



제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나



일시 | 2026. 4. 21.(화) 14:00~16:00

장소 | 국회의원회관 제1세미나실

주최 |  사단
법인 한국장애인단체총연맹  한국장애인보건의료협의회
KOFDO Korea Federation of Disability Organizations The Korean Association of Health Care for People with Disabilities

 국회의원 김예지  국회의원 서미화  국회의원 최보윤

목차

1 개회사

- 01 한국장애인단체총연맹 공동대표 — 4

2 환영사

- 01 한국장애인보건의료협의회 임재영 회장 — 5

3 축사

- 01 김예지 국회의원 (국민의힘) — 6
02 서미화 국회의원 (더불어민주당) — 7
03 최보윤 국회의원 (국민의힘) — 8

4 발표

- 기조발표 제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 주요 내용
- 임현규 과장(보건복지부 장애인건강과) — 9
-

- 세션 1 종합계획의 체계와 이행관리 보완 과제
- 박종혁 이사장(한국장애인보건의료협의회) — 25
- 윤다울 책임(한국장애인단체총연맹) — 29
-

- 세션 2 장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제
- 김소영 교수(충북대학교 의과대학) — 33
- 김신애 대표(전국장애인건강권연대) — 45
-

- 세션 3 재활-퇴원-지역사회 복귀와 통합돌봄 연계 보완 과제
- 신용일 교수(부산의대 재활의학교실 및 양산부산대학교병원) — 51
- 이찬우 정책위원장(한국척수장애인협회) — 57

개 회 사



안녕하십니까. 한국장애인단체총연맹 공동대표 채태기, 고선순, 김재원, 신동일입니다.

제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나에 함께해 주신 여러분을 진심으로 환영합니다. 오늘 뜻깊은 자리를 함께 마련해 주신 한국장애인보건의료협회의 임재영 회장님, 국민의힘 김예지 의원님, 더불어민주당 서미화 의원님, 국민의힘 최보운 국회의원님께 감사드립니다. 아울러 바쁘신 가운데 참석해 주신 내빈 여러분과 발표를 맡아주신 각계 전문가 여러분께도 깊이 감사드립니다.

정부는 지난 2월 제1차 장애인 건강보건관리 종합계획을 발표했습니다. 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 따른 최초의 종합계획이라는 점에서 의미가 큼니다. 그러나 계획의 발표만으로 정책의 실효성이 확보되는 것은 아닙니다. 이제 중요한 것은 그 내용이 실제 현장에서 어떻게 이행될 것인지, 그리고 어떤 과제를 우선 보완해야 하는지를 구체적으로 점검하는 일입니다.

그동안 장애인 건강정책 개선을 위한 논의 과정에서는 건강주치의 본사업 전환, 의료접근성, 장애유형 및 생애주기별 건강관리, 재활과 퇴원 이후 지역사회 복귀, 통합돌봄과 건강전달체계의 연계, 당사자 참여와 이행점검 체계 등 여러 과제가 지속적으로 제기되어 왔습니다. 오늘 세미나는 이러한 논의를 종합계획의 실행 단계와 연결해, 실제 이행 과정에서 무엇을 보완해야 하는지 함께 살펴보는 자리입니다.

장애인 건강정책은 의료서비스 일부를 확장하는 수준에 머물러서는 안 됩니다. 아플 때 필요한 치료를 받는 것, 회복 과정에서 적절한 재활과 지원을 받는 것, 건강할 때 예방과 관리를 이어가는 것, 그리고 이 모든 과정이 지역사회 안에서 끊기지 않도록 정책 인프라를 갖추는 것이 함께 가야 합니다. 그래야 종합계획이 선언적 의미를 넘어 장애인의 삶 속에서 실제로 작동하는 정책이 될 수 있습니다.

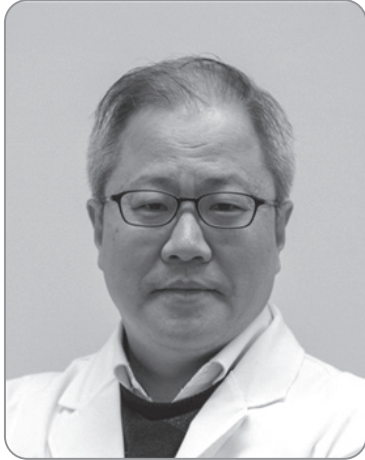
오늘 이 자리가 제1차 종합계획의 의미를 확인하는 데 그치지 않고, 장애인 당사자 중심의 실효적 이행계획을 구체화하는 출발점이 되기를 바랍니다. 한국장애인단체총연맹도 장애인의 건강권이 현장에서 충분히 보장될 수 있도록, 필요한 정책 보완과 제도 개선에 끝까지 함께하겠습니다.

감사합니다.

2026. 4. 21.

한국장애인단체총연맹 공동대표
채태기, 고선순, 김재원, 신동일

환영사



여러분, 안녕하십니까. 한국장애인보건의료협회의 회장 임재영입니다.

오늘 「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나」에 참석해 주신 여러분을 진심으로 환영합니다. 바쁘신 일정에도 귀한 걸음 해주신 내외빈 여러분께 깊이 감사드립니다. 아울러 이번 세미나를 공동으로 준비해 주신 한국장애인단체총연맹 채태기·고선순·신동일·김재원 공동대표님, 대한민국 국회 김예지 의원님, 서미화 의원님, 최보운 의원님을 비롯한 여러 관계자분들과 좌장 및 발표를 맡아 주신 모든 전문가분들께도 감사의 말씀을 드립니다.

정부는 올해 「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획」을 수립하며 장애인 건강정책의 방향성을 제시하였습니다. 이제는 계획의 수립을 넘어, 현장에서 실질적인 변화를 만들어내기 위한 이행 점검과 보완이 무엇보다 중요한 시점입니다. 그동안 다양한 간담회와 논의를 통해 축적된 현장의 목

소리를 종합해 보면, 종합계획이 보다 실효성 있게 작동하기 위해서는 이행 단계에서의 우선 보완 과제를 구체화하는 노력이 필요하다는 공감대가 형성되어 왔습니다.

이번 세미나는 바로 이러한 문제의식에서 출발한 자리입니다. 종합계획을 단순히 소개하는 데 그치지 않고, 장애인 당사자 중심의 정책으로 실질화하기 위해 무엇을 보완해야 하는지, 그리고 향후 국회와 정부 차원의 정책 개선으로 어떻게 이어 갈 것인지 함께 논의하고자 합니다.

특히 건강주치의 제도, 의료 접근성, 재활에서 지역사회 복귀까지의 연계, 통합돌봄과의 연결, 그리고 당사자 참여 기반의 이행 점검 체계 등 핵심 과제들이 심도 있게 다뤄질 예정입니다. 오늘 논의가 단순한 의견 교환을 넘어, 장애인 건강권 보장을 위한 구체적인 정책 방향을 제시하는 계기가 되기를 기대합니다.

끝으로, 오늘 이 자리가 장애인이 보다 건강한 삶을 누릴 수 있는 사회로 나아가기 위한 의미 있는 출발점이 되기를 바라며, 함께해 주신 모든 분들께 다시 한번 깊이 감사드립니다.

감사합니다.

2026. 4. 21.

한국장애인보건의료협회 회장 **임재영**

축사



여러분, 안녕하십니까? 국민의힘 국회의원 김예지입니다.

「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나」에 오신 모든 분을 진심으로 환영합니다. 본 세미나를 공동주최해주신 한국장애인단체총연맹 채태기, 고선순, 신동일, 김재원 공동대표님과 한국장애인보건의료협의회 임재영 회장님께 감사 인사드립니다. 아울러 기초발표를 준비해주신 보건복지부 장애인건강과 임현규 과장님, 좌장을 맡아주신 장숙량 교수님께도 감사드립니다. 또한, 각 세션에서 귀중한 의견을 나눠 주실 충북대학교 의과대학 박종혁 교수님, 한국장애인단체총연맹 윤다을 책임님, 충북대학교 의과대학 김소영 교수님, 한국장애인개발원 정책연구팀 조윤화 연구위원님, 전국장애인건강권연대 김신애 대표님, 양산부산대학교병원 신용일 교수님, 한국척수장애인협회 이찬우 정책위원장님께도 깊이 감사드립니다.

헌법 제36조는 “국가는 국민의 보건을 향상시킬 의무를 진다”고 명시하며, 모든 국민의 건강권을 보장해야 할 국가의 책무를 분명히 하고 있습니다. 그러나 장애인의 건강권을 보장하기 위한 정책은 장애 유형과 정도, 생애주기를 포괄하는 입체적 설계가 요구됨에도 불구하고, 오랜 기간 단편적이고 분절적인 수준에 머물러 온 것이 사실입니다.

2015년 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(이하 장애인건강권법)」이 제정되었음에도, 중장기 전략의 부재로 정책은 지속성과 방향성을 확보하지 못했고, 종합계획 수립과 같은 법적 의무 또한 충분히 이행되지 못했습니다. 이에 저는 국정감사와 공식 질의를 통해 이러한 정책 공백을 지속적으로 제기하며, 종합계획 수립의 필요성을 강하게 촉구해왔습니다. 그 결과, 우리나라 최초의 장애인 건강보건관리 종합계획이 마련되는 의미 있는 진전을 이루게 되었습니다.

그간 저희 의원실은 장애인 건강권 보장을 위한 정책 기반을 다지기 위해, 작년 6월부터 총 7차례에 걸쳐 ‘장애인 건강정책 개선 릴레이 간담회’를 이어왔습니다. 14명의 자문위원과 관계 부처가 함께 논의하며 제도 개선 방향을 구체화했습니다. 이를 토대로 보건소 중심의 지역사회 건강전달체계를 강화하는 「장애인건강권법」 개정안과 장애인 구강건강 실태조사를 3년 주기로 정례화하는 「구강보건법」 개정안을 대표발의 했습니다. 아울러 모든 장애인을 감염병 취약계층으로 명확히 규정하는 「감염병예방법」 개정안도 추진하는 등, 장애인 건강권의 실질적 보장을 위해 입법적 노력을 이어가고 있습니다.

이제 중요한 것은 실행입니다. 오늘 세미나에서 논의되는 ‘장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제’는 중장기 전략을 구체적 정책으로 구현하기 위한 방향과 실천 방안을 제시하는 뜻깊은 자리가 될 것입니다. 저 역시 국회 보건복지위원으로서 현장의 목소리를 정책에 충실히 반영하고, 종합계획이 선언에 그치지 않고 실제로 작동할 수 있도록 지속적으로 점검하겠습니다. 또한 필요한 입법과 예산 지원이 뒤따를 수 있도록 끝까지 책임을 다하겠습니다.

다시 한 번 귀한 자리를 함께해주신 모든 분께 감사드리며, 여러분의 건강과 행복을 진심으로 기원합니다. 감사합니다.

2026. 4. 21.

국민의힘 국회의원 김예지

축사



안녕하십니까.

소리로 보는 시각장애인, 더불어민주당 전국장애인위원장 보건복지위원회 소속 국회의원 서미화입니다.

「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나」 개최를 진심으로 축하드립니다. 뜻깊은 자리를 마련해 주신 한국장애인단체총연맹과 한국장애인보건의료협회를 비롯한 모든 관계자 여러분께 깊이 감사드립니다.

정부는 지난 2월 「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획」을 발표하며 장애인의 건강권을 국가가 책임지고 보장하겠다는 방향을 제시했습니다. 「장애인건강권법」에 기반해 처음 마련된 종합계획이라는 점에서 중요한 출발입니다.

그러나 계획의 의미는 발표에 있지 않습니다. 이제 중요한 것은 그 계획이 현장에서 어떻게 이행되고, 어떤 변화를 만들어 내느냐입니다.

그간 릴레이 간담회와 현장 논의를 통해 이미 다양한 과제가 축적되어 왔습니다. 장애인 건강주치의 본사업 전환, 장애친화적 의료체계 구축, 의료접근성 개선, 재활 이후 지역사회 복귀, 통합돌봄과의 연계 등은 더 이상 미룰 수 없는 핵심 과제들입니다.

특히 장애유형과 생애주기를 고려한 건강관리, 대상별 지원체계 마련, 의료비 부담 완화와 같은 문제들은 여전히 보완이 필요한 지점입니다. 이러한 과제들이 종합계획 이행 과정에서 얼마나 구체적으로 반영되느냐에 따라 정책의 실효성이 좌우될 것입니다.

오늘 세미나는 종합계획을 다시 설명하는 자리가 아니라 이미 발표된 계획을 ‘작동하는 정책’으로 만들기 위한 점검의 자리입니다. 무엇을 우선적으로 보완해야 할지, 당사자 참여와 이행 점검 구조를 어떻게 설계해야 하는지에 대한 깊이 있는 논의가 이루어지길 기대합니다.

저 역시 장애당사자 국회의원이자 국회 보건복지위 위원으로서, 장애인의 건강권이 더 이상 선언에 머무르지 않고 삶의 실질적 변화로 이어질 수 있도록 입법과 예산으로 뒷받침하겠습니다.

오늘의 논의가 실효성 있는 정책 보완으로 이어지길 기대합니다. 함께해주신 모든 분께 감사드립니다.

감사합니다.

2026. 4. 21.

더불어민주당 국회의원 **서미화**

축사



안녕하십니까. 국민의힘 수석대변인 최보운 국회의원입니다.

‘제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나’에 참석 해주신 여러분을 진심으로 환영합니다. 뜻깊은 행사를 함께 열어주신 김예지 의원님, 서미화 의원님, 한국장애인단체총연맹 채태기 상임대표님과 행사 준비에 힘써주신 임직원 여러분께 깊이 감사드립니다.

정부는 올해 ‘제1차 장애인 건강보건관리 종합계획’을 수립하며 장애인 건강정책의 기본 틀을 마련했지만, 의료접근성의 실질적 개선과 장애인 건강주치의 제도의 안정적 정착, 재활 이후 지역사회 복귀와 통합돌봄 연계 등 실제 현장에서 작동하는 핵심 과제에 대해서는 보다 구체적인 계획과 추진 전략이 필요하다는 지적이 있습니다.

