영 모델을 구체화할 경우, 제도의 실효성을 높이고 지역사회 기반 돌봄의 지속 가능성을 확보할 수 있을 것으로 기대됨

3 국내 사례 및 전문가 인터뷰

제1절 국내 사례

제2절 전문가 인터뷰

제3절 시사점

제3장 국내 사례 및 전문가 인터뷰

제1절 국내 사례

1. 통합 전달체계 : 광주다움[2)]

❍ 광주광역시는 기존 제도의 선별주의 및 신청주의의 한계점을 극복하고 기존 돌봄서비스를 통해 지원되지 않는 틈새를 보완하기 위해 2023년 4월 지역사회 통합돌봄 모델인 '광주다움 통합돌봄'[3)]을 도입하였음. 이 모델은 의료·돌봄·복지를 연계한 일체형 시스템으로 설계되어, 기존에 가족이나 개인에게 전가되었던 돌봄 책임을 사회적 책무로 전환하고, 공공과 민간이 협력하여 책임성을 극대화한 혁신적 체계라는 점에서 주목받고 있음

❍ 광주다움의 통합돌봄은 단순한 서비스 확충에 그치는 것이 아니라 광역과 기초의 조직 개편을 통한 돌봄체계 구축의 기반을 마련하였다는 점에서 상당한 의의가 있음. 광주광역시는 복지건강국-돌봄정책과-통합돌봄팀으로 구성되어 있으며, 모든 자치구에 돌봄과를 신설하여 동행정복지센터의 사례관리 기능을 강화하였다는 점이 그 특징임. 이를 통해 기존 서비스와 새롭게 신설된 서비스를 돌봄이 필요한 대상자에게 촘촘하게 전달될 수 있도록 하는 전달체계를 구축하였음

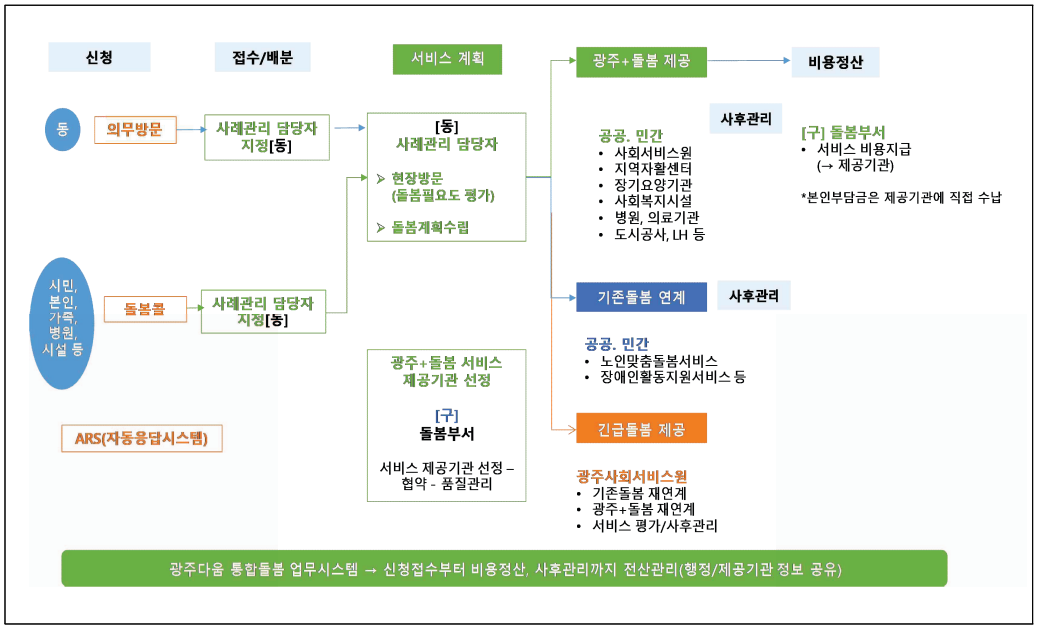
❍ 즉 동 사례관리 담당 공무원이 대상자의 집에 직접 방문하여 돌봄 필요 여부를 파악하고, 대상자에게 필요한 서비스를 연계함으로써 돌봄 사각지대를 최소화하고 맞춤형 통합돌봄이 실현될 수 있는 기반을 마련하였다는 점에서 그 의의가 있음. 이와 더불어 서비스를 신청하지 않아도 돌봄이 필요한 대상자를 찾는 '의무방문'과 누구나 쉽게 서비스를 신청할 수 있는 '돌봄콜'을 운영함으로써 지역사회 협업에 기반한 돌봄의 공공성을 확보하고자 하였음

2) 광주다움의 사례는 광주다움 통합돌봄 서비스 현황 및 효과성을 분석한 연구(정인경 외, 2024)와 광주복지 브리프(vol 54), 광주광역시로부터 전달받은 내부 자료를 종합하여 작성하였음

3) 2장에서 살펴본 바와 같이 본 연구에서는 '돌봄통합'이라는 용어를 사용하지만, 광주다움의 사례에서는 '광주다움 통합돌봄'의 명칭으로 사용되는 만큼 통합돌봄의 용어를 사용함

- 의무방문은 기존에 자치구가 가지고 있는 데이터 및 정보를 기반으로 돌봄이 필요한 잠재적 대상자를 추출하여 동 사례관리 담당자가 대상자의 집에 방문하여 돌봄 욕구 및 생활 상대 등을 파악하여 필요한 서비스 등을 연계하는 것을 의미함
- 돌봄콜은 돌봄이 필요한 대상자뿐 아니라 이웃이나 시설, 단체 등이 돌봄이 필요한 대상자 정보를 제공하면 동 사례관리 담당자가 대상자의 상황 등을 확인 후 서비스를 연계하는 방식임

〈그림 3-1〉 광주다움 통합돌봄 전달체계



자료 : 광주복지 BRIEF, 광주다움 통합돌봄 주요성과와 2025년 추진방향

❍ 이처럼 광주다움은 돌봄이 필요한 대상자의 일상에 맞닿아있는 전달체계를 구축함으로써 돌봄 접근성을 대폭 향상시키고, 서비스 이용의 문턱을 낮추었다는 점에서 그 의의가 있음. 이에 더해 2024년에는 지역의 특성을 고려한 거점형 특화사업을 실시하여 주거환경 개선, 건강관리, 사회참여 프로그램 등 지역 맞춤형 서비스를 병행함으로써 단순한 서비스 제공을 넘어 지역사회 삶의 질을 전반적으로 제고하는 방향으로 확장될 수 있도록 하였음

❍ 2024년 기준 자치구 특화사업은 총 13개 세부사업으로 운영하였으며, 2024년 광주다움 통합돌봄의 추진 방향이 거점형 특화사업 확대를 통한 관계망 회복을 목표로 하였다는 점에서 5개의 모든 자치구가 거점형 특화사업을 신설하였음

- 동구의 들랑날랑 커뮤니티 센터는 쪽방촌 1인 가구를 대상으로 건강 및 위생을 위한 식사·세탁 서비스를 제공하고 건강증진실을 운영함. 또한 사회적 관계망 회복을 위해 지역사회와 연계한 문화·여가 프로그램을 실시하고 있음
- 서구의 쌍촌케어 돌봄 교실은 영구임대형 케어안심주택 입주자와 지역 주민을 대상으로 제과제빵 및 원예 활동 등 다양한 공동체 프로그램을 운영함
- 남구의 '느린 학습자 마을 돌봄'은 기초학습능력종합검사 및 종합심리상담검사를 통해 인지능력이 저조한 아동을 대상으로 맞춤형 학습지도 및 사회 적응 능력을 향상하기 위한 프로그램임
- 북구의 '우리 동네 건강마음돌봄'은 동 행정복지센터 및 복지관을 활용하여 돌봄 취약계층에게 이동진료 및 관계망 회복을 위한 공방, 원예/미술 치료 등 다양한 프로그램을 진행하였음
- 마지막으로 광산구의 '건강관리소'는 AI장비를 활용하여 시민들의 건강 습관을 기록하고 이를 바탕으로 건강 실천력을 높일 수 있도록 사회적 처방 플랫폼 역할을 수행함. 이를 위해 건강활동가와 이용자를 2:1로 매칭하여 실증 데이터를 기반으로 비의료적 사회적 처방 및 건강 실천을 지원할 수 있도록 하였음

❍ 2025년에는 약 93억 원의 예산을 투여하여 누구도 소외되지 않는 돌봄을 목표로 사업을 추진하고 있으며, 대상자 1인당 연간 150만 원 이내에서 서비스 비용이 지원되고 있음. 특히 2025년에는 의료돌봄 매니저, 방문의료지원센터, 방문간호 및 방문구강, 방문맞춤운동 그리고 보건소 통합건강센터를 신설하여 기존 돌봄 체계를 의료 돌봄까지 확장하고자 하였음

- 광역과 기초의 돌봄팀 내 의료분야 전문적 네트워킹이 가능한 간호직 공무원 등을 의료돌봄 매니저로 배치하여 의료돌봄 계획 확정, 이용자-병원 연계 서비스 제공, 병원 등 의료자원 발굴 등 방문 총괄 코디네이팅을 할 수 있도록 하였음. 이와 더불어 의료돌봄 매니저와 통합건강센터 건강관리자(보건소) 간 상시 연계망을 구축함으로써 의료돌봄의 전달체계를 확충하고자 하였음

- 또한 각 구마다 방문의료진료센터를 중심으로 방문간호, 방문구강교육, 방문맞춤운동을 확대하고자 하였음. 방문구강교육은 치과의사나 치과위생사가 이용자 가정을 방문하여 구강상태 점검 및 구강 건강관리교육을 실시하는 사업이며, 방문맞춤운동은 물리치료사나 작업치료사가 이용자 가정을 방문하여 상담 및 운동계획을 수립 및 지도하는 사업임

❍ 이외에도 통합돌봄 사례관리 기능 강화 및 품질제고를 위해 방문활동 사례관리 담당자 및 팀장을 비롯하여 인사발령 신규자 등을 대상으로 다양한 교육과정을 운영하고 있으며, 2025년에는 공공보건의료지원단 의료기관 방문의료 전문교육을 신설하여 통합돌봄 서비스의 표준화와 전문성을 확보하고자 하였음

2. 재택의료사업 : 찾아가는 경기도 돌봄의료센터

❍ 지역사회 내 의료·요양·돌봄통합 시스템의 안정적 정착을 위해서는 의료서비스와 복지, 그리고 대상자 특성에 맞는 자원의 연계 체계 구축이 필수적으로 요구됨. 경기도는 2024년 「경기도 돌봄의료 조례」를 제정하여 의료와 복지서비스 연계 제공을 통한 돌봄의 종합서비스 체계를 구축하고, 방문의료 서비스 제공을 통한 의료 접근성을 강화하고자 하였음. 그 결과 전국 최초로 대상자 제한 없는 방문형 의료·복지 통합서비스를 도 차원에서 직접 지원·운영하고 있다는 점에서 본 절에서는 경기도에서 운영 중인 '찾아가는 경기도 돌봄의료센터' 사업에 관해 살펴보고자 함

❍ 찾아가는 경기도 돌봄의료센터는 경기도에서 전국 최초로 운영하는 방문형 의료·복지 통합서비스로, 거동이 불편한 도민의 집이나 시설로 의료진이 직접 방문하여 다양한 의료와 복지서비스를 제공하는 방문형 통합돌봄 의료 사업임. 경기도의 경우 전국 지방의료원 중에서 유일하게 법인이 통합되어 운영되고 있는 지방의료원[4]이라는 점에서 2024년 6개 시(수원, 의정부, 파주, 이천, 안성, 포천)에서 본 사업을 시범 운영하였으며, 2025년에는 3개 지역이 추가되어 현재 총 9개 지역에서 찾아가는 경기도 돌봄의료센터 사업을 추진하고 있음

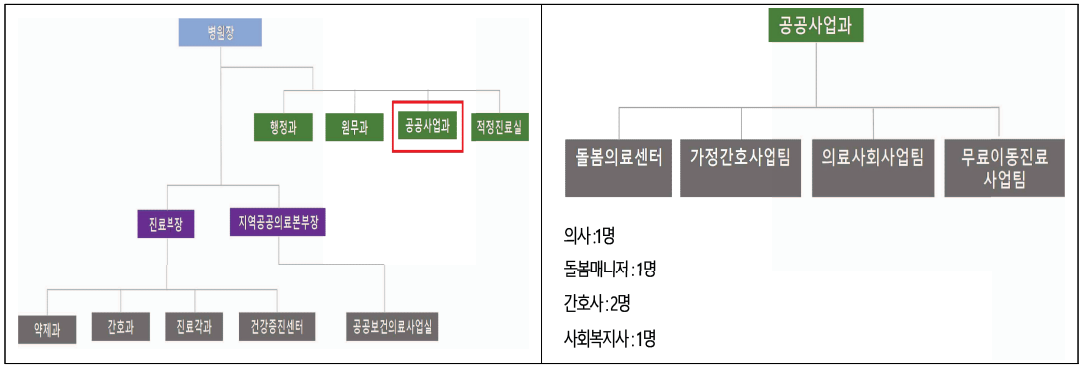
4) 2005.07. 경기도 6개(수원, 의정부, 파주, 이천, 안성, 포천)의료원 법인이 통합되어 경기도의료원이 출범하였음

❍ 본 절에서는 9개 지역 중 경기도의료원 수원병원의 사례[5]를 통해 재택의료사업의 추진 성과와 한계점 등을 살펴보고자 함. 경기도의료원 수원병원은 2022년 장기요양재택의료센터 시범사업으로 기관이 선정됨에 따라 자비를 통해 2022년 12월부터 2023년까지 의사 2명(겸임), 간호사 2명(겸임), 사회복지사 1명(겸임)이 장기요양재택의료센터 1차 시범사업에 참여하였음

❍ 그 이후 2024년에는 1차 시범사업에 이어 장기요양재택의료센터 2차 시범사업에 참여하였으며, 도에서 예산 지원을 받아 의사 2명(전임 1명, 겸임 1명), 간호사 3명(전임 1명, 겸임 2명), 사회복지사 1명(전임)으로 인력이 확대되었고, 별도의 공간으로 전용 사무실이 마련되었음. 2025년 현재는 2024년에 이어 도의 예산지원을 통해 추가로 전담 간호사 1명이 확보되어 있는 상황임. 또한 장기요양재택의료센터 3차 시범사업을 포함하여 찾아가는 경기도 돌봄의료사업을 계속 추진하고 있으며, 여기에 더해 일차의료 방문진료수가 시범사업이 운영되고 있음

❍ 이와 관련한 경기의료원 수원병원의 조직도를 살펴보면 아래와 같음. 재택의료를 위한 공공사업과가 병원 내 별도의 조직으로 구성되어 있으며, 그 안에 의사 1명, 돌봄 매니저 1명, 간호사 2명, 사회복지사 1명으로 구성된 돌봄의료센터가 있음. 이외에도 가정간호사업팀, 의료사회사업팀, 무료 이동 진료사업팀이 있음

〈그림 3-2〉 경기도의료원 수원병원 공공사업과 조직도



자료 : 조지훈(2025), 경기도의료원 수원병원 재택의료센터 : 찾아가는 경기도 돌봄의료사업 발표자료

5) "2025년 경기도의료원 수원병원 재택의료센터 학술 세미나(2025.8.23.)" 발표자료 중 "경기도의료원 수원병원 재택의료센터 : 찾아가는 경기도 돌봄의료사업"의 발표자료를 기반으로 작성하였음

○ 경기도가 도 예산을 지원하여 경기의료원 내 재택의료센터 설치를 지원·운영하고자 하는데는 그간 장기요양재택의료센터 시범사업 운영을 통해 드러난 사업의 성과와 한계를 보완하려는데 그 주된 목적이 있음. 장기요양재택의료센터 시범사업의 대상은 "거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양 수급자(1~2등급 우선)"이며, 주요 내용은 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상 팀을 구성하여 가정방문 후 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 필요한 서비스를 제공하는 것임

○ 그렇기에 등급 외 거동 불편자의 경우 우선순위에서 배제되어 서비스 지원을 받지 못하는 경우가 발생하게 되고, 이는 곧 서비스 제공의 공백 문제로 이어진다는 점에서 한계를 가짐. 또한 일차 의료기관에서 재택의료서비스를 제공하였다 하더라도 환자의 상태가 악화될 경우 입원이 가능한 병원으로의 연계가 필요하다는 점 역시 제기됨. 또한 대부분의 재택환자가 만성질환 관리, 인지기능 평가, 재활치료 등 복합적인 건강문제를 가지고 있는 경우가 많아 다차원적 의료서비스 연계의 필요성이 운영 과정에서 드러남

○ 이러한 한계를 해결하고, 지역 기반에 맞는 재택의료서비스를 제공하기 위해 경기도는 경기의료원 내 재택의료센터를 설치·운영하고 있음. 이를 통해 장기요양 수급자뿐 아니라 장기요양등급 외 와상환자, 거동불편자, 독거노인 등 경기도민 누구나 재택의료서비스를 지원받을 수 있게 되었음. 또한 일차의료기관이 아닌 경기의료원 내 재택의료센터를 운영함으로써 다양한 건강문제가 동반된 대상자를 위한 다차원적 의료서비스의 연계·제공할 수 있게 되었음. 이와 더불어 일차 의료기관에서 제공하는 재택의료와도 긴밀한 협력관계를 유지하여 필요 시 단기입원-퇴원-재택 추적관리를 할 수 있는 체계를 마련하였으며, 지역사회 유관기관과의 연계 및 협력을 통해 단순한 의료적 측면을 넘어 재택의료 대상자에게 필요한 다양한 복지자원을 연계·지속 발굴하여 통합적 지원 체계를 강화하고 있음

3. 케어안심주택 : 대덕구 '늘봄채', 김해 '가야이음채'

○ 노년기의 주거는 단순한 거주 공간을 넘어 안정감·친밀감·정주감을 형성하는 삶의 근거지로서 중요한 의미를 지님(백옥미, 2016). 이러한 맥락에서 「돌봄통합지원법」은 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활이 어려워진 경우에도 요양병원 등 시설로의 이전이

아닌, 익숙한 지역사회에서 의료·요양 등 돌봄 서비스를 통합·연계하여 건강하고 존엄한 생활을 지속할 수 있도록 하는 데 목적이 있음

❍ 그렇기에 노인의 주거환경이 불가피하게 변화하더라도 그 과정에서 그리고 거주 공간에서 노인의 시각·후각 등 감각적 친숙성이 유지되고, 생활의 선택·통제·자율성이 보장될 수 있는 방안이 마련되어야 함(Board and McCormack, 2018). 이러한 측면에서 지역사회 기반의 의료·요양·주거가 결합된 케어안심주택은 돌봄이 필요한 노인을 단순히 '시설'로 이동시키는 것이 아니라, 기존의 생활터전을 기반으로 삶의 연속성과 주거 안정 그리고 자율적 생활을 가능하게 하는 핵심적 대안으로서 그 의의를 가짐

❍ 따라서 케어안심주택이 모색하는 지역사회 계속 거주의 증진 대상은 장기요양보험과 관련하여 '노인의료복지시설' 대상자와 관련성이 높으며, 이를 통해 요양시설 입소나 요양병원 입원보다는 필요시 케어안심주택을 통해 지역사회 안에서 재가서비스를 이용하며 자신이 살고 있는 지역에서 노후를 보낼 수 있도록 하는 데 주요 목적이 있음. 이에 본 절에서는 지역 자원을 연계한 주거 돌봄 모델의 사례로 고령자 임대주택을 활용한 케어안심주택인 '늘봄채' 사업에 관해 살펴봄[6)]

❍ 대전광역시 대덕구는 2023년 보건복지부 의료돌봄통합지원 시범사업에 선정되어 같은 해 10월 대덕구 방문의료지원센터와 대덕돌봄건강학교를 개소하였으며, 2024년에는 LH와 업무협약을 체결하여 고령자 임대주택을 케어안심주택으로 활용하여 운영하기 시작함. 따라서 대덕구 케어안심주택은 새로운 주거시설을 신축한 것이 아니라, 기존 고령자 임대주택을 활용하여 케어안심주택으로 전환한 사례라 할 수 있음

❍ 입주자 선정 기준은 독거·부부 어르신, 돌봄이 필요한 가구 중심 필요자, 장기요양수급자·맞춤 돌봄 이용자 그리고 주거취약계층 우선이며, 주거 11호와 공유 공간 1호를 합하여 총 12호로 구성되어 있음. 공유 공간은 건강지원실, 프로그램실, 사무실로 사용되며 시장과 병원이 인접한 생활권 중심에 입지하고 있어 입주 어르신의 돌봄 접근성과 생활 편의성이 확보된다는 특징이 있음. 이는 단순한 지역사회 안에서 돌봄이 필요한 대상자들이 지역과 서로 어울려 살아가는 공동체적 의미를 담고 있으며, '함께 더불어 사는 삶'을 실현하는 구체적 기반으로 기능한다는 점에서 의의가 있음. 이와 더불어

6) '늘봄채' 사업은 "대전형 노인 주거복지 전용주택 통합서비스 조성을 위한 정책포럼(2025.09.02.)"의 발표자료 중 "주거 속 돌봄, 삶을 바꾸다. 대덕구 케어안심주택 '늘봄채' 운영사례"자료를 기반으로 작성하였음

복지관과 방문의료지원센터와의 유기적 연계협력을 통해 돌봄·의료·복지 자원의 통합적 제공체계를 구축함으로써 지속가능한 지역사회 돌봄 모델을 실현하고 있음

〈그림 3-3〉 '늘봄채' 주거 공간 내 화장실

자료 : 대전광역시 대덕구 통합돌봄과(2025), "주거 속 돌봄, 삶을 바꾸다. 대덕구 케어안심주택 '늘봄채' 운영사례" 발표자료

〈그림 3-4〉 '늘봄채' 건강지원실

자료 : 대전광역시 대덕구 통합돌봄과(2025), "주거 속 돌봄, 삶을 바꾸다. 대덕구 케어안심주택 '늘봄채' 운영사례" 발표자료

❍ 한편, 또 다른 케어안심주택인 경상남도 김해의 '가야이음채'[7]는 고령자복지주택을 신축하여 김해시가 보건·요양·돌봄 서비스를 연계·운영하는 케어안심주택의 사례라는 점에서 주목하여 살펴볼 필요가 있음. 김해의 가야이음채는 2019년 보건복지부 지역사회 통합돌봄 선도사업의 일환으로 추진되어 2022년 3월 입주자를 모집하고, 같은 해 9월부터 본격적인 운영에 들어간 주거복지 모델임

❍ 가야이음채는 LH 경남지역본부가 신축한 고령자복지주택(지상 10층, 37세대)을 기반으로 김해시가 운영을 맡아 보건·복지·돌봄 서비스를 통합적으로 제공하는 주거복지 모델로 총 37세대 규모임. 이 중 32세대는 장기임대형 주거공간으로 활용되며, 5세대는 단기 회복형 주거공간(중간집)으로 운영되고 있음

❍ 장기임대형은 65세 이상 무주택 어르신 또는 노부부 세대를 대상으로 하며, 기초생활수급자, 차상위계층, 평균 소득 50% 이하 가구를 우선적으로 선정함. 임대료는 주변 시세의 약 30% 수준으로 책정되어 있어 경제적 부담이 적으며, 최대 10년까지 거주가 가능하다는 특징이 있음. 건물 3층에 설치된 5세대 규모의 중간집은 병원에서 퇴원한 후 회복이

7) 본 자료는 김해시청 홈페이지 및 관련 보도자료 등을 참고하여 작성하였음

필요한 고령자를 대상으로 1~3개월 단기 거주를 지원하는 공간으로 병원 동행, 식사 및 재활 지원, 전담 관리자의 건강 모니터링 등 다양한 서비스를 제공한다는 특징이 있음

❍ 케어안심주택의 운영 및 관리는 김해돌봄지원센터에서 담당하며, 전담 사회복지사가 입주민 상담, 커뮤니티 프로그램, 주거관리 등을 지원함. 이를 통해 입주자들은 기존에 제공되어 온 지역사회 서비스(방문진료, 식사지원, 건강상담 등)와 연계하여 보건의료, 요양, 돌봄, 주거, 문화 등 다양한 서비스를 한 공간에서 통합적으로 제공받음으로써 개인의 주체성을 회복하고 심리적 안정과 생활 만족도를 높여 건강하고 존엄한 노후를 영위할 수 있음

❍ 이제까지 살펴본 대덕구와 김해시의 케어안심주택은 영구임대주택과 고령자복지주택을 활용하여 의료, 복지 그리고 돌봄 서비스 등과 연계한 지역사회 내 돌봄통합 시스템을 마련하였다는 점에서 의의가 있음. 영구임대주택과 고령자복지주택은 저소득 노인의 주거안정을 위한 대표적인 사업으로 감소 추세에 있는 양로시설, 노인공동생활가정 등과 같은 노인주거복지시설과는 다르게 매년 꾸준히 공급되면서 노인의 주거 상향 이동과 주거 안전성 보장에 기여하고 있음(남기철 외 , 2024). 이는 기존의 주택공급의 형태가 단순히 주거를 제공하려는데 주요 목적이 있었다면, 이제는 거주 공간 안에서 건강관리, 일상생활지원, 의료지원 등과 같은 필요한 서비스의 연계를 고려한 노인주거 정책으로의 전환이 사회적으로 요구되고 있음을 의미함

❍ 이러한 맥락에서 기존의 지역사회 통합돌봄 선도사업에서는 주거가 핵심 영역으로 강조되어 사업이 추진되어 왔음. 그러나 내년부터 전면 시행될 예정인 「돌봄통합지원법」에서는 주거지원이 별도의 조항으로 독립되어 있지 않고, 제18조 '일상생활돌봄'의 하위 항목으로만 한정적으로 언급되어 있어 과거와 비교하였을 때 주거지원의 위상과 중요성이 상대적으로 축소된 것으로 판단됨[8]. 하지만 그럼에도 불구하고 개인의 주거 공간 특히 노년의 거주 공간은 그 공간에 대한 귀속감 및 안녕감과 관련이 있다는 점에서(이현기, 2017; Wahl et al., 2012) 돌봄을 필요로 하는 주거가 불안정한 고령자 등을 대상으로 케어안심주택과 같은 지역사회 내 대안적 주거모델을 지속적으로 발굴·확충할 필요는 여전히 사회적으로 요구된다 하겠음

8) 보건복지부의 시범사업 지침에서도 케어안심주택에 대한 언급은 있으나, 과거 통합돌봄 선도사업과 비교할 때 내용이 간략하며, 주로 고령자복지주택(공공임대주택)의 일부를 활용한 운영 수준에 그치고 있음

제2절 전문가 인터뷰

1. 연구대상 선정 및 윤리적 고려

○ 본 연구에서는 국내 사례와 관련 문헌 등에서 드러난 문제점과 한계점을 보다 심층적으로 파악하기 위하여 의료, 행정, 연구 등 다양한 영역에서 활동하고 있는 전문가를 대상으로 심층 인터뷰를 실시하였음. 질적 연구는 특정 현상에 대한 해석과 서술, 그리고 통찰을 통해 경험 이면에 내재된 의미를 발견하는 것을 주요 목적으로 함(Padgett, 2001). 그렇기에 제도 추진 과정에서 기존 제도 분석만으로는 드러나지 않는 문제들을 탐색하는 데 유용한 접근 방법이라 할 수 있음

○ 따라서 본 연구의 참여자는 목적적 표집(purposeful sampling) 방법을 사용하여, 의료, 행정, 연구 분야에서 심도 있는 정보 제공이 가능한 참여자를 의도적으로 선정하는 유의적 표집 방법을 적용하였음. 여기서 '유의적'이라는 용어는 연구의 목적성을 지칭하며(Patton, 2002; 장혜경, 2006), 이는 본 연구가 인천형 의료·요양·돌봄통합 모델을 개발하는 데 기여하기 위함임

○ 심층 면접은 연구 참여자가 희망하는 시간과 장소를 사전에 협의하여 진행하였으며, 면접 시작 전 연구의 목적과 절차를 충분히 설명하였음. 모든 면접은 참여자의 동의하에 녹음·녹취 과정을 거쳤으며, 연구 참여의 자발성을 보장하고 개인정보 보호 및 비밀 보장을 철저히 준수하였음. 녹음에 동의하지 않은 참여자의 경우, 연구자가 면담 내용을 실시간으로 메모하는 방식으로 인터뷰를 진행하였음. 또한 수집된 자료는 연구 목적 외에는 사용하지 않도록 관리하였으며, 참여자의 익명성을 유지한 상태에서 분석에 활용하였음

○ 본 연구의 참여자는 아래와 같음. 다만, 인터뷰는 실행하였으나 연구의 목적 및 분석 범위에 직접적으로 부합하지 않는 1인은 최종 분석 대상에서 제외하였음

〈표 3-1〉 연구참여자 특성

구 분	참여자 특성	관련 분야
G	중앙 연구기관 연구자	연구
H	인천의료기관 행정 담당자	의료(행정)
I	인천의료기관 행정 담당자	의료(행정)
J	인천시의원	법·제도
K	인천의사협회 회원	의료(의사)
L	보건진료소 소장	보건의료
M	인천지역 의료복지사회협동조합 관계자	의료·복지
N	인천지역 의료복지사회협동조합 관계자	의료·복지

2. 분석 결과

1) 인천형 모델 개발의 방향성 : 공통 기반 속 지역 특화

❍ 인천형 모델 개발의 방향성에 대해 중앙 연구기관의 연구자 G는 말 그대로 '인천형'이라는 명칭만으로 독자적 모델을 구축하는 데에는 현실적인 어려움이 있음을 지적하였음. 의료·요양돌봄통합 지원 모델은 이미 「돌봄통합지원법」에 근거하여 전국적으로 공통된 방향성과 목적 아래 추진되고 있기 때문에, 인천형 모델 또한 이러한 국가적 정책 기조를 따를 수밖에 없다는 것임. 그렇기에 중앙에서 추진하고 있는 정책의 방향성은 함께 하되, 그 안에서 인천만의 특화사업을 발굴할 필요가 있다는 점에 관해 이야기함

> 지금 전국 사업이고 이거는 법이 있고 그 법에 기초해서 지금 방향이 있기 때문에 그 방향 공통적인 건 아마 따라가셔야 될 것 같아요. 근데 그 안에서 특화적인 사업이나 주로 이제 대부분 서비스들이죠. [G]

❍ 이것과 관련하여 통합지원회의 등 노인과 그 가족의 참여가 어떻게 보장될 수 있는지에 대한 연구자의 질문에 참여자G는 제도적으로는 당사자의 의견을 존중하는 방향으로 정책이 설계되고 추진되는 것은 맞지만 실질적으로 통합지원회의에 당사자가 참석하여 의견을 개진하는 것은 현실적으로 어렵다는 점을 지적함

> 존중하려고 지금 그 안에 가족과 이런 당사자에 포함을 했지만 현실적으로 거의 그렇게 되고 있지는 않을 것 같고요. [...] 근데 이제 물론 통합 지원 회의를 하기 전에 지자체 담당자들이 이제 대상자에게 어떤 필요한 서비스가 이게 맞는지 뭐 이런 것들을 확인하고 안내를 하죠. 근데 이제 그 결정을 할 때에는 회의를 할 때에는 현실적으로 그 대상자를 다 거친 상태 많은 부분들을 모시고 하는 것이 어려 어렵지 않을까.. [G]

❍ 그러나 제도의 목적이 당사자의 자기결정권 보장에 있는 만큼, 정책 추진 절차 속에서 이를 어떻게 구체적으로 강화할 수 있을지는 중요한 과제라는 점에 공감하며, 이러한 제도와 현실 간의 간극을 해소할 수 있는 방안을 인천광역시가 고민해 본다면, 이는 인천형 모델에서 추진할 수 있는 특화사업의 한 영역이 될 수 있을 것이라 이야기함

> 지금 말씀하신 자기 결정권과 연관해서 이제 그런 조금 더 뭔가 그 당사자들의 의사를 좀 더 반영할 수 있는 방안을 모색해 보면 그런 것 또한 하나의 그 틈새를 우리가 메꿀 수 있는 특화적인 방안이라고 저는 생각해요. 꼭 뭔가 화려해 보이는 어떤 서비스만이 그건 아니니까 [G]

2) 늘어나는 재택의료 수요, 그러나 제한적인 공급 현실

❍ 인천에서 재택의료를 담당하는 의료기관 행정 담당자 H는 재택의료에 대한 수요가 증가하고 있음에 관해 이야기함. 특히 병원에 입원하였다가 퇴원한 환자의 경우, 장기간의 병원 생활에 대한 피로감으로 인해 가정에서 치료와 관리를 받고자 하는 욕구가 크다는 점을 언급함. 이러한 개별 요구들이 누적되면서 결국 지역사회 내 재택의료 수요 확대를 견인하는 주요 요인으로 작용하고 있는 것으로 판단됨

> 수요가 점점 늘어요. 다들 좋아해요. 그러니까 병원에서 입원했다가 퇴원하신 분들 이제 병원 생활이 지겹잖아요. 지겨우니까 집에서 이제 다 하시고 싶어 하시는 거예요. 집에서 이제 뭐 주사도 맞고 싶고, 영양제도 맞고 싶고, 뭐 검사도 하고 싶고, 약 처방도거기서 그냥 받고 싶어 하고 그러는 거죠. [H]

