

노인복지분야의 통합적 케어와 사회복지사의 역할

Integrated Care Setting for the Elderly and the Roles of Social Workers

윤경아

대전대학교 사회복지학과

Kyeong-A Yoon(kayoon@dju.ac.kr)

요약

본 연구의 목적은 노인대상 통합적 케어 프로그램의 구성 요소와 효과를 탐색하고, 이러한 프로그램에서 다학제팀의 일원으로 활동하는 사회복지사의 역할을 기술하는 것이다. 연구를 위해 신속 체계적 문헌고찰을 실시하였으며, 데이터베이스 검색과 수기 검색을 단계적으로 진행하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 노인대상 통합적 케어 프로그램의 주요 요소는 케이스매니지먼트, 개별케어플랜, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심, 환자교육, 자기관리로 나타났다. 둘째, 참여노인의 케어경험과 건강 및 경제적 측면에서, 결과가 혼합되어 있긴 하지만, 대조군에 비해 프로그램 참여노인에게 어느 정도 긍정적인 효과가 나타났다. 셋째, 통합적 케어 프로그램의 다학제팀에서 사회복지사는 케이스매니저, 케어매니저, 케어코디네이터, 그리고 직접 서비스 제공자의 역할을 수행하고 있는 것으로 나타났다. 연구결과를 바탕으로 노인대상 통합적 케어를 준비하기 위해 필요한 교육과 정책에 대한 제언을 하였다.

■ 중심어 : | 통합적 케어 | 커뮤니티케어 | 임상적 통합 | 사회복지사 |

Abstract

The objective of this study was to explore the elements and effects of integrated care interventions for the elderly, and to describe the roles of social workers on the multidisciplinary teams. A rapid systematic review was conducted through a database-based search and a manual search. The main findings are as follows: First, Key elements of integrated care for the elderly were case management, individual multidisciplinary care plan, service characteristics, centrality of client needs, patient education, and self-management. Second, In terms of care experience and health of the elderly, and economic analysis, although the results were mixed, there were some positive effects on program participants compared to the control groups. Third, social workers have been found to serve as case managers, care managers, care coordinators, and direct service providers. Based on these results, educational and policy implications were suggested.

■ keyword : | Integrated Care | Community Care | Clinical Integration | Social Worker |

* 본 연구는 2018학년도 대전대학교 교내학술연구비 지원에 의해 연구되었음

접수일자 : 2019년 02월 11일

심사완료일 : 2019년 03월 04일

수정일자 : 2019년 03월 04일

교신저자 : 윤경아, e-mail : kayoon@dju.ac.kr

I. 서론

통합적 케어(integrated care)의 개념이 다양하게 정의되고 있지만, 기본적인 의미는 분절되어 있는 서비스나 조직의 요소를 '통합'하는 것이고, 서비스 대상의 욕구에 맞춰 다양한 종류의 '케어'를 전달하는 것이다[1]. 일반적으로 노인분야에서는 일차의료와 보건복지서비스를 한 세팅에서 결합하여 전달하는 것을 의미한다. 이러한 통합적 케어는 보건의료와 복지 등으로 분절된 서비스를 결합하여 전달함으로써 케어의 질과 비용효과를 높이기 위한 전략으로 강조되고 있다[2].

서구에서는 건강과 장애 등의 문제로 의료뿐만 아니라 보건과 복지, 케어의 여러 서비스가 복합적으로 필요한 노인들이 증가함에 따라 이들에 대한 통합적 케어의 필요성이 대두되었다[3]. 복합적인 욕구가 있는 사람들을 대상으로 이미 케이스매니지먼트가 널리 활용되고 있다. 그런데 통합적 케어의 필요성이 대두되는 이유는 통합적 케어에서는 초점이 조직수준으로까지 확대되어 의료적으로 복합적인 욕구나 장기요양의 욕구가 있는 사람들에게 더 적합한 방법으로 여겨지기 때문이다[1].

우리나라에서는 이러한 이유와 더불어 정책적 요인으로 인해 통합적 케어의 필요성이 부각될 전망이다. 최근 보건복지부를 중심으로 정부차원에서 '지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)'을 본격 추진할 계획이다. 그런데 여기서 추진하고자 하는 커뮤니티케어의 내용이 지역사회기반 통합적 케어(community-based integrated care)와 다르지 않기 때문이다. 커뮤니티케어란 지역사회기반 케어(community-based care)와 통합적 케어(integrated care)가 합쳐진 개념으로[4] 지역사회 세팅에서 이루어지는 통합적 케어를 의미한다.

커뮤니티케어의 시범시행을 앞두고 정부차원의 계획이 진행되고 있다. 정부에서는 1단계로 노인 커뮤니티 케어를 중심으로 주요 계획을 발표하였으며, 2019년 6월부터 2년간 지자체 선도사업을 실시하고, 2025년까지 서비스기반을 구축하며, 2026년부터 본격적으로 서비스를 제공할 계획이다[5]. 하지만 지역사회 세팅에서 이루어지는 통합적 케어인 커뮤니티케어가 소기의 목적

을 달성하기 위해서는 정부차원의 노력과 더불어 관련 학계 및 실무현장의 준비가 이루어져야 한다.

이러한 맥락에서 본 연구의 목적은 노인대상 통합적 케어 프로그램을 확인하고, 이러한 프로그램이 소기의 성과를 낼 수 있도록 하는 메커니즘(mechanism)을 살펴보는 것이다. 그리고 다학제팀에 소속된 사회복지사의 역할과 통합적 케어 프로그램의 효과를 탐색하는 것이다. 이를 위해 복지서비스의 주요 제공인력인 사회복지사가 포함된 다학제팀의 통합적 케어 프로그램을 탐색적으로 분석하였다. 또한 이러한 통합적 케어 관련 이슈에 신속하게 대응하기 위해 신속 체계적 문헌고찰을 실시하였다.

본 연구의 질문은 다음과 같다.

첫째, 노인대상 통합적 케어 프로그램이 소기의 성과를 낼 수 있도록 하는 구조(메커니즘)는 무엇인가?

둘째, 노인대상 통합적 케어 프로그램의 다학제팀에서 활동하는 사회복지사의 역할은 무엇인가?

셋째, 노인대상 통합적 케어 프로그램의 효과는 어떠한가?

II. 통합적 케어 개요

1. 통합적 케어의 개념 및 차원

통합적 케어는 관점과 이론 등에 따라 다양하게 정의되는데, 몇 가지 주요 정의들을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 여러 세팅에 걸쳐 다양한 서비스를 필요로 하는 복합적인 문제를 가진 이용자의 입장에서 볼 때, 통합적 케어는 케어의 질과 접근성을 향상시키는 수단이다[4]. 즉, 서비스 이용자의 관점에서 볼 때, 통합적 케어는 개별 서비스 이용자의 욕구에 맞춰 적절한 케어를 계획하는 '사람중심 맞춤형케어(person-centred coordinated care)'이다[8]. 둘째, 통합적 케어의 다양한 요소들을 이해하기 위해 많은 나라의 정부에서 사용하는 과정중심의 정의에서 볼 때, 통합적 케어는 통합을 위한 '일련의 상호연결과정'으로[6], 과정 개선 전략의 측면이 강조된다[7]. 셋째, 서비스 전달체계의 틀에서 볼 때는 분절된

서비스를 연결하고 통합과 협업을 향상시키기 위한 방법이다[8]. [표 1]에서 보는 바와 같이, 통합적 케어의 목적은 개인 및 조직수준에서 보건의료와 복지서비스의 조정을 통해 케어의 질과 비용효과를 향상시키는 것이다. 통합적 케어와 비교할 때, 사례관리는 자체로 분절된 서비스를 통합하지는 못하지만, 서비스 대상이 분절된 서비스 중에서 필요한 서비스를 탐색하도록 하며, 통합된 서비스를 전달하는 것이 가능하다. 또한 사례관리는 통합적 케어의 주요 도구이기도 하다. 혁신적 케어는 통합적 케어에 비해 삼층 케어와 예방적 케어가 더 강조된다.

표 1. 서비스 전달의 틀

	목적 및 특징	적용
재가서비스 지역복지 서비스	· 개인(가족)의 미충족 욕구 충족을 위해 보건의료나 복지서비스 등 분절된 서비스 제공	노인
케이스 매니지먼트	· 개인수준에서 케어 및 삶의 질 향상 · 자체로 분절된 서비스를 통합하지는 못하지만, 분절된 서비스들 중에서 필요한 서비스를 탐색하도록 개인(가족) 지원 · 통합적 케어의 주요 도구	노인 치매 만성질환 복합질환 희귀질환
통합적 케어	· 개인 및 조직수준에서 보건의료와 복지서비스의 보다 나은 조정을 통한 케어의 질 및 비용효과 향상	노인 만성질환 복합질환
혁신적 케어	· 개인, 조직 및 정책수준에서 삼층 케어(환자/가족, 케어팀, 지역사회의 지원자)를 통한 환자와 가족의 활발한 참여; 예방적 케어	만성질환

출처: Kodner and C. Spreeuwenberg [9]에서 수정.