오늘 세미나는 종합계획의 주요 내용과 한계를 장애계·학계·현장 전문가의 시각에서 점검하고, 향후 보완 과제를 분명히 짚어보는 자리입니다.

기조발표를 맡아주신 보건복지부 장애인건강과 임현규 과장님을 비롯해 발표자 여러분의 고견을 경청하겠습니다.

저는 장애인 건강보건관리 종합계획에 지속적인 관심을 가져왔고, 장애인 건강권 보장을 위해 비대면진료 법안의 본회의 통과를 이끌어낸 바 있습니다. 그리고 지난 대선에서는 장벽 없는 의료환경과 일상의 연결을 통한 건강권 보장 공약을 제시하는 등 제도적 기반을 마련하는 데 힘써왔습니다. 앞으로도 장애 유형과 생애주기를 고려한 건강관리 체계와 지역사회 중심의 건강돌봄이 현장에서 실질적으로 작동할 수 있도록 제도 보완에 최선을 다하겠습니다.

오늘 토론회가 종합계획의 실행력을 높이고, 장애인 건강권이 선언을 넘어 현장에서 체감되는 정책으로 자리 잡는 계기가 되기를 기대합니다. 감사합니다.

2026. 4. 21.

국민의힘 국회의원 **최보운**

기 조 발 표

제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 주요 내용

임현규 과장 (보건복지부 장애인건강과)



제1차 장애인건강보건관리 종합계획 '26~'30



보건복지부
Ministry of Health and Welfare

제1차 장애인건강보건관리 종합계획 '26~'30



CONTENTS 목차

1. 개요
2. 주요 경과
3. 그간 정책성과
4. 장애인 건강보건관리 현 주소
5. 추진방향 및 전략
6. 세부 추진과제

1. 개요

2. 주요 경과

3. 그간 정책성과

4. 장애인 건강보건의료리 현주소

5. 추진방향 및 전략

6. 세부 추진과제

목적

- + 보건의료, 건강, 재활 등 분야를 포괄하는 체계적인 건강보건의료리 계획 수립을 통한 **장애인의 건강권 및 의료접근성 보장**

수립근거

- + 「장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제6조에 따라 5년마다 수립

수립착수

- + 장애인의 건강권 관심 증대 및 장애인건강권법 시행('17.12월) 이후 도입된 장애인 건강보건의료리 사업 체계화 및 장기비전 수립 필요성에 따라 논의 본격 개시

1. 개요

2. 주요 경과

3. 그간 정책성과

4. 장애인 건강보건의료리 현주소

5. 추진방향 및 전략

6. 세부 추진과제

과제 발굴

- + 정책 여건 진단 및 중장기 정책과제 발굴을 위해 '장애인 건강보건의료리 종합계획 정책과제 발굴 전략기획단' 구성·운영('23.6~12월)

과제 고도화, 의견 수렴

- + 핵심목표, 중점 추진과제에 대한 장애인·의료계 간담회 개최('24.7,9월)
- + 장애인 건강정책 포럼 구성·운영('25.3~6월)하여 과제별 세부계획 구체화 및 장애인 당사자·전문가 의견 반영
- + 장애인단체, 의료전문가 간담회 통해 종합계획(안)에 대한 추가 의견수렴('25.11월)



「장애인건강권법」 시행에 따라 의료기관 확충, 장애인 건강보건의료관리사업 신설, 관련 예산 확대 등 장애인 건강보건의료관리를 위한 기본 환경 조성

- + 전달체계** 중앙국립재활원-사·도장애인보건의료센터-사·군·구보건소 통해 장애인 건강보건의료관리 서비스, 사례관리 등 종합 지원 체계 마련
* 장애인보건의료센터 17개소, 지역사회중심재활 전국 257개 보건소 지정·운영
- + 장애친화 의료기관** 장애인의 의료이용 편의성 제고 위해 시설, 장비, 인력 등이 배치된 의료기관과 재활, 구강 전문 의료기관 확충
* ▲ 장애인 건강검진기관 30개소, ▲ 장애친화 산부인과 10개소, ▲ 발달장애인 거점병원 13개소, ▲ 권역재활병원 7개소, ▲ 권역장애인구강진료센터 17개소 등
- + 의료수가·의료비 지원** 장애인 건강주치의, 회복기 재활의료기관 사업 등 수가 개선 통해 장애인 의료서비스 질 제고하는 동시에 의료비 본인부담금 지원 통해 장애인 의료이용 부담 경감

아플 때

- 의료기관 선택부터 방문, 진료까지 의료이용 장벽 존재
* 미충족의료율 장애인 17.3%
- 다양한 장애친화 의료기관 소규모 지정, 기능 세분화로 찾기 어려운 구조
- 이동수단 제약, 의사소통 불편 등이 의료접근성 저해

회복할 때

- 권역재활병원, 재활의료기관 등 운영 중이나, 장애인의 재활수요 높음
- 퇴원 후 재활, 사회 적응 지원 부족으로 퇴원·재입원 반복
* 장애인 외래 입수는 전체인구 대비 2배 수준이나, 입원일은 7배 이상 높음
- 주기적 체육 활동 어려움으로 신체 기능유지 등에 한계
* (생활체육참여율) 장애인 34.8%, 전체인구 62.6%


건강할 때

- 장애인의 88.6%가 만성질환 보유하고 있으며, 질환별 유병률 높음
* (고혈압) 장애인 52.8%, 전체인구 21.7% (당뇨) 장애인 34.7%, 전체인구 14.5%
- 이동불편, 수검에 필요한 특수 장비 부족 등으로 건강검진 수검률 또한 전체인구 대비 낮음
* 건강검진 수검률(‘23) 장애인 63.5%, 전체인구 76.1%

비전 “장애인 누구나 건강하고 행복한 삶 실현”


핵심목표

- ① 쉬운 의료서비스 이용
(미충족 의료이용률 '23년 17.3% → '30년 16.4%)
- ② 재활을 통한 삶의 회복
(1인당 연평균 입원일 '23년 20.1일 → '30년 15.5일)
- ③ 일상건강수준 제고
(주관적 건강인지를 향상 '23년 20% → '30년 25%)



구성 **아플 때 - 회복할 때 - 건강할 때 등 장애인 건강상태에 따른 맞춤형 지원 추진 중심, 4대 전략, 12개 중점 과제, 32개 세부과제**

<p>I 아플 때 - 장벽 없는 의료이용</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 장애 포용적 의료이용 체계 구축 ② 의료기관 이동 및 접근성 개선 ③ 의료 관련 비용 부담 완화
<p>II 회복할 때 - 재활을 통한 퇴원·지역사회 복귀</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 재활의료 확충 및 개선 ② 퇴원 후 지역사회 적응 지원 ③ 장애인 체육활동 활성화
<p>III 건강할 때 - 2차 장애 예방, 건강 증진 지원</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 일상 건강관리 지원 확대 ② 장애인 건강검진 수검률 향상 및 효과성 제고 ③ 장애유형·특성에 따른 맞춤형 건강관리 지원
<p>IV 정책인프라 - 장애인건강정책 기반 마련</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 장애인 건강보건의료 거버넌스 개선 ② 근거 기반 정책 마련을 위한 데이터 구축 ③ R&D를 통한 미래 기술 확보



1. 장벽없는 의료이용

세부과제

- 1-1. 장애친화 보건의료기관 혁신
- 1-2. 장애친화 진료환경 조성
- 1-3. 장애인 건강보건관리 전달체계 강화
- 1-4. 신규 감염병 위기대응체계 마련
- 2-1. 특별교통수단 서비스 개선
- 2-2. 중증와상장애인 의료기관 이동 지원 추진
- 2-3. 편의시설 및 의료정보 접근성 제고
- 3-1. 건강보험 보장성 강화 등 의료비 절감 추진
- 3-2. 보조기기 지원 확대
- 3-3. 중증 장애인 간병 부담 완화

2. 재활을 통한 퇴원·일상 복귀

세부과제

- 1-1. 재활의료기관 확충 및 질 제고
- 1-2. 어린이 재활의료 기반 구축 및 지원
- 2-1. 장애인 의료·요양 통합돌봄 사업 추진
- 2-2. 거주지 내 일상 건강지원 확대
- 2-3. 학교, 의료기관에서 건강한 일상 지원
- 3-1. 재활운동 및 체육 활성화
- 3-2. 장애인 생활체육 지원 확대

3. 2차 장애 예방, 건강증진 지원

세부과제


- 1-1. 장애인 건강주치의 활성화 통한 건강관리 강화
- 1-2. 장애인 구강건강관리 강화
- 1-3. 건강교육 확대 등 장애인 건강관리 역량 제고
- 2-1. 장애인 특성을 고려한 건강검진 지원
- 2-2. 장애인 건강검진 홍보 및 사후관리 강화
- 3-1. 소수장애인 등록기준 개선 및 질환관리 지원강화
- 3-2. 발달장애 관련 조기개입 지원 강화
- 3-3. 의료서비스 이용을 위한 의사소통 지원 강화
- 3-4. 여성장애인 생애주기별 건강관리 지원

4. 장애인건강 정책 기반 마련

세부과제


- 1-1. 중앙장애인보건의료센터 역할 강화
- 1-2. 지역장애인보건의료센터 지역전문성 강화
- 2-1. 장애인 건강보건 관련 통계·데이터 생산 강화
- 2-2. 장애인 건강보건관리 시스템 고도화
- 3-1. 장애인 재활치료 고도화를 위한 혁신 R&D 지원
- 3-2. 장애인, 돌봄인력의 삶의 질 개선을 위한 기술개발 확대

아플 때 - 장벽 없는 의료이용

 아플면 언제든지 진료를 받을 수 있도록 이동 지원·의료비 부담 완화, 장애친화 의료환경 조성을 통해 편리한 진료 지원

1. 장애 포용적 의료이용 체계 구축
2. 의료기관 이동 및 접근성 개선
3. 의료관련 비용 부담 완화 추진


1-1. 장애친화 보건의료기관 혁신

 [장애친화병원 지정] 세분화된 기존 장애친화 의료기관을 장애인 의료사업 다수 수행(3개 이상) 하는 ‘(가칭)장애친화병원’으로 발전 추진




- 전담창구 설치, 진료동행, 의사소통 지원, 장시간 대기가 어려운 중증장애인 우선 진료 등 기능 부여
- 인력(코디네이터, 수어통역사 등), 장비, 시설 등 통합기준 마련하고 집중지원

1-1. 장애친화 보건의료기관 혁신

 [장애친화 진료환경 조성] 의료기관에서 장애인 특성을 감안한 진료가 이루어질 수 있도록 건강보험, 각종 평가제도 개선 및 교육 강화

- +** **장애친화 의료기관** 투입 인력·시간 등이 많은 장애인 진료에 대한 ①안수가 모델 개발, ②안기관단위 보상 방안 등 검토
- +** **일반의료기관** 의료기관 인증 등 평가기준에 장애인 진료 관련 평가 항목 추가, 장애 특수성을 고려한 상급종합병원 중증도 분류기준 보완 검토
 - 장애인 일자리, 장애인식개선교육 전문강사 활용, 장애인 당사자가 의료기관 종사자-예비의료인에게 직접 장애인식 교육 제공

1-1. 장애친화 보건의료기관 혁신

 [장애인 건강보건관리 전달체계 강화] 보다 많은 의료기관의 장애인 접근성 향상을 위해 진료과목별, 기능별 장애친화 의료 인프라 지속 확충

장애친화 의료기관	설치 개소수(시·도)		
	2025년	2027년	2030년
 장애친화 신부인과	10개소 (8개 시도)	15개소 (13개 시도)	주요 시도 1개소 이상
 장애인 건강검진기관	25개소 (12개 시도)	112개소 (17개 시도)	추가지정
 발달장애인 거점병원	13개소 (10개 시도)	16개소 (13개 시도)	20개소 (17개 시도)
 장애인 의료기관 이용편의 지원기관	5개소 (3개 시도)	10개소 (8개 시도)	주요 시도 1개소 이상
 지역장애인보건의료센터	17개소 (15개 시도)	19개소 (17개 시도)	발전방안 마련

1-2. 의료기관 이동 및 접근성 개선

[이동지원] 외상장애인 이용을 위한 휠체어 탑승 차량 도입 등 특별교통수단 지원 확대

- 개선된 특별교통수단 안전기준에 따른 휠체어 탑승 차량 도입 독려, 전국 통합예약 시스템 운영, 지자체 차량 도입·운영비 지원 등 서비스 개선

[정보 접근성 제고] 병·의원 장애인 편의시설 현황 정부 누리집 통해 제공, 장애인 진료기록 등 의료데이터 연계 기관 확대

- 장애인 일자리 사업 활용, 현행화 추진
- 건강정보 고속도로, 진료정보교류 시스템 이용기관 확대

1-3. 의료관련 비용 부담 완화 추진


[의료비] 의약품·의료기기 등 장애인 관련 건강보험 급여 지속 확대 추진

- * (예) 중증장애인 임플란트 지원 확대, 1형 당뇨 혈당측정용 전극 본인부담 완화 검토 등

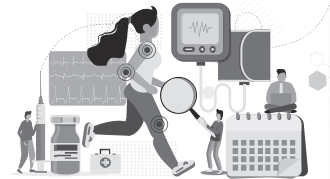
[보조기기] 기초수급자·차상위 장애인 약 1% 수준까지 보조기기 교부 인원 지속 확대, 고가 보조기기 대여 사업 추진 등 접근성 강화

[간병] 중증장애인 간병 위한 간호·간병서비스, 활동지원 제도 개선 검토

회복할 때 - 재활을 통한 퇴원·지역사회 복귀

 퇴원 후 거주지에서 주기적으로 치료를 받을 수 있도록 재활의료 인프라를 확충하고, 지역사회에서 건강을 회복할 수 있도록 지원 확대

1. 재활의료 확충 및 개선
2. 퇴원 후 지역사회 적응 지원
3. 장애인 체육활동 활성화




2-1. 재활의료 확충 및 개선

 **[재활의료기관 확충]** 거주지역 내 재활, 건강관리 기능토록 재활의료기관 지속 확충 및 개선

- * 권역재활병원 (‘25) 7 → (‘28) 9개소
- * 공공어린이재활병원 (‘25) 10 → (‘27) 13개소
- * 어린이재활의료기관 (‘25) 39 → (‘30) 최대 74개소


