

연구보고서 2017-03

- 재활의료서비스를 중심으로

서제희 · 최지희 · 이나경 · 오세옥 · 유운형 · 구정하

【책임연구자】

서제희 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

환자 안전에 대한 현황 분석과 개선 방안
한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

최지희 한국보건사회연구원 전문연구원

이나경 한국보건사회연구원 연구원

오세옥 호주 뉴캐슬대학교 객원교수

유운형 (주) 디자인케어 대표

구정하 (주) 디자인케어 공동대표

연구보고서 2017-03

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형

- 재활의료서비스를 중심으로

발 행 일 2017년 12월

저 자 서 제 희

발 행 인 김 상 호

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인 쇄 처 고려씨앤피

가 격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2017
ISBN 978-89-6827-444-2 93510

발간사 <<

2017년, 한국은 고령 사회에 진입하였다. 인구 고령화로 인해 노인의료비 부담과 돌봄 부담은 지속적으로 증가하고 있다. 그러나 현재의 보건 의료시스템은 신체적·인지적 기능 쇠퇴를 겪는 동시에 의료적 욕구와 요양, 돌봄 등 복합적 욕구를 지니는 노인 환자의 특성을 고려하지 못하고 제공자 측면에서 분절적이고 개별적인 서비스를 제공하고 있다

이러한 배경에서 이 연구는 문헌 고찰을 통해 지역사회 기반 노년 친화적 통합의료서비스의 개념을 고찰하고, 국내외 통합의료서비스 제공모형과 현황에 대해 분석하였다. 그리고 서비스디자인 기법을 적용하여 국내 노인 대상 서비스 제공 현황을 분석하고 새로운 서비스 제공모형을 탐색하였다. 이 결과를 바탕으로 노인 대상 통합의료서비스 제공을 위한 핵심 쟁점과 정책적 고려사항을 도출하였고 개선 방안을 제시하였다.

이 연구는 한국보건사회연구원의 서제희 부연구위원이 주도하였고, 최지희 전문연구원, 이나경 연구원, 호주 뉴캐슬대학교 오세옥 객원교수, 디자인케어 유운형 대표, 구정하 대표가 참여하였다. 보고서가 발간되기까지 연구의 내용과 구성에 대해 충실한 조언을 해 주신 충남대학교 안순기 교수, 본 연구원의 황도경 부연구위원께 감사드린다. 마지막으로, 본 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2017년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	5
제1장 서론	9
제1절 연구 필요성과 목적	11
제2절 연구 내용과 방법	14
제2장 주요 개념에 대한 고찰과 연구범위 설정	21
제1절 지역사회 기반 서비스 개념에 대한 고찰	23
제2절 노인 친화적 보건의료 서비스 개념에 대한 고찰	26
제3절 통합의료서비스 개념과 필요성 고찰	28
제4절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 개념과 범위 설정	32
제3장 국내외 노인 대상 통합의료 서비스 제공모형과 사례	37
제1절 국내 통합서비스 모형 개발 연구 고찰	40
제2절 호주의 노인 대상 통합(의료)서비스	58
제3절 일본의 노인 대상 통합의료서비스	66
제4절 네덜란드의 노인 대상 통합의료서비스	80
제5절 소결	87
제4장 노인 대상 서비스 현황과 통합의료서비스 제공모형 탐색	91
제1절 국내 노인 대상 서비스 제공 현황	93
제2절 지역사회 내 재활 및 의료서비스 제공 인프라 파악	98

제3절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 탐색: 서비스 디자인 기법 활용	109
제5장 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형(안) ...	143
제1절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계와 전략	145
제2절 모형 적용을 위한 정책적 주요 쟁점과 고려사항	156
제3절 소결	174
제6장 결론 및 제언	177
참고문헌	183

표 목차

〈표 1-1〉 노인 친화적 통합의료서비스와 통상적 의료 서비스의 특징 비교	13
〈표 1-2〉 연구 범위 및 연구 내용	15
〈표 1-3〉 연구 방법과 주요 연구 내용	17
〈표 1-4〉 학계에서 정의하고 있는 서비스 디자인의 정의	19
〈표 2-1〉 지역사회 기반 통합 보건·의료 서비스의 기본 요소	24
〈표 2-2〉 연계의료(care coordination)의 구성 요소	28
〈표 2-3〉 환자의 입원→퇴원 시점별 48/6 모형의 주요 내용	31
〈표 2-4〉 '통합서비스'에 대한 다양한 관점	32
〈표 2-5〉 노인장기요양등급별 주요 질병 현황(2016년도)	35
〈표 3-1〉 호주 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 서비스 세부 내용	61
〈표 3-2〉 지역지원서비스의 주요 내용	73
〈표 3-3〉 Geriant의 주요 서비스 내용	82
〈표 4-1〉 국내 노인 대상 사회서비스(보건의료, 요양, 돌봄 서비스) 제공 내용	93
〈표 4-2〉 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례	95
〈표 4-3〉 조사 대상자 기준	114
〈표 4-4〉 주요 인터뷰(질문) 내용	115
〈표 4-5〉 조사 대상자 개요: 제공자	116
〈표 4-6〉 코디자인 워크숍 참가자	120
〈표 4-7〉 워크숍 프로그램	121
〈표 4-8〉 조사 대상자 개요: 환자	125
〈표 4-9〉 조사 대상자 개요: 보호자	129
〈표 5-1〉 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계의 디자인 원칙	146
〈표 5-2〉 케어 세팅별 연계가 필요한 서비스 제안	153
〈표 5-3〉 노인 관련 법 소관부서와 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례 소관부처	158
〈표 5-4〉 호주 고령자 케어 시스템과 노인보건인력 종류	168
〈표 5-5〉 여러 나라에서 시도하고 있는 새로운 지불보상 방안들	170

〈표 5-6〉 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2016년도)	172
〈표 5-7〉 환자 및 보호자(이용자) 참여 수준별 가능한 참여 내용 예시	173
〈표 5-8〉 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 시범사업의 단계적 접근	175
〈표 5-9〉 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 시범사업의 내용(안)	176

그림 목차

[그림 2-1] 통합의료서비스에 대한 서비스 영역 차원 접근	33
[그림 2-2] 연령별 뇌졸중 의사진단경험률 추이(2012~2015)	36
[그림 3-1] 노인 연합서비스 유형별 모형	43
[그림 3-2] 한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안)	48
[그림 3-3] 지속적 재활의료 전달체계 최종 모형	52
[그림 3-4] 뇌졸중 재활 지역 연계 모형	56
[그림 3-5] 뉴사우스웨일스(NSW)주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 프로그램 구성	61
[그림 3-6] NSW주 재활의료서비스 모형 원칙과 성공을 위한 요소	64
[그림 3-7] 지역포괄관리시스템의 흐름	68
[그림 3-8] 지역 의료-개호 통합 확보 기금 운용 체계	69
[그림 3-9] 지역포괄지원센터의 업무: 포괄적 지원서비스 중심	74
[그림 3-10] 일본 재활의료의 흐름	75
[그림 3-11] 단계(시기)별 주요 재활의료서비스 내용	76
[그림 3-12] 자바대학병원 노인의료센터 외래진료 흐름	78
[그림 3-13] Geriant 조직도	83
[그림 3-14] 네덜란드의 지역사회기반 통합 치매케어서비스 제공모형	85
[그림 4-1] 경기 북부권역 및 노인인구(2015년 기준) 분포: 읍면동별 분포	99
[그림 4-2] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	101
[그림 4-3] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	102
[그림 4-4] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	103
[그림 4-5] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	104
[그림 4-6] 경기 북부 권역 노인요양시설 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	107
[그림 4-7] 경기 북부 권역 노인요양시설 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포	108
[그림 4-8] 연구 수행 체계	112
[그림 4-9] 본 연구의 환자 심층 인터뷰 장면	113
[그림 4-10] 참여자들에게 전달한 디자인 프로브 꾸러미	118

[그림 4-11] 코디자인 워크숍 장면	119
[그림 4-12] 자료 해석을 위한 진술카드 모으기 장면	124
[그림 4-13] 환자 퍼소나	132
[그림 4-14] 환자 여정지도	133
[그림 4-15] 보호자 퍼소나	134
[그림 4-16] 보호자 여정지도	135
[그림 5-1] 현재의 노인 대상 서비스 제공 방식	145
[그림 5-2] 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 제안	147
[그림 5-3] 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계(안)	148
[그림 5-4] 통합의 수준과 범위를 어떻게 설정할 것인가?: 통합케어매트릭스	161
[그림 5-5] 호주의 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 인력과 구성	164
[그림 5-6] 호주의 My Aged Care: 양방향 정보 공유 플랫폼	165
[그림 6-1] 노인 대상 통합의료서비스 제공의 개념적 접근틀	180

Abstract <<

A Study for Community-Based Age-Friendly Integrated Healthcare Model

Project Head · Seo, Jaehee

In 2017, South Korea entered an aged society. Due to the population ageing, the burden of medical expenses and long-term care for the elderly gradually increases, and this threatens the sustainability of the health and medical care system. To alleviate this burden, it is necessary to reduce the overlapping elements of the services for the elderly and provide less services with big burden for cost. In other words, now, a new approach is required for an effective and efficient system of service provision and financial resources management. Recently, the main principle of approach to the health of the elderly has been healthy ageing and ageing in place, and the integrated provision of community-based aged-friendly healthcare is the domain that must be considered in the field of health and medical care policies for the elderly.

This study began in this background and aimed to explore a model of providing services so that integrated health and healthcare could be provided for the elderly. In addition, this study would practically present policy considerations necessary

Co-Researchers: Choi, Jihee · Lee, Nagyeong · Ohr, Seok · Ryu, Unhyung · Ku, Jungha

for the operation of the model of the provision. This study applied a service design technique so that this research content could be provided from the user-centered perspective.

For the user-centered provision of the health and healthcare for the elderly, as a result of this study, it was drawn that it would be necessary to provide community-based aged-friendly integrated healthcare should be provided. To do so, first, it is necessary to set the subject who would have leadership in providing the services for the elderly and to give authority and responsibility to the subject appropriately. Next, the subject of this leadership should take the initiatives in providing the services for the elderly and set and implement policies.

The considerations for the policies at this time include: First, the examination of the applicability of bundle payment or population-based integrated payment system, attempted in foreign countries in South Korea, by preparing a compensation system for service providers' active participation. Second, the setting of a subject that can coordinate these services for the integrated provision of health and healthcare, nursing and caring services. This study named this a "care designer," and it should be composed of a multidisciplinary team, which is involved in plans for the assessment of patients and caregivers and the use of the services. Third, in providing the services for the elderly, it is necessary to provide services for caregivers who provide care for the elderly patients, simultaneously. Fourth, an in-

formation platform is needed to provide care for the elderly patients since the exchange of the information between providers for the patients is important for the continuum of care for the elderly patients.

In conclusion, to alleviate the burden due to the population ageing, providing community-based aged-friendly integrated healthcare is a challenge that must be achieved. Thus, the central government should construct the institutional base to integrate the services for the elderly implemented currently and provide the service, having the leadership as soon as possible.

1. 연구의 배경 및 목적

2017년, 한국은 고령 사회에 진입하였다. 이처럼 빠른 속도의 인구 고령화로 인해 노인의료비 부담은 지속적으로 증가하였고, 노인 인구가 보유한 만성질환이 평균 2.5개로 나타나는 등 향후 노인 건강 문제는 보건의료 분야가 당면할 큰 문제 영역이 될 것이다. 그러나 현재의 보건의료 시스템은 신체적·인지적 기능 쇠퇴를 겪는 동시에 의료적 욕구와 요양, 돌봄 등 복합적 욕구를 지니는 노인 환자의 특성을 고려하지 못하고 제공자 측면에서 분절적이고 개별적인 서비스를 제공하고 있다. 현 보건의료 체계가 지속 가능하기 위해서는 노인의 복합적 요구를 포괄적으로 평가하여, 노인 환자 중심의 통합적인 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

본 연구의 목적은 노인에 대한 보건의료 서비스 제공모형을 이용자 중심 관점에서 탐색해 보는 것으로, 노인에 대하여 보건의료 서비스를 제공할 때 고려해야 할 사항과 현재의 문제점을 서비스 디자인 기법을 적용하여 도출하고자 한다. 이를 바탕으로 노인 보건의료 영역의 핵심 쟁점을 도출하고 정책적 고려사항과 개선 방안을 제안하고자 한다.

2. 주요 연구결과

가. 주요 개념에 대한 고찰

‘통합’이라는 용어에 대해 아직까지 합의된 정의는 없으며, ‘통합서비스’에 대해서는 이 용어를 사용하는 주체와 해당하는 서비스 영역에 따라 의미

하고 추구하는 바가 다르다. 이용자 중심의 통합의료서비스 모형을 탐색하는 측면에서 보면, 서비스 이용자 입장에서 통합 의료의 정의는 예약 단계의 최소화, 방문해야 할 의료기관의 최소화, 의료진과의 원활한 의사소통과 같이 코디네이트된 서비스를 의미한다. 이는 서비스 이용자인 노인을 중심으로 접근하는 노인 친화적 서비스의 개념과도 연결되는 것으로 노인을 대상으로 서비스를 제공할 때는 신체기능과 인지기능이 쇠퇴하고 돌봄이 필요한 노인 환자의 특성을 고려하여 서비스 이용 단계의 최소화, 서비스 이용을 위한 이동 범위의 최소화, 노인에 대한 이해도가 높은 인력(보건의료인력과 돌봄인력)이 투입되도록 서비스 제공 체계를 마련해야 한다. 또한 “에이징인 플러스”를 실현하기 위한 지역사회 기반 서비스 개념 설정은 가능한 한 거주하고 있던 지역(집 또는 재가시설, 재가요양시설)에서 독립성과 자율성을 최대한 유지하고 생활할 수 있도록 지역사회 인프라를 활용하여 서비스를 제공할 수 있도록 인프라를 구축 및 배치하는 것을 의미한다.

나. 국내외 노인 관련 통합 서비스 제공 사례 및 시사점

국내 노인 대상 서비스는 보건의료 서비스, 요양 서비스, 돌봄 서비스 등의 영역별로 다양하지만 서비스 제공 주체가 다양하고 관리 주체 또한 다양하였다. 또한 이러한 서비스 영역 간 연계·조정 및 통합을 위한 다양한 사례들이 있지만 서비스 제공을 위한 조직과 수행 인력 및 재정이 부족하다는 공통점이 있었으며, 보건의료 서비스와 요양 및 돌봄 서비스의 연계가 특히 미흡하였다. 국내 선행연구에서 제안하고 있는 통합 서비스 모형을 고찰한 결과 케어의 방향을 제공하는 리더십, 여러 전문가들 간의 다학제케어와 케어 코디네이션 측면에서는 강점을 가지고 있었지만, 환자의 요구와 기대에 부응하는 방향으로 서비스를 제공하는 환자 중심의

서비스 제공 측면에서는 한계가 있었다.

국외의 지역사회 기반 노인 대상 통합의료서비스로는 호주의 지역사회 기반 급성기-급성기 직후 케어 서비스(CAPAC)가 있으며, 다학제 간 접근과 환자 중심적 접근을 원칙으로, 환자 여정 단계에 따라 통합적 노인 재활 서비스를 제공하고 있었다. 일본에서는 지역포괄관리시스템을 통해 주거·의료·개호·예방·생활 서비스 등 고령자가 살아가는 데 필요한 다양한 서비스의 유기적 연계가 가능하며, 지역포괄관리센터가 그 역할을 담당하고 있었다.

다. 서비스 디자인 기법을 활용한 통합의료서비스 제공모형 탐색

서비스 디자인이란 서비스를 이용하는 사람에게 편리하고 유용한 서비스를 제공하는 것을 목표로, 이해관계자들이 모여 사용자 경험을 기반으로 서비스 개선을 위한 프로세스를 디자인하는 것이다. 서비스 디자인을 통해 도출된 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형에는 지역사회 내의 의료·요양·복지 관련 서비스 정보를 교환하기 위한 단일 소통창구가 있으며, 의료, 복지, 법률 등 분야별 전문가로 구성된 ‘케어디자인팀’을 중심으로 케어디자이너가 환자 및 보호자와 함께 케어 계획을 짜고 환자의 개별 필요에 맞춰 서비스를 연계할 것을 제안한다. 또한 이용자 관점에서 의료·요양·복지에 대한 정보나 관련 서비스가 영역의 구분 없이 통합적으로 제공되며 예방, 급성기, 회복기, 유지기 등 케어의 단계에 따라 서비스가 유기적으로 제공된다.

라. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형(안)

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 필수 구성 요

소는 첫째, 서비스의 연계·조정·통합을 위한 다학제 케어 디자이너팀 구축, 둘째, 효과적이고 효율적인 서비스 제공을 위한 단일 플랫폼 구축, 셋째, 서비스 제공자의 적극적 참여를 위한 재정적 지원 방안, 넷째, 환자와 보호자의 참여 방안이다. 이 연구에서는 이러한 필수 요소를 고려하여 단계적으로 시범사업을 수행할 것을 제안하였고, 다섯 가지 시범사업의 주요 추진 내용을 제시하였다.

3. 결론 및 시사점

이 연구에서는 통합 서비스 제공 관련 국내외 사례와 통합 서비스 제공 모형 연구를 분석하고 서비스 디자인 기법을 적용하여 국내 상황에 적합한 ‘지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형’을 뇌졸중 환자의 재활 여정을 중심으로 탐색하였다. 그 결과 노인의 복합적인 욕구를 해소하면서 동시에 보건의료체계의 노인 의료비 부담을 완화하기 위해서는 노인의 ‘건강 노화’와 ‘지역에서 나이 들기(ageing in place)’가 가능하도록 서비스 제공 체계가 정비되어야 함이 드러났다. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계를 디자인함에 있어 주요한 원칙은 첫째, 공공의 리더십과 거버넌스를 강화, 둘째, 단일 소통 창구를 통한 정보 코디네이션 제공, 셋째, 의료·요양·복지를 아우르는 다학제적 접근, 넷째, 돌봄 제공자(공식, 비공식 모두)를 위한 서비스 제공, 다섯째, 환자와 보호자 참여를 통해 상호 신뢰 쌓기 등이다. 무엇보다 이 모든 것이 제공자 또는 정책 결정자 관점이 아닌 이용자 관점에서 이루어져야 하는 것이 중요하다.

*주요 용어: 노인, 지역사회 기반 서비스, 노인 친화적 통합의료서비스, 이용자 중심

제 1 장

서론

제1절 연구 필요성과 목적

제2절 연구 내용과 방법

제1절 연구 필요성과 목적

1. 연구의 필요성

2017년, 한국은 고령화 사회를 넘어 고령 사회에 진입하였다. 그러나 출산율은 사상 최저치를 나타내 저출산·고령화로 인한 보건·복지 측면의 사회경제적 부담은 심화될 것임이 예견되고 있다. 이와 더불어 한국의 기대수명의 증가가 매우 빠른 속도로 이루어져, 2030년 출생자 기준 기대수명이 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1위로 예측되어, 향후 인구 고령화는 더욱 심화될 전망이다. 이러한 현상은 보건의료 비용 측면에서 볼 때, 상당한 부담으로 작용할 것이다. 우리나라는 인구 고령화로 인해 지속적으로 노인 의료비 부담이 증가되어 왔다. 2015년 기준으로 노인 1인당 연평균 진료비는 전체 인구 1인당 진료비의 3배 이상을 차지하였는데, 현재 인구구조 변화 추세로 비추어 볼 때 이는 더욱 심화될 것임을 예상할 수 있다. 노인 인구가 보유한 만성질환이 평균 2.5개로 나타나고, 치매 유병률은 매년 증가하고 있는 등, 향후 노인 건강 문제는 보건의료 분야가 당면할 큰 문제 영역이 될 것이다. 그러므로 현 보건의료체계가 지속 가능하기 위해서는 노인 건강에 대한 새로운 접근이 필요하다.

노인 환자는 신체적, 인지적 기능이 저하된 상태이고, 동시에 병리적인 측면에서도 다양한 질환을 동시에 보유하고 있는 경우가 많아 보건의료적인 욕구가 복합적이며 동시에 영양·돌봄에 대한 욕구도 함께 가지고 있다. 그러나 현재의 시스템은 노인 환자를 중심으로 통합적으로 접근하는

것이 아니라 제공자 측면에서 개별적인 서비스가 제공되고 있어 노인 환자 입장에서는 본인에게 필요한 서비스를 찾아다녀야 하는 부담이 존재한다. 또한, 관리 측면에서 보면 서비스가 분절적으로 제공되고 있어 중복이 발생하여 의료비 부담의 원인으로 작용하고 있다. 이러한 문제를 해소하려면 노인 환자의 특성을 고려하고 노인의 복합적 욕구가 포괄적으로 평가되어 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 하는 것이 필요하다.

전 세계적으로 인구 고령화가 진행되면서 노인 건강에 대한 관심이 크게 변화하고 있다. 노인의 건강은 질병이 없는 상태를 지향하는 것이 아닌 신체적·인지적 기능 상태를 가능한 한 최대로 유지할 수 있도록 하는 건강 노화 측면에서 접근해야 한다는 관점으로 변화하였다. 또한 노인의 삶의 질 측면에서 이 건강노화가 자신이 거주하던 곳(집 또는 시설)에서 이루어져야 한다는 “에이징 인 플레이스(healthy ageing and ageing in place)” 접근 방법이 전 세계적으로 받아들여지고 있다. 에이징 인 플레이스 관점은 결국 지역사회 기반 서비스 제공의 필요성과 당위성을 지향하는 것으로 노인 환자가 가능한 한 병원이 아닌 지역사회에서 삶을 누릴 수 있도록 하는 것이 노인 환자에게도 그리고 전체 의료시스템의 비용 측면에서도 긍정적이라는 입장이다(WHO, 2015).

그렇다면 노인의 관점에서 보건의료 서비스는 어떻게 이루어져야 할까? 세계 각국에서 다양한 형태로 노인을 대상으로 새로운 시도들이 이루어지고 있는데 이들 시도의 공통점은 다음 표와 같다(WHO, 2015, p. 103).

우리나라도 이러한 관점을 받아들이고 노인 환자의 복합적인 욕구의 문제점을 인식하여 통합적인 서비스 제공을 위한 여러 가지 시도들이 있었고, 통합 서비스 제공모형 개발 연구들이 수행되었다. 그러나 이러한 시도들은 대부분 제공자 중심의 관점에서 벗어나질 못해 실제 이용자 중심의 관점을 바탕으로 한 사례나 연구는 찾아보기 어렵다.

〈표 1-1〉 노인 친화적 통합의료서비스와 통상적 의료 서비스의 특징 비교

노인 중심 통합의료서비스	통상적 의료 서비스
• 대상자 자체와 그들이 생각하는 목표에 초점 • 내적 역량의 최대 향상이 목표 • 의료 서비스 제공 시 통합적 접근 • 의료와 장기요양의 연계가 강력함	• 건강 상태에만 초점 • 질병 치료가 목표 • 건강상태, 의료 인력 등이 분절화된 접근 • 의료와 장기 요양 간 연계가 제한적이거나 고려하지 않음

자료: WHO. (2015). World Report on Ageing and Health. p. 103.

요약하면, 노인의 기능 유지와 건강 노화를 통한 합병증 및 질병 발생, 재발 예방을 위한 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 탐색이 필요하다. 국내에서 이루어진 시도들을 바탕으로 하여 노인 환자의 보건의료 서비스 이용 경험이 긍정적인 방향으로 이루어져 보다 나은 건강결과로 이어지고 결국 국가 전체의 부담 감소로 이어지기 위해 이용자 중심의 새로운 접근이 이루어져야 한다. 이용자 중심의 새로운 접근법은 결국 노인 대상 서비스를 지역사회를 기반으로 노인 친화적인 차원에서 통합적으로 제공하는 것이다.

2. 연구 목적

이 연구의 목적은 향후 노인에 대한 보건의료 서비스 제공모형을 이용자 중심 관점에서 접근하여 제안하는 것이다. 신체적·인지적 기능 쇠퇴를 겪는 동시에 의료적 욕구뿐만 아니라 영양, 돌봄 등 복합적 욕구를 지니는 노인에 대하여 보건의료 서비스를 제공할 때 고려해야 할 사항과 현재의 문제점을 서비스 디자인 기법을 적용하여 이용자 관점에서 새로운 제공모형을 도출하고자 하였다. 이를 바탕으로 노인 보건의료 영역의 핵심 쟁점을 도출하고 정책적 고려사항과 개선 방안을 제안하는 것이 목적이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 통합 서비스 개념에 대한 고찰을 바탕으로 국내 상황을 고려한 '통합의료서비스' 개념과 통합의 범위·수준에 대해 정의한다.
- 둘째, 국외 및 국내 사례 고찰을 통한 주요한 시사점을 도출한다.
- 셋째, 서비스 디자인 기법을 활용하여 통합의료서비스에 대한 서비스 이용자와 제공자의 인식 차이를 파악한다.
- 넷째, 서비스 디자인 기법을 활용하여 한국적 상황에 적합한 지역사회 기반 노인 대상 통합의료서비스 제공모형을 탐색하고 제안한다.
- 다섯째, 모형의 실제 적용을 위해 정책적으로 고려가 필요한 사항을 핵심 쟁점으로 도출하고 정책 방안 및 시범사업 등을 제안한다.

제2절 연구 내용과 방법

1. 연구 내용과 범위

이 연구의 주요 연구 내용은 크게 여섯 가지 범위로 구분할 수 있다. 우선 이 연구에서 탐색하고자 하는 '지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스' 제공모형의 대상과 범위를 설정하기 위해 주요 용어에 대한 개념적 고찰을 하는 것이다. 그리고 국내의 노인 관련 서비스 제공 현황(통합 사례 포함)을 분석하고 통합 서비스 제공모형 개발 연구를 고찰하는 것이다. 세 번째 연구 범위는 국외 지역사회 기반 통합의료서비스 제공 사례를 고찰하여 시사점을 도출하는 것이고 네 번째 연구 범위는 제공모형 탐색을 위해 일개 권역을 선정하여 지역사회 의료-요양 서비스 인프라를 파악하는 것이다. 다섯 번째는 서비스 디자인 기법을 활용하여 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 실질적으로 탐색해

보는 것이고 마지막 여섯 번째는 주요 연구 결과를 바탕으로 정책적 쟁점을 도출하고 각 쟁점별 고려사항과 개선 방안을 제시하는 것이 이 연구의 범위이다.

〈표 1-2〉 연구 범위 및 연구 내용

연구 범위	주요 연구 내용
주요 개념에 대한 고찰과 연구범위 설정	○ 통합 서비스 개념 등장 배경과 다양한 정의에 대한 고찰 - 나라별, 서비스 부문별 정의의 차이 분석을 통한 시사점 도출 ○ 국내 상황에서 통합 서비스의 개념 도식화 ○ 통합의료서비스 개념의 조작적 정의를 통한 연구 범위 설정
국내 노인 관련 서비스 제공 사례와 모형개발 연구 고찰	○ 관련 법 및 지역사회 기반 정책 분석을 통해 조직, 관리, 재원 차원의 시사점 도출 - 서비스 제공 조직, 내용, 관리 차원의 중복성 또는 분절성 파악 - 노인 대상 서비스와 관련된 법들의 내용과 서비스 제공 주체 파악 - 중앙-지자체-의료기관의 역할 구분과 권한에 대한 현황 및 문제점 파악
국외 지역사회 기반 통합(의료)서비스 제공 사례 고찰	○ 국외 노인 대상 지역사회 기반 통합의료서비스 제공 사례 조사 - 지역사회 기반 서비스 제공 체계 외국 사례 조사를 통한 시사점 도출 - 케어 세팅별 재활 및 기타 의료 서비스 제공 현황 파악 - 호주 또는 일본 중심으로 고찰 - 정책 및 사업 관리 주체, 서비스 제공 기관, 재원, 서비스 이용자 측면의 강점과 제한점 분석
지역사회의 보건의료·요양 서비스 인프라 파악	○ 일개 지역의 노인 보건의료 서비스 제공을 위한 인프라 조사 - 재활의료서비스를 중심으로 관련 인프라(시설/병원/인력 등) 조사
서비스 디자인 기법을 활용한 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료 서비스 제공모형 탐색	○ 노인 환자와 보호자 대상 통합의료서비스에 대한 인식과 의료이용 경험 조사 ○ 서비스 제공자 대상 통합의료서비스에 대한 인식과 국내 상황에 대한 인식 조사 ○ 지역사회 기반 노인 대상 통합의료서비스 기반 제공모형 탐색 - 환자 중심적 통합의료서비스 제공모형 탐색 ▪ 발병 전·급성기·회복기·유지기(만성기)를 거치는 환자 및 보호자 여정과 각 케어 세팅의 인프라를 고려한 모형 탐색 - 병원 내: 다학제 간 통합진료서비스 제공모형, 퇴원 계획 등

16 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 - 재활의료서비스를 중심으로

연구 범위	주요 연구 내용
	- 병원 밖(지역사회 기반): 다학제 통합 서비스(의료기관 간 연계) 제공 가능 모형, 다부문 통합 서비스(의료 서비스+돌봄 서비스) 제공 가능한 모형 등
핵심 쟁점 도출 및 개선 방안 제언	- 사회보험제도 기반인 일본 사례와 국가보건의료서비스 기반인 호주 사례의 시사점을 바탕으로 논의

지역사회의 보건의료-요양 서비스 인프라 파악을 위한 조사 지역으로 의정부시를 중심으로 한 경기 북부권역(의정부시, 동두천시, 양주시, 포천군, 연천군)을 선택하였다. 이 지역을 선택한 이유는 지리적 특성상 서울과 근접해 있으나 보건의료 서비스 제공 인프라 측면에서는 고립적인 성격을 지니고 있기 때문이다. 또한 중증응급질환 발생 시, 물리적 거리상 의정부 성모병원이 관문역할을 담당하고 있어 환자 이동의 자유도가 낮아 지역사회 기반 서비스 제공 체계를 파악하고 모형을 설정하기 적절하다고 판단하였다.

2. 연구 방법

가. 연구 방법별 수행 내용

연구 내용을 수행하고 연구 목적을 달성하기 위해 문헌 고찰, 사례 조사 및 분석, 국내외 관련 기관 방문, 서비스 디자인, 전문가 자문회의 등의 연구 방법을 활용하였다(표 1-3).

〈표 1-3〉 연구 방법과 주요 연구 내용

연구 방법	주요 연구 내용
문헌 고찰 및 웹사이트 조사·분석	○ 지역사회 기반 서비스, 노인 친화적 서비스, 통합 서비스 개념에 대한 문헌 고찰 및 국내외 사례 조사 ○ 통합의료서비스 제공(또는 전달) 체계 관련 국외 사례 조사 ○ 관련 법제도 분석 ○ 일개 지역사회 내 서비스 제공을 위한 인프라 조사: 경기북부권역
현지 방문조사	○ 국내 지역사회 방문 조사 - 국내 일개 지역 내 재활의료서비스 제공 의료기관 및 시설 방문 - 인력 현황, 제공 서비스 내용, 서비스 비용, 이용자 현황 등 파악 ○ 국외 방문 조사 - 방문 국가 및 기관 • 호주 뉴사우스웨일스주, 보건부/지역보건당국/급성기-회복기병원/지역보건센터 등 방문 • 일본 도쿄, 요코하마, 나고야, 지바 지역의 급성기 병원, 재활병원, 요양시설, 지역보건당국 등 방문 - 방문 목적 • 의료기관 중심 노인 친화적 서비스 제공 체계와 지역사회 중심 서비스 제공 체계 벤치마킹
인프라 지도 그리기	○ 경기 북부 권역(의정부시, 동두천시, 양주시, 포천시, 연천군)의 인프라(시설과 인력) 그리고 특징 파악 - 뇌졸중 치료 또는 재활 서비스 제공 가능한 보건 의료기관과 뇌졸중 환자에 대한 요양 서비스 제공 기관의 읍면동별 분포 파악 - 해당 의료기관과 장기요양시설에 근무하는 전문인력의 직종과 분포 파악 - 인프라 지도를 바탕으로 경기 북부 권역의 보건의료-돌봄 인프라의 특징 파악
서비스 디자인	○ 이용자 경험을 바탕으로 한 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료 서비스 디자인 - 서비스 이용자와 제공자 대상 심층 인터뷰 - 심층 인터뷰를 바탕으로 퍼소나 도출 - 도출된 퍼소나의 질병 여정 지도 그리기 - 디자인 프로브 사용한 코디자인 워크숍 준비 - 코디자인 워크숍을 통한 서비스 제공모형 시각화
전문가 자문회의	○ 자문 대상 - 관련 연구자, 정부 관계자, 의료인 관련 단체, 환자단체, 사회복지 시설 관계자, 지역사회 재활 서비스 제공 관계자, 해외 사례 전문가 등 - 재활의학과 교수(종합병원), 재활의학 전문의(요양병원 또는 개원의), 물리치료사·작업치료사(보건소 또는 복지관), 요양시설 관계자 등

연구 방법	주요 연구 내용
	○ 자문 내용 - 통합의료서비스 제공의 필요성 및 중요성, 뇌졸중 환자 대상 적정 재활의료서비스 제공의 현실과 개선 방안, 뇌졸중 환자의 기타 기저질환에 대한 의료 서비스 제공의 현실과 개선 방안, 뇌졸중 환자 대상 통합의료서비스 제공의 장애요인, 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형의 현실 적용 가능성 검토 의견 등

나. 서비스 디자인 방법 소개

이 연구에서 특징적으로 활용한 연구 방법인 서비스 디자인에 대해서 소개하고자 한다.

서비스 디자인이란 여러 분야에서 사용되는 다양한 도구와 방법을 결합한 다학제적 접근법으로서 비교적 최근에 등장하여 발전하고 있는 새로운 접근법이다(마르크 스틱도른 등, 2012, pp. 22, 27). 흔히 디자인은 제품이나 특정 결과의 외관을 가리키는 협소한 의미로 사용되지만, 서비스 디자인은 결과보다는 서비스가 만들어지고 제공되는 과정에 관심을 둔다. 따라서 서비스 디자인의 결과물은 서비스를 생산하는 조직과 과정에서부터 사용자의 경험과 구체적인 제품에 이르기까지 다양한 수준으로 나타날 수 있다(마르크 스틱도른 등, 2012, p. 22).

서비스 디자인은 인간 중심 관점에 기반을 두고 사람에 대한 인식과 행태를 이해하고자 한다. “사람과 사람, 사람과 상품, 사람과 조직, 나아가 서로 다른 조직 사이의 관계의 본질과 가치”(마르크 스틱도른 등, 2012, p. 59)를 중요하게 다루기 때문에 서비스 디자인은 서비스와 관련한 이용자의 다양한 경험 전체를 가치 있게 하는 것이라 할 수 있다.

서비스 디자인의 다섯 가지 원칙은 ① 사용자 중심(서비스는 고객의 입장에서 디자인되어야 한다), ② 공동 창작(모든 이해관계자가 서비스 디자인 과정에 참여해야 한다), ③ 순서 정하기(서로 밀접하게 연관된 기능

의 순서대로 시각화해야 한다), ④ 증거 만들기(무형의 서비스는 유형의 형태로 시각화해야 한다), ⑤ 총체적 관점(서비스의 모든 환경이 고려되어야 한다)을 지향한다는 것이다(마르크 스틱도른 등, 2012, p. 42).

마케팅과 인지공학 등 다양한 분야에서 서비스 디자인을 활용하지만 아직까지 서비스 디자인에 관한 명확한 용어나 일반적으로 합의된 정의는 없다. 그러나 학계에서는 서비스 디자인의 특성을 다음과 같이 정의하고 있으며 공통적인 부분은 경험에 가치를 두고 과정을 중시한다는 것이다(마르크 스틱도른 등, 2012, pp. 38-39).

〈표 1-4〉 학계에서 정의하고 있는 서비스 디자인의 정의

구분	서비스 디자인 정의
코펜하겐인스티튜트 오브인터랙션디자인, 2008	- “서비스 디자인은 유·무형 매개체를 사용하는 경험에 초점을 둔 새로운 분야” - “특히, 소매업, 금융업, 운수업, 의료업 등은 서비스 디자인으로 사용자 경험을 개선할 수 있는 분야” - 서비스 디자인은 일반적으로 이용자에게 총체적 서비스를 제공하기 위한 과정과 시스템을 디자인
스테판 모리츠, 2005	- “서비스 디자인은 고객에게 더욱 유용하고 매력적인 서비스를 제공하고 조직이 효율적이고 효과적으로 서비스를 제공할 수 있도록 기존의 서비스를 개선하거나 서비스를 혁신하는 것” - 서비스 디자인은 새로운 다학제적 융합(통합) 분야
영국디자인카운슬, 2010	- “서비스 디자인은 서비스를 유용하고 효율적이며 효과적이고 매력적으로 만드는 일”
비르기트 마게르, 2009	- “서비스 디자인은 서비스 인터페이스가 고객 입장에서는 편리하고 매력적이도록, 공급자 입장에서는 효과적이고 효율적이며 차별화될 수 있도록 하는 것을 목표로 함”

자료: 마르크 스틱도른, 야코프 슈나이더. (2012). 서비스 디자인 교과서 (이봉원, 정민주, 공역). pp. 38-39.

이 연구에서 ‘지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형’ 탐색 과정에서 서비스 디자인 기법을 적용한 이유는 기존의 통합서비스 제공 시도 사례들과 제공모형 개발 연구들이 대부분 제공자의 관점을 벗어

나지 못했기 때문이다. 박세경 등(2015)은 돌봄·보건의료 연합 서비스 공급 모형을 탐색하였으나 이 과정에서 공급자 관점에서 크게 벗어나지 못했다고 자평하며, ‘공공 서비스 디자인’ 개념을 소개하고 후속 과제로 이용자 중심의 모형 개발 연구를 제안하기도 하였다(박세경 등, 2015, p. 402).

서비스 디자인을 위해 연구진은 병원 건축설계와 의료 관련 서비스 디자인 전문가 집단인 ‘(주)디자인케어’사와 함께 의정부를 중심으로 한 경기 북부권 일부를 대상으로 서비스 디자인 과정을 수행하였다. 뇌졸중을 경험한 환자와 보호자, 그리고 이들을 위한 보건의료 서비스 및 요양 서비스를 제공하는 제공자를 대상으로 이 과정을 진행하였다. 자세한 과정은 제4장 제3절에서 확인할 수 있다.

제 2 장

주요 개념에 대한 고찰과 연구범위 설정

제1절 지역사회 기반 서비스 개념에 대한 고찰

제2절 노인 친화적 보건의료 서비스 개념에 대한 고찰

제3절 통합의료서비스 개념과 필요성 고찰

제4절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 개념과
범위 설정

2

주요 개념에 대한 고찰과 << 연구범위 설정

제1절 지역사회 기반 서비스 개념에 대한 고찰

보건·의료 영역에서의 지역사회 기반 케어라 함은 지역사회의 필요에 기반한 보건시스템으로, 지역사회의 건강 신념, 선호도, 사회적 가치를 반영하며 일정 수준의 지역사회 참여를 보장하는 것을 의미한다(Plochg, Klazinga, 2002, p. 94). 즉, 지역사회의 필요와 신념 및 가치를 기반으로 하는 지역사회 기반의 접근은 해당 지역사회에서 가용한 자원으로 그 지역사회의 건강 상태에 가장 유익한 서비스를 제공하고, 보건·의료 시스템에 대한 지역사회의 참여를 증진하여 지역사회의 건강을 향상시킨다(Plochg, Klazinga, 2002, p. 94에서 재인용).

사회 서비스 영역에서의 지역사회 기반 서비스는 지역사회 구성원들의 참여로 제공되는 사회 서비스로, 서비스 이용자들이 직접 지역사회의 문제를 해결하기 위한 대안을 지속적으로 모색하고 서비스를 개발 및 공급하는 것을 의미한다(김형용, 2013, p. 183). Plochg와 Klazinga는 지역사회 기반의 통합 케어(community-based integrated care)란 ‘지역사회 기반’과 ‘통합 케어’ 두 개념의 조합으로서, 지역 내 공중보건 기능 및 의료 기능과 사회 서비스의 통합을 촉진한다고 하였다(Plochg, Klazinga, 2002, p. 94).

이러한 맥락에서, 지역사회 기반의 통합 케어(community-based integrated care)는 보건·의료 시스템 설계의 비전이기도 하지만 서비스 제공의 질을 향상시키기 위한 노력을 통합하는 데도 사용될 수 있다고 하

였다(Plochg, Klazinga, 2002, p. 95). 즉, 지역사회 건강 필요나 신념과 같은 정보에 입각하여 지역의 목표를 설정하고 이것이 의사결정자들 사이에서 공유되기 때문에 모든 의사결정과정에서 동일한 목표를 향해 하며, 지역 보건시스템의 기능을 향상시키기 위한 다양한 노력이 조화될 수 있다는 것이다(Plochg, Klazinga, 2002, pp. 95-96). 따라서 Plochg와 Klazinga는 지역사회 기반의 통합 보건·의료 서비스 (community-based integrated health care)는 지역사회에서 원하는 서비스를 생산하는 의료전달시스템을 설계하고, 실행하고, 평가하는 데 도움이 될 수 있으며, 이를 위해서는 아래 <표 2-1>에서 제시하는 여섯 가지 요소가 필요하다고 하였다(Plochg, Klazinga, 2002, pp. 98-99).

<표 2-1> 지역사회 기반 통합 보건·의료 서비스의 기본 요소

구분	내용
특정 인구집단 수준의 (공중)보건 비전	- 지역사회의 필요, 건강 목표, 건강 신념 및 가치를 포괄하는 비전이여야 함. - 보건의료시스템의 설계는 서비스를 제공받는 인구집단의 건강상태로부터 파생된 비전의 제약 내에서 규제됨.
조직기반의 실무 가이드라인(practice guidelines)	- 실무 가이드라인은 과학적 근거에 기반한 의학적 지침으로서의 기능도 중요하지만, 관리적 기능도 중요하며 실제 환자들이 경험한 보건의료 서비스 제공 과정과 함께 구축되어야 함. - 가이드라인의 개발 과정은 외부의 (과학적) 데이터뿐만 아니라 특정 보건의료 환경에서 얻어진 경험적 데이터를 제공받아야 함.
보건·의료 시스템의 재설계(health system)	- 보건·의료 서비스 제공망의 다양한 요소들의 서비스 제공을 최적화한다고 해서 전체 시스템의 질 향상을 얻을 수는 없음. 따라서, 다양한 질관리 프로젝트가 아닌 보건·의료 시스템의 재설계가 필요함. - 질관리 시스템의 출발점은 기존의 기관이나 전문가 집단이 아닌 환자 집단이나 질병이 되어야 함.
관료주의 방지	- '질개선 패러다임'이 '통제 패러다임'으로 변모하는 경우 관료주의의 위험이 있음. - 보건의료 이해관계자들은 관료주의적 통제 메커니즘이 결국 과중한 비용 증가를 야기하고 반드시 더 나은 질 개선으로는 이어지지 않을 수 있다는 것을 알아야 함. - 관료주의를 방지하기 위해서는 이해관계자들의 (상호)신뢰와 책임감이 중요함.

구분	내용
임상적 리더십	- 보건의료 전문가들의 관리 기술이 요구됨. - 올바른 임상적 결정을 내리는 것으로는 부족하며, 전문가들이 책임 져야 하는 전체 케어의 과정을 관리해야함.
재정 시스템	- 재정 시스템은 보건의료시스템의 목표에 부합하여야 함. - 보건의료시스템의 재설계 후, 보건의료시스템의 미션을 수행하는 근거 기반의 재정 및 보상 체계를 선정해야 함.

자료: Plochg, T., & Klazinga, N. S.(2002), Community-based integrated care: myth or must? pp. 98-99의 내용을 재정리함.

