

노인 통합케어 시스템 구축을 위한 사례분석

Case Analysis to Establish an Integrated Care System for Seniors

유용식
세명대학교 사회복지학과

Yong-Shik Yoo(yoos@semyung.ac.kr)

요약

본 연구는 분절적이고 파편화되어있는 보건·의료·복지서비스를 국내외 통합케어에 대한 사례분석을 통하여 우리나라에 적합한 통합케어 시스템 구축을 위한 기초자료를 제공하고자 한다. 사례분석 결과 통합케어의 공통된 요소는 기관과의 협력, 다양한 전문직의 공동참여, 조정과 개별화된 보호 제공, 사례담당 전문가를 통한 다양한 서비스를 제공하고 있다는 것이다. 이러한 사례를 근거로 우리나라 통합케어 시스템 구축을 위한 제언으로는, 통합케어종합지원센터 설치, 서비스제공 장소의 동일배치, 케어 매니지먼트 체계 구축, 자원개발 및 인력확충, 통합케어 사례관리 시스템 개발, 통합케어 전산망 개발 등이 필요하다.

■ 중심어 : | 통합케어 | 사례관리 |

Abstract

This study conducts analysis on integrated care cases in Korea and other nations regarding health, medical, and welfare services that are segmented and fragmented in order to provide foundational data to establish an integrated care system appropriate for the situation of Korea. According to the result of the cases, integrated care provides various services in common through cooperation with organizations, collaborative participation of various professionals, provision of intervention and individualized protection, and experts for taking care of the cases. Based on those cases, this paper provides suggestions to establish an integrated care system of Korea. In fact, it is necessary to build integrated care general support centers, arrange service providing places in common, establish a care management system, develop resources and expand manpower, develop an integrated care case management system, and develop integrated care computer network.

■ keyword : | Integrated Care | Case Management |

I. 서론

1. 연구의 배경과 목적

최근 우리나라에서 급속도로 진행되고 있는 노령화 현상은 정치·경제·사회·문화 등 다양한 부문에서 커다란 변화를 초래할 것으로 예상되고 있다. 특히 노령화

는 보건의료서비스에 대한 수요를 폭발적으로 증가시킬 것으로 전망되고 있는데, 급격한 노령화 추세에 비해 노인을 위한 사회적 기반이 아직 취약한 우리나라는 노령화에 따른 부담을 감당해내기 어려울 수 있다[1].

노인의 비율이 높지 않았던 과거에는 노인에 대한 의료체계와 요양체계의 구분은 뚜렷하지 않았으며 아직

* 본 연구는 2009년 대한케어복지학회 춘계학술대회 발표자료를 수정·보완한 것임.

접수번호 : #101109-004

접수일자 : 2010년 11월 09일

심사완료일 : 2010년 12월 16일

교신저자 : 유용식, e-mail : yoos@semyung.ac.kr

도 많은 국가에서는 의료체계의 일환으로 요양서비스를 간주하는 시각을 견지하고 있다. 그러나 노인인구의 급속한 증가로 인하여 노인복지증진을 위해서는 통합적인 장기요양 서비스 체계를 구축함으로 전반적인 보건·의료·복지의 향상을 증진시킬 필요가 있다[2].

우리나라의 노인복지분야에서 돌봄서비스는 1997년 노인복지법 개정이후 그 규모가 점차 증가하다가 2008년부터 실시된 노인장기요양보험제도의 시행으로 전환기를 맞게 되었다. 그러나, 의료·보건·간호 인력 중심의 의학적 케어(medical care)와 사회복지와 비공식적 인력을 중심으로 한 사회적 또는 대인수발적 케어(social care, personal care)의 통합적 노력이 전제되어야 함에도 불구하고 지금까지 노인돌봄서비스나 장기요양제도 관련 관리 및 전달체계에 대한 논의에서는 통합적 케어(integrated care)에 관한 학문적 논의는 매우 부족하다[3].

그러나, 노인을 위한 적절한 서비스체계는 보건의료와 복지체계의 원활한 연계에서만 가능하다. 특히 노인들은 대체로 건강문제와 복지문제를 함께 가지고 있는 경우가 많기 때문에, 보건의료서비스와 복지서비스가 유기적으로 연계되어 통합적으로 제공되어야 한다[1]. 서비스가 통합이나 연계가 이루어지지 않을 때는 부적절한 서비스, 접근 불가능한 서비스, 불충분하게 이용되는 서비스, 단편화된 서비스, 그리고 불연속적 서비스가 되기 쉽다[4]. 따라서 노령화에 따른 보건복지서비스 수용과 부담에 대응하기 위하여 노인을 위한 통합케어 시스템 구축이 시급하다.