한편, Valentijn 등은 통합적 케어의 복잡한 특성을 종합적으로 이해하는데 도움이 되는 틀인 레인보우모델(Rainbow Model of Integrated Care: RMIC)을 제안하였다. 그리고 이 모델에 기초하여 미시, 중범위 및 거시수준에서 통합적 케어의 차원을 6가지(임상적 통합, 전문직 통합, 조직통합, 체계통합, 기능통합, 규범통합)로 분류하였다[10]. 이 모델에 따르면, 미시수준에서의 통합은 개별 환자의 욕구를 중심으로 일관되고 조정된 케어 전달과정을 구성하는 것이다(임상적 통합). 중범위수준에서는 조직 간 통합과 전문가들 사이의 협력관계에서 발생하는 것이다(전문직 통합과 조직통합). 거시수준의 통합은 서로 다른 수준의 서비스나 프로그램

을 연결하는 수직적 통합과 비슷한 수준의 서비스나 프로그램을 하나로 묶는 수평적 통합으로 분류된다(체계통합). 그리고 이러한 미시, 중범위 및 거시수준의 통합을 연결하는 것이 기능통합과 규범통합이다. 기능통합은 자금과 정보, 관리체계를 겹치기 위한 지원 기능 및 활동이며, 규범통합은 조직, 전문가집단 및 개인 간 공통된 기준체계 개발 및 유지를 의미한다.

2. 통합적 케어 다학제팀 사회복지사의 역할

다양한 전문가들이 연계하여 일하는 통합적 케어 세팅에서 사회복지사의 역할에 관한 연구들은 찾아보기 어렵다[11]. Cronqvist와 Sundh이 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 서비스 제공과정에서 사회복지사와 간호사의 협업에 관해 연구하였지만[12], 협업의 효과에 초점이 있어 협업과정에서 사회복지사가 어떤 역할을 하는지에 대해서는 제시하지 못하였다. 통합적 케어 세팅에서 사회복지사의 역할에 대해 다룬 최근의 연구로는 Fraser 등과 Fraher 등의 연구를 들 수 있다 [11][13]. 먼저, Fraser 등은 체계적 문헌연구를 통해 다양한 세팅의 학제간팀에서 일하는 사회복지사의 활동을 분석하여 이들의 주요 역할을 제시하였다. 통합적 케어 세팅에서 사회복지사는 대개 행동건강전문가(behavioral health specialist)나 케어매니저(care manager), 지역연계전문가(community engagement specialist)로 활동하며, 대개 둘 이상의 역할을 담당하였다. 행동건강전문가는 정신건강 및 물질사용 문제를 사정하고 치료하는 역할을 담당하였다. 케어매니저는 표준화된 기능사정 및 치료 관련 장애 파악, 그리고 케어팀과 환자/가족 간뿐만 아니라 케어팀 구성원들 간의 의사소통을 촉진하는 역할을 하였다. 지역연계전문가는 연계역할을 하며, 케어매니저의 역할과 함께 환자가 필요한 사회복지서비스를 찾아 구체적인 문제들을 해결하도록 도왔다.

다음으로, Fraher 등은 사회복지전공생(석사과정학생)과 실무자(슈퍼바이저)를 대상으로 통합적 케어 세팅에서 이들의 역할과 기능을 조사하였다. 이 연구에서는 사회복지사의 역할을 건강행동전문가, 케어매니저, 케어코디네이터로 구분하였다. 연구결과 조사대상의

역할은 사회복지전공생과 실무자 모두 행동건강전문가, 케어매니저, 케어코디네이터의 순으로 높았고, 그들의 역할은 대부분 다른 보건의료팀의 역할과 겹치는 것으로 나타났다. 또한 이들이 많이 담당한 기능은 문화적 역량 활용, 전자문서작성, 건강 관련 사회적 요인 충족 및 팀기반 케어에의 참여로 나타났다.

미국 환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act)하에서는 케어매니저, 케이스매니저, 케어코디네이터의 역할을 다음과 같이 규정하고 있다[14]. 케어매니저는 환자와 보호자가 그들의 건강과 건강 관련 심리사회적 상황을 보다 효과적으로 관리하도록 돕는 보건의료 제공자로 대개 간호사가 이 역할을 담당한다. 케이스매니저는 케어팀 구성원들에게 중요한 정보를 제공하고 권고를 할뿐만 아니라 환자를 옹호하고 자원으로서의 역할을 한다. 케어코디네이터는 비용효과적인 방법으로 헬스케어와 사회적 지원서비스를 통합하기 위해 인간중심·사정기반·학제간 접근을 하며, 개인의 욕구와 선호를 평가하여 포괄적인 케어플랜을 개발하고 서비스를 관리 및 점검한다.

하지만 통합적 케어 혹은 통합적 헬스케어에서 케어매니저, 케이스매니저, 케어코디네이터는 서로 관련된 역할로 혼용된다[15]. 나라에 따라서 혹은 진행되는 사업에 따라 다르게 사용되기도 한다.

III. 연구방법

1. 연구 선택기준

본 연구의 목적에 적합한 문헌을 선정하기 위해, PICO 형식에 따라 연구대상, 개입, 대조군, 연구결과를 다음과 같이 정의하였다. 연구대상은 사회복지사가 포함된 다학제팀의 프로그램에 참여하거나 서비스를 받은 재가노인으로 정의하였다. 개입은 사회복지사가 포함된 다학제팀의 활동으로 정의하였다. 대조군은 일상적 서비스나 일상적 서비스보다 다소 강화된 서비스를 받은 집단으로 정의하였다. 연구결과는 다학제팀의 개입에 의해 연구대상에게 나타난, 대조군과 비교한 상대적 효과로 정의하였다. 또한 본 연구에서는 다중출판

편견의 위험을 피하기 위해, 분석의 단위를 보고서나 소논문이 아니라 연구로 정의하였으며, 동일한 연구에서 비슷한 주제의 여러 논문이 출판된 경우에는 최신의 논문 하나만 연구에 포함시켰다. 이러한 사항을 반영하여 설정된 포함 기준은 다음과 같다.

- 동료검토 학술지에 수록된 양적 연구(full-text)
- 2008년-2018년 출판된 연구
- 연구대상은 65세 이상 재가노인
- 사회복지사 포함 개입에 2인 이상의 전문가 포함
- 주요 종속변수를 평가할 수 있는 결과를 포함한 양적 연구
- 무작위대조군연구(RCT) 외 비교집단 포함
- 간호 및 보건, 사회복지분야의 연구
- 영어로 출판된 연구

2. 문헌검색 방법

적시에 정보를 생성하기 위해 체계적 문헌고찰에 필요한 구성요소가 단순화되거나 생략된 신속 체계적 문헌고찰을 실시하였다. 문헌검색은 데이터베이스를 통한 검색과 수기검색을 단계적으로 실시하였다. 첫 단계로 논문검색 시기를 2008년부터 2018년까지 최근 10년으로 한정하여 데이터베이스를 검색하였다. 자료검색 시 데이터베이스에 따라 상이한 검색어를 모두 포함시키기 위해 불리언 연산자와 관련 단어 확장 검색을 실시하였다. 다음의 4가지 유형의 키워드가 모두 포함되도록 검색하였다.

- older people or older adults or elderly
- integrated care or home visit or home care or home support service or community care
- collaboration or teamwork or interdisciplinary or case management
- interventions or strategies or best practices

연구를 위해 5개의 데이터베이스(Academic Search Premier, SocINDEX with Full Text, CINAHL Complete, Education Source, SwePub)를 사용하였으며, 각각 158개, 90개, 64개, 13개, 6개의 논문이 확인되었다. 데이터베이스별로 검색된 문헌들에 대해서는 중복성 검토와 제목 및 초록 검토를 통해 연구목적에 적

합하지 않은 논문을 배제하였다. 그 결과 38개의 논문이 남았다. 제목과 초록 검토 후 다학제팀에 사회복지사가 미포함된 경우와 RCT 연구가 아니거나 비교집단이 없는 경우에는 제외하였다. 사회복지사의 다학제팀 참여여부가 제목과 초록에 명확히 기술되지 않은 경우가 많아 제목과 초록에서 사회복지사의 다학제팀 참여 가능성이 있는 경우 원문을 확인하였다. 그 결과 4개의 논문이 남았다. 또한 통합적 케어의 요건에 부합하지 않는 논문 1개를 제외하였다. 그 결과 최종적으로 Academic search Premier와 CINAL complete에서 각각 1편과 2편의 논문이 남았다.