- 정책연구 거쳐 권역재활병원 규모, 역량에 따른 기능 차별화 추진, 퇴원 지원 프로그램 개발 등 발전 방안 마련

 **[어린이재활]** '27년까지 전국 주요 권역에 건립 공공어린이재활병원·센터 완공, 지정형 기관과 함께 운영 본격화하고, 운영 안정화 방안 강구

- 학령기 등 성장에 맞춘 지속적 재활치료 위해 6세 이상 아동도 어린이 재활의료기관 수가지원 강화 검토 추진

- * (現) 6세 미만 치료기간 제한 없음, 6세 이상~18세 미하는 24개월 이내로 제한
- (개선예시) 9세 미만으로 집중치료 기간 확대 검토(장애아동복지지원법 고려)

2-2. 퇴원 후 지역사회 적응 지원

 **[의료·요양 통합지원]** 장애인이 살던 곳에서 건강한 생활을 영위할 수 있도록
‘장애인 의료·요양 통합돌봄 사업’ 본격 추진

- 사업 참여 지자체 지속 확대 및 건강관리가 필요한 장애인 적극 발굴·연계하여 분절적 지원이 아닌 장애 특성, 욕구를 고려한 맞춤형 통합 서비스 제공

 **[거주지 내 일상지원]** 퇴원 장애인까지 ‘장애인 자립지원 서비스’ 대상 확대

- 퇴원 이후 자립 지원 우선하되, 시설 거주자 건강관리 서비스 확대하여 시각지대 방지
- * 의료집중형 거주시설 확대, 거주시설 의료인력 기준 강화 검토

2-3. 장애인 체육활동 활성화


 **[재활체육]** 퇴원 후 손상 등으로 생활체육이 어려운 장애인 위한 재활체육 활성화

- 협의회 운영 통해 ‘재활운동 및 체육’ 정의, 의사처방 기준, 전문지도자 양성 등 논의
 ▶ 「장애인건강권법령 반영」 및 정비
- 국립재활원을 중심으로 지역사회 시범사업 추진 ▶ 시범사업 토대로 전달체계 및 장애유형별 프로그램 표준화

 **[생활체육]** 지역사회 장애인 생활체육 인프라 및 스포츠 지원 확대로 생활체육 활성화 추진

- 장애인 생활체육시설, 장애인 체력인증센터 등 지역 장애인 생활체육 프로그램 제공시설 확충
- 스포츠강좌 이용권, 스포츠클럽·동호회 지원 확대하여 생활체육 접근성 개선

건강할 때 - 2차 장애 예방, 건강 증진 지원

 일상적 건강관리와 주기적 건강검진을 통해 2차 장애·합병증 예방 및 건강 유지·개선


1. 일상 건강관리 지원 확대
2. 장애인 건강검진 수검률 향상 및 효과성 제고
3. 장애유형·특성을 고려한 건강관리 지원



3-1. 일상 건강관리 지원 확대


 [장애인 건강주치의] 장애인 수요, 건강관리에 필요성이 높은 ▲방문재활, ▲한의분야 도입 검토 하고 관련 사업 연계로 다양한 서비스 제공

- 27년 그간 시범사업 성과평가 후 본사업 전환 추진
- 「의료-요양 통합돌봄」, 「지역사회 주치의 모델 단계적 확대」(국정과제) 등과 연계하여 다학제 서비스 제공토록 발전
- 장애인, 의료진 참여 촉진을 위한 제도 활성화 방안 등 검토


 [구강건강관리 강화] 장애인의 치과진료 접근성 개선을 위해 장애인 전문 치과진료체계 구축 및 치과주치의 활성화

- 중앙-광역-지역 장애인구강진료센터 확충하여 장애인 치과진료 활성화
- * 권역센터 '25년 16개소 → '27년 18개소, 지역센터 '25년 3개소 → 성과평가 후 본사업 전환 여부 검토

3-2. 장애인 건강검진 수검률 향상 및 효과성 제고

 **[건강검진 지원] 장애인 건강검진기관 확대 및 장애특성 고려한 검진 방안 강구**


- 당연지정기관 포함하여 장애인 건강검진기관 전국 100여개소 이상 운영 추진
- 장애유형별 수검이 어려운 항목을 분석·도출하고, 대안적 검사방안에 대한 심층 연구 및 검토
- 중증장애인 안전편의 관리비 지속 인상 추진


 **[사후관리 강화] 장애인 검진결과 공유 통한 체계적 사후관리 제공 및 지역 우수사례 확산으로 수검 활성화**


- 검진결과를 지역장애인보건의료센터에 제공, 유소견자에게 건강주치의 연계 등을 통한 추가검사 안내, 후속 진료·처방·건강 개선 교육
- 검진기관-장애단체, 복지관 등 연계(MOU 체결), 장애인 검진데이 운영 등 통한 수검 활성화

3-3. 장애유형·특성을 고려한 건강관리 지원

 **[소수장애인] 취약장애 신설, 내부장애인 장애 인정 범위 확대 등 소수장애인 등록기준 개선**

 **[발달장애인] 발달재활서비스 수혜인원 확대 및 질 제고, 발달장애아동 조기발견, 개입 강화, 발달장애인가정지원 지정 지속 확대**

 **[시·청각·발달·언어] 의료기관 이용편의 지원 사업 통해 장애유형별 의사소통 지원 체계 구축**

 **[여성장애인] 장애친화 산부인과 확대 및 모자의료 전달체계 연계, 생애주기별 건강 교육 제공, 자궁경부암 예방접종을 파악·관리 등 예방 관리 강화**


IV 정책인프라 - 장애인 정책 기반 마련


 장애인 건강보건의료 거버넌스를 개선하여 정책 추진 기반을 강화하고, 장애인 건강 관련 데이터 활용, R&D 통해 근거·기술 기반 정책 추진

1. 장애인 건강보건의료 거버넌스 개선
2. 근거 기반 정책 마련을 위한 데이터 구축
3. R&D를 통한 미래 기술 확보




4-1. 장애인 건강보건의료 거버넌스 개선


 [중앙장애인보건의료센터] 기존장애인건강 사업기관 관리, 교육 위주
 ➔ 개선현장에 필요한 ▲정책개발 - ▲시범운영·평가 - ▲신규사업 시행 등 컨트롤타워 기능 강화


 [지역장애인보건의료센터] 장애인 등록 시 건강관리 서비스 동시 신청, 지역센터 자동 연계로 사각지대 최소화하고 지자체 장애인 건강보건의료 정책 지원
 모든 시도에 지역센터 설치 후(세종, 울산 미설치), 정책연구 통해 시도별 장애인 수, 면적 등 지역 여건을 고려한 전달체계 개편 방안 강구

- 지역장애인 건강보건의료 계획 등에 대한 전문 정책지원 기관 역할 수행(지역사회 장애인 건강관리 주요문제 도출, 지역자원 분석 등)


4-2. 근거 기반 정책 마련을 위한 데이터 구축

 **[장애인 건강 통계 개선]** 지역사회건강조사, 감염병 실태조사 등 기존 건강관련 통계에 장애인 부분도 함께 조사, 공표(1년 주기)

 **[심층연구]** 장애 등록 전·후 건강보험 청구 데이터 분석 통해 장애 이후 건강 변화, 2차 장애원인, 발생시점 등 정밀 분석 연구 추진
* 의료이용 시점·현황, 각종 질환 이환·2차 장애 발생 시점 등 장기 추적 데이터 확보

 **[데이터 활용]** 장애인등록, 의료이용 등 각종 정보를 ‘장애인 건강보건관리 시스템’*에 포함하여, 맞춤형 서비스 제공기반 마련
* 장애인 건강보건관리 대상자 관리 시스템으로 지역장애인보건의료센터, 권역재활병원 등 활용 중

4-3. R&D를 통한 미래 기술 확보

 장애인 재활치료, 일상생활 지원 등을 위한 재활·돌봄로봇, 보조기기 기술개발 R&D 지속 추진

- 디지털 치료제, 의료기기 기술 연구 등을 통해 장애인의 신체·인지·심리 기능개선, 건강관리 강화를 위한 신기술 지속 개발
- 노인·장애인 돌봄부담 경감을 위해 돌봄로봇 기술을 중개연구하고 현장실증을 통한 임상적용 추진



감사합니다!



세션1. 종합계획의 체계와 이행관리 보완 과제

종합계획의 체계와 이행관리 보완 과제

박종혁 이사장 (한국장애인보건의료협회)



먼저, 이번 종합계획은 「장애인건강권법」에 근거하여 장애인의 건강권 보장과 의료접근성 향상을 위해 수립된 국가 차원의 중장기 계획으로, 보건의료, 재활, 건강관리 영역을 포괄하는 통합적 정책 틀을 제시하고 있다는 점에서 중요한 의미를 갖습니다. 특히 장애인의 건강 상태를 ‘아플 때-회복할 때-건강할 때’로 구분하고, 이에 따라 의료이용, 재활, 건강증진, 정책 인프라를 단계적으로 구성한 점은 정책 체계를 구조화하려는 시도로 볼 수 있습니다.

다만, 이러한 체계가 실제 정책 효과로 이어지기 위해서는 몇 가지 구조적 보완이 필요하다고 판단됩니다.

우선, 현재의 종합계획은 단계별 정책 틀은 갖추고 있으나, 각 단계 간 연계성과 전달체계 측면에서는 여전히 한계가 존재합니다. 예를 들어 의료이용 이후 재활, 그리고 일상적 건강관리로 이어지는 과정이 정책적으로는 구분되어 있으나, 실제 서비스 제공 과정에서는 유기적으로 연결되지 못하는 문제가 발생할 수 있습니다.

또한 장애인의 의료이용 과정에서는 여전히 이동, 의사소통, 비용 부담 등 다양한 장벽이 존재하고 있으며, 퇴원 이후 지역사회 복귀를 지원하는 체계 역시 충분히 작동하지 못하고 있는 상황입니다. 더 나아가 만성질환 관리와 건강검진 등 일상적 건강관리 영역에서도 장애인과 비장애인 간 격차가 지속되고 있습니다.

이러한 점을 고려할 때, 종합계획의 핵심 과제는 새로운 사업을 추가하는 것이 아니라, 현재 제시된 정책 체계를 어떻게 실제로 작동하게 할 것인가에 있다고 생각합니다.

첫째, 건강증진 중심으로 정책의 무게를 보다 전환할 필요가 있습니다. 현재 계획에서도 건강관리 지원이 포함되어 있으나, 여전히 치료와 재활 중심의 접근이 강한 측면이 있습니다. 장애인의 건강수명 연장을 위해서는 만성질환 예방, 생활습관 개선, 정신건강 지원 등 이차적 건강문제 예방이 정책의 핵심 축으로 강화될 필요가 있습니다.

둘째, 장애포용적 보건의료체계로의 구조적 전환이 필요합니다. 장애친화 의료기관 확충과 같은 개별 사업을 넘어, 전체 보건의료체계 내에서 장애인이 자연스럽게 포함될 수 있도록 제도, 서비스, 통계 전반을 재설계할 필요가 있습니다.

셋째, 이행관리 체계의 실질적 강화가 필요합니다. 현재 계획에서도 성과지표와 추진일정이 제시되어 있으나, 정책 목표와 사업 간의 연계성, 그리고 이행 과정에 대한 지속적인 점검과 환류 체계는 보다 구체화될 필요가 있습니다. 특히 중앙-지역 간 역할 분담과 책임 구조를 명확히 하고, 정책 실행 과정에서 관리 기능을 강화하는 것이 중요합니다.

넷째, 지역사회 기반의 통합적 서비스 전달체계를 구축할 필요가 있습니다. 의료, 재활, 돌봄이 각각 분절되어 제공되는 현재 구조로는 장애인의 복합적인 건강 요구를 충분히 반영하기 어렵기 때문에, 다학제 협력을 기반으로 한 통합적 관리체계로의 전환이 필요합니다.

이와 같은 보완 방향은 기존 정책 논의 과정에서도 지속적으로 제기되어 온 사항입니다.

예를 들어, 장애인 건강통계의 경우 정책 수립의 기초가 되는 데이터가 충분히 구축되지 않아 근거 기반 정책 추진에 한계가 있다는 점이 지적되어 왔으며, 건강주치의 제도와 건강검진, 재활 및 돌봄 서비스 등 주요 영역에서도 접근성과 연계성 측면에서 개선 필요성이 지속적으로 제기되고 있습니다.

특히 의료-요양-돌봄 간 연계 부족 문제는 장애인 건강정책 전반에서 공통적으로 나타나는 구조적 한계로, 이를 해결하기 위한 통합적 전달체계 구축이 향후 핵심 과제가 될 것으로 판단됩니다.

종합하면, 이번 종합계획은 장애인 건강보건정책의 중요한 출발점이지만, 향후에는 정책의 체계 자체를 정교화하고 이를 실제로 실행하고 관리할 수 있는 이행관리 체계를 구축하는 것이 무엇보다 중요합니다.

데이터 기반 정책, 지역사회 중심 서비스, 다학제 협력, 그리고 의료-요양-돌봄의 통합적 연계를 통해 장애인의 건강권이 실질적으로 보장될 수 있는 방향으로 정책이 발전해야 할 것입니다.

세션1. 종합계획의 체계와 이행관리 보완 과제

10년의 기다림, 종합계획은 체감으로 이어질 수 있는가

윤다을 책임 (한국장애인단체총연맹)



1. 들어가며

정부가 발표한 「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획(2026~2030)」은 법 시행 10년 만에 수립된 첫 건강 분야 법정 계획이라는 점에서 의미가 큼니다. 장애계가 지속적으로 제기해 온 과제들이 일부 반영된 점도 고무적입니다.