세계보건기구(WHO)는 노인들을 위한 지역사회 기반의 케어(또는 지역사회 기반 서비스 및 프로그램)²⁾를 “건강을 증진, 유지, 또는 회복시키거나 질병 및 장애의 영향을 최소화하기 위해 개인 또는 가족에게 제공되는 건강 및 사회 서비스의 조화”라고 정의하며 노인센터, 방문 간호사 등을 포함하여 노인이 자신의 집에서 독립적인 생활을 돕기 위해 설계된 서비스라고 말한다(WHO, 2004, p. 16). 이는 West Virginia Rural Healthy Aging Network가 정의한 건강한 노화와도 맥락을 같이하는 것으로, 건강한 노화를 “노인의 심리, 사회, 육체적 웰빙과 기능을 적절한 수준으로 발전 및 유지시키는 것이다. 이는 지역사회가 안전하고, 건강과 웰빙을 향상시키고, 보건의료 서비스와 질병을 최소화하거나 예방할 수 있는 커뮤니티 프로그램을 제공할 때 달성 가능하다.”라고 정의하며(김남순 등, 2016, pp. 48-49에서 재인용), 노인 건강을 위한 지역사회의 역할을 강조하고 있다.

또한 WHO는 노인 건강의 주요 이슈 중 하나로 노인이 살던 집이나 거주 지역에서의 나이들기인 “에이징 인 플레이스(ageing in place)”를 꼽는다. 노인은 신체적·정신적 기능이 저하되더라도 지역사회 내에서 거주하

2) community-based care/community-based services/programmes; WHO(2004). A Glossary of terms for community health care and services for older persons. Ageing and Health Technical Report.

는 것이 그들의 유대감이나, 안정성과 친밀감, 정체성과 자율성을 유지하는 데 더 이롭다고 생각하기 때문에 노인요양시설과 같은 요양기관보다는 그들이 살던 집이나 최소한 그들이 살았던 지역사회 내에서 거주하길 원한다(WHO, 2015, pp. 36, 106). WHO는 이러한 에이징 인 플레이스(ageing in place)를 위해서는 노인들이 거주하는 지역사회까지 보건의료서비스가 도달하는 것도 중요하기 때문에, 노인들을 위한 케어 모델은 지역사회 기반의 케어로 설정되어야 함을 강조한다(WHO, 2015, p. 106).

위의 정의들을 정리하면, 노인들을 위한 지역사회 기반의 서비스는 노인이 기능을 유지하며 지역사회에서 독립적으로 살아갈 수 있도록 노인 스스로를 포함한 지역사회의 자원을 활용하여 보건·의료 서비스와 사회 서비스를 제공하는 것이며, 따라서 건강한 노후를 위해서는 지역사회의 역할이 필수적이다.

제2절 노인 친화적 보건의료 서비스 개념에 대한 고찰

현재의 보건의료시스템은 인지적 기능과 신체적 기능이 점점 쇠퇴하고 이환된 질병의 수가 늘어나 보건의료와 돌봄의 욕구가 복합적인 노인에게 조직적이고 적절히 조정된 서비스를 제공하지 못하고 있다. 즉, 서비스들이 노인 환자의 욕구에 맞게 적절히 연계 또는 통합되어 제공되는 것이 아니라 서비스 제공자에 맞춰 분절적으로 제공되고 있다. 이러한 상황에서 노인 환자는 본인에게 적절한 서비스를 스스로 파악하여 필요한 서비스를 개별적으로 찾아다닐 수밖에 없다. 이러한 현상은 현재의 시스템이 환자 또는 이용자 중심 서비스를 제공하지 못하고 있음과 동시에 노인 환자가 지금껏 의료 서비스 제공 현장에서 부정적인 경험을 할 수밖에 없

었다는 것을 의미한다.

현재 서비스 제공 기관에 대한 지불보상체계가 의료기관이 진단검사를 더 많이 시행하거나 환자를 더 많이 입원시키고 처치나 수술을 많이 할수록 더 높은 수익을 낼 수 있도록 되어 있기 때문에 지금까지 보건의료서비스 제공 형태와 내용이 노인에게 친화적일 수 없었다. 즉, 서비스 제공 기관이 예방적 서비스나 사회적 지지 서비스, 돌봄 서비스에 대해 관심을 가지고 이를 적극적으로 제공할 만한 동기부여가 마땅히 없었다. 이러한 문제는 서비스 이용자인 노인 환자의 경험을 부정적으로 만들었을 뿐만 아니라 좋지 않은 건강 결과로 이어져 결국 국민 의료비 상승을 초래하게 되었다.³⁾

인구 고령화가 급속도로 진행되는 현 시점에서 이러한 현상이 지속될 경우 정부 입장에서는 큰 부담이므로 노인 환자에 대한 새로운 접근이 필요하게 되었다. 새로운 접근은 병원을 노인 친화적으로 변화시키는 것으로 출발하였으나 최근에는 보건의료체계 전반을 노인 친화적으로 조성해야 한다는 주장들이 제기되고 있다.⁴⁾ 이를 주장하는 사람들은 보건의료체계 전반을 노인 친화적으로 조성하기 위해 보건의료서비스가 갖춰야 할 노인 친화적인 요소를 첫째, 노인에 친화적인 리더십, 둘째, 노인에 특화된 다양한 고령자 케어 프로그램, 셋째, 고령자 케어에 적절한 숙련된 보건의료 인력, 넷째, 노인 환자의 건강결과를 향상시킬 수 있도록 다학제팀 접근, 다섯째, 노인 환자의 특성을 고려하여 조직화되고 조정된 통합서비스 제공, 여섯째, 노인 환자를 돌보는 가족에 대한 서포트 체계 마련 등으로 제시하고 있다.⁵⁾

3) <https://www.forbes.com/sites/howardgleckman/2017/04/19/how-health-systems-can-provide-better-care-for-seniors/#7727fd882db8>에서 2017. 9. 20. 인출.

4) <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20161103.057335/full/>에서 2017. 9. 20. 인출.

제3절 통합의료서비스 개념과 필요성 고찰

통합(integration)이라는 용어가 다수의 보건 분야에서 사용되고 있으나 아직까지 합의된 정의는 없다. 일부 문헌에서는 ‘독립적 요소들이 목적성을 띠고 협업을 하는 것’이라는 정의를 사용하고 있으며(Canadian Policy Research Networks, 2008, p. 1), WHO 유럽사무소에서는 통합의료(integrated care)를 진단, 치료, 재활, 건강증진과 관련한 서비스의 투입·전달·관리·조직을 통합하는 것으로 정의하고 있다. 미국 Agency of Healthcare and Quality(AHRQ)는 통합과 유사한 의미를 가진 연계(coordination)를 적용해 연계의료(care coordination)를 정의하였다. 연계의료란 적절한 보건의료서비스를 전달하기 위해 (환자를 포함한) 둘 또는 그 이상의 주체가 조직화하는 것을 의미하며, 환자에게 필요한 인적·물적 자원을 배치하고 참여 주체 간 정보 교환의 내용을 포함한다(AHRQ, 2007, p. 5).

〈표 2-2〉 연계의료(care coordination)의 구성 요소

구성요소	
연계의료와 관련한 필수 요소	환자 사정(평가): 연계의료 필요 여부 평가
	케어플랜 수립
	참여 인력 확정 및 역할 배분
	환자와 나머지 참여자 간 의사소통
	케어플랜 실행
	모니터링, 플랜 조정
연계의료 위한 제반사항	건강결과 평가
	정보시스템: EMR, 개인건강기록, 의사결정 지원 등
	도구: 표준화된 프로토콜, 근거기반 가이드라인, 자기관리 프로그램, 연계

5) <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20161103.057335/full>에서 2017. 9. 20. 인출.

구성요소	
	의료를 위한 의료인 교육, 피드백 등
	매끄러운 연계를 위한 기술: 일차의료와 전문의료 간 다학제팀 운영, 의료서비스와 사회서비스 간 연계를 위한 케이스매니저, 서로 다른 케어 세팅을 연결하기 위한 협력 모형
	시스템 재설계: 연계의료에 대한 지불보상, 물리적(시스템 간 분절)·재정적 접근성 문제 개선

자료: AHRQ. (2007). Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies Volume 7-Care Coordination. p. 6

또한 통합은 접근성, 질, 이용자 만족도와 효율성 측면에서 서비스를 개선하기 위한 방법으로 이해되기도 한다. Leatt(2002)는 통합전달체계에 대해 ‘병원·장기요양시설·일차의료시설·재가의료시설·공공의료시설·사회복지시설·학교·경찰서 등 건강 결정 요인과 관계된 서비스를 제공하는 다양한 시설들이 서로 협업하는, 현대적이고 비용효과적인 체계’라고 실용적인 정의를 내린 바 있다(Leatt, 2002; Canadian Policy Research Networks, 2008, p. 2에서 재인용).

한편 Leutz(1999)는 통합과 유사한 개념인 연계(linkage), 조정(coordination)의 정의와 통합의 정의를 보건의료 측면에서 서로 비교하였다. 연계는 비교적 경증이거나 평균적 보건의료 요구를 가진 개인이 별도의 자원 재배치 없이 일반 인구집단을 대상으로 하는 보건의료체계를 통해 서비스를 제공받는 것을 일컫는다. 조정은 급성기와 다른 단계에서 제공되는 서비스를 서로 연계하기 위한 구조(체계)를 필요로 하며, 연계보다 통합적인 성격을 가진다. 마지막으로 가장 포괄적 개념인 통합은 보건의료체계 내의 다양한 자원으로부터 필요한 사업 또는 사업 주체를 형성할 수 있다(Leutz, 1999; Canadian Policy Research Networks, 2008, p. 2에서 재인용). 연계, 조정, 통합을 유사한 개념으로 보았지만 각각 구분지어 정의하고 비교한 Leutz(1999)와 달리 호주 빅토리아 주정부의 보건당국은 연계, 조정을 통합의 정도에 따라 구분되는 개념으로 정

의하였다. 즉, 통합의 정도가 네트워킹 단계, 적극적 소통 단계, 단순협업 단계, 조정 단계, 공동협업 단계, 통합 파트너십 순으로 강해진다고 보았고, 이 모든 단계를 ‘통합’이라고 보았다(Victoria Department of Health, 2006, p. 1).⁶⁾

통합은 그 수준(level)에 따라서도 달리 구분될 수 있다. 체계 통합(system integration)은 지방정부 또는 지역사회 수준에서 이루어지는 전략적 계획, 재정, 구매시스템, 급여 서비스 등의 통합을 의미한다. 조직적 통합(organizational integration)은 응급, 재활, 지역사회의료, 일차의료 간 연계와 관리를 의미한다. 마지막으로 임상적 통합(clinical integration)은 보호자(또는 간병인, direct care giver)를 통해 제공되는 직접 서비스와 지원의 내용을 포함하는 통합 개념이다. 일반적으로 어느 한 수준에서의 통합이 느슨해질 경우 각 수준 간 통합이 지연되는 것으로 알려져 있다(Canadian Policy Research Networks, 2008, p. 3).

또한 통합의 유형은 수직적 통합(vertical integration)과 수평적 통합(horizontal integration)으로도 구분된다. 수직적 통합이란 하나의 조직(지역) 내에서 다양한 서비스가 전달될 수 있도록 하는 것으로, 병원·장기요양시설·재활시설 등이 지리적으로 연결되어 있는 퀘백주의 지역 서비스 네트워크가 이에 해당된다. 수평적 통합(horizontal integration)은 치료와 관련된 각 단계(setting) 간 개선된 연계 체계를 의미하며, 재활치료 또는 암 치료에서 수평적 통합 사례를 살펴볼 수 있다(Canadian Policy Research Networks, 2008, p. 3).

병원을 기반으로 한 수평적 통합 사례로 ‘시니어 통합 진료서비스를 위한 48/6 모델을 들 수 있다. 캐나다 브리티시컬럼비아주 노인 친화 병원(British Columbia Provincial Seniors Hospital Care Working

6) Available from: www.nada.org.au/media/14537/vhfactsheet_partnerships.pdf.

Group)에서는 효과적인 노인 통합 관리를 위해 48/6 모형을 제안하였다. 48/6 모형이란 병원에 입원한 노인 환자를 대상으로 주요 6개 영역에 대한 요구를 조기에 발견하고 평가해 48시간 이내에 환자맞춤형 치료 계획을 기획하는 통합진료모형이다. 6개 영역에는 배변·배뇨관리, 의약품 관리, 인지기능, 기능적 이동능력, 영양·수분, 통증관리 등 노인들에게 집중 관리 필요가 높은 영역들이 포함된다(김윤숙 등, 2016, pp. 7-8). 48/6 모형은 노인이 병원에 입원한 기간 동안 발생할 수 있는 기능 감소의 위험을 줄이고, 퇴원 후에도 독립적으로 생활할 수 있도록 하고자 개발되었다. 이 모형은 환자의 신속한 회복과 사회복귀를 촉진한다는 긍정적인 평가들이 나오에 따라 2014년 브리티시컬럼비아주 내의 전체 급성기 병원에서 48/6모형을 적용하게 되었다(김윤숙 등, 2016, p. 8).

〈표 2-3〉 환자의 입원→퇴원 시점별 48/6 모형의 주요 내용

입원 48시간 이내	입원 기간	퇴원 또는 전원(계획)
- 6개 영역에 대한 사전 진단, 필요시 추가 평가 - 6개 영역에 대한 치료 계획 수립	- 매일의 평가를 치료계획에 기록 - 입원 기간 동안 환자의 상태 변화와 중재 여부를 다학제팀과 공유 → 필요시 치료계획 변경	- 입원과 동시에 퇴원(또는 전원) 계획 수립 - 입원 기간 동안 치료계획 변경 시 퇴원(또는 전원) 계획 변경 - 지역사회 의료 제공자에게 퇴원(또는 전원) 계획 전달

이렇듯 ‘통합’이라는 용어는 이 용어를 사용하는 주체와 해당하는 서비스 영역에 따라 의미하는 바와 추구하는 바가 다르다. 즉, 서비스 사용자 입장에서 통합이 가지는 의미와 서비스 제공자 측면에서의 의미, 정책입안자 및 관리자 입장에서의 의미, 전문가 차원에서의 의미가 각기 다르기 때문에 어느 차원에서 통합에 접근할 것인가가 통합의료서비스 제공모형을 연구하거나 제도 마련 시 매우 중요한 지점이므로 이 중 어느 차원에서의 통합을 목표로 하는가라는 질문에서부터 논의가 시작되어야 할 것이다.

〈표 2-4〉 ‘통합서비스’에 대한 다양한 관점

구분	내용
서비스 이용자 측면	• 사용자 입장에서의 통합 의료(health care)란 이용 절차가 매끄러운 것. 즉, 사용자는 코디네이트된 서비스를 원함. 예약 단계의 최소화, 방문해야 할 의료기관의 최소화, 그리고 의료진의 원활한 의사소통을 원함.
서비스 제공자 측면	• 분리되어 있는 기술적 서비스가 함께, 코디네이트된 방식으로 평가되고 재정적 지원이 이루어지고 관리되길 원함.
정책입안자 또는 관리자 측면	• 재정, 규제, 서비스 제공(delivery)이 적절하게 구체화되는 것. 그리고 공공 영역 차원에서만 이루어지는 것이 아닌, 민간, 자원봉사 등을 포함하는 것 • 조직화 측면(organizational): 서로 다른 기관(institution)들이 동맹을 맺거나 계약을 맺거나 합쳐지는 것
(의료) 전문가 입장	• 서로 다른 건강전문가 또는 전문의가 함께 연합(joined-up) 서비스 형태로 제공하는 것

제4절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 개념과 범위 설정

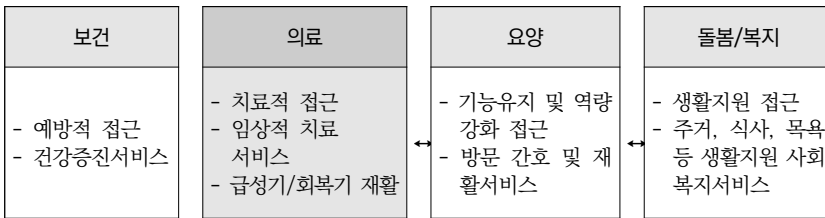
1. ‘지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스’ 개념과 범위 설정

‘지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스’의 개념과 연구 범위는 1) 통합의료서비스 범위를 어떻게 설정할 것인가?, 2) 서비스 이용자 중심 접근을 통한 노인 친화적 서비스 개념을 어떻게 설정할 것인가?, 3) “에이징 인 플레이스”를 실현하기 위한 지역사회 기반 서비스의 개념과 범위를 어떻게 설정할 것인가의 세 가지 측면에서 접근하여 설정할 수 있을 것이다. 이 연구에서는 앞 절에서 고찰한 주요 개념들을 바탕으로 다음과 같이 접근하여 설정하였다.

통합의료서비스라는 개념을 설정함에 있어 ‘통합’의 범위를 어떻게 설정할 것인가는 노인 환자의 질병 여정을 고려하여 서비스 영역(sector)

차원에서 접근하였다. 서비스 영역은 크게 보건, 의료, 영양, 기타 복지서비스 영역으로 구분하였고 통합은 ‘의료’ 영역을 중심으로 한 통합의료서비스로 설정하였다. 즉, 노인 환자의 복합적 의료 욕구 해소를 위한 의료 영역 내에서의 통합과 의료 욕구를 더욱 효과적이고 효율적으로 해소하기 위해 필요한 의료 외 욕구를 위한 다른 서비스 영역과의 통합을 통합의료서비스 범위에 포함시켰다. 이러한 개념적 틀을 다음 [그림 2-1]과 같이 표현할 수 있다.

[그림 2-1] 통합의료서비스에 대한 서비스 영역 차원 접근



노인 친화적 서비스는 결국 서비스 이용자인 노인 중심으로 접근하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 위에서 언급한 서비스 영역 간 연계, 조정 또는 통합 시, 신체기능과 인지기능이 쇠퇴하고 돌봄이 필요한 노인 환자의 특성을 고려하여야 한다. 즉, 서비스 이용 단계의 최소화, 서비스 이용을 위한 이동 범위의 최소화를 위한 방안과 서비스를 노인 환자에게 적합하도록 제공하기 위해 노인에 대한 이해도가 높은 인력(보건의료인력과 돌봄 인력)을 투입하는 방안을 고려해야 한다.

“에이징 인 플레이스”를 실현하기 위한 지역사회 기반 서비스 개념 설정은 가능한 한 거주하고 있던 지역(집 또는 재가시설, 재가요양시설)에서 독립성과 자율성을 최대한 유지하고 생활할 수 있도록 지역사회 인프라를 활용하여 서비스를 제공할 수 있도록 인프라를 구축 및 배치하는 것

을 의미한다.

결론적으로, 이 연구에서의 ‘지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스’란 질병이 있는 노인을 대상으로 하여 의료영역을 중심으로 제공되는 서비스의 수평적·수직적 통합을 의미한다. 즉, 노인 환자의 복합적 욕구 해소를 위한 서비스가 분절적이거나 중복적으로 제공되지 않고 치료의 연속성(continuity of care)을 이룰 수 있도록 서비스들이 연계-조정-통합되는 것을 의미한다. 그리고 의료 욕구뿐만 아니라 예방적 서비스, 요양(돌봄) 서비스에 대한 욕구도 동시에 접근할 수 있도록 서비스 제공 체계를 구축해야 함을 의미한다.

2. 연구 대상 질환과 서비스 설정

이 연구는 노인 환자를 위한 ‘의료’ 측면에 초점을 두고 수직적, 수평적 통합의료서비스가 지역사회 기반으로 제공될 수 있는 모형을 탐색하고자 하였다. 이용자 중심으로 접근하려면 환자의 건강·질병 여정의 단계라고 할 수 있는 급성기, 회복기, 유지기별 케어세팅을 고려해야 하므로 이를 기반으로 하여 모형을 탐색하고자 하였다. 노인의 건강·질병 여정 전체를 고려하여 모형을 구체적으로 탐색하기 위해 적절한 대상 질환과 서비스를 선택하는 것이 중요하다. 이 연구에서는 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 탐색을 위한 대상 질환으로 뇌졸중을 선정하였고 대상 서비스로는 재활의료서비스를 선정하였다.

대상 질환으로 뇌졸중을 선택한 이유는 첫째, 노인 연령에서 호발하는 질환 중 하나인 뇌졸중 유병률이 인구 고령화로 인해 고령층에서 점차 증가하고 있고(그림 2-2), 장기요양등급판정을 받은 원인 질환 중 치매에 이어 두 번째로 많은 중요한 노인성 질환이 뇌졸중이기 때문이다(표

2-5). 두 번째 이유는 뇌경색과 뇌혈관질환의 후유증으로 인한 입원 진료비가 노인 입원 진료비 지출이 많은 10가지 질병 중 각각 2, 4위이며 전체 노인 진료비 지출에서는 3위가 뇌경색으로 노인 의료비 부담의 중요한 원인 질환이기 때문이다(김남순 등, 2016, p. 63). 마지막으로 뇌졸중이라는 질병 특성상 급성기 케어부터 회복기, 유지기 케어까지 질병의 전체 여정을 볼 수 있으며, 뇌졸중 환자 중 상당수의 환자가 후유장애로 인한 기능 장애를 지니게 되어 요양 및 돌봄 서비스와 재활의료서비스를 받아야 하는 상태이므로 서비스의 ‘통합’ 모형을 탐색할 때 적절한 질환이라고 판단하였기 때문이다.

〈표 2-5〉 노인장기요양등급별 주요 질병 현황(2016년도)

(단위: 명, %)

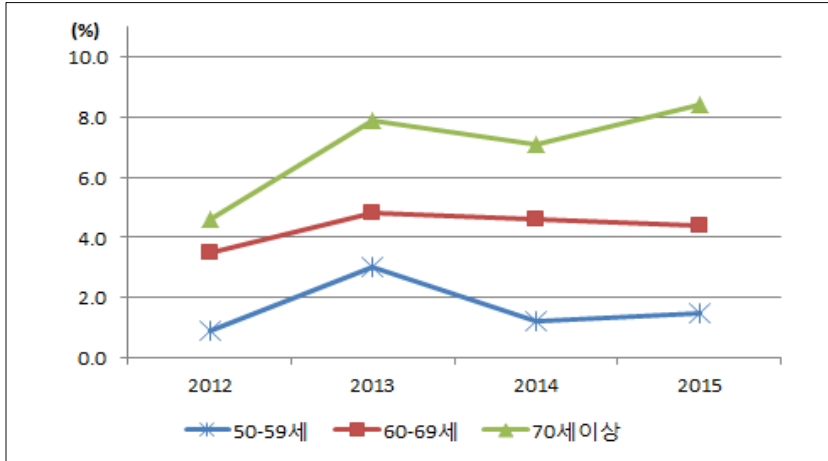
구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계 ¹⁾	519,850 (100.0)	40,917 (100.0)	74,334 (100.0)	185,800 (100.0)	188,888 (100.0)	29,911 (100.0)
...						
치매	169,903 (32.7)	11,293 (27.6)	21,468 (28.9)	57,601 (31.0)	56,318 (29.8)	23,223 (77.6)
중풍 (뇌졸중)	87,253 (16.8)	11,823 (28.9)	15,753 (21.2)	34,290 (18.5)	24,876 (13.2)	511 (1.7)
치매+중풍	37,656 (7.2)	6,493 (15.9)	9,717 (13.1)	13,348 (7.2)	6,841 (3.6)	1,257 (4.2)

주: 1) 질병 없는 경우까지 합계에 포함함.

2) 관심 질환인 치매, 중풍(뇌졸중), 치매+중풍을 중심으로 기술하되, 분율 산출 시 해당 질환자 수/전체 질환자 수*100으로 계산함.

자료: 국민건강보험공단. (2017). 2016 노인장기요양보험통계연보(제2편 장기요양 신청·인정 현황, 표 2-7). <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=F332a>에서 2017. 8. 15. 인출하여 재구성.

[그림 2-2] 연령별 뇌졸중 의사진단경험률 추이(2012~2015)



주: 국가통계포털, 뇌졸중 의사진단경험률 자료를 활용해 연구진이 도식화.⁷⁾

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 탐색을 위한 대상 서비스로 재활의료서비스를 설정한 이유는 대상 질환을 뇌졸중으로 하였을 때, 환자의 삶의 질 향상을 위해 질병 여정 전체에 걸쳐 제공되어야 할 필수적인 의료서비스이기 때문이다.

7) http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01#SelectStatsBoxDiv에서 2017. 2. 22. 인출.

제 3 장

국내외 통합의료서비스 제공모형과 사례

제1절 국내 통합서비스 모형 개발 연구 고찰

제2절 호주의 노인 대상 통합(의료) 서비스

제3절 일본의 노인 대상 통합의료 서비스

제4절 네덜란드의 노인 대상 통합의료 서비스

제5절 소결

3

국내외 노인 대상 통합의료 서비스 제공모형과 사례

이 장에서는 국내와 국외의 노인 대상 통합의료서비스 제공모형과 사례를 고찰하고 시사점을 도출하고자 하였다. 이를 위해 국내 사례는 노인 대상 보건의료서비스가 통합적으로 이루어지기 위한 제공모형 개발 연구와 보건의료서비스와 요양 또는 돌봄서비스 통합 제공모형 개발 연구를 고찰하였다. 국외 사례는 호주, 일본, 네덜란드 사례를 고찰하였는데 그 이유는 다음과 같다.

호주는 1990년 후반부터 인구 고령화로 인한 보건의료 부담을 완화하기 위해 노인 대상 보건의료서비스 제공 체계를 구축하고자 노력하였다. 최근에는 지속 가능한 시스템으로 개선하기 위해 10개년 개혁 계획을 세우고 이를 위해 노인보건의료체계를 위한 단일 정보 플랫폼을 구축하는 등 개혁을 단계적으로 진행하고 있어 우리에게 주는 시사점이 크다고 판단하였다. 일본은 우리나라와 마찬가지로 건강보험을 기반으로 한 보건의료체계이면서 우리보다 앞서 인구 고령화로 인해 발생하는 보건의료와 복지 서비스 측면의 문제들에 대처하고자 장기요양보험을 시행하고 있는 국가로 우리와 가장 유사한 특성을 가지고 있다. 또한 최근 노인 대상 서비스의 통합에 대한 논의와 정책이 활발하게 이루어지고 있으며, 포괄적인 보건의료서비스를 제공하기 위한 기금을 마련하는 등 제도적으로 다양한 시도를 진행 중이다. 따라서 일본의 노인 대상 정책들의 성과와 제한점 분석이 필요하다고 판단하였다. 마지막으로 네덜란드 사례는 치매에 대한 것으로 최근 국내의 정책 동향을 고려할 때 고찰할 필요가 있다고 판단하였다.

제1절 국내 통합서비스 모형 개발 연구 고찰

이 절에서는 호주 뉴사우스웨일스(이하 NSW)주 보건국에서 제시한 통합서비스(integrated service)의 기준에 의거해 국내 선행연구에서 제안하고 있는 통합서비스 모형의 장점과 제한점을 고찰하였다.

통합서비스(Integrated service)의 기준⁸⁾

1. 리더십(leadership): 모든 수준에 걸쳐 전략적 운영 방향을 제공
(방향성: 케어 원칙을 달성하기 위한 책무·공동체 정신)
2. 접근성(equitable access): 환자들에게 가장 적절한 시기/공간에서 서비스가 이루어지며, 환자들은 해당 서비스를 형평적으로 이용할 수 있음.
3. 다학제적 케어팀(multidisciplinary care team): 환자들은 다학제팀(core team)에서 제공하는 케어 서비스를 이용할 수 있으며, 필요시 전문 서비스(non core team)를 받을 수 있음.
4. 케어 코디네이션(care coordination): 환자는 케어의 지속성을 유지하기 위해 다학제팀 및 기타 케어 제공자들과 의사소통을 할 수 있음. 환자와 간병인은 환자에 대한 케어 계획을 수립하는 데 참여함.
5. 환자중심적 케어(patient centered care): 환자의 요구와 기대에 부응하는 방향으로 서비스를 제공함.
6. 근거 기반 케어(evidence based care): 케어의 안전성 및 효과를 높이기 위해 근거에 기반한 서비스를 실행함.
7. 적절한 케어 환경(appropriate care setting): 환자의 입원/퇴원 기준에 따라 가장 적절한 환경에서 서비스를 제공받음.
8. 임상적 과정 및 결과 지표(clinical process and outcome indicators): 환자의 기능적 독립과 관련한 건강 결과를 지속적으로 모니터링함.

8) NSW Department of Health. (2015). NSW Rehabilitation Model of Care-NSW Health Rehabilitation Redesign Project(Final Report-Model of Care). p. 49.

1. 노인 돌봄·보건의료 연합서비스 공급 모형

가. 모형 개발 배경

노인과 장애인은 서로 다른 집단임에도 불구하고 보건의료서비스부터 돌봄·보호서비스에 이르기까지 포괄적 정책 접근이 필요하다는 점에서 유사성을 갖는다. 65세 이상 노인 인구 중 다수가 복합 만성질환에 이환돼 있으며, 2013년 약 9%에 이르던 치매 유병률은 2050년 15%에 이를 것으로 전망되었다. 또한 사회, 가족 구조의 변화에 따라 노인과 장애인의 부양을 담당했던 가족의 역할이 약화되고 있어, 지역사회의 역할이 더욱 강조되었다(박세경 등, 2015, p. 15).

이러한 정책적 요구에 맞춰 지역사회를 중심으로 한 서비스, 통합적인 보건·의료·돌봄 서비스의 체계를 마련하기 위한 근거 연구가 2000년대 중반까지 지속적으로 진행되어 왔다. 그러나 대부분의 연구가 전체 취약계층을 대상으로 하고 있어 이를 노인(장애인) 정책으로 가시화하는 데 한계가 있다는 지적이 있었다. 또한 장기요양 서비스와 돌봄 서비스 차원에서의 연계를 논할 뿐 보건과 의료서비스까지를 아우르는 통합에 대한 논의는 적극적으로 이루어지지 않았다는 한계가 있었다(박세경 등, 2015, pp. 15-17). 이에 박세경 등(2015)의 연구에서는 노인과 장애인의 보건·의료·돌봄서비스에 대한 복합적인 수요를 이해하고 이용자 중심의 서비스 전달체계를 마련하고자 관련 제도-정책-사업을 다차원적으로 고려한 연합(joined-up)서비스 모형을 제안하였다.

나. 주요 내용

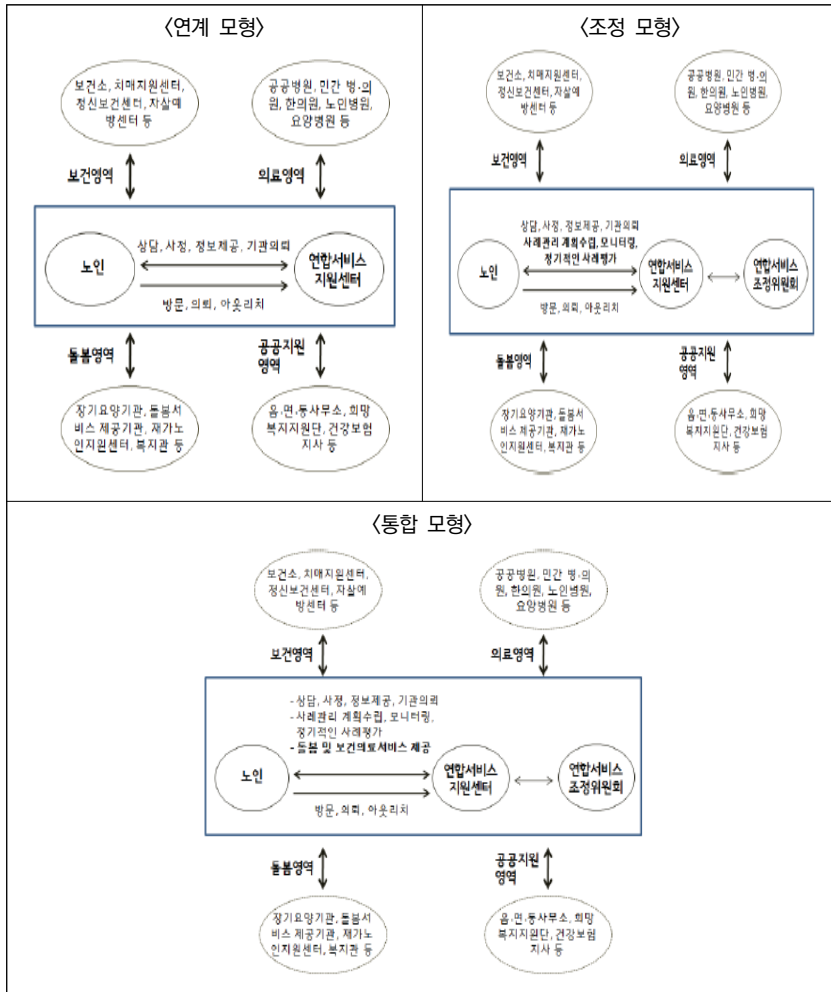
이 연구에서는 노인을 대상으로 한 돌봄 부문과 보건의료 부문 간 서비스의 통합 정도에 따라 연계(linkage) 모형, 조정(coordination) 모형, 통합(integration) 모형을 구분해 제안하였다.

연합서비스 간 연계 모형에서는 노인 연합서비스 지원센터가 주축이 된다. 지원센터에서 지역사회의 복합적 건강 문제를 가진 노인을 발굴하고 문제를 사정하며, 상담 서비스와 정보를 제공하는 역할을 담당한다. 사정·상담 결과를 토대로 필요시 적절한 기관이나 서비스에 의뢰하는 역할까지도 수행한다(박세경 등, 2015, pp. 265-267).

노인 연합서비스 조정 모형은 연계 모형에서 사례관리 제공 기능이 추가된 모형이다. 건강 문제를 가진 노인을 대상으로 특화된 서비스 제공 계획을 수립하고 지속적으로 관리하는 내용을 포함하는 모형으로, 조정위원회와 조정자의 역할이 중요하다. 조정위원회는 다학제적 전문가로 구성되며 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사 등이 위원으로 참여할 수 있다. 조정자는 전문 사례관리 교육을 받은 사회복지사나 간호사가 맡을 수 있으며 대상자 사정, 상담, 관련 정보 제공, 사례관리 계획 수립, 기관 연계, 서비스 모니터링, 정기적 욕구 사정 등의 업무를 담당한다. 조정자가 대상자의 복합적인 욕구를 효과적으로 파악, 해소하기 위해 조정위원회로부터 자문·가이드라인 등을 지원받을 수 있다(박세경 등, 2015, pp. 267-269). 한편 가장 포괄적 모형인 통합 모형은 대상자를 지역 내 기관에 연계하거나, 대상자를 의뢰한 타 기관의 서비스를 조정·모니터링하는 방식으로 운영하는 연계나 조정 모형과 달리, 연합서비스 지원센터에서 기본적인 돌봄·보건의료서비스를 직접 제공하는 모형이다. 미국의 PACE 제공 센터를 벤치마킹한 모형으로서, 주치의, 간호

사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등으로 구성된 다학제적 전문가 팀을 통해 다양한 보건·복지·돌봄서비스를 제공하도록 계획한 모형이다 (박세경 등, 2015, pp. 269- 270).

[그림 3-1] 노인 연합서비스 유형별 모형



자료: 박세경 등. (2015). 돌봄·보건의료서비스 공급모형에 관한 전망과 과제. pp. 266, 267, 270.

다. 모형의 강점

□ 리더십

박세경 등(2015)의 연구에서 제안한 조정위원회는 조정자가 사례관리 대상자를 사정하는 단계에서부터 관리 계획을 수립하고 기관을 연계한 후 모니터링하는 것에 이르기까지, 대상자의 이동 경로에 따라 조정자가 제공해야 할 다양한 지원에 대해 총괄적인 자문과 가이드라인을 제시하고 있다.

□ 다학제적 케어

조정 모형과 통합 모형은 다학제적 팀을 기반으로 한 관리를 지향하고 있다.⁹⁾ 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등 다분야 전문가로 구성된 연합서비스 조정위원회를 운영하며, 이 다학제적 조정위원회에서 조정자에게 자문과 지원을 실시해 대상자가 적절한 사례관리를 받을 수 있도록 하고 있다.

□ 임상적 과정 및 결과 지표

사례관리를 실시하는 동안 축적해 둔 모니터링 자료는 임상적 과정 및 결과 지표로서 모형을 평가하고 개선하는 데에 의미 있게 활용될 수 있다. 또한 노인의 건강 상태와 케어 필요 정도를 정기적으로 파악하는 활동은 환자의 욕구를 서비스 제공모형에 반영함으로써 환자 중심적 케어로 발전할 가능성을 높인다.

9) 연계 모형에서는 사례관리를 실시하지 않아, 연합서비스 지원센터 외에 별도의 연합서비스 조정위원회를 두고 있지 않음.

□ 접근성

통합 모형의 경우 기본적인 돌봄·보건의료서비스를 관련 기관에 연계하는 수준을 넘어 연합 서비스 지원센터에서 서비스를 직접 제공하는 것으로 기획돼 있다. 대상자가 필요로 하는 보건·복지·돌봄 서비스를 적시에, 물리적인 이동 없이 받을 수 있는 원스톱 모형이므로 현실화된다면 서비스의 접근성 측면에서 이용자의 만족도가 높을 것이다.

라. 모형의 제한점

통합 모형은 사례관리 대상자의 발굴과 사정, 진단, 상담, 정보제공뿐만 아니라 대상자에게 필요한 보건의료·복지서비스를 직접 제공하는 것으로 계획된 모형이다. 그러나 모형의 운영 방안에 따르면 센터와 컨소시엄을 맺은 의료서비스기관 또는 돌봄 서비스 기관으로부터 필요 서비스를 지원받도록 되어 있어, 사례 대상자를 유관 기관에 연계하는 조정 모형과 차별성을 갖지 못한다. 연합서비스지원센터와 유관 기관 간 협업이 실효성을 갖기 위해서는 컨소시엄의 형태보다는 구체성과 행정력을 갖는 체계가 구축되어야 할 것이다.

또한 이 연구에서는 서비스 공급 모형 개발이라는 목적에 따라 연합서비스 지원센터와 서비스 제공 기관 간 관계 설정에 모형의 초점이 맞춰져 있다. 그러나 실제 서비스를 이용하는 주체는 환자이므로, 공급 모형에 환자가 경험할 수 있는 보건·의료·돌봄(요양, 복지) 여정을 반영해 재구성해 본다면 모형의 활용성이 보다 높아질 것이다.

2. 한국형 노인 의료-요양 통합 모형

가. 모형 개발 배경

우리나라는 유례없는 속도로 고령화가 진행되었다. 노인 인구만의 특성, 즉, 다양한 질환에 이환될 수 있고 신체적 기능이 저하된 이후에는 회복하는 데 오랜 기간이 소요될 수 있으며 완치가 어렵다는 것 등(황도경 등, 2016, p. 49)에 대한 사회적 학습이 제대로 되지 않은 채 고령사회를 맞이하게 되었다.

노인은 보건·의료·복지에 대해 복합적이고 동시다발적인 욕구를 갖고 있다. 그러나 이에 대한 정부의 적극적인 대응이 부재함에 따라 노인의 건강 문제와 의료비 증가, 사회보장성 문제는 더욱 심화되었다. 특히 정부의 미흡한 대처는 노인을 대상으로 한 서비스 전달체계에서 두드러지는데, 요구도가 높은 서비스들이 개별 기관에 분산·파편화되어 있어 서비스 이용의 지속성과 효과성을 감소시켰다. 또한 급성기, 만성기, 요양으로 이어지는 환자의 치료 경로가 서비스 전달체계에 고려되지 않아 효과적인 질병 치료와 건강관리에 한계가 있다. 이뿐만 아니라 서비스 제공기관 간 연계 체계가 제대로 구축되어 있지 않아 대부분의 서비스 이용자들은 서비스 단절을 경험하고 있다(황도경 등, 2016, pp. 49-50).

이와 같은 문제를 해결하고자 황도경 등(2016)의 연구에서는 현재의 노인 의료서비스와 요양서비스 전달체계에 대한 검토를 바탕으로 한국형 노인 의료-요양 통합 모형을 제시하였다.

나. 주요 내용

황도경 등(2016)의 연구에서는 노인을 대상으로 한 의료서비스와 요양 서비스를 통합한 서비스 제공모형을 제안하였다. 생활권 또는 행정구역 단위의 진료권을 설정하고 관할 국공립 의료기관에 ‘(가칭)노인통합케어 센터’를 설치, 노인통합케어센터를 중심으로 의료 공급자 간 수직적·수평적 네트워크를 구축하는 것이 모형의 주된 내용이다(황도경 등, 2016, p. 373).

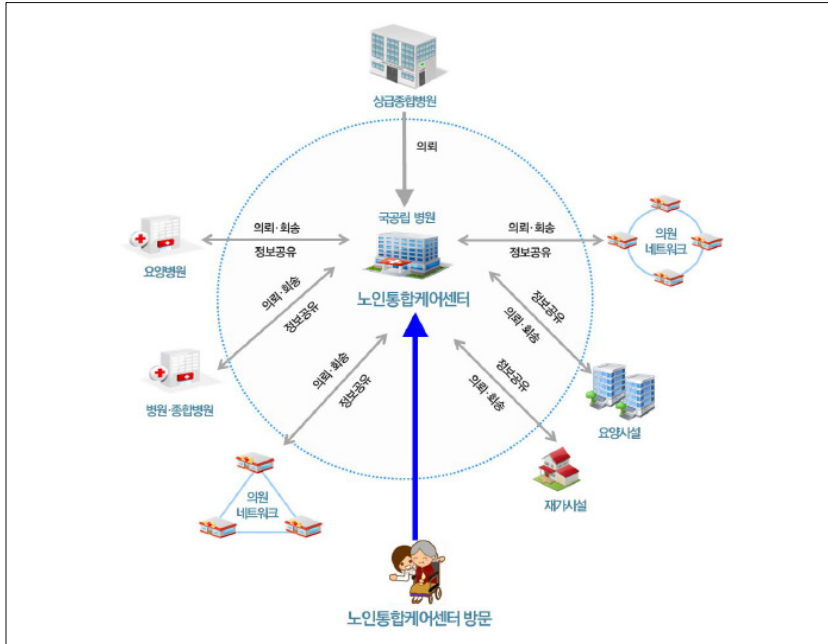
노인통합케어센터는 통합적 의료·복지 케어를 총괄하는 조직으로, 내과 또는 가정의학과 전문의, 간호사, 상담사, 지역 보건 인력 등 20~30명에 달하는 다학제적 팀원으로 구성된다(황도경 등, 2016, p. 374).

센터의 기본 역할은 대상자에게 필요한 서비스를 사정하고 지역 의료·요양서비스 자원에 대한 정보를 수집해 환자 의뢰 및 회송이 효과적으로 이루어지도록 하는 것이다. 외래 이상의 관리가 필요한 노인에게 대해 진료 기록, 병력, 기능 상태 등을 종합적으로 판단해 2차 소견서를 발급하는 기능을 수행한다. 또한 적절한 의료기관이나 시설로 환자를 연계하거나(황도경 등, 2016, p. 374) 권역 내 요양기관의 질 관리 조직, 공급 조절자로서의 역할을 수행하게 된다(황도경 등, 2016, p. 375).

다른 주요 조직으로는 의료·복지서비스의 제공 주체인 ‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’이 있다. 이는 다양한 전문 과목으로 구성된 1차 의료기관 네트워크¹⁰⁾로서, 네트워크에 속한 경우 진료과 간 의료·회송이 자유롭게 이루어지게 된다. 1차 의료기관 네트워크는 의료기관뿐만 아니라 지역사회 내 요양병원, 요양시설, 재가서비스 기관과도 연계를 맺을 수 있어 다학제적 케어 제공이 가능하다(황도경 등, 2016, p. 374).

10) 하나의 네트워크는 3~5개 1차 의료기관으로 구성됨(황도경 등, 2016, p. 374).

[그림 3-2] 한국형 노인 의료·요양 통합 모형(안)



자료: 황도경 등. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축. p. 39.

이 연구에서는 한국형 노인 의료·요양 통합 모형의 현실성을 높이고자 공급자와 수요자를 대상으로 한 재정적 인센티브 제공을 강조하였다. 모형에 포함되는 공급자는 자발적 참여가 원칙이되 참여에 따른 수가, 예방적 진료·건강 상담·기관 의뢰·회송에 대한 수가를 제공해 효과적인 참여와 운영 동기를 부여해야 한다고 하였다. 이용자 측면에서는 주치의 기능을 하는 1차 의료기관 그룹 내에서 노인정액제 상한을 조정하거나 입원시 간병비를 지원할 것을 제안하였다. 또한 노인통합케어센터와 1차 의료기관 그룹 간 환자정보(전자건강기록)를 공유하도록 해, 환자에게 필요한 관리계획을 수립하고 중복 검사·치료·투약으로 인한 낭비를 방지하도록 하였다(황도경 등, 2016, p. 375).

