

2026 한국장애인보건의료협의회 춘계학술대회

장애인을 위한 지역사회 통합돌봄

| 일 시 | 2026년 6월 20일 토요일 10:00~17:00

| 장 소 | 서울 여의도 이룸센터 이룸홀

| 참여방법 | 현장 · 온라인 참여 병행



| 문 의 | kahcpd@gmail.com

| 공동주최 |  한국장애인보건의료협의회
The Korean Association of Health Care for People with Disabilities



 사단법인 한국장애인단체총연맹



김예지 국회의원



김선민 국회의원



김남희 국회의원

| 주 관 |  사랑의열매 사회복지공동모금회

유튜브



홈페이지



■ 프로그램 : “장애인을 위한 지역사회 통합돌봄”

사회: 장숙량 (한국장애인보건의료협회의 학술위원장/중앙대 적십자간호대학 교수)

시 간	프로그램	발표자
식전 행사		
10:00 ~ 10:30	Closing Health Gaps for Persons with Disabilities: Lessons from WHO/Europe on Building Inclusive Health Systems	Dr. Shirin Kian (WHO 유럽지역사무소)
환영사 및 인사말		
10:30 ~ 11:00	축사 및 인사말	임재영 (한국장애인보건의료협회의 회장 / 서울대 의과대학 교수) 김용익 (돌봄과미래 이사장) 김예지 (국민의힘 국회의원) 김선민 (조국혁신당 국회의원) 김남희 (더불어민주당 국회의원) 최보윤 (국민의힘 국회의원)
[기조강연] 좌장: 박중혁 (한국장애인보건의료협회의 이사장/충북대 의과대학 교수)		
11:00 ~ 11:40	[기조강연] 장애인을 위한 지역사회 통합돌봄 방향과 과제	김용익 (돌봄과미래 이사장)
11:40 ~ 12:00	질의응답	
12:00 ~ 13:20	점심식사 및 휴식	
[1부] 좌장: 최용준 (한국장애인보건의료협회의 편집위원장/한림대 의과대학 교수)		
13:20 ~ 14:40	[1부강연] 장애인 건강정책 아젠다: 릴레이 간담회 1년 성과와 과제	임재영 (한국장애인보건의료협회의 회장 / 서울대 의과대학 교수)
	[토론] 이찬우 (한국장애인보건의료협회의 대외협력이사/한국적수장애인협회 정책위원장)	
	[토론] 김신애 (전국장애인건강권연대 대표)	
	[토론] 윤다울 (한국장애인단체총연맹 선임팀장)	
	[토론] 신용일 (부산대 의과대학 교수)	
	[토론] 서인환 (한국장애인보건의료협회의 부회장/장애인인권센터 대표)	
14:40 ~ 15:00	질의응답	
15:00 ~ 15:20	휴식	
[2부] 좌장: 변재관 (돌봄과미래 정책위원장)		
15:20 ~ 16:40	[2부강연] 장애인 통합돌봄 사업 현황과 단계별 과제	남세현 (돌봄과미래 정책위원 / 한신대 휴먼서비스대학 교수)
	[토론] 박현정 (돌봄과미래 정책위원/전북장애인종합지원센터장)	
	[토론] 기승국 (돌봄과미래 정책위원/홈닥터 예방의학과 원장)	
	[토론] 이정주 (돌봄과미래 정책.학술위원/경기도장애인복지종합지원센터장)	
16:40 ~ 17:00	한국장애인보건의료협회의 회원 임시총회	

CONTENTS

목 차

[식전 행사]

Closing Health Gaps for Persons with Disabilities: Lessons from WHO/Europe on Building Inclusive Health Systems..... 1
Dr. Shirin Kiani (WHO유럽지역사무소)

[기조 강연]

장애인을 위한 지역사회 통합돌봄 방향과 과제..... 13
김용익 (돌봄과미래이사장)

[1부 강연]

장애인 건강정책 아젠다: 릴레이 간담회 1년 성과와 과제..... 37
임재영 (한국장애인보건의료협의회 회장/서울대의과대학교수)

[2부 강연]

장애인 통합돌봄 사업 현황과 단계별 과제..... 49
남세현 (돌봄과미래정책위원/한신대휴먼서비스대학교수)

2026 한국장애인보건의료협회의 춘계학술대회

**Closing Health Gaps for Persons with Disabilities:
Lessons from WHO/Europe on
Building Inclusive Health Systems**

Dr.Shirin Kiani (WHO유럽지역사무소)



Closing Health Gaps for Persons with Disabilities: Lessons from WHO/Europe on Building Inclusive Health Systems

Shirin Kiani
WHO/Europe

The WHO Regional Office for Europe

The WHO European Region:

- 1 of 6 WHO regions
- 53 Member States with a population of 900 million people
- Base in Copenhagen and offices in 33 countries – with national teams in 7 on disability/rehabilitation

Technical areas of work :

- Collaborations with WHO Headquarters in Geneva for normative work
- Partnerships with Ministries of health and other key stakeholders (e.g. Professional organization, academic collaborating centres)





European Programme
of Work 2026-2030
#UnitedActionForBetterHealth



Why do we need our health systems to be more disability inclusive?



3

WHO's work on disability equity in health systems



Over 1.3 billion people have a disability worldwide.

This is 1 in 6 people



Premature death
up to 20 years earlier

20
years

Poorer health
more than double the risk for
certain health conditions

x2



Day-to-day functioning
Health facilities and transportation
significantly hindering functioning

x6



x15

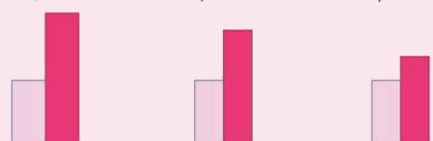


Persons with disabilities have reduced healthcare coverage

Cardiovascular and
diabetes control
up to 45%

Cervical cancer and
HPV screening
up to 33%

Immunization for
children
up to 14%



□ Coverage for persons with disabilities ■ Coverage for persons without disabilities

Untangling rehabilitation & disability

Rehabilitation agenda

What is it?

A health **service** for people with various health conditions

Focus

- Specific interventions that optimize functioning

Target

- For **everyone** experiencing functioning limitations from any cause (injury, disease, birth defect, aging)

Disability agenda

What is it?

Ensuring a particular **population** (people with disabilities) have equity in access to health.

Focus

- Inclusion & accessibility
- Removing barriers to all health services

Target

- Specifically for people with disabilities

A child with birth defects or with sequelae of polio may benefit from both rehabilitation services AND inclusive healthcare

WHO Video on advancing health for persons with disabilities

<https://www.youtube.com/watch?v=7guC1D11q2g&t=1s>



Creating a disability inclusive health sector



Transforming health systems to become more disability inclusive



Disability Inclusion Guide for Action
Practical guide to support Ministries of Health to advance health equity for persons with disabilities

10 strategic entry points of the health system

1. Political commitment, leadership and governance
2. Health financing
3. Engagement of communities and other stakeholders
4. Models of care
5. Health and care workforce
6. Physical infrastructure
7. Digital technologies for health
8. Systems for improving the quality of care
9. Monitoring and evaluation
10. Health policy and systems research



actions to achieve health equity for persons with disabilities

Political commitment, leadership, and governance

- 1 Prioritize health equity for persons with disabilities
- 2 Establish a human rights-based approach to health
- 3 Assume a stewardship role for disability inclusion in the health sector
- 4 Make international cooperation more effective by increasing funding to address health inequities for persons with disabilities
- 5 Integrate disability inclusion in national health strategies, including preparedness and response plans for health emergencies
- 6 Set actions that are specific to the health sector in national disability strategies or plans
- 7 Establish a committee or a focal point in the Ministry of Health for disability inclusion
- 8 Integrate disability inclusion in the accountability mechanisms of the health sector
- 9 Create disability networks, partnerships and alliances
- 10 Ensure the existing mechanisms for social protection support the diverse health needs of persons with disabilities

Health financing

- 11 Adopt progressive universalism as a core principle, and as a driver of health financing, putting persons with disabilities at the centre
- 12 Consider health services for specific impairments and health conditions in packages of care for universal health coverage
- 13 Include into health-care budgets the costs of making facilities and services accessible

Engagement of stakeholders and private sector providers

- 14 Engage persons with disabilities and their representative organizations in health sector processes
- 15 Include gender-sensitive actions that target persons with disabilities in the strategies to empower people in their communities
- 16 Engage the providers of informal support for persons with disabilities
- 17 Engage persons with disabilities in research and including them in the health research workforce
- 18 Request that providers in the private sector support the delivery of disability-inclusive health services

Models of care

- 19 Enable the provision of integrated people-centred care that is accessible and close to where people live

Health and care workforce

- 20 Ensure universal access to assistive products
- 21 Invest more finances in support persons, interpreters, and assistants to meet the health needs of persons with disabilities
- 22 Consider the full spectrum of health services along a continuum of care for persons with disabilities
- 23 Strengthen models of care for children with disabilities
- 24 Promote deinstitutionalization

Health and care workforce

- 25 Develop competencies for disability inclusion in the education of all health and care workers
- 26 Provide training in disability inclusion for all health service providers
- 27 Ensure the availability of a skilled health and care workforce
- 28 Include persons with disabilities in the health and care workforce
- 29 Train all non-medical staff working in the health sector on issues related to accessibility and respectful communication
- 30 Guarantee free and informed consent for persons with disabilities

Physical infrastructure

- 31 Incorporate a universal design-based approach to the development or refurbishment of health facilities and services

- 32 Provide appropriate reasonable accommodation for persons with disabilities

Digital technologies for health

- 33 Adopt a systems-approach to the digital delivery of health services with health equity as a key principle
- 34 Adopt international standards for accessibility of digital health technologies

Quality of care

- 35 Integrate the specific needs and priorities of persons with disabilities into existing health safety protocols
- 36 Ensure disability-inclusive feedback mechanisms for quality of health services
- 37 Consider the specific needs of persons with disabilities in systems to monitor care pathways

Monitoring and evaluation

- 38 Create a monitoring and evaluation plan for disability inclusion
- 39 Integrate indicators for disability inclusion into the monitoring and evaluation frameworks of country health systems

Health policy and systems research

- 40 Develop a national health policy and systems research agenda on disability



WHO/UCN/NCDS/SDR/2022.02
© World Health Organization 2022.
Some rights reserved. This work is available under the
CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence. For more details, refer
to <https://www.who.int/health-topics/disability>.



Implementation of the Guide for Action

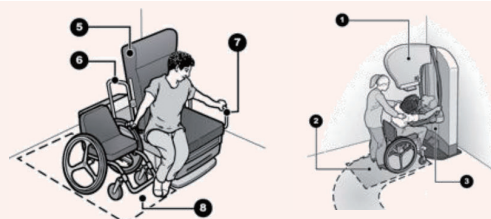


Other WHO initiatives

1. WHO-ITU Global standard for accessible telehealth services + implementation toolkit



2. WHO considerations for accessibility of diagnostic tests, medicines, and medical products



3. Global competency standards on disability inclusion for health workers (in development)

WHO resources Disability Inclusion



Goal: Ensuring people with disabilities are healthy.

Objective 1: All persons with disabilities receive quality health services on an equal basis with others

Objective 2: Promote the health and well-being of persons with disabilities

Objective 3: All health policies and programming, as well as resilience building and recovery plans during public health emergencies, are disability-inclusive

Objective 4: Build an evidence base on disability and health



11

Case studies from guide



1. Accessible health services: Azerbaijan's Sign Language Interpretation Service was developed by the State Medical Social Expertise and Rehabilitation Agency to support independent access to health services. It provides real-time, remote sign language interpretation through digital platforms, ensuring individuals can communicate directly service providers without relying on family.



2. Health promotion: Ireland's Breast Health and Education Awareness Programme delivers club-based workshops with easy-read materials, tactile breast models and an app to support regular breast self-checks among Special Olympics athletes with intellectual disabilities.



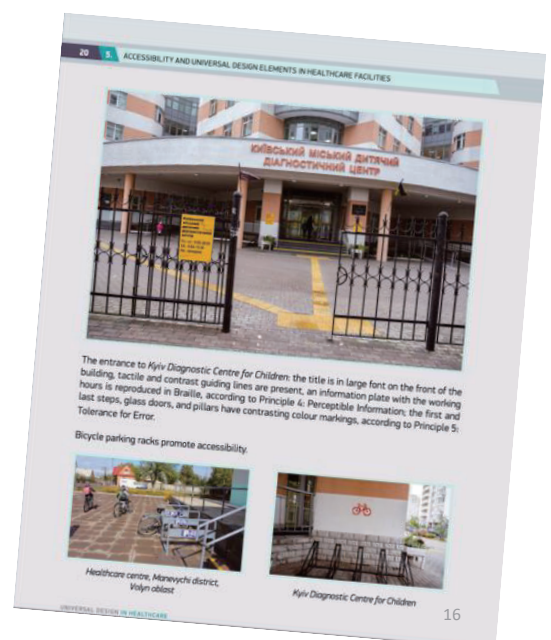
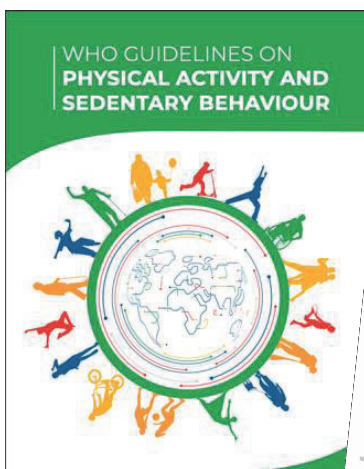
3. Emergencies: Spain's Plan of Measures against Social and Personal Vulnerability includes specialized civil protection training so emergency responders can apply disability-inclusive procedures and accessible communication in crisis situations.

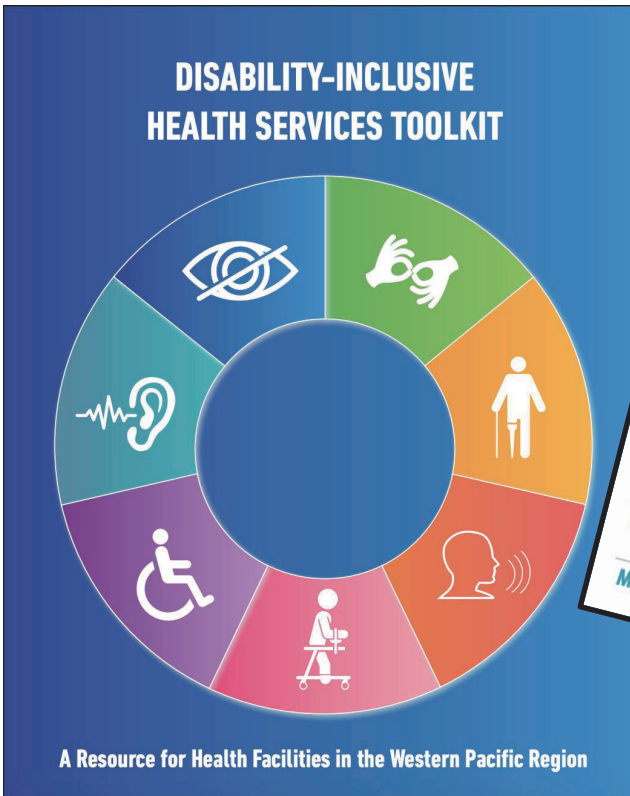


4. Data: The United Kingdom's KIND Research Group employs researchers with intellectual disabilities to co-produce studies and tools such as the Victoria and Stuart end-of-life toolkit, generating evidence to improve inclusive palliative care practice.



1. Disability inclusive physical activity guidelines
2. Access audit of health centre in Ukraine





Introduction	1
Module 1: Disability-inclusive health services – Getting started	7
Module 2: Promoting disability-inclusive attitudes	23
Module 3: Addressing physical barriers	32
Module 4: Communication barriers – providing disability-inclusive health information	42
Module 5: Disability-inclusive health information systems for planning, monitoring and evaluation	53
Module 6: Rehabilitation and disability-inclusive health services	64
Module 7: Disability-inclusive health services in emergencies	74

WHO Global Network on disability health equity



Objectives

- 1 Convene stakeholders under a **common understanding** and narrative
- 2 Conduct **evidence-based advocacy**
- 3 Enhance dialogue, **knowledge sharing**, and connections

Key questions to reflect for Korea?

1. Does your country have the necessary data to track health gaps for persons with disabilities?
2. **What key health programmes in your country need to be more disability inclusive?**
3. Which of the tools from today grabbed your attention?
4. How could your OPD work with the Ministry of health to put focus on needs of persons with disabilities?



Thank you!

감사합니다!

Shirin Kiani
kianis@who.int

2026 한국장애인보건의료협회의 춘계학술대회

장애인을 위한 지역사회 통합돌봄 방향과 과제

김용익(돌봄과미래 이사장)

<한국장애인보건의료협의회 2026년 춘계학술대회>

장애인을 위한 지역사회돌봄의 방향과 과제

김 용 익
(재) 돌봄과 미래 이사장

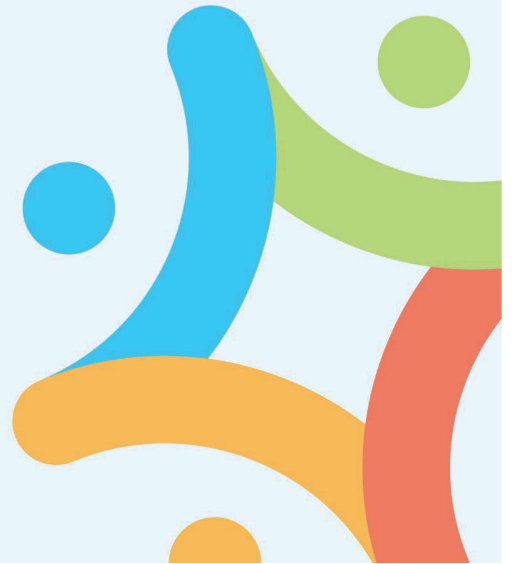
2026년 6월 20일

재단법인
돌봄과 미래
Care for All Foundation

차 례

- 추진과정과 현 상황
- 특징과 강조점
- 주요 과제

통합돌봄 추진의 과정과 현 상황



01 지역사회돌봄 추진의 과정



■ 준비 2017-2018

- 2017 지역사회돌봄에 대한 보건복지부 내부 논의
- 2018 커뮤니케이터추진단 구성. 「지역사회 통합돌봄 기본계획」 발표

■ 문재인 정부: 선도사업 2019-2022

- 2019. 1 「지역사회 통합돌봄 선도사업 추진계획」 발표
- 2019 선도사업 수행(16개 지자체) : 노인, 장애인, 정신질환자, 노숙자 등
 - 읍면동 단위에 '케어안내창구' 설치 및 시·군·구 단위 '지역케어회의' 운영
 - 돌봄·요양(식사배달 등), 의료(방문건강·퇴원지원), 주거(집수리·케어안심주택) 등
 - 장애인 분야는 큰 성과가 없었음

■ 윤석열 정부: 시범사업과 돌봄법 제정 2022-2025

- 2022 시범사업 수행(12개 지자체) : 노인 돌봄으로 국한하고 장애인을 제외. 의료와 복지의 연계 강조
- 2024. 3 돌봄통합지원법 제정. 장애인은 원안에 없었으나, 심의 과정에서 포함

■ 이재명 정부: 전국 시행 2025-

- 2025 전국의 모든 기초지자체로 시범사업 확대
- 2025. 12 시행령/시행규칙 제정
- 2026. 3 법 시행

02 정치적 의제로 부상

■ 대선 공약

- 양당이 모두 주요 공약으로 제시. 돌봄은 '합의과제'로 설정되었다고 볼 수 있음

민중당 제21대 대통령선거 더불어민주당 정책공약집 노인, 장애인, 환자 포함

살던 곳에 계속 거주하면서 의료와 돌봄 서비스를 마음껏 누릴 수 있는 지역사회통합돌봄체계를 구축하겠습니다

- 노인 장애인 병약자 등이 시설에 입소(입원)하지 않고도 살던 곳에서 필요한 서비스를 이용할 수 있는 지역사회통합돌봄체계 구축
- 서비스 전문가가 이용자를 찾아가 제공하는 방문진료, 방문재활, 방문요양, 방문간사, 주간-야간 단기 보호, 영양식 식사 지원 등 재가서비스 대폭 확충
 - 치료 의료, 돌봄 의료, 분절적 서비스가 아닌 건강상태에 적합한 의료와 돌봄 서비스를 통합하여 연계 지원
 - 국가의 지자체가 서비스 제공 기관을 적극 확충 지원하며 기관 총사주의 차우 개선 및 인건 보호 강화 추진
- 병원 또는 시설에서 퇴원(퇴소)한 어르신들이 가정과 같은 편안한 환경에서 머물며 생활할 수 있는 지원주택(supportive housing)을 도심지역에 총출력 확충
 - * 지원주택: 가정과 같은 환경의 주거공간을 특기 또는 부부 어르신에게 저렴하게 임대하고, 주택 단지와 공동어음, 복합형 등을 운영하여 일상생활을 지원. 복지원, 물리치료실, 경로당, 요양보호실 등도 설치하여 복지 및 돌봄서비스 제공
- 지역사회통합돌봄 대상을 노인뿐만 아니라, 중증장애인, 정신질환자 등으로 확대하고, 지자체에 돌봄담당부서 신설 및 전담인력 확충
 - 지역사회 의료-돌봄 서비스 One-Stop 신청 연계 공급체계 구축
- 정부 유관부처 및 선도 지자체 관계자, 학계 현장 전문가 등이 참여하는 정책추진단을 설치하여 통합돌봄 세부 추진 방안 마련
 - 통합돌봄 수행 모델, 재가서비스 및 인력과 단계적 확충 계획, 관련 법 제정/개정 방안 등 마련

국민의힘 제21대 대통령선거 국민의힘 정책공약집 노인 중심

통합의료 복지 돌봄 체계를 구체화하겠습니다.

- **어르신 통합돌봄 지원체계 전국 확대**
 - 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원이 필요한 노인-장애인 등이 살던 곳에서 건강한 생활을 유지할 수 있도록, 다양한 서비스를 통합적으로 제공
 - 통합돌봄 지원체계 전국 시행('26년 3월)을 차질없이 준비하여 시범사업 지역을 확대
 - 개인별 맞춤형 지원이 가능하도록 행복이음·희망이음 등 통합행정지원시스템을 사절없이 구축
 - 맞춤형 영양서비스로 효과적인 통합돌봄 체계 완성
- **요양시설 내 의료서비스 확대**
 - 요양시설 내 간호사, 간호조무사 기간 및 주말에도 간호인력 배치하여 의료서비스 강화
- **찾아가는 의료서비스 재택진료(원진)**
 - 질병이나 부상으로 거동이 불편한 환자의 경우 의료진이 직접 방문해 의료서비스(구강관리 포함)를 받을 수 있도록 법적·제도적 근거 마련
 - 가정병원 재택의료센터 신설하여 의원급 의료기관들 참여 유도
 - 재택진료 서비스를 통해 노인 의료비 부담 완화와 의료취약계층의 접근성 향상
 - 전 국민 간호돌봄체계 구축을 위한 지역통합방문간호센터 설치 추진
- **생애말기 환자 발굽부터 돌봄까지 연계 통합 지원**
 - 생애말기 돌봄 정책 재택의료센터 설치
 - 관역별 호스피스센터 간의 연계 지원 확대
 - 간직스럽게 입원이 필요한 경우 연계, 퇴원 후에도 돌봄이 끊기지 않고 연속적인 통합체계 구축, 진에서도 생애 마지막을 안심하고 준비할 수 있도록 지원

■ 국정기획위원회 국정과제 보고서

- '통합돌봄'을 과제의 하나로 포함
- 노인 중심으로 회귀



국정78 | 지금 사는 곳에서 누리는 통합돌봄

주관부처	보건복지부	협조부처	기재부, 행안부, 국토부	
관련공약	번호	공약명		
	B-3-6-1	살던 곳에서 거주하며 의료-돌봄서비스 누리는 지역사회 통합돌봄체계 구축		
	B-3-1-2	어르신이 행복한 대한민국		
실천과제	B-3-7-3	맞춤형 주치의제 활성화 및 방문·재택 진료 확대		
	연번	실천과제명	주관부처 협조부처	
	1	지역사회통합돌봄 범정부 정책추진단 구성 및 지자체 책임강화를 위한 전담조직·인력·재정 확충	복지부	기재부 행안부 국토부
	2	지역사회통합돌봄 대상자 및 장기요양, 돌봄, 의료, 주거 등 서비스 확대	복지부	국토부
	3	통합돌봄을 위한 공공의료·요양기관·보건소 등 기능 확대 및 의료복지사회적협동조합 등 공익적 서비스 기관 육성	복지부	행안부 질병청
4	고령자 돌봄을 위한 지원주택 확대로 주거와 돌봄 문제 해결	복지부	국토부 기재부	
중요도	핵심	성과과제	③해당없음	

■ 기본사회위원회

- '기본 돌봄'을 과제의 하나로 추진 중. 구체적인 내용은 미정
- 행정안전부가 주관

03 돌봄통합지원법의 전국 시행

■ 지역돌봄 사업의 의무화

- 전국의 모든 지자체(광역 17, 기초 226)가 지역돌봄을 실시해야 할 의무가 생김
- (현재) 시범사업형 돌봄 → ('26.3.) 전국적 돌봄 → (언제?) 전국민 돌봄

■ 지역돌봄에 대한 관심

- 2026년 지방선거
 - 돌봄 공약의 대폭 증가
- 국민들의 관심과 인지도 (돌봄과 미래, 한국리서치 합동 조사 2026.4)
 - 통합돌봄 제도를 안다 84%
 - 돌봄통합지원법의 시행을 안다 25%. 정책 홍보의 미비
 - 돌봄 공약이 투표에 영향을 미친다 80%
- 통합돌봄 이슈는 언제 부각될 것인가?
 - 새 지방자치단체 집행부 출범 후?
 - 국정감사?
 - 금년도 예산의 고갈 시?

04 정부의 통합돌봄 추진 계획

■ 로드맵

비전	살던 곳에서 누리는 건강하고 행복한 삶		
목표	◆ 살던 곳에서 필요한 서비스를 한 번에 받을 수 있도록 하겠습니다. ◆ 사회적 입원·입소는 줄이고, 가족의 돌봄부담을 완화하겠습니다.		
추진 방향	◆ 도입-안정-고도화 3단계 추진으로 제도 정착률 도모 ◆ 필요도가 높은 대상부터 지원하고, 단계적으로 확대 ◆ 현행 서비스를 중심으로 우선 연계하고, 신규서비스 개발·확대		
세부목표	[1단계] 도입기 ('26~'27)	[2단계] 안정기 ('28~'29)	[3단계] 고도화기 ('30~)
대상자	통합돌봄 틀을 마련, 서비스 연계 시작	대상자 서비스는 늘리고, 지역간 격차는 줄이고	더 많은 국민이, 더 개선된 서비스 이용
서비스	• 일상생활 어려운 노인, 고령 장애인 • 65세 미만 심한 장애인 • 기존 서비스 맞춤형 연계 • 신규 서비스 개발	• 정신질환자로 확대 • 의료필요도 높은 장애인 • 서비스 성과분석 및 평가 • 신규서비스 제도화	• 돌봄 필요도가 높은 대상으로 확대 • 노쇠예방부터 임종까지 연속 지원체계 완성
제도기반	운영기반 구축	법·제도 정비	운영체계 혁신

✓ 장애인은 '중증'으로 국한. 실제로는 지체와 뇌병변 장애로 한정

■ 로드맵에 대한 비판

- 다양한 비판과 요구가 있었음
 - 장애인에 대한 협소한 적용, 소극적 태도
 - 자원 계획의 부재
 - 공공 공급체계 계획의 부재
 - 지역간 격차 해소 대책의 부재
 - 전문인력의 부족
 - 주거 대책의 부족
 - 느린 추진 속도. 중요한 사업을 차기 정부에 전가
- 현 정부의 임무는 새로 시작되는 통합돌봄의 주춧돌을 놓는 것인데 이 로드맵이 주춧돌을 놓는 계획인가? 돌봄의 발전 단계가 고도화되기 위해서는 기초공사가 튼튼해야 함
- 주춧돌이 무엇인지는 다양한 의견이 있을 수 있으나, 예를 들어
 - 지방자치단체의 돌봄 운영 능력 육성
 - 공공성 있는 공급 인프라의 구축
 - 돌봄의 지역적 균형 발전 대책
 - 안정적 자원 대책의 수립과 예산의 확보
 - 지역별 돌봄 공동체의 육성

page 9



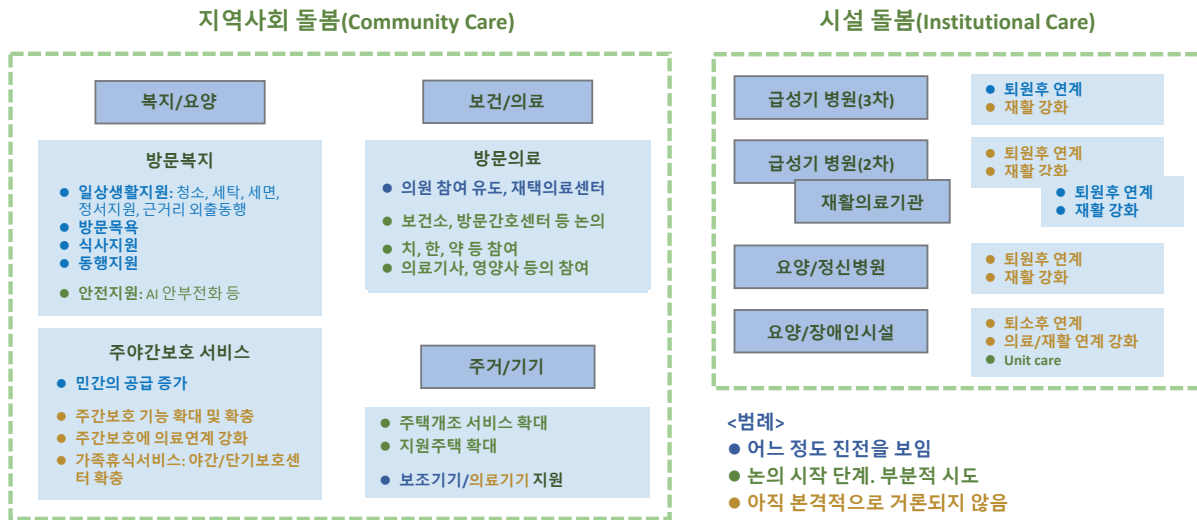
- 이재명 정부의 임무는 이런 집을 짓는 것이 아님

- 땅을 고르고 주춧돌을 놓은 것
- 이재명 정부의 돌봄은 '공사판'이라서 혼란스러울 수는 있으나
- 현 정부의 돌봄 정책이 제대로 된 기초공사인지는 주의 깊게 보아야 함



page 10

05 통합돌봄 각종 사업의 추진 상황



- 방문 복지 분야가 가장 진전. 주야간 보호는 별로 거론이 안됨
- 방문진료는 서서히 진전. 방문간호, 방문재활은 거의 논의가 없는 상태
- 주거는 거론이 많으나 진전이 어려움
- 병원/시설의 변화는 모색 단계

06 지금까지의 통합돌봄에 대한 비판

■ 차원이 다른 다양한 비판이 있었음

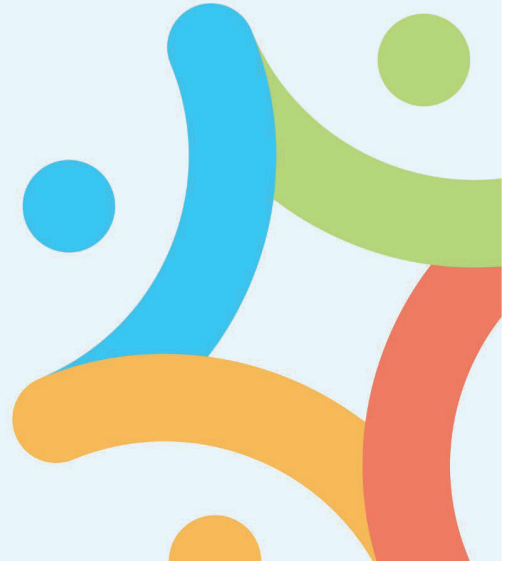
- 방향이 무엇인지 모르겠다
 - 지금과 다른 점이 무엇인가?
 - 있는 사업을 연계만 하라는 것인지?
- 특히 장애인 돌봄은 감을 못 잡겠다
- 지자체에 책임을 전가한다
- 예산이 부족하다
- 유관기관들의 혼란
 - 보건소는 무엇을 하라는 것인가?
 - 사회복지관은 무엇을 해야 하나?
- 보건과 복지의 갈등
 - 사회복지가 독점한다. 의료 쪽에는 협의를 안 한다
 - 너무 의료에 치중한다. 보건소는 일을 안 한다
- 통합판정 체계
 - 전문기관으로 지정된 건보공단이 다 주도할 것이다
 - 지자체가 판정 등을 주도하고 건보공단은 심부름만 하게 되었다

통합돌봄의 초창기에

- 방향
- 중앙과 지방의 관계
- 서비스의 구성
- 내부 구성원 간의 역할 분담과 협조
- 운영의 방식 등

전반에 걸쳐 혼란이 지속되고 있는 상태임

장애인돌봄의 특징과 강조점



01 자립생활(Independent Living, IL)



■ 장애인 돌봄의 특징

- 장애인이 자신의 삶을 스스로 결정할 수 있는 주도권의 문제를 매우 중시함
- 예전에는 돌봄(care)이라는 말에 의존-보호, 전문가 주도, 가부장주의적 의미가 있었음. 이를 경계하여 장애학에서는 당사자의 통제, 자기결정권을 주장함
- 돌봄 대신, 지원(support) 또는 개인별 조력(personal assistance) 등의 용어를 사용
- '권력관계'의 전환. 보호 대상이 아니라 고용주 또는 서비스의 통제자가 되는 것을 원함
- '사회참여'의 지원. ADL의 유지가 아니라 시민권(citizenship)의 실현을 원함
- 돌봄 이론에서 "인간은 누구나 의존성을 가지며, 완전한 독립은 없다. 중요한 것은 상호의존이다. 돌봄은 자율성을 파괴하는 것이 아니라 강하게 한다"는 이론이 나오고 돌봄과 자립을 대립적으로 보는 견해는 줄어들

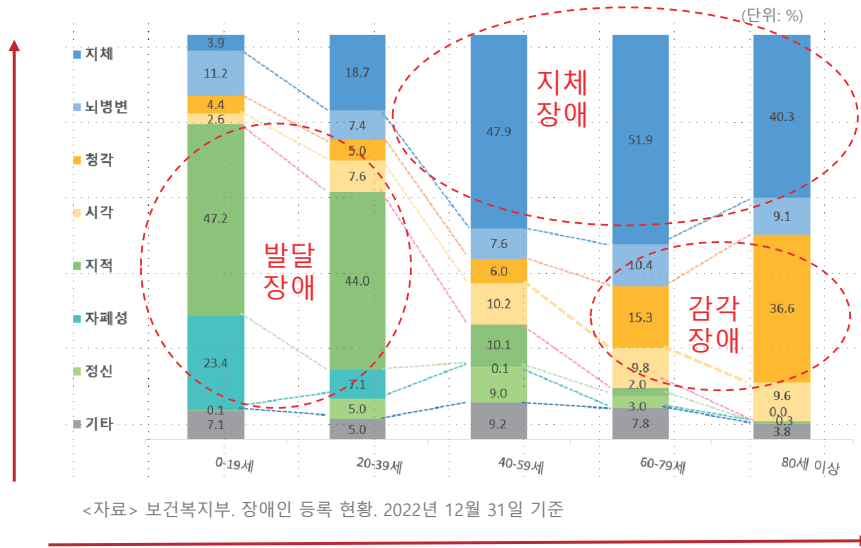
<참고문헌> 1. Kittay, E.F.(1999) *Love's Labor*, 2. Tronto, J.(1993) *Moral Boundaries*

■ 자립생활

- "Independent Living does not mean that we want to do everything by ourselves and do not need anybody or that we want to live in isolation. Independent Living means that we demand the same choices and control in our everyday lives that our non-disabled brothers and sisters, neighbors and friends take for granted."
- "자립생활이란 우리가 모든 것을 혼자서 해내고, 누구의 도움도 필요 없으며, 고립된 채 살아가기를 원한다는 뜻이 아니다. 비장애인 형제자매, 이웃과 친구들이 너무도 당연하게 자기 삶의 선택권과 통제권을 누리고 있는 것과 마찬가지로, 우리도 일상생활에서 동일한 것을 요구한다는 뜻이다."

<참고문헌> Ratzka, A. D. (1992). *Independent Living: A definition*. In *Tools for Power*. Stockholm: Independent Living Institute.

02 생애주기와 장애유형에 따른 돌봄



연령

- 노인보다 장기적이고, 생애주기별 맞춤이 필요. 일상생활과 사회생활을 모두 지원해야 함
- 영유아 및 청년기: 성장 발육, 보육, 교육 지원
- 청장년기: 고용, 결혼, 주거 등의 지원
- 노년기: 노쇠와 장애의 이중부담에 대응

장애 유형

- 장애 유형, 중증도, 원인 등에 따라 다양한 욕구. 현재 이 욕구가 파악되어 있지 않음. 최대의 문제점
- 개인별 욕구의 파악이 매우 세밀해야 함. 다직종 협력이 필수적

page 15

03 기능회복, 주거와 환경, 공동체

■ 기능 지원 (개인적 차원)

- 건강의 유지, 질병의 치료와 관리. 신체적, 정신적 장애의 의학적 회복과 재활
- 보조기기 및 의료기기 등의 급여를 통한 개인적 기능 지원
- 개인의 기능 최적화를 환경 개선 및 사회적 지원과 연결하여 사회참여를 확대할 수 있어야 함

■ 주거와 환경 (물리적 차원)

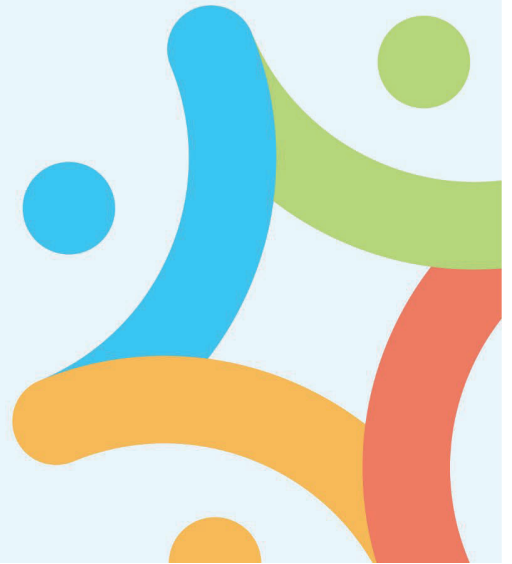
- 장애인이 지역사회 안에서 자신이 원하는 삶을 살 수 있도록 주거와 환경의 물리적 조건을 형성
- 장애인의 기능에 맞춘 주택개조와 보조기기 지원
- 장애인의 기능에 맞게 설계된 지원주택의 제공과 주거지원 서비스 제공. 탈시설화와 탈가족화
- 생활 환경의 개선(barrier-free)과 이동 수단 등으로 사회적 조건의 조성
- 다양한 유니버설 디자인의 보편화

■ 돌봄 공동체 (사회적 차원)

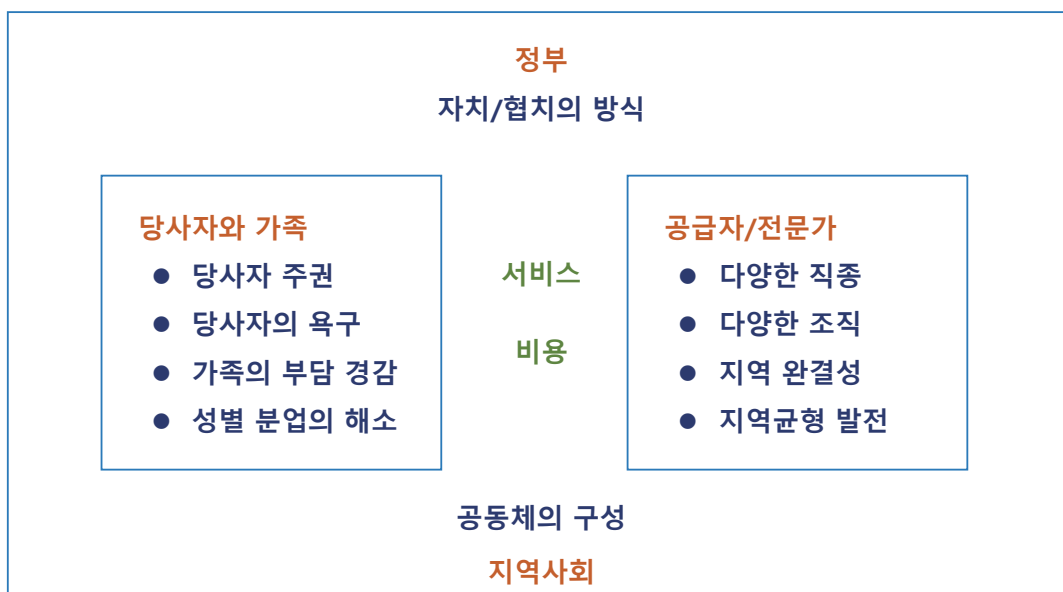
- 장애인을 동등한 시민으로 대하는 성숙한 사회와 돌봄 공동체의 구성이 최종적 목표
- 차별 없는 사회적 관계, 자기결정권의 존중, 시민으로서의 참여가 실현되는 사회 등이 핵심적 성격
- 돌봄 공동체: “돌봄을 인간 삶의 보편적 조건이자 사회의 공동 책임으로 인식하고, 모든 구성원이 필요한 돌봄을 받으며 그 책임을 함께 나누고 상호 연대를 통해 모두의 존엄과 참여를 보장하는 공동체”

page 16

지역사회돌봄의 주요 과제



■ 구도



01 당사자 주권의 보장

- 모든 돌봄 이론, 장애학, 여성학 등에서 공통적으로 주장하는 돌봄의 기본 원칙
- 당사자의 참여와 의견 존중은 지역사회돌봄에서 핵심적인 개념이나 달성하기는 쉽지 않음

■ 방향

- 전문가 중심 → 당사자 중심의 결정. 시혜 → 권리
- 당사자 주권(선택권, 거부권, 변경권 등)을 법률 등에 명확히 규정해야
- 일상 생활의 통제권을 보장해 주어야 함. 서비스 제공에서 삶을 존중하는 방식으로

■ 개인 수준

- 제공자의 결정, 가족 등의 대리 결정이 아닌 당사자가 조력을 받아 하는 결정(supported decision making). 가족중심 의사결정 관행의 변화
- 이를 위해서는 당사자가 이해하기 쉽고, 충분한 설명 제공과 판단까지 기다림의 시간이 필요
- 당사자 의사결정의 문서화

page 19

■ 조직 수준

- 개인 서비스 기획에서 제공자와 당사자의 공동 결정(governance)
- 지역돌봄협의체 등 지역 조직에서 당사자 대표의 참여와 의견 존중. 제도화, 법제화
- 전문가의 변화. 제공자에서 조력자/조정자(facilitator/coordinator)로. 태도와 역할 변경
- 전문가 개인의 결정이 아니라 다학제적, 집단적 의사결정

■ 제도, 재정과 문화

- 당사자 의사 반영의 법제화
- 중앙 및 지역의 정책 구조에서 당사자 참여와 의사 존중 제도화
- 충분한 재정지원이 필요. 돌봄 제공자들의 선의와 교육에 의존할 수는 없음
- 합의제 운영, 당사자 주권 존중의 '행위'에 대한 보상이 필요, (예) 지역재활기관

✓ 당위성을 주장하는 것만으로는 부족. 조금씩이라도 실현하기 위해서는 현실적 노력이 필요

page 20

02 공동체의 구성

■ 방향

- 주민 중심. 지역사회의 활성화. 관계망과 조직. 주민들의 '서로 돌봄'
- 생활권 단위의 작은 공동체를 중심으로. 마을, 골목, 아파트 단지 등에서의 관계망 형성

■ 전략

- 공공부문, 사회연대경제, 보건복지조직 등이 역할을 같이 해 주어야
- 다학제적인 지원
- 주민의 참여. 주민 중에 핵심적 인물(예: supporters, community workers)이 필요하나, 일방적 봉사보다는 상호지원 방식으로
- 다양한 지역사회 조직 연결. 당사자 조직, 각종 봉사활동, 온라인 활용
- 정부의 예산, 행정 지원

■ 활용

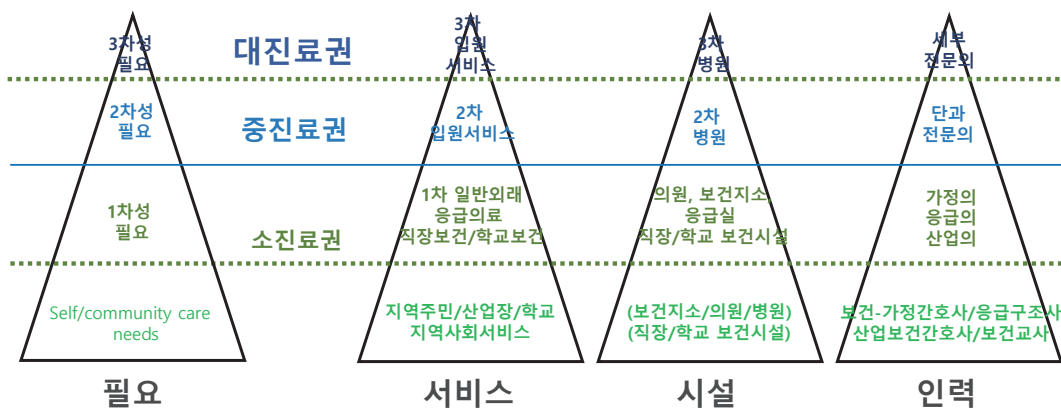
- 농촌에서 특히 중요하나
- 도시 지역에서도 기본 방향으로 채택해야

✓ 안산시 상록장애인복지관의 '장애인친화마을 만들기'의 사례

03 돌봄 욕구(Needs)에 기초한 서비스의 구성

■ 보건의료에서의 예

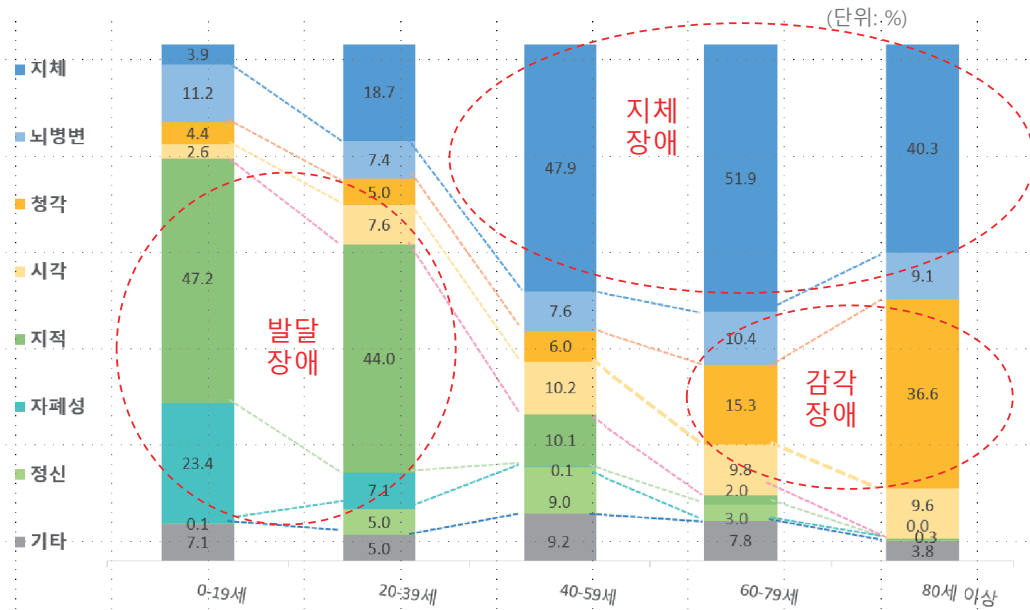
- 필요(needs)를 기준으로 서비스, 시설, 인력을 공급하는 것은 기본 원칙
- 서비스, 자원 구성의 '단계화'
- 지역적인 분포가 균등해야 함: '지역화'



✓ 당위성을 돌봄 서비스 구성에서도 유사한 방식을 적용 가능

■ 계량적 욕구의 파악

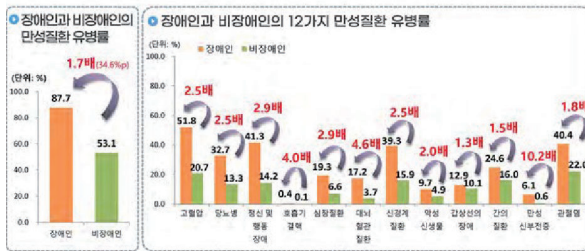
● 연령에 따른 장애유형의 변화



<자료> 보건복지부, 장애인 등록 현황, 2022년 12월 31일 기준

● 건강과 질병 상태

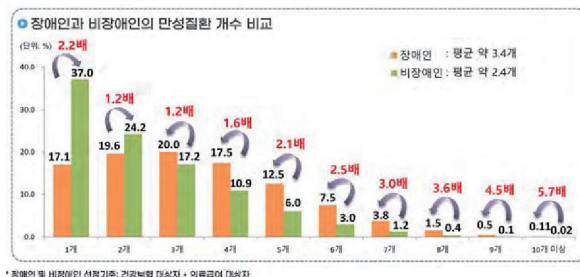
장애인과 비장애인의 만성질환 유병률: 2021년



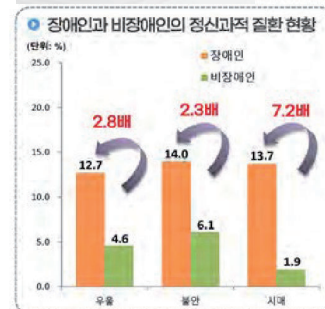
장애인과 비장애인의 치매 현황 연령표준화: 2021년



장애인과 비장애인의 만성질환 개수 비교: 2021년



정신과적 질환 현황: 2021년



<자료> 보건복지부·국립재활원(2024), 2024년 장애인 건강 보건통계 컨퍼런스 자료집, 2024.2.29

■ 비계량적 욕구의 파악

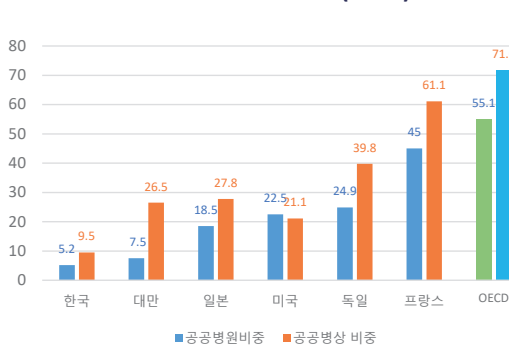
- 삶의 관점에서 욕구 파악을 하기 위해서는 비계량적 평가가 필요
 - 들에 얽매이지 않고 당사자의 의견을 듣기 위한 서사적 질문들이 필요
 - 무엇을 꼭 하고 싶은지?
 - 누구를 만나고 싶은가? 등
 - 이런 질문들이 당사자 주권과 밀접한 관련
 - 환경/생태/관계적 관점에서의 다양한 정보 수집
 - 가족관계와 소득
 - 주거 상태
 - 지역 환경, 이동 조건, 해당 지역의 자원 상태 등 파악
 - 각종 정보를 수집하고 분석하여 개인별 서비스 설계
 - 당사자 중심 욕구 기반 ▪ 다학제적 판단
 - 지역적 조건 ▪ 지속적 재설계
- ✓ 이런 판단 과정을 가능하게 만드는 것이 정책적 과제

04 돌봄 서비스의 질과 공공성

■ 기존의 보건의료/사회복지 공급자의 공공 비중이 너무 낮음

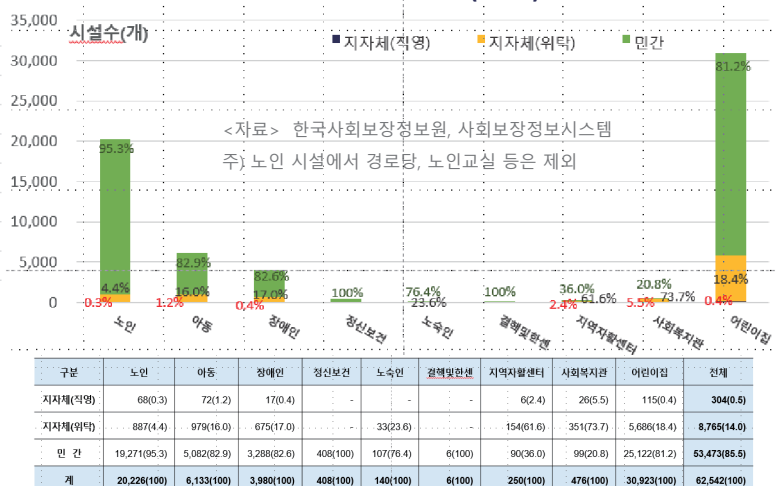
- 돌봄 체계의 구축을 시장에 맡기는 방식의 인프라 구성이 반복된다면 실패는 자명
- 통합돌봄은 의료나 요양 서비스보다 복잡한 구성
- 공공성의 제고 없이는 돌봄 서비스의 질적 기준을 담보할 수 없음. 장애인에게 질이 낮은 돌봄은 없느니만 못함

<공공 병상 국제 비교(2022)>



<자료> OECD health data explorer(25.6.9 접속)
 주) 대만은 2020년 자료 (Statistics of medical care institution & hospital utilization 2020)

<공공 사회복지시설(2022)>



<자료> 한국사회보장정보원, 사회보장정보시스템
 주) 노인 시설에서 경로당, 노인교실 등은 제외

■ 공공

- 중앙/광역/기초: 법령, 제도, 재정, 기준 등의 설정. 직접 제공
- 직접 제공을 통해 서비스의 질적 기준을 설정. 일정한 비중이 필요
- (한계) 정부 실패의 가능성. 한국의 경우 정부가 공급자 역할 기피

■ 민간

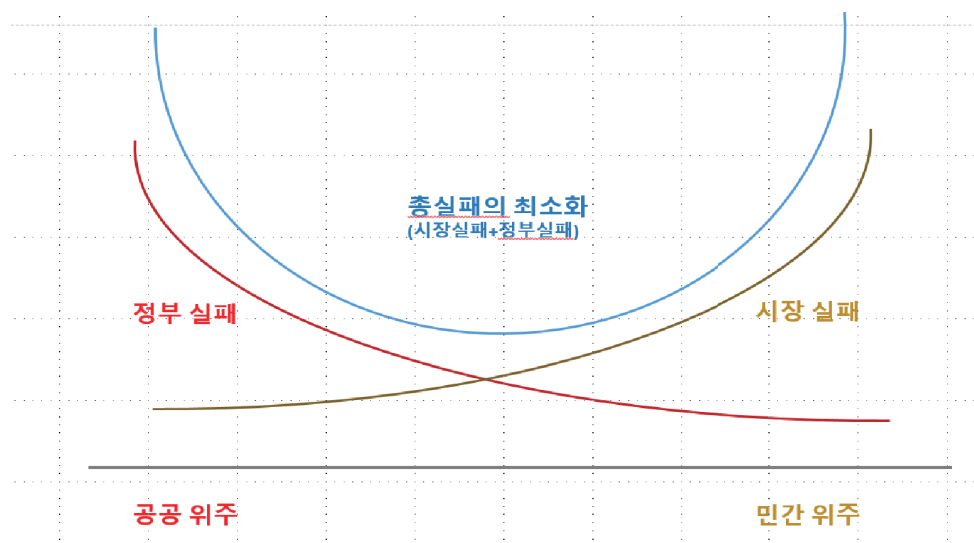
- 자율성, 빠른 반응. '좋은 민간'과 '그렇지 못한 민간'의 격차가 큼
- 가치 지향 < 이윤 지향
- (한계) 시장 실패의 가능성. 지역편중, 수급 불균형이 일어날 수도 있음

■ 사회연대경제

- 민간이지만 공동체 보편의 이익을 추구
- 공공과 민간의 장점을 살리는 조직이 될 수 있음
- (한계) 느린 성장 속도

page 27

■ 적절한 공공-민간 배합(public-private mix): 총실패의 최소 지점?



- ✓ 실제 판단은 이렇게 단순하지 않지만, 기본적 기준은 될 수 있을 것임

page 28

■ 공공성 제고의 방식

- 공공과 사회연대경제 부문의 확대
- 민간의 규율과 지원을 통한 공공성 강화
- 공공과 민간 부문에서 각각 정부실패와 시장실패를 예방하는 노력을 병행해야

■ 돌봄 인력

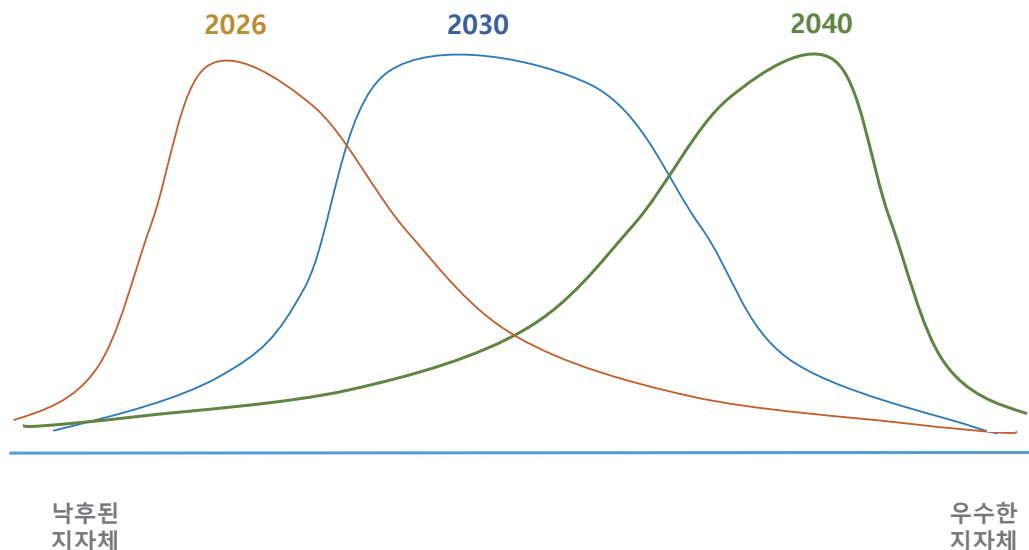
- 다양한 돌봄 인력의 역할을 새로운 통합 돌봄에 맞게 재설정하고
- 이에 따른 교육 훈련을 개편하며
- 이에 맞게 노동조건을 획기적으로 개선하는 것이
- 돌봄서비스의 공공성 및 질적 수준 제고에 필수적 전략임

page 29

05 돌봄의 지역 균형 발전

■ 통합 돌봄 전국 시행 후 예상되는 상황과 정부의 임무

- 지자체 간 균형 발전이 신속히 이루어질 수 있도록 지원해 주는 것이 임무. 핵심은 예산
- 초기에는 시범사업 경험 유무가 중요하겠지만, 조만간 도시 농촌의 격차가 벌어질 것임



page 30

1. 지역간 격차와 대책

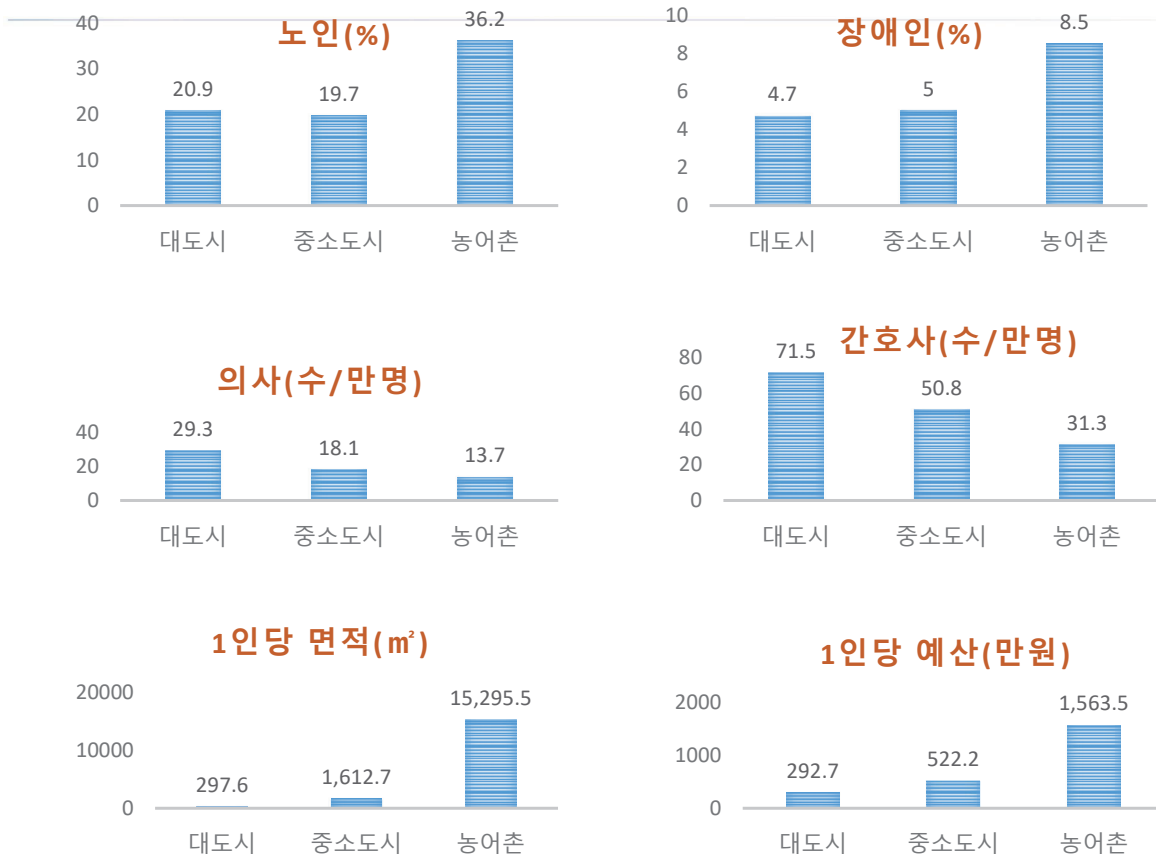
		대도시	중소도시	농어촌
조 건	인구(만명, 2026)	29.2	33.1	4.5
	면적(km ² , 2024)	86.9	533.8	688.3
경 제	소득 ¹	자료없음	자료없음	자료없음
예 산	예산액(억원, 2024)	8,548	17,285	7,036
	재정자립도(% , 2024)	54.0	26.2	11.0
	재정자주도(% , 2024)	62.8	53.3	54.8
의료자원	의사(수, 2025)	858.1	598.7	61.6
	간호사(수, 2025)	2,088.5	1,680.3	142.8
복지자원	사회복지사(수, 2024) ²	203.9	271.7	67.8
	요양보호사(수, 2024) ²	3,686.0	3,712.9	932.2
목표집단	노인(수, %, 2026)	61,062(20.9)	65,155(19.7)	16,381(36.2)
	장애인(수, %, 2024)	13,807(4.7)	16,517(5.0)	4,047(8.5)

<자료>

- 행정안전부. 주민등록 인구 통계 및 고령 인구 현황
- 국토교통부. 지적통계
- 지방재정365
- 보건복지부. 「보건복지통계연보」 및 「전국장애인등록현황」
- 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원. 「건강보험통계」
- 국민건강보험공단. 「노인장기요양보험통계」

<주>

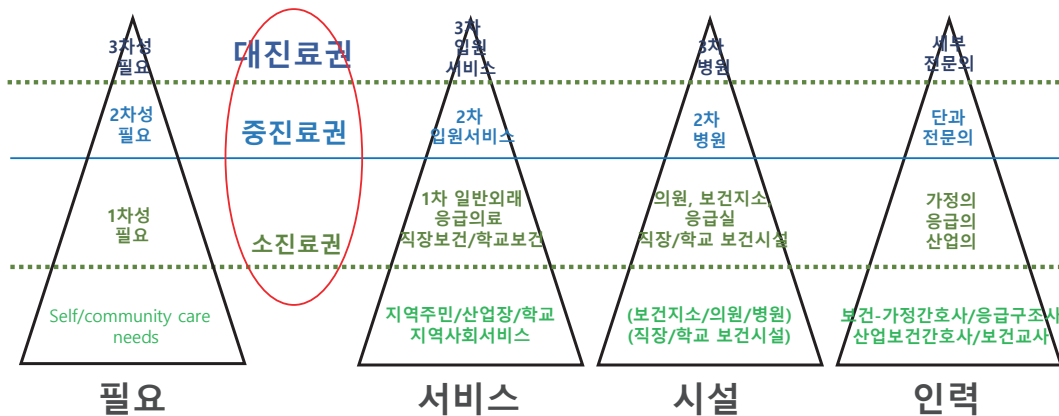
- 시군구별 소득은 자료가 없음
- 시군구별 사회복지사 수, 요양보호사 수 등도 자료가 없음. 노인장기요양의 재가 및 시설 분야에 종사하는 인원수임



2. 돌봄 자원의 '지역배치계획'이 필요

- 지역별 욕구(needs)를 기준으로 이를 충족한 서비스 양을 산출하고
- 이를 생산할 시설, 인력의 공급을 계획. 공공-민간 자원을 공급
- (지역화) 지역적인 자원의 분포가 균등하고, 상호 연결되어 지역완결성을 갖추어야 함

<보건의료에서의 예>



page 33

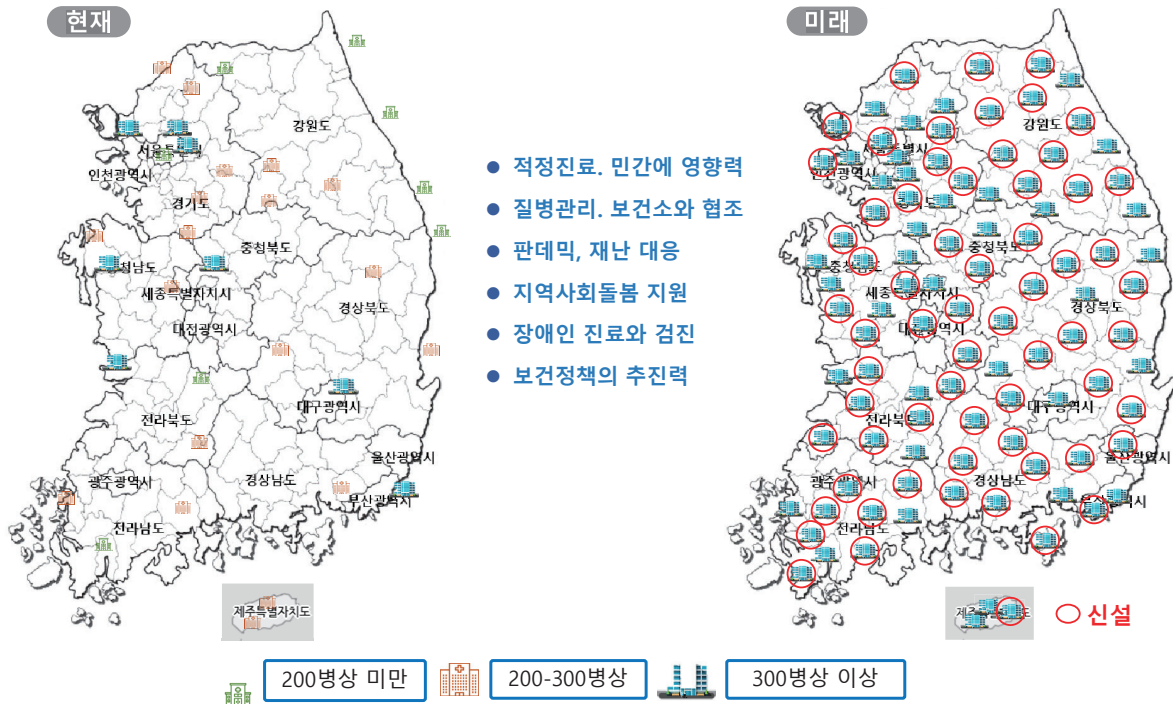
■ '지역완결적'으로 구성해야 할 돌봄 자원

- 인력
 - 요양보호사/활동지원사
 - 사회복지사
 - 방문간호사
 - 돌봄에 참여하는 보건의료인
 - 돌봄 코디네이터/사례관리자 등
- 주거
 - (인증된) 주택개조 사업자
 - 지원주택
 - 지원주택 공급자
- 기반시설
 - 통합돌봄지원센터
 - 방문복지기관/주야간이용센터
 - 단기보호시설
 - 다양한 복지관
 - 보건소
 - 지역재활병원
 - 공공병원
- 보조기기/의료기기
 - (인증된) 보조기기/의료기기 공급자

- ✓ 각종 자원의 통합적 배치와 전달체계 구성이 필요
- ✓ 어디 지역에 살든지 같은 질의 돌봄을 같은 접근성을 가지고 누릴 수 있도록

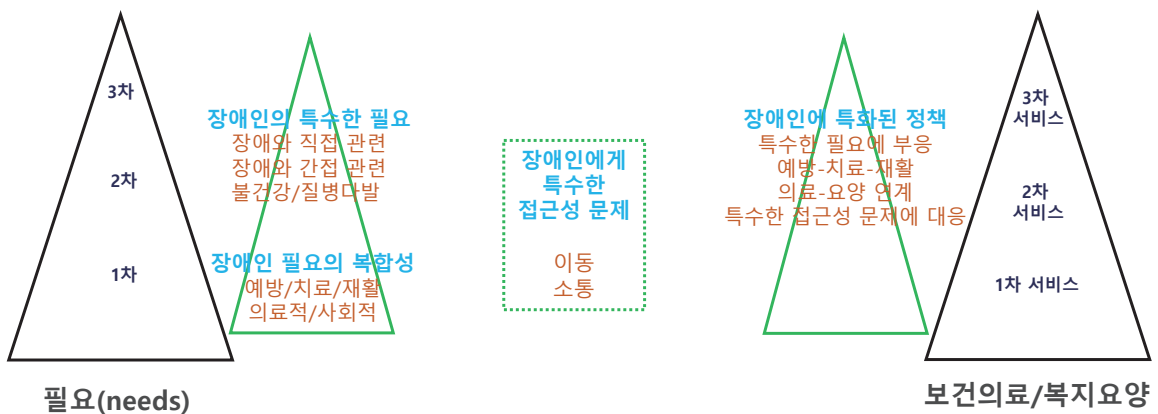
page 34

■ 현대적이고 우수한 지방의료원이 증진료권 별로 배치되면?



<주> 2021년 9월 2일 전국보건의료산업노동조합과 보건복지부는 70개 증진료권별로 지역중심 공공병원을 배치하기로 '9.2 노정 합의'를 맺은 바 있음

3. 장애인에게 특수한 문제와 대응



중앙정부예산/지방정부예산 건강보험/노인장기요양보험	
<p>장애인의 특수한 가계 특성</p> <p>낮은 소득 장애로 인한 추가 비용</p>	<p>장애인에 대해 특화된 재정 지원</p> <p>소득지원 비용지원</p>

■ 방향

- 가족돌봄 부담의 전체적 경감과 가족돌봄 담당자의 성별 분업 해소를 동시 추진해야
- 탈가족화는 가족 돌봄 부담의 재배치 작업
- 돌봄의 사회화가 기본적으로 중요
- 남성의 돌봄 참여 확대
- 가족휴식제도

■ 전략

- 돌봄 서비스의 신속한 확대가 기본
- 노동시간 단축, 정시퇴근, 재택근무, 시간제 근무 등 근무 형태의 유연화
- 가족돌봄 유급 휴가, 휴직 확대. 아동 뿐 아니라, 노인, 장애인, 환자 돌봄을 위한 휴가 확대
- 돌봄 휴가, 휴직에서 남성의 몫을 늘리고, 유인책을 주거나 강제적 성격을 부여
- 가족돌봄자(family carer, informal carer)의 지원. 소득, 휴가, 휴식, 교육, 고용, 사회보장, 심리 및 사회적 지원

page 37

07 돌봄의 제공자

1. 통합 돌봄 인력의 확보

■ 참여를 유도해야 할 인력

- 의사. 개원의 참여를 유도해야 함. 가장 시급한 인력이지만, 영리 추구의 가능성도 큼
- 치과의사, 한의사, 약사 등도 같은 방식으로 참여 유도 필요

■ 통합 돌봄을 위한 공급 조직을 구성해야 할 인력

- 간호사. 대량으로 필요. 지역단위로 공용할 수 있는 조직이 있으면 좋겠음. 방식이 문제
- 방문 재활을 위한 치료사의 확보. 간호사와 비슷한 문제. 회복기 재활 병원의 재활의사와 치료사는 활용할 수도 있겠음

■ 기존의 고용 형태를 개선해야 할 인력

- 상당수의 인력이 양성되어 있으나 고용 조건이 안 좋아 유희화
- 고용 조건을 개선하고 통합돌봄에서의 역할을 재설정

page 38

2. 다학제간 협력

- 반드시 필요함에도 불구하고 실현이 어려움

■ 원인

- 직종간 세력 다름. 직역 경계의 모호함. 전문직 지배
- 패러다임의 충돌. 서로 다른 지향점. 서로 다른 언어
- 채용과 행정 체계의 차이. 조직의 서로 충돌
- 정보 체계의 단절
- Fragmentation. Professional, Organizational, Financial

■ 대책

- 지역사회돌봄에서 직종간 협력이 관건이라는 점을 이해해야 함. '질시'의 태도를 고쳐야 함
- 사례 관리의 강화, 정기적 다직종 회의. Coordinator 필요. 명확한 역할 설정
- 공동 예산. 협력에 대한 보상의 강화. 협력을 촉진하는 지표의 설정
- 정보 체계의 연결과 공유
- 전문직 간 교육 interprofessional education. 타 직종의 존중과 패러다임의 이해가 필요

page 39

3. 활동지원사와 요양보호사

■ 문제

- 불안정한 고용
 - 고용자가 실제로는 알선자 수준. 이용자와 개별계약 방식
 - 경력 불인정
- 낮은 수가와 급여
 - 장기요양보험과 장애인 예산에서 낮은 수가 설정
 - 소득의 불안정. 이용시간에 좌우. 활동지원사는 근무 시간이 분절. 대기 시간의 불인정
- 단순하고 획일적인 업무
 - 비숙련 노동으로 업무 설정. 난이도가 높은 서비스의 불인정

■ 대책

- 고용의 안정성
 - 월급제, 상용직 확대. 경력 체계 구축
 - 고용자가 일정한 능력을 가지도록 정비. 공공, 사회연대경제의 비중 증가. 민간도 정비
- 수가와 급여 인상
 - 장기요양보험과 장애인 예산에서 수가 인상
 - 이용자 변경 시 일정기간 보상. 대기 시간의 인정. 최소근로시간 보장 등 거론
- 업무의 고도화
 - 업무의 수준을 높이고, 교육 훈련 강화. 서비스 내용에 따라 전문화
 - 업무의 난이도에 따른 보상의 단계화

page 40

재단법인 돌봄과 미래는
전국민돌봄보장을 추진하는
사회운동단체입니다

감사합니다



2026 한국장애인보건의료협의회 춘계학술대회

**장애인 건강정책 아젠다:
릴레이 간담회 1년 성과의 과제**

임재영(한국장애인보건의료협의회 회장/서울대 의과대학 교수)

장애인 건강정책 개선 릴레이 간담회 · 결산

장애인 건강정책 어젠다

릴레이 간담회 1년의 성과와 과제

2025. 6 - 2026. 7 · 총 8회 주제별 간담회 + 종합토론회

공동주최 김예지 의원실 · 한국장애인단체총연맹 · 한국장애인단체총연합회 · 한국장애인보건의료협회의



임재영

서울대학교 의과대학 재활의학교실
분당서울대학교병원 재활의학과

WHY · 왜 시작했나

02

10년 넘게 비어 있던 '국가 종합계획'

장애인건강권법 제6조는 국가 차원의 장애인 건강보건관리종합 계획 수립을 규정하고 있습니다. 그러나 법 제정 이후 **10년이 넘도록 제대로 계획이 수립되지 않았습니다.**

장애인의 건강은 의료만의 문제가 아니라 교육·고용·소득·환경이 결합된 **사회적 문제**입니다. 이에 보건복지부·전문가·장애계가 참여하는 '**장애인 건강정책 자문단**'을 구성하고 릴레이 간담회를 출범했습니다.

- 제1차 간담회 발제, 박종혁 충북대 의대 교수

10년+ 종합계획 미수립 기간
건강권법 제6조 의무 방지

2.5배 고혈압·당뇨 유병률
비장애인 대비 (만성질환)

7년째 건강주치의 '시범사업'
본사업 전환 지연

8개 주제로 그린 장애인 건강정책 지도

회차	일자	핵심 주제	근거·키워드
1차	2025.06.25	출범·건강정책 설계 방향	제6조 종합계획
2차	2025.07.25	장애인 건강통계, 무엇이 문제인가	제11조 통계
3차	2025.08.29	건강주치의 시범사업 본사업화	제16조 주치의
4차	2025.09.29	장애친화병원·건강검진 현장	검진 접근성
5차	2025.11.21	돌봄통합지원 지역 건강전달체계	제19·20조 전달체계
6차	2026.03.12	재활의 틀을 넘어 건강권으로	제15조 패러다임
7차	2026.04.09	장애인 구강관리, 어떻게 할 것인가	구강보건법
8차	2026.05.08	장애인 건강권 교육의 방향	건강권 교육

회차 현장 · SESSION 1

1차

장애인 건강문제는 무엇일까?

중장기 전략이 필요한 이유·출범



에이블뉴스(2025.6.25) · 사진 ©김예지 의원실

일자 2025. 06. 25

장소 국회의원회관

근거 건강권법 제6조·종합계획

좌장·발제 박종혁 충북대 의대 교수

- 법 제정 10년+ 동안 국가 종합계획 단 한 번도 미수립
- 건강은 교육·고용·소득·환경이 결합된 사회적 문제로 재정의
- 장애인지 예산·장애영향평가·당사자 참여 등 구조적 전환 제시

“ 모든 국민이 건강할 권리가 있듯, 장애인도 건강을 돌볼 기반을 보장받아야 한다.”

2차

장애인 건강통계, 무엇이 문제인가?

통계 체계 개선과 정책 연계 방안



ESG1-메디파나(2025.7.25) · 사진 ©김예지 의원실

일자	2025. 07. 25
장소	국회의원회관 제4간담회의실
근거	건강권법 제11조 · 건강통계

발제 호승희 국립재활원 재활연구소장

- 행정자료 중심·장애유형/성별 세분화 분석 부족 지적
- 공공통계 전반에 장애지표 포함·정려화 필요
- 국가 빅데이터 기반 통계 시스템 구축 제안 (통계청·질병청 협력)

“ 수요자 중심 정책을 위해 정교한 통계 자료 구축이 필요하다. ”

3차

건강주치의 시범사업, 본사업을 위한 방안은?

7년째 시범사업의 한계와 전환 과제



일자	2025. 08. 29
장소	국회의원회관 제4간담회의실
근거	건강권법 제16조 · 주치의

발제 임재영 서울의대 재활의학과 교수

- 고혈압·당뇨 유병률 비장애인의 2.5배, 만성질환 관리 취약
- 7년째 시범사업, 의료진·당사자 참여 저조로 본사업 전환 정체
- 수가·인력·다학제 연계 정비로 본사업 안착 과제 도출

“ 주치의제는 시의적절한 치료와 맞춤형 관리로 의료접근성을 높인다. ”

4차

장애친화병원, 법 개정 이후 현장은?

장애인 건강검진 정책의 구조적 개선



에이블뉴스(2025.9.29) · 사진 ©김예지 의원실

일자	2025. 09. 29
장소	국회의원회관
근거	검진 접근성 · 장애친화 산부인과

발제 조윤화 한국장애인개발원 연구위원

- 검진기관-장애친화 산부인과에도 수검률 격차 여전
- 구조·환경·과정상의 3중 장벽이 검진 참여를 가로막음
- 이동·의사소통·동행·유형별 맞춤 지원 없이는 '겉테기' 제도

“ 사실 인력 기준만 확대해서는 검진제도가 껌테기에 그친다.

5차

돌봄통합지원이 가능한 지역사회 건강전달체계

의료·요양·돌봄 통합지원 속 전달체계



일자	2025. 11. 21
장소	국회의원회관
근거	건강권법 제19·20조 · 전달체계

발제 신용일 부산의대 재활의학과 교수

- 중앙·지역 장애인보건의료센터·보건소의 역할 재정립
- 2026년 3월 시행 통합지원 안에서의 전달체계 기능 집중 논의
- 제도 설계 단계부터 장애인 접근 가능성을 내장할 것

“ 제도는 있지만 정작 장애인이 쓸 수 있는 서비스는 부족하고, 본질적으로 운영되고 있다.

6차

재활의 틀을 넘어 건강권으로

장애인 건강정책 패러다임 전환



월페이뉴스 월드장애인사랑뉴스(2026.3.12) · 사진 ©김예지 의원실

일자	2026. 03. 12
장소	국회의원회관
근거	건강권법 제15조· 재활운동 및 체육

발제 은선덕 국립재활원 재활연구소 건강보건연구과 과장

- '재활운동 및 체육'의 협소한 정의·기준 미비 점검
- 재활 불필요 장애인 포함, 생애주기별 건강증진·스포츠 참여권
- 의료·보건·체육을 잇는 정책 체계와 부처 간 협력 강화

“ 치료·재활의 대상에 머물게 할 것인가, 건강의 주체로 볼 것인가.

7차

장애인 구강관리, 어떻게 해야 하나?

국가 최초 구강건강실태조사 결과 공유



뉴스1·주간한국(2026.4.9) · 사진 ©김예지 의원실

일자	2026. 04. 09
장소	국회의원회관
근거	구강보건법· 치과주치의

발제 이재영 단국대 치위생학과 교수

- 2025년 국가 단위 최초 장애인 구강건강실태조사 결과 발표
- 조사 정례화(3년 주기)·예방 중심 정책 강화 제안
- 치과주치의·구강진료센터 등 접근성·인프라 확충 과제

“ 구강건강 격차 해소를 위해 실태조사3년 주기 정례화가 필요하다.

8차

장애인 건강권 교육, 나아가야 할 방향은?

당사자·돌봄종사자·(예비)의료인 교육 점검



법률신문 국회일정(2026.5.8) · 사진 ©김예지 의원실

일자	2026. 05. 08
장소	국회의원회관 제4간담회의실
근거	건강권법 · 건강권 교육

자문단 발제·종합 토론

- 당사자·돌봄종사자·보건의료인·예비의료인 대상 교육 현황 점검
- 지역 편중·성인 중심·표준화 부재 등 구조적 한계 진단
- 국가 표준 커리큘럼과 생애주기별 교육체계 구축 필요성 논의

“건강권이 교육을 기반으로 삶 속에서 작동하는 구조로 정착돼야 한다.”

KEY OUTCOMES · 1년의 성과

논의를 넘어 — 손에 잡히는 변화들

어젠다의 체계화

통계·주치의·검진·전달체계·구강·교육까지 흩어져 있던 쟁점을 하나의 정책 지도로 통합.

입법 연계 동력

구강건강실태조사 3년 주기 정례회 등 구강보건법 개정 준비. 논의가 개정안으로 직결.

패러다임 전환

'치료·재활 대상'에서 '건강권 주체'로. 6차에서 인권 기반 건강 모델로의 전환 선언.

협력 거버넌스

복지부·교육부·통계청 · 질병청·건보공단·학계·장애계가 한 테이블에. 부처 간 협력 기반 마련.

주제는 달랐지만, 문제의 뿌리는 같았다

<p>데이터 공백</p> <p>장애유형·성별 세분화 통계 부족. 기초 자료 없이 정책만 설계되는 구조.</p>	<p>전달체계 단절</p> <p>예방-치료-재활-돌봄이 끊겨 있어, 발견된 문제가 서비스로 이어지지 못함.</p>	<p>접근성 장벽</p> <p>물리적·의사소통·경제적 장벽이 검진·주치의·구강 등 모든 영역에서 반복.</p>
<p>시범사업의 늪</p> <p>주치의·재활체육 등 핵심 제도가 본사업 전환 없이 장기 정체.</p>	<p>지역·생애 편중</p> <p>수도권·성인 중심 운영으로 농어촌·아동청소년·중증 장애인 소외.</p>	<p>역량·교육 미비</p> <p>보건의료인 장애 감수성, 당사자 건강 역량 교육의 제도화 부재.</p>

제1차 장애인 건강보건관리 종합계획 (2026-2030)

법 제정 9년 만의 첫 단독 종합계획 · 2026.2.23 장애인정책조정위 의결 · 비전 '장애인 누구나 건강하고 행복한 삶 실현'

[아플 때] 장벽 없는 의료이용	[회복할 때] 재활·통합돌봄 전국 확대	[건강할 때] 예방·검진·주치의 고도화	[정책 기반] 통계 고도화·이행점검
<ul style="list-style-type: none"> · 기능 3개+ 통합 '장애친화병원(가칭)' 도입 확대 · 장애 특성 반영 건강보험 보상방안 2028 마련 · 울산·세종 지역보건의료센터 추가, 이동지원 확대 	<ul style="list-style-type: none"> · 회복기 재활의료기관·권역재활병원 확충 · 의료·요양 통합돌봄 전국 단계적 확대 · 학교 방문 의료지원 16개 시도, 생활체육 기반 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강주치의 방문재활 도입→본사업 전환 추진 · 건강검진기관 2030년 112개소+로 확충 · 장애친화 산부인과 확산, 의료 의사소통 지원 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역건강조사·감염병조사에 장애인 구분 포함 · 건보·장애등록 연계 통계, 발표항목 확대 · 등록 시 보건의료센터 자동연계, 매년 이행점검
<p>17.3 → 16.4%</p> <p>미충족 의료이용률 개선목표</p>	<p>112개소+</p> <p>장애인 건강검진기관 (2030)</p>	<p>12대·32개</p> <p>주요과제·세부과제</p>	<p>2027 하반기</p> <p>중간평가로 점검·보완</p>

출처: 보건복지부 「제1차 장애인 건강보건관리 종합계획(2026-2030)」, 정책브리핑(2026.2.23)

다음 1년, 무엇에 집중할 것인가

종합계획 실행 점검	건강권법 제6조 종합계획을 선언이 아닌 실행으로. 장애인지 예산·장애영향평가 제도화.
통계·전달체계 인프라화	빅데이터 기반 장애인 건강통계 시스템과, 돌봄통합지원과 연동되는 지역 건강전달체계 구축.
시범사업의 본사업 전환	건강주치의·재활운동 및 체육 시범사업을 수가·인력·재정 정비를 통해 본사업으로 안착.
법 개정 패키지	건강권법·구강보건법(조사 정례화)·교육 관련 법령 개정을 묶어 추진.

“치료와 재활의 대상에서, 건강권의 주체로”

1년의 릴레이가 그린 지도를, 이제 제도와 예산으로 옮길 차례입니다.

감사합니다.

2026 한국장애인보건의료협의회 춘계학술대회

장애인 통합돌봄 사업 현황과 단계별 과제

남세현(돌봄과미래 정책위원/한신대 휴먼서비스대학 교수)

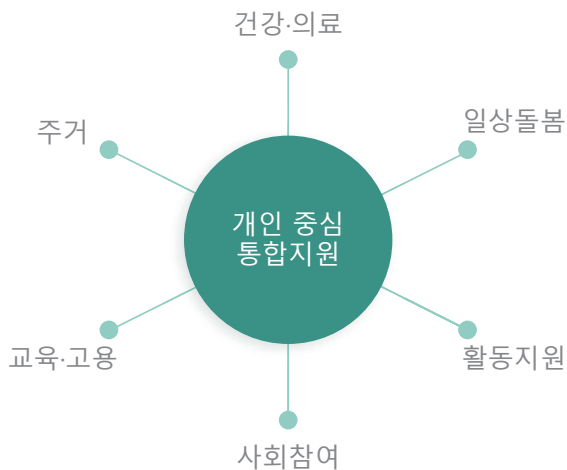
장애인 통합돌봄 사업의 현황과 단계별 과제

남세현 교수
(한신대학교 재활상담 전공)



I. 서론

장애인 통합돌봄 : 돌봄에서 자립까지, 개인 중심 통합지원체계의 구축



개인 중심의 통합지원체계

- 건강상태·생활환경·사회적 관계·의사소통 조건과 삶의 목표에 따라 필요한 지원을 유연하게 조합하는 체계
- 돌봄에서 자립까지 개인 특성의 스펙트럼을 반영

수혜자	→	권리의 주체
분절적 서비스	→	통합지원체계
시설 수용	→	지역사회 생활

I. 서론

장애인 통합돌봄 : 돌봄과 자립의 조화

“돌봄과 자립”

자립 :
자신의 삶을 스스로 선택하고
통제할 수 있는 상태

■ 돌봄과 자립의 조화

돌봄과 자립이 대립의 개념이 아닌, 자립을 가능하게 하는 선택적 전제 조건

■ 당사자 주도성

제공자 중심의 일방적 조치에서 벗어나 당사자가 서비스를 직접 조합·선택

■ 지역사회 기반 권리

시설 수용에서 벗어나, 살던 지역사회에서 존엄하게 생활할 권리를 보장

II. 장애인에게 통합돌봄의 의미

장애인 통합돌봄이 필요한 환경



장애인가구 고령화

65세 이상 등록장애인 비율이 55.3%(2024)를 넘어, 노화와 장애가 결합된 복합 돌봄 수요 급증

장애인 고령화 추이 (65세 이상 비율)



※ 등록장애인 두 명 중 한 명이 고령층으로 진입함에 따라, 고령 장애인 특화 통합돌봄 모델에 시급
(2024년 말 등록장애인 약 263만 명 중 65세 이상 약 146만 명)