다만 이 계획이 실제 장애당사자의 병원 이용 변화로 이어질 수 있을지는 여전히 불분명합니다. 현장에서 작동하기 위한 구조적 기반이 충분히 제시되지 않았기 때문입니다. 본 계획이 단순한 선언에 그치지 않으려면, 핵심 쟁점에 대한 보완과 구체적인 이행 과제가 뒤따라야 합니다.

2. 주요 쟁점

▣ 의료접근성의 핵심, ‘이동’과 ‘비용’ 대책의 부재

2023년 장애인 실태조사에 따르면 의료기관 미이용 사유로 ‘이동 불편(36.5%)’과 ‘경제적 이유(27.8%)’가 가장 높게 나타났습니다.

이번 계획은 상급종합병원 중심의 ‘장애인화병원’ 확대를 주된 해결책으로 제시하고 있습니다. 이는 비급여 항목 증가로 인한 경제적 부담을 가중시킬 우려가 있습니다. 인프라를 확충하더라도 비용 장벽이 높다면 접근성은 개선되지 않습니다.

기존 정책을 답습하는 수준인 이동 지원 대책 역시 실효성이 낮습니다. 향후 이행 과정에서는 이용률과 비용 부담 완화를 핵심 성과지표로 설정하고, 이를 정기적으로 점검·공개해야 합니다.

▣ 공급자 중심 설계에서 ‘당사자’의 소외

현재 계획은 수가 개선과 가산수가 등 의료기관의 참여 유인책에 치중되어 있습니다. 의료기관의 참여는 필수적이거나, 정책이 공급자 중심으로만 흐르면 이용자의 경험은 소외되기 마련입니다.

이제는 ‘참여 효율성’을 넘어 ‘당사자의 이용 경험’이 정책 설계의 기준이 되어야 합니다. 당사자의 역할을 단순히 교육 참여자로 한정 짓지 말고, 정책 설계 및 이행 평가 과정에 당사자 참여를 제도화해야 합니다.

또한, 민간에만 의존할 것이 아니라 공공의료기관이 장애인 진료의 중추적 역할을 수행하도록 기능을 강화해야 합니다.

❑ **책임성 없는 목표치 설정**

2023년 시행된 ‘장애친화 건강검진기관 당연지정제’는 일부 기관의 미운영과 낮은 이용률이라는 숙제를 안고 있습니다. 그럼에도 이번 계획은 원인 분석 없이 ‘100개소 확대’라는 수치만 반복하고 있습니다. 현행 구조에서는 2030년에도 미운영 기관이 반복되더라도 이를 제재할 실질적 수단이 없습니다.

운영 실태에 대한 정기 평가, 미이행 기관에 대한 개선 명령 및 지정 취소 등 실질적인 관리·감독 체계가 병행되지 않는다면 수치 달성은 무의미합니다.

❑ **지역별 의료 격차 해소 전략 미흡**

장애인의 의료 이용은 지역에 따라 차이가 있습니다. 그러나 이번 계획은 일괄적인 기관 수 확대 중심으로 구성되어 있으며, 지역별 차등 지원이나 맞춤형 설계는 부족합니다.

통합돌봄이 크게 주목받는 이유도 지자체별 자원 특성을 가지고 돌봄 서비스를 재설계할 수 있기 때문입니다. 지역 간 격차 해소를 위해 차등 재정 지원, 공공의료기관 역할 강화, 지역 맞춤형 서비스 기준 마련이 필요합니다. 또한 지역별 성과를 비교·평가하는 체계도 함께 구축되어야 합니다.

❑ **정신장애인 및 정신건강 정책의 공백**

정신장애인은 치과검진을 등 다양한 항목에서 낮은 통계 수치를 보이는 유형으로 다각적 의료 지원이 필요합니다. 정신장애인을 위한 특화된 건강관리 체계가 이번 계획에서는 보이지 않습니다. 이들에 대한 지원이 일반적인 ‘통합돌봄 확대’ 수준에 머물러서는 안 됩니다.

또한, 장애 당사자가 겪는 우울과 고립 등 정신건강 문제에 대한 체계적 대응도 빠져 있습니다. 보완 과정에서 정신장애인 건강관리를 별도의 정책 축으로 설정하고, 모든 장애 유형을 포괄하는 정신건강 지원 체계를 구축해야 합니다.

❑ **진료거부: 개인의 인식이 아닌 구조적 차별의 문제**

현장에서 발생하는 진료거부는 단순한 불친절이 아닌 명백한 장애 차별이자 구조적 장벽입니다. 의사들이 수련 과정 및 초기 진료 단계에서부터 장애인을 접할 수 있는 환경이 조성되어야 합니다.

단순한 인식 개선 권고를 넘어, 의료기관 평가와 보상체계에 장애인 진료 수용성을 반영해야 합니다. 진료 차별 사례에 대한 실태 파악과 관리 체계가 뒷받침되지 않는다면 인프라 확충의 효과는 반감될 것입니다.

▣ 예방과 일상을 포괄하는 패러다임의 전환

진정한 건강관리는 질병 치료를 넘어 일상 속 예방에서 시작됩니다. 장애인의 건강 지표를 개선하려면 의료적 접근을 넘어 사회 참여와 생활 환경이 결합되어야 합니다.

재활운동에만 매몰되지 않고, 지역사회 내 일반 체육시설을 자유롭게 이용할 수 있는 환경이 조성될 때 ‘미충족 의료 이용률’ 감소와 같은 실질적인 성과를 거둘 수 있습니다.

3. 맺음말

이번 종합계획의 성패는 인프라의 숫자가 아니라 ‘당사자의 삶이 얼마나 변화했는가’에 달려 있습니다. 당사자 참여 구조, 공공의료 기반 강화, 이행관리 체계 정립 등 본질적인 기반이 보완되지 않는다면 이번 계획 역시 공허한 선언에 그칠 것입니다.

종합계획의 키워드가 ‘지속’과 ‘유지’에 머물러서는 안 됩니다. 앞으로의 5년은 지난 10년의 지체를 만회하는 ‘전환의 시간’이어야 합니다. 정부가 실질적인 변화를 선택한다면 장애계도 기꺼이 해법을 함께 고민할 것입니다. 이번 계획이 장애인의 삶을 바꾸는 진정한 변곡점이 되기를 기대합니다.

세션2. 장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제

장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제

김소영 교수 (충북대학교 의과대학)



장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제

한국장애인보건의료협회의 총무기획이사 김소영

사례 하나,

대상자 정보

- 성별/연령: 김○○님, 남성 / 54세
- 주거형태: 독거
- 주요 질환: 알코올 의존, 갑작스런 보행장애로 거동이 불가, 자살 및 분노충동, 고혈압, 불안, 수면불안정

개입 기간 및 방법

- 개입 기간: 2023년 ~ 2025년 현재
- 개입 방법: 다학제 주치의팀 협력 모델
- 주요 서비스: 정기 방문진료, 간호, 사회복지 상담, 물리치료, 영양교육, 지역자원 연계

초기 상태 및 위기 상황

알코올 의존, 카페인 의존

매일 소주 1-2병 섭취, 커피 16~17잔

정신건강 문제

심각한 불안 및 우울 증상, 분노 및 자살 충동
외부인 침입 불안감, 배개 속 가위 (자해/타해 위험)

신체적 취약성

양쪽 무릎아래 운동기능 상실로 거동 불가, 다리저림 통증, 사회적 고립

환경적 문제

바퀴벌레등 실내위생 상태불량, 바닥에 생활용품 흩어져 있음 (낙상위험)

출처: 2025년 한국장애인보건의료협회의 동계학술대회 발표자료³

단계별 개입

1

신뢰 관계 형성 (초기 3개월)

정기적 방문을 통한 라포 형성, 안전한 환경 조성, 심리정서 지원 상담

2

통합 서비스 제공 (6개월~1년)

의료-복지 통합 케어, 다학제팀 정기회의를 통한 사례공유, 지역자원 연계(장애인활동지원사)

3

자립 역량 강화 (1년~2년)

재활운동 프로그램 참여, 지역사회 활동 확대, 긍정적 생활습관 유지 지원

출처: 2025년 한국장애인보건의료협회의 동계학술대회 발표자료⁴

주치의

정기 방문진료
건강상태 모니터링
약물 처방 및 관리

간호사

방문간호
건강교육
복약 지도

사회복지사

심리정서 지원
지역자원 연계

물리치료사

재활운동 교육
근력강화 훈련

영양사

식습관 개선
영양교육

초기 상태



사례 회의

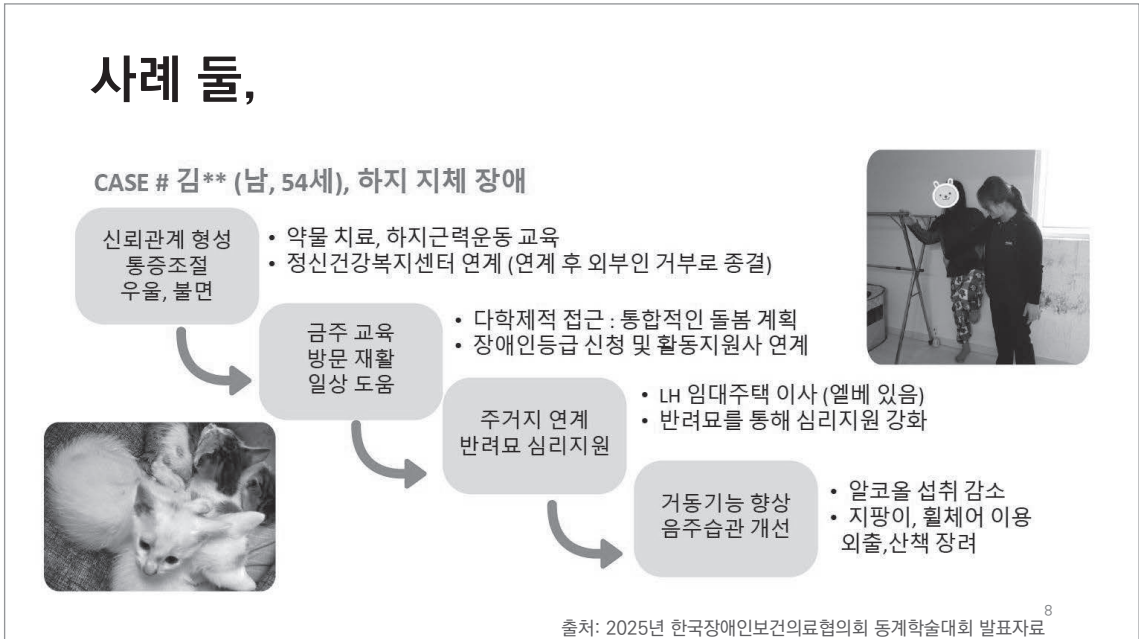
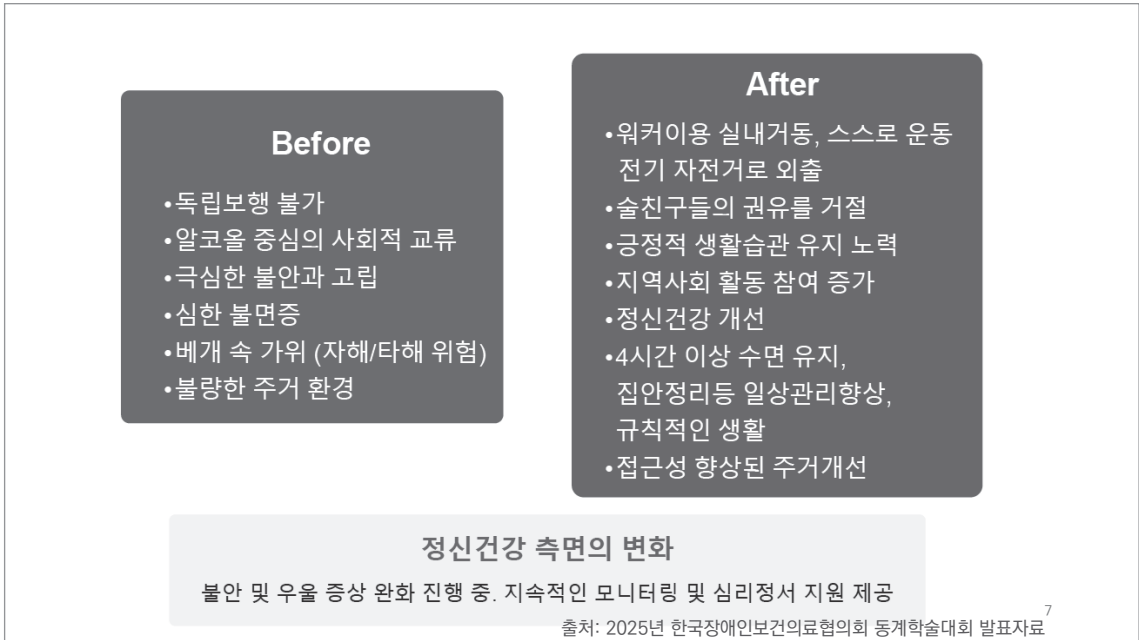


출처: 2025년 한국장애인보건의료협회의회 동계학술대회 발표자료

함께 논의하고 개입

기간	주요 사례회의 논의 내용	개입내용 및 변화	상태변화
초기상황 23년 7월~ 23년 12월	- 통증, 불안 조절필요 - 수면장애 및 심리불안 지속 - 알코올문제 및 생활환경 개선 필요 - 외부정신과 연계 논의	- 약물처방으로 하지통증 감소 - 수면불안 및 심리적 불안 완화 - 금주 교육 실시 - 주거환경 개선 방향 논의	- 기본적인 신체, 정서적 안정 시작 - 외부서비스 연결 가능한 상태로 변화
1차년도 24년~ 24년 12월	- 장애등급 신청 추진 - 재활 및 사회복지 목표 설정 - 다학제 통합돌봄 필요	- 장애등급 판정 - 장애인 다학제 시범사업 대상 선정 - 방문재활 본격 시작 - 활동지원사 연계 → 일상기능 개선 - 지역자원 연계 - 주거지 이사 완료	- 일상생활 수행능력 상승 - 병원, 지역기관 연계강화 - 정서적 안정 지속
2차년도 25년 1월~ 현재	- 사회활동 확장 목표 설정 - 재활 성과 유지 및 자립 강화 필요	- 방문재활 지속 실시 - 보행 기능 회복 → 단독보행 가능 - 스스로 운동 실천, 전기자전거로 혼자 외출 - 음주 횟수 및 양 감소	- 신체적, 심리적 뚜렷한 향상 - 지역사회 적응, 일상 자립도 크게 상승 - 향후 사회활동 확대 목표 가능