통합케어는 케어의 연속성을 확보할 수 있다는 면에서 기존의 보건의료체계의 분절성을 해결하기 위한 하나의 대안으로 제시되고 있다. 특히 노인들의 경우 급성기 질환 치료에서부터 장기요양서비스에 이르기까지 케어의 연속성을 더욱 필요로 하기 때문에 통합케어에 주목할 필요가 있다.

이처럼, 통합케어 시스템에서는 노인의 신체적 건강뿐 아니라 사회적·심리적 그리고 정서적 건강까지도 중요한 복지서비스 측면으로 간주하며 자신과 가족을 중심으로 지역사회와 가정에서 서비스가 이루어질 수 있도록 하는 것을 강조한다. 즉 통합케어의 관점은 의

료 및 급성 케어관점을 배제하는 것이 아니라 그 시각의 범위를 확장시킨 것이라 볼 수 있을 것이다. 따라서 의료전달체계가 제대로 확립되어 있지 않은 채 고령화에 직면한 우리나라의 보건·의료·복지체계 정비에 시사하는 바가 크므로 통합케어 시스템으로의 전환이 적극적으로 필요하다.

이에 본 연구의 목적은 국내의 통합케어 사례분석을 통하여, 분절적이고 파편화되어있는 보건·의료·복지서비스를 우리나라에 적합한 통합케어 시스템 구축을 위한 기초자료를 제공하는데 있다.

2. 연구방법

본 연구는 기존의 여러 자료를 통한 문헌조사를 중심으로 진행하였다. 노인 통합케어에 대한 이론적 배경과 관련된 내용을 국내외 문헌고찰을 통하여 수행하였다. 그리고 정부 및 지역사회 단위의 노인 통합케어, 보건·의료·복지 연계에 대한 사례분석 및 정부간행물, 세미나 자료, 연구보고서, 관련학회논문 등을 바탕으로 정리하였다. 연구의 전개과정은 외국의 통합케어 사례 및 중앙정부 및 지방자치단체가 시범운영한 사례에 대하여 면밀히 분석하고 검토하여 실천력 있는 논문 전개를 시도하였다.

본 연구는 서론에 이어 제2장에서는 이론적 고찰, 제3장에서는 국내의 통합케어의 사례분석, 제4장에서는 사례분석결과를 기술하였고, 제5장에서 결론을 맺는다.

II. 이론적 고찰

1. 통합케어의 개념

보건의료 및 사회복지서비스의 단절을 극복하기 위해서 현재 유럽을 비롯하여 미국, 캐나다에서는 조정되거나 통합된 형태의 보건복지 시스템 개혁이 이루어지고 있다. 하지만 통합케어에 대한 합의된 정의는 아직 없는 상태로 나라마다 처한 환경과 보건의료 시스템에 따라 다양한 형태가 존재하고 있다[5].

문헌에서 정의되고 있는 통합케어의 개념도 다양한데, Konder는 통합이란 치료와 케어 부분의 연결, 정렬,

협력을 이루기 위해 설계된 재정, 행정, 조직, 서비스 전달, 임상적 측면에 있어서 통일된 방법과 모델의 집합체라고 했다[6]. 또한 Grone 등은 통합케어를 투입, 전달, 관리와 더불어 진단, 치료, 케어, 재활, 건강 증진과 관련된 서비스 조직이 합쳐져서 접근성, 질, 소비자 만족도, 효율성을 증진시키는 것으로 정의하였다[5].

Leichsenring는 통합케어는 비용효과를 보장하고 서비스 질적 수준을 개선하며 이용자와 공급자의 만족도를 높이기 위한 목적으로 단일체(Single Unit)의 조정을 거쳐 제공되는 케어서비스라고 규정하기도 했다[7]. 한편 WHO는 통합케어를 치료와 케어 영역 간 또는 각 영역내의 재정, 행정 및 서비스 공급 차원의 연결성, 적소배치, 협동적 노력을 구축하기 위해 설계된 케어 모델이나 정책이라고 정의하였다[8].

이상의 개념을 종합하여 보면, 통합케어는 이용자의 만족도와 질적 수준을 높이고 시스템의 효율성을 제고함으로써 비용절감 효과를 얻기 위해서 단일체(Single Unit) 혹은 집합체 간의 재정, 행정, 서비스 전달, 임상 측면의 조정 또는 통합을 통해 제공되는 서비스를 의미한다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 통합케어의 개념으로 보건·의료·복지·행정조직의 최 일선 기관의 방문보건요원과 사회복지전담공무원이 서비스 대상자들에게 보건과 복지서비스를 통합적으로 공급하기 위한 전문 인력 간 또는 기관 간에 이루어지는 연락, 서비스 연계, 그리고 협력적 행위 등 실질적인 모든 노력으로 정의하고자 한다.