❍ 재택의료를 지원하고 있는 의료복지협동조합 관계자 역시 재택의료에 대한 수요가 점차 늘어나고 있다는 점을 언급함. 이는 입원 생활의 피로 누적으로 더 이상 병원이 아닌 집에서 치료받고자 하는 욕구가 늘어남에 따라, 가정 내에서 주사나 영양제 투여, 처방 등 기본적인 의료서비스를 받으려는 고령자들의 요구가 지속적으로 확대되고 있기 때문

으로 판단됨. 이러한 변화는 현장에서 지역 내 조합원 네트워크를 통해 대상자가 자연스럽게 발굴되고, 방문진료와 돌봄서비스로 연계되는 구조로 이어지고 있음

[...] 점차 인식이라든지 한 번 받고 좋은 점을 좀 아름아름 요양보호사 선생님이라든지 장기요양센터에서 이제 알고 이렇게 신청을 하시는 케이스들이 많아서 [...] 장기 요양 센터라든지 보호자, 요양보호사 이런 식으로 개인적으로 신청이 들어오는 케이스가 확률적으로는 아직은 조금 많아요 [N]

❍ 그러나 재택의료에 대한 수요가 증가하고 있음에도 불구하고, 실제로 이를 제공할 수 있는 의료기관은 여전히 매우 제한적인 것으로 나타남. 연구자 G 또한 이 점을 지적하면서, 재택의료는 지역 단위에서 일차의료기관과의 긴밀한 연계를 통해 이루어져야 함에도 불구하고, 현재 재택진료를 신청한 기관은 전체의 약 1% 수준에 불과하다는 점을 이야기함

일단 저희 시범 사업의 의료 영역에서 좀 많이 미흡한 게 방문 의료랑 그다음에 퇴원 환자 지원이에요. 실태를 좀 말씀드리면 이제 방문 의료 같은 경우는 의원급에서 해줘야 되잖아요. [...] 의원들이 지금 3만 5천 개 정도 있는데 그중에서 지금 방문 진료를 청구한 기관이 한 300개 정도 돼요. 그 1%밖에 안 되고... [G]

❍ 재택의료에 참여하는 의료기관이 적은 이유에 대해 참여자 H는 “경제적 실익이 크지 않다”는 점을 지적함. 특히 재택의료 서비스를 제공하기 위해서는 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 다학제적 팀이 필수적이지만, 일차의료기관에서는 이러한 인력을 동시에 확보하고 운영하는 것이 현실적으로 쉽지 않다는 것임. 이로 인해 민간 의료기관의 참여가 제한되고, 재택의료 확산에 구조적 제약이 발생하고 있음을 알 수 있음

그러니까 다른 데는 막말로 돈이 안 되니까 인력이 의사 들어가야 되죠. 간호사 들어가야 되죠. 사회복지사 들어가야 되지 이 3명이 세트가 돼야지만 이제 재택근무를 할 수 있어. 재택 근로를 할 수 있으니까. 근데 이제 민간에서는 그렇게 하기 힘들죠. [H]

❍ 시의원 J 역시 주치의 제도가 활성화되지 못한 이유 중 하나로 우리 사회에서 사적 의료의 비중이 큰 현실을 지적하며, 참여 기관 입장에서는 경제적 안정성이 보장되지

않는 상황에서 제도에 적극적으로 참여하기 어렵다는 점을 언급함. 이러한 맥락에서 재택의료지원센터 역시 현 단계에서는 사적 의료기관의 적극적인 참여를 기대하기 어렵다는 한계가 있음을 확인할 수 있었음

> 주치의 제도를 하려고 했는데 다 실패했어요. 왜냐하면 참여를 그렇게 안 하니까 그 이유 중에 하나는 우리가 공공의료보다는 사적 의료가 더 많잖아요. 그러니까 그 사람들의 입장에서는 나한테 어떤 베네핏이 있어야 돼. 뭔가 했을 때 돈이 더 잘 번다든지 아니면 그걸로 더 우리 병원이 더 좋아진다 이렇게 하면 하겠죠. 움직이겠죠. 근데 그런 요인이 안 되는 거야. [J]

❍ 그러나 인천의사협회 회원인 K의 말에 의하면 재택의료 시범사업 당시에는 일차의료기관의 참여율이 낮았던 것이 사실이지만, 현재는 많은 의사들이 재택의료의 필요성에 대하여 공감하고 있음을 이야기 함. 그렇기에 재택의료를 어떻게 지역에서 시행할 수 있을 것인지에 관해 현재 의사협회에서도 많은 고민을 가지고 있음을 언급함

> 저희가 의료를 하는 거에서는 처음에는 방문 진료에 대해서 굉장히 불만들이 많았었는데 비용이나 뭐 이런 것들도 있고 내가 병원에서 환자 봐야지 나가서 그거 하느냐 이런 얘기를 많이 했는데 저희가 개념을 좀 바꿨어요. [...] 그래서 만약에 방문 진료를 하기 시작하기로 마음먹는다면 그 지역에 저희가 가지고 있는 인적 네트워크를 충분히 커버를 할 수 있을 거라고 보거든요. [K]

❍ 이는 재택의료 시행 여부를 둘러싼 선택의 단계를 넘어, 지역사회 내에서 이를 어떻게 체계적으로 안착시킬 것인가의 문제로 논의가 전환되었음을 의미함. 즉, 재택의료의 제도적 기반과 지역 내 의료자원 간 연계 체계를 어떻게 구축하고, 의료인의 역할과 보상 체계를 어떻게 설계할 것인지가 향후 핵심 과제가 되고 있음을 시사함

3) 다양한 재택의료방안에 대한 고민

❍ 앞서 살펴본 바와 같이 재택의료에 대한 수요는 증가하고 있으나, 의료기관의 참여는 여전히 저조한 수준에 머물고 있어 이를 개선하기 위한 방안 마련이 요구됨. 본 연구에 참여한 전문가들 또한 이러한 문제의식을 공유하였으며, 재택의료 활성화를 위해 다음과 같은 대안을 제시하였음

❍ 첫째, 재택의료에 참여한 일차의료기관을 조정·관리할 수 있는 기관이 필요하다는 점임. 현재 재택의료를 제공하고 있는 의료기관의 행정담당자 H는, 현 시스템만으로는 인천광역시 전역에 재택의료 서비스를 충분히 제공하기에는 한계가 있다는 점을 지적함. 이에 따라 각 지역별로 재택의료지원기관을 설치하고 이를 관리·지원할 수 있는 전담 조직이 필요하다는 점을 이야기하였음

> 그러니까 저희가 수용을 다 못하잖아요. 수용을 다 할 수가 없잖아요. 인천광역시 전체를 다 커버를 할 수가 없잖아요. 그러니까 저희가 이제 센터 역할을 하면서 여기서 이제 컨트롤타워 역할을 해가지고 [...] 연락이 오면은 우리가 할 수 있는 부분은 우리가 하고 [H]

❍ 인천의사협회 회원인 K 역시 재택의료를 원하는 환자와 의사, 간호사, 사회복지사를 연계해줄 수 있는 시스템을 구축하여 일차의료기관의 재택의료 참여를 독려하고, 이를 지역사회 안에 지속 가능한 의료·돌봄 협력체계로 정착시킬 필요가 있다고 강조함. 즉, 개별 의료기관의 역량에만 의존하기보다, 지역 단위의 조정센터를 통해 환자와 의료자원을 효율적으로 매칭하고 관리함으로써 지역사회 내에서 재택의료가 하나의 공공 서비스 체계로 작동할 수 있도록 하여야 한다는 점을 이야기함

> 저희는 병원 하나에다가 간호사, 사회복지사를 두고 그걸 운영하기 어려우니 센터를 만들고 센터에서 그 전체 인원을 책임져 줄 수 있는 인천에 있는 시민 전체와 인천에 있는 회원 전체들의 매칭을 해주겠다는 거예요. 저희가 얘기하는 건 흔히 얘기하는 배민을 만드는 거예요. 우리가 배달의 민족을 만들어주고 만약에 환자가 오면 우리 환자가 들어온 거에 대해서 우리는 어떤 환자를 매칭하고, 어떤 의사를 매칭해 주는 거 이것까지가 목표입니다. [K]

❍ 둘째, 종합병원을 거점으로 한 재택의료센터의 설치 및 운영 필요성에 관한 점임. 재택의료를 제공하는 종합병원 행정담당자 J는, 각 지역의 일차의료기관에서 재택의료 서비스를 제공하더라도 복합 질환 환자나 다차원적 진료가 필요한 경우에는 결국 종합병원으로 연계되는 사례가 많다고 언급하였음. 이는 향후 재택의료정책을 추진함에 있어 단순히 일차의료기관 중심으로 서비스를 확충하기보다는, 종합병원을 거점으로 긴밀히 협력하는 체계를 구축할 필요가 있다는 점을 시사함

[...] 아니 그래서 오는 환자들이 많아요. 그러니까 뭐 예를 들어서 평화의료 생활이나 이런 데 했다가 평화의원에서 하잖아요. 가정 간호사 하고 하는데 그거 했다가 종합병원에서 한다고 그러니까 이제 [J]

❍ 셋째, 재택의료센터와 재택의료지원센터를 함께 설치·운영하는 방안에 대한 고민이 필요한 시점임. 연구자 G는 정부가 현재 추진하고 있는 방향이 하나의 재택의료센터 내에서 의사, 간호사, 사회복지사 등이 모두 해결하는 방식이라는 점을 언급하면서, 증가하는 수요를 고려할 때 이러한 방식에는 지속 가능성의 한계가 존재할 수 있음을 지적하였음. 그렇기에 이에 대한 대안으로 기관 내 재택의료센터 운영과 더불어 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등의 인력을 채용하여 재택의료지원센터에 배치하고, 별도로 방문 진료 전담 의사를 섭외하여 재택의료 서비스를 제공하는 체계가 필요하다는 점을 제시하였음

재택의료센터를 확대하는 것도 하나의 방안이고, 방문의료지원 센터 이런 것도 하나의 방안이 되는 거죠. 간호사를 방문의료지원센터를 그러니까 이제 의료기관 이제 소속의 간호사로 채용을 하면 의료 행위가 법적으로 가능하기 때문에 [...] 지자체에서 예산을 들여서 간호사나 치료사 인력을 채용해서 지원 센터에 인력을 배치하고 방문 진료만 하는 의사들을 섭외를 해서 [G]

❍ 재택의료지원센터의 또 다른 방안으로 시의원 J는 통합간호센터의 필요성을 언급하였음. 여기서 말하는 통합간호센터란 의사회 소속으로 간호사와 사회복지사를 채용한 뒤, 의사의 진단과 지시에 따라 대상자의 상태에 맞게 간호사와 사회복지사를 배치하는 방식의 시스템을 의미함

근데 플랫폼이 뭐냐 하면 이 간호사랑 사회복지사를 의사회 소속으로 채용을 해서 채용을 해서 이 사람들이 이제 신청을 받는 거야. 의사는 뭐 오더를 내고 진단을 내고 그러는데 사람의 그 상태에 따라서 다른 케어를 해야 그래서 그게 뭐냐 하면 통합 간호센터가 있어야 되는 거야. 그 돌봄 시스템에 그게 있었으면 좋겠어요. 저는 돌봄 시스템을 통합 간호 돌봄 시스템 [J]

❍ 그런데 여기서 중요한 점은 재택의료 대상자의 상태와 특성 등을 고려하여 간호사를 배치한다는 점임. 가령, 의료적 관리가 집중적으로 요구되는 경우에는 가정간호사를, 일상적 돌봄이 중심인 경우에는 방문요양 간호사를, 비교적 경증의 건강관리가 필요한

경우에는 보건소 방문간호 인력을 배치하는 방식으로 설계될 필요가 있음. 이는 돌봄통합체계 내에서 간호 서비스의 수준을 세분화하고 적절히 조정함으로써, 서비스 제공 과정에서 효율성 제고와 비용 절감, 그리고 대상자 특성에 부합하는 돌봄 제공이 가능하다는 점을 보여줌

> 이 돌봄 센터에서 그러면 여기 집은 가정간호가 가야 될 것 같아 보면 알잖아요. 이 사람이 상황이 어떻고 어떻다. 그리고 이 집은 이 방문 간호사가 가도 돼. 이 집은 보건소에서 했으면 좋겠어. 보건소만 가도 될 것 같아. [...] 돌봄 안에 스테이션에 있을 때 이 간호의 수준을 여러 개로 해야 된다는 얘기죠. 여러 개로 해서 무조건 가정간호가 가면 돈이 비싸게 나오잖아요. 이거는 저기 보건소 방문 간호가 가서 해도 될 것 같은데 그러면 할 수 있는 거잖아요. [J]

❍ 재택의료 활성화를 위한 다양한 대안은 결국 서비스 수요와 공급의 불균형을 해소하고, 지역사회 내 지속 가능한 돌봄 체계를 마련하기 위한 시도로 이해될 수 있음. 특히 일차의료기관, 종합병원, 재택의료지원센터, 통합간호센터 등 여러 수준의 기관과 인력을 어떻게 조정·배치할 것인가는 재택의료의 확산과 정착을 좌우하는 핵심 과제임. 이에 관한 본 연구의 인터뷰 결과, 단순히 재택의료기관 설치의 필요성을 강조하는 차원을 넘어, 다학제적 협력체계 구축 방안과 비용 대비 효과성 확보 등 현실적인 정책 과제를 함께 고려해야 함이 드러났음

❍ 나아가 재택의료는 단순히 '집으로 찾아가는 진료'에 그치지 않고, 환자가 거주 공간에서 신체 기능을 유지하거나 회복할 수 있도록 지원하는 통합적 의료·재활 서비스로 이해될 필요가 있다는 점이 드러남. 실제 현장에서는 거동이 불가능한 고령 환자일수록 재활의 중요성이 커지고 있으며, 이는 단순 치료의 차원을 넘어 일상생활 수행능력 유지 및 삶의 질 향상과 직결됨. 따라서 재택의료 체계 내에서 재활전문인력의 연계, 물리·작업치료 서비스의 병행, 그리고 일차의료기관–방문재활–요양·돌봄기관 간 연속적 관리체계 구축이 핵심 과제로 제시됨

> 이제 움직이지 못하시는 분들 그러니까 환자 대상군 자체 이분이 집에서 거주를 하기 위해 자기 기능을 계속 써야 되고 더 나아지게.. 아니면 유지라도 해야 하는데 그 대상자 분들한테 재활은 필수인 거죠. [M]

❍ 한편, 인천이 도서·농촌 지역을 함께 포함하고 있는 광역시라는 점을 고려하였을 때, 인천 도서지역 보건진료소 소장은 재택의료 서비스의 지역적 적용 가능성에 대해보다 현실적인 한계를 언급함. 섬 지역의 경우 의료 인프라와 교통 접근성이 매우 제한되어 있어, 재택의료서비스가 단순히 제공된다 하더라도 곧바로 지역 내 자립적 의료·돌봄 생활이 가능하지 않을 수 있다는 점을 이야기함

> 의료서비스가 필요한 사람들. 가령 산소, 구강, 코로 콧줄을 끼는 사람들은 재택의료가 어려울 것 같아요. 그 이유 중 하나가 이송의 문제죠. 현재 섬지역에서는 종합병원에 가야할 때 배편을 이용해서 육지로 나가거나 응급환자가 발생하였을 경우에는 헬기로 이송하는데... [L]

❍ 나아가 이러한 재택의료의 한계는 지역적 제약을 넘어, 도심 지역에서도 공통적으로 나타나는 돌봄 공백의 문제로 이어짐. 지역에서 재택의료 서비스를 제공해왔던 담당자의 말에 따르면, 주 돌봄자가 부재하거나 가족의 지원이 부족한 경우 의료진이 재택 진료를 아무리 최선을 다해 시행한다 하더라도, 환자의 상태가 급격히 악화되는 사례가 발생할 수밖에 없다는 점을 이야기함. 이는 재택의료가 단일한 의료 행위로는 유지될 수 없으며, 돌봄 인력의 상시적 개입과 지역사회 지원망이 함께 작동해야만 지속 가능하다는 점을 보여줌. 이를 통해 재택의료의 실효성을 확보하기 위해서는 의료서비스와 돌봄 서비스의 통합적 운영, 그리고 가족·지역사회의 협력적 역할 분담이 병행될 필요가 있다는 점을 알 수 있음

> 그래서 참 저희도 답답한 게 이게 저희도 돌자 주 돌봄자가 없는 그리고 이제 공백기가 있는 대상자들을 진료를 해보면 아무리 공을 들여서 진료를 해놓고 와도 그 공백 기간에 다 무너져요. [...] 저희가 아무리 대상자의 의사를 존중하고 집에서 죽고 싶다 하지만 사실 이 상황을 계속 보는 건 방임도 될 수밖에 없기 때문에 시설 권유를 하는 건들이 생겼어요. [N]

제3절 시사점

❍ 지역 기반의 의료·요양·돌봄통합은 단순히 복지서비스의 확대가 아니라, 시민의 '삶의 터전' 속에서 일상적 돌봄이 유지될 수 있는 지속가능한 사회 시스템을 구축하는 과정이라 할 수 있음. 본 연구에서 살펴본 광주다움, 찾아가는 경기도 돌봄의료센터, 케어안심주택 등의 사례와 인천지역 전문가 인터뷰 결과는 돌봄통합이 단순히 제도의 도입만으로 실현되는 것은 아니라는 점을 보여주었음. 즉 행정조직의 구조적 의지와 지원, 지역 자원의 유기적 연계, 돌봄 공백을 최소화하는 안전망의 구축, 그리고 제도의 철학과 목표를 공유하는 인적 기반이 함께 작동할 때에 비로소 돌봄통합의 제도적 성과를 기대할 수 있을 것임. 이를 기반으로 인천형 의료·요양·돌봄통합 모델의 구축 방향에 대한 시사점을 살펴보면 다음과 같음

❍ 첫째, 돌봄통합의 안정적 정착을 위해서는 행정조직의 의지와 구조적 지원이 필수적임

- 광주광역시의 '광주다움 통합돌봄'은 돌봄의 공공적 책임을 행정이 직접 수행하고 제도화한 대표적 사례임. 자치구 단위에 돌봄과를 신설하고, 동 행정복지센터의 사례관리 기능을 강화함으로써 행정이 서비스 전달자의 역할을 넘어 돌봄의 조정자이자 실행주체로 기능하도록 하였음. 특히 '의무방문'과 '돌봄콜'을 통해 서비스 신청 이전에 대상자를 선제적으로 발굴한 점은 신청주의의 한계를 극복하고자 하였다는 점에서 의의가 있음. 이에 인천형 돌봄통합 또한 행정조직 내부의 전담 부서와 인력을 확보하고, 지자체 차원의 정책 리더십과 협업 체계를 제도화하여 제도의 지속성과 현장성을 강화할 필요가 있을 것으로 판단됨

❍ 둘째, 지속가능한 지역 재택의료 체계를 마련하기 위해서는 다층적 운영방식에 대한 실질적 고민이 필요함

- 경기도의 '찾아가는 돌봄의료센터' 사례는 광역자치단체가 직접 예산을 투입하여 공공의료기관 내 재택의료센터를 설치·운영한 사례로, 재택의료의 공공성과 지속성을 확보하였다는 점에서 상당한 의의가 있음. 그러나 공공 거점만으로는 지역사회 전체의 수요를 포괄하기에 한계가 있음
- 따라서 광역 단위 공공의료기관을 상위 거점으로 두고, 일차의료기관이 생활권 기반의 실제 서비스 전달 주체가 되는 '이중 구조의 재택의료체계'를 병행·구축할 필요가 있음.

이러한 구조는 공공의 책임성과 관리 기능을 유지하면서도, 접근성 높은 일차 의료 기반의 실질적 서비스 제공이 가능하도록 하고, 지역별 수요 변동에 따라 유연하게 대응할 수 있게 한다는 점에서 그 의의가 있음

❍ 셋째, 재택의료만으로는 지역사회 계속 거주(Aging in Place)의 이념을 온전히 구현하기에는 한계가 있음

- 재택의료는 고령자가 병원 대신 익숙한 생활공간에서 치료받을 수 있도록 하는 핵심 서비스이지만, 실제 현장에서는 주 돌봄자 부재나 가족 지원 부족으로 인한 공백이 발생한다는 점이 인터뷰 결과 드러났음. 따라서 의료적 지원과 더불어 생활지원·주거·사회적 돌봄이 결합된 복합적인 지원체계의 마련이 필요할 것으로 판단됨
- 이와 더불어 대덕구 '늘봄채'와 김해 '가야이음채' 사례는 의료·요양·복지를 결합한 생활형 돌봄 모델로, 시설 중심 돌봄에서 지역사회 기반 돌봄으로의 전환을 보여주는 사례라 할 수 있음. 이에 인천형 모델에서도 케어안심주택과 회복형 중간집 등 생활돌봄 거점을 확충하여, 재택의료가 연속성과 지속성을 갖춘 지역 돌봄체계 속에서 기능할 수 있도록 할 필요가 있음

❍ 넷째, 돌봄통합의 제도적 정착을 위해서는 관련 인력과 행정조직을 대상으로 한 교육과 인식 제고가 필수적임

- 돌봄통합의 목적과 철학적 방향성에 대한 충분한 이해와 공감이 확보되지 않을 경우, 제도는 단순히 개별 서비스를 병합하는 수준에 머무르게 되며 현장에서의 실질적 변화로 이어지기 어려움. 따라서 행정 담당자, 의료·복지 실무자, 지역 돌봄 인력 등을 대상으로 돌봄통합의 가치, 다직종 협력의 필요성, 당사자 중심 서비스 설계 원칙을 다루는 정기적 교육체계를 마련할 필요가 있음
- 특히 특정 업무가 일정 주기로 다른 담당자에게 이관되는 행정 운영의 특성상, 부서와 담당 업무의 변경 과정에서 정책 경험과 축적된 전문성이 단절될 가능성이 존재함. 이러한 구조는 돌봄통합 정책의 지속성과 일관성을 약화시킬 우려가 있으므로, 담당자 이동 이후에도 핵심 가치와 운영 원리가 흔들리지 않도록 체계적이고 반복적인 교육체계를 갖추는 것이 무엇보다 중요한 과제라 할 수 있음

4 고령자 돌봄수요 및 정책현황

제1절 고령자 돌봄수요 현황

제2절 고령자 돌봄정책 현황

제3절 권역구분 및 정책적 함의

제4장 고령자 돌봄수요 및 정책현황

제1절 고령자 돌봄수요 현황

1. 고령인구 및 가구 현황

1) 고령인구

❍ 인천의 고령화 속도는 매우 빠르게 진행되고 있음. 65세 이상 인구 비중은 2010년 8.5%에서 2025년 18.2%로 두 배 이상 증가하였으며, 2030년에는 23.5%로 '초고령사회'에 진입할 전망임. 2040년에는 32.4%, 2052년에는 39.2%에 이를 것으로 예상됨

❍ 노년부양비는 2010년 11.3에서 2025년 25.5, 2052년 74로 급등해 생산연령인구 부담이 크게 증가할 것으로 보임. 노령화지수 역시 2010년 51.2에서 2020년 108로 유소년 인구를 추월한 뒤, 2052년에는 495.2로 확대될 전망임

〈표 4-1〉 인천광역시 고령인구 추이(2010~2052)

(단위: 명, %)

	총인구	65세 이상	비중[2]	노년부양비[3]	노령화지수[4]
2010	2,722,990	230,063	8.5	11.3	51.2
2020	2,951,065	397,682	13.5	18.2	108
2025	3,058,301	555,433	18.2	25.5	170.7
2030	3,097,645	727,573	23.5	34.6	275.1
2040	3,121,546	1,010,683	32.4	54.3	407.4
2052	2,963,616	1,161,100	39.2	74	495.2

자료 : 통계청, 「장래인구추계」(2022년 기준)

주 1) 중위추계(기본추계) : 출생-사망-이동(국내,국제) 중위가정을 조합한 결과임

2) 비중 = {고령인구(65세 이상) ÷ 총인구} × 100

3) 노년부양비 = {고령인구(65세 이상) ÷ 생산연령인구(15~64세)} × 100

4) 노령화지수 = {고령인구(65세 이상) ÷ 유소년인구(0~14세)} × 100

❍ 인천의 고령인구는 2005년 17만 8천 명에서 2025년 7월 기준 55만 8천 명으로 약 3.1배(증가율 212.6%) 증가할 것으로 전망됨. 군·구별로는 서구(340.8%), 남동구(302.9%), 연수구(265.0%)의 증가율이 특히 높아, 최근 20년간 고령화 속도가 빠르게 진행된 지역임을 알 수 있음

❍ 2025년 7월 기준 인천광역시 전체 고령인구에서 남동구(17.1%), 부평구(17.4%), 서구(16.1%), 미추홀구(15.7%) 순으로 그 비중이 높게 나타나며, 동구(2.9%)와 옹진군(1.2%)은 절대 인구 규모가 작아 고령인구 비중이 낮게 나타남. 이를 통해 신도시 개발과 인구 유입이 많았던 지역에서도 고령화가 빠르게 진행되고 있고, 지역별로 상이한 고령화 양상에 대응하기 위한 맞춤형 의료·돌봄통합 지원 전략이 요구됨을 알 수 있음

〈표 4-2〉 인천광역시 군·구별 고령인구 현황 및 추이(2005~2025.7)

(단위 : 명, %)

	2005(A)	2010(B)	2015(C)	2020(D)	2025.7(E)	비율	증가율 (A대비 E)
인천	178,602	237,805	312,905	411,483	558,240	100.0	212.6
강화군	12,982	16,010	19,308	22,824	27,830	5.0	114.4
옹진군	3,004	3,620	4,471	5,485	6,971	1.2	132.1
중구	8,862	11,045	15,410	20,531	28,033	5.0	216.3
동구	8,207	10,390	12,465	14,453	16,074	2.9	95.9
미추홀구	33,369	44,287	55,214	69,074	87,736	15.7	162.9
연수구	15,116	19,307	25,593	38,190	55,176	9.9	265.0
남동구	23,674	36,405	51,768	71,468	95,385	17.1	302.9
부평구	36,053	46,859	59,354	73,424	97,225	17.4	169.7
계양구	16,949	22,563	28,611	37,947	53,939	9.7	218.2
서구	20,386	27,319	40,711	58,087	89,871	16.1	340.8

자료 : 행정안전부,「주민등록인구현황」

❍ 인천광역시의 65세 이상 인구 비율은 2005년 6.9%에서 2025년 7월 기준 18.4%로 약 2.7배 증가하였음. 군·구별로는 강화군(40.0%)과 옹진군(35.4%)이 2005년부터 이미 고령사회에 진입하였으며, 2025년에도 가장 높은 비율을 기록함. 동구(28.1%) 역시 구도심 지역의 고령화가 뚜렷하게 나타나고 있음

○ 반면, 연수구(13.6%)와 서구(13.9%)는 고령인구 비율이 상대적으로 낮지만, 2005년 대비 증가 폭이 커 고령화 속도가 빠른 지역임을 알 수 있음. 계양구(19.5%), 남동구(19.8%), 부평구(19.7%)는 인천 평균(18.4%)을 상회함

〈표 4-3〉 인천광역시 군·구별 고령인구 비율 현황(2005~2025.7)

(단위 : %)

	2005	2010	2015	2020	2025.7
인천	6.9	8.6	10.7	14.0	18.4
강화군	19.9	23.9	28.5	33.0	40.0
옹진군	19.2	19.3	21.3	26.8	35.4
중구	9.6	11.9	13.5	14.7	16.1
동구	10.5	13.0	17.2	23.1	28.1
미추홀구	7.9	10.4	13.6	17.1	21.0
연수구	5.7	6.9	8.0	9.9	13.6
남동구	6.2	7.7	9.7	13.6	19.8
부평구	6.4	8.3	10.7	14.8	19.7
계양구	5.1	6.5	8.6	12.8	19.5
서구	5.4	6.7	8.1	10.7	13.9

자료 : 행정안전부, 「주민등록인구현황」
주 : 각 군·구의 전체 인구 대비 고령인구 비율

○ 인천광역시 전체 노령화지수는 2005년 34.3에서 2025년 7월 168.8로 약 5배 증가하여, 유소년 인구 대비 고령인구 비율이 크게 확대되었음을 알 수 있음. 같은 기간 노년부양비도 9.4에서 25.9로 상승하며 생산연령인구의 부양 부담이 가중되고 있음

○ 군·구별로는 강화군(602.1)과 옹진군(732.2)이 2025년 7월 기준 노령화지수가 가장 높아, 유소년 인구 대비 고령인구가 각각 6배, 7배를 초과함을 알 수 있으며, 동구(365.1) 역시 고령화 수준이 매우 높게 나타남. 반면, 연수구(96.2)와 서구(101.5)는 상대적으로 낮은 수치를 보이나, 2005년 대비 4배 이상 증가하여 고령화 속도가 빠르게 진행되고 있음을 보여줌. 노년부양비는 강화군(74.9), 옹진군(59.1), 동구(43.9) 순으로 높으며, 남동구(28.1), 계양구(26.8), 부평구(27.7) 역시 인천 평균(25.9)을 상회함

〈표 4-4〉 인천광역시 군·구별 노령화지수 현황 및 추이(2005~2025.7)

(단위 : 명, %)

구분	2005		2010		2015		2020		2025.7	
	노령화 지수	노년 부양비	노령화 지수	노년 부양비	노령화 지수	노년 부양비	노령화 지수	노년 부양비	노령화 지수	노년 부양비
인천광역시	34.3	9.4	53.4	11.5	76.0	14.2	113.3	19.0	168.8	25.9
강화군	147.6	29.8	223.2	36.5	320.8	45.6	408.3	56.0	602.1	74.9
옹진군	134.5	29.0	172.3	27.8	240.2	30.6	373.9	40.6	732.2	59.1
중구	55.0	13.2	80.6	16.2	89.1	18.8	110.7	20.4	132.8	22.5
동구	65.7	14.3	89.8	18.0	136.5	24.5	232.9	34.5	365.1	43.9
미추홀구	47.1	10.6	75.0	13.8	114.4	18.3	163.7	23.6	223.0	30.2
연수구	26.3	7.8	40.4	9.1	50.6	10.5	63.4	13.2	96.2	18.8
남동구	31.4	8.4	45.9	10.2	65.7	12.9	107.3	18.5	203.5	28.1
부평구	31.8	8.6	52.6	10.9	82.4	14.0	138.0	19.9	214.4	27.7
계양구	22.2	7.0	38.2	8.5	64.9	10.9	122.9	16.6	242.9	26.8
서구	23.2	7.5	35.8	9.0	48.7	10.7	74.3	14.3	101.5	19.2

자료 : 행정안전부. 「주민등록인구현황」

주 1) 노령화지수 = 노인인구(65세 이상)/유소년인구(0~14세)×100

2) 노년부양비 = 노인인구(65세 이상)/생산연령인구(15~64세)×100

❍ 인천광역시 65세 이상 인구를 성별로 나누어 살펴보면 65세 이상 인구 총 55만 8,240명으로 중 남성 45.0%(25만 953명), 여성 55.0%(30만 7,287명)로 성비는 81.7임. 연령대별로는 65~69세가 38.3%, 70~74세가 23.7%, 75세 이상이 38.0%를 차지함. 군·구별로는 대부분 지역에서 여성 비중이 53~56% 수준으로 높고, 성비는 75~95 범위로 나타남. 특히 옹진군(95.3)은 남녀 비율 격차가 가장 적고, 동구(75.7)는 여성 비중이 가장 높은 지역으로 드러남

❍ 연령별로 보면, 75세 이상 비중이 가장 높은 지역은 강화군(46.7%), 동구(44.2%), 옹진군(41.5%)으로, 도서·구도심 지역에서 초고령층 집중도가 높게 나타남. 반면, 65~69세 비중이 높은 지역은 계양구(42.0%), 연수구(41.9%), 서구(41.6%)로, 상대적으로 젊은 고령층이 많음을 알 수 있음

〈표 4-5〉 인천광역시 군·구별 성 및 연령대별 고령인구(2025.7)

(단위: 명, %)

	65세 이상	성별					연령대별					
		남자	고령 비중[1]	여자	고령 비중	성비[2]	65~69세	비중[3]	70~74세	비중	75세 이상	비중
인천	558,240	250,953	45.0	307,287	55.0	81.7	213,977	38.3	132,243	23.7	212,020	38.0
강화군	27,830	12,869	46.2	14,961	53.8	86.0	8,657	31.1	6,165	22.2	13,008	46.7
옹진군	6,971	3,401	48.8	3,570	51.2	95.3	2,430	34.9	1,645	23.6	2,896	41.5
중구	28,033	12,792	45.6	15,241	54.4	83.0	9,855	35.2	6,895	24.6	11,283	40.2
동구	16,074	6,923	43.1	9,151	56.9	75.7	5,128	31.9	3,834	23.9	7,112	44.2
미추홀구	87,736	38,499	43.9	49,237	56.1	78.2	31,077	35.4	20,831	23.7	35,828	40.8
연수구	55,176	25,516	46.2	29,660	53.8	86.0	23,142	41.9	12,694	23.0	19,340	35.1
남동구	95,385	42,138	44.2	53,247	55.8	79.1	36,419	38.2	23,238	24.4	35,728	37.5
부평구	97,225	42,721	44.0	54,504	56.0	78.4	37,272	38.3	23,152	23.8	36,801	37.9
계양구	53,939	24,704	45.8	29,235	54.2	84.5	22,636	42.0	12,379	22.9	18,924	35.1
서구	89,871	41,390	46.0	48,481	54.0	85.4	37,361	41.6	21,410	23.8	31,100	34.6