다음 단계로 수기검색을 실시하였다. 수기검색에서는 추출한 자료의 참고문헌 목록을 검토하여 포함기준에 적절한 연구를 찾아 나갔다. 통합적 케어분야 주요 학술지인 The International Journal of Integrated Care와 주요 통합적 케어 프로젝트의 홈페이지도 검색하였다. 이러한 과정을 통해 7편의 논문을 추출하였다.

연구를 위해 총 10편의 논문에서 6개의 통합적 케어 모델을 추출하였다. 앞에서 기술한 바와 같이, 본 연구에서 키워드를 엄격히 적용하였으며, 또 사회복지사가 다학제팀의 일원으로 활동하는 노인대상 통합적 케어 세팅만을 대상으로 하였기 때문에 모델의 수가 적게 추출된 것으로 여겨진다. 추출된 6개의 모델 중 'Embrace'와 'Mind at Home'을 제외한 4개 프로그램은 복합욕구가 있는 노인을 대상으로 한 통합적 케어 매커니즘 연구에서 통합적 케어의 주요 모델로 확인되었다[16]. 건강한 노인부터 복합욕구가 있는 노인까지 다양한 노인집단을 대상으로 한 Embrace와 치매노인과 가족을 대상으로 한 Mind at Home 역시 통합적 케어의 주요 모델로 평가된다[17][18].

분류결과, 출판연도별로는 2003년에 1편, 2009년에 1편, 2010년에 1편, 2013년에 1편, 2015년에 1편, 2016년에 2편, 2018년에 3편이 출판되었다. 프로그램 시행 국가별로는 네덜란드 3편, 스웨덴 2편, 미국 4편, 캐나다 1편이었다. 대상별로는 허약노인 3편, 복합적 욕구가 있는 노인 2편, 인지장애노인 2편, 건강한 노인, 허약노인, 복합적 욕구가 있는 노인의 3개 집단으로 구분한 연구 2편, 기능저하 위험노인 1편이었다. 개입기간은 12개월

4편, 18개월 3편, 24년 3편이며, 연구설계는 RCT 6편, 비교집단 포함 연구가 4편이었다.

IV. 연구결과

지역사회 거주 노인을 대상으로 한 통합적 케어 프로그램으로 6개 프로그램이 확인되었다. 'CareWell(The CareWell-programme for Community-dwelling Frail Elderly Persons)'은 허약노인의 기능저하 예방, 삶의 질 증진, 그리고 병원입원이나 요양원입소 지연을 위해 네덜란드에서 고안되었다[19]. 허약노인을 대상으로 스웨덴 Mölndal지역에서 실시된 'Continuum of Care(Continuum of Care for Frail Elderly People)'는 병원응급실에서 병원을 거쳐 집으로 돌아가는 과정에서 노인에게 필요한 케어가 통합적으로 제공되도록 설계되었다[20]. 'Embrace'는 2008년 네덜란드의 건강복지체육부가 노인 건강관리체계 변혁을 목적으로 국가 의료프로그램(National Programma Ouderenzorg [NPO])을 출범하면서 네덜란드의 모든 대학의료센터가 지역과 연계하여 실시한 프로젝트 중 하나이다[21]. Embrace는 미국에서 개발된 만성질환모델과 카이저모델(Kaiser model)을 네덜란드 상황에 적용한 것으로, 만성질환모델의 4가지 요소(자기관리 지원, 다학제팀을 포함하는 서비스 전달체계, 의사결정지원도구, 임상정보시스템)와 카이저모델의 케어욕구에 따른 대상분류에 기초한다[22]. 통합적 케어에 적합한 모델로 평가된다[17]. 'GRACE(Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders)'는 복합만성질환이 있는 저소득 노인의 보건의료문제를 해결하기 위해 미국 인디애나대학 의과대학 노화연구센터에서 10여 년 전에 개발되었다[23]. GRACE는 재택기반 케어프로그램으로 일차 진료의사를 지원하고 케이스매니저먼트 개선을 위한 통합 접근을 한다[23]. 'MIND at Home(Maximizing Independence at Home)'은 2006년 미국 존스홉킨스대학의 치매전문가들에 의해 고안되었으며, 존스홉킨스대학 연구조사의 일부로 치매환자 및 가족들에게 제공되었다[24]. MIND at Home은 치매환자와 가족에게 필

요한 서비스 요소들이 포함된 대표적인 통합적 케어 모델의 하나로 평가된다[18]. 'PRISMA(Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy)'는 캐나다 퀘벡지역에서 만성질환을 앓고 있는 노인들의 지속적인 관리부족 문제를 해결하기 위해 1999년에 만들어졌으며, 만성질환을 가진 노인들이 지역사회에서 독립적으로 생활하는데 필요한 케어를 통합하는데 효과적인 것으로 알려져 있다[25]. 이 모델은 노인의 필요에 따라 지역의 관련된 모든 공적, 사적 기관의 서비스를 연계, 의뢰, 조정해주는 조정모델(coordination approach)로 여러 나라의 정책입안자들에 의해 시스템 수준에서 채택된 몇 안 되는 통합 모델 중 하나이다[25].

1. 통합적 케어의 구조

Valentijn 등이 제시한 바와 같이, 통합적 케어는 미시수준의 임상적 통합부터 거시수준의 체계통합까지 다양한 차원에 걸쳐 이루어진다. 이러한 통합적 케어의 차원 혹은 차원별 요소들은 통합적 케어가 소기의 성과를 낼 수 있도록 하는 원리나 구조 즉 메커니즘이다[26]. 본 연구에서는 운영활동 변화에 초점을 둔 임상적 통합의 차원에서 통합적 케어의 메커니즘에 대해 살펴 보았다. 통합적 케어의 다양한 차원 중에서 임상적 통합에 초점을 맞춘 이유는 임상적 통합은 조직 간 통합 없이도 효과적으로 이루어질 수 있지만, 임상적 통합이 없이는 좀 더 강화된 통합의 형태인 조직 간 통합이 이루어지기 어렵기 때문이다[27].

본 연구에서는 Valentijn 등이 제시한 임상적 통합의 요소 중 케이스매니지먼트, 다학제팀에 의한 개별케어플랜, 클라이언트 참여, 환자교육, 자기관리, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심에 대해 살펴보았다[표 2]. 먼저, 케어매니지먼트나 케어코디네이션을 포함한 '케이스매니지먼트'는 본 연구에서 살펴본 모든 통합적 케어 프로그램에서 임상적 통합의 주요 전략으로 사용되었다. 케이스매니지먼트는 허약노인이나 복합적 케어 욕구가 있는 노인 또는 기능저하 위험이 있는 노인을 대상으로 하는 CareWell, Continuum of care, Embrace, PRISMA에서 서비스 통합의 주요 전략으로 사용되었

다[22][28-30][35]. 케어매니지먼트와 케어코디네이션은 각각 고위험군과 인지장애노인을 대상으로 한 GRACE와 MIND at Home에서 활용되었다[31-34].

둘째, 클라이언트차원에서 종합적으로 수립된 '개별케어플랜'도 대부분의 프로그램에서 임상적 통합의 전략으로 활용되었다. 개별케어플랜은 다양한 방식으로 수립·실행되었다. 허약노인을 대상으로 한 CareWell에서는 프로그램 등록 시 건강과 관련한 노인의 치료, 케어 및 복지에 대한 욕구 관련 정보를 스크리닝 하는 도구인 EasyCare-TOS에 기초하여 노인별로 예방적 케어플랜을 수립하고, 다학제팀 회의를 통해 최소 6개월에 한번은 케어플랜을 수정하였다[28]. 병원응급부서를 방문한 노인을 대상으로 한 Continuum of care에서는 케이스매니저가 다학제팀과 함께 노인이 퇴원한 후 노인의 집에서 케어플랜을 수립하였으며, 노인과 의논하여 케어플랜 추적주기를 결정하였다[29]. 위험도프로파일에 따라 참여집단을 구분한 Embrace에서는 허약하거나 복합적 욕구가 있는 집단의 경우 케이스매니저와 공동으로 건강 관련 문제에 초점을 맞춰 케어플랜을 개발하고, 다학제팀의 동의를 얻어 시행하였다[22][30]. GRACE와 MIND at Home에서는 프로토콜에 따라 케어플랜을 개발하였다[31-34]. PRISMA에서는 케이스매니저 주도하에 케어플랜을 진행하고, 서비스 관련 실무자들이 포함된 다학제팀에서 수립하였다[35].

셋째, '환자교육'은 Embrace의 주요 임상적 통합 전략으로 활용되었다. Embrace에서는 모든 참여자들에게 환자교육을 제공하였다. 정기지역모임을 개최하여, 모든 집단을 대상으로 건강하고 독립적인 삶 유지를 위한 자기관리 및 예방프로그램을 따르도록 하고, 지역의 건강보호 및 복지기관을 통해 건강유지와 신체적·사회적 활동 및 영양 관련 정보를 제공하였다[22][30].