2. 노인 통합케어 시스템의 필요성

2.1 노인의 욕구증가와 서비스구조의 변화

노인은 단편적인 경제적 지원이나 의료서비스로는 해결하기 어려운 다양한 생활상의 욕구를 가지고 있다. 최근 우리사회에서 이와 같은 복합적 욕구를 지니고 있는 노인 인구계층의 비율은 빠른 속도로 증가하고 있다[9]. 또한 만성질환을 가지고 있는 노인은 시설이나 병원에 입소하거나 입원시킨 것이 바로 대상자의 상태개선으로 연결되지 못한 경우가 많다. 그러므로 오늘날 시설이나 병원에서 원조보다는 가정·지역사회를 기반으로 하는 통합케어의 방향이 크게 부상하고 있다

[10].

2.2 공적서비스의 시스템 문제

과편적이고 분절적인 서비스는 단기적으로 서비스대상자의 자활이나 자립의 성취에 비효율을 가져다주면서, 장기적으로는 병원 혹은 사회복지시설에 의한 보호욕구를 증가시킴으로써 정부 재정의 막대한 소모를 발생시키고 있다[9]. 또한, 지방을 중심으로 전개된 서비스들은 연계나 통합을 위한 장치나 대상자와 관련된 서비스 기관들 사이의 조정기능이 미비하기 때문에 서비스를 제공하고 있는 기관들 간에 서비스 내용을 잘 모르는 경향이 있다. 이러한 문제점에 대해 각 기관들의 서비스를 조직화하고 대상자의 욕구를 통합적으로 충족시킴으로써 지방분권화에 따른 부정적인 측면을 보충하기 위해서 통합적인 실천의 등장이 필요한 것이다.

2.3 보건·의료·복지의 연계 필요성

노인에 대한 복지서비스는 지역사회에서 노인이 독립성을 유지하면서 생활 할 수 있도록 다양한 서비스를 제공해주는 것이 제일 바람직하다. 이를 위해서는 개개 노인에게 맞는 보건의료와 복지서비스를 포함한 통합적인 서비스를 제공해야 할 것이다. 지금까지의 서비스 공급방식은 노인의 욕구(need)를 종합적인 관점에서 파악하려는 노력이 결여되어 있었다.

또한, 노인의 생활을 효과적으로 지원하기 위해서는 이러한 관련 분야의 연계체제를 형성하는 것 그 자체가 아니고 이 연계체제에 의해서 욕구를 종합적으로 파악하여 욕구에 맞는 서비스를 제공하는데 그 목적이 있다. 따라서 이러한 목적을 달성시키는 대응책으로 통합적 접근방법에 대한 관심이 고조되고 있다[11].

3. 선행연구

보건과 복지의 연계에 대한 논의는 비교적 활발하게 진행되고 있으나, 보건·의료·복지의 3자 통합케어에 대한 논의와 자료는 많이 부족한 상태이다. 통합케어에 대한 선행연구는 다음과 같다.

이연주는 보건의료와 사회복지서비스를 이용자의 측면에서 종합적으로 제공하는 '통합형 보건의료복지전

달체계'가 필요하며, 통합형 체계의 장점으로 주민의 접근성 고양, 행정의 효율성과 효과성 제고, 사회적 요보호계층에게 저렴한 가격의 양질의 서비스 제공 가능성을 주장하였다[12].

정순들은 단순한 조직과 기관의 통합이 진정한 통합이 아니라고 하면서, 이전에 별개의 지역에 존재하던 보건소와 사회복지전문요원을 위치상으로 하나의 건물에 존재하게 하는 보건복지사무소가 자연스럽게 원만한 서비스의 제공을 위한 공동의 노력을 가져오는 것은 아니므로 더욱 진전된 노력이 필요하다고 하였다[13]. 김순양은 지방정부 노인복지 행정체계의 평가 기준으로서 통합연계성 측면을 제시하면서, 중앙정부와 지방정부간의 수직적 통합연계성과 중앙부처와 지방부처들 간의 수평적 연계성을 평가해야 한다고 하였다[14].

조추용은 일본에서 보건복지 통합서비스의 핵심적인 기관인 재가케어 지원센터를 소개하면서 우리나라에 적합한 모형으로 보건복지사무소가 상부구조로서의 기능을 수행하며 복지관 및 시설과 경로당 등의 하부구조의 거점으로서의 기능과, 보건복지사무소에 지원센터 설치와 재가복지서비스 연계·통합팀 구성을 주장하였다[15]. 문재우는 보건·의료·복지의 연계와 통합을 위해서는 각 기관들의 자발적인 움직임을 유도해낼 수 있는 여건이 마련되어야 하며, 중앙정부와 지방정부가 일관성 있게 기관과 사업간 협력을 지속할 수 있는 법적·제도적 정비가 수반되어야 한다고 하였다[10].

