

노인을 위한 포괄적 케어시스템의 발전방향 Future Direction of Developing the Comprehensive Care System for the Older Adults

김 중 성*

한려대학교 사회복지청소년학과

Jong Sung Kim

Department of Social Welfare Hanlyo University

(초록)

우리나라도 고령사회에 대비하여 의료, 보건, 복지의 케어서비스를 포괄적으로 제공하기 위한 포괄적 케어시스템 구축이 필요하다. 포괄적 케어시스템을 구축할 때에는 수직 및 수평, 연계와 조정 및 완전한 통합의 틀을 기본으로 해야 함과 동시에 지역의 특성에도 적합해야 한다. 초기 단계에는 연계와 통합, 시스템에 대한 공통된 인식 및 목적의 공유가 필요하고, 특히 다양한 전문직종들이나 전문기관들 간의 통합이 이루어져야 한다. 이에 본고에서는 지역포괄적 케어시스템 구축을 위한 통합대상과 유형, 수준에 대해 검토했으며, 주요 선진국들의 동향을 토대로 그 발전방향을 다양한 측면에서 제안했다. 발전방향의 예들은 법률의 개정이나 통합, 전문직종마다 이루어진 교육의 통합 및 전문성 제고, 지역주민들의 인식전환과 주체적 참여 등이다.

주제어 : 고령사회, 연계와 통합, 포괄적 케어시스템

(Abstract)

As a coping strategy for the population aging in Korea, it is necessary to build the comprehensive care system which can cover medical and/or health care as well as welfare at the same time. To build the system should be based on the systematic organization of integration frameworks (e.g., horizontal and vertical integration, linkage and coordination, and full integration) and on the region's own distinct characteristics. Linkage and integration, common perceiving and sharing the integration itself and its

* 교신저자, 한려대학교 사회복지청소년학과 김종성 교수 (e-mail: gotop99@hanmail.net).

objective should be required at the initial stage of building the system. After reviewing the principal characteristics of the system for the main advanced countries, the targets, types, and levels of integration for the system were examined and several directions of developing the system were suggested in this article. Some major instances of the directions would be to revise both National Health Insurance and Senior Long-Term Care Insurance Acts, to integrate training or educational program for personnels working at the medical, health, or welfare profession as well as to improve their expertise, to encourage the community dwellers' participation and/or inclusion in the integration process, and so on.

Key words : Comprehensive care system, Linkage & integration, Population aging

I. 서 론

우리나라는 최근 노인인구 수가 전체인구의 13%인 660만명을 넘었고, 그 비율이 2018년에는 16% 그리고 소위 베이비붐 세대가 노인인구에 포함되는 2026년에는 20%인 1천만명을 초과할 것으로 예상되고 있다(통계청, 2016). 이처럼 급속도로 진행되고 있는 고령화 현상은 정치나 경제, 사회, 문화 등 다양한 영역에서의 어려운 문제점들을 드러내고 있다. 예를 들면, 노인성질환을 앓고 있는 환자의 수 증가에 따른 장기요양문제를 해결하기 위해 노인장기요양보험제도를 2007년 도입하여 2008년부터 시행하고 있지만, 사전 준비과정이 충분하지 못한 상태에서 제도를 도입했기 때문에 제도를 시행한 지 8년 정도밖에 지나지 않았음에도 불구하고 정부의 재정적 부담은 날이 갈수록 커지고 있는 실정이다. 또 제도가 시설을 중심으로 운영되고 있을 뿐만 아니라 의료서비스와 요양서비스를 분리하여 제공하고 있기 때문에 해가 거듭할수록 다양하고 복잡해지는 노인들의 욕구에 효과적으로

대응하기가 더 어려워질 가능성도 커지고 있는 실정이다. 정부는 이러한 우려와 문제점을 파악하고 여러 가지 보완정책을 추진하고 있지만, 문제를 해결하는 접근방법이나 추진하는 정책들이 미시적이고 단편적이라는 지적을 받고 있다(강창현, 2013).