다. 모형의 강점

□ 리더십

노인통합케어센터는 대상자의 상태와 대상자에게 요구되는 지역 자원을 사정하고, 적절한 기관으로 환자를 의뢰하거나 회송하는 체계를 구축한다. 즉, 모형의 궁극적인 목표인 노인 의료·요양서비스의 통합적 제공을 달성하기 위한 구심점 역할을 맡고 있으며, 모형에 소속된 서비스 제공자들의 질을 관리하고 규제하도록 설정되어 있다.

□ 다학제적 케어와 케어 코디네이션

노인통합케어센터의 주요 인력은 내과 및 가정의학과 전문의, 간호사, 상담사, 지역 보건 인력 등 다학제적으로 구성된다. 대상자 사정부터 자원 연계에 이르기까지 팀 기반 접근을 운영 목표로 설정하고, 관련 주체 간 전자건강기록 공유를 기본 원칙으로 삼는 등 케어 코디네이션을 위한 여건을 마련하고 있다.

지역사회 차원에서 의료·복지서비스를 제공하는 주치의로서의 1차 의료기관 그룹의 경우 3~5개 1차 의료기관으로 네트워크를 구성하고, 필요시 네트워크 내 타 진료과로 의뢰·회송을 하도록 하고 있어 노인통합케어센터와 마찬가지로 다학제적 케어 제공이 가능하다.

라. 모형의 제한점

한국형 노인 의료·요양 통합 모형은 노인통합케어센터를 중심으로 의원, 병원, 요양병원, 요양시설 및 재가시설 등 노인이 필요로 하는 전체 보건·요양기관 간 연계를 계획하였다. 특히 의원 및 병원급 이상 급성기 의료서비스에 대해서는 센터를 기반으로 한 환자 의뢰·회송이 구체적인

로 설명되어 있다. 그러나 회복기부터 유지기에 필요한 재가시설이나 요양시설과의 연계 방향을 구체화하지 않아, 본래 목표로 했던 의료와 요양 간 연속성 있는 서비스 제공이 어려운 구조이다.

또한 이전 연구들과 마찬가지로 공급 체계를 설정하는 데 초점이 맞춰져 있어, 서비스 이용 주체인 환자의 입장이 모형 안에 잘 반영되어 있지 않다. 노인통합케어센터에서 대상자에게 필요한 서비스를 사정하거나, 상위 의료기관으로 연계하게 될 때에도 환자나 보호자의 의견을 수렴하는 과정은 없다. 노인에게 친화적인 서비스 제공모형을 제안하기 위해서는 그들의 욕구를 이해하고, 대상자가 경험할 수 있는 보건·의료·돌봄(요양, 복지) 여정을 고려하는 것이 필요하다.

3. 만성질환 재활환자의 지속적 재활의료서비스 전달체계 모형¹¹⁾

가. 모형 개발 배경

뇌졸중과 같은 만성질환 재활환자들은 급성기 치료뿐만 아니라 그 이후 지속적인 재활치료가 환자의 장애를 최소화하고 기능을 유지하는 데 중요하다(신용일 등, 2012, p. 12). 또한 장애의 정도에 따라 필요한 재활서비스에 차이가 있기 때문에 발생 시기와 중증도별로 재활서비스를 받기에 적절한 기관을 방문하여 관련 전문가들로부터 필요한 재활치료를 받아야 한다(신용일 등, 2012, p. 13). 하지만 우리나라는 지속적인 재활서비스 전달체계가 부재하여 재활환자들이 시기적절한 재활치료를 받고 있지 못하며, 만성질환 재활환자들의 효율적이고 연속적인 관리를 위해서는 상급병원에서부터, 재활전문병원, 요양병원, 지역사회 재활치료 기

11) '가. 모형 개발 배경'과 '나. 주요 내용'은 신용일 등(2012)의 내용을 요약 정리함.

관 등으로 이어지는 재활의료서비스 전달체계가 마련되어야 한다(신용일 등, 2012, p. 13). 특히, 만성질환 재활환자들 대부분이 권역 내의 재활 의료기관을 이용하고 있으며, 환자들의 궁극적인 목표가 지역사회나 집으로의 복귀인 것을 고려할 때 지역사회 내의 자원을 활용한 지역사회중심의 재활의료서비스 전달체계가 필요하다(신용일 등, 2012, p. 14).

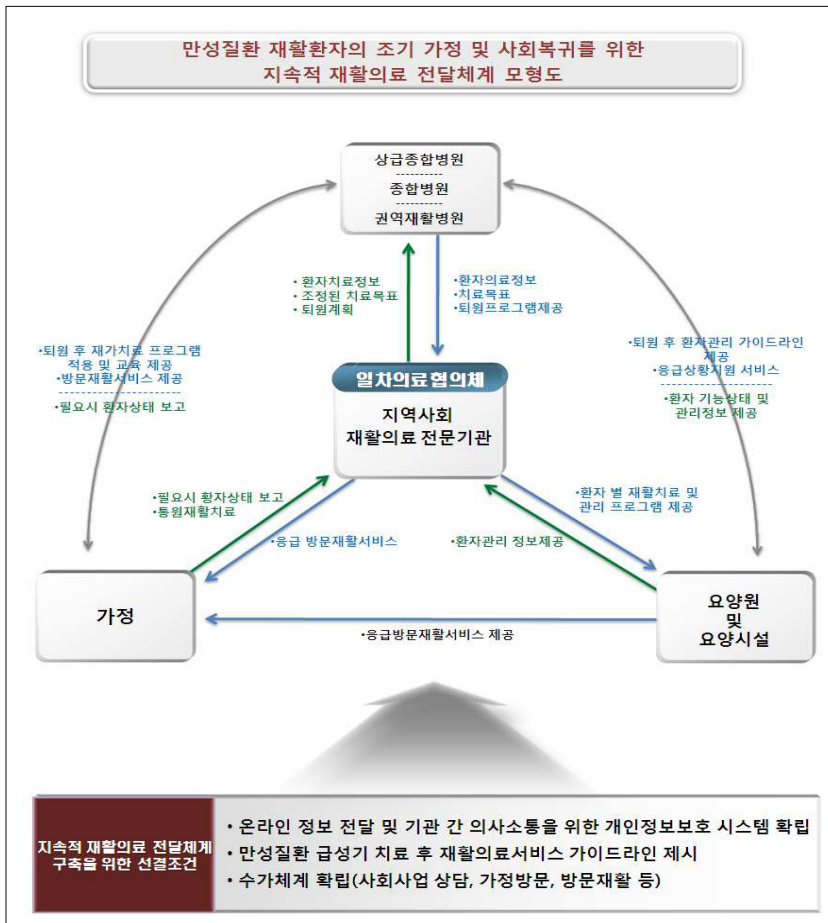
나. 주요 내용

신용일 등(2012)은 ‘지속적 재활의료 서비스 전달체계’ 모형을 개발하고자 영남권역을 기반으로 시범사업을 실시하였다. 이를 위해 영남권역(부산, 울산, 김해, 양산) 내의 지역적 배치를 고려하여 상급종합병원, 종합병원, 퇴원 후 전원되는 재활전문병원, 재활전문 요양병원 등으로 이루어진 의료기관 협의체를 구성하였다. 이에 따라 영남권역의 재활병원인 양산부산대학교병원에서 뇌졸중으로 입원하여 치료받고 퇴원한 환자 중 권역 내 의료기관 협의체를 이용한 환자들을 대상으로 지속적 재활의료 전달체계의 시범운영을 수행하였다(신용일 등, 2012, pp. 40, 52).

최종적으로 개발된 만성질환 재활환자들을 위한 지속적 재활의료 전달체계의 모형은 아래의 [그림 3-3]과 같다. 뇌졸중으로 상급종합병원·종합병원·권역재활병원에 입원하고 치료를 받은 환자들은 퇴원 후 재활치료를 위해 지역사회 재활의료 전문기관으로 구성된 일차의료협의체로 전원된다. 전원 후 지역사회 의료기관에서 전문 재활치료를 받은 재활환자들은 환자의 필요나 상태에 따라 다시 요양원 및 요양시설로 전원되거나 가정으로 돌아가서 필요한 재활서비스를 제공받는다. 이러한 과정에서 각 환자에게 재활서비스를 제공하는 병원 및 관련 기관들과 가정은 일차의료협의체를 중심으로 환자의 의료·관리 정보와 재활치료 및 관련 서비

스 등을 공유한다. 또한 병원·가정·요양기관 간에 환자의 상태와 정보, 퇴원 후 재가치료 프로그램이나 환자관리 가이드라인 등이 직접 공유되고 제공될 수 있도록 전달 체계를 구성하였다(신용일 등, 2012, p. 22).

[그림 3-3] 지속적 재활의료 전달체계 최종 모형



자료: 신용일 등(2012), 만성질환 재활환자의 퇴원 후 지속 관리를 위한 재활의료서비스 전달체계 구축방안 연구, p. 22에서 그림 발췌.

다. 모형의 강점

본 모형은 재활서비스 제공에 초점을 두고 지속적인 재활의료 전달체계를 구성하였다. 상급의료기관에서부터 지역사회 재활의료 전문기관, 요양원 및 요양시설, 가정 간에 재활환자의 상태에 대한 쌍방향의 정보 공유를 통해 개별 환자에 따른 재활치료 목표가 수립되고, 그에 따른 퇴원프로그램이나 환자 관리 프로그램이 제공된다. 이를 통해 환자들은 발병 시기나 증증도에 따라 가장 적절한 환경에서 가장 필요한 서비스를 제공받을 수 있다. 또한 일차의료기관협의체를 거치지 않고 상급의료기관에서 가정이나 요양원 및 요양시설로 퇴원 후 방문재활서비스나 환자 관리 가이드라인을 직접적으로 제공할 수도 있다.

라. 모형의 제한점

그러나 이와 같은 상급의료기관과 가정 및 요양기관 간의 직접적인 접근 가능성은 지속적 재활의료 전달체계의 제한점이 될 수도 있다. 연속적인 재활치료의 제공을 위해서는 여러 서비스 제공자들 간의 정보 공유를 통한 의사소통도 중요하지만, 이를 중간에서 관리하고 조정할 수 있는 조정자의 역할이 필요하다. 그리고 지역사회 재활의료 전문기관들로 일차의료협의체가 구성되어 있지만, 전체적인 재활서비스 제공을 조정하는 역할을 담당할 기관이나 주체가 명확하게 정의되어 있지 않다. 또한 상급의료기관에서 지역사회까지 이어지는 지속적이고 통합적인 재활의료서비스 제공을 위해서는 의료진을 비롯한 재활치료사, 가정방문서비스 종사자, 사회서비스 제공자 등으로 이루어진 다학제팀 구성이 필요하다. 그러나 위 모형에서는 각 기관 내·외부적으로 다학제팀의 운영이 드러나지

않으며, 재활서비스 제공자 간의 치료정보와 목표가 공유될 뿐, 재활치료의 계획과 전달 과정에서 환자 및 보호자가 참여할 수 있는 부분이 부족하다.

4. 뇌졸중 환자의 지속적 재활치료를 위한 지역연계 모형¹²⁾

가. 모형 개발 배경

뇌졸중 환자들은 급성기 재활치료 후의 장기 입원과 장애의 심화를 막기 위해서는 초기의 재활치료가 중요하다. 그러나 우리나라는 뇌졸중 환자가 상급의료기관에서 급성기 재활치료를 받고 퇴원한 뒤, 재활전문병원과 같은 아급성기병원에서의 회복기 재활치료와 지역사회에서의 기능유지를 위한 만성기 재활치료의 제공으로 이어지는 재활의료서비스 전달 체계가 부재하다(정한영 등, 2016, p. 7). 즉, 재활환자의 증증도에 따른 단계별 재활치료가 제공되어야 함에도 의료기관의 역할 구분 없이 재활치료를 제공하고 있으며, 회복기의 집중적인 치료를 위한 재활전문병원의 활성화가 미흡하다는 지적이다(정한영 등, 2016, p. 8). 따라서 정한영 등의 연구에서는 재활치료를 제공하는 의료기관별 역할을 분명히 구분하여 뇌졸중 재활환자에게 필요한 서비스가 적시에 효율적으로 제공될 수 있도록 권역심뇌혈관센터와 지역 병원들 간의 연계 체계를 구축하고자 하였다(정한영 등, 2016, pp. 8-9).

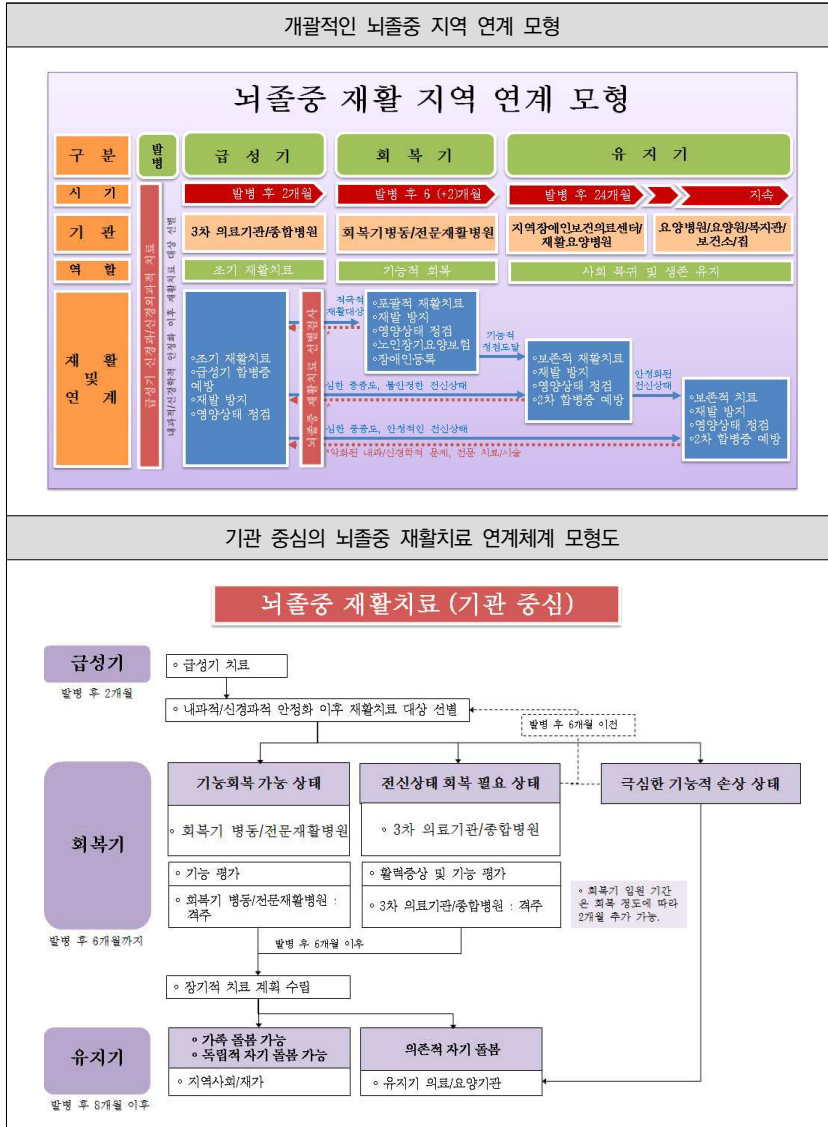
12) '가. 모형 개발 배경'과 '나. 주요 내용'은 정한영 등(2016)의 내용을 요약 정리함.

나. 주요 내용

인천, 충남, 제주 3개 권역심뇌혈관센터에 뇌졸중으로 입원하여 퇴원한 환자들을 대상으로 지역 연계 시범사업을 실시하였으며, 최종적으로 권역센터와 지역 병원 연계 모형을 개발하여, 뇌졸중의 발병 시기별로 재활치료를 제공하는 의료기관과 시설의 역할을 제시하였다(정한영 등, 2016, p. 28). 이에 따르면 발병 후 2개월까지의 급성기 재활치료는 3차 의료기관과 종합병원을 통해 제공하고, 기능적 회복을 위한 회복기 재활치료는 회복기병동과 전문재활병원을 통해 제공한다. 발병 후 2년이 지난 후부터는 재활 유지기로 분류하여 지역사회의 장애인보건의료센터, 재활요양병원, 요양원, 복지관, 보건소 등을 통해 보존적 재활 치료를 제공한다(정한영 등, 2016, p. 149). 또한 발병 시기뿐 아니라 중증도 지표에 따라 환자의 상태를 평가하여 재활치료의 종류와 입원 가능 기간을 산정하도록 하였으며, 지역 연계기관의 참여를 높이기 위하여 중증 환자의 입원 비율, 퇴원 시 기능 개선율, 자택 복귀율 등을 반영한 회복기 병동 및 전문재활병원의 치료비 인센티브 기준도 마련하였다(정한영 등, 2016, p. 151).

56 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 - 재활의료서비스를 중심으로

[그림 3-4] 뇌졸중 재활 지역 연계 모형



자료: 정한영 등(2016), 뇌졸중 환자를 위한 권역심뇌혈관질환센터와 권역 내 지역병원과의 연계 모형개발, pp. 149, 151에서 그림 발췌.

다. 모형의 강점

권역심뇌혈관질환센터와 권역 내 지역병원과의 연계 모형을 통해 재활 치료를 제공하는 의료기관 및 지역사회의 재활서비스 제공 기관별로 역할을 구분하여 뇌졸중 환자의 중증도에 따른 효율적인 재활치료를 제공하고자 하였다. 회복기 환자의 경우에도 전신 상태 회복이 필요한 경우는 3차 의료기관 및 종합병원에서, 기능회복이 필요한 경우에는 회복기 병동 및 전문재활병원에서 재활치료를 제공하도록 보다 구체적으로 의료기관을 구분하였다. 또한 뇌졸중 재활 환자의 활력증상과 기능을 주기적으로 평가하여 환자의 상태를 지속적으로 모니터링하고자 하였으며, 이에 기반하여 환자에게 가장 적절한 서비스를 제공할 수 있는 치료기관과 입원 기간을 제시하였다.

라. 모형의 제한점

그러나 위 모형은 의료기관의 역할 분담을 중심으로 고안된 모형으로 환자 중심적 모형이라기보다는 제공자 중심의 모형이다. 즉, 환자의 중증도를 평가하고 그에 따른 환자의 치료 및 입·퇴원이 이루어지지만 이는 의료진의 평가에만 기초한 것으로 이 과정에서 환자 및 보호자가 치료의 계획이나 목표 설정에 참여할 수 없으며, 재활치료 과정에서 환자 및 보호자를 대상으로 제공되는 교육이나 재활치료 이후 생활에 대한 가이드라인 등 환자에게 제공되어야 할 정보에 대한 고려가 부족하다. 또한 지역 연계 모형이지만 권역센터와 지역사회 재활병원을 연결시키는 것 외에 환자가 집이나 지역사회로 복귀했을 때 병원 외부에서 필요한 지역사회기반 케어 제공자에 대한 구체적인 내용이 부족하다. 이는 환자가 지역

사회로 복귀했다가 다시 재발하여 의료기관이나 시설로의 전원이 필요할 때 이를 평가하고 연계할 수 있는 역할을 담당할 주체가 불분명한 것을 의미할 수 있으며, 재활치료 기관들 간의 연계뿐만 아니라 환자의 상태를 통합적으로 관리하고 조정하는 코디네이터의 역할이 필요함을 시사한다.

제2절 호주의 노인 대상 통합(의료)서비스

호주의 노인 대상 서비스의 통합 사례는 크게 두 가지 범주로 나눌 수 있다. 의료 서비스에 초점을 두고 있는 통합의료서비스(integrated healthcare services)와 돌봄 서비스(care services)에 초점을 두고 있는 지역사회 기반 통합 서비스가 그것이다. 이 두 가지 범주는 상호 배타적인 성격보다는 보완적인 성격을 지니고 있어, 일부 서비스 제공 프로그램은 두 범주에 다 해당하기도 한다.

호주의 노인 대상 통합의료서비스(integrated healthcare services)는 의료 서비스 내 통합을 의미하는 것으로 주요한 특징은 제공자 측면이 아닌 환자 측면에서의 통합적 성격을 가진다는 것이다. 즉, 환자가 필요로 하는 의료 요구를 적시에 적절한 장소에서 해결할 수 있도록 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 통합의료서비스 제공 주체는 주로 공공보건의료기관이며 주정부가 기획과 관리·평가 역할을 담당한다. 서비스 제공 장소는 병원, 보건기관, 거주(요양)시설, 자택 등 다양하며, 각 케어 세팅 특성에 적합한 병원을 연계하고 거주하는 곳(재가 또는 시설)에서 서비스를 통합적으로 제공받을 수 있도록 하고 있다. 대표적인 서비스 제공 프로그램으로 뉴사우스웨일스주의 지역사회 기반 급성기-급성기 직후 케어 프로그램(Community Acute Post-Acute Care Services, CAPAC), 재활

서비스 제공모형, 노인 환자 급성기 진료유닛 프로그램 등 이 있다.

호주의 지역사회 기반 노인 돌봄 서비스는 연방 정부 중심으로 이루어지고 있으며 재원 또한 연방 정부 기금이다. 즉, 돌봄이 필요한 노인에게 연방 정부의 재원을 투입하여 서비스를 제공하는데, 이때 의료적 욕구를 함께 지닌 노인에게는 필요한 보건의료서비스를 제공받을 수 있도록 서비스를 연계·조정·통합하여 제공한다. 서비스 제공 장소는 거주(요양)시설 또는 자택이다. 연방 정부의 보건부 중심으로 이루어지고 있는 지역사회 기반 통합돌봄서비스(integrated care services)는 재가지원프로그램, 홈 케어 패키지 프로그램, 거주노인시설케어, 유연케어(flexible care) 등이다.

호주의 이러한 통합서비스의 가장 큰 특징은 My Aged Care라는 단일 플랫폼이다. 서비스가 필요한 노인을 서비스 제공자 또는 이용자 본인과 보호자가 My aged Care에 의뢰하면 이 플랫폼을 통해 상태를 평가받고 평가 결과를 바탕으로 적절한 서비스를 받을 수 있도록 서비스 이용자와 서비스 제공자를 연계한다.

호주의 대표적인 통합서비스를 살펴보면 다음과 같다.

1. 지역사회기반 급성기-급성기 직후 케어 서비스(Community Acute Post-Acute Care Services, CAPAC)

가. 추진 배경 및 목적

인구의 고령화와 만성질환의 증가로 인한 급성기 의료체계에 대한 요구 증가 현상은 전 세계적으로 공통된 것이다. 호주의 뉴사우스웨일스주 주정부는 이러한 요구도를 현재의 의료 제공 체계 역량으로 해결하기 어

려움을 인지하고 병원이 아닌 지역사회 기반 케어 제공 프로그램을 고안하였다(Ryan, Howlett & Greenham, 2008, p. 34). 이 프로그램은 급성기 병상에 대한 입원을 줄이고 급성기 병상 입원 시 조기에 퇴원할 수 있도록 지역사회 기반, 특히 재가 기반으로 하는 급성기 혹은 급성기 직후 케어를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

나. 접근 원칙

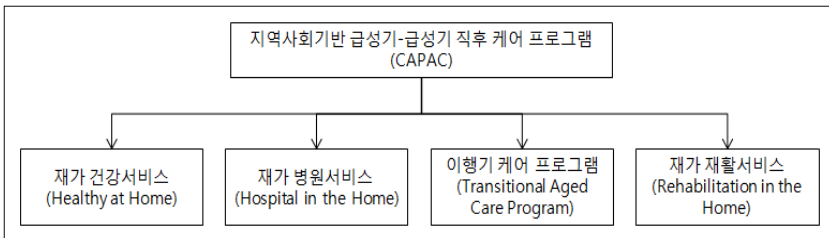
지역사회 기반 노인 대상 통합의료서비스 제공 프로그램인 CAPAC의 접근 원칙은 첫째, 다학제 간 접근이다. 노인전문의사, 간호사, (의료)사회복지사뿐만 아니라 서비스 제공 대상 노인의 의료적 요구도에 따라 물리치료사, 작업치료사, 발 관리사, 영양사 등 다양한 직종이 함께 팀으로 구성되어 대상자에게 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 두 번째 접근 원칙은 환자 중심적 접근이다. 환자 중심적 접근은 크게 두 가지 측면에서 이루어지고 있는데 우선 서비스 제공의 최종 목표 설정을 서비스 대상자와 함께 설정한다. 그리고 서비스 제공 절차를 노인 환자의 특성을 고려하여 가능한 한 간단히 할 수 있도록 노력한다. 즉, 가능한 한 대상자가 거주하고 있는 재가 또는 시설에서 해당 서비스를 받을 수 있도록 하거나 또는 거동이 가능할 경우 서비스 제공 기관에서 필요한 서비스를 동시에 제공받을 수 있도록 하고 있다.

다. 프로그램 구성

이 프로그램의 세부 구성과 구성 내용은 뉴사우스웨일스주 내 행정구역별로 다양하지만 ‘재가 병원서비스(Hospital in the Home, HITH)’

와 ‘급성기 직후 서비스(Post-Acute Care, PAC)’를 중심으로 구성되어 있다. 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 내 뉴캐슬에서 제공하는 CAPAC 프로그램은 다음과 같이 네 개의 세부 프로그램으로 구성되어 있다.

[그림 3-5] 뉴사우스웨일스(NSW)주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 프로그램 구성



자료: 호주 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 지역의 지역보건센터 내부 자료를 활용해 연구진이 도식화.

라. 세부 프로그램 내용

CAPAC의 네 가지 세부 프로그램의 대상자와 제공하는 서비스 내용은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 호주 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 지역 CAPAC 서비스 세부 내용

구분	서비스 상세 내용
재가 건강서비스 (Healthy at Home)	■ 제공 목적 - 급성기 병상 입원을 예방하기 위한 케어 서비스 제공 ■ 제공 대상 - 65세 이상 지역 거주 노인(원주민은 45세 이상) - 최근 기능 감퇴로 입원의 위험이 증가한 사람 ■ 서비스 제공 절차 - 서비스 의뢰: GP, 지역사회간호사, 돌봄제공자, 임시 보호자, 구급대 등 - 대상자 평가: 재가 건강서비스팀에서 사전 평가 후 재가방문 - 관리계획 수립 ■ 서비스 제공 기간 - 6주까지 ■ 서비스 내용

62 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 - 재활의료서비스를 중심으로

구분	서비스 상세 내용
	- 의료서비스: 진찰, OT, PT, 간호서비스 제공 - 영양상담 및 관련 서비스 제공 - 복지서비스와 연계
재가 병원서비스 (Hospital in the Home)	■ 제공 목적 - 급성기 병상 입원을 최소화하고 입원 시 조기 퇴원을 위한 서비스 제공 ■ 제공 대상 - 16세 이상 지역 주민 - 퇴원 전 재가 병원서비스 대상자로 선정된 경우 - 임상적으로 안정된 사람 중 퇴원 후 의료서비스가 필요한 사람 등 - 서비스 제공 대상 질환을 정확히 진단 받은 경우 ■ 서비스 대상 질환 - 급성 감염: 봉와직염 등 - 만성폐쇄성폐질환 - 만성심부전 - 정맥혈전성 질환: 심부정맥혈전증, 심방세동 등 - 낙상 등 ■ 서비스 내용 - 항응고제 복용 관리 - 단기간 IV 항생제 투여 - 만성질환 관리: 심부전, 만성폐쇄성폐질환 등 - 정형외과 수술 후 관리 - 교육 및 모니터링 - 기능 평가 및 관리
이행기 케어 프로그램 (Transitional Aged Care Program)	■ 제공 목적 - 급성기/아급성기에서 지역사회 복귀 전 기능과 생리적 안정화를 위한 서비스 제공 ■ 제공 대상 - 70세 이상 지역 거주 노인 - 급성기 병원 입원 환자 중 기능상 회복 또는 인지기능 회복 가능성이 있는 사람 중 독립성 회복의 의지가 있는 자 ■ 서비스 제공 절차 - ACAT 팀에 의한 평가 후 대상자로 선정 시 서비스 제공 ■ 서비스 내용 - 가정 간호서비스 - 물리치료 및 작업치료 - 개인 간병 서비스 - 영양상담 및 중재서비스 제공 - 복지서비스와의 연계(세탁, 쇼핑서비스, 이동수단 제공) 등
재가 재활서비스 (Rehabilitation in the Home)	■ 제공 목적 - 병원에서 지역사회로 복귀하기 위한 재활서비스 제공 ■ 제공 대상 - 18~70세 지역 거주민 - 회복 가능성이 있는 기능장애를 가진 입원환자 중 임상적으로 안정한 상태인 사람 중 GP와 재활전문의의 인정을 받은 자 ■ 서비스 제공 기간 - 6주까지(일주일에 3~5번 방문)

구분	서비스 상세 내용
	■ 서비스 내용 - 기능상 회복과 ADL 회복을 위한 재활서비스 제공 - 자가격량 강화 프로그램 제공 - 재가 재활서비스와 지역사회 내 프로그램 참여

자료: 호주 뉴사우스웨일스주 헌터뉴잉글랜드 지역의 지역보건센터 내부 자료를 연구진이 재구성함.

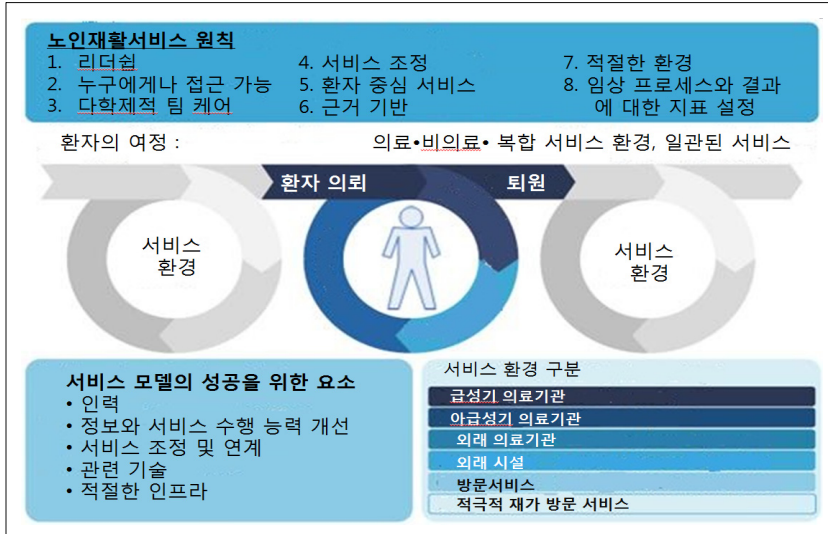
2. 호주의 통합재활의료서비스 제공모형

호주의 병원에서 노인 대상으로 제공되는 서비스의 상당 부분은 재활의료 서비스이다. 최근 뉴사우스웨일스(이하 NSW)주 보건당국은 노인의 독립성을 극대화하고 의료 요구를 최소화하기 위하여 재활의료서비스 제공모형을 재정비하는 작업을 진행하였다(NSW Health,¹³⁾ 2015, pp. 9-10). 그 결과로 [그림 3-6]과 같은 통합적 노인 재활의료서비스 제공 모형을 제시하였는데 이 모형의 주요한 특징은 재활의료서비스를 필요로 하는 환자의 질병여정을 중심으로 서비스를 제공하는 모형을 구상하였다는 것과 서비스 제공의 8가지 원칙을 제시하고 있다는 것이다. 8가지 원칙은 리더십, 누구에게나 접근 가능할 것, 다학제적 팀 케어, 서비스의 조정, 환자 중심 접근, 근거기반, 적절한 서비스 제공 환경 구축, 임상 과정 결과 지표 설정이다(그림 3-6).

NSW 보건당국은 이 모형을 바탕으로 개별 서비스 제공 기관에서 표준화된 서비스를 제공할 수 있도록 환자의 질병여정에 따라 달라지는 서비스 환경 즉, 케어세팅별로 재활의료서비스가 어떠한 원칙하에서 어떻게 이루어져야 하는지를 다양한 서비스 제공 주체를 고려하여 매뉴얼(toolkit)을 개발하여 배포하였다. 케어세팅은 급성기 병원 접근권(병원 내 또는 혹은 병상을 의미함), 아급성기 의료기관, 외래 의료기관, 외래시설, 방문서비스, 적극적 재가 방문서비스 등이다.

13) NSW Department of Health(뉴사우스웨일스주 보건부)를 NSW Health라는 약칭으로 부름.

[그림 3-6] NSW주 재활의료서비스 모형 원칙과 성공을 위한 요소



자료: NSW Department of Health(2015), NSW Rehabilitation Model of Care-NSW Health Rehabilitation Redesign Project(Final Report-Model of Care), p. 11의 그림을 재구성함.

3. 노인 대상 응급 및 급성기 진료 서비스

뉴사우스웨일스주에서는 응급실 방문 노인 환자를 위한 팀(The aged-Care Service Emergency Team, ASET)을 병원에 설치하였으며 이 팀은 응급의학전문의와 함께 일한다. 이 팀의 목적은 응급실에 방문한 노인 환자의 욕구를 포괄적으로 평가하고 이 결과를 바탕으로 적절한 서비스를 제공하는 것이다. 또한 환자를 위한 케어 제공 계획을 세워 퇴원 후 적절한 지역사회 기반 서비스를 받아 환자 상태가 개선될 수 있도록 지역사회 기반 서비스와 연계하는 것이다. 이를 위해 이 팀은 다학제 팀으로 구성하고 있다. 이와 비슷한 것으로 노인 환자 급성기 진료 유닛(Acute care of the elderly unit, ACE)이 있는데 이 유닛은 내과의

사, 노인의학 전문의를 포함한 다학제 팀으로 구성되며 환자 상태를 포괄적으로 평가하고 평가 결과를 다른 진료과와 공유한다. 그리고 주치의와 연계하여 노인 환자가 가능한 한 빨리 급성기 병상에서 퇴원하여 지역사회에 복귀할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다. 이러한 점을 반영하여 다학제 팀을 구성하고 서비스를 제공하는 의료기관에서는 재입원율이 12.4%에서 3%로 감소하였고 응급실에 머무는 시간이 이전보다 3시간 감소하였다(김남순 등, 2016, p. 143).

4. 호주의 성과와 제한점

호주는 노인의 건강 문제로 인한 의료비 증가를 감당하기 위해 노인보건의료체계를 구상하였고 현재까지 지속적으로 모형을 발전시켜 나가고 있다. 이러한 목적으로 체계 구축을 시도하던 초기에 법을 만들었고 법에 기반하여 추진력 있게 노인보건의료체계를 구축하기 위해 보건부와 별도로 노인보건부를 신설하였다. 이는 강력한 리더십의 중요성을 보여 주는 절대적인 사례라고 할 수 있다. 호주의 노인보건의료체계의 큰 특징은 지역사회 기반 서비스를 강조하고 가능한 한 병원이 아닌 집 또는 거주시설에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 그리고 이용자의 편의를 고려하여, 노인 대상 통합의료서비스 제공을 위한 단일 플랫폼을 구축하여 운영하고 있다. 이 플랫폼은 노인 상태에 대한 평가를 기반으로 향후 케어 계획을 세우고 필요한 서비스를 받을 수 있는 기관에 연계하는 역할을 한다. 노인을 대상으로 통합의료서비스가 제대로 제공되기 위해서는 호주의 경험처럼 강력한 리더십과 단일 플랫폼이 필수이다.

제3절 일본의 노인 대상 통합의료서비스

1. 추진 배경 및 목적

일본은 전 세계에서 고령화가 빠르게 진행된 국가 중 하나로, 도쿄도를 기준으로 1995년 153만 명이었던 65세 이상 노인 인구가 2035년에는 377만 명에 이를 것으로 예측되었다(일본 사회보장·인구문제연구소, 2012). 이처럼 빠른 속도로 진행된 고령화에 따라 노인의 건강, 사회, 복지 측면에서 다양한 문제들이 대두되었고, 특히 간호·간병서비스에 대한 요구가 높아지게 되었다. 이에 일본 정부에서는 노인(환자)이 존엄성을 유지하면서 자립적으로 일상생활을 영위하는 데 필요한 서비스를 종합적·연속적으로 제공하기 위해 2000년 4월 개호보험제도를 도입하였다(도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과, 2015, p. 3).

일본은 2000년 개호보험제도를 도입한 이래 2005년, 2008년, 2011년, 2014년 등 총 4차례에 걸쳐 법 개정을 단행하였다. 제도 도입 이후 서비스 수급자가 큰 폭으로 증가하였고, 재정수입 확보를 위해 보험료를 지속적으로 인상하였으나 제도의 지속가능성 관점에서 보다 근본적인 문제해결이 요구되었기 때문이다. 1차 개정의 기본 내용은 예방 중심의 시스템 전환, 시설서비스 급여 조정, 신규 서비스 전달체계 구축, 부담기준 개선 등 제도의 전반을 아우르고 있다. 2차 개정에서는 개호 서비스 관련 부정 재발을 방지하고, 서비스 운영의 적정성을 도모하기 위한 법규 및 관리체계 정비의 내용을 담고 있다. 3차 개정에서는 고령자가 자립 생활을 할 수 있도록 개호, 예방, 의료, 거주, 생활지원서비스를 연계하는 ‘지역포괄관리시스템’을 구축하는 내용을 다루었다. 3차 개정에 따라 독거 노인 또는 중증의료개호자를 대상으로 한 24시간 정기·수시대응서비스

와 복합형 서비스가 개설되었으며, 관련 인력을 확보하고 서비스 질을 제고하기 위한 대책이 추진되었다. 4차 개정에서는 제도의 지속가능성을 확보하기 위해 지역포괄관리시스템과 관련된 의료법, 개호보험법 등의 내용을 정비하였다(선우덕, 2015, pp. 87-88).

가장 최근의 개정인 4차 개정은 지역포괄관리시스템의 지속성과 안정성을 높이기 위해 관련 자원을 연계하고 효율적으로 사용하는 것에 초점을 두고 있다. 전체 47개 도도부현에 의료 자원과 관련 수요를 예측하는 지역사회 보건의료 비전(Community Health Care Vision)을 의무적으로 세우도록 하고 있으며, 소비세를 활용해 지역 중심의 의료-개호 통합 서비스 재원을 일부 마련하고 있다. 특히 지역사회 보건의료 비전에서는 2025년까지의 중장기 보건의료 수요, 입원/외래 및 질환별 환자 수, 보건의료 제공 체계 구축을 위한 제반사항(인력, 장비, 시설, 교육·훈련)의 내용을 담은 등 지역사회와 지방정부의 역할을 강조하고 있다(일본국립사회보장인구문제연구소, 2017a).

2. 노인 대상 통합의료서비스 제공 체계

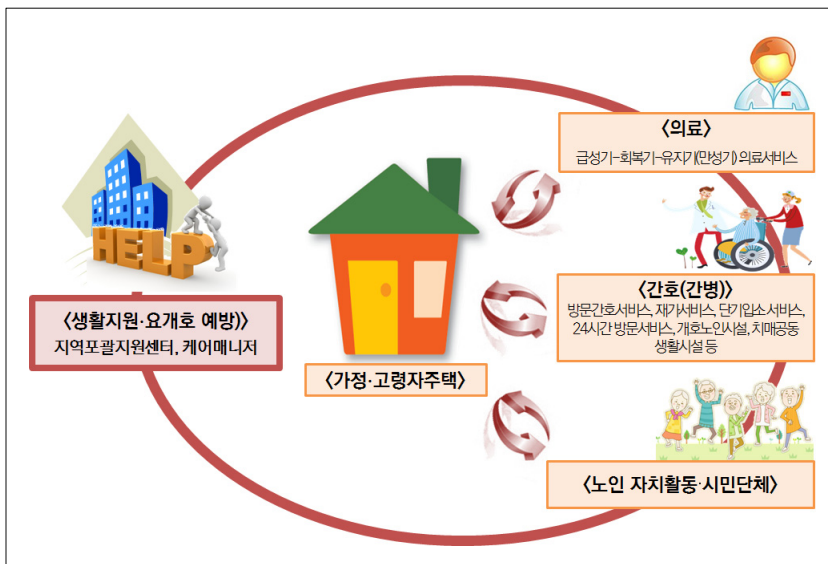
가. 지역포괄관리시스템

일본은 단카이 세대¹⁴⁾가 75세 이상이 되는 2025년까지 중증 요개호 상태의 고령자도 지역사회 안에서 편안하게 생활할 수 있는 관리 시스템을 계획하고 있다. 이른바 ‘지역 포괄 관리 시스템’으로, 주거·의료·개호·예방·생활서비스 등 고령자가 살아가는 데 필요한 다양한 서비스를 유기적으로 연계하는 시스템이다. 지역포괄관리시스템은 30분 이내에 필요한

14) 1948년을 전후로 해 태어난 베이비붐 세대

서비스가 제공되는 권역(한 개 중학교가 포괄하는 지역(학군))을 단위로 하며, 현재는 각 지자체에서 지역포괄관리시스템의 필요성을 인지해 제도 기반을 구축해 나가고 있는 단계이다(요코하마시 노인복지부, 2017). 일부 지역에서는 시스템에 소속된 지역포괄지원센터들이 연 3~4회에 걸쳐 지역포괄관리 추진 회의를 개최하거나, 지역 의사회와 연계 회의를 개최하는 등 시스템의 연속성을 높이기 위해 노력하고 있다(지바대학 예방의학센터 후지타 신스케 교수, 2017). 지역포괄관리시스템의 내용을 도식화하면 아래와 같다.

[그림 3-7] 지역포괄관리시스템의 흐름



자료: 요코하마시 노인복지부(2017), 내부 발표 자료-요코하마시의 주요 노인 정책을 참고해 연구진이 도식화.

이 외에도 75세 이상 노인을 대상으로 한 개호보험과 의료보험(후기 고령자 의료제도)도 광범위하게는 노인의 의료·복지서비스 이용을 지원하는 주요 재원이라 할 수 있다. 후기고령자 의료제도의 재원은 75세 이상 고령자의 보험료(10%)와 75세 미만 건강보험가입자의 지원금(40%), 중앙정부의 교부금(50%) 등으로 구성된다(한국보건사회연구원, 한국법제연구원, 2017, p. 7).

다. 인력

지역사회 내 요개호·요지원 대상자들이 자립적으로 일상생활을 할 수 있도록 지원하기 위해서는 주거·의료·개호·예방·생활서비스 부문의 행정 담당자, 서비스 제공자, 전문가 간 협조와 연계가 필요하다. 특히 서비스 대상자의 문제를 파악하고, 필요한 자원과 서비스의 발굴·연계 계획을 작성하는 케어매니저(개호지원전문원)의 역할은 통합서비스 제공 체계에서 매우 중요하다.

케어매니저는 간호(간병)나 생활서비스 지원을 필요로 하는 대상자를 상담하고, 대상자의 요구와 욕구에 부합하는 서비스 제공을 위한 케어 플랜을 작성하며 서비스 제공 시 필요한 자원을 조정·연계한다. 보건의료·복지 분야에서 실무 경험(의사, 간호사, 사회복지사, 간호복지사 등)을 5년 이상 갖춘 자가 케어매니저 실무연수 자격을 취득한 후 연수 과정을 수료하면 케어매니저가 될 수 있다. 케어매니저는 크게 재택 케어매니저와 시설 케어매니저로 구분되며, 케어 매니지먼트 사업소(재택개호지원사업소)와 지역포괄지원센터(개호예방지원사업소)에 배치되는 인력은 재택 케어매니저이다. 재택 케어매니저는 이용자의 요구도를 평가해 케어 플랜(초안)을 작성하고, 이용자와 재택 서비스 사업자(서비스 제공자) 간

조율 과정을 거쳐 최종 케어플랜을 완성하는 역할을 맡고 있다(요코하마시 노인복지부, 2017).

4. 노인 대상 통합의료서비스 제공 사례

가. 지역포괄지원센터

일본 정부는 1990년 보건, 의료, 복지 분야의 연계와 주거복지의 개선을 목표로 재택개호지원센터를 설치하였다. 그러나 2000년 개호보험의 도입으로 센터에 대한 요구가 증가한 데 반해 제 기능을 발휘하지 못한다는 지적이 잇따르고, 2005년 개호보험 개정안에서 예방과 지역사회 중심성이 대두됨에 따라 ‘지역포괄지원센터’를 새롭게 설립하게 되었다(박세경 등, 2015, p. 203).