신지연·강임옥은 통합케어에 대한 외국의 사례를 인용하면서, 통합케어를 위해서는 보건의료 자원 및 인력의 확충, 보건의료 관리조직의 정비, 보건·복지 연계 체계 확립이 우선적으로 해결되어야 하고 건강보험공단과 지불제도 등을 통해 의료 공급자의 통합케어 도입을 유도할 것을 주장하였다[16]. 이성기는 보건복지서비스 연계는 지역적인 특성을 고려해야 한다는 내용과 구체적이고 가시적으로 진행되는 연계사업이 구성되어야 할 필요가 있다는 점, 연계사업 진행에 있어서 무엇보다도 체계적인 정보관리 방안의 구축에 대한 계획이 병행되어야 한다는 점을 시사하였다[17].

위의 선행연구에서 보듯이 보건·복지서비스의 연계 및 통합에 대한 필요성을 주장하고 있으나, 외국의 통

합케어 모형을 벗어나지 못하는 한계를 지니고 있으며 구체적인 모형이나 대안을 제시하지 못하고 있다.

III. 국내외 통합케어의 사례분석

1. 미국

미국의 통합케어 시스템으로는 PACE와 Guided Care가 있다. 먼저 PACE(The program of all inclusive care for the elderly)는 완전통합 모형을 채택한 프로그램으로 1987년 메디케어·메디케이드 시범프로그램으로 시작하여 점점 확대되어 예산균형법안(the Balanced Budget Act)을 통해 영구적인 메디케이드 예외조항으로 제정되었고, 2002년까지 15개 주에서 26개의 PACE 프로그램이 운영되고 있다. PACE 대상자는 메디케이드에서 PACE 프로그램을 제공하는 주(State)에 거주하는 55세 이상인 자 중 너싱홈 수준의 돌봄이 필요하다고 인정받은 사람이다.

또한, Guided Care는 통합의료프로그램으로 담당자는 정보기술을 활용해서 환자의 상태와 선호도를 사정한 후, 포괄적인 증거기반(evidence-based) 케어계획을 작성하고 대상자를 돌보는 보건의료전문가들 간의 조정자 역할을 수행한다. Guided Care의 대상자는 65세 이상 노인이며 치매질환자도 포함된다. 제공되는 서비스는 포괄적 건강평가, 맞춤형 케어계획 수립, 최신 만성질환 관리기법 적용, 환자 자기관리, 건강증진 프로그램, 보건복지서비스 조정·연결·가족교육, 지역사회 자원 연계 등이다[16].

2. 캐나다

캐나다의 통합케어 시스템으로는 SIPA와 PRISMA가 있다. 먼저, SIPA(Systeme de Service Integres Pour Personnes Agees en Perte Dautonomie)는 독립적 생활능력에 장애가 있는 노인을 위한 통합서비스체계이다. 이 프로그램은 일정 취약 노인을 대상으로 재가, 급성병원, 요양시설에서 포괄적인 보건의료와 복지서비스를 제공하고 있다. SIPA에 대한 평가는 재가서비스 이용률 증가, 응급의료이용 감소, 예방서비스 강조

등의 효과가 있는 것으로 평가되고 있다.

또한, PRISMA(Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy)는 SIPA와 같은 완전통합모형이 아닌 관련기관간의 조정을 강조한 모형으로 보건과 복지기관이 참여한 공동운영위원회를 설치함으로써 정책과 자원분배를 결정하고 있다. 보건정보전화(Health Info Line)와 서신을 통해 PRISMA에 접근할 수 있도록 단일창구가 마련되어 있고 서비스 신청자는 간단한 평가를 통해 자격요건 심사를 거치게 되어 있다. 자격요건 기준은 65세 이상, 중등도 또는 중증장애인 이며, 서비스는 사례관리자를 중심으로 구성된 다학제팀이 대상자의 필요도를 사정한 후 서비스를 제공하게 된다[16].

3. 일본

일본의 통합케어 시스템으로는 보건의료복지복합체와 지역포괄지원센터가 있다. 먼저 보건의료복지복합체는 1980년대 후반부터 서비스의 연속성을 유지시키기 위한 방안으로서 보건의료복지복합체가 자생하기 시작하였으며, 개호보험제도의 도입이 공식화된 1994년 이후부터는 복합체가 급증하였다. 복합체에서는 특별노인홈이나 노인보건시설 등의 요양시설을 개설하고 있는 그룹뿐만 아니라, 진료소나 중소병원이 재가·통원 케어시설만을 개설하고 있는 미니복합체도 포함된다.