출처: 2025년 한국장애인보건의료협회의회 동계학술대회 발표자료



사례 셋,

민들레의료복지사회적협동조합

개요 팀 구성 현황 분석 사례 발표 네트워크 정책 제언

민들레다학제주치의팀 주요 사례관리 및 중재활동

건강관리	활동참여지연	지역자원연계
주치의진료 상담(내원/방문) 건강검진 관리 예방접종(내원/방문) <u>작업치료(내원/방문)</u> <u>구강건강관리(내원/방문)</u> <u>장애인지과주치의</u> 거주시설 방문건강관리 방문한의진료 심리상담(내원/방문)	<u>장애인체력인증</u> <u>건강반 활동</u> <u>건강리더 교육 및 활동</u> <u>서로돌봄, 자원활동</u> <u>실습생 교육활동 참여</u> <u>조합활동</u> 마을주민활동 참여 보조기활용 교육, 수리	금연, 중독상담치료 운동치료, 영양상담 장기요양, 활동지원 장애등록, 복지용구신청 장애인주간활동연계 보건소CBR, 정신건강복지 취업, 직업재활 관련기관 권익옹호기관(사기/파산) 주거복지, 실습생, 교육기관 등

출처: 2025년 한국장애인보건의료협의회 동계학술대회 발표자료 ⁹

사례는 국제적 건강 정의를 고스란히 이야기한다

- **세계보건기구(WHO)**
 - 건강은 단순히 질병이 없거나 허약하지 않다는 것에 그치지 않고 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태
- **오타와 헌장(Ottawa chapter for health promotion, 1986)**
 - 건강은 생활 목표가 아니라 일상생활을 영위하는 활력소
 - 즉, 건강 위해요소의 도전에 건강잠재력이 잘 버틴다면 건강하다
- **영국의학회지(BMJ, 2011)**
 - 건강은 사회적, 신체적, 감정적 어려움에 잘 적응하고 스스로 관리할 수 있는 능력
- **요약하면,**
 - 신체 건강을 넘어 정신적, 사회적 건강을 추구
 - 건강잠재력(역량)을 키울 수 있는 환경은 건강과 직결



What is the WHO definition of health?

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The bibliographic citation for this definition is: Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1948; signed on 22 July 1948 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.



BMJ 2011;343:d4917 doi: 10.1136/bmj.d4917

What is health?

Fiona Godlee editor, BMJ

In a BMJ editorial in December 2008, Alan Badier and Laura O'Donnell called for a "global conversation" about how to define health (BMJ 2008;337:920). This week's lead and columns present the results of that conversation, initiated via a blog on responses to which a great number of you responded. BMJ, and concluded at a two day meeting in the London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), 20-21 November 2010. The group's view of health, in the words of our guest editor, "is the face of social, physical, and emotional challenges."

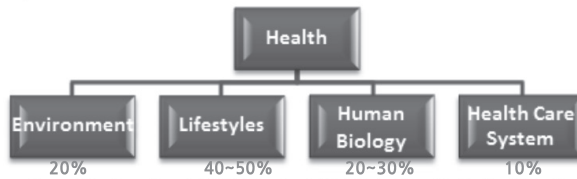
사례의 개입지점이 건강의 주요 결정요인이다

- 환경, 생활습관, 유전적 요인, 보건의료시스템



Source: <http://incooh.ca/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>

The Healthy People report mirrored similar national studies in other countries. Marc Lalonde, the Minister of Health and Welfare in Canada, described the **"Healthy Field Concept"**, which identified health as the result of four factors: environment, lifestyles, biology, and health care system. The healthy field concept was used as a framework in the preparation of the "Healthy People" report.



Source: A New Perspective on the Health of Canadians by Marc Lalonde, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, April, 1974, 31.

11

Community medicine, Community health, Primary health care

- 지역사회의학(communitary medicine)

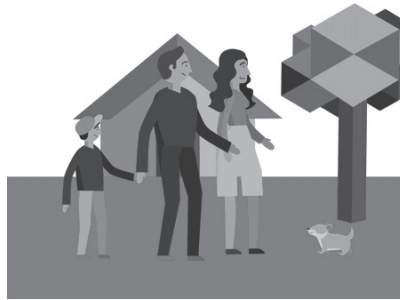
- 지역사회 인구집단의 보건문제를 해결하기 위해 의사를 비롯한 여러 보건요원과 지역주민이 협력하여 지역사회 가용자원을 최대한 활용해 모든 주민에게 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 의학의 한 분야



**COMMUNITY
MEDICINE**

출처: 예방의학과 공중보건학, 2025 12

WHO Communication Materials



누구나, 어디서나, 양질의 케어를, 사는 곳에서 받을 수 있어야..

15

WHO Communication Materials



건강요구는 생애주기에 따라 변화
그러나 양질의 의료는 변화해선 안됨
일차의료에 대한 투자는 생애 전주기 건강을 제고

16

WHO Communication Materials

- 일차보건의료는..
- 다부문적 다학제적 활동
 - 지역사회역량을 높이는 것
 - 의료의 가장 중심



17

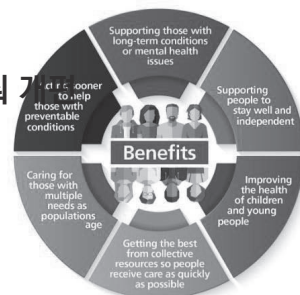
초고령화를 먼저 경험한 국가들은 이미 적용 중

Integrated Care Systems



Partnerships of organisations that come together to plan and deliver joined up health and care services to improve the lives of people in their area

- 영국: 2019년 NHS 장기계획을 발표,
- 통합의료시스템을 제시
 - 지역의회, NHS, 사회 돌봄 제공자, 자원봉사 및 지역 사회 기업 부문, 그리고 자선 단체를 포함한 기타 파트너가 함께
 - 해당 지역 인구에게 필요한 서비스를 제공
- 2022년 보건의료법(Health and Care Act)을 맞춰 가



의협신문 DOCTORS NEWS

뉴스 오피니언 연재 그래픽 뉴스 KMA TV 구인/구직

2020년 2월 18일부터 시행
메드미데이트 on '미약류(합성신경의약품)'인용

영국의 새로운 의료시스템 구조: 통합의료시스템(ICs)

18

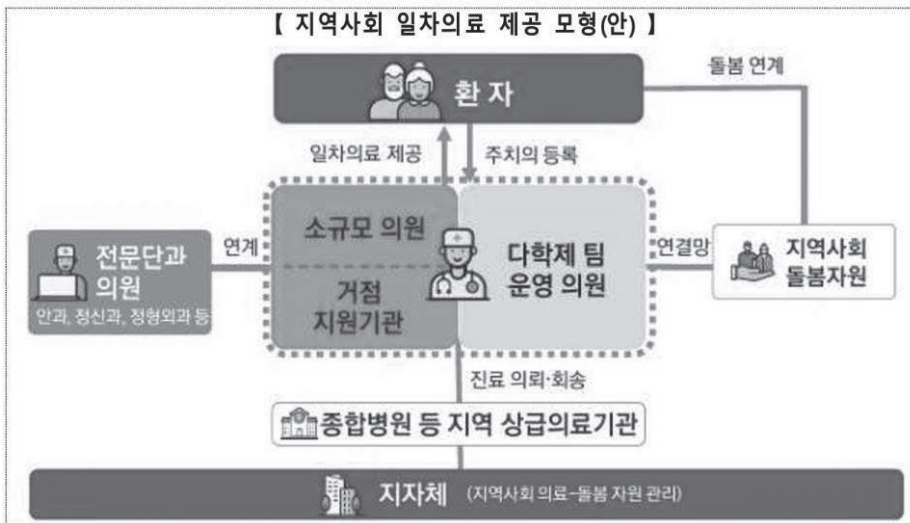
Working together for better health and care

기본보건의료 vs 일차보건의료

구분	전통적인 기본보건의료	일차보건의료
대상	환자	지역사회
접근법	질병중심, 질병치료 치료중심 접근법 임상증상 접근법	건강유지, 건강증진 예방, 치료, 재활의 통합 접근법 원인추구적 접근법
관계	제공자와 소비자 관계	동반자 관계
팀개념	팀개념 희박	팀 접근법
협조	의료인력간의 협조	부문간 협조
개발	의료기술 개발 의약품 개발	인간개발 사회경제개발, 지역사회개발
목표	질병의 치유 건강의 회복	개인 및 지역사회의 잠재력개발 문제해결 능력의 함양
주체	의료전문직	지역사회 주민

19

우리나라도 올해 첫 발을 내딛는 중



20

장애인 건강주치의 → 다학제 건강주치의팀으로

- 다학제 건강주치의팀으로의 방향전환이 필요하다
- ‘건강’의 정의(신체적, 정신적, 사회적 안녕)를 사회적으로 구현해낼 수 있다
 - 구현해내야 길을 잃지 않을 수 있다
- 동시에
 - 장애에 대한 이해와 장애인 일차의료 경험의 축적
 - 다학제팀의 전문성과 역량 강화
 - 양질의 사례회의 및 팀웍 역량 강화
 - 마을의 다양한(!) 건강네트워킹 중요성을 반영
 - 마을의 건강리더 육성

21

감사합니다.

22

세션2. 장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제

장애친화적 일차의료와 의료접근성 보완 과제

김신애 대표 (전국장애인건강권연대)



1. 사례로 살펴보는 문제점

가. 지방 중소도시에 사는 지적장애 여성의 사례

질염으로 인해 심한 냄새가 났음. 활동지원사가 인근 의원에 갔으나 산부인과로 가라고 해서 장애인 콜택시를 타고 장애여성 친화병원으로 진료를 갔음. 질염이라고 하면서 좌약을 처방했음. 좌약을 활동지원사가 투약하기는 어렵다고 해서 매일 병원에 와서 처치를 하라고 함. 그러나 이동하기는 왕복 5시간 걸리는 곳이기엔 불가능함. 보건소에 가서 도움을 요청하나 곤란하다고 함

나. 뇌전증으로 인한 경련으로 쓰러진 발달장애 여성 사례

겨울에 아궁이 앞에서 경련이 발생하여 쓰러짐. 발가락에 화상을 입음. 화상전문 병원으로 이송되어 치료를 받고 퇴원했음. 그러나 이후 드레싱과 치료가 제대로 되지 않아 상처에 염증이 발생함. 병원에 가서 드레싱을 하지만 지속적인 사례관리가 되지 않아 발이 계속 굵고 상처가 넓어졌음. 심각한 상황이 되어 다시 병원에 입원하고 재수술 후 퇴원했으나 이후 관리가 되지 않아 다시 염증이 생기고 심각해지고 있음. 보건소에 의뢰해서 방문 드레싱을 요청했으나 매일 드레싱은 어렵고 소모품 등 약품을 제공하고 방문은 월 2회 정도임. 지역보건의료센터로 연계해서 보건소와 협업하여 진정되는 상황임.

다. 음이 발생한 지적장애 남성 사례

세탁회사에 근무하는데 피부에 음 감염됨. 가려웠지만 회사에서 조치가 없어 전신으로 가렵고 발적이 생김. 지인이 병원에 데리고 가서 약을 먹고 치료를 하게 됨. 그러나 격리가 되지않고 지원하는 사회복지사가 요청해서 회사에 당분간 출근하지 않고 치료를 받게 된 상황

라. 이주여성의 장애인 사례

근육병 아동 사망사례로 영양결핍으로 인한 극단적인 과소체중이었음. 근육병을 의료진이 설명하였으나 보호자는 이해하기 어렵고 충분한 영양 섭취를 위한 처방, 식사지도 돌봄부담에 대한 지원이 없었음. 이후 지역복지협의체를 통해 사례회의를 진행했으나 복지전문가와 보건소에서 참여했으나 보호자가 돌보기 어려움으로 아동이 고통을 겪고 있다고 판단하여 시설 입소를 결정 하는 등 건강관리에 대한 인식이 낮음.

마. 뇌병변 장애인 부부사례

뇌병변 장애인부부 중 환자가 저혈당 쇼크로 입원하였다. 배우자 또한 뇌병변 장애로 언어장애가 있었다의사는 가족과 환자와 의사소통이 힘들다고 판단하여 설명을 생략하거나 다른 보호자를 데리고 오라고 하고 사실상 보호자로 역할을 배제시켰다. 이후 병원의료사회사업실과 진료협력센터, 지역장애인보건의료센터로 연계하여 지원할 수 있었다. 이는 개별 민원을 넣어 해결한 상황으로 제도적으로 시스템이 전혀 연결되지 않은 상황을 확인할 수 있는 사례이다

바. 뇌병변 장애인 우울로 인한 정신병원 입원치료 거부

삶에 대한 어려움으로 우울감, 불안도가 높아 병원에 입원하고 싶으나 정신병원 특성상 활동지원사, 간병사를 통해 지원받기가 어려운 입원거부 됨

2. 정책과 실행 사이의 간극은 매우 크다

한국보건사회연구원, 보건복지포럼(2023)에 의하면 장애인이 적절한 치료를 제때 받았다면 막을 수 있었던 죽음 ‘치료 가능한 사망’률이 2021년 기준 인구 10만 명당 175.7명으로, 비장애인(28.3명)의 6.2배로 확인되었다. 같은 병에 걸려도 장애인이 6배 더 많이 죽고 있습니다. ‘미충족 의료’란 아파도 병원에 가지 못한 경험을 뜻하는데, 장애인의 미충족 의료율은 17.3%로 전체 인구(5.3%)의 3.3배에 이릅니다.