지역포괄지원센터는 주민의 건강 유지와 생활 안정을 위해 필요한 인적·물적 지원을 실시함으로써 지역 보건의료의 향상과 복지 증진을 목적으로 하는 시설이다(일본 간호보험법 제115조의 46 제1항). 지역포괄지원센터에서는 지역의 여건을 반영한 지역포괄관리시스템을 구축하기 위해 지역지원서비스 제공 체계를 정비하고 간병과 의료를 연계하며 대상자의 자립을 위한 관리를 실시한다(요코하마시 노인복지부, 2017, p. 6). 센터의 운영은 시·정·촌에서 직접 하거나, 시·정·촌으로부터 위탁받은 자가 시설을 설치·운영한다(박세경 등, 2015, p. 203).

센터의 설치는 인구 2만~3만 명당 1개의 원칙¹⁵⁾을 따른다(박세경 등, 2015, p. 204). 이때 시·정·촌이 소규모인 경우 다른 시·정·촌과 공동으로 지역포괄지원센터를 설치하는 것이 가능하며, 인구밀집지역(도심)은

15) 중학교 학군과 유사함(이재정, 2016).

센터를 복수로 설치하거나 인력을 확대·보강해 운영할 수 있다. 센터 인력은 팀 접근을 기본으로 한 보건·복지 전문가로 구성되며, 주임 케어매니저(또는 개호지원전문원), 사회복지사, 보건사(또는 간호사)¹⁶⁾ 등이 이에 해당된다(성은미 등, 2012, p. 12). 이 중 케어매니저는 기본적인 상담뿐만 아니라 대상자에게 필요한 간호·지원 서비스를 파악해 케어플랜을 작성하고, 지자체-서비스 제공자-시설 간 연락을 조율하기 때문에 역할이 매우 중요하다.

서비스의 초기 진입은 피보험자가 지역포괄지원센터에 직접 신청하거나 센터에서 대상자를 발굴하는 것으로 이루어진다(성은미 등, 2012, p. 12). 지역포괄지원센터 서비스의 첫 단계라고 할 수 있는 케어플랜의 작성은 피보험자 중에서도 요지원 1~2¹⁷⁾를 인정받은 사람에 한해 의뢰할 수 있다. 요개호 1~5¹⁸⁾를 인정받은 사람은 지역포괄지원센터가 아닌 거택개호지원사업소에서 케어플랜 작성을 진행하게 된다(도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과, 2015).¹⁹⁾

지역포괄지원센터에서 제공하는 서비스는 예방 중심의 지역지원서비스로, 고령자가 요개호(또는 요지원) 상태로 되는 것을 방지하고 요개호 상태가 된 이후에도 가능한 한 자립적인 생활을 할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 개호예방·일상생활지원종합사업에 대한 케어 플랜 작성, 중

16) 전문적인 교육을 받고 지역 내 활동, 보건교육, 방문지도 서비스 등을 제공하는 간호사로, 우리나라의 지역방문간호사와 유사함(성은미 등, 2012).

17) '요지원'군은 일상생활 지원이 필요한 군으로, 별도의 치료서비스가 요구되지는 않으나 요개호 등급 대상자가 되지 않도록 예방 차원의 서비스를 제공받는 사람임(김남순 등, 2016, pp. 184-185).

18) 요개호군은 외상 상태이거나 질병으로 인해 의료 및 돌봄서비스가 필요한 군으로, 시설이나 가정간호서비스 등 개호보험서비스(장기요양서비스)를 제공받는 사람임(김남순 등, 2016, p. 185).

19) 피보험자 중 요개호 1~5를 인정받은 사람은 재택(거택)개호지원사업소의 케어매니저를 통해 케어플랜을 작성함. 또한 요지원 판정을 받지 못했다 하더라도 경우에 따라 지역 지원서비스를 이용할 수 있는 것으로 나타남(도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과, 2015).

합상담·지원, 권리옹호, 포괄적·지속적 케어매니지먼트 등이 지역포괄지원센터에서 제공하는 주요 서비스이다(도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과, 2015).

〈표 3-2〉 지역지원서비스의 주요 내용

구분	내용
개호예방·일상생활지원종합서비스 ¹⁾	- 방문형 서비스 • 이전의 개호예방 방문서비스를 갈음하는 서비스로, 방문요양보호사가 가구를 방문하여 개호예방을 위해 지원 실시 • 방문요양보호사가 가정을 방문해 자력으로 해결하기 어려운 행위(식사·배설·조리·세탁 등)에 대한 생활지원을 제공 - 통소형(주간보호 등) 서비스 • 이전의 개호예방 통소개호서비스를 갈음하는 서비스로, 주간보호(데이케어)센터에서 기능훈련 등의 서비스를 제공 • 기능 회복과 일상생활 자립을 위한 훈련을 시행 • 선택적 서비스로, 이용자 개인의 요구를 반영한 기능 향상·영양개선·구강기능 향상을 위한 서비스를 제공하기도 함. - 기타 생활지원서비스 • 식사배달, 돌봄서비스, 노인 자치활동 및 시민단체 활동 등
포괄적 지원서비스 ²⁾	- 개호예방 등 케어매니지먼트 • 개호예방·일상생활지원종합서비스를 효과적으로 실시하기 위해 대상자의 요구와 욕구를 고려한 서비스 계획 수립 - 종합상담·지원 • 거주지역 내 행정기관·보건소·의료기관 등 서비스 제공자와의 네트워크 구축 • 서비스 대상자·가족 상담 • 제도, 지역 내 자원을 활용해 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 지원 - 권리옹호 • 고령자 권리옹호, 학대방지, 소비자 피해에 대한 대응 - 포괄적·지속적 케어매니지먼트 • 고령자의 신체적·정신적 변화에 대응하는 포괄적·연속적 서비스 제공을 위한 관계 기관과의 조정
임의사업 ³⁾	- 개호보험사업 운영 안정화 및 고령자의 자립적 일상생활 지원을 위한 사업

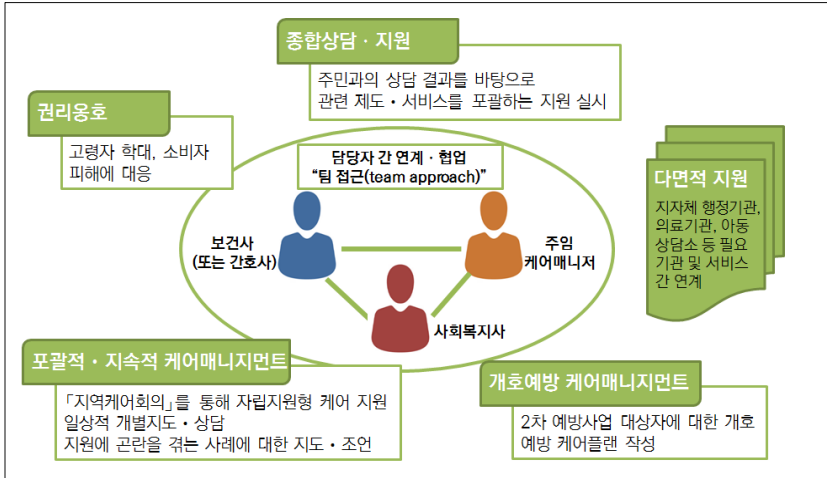
주: 1) 개호예방·일상생활지원종합사업은 모든 구시정촌이 실시하나 시행 시기는 상이함(2015~2017년에 걸쳐 정착).

2) 지역포괄 지원사업은 모든 구시정촌이 실시함.

3) 임의사업은 구시정촌에 따라 실시 여부가 달라짐.

자료: 도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과. (2015). 개호보험제도(국문 사업설명 리플릿).

[그림 3-9] 지역포괄지원센터의 업무: 포괄적 지원서비스 중심



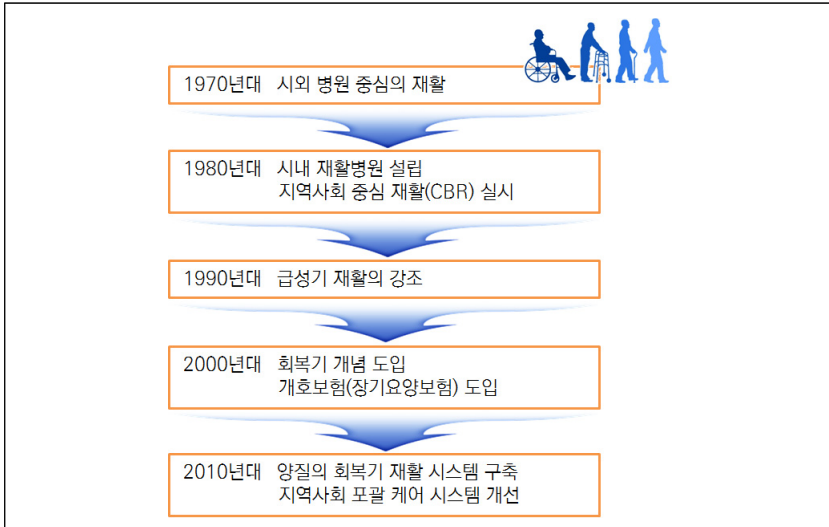
자료: 요코하마시 노인복지부(2017), 내부 발표 자료-요코하마시의 주요 노인 정책을 참고해 연구진이 도식화.

나. 재활의료

일본의 재활의료서비스는 급성기 중심의 전달체계였으나 2000년 개호보험의 도입과 함께 급성기에서 회복기(kaifukuki)로의 이행이 고려된 전달체제로 발전하였다. 급성기 의료기관에서 급성기 후 시설로의 연계, 유지기에서의 적극적인 재활, 주거·재택서비스 지원 등 주요 단계(시기)별 적절한 서비스 제공이 강조되고 있다(신형익 등, 2014, p. 33; Okamoto et al., 2014, p. 630).

여기에서 ‘단계(시기)별 적절한 서비스’란 연속적인(continuous), 매끄러운(seamless) 서비스로 해석될 수 있다. 재활이 필요한 질환에 이환된 이후 회복하여 일상생활로 복귀하기까지 각 단계에 적절한 서비스가 제공되었다는 것은 개인에게 요구되는 서비스가 빠짐없이 연속적이고 매끄럽게 제공되었다는 것을 의미하기 때문이다.

[그림 3-10] 일본 재활의료의 흐름



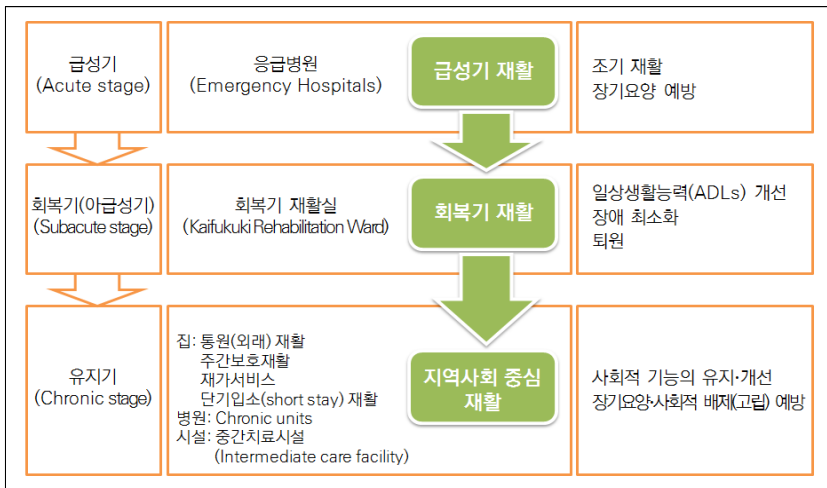
자료: Okamoto et al.(2014), “Kawafuki Rehabilitation Ward” in Japan, p. 630 그림 3을 참고해 연구진이 도식화.

일본은 재활의료의 단계를 급성기(acute)-회복기(subacute)²⁰⁾-유지기(chronic)로 구분하고 있다. 급성기는 질환 발생 직후 3주간(약 1개월)의 기간으로 생명 유지와 치료, 위험관리를 중심으로 하며, 해당 질환과 관련한 추가 질환이 발생하는 것을 예방한다. 급성기 병원과 일반 병상에서 급성기 재활의료 또는 급성기 간호의료의 형태로 서비스가 제공된다. 회복기는 질환 발생 후 3~6개월의 기간을 의미하며, 이 시기에는 기능 장애를 회복하고 사회복귀를 목표로 한 다양한 재활서비스를 제공받게 된다. 재활병동을 중심으로 서비스가 이루어지며, 회복기 재활(병동훈련 등)과 팀 치료 기반 재활간호서비스 또는 개호서비스 등이 제공된다. 유지기는 질환 발생 6개월 이후를 이르며, 회복기 이후 효과적인 일상생활

20) 일반적으로 아급성기라고 일컫는 시기에 대해 회복기(kaifukuki)라는 명칭을 사용함.

복귀와 삶의 질 향상에 초점을 맞추고 있는 시기이다. 유지기의 재활의료 서비스는 재택서비스와 시설서비스로 분류될 수 있다. 재택서비스에는 통원 재활, 방문 재활, 주간보호 재활, 단기입소 재활, 방문간호서비스 등이 포함되며 시설서비스에는 입원재활 서비스와 입소재활 서비스가 포함된다. 재택서비스와 시설서비스 모두 환자의 기능 저하를 방지하고 신체·정신·사회적 건강의 촉진을 목표로 한다(정한영 등, 2016, p. 59; 조강희 등, 2012, p. 47).

[그림 3-11] 단계(시기)별 주요 재활의료서비스 내용



자료: Okamoto et al.(2014), "Kawafuki Rehabilitation Ward" in Japan, p. 630 그림 2를 참고해 연구진이 도식화.

양질의 재활서비스를 제공하는 도쿄도에서는 보건의료계획 안에 지역 재활의료의 현황과 구체적인 시책 방향을 담고 있다. 계획에 따르면 재활 의료를 통해 노인과 장애인이 와병 상태가 되는 것을 예방하고, 급성기-회복기-유지기 상태에 따라 필요 서비스를 원활하게 제공할 것을 목표로 한다. 이를 위해 도쿄도에서는 전문인력에 대한 교육·훈련과 재활 임상

연구를 수행하는 도쿄도 재활병원을 거점으로 하고 2차의료 권역마다 지역 재활지원센터를 지정해 지역 중심의 재활서비스를 실시하고 있다. 재활지원센터에서는 지역 내 다양한 재활 사업을 연계·지원·발굴하고, 재활 인력의 전문성을 높이기 위한 교육·훈련 프로그램을 제공한다. 또한 지역 내 재활 시설-정부 기관-유관 기관으로 이루어진 협의회를 운영해 지역사회와 과제와 발전 방안에 대한 논의를 진행한다(2013년도 3월 개정안).²¹⁾

센터에 방문한 주민은 케어매니저와 함께 본인의 재활 계획을 수립할 수 있으며, 구시정촌 내 재활 사업에 대한 정보를 전달받게 된다(도쿄도 보건의료계획(2013년도 3월 개정안).²²⁾

다. 노인의료센터(지바대학병원)²³⁾

지바대학병원에 설치된 노인의료센터는 노인 의료와 관련한 병원 내 조직과 인력을 수평적으로 연계하는 조직으로서, 노인의료센터의 노인병학 전문의가 센터 내 각종 연계·협업에 대한 총괄 감독을 맡는다.

노인의료센터에서는 노인에게 특화된 건강 문제를 해결하기 위해 다학제적 팀 접근 의료를 제공한다. 첫 번째 단계로 외래 환자가 센터에 방문하게 되면 센터에 배치된 노인병학 전문의, 간호사, 약사, 물리치료사, 사회복지사 등 전문인력이 해당 환자의 의료 요구도를 평가한다. 전문인력 별 평가 영역을 살펴보면, 노인병학 전문의는 환자가 보유한 질환과 노화

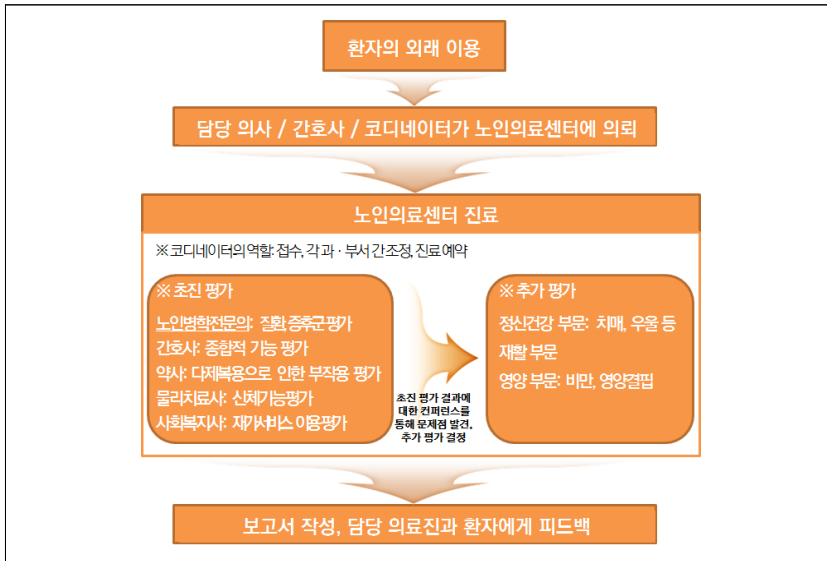
21) http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryu/center_to.files/01gaiyou29.pdf에서 2017. 8. 30. 인출.

22) http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryu/center_to.files/01gaiyou29.pdf에서 2017. 8. 30. 인출.

23) 지바대학 사카이 이쿠코 교수(IPERC 센터장 겸임)(2017) 내부 발표 자료.

로 인한 다양한 증후군, 간호사는 종합적인 기능 평가를 실시하며 약사는 다제복용으로 인한 부작용, 물리치료사는 신체 기능, 사회복지사는 재가 서비스 이용 여부 등을 평가한다.

[그림 3-12] 지바대학병원 노인의료센터 외래진료 흐름



자료: 지바대학 사카이 이쿠코 교수(2017), 내부 발표 자료를 참고해 연구진이 도식화.

평가 결과는 평가자 모두가 모인 콘퍼런스를 통해 공유되며, 논의를 거쳐 추가 평가가 필요한지를 결정한다. 추가 평가는 정신건강(치매, 우울 증 등), 재활, 영양(비만, 영양결핍) 등에 문제가 있다고 판단될 때 의뢰되며, 추가 평가 결과도 콘퍼런스를 통해 공유된다. 초진 평가와 추가 평가 결과는 보고서로 작성돼 담당 의료진과 환자에게 전달되며, 평가 결과에 따라 진단 및 처방, 처치 등의 종류와 강도가 결정될 수 있다.

이미 병원에 입원한 환자에 대해서는 이른바 ‘다제복용(polypharmacy)·허약(frail) 진단 회진’으로 노인병학 측면의 주요 건강 문제를 파악한다.

먼저 65세 이상 입원 환자 전체를 대상으로 회진 이전에 다제복용·허약 여부를 확인한다. 이때 약사와 물리치료사는 10제 이상의 약물을 복용하고 있거나 고령자에게 주의가 요구되는 약물을 복용하는 환자, 기능이 저하되고 있으나 재활치료를 받고 있지 않는 환자를 발견한다. 이후 해당 환자에 대해서는 회진 시 건강 문제 발생 여부와 치료 방향을 구체적으로 결정한다.

5. 일본의 성과와 제한점

일본은 고령화와 이에 따른 건강·복지 문제에 대응하기 위해 제도적인 노력을 아끼지 않고 있다. 노인 간호·간병서비스의 필요성을 일찌감치 깨닫고, 노인들이 지역사회 안에서 자립적으로 생활할 수 있도록 개호보험법을 제정한 이후에도 몇 차례에 걸쳐 개정해 나가며 관련 내용을 보강하였다. 가장 최근인 4차 개정에서는 지역 기반 의료·장기요양·안전·안녕·일상생활지원 서비스를 통합하는 ‘지역포괄관리시스템’의 지속가능성을 확보하려는 의지가 잘 드러나 있다.

일본의 지역포괄관리시스템은 주거·의료·개호·예방·생활서비스 등 고령자가 살아가는 데 필요한 다양한 서비스를 유기적으로 연계하는 체계이다. 지역사회를 기반으로 노인에게 필요한 서비스를 통합적으로 제공한다는 특성을 지니며, 시스템 내에서 ‘지역포괄지원센터’가 매우 중요한 역할을 차지한다. 지역포괄지원센터는 개호 상태에 대한 포괄적인 지원뿐만 아니라 개호 예방과 자립을 위한 일상생활 지원 등 다양한 서비스를 제공한다. 센터의 케어매니저와 대상자 간 상담을 통해 케어 플랜이 작성되고 플랜에 기반한 서비스(또는 서비스 제공기관) 연계가 이루어진다. 이 과정을 통해 보건부터 요양에 이르기까지 연속성 있는 서비스 연결이

가능해진다. 또한 노인이 거주하는 지역에서 그들의 요구가 반영된 계획 하에 서비스 전달이 이루어지므로 지역사회 기반의, 노인 친화적 체계라고 할 수 있다. 그러나 센터 운영에 대한 미쓰비시 종합연구소(2010)의 연구에 따르면 센터의 과중한 업무량 때문에 전문가의 이직률이 높고, 행정 업무로 인해 전문적인 서비스 제공이 어렵다는 지적이 있었다(성은미 등, 2012, p. 22에서 재인용). 향후에도 지역포괄지원센터가 순기능을 발휘하고, 안정적으로 운영되기 위해서는 인력 처우나 행정 구조가 개선되어야 할 것이다. 한편 지역포괄관리시스템의 재정적 측면에서도 성과와 한계가 공존하였다. 소비세를 활용한 ‘지역 의료-개호 통합 확보 기금’ 마련, 기금 활용 계획으로서 ‘지역사회 보건의료 비전’의 의무적 수립, 기금 관련 인센티브를 통해 제공자 다수를 차지하는 민간을 공적 영역에 포함시키려는 시도 등은 정책적으로 시사하는 바가 크다. 그러나 이에 대한 제도적 효과는 미미한 것으로 알려져, 향후 정책적 실험이 필요할 것으로 판단된다(일본국립사회보장인구문제연구소, 2017a).

제4절 네덜란드의 노인 대상 통합의료서비스

1. 네덜란드 노르트홀란트주의 지역사회기반 통합 치매케어서비스, Geriant

가. 개요

네덜란드에서는 장기요양서비스의 비용 절감과 동시에 양질의 이용자 중심 서비스를 제공하기 위한 개혁을 지속적으로 실시하였다. 2000년 이

후 지속된 장기요양보험제도 개혁의 논의와 재편의 결과로, 2015년부터는 중증의 요양 대상자로만 시설 서비스 이용을 제한하였고 경증 대상자는 장기요양 서비스가 아닌 사회지원서비스를 통해 요양 서비스를 제공받을 수 있다(선우덕 등, 2016, p. 218). 또한 일상생활 지원 서비스와 같은 재가서비스를 지자체로 이관하여 지역사회 내에서 관리가 가능한 대상자들은 지자체가 관리하도록 하는 등 지역사회 내의 재가서비스 이용을 장려하고 있으며, 서비스 질 향상과 서비스 이용자 만족을 위해 지속적인 제도 개혁이 이루어지고 있다(선우덕 등, 2016, pp. 233-234).

Geriant는 네덜란드 노르트홀란트주 북부 4개 지역에 있는 지역사회 기반 치매돌봄지원센터로 치매 노인들에게 의료서비스와 사회서비스를 통합하여 제공하는 모범사례로 꼽힌다. 2000년부터 시작된 지역사회기반의 다학제 치매팀인 Geriant는 기존에 치매환자들에게 분절적으로 제공되던 서비스를 통합하고, 치매환자와 그들의 비공식적 수발자에게 양질의 서비스를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다(Glimmerveen & Nies, 2015, p. 2). 즉, 치매환자들에게 제공되는 치료 및 케어서비스의 조정과 서비스 질과 기능 향상을 통해 치매환자들이 시설로 가지 않고 가능한 한 집에서 생활하도록 하는 것을 목표로 하며, 치매환자들뿐만 아니라 이들의 비공식적 돌봄자의 삶의 질 보호도 고려한다는 점이 Geriant의 특징이다(Goodwin et al., 2014, p. 9)

Geriant는 지역의 요양원과 공공정신건강관리기관(public mental health care organization)의 연합 프로그램으로 시작하였지만, 네덜란드가 ‘전국 치매 프로그램’을 시행했던 2004년엔 독립적인 법인이 되었다(Glimmerveen & Nies, 2015, p. 2). 초기에는 창립 조직들과 다양한 공공기금 체계를 통해 재정을 조달하였지만, 현재는 모든 국민이 의무적으로 가입해야 하는 네덜란드 국민건강보험을 통해 지원받고 있으며,

여러 건강보험사들과 통합지불(bundled payment) 및 제공되는 서비스의 세부 사항 등에 대해 연간 계약을 맺는다(Glimmerveen & Nies, 2015, p. 2).

나. 서비스 내용 및 절차²⁴⁾

Geriant는 치매의 진단에서부터 임상적 사례 관리와 치료, 교육 및 상담 등 통합적 치매관리 서비스를 제공한다. Geriant의 가장 큰 특징은 다학제팀으로 구성되어 있다는 점이며, 다학제팀은 치매환자의 케어 계획(care trajectory)에 따라 급성기 케어와 장기요양서비스를 제공한다.

〈표 3-3〉 Geriant의 주요 서비스 내용

구분	서비스 내용
치매 진단	- 질병 및 케어에 대한 진단을 포함하며, 집이나 요양원에서 이루어짐.
치료	- 외래 및 임상: 약물 치료, 대화, 행동 치료. - E-health: “Dementie Online”과 같은 인터넷 강의
사례 관리	- 삶의 전반에 걸친 장기간의 적극적인 지원과 지도.
교육 및 상담	- 교육, 정보 제공 및 상담. (예. 이러닝 프로그램 “Dichter bij Dementie”)
서비스	- 환자의 운전 가능 여부 결정과 관련된 진료 기록 진술서 작성

자료: Geriant. (2017). Bestuursverslag 2016 Stichting Geriant. p. 5.

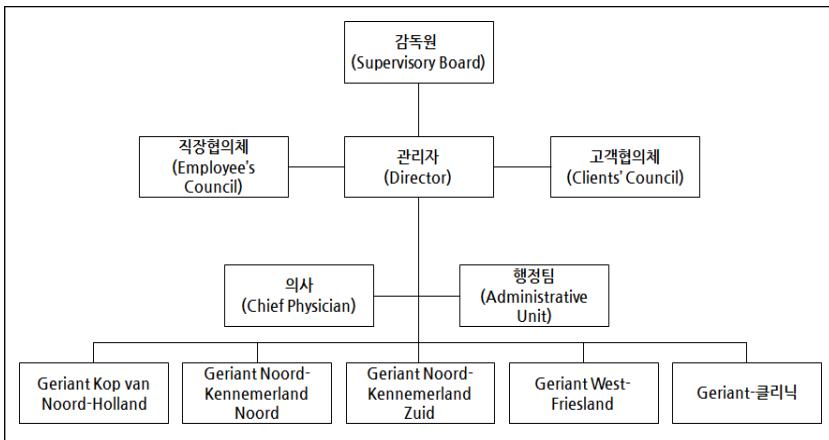
1) 다학제팀 구성

치매 평가와 사례 관리팀(Dementia Assessment and Case management, DOC)이라고 불리는 Geriant의 다학제팀은 사례관리자, 노인전문의(social geriatricians), 정신과 의사, 임상심리학자, 치매 상담사, 가정전문간호사 등으로 구성되며, DOC팀의 모든 구성원은 Geriant

24) Glimmerveen & Nies(2015)의 내용을 요약해 정리함.

에 직접 고용되어 있다. DOC팀 구성원들은 매주 다학제팀 회의를 통해 치매 진단, 케어 분석 및 계획, 평가, 환자의 케어 순응도 변화 등을 논의한다. 사례관리자는 팀 내에서 제공되는 서비스와 병원, 재가서비스, 복지기관에서 제공되는 서비스를 조정할 뿐만 아니라 사례관리자가 치매환자와 비공식 돌봄자에게 치료와 상담을 제공한다. 또한 Geriant는 네덜란드 의료의 문지기(gate keeper) 역할을 하는 GP를 포함하여, 지역 병원, 홈케어(home care) 및 사회적 케어(social care) 기관, 요양원들과 네트워크 파트너(network partners)를 맺는다.

[그림 3-13] Geriant 조직도



자료: Glimmerveen & Nies(2015), Integrated community-based dementia care: the Geriant model, p. 13과 Geriant(2017), Bestuursverslag 2016 Stichting Geriant, p. 8을 참고해 연구진이 도식화.

Geriant는 네덜란드 노르트홀란트주의 4개 지역에 다학제팀으로 구성된 DOC팀을 두고 있으며, 의료서비스 제공을 위한 클리닉도 운영하고 있다. 또한 직원들로 구성된 직장 협의체뿐만 아니라 서비스 이용자들로 구성된 고객협의체를 두고 있다.

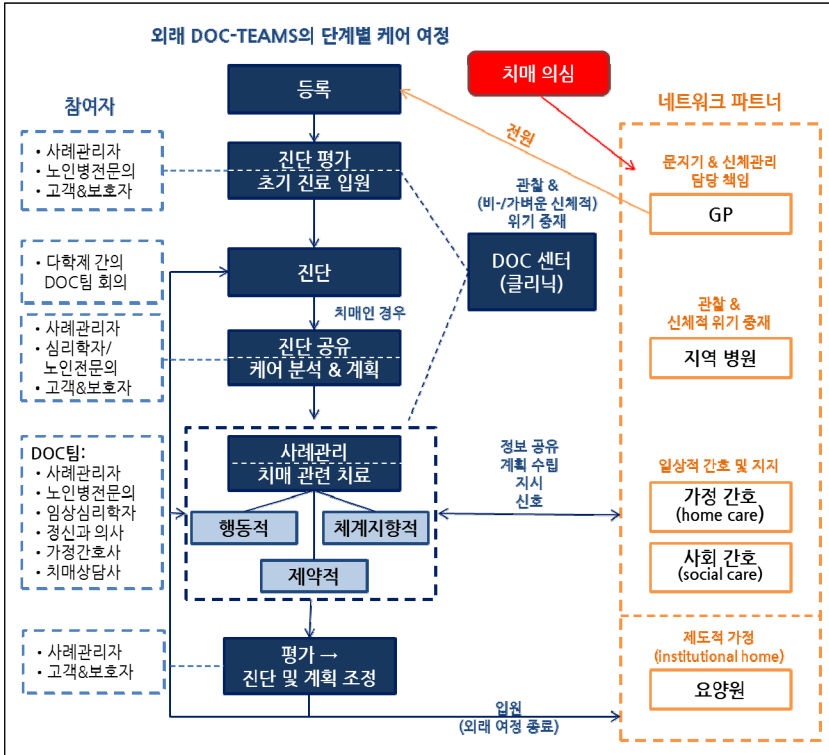
2) 서비스 제공 과정

Geriant의 서비스는 DOC팀과 네트워크 파트너(network partners)들 간의 의뢰와 조정을 통해 제공된다. 네덜란드 국민들은 의무적으로 주치의에 등록해야 하며, 따라서 모든 치매 환자들은 GP를 통해 Geriant로 의뢰된다. GP가 의뢰한 치매 의심 환자에 대해 사례관리자와 노인전문의가 환자와 비공식 돌봄자를 대상으로 환자의 신체적 상태와 케어 요구에 대한 사정을 실시하며, 그 결과는 매주 진행되는 DOC팀 회의에서 공유된다. 환자의 치매 판정 여부에 대해서는 노인 전문의가 최종 결정을 내린다.

환자가 치매로 판정되는 경우, 사례관리자는 환자와 비공식적 돌봄자에게 진단 결과를 공유하고 구체적인 케어 계획을 분석한다. 환자의 의료적 상태와 가능한 비공식 돌봄의 정도 등 환자에 대한 전반적인 분석을 기반으로 사례관리자와 환자 및 보호자는 환자에게 가장 중요한 도전과제(challenges)를 확인하고, 현실적인 목표를 설정하여 환자의 케어 플랜을 수립한다. 최소 1년 단위로 환자의 인지능력이나 환자와 보호자의 만족도 등 환자 상태와 환자에게 제공되는 케어 패키지(care package)에 대해 평가한다. 환자와 보호자가 사례관리자와 함께 다음 해의 케어 계획을 수립하며, 사례관리자는 이러한 내용을 노인전문의와 논의하고, 환자의 일차적인 케어에 책임이 있는 GP에도 알린다.

또한 환자가 섬망이나 자살시도와 같은 의료적, 행동적 위기상황에 놓인 경우 보호자는 사례관리자나 Geriant와 연계된 지역의 정신건강관리기관에 연락을 취할 수 있다. 그리고 Geriant는 치매환자를 케어하는 보호자의 과중한 부담을 치매 환자들의 요양원 입원의 주요 원인으로 인식하기 때문에 환자의 보호자 또한 Geriant의 공동 고객(co-client)으로 포함하여 그들에게도 상담과 교육 등의 서비스를 제공한다.

[그림 3-14] 네덜란드의 지역사회기반 통합 치매케어서비스 제공모형



자료: Glimmerveen & Nies(2015), Integrated community-based dementia care: the Geriant model, p. 13 그림 수정.

2. 네덜란드 Geriant 프로그램의 강점과 제한점

Geriant는 사례관리자, 노인전문의, 치매 상담사, 간호사 등의 자체적인 다학제팀으로 구성되어 있으며, 집중치료가 필요한 환자에게는 단기 입원 클리닉을 제공하고 외부의 병의원 및 요양기관과의 연계를 통해 환자의 상태 변화에 적극적으로 대응할 수 있다. Geriant의 사례관리자는 환자 케어에 대해 DOC팀 내부 조정을 비롯하여 네트워크 파트너들과의

조정을 할 뿐만 아니라 사례관리자 스스로가 치매와 관련된 치료와 케어를 직접 제공할 수 있는 전문가이다. 그리고 치매환자의 케어 목표 및 계획 수립에 환자와 보호자가 함께 참여하여 케어코디네이션이 이루어진다는 점도 Geriant의 성과이며, 조직 구성에서 고객협의회(Clients' council)를 두고 고객 자문위원회를 운영하고 있다.

또한 Glimmerveen 등(2015)은 Geriant 모델이 사례관리자가 환자들의 필요에 따라 적절한 서비스 제공자에게 전원시키는 과정 등이 해당되는 '연계(linkage)' 단계에서부터, 지역병원이나 요양원 등으로 구성된 네트워크 파트너들과의 협력처럼 시스템 내의 비연속성을 해결하기 위한 명확한 구조가 있는 '조정(coordination)' 단계, 다양한 전문가들로 구성된 DOC팀과 같이 통합된 서비스를 직접적으로 제공하는 새로운 프로그램을 의미하는 '통합(full integration)' 단계에 이르기까지 다양한 통합의 단계에 적용할 수 있다는 점을 특징으로 제시한다(Glimmerveen & Nies, 2015, p. 10).

그러나 Geriant 모델은 치매 환자들만을 대상으로 통합 케어 서비스를 제공한다. 특히, 치매 의심환자는 GP로부터 전원되기 때문에 다양한 환자군을 케어해야 하는 GP에 치매 환자 그룹에 대한 업무를 추가적으로 요청하는 것은 GP의 업무 부담을 과증시킬 수 있다는 우려가 제기되었고, 이를 해결하기 위해 GP를 중심으로 사례관리자의 사례를 조정하는 등의 업무 프로세스 재조정 노력을 하였다(Glimmerveen & Nies, 2015, p. 11).

제5절 소결

이 장에서는 국내의 노인 대상 통합서비스 제공모형 개발 연구와 국외 사례를 고찰하였다. 국내의 노인 대상 통합서비스 제공모형 개발 연구들의 제한점은 우선 대부분의 연구가 제공자 중심 시각으로 이루어졌다는 것이다. 노인 환자의 건강과 삶의 질 향상을 위해서는 이용자 중심의 접근법이 필요하다. 또 다른 제한점은 개발한 모형을 실제로 적용하기 위해 필요한 요소들을 구체적으로 다루고 있지 않다는 것이다. 예를 들어 서비스 제공모형의 관리 주체를 누구로 할 것인가? 중앙정부와 지방자치단체는 어떠한 역할을 하는 것이 적절한가? 서비스 제공자의 적극적 참여를 위한 재정적 보상 방안은 무엇인가 등과 같은 물음에 대한 방안이 부족하였다.

국외 사례를 고찰한 결과 각 국가 사례의 시사점은 다음과 같다. 호주 사례의 시사점은 크게 세 가지이다. 첫째, 노인 대상 보건의료정책과 복지 정책의 연계·조정·통합을 위해 정부의 리더십이 중요하므로 이 기능을 할 주체가 명확해야 하며 해당 주체에 적절한 권한과 책임을 갖도록 해야 한다는 것이다. 둘째, 노인 환자가 가능한 한 자신이 거주하던 곳에서 필요한 서비스를 제공받을 수 있도록 서비스 제공 체계가 구축되어야 한다는 것이다. 이것이 가능하기 위해서는 공적 영역의 확대와 민간의 적극적 참여, 관련 인력의 확대가 필요하다. 셋째, 노인 환자의 치료 또는 케어의 연속성을 확보하기 위해서는 서비스 제공을 위한 단일 플랫폼이 구축되어야 한다는 것이다. 호주의 My Aged Care와 같이 서비스 이용자와 제공자가 모두 활용할 수 있는 플랫폼이 필요하다.

우리나라보다 앞서 고령화에 대응해 온 일본 사례의 시사점은 네 가지이다. 첫째, 건강보험과 분리하여 장기요양보험을 구축한 성과도 있으나

이로 인해 보건의료와 요양·돌봄 서비스의 연계·조정·통합이 어려워진 측면도 있다. 다시 말해, 이 두 보험의 재원을 통합하기 어렵고 관리 주체와 서비스 제공자 또한 통합하기는 쉽지 않기 때문에, 서비스 이용자가 필요한 서비스를 가능한 한 최소한의 절차와 단계를 거쳐 제공받기가 어려운 것이 현실이다. 둘째, 우리나라와 마찬가지로 공공보다 민간 서비스 제공자가 많기 때문에 정부의 정책이 이상적으로 수립되더라도 그 효과를 보기 어렵다는 것이다. 따라서 어떻게 민간을 적극적으로 정부의 정책에 참여하게 할 것인가가 주요한 과제이다. 셋째, 민간을 적극적으로 정부 정책에 참여하도록 하여 서비스 제공 체계를 개선하기 위한 새로운 재원을 모색할 필요가 있다는 것이다. 일본은 이를 위해 최근 지역 의료-개호 통합 확보 기금을 조성하여 각 도도부현이 제시한 지역사회보건의료 비전을 달성하기 위한 재원으로 활용하고 있다. 넷째, 효과적인 서비스의 연계·조정·통합을 위한 조정자 역할은 누가 담당할 것인가에 대한 논의가 필요하며 이는 각 나라의 상황에 따라 다를 수 있다는 것이다. 예를 들어, 호주의 경우 이 역할을 주로 전문 간호사 또는 일정한 역량을 갖춘 사회복지사가 담당하고 있다. 그러나 일본의 경우, 대부분의 케이스 매니저가 보건의료인이 아니었는데 이로 인해 보건의료서비스 기관 또는 보건의료서비스 제공자와의 연계가 효과적으로 이루어지지 못하였다. 일본의 지역포괄지원센터 중 서비스의 연계·조정·통합의 역할을 적절히 수행한 지역은 의사 또는 간호사가 조정자로서 역할을 한 경우였음을 고려할 필요가 있다.

네덜란드의 Geriant 프로그램은 일개 지역사회에서 어떻게 통합적으로 서비스를 제공할 수 있는지를 보여 주는 구체적 사례이다. 현재 국내에서도 ‘치매 국가 책임제’를 내세우며 각 지역에 ‘치매안심센터’ 설치를 진행하고 있다. 네덜란드의 사례는 이 정책이 효과적으로 이루어지기 위

해 고려해야 할 사항이 무엇인지 잘 보여 주고 있다. 제일 중요한 부분은 서비스를 제공하는 센터가 다학제 팀으로 구성되어야 한다는 것이다.

요약하면, 노인 대상 서비스를 노인의 욕구를 해소할 수 있도록 연계·조정·통합하여 제공하기 위해서는 정부가 리더십을 가지고 정책을 추진해야 하며 서비스 제공자가 적극적으로 참여할 수 있는 동기를 마련해야 하고, 서비스 조정자는 다학제 팀으로 구성되어야 하며 보건의료인이 필수로 포함되어야 한다.

제 4 장

노인 대상 서비스 현황과 통합의료서비스 제공모형 탐색

제1절 국내 노인 대상 서비스 제공 현황

제2절 지역사회 내 재활 및 의료서비스 제공 인프라 파악

제3절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공

모형 탐색: 서비스 디자인 기법 활용

4

노인 대상 서비스 현황과 << 통합의료서비스 제공모형 탐색

제1절 국내 노인 대상 서비스 제공 현황

1. 국내 노인 대상 사회서비스(보건의료, 요양, 돌봄 서비스)

노인 대상 서비스는 다음 표와 같이 서비스 제공·관리주체와 그 내용이 다양하다. 서비스 대상자에게 직접 서비스를 제공하는 주체는 대부분 기초 지방자치단체(시군구 담당부서 또는 보건소)이지만, 일부 서비스는 시도에서 관할하기도 하고 일부는 민간에서 직접 서비스를 제공한다. 이들 서비스의 제공 인력은 중앙 또는 지방정부의 예산으로 고용되는 경우도 있으며 장기요양서비스는 대부분 민간에서 고용하고 공단으로부터 받은 서비스 제공에 대한 보상 비용으로 인건비를 충당한다.

〈표 4-1〉 국내 노인 대상 사회서비스(보건의료, 요양, 돌봄 서비스) 제공 내용

구분		주요 사업
노인 돌봄	돌봄서비스	노인돌봄기본서비스 독거노인사랑잇기서비스 무연고독거노인장제지원서비스 노인돌봄종합서비스
	재가지원서비스	일상생활 지원, 노인 생활 및 신상에 관한 상담, 재가노인 및 보호자 교육, 무의탁 노인 후원을 위한 결연 및 연계지원, 여가활동지원, 주거환경 개선 지원
	시설 농어촌 재가노인 복지시설	방문요양·주간보호·단기보호서비스 제공
	재가노인	방문서비스, 통원서비스, 사례관리서비스, 기타 사업 등

구분			주요 사업
노인 보건· 의료	법	지원센터	
		노인장기요양보험급여	재가급여, 시설급여
	치매		치매상담센터 운영, 치매검진사업
	보건(특수)		노인실명 예방사업, 구강보건 치료 연계, 노인의치(틀니)지원, 노인 불소 도포 스케일링, 노인자살 예방
	건강증진		노인건강검진사업, 방문건강관리사업(건강행태개선, 만성질환관리 및 합병증 예방, 노인허약 예방 등), 지역사회통합건강증진사업(심뇌혈관질환 예방 관리, 치매관리, 지역사회 중심 재활 등), 생애전환기 건강검진 등
	암		암검진사업, 재가암환자 관리사업, 암환자 의료비 지원 등
	기타		공립요양병원 운영, 말기암환자 완화의료서비스

자료: 박세경 등. (2016). 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제. pp. 137-192.

2. 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례

가. 연계·조정 및 통합 서비스 제공 국내 사례

국내의 서비스 영역 간 연계 또는 조정, 통합 사례는 서비스 제공 대상이 노인이 아닌 경우까지를 포함하여 고찰하였을 때, 다음 표와 같이 여덟 가지 정도로 정리할 수 있다. 서비스 연계·조정에 해당하는 사례와 서비스 통합에 해당하는 사례는 박세경 등(2015)의 연구에 따라 구분하였으나 이 구분은 관점에 따라 달라질 수 있다.