넷째, '자기관리'는 두 프로그램에서 임상적 통합의 전략으로 활용되었다. CareWell에서는 허약노인의 자기관리를 지원하였으며[28], Embrace에서는 세 개 집단으로 구분된 노인집단 전체에 독립적 삶 유지를 위한 자기관리방법에 대한 정보를 제공하였다[22][30].

다섯째, 의료적·심리적·사회적 측면을 고려하여 서비스 제공이 이루어지는가를 평가하는 '서비스 특성'

도 대부분의 프로그램에서 임상적 통합의 전략으로 활용되었다. CareWell의 다학제팀은 치료, 케어, 복지를 통합하였고[28], Continuum of Care에서는 정보, 케어, 재활을 종합적 고려하였다[29]. Embrace에서는 위험도 프로파일에 따라 구분된 집단의 특성에 따라 예방, 자기관리, 부양자의 건강문제 지원을 고려하여 개입하였다[22][30]. GRACE에서도 약제서비스, 정신건강서비스, 지역기반 사회서비스의 통합을 시도하였다[31][32]. MIND at Home에서도 의료, 케어 및 사회적 측면에서 개입하고, 의료와 지역 케어서비스를 연계하였다[33][34]. PRISMA에서는 건강과 사회서비스의 통합을 시도하였다[35].

여섯째, ‘클라이언트 욕구중심’은 노인이 가진 다양한 측면의 욕구를 고려하여 노인의 욕구를 해결하는 케어의 원칙으로 위에서 살펴본 여러 측면들이 포함되는 개념이다. 포괄적 개별사례계획, 사례관리, 서비스 특성의 측면 등을 종합적으로 고려할 때, 본 연구에서 추출한 통합적 케어 프로그램들은 클라이언트 욕구중심을 임상적 통합 전략으로 활용한 것으로 평가된다.

Valentijn 등이 제시한 임상적 통합의 요소에는 이외에도 클라이언트 만족도, 지속성, 전문가와 클라이언트 간 상호작용, 클라이언트에 대한 정보제공, 운영수준에서 클라이언트의 참여, 대상층의 욕구의 요소가 더 있다[36]. 본 연구에서 선정된 논문들에서는 통합의 전략으로 이러한 요소들이 잘 사용되지 않았기 때문에 이러한 요소들은 제외하였다.

2. 통합적 케어 다학제팀 사회복지사의 역할

통합적 케어 다학제팀에서 사회복지사는 케어매니저와 케이스매니저, 케어코디네이터, 직접 서비스 제공자의 역할을 하는 것으로 나타났다[표 2]. 먼저, 사회복지사는 GRACE에서 케어매니저의 역할을 담당하였다. 케어매니저로서 사회복지사는 지원팀의 일원으로 학제간팀과 긴밀히 협력하여 노인의 기능상태와 환경을 포괄적으로 평가·모니터링 하고, 케어플랜을 개발·실행하며, 노인의 욕구에 따라 필요한 지역자원을 연계하였다. 또한 팀 구성원과 노인/보호자 간, 그리고 팀 구성원 간 의사소통을 촉진하는 역할을 담당하였다

[31][32].

둘째, CareWell, Embrace, PRISMA에서 사회복지사는 케이스매니저의 역할을 담당하였다. 이러한 프로그램 모두에서 케이스매니저로서의 사회복지사는 사정, 케어플랜, 케어조정과 같은 케이스매니지먼트의 핵심 업무를 수행하였으며, 케이스와 관련하여 다학제팀을 이끄는 역할을 하였다. CareWell에서는 의사와 협력하여 다학제팀의 회의를 조정하고, 케어플랜에 따라 케어과정을 조정·모니터링하며, 노인의 자기관리와 케어제공자 지원하였다[28]. Embrace에서는 개입대상을 건강한 노인, 허약노인, 복합적인 케어가 필요한 노인의 세 집단으로 구분하고, 건강한 집단은 자기관리를 지원하였다. 케이스매니지먼트가 필요한 나머지 두 집단 중 사회복지사는 허약노인을 대상으로 필요한 케어와 지원을 조직하였다[22][30]. PRISMA에서 케이스매니저의 주요한 역할은 개별케어플랜을 수립하고 실행하는 것이다[35]. 개별케어플랜은 케이스매니저가 주도하고, 케어 및 서비스 관련 모든 전문가들이 포함된 다학제팀 모임에서 수립하였다. 개별케어플랜은 노인 및 가족부양자와 함께 검증하는데, 이러한 의사결정과정을 통해 노인과 가족부양자의 역량이 강화된다[35].

셋째, MIND at Home에서 사회복지사는 코디네이터의 역할을 수행하였다. 노인과 가족을 대상으로 노인의 집에서 치매 관련 포괄적 욕구사정을 실시하고, 개별케어플랜을 제공·실행하였다[33][34]. 또한 코디네이터는 제안된 전략/케어옵션(예약 알림, 외래환자 방문 또는 요양원 재활회의, 서비스프로그램 애플리케이션 지원, 교육자료 제공 등)을 직접적으로 수행하였다[33][34].

넷째, 사회복지사는 다학제팀의 일원으로 구체적 서비스를 제공하였다. Continuum of Care에서 사회복지사는 환자의 케어플랜에 대한 책임이 있는 다학제팀에 소속되어, 다학제팀 일원으로 환자의 퇴원계획을 조정하고 구체적 서비스를 제공하였다[29].

앞에서 살펴본 바와 같이, 케어매니저, 케이스매니저, 케어코디네이터가 다른 역할로 구분되기도 하지만, 서로 관련된 역할로 혼용된다[37]. 이에 본 연구에서는 연구별로 쓰인 용어를 사용하여 분석되 각기 다른 역할로 규정하지는 않았다.

3. 통합적 케어 프로그램의 효과

통합적 케어 프로그램의 효과는 개인과 조직수준에서, 그리고 비용효과와 경제적인 측면에서 나타날 수 있다[26]. 본 연구에서는 개인과 조직수준 및 경제적 측면에서 통합적 케어의 효과가 나타났다. 개인수준에서 통합의 효과는 케어경험, 기능상태, 삶의 질 등으로 측정하며, 조직수준에서는 통합으로 인한 재정적 결과나 조직구성원들의 통합에 대한 평가 등으로 평가한다[26].

개인수준에서 살펴보면, 참여자들은 대조군에 비해 기능[29][33][35], 심리적 건강[29] 및 재정상태에 대한 만족도[29], 서비스 만족도 및 환자로서의 역량강화[35], 케어의 질에 대한 인식[22], 삶의 질에 대한 인식[33]이 향상되었다. 또한 안전과 법적/사전적 케어플랜 영역에서 미충족 욕구가 감소되었다[33]. 하지만 PRISMA에서는 기대와는 달리 실험지역에서 미충족 욕구 발생률이 2배가량 높게 나타나기도 하였다[35]. Embrace에서는 대조군과 프로그램 참여자 간 1년 전과 비교한 삶의 질 인식에서 유의한 차이가 나타나지 않았다[30]. 또한, 건강이나 기능상의 변화와 관련하여서는, 대조군에 비해 프로그램 참여자들은 집에서 다른 곳으

로 이행할 가능성이 적고[33], ADL 독립성[29], 기능저하사례 발생건수[35]에서 긍정적 효과가 나타났다. 또한 병원입원, 재입원, 총병상수, 응급부서 방문횟수가 감소되었다[32]. 하지만 ADL로 측정된 건강상태가 저하된 것으로 인식되고[30], 치매/정신건강 관련 외래방문 증가[34]나 HCBS(Home and community-based support service) 이용 증가[34] 같은 부정적 결과가 나타났다. CareWell에서는 기능적 의존과 질병정생존년수에서, Continuum of care에서는 피로나 체중손실 등으로 측정된 노쇠척도에서 집단 간 차이가 나타나지 않았다[29].

조직수준에서는 GRACE 프로그램을 실시하면서 기관운영비 절감효과가 나타났다. 개입 2년차와 개입종료 후인 3년차 비용이 절감되었다[31]. 하지만 전체 샘플과 고위험군에 투입된 총비용의 2년 평균은 두 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다[31]. 경제적 측면의 효과와 관련하여서는, CareWell에서 보건의료이용과 개입비용이 대조군에 비해 프로그램참여집단에서 오히려 높게 나왔으며, 경제적 분석에서 집단 간 비용효과성에서 유의한 차이가 나타나지 않았다[28].