또한, 지역포괄지원센터는 예방사업위주의 개혁을 위하여 2006년부터 시·정·촌별로 지역포괄지원센터를 설치·운영하고 있다. 지역포괄지원센터의 도입은 개호보험 이외의 다양한 서비스를 연계함으로써 이용자들에게 효과적인 서비스를 제공하고, 예방적인 개입을 강화함으로써 개호보험 전반의 재정건전화와 효율화를 도모하고자 하는 개혁정책이다. 지역포괄지원센터는 종합적인 상담창구의 기능, 개호예방관리 수행, 케어매니저들에 대한 슈퍼바이저 역할을 수행한다[1].

4. 유럽 PROCARE

최근 유럽은 노인복건복지의 통합케어에 대한 논의가 활발하게 진행되고 있다. 특히, 유럽 9개국(오스트리아, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 이탈리아, 네

덜란드, 영국)이 참여하는 PROCARE(Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons) 프로젝트는 노인들의 케어를 향상시키는데 필요한 지역사회 보건 및 복지서비스의 새로운 모델에 대한 논제를 세우고 통합케어에 대한 각국의 경험을 비교하고 연구를 위한 데이터베이스를 만들고 평가를 위한 타당한 연구 방법을 제공하는 것 등을 목적으로 하고 있다.

PROCARE 연구사업은 유럽 사회복지정책·연구센터에서 주관하고 있으며, EU 9개국의 대학, 컨설턴트회사, 연구소, 민간단체 등 10여개 단체가 참여하고 있다. 이 사업은 관리의료(managed care), 서비스 전반에 관한 재정·관리·조직의 수평적·수직적 통합, 연속성(연결성), 조정과 네트워킹, 시스템적 접근, 개인중심적 접근, 사례관리, 가족케어의 지원 등의 사업을 통하여 서로 협력하여 통합케어를 실시하고 있다[18].

프랑스는 노인전문조정(gerontological coordination)이라는 개념이 노인정책의 주제로 등장하게 되었다. 즉 복잡한 문제해결과 특정목표의 달성을 위해 한시적으로 전문가 집단 간의 자원을 결합하는 방식을 의미하는 것으로, 네트워크 구축과 사례관리의 개념을 부분적으로 내포하고 있다.

독일은 노인서비스의 통합에 대한 논의는 건강유지조직, 관리의료조직과 함께 케어관리와 사례관리 개념의 틀에서 진행되고 있다. 최근 몇 년간 단절된 케어시스템의 조정과 통합에 대한 여러 모형이 시도되고 있다. 보건의료 분야에서도 의사네트워크와 통합치료시스템에 대한 논의가 일고 있다. 또한 독일은 재가 노인 보건복지서비스 관리주체를 통일하는 사회수발센터와 노인지원연대가 활동하고 있다.

네덜란드의 가장 큰 특징은 의료서비스, 특히 노인 대상의 의료적 케어 지원에 있어 상대적으로 타 유럽국가들 보다 정부, 비영리 및 영리조직 들 간의 긴밀한 네트워크의 활동이 강화되어 왔다고 평가되어온 의료보장 제도에 근거하고 있다. 따라서 요양서비스에 대한 지출이 상대적으로 높다.

덴마크에서는 보건의료와 복지서비스가 지방자치에 권한이 위임된 분권화 형태로 이루어져 있다. 덴마크의 16개 주(county)에서는 보건의료를, 275개 지방자치단

체에서는 복지서비스를 담당하고 있다. 내무부 및 보건부에서는 일차의료와 병원을, 사회복지부에서는 연금과 노인복지에 관한 전반적인 정책을 관장한다.

영국의 통합케어체계의 모체는 Darlington 사업으로서, 이 사업은 수발관리자를 통해 통합서비스를 제공했는데, 수발관리자는 다학제적인 노인 진료팀의 구성원으로서 환자의 요구도 평가, 케어 계획수립 및 수행 등의 역할과 함께 복지서비스 기관 간의 원활한 연계를 조정했다. 각 수발관리자는 20명 정도의 환자를 대상으로 시설서비스 비용의 2/3 한도 내에서 예산을 배정받아 관리한다.

핀란드는 북유럽 사회복지국가들의 유형을 따라서 보편성의 원칙, 공공부문의 강조, 조세에 의한 재원조달, 높은 수준의 공평한 사회적 급여 등의 특징을 갖고 있다. 그리스는 독립성, 자율성, 참여도 개선 정책기조하에 노인의 재가거주를 증진할 목적으로 보건복지서비스 시범사업을 실시해오고 있다. 이중 열린 노인케어센터(KAPI)와 노인가정봉사서비스가 대표적인 모델 프로그램으로 평가되고 있다.