〈표 4-2〉 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례

구분		주요 사업 및 역할
서비스 연계· 조정	희망복지지원단	통합사례관리사업, 지역보호체계운영, 자원관리, 읍·면·동 복지업무 지원, 관리
	지역사회보장 협의체	지역사회보장계획의 수립·이행·평가 사회보장 서비스 제공 관련 기관 연계·협력 강화 지역주민의 욕구 반영 통합적 서비스 제공 체계 지원 고용·주거·교육·문화·환경 등 다양한 영역과 연계
	301 네트워크사업	의료 서비스, 취약계층 지원, 의료비 지원, 간병 지원, 물품 지원, 기타 지원
	지역사회 자원연계사업	재가 장기요양 서비스, 노인돌봄서비스, 복지자원 연계, 의료 자원 연계, 기타 지역자원 연계(이송 서비스, 안부 확인 등), 각종 정보 제공, 권익증진(노인인권, 자살 예방 등)
	지역사회 일차의료 시범사업	환자 등록, 건강생활실천계획 수립 지원, 교육 및 상담, 맞춤형 질환 교육 및 리콜·리마인드 서비스, 응급콜 서비스, 건강모니터링 서비스 등
서비스 통합	보건복지사무소 시범사업	사회복지서비스 및 보건의료서비스 상호 연계 제공, 대상자 상담·내관·방문·전화
	사회복지사무소 시범사업	지역사회복지협의체, 지역복지전산망 등 공공·민간 기관 간의 협력체계 구성, 지역복지욕구조사 및 복지서비스 프로그램 개발, 기초적 사례 관리(욕구 파악·서비스 계획 수립), 재가방문복지, 서비스 연계·저장, 자활지원계획 수리 및 관리
	주민생활지원 서비스	보건/복지/여성·보육/자활·고용/주거복지/청소년/평생교육/문화·생활체육 등에 대한 서비스 통합 노력

자료: 박세경 등. (2016). 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제. pp. 137-192.

이 사례들 중 보건의료서비스 제공 기관 중심으로 보건·의료·복지 서비스를 하나로 묶은 ‘301 네트워크 사업(건강복지연계 사업)’은 2013년 서울시 북부병원에서 처음 시작한 사업이다. 지역사회 내 복지관, 요양시설, 보건소, 주민센터 등이 의료취약계층을 발굴하여 병원 내 ‘보건의료 복지연계센터’에 의뢰하면 환자 상태를 평가하여 필요한 서비스를 설계하고 지원한다. 이때 발생하는 비용은 지방자치단체의 지원금과 외부 후원을 통해 지불한다.

나. 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례의 성과와 한계

희망복지지원단은 대상자의 욕구에 맞는 서비스 제공 계획 수립과 지역 자원들과의 연계를 통한 통합 서비스를 제공하고자 하였지만 조직 및 실행 인력이 수요에 비해 부족하며, 보건의료서비스와의 연계는 미흡하였다.

지역사회보장협의체는 지역사회를 중심으로 민·관 협력을 통해 서비스를 연계하고자 하였으나 사업 수행을 위한 인력과 재정이 부족하고, 공공기관 위주의 위원 구성으로 인해 네트워크가 원활히 작동하기 어려운 구조라는 것이 제한점이다.

지역사회 자원연계사업은 노인돌봄 사각지대를 발굴하여 적극적인 사례 관리에 개입하는 것을 목적으로 하였다. 이 목적을 달성하기 위해 재가 장기요양서비스 대상 노인에게 지역 자원을 연계하여 맞춤형 포괄서비스를 제공하였다. 그러나 전국적으로 사업 수행기관이 12개(2015년 기준)로 절대적인 숫자가 부족하고, 사업 운영비 또한 부족한 것이 문제로 지적된다.

지역사회 일차의료 시범사업은 건강증진 차원의 ‘보건’서비스 영역과 의료서비스를 연계하는 모형으로 만성질환 관리의 효율성과 효과성을 높이하고자 하였으나 요양 및 돌봄 서비스와의 연계는 미흡한 모형이다.

보건복지사무소 시범사업은 보건소를 중심으로 보건과 복지 조직을 통합해 보건·복지 서비스를 연계하고 포괄적 서비스를 제공하고자 하였으나 도시 외 지역 주민들의 접근성이 떨어지고 복지 업무 전반에 대한 총괄 및 조정 역량이 부족한 것으로 평가받고 있다.

사회복지사무소 시범사업은 업무 분업화 및 전문화를 통한 서비스 제공이라는 측면에서 긍정적인 역할을 하였으나 읍면동과의 상호 업무협조와 연계가 잘 이루어지지 않았고 접근성이 떨어진다는 제한점이 있다.

주민생활지원서비스는 보건-복지뿐만 아니라 고용, 주거 등 통합의 범위를 확대하였으나 확대된 영역 간 이질적인 영역이 존재하고, 인력이 부족할 뿐만 아니라 팀 간 업무 연계가 모호하여 서비스 통합이 현실적이지 않다는 문제가 있다.

301네트워크사업에 대한 평가는 대체로 긍정적인데, 보건의료와 복지의 통합적 지원체계를 병원 중심으로 구축하고 복합적 욕구를 지닌 이용자 중심의 연계 서비스를 실제적으로 제공하였다는 측면에서 성과를 나타내었다. 2013년 서울시 북부병원 자체 사업으로 시작하였던 이 사업이 나타난 성과를 바탕으로 서울시는 2015년부터 이 사업을 지방자치단체의 정책사업으로 도입하였으며 매년 예산을 지원하고 있다. 지원액 규모가 커지면서 진료 실적 또한 증가하고 있다. 2017년 책정 예산은 총 11억 5985만 원이었다. 이 사업은 또한 보건복지부 공공보건프로그램 사업에 포함되어 2015년부터 시범사업이 전국 6개 지방의료원에서 진행 중이며 향후 대상 기관과 예산을 확대할 계획이다. 그러나 이 사업을 수행하기 위해서는 초기에 상당한 재원이 투입돼야 하는 부분이 제한점이라는 평가들이 있다.

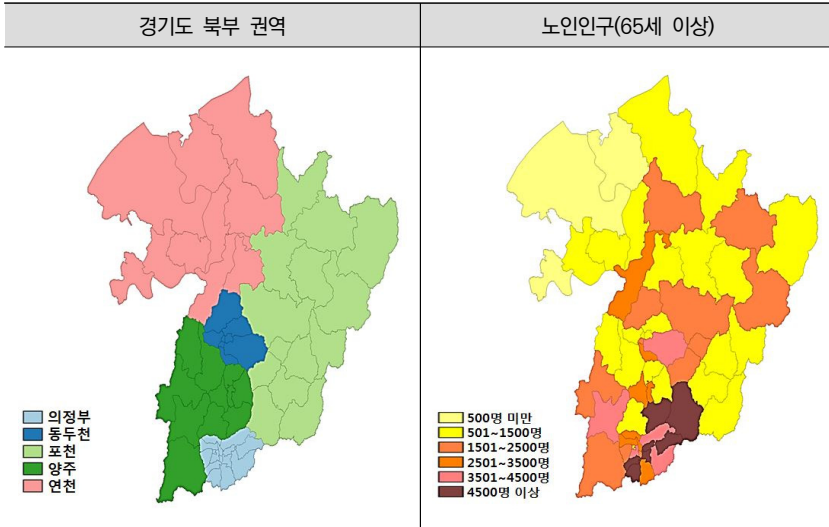
제2절 지역사회 내 재활 및 의료서비스 제공 인프라 파악

노인 뇌졸중 환자의 급성기·회복기·유지기 케어 서비스 제공 인프라 파악을 위해 일개 지역의 노인 대상 보건의료-요양서비스의 인프라를 조사하였다. 조사 지역은 의정부를 중심으로 경기 북부 권역(의정부시, 동두천시, 양주시, 포천시, 연천군)으로 설정하고 이 지역의 종합병원, 병원, 요양병원, 요양기관을 읍면동별로 조사하여 지도에 표시하였다. 그리고 노인에게 호발하는 뇌졸중에 대한 서비스가 급성기·회복기·유지기 단계에서 적절히 제공될 수 있는 인프라(시설 및 인력)가 분포되어 있는지를 파악하기 위해 재활서비스 제공 가능 시설 여부와 관련 인력을 파악하였다.

1. 노인 인구 현황

경기도 북부 권역(의정부시, 동두천시, 포천시, 양주시, 연천군)의 노인 인구 현황을 읍면동 단위로 분석하였다. 노인인구 수가 가장 많은 곳은 의정부 호원 1·2동, 신곡 1·2동, 송산2동과 양주시 양주2동, 포천시 소흘읍 지역으로 4500명 이상의 노인이 거주하고 있었다. 의정부시 의정부 2동, 송산1동, 자금동, 동두천시 불현동, 양주시 백석읍 등에도 3500명 이상의 노인이 분포하는 것으로 나타났다.

[그림 4-1] 경기 북부권역 및 노인인구(2015년 기준) 분포: 읍면동별 분포



자료: 통계청 국가통계포털 홈페이지

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=I3)
 에서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

2. 의료기관과 장기요양시설의 분포

경기 북부권 인프라의 주요한 특징 중 하나는 급성기 중증질환 치료 서비스가 의정부시의 의정부 성모병원만 가능한데 이 병원의 재활병상이 2017년부터 운영하지 않고 있어 뇌졸중의 회복기 재활이 가능하지 않다는 것이다.

가. 의료기관의 분포와 특징

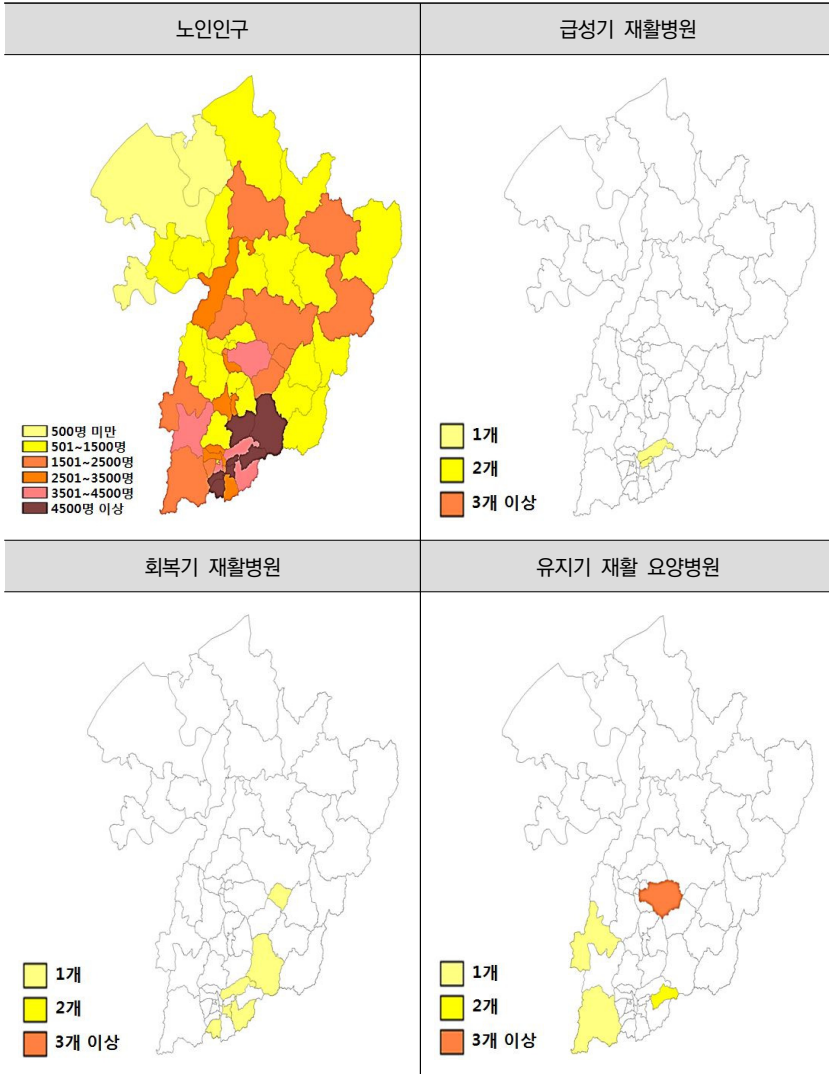
경기 북부 권역에서 종합병원급으로 급성기 재활치료가 가능한 병원은 2곳에 불과하였으며, 회복기 재활치료가 가능한 병원은 5곳, 유지기 재활

치료가 가능한 요양병원은 7곳밖에 없었다(그림 4-2 참조). 또한 재활의학과 전문의가 진료하는 재활의학과 의원이 2곳, 물리치료사가 근무하는 보건소가 2곳으로 지역사회 기반의 유지기 재활치료를 할 수 있는 인프라가 부족한 실정이다(그림 4-3 참조). 특히 재활치료가 가능한 병·의원들이 모두 경기 북부 권역의 남쪽에 몰려 있어, 연천군이나 포천 북부를 비롯한 경기 북부 권역에서도 북쪽 지역에 거주하는 노인들의 경우 회복기 및 유지기 재활치료를 접근성이 제한적이다.

뇌졸중 환자들을 대상으로 재활치료를 제공하기 위해서는 재활의학과와 신경과 전문의의 역할이 중요하다. 그러나 경기 북부 권역은 해당과 의료진의 수가 매우 부족하며, 정신과 전문의의 수도 충분하지 않아 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 정신·심리 상담 서비스 등을 제공하는 데 한계가 있을 것으로 보인다(그림 4-4 참조).

의료기관에서는 재활치료를 비롯한 의료서비스뿐만 아니라 뇌졸중 재활환자들의 회복기 및 유지기 재활서비스와의 연계, 환자의 지역사회 복귀를 위해 다양한 사회서비스를 연계할 인력이 필요하며 병원에서는 사회복지사가 그 역할을 담당할 수 있다. 하지만 경기 북부 권역 전반에 걸쳐 병원에 근무하는 사회복지사의 수가 부족한 것으로 나타났다(그림 4-5 참조). 또한 뇌졸중 환자들은 운동기능이나 마비된 신체 부위의 기능적 회복을 위한 물리치료뿐만 아니라 일상생활에서 필요한 동작을 수행하기 위한 작업치료가 중요하지만 인프라 지도에서 나타나는 바와 같이 경기 북부 권역의 작업치료사 인력은 매우 부족하다(그림 4-5 참조).

[그림 4-2] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 통계청 국가통계포털 홈페이지

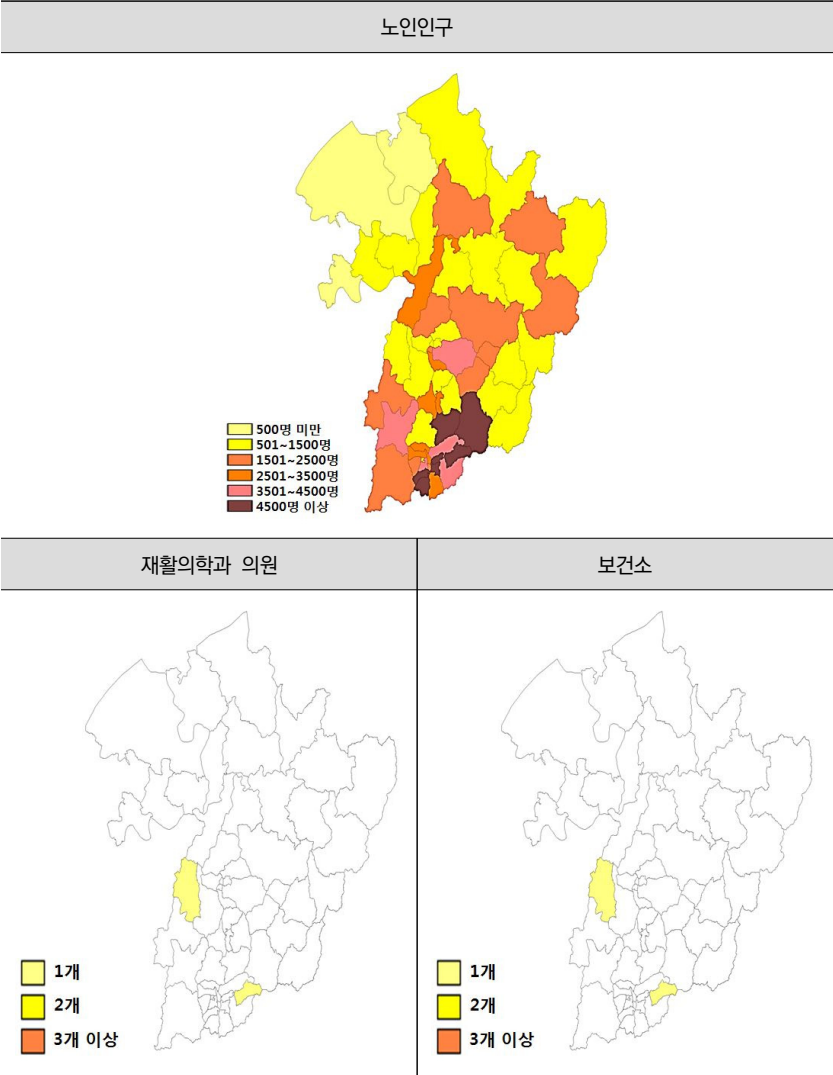
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_11N1503&conn_path=I3),

건강보험심사평가원 홈페이지

(<https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002020000>)에

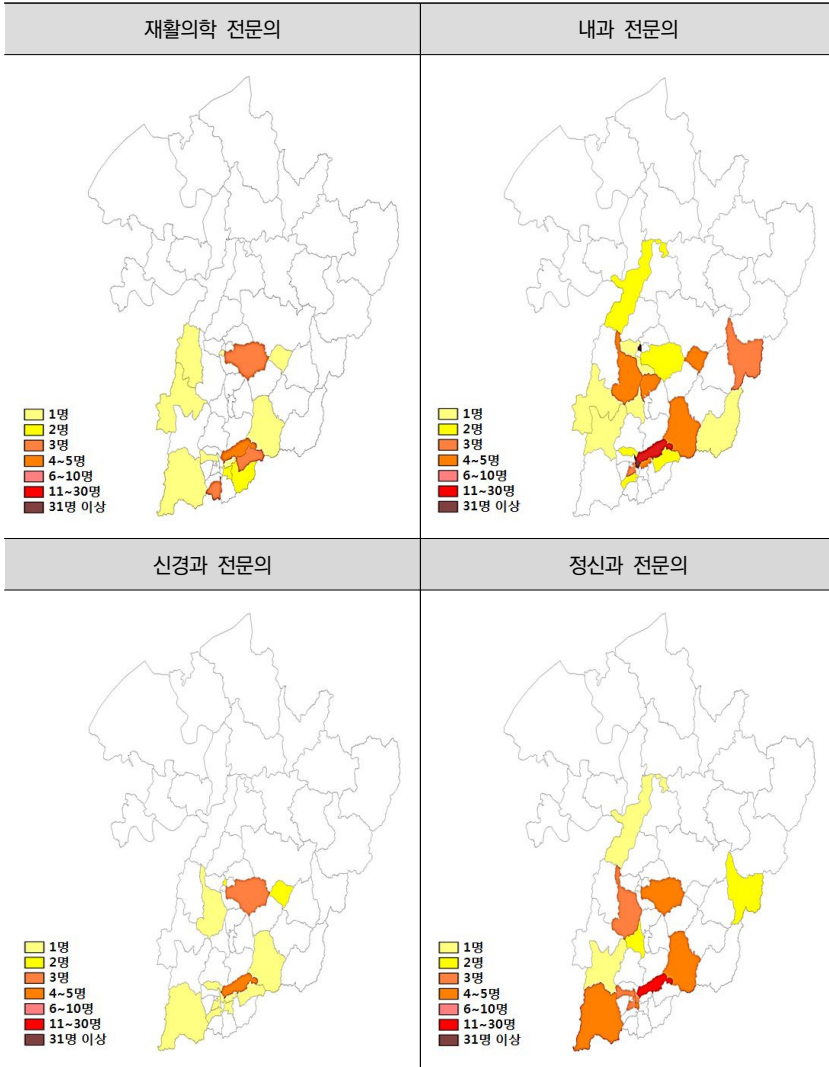
서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

[그림 4-3] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 통계청 국가통계포털 홈페이지
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_11N1503&conn_path=I3),
건강보험심사평가원 홈페이지
(<https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002020000>)에서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

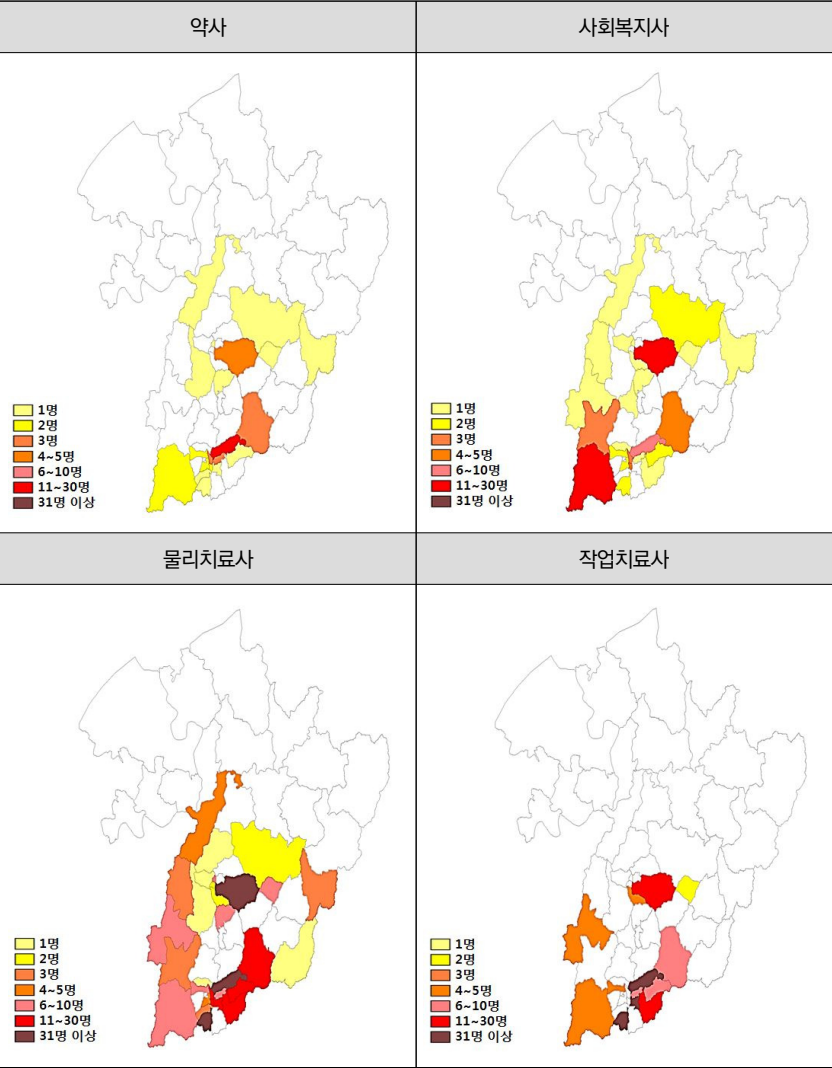
[그림 4-4] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 건강보험심사평가원 홈페이지

(<https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002020000>)에서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

[그림 4-5] 경기 북부 권역 보건의료기관 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 건강보험심사평가원 홈페이지
(<https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002020000>)에
서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

나. 장기요양시설의 분포

경기 북부 권역의 노인요양시설과 주간보호센터 등의 장기요양시설은 노인인구가 많이 거주하는 지역을 중심으로 분포하고 있었으며, 특히 의정부와 양주 남서부 지역, 포천 중부 지역 등에 많이 분포하였다(그림 4-6 참조).

노인요양시설 서비스 제공 인력의 읍면동 분포를 분석한 결과, 노인요양시설에서 간호사가 근무하고 있는 지역은 드물고, 간호사가 있는 지역의 경우에도 1~2명에 불과한 것으로 나타났다. 반면, 간호조무사의 수는 읍면동별 장기요양기관 수의 분포에 비례하여 많은 것으로 나타났는데, 이는 노인요양시설의 간호사 인력 배치가 의무가 아니기 때문으로 해석된다. 입소자 30명 미만의 노인요양시설에는 1명의 간호사 또는 간호조무사를, 입소자 30명 이상의 시설에는 입소자 25명당 1명 이상의 간호사 또는 간호조무사를 두도록 하고 있기 때문에 대부분의 노인요양시설에서는 간호사 대신 간호조무사를 고용하고 있는 것으로 보인다(그림 4-6 참조).

5개 이상의 장기요양기관이 분포하는 읍면동 지역에는 대부분 사회복지사들이 분포하고 있었지만, 4개 이하의 장기요양기관이 분포하는 지역의 경우 노인요양시설에 근무하는 사회복지사가 한 명도 없는 경우도 있었다. 입소자가 30명 이상인 노인요양시설에서는 1명 이상의 사회복지사를 의무적으로 두어야 하지만,²⁵⁾ 30명 미만인 경우에는 사무국장 또는 사회복지사를 두도록 하고 있어 사회복지사가 없는 노인요양시설도 존재한다(그림 4-7 참조).

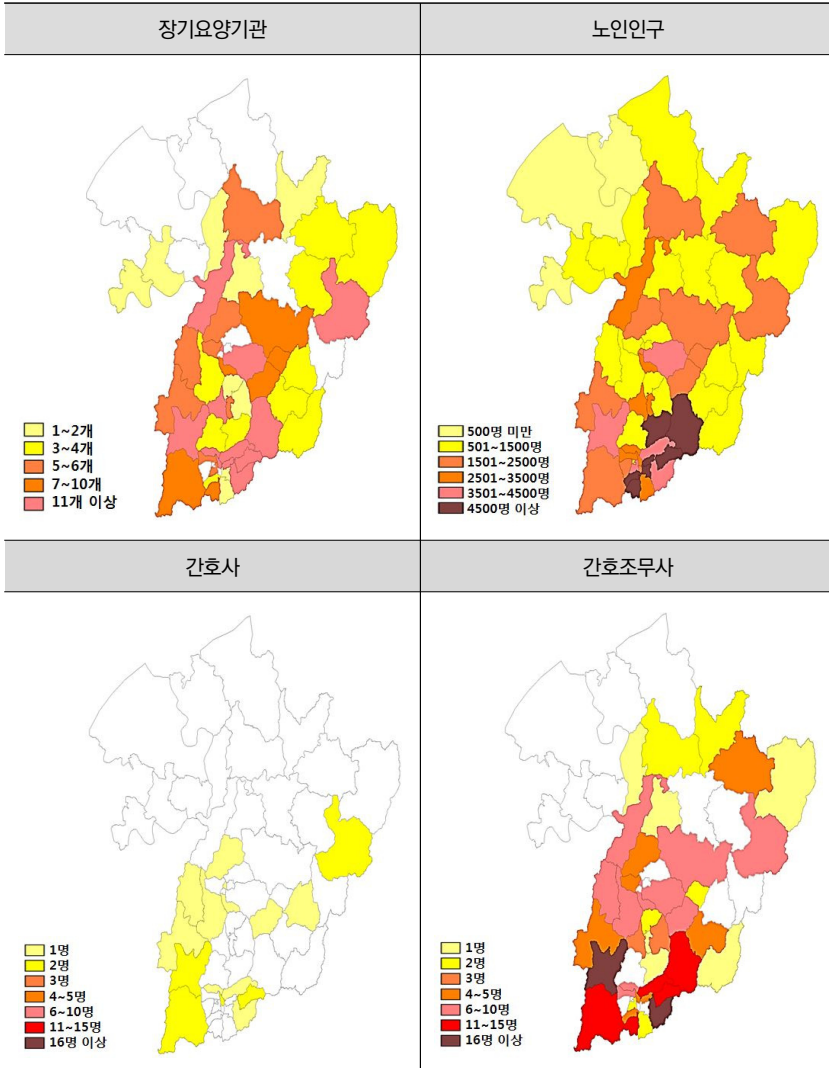
25) 노인복지법 시행규칙. 제22조(노인의료복지시설의 시설 기준 등). 별표4. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준: 입소자 30명 이상 노인요양시설은 사회복지사 1명을 배치해야 하며(입소자가 100명 초과할 때마다 1명 추가), 10명 이상 30명 미만 시설은 사무국장 또는 사회복지사 1명을 배치해야 함.

장기요양기관이 많이 분포하는 지역일수록 물리치료사의 수도 많이 분포하고 있었지만 여전히 그 수는 부족하며, 특히 작업치료사 인력은 물리치료사 인력보다도 더 부족한 것으로 나타났다(그림 4-7 참조). 이는 앞서 보건의료제공기관에서 작업치료사가 부족하였던 결과와 비슷하며, 경기 북부 권역에서는 뇌졸중 재활환자들의 일상생활 회복을 위한 작업치료 제공이 제한적임을 보여 준다. 특히 입소자 30명 이상의 노인요양시설에서는 물리치료사 또는 작업치료사 중 1명²⁶⁾만 배치하면 되고, 30명 미만의 시설에서는 물리치료사 또는 작업치료사 배치가 의무가 아니기 때문에 물리치료사와 함께 작업치료사 인력까지 고용하는 시설은 극히 드물 것이다(그림 4-7 참조).

또한 입소자 30명을 기준으로 직원 배치 기준이 달라지기 때문에 시설 정원이 29명인 경우 사회복지사와 물리치료사 및 작업치료사의 배치가 의무가 아니다. 실제로 노인요양시설 중 정원이 29명에 해당되는 시설이 다수 있었고, 이들 기관에서는 사회복지사나 물리치료사 및 작업치료사 배치가 의무가 아니기 때문에 법에 따른 인력 배치 기준을 준수하더라도 노인 입소자들에게 충분한 서비스를 제공할 수 있는 수준으로 서비스 제공 인력이 배치되고 있지는 못하다.

26) 노인복지법 시행규칙. 제22조(노인의료복지시설의 시설 기준 등). 별표4. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준: 입소자 30명 이상 노인요양시설은 물리치료사 또는 작업치료사 1명을 배치해야 하며(입소자가 100명 초과할 때마다 1명 추가), 10명 이상 30명 미만 시설은 물리치료사 및 작업치료사 배치 기준이 없음.

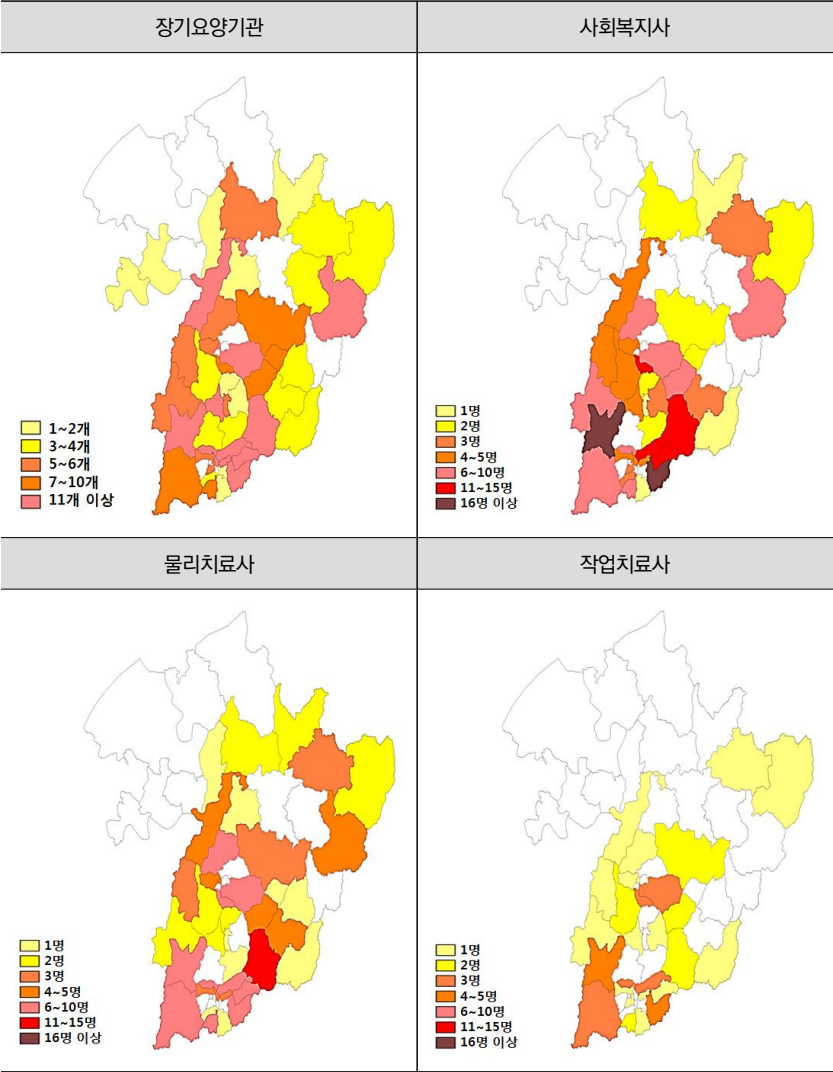
[그림 4-6] 경기 북부 권역 노인요양시설 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지

(<http://www.longtermcare.or.kr/npbs/r/a/201/selectLtcoSrhc.web?menuId=npe000000650>)에서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

[그림 4-7] 경기 북부 권역 노인요양시설 재활서비스 인프라 지도: 읍면동별 분포



자료: 건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지
(<http://www.longtermcare.or.kr/npbs/r/a/201/selectLtcoSrch.web?menuId=npe000000650>)에서 2017. 10. 20. 인출한 정보를 활용해 연구진이 도식화.

제3절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 탐색: 서비스 디자인 기법 활용

1. 서비스디자인의 필요성과 목적

현재까지 대부분의 재활의료서비스는 제공자 중심으로 계획·제공됨으로 인해 많은 서비스가 이미 존재함에도 대상자가 서비스 존재 자체를 모르고 있거나, 현실과 동떨어진 서비스를 제공하고 있어 실제 이용도와 만족도가 낮은 경향이 있었다.

뇌졸중 발병 이후 재활이 필요한 다수의 사람들은 재활, 향후 거취 등과 관련한 정보나 지역사회 서비스에 대한 정보를 지인을 통해 얻거나 개인의 상식 수준에서 대처하고 있다. 즉, 이미 제공되고 있는 서비스를 제대로 활용하지 못하고 있으므로, 이용자의 경험을 반영해 재활의료서비스 제공 방식을 전환함으로써 보다 실질적으로 운영 가능한 모형을 정립할 필요가 있다. 이에 따라 이용자의 경험을 파악하고 지역사회에 존재하는 재활 관련 서비스를 연결·통합하여 개선된 재활의료서비스를 제공하기 위한 통합의료서비스 제공모형에 대한 연구가 필요하다.

본 연구에서는 지역사회 현장에서 제공되고 있는 노인 뇌졸중 환자 대상 재활과 관련 의료서비스 이용 현황을 이용자의 경험을 중심으로 조사하고 보다 원활한 재활서비스를 제공할 수 있는 통합의료서비스 제공모형을 도출하고자 하였다. 이를 위해 의정부를 중심으로 동두천, 포천, 연천을 포함한 경기 북부 지역 거주자 중 뇌졸중 진단 경험이 있는 이용자를 대상으로 심층 인터뷰, 관찰, 코디자인 워크숍 등 정성적 조사 방법을 적용해 뇌졸중 재활 관련 서비스 이용자들의 생생한 경험을 조사하였다. 이를 바탕으로 이상적인 형태의 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을

도출하고 현재 제공되고 있는 서비스와의 차이를 비교 분석함으로써 향후 이루어져야 하는 노인 대상의 재활의료서비스의 방향을 제시하고자 한다.

2. 서비스디자인 수행 체계

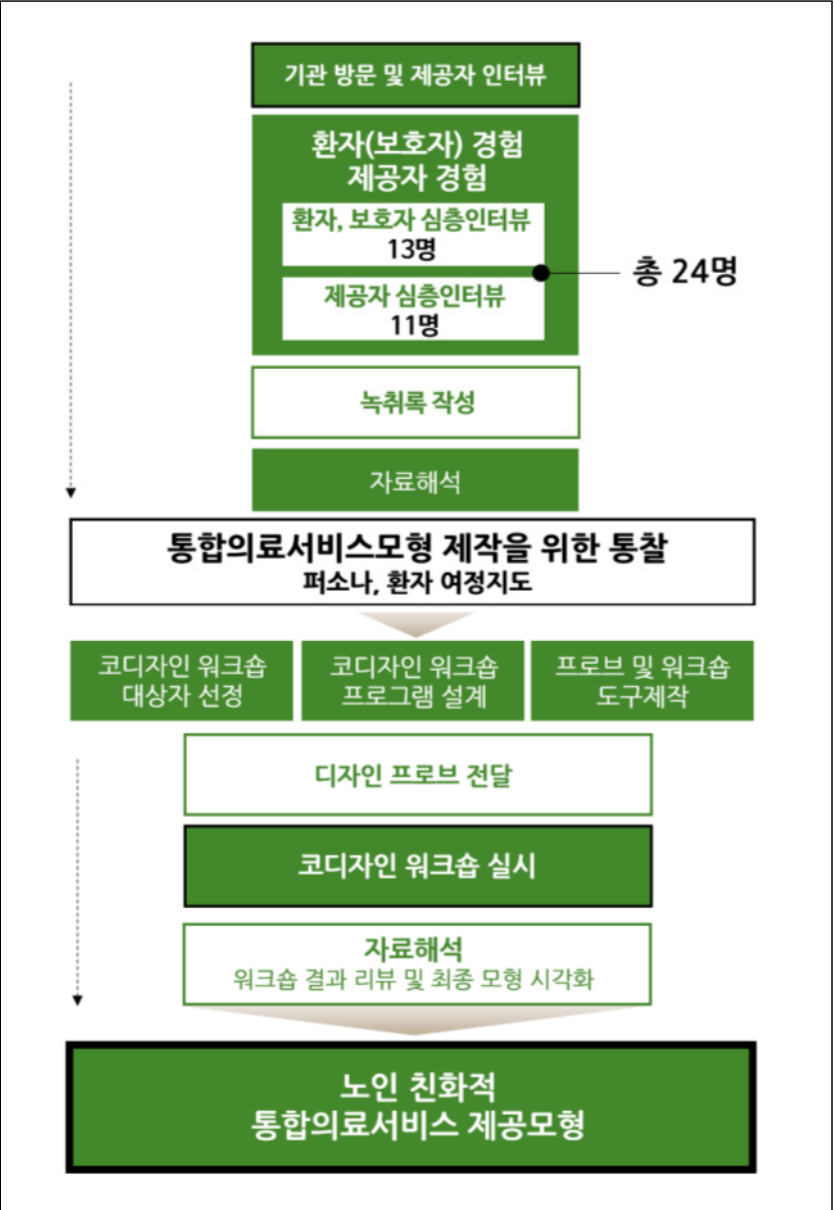
뇌졸중 경험이 있는 환자와 그들을 간병한 경험이 있는 보호자 등 의료 서비스 이용자를 포함하여 뇌졸중 치료 및 돌봄과 관계된 제공자 총 24명을 대상으로 심층 인터뷰를 실시하였다. 먼저 심층 인터뷰를 통해 지역사회 현장에서 제공되고 있는 뇌졸중 관련 의료 자원의 종류와 이용 현황을 파악하였다. 또한 인터뷰를 통해 도출된 노인 뇌졸중 환자의 행동 특성, 생활 패턴, 니즈(needs) 등을 반영하여 전형적인 형태의 가상의 인물인 퍼소나(personas)로 구성하였고, 2개 유형의 퍼소나를 도출하였다.

다음으로 퍼소나가 경험한 일을 시간의 순서대로 나열하여 퍼소나의 유형별로 각각 여정지도를 작성하였다. 이용자가 겪고 있는 경험을 크게 발병 전, 발병, 발병 후의 세 단계로 분류하고 각 단계를 응급, 입원, 요양, 외래 등으로 세분화하여 표현하였으며, 이때 이용자가 겪은 감정의 흐름을 함께 포함함으로써 이용자 관점에서 문제가 되는 지점을 한눈에 파악할 수 있도록 시각화하였다.

마지막으로 이상적인 형태의 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 구체화·시각화하였다. 코디자인 워크숍에서 노인 뇌졸중 치료 및 돌봄과 관계된 다양한 이해관계자가 모여서 토론과 실습을 통해 통합의료서비스 제공모형을 공동 제작하였다. 이해관계자가 통합의료서비스 제공모형 제작 과정에 직접 참여해 의견을 반영함으로써 보다 실질적인 결과를 끌어내고자 하였다.

코디자인 워크숍은 심층 인터뷰 내용을 바탕으로 인터뷰 대상자 중 서비스 제공자 및 관련자, 환자 보호자 등 6인을 워크숍 참여자로 모집했다. 참여자들이 이상적인 형태의 노인 친화적 통합의료서비스에 대한 개인적인 경험을 원활하게 공유하고 아이디어를 표현할 수 있도록 워크숍을 위한 단계별 계획을 수립하였다. 총 3시간 이내의 내용으로 계획하였으며 계획에는 워크숍 프로그램과 실행을 위한 도구의 사용 및 디자인 프로브(Design Probes)라는 사전 과제 등이 포함되었다. 워크숍 수일 전에 프로브를 참여자들에게 전달하고 워크숍에 지참하도록 하여 참여자들이 주제에 대해 사전에 생각하고 올 수 있도록 계획하였다. 워크숍은 동영상, 사진, 음성 등으로 기록되며 워크숍 완료 후 기록 자료들과 함께 참여자들이 작성한 결과물을 리뷰하고 해석하여 연구자들의 아이디어와 결합하여 최종 결과물을 도출하였다.

[그림 4-8] 연구 수행 체계

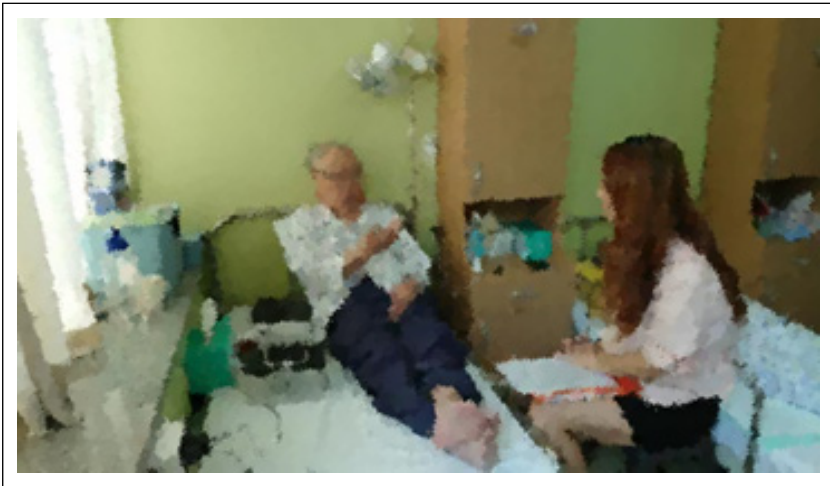


3. 서비스디자인 방법

가. 심층 인터뷰

심층 인터뷰는 1:1 면담이 기본으로 연구 주제에 대한 개인의 경험이나 전문지식에 대하여 심도 있는 질의응답이 가능하다. 한 번에 약 1시간이 소요되며 인터뷰 대상자의 의사 표현력이나 인터뷰어와의 유대감의 정도에 따라 더 길어질 수 있다. 사전에 주요 질문을 설계해서 실시하나 인터뷰의 맥락에 따라 추가 질문이 가능해서 대상자에 따라서는 풍부한 정보를 얻을 수 있는 반면에 여러 인터뷰 대상자 간의 질문이 상이해지는 단점이 있다.

[그림 4-9] 본 연구의 환자 심층 인터뷰 장면



심층 인터뷰는 환자의 행동과 생활양식 등 반복해서 나오는 내용을 도출하고 뇌졸중 환자의 경험에 대한 통찰을 얻기 위한 연구 방법이다. 환

자가 직접 경험한 것과 보호자가 관찰하고 경험한 내용, 의료진이 파악한 환자의 특성 등 여러 시각에서 노인 뇌졸중 환자들이 경험하고 있는 현황을 파악하여 이해를 높일 수 있다. 보호자는 환자가 아니지만 환자를 옆에서 돌보는 사람으로 환자가 경험하는 것을 직·간접적으로 함께 경험하며 때로는 환자보다 더 극한 체험을 하게 되기 때문에 환자의 경험과 동일하게 인식하고 인터뷰를 진행하였다.