자료 : 행정안전부, 「주민등록인구현황」

주 1) 성별 고령비중 = {성별 고령인구(65세 이상) ÷ 성별 인구} × 100

2) 성비 = {남자 고령인구(65세 이상) ÷ 여자 고령인구(65세 이상)} × 100

3) 연령대별 비중 = {고령 연령대별 인구 ÷ 65세 이상} × 100

❍ 인천광역시의 65세 이상 고령 장애인 인구는 84,090명으로 전체 장애인 인구의 절반 이상인 54.9%를 차지함. 성별로 나누어 살펴보면, 남성 고령 장애인이 52.6%(44,199명)으로 여성 고령 장애인 47.4%(39,891명)와 비교하여 5.2%p 높게 나타남. 연령별로 나누어 살펴보면, 75세 이상 고령 장애인 비중이 55.2%로 가장 높은 비중을 보임. 이는 고령과 장애가 중첩된 복합 취약계층의 비중이 높음을 보여주는 것으로 고령 장애인을 대상으로 한 지원정책의 확충이 필요할 것으로 사료됨

❍ 군·구별로 살펴보면 부평구(15,180명), 남동구(14,604명), 미추홀구(13,851명), 서구(13,441명)의 순으로 고령 장애인의 수가 많은 것으로 나타났으며, 전체 고령 장애인 중 75세 이상 후기고령 장애인의 비중이 대부분의 군·구에서 절반 이상으로 높게 나타남. 특히 강화군의 경우 75세 이상 후기고령 장애인의 비율이 64%로 상당히 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있음

〈표 4-6〉 인천광역시 군·구별 성 및 연령대별 고령 장애인 인구(2025.7)

(단위: 명, %)

	65세 이상	성별					연령대별					
		남자	고령 비중[1]	여자	고령 비중	성비[2]	65~69세	비중[3]	70~74세	비중	75세 이상	비중
인천	84,090	44,199	52.6	39,891	47.4	110.8	20,594	24.5	17,050	20.3	46,446	55.2
강화군	3,896	2,045	52.5	1,851	47.5	110.5	724	18.6	679	17.4	2,493	64.0
옹진군	1,051	565	53.8	486	46.2	116.3	247	23.5	209	19.9	595	56.6
중구	3,969	2,112	53.2	1,857	46.8	113.7	904	22.8	788	19.9	2,277	57.4
동구	3,058	1,601	52.4	1,457	47.6	109.9	638	20.9	590	19.3	1,830	59.8
미추홀구	13,851	7,380	53.3	6,471	46.7	114.0	3,062	22.1	2,736	19.8	8,053	58.1
연수구	7,374	3,877	52.6	3,497	47.4	110.9	1,864	25.3	1,482	20.1	4,028	54.6
남동구	14,604	7,565	51.8	7,039	48.2	107.5	3,529	24.2	3,096	21.2	7,979	54.6
부평구	15,180	7,833	51.6	7,347	48.4	106.6	3,845	25.3	3,078	20.3	8,257	54.4
계양구	7,666	4,067	53.1	3,599	46.9	113.0	2,048	26.7	1,531	20.0	4,087	53.3
서구	13,441	7,154	53.2	6,287	46.8	113.8	3,733	27.8	2,861	21.3	6,847	50.9

자료 : 인천데이터포털〉공공데이터〉장애인 연령 및 장애등록정도별 현황
주 1) 성별 고령비중 = {성별 고령인구(65세 이상) ÷ 성별 인구} × 100
2) 성비 = {남자 고령인구(65세 이상) ÷ 여자 고령인구(65세 이상)} × 100
3) 연령대별 비중 = {고령 연령대별 인구 ÷ 65세 이상} × 100

2) 고령가구

❍ 인천광역시 고령자 가구는 2010년 11만 9,260가구(전체 가구의 12.6%)에서 2025년 31만 7,148가구(24.9%)로 두 배 이상 증가하여 2040년에는 60만 8,295가구(41.5%), 2052년에는 71만 3,194가구(49.2%)에 달해 전체 가구의 절반 수준을 차지할 것으로 예상됨

❍ 가구 유형별로는 전 기간에 걸쳐 '1인 가구' 비중이 가장 높으며, 2052년에는 1인 고령자 가구가 42.6%로 전체 고령자 가구의 상당 부분을 차지할 것으로 전망됨. '부부 가구' 비중은 2010년 30.2%에서 2030년 34.6%로 소폭 상승 후 2052년 33.6%로 완만히 감소할 것으로 보임

❍ 반면, '부부+미혼자녀' 가구와 '부(모)+미혼자녀' 가구 비중은 지속적으로 감소하는 추세임. '부부+미혼자녀' 가구는 2010년 12.0%에서 2052년 7.6%로, '부(모)+미혼자녀' 가구는 2010년 6.4%에서 2052년 6.2%로 낮은 수준을 유지할 것으로 예상됨

○ 이러한 변화는 인천광역시 고령자의 생활양식이 가족 동거 중심에서 1인 가구 중심으로 재편되고 있음을 보여주며, 향후 의료·돌봄 정책에서 1인 가구 고령자의 안전망 강화와 주거·돌봄 연계 서비스 확대가 중요한 과제가 될 것이라는 점을 나타내는 주요한 지표라 할 수 있음

〈표 4-7〉 인천광역시 고령자 가구 추이(2010~2052)

(단위: 가구, %)

	총가구	고령자 가구1)	비중	고령자 가구 유형 및 구성비									
				부부	구성비	부부+미혼자녀	구성비	부(모)+미혼자녀	구성비	1인 가구	구성비	기타2)	구성비
2010	946,893	119,260	12.6	35,959	30.2	14,273	12.0	7,674	6.4	36,519	30.6	24,835	20.8
2020	1,138,257	218,343	19.2	72,376	33.1	24,400	11.2	14,120	6.5	73,721	33.8	33,726	15.4
2025	1,271,962	317,148	24.9	107,441	33.9	33,665	10.6	20,151	6.4	116,652	36.8	39,239	12.4
2030	1,368,025	421,234	31.0	145,747	34.6	41,609	9.9	26,133	6.2	161,686	38.4	46,059	10.9
2040	1,467,087	608,295	41.5	212,616	35.0	52,504	8.6	37,751	6.2	244,572	40.2	60,852	10.0
2052	1,450,146	713,194	49.2	239,951	33.6	54,077	7.6	44,441	6.2	303,491	42.6	71,234	10.0

자료 : 통계청, 「장래가구추계」
주 1) 가구주의 연령이 65세 이상인 가구
2) 기타 : 비친족 가구 + 기타

○ 한편, 2024년 인천광역시 고령자 가구는 30만 3,466가구로 전체 가구의 23.9%를 차지함. 가구 유형별로는 '1인 가구'가 37.0%로 가장 많고, '부부 가구'가 32.8%, '부부+미혼자녀' 가구(11.0%), '부(모)+미혼자녀' 가구(6.5%), 비친족 가구(1.4%)의 순을 보임

○ 군·구별로는 강화군(49.9%)과 옹진군(38.6%), 동구(36.4%)의 고령자 가구 비중이 높음. 특히 강화군은 전체 가구의 절반이 고령자 가구이며, 1인 가구 비중도 34.7%에 달함. 옹진군은 고령자 가구 중 1인 가구 비중이 43.1%로 가장 높게 나타남. 이외에도 대부분 지역에서 1인 가구 비중이 30% 이상의 비율을 보이며, 옹진군 이외에도 동구(40.8%), 중구(40.2%)에서 1인 고령자 비율이 높은 것으로 나타남

〈표 4-8〉 인천광역시 군구별 고령자 가구 (2024)

(단위: 가구, %)

	총가구	고령자 가구	비중1)	고령자 가구 유형 및 구성비2)									
				부부	구성비	부부+미혼자녀	구성비	부(모)+미혼자녀	구성비	1인 가구	구성비	비친족 가구	구성비
인천	1,268,133	303,466	23.9	99,568	32.8	33,388	11.0	19,800	6.5	112,189	37.0	4,257	1.4
강화군	29,769	14,860	49.9	5,895	39.7	823	5.5	507	3.4	5,153	34.7	212	1.4
옹진군	9,883	3,810	38.6	1,267	33.3	162	4.3	63	1.7	1,643	43.1	123	3.2
중구	75,263	14,772	19.6	4,751	32.2	1,154	7.8	838	5.7	5,944	40.2	362	2.5
동구	25,719	9,352	36.4	2,824	30.2	918	9.8	631	6.7	3,820	40.8	125	1.3
미추홀구	184,785	48,756	26.4	14,992	30.7	5,075	10.4	3,569	7.3	18,891	38.7	774	1.6
연수구	153,239	28,679	18.7	10,719	37.4	3,835	13.4	1,589	5.5	8,949	31.2	298	1.0
남동구	209,333	53,618	25.6	16,953	31.6	5,672	10.6	3,522	6.6	20,997	39.2	709	1.3
부평구	210,282	54,338	25.8	16,863	31.0	6,525	12.0	4,104	7.6	20,219	37.2	731	1.3
계양구	118,278	29,439	24.9	9,396	31.9	3,688	12.5	2,045	6.9	10,819	36.8	364	1.2
서구	251,582	45,842	18.2	15,908	34.7	5,536	12.1	2,922	6.4	15,754	34.4	559	1.2

자료 : 통계청, 「인구총조사」

주 1) 고령자 가구비중 = {고령자 가구(65세 이상) ÷ 총가구} × 100

2) 고령자 가구 구성비 = {고령자 가구 유형(65세 이상) ÷ 고령자 가구(65세 이상)} × 100

2. 고령자 생활환경 및 건강 현황

❍ 2024년 인천광역시 고령자 가구 30만 3,466가구 중 96.0%인 29만 1,463가구가 주택에 거주하며, 주택 유형별로는 아파트 거주 비중이 54.2%(16만 3,947가구)로 가장 높음. 이어 연립·다세대주택 21.0%(6만 3,556가구), 단독주택 19.7%(5만 9,839가구) 순으로 나타났으며, 주택 이외의 거처(비거주용 건물, 기타)는 4.0%(1만 9,130가구)의 비율을 보임

❍ 연령대별로는 65~69세 가구의 아파트 거주 비중이 57.1%로 가장 높으며, 80세 이상 가구에서는 단독주택(24.4%)과 연립·다세대주택(22.3%) 거주 비중이 상대적으로 높게 나타남. 1인 고령자 가구의 94.8%가 주택에 거주하며, 1인 가구의 아파트 거주 비중은 44.7%, 단독주택 22.5%, 연립·다세대 27.0%로 전체 고령자 가구보다 아파트 거주 비율이 낮고 연립·다세대 비율이 높은 것이 특징임

〈표 4-9〉 인천광역시 고령자 가구의 거처 유형(2024)

(단위: 가구)

	전체	주택	단독주택	아파트	연립·다세대	비거주용	주택이외의 거처
고령자 가구	303,466	291,463	59,839	163,947	63,556	4,121	19,130
남자	184,000	176,475	37,626	102,654	33,323	2,872	11,736
여자	119,466	114,988	22,213	61,293	30,233	1,249	7,394
65~69세	118,108	112,494	19,717	67,454	23,865	1,458	9,019
70~79세	125,106	120,568	25,451	67,087	26,256	1,774	7,170
80세이상	60,252	58,401	14,671	29,406	13,435	889	2,941
고령자 1인 가구	112,189	106,392	25,222	50,182	29,738	2,908	26,830
남자	36,939	33,989	10,510	13,072	9,896	973	8,923
여자	75,250	72,403	14,712	37,110	19,842	1,935	17,907
65~69세	38,335	35,688	8,535	16,404	10,256	994	9,262
70~79세	45,162	43,006	9,963	20,489	12,091	1,147	10,944
80세이상	28,692	27,698	6,724	13,289	7,391	767	6,624

자료 : 통계청, 「인구총조사」

주 1) 거처의 종류별로 살고 있는 일반가구를 대상으로 집계
2) 고령자 가구에서 연령은 가구주를 기준으로 함
3) 개인정보 보호와 자료 노출 위험성을 최소화하기 위하여 5미만 자료는 x로 표기함

❍ 군·구별로는 연수구(82.5%), 남동구(63.5%), 부평구(58.8%), 서구(61.9%) 등 대부분 지역에서 아파트 거주 비중이 높음. 반면, 강화군(82.1%)과 옹진군(91.7%)은 단독주택 거주 비중이 압도적으로 높음을 알 수 있음

❍ 연립·다세대주택 비중은 미추홀구가 29.7%로 가장 높게 나타나며, 남동구, 부평구, 서구 모두 23.0%로 상대적으로 높은 비율을 보임. 비거주용 건물 거주의 비중은 전체적으로 낮으나 다른 군·구와 비교하여 미추홀구(1,195가구), 부평구(680가구)에서 비교적 높은 것으로 드러남

〈표 4-10〉 인천광역시 군·구별 고령자 가구의 거처 유형(2024)

(단위: 가구)

	전체	주택					주택이외의 거처
			단독주택	아파트	연립·다세대	비거주용	
인천	303,466	291,463	59,839	163,947	63,556	4,121	19,130
강화군	14,860	14,163	11,622	723	1,536	282	697
옹진군	3,810	3,659	3,356	0	219	81	151
중구	14,772	13,781	3,979	6,708	2,809	285	1,415
동구	9,352	9,127	2,535	5,358	1,116	118	295
미추홀구	48,756	46,025	10,783	20,395	13,652	1,195	4,367
연수구	28,679	27,845	2,876	22,969	1,852	148	1,549
남동구	53,618	51,724	6,392	32,832	11,917	583	3,118
부평구	54,338	51,731	8,758	30,420	11,873	680	4,650
계양구	29,439	28,826	3,261	16,938	8,328	299	915
서구	45,842	44,582	6,277	27,601	10,254	450	1,960

자료 : 통계청, 「인구총조사」

주 1) 거처의 종류별로 살고 있는 일반가구를 대상으로 집계

2) 개인정보 보호와 자료 노출 위험성을 최소화하기 위하여 5미만 자료는 x로 표기함

○ 한편, 인천광역시 고령자 건강 현황을 전국과 비교해 보면, 우울감 경험률은 6.4%로 17개 시·도 가운데 중간 수준에 해당하지만, 저작 불편 호소율은 28.9%로 경북(31.3%), 전남(31.0%), 울산(30.0%)에 이어 네 번째로 높은 것으로 나타났음. 이것은 고령자 3명 중 1명 이상이 음식 저작에 어려움을 겪고 있다는 의미로 구강 건강관리, 치과 진료 접근성 확대, 의치·임플란트 지원 강화 등 정책적 대응이 필요함을 보여주는 지표라 할 수 있음. 연간 보건기관 이용률은 15.6%로 전국 평균(19.2%)보다 낮으며, 이는 대전(9.4%), 광주(12.8%)에 이어 세 번째로 낮은 수준임

〈표 4-11〉 인천광역시 고령자 건강현황(2024)

(단위: %)

	우울감 경험률	저작불편호소율	(연간)보건기관 이용률
서울특별시	7.3	21.7	15.1
부산광역시	6.3	27.2	17.1
대구광역시	5.4	25.4	15.3
인천광역시	6.4	28.9	15.6
광주광역시	5.0	28.1	12.8

	우울감 경험률	저작불편호소율	(연간)보건기관 이용률
대전광역시	5.9	23.2	9.4
울산광역시	7.2	30.0	20.8
세종특별자치시	7.4	28.4	21.1
경기도	6.9	26.1	16.0
강원특별자치도	6.3	28.1	25.5
충청북도	6.5	27.2	20.5
충청남도	7.6	28.4	24.6
전북특별자치도	6.1	29.9	24.2
전라남도	5.0	31.0	28.5
경상북도	6.8	31.3	20.4
경상남도	5.6	27.7	23.6
제주특별자치도	4.9	21.4	26.0

자료 : 질병관리청.「2024년 지역건강통계 한눈에 보기」
주 : 표준화율 적용

❍ 인천광역시 군·구별 고령자 건강지표를 비교해보면, 지역별로 우울감, 자살 생각, 저작불편, 보건기관 이용률 등에서 뚜렷한 차이를 보임. 먼저 고령자의 우울감 경험률은 중구(14.0%), 남동구(11.7%), 강화군(9.8%)이 상대적으로 높게 나타났으며, 연수구(3.7%)와 부평구(7.2%)가 낮은 비율을 보임. 자살 생각률은 부평구(16.7%), 미추홀구와 남동구(15.4%)가 높은 수준을 보이며, 특히 부평구와 미추홀구는 인구밀도가 높고 고령층 비중이 높음에도 불구하고, 정신건강 위험 요인이 뚜렷하게 나타나 지역사회 내 심리·정서적 지원체계 강화의 필요성이 요구됨. 반면, 연수구(5.4%)는 비교적 낮은 수준을 보임

❍ 저작불편호소율은 동구(34.9%), 옹진군(34.1%), 부평구(33.2%) 순으로 높게 나타났음. 연간 보건기관 이용률은 옹진군(77.0%), 강화군(48.6%)이 압도적으로 높아, 섬·농촌지역의 의료자원이 보건기관에 집중되어 있음을 보여줌. 반면 미추홀구(11.0%), 부평구(17.1%) 등은 이용률이 낮아, 향후 의료 접근성 향상과 정기검진·예방의료 참여 확대를 위한 노력이 요구됨

〈표 4-12〉 인천광역시 군구별 고령자 건강현황(2024)

(단위: %)

	우울감 경험률				자살 생각률				저작불편호소율			(연간)보건기관 이용률			
	전체	65세 이상			전체	65세 이상			65세 이상			전체	65세 이상		
		계	남성	여성		계	남성	여성	계	남성	여성		계	남성	여성
강화군	9.4	9.8	6.7	12.5	10.3	10.8	5.6	15.5	26.6	24.9	28.1	37.3	48.6	47.9	49.3
옹진군	6.9	7.4	7.0	7.7	6.8	10.3	7.6	12.8	34.1	32.4	35.7	65.6	77.0	74.4	79.6
중구	8.9	14.0	12.8	15.1	8.2	13.0	13.2	12.8	27.3	24.5	29.6	18.1	29.7	25.3	33.4
동구	7.6	10.6	7.4	13.1	7.8	12.0	6.0	16.8	34.9	34.7	35.1	19.0	26.3	19.7	31.5
미추홀구	7.2	9.8	8.4	10.8	9.5	15.4	11.7	18.3	30.3	30.0	30.5	14.1	11.0	8.8	12.7
연수구	6.0	3.7	1.2	5.9	4.9	5.4	3.8	6.9	26.3	26.8	25.9	14.7	22.9	25.1	20.9
남동구	8.8	11.7	8.9	14.1	11.2	15.4	11.1	19.0	29.4	35.5	24.2	15.1	23.8	18.2	28.6
부평구	5.7	7.2	5.0	9.2	11.1	16.7	14.6	18.5	33.2	38.2	28.8	14.2	17.1	14.2	19.8
계양구	6.1	6.0	4.0	7.6	7.9	12.8	9.2	15.8	31.7	29.6	33.5	18.6	28.2	21.3	34.0
서구	6.0	9.5	6.4	12.4	8.4	11.0	8.9	13.0	28.8	25.3	31.9	14.1	20.7	12.5	28.2

자료 : 질병관리청.「2024년 지역건강통계 한눈에 보기」
주 : 표준화율 적용

❍ 한편, 2024년 인천광역시 장기요양급여 수급자는 총 6만 4,290명으로, 4등급과 3등급 비중이 가장 높은 것으로 나타남. 이는 인천의 장기요양 수요가 주로 중등도 수준의 노인에게 집중되어 있으며, 시설 중심보다는 재가요양 서비스에 대한 수요가 높을 것이라는 점을 보여줌. 그렇기에 단순한 의료적 관리 지원에 그치지 않고, 정신건강 관리·사회적 교류·여가활동 지원 등 종합적이고 다차원적인 돌봄 서비스 체계의 구축과 확충이 요구됨

❍ 군·구별로는 남동구(11,681명), 부평구(11,327명), 서구(10,367명), 미추홀구(10,045명)가 각각 1만 명 이상으로, 인천광역시 전체 수급자의 상당수를 차지함. 이들 지역은 인구 규모가 크고 고령화 속도가 빠르며, 특히 4등급 비중이 절반을 넘는다는 점에서 경증 대상자 중심의 재가서비스, 예방적 건강관리 프로그램, 단기·주야간 보호시설 확충이 요구됨을 알 수 있음. 반면, 강화군(3,164명)과 옹진군(536명)은 수급자 수의 절대 규모는 적지만, 중증 수급자의 비중이 상대적으로 높게 나타남. 옹진군은 1·2등급의 수급자 수가 113명으로 전체 수급자 536명 중 약 20% 이상의 비율을 보임

〈표 4-13〉 인천광역시 군구별 장기요양급여 수급자 현황(2024)

(단위: 명)

	전체	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
인천	64,290	3,464	7,403	21,614	32,262	5,522	518
강화군	3,164	137	328	985	1,749	255	23
옹진군	536	34	79	207	237	27	3
중구	3,177	171	403	1124	1579	182	18
동구	2,084	92	270	716	1066	146	7
미추홀구	10,045	532	1,107	3,349	4,986	942	104
연수구	5,633	315	694	1,782	2,768	560	40
남동구	11,681	614	1,313	3,756	6,095	975	103
부평구	11,327	597	1,294	3,852	5,775	906	87
계양구	6,276	384	739	2,265	2,955	540	60
서구	10,367	588	1,176	3,578	5,052	989	73

자료 : 국민건강보험공단, 「2024년 노인장기요양보험통계」
주. '계'의 급여이용수급자수는 집계 기간 내 지역별, 급여종류별, 인정등급별 중복을 배제한 수임

○ 서비스 유형별로 살펴보면, 방문요양(36,658명)이 가장 많은 것으로 나타났으며, 특히 4등급 수급자의 절반 이상이 방문요양 서비스(21,445명)를 받고 있는 것으로 드러남. 방문요양 다음으로 복지용구 이용자(35,402명)도 전체의 절반 이상에 달해, 신체활동 제약에 대응하는 보조기기의 활용도가 높음을 보여줌

○ 방문간호(1,968명) 수급자는 다른 서비스 유형에 비해 규모가 상대적으로 적지만, 세부적으로 보면 1등급(189명), 2등급(270명), 3등급(645명) 등 중증 및 고위험 수급자에서의 이용 비중이 높음. 이는 일상생활 전반에 걸친 기본 돌봄뿐 아니라, 만성질환 관리·투약·건강 모니터링 등 전문적 의료 서비스에 대한 수요가 높다는 점을 보여줌. 따라서 지역사회 내에서 전문 방문간호 인력의 확충과 지속적인 의료·돌봄 접근성 강화 전략이 필요할 것으로 사료됨

〈표 4-14〉 인천광역시 장기요양등급별 급여 현황(2024)

(단위: 명)

	전체	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
전체	64,290	3,464	7,403	21,614	32,262	5,522	518
방문요양	36,658	922	2,809	11,524	21,445	2,687	1
방문목욕	6,437	249	716	2,335	3,261	316	0
방문간호	1,968	189	270	645	917	91	0

	전체	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
주야간보호	9,499	30	256	2,375	4,969	2,390	422
단기보호	104	5	10	41	43	7	1
복지용구	35,402	1,317	3,258	11,658	18,778	2,436	170
노인 요양시설	19,189	2,026	3,935	7,913	6,967	415	0
노인요양공동 생활가정	960	131	213	391	323	14	0
통합재가 서비스	72	0	0	18	45	10	0

자료 : 국민건강보험공단, 「2024년 노인장기요양보험통계」
주 : 전체의 급여이용수급자수는 집계 기간 내 지역별, 급여종류별, 인정등급별 중복을 배제한 수임

❍ 2023년 기준 인천광역시 치매상병자는 총 47,995명으로, 군·구별로는 미추홀구(8,224명), 남동구(8,147명), 부평구(8,080명) 순으로 높게 나타남. 반면 옹진군은 480명으로 치매상병자수의 규모는 가장 적은 것으로 나타났으나 이는 인천광역시 전체에서 옹진군이 차지하는 인구 규모가 상대적으로 적다는 점이 반영된 결과이기도 함. 강화군의 경우 치매상병자수가 2,807명으로 옹진군과 비교할 때 인구 규모가 더 크고 고령인구 비중도 높아 치매 유병자의 절대 규모가 상대적으로 크게 나타난 것으로 볼 수 있음

〈표 4-15〉 인천광역시 군구별 치매상병자수 현황(2023)

(단위 : 명)

	전체	성별		연령	
		남	여	65세 미만	65세 이상
인천	47,995	14,002	33,993	4,297	43,698
강화군	2,807	882	1,925	109	2,698
옹진군	480	130	350	28	452
중구	2,321	699	1,622	171	2,150
동구	1,634	490	1,144	104	1,530
미추홀구	8,224	2,406	5,818	707	7,517
연수구	4,173	1,160	3,013	379	3,794
남동구	8,147	2,377	5,770	758	7,389
부평구	8,080	2,321	5,759	821	7,259
계양구	4,516	1,296	3,220	484	4,032
서구	7,613	2,241	5,372	736	6,877

자료 : 보건복지부 외, 「대한민국 치매현황 2024」

제2절 고령자 돌봄정책 현황

1. 법제도 추진 기반

1) 중앙정부

❍ 보건복지부는 지역사회 돌봄체계 강화를 위해 2023년 1월 노인 정책관 산하에 전담 조직인 '통합돌봄추진단'을 신설하고, 같은 해 7월부터 노인 중심의 의료·돌봄통합 지원 시범사업을 본격 추진하였음. 이후 조직 명칭을 '의료·요양·돌봄통합 지원단'으로 개편하여 2025년 현재에 이르고 있으며, 이는 「돌봄통합지원법」의 제도적 기반 마련을 위한 핵심 추진체로 기능하고 있음(보건복지부, 2025a)

❍ 통합지원단의 주요 역할은 시·군·구 단위에서 의료, 요양, 돌봄 서비스를 하나의 체계로 통합하여, 돌봄이 필요한 주민이 익숙한 생활공간에서 건강한 일상을 유지할 수 있도록 지원하는 데 있음. 이를 위해 시범사업 효과성 검증 및 모형 개발, 본 사업 시행을 위한 제도·운영 준비 점검, 전문기관·서비스 제공기관·지방자치단체와의 협업체계 구축, 통합 전담조직 운영과 판정체계 적용, 서비스 연계 및 모니터링 지원 등의 기능을 수행하고 있음(보건복지부, 2025b)

❍ 이에 더해 보건복지부는 2025년 8월 기준으로 체계적이고 지속적인 추진을 위해 장관을 단장으로 하고, 제1차관 및 관계 실·국장이 참여하는 '의료·요양 통합돌봄 추진본부'를 구성하였음. 이는 2024년 12월 출범한 '의료·요양·돌봄통합 지원추진단'을 확대·개편한 것으로, 노인과 장애인 등 대상자별 통합돌봄 지원체계를 마련하고 보건의료를 포괄하는 돌봄 인프라 확충을 주도하는 상위 추진 구조라는 점에서 의의가 있음(보건복지부, 2025c)

❍ 한편, 현행 고령자 돌봄 제도는 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」, 「치매관리법」 등 개별 영역별 법률에 따라 서비스 제공의 기준과 절차를 규정하고 있으며, 이는 지역 차원의 돌봄통합체계 설계에도 중요한 준거가 됨. 이에 본 절에서는 인천형 의료·돌봄통합 모델 개발의 제도적 기반을 형성하는 핵심 법률인 「노인복지법」, 「치매관리법」, 「노인장기요양보험법」의 주요 조항과 정책적 시사점을 살펴보고자 함

❍ 먼저 「노인복지법」은 노인의 복지 증진과 삶의 질 향상을 국가와 지방자치단체의 기본 책무로 규정하고 있으며(제4조), 이를 실현하기 위해 노인복지시설의 종류를 규정하고(제31조), 각 시설별 설치·운영 및 종사자 배치 기준 등을 명시하고 있음. 아울러 재가복지서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호 등)의 제공 근거를 마련하고(제38조), 노인 학대 예방 및 피해 노인 보호를 위해 노인보호전문기관 설치, 신고 절차, 조사 및 응급조치 절차를 규정하고 있음(제39조의5~제39조의7). 또한 고령친화도시 조성과 지역사회 기반의 노인 지원체계 구축을 위해 노력할 것을 명시하였음(제4조의3). 이러한 규정은 인천광역시가 의료·돌봄통합 모델을 설계할 때, 시설·인력 기준과 서비스 유형을 설정하고, 이를 토대로 지역 여건에 부합하는 서비스 전달 및 관리 체계를 구체화하는 데 필요한 제도적 기반이 될 것임

❍ 「치매관리법」은 국가와 지방자치단체가 치매의 예방·조기검진·치료 및 관리를 종합적으로 추진할 책무를 규정하고(제3조), 이를 위해 5년마다 치매관리종합계획을 수립·시행하며(제6조), 국가치매관리위원회를 통해 계획의 심의·평가체계를 마련하도록 하고 있음(제7조~제9조). 또한 중앙·광역·치매안심센터·치매상담전화센터 등 관리 전달체계를 규정하고 있으며(제16조, 제16조의2, 제17조, 제17조의2), 특히 시·군·구 보건소에 치매안심센터를 설치하여 상담·조기검진, 등록·관리, 예방·교육, 단기쉼터 운영, 가족지원 등의 지역 기반 지원을 수행하도록 하였음(제17조). 아울러 치매 가족지원에 대한 근거를 두었으며(제12조의2), 치매연구사업·치매등록통계사업·치매정보시스템 구축·역학·실태조사 등으로 정책의 지속성과 전문성을 확보하도록 함(제10조, 제13조, 제13조의2, 제14조, 제14조의2). 이러한 규정은 지역별 치매 유병 현황을 반영한 서비스 공급 규모 산정과 치매안심센터를 축으로 한 예방·관리·돌봄 연계체계 설계의 법적 기반이 됨

❍ 「노인장기요양보험법」은 고령 또는 노인성 질환 등으로 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인등에게 장기요양급여를 제공하여 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 함(제1조). 급여 유형은 재가급여·시설급여·특별현금급여로 구분하고 있으며(제23조), 장기요양기관의 지정·의무 등 운영기준을 규정하며(제31조~제37조), 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등은 대통령령에 위임하고 있음(제23조제2항)

❍ 이와 같은 법적 체계는 인천형 의료·돌봄통합 모델 설계 시 재가와 시설 간 서비스가 단절 없이 연속 제공되도록 전달구조를 마련하는 데 필수적인 제도적 기반이 된다는

점에서 그 의미가 있음. 특히 등급판정 및 이용 절차(제15조 및 제18조, 제27조), 급여 유형(제23조), 기관 운영 기준(제31조 및 제37조)이 법령으로 표준화되어 있어, 대상자의 상태 변화나 돌봄 수요에 따라 재가와 시설 간 전환·연계가 원활하도록 프로세스와 책임 주체를 명확히 설정할 수 있을 것임

2) 인천광역시

❍ 인천광역시는 현재까지 돌봄통합 관련 전담부서나 돌봄통합추진단이 구성되지는 않았으나, 2026년 3월부터 시행될 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」에 대응하여 「인천광역시 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 조례」를 제정함으로써 향후 제도적 기반을 마련하였다는 점에서 그 의미가 있음. 이는 인천광역시가 지역 차원의 돌봄통합체계 구축을 위한 준비 단계에 진입했음을 보여주며, 법 시행에 맞추어 구체적 실행체계를 설계하기 위한 제도적 출발점으로서 의미가 있음

❍ 본 조례는 대상자의 의료·요양 필요 정도를 체계적으로 파악하고, 그 결과에 따라 적절한 서비스로 연계할 수 있는 통합지원체계를 마련하는 데 목적이 있음. 이를 통해 요양병원·요양시설·지역사회 돌봄 서비스 간 연속성과 연계성을 확보하고, 대상자의 개별적 특성과 욕구에 부합하는 맞춤형 지원을 제공할 수 있는 법적 근거를 규정하였음. 이로써 인천광역시는 고령화와 만성질환 증가로 인한 복합적·다층적 돌봄 수요에 능동적으로 대응할 수 있는 제도적 기반을 갖추게 되었으며, 이는 조례 제정의 중요한 의의라 할 수 있음

❍ 한편 인천광역시 노인복지관련 주요 조례인「인천광역시 고령친화도시 구현을 위한 노인복지 지원 기본조례」를 살펴보면, 동 조례는 고령사회에 대응하여 노인이 건강하고 안전하며 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 고령친화도시 조성과 노인복지 지원의 기본사항을 규정하고 있음(제1조). 특히 동 조례는 ▲중·장기 기본계획 및 연도별 시행계획 수립을 의무화하고(제5조, 제6조), ▲다분야(보건·복지·주거·이동 등) 정책을 통합적으로 추진할 수 있는 근거를 두며(제5조, 제9조), ▲정책 심의·조정·평가를 위한 거버넌스를 갖추도록 규정함(제35조, 제36조). 이러한 규정은 의료·돌봄통합 체계에서 건강관리 및 예방서비스 영역을 구체화할 수 있는 제도적 기반을 제공하며, 특히 보건소·의료기관·복지기관 간의 연계구조를 설계하는 데 활용 가능하다는 점에서 의미가 있음