이탈리아는 1992년에 들어와 법령에서 명시한 예방을 통한 노인의 안년 향상, 독립적 생활 능력 증진에 초점을 맞추고 있다. 이를 시행하는 조직은 각 지역(region)이며, 통합체계의 네트워크 구축, 자원계획수립, 재원조달, 운영 등을 주관하고 있다. 각 지역은 지역보건소(Local Health Unit)를 통해 사업을 실시하게 된다[18].

표 1. EU 9개국의 보건복지통합을 위한 시도

주요개념	오스트리아	독일	테마크	그리스	프랑스	핀란드	이태리	네덜란드	영국
보건학적 접근	**	**	**			*	**		**
관리의료	**	**	*		*	*	*	*	***
수평적 통합	**	**		**	*	*	*	*	*
수직적 통합						**	**		**
연속성/연결성	*					***		**	*
조정/네트워킹	*	*			***		*		
시스템적 접근									**
개인중심적 접근			***			**		***	**

주: * 시범사업, ** 부분적 시행, *** 서비스 시행
 자료: 이윤환 등, 2004.

5. 우리나라 사례

우리나라 또한 노인인구의 급증과 욕구 증가에 따라 보건복지서비스의 연계 및 통합에 대한 필요성이 대두되어 10년 전부터 지역사회를 중심으로 한 연계수준의 사업이 전개되고 있다. 보건복지사무소, 보건복지연계 사례관리 사업, 노인보건복지연계센터 등이 그 예이다. 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

5.1 보건복지사무소 시범사업

1995년 7월부터 1999년 12월까지 시범운영한 이 사업은 저소득 지역주민들에게 보건의료와 사회복지서비스를 포괄적으로 제공하기 위하여 시도되었다. 조직은 기존 보건소 조직에 시범사업 수행을 위한 복지담당부서로 복지사업과(계)를 설치하고, 복지사업과(계)내에 방문간호팀을 구성·운영하였다. 시범사업의 인력은 보건분야의 경우 해당 보건소의 기존 배치인력 전체를 활용함을 원칙으로 하고, 복지부서의 인력은 관리 인력, 전문 인력, 행정지원 인력, 기능 인력으로 구성하였다 [1].

시범사업 결과 보건과 복지분야의 업무 이해나 정보 교류는 증가하였으나, 업무 전산화 환경의 미비로 대상자와 관련된 정보의 교류가 활발하게 일어나지 못했고, 업무갈등·회피 등 실제 부서 간 협조나 연계가 잘 이루어지지 않아 좋은 결과가 나타나지 않았다.

5.2 보건복지연계 사례관리 사업

이 사업은 서울 은평구에서 실시되었던 것으로서 각종 보건의료 및 사회복지 서비스를 제공받고 있는 노인들을 대상으로 시범사례를 선정하고 사례관리 팀을 조직하여 사업을 진행하였다. 사례관리팀에는 사회복지사, 유급 가정도우미, 보건소 방문간호사 등이 포함되었다[16]. 사례관리 대상자는 노인인구와 장애인을 우선순위 대상으로 정하고 현재 서비스를 받고 있는 수혜자 중에서 선정하였다. 선정된 사례관리 대상자에게 제공할 서비스와 서비스 제공자를 선정하기 위해서 주 1회 사례관리팀 회의를 실시해 부문별로 알고 있던 대상자 정보가 교환되고 필요한 서비스가 파악되며 서비스 조정이 일어나게 했다.

이 사업 결과, 사례대상자에 대한 서비스가 특정 대상자에게 중복되는 문제가 발생하였다. 보건소와 사회복지관의 대상자 선정기준이 큰 차이가 없어 서비스가 여러 계층의 사람들에게 효율적으로 제공되지 못하고 특정 대상자에게만 집중적으로 제공되었다[1].

5.3 노인보건복지 연계 센터

경기도는 노인에 대한 보건과 복지서비스의 중복제공을 막고 서비스 단절을 예방하기 위해 수원시와 의정부시의 지방공사의료원 내에 노인보건복지 연계센터를 설립하고, 기초생활수급 노인과 저소득 노인을 대상으로 위탁 운영한 사업이다. 2000년부터 2003년까지 3년간 시범사업을 실시하였다.