의료, 치료서비스에 국한해도 이런 결과가 나오는데 일상 생활에서 장애인은 건강서비스 보건의료 서비스를 받으려면 얼마나 어려운지 정책과 실행 사이는 멀기만 하다. 건강권법이 설치되었지만 매우 더디게 정책이 추진되고 있어 이런 결과가 계속 확인된다고 본다. 또 접근, 이용보장, 편의제공, 친화 병원, 거점병원, 지역장애인보건의료기관 설치가 되고 있지만 실제 장애인의 건강한 삶, 적절한 치료가 되지 못하고 있다. 다양한 사례들은 보호자들의 부담으로 전가되고 일부 활동지원사가 지원하고 있지만 그 또한 상당한 제한이 있다.

의료기관에 가까스로 연결된다고 해도 병원내 입원 간병이 쉽지않고 의사소통, 동행, 약물복용 같은 일상적 건강관리 서비스는 현재 전무하다. 복지부나 관련 전문가들은 구조화하고 제도적 시스템을 만들겠지만 제도 안에서도 분절적이고 서로 이어나가기가 쉽지않은 상황임을 알 수 있다.

정부는 법률을 통해 설치해야 할 의무적인 행사외 간극을 어떻게 해결할 것인지 고민해야 한다. 접근성이란 무엇인지 장애라는 정체성을 가진 사람들에게 접근성이 단순한 베리어 프리 수준의 편의시설, 통역수준을 넘어선 지원이 필요할 것이다. 의료기관에서 환경과 공간의 요인, 의료진, 지원인력의 충만한 설명과 치료, 일상적 지원인력과 의료진의 연결, 삶 터로 와서 살아가는 이를 지원하는 안전한 건강관리 서비스들이 충분히 연결되고 모두가 만족하는 체계를 만들어야 한다.

3. 그런데

이런 논의들은 늘 예산, 의료진 수가부터 논의되고, 국가통계를 위한 데이터 수집, 전문가들의 치료 고충 해소들이 중요한 것, 제도적 안착이 되어야 잘 되는 것처럼 보인다. 복지부 보도자료를 보더라도 인프라 조성 - 친화병원 지정, 보건의료센터 개소 확대, 이용편의지원기관 설치, 장애친화 산부인과 검진기관, 거점병원 행동증진센터 구강진료센터 개소, 재활의료 확충 같은 진료소 지원기관 확충에 중점을 두고 있다.

이어서 진료환경 개선으로 건강보험 보상방안 마련하고 장애감수성 제고, 각종 평가제도를 통해 친화병원 조성을 한다고 한다. 의료접근을 위해 이용지원을 위해 민간구급차 도입과 의료비 간병 비용부담을 경감하고 방문재활, 주치의제도를 활성화하겠다고 한다. 건강검진과 사후관리 재활운동 시범사업을 통해 분절적 지원이 아닌 통합지원이 이루어지고 정책기반이 조성된다고 한다 결론적으로 장벽 없는 의료이용을 위해 거주지 인근에 일반의료기관, 장애인 건강주치의를 통해 일차의료 접근성을 향상한다고 한다.

이런 방식으로 과연 어려운 장애인들이 의료이용과 서비스를 받을 수 있을지 의문이다 장애인 보호자로서 너무나 멀게 느껴지는 시스템이다. 장애특성을 볼 때 발달장애인, 중복장애인, 지체 외상장애인 같은 경우 병원 내 동행, 치료, 의료진의 협력을 받아 진료가 가능할 진 몰라도 재활, 회복, 유지기에 일상적으로 가장 옆에 있는 사람들이 추가적인 의료돌봄, 건강관리 서비스, 갑자기 발생하는 상황에 적절한 지원이 가능할까 매우 고민스럽기 때문이다.

4. 보완과제

우선은 제1차 종합계획에서 지역보건의료센터에서 입원한 장애인에 대해 직접 개입하도록 근거를 만들고 체계를 제시해서 제도적 경로를 만드는 것이다. 개별민원이 아닌 중증, 중복장애인 입원시 즉각 사례 개입이 가능해서 살필 수 있도록 해야 한다 또한 의사소통이 필요한 장애인 경우 통역, 중재, 설명 보완안내가 가능하도록 하는 기능과 역할을 포함해야 한다.

두 번째는 중앙정부와 지자체 사이의 연결, 지방자치단체의 책무를 강화할 수 있는 지원이 필요하다. 현재 지방 보건소를 통해 주치의 지정과 예방활동을 할 수 있어야 한다는 생각이다. 권역별 거점병원 이동이 30분 내에 가능한 곳이 얼마나 되겠는가? 결국 건강관리 서비스, 사례지원은 지역보건의료기관과 협력하여 상시적으로 살피고 돌아볼 기관이 필요한데 놓여준 지역으로 올수록 1차 진료도 힘든 상황이라 보건소에서 직접 의원급 의료기관을 운영하여 방문진료, 방문진료를 할 수 있도록 시스템은 어떻게 제안하고 싶다. 지방은 저녁8시만 되면 약국조차 문을 닫는 곳이 많고 24시간 문열린 약국에도 전문가가 상주하지 않고 있는 상황도 벌어지는데 항의를 하고 이유를 보면 노인 약사님이 피곤해서 옆에서 주무시고 계신 적도 있었다. 정부가 건강보건관리 종합계획을 세우고 추진한다고 하는 점은 환영하고 정착되길 바라지만 여전히 제공자 중심, 국가주도형임을 알 수 있다. 지방, 실제 어려움을 겪는 장애인 당사자들의 사례를 들여다보고 현재 제시된 정책 외 피부에 와닿는 지원들을 놓치지 않도록 요청하고 싶다. 분명히 선제적 대응의 한계가 있겠지만 국가 주도의 종합계획까지 수립했는데 그물로 빠져 서비스를 적절하지 못해 고통을 겪는 장애인이 있다면 그 또한 국가의 정책 부재로 볼 수 있다.

5. 의료접근 과정에서의 가족·보호자 지원체계와 건강지원 사각지대 보완 과제

• 경제적 부담

개인적으로 딸아이가 중증장애인인데 여태 상당히 곤란을 겪은 것은 특수분유 가격부담과 공급중지로 인한 어려움이었다. 또 식사를 지원하기 위한 소모품 가격도 부담되고 기저귀, 침대패드 같은 방수포가 매우 필요했다. 응급실 이용시 이동지원도 시급한 상황이었다. 갖고 있는 질병, 장애로 인해 서울의 빅5 병원을 정기적으로 진료 받으러 가야해서 의료비, 이동비 부담이 크고 입원이라도 하면 간병비가 부담되었다. 남편 회사는 가족돌봄 휴가를 이용할 수 없는 곳이기 때문에 입원이라도 하려면 온전히 엄마가 돌봐야 하는 상황이었다. 그런데 현재 상당부분 해결이 되었는데 지자체에서 지원을 해주기 때문이다. 특수분유값, 소모품, 방수포 전부 무상지원이 가능하기에 경제적으로 큰 지원이 되고 지자체 지원에 대해 고맙게 생각하면서 사람이 너그러워졌다. 그리고 희귀병으로 의료비에서 자부담 5% 감소되면서 일부 부담이 줄었다. 그러나 여전히 간병, 이동경비는 큰 부담이지만 지원은 되지 않고 있

다. 정부가 외상장애인 이동지원을 할 계획이라고 하지만 경계를 넘어 타 도시까지 이송이 될지 모르
고 큰 기대감이 없는 것은 현실적이지 않아서 그렇다. 응급실을 한달에 15번 가는 상황인데 바우처로
10회 지원 이런 방식이라면 병원가는 스트레스와 맞물려 크게 다가오지 않을게 뻔하기 때문이다. 또
현재 보호자인 나와 남편은 경제적으로 여력이 되고 애써 돌보려는 사람들이지만 그렇지 않은 경우,
다장애가족 경우 스스로 찾아서 보건건강서비스를 받기 어렵기 때문에 시스템, 절차, 체계가 훨씬 더
가까운 곳에서 가까운 사람이 언제든지 지원이 가능하도록 제도가 만들어져야 한다. 단순 방문 진료로
해결 될 것이란 생각에서 벗어나야 한다.

• 돌봄부담 경감의 현실화

중증, 외상, 발달장애, 중복장애 경우 의료기관 이용, 일상적 건강관리 서비스(투약, 드레싱 같은)를
결국 가장 가까운 곳에서 지원하는 사람이 제대로 하도록 가능하게 하는 것이 중요하다. 현재 활동지
원사에 의한 석션, 위루관 영양 공급 등은 불법 행위이기 때문에 제도적으로 보완이 되어야 한다. 입원
할 경우 질병 중증도 외 돌봄 중증도에 따라 간병이 지원되고 당연히 특성에 맞게 입원실도 제공되어
야 한다. 행동 특성이 심한 장애인 경우 다인실에서 다른 환자들의 민원이 있어 보호자는 늘 노심초사
하고 결국 1인실로 이동하게 되는 데 그 비용은 전부 보호자 부담이 된다. 보호자도 발달시기에 맞춰
늘게 되는데 익숙하지 않은 곳에서의 돌봄은 더 어렵고 스트레스가 높아지며 육체적 한계가 있다. 이
럴 경우 발달장애 전문 간병사가 필요하고 안정적으로 운영될 때 보호자들은 한숨 돌릴 수있다고 본
다. 신체 움직임이 불편한 장애인 외 발달장애인도 비지체 장애인이 이용 가능한 이동수단도 지운이
되어야 한다. 의료기관에서 퇴원 후 유지, 회복기에 일상 돌봄에 대한 충분한 교육이 이루어져야 할 것
이다. 가장 힘든 부분은 구강 치료와 예방, 일상적 이닦기인데 발달장애 경우 치주염이 다양한 방법으
로 행동으로 표현되기에 빠른 대안이 필요하고 실행되어야 한다.

영국 경우 가족 케어러들에게 수당을 지급하고 다양한 질병에 대해 진료 받을 시간을 제공하며 그
동안 공적 돌봄을 충분히 서비스한다. 현재 우리나라는 보호자 책임이 크기 때문에 가족, 보호자 또한
건강하게 지원할 수 있도록 체계를 만든 것은 어떠한지 되묻고 싶다. 나는 허리수술을 2번이나 했고
현재 어깨 심한 통증으로 예전처럼 업기가 매우 힘든 상황이다. 그리고 활동지원사 등 일상적 지원을
하는 제공인력 또한 특별한 건강 검진을 추가로 실시하는 것 또한 지속적인 돌봄이 가능하게 하는 것
이 될 것이다.

세션3. 재활-퇴원-지역사회 복귀와 통합돌봄 연계 보완 과제

재활-퇴원-지역사회 복귀 체계와 통합돌봄 연계 관점에서의 건강전달체계 보완 과제

신용일 교수 (부산의대 재활의학교실 및 양산부산대학교병원)



우리나라의 전반적인 의료시스템의 전환 시점에서 장애인과 예비장애인의 급성기 치료 후 지역사회로의 성공적인 복귀와 안착은 새로운 전환점을 맞이하고 있다. 특히 복지서비스에 집중되고 있던 돌봄서비스가 지난 3월 27일부터 ‘의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률’의 시행에 따라 의료와 요양이 결합된 통합돌봄서비스로 전환됨에 따라 장애인에게 이미 제공되고 있던 많은 서비스와 중복 제공되어 혼란스러운 상황이다. 급속한 고령화와 함께 출발한 노인중심의 통합돌봄서비스 사업에서 장애인에 대한 소홀함이 없도록 촘촘한 설계와 시행, 장애인 당사자의 관심이 필요한 시점이다.

‘재활-퇴원-지역사회 복귀 체계와 통합돌봄 연계 관점에서의 건강전달체계 보완 과제’의 주제에 대하여 새로운 틀의 의료개혁에 따른 장애인과 예비장애인의 급성기 치료병원에서 퇴원전 재활, 퇴원 후 지역사회 복귀, 지역사회복귀 후 통합돌봄과의 연계, 지역사회 안착 후 통합돌봄과 건강관리에 대해 이야기하고자 한다.

1. 급성기 치료 후 아급성기 재활 강화방안에서의 보완과제

장애인과 예비장애인이 여러 가지 질환으로 중증수술을 포함한 다양한 급성기 치료를 받고 퇴원 후 재활 및 회복이 필요한 환자에게 최적의 의료서비스를 제공할 수 있도록 아급성기 기능을 강화하기 위한 의료개혁이 진행되고 있다. 이때 종합병원 이상에서 급성기 치료 후 적절한 아급성기병원으로 연계되도록 병원 회송시스템을 체계적으로 정립하고 재택으로 퇴원 후 후속관리가 가능하도록 모니터링 시스템을 구축하고 있다.

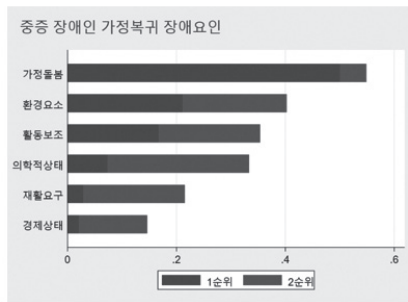
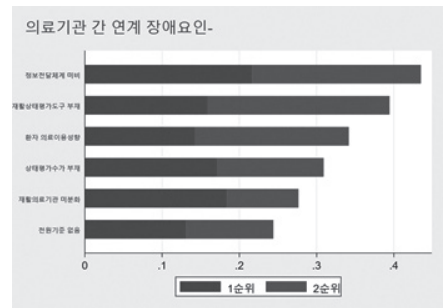
여기에서 장애인과 예비장애인의 관점에서 다음과 같은 부분에 대한 보완 및 시스템 개선이 필요하다.