○ 「인천광역시 재가노인지원서비스 제공 및 지원에 관한 조례」는 재가 상태의 노인이 건강하고 안정된 노후생활을 영위할 수 있도록 필요한 재가노인지원서비스의 제공 및 지원에 관한 사항을 규정함(제1조). 지원 대상의 정의(제2조), 시장의 책무(제3조), 기본계획 수립 및 내용(제4조), 서비스 이용대상 및 우선순위(제5조), 서비스의 구체적 내용(제6조), 비용 지원(제7조), 시설 평가(제8조) 등을 규정하고 있으며, 이를 통해 재가노인에 대한 복지서비스 제공과 관계 기관 간의 연계·협력체계 구축을 도모함. 이와 같은 제도적 장치는 지역사회 거주 노인에 대한 통합적 지원 기반을 마련하는 것으로, 인천형 의료·돌봄통합 모델에서 재가서비스의 범위와 내용, 제공 절차를 설계하는 데 직접적인 근거가 될 수 있을 것임

○ 한편「인천광역시 노인건강 증진을 위한 조례」는 「저출산·고령사회기본법」에 따라 노인이 건강하고 즐거운 삶을 누릴 수 있도록 하는데 필요한 사항을 규정함으로써 인구고령화에 효율적으로 대응하고 살기 좋은 지역사회 건설에 이바지하는 것을 목적으로 함(제1조). 노인의 정의(제2조), 시장의 책무(제3조), 노인건강증진 시행계획의 수립·시행과 포함사항(제4조), 노인건강 증진사업의 종류(제5조) 등을 규정하고 있음. 이러한 규정은 의료·돌봄통합 체계에서 건강관리 및 예방서비스 영역을 구체화할 수 있는 제도적 기반을 제공하며, 특히 보건소·의료기관·복지기관 간의 연계 구조를 설계하는 데 활용 가능하다는 점에서 의미가 있음

2. 의료·복지서비스 및 시설 현황

1) 의료서비스

○ 인천광역시는 지역 내 필수의료서비스의 안정적 제공과 공공의료 접근성 강화를 위해 권역의료기관과 지역책임의료기관을 지정·운영하고 있음. 2025년 8월 기준 현황을 살펴보면, 권역의료기관으로는 가천대길병원이 지정되어 있으며, 이를 중심으로 4개 진료권별 지역책임의료기관이 배치되어 있음

○ 세부적으로는 ▲인천서북 진료권(서구·강화군)은 나은병원, ▲인천동북 진료권(부평구·계양구)은 인천세종병원, ▲인천중부 진료권(중구·미추홀구·동구·옹진군)은 인천광

역시의료원, ▲인천남부 진료권(연수구·남동구)은 인천적십자병원이 각각 지역 책임의료기관으로 지정되어 권역 단위의 의료안전망 역할을 수행하고 있음

〈표 4-16〉 권역 및 지역책임의료기관 현황(2025.8)

권역의료기관	진료권	지역책임의료기관
가천대길병원	인천서북 (서구·강화군)	나은병원
	인천동북 (부평구·계양구)	인천세종병원
	인천중부 (중구·미추홀구·동구·옹진군)	인천광역시의료원
	인천남부 (연수구·남동구)	인천적십자병원

자료 : 공공의료연계망 홈페이지(검색일자 2025년 9월 3일자)

❍ 인천광역시 공공의료 기관은 2024년 12월 말 기준 종합병원 3개, 병원 3개, 요양병원 2개로 총 8개 기관으로 분류되며, 중구, 남동구 그리고 강화군에 공공의료기관이 없는 것으로 나타남

〈표 4-17〉 인천광역시 공공의료 기관 현황(2024)

(단위 : %)

	인천의료원	복지공단	인천적십자	백령병원	보훈병원	경인권역 재활	시립노인 치매	제2시립 노인치매
요양종별	종합병원	종합병원	종합병원	병원	병원	병원	요양병원	요양병원
개설	85.06	14.12	85.05	01.09	18.08	10.10	02.07	09.09
근거법령	1	2	3	1	4	3, 5	6	6
설립구분	공립	공립	공립	공립	특수법인	공립	공립	공립
소관부처	인천광역시	고용노동부	대한적십자사	인천광역시	국가보훈부	대한적십자사	인천광역시	인천광역시
군구	동구	부평구	연수구	옹진군	미추홀구	연수구	서구	계양구
허가병상수	315	285	122	30	137	120	137	184

자료: 보건복지부, 2024년 전국공공의료 현황

주 1) 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 2) 산업재해보상보험법 3) 대한적십자사 조직법 4) 한국모훈복지의료공단법 5) 장애인복지법 6) 인천광역시립노인치매요양병원 설치 및 운영조례

❍ 인천광역시 전체 의료기관 중 공공의료기관이 차지하는 비중은 2021년 3.8%에서 2022년 3.6%로 다소 감소하였다가, 2023년에는 3.7%로 소폭 증가한 것으로 나타났음. 이는 인천광역시의 공공의료 기반이 여전히 낮은 수준에 머물러 있음을 보여주는 수치라 하겠음

❍ 군·구별로 살펴보면, 동구와 옹진군의 공공의료기관 비중이 각각 50.0%, 100.0%로 다른 지역에 비해 월등히 높은 수준을 유지하고 있으며, 이는 전체 의료기관 수 자체가 적은 상황에서 공공의료기관 의존도가 절대적으로 크다는 점을 의미하는 것임. 반면에 중구, 남동구, 강화군은 3년 동안 공공의료기관 비중이 0.0%로 나타나, 해당 지역 주민들은 민간 의료기관 중심의 의료를 이용하고 있다는 점을 알 수 있음

❍ 또한 연수구와 계양구, 서구의 공공의료기관 비중은 2023년 기준 각각 18.2%, 5.9%, 4.0%로 2021년, 2022년과 비교하였을 때 그 비중이 증가하였음. 특히 연수구는 2022년 11.1%에서 2023년 18.2%로 큰 폭의 상승을 보여, 지역 내 공공의료기관 확충이 개선된 것으로 판단됨. 반면 부평구는 2021년 3.3%에서 2023년 2.3%로 공공의료기관 비중이 감소하였음이 드러남

〈표 4-18〉 인천광역시 군·구별 공공의료 기관 수 비중(2021,2022,2023)

(단위 : %)

	2021	2022	2023
인천	3.8	3.6	3.7
강화군	0.0	0.0	0.0
옹진군	100.0	100.0	100.0
중구	0.0	0.0	0.0
동구	50.0	50.0	50.0
미추홀구	2.6	2.5	3.4
연수구	13.3	11.1	18.2
남동구	0.0	0.0	0.0
부평구	3.3	3.1	2.3
계양구	3.7	3.7	5.9
서구	2.9	2.7	4.0

자료 : 인천광역시 공공보건의료지원단, “인천광역시 공공보건의료 지표”
주. 전체의료기관 수 대비 공공의료기관 수 비중

❍ 인천광역시 전체 의료기관 병상 수 대비 공공의료기관 병상 수 비중은 2021년 4.3%, 2022년 4.2%, 2023년 4.3%로 최근 3년간 큰 변동 없이 낮은 수준을 유지하고 있음. 이는 인천광역시 전체 의료공급 구조에서 공공부문의 역할이 여전히 제한적임을 보여주는 것이라 할 수 있음

❍ 군·구별로 살펴보면, 옹진군(100.0%)과 동구(56.3%→60.2%→60.0%)는 공공의료 병상 비중이 압도적으로 높아, 민간 의료기관보다는 공공의료기관이 핵심적인 의료공급 기반을 담당하고 있음을 알 수 있음. 이는 옹진군과 동구의 경우 앞서 살펴본 바와 같이 공공의료기관 수 비중이 다른 지역에 비해 상당히 높아, 공공의료기관이 지역 의료이용을 사실상 전담하는 구조라는 점이 반영된 결과임. 반대로 중구, 남동구, 강화군은 2021년부터 2023년까지 공공의료 병상 비중이 0.0%로 나타나, 해당 지역 주민들은 민간 병상에 전적으로 의존하고 있음을 알 수 있으며, 이는 공공의료 자원의 지역 간 불균형을 단적으로 보여주는 수치라 하겠음

❍ 연수구는 2021년 16.9%에서 2023년 14.7%로 소폭 감소했으나 여전히 높은 수준을 유지하고 있으며, 부평구는 2021년 8.4%에서 2023년 9.0%로 증가하여 공공의료 기관 수 비중은 2023년 다소 감소하였으나 공공의료 병상 비중은 다소 증가하였음을 알 수 있음. 계양구 역시 2021년 3.6%에서 2023년 4.8%로 증가추세를 보여 공공의료 병상 비중이 점진적으로 증가하고 있음을 알 수 있음. 반면, 미추홀구(2.3%→2.3%→2.4%)와 서구(2.4%→2.3%→2.2%)는 최근 3년간 큰 변화 없이 낮은 수준에 머물러, 공공병상 확보가 정체되어 있는 상황이라는 점이 드러남

〈표 4-19〉 인천광역시 군구별 공공의료 병상수 비중(2021, 2022, 2023)

(단위 : %)

	2021	2022	2023
인천	4.3	4.2	4.3
강화군	0.0	0.0	0.0
옹진군	100.0	100.0	100.0
중구	0.0	0.0	0.0
동구	56.3	60.2	60.0
미추홀구	2.3	2.3	2.4

	2021	2022	2023
연수구	16.9	13.3	14.7
남동구	0.0	0.0	0.0
부평구	8.4	8.0	9.0
계양구	3.6	4.4	4.8
서구	2.4	2.3	2.2

자료 : 인천광역시 공공보건의료지원단, “인천광역시 공공보건의료 지표”
주 : 전체 의료기관 병상 수 대비 공공의료기관 병상수 비중

❍ 인천광역시 전체 인구 10만 명당 의료기관 의사 수는 2022년 109.6명에서 2023년 114.4명으로 증가하였음. 이는 민간의사 수의 확대(105.2명→109.8명)에 따른 결과이며, 공공의사 수는 같은 기간 4.4명에서 4.6명으로 소폭 증가하였음. 이를 통해 전체 의사 대비 공공의사 비중이 상당히 낮다는 점에서 인천광역시 의료공급 체계가 민간 중심으로 운영되고 있음을 알 수 있음

❍ 군·구별로 살펴보면, 중구는 인구 대비 의사 수가 2022년 304.7명, 2023년 305.7명으로 가장 높게 나타났으나, 전부 민간의사로 구성되어 있음. 이는 중구 내 공공의료기관이 부재하다는 점을 보여주며, 지역 내 의료자원의 양적 수준은 높으나 공공의료 접근성 측면에서는 한계가 존재함을 시사함. 반면 앞서 살펴본 바와 같이 동구와 옹진군의 경우 공공의료기관의 비중이 상당히 높다는 점에서 공공의사 비중이 압도적으로 높은 특징을 보임. 동구는 2023년 인구 10만 명당 전체 의사 112.6명 중 72.3명이 공공의사로, 공공의료 의존도가 매우 높은 것으로 나타남. 반면에 옹진군은 2022년과 2023년 모두 전체 의사가 공공의사(43.7명→44.2명)로만 구성되어 있어, 민간의료기관의 부재가 뚜렷하게 나타나고 있음을 알 수 있음

❍ 남동구(155.5명→165.5명), 부평구(123.5명→124.5명), 계양구(98.7명→111.3명), 서구(84.7명→88.3명) 등은 의사 수가 증가하는 추세를 보였으나, 공공의사 비중은 매우 낮거나 감소하여 민간 중심 구조가 강화되는 양상을 보임. 특히 서구는 인구 대비 의사 수가 꾸준히 증가했음에도 불구하고 공공의사는 2022년 0.7명에서 2023년 0.6명으로 줄어든 모습을 보임. 반대로 연수구와 강화군은 오히려 인구 대비 의사 수가 감소하였음. 연수구는 2022년 37.1명에서 2023년 35.9명으로, 강화군은 55.9명에서 52.2명으로 줄어들었음

〈표 4-20〉 인천광역시 군구별 인구 10만 명당 의료기관 의사현황(2022, 2023)

(단위 : 명/10만 명)

	2022			2023		
	의사 (전체)	공공의사	민간의사	의사 (전체)	공공의사	민간의사
인천	109.6	4.4	105.2	114.4	4.6	109.8
강화군	55.9	0.0	55.9	52.2	0.0	52.2
옹진군	43.7	43.7	0.0	44.2	44.2	0.0
중구	304.7	0.0	304.7	305.7	0.0	305.7
동구	100.0	66.1	33.9	112.6	72.3	40.4
미추홀구	88.7	4.4	84.2	97.5	5.2	92.4
연수구	37.1	6.5	30.6	35.9	6.1	29.8
남동구	155.5	0.0	155.5	165.5	0.0	165.5
부평구	123.5	6.1	117.4	124.5	6.5	118.0
계양구	98.7	1.7	96.9	111.3	1.8	109.5
서구	84.7	0.7	84.0	88.3	0.6	87.6

자료 : 인천광역시 공공보건의료지원단, “인천광역시 공공보건의료 지표”
주 : 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수

❍ 인천광역시의 인구 10만 명당 전체 간호사 수는 2022년 413.4명에서 2023년 438.7명으로 증가하였으며, 공공간호사는 23.3명에서 24.6명으로 소폭 늘어난 반면 민간간호사는 390.1명에서 414.2명으로 증가하였음. 이를 통해 전반적으로 인천광역시 간호 인력이 확대되는 추세임을 확인할 수 있음

❍ 군·구별로 살펴보면, 2023년 기준 중구(1,084.6명)와 동구(643.9명)가 인구 대비 간호사 수에서 가장 높은 수준을 보였으며, 특히 동구의 경우 공공간호사 비중이 422.0명으로 높아 공공부문 의존도가 두드러지게 나타남. 반면, 옹진군(24.5명)과 강화군(189.8명)은 간호 인력이 절대적으로 부족하여 지역 간 의료 인력의 격차가 매우 큰 것으로 드러남

❍ 또한 연수구(132.3명), 미추홀구(358.4명), 서구(356.4명) 등은 인천광역시 평균(438.7명)에 미치지 못하는 수준으로 간호 인력 부족 현상이 확인되었으며, 특히 연수구는 공공간호사(31.6명)와 민간간호사(100.7명)를 합해도 인천광역시 평균의 3분의 1 수준에 불과해 의료 인력 수급의 불균형이 두드러지게 나타남

○ 이는 인천광역시 내 간호 인력 분포가 지역별로 크게 차이를 보이며, 일부 지역에서는 공공부문 인력에 의존하거나 민간부문에 편중되는 등 격차가 뚜렷하게 나타나고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있음. 그렇기에 지역 간 간호 인력 수급의 불균등을 해소하고, 공공과 민간의 균형 있는 인력 배치를 위한 정책적 대응방안이 필요한 시점이라 하겠음

〈표 4-21〉 인천광역시 군·구별 인구 10만 명당 간호사 현황(2022, 2023)

(단위 : 명/10만 명)

	2022			2023		
	간호사 (전체)	공공간호사	민간간호사	간호사 (전체)	공공간호사	민간간호사
인천	413.4	23.3	390.1	438.7	24.6	414.2
강화군	161.9	0.0	161.9	189.8	0.0	189.8
옹진군	24.3	24.3	0.0	24.5	24.5	0.0
중구	1082.2	0.0	1082.2	1,084.6	0.0	1084.6
동구	630.5	420.4	210.2	643.9	422.0	221.9
미추홀구	306.2	25.6	280.5	358.4	27.6	330.8
연수구	127.8	25.9	101.9	132.3	31.6	100.7
남동구	587.9	0.0	587.9	623.3	0.0	623.3
부평구	423.6	39.3	384.4	441.6	40.5	401.1
계양구	455.9	8.0	448.0	519.9	8.9	510.9
서구	343.1	3.2	339.9	356.4	3.0	353.3

자료 : 인천광역시 공공보건의료지원단, “인천광역시 공공보건의료 지표”
주 : 인구 10만명 당 전체 의료기관 간호사 수

○ 한편, 2023년 인천광역시 치매상병자의 의료이용 건수는 총 95,665건으로, 이용 비중은 약국(41.0%), 의원(29.5%), 종합병원(12.2%) 순으로 높게 나타남. 이는 전국 평균(약국 40.6%, 의원 27.1%, 종합병원 13.6%)과 유사하나, 인천은 의원 이용 비중이 다소 높고, 종합병원 이용 비중은 소폭 낮은 경향을 보임

○ 군·구별로는 중구의 상급종합병원 이용 비중이 28.9%로 가장 높으며, 동구는 종합병원(32.1%)과 의원(32.0%) 이용이 비슷한 수준으로 나타남. 남동구, 부평구, 계양구는 의원 이용 비중이 32% 이상으로, 1차 의료기관 중심의 이용 패턴이 두드러짐을 알

수 있음. 반면에 서구는 종합병원(19.3%) 비중이 높고 의원 이용 비중이 23.1%로 상대적으로 낮은 비율을 보임

○ 약국 이용 비중은 전 군·구에서 30% 이상을 차지하며, 계양구(45.2%), 서구(43.5%), 부평구(43.0%) 등에서 특히 높게 나타났음. 이는 치매환자의 지속적인 약물 치료 필요성을 반영하는 것으로, 지역별 약국 접근성이 치료 연속성 확보에 있어 중요한 요인으로 작용하는 것으로 확인됨

○ 특히 도서지역의 경우, 강화군은 약국(41.1%)과 의원(28.1%) 이용 비중이 높고, 옹진군은 병원(71.4%) 이용이 절대적으로 많아 응급·입원 중심의 제한된 의료이용 구조를 보임. 이는 의료기관 선택의 폭이 좁고 장거리 이동이 불가피한 도서지역의 특성을 반영하는 것으로, 향후 방문의료 및 원격진료 등 보완적 서비스 도입의 필요성이 요구됨

〈표 4-22〉 인천광역시 군구별 치매상병자의 요양기관종별 이용현황(2023)

(단위 : 명, %)

		의료이용 합계	의료기관									
			상급종합 병원	종합 병원	병원	요양병원	정신요양 병원	의원	치과병원	한방병원	보건기관	약국
전국	명	1,937,455	66,376	262,594	103,094	162,077	20,297	524,118	42	984	11,221	786,652
	%	100.0	3.4	13.6	5.3	8.4	1.0	27.1	0.0	0.1	0.6	40.6
인천	명	95,665	4,213	11,645	2,096	7,709	1,912	28,180	0	246	439	39,225
	%	100.0	4.4	12.2	2.2	8.1	2.0	29.5	0.0	0.3	0.5	41.0
강화군	명	4,256	0	797	278	169	27	1,195	0	0	39	1,751
	%	100.0	0.0	18.7	6.5	4.0	0.6	28.1	0.0	0.0	0.9	41.1
옹진군	명	56	0	0	40	0	0	7	0	0	6	3
	%	100.0	0.0	0.0	71.4	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	10.7	5.4
중구	명	5,295	1,528	417	20	523	0	1,118	0	2	25	1,662
	%	100.0	28.9	7.9	0.4	9.9	0.0	21.1	0.0	0.0	0.5	31.4
동구	명	3,923	0	1260	0	0	0	1,255	0	0	87	1,321
	%	100.0	0.0	32.1	0.0	0.0	0.0	32.0	0.0	0.0	2.2	33.7
미추홀구	명	14,090	0	2,265	739	949	127	3,909	0	193	79	5,829
	%	100.0	0.1	16.1	5.2	6.7	0.9	27.7	0.0	1.4	0.6	41.4
연수구	명	5,536	0	1,051	8	462	0	1,609	0	3	34	2,369
	%	100.0	0.0	19.0	0.1	8.3	0.0	29.1	0.0	0.1	0.6	42.8
남동구	명	19,219	1,346	279	515	3,094	470	6,190	0	17	0	7,308
	%	100.0	7.0	1.5	2.7	16.1	2.4	32.2	0.0	0.1	0.0	38.0
부평구	명	14,176	1,339	704	384	337	140	5,006	0	23	152	6,091
	%	100.0	9.4	5.0	2.7	2.4	1.0	35.3	0.0	0.2	1.1	43.0

		의료이용 합계	의료기관									
			상급종합 병원	종합 병원	병원	요양병원	정신요양 병원	의원	치과병원	한방병원	보건기관	약국
계양구	명	12,829	0	1,723	42	888	247	4,125	0	3	1	5,800
	%	100.0	0.0	13.4	0.3	6.9	1.9	32.2	0.0	0.0	0.0	45.2
서구	명	16,285	0	3,149	70	1,287	901	3,766	0	5	16	7,091
	%	100.0	0.0	19.3	0.4	7.9	5.5	23.1	0.0	0.0	0.1	43.5

자료 : 보건복지부 외,「대한민국 치매현황 2024」

2) 복지서비스

○ 2025년 6월 기준 인천광역시의 노인주거복지시설은 총 16개소로, 강화군(6개소)과 서구(4개소)에 집중되어 있으며, 나머지 군·구는 대부분 0~2개소 수준임. 특히 동구, 미추홀구, 중구는 시설이 전혀 없어 필요 시 인근 지역으로의 이동이 불가피한 상황임

○ 고령인구 비중이 높은 강화군과 옹진군은 도서·농촌 특성상 고령화가 심화되고 있으나, 옹진군은 주거복지시설이 1개소에 불과해 공급 부족이 두드러질 것으로 전망됨. 또한 동구와 미추홀구는 도심권임에도 고령인구 비중이 높으나 시설이 전무하여 생활권 내 주거복지서비스 접근성이 현저히 낮은 것으로 나타났음

〈표 4-23〉 인천광역시 군구별 노인주거복지시설 현황(2025.6)

(단위 : 개소)

	시설유형별				설치주체별		
	전체	양로시설	공동생활	복지주택	전체	법인	개인
인천	16	9	4	3	16	7	9
강화군	6	5	1	0	6	0	6
옹진군	1	0	1	0	1	0	1
중구	0	0	0	0	0	0	0
동구	0	0	0	0	0	0	0
미추홀구	0	0	0	0	0	0	0
연수구	1	1	0	0	1	1	0
남동구	1	1	0	0	1	0	1
부평구	2	1	1	0	2	2	0
계양구	1	1	0	0	1	1	0
서구	4	0	1	3	4	3	1

자료 : 인천광역시 정부공개포털〉정보공개자료실〉노인복지시설(장기요양기관포함) 현황

❍ 2025년 6월 기준, 인천광역시에는 총 514개소의 노인의료복지시설이 운영되고 있으며, 이 중 노인요양시설이 432개소, 노인요양공동생활가정이 82개소로 나타났음. 설치주체별로는 개인 운영이 452개소로 전체의 대부분을 차지하며, 법인 운영은 55개소, 지자체 운영은 7개소에 불과함. 지역별로는 남동구(119개소)가 가장 많고, 서구(100개소), 계양구(68개소), 부평구(63개소) 순으로 많은 것으로 나타났음

〈표 4-24〉 인천광역시 군구별 노인의료복지시설 현황(2025.6)

(단위 : 개소)

	시설유형별			설치주체별			
	전체	요양시설	공동생활	전체	법인	개인	지자체
인천	514	432	82	514	55	452	7
강화군	31	23	8	31	7	24	0
옹진군	7	2	5	7	2	0	5
중구	28	26	2	28	6	21	1
동구	7	5	2	7	1	6	0
미추홀구	54	45	9	54	6	48	0
연수구	37	31	6	37	7	30	0
남동구	119	91	28	119	10	108	1
부평구	63	55	8	63	5	58	0
계양구	68	58	10	68	4	64	0
서구	100	96	4	100	7	93	0

자료 : 인천광역시 정부공개포털>정보공개자료실>노인복지시설(장기요양기관포함) 현황

❍ 한편, 2025년 6월 기준으로 인천광역시에는 총 2,456개소의 재가 장기요양기관이 운영되고 있으며, 이 중 방문요양기관이 1,138개소(46.3%)로 가장 많고, 방문목욕기관 876개소(35.7%), 주야간보호기관 257개소(10.5%) 순으로 나타났음. 방문간호기관은 63개소, 단기보호기관은 3개소로 상대적으로 적으며, 복지용구 제공기관은 119개소로 나타남

❍ 지역별로는 남동구(491개소)와 미추홀구(454개소)가 가장 많고, 서구(395개소), 부평구(355개소), 계양구(288개소) 순으로 많은 것으로 드러남. 반면, 옹진군(10개소)과 강화군(72개소)은 기관수가 절대적으로 적으며, 특히 옹진군은 방문목욕 1개소, 방문간호 0개소로 서비스 유형의 다양성이 현저히 부족한 것으로 드러남. 따라서 이러한 지역별 격차를 해소하기 위해서는 의료·돌봄통합 모델 설계 단계에서 재가서비스의 접근성과 공급 균형을 반영할 필요가 있음

〈표 4-25〉 인천광역시 군구별 재가 장기요양기관 현황(2025.6)

(단위 : 개소)

	전체	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
인천	2,456	1,138	876	63	257	3	119
강화군	72	31	27	3	8	0	3
옹진군	10	3	1	0	6	0	0
중구	96	40	31	2	20	0	3
동구	59	28	22	2	5	0	2
미추홀구	454	215	166	16	35	0	22
연수구	236	108	83	5	33	0	7
남동구	491	226	173	15	52	1	24
부평구	355	166	133	10	23	1	22
계양구	288	135	104	3	25	0	21
서구	395	186	136	7	50	1	15

자료 : 인천광역시 정부공개포털〉정보공개자료실〉노인복지시설(장기요양기관포함) 현황

❍ 인천광역시의 단기보호서비스는 현재 남동구와 계양구에 각각 1개소씩 설치·운영되고 있으며, 모두 개인이 운영 주체임. 시설 수가 2개소에 불과하여 시 전역의 서비스 수요를 충족하기에는 한계가 있으며, 특히 타 군·구 거주 고령자의 이용 접근성이 낮아 지역 간 서비스 공급의 불균형이 발생하고 있음

〈표 4-26〉 인천광역시 단기보호서비스 (2023)

시군구	기관 명칭	소재지	운영주체	설치일
남동구	서창단기보호	남동구 매소홀로 1090 303호(서창동)	개인	2023.05.01
계양구	계양다사랑 단기보호센터	계양구 계산로 148 4층(계산동)	개인	2022.09.01

자료 : 보건복지부. 「2024년 노인복지시설 현황」

3) 의료·복지서비스

❍ 2025년 4월 기준으로 인천광역시는 보건소 10개소, 보건지소 26개소, 보건진료소 25개소, 건강생활지원센터 12개소가 설치·운영되고 있음. 군·구별로 살펴보면, 모든

군·구에서 1개소의 보건소를 운영하고 있으며, 필요에 따라 일부 지역에서는 보건지소, 보건진료소 그리고 건강생활지원센터가 추가로 운영되고 있음

○ 특히 강화군과 옹진군은 도서·농촌 지역 특성에 따라 보건지소와 보건진료소 비중이 다른 지역에 비해 높은 것으로 나타남. 강화군은 13개소의 보건지소와 13개소의 보건진료소를 운영하며, 옹진군은 8개소의 보건지소와 11개소의 보건진료소가 분포해 있음. 이는 강화군과 옹진군의 경우 도서·농촌 지역 특성상 의료기관의 접근성이 제한되어, 주민의 기초 진료 및 보건의료 서비스 제공을 위해서는 보건지소와 보건진료소가 지역 내 필수적으로 필요함을 보여주는 수치라 할 수 있음

○ 반면 건강생활지원센터는 남동구(2개소), 서구(6개소) 지역에 집중적으로 설치되어 있으며, 강화군과 옹진군에는 건강생활지원센터가 설치되어 있지 않은 것으로 드러남. 그렇기에 강화군과 옹진군의 지역적 특성을 고려하여 농어촌 지역 주민의 생활습관 개선 및 건강증진 프로그램 접근성 향상을 위한 대안이 마련될 필요가 있음

〈표 4-27〉 인천광역시 군구별 보건소/보건지소 및 건강생활지원센터 현황(2025.4)

(단위 : 개소)

	보건소	보건지소	보건진료소	건강생활지원센터
인천	10	26	25	12
강화군	1	13	13	0
옹진군	1	8	11	0
중구	1	2	1	0
동구	1	0	0	1
미추홀구	1	1	0	0
연수구	1	0	0	1
남동구	1	0	0	2
부평구	1	1	0	1
계양구	1	1	0	1
서구	1	0	0	6

자료 : 인천광역시 정부공개포털>정보공개자료실>2024년 보건소(지소) 및 보건진료소현황

○ 한편, 2025년 6월 기준 인천광역시에는 10개 치매안심센터가 운영 중이며, 등록대상자는 174,113명으로 이 중 치매 진단자는 21,493명(12.3%), 경도인지장애 6,015명(3.5%), 정상 138,550명(79.6%), 진단 미지정 8,055명(4.6%)으로 나타남. 군·구별로

는 부평구, 서구, 남동구에서 치매 진단자 수가 상대적으로 많았고, 옹진군은 인구 규모가 작은 지역 특성으로 인해 절대적 등록 규모가 가장 적은 것으로 분석됨

〈표 4-28〉 인천광역시 군구별 치매안심센터 현황(2025.06)

(단위 : 명)

	기관수	대상자				
		전체	치매	경도인지장애	정상	진단미지정
인천	10	174,113	21,493	6,015	138,550	8,055
강화군	1	13,240	1,913	206	10,361	760
옹진군	1	3,159	286	54	2,675	144
중구	1	9,294	1,097	455	7,334	408
동구	1	6,962	681	299	5,792	190
미추홀구	1	24,238	3,096	910	18,424	1,808
연수구	1	18,392	1,918	419	15,222	833
남동구	1	27,766	3,138	663	22,615	1,350
부평구	1	30,261	3,531	1,450	24,201	1,079
계양구	1	17,396	2,148	745	13,729	774
서구	1	23,405	3,685	814	18,197	709

자료 : 인천광역시 정부공개포털〉정보공개자료실〉치매안심센터 운영실적
주 : 등록현황은 누적실적 등록

❍ 2023년 기준 인천광역시 치매상병자 중 치매안심센터 등록자는 22,938명으로 등록률은 47.8%에 그쳐 전국 평균(56.0%)보다 8.2%p 낮은 수준으로 나타남. 이는 상당수 환자가 조기진단, 사례관리 등 치매안심센터의 핵심 기능을 충분히 활용하지 못하고 있음을 의미함

〈표 4-29〉 인천광역시 치매안심센터 치매환자 등록현황(2023)

(단위 : 명, %)

	치매상병자수(A)	치매안심센터 치매환자 등록자 수(B)	등록률(B/A)
전국	1,030,524	576,878	56.0
인천	47,995	22,938	47.8

자료 : 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2024」

제3절 권역구분 및 정책적 함의

1. 권역구분의 필요성

○ 인천광역시는 군·구별로 고령화 수준, 인구 구조, 주거 환경, 의료 및 돌봄 인프라 접근성, 장기요양급여 이용 행태 등에서 뚜렷한 차이를 보임. 이에 본 연구는 인구·건강·돌봄 등의 통계자료를 종합·분석하여, 인천광역시 10개 군·구를 4개 권역으로 구분하여 살펴 보았음

○ 권역 구분 시 고려한 주요 지표는 다음과 같음

- 인구·고령화 : 고령인구 비율, 노령화지수, 노년부양비
- 주거·생활 여건: 1인 고령가구 비중, 단독·연립·다세대 주택
- 의료·돌봄 접근성: 의료기관[9]·보건기관 분포
- 건강·돌봄 수요: 우울감 경험률, 자살 생각률, 저작불편 호소율, 보건기관 이용률

2. 권역별 구분 및 특성

1) 원도심형 취약권역

○ 군·구: 중구, 동구, 미추홀구

○ 명칭 의미

- '원도심형 취약권역'은 인천의 원도심 지역에 해당하는 중구, 동구, 미추홀구를 포함하며, 생활 인프라가 밀집되어 있으나 주거환경 등이 노후화된 지역적 특성을 지님. 또한 고령 인구의 집중과 1인 가구의 증가, 노후 주거환경, 돌봄 자원 접근성 저하 등이 맞물려 생활 전반의 취약성이 높게 나타나는 지역으로, 이는 단순한 인프라 수준이

9) 이와 관련하여 "단순한 공공의료기관의 수보다는, 지역 내에서 돌봄통합 기능과 연계된 공공의료사업이 얼마나 활성화되어 있는지가 실제 의료 접근성을 판단하는 핵심 요인"라는 자문의견이 제시되었고, 연구자 또한 해당 의견에 동의함. 그러나 현 시점에서는 인천광역시 내 돌봄통합 관련 공공의료사업이 상당히 제한적으로 운영되고 있고, 기관 간 네트워크 또한 충분히 구축되지 않은 상황임을 고려할 때, 공공의료기관의 분포와 규모를 우선적으로 파악하는 것이 지역 내 기본 의료 인프라 수준을 진단하고 향후 돌봄 연계의 가능성을 검토하는데 기초 자료로서 의의가 있다고 판단됨. 이에 따라 본 연구에서는 공공의료기관의 수를 중심으로 권역별 의료·돌봄 접근성의 특성을 분석하였음