또한 면담자 중 코디자인 워크숍에 참가하여 통합의료서비스 제공모형을 구체화하는 작업에 적합한 대상자를 모집하였다. 대상자는 인터뷰 참여자 중 전문 분야에 대한 지식과 환자에 대한 경험이 많은 사람을 선정하여 모집하였다. 심층 인터뷰를 통하여 사전에 형성된 인터뷰어와의 유대 관계는 향후 코디자인 워크숍에서 더 나은 결과를 끌어내는 데 도움이 된다.

이 연구에서 서비스 디자인을 위한 심층 인터뷰 대상자 기준과 인터뷰 내용은 다음 표와 같이 설정하였다.

〈표 4-3〉 조사 대상자 기준

구분	내용
환자	- 65세 이상 - 경기 북부의 의정부를 비롯한 양주, 포천, 동두천, 연천 등이 주요 거주지인 자 - 뇌졸중(뇌경색 또는 뇌출혈) 병력이 있는 자 - 고혈압, 당뇨 등 만성질환 동시 보유자 - 인지 능력이 적절하고 소통이 가능한 자
보호자	- 위의 조건(환자 조건)을 갖춘 노인 환자 간병 경험자
재활의료서비스 제공자	- 장애인 복지관, 요양시설, 재활전문병원, 종합병원 등에 근무하고 있는 전문의, 간호사, 물리치료사 등의 전문가

〈표 4-4〉 주요 인터뷰(질문) 내용

구분	주요 내용
환자 및 보호자	- 뇌졸중 발병 당일 상황과 감정 - 뇌졸중 발병 전까지 평소 건강관리 방법 - 뇌졸중 발병 이후 병원 입원부터 집이나 요양 시설로 옮긴 현재까지 겪은 과정과 그때의 감정 및 기억에 남는 갈등 상황 - 병원 퇴원 후 (급성기 치료 이후) 치료 또는 케어 서비스를 받고 싶은 장소 [요양병원/요양시설/집] - 환자의 거취 문제와 재활 방법 및 장소 선택 등 환자의 병원 퇴원 후 계획 수립 방법 - 요양병원(요양시설)에 머물 때 병원에 갈 필요가 있는 상황에 대한 경험 - 재활치료 방법과 목표 - 뇌졸중 예방과 치료의 전체 과정에서 환자(보호자)가 겪고 있는 가장 큰 어려움과 해결 방법 - 정부, 지역사회 등에서 제공하는 65세 이상 노인 대상 의료 서비스에 대한 정보 - 뇌졸중 치료 전체 과정에서 환자의 회복을 위해 필요하다고 생각하는 서비스 - 만약 지역사회에서 '뇌졸중 환자를 위한 통합 서비스'라는 것을 제공 한다면 어떤 것들이 포함되고, 어떻게 운영되면 좋을지 제안
제공자	- 뇌졸중 환자와 관련한 현재 업무 내용 - 노인 뇌졸중 환자가 많이 발생하는 시기나 상황 및 의정부를 포함한 경기 북부의 노인 뇌졸중 환자의 특징 - 의정부시 내의 뇌졸중 관련 서비스 제공 체계의 특징과 다른 지역 대비 강점 또는 약점 - 노인 뇌졸중 환자의 급성기 치료 후 재활 서비스 제공의 시작과 끝에 대한 계획 - 뇌졸중 환자들의 재활치료 및 목표 - 환자들이 요양병원(요양시설)에 머무는 동안 겪은 의료 욕구 발생 상황 및 해결 과정 - 뇌졸중 예방과 치료 전체 과정에서 노인 환자(보호자)들이 겪는 어려움과 극복을 위한 노력 [신체적/정서적/시간적/경제적/물리적 어려움] - 지역사회와 함께 진행하고 있는 노인 대상 의료 서비스 - 노인 뇌졸중 환자 치료(돌봄)에 있어서 전문가로서 혹은 개인적으로 / 사회적으로 / 제도적으로 어려운 점과 해결 방안 - 지역사회의 자원을 활용한 '뇌졸중 환자를 위한 통합 서비스'에 포함할 내용 제안 [예방 → (급성기, 아급성기)치료 → 장기요양 → 돌봄]

실제 인터뷰는 대상자가 근무하고 있는 장소 또는 거주지 등으로 방문해 익숙하고 편안한 분위기에서 인터뷰가 가능하도록 고려했다. 1인당 1

시간~1시간 반에 걸쳐 실시하였고, 한번에 한 명의 대상자를 인터뷰하는 것을 원칙으로 하였으나 경우에 따라서는 두 사람의 대상자를 한 번에 면담하기도 하였다. 두 사람을 동시에 면담한 경우는 서로 친분이 있는 관계로 함께 이야기해서 내용적으로 보완이 가능하거나 심리적으로 더 편안함을 느낄 것으로 판단되었을 때 함께 실시하였다. 최종적으로 위의 기준에 부합하는 환자 10명과 보호자 3명, 서비스 제공자 11명에 대한 심층 인터뷰를 진행하였다.

〈표 4-5〉 조사 대상자 개요: 제공자

번호	근무지	직급 및 직책	관련근무 기간
1	의정부시 소재 대학병원	재활의학과 전문의	15년
2	포천시 소재 재활병원	이사장(재활의학과 전문의)	20년
3	의정부시 소재 대학병원	신경과 전문의	15년
4	의정부시 소재 요양병원	이사장(신경과 전문의)	18년
5	의정부시 소재 요양병원	원장(비뇨기과 전문의)	9년
6	의정부시 소재 요양병원	진료과장(신경과 전문의)	6년
7	의정부시 소재 공공병원	가정 간호사	14년
8	의정부시 소재 요양원	원장(물리치료사)	15년
9	의정부시 소재 재활병원	진료원장(재활의학과 전문의)	7년 6개월
10	의정부시 소재 재활병원	원장(신경과 전문의)	13년
11	의정부 종합장애인 복지관	사회복지사	1년 6개월

나. 퍼소나(Personas)와 서비스 여정지도(Service Journey Maps)

퍼소나란 여러 명의 조사 대상자들의 특징을 압축하여 만든 전형적인 형태의 가상 인물로 인간 중심적 디자인(Human-centered Design) 방법의 하나이다. 퍼소나는 조사에서 발견된 대상자들의 특징과 현재 서비스 이용 시 느끼는 어려움, 니즈 등을 포함하고 있으며 이러한 내용을 디자인 팀 혹은 연구자들이 공유하고 기억하기 용이하게 한다. 실재하는 사

람처럼 구성함으로써 팀이 공동으로 새로운 아이디어를 낼 때 이야기를 통한 감정 이입을 용이하게 하여 이용자 관점의 아이디어를 도출하기 쉽도록 만들어 주며, 대부분은 조사를 통해 만난 사람들의 특징을 반영하나 일부는 허구의 내용을 포함할 수 있다.

서비스여정지도는 퍼소나 관점에서의 경험을 시간순으로 나열하여 시각화하는 방법이다. 서비스 접점에서 일어나는 일뿐만 아니라 퍼소나의 감정 흐름을 한눈에 파악할 수 있다. 이를 통해 이용자가 당면할 수 있는 문제를 단계별로 분석하는 것이 가능하다.

본 연구에서는 심층 인터뷰를 통해서 파악된 뇌졸중 환자와 보호자의 경험을 바탕으로 환자의 행동 패턴, 생활양식, 환자가 느끼고 있는 어려움, 재활 및 복지 서비스에 대한 니즈 등을 반영하여 퍼소나와 환자여정 지도를 도출하였다.

도출된 퍼소나는 코드자인 워크숍 프로그램의 일부로 이용되어, 뇌졸중 환자의 니즈가 최종 도출될 통합의료서비스 모델에 원활하게 반영되도록 하는 역할을 한다. 워크숍 참가자들은 퍼소나로 대변되는 노인 뇌졸중 환자의 입장이 되어 그들이 가진 문제를 바라보고 해결책을 끌어낸다.

다. 디자인 프로브(Design Probes)

디자인 프로브는 주로 개인의 일상생활과 같은 인터뷰나 관찰 등의 방법을 통해 연구자가 직접 조사가 불가능한 상황을 조사하기 위해 이용하는 방법이다. 미리 계획된 과제와 그것을 수행할 수 있는 도구들을 꾸러미로 만들어 조사 대상자에게 전달하여 작성하게 하고, 그 내용을 받아 자료로 이용한다. 주로 다이어리, 일회용 카메라, 사진카드 등으로 구성되며 주제에 따라 구성 내용은 달라진다. 보통 1주일 정도의 작성 시간이

주어지는데 이때 작성자가 얼마나 충실하게 작성했는지에 따라 자료의 질이 달라진다. 자료 작성의 충실도를 연구자가 직접 컨트롤하기가 어렵다는 단점이 있다.

본 연구에서 디자인 프로브는 워크숍 참가자들에게 미리 전달되어 워크숍 내용을 먼저 생각하고 참가할 수 있도록 만드는 사전 과제의 의미를 가진다. 간단한 리플릿의 형태로서, 주제와 관련해 워크숍 참가자의 개인적인 경험을 상기시킬 수 있도록 구성하였으며 워크숍 3~4일 전에 전달했다. 이를 통해 참가자들이 시간을 갖고 주제에 대해 생각해 볼 수 있도록 하였으며 워크숍 당일에 각자 작성한 디자인 프로브를 가지고 오도록 공지하였다.

[그림 4-10] 참여자들에게 전달한 디자인 프로브 꾸러미



라. 코디자인 워크숍(Co-Design Workshops)

코디자인 워크숍은 서비스 이용자를 포함한 이해관계자들이 디자인 과정에 직접 참여하여 소통함으로써 서비스를 개발하는 디자인 방법이다. 참가자들의 집단적 창의력(collective creativity)을 통해 융합적인 결론

에 이르도록 만들어 주며, 워크숍에서 다양한 시각화 도구를 이용함으로써 아이디어의 단계별 발전을 꾀할 수 있다. 이때 워크숍 참가자들이 자유롭게 토론하며 비교적 짧은 시간에 합의를 거쳐 결론에 이르도록 미리 워크숍 프로그램을 정교하게 계획하는 것이 필수이다.

[그림 4-11] 코디자인 워크숍 장면



코디자인 워크숍 대상자는 인터뷰 대상자 중 근무 분야에 대한 전문성과 함께 의견 개진이 활발하고 적극적인 태도를 가진 사람을 중심으로 선정하였다. 6명으로 이루어진 참가자 그룹은 의정부 소재 의료기관에 종사하고 있는 서비스 제공자, 보건의료 및 복지 관련 정책 연구자, 뇌졸중 환자의 보호자로 이루어져 있다. 여기에서 보호자는 다른 전문가들과 마찬가지로 ‘보호자경험전문가’로 활동한다. 보호자경험전문가는 오랜 기간 환자를 가까이에서 보살피며 얻은 경험적 지식을 바탕으로 의견을 개

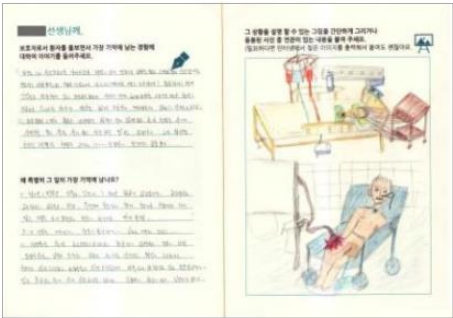
진함으로써 팀 전체에 환자와 보호자로서의 시각을 끊임없이 상기시켜 환자 중심적 결론에 이를 수 있도록 만드는 중요한 역할을 담당한다.

〈표 4-6〉 코디자인 워크숍 참가자

번호	근무지	직급 및 직책
1	의정부시 소재 요양병원	진료과장(신경과 전문의)
2	의정부시 소재 공공병원	가정 간호사
3	의정부시 소재 재활병원	원장(신경과 전문의)
4	국립재활원	간호사
5	한국보건사회연구원	연구원
6	-	보호자경험전문가

워크숍은 경기 북부 지역의 이상적인 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 도출하는 것을 목표로 2017년 10월 13일(금)에 실시하였다. 과제 진행의 전 과정은 동영상 및 사진 촬영, 음성녹음 등을 통해 기록되었다.

〈표 4-7〉 워크숍 프로그램

단계	시간	내용
준비	40분	주제 소개 및 팀 빌딩
1	30분 (각5분)	[나의 이야기] 각자 작성한 프로브를 돌아가면서 보여 주며 참여자 개인이 만난 가장 기억에 남는 노인 뇌졸중 환자에 대한 이야기를 공유한다. [그림] 참여자가 작성한 프로브 
2	30분	[지역사회의 보건의료서비스] 1. 프로브를 통해 들은 이야기와 연관된 보건의료서비스, 사회복지 서비스 등을 떠올리고 그 내용을 포스트잇에 써서 원 안쪽에 붙인다. (10분) 2. 프로브에서 언급한 이야기를 떠올리며 사진카드를 보고 제공되었으면 좋았을 만한 서비스는 어떤 것이 있는지 떠올리고 포스트잇에 써서 원 바깥쪽에 붙인다. (20분) [그림] 2단계 과제 수행 장면 

단계	시간	내용
3	45분	[이상적인 통합의료서비스] 1. 인터뷰를 통해 나온 퍼소나(길하루 님)를 제시하고 사고를 당한 상황에서 길하루 님을 회복시키기 위해 단계별로 어떤 것이 필요한지 논의한다. (40분) (상황) 혼자 사는 길하루 님이 10일이라는 긴 추석 연휴를 보내게 되었다. 복지관 점심도 없고 살림을 도와주던 도우미도 오지 않는다. 혼자 끼니를 때우고 잠을 자다가 새벽에 화장실에 다녀오던 중 낙상으로 고관절이 부러진다. [응급, 수술] -> [입원, 재활] -> [요양병원] -> [요양원] -> [자택] -> [예방]의 순서로 논의하고 논의한 내용을 포스트잇에 기록하고 붙인다. 2. 길하루 님의 삶의 질을 높이고 생활로의 복귀를 돕기 위해 지역사회에서 제공할 필요가 있다고 생각되는 필수적인 서비스에 대해 의논하여 원형 스티커로 표시한다. (5분) [그림] 3단계 과제 수행 장면 
마무리	20분	[최종 결과물에 대한 발표 및 발전 방안에 대한 토론] 각 단계에서 환자(보호자)가 참여할 수 있는 단계는 어디이고 어떤 방식으로 참여할 수 있을지 토론한다.

마. 코디자인 워크숍 자료 해석

워크숍을 통해 얻어지는 데이터는 크게 두 가지로, 참가자들이 공동으로 작업한 단계별 과제의 결과물인 물리적 자료와 활동 과정을 기록한 영상, 음성, 사진 등이 있다. 물리적 자료는 과제 내용에 따라 포스트잇에 작성된 노트, 그림이나 만들기 등이 있다. 주요 아이디어들은 물리적 자료에 글이나 그림의 형태로 기록이 되나 세부내용이 부족하거나 실제 토론 내용과 상이하게 작성된 내용이 담길 수 있어 자료를 해석할 때 활동 과정을 담은 동영상 등의 데이터와 상호 보완적으로 다루어진다. 코디자인 워크숍과 같이 정성적 방법을 통해 얻어진 자료의 해석은 다양한 배경을 가진 다학제적 팀에 의해 수행되어야 보다 객관적인 결과물을 얻을 수 있다.

본 연구에서도 연구진의 공동 자료 해석 과정을 거쳤으며, 최종 결과물을 얻기 위해 아래와 같은 단계를 거쳤다.

- ① **물리적 자료 리뷰:** 워크숍이 끝나고 모아온 물리적 자료들을 보면서 워크숍 과정에서 나왔던 토의의 주요 내용을 상기시킨다.
- ② **동영상 파일 리뷰를 통한 진술카드 작성:** 동영상 파일을 돌려보며 자료 해석에 참여한 연구팀이 중요하거나 흥미롭다고 생각하는 워크숍 참여자들의 발언을 기록하여 카드로 만든다. 카드 하나에는 하나의 인용구를 담는다.
- ③ **패턴 및 테마 도출:** 진술 카드를 돌려 읽으며 공통적인 개념들을 가진 카드끼리 모으고 제목을 붙인다.
- ④ **디자인 원칙 도출:** 이전 단계에서 나온 패턴과 테마를 중심으로 통합의료서비스 제공모형이 갖추어야 할 핵심 원칙을 끌어낸다.

- ⑤ **통합의료서비스 제공모형에 대한 토론 및 시각화:** 디자인 원칙을 수용할 수 있는 제공모형의 개념도를 구체화한다.

[그림 4-12] 자료 해석을 위한 진술카드 모으기 장면



4. 서비스 디자인 기법 적용 결과

가. 심층 인터뷰 결과

심층 인터뷰를 진행한 환자와 보호자의 특성과 인터뷰 결과는 다음 표와 같다.

(표 4-8) 조사 대상자 개요: 환자

번호	나이	성별	거주지	뇌졸중 발병일	병명	급성기 치료 병원	개요
1	69	남	의정부 소재 요양병원	2006년	뇌경색 편마비 천식 고지혈증 불면증	부산대학 교병원	발병 전 부산에 거주했고 슬하에 아들과 딸이 한 명씩 있으나 연락이 되지 않음. 2006년 어느 날 지인과 만나 식사를 마치고 담배를 피우던 중 허가 말리는 증상을 느끼고 바로 바로 119에 연락하여 근처 병원 응급실로 이송됨. 이송된 병원에서 혈전용해제를 처방할 수 있는 전문의가 없어 앵벌린스를 타고 5개의 병원을 전전하다가 3시간 이상이 흘러 초기 대응을 못 해 증상이 악화되었음. 부산대학교 병원에서 20일 약물 치료 후 병원에서 추천한 재활전문병원으로 옮겨서 3개월 재활치료를 받음. 이후 지인들이 소개하는 요양원과 요양병원을 몇 년씩 전전하다 현재 머물고 있는 요양병원으로 오게 됨. 발병 전에도 운동을 많이 했었기에 재활을 위해 걷기와 기구운동을 스스로 목표를 세우고 꾸준히 했으나 몸 상태에 맞지 않는 너무 심한 운동을 하다가 오히려 어깨 탈구가 됐고 그 이후 상태가 더 악화되어 재활훈련을 포기한 상태임. 현재는 요양병원 건물 1층의 편의점을 하루에 4번씩 오가며 담배를 피우고 오는 것을 재활훈련 대신으로 생각하고 있음.
2	82	남	의정부 자택	1995년	뇌경색 편마비 고혈압	서울 마포소재 한의원	발병 전 미아리 근처에서 거주했고 본부인과 이혼하고 혼자 살고 있었음. 근무하고 있던 회사의 사모님과 매일 다툼이 있어 스트레스가 극심하던 어느 날 몸 상태가 급격히 나빠져 막내 사위에게 살려 달라고 전 화함. 막내 사위가 데리고 간 한의원에 한 달간 입원했으나 같은 병실의 다른 사람이 퇴원한다고 해서 따라 퇴원함. 퇴원 후 물리치료는 몇 번 받았으며 지팡이를 잡고 이동이 가능해서 다른 사람 도움 없이 생활했으나 현재는 주로 전동 휠체어를 타고 이동함. 서울 금오동 소재의 장애훈련 도와주는 교회에서 생활하다 같은 장애인인 현재의 부인을 소개 받았고 의정부로 이사 오게 됨. 매일 집으로 도우미가 와서 가사를 도와주고 운동법도 알려주지만 힘들고 귀찮아서 하지 않음.

번호	나이	성별	거주지	뇌졸중 발병일	병명	급성기 치료 병원	개요
3	73	남	의정부 자택	1차: 1991년 2차: 1992년	뇌경색 편마비 고혈압	1차: 한의원 2차: 의정부 의료원	부인과 이혼 후 독거. 겨울 어느 날 지인의 부탁으로 중국집에 일을 하러 갔는데 갑자기 왼손이 움직이지 않았음. 누군가 종이 왔을 때 목욕탕의 뜨거운 물에 들어가면 풀어진다는 이야기를 했던 것이 생각나 목욕을 하러 갔으나 상태가 나빠짐. 소개로 간 한의원을 쫓아 집에 머물며 내원하여 침을 맞고 한약을 먹었으나 따로 물리 치료는 없었음. 1년 만에 뇌경색이 재발함. 전 앞에 있는 시각장애인인 친을 보내주는 곳에서 침을 맞고 마사지를 받음. 현재는 전동 휠체어를 타고 외출하기도 하나 주변 사람들이 휠체어를 많이 타면 다리 근육이 줄어들다고 해서 휠체어 없이 일부러 걸으려고 노력함. 매일 점심을 복지회관에서 해결하고 있음.
4	66	여	의정부 자택	1998년	뇌출혈 편마비 고지혈증 지방간 고혈압	강릉 동인병원	40대 후반에 이혼 후 독거. 98년 의정부 수혜로 인해 집이 없어 전전하다 지인을 만나러 강원도에 갔다가 발병. 발병 전날 입이 마비되는 증상이 나타났다가 사라졌으나 대수롭지 않게 여기다가 다음 날 119로 실려가 뇌출혈 진단받음. 처음 실려 간 병원에서 보호자와 연락이 되지 않는다는 이유로 수술 없이 12시간 방치되었음. 아들은 연락이 안 되며 딸은 연락이 되나 딸 또한 생활 형편이 어려워 엄마를 도와줄 상황이 안 됨. 전문재활치료는 받은 적이 없으며 혼자 걷거나, 침을 맞으며 호전되기 위해 노력했으나 차도가 없었음.
5	66	남	의정부 자택	1998년	뇌출혈 편마비 고혈압	의정부 백병원	새벽에 생선을 옮기는 작업을 하다 쓰러져 한 달 만에 깨어남. 일하다가 쓰러져서 산재로 인정받아 의정부백병원에 3년 2개월 입원. 발병 전 뒷목이 아픈 전조 증상이 있었으나 대수롭지 않게 여기며 물파스를 바르며 버렸음. 재활치료는 주로 스스로 노력에 의지했으며 걷기와 말하기 연습을 주로 했음. 그 노력으로 지금은 의사소통이 가능하게 되었다고 믿고 있음.

번호	나이	성별	거주지	뇌졸중 발병일	병명	급성기 치료 병원	개요
6	74	여	의정부 자택	2007년	뇌경색, 오른쪽 다리마비	오산 한국병원 -> 순천향병 원	어느 날 저녁을 먹고 자다가 왼쪽 다리부터 이상한 감각을 느낌. 통증 이 오른쪽 다리로 옮겨가며 밤이 안 나오고 몸을 쥐어짜는 듯한 고통 을 느낌. 남편이 애타게 손을 댔고 그 이후에는 기억 없음. 수술 후 다리 상태가 돌아오지 않아 침을 많이 맞으며 다님. 발병 1년 후 남편 이 먼저 사망함. 근처에 사는 큰딸이 왔다 갔다 하며 돌봐주고 있음. 시간상으로 기억을 배치하지 못함.
7	71	여	의정부 자택	1998년	심장병, 뇌경색, 당뇨병, 왼쪽 편마비	의정부 백병원	아침 준비를 하려고 참치를 병을 잡았다가 놓치면서 자신의 상태가 평 소와는 다르다는 것을 느낌. 집 근처를 돌아 앞집에 들러 아침을 먹고 정오가 되어서야 아들 내외가 집에 와서 함께 병원에 갔. 의정부백병원 에 2달 반 동안 입원했으나 별 차도가 없어서 빨리 퇴원하겠다고 말하 기도 했음. 퇴원 후 경희대병원에 갔더니 할 수 있는 게 없다는 이야기 를 들음.
8	64	여	의정부 자택	2000년	뇌경색, 당뇨병, 왼쪽 편마비	집근처 의원(현재 없어짐)	식당일을 하며 과로, 수면부족으로 40대에 뇌경색이 왔고 발병하던 날에 대한 기억이 하나도 없음. 안면(입)마비, 언어장애, 인지장애, 왼 쪽 마비가 왔고 집 근처 병원에서 잠깐 치료 받고 퇴원 후 할렐루야 기도원에서 3년간 지냄. 택시 운전을 하는 오빠가 차에 태워 전국에 움하다는 병원과 한의원을 수소문해서 다녔고 그 노력으로 상태가 호 전되어 안면마비, 언어·인지 장애 없이 일상생활을 하고 있음. 교회에 서 같은 병을 앓고 있는 현재의 남편을 소개로 만나 의정부에 정착해 살고 있음.
9	71	남	의정부 자택	2007년	뇌경색, 하지마비	서울대학 교 병원	67세 부인, 41세 아들과 권태이녀 하우스에 함께 거주. 10년 전 길거 리에서 대포차에 의해 교통사고를 당했음. 이마가 찢어지고 장이 파열 되고 다리가 부러지는 큰 사고를 당했으나 경제력이 없어 제대로 치료 를 못 받음. 교통사고 이후 뇌경색을 진단 받음. 처음에 사고 장소에서

번호	나이	성별	거주지	뇌졸중 발병일	병명	급성기 치료 병원	개요
							가까운 의정부 추병원으로 갔다가 서울대학교병원으로 이송되어 1년 반 입원 후 집으로 퇴원. 혼자 거동이 어려워 주로 집에만 머물며 하루 종일 TV만 보고 있음. 집에서는 밥식을 깔고 팔 힘으로만 움직이며 밖에 나갈 때는 전동 휠체어를 타고 다님. 지금이라도 다리 수술을 받고 싶지만 돈이 없어 포기한 상태임.
10	65	남	의정부 자택	2009	뇌경색, 파킨슨병, 고혈압	서울대학 교병원	자녀들이 중·고등학교 때 자녀교육을 위해 미국으로 이민. 미국 시카고에서 창고 작업 중 낙상을 당해 뇌경색이 의심되었으나 보험이 없어 병원 치료를 받지 못 함. 점점 증상이 심각해져 사고 후 3년을 미국에서 더 머물다 홀로 귀국함. 귀국 이후 가족들과의 연락이 끊어졌음. 한 국으로 돌아와 병원 진료를 받고 파킨슨병이 발병했다는 사실을 알게 되었음. 동생이 있는 의정부로 오게 됐고 현재는 지인들의 도움으로 월 세방을 얻어 홀로 거주하고 있음.

〈표 4-9〉 조사 대상자 개요: 보호자

번호	나이	성별	거주지	직업	환자와의 관계	환자 개요
1	51	여	청주	개인사업	딸	○ 82세 / 남성 • 직업: 농부 • 거주지: 연천군 중면 자택 • 병명: 뇌출혈, 편마비, 치매, 고혈압 • 뇌졸중 발병일: 2017년 6월 • 급성기 치료병원: 의정부 성모병원 부인과 말다툼을 하고 난 직후 거실에 고개를 떨구고 쓰러져 있는 것을 딸이 발견해서 119에 연락함. 유전신 안쪽에 거주하고 있어 방명록을 써야 하나 딸이 미리 초소에 연락해두는 등 빠르게 대처하여 병원으로 이송. 딸 2, 아들 1, 부인이 있으나 부인도 건강이 좋지 않아 미혼인 둘째 딸이 부모를 혼자 간호하고 있음. 재활을 받고 싶지만 이동이 여의치 않아 받지 못하고 가끔 한의원에서 침을 맞고 있음.
2	67	남	포천	경비	남편	○ 65세 / 여 • 직업: 주부 • 거주지: 포천 소재 재활병원 • 병명: 뇌경색, 편마비, 언어장애, 인지장애, 심장병, 당뇨병, • 뇌졸중 발병일: 2016년 7월 • 급성기 치료병원: 의정부 성모병원 한 달 전부터 눈이 침침하고 머리가 아프다고 호소하며 인과를 다님. 발병 전 6개월 정도 전부터는 평소 다니던 헬스클럽에서의 운동도 중단했음. 남편이 외출한 사이 집에 혼자 있다가 쓰러져 최소 4~5시간 동안 방치된 뒤 외출에서 돌아온 남편이 발견하고 119로 이송됨. 상태가 심각하여 뇌를 여는 수술을 받은 이후 의식은 깨어났으나 언어 장애와 인지장애를 갖게 됨. 수술 후 병원의 권유로 재활병원으로 옮겨 재활치료를 받

번호	나이	성별	거주지	직업	환자와의 관계	환자 개요
						고 있음. 남편은 가망이 없다고 생각하지만 아직 희망을 버리지 않고 있음. 뇌졸중 발병 10년 전 서울대학교 병원에서 심장 수술을 받았고 이후 외래에서 심장약을 처방받아 관리하고 있음. 자녀들은 직장을 다녀서 바쁘고 경제적인 여유가 없어 남편이 직접 병간호를 하고 있으나 남편도 대상포진을 오랫동안 앓았으며 건강이 좋지 못함.
3	70	여	동두천	주부 (간병인)	부인	○ 73세 / 남 • 직업: 아파트경비 • 거주지: 동두천 자택 • 병명: 뇌경색, 편마비, 고혈압, 파킨슨병 • 뇌졸중 발병일: 2004년(2017.07.04. 사망) • 급성기 치료병원: 경희대병원 -> 동두천중앙성모 걸음걸이가 이상해지고, 인지능력이 떨어지고 있는 것을 간병인으로 오래 일한 부인이 발견하여 병원 진료를 권했고 집 근처 병원에서 뇌경색이 4군데 발생한 것을 진단받은 이후 경희대병원으로 전원되어 수술 받고 회복, 퇴원 후 장애인5급 판정을 받고 주간보호소를 다님. 동네에서 걸어 다니며 휴지를 주는 공공근로를 재할 겸해서 했으나 점점 걸기가 어려워짐. 어느 날 교회에 갔다가 맘을 비 오듯이 흘러 동두천 중앙성모 외래로 몇 번을 찾았으나 의사가 계속 감기약과 신장약을 처방했음. 약을 복용했으나 증상이 계속되어 119 구급대에 의해 같은 병원으로 이송되어 다른 의사에게 폐렴 진단을 받음. 경희대병원으로 전원되어 5개월 입원. 입원을 계기로 파킨슨 전문 교수로 주치의의를 바꾸고 48시간 동안 뇌파 검사를 받은 이후 코마상태에 빠졌다가 깨어난 뒤 인지장애가 생김. 요양병원의 비용이 너무 비싸고 부인이 요양보호사 경험이 있어 집으로 퇴원했으나 부인도 고령에 허리디스크가 있어 다른 요양보호사를 집으로 불러 간병했고 가정간호를 이용했음. 목욕서비스를 받기 위해 집으로 부른 요양보호사들의 실수로 뜨거운 물이 흐르는 샤워기를 다리에 올려놓아 화상을 크게 입었으며 고통스러움 화상 치료를 받고 완치되었으나 얼마 후 사망함.

나. 퍼소나와 환자·보호자 여정

심층 인터뷰를 통해서 파악된 뇌졸중 환자와 보호자의 경험을 바탕으로 환자의 행동 패턴, 생활양식, 환자가 느끼고 있는 어려움, 재활 및 복지 서비스에 대한 니즈 등을 반영하여 2개 유형의 퍼소나와 여정지도를 도출하였다. 65세 이상의 노인으로 보호자 없이 혼자 생활하고 있는 퍼소나와 보호자가 직접 간병하고 있지만 보호자의 건강도 좋지 않은 상태에 있는 보호자 퍼소나로 구분하였다. 두 유형 모두 공통적으로 경제적 여건이 좋지 않고 환자가 편마비에 거동이 어려운 특징을 포함하고 있다.

두 퍼소나의 관점에서 각각 서비스여정지도를 작성하여케어세팅 별로 환자와 보호자가 겪고 있는 문제를 시간의 흐름에 따라 분석했다.

[그림 4-13] 환자 피소나

반복되는 좌절과 외로움에 지친 삶을 살고 있는 환자



길하루 (여, 66세)

- 사는곳: 의정부 LH 임대주택 / 혼자 거주
- 병명: 뇌출혈, 뇌경색, 편마비(왼쪽), 고혈압, 당뇨
- 가족관계: 딸과 아들이 있지만 결혼해서 각자의 가정을 꾸리고 사느라 연락이 잘 되지 않음

“어차피 낫지도 못하는 병,
무리해서 운동하다 남은 팔마저 영영 못 쓰느니
아무것도 하지 말자”

이용현황(Use):

- 매일(월-금) 오전 11:30분에 집 근처 복지관에서 무료 점심을 먹음. 생활 도우미가 월-금 3시간씩 집에 방문해서 집안 청소와 저녁 준비를 해줌. 주말이나 긴 연휴에는 아무도 오지 않고 복지관도 문을 닫아서 편의점에서 빵이나 라면을 사다가 때움.
- 정부에서 지급해준 전동 휠체어를 사용 중
- 의료보험공단 도우미가 한 달에 한 번 방문해서 반찬 만들어 줌
- 한 달 수급비(아직 생일이 지나지 않아 노령 연금 받지 못함): 약 60만원 / 장애인연금 28만원 + 기초생활수급비 30만원

니즈(Needs & Wants):

- 전동 휠체어의 배터리 교체 비용이 저렴 해졌으면 좋겠음. 지금은 수급비를 모아서 배터리를 바꾸고 고장 수리하는데 많이 쓰고 있음
- 늘 만나는 사람들만 만나고 비슷한 이야기를 하니 사회로부터의 소외감이 커서 새로운 사람을 만나고 싶음
- 원가 할 수 있는게 있었으면 좋겠음. 긴 하루에 아무것도 하는것이 없으니 심심하고 힘들고 경쾌없이 돌아다니는게 전부임
- 시각장애인들이 해주는 물리치료가 효과가 좋아서 계속 하고 싶는데 2년 받았더니 정부 지원이 더 이상 안된다고함

어려운 점 (Pain Points & Frustrations):

- 고혈압과 가족력이 있지만 심각하게 생각 안함. 젊고 건강해서 뇌경색이 올 거라고 전혀 예상 못함. 발병 당시 병원에 빨리 갔지만 담당 의사가 퇴근해서 응급 주사를 맞지 못했고 다른 병원 서너곳을 밤새 돌아다니다 치료 시간을 놓침
- 증상에 별 차도가 없고 병원비가 쌓여가는 상황이라 6개월 만에 퇴원하고 주변 사람들이 소개해주는 저렴한 요양원을 4~5년 떠돌아 다님. 재활치료는 알지도 못했고 상의할 사람 역시 부재. 스스로 열심히 움직이고 노력해야 좋아진다는 생각에 너무 무리해서 다리 운동을 하다가 발목을 다쳐서 오랫동안 아팠음. 이로 인해 몸을 움직이지 못했더니 살이 찌고 마음도 우울해짐. 마음을 굳게 먹고 운동을 다시 시작해서 어떻게든 경계선은 운동량을 맞추려고 욕심 내다보니 어깨가 탈골 됨. 어차피 낫지도 못하는 병, 이러다가 팔을 영영 못쓰겠다는 두려움에 운동을 그만 둠. 그 후로 아무것도 하지 않음
- 뇌경색 발병 후 1년만에 뇌경색 재발. 마비가 심해짐
- 새벽에 화장실 가려다 침대에서 미끄러져 고관절이 부러짐. 그 이후로 낙상에 대한 두려움이 커졌음
- 집 안에서 기어서 움직이고 화장실에서는 한 손에 의지해서 일을 보고, 바닥에 다 올리고, 그걸 처리하고 옷을 입어야 하는 상황이 힘겹고 비참 해서 죽고 싶다는 생각을 많이 함
- 전동 휠체어 배터리 교체 비용이 비싸서 수급비 모아놓은 비용을 거의 다 배터리 사는데 쓰고 있음(배터리 수명: 1년~1년 반)
- 전동 휠체어를 타고 다니니 비슷한 사람들끼리는 말을 섞기 쉬워도 멀정한 사람들은 이야기에 잘 끼워주지 않음. '나를 병신이라고 생각하겠지'라고 생각함
- 한 회에 먹고 있는 알약이 7개나 되어 약을 한 두개 빼고 싶어서 의식한데 상의하고 약 개수를 줄여 봤는데 하루 이틀 지나니 몸이 뻣뻣해져서 다시 7알 복용 중
- 못 고치는 병에 걸렸고, 해가 갈 수록 몸이 더 좋아지지 않을 것을 아니까 딱히 삶에 대한 의욕도 없고 바라는 것도 없음

[그림 4-15] 보호자 퍼소나

환자와 함께 고통 받고 있는 보호자



보호자: **나도호** (여, 72세)

환자: **고통만** (남, 75세)

- 사는곳: 집은 경기도 연천, 현재 요양병원은 의정부
- 가족관계: 결혼 한 딸 둘과 아들 하나 있지만 바빠서 자주 찾아오지 못 함
- 병명: 뇌출혈, 뇌경색, 오른쪽 마비, 고혈압, 초기 치매, 언어장애

“나도 무릎이 아파서 도움이 필요한데,
남편 간병하다 허리 디스크에 대상포진까지 왔어.
이러다 내가 먼저 죽겠어”

이용현황(Use):

- 휠체어 사용을 신청해 놓은 상태 (1년에 5만원)
- 환자가 수술 후 병원에 입원 했을 당시 간호사의 간호간병 서비스를 1달 받았는데 믿을 만 하고 좋았음
- 요양보호사 한 명이 6인 병실을 관리하는 요양시설은 마음에 들지 않아서 선택하지 않음

니즈(Needs & Wants):

- 깨끗하고 안심할 수 있는 간호 간병 서비스를 받고 싶음(치매 증상을 보이는 환자들이 같은 병실에 있으니 더 괴롭고 보기 힘들고 요양보호사들이 깔끔하게 돌봐주지 않는것 같음)
- 이동을 도와주는 서비스 - 차량과 사람이 있으면 좋겠음(보호자가 혼자서 남편을 이동시키는것이 버거움)
- 전부터 알고 있던 질환때문에 먹고 있는 약이 있는데(10년 전 심장 수술), 새로운 병원의 의사가(뇌출혈) 다니던 병원의 의사와 알아서 상의해 약 처방을 조절해 주면 좋겠음
- 믿음만한 사람이 목욕서비스를 자주 해줬으면 좋겠음

어려운 점(Pain Points & Frustrations):

- 원래 심장 질환이 있어서 운동을 하고 약도 먹고 있었지만 최근 6개월은 아무것도 하고싶지 않고 무기력해서 운동을 그만 둘. 며칠 두통이 있고 속이 좋지 않았지만 소화 불량이라 생각하고 무시함.
- 아내는 남편이 피곤해서 자는 줄 알았으나 새벽에 시작 된 뇌출혈로 못 일어남. 뒤늦게 발견하고 119 불렀지만 집이 연천의 군사분계선 안쪽이라 앰بول런스가 출동해서 검문 단계를 거치고 들어와야했음. 이과정에서 군 부대와 병원간의 의사소통이 제대로 안되어 시간 지체됨. 뇌출혈이 시작되고 병원 이송까지 5시간 이상 걸렸고 환자 상태가 악화 됨.
- 수술 후 한 달 정도는 말도 거의 못하고 의식도 뚜렷하지 않아 가족들의 걱정이 컸음. 비싼 간병인을 쓸 수도 없고 자식들도 각자 생활하기 바쁜 상황. 수술 후 환자가 초기 치매 증상까지 보이면서 아내만 찾고 다른 사람들은 물에 손도 못대게 해서 간호는 모두 아내의 몫. 아내역시 양쪽 무릎이 다 안좋아서 도움을 받아야 할 처지인데 24시간 남편을 돌보느라 허리 디스크에 대상포진 발병
- 퇴원 후 거처를 옮겨야 하는데 남편을 돌보느라 시간이 없어서 병원 간호사들이 추천해주는 요양시설의 팜플릿을 보고 전화를 해서 조건을 알아봄. 가격이 싼 요양원은 인식도 좋지 않고 대부분 중국인 요양사가 6명을 한꺼번에 돌보고 있어서 비싸더라도 재활치료가 가능한 요양병원을 선택.
- 대소변을 다 받아 내야하고 초기 치매 증상으로 가끔씩 새벽에 깨서 이거 해달라 저거 해달라 요구하니가 아내의 차라리 남편이 빨리 저 세상으로 가게 낫겠다고 생각함.
- 부주의한 요양보호사가 환자 팔에게 화상을 입혀서 오랫동안 고생함. 노련하고 믿음만한 사람이어서 목욕 서비스를 해줬으면 좋겠음. 아내 혼자서는 남편을 씻길 수가 없음.
- 외부 병원을 가야 할 상황이 생기면 아내 혼자 남편을 데리고 움직일 수가 없음. 운전과 환자 이송 과정을 도와주는 서비스가 있으면 좋겠음.

다. 코디자인 워크숍 결과

코디자인 워크숍 결과 현재 노인 대상 서비스 제공 체계의 핵심 문제로 다음과 같은 것이 도출되었으며 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료 서비스 제공을 위해서는 이를 고려한 사례가 필요한 것으로 나타났다.

1) 정보 제공과 소통을 위한 채널의 부재

뇌졸중 환자의 치료와 재활과 관련한 의료·요양·복지 서비스는 이미 다양하게 존재하고 있다. 그러나 서비스가 필요한 다수의 환자나 보호자들은 서비스의 존재 자체를 몰라서 이용하지 못하는 경우가 많았다. 실제로 본 연구를 통해 조사했던 대부분의 환자나 보호자들은 주변 지인이나 비슷한 병력을 가진 사람들이 전해주는 단편적인 정보에 의지하고 있었다. 심지어는 길거리에서 우연히 만난 사람이 알려줘서 주민센터로 갔고 장애인 관련 서비스에 대한 상담을 받을 수 있었다는 조사 대상자도 있었다.

의료기관에 종사하고 있는 의료진 또한 양질의 정보를 갖고 있지 못한 것은 마찬가지다. 의료진들은 뇌졸중 발병이 처음인 환자나 보호자들이 퇴원 이후 과정과 복지 서비스 등에 대해 질문하면 매우 당황스럽다고 한다. 의료진도 다른 환자들을 통해 서비스를 알게 되거나 개인적인 친분이 있는 기관 일부를 알고 있는 정도인 경우가 대부분으로, 매우 제한된 정보를 가지고 있을 뿐이기 때문이다. 이 때문인지 의료진과의 상담 과정이 있음에도 대부분의 환자와 보호자들은 치료나 재활에 대해 의논하는 과정은 없었다고 대답했다.

기관 간의 정보 연계에도 문제가 있다. 현재 기관별로 비슷한 서비스를

제공하고 있어도 이들 기관끼리의 정보 연계가 없어 누가 어떤 서비스를 받고 있는지 알 수 없다. 그래서 정보를 많이 가진 사람들은 한꺼번에 같은 혜택을 여러 기관에서 중복해서 받기도 하고 반대로 정보가 없는 사람들은 하나도 못 받고 있기도 하다. 이들 기관 간에 정보 교환이 되지 않는다는 점을 악용하는 소수의 사람에게 의료나 복지 혜택이 편중되는데 사실상 통제가 되지 않고 있다. 설령 해당 기관이 그 사실을 알아도 실적을 이유로 모른 척 넘어가기 때문에 정보의 양에 따른 혜택의 편중 문제는 해결되지 않는다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 의료·요양·복지 서비스를 아우르는 정보 창구를 일원화하는 방안이 필요하다. 정보를 바탕으로 이용자의 케어 단계별로 필요한 다양한 서비스를 연계시켜 줌으로써 혜택의 쏠림을 방지하고 지역사회 자원을 최대한 활용할 수 있는 시스템을 갖추어야 한다.

2) 전문성을 바탕으로 한 신뢰 형성 미비

사설 요양원은 대부분 전문성이 떨어지고 제공하는 서비스가 신뢰할 만한 수준이 못된다고 알려져 있다. 시설 수준과 인력 수준이 환자에게 요구되는 수준보다 낮아 적절하게 케어할 수 없는 것이다. 현재의 노인장기요양등급 체계에서 요양원 입소 자격이 되는 1, 2등급의 경우 대부분 병원의 의료서비스가 필요한 환자이나 요양원에는 의료진이 상주하지 않기 때문에 적절한 치료를 받기 어렵다. 촉탁의 제도가 있으나 요양원 입소자의 의료 요구를 수용하기에는 한계가 있다. 환자들이 대부분 복합질환을 갖고 있지만 촉탁의는 전문 진료과목이 한정되어 있어 영역을 벗어난 문제 발생 시 빠른 대응이 어렵기 때문이다. 요양원에 근무하고 있는

인력도 훈련을 충분히 거치지 않은 간호조무사나 영양보호사인 경우가 대부분이다. 이들은 입소자들에게 필요한 기본적인 처치 능력조차 갖추지 못한 경우가 많아 가정간호의 도움이 반드시 필요한 상황이다.