표 2. 다학제팀의 주요 활동과 사회복지사의 역할 및 통합적 케어 프로그램의 효과

프로그램/국가/개입기간/대상	출처	통합적 케어의 구조 및 사회복지사의 역할	프로그램의 효과
CareWell 네덜란드 18개월 허약노인	Ruikes et al. [28]	1. 다학제팀 구성: 일반의, 노인전문의, 간호사, 사회복지사 2. 다학제팀의 주요 활동 •다학제팀은 치료·케어·복지를 긴밀히 통합, 연계하며, 4-8주마다 회의 진행 •프로그램 등록 시 노인별 예방적 케어플랜을 수립하고, 수립된 케어플랜은 6개월에 한 번씩은 다학제팀 회의에서 논의 후 수정 •다학제팀은 웹기반 건강·복지정보포털에서 의사소통(케어제공자 접속 가능) •참여노인의 건강 관련 욕구에 따라 간호사나 사회복지사에게 배정되며, 케이스매니저인 간호사나 사회복지사는 일차진료의사의 지시에 따라 다학제팀 회의 조정 및 케어플랜에 따른 케어 과정을 코디네이션 및 모니터링; 목표설정 과정에서 노인을 지원하고, 노인의 자기관리 및 케어제공자 지원 •일반의와 간호사는 매년 만성질환으로 처방된 의약품들 5가지 이상 사용하는 참가자들에 대해 약사와 공동으로 의약품 검토 •전문가들은 시간투자 및 간접비에 대한 금전적 보상 받음 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케이스매니저먼트, 개별케어플랜, 자기관리, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 케이스매니저로 케어플랜 수립조정, 목표설정 참가자 지원, 자기관리, 케어제공자 지원	- 보건의료이용·개입비용은 개입집단에서 높게 나타남 □ 기능적 의존과 질병정생존년수에서 집단 간 차이 없음. 다학제팀의 개입과 일상적 케어 간 비용효과성에서 유의한 차이가 나타나지 않음

표 2. 계속

프로그램/ 국가/개입 기간/대상	출처	다학제팀의 주요 활동과 사회복지사의 역할	프로그램의 효과
Continuum of Care 스웨덴 12개월 허약노인	Berglund et al.[29]	1. 다학제팀 구성: 물리치료사, 작업치료사, 간호사, 사회복지사 2. 다학제팀의 주요 활동 *응급부서의 노인전문간호사가 노인의 건강/케어 및 재활의 욕구를 평가하여 병동/다학제팀에 보냄 *케이스매니저는 노인, 병원의 전문가, 다학제팀과 퇴원 계획 조정; 노인 퇴원 며칠 후 노인의 집에서 만나, 다학제팀과 함께 케어플랜 수립; 케어플랜을 위한 만남 후 일주일 내에 욕구와 케어에 대한 추수활동을 위해 노인과 만나며, 노인과 의논하여 케어 계획을 얼마나 자주 추수활동 할 것인지 결정 *대부분의 케이스매니저는 월회 이상 노인과 만나 지속적인 지원 제공하고, 필요 시 6개월 후 새로운 케어플랜을 위한 모임을 노인의 집에서 가장; 케어플랜 · 조언 · 필요한 지원을 제공하기 위해 노인의 가족/친척과 접촉 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케이스매니저먼트, 개별케어플랜, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 지역연계 서비스 제공자(community engagement specialist)로 지방자치단체의 다학제팀에 소속돼 퇴원 계획 조정에 참여하며 구체적인 서비스 제공	+ 3, 6개월 후 조사에서 개입집단의 ADL 독립성 증가 확률 2배; 6개월 후 조사에서 개입집단은 ADL 독립성 감소 확률이 대조군의 절반으로 나타남 <input type="checkbox"/> 노쇠의 변화 나타나지 않음 + 개입집단에서 기능적 능력, 심리적 건강 및 재정상태에 대한 만족도가 2-3배 높거나 유지됨
Embrace 네덜란드 12개월 건강, 허약 및 복합욕구 노인	Uittenbroek et al. [22] Spoorenberg et al. [30]	1. 다학제팀 구성: 일반의, 노인전문의, 간호사, 사회복지사 2. 다학제팀의 주요 활동 *참여자의 위험도프로파일에 따라 A집단(건강), B집단(허약), C집단(복합 욕구 존재)으로 구분하여 개입; 1) 정기지역모임을 개최하여, 모든 집단을 대상으로 건강하고 독립적인 삶을 위한 자기관리 및 예방 프로그램을 따르도록 하고, 지역의 건강보호 및 복지기관을 통해 건강유지와 신체적·사회적 활동 및 영양 관련 정보를 제공, 2) A집단: 자기관리 지원-건강관리과정에서의 노인의 역할 강조, 케어와 지원의 필요성에 대한 노인의 관점 강조, 의사결정과정 공유, 동기강화면담, 목적성취, 활동계획 실행 전략 활용, 3) B, C집단: 케이스매니저의 개인적 지원 받음(허약노인은 사회복지사, 복합적인 욕구를 가진 노인은 간호사가 사례관리); 이 집단은 케이스매니저와 공동으로 모든 건강 관련 문제에 초점을 맞춰 케어 및 지원 플랜을 개발하고, 다학제팀의 동의를 얻어 시행 *전달체계 설계: 방문간호사와 사회복지사는 필요한 케어와 지원을 조직, 일반의와 노인전문의는 다수의 질환이 있는 노인의 의료 관리, 매달 팀 모임을 통해, 노인의 복합질환, 다제약제(polypharmacy), 자기관리능력, 예방, 생활양식, 미래에 대한 기대에 초점을 맞춰, 노인과 부양자의 건강 문제와 치료옵션의 의논 및 평가 *임상정보체계 활용: 임상 및 연구용으로 구축된 웹 기반 애플리케이션인 전자노인기록체계 활용 *교육: 개입 전 집중 훈련; 일반의와 노인전문의는 팀 관리 및 복합적인 질환, 치매 등 특정 문제를 가진 노인을 케어하고 지원하는 방법에 대한 훈련; 케이스 매니저는 사례관리, 개인 및 집단을 대상으로 한 자기관리 개입방법, 공동의사결정을 위한 훈련 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케이스매니저먼트, 개별케어플랜, 환자 교육, 자기관리, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 케이스매니저; 케어와 지원을 조직함으로써 노인의 문제를 다룸	+ 케어의 질에 대한 인식 향상 + 자기관리 향상(임상적으로는 무관) - 건강상태(임상적으로 적절) <input type="checkbox"/> 웰빙상태
GRACE 미국 24개월 허약노인 (복합욕구 존재)	Counsell et al.[31] Schubert et al. [32]	1. 다학제팀 구성: 지원팀(GRACE Support Team, GST; 간호사, 사회복지사), 학제간팀(GRACE Interdisciplinary Team, GTS; 노인병학자, 약사, 물리치료사, 정신보건사회복지사, 일차진료의사) 2. 다학제팀의 주요 활동 *모든 환자는 간호사와 사회복지사로 구성된 팀(GST)에 배당 *가정 내 노인평가 실시(간호사, 사회복지사); GRACE 프로토콜에 따라 개별케어플랜 개발 *매주 GST 회의; 이 회의에서 간호사와 사회복지사는 사례 제시 및 논의 *일차진료의사와 연계한 GTS가 케어플랜 실행 *지속적인 케어매니저먼트와 케어제공자 지원 *케어의 연속성과 조정 및 케어 트랜지션 보장 *약제서비스, 정신건강서비스, 지역기반 사회복지서비스의 통합 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케어매니저먼트, 개별케어플랜, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 케어매니저로서 사정(assessment), 케어팀 내, 케어팀들 간, 그리고 환자와 보호자의 의사소통 촉진	+ 개입은 2차 년도 및 개입이 끝난 후에 비용이 절감됨(고위험군에서 자원사용과 비용이 적게 나타남, 저위험군에서 총비용의 2년 평균이 높게 나타남) <input type="checkbox"/> 전체샘플과 고위험군에서 개입집단에 투입된 총비용의 2년 평균이 대조군과 차이 없음 + 30일 재입원 14.8% 감소, 병원입원 37.9% 감소, 총병상일수 28.5% 감소, 응급부서방문횟수 7.1% 감소로 기관은 영에서 연간 약 20만 달러 절감효과 발생