아니라 원도심 내에서 고령자의 복합적 돌봄 수요가 집중되는 지역적 특성을 반영한 정책 구분임

○ 주요 지표 및 특징

- 중구

  • 중구 전체의 65세 이상 고령인구 비율은 16.1%로 인천광역시 평균(18.4%)보다 다소 낮은 수준을 보임. 하지만 65세 이상 고령인구를 연령대별로 구분해 보면 75세 이상 후기고령자의 비중이 40.2%로 가장 높아, 고령인구 내에서도 상대적으로 고령화가 심화된 양상을 나타냄. 1인 고령가구 비율 역시 40.2%로 매우 높은 수준을 보임

  • 그러나 중구의 65세 이상 고령인구 비율이 낮은 것은 영종국제도시의 젊은 인구 유입의 결과로 판단됨. 그렇기에 2026년 중구 분구(제물포구 신설) 이후에는 제물포구의 고령화율은 더욱 높아질 것으로 예상되어, 원도심권 중심의 고령화 심화 및 돌봄 수요 증가에 대한 선제적 대응이 필요할 것으로 판단됨

  • 우울감 경험률(65세 이상)은 14.0%이며, 그 중 여성노인이 남성노인에 비하여 2.3%p 높은 우울감 경험률을 보임. 반면에 자살 생각률(65세 이상)의 경우 남성노인의 자살 생각률이 0.4%p 높은 것으로 나타남

  • 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 옹진군과 강화군을 제외하면 인천광역시에서 가장 높은 비율을 보이며 여성노인(33.4%)이 남성노인(25.3%)에 비하여 8.1%p 높게 나타남

  • 인구 10만 명당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 305.7명으로 인천광역시 평균 114.4명보다 높게 나타났으나, 공공의사는 0.0명으로 전부 민간의사로만 구성되어 있음을 알 수 있음. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호 인력은 1,084.6명으로 인천광역시 전체에서 가장 많은 수준을 보였으나, 전원이 민간 간호사로만 구성되어 있어 공공 간호 인력이 전무한 것으로 나타났음

- 동구

  • 동구 내 65세 이상 고령인구 비율은 28.1%로 인천광역시 평균을 크게 상회함. 고령인구의 연령대별 비중을 살펴보면 75세 이상 후기고령자 비중이 44.2%로

상당히 높게 나타남. 이를 통해 동구는 고령인구 자체 규모뿐만 아니라 연령구조 측면에서도 고령화가 심화되고 있음을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 40.8%로 매우 높게 나타남

- 우울감 경험률(65세 이상)은 인천광역시에서 세 번째로 높으며, 특히 여성노인의 우울감 경험률이 남성노인에 비해 5.7%p 높은 것으로 드러남. 자살 생각률(65세 이상) 역시 여성노인이 남성노인과 비교하였을 때 10.8%p 높은 것으로 나타났음
- 저작불편호소율(65세 이상)은 34.9%로 강화군과 옹진군을 포함하여 인천광역시 전체에서 가장 높은 비율을 보임
- 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 26.3%이며 남성노인(19.7%)이 여성노인(31.5%)에 비하여 11.8%p 더 적게 이용하는 것으로 드러남
- 전체의료기관 수 대비 공공의료기관 수가 50%로 나타남. 인구 10만 명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 112.6명(공공의사 72.3명, 민간의사 40.4명)으로, 인천광역시 평균(114.4명)과 유사한 수준이나 공공의사 비중이 높아 공공의료 의존도가 높음을 알 수 있음. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호인력 역시 643.9명으로, 공공간호사 422.0명, 민간간호사 221.9명으로 나타나 인천광역시 평균(438.7명)을 크게 상회하며, 특히 공공간호사 비중이 높아 간호 인력이 공공부문에 집중되어 있는 특징을 보임

- **미추홀구**

- 인천광역시 고령인구 중 미추홀구의 고령인구가 차지하는 비중은 15.7%로 부평구, 남동구, 서구 다음으로 높은 비중을 나타냄. 미추홀구 내 고령인구 비율은 21.0%로 시 평균보다 2.6%p 높으며, 고령인구의 연령대별 비중은 75세 이상 후기고령자 비중이 40.8%로 높게 나타남. 1인 고령가구 비율은 38.7%로 시 평균보다 높은 것으로 드러남. 고령자 가구의 연립·다세대 주택 거주 비율은 29.7%로 인천광역시 전체에서 가장 높게 나타남
- 우울감 경험률(65세 이상)은 9.8%이며 그 중 여성노인은 10.8%로 남성노인 8.4%보다 2.4%p 높은 것으로 드러남. 자살생각률(65세 이상)은 15.4%로 인천 전체에

서 부평구 다음으로 높게 나타나며, 특히 여성노인(18.3%)의 비율이 매우 높게 나타나고 있음

- 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 11.0%로 시 평균 대비 현저히 낮은 비율을 보이며, 남성노인의 이용률은 8.8%로 여성노인 12.7%보다도 3.9%p 낮게 나타남
- 인구 10만 명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 97.5명(공공의사 5.2명, 민간의사 92.4명)으로 옹진군과 강화군을 제외하면 연수구와 서구 다음으로 그 수가 적은 것으로 나타남. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호인력 역시 358.4명으로 인천광역시 평균(438.7명)보다 낮아 지역 내 의료 인력 전반이 부족한 수준임을 알 수 있음

2) 도시형 일반·확장권역

❍ 군·구: 남동구, 부평구

❍ 명칭 의미

- '일반'은 아파트 중심의 주거 형태, 양호한 교통 여건, 생활 인프라 등 전형적인 도시형 환경을 지칭함. '확장'은 고령인구 절대 규모가 크고 장기요양 서비스 수요가 집중된 특성을 바탕으로, 향후 돌봄·의료 서비스 모델을 타 권역으로 확산시키는 거점 기능 수행이 가능한 지역임을 의미함

❍ 주요 지표 및 특징

- **남동구**
  - 인천광역시 고령인구 중 남동구의 고령인구 비중은 17.1%로 인천광역시에서 두 번째로 높게 나타나며, 남동구 전체 인구에서 고령인구가 차지하는 비율은 19.8%로 인천광역시 평균보다 높음. 2025년 7월 기준 2005년 대비 고령인구의 증가율은 302.9%로 서구 다음으로 고령인구의 증가율이 가장 높은 것으로 나타났음. 이를 통해 인천광역시 전체에서 차지하는 고령인구의 비중도 크지만, 고령화 속도도 다른 군구와 비교하여 빠르게 진행되고 있음을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 39.2%로 인천광역시에서 네 번째로 높게 나타남

- 고령자 가구의 연립·다세대 주택 거주 비율은 22.2%로 다른 군구와 비교하였을 때 미추홀구 다음으로 높은 비율을 보임. 우울감 경험률(65세 이상)은 11.7%로 중구 다음으로 높은 것으로 나타났음. 여성노인의 우울감 경험률은 14.1%로 남성노인 8.9%보다 5.2%p 높은 것으로 드러남. 자살 생각률(65세 이상)의 경우 15.4%로 인천광역시에서 두 번째로 높은 비중을 보였으며, 특히 여성노인의 자살 생각률이 19.0%로 인천광역시 전체에서 가장 높은 것으로 나타났음
- 저작불편호소율(65세 이상)은 29.4%로 인천광역시에서 여섯 번째로 높은 수준을 보였으며, 특히 65세 이상 남성의 저작불편호소율이 35.5%로 부평구에 이어 두 번째로 높게 나타나 남성 노인을 대상으로 한 구강건강 관리 강화가 필요한 것으로 분석됨
- 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 23.8%이며 남성노인(18.2%)이 여성노인(28.6%)에 비하여 10.4%p 더 적게 이용하는 것으로 드러남
- 장기요양급여 수급자는 인천광역시에서 가장 많은 11,681명으로 인천광역시 전체 수급자의 18.2% 비중을 나타내며, 남동구 장기요양급여 수급자 중 3등급이 32.2%(3,756명), 4등급은 52.2%(6,095명)로 3등급과 4등급의 비율이 84.4%를 차지함
- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 165.5명으로 인천광역시 평균(114.4명)보다 높은 것으로 나타났으나, 100% 민간의사로만 구성되어 있어 향후 공공의료의 확보가 필요함을 알 수 있음. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호인력 역시 623.3명으로 인천광역시 평균(438.7명)과 비교하여 상당히 높음을 알 수 있음. 하지만 의사인력과 마찬가지로 민간 부문에 편중된 구조라는 점에서 향후 공공의료 대응력 확보를 위한 보완이 필요할 것으로 판단됨

- 부평구

- 인천광역시 고령인구 중 부평구가 차지하는 고령인구 비중은 17.4%로 인천광역시 군·구에서 가장 높게 나타났으며, 부평구 전체 인구에서 고령인구가 차지하는 비율 역시 19.7%로 인천광역시 평균보다 높음. 반면에 1인 고령가구 비율은 37.2%로 인천광역시 평균 37.0%와 비슷한 수준을 보임

- 우울감 경험률(65세 이상)은 7.2%이며, 성별로 살펴보면 여성노인의 우울감 경험률은 9.2%로 남성노인 5.0%보다 4.2%p 높은 것으로 드러남. 자살 생각률(65세 이상)은 16.7%로 인천광역시에서 가장 높은 비중을 보였으며, 특히 여성노인의 자살 생각률이 18.5%로 인천광역시에서 남동구 다음으로 높게 나타남
- 저작불편호소율(65세 이상)은 33.2%로 인천광역시에서 세 번째로 높은 수준을 보였으며, 특히 65세 이상 남성의 저작불편호소율의 경우 38.2%로 인천광역시 전체에서 가장 높은 비율을 보임
- 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 17.1%이며, 남성노인(14.2%)이 여성노인(19.8%)에 비하여 5.6%p 더 적게 이용하는 것으로 드러남
- 장기요양급여 수급자는 남동구 다음으로 가장 많은 11,327명으로 인천의 17.6%을 차지하며, 부평구 장기요양급여 수급자 중 3등급과 4등급의 비율이 각각 33.2%(3,852명), 51.0%(5,775명)으로 전체의 84.2%의 비중을 나타냄
- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 124.5명(공공의사 6.5명, 민간의사 118.0명)으로, 인천광역시 평균 114.4명을 상회하여 의료 인력은 상대적으로 양호한 수준이지만, 공공의사 비중이 낮음을 알 수 있음. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호사 수는 441.6명(공공간호사 40.5명, 민간간호사 401.1명)으로, 인천광역시 평균 438.7명과 유사한 수준을 보이지만 간호인력 역시 공공부문의 비중이 상대적으로 낮게 나타남

3) 신도시·균형권역

❍ 군·구: 연수구, 계양구, 서구

❍ 명칭 의미

- ‘신도시’는 연수구, 서구, 계양구의 개발 배경과 계획적 주거지 조성, 그리고 생활 인프라가 비교적 체계적으로 형성된 특성을 반영한 명칭임. ‘균형권역’은 세 지역의 고령화 수준과 인구 구조가 상이하여, 예방 중심 건강관리와 돌봄 기능의 균형 있는 제공이 요구되는 권역을 의미함

❍ 주요 지표 및 특징

- 연수구

  - 인천광역시 고령인구 중 연수구가 차지하는 고령인구 비중은 9.9%임. 연수구 전체에서 고령인구가 차지하는 비율은 13.6%로 인천광역시 평균 18.4%보다 4.8%p 낮은 것으로 나타나 상대적으로 다른 군구와 비교하였을 때 고령인구 비중이 낮음을 알 수 있음. 그러나 2005년 대비 2025년 7월 기준 고령인구의 증가율은 265.0%로 인천광역시 평균 212.6%보다도 그 증가율이 높음을 알 수 있음. 이는 비록 현시점에서 연수구의 고령인구 비중이 낮게 나타난다 하더라도, 향후 고령인구 증가 속도가 빠르게 진행될 것으로 예상되어 이에 대한 사전적 대응이 필요함을 시사함
  - 한편, 고령인구를 연령대별로 살펴보면, 75세 이상 후기고령자가 차지하는 비율은 35.1%로 서구 다음으로 그 비중이 가장 낮은 것으로 나타남. 반면에 65세~69세의 고령인구 비율은 41.9%로 높게 나타나, 다른 군구와 비교하여 상대적으로 젊은 고령인구의 비중이 높음을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 31.2%로 인천광역시 전체에서 가장 낮은 비율을 보임
  - 우울감 경험률(65세 이상)은 3.7%로 인천광역시 전체에서 가장 낮은 비율을 보이며, 특히 남성노인의 우울감 경험률이 1.2%로 상당히 낮게 나타나 전반적으로 정신건강 상태가 비교적 양호한 것으로 드러났음. 여성노인의 우울감 경험률 역시 5.9%로 낮은 비율을 보임. 자살 생각률(65세 이상) 역시 5.4%로 인천광역시 전체에서 가장 낮게 나타났으며, 성별로 살펴보면 남성노인과 여성노인 각각 3.8%. 6.9%의 비율을 나타냄
  - 저작불편호소율(65세 이상)은 26.3%이며(남성노인 26.8%, 여성노인 25.9%), 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 22.9%임. 주목할 점은 대부분의 군·구에서 여성노인의 (연간)보건기관 이용률이 남성노인보다 높은 경향을 보이는 것과 달리, 연수구에서는 남성 노인의 이용률이 25.1%로 여성(20.9%)보다 4.2%p 높게 나타났다는 점임. 장기요양급여 수급자는 5,633명으로 강화군과 옹진군을 제외하면 가장 적은 것으로 나타남

- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 35.9명(공공의사 6.1명, 민간의사 29.8명)으로 인천광역시 전체에서 가장 낮아, 인구 규모에 비해 의료 인력이 현저히 부족한 것으로 나타났음. 인구 10만 명당 전체 의료기관 간호사 수 역시 132.3명(공공간호사 31.6명, 민간간호사 100.7명)으로, 인천광역시 평균 438.7명에 크게 못 미쳐 간호 인력 역시 매우 부족한 수준을 보임

- 계양구

- 인천광역시 고령인구 중 계양구가 차지하는 고령인구 비중은 9.7%이지만, 2025년 7월 기준 2005년 대비 고령인구 증가율은 218.2%로 인천광역시 평균 212.6%를 상회하는 것으로 드러남. 또한 계양구 전체에서 고령인구가 차지하는 비율은 19.5%로 인천광역시 평균 18.4%보다 높은 것으로 나타남
- 고령인구를 연령대별로 살펴보면, 75세 이상 후기고령자가 차지하는 비율은 35.1%로 연수구와 마찬가지로 서구 다음으로 그 비중이 가장 낮은 것으로 나타남. 반면에 65세~69세의 고령인구 비율은 42.0%로 인천광역시 전체에서 가장 높은 비율을 보여, 후기고령인구보다 젊은 고령인구의 비중이 높다는 점을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 36.8%로 인천광역시 평균 37.0%와 유사한 비율을 보임
- 우울감 경험률(65세 이상)은 6.0%(남성노인 4.0%, 여성노인 7.6%)로 연수구 다음으로 낮은 비율을 보이지만, 자살 생각률(65세 이상)은 12.8%로 다섯 번째로 높은 것으로 나타남. 성별로 살펴보면, 남성노인의 자살생각률이 9.2%로 여성노인 15.8%보다 6.6%p 낮은 것으로 드러남
- 저작불편호소율(65세 이상)은 31.7%로 나타났으며, 특히 여성 노인의 호소율이 33.5%로 동구와 옹진군에 이어 세 번째로 높은 수준을 보임. 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 28.2%로 강화군과 옹진군을 제외하면 두 번째로 높은 수준이며, 성별로 구분해 보면 남성 노인의 이용률이 21.3%인 반면 여성 노인은 34.0%로 강화군과 옹진군을 제외하고 가장 높은 이용률을 보이는 것으로 나타났음. 장기요양급여 수급자는 6,276명으로 강화군과 옹진군을 제외하면 연수구 다음으로 가장 적은 것으로 나타남

- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 111.3명(공공의사 1.8명, 민간의사 109.5명)으로 인천광역시 평균 114.4명과 유사한 수준으로 나타났음. 반면에 인구 10만명 당 전체 의료기관 간호사 수는 519.9명으로(공공간호사 8.9명, 민간간호사 510.9명) 인천광역시 평균 438.7명보다 더 많은 것으로 나타남

- 서구

- 인천광역시 고령인구 중 서구의 비중은 16.1%로 네 번째로 높게 나타났으나, 서구 전체 인구에서 고령인구가 차지하는 비율은 13.9%로 인천광역시 평균(18.4%)보다 4.5%p 낮은 수준임. 반면 고령인구 증가율을 살펴보면, 2005년 대비 2025년 7월 기준 340.8% 증가하여 인천광역시에서 가장 높은 증가율을 기록한 것으로 나타났음
- 고령인구를 연령대별로 살펴보면, 75세 이상 후기고령자가 차지하는 비율은 34.6%로 그 비중이 인천광역시 전체에서 가장 낮은 것으로 나타남. 반면에 65세~69세의 고령인구 비율은 41.6%로 계양구, 연수구 다음으로 높은 비율을 보여 젊은 고령인구의 비율이 높다는 점을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 34.4%로 인천광역시 평균 37.0%보다 2.6%p 낮게 나타남
- 우울감 경험률(65세 이상)은 9.5%이며 특히 여성노인의 우울감 경험률이 12.4%로 남성노인 6.4%보다 6.0%p 높은 것으로 나타났음. 자살 생각률(65세 이상)은 11.0%로 성별로 살펴보면, 여성노인이 13.0%, 남성노인 8.9%로 나타남
- 저작불편호소율(65세 이상)은 28.8%로 나타났으며, 여성노인의 저작불편호소율이 31.9%로 남성노인 25.3%와 비교하여 6.6%p 높게 나타남. 65세 이상 (연간) 보건기관 이용률은 20.7%로 인천광역시 전체에서 세 번째로 낮은 이용률을 보임. 장기요양급여 수급자는 10,376명으로 인천광역시 전체 수급자의 16.1%의 비율을 보임
- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 공공의사 0.6명, 민간의사 87.6명으로 인천광역시 평균(114.4명) 보다 낮은 88.3명임. 인구 10만명 당 전체 의료기관 간호사 수는 356.4명으로 공공 간호사는 3.0명, 민간 간호사는 353.3명으로 옹진군, 연수구, 강화군 다음으로 간호사 수가 적은 것으로 나타남

4) 도서·농촌형 초고령 권역

❍ 군·구: 강화군, 옹진군

❍ 명칭 의미

- '도서·농촌형'은 해당 권역이 섬과 농촌 지역으로 구성되어 있으며, 의료 및 교통 접근성이 상대적으로 매우 제한적인 지리·환경적 특성을 반영한 명칭임. '초고령권역'은 이들 지역의 고령인구 비율과 노령화지수가 인천광역시 내에서 가장 높고, 초고령사회 기준(65세 이상 인구 비율 20% 이상)을 크게 상회하는 인구 구조를 명확히 나타내기 위해 부여한 명칭으로 향후 권역별 의료·돌봄 서비스 계획수립 시 고령화 수준과 지리적 제약을 동시에 고려한 맞춤형 전략 수립이 요구됨

❍ 주요 지표 및 특징

- **강화군**
  - 인천광역시 고령인구 중 강화군이 차지하는 비율은 5.0%이나, 강화군 전체 인구에서 고령인구가 차지하는 비율은 40.0%임. 이는 곧 주민 10명 중 4명이 고령인구에 해당하는 수치로 이미 초고령사회 기준을 크게 초과한 지역임을 알 수 있음
  - 연령대별로 살펴보면, 75세 이상 후기고령자가 차지하는 비율은 46.7%로 인천광역시 평균 38.0%보다도 8.7%p 높은 비율을 나타냄. 반면에 65~69세 고령인구 비율은 31.1%로 인천광역시 평균 38.3%보다 7.2%p 낮은 것으로 나타났음. 이를 통해 해당 지역의 고령인구가 상대적으로 고령층에 집중되어 있음을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 34.7%로 연수구, 서구 다음으로 낮은 비율을 보임
  - 고령자 가구의 거처 유형을 살펴보면, 단독주택에 거주하는 고령자 가구는 전체 14,860가구 중 11,622가구로 가장 많은 가구 수를 나타냈으며, 그 다음으로 연립·다세대 가구가 1,536가구로 많은 것으로 나타났음. 이를 통해 강화군의 고령자 가구의 주거 형태가 단독주택에 집중되어 있어, 이러한 특성을 반영한 주거정책의 수립이 필요함을 알 수 있음
  - 우울감 경험률(65세 이상)은 9.8%로 나타났으며, 특히 여성노인의 우울감 경험률이 12.5%로 남성노인 6.7%보다 5.8%p 높은 비율을 보임. 자살 생각률(65세 이상)은 10.8%이며 특히 여성노인의 자살 생각률이 15.5%로 남성노인 5.6%와

비교하여 상당히 높게 나타남을 알 수 있음. 65세 이상 (연간)보건기관 이용률은 48.6%임

- 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수는 2023년 기준 공공의사 0.0명, 민간의사 52.2명으로 인천광역시 평균이 114.4명이라는 점을 고려해보았을 때 의료기관 의사수가 상당히 부족한 수준이라는 점을 알 수 있음. 인구 10만명 당 전체 의료기관 간호사 수 역시 공공 간호사는 0.0명, 민간 간호사는 189.8명으로 인천광역시 평균이 438.7명인 것과 비교하여 상당히 부족한 실정임

- 옹진군

- 인천광역시 고령인구 중 옹진군이 차지하는 비율은 1.2%에 불과하나, 옹진군 전체 인구에서 고령인구가 차지하는 비율은 35.4%로 강화군 다음으로 고령인구 비율이 높은 것으로 나타났음. 연령대별로 살펴보면, 75세 이상 후기고령자가 차지하는 비율은 41.5%로 인천광역시 평균 38.0%보다도 3.5%p 높은 비율을 보임. 반면에 65~69세 고령인구 비율은 34.9%로 인천광역시 평균 38.3%보다도 낮은 것으로 나타나 강화군과 함께 옹진군 역시 고령인구가 상대적으로 고령층에 집중되어 있음을 알 수 있음. 1인 고령가구 비율은 43.1%로 인천광역시 전체에서 가장 높은 1인 고령가구 비율을 보임
- 고령자 가구의 거처 유형을 살펴보면, 단독주택에 거주하는 고령자 가구는 3,356가구로 전체 고령자 가구 3,810가구의 대부분이 단독주택에 거주하고 있는 것으로 나타났음. 반면에 아파트에 거주하는 고령자 가구는 없는 것으로 나타나 이를 반영한 고령자 대상 주거지원 정책이 고려될 필요가 있음
- 우울감 경험률(65세 이상)은 7.4%로 연수구, 계양구, 부평구 다음으로 낮게 나타났음. 성별로 살펴보면 남성노인은 7.0%로 인천광역시 전체에서 다섯 번째로 높은 우울감 경험률을 보인 반면, 여성노인은 7.7%로 인천광역시 전체에서 여덟 번째로 높은 우울감 경험률을 보임. 이는 우울감 경험률 지표 그 자체로 살펴보았을 때는 남녀 간 비율 차이가 크지 않지만, 성별에 따른 비교 결과 남성 노인의 상대적 우울감 수준이 더 두드러져 이를 고려한 정책지원이 요구됨을 알 수 있음

- 자살 생각률(65세 이상)은 10.3%이며 여성노인의 자살 생각률이 12.8%로 남성노인 7.6%보다 더 높게 나타남. 65세 이상 저작불편호소율은 34.1%로 인천광역시 전체에서 가장 높은 비율을 보임. 65세 이상 (연간)보건기관 이용률 역시 77.0%로 옹진군의 지역적 특성으로 인해 옹진군민 대부분이 보건기관을 이용하고 있는 것으로 나타남
- 전체의료기관 수 대비 공공의료기관 수가 100%로 나타나, 의료서비스 제공이 공공부문에 전적으로 의존하고 있음을 알 수 있음. 같은 맥락에서 인구 10만명 당 전체 의료기관 의사 수 역시 2023년 기준 공공의사 44.2명, 민간의사는 0명으로 나타났음. 인천광역시 평균이 114.4명이라는 점을 고려해보았을 때 옹진군 내 의료기관 의사수가 절대적으로 부족한 수준이라는 점을 확인할 수 있음. 인구 10만명 당 전체 의료기관 간호사 수 역시 24.5명으로 의료 인력 전반의 부족 문제가 심각함을 보여줌

3. 정책적 함의

❍ 인천광역시 고령인구 현황과 장기요양·돌봄 서비스 이용 실태를 종합 분석한 결과, 고령화 수준, 인프라 여건, 서비스 수요 구조에 따라 네 가지 권역으로 구분하였음. 이는 단순한 행정구역 구분이 아닌 복합 지표를 기반으로 한 분류로, 향후 지역 맞춤형 의료·돌봄통합 모델 설계의 기초자료로 활용될 수 있을 것임. 이를 토대로 한 정책적 함의는 다음과 같음

❍ 첫째, 원도심형 취약권역(중구·동구·미추홀구)은 1인 고령가구 비중이 높고 정신건강 지표가 상대적으로 취약하게 나타나는 특징이 있음. 이에 따라 재가 중심의 돌봄통합서비스를 확대하고, 사회적 고립을 예방하기 위한 지역사회 기반 프로그램을 강화할 필요가 있을 것으로 보임. 특히 후기고령자와 1인 가구를 대상으로 한 정신건강·보건의료 통합관리 체계의 구축이 우선적으로 요구되는 지역이라 하겠음

❍ 둘째, 도시형 일반·확장권역(남동구·부평구)은 고령인구의 절대 규모와 장기요양 수급자 수가 시 전체에서 가장 많아, 예방 중심 건강관리와 돌봄 연계 강화가 핵심 과제로 도출됨. 이에 정신건강·의료·구강건강 등 영역 간 연계가 가능한 거점형 통합서비스

체계 구축이 필요하며, 나아가 권역 간 확산 가능한 표준 모델 개발을 통해 인천광역시 전체의 돌봄통합 기반을 강화할 필요가 있을 것으로 사료됨

❍ 셋째, 신도시·균형권역(연수구·계양구·서구)은 65~69세 고령자 비율이 높은 지역적 특성을 반영할 필요가 있음. 그렇기에 예방 중심의 건강관리와 돌봄 기능을 병행하고, 비교적 건강한 고령층을 대상으로 자립적 노후준비와 건강수명 연장 프로그램을 병행할 필요가 있음

❍ 넷째, 도서·농촌형 초고령권역(강화군·옹진군)은 고령인구 비율과 노령화지수가 시 내에서 가장 높고, 의료·교통 접근성이 매우 제한된 지역임. 그렇기에 공공의료 의존도가 높고 인력 부족이 심화된 특성을 고려해, 이동형 의료·돌봄서비스 확대, 응급이송체계 강화, 단기보호와 재가서비스 연계, 공공의료–복지–돌봄 협력체계 구축이 핵심 정책방향으로 설정될 필요가 있음

❍ 이상의 권역 구분은 인천광역시 돌봄통합 정책의 자원 배분과 우선순위 설정을 위한 근거로 활용될 수 있음. 본 연구는 인천형 의료·요양·돌봄통합 지원모델 개발의 기초 단계로, 권역별 세부사업 설계보다는 도시 전체에 적용 가능한 기본모델을 구축하는데 그 목적이 있음. 따라서 본 권역 구분은 향후 지역별 수요와 특성을 반영한 세부 모델 개발을 위한 기초자료로서의 정책적 함의를 가지며, 궁극적으로는 인천광역시가 단계적으로 권역별 특화 통합모델을 구축하기 위한 체계적 로드맵 마련의 기반이 될 것이라는 점에서 그 의의가 있음

5 인천형 노인 의료·요양 돌봄통합 모델(안)

제1절 비전 및 추진전략

제2절 세부 실천전략

제3절 권역별 추진전략

제5장 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)

제1절 비전 및 추진전략

❍ 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델의 비전은 “I 플러스, 통합 돌봐드림: 의료·요양·돌봄을 하나로”로, 이는 의료·요양·돌봄의 분절적 서비스 체계를 넘어 지역사회에서 연속적이고 체계적인 맞춤형 돌봄을 구현하려는 전략적 방향을 담고 있음. 이를 위해 법·제도 기반, 전문 인력, 서비스 영역을 유기적으로 결합하여 지속가능한 돌봄통합체계를 구축하고자 함

〈그림 5-1〉 “인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델(안)” 비전 및 목표

비전	I 플러스, 통합 돌봐드림 : 의료·요양·돌봄을 하나로		
목표	1 법·제도 기반 강화 3 서비스 영역별 통합 추진	2 돌봄통합 전문교육 제공	
세부영역	1 돌봄통합 지원체계 구축	1. 돌봄통합 전담조직 설치 2. 군·구 단위 조례 제정 확대 3. 통합지원협의체 운영 4. 통합지원창구 운영 5. 통합안내창구 운영 6. 통합지원회의 실시	*★특화사업*
	2 돌봄통합 전문 교육 제공	1. 돌봄통합 전문교육 제공★	
	3 돌봄통합 서비스 영역별 통합추진	1. 보건의료 ① 장기요양 재택의료센터(연계형) ② 인천 I- 찾아가는 플러스 의료돌봄센터(확장형)★ ③ 인천 I-찾아가는 의료돌봄지원센터★	

④ 인천 I-재택 의료기기 지원
⑤ 인천 I-집으로, 건강 하모니(퇴원환자지원서비스)
⑥ 인천 I-약물안심케어

2. 건강관리
① 방문건강관리사업
② AI-IOT 기반 건강관리
③ 치매관리지원사업(치매안심센터)
④ 고령장애인 건강주치의 사업

3. 장기요양
① 장기요양보험 이동지원 사업
② 통합재가서비스

4. 일상생활
① 인천 I-중간집★
② 인천 I-케어안심주택★
③ 노인맞춤 돌봄서비스
④ 인천, 행복 도시락

제2절 세부 실천전략

1. 법제도 기반 강화

○ 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 모델이 안정적으로 정착하기 위해서는 중앙정부 차원의 제도 추진과 더불어, 인천광역시 차원에서 법적·제도적 기반을 선제적으로 마련할 필요가 있음

1) 돌봄통합 전담조직 설치

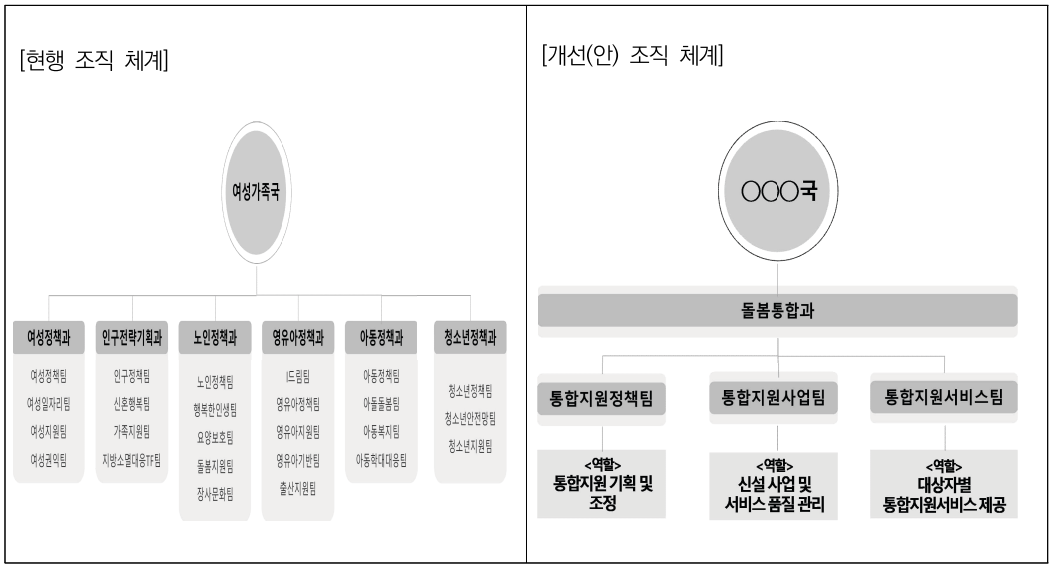
○ 인천광역시는 「돌봄통합지원법」 시행에 대비하여 시 본청 차원의 전담조직을 신설·강화할 필요가 있음. 현재는 노인·장애인·보건·복지 업무가 부서별로 분절 운영되어 사례관리와 서비스 연계가 원활히 이루어지지 않고 있으며, 이에 따라 지역사회 기반 통합서비스 제공을 총괄할 컨트롤타워의 필요성이 제기되고 있음. 따라서 시 본청에 '돌봄통합과(가칭)'를 설치하여 ▲보건의료·요양·복지 자원 연계 ▲성과관리 및 모니터링 등을 총괄하는 기능을 수행할 수 있도록 해야 함