최근 일본을 포함한 몇몇 선진국에서는 노인의료 및 케어비용에 대한 재정지출의 감소 및 노인들의 삶의 질 향상이나 유지를 위하여 기존의 제도들을 보완하거나 보충하는 차원을 넘어서 새로운 해법을 마련하면서 대응하고 있다. 즉 이들 국가에서는 복지국가에서 복지사회로의 지향 및 시설케어에서 지역통합케어로의 전환을 전제로 보건이나 의료, 복지 서비스를 통합하여 제공하는 큰 틀의 시스템을 구축하고 있다(김옥희, 2006). 우리나라도 근래 노인들의 욕구가 다양화되고 있으며, 보건이나 의료, 복지 서비스 조직의 분절과 비용효과의 문제 등을 통합의 차원에서 조망하고 있는 시점이기 때문에 선진국들의 경험은 우리나라의 제도 정비에 큰 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다. 이에 필자는 선진국들의 문

제해결 방식이 정책 내용보다는 방법적 수단을 강조하는 시스템론적 접근이라는 점에 주목하고, 본고의 초점은 김종성(2014)의 논의의 연속선상에서 지역포괄적 케어시스템의 발전 방향을 살펴보는 것에 맞추었다.

여기에서 말하는 지역포괄적 케어시스템이란 통합케어(integrated care) 및 지역사회케어(communitary-based care)의 개념을 포함한 것인데, 구체적으로 모든 노인들이 자신의 거주지역이나 집에서 기본적인 생활을 하면서 존엄성이 유지된 상태의 삶의 질을 유지할 수 있도록 보건·복지·의료의 포괄적 서비스가 지속적이고 일관성(consistency of care)있게 제공되는 통합케어서비스 전달체계를 뜻한다(西村周三, 2013). 선진국에서는 지역포괄적 케어시스템에 대한 연구나 논의가 활발히 진행되고 있는 편이지만, 사실 아직까지도 그 용어나 명칭들이 통일된 상태는 아니다. 근래 우리나라에서도 노인을 위한 지역포괄(통합)케어에 대한 관심이 높아지고 있는데, 이 분야에 대한 대다수 연구자들은 보건·의료·복지통합 시스템 구축의 필요성에 공감하고 있다(강창현, 2013; 김옥희, 2006; 유용식, 2011). 그러나 주로 일본이나 영국의 통합케어시스템에 대한 사례분석을 통한 지역포괄케어의 기초자료들만 제공할 뿐, 여기에 대한 이론적 논의나 연구 등이 매우 미흡한 실정이다.

그 기본적인 이유는 연계나 통합의 의미가 통일적으로 정리되지 못한 채 각기 다른 학문적 관점과 입장에 따라 혼용되고 있으며, 시스템이라는 용어 역시 통일적으로 이해되지 못한 채 사용되고 있기 때문이다. 이에 본고에서는 일반시스템이론(general system theory)

과 통합케어이론에 의거하여 노인을 위한 지역포괄적 케어시스템의 발전방향을 모색하고자 한다. 본고의 구성은 먼저 시스템과 연계의 의미와 특성에 대해서 살펴본 다음, 시스템 구축을 위한 통합 대상이나 유형, 및 시스템 범위에서의 유효한 통합 형태에 대해 고찰하고, 또 시스템 구축의 과제와 방향의 도출을 서술하였다. 그리고 마지막으로 포괄적 케어시스템의 발전방향을 제안하기 위해서 주요 선진국의 지역통합 케어시스템 구축을 위한 정책적 동향을 분석하였다.

II. 지역통합케어에 대한 시스템론적 접근

1. 시스템의 의미와 특성

우선 시스템이란 상호의존적이며 상호작용하는 부분들로 구성된 전체이다. 또한 시스템의 여러 구성요소들의 상호작용은 총체적인 특성을 갖는데, 그 특성은 각각의 구성요소와는 다를 뿐 아니라 구성요소에서는 종종 발견되지 않기도 한다. 따라서 여러 구성요소들의 상호관계는 부분들의 집합(sum of the parts) 이상인 하나의 전체(a whole)를 창조한다. 일반 시스템이론에서는 한 시스템은 고유의 기능을 하고, 성장이나 발달을 하고, 또 다른 시스템과 상호작용을 한다는 원칙으로 설명한다. 이 원칙들은 생물학적, 사회적 시스템에서의 행동 예측에 활용되기도 하고, 시스템을 변화시키기 위한 전략의 구성에 이용된다(장인협, 1989).