표 2 계속

프로그램/ 국가/개입 기간/대상	출처	다학제팀의 주요 활동과 사회복지사의 역할	프로그램의 효과
The MIND at Home 미국 18개월 인지장애	Samus et al. [33]	1. 다학제팀 구성: 지역의 사회서비스기관에 고용된 경영학 혹은 심리학전공자(학사) 및 사회복지학전공자(석사) 노인정신과의사, 간호사, 사회복지사 2. 다학제팀의 주요 활동 •개입대상: 경미한 수준부터 심각한 수준에 이르기까지 다양한 단계의 치매환자를 대상으로 개입 •의료적, 사회적 및 케어의 모든 측면을 고려하여 욕구를 사정하고 개입 •케어코디네이션의 원칙과 가족중심 케어: 환자와 케어제공자를 위한 개별화된 욕구사정·케어플랜·모니터링, 치매 관련 교육과 기술 훈련, 질병관리 지원을 통한 가족의 역량강화 •팀 구성과 전달모형: 의료와 지역사회의 케어서비스 연계, 간호사와 노인정신과의사의 지원을 받는 코디네이터에 의해 전달, 코디네이터는 노인을 대상으로 한 케이스매니지먼트와 치매 케어에 대한 훈련을 받으며, 매주 노인정신과의사와 간호사와 만남(노인정신과의사와 간호사는 코디네이터에게 직접적인 지원과 임상지침 제공), MIND 프로젝트를 위해 고안된, 의사결정을 지원하고 케어 팀 간 정보를 안전하게 공유할 수 있는 치매케어관리체계 사용 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케어코디네이션, 개별케어플랜, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 케어코디네이터	+ 개입집단은 18개월 동안 자신의 집을 영구히 떠나거나 사망 등을 통해 자신의 집에서 다른 곳으로 이항할 가능성이 적고, 자신의 집에 남아 있는 시간은 지연됨; 집을 떠날 위험이 37% 감소 + 개입집단의 삶의 질에 대한 인식 개선 + 개입집단은 안전과 법적/케어플랜영역에서 미충족 욕구 감소 □ 전체 미충족 욕구 비율에서 차이는 나타나지 않음
	Amjad et al. [34]		- 개입집단은 치매/정신건강 관련 외래 방문 증가(9-18개월) - HCBS이용 증가(기준선-18개월) □ 기준선부터 18개월까지 급성치료/입원 혹은 전체 외래서비스 이용에서 양 집단 간 유의한 차이가 나타나지 않음
PRISMA 캐나다 24개월 기능저하 위험노인	H bert et al. [35]	1. 다학제팀 구성: 재활치료사, 간호사, 사회복지사를 중심으로 한 실무자들 2. 다학제팀의 주요 활동 •독립생활유지를 위한 통합서비스 프로그램인 PRISMA의 핵심은 관련 기관 간 조정(coordination)으로, 한 기관에서 모든 서비스를 제공하는 것이 아니라 노인의 필요에 따라 지역의 관련된 모든 공적, 사적 기관의 서비스를 연결, 의뢰, 조정해 줌 •검증된 판정도구를 사용하여 개입대상 선정 •케이스매니지먼트: 1) 기능: 환자의 욕구사정, 다른 전문가에게 의뢰, 환자 및 가족과 함께 서비스 계획, 연계 및 추수활동; 2) 지역에 따라 연계, 3) 간호사, 사회복지사 등 특별훈련 실시, 4) 40-45 케이스 담당, 환자 정보는 전자의무기록 통해 관련 기관이 공유 •개별서비스플랜: 케이스매니저가 주도하여 작성하고, 관련 케어/서비스 전문가가 모두 포함된 다학제팀 모임에서 수립; 개별서비스플랜은 환자 및 사적 부양자와 함께 검증하여야 하며, 이를 통해 환자와 부양자가 의 사결정과정에서 역량강화 됨 3. 통합적 케어 프로그램의 구조: 케이스매니지먼트, 개별서비스(케어)플랜, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심 4. 사회복지사의 역할: 케이스매니저; 환자의 욕구 평가, 서비스 계획, 제공 및 연계, 사례에 관련된 다학제팀을 이끌며, 환자 모니터링 및 재평가 수행	+ 2년간 개입집단에서 기능저하 사례 1,000명당 62건 감소 + 4년차에 연간기능저하 발생률이 개입 집단에서 1,000명당 137건 감소 + 개입집단에서 서비스 만족도와 환자로서의 역량강화가 높게 나타남 - 개입지역에서 미충족 욕구 발생률 2배가량 높게 나타남

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 지역사회 세팅에서의 통합적 케어로 볼 수 있는 커뮤니티케어의 본격 실행을 앞두고, 앞서 통합적 케어를 실시한 나라의 모델들을 살펴보았다. 통합적 케어 세팅에서 사회복지사의 역할이 환자와 가족의 건강 관련 욕구 평가 및 미충족 욕구 해결을 위한 지원, 그리고 통합적 케어에 효과적인 모델 개발과 시행 [38]인 점에서 외국의 주요 통합적 케어 모델을 살펴보는 것은 의미가 있을 것이다.

주요 연구결과 및 함의를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 노인대상 통합적 케어 프로그램의 주요 구성요소는 케이스매니지먼트, 다학제팀에 의한 개별케어플랜, 환자교육, 자기관리, 서비스 특성, 클라이언트 욕구중심으로 나타났다. 이중에서 환자교육과 자기관리를 제외한 나머지 4가지 요소는 본 연구에서 살펴본 6개 프로그램 모두에서 통합의 전략으로 활용되었다. 통합적 케어가

1) 케이스매니저, 케어매니저, 케어코디네이터가 다른 역할로 구분되기도 하지만, 서로 관련된 역할로 혼용되므로 여기서는 케이스매니저로 대표해서 사용한다.

성공적으로 이루어지기 위해서는 임상적 통합의 여러 요소가 필요하지만, 케이스매니지먼트와 다학제팀에 의한 개별케어플랜이 우선 적용 요소로 여겨진다. 우리나라 노인복지현장에 케이스매니지먼트가 적용된 지 오래고 케이스매니지먼트 과정에서 케어플랜을 수립·시행하고 있다. 하지만 노인의 다양한 욕구를 고려하여 통합적인 케어플랜을 수립하기 위해 다학제팀에서 케어플랜을 작성하여 시행하는 일은 아직 드물기 때문이다.

보건복지부에서는 올해부터 커뮤니티케어 선도사업과 연계한 사업들을 계획하고 있는데[39], 이러한 계획과 관련하여 다학제팀을 통한 케어플랜 작성 및 실행의 조기정착 방안 모색이 필요하다. 특히, 통합 환자평가와 케어플랜 작성 서비스 연계가 중요한 요소로 제시된 '요양병원 통합 환자평가 및 케어플랜 수립 사업'과 '의료기관 퇴원지원 시범사업'[39]의 경우에 특히 더 그렇다.

치매안심센터의 맞춤형 사례관리에서도 다학제팀에 의한 케어플랜 수립 방안이 보다 구체적으로 제시될 필요가 있다. 2017년 말부터 설치·운영 중인 치매안심센터의 맞춤형 사례관리팀에서는 사례관리대상 노인의 사례계획(케어플랜)을 수립하여 서비스를 제공하고 있다. 그런데 아직까지 보건복지부의 지침에서 다학제팀에 의한 케이스매니지먼트나 케어플랜 실행에 관해서는 명확한 지침이 제시되지 않은 상황이다[40]. 치매안심센터에 따라서는 간호사와 사회복지사가 공동으로 사례계획을 세워 서비스를 제공하고 있지만[40], 서비스 관련 실무자들이 공동으로 케어플랜을 작성·시행할 수 있도록 보건복지부의 지침이 구체화되어야 할 것이다. 서비스 관련 실무자와 노인 및 가족이 참여하여 만들어진 케어플랜이 통합적 케어가 소기의 성과를 낼 수 있는 주요 메커니즘이라는 점을 고려하여[41], 이의 효율적 운영방안이 모색되어야 할 것이다.

둘째, 사회복지사의 역할과 관련하여, 통합적 케어 세팅의 다학제팀에서 사회복지사는 케어매니저와 케이스매니저, 케어코디네이터, 직접 서비스 제공자의 역할을 하였다. 또한 앞에서 살펴본 바와 같이 서비스대상은 대개 허약노인이나 만성적이고 복합적 욕구가 있는 노인 혹은 인지장애노인이었다. 이러한 서비스 대상의 특성으로 인해 사회복지사들은 통합적 케어 세팅에서 보

건의료분야의 전문가들(간호사, 약사, 물리치료사, 일반의, 노인전문 의 등)과 밀접히 연계하였다. 향후 커뮤니티케어가 확대되면 노인복지분야에서 사회복지사와 보건의료의 다른 전문가들이 다학제팀을 구성하여 활동할 가능성이 커질 것이다. 통합적 케어 세팅에서 보건의료전문가와 사회복지사가 한 팀으로 일하거나 연계되어 일하기 위해서는 교육현장에서도 이에 대한 준비가 필요할 것으로 보인다.

셋째, 프로그램의 대상, 개입내용, 기간, 실시환경 등이 다양하여 동일한 수준에서 프로그램의 결과를 비교하기 어렵지만, 전반적으로 볼 때, 통합적 케어 프로그램은 대조군에 비해 참여자의 케어경험과 건강의 측면에서 긍정적 결과가 나타났다. 노인대상 통합적 케어의 경제적 효과를 다룬 연구가 적어 경제적 효과를 평가하기는 어렵지만, GRACE 프로그램에서 개입 2년차와 개입종료 후인 3년차 비용이 절감된 점을 감안하면, 통합적 케어가 경제적 측면에서 효과를 내기 위해서는 일정 기간이 필요한 것으로 보인다.