○ 또한 이러한 운영 구조가 원활히 기능하기 위해서는 시 본청과 군·구의 역할을 명확히 구분할 필요가 있음. 시 본청은 정책 총괄과 자원 조정, 통합지원 기준 마련 등 상위 기능을 담당하고, 군·구는 시의 지침에 따라 지역 단위에서 실행과 현장 지원을 담당함으로써, 지역 간 편차를 최소화하고 균형 있는 돌봄통합체계가 구축되도록 하여야 함

○ 구체적으로는, 시 본청이 정책 설계·자원 배분·성과관리 등 전략적 기능을 담당하고, 군·구 전담조직은 대상자 발굴·초기 상담, 지원계획 실행, 지역 자원 연계와 같은 현장 실행 기능을 수행하는 보조적 역할을 담당함으로써, 시 본청이 돌봄통합의 컨트롤타워로 자리매김할 수 있도록 할 필요가 있음

○ 이에 아래 그림은 인천광역시 '돌봄통합과(가칭)'의 제안 구조를 도식화한 것으로, 정책 총괄과 실행 기능이 유기적으로 연계되는 모습을 보여줌

〈그림 5-2〉 광역차원의 돌봄통합 전담 조직도(안)



❍ 현재 17개 광역지자체 중 과 단위 전담조직을 갖춘 곳은 서울, 광주, 경남 3개 지역에 불과함. 따라서 인천광역시는 시 본청에 과 단위 전담조직을 설치하여 돌봄통합 지원정책을 체계적으로 추진해 나갈 필요가 있음. 특히 인천은 도심·농촌·도서 지역이 혼재해 군구별 여건 차이가 큰 특성을 지니고 있으므로, 시 본청 전담조직이 정책을 총괄하는 동시에 군구 단위 전담팀을 통해 지역 특성을 반영한 맞춤형 모델이 실행될 수 있는 체계를 마련할 필요가 있음. 이를 통해 시 본청의 전략적 조정과 군구의 현장 실행력이 유기적으로 연계되어, 돌봄통합 정책의 효과성을 높일 수 있을 것임

〈표 5-1〉 돌봄통합 전담조직 설치 및 운영 현황

	설치 및 운영여부	국	과	팀
서울	○	복지실 내 돌봄고독정책관	돌봄복지과	돌봄정책팀
부산	○	사회복지국	복지정책과	돌봄복지팀
대구	○	보건복지국	복지정책과	복지서비스팀
인천	○	여성가족국	노인정책과	돌봄지원팀
광주	○	복지건강국	돌봄정책과	통합돌봄팀
대전	○	복지국	복지정책과	지역복지팀

	설치 및 운영여부	국	과	팀
울산	×	-	-	-
세종	○	보건복지국	복지정책과	복지정책팀
경기	○	복지국	복지정책과	누구나돌봄팀
강원	○	보건복지국	노인복지과	노인돌봄팀
충북	○	보건복지국	노인복지과	노인통합돌봄팀
충남	○	보건복지국	노인정책과	노인일자리팀
전북	○	복지여성보건국	고령친화정책과	고령친화복지팀
전남	○	보건복지국	노인복지과	노인정책팀
경북	○	복지건강국	어르신복지과	어르신정책팀
경남	○	복지여성국	통합돌봄과	통합돌봄정책·운영·기반팀
제주	○	복지가족국	복지정책과	지역복지팀

자료 : 각 시·도 홈페이지 참고(접속일 : 2025.08.25)

2) 군·구 단위 조례 제정 확대

❍ 법률의 전국 시행에 앞서 인천광역시는 시 차원의 조례뿐 아니라 군·구 단위에서도 '의료·요양 등 돌봄통합지원에 관한 조례' 제정을 확산시켜 나가야 함. 이미 인천광역시는 「인천광역시 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 조례」를 제정하여 제도적 기반을 마련한 바 있으며, 이는 군·구 차원의 조례 확산을 위한 선도적 사례가 될 수 있음. 2025년 8월 기준 부평구는 「인천광역시부평구 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 조례」 제정안을 입법 예고하는 등 군·구 차원의 준비가 진행되고 있음. 이는 지역 여건에 맞는 세부 실행 근거를 마련하고, 예산 확보 및 협력 체계를 제도적으로 보장하는 기반이 될 것이라는 점에서 상당한 의의가 있다고 판단됨

❍ 그러나 조례 제정만으로는 돌봄통합이 실질적으로 작동하기 어렵기 때문에, 무엇보다 행정조직 내부의 기능적 분절을 해소하고 보건의료·복지·장기요양 등 관계 부서가 공동으로 참여할 수 있는 통합적 조직 기반을 마련하는 것이 필수적이라 할 수 있음. 부산광역시는 「부산광역시 지역사회통합돌봄 조례」 제9조를 통해 행정부시장을 위원장으로 하고, 보건·복지·의료 등 관련 부서뿐 아니라 시의회, 서비스 제공기관, 전문가 등 민간 주체가 함께 참여하는 민·관 협력 거버넌스를 설치·운영할 수 있는 법적 기반을 마련하였음. 이러한 구조는 행정 내부의 조정 기능을 강화함과 동시에 지역사회 다양한 주체가 돌봄통합 의사결정 과정에 참여할 수 있도록 보장함으로써, 정책의 실행력과 책임성을 높이는 데 중요한 역할을 하였다는 점에서 의의가 있음

○ 이러한 관점에서 조례 제정은 ▲돌봄통합 추진 조직의 설치 및 운영 근거 마련 ▲통합지원회의와 민관 협력 거버넌스의 제도화 ▲대상자 발굴·지원 절차와 서비스 연계 기준의 명문화 ▲재원 조달 및 지원 방식 규정 등으로 이어질 수 필요가 있음. 특히 군구 단위 조례 제정은 지역별 특성을 반영한 맞춤형 돌봄모델 설계와 책임성 강화를 뒷받침하는 제도적 장치로서, 인천형 모델의 안정적 정착을 위해 중요한 과제라 할 수 있음

○ 다른 기초자치단체에서는 이미 돌봄통합 관련 조례를 제정·시행하며 지역 특성에 맞는 제도적 기반을 마련해가고 있음. 대표적으로 2022년 제정된「광주광역시 통합돌봄 지원 조례」는 돌봄이 필요한 시민에게 신속하고 편리한 돌봄 서비스를 제공하기 위한 통합돌봄 체계 구축을 목표로, 통합돌봄 기본계획 수립, 전문인력 교육, 돌봄정보시스템 구축, 위원회 설치 및 운영, 민관 협력체계 강화 등을 규정해 지역사회 통합돌봄의 기반을 확고히 하고 있음. 이와 더불어 전담 조직 설치, 사례관리 담당자 배치, 민간 전문기관과의 협력 모형 운영 등으로 전국의 모범 사례로 평가됨. 이에 맞추어 광주광역시 광산구는 2024년에 「광산형 통합돌봄 조례」를 일부 개정하여 구청장의 노쇠·만성·정신질환 등 건강관리 책무와 다학제 간 상호협력, 전담기관 설치를 강화하였음. 이러한 사례는 인천이 군구 단위로 조례 제정을 확산하는 데 있어 중요한 시사점이 될 수 있으며, 제도 정착의 실효성을 높이는 근거로 활용될 수 있을 것임

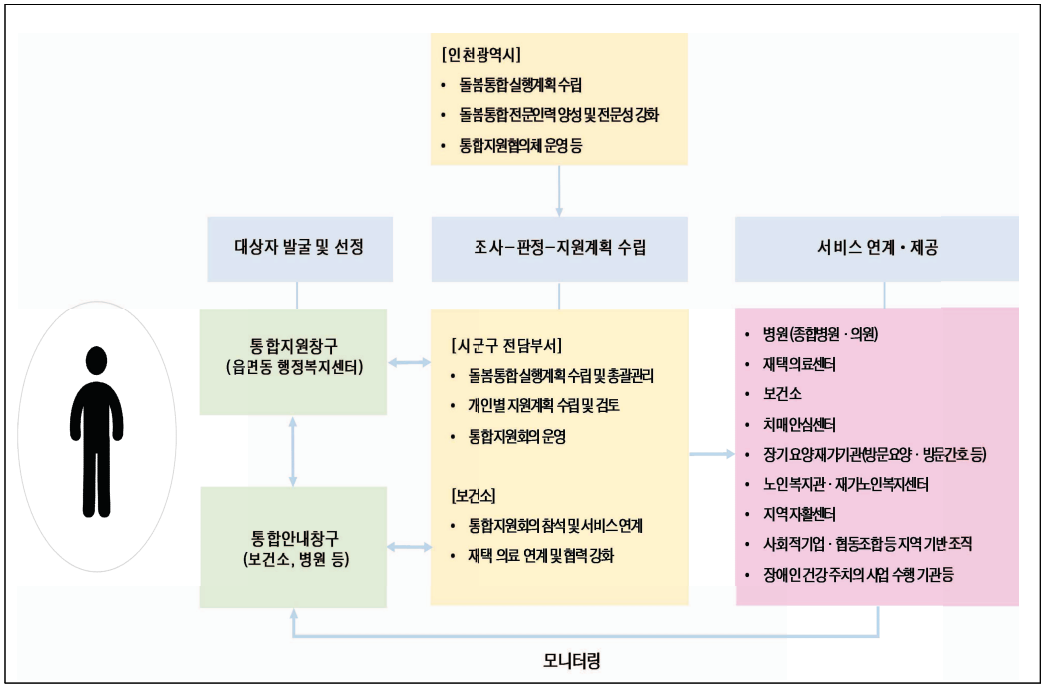
2. 추진 단계별 실행계획

○ 본 연구에서 제시하는 모델은 대상자 발굴에서 사후 모니터링까지 전 과정을 체계적으로 설계하여 돌봄통합서비스의 실효성을 극대화하는 것을 목표로 함

○ 이를 위한 추진체계는 다음과 같음

- 첫째, 대상자 발굴: 통합지원·안내창구를 통해 고령자와 취약계층을 조기 발굴하고, 공공·민간 기관과 협력체계를 구축함
- 둘째, 조사·통합판정: 다분야 전문가가 건강 상태와 생활환경을 종합 평가하여 지원 필요성을 판정함
- 셋째, 통합지원계획 수립: 시·군·구 돌봄통합팀이 대상자 특성을 반영한 맞춤형 계획을 수립·조정함
- 넷째, 서비스 제공: 의료·보건, 건강관리, 장기요양, 일상생활 지원을 현장에서 통합 제공함
- 다섯째, 모니터링·사후관리: 서비스 효과를 점검하고 필요시 계획을 보완함

〈그림 5-3〉 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안)의 추진절차



목표	법·제도 기반 강화	
세부영역	돌봄통합 지원체계 구축	
사업명	통합지원협의체 운영	신규사업

□ 사업 추진 필요성

○ 통합지원협의체는 지역 내 보건·요양·복지 등 관련 기관이 참여하는 민관 협력 거버넌스 기구로서, 지역계획의 수립과 평가, 통합지원 시책의 추진, 관련 기관 간 연계·협력에 관한 사항 등을 협의함으로써 지역 내 돌봄 사각지대를 해소하고 서비스 중복과 누락을 최소화하려는데 그 목적이 있음

□ 사업 개요

○ 운영방식

- 「돌봄통합지원법」 제20조에 근거해 시·군·구청장이 설치·운영하는 민관 협력 기구.
- 보건·요양·복지 등 관련 기관이 참여해 지역계획, 시책 추진, 연계·협력 사항 협의.
- 필요 시 지역사회보장협의체와 통합 운영 가능

○ 추진 및 연계체계

- 시장·군수·구청장: 협의체 설치·운영 주관.
- 시·군·구 전담부서: 협의체 운영 지원(안건 준비, 회의 소집, 결과 환류)
- 참여기관: 보건소, 장기요양기관, 치매안심센터, 노인복지관, 의료기관 등

○ 추진절차

협의체 구성	▸	정기/수시 회의 개최	▸	회의 결과 반영
• 위원 위촉 • 운영규정 마련		• 지역계획 수립.평가 • 기관 간 연계/협력 방안 협의 등		• 군구 계획 및 시 정책에 환류

○ 권역 적용 : 전 권역

목 표	돌봄통합 전문 교육 제공	
세부영역	돌봄통합 전문 교육 제공	
사업명	돌봄통합 전문 교육 제공	★ 특화사업

□ 사업 추진 필요성

○ 돌봄통합 정책을 안정적으로 정착시키기 위해서는 돌봄 서비스의 조정과 연계·관리 기능을 전문적으로 수행할 인력 양성이 필요함. 이에「돌봄통합지원법」제24조에서는 국가와 지방자치단체가 통합지원에 필요한 전문 인력의 양성·확보 및 자질 향상 시책을 마련하도록 규정하고 있어, 인천광역시 또한 법적 근거에 기반한 전문 인력의 교육체계를 구축할 필요가 있음

○ 특히 ▲개인별 지원계획 수립과 자원 연계 담당자 ▲군구 공무원, 복지관, 통합지원창구 및 통합안내창구 담당자 등 현장 실무자 ▲의료기관 종사자에 대한 전문 교육을 통해 다학제적 협업 기반을 강화하는 것이 중요함. 이를 위해 인천광역시는 전문교육 거점기관을 지정하고 체계적인 양성·재교육 프로그램을 운영함으로써 지역 맞춤형 돌봄 전문 인력을 안정적으로 확보하여야 함

□ 사업 개요

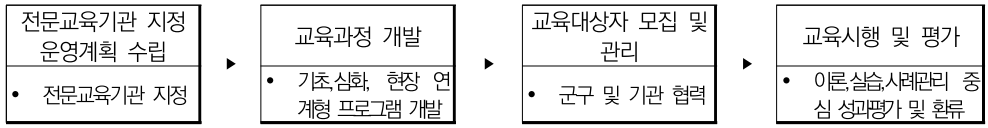
○ 운영 방식

- 교육 대상자
  - 정책·행정 실무자 : 인천광역시 및 군·구, 보건소, 읍·면·동 돌봄통합 담당자
  - 의료·요양기관 종사자 : 의료시설, 요양시설, 요양병원, 방문요양 등 돌봄통합 관리자 및 실무자
  - 돌봄 서비스 제공자 : 노인맞춤돌봄서비스 수행인력, 노인복지관 등 현장 종사자
  - 민·관 협력기관 담당자 : 치매안심센터, 장애인보건의료센터 등 협력기관 실무자
- 기초교육 → 심화교육 → 현장 피드백으로 연계된 단계별 교육 운영
  - 기초교육 : 통합지원 제도 및 서비스 연계의 기본 이해
  - 심화교육 : 통합사례관리·다직종 협업 등 실무 중심 역량 강화
  - 현장 피드백 : 적용사례 공유 및 전문가 자문을 통한 개선 환류

❍ 추진 및 연계체계

- 인천광역시: 교육 총괄, 거점기관 지정
- 거점기관(연구소·대학 등 지정기관): 교육과정 개발·운영, 강사 인력풀 관리, 성과관리
- 군구: 교육 대상자 추천 및 참여 관리, 현장 적용 모니터링
- 참여대상: 공무원, 복지·돌봄 실무자, 의료기관 종사자 등

❍ 추진 절차



목 표	법·제도 기반 강화	
세부영역	돌봄통합 지원체계 구축	
사업명	통합지원창구 운영	신규사업

□ 사업 추진 필요성

○ 의료·요양·돌봄 등 복합적 욕구에 대응하기 위해서는 개별 기관 중심의 분절적 지원을 넘어, 한 곳에서 상담·연계가 가능한 통합지원창구의 구축이 필요함. 통합지원창구는 초기상담, 욕구사정, 서비스 신청·연계를 일괄적으로 수행하여 접근성을 높이고 사각지대를 최소화함으로써 개인별 상황에 따른 맞춤형 통합서비스를 제공할 수 있다는 점에서 의의가 있음

□ 사업 개요

○ 운영방식

- 읍·면·동 행정복지센터에 '통합지원창구'를 설치하여, 돌봄 관련 서비스(의료·요양·주거·복지 등)를 단일 창구에서 상담·신청·연계하도록 운영
- 주민생활권과 밀접한 행정복지센터를 거점으로 하여 접근성을 높이고, 사각지대를 최소화

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 통합지원창구 설치, 전담인력 배치
- 읍·면·동: 통합지원창구 운영, 대상자 발굴·상담·연계, 사례관리 추진

○ 추진절차

통합지원창구 설치	▸	통합지원창구 운영	▸	성과관리 및 환류
• 운영계획 마련 • 조례·지침 정비 • 전담인력 배치		• 대상자 발굴 및 초기상담 • 개인별 지원계획 수립 • 서비스 연계 및 지원		• 정기평가 실시 • 사례관리 환류체계 구축

○ 권역 적용 : 전 권역

목 표	법·제도 기반 강화	
세부영역	돌봄통합 지원체계 구축	
사업명	통합안내창구 운영	신규사업

□ 사업 추진 필요성

○ 생활권 내 보건소, 병원, 노인복지관, 치매안심센터, 장기요양기관 등 생활권 거점에 '통합안내창구'를 설치·운영함으로써 대상자를 조기에 발견하고 선별조사를 거쳐 개인별 특성에 맞는 복지서비스를 연계·제공하는 역할을 수행하도록 함. 이를 통해 사각지대를 최소화하고, 지역 내 다양한 자원을 효과적으로 활용할 수 있는 기반을 마련함

□ 사업 개요

○ 운영방식

- 생활권 거점기관(보건소, 병원, 노인복지관, 치매안심센터, 장기요양기관 등) 내 통합안내창구 설치·운영

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 지역 내 설치기관(보건소, 병원, 노인복지관 등)과 협력체계 구축
- 생활권 거점기관(통합안내창구 설치기관) : 대상자 조기발굴 및 선별조사 실시, 통합지원창구로 연계

○ 추진절차

통합안내창구 설치	▸	통합안내창구 운영	▸	성과관리 및 환류
• 운영계획 마련 • 조례·지침 정비 • 예산 확보		• 대상자 조기발굴 • 선별조사 및 초기 판정 • 군구 전담부서 및 통합지원창구로 연계 및 전달		• 정기평가 실시 • 사례관리 환류체계 구축

○ 권역 적용 : 전 권역

목 표	법·제도 기반 강화	
세부영역	돌봄통합 지원체계 구축	
사업명	통합지원회의 실시	신규사업

□ 사업 추진 필요성

○ 통합지원회의는 돌봄 대상자의 복합적 욕구에 대응하기 위한 핵심 절차로, 국민건강보험공단의 판정 결과와 통합지원창구의 초기상담 자료를 토대로 개인별 지원계획을 심의·확정하는 기능을 수행함. 이는 서비스 제공기관 간의 중복과 누락을 최소화하고 대상자별 맞춤형 지원을 가능하게 하며, 민관이 함께 참여하는 협력 구조 속에서 지역 자원의 효율적 연계와 조정을 가능하게 한다는 점에서 의미가 있음

□ 사업 개요

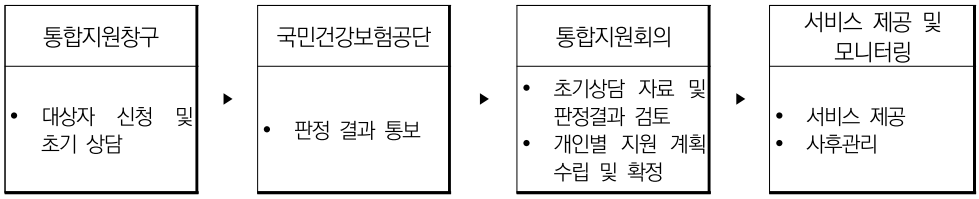
○ 운영방식

- 돌봄 대상자의 개인별 지원계획을 심의·확정하는 사례 중심 회의체로 운영
- 분과 운영: 안건 특성에 따라 노인지원분과, 장애인지원분과로 구분하여 심의
- 국민건강보험공단 판정 결과와 초기상담 자료를 바탕으로 맞춤형 지원을 마련하고, 서비스 중복·누락 최소화
- 민관 공동 참여를 통해 지역 자원 연계와 협력체계 강화

○ 추진 및 연계체계

- 군구 전담부서: 회의 운영 총괄(안건 준비, 회의 소집, 결과 환류 등)
- 통합지원창구 담당자: 초기상담 자료 제공 및 실행 연계
- 분과별 참여기관
  - 노인지원분과: 보건소(노인보건), 장기요양기관, 노인복지관 등
  - 장애인지원분과: 장애인복지(센터·시설), 재활 관련 기관 등
- 참여기관: 보건소, 요양기관, 복지관, 의료기관, 전문가 등 사례별 필요 기관

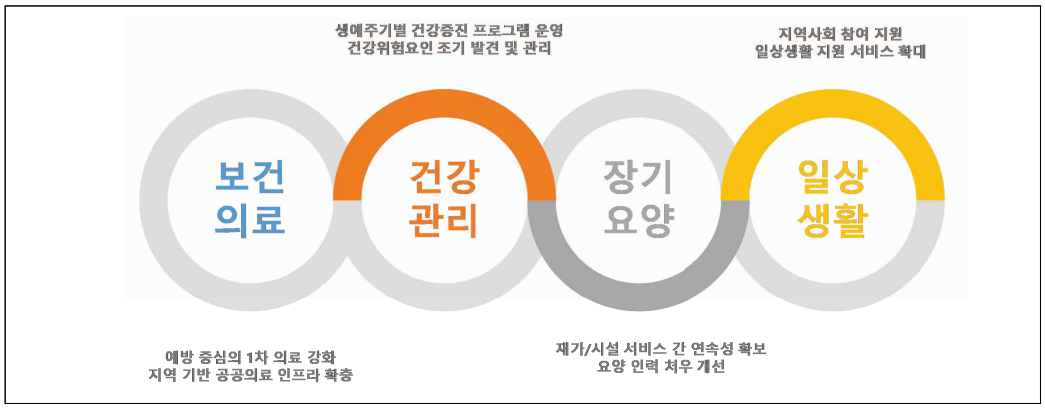
❍ 추진절차



❍ 권역 적용

- 전 권역 적용
- 권역별 성과 분석을 통해 지역 맞춤형 모델로 발전·확산

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진



❍ 돌봄통합 지원 서비스 제공 단계는 통합지원회의를 통해 확정된 개별 지원계획을 현장에서 실행하는 과정으로, 본 모델의 실효성을 결정짓는 핵심 단계임. 시·군·구 돌봄통합팀은 의료·보건, 건강관리, 장기요양, 일상생활 지원 등 4대 영역의 서비스를 대상자의 생활공간에서 통합적으로 제공하고, 지역 내 공공·민간 자원과 유관기관이 긴밀히 연계·협력하도록 운영하여야 함

❍ 각 서비스는 대상자의 건강 상태, 생활환경, 돌봄 요구 수준을 종합적으로 고려해 맞춤형으로 제공되며, 제공 과정은 모니터링 체계와 연계하여 성과와 변화를 즉시 점검하고 지원 내용을 지속적으로 조정·보완하여야 함. 이를 통해 단편적·일회성 지원을 넘어 전 주기적·다영역적 접근이 가능한 지속가능한 돌봄통합서비스를 구현할 수 있으며, 궁극적으로 고령자의 건강수명 연장과 자립생활 유지를 제도적으로 보장하는 기반이 마련될 수 있을 것임

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)	
사업명	장기요양 재택의료센터(연계형)	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 거동이 불편한 노인이 병원에 가지 않고도 가정에서 필요한 의료서비스를 받고, 지역사회 돌봄 서비스까지 연계해 받을 수 있도록 지원할 필요가 있음. 이를 위해 보건복지부는 장기요양 재택의료센터 사업을 추진 중이며, 인천광역시 및 군·구 내 의료기관 역시 이에 적극적으로 참여하여 지역 내 재택의료 기반을 마련할 필요가 있음

□ 사업 개요

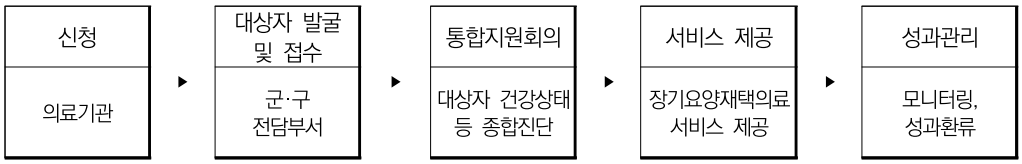
○ 운영방식

- 장기요양재택의료센터 참여 독려 및 참여의원에 방문진료, 간호 의뢰
- 통합지원회의 연계
  - 지역 내 돌봄 서비스 제공 기관 등과 사례회의 실시
  - 대상자 건강상태, 복용약물, 돌봄 욕구 종합 진단
- 성과 및 평가 : 서비스 질 관리

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 대상자 발굴·접수, 서비스 제공 의뢰
- 장기요양기관: 장기요양 수급자 추천, 서비스 연계·협력
- 장기요양 재택의료센터: 대상자 건강관리계획 수립, 방문진료,간호 및 상담 등 수행

○ 추진절차



○ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)
사업명	인천 I-찾아가는 플러스 의료돌봄센터(확장형) ★ 특화사업

□ 사업 추진 필요성

○ 고령화의 진행과 만성질환 유병률 증가로 거동이 불편하거나 의료기관 이용이 어려운 노인의 비중이 확대됨에 따라, 재택 의료·간호 서비스에 대한 욕구가 증가하고 있음

○ '인천 I-찾아가는 플러스 의료돌봄센터'는 의사·간호사 등 전문 인력이 가정을 직접 방문하여 건강상태 점검, 만성질환 관리, 복약지도, 생활습관 개선 등 맞춤형 건강관리를 제공함으로써 의료 접근성을 향상시키고 조기 건강위험을 예방하는 것을 목표로 함

- 기존 장기요양재택의료센터 시범사업은 주로 거동이 불편한 장기요양 1~2등급 수급자를 대상으로 운영되어, 등급 외 노인은 서비스 이용에서 제외되는 한계가 있어 왔음
- 이에 본 사업은 장기요양 재택의료센터를 1차 지원체계로 두되, 그 범위에서 제외되는 노인을 포괄하기 위한 확장형 모델로 'I-찾아가는 플러스 의료돌봄센터'를 운영함

○ 즉 본 사업은 장기요양 재택의료센터가 미치지 못한 대상자를 다시 연결하여 재택의료의 포용성과 안전망을 강화하는 확장형(플러스형) 재택의료 모델을 구축하는 데 그 목적이 있음

□ 사업 개요

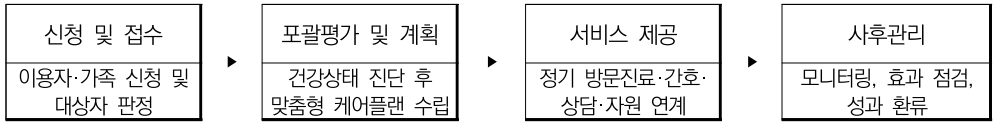
○ 운영방식

- 1단계 : 장기요양재택의료센터를 통해 장기요양 수급자 대상 재택의료 우선 지원
- 2단계 : 1단계에서 제외된 등급 외·의료취약 노인 및 장애인 등을 '플러스 의료돌봄센터'를 통해 연계지원

○ 추진 및 연계체계

- 인천광역시 : 총괄지원 관리, 예산지원
- 군·구 전담부서: 권역 내 서비스 실행 총괄, 기관 간 연계·협력 담당
- 연계 협력망: 보건소·의료기관·장기요양기관·복지관·민간 자원 등과 유기적 협력체계 구축·운영

❍ 추진절차



❍ 권역 적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)
사업명	인천 I-찾아가는 의료돌봄지원센터 ★ 특화사업

□ 사업 추진 필요성

○ 고령화와 만성질환자의 증가로 생활권 기반 재택의료 수요가 확대되는 상황에서, 종합병원 중심 지원체계만으로는 접근성 확보에 한계가 있음. 그러나 민간 의원급 의료기관은 수익 구조상 외래 진료 의존도가 높아 방문진료 참여가 제한적·간헐적일 수밖에 없는 구조적 제약이 존재함(최재우 외, 2022). 이에 의원급 의료기관의 참여를 제도적으로 보장하고 지역 거점 역할을 강화할 수 있는 재택의료 지원 모델 구축이 필요함

- 이를 위해 거점형 의료돌봄지원센터를 설치·운영하여, 간호사와 사회복지사가 상주하며 의원급 일차의료기관의 의뢰를 받아 재택의료 서비스를 연계·지원하는 체계를 마련함

○ 즉 본 사업을 통해 생활권 내에서 재택의료 서비스를 보다 쉽게 이용할 수 있는 기반을 마련하고, 민간 의원급 의료기관의 참여를 제도적으로 지원함으로써 재택의료의 접근성과 지속성을 높이고자 함

□ 사업 개요

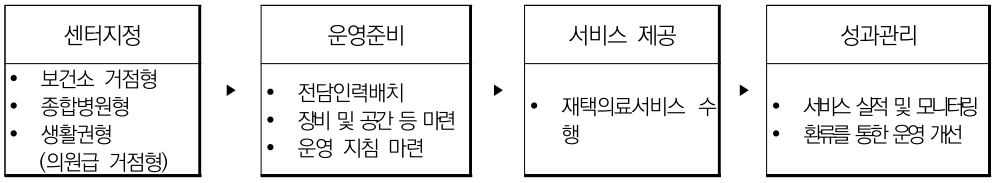
○ 운영방식

- 보건소 거점형 재택의료지원센터 : 관할 지역 내 재택의료 총괄 조정, 대상자 연계, 사례관리 지원, 지역 의료·복지기관 협력체계 운영 등
- 종합병원형 의료돌봄지원센터: 전문인력과 병원 자원을 활용해 중증·고위험군 대상 재택의료 지원
- 생활권형 의료돌봄지원센터: 생활권 내 의원급 의료기관을 기반으로 만성질환자·고령자 대상 밀착형 재택의료 지원
- 보건소를 중심축으로 종합병원형 ↔ 생활권형 두 모델을 연계·보완하여 지역별 특성에 맞는 지원체계 구축

❍ 추진 및 연계체계

- 인천광역시: 총괄지원관리, 예산지원
- 군·구(보건소 포함): 권역 내 서비스 실행 총괄, 기관 간 연계·협력 담당, 지역 단위 조정·지원, 대상자 연계 관리
- 종합병원: 중증·고위험군 재택의료 전담, 전문 의료서비스 제공
- 의료사협·의원급 기관: 생활권 내 만성질환자·고령자 대상 방문진료 및 건강관리 수행
- 지역 돌봄기관(복지관, 장기요양기관, 치매안심센터 등): 돌봄·복지 서비스 연계 협력

❍ 추진절차



❍ 권역 적용

- 보건소 거점형
  - 모든 권역의 재택의료 조정·연계 허브로 지정
  - 보건소 내 재택의료 지원팀 구성, 사례관리 및 서비스 조정 기능 수행
  - 권역별 종합병원형·생활권형 센터와 연계하는 공공 조정·지원체계 구축

- 종합병원형 의료돌봄지원센터
  - 1단계(시범 운영) : 인천의료원(중부권역), 인천적십자병원(남부권역)
  - 2단계(확대 적용) : 인천나은병원(서북권역), 인천세종병원(동북권)

- 생활권형 의료돌봄지원센터
  - 1단계(시범 운영) : 의료사협 소속 의원급 기관을 중심으로 도심권 일부 지역 우선 지정
  - 2단계(확대 적용) : 농촌·도서 등 의료취약 권역까지 확대 운영

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)	
사업명	인천 I-재택 의료기기 지원	신규사업

□ 사업 추진 필요성

○ 재택의료의 안정적 운영을 위해서는 환자 가정을 직접 방문하는 과정에서 필요한 차량과 의료기기 등 필수적인 의료장비가 충분히 확보되어야 함. 특히 엑스레이, 심전도 기기, 초음파 등은 환자의 안전을 보장하고 전문적 서비스를 제공하기 위한 필수적인 장비임. 그렇기에 재택의료 현장에서 나타나는 장비 부족 문제를 해소하고, 의료진의 이동성과 대응 역량을 강화함으로써 지역사회 내에서 안정적이고 지속가능한 재택의료 제공을 뒷받침하는 핵심적 사업으로 추진될 필요가 있음. 아울러 본 사업은 의료·요양·돌봄통합지원 모델의 실행력을 강화하고, 시민이 안심하고 가정에서 의료와 돌봄을 받을 수 있는 환경을 조성하는 데 필수적이라는 점에서 그 의미가 있음

□ 사업 개요

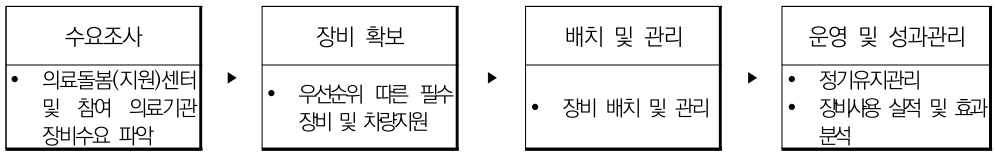
○ 운영방식

- 앞서 제안한 의료돌봄(지원)센터를 중심으로 의료진이 현장에서 필요로 하는 필수 장비(엑스레이, 심전도, 초음파 등)를 지원하고, 이동용 차량과 함께 활용할 수 있도록 체계적으로 운영