문제는 환자가 요양원 또는 요양원에서 파견된 영양보호사들로부터 전문성이 떨어지는 부적절한 서비스나 부당한 대우를 받아도 이를 감시하고 해결할 제도적 장치가 없는 것이다. 항의를 해도 영양보호사를 해고하거나 환자를 다른 시설로 옮기는 방법 등 문제 해결과는 먼 미봉책으로 끝나게 된다. 이 때문에 환자나 보호자들은 문제가 생겨도 이를 드러내고 시정을 요구하지 못한다. 이 때문에 서비스 질이 높은 공공 요양원이나 요양병원을 희망하는 사람이 많지만 그 수가 전체의 2.2%에 불과해 5년 이상을 대기해야 한다고 한다.

이를 해결하기 위해서는 국가 주도로 의료서비스 기능이 재정립되어야 하며 현실을 반영해 환자의 의료적 니즈를 해결할 수 있어야 한다. 또한 그 안에 이용자들의 목소리를 반영해야 할 수 있는 방안을 포함시켜 서비스의 질에 대한 감시와 개선이 이루어져야 한다.

3) 재활치료에 대한 낮은 인식

경기북부의 뇌졸중 환자들은 발병 전의 모습으로 돌아가고자 하는 의지는 높았지만 상대적으로 재활치료에 대한 인식이 낮은 경향이 있어 상태가 호전될 수 있는 기회를 놓치는 경우가 많았다. 환자들은 치료 단계에서 일상생활 복귀에 이르기까지의 단계별 상태에 대한 지식 없이 자의적인 판단에 의지해서 치료 여부를 결정하고 있었다. 병원에서 받는 재활치료가 돈을 지불하기에는 너무 단순하다고 믿어서 한의원에서 침을 맞는 것이 더 좋은 재활치료라고 생각하는 경우도 많았다. 심지어는 자신의

몸 상태에 대한 이해 없이 자신이 믿는 대로 고강도의 운동을 하다 골절상을 입어 상태를 악화시키기도 했다.

환자들이 자의적 판단에 의지할 수밖에 없는 이유는 앞으로 겪게 될 상황을 잘 모르고 그 대응 방법에 대해 의논할 상대가 없기 때문이었다. 전문적인 지식이 아닌 주변에서 들은 단편적인 지식과 정보만으로 판단을 해야 하기에 그러한 결정이 앞으로의 회복 과정에 미칠 영향을 예측하기 어려운 것이다.

따라서 환자에게는 뇌졸중 치료에서 회복기, 유지기에 이르기까지 단계별 전문 지식과 정보를 갖추고 올바른 판단에 도움을 줄 조력자가 필요하다. 또한 보호자는 환자가 의료기관이나 요양시설에서 집으로 퇴원할 때 발생 가능한 상황별로 대처할 수 있도록 체계적인 교육을 받아야 한다.

4) 과중한 경제적 부담

뇌졸중 환자의 재활과 회복을 논할 때 환자나 보호자가 감당해야 하는 경제적인 부담은 빼 놓을 수 없는 문제다. 경제적 부담은 환자가 재활치료를 포기하게 만드는 가장 큰 요인이다. 재활치료는 발병 초기부터 지속적인 관리가 필요하고 적절한 시기를 지나면 효과가 떨어지는데 경제적 부담으로 인해 시기를 놓치게 되면 발병 전 삶으로의 복귀는 멀어지게 되며 이후 삶의 질은 떨어지게 된다.

간병 또한 큰 경제적 부담이다. 간병이 필수적이거나 간병인을 고용할 경우 환자는 병원비 외에 개인 간병비로 한 달에 250만~300만 원을 부담해야 한다. 웬만한 가정에서는 쉽게 내기 어려운 금액이다. 간병비 부담을 덜기 위해 가족이 직접 간병을 해도 부담은 마찬가지다. 거의 24시

간을 환자 옆에 있어야 하므로 경제 활동을 중단할 수밖에 없기 때문이다. 환자 개인의 경제적 부담을 줄일 수 있어야 재활을 통한 회복이 가능해진다.

5) 돌봄 제공자에 대한 케어가 없는 상황

환자의 회복과 관련해 보호자나 간병인 같은 돌봄 제공자의 역할은 매우 핵심적이다. 돌봄 제공자의 관리와 관심 정도에 따라 환자의 호전도는 크게 달라진다. 사실상 보호자나 간병인의 도움이 없는 상태로 병원에 입원해 있던 한 환자의 경우 심한 섭망 증세와 함께 위생 상태가 너무 나빠 의료진도 회복을 장담하기 힘들었다고 한다. 우연히 병문안을 온 지인의 도움으로 24시간 간병인을 구할 수 있었고 이후 상태가 크게 호전되어 섭망이 없어졌음은 물론이고 혼자 거동할 수 있는 상태로 퇴원했다고 한다.

이렇듯 돌봄 제공자의 도움은 환자 회복을 위해 필수적이지만 정작 그들을 위한 케어는 없는 상황이다. 투병 기간이 긴 뇌졸중 환자의 보호자는 오랜 간병 생활로 인해 신체적인 어려움은 물론이고 정신적인 스트레스와 우울증에 쉽게 노출된다. 노인 환자는 보호자도 고령인 경우가 많아 이러한 신체적, 정신적 어려움을 견디지 못하고 질병이 생기거나 심한 경우 환자보다 먼저 사망하는 경우도 있다. 돌봄 제공자의 소진(burn-out)은 본인에게도 문제이지만 환자를 돌보는 사람으로서 환자의 회복에 대한 의지가 약해지면서 돌봄의 질 또한 떨어지게 된다. 따라서 돌봄 제공자의 소진을 방지할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 예를 들어 심리상담 프로그램을 제공하거나 정기적으로 간병에서 벗어나 휴가나 여행을 다녀올 수 있도록 지원한다. 이를 통해 장기간의 돌봄이 필요한 환자에게 보다 나은 간병이 제공될 수 있을 뿐 아니라 돌봄 제공자가 환자가 되는

상황도 방지할 수 있다.

5. 서비스 디자인 적용 결과의 시사점

이 장에서는 국내의 노인 대상 보건의료 및 복지 서비스 현황과 서비스 통합사례를 살펴보고, 서비스 디자인 기법을 적용하여 경기 북부 권역을 중심으로 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 탐색하였다. 그 결과 도출된 내용들이 시사하는 바는 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스는 아래 세 가지 요소를 반드시 고려해야 한다는 것이다.

첫째, 환자 개개인이 겪은 경험을 중심으로 의료·요양·복지의 경계 없이 정보 제공과 서비스 연계가 이루어져야 한다. 개개인의 경제 상황이나 가족관계 등 개인의 경험에 대한 포괄적 이해를 바탕으로 삶의 질을 높이기 위해 치료와 재활, 돌봄을 계획해야 한다.

둘째, 환자는 물론 돌봄 제공자에 대한 케어 제공이 필요하다. 환자의 회복과 재활에서 보호자 또는 돌봄 제공자의 역할은 핵심적이다. 간병의 질에 따라 환자의 회복 속도가 달라지기 때문이다. 보호자는 환자의 투병 기간 동안 환자와 같은 상황을 경험하거나 때로는 극심한 스트레스와 육체적 피로로 인해 환자보다 극한 상황으로 쉽게 내몰린다. 따라서 이용자 관점의 통합의료서비스는 보호자 경험을 환자 경험의 연장선에서 이해하고 이들을 위한 계획을 포함해야 한다.

셋째, 이용자 관점의 통합의료서비스에서는 환자·보호자를 정보나 서비스를 제공하는 대로 받는 수동적 인물이 아니라 자신의 건강을 위해 활동하는 능동적 주체로 인식한다. 케어디자인 팀은 이용자가 질병을 극복하고 건강을 유지하도록 돕는 조력자로서 이용자와 동반자 관계를 유지한다. 또한 환자·보호자가 경험 전문가로서 케어디자인 팀의 일원으로 참

여하여 다른 환자·보호자가 케어 계획을 세우는 것을 돕는데 이것의 배경에는 이용자로서 겪은 경험이 다른 분야별 전문가들의 전문성과 다르지 않다는 인식이 바탕이 된 것이다.

제 5 장

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형(안)

제1절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스

제공 체계와 전략

제2절 모형 적용을 위한 정책적 주요 쟁점과 고려사항

제3절 소결

5

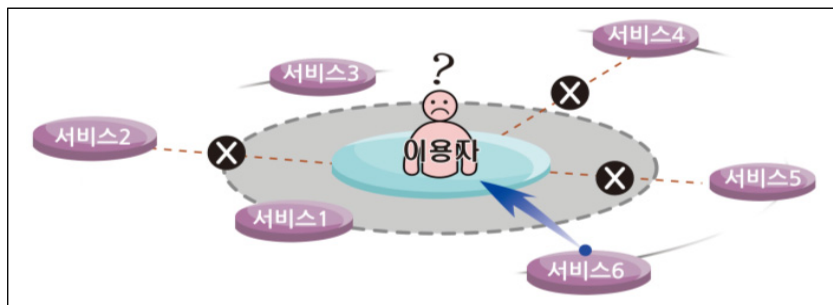
지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형(안) 《

제1절 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계와 전략

1. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위해 국내 서비스 제공 현황과 인프라를 분석하고 서비스 디자인 기법을 적용하여 제공모형을 탐색한 결과, 현재 제공 체계의 가장 큰 문제점은 다양한 서비스와 정책이 있으나 이용자가 이것을 잘 알고 있고 적합한 서비스 제공자를 찾을 역량이 있어야만 적절히 이용 가능하다는 것이었다(그림 5-1). 그러나 현실은 서비스 제공자와 이용자 모두 이들 정책과 서비스 정보에 대한 접근성이 떨어진다는 점이다. 따라서 이러한 문제점을 해결하는 방향으로 서비스 제공 체계가 구축되어야 한다.

[그림 5-1] 현재의 노인 대상 서비스 제공 방식



주: 코디자인 워크숍을 통해 도출된 현재 노인 대상 서비스 제공체계의 문제점을 연구진이 도식화.

가. 서비스 제공 체계 디자인의 원칙

제3장에서 고찰한 국내외 통합서비스 현황과 제4장에서 서비스 디자인 기법을 적용해 통합의료서비스 제공모형을 탐색한 결과를 바탕으로 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계 디자인을 위한 다섯 가지 원칙을 도출하였다(표 5-1).

〈표 5-1〉 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계의 디자인 원칙

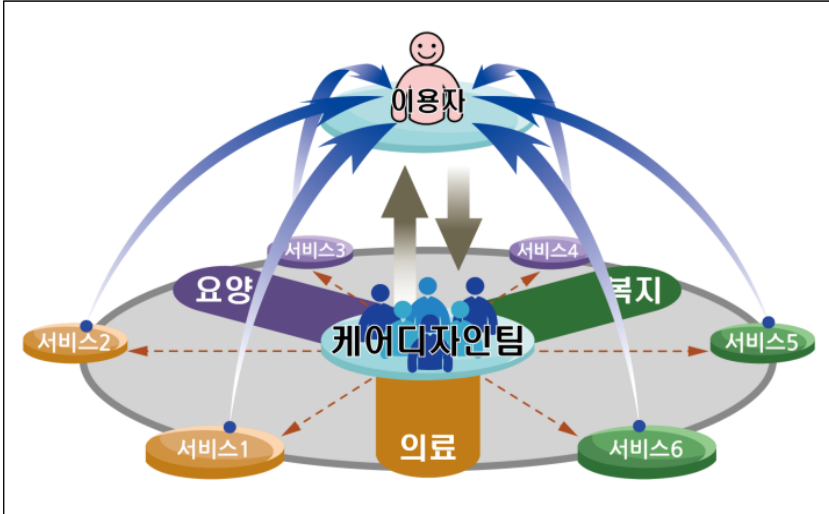
노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계의 디자인 원칙 (Design Principle)

- 첫째, 공공의 리더십과 거버넌스를 강화해야 한다.
- 둘째, 단일 소통 창구를 통한 정보 코디네이션을 제공해야 한다.
- 셋째, 의료, 요양, 복지를 아우르는 다학제적 접근을 해야 한다.
- 넷째, 돌봄 제공자를 위한 서비스를 제공해야 한다.
- 다섯째, 환자, 보호자 참여를 통해 상호 신뢰를 쌓아야 한다.

나. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계 구성안

도출된 다섯 가지 원칙과 현재 우리나라 상황을 고려하였을 때, 노인 대상 서비스 제공 체계는 무엇보다 이용자 중심으로 구성되어야 한다(그림 5-2).

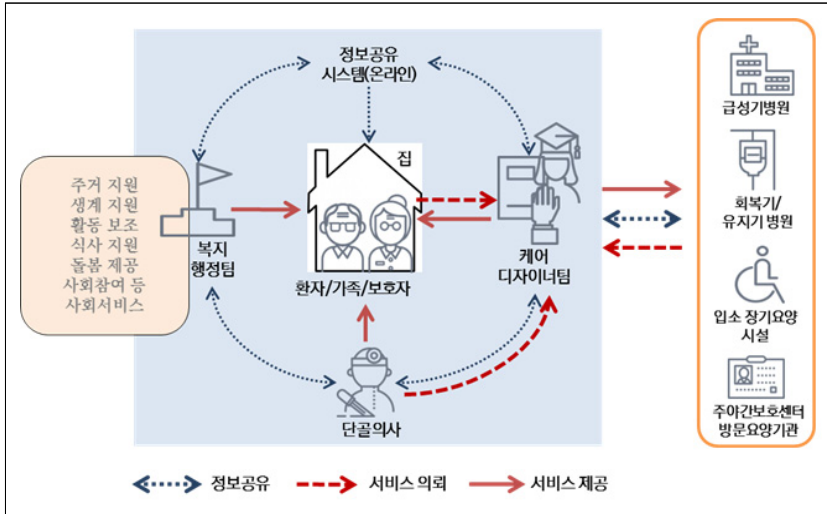
[그림 5-2] 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 제안



주: 코드자인 워크숍을 통해 도출된 결과를 연구진이 도식화.

노인 대상 통합의료서비스 제공 체계가 이용자 중심으로 구축되기 위해서는 크게 두 가지 축을 가지고 접근해야 한다. 신체적, 기능적 상황이 평소 살던 집에서 거주하기에 충분한 경우와 그렇지 않은 경우로 구분하고 각각의 세팅에서 어떻게 서비스를 통합적으로 제공할 수 있을지를 생각해야 한다. 집에서 생활할 경우 통합의료서비스 제공의 주체는 일차 의사인 단골 의사와 지방자치단체의 복지행정 담당 부서가 된다. 이때 보건과 복지 영역의 서비스를 이용자의 특성에 맞도록 조율하여 제공하기 위해 조정자 역할을 할 기구나 사람이 필요한데, 이 연구에서는 이것을 ‘케어 디자이너(팀)’로 명명하였다(그림 5-3). 또 다른 한 축은 신체적, 기능적인 상태가 집에 머무르지 못하는 상태일 경우 어떻게 통합서비스를 제공할 것인가이다. 이때 주요한 서비스 제공 주체로는 급성기·회복기·유지기 의료기관과 장기요양시설이 해당되며 여기에도 서비스의 조정자 역할은 케어 디자이너(팀)가 담당한다.

[그림 5-3] 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계(안)



자료: 문헌고찰, 국내외 사례 조사, 서비스 제공자와 이용자 대상 인터뷰, 코디자인 워크숍 등의 방법으로 연구를 진행하여 도출된 결과를 연구진이 도식화.

다. 서비스 제공 체계의 필수 구성 요소

1) 정보 교환과 서비스 연계를 위한 단일 플랫폼

의료·요양·복지 관련 서비스는 지역사회 내에서 다양하게 제공되고 있다. 다만 이용자가 가진 정보의 질과 양에 따라 서비스에 대한 접근성이 달라진다. 문제는 자원이 없는 것이 아니라 어떻게 골고루 분배하느냐이다. 이것의 핵심에는 정보의 교환이 있다. 원활한 정보 교환을 위해서는 단일 소통창구를 통한 정보 코디네이션이 필수적이며 이것은 이용자 관점에서 쉽게 접근 가능하도록 계획되고 운영되어야 한다.

플랫폼에는 각 기관이 어떤 서비스를 누구에게 어떻게 전달하고 있는지에 대한 정보가 모이게 된다. 이 정보에 따라 환자와 보호자에게 시기

별로 필요한 정보를 제공하고 서비스를 연계해 주는 역할을 한다. 또한 플랫폼에 연결되어 있는 기관 간 정보를 공유할 수 있도록 해 지역사회 네트워크를 형성한다. 여기에는 병·의원, 요양시설, 장애인 복지관, 보건소, 주민센터 등 뇌졸중 환자의 급성기, 회복기, 유지기에 필요한 의료·요양·복지서비스를 제공하고 있는 기관이 포함된다.

운영은 보건소 또는 이에 준하는 공공기관의 주도로 이루어지는 것이 바람직하다. 공공기관은 민간 기관에서 접근 불가능한 정보를 이용하는 것이 가능하고 보다 윤리적이고 중립적인 지원이 가능하다.

정보 교환 통로를 제공하는 단일 플랫폼은 지역사회의 의료·요양·복지 관련 자원을 효율적으로 분배할 수 있도록 한다. 이용자 입장에서는 자신이 이용할 수 있는 서비스에 대한 정보를 한눈에 파악하는 것이 가능해 케어를 위한 계획을 세우는 것이 용이해진다. 이로써 단계별 재활을 통한 사회 복귀가 보다 원활해지며 삶의 질을 높일 수 있는 계기가 된다.

2) 다학제적 평가 및 계획을 위한 케어 디자이너

플랫폼의 중심에는 ‘케어디자인 팀’이 있다. 이들은 환자·보호자를 위한 조력자 집단으로 의료, 복지, 재무, 법률, 제도, 행정 등의 분야별 전문가로 구성된다. 지역단위로 팀이 구성되며 급성기와 아급성기 이후에 환자·보호자와 함께 케어 계획을 짜고 개인의 상황에 맞는 서비스를 연계해 준다. 현재는 서비스 이용자 입장에서 거쳐야 하는 절차와 법제도가 까다롭고 어려워 이를 간략하게 바꾸려는 노력과 함께 행정적 지원이 절실하다. 또한 환자 보호자의 경제력에 따라 케어의 범위가 달라질 수 있는데 사회계층 등 기준에 따라 경제적 지원이 가능하도록 연계한다.

케어디자인 팀에는 최소 한 명의 ‘케어디자이너’가 포함된다. 케어디자

이너는 환자, 보호자와 함께 치료, 재활, 영양 계획을 짤 수 있도록 분야별 전문가들을 모집하고 정보를 코디네이션하는 역할을 한다. 케어디자이너는 보건소 등 플랫폼 운영 기관에 소속되며 분야별 전문가는 지역사회 내 외부 기관에서 모집한다.

케어디자이너 팀에는 환자나 보호자로서의 경험이 있는 사람들 또한 일원으로 참여한다. 환자 보호자들은 이들과의 소통을 통해 경험에서 우려나오는 조언뿐 아니라 정서적, 심리적 지원을 얻을 수 있다.

3) 단계별 필요 서비스 연계·조정

이용자 관점에서 의료·요양·복지에 대한 정보와 관련 서비스가 영역의 경계나 구분 없이 통합적으로 제공되어야 한다. 이용자들에게 이들 영역간의 구분은 의미가 없으며 다만 케어의 단계에 따라 필요한 서비스가 있을 뿐이다. 따라서 정보 교환 플랫폼은 이용자의 생애 전 주기를 단계별로 구분하고 그에 알맞은 서비스를 영역의 구분 없이 제때에 연계해 주는 방식이 바람직하다. 케어디자이너 팀이 지원하거나 연계해 줄 필요가 있는 서비스들을 예방, 급성기, 회복기, 유지기의 4단계로 나누고 각 단계에서 필요한 서비스를 종합하는 것이 요구된다. 또한 각 단계마다 환자·보호자의 참여가 이루어져야 하는 부분은 강조될 필요가 있다. 특히 유지기는 지속적 관리가 필요한 시기로 재발 방지를 위해 노력해야 한다는 면에서 예방을 위한 서비스와 유사한 내용을 포함하고 있으나 유지기에는 좀 더 적극적인 외부의 지원이 필요하다는 면에서 심도를 달리한다. 예를 들어 같은 안전 생활 가이드의 적용이라도 유지기에는 혼자 거동이 안 되는 상태의 환자라면 행동 감지 센서 설치를 통한 모니터링 등 더 적극적인 외부 지원이 있어야 한다.

2. 노인 건강질병 여정에 따른 케어세팅별 통합의료서비스 제공 전략

노인 건강 여정은 (증상 또는 욕구 발생 시) 초기 접근 단계(Initial contact/access), 관리 및 계획 단계(Management and planning), 긴급·급성기 케어 단계(Crisis/acute care), 전문화된 노인 보건의료서비스 단계(Specialised aged healthcare), 재활 단계(Enablement/rehabilitation), 완화의료와 연명의료 단계(Palliative and EOL care) 등의 여섯 가지 단계로 구분할 수 있다. 이 여섯 단계에서 적절한 케어 또는 보건의료서비스가 잘 전달되기 위해서는 노인과 보호자, 그리고 제공자가 공동으로 케어의 내용과 목표 등을 수립하고 업데이트하는 케어 계획이 단계에 따라 다학제적으로 이루어져야 하며, 만성질환 관리와 관련 정보 제공, 케어 계획 공유와 같은 케어 코디네이션이 수반되어야 한다(NSW Agency of Clinical Innovation, 2014, p.11). 여섯 단계별 케어세팅의 의미와 노인 환자 대상 통합의료서비스 제공의 전략은 다음과 같다.

초기 접근 단계(Initial contact/access)는 노인이나 보호자가 요구하는 의료 서비스나 사회 서비스가 무엇인지 파악하는 단계를 의미한다. 이 단계에서는 기초적인 생체-심리사회적(bio-psychosocial) 평가도구를 활용한 선별과 평가, 노인의 즉각적인 필요 해결, 복합적인 평가와 케어 계획을 위한 다음 단계로의 전원과 연계, 초기 지원, 서비스 제공자와의 즉각적인 연결 등이 이루어져야 한다.

관리와 계획 단계(Management and planning)는 케어 계획의 시작과 개발, 그리고 지속적인 검토 단계이다. 복합적인 노인성 질환의 평가, 질병·치료 관련 증상과 부작용 관리, 노인과 보호자의 생체-심리사회적 요구를 해결하는 케어 계획 공동 개발, 케어팀과의 연계와 조정, 치료 계획의 지속적인 검토와 업데이트가 이 단계에서 이루어져야 할 것들이다.

긴급/급성기 케어 단계(Crisis/acute care)는 계획되지 않았지만 즉각적인 대응이 필요한 것으로, 연중무휴 접근성, 환자와 보호자의 상태에 대한 전문화된 선별과 평가, 적절한 치료·지원·위험 평가, 급성기 진료 서비스로의 전원 등이 적절히 이루어져야 한다.

전문화된 노인 보건의료서비스 단계(Specialized aged healthcare)는 노인 보건의료 또는 필요 시 노인을 위한 전문적인 정신건강서비스가 제공되는 단계이다. 노인전문이나 노인전문간호사와 같은 노인 전문가들의 평가와 진단, 치료, 케어 계획과 자가 관리 상담, 팀 케어 또는 공유된 케어, 상담이나 교육과 같은 전문화된 보호자 지원 등의 서비스가 제공되어야 한다.

재활 단계(Enablement/rehabilitation)는 노인들이 가능한 한 집 가까이에서 노인 환자의 상태에 맞는 재활 서비스가 제공되는 단계이다. 최적의 기능 회복을 위한 기능적 목표 확인, 다학제팀의 목표 설정, 노인의 기능 유지를 돕기 위한 노인 및 보호자 교육과 지원, 목표 달성치의 측정과 평가, 노쇠나 지속적인 심리적 손상, 사회적 배제를 예방하기 위한 지역사회 기반 지원 등이 이 단계에서 이루어져야 할 것들이다.

완화의료와 연명의료 단계(Pallative and EOL care)는 노인 환자가 죽음을 맞이하는 단계로 죽음의 질 향상을 위해 다음과 같은 열 가지 서비스가 기본적으로 제공되어야 한다. 열 가지 기본 서비스는 1) 죽음에 대한 지역사회의 기대와 인식 제공, 2) 완화의료와 연명의료에 대한 논의, 미래의 목표와 필요에 대한 계획, 3) 완화의료와 연명의료를 필요로 하는 사람들을 돌보는 숙련된 케어 제공자의 접근성, 4) 죽음에 가까운 사람에 대한 조기 인지, 5) 환자, 보호자와 가족들의 필요에 기반한 케어, 6) 모든 케어 세팅 간의 원활한 연계, 7) 복잡한 필요를 고려한 전문 완화의료 접근성, 8) 삶의 마지막 순간의 양질의 케어, 9) 상실과 슬픔에 처한 사람들에 대한 지원, 10) 신뢰할 수 있고 시기적절한 임상 정보와 데이터 접근을 통한 양질의 케어 등이다.

〈표 5-2〉 케어 세팅별 연계가 필요한 서비스 제안

시 간	발 병 전	발 병	발 병 후	
단 계	예 방	급 성 기	회 복 기	
필요한 서비스	- 만성질환과 뇌졸중 예방을 위한 교육 • 식습관 및 운동 교육 • 요리 교실 - 안전 생활 가이드 • 응급상황 발생 시 빠른 초동 대처를 위한 교육과 훈련	- 치료, 재활, 요양 계획 • 경제력을 고려한 맞춤형 계획 • 의료, 복지, 재무, 법률, 제도, 행정 등 분야별 전문가와 계획 수립 • 발병부터 치료 후까지 예상 가능한 단계별 증상 및 예후에 대한 정보 제공 • 지역을 넘어서는 정보 제공 - 퇴원 후 적절한 재활 및 요양기관을 선택할 수 있도록 지원 • 의료효과, 시간, 경제 부담, 행정 등에 대한 전반적인 컨설팅 - 간병활동 및 경제적 부담을 덜어줄 수 있는 방안과 제도 • 의료비 지원 제도 - 행정 서비스 • 장애·요양등급, 기초수급 등과 관련된 쉬운 설명 • 행정 대행	- 치료, 재활, 요양 재계획 • 급성기 계획 수행 내용 점검 및 계획 내용 조정 - 촉탁의에 의한 요양시설 근무 간호조무사 교육 - 환자가 시설에 잘 적응할 수 있도록 돕는 요양 프로그램 • 최소한의 운동능력을 갖출 수 있도록 체조, 건강관리 교육 제공 - 유지기 보호자 간병 학교 • 돌봄 제공자에게 유지기를 위한 퇴원 준비 교육 • 돌봄 제공자에게 가정에서의 치치 방법 실습 교육 • 환자식 요리교실 • 영양 상담 • 퇴원 준비를 위한 시험 - 돌봄 제공자 소진 방지 프로그램	- 의뢰지원 • 방문 간호 • 치료(담당) 의사와 원격 진료상담 시스템 • 장애인 주치의 - 거주 환경 개선 • 화장실 변기 손잡이, 복도 안전바, 미끄럼 방지 바닥 설치 등 가옥 구조 개선 • 독거노인을 위한 공동 주거 공간 제공과 이를 관리하고 매칭해 주는 시스템과 인력 제공 - 안전 생활 가이드 • 낙상, 화재 등 응급상황 대처 방법 교육 • 집안에 응급벨, CCTV, 행동감지 센서 설치를 통한 24시간 모니터링 시스템 • 야간 순회, 긴 연휴 안부 전화 서비스 - 활동 보조 서비스

시 간 단 계	발 병 진 예 방	발 병 급성기	발 병 후	
			회복기	유지기
		- 회복기 보호자 간병 학교 • 돌봄 제공자에게 급성기 이후의 치료와 재활에 대한 퇴원 준비 교육 • 퇴원 준비를 위한 시험 - 퇴원 가이드 북 • 퇴원 후 돌봄 제공자가 접할 수 있는 상황별 대처법	• 정기적인 휴가와 여행기회 • 보호자를 위한 심리상담 - 활동 보조 서비스 • 병원 방문, 외출 등을 위한 이동 서비스 • 안전한 목록 서비스 - 행정 서비스 • 장애·요양등급, 기초수급 등과 관련된 쉬운 설명 • 행정 대행 - 심리 지원 프로그램 • 우울증 등과 관련한 환자의 상태를 파악하고 적절한 치료를 할 수 있는 심리상담	• 병원 방문, 외출 등을 위한 이동 서비스 • 안전한 목록 서비스 • 도시락 및 반찬 배달 - 스스로 건강을 지키기 위한 노력을 할 수 있는 동기 부여 프로그램 • 기존 직업이나 자신의 재능을 활용한 교육 봉사 등을 통한 사회참여 • 요리 교실 • 장애인 직업 상담 - 주간 보호 - 동료 상담 • 뇌졸중 환자 보호자 경험 전문 가로부터의 심리, 정서적 지지 • 심리 상담 모임, 멘토링 참여 - 여가 활동 • 그림 그리기, 책 읽어주기 • 함께 할 수 있는 운동 교실

시 간	발 병 전		발 병 후	
	예 방	발 병	회 복 기	유 지 기
환자 보호자 참여	- 만성질환과 뇌졸중 예방을 위한 운동 및 식이요법 - 안전 생활 가이드 준수	- 치료, 재활, 요양 계획 수립 - 퇴원 교육	- 치료, 재활, 요양 계획 제수 - 퇴원 교육 - 심리상담	- 가족 구조 개선 - 다른 환자·보호자를 위한 치료계획 단계 참여 - 다른 환자·보호자를 위한 동료 상담의 멘토, 멘티 역할 - 기존 직업을 활용한 교육 봉사 등 사회참여

제2절 모형 적용을 위한 정책적 주요 쟁점과 고려사항

1. 한국형 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 개발 및 적용을 위한 핵심 쟁점

국내의 노인 대상 서비스 제공 관련 법제도와 정책 현황, 노인 대상 통합서비스 제공을 위한 국내외 시도와 사례를 분석하고 서비스 디자인 기법을 활용하여 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 탐색한 결과, 한국형 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형 개발 및 적용을 위한 아홉 가지 정책적 쟁점이 도출되었다. 노인의 복합적인 의료 욕구뿐만 아니라 돌봄 욕구가 거주하고 있는 지역 차원에서 해소될 수 있도록 통합의료서비스를 제공하기 위한 모형을 국내 상황에 맞게 적용하기 위한 아홉 가지 쟁점은 다음과 같다.

- **쟁점 1.** 노인 대상 정책과 사업의 통합을 위한 리더십과 시행 주체 간 거버넌스를 어떻게 구축할 것인가?
- **쟁점 2.** 통합의 수준과 범위, 서비스의 내용, 제공 대상을 어떻게 설정하고 제공 체계를 어떻게 구성할 것인가?
- **쟁점 3.** 통합의료서비스 제공을 위한 계획 수립과 조정 역할을 누가, 어떻게 할 것인가?
- **쟁점 4.** 이용자에 대한 정보(일반적 사항, 평가 및 진료 내용, 환경적 요소 등)와 제공자에 대한 정보를 어떻게 공유하고 제공할 것인가?
- **쟁점 5.** 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 지역사회 인프라(시설 및 인력)를 어떻게 구성하고 마련할 것인가?
- **쟁점 6.** 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위해 필

요한 재정 마련과 제공자에 대한 보상을 어떻게 현실적으로 구현할 것인가?

- **쟁점 7.** 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공으로 환자 및 보호자(가족)의 사회경제적·사회심리적 부담 완화를 위해 고려해야 할 사항은 무엇일까?
- **쟁점 8.** 이용자 중심 서비스 제공을 위해 환자와 보호자(이용자)의 참여는 어떠한 방식으로 이루어질 수 있을까?
- **쟁점 9.** 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계와 서비스 내용의 질 평가를 어떻게 시행하고, 지역 간 표준화를 이루어 낼 것인가?

2. 주요 쟁점별 정책적 고려사항과 개선 방안

쟁점 1. 노인 대상 정책과 사업의 통합을 위한 리더십과 시행 주체 간 거버넌스를 어떻게 구축할 것인가?

현재 노인 대상 서비스는 여러 법과 다양한 주체에 의해 제공되고 있으나 이를 통합적으로 접근하기 위한 행정적 주체가 뚜렷하지 않다. 그리고 환자에게 직접 제공하는 서비스 제공 주체뿐만 아니라 관련 서비스 또는 사업의 관리 주체와 주무부서가 다양하며, 관련 법의 소관부서 또한 다양하다.

〈표 5-3〉 노인 관련 법 소관부서와 국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례 소관부처

노인 대상 정책 및 사업 관련 법과 보건복지부 소관부서 ¹⁾			
소관부서	법령	소관부서	법령
건강보험 정책과	국민건강보험법	복지 정책과	사회복지사업법(총괄)
요양보험 제도과	노인장기요양보험법	급여 기준과	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률
질병 정책과	연명의료결정법(호스피스 완화 의료)	장애인 서비스과	장애인활동 지원에 관한 법률
	심뇌혈관질환법	장애인정책과	장애인건강권법
	암관리법		장애인복지법
생명윤리 정책과	연명의료결정법(연명의료결정)	인구정책 총괄과	노후준비지원법
보건의료 정책과	장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률		저출산·고령사회기본법
건강 증진과	국민영양관리법	노인 정책과	노인복지법
구강생활 건강과	구강보건법		치매관리법

국내 서비스 연계·조정 및 통합 사례와 소관부처 ²⁾		
구분	서비스 연계·조정 사례	소관 부처 및 부서
서비스 연계·조정	희망복지지원단	보건복지부 지역복지과
	지역사회보장협의체	보건복지부 지역복지과
	301네트워크사업	국립중앙의료원 공공보건의료지원센터
	지역사회 자원연계사업	보건복지부 요양보험운영과
	지역사회 일차의료 시범사업	보건복지부 건강정책과
서비스 통합	보건복지사무소 시범사업	보건복지부 복지정책과
	사회복지사무소 시범사업	보건복지부 복지정책과
	주민생활지원서비스	8개 부처 합동[행정안전부(전 행정자치부), 보건복지부, 교육부(전 교육인적자원부), 문화체육관광부, 고용노동부, 여성가족부, 국토교통부(전 건설교통부), 국가청소년위원회]
	지역사회중심재활(CBR)	보건복지부 장애인정책과, 국립재활원

주: 1) 국가법령정보센터와 보건복지부 홈페이지를 기반으로 연구진이 정리하였음.

자료: 1) 국가법령정보센터. (2017). <http://law.go.kr/main.html>에서 2017. 9. 10. 인출.

2) 보건복지부. (2017). www.mohw.go.kr/react/index.jsp에서 2017. 9. 10. 인출.

3) 박세경 등. (2016). 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제. pp. 137-192.

관련 법에 근거한 법정 종합계획이 수립되어 있으나 관련 법 간 위계가 명확하지 않아 노인 대상 서비스들을 통합, 조정하고 이에 맞게 예산 및 관련 인프라를 조정할 중앙 정부 내 주체가 필요하다. 장기적으로는 새로운 부서를 신설하여 관련 사업을 총괄하도록 할 수도 있으나, 행정적 효율성 측면에서는 적절하지 않으므로 단기적으로는 관련 부서를 모아 ‘노인 통합서비스 제공 태스크포스(가칭)’를 구성하거나 현재 관련 부서 중 한 곳을 조정자 역할로 지정하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다. 호주의 경우 노령 인구의 증가가 의료비 상승의 주요인이라고 판단하고 이를 개선하기 위해 노인보건부를 보건부와 별도로 설치하여 고령사회에 특화된 노인보건의료체계를 구축하고자 하였다(김남순 등, 2016, p. 127).²⁷⁾

노인 대상 통합서비스 제공 체계의 거버넌스 구축을 고려할 때, 중앙-광역(또는 권역)-기초 형태의 제공 체계를 구축하고 있는 정책의 범위 확장 가능성을 검토할 것을 제안한다. 예를 들어, 치매관리체계는 ‘치매관리법’에 따라 중앙과 광역에 치매센터를 두도록 되어 있으며 실제로 중앙과 광역에 설치되어 운영 중에 있다. 최근 발표된 「치매 국가책임제」는 맞춤형 사례관리를 위해 전국 252개 시군구에 치매안심센터를 설치하여 통합적인 지원을 하겠다는 내용이 담겨져 있다. 또한 치매안심센터가 낮 시간에만 운영돼 이를 이용할 수 없는 야간에는 24시간 상담이 가능한 치매 핫라인(치매상담콜센터)을 설치할 것이라고 발표하였고, 이 외에도 치매 환자와 보호자의 치료와 돌봄 부담을 완화하기 위한 다양한 정책 방안을 제시하고 있다. 이로써 치매관리체계는 중앙-광역-기초 수준의 거버넌스가 구축되어 치매 환자 및 보호자를 위한 통합서비스를 제공할 수 있는 인프라가 조성되었다고 할 수 있다. 모든 노인성 질환에 대해 치매 국

27) 2008년부터 2013년까지 존재하여 관련 정책에 대한 핵심 부처로 기능하였음. 보건의료 거버넌스의 효율성 제고를 위해 2013년 후반 보건부로 재통합되어 노인보건의료 개혁(2013~2022년)을 진행 중임.

가책임제와 같은 형태로 한 번에 정책을 시행할 수는 없을 것이다. 그러나 치매뿐만 아니라 뇌졸중과 같이 질병 기간이 길고 의료비 부담도 큰 질환들이 있으므로 향후 치매안심센터를 양적, 질적으로 확대해 치매 노인과 보호자뿐만 아니라 노인 전반에 대해 서비스를 제공하는 포괄적인 센터로 확대해 가는 방안을 중장기적으로 구상할 것을 제안한다.

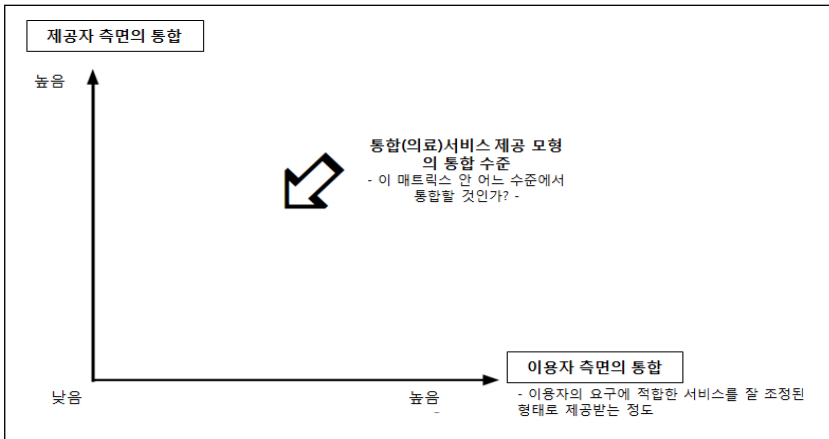
또한 2018년 1월 1일 시행 예정인 「장애인 건강권법」에서 중앙과 권역 장애인보건의료센터 설치와 장애인 주치의 지정을 명시하고 있는 것을 주목할 필요가 있다. 노인은 점진적으로 신체적, 인지적 기능이 쇠퇴하고, 더불어 보유하고 있는 질환의 합병증으로 인해 장애가 발생할 가능성이 높은 잠재적 장애인이라고 볼 수 있다(광의의 '장애' 개념). 현행법상에는 중증장애인을 위한 장애인 주치의만 명시하고 있으나 의료-요양-돌봄의 복합적인 욕구를 지닌다는 측면에서 노인도 장애인과 같은 선상에 있다고 볼 수 있으므로, 향후 노인 주치의를 따로 두는 방식보다는 이 법을 활용하여 주치의 지정을 노인까지 확대하는 방안을 고려해 볼 만하다.

한편 서비스 제공 체계 차원의 거버넌스와 더불어 행정 전달 체계의 거버넌스 구축이 필요한데, 이를 위해 각 단계별 역할과 기능을 명확히 하고 이에 부합하는 권한을 부여해야 한다. 즉 중앙(보건복지부와 산하 기관), 광역(시·도 보건·복지당국), 기초(시·군·구 보건·복지당국 및 보건소)의 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 역할과 기능을 설정하고 그에 따른 권한을 부여해야 모형이 실제적으로 작동할 수 있을 것이다. 특히, 현재 서비스 제공 책임이 지방자치단체에 있음을 명시하고 있는 법들이 많은데, 기초 지방자치단체(시·군·구와 보건소)는 직접 서비스를 제공하는 역할이 분명한 반면, 광역 지방자치단체(시·도)의 역할은 모호하여 이에 대한 논의가 필요한 시점이다.

쟁점 2. 통합의 수준과 범위, 서비스의 내용, 제공 대상을 어떻게 설정하고 제공 체계를 어떻게 구성할 것인가?

이 연구에서는 의료를 중심으로 수평적·수직적 차원에서의 ‘통합’을 검토하고 서비스 제공모형을 탐색하였다. 앞서 ‘통합 서비스’의 다양한 정의와 개념을 설명하면서 언급하였듯 통합의 수준과 범위는 다양하게 설정할 수 있다. 통합의료서비스의 내용과 조정자의 역할, 서비스 제공 대상, 제공 체계 등은 통합의 수준과 범위 설정에 따라 달라지므로 ‘통합’을 어떻게 설정할 것인가가 매우 중요하다. 통합의 수준은 아래 그림처럼 제공자 측면과 이용자 측면만 고려해도 다양하게 나타낼 수 있는데, 여기에 관리적인 측면과 재정적인 측면에서의 통합까지 고려하면 더 다양해진다. 그러나 모든 대상자에게 모든 것을 통합적으로 제공할 수는 없으므로 현실적으로 작동 가능한 수준에서 범위를 설정해야 할 것이다.

[그림 5-4] 통합의 수준과 범위를 어떻게 설정할 것인가?: 통합케어매트릭스



자료: WHO. (2008). Integrated health services-What and Why? p. 5.

쟁점 3. 통합의료서비스 제공을 위한 계획 수립과 조정 역할을 누가, 어떻게 할 것인가?

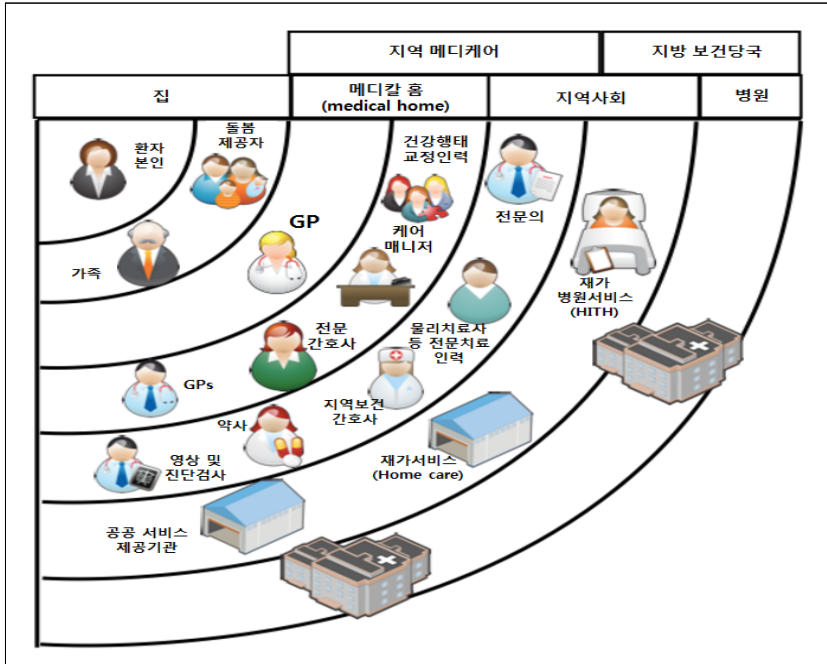
환자 또는 서비스 이용자의 복합적 요구 해소를 위한 서비스가 통합적으로 이루어지기 위해 서비스 제공 계획과 조정이 중요하며, 케어 세팅 또는 환자 여정 단계와 관계없이 어느 세팅, 어느 단계에서든 중요한 요소이다. 이는 각 케어 세팅 또는 환자 여정 단계에서 입원과 퇴원 계획을 누가, 누구와 어떻게 세우고, 이 퇴원 계획에 따라 지역 자원과 연계 또는 조정을 누가, 어떻게 할 것인가와 관련된 것이다. 이 부분은 통합(의료)서비스가 어디에 중점을 두고 있느냐와 통합하는 서비스 내용에 따라 달라질 수 있는 부분으로, 외국에서도 다양하게 제시하고 있다. 일본의 경우, 개호등급이 부여되면 케이스 매니저가 배정되고 이 케이스 매니저가 환자와 함께 퇴원 또는 퇴소 후 계획을 수립하고 연계하는 역할을 하도록 하였다. 케이스 매니저는 간호사뿐만 아니라 사회복지사도 할 수 있으며 실제로는 사회복지사가 하는 경우가 대부분이어서, 서비스 연계 시 전문 의료인력(특히 의사)들과의 마찰이 발생하고 있다. 이러한 문제를 해결하고자 지역포괄지원센터를 중학교 학군 단위마다 설치하였으나 이 역시 아주 성공적이라고 하긴 어려운 실정이다. 성공적이라고 평가받는 지역은 지역의 의사협회가 관여하거나 의사가 조정자 역할을 맡는 경우, 일부 간호사가 역할을 하는 경우 등이다.