전달체계개편이나 인력과 실천과정의 측면에서 통합이 성공적으로 이루어지기도 했지만, 짧은 기간에 경제적 측면에서 긍정적 효과가 동시에 나타나지 않은 경우가 많았다[42]. 하지만 경제적 효율성과 서비스의 질이 연결되며[26], 통합적 케어의 주요 목적이 개인 및 조직 수준에서 보건의료와 복지서비스의 보다 나은 조정을 통한 케어의 질과 비용효과 향상이라면[9] 이 둘을 동시에 이룰 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다.

다음에서는 이러한 연구결과 및 함의를 바탕으로 최근 급변하는 국내 보건복지환경 변화에 따라 중요성이 강조될 통합적 케어에 대한 준비를 대학교육과 실무현장, 그리고 정부차원에서 살펴보고자 한다. 먼저, 대학교육차원의 준비와 관련하여, 최근 구미대학교 광주보건대학 등 국내대학들에서도 시도되고 있는 전문직 간 연계교육(Interprofessional Education: IPE) 확산에 필요한 사항에 대해 살펴보고자 한다. IPE는 둘 이상의 전문가들이 함께 배우고 서로에게 배우고 또 서로에 관해 배우으로써 효과적으로 협업하고 건강상 결과가 향상되도록 하는 것이다[43]. IPE를 통해 타 전문직들과 의사소통과 상호작용이 원활하게 이루어지고, 타 전

문직에 대한 이해를 넓힘으로써 향후 보건복지현장에서 협업을 통한 시너지효과를 낼 수 있을 것으로 기대된다. 하지만, 최근 간호학분야의 한 연구에서도 밝혀진 바 있듯이, 간호대학 교수와 임상간호사 두 그룹 모두 실제적인 협력을 위해 전문직 간 교육의 필요성을 인정하고 있지만(72.5%), 전문직 간 교육에 대해 알고 있는 경우는 12%, 실제로 교육에 참여한 경우는 8.4%에 불과하였다[44].

국내대학들에서 아직 IPE가 본격적으로 도입되지 않은 상황에서 비교과과정으로 시작되고 있는데, 단계적으로 정규교과과정으로 확대될 필요가 있다. 또한, 이러한 교육이 대학에서 이루어지기 위해서는 교수자의 전문직 간 교육역량 강화를 위한 프로그램의 개발과 보급이 시급하다[44].

다음으로, 보건복지분야 다학제팀의 실무자들을 대상으로 한 교육과 훈련도 강화되어야 할 것이다. 현재 다학제적으로 일하고 있는 치매안심센터와 정신건강복지센터, 호스피스팀 등의 실무자를 대상으로 통합적 케어가 효과적으로 이루어지기 위한 교육과 훈련이 필요할 것이다. 실무자들이 일하고 있는 세팅에 따라 교육 내용에 다소 차이는 있겠지만, 다학제팀이 잘 운영되기 위해서는 공통적으로 팀워크와 리더십이 중요할 것이다. 팀워크를 위해 팀의 구성원 간 긍정적인 관계형성과 의사소통 및 갈등관리를 위한 교육과 훈련뿐만 아니라 리더십과 전문가 간 역할중복을 피하기 위한 노력도 필요할 것이다. 최근 보건의료세팅에서는 공유 혹은 협력적 리더십이 강조되고, 리더십 기능이 특정한 직위나 직책을 가진 사람에서 주어진 상황에 필요한 전문지식을 가진 사람으로 이동하는 경향이 있으므로[45], 이러한 경향을 반영한 교육과 훈련이 필요할 것이다. 또한 다양한 전문가들이 연계하여 일하는 세팅에서 역할중복이 주요 문제로 파악되고 있기 때문에 이러한 문제해방을 위한 노력도 필요할 것이다[11].

끝으로, 이러한 전문직 간 교육과 관련하여 정부차원에서도 IPE 확산을 위한 노력이 필요할 것이다. SAMHSA-HRSA 통합건강술루션센터(CIHS)는 정신건강과 약물사용의 문제가 있는 사람들을 위한 통합적 서비스개발차원에서 관련 조직에 훈련과 기술적 지원

을 한다. CIHS는 SAMHSA(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)와 HRSA(Health Resources and Services Administration)가 공동으로 자금을 조달하고 국가행동보건의위원회에서 운영하고 있다[46].

본 연구의 한계와 향후 연구 방향을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 국가에 따라 통합적 케어의 추구 방향과 복지환경, 문화 등이 상이하여 본 연구에서 분석한 내용이 국내 상황에 그대로 적용되는 데는 한계가 있다. 통합적 케어와 관련하여, 미국에서는 재정이나 전달체계 등의 기능통합, EU에서는 치료 및 케어의 섹터통합에 초점을 두고 진행되었다[9]. 우리나라의 경우에는 2026년 커뮤니티케어의 보편적 제공을 앞두고, 선도사업과 연계사업을 통해 전달체계의 기능통합과 섹터통합을 모두 포괄하여 지역별로 다양한 모델을 개발할 계획이다[39][47].

통합이 여러 방식으로 다양하게 이루어지는 상황에서 통합적 케어가 소기의 성과를 내는데 기본적으로 중요한 요소는 팀워크나 케이스매니지먼트, 환자와 가족의 참여 같은 서비스 제공 방식이나 운영활동 변화인데[16], 이러한 요소가 곧 임상적 통합의 요소이다. 이에 본 연구에서는 우선적으로 노인대상 통합적 케어 프로그램에서 이러한 요소들을 확인하고 프로그램의 효과를 살펴보았다. 하지만 본 연구에서는 보다 거시적인 차원에서 국외 프로그램의 경험과 제도적 특성을 고려하지 못한 한계가 있다. 향후 연구에서는 통합적 케어 프로그램의 효과에 영향을 미치는 조직적, 정책적, 문화적 차원의 메커니즘에 대한 다차원적 분석이 요구된다.

아울러 향후 연구에서는 사회복지사의 역할과 프로그램의 효과 간 관계에 초점을 두어 연구할 필요가 있다. 통합적 케어 프로그램이 소기의 성과를 낼 수 있도록 하는 메커니즘이 다양하고, 또 본 연구에서는 사회복지사의 역할과 프로그램의 효과 간 관계를 메타 분석한 것이 아니기 때문에 이 둘의 관계를 구체적으로 파악하기 어렵다. 하지만 프로그램 참여노인이 대조군에 비해 케어경험과 건강의 측면에서 긍정적 결과가 나타난 점에서 임상적 통합의 요소가 일정부분 소기의 성과를 낸 것으로 보여 진다. 그리고 이러한 통합적 케어의

요소는, 다학제팀과 협력하지만, 케이스매니저의 역할인 경우가 많아 프로그램의 효과에 케이스매니저로서의 사회복지사가 긍정적 영향을 미친 것으로 보인다. 또한 통합적 케어 대상노인들은 보건의료와 복지서비스가 모두 필요한 노인들이어서 케이스매니저와 협력하여 노인에게 필요한 서비스를 직접 제공하는 것도 프로그램이 긍정적 효과를 내는 데는 꼭 필요한 요소이다. 따라서 직접 서비스 제공자로서의 사회복지사의 역할도 프로그램의 효과에 긍정적 영향을 미친 것으로 여겨진다.

끝으로, 본 연구에서는 출판논문을 대상으로 하였기 때문에 연구결과의 해석에 주의가 필요하다. 연구자가 기대하지 않은 부정적인 결과보다 의미 있게 보이는 긍정적 결과를 더 출간하려는 경향이 있기 때문이다[48]. 이러한 출판편향의 위험을 줄이기 위해 연구결과를 제시할 때 유의하게 나온 부정적 결과와 더불어 유의하게 나오지 않은 결과에 대해서도 제시하였다. 또한 본 연구에서는 영어로 출판된 연구로 한정하여 분석을 진행하였기 때문에 연구결과 해석에 주의가 필요하다.