○ 추진 및 연계체계

- 인천광역시: 총괄지원관리, 예산지원.
- 군·구: 권역 내 서비스 실행 총괄, 기관 간 연계·협력 담당, 지역 단위 조정·지원, 대상자 발굴 및 연계 관리
- 의료돌봄(지원)센터: 장비 배치 및 관리, 의료진 활용 계획 수립

❍ 추진절차



❍ 권역 적용

- 단계별 추진
  - 1단계(우선 지원) : 인천의료원(중부권역), 인천적십자병원(남부권역)
  - 2단계(확대 적용) : 인천나은병원(서북권역), 인천세종병원(동북권역)

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)	
사업명	인천 I-집으로, 건강 하모니(퇴원환자지원서비스)	연계사업

□ 사업 추진 필요성

❍ 퇴원 환자는 급성기 치료 이후에도 지속적인 돌봄·재활·생활 지원이 필요하나, 의료와 지역사회 서비스 간 연계가 미흡해 재입원, 건강 악화, 가족 부담 가중 등의 문제가 발생하고 있음. 이에 퇴원 단계부터 의료·돌봄·주거·복지 자원을 통합적으로 연계하는 지역사회통합돌봄 체계를 구축하여 서비스 공백을 해소하고, 재가 정착 및 건강 유지의 선순환 구조를 마련할 필요가 있음

□ 사업 개요

❍ 운영방식

단 계	내 용	담당 부서
대상자 발굴 및 선정	퇴원환자에 대한 통합 환자평가	협력 의료기관
↓		
퇴원간호계획 수립 및 연계의뢰	환자별 선별 평가 시행 개인정보 활용동의서, 대상자 의뢰서 등 담당자에게 제출	협력 의료기관
↓		
연계의뢰 접수	연계의뢰 서류 확인 및 접수 담당자 및 간호사에게 정보 전달	군구 전담 부서
↓		
사전조사 및 신청·접수	통합지원 대상자 사전 조사 실시 *긴급돌봄 연계 필요시 긴급돌봄 지원 의뢰	군구 전담 부서
↓		
통합판정 의뢰	대상자 신청 정보 확인 및 접수 통합판정 실시 의뢰	군구 전담 부서
↓		
통합판정 실시	통합판정 조사 실시 통합판정 조사 결과 통보	국민건강보험공단 (돌봄통합지원팀)
↓		

단 계	내 용	담당 부서
통합지원계획 수립	통합지원계획(안) 작성 필요시 추가 상담 실시 통합지원계획(안) 통보	군구 전담 부서
↓		
통합지원회의 및 지원계획 결정	통합지원회의 실시 후 통합지원계획 내용 변경 또는 확정	군구 전담 부서
↓		
서비스 연계	제공기관 서비스 연계	군구 전담 부서
↓		
서비스 제공	대상자 욕구별 서비스 제공	서비스 제공기관
↓		
모니터링 및 사후관리	주기적 모니터링, 종결 및 사후관리	군구 전담 부서

자료 : 2025년 의료-돌봄통합지원 '예산지원형' 시범사업 실행계획 내부자료 참고

❍ 추진 및 연계체계

- 군·구: 권역 내 서비스 실행 총괄, 기관 간 연계·협력 담당, 지역 단위 조정·지원, 대상자 발굴 및 연계 관리
- 의료돌봄센터(1단계 시범: 인천의료원·적십자병원): 퇴원환자 사정·계획, 지역 자원 연계 거점
- 의료·돌봄·복지기관: 통합지원계획에 따른 맞춤형 서비스 제공

❍ 추진절차

퇴원 연계·접수	통합판정·계획	서비스 연계·제공	모니터링·사후관리
퇴원계획 공유 및 대상자 의뢰	사전조사·판정 개인별 계획 수립	의료·돌봄·복지 서비스 연계·제공	정기 모니터링 및 종결 관리

❍ 권역적용

- 단계별 추진
  - 1단계(시범 운영): 인천의료원, 인천적십자병원
  - 2단계(확대 적용): 전 권역으로 확대 운영

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(보건의료)
사업명	인천 I-약물안심케어 연계사업

□ 사업 추진 필요성

❍ 2021년 기준 우리나라 75세 이상 노인의 5종 이상 약물 복용 비율은 64.2%로, OECD 평균(48.6%)을 크게 상회함(국민건강보험공단, 2021; 한국보건산업진흥원, 2021; OECD, 2021; 의협신문, 2024). 또한 65세 이상 고령자가 5종 이상 약물을 복용할 경우 입원 위험은 18%, 사망 위험은 25% 증가하는 것으로 보고됨(국민건강보험공단, 2021; 한국보건산업진흥원, 2021)

❍ 이에 다제약물관리사업을 인천형 의료돌봄통합 모델과 연계·운영함으로써, 고령자의 약물 복용을 체계적으로 관리하고 병원·지역사회·장기요양시설 간 약물관리의 연속성을 강화할 필요가 있음. 이를 통해 중복·과다·부적절한 약물 복용을 예방하고, 의료·요양·돌봄이 유기적으로 연계된 지역 기반 약물안전관리체계를 강화하고자 함

□ 사업 개요

❍ 운영방식

- 다제약물관리사업 참여 독려 및 지역 내 의료·요양·돌봄 체계와 연계
- 대상자 발굴 및 등록 : 국민건강보험공단의 빅데이터를 활용하여 대상자를 선정하고, 군·구 전담 부서에 등록 후 의료돌봄(지원)센터와 연계
- 통합지원회의 연계 : 보건소 전담팀과 의료돌봄(지원)센터가 함께 대상자의 약물복용 상태 및 건강상태를 검토하고, 약물관리서비스 연계 방안 논의
  - 일차 서비스 제공(의료 연계): 의료기관 다학제팀이 공단 기준에 따라 약물 점검, 상담 및 처방
  - 이차 서비스 제공(지역 연계): 지역 방문간호·약사회 등과 협력해 복약지도와 모니터링 수행
- 성과 및 평가 : 약물관리 연계성과 모니터링

❍ 추진 및 연계체계

- 인천광역시 : 총괄지원관리
- 군·구 : 권역 내 서비스 실행 총괄, 기관 간 연계·협력 담당, 지역 단위 조정 및 대상자 연계 관리
- 의료기관(병·의원, 약국) : 다제약물관리사업 참여, 약물 이력 연계, 약물 점검·상담·안전성 관리 수행
- 지역 약사회·의사회 : 참여기관 간 협력 및 표준 가이드라인 마련, 복약지도 및 자문 지원
- 국민건강보험공단 인천지역본부 : 다제약물 복용자 데이터 제공, 참여기관 선정 및 사업 관리

❍ 추진절차

다제약물관리사업 신청 및 연계	▶	대상자 발굴 및 등록	▶	통합지원회의	▶	서비스 제공 및 관리	▶	성과 및 평가
시·군·구 사업신청 독려 및 지원 참여기관 : 지역 내 의료·요양·돌봄 연계체계와 연계		국민건강보험공단 빅테이터 활용하여 대상자 선별 및 연계		관계자 참석 및 약물관리 서비스 연계방안 논의		약물 점검 및 상담, 복약지도		약물관리 연계성과 모니터링

❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(건강관리)
사업명	방문건강관리사업 보건소 연계사업

□ 사업 추진 필요성

❍ 지역사회 내 만성질환자와 돌봄이 필요한 노인이 증가함에 따라 건강 상태 유지·개선, 생활습관 관리, 의료 연계 등 장기적·지속적 건강관리 수요가 확대되고 있으나, 단순 진료 중심의 서비스만으로는 이를 충족하기에 한계가 있음

❍ 보건소 중심의 방문건강관리는 생활환경 속에서 대상자의 건강 상태를 직접 파악하고 맞춤형 관리와 의료·돌봄 연계를 가능하게 함으로써 지역 기반 돌봄체계를 강화할 수 있음. 이에 따라 방문건강관리사업을 기반으로 의료·요양·돌봄을 통합한 지원사업을 연계·추진할 필요가 있음

□ 사업 개요

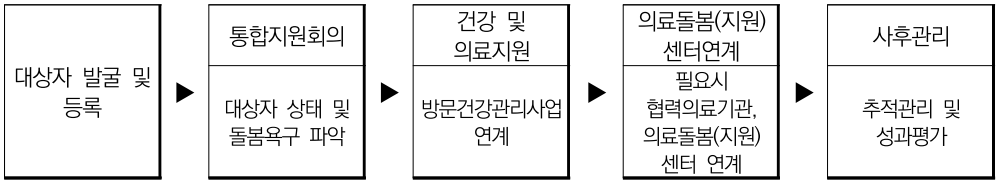
❍ 운영방식

- 대상자 발굴 및 등록
- 통합지원회의 연계 : 보건소 전담팀 참석하여 대상자 건강, 돌봄 욕구 종합 진단
  - 일차 서비스 제공 : 방문건강관리지원사업과 연계, 필요시 의료돌봄(지원)센터와 연계
  - 이차 서비스 제공 : 주거, 이동, 식사 등 돌봄통합 서비스와 연계
- 성과 및 평가 : 서비스 질 관리

❍ 추진 및 연계체계

- 보건소: 사업 총괄(대상자 등록·관리, 인력 운영, 성과 평가)
- 방문건강관리팀: 가정방문, 건강상태 평가, 맞춤형 관리 수행
- 지역 돌봄 자원(장기요양기관·복지관 등): 돌봄 서비스 연계 및 지원

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(건강관리)	
사업명	AI-IoT 기반 건강관리	연계사업

□ 사업 추진 필요성

❍ AI-IoT 기반 건강관리 지원사업은 고령화 사회에서 만성질환 관리와 건강 모니터링의 효율성을 높일 수 있는 방안임. 연구에 따르면 AI와 IoT 기술은 조기 질환 진단, 건강 상태 예측, 인지 기능 향상 등에 효과가 있으며, 원격 모니터링을 통해 의료 접근성이 낮은 지역사회 노인에게도 활용 가능성이 높은 것으로 평가됨(박나영, 2023)

❍ 특히 방문건강관리 수요가 증가하는 상황에서 AI-IoT 기술의 도입은 제한된 간호 인력으로도 관리 범위를 확대할 수 있어, 서비스 제공의 효율성과 효과성을 동시에 제고할 수 있을 것임

- 전라북도 정읍시 사례
  - 정읍시는 의료 접근성이 낮은 65세 이상 노인을 대상으로 AI 스피커, 혈압계, 혈당계, 활동량계 등 스마트 기기를 보급하여 정기적인 건강 상태 측정과 데이터 기반의 비대면 건강 컨설팅을 제공함
  - 수집된 데이터를 활용해 맞춤형 건강 정보를 제공하고, 건강 미션과 인센티브 제도를 운영하여 노인의 건강 습관 개선을 적극 유도함. 그 결과 고혈압 조절률이 기존 49%에서 78%로 향상되는 성과를 달성함

□ 사업 개요

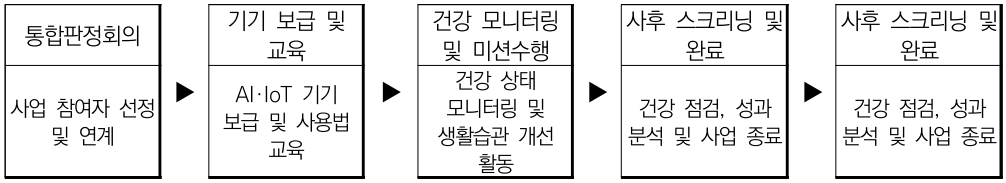
❍ 운영방식

- 대상자 발굴·등록: 기초지자체가 만성질환자·취약노인을 선정·등록
- 통합지원회의 연계:건강상태를 종합 평가 후, 필요 대상자에게 배분
- AI-IoT 기기 활용: 혈압계·혈당계·웨어러블 등 보급, 건강정보 실시간 수집
- 데이터 기반 관리: AI 분석으로 위험 신호 탐지 및 맞춤형 건강관리 제공
- 전문 인력 연계: 간호사 등 전문인력이 상담·교육·방문진료·의료 연계 수행

❍ 추진 및 연계체계

- 보건소: 사업 주관기관으로 대상자 발굴, 기기 보급·관리, 데이터 모니터링 및 방문건강관리 수행
- 의료기관: 필요 시 진료·처방 및 위험군 조기 개입 지원

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합 서비스 영역별 통합추진(건강관리)	
사업명	치매관리지원사업(치매안심센터)	연계사업

□ 사업 추진 필요성

❍ 치매 유병률이 지속적으로 높아지면서 이에 따른 사회·경제적 부담이 심화되고 있음. 이에 지역사회 내 치매의 조기 발견 및 체계적 관리·지원을 통해 치매 진행을 지연시키고 가족 돌봄 부담을 완화할 필요가 있음

❍ 치매환자와 가족을 통합적으로 지원하는 관리체계 구축은 삶의 질 제고와 돌봄 역량 강화를 위한 필수 과제임. 따라서 예방·진단·돌봄 전 과정을 연계하여 치매 진행을 지연시키고, 가족의 돌봄 부담을 경감하며, 지역사회 기반의 지속가능한 지원체계를 마련할 필요가 있음

□ 사업 개요

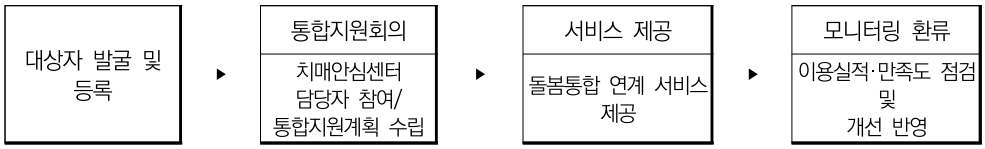
❍ 운영방식

- 대상자 발굴 및 등록 : 센터 전담 인력이 건강상태 및 돌봄욕구 사정
- 통합지원회의 연계 : 전담인력 참여, 적절한 돌봄통합 서비스 연계
- 성과 및 평가 : 서비스 질 관리

❍ 추진 및 연계체계

- 군·구: 대상자 발굴·접수, 사업 연계 운영 관리 및 차량·인력 배치
- 치매안심센터 : 진단·사례관리, 인지재활 프로그램, 가족지원 서비스 운영
- 의료돌봄(지원)센터 : 환자 상태 평가 및 방문진료, 약물·치료 관리, 보건소·치매안심센터와 협력하여 의료 돌봄 제공
- 지역복지기관 : 돌봄·복지서비스 연계, 일상 지원

○ 추진절차



○ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(건강관리)	
사업명	고령장애인 건강주치의사업	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 고령 장애인은 만성질환, 장애, 고령이라는 삼중의 어려움에 직면해 있어 지속적 건강관리와 맞춤형 지원이 그 어느 집단보다도 요구됨. 이러한 필요에 대응하기 위해 도입된 “장애인 건강주치의 제도”는 장애인이 일반건강관리, 주장애관리, 통합관리 중 하나를 선택하여 거주지 인근 의사로부터 지속적·포괄적인 관리를 받을 수 있도록 추진·시행되고 있음(보건복지부, 2021). 그러나 시범사업 운영 과정에서 수요자와 공급자의 참여율과 진료 제공 실적이 낮게 나타나, 제도의 실효성 제고를 위한 제도적 보완과 활성화 방안 마련이 필요한 것으로 평가되고 있음(박진관 외, 2022)

○ 따라서 장애인건강주치의 제도를 의료·요양·돌봄통합모델과 연계함으로써 선제적으로 취약 대상을 발굴하고, 주치의를 중심으로 적절한 서비스를 제공할 수 있는 체계를 마련할 필요가 있음. 이를 통해 제도의 효과성을 높이고, 고령 장애인의 건강 불평등을 완화할 수 있을 것임

□ 사업 개요

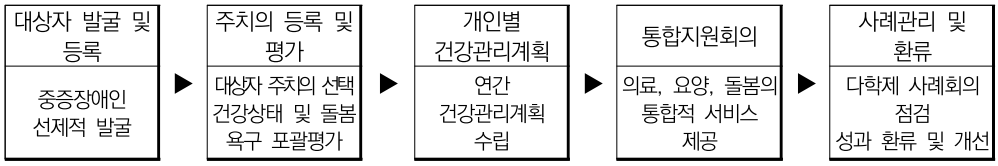
○ 운영방식

- 초기상담: 통합안내창구를 통해 중증장애인 발굴, 주치의가 기초 건강 평가 실시
- 계획수립: 주치의가 개인별 연간 건강관리계획 수립, 통합계획에 반영
- 통합지원회의 연계
  - 서비스 제공: 정기 진료·상담, 전화·방문 관리, 요양·복지서비스 연계
  - 사례관리: 다학제 사례회의로 점검·보완, 결과 환류 및 개선
- 성과 및 평가 : 서비스 질 관리

❍ 추진 및 연계체계

- 통합안내창구(보건소): 대상자 발굴, 초기상담, 서비스 연계
- 통합지원회의(장애인 분과): 다학제 협의, 관리 점검, 환류
- 건강주치의(의료기관): 포괄평가, 건강계획 수립, 진료·상담·방문
- 요양·복지기관: 재가서비스, 생활지원, 돌봄 연계 협력

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(장기요양)	
사업명	장기요양보험 이동지원사업	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 노인의 이동 제약은 의료·복지 서비스 접근성 저하와 사회적 고립, 돌봄 부담 가중으로 이어지는 주요 사회문제임. 특히 장기요양 대상자는 이동 취약으로 인해 진료·재활·복지서비스 이용에 어려움을 겪어 돌봄 공백과 건강 악화를 초래하는 경우가 많음. 이에 장기요양 이동지원사업을 돌봄통합 체계에 포함시켜 이동 취약계층의 서비스 접근성과 안전한 이동을 보장할 필요가 있음

○ 나아가 재택의료를 원하지 않거나 병원 진료를 희망하는 이용자의 경우, 병원으로 연계하여 이동서비스를 제공하는 방식으로 사업을 확장할 필요가 있으며, 이는 이용자의 자기결정권을 존중하고 선택권을 보장한다는 측면에서도 의의가 큼. 이러한 이동지원은 단순한 교통 지원을 넘어, 지역사회 기반 돌봄통합 서비스의 연속성과 효과성을 강화한다는 점에서 정책적 함의가 있음

□ 사업 개요

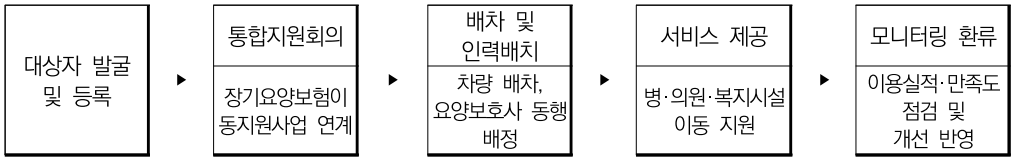
○ 운영방식

- 대상자 발굴 및 등록
- 통합지원회의 연계 : 장기요양보험 이동지원사업과 연계 및 보완
  - 이동지원: 공공차량을 활용한 병·의원·복지시설 등 필수 이동 지원
  - 동행지원: 요양보호사 동행을 통한 안전한 이동 보장
- 성과 및 평가 : 서비스 질 관리

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 대상자 발굴·접수, 사업 운영 및 차량·인력 배치
- 장기요양기관: 수급자 추천, 서비스 연계·협력
- 수행기관: 공공차량 운영, 요양보호사 관리, 서비스 제공 및 모니터링

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(장기요양)	
사업명	통합재가서비스	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 통합재가서비스는 하나의 기관 계약을 통해 세 가지 이상 재가서비스를 통합 제공하며, 전문 인력이 건강상태와 생활환경을 종합 평가해 맞춤형 서비스를 지원하는 제도임. 그러나 현행 서비스는 돌봄 영역 중심에 머무르는 한계가 있어, 의료적 관리가 필요한 이용자의 요구를 충분히 충족하기에는 한계가 있음

○ 이에 의료·요양·돌봄지원 서비스를 연계하여 방문간호·방문진료 등 의료서비스와 방문요양·목욕 등 돌봄 서비스를 아우르는 통합 관리체계가 구축될 필요가 있음. 이를 통해 개인별 요구를 면밀히 분석하고 의료·요양서비스를 중복 없이 조정하며 기관 간 협력을 유도함으로써, 이용자는 원스톱으로 다중 서비스를 이용하고 비용·절차 부담을 경감할 수 있을 것임

□ 사업 개요

○ 운영방식

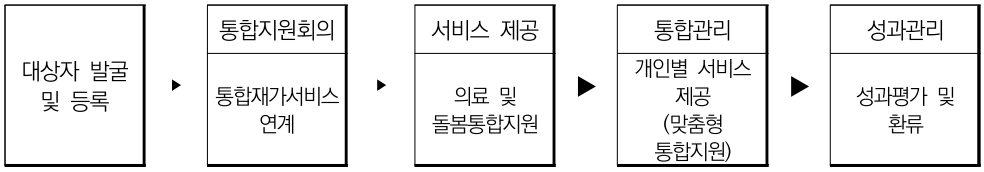
- 대상자 발굴 및 등록
- 통합지원회의 연계 : 통합재가서비스와 연계 및 보완
  - 통합재가서비스 운영 및 연계: 기존 재가서비스(방문요양·목욕·간호 등)에 의료·요양 돌봄지원서비스를 결합하여 맞춤형 통합지원 제공
  - 통합 관리체계 구축: 개인별 요구에 따른 서비스 조정과 기관 간 협력으로 중복·누락 최소화
- 품질 관리: 모니터링을 통한 효과성·만족도 점검 및 서비스 품질 향상

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 지역 내 사업 연계 운영 관리, 대상자 발굴 및 서비스 연계 조정

- 통합재가서비스 제공기관: 하나의 계약을 기반으로 요양·돌봄·의료 서비스를 통합 제공, 개인별 요구에 따른 맞춤형 지원 수행
- 의료기관(의원·방문진료팀 등): 방문진료·간호 등 의료서비스 제공 및 건강관리 협력
- 장기요양기관(방문요양·방문목욕 등): 돌봄서비스 제공 및 생활지원 연계
- 지역사회 자원(복지관, 치매안심센터, 민간기관 등): 보완적 서비스 지원 및 협력체계 강화

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(일상생활)
사업명	인천 I-중간집 ★ 특화사업

□ 사업 추진 필요성

○ 고령인구 증가로 돌봄 수요가 지속적으로 확대되는 상황에서, 단순한 주거 제공 방식만으로는 사회적 고립 완화와 돌봄 공백 해소에 한계가 있음. 이에 대안적 돌봄 인프라로 제시되는 '중간집'은 주거 기능을 넘어 지역사회 내 중간 거점으로서 커뮤니티 형성과 사회적 관계망 확장을 지원하며(손지현 외, 2023), 동시에 병원 퇴원 후 일정 기간 임시 거주하며 의료·돌봄 서비스를 제공받고 자립을 준비할 수 있는 기능을 수행함

□ 사업 개요

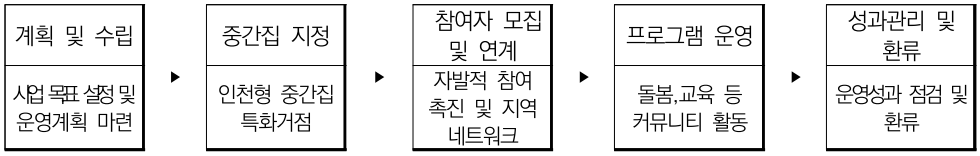
○ 운영방식

- 지역 내 유휴공간을 연계·활용하여 인천형 중간집을 조성·운영하는 방안을 추진함
- 이는 각 군·구에 산재한 소규모 돌봄시설, 주민이용시설(경로당·주민센터·복지관 분관 등)과 같은 지역 커뮤니티 공간을 기반으로 구축할 수 있어, 신규 시설 설치에 따른 시간과 비용 부담을 최소화할 수 있음
- 이러한 유휴공간을 기반으로 한 인천형 중간집은 단기 집중 돌봄·재활 및 사회적 관계망 형성을 지원하는 돌봄통합 거점모델로 기능하도록 함

○ 추진 및 연계체계

- 인천광역시: 총괄지원관리, 예산지원
- 군·구: 특화사업 시행, 입주자 선정, 지역 내 의료·복지 자원 연계, 생활지원서비스 관리
- 지역 내 유휴공간 운영주체(예: 소규모 돌봄시설, 주민이용시설 등) : 중간집 운영 파트너로 참여하여 단기 집중돌봄·생활지원 제공 및 퇴원환자·독거노인 등 단기 입주 대상자 지원
- 협력기관(보건소·복지관·요양기관·돌봄협동조합 등): 건강·돌봄 서비스 연계 제공

❍ 추진절차



❍ 권역적용

- 전 권역 공통 운영 원칙을 적용하되, 단계적으로 확산 추진

목 표	서비스 영역별 통합추진
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(일상생활)
사업명	인천 I-케어안심주택 ★ 특화사업

□ 사업 추진 필요성

○ 기존의 공공임대주택은 단순 주거 제공에 머물러 있어 거주자의 건강관리, 생활 지원, 사회적 교류를 충분히 보장하지 못하는 한계가 있으며(장미선 외, 2024), 이는 돌봄 공백과 사회적 고립 심화로 이어져 지역사회 돌봄통합 실현에도 제약이 되고 있음. 이에 단순 주거 중심의 기존 모델을 넘어 대안적 모델로 제시되는 것이 케어안심주택임. 케어안심주택은 의료·돌봄·복지 서비스가 통합 제공되는 맞춤형 임대주택으로, 생활 안전과 주거 편의를 강화하고 사회적 관계망을 형성할 수 있는 고령친화적 모델임. 즉 거주자는 장기적으로 안정적인 생활을 유지하면서 자립을 도모할 수 있으며, 의료진 방문진료와 돌봄서비스가 결합된 통합적 지원을 통해 생활의 연속성과 안정성이 보장됨

- 참고 : 일본 정부는 2015년 이후 고령자가 도시에 집중되지 않고, 지방에서도 건강하고 활동적인 노후를 보낼 수 있도록 지역 거점 커뮤니티를 조성하고자 “일본판 CCRC[10)]”를 국가 전략으로 도입하였음. 이에 지역별 특성을 고려한 다양한 모델을 만들어 현재 이를 운영하고 있음

〈교토 (Yamada et al., 2020)〉

- 교토의 고립된 지역에 위치한 CCRC는 361세대(아파트 335세대 + 보조 거주시설 26세대 + 요양시설 51세대) 규모로 조성되었음
- 24시간 의료 클리닉, 방과 문 센서를 통한 보안 시스템, 레크리에이션 활동 등을 케어안심주택의 핵심 요소로 채택하고 있음
- 입주자는 주로 70대이며, 은퇴 후부터 사망 시까지 장기간 체류할 수 있는 구조임

10) Continuing Care Retirement Community의 약자로 고령자의 지방 이주와 지속적 돌봄·사회참여를 결합한 지역 정주 모델임

□ 사업 개요

❍ 운영방식

- 통합주거 제공: 고령자복지주택·공공임대주택에 의료·돌봄·복지 서비스를 결합한 맞춤형 임대주택 공급
- 의료 연계 강화: 방문진료·간호 등 상시 의료서비스 제공으로 생활 건강관리 지원
- 돌봄·생활지원: 방문요양·목욕, 가사지원, 안전확인 등 일상 돌봄 및 주거환경 개선 병행
- 사회적 교류 촉진: 공동공간·프로그램 운영을 통한 관계망 형성과 고립 예방

❍ 추진 및 연계체계

- 인천광역시: 총괄지원관리, 예산지원
- 군·구: 특화사업 시행, 입주자 선정, 지역 내 의료·복지 자원 연계, 생활지원서비스 관리
- 공공기관(LH 등) 및 지자체 산하기관: 고령자복지주택·공공임대주택을 활용한 주택 공급 및 시설 개선
- 의료기관(종합병원·의원·방문진료팀 등): 정기 진료·간호, 응급 연계 등 의료서비스 제공
- 복지·돌봄기관(장기요양기관, 치매안심센터 등): 맞춤형 돌봄·생활지원 서비스 연계
- 지역사회 자원 및 민간기관: 프로그램 운영, 자원봉사 및 사회적 관계망 형성 지원

❍ 추진절차

계획 수립	▸	거점 조성	▸	입주 및 연계	▸	운영 관리	▸	성과관리 및 환류
사업목표 설정, 운영계획 마련		기존 주택개조, 안전·돌봄 시스템 구축		대상자 모집, 의료·돌봄·복지 서비스 연계		의료·돌봄·복지 등 서비스 지원		운영성과 점검 및 환류

❍ 권역적용

- 1단계(시범 운영) : 도서·농촌 지역(특화사업 형태로 운영)
- 2단계 : 권역별 특성에 맞춘 주택 지정 및 서비스 조정

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(일상생활)	
사업명	노인맞춤돌봄 서비스	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 노인맞춤돌봄서비스는 일상생활이 어려운 취약노인에게 안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활 지원 등 맞춤형 서비스를 제공하는 핵심 기반 사업임. 특히 방문형·통원형 등 다양한 제공 방식을 통해 지역사회 내 개별 욕구에 대응할 수 있어, 의료·돌봄 연계를 통한 예방적·통합적 관리체계 강화에 기여할 수 있음. 이에 노인맞춤돌봄서비스를 돌봄통합지원 사업과 연계함으로써 고위험 노인의 건강 악화와 사회적 고립을 사전에 예방하고 지역사회 기반의 지속가능한 돌봄통합체계 구축을 실현할 필요가 있음

□ 사업 개요

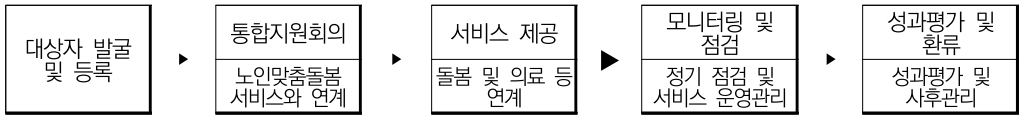
○ 운영방식

- 대상자 발굴 및 등록
- 통합지원회의 연계 : 노인맞춤돌봄서비스와 연계 및 보완
  - 안전지원, 사회참여, 일상생활 지원 등
  - 의료돌봄(지원)센터와 연계
- 성과 평가 및 환류

○ 추진 및 연계체계

- 노인맞춤돌봄서비스 기관: 개별 사정 및 서비스 계획 수립, 서비스 제공·관리
- 의료돌봄(지원)센터: 방문의료 제공

○ 추진절차



○ 권역적용 : 전 권역

목 표	서비스 영역별 통합추진	
세부영역	돌봄통합서비스 영역별 통합추진(일상생활)	
사업명	인천, 행복 도시락	연계사업

□ 사업 추진 필요성

○ 스스로 식사 해결이 어려운 거동불편 노인, 1인 고령 가구 등을 대상으로 식사배달지원 사업을 제공함으로써 균형 잡힌 식사를 배달하는 것과 더불어 배달 과정에서 안부를 확인하고, 필요시 의료·돌봄 서비스로 연계할 수 있는 체계를 마련할 필요가 있음. 이를 통해 노인의 영양관리와 안전을 동시에 보장하고, 돌봄 사각지대를 예방하여 지역사회 내 지속가능한 돌봄 기반을 강화할 수 있을 것임

□ 사업 개요

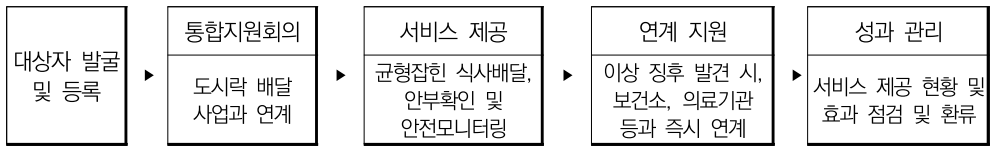
○ 운영방식

- 대상자 발굴 및 등록
- 통합지원회의 연계 : 도시락 배달 사업과 연계 및 보완
  - 거동불편 노인, 1인 고령가구 등 취약계층을 대상으로 균형 잡힌 식사 제공
  - 배달 과정에서 정기적 안부확인 및 안전 모니터링 수행
  - 위기 상황 발생 시 신속히 의료·돌봄 서비스 연계
  - 지역사회 자원과 연계하여 영양·정서·안전 관리까지 아우르는 생활지원 기능 강화

○ 추진 및 연계체계

- 군·구: 사업 연계 운영 관리, 대상자 선정, 지역 자원 연계
- 수행기관(사회복지관, 노인복지관, 민간 위탁기관 등): 식사 조리·배달, 안부확인 및 안전 모니터링 수행
- 보건소·의료기관·돌봄기관: 위기 상황 시 대상자 연계 및 후속 지원
- 지역사회 자원: 자원봉사, 후원, 프로그램 지원 등 보완적 역할

❍ 추진절차



❍ 권역적용 : 전 권역

제3절 권역별 추진전략

○ 본 절에서는 앞서 제시한 내용을 기반으로 인천광역시 군·구의 지역적 특성과 고령화 양상에 따라 차별화된 추진전략을 제시함. 특히 고령인구 비율, 1인 고령가구 분포, 주거·건강 여건, 의료 및 돌봄 인프라 접근성 등 권역별 특성을 종합적으로 고려하여 권역별 추진방향을 제안함으로써 지역 맞춤형 정책 실행 기반을 마련하고, 고령자의 삶의 질 향상과 돌봄통합을 위한 제도의 실행가능성을 확보하고자 함

