

# 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제

: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

정연

문선영·김수경·이경희·김영애

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

## ■ 연구진

연구책임자	정연	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	문선영	한국보건사회연구원 연구원
	김수경	한국보건사회연구원 부연구위원
	이경희	수원대학교 간호학과 교수
	김영애	안성의료복지사회적협동조합 방문간호센터장

연구보고서 2025-44

### 제목

: 부제목

발행일 2025년 12월  
발행인 신영석  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인쇄처 (주)삼일기획

---

© 한국보건사회연구원 2025  
ISBN 979-11-7252-119-6 [93510]  
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2025.44>

## 발|간|사

오늘날 우리 사회는 급격한 고령화와 지역 소멸이라는 구조적 변화 속에서 보건의료 체계의 근본적인 변화를 요구받고 있다. 치료 중심, 상급 병원 중심으로 형성된 현행 의료체계는 지역 주민의 일상과 삶에 밀착한 통합적 돌봄을 구현하는 데 분명한 한계를 드러내고 있다. 이제 우리는 '어디에서 누구와 어떻게 건강을 돌볼 것인가'라는 좀 더 근본적인 질문에 답해야 할 시점에 와 있다.

이 보고서는 이러한 문제의식에서 출발하여 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협)이 지역 현장에서 실천해 온 주민 참여 기반의 지역건강 돌봄 모델에 주목하였다. 의료사협은 장애인 주치의제, 다학제 일차의료, 주민 주도의 건강 소모임 등 정부가 고민해 온 정책들을 현장에서 앞서 구현하며 건강한 사회적 연대의 가능성을 증명해 왔다. 의료사협이 구축해 온 일차의료와 통합돌봄의 경험은 단순한 의료서비스 제공을 넘어 주민이 돌봄의 주체로 참여하고, 지역 공동체가 함께 건강을 만들어 가는 새로운 가능성을 보여준다.

이 보고서는 이러한 현장 경험과 국내외 사례, 주민 인식 조사 결과를 토대로 우리 사회가 지향해야 할 지역건강돌봄 모형의 핵심 요소를 도출하고, 이를 제도적으로 확산하는 데 필요한 정책적 과제를 함께 제시하고자 하였다. 특히, 포괄적 일차의료와 주민 참여를 두 축으로 하는 지역건강돌봄 체계는 향후 일차의료 강화 정책과 지역 통합돌봄 정책을 실질적으로 연결하는 중요한 출발점이 될 것이다.

이 연구는 정연 연구위원이 책임을 맡아 수행하였으며, 본원의 김수경 부연구위원, 문선영 연구원, 수원대학교 이경희 교수, 안성의료복지사회적협동조합의 김영애 센터장이 공동 연구진으로 참여하였다. 모든 연구진의 노고에 감사드린다. 아울러 이 연구과제의 원내외 자문위원으로 참

---

여해 연구 기간에 유익한 의견을 주신 윤강재 연구위원, 국립중앙의료원  
유원섭 본부장, 바쁜 일정 속에서도 이 연구를 위해 아낌없는 협조를 보  
내주신 한국의료복지사회적협동조합연합회 우세옥 이사님을 비롯한 여  
러 의료사협 관계자, 심층인터뷰에 참여하여 소중한 의견들을 제시해주  
신 전문가들께도 깊은 감사의 말씀을 전한다.

이 보고서가 지역사회 중심의 건강돌봄체계를 고민하는 정책결정자,  
연구자, 의료인 그리고 지역 주민 모두에게 의미 있는 참고 자료가 되기  
를 기대한다. 마지막으로 이 보고서의 모든 내용은 본원의 공식적인 의견  
이 아님을 밝힌다.

2025년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
**신영석**



# 목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



요약 .....	1
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 연구 배경 및 필요성 .....	9
제2절 연구 목적 .....	13
제3절 연구 내용 및 방법 .....	14
<b>제2장 의료복지사회적협동조합의 주민참여형 지역건강돌봄체계 .....</b>	<b>19</b>
제1절 의료복지사회적협동조합의 역사와 현황 .....	21
제2절 의료복지사회적협동조합의 주요 활동 .....	29
제3절 조합별 주민참여형 건강돌봄활동의 운영 사례 .....	38
제4절 소결 .....	59
<b>제3장 의료복지사회적협동조합의 지역건강돌봄활동에 대한 평가 .....</b>	<b>63</b>
제1절 질적 연구의 목적과 방법 .....	65
제2절 주민참여형 일차의료의 구현: 의료복지사회적협동조합 활동에서 도출된 핵심 주제 ...	71
제3절 주민참여형 일차의료 구현의 한계와 과제 .....	90
제4절 종합 고찰 .....	103
<b>제4장 주민참여형 지역건강돌봄에 관한 국내외 제도 및 사례 고찰 ...</b>	<b>109</b>
제1절 국내 사례 .....	111
제2절 국외 사례 .....	152

---

<b>제5장 주민참여형 지역건강돌봄에 대한 인식 조사</b> .....	195
제1절 조사 설계 .....	197
제2절 조사 결과 .....	199
제3절 소결 .....	237
<b>제6장 주민참여형 지역건강돌봄체계 구축을 위한 정책 과제</b> .....	241
제1절 주민참여형 지역건강돌봄체계의 개념과 구성 .....	243
제2절 주민참여형 포괄적 일차의료모형의 확산 및 제도화 방안 .....	250
<b>참고문헌</b> .....	265
<b>부록</b> .....	289
<b>Abstract</b> .....	299

# 표 목차



〈표 2-1〉 사회적 협동조합의 법적 정의 .....	23
〈표 2-2〉 사회적 협동조합의 설립인가 및 이용 기준 .....	23
〈표 2-3〉 의료사협의 시기별 특징 .....	25
〈표 2-4〉 의료복지사회적협동조합 현황(2024.12. 현황) .....	26
〈표 2-5〉 회원조합 7대 지표 .....	28
〈표 2-6〉 살림의료사협의 다학제 팀주치의 인력 구성 .....	31
〈표 2-7〉 건강리더의 정의 .....	34
〈표 2-8〉 민들레 의료사협의 건강리더 교육과정 .....	34
〈표 2-9〉 지역기반 의료돌봄 구축 사례 .....	36
〈표 2-10〉 안산의료복지사회적협동조합 재택의료센터의 주요 역할 .....	43
〈표 3-1〉 연구참여자 정보 .....	66
〈표 3-2〉 질적연구 대상자 및 질문의 구성 .....	68
〈표 3-3〉 핵심주제로 도출된 개념 .....	72
〈표 4-1〉 서울시 건강생태계 조성사업의 주요 활동 .....	113
〈표 4-2〉 서울시 건강생태계 조성사업의 활동 영역 .....	114
〈표 4-3〉 경상북도 건강마을 조성사업의 사업 영역 .....	117
〈표 4-4〉 부산시 건강반송사업(2007년~2010년)의 사업 영역 .....	118
〈표 4-5〉 일반적 보건사업과 주민참여 지역보건사업 간 차이 .....	120
〈표 4-6〉 부산시 건강마을사업(2010년~2016년)의 주민주도적 활동 내용 .....	121
〈표 4-7〉 부산시 마을건강센터 설치 개수 .....	122
〈표 4-8〉 부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례 내용 .....	124
〈표 4-9〉 강원도 건강플러스 마을사업의 목적과 목표 .....	125
〈표 4-10〉 강원도 건강마을플러스 마을사업 활동 내용 .....	127
〈표 4-11〉 일차의료 기반 만성질환 관리를 위한 사업 내용 비교 .....	131
〈표 4-12〉 일차의료 만성질환관리 사업에서의 만성질환 통합관리로 수가(2024년 기준) .....	133
〈표 4-13〉 장애인 건강주치의 시범사업 서비스 내용 .....	136
〈표 4-14〉 장애인 건강주치의 시범사업 수가(2024년 기준) .....	137

〈표 4-15〉 장애인 치과주치의 시범사업 서비스 내용 .....	138
〈표 4-16〉 장애인 치과주치의 시범사업 수가(2024년 기준) .....	139
〈표 4-17〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업에서 제공 가능한 서비스 내용 .....	141
〈표 4-18〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업 수가(2024년 기준) .....	141
〈표 4-19〉 장기요양 재택의료센터 시범사업 서비스 내용 .....	142
〈표 4-20〉 장기요양 재택의료센터 시범사업 수가(2025년 기준) .....	143
〈표 4-21〉 다양한 사업 내 방문(가정)간호 서비스 비교 .....	145
〈표 4-22〉 의료생협의 연표 .....	159
〈표 4-23〉 링크 워커의 주민참여 부문에서 역할 .....	169
〈표 4-24〉 호주 PHN의 자금 지원 방식 .....	175
〈표 4-25〉 커뮤니티 헬스 워커의 역할과 제공 서비스 .....	182
〈표 4-26〉 커뮤니티 헬스 워커의 다학제 팀 참여 유형과 제공 서비스 .....	183
〈표 4-27〉 Medicaid에서 커뮤니티 헬스 워커에 지불하는 방식 .....	187
〈표 4-28〉 유럽의 커뮤니티 헬스 워커 유사 제도 .....	189
〈표 5-1〉 조사참여자의 일반적 특성 .....	199
〈표 5-2〉 거주지역에서 건강문제 해결 가능 여부 .....	200
〈표 5-3〉 거주지역별 조사참여자의 건강문제 해결 가능 여부(일반 패널) .....	201
〈표 5-4〉 거주지역별 조사참여자의 건강문제 해결 가능 여부(협동 조합원) .....	201
〈표 5-5〉 거주지역 내 건강문제 해결이 어려운 이유(응답자 특성별) .....	204
〈표 5-6〉 조사참여자 거주 지역의 건강관리, 건강돌봄 및 의료서비스에 대한 인식 .....	206
〈표 5-7〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❶ 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리 .....	207
〈표 5-8〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❷ 의료기관 이용 위한 동행 및 이동 지원 서비스 .....	208
〈표 5-9〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❸ 건강관리 자원 및 서비스 .....	209
〈표 5-10〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❹ 질병 예방 프로그램 및 서비스 .....	209
〈표 5-11〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❺ 재택의료 및 가정간호서비스 .....	210
〈표 5-12〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❻ 환자 간병 및 요양·돌봄서비스 .....	211
〈표 5-13〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ❼ 환자 일상생활 지원 서비스 .....	212



〈표 5-14〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑧ 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송	213
〈표 5-15〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑨ 다양한 전문 진료과목 및 고가 검사장비	214
〈표 5-16〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑩ 실력 있는 의료진	215
〈표 5-17〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑪ 24시간 응급 진료 및 이송 체계	216
〈표 5-18〉 거주지역 내에서 건강문제가 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 보건의료 서비스(응답자 특성별 1~2순위 응답)	218
〈표 5-19〉 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 인식: 일반인과 조합원의 비교	220
〈표 5-20〉 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 인식: 거주지역별 비교	220
〈표 5-21〉 일차의료기관 내 추가 전문 인력의 필요성	221
〈표 5-22〉 주치의 제도 이용 의향	223
〈표 5-23〉 주치의 제도에 관한 우려	224
〈표 5-24〉 주치의 제도에 관한 우려 - 대기 시간	224
〈표 5-25〉 주치의 제도에 관한 우려 - 직종 간 협력 가능성	225
〈표 5-26〉 주치의 제도의 적절한 서비스 제공 방식에 대한 의견	226
〈표 5-27〉 주치의 제도를 통한 건강문제 대응 가능성 평가	227
〈표 5-28〉 주치의 제도 이용 의향에 따른 주치의 제도의 효과에 대한 인식	228
〈표 5-29〉 지역 건강문제 대응을 위한 주민 직접참여의 필요성	229
〈표 5-30〉 조사참여자의 주민 자치 활동 참여 경험	230
〈표 5-31〉 동네 건강모임의 필요성에 대한 인식	231
〈표 5-32〉 조사참여자의 건강모임 참여 의향	232
〈표 5-33〉 건강모임 참여 의향이 없는 이유	232
〈표 5-34〉 건강모임의 활성화 요인에 대한 응답(1~3순위 통합)	233
〈표 5-35〉 마을 건강활동가의 유용성에 대한 인식	234
〈표 5-36〉 마을 건강 활동가의 금전적 보상 수준에 대한 인식	236

# 그림 목차

[그림 2-1] 의료사협 설립 추이와 현황 .....	21
[그림 2-2] 살림의료사협의 의료돌봄 사례회의 .....	31
[그림 2-3] 전주의료사협의 건강지킴이 활동 매뉴얼 .....	35
[그림 2-4] 민들레의료복지사회적협동조합의 조직도 .....	39
[그림 2-5] 안산의료사협의 조직구조 .....	42
[그림 2-6] 살림의료사협의 조직구조 .....	45
[그림 2-7] 안성의료복지사회적협동조합 조직도 .....	49
[그림 2-8] 인천평화의료사협 조직구조 .....	52
[그림 2-9] 강원의료사협 조직구조 .....	54
[그림 2-10] 시흥의료사협 조직구조 .....	57
[그림 4-1] 경상북도 건강마을 조성사업의 운영체계 .....	116
[그림 4-2] 부산시 마을건강센터 사업(2016년~현재)의 비전, 목표, 추진전략 및 추진과제 .....	123
[그림 4-3] 일차의료 만성질환관리 사업의 서비스 프로세스 .....	132
[그림 4-4] 고혈압·당뇨병 등록관리사업의 서비스 프로세스 .....	134
[그림 4-5] 방문진료서비스 제공 프로세스 .....	141
[그림 4-6] PHN program performance and quality framework 흐름도 .....	174
[그림 4-7] 앨지역 PCN과 보건부, AHS, 일차의료기관과의 관계 .....	178
[그림 5-1] 거주지역에서 건강문제를 해결하지 못하는 이유 .....	202
[그림 5-2] 거주지역 내에서 건강문제가 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 보건의료 서비스(1~3순위 통합 기준, 전체) .....	217
[그림 5-3] 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 조사참여자의 인식 .....	219
[그림 5-4] 일차의료기관 내 추가 전문 인력의 필요 순위 .....	222
[그림 5-5] 주치의 제도 이용 시 기대효과 .....	226
[그림 5-6] 마을 건강 활동가의 필요 영역에 대한 인식 .....	235
[그림 6-1] 일차의료와 주민참여의 결합 모형 .....	247
[그림 6-2] 주민참여와 포괄적 일차의료 결합한 지역건강돌봄 모형 .....	248



## 1. 연구의 배경 및 목적

현재 한국은 인구고령화와 지역인구 소멸위기 속에서 지역의 필수의료 공백과 이에 따른 건강격차의 문제가 가속화되고 있고, 일차의료(primary care)가 취약한 가운데 예방보다는 치료 중심의 의료공급, 상급종합병원 이용쏠림 문제가 발생하고 있다. 최근 지역사회 계속거주(Aging in place)를 지원하는 지역 중심의 통합의료돌봄이 강조되고 있지만, 현재 의료체계에서는 지역 내에서 통합·연속적인 서비스 제공이 사실상 어려운 상황이다. 이러한 문제들을 해결하려면 새로운 대안적 지역건강돌봄체계로서 지역주민의 삶에 좀 더 밀착한 통합적이고 포용적인 보건의료체계로 전환이 필요하다.

이 연구에서는 일부 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협)이 구축해 온 지역사회건강돌봄 모델에 주목한다. 의료사협은 주민의 건강과 의료 문제를 지역 단위에서 조합원들 스스로가 주인이 되어 해결하고자 설립된 조직으로, 장애인 주치의제나 다학제 일차의료, 주민참여에 기반한 건강돌봄활동, 지역사회 통합돌봄 등 현재 정부가 추진 중이거나 논의 중인 정책들을 훨씬 앞서서 고민하고 실천해왔다.

이에 이 연구에서는 한국의 일부 의료사협이 구현하고 실천해온 지역 건강돌봄체계의 핵심 특징을 파악하고, 그 성과와 한계를 종합함으로써 주민참여에 기반한 지역건강돌봄 모형의 확대 가능성과 이를 달성하는데 필요한 제도적 개선방향을 제시하고자 하였다.

## 2. 주요 연구 내용

의료사협의 현황, 성과 등에 대한 선행연구와 문헌자료들을 고찰하고,

## 2 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

의료사협 내외부의 관계자들을 인터뷰하여 의료사협이 지역사회에서 수행하는 기능과 역할, 주민참여 및 일차의료의 구현방식, 제도적·구조적 한계 등을 파악하였다. 또한 일차의료와 주민참여에 관해 국내외 동향과 사례를 고찰하였으며, 특히 일차의료와 주민참여가 서로 어떻게 결합될 수 있는지를 중점적으로 살펴보았다. 이어 설문조사를 실시해 지역건강돌봄의 현황과 대안에 대한 일반인들의 인식을 살펴보았다. 끝으로 주민참여형 지역건강돌봄체계의 개념과 핵심 요소들을 제안하고, 이러한 체계를 구축하려면 고려해야 할 정책 여건을 진단하는 한편, 모형의 확산과 제도화에 필요한 정책과제들을 제시하였다.

의료사협이 구축한 지역건강돌봄체계를 살펴본 결과, 개별 의료사협마다 규모나 활동범위는 조금씩 달랐으나 주치의 기반의 포괄적 일차의료, 건강소모임·건강리더와 같은 주민 참여를 바탕으로 한 지역 공동체의 건강 역량 강화, 의료와 복지가 연계된 통합돌봄을 공통적으로 지향하고 있었다. 방문진료 등 돌봄대상자 가까이에서 생활공간과 일상에 밀착한 돌봄의 실천(현장성), 장기간 형성된 주민과 의료진 간의 신뢰와 공동체적 돌봄을 바탕으로 한 사회적 연대(관계성), 주민이 돌봄의 주체로서 스스로 참여(참여성), 다양한 전문인력의 협업과 신체적·정서적·사회적 영역을 아우르는 통합적 접근(통합성) 등은 의료사협이 일차의료(primary care)의 핵심 가치를 주민 주도적으로 구현하고 있음을 보여준다. 의료사협의 일차의료 모델은 기존의 의료인 중심 일차의료 개념에서 벗어나 지역주민이 ‘적극적 실천자’, ‘돌봄의 주체’, ‘지역 자원을 연계하는 코디네이터’로 참여하는 좀 더 발전된 모델을 제시한다.

주치의를 기반으로 오래전부터 일차의료체계를 구축해온 영국, 호주, 캐나다 등 여러 나라도 최근에는 지역통합돌봄이 강조되는 맥락 속에 ‘다학제 팀 기반의 일차의료’로 그 영역을 확장하고 있으며, 그 과정에서 주

민들을 일차의료 제공자의 일원으로 포함하는 기제들이 마련되고 있다. 가령, 영국과 호주는 사회적 처방 개념을 도입해 지역사정을 잘 아는 주민을 링크워커로 고용하고, 그들로 하여금 주민들의 생활·정서적 문제를 파악하고 필요한 지역자원을 연계하는 역할을 하도록 하고 있다.

또한 지역건강돌봄에 대한 주민인식 설문조사 결과, 일차의료 및 주민 참여에 기반한 지역건강돌봄체계에 대해 주민들이 지닌 긍정적인 인식과 기대를 확인할 수 있었다. 주민들은 지역 내에서 건강문제가 충분히 해결 되는 가장 중요한 부분으로 ‘주치의를 통한 종합적, 지속적인 건강관리’와 ‘동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송 체계’를 꼽았다. 이는 많은 주민이 자신의 건강을 지속적으로 관리해 줄 일차의료와 필요시 일차의료기관에서 신속하게 환자를 상급종합병원으로 연계하고 다시 되돌려보내는 협력 체계의 구축을 지역 건강관리의 중요한 부분으로 인식하고 있음을 의미한다. 또한 주치의 제도의 기대효과로 평소 건강상담, 종합적·지속적인 관리 등을 꼽아 통합적이고 지속적인 건강관리에 대한 주민들의 요구도가 높다는 것을 확인할 수 있다. 지역건강돌봄 실현을 위한 주민참여의 필요성에도 높은 인식수준을 보였고, 영국의 링크워커처럼 마을건강활동가가 일차의료에서 구체적인 역할을 하는 방식에도 긍정적인 인식을 보임으로써 주민들이 단순히 보건의료나 돌봄의 수혜자, 이용자에 그치지 않고, 건강과 돌봄 제공의 공동 주체로서 역할을 수용하고자 하는 태도를 확인할 수 있다.

의료사협의 사례와 경험을 토대로 구상할 수 있는 지역건강돌봄 모형의 핵심 요소는 포괄적 일차의료 제공과 주민참여이다. 포괄적 일차의료는 비단 주치의뿐 아니라 다학제 팀 접근과 방문진료 및 돌봄이 결합된 모형이다. 아울러 일차의료와 주민참여는 각기 아닌 결합으로 더욱 시너지를 낼 수 있다. 일차의료와 주민참여의 결합은 제도화된 거버넌스 참

#### 4 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

여에서부터 서비스 직접 제공이나 주민활동 참여에 이르기까지 다양한 층위에서 이루어질 수 있다.

의료사협의 사례들은 한국에서 주민참여형 지역건강돌봄이 어떻게 구현될 수 있는지를 보여준다. 그러나 인력, 재정, 행정적 지원체계 등의 다양한 한계는 이러한 모델의 지속가능성과 확산을 저해하는 요인으로 작용하며, 이는 우리나라 일차보건의료 체계 전반이 직면한 구조적 한계와도 긴밀하게 연계되어 있다. 구체적으로 현재 우리나라는 지역에서 의료공급자들이 포괄적 일차의료를 제공할 유인이 존재한다고 보기 어려우며, 포괄적 일차의료를 제공할 역량과 기반도 충분히 갖추고 있지 못하다. 또 지역의 보건의료 자원배분이나 서비스 기획에서 주민의 의견을 고려해야 할 유인이 존재하지 않으며, 일차의료 및 지역 돌봄에서 주민참여의 통로가 마련되어 있지 않은 상황이다.

### 3. 결론 및 시사점

따라서 일차의료 및 주민참여에 기반한 지역건강돌봄체계의 확산과 제도화에는 다음과 같은 정책이 마련될 필요가 있다.

먼저 환자 개개인이 여러 의료기관을 전전하는 방식이 아니라 자신의 주치의를 정해 건강관리를 지속적으로 받는 건강주치의 제도의 단계적 도입이 필요하다. 아울러 일차의료기관에서 제공되어야 할 서비스의 범위를 명확히 정의하고, 이에 대한 법적 기반을 마련해야 한다. 또한 주치위의 정보 접근성을 높이고 실시간 진료정보교류를 활성화할 추가 조치가 필요하다.

둘째, 건강주치의제가 지향하는 '지속적이고 포괄적인 건강관리 제공'을 뒷받침하는 적정 수가 보상체계가 마련되어야 한다. 만성질환 관리료, 방문진료 수가 등 기존 시범사업 항목을 건강보험 본사업으로 전환하고,

일차의료기관이 환자교육, 지역사회 연계에 투입한 노력에도 보상체계를 마련할 필요가 있다. 이와 함께 일차의료의 질 향상을 유도하도록 성과 평가에 기반한 재정 인센티브를 지급하는 것도 필요하다.

셋째, 한국은 일차의료기관 대부분이 1인 단독 개원 형태로 운영되어 다학제 협업에 한계가 있으므로 이를 뒷받침할 지원체계 마련이 시급하다. 일차의료지원센터와 같은 조직은 동네 의원 중심의 일차의료를 효과적으로 작동시키는 현실적인 대안이 될 수 있다. 농어촌 의료취약지의 경우에는 공공종합의원을 설립해 공공에서 다학제 일차의료를 직접 제공하는 방식도 하나의 대안이 될 수 있다.

넷째, 일차의료기관 및 보건소와 연계한 주민 건강코디네이터 제도의 시범도입이 필요하다. 일차의료팀에 주민 출신의 사례관리 인력을 포함함으로써 의료와 복지 사이의 간극을 메우고 주민을 적절한 지역자원(자조모임, 자원봉사, 문화·예술 활동, 복지서비스, 운동 프로그램 등)과 연계하는 모델을 고안해 볼 수 있다.

다섯째, 지역사회 중심의 촘촘한 풀뿌리 돌봄망을 구축하려면 마을 건강돌봄활동가 혹은 건강리더를 체계적으로 양성하고 지원하는 것이 필요하다. 건강리더들은 주민을 정기 방문해 기본 건강체크 및 정서적 지원, 새로운 건강취약계층의 발굴 및 건강관리 수요의 파악과 필요시 지역 보건복지 자원 연계, 지역 건강모임의 조직 및 운영 등에서 중요한 자원으로 활용될 수 있다. 그러려면 표준화된 교육과정, 적절한 보상체계의 설계가 필요하다.

마지막으로, 주민의견이 일차의료 및 보건사업에 제도적으로 연계되도록 조례를 제정해 주민참여의 법적 근거를 명확히 마련하는 것이 중요하다.

주요 용어: 지역건강돌봄, 일차의료, 주민참여, 의료복지사회적협동조합



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

제2절 연구 목적

제3절 연구 내용 및 방법



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구 배경 및 필요성

### 1. 지역의 필수의료 공백과 건강격차의 가속화

한국의 의료는 세계적으로도 인정받는 높은 수준에 도달하였지만, 그러한 발전의 성과가 모든 지역민에게 고루 돌아가지는 못하고 있다. 공공 중심의 의료공급체계를 구축해 온 대부분 선진국과 달리 한국은 민간 중심의 의료 공급체계를 구축해 오면서 의료자원이 의료필요보다는 수익성에 따라 분배되고 있는 형편이며, 이에 따른 문제들이 인구 고령화와 지역인구 소멸 위기 속에서 지역의 필수의료 공백과 건강격차 등으로 더욱 가속화되어 나타나고 있다.

2023년 기준, 인구 10만 명당 의사 수는 서울이 479명인 데 반해 경북은 215명으로 서울의 절반에도 미치지 못한다(국민건강보험공단, 2024; 신현웅 외, 2025, p.25에서 재인용). 지역 간 필수의료 전문의 수의 격차는 더 심각하다. 대표적인 필수의료 전문과목(내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과, 흉부외과, 신경과, 신경외과)의 인구 1천 명당 전문의 수는 수도권 평균이 1.86명, 비수도권 평균은 0.46명으로 그 격차가 약 4배에 달한다(건강보험심사평가원, 2024; 신현웅 외, 2025, p.26에서 재인용).

이러한 지역 의료 공백은 지역민들의 건강을 위협하고, 나아가 지역소멸을 가속화하는 요인으로 작용하는 상황이지만, 지역 필수의료 공백을 메우는 최후의 보루로 기능해야 할 공공의료기관은 낮은 비중과 제한된

역량으로 제 기능을 충분히 수행하지 못하고 있다(김재경, 2022; 홍승권, 2025, p.139에서 재인용).

## 2. 취약한 일차의료시스템과 치료 중심의 의료 공급

지역 의료의 위기는 의료전달체계의 왜곡과도 구조적으로 연결되어 있다. 인구고령화와 질병구조의 변화로 치료보다는 예방중심의 의료패러다임 전환과 일차의료를 통한 포괄적이고 지속적인 건강관리의 필요성이 강조되고 있지만, 한국 사회에서는 제대로 정립되지 못한 의료전달체계와 취약한 일차의료시스템 속에서 예방보다는 치료 중심의 의료 공급이 지속되고 있다. 또한 병원에서 충분히 치료가 가능한 경증질환임에도 상급종합병원을 찾는 진료왜곡과 비효율의 문제가 발생하고 있다. 이러한 의료기관 간 기능 미분화와 환자의 상급종합병원 집중 경향은 지역 병원의 기능을 제약하고, 이는 다시 필수의료 인력난을 구조적으로 고착해서 지역 의료의 공백을 키우는 요인으로 작용한다(홍승권, 2025, p.138).

일차의료의 중요성은 이미 오래전부터 강조되어 왔다. 스타필드(Starfield)등은 일차의료의가 튼튼한 국가일수록 국민건강 수준이 높고 의료비 지출이 낮으며 건강형평성이 향상된다고 보고한 바 있다(Starfield et al., 2005). 이와 관련해 해외 여러 국가는 주치의 기반의 일차의료체계를 구축하고, 지역단위 통합의료시스템을 구축해 지역 내 의료공급자들을 수직적 혹은 수평적으로 연계하여 의료이용의 중복을 줄여 환자에게 연속적인 서비스를 제공하고 있다(임선미 외, 2023, p.26). 더욱이 최근에는 지역사회 계속거주(Aging in place)를 지원하는 지역 중심의 통합의료돌봄이 강조되면서 일차의료의 범위도 확장되는 추세다. 경제협력개발기구(OECD) 역시 보건의료체계 개혁의 핵심으로 사람 중심의 통합

돌봄을 강조해오고 있다(OECD, 2025).

하지만 우리나라의 현재 의료체계에서는 지역 내에서 통합·연속적인 서비스 제공이 사실상 어려운 상황이다(임선미 외, 2023, p.26). 일차의료의 기능이 충분히 자리 잡지 못해 환자의 건강관리를 지속적으로 책임지고 조정하는 주치의 역할이 부재하며 의료와 돌봄, 복지 서비스 간에 정보 공유 체계가 미비하여 서로가 유기적으로 연결되지 않고 있다. 「의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률」 제정에 따라 2026년 본격적인 시행을 앞둔 지역 돌봄 통합의 경우, 지역 내 다양한 의료·돌봄 서비스를 연계하여 대상자 중심으로 통합 지원하는 체계를 마련한다는 점에서 중요한 전환점이 될 것으로 보이지만, 주요 대상자가 거동이 어려운 노인과 장애인 등으로만 한정됨에 따라 지역민 전체의 건강과 돌봄 문제를 아우르지 못하고, 방문의료와 같은 재가 중심의 서비스와 연계해 시설 입소를 줄이는 데 주 초점이 있다는 한계가 있다.

### 3. 대안적 지역건강돌봄체계의 필요성

기존의 시장 중심 의료서비스와 정부의 정책적 개입이 해결하지 못한 지역민의 건강문제 및 비효율적 의료이용, 취약한 의료공공성을 해결하려면 새로운 대안적 지역건강돌봄체계가 필요하다. 더욱이 1년 넘게 지속된 의사 집단파업은 한국 보건의료체계의 취약성과 함께 환자와 시민들의 요구가 지역의 의료 및 돌봄 체계에 충분히 반영되지 못하는 구조적 한계를 드러냈다. 이러한 구조적 한계들은 보건의료의 수요자인 환자, 시민, 지역주민이 보건의료 정책 과정에 제도적으로 참여할 장치 마련의 필요성과 더불어 의사 중심이 아닌 다양한 전문직 간 협력에 기반한 다학제 통합돌봄 체계, 지역의 실정과 수요에 부응하는 지방분권적 보건의료 정

책 설계의 필요성을 환기시킨다.

이처럼 지역주민의 삶에 좀 더 밀착한 통합적이고 포용적인 보건의료 체계로 전환이 요구되는 상황에서 일부 지역에서는 기존의 정부실패와 시장실패를 보완하는 새로운 의료공공성의 모델로 의료복지사회적협동조합(이하 의료사협)을 중심으로 지역사회 통합건강돌봄을 실천하고 있다. 주민의 건강과 의료문제를 지역 단위에서 조합원들 스스로가 주인이 되어 해결하고자 설립된 의료사협은 1994년 경기도 안성시에서 시작한 후 현재 전국에서 30여 개가 활동하고 있다.

의료사협은 주민 참여형 모델로 지역 주민이 건강관리 및 예방 체계를 구축하고 스스로 건강한 공동체를 육성하는 역할을 하고 있다. 구체적으로, 사회의료법인을 설립해 조합원이 주인인 일차의료기관을 운영하고 있으며, 다학제 팀 기반의 일차의료와 재가요양, 주간보호센터 등 돌봄과 의료의 협력 구조를 확보하였다. 또한 ‘건강리더’, ‘건강지킴이’와 같은 마을건강활동가를 양성해 지역사회의 건강자치역량을 강화하는 데 힘쓰고 있다(한국의료복지사회적협동조합, 2020, pp.5-14). 이로써 환자에 대한 지속적 건강관리, 지역 특수성에 기반한 지역 건강돌봄의제 발굴, 다양한 주체의 참여 기회 확대, 의료비 절감 등 일부 긍정적인 영향이 보고되기도 하였다(남춘호, 김정석, 2022; 이근정 외, 2020). 특히 지역 주민이 직접 참여하여 주도하는 주민참여형 모델은 예방·관리 중심의 통합 돌봄과 지역공동체 건강증진을 실현할 수 있는 대안으로 주목받고 있다(OECD, 2025).

이러한 의료사협 모델은 지역사회 기반의 통합적 건강돌봄을 실제로 구현하고 있다는 점에서 현재 정부가 의료개혁의 일환으로 추진 중인 일차의료혁신 시범사업이나 2026년 본격적인 시행을 앞둔 지역 돌봄 통합에 중요한 시사점을 제공할 것으로 보인다. 특히 의료사협은 주민 참여와 다학제 협력을 기반으로, 제도 중심의 상향식 접근이 놓이기 쉬운 현장의

요구와 돌봄의 연속성을 효과적으로 보완할 기제들을 갖추고 있다는 점에서 주목할 필요가 있다. 이와 관련해 선행연구들도 의료사협의 가능성에 주목하며, 의료사협을 지역사회복지의 공공성을 강화하고, 사회서비스의 시장화에 대응하는 실천주체로 평가하거나(이해진, 김철규, 2014), 자기가 사는 곳에서 약이 아닌 사람으로 건강 주체성을 확보하는 지역 건강권의 회복(이재희, 윤민화, 2018), 새로운 의료공공성의 등장(남춘호, 김정석, 2022)으로 평가하기도 하였다.

그러나 아직까지 의료사협 모델의 성과와 한계 그리고 제도적 확장 가능성에 대한 학술적, 정책적 연구는 충분하지 않다. 특히 제도적 보편화라는 측면에서 의료사협이 구축해 온 지역건강돌봄모형을 확산하고 제도화하려면 해결해야 할 정책적 과제들을 검토하는 것은 의미 있는 작업이 될 것이다.

## 제2절 연구 목적

이 연구는 의료사협의 주민참여형 건강돌봄모형을 심층 분석함으로써 주민참여에 기반한 건강돌봄이 어떻게 구조화되고 일차의료의 접근성, 포괄성, 연속성 등의 원칙이 지역사회에서 어떻게 실질적으로 구현되고 있는지를 살펴보는 데 목적이 있다. 나아가 이 두 요소가 지역 통합돌봄 정책의 맥락 속에서 어떠한 방식으로 결합될 수 있는지 그리고 그 결합이 지역 건강돌봄체계 발전에서 어떤 가능성과 잠재력이 있는지 살펴보고, 주민참여에 기반한 지역건강돌봄 모형의 확대 가능성과 제도화 방안을 제시하고자 한다.

이 연구의 세부 목표는 다음과 같다.

첫째, 의료사협이 구축한 주민참여형 지역건강돌봄모형에서 주민참여

와 일차의료가 실천되는 방식과 특성을 분석한다.

둘째, 주민참여형 지역건강돌봄체계 구축의 필요성과 핵심 개념을 도출하고, 이를 달성하려면 고려해야 할 제도적·정책적 과제를 도출한다.

## 제3절 연구 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

이 연구의 핵심 과업은 우리나라 의료사협이 구현 및 실천해온 지역건강돌봄체계의 핵심 특징을 파악하고, 그 성과와 한계를 종합함으로써 주민참여에 기반한 지역건강돌봄 모형의 확대 가능성과 이를 달성하는 데 필요한 제도적 개선방향을 제시하는 것이다. 이를 위해 이 연구에서는 먼저 우리나라 의료사협의 현황과 성과를 분석하였다. 의료사협의 역사적 전개와 운영 현황, 주요 활동과 성과 등을 검토하고(제2장), 의료사협 조합원, 실무자, 전문가 등 내외부 관계자를 인터뷰해 의료사협 참여 경험과 성과, 한계 등을 파악하였다(제3장).

이어 제4장에서는 지역건강돌봄에서 주민참여와 일차의료에 관한 국내외 정책 동향과 사례들을 심층적으로 고찰하였다. 먼저 국내에서 일부 지자체를 중심으로 시도해온 주민참여 기반 지역 건강돌봄사업의 주요 내용과 성과 및 한계를 고찰하였으며, 시범사업 형태로 운영되어온 일차의료 기반 건강관리사업들의 현황과 주요 문제점을 살펴보았다. 이와 함께 일본, 영국, 호주, 캐나다, 미국, 유럽 등에서 지역기반의 건강돌봄을 강화하고자 일차의료와 주민참여 측면에서 어떠한 정책적 노력을 기울이고 있는지 그 동향을 살펴보았다.

다음으로 제5장에는 주민참여형 지역건강돌봄에 대한 일반인들의 인식을 조사한 내용을 담았다. 구체적으로, 지역 내 건강돌봄을 위해 일차 의료에서 제공되어야 할 서비스의 범위에 대한 일반인의 인식을 파악하고, 지역 건강돌봄에서 주민의 역할과 참여 범위, 이를 위해 필요한 요소들을 파악하고자 하였다.

마지막으로 제6장에서는 이상의 내용을 종합해 주민참여형 지역건강돌봄체계의 개념과 핵심 요소들을 제안하고, 이러한 체계를 구축하려면 고려해야 할 정책 여건을 진단하는 한편, 모형의 확산과 제도화에 필요한 정책과제들을 제시하였다.

## 2. 연구 방법

이 연구는 다음과 같은 연구방법을 활용해 수행하였다.

### 가. 문헌 연구

먼저 우리나라 의료사협의 역사, 현황, 주요 활동, 성과 등을 파악하려고 선행연구 및 정책 자료, 각 의료사협 홈페이지, 의료사협 내부 자료들을 검토하였다. 또한 국내외 일차의료 및 주민참여 관련 동향을 파악하려고 선행연구, 언론기사, 정부 및 기관 홈페이지 등을 검토하였다.

### 나. 초점집단인터뷰 및 개인별 심층인터뷰

의료사협 참여 경험과 만족도, 개선과제 등을 심층 파악하고자 일부 의료사협의 조합원, 실무자, 의료인력들을 대상으로 초점집단인터뷰(Focus

Group Interview)를 실시하였다. 구체적으로는 조합 활동에 참여하는 일반 조합원(지역 주민), 의료사협의 운영을 책임지는 경영 실무진, 일차 의료 현장에서 직접 진료를 담당하는 의사와 한의사, 대상자의 가정과 지역사회에서 돌봄을 수행하는 간호사(방문간호사, 가정전문간호사 등), 장기요양과 돌봄을 제공하는 사회복지사 등 돌봄 종사자를 포함하여 총 23명을 인터뷰하였다. 아울러 의료사협과 협력한 경험이 있는 공공 및 민간 일차의료분야의 전문가 3명을 심층인터뷰하여 의료사협 활동에 대한 외부 시각을 살펴보고, 의료사협이 구축한 지역건강돌봄체계의 가능성과 한계에 대한 의견을 청취하였다. 이후 인터뷰 내용에 대한 분석은 질적 내용 분석(qualitative content analysis)을 적용하여 수행하였다. 표적 집단면접(Focus Group Interview, FGI) 및 심층인터뷰의 구체적인 내용과 분석방법은 제3장에 상세히 기술하였다.

#### 다. 설문조사

지역건강돌봄을 달성하는 데 필요한 핵심 구성 요인으로서 일차의료와 주민참여의 중요성(필요성)을 일반국민들이 어떻게 인식하는지 파악하고자 온라인 설문조사를 실시하였다. 최근 1년 동안 동네 병의원 이용 경험이 있는 30~69세 성인 1,031명을 최종 분석 대상으로 하였으며, 포괄적 일차의료 및 지역건강돌봄 활동의 경험이 있을 것으로 예상되는 의료사협 조합원들과 대부분 그렇지 못한 일반인들을 비교하려고 전체 표본 중 30%는 의료사협 조합원에게 할당하였다. 조사 내용으로는 지역 내 건강돌봄의 충분성에 대한 인식, 주치의 제도와 일차의료에서 제공되어야 할 서비스에 대한 인식, 지역 건강돌봄을 위한 주민 참여의 필요성에 대한 인식, 주민참여의 경험과 의향, 주민참여를 활성화하는 조건 등을 포함하

였다. 설문조사의 구체적인 표본구성과 조사 내용, 방법은 제5장에 상세히 기술하였다.

## **라. 전문가 자문회의**

의료사협의 운영체제와 전반적인 현황에 대한 이해도를 제고하고, 질적 연구, 설문조사 등 연구의 주요 내용과 분석 틀, 분석 결과의 타당성을 검토받고자 원내외 전문가들에게 자문했다.





## 제2장

### 의료복지사회적협동조합의 주민참여형 지역건강돌봄체계

- 제1절 의료복지사회적협동조합의 역사와 현황
- 제2절 의료복지사회적협동조합의 주요 활동
- 제3절 조합별 주민참여형 건강돌봄활동의 운영 사례
- 제4절 소결



## 제 2 장

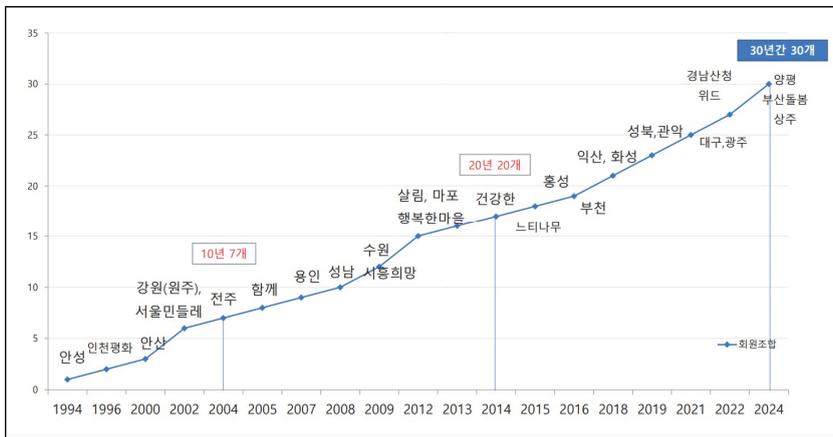
# 의료복지사회적협동조합의 주민참여형 지역건강돌봄체계

### 제1절 의료복지사회적협동조합의 역사와 현황

#### 1. 의료복지사회적협동조합의 역사적 전개

의료사협은 “공익을 목적으로 지역주민과 조합원, 의료인이 협동하여 의료기관 운영 및 건강증진 활동 등을 통해 건강한 공동체를 만들어가는 사회적 협동조합”이다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024a).

[그림 2-1] 의료사협 설립 추이와 현황



출처: “주민과 함께한 의료사협 30년,” 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024a, 의료사협 30주년 기념행사 및 심포지엄 자료집, p.35.

1994년 안성지역에 최초로 의료사협이 설립된 이후 인천의료사협(1996년), 안산의료사협(2000년), 강원의료사협(2002년), 대전민들레의료

사협(2002년), 전주의료사협(2004년) 등 각지에서 의료사협이 생겨났다. 한국의료복지사회적협동조합연합회에 따르면 2024년 말 기준 총 30개의 의료사협과 1개의 연합조직이 운영 중이며, 6만 5천여 명의 조합원이 참여하고 있다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024b).

의료사협의 태동인 안성의료사협과 인천의료사협은 농민과 노동자들의 건강을 고민하는 보건의료운동가들이 중심이 되어 설립되었다. 기존의 보건의료제도가 안고 있는 한계 속에서 의료사각지대의 문제를 해결하려는 여러 실천 중 하나로 지역을 기반으로 한 조직을 설립해 농민과 노동자의 건강권을 확보하고자 한 것이다. 비록 임의단체이기는 하나 안성과 인천은 협동조합 방식으로 조직을 운영하였으며, 지역주민의 건강을 돌보는 의료 공급자 중심의 관점을 넘어 지역 주민이 주체적으로 참여하는 방식으로 조직의 거버넌스를 정립하였다(오춘희 외, 2020, p.168).

1999년 이전에 설립된 초기 의료사협들은 의료생활협동조합이라는 명칭을 사용하였으나 법적 근거가 없는 임의단체 형태였으며, 1999년 「소비자생활협동조합법」이 제정되면서 의료소비자생활협동조합으로 법인격을 갖추었다. 이로써 의료이용의 당사자인 조합원이 소유한 조직으로서 정당성을 확보할 수 있게 되었으며, 지방정부나 지역사회 단체들과 함께 사업을 할 수 있는 파트너로서 역할이 가능해졌다(오춘희 외, 2020, pp.169-170). 그러나 생협법 제정 이후 비의료인의 의료기관 개설이 가능해지면서 이를 악용한 유사의료생협이 우후죽순 등장하였고, 사무장병원의 불법경영 문제들이 불거지면서 정작 지역사회에서 의료공공성을 실천하며 성실하게 운영하는 의료생협들까지 사무장병원으로 의심받기에 이르렀다(박혜린, 2020, p.83). 더욱이 유사의료생협의 문제는 ‘비조합원 이용’을 제한해야 한다는 주장으로 이어지기도 했는데, 이는 「의료법」상 의료기관이 환자를 거부할 수 없는 현실은 물론이고 지역의 취약계층 지원 등 의료생협이 수행하고 있는 사회적 역할과도 배치되면서 조직

의 정체성에 대한 고민이 이어졌다(오춘희 외, 2020, p.172).

이후 2012년 「협동조합 기본법」이 제정되면서 의료생협은 조직의 정체성을 의료사협으로 전환한다. 사회적 협동조합으로 조직 형태를 전환한 것은 조합의 ‘사회적’ 기능이라는 측면을 더 강화하고, 다른 한편으로는 일종의 ‘사무장 병원’인 유사의료생협과 차별성을 제시하려는 것이었으며, 법적 요건도 한층 강화되었다(남춘호, 김정석, 2022, p.9). 개설 의료기관 1개소당 설립동의자 500인 이상, 설립동의자 1인당 최저 출자금 5만 원 이상, 1인당 최고 출자금은 출자금 납입총액의 10% 이내, 출자금 납입총액이 1억 원 이상 등의 설립 요건과 함께 비조합원의 이용 제한(전체 50% 이내)이 적용되었다(「협동조합 기본법 시행령」, 2023).

〈표 2-1〉 사회적 협동조합의 법적 정의

<p>협동조합 기본법 제2조(정의)</p> <p>사회적 협동조합이란 “지역 주민들의 권익·복리 증진과 관련된 사업을 수행하거나 취약계층에게 사회서비스 또는 일자리를 제공하는 등 영리를 목적으로 하지 아니하는 협동조합”을 말한다.</p>
---

출처: “협동조합 기본법, 법률 제21065호,” 2025.

〈표 2-2〉 사회적 협동조합의 설립인가 및 이용 기준

<p><b>■ 의료기관을 개설하는 사회적협동조합의 설립인가 기준</b></p> <p>- 협동조합기본법 시행령 제19조(사회적협동조합의 설립인가 기준 등)</p> <p>① 사회적협동조합의 설립인가를 받으려면 다음 각 호의 기준을 모두 충족하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 창립총회 개의 전까지 발기인에게 설립동의서를 제출한 자(이하 이 조에서 “설립동의자”라 한다)가 5인 이상일 것</li> <li>2. 설립동의자는 생산자, 소비자, 직원, 자원봉사자 및 후원자 등 다양한 이해관계인 가운데 둘 이상의 이해관계인을 포함하여 구성될 것</li> </ol> <p>② 제1항에도 불구하고 보건·의료 서비스 제공 사업을 목적으로 의료기관을 개설·운영하려는 사회적협동조합에 대한 설립인가 기준은 다음 각 호와 같다.</p>
--

24 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 개설되는 의료기관 1개소(個所)당 설립동 의자가 500인 이상일 것. 다만, 시(인구 10만 명 이하인 경우로 한정한다) 또는 군에 개설되는 경우에는 300인 이상으로 한다.</li> <li>2. 설립동 의자 1인당 최저 출자금 5만 원 이상일 것</li> <li>3. 1인당 최고 출자금 1억 원 이내일 것. 다만, 2인 이상의 설립동 의자가 기획재정부령으로 정하는 특수한 관계가 있는 자에 해당하는 경우에는 그 2인 이상의 설립동 의자의 출자금 총액을 출자금 납입총액의 10퍼센트 이내로 하여야 한다.</li> <li>4. 출자금 납입총액이 1억 원 이상일 것. 다만, 시(인구 10만 명 이하인 경우로 한정한다) 또는 군에 개설되는 경우에는 5천만 원 이상으로 한다.</li> <li>5. 그 밖에 기획재정부장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 정하여 고시하는 기준을 충족할 것</li> </ol>
<p><b>■ 사회적 협동조합의 조합원이 아닌 자의 사업 이용</b></p> <p>- 협동조합 기본법 시행령 제24조(사회적협동조합 등의 조합원이 아닌 자의 사업 이용)</p> <p>② 보건·의료 사업을 하는 사회적협동조합은 총공급량의 100분의 50의 범위에서 조합원이 아닌 자에게 보건·의료 서비스를 제공할 수 있다.</p> <p>- 협동조합 기본법 시행령 제25조(보건·의료 사업을 하는 사회적협동조합의 조합원이 아닌 자의 사업 이용)</p> <p>① 제24조제2항에 따라 사회적협동조합이 보건·의료 서비스를 제공할 수 있는 조합원이 아닌 자의 범위는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자</li> <li>2. 「의료급여법」 제3조에 따른 수급권자</li> <li>3. 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제1호에 따른 장애인</li> <li>4. 「한부모가족지원법」 제5조 및 제5조의2에 따른 지원대상자</li> <li>5. 「재한외국인 처우 기본법」 제2조제3호에 따른 결혼이민자</li> <li>6. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환을 가진 사람</li> <li>7. 해당 사회적협동조합이 개설한 의료기관이 소재하는 시·도의 관할 구역에 주소·거소·사업장 또는 근무지가 있는 사람</li> <li>8. 조합원과 같은 가구에 속하는 사람</li> <li>9. 그 밖에 기획재정부장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 보건·의료 서비스를 제공할 필요가 있다고 인정하는 사람</li> </ol>

출처: “협동조합 기본법 시행령, 대통령령 제33498호,” 2023.

이렇듯 의료사협은 「협동조합 기본법」 제정 이후 사회적 협동조합으로 전환하면서 사회적 목적을 달성하는 조직으로서 정체성을 강화해 왔으며 (오춘희 외, 2020, p.179), 의료사협이 발전해 온 시기별 특징과 제도 변화는 다음과 같이 요약될 수 있다.

〈표 2-3〉 의료사협의 시기별 특징

구분	1 시기 (1987~1998)	2 시기 (1999~2003)	3 시기 (2004~2011)	4 시기 (2012~현재)	
관련법	의료법	소비자생활협동조합법		협동조합기본법	
호명	의료생활협동조합	의료소비자생활협동조합		의료복지사회적협동조합	
건강 관점	평등의료 • 민중의 건강권 확보 • 평등의료실현	의료이용자 중심 • 믿을 수 있는 진료 • 이용자의 알 권리 중시 • 건강의 주체로 인식	지역사회 중심 • 공동의 문제해결 • 주민 조직화	건강의 사회화 • 의료 공공성 강화 • 건강불평등 해소 • 지역사회통합돌봄 실현	
주요 행위자	기독청년의료인회 보건의료 운동가	의료생활 네트워크	한국의료생활연대	지역 의료사협	
의료 사협 조직 현황	개별	1994 안성(사) 1996 인천(사)	2000 안산(사) 2002 원주(사), 서울(사), 민들레(사)	2004 전주(사) 2005 함께걸음(사) 2007 해바라기(사) 2008 성남 2009 수원(사), 시흥희망(사)	2012 살림(사), 대구시민, 마포, 행복한마을 (사), 순천 2013 건강한 2014 느티나무(사) 2015 홍성 2016 부천 2018 익산(예비사) 2019 화성, 관악정다운, 성북
	연합		한국의료생활연대(2003) → 한국의료생활연합회(2011) → 한국의료사협연합회(2013) 2012 한국의료생활연합회 부설 교육연구센터 개소		

출처; “의료복지사회적협동조합의 제도변화,” 오춘희 외, 2020, 한국협동조합연구, 38(1), p.163을 일부 인용함.

## 2. 의료복지사회적협동조합의 현황

2025년 8월 기준 COOP 협동조합 홈페이지에서 확인할 수 있는 우리나라 사회적 협동조합은 총 4,852개이며, 이 중 의료사협은 총 40개가 설립되어 활동 중이다.<sup>1)</sup> 40개 의료사협의 조합원 규모는 총 12만 1,221명으로, 가장 작은 조합이 554명, 가장 큰 조합이 15,293명의 조합원을 보유하고 있는 것으로 나타났으며, 출자금은 평균 7억 8천만 원 수준이었다(COOP 협동조합, 2024).

1) COOP 협동조합 경영공시자료에서 ‘사회적협동조합’, ‘의료복지’로 각각 검색한 결과임.

이 중 30개 조합이 ‘한국의료복지사회적협동조합연합회’ 회원으로 가입되어 있는데, 연합회는 2003년에 창립한 한국의료생협연대를 승계한 것으로 「협동조합 기본법」에 따라 2013년 사회적협동조합연합회로 정식 승인을 받은 조직이다. 연합회는 지역 의료사협과 함께 공동의 돌봄사업을 진행하면서 표준화된 돌봄체계를 만들어 의료사협의 정체성을 강화하고, 개별 의료사협에 대한 지원 및 컨설팅, 교육, 홍보, 네트워크 사업을 수행하고 있다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024c). 현재 연합회에 소속된 조합들의 현황은 <표 2-4>와 같다.

가장 규모가 큰 안산의료사협의 경우, 조합원 8,527명에 의원과 한의원, 치과, 요양원 등 총 15개 사업소를 운영하고 있으며(2025년 6월 말 기준)(안산의료복지사회적협동조합, 2025), 조합에 따라 한의원이나 치과만 운영하는 등 편차가 존재한다.

<표 2-4> 의료복지사회적협동조합 현황(2024.12. 현황)

조합	소재지	운영사업소	설립연월
안성 의료복지사협	경기도 안성시	의원3, 한의원, 치과, 검진센터2, 재가장기요양센터, 요양보호사교육원, 가정간호사업소, 재택의료센터, 자활센터(위탁)	1994.4
인천평화 의료복지사협	인천광역시 부평구	의원, 한의원, 치과, 검진센터, 가정간호사업소, 재가장기요양센터, 주야간보호센터, 재택의료센터	1996.11
안산 의료복지사협	경기도 안산시	의원2, 한의원, 치과, 검진센터, 가정간호사업소, 재택의료센터, 요양원, 재가장기요양센터, 장애인활동지원센터, 주간보호센터, 365노인통합돌봄센터, 경기사회서비스교육원, 새안산바드림(급식사업)	2000.4
강원 의료복지사협	강원도 원주시	의원, 재가장기요양센터, 가정간호센터, 재택의료센터	2002.5
서울 의료복지사협	서울시 영등포구	한의원, 치과, 재가장기요양센터, 한의재택의료센터	2002.6
민들레 의료복지사협	대전광역시 대덕구	의원, 검진센터, 한의원, 치과, 재가복지센터, 주간보호센터, 재택의료센터, 요양원	2002.8

제2장 의료사협의 주민참여형 지역건강돌봄체계 27

조합	소재지	운영사업소	설립연월
전주 의료복지사협	전라북도 전주시	한의원, 재가장기요양센터, 노인일자리 수행기관, 전주재택의료센터	2004.4
함께걸음 의료복지사협	서울시 노원구	한의원, 치과, 어르신휴센터	2005.6
용인 의료복지사협	경기도 용인시	한의원	2007.3
성남 의료복지사협	경기도 성남시	한의원, 재가장기요양센터	2008.2
수원 의료복지사협	경기도 수원시	한의원, 치과, 의원, 건강증진센터	2009.3
시흥희망 의료복지사협	경기도 시흥시	한의원, 치과, 의원, 장애인활동보조사업, 재가장기요양센터, 은계커뮤니티케어센터	2009.9
살림 의료복지사협	서울시 은평구	의원(구산점), 치과(구산점), 재택의료센터(구산점), 한의원(역촌점), 데이케어센터(방문요양 포함)	2012.2
마포 의료복지사협	서울시 마포구	의원, 재택의료센터	2012.6
행복한마을 의료복지사협	경기도 안양시	의원, 한의원, 재택의료센터	2012.9
건강한 의료복지사협	서울시 성동구	치과	2013.12
네티나무 의료복지사협	경기도 구리시	의원, 가정간호센터, 재택의료센터	2014.9
흥성 의료복지사협	충청남도 홍성군	의원, 재택의료센터	2015.5
부천 의료복지사협	경기도 부천시	의원, 장애인활동지원센터, 노인일자리 수행기관, 장기요양요원지원센터	2016.6
익산 의료복지사협	전라북도 익산시	없음	2018.5
화성 의료복지사협	경기도 화성시	의원, 재택의료센터, 재가요양센터	2018.3
성북 의료복지사협	서울시 성북구	한의원, 재가복지센터	2019.2
관악정다운 의료복지사협	서울시 관악구	의원, 재가복지센터(방문간호), 재택의료센터	2019.6
대구 의료복지사협	대구광역시 달서구	의원, 장애인활동지원센터	2021.11
광주 의료복지사협	광주광역시 광산구	의원, 재택의료센터, 마을건강센터, 휴블렌스센터, 노인일자리사업	2021.8
경남산청 의료복지사협	경상남도 산청군	한의원	2022.4

28 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

조합	소재지	운영사업소	설립연월
위드 의료복지사협	대구광역시 중구	의원, 재택의료센터	2022.4
부산돌봄 의료복지사협	부산광역시 연제구	의원, 재택의료센터, 장애인활동지원센터, 장기요양지원센터	2023.10
양평 의료복지사협	경기도 양평군	의원, 재택의료센터	2024.1
상주 의료복지사협	경상북도 상주시	의원	2024.6

출처: “주민과 함께한 의료사협 30년,” 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024, 의료사협 30주년 기념행사 및 심포지엄 자료집, pp.155-160에서 수정함.

“회원조합현황,” 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024b, [http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04\\_0401.php](http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04_0401.php)에서 2025.11.21.인출(수정인용)

한국의료복지사회적협동조합연합회에서는 해마다 조합원, 출자금, 매출액, 건강리더 등의 회원조합 7대 지표를 <표 2-5>와 같이 제시하고 있다. 조합원 총수와 출자금은 꾸준히 증가하고 있으며, 신규 회원조합의 증가, 지자체 통합돌봄사업과 노인 일자리사업, 주간보호센터 신설운영 등으로 회원조합의 매출 총액은 2023년 642억 원에서 2024년 845억 원으로 크게 증가하였다. 취약계층에 대한 의료지원도 증가 추세이며, 지역 중심의 건강돌봄을 이끌고 있는 건강리더의 수도 증가하고 있음을 확인할 수 있다(우세옥, 2025).

<표 2-5> 회원조합 7대 지표

연도	조합수	조합원(명)	출자금(천 원)	건강모임(개)	매출액(천 원)	취약계층의료지원(천 원)	건강리더	직원수
2022	27	57,622	17,169,315	363	55,405,913	318,839	706	1,598
2023	27	65,255	19,517,350	376	64,280,870	358,558	1,363	1,804
2024	30	66,607	19,428,785	352	84,508,665	429,045	1,998	2,126

출처: “가장 인간적인 의료돌봄,” 우세옥, 2025, 한국보건사회연구원 자문회의 발표자료(2025.6.18.).

## 제2절 의료복지사회적협동조합의 주요 활동

건강할 권리, 협동하는 사람, 건강한 세상이라는 세 가지 핵심 가치를 실현하고자 하는 의료사협의 주요 활동 전략은 크게 건강한 의료기관 만들기, 건강한 생활 만들기, 건강한 마을 만들기로 구분할 수 있다. 구체적으로, 지역사회 1차 의료기관을 운영하면서 ‘양질의 의료서비스를 적절하게 제공’하고자 하는 한편, 다양한 종류의 ‘자체 사업’과 ‘민관협력사업 또는 공모사업’ 등으로 지역주민의 건강관리 활동에 힘쓰고 있다. 또한 조합원과 지역주민이 자신의 건강을 스스로 그리고 함께 관리하는 ‘건강관계망 형성’을 위한 사업도 수행 중이다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020).

### 1. 건강한 의료기관 만들기 일차의료 활성화

의료사협은 의원 중심의 포괄적 진료를 제공하면서 재택·재가 돌봄과 예방 활동을 결합한 지역 일차의료 모델을 구축하고 있다. 의료사협은 일차의료를 수행하는 가정의학과, 내과, 한의원, 치과 등을 주로 운영하면서 지역 주민의 신체 전반의 건강문제를 폭넓게 관리한다. 특히 다음과 같은 방식으로 ‘양질의 의료서비스’를 적절하게 제공하고자 하는데, 과잉 진료와 과잉 처방을 하지 않기, 만성질환자에 대한 건강관리 프로그램 운영, 1분 진료가 아닌 환자에게 질병과 치료과정에 대한 상세한 설명, 건강관리에 대한 교육과 상담 등이 포함된다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, pp.5-7; 한국의료복지사회적협동조합연합회, n.d.).

아울러 의료사협은 조합원(지역 주민) 중심으로 장기간 관계를 유지하여 환자의 질병력, 생활습관, 가족력, 지역 자원까지 고려한 진료로 온 가

족이 이용하는 주치의제도를 구현하고자 한다. 현재는 전국적으로 실시되고 있는 장애인 주치의 시범사업은 '의료사협이 지역에서 조합원, 주민과 함께 오래도록 구축해온 건강관리와 주치의 개념을 응축하여 만든 사업'으로, 의료사협은 '장애인 건강권법'의 제정과 정부 주도의 시범사업설계에 기여하였다(오춘희 외, 2020, p.177).

또한 의료사협은 의료기관을 직접 내원해 치료를 받기 어려운 취약계층을 대상으로 '방문의료사업'을 운영하고 있다. 안성과 인천 의료사협은 협동조합으로 전환되기 이전인 1990년대부터 이미 왕진을 실시하였으며, 현재도 자체 사업이나 정부 사업 참여(예: 일차의료 방문진료수가 시범사업, 장기요양 재택의료센터 시범사업) 등으로 건강취약계층에 대한 방문의료서비스를 제공하고 있다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024a, p.45). 방문의료팀은 원론적으로 의사, 한의사, 치과의사, 간호사, 치위생사, 사회복지사, 작업치료사 등으로 구성되지만, 의료사협마다 조직의 여건에 맞춰 팀 구성을 다르게 운영하고 있다(이용갑, 박수빈, 2023, p.52).

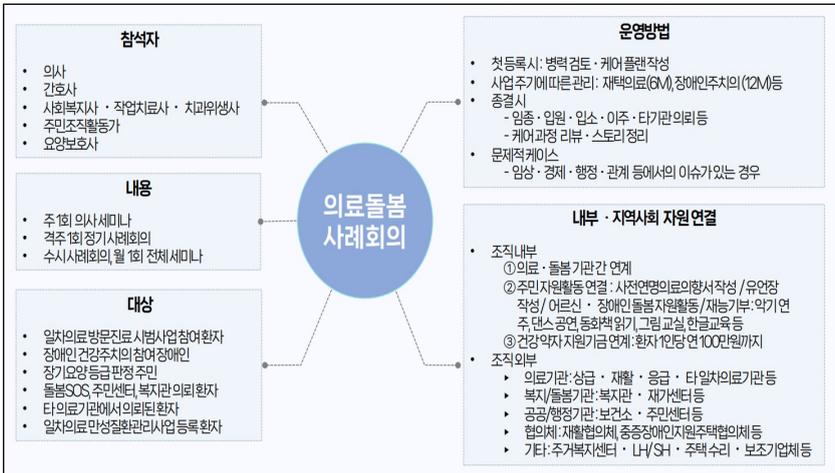
이와 관련해 의료사협은 '가정간호'도 제공하고 있다. 가정간호는 환자의 의료기관 장기입원과 반복적인 병원방문 때문에 환자나 가족의 불편과 진료비 부담을 줄이려고 도입된 제도로, 의사가 의료기관 이외의 장소인 가정이나 요양원에서 의료적 치료와 관리가 지속적으로 필요하다고 판단한 경우, 가정전문간호사에게 해당 환자에 대한 치료나 관리를 의뢰할 수 있다. 가정전문간호사는 해당 환자가 거주하는 집이나 요양원을 직접 방문해 의사가 처방한 의학적 치료와 간호관리서비스를 제공하게 된다(이용갑, 박수빈, 2023, p.50).

〈표 2-6〉 살림의료사협의 다학제 팀주치의 인력 구성

구분	역할	인원
의사	가정의학과·내과·부인과·정신건강의학과·방문진료 전담	8명
치과의사/한의사	보철과·구강내과·통합치의학과·한방과	5명
간호사	외래·만성질환 교육상담·방문간호·가정간호·임종기 교육	13명
간호조무사	한방외래·장기요양주간보호	3명
치과위생사	방문·외래 구강관리	7명
작업치료사	낙상 위험 평가·주거환경 평가, 환자 재활치료·보호자 교육	2명
사회복지사	케어플랜수립·사례관리·지역사회자원 연계	6명
코디네이터	기본 정보제공·건강약자 의료지원상담·행정 지원 등	6명
요양보호사/노인일자리	방문돌봄·인지 돌봄·가정방문운동 지도 등	133명
주민건강리더	건강교육, 모임, 돌봄자원활동	400명

출처: “다학제 팀주치의와 지역사회 시민참여로 이룬 일차의료 혁신모델,” 유여원, 2025.4.25, 2025년 비판과 대안을 위한 건강정책학회·한국건강형평성학회 봄학술대회 [발표자료].

〔그림 2-2〕 살림의료사협의 의료돌봄 사례회의



출처: “다학제 팀주치의와 지역사회 시민참여로 이룬 일차의료 혁신모델,” 유여원, 2025.4.25, 2025년 비판과 대안을 위한 건강정책학회·한국건강형평성학회 봄학술대회 [발표자료].

이와 함께 안산, 부천, 살림, 민들레 등 일부 의료사협은 다학제 팀 기반의 일차의료를 제공하는 체계를 갖추고 있다. 가령, 살림의료사협의 경우, 의사 및 간호사 외에 치과 의사, 작업치료사, 사회복지사, 영양보호사, 치과위생사, 코디네이터, 주민건강리더 등이 함께하는 다학제 팀을 꾸려 사례회의와 방문의료 등의 활동을 해나가고 있다(유여원, 2025).

## 2. 건강한 생활 만들기-건강유지·증진 활동

건강한 의료기관 만들기와 함께 의료사협이 추구하는 또 하나의 핵심 전략은 주민 스스로 건강역량을 키워 자신의 건강을 돌보도록 지원하는 ‘건강한 생활 만들기’이다. 이를 위한 대표적 실천 방식으로는 건강실천단 운영과 주민 건강모임의 활성화가 있다.

건강실천단은 건강을 주제로 하는 교육 및 실천 프로그램으로, 자신의 건강문제와 이슈를 주민과 함께 협동으로 해결하도록 하는 것이 핵심이다. ‘갱년기 여성 자조모임’, ‘통증아카데미’, ‘중년남성들을 위한 과정’, ‘대사증후군 극복을 위한 건강실천단’, ‘협동다이어트’ 등 공통의 건강 이슈를 중심으로 진행되는 건강 프로그램이다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, pp.8-9). 가령, 안산의료사협은 대사증후군이 있는 사람을 대상으로 소그룹을 구성하여 주치의의 지속적인 관리하에 일정 기간 현미채식, 만보 걷기 등 건강실천활동을 수행하도록 하고 있다(이용갑, 박수빈, 2023, pp.52-53).

한편, 주민건강모임은 지역에 따라 소모임이나 동아리라고도 불리며, 조합원들의 같은 취미, 건강생활을 위한 주제로 자율적으로 운영되는 것이 특징이다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.9). 이 외에도 병원처방과 운동처방을 연계해 개개인의 맞춤형 운동을 지원하는 살림의

료사협의 ‘다-gym’ 건강센터 운영 사례는 의료사협이 일상 속에서 건강한 생활을 만들어가려고 추진하는 주요 활동 중 하나이다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.18).

### 3. 건강한 마을 만들기

건강한 의료기관을 만들고 건강한 생활로 자신의 건강을 지키는 것을 넘어 의료사협이 중요하게 바라보는 것은 건강한 마을을 만드는 것, 즉 ‘건강관계망의 형성’이다. 이를 위해 의료사협에서는 건강할 때 건강을 지키는 일상생활과 지역사회에서 이웃 주민들과 자조적인 건강증진 활동을 전개할 리더의 양성에 힘쓰고 있다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.10).

건강지킴이, 건강반장 등으로 불리기도 하는 건강리더는 크게 두 가지 유형으로 구분이 가능하다. 첫 번째 유형은 이웃의 건강과 안부에 관심을 두고 물어보고 얘기를 들어주면서 필요시 의료사협에 도움을 요청하여 필요한 자원을 연계하는 매개자-중개자로서 활동하는 유형이다. 이웃에 관심이 있고, 사람을 사랑하면 누구나 참여가 가능하다. 두 번째 유형은 소정의 교육을 이수한 후 주민의 건강문제를 해결하려고 주민과 함께 구체적인 활동을 수행하는 유형이다. 생활처방전을 바탕으로 건강증진활동을 수행하도록 한다든가 주민 스스로 혈압, 혈당 체크를 할 수 있도록 지원한다든가 건강생활실천표 작성을 지원하는 방식 등이다(이용갑, 박수빈, 2023, p.52). 이와 관련해 한국의료복지사회적협동조합연합회에서는 건강리더를 다음과 같이 정의하고 있다.

〈표 2-7〉 건강리더의 정의

건강리더란 ‘지역주민(조합원)의 몸, 마음, 관계를 살피고, 지역사회의 건강한 변화를 일으키는 사람’이며 다음과 같은 역량을 갖춘 사람이다. ① 스스로 건강관리하고 이웃을 돌보는 사람이다. ② 몸, 마음, 관계를 이롭게 하며 실천하고 촉진한다. ③ 건강관련 기초 지식을 갖추고 있다. ④ 기초 모임이 왜 필요한가를 고민하는 사람이다. ⑤ 만나야 건강하다는 것을 알고 만남을 연결하는 사람이다. ⑥ 건강(실천, 촉진, 관계)의 달인
--

출처: “2020년 사회적경제 시민체감도 향상을 위한 연구-의료사회 중심의 지역특화 통합돌봄 모델 연구,” 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.11.

건강리더들은 의료사협의 조직적 지원과 교육을 바탕으로 육성된다. 각 의료사협은 조합원 중 관심자들을 모집하여 일정 시간의 건강리더 양성교육을 실시하고 수요자에게 활동 자격을 부여한다. 예컨대 부천의료사협은 20시간의 교육과정을 이수해야 건강리더로 위촉되며 이후에도 정기적 모임과 보수교육으로 역량을 강화한다(부천의료복지사회적협동조합, n.d.).

요컨대 건강리더는 의료사협 조직 내에서 훈련되고 지원받는 주민 건강활동가로서 일차의료기관인 의료사협 의원과 연계하여 지역 주민의 일상 건강관리, 조기발견 및 돌봄연계를 책임지는 자원봉사 리더 역할을 수행한다.

〈표 2-8〉 민들레 의료사협의 건강리더 교육과정

	주요 및 세부내용	비고
1회	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶과정안내</li> <li>▶우리는 건강의 주인!: 기대와 바람, 의료사협 건강관</li> </ul>	모든 과정에 마음공부 사전배치
2회	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶소통의 심리_고령자의 이해1</li> <li>- 어르신 만남 워크숍/생생한 고령자돌봄 현장이야기</li> </ul>	
3회	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶지역 밥상공동체-고령자 영양관리</li> </ul>	
4회	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶주민운동의 이해-주민 만나기(과제)</li> </ul>	
5회	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶주민관계맺기</li> <li>- 고령자건강리더 유경험자/요양보호사/고령자건강 돌보미 사례 관리 경험</li> </ul>	사례발표 통합 사례관리모형 만들기

	주요 및 세부내용	비고
6회	▶ 고령자의 건강관리_고령자의 이해2 - 고령자 재활 기본 이해 및 돌봄	
7회	▶ 소통의 심리학_고령자의 이해3 - 호스피스와 완화치유(특강)/죽음의 준비학교(월드아이) 워크숍	
8회	▶ 커뮤니티 파티, 수료식 - 주민과 함께 하는 실천 행동 만들기/사람, 사람이 맞이다	

출처: “2020년 사회적경제 시민체감도 향상을 위한 연구-의료사협 중심의 지역특화 통합돌봄 모델 연구”, 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.13.