시범사업 결과는 대상 노인뿐만 아니라 관련기관의 욕구를 어느 정도 충족시켰다는 평가를 받고 있다. 그러나 문제점으로는 인력의 잦은 교체로 인해 사업의 지속성이 유지되지 못하고, 센터의 정보가 양적·질적으로 부족하였다. 또한 적절한 필요도를 평가하는 과정이 없었기 때문에 서비스의 효율적 활용과 분배가 어려웠다[18].

VI. 사례분석결과

본 연구는 지금까지 노인 통합케어에 대한 이론적 배경과 국내외 사례를 중심으로 검토하였다. 분석결과, 통합케어를 하나의 개념으로 정의한다는 것이 얼마나 어려운 것인지를 알 수 있다. 각 나라가 처한 보건·의료·복지환경에 따라 통합케어에 대한 정의가 서로 다른 다양한 전략과 방법이 사용되고 있기 때문이다.

그럼에도 불구하고 미국, 케나다, 일본, 유럽의 사례들에서 통합케어의 공통된 요소를 발견할 수 있었다. 첫째, 기관과의 협력이다. 보건과 복지기관의 협력체계를 구성하여 정책과 기관 간 관계에서 책임소재를 분명히 하고, 구체적인 계획 등 기관들의 권한을 고려하는 협력체계를 도모하였다. 둘째, 다양한 전문직의 공동참여와 보호계획 수립이다. 지역사회 보호사업에서는 사례의 선정에서부터 사정 및 사례관리, 서비스 제공 그

리고 관리의 전 과정에서 사회복지사, 간호사, 의사, 물리치료사 등 다양한 전문영역과 협력이 이루어졌다. 셋째, 조정되고 개별화 된 보호의 제공이다. 개별사례에 대하여 그 욕구에 맞추어 개별화된 보호가 제공되며, 보호의 제공에서 그들의 욕구 충족을 위하여 서비스 조정이 이루어졌다. 넷째, 사례담당 전문가를 통한 다양한 서비스 제공이다. 사례관리자는 통합케어의 목적에 부합하는 적은 사례수를 담당하도록 하여 맞춤서비스를 제공한다. 그 외에도 다학제적인 팀, 예방중심의 서비스, 정보시스템, 단일창구, 케어 매니지먼트 등이 그것이다.

국내외사례 분석을 통한 우리나라의 통합케어 시스템 구축 방향을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 통합케어에 대한 합의가 이루어져야 한다. 보건·복지·의료조직간 통합케어 시스템 개발을 위한 목표의 공유, 전문지식의 공유, 서비스의 공유, 책임 및 신뢰의 공유, 의사결정의 공유 등에 대한 합의가 이루어져야 한다.

둘째, 각 전문직 간의 이해 및 갈등해결이 필요하다. 각 전문직간의 이해와 갈등을 해결하고 연계체계를 이루기 위해서는 교육이 선행되어야한다. 다른 전문분야의 존재 이해와 수용, 분야 간 협의내용, 서비스 전달체계, 갈등해결 등을 위한 다양한 교육훈련이 이루어져야 한다.

셋째, 통합케어의 기능과 역할 정립이 필요하다. 사업의 기능과 역할이 정립되지 않으면 혼란이 야기된다. 우선 케어서비스 제공기관과 제공되고 있는 서비스에 대한 체계적인 조사를 실시하고, 필요한 서비스 제공기관의 확충과 중복되는 서비스의 조정, 누락된 서비스의 개발 등이 이루어져야 한다.

넷째, 통합케어의 접근 가능성 확대가 필요하다. 통합케어 시스템은 대상자들이나 가족들이 항상 쉽게 접근하고 편리하게 이용할 수 있도록 접근가능성을 확대시키고, 이용자 중심의 서비스 체계를 구축하여야 한다. 이를 위해 대상자 욕구에 부응한 순차적인 연계와 통합과정을 거치면서 프로그램 개발과 서비스 지원 대책이 이루어져야한다.

다섯째, 케어 매니지먼트의 활용이 필요하다. 케어 매니지먼트의 부재는 전반적인 관리 및 운영 등 통합케어

구축의 큰 장애요인이다. 이에 케어 매니지먼트를 활용할 수 있는 법적·제도적 장치를 마련하는 것이 급선무이다. 만약 케어 매니저 활용이 어렵다면 건강보험공단의 장기요양관리요원의 역할에 이러한 연계 및 조정기능이 필수 역할로 규정되어야 한다.

여섯째, 전문인력 확충 및 자원개발이 필요하다. 통합케어 서비스 전달체계의 구축 및 효과적인 서비스를 제공하기 위해서는 통합케어 전문인력을 확충하여야 한다. 또한, 지역사회의 기존 관련기관 및 단체 등의 조직과 그 하위 체계를 활용함으로써 국가적 차원에서 재정적 자원의 효율성을 추구해야 한다. 지역자원을 최대한 동시시켜 지역사회 전체가 통합케어 시스템에서 능동적 역할을 담당하게 한다.

V. 결론

인구학적 특성과 사회경제적 여건의 변화로 통합케어 서비스에 대한 요구가 증가하고 있다. 그러나 현재 제공되고 있는 보건·의료·복지서비스는 각각의 공급주체에 따라 단편적인 서비스를 제공함으로써 다양하고 복합적인 노인들의 욕구를 충족시키기에는 많은 한계가 있다.

이에 우리나라에서 통합케어가 안정적으로 정착하기 위해서는 무엇보다도 중앙정부와 지방자치단체 모두 통합케어의 필요성에 대해 공감을 이뤄내고 중앙정부는 보건 및 복지서비스 간의 원활한 통합을 이뤄낼 수 있도록 법적 근거 마련, 안정적 예산 확보, 중장기 통합케어 정책을 제시 하여야 한다. 통합케어가 실질적으로 이루어질 지방자치단체는 지역사회 환경에 적합한 보건·의료·복지서비스 통합 모형에 대해 고민하고 시범사업을 통해 최적의 시스템을 찾아내는 노력을 해야 할 것이다.

참고 문헌

- 리체계를 위한 서비스 연계방안, 국민건강보험공단, 2006.
- [2] 김찬우, “고령화사회의 노인복지 서비스 전달체계의 변화방향”, 사회복지리뷰, 제10호, pp.31-52, 2005.
- [3] 김찬우, “노인보건복지 분야의 통합적 사회서비스 체계 구축”, 2008년 한국사회복지학회 추계 학술대회자료, pp.17-63, 2008.
- [4] M. C. Hokenstad, R. A. Ritvo, and M. Rosenberg, “International Perspectives on Linking and Social Services,” *International Social Work*, Vol.22, No.4, pp.13-21, 1979.
- [5] O. Grone and M. Garcil-Barbero, *Trends in Integrated Care-Reflections on Conceptual Issues*, WHO, 2001.
- [6] D. Kodner. Forseeing the Futre of Long-term Care: The highlights and implications of a delphi study, In R. Binstock, L. Cluff and O. Mering, eds., *The Future of Long-term Care: Socila and Policy Lssues*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1996.
- [7] K. Leichsenring, “Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe,” *International Journal of Integrated Care*, No.4, pp.1-18, 2004.
- [8] WHO, *Key Policy Issres in Long-term Care*, 2003.
- [9] 이용표, 이재원, 김찬우, 임업, *고령지역사회의 발전을 위한 통합적 노인복지서비스 제공 모델 개발 연구*, 보건복지부·가톨릭대학교, 2006.
- [10] 문재우, “보건·의료·복지의 통합에 관한 일 고찰”, *보건과 사회과학*, 제15권, 제2호, pp.5-33, 2004.
- [11] 신현일, “농촌지역 방문보건사업의 통합적 접근 방법에 관한 연구”, *한국복지행정학회*, 제11권, 제2호, pp.253-279, 2001.
- [12] 이연주, “한국보건의료와 사회복지전달체계의 통합에 관한 연구”, *사회복지*, 통권122호, pp.153-171,
- [1] 박종연, 강임옥, 김경하, *한국형 노인건강·수발관*

1994.

- [13] 정순돌, “오스틴 노인그룹 서비스 기관들의 관계에 관한 연구”, 한국사회복지학, 통권31호, pp.441-458, 1997.
- [14] 김순양, “지방정부의 바람직한 사회복지행정체계 구축방안 - 노인복지행정분야를 중심으로”, 한국사회복지학, 통권31호, pp.191-218, 1997.
- [15] 조추용, “보건복지의 연계·통합에 관한 고찰-일본 재가 케어 지원센터를 중심으로”, 한국노년학, 제17권, 제1호, pp.74-93, 1997.
- [16] 신지연, 강임옥, “노령화 대응방안으로서 통합케어의 적용사례와 시사점”, 건강보험포럼, 겨울호, pp.84-98, 2005.
- [17] 이성기, “보건복지서비스 연계모형과 사례분석 연구”, 보건과 복지, 제9호, pp.151-164, 2007.
- [18] 이윤환, 임병우, 장경옥, 경기 노인케어센터 설치에 관한 연구, 아주대학교·경기도, 2004.

저 자 소 개

유 용 식(Yong-Shik Yoo)

정회원



- 2003년 : 숭실대학교 사회복지학과(문학석사)
- 2007년 : 숭실대학교 사회복지학과(사회복지학박사)

<관심분야> : 사회복지, 노인복지, 지역복지, 다문화