1. 원도심형 취약권역

□ 정책목표

○ 75세 이상 후기고령자 및 1인 고령가구 비중이 높은 지역적 특성을 고려하여, 정신건강 및 보건의료 이용지원 강화

□ 추진방향

○ 정신건강 지원 및 관리 강화: 고위험군 고령자를 대상으로 우울·자살 예방 중심의 심리·정서 지원체계 구축

○ 보건의료 이용 촉진: 남성 고령자의 이용률 제고를 위한 맞춤형 지원

○ 1인 고령가구 돌봄 지원: 돌봄 사각지대 최소화를 위한 생활안전 및 돌봄체계 강화

○ 후기고령자 집중 관리: 75세 이상 고령자 대상 의료·돌봄통합 지원체계 마련

□ 세부과제

○ 정신건강 지원 및 관리 강화

- 지역 정신건강복지센터와 연계한 고위험군 집중 상담·치료 프로그램 운영
- 자살위험군 조기 발굴을 위한 여성 고령자 전담 사례관리 시스템 도입
- 우울감 예방을 위한 집단 상담, 원예·미술치유 프로그램 등 심리·정서 지원 강화
- 치매안심센터와 연계한 정기 심리검진 및 인지건강 프로그램 운영

○ 보건의료 이용 촉진

- 남성 고령자 대상 건강검진 참여 촉진 및 맞춤형 건강교육 운영
- 보건소·의료기관 연계를 통한 저이용군 집중 관리 프로그램 마련
- 찾아가는 건강버스·이동 클리닉을 통한 의료 접근성 개선

○ 1인 고령가구 돌봄 지원

- 1인 고령가구 대상 응급안전 알림체계 및 정기 안전확인 서비스 운영
- 가사지원·식사지원·이동지원 등 생활지원서비스 확대
- 지역사회 자원봉사·민간기관과 연계한 돌봄 사각지대 해소 프로그램 운영

○ 후기고령자 집중 관리

- 75세 이상 고령자 대상 방문형 건강관리서비스(간호, 재활, 영양관리 등) 확대
- 장기요양보험·노인돌봄서비스 연계를 통한 맞춤형 돌봄 서비스 제공
- 일상생활 보조(식사, 이동, 주거환경 개선) 및 안전알림 기기 보급 확대

□ 지역별 대응 전략

○ 중구: 후기고령자와 1인 고령가구 비중이 높아 정신건강 관리와 보건의료 이용 격차 해소에 중점을 두며, 여성 고령자의 우울 예방과 남성 고령자의 자살위험 관리, 맞춤형 건강검진을 강화함으로 지역 내 건강 형평성을 높일 필요가 있음

○ 동구: 고위험군 비중이 높고 구강건강 취약성이 뚜렷하여 정신건강 지원과 더불어 구강검진·틀니 지원을 확대하고, 남성 고령자의 의료 접근성 제고와 이동 클리닉을 운영함으로 지역 어르신들의 건강권을 보장할 필요가 있음

○ 미추홀구: 주거취약 고령자와 1인 가구가 많아 주택 개보수·안전시설 설치와 안전망을 확충하고, 여성고령자 중심의 정신건강 프로그램을 운영함으로써 고령자의 생활안정과 돌봄 안전망을 강화할 필요가 있음

2. 도시형 일반·확장권역

□ 정책목표

○ 고령인구 비중이 높은 지역적 특성을 고려하고, 여성 고령자의 정신건강 및 남성 고령자의 구강·의료 이용 격차를 개선함으로써 건강 형평성 확보 및 삶의 질 제고

□ 추진방향

○ 정신건강 지원 강화 : 여성 고령자를 중심으로 우울·자살 예방 프로그램 운영 및 심리·정서 지원체계 구축

○ 보건의료 접근성 제고: 남성 고령자의 낮은 의료 이용률 개선을 위한 맞춤형 건강관리서비스 확대

○ 구강건강 관리 확대: 저작 불편 호소율이 높은 남성 고령자 대상 구강검진 및 치료 연계 강화

○ 고령인구 대응 강화: 고령인구 절대규모와 비중이 모두 높은 지역 특성을 반영한 돌봄통합체계 마련

□ 세부과제

○ 정신건강 지원 강화

- 여성 고령자 중심의 우울·자살 예방 프로그램 운영
- 정신건강복지센터와 연계한 고위험군 상담·치료 지원
- 사회적 고립 완화를 위한 집단 프로그램(원예·미술치료 등) 및 자조모임 활성화

○ 보건의료 접근성 제고

- 남성 고령자 대상 건강검진 참여 촉진 및 맞춤형 건강교육 운영
- 보건소·의료기관 연계를 통한 저이용군 집중 관리 프로그램 마련
- 찾아가는 건강버스·이동 클리닉을 통한 의료 접근성 개선

○ 구강건강 관리 확대

- 남성 고령자 대상 '찾아가는 구강검진·스케일링' 사업 추진.
- 저작 불편 호소군에 대한 의치(틀니)·보철 지원 확대

- 지역 치과병·의원과 협력한 정기 관리체계 구축

❍ 고령인구 밀집 대응 강화

- 고령인구 절대규모에 대응한 예방적 건강관리 프로그램(정기검진, 만성질환 관리 등) 확대
- 고령인구 비율이 높은 동 단위 지역에 케어 매니저 배치 및 통합사례관리 강화

□ 지역별 대응 전략

❍ 남동구: 여성 고령자의 정신건강과 남성 고령자의 의료·구강 건강 격차를 개선함으로써 성별 맞춤형 건강 형평성을 확보하고 고령인구 증가에 대비한 예방적 관리 기반을 강화할 필요가 있음

❍ 부평구: 고령인구의 절대 규모와 비중이 가장 높은 특성을 반영하여, 정신건강 지원과 의료·구강 건강 격차 해소를 강화함으로, 대규모 고령집단에 대응하는 돌봄통합 체계를 마련할 필요가 있음

3. 신도시·균형권역

□ 정책목표

❍ 65~69세 고령자 비율이 높은 지역적 특성을 고려, 정신·구강건강 관리와 보건의료 이용 지원 활성화를 통해 건강수명 연장 및 삶의 질 향상에 기여

□ 추진방향

❍ 예방 중심 건강관리 강화: 65~69세 고령자를 대상으로 만성질환 예방 및 건강증진 프로그램 확대

❍ 정신건강 유지 지원: 상대적으로 낮은 우울·자살 위험 수준을 유지·관리할 수 있는 정서적 지원체계 마련

❍ 보건의료 이용 촉진: 여성 고령자의 낮은 보건기관 이용률 개선을 위한 맞춤형 건강교육 및 검진 참여 확대.

❍ 자립적 노후 준비 지원: 65~69세 고령자를 대상으로 한 평생교육, 건강생활 습관 형성 및 자립적 노후 준비 강화

□ 세부과제

○ 예방 중심 건강관리 강화: 65~69세 고령자를 대상으로 만성질환 예방 및 건강증진 프로그램 확대

○ 정신건강 유지 지원: 상대적으로 낮은 우울·자살 위험 수준을 유지·관리할 수 있는 정서적 지원체계 마련

○ 보건의료 이용 촉진: 여성 고령자의 낮은 보건기관 이용률 개선을 위한 맞춤형 건강교육 및 검진 참여 확대

○ 자립적 노후 준비 지원: 65~69세 고령자를 대상으로 한 평생교육, 건강생활 습관 형성 및 자립적 노후 준비 강화

□ 지역별 대응 전략

○ 연수구: 65~69세 고령자 비율이 높다는 점을 고려해 예방 중심 건강관리와 여성 고령자의 의료 이용 촉진을 강화함으로써 비교적 건강 수준이 양호한 연령층의 건강수명 연장과 자립적 노후 준비를 지원할 필요가 있음

○ 계양구: 65~69세 고령자 비율이 가장 높고, 여성 고령자의 구강건강 취약성이 드러나는 만큼 구강건강 관리 강화에 중점을 둘 필요가 있음. 이와 더불어 보건의료 이용률을 지속 가능한 건강관리 기반으로 발전시켜나갈 필요가 있음

○ 서구: 고령인구 증가율이 가장 높은 특성을 반영해 급격한 인구 고령화에 대응할 수 있는 장기적 돌봄·의료 인프라 구축이 필요하며, 여성 고령자의 정신·구강건강 관리와 보건의료 이용 지원을 병행함으로써 빠른 고령화 추세 속 고령자의 건강 수준을 향상시켜야 함

4. 도서·농촌형 초고령 권역

□ 정책목표

○ 도서·농촌형 지역 특성으로 고령 및 75세 이상 후기고령자 비중이 매우 높은 상황을 고려, 공공의료 의존과 인력 부족 문제를 보완하고 고령자의 구강·정신건강 관리 및 주거 기반 돌봄을 강화하여 건강 형평성 제고

□ 추진방향

○ 정신건강 지원 강화: 도서·농촌형 지역 특성을 고려해 고령자 우울·자살 예방 및 정서 지원 체계 강화

○ 보건의료 접근성 보완: 공공의료 의존과 인력 부족 문제를 해소하기 위한 방문의료·원격의료 확대

○ 주거 기반 돌봄 강화: 단독주택 위주의 주거 특성에 적합한 생활안전·환경개선 지원 확대

○ 후기고령자 집중 관리: 75세 이상 고령자 중심의 건강·돌봄 서비스 통합관리체계 마련

○ 공공의료 기반 강화: 민간의료 부재 상황을 고려해 공공의료기관의 기능 강화 및 광역 협력체계 구축

□ 세부과제

○ 정신건강 지원 강화

- 고령자 대상 우울 예방 프로그램 운영 및 전문상담 지원
- 고령자 대상 자살 예방 프로그램 운영 및 전문상담 지원
- 도서지역 접근성을 고려한 찾아가는 심리상담·집단치유 서비스 제공

○ 보건의료 접근성 보완

- 의료인력 부족을 보완하기 위한 방문간호·재활·정기검진 서비스 확대
- ICT 기반 원격의료·건강모니터링 시스템 도입
- 인근 광역의료기관과 연계한 진료협력체계 구축

○ 주거 기반 돌봄 강화

- 단독주택 거주 고령자 가구에 안전시설(손잡이, 화재경보기 등) 설치 지원
- 주거환경 개선 및 일상생활 지원이 결합된 통합형 생활지원 서비스 운영
- 마을 단위 커뮤니티 돌봄 거점 설치를 통한 생활지원망 강화

○ 후기고령자 집중 관리

- 75세 이상 후기고령자 대상 만성질환 관리 및 정기 검진 강화
- 장기요양보험 및 노인맞춤돌봄서비스 연계를 통한 맞춤형 지원 제공

○ 공공의료 기반 강화

- 민간의료 부재 상황에 대응한 공공의료기관 기능 확충 및 전문 인력 확보
- 공공의료-복지-돌봄통합사례관리 협력체계 구축

□ 지역별 대응 전략

○ 강화군: 도서·농촌형 지역 특성과 높은 후기고령자 비중을 고려해 여성 고령자 정신건강 지원과 의료인력 부족 보완을 중점 추진함으로써 지역 접근성이 낮은 주민들의 정서적 안정과 기본 의료 접근성을 강화할 필요가 있음

○ 옹진군: 민간 의료 기반이 거의 부재한 특성을 감안해 공공의료기관 기능 강화와 원격의료 확대가 필수적이며, 성별 특화 정신건강 관리와 집중 구강건강 지원, 1인 고령가구 안전망 확충을 통해 고립 위험이 큰 고령자의 생활 안전과 건강관리를 보장할 필요가 있음

6 결론 및 함의

제1절 정책적 검토사항

제2절 결론 및 한계

제6장 결론 및 함의

제1절 정책적 검토사항

❍ 2026년 3월 27일 전면 시행을 앞둔 「돌봄통합지원법」은 노인이 거주하는 공간에서 의료·요양·돌봄 등 필요한 서비스를 통합적으로 지원받으며, 자신이 원하는 곳에서 존엄한 노후를 보낼 수 있도록 한다는 점에서 중요한 의의를 가짐. 그러나 여기서 결코 간과해서는 안 될 점이 제도의 시행이 단순히 법적 근거 마련이나 행정적 집행에 그치는 것이 아니라, 왜 이러한 법과 제도가 필요하게 되었는지, 그 과정에서 어떠한 사회적 가치가 지향되어야 하는지에 대한 근본적인 성찰이 지속적으로 뒤따라야 한다는 점임. 특히 돌봄을 둘러싼 불평등과 지역 간 격차, 그리고 서비스 공급자와 이용자 간의 권리와 책임 문제는 제도의 설계 단계에서 반드시 고려되어야 하는 요소임

❍ 따라서 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합지원 모델을 발전시키는 과정에서 단순한 제도 도입의 형식적 실행을 넘어, 현장에서 체감 가능한 통합성과 지속가능성을 확보하는 것이 무엇보다 필요할 것으로 판단됨. 이를 위해서는 정책이 지향해야 할 가치와 원칙을 명확히 하고, 운영 과정에서 발생할 수 있는 한계와 위험 요인을 사전에 검토하며, 다양한 이해관계자의 참여와 협력을 제도적으로 보장할 필요가 있음. 이에 본 연구에서는 제도의 전면 시행을 앞둔 지금의 시점에서 향후 정책적으로 검토해야 할 사항들을 다음과 같이 제안하고자 함. 이는 인천광역시의 사례를 넘어, 초고령사회 대응이라는 국가적 과제 속에서 우리 사회가 함께 논의하고 실천해야 할 방향을 모색하는데 기여할 수 있다는 점에서도 그 의의가 있음

❍ 첫째, 제도 내 돌봄 필요 노인의 자기결정권에 대한 지원정책이 마련되어야 할 필요가 있음. 이는「돌봄통합지원법」의 시행이 곧 노인의 자기결정권을 보장하는 제도를 의미하는 것은 아니며, 오히려 법을 기반으로 한 제도 위에 당사자의 의사와 참여가 제도적으로 보장되는 구조가 마련되지 않는다면, 서비스 공급자 중심의 대리적 의사결정을 강화하거나 고착화하는 제도로 귀결될 수 있기 때문임

❍ 자기결정(self-determination)은 인간의 존엄성을 유지하기 위한 핵심적 도덕 원칙으로, 자유(freedom)와 자율성(autonomy)을 전제로 성립하는 개념임(김기덕·장은숙, 2008). 자기결정은 스스로 결정할 수 있는 능력(capacity)에 기반하지만, 노인의 경우 인지능력 저하, 질환, 연령에 대한 사회적 편견 등으로 인해 그 능력이 제한된 존재로 간주되어 온 경우가 많았음(최성재·장인협, 2010; 우국희, 2013; 한미경 외, 2024). 그러나 최근 연구들은 이러한 자율성 제한이 오히려 정신적·정서적 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 지적하며(Boyle, 2005), 고령이나 신체적·인지적 제약이 있더라도 노인은 여전히 자기 삶의 주체로 존중받아야 한다는 점에서 자기결정을 실질적으로 행사할 수 있도록 제도적으로 지원하는 것이 중요하다고 강조함(Lu et al., 2023)

❍ 따라서 서비스 이용과 주거와 같은 중요한 결정을 내리는 과정에서, 노인이 원하는 생활공간과 그에 따른 서비스에 관한 의사를 명확히 표현하고 논의할 수 있는 절차가 제도적으로 보장될 필요가 있음. 이러한 보장이 뒷받침되지 않는다면 지역사회는 돌봄의 책임 있는 주체로 기능하기보다는 단순한 서비스 전달의 장(場)에 머무르게 된다는 점에서 한계가 있을 것임(신수경·김찬우, 2020). 그렇기에 돌봄통합지원을 위한 제도 설계와 운영 과정에서 자기결정권을 어떻게 실질적으로 보장할 것인지에 대한 사회적 논의와 제도적 장치 마련이 향후 돌봄통합정책의 핵심 과제가 되어야 할 것임

❍ 둘째, ‘자신이 살던 곳에서 계속 거주하는 것이 과연 인간다운 삶을 유지하기 위한 필요충분조건이 될 수 있는가’에 대한 사회적 질문이 필요한 시점임. 노인에게 집은 단순한 주거 공간을 넘어, 삶의 역사와 가족 관계, 일상 속 다양한 사건들이 축적된 장소로서 깊은 애착의 대상이며, 이러한 이유로 많은 노인은 익숙한 집에서 계속 살아가기를 원함(권오정 외, 2014). 그러나 노년기에 겪게 되는 건강상의 위기는 집을 더 이상 안전하고 편안한 공간으로 경험하지 못하게 만들기도 하며, 오히려 혼자 움직이기 어려운 노인은 집 안에서 낙상의 위험에 노출되고, 외부 활동의 제약으로 사회적 고립을 경험하기도 함(신수경, 2025)

❍ 그렇기에 노년기 거주 공간은 오랜 시간 형성된 관계와 기억 속에서 정체성과 애착을 확인할 수 있는 장소로서의 의미를 지니지만, 이것이 곧 존엄한 삶을 보장하는 것은 아니라는 점을 분명히 인식할 필요가 있음. 이러한 맥락에서 지역사회 계속 거주에 대한 논의는 노인의 주거 장소로서 단순한 ‘장소(place)’의 개념을 넘어, 그 장소에

부여되는 감각과 의미를 포괄하는 '장소감(sense of place)' 개념으로 확장될 필요가 있음. 장소감은 인간이 특정 공간과 맺는 내적 관계를 드러내며, 집이라는 공간이 단순한 건물이 아니라 개인에게 의미 있는 장소로 경험되도록 하는 감정, 기분, 정동을 포함한 개념임(Barron, 2020; 변순용, 2010; 신수경, 2025). 따라서 돌봄통합지원 정책은 물리적 안전성과 편의성 확보를 넘어, 노인 자신이 살아온 삶과 정체성을 이어갈 수 있는 의미 있는 장소로서의 거주 공간을 보장하는 방향으로 설계되어야 할 것임

○ 셋째, 의료와 돌봄을 함께 제공받을 수 있는 '돌봄통합의료원'과 같은 운영 방안을 고려할 필요가 있음. 가령 일본은 우리보다 앞서 초고령사회에 대응하기 위해 "병원에서 지역사회로"라는 패러다임을 전환하고자 지역포괄케어(地域包括ケア) 정책을 추진하였음(임정미, 2018; 허종호, 2023). 그 결과, 주로 돌봄 중심 장기 입원 노인을 수용해 왔던 개호요양병상(介護療養病床)을 2018년부터 단계적으로 폐지하고, 의료·돌봄·생활을 통합적으로 제공하는 개호의료원(介護医療院)이 설치·운영되고 있음. 개호의료원은 의료와 개호를 통합한 장기요양시설로, 만성질환 관리와 일상생활 지원이 동시에 필요한 노인을 대상으로 하며, 병원처럼 단기 치료 중심이 아니라 장기간 거주하며 생활할 수 있는 공간으로서 의료 관리, 개호 서비스, 재활, 임종기 케어를 포괄적으로 제공하는 것이 특징임

○ 그러나 우리나라의 경우 의료는 「의료법」, 노인 돌봄은 대표적으로 「노인장기요양보험법」을 각각 법적 근거로 추진하고 있어, 일본처럼 의료와 돌봄을 하나의 제도 안에서 통합·운영할 수 있는 기반이 마련되어 있지 않음. 이에 따라 향후 우리나라에서도 고령자의 복합적 욕구에 대응하기 위해, 의료와 돌봄을 아우르는 제도적 장치 마련과 통합형 시설 운영 방안에 대한 검토가 필요할 것으로 보임. 특히 이러한 운영은 병원의 공실률 문제로 인한 운영상의 어려움과 지역 의료자원의 비효율적 활용이라는 어려움을 완화하고, 병원의 기능을 치료 중심에서 치료와 돌봄 중심으로 확장함으로써, 돌봄의 사회화를 촉진하는 데 기여할 수 있다는 점에서 정책적 의의가 큼

제2절 결론 및 한계

❍ 본 연구는 인천광역시가 의료·요양·돌봄을 통합적으로 지원할 수 있는 지역 기반의 정책 방향과 실천적 모델을 마련하고자 수행되었음. 이를 위해 군·구별 고령화 수준, 의료·돌봄 인프라, 장기요양 이용 현황 등을 다각도로 분석하여 권역을 구분하고, 권역별 특성과 돌봄 수요 차이를 반영한 정책적 시사점을 도출하였음. 이러한 분석은 인천형 통합지원체계 구축의 기초자료로서 중요한 의미를 가짐

❍ 본 연구에서 제시한 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합지원 모델은 “I 플러스, 통합 돌봐드림”을 비전으로 삼고, ▲법·제도 기반 강화 ▲돌봄통합 전문교육 제공 ▲서비스 영역별 통합 추진을 핵심 전략목표로 설정하였음. 특히 전담조직 설치, 권역 단위 조례 확대, 통합지원협의체 운영 등을 통해 인천광역시 차원의 통합 거버넌스를 확립하고, 의료·요양·돌봄 종사자 간 공통된 이해와 협업을 촉진하기 위한 교육을 제공하며, 보건의료–건강관리–장기요양–일상생활을 연계하는 통합서비스 구조를 제안하였음. 이는 인천광역시의 지역 특성과 돌봄 수요에 기반한 통합지원의 방향성을 구체화했다는 점에서 의의를 가짐

❍ 그럼에도 본 연구의 한계는 존재함. 본 연구는 권역을 구분하고 권역별 정책방향을 제시하였으나, 각 권역별로 요구되는 과제를 단기·중기·장기 단계로 체계화하여 제시하지 못하였음. 이는 본 연구의 일차목적이 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델의 기본 구조를 마련하는 데 있었기 때문이라 생각되며 그렇기에 보다 구체적인 권역별 실행전략은 후속 연구에서 심화될 필요가 있다고 판단됨

❍ 또한 보건소의 지역 연계·조정 기능, 재택의료지원센터 간 협력 구조, 장기요양·의료·복지자원 간 거버넌스 강화 방안 등은 통합지원체계의 핵심 요소임에도 본 연구에서는 그 방향성과 기본 틀을 제시하는 수준에 머물렀음. 특히 재택의료지원센터 기능과 권역별 차별화 전략은 개념적 수준에서 검토되었으며, 실질적 적용을 위해서는 보다 세밀한 운영 모델과 실행 프로세스가 마련되어야 할 것임

❍ 따라서 본 연구를 출발점으로 삼아, 권역별 돌봄 수요와 자원 분포를 정밀하게 파악할 수 있는 통계·자료의 확충, 통합지원체계의 단계별 추진전략 구체화, 보건소·종합병원·의원급 기관 간 연계구조 설계, 재택의료지원센터의 역할 정립 등 후속 연구가 진행된다

면, 본 연구에서 제시한 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델은 보다 실천적이고 지속가능한 체계로 발전할 수 있을 것임. 이러한 후속 논의는 노인의 자기결정권 보장과 삶의 질 향상이라는 돌봄통합의 궁극적 목표를 제도적으로 뒷받침하는 데에도 중요한 의미를 갖는다 하겠음

❍ 더 나아가 정교한 통계 기반 구축, 현장 중심의 질적 연구 확대, 정책 실행 과정의 지속적 평가·환류가 함께 이루어진다면, 인천형 노인 의료·요양·돌봄통합 지원 모델은 인천 지역을 넘어 전국적 정책모델로 확장될 수 있을 것이며, 궁극적으로 초고령사회에서 노인의 존엄과 삶의 질을 높이는 데 기여하는 바람직한 방향성을 제시하는 정책의 틀을 제공할 수 있을 것임

[참고문헌]

[국내자료]

광주복지 BRIEF. (2025). 광주다움 통합돌봄 주요 성과와 2025년 추진 방향. 54, 2025년 4월 호.

국민건강보험공단. (2021). 2021 고령자 약물 소비 실태 조사 보고서. 원주: 국민건강보험공단.

권오정·이용민·하해화·김진영·염혜실. (2014). 노년층의 지역 내 계속 거주 이유에 관한 연구. Family and Environment Research, 52(3), 285-299.

김기덕·장은숙. (2008). 클라이언트의 자기결정에 관한 정신보건사회복지사의 실천 경험에 대한 연구. 사회복지연구, 83-113.

김보영. (2021). 커뮤니티 케어가 아직 되지 못한 지역사회 통합돌봄. 월간 복지동향, (270), 47-53.

김순양. (2025). 지역사회 계속 거주형 노인주거·복지 통합서비스의 연계성 제고 방안. 행정논총, 63(2), 1-44.

남기철·강은나·최한솔. (2024). 지역사회 계속거주 실현을 위한 노인 케어안심주택 추진사업의 현황과 개선과제. 동덕여자대학교 산학협력단.

문용필. (2024). 지역사회 통합돌봄에 대한 지자체 사례연구: 광주다움 통합돌봄 사업을 중심으로. 한국사회복지행정학, 85-116.

박나영. (2023). AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 사업의 효과 및 발전 방향. 보건복지포럼, 322, 22-37.

백옥미. (2016). 노년기 거주지의 경험과 의미: 노인복지주택 거주자와 지역사회 거주자의 비교를 중심으로. 노인복지연구, 71(4), 267-301.

백지혜. (2023). 미국 보건 및 사회 서비스 연계 동향: 커뮤니티 케어 허브를 중심으로. 국제사회보장리뷰, 2023(봄), 105-108.

변순용. (2010). 삶의 중심으로서의 집과 그 철학적 의미에 대한 연구. 윤리연구, 77(1), 191-215.

보건복지부·국립중앙의료원·중앙치매센터. (2025). 대한민국 치매현황 2024.

서정훈. (2022). 한국의 복지이념 재탐색: 통합돌봄서비스를 중심으로 바라본 자유주의와 공동체주의의 결합 가능성. 한국공공관리학보, 36(2), 153-174.

손지현·김정석·김일호. (2023). 1인 가구 시대, 지역사회통합돌봄을 위한 중간집 활용가능성 연구: 부산 사하구 케어안심주택 사례를 중심으로. 한국케어매니지먼트연구, (47), 65-93.

신수경. (2025). 돌봄 필요 상태 노인의 장소감에 관한 연구: 거주 장소를 중심으로. 가톨릭대학교 대학원 박사학위 논문.

신수경·김찬우. (2020). 한국과 일본의 노인장기요양서비스 주체들이 인식하는 지역사회 돌봄: 창원시와 에치젠시 사례 비교를 통해. 사회복지정책, 47(2), 87-116.

안은선. (2025). 주거 속 돌봄, 삶을 바꾸다: 대덕구 케어안심주택 '늘봄채' 운영사례. 대전형 노인 주거복지 전용주택 통합서비스 조성을 위한 정책포럼(2025.09.02.) 발표자료.

우국희. (2013). 자기방임 노인의 자기결정권과 의사결정능력에 대한 탐색적 연구: 영국 정신능력법의 의사결정능력 평가기준을 중심으로. 비판사회정책, (38), 45-81.

유애정. (2025). 돌봄통합지원 추진과 치매돌봄: 치매안심센터 역할 강화. 지역사회 중심의 생애말기 돌봄 심포지엄(2025.06.23.) 기조강연.

이금숙. (2023). 한국의 노인돌봄복지와 일본의 노인돌봄복지 비교: 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)을 중심으로. 한국범죄정보연구, 83-107.

이수진·허용훈. (2022). 우리나라 노인맞춤돌봄서비스 체계의 실태분석과 정책과제. 지방정부연구, 26(1), 195-224.

이태헌·문경주·김일호. (2022). 사회네트워크 분석을 활용한 지역사회통합돌봄 실행을 위한 연계형성의 지역 간 비교 연구. 지방정부연구, 26(3), 131-153.

이현기. (2017). 장·노년기 환경과 안녕감과의 관계: 거주 공간 특징의 영향을 중심으로. GRI 연구논총, 19(3), 265-284.

임정미. (2018). 일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로. 국제사회보장리뷰, 5, 67-77.

장미선·윤재호·김민기. (2024). 공공임대주택 거주 고령자의 Aging in Place를 고려한 지원 프로그램 개발에 관한 연구. 한국생활과학회지, 33(4), 587-598.

전용호. (2015). 노인 돌봄서비스의 전달체계에 관한 연구: 공공부문 인력과 공급자의 관점을 중심으로. 보건사회연구, 35(2), 347-379.

_____. (2018). 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. 한국보건사회연구, 38(4), 10-39.

정인경·김미라·박종선. (2024). 광주다움 통합돌봄 서비스 현황 및 효과성 분석 연구. 광주광역시사회서비스원.

조지훈. (2025). 경기도의료원 수원병원 재택의료센터: 찾아가는 경기도 돌봄의료사업. 2025년 경기도의료원 수원병원 재택의료센터 학술세미나(2025.08.28.) 발표자료.

최성재·장인협. (2010). 고령화 사회의 노인복지학. 서울: 서울대학교 출판문화원.

최재우·유애정·박현경·이기주·방효중·신요한. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 방문의료 모델 개발 연구. 국민건강보험 건강보험연구원.

한국보건산업진흥원. (2021). 노인의 다약제 사용 관리 방안 연구. 서울: 한국보건산업진흥원.

한미경·고은정·신수경. (2024). 장기요양서비스 이용 노인의 거주 장소에 대한 자기결정 연구: 한국과 일본의 제도 중심으로. 사회보장연구, 40(4), 115-145.

허종호. (2023). 초고령사회 대비를 위한 지역사회 의료·간호·돌봄 체계 강화를 위한 방안: 일본의 '개호보험 지역밀착형 서비스'를 중심으로. 국회미래연구원 연구보고서, 23-04호.

황지영. (2021). 노인돌봄서비스의 운영실태와 개선방안. 한국복지실천학회지, 13(1), 102-117.

[해외자료]

Barron, A. C. (2020). More-than older age: Making sense of place. The University of Manchester (United Kingdom).

Board, M., & McCormack, B. (2018). Exploring the meaning of home and its implications for the care of older people. Journal of Clinical Nursing, 27(15-16), 3070-3080.

Boyle, G. (2005). The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. Ageing & Society, 25(5), 731-748.

European Union. (2020). Health at a glance: Europe 2020—State of health in the EU cycle. OECD Publishing.

Gilleard, C., Hyde, M., & Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. Research on Aging, 29(6), 590-605.

Lu, I. R., Kwan, E., Heslop, L. A., Brouard, F., & Isabelle, D. A. (2023). Entrepreneurial motivation in university business students: A latent profile analysis based on self-determination theory. Entrepreneurship Research Journal, 13(2), 345-380.

Means, R., Richards, S., & Smith, R. (2008). Community care: Policy and practice (4th ed.). Palgrave Macmillan.

Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. The Gerontologist, 52(3), 306-316.

Yamada, Y., Uchida, T., Shiose, T., Ikenoue, T., Kusunoki, M., Kuwata, C., … Fukuma, S. (2020). Learning health system in a senior retirement community: A platform to promote implementation research. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 6(3).

[전자자료]

공공의료연계망 홈페이지. 책임의료기관 소개. https://www.pubnet.or.kr/(검색일 2025-09-03)

국민건강보험공단(2025). 2024년 노인장기요양보험통계.

김해시청. https://www.gimhae.go.kr/main.web.(검색일 2025-09-04)

보건복지부(2025a). 제6차 의료,요양,돌봄통합지원 추진단' 회의 개최. https://www.mohw.go.kr/gallery.es?mid=a10606030000&bid=0003&act=view&list_no=379451(검색일 : 2025-08-20).

_____(2025b). 제7차 의료·요양돌봄통합지원 추진단 회의. https://www.mohw.go.kr/gallery.es?mid=a10606030000&bid=0003&act=view&list_no=379473(검색일 : 2025-08-20).

_____(2025c). 의료·요양·통합돌봄 추진을 위해 부처 역량 집중. https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156715126(검색일 : 2025-08-25)

인천광역시공공보건의료지원단. 지역통계. https://www.ippi.or.kr/index2/.(검색일 2025-08-22).

인천데이터포털. 장애인 연령 및 장애등록정도별 현황. https://data.incheon.go.kr/.(검색일 2025-08-22).

질병관리청. 2024년 지역건강통계 한눈에 보기. https://www.kdca.go.kr/(검색일 2025-08-25)

통계청.(n.d.). 인구총조사. https://kosis.kr/.(검색일 2025-08-18).

통계청.(n.d.). 장래인구추계. https://kosis.kr/.(검색일 2025-08-18).

통계청.(n.d.).장래가구추계. https://kosis.kr/.(검색일 2025-08-18).

행정안전부.(n.d.). 주민등록현황. https://www.mois.go.kr/.(검색일 2025-08-18).

인천광역시 고령사회대응센터 정책연구 2025-1

인천형 의료·요양·돌봄통합 지원 모델(안) 개발

발 행 일 ‖ 2025년 12월
발 행 인 ‖ 박정숙
발 행 처 ‖ 인천광역시 고령사회대응센터
주 소 ‖ (22101) 인천광역시 미추홀구 석정로 229, 10층
전 화 ‖ (032)715-5491 팩 스 ‖ (032)715-5319
홈페이지 ‖ https://www.inlife.or.kr/
인 쇄 ‖ 모든광고기획 (032)891-4911

ISBN 979-11-90449-13-7 : 비매품

본 보고서의 저작권은 인천광역시 고령사회대응센터에 있으며,
본 센터의 허락 없이 무단전제와 복제를 금합니다.