### [그림 2-3] 전주의료사협의 건강지킴이 활동 매뉴얼

<b>방문 전</b>	조끼, 명찰 착용 손 씻기 또는 손 소독제로 손 소독
<b>입장 (5분)</b>	인사 → - 지킴이 체온 측정 후 대상자에게 확인 - 대상자 체온 측정 : 37.5 이상 일 경우 활동 종료
<b>건강박수 (10분)</b>	박수 효과 설명 후 건강실천송 함께 부르기 → 대상자 상황에 맞게 스트레칭 및 체조 진행
<b>건강확인 (30분)</b>	<b>안부 묻기</b> 병원 진료 여부, 낙상, 수면, 기분변화, 기운, 식사, 입맛, 대변, 소변, 변실금, 요실금, 신체활동, 칩거상황 등 <b>건강 체크</b> 혈압 측정법 안내, 혈당 측정법 안내
<b>개인위생 및 집안환경 (10분)</b>	<b>개인 위생 상태를 확인함</b> - 얼굴 씻기 및 면도가 잘 되어 있는지 확인 - 머리가 단정하고 청결한지 확인 - 손발톱이 청결하고 깎았는지 확인 - 입 냄새가 없고 구강상태가 양호한지 확인 <b>전반적인 집안 환경을 확인함</b> - 바닥은 청결한지 확인 - 침상은 정리정돈은 잘 되어 있는지 확인 - 설거지는 완료되었는지 확인 - 환기가 잘 되고 악취가 나는지 확인 - 수리가 필요한 부분이 없는지 확인
<b>파트너 지킴이 역할!</b> 담당 지킴이가 이야기하는 동안 - 일지를 작성해주며 빠진 부분은 없는지 체크해주세요 - 시간을 확인하며 함께 놀기 시간이 되면 말해주세요	
<b>함께놀이 (30분)</b>	월례회의 시 제공받은 인지활동 프로그램 진행
<b>마무리 (5분)</b>	'내 나이가 어때서' 노래에 맞춰 율동 하기

출처: “2020년 사회적경제 시민체감도 향상을 위한 연구-의료사협 중심의 지역특화 통합돌봄 모델 연구”, 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, p.39.

#### 4. 지역사회 통합돌봄

의료사협은 초기부터 지역의 건강한 안전망을 구축하려고 다양한 의료 복지통합실천을 시도해왔다. 홀몸 어르신의 정서지원과 방문진료, 방문 간호, 집으로 찾아가는 돌봄서비스 ‘의료생협 길동무’, 재가돌봄, 요양원, 당노자조모임, 건강소모임, 식사 지원, 동행이동지원 등 다수의 활동이 여기에 포함된다.

2019년 지역사회 통합돌봄 시범 및 선도사업이 시작되면서 지역에 의료사협이 있는 안산, 부천, 화성, 전주 등의 지역이 해당 사업에 참여해 활발하게 진행하고 있고 그 외에도 대전, 은평, 시흥, 용인 등지에서 지역 특성에 맞는 사업을 운영 중이다. 다양한 사업이 전개된 가운데 의료사협의 통합돌봄 사업에서 주목할 만한 것 중 하나는 통합돌봄주택이다. 거주지에서 마땅히 돌봐줄 사람이 없어 사회적 장기 입원이 불가피하거나 집에 홀로 방치되어 있던 어르신들이 일명 중간집에 머물며 안정적인 돌봄을 받고 지역사회로 복귀할 수 있도록 지원하는 것으로, 시흥 은계지구 케어안심주택(시흥희망의료사협), 노원구 커뮤니티 케어 통합돌봄주택(함께걸음의료사협), 서울시 은평구 케어안심주택(살림의료사협) 등이 여기에 해당된다(한국의료복지사회적협동조합연합회, 2020, pp.13-14).

〈표 2-9〉 지역기반 의료돌봄 구축 사례

조합	지역기반 통합돌봄 사업 사례
안산	지역사회통합돌봄지원조례 제정, 안산형 방문진료지원센터, 안산형 재택의료센터, 안산형 동행 이동서비스, 재가의료급여(의료, 돌봄, 영양, 동행이동서비스), 한의통합돌봄, 스마트건강지킴이
전주	통합돌봄서포터즈 건강지킴이, 안심생활동행 지원사업, 급성기퇴원환자 물품 지원사업, 전주형 통합돌봄 건강의료안전망, (한의방문진료)재택의료센터, 다독다독 마음 돌봄사업, 재가의료급여시범사업, 먹거리 취약계층을 위한 지역기반 먹거리 돌봄체계 구축사업, 만성질환관리

조합	지역기반 통합돌봄 사업 사례
부천	건강리더 양성 및 건강돌봄, 지역의료기관과 함께하는 방문의료, 재택의료센터, 건강지킴이
살림	재택의료센터, 주간보호/방문요양센터, 서로돌봄공간 조성, 은평통합돌봄네트워킹, 치매안심마을 건강이웃 교육, 재가의료급여 시범사업, 신협 어부바 : 건강약자 및 돌봄자 의료건강지원
안성	방문의료센터(재택진료-방문간호/방문구강/방문물리치료, 가정간호, 장애학생 의료지원), 몸돌봄 마음돌봄 생활돌봄 사업 연계, 건강돌봄지도자 양성 연계
시흥희망	재택의료센터, 장애인주치의사업, 재가의료시범사업, 은계커뮤니티케어센터 어르신 건강돌봄연계(가치기반) 노인돌봄지원 사업, 노인일자리 사업, 직원 조합원 중심 건강반 활동
민들레	재택의료(양방, 한방), 서로돌봄 건강리더(대덕구건강마을네트워크), 퇴원환자돌봄(대덕구청), 경증치매어르신돌봄(대덕구청), 다학제 사례관리
인천평화	부평형 팀기반 방문의료사업, 재택의료센터, 재가의료급여사업(의료, 돌봄, 영양), 부평형 영양죽 지원 사업, 인천형 중도중복장애학생 특별건강지원사업, 장애인 건강 주치의(양방, 치과), 장애인활동지원 기반 방문간호, 지역사회 중심 생애말기돌봄 대상 통합지원 사업
광주	장애인주치의 시범사업, 광주다움 통합돌봄(진료, 간호, 구강, 재활), 재가의료급여 시범사업, 일차의료 만성질환관리 시범사업, 노인의료돌봄 통합지원사업(광주 북구, 광산구) 마을건강센터, 건강약자 병원 동행 휴블런스센터, 사회서비스형 노인일자리
마포	마포구 중장년1인가구 통합돌봄, 마을공동체기반 통합사례관리, 재택의료, 재가의료급여사업, 공급주체 다변화사업, 청년도전지원사업, 노화인지장기추적 및 지역사회돌봄관계망 연구사업, 성별다양성코호트구축 및 추적관찰연구사업

출처: “주민과 함께한 의료사협 30년,” 한국의료복지사회적협동조합연합회, 2024a, 의료사협 30주년 기념행사 및 심포지엄 자료집, pp.47-48에서 수정함.

## 제3절 조합별 주민참여형 건강돌봄활동의 운영 사례

이 절에서는 주요 의료사협들을 중심으로 주민참여형 건강돌봄을 위한 구체적인 운영사례들을 살펴보았다. 의료사협 연합회에 소속된 30개 의료사협 중 조합원 규모가 3천 명 이상이고, 의원을 운영 중인 7개 의료사협을 선정하여 조직운영체계, 일차의료, 주민참여, 통합돌봄 현황을 중심으로 살펴보았다.

### 1. 민들레의료복지사회적협동조합(대전)2)

#### 가. 조직 개요

민들레의료복지사회적협동조합(이하 민들레)은 2002년 대전 대덕구에서 지역주민과 의료·복지 분야 전문가들이 협동하여 설립된 조직이다. 지역주민과 의료·복지 종사자가 함께 출자·운영하며, 지역주민과 의료·복지 종사자가 협동하여 의료, 돌봄, 예방 사업을 하며 마을마다 건강생활공동체를 만들어가는 것을 목표로 한다. 민들레는 일차의료센터와 방문의료센터로 구성된 의료사업본부와 주간보호, 재가복지 등의 돌봄사업을 운영하는 돌봄사업본부 그리고 이들을 지원하는 경영지원실로 구성된다. 또한 조합원들이 자발적으로 조직하여 참여하는 다양한 건강반이 존재한다.

---

2) 민들레의료복지사회적협동조합. (n.d.-a) 홈페이지에 있는 조직도, 연혁, 진료 및 돌봄안내, 조합 활동 등의 내용을 정리한 것임. <http://www.mindlle.org/main>에서 2025.11.21. 인출.

[그림 2-4] 민들레의료복지사회적협동조합의 조직도



출처: “소개 - 조직도,” 민들레의료복지사회적협동조합, n.d.-b, [http://www.mindlle.org/sub\\_page/content\\_1\\_1\\_4/?category=1\\_1\\_4&md\\_id=info&group=mindlle\\_info](http://www.mindlle.org/sub_page/content_1_1_4/?category=1_1_4&md_id=info&group=mindlle_info)에서 2025.11.21. 인출.

## 나. 일차의료 및 통합돌봄 현황

민들레는 의원(가정의학과, 내과, 예방의학과 등), 치과, 한의원 등 일차의료 기관을 자체 운영하고 있으며, 방문의료센터에서 방문진료, 가정간호, 장애인주치의, 방문형 작업치료서비스 등 찾아가는 진료를 실천하고 있다. 최근에는 노인 장기요양과 의료를 연계한 민들레 영양주치의 시범사업을 시작하여 거동이 불편한 주민들을 위한 찾아가는 주치의 서비스를 실천하고 있다.

민들레는 의료와 복지를 결합한 통합돌봄 모델을 선도적으로 구현해왔다. 조합 산하에 민들레주간보호센터를 설립하여 주치의가 있는 노인 주야간보호 서비스를 제공하며 의사, 간호사, 사회복지사 팀이 어르신의 맞춤형 건강관리와 돌봄을 함께 수행한다. 또한 지역사회 장애인복지관, 노

인요양원, 장애인소규모 거주시설 등과 협약을 맺어 촉탁의서비스, 가정 간호, 장애인건강주치의, 건강검진 등 건강관리서비스를 제공하고 있다. 아울러 지역사회 통합돌봄 정책에도 적극 참여하여 대전시 커뮤니티케어 선도사업의 의료 파트너로서 동네 돌봄활동을 전개해왔다.

#### 다. 주민참여 운영체계

민들레 의료사협은 조합원이 곧 운영의 주체로서 참여하는 민주적 구조를 갖추고 있다. 현재 4,800여 세대가 조합원으로 가입되어 있으며, 조합원들은 총회에서 의사결정에 참여하고, 이사회와 여러 위원회에서 의견을 개진할 수 있다. 민들레는 주민 스스로 건강문제를 해결하는 건강자치를 강조하며, 조합원건강이음센터에서 조합원들의 참여와 협동을 독려 및 지원하고 있다. 대표적인 조합원 참여활동은 건강반이라 불리는 건강소모임이다. 건강반은 건강을 증진하고 질병을 예방하려고 스스로 만들어 운영하는 자조 모임으로, 조합원 5명 이상이 모여 구체적인 건강목표와 활동을 계획해 건강반을 신청하면 활동비를 지원받으면서 모임을 운영할 수 있다. 예를 들어 건강식을 함께 만들어 먹는 모임, 함께 운동을 하는 동아리, 생활습관 개선 동아리 등 다양한 소모임 활동이 활성화되어 있다.

한편 건강리더들과 케어매니저를 양성하는 것도 조합원건강이음센터의 중요한 역할이다. 건강리더는 가정 방문 건강모니터링, 이웃의 건강상태 살피기 등 지역통합돌봄의 중요한 파트너로 활동함으로써 지역사회 건강증진 효과를 높이는 데 기여한다. 아울러 민들레는 ‘조각’이라 부르는 조합원 건강화폐를 만들어 건강증진 및 예방활동(건강반, 교육, 사례관리 등)이나 재능기부, 자원활동에 독특한 인센티브를 제공하고 있다. ‘조각’은 조합과 제휴를 맺은 약국이나 식당 등에서 현금 대신 사용이 가능하다.

## 2. 안산의료복지사회적협동조합<sup>3)</sup>

### 가. 조직 개요

안산의료복지사회적협동조합(이하 안산의료사협)은 2000년 7월 의료생협 형태로 시작되었으며, 2013년 의료사협으로 전환하여 다양한 활동을 펼치고 있다. ‘치료 위주의 공급구조에 의존하지 않고 건강을 위한 효율적인 예방 활동과 건강증진 서비스를 다양하게 제공하는 병원’이라는 창립이념을 토대로 주치의, 건강증진활동, 각종 소모임으로 건강한 주민공동체를 지향하고 있다.

안산의료사협은 현재 일차의료사업본부 내에 새안산의원, 새안산의원 종합검진센터, 새안산의원 재택의료센터, 새안산상록의원, 새안산한의원, 새안산우리치과, 가정간호사업소를 운영하고 있으며, 통합돌봄사업본부 내에 요양원, 데이케어센터, 재가장기요양센터, 365통합돌봄지원센터, 새안산밥드림, 장애인 활동지원센터 등을 운영하고 있다.

의료기관으로는 상록구에 새안산의원(가정의학과 등 종합외래), 새안산한의원, 새안산치과를 한 건물에서 통합 운영하여 한 공간에서 양한방 통합진료와 구강진료까지 원스톱으로 제공하며, 의료기관 외에도 재가장기요양센터, 방문간호센터, 장애인활동지원센터를 함께 두고 있고, 자체 설립한 꿈꾸는집 요양원(노인요양시설)과 봄누리 주야간보호센터(데이케어)도 연계되어 있다.

3) 안산의료복지사회적협동조합. (n.d.-a) 홈페이지의 소개, 연혁, 사업소 소개 등의 내용을 정리함. <https://www.asmedcoop.org/index.php>에서 2025.11.21. 인출.

42 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

[그림 2-5] 안산의료사협의 조직구조



출처: “함께하는 사람들-조직도”, 안산의료복지사회적협동조합, n.d.-b, [https://www.asmedco.org/asmed/sub1/1\\_06](https://www.asmedco.org/asmed/sub1/1_06)에서 2025.11.21. 인출.

나. 일차의료 및 통합돌봄

건강할 때 건강을 지킬 수 있도록 하는 주치의를 모토로 하여 생활권 가까이에서 주치의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 하고 있다. 진료 외에 가정간호사업소에서 입원이 어려운 환자의 집으로 간호서비스를 제공하며, 재택 환자 대상 방문진료도 실시하여 지속적이고 포괄적인 일차 의료를 실현하고 있다. 특히 ‘집으로 온 주치의, 재택의료센터’라는 개념으로 ‘새안산의원 재택의료센터’를 2022년 7월에 개원하여 지역사회 통합돌봄활동에서 중추적 역할을 하고 있다. 의사 2명, 간호사 2명, 사회복지사 1명, 작업치료사 1명, 물리치료사 1명이 팀을 이뤄 보건의료 서비스를 제공하며 여기에서 제공하는 서비스 범주는 다음과 같다(이용갑, 박수빈, 2023, pp.62-63).

〈표 2-10〉 안산의료복지사회적협동조합 재택의료센터의 주요 역할

- **방문진료** : 진찰 및 처방, 질환 관리, 검사, 교육상담 등
- **방문간호** : 의사 처방에 따라 검사물 채취, 투약 및 주사, 처치 및 치료, 교육, 상담, 의료 정보 및 진료 정보제공
- **방문재활** : 재활 운동, 물리치료, 작업치료를 통해 가정 환경에서 최대한 독립적으로 생활 할 수 있도록 기능 회복 훈련 제공
- **사회복지 사례관리** : 사회복지 상담, 안산시 지역사회 자원 연계 등
- **영양 건강** : 영양 건강관리, 영양 상담 등
- **(예정)가정형 호스피스** : 환자가 집에서 존엄하고 편안하게 죽음을 맞이할 수 있도록 말기 환자와 가족에게 호스피스팀(경기사회서비스교육원 정기 교육 예정)이 가정으로 방문하여 호스피스·완화의료 서비스 제공
- **노인장기요양보험 노인의료복지시설 촉탁의**

출처: “일차의료사업소-새안산 재택의료센터”, 안산의료복지사회적협동조합, n.d.-c, [https://www.asmedcoop.org/asmed/sub3/3\\_08](https://www.asmedcoop.org/asmed/sub3/3_08)에서 2025.11.21. 인출.

한편 안산의료사협은 2019년 시작된 중앙정부의 지역사회 통합돌봄 선도사업에 참여하며 돌봄이 필요한 어르신들이 자신이 사는 곳에서 건강하고 행복하게 살아갈 수 있도록 의료, 복지, 돌봄 서비스를 원스톱으로 제공하는 서비스 모형을 개발해 왔다. 이를 위해 365통합돌봄센터를 설치하여 의료, 요양, 복지 서비스 간 사례회의와 연계조정이 365일 원활히 이루어지도록 하고 있다. 365통합돌봄센터에서는 케어안심주택과 같은 주거지원, 방문형 보건의료 서비스, 재가 장기요양서비스, 재가 의료 급여 시범사업, 노인 맞춤형돌봄 서비스, 이동지원, 영양식 제공 등의 서비스를 연계하는 역할을 수행한다. 최근에는 노인뿐 아니라 55~65세 고령 장애인에 대한 통합돌봄으로도 확장되었다. 이 외에도 365통합돌봄센터는 건강리더를 양성함으로써 주민 토착리더십을 활용하여 지역사회 건강을 증진하고, 보건·의료·복지의 통합서비스 과정에 지역주민이 참여할 수 있는 기제를 강화하고 있다.

이와 함께 새안산 ‘밥드림’이라는 이름의 공동부엌 사업으로 거동이 어려운 이웃에게 조합원들이 직접 조리한 영양식을 배달하고 독거노인에게 말벗 및 안부 확인을 해주는 자원봉사 연결사업도 운영하고 있다.

## 다. 주민참여

2025년 6월 기준 총조합원 수가 8,527명에 이르는 안산의료사협은 조합원들이 참여하는 다양한 건강소모임을 운영하고 있으며, 조합 내 조직교육위원회, 청년위원회, 통합돌봄위원회, 지구건강위원회 등 다양한 위원회 활동에 조합원들이 참여하고 있다. 한편, 2011년 재가장기요양사업 초기 건강취약계층 어르신에게 가장 필요한 것이 ‘식생활 지원’이라는 것을 실감하면서 일부 조합원과 직원이 함께 밑반찬 봉사를 했던 것을 계기로 안산의료사협은 ‘발로뛰어자원봉사단’을 창단하여 다양한 봉사활동에 참여하고 있다. 밑반찬 봉사를 비롯해 건강체조봉사, 일차의료사업소 안내, 김장나눔, 어르신 말벗, 청소, 이미용 봉사 등 봉사단은 지역 취약계층 돌봄에 앞장서고 있다. 아울러 조합원 교육, 위원회 및 이사회, 대의원총회 참석, 자원봉사, 소모임 활동에 참여하면 건강나눔포인트가 쌓이는데, 이는 의료사업소에서 사용하거나 후원에 이용할 수 있다.

### 3. 살림의료복지사회적협동조합(서울 은평구)

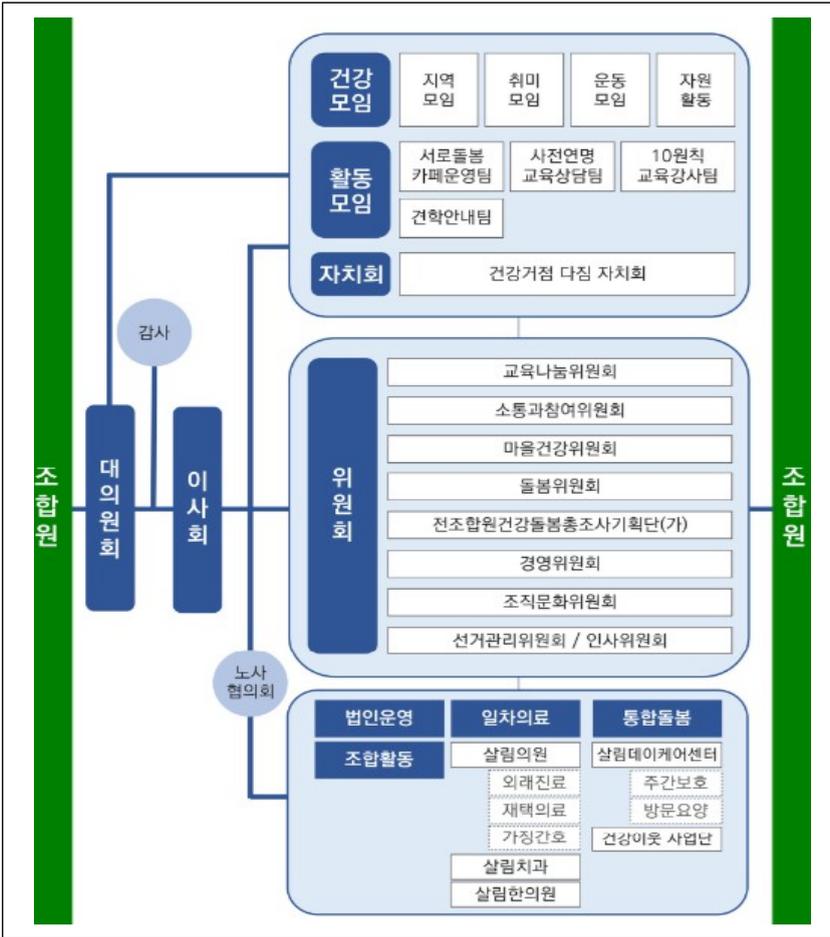
#### 가. 조직 개요<sup>4)</sup>

살림의료복지사회적협동조합(이하 살림의료사협)은 2012년 서울 은평구에서 출범한 의료사협으로, 여성주의 건강관을 바탕으로 ‘안심하고 나이들고 싶은 마을’, ‘끝까지 나답게 살다가 아는 얼굴들 사이에서 죽고 싶다’를 슬로건으로 지역주민들이 협동하여 의료·복지·돌봄 기관을 직접

4) 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-a). 홈페이지의 내용(조합소개 및 조직도)을 정리함. <https://salimhealthcoop.or.kr>에서 2025.11.21. 인출.

설립·운영하고 있다.

[그림 2-6] 살림의료사협의 조직구조



출처: “살림소개-조직도,” 살림의료복지사회적협동조합, n.d.-b, <https://salimhealthcoop.or.kr/group>에서 2025.11.21. 인출.

일차의료기관으로 살림의원과 살림치과, 살림한의원을 운영하고 있으며, 통합돌봄을 제공하는 데이케어센터와 지역 조합원들의 건강거점인

서로돌봄카페, 운동센터인 다짐을 운영하고 있다. 이와 함께 조합원들이 직접 참여하는 다양한 위원회와 건강모임 등이 운영되고 있다.

## 나. 일차의료 및 통합돌봄

살림의료사협이 운영하는 살림의원은 가정의학과, 내과, 정신건강의학과, 부인과 등 포괄적인 진료과를 갖춘 일차의료기관으로, 특히 여성과 가족의 생애주기 건강관리 및 정신건강 상담에 주력한다. 의원 외에도 살림치과, 살림한의원을 함께 운영하여 통합적인 일차 진료 서비스를 제공하며, 환자의 필요에 따라 양방·한방·치과 연계 진료가 이루어진다. 살림의료사협은 예방중심 주치의 진료와 더불어 재택의료센터를 설치하여 재택환자 방문진료 및 간호를 체계화하였다. 현재 주치의 2명, 간호사 3명, 사회복지사 1명, 작업치료사 1명으로 구성되어 있으며, 이들은 거동이 어려운 조합원의 집에 찾아가 연속적인 일차의료 서비스를 제공한다. 이와 함께 가정에서 지속적인 의료적 돌봄이 필요하거나 퇴원 후 일시적으로 의료적 돌봄이 필요한 환자를 대상으로 가정간호를 제공하고 있다(살림의료복지사회적협동조합, n.d.-c).

지금은 중단했지만 살림은 2018년 ‘건강혁신살림의원’을 개원하여 한국 최초로 등록제에 기반한 주치의 프로그램 시범사업을 운영하기도 하였다. 혁신의원 주치의 프로그램에 등록한 주민 약 200명은 매달 한 번 주치의와 예약 상담을 받았으며, 처음 등록 시 가정의학과 주치의와 30분 이상 심층상담으로 전반적인 건강상태, 생활습관, 사회환경 등을 점검하고 개인 건강기록(‘나의 건강역사 차트’)을 작성하였다. 이후 매월 정기적인 주치의 진료와 함께 시즌별 건강 주제에 맞춰 건강상담이나 운동처방, 건강소모임 등 지속적인 건강관리가 이루어졌다. 이러한 주치의제 실험

은 현재 살림의료사협의 다학제 팀 주치의로 이어지고 있다(유여원, 2025).

살림의료사협은 의료와 돌봄의 경계를 허물고 지역통합돌봄을 제공하는 데도 힘쓰고 있다. 조합 산하에 살림데이케어센터를 설치하여 노인 주간보호 서비스를 제공하며, 방문요양 서비스도 제공하고 있다. 살림의료기관과 연계하여 주치의가 정기적으로 어르신들의 건강상태를 점검하고 병원 외래와 연계한 개인별 케어플랜을 수립한다(살림의료복지사회적협동조합, n.d.-d).

살림이 실험한 또 하나의 모델은 ‘케어비앤비’, 즉 재활 목적의 임시 주거인 중간집의 운영이다. 케어비앤비는 퇴원 후 바로 집으로 가기 어렵거나 수술 후 재활이나 일상생활 훈련이 필요한 노인들이 특정 기간 거주하며 의료·돌봄 서비스를 통합적으로 받는 집에 해당한다. 2021년 서울 LH로부터 은평구의 빌라 한 동을 임대받아 개조한 이 공간에는 방 2개짜리 독립 생활공간 16호가 마련되었고, 가정의학과·재활의학과 의사의 정기 왕진, 상시 방문간호와 재활치료가 제공되었으며, 응급 시 24시간 의료진 연결 시스템을 갖추었다. 입주자가 기존 집으로 돌아갈 준비가 되면 작업치료사는 사전에 기존 집을 방문하여 집 내부 동선을 파악해 안전바를 설치하는 등 주거환경 변화를 계획하였다(유여원, 2024.11.13.). 1년 동안 이어진 살림의료사협의 케어비앤비 실험사업은 현재 정부와 지자체의 중간집 구축 계획으로 구체화되고 있다(보건복지부, 2025.9.30.).

#### 다. 주민 참여

살림의료사협의 조합원들은 단순한 의료이용자가 아니라 협동조합의 주인으로서 조합 운영과 사업 기획에 참여한다. 특히 ‘스스로 돌보고 서

로 돌보는 건강자치'를 슬로건으로 조합원 대상 건강교육과 건강모임, 조합원 자원활동이 활발히 이루어지고 있다. 건강교육은 건강리더 양성 교육과 함께 주민 대상의 죽음준비교육, 의사 특강 등이 진행되며, 지역모임, 취미모임, 공부모임, 운동모임 등 30개 이상의 소모임이 존재한다. 돌봄위원회는 자원봉사를 조직하여 지역 내 돌봄활동을 촉진한다(살림의료복지사회적협동조합, n.d.-e).

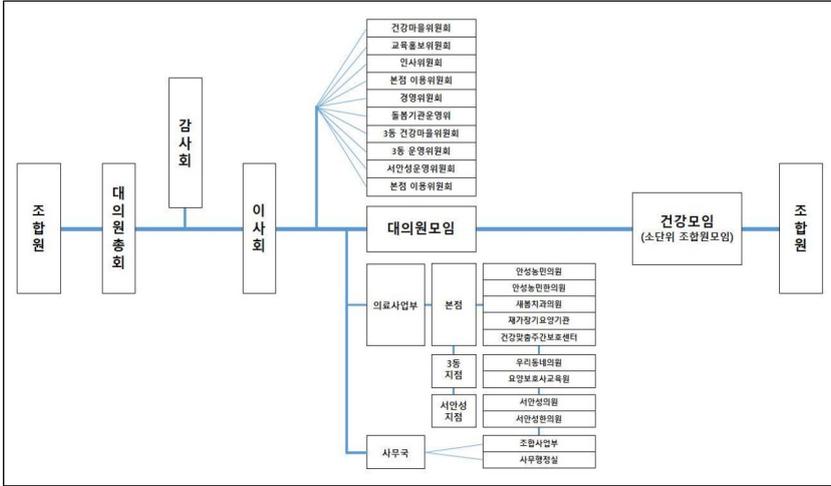
또한 살림 조합원들은 주기적으로 모여 '서로돌봄카페'를 운영하고 있는데, 2020년부터 매주 토요일 열리는 이 모임은 치매 어르신, 장애인, 돌봄가족 등 누구나 편히 와서 쉴 수 있는 공간으로, 자원봉사자들이 다양한 프로그램(만들기, 체조, 미술, 산책 등)을 함께하며 '돌보는 사람과 돌봄받는 사람이 구분 없이 서로의 안부를 묻는 관계'를 만드는 공간이다. 4년간의 경험을 바탕으로 2023년에는 은평구 곳곳의 10개 거점으로 서로돌봄 공간이 확장되어 협동조합·시민단체·예술조직 등이 연계한 다양하고 창의적인 돌봄활동이 전개되고 있다(유여원, 2024.11.13.).

#### 4. 안성의료복지사회적협동조합

##### 가. 조직 개요

안성의료사협은 안성군 주말진료소 활동을 시작으로 마을 청년들과 연세대학교 기독교학생회 의료인들이 주축이 되어 만든 우리나라 최초의 의료사협으로, 건강이 누군가에 의해 주어지는 것이 아니고 지역 주민의 자치적이고 협동적(공동체적)인 활동으로 지켜나가는 것이라는 인식에 토대를 두고 있다. 2025년 10월 말 기준 총 8,099세대의 조합원이 참여하고 있으며, 조직도는 아래와 같다(안성의료복지사회적협동조합, 2025).<sup>5)</sup>

[그림 2-7] 안성의료복지사회적협동조합 조직도



출처: “가치기반 지역사회중심 일차의료 건강관리 모델 효과분석 연구용역,” 임중한 외, 2022, 건강보협심사평가원, p.27.

안성의료사협은 의원 3개소, 한의원 1개소, 치과의원 1개소, 검진센터 2개소, 재택의료센터 1개소, 주간보호센터 1개소, 재가장기요양기관 1개소, 가정간호사업소 1개소, 요양보호사 교육원 1개소를 운영 중이며, 본점과 지점 2곳에 나누어 배치되어 있다. 그 외에 건강마을위원회, 본점 이용위원회, 경영위원회, 교육홍보위원회, 인사위원회, 돌봄기관운영위원회 등 각종 위원회를 운영하고 있다(임중한 외, 2022, p.27).

5) 안성의료복지사회적협동조합. (2025). 안성의료복지사회적협동조합 소개 및 조합현황. <http://asmedcoop.or.kr/company/status>에서 2025.11.21. 인출.

## 나. 일차의료와 통합돌봄<sup>6)</sup>

안성의료사협의 각 의료기관은 1개 의료기관당 의사 2-3명이 진료하는 공동개원의 형태로 운영하며, 기관당 코디네이터를 한 명씩 두고 있다. 지역사회 주민들에게 보건 교육을 하거나 조합원들에게 연령별로 어떻게 건강을 챙겨야 할지 정보를 제공하고자 「평생건강관리체계」라는 책을 제작하여 배포하고 있다. 또한 국가건강검진이 시작되기 전부터 조합원 검진을 선제적으로 시행하고, 건강증진센터를 운영해 검진 사후관리 체계를 갖추어왔다.

안성의료사협의 일차의료기관들은 환자의 만성질환을 관리하려고 매달 회의에서 해야 할 체크리스트를 만들어 개선방안을 논의하며, 만성질환이 있으면 1년에 한 번 검사를 시행하여 합병증을 체크하고 당뇨병인 경우에는 당화혈색소 검사를 2~3개월에 한 번 시행한다. 환자들에게 혈압계를 임대하고 자체 제작한 수첩을 제공하여 집에서 혈압을 체크할 수 있도록 하며, 해당 내용을 진료에 참고한다. 또한 코디네이터가 건강교육과 상담을 진행하고 있다. 상급 의료기관에 가야 할 경우 잘 안내함은 물론, 암 치료 등을 받을 때 해당 상급 의료기관에만 맡기는 게 아니라 수시로 생기는 문제들을 가까이서 잘 관리하는 것을 중요 활동으로 고려한다.

거동이 어려운 분들을 대상으로 왕진, 방문진료를 실시하고 있으며, 가정간호사업소와 방문간호사업소가 있어 간호사가 방문하여 건강상태를 체크하고 욕창 등을 치료하며 주치의의 처방을 받아서 전달하기도 한다.

6) 임중한 외. (2022). 가치기반 지역사회중심 일차의료 건강관리 모델 효과분석 연구용역. 건강보험심사평가원. pp.29-32의 내용을 요약하여 정리함.

## 다. 주민 참여

안성의료사협은 조합원들이 자발적으로 동네별 건강모임과 취미 활동 중심의 건강소모임을 만들어 운영할 수 있도록 지원하며, 지역주민을 대상으로 집단 건강 교육, 보건학교 등의 프로그램을 정기적으로 제공한다. 또한 이웃이 이웃을 돌볼 수 있도록 이웃 어르신들의 안부를 묻는 우리마을 건강지킴이 사업, 뇌졸중 어르신 재활 지원 프로그램, 사랑의 집 고치기, 안성의료사협 소속기관 운영 지원 도우미 등 주민주도의 다양한 자원봉사 활동이 이루어지고 있다(임종한 외, 2024, p.69).

한편, 안성의료사협은 주민들이 단순한 봉사자가 아니라 이웃을 돌보는 주체로 성장할 수 있도록 노인일자리 사업과 연계한 건강리더를 양성하고 있다. 건강리더들은 이웃의 건강안부를 묻고, 말벗 등의 역할과 함께 혈압·혈당과 같은 기본적인 건강을 체크하고 운동 지도를 하는 등의 역할을 한다(임종한 외, 2022, p.31). 최근에는 ‘일죽동네 친구가 만드는 건강돌봄 생태계(일죽동친)’ 사업의 일환으로 지역주민들을 건강돌봄리더와 건강운동리더로 양성하여 어르신 목욕탕 동행 및 안전사고 예방, 경로당 운동지도 등의 돌봄에 앞장서고 있다(정은주, 2025.10.28.).

## 5. 인천평화의료복지사회적협동조합(인천 부평)7)

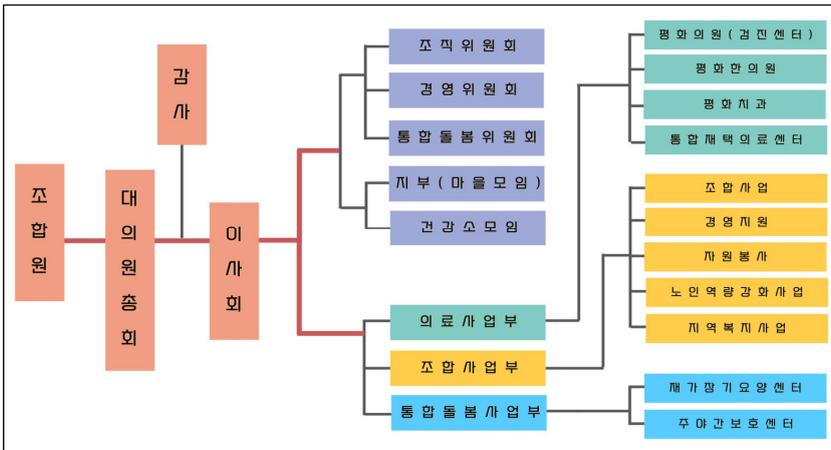
### 가. 조직 개요

인천평화의료복지사회적협동조합(이하 인천평화의료사협)은 1989년 인천지역 기독교청년의료인회가 취약계층이나 가난한 노동자들을 위한 병

7) 인천평화의료복지사회적협동조합. (n.d.) 홈페이지의 내용(연혁, 조직도, 돌봄사업소 등)을 정리함. <https://www.iphmedcoop.com/team>에서 2025.11.21. 인출.

원이 필요하다는 생각으로 출자한 ‘평화의원’에서 출발하여 1996년 인천 평화의료생협, 2014년 인천평화의료사협으로 전환하였다.

[그림 2-8] 인천평화의료사협 조직구조



출처: “조직구성.” 인천평화의료복지사회적협동조합, n.d. <https://www.iphmedcoop.com/team>에서 2025.11.21. 인출.

인천평화의료사협은 의료사업부 안에 평화의원, 평화한의원, 평화치과, 통합재택의료센터, 건강검진센터를 두어 통합적인 일차의료 서비스를 제공하고 있으며, 통합돌봄사업부에 방문요양을 제공하는 재가장기요양센터와 주야간보호센터가 포함되어 있다. 그 외 조합 사업 전반을 지원하는 조합사업부와 각종 위원회가 있다.

## 나. 일차의료와 통합돌봄

인천평화의료사협의 의원은 단순히 아플 때 치료를 받으러 가는 곳이 아니라 태어나서 죽을 때까지 생기는 건강문제를 상담하고 관리하는 곳

으로서 역할을 한다. 주민들은 당장 아프지 않아도 건강관리를 언제든지 주치의한테 받을 수 있으며, 이러한 예방중심의 일차의료는 인천의료사협의 중요 가치이다(이서인, 2020.4.6.). 2002년에는 가정간호사업소를, 2008년에는 노인복지센터를 설립해 방문간호를 제공해왔으며, 2020년에는 지역통합돌봄팀을 신설하여 의료 사각지대에 놓인 노인 등 취약계층에 대한 방문진료를 실시하고 있다. 또한 장애인 주치의 사업에 참여하여 장애인의 건강을 관리한다.

의료사협이 운영하는 재가복지센터와 주야간보호센터에서는 평화의원 및 한의원과 연계한 의료, 돌봄 서비스를 제공하며, 지역사회 돌봄의 일환으로 인천평화의료사협 지역통합돌봄팀에서는 재가의료급여 대상 돌봄사업과 함께 돌봄가구 영양죽 지원사업을 실시하고 있다.

#### 다. 주민 참여

현재 3,500여 명의 조합원이 참여하고 있는 인천평화의료사협은 이웃과 함께 건강을 챙기고 살기 좋은 마을을 만드는 것을 중요한 목표로 세움에 따라 마을에서 조합원을 포함한 주민들의 건강을 관리할 수 있는 다양한 소모임을 운영하고 있다. 걷기 동아리, 산행 모임, 탁구 모임, 노래교실 등의 건강소모임과 지역지부별 마을모임이 여기에 포함된다.

특히 인천평화의료사협은 사회서비스형 노인일자리 사업과 연계하여 ‘행복한 길동무’라 불리는 건강리더를 양성하고 있으며, 이들은 취약계층 건강관리의 중요축을 맡는다. 건강리더로 선발된 주민들은 의료진과 함께 돌봄이 필요한 이웃을 발굴하고 체온, 혈압, 혈당 등 자가측정에 도움을 주거나 의료인 연계, 반찬배달, 집수리 연계 등 민·관 자원을 연결하는 커뮤니티 케어 코디네이터 역할을 한다. 그 외 체조, 인지활동, 산책 및

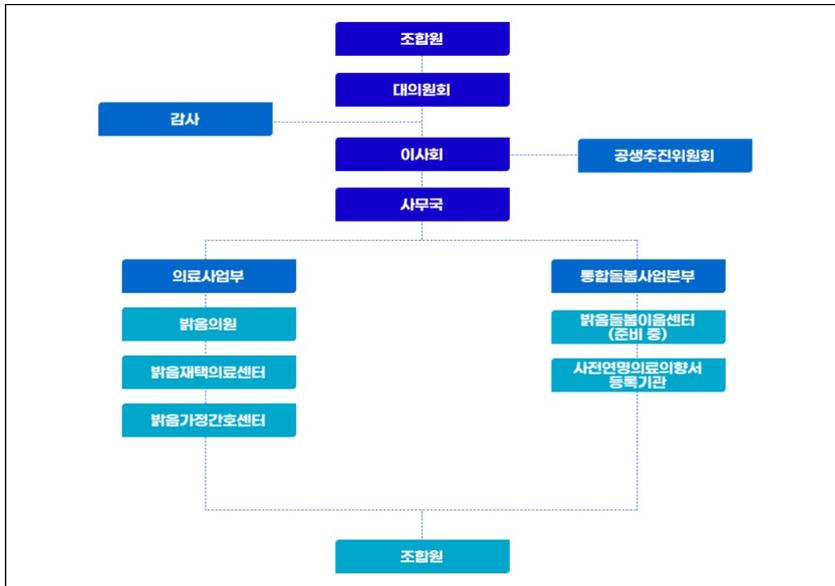
햇빛 쬐기 등 건강증진활동을 독려하거나 폐의약품 수거, 폐기 등의 역할을 맡기도 한다.

## 6. 강원의료복지사회적협동조합(원주)

### 가. 조직 개요

2002년 설립된 강원의료복지사회적협동조합(이하 강원의료사협)은 밝음의원, 재택의료센터, 가정간호센터로 구성된 의료사업본부와 통합돌봄사업본부로 구성된다.

[그림 2-9] 강원의료사협 조직구조



출처: “강원의료복지사회적협동조합-조직도,” 강원의료복지사회적협동조합, n.d.-a, <https://gwmecoop.com/page/view.php/members>에서 2025.10.11. 인출.

## 나. 일차의료와 통합돌봄

강원의료사협은 ‘지속적이고 포괄적인 의료서비스 제공’, ‘가족주치의 제도 실천’, ‘만성질환 관리프로그램 운영’ 등을 기본 방침으로 삼아 일차 의료 실현에 힘쓰고 있다. 가정간호센터와 재택의료센터에서 방문진료와 간호를 적극 실시함으로써 거동이 불편한 환자가 집에서 연속적인 의료 서비스를 받을 수 있도록 지원한다. 현재 일차의료 시범사업, 장애인건강주치의 시범사업 등에 참여 중이다(강원의료복지사회적협동조합, n.d.-b.).

이와 함께 강원의료사협은 의료기관의 진료 제공을 넘어 건강한 식생활, 사회적 교류, 돌봄 지원까지 포괄하는 예방·돌봄 프로그램을 다수 운영하고 있다. 대표적인 사업으로 ‘사회백신 프로젝트’로 불리는 공동방문간호 시범사업을 2021년부터 2년간 운영하였다. 이는 방문간호사를 여러 기관이 공동으로 활용하여 거동이 어려운 환자들에게 대리처방 등의 의료서비스와 생활 돌봄까지 연계하는 모델로, 원주시 지역사회 통합돌봄의 일환으로 추진되어 고립과 단절을 해결하는 효과를 거둔 것으로 평가된다(정화령, 2023.8.17.).

강원의료사협 산하 재가장기요양기관 ‘길동무’는 단순히 요양서비스 제공에 그치지 않고 의료사협 주치 의사와 긴밀히 협조하여 요양 중인 조합원의 건강을 주기적으로 모니터링하고 이상 징후 시 신속히 의료서비스와 연결한다. 또한 원주시 커뮤니티케어 네트워크를 활용해 주거환경 개선, 돌봄기기 지원 등의 서비스도 결합한다. 끝으로, 장애인건강주치의 시범사업에 참여하여 원주지역 중증장애인들을 대상으로 ‘찾아가는 주치의’와 재활 연계를 제공한 것, 인근 농촌마을 보건지소와 협력해 의료취약지 순회진료를 실시해온 것 등도 주목할 만한 통합돌봄 활동이다(정원각, 2023.6.1.).

## 다. 주민 참여

강원의료사협은 예방·건강증진 활동에서 주민 참여를 독려하는데, 대표적인 것이 ‘건강 반장’ 제도이다. 각 마을 단위로 건강 반장을 위촉하여 해당 반장이 주변 이웃(특히 노인 1인 가구 등)의 안부 확인, 약 복용 독려, 병원 동행 등의 역할을 수행하도록 지원한다. 건강 반장들은 오랜 이웃 관계를 기반으로 서로의 일상을 챙기는 돌봄 공동체를 형성하고 있으며, 이를 위해 강원의료사협은 반장 모임을 주선하고 의료진이 건강지식과 응급대처 교육을 제공한다(정원각, 2023.6.1.).

이 밖에도 건강자치력을 향상하려고 조합원이 주도하는 건강소모임, 이른바 ‘뚝뚝건강반’이 자율적으로 운영되고 있다. 뚝뚝건강반은 2주 1회 이상 1개 이상의 신체건강증진활동을 수행하며, 의료사협은 이에 대해 활동지원비와 사전사후 건강상담 및 인바디·혈압·혈액 검사를 지원한다(강원의료복지사회적협동조합, 2025).

## 7. 시흥희망의료복지사회적협동조합(경기 시흥)<sup>8)</sup>

### 가. 조직 개요

시흥희망의료복지사회적협동조합(이하 시흥희망의료사협)은 2009년 출범한 의료사협으로, ‘주민의 존엄한 삶을 위한 건강돌봄을 선도하는 의료사협’을 비전으로 내세우고 있다.

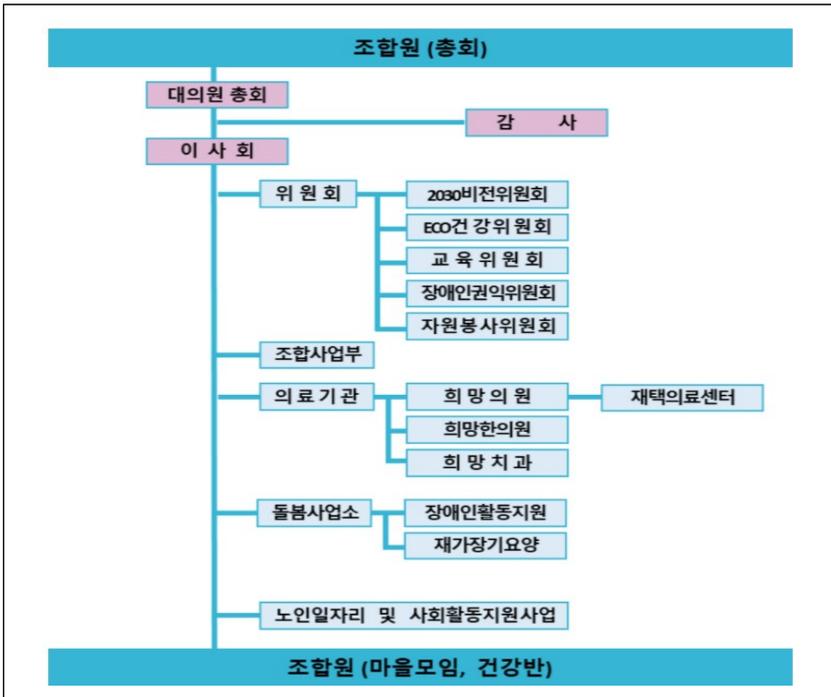
의료기관으로 희망의원과 한의원, 치과를 운영하고 있으며, 희망의원

---

8) 시흥희망의료복지사회적협동조합. (n.d.) 홈페이지의 내용(인사말, 미션·비전, 연혁, 조직도, 진료안내, 통합돌봄안내 등)을 정리함. <https://www.shmedcoop.com/>에서 2025.10.11. 인출.

내에 재택의료센터를 운영 중이다. 또한 시흥희망돌봄센터에서 장애인활동지원과 재가장기요양을 지원하고 있다. 그 외 조합원들이 직접 참여하는 다양한 위원회와 건강반, 마을모임을 운영하고 있다.

[그림 2-10] 시흥의료사협 조직구조



출처: “시흥희망의료복지사회적협동조합-조직도,” 시흥희망의료복지사회적협동조합, n.d. [https://www.shmedcoop.com/theme/shmedcoop/sub01/sub01\\_04.php](https://www.shmedcoop.com/theme/shmedcoop/sub01/sub01_04.php)에서 2025.10.11. 인출.

#### 나. 일차의료와 통합돌봄

시흥희망의료사협이 운영하는 희망의원은 가정의학과 전문의 2명이 진료를 하고 있으며, 한 건물 내에 위치한 희망한의원, 희망치과에서 양

방·한방·치과 진료의 연계를 도모한다. 희망의원과 희망한의원은 가족 모두의 건강을 상담하는 ‘가족주치의’를 지향하며, 재택의료센터를 설치하여 거동이 어려운 분들을 위한 왕진 전문팀을 운영하고 있다. 재택의료센터는 의사 2명, 간호사 1명, 사회복지사 1명으로 구성되어 있으며, 주기적으로 조합원 환자의 가정을 방문해 만성질환 관리와 투약 지도, 주거 환경 평가 등을 수행한다. 또한 희망의원은 시흥시 은행권역에서 장애인 건강주치의 의료기관에 등록된 유일한 의료기관으로서 장애인 주치의 기능을 수행하여 장애인에 대한 찾아가는 진료 및 상담을 제공하고 있다.

시흥희망의료사협은 지역 내 보건복지 네트워크의 허브로 자리매김하고자 다양한 통합돌봄 사업을 전개하고 있다. 먼저, 장애인활동지원사업을 자체 수행하여 혼자 일상생활을 하기가 어려운 중증장애인에게 활동지원사를 연계 파견하고 있으며, 재가장기요양기관을 운영해 돌봄이 필요한 어르신들에 대한 방문요양을 책임지고 있다. 이러한 돌봄은 희망의원의 의료진과 긴밀히 연계되어 수행됨으로써 의료-요양 연속관리를 구현한다.

#### 다. 주민 참여

시흥희망의료사협의 2025년 9월 기준 총조합원 수는 4,171명으로 매년 증가 추세에 있으며 조합원들이 조합의 주인으로서 각종 활동에 적극 나서고 있다. 조합 내 위원회로는 기획위원회, 교육홍보위원회, 재무위원회 등이 조직되어 있어 각 분야 조합원들이 전문성을 발휘하며 협동조합 운영을 뒷받침한다.

또한 시흥희망의료사협은 조합원 건강증진 활동에도 참여 구조를 마련해두었다. ‘조합원이 함께 만들어 가는 건강한 생활’이라는 슬로건 아래

주치의 기반의 건강반을 운영하고 있으며, 건강반에 참여하는 조합원들은 주치의와 전담 간호사로부터 기본적인 검사와 맞춤형 상담을 제공받을 수 있다. 이와 함께 시흥희망의료사협은 2020년부터 노인일자리아업과 연계하여 어르신들을 돌봄 서포터즈로 양성하고 있다. 노인공익사업과 노인역량강화사업에 참여한 어르신들은 폐의약품 수거나 지역 취약 노인 가정을 방문하여 말벗과 건강증진지원 활동 등을 펼치고 있다.

## 제4절 소결

### 1. 의료사협 사례 간 공통된 운영 특성

위에서 살펴본 7개 의료사협 사례는 규모나 지역은 다르지만 일차의료 강화, 주민참여, 통합돌봄이라는 큰 틀에서 여러 공통점을 보인다. 첫째, 모두 주치의 중심의 일차의료 모델을 지향한다는 점이다. 조합마다 가정의학과 등 주치의를 배치하고 만성질환 관리, 예방의료 등 포괄적 지속의료를 제공하는 데 힘쓰고 있으며, 방문진료나 재택의료로 거동이 어려운 환자들의 의료접근성을 제고하는 데도 기여하고 있었다.

둘째, 주민참여형 운영은 모든 사례의 핵심 기반이다. 협동조합 구조상 조합원이 곧 주인이라는 원칙 아래 조합원들이 총회 의결권 행사뿐 아니라 건강모임, 위원회, 자원봉사 등 다양한 방식으로 참여하고 있었다. 특히 민들레, 안성, 인천평화 등 역사가 오래된 조합일수록 건강리더, 건강반장 등 주민 주도 건강활동이 체계화되어 있고, 살림의 경우 여성주의 관점의 주민조직이라는 특색을 발전시켜 왔다. 이는 의료사협이 지역 주민의 연대와 협동으로 성장·유지되는 조직임을 잘 보여준다.

셋째, 의료-복지 통합돌봄 지향도 공통적으로 나타난다. 7개 사례 모두 의료서비스와 더불어 요양·돌봄 서비스를 직접 제공하거나 긴밀히 연계하고 있다. 안산 등 일부 의료사협은 자체적으로 통합돌봄센터와 복지시설을 운영하여 지역 자원 연계의 역량을 갖추고 있다. 아울러 대부분 조합에서 방문간호, 방문요양, 장애인 지원, 주간보호 등 통합돌봄 요소를 내재화하며, 사회적경제 조직 간 연대로 주거개선, 식생활 지원 등 보건 외 영역까지 아우르는 시도가 관찰된다.

넷째, 의료사협들은 커뮤니티케어 선도사업, 장애인주치의 사업, 일차의료 시범사업 등 정부 과제를 현장에서 수행하면서 민-관 협력 모델을 구축하는 실험무대로 기능하고 있다.

## 2. 사례별 고유특성과 운영의 다양성

각 의료사협이 처한 지역 여건, 조직 역량 등에 따라 강조점과 운영방식의 차이도 존재한다. 일차의료 측면에서 보면, 큰 조직일수록 여러 진료소와 전문과를 갖춰 다학제 일차의료를 구현하고 있고, 작은 조직은 규모상 한정된 인력으로 필수과 중심의 소규모 일차의료를 운영한다. 또한 살림의 경우 정신건강과 여성진료 등 특정 분야 일차의료를 강화한 반면, 강원의료사협은 농어촌 인근까지 책임지는 순회진료를 강조하는 등 지역 특성에 맞춘 차별성이 나타난다.

주민참여 방식에서도 차이가 있는데, 민들레처럼 건강자치 프로그램이 다양하고 조합원 주도의 사업이 많은 조직이 있는가 하면 조합원 수는 꽤 되지만 아직 참여 활성화 단계에 있는 조직도 있다. 또 지역사회에서 위상도 조직마다 다른데, 가령 역사가 오래되어 지역사회에서 신뢰가 두텁고 관내 다양한 기관과 네트워크가 탄탄한 조직이 있는 반면, 지역 내 네

트위크가 제한적인 곳들도 있다. 통합돌봄 활동의 범위와 형태에도 편차가 있다. 안산이나 안성은 요양시설 운영까지 포괄하는 광범위한 통합돌봄을 수행하지만, 규모가 작은 조직은 주로 방문의료나 돌봄 연계 위주로 선택과 집중을 하는 모습이다.

예산과 인력 면에서도 차이가 있어 조합원 규모가 크고 재정 여력이 있는 조합은 다양한 전문 인력을 고용해 다학제 팀을 구성하고 있는 반면, 그렇지 않은 조합은 다학제 팀 구성에 한계가 있다. 그 대신 조합원 자원 봉사나 공모사업을 활용해 부족분을 메우는 차이도 존재한다.





## 제3장

### 의료복지사회적협동조합의 지역건강돌봄활동에 대한 평가

제1절 질적 연구의 목적과 방법

제2절 주민참여형 일차의료의 구현: 의료복지사회적  
협동조합 활동에서 도출된 핵심 주제

제3절 주민참여형 일차의료 구현의 한계와 과제

제4절 종합 고찰



## 제 3 장

# 의료복지사회적협동조합의 지역건강돌봄활동에 대한 평가

### 제1절 질적 연구의 목적과 방법

#### 1. 연구 목적

이 장에서는 의료사협에 참여하는 조합원, 사회복지사, 경영실무자, 의사 및 간호사 등 다양한 주체의 인식과 경험을 심층적으로 탐구하고자 한다. 구체적으로는 의료사협이 지역사회 건강돌봄체계에서 수행하는 기능과 역할, 주민참여의 구체적 구현 방식과 그에 대한 평가를 살펴보고, 의료사협이 운영되고 실천되는 과정에서 드러나는 일차의료의 작동 방식과 가능 요소를 규명한다. 더 나아가 주민참여를 바탕으로 한 일차의료 실현 가능성을 중심으로 논의하고, 그 과정에서 드러나는 제도적·구조적 한계와 정책적 과제를 파악함으로써 주민참여형 지역건강돌봄체계의 구체적 실현 가능성을 밝히고자 한다.

이 질적 연구의 연구질문(research questions)은 다음과 같다.

첫째, 의료사협은 지역사회 건강돌봄체계에서 어떠한 기능과 역할을 수행하고 있는가?

둘째, 의료사협의 조직 운영과 서비스 제공 과정에서 ‘주민참여’는 어떤 방식으로 실현되고 있는가?

셋째, 현재 우리나라 지역사회 건강돌봄체계 활동에서 의료사협 활동의 한계는 무엇인가? 그리고 이를 해결하는 방안에는 무엇이 있는가?

## 2. 연구 방법

### 가. 연구 대상자

이 연구의 초점집단인터뷰(FGI)는 의료사협에서 활동하는 다양한 구성원을 대상으로 하였다. 구체적으로는 조합 활동에 참여하는 일반 조합원(지역 주민) 5명, 의료사협의 운영을 책임지는 경영 실무진 5명, 일차의료 현장에서 직접 진료를 담당하는 의사 및 한의사 5명, 대상자의 가정과 지역사회에서 돌봄을 수행하는 간호사(방문간호사, 가정전문간호사 등) 5명, 장기요양과 돌봄을 제공하는 사회복지사 등 돌봄 종사자 3명을 포함하여 총 23명을 인터뷰하였다. 이러한 다층적 구성은 의료사협이 지역사회 건강돌봄체계에서 수행하는 역할과 한계를 다차원적으로 탐색할 수 있도록 하였다. 또한 의료사협 내부 구성원 외에 도시와 농어촌에서 보건소 등 공공기관이나 일차 의원과 같은 민간 조직을 기반으로 일차의료를 수행하고 있는 일차의료 의사(primary care physician, PCP) 3명을 추가로 인터뷰하였다. 이로써 의료사협 모델에 대한 평가뿐 아니라 우리나라의 일차의료 제공 과정에서 주민참여가 어떻게 실현될 수 있는지에 대한 인식을 탐색하여 연구결과를 보완하였다.

〈표 3-1〉 연구참여자 정보

초점집단	참여자	직군	비고
1	참여자 A	간호사	조합원
	참여자 B	간호사	
	참여자 C	간호사	
2	참여자 D	한의사	
	참여자 E	한의사	
3	참여자 F	실무경영진	
	참여자 G	실무경영진	

초점집단	참여자	직군	비고
4	참여자 H	실무경영진	
	참여자 I	실무경영진	
	참여자 J	실무경영진	
5	참여자 K	일반조합원	
	참여자 L	일반조합원	
6	참여자 M	간호사	
	참여자 N	간호사	
7	참여자 O	사회복지사	
	참여자 P	사회복지사	
	참여자 Q	사회복지사	
8	참여자 R	의사	
	참여자 S	의사	
	참여자 T	의사	
9	참여자 U	일반조합원	
	참여자 V	일반조합원	
	참여자 W	일반조합원	
10	참여자 X	의사	민간일차의원
11	참여자 Y	의사	보건소장
12	참여자 Z	의사	보건소장

#### 나. 초점집단 인터뷰 질문 구성과 진행

초점집단 인터뷰(FGI)는 의료사협의 활동을 다차원적으로 탐구하려고 인터뷰 참여자의 직군 혹은 의료사협 내 역할과 특성에 따라 질문을 차별화하여 구성하였다. 일반 조합원에게는 조합 가입 동기, 참여 이후 개인적 생활과 건강관리의 변화, 지역사회에 대한 체감 효과, 향후 요구와 기대 등을 중심으로 질문하였고, 경영 실무진에게는 운영상의 차별성과 어려움, 타 조직과 협력한 경험, 운영성과에 영향을 미치는 요인, 정책적 과제 등을 중심으로 질문지를 구성하였다. 또한 의사·한의사와 같은 일차의료 주요 제공자에게는 지역사회 일차의료 활동의 특성과 주민과의 관계,

협력적 돌봄의 경험, 제도적 한계에 대한 인식을 질문하였으며, 간호사에게는 돌봄 제공 과정에서 역할과 성과, 다학제 간 팀 접근 시 직무 수행의 어려움, 주민참여와 연계성, 간호사가 인식한 제도적 지원방안 등을 질문하였다. 사회복지사에게는 서비스 제공 방식의 차별성, 주민과 관계 형성, 협력 경험, 현장의 어려움과 정책적 과제를 중심으로 질문하였다(표 3-2). 이로써 각 집단의 고유한 경험을 반영하면서도 의료사협의 성과와 한계, 주민참여의 가능성을 공통적으로 파악할 수 있도록 질문지를 구성하였다.

초점집단 인터뷰(FGI)는 7월 말부터 9월까지 총 9회에 걸쳐 직군별로 실시하였으며, 회당 1시간~1시간 30분가량 소요되었다. 인터뷰는 연구자가 사전에 마련한 반구조화된 질문지를 기반으로 진행되었으며, 주 진행자는 연구자 중 1명이 맡고, 다른 연구진은 배석하여 토론을 보조하거나 추가 질문을 제시함으로써 원활히 논의할 수 있도록 하였다. 모든 FGI는 온라인 비대면 플랫폼(Zoom)을 활용하여 진행되었으며, 참여자들이 자유롭게 개방적으로 의견을 나눌 수 있도록 상호적이고 신뢰적인 대화 환경을 조성하였다. 모든 인터뷰는 참여자의 사전 동의를 받아 전 과정을 녹음하였으며, 이후 자료 분석을 위해 모두 전사하였다.

이 질적 연구는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회 기관 승인을 받아 진행하였다(제2025-062호).

〈표 3-2〉 질적연구 대상자 및 질문의 구성

참여대상자	질문구성
일반 조합원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료사협에 가입하게 된 동기는 무엇인가?</li> <li>• 의료사협 참여 이후 개인의 생활 및 건강관리에서 어떤 변화가 있었는가?</li> <li>• 조합 활동으로 지역사회에 기여했다고 느낀 경험이 있는가?</li> <li>• 일반 의료기관과 비교했을 때 의료사협의 차별성은 무엇인가?</li> <li>• 향후 참여 의지와 요구는 무엇인가?</li> </ul>

참여대상자	질문구성
경영실무진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료사협 운영의 차별성과 어려움은 무엇인가?</li> <li>• 일차의료 모형으로서 지속가능성을 어떻게 보는가?</li> <li>• 지역사회 내 다른 조직/단체(지자체, 보건소 등)와 협력 경험은 어떠한가?</li> <li>• 주민참여/의사결정이 조합 운영과 성과에 어떤 영향을 주었는가?</li> <li>• 향후 보완해야 할 점과 해결방안은 무엇인가?</li> </ul>
의사/한의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료사협에서 근무하게 된 동기와 주요 업무는 무엇인가?</li> <li>• 일반 의료기관 진료와 다른 점, 진료 및 돌봄의 차별성은 무엇인가?</li> <li>• 환자와 어떤 관계를 형성하게 되었는가?</li> <li>• 조합의 방식(구조)이 실제 진료에 미치는 영향은 무엇인가?</li> <li>• 다학제 협력/주민참여 경험은 어떠한가?</li> <li>• 의료사협의 지속가능성과 정책적 과제는 무엇이라고 생각하는가?</li> </ul>
간호사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 근무 동기와 주요 업무는 무엇인가?</li> <li>• 일반 의료기관과 다른 업무적 특성이 있다면 무엇인가?</li> <li>• 조합의 방식(구조)이 간호 업무에 미치는 영향은 무엇인가?</li> <li>• 다학제 협력/주민참여 경험은 어떠한가?</li> <li>• 지역 내 타 기관과의 연계 경험은 무엇인가?</li> <li>• 필요한 정책적·제도적 보완 과제는 무엇이라고 생각하는가?</li> </ul>
사회복지사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료사협의 서비스 제공 방식에서 차별성은 무엇인가?</li> <li>• 다학제 협력과 상호 존중의 경험은 어떠한가?</li> <li>• 대상자 중심의 돌봄이 어떻게 구현되고 있는가?</li> <li>• 의료사협 활동이 돌봄 현장에 기여한 점과 한계는 무엇인가?</li> <li>• 현장에서 느낀 어려움과 해결 방안은 무엇인가?</li> </ul>
일차의료 의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 귀 기관(또는 지역)에서 지향하는 일차보건의료의 핵심 목표와 운영 방식은 무엇인가?</li> <li>• 농어촌·의료취약지에서 일차의료를 수행하는 데 가장 어려운 점은 무엇인가?</li> <li>• 의사·간호사·사회복지사 등 다학제 협력체계가 진료와 돌봄의 질에 미치는 영향은 무엇인가?</li> <li>• 의료사협과 같은 비영리 일차의료 모델의 지속가능성과 제도적 과제는 무엇인가?</li> <li>• 지역주민의 참여와 통합돌봄 체계 구축에 필요한 조건이나 정책적 지원은 무엇인가?</li> </ul>

## 다. 자료 분석

자료 분석은 질적 내용 분석(qualitative content analysis)을 적용하여 수행하였다. 전사된 자료는 연구진이 반복적으로 읽으며 의미 단위를 추출하고, 의미가 유사한 내용을 범주화하여 해당 주제를 도출하였다. 분석 과정에서는 브라운과 클라크(Braun&Clarke, 2006)가 제시한 주제 분석(thematic analysis) 절차를 참고하여 초기 코딩-주제 범주화-핵심 주제 도출 등의 과정을 거쳤다.

분석은 먼저 연구자 1명이 개별적으로 1차 코딩을 수행하고 연구진 간 논의를 거친 후 합의를 거쳐 범주를 통합·수정하였다. 이 과정에서 연구자 삼각검증(researcher triangulation) 과정을 거쳐 코딩의 일관성과 타당성을 확보하고자 노력하였다. 또한 참여자 직군별로 도출된 코드를 비교·대조함으로써 집단 간 공통된 패턴과 차별적 경험을 동시에 파악할 수 있도록 하였다. 연구진은 분석 과정 전반에서 연구자의 선이해와 편견이 해석에 개입하지 않도록 연구자 성찰(researcher reflexivity)을 지속적으로 수행하였다.

이 연구 결과의 신뢰도를 높이고자 연구자 간 논의에서 코딩의 일관성을 검토하였으며, 필요시 기존 자료에 재코딩(re-coding)을 실시하였다. 이와 더불어 외부 전문가의 자문회의에서 분석 결과를 교차 검증(cross-check)하였으며, 분석틀의 적절성과 주제 도출 과정의 타당성을 점검받았다. 추가로, 공공 및 민간 영역에서 일차의료를 실천하고 있는 의사 3명과 보완 인터뷰를 실시해 분석 결과의 적절성과 타당성을 확인하고, 의료사협 모델이 일차의료 핵심 가치와 교차하는 양상을 면밀히 검토하였다.

## 제2절 주민참여형 일차의료의 구현: 의료복지사회적협동조합 활동에서 도출된 핵심 주제

의료사협이 지역사회 현장에서 일차医료를 구현하는 방식과 그 핵심적 특성은 현장성, 관계성, 참여성, 통합성, 지속성이라는 다섯 가지 상위주제로 도출되었다. 이러한 상위주제들은 단순히 의료사협의 활동 특성을 보여주는 것을 넘어 보건의료체계의 근간을 이루는 일차의료의 핵심 가치와 긴밀하게 연결된다. 특히 스타필드(1998)가 제시한 접근성(first contact), 포괄성(comprehensiveness), 지속성(continuity), 조정성(coordination)이라는 일차의료 핵심 가치와의 관련성 및 교차성을 이 연구의 분석 틀을 구성하는 중요한 기준으로 삼았다(Starfield, 1988). 따라서 이후 연구결과 제시는 의료사협에서 나타난 다섯 가지 상위주제를 중심으로 하되, 이들이 어떻게 일차의료의 핵심 가치와 연결되고, 주민참여형 지역건강돌봄체계의 실현 가능성을 구체적으로 보여줄 수 있는 지에 초점을 두어 서술하고자 한다.

〈표 3-3〉 핵심주제로 도출된 개념

상위주제(core themes)	하위주제(sub-themes)	개념설명	장애요인/제한요인
현장성 (On-the-ground Care/Embeddedness)	곁에 있음(being there/being with)	주민이 돌봄대상자 가까이에서, 즉 지리적으로 근접하게 생활하고 이들을 직접 밀착해서 지켜보며 주민들의 요구를 공감하고 가장 먼저 포착할 수 있음	인력 및 재정의 제약
	일상 속 돌봄(living-with-care everyday)	진료실이 아닌 환자가 생활하는 일상생활 공간에서 이루어지는, 대상자의 맥락을 고려한 돌봄을 제공할 수 있음	
	신뢰(trust)	공급자에 대한 신뢰, 지역사회에 대한 신뢰가 형성되어 있음 (사회적자본)	
관계성 (Relationality/ Relatedness)	연결되어 있음 (connectedness)	주민 간 정서적 유대와 상호지지로 공동체 의식을 회복하고 사회적 관계망을 확장	의사-환자 간 전통적 관계 불균형 및 관계적 소진
	공동체적 돌봄 (community-based care)	치료 관계를 넘어 대상자의 삶의 맥락 속에서 상호적 신뢰와 연대를 형성하며 공동체적 돌봄을 실천	
	자발적 참여(voluntary participation)	서비스를 요구하는 당사자들이 계획과 실행 과정에 능동적으로 참여하고, 그들의 의견과 경험이 사업 설계와 활동에 실질적으로 반영되는 과정을 의미함. 외적 동기가 아닌 내적 동기와 주체적 의사결정에 기반한 참여로 돌봄의 질적 변화를 이끔	
참여성 (Participation/ Engagement)	공동의 결정(shared decision-making)	의료인과 주민 간의 관계가 수직적 관계가 아닌 수평적 협력 관계(partnership)로 전환되어 돌봄의 내용과 방향, 자원의 배분을 함께 논의하고 결정하는 과정을 의미함. 이러한 공동 결정은 지역의 특성과 주민의 요구를 반영한 맞춤형 돌봄 모델을 가능하게 함	주민참여 돌봄의 불완전성

상위주제(core themes)	하위주제(sub-themes)	개념설명	장애요인/제한요인
통합성 (Integration)	인파워먼트(empowerment)	주민이 단순한 서비스 수혜자에 머무르지 않고, 교육과 훈련을 바탕으로 돌봄의 주체로 성장하며 지역사회 돌봄에 적극적으로 참여하는 과정을 의미함. 이는 주민이 스스로 문제를 인식하고 해결 능력을 키워 지역 돌봄의 주체로 임파워되는 변화를 포함함	
	다학제적 팀 접근 (multidisciplinary approach)	의료(간호)뿐만 아니라 사회복지, 영양, 물리치료, 작업치료, 영양 등에 이르기까지 다차원적인 돌봄서비스의 제공이 가능함	
	전문가 리더십과 전문성 강화 (Professional leadership & expertise)	일차의료 의사의 리더십과 책임성, 숙련된 간호사의 일차의료 기반 케어매니지먼트와 전문성 강화	제도 및 운영적 지원의 미비
지속성 (Continuity)	의료-돌봄 간 연계(integration of healthcare and social care)	환자의 건강문제와 일상생활상의 돌봄 요구가 분리되지 않고 하나의 연속된 지원체계로 연결됨	
	통합적 돌봄(integrated care)	신체적 돌봄뿐만 아니라 정서적, 사회적, 환경적 돌봄을 모두 아우를 수 있는 돌봄이 가능함. 즉 대상자의 생활 전반을 돌볼 수 있음	
	지역사회 계속거주(aging in place)	지역주민이 요양원 등 시설로 옮겨가지 않고 자신이 살던 집과 지역사회에서 가능한 한 오래 건강하게 살아가도록 함. 단순히 주거의 문제를 넘어서 돌봄의 연속성과 일상생활 지속을 강조	숙련된 의료인력 확보와 유지의 어려움
지속성 (Continuity)	정기적인 방문/진료 (Regular visit)	장기적인 관계 속에서 치료자-대상자 간 관계가 끊어지지 않고 건강관리가 유지될 수 있음	
	의료인의 헌신 (Professional commitment)	특정 서비스를 제공하지 않더라도 지속적인 관심과 관계유지로 건강이 유지, 향상될 수 있음	
	의료인의 헌신 (Professional commitment)	의사와 간호사가 장기적인 책임과 헌신으로 주민참여형 돌봄의 지속가능성을 보장	

## 1. 현장성(On-the-ground care/Embeddedness)

이 연구의 FGI 연구결과 의료사협의 일차의료 모델에서 도출된 첫 번째 특성은 ‘현장성(on-the-ground care)’이다. 현장성은 의료사협에서 추구하는 일차의료의 주민의 일상적 삶의 공간 속에서 가까이 머물며 돌봄을 실천하는 현장 기반의 돌봄임을 의미한다. 즉, 의료사협의 돌봄은 어느 일차 의료기관과 달리 진료실 안에 국한되지 않고, 주민이 생활하는 생활터로까지 확장되어 그들이 처한 구체적 맥락과 필요를 이해하고 대응하는 차원에서 이루어졌다.