참 고 문 헌

- [1] N. Goodwin, "Understanding Integrated Care," *International Journal of Integrated Care*, Vol.16, No.4, pp.1-4, 2016.
- [2] S. Shaw, R. Rosen, and B. Rumbold, *What is Integrated Care?* London: Nuffield Trust, 2011.
- [3] M. de Stampa, I. Vedel, J. F. Buyck, L. Lapointe, H. Bergman, F. Beland, and J. Ankri, "Impact on Hospital Admissions of an Integrated Primary Care Model for Very Frail Elderly Patients," *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol.58, pp.350-355, 2014.
- [4] D. Kodner and C. Spreeuwenberg, "Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications - A Discussion Paper," *International Journal of Integrated Care*, Vol.2, No.14, pp.1-6, 2002.
- [5] D. Redding, "The Narrative for Person-Centred Coordinated Care," *Journal of Integrated Care*, Vol.21, No.6, pp.315-325, 2013.
- [6] WHO, *Integrated Care Models: An Overview*, 2016.
- [7] K. V. Stein, *Integrated Care around the World Examples to Help Improve (Primary) Health Care in Poland, Warsaw: National Health Fund, Central Office Department of Analysis and Strategy*, 2016.
- [8] N. Gruber and U. Holtgrewe, *INNOVCare, Austria: Centre for Social Innovation*, 2017.
- [9] N. Gruber and U. Holtgrewe, *Memo on Existing Integrated Care Practices and Exploration of Possible Application Areas for Rare Disease Patients*, https://innovcare.eu/wp-content/uploads-/2017/08/INNOVCare_WP9_Literature-review.pdf, 2018. 10. 15.
- [10] P. Valentijn, S. Schepman, W. Opheij, and M. Bruijnzeels, "Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care," *International Journal of Integrated Care*, Vol.13, No.1, 2013.
- [11] E. Fraher, E. L. Richman, L. de Saxe Zerden, and B. Lombardi, "Social Work Student and Practitioner Roles in Integrated Care Settings," *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.5, No.6, pp.281-289, 2018.
- [12] A. Cronqvist and K. Sundh, "On Collaboration between Nurses and Social Workers in the Service of Older People Living at Home. A Critical Literature Review," *International Practice Development Journal*, Vol.3, No.2, 2013.
- [13] M. Fraser, B. Lombardi, S. Wu, L. de Saxe Zerden, E. Richman, and E. Fraher, "Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic

- Review,” *Journal of the Society for Social Work and Research*, Vol.9, No.2, pp.175-215, 2018.
- [14] V. Stanhope, L. Videka, H. Thorning, and M. McKay, “Moving toward Integrated Health: An Opportunity for Social Work,” *Social Work in Health Care*, Vol.54, No.5, pp.383-407, 2015.
- [15] <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>, 2019. 02. 25.
- [16] M. Kirst, J. Im, T. Burns, G. Baker, J. Goldhar, P. O’Campo, A. Wojtak, and W. Wodchis, “What Works in Implementation of Integrated Care Programs for Older Adults with Complex Needs? A Realist Review,” *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.29, No.5, pp.612-624, 2017.
- [17] K. Wynia, B. Kremer, S. Spoorenberg, R. Uittenbroek, and S. Reijneveld, “Embrace: A Population Based Integrated Elderly Care model Showed Improved Results and Saves Costs,” *European Journal of Public Health*, Vol.24, No.2, 2014.
- [18] J. Wiener, E. Gould, S. Shuman, R. Kaur, M. Ignaczak, and K. Maslow, *Examining Models of Dementia Care: Final Report*, Report prepared for the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Washington, DC: RTI International, 2016.
- [19] F. Ruiques, A. Meys, G. van de Wetering, R. Akkermans, B. van Gaal, S. Zuidema, H. Schers, T. van Achterberg, and R. Koopmans, “The CareWell-Primary Care Program: Design of a Cluster Controlled Trial and Process Evaluation of a Complex Intervention Targeting Community-Dwelling Frail Elderly,” *BMC Family Practice*, Vol.13, No.1, 2012.
- [20] http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Swedish_Skora.pdf, 2018. 11. 02.
- [21] S. Spoorenberg, *Embracing the Perspectives of Older Adults in Organising and Evaluating Person-Centred and Integrated Care*, Research Institute SHARE, 2017.
- [22] R. Uittenbroek, H. Kremer, S. Spoorenberg, S. Reijneveld, and K. Wynia, “Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace,” *J Gen Intern Med*, Vol.32, No.5, pp.516-522, 2016.
- [23] Center for Consumer Management in Health Innovation, *Care That Works: Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE)*, 2018.
- [24] <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01283750?term=Maximizing+Independence+at+Home+%28MIND+at+Home%29&rank=1>, 2018. 11. 11.
- [25] M. MacAdam, “PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy. A system-level integration model in Quebec,” *International Journal of Integrated Care*, Vol.15, No.6, 2015.
- [26] J. M. Evans, G. R. Baker, W. Berta, and J. Barnsley, “The Evolution of Integrated Health Care Strategies,” *Advances in Health Care Management*, Vol.15, pp.125-161, 2013.
- [27] N. Curry and C. Ham, *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes*, London: King’s Fund, 2010.
- [28] F. Ruiques, E. Adang, W. Assendelft, H. Schers, R. Koopmans, and S. Zuidema, “Cost-Effectiveness of a Multicomponent Primary Care Program Targeting Frail Elderly People,” *BMC Family Practice*, Vol.19, No.1, 2018.
- [29] H. Berglund, H. Hasson, K. Kjellgren, and K. Wilhelmson, “Effects of a Continuum of Care Intervention on Frail Older Persons’ Life

- Satisfaction: A Randomized Controlled Study,” *Journal of Clinical Nursing*, Vol.24, No.7-8, pp.1079-1090, 2015.
- [30] S. Spoorenberg, K. Wynia, R. Uittenbroek, H. Kremer, and S. Reijneveld, “Effects of a Population-Based, Person-centred and Integrated Care Service on Health, Wellbeing and Self-Management of Community-Living Older Adults: A Randomised Controlled Trial on Embrace,” *PloS one*, Vol.13, No.1, 2018.
- [31] S. Counsell, C. Callahan, W. Tu, T. Stum, and G. Arling, “Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention,” *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.57, No.8, pp.1420-1426, 2009.
- [32] C. Schubert, L. Myers, K. Allen, and S. Counsel, “Implementing Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Team Care in a Veterans Affairs Medical Center: Lessons Learned and Effects Observed,” *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.64, No.7, pp.1503-1509, 2016.
- [33] Q. Samus, D. Johnston, B. Black, E. Hess, C. Lyman, A. Vavilikolanu, J. Pollutra, J. Leoutsakos, L. Gitlin, P. Rabins, and C. Lyketsos, “A Multidimensional Home-Based Care Coordination Intervention for Elders with Memory Disorders: The Maximizing Independence at Home (MIND) Pilot Randomized Trial,” *Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, Vol.22, No.4, pp.398-414, 2014.
- [34] H. Amjad, S. Wong, D. Roth, J. Huang, A. Willink, B. Black, D. Johnston, P. Rabins, L. Gitlin, C. Lyketsos, and Q. Samus, “Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving Care Coordination: The MIND at Home Trial,” *Health Services Research*, Vol.53, No.1, pp.556-579, 2018.
- [35] R. Hébert, M. Raïche Michel, M. Dubois, N. Gueye, N. Dubuc, M. Tousignant, and PRISMA Group, “Impact of PRISMA, A Coordination - Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-Experimental Study,” *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol.65, No.1, pp.107-118, 2010.
- [36] P. Valentijn, I. Boesveld, D. van der Klauw, D. Ruwaard, J. Struijs, J. Molema, M. Bruijnzeels, and H. Vrijhoef, “Towards a Taxonomy for Integrated Care: A Mixed-Methods Study,” *International Journal of Integrated Care*, Vol.15, No.4, 2015.
- [37] <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>, 2019. 02. 25.
- [38] <https://www.cswe.org/getattachment/Centers-Initiatives/CSWE-Gero-Ed-Center/Teaching-Tools/Gero-Competencies/Practice-Guides/Assignments-Measurments/CI-Sec2-Role-SW.pdf>, 2019. 02. 26.
- [39] 보건복지부, *지역사회 통합 돌봄 선도사업 연계 사업 설명자료*, 2019. 01. 10.
- [40] 대전광역시 서구보건소 치매안심센터 사례관리 담당자 인터뷰, 2019. 02. 25.
- [41] G. Ellis, M. A. Whitehead, D. O’Neill, P. Langhorne, and D. Robinson, “Comprehensive Geriatric Assessment for Older Adults Admitted to Hospital,” *Cochrane Database Syst Rev*, 2011.
- [42] L. Burns, G. Gimm, and S. Nicholson, “The Financial Performance of Integrated Health Organizations,” *Journal of Healthcare Management*, Vol.50, No.3, pp.191-212, 2005.
- [43] World Health Organization(WHO). *Framework*

for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva, Switzerland: WHO. 2010.

- [44] 김건희, 황은희, 신수진, “간호교육에서의 전문직 간 교육에 대한 현황과 발전방향,” 의학교육논단, 제19권, 제1호, pp.18-24, 2017.
- [45] <https://www.apa.org/education/grad/curriculum-seminar.aspx>, 2018. 11. 11.
- [46] <https://www.samhsa.gov/about-us/about-cihs>, 2018. 12. 11.
- [47] 보건복지부, *지역사회 통합 돌봄[커뮤니티케어] 선도사업 추진계획*, 2019. 01. 10.
- [48] <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED504425.pdf>, 2018. 12. 15.

저 자 소 개

윤 경 아(Kyeong-A Yoon)

정회원



- 1990년 2월 : 연세대학교 사회사업학과(문학사)
- 1992년 2월 : 연세대학교 대학원 사회복지학과(문학석사)
- 1996년 2월 : 연세대학교 대학원 사회복지학과(문학박사)
- 1996년 3월 ~ 현재 : 대전대학교 사회복지학과 교수
<관심분야> : 노인복지, 사회복지실천