II. 장애인에게 통합돌봄의 의미

장애인 통합돌봄이 필요한 환경



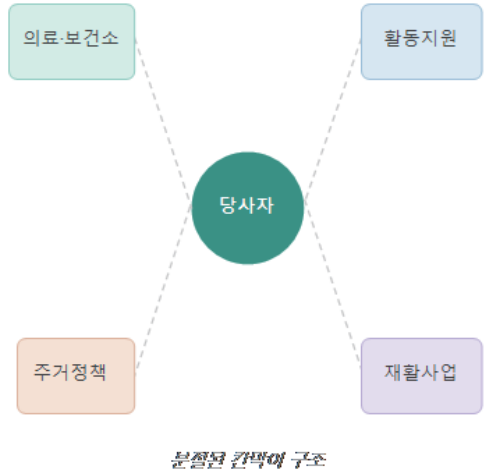
수요의 복합화

단순 활동지원을 넘어 만성질환 관리·재활·의료와 복지가 유기적으로 결합되어야 하는 가구 증가

건강·일상의 복합화와 분절된 전달체계

당사자의 삶은 하나, 행정체계는 분절

- 장애인의 건강 문제는 의료기관 치료만으로 해결되지 않음
- 이동지원, 복약 이해와 의사소통, 퇴원 후 위생·식사·재활, 방문의료의 연계가 함께 작동해야 함
- WHO(2022)는 건강불평등이 질병 자체보다 접근하기 어려운 의료환경·정보 장벽·빈곤 등 예방 가능한 사회적 요인에서 비롯된다고 지적
- 기존 제도가 당사자의 삶 속에서 함께 작동하도록 재구성



II. 장애인에게 통합돌봄의 의미

장애인 통합돌봄이 필요한 환경

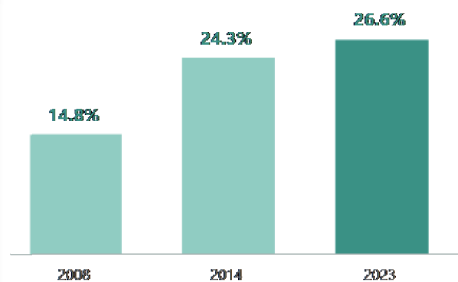


가족돌봄의 약화

장애인 1인 가구 비중이 26.6%(2023)로 상승, 가족이 전담하던 비공식 돌봄의 공적 대체 필요

가족돌봄 약화와 1인 가구 증가

장애인 1인 가구 비율 추이



공공체계의 역할 확대 필요

- 1인 가구는 다인가구보다 고령층·여성 비중이 높고, 건강·경제·주거·정신건강·관계의 취약성이 중첩
- 병원 퇴원 직후 단기 지원, 활동지원 공백 시 대체 지원, 위기 시 긴급대응 등 가족 역할의 공적 대체가 시급
- 지원 필요는 장애 정도만이 아니라 비공식 지원망·고립 위험·주거 안전성·건강 연속성으로 함께 판단해야 함

II. 장애인에게 통합돌봄의 의미

장애인 통합돌봄이 필요한 환경



욕구의 다양화

발달·정신·감각 등 장애 유형과 생애주기에 따라 세분화·유연화된 맞춤 지원 포트폴리오 요구

장애 특성별 지원욕구의 다양화



발달
방문의료·재활, 이동과 활동 지원의 결합



정신
역사소통 지원, 낮활동행동 지원, 가족 휴식과 긴급대응



주거
치료의 연속성, 주거, 관계 형성과 워키지원



내부
의료적 권리와 일상생활 지원의 긴밀한 연계

같은 장애유형이라도 소득·주거·지역 여건·가족구성에 따라 필요한 지원은 크게 상이
→ 유형별 서비스 추가가 아니라, 지원 필요도를 종합 사정해 적절히 조합하는 체계가 필요

III. 최근 법률 및 정책 환경 변화

의료, 영양, 주거, 권리 보장, 디지털 포용의 통합적 요구

최근 주요 법률 및 정책 변화

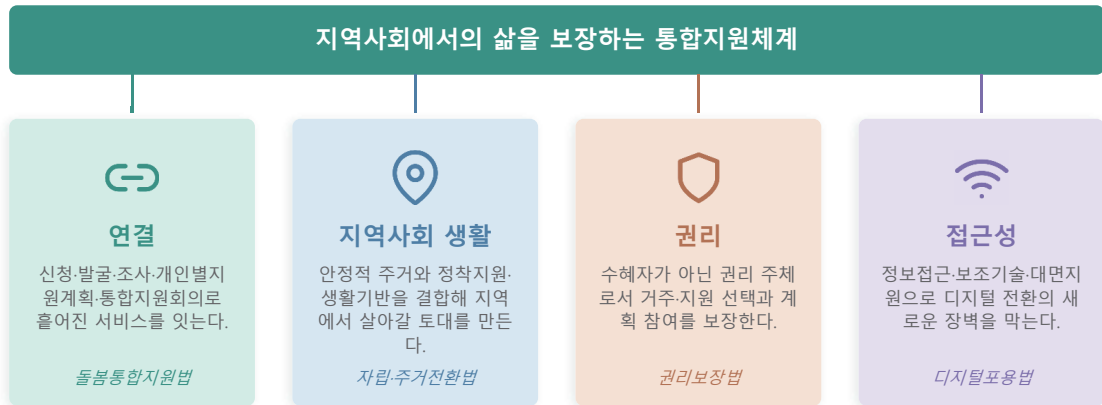


종합 의료·영양·주거·권리보장이 단절 없이 하나로 연계되는 '통합 거버넌스'로 전면적 체계 개편 필요
통합돌봄은 의료·돌봄 연계를 넘어 건강·주거·활동지원·사회참여·정보접근을 함께 반영해야 함

III. 최근 법률 및 정책 환경 변화

의료, 요양, 주거, 권리 보장, 디지털 포용의 통합적 요구

최근 주요 법률 및 정책 변화



IV. 2026년 장애인 통합돌봄 사업의 현황과 한계

2026 사업 현황

914억 원

통합돌봄 사업 추가 예산 확보

(지역서비스 확충 620억 원 포함)

- ✓ **전국적 인프라 구축**
전국 229개 시·군·구에 통합돌봄 행정체계 도입·시행
- ✓ **전담 인력 배치**
지자체 전담인력 5,202명 배치 (기준인건비 5,346명분 확보)
- ✓ **서비스 목록 제시**
보건의료·건강관리·장기요양·일상돌봄 등 총 60종 연계서비스
- ✓ **대상 단계적 확대**
65세 미만은 우선 102개 지자체에서 신청, 연말까지 전국 확대

IV. 2026년 장애인 통합돌봄 사업의 현황과 한계

통합돌봄 시범사업의 주요 성과

전국 시행의 단초가 된 선도(시범)사업 결과 분석

-4.6%p

불필요한 요양병원 입원을 감소

-9.4%p

요양시설 입소율 감소

75.3%

가족 부양부담 감소 응답률

“ 시설 중심 수용 구조에서 지역사회 공존 구조로의 실질적 이동 효과 확인 ”



위 수치는 노인 중심 시범사업 결과로, 장애인에게 곧바로 일반화하기는 어려움
향후 활동지원 연속성·자립생활 유지·사회참여·의사소통 지원·위기 대응 등 '장애인 특화 성과지표'의 개발과 적용 필요

IV. 2026년 장애인 통합돌봄 사업의 현황과 한계

현행 제도의 주요 한계점



대상의 제한성·선별적 포함

65세 미만은 심한 지체·뇌병변 중심으로 적용. 발달·정신·감각·내부장애, 가족지원 없는 복합취약 1인 가구의 접근 어려움.
65세 연령 전환 시 급여 연속성 점검도 필요.



연계를 넘어선 보장체계 미비

목록과 실제 이용할 권리가 상이함.
90% 이상 지자체 공통 제공은 약 23종, 1인당 연계 서비스는 1~6.6개(평균 3.1개).
방문의료·주거 인프라는 여전히 부족.



기능적 정렬의 부족

회의체 구성만으로 공동지원이 보장되지 않음.
중증·중복장애인에게 의료와 활동지원은 '병행'되어야 할 자원.
의료·활동지원·재활의 기능적 정렬이 핵심.

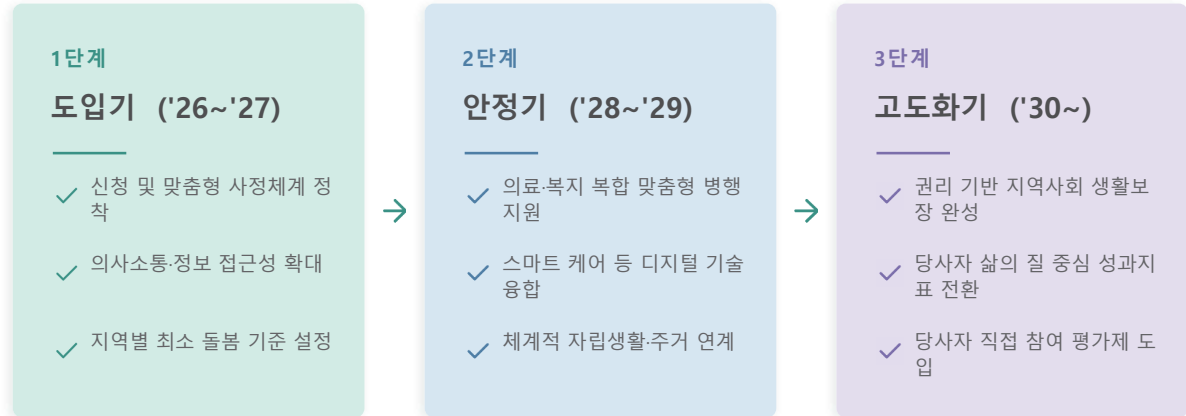


자기결정·지역 형평성

쉬운 정보·수어·점자·AAC 등 '지원된 의사결정'과 이의제기 절차가 초기 단계.
읍·면·동 검직 구조와 농어촌 공급 부족으로 국가의 최소기준 책임이 요구됨.

V. 단계별 추진 과제

통합돌봄 3단계 발전 로드맵



V. 단계별 추진 과제

도입기 (2026~2027)

1단계 · 통합지원체계 정착과 접근권 보장

형식적 도입을 넘어 '실제 접근 가능성'을 보장하는 단계

① 대상 기준 보완

지체·뇌병변 중심에서 벗어나 가족지원 부재·사회적 고립·불안정 주거·복합 건강 문제를 함께 고려.



서비스 연속성 원칙

기존 개인별·자립지원계획과 연계해 중복조사 축소, 만 65세 도달 시 활동지원 급감 방지.



통합사정도구 개편

신체기능·ADL뿐 아니라 의사소통·인지·정신건강·주거·관계망·사회참여 삶의 목표 포함.



최소 기준·인력 확충

읍·면·동과 보건소 전담인력 확충, 모든 지역에 최소 통합돌봄 서비스 기준 설정.



지원된 의사결정 보장

쉬운 정보·수어·점자·AAC 제공, 판정·계획에 대한 이의신청과 재검토 절차 마련.

V. 단계별 추진 과제

안정기 (2028~2029)

2단계 · 개인 맞춤형 병행지원체계 구축

장애유형 구분을 넘어 '지원 필요도·강도' 중심으로 재설계



병행지원의 제도화

활동지원·의료, 재활·일상돌봄, 주거지원·사회참여가 동시에 병행될 수 있는 원칙을 제도화.



자립·주거 연계

2027년 시행 자립·주거전환법과 연계, 시설 입소 위험 높은 재가장애인 선제 지원 강화.



취약집단 맞춤모델

중증 뇌병변, 중장년 발달, 고령 정신, 내부장애, 1인 가구 등 일반모형으로 어려운 집단 모델 개발.



스마트 케어 도입

AI·디지털 기반 케어와 비대면 건강관리 도입, 단 디지털 취약자엔 대면·대체수단 병행 보장.



부족 서비스 확충

방문의료·방문재활, 야간·주말·긴급돌봄, 의사소통·이동·식사·주거지원 등 실제 공급 확대.



재정 부담 원칙

지역 자율성은 존중하되 최소서비스 기준을 뒷받침할 안정적인 국고지원·재정 부담 원칙 마련.

V. 단계별 추진 과제

고도화기 (2030~)

3단계 · 권리 기반 지역사회 생활보장체계

행정적 서비스 관리에서 '권리 기반 생활보장'으로 발전



필요 중심 접근

장애유형·정도보다 실제 지원 필요를 중심으로 제도에 접근.



공동지원계획으로 확장

의료·돌봄을 넘어 주거·활동지원·교육·고용·문화·관계·사회참여를 함께 다룸.



참여형 평가·공개

당사자·단체가 평가와 정책개선에 실질 참여, 결과를 유형·연령·지역별로 분리 공개.

성과평가의 전환

회의 횟수 · 연계 서비스 수



당사자의 삶의 질 · 사회참여

원하는 집에서 계속 사는지, 필요한 돌봄을 제때 받는지, 스스로 선택하는지, 혼자여도 안전한지, 사회에 참여하는 지로 평가한다.

VI. 결론

통합돌봄을 통한 장애인 삶의 실질적 변화 촉진

통합돌봄의 성패는 얼마나 많은 서비스를 형식적으로 연계했는가가 아니라, 장애인이 선택한 지역사회에서 건강하고 존엄하게 살아갈 수 있도록 제도가 실제로 작동하는가로 평가되어야 함

- 01 원하는 집에서 계속 살 수 있는 주거 안정성이 확보되었는가?
- 02 필요한 건강관리와 돌봄을 적기에 누락 없이 받는 적시성이 보장되는가?
- 03 자신의 지원 계획을 이해하고 직접 선택하는 자기결정권이 작동하는가?
- 04 가족이 없거나 혼자 살아도 안전한 공적 위기 대응 체계가 존재하는가?
- 05 지역사회의 교육·고용·문화 활동에 실질적으로 참여할 기회가 보장되는가?