의료사협을 구성하고 운영하는 조합원과 의료인들은 지역의 이웃 곁에서 함께하며(곁에서 돌봄), 병원 진료실과 같이 낯선 공간이 아닌 일상 삶의 장에서 이루어지는 돌봄 활동(생활의 장에서 돌봄)으로 신체적·정서적·사회적 지원이 통합된 생활 밀착형 돌봄을 구현하고자 노력한다. 동시에 이는 의료와 돌봄이 주민의 삶 속에 깊이 내재되는(embedded) 일차의료의 본질을 보여주는 실천이라고 평가할 수 있다.

### 1) 곁에 있음

참여자들이 실천하며 인식하는 돌봄은 이웃의 곁에 머무르며 함께 시간을 보내는 관계적 실천(being there/being with)으로 나타났다. 그들이 경험한 돌봄은 제도나 역할로 규정된 행위가 아니라 같은 공간에서 살면서 서로의 일상과 감정을 공유하는 물리적 근접성과 정서적 관계맺음 속에서 이루어지는 돌봄이다. 의료사협이 추구하는 주요한 가치는 ‘돌봄이 필요한 사람들의 곁에 존재한다’는 것이고 이러한 물리적, 정서적 근접성은 돌봄의 출발점이자 주민들 스스로가 참여하고 활동할 수 있는 기

반이라고 할 수 있다. 그들은 스스로를 단순히 돌봄을 제공하는 봉사자로 인식하는 데 그치지 않고, 돌봄 대상자의 생활 속으로 가까이 다가가 이야기를 나누고 안부를 살피며, 일상의 감정과 어려움을 공유하는 정서적 동반자로 인식하고 있다. 이러한 ‘곁에 있음’은 제도나 역할로 규정된 관계가 아니라, 이 같은 물리적 근접성과 정서적 연대감을 바탕으로 형성된 관계적 돌봄으로 실천되는 것을 의미한다.

우리 의료사협이 자리 잡고 있는 곳은 현재에도 전국에서 장애인 최다 밀집 지역으로 알려져 있어요. 우리 조합이 이곳에 자리를 잡았던 이유는 취약계층분들이 이곳에 많이 밀집해 있으니까 그분들 옆에 있어야 한다는 그런 뜻 하나로 이곳에서 시작하게 되었고... 그래서 또 어려운 걸음을 걷게 된 이유이기도 하지만 사실 의료사협은 조합원님들의 필요와 욕구가 있는 곳에 세워져야지만 조합원이 주인으로서 참여하고 활동할 수 있는 것이기 때문이라고 생각합니다. - F 실무경영진

의료사협에 조합원으로 오래 활동하면서 우리끼리 ‘우건지(우리동네 건강지킴이)’ 같은 소모임을 만들어서 봉사자를 모집하고 꾸준히 건강지킴이 활동을 하고 있어요. 각 지역마다 봉사자들을 한 명씩 정해서 자기가 사는 동네에 거동이 불편하거나 병원에 다니기 어려운 분들, 외롭거나 혼자 사시거나 하는 분들을 찾아가서 말동무도 해드리고 어디가 아프신가 살펴보고, 혈압관리나 혈당관리를 해야 한다고 말씀도 드리고, 필요하면 병원에도 모셔다드리면서 우리 지역의 건강을 앞서가면서 지키자는 그런 마음으로 하고 있어요. - K 일반 조합원

## 2) 일상 속 돌봄

참여자들의 돌봄은 일상의 일부로 자연스럽게 드러나는 실천으로 확인

할 수 있다. 이는 이웃과 함께 살아가며 서로 안부를 살피는 관계적 행위로 돌봄을 수행함을 보여주는 것이다. 인터뷰 참여자는 방문 약속을 지키려고 대상자의 집을 찾아갔다가 응급 상황을 직면하고 바로 병원으로 이송하여 끝까지 회복을 지켜보면서 ‘이웃과 함께 살아가며 돌봄을 실천하는’ 삶을 보여주었다. 이들의 돌봄은 특정 제도나 프로그램에 따라 규정된 활동이 아니라 생활이 맞닿은 공간 속에서 자연스럽게 이루어지는 실천으로 주민들의 일상 자체가 돌봄의 장이 되는 과정을 보여주는 것이라 할 수 있다.

제가 한 대상자와 오후 2시쯤 댁에 방문하기로 약속이 되어 있었어요. 시간에 맞춰 딱 갔더니 그분이 낮잠을 주무시는 것 같았어요. 그래서 그분을 조심스레 깨워 봤더니 안 일어나는 거예요. 손을 들고 흔들어봐도 손이 툭 떨어지고 다리를 들어봐도 툭 떨어지고, 가만 보니 숨은 쉬는 것 같은데... 그래서 119에 연락을 했지요. 그래서 가까운 병원으로 모시고 가려고 했는데 그 병원이 받아주질 않더라고요. 그래서 이분이 원래 다니시는 대학병원이 있거기에 연락을 했더니 오전에 다녀가셨다고 하더라고요. 결국 원래 다니는 \*\*대학병원으로 모시고 갔고 오후 8시가 넘어서 깨어났어요. 그분이 일어나시는 모습을 보니 마음이 뿌듯하더라고요. ‘너 참 좋은 일했다.’ 이렇게 스스로 칭찬도 하게 되고. - K 일반 조합원

## 2. 관계성(Relationality/Relatedness)

두 번째 상위주제인 ‘관계성’은 의료사협이 지역사회 안에서 신뢰-연결-관계적 돌봄을 중심으로 주민과 상호작용하는 과정을 의미한다. 조합원과 의료인은 ‘우리 병원’이라는 소속감 속에서 상호 신뢰를 형성하고, 건강 상담과 돌봄 활동으로 단절된 관계를 회복하며 사회적 연결망을 재구성하는 역할을 수행하고 있다. 이러한 관계의 확장은 돌봄을 단순한 서

비스가 아닌 사람과 사람 사이의 상호 돌봄(relational care)으로 실천함으로써 현장의 요구와 경험이 제도적 변화를 견인하는 기반이 된다.

### 1) 신뢰

조합원들은 ‘우리 병원’이라는 소속감과 상호 신뢰를 바탕으로 지역사회에서 함께할 수 있는 공동체적 역할을 자임하고, 지역의 주민들이 믿고 찾는 건강 공동체를 형성해 나가고 있다. 그들에게 신뢰는 단순히 의료사협 내 의료기관과 조합원 간 신뢰관계에 머무르지 않고, 더 나아가 지역의 주민들이 믿고 찾을 수 있는 건강한 마을을 형성할 수 있는 토대로 작용하고 있다고 인식하였다.

우리 병원이니깐 믿고 한번 같이 지역사회에서 믿고 찾는 공동체 역할을 좀 해보자고 제가 제안했죠. 저뿐만 아니라 우리 조합원들은 모두 그렇게 생각하고 있죠. - K 일반 조합원

우리가 일반적으로 의사 선생님하고 친분이 있기는 쉽지 않잖아요. 그런데 우리 의료사협 주변에 사시는 어르신들은 “나 남 원장이랑 잘 알잖아.” “남 원장이 나한테 되게 잘해주잖아, 나를 엄청 챙기잖아.” 하면서 자랑하시는 분들이 많아요. 그야말로 병원의 문턱이 낮아요. 그렇게 자주 의사선생님하고 이야기를 나누면서 주변에서 혼자 고립되어 있는 분들까지 발굴이 되는 거예요. 내가 의사 선생님을 잘 알고 있다는 거 하나만으로도 내가 건강에 문제가 생겼을 때 직접 전화를 해서 소통할 수 있는 점이 굉장한 장점이라고 생각해요. - V 일반 조합원

## 2) 연결되어 있음

참여자는 초고령화로 단절되고 고립된 마을에서 건강상담 활동을 계기로 서로의 존재를 새롭게 인식하며 관계가 회복되는 ‘연결됨(connectedness)’을 경험하였다. 처음에는 의사 중심의 상담으로 시작된 활동이 마을의 이장과 주민들을 이어주며, 건강을 함께 이야기하는 공통의 장을 만들어냈고, 이로써 이전에는 알지 못했던 취약한 이웃의 존재를 발견하고, 서로 도움 방법을 모색하면서 사회적 관계망이 재구성되고 공동체적 유대감이 강화되는 변화를 경험하였다.

우리가 마을 공동체 이야기를 하면서, 마을 단위의 초고령화된 지역에서 어떻게 하면 그분들과 함께 활동을 할 수 있을까를 고민하면서 아무래도 의사 선생님이 중심이 되어서 건강상담을 시작하게 되었어요. 이걸 계기로 해서 우리 마을 이장님하고 우리 동네 사람들이 건강에 대해 생각하고 이야기하는 계기가 되었어요. 그리고 저도 놀란 게... 이장님 하시는 말씀이 우리 마을에 50대가 넘는 ‘운전형 외톨이’ 이웃이 살고 있다는 사실을 처음 알았어요. 그러니까 같은 마을에 살고는 있지만 서로가 서로를 잘 몰랐던 거죠. 그런데 우리 마을에서 건강상담을 진행하면서 서로가 알게 되기도 하고 서로 도움 수 있는 방법을 찾아보게 되는 계기가 되었어요. - U 일반 조합원

## 3) 공동체적 돌봄

참여자는 지역사회 내 돌봄이 개인 간의 관계를 넘어 지역의 다양한 주체가 서로 연결되어 함께 만들어가는 공동체적 돌봄(community-based care)으로 확장되어야 한다고 인식하였다. 또한 많은 의료사협은 이미 만성질환 관리사업이나 장애인 주치의 사업 등 다양한 활동으로 주민단체, 조합원, 지역주민 간의 네트워크를 형성하고 경험하였기에 이를 기반으

로 주민이 스스로 참여하며 건강한 마을을 만들어가는 공동체적 돌봄의 구조를 더욱 발전시켜나갈 충분한 기반이 형성되어 있다고 믿고 있다.

결국은 한마디로 말하면 네트워크라고 할 수 있을 것 같아요. 지역의 주민단체들과 지역주민들과의 네트워크가 잘 형성되면 다양한 사업과 활동을 통해서 충분히 지역이 함께 건강한 마을을 만들어가는 데 힘이 될 수 있다고 생각하고, 우리 의료사협은 이미 만성질환 관리사업, 장애인 주치의 사업들을 통해서 조합원들이 지역 주민들과의 관계를 형성하면서 지역주민을 참여하게 만들 수 있는 다양한 방법들이 있다고 생각합니다. - F 실무경영진

저희가 통합 돌봄 관련해서 어르신들 욕구를 파악하고 연계할 수 있는 복지 사업들을 같이하면서 느낀 건, 결국 혼자서는 안 된다는 거였어요. 병원, 복지, 행정이 함께해야 하고 또 이웃이 같이 돌봐야 한다는 걸 현장에서 느껴요. - P 사회복지사

### 3. 참여성(Participation/Engagement)

‘참여성’은 의료사협 활동 속에서 주민이 수동적 수혜자에서 능동적 주체로 성장해 가는 과정을 보여 주고 있다. 초기에는 외적 보상에 이끌린 자발적 참여가 관계와 신뢰를 바탕으로 내면화되며, 이후 의료인과 주민이 함께 논의하고 결정하는 공동의 결정으로 확장되고, 이러한 경험은 궁극적으로 주민이 스스로 학습하고 돌봄의 주체로 나서는 임파워먼트로 이어져 돌봄이 ‘받는 서비스’가 아니라 함께 만들어 가는 공동의 실천으로 전환되는 과정임을 보여준다.

### 1) 자발적 참여

참여자들은 의료사협의 다양한 모임과 활동을 하면서 외적 보상에 따른 참여에서 내적 동기에 따른 자발적 참여(voluntary participation)로 발전하였다. 처음에는 지원금이나 활동비 등 외적 보상에 이끌려 모임에 참여하였으나, 지속적인 만남과 공동의 활동 속에서 관계와 서로에 대한 신뢰가 형성되었고 그러면서 참여의 의미가 점차 달라지기 시작하였다. 서로에게 안부를 묻고 아플 때 서로 돌보며 어려움을 함께 나누면서 이와 같은 참여가 단순한 활동이 아닌 자발적이고 내면화된 참여로 질적으로 변화하는 과정을 경험하였다.

의료사협에는 건강반이라는 모임이 있어요. 모임을 위해 5명이 모이고 그중 과반수 이상이 조합원이면 일정 금액의 활동비가 나와요. 처음에는 같이 식사하고 나면 커피값을 준다고 해서 삼삼오오 모여서 모임을 했어요. 그런데 맨 처음에는 지원금을 주기 때문에 모임을 가졌지만 지금은 (모여서) 서로 안부도 묻고 누군가 아프다고 하면 죽이라도 사다 주고.... 이렇게 서로 돈독한 사이가 되더라구요. 그래서 시작은 지원금 때문에 했지만 시간이 지나면서 서로 건강을 챙겨주고 안부를 묻는 건강반이 되었어요. 그리고 스스로 조합비를 내거나 기부하시는 분들도 있고요. - V 일반 조합원

주민들이 스스로 건강증진이나 자기돌봄, 아니면 이웃과 같이 돌봄 활동들을 어떻게 할지에 대한 고민들이 있어서... 장애인분들이 서비스를 받는 분으로만 남지 않고, 예를 들면 격주 1회 정도는 지역에 봉사활동을 한다든지 하는 봉사단을 꾸려서 그분들이 할 수 있는 활동들을 지원하는 일들을 하고 있고요. - I 실무경영진

## 2) 공동의 결정

의료사협은 참여 기반 의사결정 구조로 사업 추진 과정에서 조합원들의 의견이 자연스럽게 반영되는 방식으로 운영된다. 특히 배경이 다양한 조합원들이 지속적으로 소통하며 필요와 요구를 공유함으로써 의료사업의 방향을 조합원들 간 논의와 협의를 바탕으로 공동으로(shared) 결정하는 과정으로 이루어지고 있다. 이러한 구조는 공급자 중심의 일방적인 결정구조와는 다르다. 즉 공급자와 수요자가 다 같이 섞여서 전면적이고 다면적으로 의견을 나누고, 파악된 요구에 맞는 활동을 함께 결정하는 구조라고 할 수 있다.

의료사협은 당사자가 조합원으로 참여하는 조직이기 때문에 새로운 의료사업을 시작할 때 당사자인 조합원의 목소리를 더 들을 수밖에 없는 구조예요. 그러면서 조합원의 구성이 다양하고 (조합원들끼리) 계속해서 소통하고 있기 때문에 어떤 것들이 더 필요한지에 대한 파악이 다른 조직들에 비해 더 용이하다고 생각해요. - F 실무경영진

## 3) 임파워먼트-‘생활 속 실천’

참여자들의 경험 속에서 ‘주민참여’는 개인의 건강관리에서 시작하여 지역사회 돌봄 주체로 성장하는 생활 속 실천의 과정으로 발전되었다. 의료사협의 활동으로 주민들은 스스로 자신의 건강을 점검하고 관리하는 역량을 키우게 되고 더 나아가 이웃과 지역의 건강과 안부를 묻고 살피는 생활 속 돌봄을 실천하고 있었다. 특히 돌봄에 대한 제도적 기반이 제대로 갖추어지지 않은 지역에서는 은퇴자들이 개별 사회적 경험과 역량을 발휘하여 ‘돌봄 서포터즈’와 같은 새로운 지역의 돌봄 주체로 성장하였

다. 이러한 활동은 주민이 주체가 되어 지역사회 건강을 함께 만들어가는 참여적 돌봄의 형태를 보여준다.

의료사협에 가입한 지 30년 가까이 되어가는데, 제일 좋았던 거는 그동안은 사실 건강에 대해서 좀 무심했었잖아요. 그런데 가입 후에는 건강검진을 매년 받게 되고 그 결과에 대해서 의료사협에서 제안하는 활동을 하다보니까 꾸준히 건강을 관리하게 되었어요. 그러다보니 우리 동네 건강지킴이 사업도 참여하게 되었고 이웃에 만성질환이 있는 분들, 독거노인 등 보살핌이 필요한 노인들을 직접 찾아다니면서 이 우리 동네 건강지킴이가 지역 어르신들의 소통 창구 역할을 하게 되었고, 이렇게 봉사를 하면서 이웃하고 신뢰를 구축하게 되었죠. - K 일반 조합원

제대로 된 제도적 기반이 없는 상태에서 우리 지역에는 60대 은퇴자들이 굉장히 많아 나름대로 사회적 자원과 인프라를 가지고 있다고 생각하는데, 이분들도 은퇴 후에 사회적으로 의미 없이 가치 없이 생활하다 보니까 쉽게 질병군에 들어가는 것을 많이 보았습니다. 그래서 이분들을 사회적으로 가치 있게 활용하는 것이 필요하다고 생각했고 그래서 이들을 교육시켜 또 하나의 가족의 역할을 할 수 있도록, 그래서 돌봄이 필요한 어르신의 집에 찾아가서 그들의 필요한 욕구가 무엇인지를 파악하고 자원과 서비스를 잘 연계하고 중계해주는 돌봄 서포터즈 사업을 진행하였어요. - F 실무경영진

#### 4. 통합성(Integration)

통합성은 일차의료가 개별 환자의 건강 요구를 단편적으로 대응하는 것을 넘어 예방-치료-재활-돌봄-건강증진에 이르는 전 과정의 서비스를 균형 있게 제공하는 속성을 의미한다. 동시에 의료-요양-돌봄 등 지역사회 자원 간 연계 또는 협력을 통해 단절 없는 지역사회 지원체계를 구축하는 것을 의미한다. 이는 특정 질병이나 건강 문제에 집중하지 않고, 신

체적·정신적·사회적 측면을 함께 고려하는 총체적 접근(holistic approach)을 기반으로, 직종 간, 그리고 제공 서비스 간 경계를 넘어 이용자의 건강문제와 생활상의 돌봄 욕구를 하나의 연속된 과정으로 연계하는 개념으로 볼 수 있다. 의료사협의 일차의료에서 통합성은 다직종 간 협력, 전문성에 기반한 판단, 다양한 건강문제에 대응할 수 있는 임상적 역량 등을 포함하며, 환자 중심의 다차원적 서비스를 실현하는 방식으로 재현되고 있다. 결국 통합성은 지역사회 일차의료가 질병 치료에 머물지 않고 지역사회 돌봄의 영역과 상호작용하면서 확장되는 개념이라고 볼 수 있다.

### 1) 다학제적 팀 접근

의료사협에서 운영하는 의원은 환자의 증상 치료에 그치지 않고, 거주 환경·경제적 상황을 함께 고려하며 사회복지 자원과 연계하는 통합적 접근을 실천한다. 이는 지역 내 정보와 네트워크를 활용한 다학제적 돌봄으로, 일반 의료기관에서는 경험하기 어려운 차별적 장점을 보여준다.

일반 병원에서는 진료를 볼 때 그냥 아픈 곳만을 진료만 하면 되는데 의료사협에서 진료를 보면 거주하는 환경도 살펴봐주고, 또 경제적인 어려움을 겪는 경우가 있으면 관내에 있는 다른 사회복지단체에 교류나 접촉을 통해 도움을 요청하는 경우가 있어요. 그러니까 여기 내에서 약간의 정보를 활용해서 다른 의료기관에서 할 수 없는 우리만의 장점이지 않을까 생각합니다. - L 일반 조합원

(환자가) 진료실로 찾아오는 진료와 의사가 방문해서 그 사람이 살아가는 환경을 직접 눈으로 보고 그 환경 속에서 어떻게 몸을 움직이고 행동하고 어떻게 먹고 생활하는지를 직접 보는 게 그 환자의 질병을 이해하는 데 그리고 그

환자의 질병이 건강으로 나아가는 데 필요한 조건들이 단순히 약만이 아닌 주변 환경의 도움이 굉장히 중요하다는 점이 인식되었어요. 그러면서 작업치료사나 사회복지사 이런 분들과 같이 구성하게 되었고 의사가 할 수 없는 영역에서 이들이 더 전문적으로 알고 지역의 주민센터나 복지관과도 네트워크도 잘 형성되어 있어서 전체적으로 통합적으로 관리가 되니까 치료도 빠르고 삶의 질도 높아져서 굉장히 필요한 일이라고 생각합니다. - R 의사

## 2) 전문가 리더십과 전문성 강화

의료사협의 운영 과정에서 의료인은 전문성을 바탕으로 조합의 활동 방향을 제시하고, 주민참여와 의료전문성 간의 균형을 조율하는 리더 역할을 수행하고 있었다. 참여자들은 의료라는 영역의 복잡성과 위험성을 고려할 때 의료인의 판단과 조정이 필수적이라고 인식하였다. 이러한 리더십은 공동체 내부에서 의료인의 전문성이 존중받으면서도, 주민이 주체로 성장할 수 있도록 지원하는 ‘참여적 리더십(participatory leadership)’의 형태로써 의료전문성에 기반한 리더십을 발휘하는 것이 중요하다고 답하였다.

저는 이 조합운동도 한계를 가지고 있다고 생각하는데, 원칙적으로는 조합원인 시민들이 스스로 자발적으로 실천하는 게 굉장히 중요하단 말이에요. 하지만 의료라는 영역이 너무 특수하기 때문에 이걸 굉장히 교만한 말처럼 들리겠지만, 의사들이 학부 6년에 인턴, 레지던트 하면서 쌓아올린 지식체계가 일반인들과는 너무나 달라서 일반인들이 아무리 공부를 많이 한다 한들 어느 정도 중요하지 덜 중요한지를 의사보다 더 잘 구별하지 못한단 말이에요. 그래서 조합 곳곳에 의료인들의 적극적인 개입이 더 필요하다고 봅니다. - R 의사

의사-환자의 관계가 기존의 수직적 관계에서 수평적 관계로 흘러간다고 하

잖아요. 하지만 의료라는 부분이 워낙 특수하기 때문에 심지어는 TV에 이상한 의사들이 나와서 허황된 이야기들을 하는 경우도 많잖아요. 그래서 그걸 제대로 된 주치의가 잡아주지 않으면 정말 엉뚱한 방향으로 가는 경우가 많이 있어요. - R 의사

### 3) 의료-돌봄 간 연계

인터뷰 참여자들은 지역에서는 의료와 돌봄이 분리된 영역이 아니라 하나의 연속된 형태로 통합되어 제공되어야 한다고 인식하였다. 지역사회에서 노인과 장애인 등 의료·돌봄 취약계층이 건강하게 일상생활을 하려면 질병 치료와 일상적 돌봄이 상호보완적으로 이루어져야 하며, 이를 위해 의료사협은 다양한 직종 간 협력을 기반으로 의료와 돌봄 활동을 연계하고자 시도하고 있다. 특히 의료사협은 일차의료 의원, 한의원, 치과, 건강검진센터, 재택의료(방문의료)센터, 가정간호 등을 중심으로 장애인 주치의 사업, 재택의료 등 다양한 찾아가는 서비스를 제공하고 있었고, 이는 지역사회 서비스 이용자의 건강문제뿐만 아니라 돌봄의 욕구를 통합적으로 관리하려는 노력이라고 할 수 있겠다.

질병이랑 돌봄, 의료와 돌봄이 떼어놓을 수 없이 어쨌든 함께 가야 되는 부분인 것 같고, 어르신이나 장애인들이 지역에서 살아가려면 한 가지만 특출나게 이슈화되는 게 아니라 다 어우러져야 되는 부분인 것 같아요. 그래서 돌봄 중심, 건강 돌봄 중심으로 가는 게 맞다고 생각합니다. - M 간호사

의료사협은 일차의료센터, 한의원, 치과, 검진센터와 더불어 방문의료센터를 운영하며 장애인 주치의 사업이나 재택의료 등 지역 주민을 찾아가는 서비스를 의료와 돌봄이 연계된 형태로 제공하고 있습니다. - I 실무경영진

#### 4) 통합적 돌봄

참여자들은 돌봄이 신체적 치료에만 국한되지 않고 정서적·사회적·환경적 차원을 포괄하는 통합적 지원체계로 이루어져야 한다고 인식하였다. 의료사협에서 제공하는 돌봄은 대상자의 일상 속에서 의료, 운동, 보조기기 지원 등 다양한 서비스를 결합하여 제공함으로써 생활공간에서 돌봄의 연속성과 일상생활의 지속성을 보장하려는 의도라고 해석할 수 있다. 인터뷰 참여자들은 그들의 활동 영역 속에서 통합 돌봄이 단순히 서비스의 병렬적 결합이 아니라 대상자의 실제 삶을 중심으로 의료·복지·환경이 긴밀히 연결되는 구조로 발전해야 한다는 것을 경험하였다.

가장 주된 사업은 건강 서포트, 건강 지킴이라고 해서 그분들의 방문이 횟수가 가장 많고, 주로 건강 활동을 하거든요. 이분들이 건강 체크하고 1시간 반 동안 2인 1조가 돼서 대상자 한 분을 방문하는데 매주 1회씩 월 4회 방문하면서 주로 그런 건강 활동, 일상 활동을 하고 있고요. 그리고 촘촘히 다른 활동들을 하면서 대상자들이 집에 계실 때 위험 상황이나 이런 것들이 또 지킴이 선생님들한테 발견이 되고 노출이 되면 (중략) 더불어서 방문 진료 그리고 방문 운동 지도, 보조직 개선사업 이런 다양한 서비스 그리고 같이 이루어지고 있다고 보고 있습니다. - D 한의사

대상자 선정이 되거나 통합 돌봄 대상자가 되는 경우에는 행정적으로 대상자를 선정하는 경우가 많잖아요. 재산의 정도라든지 그런 거, 그다음에 병원에만 횟수라든지 그런 경우로 선정을 하는 경우가 많은데, 실제로 가서 어르신들을 만나보면 '이 어르신이 왜 선정이 됐을까?' 싶은 경우가 있어요. 그런 경우가 의외로 많더라고요. 그래서 정말 복지 사각지대에 있어서 자녀들은 잘살지만 어르신을 돌보지 않는 그런 분들, 그런 대상자의 발굴이, 진짜 실질적인 대상자 발굴이 더 필요하다고 생각합니다. - P 사회복지사

우리 의료복지사협이 타 병원보다 분명히 낫다고 자부할 수 있는 게 나를 포함해서 내 가족이 필요한 돌봄이나 지역의 노인들에게 필요한 방문의료라든지 방문요양이라든지 재가 장기요양이라든지 필요할 때마다 그때그때 요소 요소에 필요한 서비스를 연결해줄 수 있는 그런 곳이 아닌가 생각합니다. 그래서 요즘 좀더 적극적으로 통합의료를 구축해 나가보자고 (조합원으로서) 적극 이야기하고 있습니다. - K 일반 조합원

## 5. 지속성(Continuity)

### 1) 지역사회 계속거주

지역사회 계속거주(aging in place)는 조합원들이 자신이 살아온 지역사회에서 노후의 삶을 지속하며 장기적인 돌봄을 받기를 바라는 시간적 지속성의 개념으로 도출되었다. 참여자들은 의료사협이 진료 중심의 의료를 넘어 복지와 요양, 생애 말기 돌봄까지 아우르는 공동체 조직으로 발전하길 기대하며, 개인의 노년이 지역 공동체 안에서 지속적으로 돌봄을 받을 수 있는 건강한 마을(Healthy Village)로 확장되기를 희망하였다.

의료사협은 의료뿐만 아니라 복지도 들어가는 단체잖아요. 그래서 뭔가 주변에 나눔을 함께 할 수 있는 뭔가 그런 사업들, 사회에 기여할 수 있는 사업들도 좀 했으면 싶었고. 지금은 아플 때 진료로만 이용할 수 있지만 그리고 노인방문 요양사업도 하고는 있지만 앞으로는 그런 것들이 지속성 있게 했으면 좋겠고, 나의 노후뿐만 아니라 부모님의 노후까지 믿고 맡길 수 있는 그런 사업까지 다양하게 했으면 좋겠다고 생각합니다. 그리고 죽음에까지도 함께 할 수 있는 사업까지 확장해서 건강마을 같은 개념으로 확장되었으면 좋겠어요.  
- L 활동 조합원

제 나이가 80이 되어가는데 제가 1세대 조합원이잖아요. 그래서 우리 의료 사협에도 나이든 우리를 보살필 수 있는 요양센터 같은 게 있으면 좋겠다고 생각하는 조합원들이 많습니다. - K 활동조합원

## 2) 정기적인 방문과 접촉

의료사협의 재택의료와 같은 일차의료에서는 기존의 문제 중심 왕진과 달리 질병의 유무와 관계없이 정기적으로 방문하고 있었다. 의료진은 환자의 상태가 변화가 없더라도 주기적으로 방문하여 일상적인 대화를 나누며 관계를 유지하고, 대상자의 건강관리 방향을 제시하였다. 이러한 정기적이고 반복적인 만남은 대상자에게 심리적 안정감과 신뢰를 형성하게 하였으며, 이것이 대상자에게 정서적 지지로 작용하여 별도의 처방이나 처치가 없더라도 스스로 건강관리를 돕도록 하는 긍정적인 건강 변화를 가져온 것으로 파악된다. 즉, 정기적 방문을 통한 지속적 관계의 유지는 대상자에게 관계적 지속성으로 작용하여 건강의 유지와 긍정적인 변화를 가져오는 요인으로 작용한 것이다.

(제도가 없던 시절의) 왕진은 문제가 있는 사람을 찾아가서 해결해주고 오는 게 왕진이거든요. 그런데 재택의료는 건강문제가 심하든 심하지 않든, 문제가 있든 없든 일단 그냥 가는 거예요. 한 달에 한 번은 무조건 가는 거예요. 문제가 없더라도 한 번씩 가서 (건강관리에 대해) 방향을 조금 잡아준다거나 그냥 “다니시던 치과 진료 계속 받으세요”라는 말을 몇십 분 동안 하다 온 적도 있어요. 그런데 이상하게도 계속 가면 환자 상태가 좋아져요. 솔직히 대단한 처방을 내줘서 그렇게 된 게 아니고 가볍게 만나서 간단한 체크만 하고 와도 (방문하는 게) 한 달, 두 달, 세 달 반복되면 그 환자가 좋아져요. 그래서 그냥 정기적으로 만나기만 해줘도, 한 10~20분 이야기만 같이 해줘도 그 환자는 좋아지겠다 싶은 방향을 잡았어요. - S 의사

의료사협의 의료서비스는 무엇보다 지역주민의 건강을 우선시하기 때문에 지역주민들의 건강을 우선적으로 하는 사업을 많이 하거든요. 그러다보니 방문진료나 재택의료 등과 같은 새로운 모델을 적극적으로 도입하지 않았을까 생각합니다. - A 간호사

### 3) 지속성을 가능케 하는 의료인의 헌신

의료사협의 의사와 간호사가 수행하는 일차의료의 지속성은 이들의 헌신적 태도와 전문적 책임감으로 유지되고 있다. 환자 상태의 변화에 신속히 대응하고, 기존의 진료 방식과 다른 비정형적 상황에서 적절한 판단을 내리려면 의료진 간 긴밀한 협력과 지속적인 학습이 필요하다. 또한 지역사회 내 돌봄 등 다양한 자원과의 연계는 일차의료의 통합적 대응 역량을 확장하는 기반이 된다. 이러한 실천은 의료인이 환자와의 관계를 단순한 진료 행위가 아닌 장기적 돌봄의 연속선상에서 인식하도록 하며, 지역사회 주민과 신뢰 관계를 축적해 나가는 관계적 지속성을 강화한다. 결국 의료인의 전문적 헌신은 일차의료의 범위를 넘어 환자의 생활세계와 지역사회를 포괄하는 전인적 돌봄으로 확장되는 핵심 요소라고 할 수 있다.

재택의료 같은 경우에는 저희들끼리 ‘다시 인턴이 된 기분이다, 인턴이 되어 입원환자를 돌보는 기분이다’라고 그러니까. 왜냐하면 (재택의료) 담당간호사들이 새벽에 환자한테 전화를 받고 자기 선에서 해결이 되지 않으면 우리한테 콜이 올 때가 있어요. 그런데 입원환자를 돌보던 (인턴 시기도) 꽤 오래 전이라 쉽지 않기 때문에 어려움이 좀 있고 그래서 공부도 다시 하고 다른 원장님들과 상의하기도 하죠. 또 주변에 돌봄이나 틈새 돌봄 이런 것들은 지역사회에 어떻게 연계하는지는 사실 우리가 배워본 적이 없기 때문에 주변에 상의하고 문의하면서 하나하나 배우게 되었고 그러면서 의사들도 경험치가 쌓이게 되었던 것 같아요. - R 의사

## 제3절 주민참여형 일차의료 구현의 한계와 과제

의료사협이 지역사회에서 일차의료를 구현하는 과정에서 도출된 여섯 가지 상위 주제는 주민참여형 돌봄모델의 가능성을 보여주었으나 동시에 여러 한계 또한 분명히 드러났다. 분석 결과, 주요 장애요인으로는 ‘인력 및 재정 자원의 부족’, ‘의사-환자 간 전통적 관계 불균형과 기대의 불일치’, ‘주민참여 돌봄의 불완전성’, ‘제도적·운영적 지원의 미비’ 그리고 ‘숙련된 의료인력 확보와 유지의 어려움’이 확인되었다. 이러한 요인들은 의료사협 내부 참여자들의 인터뷰에서도 반복적으로 언급되었을 뿐 아니라, 추가로 수행한 공공 및 민간 의료기관 일차의료 의사 3명과 한 인터뷰에서도 공통적으로 지적되었다. 이는 ‘협동조합’ 조직의 고유한 경험에만 국한되는 것이 아니라 한국적 맥락에서 일차보건의료 체계 전반이 직면한 구조적 한계라고도 해석할 수 있다.

### 1. 현상성: 인력 및 재정의 제약

#### 1) 인력의 제약

참여자들은 의료사협이 지향하는 가치와 철학을 공유하며 함께할 의사나 간호사 등 의료인을 확보하는 것이 큰 어려움 중 하나라고 답하였다. 의료사협에서 운영하는 의료기관은 단순한 고용 관계가 아니라 공동체적 가치와 비영리적 의료 철학에 대한 가치를 공유해야 하지만, 실제 이에 동의하고 실천하려는 의료인을 찾기는 매우 어렵다고 답하였다. 특히 재택의료·방문진료의 확대 국면에서 ‘가정전문간호사’ 등 숙련 간호인력의 확보와 역할 정립이 핵심 요소로 지적되며, 관련 간호수거나 일차의료 간

호사의 자격 제도 미비가 현장 채용과 유지에 직접적 제약으로 작용하고 있다고 지적되었다.

솔직히 어려운 건 의료인 문제예요. 의료사협이 지향하는 가치에 동의하고 함께 참여하고 나아갈 의료인이. 찾아보면 있긴 있지만 (구하기가) 엄청나게 어렵다는 거예요. 저희도 양방의원을 다시 준비하고 있지만 의료인 찾기가 쉽지 않아요. - F 실무 경영진

가정 전문 간호사는... 수가와 또 단독 방문 장점이 있으니까... 재택의료가 중요해진 시점에서 의사가 혼자서는 다 할 수 없기 때문에 가정전문간호사라든지 전문간호사의 역할을 어떻게 할지 고민입니다. (중략) 수가와 제도가 나오지 않는 이상 (전문간호) 제도 보완이 필요합니다. - X 의사

## 2) 재정의 제약

참여자들은 의료사협이 공공 지원 없이 조합원 출자금과 자발적 참여에 의존하여 운영되고 있는 구조적 한계를 지적하였다. 안정적인 재정 기반이 부재한 상황에서 의료기관 운영이 조합원의 부담에 의존하며, 수입 구조 또한 단기적이고 불안정하여 사업의 지속가능성과 확장성 확보에 어려움을 겪고 있었다. 만성질환관리 등 현재 지역사회에서 중요하게 다루어지는 일차의료 서비스 부분은 본인부담 비율의 소폭 인상만으로도 대상자의 사업 참여율과 의료기관 의사의 참여 인센티브가 급격히 저하되는 등 소액 보조·감면 여부가 사업 지속성이나 서비스 접근성에 큰 영향을 미친다는 점을 확인할 수 있었다.

우리 조합의 경우, 신생조합이다 보니 조합원의 수가 570명이 조금 안 됩니다. 그리고 주 수입원이 지자체나 정부의 사업이나 보조금 같은 게 없다보니

순수히 설립에서부터 현재의 운영에 이르기까지 자체적으로 참여 조합원의 출자금이나 차입금으로 운영하고 있습니다. 소속 의원을 통해서 유일하게 수입이 발생하고 있지만 그것이 안정화되기에는 매우 짧은 기간이라 현재 재정적 어려움은 상당히 큰 상태입니다. - G 실무경영진

그전에는 한 10% 정도 본인 부담금이었다면 이제는 30%를 다 낸다 이렇게 했었고... 그 몇천 원을 환자가 부담을 하느냐 안 하느냐 때문에 의사들도 그 걸 권장하는 데에 있어서 ... 덜 권하게 되고 또 환자는 그 부담 때문에 덜 참여하게 되고... 만성질환을 제대로 하기 위해서는 그 관리사업 부분만큼의 본인부담금은 좀 줄여줘야 될 것 같아요. (중략) (만성질환 관리사업의 경우) 등록은 돼 있는데, 실제로 환자 관리를 안 하는 의원들도 많이 있어요... 시범사업이 아니라 하면서 본인부담금이 조금 더 커졌나?... 의욕이 많이 떨어진 상태인 거는 사실인 것 같아요 - Z 의사

## 2. 관계성: 의사-환자 간 전통적 관계 불균형 및 관계적 소진

### 1) 의사-환자 간 수직적 관계

참여자들은 전통적 보건의료체계에서 여전히 의사중심의 의사-환자 간 수직적 관계가 지배적이기 때문에 이러한 구조가 의료소비자인 주민의 의견 제시와 참여를 제한한다고 인식하였다. 의료사협은 타 의료기관과 달리 민주적인 방식을 지향하지만 그럼에도 의료인과 조합원 간에 권력 불균형이 여전히 존재해, 의료사협 내에서 의료인의 역할과 권한, 조합원 참여 간의 균형을 지속적으로 조율해야 하는 과제가 남아 있다고 답하였다. 그리고 현행 진료수가나 진료시간 제약이 의사와 환자 간 충분한 상호소통을 가로막아 수직적 의사결정이 고착될 수 있는 속성을 강화하며, 동시에 간호사를 포함한 다학제 간 협업도 제한되는 문제를 발생시킬 수 있다.

의료사협의 체계 자체가 조합원이 주인이고 의사가 고용된 형태를 가지고 있기 때문에 서로가 서로의 생각을 고려하지 않을 수 없는 체계라는 거죠. 협동 조합 체계 안에서 의료인들의 역할, 의료인과 조합원들과의 관계. 이런 문제는 사실 기존의 의료인과 의료소비자 사이에서의 관계의 어려움과 동일하기 때문에 어려운 문제이긴 합니다. 하지만 우리 안에서는 적어도 의사가 자기 주관적으로 운영하는 병원은 아니기 때문에 좀 다를 수 있을 거로 봅니다. - G 실무 경영진

우리 의원의 경우, 재진 진찰비가 1만 2천~1만 3천 원이거든요. 그래서 10명 봐 봤자 진찰비만 따지면 12만 원에서 13만 원이고... 그렇기 때문에 이제 충분한 상담과 진료와 포괄적인 진료를 하기가 어렵잖아요. 어려운데 이제 간호사가 있으면 이제 팀으로 이야기를 할 수 있는 거죠. (중략) 물론 다학제 팀이 중요하지만 저는 개인적으로 의사 혼자서, 충분히 충분한 시간만 있으면 진료할 수 있는 의사가 저는 태반이다 생각을 하거든요. ... (중략) ... 그렇지만 지금 우리나라의 의료 시스템과 수가로는 의사가 충분히 환자를 상담하기도 어렵고 그렇기 때문에 저 같은 경우는 간호사랑 같이해서 외래에 오셨을 때 충분한 상담 그리고 이제 중간중간에 환자 관리 이런 것들을 간호사가 하도록 하고 있는데... - X 의사

## 2) 정서적 과부하와 관계적 소진

참여자들은 의료사협의 돌봄 실천이 지역사회 내 장기적 관계를 기반으로 하므로, 정서적 부담과 관계적 소진이 불가피한 한계로 나타난다고 인식하였다. 조합원과 의료인은 주민의 삶 속으로 깊이 개입하며 지속적인 관계를 유지하지만, 이러한 밀착된 관계는 돌봄 제공자의 부담을 가중하고, 관계적 경계의 모호함으로 피로가 누적되는 구조적 문제를 야기하였다.

제가 여기 다니면서 굉장히 열심히 일을 했어요. 그랬더니 옆에 사람들이 왜 이렇게 열심히 일을 하나 이렇게 하는 거예요. 그런데 어느 날 생각을 해보니 까 제가 너무 열심히 하고 있는 거예요. 생각을 해보니 제가 굉장히 여기에 애정이 있더라고요. - M 간호사

저희가 해결을 못 하죠. 해결을 못 하는데 그렇죠, 일단은. 지금까지 해결을 못 해 왔고요. 그래서 뭔가 이제 조합원들이나 일반 주민들한테는 꼭 필요하다고 판단을 해서 우리가 먼저 한단 말이에요. 그런데 거기에 대한 수가가 있는 것도 아니고 저희가 모든 것들을 투입을 해서 그걸 만들어내야 되는데... 보상이 되지 않는 활동들에 너무 많이 계속 투입을 하고 있는 거예요. - J 실무경영진

### 3. 참여성: 주민참여 돌봄의 불완전성

주민참여 기반 돌봄이 이론적 담론에서는 강조되지만, 원론적 이상이 현장에서 구현되는 과정에서는 아직 초기적이고 부분적인 수준에 머물러 있다. 또한 참여자들은 통합돌봄에 대한 제도적 논의가 돌봄의 주체인 주민의 참여가 배제된 채 공급자 중심, 행정 중심으로 추진되고 있음에 우려를 드러냈다.

#### 1) 주민의 자원봉사 의존적 구조의 취약성

참여자들은 현재 의료사협의 돌봄 활동이 지역사회의 자발적 봉사에 크게 의존하고 있으나, 이러한 구조가 지속 가능성과 지역사회 주민 참여의 완전성 측면에서 한계를 지닌다고 인식하였다. 조합 설립 초기에는 무보수 자원봉사자들의 참여가 활발했지만, 시간이 지나며 생계와 경제활동의 필요로 이들의 참여가 점차 줄어들었다. 이에 따라 돌봄활동이 개인

의 선의와 자발성에만 의존하기보다는 일정한 보상과 지원체계를 마련하여 봉사자의 더 많은 참여를 유도할 필요성이 있다고 인식하였다.

조합 설립 초기만 하더라도 무료자원봉사자들이 되게 많았어요. 그분들을 활용하여 자원활동가로 했는데, 점점 먹고사는 문제가 힘들어져서 그러는지 뭔가 경제활동을 해야 하는 곳으로 가는 거예요. 그러니 의료사협의 활동을, 언제까지 개인들의 자원활동에 의지해서 돌봄을 한다는 것도 한계가 있겠구나 싶어요. 그래서 이분들에게 뭔가 활동한 만큼의 활동비를 지급해서 도움도 되고 하는 게 필요하지 않을까 하고 생각하고 있어요. - F 실무경영진

## 2) 현 통합돌봄의 한계: '주민 없는 참여'

참여자들은 통합돌봄이 제도적으로는 진전되었지만, 돌봄의 주체인 주민의 참여가 충분히 반영되지 못한 채 제도 중심으로 추진되고 있다고 인식하였다. 통합돌봄이 지향하는 바는 지역의 주민이 능동적 주체가 되어 지역의 돌봄 요구를 파악하여 스스로 만들어가는 것이지만, 실제 현재 지역에서는 여전히 보건과 복지, 영양, 돌봄을 단순 통합해 놓은 수준에 머물러 있었다. 참여자들은 현시점에 논의되고 있는 통합돌봄 논의가 진일보한 것임에는 동의하나 그럼에도 형식적 통합에 그친 '주민 없는 참여'가 될 우려가 있다고 인식하고 있다. 또한 권역·동 단위의 매 세분화된 지역 거버넌스가 주민 목소리를 실제 의사결정에 반영하는 실질 경로로서 장점이 있는 한편, 현재는 구·보건소·복지 조직 간 조정력과 컨트롤타워가 약하여 제도와 현장 간 간극이 존재한다고 하였다.

특히 일부 농어촌 지역에서는 건강위원회 등 주민조직이 형식적으로 구성되어 있으나 주민참여(community participation)가 여전히 단순 동원(tokenistic participation) 수준에 머물러 있다는 지적도 있었다.

지금 지역에서 논의되고 있는 통합돌봄은 법률안 시행령안이 나오는 걸 보면 걱정이 좀 됩니다. 지금보다는 좀 더 진일보한 제도임에는 분명하나, 통합돌봄을 통해서 우리가 얻고자 하는 바를 제대로 담고 있나, 그러니까 돌봄의 대상자인 지역 주민들이 주체로 참여하고 있지 못하다는 것이 가장 큰 문제라고 생각합니다. 우리 지역만 하더라도 통합돌봄에 관심 있는 사람들의 모임도 있고 토론회도 있는데, 이대로 가면 그냥 지금의 보건 의료 또는 복지와 관련된 정책들을 그냥 한군데 모아놓은 수준이겠구나, 그냥 그림만 분절적인 것들을 한 통 안에 넣어놓고 이것 필요로 하는 소비자들과 그 속에서 분절적으로 소통이 이루어지겠구나 이런 느낌이 들어요. - G 실무경영진

원장님들은 다 지역 주민에 대한 미안함과 고마움을 항상 갖고 계세요. 그래서 그런 데를 발굴하면, 의료와 함께 복지, 돌봄도 통합적으로 이루어질 수 있지 않을까라는 생각이 드는데, 중요한 건 통합적으로 컨트롤타워의 기능이 좀 부재하기 때문에 좀 어려운 것 같아요. 왜냐하면 구(지자체)가 또 그 역할을 못 하고 있고 동은 독립도 못 하고 있고 복지관은 복지관 대로 너무 많은 서비스들이 있고 중복된 서비스도 너무 많죠. - O 사회복지사

읍면별로 건강위원회를 꾸리고 있어요. 건강위원회가 있고, 도시랑 다르다면 단위의 주민 조직들이 활성화돼 있긴 한데, 이게 약간 동원형이긴 하죠... 공동체 돌봄과 관련해서 지역주민들의 역할이 있을 것 같고. 그런데 건강도시 접근은 쉽지 않아요. 돌봄 쪽으로는 식사를 챙겨드린다거나 말벗을 하는 식의 소셜 서포트(social support), 소셜 캐피털(social capital) 관련된 부분들은 좀 가능할 것 같아요. - Y 의사

#### 4. 통합성: 제도적·운영적 지원의 미비

##### 1) 불충분한 재정 및 보상체계

일차의료 현장에서 의료진은 환자와의 지속적 관계와 반복적 접촉이 건강 증진에 긍정적 영향을 미친다고 인식하고 있었다. 그러나 이러한 ‘관계 중심의 돌봄’은 현행 수가체계에서 보상받지 못하는 영역으로, 제도적 인정의 부재가 의료인의 지속적 참여 의지를 약화하는 요인으로 작용하였다. 특히 정기적 방문이나 사소한 건강관리 신호와 같은 비처방적 개입이 환자에게 긍정적 변화를 유도하지만 제도는 여전히 처방·치료 중심의 행위만을 인정함으로써 일차의료의 본질적 가치가 충분히 반영되지 못하고 있다고 답하였다.

환자들은요, 일단 진료실을 나가면 방심하면서 지내잖아요. 그 방심하는 시간이 길어지면 길어질수록 더 느슨해진단 말이에요. 그래서 (시도되고 있는 여러 일차의료 시범사업) 사소한 어떤 시그널을 주는 것만으로도 환자는 좋아진단 말이에요. 사실은 그 차이가 커요. 그 차이로 환자가 좋아질 수 있는데 그걸 (정부는) 인정을 안 하겠다는 거예요. 수가를 안 주겠다는 거잖아요. 결국 수가를 청구하기 어려워지니까 다들 나가떨어져 버린 거죠. - S 의사

서비스 제공방식, 지불보상제도, 주민참여 이 세 가지의 혁신이 필요하다고 생각합니다. 지불보상제도에 대한 혁신 없이 일차의료야 지속 가능하기 어렵고, 지금은 탐-다운 방식으로 ‘좋은 거니까 해 보자’는 식이죠. 결국 파이낸셜 인센티브(financial incentive)가 구성되어야 공급자와 이용자가 같은 방향으로 움직일 겁니다. - Y 의사

## 2) 복잡한 의사결정 구조와 과중한 행정 부담

참여자들은 의료사협이 행정 절차와 의사결정 구조의 복잡성으로 현장의 업무 효율성과 조직의 대응력이 저하되고 있음을 우려하였다. 대부분 의료사협이 참여 중인 일차의료 만성질환관리 사업이나 방문진료 시범사업의 경우, 현장에서는 대상자 진료 결과를 기록하고 포괄평가를 입력하는 과정이 과도하게 복잡하여 실제 진료보다 행정 업무에 더 많은 시간이 소요되었으며, 시스템 오류와 낮은 편의성으로 반복적인 입력과 수정이 불가피하였다. 이러한 행정적 부담은 환자 중심의 돌봄보다 서류 중심의 업무 수행을 강화하며, 결과적으로 일차의료의 지속성과 효율성을 저해하는 요인으로 작용하였다.

한편, 조직 운영 차원에서는 중앙연합회와 지역 운영위원회 등 다층적 구조로 의사결정이 지연되고, 신속한 사업 추진이 어려운 경우가 발생한다고 답하였다. 이러한 행정과 절차의 복잡성은 의료사협의 민주적 운영체계가 지닌 장점에도 불구하고, 실제 현장에서는 신속한 의사결정과 실행을 어렵게 하는 요인으로 작용하였다.

의사의 입장에서 제일 힘든 거는 포괄 평가가 있는데, 그거를 조사하는 게 힘든 게 아니라 그걸 기록간에 입력하는 게 솔직히 제일 힘들어요. 이 기록지를 쪽 입력하다가 딱 하나가 안 들어가면 저장이 안 되는데, 그런데 어디가 잘못되었는지를 알려주지 않는 거예요. (그래서) 이걸 몇 시간 동안 찾는 거예요. 그러다가 익숙해지긴 했는데 물론 제가 익숙해진 게 아니고 사회복지사 선생님이 대신 입력해주시면서 익숙해졌어요. 환자 한 명을 입력하는 데 40~50분이 걸려서 도저히 못 하겠다 싶은데, 대체로 시범사업들이 다 이런 형태로 나와서 그런 행정적인 부분이 너무 힘들다. 이런 문제가 얹혀 있어요. - S 의사

중앙에 연합회가 있고 지역마다 의료사협 내 운영위원회가 있고요, 여러 운영위원회가 많아요. 그러다보니까 뭔가 의사결정이 이루어지기까지, 이사회가 끝날 때까지 한 달이 걸리거든요. 그래서 굉장히 느리고요. 정말 우리 조합이 급하게 뭔가를 결정해야 할 경우에는 못 따라가는 경우가 좀 있어요. 그래서 뭔가 큰 사업을 할 때 놓치기도 하고…. - A 간호사

지역에 따라 동 주민센터에 간호사가 배치되거나 파견되어 있으나 배치된 간호사의 업무와 보건소 간호사의 업무가 분산되어 지역보건의료에 대한 일관성 있는 지휘체계가 없이는 행정/보건기관-현장 간 지연과 중복은 발생할 수밖에 없다.

동에 간호사들이 있잖아요. 동 간호사들에게… 일부는 보건소에서 나가고 일부는 동에서 나가고, 어떤 동은 나가고 어떤 동은 안 나가고 이런 차이들이 있어서 동에서 일관적으로, 일괄적으로 다 나가게 하고 그 대신에 동에서 이제 2~3달에 한 번씩 경로당을 가게 되면… 교육 자료 같은 거를 보건소에서 만들어서 배포하고 그걸 가지고 경로당을 갖고 이런 식으로 좀 분업을 하기로 했어요. 그래서 내년부터 그거를 이제 시행을 할 예정이고 지금 그게 논의를 하는 절차를 진행하고 있습니다. 그건 우리만 할 수 있는 게 아니라 구청하고도 다른 부서하고도 상의를 해야 되는 문제여서…(시행이 쉽지 않습니다.) - Z 의사

### 3) 다직종 협력의 한계 및 역할 모호성

참여자들은 의료사협의 다직종 협력 체계가 형식적으로는 구축되어 있으나, 실제 운영에서는 의료인(의사·간호사)과 사회복지사 간 업무 분담이 명확하지 않아 직역 간 역할 경계가 모호하다고 인식하였다. 특히 행정과 사업 운영이 사회복지사 중심으로 이루어지는 반면, 의료인의 역할

은 진료에 국한되는 경향이 강해 직역 간 협력의 불균형과 상호 이해 부족이 나타나고 있었다.

업무를 하면서 제가 느낀 점은 의료인 중심의 행정처리보다는 사회복지사 위주의 의견 수렴이 더 많다는 것입니다. 그리고 의료인의 역할은 진료 중심 위주이다, 행정처리는 사회복지사 선생님들이 하다보니(타 직역들은) 이 업무에 대한 이해도가 떨어지는 것 같다, 그리고 간호영역과 사회복지 영역 간 업무 분담의 모호성이 있다, 그리고 업무분장이 모호하다 보니 담당자를 콕 집어 명시하기 힘들더라 하는 것입니다. 그리고 비의료인의 실질적인 진료환경에 대한 이해가 부족한 부분이 있어요. - B 간호사

또한 참여자들은 지역사회 내에서 제공되는 방문간호 서비스가 보건소, 가정간호, 장기요양보험, 장애인 주치의 등 여러 제도에 따라 분절적으로 운영되어, 기관 간뿐만 아니라 같은 직군 내 간호사들 사이에서도 역할의 경계가 불명확하게 형성되고 있다고 지적하였다. 이러한 제도적 불명확성은 동일한 지역사회 간호 서비스 요구를 서로 다른 제도에서 중복하거나 누락시키는 결과를 초래하며, 일차의료 현장의 간호서비스 효율성을 저해할 뿐 아니라 간호사의 전문적 역할 수행과 정체성 형성에도 제약 요인으로 작용하고 있다고 평가하였다.

이 문제는 의료사협의 문제라기보다는 결국 간호의 방문간호 제도 있잖아요. 저는 보건소 방문간호, 가정간호, 노인장기요양보험 방문간호, 장애인 주치의 방문간호 등등을 다 해봤어요. 그리고 보니 우선 방문간호 제도가 먼저 정리가 되어야, 통일을 좀 했으면 좋겠다는 생각을 해요. 보건소 방문간호사의 기능이 제한적인 이유는 그들의 역량의 문제가 아니라 제도 자체가 그렇게 만들지 않았을까 싶어요. 그래서 지금도 보건소 방문간호사 선생님들이 욕창 같은 문제가 생기면 그쪽에서 더하기 어려우니까 저희들한테 연락을 주시거든요. 그렇게 일부러 체계를 그렇게 만든 게 아닌가 싶은 생각도 들어요. - A 간호사

## 4) 통합돌봄 추진의 구조적 한계

통합돌봄 정책은 재택의료와 재가요양의 연계를 목표로 하지만, 일차 의료 현장에서는 이를 감당할 인력과 인프라의 한계가 뚜렷하게 드러났다. 장기요양 등급 외 대상자가 많아 발굴과 연계에 행정적 부담이 크고, 의사 1명 중심의 의원 구조에서는 사업의 확장이 어렵다고 인식되었다. 또한 의료, 복지, 행정 간 통합을 조정할 거버넌스 및 컨트롤타워의 부재로 체계적인 연계가 이루어지지 못하며, 민간 의료기관이 참여할 경우 지나친 영리성 추구하고 과잉진료 우려도 제기되었다. 이러한 현실은 통합돌봄의 실효성을 확보하려면 단순한 재정 지원을 넘어 인력과 인프라 확충, 공공성 확보, 제도적 조정기능 강화가 필수적임을 보여주었다.

통합돌봄을 생각해보면, 재택의료와 재가요양을 통합한다고 했을 때, 우선은 재택医료를 받으려면 등급을 받아야 하잖아요. 그런데 지역에는 등급을 받지 않은 분들이 상당히 많이 있어요. 그러면 그분들을 발굴하는 것부터 시작해야 하고, 그리고 나서도 등급을 받은 사람들 중 얼마나 재택医료를 받게 할 것인가를 결정하는데 있어서 정부가 지원을 확대한다고 하더라도 우리 기관은 감당이 안 됩니다. 의사도 더 뽑아야 하고 간호사도 더 뽑아야 하는데 우리는 자신이 없단 말입니다. 그만큼의 인프라가 안 돼요. 다른 의원들은 기본적으로 원장 혼자 (일)하는 구조인데 그분들은 참여하기 어려울 테고... 더군다나 재택医료를 확대한다고 하더라도 애시당초 영리를 추구하는 민간 의원들이 참여하게 되면 영양제 물장사를 할 측면이 있거든요. 이런 흐름으로 가면 재택医료도 과잉의료 지출의 우려도 생길 수 있습니다. - R 의사

## 5. 지속성: 숙련된 의료인력 확보와 유지의 어려움

참여자들은 의료사협이 지향하는 공동체적 가치와 비영리적 철학에 공감하며 함께할 숙련된 의료인력을 확보하고 유지하는 데 큰 어려움을 겪고 있다고 인식하였다. 의료사협은 지역주민 중심의 의료체계를 운영하려면 전문성과 헌신하겠다는 마음이 있는 인력이 필요하지만, 이러한 인재를 양성하거나 충원하기가 쉽지 않았다. 특히 간호사 등 핵심 인력의 고령화로 인한 인력 공백과 후임자 부족은 조직 운영의 연속성을 위협하는 요인으로 지적되었다. 또한 일차의료 현장의 인력들은 인력 부족 속에서 진료와 행정, 돌봄 업무를 병행하며 과중한 업무 부담과 정서적 소진을 경험하고 있었다. 이러한 상황은 장기적으로 의료사협의 지속가능성과 돌봄 서비스의 질 유지에 어려움을 초래하는 구조적 한계로 인식되었다.

(조합원 중심의) 의료사협이라 하더라도 곳곳에 의료진의 개입이 필요하고, 한편으로 그 가운데 중요한 역할을 하시는 직원들이 간호사인 경우가 많아서 이 분야에 훈련된 간호사들이 좀 많이 배출되어야 하는데 (중략) 저희는 지금 활동하시는 간호사 선생님들이 은퇴시기가 다가오고 있는데 적절한 후임이 마땅치 않아서 좀 난감한 상황이에요. - S 의사

간호대학에서도 일차 의료기관에서의 일하는 간호사의 모델이 조금 이렇게 잘 만들어지면 좋겠다는 생각이 들고, 뭐 다른 전문간호사 제도에 대해서는 이게 결국은 수가가 나오지 않는 한... 그런 부분에서 수가 제도가 좀 이렇게 보완할 수 있으면 좋지 않을까 생각을 합니다. - X 의사

## 제4절 종합 고찰

### 1. 주민이 참여하는 지역사회 건강돌봄체계와 일차의료

이 연구는 의료사협이 수행하고 있는 지역사회 기반 일차의료 활동의 특성과 그 한계를 탐색함으로써 지역사회 주민참여형 건강돌봄체계의 가능성을 분석하는 것을 목적으로 진행하였다. 이를 위해 의료사협을 기반으로 활동하고 있는 일반 조합원, 의사, 한의사, 간호사, 사회복지사 그리고 실무경영진에 이르기까지 의료사협 구성원들의 활동과 경험을 질적 인터뷰를 바탕으로 탐색하고자 하였다. 질적 인터뷰 결과, 의료사협의 일차의료 모델은 기존의 ‘의료인 중심’의 일차의료 개념에서 벗어나 지역사회 주민이 수동적인 의료 이용자, 돌봄의 수혜자가 아닌 ‘적극적 실천자’로서 참여하는 좀 더 발전된 일차의료 모델을 보여주고 있었다. 이와 관련해 ‘일차의료의 지역사회적 구현 과정’에 관한 여섯 가지 상위 주제와 열네 가지 하위 주제가 도출되었다.

우선 ‘현장성(On-the-ground Care)’은 돌봄대상자 가까이에서 생활 공간과 일상에 밀착해 돌봄을 실천하는 속성으로, ‘곁에 있음(being there)’과 ‘일상 속 돌봄(living-with-care everyday)’이라는 하위주제로 구체화되었다. 이러한 현장성은 지역 주민의 요구를 가까이에서 파악하고, 생활환경을 고려한 지원을 가능하게 하는 실천적 접근을 확인할 수 있었다.

두 번째, ‘관계성(Relationality)’은 장기간의 ‘신뢰’와 정서적 연결을 기반으로 대상자와 의료진(의사, 간호사), 지역사회와의 관계망을 강화해 가는 과정을 포착하였다. 그리고 ‘공동체적 돌봄’으로 사회적 연대를 형성하고, 주민 간 상호지지를 실현하는 돌봄의 관계적 기반이 형성될 수

있음을 확인하였다.

세 번째 특징인 ‘참여성(Participation)’은 주민이 돌봄의 주체로서 스스로 참여하고 의사결정에 관여하는 속성을 나타내며, ‘자발적 참여’, ‘공동의 의사결정’, ‘임파워먼트’의 세 하위주제가 도출되었다. 이러한 참여는 단순한 동원이나 협력의 차원을 넘어 주민이 지역의 건강문제를 함께 해결하고 실질적 돌봄 주체로 성장하는 주체적인 성장 과정을 내포하고 있다.

네 번째 특징으로는 “통합성(Integration)”이 도출되었다. 이 연구에서의 통합성은 일차의료가 특정 질병치료에 국한되지 않고 대상자의 신체적, 정신적, 사회적 요구를 동시에 고려하는 전인적 돌봄을 지역사회 안에서 포괄적이고 지속적으로 구현하는 속성을 의미한다. 구체적으로 ‘다학제적 팀 접근’과 ‘전문가 리더십 및 전문성 강화’를 통해 이용자 중심의 다차원적 돌봄서비스를 제공하고, 동시에 ‘의료-돌봄 간 연계’와 ‘통합적 돌봄’을 통해 단절되지 않는 서비스 지원체계를 구축하는 것을 의미한다.

마지막으로 ‘지속성(Continuity)’은 시간적 연속성과 관계의 지속성을 강조하는 속성으로, ‘지역사회 계속거주’와 ‘정기적 방문 및 진료’를 하위 주제로 포함하였다.

이상의 다섯 가지 핵심 주제는 상호 보완적이고, 의료사협의 일차의료 모델이 ‘지역사회 기반의 통합적·참여적 돌봄체계’로 기능하고 있음을 보여주는 결과로 해석할 수 있다. 또한 이러한 요소들은 스타필드(1998)가 제시한 일차의료의 핵심 가치(접근성·지속성·포괄성·조정성)와 밀접하게 조응하는 특징을 보여주고 있다.

전통적인 일차의료의 개념하에서는 일차医료를 주도하는 주체는 의사, 즉 의료인이다(Starfield, 1998). 1978년 알마아타 선언에서도 주민은

참여자(participant), 즉 권한 부여의 대상(empowered)으로 다루어질 뿐 일차의료의 주체적 제공자로 정의되지는 않았다. 그러나 지역사회 건강돌봄체계에서는 주민이 단순한 서비스 수혜자이거나 돌봄의 보조적 역할자에 그치는 것이 아니라 돌봄의 '적극적 주체'로 나설 것을 요구하고 있다.

그렇다면 왜 지역사회 주민이 일차의료의 적극적인 참여주체로 설정되어야 할까? 이는 일차의료이 추구하는 가치, 즉 접근성, 포괄성, 지속성 등이 기존의 의료기관 내에서(즉 진료실 안에서) 실현되었던 방식을 넘어서 주민의 삶의 현장에 참여할 때 비로소 실현될 수 있기 때문이다. 또한 현재의 일차의료 정책을 포함하여 공급자 중심의 제도와 정책은 실제 수요자인 주민의 요구와 일치하지 않을 가능성이 매우 높다. 게다가 지역사회 돌봄이 지속가능성을 유지하기에는 현재 지역사회 내 가용한 보건의료자원이나 돌봄 자원이 매우 부족하고 전문성 등의 한계가 있기 때문에 지역사회 주민을 지속적으로 적절하게 훈련하고 교육해서 이들이 돌봄의 주체로 나설 수 있도록 역량을 강화해야 한다. 특히 장애인이나 노인 만성질환자 등 지역사회에서 일차의료, 건강돌봄의 요구가 많은 취약 집단에서는 일차의료 돌봄의 공백을 더욱 크게 경험할 수 있으므로 지역사회 주민이 참여해서 이를 충족해 나가는 것이 좀 더 현실적인 대안이 될 수 있다.

그런 점에서 이 연구에서 확인한 의료사협의 활동은 일차의료(primary care)의 핵심 가치를 주민 주도적으로 구현하는 대안적 모델로서 기능할 수 있다.

우선, 의사나 간호사의 방문진료나 방문간호, 일반 조합원들의 병원 동행, 이동 지원 등의 실천은 돌봄취약 계층의 지리적·사회적 장벽을 낮추어 접근성을 한층 강화할 수 있다. 둘째, 의료사협이 강조하는 '곁에 있음(being there)'이나 일상생활 속 돌봄과 같은 현장성(embeddedness)

은 지역주민과 장기간 관계를 맺고 삶의 과정을 지켜보는 지속성(continuity of care)을 가능하게 하고 관계적 돌봄을 실현할 수 있는 기반이 된다. 이는 아직까지 주치의 제도가 확립되지 못한 우리나라의 지역사회 일차의료의 현실을 일부 보완할 것으로 기대된다. 셋째, 보건의료 서비스뿐 아니라 정서적 지지, 사회적 관계망, 건강 소모임 등 생활 전반을 아우르는 돌봄 활동의 실천은 포괄성(comprehensiveness)의 원리를 구현한 사례라 할 수 있다. 마지막으로, 협동조합이라는 조직 방식(구조)은 조합원 당사자들의 목소리를 좀 더 민주적(수평적)으로 수렴하고(즉 하향식이 아닌 상향식의 방식) 공식적, 비공식적 경로를 거쳐 다차원적으로 적극 상호 소통함으로써 돌봄의 제도화를 실현할 수 있도록 지원하였다. 이는 지역사회 주민 참여와 임파워먼트의 구현 사례를 보여주는 것이다. 따라서 의료사협의 이러한 실천들은 현시점에서 지역사회가 실현해야 할 지역사회 건강돌봄체계 형성에서 제도적 한계를 넘어 주민 주도의 현장 기반 일차医료를 가능하게 하는 중요한 대안적 모델로 평가될 수 있을 것이다.

## 2. 주민참여형 일차의료 모델의 제약요인과 구조적 한계

이 연구 결과, 의료사협의 지역사회 건강돌봄 활동은 주민주도형 일차의료의 실현 가능성을 보여주었으나 동시에 그 과정에서 다양한 수준의 제약과 구조적 한계가 함께 존재함도 확인되었다. 이러한 한계는 단순히 개별 조합의 운영상의 재정적, 기술적 어려움에 국한되지 않고, 한국 지역사회가 겪고 있는 일차의료 체계 전반의 구조적 문제들과 밀접하게 연결되는 것이기도 하다.

우선, 인력 및 재정적 기반의 취약성이 주요 제약요인으로 지적되었다.

의료사협이 지향하는 보편적 돌봄의 비영리성과 주민참여 가치에 공감하고 동참하는 의사, 간호사 등 보건의료 분야의 전문인력을 확보하는 것은 의료사협이 해결해야 할 매우 어려운 문제로 지적되었다. 이는 재택의료와 장애인 주치의사업 등 지역사회 기반 제도가 확대되는 상황에서 이를 실질적으로 뒷받침할 숙련 의료인력에 대한 제도적·재정적 지원이 미흡하여 인력 확보와 지속적 유지가 구조적으로 제약되고 있음을 의미한다. 이와 더불어 의료사협의 안정적 재정 기반이 부재한 상황에서 조합원 출자금이나 차입금, 기타 사업 수입 등에 의존한 조합 운영은 통합적 돌봄 체계 운영을 지속적으로 발전시키거나 안정적으로 운영하는 데 큰 구조적 취약점으로 작용하였다.

둘째, 의사-환자 간 전통적 관계 불균형에서 초래되는 주민참여형 일차의료 실천의 한계점 역시 보여주고 있다. 의료사협이 민주적이고 수평적인 의사결정 방식을 지향하고 있음에도, 우리나라 의료체계 전반에 뿌리 깊게 자리한 ‘의사 중심’의 서비스 구조는 주민참여형 실천모델하에서도 주요하게 구현될 것으로 보인다. 이는 짧은 진료 시간과 의사의 낮은 진료수가 체계로 의사-환자 간 충분한 소통과 공동 의사결정을 어렵게 만들며, 더 나아가 간호사나 사회복지사 등과의 다학제 협업을 추구하는 데에도 여러 제약을 초래하였다. 아울러 장기간의 관계 형성과 밀착된 지원이 요구되는 지역사회 돌봄의 특성상, 돌봄 제공자(특히 간호사, 사회복지사, 활동 조합원 등)가 정서적 과부하와 관계적 소진을 경험한다는 점은 주민참여형 모델의 지속 가능성에 위협을 초래하는 요인이 될 것이다.

셋째, 주민참여의 불완전성과 자원봉사 의존 구조는 지역사회 돌봄 현상이 해결해야 할 가장 취약한 요소 중 하나라고 볼 수 있다. 비공식적이고 자발적 참여를 기반으로 한 주민참여는 단기적으로는 지역 공동체성을 강화하는 긍정적 효과가 있으나, 장기적으로는 소수 활동조합원에게

만 부담이 집중될 수 있다. 또한 참여조합원이 점차 고령화되거나 과도한 활동으로 소진을 경험하게 되는 문제가 반복되었다. 특히 지역 내 노인 또는 장애인 등의 취약계층을 대상으로 돌봄 활동을 수행할 경우 지속적 방문을 통한 관계 유지 등 비교적 강도 높은 돌봄활동을 요구하지만, 이를 뒷받침할 제도적 참여 보상이나 이들의 교육이나 훈련 시스템이 부재하여 주민참여 기반의 돌봄이 아직까지 구조적으로 불안정한 수준이라고 할 수 있다.

마지막으로, 지역이 공통적으로 경험하고 있는 행정·운영상 지원시스템의 미비는 주민참여형 일차의료 모델의 발전을 가로막는 주요한 요인으로 지적되었다. 의료-복지-돌봄의 연계를 촉진할 만한 통합적 행정체계가 대부분 안정적으로 구축되지 않았고, 지역 간 보유 자원의 편차로 동일한 모델이라 할지라도 의료사협이 활동하는 지역에 따라 실천과 성과에 큰 차이가 나타나고 있음을 파악하였다.

결국 의료사협이 보여준 현장 기반, 주민참여 기반의 일차의료 실천은 향후 지역사회에서 발전 가능성이 큰데도 이를 실현할 인력, 재정, 행정적 지원체계 등의 다양한 차원에서 한계점들이 존재하여 주민참여형 일차의료 모델의 구조적 한계를 형성하고 있다. 따라서 향후 주민참여형 건강돌봄 체계를 실효적으로 구축하려면 개별 의료사협만의 노력으로는 극복할 수 없는 지역사회 돌봄과 관련한 거버넌스나 제도·재정·인력체계 전반의 구조적 개선이 반드시 동반되어 개선되어야 할 것이다. 특히 지역사회 주민이 일차의료의 적극적 참여 주체로 자리매김하려면 단순한 자원봉사를 넘어서 지속 가능하도록 다양한 지원체계가 동반되어야 하며, 이들에 대한 적절한 교육과 훈련 프로그램, 이들을 교육하고 뒷받침할 전문 인력의 확보 그리고 더 나아가 의료-돌봄-복지 통합 시스템 구축에 필요한 제도적 장치가 확보되어야 할 것으로 보인다.

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제4장

### 주민참여형 지역건강돌봄에 관한 국내외 제도 및 사례 고찰

제1절 국내 사례

제2절 국외 사례



## 제4장

# 주민참여형 지역건강돌봄에 관한 국내외 제도 및 사례 고찰

### 제1절 국내 사례

#### 1. 주민참여 기반 지역 건강돌봄사업

일차보건의료와 건강증진 영역에서 ‘주민참여’는 필수적 운영 기제로 인정받고 있는데도 이를 실제 현장에 적용하는 데는 상당한 어려움이 있다. 우리나라의 경우 기존에 마을건강원 제도로 일차보건의료 분야의 주민참여를 시도하였으나, 그 효과성에는 회의적인 시각이 제기된 바 있다(김용익, 1992; 윤태호, 2024, p.431에서 재인용). 그러나 이러한 제한적 성과에도 일차보건의료에서 주민참여의 중요성은 유지되고 있으며, 건강증진을 위한 오타와 헌장(WHO, 1986)에서도 지역사회의 주체적 참여를 바탕으로 한 역량 개발을 중요한 실천 방향으로 제시하고 있다. 주목할 점은 이와 같은 주민참여 기반의 건강정책이 중앙정부보다는 지방정부의 자발적 노력으로 확산되어 왔다는 것이다(윤태호, 2025, p.431). 이에, 이 절에서는 서울시를 비롯하여 경상북도, 부산시, 강원도 등에서 실시된 주민참여형 건강돌봄사업의 구체적 사례들을 종합적으로 검토하여 성과와 한계를 살펴보고자 하였다.

#### 가. 서울시 건강생태계 조성사업

2015년 서울시 4개 자치구에서 시범사업으로 시작되어<sup>9)</sup> 2020년 11개

자치구로 확대된 서울시 건강생태계 조성사업은 국내의 대표적인 주민참여형 보건사업 중 하나로, 주민 스스로가 지역의 건강 문제를 해결하는 것을 목적으로 시행되어 왔다. 사업의 의의는 1) 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 주민의 통제력 강화, 2) 건강문제에 대한 주민의 민주적 참여 촉진, 3) 지역의 건강자원 발굴 및 연계 활성화로 정리된다(서울시 공공보건의료재단, 2020). 사업은 시 예산으로 운영되나 사업 운영 주체는 보건소가 아니며 민간단체(지역 주민단체, 시민단체, 의료사협 등)에 위탁하는 방식으로 운영되었다.

‘건강생태계’는 민간 부문의 건강 관련 자원 연계를 강화함으로써 관의 지원이 중단되더라도 지역사회 안에서 주민이 주도적으로 건강문제를 해결할 자생력을 갖추는 환경을 일컫는다(문은숙, 2015, p.25). 이렇듯 사업은 공공 부문에 대한 의존성을 줄이고 주민 주도성을 강화하려 지역 기반 주민참여형 보건사업(Community-Based Participatory Research, CBPR) 모형에 기반하여 민과 관이 동등한 파트너로서 사업의 기획-의사결정-실행-평가로 이어지는 전체 과정을 공동으로 수행하고 책임지는 것을 방향으로 설정하였다(서울시 건강생태계 조성사업 지원단, 2019; 이도연 외, 2022, p.317에서 재인용).

사업의 주요 활동은 건강위원회/주민자치회 내 건강분과 구성·운영, 주민건강리더 양성 및 운영, 건강소모임 운영, 지역 건강자원 연계활동이며, 각각에 대한 설명은 <표 4-1>과 같다.

---

9) 2015년 당시 명칭은 ‘소생활권 건강생태계 기반조성 지원사업’이었음. 점차 소생활권 중심에서 동 단위로 전환되었음.

〈표 4-1〉 서울시 건강생태계 조성사업의 주요 활동

활동	설명
건강위원회/ 주민자치회 내 건강분과 구성·운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강생태계 조성 사업 설명</li> <li>주민들의 건강 관심 분야 토론 및 공유</li> <li>지역 내 건강 의제 발굴</li> <li>건강리더 양성 교육 주제 선정 및 교육 운영</li> </ul>
주민 건강리더 <sup>10)</sup> 양성 및 운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>주민 건강리더 양성 교육 제공</li> <li>양성된 리더는               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 지역거점을 방문하여 주민과 소통('주민 만나기 활동'을 통해 건강이슈 발굴)</li> <li>✓ 발굴된 이슈 해결을 위한 활동 진행</li> <li>✓ 주민 건강리더 운영 회의 참여(개별 사례 논의, 활동 경과 공유 등)</li> </ul> </li> </ul>
건강소모임 운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강문제 해결 및 건강생활 실천을 위한 온·오프라인 모임 구성 및 운영 앱을 통해 회원을 모집하여 걷기 모임 구성 및 운영</li> <li>건강체조 교실 운영</li> <li>마을 텃밭 가꾸기 활동</li> </ul>
지역 건강자원 연계 활동	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강생태계 네트워크 구성·운영(주민센터, 지역아동센터, 복지관 등 지역 내 기관을 방문하여 사업 설명 및 협조 요청, 정기적 회의 진행)</li> <li>건강문제 해결 시 자원 연계</li> </ul>

출처: "서울시 건강생태계 조성사업 결과보고회 발표자료", 서울시 공공보건의료재단, 2020을 저자가 재구성함. <https://www.youtube.com/watch?v=kmLGoe-TcJU>

서울시 건강생태계 조성사업은 건강부문뿐만 아니라 〈표 4-2〉와 같이 다양한데, 다양한 영역을 포괄하는 만큼 각 활동 과정에서 협력이 이루어진 민간단체는 보건의료 부문뿐만 아니라 문화·여가, 보육 및 교육, 안전, 돌봄·요양 부문 등으로 다양하였다. 코로나19 시기에는 비대면 활동 방안들이 모색되어 실천되기도 했다.

10) 일반 주민들이 건강생활을 실천하고, 건강한 삶을 살아갈 수 있도록 주민들을 만나 요구도를 파악하고, 주민들에게 필요한 자원을 연계하는 등 촉진자로서 역할 담당.

〈표 4-2〉 서울시 건강생태계 조성사업의 활동 영역

활동 영역	활동 예시
건강 관리 (건강생활실천, 정신건강관리)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신체활동 증진 프로그램 운영(걷기, 체조, 라인댄스 등)</li> <li>• 주민건강학교 운영</li> <li>• 주민 대상 찾아가는 복약 교육 진행</li> <li>• 감염병 예방 용품 제작 및 배포</li> <li>• 청소년/중년여성/노인의 정신건강증진을 위한 모임 운영(예: 난타, 타로카드, 보드게임, 웃음치료 등)</li> <li>• 사전연명의료의향서 교육 및 상담 제공</li> <li>• 건강 정보를 알리는 자료집 및 동영상 제작·배포</li> </ul>
환경	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 친환경 교육 진행</li> <li>• 의류 리폼 교육 진행</li> </ul>
여성 안전 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 여성안심 행복마을 조성</li> </ul>
지역 내 고립 문제 해결	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 이웃 살피미/지킴이 활동(예: 안부 묻기, 밥상 나눔 활동 등)</li> <li>• 방문 진료 가정에 의료진과 함께 주민 건강리더가 방문하여 맞춤형 돌봄 제공 활동</li> </ul>
빈곤·취약 주민 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 김장을 통한 김치 나눔</li> <li>• 감염병 예방 용품 나눔</li> </ul>
복지	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민 대상 복지 정보 교육 제공(예: 복지관, 복지 사업 안내 등)</li> </ul>

출처: “서울시 건강생태계 조성사업 결과보고회 발표자료”, 서울시 공공보건의료재단, 2020을 저자가 재구성함. <https://www.youtube.com/watch?v=kmLGoe-TcJU>

이처럼 서울시 건강생태계 조성사업은 시민적 기반이 취약한 한국 사회에서 이루어진(홍남수 외, 2020; 이도연 외, 2022, p.318에서 재인용) 대다수 하향식(top-down) 주민참여사업과 달리, 시민정치 영역에서 이미 충분한 조직 역량을 갖추고, 지역에 기반을 둔 단체 및 활동가를 중심으로 한 상향식(bottom-up) 접근 방식을 취하고 있다(이도연 외, 2022, p.317).

## 나. 경상북도 건강마을조성사업

경상북도의 건강마을조성사업<sup>11)</sup>은 지역주민의 역량을 강화해 주민 스스로가 건강문제를 해결하도록 지속가능한 조직을 만드는 것을 목적으로

하는 사업으로, 2014년 20개 읍면동 지역에서 시작하여 2024년 현재 32개 지역으로 확대되어 운영 중이다(경상북도 통합건강증진사업지원단, 2025). 이 사업은 기존 보건소 중심 건강증진사업이 일부 주민들에게만 혜택이 돌아가며, 주민이 건강생활을 지속 실천하기 어렵고, 건강에 영향을 미치는 사회·물리·환경적 요인을 개선하기 어려우며, 건강 취약 주민들은 서비스 참여가 어렵다는 문제의식을 바탕으로 이를 극복하고자 기획되었다(경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.10).

건강마을 조성사업의 운영체계는 주민조직(건강위원회, 건강동아리, 건강지도자)을 중심으로 보건소, 행정복지센터, 지자체, 지역사회 공공 및 민간단체가 연계하여 사업을 추진하는 형태로 구성되어 있다(그림 4-1). 이는 주민 모두를 위한 사업이므로, 주민조직은 해당 지역에 거주하는 모든 주민이 언제든지 참여할 수 있도록 개방되어 있어야 한다(경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.18). 아울러 사업의 전(全) 과정에서 건강지도자, 보건소 담당자, 건강지기(건강위원회의 활동을 지원하는 간사 역할을 하는 사람)의 ‘주민 만나기’ 활동이 강조되는데, 이 활동으로 부녀회장, 이통장 등 기존의 마을리더뿐만 아니라 다양한 일반 주민을 만나 대화함으로써 주민들의 건강문제와 욕구를 파악할 수 있으며, 잠재적인 건강지도자를 발굴하거나 소개를 받을 수도 있다(경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, pp.36-41).

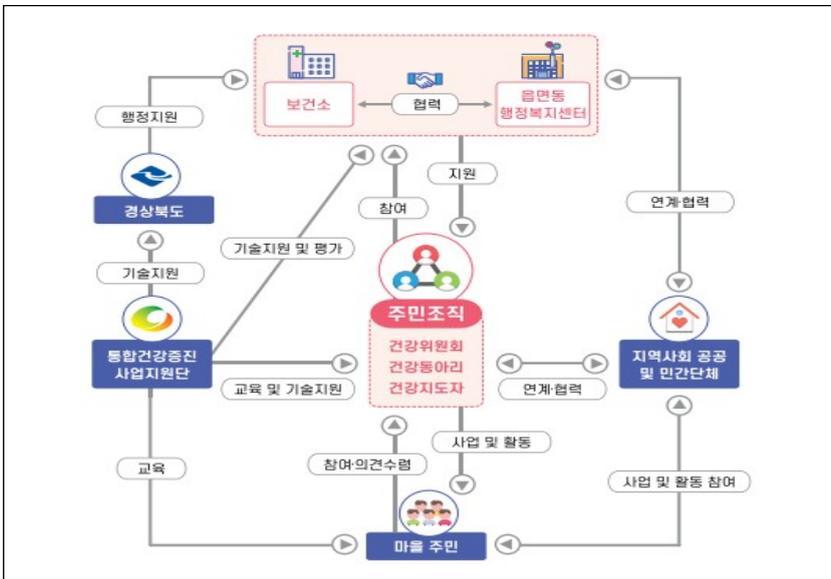
보건소는 건강취약지역의 우선순위에 따라 건강마을 조성사업 수행 여부를 파악하여 신청서를 제출하며, 경상북도 및 통합건강증진사업지원단이 취약지역을 우선으로 하여 사업 대상지역을 선정한다. 여기서 유의할 점은 보건소가 신청서를 작성하지만, 건강마을 조성사업의 운영 주체이자 의사결정기구인 주민조직인 ‘건강위원회’가 되어야 한다는 점이다. 건

11) 2019년 이전의 사업명은 건강새마을 조성사업이었음.

강위원회에는 최대한 다양한 구성원이 참여할 수 있도록 해야 하며, 이들 대상의 역량 강화 교육 및 화합 도모 교육은 보건소, 지원단에서 제공되거나 위원회 자체적으로 시행되기도 한다. 위원회는 회의를 정기적으로 열어 마을 건강사업을 계획하여 직접 수행하기도 하며, 건강지도자를 발굴하여 양성함으로써 건강동아리 활동을 지원한다(경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.20, pp. 30-101).

사업 영역은 기존의 건강증진사업영역인 금연, 절주, 운동, 영양 등의 영역에 국한되지는 않으며 건강에 영향을 미칠 수 있는 교통, 농작업안전, 주거 등의 영역도 포괄한다(표 4-3)(경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.21).

[그림 4-1] 경상북도 건강마을 조성사업의 운영체계



출처: “한 걸음 더 나아가는 건강마을(매뉴얼)”, 경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.20. [http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol\\_09.pdf](http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol_09.pdf)에서 2025.7.2. 인출.

〈표 4-3〉 경상북도 건강마을 조성사업의 사업 영역

영역	활동
의료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 암환자 관리예방</li> <li>• 자살, 치매 예방</li> <li>• 심뇌혈관, 구강 예방</li> </ul>
건강 관련 시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마을 걷기 코스 조성</li> <li>• 마을 내 시설 활용을 통한 건강 프로그램 운영</li> </ul>
이웃과의 관계 (공동체)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역 협의체 운영</li> <li>• 건강지킴이 활동</li> <li>• 마을 건강 캠페인</li> <li>• 마을 신문 발행</li> </ul>
생태공간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강공원 조성</li> <li>• 마을하천 정화 활동</li> </ul>
주거와 도시계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마을 쓰레기 치우기</li> <li>• 주거환경 개선사업</li> </ul>
교통·운송	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 교통 약자 이동 도우미 활동</li> </ul>
농작업 안전	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 농약 중독 예방</li> <li>• 농기구사용 안전수칙 교육</li> <li>• 퇴행성 관절염 예방</li> </ul>
도로 안전	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 걷기코스 조성</li> <li>• 안전한 도로환경 조성</li> </ul>
대기오염	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 오염물질 배출공장 모니터링</li> </ul>
범죄 및 범죄 위험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 안전한 밤거리 조성</li> <li>• 금연·절주 문화 조성</li> <li>• 청소년에 대한 주류·담배 판매 모니터링</li> </ul>

출처: “한 걸음 더 나아가는 건강마을(매뉴얼)”, 경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단, 2022, p.21을 저자가 표로 재구성함. [http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol\\_09.pdf](http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol_09.pdf)에서 2025.7.2. 인출.

#### 다. 부산시 건강마을센터사업

지역 건강불평등 완화라는 목적으로 소지역 기반 보건 프로그램이 이루어졌고, 이러한 프로그램은 일차보건의료와 건강증진에서 핵심원리인 주민참여를 핵심 운영원리로 하였다. 국내에서 이러한 흐름은 중앙정부 보다는 지자체를 중심으로 형성·발전되었는데(윤태호, 2024, p.431), 지

자체를 중심으로 한 주민참여 건강사업으로는 2007년부터 부산시 반송 지역에서 건강반송만들기 사업을 진행한 것이 첫 시도라 볼 수 있다(허현희, 2018; 허현희, 손인서, 2020; 윤태호, 2024, p.431에서 재인용).

건강 반송사업은 해운대구 반송지역에서 2007년부터 3년여간 수행되었는데, 지역사회 구성원과 연구자들이 사업과정에서 동등하게 협력하고 상호 학습 체계를 개발하고, 지역 역량 구축, 참여자들이 그들의 삶을 통제할 수 있는 역량 강화, 연구와 활동 간의 균형을 달성하는 것을 특징으로 하는 지역사회 참여연구(Community-based participatory research)(Barker & Brownson, 1998, Isreal et al., 1998; Minkler, 2000; 윤태호, 2024, p.432에서 재인용)의 원리와 방법에 기반한다(윤태호, 2024, p.431). 따라서 건강반송사업은 지역 간의 건강형평성 제고를 목표로 지역공동체와 협력하여 지역의 변화를 유도한 건강사업이었다. 지역 선정 시에는 건강 수준의 취약성과 사회경제적 취약성뿐 아니라 문제해결에 대한 역량, 주민 활동 수준 등 사회적 맥락을 고려하였다. 또한 조사 단계부터 지역에서 이미 활동하는 주민들과 함께하였다.

건강반송사업의 사업영역과 그에 대한 설명은 <표 4-4>와 같다.

<표 4-4> 부산시 건강반송사업(2007년~2010년)의 사업 영역

영역	활동
주민참여	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민 건강활동가 양성을 위한 교육</li> <li>• 양성된 건강활동가 중 역량 있는 주민을 건강코디네이터로 채용하여 회의체 간사 및 주민 건강활동에 대한 관리자, 보건소와 주민 간의 교량적 역할을 수행토록 함</li> <li>• 건강 소모임 구성 및 운영</li> </ul>
지역자원 파트너십	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건소, 지역 내 종합사회복지관, 주민단체, 연구진이 협의체를 구성하여 사업을 공동 기획, 집행, 평가</li> </ul>
건강친화적 환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마을 내 걷기코스 조성</li> <li>• 걷기 동아리 운영</li> <li>• 방치된 근린공원을 건강테마공원으로 조성</li> </ul>

영역	활동
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 어린이 놀이터를 금연, 금주 구역으로 지정 및 지속 관리</li> <li>• 마을청년회 야간순찰활동과 연계하여 담배 판매업소 대상 신분증 확인 강화 캠페인 수행</li> <li>• 건강지킴이단을 구성하여 독거노인 대상 정서적 지지 활동 수행</li> </ul>
혁신적 서비스 전달	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민들의 금연상담사 활동</li> <li>• 보건소 방문보건사업 및 사회복지관 재가복지사업 담당자 간 정보 교류로 서비스의 중복 문제 및 새로 발굴된 사례 해결 (통합사례회의 운영)</li> </ul>
지역공동체의 규범 변화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료의 관점을 건강의 관점으로 인식 전환 활동</li> <li>• 건강의 사회적 요인에 대한 이해 함양 활동</li> <li>• 건강 문제는 지역공동체가 해결할 문제라는 지역개발적 관점 함양 활동</li> </ul>

출처: “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 제2권”, 신영전 외, 2009; “부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년”, 윤태호, 2024, 보건사회연구, 44(2), p.435에서 재인용.

건강반송사업은 2009년 중앙정부의 지원이 끝나 종료되었으나 사업을 수행하며 형성된 주민과 지역 자원의 역량은 사업 확산에 대한 공감대 형성으로 이어졌다. 이에 부산시는 건강반송사업 모형에 근거한 건강마을 사업을 추진하기로 결정했다(윤태호 외, 2010; 윤태호, 2024, p.435에서 재인용).

부산시 전역 부담으로 수행된 건강마을사업은 2009년 9개 기초지자체 동 지역 중심으로 시작하여 2016년에는 16개 지역으로 확대되었다. 사업 신청 단계에서부터 보건소와 지역사회복지관이 파트너십을 형성하여 보건-복지 간 협력을 유도하였다. 건강반송사업의 경험에 근거하여 <표 4-5>와 같은 주민참여 지역보건사업이 지니는 일반적 지역보건사업과의 차별성을 사업에 최대한 반영하고자 노력하였다(윤태호, 2024, pp.436-438).

〈표 4-5〉 일반적 보건사업과 주민참여 지역보건사업 간 차이

	일반적 지역보건사업	주민참여 지역보건사업
<b>기획 단계</b>		
요구도 측정	• 외부자의 객관적 조사	• 주민 목소리를 경청하려는 조사 중심
계획수립	• 지침에 기반한 계획 수립 • 단기적 사업 계획	• 주민들과의 협의에 기반한 계획 수립 • 중장기적 사업 계획
사업 대상	• 고위험 집단	• 지역 공동체
<b>시행 단계</b>		
서비스 제공 단위	• 개인	• 지역 공동체
서비스 제공 주체	• 보건소 등 기관 중심	• 지역 공동체 주민(단체) 중심
주민교육	• 보건 교육 위주	• 건강결정요인 교육 위주
주민 참여 수준	• 대상화된 참여	• 주도적, 실질적 참여
지역자원 연계	• 명망 있는 기존 기관	• 지역 풀뿌리 자원
<b>평가 단계</b>		
평가 기준	• 성과 중심	• 과정 중심
평가 주기	• 단기	• 중장기
평가 주체	• 사업 담당자/전문가	• 지역주민·파트너
관심 사항	• 목표 대비 실적	• 지역 공동체 및 주민 주도성 등

출처: “부산시 건강마을 사업 기본 매뉴얼”, 부산광역시, 부산광역시 건강도시사업지원단, 2014; “부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년”, 윤태호, 2024, 보건사회연구, 44(2), 430-449, p.436에서 재인용.

건강마을사업에서 주민주도적 활동의 영역과 내용은 〈표 4-6〉과 같은데, 특징은 전통적인 보건사업에서는 다루지 않는 대기오염, 생태 공간 조성, 주거환경 개선, 사회적 관계 개선, 안전과 관련한 활동이 이루어졌다는 점이다. 활동들은 주민들이 관심이 있으며, 실제로 수행할 수 있는 활동 영역을 선정하여 이루어졌고, 주민으로 조직된 건강소모임에서 수행되었다. 사업 종료 후에는 주민, 보건소 및 사회복지관 담당자가 함께 모여 사업을 평가하였으며, 시 차원에서 성과대회를 개최하여 각 지역의 경험

을 공유하는 자리가 마련되기도 하였다(윤태호, 2024, pp.436-437).

〈표 4-6〉 부산시 건강마을사업(2010년~2016년)의 주민주도적 활동 내용

영역	활동
대기오염	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 오염물질 배출 모니터링</li> <li>• 폐기물 처리장 모니터링</li> </ul>
교통 및 운송	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 교통 약자에 대한 이동 지원</li> </ul>
보행, 운동 환경	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 걷기코스 조성</li> <li>• 걷기 동아리를 중심으로 마을 내 건강 위해 모니터링</li> <li>• 주민 자발적 운동교실 운영</li> </ul>
주거환경	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 쓰레기 치우기 활동</li> <li>• 주거환경 개선 활동</li> </ul>
생태공간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강 공원 조성</li> <li>• 마을 하천 정화 활동</li> </ul>
금연·절주	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 금연, 절주 문화 조성</li> <li>• 청소년 술·담배 판매 모니터링 활동</li> <li>• 중독관리센터 연계 알코올 자조모임</li> </ul>
사회적 관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강지킴이를 통한 소외 이웃 지지</li> <li>• 마을건강 캠페인</li> <li>• 고독사 예방을 위한 독거 노인 자조 모임</li> </ul>
마을 안전	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 안전한 밤거리 조성</li> <li>• 위험요인 발굴 및 해결</li> </ul>

출처: “부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년”, 윤태호, 2024, 보건사회연구, 44(2), 430-449, p.437.

건강마을사업은 부산시 예산 100%로 보건소를 거쳐 예산이 지출되는 프로그램성 사업이었으므로 사업 운영에 필요한 공간을 확보하기가 쉽지는 않았다. 이에 사업을 지속적으로 수행할 수 있는 최소한의 예산을 확보하고, 주민 활동을 지원하는 지역 내 거점 공간을 확보한다는 두 가지 지점을 해결하려는 대안이 바로 2016년부터 현재까지 이어오고 있는 마을건강센터의 설치·운영이었다.

마을건강센터사업은 2016년 시작 당시 16개소에서 2025년 6월 현재 부산시 전역에 61개소로 확대되었다(표 4-7), 이처럼 빠른 시간 안에 여

러 지역으로 확산될 수 있었던 것은 그간 건강반송사업과 건강마을사업을 수행하며 검증된 내용이 있으며, 시 차원의 강력한 정책적 의지가 있었기 때문이다(윤태호, 2024, p.438). 마을건강센터는 주민 누구나 무료로 이용할 수 있는 장소로 혈압·혈당·콜레스테롤·체지방 측정과 치매 및 노쇠선별검사 등 기초건강검사 제공부터 맞춤형 건강 상담과 교육(필요시 보건소 등 지역 자원 연계), 운동 등 건강증진프로그램을 제공하는 집 앞의 작은 보건소 역할을 하는 동시에, 주민들이 주도적으로 건강 공동체 활동(건강소모임 활동, 건강동아리 활동, 마을건강협의체 운영)을 수행하는 장소가 되기도 한다(부산광역시, 2025).

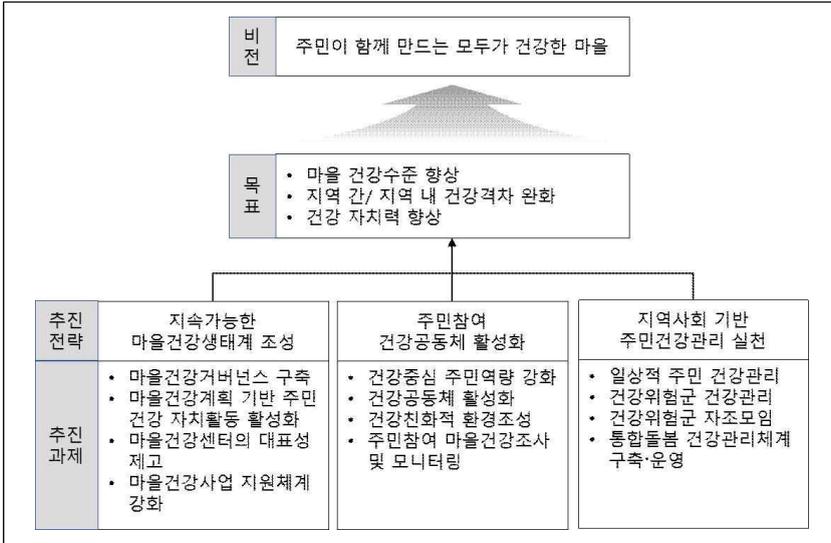
사업은 주민들이 활동할 수 있는 지역 내 거점을 빠르게 확보하고자 기존의 동 시설이나 시의 도시재생사업에서 지원되는 신축 건물을 활용하여 마을건강센터로 활용하였다. 마을건강센터사업의 비전, 목표와 추진 전략, 과제는 <그림 4-2>와 같다.

<표 4-7> 부산시 마을건강센터 설치 개수

구(군)	마을건강센터 개수	구(군)	마을건강센터 개수
중구	2	해운대구	4
서구	4	사하구	5(2)
동구	3(1)	금정구	1(2)
영도구	4	강서구	2
부산진구	3	연제구	4
동래구	2(1)	수영구	5
남구	(5)	사상구	12
북구	9	기장군	1
<b>합계</b>	<b>61 (11)</b>		

주: 괄호 안의 숫자는 마을건강센터와 동일한 서비스를 제공하는 건강생활지원센터 개수를 의미함  
출처: “분야별 정보-보건-건강-하하마을건강센터”, 부산광역시, 2025, <https://www.busan.go.kr/depart/health0205#hahaList>에서 2025.8.18. 인출.

[그림 4-2] 부산시 마을건강센터 사업(2016년~현재)의 비전, 목표, 추진전략 및 추진과제



출처: “부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년”, 윤태호, 2024, 보건사회연구, 44(2), 430-449, p.439.

기존의 건강반송사업이나 건강마을사업과 큰 틀에서는 같지만 가장 큰 차이점은 ‘마을건강센터’라는 지역 거점 인프라를 확보하였다는 점과 센터 내 마을건강간호사, 마을건강활동가 등 전담 인력을 상주하게 하였다는 점이다. 마을건강센터는 마을건강사업의 플랫폼으로서 기능을 수행하였고, 마을건강간호사는 주민들에게 직접적으로 건강관리서비스를 제공하는 역할을 할 뿐만 아니라, 센터를 이용하는 주민들이 건강공동체 활동에 참여할 수 있도록 적극 연계하는 역할과 전문적 지식을 활용하여 주민들의 건강공동체 활동을 지원하는 역할도 담당한다(윤태호, 2024, pp.439-440). 마을건강활동가는 주민들의 건강 활동과 보건소의 사업을 이어주는 안내자이자 조정자 역할을 담당한다(윤태호, 2024, p.442).

마을건강센터사업은 주민참여형 건강사업의 제도적 기반을 확보하였

다는 의의도 있다. 부산시는 「부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례 (2019)」 제정으로 마을건강센터의 법적 근거를 확보하고, 마을건강간호사와 마을건강활동가의 역할을 규정하였으며, 이 사업의 목표가 건강형평성 제고라는 점을 밝혔다(윤태호, 2024, p.440).

〈표 4-8〉 부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례 내용

구분	내용
마을간호사 및 마을건강활동가 역할	<p><b>제2조(정의)</b> 이 조례에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “건강형평성”이란 사회적, 경제적, 인구학적, 지역적 차이에 따라 구조적·잠재적으로 피하거나 고칠 수 있는 건강수준의 차이가 발생하지 않는 것 또는 존재하지 않는 상태를 말한다.</li> <li>2. “마을간호사”란 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소 소속 간호사로서 주민에 대한 건강 상담, 주민의 건강생활 관리 등을 위하여 제6조에 따른 마을건강센터에서 활동하는 사람을 말한다.</li> <li>3. “마을건강활동가”란 주민의 건강 증진 및 건강형평성 실현을 위하여 자발적으로 제6조에 따른 마을건강센터에서 주민조직 활성화 등의 업무를 수행하는 사람을 말한다.</li> </ol>
마을건강센터 설치·운영 근거	<p><b>제6조(마을건강센터 설치·운영 지원)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 시장은 지역 단위 건강관리체계 구축을 통한 건강형평성 실현을 위하여 다음 각 호의 사업을 수행하는 부산광역시 마을건강센터(이하 “마을건강센터”라 한다)를 읍·면·동마다 설치할 수 있다.             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 마을건강 관리 및 건강공동체 활성화 사업</li> <li>2. 마을건강을 위한 물리적·사회적 환경 조성 사업</li> <li>3. 건강 상담, 만성 질환자 등록관리 등 건강 서비스 제공</li> <li>4. 관련 기관 등과의 협력을 통한 건강 안전망 구축</li> <li>5. 마을건강계획 수립을 위한 마을건강조사 및 건강지표 생산·관리</li> <li>6. 마을간호사, 마을건강활동가 및 주민 역량 강화 사업</li> <li>7. 그 밖에 시장이 필요하다고 인정하는 사업</li> </ol> </li> <li>② 시장은 마을건강센터의 효율적인 운영을 위하여 제1항 각 호에 따른 사무를 구청장·군수에게 위임한다.</li> <li>③ 시장은 제1항 각 호의 사업에 참여하는 마을건강활동가에게 예산의 범위에서 활동비를 지원할 수 있다.</li> </ol>

출처: “부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례”, 2019.

## 라. 강원도 건강플러스 마을사업

2013년 시작되어 현재까지 이어오는 강원도 건강플러스 마을사업은 주민 스스로가 신체적, 정신적, 사회적, 환경적 건강증진을 실현하는 마을을 만드는 사업이다. 사업의 목적과 목표는 <표 4-9>와 같다.

<표 4-9> 강원도 건강플러스 마을사업의 목적과 목표

구분	내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민 스스로가 건강 문제를 해결할 수 있는 지속 가능한 조직 구성</li> <li>• 주민조직의 역량을 통해 지역 보건 문제를 주민이 주도적으로 해결</li> <li>• 주민이 주도, 관이 지원하는 건강 거버넌스 구축</li> </ul>
목표	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주요 인사 이외 일반 주민 300명과의 만남</li> <li>• 주민들이 관심을 가지는 건강 관련 이슈 발굴</li> <li>• 지도력 형성을 위해 연 10시간 이상 마을 지도자 교육 및 컨설팅 실시</li> <li>• 월 1회 이상 정기적인 건강위원회 개최</li> </ul>

출처: “건강플러스 마을사업”, 강원도 통합건강증진사업지원단, n.d., [https://gwhealth.kr/gwhs/health\\_village/h\\_v](https://gwhealth.kr/gwhs/health_village/h_v)에서 2025.7.22. 인출.

사업은 단순 주민 동원이 아닌 전 과정에 주민이 참여하여 지역사회의 건강 문제를 해결하는 것을 목표로 하며, 이를 위해 보건소는 참여 주민을 발굴하고, 주민 역량을 강화하며, 건강지도자를 양성하고, 주민의 자발적 활동을 조직화하며, 주민 주도적 건강증진 활동을 지원해 주민건강조직을 구성한다. 마을 코디네이터는 건강위원회 활동을 지원·촉진하며 간사 역할을 수행하는 사람으로, 주민 만남과 지도력 형성이 주요 업무로 지역사회와 보건소, 행정복지센터, 지원단 등 유관 기관과 가교역할을 수행한다(강원도 통합건강증진사업지원단, n.d.). 사업의 연혁을 살펴보면 다음과 같다.

사업 시행 초기인 2013년부터 2015년까지는 보건소 및 전문가가 주도하는 주민참여형 사업으로 진행되어 2015년까지 9개 마을에서 주민 5

만여 명이 사업에 참여하였다. 대상 지역으로 선정되면 보건소 담당자가 강원도 통합건강증진사업지원단(이하 지원단), 보건소, 주민센터와 함께 이장 회의를 열어 지역의 건강지표를 타 지역과 비교하고, 타 지역의 우수사례를 소개하여 보건사업의 필요성을 설득하였다. 이후 이장을 중심으로 사업 추진위원회를 꾸려 마을 코디네이터를 채용하였으며, 보건소 담당자·마을 코디네이터는 14시간 실무교육, 주민위원은 6회 교육(참여 사업 이해·문제 찾기·해결 전략)을 이수했다. 건강위원회는 이장을 중심으로 구성되었으나 위원회 활동은 보건소 담당자, 마을 코디네이터, 전문가가 주도하였다. 이때 진행된 사업은 기존의 보건소 사업에서 시행되었던 암 검진 홍보, 체조·걷기 동아리 조직, 금연 거리 및 금연마을 선포, 절주잔 보급, 혈압 조사 등이었다. 사업에 대한 평가는 전문가 피드백 위주였고, 주민 참여는 '주민 동원' 수준에 머물렀다. 건강위원회 활동은 많은 부분에서 보건소의 지원을 요구했고, 실제 집행 책임은 마을 코디네이터와 보건소 담당자에게 돌아가는 경향이 있었다(박웅섭 외, 2023, pp. 207-209).

이러한 한계를 계기로 2016년부터 2018년까지는 사업 방향이 주민운동 관점으로 전환되었고, 19개 마을에서 주민 11만여 명을 대상으로 하는 등 사업이 확장되었다. 사업 명칭·위원회 구성·예산 출처·마을 코디네이터 채용 틀만 유지하되 방식은 대폭 바뀌었다. 목표는 1) 주민이 스스로 건강 문제를 해결할 지속 가능한 조직을 만들고, 2) 그 조직의 힘을 바탕으로 지역의 건강 문제를 주도적으로 해결하는 것이었다. 즉, 건강수준 향상 자체보다 '주민조직을 세우고 소통·연대의 기반을 만드는 일'이 일차적 목적이 되었다. 사업 방향이 바뀌며 사업내용도 변화되었는데, 지원단은 외부 기관인 한국주민운동교육원에서 트레이너들을 파견받아 보건소·마을 코디네이터·지역 주민을 공동으로 교육·훈련하고, 마을 회의와

사업에 직접 참여했다. 이때 마을 코디네이터는 장기 거주(장기근무)가 가능한 인물을 선발하여 행정보다 ‘주민 만나기’와 ‘잠재적인 리더십 발굴’에 집중하도록 하였다. 기존의 리더인 이(통)장이 아닌 일반 주민과의 적극적 대화에서 지역의 문제점을 찾고, 주민들이 관심 있는 건강관련 이슈를 파악하며, 주민들로부터 신뢰받는 인물을 탐색하여 새로운 건강지도자를 발굴하기도 하였다. 사업이 진행되며 초기에 트레이너가 담당하던 교육은 마을 코디네이터가 주민조직가로서 성장하며 직접 담당하였다. 사업 주제는 보건소·마을 코디네이터 제안보다는 주민과 대화하며 발굴된 관심사로 정해져 기존 사업에서 보기 어려웠던 다양한 내용이 추진되었다(표 4-10). 주민들은 주인의식으로 스스로 해결책을 모색했고, 필요 지원도 우선 건강위원회와 주민의 힘으로 마련하려 애썼다. 활동 후에는 건강위원회가 자체 성찰 과정을 진행했다(박웅섭 외, 2023, pp.208-210).

〈표 4-10〉 강원도 건강마을플러스 마을사업 활동 내용

구분	내용
신체활동 증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아파트 계단을 꾸며 건강 계단화</li> <li>• 지역의 걷기 행사를 보물찾기대회로 바꾸고 함께 걷고 싶은 친구를 초대하여 같이 걷기</li> <li>• 지역 내 걷기 코스 조성</li> </ul>
이웃 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 텃밭 배추로 김장을 하여 취약계층 이웃에게 나눔</li> <li>• 얼음물 나눔</li> <li>• 리마인드 웨딩 촬영</li> </ul>
정신건강증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주민 재능기부를 통한 공예수업 진행</li> <li>• 풍선 아트 동아리 활동</li> </ul>
환경 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 쓰레기 문제 해결을 위해 주민들이 각자 톱질, 용접, 페인트칠 등 역할을 맡아 분리수거함을 만들어 직접 관리</li> </ul>

출처: “강원도 건강플러스 마을사업의 건강주민운동으로의 발전요인”, 박웅섭, 김준형, 김남준, 김수형, 2023, 농촌의학·지역보건, 48(3), 205-217, p.210의 내용을 저자가 요약하여 표로 정리함.

## 마. 소결

앞서 살펴본 주민참여 기반 지역건강돌봄사업은 공공의 일방향적 서비스 제공 방식에서 벗어나 주민 스스로가 지역의 건강문제를 인식하여 그 해결 과정에 참여하는 구조를 지향하며 운영되어 왔다. 사업들은 공통적으로 주민 간 상호작용을 활성화하고(김새롬, 2019, p.211), 주민들의 건강에 대한 관심과 참여를 제고하는 데 의미 있는 성과를 보여주었다. 건강 소모임 활동, 건강리더 양성, 마을단위 건강조직 구성 등은 주민 간 신뢰와 유대감을 높이는 동시에 건강을 개인의 문제가 아닌 공동체적 과제로 인식하게 하였다. 이 과정에서 주민 스스로 지역 내 건강 문제를 발굴하고, 지역 내 자원을 활용해 해결 방안을 모색함으로써 지역 주민의 자치 역량이 향상되었다(김새롬, 2019, p.216; 박웅섭 외, 2023, p.214). 특히 전통적인 보건사업에서는 다루지 않았던 다양하고 광범위한 건강의 결정요인을 개선하려는 노력도 보였으며(김새롬, 2019, p.211; 윤태호, 2024, p.437), 기존 서비스로는 포착되지 않았던 일상적 필요나 사회적 고립, 돌봄 사각지대 등이 건강 의제로 떠오르는 성과가 있었다. 무엇보다도 민관 간의 수평적인 협업과 소통 경험(이도연 외, 2022, p. 326; 박웅섭 외, 2023, pp.214-215)은 지역 내 건강 거버넌스 형성의 가능성을 보여주었다고 할 수 있다.

그러나 이러한 사업들은 공통적으로 몇 가지 구조적 한계를 공유하고 있다. 우선, 재정 불안정성과 고용 구조의 취약성이 지속가능성을 위협하는 핵심 요인으로 지적되었다(윤태호, 2024, pp.443-444). 대부분 사업이 지자체의 자체 예산에 전액 의존하는 경우가 많아 상주인력과 주민 간 장기적 관계 형성과 안정적 운영에 제약이 따랐다. 둘째, 공공부문 내 낮은 인식과 역량 부족 역시 걸림돌로 작용하였다(윤태호, 2024, p.444;

이도연 외, 2022, p.329). 보건소는 여전히 행정 중심의 사업 기획과 성과 관리에 매몰되어 있었으며(김동하, 유승현, 2022, p.10), 주민참여의 가치와 방식에 대한 이해가 부족한 경우가 많았다. 셋째, 사업의 성공 여부가 각 지역의 맥락적 요인을 포함한 민간 단체의 전문성, 역량, 노력 정도에 크게 좌우되다 보니 지역 간 격차가 발생하였다(이도연 외, 2022, p.329). 넷째, 주민과 주민 건강리더의 역량 강화, 건강 불평등의 개선 등 질적 성과를 계량화하기 어려운 탓에 체계적인 성과 평가가 이루어졌다고 보기는 어려웠다. 단기적 수치 중심의 행정 평가 위주로 하면서 주민 주도성과 사업 고유의 철학이 훼손될 우려도 있다(김동하, 유승현, 2022, p.12; 윤태호, 2024, p.444).

향후에도 주민참여형 건강돌봄사업은 지역 주민이 단순히 보건사업의 수혜자에 머무르지 않고, 지역 건강 문제의 진단과 해결 과정에 주체적으로 관여할 수 있도록 하는 구조를 지향할 필요가 있다. 그러나 아직은 기존 보건복지 체계와의 연계가 부족하여 사업 간 중복(윤태호, 2024, p.444)이나 협력 부족으로 인한 비효율이 발생하고 있으며, 주민의 참여 역시 정책 기획이나 자원 배분에 실질적인 영향력을 행사하는 수준에는 이르지 못하고 있다(김새롬, 2019, p.224). 주민참여가 일회성 협조에 그치지 않고 지속되고 제도화되려면, 주민이 건강 관련 의사결정 과정에 일정한 권한을 갖고 참여할 장치가 마련되어야 한다. 예를 들어, 기초자치단체 단위에서 건강 관련 예산을 주민이 심의하거나 지역보건계획 수립 과정에 실질적 참여 권한을 부여하는 방식이 검토될 수 있다(김새롬, 2019, p.233). 주민의 참여가 제도 안에서 실질적 영향력을 갖게 될 때, 이러한 건강사업은 지역 건강 형평성 증진과 통합적 건강관리체계 구축의 기반으로 작동할 수 있을 것이다.

## 2. 일차의료 기반 건강관리사업

현재 국내에서 일차의료 건강관리사업은 그 기반이 없어 대부분 시범사업 형태로 운영되고 있다. 따라서 이러한 사업들은 체계적으로 구성되어 운영되기보다는 파편적으로 확대되고 있는 형국이다(강희정 외, 2023, p.175). 이 절에서는 일차의료 건강관리사업을 크게 1) 만성질환관리 사업, 2) 장애인 건강관리사업, 3) 방문진료·재택의료 사업으로 나누어 대표적인 (시범)사업을 살펴보고자 하였다.

### 가. 만성질환 관리 사업

기존에는 ① 고혈압·당뇨병 등록 관리사업, ② 의원급 만성질환관리제, ③ 지역사회 일차의료 시범사업, ④ 만성질환관리 수가 시범사업으로 만성질환관리 사업이 총 네 가지였으나 2019년 1월 14일부터는 지역사회 일차의료 시범사업과 만성질환관리 수가 시범사업 두 사업이 통합되어 ‘일차의료 만성질환관리 시범사업’이 시행되었고, 이것이 2024년 9월 본 사업으로 전환되었다(보건복지부, 2024.9.30.).

그래서 현재 시행되고 있는 일차의료 기반 만성질환관리 사업은 ① 일차의료 만성질환관리 사업(보건복지부), ② 고혈압·당뇨병 등록 관리사업(질병관리청), ③ 의원급 만성질환관리제(보건복지부) 세 가지로 분류된다(표 4-11). 고혈압·당뇨병 등록관리 사업은 보건소가 중심이 되는 사업이고, 다른 두 가지 사업은 일차 의료기관이 중심이 되는 사업이다. ‘일차의료 만성질환관리 시범사업’의 자체적 혁신과 본사업 전환 과정에서 관련 사업인 고혈압·당뇨병 등록 관리사업이나 의원급 만성질환관리제와의 추가 통합 필요성은 지속적으로 제기되고 있다(강희정 외, 2023, p.170).

이에 의원급 만성질환관리제는 일차의료 만성질환관리 사업 중심으로 통합할 예정이나 제도 일몰 시기는 추후 결정될 예정이다(보건복지부, 질병관리청 외, 2024, p.3).

〈표 4-11〉 일차의료 기반 만성질환 관리를 위한 사업 내용 비교

구분	일차의료 만성질환관리 사업	고혈압·당뇨병 등록 관리사업	의원급 만성질환관리제
시작연도	2019년 (2024년~본사업)	2007년	2012년
소관	보건복지부 (건강정책국)	질병관리청 (만성질환관리국)	보건복지부 (건강보험정책국)
주요내용	만성질환 통합관리 서비스 제공	진료비, 약제비 본인부담금 지원	재진진찰료 본인부담금 경감
재원	건강보험 재정	국민건강증진기금	건강보험 재정
의료기관	대상 지역의사회 관할 지역 소재 등록의원	대상 지역에 소재한 지정 의원 및 약국	전국 모든 의원
환자	참여 의원에 등록된 고혈압·당뇨병 환자	대상 지역 주민 중 만 30세 이상인 고혈압·당뇨병 환자	고혈압·당뇨병 환자
지원내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자 본인부담률</li> <li>맞춤형 검진 바우처 제공</li> <li>통합관리료수가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>만 65세 이상 환자에 대한 지원 (월 1회 진료비, 약제비 감면)</li> <li>환자 등록비 의원 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>재진진찰료 본인부담금을 경감(초진 30% 및 재진 20%)</li> </ul>
주요 지원 기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>건보공단지사,</li> <li>지역의사회</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>고혈압·당뇨병 등록교육센터</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건보공단지사,</li> <li>건강지원센터</li> </ul>

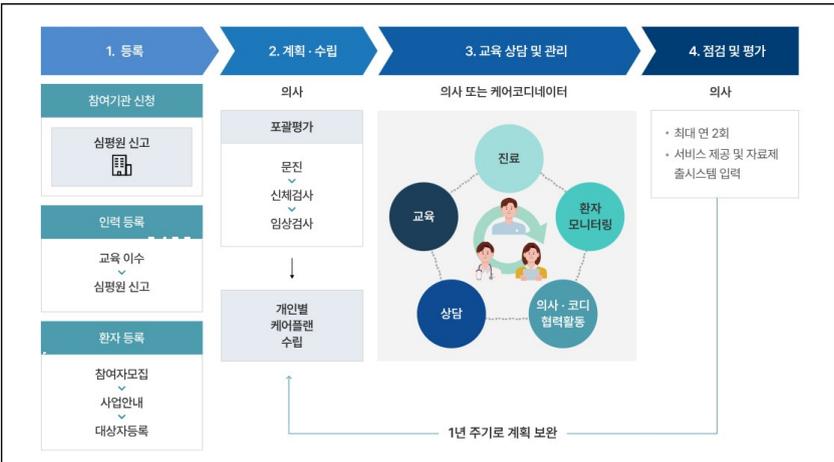
출처: “한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(8년 차): 일차의료 만성질환 관리의 혁신 성과와 과제”, 강희정, 윤강재, 이재은, 고제이, 김수경, 문석준, 홍재석, 김승욱, Arbanas, Julia Cave, Damberg, Cheryl L., 오인숙, 2023, 한국보건사회연구원, p.171. 저작권 2018. 한국보건사회연구원.

### 1) 일차의료 만성질환관리 사업

‘일차의료 만성질환관리 사업’은 동네의원 및 보건소를 기반으로 고혈압·당뇨병 환자의 개인별 관리 계획에 따른 체계적인 환자 맞춤형 교육·

상담 서비스를 제공해 환자의 만성질환 자기 관리 능력을 향상하려는 사업으로(한국건강증진개발원, 2025), 사업 대상은 동네 의원 외래를 이용하는 고혈압·당뇨병 환자이다. 서비스는 ) 1) 포괄평가 및 케어플랜 수립, 2) 교육·상담, 3) 주기적 환자관리, 4) 점검 및 평가로 나뉜다(그림 4-3). 사업에 참여하는 의원은 서비스 제공자(의사, 간호사, 영양사)가 일차의료 만성질환 관리 기본(최초 1회) 및 심화(매년) 교육을 이수한 후 참여 기관·인력 신고를 해야 하며, 만성질환 통합관리료가 수가로 설정되어 있다 (표 4-12)(보건복지부, 2024.9.30.).

[그림 4-3] 일차의료 만성질환관리 사업의 서비스 프로세스



출처: “일차의료 만성질환관리 사업”, 한국건강증진개발원, 2025. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01075&siteId=null>.

〈표 4-12〉 일차의료 만성질환관리 사업에서의 만성질환 통합관리료 수가(2024년 기준)

만성질환 통합관리료	수가 금액	주기당 최대 산정 횟수
포괄평가 및 계획수립	초기 35,060원, 2주기부터 27,500원	1
교육·상담	교육 방식에 따라 13,630~15,330원	10
환자관리	환자 위험도에 따라 11,070~12,820원	12
점검 및 평가	27,500원	2

출처: “가까운 동네의원에서 고혈압·당뇨병을 관리해 보세요” - 환자 본인부담률 20% 적용 및 건강생활실천지원금 제공, 보건복지부 보도자료(2024.9.30.), p.4.

환자가 질환을 적극적으로 관리하도록 하려고 고혈압·당뇨병 관리 서비스에 참여할 경우에 만성질환 통합관리료, 검사료, 재진진찰료에 대한 환자 본인부담률을 의원 외래 법정 본인부담률인 30%에서 20%로 줄인다. 또한, 걷기와 같은 건강 생활을 실천하거나 의원이 제공하는 서비스에 지속 참여하는 경우 연간 최대 8만 원의 건강생활실천지원금을 제공받을 수 있다(보건복지부, 2024.9.30., pp.1-2).

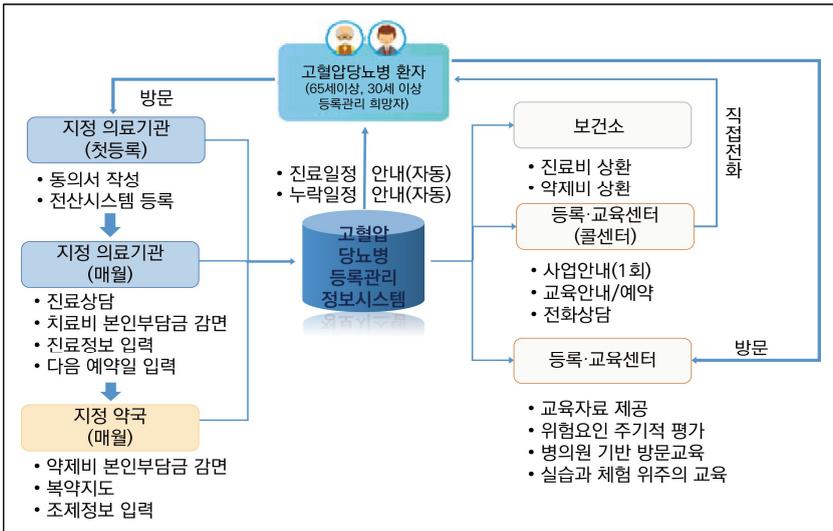
사업 목표는 근거기반 진료지침에 따른 환자 진료 및 관리 적용 확대, 의사와 케어코디네이터 간 팀 기반 접근(team-approach) 활성화, 지역사회 만성질환관리 거버넌스 구축 기반 마련, 동네의원 진료환자의 고혈압 및 당뇨병 조절률 향상으로 정리된다(보건복지부, 질병관리청 외, 2024, p.4).

## 2) 고혈압·당뇨병 등록관리사업

2007년 시작된 고혈압·당뇨병 등록관리사업은 일차의료기관 중심인 일차의료 만성질환관리 사업이나 의원급 만성질환관리제와 달리 보건소 중심 사업으로 진행된다(강희정 외, 2023, p.170). 2024년 기준 전국 19개 지자체에서 진행되고 있으며, 해당 지역 거주 30세 이상 고혈압·당

노병 환자가 대상이다(질병관리청, 2024). 의료기관(의원 및 약국)은 환자를 등록 및 관리하고, 등록교육센터는 교육상담 및 리콜·리마인더 서비스(신규 등록환자 상담, 진료일정 안내, 누락치료 안내, 보건교육 일정 안내 등)를 제공하며, 보건소는 진료비 및 약제비를 상환해준다(그림 4-4).

[그림 4-4] 고혈압·당뇨병 등록관리사업의 서비스 프로세스



출처: “고혈압·당뇨병 등록관리사업 추진현황”, 서순영, 김혜지, 오현경, 이선규, 2021, 주간 건강과 질병 2021, p.1416.

의원에 대해서는 환자 등록비(65세 이상은 인당 1,000원/년, 30~64세는 인당 5,000원/년)를 지원해주며, 환자에 대해서는 본인부담금을 감면(65세 이상)하거나 연 최대 42,000원의 본인부담금을 지원해준다(강희정 외, 2023, p.174). 이 사업은 지역 의사회 기반 등록교육센터를 갖춰 재등록률이 높고, 보건소 내 보건사업을 연계하는 역할을 한다는 장점이 있으나, 처음 설정된 지역에만 계속되어 국비·지방비 사업으로 전국화가 어렵고, 사업에 참여하지 않는 지역 주민에 대한 혜택이 배제되며(강

희정 외, 2023, p.171), 환자 건강상태에 따른 의료적 교육·상담서비스 제공 기회가 제한된다는 한계점도 있다(강희정 외, 2023, p.171).

### 3) 의원급 만성질환관리제

의원급 만성질환관리제는 체계적 질환 관리, 대형병원 쏠림 완화 및 일차의료 활성화를 목적으로 2012년 4월부터 추진되고 있다(강희정 외, 2023, p.174). 이 제도는 의원급 의료기관을 지속적으로 이용하여 질환 관리를 받겠다는 의사를 밝힌 고혈압 및 당뇨병 환자의 진찰료 본인부담률을 30%에서 20%로 감면하고, 의료기관에는 환자 관리 노력을 평가하여 사후 인센티브(등록 환자 30명 이상 1,000명까지 연 20만~620만 원)를 지급하는 제도이다(강희정 외, 2023, p.174).

이는 전국의 모든 의원급 요양기관에 적용되며 고혈압, 당뇨병 환자에 대한 교육 및 상담이라는 수가를 도입하였다는 의의가 있지만, 수가 보전 외에 만성질환 관리의 질 향상을 유도하는 인센티브 기전으로서는 작동하지 못하고 있다는 한계가 있다(강희정 외, 2023, p.172).

## 나. 장애인 건강관리 사업

### 1) 장애인 건강주치의 시범사업

장애인은 전반적인 건강수준이 낮고 미충족 의료가 높는데, 특히 장애인구의 고령화와 1~2인 가구 증가, 사회경제적 활동의 감소로 건강관리 서비스 대상에서 소외될 가능성이 높아 장애인 건강주치의 제도의 필요성이 높아지고 있다(박진관 외, 2022, p.211). 이러한 필요도에 따라 시행되고 있는 장애인 (치과)건강주치의 시범사업<sup>12)</sup>은 만성질환 또는 장애

로 건강관리가 필요한 장애인에 대한 필수의료서비스 이용 접근성 향상 및 장애인 만성질환, 치주질환에 대한 지속적, 포괄적 건강관리를 목적으로 한다. 장애인 본인이 건강 주치의로 등록한 의사<sup>13)</sup>에게 장애 관련 건강 상태, 전반적 건강상태에 대해 지속적 관리를 제공받을 수 있게 하고 있다. 서비스는 일반건강관리(만성질환 및 일상적 질환관리), 주장애관리(전문장애관리), 통합관리(일반건강관리 및 주장애관리)로 나누며, 기존에는 중증장애인만 대상이었으나 2024년 2월부터 경증을 포함한 전체 장애인이<sup>14)</sup> 서비스 대상이 되었다(보건복지부, 2024.2.28., p.3). 시범사업 내 각 서비스에 대한 수가는 <표 4-13>과 같다.

<표 4-13> 장애인 건강주치의 시범사업 서비스 내용

구분	일반건강관리	주장애관리	통합관리
대상자	모든 장애유형별 중증·경증장애인	지체·뇌병변·시각·지적·정신·자폐성 장애를 가진 중증장애인	지체·뇌병변·시각·지적·정신·자폐성 장애 중증장애인
관리범위	만성질환 관리 등 전반적 건강관리	전문적인 장애 관리	일반건강관리 및 주장애관리
대상기관	의원	의원·병원·정신병원·종합병원·일부 상급종합병원	의원
주치의	의사	주장애 유형별 해당 전문의	주장애 유형별 해당 전문의
서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>포괄평가 및 계획수립</li> <li>중간점검</li> <li>교육·상담</li> <li>환자관리</li> <li>방문진료, 방문간호</li> <li>맞춤형 검진바우처 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>포괄평가 및 계획수립</li> <li>중간점검</li> <li>교육·상담</li> <li>환자관리</li> <li>방문진료, 방문간호</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>포괄평가 및 계획수립</li> <li>중간점검</li> <li>교육·상담</li> <li>환자관리</li> <li>방문진료, 방문간호</li> <li>맞춤형 검진바우처 제공</li> </ul>

출처: “중증장애인에서 경증장애인까지 모두 주치의의 전문장애관리 서비스를 받을 수 있습니다”, 보건복지부, 2024.2.28., 보건복지부[보도참고자료], p.4.

12) 1단계 시범사업: 2018.5~2020.5. 시행 / 2단계 시범사업: 2020.6~2021.9. 시행. 3단계 시범사업: 2021.9~2023.9. 시행 / 4단계 시범사업: 2024.2~현재 시행 중임.  
 13) 일반건강관리 및 통합관리 서비스: 의원 소속 의사 / 주장애관리서비스: 의원·병원·정신병원·종합병원·일부 상급종합병원에 소속된 의사 중 해당 장애를 진단하는 전문의.  
 14) 일반건강관리 서비스에 대해서만 전체 장애인이 대상임.

〈표 4-14〉 장애인 건강주치의 시범사업 수가(2024년 기준)

구분	중증장애인		경증장애인	
	구분	수가	구분	수가
포괄평가 및 계획수립료	<b>일반건강관리</b> (의원)	62,950원	<b>일반건강관리</b> (의원)	49,270원
	<b>주장애관리</b> (의원, 병원급 이상)	62,950원		
	<b>통합관리</b> (의원)	31,480원* 또는 94,430원		
중간점검료	<b>일반건강관리</b> (의원)	35,410원	<b>일반건강관리</b> (의원)	27,500원
	<b>주장애관리</b> (의원, 병원급 이상)	35,410원		
	<b>통합관리</b> (의원)	17,710원* 또는 53,120원		
교육·상담료	<b>교육상담료 I</b> (10분 이상 20분 미만) (의원, 병원급 이상)	14,620원	<b>교육상담료 I</b> (10분 이상 20분 미만) (의원)	14,620원
	<b>교육상담료 II</b> (20분 이상 30분 미만) (의원, 병원급 이상)	25,730원	<b>교육상담료 II</b> (20분 이상 30분 미만) (의원)	25,730원
	<b>교육상담료 III</b> (30분 이상) (의원, 병원급 이상)	36,840원	<b>교육상담료 III</b> (30분 이상) (의원)	36,840원
환자관리료	<b>환자관리료</b> (의원, 병원급 이상)	10,470원	<b>환자관리료</b> (의원)	10,470원
방문료	<b>방문진료료 I</b> (의원, 병원급 이상)	192,090원	<b>방문진료료 I</b> (의원)	128,960원
	<b>방문진료료 II</b> (의원, 병원급 이상)	152,840원	<b>방문진료료 II</b> (의원)	89,720원
	<b>방문간호료</b> (의원, 병원급 이상)	79,810원	<b>방문간호료</b> (의원)	79,810원

주: 1. \* 일반건강관리 또는 주장애관리에서 통합관리로 변경된 경우

2. 방문진료료 I 은 방문진료 시의 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 포함하는 방문진료료를 의미, 방문진료료 II는 방문진료 시의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하지 않은 방문진료료를 의미함

3. 본인부담률은 10%이나 환자관리료에 한해 건보공단이 전액 부담함. 차상위계층 및 의료급여 수급권자는 본인부담금이 면제됨

출처: 「장애인 건강 주치의 4단계 시범사업」지침, 보건복지부, 중증장애인보건의료센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2024a. pp.47-48, pp.52-53.

2) 장애인 치과주치의 시범사업

장애인 치과주치의 시범사업은 장애인에 대해 예방적 치과 진료 및 구강보건교육 등 포괄적 구강관리서비스를 제공하는 제도로, 2024년 2월부터 대상자가 기존의 중증장애인에서 중증장애인 및 뇌병변·정신 경증 장애인으로 확대되었고 사업 지역도 일부 지역에서 전국으로 확대되었다. 또한 구강보건교육을 강화하고자 교육 시간이 증대되고 제공 인력 범위가 치과의사에서 치과 의사 및 치위생사로 확대되었다(보건복지부, 2024.2.28., pp.7-8). 제공되는 서비스 내용은 <표 4-15>와 같으며, 수가는 <표 4-16>과 같다.

<표 4-15> 장애인 치과주치의 시범사업 서비스 내용

구분	일반건강관리
대상자	중증: 모든 장애 유형별 중증장애인 경증: 뇌병변·정신 경증장애인
관리범위	포괄적 구강건강관리
대상 기관	치과의원 및 병원급 의료기관
주치의	치과의사
서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 포괄 평가 및 계획수립</li> <li>• 구강건강관리(치석제거, 불소도포, 구강보건교육)</li> </ul>

출처: “중증장애인에서 경증장애인까지 모두 주치의의 전문장애관리 서비스를 받을 수 있습니다-장애인 건강주치의 4단계 시범사업 시행”, 보건복지부, 2024.2.28., 보건복지부[보도참고자료], p.7.

〈표 4-16〉 장애인 치과주치의 시범사업 수가(2024년 기준)

구분	구분	수가
포괄평가 및 계획수립료	-	34,050원
구강건강관리료	<b>구강건강관리료 I</b> (불소도포(전약)+구강보건교육+ 치석제거(전약))	92,030원* 또는 95,290원**
	<b>구강건강관리료 II</b> (불소도포(전약)+구강 보건교육)	50,300원* 또는 51,740원**

주: 1. \* 치과 의원, \*\* 치과병원, 병원, 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학  
부속 치과병원

2. 본인부담률은 10%이나 차상위계층 및 의료급여 수급권자는 본인부담금이 면제됨

출처: 「장애인 치과 주치의 4단계 시범사업」 지침, 보건복지부, 중앙장애인보건의료센터, 건강보험  
심사평가원, 국민건강보험공단, 2024b, p.36, p.38.

## 다. 방문진료·재택의료 사업

### 1) 일차의료 방문진료 수가 시범사업

2019년 12월부터 시행 중인 일차의료 방문진료 수가 시범사업은 재가 환자에 대한 적절한 의료서비스 제공 체계가 부재하고, 거동 불편 환자의 의료 접근성 개선이 필요하다는 문제의식 아래 도입된 제도로(김희년, 2025, p.29), 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 판단한 환자를 대상으로 지역 내 시범기관의 의사가 직접 방문진료 의료서비스를 제공하는 사업이다.

참여 기관은 의원급 의료기관 중 방문진료가 가능한 의사가 1명 이상<sup>15)</sup>이면서 참여를 신청해 이 시범사업 참여 기관으로 등록 완료된 기관으로, 보건복지부(건강보험심사평가원)는 일정 기간 참여 신청을 받고, 서류 심사를 거쳐 선정 기준을 만족하는 기관을 선정하여 그 결과를 공고

15) 진료과목이나 자격에는 제한을 두지 않음.

하고 있다. 단, 예외적으로 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관으로 선정된 지방의료원도 서비스 제공 기관이 될 수 있다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.3, p.41).

서비스 대상자는 질병·부상 및 출산 등으로 진료 필요성이 있으나 보행(거동)이 곤란 또는 불가능하여 환자·보호자가 방문진료를 요청한 경우로, 상태 예시는 ① 마비(하지·사지마비·편마비 등), ② 수술 직후, ③ 말기 질환, ④ 의료기기 부착 등(산소치료, 인공호흡기 등), ⑤ 신경계 퇴행성 질환, ⑥ 욕창·궤양, ⑦ 정신과 질환, ⑧ 인지장애 등이 될 수 있다. 제공인력은 의사 1명 이상(의사 단독 혹은 의사와 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등)이며, 제공 가능 서비스 및 수가는 <표 4-17>, <표 4-18>과 같다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, pp.3-4).

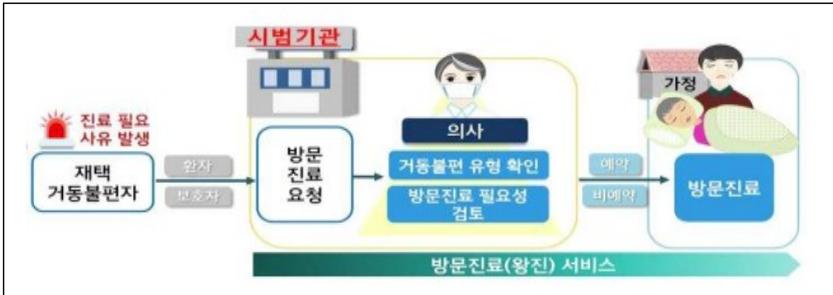
대상은 진료사고 방지와 환자 안전 등을 위해 시범기관을 내원하여 1번 이상 진료를 받은 경험이 있는 환자로 하는 것이 원칙이나, 초진환자도 의사가 방문진료가 필요하다고 판단한 경우에는 서비스 제공이 가능하다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.4). 건강보험 가입자 또는 피부양자의 경우 30%, 장기요양 1·2등급인 외상환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자는 15%, 차상위 본인부담경감 1종 및 2종 대상자는 5%가 본인부담률로 설정되어 있다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.8). 2024년부터는 기존 동네 의원, 한의원에서 병원급(지방의료원)까지 확대하였다는 점에서 의의가 있다.

〈표 4-17〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업에서 제공 가능한 서비스 내용

서비스	내용
진찰	문진, 시·청·타·촉진 등 실시
처방	내복약, 외용제 등에 대한 처방
질환관리	만성질환, 단순한 급성·아급성 질환 등 관리
검사	혈압계, 산소포화도 측정기, 이경 등을 활용한 기본 검사 등
의뢰	필요시 전문 의료기관으로 의뢰
교육상담	질병 상태 및 관리계획에 대한 환자·보호자 교육 실시
기타	검체의 채취, 투약, 주사, 응급 처치에 대한 교육 등

주: 위 서비스 외에도 환자의 필요에 따라 다양한 서비스를 제공할 수 있음  
 출처: “일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침”, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.5.

〔그림 4-5〕 방문진료서비스 제공 프로세스



출처: “일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침”, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.3.

〈표 4-18〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업 수가(2024년 기준)

구분	구분	수가
방문진료료	방문진료료 I	128,960원(의원) 136,240원(병원급 이상)
	방문진료료 II	89,720원(의원) 94,070원(병원급 이상)

주: 1. 방문진료료 I 은 방문진료 시 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 포함하는 방문진료료를 의미, 방문진료료 II는 방문진료 시 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하지 않은 방문진료료를 의미함  
 2. 본인부담률은 30%이나, 장기요양 1·2등급 와상환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자의 본인부담률은 15%임. 차상위계층 및 의료급여 수급권자의 본인부담률은 5%임  
 출처: “일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침”, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 2024, p.9.

2) 장기요양 재택의료센터 시범사업

장기요양 재택의료센터 시범사업이란 의사가 거동이 불편하여 의료기관 내원이 어렵다고 판단한 장기요양 수급자를 대상으로 하는 사업으로 의사, 간호사, 사회복지사 등의 인력이 대상자의 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 연계 등의 서비스를 제공하는 사업이다. 공모를 거쳐 참여기관으로 지정된 의료기관(의원급 의료기관, 지방의료원, 또는 보건소, 보건지소 및 보건의료원)이 참여할 수 있다. 이러한 지정 기관을 ‘재택의료센터’라고 명명한다(보건복지부, 국민건강보험공단, 2025a, p.2). 사업은 대상을 장기요양 재가수급 대상자(1~2등급 우선)로 한정하고 있다.

앞서 언급한 방문진료수가 시범사업이 의사의 방문에 초점을 맞추었다면 장기요양 재택의료센터 시범사업은 의사뿐만 아니라 간호사, 사회복지사로 이루어진 팀을 구성하여 환자에 대한 포괄평가와 관리계획 수립부터 지속적인 방문 서비스를 제공하는 데 좀 더 초점을 두고 있다(김희년, 2025, p.30).

〈표 4-19〉 장기요양 재택의료센터 시범사업 서비스 내용

서비스	내용
초기 상담	<ul style="list-style-type: none"> <li>이용 희망자를 대상으로 사회복지사 등이 장기요양 인정자 여부 등을 확인, 신청서 및 동의서 등 징구</li> <li>다학제 팀 방문일정 조율</li> </ul>
포괄평가·케어플랜 수립 (연 1회 이상, 필요시 수시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>가정을 방문하여 환자의 건강상태와 치료 욕구 파악</li> <li>주거 환경, 생활과 가정배경 등을 포괄 평가하여 서비스 제공 및 자원이 효율적으로 연계되도록 계획 수립</li> </ul>
정기적인 팀 사례회의 (월 2회 이상, 긴급문제 발생 시 수시)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(케어플랜 수립) 포괄평가 공유, 문제 목록 도출, 해결방안 마련</li> <li>(변화 점검) 서비스 제공 과정에서 확인된 질병 및 환경 변화를 공유함으로써 케어플랜 재조정</li> </ul>

서비스	내용
주기적 방문진료 및 간호 (의사 월 1회, 간호사 월 2회 이상)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 케어플랜에 따른 건강상태별 진료서비스 및 간호서비스 제공</li> <li>• (방문진료) 의사가 방문하여 진료 및 처방, 검사 및 처치 등</li> <li>• (방문간호) 「의료법」에 따른 간호사의 업무범위 내에서 간호사가 방문하여 의사 지시에 따른 간호 처치, 영양·생활 습관 상담 등</li> </ul>
지역사회 자원 연계 및 협력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료 외 사회·환경적 돌봄 수요 파악 및 서비스 연계□</li> <li>• 지방자치단체-장기요양기관-지역 복지관 등으로 이어지는 협력 체계 구축</li> <li>• 지역 내 돌봄 기관과 통합 사례 회의 실시</li> </ul>
점검 및 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1년 단위 포괄평가 실시 및 케어플랜 재수립</li> </ul>

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(의원, 지방의료원)”, 보건복지부, 국민건강보험공단, 2025a, pp.3-5.

장기요양 재택의료센터 시범사업의 수가는 <표 4-20>과 같다.