일본에서 2014년 관련 법을 개정하고 기금을 마련하여 통합 서비스 제공을 위한 ‘지역포괄관리시스템’을 구축하려고 노력하고 있음에도 성과가 뚜렷하게 나타나지 않고 있는 이유는 여러 가지가 있겠지만 다음과 같은 요인이 주요한 장애요인이라 할 수 있다. 첫째, 공공의료영역보다 민간의료영역이 커서 국가 보건의료정책이 의도한 바대로 시행되는 것이

어려운 측면이 있다. 둘째, 전국민보건의료서비스(NHS)가 아닌 의료보험 기반 보건의료체계이기 때문에 서비스 제공자들을 정책에 참여하도록 하려면 개별 수가를 개선하는 등 복잡하게 얽힌 문제를 해결해야 한다. 마지막으로 의사 외에 타 보건의료인력에 대해 그들의 전문성을 인정하고 활용하는데 인색하여 호주와 달리 전문 간호사나 (의료)사회복지사를 활용하고 그 효과성을 기대하기에 무리가 있다. 이러한 장애요인들은 우리나라 또한 일본과 크게 다르지 않기 때문에, 향후 국내에서 통합(의료)서비스 모형을 구상할 때, 일본의 모형을 참고하고자 할 경우 장애요인 등을 고려하여 비판적으로 수용해야 한다.

반면, 호주의 경우에는 통합(의료)서비스 제공을 위한 계획 수립과 조정 역할을 주로 주치의(GP)와 전문간호사(nurse practitioner)가 담당하고 있다. 노인 환자가 의료적 욕구가 있을 때 이를 포괄적으로 평가하기 위해 주치의(GP)를 지정하도록 하였고, 담당 주치의(GP)가 질병 관련 이력을 모두 파악하고 있기 때문에 병원에 입원하거나 퇴원할 때 계획 수립에 있어 큰 역할을 담당할 수밖에 없는 구조이다. 또한 호주는 노인환자가 포괄적인 평가를 받은 후, 필요한 일차 서비스를 받을 때 주치의가 환자 상태를 평가한 곳에서 제공받을 수 있도록 하는 ‘메디컬 홈(medical home)’을 제도화하였다. 이것은 여러 명의 GP와 전문 간호사, 케어매니저, 건강행태 교정 전문가 등으로 구성된 복합적인 조직으로 환자에 대한 다학제적 접근을 구현하고 있다(그림 5-5). 의료 서비스 외에 돌봄이나 요양서비스가 필요할 경우에는 사회복지사가 함께 계획을 수립하고 서비스 연계 및 통합 과정을 함께 조정한다. 호주는 주치의(GP)가 연계와 조정에 대해 큰 역할을 하고 있지만 이는 의료 분야에서 뚜렷한 역할을 하는 것이고, 다른 영역과의 연계 및 조정, 통합 역할은 전문간호사나 지역사회 간호사, 사회복지사 등이 하고 있다.

[그림 5-5] 호주의 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 인력과 구성



자료: <http://medicalhome.org.au/the-person-centred-health-system-and-the-medical-home/>에서 2017.9.22. 인출. 해당 온라인 페이지에 제시되어 있는 그림을 연구진이 재구성.

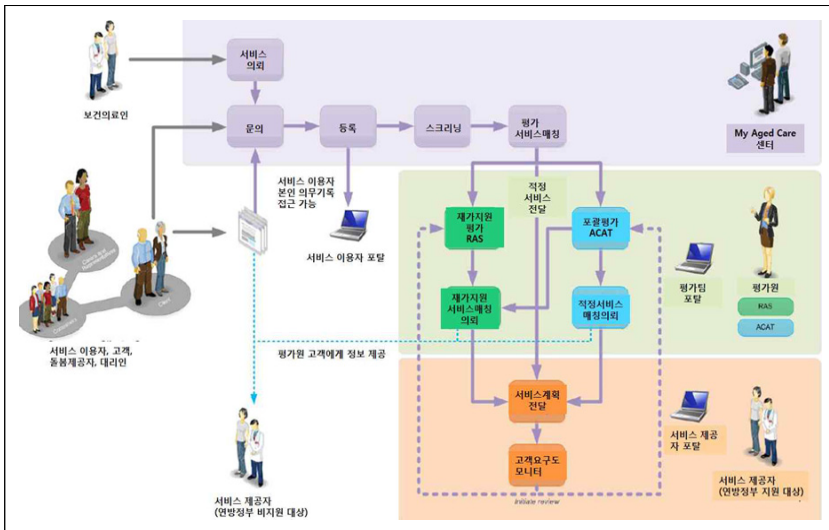
쟁점 4. 이용자에 대한 정보(일반적 사항, 평가 및 진료 내용, 환경적 요소 등)와 제공자에 대한 정보를 어떻게 공유하고 제공할 것인가?

각 부문 간 서비스를 연계하고 통합하는 것이 원활히 이루어지기 위해 중요한 것은 정보의 공유이다. 중복된 검사를 피하고 불필요한 행정적 절차를 줄이는 것은 환자(이용자) 측면에서 볼 때 반드시 이루어져야 하는 부분이며, 이것이 이루어지기 위해서는 서비스 제공자 간 정보 공유가 필수적이다.

호주의 경우, 흩어져 있던 노인 관련 정보들을 모아 My Aged Care라

는 단일 플랫폼을 구축하였다. 이 플랫폼은 서비스 제공자뿐만 아니라 이용자도 접근 가능한 것으로 노인이 의료적 또는 복지 욕구가 발생했을 때, 이 플랫폼을 통해 서비스를 신청할 수 있다. 서비스 제공자는 신청자를 방문해 서비스 대상자 여부를 평가하고 평가한 정보를 이 시스템에 입력해 다른 서비스 제공자가 열람할 수 있도록 하였다, 또한 이 플랫폼은 플랫폼을 통해 평가받은 노인에 대한 추후 관리 서비스를 제공하며 이에 대한 정보들은 서비스 제공자뿐만 아니라 서비스 이용자들도 모두 열람 가능하다. 호주는 2013년 노인보건부와 보건부를 통합한 노인보건의료 개혁을 진행 중인데, 이 개혁의 핵심 중 하나가 바로 정보 플랫폼이다. 우리나라도 노인을 대상으로 한 새로운 보건의료 서비스 제공 체계 구축 시 정보 공유 및 제공을 위한 단일 플랫폼을 반드시 고려해야 한다.

[그림 5-6] 호주의 My Aged Care: 양방향 정보 공유 플랫폼



자료: 김남순 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발. p. 139.

쟁점 5. 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위한 지역사회 인프라(시설 및 인력)를 어떻게 구성하고 양성할 것인가?

노인친화적 통합의료서비스 제공을 위해서 가장 필수적인 요소는 시설과 인력이라 할 수 있다. 시설과 인력은 의료기관 기반 서비스와 요양 또는 거주시설 기반 서비스, 재가 서비스로 구분하여 생각해 볼 수 있다. 시설로는 의원, 병원, 종합병원, 요양병원, 요양시설, 요양공동생활가정, 양로시설, 주간보호센터, 재가 서비스 제공기관 등이 해당할 수 있다. 인력은 의사, 간호사(전문 간호사 포함), 간호조무사, 치료전문인력(물리치료사, 작업치료사 등), 약사, 영양사, 사회복지사, 요양보호사 등이 해당한다. 시설과 인력 구성 및 양성 방안을 고민할 때, 노인의 복합적 욕구를 해소하기 위해서는 다학제 간 접근을 고려해야 한다. 다학제 간 접근은 단순한 협진·의뢰 또는 기관 간 연계를 통한 접근 방식이 아닌 다학제팀 접근을 지향해야 하므로 앞서 언급한 인력들이 팀으로 구성될 수 있도록 정책적인 측면에서 고려해야 한다. 다학제팀은 외국 사례들을 고찰한 결과, 최소 의사(환자가 보유한 질환 전문의), 노인전문의, 치료인력(물리치료사, 작업치료사 등), 약사, 영양사, (의료)사회복지사 인력을 포함하는 팀으로 구성되어야 한다.

시설과 인력의 규모는 지역사회의 요구에 따라 조정될 필요가 있다. 요구는 단순히 노인 인구수로만 판단할 수 없으며 지역사회 내 인구구조의 변화, 건강 수준의 변화 등을 고려해 중장기 계획을 세우고 주기적으로 수정·보완해야 할 것이다. 시설은 유형별 개수와 더불어 시설 내 병상 수도 고려해야 한다. 예를 들어 지역사회 내 고령 인구가 많아지는 반면 아동·청소년 수가 줄어들고 있다면, 의료기관의 병상 수와 병상 종류를 조정할 필요가 있다(고령자를 위한 병상 확대, 소아병상 축소). 인력의 경우

도 마찬가지로, 고령 인구가 많아질 경우 심뇌혈관질환 응급환자에 대한 지역사회의 의료적 대응 역량이 갖춰져야 하므로, 단순히 지역 내 전체 의사 수를 고려하기보다는 이에 대응할 수 있는 의사(뇌졸중 전문의, 심장혈관중재 전문의 등)를 지역사회 내에 배치할 수 있도록 인력 수급 계획을 세워야 한다.

각 지역사회가 해당 지역의 상황을 고려하여 노인 대상 통합의료 서비스를 제공하기 위한 시설과 인력을 계획하는 것이 이상적이나, 이를 위한 역량을 갖추기 전까지는 중앙정부 차원의 기술적·재정적 지원이 필요하다.

일본의 경우 각 도도부현이 지역포괄관리시스템의 틀에 따라 통합의료 서비스를 어떻게 제공할 것인지에 대해 매년 지역사회 보건의료 비전 (community healthcare vision)을 세우도록 되어 있는데, 이 계획에는 병상 수에 대한 내용도 포함되어 있다. 병상을 초급성기·급성기·회복기·만성기로 구분하여 지역사회 현황에 맞게 추계하고 이에 도달하도록 해야 한다. 병상의 추계는 지역의 인구구조, 질병 현황 등을 바탕으로 하는데, 이에 대한 산출식은 중앙정부에서 제공하고 있다. 또한 일본의 중앙정부는 이러한 일련의 과정이 지역 현황에 맞게 잘 이루어지도록 별도의 기금(지역의료개호통합확보기금)을 마련하여 재정 지원을 하고 있다.

호주의 경우 2003년부터 4년마다 노인보건인력 센서스(전수조사)를 실시하고 있으며 이때 포함되는 직군은 전문간호사, 등록간호사, 간호조무사, 노인요양보호사, 의료 관련 전문인력(치료사 등), 의료전문직 보조 등 여섯 가지 직군이다(김남순 등, 2016, pp. 152-153). 호주 정부는 주기적으로 노인보건인력을 추계하고 있으며, 추계에 맞게 질이 보장된 인력이 수급될 수 있도록 기술적·재정적 지원을 하고 있다. 예를 들어 노인요양보호사의 급여 수준을 조정하고 노인요양보호사의 질 제고를 위해 교

육 내용과 필수 이수 교육 시간을 강화하고 이에 대한 비용을 지원하고 있다. 그리고 호주 정부는 의료인력과 별개로 고령자 케어를 위한 노인보건 인력을 거주노인시설과 재가 기반 서비스 인력으로 구분하여 추계하고 있으며, 질적으로나 양적으로 적합한 인력을 확보하기 위해 노력하고 있다.

〈표 5-4〉 호주 고령자 케어 시스템과 노인보건인력 종류

대상	거주노인시설(Residential Aged Care Facilities, RACFs)	지역 기반 노인케어 서비스
서비스 이용자 (65세+노인)	◎호스텔(Hostels) ◎넬싱홈(Nursing Homes) -Residential Care -일시휴가돌봄(Residential Respite Care) ²⁸⁾ -이행기 케어(Transition Care)	◎ 집 -재가지원프로그램(Commonwealth Home Support Programme) -홈케어 패키지 프로그램(Home Care Packages Programme) -이행기 케어(Transition Care)
직접 서비스 제공자 (노인보건인력)	nurse practitioners(NP), registered nurses(RN), enrolled nurses(EN), personal care attendants(PCA) allied health professionals(AHP) allied health assistants (AHA)	nurse practitioners(NP), registered nurses(RN), enrolled nurses(EN), community care workers(CCW), allied health professionals(AHP), allied health assistants (AHA)
간접 서비스 제공자	관리직(Management), 행정직(administration) 보조직(ancillary staff: 식사담당, 시설물 관리 보수, 청소인력)	관리직(Management), 행정직(administration) 보조직(ancillary staff: 식사담당, 시설물 관리 보수, 청소인력)

자료: 김남순 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발. p. 159.

28) “거주시설에서 제공하는 레스파이트 케어란 ‘일시 휴가 돌봄’ 서비스로 주로 가족 주 돌봄자에게 휴가 혹은 휴식을 제공할 목적으로 노인 환자가 거주노인시설에 일시적으로 머물 수 있도록 한 서비스이다”(김남순 등, 2016, p. 159).

쟁점 6. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공을 위해 필요한 재정 마련과 제공자에 대한 보상을 어떻게 현실적으로 구현할 것인가?

노인 대상 서비스 제공 체계를 개선하는 데는 초기 비용이 따른다. 새로운 제공모형이 성공적이기 위해서는 서비스 제공자들의 적극적인 참여가 필수적인데 이를 위해서는 재정적 지원 및 보상을 위한 재원이 필요하다. 현재 노인을 대상으로 제공되는 서비스들의 재원 중 큰 부분을 차지하는 것은 노인장기요양보험과 국민건강보험(의료서비스), 일반 조세(복지 서비스)와 일부 장애인연금(장애인 활동보조 지원)이다. 이 외에 노인 대상 서비스를 언급하고 있는 법이 국민건강증진법과 건강검진법임을 고려할 때 국민건강증진기금을 노인의 건강 증진을 위해 활용할 수 있을 것이다. 통합서비스 제공모형을 구상할 때, 관리의 주체가 각기 다른 재원을 어떻게 효율적으로 활용할 수 있을 것인가에 대해 구체적인 방안을 마련해야 한다.

재원 통합 방안과 동시에 고려해야 할 것은 서비스 공급자에 대한 지불 보상 방안이다. 통합의료서비스는 의료기관에서 제공되는 의료 서비스뿐만 아니라 요양·돌봄 서비스를 포함하기 때문에 다른 지불 방식을 고안할 필요가 있다. 서비스 제공자들이 통합의료서비스 제공에 자발적이고 적극적으로 참여하기 위해서는 이에 대한 적절한 보상이 필수적인 요소이다. 최근 여러 나라에서 다양한 지불보상 방안을 시도하고 있는데 묶음지불제도(Bundle payment) 또는 인구기반통합지불제도(population-based integrated payment model)가 그 사례이다(Sutherland, & Hellsten, 2017, p. 7). 이러한 시도들은 의료 이용을 감소시키는 효과를 가져왔을 뿐만 아니라 건강 결과도 긍정적으로 변화시켰다고 보고하고

있다(Sutherland, & Hellsten, 2017, pp. 7-12). 그러나 묶음지불제도 또는 인구기반통합지불제도의 성공적인 결과는 이들 지불보상제도를 시행하기 전의 보건의료체계 및 의사의 적극적인 참여 여부와 밀접한 연관성을 나타내었다. 즉, 성공적인 결과를 나타낸 묶음지불제도 모형을 그대로 타 지역에서 적용할 때 같은 결과를 나타낼 것이라고 보장할 수 없다는 것이다. 결국 지불보상 방식의 새로운 시도는 각 지역의 특성에 맞게 고안되어야 한다.

〈표 5-5〉 여러 나라에서 시도하고 있는 새로운 지불보상 방안들

지불보상 개혁(국가명)	포함 영역	대상인구집단과 기간 설정	현재까지 결과
묶음지불제도 (미국)	병원, 의사진료, 급성기 후 케어	특정 컨디션과 시술을 위해 병원에서 진료를 시작한 경우: 급성기 입원+30, 60, 90일 급성기 후 케어	- 체계적 문헌 고찰 결과, 묶음지불제도는 비용을 감소시켰(케어의 질은 유지) - 메디케어 묶음지불제도는 재원 기간을 줄였고 전체 비용을 감소시켰. 응급실 방문율은 소폭 상승
책임진료기구 ¹⁾ (미국)	모든 영역	할당된 인구에 대한 일 년 동안의 케어 행위	- 첫 32개 ACO 파일럿에 대한 평가 결과, 메디케어 지출 감소 - 질 지표는 향상되거나 유지
건강한 Kinzigtal (독일)	모든 영역	할당된 인구에 대한 일 년 동안의 케어 행위	- 이 제도에 할당되지 않은 인구 집단들과 비교하여 이 할당된 인구집단의 전체 비용은 감소하였고, 질 지표들도 향상
만성폐쇄성폐질환(COPD), 당뇨병 묶음지불제도 (네덜란드)	지역사회 기반 제공 영역	등록된 당뇨병, COPD 환자들에 대한 일 년 동안의 케어 행위	- 케어 코디네이션이 향상되었고 질 지표들이 좋아졌으나 등록인당 비용이 증가
오르트 초이스 (스웨덴)	병원, 의사진료, 급성기 후 케어	고관절과 무릎 치환술 후 2년 보장 케어	- 합병증 감소, 환자의 만족도 향상

주: 1) 책임진료기구(Accountable Care Organization, ACO)

자료: Sutherland, J., & Hellsten, E. (2017). Integrated Funding: Connecting the Silos for the Healthcare We Need. p. 8.

쟁점 7. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공으로 환자 및 보호자(가족)의 사회경제적·사회심리적 부담 완화를 위해 고려해야 할 사항은 무엇일까?

신체적 기능이 쇠퇴하여 돌봄이 필요한 상황이지만 시설에 입소할 정도는 아닌 경우 거주하던 곳에서 '에이징 인 플레이스'가 가능하려면 이 노인 환자를 돌봐줄 사람이 필요하다. 노인장기요양보험 통계에 따르면 장기요양등급을 받은 노인 중 자택에 머무르는 경우가 제일 많다. 실제로 기능 평가 결과, 요양시설에서 퇴소 가능한 노인 환자들이 집으로 가지 못하는 큰 이유는 돌봐줄 사람이 없다는 것이다. 노인 환자가 집으로 돌아가게 되면 가족들의 부담이 가중되기 때문에 가족들은 요양시설에 계속 머무르기를 기대하기 마련이다. 이러한 부분을 해결하기 위해서는 주간보호센터를 확충하고 실제로 주간보호센터를 이용할 수 있도록 필요한 제도를 재정비하여 서비스 내용을 개선해야 할 것이다. 탈시설화, 탈병원화는 전 세계적인 추세로 이것이 가능하도록 하기 위해 지역사회에서 제일 먼저 고려해야 할 것은 노인 환자의 비공식 돌봄자에 대한 간병 부담 완화이다.

〈표 5-6〉 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2016년도)

(단위: 명, %)

구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계	519,850 (100.0)	40,917 (100.0)	74,334 (100.0)	185,800 (100.0)	188,888 (100.0)	29,911 (100.0)
주택	340,842 (65.6)	13,064 (31.9)	28,752 (38.7)	118,590 (63.8)	154,024 (81.5)	26,412 (88.3)
노인요양시설	104,161 (20.0)	13,580 (33.2)	27,091 (36.4)	41,492 (22.3)	20,873 (11.1)	1,125 (3.8)
노인요양 공동생활가정	11,014 (2.1)	1,255 (3.1)	2,836 (3.8)	4,537 (2.4)	2,241 (1.2)	145 (0.5)
단기보호시설	955 (0.2)	41 (0.1)	163 (0.2)	438 (0.2)	278 (0.1)	35 (0.1)
양로시설	995 (0.2)	80 (0.2)	159 (0.2)	346 (0.2)	333 (0.2)	77 (0.3)
요양병원	52,968 (10.2)	11,418 (27.9)	13,843 (18.6)	17,433 (9.4)	8,735 (4.6)	1,539 (5.1)
기타	8,915 (1.7)	1,479 (3.6)	1,490 (2.0)	2,964 (1.6)	2,404 (1.3)	578 (1.9)

자료: 국민건강보험공단. (2017). 2016 노인장기요양보험통계연보(제2편 장기요양 신청·인정 현황, 표 2-6). <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=F332a>에서 2017. 8. 15. 인출하여 재구성.

쟁점 8. 이용자 중심 서비스 제공을 위해 환자와 보호자의 참여는 어떠한 방식으로 이루어질 수 있을까?

환자 및 보호자(이용자)의 참여는 다양한 수준에서 이루어질 수 있다. ‘참여(engagement)’의 수준에 대해서는 다양한 정의가 존재하는데, 다수의 학자들이 참여의 수준을 세 단계 혹은 네 단계로 구분하고 있다. ‘참여’의 정의와 수준에 대한 다양한 정의들의 공통적인 요소를 고려하였을 때 다음과 같이 네 단계로 정리할 수 있다(Age UK, 2011. p. 7). 첫째, 정보 제공자로서의 소극적 참여(informing) 단계, 둘째, 정책에 대한 피

드백 제공자로서의 소극적 참여(consulting) 단계, 셋째, 의사 결정 과정에 참여하는 적극적 참여(partnership) 단계, 넷째, 어젠다를 만들어 내고 기획하거나 실제로 실행자로서의 역할을 하는 적극적 참여(ownership and control) 단계이다.

참여의 네 가지 수준을 바탕으로 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료 서비스 제공 체계에서 환자 및 보호자(이용자)가 어떠한 형태로 참여할 수 있는지를 구상해 보면 다음과 같은 참여 예시가 가능하다.

〈표 5-7〉 환자 및 보호자(이용자) 참여 수준별 가능한 참여 내용 예시

참여 수준 구분	참여 수준별 참여 내용 예시
정보 제공자로서의 소극적 참여(informing)	서비스 제공 경험을 바탕으로 새로운 아이디어를 관련 기관 또는 정부에 제기
정책에 대한 피드백 제공자로서의 소극적 참여(consulting)	- 정책 평가 또는 정책 수요도 조사를 위한 정부 차원의 조사(survey)에 적극 참여 - 서비스 제공 경험을 바탕으로 제공 기관에 대한 만족도 평가자로서 활동
의사 결정 과정에 참여하는 적극적 참여(partnership)	- 서비스 제공기관의 특정 위원회의 환자 측 위원으로 참여 - 치료계획, 퇴원계획, 목표 설정에 직접적으로 참여 - 서비스 디자인 또는 정책 평가 연구에 참여
어젠다 세팅, 기획 또는 실행자로서 적극적 참여(ownership and control).	- 중앙 또는 지방 정부의 의사결정 기구의 환자 대표로 참여 - 환자 및 보호자(이용자)인 동시에 서비스 제공자로 참여 (예: 동네 독거 노인에게 주기적으로 연락하는 봉사활동에 참여)

노인 환자가 이용자로서 참여하는 것의 이점은 서비스 제공자 측면과 이용자 측면 모두에서 발생 가능하다. 서비스 제공자는 노인의 경험을 바탕으로 서비스 제공 시스템과 제공 과정을 개선하여 보다 나은 결과를 산출할 수 있다. 그리고 서비스 이용자는 적극적 참여로 의견이 반영되는 경험을 함으로써 심리적으로 긍정적인 영향을 받게 되고, 이는 삶의 질 향상과 연관되어 향상된 건강 결과로 이어질 수 있다.

쟁점 9. 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 체계와 서비스 내용의 질 평가를 어떻게 시행하고, 지역 간 표준화를 이루어낼 것인가?

각 지역사회가 이용자의 경험을 향상시키는 방향으로 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 마련하기 위해서는 앞서 언급한 리더십, 거버넌스, 인프라(시설 및 인력) 지원, 재정적 보상에 대해 구체적인 방안을 구상해야 한다. 이와 더불어 통합의료서비스의 질이 지역 간 차이가 나지 않도록 서비스 내용의 표준화 방안과 더불어 질 평가 방안을 마련해야 할 것이다.

제3절 소결

이 장에서는 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형을 제안하고 실제 적용 시 정책적으로 고려해야 할 주요 쟁점들을 살펴보았다. 그 결과와 함께 서비스 디자인 적용 결과 도출된 케어 세팅별 필요 서비스들을 바탕으로 몇 가지 시범사업을 제안하고자 한다. 처음부터 보건·의료·요양·돌봄(복지) 서비스를 한 번에 통합하는 것은 쉽지 않을 것이므로 다음과 같은 단계적인 접근을 제안한다.

〈표 5-8〉 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 시범사업의 단계적 접근

구분	단계 설명	해당 시범사업
1단계	○ 영역 안에서의 서비스 통합 모형 적용 - 보건의료기관 중심 통합 모형 - 요양·돌봄 서비스 제공 기관 중심 통합 모형 ○ 노인 환자 보호자 부담 경감을 위한 서비스 개발·적용 ○ 통합 서비스 제공자에 대한 보상 체계 마련	- 급성기 병원 내 노인 대상 통합진료 제공 사업 - 주간 보호센터 기능 재정립 사업 - 보호자의 경제적, 심리적 지원을 위한 시범사업 - 묶음 보상/인구기반 지불보상 시범사업 등
2단계	○ 병원·지역사회 연계 모형 적용 - 서비스 제공자와 이용자를 위한 양방향 정보 포털 구축 - 연계를 위한 다학제 케어 디자이너 팀 구성 - 환자와 보호자 참여 포함 ○ 통합 서비스 제공자에 대한 보상 체계 마련	- 노인 환자 케어 서비스 제공을 위한 플랫폼 구축 시범사업 - 다학제 케어 디자이너팀 시범사업 - 묶음 보상/인구기반 지불보상 시범사업 등
3단계	○ 보건·의료·요양·돌봄(복지) 통합 모형 적용 - 단일 플랫폼 구축, 케어 디자이너팀 확대 - 서비스 제공자와 해당 지역에 대한 인센티브 지급 방안	- 단일 플랫폼 구축 시범사업 - 지역사회 기반 다학제 케어 디자이너팀 구축 시범사업 등

위 표에서 제안한 시범사업은 1) 통합 서비스 내용 개발 및 적용 사업, 2) 통합서비스 제공자를 위한 지역사회 기반 지불보상 시범사업, 3) 효율적이고 효과적인 서비스 제공과 대상자 관리를 위한 단일 플랫폼 구축 사업, 4) 다학제 케어 디자이너팀 구축 및 활용 시범사업, 5) 노인 환자 보호자의 경제적, 심리적 지원을 위한 시범사업으로 구분할 수 있으며 각 시범사업은 이용자 중심 관점을 지향하고 환자와 보호자의 참여에 대한 내용이 포함되어야 한다. 다섯 가지로 구분한 시범사업의 주요 추진 내용 제안 사항은 다음과 같다.

〈표 5-9〉 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공 시범사업의 내용(안)

구분	사업 내용(안)
통합서비스 내용 개발 및 적용 사업	- 급성기 병원 내 통합진료 시범사업: 노인 환자의 포괄적 평가를 위한 다학제 팀 구성, 퇴원 계획 수립, 지역사회 연계, 퇴원 후 관리 등 - 주간 보호센터 기능 강화 사업: 노인 환자가 요양시설에 입소하지 않고 가능한 한 자택에 거주할 수 있도록 주간 보호센터의 기능 강화. 인력 기준 강화, 재활 서비스 제공 등
통합서비스 제공자를 위한 지역사회 기반 지불보상 시범사업	- 묶음 보상(bundle payment) 시범사업 - 인구 기반 보상(population based integration payment) 시범사업
노인 대상 통합서비스 제공을 위한 단일 플랫폼 구축 사업	- 서비스 제공이 필요한 노인 환자, 서비스 연계를 위한 정보가 필요한 서비스 제공자를 위한 포털 사이트 구축 - 의뢰된 환자의 상태 스크리닝을 포털 사이트에서 가능하도록 구현하고 이 결과를 케어 디자이너팀에 전송하는 시스템 구축 - 필요시 케어 디자이너 팀은 대상자를 방문하여 포괄적 평가를 수행하고 이 결과를 플랫폼에 입력 후 서비스 연계 - 서비스 제공자는 이 정보를 바탕으로 서비스를 제공하고 제공한 서비스 내용과 경과를 입력
다학제 케어 디자이너팀 구축 및 활용 시범사업	- 의사, 사회복지사, 간호사, 치료사, 영양사, 약사 등으로 구성된 다학제 팀 구성 - 팀 구성은 통합 서비스 영역에 따라 달라질 수 있음
노인 환자 보호자의 경제적, 심리적 지원 사업	- 노인 환자 보호자의 경제적 부담 완화를 위한 의료비, 간병비 지원 시범사업 - 노인 환자의 특성을 고려한 간호·간병 통합 서비스 시범사업 - 노인 환자 보호자의 탈진 예방을 위한 지원 사업: 심리 상담, 보호자 자조 모임 등

위의 시범사업들을 일개 지역에 시범 적용해 성과와 제한점을 평가하고 이를 수정·보완하여 지역의 범위와 통합 서비스 범위를 확대해나갈 수 있도록 정부가 노인 대상 보건-복지 서비스 제공 중장기 로드맵을 기획하여 단계별로 추진할 것을 제안한다.

제 6 장

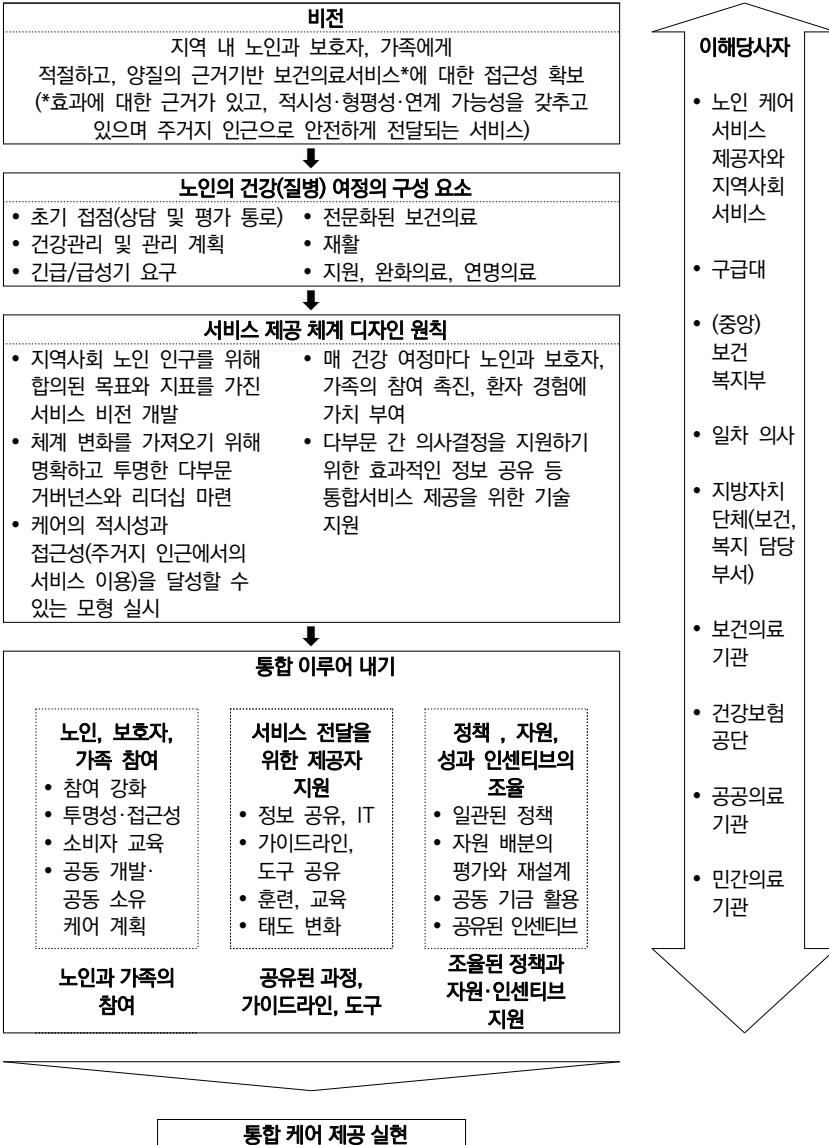
결론 및 제언

1. 노인 대상 통합의료서비스 제공의 개념적 접근 틀

지금까지의 연구 결과를 바탕으로 복합적인 욕구를 지닌 노인과 보호자에게 필요한 서비스를 통합적으로 제공하기 위해 필요한 요소와 성공적인 통합을 위해 고려해야 할 사항을 정리하면 [그림 6-1]과 같다. 노인을 대상으로 하는 서비스는 노인의 신체적, 인지적 특성만을 고려해서는 안 되고, 노인을 돌보는 가족 또는 보호자도 동시에 고려해야 한다. 즉, 노인 대상 통합의료서비스 제공의 목적은 노인과 노인의 가족, 보호자의 서비스 이용 경험이 가치 있게 향상될 수 있도록 하는 것이 되어야 한다.

노인 대상 통합의료서비스 제공의 비전은 적시에 적절하고 양질의 보건의료서비스를 접근성에 제한 없이, 모든 노인과 그들의 가족, 보호자가 누리는 것이다. 이러한 비전을 달성하기 위해 통합의료서비스 제공 체계를 구축할 때는 반드시 이용자 중심 접근이 필요하다. 즉, 노인의 건강·질병 여정의 구성 요소와 케어 세팅을 고려한 서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다. 실제로 통합을 이루어 내기 위해서는 노인 환자와 가족 또는 보호자의 참여를 보장하고 서비스 제공자에게 적절한 인센티브를 제공할 수 있는 기전을 마련해야 하며, 서비스 제공의 질을 높이기 위한 적절한 장치를 마련해야 한다.

[그림 6-1] 노인 대상 통합의료서비스 제공의 개념적 접근틀



자료: NSW Agency for Clinical Innovation(2014), Building Partnerships: A Framework for Integrating care for Older People with Complex Health Needs, p. 2를 참고해 연구진이 도식화.

2. 결론 및 제언

이 연구는 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스의 필요성을 고찰하고 서비스 디자인 기법을 통해 서비스 제공 체계를 탐색하였으며 그 결과를 바탕으로 서비스 제공 체계와 필수 구성요소를 제안하였다. 또한 이것을 달성하기 위해 단계적으로 시범사업을 수행할 것을 제안하였으며 다섯 가지 시범사업의 주요 추진 내용을 제시하였다. 이 연구가 기존 통합서비스 제공모형 개발 연구와 비교했을 때 갖는 강점은 이용자 중심으로 접근한 점, 서비스 제공 체계 디자인의 원칙과 제공 체계의 필수 구성요소를 제안하였다는 점, 그리고 제안한 제공모형을 적용하기 위한 정책적 고려사항을 다각적으로 고찰하였다는 점이다. 또한 통합의료서비스 시범사업을 단계적으로 제안하고 시범사업의 내용을 제시하였다는 것이 기존 연구 결과와의 차별점이라고 할 수 있다.

지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스의 제공 체계를 구축하는 것에서 가장 중요한 것은 처음부터 끝까지 이용자 중심 관점을 견지하는 것이다. 노인 환자와 보호자의 건강·질병 여정 전체와 케어 세팅을 동시에 고려할 때 어떻게 이들의 경험을 향상시켜 긍정적인 건강 결과를 이루어낼 것인가에 초점을 맞춰야 한다. 그리고 이러한 접근이 이루어지기 위해서는 서비스 제공자의 적극적인 참여가 필수 요소이므로 이들에 대해 어떻게 재정적으로 또는 기술적으로 지원할지에 대해서도 반드시 고민해야 한다.

마지막으로 서비스 디자인이라는 방법을 적용해 도출한 이용자 중심의 지역사회 기반 노인 친화적 통합의료서비스 제공모형(안)과 그 적용을 위한 정책적 주요 쟁점이 향후 노인 대상 정책을 마련하고 시행할 때 유용하게 활용될 수 있기를 바란다. 그리고 이 연구에서 제안하고 있는 시범사업들이 지속적으로 이루어질 수 있기를 바란다.

참고문헌 <<

<국내외 참고문헌>

- 건강보험심사평가원 홈페이지. <https://www.hira.or.kr/rd/hosp/getHospList.do?pgmid=HIRAA030002020000>에서 2017. 10. 20. 인출.
- 국가법령정보센터. (2017). <http://law.go.kr/main.html>에서 2017. 9. 10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2017). 2016 노인장기요양보험통계연보(제2편 장기요양 신청·인정 현황). <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=F332a>에서 2017. 8. 15. 인출.
- 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지. <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/r/a/201/selectLtcoSrch.web?menuId=npe0000000650>에서 2017. 10. 20. 인출.
- 김남순, 박은자, 김대중, 서제희, 전진아, 윤도흠 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발. 한국보건사회연구원.
- 김형용. (2013). 지역사회기반 서비스와 사회복지관. 한국사회복지행정학, 15(1), 169-195.
- 마크 스틱도른, 야코프 슈나이더. (2012). 서비스 디자인 교과서 (이봉원, 정민주, 공역). 서울: 안그라픽스. (원서출판 2011) 종합.
- 미쓰비시 종합연구소. (2010). 지역포괄지원센터의 업무 실태에 관한 연구. (원서 三菱綜合研究所. (2010). 地域包括支援センターの業務實態に關する研究).
- 박세경, 강은나, 황주희, 김정현, 하태정, 이정은 등. (2015). 돌봄·보건의료 연합서비스(Joined-services) 공급모형에 관한 전망과 과제. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2017). www.mohw.go.kr/react/index.jsp에서 2017. 9. 10. 인출.
- 선우덕. (2015). 일본 개호보험제도의 최근 개혁동향과 정책적 시사점. 보건복지포럼(2015. 10.), 84-96.
- 선우덕, 강은나, 황주희, 이윤경, 김홍수, 최인덕 등. (2016). 노인장기요양보험

- 의 운영성과 평가 및 제도 모형 재설계방안. 한국보건사회연구원.
- 성은미, 조추용, 권혜영. (2012). 일본 지역포괄지원센터를 통해 본 노인재가요양 지원센터시범사업의 과제. 경기복지재단.
- 신용일, 이창형, 김수연, 김병철, 배장비. (2012). 만성질환 재활환자의 퇴원 후 지속 관리를 위한 재활의료서비스 전달체계 구축방안 연구. 질병관리본부.
- 신형익, 이정은, 이윤진, 김은혜. (2014). 초기 집중 재활치료의 표준 및 인증기준안 개발, 정책적 활성화 방안. 보건복지부·분당서울대병원.
- 이재정. (2016). 지역중심의 노인돌봄체계 구축·운영 방안. 부산복지개발원.
- 일본 사회보장·인구문제연구소. (2012). 일본의 장래 추계인구(전국).
- 정한영, 손민균, 김창환, 한은영, 강은경, 지성주 등. (2016). 뇌졸중 환자를 위한 권역심뇌혈관질환센터와 권역 내 지역 병원과의 연계 모형개발. 질병관리본부, 인하대학교병원.
- 조강희, 김미정, 이상헌, 신형익, 신용일, 김철준, 등. (2012). 만성기 재활치료 표준화 및 활성화 방안 연구. 대한의사협회 의료정책연구소.
- 통계청 국가통계포털 홈페이지. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=I3에서 2017. 10. 20. 인출.
- 한국보건사회연구원, 한국법제연구원. (2017). ‘일본의 의료보장제도와 개혁동향’ 발표자료 -제3차 건강노화 및 노인친화적 의료 포럼.
- 황도경, 신영석, 이윤경, 최병호, 김찬우, 박금령, 등. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축. 한국보건사회연구원.
- Age UK. (2011). *Engaging with Older People Evidence Review*.
- AHRQ. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies Volume 7-Care Coordination*.
- Canadian Policy Research Networks. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Canadian Policy Research Networks.
- Geriant. (2017). *Bestuursverslag 2016 Stichting Geriant*.

- Glimmerveen, L., & Nies, H. (2015). Integrated community-based dementia care: the Geriant model. *International Journal of Integrated Care*, 15(6).
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies*. London: King's Fund.
- Sutherland, J., & Hellsten, E. (2017). *Integrated Funding: Connecting the Silos for the Healthcare We Need*. C. D. Howe Institute.
- NSW Agency for Clinical Innovation. (2014). *Building Partnerships: A Framework for Integrating care for Older People with Complex Health Needs*. Nsw. Agency for Clinical Innovation.
- NSW Department of Health. (2015). *NSW Rehabilitation Model of Care-NSW Health Rehabilitation Redesign Project(Final Report-Model of Care)*. NSW Government of Health.
- Okamoto, T., Ando, S., Sonoda, S., Miyai, I., & Ishikawa, M. (2014). "Kawafuki Rehabilitation Ward" in Japan. *Jpn Rehabil Med*, 51(10), 629-633.
- Plochg, T., & Klazinga, N. S. (2002). Community-based integrated care: myth or must?. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(2), 91-101.
- Ryan, S., Howlett, J., & Greenham, J., (2008). *HNE Handover for Nurses and Midwives, Community Acute Post Acute Care(CAPAC)*, 1(1), p. 34.
- Victoria Department of Health. (2006). Fact Sheet: Partnerships.
- World Health Organization. (2004). *A Glossary of terms for community health care and services for older persons*. Ageing and Health Technical Report. Kobe: WHO.

World Health Organization. (2008). *Integrated health services-What and Why?* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

〈법령·계획·내부 자료〉

국민영양관리법(국민영양관리법 시행령 제2조(영양관리사업의 유형)/

노인복지법 시행규칙(보건복지부령 제533호, 2017. 9. 15. 일부개정). 제22조
(노인의료복지시설의 시설기준 등). 별표4. 노인의료복지시설의 시설기준
및 직원배치기준.

노인장기요양보험법((노인장기요양보험법 제1조(목적), 동법 제2조(정의), 동법
제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙), 동법 제6조(장기요양기본계획),
동법 제23조(장기요양급여의 종류), 동법 제31조(장기요양기관의 지정),
동법 제46조(장기요양위원회의 구성))

긴급복지지원법(긴급복지지원법 제1조(목적), 동법 제3조(기본원칙), 동법 제4
조(국가 및 지방자치단체의 책무), 동법 제6조(긴급지원기관), 동법 제9조
(긴급지원의 종류 및 내용), 동법 제11조(담당기구의 설치 등)).

보건의료기본법(보건의료기본법 제20조(보건의료정책심의위원회), 동법 제21조
(위원회의 구성), 동법 제45조(취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공))

도쿄도 보건의료계획(2013년도 3월 개정안)

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryotokyo/center_to.files/01gaiyou29.pdf에서 2017. 8. 30. 인출.

도쿄도 복지보건국 고령사회대책부 개호보험과. (2015). 개호보험제도(국문 사업설명 리플릿).

요코하마시 노인복지부. (2017). 내부 발표자료-요코하마시의 주요 노인 시책
일본 간호보험법(간호보험법 제115조).

일본국립사회보장인구문제연구소. (2017a). 다이치 오노(National graduate
institute for policy studies) 내부 발표자료 'Current issues for

healthcare reform'. National graduate institute for policy studies'.

일본국립사회보장인구문제연구소. (2017b). 다이치 오노 내부 발표자료 'Fund for comprehensively securing community-based healthcare and long-term care.'

장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률(장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 제1조(목적)).

저출산·고령사회기본법(저출산·고령사회기본법 제1조(목적), 동법 제16조(취약 계층노인 등), 동법 제20조(저출산·고령사회기본계획), 동법 제23조(저출산·고령사회위원회)).

지바대학 사카이 이쿠코 교수. (2017). 내부 발표 자료.

지바대학 예방의학센터 후지타 신스케 교수. (2017). 내부 발표 자료.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |