www.kihasa.re.kr

2025년 『보건사회연구』 인사이트 포럼

지역은 누가 돌보는가?
지역 보건복지 인력의 미래

- **2025. 7. 8.(화)** 13:00~18:00
- **한국프레스센터 기자회견장(19층)**
- **『보건사회연구』 편집위원회**

※ 2024년까지 매년 개최되던 '보건사회연구 콜로키움'이
'보건사회연구 인사이트 포럼'으로 변경되었습니다.



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2025년 『보건사회연구』 인사이트 포럼

지역은 누가 돌보는가?
지역 보건복지 인력의 미래



프로그램

시간	내용	
13:00~13:30	등록	
1부 | 우수논문 시상식	사회 **배재용** 연구위원(한국보건사회연구원)	
13:30~13:50	개회사	**주은선** 『보건사회연구』 편집위원장
	축사	**신영석** 한국보건사회연구원 원장
	시상	**우수논문 시상** **우수논문 선정 과정과 평가** 우수논문 심사위원장
13:50~14:00	휴식	
2부 | 주제 발표 및 토론	좌장 **최영준** 교수(연세대학교)	
14:00~15:45	좌장 인사	**발표와 토론의 의의, 발표자·토론자 소개**
	주제 발표 (각 30분)	1. 지역인구 감소 시대, 지역 보건의료 인력의 과제 **윤태호** 교수(부산대학교 의과대학)
		2. 초고령사회의 돌봄 안전망을 위한 복지 부문 인력 정책: 현안과 과제 **강혜규** 선임연구위원(한국보건사회연구원)
		3. 일본의 지역소멸과 보건복지 인재 확보 대책: 그 궤적과 전망 **이성한** 교수(마쓰모토대학 종합경영학부)
15:45~16:00	휴식	
16:00~17:30	지정토론 (각 15분)	**박건희** 원장(평창군보건의료원) **어유경** 부연구위원(한국보건사회연구원) **윤민석** 연구위원(서울연구원) **차미숙** 선임연구위원(국토연구원)
	자유토론 (30분)	**참석자 전체**
17:30~18:00	정리 및 폐회	

2025년 『보건사회연구』 인사이트 포럼

지역은 누가 돌보는가?
지역 보건복지 인력의 미래



목 차

초청의 글 ····· 1

◆ **주은선** 『보건사회연구』 편집위원장

축 사 ····· 3

◆ **신영석** 한국보건사회연구원 원장

주제 발표

1. **지방인구 감소 시대의 보건의료인력의 과제** ····· 5

◆ **윤태호** 교수(부산대학교 의과대학)

2. **초고령사회의 돌봄안전망을 위한 복지부문 인력 정책의 현안과 과제** ····· 23

◆ **강혜규** 선임연구위원(한국보건사회연구원)

3. **일본의 지역소멸과 보건복지 인재 확보 대책: 그 궤적과 전망** ····· 43

◆ **이성한** 교수(마쓰모토대학 종합경영학부)

토 론 문

◆ **박건희** 원장(평창군보건의료원) ····· 67

◆ **어유경** 부연구위원(한국보건사회연구원) ····· 70

◆ **윤민석** 연구위원(서울연구원) ····· 73

◆ **차미숙** 선임연구위원(국토연구원) ····· 75

소 개

『보건사회연구』의 현황과 성과 ····· 79

초청의 글



안녕하세요?

한국보건사회연구원의 학술지 ‘보건사회연구’가 7월 8일에 인사이트 포럼을 개최합니다. 2025년 인사이트 포럼에서는 초고령화가 보건복지안전망에 미치는 영향에 대해 기존과는 다른 측면에 주목하고자 합니다. 이번 인사이트 포럼의 주제는 지역의 돌봄위기와 초고령화 국면에서 펼쳐질 ‘지역 보건복지인력의 미래’입니다.

‘돌봄’을 시대정신이라고 말한다면 ‘돌보는 사람’의 문제를 간과할 수 없을 것입니다. 그러나 초고령화와 지역 인구의 위기가 심화되는 가운데 ‘돌보는 사람’의 위기에 대한 우리 사회의 관심은 인색했습니다. 특히 공공 돌봄체계가 취약한 우리 사회에서 한편에서는 돌봄을 필요로 하는 사람은 늘어나지만 돌보는 사람이 처하는 환경은 어떻게 변화하고 있는지, 이들이 겪고 있는 위기의 실체는 무엇이며, 이들이 잘 돌볼 수 있도록 할 수 있는 위기 극복 방안은 없는지 체계적인 검토가 필요할 것입니다.

‘돌보는 사람’의 위기는 곧 ‘돌봄의 위기’에 다름 아니기 때문에 지역의 돌봄 공백 문제를 해결하기 위해서는 돌보는 사람들이 처한 구조적 문제에 대한 섬세한 접근이 필요합니다. 이에 이번 인사이트 포럼에서는 보건과 복지 분야의 특수성을 고려하여 윤태호 교수님과 강혜규 박사님 두 분이 각각 분야별로 심도 깊은 논의를 해주실 예정입니다. 또한 초고령화를 먼저 경험한 일본 사례에 대한 이성한 교수님의 발표가 예정되어 있습니다. 현장과 연구자의 흥미로운 토론도 준비되어 있습니다.

1981년에 창간된 역사 깊은 학술지인 ‘보건사회연구’는 2016년부터는 연 1회 콜로키움을 개최하여 우리 사회의 보건복지 문제를 심층적으로 탐구해 왔습니다. 올해부터는 이름을 인사이트 포럼으로 바꾸었습니다. 말 그대로 이 자리가 한국의 보건복지 연구에 ‘통찰’을 제공하기를 기대하는 마음으로 조금 더 자유롭게 여러 분야의 다양한 연구자 선생님들과 소통하고자 합니다.

2025년 인사이트 포럼에서는 초고령화 국면에서의 지역 보건복지 인력 문제에 대해 함께 이야기를 나누고, 공감하는 시간을 가짐으로써 초고령화가 가져올 돌봄 제공자의 위기를 우리 사회에서 공론화시키는 데 기여하고자 합니다. 또한 이 자리를 통해 우리 학문 공동체가 이 문제를 학문적으로 정책적으로 제대로 다뤄낼 수 있는 역량을 갖추는 데 기여하고자 합니다. 여러 선생님께 함께해 주시길 부탁드립니다.

7월 8일에 반갑게 만나 뵙겠습니다.

2025년 6월

『보건사회연구』 편집위원회 위원장 **주 은 선**



축 사

2025년 인사이트 포럼의 개최를 축하합니다.

안녕하십니까. 한국보건사회연구원 원장 신영석입니다.

『보건사회연구』는 우리 사회의 보건복지 문제들을 학술적으로 탐구하고, 정책적으로 해석하는 학술지로 자리매김해왔습니다. 지난 2016년 실시된 『보건사회연구』 콜로키움은 그간 아홉 차례에 걸쳐 학계와 정책 현장을 잇는 의미 있는 토론의 장을 마련해 왔으며, 올해부터는 그 성과를 더욱 확장하고자 “인사이트 포럼”이라는 새로운 이름으로 다시 태어났습니다.

오늘 이 자리는 『보건사회연구』가 지닌 학술적 권위를 바탕으로, 우리 사회가 직면한 주요 보건·복지 이슈를 심도 있게 분석하고, 학계와 정책 현장이 함께 토론하여 문제해결의 실마리를 찾는 매우 뜻깊은 자리입니다.

올해 인사이트 포럼은 “지역은 누가 돌보는가? 지역 보건복지 인력의 미래”라는 주제로 마련되었습니다. 급속한 고령화, 인구감소, 지역소멸 등 복합적인 사회 변화 속에서 한국의 지역 돌봄과 인력 문제는 어느 때보다도 시급하고 중요한 과제가 되고 있습니다.

이러한 중요한 주제를 중심으로 깊이 있는 발제를 준비해주신 세 분의 발표자께 먼저 깊이 감사드립니다. 먼저, 윤태호 교수님(부산대학교 의과대학)께서는 ‘지방인구 감소 시대의 보건의료 인력의 과제’를 주제로, 인구구조 변화 속 지역 보건의료 체계가 직면한 도전과 대응 방향을 제시해 주실 예정입니다. 이어서, 강혜규 박사님(한국보건사회연구원)은 ‘초고령 사회의 돌봄안전망을 위한 복지부문 인력 정책의 현안과 과제’를 통해 복지 부문 돌봄 인력의 정책적 현주소와 대응 과제를 짚어주십니다. 마지막으로, 멀리 일본에서 참석해 주신 이성한 교수님(마쓰모토대학 종합경영학부)께서는 ‘일본의 지역소멸과 보건복지 인재 확보 대책: 그 궤적과 전망’이라는 주제로, 일본의 경험과 시사점을 함께 나누어 주십니다.

아울러 오늘의 논의를 더욱 풍성하게 만들어 주실 네 분의 토론자 여러분께도 감사의 말씀을 드립니다. 박건희 평창군보건의료원 원장님, 어유경 한국보건사회연구원 박사님, 윤민석 서울연구원 박사님, 차미숙 국토연구원 박사님께서 세 분의 발제에 대한 깊이 있는 토론과 다양한 시각을 제시해 주시리라 기대합니다.



이번 인사이트 포럼이 지역 돌봄과 인력 문제에 대한 학술적 담론은 물론, 현실적이고 실행 가능한 정책 방향을 모색하는 데 크게 기여할 수 있기를 바랍니다. 이와 함께, 보건복지 분야의 연구와 정책이 지역사회 문제해결에 깊이 뿌리내릴 수 있는 계기가 되길 기대합니다.

무엇보다도 오늘의 포럼이 개최될 수 있도록 주제 선정부터 행사 준비까지 세심하게 이끌어주신『보건사회연구』편집위원장 주은선 교수님과 편집위원, 운영위원들께 진심 어린 감사를 전합니다. 아울러 바쁜 일정 속에서도 이 자리에 함께해 주신 모든 참가자 여러분께도 깊이 감사드립니다.

오늘 수상하신『보건사회연구』우수논문 저자께도 축하의 말씀을 드립니다. 학문적 가치가 높은 논문을 투고해 주셔서 감사드리며, 이번 수상이 앞으로의 연구 여정에 뜻깊은 이정표가 되기를 바랍니다.

끝으로,『보건사회연구』가 앞으로도 사회과학 분야에서 시대의 변화와 정책 과제를 날카롭게 짚어내며 학문적·실질적 발전에 지속적으로 기여할 수 있도록, 한국보건사회연구원은 아낌없는 지원과 지지를 이어갈 것을 약속드립니다. 감사합니다.

2025년 7월 8일

한국보건사회연구원장 **신 영 석**



주제발표 1

지방인구 감소 시대의 보건의료인력의 과제

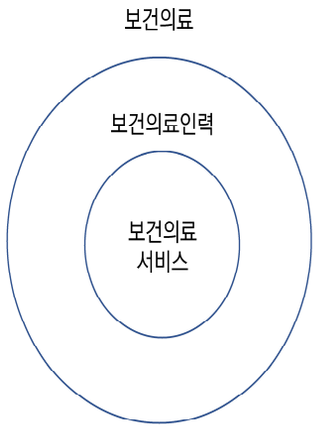
윤태호 교수
(부산대학교 의과대학)

지방인구 감소 시대의 보건의료인력의 과제

윤태호(부산의대)

지역보건의료 인력 현황

보건의료인력 관련 법적 정의

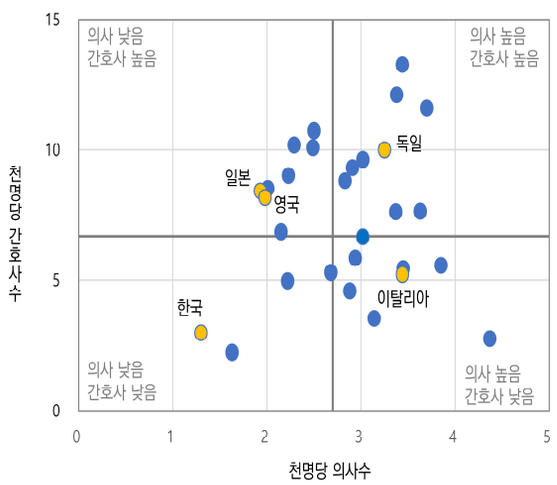


- 보건의료
  - 국가, 지방자치단체, 보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동
- 보건의료인력: 법률에 따른 면허 또는 자격을 취득한 사람
  - 의사, 치과의사, 한의사, 조산사(의료법)
  - 간호사, 간호조무사(간호법)
  - 약사, 한약사(약사법)
  - 의료기사, 보건의료정보관리사, 안경사(의료기사등에 관한 법률)
  - 응급구조사(응급의료에 관한 법률)
  - 영양사(국민영양관리법), 위생사(공중위생법), 보건교육사(국민건강증진법)

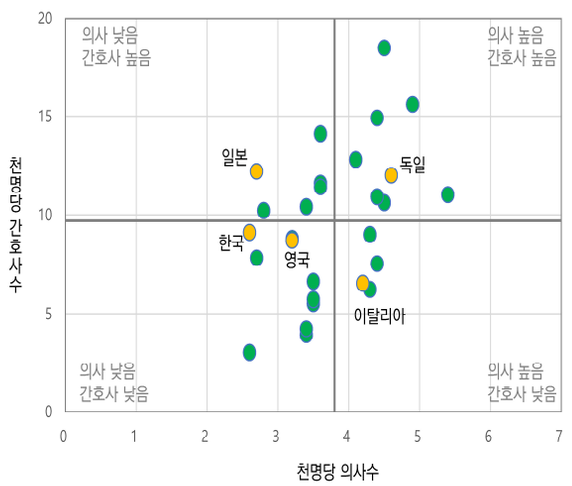
  보건의료인력 종사자: 위의 인력 외 사람으로 보건의료기관에서 보건의료서비스 외 업무에 종사하는 사람
- 보건의료서비스
  - 국민의 건강을 보호.증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동
- 보건의료기관: 보건의료인이 공중 또는 특정다수인을 위해 보건의료서비스를 행하는 기관
  - 의료기관(의료법)
  - 약국(약사법)
  - 보건소, 보건의료원, 보건지소(지역보건법)
  - 보건진료소(농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법)
  - 그 외 보건의료인이 보건의료서비스를 행하는 대통령령으로 정하는 시설이나 기관(하위법령 없음)

인구당 활동 의사수와 간호사수의 변화(OECD 주요국)

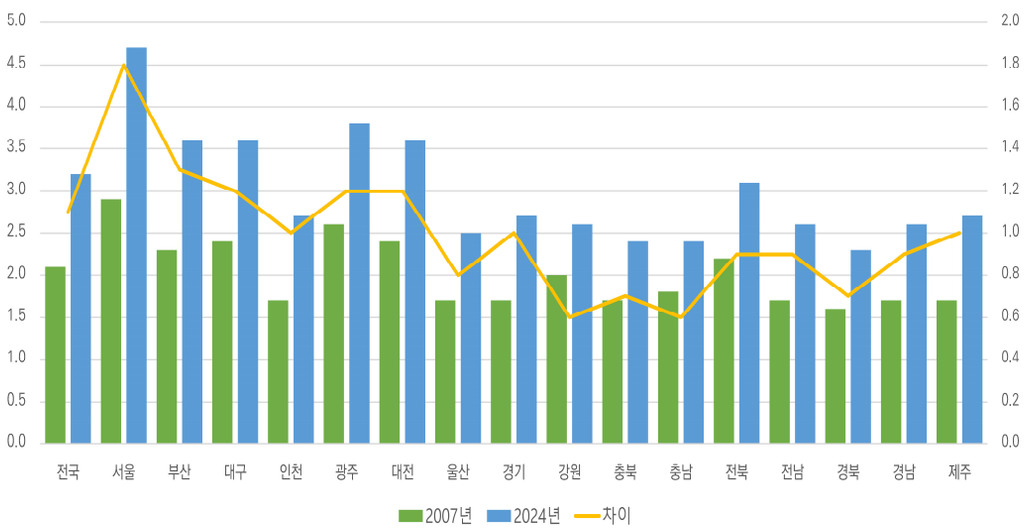
2000년 기준(또는 가까운 년도)



2022년 기준(또는 가까운 년도)

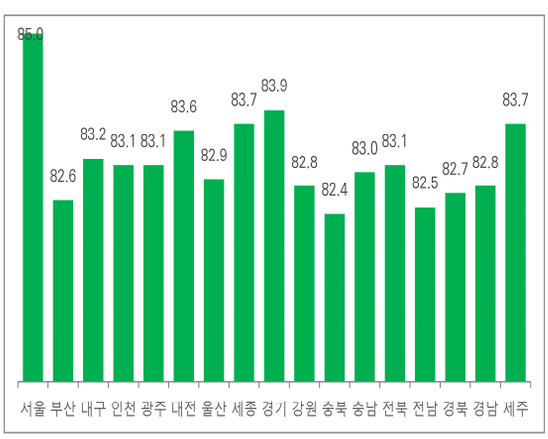


시도별 인구천명당 의사수 분포의 변화(07-24)

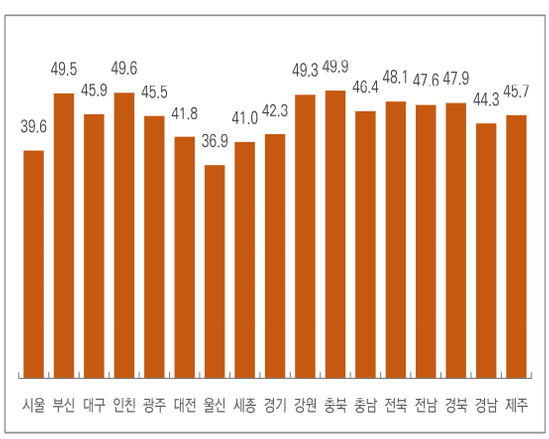


사료원: 통계청 e시방시표(건강보험심사평가원), 인구 천명당 의료기관 종사 의사수
의사수는 의사, 치과의사, 한의사를 모두 합산한 수치임

시도별 건강수준



기대수명(23년도)



치료가능한 사망률 (23년도)
(인구 10만명당)

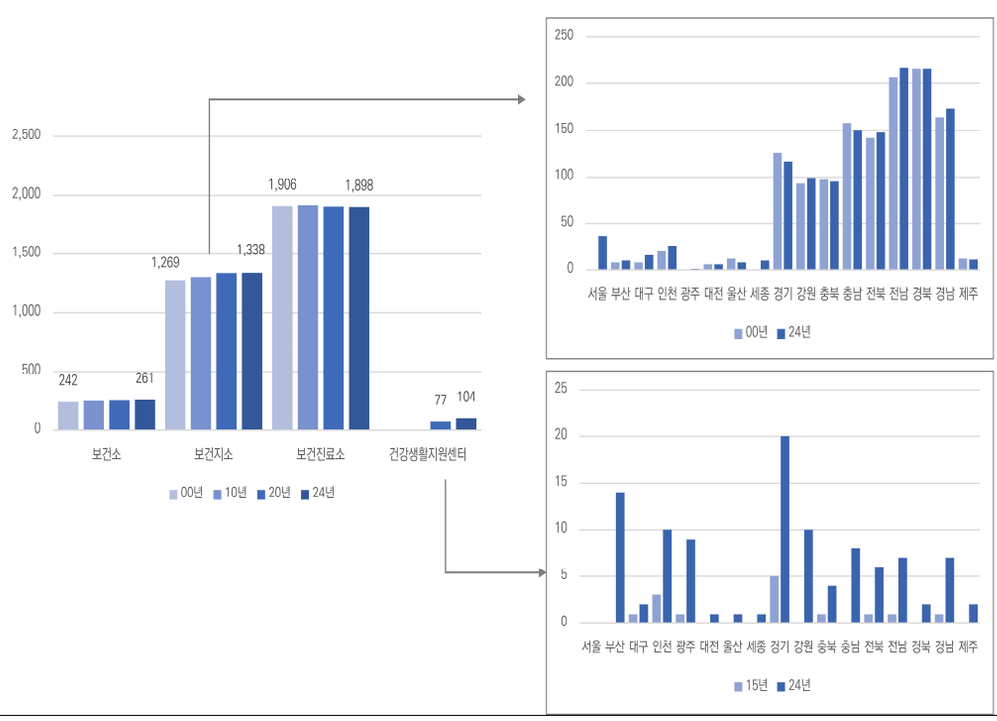
보건의료 자원과 건강수준, 의료이용과의 상관성

- 시도별 주요 건강결과 지표는 시도별 보건의료인력수(의사, 간호사)와 대체로 상관성이 없다?
- 급성기병원 병상수가 많을수록 예방가능한 입원율이 높아진다?

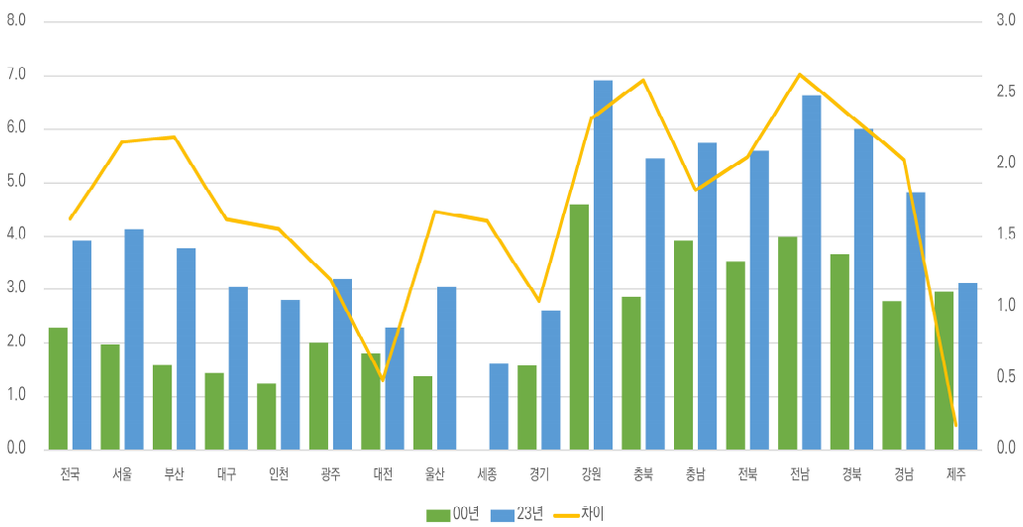
	인구10만명당 전체 의사수	인구10만명당 병원 종사 의사수	인구10만명당 전체 간호사수	인구10만명당 급성병원 병상수	인구10만명당 종합병원(300+) 병상수
건강기대수명	0.0311	0.0730	-0.3247	-0.6540*	-0.2143
기대수명	0.4649#	0.5489*	0.1122	-0.5318*	0.0804
치료가능 사망률	-0.1773	-0.2076	-0.0432	0.3481	-0.0402
고혈압 입원율	-0.0644	-0.1161	0.2540	0.7135**	0.0340
당뇨병만성합병증 입원율	-0.0839	-0.1090	0.2479	0.6779**	-0.0322
협심증 입원율	-0.0964	-0.1587	-0.0437	-0.0763	-0.1192
만성폐쇄성폐질환 입원율	-0.1898	-0.2624	0.1272	0.5496*	-0.1895
폐렴 입원율	0.0801	0.1767	0.4483#	0.6972**	0.0988

#: <0.1, *: <0.05, **: <0.01

지역 보건의료기관수의 변화('00~'24)



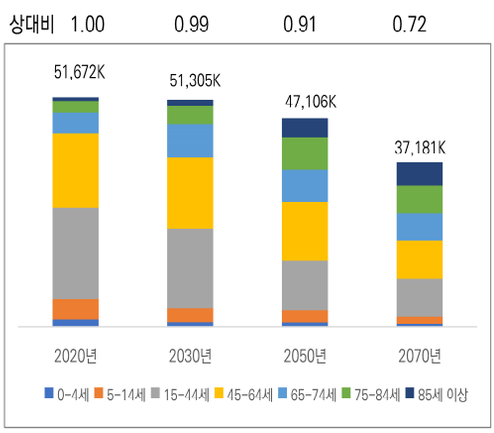
시도별 보건소 인력 분포의 변화



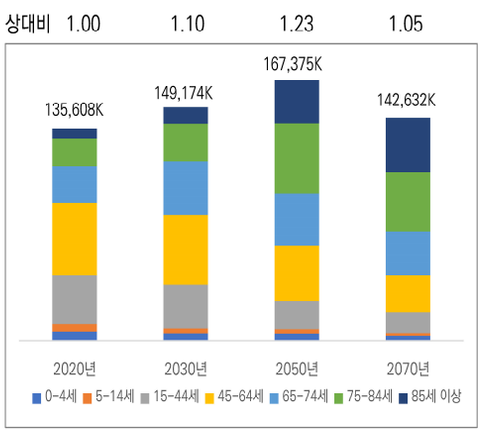
자료원: 동계청, 시도별 보건소인력 동계
인구 1만명당 보건소 인력수. 세종은 15년과 23년의 차이임.

성별, 연령별 필요도에 기반한 가중 인구 추계 1

• 실제 인구의 감소와 보건의료 필요를 고려한 인구 감소는 양상과 속도가 다르다.



자료원: 전국 2022년 기준 추계인구(중위추계), 통계청



가중인구 산출 기준:
- 통계청 2022년 기준 추계인구 자료를 활용하여 영국 GP 등록인구 수가 산출에 사용하는 성별, 연령별 가중값에 적용하여 계산(24년 기준)

	0-4세	5-14세	15-44세	45-64세	65-74세	74-64세	85+
남성	3.97	1	1.02	2.15	4.19	5.81	6.27
여성	3.64	1.04	2.19	3.36	4.9	6.56	6.72

성별, 연령별 필요에 기반한 가중 인구 추계 2

- 2050년까지 실제 인구는 감소하지만, 모든 지역에서 가중 인구는 증가
- 보건의료 인력 생산성 향상과 의료필요의 획기적 감소가 없는 한 지역보건의료인력 수요는 계속 증가하고 격차도 증가



보건의료인력 직역별 현황 및 여건

	의사	간호사	약사	의료기사
양	·양적 부족 ·일차진료의 부족	·양성의 급격한 확대	·약사수의 지속적 증가 (임상약사수는 부족)	·국가 수급정책에서 고려 부족
질	·열악한 수련환경, 세부전문분야 중심	·간호실습교육의 질 저하 ·간호사 역할과 역량의 요구 확대		·인력의 효과적 활용 및 자질 향상 방안 필요
분포	·지리적 불균등 분포 ·의료기관 유형별 분포 ·전문과목별 불균형	·지역별 간호사 분포 불균형		
기타	·의료인 팀 기반 협업체계 미비 ·의사인력정책 거버넌스 부재	·간호인력 간 업무 범위 갈등 ·전문간호사 업무영역 불균형 ·국가재난 상황에서 간호인력 확보 및 시스템 부재	·약사 직능의 다양화	·인력양성체계의 다양성에 비해 면허체계는 단일화 ·근무환경 개선 및 복지향상 대책 의료기사 인력간 업무범위 갈등

자료원: 신영석 외, 보건의료인력 종합계획 및 중장기 수급체계 연구, 2020

그 간 지역보건의료인력 양성을 위한 정책들

- 의사
  - 공중보건의사 제도
    - 농어촌 등 취약지역에 3년 간 의무 복무(농어촌의료법)
  - 공중보건장학생(공중보건장학법)
    - 2년에서 5년 의무 복무
    - 등록금 등 학업에 필요한 경비 지원(학기 당 1,020만원)
    - 선발 22명, 의무복무 4명 (25년 3월 기준)
  - 지역의사제(근거법 없음. 미시행)
  - 공공의대 설립(근거법 없음. 미시행)
  - 시니어 의사 배치(25년 110명 배치 계획)
- 간호사
  - 보건진료원(농어촌의료법)
    - 간호사, 조산사 중 도서벽오지 배치
    - 경미한 의료행위 수행
  - 공중보건장학생(공중보건장학법)
    - 2년에서 4년 의무 복무
    - 등록금 등 학업에 필요한 경비 지원(학기당 820만원)
    - 선발 168명, 의무복무 74명 (25년 3월 기준)
  - 간호대학 및 간호대학 정원 확충
- 그 외 인력
  - 약대 신설 및 대학별 자발적 보건의료 관련 학과 신설 외 특별한 정책 없음

	총계	보건(지)소	병원선 등	국공립 병원	국가 보건기관	응급의료기관	보건단체 복지시설	교정시설 등
의사	1,432	1,175	7	107	21	84	3	35
치과	657	561	8	32	28	-	-	58
한의과	1,056	980	9	9	9	1	1	2
계	3,154	2,716	24	193	58	85	4	95

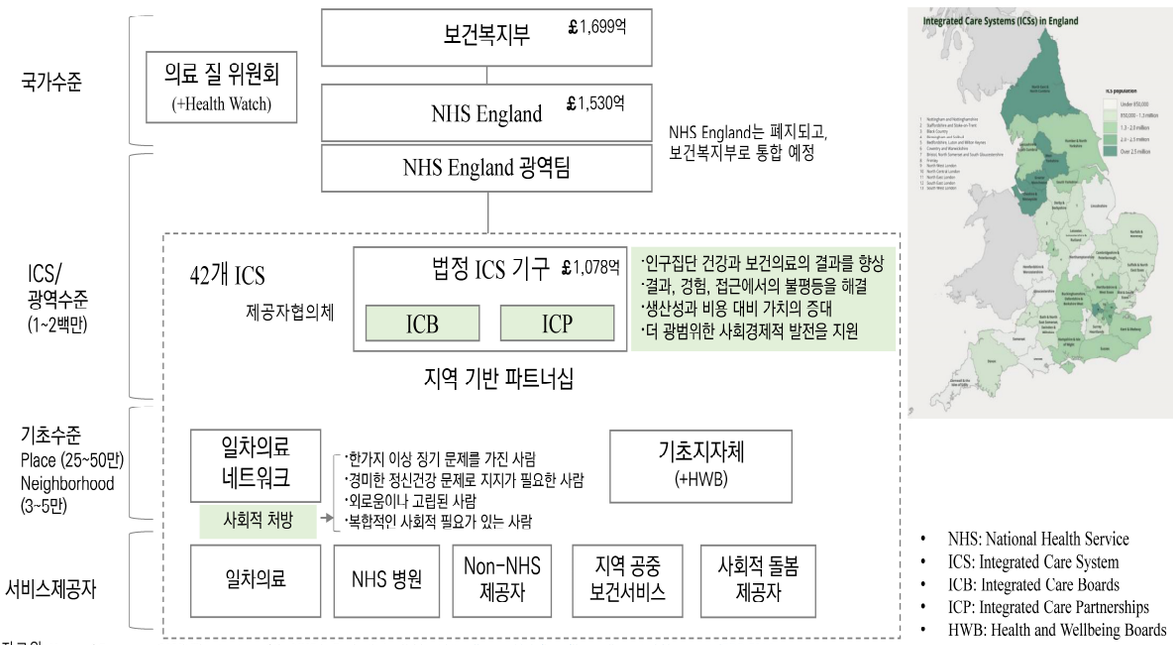
보건복지부, 23년 4월말 기준

1. 질병 · 부상상태를 판별하기 위한 진찰 · 검사
2. 환자의 이송
3. 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 처치 및 응급 조치가 필요한 환자에 대한 응급처치
4. 질병 · 부상의 악화 방지를 위한 처치
5. 만성병 환자의 요양지도 및 관리
6. 정상분만 시의 분만 도움
7. 예방접종
8. 제1호부터 제7호까지의 의료행위에 따르는 의약품의 투여

영국(잉글랜드)의 지역 기반 통합케어 체계 구축

- NHS Long-term Plan(2019), Health and Care Act(2022)에 근거

영국(잉글랜드)의 지역통합케어체계



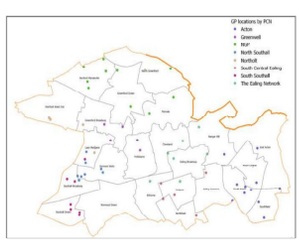
- NHS: National Health Service
- ICS: Integrated Care System
- ICB: Integrated Care Boards
- ICP: Integrated Care Partnerships
- HWB: Health and Wellbeing Boards

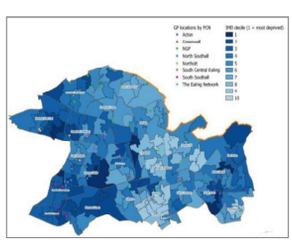
자료원: IIouse of Commons, (2023) The structure of the NIIS in England, Available at https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206
Charles A. (2022). Integrated care systems explained. Making sense of systems, places and neighborhoods. The King's Fund.
NHS England, Social prescribing, Available at https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/
NHS England, Core20PLUS5-and approach to reducing healthcare inequalities, Available at https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/national-healthcare-inequalities-improvement-programme/core20plus5/

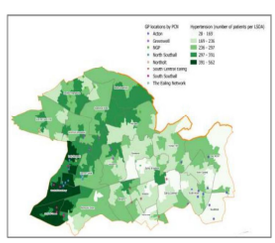
영국 PCN 예: 런던 북서부 ICS의 Earling 자치구

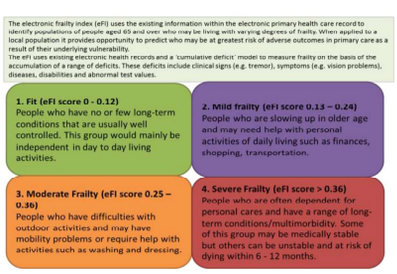


영국 북서부지역 ICS


Earling구의 PCN과 GP surgery 분포
-8개 PCN (5-14 GP surgery)
-69개 GP surgery

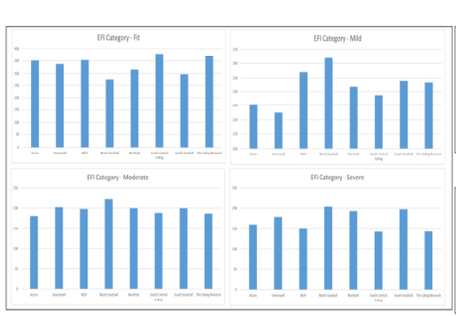

Earling구의 지역박탈지수 분포


Earling구의 고혈압 분포

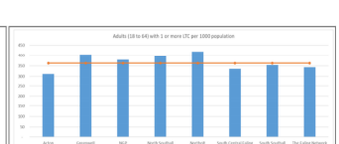


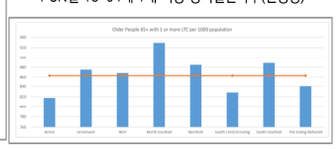
65세 이상 노쇠검사 결과 범주

EMR 기반 노쇠판정: 36개 지표 중 해당되는 지표의 비율
-중증노쇠 3%, 중등도 12%, 경도 35%, 정상 50%



PCN별 65세 이상 1,000명당 노쇠 범주별 인구


PCN별 18~64세 1개 이상 장기질환자수(천명당)


PCN별 65세 이상 1개 이상 장기질환자수(천명당)

완치는 어렵지만, 관리와 치료를 통해 증상을 조절할 수 있는 질병을 뜻하며, 일반적으로 1년 이상 지속되는 건강 상태

영국의 일차의료네트워크

- 목적
  - 일차의료네트워크(Primary Care Network, PCN)는 지리적으로 인접한 GP 의원들로 구성되는 조직으로, 지역사회의 타 제공기관과 협력하여 개별 GP 의료기관에서는 제공하기 어려운 포괄적인 서비스를 지역 주민들에게 제공함
- 2019년 7월 1일부터 잉글랜드의 모든 환자는 PCN에 등록되어야 함
  - 일차의료네트워크는 3만명~5만명 수준의 인구집단을 관할(평균적으로 한 GP 의료기관이 8,000명 정도의 인구를 관할)하며, 잉글랜드 전역에 걸쳐 1,250개 정도의 일차의료네트워크가 있음. 이 중 1/3 이상이 5만명 이상의 인구집단을 관할하고 있음
- PCN은 법적 조직은 아니지만, 기존 GP 의원들이 협력하도록 지원하는 자금을 공유하도록 하고 있음.
- PCN을 통해 이루어지는 서비스를 '지정 강화 서비스(Directed Enhanced Services, DES)'로 명명
  - 개별 GP 의료기관에서 체결하는 수가계약 외에 PCN을 위한 별도의 수가계약이 이루어짐. 거의 대다수인 99%의 GP 의료기관들이 DES 계약을 체결함.
- 기대하는 바
  - PCN을 통해 기존 개별 GP의원들에게 제공되었던 일차의료서비스를 지역의 필요에 부합하며, 환자의 요구에 대응하는 방식으로 보다 다양하고 효과적으로 제공할 뿐 아니라, 일차의료의 위상을 높일 수 있을 것으로 기대

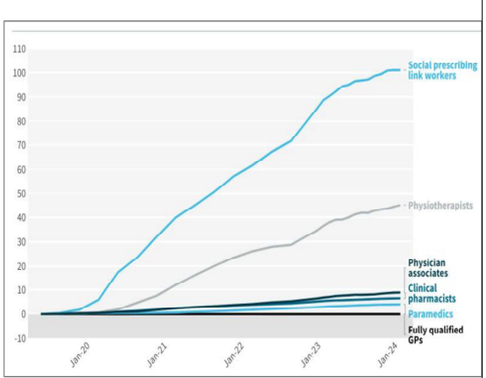
자료원: Fisher R., Thorlby R., Alderwick H. (2019). Briefing: Understanding primary care networks, The Health Foundation.

일차의료 네트워크에서의 보건의료 인력

- PCN은 환자 중심의 포괄적 서비스를 제공하기 위하여 다양한 인력을 고용하여 개별 GP 의료기관에서 제공하는 서비스 외의 서비스를 제공함.
- 인력의 교육훈련: Health Education England에서 맡았으나, 최근 NHS England(보건복지부로 통합)로 흡수

〈PCN에서 ARRS의 다학제적 역할 수행을 위한 고용 인력〉

-개인 맞춤형 케어 인력: 케어 코디네이터, 보건복지 상담사, **사회적 처방 연계 관리사**
-임상 약사
-약제사
-GP 의뢰없이 가능한 물리 치료사(First contact physiotherapists)
-작업 치료사
-응급 구조사
-족부 치료사
-영양사
-상급 임상실무자
-간호 보조사 및 간호 보조사 교육생
-의사 보조인력
-의원 보조 사무인력
-디지털 및 변화관리 책임자



자료원: NHS Digital, NHSBSA

*일차의료 관련 신규 인력은 증가하는 반면, GP는 2019년과 거의 동일

일차의료 네트워크에서의 비전문 인력 양성

- 사회적 처방(Social Prescription)
  - NHS 장기계획(2019)에서 제시된 보편적 맞춤형 케어(Universal Personalised Care) 실현을 위한 핵심 사업
    - 간단히 말하면, GP에 의한 지역사회 의뢰로 NHS에서 오랜 동안 수행되었으나 특별히 주목을 받지 못했음.
  - 모든 연령, 전체인구를 대상으로 하지만, 특히 다음의 대상을 고려
    - 한 개 이상의 장기 질환(상태)을 앓고 있는 사람
    - 경미한 정신적 건강 문제가 있으면서 지지가 필요한 사람
    - 외로움이나 고립을 느끼는 사람
    - 삶의 질에 영향을 주는 복잡한 사회적 필요가 있는 사람
  - 본 사업은 PCN에 통합되어 수행하며, GP 의료기관을 통해 처방이 내려짐
- 연계 관리사(Link worker)
  - 사회적 처방을 수행하기 위하여 NHS에 고용된 인력으로, 지역 주민과 지역사회 자원을 연결한다는 의미
  - 주민들의 건강과 웰빙에 영향을 미치는 임상적, 사회적, 정서적 필요를 충족시키는 활동과 서비스를 대상으로 하며, 여기에는 주거, 재정, 복지 상담과 같은 공공서비스를 포함함.
  - 2024년 현재 잉글랜드 전역에 3,500명 이상의 연계 관리사가 고용되어 있으며, 250만명 이상의 사람들이 연계 관리사로 의뢰됨

자료원:
Buck D, Ewbank L (2020). What is social prescribing?. The King's Fund.
https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/
https://socialprescribingacademy.org.uk/resources/the-future-of-social-prescribing-in-england/

영국의 일차의료 네트워크

서비스 영역	도입 시기	예시
약물 평가와 적정성	2020/21	• 부적절한 항생제 사용을 포함한 과다 약물복용 문제를 직접 해결 • 노쇠 노인을 포함한 우선순위 집단을 중심으로
홈케어 부가서비스	2020/21	• 네트워크 회원들이 2014/15년에서 2017/18년 간 시범사업으로 수행한 선도 모델을 수행
예측 케어	2020/21	• 건강상태가 좋지 않을 가능성이 높은 고위험 환자에게 보다 적극적인 케어를 제공할 수 있도록 협력
개인 맞춤형 케어	2020/21	• 포괄적 개인맞춤형 케어 모델을 실행
조기 암 진단 지원	2020/21	• 암검진 수검률을 높이고 신속한 검사를 보장
심혈관질환 예방과 진단	2021/22	• 시범사업으로 미진단 환자를 확인하는 가장 유력한 접근법을 확인하고, 향후 PCN 전체로 배포
지역 불평등 해결	2021/22	• 시범사업을 통해 접근법을 개발하고, 각 PCN의 관할 지역의 맥락적 특성에 맞추어 적용

자료원: NHS England and BMA. Investment and evolution: A five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan. 2019. Available from: www.england.nhs.uk/publication/gp-contract-five-year-framework

- 일차의료 네트워크에서 제공하는 비의료적 서비스
  - 금전, 음식 또는 주거 문제 걱정
  - 돌봄 제공자를 위한 지원
  - 가정 내 지원 또는 개인 돌봄서비스 이용
  - 정신적, 정서적, 신체적 건강의 향상
  - 만성 상태의 자가 관리
  - 이동 보조기기 대여
  - 지역 교통 수단 확보
  - 지역사회 및 사회활동 모임 참여
  - 중독 문제에 대한 지원
  - 요양시설 관련 상담
  - 필요 시 반려동물 돌봄 서비스

지역보건의료 인력 과제

보건의료인력의 추진과제

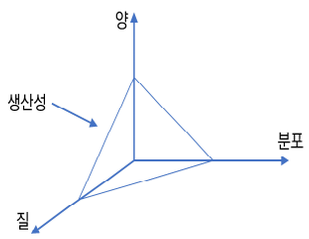
의사	간호사	의료기사
·의사인력 확충과 분포 개선(양, 분포) -지역의료체계와 연계한 지역의사제 도입 -지역거점병원의 확충과 지역의료체계 구축 -시도별 전공의 총정원제 도입	·간호사의 적정 수급 관리(양) -간호서비스 수요증가 대응을 위한 인력공급 장기대책 마련 -체계적인 간호사 추적 관리시스템 도입 -의료기관 근무 간호사 이직률 감소	국가 수급정책 대상으로 실질적 편입 -의료기사 수급체계 정례화 -수급과 분포를 고려한 의료기사 인력 관리정책 수립
·일차진료의사와 전문의 양성 합리화(질, 분포) -전문과목별 추계에 기반한 과목별 정원 조정 -일반의학과 지역사회 중심 수련체계 개편 -전공의 수련 재정지원을 통한 수련체계 개선	·교육훈련 강화를 위한 양질의 간호사 양성(질) -간호교육 개선을 위한 거버넌스 구축 -간호대학 실습 내실화 -의료기관 근무 간호사 이직률 감소	질적 수준 상향 지원 -인력 양성을 위한 교육체계 개선 -인력 질 제고를 위한 면허체계 개선
·의사인력 거버넌스 구축 -보건의료인력정책심의위 중심의 거버넌스 구축 -의사인력정책의 통합성 강화 -보건의료정책과 의사인력정책의 통합 -보건의료인력원 설립	·공공보건의료 강화를 위한 간호사 양성 및 배치(양, 분포) -국가 재난상황을 대비한 간호시스템 구축 -의료 취약지 및 공공의료분야 간호사 공급 대책 마련	의료기사 현안 논의를 위한 기반 마련
·의사와 전문간호사간 협업체계 도입 -의사 지도하에 전문간호사 중심의 협업체계 구축	·간호인력의 효율적 활용방안 모색 -간호인력 간 법적 관계에 대한 이해 증진 -의료기관 간호사 배치 기준 정비 -전문간호사 활성화	

자료원: 신영석 외, 보건의료인력 종합계획 및 중장기 수급체계 연구, 2020

성공적 보건의료인력 계획

- 보건의료인력 계획
  - 적절한 시기와 적절한 장소에서, 적절한 수와 적절한 역량을 갖춘 보건의료 인력을 확보함으로써
  - 이용자의 수요를 충족시키는 양질의 서비스를 제공하고, 예산의 범위 내에서 운영하는 것

- 보건의료 인력계획의 주요 요소
  - 양적 공급
  - 질적 수준
  - 분포
  - 생산성(효율성)



- 지역 보건의료체계에 기반한 보건의료인력 계획 수립
  - 현재는 지역보건의료가 체계화, 조직화되어 있지 않고 각각의 영역이 분절적으로 운영
  - 지역 보건의료체계가 확립되어야 지역보건의료 인력 계획 수립과 운용이 효과적
    - 지역보건의료인력 대다수가 보건의료 시설에서 활동하므로 이에 대한 고려없는 독립적인 지역보건의료인력 양성 계획은 한계가 명확

- 지역 보건의료의 필요 예측에 따른 보건의료인력 수급 예측

지역보건의료인력 양성을 위한 기본 접근

	학부(대학원) 과정	→ 시장 진입 탈락 최소화	노동 시장	
양	·지역별 적정 입학 정원 배정 ·지역인재 선발 전형 확대		·지역별 보건의료인력 정원제 ·지역 특성에 맞는 유연한 근무 환경 조성 ·준 보건의료인력의 양성(마을건강활동가 등)	생산성 향상을 위한 지원 시스템 개발
분포	· 의료취약지(농촌 등) 근무의사 할당제 · 국가 필수 보건의료인재 양성 기관 설립		· 지역 기반 보건의료체계의 구축(재정과 관리 기전 통합) · 공동수련과정을 통한 지역의료의 이해도 향상 · 지역별 균형있는 병의원 시설 배치(공공병원 확충 등) · 농어촌 등 의료취약지에 공공형 일차의료센터 확충 · 의료취약지 지역 가산 수가	
질	· 교육기관 인증제도 강화 · 지역사회 기반 의료 교육 강화 · 포괄적 보건의료 교육(의료+공중보건) · 지역별 교육자 연수기관 지정		· 지역별 보건의료인력 지원 센터 설립 · 지역 공중보건인력의 표준 역량 개발과 교육 · 지역 보건의료적 관점에서의 보수교육훈련 강화	

(참고) 독일의 농촌지역의사 할당제(Landarztquote)

- 주별로 의과대학 입학 정원의 일부(6~8%)를 농촌지역 의사로 희망하는 자에게 할당
- 독일 16개 중에서 11개 주에서 시행(대학지원 외 해당 주 전용 신청 포털 지원)
- 수련: 일반의(가정의) 또는 내과 전문의 과정을 의무 이수(5년 수련, 다른 전공은 불허)
- 근무기간: 수련을 마친 후 최소 10년간 농촌에서 일반의로 근무
- 지역 배치: 의료 공급 부족 지역 또는 우려 지역
- 계약 위반 시 25만 유로의 위약금 부과

〈바이에른 주의 입학 전형〉

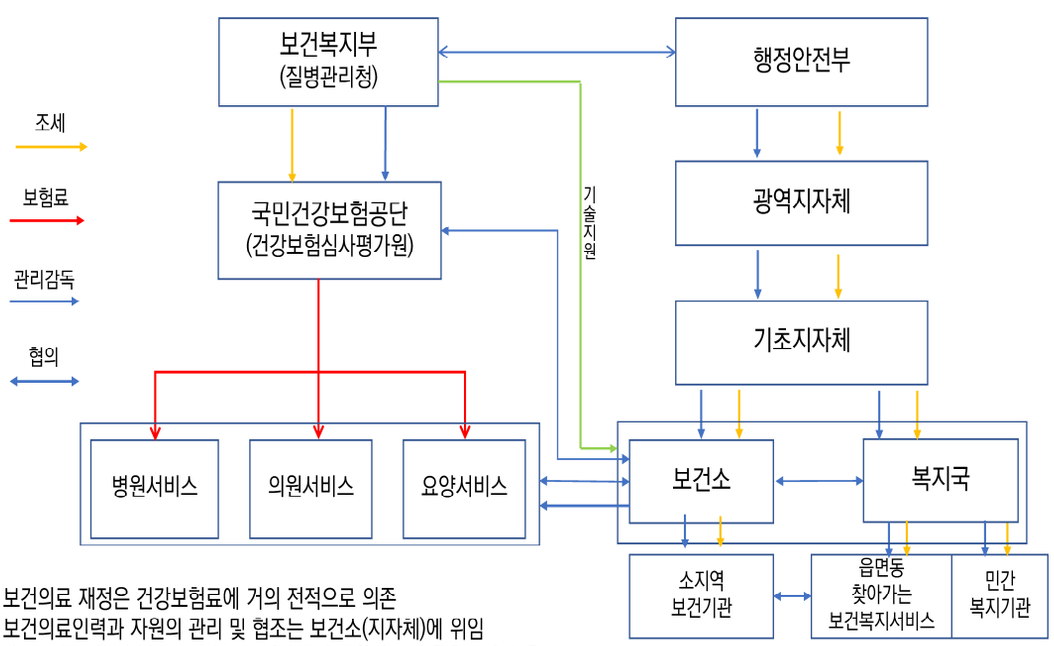
1단계: 서류 평가
- -의대적성시험
- -보건의료 관련 직업훈련 이수, 업무 경력
- -자원봉사 활동 종류 및 기간 등
- -연방 자원봉사 또는 사회봉사 프로그램 이수 여부

2단계: 구조화된 면접 평가
- - 지원동기, 인성, 핵심 역량 평가
- - 4개의 짧은 면접(각각 5분), 10분간 개별 심층 면접

주	도입시기	적용 대학	정원(25년)
Baden-Württemberg	21/22학기	Freiburg, Heidelberg, Heidelberg-Mannheim, Tübingen, Ulm	75명
Bayern	20/21학기	Augsburg, Erlangen-Nürnberg, Erlangen-Bayreuth, München, Regensburg, Würzburg	115명
Hessen	22/23학기	Frankfurt, Gießen, Marburg	65명
Mecklenburg-Vorpommern	21/22학기	Greifswald, Rostock	31명
Niedersachsen	23/24학기	Hannover, Göttingen, Oldenburg	60명
Nordrhein-Westfalen	19/20학기	Aachen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Duisburg-Essen, Düsseldorf, Köln, Münster	7.8%
Rheinland-Pfalz	20/21학기	Mainz	14명
Saarland	20/21학기	Universität des Saarlandes	22명
Sachsen	23/23학기	Dresden, Dresden/Chemnitz, Leipzig	40명
Sachsen-Anhalt	20/21학기	Halle-Wittenberg, Magdeburg	22명
Thüringen	24/25학기	Jena	6%

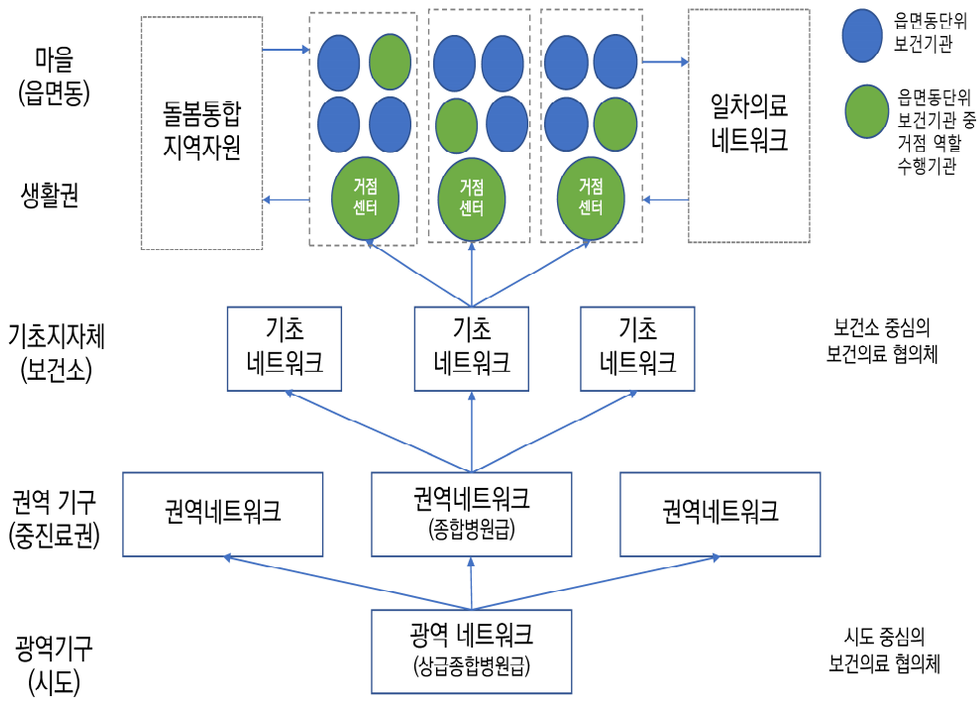
출처: https://www.praktischarzt.de/magazin/landarztquote/
https://de.wikipedia.org/wiki/Landarztquote

지역보건(복지)체계에서 재정과 관리 권한의 흐름

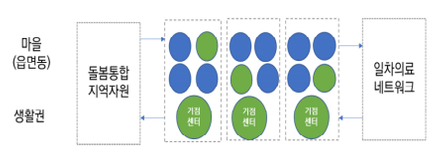


- 보건의료 재정은 건강보험료에 거의 전적으로 의존
- 보건의료인력과 자원의 관리 및 협조는 보건소(지자체)에 위임
- 재정과 관리권의 분리로 협력적 지역보건의료체계가 작동하기 어려우며, 보건의료인력 양성 계획 수립도 어려움

지역 보건의료 체계 구축



일차의료와 공중보건에 기반한 소지역 보건의료체계 구축



- 소지역 중심의 지역통합케어 네트워크 구축
  - 인구 3만명~5만명(생활권)을 기본으로 하되, 지역의 특성에 따라 조정 가능
  - 일차의료, 공중보건, 사회복지, 주민공동체를 중심으로 생활권 단위 통합케어 생태계 구축을 기반
  - 면허, 자격에 기반한 보건의료인력 양성 개념에서 마을건강활동가(영국의 링크워커)와 같은 비전문적 보건의료인력으로 확장 필요
- 농촌지역 종합보건의료센터 설립
  - 면 단위 보건지소(+보건진료소)의 기능 강화 및 인력 확충과 연동
    - 단기인력인 공중보건의에 의존하는 방식의 한계점 직면
    - 면단위 일차의료(방문진료 포함)+공중보건+돌봄통합지원 기능 수행
    - 필요에 따라서는 2개 이상의 면단위 관할
    - 인력: 의사 최소 3인 이상(공보의 포함) + 간호 인력 다수 + 공중보건 인력 다수 (예)
  - 모든 면 지역 주민을 등록 관리하는 농촌지역 주치의 제도의 거점
  - 농촌지역 개원 희망자에 무상 임대
  - 예산지원+농촌지역 수가 가산 등으로 운영의 안정성 보장
  - 서귀포 공공협력의원: 의료진 확보 실패 → 서귀포의료원에 위탁 운영
    - 국가 정책적 지원 필요, 건강보험 수가체계의 개선 필요
    - 향후 지역의사제가 도입되면, 이 제도와 연동



경청해 주셔서 감사합니다.



주제발표 2

초고령사회의 돌봄안전망을 위한 복지부문 인력 정책의 현안과 과제

강혜규 선임연구위원
(한국보건사회연구원)

보건사회연구 인사이트 포럼(2025.7.8.화)

초고령사회의 돌봄안전망을 위한 복지부문 인력 정책의 현안과 과제

강혜규
한국보건사회연구원 선임연구위원

목 차

1. 논의 배경과 범위 ····· 1
2. 돌봄통합지원법의 시행 개요 ····· 7
2. 돌봄인력의 현황과 쟁점: 요양보호사를 중심으로 ····· 12
4. 돌봄인력 정책의 과제 ····· 21
참고문헌 ····· 32

본 자료는 최근까지 필자가 작성한 원고 및 한국보건사회연구원의 연구보고서 등 (p.32. 참고문헌에 제시)을 기초로 수정·보완하여 작성하였음을 밝힘.

1. 논의 배경 및 범위

□ **노인인구 천만, 초고령사회의 도래와 함께, 돌봄이 사회적 이슈로 부상**

○ 인구, 가구 구조 변화는 **전통적인 가족 기능**의 급격한 변화를 추동

- 세계에서 가장 빠른 고령화(고령인구의 절대적 증가)
- 가구 구조 변화(1인 가구 증가)와 여성 사회참여 증가

○ **사회보장, 복지제도의 핵심 축**으로 "돌봄" 영역 부각

- 노인장기요양보험제도의 시행(2008)으로 고령화 대응
- 지역사회 통합돌봄 선도사업(2019), **의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률**(2026.3.시행) 제정으로 보다 **진전된 사회적 돌봄 체계** 마련 시동

○ **돌봄의 강화**(양적 확대, 질적 향상)와 **안정성 제고**를 위한 다차원의 준비 필요

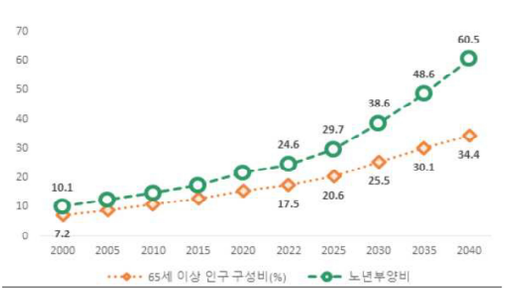
- 중앙정부, 지자체, 공공기관, 서비스기관, 보건-의료기관 등 각 주체별 역할의 변화(새로운 역할 및 기존 역할의 강화)를 통해 **지역별 돌봄 안전망 완비**

1

□ **돌봄필요 인구의 대폭 증가**

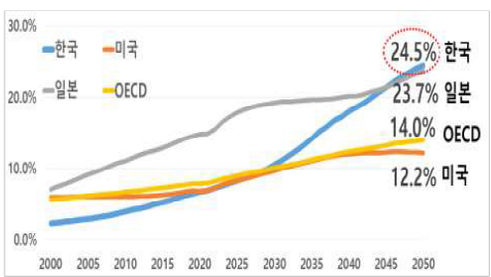
○ 초고령화의 가속화에 따라(65세 이상 인구 현재 20.6%, 2030년 25.5%) 돌봄-요양-의료 필요가 높은 75세 이상 **후기고령인구**도 대폭 증가, 2050년에는 전체 인구 중 24.5%로 예상(2025년 4,367천명, 2030년 5,496천명)

〈노인인구(65+) 비중 및 노년부양비(%)〉



자료: 통계청(2021d). 장래인구추계(2020년까지는 행정안전부 주민등록인구)
출처: 강은나 외(2022), 제3차 장기요양기본계획 수립 연구.

〈75세 이상 인구비중 추이〉



자료: 통계청, OECD
출처: 저출산고령사회위원회(2024.12.)

2

○ 기대수명과 건강수명 격차인 유병기간이 증가하고 치매, 일상생활 수행 어려운 장기요양등급자도 크게 증가

- **유병기간**: 15.2세('12) → 16.9세('22)
- **치매환자**: 98만명('23) → 315만명('50)
- **장기요양등급자**: 109.8만명('23) → 160만명('30)

○ 가족돌봄에 대한 인식이 약화되면서 일상생활, 사회관계 등에 전문가 돌봄이 필요한 노인단독가구(독거+노인부부가구) 지속 증가

- **노인 단독가구**: 66.8%('08) → 88.0%('23)(노인실태조사, 2023)

3

노인 인구	• 노인 인구 비율(2023년 통계청 장래인구추계) - 65세 이상: **17.4%**(2022) ➡ 47.7%(2072) - 75세 이상: **7.3%**(2022) ➡ 31.9%(2072) - 85세 이상: **1.8%**(2022) ➡ 14.3%(2072) • **1인 가구(독거노인) 32.8%**, 2020년 대비 13.0%p 증가 • 부부가구 55.2% , 자녀동거 가구 10.3%
돌봄-요양 서비스 이용자 (2022년 기준)	• (A+B+C) 65세 이상 노인의 **13.1%(19.3%**: 맞돌 일반 및 요양병원 입원 포함) • (A.장기요양) 983천명 - **재가 66.8만명, 시설 19.5만명** • (B. 맞돌) 중점 5.3만명, 일반 43.6만명 • (C. 요양병원) **22만명** 추정
돌봄 인프라 (2022년 기준)	• (요양병원) 1,435개소, 272개 병상 • (장기요양) 재가 21,334개소, 시설 6,150개소 - 요양보호사 564천명, 사회복지사 34천명, 간호(조무)사 18천명 • (맞돌서비스) 464개소 - 사회복지사 24천명, 생활지원사 33천명 • (재택의료센터) 95개소(2024) (2027년까지 250개소로 확대)

자료: 이윤경(2024.11.27.), 초고령사회 대응 노인돌봄의 현황과 과제, 국회도서관·한국보건사회연구원 주최 제5회 국가전략 콜로키움 자료집.

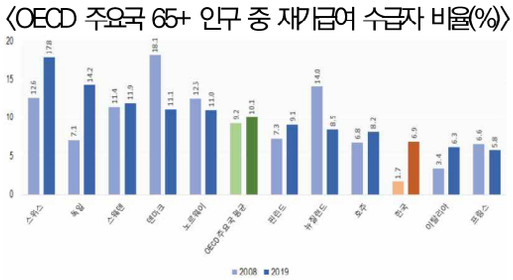
4

□ 돌봄 현실

○ 한국은 노인장기요양보험의 운영과 노인맞춤형돌봄사업(국고보조-지자체 운영), 치매안심센터 등 주요 제도적 기반을 갖춰왔지만, **"살던 곳에서 건강하고 자립적인 생활"**이 가능하도록 지원하는 **돌봄시스템의 고도화** 추진 필요

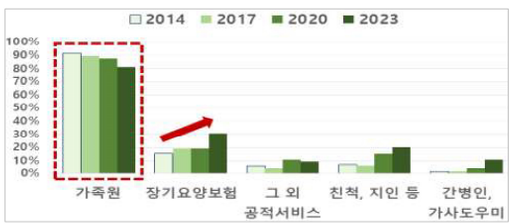
- 장기요양 재가급여 수급자 비율이 6.9%(2019년, OECD 주요국 10.1%)이며, 가족돌봄 비중이 절대적(81.4%)인 상태로 **사회적 돌봄체계 준비**가 시급한 상황

〈OECD 주요국 65+ 인구 중 재가급여 수급자 비율(%)〉



주: 국기별 개념 정의 및 자료 출처 등은 http://stats.oecd.org/ wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749에서 확인 가능
자료: OECD(2021).
출처: 강은나 외(2022), 제3차 장기요양기본계획 수립 연구.

〈돌봄 제공자 실태〉



자료: 노인실태조사(23년)
출처: 저출산고령사회위원회(2024.12.)

- 노인 돌봄의 핵심제도로서 노인장기요양보험은 와상에 가까운 1~2등급의 방문요양이 매우 제한적(최대 4시간), 살던 집에 계속 머무르는 AIP 실현 불가하며, 재활, 이동지원, 영양·식단관리, 주거 등 관련 서비스의 제도화 미흡
- 장기요양보험, 지자체 돌봄사업, 보건·의료사업 등의 분절적 운영이 지속된 바, 적절한 의료 이용과 건강 유지, 일상생활을 연계하여, 이용자의 서비스 접근성 및 효과성, 운영 효율성을 높일 지역 중심의 통합적 시스템 마련 필요

□ 논의 범위

○ 본 고에서는 "노인돌봄"을 중심으로 돌봄인력에 대해 논의하고자 함.

- 돌봄통합지원법 시행을 앞두고, 하반기에는 장애인 대상도 시범사업에 포함

법안 목적	**노쇠, 장애, 질병, 사고** 등으로 **일상생활 수행에 어려움**을 겪는 사람이 **살던 곳에서 계속**하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는 데에 필요한 사항 규정
통합 지원	통합지원 대상자에게 국가와 지방자치단체의 장이 **보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거** 등의 서비스를 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공
대상	노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 **복합적인 지원이 필요한 노인, 장애인 등**

2. 돌봄통합지원법의 시행 개요

□ **지역사회 통합돌봄 추진의 기본 방향**

○ **(개념)** 지역사회 통합돌봄은, 하나의 '정책' 또는 '사업'이 아닌 한국형 돌봄 안전망을 구현하는 **패러다임**

- 기존 제도(노인장기요양보험, 노인맞춤형돌봄사업 등)로 보장하기 어려웠던 돌봄의 문제·욕구들을 **공식화된 절차와 통합적 지원의 시스템**을 통해 고도화하는 개념

○ **(배경)** 그동안 한국의 사회적 돌봄 기반은 국가와 지자체 각각의 사업으로 발전시켜 왔으나, 돌봄관련 사업 운영과 서비스 이용-제공의 통합적 접근을 시도하여 **시너지 효과(효율화)를 창출**하려는 점, 보충적·보완적 서비스(자원 투입)를 통해 **보장성을 높이려 한다는 점**에서는 새로운 접근, 이전과 **다른 일하는 방식** 요청

- 그간 개별 제도가 발전해 왔지만, **"제한적 보장성"**의 문제와 분절적 운영의 **"비효율성"** 문제 상존

7

- 노인장기요양보험, 장애인활동지원제도 등 핵심사업도 중증도에 따른 다차원의 욕구(서비스 양과 유형), 지역자원 편차, 표준화가 어려운 대인서비스 특성으로 발생하는 기관별-제공자별 편차 등에 따라, 서비스의 충분성, 형평성의 문제 지속
- 노인 돌봄의 핵심 제도인 노인장기요양보험은 와상에 가까운 1~2등급의 방문요양이 4시간 이내로 제한적, 살던 집에 계속 머무르는 **AIP 실현 불가**
- **재활, 이동지원, 영양관리, 주거** 등 관련 서비스의 제도화 미흡

- 적절한 의료 이용과 연계한 건강 유지를 위해서는 **예방, 치료, 재활, 요양, 돌봄의 연속적 시스템** 필요
  - 특히, 재택의료, 방문간호, 건강증진, 치매안심 등 **예비노인, 전기-후기 노인 세대에 적합한 의료 이용제공 여건**과 장기요양, 맞춤돌봄 등이 연계된 **지역단위 시스템** 필요

○ **(목표) 살던 곳에 머무르는**(AIP) 선택지를 넓히고, **사회적(공적) 지지체계**를 통해 **건강하게** 일상을 누릴 **지역별** 여건 마련

- **필요한 돌봄에 충분하게 지원**

8

- 부족한 서비스 개발·확충: 중앙사업 및 지자체사업/ 공익적 사업주체(사회적 기업, 의료복지협동조합 등) 확대

- **끊김없는 의료-요양-돌봄의 연속적 지원**
  - 예방관리, 재가요양, 일차의료, 재택의료, 생애말기 의료·돌봄의 끊김없는 서비스 시스템 마련
  - 관련 주체들의 긴밀하고 공식적인 협업
  - 살던 곳에 머무르는 선택지 확대를 위한 지원주택 등 주거서비스 대폭 강화
- **제도 운영 개선**
  - 국가의 표준적 제도 운영 ➜ 지자체별 유연한 돌봄 체계 마련
  - 중앙제도별 대상기준/급여기준 제한 ➜ 지자체 설계로 돌봄 수요 충족도 향상
  - 요양병원(사회적입원) ➜ 자원의 효율적 배분

○ “돌봄통합지원”이 완전히 새로운 사업을 펼치는 것은 아니지만, **정책 방향성**(살던 곳에서 건강하게 거주), **일하는 방식**(다양한 주체의 협업, 연결), **통합적 접근**(분절적 사업 운영 개선) 등의 획기적 변화를 추동할 것으로 기대

9

□ **돌봄통합지원법 시행 전후의 주요 변화 내용**

	법 시행 전	법 시행 이후
정책 목표	• 건강, 안전, 행복한 노후 영위 • 돌봄의 개별사업(노인장기요양보험, 지자체 노인맞춤형 돌봄 등) 운영	• **의료-요양-돌봄의 연속적, 통합적 지원을 위한 시스템 구축** - 예방관리, 재가요양, 일차의료, 재택의료, 생애말기 의료·돌봄의 끊김없는 서비스 • 살던 곳에 머무를(AIP) 기반 마련 - 지원주택 등 주거정책 결합
운영 주체	• 국민건강보험공단(장기요양보험) • 시군구(노인맞춤형돌봄) • 보건소, 치매안심센터 등	• **지자체장에게 돌봄 책임 명시적 부여** • 정부(국고+지자체)사업의 통합적 운영 • 건보공단(전문기관)과의 상황, 정보 공유 • 지자체(총괄-조정), 건보공단, 보건소, 공공의료·재택의료 등, 민간서비스기관, 사회적경제, 지역공동체의 강한 연계
절차	• 사업별 신청 • 사업별 개별 절차 진행	• 돌봄 관련 (읍면동 창구) 일괄 신청-발굴 • 지자체 주도 통합적 절차 진행

10

주요 전략	• 중앙-보험 중심의 표준적 돌봄 설계 • 서비스 진입: 건보공단 인정조사(장기요양), 지자체/수행기관 선정(맞돌 등)	• **이용자 욕구에서 출발하는 재량적 설계** + 표준적 서비스 활용 • **서비스 평가**(사전조사-통합판정-종합판정)
서비스 수준	• 노인장기요양(재가 67만, 시설 20만) • 맞돌(중점 5.3만, 일반 43.6만) • 요양병원(22만 추정)	• 살던 곳 거주(AIP)의 선택지를 최대화 - **요양병원 사회적입원** 최소화 • 노인장기요양 재가급여의 한계 보완 - 1-2등급 방문요양 시간(4시간 최대) 보완 - **재택 의료, 간호, 재활, 이동, 영양** 등 강화 • 치매 예방, 건강 증진 등 **예방적 서비스** 강화
주요 행정 인력	• (신청-조사) 건보 장기요양요원	• (신청-조사) 건보 장기요양요원 및 지자체 공무원(사회복지담당, 방문간호사 등) • (개인계획 수립-서비스연계) 지자체 공무원

11

3. 돌봄인력의 현황과 쟁점: 요양보호사를 중심으로

□ 돌봄인력의 범위와 현황

○ 노인장기요양 관련 인력은 사회복지사, 의사, 간호사·간호조무사, 치과위생사, 물리치료사, 작업치료사, 요양보호사, 영양사

〈표 1〉 장기요양기관 인력 현황

(단위: 명)

	사회복지사	의사 (계약의사 포함)	간호사	간호조무사	치과위생사	물리치료사	작업치료사	**요양보호사**	영양사
계	39,499	2,400	4,385	15,967	7	2,029	1,235	**610,069**	1,229
재가	30,002	71	2,620	6,209	6	382	170	**522,996**	111
시설	9,589	2,373	1,824	10,569	1	1,730	1,103	**94,379**	1,128

출처: 국민건강보험공단, 2023 노인장기요양보험통계연보.

〈표 2〉 장기요양기관 현황

(단위: 개소)

계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간 보호	단기보호	복지용구	노인요양 시설	노인요양 공동생활가정
28,366	17,475	11,799	830	5,235 (190,510)	108	2,071	4,568 (231,406)	1,701 (15,071)

출처: 국민건강보험공단, 2023 노인장기요양보험통계연보.

12

- 요양보호사는 610,069명으로, 재가기관 종사자가 522,996명
  - 방문요양기관(17,475개소) 평균 34.9명
- 재가영역은 전문인력이 매우 적어, 의료-간호, 물리치료, 작업치료, 영양서비스 등의 다양한 서비스 제공이 어려운 현실로 확인

□ 노인돌봄의 직무

○ 요양보호사의 주요 직무는 신체활동지원, 일상생활지원, 개인활동지원, 정서지원, 방문목욕 등

- 국가직무능력표준(NCS)의 직무 정의

중분류	소분류	세분류	직무정의
사회복지	사회복지서비스	일상생활기능지원	대상자의 보호·자립을 위해 일상생활 기능을 유지 및 향상시키기 위한 전문 서비스를 제공하는 일
보건	의료기술지원	요양지원	효율적인 진료 및 간호의 지원업무를 위하여 진료지원보조, 물품전달, 환자이송지원, 일상생활수행지원, 신체청결지원, 물품세척, 오염물처리, 사고예방지원, 요양보호제도 준수, 인지활동지원보조 등을 수행하는 일

출처: 김유휘 외(2022), 〈표 4-10〉; 김유휘 외(2021). 돌봄서비스 종사자 자격조건 연계 등을 통한 개편방안 연구. p.25. 〈표 2-4〉.

13

□ 자격, 직급, 교육훈련, 보상체계(김유휘 외, 2022: 109~110, 116~121)

○ 자격 기준과 업무 난이도

- 자격취득을 위해 320시간의 교육과정, 국가자격시험(요양보호사)으로, 자격취득을 위한 시간 등의 투자 수준은 낮은 편
- 자격취득 규모에 대한 관리가 부재
  - 장애인활동지원의 경우 자격 보유자가 재진입하는 경우 보수교육 부과

○ 자격 기준과 보상체계

- 장기요양서비스는 시간제 수가를 기준으로 임금을 책정
- 별도의 직급체계 부재, 직급에 따른 보수체계가 부재하고 호봉 미적용
  - 업무강도를 반영한 가산, 경력을 반영한 수당을 제공
  - 시간당 임금은 주휴수당을 반영한 최저임금 수준
  - 자격 수준, 업무 난이도가 임금 수준과 연결되지 않음

14

- 선임 요양보호사[1]: 2024년부터 보건복지부의 시범사업으로 도입
  - 자격 조건: 시설급여기관에서 60개월(5년) 이상 근무한 요양보호사 중 승급 교육을 이수한 자
  - 역할: 기존 요양보호사 업무 외에 서비스 제공기술 지도, 동료 요양보호사 교육 및 상담, 신규 요양보호사 멘토링, 사례 회의 참여, 돌봄 계획 수립 지원 등 보다 전문적이고 관리적인 역할을 수행
  - 보상: 월 15만원의 수당이 지급되며, 해당 시설에도 월 10만원이 지급

□ 입직 후 역량강화 기준

○ 보수교육 외에 종사자 개인과 제공기관의 자체적 역량강화 유인 어려운 실정

- 종사자가 보수교육 외의 역량강화 노력을 통해 얻을 수 있는 이점이 낮고, 수가 방식의 제도에서 제공기관이 서비스 질 강화 목적으로 역량강화에 투자하기에는 예산 등 여건상의 한계 존재

1) 이 내용은 Goocle Gemini 검색 결과로 정리함.

15

□ 근무시간

○ 장기요양실태조사(보건복지부, 2022) 결과, 요양보호사는 월평균 60시간 미만 근로가 31.9%로서, 사회복지사, 간호사, 물리치료사 등과 현격한 차이

- 특히 방문요양 종사의 경우, 60시간 미만 39.7%, 60~120시간 미만 42.4%

〈표 3〉 노인장기요양 인력의 월평균 근로시간(2022)

	응답자수(명)	근무시간(%)			
		60시간 미만	60~120시간미만	120~160시간미만	160시간 이상
요양보호사	**425,581**	**31.9**	**33.5**	**12.6**	**22.0**
사회복지사	32,107	0.2	1.2	12.1	86.6
간호(조무)사	18,015	5.3	2.5	15.5	76.6
물리(작업)치료사	2,853	1.0	3.4	25.0	70.6
방문요양	**321,012**	**39.7**	**42.4**	**12.5**	**5.4**
방문목욕	16,444	49.3	28.1	11.8	10.8
방문간호	1,384	61.5	12.3	3.3	22.9
주야간보호	36,167	0.6	2.9	12.6	83.9
단기보호	279	3.7	5.9	12.1	78.2
노인요양공동생활가정	8,108	0.6	1.8	9.5	88.1
노인요양시설(10~29명)	29,119	0.2	1.0	12.5	86.3
노인요양시설(30~49명)	21,256	0.5	1.6	13.1	84.8
노인요양시설(50명 이상)	44,787	0.4	1.9	15.2	82.4

출처: 통계청 KOSIS

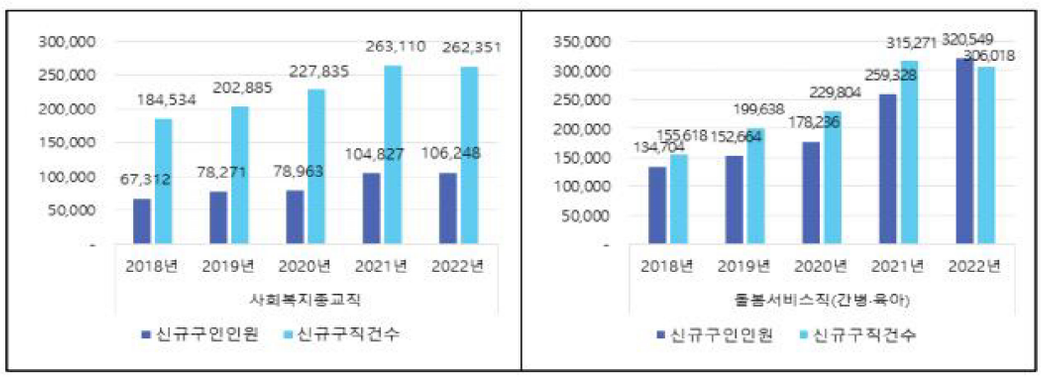
16

□ 구인-구직 현황

○ 워크넷에 등록된 구인 수(기업체 희망 수), 구직 수(일자리 희망자) 현황을 보면, 돌봄 서비스직의 구인난 확인 가능

- 최근 2022년의 돌봄서비스직은 구인인원 32만여명, 구직인원 30만6천여명

〈사회복지종교직, 돌봄서비스직(간병육아)의 구인구직 연도별 변화(2018~2022)〉

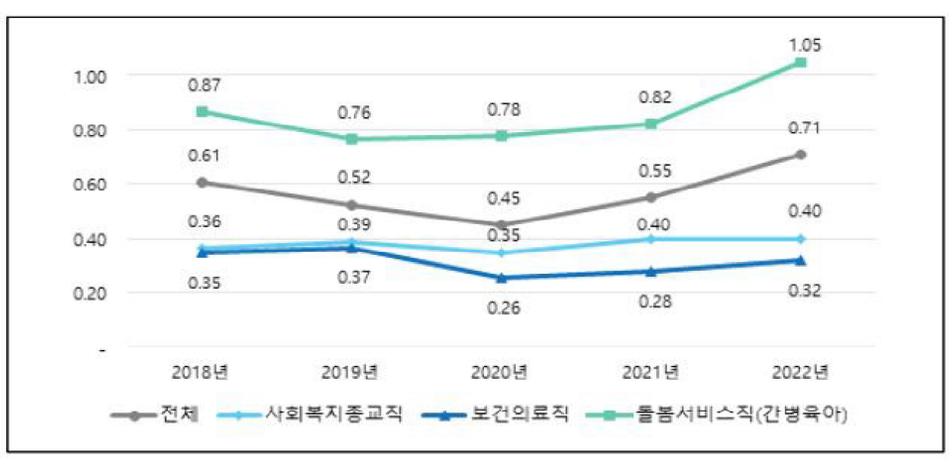


출처: 김유휘 외(2024), [그림 3-3]

17

○ 구인배수(구인 수를 구직 수로 나눈)의 증가는 돌봄서비스직이 점증하고 상대적으로 크게 높아서, 사업체가 인력 구인이 어려운 상황

〈사회복지 관련 직종의 구인배수 변화(2018~2022)〉



출처: 김유휘 외(2024), [그림 3-2]

18

○ 구인난을 보여주는 또 다른 조사결과를 보면(안수란 외, 2022). 노인요양복지시설업의 경우, 구인의 어려움이 전체 사회복지서비스업에 비해 높고,

- 취업지원자가 없었다(50.6%)는 응답이 절반을 넘었음(전체 사회복지서비스업은 32.4%).

〈표 4〉 사회복지서비스업 사업체의 인력 확보 어려움

	어려움 정도(SD)	어렵지 않았음	보통	어려웠음	계
전체 사회복지서비스업 사업체 (N, 3,500)	3.41(1.01)	16.5	34.6	48.9	100.0
노인요양복지시설 운영업 (N, 279)	3.93(0.86)	4.8	20.8	74.4	100.0

자료: 안수란 외(2022)

19

□ 임금 수준

○ 주요 사회서비스 직업별 월평균임금을 보면, 돌봄 및 보건서비스종사자 임금수준이 매우 낮은 것을 확인(전산업 대비 비율 48.5%에 불과)

- 전체 임금금로자 중 저임금근로자(중위임금의 2/3 미만) 비율도 24.0%로, 타 직종 대비 상당히 높은 편

〈표 5〉 주요 사회서비스 직업분류별 월평균 임금 및 전 산업 대비 비율, 임금근로자 중 저임금 비율(2020)

	사회복지 관련 종사자	돌봄 및 보건서비스종사자	유치원 교사	가사및육아도우미	치료 재활사 및 의료기사	의료진료 전문가	간호사	보건의료 관련 종사자
월평균 임금(만원)	210	129	248	95	269	680	307	209
- 전 산업 대비 비율(%)	78.6	48.5	92.7	35.6	100.7	254.7	115.1	78.2
임금금로자 중 저임금 비율(%)	3.1	24.0	1.2	40.7	0.8	0.0	0.5	2.7

자료: 안수란 외(2021), 〈표 2-2-8〉〈표 2-2-10〉의 내용을 일부 수정하여 제시함; 통계청. 2020년 지역별 고용조사 B 형 [데이터파일]을 활용하여 저자 분석

20

4. 돌봄 인력정책의 과제

○ 사회서비스 산업군 중 돌봄관련 종사자는, 돌봄서비스업(107만명), 종합사회서비스업(18만명), 상담 및 재활서비스업(2.5만명) 등 총 130만명에 이름(2021년 기준)(안수란 외, 2023),

- 특히 방문돌봄종사 인력(비거주 복지시설 운영)을 중심으로 향후 67만여명의 일자리 창출이 기대됨(한국고용정보원, 2023).

〈표 6〉 사회서비스 산업군 중 돌봄관련 종사자 수(2021년)

(단위: 명)

계[2] (A+B+C)	종합사회서비스업 (A)	돌봄 서비스업			건강지원 서비스업			
		소계 (B)	요양 및 돌봄 서비스업	주거보호 서비스업	소계	보건의료 서비스제공 병·의원	공공보건 및 기타 보건업	상담 및 재활서비스업(C)
1,275,355	182,058	1,068,187	1,019,232	48,955	1,146,734	1,053,807	67,817	25,110

자료: 안수란 외(2023), 사회서비스 일자리 통계 생산 및 심층분석 연구, 〈표 2-9〉를 재구성함.

주: 1) 통계청의 전국사업체조사(2021) 데이터를 재분석한 결과로서, 전체 사회서비스 산업은 핵심사업군(종합사회서비스업, 돌봄서비스업, 건강지원서비스업), 연관사업군(교육 및 역량개발 관련 사회서비스업, 문화체육관련 시설이용 지원 서비스업, 사회참여지원 서비스업, 사회서비스 관련 행정)으로 구분됨.

2) 총계는 복지부문 돌봄관련 종사자 수의 합을 의미함(보건의료 부문 병의원, 보건업을 제외).

21

〈표 7〉 취업자 수 전망

(단위: 천명)

	2017	2022	2027	2032	2022~32 취업자	
					증감 수	연평균증가율
전산업	26,725	28,089	28,789	28,398	309	0.1%
사회복지서비스업	933	1,565	1,979	2,314	750	4.0%
거주 복지시설 운영	155	211	252	281	70	2.9%
비거주 복지시설 운영	778	1,354	1,726	2,033	679	4.1%

자료: 한국고용정보원(2023), 산업별 중장기 인력수요 전망 2022~2032(통계청 「경제활동인구조사」,「지역별고용조사」)의 연구결과 재구성

□ 돌봄 일자리는 사회서비스 산업 성장을 주도해 온 핵심 사업군임에도, 일자리 질, 종사자 처우가 낮음.

○ 전반적으로 임시·일용직, 초단시간 근로의 비율이 증가하여 고용 불안정성이 높으며, 임금 수준이 낮아 직업적 전망이 있는 일자리로 인정받지 못함. 인력 고령화 현상은 장기적으로 사회서비스 인력 수급 불안정을 초래할 가능성도 있음(안수란·하태정, 2022.11.).

○ 대부분의 사회복지부문 돌봄, 서비스 일자리는 청년 세대가 지속 근무하지 못하

22

고, 중장년의 안정적 일자리로 인식되지 못하며, 중증도, 고난이도 돌봄이 필요한 영역에서는 심각한 구인난을 겪고 있고, 농어촌 지역 등의 구인 어려움이 큰 상황

- 요양보호사는 구인난이 가장 심각, 구인배수가 1 이상(전직종 평균 0.7)(김유휘 외, 2024)
- 대표적인 돌봄인력으로서 요양보호사는 자격증 취득자가 278만명이지만, 실제 활동자는 65만명(23.4%)에 불과(2023년, 보건복지부)

○ 초고령화의 빠른 진전과 함께, 돌봄 수요의 폭증에 따른 돌봄 인력 부족의 문제가 현안이며, 돌봄 분야의 인력 양성 및 확충을 위한 정책적 노력 필요

- 고령인구의 증가, 가족 내 돌봄의 어려움 등으로 돌봄, 건강, 요양, 보호·안전 등의 서비스 확충과 서비스 품질을 높여가기 위해서는 좋은 일자리의 확대가 필요불가결

○ 2000년대 중반부터 사회서비스의 제도화가 진행 중이지만, 확대되는 사회적 서비스 필요에 대응하는 다양한 서비스 제공기반이 미흡한 상황으로서, 다양

23

한 서비스를 개발하고 적정 인력을 확보함으로써, 충분한 돌봄 등 사회적 서비스 이용이 가능한 여건을 마련할 필요

- 공급자와 이용자의 대면적 관계성이 핵심인 사회서비스 영역에서 일자리 질 개선은 질 높은 서비스 제공으로 이어지고, 양질의 서비스는 신규 수요를 유인하여 고용량 증대를 유발하는 선순환 구조가 가능(안수란, 김동진 외, 2021)
- 청년 및 중장년, 노년층 모두가 취업할 수 있는 고용여건을 마련하여, 다양하고, 신뢰할 돌봄 및 서비스 이용기반을 구축

24

〈Perplexity가 정리한 노인돌봄 인력의 문제와 정책 과제〉

□ **문제**

○ 절대적인 인력 부족
- 노인 인구 증가율 대비 돌봄 인력 증가율 저조
- 구인난 심화: 현장에서 느끼는 인력 부족 체감도 높음

○ 열악한 근무 환경 및 처우
- 낮은 임금 수준: 최저임금 수준 또는 그 이하의 임금으로 인한 이직률 증가
- 열악한 노동 조건: 장시간 근무, 감정 노동, 육체적 부담
- 사회적 인식 및 낮은 위상: 전문직으로서의 인정 부족

○ 인력의 고령화 및 이직률 증가
- 대부분의 돌봄 인력 (특히 요양보호사) 고령화 심화
- 낮은 청년층 유입: 미래 인력 확보의 어려움
- 높은 이직률: 숙련된 인력의 이탈로 서비스 질 저하 우려

○ 전문성 및 역량 강화의 한계
- 초고령 사회의 복합적인 돌봄 수요에 대응할 수 있는 전문성 부족

25

- 체계적인 교육 및 보수 교육 기회 부족

○ 지역별 불균형: 도시와 농촌 간 인력 수급 불균형

○ 코로나19 등 팬데믹 상황에서의 취약성: 감염병 확산 시 인력 운영의 어려움

□ **과제**

○ 처우 개선 및 인력 유입 확대
- 임금 수준 현실화: 장기요양 수가 인상 및 인건비 비중 확대, 처우개선수당 확대
- 근무 환경 개선: 표준 근로계약서 사용 의무화, 근로기준법 준수 감독 강화, 유급 휴가 및 휴식권 보장
- 사회적 인식 제고: 돌봄 인력의 전문성 강조 및 사회적 캠페인, 홍보 강화
- 청년층 유입 방안 마련: 장학금 지원, 직업 체험 프로그램 운영, 해외 인력 도입 검토(신중한 접근 필요)

○ 전문성 강화 및 역량 개발 지원
- 맞춤형 교육 시스템 구축: 치매, 감염병 관리, 인지 기능 향상 등 전문 분야별 교육 강.
- 보수 교육 의무화 및 내실화: 주기적인 보수 교육을 통해 최신 돌봄 지식 습득 기회 제공
- 경력 개발 경로 제시: 숙련된 인력에 대한 승진 기회 및 차등 보수 지급

26

- 돌봄 로봇 및 ICT 기술 활용 교육: 인력의 업무 부담 경감 및 효율성 증대

○ 지역사회 중심의 통합 돌봄 시스템 구축
- 지역별 돌봄 인력 수급 불균형 해소: 지방자치단체 주도의 인력 양성 및 배치 계획 수립
- 다직종 간 협력 체계 강화: 요양보호사, 간호사, 사회복지사 등 다직종 간 연계 및 정보 공유 활성화
- 종합재가센터 확충: 재가 돌봄 서비스의 포괄성 및 접근성 향상

○ 돌봄 서비스 제공 주체의 다양화 및 효율적인 인력 배치
- 사회적 경제 조직 및 마을 기업 활용: 지역 기반의 돌봄 서비스 제공 주체 육성
- 자원봉사자 연계 및 활용: 보조적인 돌봄 역할 수행을 통해 인력 부담 경감
- 돌봄 로봇 및 스마트 기기 도입: 단순 반복 업무 지원, 돌봄 인력의 업무 효율성 증대

○ 지속적인 연구 및 정책 평가
- 인력 수급 예측 모델 고도화: 정확한 인력 수요 예측을 통한 선제적 대응
- 정책 효과성 평가: 도입된 정책의 성과 분석 및 개선 방안 마련

27

□ 핵심 돌봄인력의 고용조건 개선

○ 요양보호사의 경우 자격소지자는 많지만 현업 진입은 적은 상황으로, 그 원인을 명확히 분석하여 적정 임금 수준 등 고용의 안정성, 서비스의 전문역량 확보 위한 제도를 개선

○ 고난이 돌봄에 대한 적절한 보상 강화(고난도 돌봄 기피 개선)

- 현행 노인장기요양보험 방문요양의 중증 가산제 등의 인력 유인 효과가 크지 않아(방문요양: 1~2등급, 3시간 이상, 일 3천원 가산), 업무 난이도를 고려한 보상체계 마련

○ 장기근속 장려금 등 경력 보상 체계화

- 현재 요양보호사의 장기근속 장려금을 동일 기관에만 적용

○ 적정 보상을 위한 임금 기준과 정부지침 마련, 일상 점검 강화

- 시급에 기초한 요양보호사 등 일자리의 적정 임금수준 점검 개선 및 사회복지

28

시설 종사자 보수체계를 고려한 임금체계의 안정화 모색

- 돌봄유관 시설, 재가서비스 기관의 직종별 적정 임금수준, 근로형태 등을 진단하고 유형별 제도 개선 추진

□ 돌봄·서비스 분야별 인력의 적정 확보 및 운용

○ 분야별 수요를 고려한 전문인력 전반의 충족도를 점검하고, 중앙정부 차원의 '중장기 사회서비스 분야 인력 수급계획'을 수립하며, 지자체는 이를 바탕으로 지역 단위 인력 수급계획을 수립·이행하여 지역 맞춤형 서비스와 인력 공급을 체계적으로 추진

- '중장기 인력 수급계획'의 큰 틀에서 돌봄·사회서비스 분야 "인력의 양성 경로 다양화 및 전문화" 방안 마련
  - 요양보호사 등의 직종별 비활동 자격 보유자를 현장으로 유인할 수 있도록 재교육과정을 강화하고, 이와 연계된 취업 인센티브 등을 마련
  - 디지털화 등의 변화에 따른 산업 전환을 고려하여 타 산업의 인력을 돌봄 분

29

야로 유인하기 위한 전직·전환 경로 개발 및 다양한 유인책 마련

- 돌봄서비스 인력 뿐만 아니라, 사회복지사, 간호사, 심리상담사, 재활치료사, 노인스포츠지도사 등 국가공인자격, 국가전문자격 등 현행 전문인력의 돌봄 분야 배치를 확대

□ 돌봄 등 사회서비스 신직업 발굴 및 활용, 관리방안 마련

○ 사회적 필요성, 생산성(시장 수요), 안정성, 일자리의 질, 전문성(교육필요) 등을 고려한 새로운 직업군 발굴(김유휘 외, 2022)

- 개발부문: 돌봄, 보육, 보건의료, 재활, 문화여가, 정신건강, 상담, 교육, 정보제공, 역량개발, 청소년지도, 주거, 환경 등
- 주요영역: 건강관리(코칭) 및 의료, 생애말기 서비스, 일상 및 여가문화 지원, 생애경력 서비스, 상담 및 치유 관련

- 현재 드러난 수요가 높은 돌봄, 요양을 위시하여, 예방 중심의 돌봄 패러다임 전환이 가능하도록 일상적 사회서비스 이용 기반을 마련

30

- 예컨대, 신체기능 저하 이후의 돌봄 지원 뿐만 아니라, 노인스포츠지도사 등을 활용한다면, 낙상예방, 근감소 예방, 인지훈련 등 운동 프로그램을 통한 지역사회 중심의 예방적 돌봄 기반 마련이 가능
- 이와 같은 전문인력을 유관시설(노인복지시설, 주야간보호기관, 재가센터, 보건소 등)에 배치하고, 향후 장기요양 예방급여, 지역 건강관리 시범사업 등과 연계 검토(관련 인건비, 훈련비 등 재원은 건강증긴기금 등 명시 가능)

31

참고자료

강은나 외(2022), 제3차 장기요양기본계획(2023~2027) 수립 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

강혜규(2025.6.25.), 돌봄통합지원법의 정책적 의의와 과제, 한국사회복지원로회-경기도사회복지사협회 토론회 자료집

강혜규(2024.11.29.), 돌봄통합지원법 시행을 위한 사회복지행정의 도전과 과제, 한국사회복지행정학회 추계학술대회 기획세션 자료집. 한국사회복지행정학회.

강혜규·김동진·김세진·김유휘·김회성·남기철·안수란·어유경·오욱찬·이한나·전진아·유애정·최은희·박영선·서윤경·이연주·허현숙(2022a), 중장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

관계부처 합동(2025.1.23.), 보도자료(초고령화 대응방향: 지역사회 중심 통합돌봄체계 강화방안).

국민건강보험공단, 2023 노인장기요양보험통계연보.

김유휘 외(2024), 사회복지서비스 일자리 현황 분석 및 대책 마련 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

김유휘 외(2022), 사회복지시설 종사자 등 사회서비스 일자리 제도개선 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

김유휘 외(2021). 돌봄서비스 종사자 자격조건 연계 등을 통한 개편방안 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

안수란 외(2023), 사회서비스 일자리 통계 생산 및 심층분석 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

안수란 외(2022), 2022년 사회서비스 수요·공급 실태조사: 공급조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

안수란 외(2021), 미래 사회서비스 일자리 발굴 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

이윤경(2024.11.27.), 초고령사회 대응 노인돌봄의 현황과 과제, 국회도서관-한국보건사회연구원 주최 제5회 국가전략 콜로키움 자료집.

한국고용정보원(2023), 산업별 중장기 인력수요 전망 2022~2032.

32

• 감사합니다 •

33



주제발표 3

일본의 지역소멸과 보건복지 인재 확보 대책: 그 궤적과 전망

이성한 교수
(마쓰모토대학 종합경영학부)

일본의 지역소멸과 보건복지 인재확보 대책
-그 궤적과 전망-

마쓰모토대학 종합경영학부
이성한(lee.sunghan@t.matsu.ac.jp)

목차

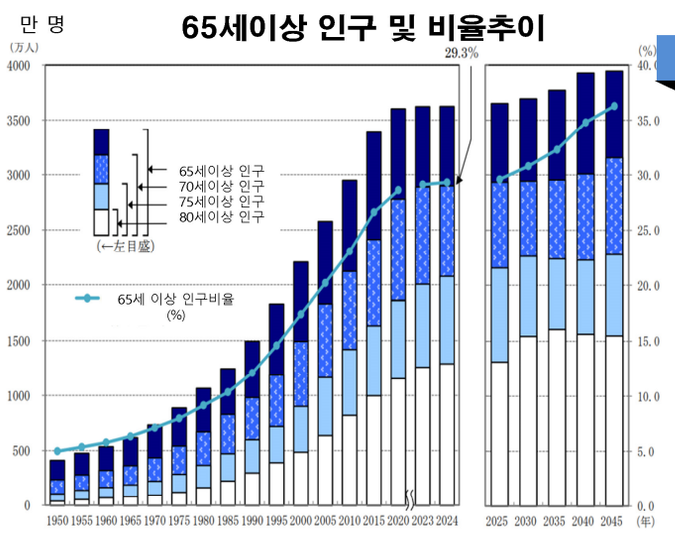
01 인구감소와 지역소멸

02 보건복지인재확보대책의 내용과 현황

03 보건복지인재확보에 대한 전망과 사례 등

인구감소와 지역소멸

일본의 인구감소 현황



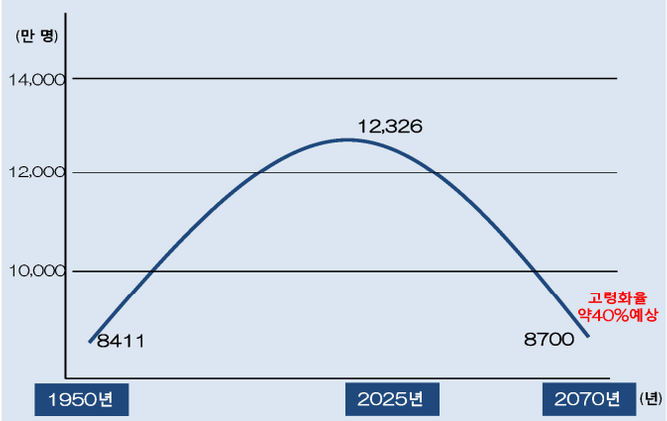
총무성(2024년)자료

인구현황

- 일본 총인구(2025년5월기준)
  ⇒1억2334만명(총무성)
- 고령화율 (2024년 기준)
  ⇒29.1%(3.623만명)
- 출생율(2024년 기준)
  ⇒1.15(약65만명)

일본의 인구증감의 특징

인구증감 추이



출처: 내각부(2025)「고령사회백서」

특징

- 2008년 인구증가의 피크를 지나 인구감소시기로 진입.
- 2070년에는 인구측정을 시작한 1950년의 수준인 8000만명대 수준으로 돌아갈 것으로 예상됨.
- 저출생과 더불어 다사사회 (多死社会) 로의 진입 등으로 인구감소는 계속될 것으로 예상됨.
- 고령자에 대한 지원(의료나 돌봄등)의 수요가 늘어나고 그에 대한 인재확보도 앞으로의 과제.

일본의 인구증감의 특징

고령화

- 빠른 고령화속도(2025문제)-75세이상 후기고령자 급격히 증가
- 고령인구의 증가로 인한 다사사회(多死社会) 도래
- 개호와 의료에 대한 수요가 급속히 증가

저출생

- 합계출생율 1.20 (2024년 기준)
- 지자체마다 인구증감의 큰 차이를 보임. 도쿄일극집중, 지역불균형화 심화
- 생산인구 감소, 이미 2000년무렵 인구오너스기(onus)로 전환

일본의 지역소멸

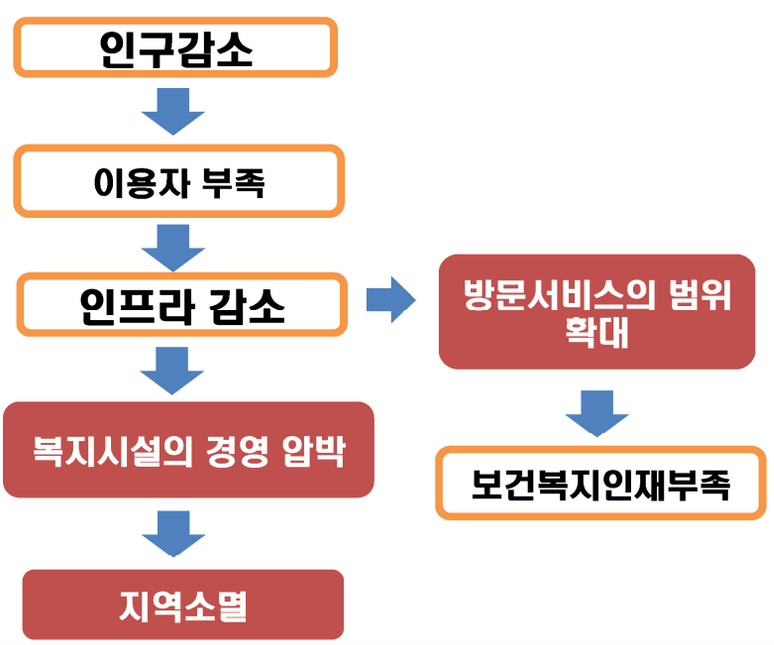
2040년 지자체 소멸가능성 지도

- **2014년 [미쓰다보고서]2040년까지 일본 지자체의 절반인 896개의 지자체가 소멸가능성이 있는 것으로 나타남.**
- **2024년 인구전략회의에서는 239개의 지자체를 제외하고 총 744개의 지자체가 소멸위기 가능성이 있는 것으로 나타남.**



◆일본지도의 갈색부분이 소멸가능성이 높은 지역임.
(출처: 日本創成会議 일본창성회의)

일본의 지역소멸과 복지인재육성의 관계



8

지역소멸과 복지인재육성의 관계

복지인재육성이 지역의 존속과 어떤 관계가 있을까?

보건복지인재는 [지역의 기반(인프라)」이며 지역주민이 안심하고 생활하기 위한 전제조건 즉 필수요소.

1)지역에 이러한 인재부족은 고령자, 장애인에 대한 지원미비로 이어지고 지역 인구가 계속해서 감소. (특히 고령자에게 개호서비스는 인프라 그 자체)

2) 복지인재를 육성 및 정착시키는 것은 지역의 지속가능성에도 영향을 줌.

현재 일본의 인재확보대책 내용	
인재유출방지	지역채용・지역정착의 촉진 (U턴지원)
청년세대의 관심촉진	고교・대학에서의 지역정착형 복지교육실시
노동환경개선	임금수준향상, 연수나 교육기회제공의 확대
외국인인재활용	언어교육・생활(정착)지원강화
다직종연계	지역포괄케어를 기반으로 한 팀웍으로 인재부족에 대응

지역소멸과 복지(돌봄)서비스의 영향

홋카이도 하쿠무라(泊村)의 사례



현황과 과제

하쿠무라(拍村)의 사회복지협의회 방문 돌봄서비스 중단.

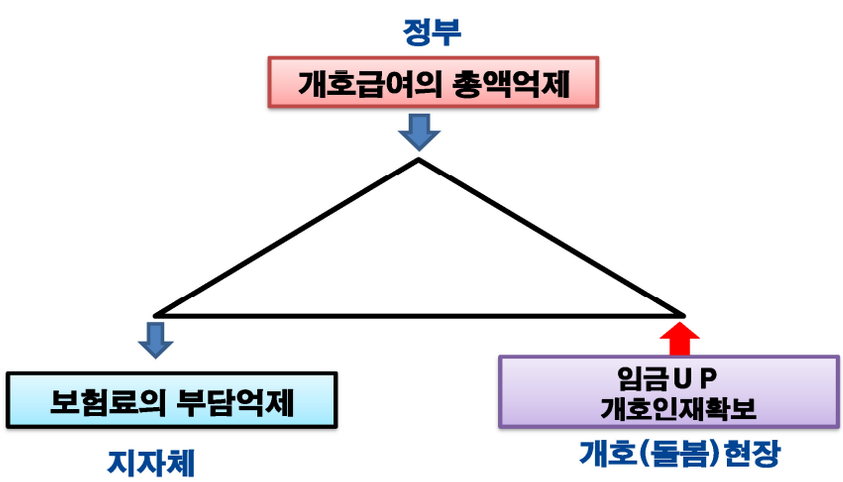
14km(왕복40분)떨어진 민간시설이 서비스를 제공하고 있는 상황.

이동에 관한 시간이나 비용은 개호보수에 적용 안됨. (적자 경영)

◆적자 연간 약50만엔 (임원급여 삭감하고 비용마련)

보건복지인재확보대책의 현황과 전망

일본개호보험의 제도적 딜레마



출처: 일본경제신문 2016年10月28日 부분인용

일본개호보험의 개정과 현황

일본의 개호보험 현황 (2023년도 기준)

개호보험가입자

- 40세 이상 가입
- 수입이나 소득, 주거지에 따라 납부액이 다르다.
- 본인부담액 20% (저소득10%,고소득30%)

보험료(월평균)

2000년 2911엔 → 3배 → 현재 6014엔

4월부터 연간소득 420만엔 이상의 65세 이상 고령자 보험료인상

고령자인구의 4%인 145만명이 해당

개호보험재원

- 정부(세금) 50% 6.4조엔
- 개호보험료50% 6.4조엔

→ 고령화에 따라 매년증가

참조: 후생노동성 2024년 개호보험개정자료

다변화하는 일본의 개호서비스

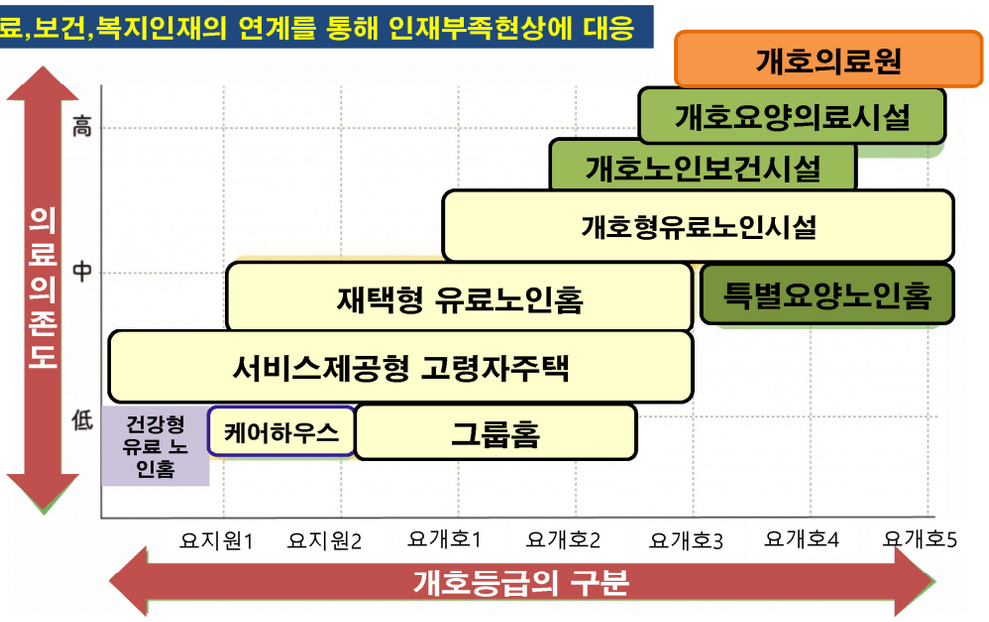
- 개호보험의 재정압박과 인재부족에도 불구하고 그 범위를 의료까지 확대
- 재택으로 복귀가 가능한 환자는 개호보험으로 의료비를 지원
- 의료와 돌봄서비스는 연계하되 운영주체는 분리

개호요양형의료시설	개호의료원 (2018년)	개호노인보건시설 (2008년)	개호노인복지시설 (특별노인요양홈)
병원 또는 진료소로 필요한 의료 등을 제공하는 시설	장기적인 의료서비스가 필요한 요개호자를 위한 시설	자택으로 복귀를 목표로 하는 요개호자에 대한 재활의료서비스 제공	요개호자를 위한 생활시설

출처 : 후생노동성 개호의료원 공식홈페이지(www.mhlw.go.jp/kaigoiryouin)

인력난 속 개호서비스 시설의 다양화

의료,보건,복지인재의 연계를 통해 인재부족현상에 대응



출처:シニア住宅プラザ「老人ホーム・施設の種類」https://senior-plaza.com/type/에서 일부수정

일본보건복지인재의 현황

자격등록자 현황

- 사회복지사 약 30만 명(2024년 기준)
- 개호복지사 약200만 명(2024년 기준)
- 정신보건복지사 약 10만 명 (2024년 기준)

고령자서비스 수요

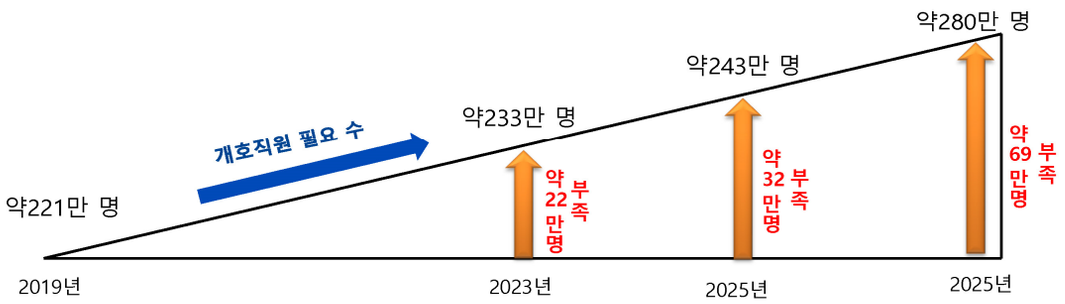
- 2024년 10월기준 고령화율 29.1%(약3,600만 명)

▲전기고령자(65세~74세) : 13%(약1,600만 명)
▲후기고령자(75세이상): 16.1%(약 2,000만 명)

일본의 돌봄인재난

돌봄인재의 부족

- 일본은 2020년 부터 돌봄서비스의 공급보다 수요가 많아지고 인재부족현상이 나타남. (현재 유효구인배율 3.32로 수요가 공급을 많이 앞서고 있음)
- 또한 2025문제의 등장. 즉 단카이세대(1946~1949)가 75세 후기고령자에 진입하는 2025년부터 사회보장과 의료비 지출이 증가하고 고용시장 등 다양한 분야 영향을 미칠 것이라고 분석하고 있음.



출처: 厚生労働省(2021)「第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について」

복지시설의 경영과 인재확보

돌봄 시설의 경영악화

일본 돌봄 직종 이직현황

- 취업자: 54만8000명
- 이직자: 61만700면 처음으로 취업자보다 이직자가 초과 기본보수를 내림으로서 더욱 더 인재부족의 어려움이 예상됨

후생노동성(2023) 고용동향조사

경영상황악화

- 사회복지협의회가 운영하는 전국의 돌봄 사업소
- 2018년 2023년 5년간 218개소 폐업이나 휴업

이유: 인재부족과 고령화, 이용자 감소

共同通信より

처우개선수당

기본보수 ↓ 처우개선가산금 ↑

- 개호보수개정으로 방문 개호의 기본보수 삭감
- 처우개선수당:사업소에서 일하고 있는 직원의 처우를 개선하면 기본보수에서 가금을 진행
- 일종의 인센티브제도

그 외 보건복지인재난의 배경

미취업 자격자의 증가

후생노동성(2021) 에 따르면 전체 자격증 등록자 중 약 20% 이상이 자격증을 소지하고 있으나 관련업종에 종사하고 있지 않는 것으로 나타났다. 그 중 74%가 인간관계나 직장분위기를 고려하는 것으로 나타났다.

출처 : 厚生労働省（2021）社会福祉士 `介護福祉士 `精神保健福祉士の「就職状況調査」について

이직률 증가

»더블케어세대의 증가
함께 육아와 돌봄의 책임을 동시에 맞이하고 있는 더블케어세대는 매년 늘어나는 추세에 있으며 현재 약 29만명(2024년기준)으로 나타남. 특히 30~40대가 가장많이 차지하고 있다. (복지분야의 처우개선과 함께 또 다른 과제)

출처 : 마이니치신문 1월22일자

각 분야별 인재육성 정책

정부(후생성)의 정책

의료분야: 지역의료구상 (2015년～) : 의료기능의 분화, 연계, 의료종사자의 확보를 도모
복지분야: 지역포괄케어시스템의 추진: 고령자가 자신이 익숙한 지역과 장소에서 여생을 보낼 수 있도록 환경과 체제를 조성.
돌봄인재확보대책 : 외국인돌봄인재확보(EPA `기능실습생 `특정기능 등 VISA제도 확대), 처우개선가산제도(개호직원의 임금상향조정)

민간(교육기관의 인재육성)

복지계대학 · 전문학교의 정비
지방의 의료 및 복지전문직의 [지역정착]지원 (장학금지원 `지역고용촉진)
보건의 · 간호사 · 개호복지사 등의 양성 수 증가 유도

지자체의 독자적인 인재확보대책

지방자치제가 독립적인 장학금제도나 정주지원을 실시
지역활성화협력군을 복지분야의 인재로 활용
중산간지역에서의 지역포괄케어실증사업

복지인재확보를 위한 처우개선가산

처우개선가산금 제도

- 일본의 복지인재확보와 처우개선을 위한 처우개선가산금 제도는 사회복지와 개호분야의 인재부족과 빈번한 이직문제를 해결하기 위한 정책
- 현장에서 일하는 개호나 복지인재의 임금향상과 전문직으로서 정착을 유도하는 것이 주요 목적이다.

지급방식 및 요건

월기준 보수액 [(기본본수+가산감산) ×1단위단가] ✖ 교부율 = 보조금

시설 및 사업자가 신청해야 가산을 받을 수 있음. (현재 1인당 5만4천 엔의 가산금 지급)

- -임금계획수립 (내부문서작성 및 직원공유)
- -가산금 전액 인건비 사용(용도 외 사용불가)
- -직원 교육과 경력개발의 기회제공 (연수자격취득 지원 등)
- -조직환경개선(업무환경개선)

한계 및 과제

시설 간의 격차, 비정규직 배제, 가산금의 복잡한 구조(행정부담)
기본급이 아닌 수당(인센티브)이므로 지속성이 낮음.

보건복지인력확보에 대한 궤적과 전망 그리고 사례 등

복지인재확보를 위한 변화와 노력

이용자 감소와 인재확보의 어려움

- AI활용과 복지의ICT화, 개호로봇의 활용, 외국인인재등용 활성화 등

지역내에서 사회복지법인들의 합병하거나 대형화, 혼합화가 이루어지고 있음.

- 전국의 사회복지법인 약 7000 곳 중 단일시설을 운영하는 사회복지법인이 절반을 차지

지역의 다양한 보건복지서비스 일체화 및 통합화

- 지역포괄케어 시스템의 도입, 다직종연계를 통해 인재부족에 대응, 전문직의 상호보완적 관계형성[NP(진료간호사제도), 케어매니저 등 도입]

인구증감에 따른 고용시장의 변화

60년대~80년대

이른바 고도경제성장기의 초기에는 경제성장에 맞춰 산업별 맞춤형 인재육성 정책이 추진됨. 후반에는 경제성장이 안정되면서 정규직 고용과 종신고용제 등이 정착.
예)노동력개발, 직업훈련, 노사관계조정, 종신고용제 등

80년대~2000년대

지역의 특성을 살린 산업들이 정착하고 지역에서 지역으로 노동자들이 이주하거나 특정지역이 집중되는 현상이 나타남, 이후 버블붕괴로 인해 실업율상승과 고용시장 불안정의 심화
예)노동자파견법 개정, 비정규직 고용에 대한 정부개입등

2000년대~현재

저출생고령화로 인한 고용시장의 위기와 더불어 고용이 보다 생활환경을 중시하는 현상이 나타나고 생활환경의 안정이 직업의 안정으로 연결됨.
예)정년연장, 동일노동동일임금정책, 복리후생의 충실

복지인재 고용정책의 변화①

1980년대 「사회복지전문직의 등장」

1987년 사회복지사재도 법제화

국가자격으로 사회복지사와 개호복지사 제도가 신설됨
공공기관에 복지인재를 고용하고 양성기관이 늘어남(전문대, 대학 등)
전문성강화로 인해 자회복지 서비스는 조치제도에서 계약제도로 전환

1990년대 「고령화 심화 및 가족돌봄의위기 」

초고령사회 대비를 위한 골든플랜을 발표하고 초고령사회에 대비한 전문기관과 전문인력양성을 공표.
개호보험과 개호서비스 설계, 시장참여, 이른바 시장화로 인한 낙수효과를 기대함.
여성, 중장년인재의 대거유입,

복지인재 고용정책의 변화②

2000년대 「개호보험시행과 서비스 시장화」

개호서비스 수요증가로 인재확보 곤란, 시장화의 영향으로 교육과 전문성 유지에 한계, 비정규직의 고착화로 이직율상승(낮은임금과 열악한 고용환경)
외국인 인력도입의 검토 및 시행

예) EPA 협정에 따른 간호 · 개호 인력 수용 (필리핀, 인도네시아, 베트남 등)

현재「복지인대의 처우개선 논의 본격화」

복지인재확보에 어려움을 겪으며 복지서비스의 다기능화, 통합화를 추진함.
ICT도입 및 업무의 디지털화 추진

예)지역포괄케어, 중층적지원체계정비사업, 다기능복합시설의 등장

일본 보건복지인재확보대책과 그 궤적

특히 2010년 이후의 일본의 보건복지인재고용정책은 시장화와 함께 중앙정부보다 지방정부의 역량과 권한을 중시하고 지방정부는 인재확보대책으로 지역민의 정주를 목적으로 하는 생활환경조성이 주를 이루고 있다.

2000년
개호보험시행
복지서비스 시장화 및 인력수요 확대
고용시장확대

2010년이후
지역포괄케어
의료-복지 연계, 지역 중심의 인력 재배치
연계와 조정

2015년이후
지방창생정책
지방의 인구 환류 및 복지인력 정착 지원
지역기반 및 정착

2020년이후
복지인재확보 계획의 강화
처우개선, ICT 도입, 외국인 인력 수용 정책 확대
처우개선 및 대체고용확보

대규모 복합복지시설의 등장

사례① 복지서비스의 혼합화 및 종합화



다세대 공생시설 라이무노 오카의 전경(미에현 쿠와나시)

라이무노오카 (らいむの丘)

어린이집, 모자생활시설 10세대 ,노인홈, 아동발달지원센터, 장애인시설 등 총7개의 사업소에 200여명 이용가능

특징은 **설계단계부터 지역주민들의 의견을 적극적으로 반영**하여 소규모 카페와 쇼핑시설, **지역의 과제로 여겨졌던 보육과 아동발달지원센터의 기능을 강화**했다.

전체직원수는 110여명
사회복지협의회가 위탁운영

의료와 복지의 연계사례

사례② 의료와 복지의 연계로 인재난에 대응

- 인구10만의 도시규모이지만 대형종합병원을 3곳 운영
- 의료지역에서 지역의료로 전환(의료와 돌봄의 연계)
- 주치의 제도와 병원과 의원, 돌봄직종 등 과의 연계



사쿠의료센터(450병상)
급성기, 고도선진의료



사쿠종합병원(309병상)
2014년 사쿠의료센터와 분리



사쿠시립병원(250병상)
시(市)의 건강보험재정으로 운영

의료와 복지의 연계사례

[돌봄]사쿠종합병원 개호노인보건시설

- 의사나 개호복지사, 간호사, 작업치료사, 영양사, 사회복지사 등의 전문직이 지역의 의료기관, 케어메니저나 각종가관들과 긴밀하게 연계하며 이용자와 가족들이 안심하고 생활할 수 있도록 지원하고 있다.



사쿠종합병원
개호노인보건시설





의료와 복지의 연계사례

[예방] 주민주도의 의료와 돌봄의 거점만들기

- □ 건강증진 및 예방에 대한 시민들의 인식제고
- □ 지역밀착형 의료거점으로 우스다 건강활동서포터센터를 설립

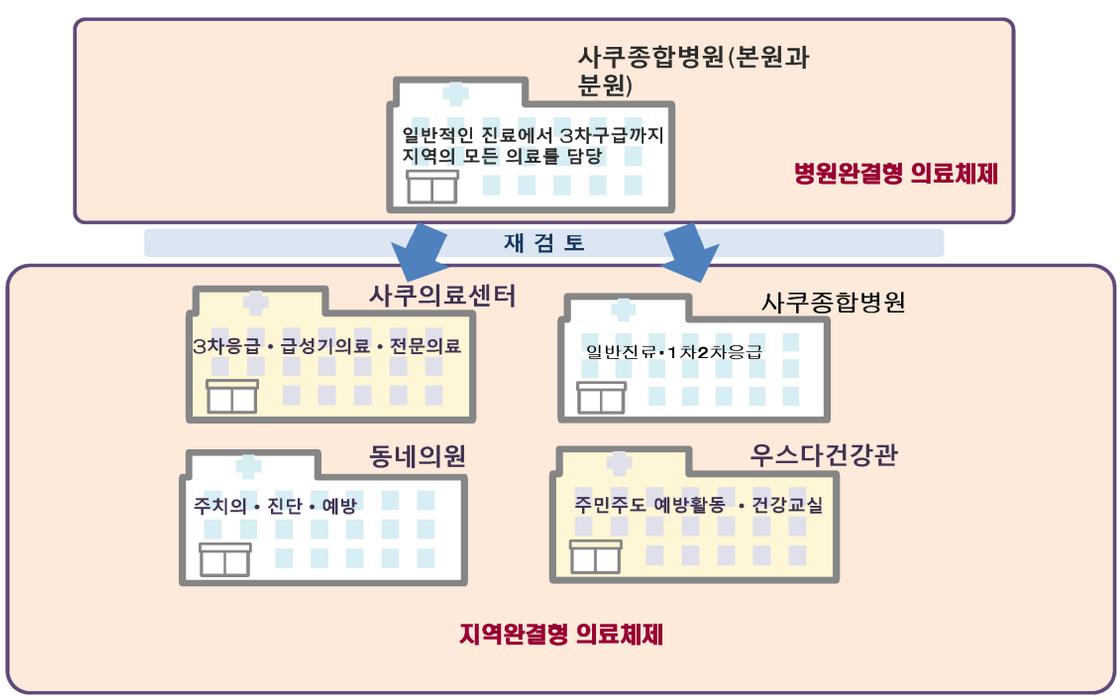
우스다관



지역주민들이 스스로 모여서 건강체조 등의 건장증진 활동을 진행한다.

병원에서만 만날 수 있었던 의료진들이 우스다관을 같이 이용하면서 각종 건강상담 등을 진행

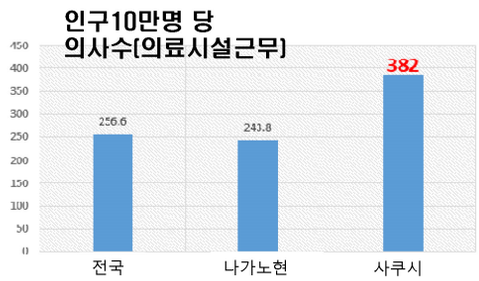
병원완결형 의료체제 에서 지역완결형 의료체제로



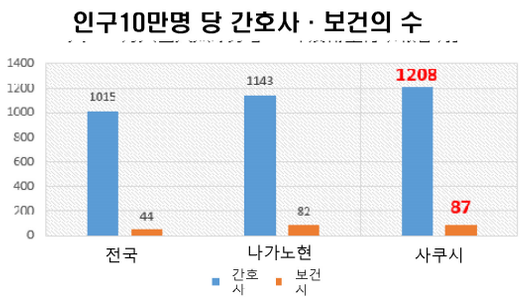
32

사쿠지역 의료체계의 특징

- 의사 외에도 보건의를 활용하여 지역의료서비스의 질을 높임.
- 인구약10만명 중 의료종사자가 20%를 차지하고 있다.



출처 : 2020년 후생노동성자료



재택의료와 돌봄의 연계사례

- 1년에 4번 전체 검토회를 개최를 통한 다직종연계
- 퇴원시 반드시 케어매니저와 상담하고 퇴원 후의 지원결정
- 의료관계자도 퇴원시 지역포괄케어센터에 연락하도록 지도
- 재택의료(방문진료)와 돌봄서비스의 연계가 확립
- 365일 24시간 재택의료가능한 체계구축
- 민관협력과 주민네트워크의 협업체계

예방은 의사가 아닌 본인 스스로

일본의 과제와 전망

과제

- 고용이나 노동은 개인의 선택, 즉 정책효과과 뚜렷하게 나타나기 어려운 영역 따라서 고용의 질과 함께 그 지역에서의 생활의 질이 같이 동반되어야 함.
- 지역의 산업에 투자와 활성화로 통해 노동인구를 늘리는 이른바 낙수효과(Trickle-down)에 의존하는 전통적인 방식에서 벗어나야 할 것.
- 지역단위의 복지과제에 맞는 보건복지인재의 육성전략(실질적인 정책)

전망

지속 가능한 고용 구조	정규직 확대, 임금 인상, 노동환경 개선 필요
외국인 인력 정착 지원	언어교육, 문화적 적응, 자격 취득 지원 필요
전문성 유지	교육훈련 강화, 실천 중심 역량 개발
복지노동의 재평가	"보람" 중심의 가치에서 "전문직"으로의 위상 강화

우리나라 인재확보를 위한 정책적 과제

- 특정분야의 고용이 정책보다 지역의 하나의 문화로 자리 잡도록 유도함, 즉 지역의 특성을 살리는 고용정책
- 장기요양보험 재정의 유연성을 학보하고 지자체에 보험료 징수와 일부권한을 부여하므로서 지역의 실정에 맞는 인재확보대책을 마련.(보험급여 50% 중 정부 25%, 도도부현12.5%, 시정촌12.5%)
- 단순히 일자리가 있어 지역의 고용인구가 늘어나는게 아니라 지역에서 정주할 수 있는 생활여건을 먼저 마련해야 인재확보도 가능.
- 가족돌봄으로 휴직 중이나 자격증 소지자이지만 관련업종에 종사하지 못하고 있는 인재 등의 활용도 적극적으로 검토해야 한다.



마쓰모토 성 전경



토 론 문

박건희 원장(평창군보건의료원)
어유경 부연구위원(한국보건사회연구원)
윤민석 연구위원(서울연구원)
차미숙 선임연구위원(국토연구원)

토론문 1

지역 보건복지 인력의 미래

▶ 평창군보건의료원 박건희 원장

□ 발제문에 대한 의견

○ 윤태호 교수 발표
- 포괄적이고 통합적인 일차의료 강화에 초점 맞춤에 동의
- 인력 역시 다직종 네트워크 협력 강조에 동의
- 의료취약지에 '공공형 일차의료센터 확충' 혹은 '종합보건의료센터 설립' 언급에 주목. 다만 이러한 기관이 건강보험의 적용을 받는 '의원급 의료기관' 형태가 나을지, 혹은 조세로 운영되는 '공공기관' 형태가 나을지에 대한 논의 필요

○ 이성한 교수 발표
- 일본의 보건복지인재확보 대책과 그 궤적에 대해 일목요연하게 정리해 주심에 감사
- 지역의 특성과 실정에 맞는 인재확보 대책이 필요하다는 데 동의. 다만, 어떻게 우리나라 지자체의 책무성과 자율성을 확대할 것인지에 대한 논의 필요

□ 저의 주요 주장

○ 공중보건의사 → (가칭) 지역의료 전문가 과정
- 보건지소에 근무하는 공중보건의사 3년 근무 과정을 일종의 수련체계로 전환(가칭, 지역의료 전문가 과정)
- 1년차 첫 3~6개월은 주변 공공의료기관(지방의료원이나 보건의료원)에서 일차진료(내과, 외과, 가정의학과 등) 관련된 수련과 건강증진 사업과 관련된 수련을 받은 뒤 보건지소로 배치
- 각 연차별(1,2,3년차) 주요 역량을 정의하고 그러한 역량을 쌓을 수 있도록 수련 및 근무 내용 조정
- 2년차 중반부터는 자신 있게 지역사회 환자의 문제를 해결할 수 있는 역량을 쌓을 수 있도록 하고, 시간이 지나면 3년차가 1,2년차를 수퍼비전 할 수 있도록 구성
- 의사 1명의 역할을 적극 수행하는 공중보건의사에 대해서는 수당 인상 등 적극적인 인센티브 부여

- 추후 이러한 과정을 '지역의료 전문의' 과정으로 공식화하여 공보의 뿐아니라 여성을 포함한 젊은 의사가 자신의 커리어로 선택할 수 있도록 제시
- 또한, 시니어 의사를 위한 3~6개월 정도의 재교육(retraining) 과정도 운영하여, 시니어 의사도 '지역의료 전문의' 과정을 수료한 뒤에 보건지소 등에 배치되도록 제안

○ 보건소 근무 의사 채용 활성화를 위한 제안
- 공중보건의 감소 상황에서 추후 농어촌 보건소에 최소 1~2명의 실력 있는 임상의사를 봉직의로 채용할 필요
- 현재 '지역보건의료사업 업무대행 계약'은 보완할 부분이 다소 있음
  대안1) 외부 기관(국립대병원과 같은 상급 병원 등)에서 선발해서 파견하는 방법
  대안2) 4~5급 공무원으로 채용하되, 임금 상한을 폐지하고, 지자체 총액인건비에 포함되지 않도록 조정

○ 보건진료 전담요원(간호사)이 활개치며 일할 수 있는 환경 조성
- 보건진료전담요원 역시 진료 뿐 아니라 건강증진, 통합돌봄과 관련된 역량을 쌓을 수 있도록 교육 과정 조정 & 성과에 따른 보상체계 마련
- 교육 후 지역사회에서 의사(지역의료 전문)와 함께 한 팀으로 근무하면서 의사로부터 적절한 수퍼비전을 받고 훈련될 수 있도록 일하는 방식 혁신

○ 다학제 팀 접근
- 의사, 한의사, 치과의사, 간호사, 영양사, 운동관리사, 물리치료사, 사회복지사 등이 함께 일하며, 사람중심(people-centered) 서비스를 제공할 필요
- 양질의 다학제 팀 서비스 제공을 위해 관련 종사자(특히, 영양사, 운동관리사)의 역량 강화와 처우 개선도 필요

○ 지자체의 책무성과 자율성 확대 제안
- 지자체에 관련 재정에 대한 책무성이 확대되어야!: (가칭)의료재정교부금 신설 and/or 건강보험 재정지출에 있어 지자체의 책무성 강화
- 의료서비스의 균형 있는 제공을 위해 의료 취약지역 지방자치단체에 의료기관을 설치, 운영하는 데 필요한 재원에 대한 국고 지원 확대
  1안) 국가가 특정 명목을 정한 교부금(예, 의료재정교부금(가칭)) 신설
  2안) 기존 지방교부금이나 지방소멸대응기금에 '지역의료 활성화' 항목을 명시하고, 해당 교부금 배분방식을 구체화 (예, 일본 총무성 사례 검토)

- 의료 취약지역 지방자치단체는 확대되는 교부금을 공공 보건의료기관 운영비(인건비 등)에 투입하거나, 공익적 역할(응급실, 소아과 진료 등)을 수행하는 의료기관에 보조금 형식으로 지급
- 공공 의료기관(지방의료원)이 없는 의료 취약지역 지방자치단체가 공공 의료기관을 (특히 종합 일차의료기관) 추가 설치하는 것도 가능

○ 기타 논의

- 보건소에 실력 있는 임상의사를 둘 것인가 vs. 공공 종합의원을 설치할 것인가?
- 지역 보건의료 인력 확보를 위해서는 1차-2차-3차 의료기관 간 긴밀한 네트워크 필요
- 도시/취약지 겸직 근무 활성화: 제도적/문화적 장벽 완화, 인센티브 확대, 원격 협진과 연계
- 지역사회 간호사 역할의 확대: 응급, 일차의료, 노인, 소아, 정신 등

○ 평창의 작은 경험

- 노쇠예방관리 사업
- 건강증진과 권역별 다학제 팀제 운영
- 스마트/디지털 만성질환 관리 → 환자중심 일차의료

토론문 2

지방소멸 시대 보건복지인력 위기 대응에 대한 두 가지 단상

▶ 한국보건사회연구원 어유경 부연구위원

1. 지방 회생이 먼저다

□ 지방 보건복지인력의 부족은 지방소멸 대응 없이 근본적 해결은 불가능

○ 보건복지인력의 처우 개선 및 일자리 확충에 투자하더라도, 지방에서 살고 싶어하지 않는다면 소용이 없음

○ 예를 들어 지방 공공의료기관에서 상당한 연봉을 제시해도 의사 구인이 어려운 주요 이유는 연봉이 부족해서가 아니라 지방으로 이주할 의사가 없기 때문

- “공공의료기관 구인난 심각... 연봉 5억 줘야 의사채용” (데일리팜, 2024.10.4.)

□ 지방회생의 전략 - 거점도시 육성 전략 (메가시티) vs 분산 및 균형 전략

○ 지방균형발전 정책은 뚜렷한 성과를 거두지 못하고 여전히 한국은 서울(수도권) 집중을 벗어나지 못하고 있으며 이러한 경향은 더욱 강화되는 중

○ 다수의 시도, 시군구에 분산되던 자원을 거점 도시 중심으로 집중해야할 필요

○ 큰 방향성에 대한 합의 및 전폭적 지원 필요

□ 보건복지에서의 거점도시 전략 가능성

○ 경제, 산업정책과 달리 보건복지정책은 낮은 인구밀도의 넓은 지역에 흩어져 살고 있는 대상자들에 대한 접근성 개선을 병행해야 함

○ 이는 거점도시 육성전략 추진 시 보다 원활하게 병행될 수 있음

- 서울 인력이 지방 군 지역으로 이주하기는 매우 어렵지만, 거점도시에 살고 있는 인력이 근처 군 지역으로 이주하거나 정해진 기간 동안 근무하는 것은 지원 수준에 따라 가능할 수 있음

□ 거점도시 중심의 유연한 공급 필요

○ (지역 제한이 있는 복지서비스의 경우) 기관 소재지가 특정 시군구가 아니더라도, 취약지역으로 인력을 파견하거나 취약지역에 분점 운영을 허가하는 등 유연한 운영 필요

○ 거점도시 중심의 비대면 서비스 병행도 고려

- 거점도시 의료기관에서 정기적 대면 진료 - 평상 시 비대면 진료
- 의료기관 부족 지역에서 비대면 진료가 불가피 하다면, 근교 거점도시 중심으로 운영될 수 있도록 하는 방향

〈참고〉 지역자율형 사회서비스 취약지 지원사업

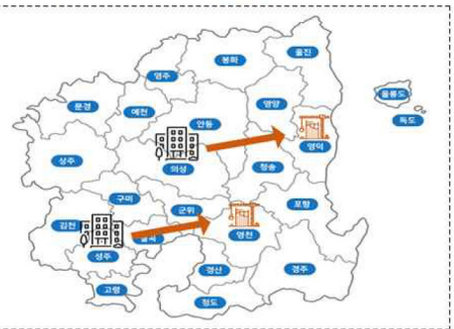
- 취약지에 서비스를 제공할 '거점 제공기관'을 선정해 서비스를 제공하도록 하고 지원

유형	지원예산 활용	
	유형별 지원	제공 인센티브
거점기관이 취약지 내 있는 경우	신규기관 운영(사업운영, 홍보비, 임차비 등)에 정부 지원금 활용	서비스 제공 1건당 20%의 추가 지원
거점기관과 취약지가 원거리에 있는 경우	출장비(교통+숙박비)에 정부 지원금 활용	

<거점기관에서 취약지역으로 인력 파견>



<거점기관이 취약지역에 분점을 두고 운영>



2. 기술이 모든 것을 해결할 수는 없다

□ 보건복지인력 부족에 대한 대안으로 기술의 중요성이 부상하고 있음

□ 기술이 인력을 대체하지 않고 보완하도록 하기 위해 신중한 접근이 필요

○ 인력의 신체활동을 보조하는 기술은 중요

- 예: 이승지원로봇

○ 인력의 정신적, 사회적 업무를 대체하는 기술은 지양

- 예: AI스피커

○ 기술 도입으로 인한 인력 부담 감소는 인력 축소가 아닌 서비스 질 개선으로 이어지도록 함

□ 기술에 대한 투자가 인력에 대한 투자보다 효율적이고 가치가 있는지 신중한 고려 필요

○ 기술 개발은 대규모 예산이 투입되는 경향

○ 자원은 한정적이므로 기술 개발에 투입된 예산만큼 인력에 투입되는 예산은 줄어듦

○ 기술이 개발되더라도 현장에서 수용가능할 가격 수준으로 상용화되는데에는 매우 긴 시간이 소요되며, 때로는 불가능하기도 함

- 건강보험연구원 조사 결과, 장기요양기관 시설장 445명 중 돌봄 로봇을 도입한 시설장은 3.9%에 불과. 도입하지 않은 이유로는 비용 부담(86.4%), 다루기 어려워서(34.3%), 사람 손에 의한 서비스를 제공하고 싶어서(33.6%) (YTN, 2025.3.17.)

○ 서비스 공급 부족 및 질 저하는 물론, 장기적으로는 일자리 감소의 여파가 재정 및 경제 전반에 영향을 미침

토론문 3

인구구조 변화에 따른 보건복지인력 운영에 대한 장기적 관점이 필요

▶ 서울연구원 윤민석 연구위원

우리나라의 노인인구 비율이 높아지면서 제일 먼저 제기되었던 문제는 돌봄에 대한 부담이 증가한다는 것이었다. 특히 우리나라의 경우 사회보험의 도입시기가 다른 국가들에 비해 늦은 측면이 있고, 보험료율에 운영적인 측면에 대한 고민을 많이 한 것에 비해 질적인 측면인 인력양성 및 자격관리에 대한 세부적인 운영은 정교하지 못한 측면이 있다. 여기서는 보건과 복지 분야로 나눠서 몇가지 제안을 하고자 한다.

보건인력의 경우 양성과정이 대학졸업자 위주인 관계로 지역사회 중심에서 장기적인 관점에서 운영하는 것이 쉽지 않다. 특히 의료기관의 규모나 역할에 따라 필요 인력의 규모와 역할에 차이를 보여주고 있다. 발표문에서도 1차 의료의 역할이나 지역사회 중심의 의료서비스 안에서 관련 인력 양성과 유지의 어려움을 볼 수 있다. 이런 문제를 해결하기 위해서는 공공의료 영역의 확대가 불가피한데, 현재 정부의 정책기조로 볼 때 어느 수준까지 이 부분을 충족시켜 줄지는 예상하기 어렵다. 또한 양질의 인력이 지역소멸 지역에서 일할 수 있는 유인과 보상책이 충분히 지원되지 않을 경우 결국 대책만 있고 실효성이 없는 정책이 될 가능성이 높다.

복지분야 인력의 경우 양성 및 자격관리의 범위가 보건인력과 차이가 있으면서 처우도 보건인력에 비해 열악한 상황이다. 특히 돌봄제공자인 요양보호사와 같은 직종의 경우 업무범위와 권한이 불분명하다는 현장의 어려움이 지속적으로 제기되고 있다. 특히 휴게시간 및 시설근무자의 야간근무 방식 등 몇가지 현실적으로 고쳐지지않는 문제들로 인해, 자격증이 취득자는 많으나 현장에 진출하지 못하고 있는 현실이다.

이런 문제들은 비단 우리나라만의 문제가 아니기 때문에 해외 사례를 보면 외국인 노동자를 통해 이 문제를 해결하거나, 아니면 돌봄기술을 활용하여 인력 중심의 현장을 개선하려는 노력을 보여주고 있다. 우리나라의 일부 지자체에서 외국인 인력 도입을 추진하는 경우가 있으나, 비자문제와 관련하여 중앙정부와의 협의에 어려움을 겪고 있다. 또한 돌봄 기술의 경우 비용과 운영의 어려움으로 인해 아직 활성화되지 못하고 있는 실정이다.

장기적으로는 보건복지인력의 확보와 운영에 대한 좀 더 거시적인 정부의 계획이 세워지면서 대학과 여러 인력 양성기관의 역할 재정립이 필요하다. 이외에도 현장에서 근무하는 인력들의 장기근속을 유도할 수 있는 처우 개선이 반드시 필요해 보인다. 이러한 것이 해결되지 못할 경우 돌봄기술 등을 활용할 수 있도록 법적 제도적 정비와 관련 인력 양성이 추진될 필요가 있다.

토론문 4

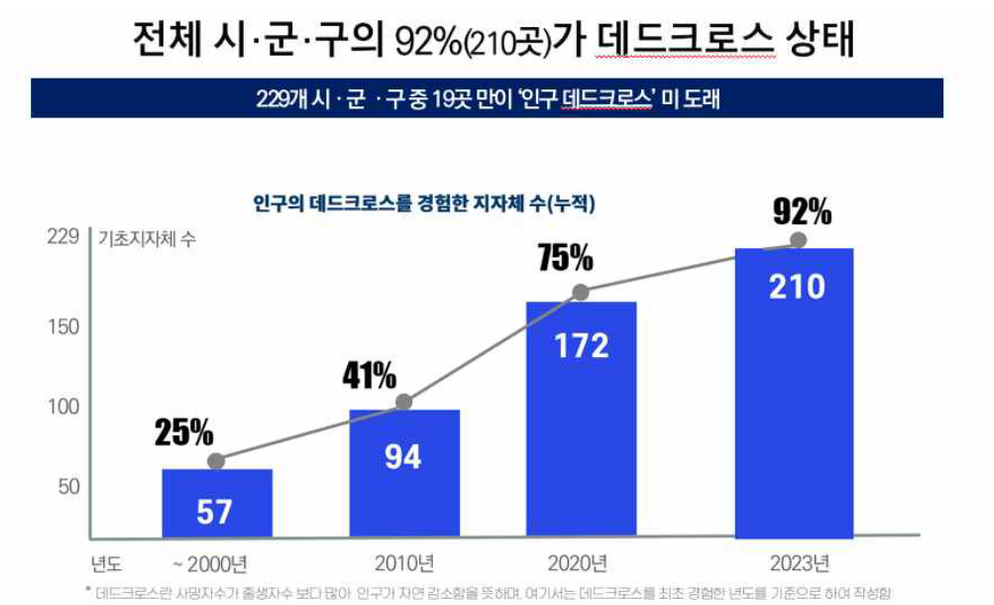
지역은 누가 돌보는가? 지역 보건복지 인력의 미래

▶ 국토연구원 차미숙 선임연구위원

□ 인구의 데드크로스와 '치료가능 사망률'

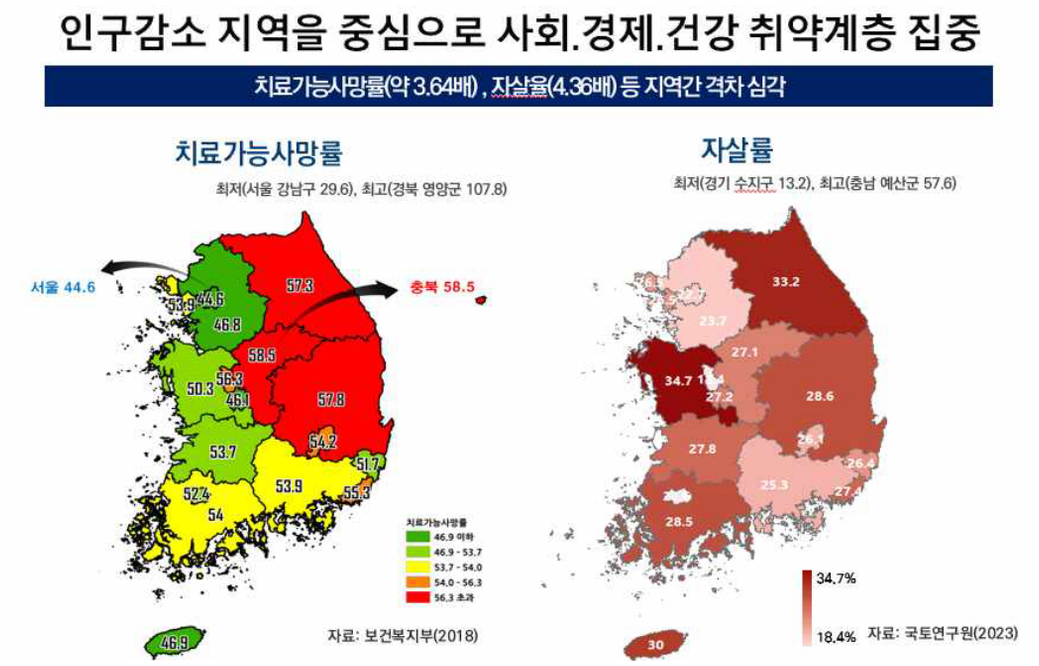
○ 최근 통계청의 인구자료 분석에 따르면, 인구의 데드크로스(death cross: 사망자 수≧출생아 수로 절대인구 감소)를 경험한 기초지자체 수가 전체의 92%(210개)에 달함

- 출생아 1명당 사망자수(2024) : 경남 합천군 14.8명, 충남 부여군 11.4명, 경남 남해군 10.9명 등



○ 2025년 우리나라는 초고령화 사회로 진입, 인구감소지역을 중심으로 고령화가 더 높아지고 사회·경제·건강 취약계층이 집중하면서 지역간 격차가 심화 내지 고착화되는 실정

- 고령화율 : 전국 20.6%('25), 인구감소지역(하위 10개, '23년) 34.59%
- 시·도별 치료가능사망률('22년 기준): 충북(52.92명), 인천(51.31명), 강원(51.21명) 서울(40.25명), 세종(37.78명) (2024년 10월 국정감사 보도자료)



□ 지방의 보건의료 시설과 인력부족 해소 노력, 그러나...

○ 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙 개정('23.6)

- 의료 취약지역의 보건진료소 설치기준 개정: 인구하한기준 규정 개정, 보건복지부 장관의 승인 규정을 보고로 전환, 지방으로 권한 이양
  - 지자체의 재정 부담 심화 및 보건의료 인프라/인력 확보 어려움

제17조 (보건진료소의 설치)

① 법 제15조에 따른 보건진료소는 의료 취약지역을 인구 5천명 미만을 기준으로 구분한 하나 또는 여러 개의 리 · 동을 관할 구역으로 하여 주민이 편리하게 이용할 수 있는 장소에 설치한다. <개정 2023. 6. 26.>

② 보건진료소의 시설 및 의료장비기준은 별표와 같다.

③ 군수(법 제15조제1항 본문에 따라 읍 · 면 지역에 보건진료소를 설치 · 운영하는 도농복합형태의 시의 시장 및 법 제15조 제1항 단서에 따라 관할구역의 도서지역에 보건진료소를 설치 · 운영하는 시장 · 구청장을 포함한다. 이하 같다)는 보건진료소를 설치한 때에는 지체 없이 별지 제15호서식에 따라 관할 시 · 도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <개정 2023. 6. 26.>

○ 완전의료공백 및 준완전의료공백지역이 개선 가능성 낮아

- 인구감소지역에 해당하는 국토외곽 먼섬의 경우, 평균 응급의료 접근시간이 1시간 32.2분에 달하며, 신안군 가거도는 공공의료시설이 전무한 '완전의료공백' 지역으로 병원 접근에만 최소 3시간 소요됨
  - 응급의료 접근시간('24) : 농어촌서비스 기준 13.8분, 섬 전체평균 53.7분, 국토외곽 먼섬 1시간32.2분

• 공공의료·병의원 접근시간('24) : 농어촌서비스 기준 23.1분, 섬 전체평균 52.4분, 국토외곽 먼섬 1시간 35.6분

○ 공중보건의사제, 지역필수의사제, 공공의대 설립, 시니어의사 등 지역 보건의료인력 양성을 위한 다양한 정책들이 제안 내지 시범 추진 중

- 공중보건의사제나 공중보건장학생 제도는 법제화하여 추진 중이나, 지역필수의사제, 공공의대 설립은 법제화 조차 되지않은 실정이며 시범사업 차원에서 추진 중임

‣ 지역필수의사제는 지방의 필수진료과목 공백이 발생, '24년 기준 지역의 전문의 부족율이 평균 37%에 달해, 보건복지부는 2025년 7월부터 계약형 지역필수의사제 시범사업을 추진

〈 지역필수의사제 시범사업 추진계획 (2025.7월~) 〉

실시지역	강원, 경남, 전남, 제주	
주요 내용	채용 대상 인원	지역별 5년 차 미만 전문의 24명(총 96명)
	공통 정책	5년간 근무수당 월 400만원 지급
	지역별 추가 지원 사항	지역상품권(월 100만~200만원), 동행정착금 (월 100만원), 전입가족 환영금(1명당 200만원·1회), 양육지원금(미취학 자녀 1명당 월 50만원)

‣ 2025년부터 시니어의사 지원사업 추진 중(보건복지부, 국립중앙의료원: 1차 94명, 2차 7월중 선정 예정) : 대학병원에서 10년 이상 근무경력, 종합병원급 이상 수련병원에서 10년 이상 근무경력, 20년 이상 임상경력이 있는 60세 이상 의사가 지원 자격

□ 지방소멸 대응을 위해 '마을주치의' 양성 및 운영 지원 등 지역 기반의 지속적이고 안정적인 보건의료 지원체계 구축

○ 초고령화 사회 진입, 사망자 수의 지속적인 증가 등 지역의 보건의료 여건이 취약한 상황으로, 체계적인 대응책 마련 없이 지방소멸은 더욱 심각해질 수밖에 없는 상황임

○ 지역내 복지와 의료간 연계, 고령화 지역에 걸맞은 '마을건강활동가' 육성, 지역필수의사제 및 시니어의사 제도의 지속적인 운영과 지역 안착 필요

- 시범사업 지원이 아니라, 지속성 확보를 위한 법제화 노력 시급

○ 이밖에 '마을주치의' 제도 운영과 지원 확대를 위한 법제화 제안함. 마을주치의란 주민 곁에 상시 머물며 예방·진단·치료·건강관리까지 책임지는 지역기반 의사 또는 의료진을 의미함

- 인구감소지역 지원 특별법 제정 당시 마을주치의를 제안하였으나 부처협의 과정에서 재원부담 등 사유로 방문진료 사업으로 축소 포함됨

  * 인구감소지역지원특별법 제23조(의료기반의 확충) ① "인구감소지역 주민의 건강증진과 노인의 만성질환 예방·치료를 위하여 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할수 있다".

- 마을주치의 운영 사례는 안산 마을주치의 시범사업(보건복지부 지역사회 통합돌봄 선도사업, 방문진료 사회적 기업에서 시작), 홍성 우리마을 주치의(공중보건의와 의료소비자생활협동조합 주체) 등이 있음

[홍성 우리마을 주치의 사례]

▸ 공중보건의와 홍성우리마을 의료소비자생활협동조합이 주체가 되어 고령인구 증가에 따른 지역사회 건강문제와 의료 대응을 위해 자율적으로 의료서비스를 제공

- 홍성군 공중보건의 근무후, 지역에 정착하여 개원한 우리동네의원을 중심으로 의료소비자생활협동조합 구성 및 우리마을주치의제 운영
- 지역내 노인돌봄을 주요 목표로 설정하고 의료서비스 제공, 건강증진프로그램과 소모임 활동 운영 등 다양한 방식으로 지역주민의 건강증진 도모

▸ 제도개선 제안 : 의료접근성 제고를 위한 이동지원서비스 제공 필요(의료법 제27조), 소아과등의 인력보강을 통한 공공의료서비스 강화 및 면 단위에만 적용되는 농어촌 의료가중수가제 도입, 농촌지역에서 민간병원 개원시 일정기간 임대료 지원이나 주거인프라 제공, 정년퇴직의사가 귀향해 진료볼 수 있는 지원 활성화





KCI 등재지

『보건사회연구』의 현황과 성과

1 현 황

□ 학술지명

- 국문: 『보건사회연구』 (ISSN: 1226-072X eISSN: 2671-4531)
- 영문: 『Health and Social Welfare Review』

□ 창간 연도: 1981년

□ 발행 목적

- 보건의료, 사회보장, 사회복지, 저출산, 고령화, 보건복지 정보통계를 포괄하는 다학제적 관점의 이론적이고 정책적인 문제를 다루는 연구의 출판 및 소통

□ 발간 주기: 계간(연 4회)

□ 학술지 홈페이지: https://www.kihasa.re.kr/hswr/



□ 웹진 서비스: 발간 즉시 서비스(웹진 신청: editor@kihasa.re.kr)

2 연 혁

- 1981.07.: '인구보건논집'으로 창간(연 2회 발행)
- 1990.06.: '보건사회논집'으로 학술지명 변경
- 1995.07.: '보건사회연구'로 학술지명 변경
- 2007.01.: SCOPUS 등재
- 2008.04.: 한국학술진흥재단 학술지 등록
- 2010.01.: 제1대 편집위원장 선임(박능후)
- 2011.01.: 한국연구재단 등재학술지 선정
- 2011.06.: 연 4회로 발행주기 변경
- 2014.09.: DOI 도입(제34권 제3호부터)
- 2015.04.: 한국연구재단 학술지 평가결과 등재학술지 유지
- 2016.03.: 투고심사시스템 JAMS 2.0 도입
- 2016.08.: 제1회 우수논문 시상 및 콜로키움 개최('우수논문 콜로키움')
- 2017.08.: 제2대 편집위원장 선임(정경희)
- 2017.12.: 제2회『보건사회연구』콜로키움 개최('치매노인을 위한 공적책임의 강화')
- 2018.01.: 제3대 편집위원장 선임(신영전)
- 2018.06.: 제3회『보건사회연구』콜로키움 개최
  '커뮤니티케어와 보건복지서비스의 재편'
- 2018.06.: 제2회 우수논문 시상 및 우수심사자상 시상
- 2018.10.: 한국연구재단 학술지 평가 결과 등재학술지 유지
- 2019.03.:『보건사회연구』학술지 사이트 구축
- 2019.04.:『보건사회연구』학술지 전자출판 전환
- 2019.06.: 제4회『보건사회연구』콜로키움 개최
  '한국의 청년은 행복한가? 청년 행복의 현주소와 방향 모색'
- 2019.06.: '청년이 제안하는 청년정책 아이디어 공모전' 개최 및 시상
- 2020.06.: 제5회『보건사회연구』콜로키움 개최
  '감염병 대유행 시기, 우리 사회의 돌봄체계는 안녕한가?'
- 2020.06.: 제3회 우수논문 시상 및 우수심사자상 시상
- 2020.09.: KCI 2019 인용지수 사회과학 일반 분야 1위
- 2021.01.: '알기 쉬운 요약' 도입
- 2021.01.:『보건사회연구』판형 변경

- 2021.06.: 제6회 『보건사회연구』 콜로키움 개최
  '뉴노멀 시대의 아동의 삶과 행복'
- 2021.06.: '내가 제안하는 아동정책 아이디어 공모전' 개최 및 시상
- 2021.10.: 한국연구재단 학술지 평가결과 등재학술지 유지
- 2022.01.: 제4대 편집위원장 선임(김용득)
- 2022.06.: 제7회 『보건사회연구』 콜로키움 개최
  '사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색'
- 2022.06.: 제4회 우수논문 시상 및 우수심사자상 시상
- 2022.06.: 국민의 마음행복을 위한 '대국민 정신건강 정책 아이디어 공모전' 개최 및 시상
- 2023.06.: 제8회 『보건사회연구』 콜로키움 개최
  '1인 가구의 사회적 고립, 정신건강'
- 2023.06.: 제5회 우수논문 및 기획논문 시상
- 2023.07.: KCI 2022 인용지수 사회과학일반 분야 1위
- 2024.01.: 제5대 편집위원장 선임(주은선)
- 2024.06.: 제9회 『보건사회연구』 콜로키움 개최
  '우리는 존엄한 죽음을 맞이하고 있는가'
- 2024.06.: 제6회 우수논문 시상
- 2024.07.: KCI 2023 인용지수 사회과학일반 분야 1위
- 2025.07.: 2025년 『보건사회연구』 인사이트 포럼
  '지역은 누가 돌보는가? 지역 보건복지 인력의 미래'
- 2025.07.: 제7회 우수논문 시상

3 정규 행사

① 우수논문 시상

- 1년마다 게재 논문을 대상으로 우수논문 2편을 선정하여 시상

② 학술행사 개최

- 1년마다 주요 이슈를 선정해 학술대회 개최

※ 2024년까지 매년 개최되던 '보건사회연구 콜로키움'이 2025년부터 '보건사회연구 인사이트 포럼'으로 변경됨.

4 『보건사회연구』의 학문적 성과

□ 보건과 복지 분야의 융합학술지

○ 『보건사회연구』는 다양한 융합적 접근, 현장과 이론의 접목, 중앙 및 지역사회 연구의 결합 등을 지향하는 전문학술지이며, 다양한 연구 주제를 사회적 맥락 속에서 접근하고 다학제적, 융합적 관점에서 해석하고 있다는 점에서 다학제적 연구가 매우 중요한 보건 복지 분야에서 융합학술지로서의 특장점을 지니고 있다.

○ 융합 학술지로서 꾸준히 성장한 결과, 최근 5년간 매년 150편 이상 논문이 투고되고 있고 게재논문 수도 매년 70편 이상 꾸준히 유지되고 있어서, 관련 학계 최다 논문 투고 수, 게재 수를 자랑하고 있다.

□ 학계와 정책 현장 간 가교 역할

『보건사회연구』 한국연구재단 『KCI 2023 인용지수』 높은 수준으로 상승

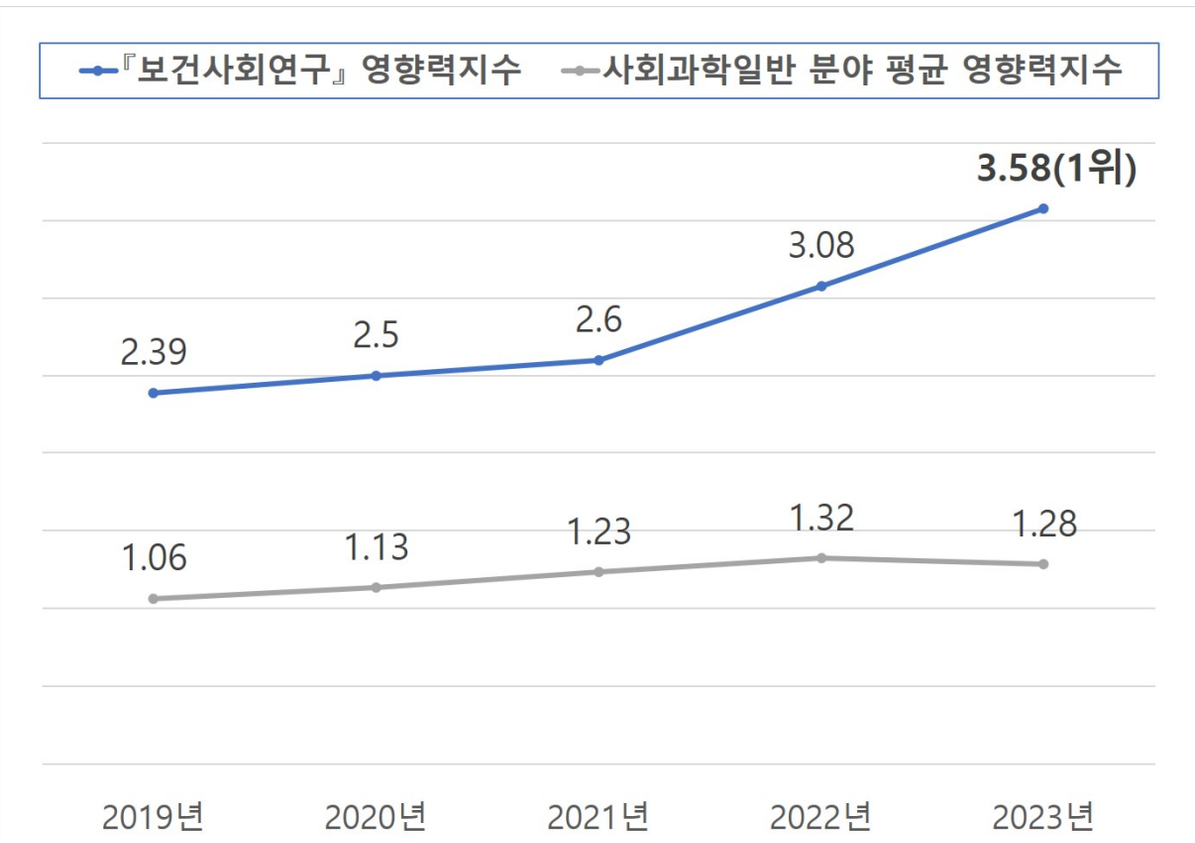
한국연구재단이 2024년 7월 31일에 공개한 『KCI 2022 인용지수』에서 한국보건사회연구원이 발간하는 KCI 등재지 『보건사회연구』가 사회과학일반 분야 학술지 80종 중 1위, 사회과학 분야 1,032종과 전체 학술지 2,847종 중 8위로 발표되었다. 『KCI 2023 인용지수』는 KCI(한국학술지인용색인)에 등록된 2,800여 종의 학술지 논문으로부터 각 학술지가 2023년에 인용된 데이터를 기반으로 학술지의 인용 수준을 측정한 것이다. 인용지수는 학술지의 질적 수준을 반영하는 주요 지표이기 때문에 국내 학술지 평가의 핵심 항목으로 활용되고 있다.

『보건사회연구』 KCI 영향력지수 연도별 순위

분야 구분	총 학술지 수	순위				
		2019년	2020년	2021년	2022년	2023년
사회과학일반	80	1	2	4	1	**1**
사회과학	1,032	20	30	40	26	**8**
전체	2,847	25	33	47	31	**8**

한편, 학술지 자기인용을 제외한 영향력지수 기준도 사회과학일반 분야 1위, 사회과학 분야 8위, KCI 전체 8위로 동일하다. KCI 전체 학술지의 자기인용 비율 평균은 약 23%로서, 평균적으로 학술지가 얻은 인용횟수의 약 1/4은 자체 학술지의 논문끼리 인용한 것이다. 『보건사회연구』의 자기인용 비율은 4.6%에 불과하여 95% 이상의 인용이 다른 학술지로부터 발생한 만큼, 『보건사회연구』가 학계에 높은 영향력을 발휘한 것으로 나타났다.

『보건사회연구』 KCI 영향력지수 연도별 추이



또한 위의 'KCI 영향력지수 연도별 추이'에서 보는 바와 같이, 지난 5년 동안 『보건사회연구』의 KCI 영향력지수는 2019년 2.39에서 2023년 3.58로 1.5배 이상 향상되었다. 같은 기간에 『보건사회연구』가 속한 사회과학일반 분야의 영향력지수가 1.06에서 1.28로 소폭 상승한 것을 감안하면, 국내 학계에서 『보건사회연구』가 미치는 학문적 영향력이 크게 높아졌음을 알 수 있다.

□ 학술행사 개최 실적

2016년부터 연 1회 학술행사를 개최하여(『보건사회연구』 편집위원회 주관) 한국사회 보건·복지 분야의 깊은 구조(deep structure)에 영향을 미치는 요인을 중심으로 논의하거나 정부와 보건복지부가 핵심추진사업으로 구상하고 있는 분야를 집중 탐구하여 정책 및 서비스의 표적화에 정밀성을 높이고, 정책방향의 이정표를 제시하고자 노력하고 있다.

회차	일시	주제	장소
1	2016. 6. 17.(금) 13:30~17:00	우수논문 콜로키움	서울대학교 호암교수회관 컨벤션센터
2	2017. 12. 18.(금) 13:30~18:00	치매노인을 위한 공적 책임의 강화	한국프레스센터 기자회견장
3	2018. 6. 27.(수) 13:30~18:00	커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편	대한상공회의소 중회의실A
4	2019. 6. 26.(수) 13:00~18:00	한국의 청년은 행복한가?: 청년 행복의 현주소와 방향 모색	세종문화회관 세종홀
5	2020. 6. 25.(목) 13:30~18:00	감염병 대유행 시기, 우리 사회의 돌봄체계는 안녕한가?	인터넷 생중계(YouTube '한국보건사회연구원' 채널)
6	2021. 6. 30.(수) 13:00~18:00	뉴노멀 시대의 아동의 삶과 행복	인터넷 생중계(YouTube '한국보건사회연구원' 채널)
7	2022. 6. 29.(수) 13:00~18:00	사회적 웰빙과 정신건강에 대한 다층적 모색	인터넷 생중계(YouTube '한국보건사회연구원' 채널)
8	2023. 6. 27.(화) 13:00~18:00	1인 가구의 사회적 고립, 정신건강	HJ 비즈니스센터 광화문점, 세미나룸 A
9	2024. 6. 25.(화) 13:00~18:00	우리는 존엄한 죽음을 맞이하고 있는가?	한국프레스센터 기자회견장
10	2025. 7. 8.(화) 13:00~18:00	지역은 누가 돌보는가? 지역 보건복지 인력의 미래	한국프레스센터 기자회견장

논문 투고 안내

| 학술지명 | **보건사회연구** (Health and Social Welfare Review)
| 논문주제 | 보건의료, 사회보장, 사회정책, 저출산·고령화, 보건복지 통계 분야
| 접수기간 | 매호 **발행일 2개월 전**
| 발행주기 | 연 4회 (3, 6, 9, 12월 말일 발행)
| 제출방법 | 온라인논문투고시스템(JAMS)으로 투고
※ 게재료, 심사료 없음
| 문 의 처 | 044-287-8364, editor@kihasa.re.kr
| 홈페이지 | http://www.kihasa.re.kr/hswr/

※『보건사회연구』 우수논문으로 선정될 경우, 소정의 상금과 상패를 수여합니다.