<표 4-20> 장기요양 재택의료센터 시범사업 수가(2025년 기준)

구분	구분	수가
방문진료료	방문진료료Ⅰ	129,650원(의원) 137,920원(병원급 이상)
	방문진료료Ⅱ	90,200원(의원) 95,230원(병원급 이상)
재택의료기본료	수급자 1인당 월 1회	140,000원
	수급자 사망으로 인한 종결시 50% 산정	70,000원
지속관리료	수급자 1인당 6개월 단위	60,000원
추가간호료	방문당(월 3회 한정)	52,310원

주: 1. 재택의료기본료는 수급자당 월 1회 산정함. 최소 연 1회 이상의 포괄평가 및 케어플랜을 수립하고, 의사의 월 1회 이상의 방문진료 제공, 간호사의 월 2회 이상의 방문간호 제공, 사회복지사의 주기적 상담으로 적합한 돌봄서비스 연계 시 산정함

2. 추가간호료는 재택의료팀의 간호사가 기본방문 횟수인 월 2회를 초과하여 방문간호를 제공한 경우 산정함

3. 방문진료료 및 방문진료료의 본인부담은 일차의료 방문진료 수가 시범사업을 따름. 재택의료기본료 및 지속관리료는 건보공단이 전액 부담함. 추가간호료의 본인부담률은 15%이나, 「노인장기요양보험법」 제40조 및 동법 시행령 제15조의8, 장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시에 따라 본인부담금 40%, 60% 감경비를 적용자의 본인부담률은 각각 9%와 6%이며, 의료급여자의 본인부담률은 6%, 기초수급자는 본인부담금이 면제됨

출처: “장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(의원, 지방의료원)”, 보건복지부, 국민건강보험공단, 2025a, pp.10-12, p.16.

이 사업은 장기요양보험 사업임에도 방문 진료에 대한 수가는 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 방문 진료료를 따르도록 하고 있다. 즉, 장기요양보험제도의 시범사업으로서 시행됨에도 의사가 방문하는 방문진료 비용은 건강보험이, 그 외 간호사가 방문하는 서비스 등은 장기요양보험이 부담하는 구조이다(보건복지부, 국민건강보험공단, 2024; 김희년, 2025, p.29에서 재인용). 그러다 보니 일차의료 방문진료 수가 시범사업과 역할 정립이 모호하다는 점, 방문진료와 방문간호의 본인부담 수준의 차이로 제도 이용자의 혼란이 있을 수 있다는 점(장기요양 재택의료센터 시범사업에서 의사의 방문진료는 건강보험의 본인 부담 기준인 30%이며, 간호사의 방문간호는 장기요양보험의 본인 부담 기준인 15%임), 장기요양의 재가급여 상한이 적용되지 않아 제도의 정규 사업화 시 혼란을 초래할 수 있다는 점이 문제점으로 지적되고 있다(김희년, 2025, p.30).

## 라. 방문(가정)간호 서비스 비교

서로 다른 사업 및 제도에서 시행되는 방문(가정)간호 서비스를 비교하면 <표 4-21>과 같다.

〈표 4-21〉 다양한 사업 내 방문(가정)간호 서비스 비교

	방문건강관리사업	장기요양 재택의료센터 시범사업	장기요양보험 통합재가서비스	장애인 건강주치의 사업	의료기관 가정간호
방문(가정)간호 대상	건강관리서비스 이용·접근이 어려우면서 건강관리를 요하는 지역사회 주민 (참고) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 방문건강관리 서비스가 필요한 대상자                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 흡연, 잦은 음주, 불규칙적 식생활, 신체활동 부족 등 건강행태 개선이 요구되는 사람</li> <li>- 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환 위험군/질환군</li> <li>- 허약 예방, 노쇠 예방 및 관리가 필요한 노인</li> </ul> </li> <li>• 우선순위 고려 대상                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (연령 특성) 만 65세 이상 노인</li> <li>- (경제적 특성) 기초생활보장수급자, 차상</li> </ul> </li> </ul>	장기요양 재가 수급자 (1~2등급자 우선)로 거동이 불편하여 재택의료가 필요하다고 의사가 판단한 사람	장기요양 1~5등급 수급자 중 '가정방문형' 서비스 수급자 (참고) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 통합재가서비스란 하나의 기관(주·아간보호 또는 방문간호)에서 수급자의 욕구·상태에 따라 다양한 재가서비스(주·아간보호, 방문요양, 목욕, 간호)를 전문인력(간호사, 물리치료사, 사회복지사, 요양보호사)이 복합적으로 제공하는 서비스를 의미함</li> <li>• 장기요양보험 통합재가 서비스는 '가정방문형'과 '주·아간보호형' 서비스로 나뉨. 가정방문형 서비스는 방문간호, 방문요양, 목욕 등 통합서비스를 제공하며, 주·아</li> </ul>	만성질환 또는 장애로 인한 건강관리가 필요한 장애인 중 거동 불편 등 사유로 의료기관 내원이 어려운 장애인	다음 중 하나에 해당하는 환자로, 환자가 담당의사와 상의한 후 필요시 담당의사가 가정간호를 처방함 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 고혈압, 당뇨병 등 만성질환자 및 암 환자</li> <li>• 뇌졸중이나 뇌 손상으로 인해 움직이기 힘든 환자</li> <li>• 특수간호를 필요로 하는 환자(위관 삽입·제거, 비위관 영양공급, 기관 절개, 인공항문, 유치 도뇨관, 봉합선 제거, 관장, 욕창 치료 등)</li> <li>• 수술 후 조기 퇴원환자, 재입이 요구되는 환자</li> <li>• 기타 전문간호를 요하는 환자</li> </ul>

	의료기관 가정간호
<p>방문건강관리사업</p> <p>위 계층 등 - (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 복합이탈주민, 중장년 고독사 위험군 등 - (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가환자 등</p>	<p>장기요양보험 통합재가서비스</p> <p>간보호형 서비스는 주·야간보호(건강관리), 방문요양, 목욕 등 통합 서비스를 제공한다</p>
<p>법정근거</p>	<p>의상경험이 있는 간호사로 전문 교육기관에서 일정 교육과정 이수 후 가정진문간호사 자격증을 취득한 가정진문간호사</p>
<p>장기요양관리사업</p> <p>위 계층 등 - (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 복합이탈주민, 중장년 고독사 위험군 등 - (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가환자 등</p>	<p>장기요양기관에 소속되어 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 수행하는 자인 '장기요양 요원'인 간호사 또는 간호조무사(단, 해당 기관은 시설장을 제외한 간호사 1명 이상을 배치해야 함)</p>
<p>법적 근거</p>	<p>「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호) ① 법 제33조 제1항 제4호에 따라 의료기관이 실시하는</p>
<p>방문건강관리사업</p> <p>위 계층 등 - (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 복합이탈주민, 중장년 고독사 위험군 등 - (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가환자 등</p>	<p>장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관으로 선정된 의료기관의 간호사</p>
<p>법적 근거</p>	<p>「장애인 건강권 및 근무경력이 2년 이상인 간호사 또는 가정전문 간호사로 건강 주치의가 소속된 동일한 의료기관에 근무하면서 장애인 건강 주치의 시범사업 관련한 교육과정을 이수한 자</p>
<p>장기요양 재택의료센터 시범사업</p>	<p>장기요양보험 통합재가서비스</p> <p>간보호형 서비스는 주·야간보호(건강관리), 방문요양, 목욕 등 통합 서비스를 제공한다</p>
<p>법적 근거</p>	<p>「노인장기요양보험법」 제23조5(장기요양급여의 종류) ① 이 법에 따른</p>

	방문건강관리사업	장기요양 재택의료센터 시범사업	장기요양보험 통합재가서비스	장애인 건강주치의 사업	의료기관 가정간호
	<p>다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다.</p> <p>5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건 의료서비스의 제공</p> <p>라. 여성·노인·장애인 등 보건 의료 취약계층의 건강유지·증진</p> <p>사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건 의료 및 건강관리사업</p>	<p>질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가임자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.</p>	<p>장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. 재가급여</p> <p>다. 방문간호 :</p> <p>간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수검자의 가정을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여</p>	<p>① 국가 및 지방자치단체는 장애인에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있다.</p> <p>「국민건강보험법」 제41조5 (방문요양급여)</p> <p>가임자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가임자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.</p>	<p>가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 간호</li> <li>2. 검체의 채취 (보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반</li> <li>3. 투약</li> <li>4. 주사</li> <li>5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련</li> <li>6. 상담</li> <li>7. 다른 보건 의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰</li> </ol>
<p>방문(가정) 간호 서비스 범위</p>	<p>건강수준의 향상을 위해 잘못된 <b>건강 습관</b>을 <b>바로잡고</b>, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움이 되는 <b>건강행태 개선</b>을 위한</p>	<p>「의료법」 제2조 제2항 제5호에 따른 간호사 업무 범위 내에서 간호사가 방문하여 의사 지시에 따른 <b>간호처치, 영양 및</b></p>	<p>「노인장기요양보험법」 제14호 다목에 따라 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 “<b>방문간호지시서</b>”에 따라</p>	<p><b>건강 주치의가 수립한 포괄 평가 및 관리계획에 따라</b> 간호사가 내원이 어려운 장애인을 방문하여 <b>기본간호, 간단한 처치</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 기본간호(간호사정 및 간호진단 외에 운·병요법, 체위 변경 등으로 가정전문 간호사의 독자적인</li> </ol>

	<p>방문건강관리사업</p>	<p>장기요양 재택의료센터 사업사업</p>	<p>장기요양보원 통합재가서비스</p>	<p>장애인 건강주치의 사업</p>	<p>의료기관 가정간호</p>
<p>서비스포괄적 건강관리로서, 의료/비의료적 건강관리 서비스를 제공할 수 있는 간호사 등 보건·의료인이 제공)</p>	<p><b>생활습관 관리 상담</b> 등의 서비스(월 2회 이상 방문)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 간호계획 수립 (방문간호기관 연계 및 사례회의 일정 관리)</li> <li>2. 수급자 심신상태 변화 확인(질병·증상 변화 보고)</li> <li>3. 간호처치(진료보호 및 의사 지시에 따른 간호적 처치, 복약 및 영양 관리, 질환예방 및 생활습관 개선을 위한 교육·상담 등)</li> </ol>	<p>수급자의 가정 등을 방문하여 제공하는 <b>간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생</b> 등의 서비스(월 2회 이상)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호 지시서에 따른 간호, 진료의 보조, 구강위생 등</li> <li>2. 다음 각 목의 예방관리적 간호행위 가. 기본관리: 건강상태 확인, 활력징후 및 혈당 측정, 지남력 평가 등 나. 교육 및 상담: 통증 관리, 식이관리, 감 염관리, 구강관리, 투약관리, 보호자 교육 등 다. 신체훈련: 관절구축 예방 및 근력 강화, 낙상예방,</li> </ol>	<p>평가를 제공 등을 제공</p>	<p>판단하여 시행) 2. 치료적 간호(비위관 교환, 유치도뇨관 교환, 기관지관 교환 및 관리, 산소요법, 욕창치료, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합사 제거, 방광 세척 등 건강보험 진료수가 항목에 포함되는 서비스로 의사의 처방하에 시행) 3. 검사관련 업무(가정간호 서비스를 제공하는 동안 환자의 상태 변화를 파악하는데 필요하다고 의사가 처방한 검사 중 가정에서 실시할 수 있는 검사 시행) 4. 투약 및 주사(가정간호 서비스를 제공하는 동안 의사의 처방에 의하여 투약 및 주사 제공) 5. 교육·훈련(가정에서 환자 및 가족의 건강관리에 필요한</p>	
<p>서비스포괄적 건강관리로서, 의료/비의료적 건강관리 서비스를 제공할 수 있는 간호사 등 보건·의료인이 제공)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 건강상태 스크리닝</li> <li>2. 건강관리 서비스 (직접방문/전화방문/1 CT활동 비대면 건강 관리 / 그외 우편, 물품제공, 영상교육 등)</li> <li>3. 보건소 내·외 자원연계</li> </ol>	<p><b>생활습관 관리 상담</b> 등의 서비스(월 2회 이상 방문)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 간호계획 수립 (방문간호기관 연계 및 사례회의 일정 관리)</li> <li>2. 수급자 심신상태 변화 확인(질병·증상 변화 보고)</li> <li>3. 간호처치(진료보호 및 의사 지시에 따른 간호적 처치, 복약 및 영양 관리, 질환예방 및 생활습관 개선을 위한 교육·상담 등)</li> </ol>	<p>수급자의 가정 등을 방문하여 제공하는 <b>간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생</b> 등의 서비스(월 2회 이상)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호 지시서에 따른 간호, 진료의 보조, 구강위생 등</li> <li>2. 다음 각 목의 예방관리적 간호행위 가. 기본관리: 건강상태 확인, 활력징후 및 혈당 측정, 지남력 평가 등 나. 교육 및 상담: 통증 관리, 식이관리, 감 염관리, 구강관리, 투약관리, 보호자 교육 등 다. 신체훈련: 관절구축 예방 및 근력 강화, 낙상예방,</li> </ol>	<p>평가를 제공 등을 제공</p>	<p>판단하여 시행) 2. 치료적 간호(비위관 교환, 유치도뇨관 교환, 기관지관 교환 및 관리, 산소요법, 욕창치료, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합사 제거, 방광 세척 등 건강보험 진료수가 항목에 포함되는 서비스로 의사의 처방하에 시행) 3. 검사관련 업무(가정간호 서비스를 제공하는 동안 환자의 상태 변화를 파악하는데 필요하다고 의사가 처방한 검사 중 가정에서 실시할 수 있는 검사 시행) 4. 투약 및 주사(가정간호 서비스를 제공하는 동안 의사의 처방에 의하여 투약 및 주사 제공) 5. 교육·훈련(가정에서 환자 및 가족의 건강관리에 필요한</p>	

	방문건강관리사업	장기요양 재택의료센터 시범사업	장기요양보험 통합재가서비스	장애인 건강주치의 사업	의료기관 가정간호
		건강증진을 위한 활동의 기획과 수행	<p>운동교육 등 라. 의뢰 및 검사 : 의료기관 의뢰, 장기요양기관 연계, 기초검사 등</p> <p>* 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치료의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공</p>		<p>식이요법, 운동요법, 처치법, 기구 및 장비사용법 등에 대하여 교육 제공)</p> <p>6. 상담(환자의 상태 변화 시 대처 방법, 질병의 진행 과정 및 예후, 주보호자와 가족문제, 환경 관리, 말기환자의 완화간호 이용 등에 대한 상담 제공)</p> <p>7. 의뢰(가정간호서비스가 종결된 후에도 계속적인 건강관리가 요구된다고 판단되는 환자는 희망에 따라 공공보건기관 등으로 의뢰)</p>

출처: “2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내-방문건강관리(AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업)”, 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, pp.16-36;  
“장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(의원, 지방의료원)”, 보건복지부, 국민건강보험공단, 2025a, p.1, p.12, p.15; “통합재가서비스 운영 매뉴얼”,  
보건복지부, 국민건강보험공단, 2025b, p.3, p.15, p.114 [보건복지부 고시 제2025-115호] 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한  
고시 제27조(방문간호급여 제공기준); “장애인 건강 주치의 4단계 시범사업” 지침, 보건복지부, 중앙장애인보건의료센터, 건강보험심사평가원, 국민  
건강보험공단, 2024a, p.16; “가정간호제도란?”, 대한간호협회 가정간호사회, n.d., [https://www.hcna.or.kr/sub2/2\\_1.php](https://www.hcna.or.kr/sub2/2_1.php)에서 2025.8.19. 인출.  
“가정간호서비스란 무엇인가?”, 국민권익위원회 정부민원안내콜센터 자료마당, 2024, [https://www.110.go.kr/data/counselView.do?num=A01\\_659587&currentPage=327&scType=&scText=&scCnt=&scCate1=&scCate2=](https://www.110.go.kr/data/counselView.do?num=A01_659587&currentPage=327&scType=&scText=&scCnt=&scCate1=&scCate2=)에서 2025.8.19. 인출.

## 마. 소결

우선 만성질환 관리사업은 환자 중심의 맞춤형 관리와 예방적 접근을 강화한다는 정책적 취지에도 불구하고, 실제 현장에서는 저조한 참여율 문제가 지속되고 있다. 일부 지역과 의료기관은 아예 사업에 참여하지 않거나, 참여하더라도 환자 등록률이 낮다(강희정 외, 2023, p.184). 공급자 측면에서는 만성질환 관리에 드는 시간과 노력에 비해 낮은 수가와 과도한 행정 업무 부담이 장애요인으로 지적되었다(박으뜸, 2025.3.21.). 사업의 핵심이라 할 수 있는 개인 맞춤형 서비스는 여전히 단편적인 건강 정보 제공에 머물러 만성질환자의 생활습관 개선 등 실질적 질환 관리로 이어지지 못하고 있다(강희정 외, 2023, pp.182-184). 최근 들어서는 건강생활 실천 지원금제와의 결합 등 금전적 인센티브가 도입되었으나 대상자의 적극적 참여를 유도하기에는 충분치 않다는 지적도 있다(이경수 외, 2019, p.100; 강희정 외, 2023, p.183에서 재인용). 또한 현재 의원급 의료기관의 한정된 자원과 역량으로는 일차의료가 지향해야 할 목표이자 성과 중 하나인 만성질환 관리를 위한 다양한 자원을 연계하고 조정하는 역할을 수행하기에는 무리가 있다는 점도 문제이다. 결국 일차의료기관은 일차의료를 실현할 주체이기보다는 일차 진료를 수행할 주체로서만 기능해 일차의료의 본래 취지인 포괄적·연속적 건강관리 구현은 되지 않고 있는 실정이다(강희정 외, 2023, pp.179-180).

다음으로 장애인 건강주치의 제도는 장애인의 지속적 건강관리와 의료 접근성을 제고하는 데 중점을 두어 시행되는 사업이나 실제 활동하는 의사는 15% 미만에 그치는 등 제공자에 대한 참여 유인이 매우 부족하다. 장애 특성상 진료 서비스 제공에 장시간이 소요됨에도 수가 보상이 불충분하다는 구조적 문제는 공급자의 참여를 제한하는 가장 큰 요인이다(이승덕, 2024.10.11.). 따라서 기관단위 지원체계 마련 혹은 행위별수가제

에서 벗어난 묶음지불제도 도입 등이 필요하다는 의견이 제기된다(박진관 외, 2022, pp.211-212). 아울러 이동이 불편하거나 사회적 고립 상태에 있는 장애인을 위한 적극적인 홍보, 비대면 서비스 확대 등 접근성 강화 방안이 병행되어야 한다(이혜경, 2024.2.21.). 또한 단순한 의료 행위 제공을 넘어 간호사, 사회복지사 등과 연계한 통합적 건강·돌봄 서비스를 제공하는 체계 구축 역시 장애인의 복합적 수요를 충족하는 데 필수 과제로 지적된다(박진관 외, 2022, p.210).

방문진료·재택의료 관련 사업들은 고령화 및 의료취약계층 증가에 대응하는 핵심 정책 수단임에도 사업별 추진 체계가 산발적으로 운영되면서 통합적 개념 정립이 부족한 실정이다(김희년 외, 2024, pp.78-79). 주요한 문제점으로는 역시 참여하는 기관이 매우 적다는 점이 지적되었다(이건세, 이정화, 2023, p.99). 이는 낮은 수가의 영향이 크다. 특히 장기요양 재택의료센터 시범사업은 의사의 진료뿐만 아니라 간호사, 사회복지사 등으로 이루어진 다학제 팀을 구성하여 포괄평가, 관리계획 수립, 지속적 방문 서비스를 제공토록 설계되어 있음에도 실제로는 다양한 인력과 통합 서비스 제공 체계가 충분히 마련되지 못한 채 시행되어 의사들의 참여 장벽이 높기 때문이기도 하다. 즉, 현재의 의료서비스 제공자 중심 및 입원, 외래 등 의료기관 방문 중심의 의료서비스 제공체계로는 국민의 다양한 재택의료 수요를 포괄하기 어렵다. 이에 따라 방문진료, 가정간호, 방문간호 등을 포괄하는 통합적 거버넌스 마련과 새로운 보상 체계, 서비스 모델 개발이 요구되는 상황이다(김희년 외, 2024, p.79).

이상과 같이 세 유형의 일차의료 건강관리사업 모두 ‘지역 기반의 통합적 일차의료 제공’이라는 지향점이 있지만 건강증진-예방-치료-재활이라는 다양한 서비스가 통합된 포괄적 개념인 일차의료 제공의 인프라 및 기반이 미비한 채 시행된다는 점, 제도 간 연계가 부족하다는 점 그리고 시간과 노력 대비 낮은 보상 구조로 공급자 유인책이 부족하다는 점이 공

통적 장애요인으로 작용하고 있었다. 따라서 각 사업의 성과를 확대하려면 단순 서비스 확대를 넘어 지역 내 다양한 보건·의료·돌봄 자원의 기능적 연계와 서비스의 지속가능한 운영을 가능케 하는 기반 마련이 선행되어야 할 것이다. 이를 위해 수가체계 개편, 서비스 제공 인력의 다직종화, 디지털 기반 연계 플랫폼 구축 등 거버넌스 전반의 혁신도 동반되어야 할 것이다.

## 제2절 국외 사례

### 1. 일본

#### 가. 일차의료제도와 지역포괄케어시스템

##### 1) 일본의 일차의료

일본에서도 인구 고령화와 만성질환으로 인한 의료비 증가에 따라 일차의료의 강화가 제시되고 있다(OECD, 2015, p.3). 일상적으로 만나는 질병이나 건강 문제의 대부분을 환자 중심으로 해결하는 것이 핵심으로, 의료와 간호의 적절한 이용, 예방 및 건강증진, 지역 서비스와의 연계 등이 포함된다(葛西 龍樹, 2014). 일본은 의료전달체계에서 일차医료를 명확히 구분하지는 않으나 전국민건강보험과 개호보험, 만성질환자에 대한 수가, 종합진료전문의 제도의 도입,<sup>16)</sup> 동네 단골 주치의, 지역포괄케어시

---

16) 일본 전문의 제도의 19번째 분과에 해당하며, 2018년부터 인정받음. 일상적으로 직면하는 질병과 상해 등에 적절한 초기 대응과 수요에 따른 지속적인 진료를 전인적으로 제공하는 것을 목표로 함.

스텝 등으로 일차의료를 강화하고 있다(조신영, 2025).

일본 의료전달체계하에서 환자는 모든 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있으며, 의료전달체계는 초기 의료, 2차 의료 및 3차 의료로 나뉜다(조신영, 2025). 초기의료는 지역 진료소와 병원에서 제공하는 지역과 밀착된 보건, 의료, 복지에 이르는 포괄적인 의료 서비스를 뜻한다. 2차 의료는 지역의 핵심 병원이 입원의료 및 전문 외래의료 제공을 담당하고, 3차 의료는 특수 및 선진적 의료에 대응하는 전문 병원 및 대형병원이 담당한다(조신영, 2025). 일본에서는 일차의료와 전문의료 사이에 구분이 없으나, 동네 단골 의사 이용을 권장하려고 일차의료기관의 의뢰서 없이 병원을 방문하면 추가 비용을 부과하고 있다(Matsuda, 2020).

## 2) 지역포괄케어시스템의 배경 및 주요 구성

일본은 국가 단위뿐 아니라 지자체 차원에서도 실정에 따라 도도부현의 의료제공 체제의 확보를 도모하고, 제한된 의료자원을 적절히 배치하기 위해 의료법 제30조에 근거해 국가가 정하는 방침에 맞추어 의료계획을 책정한다(Doctor Vision, 2024). 의료계획은 1985년 제1차 의료법 개정으로 제도화되었으며(厚生労働省, 2004) 제6차 의료계획(2013~2017)부터 재택의료 체계를 강화해 일차의료 개념을 강조하였다. 제8차 의료계획(2024~2029)에서는 일차의료를 지역포괄케어시스템의 주축으로 하여 재택의료, 돌봄서비스의 연계를 강화하는 데 중점을 두고 있다(이요한, 2025; 厚生労働省, 2023).

지역포괄케어시스템은 단카이세대(1947~1949) 700만 명이 후기고령자(75세 이상)가 되는 2025년을 염두에 두고, 의료·개호 제공 체제의 재검토가 급속도로 진행되는 배경에서 탄생하였다. 2014년 6월 「지역의

의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률안」(이하 의료개호일괄법)이 가결되었고 2017년 지역포괄케어 시스템강화법을 도입하여 지역공생사회를 실현하고자 하였다. 시정촌의 지자체가 주도하는 지역주민과 행정의 협동으로 포괄적인 지원체제를 구성했다(厚生労働省, 2022b).

지역포괄케어시스템은 개호가 필요하게 되어도 익숙한 지역에서 자립적인 생활을 할 수 있도록 의료, 간호, 예방, 생활 지원, 주거를 포괄적이고 지속적으로 제공하는 시스템이다. 지역포괄케어 권역은 '대개 30분 이내에 도착할 수 있는 권역'을 이상적인 권역으로 정의하고 구체적으로는 인구 1만 명 정도의 중학교 학군<sup>17)</sup>을 기본 지역으로 후생노동성에서 권장한다(이건세, 2018). 지역포괄케어시스템은 고령자의 의료와 간호를 중점으로 하나 지역 공생사회를 실현하고자 장애인, 아동 등 지원이 필요한 모든 사람을 대상으로 하고 있다(厚生労働省, 2022b).

지역포괄케어시스템의 재원은 개호보험, 지역의료개호종합확보기금, 국가보조금, 지자체 사업비 등으로 충당한다(임선미 외, 2022). 의료서비스는 국민건강보험에서 지급되며 개호서비스는 개호보험에서 지급되고 보험자는 시정촌이다(월간복지동향, 2025). 일본의 고령화율은 2024년 기준 29.3%로(総務省統系局, 2024), 고령자에 대한 개호정책은 개호예방과 증증화 방지, 증증 질환자 집중, 서비스 공급의 시장화, 지역화 및 주민참여에 대한 기대로 구성되어 있다(Yamada & Arai, 2020).

지역포괄케어시스템하에서 재택의료는 지역의료개호종합확보기금 지원 대상으로, 재택 등에서의 의료제공에 관한 사업에 따라 재택의료 거점 설비, 의료연계 체계 운영지원, 재택의료 추진 협의체 설치 등의 사업을

17) 2024년 기준 중학교 학군은 약 9,882개 학군이며, 지역포괄지원센터는 약 7,000개 설치되어 있어 모든 학군에 지역포괄지원센터가 배치되진 않음(文部科学省, 2024; 厚生労働省, n.d.).

진행한다. 재택의료는 보건의료인력이 환자의 자택 및 시설을 방문하여 진료, 처치, 의학적 상담 및 지도 등의 종합적인 의료와 관리를 실시하며 왕진과 방문진료로 구분된다(임선미 외, 2023). 왕진은 비연속적으로 환자의 자택을 방문하여 진료 및 처치를 실시하며, 방문진료는 의사가 통원이 어려운 환자의 동의를 얻어 일정 기간 진료계획을 수립하고 정기적으로 진료와 처치를 실시한다(오영인 외, 2019). 일본은 1992년 제2차 의료법 개정으로 재택医료를 법제화했으며, 1994년 건강보험법을 개정하면서 재택의료에 급여화되었다. 진료 보수 개정으로 1996년 노인 재택 종합 진료료 및 2000년 24시간 연계 체제 가산이 신설되었으며 2006년 개정으로 재택 영양 지원 진료소가 진료 보상 제도로 정비되어 현재에 이르고 있다(厚生労働省, 2012).

2024년 기준 재택의료기관이 야간 및 휴일 포함 24시간 대응체계를 갖추고 있어야 보수를 받을 수 있도록 요건이 강화되었다. 다직종 회의(의사, 간호사, 케어매니저<sup>18)</sup> 등)가 실시된 경우 다직종 연계 가산이 신설되었으며 ICT시스템을 이용하여 원격 회의, 보고서 공유, 환자 상태 등을 업데이트하는 경우 추가 가산료가 신설되었다. 또한 의료기관이 간호, 개호기관과 함께 통합돌봄체계를 구축하여 정기 회의가 있는 경우 가산을 받을 수 있다(厚生労働省, 2024).

지역포괄케어의 핵심 기능 중 하나인 지역포괄지원센터는 고령자 가까이에서 각종 서비스를 조정하여 제공하는 역할을 하고 있다(임정미,

18) 개호 서비스가 필요한 분에게 케어 플랜을 작성해 각 기관과의 연락·조정을 실시하는 전문직인. 케어 매니지먼트 업무(개호 서비스가 필요한 사람에게 적절한 개호를 받을 수 있도록 서포트), 개호보험 급여 관리, 요개호의 인정, 개호서비스의 소개, 지자체 및 개호 서비스 사업자와의 연락 조정 등을 주업무로 함. 개호 복지사나 사회복지사, 의료인 등 특정 국가자격에 근거하는 업무에 5년 이상 종사하거나 생활 상담원, 상담 지원 업무에 5년 이상 종사하고 개호 지원 전문원 연수 수강 시험에 합격하여 개호지원 전문원 실무 연수를 수료해야 함(未来ケアカレッジ, 2023).

2018). 기초보험법 제11조에는 지역포괄지원센터에 대해 ‘지역주민의 심신 건강의 유지와 생활의 안정에 필요한 지원을 함으로써 보건의료의 향상과 복지의 증진을 포괄적으로 지원하는 것을 목적으로 하는 시설’로 규정하고 있다. 지역포괄센터는 생활지원 서비스 체제 정비, 지역 관리위원회 회의의 강화, 개호예방, 케어메니지먼트 담당 등의 업무를 맡기도 한다(김미진, n.d.).

2008년 이후 일본 전 지역에 지역포괄지원센터가 7천 개소 설치되어 있으며, 각 지역 상황에 따라 브런치나 서브센터를 두고 있다. 각 지역의 상황별로 운영 주체가 다른데 2013년 4월 기준, 기초지자체가 직접 운영하는 센터는 전체의 28.2%를 차지하나 직접운영의 비율은 해마다 줄고 있으며 많은 지자체가 센터의 운영을 민간의 사회복지법인(서비스사업자)이나 사회복지협의회에 위탁한다. 기초지자체의 직접운영은 고령자를 직접 방문하여 권리옹호가 필요할 때에도 조치권 행사가 재빠르게 이루어질 수 있고, 연금·납세·소비생활상담과 같은 행정과 다른 업무 간을 손쉽게 연계할 수 있다는 장점이 있지만, 인건비의 부담이 높아 대부분 지역에서 위탁방식의 운영을 채택한다(김미진, n.d.). 의료생협 75개 병원 중 지역포괄지원센터가 있는 곳은 34개로 보고되었다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2025).

### 3) 지역포괄케어에서 주민참여 기능

지역포괄케어의 구성은 자조(自助, 고령자 스스로 건강예방 활동을 진행), 호조(互助, 자발적으로 가족, 친구, 동료 등을 돕는 것으로 주민자치회, 자원봉사 등의 개념), 공조(共助, 지자체 등 재원에 의한 고령자 복지사업 등), 공조(公助, 개호보험 등 사회보험제도) 개념으로도 볼 수 있다

(板橋市, 2025). 고령화가 급속하게 전개되면서 공조뿐 아니라 자조와 호조의 중요성이 예전보다 더욱 커지고 있는데(厚生労働省, 2013a), 특히 개호보험 재정의 부족, 시정촌의 열악한 재정여건은 주민조직이 지역포괄케어시스템에 적극적으로 참여하도록 요구하는 배경이 되었다(星·貴子, 2015).

지역포괄케어에서의 주민참여는 호조에 해당한다(厚生労働省, 2022a). 지역포괄케어 시스템에서의 주민참여를 구체적으로 살펴보면, 우선 개호보험하에 시정촌이 중심이 되어 실시되고 있는 개호 예방·일상생활지원 종합사업의 경우, 주민 등의 다양한 주체가 참가하는 지역의 서포트 체제로 요지원자 등에게 효율적인 지원을 제공하는 것을 목표로 한다(厚生労働省 労健局, n.d.). 가령, 2015년 이후로 개호보험 등급<sup>19)</sup> 중 요지원자에게 보험급여로 제공되었던 방문개호 데이서비스를 지역포괄형 생활지원서비스로 이관하여 공공서비스 대신 사회적 기업 및 비영리조직(NPO)을 포함한 지자체가 주도하는 사업으로 서비스를 제공하고 있다. 또 건강교실 등에서 고령자의 노쇠 예방 활동을 주민이 주체적으로 수행하며, 건강한 노인이 자원봉사자로 요개호·요지원자를 방문하는 것을 포함해 지역 생활 지원 코디네이터로 활동할 수 있도록 교육하고 있다. 아울러 협의체 내 정보 공유로 지역 이해단체 등과 연계하여 생활지원 자원을 발굴하고, 지역포괄지원센터와 협력하여 서비스 설계에 기여하는 등의 호조를 실천하고 있다(厚生労働省老健局振興課, n.d.).

이러한 지원 활동은 노인들로 하여금 사회와 연결된 느낌을 주고 생활의 보람을 느끼게 함으로써 개호예방에 기여한다(厚生労働省, 2013b).

19) 요지원(1, 2등급, 경증)과 요개호(1, 5등급, 중증)로 나눔.

## 나. 일차의료에서 의료생협 활동

### 1) 일본 의료생협의 역사 및 개괄

일본의 의료는 제1섹터(공공병원), 제2섹터(민간병원) 외에도 제3섹터(사회복지법인, 의료법인, 생협법인) 등으로 구성되어 있다(大松 美樹雄 2018). 의료복지생활협동조합(이하 의료생협)은 제3섹터로서 의료·요양·복지 부문 서비스의 질을 높이는 역할을 하였다(小山·宰, 2022). 일본의 협동조합은 지역 주민(사용자)과 전문가(공급자)로 구성되어 있고, 양측이 자본 투자자로서 동등한 권리를 공유하는 운영자로 정의된다(이점순, 2023). 1999년 유엔 조사 보고서에 따르면 일본의 의료생협은 이용자 소유 보건 협동조합으로 규정되며, 의료부회의 규정에 따라 주민의 자발적 조직으로 규정되어 있다(COPAC, 1999).

일본 의료생협은 소비생활협동조합법(생협법, 쇼와 23년(1948년) 법률 제200호) 제10조6호(의료 관련 사업)를 근거로 하고 있다(消費生活協同組合法, 2025). 일본은 제2차 세계대전 이후 의료기관 수가 극단적으로 감소하여 의료기관은 상업화된 도시 위주로 건설되었다(Mizushima, 2023). 1948년 생협법이 제정된 이후 의료기관이 거주지 부근에 없는 지역 거주민들은 의료생협을 설립하게 되었고, 1949년 도쿄도의 2개 생협을 시작으로 여러 의료생협이 설립되었다. 의료생협은 1961년 전국민의료보험체제가 확립되기 이전까지 저렴한 비용으로 의료서비스를 제공하는 중요한 공공적 의료기관의 역할을 수행하였다(日本医療福祉生活協同組合連合会, n.d.-a).

2007년 발간된 일본 의료부회 50년사에서는 의료복지협동조합연합회를 설립하기 전 1957~2005년을 5개 시기로 나누어 의료생협의 역사를 소개하고 있다. 1기(1957~1967년)에는 기존의 반(班)조직을 기반으로

하여 건강진단활동을 개시하였으며 2기(1968~1975년)에는 반조직을 의료생협의 기초 조직으로 하는 구조적 기초를 형성했다. 3기(1988~1995년)에는 의료생협의 공통 목표를 확인하였으며 4기 이후에는(1988~2005년) 1, 2, 3차 5개년 계획을 수립하여 건강한 지역사회 실현을 목표로 하였다(日本医療福祉生活協同組合連合会, n.d.-a).

〈표 4-22〉 의료생협의 연표

시기	활동	의료생협 동향	의료정책 및 동향
1957~1967	의료부회 창립	반(班)조직을 기반으로 한 건강진단활동 개시	전국민의료보험체제 병원 파업
1968~1975	구조적 기초 형성	의료생협의 의료활동 검토 반조직을 의료생협의 기초조직으로 자리매김	노인 진료비 무료화 의료비 인상운동
1976~1987	의료생협 자기인식 확정	의료생협의 공통목적 확인	알마아타 선언(WHO, 1978) 노인보건법 개정안
1988~1995	1차 5개년 계획	규모 확대 의료평가 활동 환자의 권리장전	노인보건법 제2차 개정안
1996~2005	지역 통제로 건강만들기 도전	제2차, 제3차 5개년계획 건강한 지역사회실현을 목표로 함 사회적 역할의 중시	개호보험법 제정(2000)
2006~	의료 협동조합 연합회 설립(2010)	제4차 5개년계획(2007) 의료생협의 생명장전(2013)으로 이념 확정	생협법 개정(2008)

출처: “医療生協の特徴と研究動向”, 山下 智佳, 2011, 生協総研レポートNo.6 (65), p.33.

2008년 금융위기 및 사회보장비 억제 정책으로 의료생협의 경영이 악화되었다(藤谷·惠三, 2009). 이에 따라 전국적인 연합활동의 필요성이 대두되어 일본의료복지생활협동조합연합회(의료생협연합회)가 2010년 10월에 설립되었고 115개 의료생협 조합원과 함께 시작되었다. 이는 초고

령화 및 인구감소사회의 출현, 빈곤격차 확대, 사회안전망 붕괴, 환경 문제 등의 문제의식에서 출발하였다(高橋 淳, 2020).

의료생협은 생협법 외에도 의료법, 건강보험법, 의사법 등의 적용을 받고 있으며 공익성(불특정 다수에 개방되어 이익을 낼 것), 비영리성(영리적이지 않고 잉여금을 배분할 수 없음), 전문성(정한 자격을 갖춘 사람만 업무에 종사할 수 있음)의 특성을 갖는다. 의료생협은 다른 분야의 생협과 마찬가지로 조합원의 출자, 이용, 운영 등의 규범을 따른다(消費生活協同組合法 第十二条, 第十六条, 第四十条, 2025).

현재 일본 의료생협은 2024년 9월 기준 96개소로, 약 2,839,000명의 회원이 가입되어 있으며 75개 병원, 317개 진료소, 67개 치과진료소, 164개 방문간호 스테이션이 운영되고 있다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2025).

의료생협은 의료·복지 사업을 실시하는 병원, 진료소의 운영 외에도 방문 간호, 요양, 지역사회 건강증진 활동 등을 수행하며, 의료 활동으로 중소규모 병원, 진료소 중심으로 재택의료와 요양을 지원하고 있다. 200병상 미만 병원 59개 중 42개 병원이 재택요양을 지원하고 있으며, 28개 병원은 긴급 왕진이 가능한 강화형 재택 요양지원 병원이다. 280개 진료소 중 207개(74%)가 재택요양을 지원하며, 지역포괄케어<sup>20)</sup> 병상은 2,688개로 전체 의료생협 병상 중 28%를 차지하고 있다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2025).

치과는 구강허약 예방 교육, 입원 시 치과위생사를 병동에 배치한 구강케어, 재택 치과 진료 등을 수행한다. 또한 의료생협연합회에서는 가정의료전문<sup>21)</sup>의 육성, 재택의료를 위한 일차의료전문 간호사와 요양복지사

20) 지역포괄케어시스템은 의료적 치료, 돌봄 등 다양한 서비스가 필요한 이용자가 30분 거리에 위치한 지역포괄지원센터(1차 종합상당기관)에서 분야 횡단적인 제도 및 서비스를 누락 없이 이용할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 함(厚生労働省, n.d.).

실무 교육, 조합원의 생활습관 및 영양상태 개선, 거주지 마련 등을 주요 활동으로 진행하고 있다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2025).

## 2) 재택의료

의료생협은 재택의료 등 일차의료에서도 중요한 역할을 하고 있다(高橋 淳, 2015). 200병상 미만 59개 의료생협 병원 중 42곳이 재택요양 지원병원이며, 의과 진료소 273개 중 200개가 재택요양지원진료소로서 대부분 의료생협이 재택의료를 제공하고 있다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2025). 이 보고서에서는 재택의료를 중점적으로 다루고 있는 사이타마의료생협을 소개하였다.

사이타마의료생협은 1992년 설립되었고 2025년 현재 조합원 수 235,439명, 156개 지부를 두고 있으며 상근 직원 약 2,800명이 근무한다. 5개 병원과 진료소 8개소를 보유하고 있으며, 모두 재택의료를 수행하고 있고 왕진 및 24시간 대응을 수행한다(医療生協さいたま, 2025). 사이타마의료생협에서는 병원 재택의<sup>22)</sup> 양성 코스를 별도로 운영하고 있으며 지역포괄케어 병동과 재택의료지원기능을 갖춘 후레아이생협병원을 2023년 개소하였다(埼玉協同病院, n.d.).

- 
- 21) 의료생협연합회는 가정의료전문의 육성을 진행하기 위해 2005년에 가정의료학개발센터(후지누마 야스키센터장 Centre for Family Medicine Development, CFMD)를 개설함. 일본 의사 면허가 있으면서 '종합의료전문의'의 세부 분과에 해당함. 2020년 이전에는 3년 이상의 연수(가정의료/종합진료 전문연수, 내과, 소아과, 구급과의 영역별 연수)를 받고 전문의 시험에 합격하면 되었으나, 현재는 종합진료전문의 취득 후 24개월 이상의 가정의료전문 연수를 받아야 하며, 종합진료전문의 취득 후 4년 이상의 임상경험이 요구됨(一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会, n.d.). 종합진료전문의는 3년간의 연수는 내과(内科) 1년, 소아과와 응급의학과 각 3개월, '종합진료 I'(중소병원, 진료소 등에서의 연수)과 '종합진료 II'(종합병원 연수)를 각 6개월 이상 수행하고, 나머지 6개월은 선택연수(외과, 산부인과, 정신과 등)를 하도록 구성됨(김웅철, 2019. 4. 10.).
- 22) 일본재택의학회의 연수 프로그램에 등록하여 재택의료연수의 과정을 2011년 4월부터 실시함.

### 3) 지역포괄케어에서의 의료생협 활동

지역포괄케어시스템에서의 의료생협은 의료와 복지의 사업체를 모두 가지고 있는 유일한 자치적 조직에 해당한다. 협동조합은 지자체의 정책 수준에서 큰 존재감과 영향력을 발휘할 수 있으며 주권자로서 행동할 수 있는 지역주민을 육성하는 데 의의가 있다(高石 光雄, 2015). 조합원은 개호 예방에 맞는 건강 만들기 운동을 자주적으로 추진하고 있으며 생활 지원을 위한 자원봉사 활동이나 독거노인을 방문하는 활동을 한다(日本 医療福祉生活協同組合連合会, n.d.-b).

2023년 기준 의료생협의 12,293개 병상 중 지역포괄케어 병동 병상은 2,688개이다. 의료생협 중 지역포괄케어에 참여하는 곳은 2023년 기준 총 59개 병원 중 42개소이며, 의과 진료소 280개소 중 207개소가 재택요양지원 진료소이다(日本 医療福祉生活協同組合連合会, 2025). 재택의료의 측면에서도 의료생협의 주민참여는 중요한 역할을 수행한다. 대상자의 복합적 요구를 한정된 공공자원만으로 해결하기에는 한계가 있으므로 환자와 이용자, 지역 주민, 의료인, 요양 전문직이 조합원으로 모여 지역공동체를 지키는 의료협동조합 모델을 바탕으로 통합돌봄을 시행하고 있다. 일본생협의 재택의료에서는 비의료인 주민들이 대상 가정에 방문해 안부를 확인하는 일부터 방문간호와 일시보호 등까지 함께 이루어진다(임병안, 2025.5.22.).

사이타마의료생협은 2025년 현재 지역포괄케어 병상을 보유하고 있는 3개 병원(구마가이세이쿄 병원, 사이타마 니시협동병원, 후레아이생협병원)을 운영 중이며, 각각 40개와 49개, 54개의 병상을 보유하고 있다. 또한 지역포괄지원센터 '타카시나'를 운영하고 있으며 주택 개호 외에도 고령자에 대한 상담, 체조 교실의 개최 및 자주 그룹의 지원을 실시하고 있다(医療生協さいたま 介護事業所, n.d.).

## 다. 지역 건강돌봄에서 주민참여와 의료생협

일본의 의료생협은 지역 주민의 참여를 핵심으로 지역사회 건강 및 복지를 증진하며 한카이(반회) 활동, 주민 주도형 의료기관 설립 및 지역 사회연계활동 등이 주민 참여 활동의 범위이다.

### 1) 한카이 활동

일본 의료생협에서는 건강정보 이해력을 증진하려고 ‘한카이(반회)’라는 주민 주도 그룹을 만들어 참여하고 있다. 한카이는 3명 이상의 회원으로 구성되며 의료 지식이 있는 조합원의 도움을 받아 질병 및 생활습관에 대한 교육을 받으며, 운동 및 식사모임 등을 진행하기도 한다(Kaneko et al., 2025).

사이타마의료생협에서는 합창 모임인 ‘뇌활력 한카이’, 노인의 ‘노쇠(프레일) 체크 한카이’, 치매예방 교실, 체조교실 등을 운영하고 있다(医療生協さいたま, 2025).

### 2) 주민 주도형 의료기관 설립

사이타마의료생협의 ‘오이협동진료소’와 ‘우라와 민주진료소’는 사이타마의료생협 소속 진료소 중 주민주도의 성격을 지니고 있다. 오이협동진료소는 1951년 농민 중심으로 자금을 지원하여 진료소 경영을 시작하였고, 1963년 의료생협화가 결정되었으며, 2025년 현재 방문진료 사업 등을 수행하고 있다(大井協同診療所, n.d.).

우라와 민주진료소는 우라와 지역에 민의련 진료소를 설립해야 한다는

강한 요구로 1964년 개소하였고 이후 주민의 자주적 건강관리 및 질병 예방 등에 대한 학습이 이루어져 노동조합하에 의료생협이 설립되었다(浦和民主診療所, n.d).

### 3) 지역사회연계 활동

사이타마의료생협의 지역사회연계 활동으로는 ‘이바쇼(居場所, 개인이 안심할 수 있는 심리적·정신적·물리적 공간) 만들기’가 있다. ‘이바쇼 만들기’는 의료·개호서비스 제공과 함께 중점 사업에 포함되는데, 개인이 지역 내에서 교류하며 함께 즐기고 살아갈 수 있는 관계·공간을 만드는 것을 목표로 한다. 태극권, 탁구, 체조 등을 함께 즐길 수 있는 ‘건강 광장(健康ひろば)’, 함께 식사를 하고 담소를 나누며 취미활동을 공유하는 ‘안심 룸(安心ルーム)’, 어린이 학습 지원을 포함하여 각 지부의 활동 홍보로 더 많은 주민의 참여를 독려하고 조직을 강화하는 ‘지부 활동 거점’ 등을 운영하고 있다(医療生協さいたま, 2025).

사이타마 구마가야생협병원에서는 사회보장제도 개선 운동과 지역활성화를 위한 학습모임인 ‘삶의 학교(暮らしの学校)’를 운영하고 있으며 2025년 현재 월 2회 정도 운영되고 있다(熊谷生協病院, n.d.). 그 외에도 경제적 어려움을 겪는 아이들부터 고령자까지 다양한 세대가 같이 식사할 수 있도록 함으로써 사회적 고립을 예방하는 ‘다세대식당’, 치매 환자들이 교류할 수 있는 공간인 ‘오렌지카페’ 등을 운영하고 있다. 퇴원이행기 환자의 건강상태와 생활 상태를 확인하고 적절하게 지원하는 퇴원지원활동을 전개하고 있으며 이러한 활동은 지역 내 주민자치단체 및 자원봉사자들과 연계·협력하여 이루어지고 있다(김호원, 2023.10.20.).

## 4) 일본 의료생협의 도전과제

일본 의료생협에서는 병원, 진료소의 운영 외에도 방문 간호, 요양, 지역 사회 건강증진 활동 등을 수행하는 것이 특징이며, 일부 생협병원에서는 지역포괄케어 병동 운영 및 재택의료, 주민 참여형 활동 등 일차의료 부문에서 제3섹터 역할을 수행하고 있다. 특히 지역주민이 반회 등 건강모임, 주민 주도형 진료소 설립, 지역사회 활동 등에 참여하는 특징이 있다.

지역주민이 건강모임에 참여하는 것은 장기적으로 노인의 노쇠 위험을 억제하는 효과를 보였으며(Kanamori et al., 2014), 특히 거주하는 지역에서 10년 이상 정기적으로 한카이 모임에 참여한 경우 노인의 기능 저하를 예방하는 효과를 보였다(Kaneko et al., 2025). 이처럼 지역사회에서 지속적인 주민 참여가 노인의 기능적 역량을 유지함으로써 건강증진 활동으로 의의가 있어 지자체에서 근거 기반 지역사회 개입 정책을 수립할 수 있다.

그러나 최근 일본 의료생협의 활동이 전반적으로 위축되어, 내부적으로도 문제의식이 제기되고 있다.

일본 의료생협의 개수는 2021년 말 104개였으나 2024년 현재 96개로 확인되고 있으며 조합원 수는 2021년 말 기준 2,921천 명에서 2023년 말 기준 2,839천 명으로 의료생협 가입 조합원 수도 줄어들었다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2022). 의료생협 외에도 전반적으로 인구 감소 및 초고령화사회 진입 등 인구 구조의 변화로 생협 활동과 경영이 위축되고 있다(日本生活協同組合連合会, 2022).

일본의료생협연합회에서는 조합원의 참여가 줄어들고, 조합원의 고령화 등으로 활동 주체가 감소하고 있음을 지적하면서 향후 의료생협의 자원을 재점검하고, 조합원 및 지역 요구에 대응한 사업 강화 등을 도전과

제로 제시하였다(日本医療福祉生活協同組合連合会, 2022). 이에 대응하여 일부 지역 의료생협에서는 본부 사업소 외에도 지부와 분과 활동을 강화하여 조합원 조직 활성화를 시도하였고(山崎 由希子, 2020) 오사카 지역의 의료생협이 법인을 합병하여 조직 규모를 확장하고 검진 사업을 강화하는 등 조합원 유치를 도모하였다(法人合併推進事務局, 2021).

## 2. 영국

### 가. 일차의료제도와 일차의료네트워크(Primary Care Network, PCN)

#### 1) PCN의 개요

영국의 의료전달체계는 일차의료와 이차의료로 구분되며, 이 중 일차의료는 일반의, 치과, 안과, 지역 약국, 영국 국립보건서비스(National Health Service, NHS) 상설 진료소,<sup>23)</sup> NHS 콜센터<sup>24)</sup>로 구성된다. 일반의(General Practitioner, GP)는 응급하지 않은 신체적·정신적 건강 문제에 대한 진단, 치료, 예방 외래서비스를 제공한다(김하진 외, 2025, p.18). 일반의는 2024년 기준 영국에 38,421명이 있으며 전체 의료 인력의 25%를 차지한다(House of Commons Library, 2025). GP 진료소는 NHS와 계약<sup>25)</sup>해 자금 지원을 받고 서비스를 독립적으로 제공하는

23) 이동이 가능하고 움직일 수 있는 환자가 방문해야 하며 가벼운 두통, 염좌와 긴장, 요로 감염, 비상피임약 수령 등 경미한 부상이나 질병을 앓는 사람들이 방문하는 진료소임.

24) 긴급 또는 비상 상황에서 대중의 전화를 처리하고 지원 및 지침을 제공(NHS 111 online, n.d.).

25) 각 GP 진료소는 NHS의 위탁 서비스를 운영하려면 계약을 체결해야 하며, 일반의료서비스 계약(국가 표준 GP계약), 개인의료서비스 계약(NHS 위원과 개별 진료소가 현지에서 협상), 대체의료서비스 계약(사회적기업이 난민신청자에게 일차의료서비스를 제공할 수 있음)으로 이루어짐(NHS, n.d.-c).

소규모 사업체이다.

증가하는 일차의료의 수요를 감당하고, 지역 주민에게 통합된 서비스를 제공하려고 2019년 1월 NHS 장기계획 및 GP 계약 5개년 프레임워크를 기반으로 지정강화서비스(Direct Enhanced Service, DES<sup>26</sup>) PCN 모델을 출범하였다. PCN은 일차 의료 기관 지원, 일차 의료 기관을 다른 일차 의료 및 지역사회 서비스와 통합, 추가 서비스 도입, 다양한 분야의 인력 확대 등으로 일차 의료를 개선하는 것을 목적으로 한다(NHS, n.d.-b).

PCN은 다른 보건 및 사회복지기관과 협력하여 지역 주민들에게 통합 서비스를 제공하는 GP 진료소들의 모임으로서 현재 GP 진료소 중 99% 이상이 PCN에 가입되어 있다. 영국에는 PCN이 약 1,250개 있고 1개 PCN당 약 3만 명에서 5만 명의 환자를 담당한다. 그러나 NHS 위원<sup>27</sup>의 승인에 따라 지역별로 환자 수를 조정할 수 있다(NHS, n.d.-b).

## 2) PCN의 인력구조 및 재정지원

PCN은 네트워크 계약으로 통합진료위원회(Integrated Care Boards, ICB)에서 서비스 위탁 및 자금 지원을 받게 된다. 지역의료위원회(Local Medical Committees, LMC)는 ICB와 협력하여 각 GP 진료소가 네트워크를 주도하고 관리하도록 한다. 각 PCN에는 임상책임자(Clinical Director)가 지정되어야 하며 회원 GP 진료소 간 선거나 임명

26) DES는 네트워크 계약(Network Contract) 지정 강화 서비스이며 NHS가 GP에게 제안하는 계약의 옵션 중 하나임. Network Contract DES에 GP 진료소들이 참여함으로써 구성되며, 인력채용 및 서비스를 제공하는 자금 지원 등 PCN의 전반적인 관리를 담당함(NHS, 2024).

27) 모든 NHS 계약은 NHS 또는 ICB 중 하나인 NHS 위원(Commissioner)이 관리함. 2022년 7월부터 NHS는 GP 계약에 따른 위탁 서비스를 ICB에 위임함(NHS, 2024).

절차를 거친다. 공식적인 제한 기준은 없으나 PCN의 구조가 GP 중심으로 이루어져 있으므로, 대부분 GP가 임상책임자 역할을 수행한다. PCN 구축 시 약사와 사회적 처방자(Social prescribing link worker)를 고용해야 하며 사회적 처방자는 지역 주민을 지역사회의 활동, 단체, 서비스에 연결하여 주민의 사회적, 정서적, 실질적 요구를 충족해주는 방식이다(NHS, n.d.-a).

DES 계약에 따라 PCN에서 법적으로 반드시 지정되어야 하는 인력은 임상 책임자이다(NHS, 2024). 임상 책임자는 타 PCN의 임상책임자, LMC, PCN 내 의료진 및 직원과 협력하여 일차의료 관련 지역 시스템을 구축하고 개발하는 역할을 맡는다. 이와 함께 총 17개 직군<sup>28)</sup>에 대해서는 추가적 역할에 따른 재정지원(Additional Roles Reimbursement Scheme)을 받을 수 있는데, 2024/25년 네트워크 계약 DES 가이드라인에 따르면 임상약사, 사회적 처방자, 물리치료사, 의사 보조인력, 약국 기술자 및 응급구조사 등 6개 직군을 보유해야만 재정지원에 대한 최소한의 요건을 충족할 수 있다. 사회적 처방자(링크워커)는 환자의 욕구사정, 환자 및 보호자에 대한 주기적 전화와 가정방문으로 직접 지원을 제공하거나 다른 환자나 지역사회 서비스 및 자원봉사 단체 등과 연결하는 역할을 한다. 또한 장기요양 환자의 퇴원 후 서비스, 약물 조정 등에서 초기 개입의 역할을 맡기도 한다. 이처럼 PCN은 질병 중심의 개별적 진료보다는 지역사회 내 인구집단을 중심으로 통합적 진료서비스를 제공하는 체계를 지향한다(NHS, 2024).

28) 임상약사, 약국 기술자, 사회적 처방 링크 워커, 건강 및 웰빙 코치, 케어코디네이터, 일차의료접촉 물리치료사, 파라메딕(응급구조사), 작업치료사, 정형외과 의사, 영양사, 간호사, 간호조무사, 성인 정신건강 전문가, 아동 및 청소년 정신건강 전문가, 의사 보조인력(병력청취, 신체검사, 임상적 의사결정이 가능한 인력), 일반 진료 보조원(행정지원, 임상지원 등), 디지털 전환 리더, 고급 실무자.

## 나. PCN에서 주민 참여 기제

PCN 체계에서 사회적 처방자(link worker)는 일차의료와 지역사회 자원을 연결하며 주민참여를 실질적으로 구현하는 핵심 역할을 담당한다. NHS는 2020년 사회적 처방 가이드라인에서 커뮤니티 그룹<sup>29)</sup>(NHS, 2022)의 지원과 육성, 접근성 및 지속가능성 강화 그리고 협력적 연계체계 구축이라는 네 가지 측면에서 링크 워커의 주민참여 촉진 역할을 규정하였다(NHS, 2020).

〈표 4-23〉 링크 워커의 주민참여 부문에서 역할

역할	기능
커뮤니티 그룹 지원	지역 내 자원 및 민간 자원조직 단체와 연계하여 주민의 욕구를 반영하고 커뮤니티 그룹에 참여할 수 있도록 도움
신규 그룹 시작	지역 내 커뮤니티 그룹의 인프라를 파악하여 필요 커뮤니티 그룹 타진
접근성 및 지속가능성 확보	지속 가능한 운영을 위하여 자금, 지원, 자원봉사자 확보 등을 도우며 커뮤니티 그룹의 역량을 증진하도록 도움
협력적 작업	GP, PCN, 지자체 등 참여 기관과 함께 사회적 처방을 설계하고 지역자원 현황 및 우선순위 설정을 수행함 주민의 사회 처방 결과에 대한 피드백 메커니즘을 구축해서 개선할 수 있도록 함

출처: “Social prescribing and community-based support”, NHS, 2020, pp.20-23.

사회적 처방의 예시로는 청년 정신건강 및 신체활동 증진, 치매 주민 모임 운영 등이 있다. 셰필드 지역에서 운영된 사회적 처방 프로그램에서는 링크 워커가 청년들의 정서적 어려움 등을 평가하여 개별 욕구를 파악하였으며 지역 청년 클럽, 예술 프로그램 등을 연결하였다. 청년들이 참여하기 쉽도록 스케줄 조정 및 동행 서비스 등을 제공하였으며, 의뢰 경로를 다양화하려고 학교 및 지역단체, GP 등과 협업하였다(Farina et

29) 주민 주도 자조모임, 자원봉사 단체, 비공식 소모임 등을 포괄하는 개념임(NHS, 2022).

al., 2024). 웨일스 지역에서는 링크 워커가 치매 관련 커뮤니티 그룹 및 온라인 정신건강 코스 등을 연결해주면서 지속적인 참여 여부를 확인하여 돌봄 필요 주민의 참여를 촉진하였다(Lavans et al., 2023).

### 3. 호주

#### 가. 일차의료 및 일차보건의료 네트워크(Primary health Networks, PHN)

호주에서 일차의료는 사람들이 건강을 관리하려고 가장 먼저 찾는 지역사회 서비스를 의미하며 일반 진료소, 원주민<sup>30)</sup>주도 보건서비스(Aboriginal Community Controlled Health Services, ACCHS), 지역 약국, 연합 보건 서비스, 정신건강 서비스, 약물 및 알코올 서비스, 지역 보건 및 간호 서비스, 모자 보건 서비스, 성건강 서비스, 구강 건강 및 치과 서비스가 포함된다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025a). 이는 전문의가 제공하는 2차 의료와는 구별된다.

호주는 조세를 재원으로 전국민건강보험제도인 메디케어<sup>30)</sup>를 운영하고 있으며 행위별수가제와 포괄수가제를 혼합하여 적용한다. 이 중 일반진료(General Practice)는 MBS-메디케어 급여제도(Medicare Benefits Schedule)로 보조되며 호주 보건·장애·노인복지부(Department of

---

30) 호주 원주민(Aboriginal)과 토레스해협 섬 주민(Torres Strait Islanders) 인구는 2021년 6월 30일 기준 호주 전체 인구의 3.8%이며(Australian Institute of Health and Welfare, 2024; 강은나, 025, p.85에서 재인용) 원주민은 식민주의적 역사 등으로 건강 불평등이 존재함. 호주의 일반 보건 서비스는 원주민의 건강 욕구를 충분히 반영할 수 없다고 판단되어 ACCHO, NACCHO 등 원주민이 주도하는 보건조직이 별도로 운영되고 있음.

Health, Disability and Ageing)에서 총괄하고 있다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2024).

PHN은 보건 지역(health region)<sup>31)</sup>을 관리하려고 호주 보건·장애·노인복지부에서 지원하고 있다. 다른 보건·장애·노인복지부 사업과 다르게 PHN이 설치된 지자체에 독립성을 부여하는 것이 특징이다. PHN은 호주 비영리위원회에 자선단체로 등록되어 있고 정부의 감독을 받으며 이사회가 PHN의 활동을 감독하고, 임상 위원회(Clinical Council)와 지역자문위원회(Community Advisory Committee)가 자문을 제공한다 (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025a).

#### 1) PHN의 발전 과정 및 현황, 역할

PHN은 2015년 7월 1일 설립되었고 31개 PHN 지역이 있으며 주 및 지역 병원 네트워크(Local Health Network, LHN)와 연계된다. 호주는 6개 주와 2개 준주로 구성되어 있으며, PHN은 주 경계와 무관하게 31개 권역을 나누어 설치되어 있다. PHN은 건강 취약 주민을 중심으로 보건 서비스의 효율성과 효과성을 개선하고, 서비스 간 연계와 조정을 강화함으로써 접근성과 지원의 질을 높이는 것을 목표로 한다 (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025a).

모든 PHN은 호주 정부가 설정한 국가적 우선순위를 준수해야 하지만, 동시에 지역사회 특성과 요구에 맞추어 의료서비스를 맞춤형으로 설계하고, 서비스 간 연계를 강화하는 등 지역별로 고유한 운영 모델을 구축할 수 있다. 이 과정에서 지역사회 건강 요구에 대한 정기적 평가와 건강

31) PHN 구역을 설정하고 보건의로 서비스를 계획·관리·제공하려고 설정된 지리적 권역임.

서비스 매핑, 지역 격차 분석을 수행하며 지역 주민, 의료인, 공공기관, 학계 등과 협의해 보건의료체계 개선 방향을 도출한다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025a).

한편 호주는 주 정부 지원 병원 및 의료 서비스를 지역적으로 관리하고 조정하려고 지역 병원 네트워크(Local Hospital Networks, LHN)라는 지역 조직을 설립했다. 각 LHN은 하나 이상의 공립병원과 재활, 지역건강서비스 등 관련 보건 서비스를 포함한다(Parliament of Australia, n.d.). PHN은 LHN 하나로 운영되기도 하고, 지역 내에 여러 LHN을 가지고 있기도 하여 단일 병원 중심형부터 광역형까지 존재한다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025a).

PHN은 LHN과 협력하여 지역 의료 서비스를 조정하고 통합하여 진료의 품질을 개선하고 환자 경험과 자원을 효율적으로 사용할 수 있게 한다. 또 일차의료 및 정신건강 서비스 제공자의 역량을 구축하고 실무 지원을 제공한다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025b).

또한 의료연속성을 담보하려고 ‘진료 전환(transition of care)’프로그램을 운영하여 병원 퇴원 후 지역사회 복귀 등 환자 여정을 조정하기도 한다. 호주 수도 특별구(Australian Capital Territory)의 캐피털 헬스 네트워크(Capital Health Network)에서는 전환 조정자(Transition coordinator)<sup>32)</sup>가 퇴원 이행기 환자의 지역사회 서비스 및 자가관리 계획을 지원하고, 퇴원 후 전화상담 및 가정방문 등으로 환자를 케어한다(Cowles et al., 2018).

32) 지역사회간호 경험이 있는 간호사, 사회복지사, 유사의료서비스 전문가(작업치료사 및 물리치료사 등) 등이 주로 담당하게 됨(Cowles et al., 2018).

PHN은 영국의 PCN처럼 직접 의료 서비스를 제공하는 대신 의료 서비스를 위탁하고 지원한다. 위탁 운영은 인구에 대한 건강 요구 평가가 포함되어 외부 서비스 제공자가 위탁할 서비스 유형을 결정한다는 의미가 있으며(Regmi & Mudyarabikwa, 2020) 이에 따라 PHN은 다양한 이해관계자가 의사결정에 참여한다. 기술 기반 위원회는 건강 및 기업 전문 지식을 갖춘 다양한 분야의 전문가로 구성되어 있으며 GP주도 임상 위원회는 의사, 간호사, 지역 보건 직원, 원주민 보건 종사자, 의료전문가 및 병원 관리 직원으로 구성된다. 지역사회 자문 위원회는 건강 시스템에 대한 경험과 통찰력을 갖춘 소비자 및 보호자로 구성된다. 이로써 다양한 지역사회 대표자가 PHN의 의사결정 및 투자에 관여할 수 있다 (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2025b).

## 2) PHN에 대한 평가 및 주민참여 지표

PHN의 성과 평가는 PHN 프로그램 성과·품질 관리 체계(PHN Program Performance and Quality Framework)를 기반으로 지역별로 매년 실시되며, 여기서 각 PHN은 성과와 품질 수준, 개선 필요 영역을 종합적으로 점검한다. 평가 결과는 PHN의 프로그램 운영 및 자원 배분에 직접 반영되며, 보건부는 이를 근거로 PHN과의 계약 연장 및 협상을 수행한다.

평가 과정은 PHN별 요구 평가(Needs Assessment) 실시를 시작으로 연간 업무계획 수립, 서비스 설계 및 위탁, 서비스 수행, 연간 보고, 계약 평가 및 개선 피드백의 단계로 구성된다(Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2018). 한편, 2025년 2월 기준으로 2018년 프레임워크에 포함되었던 환자참여 지표는 공식

평가 항목에서 제외되었으나, 요구 평가 단계에서는 여전히 환자의 의견을 수렴하고 있다(Adelaide PHN, 2024).

[그림 4-6] PHN program performance and quality framework 흐름도

1. 요구 평가	2. 연간 계획 수립	3. 서비스 디자인 및 컨택	4. 공급 구조 형성	5. 수행 관리	6. 평가
<b>구성원</b>					
리더십과 작업 방식을 통해 성과를 관리하고 지속적인 개선 문화를 촉진하기 위해 직원과 의료제공자를 지원					
<b>기대</b>			<b>측정</b>		<b>평가와 보고</b>
성과 기대치를 전략적 맥락에 맞춰 조정 계약서에 지표와 목표를 제시하여 성과에 대해 명시			위탁 서비스 제공업체의 성과 데이터를 수집·모니터링		
			<b>관리</b>		이해관계자들과 결과 공유 및 미래 계획, 위탁 프로세스에 대한 결과 평가
			성과 개선을 지원하기 위해 공급업 체와 협력하고, 성과 미달 문제를 해 결하기 위한 단계별 개입을 포함		
<b>우수 사례 성과관리</b>					

출처: “PHN Program Performance and Quality Framework”, 2018, Australian Government Department of Health and Aged Care, p.32의 Figure 2를 저자가 재구성.

요구 평가 단계는 전체 평가 과정 중 가장 먼저 수행되며, 3년 주기로 공식 보고하도록 되어 있으나 필요에 따라 매년 업데이트할 수 있다. 요구 평가는 계획 수립, 자료 수집, 데이터 분석, 커뮤니티 참여, 우선순위 설정, 보고 및 통합, 지속적 갱신 및 평가의 총 7단계로 구성된다. 이 가운데 커뮤니티 참여 단계는 지역 주민과 소비자, 서비스 제공자가 공동설계에 참여하는 핵심 절차로, 소비자 및 지역사회 참여 지침에 따라 동등한 협력 관계 속에서 정책과 서비스 개선 방향을 도출한다(NSW Government, n.d.).

### 3) PHN 운영 재원

호주 보건·장애·노인복지부는 보조금 계약(Grant Agreement)으로 PHN에 자금을 지원한다. PHN에 대한 자금 지원은 기본 자금과 성과 기

반 자금으로 구성되며, 성과 평가는 성과 프레임워크에 명시된 지역 지표인 예방가능입원율, GP 진료 접근성, 원주민 건강서비스 이용률, 정신건강 서비스 지표 등을 기준으로 한다. PHN 자금 배분 시에는 인구 규모, 농촌 지역 여부, 사회경제적 요인 등 다양한 요소가 함께 고려된다. 또한 호주 정부가 PHN으로 추가적인 정책 성과 달성이 필요하다고 판단하는 경우, 이러한 요인과 정책별 고려사항을 반영하여 비신청 기반 절차를 거쳐 추가 자금을 직접 배정할 수 있다. 자금은 운영자금, 유연한 기금, 프로그램 기금, 혁신·인센티브 자금으로 구분되며, 혁신·인센티브 자금은 성과에 따라 차등 지급된다(Australian Government Department of Health, 2016).

〈표 4-24〉 호주 PHN의 자금 지원 방식

유형	지불 방식
운영 자금 지원	PHN의 행정, 거버넌스 및 핵심 기능을 위한 운영 자금이 지원된다. 이 기금은 PHN의 운영 및 유지 관리(사무실, 거버넌스, 이사회, 핵심 직원, IT 요구 사항을 포함한 사무 관리 비용 포함)를 지원하는 데 사용되며, PHN은 요구 평가 및 관련 주민 건강 계획을 수행할 수 있다. 또한 임상 위원회 및 지역사회 자문 위원회의 설립 및 유지 관리, 지역 내 이해관계자 관리 및 참여, 실무 지원 활동에 필요한 기금을 제공한다.
유연한 기금 지원	PHN이 정부에서 정한 국가적 우선순위에 대응하고, 필요한 서비스를 구매/위탁하여 PHN별 우선순위에 대응할 수 있도록 함. 유연한 기금은 PHN 성과 프레임워크의 핵심 성과 지표(KPI)로 측정되는 건강 성과를 달성하는 데 사용
프로그램 기금	PHN은 해당 지역의 지역적 요구 평가 및 관련 인구 건강 계획을 완료하여 프로그램별 서비스를 위탁할 수 있게 함
혁신 및 인센티브 자금 지원	혁신자금 지원(Innovation Funding)은 새로운 모델·서비스를 시범 운영하고, 효과가 입증되면 전국 확산 가능성이 있는 프로젝트에 지원하게 된다. 인센티브 자금(Incentive Funding)은 PHN 프로그램 성과·품질 관리 체계(Program Performance and Quality Framework) 지표에서 우수 성과를 달성한 PHN에 보상 형태로 지급하게 된다.

출처: “Primary Health Networks Grant Programme Guidelines”, Australian Government Department of Health, 2016.

## 나. 링크워커와 주민참여

호주의 사회적 처방은 비교적 최근에 도입된 제도로, 충족되지 않은 사회적 욕구를 해소하고자 링크 워커가 배치되고 있다(Sharman et al., 2022). 그러나 링크 워커에 대한 국가 또는 주 차원의 통합적 관리·감독 체계는 아직 구축되지 않았으며, 현재는 일부 주에서 PHN과 연계된 형태로 운영되고 있다. 퀸즐랜드주의 경우 사회적 고립에 대응하려고 사회적 처방을 대규모로 확대할 것을 권고하였다(Community Support and Services Committee, 2021). 퀸즐랜드주에서는 주정부가 지원하는 ‘Ways to Wellness’ 프로그램을 이용하여 사회적으로 고립된 구성원을 그룹 프로그램에 연결한다. 커뮤니티 링크 워커는 지역사회 구성원에게 사회적 고립을 겪는 사람들을 소개하며, 지역사회 자원과 연결하는 역할을 수행한다(Waystowellness, n.d.). 2025년 빅토리아주에서도 링크 워커가 지역 연계(Local Connections)라는 정신건강 시범사업으로 외로움과 사회적 고립을 겪는 지역 주민들이 지역사회 기반 활동에 참여할 수 있도록 지원하며, 단체 활동 참여를 지원하도록 하고 있다(The Victorian Government Department of Health, 2024).

Central and Eastern Sydney PHN에서는 사회적 처방(Social Rx®) 프로그램을 활용해 링크 워커가 지역사회에 직접 참여하여 프로그램 참여자와 공동으로 계획을 수립하고 취미활동 모임 참여를 지원하는 역할을 수행한다. 해당 프로그램은 주로 정신질환을 경험하고 있는 지역사회 거주민을 대상으로 운영된다(Central and Eastern Sydney PHN, n.d.).

South Western Sydney PHN에서는 서비스 내비게이터(Service Navigator) 프로그램을 운영하고 있으며, 서비스 내비게이터는 링크 워

커와 유사한 역할로 지역사회 건강 서비스를 연결하고, GP에게 진료를 받을 수 있도록 연결하는 역할을 수행한다(South Western Sydney PHN, 2024).

#### 4. 캐나다의 일차의료와 주민참여

캐나다의 일차의료 네트워크(Primary Care Network, PCN)는 지역별 환자의료센터(Patient Medical Homes)<sup>33)</sup>를 기반으로 한 일차의료 서비스 제공자의 임상 네트워크이다. 가정의학과 의사<sup>34)</sup> 및 일반의, 간호사, 약사, 영양사, 정신건강 상담사, 사회복지사 등이 서로 협업하는 팀 기반 방식으로 운영되며, 주별 보건행정시스템과 파트너십 형태로 운영된다. 캐나다는 1개 연방, 10개 주(Province)와 3개 준주(Territories)로 구성되어 있으며 연방정부(Health Canada)와 주정부(Ministry of Health)가 보건 시스템 운영에 대한 권한을 나누어 가지고 있다(Norris, 2020).

캐나다의 건강보험제도는 연방에서 재정을 지원하지만, 주별로 자체적인 설계와 운영을 담당하여 주별로 건강보험제도가 상이하다. 캐나다는 임상 진료비의 약 70%를 행위별수가제로 지급하며, 나머지 30%는 대안 지불제 및 급여제 등으로 구성된다. 초기 PCN 제도는 앨버타주 위주로 정착되었는데, 앨버타주의 경우 행위별 수가제의 비중이 가장 높은 주로서(Lange et al., 2020), 앨버타주(44개)와 브리티시컬럼비아주(2023년

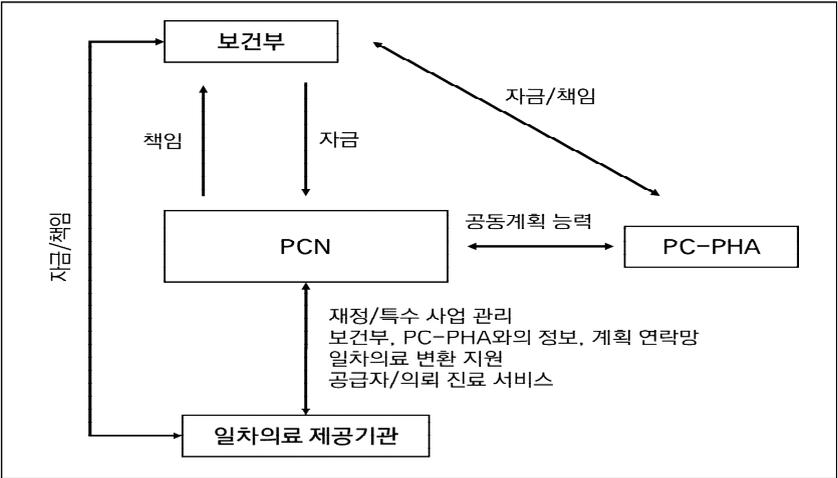
33) 주로 가정의학과 의사 중심으로 운영되나 가정의학과 외에도 일반 개원의 진료소로도 운영되어 일차의료를 제공함. PMH는 일차의료와 함께 지역사회의를 통합하여 제공하고 있으며 팀 기반 진료를 제공함(Doctors of BC, n.d.).

34) 캐나다에서 가정의학과는 의사 면허 취득 후 2년의 레지던트 과정을 거쳐야 하며 마취, 응급의학, 완화의료, 운동관련 전문 분과 등을 추가 1년의 트레이닝을 거쳐 취득할 수 있음.

기준 68개)를 중점으로 PCN이 운영되고 있다(Alberta Government, n.d., British Columbia, 2025).

앨버타주는 2005년 첫 번째로 PCN을 운영하기 시작했으며(Auditor General of Alberta, 2012) 2024년 이전까지 앨버타주의 개별 PCN은 연방, AHS<sup>35)</sup>(Alberta Health Services), 앨버타주 보건부의 삼자 협약에 따라 운영되었다.

[그림 4-7] 앨지역 PCN과 보건부, AHS, 일차의료기관과의 관계



출처: “An implementation history of primary health care transformation: Alberta’s primary care networks and the people, time and culture of change”, Leslie et al., 2020, p.4를 저자가 재구성.

2025년 이후 앨버타 1차 의료 시스템 현대화 이니셔티브(Modernizing Alberta’s Primary Health Care System, MAPS)에 따라 AHS 대신 2025년 2월부터 앨버타주 보건부 산하의 공공기관인 일차의료 지방 보

35) 앨버타주 전역의 공공 보건 서비스를 통합 운영하는 공공기관이며 보건부의 지휘 및 감독을 받음. 2025년 이후 PC-PHA가 AHS의 역할을 담당함.

건기관(Primary Care Provincial Health Agency, PC-PHA)이 앨버타주 전역의 일차의료를 전담하여 예산 배분, 성과 평가 및 거버넌스와 조정을 지원하는 중심 역할을 맡았다(Auditor general of Alberta, 2025).

앨버타주의 39개 PCN에는 약 4,200명의 의사와 1,600명의 의료서비스 제공자가 있다. 앨버타주의 PCN은 인두제를 주요 지불 수단으로 삼고 있으며 행위별수가제를 병행하고 있다(Leslie et al., 2020). 행정비용 및 탐기반 서비스에 대한 지원으로 환자당 연간 62캐나다달러가 제공되고 있다. 앨버타주의 보건부는 2024~2025년 PCN 기본 자금으로 2억 5천만 달러, 일회성 자금으로 2천만 달러, MAPS 2개년 이니셔티브에 추가로 1억 2,500만 달러를 예산으로 책정하였다(Auditor general of Alberta, 2025).

MAPS 이니셔티브는 총 7개의 핵심 분야가 있으며 1) 거버넌스 체계 혁신 및 책임 정비, 2) 환자의료센터(PMH)와 통합된 의료 이웃(Health Neighbourhood<sup>36)</sup> 진화, 3) 일차의료인력 역량 강화, 4) 안전, 품질 및 혁신역량 구축, 5) 디지털 기반 의료환경 구축, 6) 일차의료에 대한 충분한 투자 확대, 7) 원주민 대상의 의료인종차별 해소로 구성된다. 이 중 1) 거버넌스 체계 혁신 및 책임 정비 부문에서 주민과 환자 대표를 의사결정 구조에 포함하도록 권고하고 있으며 이는 ICN(Imagine Citizens Network) 및 지역자문위원회(Regional Advisory Council, RAC)에서 진행한다(Government of Alberta, 2024).

캐나다에서는 ‘지역사회 건강 내비게이터(Community Health Navi-

36) PMH를 중심으로 모든 지역 보건서비스 및 사회서비스 제공자들이 지속적으로 연결된 확장된 돌봄 네트워크를 의미하며 일차의료팀, 공중보건 서비스, 정신건강 관련 기관, 장기요양 및 가정방문 서비스, 커뮤니티 기반 사회서비스(NPO, 사회복지시설 등), 환자의 건강 요구 전반을 통합적으로 관리함.

gator)’라는 명칭이 범용적으로 사용되며, 앨버타주의 Edmonton West PCN의 경우 복합만성질환자에게 건강관리 계획을 수립해 주고, 의료기관까지의 이동 등을 도우며 의료진에게 환자 정보를 전달하는 역할 등을 수행한다(Edmonton West PCN, n.d.).

브리티시컬럼비아주는 2018년부터 PCN을 도입하였으며 2023년 기준 68개 PCN이 있고 팀 기반의 치료 접근 방식을 활용한다. PCN의 치료 모델로는 가정의학과, 헬스 커넥트 레지스트리(가정의학과 의사나 전문간호사에게 지역의료팀에서 매칭해주는 플랫폼), 응급 및 일차진료센터(생명을 위협하지 않는 긴급한 질병에 대한 당일진료 서비스), 지역보건센터(의료 및 사회복지서비스 접근성 제공), 원주민 1차진료 센터, 간호사 1차 진료소(전문간호사<sup>37)</sup>가 개발하고 주도하는 모델이며 임상부문의 석사학위가 필요하다. 질병 진단 및 치료, 검사결과 해석, 약물 처방권 등이 있음), 파운드리센터(12~24세 청소년을 대상으로 하며 정신건강관리, 약물사용 서비스, 신체 및 성생식건강 관리 등이 포함) 등이 제시되고 있다(British Columbia, 2025). 브리티시컬럼비아주의 Richmond PCN은 커뮤니티 링크 서비스를 지원하며, 가정의학과 의사 및 간호사는 환자 커뮤니티 링크 서비스 담당자의 환자 방문을 처방하고 지역사회 자원을 연결하며, 걷기 모임 및 스포츠 활동 등에 참여할 수 있도록 도움을 주고 있다(Richmond PCN, n.d.).

---

37) Nurse practitioner, 대학원 수준의 임상 교육을 이수하여 자율적으로 진료할 수 있는 의료 서비스 제공자임. 브리티시컬럼비아주의 보건전문직법(Health Professions act)의 규제를 받게 됨.

## 5. 미국과 유럽의 커뮤니티 헬스 워커(Community Health Worker)

### 가. 미국의 커뮤니티 헬스 워커

커뮤니티 헬스 워커는 지역사회 구성원이자 지역사회에 대하여 이해하고 있는 공중 보건 종사자로 환자와 의료진, 사회복지 서비스 제공자 사이의 중개자 역할을 하며 주민의 건강 관련 문제를 파악하고 적절한 서비스를 제공받을 수 있도록 돕는다. 커뮤니티 헬스 워커는 2009년 공중보건협회의 정책 성명서에서 공식적으로 정의되었다(American Public Health Association, n.d.).

커뮤니티 헬스 워커는 고등학교 졸업 이상의 학력이 요구되며, 2024년 기준 약 65,000명이 병원, 보건소, 지역사회 단체 등에서 대부분 전일제 근로자로 근무하고 있다. 평균 연봉은 2024년 기준 51,030달러 수준이다(U.S. Bureau of Labor Statistics, 2025.8.28. 인출).

#### 1) 커뮤니티 헬스 워커의 업무 범위

미국의 전국 커뮤니티 헬스 워커 핵심 합의 표준위원회(National Council on CHW Core Consensus)에서는 커뮤니티 헬스 워커의 업무 범위를 10가지로 정의하는 프레임워크를 배포하였다(Rosenthal et al., n.d.). 2018년 조사에 따르면 건강 교육 및 홍보, 서비스 의뢰 등의 역할을 일반적으로 가장 많이 수행하는 것으로 나타났다(Dunn et al., 2021).

〈표 4-25〉 커뮤니티 헬스 워커의 역할과 제공 서비스

역할	서비스
지역사회 및 보건서비스 체계 중재	커뮤니티의 관점과 규범을 의료기관 등에 전달하고, 제도 및 서비스 정보를 주민에게 알기 쉽게 전달함
건강 교육 및 정보 제공	만성질환 예방, 건강행동 개선 방식 등을 교육
돌봄 조정, 사례관리	의료 및 사회서비스 의뢰 및 후속 조치, 환자가 의료·사회서비스 체계를 이해할 수 있도록 설명
코칭 및 사회적 지지	생활 습관 변화, 자기관리를 위한 동기 부여 등
개인과 지역사회를 위한 옹호	개인의 필요와 권리를 기관 등에 대변하고, 지역사회 차원의 자원 확보 등을 위한 정책 변화를 촉구함
개인과 지역사회 역량 강화	주민이 스스로 건강을 관리할 수 있도록 지식과 기술을 갖추도록 함. 커뮤니티 리더십 개발, 주민 참여 확대
직접 서비스 제공	혈압 측정, 건강검진 등 비임상적 서비스 제공
개인 및 지역사회 평가	주민의 건강 요구와 장벽을 파악하기 위한 설문, 결과 바탕으로 서비스 계획 등을 수립함
대상자 발굴 및 아웃리치	서비스 접근이 어려운 집단을 연결, 주민에게 건강 서비스 안내 및 참여 유도
평가 및 연구 참여	보건 프로그램의 효과를 측정하고 연구에 참여함

출처: “The National Council on CHW Core Consensus (C3) Standards Reports and Website”, Rosenthal EL, Menking P, St. John J, Fox D, Holderby-Fox LR, Redondo F, Hirsch G, Lee L, Brownstein JN, Allen C, Haywood C, Ortiz Miller J, Ibarra J, Cole M, Huxley L, Palmer C, Masoud S, Uriarte J, Rush CH., n.d., The National Council on CHW Core Consensus (C3) Standards Reports and Website. Texas Tech University Health Sciences Center El Paso. 2014-2024. <https://www.c3council.org/roles-competencies> 를 저자가 재구성함.

## 2) 커뮤니티 헬스 워커의 다학제 참여

커뮤니티 헬스 워커는 다학제 팀의 일원으로 참여하여 의료서비스의 연계를 도우며, 일차의료, 공중보건, 만성질환 관리, 재입원 관리, 정신건강 분야에서 다학제 접근을 하고 있다. 2010년 환자보호 및 부담적정보험법(Affordable Care Act) 이후 커뮤니티 헬스 워커의 역할이 공식적으로 인정되면서 의료기관에서 커뮤니티 헬스 워커를 다학제 팀에 포함하기 시작하였다(Katzen & Morgan, 2013). 기존에는 메디케이드(Medi-

caid) 및 주 정부 차원에서 급여를 지급하였으나 2024년 메디케어(Medicare)에서 지역사회 건강 통합(Community Health Integration, CHI) 코드(G0019, G0022)를 도입하여 커뮤니티 헬스 워커의 월 단위 서비스에 수가를 제공하였으며 사회적 결정요인 식별, 환자 연결, 자원 연계 등 지원에 해당한다. 청구 책임은 의사 및 간호사 등 medicare 청구 자격이 있는 임상 전문가가 주체가 된다(ASTHO, 2024).

〈표 4-26〉 커뮤니티 헬스 워커의 다학제 팀 참여 유형과 제공 서비스

유형	구성원	제공 서비스	사업 예시
일차의료	의사(주치의), 간호사, 약사, 사회복지사 등	진료 예약, 복용 순응도 확인, 생활 습관 교육	HRSA PCMH
공중보건	역학조사관, 간호사, 환경보건 담당자 등	보건소, 주정부 프로그램, CDC 보조금 사업 등에서 구성하며, 커뮤니티 주민의 참여를 유도함	CDC REACH Program
만성질환 관리	의료진, 영양사, 운동처방사 등	당뇨병, 고혈압, 천식 등 환자 관리하며, 자가관리 위주로 수행	CDC WISEWOMAN. 미네소타주 ACO 등
퇴원이행기 관리	의사, 간호사, 사회복지사, 사례관리사	재입원 위험이 큰 환자를 관리하며, 약물 복용, 재활, 사회자원의 연계를 지원함	Hospital-Community Partnership
정신건강	정신과 전문의, 심리학자, 상담사	상담 연계 및 지속적 참여 독려	Community Mental health Centers

출처: "Affordable Care Act Opportunities for Community Health Workers", Katzen A. & Morgan M., 2013, Center for Health Law and Policy Innovation, Harvard Law School.

이와 함께 미국 보건자원서비스청(HRSA), 미국 질병통제예방센터(CDC), 주별 프로그램 등에서도 다양한 형태로 커뮤니티 헬스 워커가 다학제 팀에 참여하여 활동하고 있다. CDC WISEWOMEN(Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation) 프로그램에서는 심혈관 질환 예방 프로그램에서 커뮤니티 헬스 워커가

일차의료 제공 의료진, 간호사, 약사, 영양사, 건강 코치, 사례관리사 등과 협업하여 환자의 생활습관 개선을 돕고 있다(CDC, 2024a). 미국 질병통제예방센터 국가 당뇨병 예방 프로그램(CDC National Diabetes Prevention Program)의 경우 커뮤니티 헬스 워커가 ‘걷기 그룹’ 같은 주민 건강증진 프로그램을 조직하며, 당뇨병 고위험군 주민들에게 생활습관 개선 교육을 실시한다(CDC, 2024b). HRSA의 PCMH(Patient-Centered Medical Home)<sup>38)</sup>은 당뇨병 환자에게 복약지도 및 식사 교육 등을 제공하며, 환자가 의사소통이 어려운 경우 진료 지시를 쉽게 이해할 수 있도록 도움을 준다(American Diabetes Association, 2020).

텍사스주의 Medicaid 프로그램은 Medicaid 수급자가 만성질환·빈곤 문제로 반복 입원하는 경우 커뮤니티 헬스 워커가 치료 순응도 평가 및 만성질환 관리를 수행하며, 암 검진의 참여율을 높이려고 가정방문·전화상담 등을 진행한다(Wren, 2025). 미네소타주 책임의료기관의 커뮤니티 헬스 워커는 환자가 퇴원 후 재입원 위험이 큰 경우, 환자 가정을 찾아 약 복용·식이 확인, 병원 재방문 예약을 지원하였다(Minnesota Community Health Worker, 2018).

퇴원이행기 관리의 경우 메릴랜드주, 버지니아주, 미시간주 등이 병원-커뮤니티 파트너십으로 환자를 관리하며 반복 입원 환자의 전원 및 커뮤니티 기반 서비스 연결로 입원 재발률을 낮추는 시도를 하고 있다(CMS, 2025; Center For Health Care Strategies, 2017). 커뮤니티 헬스 워커는 퇴원 직후 72시간 이내에 환자의 가정을 방문하고, 환자·가족 교육 및 식사, 운동 등의 자기관리를 지원하며 일차의료 제공 의사, 사회복지사,

38) Medical home은 특정 장소를 의미하는 것이 아닌 일차의료의 핵심 기능인 환자 중심성, 예방, 만성질환 관리 등 포괄적 돌봄, 전문의와 병원, 지역사회 서비스 등을 연계하는 조정된 돌봄, 접근성 확대, 근거기반 진료 등의 안전과 품질을 담보하는 것으로 구성됨 (Agency For Healthcare Research and Quality, n.d.).

간호사 등과 환자 사례를 공유한다(Center For Health Care Strategies, 2017).

### 3) 방문 진료

커뮤니티 헬스 워커는 방문 기반 서비스에도 참여하며 건강교육과 상담, 의료 접근 지원, 복지 욕구 해결, 팀 기반 방문진료 동행 등의 업무를 수행한다. 8개 주에서는 커뮤니티 헬스 워커의 가정 방문을 Medicaid에서 추가로 지급하고 있다(D'Alessandro et al., 2025).

#### 가) 건강 교육 및 상담

캘리포니아주 Medicaid에서는 천식·당뇨 환자 가정 방문 모델에 커뮤니티 헬스 워커가 포함되어 흡입기 사용법 등을 교육하고 임산부에게 영양 상담 및 산전검진 중요성 등을 교육한다(Parma, 2023).

#### 나) 환자 상담

뉴멕시코주 Medicaid의 가정방문 프로그램(Home Visting Program)에서는 커뮤니티 헬스 워커가 출산 후 산모의 집을 방문하여 산후 우울 위험을 평가하고 상담을 제공한다. 오하이오주의 경우 알코올 및 약물 사용 스크리닝을 실시하여 지역 정신건강 서비스 등에 연계하는 역할을 한다(FAMILIESUSA, 2021).

#### 다) 의료 접근성 확대

뉴욕주 Home Visiting Program에서는 환자 가구를 방문해 환자의 재정 사항 등을 파악하고, 교통 바우처, 자녀 돌봄 서비스 등을 연계하여

의료기관 방문을 돕는다(FAMILIESUSA, 2021).

라) 복지 욕구 해결

아칸소주의 경우 장기요양 욕구를 파악하고, 복지 및 의료자원을 연결하는 역할을 커뮤니티 헬스 워커가 수행한다(Medicaid and CHIP payment and Access Commission, 2022).

마) 팀 기반 방문진료 동행

농어촌 지역의 고비용 환자를 대상으로 만성질환 관리팀을 구성하고 가정 방문 및 팀 회의에서 케어 플랜을 검토하고 조정하는 데 참여하기도 한다(Hartzler et al., 2018).

4) 커뮤니티 헬스 워커의 재원 및 보상

주별로 커뮤니티 헬스 워커에 대한 자격요건 및 활동 범위가 상이하여 지불보상 기전이 별도로 존재하며, Medicaid 적용 여부 등이 달라질 수 있다(Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, 2022). 2025년 기준 Medicaid SPA<sup>39)</sup>의 적용을 받는 주는 20개, 1115 waiver(면제) 15개, 관리형 의료기관(Managed Care Organization)<sup>40)</sup>의 적용을 받는 주는 20개이며 일부 주의 경우는 혼합 지불 방식을 사용하고 있고, Medicaid에서 지불하지 않는 지역은 총 21개 주이다(D'Alessandro et al., 2025). Medicaid 외에도 정부 보조금 프로그램

39) State Plan Amendment, 주와 연방정부 간의 협정으로 프로그램 변경, 업데이트 등에 대한 승인을 연방정부에 요청함.

40) 환자의 건강서비스 이용을 관리·조정하여 비용 절감과 서비스 품질 향상을 동시에 추구하는 의료보험 제공자(insurance plan) 혹은 의료기관 네트워크를 의미함(CDC, 2022).

등에 공모하여 커뮤니티 헬스 워커에 대한 재원을 확보하였다.

〈표 4-27〉 Medicaid에서 커뮤니티 헬스 워커에 지불하는 방식

유형	지불 방식
Medicaid SPA	주별 Medicaid 계획을 수정하여 CHW 서비스를 보험 커버리지 안에 넣는 방식. CHW가 Medicaid 수혜자에게 제공하는 특정 서비스가 Medicaid를 통해 보상됨
시범사업 면제(Demonstration Waivers)	주 정부가 연방 정부 허가를 받아 비전형적 의료 서비스 모델을 실험적으로 시행할 수 있게 해 주는 제도
관리의료조직(Managed care organization)	의료보험사 또는 관리형 의료제도(MCO)가 CHW 활동을 포함해 비용 절감, 건강결과 개선 등을 전제로 CHW에 지급 또는 계약금을 줌

출처: “Medicaid Coverage of Community Health Worker Services”, Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, 2022, pp.7-8.

Medicaid가 커버하지 않는 21개 주의 경우 코로나19 대응 및 회복력 있는 지역사회를 위한 지역사회 보건인력 프로그램(Community Health Workers for COVID Response and Resilient Communities, CCR), CDC 건강 격차 보조금 및 CDC 예방접종 추가 지원금(CDC Health Disparities Grant and CDC Vaccination Supplemental Funding) 등의 정부 보조 재원이 있다. 주별로 정부 보조금 프로그램에 개별적으로 참여하며 단기 보조금(grants)이나 프로젝트 기반 자금의 성격을 띠고 있어 지속성 확보가 요구된다(D’Alessandro et al., 2025).

#### 5) 커뮤니티 헬스 워커와 주민참여

정부 및 주 차원에서는 재정을 지원하고 커뮤니티 헬스 워커의 역량을 강화해 이들의 참여를 기반으로 주민 건강 모임 참여 확대와 모임의 지속성 강화를 촉진하였다.

CDC는 코로나19 대응 및 회복력 있는 지역사회를 위한 지역사회 보건인력 프로그램(CCR, 2021-2024)으로 자조모임, 걷기모임, 만성질환 예방 그룹 활동 등 커뮤니티 기반 활동을 조직·지원할 수 있도록 자금을 지원하였다(CDC, 2024c). 또한 사회적 결정요인에 대한 보조금을 지원함으로써 커뮤니티 헬스 워커를 고용한 기관이 주민 참여형 계획을 수립하고 집단행동 프로그램을 운영할 수 있도록 하였으며(CDC, 2024c), 프로그램에는 지역 모임 계획, 사회적 연결을 위한 행동 등이 포함되었다(Hacker et al., 2022).

HRSA는 커뮤니티 헬스 워커의 트레이닝 프로그램으로(CHWTP, 2022-2025) 커뮤니티 헬스 워커를 교육·훈련하는 동시에, 주민들이 지역 기반 자조그룹이나 건강교육 모임을 조직할 수 있도록 병원 및 지역사회 단체의 현장실습, 건강 상담 시뮬레이션 등 커뮤니티 헬스 워커의 역할을 강화하였다(HRSA, 2024).

미국 일부 주에서는 Medicaid 자금 및 주 정부의 보조금을 활용하여 커뮤니티 헬스 워커가 주민참여를 촉진할 수 있도록 지원하였다. 미네소타주의 경우 Medicaid의 지원과 함께 재단 운영비 등의 복합적 재원으로 주민의 커뮤니티 모임 참여를 지원한다(Minnesota Community Health Worker Alliance, 2025).

## 나. 유럽의 커뮤니티 헬스 워커

커뮤니티 헬스 워커에 대한 체계적 문헌고찰에 따르면(Olaniran et al., 2017) 커뮤니티 헬스 워커라는 용어는 유럽 지역보다는 주로 미국, 캐나다 등 북아메리카 지역이나 중·저소득 국가에서 통용되고 있다. 영국의 경우 커뮤니티 헬스 워커를 (lay) health trainer로 명명하며, 기타 유

럽 국가에서는 커뮤니티 헬스 워커라는 용어 외에 아웃리치 워커, 공중 헬스 워커(public health worker), 헬스 프로모터(health promotor), 지역사회 동료 자원봉사자(community peer volunteer) 등의 명칭을 사용하기도 한다(Van Iseghem et al., 2023). 스페인, 프랑스, 벨기에, 네덜란드 등이 미국의 커뮤니티 헬스 워커와 유사한 제도를 운영하고 있다(Fagundo-Rivera et al., 2025; WHO, 2025; Masquillier & Cosaert, 2023; Zorginstituut Nederland, n.d.).

〈표 4-28〉 유럽의 커뮤니티 헬스 워커 유사 제도

국가	대상	재원	제공 서비스	명칭
스페인	이민자 및 소수 민족	지자체 단위 공공예산 및 프로젝트성 재원	건강 교육, 예방접진 안내, 의료접근성 확대	Community health mediators
프랑스	정신건강 분야 및 성노동자 등	국가 공중보건기관	사회적지지 및 그룹 활동, 서비스 연결	Peer Support Workers, health mediators
벨기에	사회경제적 취약자	국가 재정	국가 주도로 진행 의료 접근의 단계별 장애요소를 개인별로 조율함	Intercultural mediator
네덜란드	만성질환자 등 고위험 관리군, 이민자 등	법정 기본건강보험(코칭) NGO, 프로젝트기금 (문화중개)	복합생활습관 개선 프로그램 문화적 중재	Life Style Coaches, Cultural mediators

출처: “Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review”, Fagundo-Rivera et al., 2025, European Journal of Public Health, 407-422; “Peer support workers in France: lived experience as expertise in mental health care”, WHO, 2025; “Facilitating access to primary care for people living in socio-economically vulnerable circumstances in Belgium through community health workers: towards a conceptual model”, Masquillier et al., 2023, BMC primary care; “Gecombineerde Leefstijlinterventie(GLI) (Zvw)”, Zorginstituut Nederland, n.d.

유럽에서 커뮤니티 헬스 워커의 주요 개입 대상은 의료서비스 접근이 취약한 지역에 거주하는 저소득층이며, 일부 연구에서는 만성질환자나

농어촌 지역 거주자를 대상으로 한 사례도 보고되었다. 국가별로 커뮤니티 헬스 워커의 참여 영역에는 차이가 있으나, 공통적으로 의료 접근성 확대, 암 검진 및 당뇨·고혈압·금연 등 비전염성 질환 관리, 정신건강 관련 심리사회적 지원, 성·생식 건강 지원 등이 주요 역할로 제시되었다. 커뮤니티 헬스 워커는 미국과 유사하게 단기 교육 이수 후 현장에 투입되는 경우가 많았으며, 일부 연구에서만 급여가 지급된 것으로 보고되었고, 상당수는 자원봉사 형태로 활동하고 있는 것으로 나타났다(Fagundo-Rivera et al., 2025; WHO, 2025; Masquillier et al., 2023; Zorginstituut Nederland, n.d.).

## 6. 소결

이 절에서는 주요국의 일차의료 제도 동향을 살펴보고 일차의료와 주민참여가 어떻게 결합하고 있는지 살펴보았다.

주요 국가들은 고령화와 만성질환의 급격한 증가에 대응하고자 일차의료를 단순히 질병 치료에 국한하지 않고, 지역사회 통합 돌봄(통합케어), 다학제 팀 기반 진료 그리고 사회적 처방을 결합하는 방향으로 강화하고 있었다. 우선 일본의 경우, 의료와 간호의 경계를 허물고 주민이 살던 곳에서 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축해왔다. 이 과정에서 일차의료를 지역포괄케어시스템의 주축으로 하여 재택의료, 돌봄서비스의 연계를 강화하는 데 중점을 두어 왔는데, 가령 2018년부터 ‘종합진료전문의’ 제도를 도입하여 일상적인 질환에 전인적으로 대응하고 있으며, 24시간 대응체계를 갖추고 있어야 보수를 받을 수 있도록 하는 등 재택의료의 요건을 강화하였다. 또한 일본 전역에 지역포괄지원센터를 설치하여 고령자 근거리에서 보건의료와 복지를 통합적으로 조

정하는 거점 역할을 수행하도록 하였다.

영국은 최근 개별 GP(일반의) 진료소의 한계를 극복하려고 네트워크 단위의 협력과 통합적 서비스 제공을 강조하는 방향으로 일차의료체계를 개편하고 있다. 2019년부터 여러 GP 진료소를 묶어 인구 3만~5만 명을 담당하는 PCN(Primary Care Network) 모델을 도입하여 일차 의료 기관들을 지원하는 한편, 다른 보건 및 사회복지기관과 협력하여 지역 주민들에게 통합 서비스를 제공하고 있다. 특히 임상약사, 물리치료사, 정신건강 전문가 등 17개 직군에 대한 재정 지원으로 GP의 업무 부담을 줄이고 전문적인 팀 진료를 제공하는 한편, 외로움이나 사회적 고립 등 비의료적 문제가 건강에 미치는 영향을 해결하려고 환자를 지역 내 자조모임이나 자원봉사 단체에 연결하는 사회적 처방을 핵심 사업으로 운영하고 있다.

캐나다 역시 일부 주를 중심으로 PCN 모델을 운영 중이다. 환자 중심의 케어를 지속하려고 지역별 환자의료센터(Patient Medical Homes)에서 가정의학과 의사 및 일반의, 간호사, 약사, 영양사, 정신건강 상담사, 사회복지사 등이 서로 협업하는 팀 기반의 케어를 제공한다.

한편, 주요국들은 일차의료를 중심으로 한 지역포괄케어와 통합돌봄 체계를 구축해가는 과정에서 주민참여를 중요한 요소로 고려하였다. 주민참여는 공공 자원의 한계를 보완하고, 수요자 중심의 맞춤형 서비스를 제공하며, 지역 공동체의 건강과 복지를 증진하는 데 핵심적인 역할을 수행하였다.

호주의 경우, PHN(지역보건네트워크)에서 ‘지역자문위원회(Community Advisory Committee)’를 통해 소비자 및 보호자가 의사결정과 투자 과정에 직접 관여하도록 하고 있다.

일본은 지역포괄케어시스템을 도입하면서 고령자의 노쇠 예방 활동을

주민이 주체적으로 수행하며, 건강한 노인이 자원봉사자로 요개호·요지원자를 방문하는 것을 포함해 지역 생활 지원 코디네이터로 활동할 수 있도록 교육하고 있다. 아울러 지역 이해단체 등과 연계하여 생활지원 자원을 발굴하고, 지역포괄지원센터와 협력하여 서비스 설계에 기여하는 등의 호조를 실천하고 있다.

영국, 호주, 캐나다에서는 일차의료와 지역사회 자원을 연결하는 비의료인 주민의 역할이 강조된다. 사회적 처방 개념을 도입해 링크 워커(Link Worker)들이 주민들을 지역 내 자원봉사 단체나 주민 주도 자조 모임에 연결하여 사회적, 정서적 요구를 충족시키는 동시에 지역 내 커뮤니티 그룹의 인프라를 파악하고, 필요한 경우 신규 그룹을 조직할 수 있도록 지원한다. 영국의 링크 워커는 2019년 이후 PCN이 도입되면서 NHS 산하에서 재정적 지원을 받기 시작했으며(NHS, 2019), 영국에 비해 비교적 최근에 사회적 처방 개념이 도입된 호주에서는 주로 정신건강 분야에서 사회적 처방이 이루어지고 있다. 또 일부 지역에서는 문화적·언어적 장벽이 있는 대상자를 상대로 의료 통역, 의료서비스 연결에 필요한 행정적 지원, 케어 플랜 등을 서비스 내비게이터가 지원할 수 있도록 고지하였다(South Western Sydney PHN, 2024). 캐나다의 경우 주별 모형이 별도로 존재하나 앨버타, 브리티시컬럼비아 등 일부 주는 사회적 처방자를 지역사회 보건 코디네이터(Community Health Navigator)등의 명칭으로 부르고 있다. 이들은 커뮤니티 링크 프로그램으로 지역사회 자원을 연결하고, 건강 모임에 참여할 수 있도록 돕는 등 만성질환자의 보건·사회서비스 연계를 담당한다.

미국은 지역사회 사정을 잘 아는 주민이 커뮤니티 헬스 워커(CHW)로 활동하며 환자와 의료진 사이의 중개자 역할을 수행한다. 커뮤니티 헬스 워커는 다학제 팀의 일원으로 참여하여 의료서비스의 연계를 도우며, 만

성질환을 예방하려는 걷기 모임이나 건강 증진 프로그램을 직접 조직하여 주민 참여를 유도하거나 서비스 접근이 어려운 집단을 발굴(아웃리치)하여 적절한 의료 및 복지 서비스를 받도록 안내하기도 한다. 커뮤니티 헬스 워커는 영국이나 호주의 경우처럼 네트워크 기반이 아닌 개별 보건소·병원·커뮤니티 기반 조직 산하에 고용된다. 2010년 환자보호 및 부담 적정보험법(Affordable Care Act) 이후 커뮤니티 헬스 워커의 역할이 공식적으로 인정되었으며, 최근 Medicare에서는 커뮤니티 헬스 워커에 대한 수가를 제공하기 시작했다.

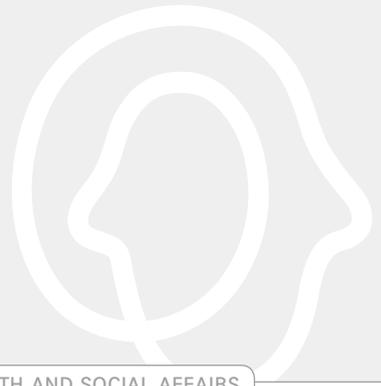
이처럼 주요 국가들의 일차의료 및 주민참여 모델은 접근 방식에는 차이가 있으나 공통적으로 거주지 중심의 통합돌봄 체계를 구축하고, 이 과정에서 링크 워커나 커뮤니티 헬스 워커와 같은 비의료 전문 인력이 환자와 지역 자원을 연결하며 주민참여형 건강 공동체 형성에 핵심적인 역할을 수행한다는 점에서 공통된 특징을 보인다.



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제5장

### 주민참여형 지역건강돌봄에 대한 인식 조사

제1절 조사 설계

제2절 조사 결과

제3절 고찰



## 제 5 장

# 주민참여형 지역건강돌봄에 대한 인식 조사

### 제1절 조사 설계

#### 1. 조사 목적

이 조사의 목적은 지역건강돌봄을 달성하는 데 필요한 핵심 구성 요인으로서 일차의료와 주민참여의 중요성(필요성)에 대한 일반국민의 인식을 파악하는 데 있다. 구체적으로, 지역 내 건강돌봄을 위해 일차의료로 제공되어야 할 서비스의 범위에 대한 일반인의 인식을 파악하고, 지역 건강돌봄에서 주민의 역할과 참여 범위, 이를 위해 필요한 요소들을 파악하고자 하였다.

#### 2. 조사 대상 및 모집 방법

최근 1년 동안 동네 병원 이용 경험이 있는 30-69세 성인 약 1,000명을 대상으로 하였으며, 대도시·중소도시·농어촌 거주자를 고루 포함하고 비수도권 거주자의 비율이 최소 50% 이상 되도록 표본을 추출하였다. 전체 1,000명 중 30%는 의료사협 조합원에게 할당함으로써 조직의 운영 취지상 포괄적 일차의료 및 지역건강돌봄 활동의 경험이 있을 것으로 예상되는 의료사협 조합원들과 대부분 그렇지 못한 일반인들의 결과를 비교하고자 하였다. 조사에 참여할 조합원 모집은 의료사협 연합회를 통해 진행하였으며, 나머지는 조사업체에서 모집하였다. 최종적으로 총 1,031명이 조사에 참여하였다.

### 3. 주요 조사 내용

거주지역 내 건강돌봄의 충분성에 대한 인식, 주치의 제도 및 일차의료에서 제공되어야 할 서비스에 대한 인식, 지역 건강돌봄에 주민 참여의 필요성, 주민참여의 경험과 의향, 주민참여를 활성화하는 조건 등을 주제로 하여 조사를 수행하였다.

### 4. 조사 방법과 일정

조사업체에서 온라인(모바일) 방식으로 설문조사를 진행하였으며 조사 대상자에게 웹설문 링크가 있는 문자 또는 카카오톡을 발송하여 조사를 진행하였다. 일반 응답자와 의료사협 조합원의 링크는 별도로 제작하였으며, 조사 참여에 따라 5,000원 상당의 모바일 상품권을 지급하였다. 조사 참여의 자발성을 확보하려고 조사에 참여하기를 원하는 대상자에 한해 조사를 수행하였으며 조사를 충분히 안내한 후 응답자 동의서를 작성하도록 하였다.

조사는 2025년 9월 5일부터 2025년 9월 28일까지 약 4주간 한국보건사회연구원 생명윤리위원회 승인을 받아 진행하였다(제2025-095호).

## 제2절 조사 결과

### 1. 일반적 사항

총 1,031명의 대상자가 본조사에 참여하였으며, 728명의 일반 대상자 및 의료사협 조합원 303명이 조사를 완료하였다. 일반 패널은 성별, 연령대, 지역별로 비교적 고르게 참여한 반면, 의료사협 조합원의 경우 여성, 50대 이상, 중소도시 거주자의 비중이 높았다.

〈표 5-1〉 조사참여자의 일반적 특성

	사례 수	일반 패널		의료복지사회적협동조합원	
		%	명	%	명
전체	(1,031)	70.6	728	29.4	303
성별					
여성	(569)	50.1	(365)	67.3	(204)
남성	(462)	49.9	(363)	32.7	(99)
연령 구분					
30대	(178)	20.1	(146)	10.6	(32)
40대	(238)	24.0	(175)	20.8	(63)
50대	(320)	28.8	(210)	36.3	(110)
60대	(295)	27.1	(197)	32.3	(98)
거주지역					
대도시	(336)	33.0	(240)	31.7	(96)
중소도시	(432)	33.2	(242)	62.7	(190)
농어촌지역	(263)	33.8	(246)	5.6	(17)
지난 일 년 동안 입원 치료					
있다	(421)	42.7	(311)	36.3	(110)
없다	(610)	57.3	(417)	63.7	(193)
6개월 이상 앓고 있는 질환					
있다	(404)	39.0	(284)	39.6	(120)
없다	(627)	61.0	(444)	60.4	(183)

## 2. 지역 내 건강 돌봄의 충분성

### 가. 거주지역에서 건강문제 해결 가능 여부

‘현재 거주 지역에서 대부분의 건강문제(건강과 관련하여 갖고 있는 고민이나 질환)를 해결할 수 있다고 생각하는지’ 질문한 결과에서 거주지역 및 협동조합원 가입 여부에 따라 건강문제 해결 가능 여부에 대한 응답 경향이 달랐다. 거주 지역이 농어촌 및 중소도시일수록 거주지역에서 건강문제를 해결하기가 어렵다는 답변의 비중이 높았으며, 일반 패널보다 협동조합원에서 건강문제를 지역에서 해결할 수 있다고 대답한 비중이 약 24%p 높았다.

한편, 표로는 따로 제시하지 않았지만 응답자들이 생각하는 거주지역의 범위가 동(읍·면) 단위인지, 아니면 시군구나 광역시·도 단위인지 살펴본 결과, 농어촌 지역 거주자들은 주로 동(읍·면) 단위를, 중소도시 거주자들은 시군구 단위를, 대도시 거주자들은 시군구와 광역시도를 비슷한 비율로 거주지역의 범위로 인식하고 있었다.

〈표 5-2〉 거주지역에서 건강문제 해결 가능 여부

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	19.5	111	22.1	126	58.3	332
남성	462	21.2	98	28.1	130	50.6	234
연령 구분							
30대	178	14.6	26	28.1	50	57.3	102
40대	238	18.5	44	21.4	51	60.1	143
50대	320	22.8	73	24.7	79	52.5	168
60대	295	22.4	66	25.8	76	51.9	153
거주지역							
대도시	336	9.2	31	22.3	75	68.5	230
중소도시	432	15.7	68	24.1	104	60.2	260
농어촌지역	263	41.8	110	29.3	77	28.9	76

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
대상자 구분							
일반 패널	728	24.6	179	27.5	200	47.9	349
협동조합원	303	9.9	30	18.5	56	71.6	217
지난 1년간 입원 치료							
있다	421	21.6	91	24.9	105	53.4	225
없다	610	19.3	118	24.8	151	55.9	341
6개월 이상 앓고 있는 질환							
있다	404	19.1	77	26.0	105	55.0	222
없다	627	21.1	132	24.1	151	54.9	344

일반 패널의 경우 농어촌 지역에 거주 시 건강문제 해결이 어렵다고 대답한 비중은 43.5%, 건강문제 해결이 가능하다고 대답한 비중은 27.6%였다. 반면 협동조합원의 경우 농어촌 지역에 거주 시 건강문제 해결이 어렵다고 대답한 비중은 17.6%, 건강문제 해결이 가능하다고 대답한 비중은 47.1%로 건강문제 해결 여부에 대한 인식이 같은 농어촌 지역에서도 다르게 나타났다.

〈표 5-3〉 거주지역별 조사참여자의 건강문제 해결 가능 여부(일반 패널)

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
거주지역							
대도시	96	9.6	23	24.6	59	65.8	158
중소도시	190	20.2	49	28.9	70	50.8	123
농어촌지역	17	43.5	107	28.9	71	27.6	68

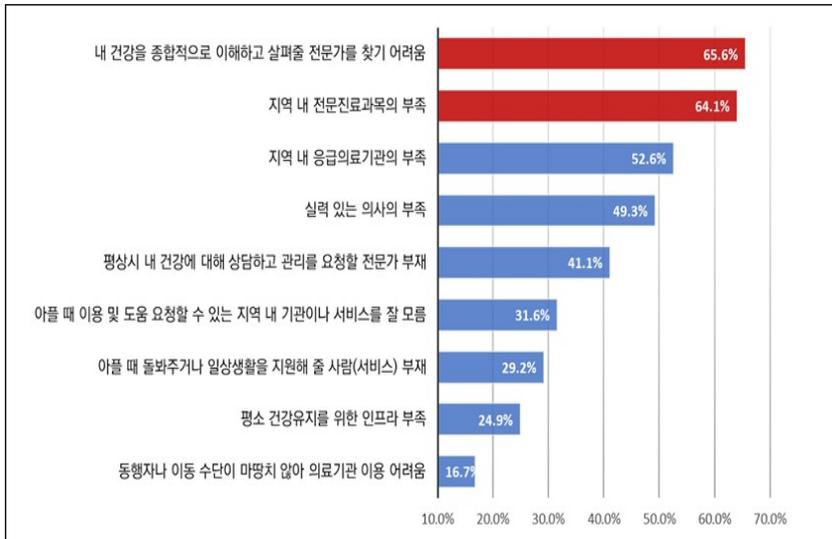
〈표 5-4〉 거주지역별 조사참여자의 건강문제 해결 가능 여부(협동 조합원)

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
거주지역							
대도시	240	8.3	8	16.7	16	75	72
중소도시	242	10	19	17.9	34	72.1	137
농어촌지역	246	17.6	3	35.3	6	47.1	8

## 나. 거주 지역에서 건강문제를 해결하지 못하는 이유

거주지역에서 건강문제를 해결하지 못하는 이유를 총 209명(일반 패널 179명, 협동조합원 30명)이 응답하였는데, 가장 많이 보고된 이유는 ‘아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움(137명, 65.6%)’, ‘지역 내 전문진료과목의 부족(134명, 64.1%)’, ‘지역 내 응급의료기관의 부족(110명, 52.6%)’ 순이었다. 조금씩 수치의 차이는 있었지만, 이러한 경향은 성별이나 연령대, 건강상태에 관계없이 대체로 유사하게 나타났다.

[그림 5-1] 거주지역에서 건강문제를 해결하지 못하는 이유



다만, 거주지역에 따라서는 사뭇 다른 경향을 확인할 수 있었는데, 대도시 거주자의 경우 ‘평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리를 요청할 전문가를 찾기 어려움(77.4%)’, ‘아플 때 내 건강을 종합적으로 이

해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움(74.2%)', '지역 내 전문진료과목의 부족(54.8%)'의 순으로 보고하여 일차의료에 대한 요구도를 드러낸 반면, 농어촌 지역 거주자는 '지역 내 전문진료과목의 부족(78.2%)', '아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움(72.7%)', '지역 내 응급의료기관의 부족(68.2%)' 등 주로 전반적인 의료 인프라의 부족을 주요 문제로 꼽았다.

한편 일반 패널의 경우 전체 응답과 동일한 순위로 건강문제 미해결의 이유를 보고하였으나 협동조합원의 경우 '아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움(16명, 53.3%)', '지역 내 전문진료과목 부족(16명, 53.3%)' 외에도 '평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고, 관리를 요청할 전문가를 찾기 어려움(16명, 53.3%)'의 이유를 가장 많이 선택하여 전반적으로 일차医료를 지역 내 건강문제 해결의 중요한 요소로 파악하고 있었다.

〈표 5-5〉 거주지역 내 건강문제 해결이 어려운 이유(응답자 특성별)

		(단위: %)									
시례 수 (명)	아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 심폐출진문가를 찾기 어려움	평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리를 요청할 전문가를 찾기 어려움	동행자가 없거나 이동 수단이 마땅치 않아서 의료기관 이용이 불편하고 어려움	운동시설이나 건강 강좌, 건강모임 등 평소 건강유지를 위한 인프라가 부족함	아플 때 병을 돌봐주거나 일상생활을 지원해 줄 사람 또는 서비스가 없음	아플 때 이용하거나 도움을 요청할 수 있는 지역 내 기관이나 서비스를 잘 모름	지역 내 전문진료 과목의 부족	지역 내 응급의료 기관의 부족	지역 내 실력 있는 의사의 부족		
전체 □ (209)	65.6	41.1	16.7	24.9	29.2	31.6	64.1	52.6	49.3		
성별											
여성 (111)	68.5	40.5	15.3	22.5	24.3	27.9	64.9	55.9	55.9		
남성 (98)	62.2	41.8	18.4	27.6	34.7	35.7	63.3	49.0	41.8		
연령 구분											
30대 (26)	61.5	23.1	11.5	19.2	26.9	23.1	65.4	61.5	42.3		
40대 (44)	72.7	34.1	25.0	20.5	31.8	22.7	68.2	65.9	52.3		
50대 (73)	68.5	52.1	16.4	23.3	31.5	43.8	63.0	54.8	56.2		
60대 (66)	59.1	40.9	13.6	31.8	25.8	27.3	62.1	37.9	42.4		
거주지역											
대도시 (31)	74.2	77.4	12.9	19.4	41.9	41.9	54.8	32.3	35.5		
중소도시 (68)	50.0	35.3	11.8	17.6	27.9	30.9	45.6	36.8	41.2		
농어촌지역 (110)	72.7	34.5	20.9	30.9	26.4	29.1	78.2	68.2	58.2		
대상자 구분											
일반 패널 (179)	67.6	39.1	15.6	25.7	30.7	31.8	65.9	55.3	52.0		
협동조합원 (30)	53.3	53.3	23.3	20.0	20.0	30.0	53.3	36.7	33.3		

	사례 수 (명)	아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 상피술 전문가를 찾기 어려움	평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리를 요청할 전문가를 찾기 어려움	동행자가 없거나 이동 수단이 마땅치 않아서 의료기관 이용이 불편하고 어려움	운동시설 이나 건강 강좌, 건강모임 등 평소 건강유지를 위한 인프라가 부족함	아플 때 병을 틀러주거나 일상생활을 지원해 줄 사람 또는 서비스가 없음	아플 때 이용하거나 도움을 요청할 수 있는 지역 내 기관이나 서비스를 잘 모름	지역 내 전문진료 과목의 부족	지역 내 응급의료 기관의 부족	실력 있는 의사의 부족
지난 일 년 동안 입원 치료	있다 (91)	62.6	37.4	20.9	22.0	28.6	39.6	57.1	48.4	46.2
6개월 이상 없고 있는 질환	없다 (118)	67.8	44.1	13.6	27.1	29.7	25.4	69.5	55.9	51.7
	(77)	66.2	41.6	15.6	28.6	20.8	36.4	61.0	48.1	42.9
	(132)	65.2	40.9	17.4	22.7	34.1	28.8	65.9	55.3	53.0

### 다. 거주지역의 건강관리 및 건강돌봄, 의료서비스에 대한 인식

전체 응답자를 대상으로 거주지역에서의 건강관리 및 건강돌봄, 의료 서비스에 대한 인식을 조사하였다. 충분하지 않다고 응답한 비율이 가장 높은 항목은 ‘24시간 응급 진료 및 이송체계(322명, 31.2%)’와 ‘다양한 전문 진료과목과 고가 검사장비를 구비한 병원(312명, 30.3%)’이었으며, ‘주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(298명, 28.9%)’, ‘의료기관 이용을 위한 동행 및 이동 지원 서비스(297명, 28.8%)’, ‘재택의료·가정간호서비스(방문진료, 방문간호, 방문재활 등)(296명, 28.7%)’가 뒤를 이어 비슷한 수준으로 보고되었다.

〈표 5-6〉 조사참여자 거주 지역의 건강관리, 건강돌봄 및 의료서비스에 대한 인식

항목	충분하지 않다	
	%	명
24시간 응급 진료 및 이송체계	31.2	322
다양한 전문 진료과목과 고가 검사장비를 구비한 병원	30.3	312
주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리	28.9	298
의료기관 이용을 위한 동행 및 이동 지원 서비스	28.8	297
재택의료·가정간호서비스(방문진료, 방문간호, 방문재활 등)	28.7	296
동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송	25.7	265
실력 있는 의료진	25.7	265
환자 일상생활 지원 서비스(가사, 식생활, 위생, 이동 등)	25.5	263
평소 건강관리를 위한 자원 및 서비스(운동시설, 건강모임 등)	21.9	226
환자 간병 및 요양·돌봄서비스(방문요양, 방문돌봄 서비스 등)	21.0	216
질병 예방 관련 프로그램 또는 서비스	18.3	189

각 서비스의 충분성에 대한 인식을 응답자의 특성별로 구체적으로 살펴보면 아래와 같다(〈표 5-7〉~〈표 5-17〉).

우선 ‘주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리’의 경우, 여성이

남성보다 긍정적인 응답률이 높았으나 연령에 따른 차이는 나타나지 않았다. 또한 긍정적인 응답이 많은 대도시나 중소도시 거주자에 비해 농어촌 지역 거주자는 부정적인 응답이 44.9%, 긍정적인 응답이 21.3%로 나타나 지역에 따른 인식 차이를 확인할 수 있었다. 한편, 일반 패널에서는 긍정적인 응답과 부정적인 응답 비율에 큰 차이가 없었으나 협동조합원의 경우 주치의 건강관리에 대하여 ‘충분하다’고 답한 비율이 47.9%로 일반 패널에 비하여 14.2%p 높게 나타났다.

〈표 5-7〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ① 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	26.2	149	32.5	185	41.3	235
남성	462	32.3	149	34.2	158	33.5	155
연령 구분							
30대	178	29.8	53	30.3	54	39.9	71
40대	238	23.1	55	40.8	97	36.1	86
50대	320	33.4	107	30.3	97	36.3	116
60대	295	28.1	83	32.2	95	39.7	117
거주지역							
대도시	336	22.0	74	28.9	97	49.1	165
중소도시	432	24.5	106	36.3	157	39.1	169
농어촌지역	263	44.9	118	33.8	89	21.3	56
대상자 구분							
일반 패널	728	31.9	232	34.5	251	33.7	245
협동조합원	303	21.8	66	30.4	92	47.9	145

‘의료기관 이용을 위한 동행 및 이동 지원 서비스’의 경우, 연령대가 높아질수록 부정적인 응답 비율이 높아지는 경향을 보였다. 또 거주지역에 따른 인식 차이가 두드러졌는데, 대도시와 중소도시 거주자에 비해 농어

촌 지역 거주자들이 상대적으로 더 많이 이동 지원 서비스가 충분하지 않다고 답변하였다(38.4%).

〈표 5-8〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ② 의료기관 이용 위한 동행 및 이동 지원 서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	29.7	169	38.3	218	32.0	182
남성	462	27.7	128	42.9	198	29.4	136
연령 구분							
30대	178	24.2	43	36.5	65	39.3	70
40대	238	25.6	61	47.5	113	26.9	64
50대	320	31.6	101	37.5	120	30.9	99
60대	295	31.2	92	40.0	118	28.8	85
거주지역							
대도시	336	26.8	90	39.0	131	34.2	115
중소도시	432	24.5	106	42.1	182	33.3	144
농어촌지역	263	38.4	101	39.2	103	22.4	59
대상자 구분							
일반 패널	728	28.8	210	42.2	307	29.0	211
협동조합원	303	28.7	87	36.0	109	35.3	107

‘평소 건강관리를 위한 자원 및 서비스(운동시설 및 건강모임 등)’의 충분성에 대해 일반 패널보다 조합원 응답자들에서 충분한 편이라고 대답한 비율이 16.2%p 더 높게 나타났다. 이는 의료사협에서 건강모임 및 운동 처방 등 건강관리 자원의 활용을 중심으로 조합원의 건강을 관리하고 있는 특성을 반영한 것으로 보인다. 거주지역별로 살펴보면, 농어촌 지역에서 상대적으로 대도시와 중소도시에 비하여 건강관리 자원과 서비스가 부족하다는 응답이 높았다.

〈표 5-9〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ㉓ 건강관리 자원 및 서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
<b>성별</b>							
여성	569	22.5	128	36.2	206	41.3	235
남성	462	21.2	98	40.3	186	38.5	178
<b>연령 구분</b>							
30대	178	17.4	31	36.5	65	46.1	82
40대	238	22.3	53	39.9	95	37.8	90
50대	320	23.8	76	39.4	126	36.9	118
60대	295	22.4	66	35.9	106	41.7	123
<b>거주지역</b>							
대도시	336	17.6	59	35.4	119	47	158
중소도시	432	19	82	38.4	166	42.6	184
농어촌지역	263	32.3	85	40.7	107	27	71
<b>대상자 구분</b>							
일반 패널	728	23.2	169	41.5	302	35.3	257
협동조합원	303	18.8	57	29.7	90	51.5	156

‘질병 예방 프로그램 및 서비스’의 경우, 여성이 남성보다 긍정적인 응답 비율이 높았으며, 일반 패널에 비하여 조합원에서 충분한 편이라고 대답한 비중이 14.7%p 더 높게 나타났다. 거주지역에 따른 인식 차이도 두드러졌는데, 농어촌 지역의 경우 대도시에 비하여 긍정적으로 응답한 비율이 22.6%p 낮았다.

〈표 5-10〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ㉔ 질병 예방 프로그램 및 서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
<b>성별</b>							
여성	569	15.6	89	36.4	207	48.0	273
남성	462	21.6	100	38.3	177	40.0	185

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
연령 구분							
30대	178	14.6	26	36.0	64	49.4	88
40대	238	16.8	40	41.2	98	42.0	100
50대	320	20.6	66	36.3	116	43.1	138
60대	295	19.3	57	35.9	106	44.7	132
거주지역							
대도시	336	16.1	54	32.4	109	51.5	173
중소도시	432	14.4	62	37.3	161	48.4	209
농어촌지역	263	27.8	73	43.3	114	28.9	76
대상자 구분							
일반 패널	728	19.8	144	40.1	292	40.1	292
협동조합원	303	14.9	45	30.4	92	54.8	166

‘재택의료 및 가정간호서비스’에 대해서는 일반 패널에 비하여 조합원  
에서 충분한 편이라고 대답한 비중이 19%p 더 높게 나타났다. 이는 상당  
수 의료사협이 재택의료 및 가정간호서비스를 제공하기 때문으로 보인  
다. 거주지역별로 보면, 농어촌 지역의 경우 대도시에 비하여 충분하지  
못하다는 대답이 17.3%p 더 높게 나타났다. 한편, 6개월 이상 앓고 있는  
질환이 있을 경우 재택의료 서비스가 충분하지 않다고 답변한 비율이  
32.7%로, 질환이 없는 경우보다 재택의료 서비스의 부족을 더 느끼는 것  
으로 나타났다.

〈표 5-11〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑤ 재택의료 및 가정간호서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	27.8	158	37.6	214	34.6	197
남성	462	29.9	138	39.6	183	30.5	141

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
<b>연령 구분</b>							
30대	178	24.2	43	39.3	70	36.5	65
40대	238	26.9	64	42.4	101	30.7	73
50대	320	32.2	103	35.3	113	32.5	104
60대	295	29.2	86	38.3	113	32.5	96
<b>거주지역</b>							
대도시	336	23.8	80	39.9	134	36.3	122
중소도시	432	25	108	38.7	167	36.3	157
농어촌지역	263	41.1	108	36.5	96	22.4	59
<b>대상자 구분</b>							
일반 패널	728	31.5	229	41.3	301	27.2	198
협동조합원	303	22.1	67	31.7	96	46.2	140
<b>6개월 이상 앓고 있는 질환</b>							
있다	404	32.7	132	38.6	156	28.7	116
없다	627	26.2	164	38.4	241	35.4	222

‘환자 간병 및 요양·돌봄서비스’는 농어촌 지역에서 부정적인 응답의 비율이 가장 높은 반면 중소도시에서 긍정적인 응답의 비율이 가장 높았다. 또한 일반 패널에 비하여 조합원의 경우 환자 간병 및 요양·돌봄서비스가 충분한 편이라고 대답한 비중이 22.5%p 더 높게 나타났다.

〈표 5-12〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑥ 환자 간병 및 요양·돌봄서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
<b>성별</b>							
여성	569	19.9	113	36.6	208	43.6	248
남성	462	22.3	103	40	185	37.7	174
<b>연령 구분</b>							
30대	178	18.5	33	34.8	62	46.6	83
40대	238	21.4	51	41.6	99	37	88

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
50대	320	22.8	73	38.8	124	38.4	123
60대	295	20	59	36.6	108	43.4	128
거주지역							
대도시	336	19.6	66	40.2	135	40.2	135
중소도시	432	16.9	73	36.1	156	47	203
농어촌지역	263	29.3	77	38.8	102	31.9	84
대상자 구분							
일반 패널	728	23.6	172	42	306	34.3	250
협동조합원	303	14.5	44	28.7	87	56.8	172

‘환자 일상생활 지원 서비스(가사, 식생활, 위생, 이동 등)’에서도 거주 지역과 조합원 여부에 따른 차이가 나타났다. 중소도시에서 부정적인 응답이 가장 적게 나타났으며, 농어촌 지역은 부정적인 응답이 36.9%로 가장 높았다. 일반 패널에 비하여 조합원의 경우 환자 일상생활 지원 서비스가 충분한 편이라고 대답한 비중이 11.7%p 더 높게 나타났다. 6개월 이상 앓고 있는 질환이 있는 경우 환자 일상생활 지원 서비스에 대한 만족도가 질환이 없는 경우보다 낮은 것으로 나타났다.

〈표 5-13〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑦ 환자 일상생활 지원 서비스

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	24.1	137	39.2	223	36.7	209
남성	462	27.3	126	40.7	188	32.0	148
연령 구분							
30대	178	20.2	36	38.2	68	41.6	74
40대	238	23.9	57	44.1	105	31.9	76
50대	320	28.1	90	38.1	122	33.8	108
60대	295	27.1	80	39.3	116	33.6	99

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
거주지역							
대도시	336	22.9	77	39.0	131	38.1	128
중소도시	432	20.6	89	42.4	183	37.0	160
농어촌지역	263	36.9	97	36.9	97	26.2	69
대상자 구분							
일반 패널	728	28.3	206	40.5	295	31.2	227
협동조합원	303	18.8	57	38.3	116	42.9	130
6개월 이상 앓고 있는 질환							
있다	404	29.0	117	41.6	168	29.5	119
없다	627	23.3	146	38.8	243	38.0	238

‘동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰 및 회송’의 경우, 불충분하다는 응답 비율이 농어촌 41.8%, 중소도시 22%, 대도시 17.9%로 차이가 컸으며, 일반 패널에 비하여 조합원의 경우 충분한 편이라고 대답한 비중이 9.2%p 더 높게 나타났다.

〈표 5-14〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ㉓ 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	24.4	139	35.3	201	40.2	229
남성	462	27.3	126	37.2	172	35.5	164
연령 구분							
30대	178	27	48	33.1	59	39.9	71
40대	238	26.9	64	37.4	89	35.7	85
50대	320	26.3	84	36.6	117	37.2	119
60대	295	23.4	69	36.6	108	40	118
거주지역							
대도시	336	17.9	60	35.4	119	46.7	157
중소도시	432	22	95	37.0	160	41	177

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
농어촌지역	263	41.8	110	35.7	94	22.4	59
대상자 구분							
일반 패널	728	28	204	36.5	266	35.4	258
협동조합원	303	20.1	61	35.3	107	44.6	135

‘다양한 전문 진료과목 및 고가 검사장비를 구비한 병의원’의 충분성에 대해서도 거주지역에 따른 격차가 두드러졌다. 농어촌 지역의 경우 부정적인 응답이 51.7%로 대도시 거주자보다 32.7%p 더 높았다. 또 일반 패널의 경우 조합원에 비해 부정적인 응답 비율이 12.4%p 더 높았다. 한편, 30대의 경우 다른 연령대에 비해 긍정적인 응답 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-15〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ㉠ 다양한 전문 진료과목 및 고가 검사장비

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	29.7	169	33.9	193	36.4	207
남성	462	31	143	33.3	154	35.7	165
연령 구분							
30대	178	27.5	49	26.4	47	46.1	82
40대	238	27.3	65	38.7	92	34	81
50대	320	33.8	108	33.4	107	32.8	105
60대	295	30.5	90	34.2	101	35.3	104
거주지역							
대도시	336	19	64	34.5	116	46.4	156
중소도시	432	25.9	112	35.4	153	38.7	167
농어촌지역	263	51.7	136	29.7	78	18.6	49
대상자 구분							
일반 패널	728	33.9	247	31.2	227	34.9	254
협동조합원	303	21.5	65	39.6	120	38.9	118

‘실력 있는 의료진’의 충분성에서는 다른 연령대에 비해 30대에서 긍정적인 응답 비율이 높았으며, 일반 패널에 비하여 조합원에서 충분한 편이라고 대답한 비중이 14.1%p 더 높게 나타났다. 또 대도시 지역에서는 의료진의 실력에 과반수가 만족하였으나, 농어촌 지역의 경우 19.4%만이 긍정적으로 응답한 것으로 나타났다.

〈표 5-16〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ⑩ 실력 있는 의료진

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	27.1	154	33.7	192	39.2	223
남성	462	24.0	111	41.8	193	34.2	158
연령 구분							
30대	178	21.3	38	33.1	59	45.5	81
40대	238	22.7	54	40.3	96	37.0	88
50대	320	29.1	93	35.9	115	35.0	112
60대	295	27.1	80	39.0	115	33.9	100
거주지역							
대도시	336	15.2	51	33.6	113	51.2	172
중소도시	432	21.5	93	41.9	181	36.6	158
농어촌지역	263	46.0	121	34.6	91	19.4	51
대상자 구분							
일반 패널	728	29.9	218	37.2	271	32.8	239
협동조합원	303	15.5	47	37.6	114	46.9	142

‘24시간 응급 진료 및 이송 체계’에 대한 인식을 살펴보면, 대체로 연령대가 낮을수록 긍정적인 응답 비율이 높았으며, 대도시 지역에서는 44%가 충분하다고 인식하여 농어촌 지역(17.9%)과 견주어 상당한 격차를 드러냈다. 농어촌 지역에서는 ‘충분하지 않다’고 응답한 비율이 50.6%로 나타나 절반 이상이 지역 내 응급진료 및 이송 체계에 불만족하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-17〉 거주지역 내 충분성에 대한 인식 - ㉠ 24시간 응급 진료 및 이송 체계

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	31.8	181	35.5	202	32.7	186
남성	462	30.5	141	35.1	162	34.4	159
연령 구분							
30대	178	28.1	50	29.8	53	42.1	75
40대	238	31.5	75	32.8	78	35.7	85
50대	320	37.2	119	32.5	104	30.3	97
60대	295	26.4	78	43.7	129	29.8	88
거주지역							
대도시	336	21.4	72	34.5	116	44.0	148
중소도시	432	27.1	117	38.2	165	34.7	150
농어촌지역	263	50.6	133	31.6	83	17.9	47
대상자 구분							
일반 패널	728	33.4	243	33.2	242	33.4	243
협동조합원	303	26.1	79	40.3	122	33.7	102

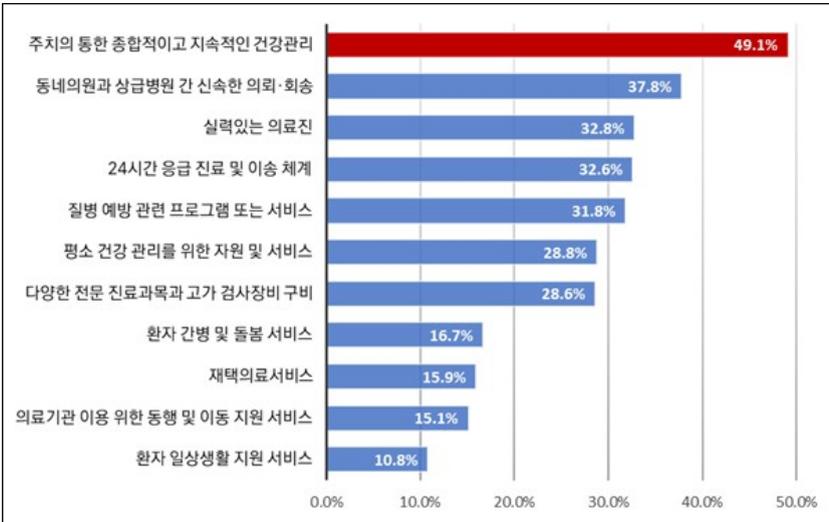
## 라. 거주지역 내에서 건강문제를 해결하는 방안

‘주민들의 건강문제가 거주하는 지역 내에서 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 부분이 무엇인지’에 대해 1~3순위를 선택하게 한 결과 ‘주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(49.1%)’, ‘동네 의원과 상급 병원 간 신속한 의뢰·회송(37.8%)’, ‘실력 있는 의료진(32.8%)’ 순으로 가장 많은 응답이 나타났다. 1순위 응답에 한정하여 살펴본 결과에서도 가장 많이 선택된 항목은 ‘주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(36.7%)’로 나타났으며, 이는 ‘동네 의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(9.1%)’, ‘실력 있는 의료진(8.1%)’에 비해 현저히 높은 수준을 보였다. 이는 응답자들이 다른 서비스 유형에 비해 주치의 중심의 지속적 건강관

리를 가장 핵심적인 요소로 인식하고 있음을 시사한다.

한편, 조합원 여부에 따라 응답자의 인식에서 상당한 차이가 있었다. ‘주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리’를 가장 중요한 요소로 꼽은 비율이 조합원 응답자는 73.9%에 달했지만, 일반 패널 응답자는 38.7%로 나타났다. 일반 패널의 경우 주치의보다도 ‘동네 의원과 상급 병원 간 신속한 의뢰·회송(42.4%)’을 꼽은 비율이 더 높았으며, ‘주치의 를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(38.7%)’와 ‘24시간 응급 진료 및 이송체계(38.2%)’의 필요성이 비슷하게 보고되었다.

[그림 5-2] 거주지역 내에서 건강문제가 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 보건의로 서비스(1~3순위 통합 기준, 전체)



〈표 5-18〉 거주지역 내에서 건강문제가 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 보건 의료 서비스(응답자 특성별 1~2순위 응답)

구분		1~2순위 응답
연령대	30대	1. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(44.9%) 2. 24시간 응급 진료 및 이송 체계(41.6%)
	40대	1. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(44.5%) 2. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(39.5%)
	50대	1. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(53.4%) 2. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(35.3%)
	60대	1. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(60.3%) 2. 질병 예방 관련 프로그램 또는 서비스(건강검진, 예방접종, 건강교육 등)(41.0%)
거주 지역	대도시	1. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(55.4%) 2. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(35.1%)
	중소도시	1. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(50.7%) 2. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(34.7%)
	농어촌 지역	1. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(46.4%) 2. 다양한 전문 진료과목과 고가 검사장비 구비한 병의원(43.0%)
대상자 구분	일반패널	1. 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송(42.4%) 2. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(38.7%)
	조합원	1. 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리(73.9%) 2. 질병 예방 관련 프로그램 또는 서비스(건강검진, 예방접종, 건강교육 등)(39.9%)

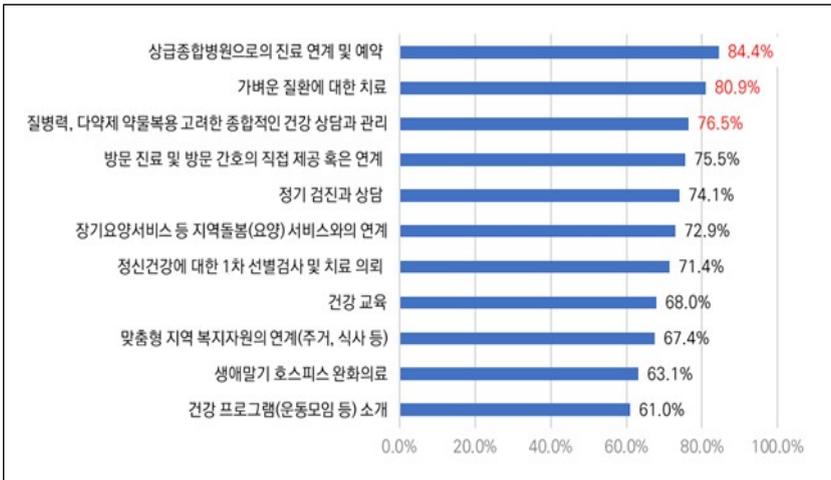
### 3. 일차의료에 대한 인식

#### 가. 일차의료기관에서 제공될 필요가 있는 서비스 범위

일차의료기관에서 제공될 필요가 있는 서비스 범위를 조사한 결과, 가장 필요하다고 응답한 서비스는 ‘상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약(84.4%)’으로 나타났으며, ‘가벼운 질환에 대한 치료(80.9%)’, ‘질병력과 다약제 약물 복용을 고려한 종합적인 건강 상담과 관리(76.5%)’, ‘방문진료 및 방문간호(75.5%)’ 등이 그 뒤를 이었다. 상대적으로 건강프로그램

소개(61%)나 생애말기 호스피스 완화의료(63.1%)의 필요성은 낮게 나타났다.

[그림 5-3] 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 조사참여자의 인식



응답자의 특성별로 살펴본 결과, 조합원 여부에 따른 차이가 두드러졌는데, 일반 응답자의 경우 항목에 따라 응답 편차가 크게 나타난 반면, 조합원 응답자들은 대부분 항목에 높은 필요성을 응답하였다. 일반 패널의 경우, 일차의료기관에서 제공될 필요가 있다고 응답한 비율이 70%를 넘은 항목은 ‘가벼운 질환에 대한 치료’, ‘상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약’, ‘질병력과 다약제 복용을 고려한 종합적인 건강상담 및 관리’의 세 가지에 그쳤다. 반면, 조합원 집단에서는 대부분의 항목에서 80% 이상의 응답자가 일차의료기관 제공이 필요하다고 인식하고 있었다. 이러한 결과는 조합원 집단이 일반인 집단에 비해 일차의료기관의 적극적 기능 확대를 더욱 중요하게 인식하고 있음을 보여준다.

220 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

〈표 5-19〉 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 인식: 일반인과 조합원의 비교

서비스 항목	일반패널	조합원
가벼운 질환에 대한 치료	78.2	87.5
상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약	82.8	88.1
거동이 힘들 때 방문 진료 및 방문 간호의 직접 제공 혹은 연계	69.9	88.8
정기 검진과 상담	68.7	87.1
정신건강(우울증, 인지기능 등)에 대한 1차 선별검사 및 치료 의뢰	67.6	80.5
건강 교육(영양, 운동, 노쇠/낙상 예방, 의약품 적정복용, 생활습관 등)	63.5	78.9
질병력(현재 타 의료기관에서 치료 중인 질환 등)과 다약제 약물복용을 고려한 종합적인 건강 상담과 관리	73.2	84.5
장기요양서비스 등 지역 돌봄(요양)서비스와의 연계	67.6	85.8
건강 프로그램(운동모임 등) 소개	52.1	82.5
생애말기 호스피스 완화의료	55.4	81.8
맞춤형 지역 복지자원의 연계(주거, 식사 등)	61.3	82.2

거주지역별로 비교해보면, 농어촌 지역 거주자들은 대도시나 중소도시 응답자와 비교해 ‘상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약’을 제외한 대부분 항목에서 필요성을 상대적으로 낮게 인식하였다. 특히 정기검진과 상담, 정신건강 검사 및 치료 의뢰, 건강 프로그램 소개, 생애말기 호스피스 완화의료 등에서 그 격차가 두드러졌다.

〈표 5-20〉 일차의료기관에서 필요한 서비스에 대한 인식: 거주지역별 비교

서비스 항목	대도시	중소도시	농어촌
가벼운 질환에 대한 치료	82.4	83.8	74.1
상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약	85.4	83.8	84.0
거동이 힘들 때 방문 진료 및 방문 간호의 직접 제공 혹은 연계	74.4	78.7	71.5
정기 검진과 상담	76.8	76.6	66.5
정신건강(우울증, 인지기능 등)에 대한 1차 선별검사 및 치료 의뢰	77.1	70.4	65.8
건강 교육(영양, 운동, 노쇠/낙상 예방, 의약품 적정복용, 생활습관 등)	69.9	70.6	61.2

서비스 항목	대도시	중소도시	농어촌
질병력(현재 타 의료기관에서 치료 중인 질환 등)과 다약제 약물복용을 고려한 종합적인 건강 상담과 관리	77.4	79.2	71.1
장기요양서비스 등 지역 돌봄(요양)서비스와의 연계	74.4	75.0	67.7
건강 프로그램(운동모임 등) 소개	67.0	65.0	46.8
생애말기 호스피스 완화의료	65.5	65.5	56.3
맞춤형 지역 복지자원의 연계(주거, 식사 등)	66.7	72.5	60.1

## 나. 일차의료기관에서 필요 인력

전체 응답자 1,031명 중 805명(78.1%)이 일차의료기관에서 의사와 현재 간호인력 외에도 추가 전문 인력이 필요하다고 응답하였으며 대도시보다는 농어촌 지역에서, 일반 응답자보다는 조합원 응답자에서 추가 인력이 필요하다는 응답이 많았다. 연령별로는 50대에서 추가 전문 인력의 필요성을 가장 높게 인식하고 있었다.

가장 필요한 인력은 방문간호 및 질환교육을 담당할 간호사(670명, 83.2%), 정신심리전문상담사(621명, 77.1%), 물리치료사 또는 작업치료사(612명, 76.0%), 운동처방사(573명, 71.2%), 사회복지사(513명, 63.7%), 영양사(378명, 47.0%) 순이었다.

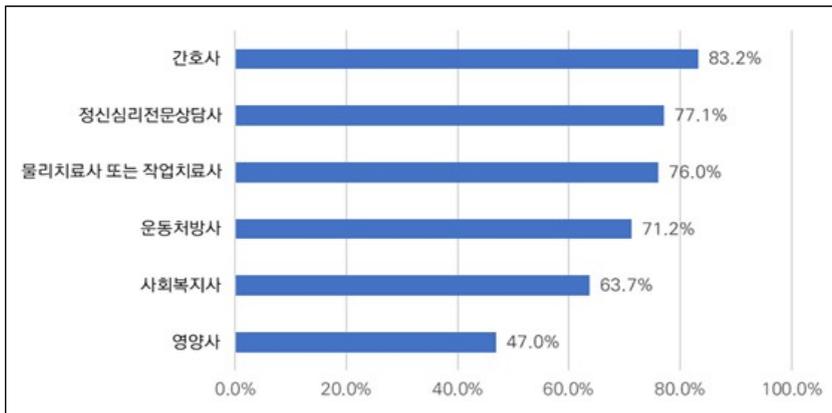
〈표 5-21〉 일차의료기관 내 추가 전문 인력의 필요성

	사례 수	현재 인력으로도 충분하다		추가 전문 인력이 필요하다	
		%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	21.9	226	78.1	805
성별					
여성	569	21.3	121	78.7	448
남성	462	22.7	105	77.3	357
연령 구분					
30대	178	27.0	48	73.0	130
40대	238	22.3	53	77.7	185

222 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

	사례 수	현재 인력으로도 충분하다		추가 전문 인력이 필요하다	
		%	명	%	명
50대	320	17.2	55	82.8	265
60대	295	23.7	70	76.3	225
거주지역					
대도시	336	26.8	90	73.2	246
중소도시	432	20.1	87	79.9	345
농어촌지역	263	18.6	49	81.4	214
대상자 구분					
일반 패널	728	25.1	183	74.9	545
협동조합원	303	14.2	43	85.8	260

[그림 5-4] 일차의료기관 내 추가 전문 인력의 필요 순위



### 다. 주치의 제도 이용 의향

전체 응답자 1,031명 중 746명(72.4%)이 주치의 제도 이용 의향이 있다고 응답했으며, 대도시 지역이 농어촌 지역에 비하여 주치의 제도에 긍정적으로 반응하였고, 협동조합원의 경우 일반 대상자보다 긍정적으로 대답한 비율이 20.9%p 높았다. 다른 연령대에 비해 30대에서는 상대적으로 주치의 제도에 대한 긍정적인 의향이 다소 낮게 나타났다.

〈표 5-22〉 주치의 제도 이용 의향

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	9.8	101	17.8	184	72.4	746
성별							
여성	569	9.0	51	16.9	96	74.2	422
남성	462	10.8	50	19.0	88	70.1	324
연령 구분							
30대	178	14.0	25	26.4	47	59.6	106
40대	238	4.6	11	21.4	51	73.9	176
50대	320	7.2	23	13.1	42	79.7	255
60대	295	14.2	42	14.9	44	70.8	209
거주지역							
대도시	336	5.7	19	18.2	61	76.2	256
중소도시	432	8.1	35	16.2	70	75.7	327
농어촌지역	263	17.9	47	20.2	53	62.0	163
대상자 구분							
일반 패널	728	12.1	88	21.7	158	66.2	482
협동조합원	303	4.3	13	8.6	26	87.1	264
6개월 이상 앓고 있는 질환							
있다	404	11.6	47	16.1	65	72.3	292
없다	627	8.6	54	19.0	119	72.4	454

## 라. 주치의 제도에 대한 우려

주치의 제도에 대해 흔히 제기되는 여러 우려에 동의하는 정도를 살펴본 결과, ‘주치의 진료를 받기 위해 대기시간이 늘어날 수 있다(549명, 53.2%)’와 ‘직종 간의 협력이 가능할지 의문이다(521명, 50.5%)’의 선택지에 동의하는 비율이 절반 이상으로 가장 높았다. 대기 시간 및 직종 간의 협력 가능성에 대한 우려 모두 30, 40대, 농어촌 지역, 그리고 협동조합원보다 일반 대상자에서 더 높게 나타났다.

224 주민참여형 지역건강돌봄체계의 가능성과 정책과제: 의료복지사회적협동조합 모델을 중심으로

〈표 5-23〉 주치의 제도에 관한 우려

항목	동의한다	
	%	명
주치의 진료를 받기 위해 대기시간이 늘어날 수 있다.	53.2	549
동네의원에서 의사 외 간호사, 치료사, 영양사, 사회복지사 등 다양한 전문인력 간의 협력이 가능할지 의문이다.	50.5	521
기존보다 의료 서비스 이용 비용이 더 들 것이다.	45.2	466
주치의를 선택하고 지정하는 절차가 번거로울 것이다.	43.2	445
동네의원의 서비스 질을 신뢰하기 어렵다.	38.6	398
진료 의사 또는 의료기관 선택의 자유가 줄어든다.	37.8	390
특정 의사와 장기적 관계를 유지하는 것이 부담스럽다.	28.8	297

〈표 5-24〉 주치의 제도에 관한 우려 - 대기 시간

	사례 수	동의하지 않는다		보통		동의한다	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	18.3	104	29.2	166	52.5	299
남성	462	16.5	76	29.4	136	54.1	250
연령 구분							
30대	178	10.1	18	25.8	46	64.0	114
40대	238	15.1	36	24.8	59	60.1	143
50대	320	22.8	73	29.7	95	47.5	152
60대	295	18.0	53	34.6	102	47.5	140
거주지역							
대도시	336	16.7	56	32.4	109	50.9	171
중소도시	432	21.1	91	27.3	118	51.6	223
농어촌지역	263	12.5	33	28.5	75	58.9	155
대상자 구분							
일반 패널	728	10.0	73	30.2	220	59.8	435
협동조합원	303	35.3	107	27.1	82	37.6	114

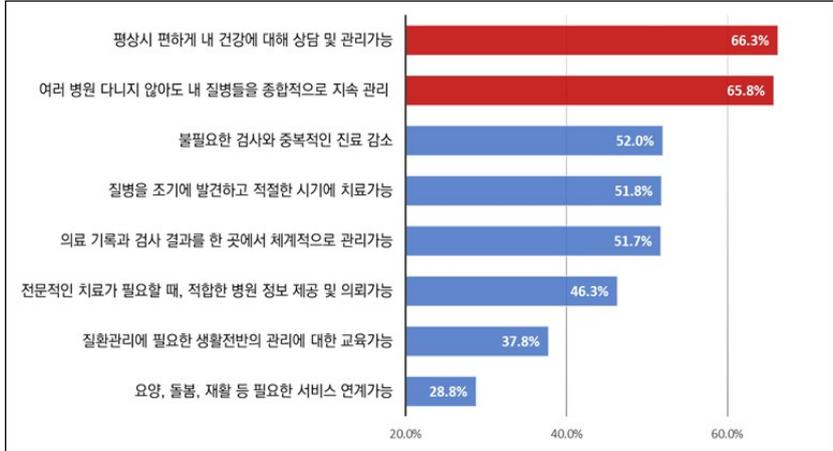
〈표 5-25〉 주치의 제도에 관한 우려 - 직종 간 협력 가능성

	사례 수	동의하지 않는다		보통		동의한다	
		%	명	%	명	%	명
성별							
여성	569	19.3	110	28.5	162	52.2	297
남성	462	18.6	86	32.9	152	48.5	224
연령 구분							
30대	178	12.4	22	24.7	44	62.9	112
40대	238	15.5	37	28.2	67	56.3	134
50대	320	24.4	78	29.1	93	46.6	149
60대	295	20.0	59	37.3	110	42.7	126
거주지역							
대도시	336	20.8	70	34.2	115	44.9	151
중소도시	432	21.1	91	28.7	124	50.2	217
농어촌지역	263	13.3	35	28.5	75	58.2	153
대상자 구분							
일반 패널	728	9.3	68	32.0	233	58.7	427
협동조합원	303	42.2	128	26.7	81	31.0	94

#### 마. 주치의 제도의 기대효과

주치의 제도에 대한 기대효과로는 ‘평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리받을 수 있는 것(684명, 66.3%)’, ‘여러 병원을 다니지 않아도 질 병들을 종합적으로 지속 관리받을 수 있는 것(678명, 65.8%)’, ‘불필요한 검사와 중복 진료를 줄일 수 있는 것(536명, 52.0%)’ 순으로 응답되었다.

[그림 5-5] 주치의 제도 이용 시 기대효과



## 바. 주치의 제도의 서비스 제공 방식

주치의 제도 운영 시 적절한 서비스 제공 방식으로는 ‘증상이 있을 때 직접 병원에 내원(797명, 77.3%)’ 외에 ‘24시간 비대면 응급 상담(751명, 72.8%)’, ‘퇴원 후 일정 기간 동안 정기 연락 제공(741명, 71.9%)’, ‘정기적 대면 상담(698명, 67.7%)’, ‘필요시 방문진료(627명, 60.8%)’ 순으로 응답하였다.

<표 5-26> 주치의 제도의 적절한 서비스 제공 방식에 대한 의견

항목	필요하다	
	%	명
증상이 있을 때 직접 병원에 내원	77.3	797
24시간 비대면 응급 상담(전화, 온라인, 앱, 문자메시지 등)	72.8	751
퇴원 후 일정 기간 동안 정기 연락 및 모니터링 제공	71.9	741
정기적 대면 상담(예: 월 1회, 연 2회 등)	67.7	698
필요시 가정으로 찾아오는 방문진료(왕진)	60.8	627

## 사. 주치의 제도를 통한 지역의 건강문제 대응 가능 여부

‘주치의 제도가 시행된다면, 귀하께서는 현재 살고 있는 지역에서 여러 건강문제에 대응하는 데 도움이 될 것이라고 생각하십니까?’라는 질문에 긍정적인 응답이 80.6%를 차지해 응답자들이 전반적으로 주치의 제도를 긍정적으로 인식하고 있음을 확인할 수 있었다. 특히 협동조합원의 경우 93.7%(284명)가 주치의 제도에 대해 긍정적으로 응답하였다.

〈표 5-27〉 주치의 제도를 통한 건강문제 대응 가능성 평가

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	2.7	28	16.7	172	80.6	831
성별							
여성	569	2.5	14	16.0	91	81.5	464
남성	462	3.0	14	17.5	81	79.4	367
연령 구분							
30대	178	5.6	10	20.2	36	74.2	132
40대	238	1.7	4	24.4	58	73.9	176
50대	320	1.9	6	12.2	39	85.9	275
60대	295	2.7	8	13.2	39	84.1	248
거주지역							
대도시	336	1.5	5	15.8	53	82.7	278
중소도시	432	1.2	5	14.1	61	84.7	366
농어촌지역	263	6.8	18	22.1	58	71.1	187
대상자 구분							
일반 패널	728	3.6	26	21.3	155	75.1	547
협동조합원	303	0.7	2	5.6	17	93.7	284
6개월 이상 앓고 있는 질환							
있다	404	2.5	10	16.3	66	81.2	328
없다	627	2.9	18	16.9	106	80.2	503

앞서 조사했던 주치의 제도 이용 의향 여부에 따라 주치의 제도의 효과에 대한 인식이 어떻게 다른지 살펴본 결과, 주치의 제도 이용 의향이 있었던 그룹에서는 주치의제도를 통한 건강문제 해결 가능성에 대해 91.7%가 긍정적으로 평가하였고, 주치의 제도 이용 의향이 없었던 그룹에서는 67.3%가 긍정적으로 평가하였다. 주치의 제도 이용 의향에 부정적으로 답한 경우(101명)에도 절반 이상이 주치의 제도의 지역 건강문제 대응 가능성에 긍정적으로 평가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-28〉 주치의 제도 이용 의향에 따른 주치의 제도의 효과에 대한 인식

		사례 수	주치의 제도의 효과에 대한 긍정적 응답	
			%	명
주치의제도 이용 의향	이용 의향 없음	101	67.3%	68
	보통	184	42.9%	79
	이용 의향 있음	746	91.7%	684

#### 4. 주민참여에 대한 인식

##### 가. 지역 건강문제에 주민의 직접 참여 필요 여부

‘지역의 여러 건강문제에 대응하는 데 주민이 직접 참여하는 것이 필요하다고 보십니까’라는 질문에 주민의 직접 참여가 필요하다고 응답한 경우는 전체의 91.2%였다. 성별이나 연령, 거주지역에 따른 응답 차이는 크지 않았으나, 조합원 여부에 따른 차이는 두드러졌다. 일반 응답자의 경우 88.6%(645명)가 주민 직접 참여의 필요성에 동의하였고, 협동조합원은 97.4%(295명)가 동의하였다.

〈표 5-29〉 지역 건강문제 대응을 위한 주민 직접참여의 필요성

	사례 수	예		아니요	
		%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	91.2	940	8.8	91
성별					
여성	569	91.4	520	8.6	49
남성	462	90.9	420	9.1	42
연령 구분					
30대	178	87.6	156	12.4	22
40대	238	89.5	213	10.5	25
50대	320	94.1	301	5.9	19
60대	295	91.5	270	8.5	25
거주지역					
대도시	336	91.7	308	8.3	28
중소도시	432	92.4	399	7.6	33
농어촌지역	263	88.6	233	11.4	30
대상자 구분					
일반 패널	728	88.6	645	11.4	83
협동조합원	303	97.4	295	2.6	8

## 나. 주민 자치 활동 참여 경험

건강생활지원센터, 보건소, 행정복지센터 등 공공기관이나 의료사협 등에서 주민자치 활동에 참여한 경험이 있다고 응답한 경우는 470명으로 45.6%를 차지하였다. 중소 도시에서 참여율이 50.7%로 가장 높게 나타났으며 농어촌 지역에서는 34.2%의 참여율을 보였다. 특히 조합원 여부에 따른 응답 차이가 두드러졌는데, 협동조합원의 경우, 83.2%가 주민자치 활동에 참여한 경험이 있다고 응답한 반면, 일반 응답자는 29.9%만이 주민자치 활동에 참여한 경험이 있었다.

〈표 5-30〉 조사참여자의 주민 자치 활동 참여 경험

	사례 수	예		아니요	
		%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	45.6	470	54.4	561
성별					
여성	569	50.1	285	49.9	284
남성	462	40.0	185	60.0	277
연령 구분					
30대	178	35.4	63	64.6	115
40대	238	48.3	115	51.7	123
50대	320	49.1	157	50.9	163
60대	295	45.8	135	54.2	160
거주지역					
대도시	336	47.9	161	52.1	175
중소도시	432	50.7	219	49.3	213
농어촌지역	263	34.2	90	65.8	173
대상자 구분					
일반 패널	728	29.9	218	70.1	510
협동조합원	303	83.2	252	16.8	51

#### 다. 건강모임의 필요성

‘건강문제를 예방하고 일상적인 건강을 유지하는 데 주민들이 스스로 만드는 동네 건강모임이 있다면 도움이 될 것이라고 생각하십니까?’라는 질문에 도움이 된다고 응답한 경우는 전체의 66.7%로 688명이 긍정적으로 응답하였다. 대체로 연령이 높을수록 건강모임에 긍정적인 인식을 보였으며, 특히 협동조합원의 경우 건강모임에 대해 일반 응답자보다 약 35%p 이상 높은 긍정적인 응답률을 보였다. 거주지역별로 보면 농어촌 지역에서 긍정적인 응답 비율이 가장 낮게 나타났다.

〈표 5-31〉 동네 건강모임의 필요성에 대한 인식

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
□ 전체 □	1,031	6.7	69	26.6	274	66.7	688
성별							
여성	569	6.5	37	23.6	134	69.9	398
남성	462	6.9	32	30.3	140	62.8	290
연령 구분							
30대	178	11.2	20	30.3	54	58.4	104
40대	238	6.3	15	32.4	77	61.3	146
50대	320	4.4	14	24.1	77	71.6	229
60대	295	6.8	20	22.4	66	70.8	209
거주지역							
대도시	336	5.1	17	25.9	87	69.0	232
중소도시	432	7.2	31	22.2	96	70.6	305
농어촌지역	263	8.0	21	34.6	91	57.4	151
대상자 구분							
일반 패널	728	8.7	63	34.8	253	56.6	412
협동조합원	303	2.0	6	6.9	21	91.1	276

## 라. 건강모임의 참여 의향

지역 내에 건강소모임이 있다면 향후 참여할 의향이 있는지 질문한 결과, 60.1%(620명)가 참여 의향이 있다고 응답하였다. 건강모임의 필요성에 대한 인식과 유사하게 연령이 높아질수록, 농어촌 지역보다 도시에서, 협동조합원일 경우 참여 의향이 높았다.

참여 의향이 없다고 응답한 126명에 대해 그 이유를 물은 결과, 가장 많은 응답은 ‘누군가와 같이하는 것이 부담스러워서(55명, 43.7%)’였으며, 연령이 낮을수록 해당 응답을 선택한 비율이 높았다. ‘내 건강에 도움이 되지 않을 것 같아서’를 꼽은 이들은 연령이 높을수록, 기저질환이 있

는 경우 더 높았다. 기타 이유로는 ‘전문성이 없어서’, ‘연령대가 맞지 않아 부담스러워서’, ‘결국에는 본래 취지가 흐려질 것 같아서’ 등이 언급되었다.

〈표 5-32〉 조사참여자의 건강모임 참여 의향

	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	12.2	126	27.6	285	60.1	620
성별							
여성	569	11.4	65	22.5	128	66.1	376
남성	462	13.2	61	34.0	157	52.8	244
연령 구분							
30대	178	25.8	46	28.7	51	45.5	81
40대	238	13.0	31	34.5	82	52.5	125
50대	320	6.6	21	25.3	81	68.1	218
60대	295	9.5	28	24.1	71	66.4	196
거주지역							
대도시	336	11.9	40	25.6	86	62.5	210
중소도시	432	9.7	42	25.2	109	65.0	281
농어촌지역	263	16.7	44	34.2	90	49.0	129
대상자 구분							
일반 패널	728	16.5	120	33.5	244	50.0	364
협동조합원	303	2.0	6	13.5	41	84.5	256

〈표 5-33〉 건강모임 참여 의향이 없는 이유

(단위: %)

	사례 수 (명)	시간 내기 어려워서	누군가와 같이하는 게 부담스러워서	참여 비용이 부담돼서	내 건강에 도움이 되지 않을 것 같아서	기타
전체	126	23.0	43.7	4.0	23.8	5.6
연령 구분						
30대	46	26.1	54.3	2.2	6.5	10.9
40대	31	25.8	48.4	6.5	19.4	0.0

	사례 수 (명)	시간 내기 어려워서	누군가와 같이하는 게 부담스러워서	참여 비용이 부담돼서	내 건강에 도움이 되지 않을 것 같아서	기타
50대	21	23.8	33.3	0.0	38.1	4.8
60대	28	14.3	28.6	7.1	46.4	3.6
6개월 이상 앓고 있는 질환						
있다	49	18.4	34.7	4.1	40.8	2.0
없다	77	26.0	49.4	3.9	13.0	7.8

#### 마. 건강모임의 활성화를 위한 요인

‘주민들이 스스로 참여하는 건강모임이나 공동체가 활성화되기 위해 필요한 것’에 대해 1순위부터 3순위까지 응답하게 한 결과, 가장 많이 활성화가 요구되는 영역은 주치의 및 전문가와 연계된 활동(690명, 66.9%)이었으며, 다양한 프로그램 개발(613명, 59.5%), 적당한 장소(576명, 55.9%)가 뒤를 이었다. 건강모임을 주민들이 자조적으로 꾸리는 것을 넘어서 전문가를 통한 지원이 공동체 유지에 필요함을 나타내었다.

〈표 5-34〉 건강모임의 활성화 요인에 대한 응답(1~3순위 통합)

항목	필요하다	
	%	명
주치의·전문가와 연계된 활동	66.9	690
다양한 주제·형식의 프로그램 개발	59.5	613
적당한 장소	55.9	576
모임을 만들고 이끄는 코디네이터 혹은 리더	49.8	513
참여자 인센티브	43.9	453
소모임에 대한 적극적 홍보	23.9	246

## 바. 마을 건강활동가의 유용성

마을 건강활동가의 정의를 아래와 같이 제시하고, 이러한 마을건강활동가가 지역민의 건강에 도움이 될 것이라고 보는지 질문하였다.

‘마을 건강활동가’는 의료인은 아니지만 기본적인 건강 지식과 지역 자원 정보를 갖추고, 의료진과 함께 지역 주민의 건강관리를 돕는 주민으로, 우리나라 일부 지역과 외국에서 운영 사례를 찾아볼 수 있습니다. 마을 건강활동가가 건강 정보나 지역 내 건강 모임을 안내해 주고, 의료기관이나 사회복지서비스를 연결하는 역할을 할 수 있다면 귀하나 지역민들의 건강에 도움이 될 것이라고 생각하십니까?

이에 대해 전체 응답자의 66.4%가 도움이 될 것이라고 응답하였다. 연령대가 높을수록, 농어촌 지역 거주자보다는 도시지역 거주자들에서 긍정적인 응답률이 높았다. 조합원의 경우 일반 응답자보다 31.1%p 높은 88.4%(268명)가 마을 건강활동가의 유용성을 긍정적으로 평가하였다.

〈표 5-35〉 마을 건강활동가의 유용성에 대한 인식

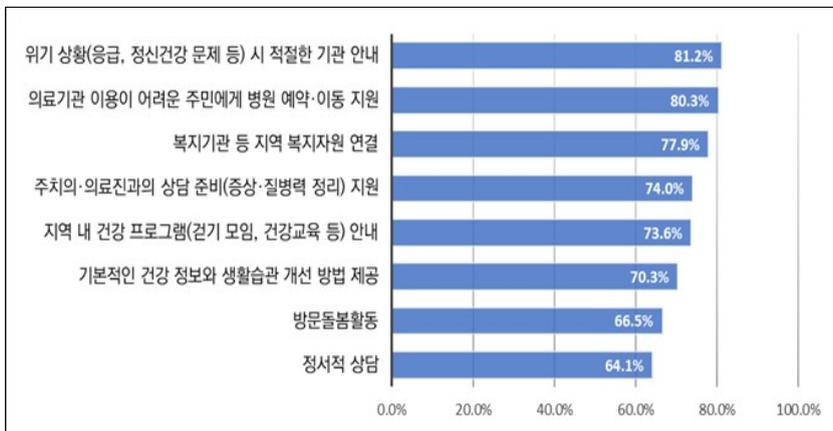
	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	7.0	72	26.6	274	66.4	685
성별							
여성	569	6.3	36	24.1	137	69.6	396
남성	462	7.8	36	29.7	137	62.6	289
연령 구분							
30대	178	12.4	22	33.7	60	53.9	96
40대	238	6.7	16	31.5	75	61.8	147
50대	320	5.0	16	21.6	69	73.4	235
60대	295	6.1	18	23.7	70	70.2	207
거주지역							
대도시	336	6.8	23	25.3	85	67.9	228
중소도시	432	6.0	26	24.1	104	69.9	302
농어촌지역	263	8.7	23	32.3	85	58.9	155

대상자 구분	사례 수	부정적 응답		보통		긍정적 응답	
		%	명	%	명	%	명
일반 패널	728	8.9	65	33.8	246	57.3	417
협동조합원	303	2.3	7	9.2	28	88.4	268

## 사. 마을 건강 활동가의 필요 영역

마을 건강 활동가의 향후 필요 역할을 조사한 결과, '위기 상황(응급, 정신건강 문제) 시 적절한 기관 안내'에 대한 필요성이 81.2%(837명)로 가장 높았으며, '의료기관 이용이 어려운 주민에게 병원예약 및 이동 지원'이 80.3%(828명), 복지기관 등 지역 복지자원 연결이 77.9%(803명)로 뒤를 이었다. 방문돌봄활동이나 정서적 상담, 건강정보와 생활습관 개선 방법 제공 등 마을 건강활동가가 직접 서비스를 제공하는 영역보다는 의료기관 및 의료진과의 소통이나 연계를 지원하는 분야에서 마을 건강 활동가의 필요성이 더 높게 인식되었다.

[그림 5-6] 마을 건강 활동가의 필요 영역에 대한 인식



### 아. 마을 건강 활동가의 금전적 보상 수준

마을 건강활동가의 금전적 보상 수준은 최저 임금 이상으로 경력 및 역할에 따라 차등 지급하는 것이 적절하다는 응답이 63.3%였으며, 다음으로 실제 활동비(교통비 및 식비)에 대한 보상 수준이 25.6%, 시간당 최저 임금 수준이 11.1%로 응답되었다. 연령 및 지역별로 큰 차이는 나타나지 않았다.

〈표 5-36〉 마을 건강 활동가의 금전적 보상 수준에 대한 인식

	사례 수	필요하지 않거나 실비 지급		최저 임금의 일부 수준		최저임금 수준 및 그 이상	
		%	명	%	명	%	명
▣ 전체 ▣	1,031	25.6	264	11.1	114	63.3	653
성별							
여성	569	24.1	137	9.8	56	66.1	376
남성	462	27.5	127	12.6	58	60.0	277
연령 구분							
30대	178	28.1	50	10.7	19	61.2	109
40대	238	30.3	72	10.1	24	59.7	142
50대	320	22.5	72	12.5	40	65.0	208
60대	295	23.7	70	10.5	31	65.8	194
거주지역							
대도시	336	25.3	85	13.1	44	61.6	207
중소도시	432	26.6	115	8.3	36	65.0	281
농어촌지역	263	24.3	64	12.9	34	62.7	165
대상자 구분							
일반 패널	728	27.1	197	12.1	88	60.9	443
협동조합원	303	22.1	67	8.6	26	69.3	210

### 제3절 소결

이 장에서는 설문조사 결과를 바탕으로 지역건강돌봄의 현황과 대안에 대한 일반인들의 인식을 살펴보았다. 지역건강돌봄에 대한 인식은 현재 거주하고 있는 지역의 특성에 기반할 수밖에 없으며, 특히나 의료자원의 분포와 밀접한 관련성이 있을 것이라 예상되므로, 이 연구에서는 전국 대표성보다는 수도권과 비수도권, 대도시와 중소도시, 농어촌 지역의 표본을 고르게 할당하는 목적 표집을 진행하였다. 설문조사에서 일차의료와 주민참여의 중요성(필요성)에 대한 일반국민의 인식을 파악한 결과를 종합하면 아래와 같다.

우선 주민들은 ‘현재 거주 지역에서 대부분의 건강문제를 해결할 수 있다고 생각하는가’라는 질문에 거주지역 및 협동조합원 가입 여부에 따라 사뭇 다른 응답을 보였다. 거주 지역이 농어촌 및 중소 도시일수록 거주 지역에서 건강문제를 해결하기 어렵다는 답변의 비중이 높았으며, 일반 패널보다 협동조합원의 경우 건강문제를 지역에서 해결할 수 있다고 대답한 비중이 상당히 높았다. 거주지역에서 건강문제를 해결하지 못하는 이유로는 ‘아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움’, ‘지역 내 전문진료과목의 부족’, ‘지역 내 응급의료기관의 부족’ 순으로 보고되어 지역 내 포괄적 일차의료의 부재가 지역민들의 건강문제 대응을 어렵게 하는 요인 중 하나임을 확인할 수 있다.

다음으로 주민들은 지역 내 주민 건강문제를 해결할 핵심 요소로 ‘주치의의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리’를 가장 많이 꼽았으며, 다음으로 ‘동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송 체계’를 꼽은 비율이 높았다. 이는 많은 주민이 자신의 건강을 지속적으로 관리해 줄 일차의료와 필요시 일차의료기관에서 신속하게 환자를 상급종합병원으로 연계하고

다시 돌려보내는 협력 체계의 구축을 지역 건강관리의 중요한 부분으로 인식하고 있음을 의미한다.

또한 응답자들은 일차의료기관에서 제공될 필요가 있는 서비스로 가벼운 질환에 대한 치료 외에 ‘상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약’, ‘질병력과 다약제 약물 복용을 고려한 종합적인 건강 상담과 관리’, ‘방문진료 및 방문간호’를 가장 많이 꼽았다. 이러한 결과들은 일차의료기관이 단순 외래진료뿐 아니라 상급기관 연계와 방문의료, 건강상담 등 포괄적인 서비스를 제공해주기를 주민들이 기대하고 있음을 시사한다. 특히 일반 응답자들과 달리 조합원 응답자들은 이 외에도 일차의료기관의 역할 확대에 대한 대부분 항목에서 높은 필요성을 드러내어 대조를 이루었는데, 이는 포괄적인 일차의료의 경험이 일차의료기관의 역할 확대에 대한 긍정적 인식으로 이어진 것으로 해석된다. 이러한 일차의료기관의 역할 확대와 관련해 응답자 대부분이 추가 전문인력의 필요성에 공감하고 있었으며, 특히 방문간호 및 질환교육을 담당할 간호사에 대한 필요도가 가장 높게 나타났다.

주치의제도 도입 시 등록 의향이 있는지 질문한 결과에서는 응답자의 72.4%가 의향이 있다고 답하였다. 도시보다는 농어촌 지역 응답자들이 주치의제 참여에 대한 의향이 낮았는데, 농어촌 지역의 경우 도시지역에 비해 지역 내에서 건강문제 해결 가능 정도가 낮고, 주치의 건강관리가 충분하지 않다고 인식하고 있었음에도 주치의제 참여 의향은 더 낮게 나타나 대비를 이루었다. 한편, 주치의제 도입에 대한 우려로는 대기시간과 직종 간의 협력 가능 여부에 대한 우려가 가장 높았다. 주치의제도를 전국적으로 시행할 경우 제도 수용성을 높이고 지역별 격차를 줄이는 대책이 필요할 것으로 보인다.

주치의 제도에 대한 기대효과로는 ‘평상시 편하게 내 건강에 대해 상담

하고 관리받을 수 있는 것’, ‘여러 병원을 다니지 않아도 질병들을 종합적으로 지속 관리받을 수 있는 것’, ‘불필요한 검사와 중복 진료를 줄일 수 있는 것’에 대한 응답이 높았다. 즉, 주민들은 주치의가 생기면 의료 이용의 편의성과 효율성이 높아지고, 지속적이고 포괄적인 관리로 의료 자원의 낭비를 줄일 것으로 기대하고 있었다.

주치의 제도를 통한 지역의 건강문제 대응 가능 여부에 대해서는 대다수 응답자가 긍정적으로 인식하고 있었으며, 특히 일반패널(75.1%)에 비해 의료사협 조합원(93.7%)들이 주치의 제도의 효용성을 더 높게 평가하였다. 흥미로운 점은 주치의 제도 의향이 없다고 응답한 사람들도 절반 이상이 주치의 제도가 지역 건강문제 해결에 도움이 될 것이라고 답했다는 사실이다. 이는 개인적으로는 주치의 등록을 망설이는 이들조차 제도 자체의 공익적 효과는 인정한다는 것이므로 제도 설계 시 참여 유인을 강화하고 신뢰를 형성하는 방안을 마련하는 것이 중요할 것으로 보인다.

한편, 지역 건강문제 대응을 위한 주민의 직접 참여 필요성은 대부분 인정하지만, 실제 참여 경험은 절반이 되지 않아 주민참여의 필요성에 대한 ‘인지’와 실천 간의 괴리를 드러냈다. 이는 참여의 장이 부족하거나 참여를 유도할 유인과 지원체계가 미흡하다는 사실을 보여준다.

건강문제 예방 및 일상적인 건강유지에 주민의 건강모임이 도움이 된다고 응답한 비율은 66% 정도였으며, 건강모임 참여의향 역시 비슷한 수준을 보였다. 연령이 높고 도시지역 거주자일수록, 조합원일수록 건강모임의 필요성을 더욱 크게 느끼는 경향을 보였다. 또한 마을건강활동가 제도에 대한 인식 역시 비슷한 수준을 보였다. 이는 주민들이 단순히 보건 의료나 돌봄의 수혜자, 이용자에 그치지 않고 건강과 돌봄 제공의 공동주체로서 역할을 수용하고자 하는 태도를 드러낸다고 볼 수 있다.

마을건강활동가의 구체적 역할에 대한 질문에서는 ‘위기 상황 시 적절

한 기관 안내', '병원 예약 및 이동 지원', '지역 복지자원 연결' 등이 주요 기능으로 응답되었다. 이는 마을건강활동가가 단순한 건강교육 전달자나 돌봄제공 역할을 넘어 의료기관과 주민을 연결하는 매개자 혹은 지역 내 복합적 건강사회서비스에 대한 길잡이(navigator)로서 기능하길 기대한다는 점을 시사한다.



## 제6장

### 주민참여형 지역건강돌봄체계 구축을 위한 정책 과제

제1절 주민참여형 지역건강돌봄체계의 개념과 구성

제2절 주민참여형 포괄적 일차의료모형의 확산 및  
제도화 방안



## 제 6 장

# 주민참여형 지역건강돌봄체계 구축을 위한 정책 과제

### 제1절 주민참여형 지역건강돌봄체계의 개념과 구성

#### 1. 의료사협의 사례로 살펴본 지역건강돌봄체계의 구성 요소

지역 내에서 선도적인 건강돌봄체계를 구축하여 운영 중인 일부 의료사협의 사례들은 한국에서 주민참여형 지역건강돌봄이 어떻게 구현될 수 있는지를 보여주었다. 각 지역의 의료사협들이 쌓아온 경험은 ‘치료를 넘어 돌봄까지, 기관을 넘어 마을 전체가 환자를 돌보는’ 지역보건의 새로운 길을 제시한다. 이들 사례에서 확인할 수 있는 지역건강돌봄의 공통된 구성요인은 **주치의 기반의 포괄적 일차의료, 의료와 복지가 연계된 통합돌봄, 주민 참여를 통한 지역 공동체의 건강 역량 강화**이다.

먼저 상당수 의료사협은 환자에게 상용치료원(usual source of care)을 제공하는 주치의 개념의 일차의료를 구현하고 있었다. 의료사협 의원들은 환자와 장기적 신뢰 관계를 형성하여 지속적이고 포괄적인 일차의료 서비스를 제공하며 방문진료, 방문간호, 방문구강서비스 등으로 거동이 불편한 환자들에게 찾아가는 의료서비스를 제공함으로써 의료접근성이 낮은 주민도 돌보고 있다. 특히 살림, 안산, 민들레 등 일부 의료사협에서는 의사뿐만 아니라 간호사, 물리치료사, 사회복지사, 한의사, 치과 의료인 등 다양한 보건의료 전문인력이 참여하는 다학제 진료팀을 운영한다. 이러한 팀 기반 접근은 만성질환 관리, 재택의료, 장애인 돌봄 등에서 대상자의 복합적 요구를 충족하는 데 핵심적으로 작용하고 있었다. 또한 각 분야 전문인 간 협업으로 환자에게 통합적인 치료계획과 서비스를

제공하고, 일차의료의 연계성과 연속성을 높이는 데 기여하고 있었다.

다음은 의료와 복지가 연계된 맞춤형 통합돌봄의 구현이다. 사례로 살펴본 7곳의 의료사협이 모두 재택의료센터와 같은 통합돌봄을 제공할 조직체계를 갖추고 있었으며, 상당수의 의료사협이 지역사회 통합돌봄 선도사업에 참여하며 각 지역의 특성에 맞는 돌봄 모형을 구축함과 동시에 지자체-민간 협력의 거점으로 활약하고 있었다. 의료진은 돌봄이 필요한 가정을 직접 방문하고, 필요한 경우 지역 자원(가사간병 서비스, 주거환경 개선 등)을 연계하였으며, 이 과정에서 건강리더와 같은 지역 주민들은 지역의 비공식 자원들을 연계하는 역할을 맡기도 하였다.

마지막으로, 주민 참여를 통한 지역 공동체의 건강 역량 강화는 의료사협의 독특한 강점이다. 조합원들은 출자와 이용자로만 머무르지 않고 이사회 대의원, 자원봉사자 등으로 활동하며 협동조합 운영에 직접 목소리를 내고 건강동아리, 건강반 등으로 불리는 다양한 주민참여형 건강프로그램에 참여함으로써 스스로 건강자치력을 키우고 있었다. 특히 건강리더를 양성해 주민들이 주도적으로 참여하는 건강돌봄 활동을 다양한 형태로 전개하고 있다. 건강리더는 지역의 건강보조인으로서 의료전문가와 협업해 돌봄의 공백을 메우고 지역 주민의 일상 건강관리, 조기발견 및 돌봄연계를 책임지는 리더 역할을 수행하고 있다. 이러한 참여적 거버넌스는 지역 내 호혜적 돌봄 네트워크를 형성하고, '주민이 주민의 건강을 돌본다'는 건강자치의 실천을 구현하고 있다.

## 2. 주민참여형 지역건강돌봄의 구상

의료사협의 사례와 경험을 토대로 구상할 수 있는 지역건강돌봄 모형의 핵심 요소는 우선 포괄적 일차의료 제공이다. 포괄적 일차의료는 의료

전달체계의 기초인 1차 의료기관의 역할을 단순 질병 치료나 문지기 역할에 가두지 않고, 치료와 예방, 돌봄을 아우르는 환자 중심의 능동적인 건강관리로 확장하는 개념이다. 이는 스타필드가 네 가지로 제시한 일차 의료의 핵심 속성을 구현한 고기능 일차의료(high performance primary care)의 실천 모델이기도 하다.

지역건강돌봄 모형의 두 번째 핵심 요소는 주민참여이다. WHO는 1978년 알마아타선언을 통해 일차보건의료에서 주민참여와 자립이 갖는 중요성을 일찍이 천명한 바 있다(WHO, 1978). 이어 2018년 아스타나 선언에서는 의료와 돌봄이 결합된 보편적 건강보장을 강조하면서, 기존의 주민참여 개념을 개인과 지역사회의 역량 강화라는 차원으로 보다 구체화하였다(WHO, 2018).

그동안 한국의 보건의료정책 논의에서 일차의료와 주민참여라는 두 가지 요소의 결합은 논의가 충분하지 못했다. 그러나 살림, 안산, 안성, 민들레 등 일부 의료사협의 사례들에서 살펴볼 수 있듯, 이 두 가지는 각각이 아닌 결합해야 더욱 시너지를 낼 수 있다. 특히 지역사회 통합돌봄을 구현하는 데 일차의료 강화와 주민참여는 필수적이다. 노인인구 증가로 돌봄 수요가 폭증하는 상황에서 병원이나 시설 중심으로만 대응하는 데는 한계가 있기 때문이다. 지역사회 내에서 의료와 요양, 복지 서비스를 통합 제공하여 노인이 살던 곳에서 계속 살아갈 수 있게 해야 하며, 그러려면 지역주민이 함께 참여하는 돌봄체계가 요구된다. 이러한 주민참여형 모델은 공동체의 건강자치력을 높이고, 우리나라 의료돌봄체계의 지속가능성을 확보하는 데 기여한다.

아울러 앞서 해외사례에서 살펴보았듯, 영국과 캐나다 등은 주민참여를 일차보건의료 및 통합돌봄 강화의 필수요소로 간주하고 이를 제도화하거나 다양한 주민 참여 중심의 커뮤니티 케어 모델들을 개발해왔다. 일

본 역시 공적 돌봄 시스템에 주민이 깊숙이 참여하여 상호보완하는 역할을 수행하고 있다. 이상의 사례들로부터 공통적으로 얻을 수 있는 교훈은 주민을 파트너로 삼을 때 일차의료와 돌봄의 질이 향상된다는 점이다. 주민참여는 현장의 필요에 부합하는 서비스 설계, 취약계층의 포용, 예방 중심의 건강관리, 공동체 역량 강화라는 선순환을 가져온다.

일차의료와 주민참여의 결합은 제도화된 거버넌스 참여에서부터 서비스 직접 제공이나 주민활동 참여에 이르기까지 다양한 층위에서 이루어질 수 있다. 먼저 주민참여 기반의 일차의료에서 가장 상층에 해당하는 주민참여는 지역의 일차의료 관련 정책이나 서비스 기획, 예산 배분에 직접 참여함으로써 주민의 필요에 기반한 서비스가 제공되도록 목소리를 내는 것이다. 의료사협의 조합총회나 대의원회, 일부 지역에서 운영되고 있는 지역건강위원회에서 주민참여, 영국의 헬스워치 등이 이에 해당한다. 이러한 거버넌스 참여는 일차의료의 4가지 핵심 속성 중 접근성과 조정성을 강화하는 중요한 수단이 될 수 있다.

다음은 서비스의 연계 및 코디네이션에 주민이 참여하는 것이다. 영국의 링크워커, 일부 의료사협이나 지자체에서 건강리더나 마을건강활동가들이 의료진과 함께 사례관리나 지자체 자원 연계 등에 참여하는 형태가 여기에 해당한다. 이러한 방식의 주민참여는 일차의료의 핵심 기능 중 포괄성과 지속성 강화에 중요하게 기여할 수 있다.

마지막은 서비스 제공이나 건강증진 활동에 주민이 직접 참여하는 방식이다. 건강 동아리 활동이나 자조모임, 지역 돌봄에 직접 참여함으로써 스스로 건강역량을 키우고 지역의 돌봄 공백을 메우는 데 기여할 수 있다.

[그림 6-1] 일차의료와 주민참여의 결합 모형

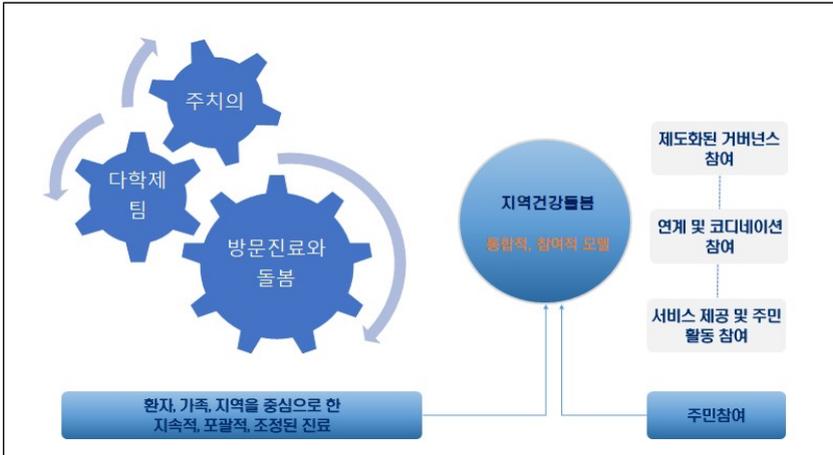


출처: 연구진 직접 작성.

한편, 포괄적 일차의료 제공과 관련하여 일부 의료사협이 오랫동안 노력해온 부분은 주치의제가 없는 우리나라에서 사실상 상용치료원으로서 주치의와 같은 역할을 해온 것이며, 방문진료 자체를 일차의료의 중요한 수단으로 고려했다는 점이다. 환자의 질병 이전에 환자의 생활을 이해해야만 근본적 치료가 가능하다고 보았기에 방문진료에 대한 수가나 재택 의료 관련 시범사업들이 존재하기 이전부터 일부 의료사협들은 방문진료 활동을 펼쳐왔다. 또한 환자에 대한 전인적 개입과 방문진료가 효과적으로 이루어지려면 다학제 팀의 구성이 필요하다고 보았기에 다학제 팀 구성에도 공을 들였다. 사회복지사 등이 포함된 다학제 팀의 방문진료 활동은 자연스레 돌봄이나 복지서비스와의 연계로 이어져 현재 정부가 추진 중인 지역통합돌봄 모형의 밑그림을 제시하였다.

이러한 경험으로부터 도출할 수 있는 지역건강돌봄의 구성 요소로서 포괄적 일차의료는 주치의, 다학제 팀 접근, 방문진료 및 돌봄의 결합으로 정의할 수 있다.

[그림 6-2] 주민참여와 포괄적 일차의료가 결합한 지역건강돌봄 모형



출처: 연구진 직접 작성.

### 3. 제기된 한계점과 지속가능성에 대한 과제

의료사협의 성과와 기여에도 불구하고 일부 의료사협이 구축한 지역건강돌봄 모형이 전체 의료사협에서 구현되고 있는 일반화된 모형이라고 보긴 어려우며, 제도적 미비와 재정적 어려움으로 협동조합 단독으로는 한계에 부딪히는 부분도 확인되었다.

가장 큰 문제는 재정적 어려움이다. 조합원들의 출자금과 의원 수익만으로는 안정적 재정 확보가 쉽지 않다. 특히 대형병원과의 경쟁 속에서 수익성이 낮은 일차의료 중심 운영은 늘 재정적 압박으로 이어졌다. 이에 상당수 의료사협이 공모사업과 정부 시범사업 참여에 의존할 수밖에 없는 상황에 처해 있었다.

여기에는 제도적 제약도 크게 작용한다. 한국 의료제도는 행위별 수가제를 기반으로 해서 의료사협이 제공하는 포괄적·예방적 서비스나 다학제 진료 등은 제대로 보상을 받기 어렵다. 더욱이 의료사협이 펼치는 지

역사회 내 다양한 공익적 활동에 대한 인정이나 보상 역시 이루어지지 않다 보니 협동조합적 운영이 충분히 제도적으로 뒷받침되지 못하고 있다.

안정적인 의료인력의 확보와 조합원 참여 역시 도전과제이다. 지역에서 선도적인 역할을 하는 상당수 의료사협의 생존과 성장은 초창기부터 조직에 헌신했던 의료진과 창립 멤버들의 리더십과 사명감에 의존하는 경우가 많다. 반면, 민간병원 대비 처우가 낮고 업무강도가 높기 때문에 이러한 의료사협 조직의 철학과 미션에 선뜻 동참하는 신규 의료진을 확보하기가 어렵다보니 조직 운영의 동력을 지속적으로 유지하는 데 한계가 있다. 또한 주민이 주체로 참여한다는 이상에도 불구하고 조합원 모두가 적극적으로 활동하기보다는 일부 활동가 그룹에 의존하는 경향이 있어 참여 민주주의가 한계에 부딪히는 경우가 있다.

결과적으로 의료사협은 공공의료의 사각지대에서 사실상 ‘민간의 공공 역할’을 자발적으로 수행하며 지역 건강돌봄의 선도적 모형을 구축해오고 있지만, 이에 대한 제도적 인프라가 미비하여 구성원들의 선의와 헌신에 기대는 구조적 한계에 직면해 있다고 평가할 수 있으며, 이러한 한계는 의료사협 모형의 확산을 가로막는 요소라고 볼 수 있다.

이러한 요소들은 의료사협의 확대와 활동 장려에 필요한 정책 마련에서 중요하게 고려될 필요가 있다. 다만, 이 연구의 목적은 의료사협의 규모 확대나 활동 장려 자체보다 의료사협이 구축해 온 지역건강돌봄의 핵심 요소를 제도화하기에 필요한 조건을 고찰하는 데 있다는 점에서 다음 절에서는 현행 정책 여건을 진단하고, 제도화에 요구되는 핵심 과제를 중심으로 살펴보고자 한다.

## 제2절 주민참여형 포괄적 일차의료모형의 확산 및 제도화 방안

### 1. 정책 여건 진단

#### 가. 지역에서 의료공급자들이 포괄적 일차의료를 제공할 유인이 존재하는가?

현재까지 한국의 일차의료 환경에서 가장 부족했던 부분 중 하나는 재정적 인센티브이다. 일차의료기관 대부분은 행위별수가제 하에서 환자 진료량에 따라 수입이 결정되는데, 이는 짧은 진료에 집중하게 만들어 예방·상담·만성질환 관리 등 포괄적 서비스 제공을 유인하지 못하는 구조였다. 환자 한 명 한 명의 건강을 지속적으로 관리하고 생활지도까지 하더라도 이에 대한 별도 보상이 없으니, 의료진으로서는 시간을 들여 포괄적 관리를 할 동기가 부족했던 것이다.

이러한 문제의식하에 정부는 일차의료를 강화할 여러 정책과 시범사업으로 일정 금액의 포괄관리료를 신설하여 의사에게 환자관리에 대한 시간을 보상해주기 시작했고 성과가 좋은 의료기관에는 가산금을 지급하기도 하였다. 대표적으로 일차의료 만성질환관리 시범사업은 고혈압·당뇨병 환자를 동네의원에서 체계적으로 관리하도록 2014년부터 단계적으로 도입된 사업이다. 기존에 일부 지역에서 시행되던 지역사회 일차의료 시범사업과 만성질환 관리 수가 시범사업이 통합되어 2019년부터는 전국 단위의 일차의료 만성질환관리 모델로 운영되었고 2024년 9월 본사업으로 전환되었다. 해당 사업에서는 만성질환 통합관리료 수가를 신설하여 환자에 대한 포괄평가 및 계획수립, 교육상담, 환자관리, 점검 및 평가에 대한 수가가 지급된다. 한편 장애인 건강주치의 시범사업에서도 통합관리료 수가를 개발하여 포괄평가 및 계획수립, 중간점검, 교육상담, 환자

관리, 방문진료, 방문간호 각각에 대한 비용을 지급하고 있다.

그러나 환자 중심의 맞춤형 관리와 예방적 접근을 강화한다는 정책적 취지에도 불구하고 실제 현장에서는 저조한 참여율 문제가 지속되고 있다. 공급자 측면에서는 만성질환 관리나 장애인 진료서비스 제공에 소요되는 시간과 노력에 비해 수가 보상이 불충분하고, 과도한 행정 업무 부담이 공급자의 참여를 제한하는 장애요인으로 지적되었다(박옴, 2025.3.21.; 이승덕, 2024.10.11.).

즉 전반적으로 최근 정책여건을 보면, 과거보다 의료공급자가 포괄적 일차의료에 나설 금전적 유인과 제도적 기반이 점차 마련되고 있으나, 아직 유인의 안정성과 범위는 제한적이라고 평가할 수 있다.

#### 나. 포괄적 일차의료를 제공할 역량과 기반을 충분히 갖추고 있는가?

현재 동네의원 중 상당수는 특정 전문과 진료를 하는 전문의원으로 실질적으로 일차의료 기능을 담당하고 있는 기능적 일차의료기관의 비중은 낮은 편이다(윤재문 외, 2021, p.8). 2017년 기준으로 의원급 의료기관 중 기능적 일차의료 의원의 비중은 30% 수준에 그치는 것으로 알려져 있다(윤재문 외, 2021, p.6). 이는 상당수 개원의가 전문의료 영역 진료에 머물러 있음을 보여주는 것으로, 우리나라 의사 대부분이 상급병원에서 세부 전문분야 중심으로 수련을 받는 것과 무관하지 않다. 이 때문에 만성질환 관리나 환자 중심의 포괄적 관리, 지역사회 보건 등 일차의료에 대한 인식과 훈련은 상대적으로 부족할 수 있다.

더욱이 의원급 의료기관 대부분이 단과 전문의 중심의 단독 개원을 해서 환자 중심의 포괄적 서비스를 제공하기에는 구조적 한계가 있다. 간호사 외에 영양사, 사회복지사, 운동처방사 등의 다학제 전문가와 한 팀으

로 일하는 경험 역시 제한적이며, 단독 개원의 경우 환자 규모를 고려할 때 이러한 팀을 꾸리기도 어려운 형편이다. 이 경우, 제공할 수 있는 서비스 범위 자체가 제한되며 방문진료, 지역자원 연계 등 지역사회 재가 환자들의 의료 요구에 적절하게 대응하기 어려울 뿐 아니라 야간이나 공휴일 접근성 역시 제한될 수밖에 없다. 2024년 기준 전체 36,674개소 의원 중 77.7%가 단독개원 형태인 것으로 알려져 있다(신현웅 외, 2025, p.310). 일차의료 공공인프라 역시 취약하긴 마찬가지이다. 공보의 감소 등으로 보건소 의사의 정원은 지속적으로 축소되고 있다.

한편, 포괄적 일차의료를 제공하려면 의료기관 간 정보공유가 필수적으로 요구된다. 환자가 어떤 질환으로 어떤 검사를 했고, 어떤 약들을 복용하고 있는지 등을 주치의가 파악할 수 있어야 하기 때문이다. 그러나 현재 한국은 기관 사이 전자의무기록(EMR) 연계가 원활하지 않다. 의뢰·회송 시스템이 갖춰져 있지만 실질적 정보교류는 미흡하고, 서로 다른 의료기관끼리 공동의 환자관리 계획을 공유하는 문화도 정착되지 못했다.

요컨대, 전반적으로 동네 의원의 포괄적 일차의료 제공 역량과 기반은 강화되어야 할 부분이 많은 단계라고 볼 수 있다.

#### **다. 지역의 보건의료 자원배분이나 서비스 기획에서 주민의 의견을 고려해야 할 유인이 존재하는가?**

현재 우리나라 「지역보건법」은 지역주민의 필요와 의견을 반영하여 지역에 필요한 보건의를 제공하도록 정하고 있다. 지역보건의료계획 수립 시 주민 참여 노력에 대한 규정을 포함함으로써 형식상 주민참여의 근거도 마련하고 있다. 이에 일부 지자체에서는 건강위원회 등 주민의견을 반영할 공식적인 기구를 마련하고 있다(이도연 외, 2022). 그러나 아직까

지 이러한 지자체는 일부에 불과하며, 지자체가 주민의견을 반영해야 할 직접적인 동인도 약한 상태이다.

현재 우리나라 지자체의 보건분야 예산 비중은 2020년 기준 1.59%로 극히 작으며, 사실상 보건소 사업 집행을 중심으로 구성된다. 그마저도 대부분 중앙정부의 표준화된 사업지침과 모델에 따라 집행되다보니 예산 책정과 활용에서 지방정부의 재량과 자체 기획의 여지가 낮은 상황이다(김미영, 2021). 보건의료 예산 대부분을 차지하는 건강보험 재정은 지자체에서 활용할 수 없는 구조이므로, 지역 내 보건의료자원과 서비스 제공에는 지자체가 관여할 수 있는 역할이 제한적이다. 이러한 상황에서는 지자체가 주민 의견을 반영해 사업을 설계하고 예산화할 실질적 유인이 존재하기 어렵다고 볼 수 있다.

다만, 사업단위에서는 주민의 참여에 기반한 건강사업들이 최근 들어 다양하게 추진되고 있으며, 주민의 참여를 중요 요소로 보고 평가에 반영하는 노력을 하고 있다. 가령 현재 건강생활지원센터 사업에서는 지역 주민 기획 사업 목표 실행건수, 주민건강조직 구성 및 운영, 지역건강협의체 구성 및 운영 등을 평가 요소로 삼아 주민이 계획부터 실행까지 얼마나 참여했는지를 사업 선정 및 성과평가에 반영하는 노력을 하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b). 그러나 전반적으로 주민참여라는 것을 반드시 고려해야 할 당위성 또는 압력은 충분치 않은 상태라 할 수 있다.

## 라. 일차의료 및 지역 돌봄에서 주민참여의 통로가 마련되어 있는가?

일부 지자체에는 건강마을 추진위원회, 건강센터 운영협의회, 지역케어회의 등에 주민 대표가 참여하고 있다. 그러나 이러한 협의체에 일반

주민이 얼마나 실질적으로 참여했고 영향력을 행사했는지는 사례마다 다르다. 대부분은 전문가나 기관 종사자가 주도하고 주민은 자문 혹은 심의 수준으로 소수만 포함된 형태라고 알려져 있으며, 건강 분야 의제를 주민 자치 영역에 포함하는 제도적 장치의 부족, 보건 당국의 주민조직에 대한 신뢰·권한 위임의 부족 등의 문제가 지적되었다(허현희, 손인서, 2020).

한편 일차의료 현장에서 주민참여 통로 역시 협소하다. 일부 의료사협에서 운영하는 의료기관을 제외하면, 환자들이 주치의 의원의 운영이나 서비스 개선에 의견을 낼 구조는 거의 없으며, 일부 의료기관에서 자체적으로 환자만족도 조사를 하는 정도이다. 영국 NHS의 경우 GP 의원마다 환자참여위원회(PPG)를 운영하여 환자-의료진이 정기적으로 모여 서비스 개선 의견을 교환하게 하며 이는 NHS 계약 조건으로 많은 의원에서 실시되지만 우리나라는 아직 그런 문화나 제도가 없다.

다만, 최근 지역사회통합돌봄 시행과 관련하여 여러 지자체가 지역주민을 소위 동네 돌봄활동가로 위촉하는 제도를 시행하고 있다는 점은 주목할 만하다. 이웃지기, 이웃돌봄활동가, 지역주민 돌봄활동가 등의 이름으로 불리는 지역 활동가는 돌봄이 필요한 이웃의 안부를 체크하고 일상적 활동(말벗, 병원동행, 산책 등)을 지원하는 역할을 수행한다. 이는 일부 지자체나 의료사협에서 운영한 건강리더의 개념과도 맞닿아 있다. 이러한 움직임은 주민을 지역 돌봄의 공동 주체로 인정한다는 점에서 의미가 있지만, 아직 초기 단계로 참여수준이나 권한, 역할이 모호하다는 문제가 있다.

## 2. 확산 및 제도화를 위한 정책과제

### 가. 포괄적 일차의료를 제공하려는 공급 기반 및 보상 체계 설계

#### 1) 자발적 참여에 기반한 주치의제(환자 등록제) 단계적 도입

포괄적 일차의료 중심의 지역건강돌봄체계가 구축되려면 환자 개개인이 여러 의료기관을 전전하는 방식이 아니라 자신의 주치의를 정해 지속적인 건강관리를 받는 건강주치의 제도의 도입이 필요하다. 많은 선행연구는 환자가 특정 일차의료 의사에게 등록되어 지속적으로 진료받는 시스템이 고기능 일차의료의 핵심요소이며, 불필요한 의료이용을 줄이고 환자의 만족도 및 건강성과를 개선한다고 밝힌 바 있다(Bates et al., 2025; Harris & Rhee, 2022). 다만, 의료 이용의 제한이나 진료 선택권 침해에 대한 일부 우려가 있는 만큼 일률적·강제적으로 전면 시행하기보다는 자발적 참여에 기반하여 우선 시행하고 점진적으로 확대해나가는 전략이 필요하다. 또한 주치의를 정하는 과정에서도 국민의 선택권을 우선 보장할 필요가 있다.

건강주치의제를 통한 일차의료의 효과를 발휘하려면, 일차의료기관에서 제공해야 할 서비스의 범위를 명확히 규정하고 이에 대한 지원을 강화할 필요가 있다. 앞서 주민들에 대한 설문조사 결과에서도 확인하였듯, 주민들이 일차의료에서 기대하는 것은 단순 경증 질환 치료에 그치지 않으며, 예방의료(건강검진, 예방접종, 생활습관 개선 상담 등), 만성질환 관리, 거동이 불편한 환자에 대한 가정방문 진료와 간호, 퇴원환자 연계 관리 등 주민들의 평생 건강을 책임지는 포괄적 서비스이다. 주민들이 주치의로 등록된 자신의 동네의원에서 예방-치료-관리-연계에 이르는 연속성 있는 의료서비스를 누릴 수 있도록 일차의료기관에서 제공되어야 할

서비스의 범위를 명확히 정의하고, 이러한 건강주치의제(환자 등록제)가 안정적이고 지속적으로 시행될 수 있도록 법적 기반을 마련해야 할 것이다. 이와 관련해 현재 논의 중인 일차의료 강화 특별법은 그간 선연적 수준에 머물렀던 일차의료 강화 노력을 법적·제도적 수준으로 끌어올리고, 일차의료 분야에 대한 국가와 지자체의 재정 지원 근거를 확보한다는 점에서 의미가 크다(한상인, 2025.8.8.).

## 2) 주치의제 참여 기관 및 환자에 대한 적정 보상(인센티브) 체계 설계

건강주치의제가 지향하는 ‘지속적이고 포괄적인 건강관리 제공’을 하려면 이를 뒷받침하는 적정 수가 보상체계가 마련되어야 한다. 현재의 수가체계는 만성질환 치료 이외에 예방, 상담, 지역사회 자원 연계 등 포괄적 일차의료 서비스를 충분히 뒷받침하지 못하고 있기 때문이다.

만성질환 관리료, 방문진료 수가 등 기존 시범사업 항목을 건강보험 본 사업으로 전환하고 생활습관 개선 상담, 영양·운동 지도, 지역 보건소 및 돌봄 서비스를 연계하는 코디네이션 업무 등과 같이 일차의료기관이 환자 교육, 지역사회 연계에 투입한 노력에도 보상체계를 마련할 필요가 있다.

이와 함께 일차의료의 질 향상을 유도할 수 있도록 성과 평가에 기반한 재정 인센티브를 지급하는 것도 필요하다. 고난도 수술, 중증 질환 치료, 응급진료 등을 수행함에 따라 비교적 그 성과를 즉각적으로 평가할 수 있는 2, 3차 의료기관과 달리 일차의료기관의 예방, 상담, 연계 등의 활동은 그 효과가 즉각적으로 나타나는 것이 아니므로 적절한 지표를 마련해 질적 성과를 측정할 필요가 있다. 여기에는 환자 개인의 임상 질지표(혈압·혈당 조절률, 합병증 발생률 등)와 환자 만족도(충분한 설명, 진료 접근성 등)가 포함될 수 있으며, 해당 의원에 등록된 전체 환자군의 건강 개선 성

과(입원율이나 응급실 방문을 감소, 복용약물 감소 등)도 활용될 수 있다. 참고로 영국은 2004년부터 일차의료 질·결과 지표(QOF)를 도입해 임상적 영역, 공중보건 예방, 환자경험 등을 종합 평가하여 지표 달성도에 따라 GP에게 성과보상을 지급해 왔다(이재호 외, 2013, p.874). 이러한 다차원적 성과보상체계는 일차의료기관들이 단순 진료량 확대가 아니라 환자 가치와 건강결과 향상을 목표로 서비스 개선에 힘쓰도록 유도하는 데 기여할 것이다.

아울러 공급자에 대한 인센티브뿐 아니라 주민들도 자발적으로 주치의 제도에 동참할 수 있도록 등록 환자에게 일부 본인부담 경감이나 진료 편의 제공 등의 인센티브를 부여하는 방안도 적극 고려할 필요가 있다.

### 3) 다학제 팀 구성 및 방문진료 활성화 지원

일차의료가 개인과 가족의 생애주기 전반에 걸친 다양한 건강요구에 효율적으로 대응하려면 다학제 팀 접근이 필수적이다. 앞서 해외사례에서도 살펴보았듯, 주치의를 기반으로 오래전부터 일차의료체계를 구축해 온 여러 나라도 최근에는 지역통합돌봄이 강조되는 맥락 속에 다학제 팀 기반의 일차의료로 그 영역을 확장하고 있다. 다학제 팀 접근은 현대 일차의료 모델의 공통된 특징으로, 의사 혼자 모든 것을 책임지던 과거와 달리 간호사, 약사, 사회복지사 등이 팀을 이루어 역할을 분담하고 협업함으로써 포괄적이면서도 지속적인 돌봄을 제공하고 있다.

한국은 일차의료기관 대부분이 1인 단독 개원 형태로 운영되어 다학제 협업에 한계가 있으며, 이를 뒷받침할 지원체계 마련이 시급하다. 이와 관련해 현재 논의되고 있는 일차의료지원센터와 같은 조직은 동네 의원 중심의 일차의료를 효과적으로 작동하게 하려는 현실적인 대안이 될 수

있다(손지민, 2025.11.12.). 일차의료지원센터의 주요 역할은 다음과 같이 제안할 수 있다. 첫째, 간호사, 사회복지사, 영양사, 운동처방사 등 전문인력을 공동 지원함으로써 개별 의원이 전담하기 어려운 교육, 방문간호, 돌봄 연계 및 사례관리, 행정업무 등을 지원하는 것이다. 이를 위해 이미 지역 내에서 다학제 팀 기반의 건강돌봄을 오랫동안 실천해온 의료사협들을 일차의료지원센터로 활용하면서 재정을 지원하는 것도 하나의 방안이 될 것이다. 둘째, 지역 내 보건소 및 여러 의원과 2, 3차 병원을 연결하는 일종의 거버넌스 허브로서 기능을 기대해 볼 수 있다. 전문 진료과목 진료나 상급병원으로 의뢰가 필요한 경우, 일차의료지원센터를 활용해 의뢰나 자문이 원활하게 이루어지도록 지원하는 것이다.

다만 이러한 일차의료지원센터 모형은 의원급 인프라가 어느 정도 갖춰진 지역에서나 가능하므로 의료인프라가 턱없이 부족한 농어촌 의료취약지에는 다른 접근이 필요하다. 최근 공공의료 일선에서 제안한 공공종합의원의 설립도 취약지 내 일차의료 공백을 메우는 하나의 대안이 될 수 있다. 공공부문에서 운영하는 종합의원, 즉 한 시설 안에 가정의학과를 비롯해 내과, 소아청소년과, 재활의학과 등 필수 과목의 의사를 배치하고 간호사, 약사, 물리치료사 등 보건인력이 팀을 이루어 직접 다학제 통합진료를 제공하는 방식이다. 인구가 적고 병원을 지어도 유지하기 힘든 지역은 공공종합의원을 설립해 기본 의료서비스를 제공하고, 입원병상을 갖추지 않은 대신 방문진료와 24시간 대응 등 지역 주민 밀착형 서비스를 제공하는 형태로 운영될 수 있다. 이 경우 해당 지역의 상급종합병원이나 지방의료원 등과 네트워크를 구축하여 중증 환자 의뢰나 전문의 자문이 원활하도록 하는 것 역시 중요하다(박건희, 2025). 이러한 일차의료에서의 공공모델은 취약지의 의료접근성을 개선하고 지역 간 건강격차를 줄이는 데 기여할 것이다.

#### 4) 정보 공유 인프라와 진료연계시스템(수평적, 수직적) 구축

현재 환자의 진료정보는 병원이나 의원 단위로 분절되어 있고, 개인정보보호 규정상 환자 동의 없이 다른 의료기관이 진료기록을 임의로 조회할 수 없다. 이 때문에 실질적인 주치의 역할을 하고 있는 일차의료기관이라 하더라도 환자의 전체 의료이력과 투약 정보를 알기 어려워 진료의 연속성과 포괄성이 떨어지고 중복 검사나 약물 처방의 문제가 발생할 수 있다. 2023년부터 건강정보 고속도로 등의 국가 중계플랫폼을 이용해 개인의 의료데이터를 통합 조회·저장·전송할 수 있는 시스템이 구축되고 있으나, 이는 아직까지 환자가 자신의 정보를 확인하는 단계에 그쳐 일선 의료현장에서 주치의의 정보 접근성을 높이고 실시간 진료정보교류를 활성화할 추가 조치가 필요하다. 주치의로 지정된 경우, 환자의 동의하에 환자의 진료·투약 이력 데이터를 주치의가 조회할 수 있도록 개선이 필요하다.

아울러 주치의 의원과 인근 전문의원 간의 수평적 협력관계(환자 의뢰 및 회신) 및 의원-병원 간 수직적 진료협력이 원활하도록 양방향 커뮤니케이션 체계를 갖출 필요가 있다. 먼저 수평적 협력과 관련해서는 분야별 협력 의원을 지정하고, 주치의가 필요시 치과, 정신과, 피부과 등 전문 협력의원에 환자를 의뢰하고 상시 자문을 할 수 있도록 해야 한다. 다음으로 일부 대형병원을 중심으로 운영되는 의뢰-회송 시범사업을 전 의료기관으로 확대하고, 특히 상급종합병원에서 지역의원으로 회송이 활발하도록 인센티브 체계를 설계할 필요가 있다. 전자 의뢰·회송 시스템을 표준화하고 의뢰 환자의 진료정보교류를 실시간 지원하는 것 역시 중요하다. 앞서 언급했던 일차의료지원센터 등이 이러한 연계를 지원하는 방식도 고려해 볼 수 있다.

### 5) 일차의료 역량강화에 필요한 교육훈련 지원

일차의료 현장에서 의사, 가정간호사, 방문간호사, 케어코디네이터가 각자의 전문성을 발휘하면서도 유기적으로 협력하려면, 표준화된 교육과정, 지속적인 재교육 기회 등이 마련되어야 한다. 일차의료지원센터 등에서 표준 방문진료 지침 교육, 다직종 팀원 간 소통 훈련 등을 정기적으로 시행해 참여 인력의 역량을 강화하고, 공공의원을 수련교육의 장으로 활용하여 수련의를 일정 기간 파견하는 등 일차의료 현장 교육을 실시하는 것도 하나의 방안이 될 수 있다. 또한 2026년부터 본격 시행예정인 「의료·요양 등 지역돌봄 통합지원법」의 이행을 뒷받침하도록 케어코디네이터를 체계적으로 양성하는 것 역시 중요하다.

## 나. 주민참여 활성화에 필요한 제도적 기반 강화

### 1) 일차의료기관 및 보건소와 연계한 주민 건강코디네이터 제도 도입

개인의 건강문제는 종종 의료적 개입뿐만 아니라 개인의 건강을 둘러싼 사회적 결정요인들에 대한 비의료적 개입이 필요하다. 영국 NHS는 사회적 처방(social prescribing) 제도로 이를 실현하고 있는데, 사회적 처방은 “사람들의 건강과 웰빙에 영향을 미치는 실질적·사회적·감정적 욕구를 충족하려고 지역사회의 활동, 모임, 서비스와 연결”하는 접근이다(NHS, 2020). 이를 위해 환자는 링크워커에게 의뢰되는데, 링크 워커는 주로 지역사회 사정을 잘 아는 주민으로 비의료인이 맡으며, 환자의 이야기를 경청하여 생활·정서적 문제를 파악하고 필요한 지역자원을 연계하는 역할을 한다. 이와 유사하게 캐나다와 호주 등에서도 사회적 처방의 개념이 도입되었으며, 살림 등 일부 국내 의료사협에서도 주민 건강활동

가가 사례회의에 함께 참여함으로써 환자들을 위한 지역의 비공식 자원들을 연계하는 역할을 수행하고 있다.

이러한 제도를 벤치마킹하여 우리나라에서도 일차의료팀에 주민 출신의 사례관리 인력을 포함하고, 이로써 의료와 복지 사이의 간극을 메우고 주민을 적절한 지역자원과 연계하는 모델을 고안해볼 수 있다. 동네의원 의사나 보건소가 건강문제를 상담한 후 주민 건강코디네이터를 소개하면, 코디네이터가 적절한 지역 자원(자조모임, 자원봉사, 문화·예술 활동, 복지서비스, 운동 프로그램 등)을 환자에게 연결하는 방식이다. 이를 위해서는 의사, 간호사 등 전문가와 주민 코디네이터가 정례적으로 정보를 공유하고 협력하는 체계를 구축해야 한다.

이를 위해 먼저 일부 지역을 선정하여 주민 코디네이터를 도입하고 주민 의뢰 수, 서비스 연결 건수, 환자 만족도, 의료이용 변화 등을 평가한 뒤 단계적으로 확대하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 또한 시범사업 단계에서 고령자·저소득층·정신건강 취약계층 등 우선지원 대상군을 설정하여 코디네이터 개입이 이들의 건강결과 개선에 기여하는지 검증하는 것이 바람직할 것이다. 이러한 주민 건강코디네이터(링크워커) 제도는 의료인이 대응하기 어려운 사회·생활 문제를 지역사회 자원과 연결하여 환자의 전인적 회복을 지원함으로써 의료 부담을 경감하고 건강 불평등을 해소하는 데 기여할 것이라 기대된다(런트닐, 2019).

## 2) 마을 건강돌봄활동가·건강리더의 양성 및 전문성 확보

지역사회 중심의 건강돌봄체계가 마련되려면 촘촘한 풀뿌리 돌봄망의 구축이 중요하다. 병원이나 행정기관의 개입만으로는 건강문제를 빠르게 파악하고 지속적으로 돌보는 데 한계가 있기 때문이다. 이에 일부 의료사협들은 건강리더라 불리는 마을 건강활동가를 지역사회 통합돌봄의 핵심

주체로 양성해 왔으며, 이들은 이웃 주민의 건강 상태를 정기적으로 살피고 말벗이 되는 등 건강취약계층을 보살피며, 필요시 보건소나 의료기관과 연결하는 역할을 맡는다. 질병관리청의 지원을 받아 수행되고 있는 서울 종로구의 ‘건강이랑’ 사업도 ‘이웃건강활동가’를 활용해서 주민 대상의 돌봄(전화, 방문, 동반 활동 등)을 제공함으로써 보건소 서비스 수요를 파악하는 것을 핵심으로 한다(질병관리청, 2025.4.18.).

이러한 마을 건강활동가는 보건소와 주민을 연결하고 건강 사각지대를 해소하는 데 기여할 수 있다는 점에서 이를 공식적으로 제도화하는 것을 적극적으로 검토해야 한다. 이와 함께 제도화하려면 마을 건강활동가의 명확한 역할설정 및 표준화된 교육과정, 적절한 보상체계 등이 마련되어야 한다. 우선 의료사협이나 종로구 사업 등의 사례를 참고할 때, 마을건강활동가의 역할은 크게 다음과 같이 설정할 수 있다: 첫째, 정기 방문을 통한 기본 건강체크 및 정서적 지원, 둘째, 새로운 건강취약계층의 발굴 및 건강관리 수요의 파악과 필요시 지역 보건복지 자원 연계, 셋째, 지역 건강모임의 조직 및 운영.

아울러 기본 건강체크 방법, 의사소통법, 응급처치 등에 대한 표준화된 교육체계를 바탕으로 마을 건강활동가의 전문성과 책임성을 보장하면 활동 품질과 주민 신뢰도가 향상될 것이다. 또한 별도의 인건비 지원 예산을 확보하거나 사회서비스형 일자리로 연계하여 숙련된 주민 건강활동가들이 장기간 활동할 수 있도록 보상체계를 마련할 필요가 있다. 전주 의료사협의 경우, 노인일자리사업과 연계하여 ‘건강지킴이’ 사업을 운영하고 있으며, 월 60시간 근무 기준으로 월 76만 원 정도의 보수를 지급하고 있다(전주의료복지사회적협동조합, 2025). 종로구 ‘건강이랑’ 사업에서는 조례를 바탕으로 이웃건강활동가의 활동경비를 지원하고 있다(서울특별시 종로구 이웃건강활동가 운영 및 지원에 관한 조례, 2023).

### 3) 주민건강모임 조직화 및 지원

혼자서는 꾸준히 지속하기 쉽지 않은 건강활동들도 함께하면 지속성이 높아질 수 있다. 주민주도의 자발적 건강모임은 사회적 자본을 강화하고, 만성질환 관리 및 예방에 기여하며, 지속성이 높다는 점에서 이러한 모임이 활성화될 수 있도록 적극적인 지원이 필요하다. 가령 비용 부담 없이 지속적인 모임 운영 기반을 확보할 수 있도록 커뮤니티 공간을 무료로 제공하거나 주민건강모임 지원비를 편성하여 활동비나 강사비 등을 보조하는 방안을 생각할 수 있다. 또한 주민건강 모임의 학습 효과를 제고할 수 있도록 운동전문가나 영양사, 물리치료사 등 전문인력을 지원한다면 모임의 전문성을 높이는 데 기여할 것이다.

### 4) 지역 특성에 맞춘 주민참여 구조 설계 및 법제도 기반 강화

지방자치단체는 지역주민의 요구와 의견을 반영하여 보건의료정책을 수립할 책무가 있으나, 아직 구체적인 참여채널과 법적 기반이 미흡한 실정이다. 이에 우선 조례를 제정해 주민참여의 법적 근거를 명확히 하고, 이에 근거해 주민의견이 일차의료 및 보건사업에 제도적으로 연계되도록 할 필요가 있다. 단순히 형식적인 참여에 그치지 않도록 회의를 공개하여 주민들이 참관할 수 있게 하고, 수렴된 주민의견이 정책에 어떻게 반영되는지 피드백하는 체계를 의무적으로 구축함으로써 정책의 책임을 높이는 것 역시 중요하다.





## 〈국내문헌〉

- 강원도 통합건강증진사업지원단. (n.d.) 건강플러스 마을사업. [https://gwhealth.kr/gwhs/health\\_village/h\\_v](https://gwhealth.kr/gwhs/health_village/h_v)에서 2025.07.22. 인출.
- 강원의료복지사회적협동조합. (2025). 2025 강원의료사회협 톡톡 건강반 운영계획안.  
[https://www.gwmedcoop.com/board/board.php?b\\_id=notice&page=0&cate=04&eq1=&eq2=&eq3=&eq4=&eq5=&st=&sk=&cmd=view&num=216](https://www.gwmedcoop.com/board/board.php?b_id=notice&page=0&cate=04&eq1=&eq2=&eq3=&eq4=&eq5=&st=&sk=&cmd=view&num=216)
- 강원의료복지사회적협동조합. (n.d.-a). 강원의료복지사회협-조직도. <https://gwmedcoop.com/page/view.php/members>에서 2025.10.11. 인출.
- 강원의료복지사회적협동조합. (n.d.-b). 강원의료복지사회협-소개 및 연혁. <https://gwmedcoop.com/page/view.php/history>에서 2025.10.11. 인출.
- 강은나. (2025). 호주 도서벽지의 노인 보건의료 및 돌봄서비스 현황과 시사점. 국제사회보장리뷰, 2025(여름), 33, 84-96.
- 강희정, 윤강재, 이재은, 고제이, 김수경, 문석준, 홍재석, 김승욱, Arbanas, Julia Cave, Damberg, Cheryl L, 오인숙. (2023). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(8년 차): 일차의료 만성질환 관리의 혁신 성과와 과제. 한국보건사회연구원.
- 경상북도 통합건강증진사업지원단. (2025). 건강마을조성사업 소개. [http://www.ilovegb.kr/ilovegb/page.php?mnu\\_uid=195](http://www.ilovegb.kr/ilovegb/page.php?mnu_uid=195)에서 2025.07.02. 인출.
- 경상북도, 경상북도 통합건강증진사업지원단. (2022) 한 걸음 더 나아가는 건강마을(건강마을 조성사업 매뉴얼).  
[http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol\\_09.pdf](http://www.ilovegb.kr/new2019/ebook/vol_09.pdf)에서 2025.07.02. 인출.
- 국민권익위원회 정부민원안내콜센터 자료마당. (2024). 가정간호서비스란 무엇

인가요?

[https://www.110.go.kr/data/counselView.do?num=A01\\_659587  
&curPage=327&scType=&scText=&scIntt=&scCate1=&scCate2=](https://www.110.go.kr/data/counselView.do?num=A01_659587&curPage=327&scType=&scText=&scIntt=&scCate1=&scCate2=)  
에서 2025.08.19. 인출.

김동하, 유승현. (2022). 협력 관점에서 ‘서울시 건강생태계 조성사업’ 돌아보기. 보건교육건강증진학회지, 39(3), 1-18.

김미영. (2021). 2020년 지자체 보건분야 예산 1.69%. 나라살림브리핑 141호.

김미진. (n.d.). 일본의 고령사회를 둘러싼 지역 커뮤니티의 대응-지역포괄케어 시스템을 중심으로. <https://50plus.or.kr/detail.do?id=45146>

김새롬. (2019). 건강증진사업에서 권력강화적 참여의 과정-건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구[박사학위논문, 서울대학교 보건대학원].

김용철. (2019. 4. 10.) 일본의 19번째 전문의, ‘종합진료의’ 탄생, 고령화에 따른 노인 통합진료·커뮤니티케어 중심 역할. 메디게이트뉴스. <https://m.medigatenews.com/news/1963131892>

김하진, 조비룡, 민경하. (2025). 세계의 일차의료 현황과 발전방향: 영국. Korean Journal of Family Practice, 15(1), 17-21.

김희원. (2023. 10. 20.) 의료생협 사이타마의 사례로 본 일본 의료생협의 역사와 오늘. 복지타임즈.

<https://www.bokjitimes.com/news/articleView.html?idxno=35557>

김희년, 문석준, 고든솔, 유원섭, 정형선. (2024). 인구 고령화에 따른 방문진료 및 재택의료 제도화 방향. 한국보건사회연구원.

김희년. (2025). 방문진료 및 재택의료 사업 현황과 제도화를 위한 제언. 보건복지포럼, 340, 24-37.

남춘호, 김정석. (2022). 지역사회 통합돌봄에서 의료복지사회적협동조합의 역할에 관한 탐색적 연구: 성북의료복지사회적협동조합 사례를 중심으로. 사회적경제와 정책연구. 12(2). 117-149.

대한간호협회 가정간호사회. (n.d.). 가정간호제도란?. [https://www.hcna.or.kr/sub2/2\\_1.php](https://www.hcna.or.kr/sub2/2_1.php) 에서 2025.08.19. 인출.

- 런트널. (2019). 자산 및 역량 기반 지역사회 이니셔티브: 영국의 사례. 국제사회 보장리뷰. 겨울호 통권 11호. 63-75.
- 문은숙. (2015). 세계 건강도시 정책동향과 건강도시 서울의 미래. 세계와 도시. 11. 18-27.
- 민들레의료복지사회적협동조합. (n.d.-a) <http://www.mindlle.org/main>에서 2025.11.21. 인출.
- 민들레의료복지사회적협동조합. (n.d.-b). 소개-조직도. [http://www.mindlle.org/sub\\_page/content\\_1\\_1\\_4/?category=1\\_1\\_4&md\\_id=info&group=mindlle\\_info](http://www.mindlle.org/sub_page/content_1_1_4/?category=1_1_4&md_id=info&group=mindlle_info)에서 2025.11.21. 인출.
- 박건희. (2025). 일차의료 중심 지역의료 활성화 경험과 비전. 한국보건사회연구원 건강보장-보건의료 정책 세미나 발표자료(2025.7.21.).
- 박웅섭, 김준형, 김남준, & 김수형. (2023). 강원도 건강플러스 마을사업의 건강 주민운동으로의 발전요인. 농촌의학·지역보건, 48(3), 205-217.
- 박옥뜸. (2025.03.21.). 본사업 전환 후 저조해진 참여율··‘만성질환 관리사업’ 현실. 메디파나뉴스. [https://www.medipana.com/article/view.php?news\\_idx=339065](https://www.medipana.com/article/view.php?news_idx=339065)에서 2025.07.21. 인출.
- 박진관, 전인혜, 김세린. (2022). 장애인 건강주치의 시범사업 평가 및 제도 활성화 방안 연구. 건강보험심사평가원.
- 박혜린. (2020). 보건의료서비스의 대안으로 의료복지사회적협동조합 재정안정화 방안모색에 관한 연구. 지역사회연구. 28(1). 81-101.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2024). 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침.
- 보건복지부, 국민건강보험공단. (2025a). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 (의원, 지방의료원).
- 보건복지부, 국민건강보험공단. (2025b). 통합재가서비스 운영 매뉴얼.
- 보건복지부, 중앙장애인보건의료센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2024a). 「장애인 건강 주치의 4단계 시범사업」지침.
- 보건복지부, 중앙장애인보건의료센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단.

- (2024b). 「장애인 치과 주치의 시범사업」지침.  
보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2024). 「일차의료 만성질환관리 시범사업」지침.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025a). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내-방문건강관리(AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업).
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025b). 2025년도 건강생활지원센터 사업 안내.
- 보건복지부. (2024.02.28.). 증증장애인에서 경증장애인까지 모두 주치의의 전문장애관리 서비스를 받을 수 있습니다-장애인 건강주치의 4단계 시범사업 시행(24.2.28.~), 사업 대상 및 지역 확대 [보도참고자료]. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1480453&tag=&nPage=62](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1480453&tag=&nPage=62)
- 보건복지부. (2025.9.30.). 범부처 위원회 출범을 통해, 통합돌봄 정책의 성공적 추진을 위한 역량 결집[보도자료]. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010300&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=1487552&cg\\_code=](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010300&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1487552&cg_code=)
- 보건복지부. (2024.09.30.). “가까운 동네의원에서 고혈압·당뇨병을 관리해 보세요”- 환자 본인부담률 20% 적용 및 건강생활실천지원금 제공 [보도자료]. <https://www.khepi.or.kr/fileDownload?titleId=39688&fileId=1&fileDownType=C>
- 부산광역시. (2025). 분야별 정보-보건·건강-하하마을건강센터. <https://www.busan.go.kr/depart/health0205#hahaList>에서 2025.08.18. 인출.
- 부천의료복지사회적협동조합. (n.d.). 지역사회 통합돌봄. [https://bcmedcoop.org/bbs/board.php?bo\\_table=area&wr\\_id=4](https://bcmedcoop.org/bbs/board.php?bo_table=area&wr_id=4)에서 2025.10.9. 인출.
- 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-a). <https://salimhealthcoop.or.kr> 에서 2025.11.21. 인출.
- 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-b). 살림소개-조직도. <https://salimhealthcoop.or.kr/group> 에서 2025.11.21. 인출.

- 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-c). 살림의원(외래·재택·가정간호). <https://salimhealthcoop.or.kr/clinicinfo> 에서 2025.11.21.인출.
- 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-d). 살림통합돌봄. <https://salimhealthcoop.or.kr/communitycareinfo> 에서 2025.11.21. 인출.
- 살림의료복지사회적협동조합. (n.d.-e). 조합활동-활동내용. <https://salimhealthcoop.or.kr/activity> 에서 2025.11.21. 인출.
- 서순영, 김혜지, 오현경, 이선규. (2021). 고혈압·당뇨병 등록관리사업 추진현황. 주간 건강과 질병 2021. 14(21). 1414-1421.
- 서울시 공공보건의료재단. (2020). 2020 서울시 건강생태계 조성사업 결과보고회 발표자료. <https://www.youtube.com/watch?v=kmlGoe-TcJU>
- 손지민. (2025.11.12.). 의료계 “단독 개원의는 방문진료 어려워… 지원센터 만들어 역할 나눠야”. 한겨레. <https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1228860.html>에서 2025.11.21. 인출.
- 시흥희망의료복지사회적협동조합. (n.d.). <https://www.shmedcoop.com/> 에서 2025.10.11. 인출.
- 시흥희망의료복지사회적협동조합. (n.d.). 시흥희망의료복지사회적협동조합 - 조직도. [https://www.shmedcoop.com/theme/shmedcoop/sub01/sub01\\_04.php](https://www.shmedcoop.com/theme/shmedcoop/sub01/sub01_04.php) 에서 2025.10.11. 인출.
- 신현웅, 고든솔, 여나금, 김희년, 옥민수, 이상일, 정형선, 윤석준, 윤장호, 김민정, 권정현, 장석용, 표지희, 안재경, 권준성, 최민영, 배정은, 이수빈, 최소영. (2025). 국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구. 한국보건사회연구원. 보건복지부.
- 안산의료복지사회적협동조합. (n.d.-a.). <https://www.asmedcoop.org/index.php>에서 2025.11.21. 인출.
- 안산의료복지사회적협동조합. (n.d.-b.). 함께하는 사람들-조직도. [https://www.asmedcoop.org/asmed/sub1/1\\_06](https://www.asmedcoop.org/asmed/sub1/1_06)에서 2025.11.21. 인출.
- 안산의료복지사회적협동조합. (n.d.-c.). 일차의료사업소-새안산 재택의료센터,

- [https://www.asmedcoop.org/asmed/sub3/3\\_08](https://www.asmedcoop.org/asmed/sub3/3_08)에서 2025.11.21. 인출.
- 안산의료복지사회적협동조합. (2025). 숫자로 보는 조합원 현황. <https://www.asmedcoop.org/index.php> 에서 2025.12.11. 인출.
- 안성의료복지사회적협동조합. (2025). 안성의료복지사회적협동조합 소개 및 조합현황. <http://asmedcoop.or.kr/company/status>에서 2025.11.21. 인출.
- 오영인, 임지연. (2019). 일본의 재택의료 현황과 시사점. 의료정책연구소.
- 오춘희, 김선화, 이상윤. (2020). 의료복지사회적협동조합의 제도변화. 한국협동조합연구. 38(1). 155-184.
- 우세욱. (2025). 가장 인간적인 의료돌봄. 한국보건사회연구원 자문회의 발표자료(2025.6. 18).
- 유여원. (2025.4.25). 다학제 팀주치의와 지역사회 시민참여로 이룬 일차의료 혁신모델 [발표자료]. 2025년 비판과 대안을 위한 건강정책학회, 한국건강형평성학회 봄학술대회.
- 유여원. (2024.11.13). [수요세미나] 살림의료사협, 지역기반 건강 통합돌봄에 도전하다. Lifein.  
<https://www.lifein.news/news/articleView.html?idxno=18130>에서 2025.11.21. 인출.
- 윤재문, 최슬기, 조유선, 박상민, 김윤. (2021). 기능적 일차의료의 정의와 국내 현황. Korean Journal of Family Practice, 11(1), 3-9.
- 윤태호. (2024). 부산시 소지역 주민참여 건강사업의 형성과 발전 과정: 건강반송사업 이후 15년. 보건사회연구, 44(2), 430-449.
- 이건세, 이정화. (2023). 방문진료 및 재택의료체계와 공공보건의료부분의 역할. 대한공공의학회지, 7(1).
- 이건세. (2018. 8.1.). 일본의 지역포괄 케어와 커뮤니티 케어의 과제. 월간복지동향. <https://www.peoplepower21.org/welfare/1576895>
- 이근정, 오주연, 이다희, 함명일, 이진용. (2020). 인구집단 기반 건강관리모형의

- 적용가능성 검토: 한 지역의 의료복지사회적협동조합형 의료기관을 중심으로. *Qual Improv Health Care*. 26(2). 95-103.
- 이도연, 김창오, 이요한, 최민재, 황민지, 허현희, & 기명. (2022). 서울시 주민참여 건강생태계 조성사업의 성과와 한계. *보건사회연구*, 42(1), 316-334.
- 이서인. (2020.4.6.). 의료 사각지대 없는 건강한 마을 만든다. 인천투데이. <https://www.incheontoday.com/news/articleView.html?idxno=121993> 에서 2025. 11. 21 인출.
- 이승덕. (2024.10.11.). 장애인건강주치의, 6년째 시범사업 맴돌아. 의학신문. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2232764> 에서 2025.10.21. 인출.
- 이요한. (2025. 2. 1.). 일본 공공의료의 현황과 방향. 월간복지동향. <https://www.peoplepower21.org/welfarenow/1985642>
- 이용갑, 박수빈. (2023). 지역맞춤형 보건의료연계 통합돌봄서비스 활성화 연구. 인천연구원.
- 이재호, 고병수, 임종한, 이상일. (2013). 일차의료 표준모형과 질 평가체계. *대한사협회지*. 56(10). 866-880.
- 이재희, 윤민화. (2018). 의료복지사회적협동조합에서의 “일”의 방식: 그들은 어떻게 사회적 가치를 실천해 나가고 있는가?. *한국사회복지행정학*. 20(4). 239-273.
- 이점순. (2023). 일본의 노동자협동조합 운영현황 및 활용사례 연구. *동북아경제연구*, 35(2). 231-266.
- 이해진, 김철규. (2014). 지역사회복지의 실천주체로서 사회적협동조합의 의의. *한국지역사회복지학* 51. 155-189.
- 이혜경. (2024.02.21.). 장애인 건강주치의 시범사업 기간 너무 길다. 에이블뉴스. <https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=210931>에서 2025.07.01. 인출.
- 인천평화의료복지사회적협동조합. (n.d.). <https://www.iphmedcoop.com/team>에서 2025.11.21. 인출.

- 인천평화의료복지사회적협동조합. (n.d.). 조직구성. <https://www.iphmedcoop.com/team>에서 2025.11.21. 인출.
- 임병안. (2025. 5. 22.). 통합돌봄 먼저 시행 日 “자신의 전문성 지역사회서 발휘 시민참여 핵심”. 중도일보. <https://m.joongdo.co.kr/view.php?key=20250521010006676>
- 임선미, 이정찬, 문성제, 박정훈, 우봉식. (2023). 초고령사회 대비 일차의료 중심의 의료돌봄 통합체계 연구. 의료정책연구소.
- 임정미. (2018). 일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로. 국제사회보장리뷰, 2018(여름), 67-77.
- 임종한, 김윤희, 임민경, 강대곤, 강명근, 권성실, 김대영, 박준희, 연화자, 이순호, 강미화, 강윤자, 엄영란, 김미정, 송지은, 우경숙, 최나혜, 안은별. (2022). 가치기반 지역사회중심 일차의료 건강관리 모델 효과분석 연구용역. 건강보험심사평가원. p.27.
- 임종한, 이순호, 임민경, 안은별, 김윤희. (2024). 가치기반 지역사회중심 일차의료 모형 운영 경험과 평가: 안성의료복지사회적협동조합의 사례를 중심으로 Korean Journal of Family Practice. 14(2). 66-74.
- 전주의료복지사회적협동조합. (2025). 전주의료복지사회적협동조합 사회서비스형 노인일자리 참여자 모집안내. [http://www.jhwsca.co.kr/board/bbs/board.php?bo\\_table=4\\_1&wr\\_id=808](http://www.jhwsca.co.kr/board/bbs/board.php?bo_table=4_1&wr_id=808) 에서 2025.11.21. 인출.
- 정원각. (2023.6.1.). [사회적경제기업, 그 생생한 현장을 가다] 먹거리 생협과 통합을 선언한 원주의료복지사회적협동조합 ②. Lifein. <https://www.lifein.news/news/articleView.html?idxno=15679> 에서 2025.10.11. 인출.
- 정은주. (2025.10.28.). 안성에는 ‘세상에서 가장 안전한’ 목욕탕이 있다. 한겨레경제사회연구원. [https://lab.hani.co.kr/bbs/board.php?bo\\_table=city\\_resilience&wr\\_id=37](https://lab.hani.co.kr/bbs/board.php?bo_table=city_resilience&wr_id=37) 에서 2025.11.21. 인출.

- 정화령. (2023.8.17.). 공동방문간호로 대리처방 해결해 보니 '고립'과 '단절'이 풀렸다. Lifein.  
<https://www.lifein.news/news/articleView.html?idxno=15997>에서 2025.10.11. 인출.
- 조신영, 조비룡, 황서은. (2025). 세계의 일차의료 현황과 발전방향: 일본. Korean Journal of Family Practice, 15(1), 22-26.
- 질병관리청. (2024.11.11.). 정책정보-만성질환예방관리. <https://www.kdca.go.kr/contents.es?mid=a20303020200>
- 질병관리청. (2025.4.18). 주민건강돌봄 현장을 가다 [보도자료] [https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501010000&bid=0015&list\\_no=727603&cg\\_code=&act=view&nPage=2&newsField=202504](https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501010000&bid=0015&list_no=727603&cg_code=&act=view&nPage=2&newsField=202504)
- 한국건강증진개발원. (2025). 일차의료 만성질환관리 사업이란? <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01075&siteId=null>에서 2025.06.30. 인출.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회. (2020). 2020년 사회적경제 시민체감도 향상을 위한 연구-의료사협 중심의 지역특화 통합돌봄 모델 연구.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회. (2024a). 주민과 함께한 의료사협 30년. 의료사협 30주년 기념행사 및 심포지엄 자료집.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회. (2024b). 회원조합현황, [http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04\\_0401.php](http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04_0401.php)에서 2025.11.21. 인출.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회. (2024c). 기관소개. [http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub01/sub01\\_010101.php](http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub01/sub01_010101.php)에서 2025.12.10. 인출.
- 한국의료복지사회적협동조합연합회. (n.d). 운영사업. [http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04\\_0403.php](http://www.hwsocoop.or.kr/html/sub04/sub04_0403.php)에서 2025.9.30. 인출.
- 한상인. (2025.8.8.). 가정의학회, 국민 건강 위한 일차의료 강화 특별법 제정 지지 선언. 약사공론.  
<https://www.kpanews.co.kr/article/show.asp?page=1&idx=261938>에서 2025.11.20. 인출.

허현희, 손인서. (2020). 지역기반 주민참여 건강사업의 사례 비교 연구: 지역 맥락에 따른 연합체제 형성과 다부문 협력의 차이. 보건사회연구, 40(1), 271-296.

홍승권. (2025). 지역·필수·공공의료 강화정책의 현황과 과제: 의료격차 해소를 위한 정책 분석. Korean Journal of Family Practice, 15(3), 136-143.

COOP 협동조합. (n.d). 경영공시 자료.

[https://www.coop.go.kr/home/disclosure/DisclosureList.do?menu\\_no=2037](https://www.coop.go.kr/home/disclosure/DisclosureList.do?menu_no=2037) 에서 2025. 8.25. 인출.

### 〈국외문헌〉

葛西 龍樹. (2014). 地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題. 医療経済研究, 26(1), 3-26.

高橋 淳. (2015). 医療福祉生協をめぐる環境と事業戦略. 生活協同組合研究, 2015(10).

高橋 淳. (2020.9.24.). 医療福祉生協連創立10周年を迎えて <https://www.hew.coop/wp-content/uploads/2020/09/200924.pdf>

高石 光雄. (2015). 医師の立場から考える医療福祉生協の存在価値と今後の展望. 生活協同組合研究, 2015(10), pp.41-49.

大松 美樹雄.(2018). 医療福祉生活協同組合の経営とガバナンスの課題,立命館経済学. <https://ritsume.repo.nii.ac.jp/records/2097>

藤谷 恵三. (2009). 組合員はコストか、資源か 徹底して組合員とともに進める医療福祉事業を.

山下 智佳.. (2011). 医療生協の特徴と研究動向. 生協総研レポート 2011 vol 6.. (65). 32-42.

山崎 由希子. (2020). 事業所から離れた地域における活発な組合員活動の事例——福山医療生協神辺支部. 生活協同組合研究, 2020(6) Vol.533. [https://www.istage.ist.go.jp/article/consumercoopstudies/533/0/533\\_33/\\_pdf/-char/en](https://www.istage.ist.go.jp/article/consumercoopstudies/533/0/533_33/_pdf/-char/en)

- 小山 幸. (2022). 医療福祉生活協同組合におけるコ・プロダクションへの組合員参加のプロセスと参加を促進する働きかけ. 社会福祉学 第 62 巻 第 4 号. pp. 86-100. <https://kurashitokyodo.jp/kanau/kanau14/114view.html>
- 未来ケアカレッジ. (2023.2.3.) ケアマネジャーができること | 仕事内容と働く場所を解説! <https://www.miraicare.jp/column/what-can-a-care-manager-do/>
- 埼玉協同病院. (n.d.) 埼玉協同病院・ふれあい生協病院について. [https://kyoudou-u-hp.com/information/saitama\\_hureai/](https://kyoudou-u-hp.com/information/saitama_hureai/)
- 大井協同診療所. (n.d.) 診療所の歴史. <https://ohikyoudou.mcp-saitamawest.jp/about/history/> 에서 2025.10.16. 인출.
- 未来ケアカレッジ. (2025.9.9.). ケアマネージャーの受験資格とは? 資格要件・受験の流れ・制度変更をわかりやすく解説. <https://www.miraicare.jp/column/care-manager-eligibility>
- 法人合併推進事務局. (2021). 大阪での新しい医療福祉生協づくりに向けた法人合併の目的と意義 (案). <https://health-coop.jp/pub/information/20210211igimokuteki.pdf>. 2025.10.16. 인출.
- 星 貴子. (2015). JRレビュー 2015 Vol.6, No.25. 地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/8142.pdf>
- 熊谷生協病院. (n.d.). 2025年度 ぐらしの学校 <https://kumagaya-hospital.coop/activity/3100> 2025.10.16. 인출.
- 医療生協さいたま. (2025). 医療生協さいたまのご案内. <https://www.mcp-saitama.or.jp/about/>
- 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. (n.d.). 新・家庭医療専門医制度. <https://www.shin-kateiiryu.primary-care.or.jp/strategy>
- 日本生活協同組合連合会. (2022). 第 1 号議案: 全国生協の 2021 年度まとめと 2022 年度活動方針 決定の件. <https://jccu.coop/jccu/data/pdf/2021matome2022houshin.pdf>

日本医療福祉生活協同組合連合会. (n.d.-a) 歴史と沿革. <https://www.hew.coop/about/history>

日本医療福祉生活協同組合連合会. (n.d.-b) とりくみ. <https://www.hew.coop/effort>

日本医療福祉生活協同組合連合会. (2022). 2022医療福祉生協の中心テーマと重点課題(案). <https://www.santama-iryuu.com/img/2022%E5%8C%BB%E7%99%82%E7%A6%8F%E7%A5%89%E7%94%9F%E5%8D%94%E3%81%AE%E4%B8%AD%E5%BF%83%E3%83%86%E3%83%BC%E3%83%9E%E3%81%A8%E9%87%8D%E7%82%B9%E8%AA%B2%E9%A1%8C.pdf>

日本医療福祉生活協同組合連合会. (2025.4.1.) 医療福祉生協連のご紹介. <https://www.hew.coop/about>

医療生協さいたま 介護事業所. (n.d.). 生協ケアセンターたかしな. <https://www.mcp-saitama-kaigo.com/office/takashina-care/>

板橋市. (2025.2.20.). 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム. <https://www.city.itabashi.tokyo.jp/kenko/kourei/care/1016142/1003416.html>

浦和民主診療所. (n.d.). 診療所概要. <https://www.urasin.org/clinic/cl00.html>  
2025.10.16. 인출.

総務省統系局. (2024.9.15.). 統計からみた我が国の高齢者[ 보도자료 ]. <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics142.pdf>

厚生労働省. (2012). 在宅医療の現状と課題. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001plkj-att/2r9852000001plq0.pdf>

厚生労働省. (2013a). 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」. [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf) 에서 2025. 8 22. 인출.

厚生労働省. (2013b). 社会参加と介護予防効果の関係について. <https://www.>

[mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000087538.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000087538.pdf)

厚生労働省. (2022.5.16.a) 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000938163.pdf>

厚生労働省. (2022.11.24.b) 介護保険法と「地域共生社会」「地域包括ケア」

の位置づけについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001015832.pdf>

厚生労働省. (2023.6.15.). 医療計画について. <https://www.mhlw.go.jp/content/001108169.pdf>

厚生労働省. (2024.3.5.) 令和6年度診療報酬改定. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>

厚生労働省老健局振興課. (n.d.) 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000192996.pdf>

厚生労働省. (n.d.) 地域包括支援センターについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001401860.pdf>

文部科学省. (2024.5.1.). 令和6年度学校基本調査(確定値)について公表します [ 보도자료 ].

[https://www.mext.go.jp/content/20241213-mxt\\_chousa01-000037551\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20241213-mxt_chousa01-000037551_01.pdf)

Adelaide PHN. (2024.11.15.) Primary Health Networks Program Needs Assessment Report. [https://adelaidephn.com.au/documents/Needs-Assessments/FINAL-2024-25-Adelaide-PHN\\_Needs-Assessment-Report\\_2024\\_2025-to-2026-27\\_Approved-241219.pdf](https://adelaidephn.com.au/documents/Needs-Assessments/FINAL-2024-25-Adelaide-PHN_Needs-Assessment-Report_2024_2025-to-2026-27_Approved-241219.pdf)

Agency For Healthcare Research and Quality. (n.d.) <https://www.ahrq.gov/ncepcr/research/care-coordination/pcmh/define.html>

Alberta Government. (n.d.). 44 results found for: "Primary Care Network

(PCN) Profiles". [https://open.alberta.ca/dataset?q=%22Primary%20Care%20Network%20\(PCN\)%20Profiles%22](https://open.alberta.ca/dataset?q=%22Primary%20Care%20Network%20(PCN)%20Profiles%22)

American Diabetes Association. (2020). 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*. 43 (Supplement\_1). S37–S47.

American Public Health Association. (n.d.). Community Health Workers. <https://www.apha.org/apha-communities/member-sections/community-health-workers>.에서 2025.10.17. 인출.

ASTHO. (2024.4.). Changes to 2024 Medicare Physician Fee Schedule for CHI Services. <https://www.astho.org/4a4b1d/globalassets/resources/changes-to-2024-medicare-physician-fee-schedule-for-chi-services.pdf>

Auditor General of Alberta. (2012.7.) Health—Primary Care Networks. [https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/HE\\_PA\\_2012July\\_Primary\\_Care\\_Networks.pdf](https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/HE_PA_2012July_Primary_Care_Networks.pdf)

Auditor General of Alberta. (2025.3.). Primary Care Networks. <https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2025/03/2025-Primary-Care-Networks-Progress-Report.pdf>

Australian Government Department of Health. (2016.2.). Primary Health Networks Grant Programme Guidelines. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/primary-health-networks-phn-grant-program-guidelines.pdf>

Australian Government Department of Health. (2018). PHN Program Performance and Quality Framework <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/primary-health-networks-phn-performance-and-quality-framework.pdf>

Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2

- 024.10.23.) What Medicare covers. <https://www.health.gov.au/topics/medicare/about/what-medicare-covers>
- Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2025.6.6.-a) What Primary Health Networks are. <https://www.health.gov.au/our-work/phn/what-PHNs-are>.에서 2025.7.25. 인출.
- Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2025.10.7-b.). How we support Primary Health Networks. <https://www.health.gov.au/our-work/phn/how-we-support-PHNs>
- Bates, S.M. et al. (2025). Characteristics of patient enrolment policies in primary care: a qualitative analysis of 15 schemes from 12 high-income countries. *The Lancet Primary Care*. 1(2).
- Braun, V., & Clarke, V., 2006, Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77-101,
- British Columbia. (2025.10.16.) BC's Primary Care System. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/bcs-primary-care-system>
- CDC. (2022.8.12.). Managed care. <https://www.cdc.gov/nchs/hus/sources-definitions/managed-care.htm>
- CDC. (2024.5.15.a) About WISEWOMAN. <https://www.cdc.gov/wisewoman/php/about/index.html>
- CDC. (2024.5.15.b.) About Prediabetes and Type 2 Diabetes. <https://www.cdc.gov/diabetes-prevention/about-prediabetes-type-2/index.html>
- CDC. (2024.5.15.c). Community Health Workers for COVID Response and Resilient Communities (CCR). <https://www.cdc.gov/covid-community-health-workers/php/about/index.html>
- Central and Eastern Sydney PHN. (n.d.) Social Rx®. <https://cesphn.org.au/general-practice/help-my-patients-with/mental-health/men>

[tal-health-services-funded-by-cesphn/social-rx](#)에서 2025.10.16. 인출.

Center for Health Care Strategies. (2017.6.). Working Together Toward Better Health Outcomes. <https://www.chcs.org/media/Working-Together-Toward-Better-Health-Outcomes.pdf>

CMS. (2025.3.12.) Maryland Total Cost of Care Model. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/md-tccm>

Community Support and Services Committee. (2021.12.) Inquiry into social isolation and loneliness in Queensland. <https://www.parliament.qld.gov.au/Work-of-the-Assembly/Tabled-Papers/docs/5721t2070/5721t2070.pdf>

COPAC. (1999.5.17-28). The Contribution of Cooperatives to the Implementation of the World Summit for Social Development Declaration and Programme of Action. p.7. <https://www.copac.coop/publications/1999-coops-wssd5.pdf>

Cowles, C., Ridoutt, L. & Stanford, D. (2018). Formative evaluation of the Transitions of Care Pilot Project: Final Report. Prepared for Capital Health Network, ACT PHN, <https://www.chnact.org.au/wp-content/uploads/2019/11/Final-Evaluation-Report-Transitions-of-Care-Pilot.pdf>

D'Alessandro, M., Wilkniss, S., & Rush, C. (2025.10.20.). State Community Health Worker Policies: 2024-2025 Trends. <https://nashp.org/state-community-health-worker-policies-2024-2025-policy-trends/>

Doctors of BC. (n.d.). Family Practice Services Committee. <https://www.doctorsofbc.ca/committees/family-practice-services-committee>에서 2025.8.6. 인출.

Doctor Vision. (2024.5.29.). 【2024년도 개시】 제8차 의료 계획이란? —기본

- 방침과 개정 포인트, 지자체의 구체 예. <https://www.doctor-vision.com/dv-plus/column/trend/iryokeikaku.php>
- Dunn, M., Peterson Johnson, E., Smith, B., Cooper, M., & Bhakta, N. (2021). Perspectives on Workforce Development Needs for Community Health Workers (CHWs): Results from a Statewide Survey of CHW Employers. *Journal of community health*, 46(5), 1020-1028.
- Edmonton West PCN. (n.d.). Community Health Navigator. <https://www.ewpcn.com/community-health-navigator/>에서 2025.10.16. 인출.
- Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025). Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *European journal of public health*, 35(3), 407-422.
- FAMILIESUSA. (2021.12.). Improving Maternal and Child Health Outcomes: A Road Map for States to Integrate Evidence-Based Home Visiting into Medicaid Programs. [https://familiesusa.org/wp-content/uploads/2021/12/2021-237\\_MCH-Road-Map.pdf](https://familiesusa.org/wp-content/uploads/2021/12/2021-237_MCH-Road-Map.pdf)
- Farina, I., Bertotti, M., Masella, C., & Sangiorgi, D. (2024). Link Workers in Social Prescribing for Young People Work: A Case Study From Sheffield Futures. *International journal of integrated care*, 24(1), 8. 1-13.
- Government of Alberta. (2024). Modernizing Alberta's Primary Health Care System. <https://open.alberta.ca/publications/maps-2-year-implementation-plan>
- Hacker, K., Auerbach, J., Ikeda, R., Philip, C., & Houry, D. (2022). Social Determinants of Health-An Approach Taken at CDC. *Journal of public health management and practice : JPHMP*,

28(6), 589-594.

Harris, MF and Rhee, J. (2022). Achieving continuity of care in general practice: the impact of patient enrolment on health outcomes. *Med J Aust.* 216(9), 460-461.

Hartzler, A. L., Tuzzio, L., Hsu, C., & Wagner, E. H. (2018). Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Annals of family medicine*, 16(3), 240-245. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>

House of Commons Library. (2025.3.7.) General Practice in England. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7194/CBP-7194.pdf>

HRSA. (2024.11.). Community Health Worker Training Program (CHW TP). <https://bhwh.hrsa.gov/programs/community-health-worker-training-program-chwtp>

Kanamori, S., Kai, Y., Aida, J., Kondo, K., Kawachi, I., Hirai, H., Shirai, K., Ishikawa, Y., Suzuki, K., & JAGES Group (2014). Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: the JAGES cohort study. *PloS one*, 9(6), e99638.

Kaneko, M., Saitoh, F., Hara, H., Motomura, T., Maruyama, K., Okamoto, Y., Kuribayashi, H., Imai, K., & Kondo, K. (2025). Group participation and the risk of functional decline in later life: A Prospective Cohort Study. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 62, 469580251348822.

Katzen, A. & Morgan, M. (2013). Affordable Care Act Opportunities for Community Health Workers. Center for Health Law and Policy Innovation, Harvard Law School, <http://www.chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/ACAOpportunities-for-CHWsFINAL-8-12.pdf>

- Lange, T., Carpenter, T., Zwicker, J. (2020.4.). Primary Care Physician Compensation Reform: A Path for Implementation. The School of Public Policy Publications. 13(4).
- Lavans, A., Jenkins, B., & Jesurasa, A. (2023.12.) Social Prescribing Case Studies: Full report. <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/primary-care-division/social-prescribing/social-prescribing/social-prescribing-case-studies-full-report>
- Leslie, M., Khayat-zadeh-Mahani, A., Birdsell, J., Forest, P. G., Henderson, R., Gray, R. P., Schraeder, K., Seidel, J., Zwicker, J., & Green, L. A. (2020). An implementation history of primary health care transformation: Alberta's primary care networks and the people, time and culture of change. BMC family practice, 21(1), 258
- Masquillier, C., & Cosaert, T. (2023). Facilitating access to primary care for people living in socio-economically vulnerable circumstances in Belgium through community health workers: towards a conceptual model. BMC primary care, 24, 281. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02214-2>
- Matsuda, R. (2020.6.5.). International Health Care System Profiles-Japan. The Commonwealth Fund <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>
- Medicaid and CHIP Payment and Access Commission. (2022.4.). Medicaid Coverage of Community Health Worker Services. <https://www.macpac.gov/publication/medicaid-coverage-of-community-health-worker-services/>
- Minnesota Community Health Worker. (2018.12.21.). The State of the Community Health Worker Field in Minnesota, [https://mnchwalliance.org/wp-content/uploads/2019/01/MNCHWA\\_State-of-the-CHW-Field\\_Dec\\_21\\_2018.pdf](https://mnchwalliance.org/wp-content/uploads/2019/01/MNCHWA_State-of-the-CHW-Field_Dec_21_2018.pdf)

- Minnesota Community Health Worker Alliance. (2025.3.6.) Developing A Sustainable Plan for Community Health Workers in Minnesota. <https://mnchwalliance.org/sustainable-planning-for-chws/>
- Mizushima, M. (2023). Spatial imbalance of medical services and expansion of medical co-op:the case of medical co-op in Hyogo pref. [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aig/2023s/0/2023s\\_221/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aig/2023s/0/2023s_221/_pdf)
- NHS.(n.d-a). Personalized care - social prescribing. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> 에서 2025.11.21. 인출.
- NHS. (n.d.-b) Primary care networks. <https://www.england.nhs.uk/primary-care/primary-care-networks/> 에서 2025.8.21. 인출.
- NHS. (n.d.-c). GP contract. <https://www.england.nhs.uk/gp/investment/gp-contract/>
- NHS. (2019.1.) NHS Long Term Plan. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20230418155402/https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
- NHS. (2020.6.) Social prescribing and community-based support. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf>
- NHS. (2022.7.4.) Working in Partnership with People and Communities. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/05/B1762-guidance-on-working-in-partnership-with-people-and-communities-2.pdf>
- NHS. (2024.9.27.). Network Contract DES: Contract specification 2024/25 - PCN requirements and entitlements. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/PRN01583-network-contract-des-spec-24-25-pcn-requirements-entitlements.pdf>
- NHS 111 online. (n.d.). Get help for your symptoms. <https://111.nhs.uk/>
- Norris, S. (2020.12.29.) Federal Funding for Health Care. Library of Par

- liament. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2018-45-e.pdf>
- NSW Government. (n.d.) Western NSW Local Health District Health Promotion Annual Report 2020-2021. <https://www.nsw.gov.au/sites/default/files/2022-08/HP%20Annual%20Report%202020-2021%20%28Spreads%29.pdf>
- Olaniran, A., Smith, H., Unkels, R., Bar-Zeev, S., & van den Broek, N. (2017). Who is a community health worker? - a systematic review of definitions. *Global health action*, 10(1), 1272223. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1272223>
- OECD. (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris.
- OECD. (2025). *People-centred health systems and integrated care*. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/people-centred-health-systems-and-integrated-care.html#:~:text=People,that%20can%20be%20used>에서 2025.10.9. 인출.
- Parliament of Australia. (n.d.). *Medicare Locals—history and implementation*. [https://www.aph.gov.au/parliamentary\\_business/committees/senate/health/health/First%20Interim%20Report/c04](https://www.aph.gov.au/parliamentary_business/committees/senate/health/health/First%20Interim%20Report/c04)에서 2025.8.25. 인출.
- Parma, A. (2023.10.) *Community Health Worker Medi-Cal Benefit: Implementation and the Role of Community Partners Like First 5*. <https://first5center.org/blog/community-health-worker-medical-benefit-implementation-and-the-role-of-community-partners-like-first-5>
- Regmi, K., & Mudyarabikwa, O. (2020). A systematic review of the factors - barriers and enablers - affecting the implementation of clinical commissioning policy to reduce health inequalities in

the National Health Service (NHS), UK. *Public health*, 186, 271-282.

Richmond PCN. (n.d.) What is the Richmond Primary Care Network (PCN)? <https://richmonddivision.ca/richmond-primary-care-networks/>에서 2025.10.16. 인출.

Rosenthal EL, Menking P, St. John J, Fox D, Holderby-Fox LR, Redondo F, Hirsch G, Lee L, Brownstein JN, Allen C, Haywood C, Ortiz Miller J, Ibarra J, Cole M, Huxley L, Palmer C, Masoud S, Uriarte J, & Rush CH., (n.d.) The National Council on CHW Core Consensus (C3) Standards Reports and Website. Texas Tech University Health Sciences Center El Paso. 2014-2024. <https://www.c3council.org/roles-competencies>

Sharman, L. S., McNamara, N., Hayes, S., & Dingle, G. A. (2022). Social prescribing link workers-A qualitative Australian perspective. *Health & social care in the community*, 30(6), e6376-e6385. <https://doi.org/10.1111/hsc.14079>

South Western Sydney PHN. (2024.6.5.). Service Navigator provides tailored mental health support to our community.

Starfield B. (1998). Primary care visits and health policy. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 159(7), 795-796.

Starfield B., Shi L., & Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 83(3), 457-502.

The Victorian Government Department of Health. (2024.9.) Practice Development Strategy: Local Connections - a social prescribing initiative. <https://www.health.vic.gov.au/mental-health-well-being-reform/local-connections-social-prescribing-initiative>

U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025.8.28.). Occupational Outlook Handbook; Community Health Workers. <https://www.bls.gov/ooh/>

- [community-and-social-service/community-health-workers.htm](https://community-and-social-service/community-health-workers.htm).
- Van Iseghem, T., Jacobs, I., Vanden Bossche, D., Delobelle, P., Willems, S., Masquillier, C., & Decat, P. (2023). The role of community health workers in primary healthcare in the WHO-EU region: a scoping review. *International journal for equity in health*, 22(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01944-0>
- Waystowellness. (n.d.) How it works? <https://waystowellness.org.au/about/>에서 2025.10.16. 인출.
- World Health Organization [WHO]. (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, US SR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland. [https://www3.paho.org/hq/dm\\_documents/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-EN.pdf](https://www3.paho.org/hq/dm_documents/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-EN.pdf)에서 2025.07.28. 인출.
- World Health Organization [WHO]. (2018). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2025. 7. 29.) Peer support workers in France: lived experience as expertise in mental health care. <https://share.google/sqTobB1Z7GJ46O7xr>에서 2025.12.22. 인출
- Wren, C.R.. (2025.8.). Community Health Worker Program Expands Cancer Preventative Services Reach. <https://read.houstonmethodist.org/community-health-worker-program-expands-cancer-preventative-services-r>
- Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 174-180.
- Zorginstituut Nederland.. (n.d.). Gecombineerde Leefstijlinterventie

(GLI) (Zvw). <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/g/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw> 에서 2025.9.22. 인출.

### 〈법령〉

부산광역시 건강형평성 실현을 위한 조례 제6조. (2019).

서울특별시 종로구 이웃건강활동가 운영 및 지원에 관한 조례 제6조. (2023).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제27조, 보건복지부고시 제2025-111호. (2025).

협동조합 기본법, 법률 제21065호. (2025).

협동조합 기본법 시행령, 대통령령 제33498호. (2023).

消費生活協同組合法 第十二条, 第十六条, 第四十条. (2025).

消費生活協同組合法 第十条六. (2025).



## [부록 1] 설문지

### 주민참여형 지역건강돌봄 조사

안녕하십니까?

본 조사는 **30~69세 성인을 대상으로 지역건강돌봄을 달성하기 위한 핵심 구성 요인으로서 일차의료와 주민참여가 갖는 중요성(필요성)**에 대한 일반국민의 인식을 파악하는 것에 목적을 두고 있습니다. 조사 내용은 지역 내 건강돌봄의 충분성, 주치의 제도 및 일차의료에서 제공되어야 할 서비스에 대한 인식, 지역 건강돌봄을 위한 주민 참여의 필요성, 주민참여의 경험과 의향, 주민참여 활성화를 위한 조건입니다. 설문은 약 10분 정도 소요될 예정입니다.

여러분의 응답은 **지역 내 건강돌봄을 위해 일차의료를 통해 제공되어야 할 서비스에 대한 인식 파악과 주민의 역할과 참여 범위를 파악**하는데 기초자료로 귀중하게 활용될 것입니다. 본 조사에서 응답해 주신 내용은 연구목적 이외에는 사용되지 않으며, 개인정보보호법 제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공의 제한) 및 통계법 33조(비밀의 보호), 제34조(통계조사자 등의 의무)에 따라 **개인정보 보호를 받을 수** 있습니다. 또한 연구의 최종결과물(연구보고서) 작성 시에도 개인 식별이 불가능하도록 자료를 처리할 것입니다.

감사의 말씀을 전하며 설문 항목에 빠짐없이 응해주시기를 부탁드립니다. 조사에 참여해 주신 모든 분께는 사례로 5,000원 상당의 답례를 드립니다.

- 조사기간: 2025. 9. 4. ~ 9. 10
- 연구책임자: 한국보건사회연구원 정연 연구위원
- 연구 관련 문의: 한국보건사회연구원 문선영 연구원(044-287-8318)
- 조사 관련 문의: 한국리서치 정보현 부장(02-3014-1076)



**K I H A S A**  
한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

**SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?**

- 1) 여성
- 2) 남성

[만나이 계산=2025-출생연도]

**SQ2. 귀하의 출생연도는 어떻게 되십니까? ( ) 년**

- 30대(SQ2=1995~1986)
- 40대(SQ2=1985~1976)
- 50대(SQ2=1975~1966)
- 60대(SQ2=1965~1956)

**SQ3. 귀하는 현재 어느 지역에 거주하십니까?**

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1) 서울특별시   | 10) 충청북도    |
| 2) 부산광역시   | 11) 충청남도    |
| 3) 대구광역시   | 12) 전북특별자치도 |
| 4) 인천광역시   | 13) 전라남도    |
| 5) 광주광역시   | 14) 경상북도    |
| 6) 대전광역시   | 15) 경상남도    |
| 7) 울산광역시   | 16) 제주특별자치도 |
| 8) 경기도     | 17) 세종특별자치시 |
| 9) 강원특별자치도 |             |

**SQ3-1. 귀하께서 거주하는 지역은 다음 중 어디에 해당하십니까?**

- 1) 동
- 2) 읍·면

**SQ4. 귀하는 최근 1년 동안 동네 병의원 이용 경험이 있으십니까?**

- 1) 예
- 2) 아니요 -> 조사 중단

**SQ5. 귀하께서는 현재 의료복지사회적협동조합의 조합원으로 가입되어 있습니까?**

- 1) 그렇다
- 2) 아니다

### A. 지역 내 건강 돌봄의 충분성

1. 귀하께서는 현재 거주 지역에서 대부분의 건강문제(건강과 관련하여 갖고 있는 고민이나 질문)를 해결할 수 있다고 생각하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않은 편이다
- 3) 보통이다
- 4) 어느 정도 그렇다
- 5) 매우 그렇다

1-1. 귀하께서 생각하시는 거주지역의 범위는 어디입니까?

- 1) 동(읍·면)
- 2) 시·군·구
- 3) 광역시·도
- 4) 기타 (직접 작성)

2. 거주 지역에서 건강문제를 해결하지 못한다고 생각하시는 이유를 모두 선택해주시기 바랍니다. [복수]

- 1) 아플 때 내 건강을 종합적으로 이해하고 살펴줄 전문가를 찾기 어려움
- 2) 평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리를 요청할 전문가를 찾기 어려움
- 3) 동행자가 없거나 이동 수단이 마땅치 않아서 의료기관 이용이 불편하고 어려움
- 4) 운동시설이나 건강 강좌, 건강모임 등 평소 건강유지를 위한 인프라가 부족함
- 5) 아플 때 병을 돌봐주거나 일상생활을 지원해 줄 사람 또는 서비스가 없음
- 6) 아플 때 이용하거나 도움을 요청할 수 있는 지역 내 기관이나 서비스를 잘 모름
- 7) 지역 내 전문진료과목의 부족
- 8) 지역 내 응급의료기관의 부족
- 9) 실력 있는 의사의 부족
- 10) 기타(직접 작성)

3. 현재 거주 지역 내 다음과 같은 건강관리, 건강 돌봄, 의료서비스가 지역 주민의 건강 문제를 해결하기에 충분하다고 생각하십니까?

번호	문항	전혀 충분하지 않다	별로 충분하지 않다	보통이다	대체로 충분하다	매우 충분하다
1	주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리	①	②	③	④	⑤
2	의료기관 이용을 위한 동행 및 이동 지원 서비스	①	②	③	④	⑤
3	평소 건강 관리를 위한 자원 및 서비스(운동시설, 건강모임 등)	①	②	③	④	⑤
4	질병 예방 관련 프로그램 또는 서비스(건강검진, 예방접종, 건강교육 등)	①	②	③	④	⑤
5	재택의료·가정간호서비스(방문진료, 방문간호, 방문재활 등)	①	②	③	④	⑤
6	환자 간병 및 요양·돌봄 서비스(방문 요양, 방문 돌봄 서비스 등)	①	②	③	④	⑤

7	환자 일상생활 지원 서비스(가사, 식생활, 위생, 이동 등)	①	②	③	④	⑤
8	동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송	①	②	③	④	⑤
9	다양한 전문 진료과목과 고가 검사장비 구비한 병의원	①	②	③	④	⑤
10	실력 있는 의료진	①	②	③	④	⑤
11	24시간 응급 진료 및 이송 체계	①	②	③	④	⑤

**4. 귀하께서는 주민들의 건강문제가 거주하는 지역사회(생활터) 내에서 충분히 해결되기 위해 가장 중요한 부분이 무엇이라고 보십니까? (1순위, 2순위, 3순위)**

- 1) 주치의를 통한 종합적이고 지속적인 건강관리
- 2) 의료기관 이용을 위한 동행 및 이동 지원 서비스
- 3) 평소 건강 관리를 위한 자원 및 서비스(운동시설, 건강모임 등)
- 4) 질병 예방 관련 프로그램 또는 서비스(건강검진, 예방접종, 건강교육 등)
- 5) 재택의료서비스(방문진료, 방문간호, 방문재활 등)
- 6) 환자 간병 및 돌봄 서비스(방문 요양, 방문 돌봄 서비스 등)
- 7) 환자 일상생활 지원 서비스(가사, 식생활, 위생, 이동 등)
- 8) 동네의원과 상급병원 간 신속한 의뢰·회송
- 9) 다양한 전문 진료과목과 고가 검사장비 구비한 병의원
- 10) 실력있는 의료진
- 11) 24시간 응급 진료 및 이송 체계
- 12) 기타(직접 작성)

**B. 일차의료에 대한 인식**

**5. 귀하께서는 지역 내 일차의료기관(각주 이용하는 동네의원)에서 아래와 같은 서비스를 제공하는 것이 얼마나 필요하다고 생각하십니까?**

번호	문항	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1	가벼운 질환에 대한 진료	①	②	③	④	⑤
2	상급종합병원으로의 진료 연계 및 예약	①	②	③	④	⑤
3	거동이 힘들 때 방문 진료 및 방문 간호의 직접 제공 혹은 연계	①	②	③	④	⑤
4	정기 검진과 상담	①	②	③	④	⑤
5	정신건강(우울증, 인지기능 등)에 대한 1차 선별검사 및 치료 의뢰	①	②	③	④	⑤
6	건강 교육(영양, 운동, 노쇠/낙상 예방, 의약품 적정 복용, 생활습관 등)	①	②	③	④	⑤

7	질병력(현재 타 의료기관에서 치료 중인 질환 등)과 다약제 약물복용을 고려한 종합적인 건강 상담과 관 리	①	②	③	④	⑤
8	장기요양서비스 등 지역 돌봄(요양)서비스와의 연계	①	②	③	④	⑤
9	건강 프로그램(운동모임 등) 소개	①	②	③	④	⑤
10	생애말기 호스피스 완화의료	①	②	③	④	⑤
11	맞춤형 지역 복지지원의 연계(주거, 식사 등)	①	②	③	④	⑤

**6. 귀하께서는 이전 문항의 서비스들이 일차의료기관(동네의원)에서 효과적이고 효율적으로 제공되며  
면 지역 일차의료기관(동네의원)에 의사 및 현재 간호인력 외 추가 전문 인력들이 필요하다고 생각  
하십니까?**

- 1) 의사 및 현재 간호인력으로 충분하다
- 2) 추가 전문 인력들이 필요하다

**7. 귀하께서는 어떤 전문 인력들이 얼마나 필요하다고 생각하십니까?**

번호	문항	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1	간호사(방문간호 및 질환교육 담당)	①	②	③	④	⑤
2	물리치료사 또는 작업치료사	①	②	③	④	⑤
3	영양사	①	②	③	④	⑤
4	사회복지사	①	②	③	④	⑤
5	정신심리전문상담사	①	②	③	④	⑤
6	운동처방사(건강운동관리사)	①	②	③	④	⑤
7	기타(직접 작성)	①	②	③	④	⑤

\*작업치료사: 일상생활에서의 동작 및 인지에 대한 재활서비스를 제공하는 전문인력

**8. 귀하께서는 다음과 같은 주치의 제도가 시행된다면 이용할 의향이 있으십니까?**

**주치의 제도란?**

국민이 거주지 내 일차의료기관(동네의원) 의사를 주치의로 지정하여, 주치위와 다학제 전문팀을 중심으로  
질환 예방·치료·관리 서비스를 지속적이고 통합적으로 제공받는 일차의료 중심 제도입니다.

- 1) 전혀 없다
- 2) 별로 없다
- 3) 보통이다
- 4) 약간 있다
- 5) 매우 있다

## 9. 다음의 내용은 주치의 제도와 관련하여 제기되는 흔한 우려들입니다. 이들에 대해 얼마나 동의하십니까?

번호	문항	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	보통이다	어느 정도 동의한다	매우 동의한다
1	특정 의사와 장기적 관계를 유지하는 것이 부담스럽다.	①	②	③	④	⑤
2	진료 의사 또는 의료기관 선택의 자유가 줄어든다.	①	②	③	④	⑤
3	기존보다 의료 서비스 이용 비용이 더 들 것이다.	①	②	③	④	⑤
4	동네의원의 서비스 질을 신뢰하기 어렵다.	①	②	③	④	⑤
5	주치의 진료를 받기 위해 대기시간이 늘어날 수 있다.	①	②	③	④	⑤
6	주치의를 선택하고 지정하는 절차가 번거로울 것이다.	①	②	③	④	⑤
7	동네의원에서 의사 외 간호사, 치료사, 영양사, 사회복지사 등 다양한 전문인력 간의 협력이 가능할지 의문이다.	①	②	③	④	⑤
8	기타(직접 작성)					

## 10. 주치의 제도를 이용할 경우, 어떤 장점을 기대할 수 있다고 보십니까? [중복 선택 가능]

- 1) 평상시 편하게 내 건강에 대해 상담하고 관리받을 수 있는 것
- 2) 여러 병원 다니지 않아도 내 질병들을 종합적으로 지속 관리 받을 수 있는 것
- 3) 질병을 조기에 발견하고 적절한 시기에 치료받을 수 있는 것
- 4) 질환관리에 필요한 생활전반의 관리에 대한 교육을 받을 수 있는 것
- 5) 의료 기록과 검사 결과를 한 곳에서 체계적으로 관리하는 것
- 6) 불필요한 검사와 중복적인 진료를 줄일 수 있게 되는 것
- 7) 전문적인 치료가 필요할 때, 적합한 병원 정보를 제공해주고 의뢰해주는 것
- 8) 요양, 돌봄, 재활 등 필요한 서비스를 연계해 주는 것
- 9) 기타(직접 작성)

## 11. (미래 가정) 향후 주치의 제도가 시행된다면, 다음과 같은 서비스 제공 방식이 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

번호	문항	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1	증상이 있을 때 직접 병원에 내원	①	②	③	④	⑤
2	정기적인 대면 상담(예: 월 1회, 연 2회 등)	①	②	③	④	⑤
3	필요시 가정으로 찾아오는 방문 진료(왕진)	①	②	③	④	⑤
4	24시간 비대면 응급 상담 가능(전화 혹은 온라인·앱·문자메시지)	①	②	③	④	⑤

5	퇴원 후 일정 기간 동안 정기 연락·모니터링 제공	①	②	③	④	⑤
---	-----------------------------	---	---	---	---	---

11-1. 위 다섯 가지 서비스 제공 방식 외에 필요하거나 원하는 서비스 제공 방식이 있다면 자유롭게 작성해주세요.

12. 주치의 제도가 시행된다면, 귀하께서는 현재 살고 있는 지역에서 여러 건강문제에 대응하는데 도움이 될 것이라고 생각하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않은 편이다
- 3) 보통이다
- 4) 어느 정도 그렇다
- 5) 매우 그렇다

**C. 주민참여에 대한 인식**

13. 귀하께서는 지역의 여러 건강문제에 대응하는데 주민이 직접 참여하는 것이 필요하다고 보십니까?

- 1) 예
- 2) 아니오

14. 건강생활지원센터, 보건(지)소, 보건진료소, 행정복지센터 등 공공기관이나 의료복지사회적협동조합, 복지관, 그 밖의 주민 자치 모임 등을 통한 건강 관련 프로그램 혹은 건강 소모임 활동에 참여한 경험이 있으신가요?

- 1) 예
- 2) 아니오

15. 건강문제를 예방하고, 일상적인 건강을 유지하는데 있어서, 주민들이 스스로 만드는 동네 건강모임이 있다면 도움이 될 것이라고 생각하십니까?

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않은 편이다
- 3) 보통이다
- 4) 어느 정도 그렇다
- 5) 매우 그렇다

16. 지역 내에 이런 건강소모임이 있다면 향후 참여할 의향이 있으십니까?

- 1) 전혀 없다
- 2) 별로 없다
- 3) 보통이다
- 4) 어느 정도 있다
- 5) 매우 있다

**17. 참여할 의향이 없다면, 그 이유가 무엇입니까?**

- 1) 시간 내기 어려워서
- 2) 누군가와 같이 하는게 부담스러워서
- 3) 건강활동에 관심이 없어서
- 4) 현재 본인 건강상태가 좋지 않아 참여하기 어려움
- 5) 참여 비용이 부담돼서
- 6) 내 건강에 도움이 되지 않을 것 같아서
- 7) 기타(직접 작성)

**18. 주민들이 스스로 참여하는 건강모임이나 공동체가 활성화되려면 무엇이 필요하다고 보십니까?(1순위, 2순위, 3순위)**

- 1) 적당한 장소(무료)
- 2) 참여자 인센티브(활동비 지원)
- 3) 다양한 주제·형식의 프로그램 개발
- 4) 모임을 만들고 이끄는 코디네이터 혹은 리더
- 5) 소모임에 대한 적극적 홍보
- 6) 주치의·전문가와 연계된 활동
- 7) 기타

**19. 마을 건강활동가가 건강 정보나 지역 프로그램을 안내해 준다면 귀하나 지역민들의 건강에 도움이 될 것이라고 생각하십니까?**

**"마을 건강활동가"란?**

의료인은 아니지만 기본적인 건강 지식과 지역 자원 정보를 갖추고, 의료기관에 소속되어 혹은 지역사회에서 지역 주민의 건강관리를 돕는 주민으로, 우리나라 일부 지역과 외국에서 운영 사례를 찾아볼 수 있습니다.

- 1) 전혀 그렇지 않다
- 2) 그렇지 않은 편이다
- 3) 보통이다
- 4) 어느 정도 그렇다
- 5) 매우 그렇다

**20. 만약 귀하가 거주하는 곳 가까이에서 "마을 건강 활동가"가 활동한다면 어떤 일을 하면 좋을 까요?**

번호	문항	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1	지역 내 건강 프로그램(건강 모임, 건강교육 등) 안내	①	②	③	④	⑤
2	기본적인 건강 정보와 생활습관 개선 방법 제공	①	②	③	④	⑤
3	의료기관 이용이 어려운 주민에게 병원 예약·이동 지원	①	②	③	④	⑤
4	복지기관 등 지역 복지자원 연결	①	②	③	④	⑤
5	주치의·의료진과의 상담 준비(증상·질병력 정리) 지원	①	②	③	④	⑤

6	위기 상황(응급, 정신건강 문제 등) 시 적절한 기관 안내	①	②	③	④	⑤
7	방문돌봄활동	①	②	③	④	⑤
8	정서적 상담	①	②	③	④	⑤
9	기타(직접 작성)	①	②	③	④	⑤

**21. 아들에 대한 금전적 보상 수준은 어느 정도가 적절하다고 보십니까?**

- 1) 필요하지 않다
- 2) 실제 활동비(교통비, 식비 등)에 대한 보상
- 3) 시간당 최저 임금의 일부 수준
- 4) 시간당 최저 임금 수준
- 5) 최저 임금 이상으로 경력, 역할에 따른 차등 지급
- 6) 기타(직접 작성)

**DQ. 일반 사항**

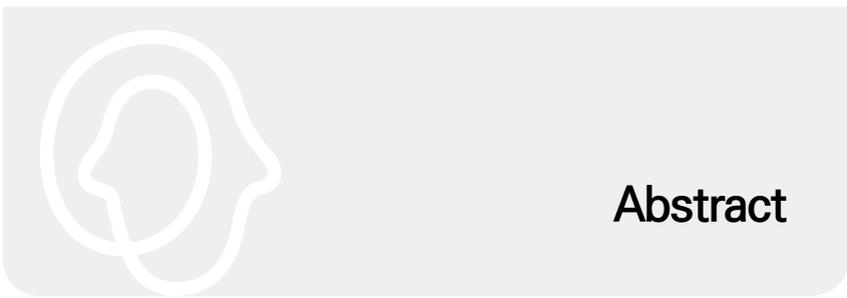
**DQ1. 본인을 포함하여 가족 중 건강상 문제로 지난 일 년 동안 입원하여 치료를 받은 분이 있습니까?**

- 1) 있다
- 2) 없다

**DQ2. 귀하께서는 현재 의사로부터 진단받고 6개월 이상 앓고 있는 질환이 있으신가요?**

- 1) 있다
- 2) 없다





## Abstract

### **The Potential and Policy Roadmap for Community-Led Integrated Health Care: Centered on the Case of Health Welfare Social Cooperatives in Korea**

Project Head: Jung, Youn

South Korea is facing gaps in essential medical care provision and widening health disparities amid a rapidly aging population and regional population decline. The current treatment-focused, high-level hospital-oriented healthcare system has significant limitations in delivering integrated, community-based care. This study examines the achievements and limitations of a comprehensive regional health care model implemented by the Health Welfare Social Cooperatives (HWSCs), and explores pathways to institutionalize it.

Our analysis shows that HWSCs commonly pursue three core principles: comprehensive primary care based on a usual source of care, enhancement of community health capacity through resident participation (such as health groups and community health leaders), and integrated care linking medical and social services. Their practices embody key values of primary care through four interrelated dimensions: field-based care, relationality, participation, and comprehensiveness. The HWSC model extends beyond conventional physician-centered primary care by positioning community residents as active practi-

---

Co-Researchers: Moon, Sunyoung · Kim, Sukyung · Lee, Kyounghee · Kim, Young-Ae

tioners, co-producers of care, and coordinators of local resources.

The results of a survey examining residents' perceptions of local health care also confirmed strong demand for primary care capable of continuously managing overall health, and high awareness of the need for resident participation in achieving community-based health care.

Based on these findings, we identify two core pillars of a community health care model: comprehensive primary care and resident participation. Comprehensive primary care should integrate team-based multidisciplinary practice, home-based medical services, and long-term care. Policy recommendations include the phased introduction of a primary care physician system, the establishment of an adequate reimbursement system to support continuous and comprehensive care, the development of institutional mechanisms for multidisciplinary collaboration, the pilot implementation of community health coordinators linked to primary care clinics and public health centers, and the systematic training of community health leaders to build a dense, community-centered care network.

Key words: resident participation, community-based health care, primary care, Health Welfare Social cooperative, health leader