첫째, 장애인과 중증 손상으로 인한 장애가 예상되는 예비장애인의 경우 급성기 병원에서의 조기재활 및 급성기병원 재활에 대한 기회제공이 충분하여야 한다는 것이다. 급성기치료 후 빠르게 2차병원 또는 재택으로 전원 및 퇴원을 통한 의료전달체계를 구축하려는 현재 추진되고 있는 의료개혁에서 장애인과 예비장애인의 경우 초기 치료와 재활의 부족이 다양한 합병증 등으로 인해 재입원하는 비율이 비장애인에 비해 높을 수 있다는 우려가 있다. 2021년 건강보험심사평가원의 보고에 따르면 상급병원과 종합병원의 퇴원 후 30일 이내 재입원은 전체 퇴원환자의 10.0%이며, 그 중 계획되지 않은 재입원은 약 5.9%로 보고되고 있다. 장애인과 예비장애인의 경우 재입원으로 인한 장애심화 및 회복기회 상실로부터 지키기 위해 급성기 치료 병원에서도 충분한 회복과 조기집중재활을 위한 치료기회를 별도로 제공하는 것이 필요하다.

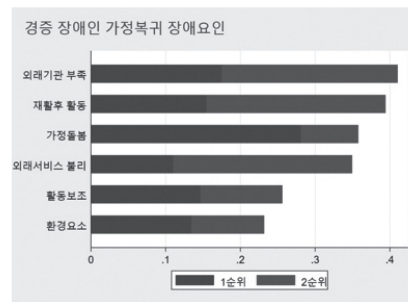
둘째, 퇴원 전 기능평가를 통한 적절한 후속관리에 대해 장애인과 예비장애인의 경우 촘촘한 관리가 요구된다.

의료개혁에서 종합병원 이상에서 퇴원하는 전체 환자에 대해 퇴원전 기능 평가를 통한 적절한 2차 병원 전원, 회복기병원 전원, 유지기병원 전원, 재택복귀 등으로 후속관리체계를 준비하고 있다. 이러한 측면에서 장애인과 예비장애인의 경우 비장애인에 비해 퇴원 후 재활과 합병증 예방을 위한 적극적인 중재가 더욱더 중요하기 때문에 퇴원전 기능평가 후 장애 당사자, 가족, 사회복지사, 의료인이 함께하는 포괄적인 팀회의를 통해 최적의 퇴원 후 관리를 받을 수 있도록 하여야 한다. 이를 통해 회복기 병원, 유지기병원, 재가복귀에 대해 종합적인 대책을 수립하여 제공되어야 한다. 물론 재가 복귀가 이루어지는 경우 지역장애인보건의료센터나 행복복지센터 등을 통한 통합돌봄서비스 체계와의 유기적인 연계가 이루어지도록 하여야 할 것이다.

아래의 연구결과(이자호 등, 2019)와 같이 급성기-회복기-지역사회로의 연계 사이의 장애요인 조사에서 의료기관 간 연계 장애요인 중 1,2순위는 ‘정보전달체계미비’와 ‘합의된 재활상태평가도구의 부재’로 나타났는데, 기능회복이 장애의 감소에 가장 중요한 장애인과 예비장애인에서는 이러한 문제를 극복하기 위한 시스템의 개선이 필요하다. 또한 장애인의 가정복귀 장애요인으로 ‘가정돌봄과 외래재활치료 기관 부족’으로 조사되었는데, 이러한 부분에 대해서 급성기병원, 회복기병원, 유지기병원에서 퇴원시점에 통합돌봄서비스 체계와의 유기적인 연계가 필요함을 시사하고 있다.



중증 장애인 가정복귀 장애요인



경증 장애인 가정복귀 장애요인

2. 지역사회복귀 장애인의 안전한 정착을 위한 통합돌봄에서의 보완과제

급성기 및 아급성기 치료, 회복기병원에서의 퇴원 후 지역사회로 복귀하는 장애인의 안전한 정착을 위한 건강전달체계에서는 지역사회에서 기능회복 및 유지를 위해 재활운동 및 체육과의 연계가 중요하다고 생각한다. 이미 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(장애인 건강권법)’에 당연한 권리로 제공되어야 하며, 이러한 권리가 통합돌봄서비스에서도 제공되어야 한다.

퇴원 후 지역사회에서의 운동은 특히 안전을 담보하여야 하므로 다음과 같은 측면에서 고려되어야 한다고 생각한다. 먼저 장애인 건강권법에서 제시하고 있는 재활운동에 대한 정의를 질병 및 사고 등에 의해 장애가 발생하였거나 장애가 예상되는 예비장애인이 병원 치료를 마치고 장애가 고정되기 전 지역사회로 복귀하는 과정에서의 치료와 운동이 지속되는 과정 즉, 병원과 장애인의 재활(생활)체육 사이의 병원에서의 치료와 다르지만 안전이슈를 포함하는 지역사회 기반의 (재활)운동이라고 하는 것이 대한 인식의 공유가 필요하다. 재활체육이라고 하는 생활체육 개념과의 혼동이 의료기관에서의 퇴원한 환자에서는 질병의 재발과 악화를 초래할 수 있기 때문이다. 이 단계에서는 일반적인 재활(생활)체육과 달리 질환의 재발방지(뇌졸중, 심장질환 등에서 특히 중요)와 악화를 예방하기 위한 의료전문가의 감시 또는 지도를 필요로 하는 지역사회 안전을 위한 재활운동체계 구축을 통한 지원이 필요하다.

지역사회의 보건소, 마을건강센터, 반다비센터 등에 재활운동을 할 수 있는 공간과 시설을 제공하고, 인력의 고용을 통해 의사의 초기 처방하에 치료사의 가이드에 따라 자신있게 운동할 수 있는 환경 조성이 필수조건이다. 이때 장애인의 경우 동료 건강상담사 또는 지도사의 고용을 통한 참여초기 단계의 두려움을 감소 시키기 위한 노력도 필요하다. 장애인과 예비장애인의 경우 재활운동 중 발생할 수 있는 낙상을 포함한 다양한 위험에 대해 꼼꼼한 관리와 지원이 필요하다.

이러한 적극적 초기 개입은 장애가 있더라도 통합돌봄서비스에서 돌봄대상자로 전환되는 비율을 줄임으로써 독립적인 삶을 강화하고 통합돌봄서비스의 부담을 감소 시킬 수 있어서 더욱 의미가 있다.

3. 지역사회장애인의 기능유지와 건강한 삶을 위한 통합돌봄에서의 보완과제

지역사회에 안착한 장애인의 신체적, 정신적 건강유지를 위한 통합돌봄에서의 지원은 아래에 제시하고 있는 통합돌봄서비스 로드맵에 잘 제시되어 있다.

1단계	현행 서비스를 맞춤형으로 연계·제공, 신규서비스 개발
2단계	신규서비스 성과분석 및 적정성 평가 → 제도화 추진
3단계	전 주기(노쇠예방~재가임종) 서비스 지원체계 확립, 유사·중복 정비

	보건의료	건강관리	장기요양	일상생활돌봄
노인 (287명)	<ul style="list-style-type: none"> 방문진료 • 왕진버스^{충청부} 정신건강관리 퇴원환자 지원 치매발견·기본관리 치매전문관리 만성질환관리 통합재택간호 임종케어 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소방문건강관리 스마트기기 기반 건강관리 노인운동프로그램 복약지도 보건소노쇠예방관리 	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호 • 방문요양 방문목욕 주야간 단기시설보호 장기요양 재택의료 통합재가 방문영양 방문재활 병원동행 	<ul style="list-style-type: none"> 긴급돌봄지원 독거노인응급안전 중간집^{국도부영입} 등 주거 지원, 주거환경 개선 노인맞춤돌봄 스마트홈 돌봄
장애인 (217명) 65세 미만	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 건강주치의(일반·치과) 장애 친화 산부인과 장애 특화 구강진료 장애인 공공재활 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회중심 재활서비스 장애인 체육시설, 장애인 스포츠강좌이용권^{문체부} 장애인체력인증센터^{문체부} 발달재활서비스 장애인 건강검진 장애인 통합건강관리 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호 • 방문요양 방문목욕 주야간 단기시설보호 장기요양 재택의료 통합재가 방문영양 방문재활 병원동행 	<ul style="list-style-type: none"> 응급안전안심서비스 주거지원·주거환경개선 가사간병 방문지원 이동지원 활동지원서비스 보조기기 지원 장애인 주간이용시설 장애인 보육교육 안어빌리티지원 • 수어통역 장애인 가사도우미 파견

기존에 장애인에게 제공되던 많은 서비스를 통합돌봄서비스 안에 녹여들어 놓아 실질적으로 무엇이 더 강화되었는지 알수는 없으나 장애인 건강권법에 나와있는 많은 서비스를 통합하여 건강관리와 돌봄을 하나의 틀로 제공하는 것은 확실하다 할 수 있겠다.

건강전달체계에서 바라볼 때, 지역사회중심 재활서비스, 장애인체육시설, 장애인스포츠강좌 이용권, 장애인체력인증센터 등이 해당되는 것으로 보이며, 이에 대해서는 올해부터 문체부에서 시범사업과 함께 확충해 나아가고 있다.

신체적 기능유지 측면에서는 장애인 건강권법의 '재활체육'이 해당되며, 이는 장애가 고정된 이후 일상생활에서의 체육활동을 의미 즉 문체부 관할의 생활체육을 의미하며, 의사의 처방없이 장애인 본인의 선택에 의해 시행되는 단계에 해당된다 할 수 있다. 다만 이 경우에도 특별하게 안전에 대한 이슈가 있는 질환에 의한 장애인의 경우, 또는 관련된 만성질환을 가진 경우에 대해서는 재활체육 시행 초기에 의료전문가의 평가와 진료를 통한 최소 1회만이라도 소견 또는 처방을 받는 것이 필요하다. 이를 위해 재활운동과 같이 지역사회의 보건소, 마을건강센터, 반다비센터 등에 재활운동을 할 수 있는 공간과 시설을 제공하고, 인력의 고용을 통해 안전한 체육활동이 이루어지도록 지원이 필요하다. 특히 이 시점에 동료 건강상담사 또는 건강지도사의 고용을 통한 적극적인 참여 유도가 필요하다. 장애인의 고령화 이슈와 독거 장애인의 증가에 대해 정신건강지원(인지저하, 우울증 등)에 대한 통합돌봄적인 지역사회 안전망 구축 또한 병행되어야 할 것이다. 이러한 적극적 개입을 통해 장애가 있더라도 통합돌봄서비스에서 돌봄대상자로 전환되는 비율을 줄임으로써 독립적인 삶을 강화하고 통합돌봄서비스의 사회경제적 부담을 감소 시켜야 한다.

아래의 예시는 부산시에서 시행하고 있는 건강마을 프로젝트이다(부산의대 윤태호교수 제공).

2023년

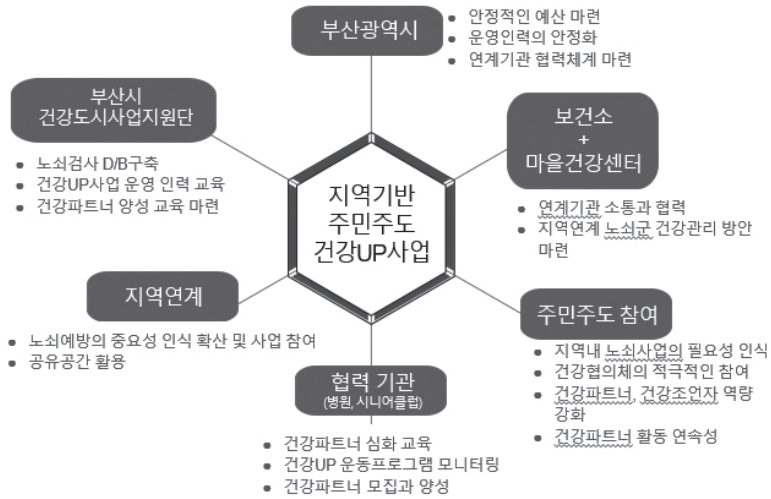
➔

2024년

- 심포지엄 및 협력병원 MOU체결**
 -부산형 노쇠예방사업으로 건강UP 사업의 모형 제안
 -협력병원 7곳
- 75개 마을건강센터 건강UP사업수행**
 -노쇠 검사자 수 : 13,810명, 중재프로그램 참여자 수 : 1,082명
- 건강조언자 양성 및 역량강화프로그램 운영**
 -건강조언자 수 : 115명
- 운동영상교육 자료 제작**
 -14편(운동, 영양, 인지복합운동, 사업소개)
- 건강조언자의 노인일자리사업으로 제안**
 -건강정책과 → 노인복지과



지역기반, 주민주도 노쇠예방사업이 되기 위해



이와 같이 과거 지역사회 단위로 많이 수행되었던 건강마을 프로젝트처럼 통합돌봄서비스 사업에서 장애인 당사자와 장애인동료지도사, 지역사회의 지원 시스템이 협업하여 장애인의 통합돌봄대상자로의 전환을 낮추기 위한 재활체육을 포함한 활동이 활성화가 필요하다.

재활-퇴원-지역사회 복귀 체계와 통합돌봄 연계 관점에서의 건강전달체계의 성공적인 안착을 위해서는 장애인의 특성을 고려한 꼼꼼한 설계와 안전한 수행, 지자체의 적극적인 지원, 무엇보다도 장애인 당사자의 능동적인 참여가 이루어질 수 있는 환경제공 등에 대한 보완이 성공적인 안착에 필수조건이라 하겠다.

세션3. 재활-퇴원-지역사회 복귀와 통합돌봄 연계 보완 과제

지역사회 내 지속적 건강관리, 의료접근 지원 및 통합돌봄 연계 과정에서의 현장 보완 과제

이찬우 정책위원장 (한국척수장애인협회)



지역사회 내 지속적 건강관리, 의료접근 지원 및 통합돌봄 연계 과정에서의 현장 보완 과제 부제) 물 흐르듯 적재적소

(사)한국척수장애인협회
이찬우 정책위원장

1

목 차

- 명확한 건강의 개념 공유
- 중도장애인 전환재활(사회복귀) 개선 방안
- 건강권 연계성 강화
- 적재적소



(이미지 출처 : <https://kr.freepik.com>)

2

건강의 정의 - 세계보건기구



세계보건기구(WHO)의 건강 정의는 단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라, **신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태**를 의미합니다.

이는 건강이 단순히 아프지 않은 것을 넘어 **신체적, 정신적, 사회적 측면이 모두 조화를 이루어야 완전한 건강**이라고 보는 포괄적인 개념입니다.

유엔 장애인권리협약 - 제25조 건강



당사국은 장애인이 장애를 이유로 차별 없이 최고로 달성할 수 있는 수준의 건강을 향유할 권리가 있음을 인정한다. 당사국은 의료관련 재할을 포함하여 성별에 민감한 의료서비스에 대한 장애인들의 접근성을 보장하는 모든 적절한 조치를 취한다. 특별히 각 당사국은 다음을 이행한다:

- (a) 성적·생식적 의료분야를 포함하여 다른 사람들과 동일한 범위, 질과 수준의 무료 또는 적절한 가격의 건강관리 및 프로그램을 제공한다;
- (b) **조기 발견과 적절한 예방**을 포함하여 장애인이 필요로 하는-특히 장애로 인한-의료 서비스와 아동 및 노인에게 발생하는 장애를 포함한 이차적인 장애를 최소화하고 예방하기 위해 고안된 의료서비스를 제공한다;
- (c) 농촌 지역을 포함하여, 장애인이 속한 지역사회와 가장 인접한 곳에서 이러한 의료서비스를 제공한다;
- (d) 자유로운 사전 동의를 기초로 하는 것을 포함하여 의료전문가로 하여금 **장애인에게 다른 사람들과 같은 질의 보살핌을 제공**하도록 한다. 이것은 그 중에서도 특히 공공 및 민간부문 건강관리의 윤리적 기준에 관한 훈련과 홍보를 통해 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 관한 인식 증진을 통해 제공하도록 한다;
- (e) 의료보험, 그리고 생명보험이 국내법에 의해 허용된 곳에서의 생명보험의 제공에 있어 장애인에 대한 차별을 금지한다;
- (f) 장애를 이유로 건강관리 또는 의료서비스 또는 식음료 제공의 **차별적인 거부를 금지**한다.

4

1. 당사국은 장애인이 최대한의 독립성, 완전한 신체적·정신적·사회적 및 직업적 능력 그리고 삶의 전 분야에서 완전한 통합과 참여를 달성하고 유지할 수 있도록 동료집단의 지원을 포함하여 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 이를 위하여, 당사국은 특히 보건, 고용, 교육 및 사회 서비스 분야에서 다음의 방법으로 종합적인 가활·재활 서비스 및 프로그램을 구성·강화 및 확대한다.

가. 재활 서비스와 프로그램은 가능한 초기 단계에서 개시하고, 개인의 욕구와 강점에 대한 다양한 분야별 평가에 기초한다.

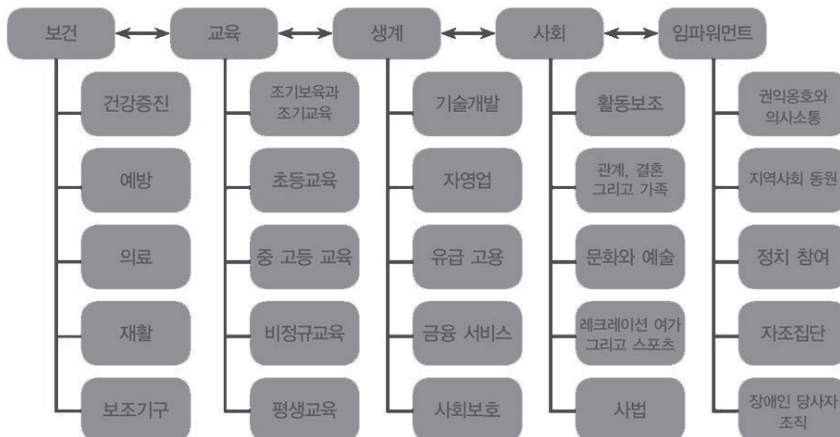
나. 재활 서비스와 프로그램은 지역사회 및 사회 모든 분야로의 참여와 통합을 지원하고, 자발적이며, 농촌지역을 포함한 장애인 자신의 지역사회에서 가능한 근접한 곳에서 이용이 가능하도록 제공된다.

2. 당사국은 가활과 재활 서비스를 담당하는 전문가와 실무담당자를 위한 초기 및 지속적인 교육의 개발을 증진한다.

3. 당사국은 가활과 재활에 관련되고 장애인을 위하여 고안된 보조기구와 기술의 이용가능성, 숙지 및 그 사용을 촉진한다.

지역사회중심재활-지역사회 인프라 구축

CBR 매트릭스



부실한 중도장애인의 사회복귀시스템 현실

- 시설장애인 → **체험홈**(자립생활센터 등)
- 정신장애인 → **중간집**(Halfway house)
- 수용자 → **사회복귀제도**
- 18세 어른(보호대상아동) → **자립준비청년지원**
- 탈북민(북한이탈주민) → **하나센터**
- 제돌이 방류 → **야생 적응 훈련**(제주 가두리, 약 7억 5,000만 원)
- 중도장애인은? → **전환재활(사회복귀) ??**



7

병원-지역간 온도차



- . 퇴원 ≠ 재할
- . 준비된 퇴원? = 재할
- . 지역자원연계 준비?



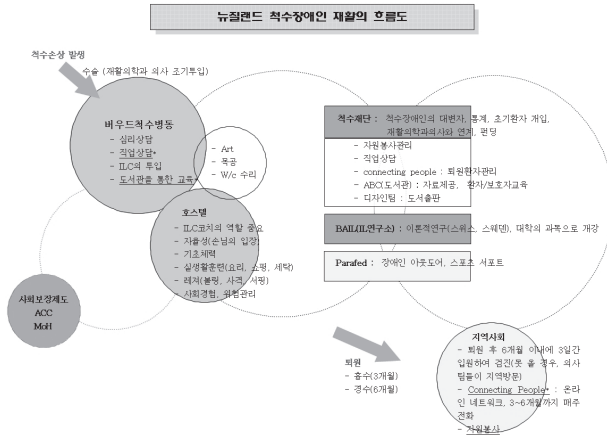
지역사회복귀
 . 일상생활적응
 . 지역사회적응
 . 생활체력강화
 . 위험관리 교육
 . 직업, 학업 달성....



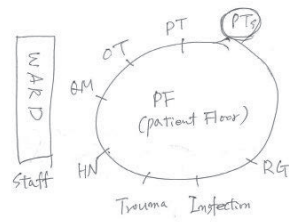
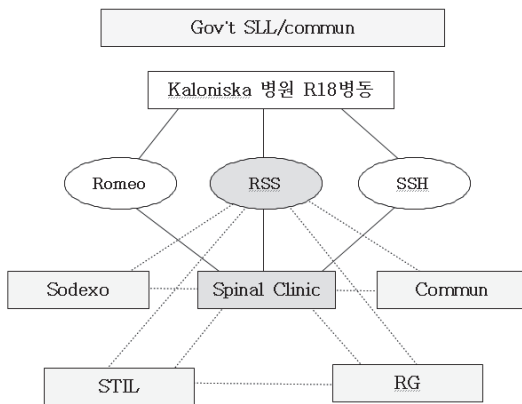
전환재활(회복기재활)

8

병원과 지역.. 물 흐르듯 유연한 재활시스템



병원과 지역.. 준비된 재활시스템



해외 선진국 전환재활의 공통점

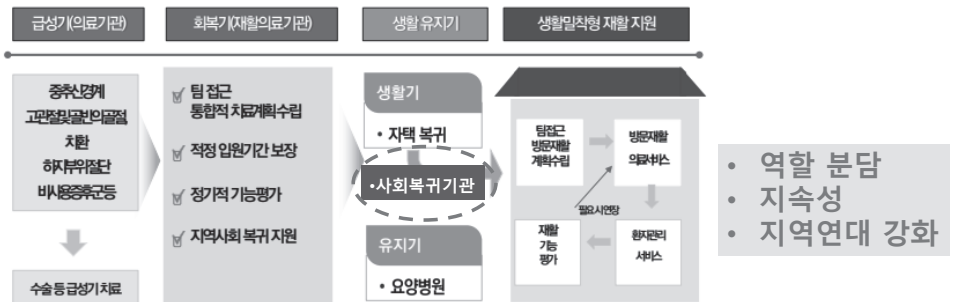


장애인당사자 재활코치(동료지지자)의 역할

11

회복기 재활의료기관 서비스 모형 확장

환자를 중심으로 급성기(의료기관), 회복기(재활 의료기관), 생활·유지기로
통합·연계되는 재활 의료체계 구축



12

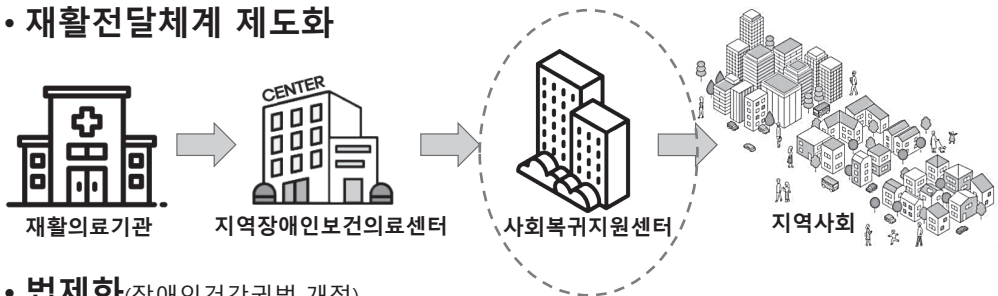
사회복귀기관 전국 5곳 -1년에 4~50명...턱없이 부족



13

사회복귀지원 발전방향-1

· 재활전달체계 제도화



- **법제화**(장애인건강권법 개정)
- **상향 평준화**(프로그램, 코치역량, 예산)
- **병원 내 동료상담 강화**
- **각 병원에 '당사자 재활코치' 채용 의무화**

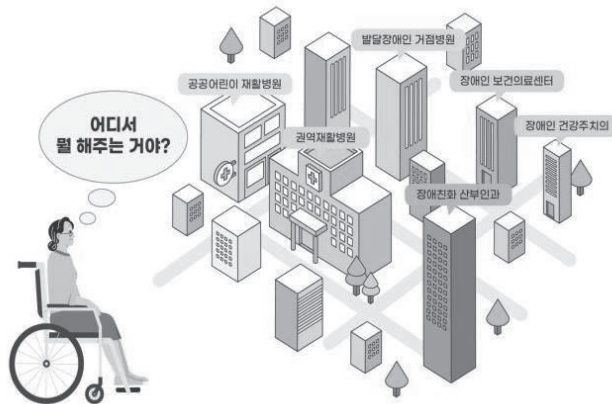
14

사회복지지원 발전방향-2

- **척수 특화 재활의료기관 지정(선택과 집중)**-수가 추가지원, 재활코치 채용, 지역 사회센터와 연계 / 우선 권역별로 지정
- **사회복지사의 역할 확대**-인력증원, 전문성 강화, 다양한 자원의 연계(허브 역할)
- **맞춤형 프로그램 적용**-장년기/장년기/노년기 다르게
- **직업상담프로그램 추가**-외부 자원 연계
- **재활 걸림돌 제거**-주거(입원초기부터 준비), 가족교육
- **정보 공유**-상급병원-재활의료기관-지역장애인보건의료센터-사회복지지원기관
- **재활효과 연구 다양화**-비용편익분석(비용효과분석)

15

건강권 연계성 강화(물 흐르듯)



16

연계성 강화(법적 전달체계)

구분	장애인건강권법 (장애인 건강권법)	통합돌봄법 (돌봄통합지원법)
핵심 목적	건강 불평등 해소 및 의료 접근성 강화	지역사회 거주(탈시설) 및 일상생활 지원
중점 분야	의료/보건 (진료, 검진, 재활)	의료+요양+생활 (복합 서비스)
주요 내용	장애인 주치의, 장애검진기관 지정	전담 조직(시군구), 통합사례관리
핵심 가치	의료 보장, 건강 증진	자기결정, 지역사회 통합, 생활 지원

17

연계성 강화(이동/접근성)

- 단절이 아닌 이음으로..
- 이동권 강화
- 접근권 강화 – 물리적/심리적/정보접근/경제적
- 전문인력 양성-지역 코디네이터
- 쉬운 정보접근-플랫폼 단일화
- 명확한 안내시스템 필요-예) 다산129..



18

주도적 건강관리 정책화


- **예방에 투자, 예방이 최고의 치료**(고령화 대비)
- **교육 강화**-장애유형별 건강관리 지침서 개발 보급
- **장애인당사자 교육/지지**
- **가족지원**- 특히 중증장애인 가족, 老老화 심각
- **사회복지사, 복지단체 종사자 교육 강화**
- **활동지원사 교육 강화**
- **건강프로그램 개발/실천**=단체 평가 및 지원 차별
- **건강관리 앱 보급**-포인트 활용(Fun, 습관화)

19

적재적소

- 법/제도의 유연성
- **인력/자원 양성 및 배치**
- **적정 예산 지원**
- **DATA 관리 및 적정 활용**
- **개인별 맞춤형 관리 기본**
- **신청주의 지양**-개인정보문제 해결 필수
- **정례적인 모니터링 / 평가 / 환류**

20



**'빨리 가려면 혼자 가고
멀리 가려면 함께 가라'**

제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 이행과 보완 과제 세미나

발행일 2026년 4월 21일

발행처 한국장애인단체총연맹

주 소 서울시 영등포구 의사당대로 22(여의도동) 이룸센터 4층

전 화 02-783-0067

팩 스 02-783-0069

이 메 일 mail@kofdo.kr

홈페이지 http://kofdo.kr/

편집·인쇄 디자인뱅크(주)



9 788959 833580

ISBN 978-89-5983-358-0