시스템은 위계의 특성을 지닌다. 내적으로는 하위시스템 그리고 외적으로는 상위시스템과 연결되어 있다. 각 시스템은 상위시스템의 일부가 되는데, 예를 들면, 노인전문병원이나 지역사회시스템은 노인요양시설의 상위시스템이라고 할 수 있다. 또 시스템은 경계를 기준으로 개방적이며, 공생관계를 유지하고자 한다. 역시 시스템의 각 요소들은 다른 요소들의 영향을 받으며, 또 다른 부분에 영향을 미치며 변화를 초래하기도 한다(김중성, 2010). 본고의 논의는 시스템을 “상호 관계되는 복잡 다양한 요소들이 보다 근본적인 목적을 달성하기 위하여 호혜적인 입장에서 서로 연계·협력·협동하며, 전체로서 또 하나의 기능을 가진 체계”라는 일반적 정의에 따라서 서술한다(山本勝, 2007). 또 시스템의 구축은 “1+1”이 “2”라는 성과의 기대가 아니라 “3”이나 “5” 혹은 “10”의 성과를 기대함을 서술하려고 한다.

2. 사회의 변화와 시스템론적 접근의 필요성

근래 지속적인 경제성장을 기반으로 하는 도시화로 인하여 사람들이 일상생활에서 겪는 문제는 매우 복잡하고 다양한 양상을 보이고 있다. 또한 급격한 사회변화 속에서 가족이나 지역사회 상호부조 기능의 약화되어 생활상의 어려움이 더 심해지고 있는 실정이다. 이러한 생활문제는 개인적 또는 개별적인 대응으로 해결하기 어려워지게 되었다. 그 대신 당사자나 혹은 서로 관계되는 조직이나 기관이 호혜적 입장에서, 즉 역할분담이나 관계방

식의 조정, 작업방식의 변화를 통해서 협력하고 공동으로 대처해야 문제 해결이 용이해지거나 가능해진다. 이런 맥락에서 기존의 시스템에 의존하는 문제해결보다도 새로운 연계나 통합이 가능한 시스템의 구축을 통한 대응이 더 유효한 접근방안이라고 할 수 있다. 시스템을 구축할 때에도 시스템의 구성요소인 사람이나 조직들 사이의 상호교류가 증대해야 신뢰나 규범, 네트워크를 근간으로 하는 새로운 사회적 자본의 형성이 가능해진다. 역시 문제해결을 위해 연계(통합)를 토대로 대응한다는 것은 또 다른 새로운 전체를 구성하여 다양한 공익적 활동을 추동하는 등 선순환적으로 작동하게 되어 문제해결에 대한 효율적이고 효과적인 방안이 될 수 있다(成木弘子, 2016).

3. 시스템의 구성요소

시스템이란 규모의 크기에 관계없이 ① 전체가 공유하는 목적, ② 복수의 구성요소, 그리고 ③ 상호관계의 조건을 충족해야 한다. 시스템의 세 가지 구성요소들은 각각 기능적으로 상호의존의 관계를 유지하면서 전체 시스템의 균형과 안정상태 유지에 기여한다. 한 요소라도 빠지면 시스템이 아니라 혼돈(chaos)이라 할 수 있는데, 그 세 요소의 특성을 간략히 살펴보면 다음과 같다(成木弘子, 2016).

첫째, 전체가 공유하는 목적의 조건이란 시스템을 구성하는 회원과 조직 등이 모두 목적을 확인하고 공유해야 한다는 뜻인데, 이는 시스템이 누구를 또 무엇을 위해 존재하는지에 대한 공통된 이해를 전제로 한다. 지역포

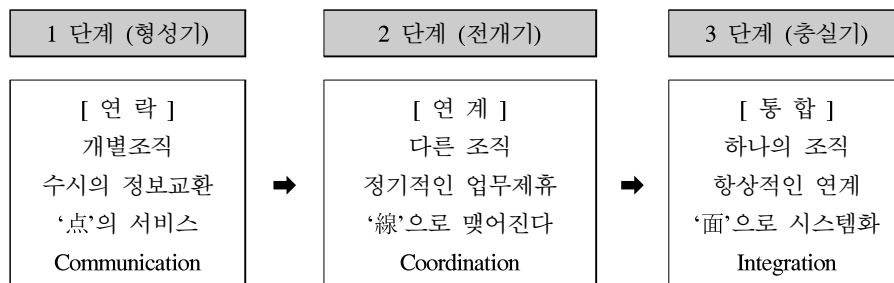
괄적 케어시스템을 구축하는 경우에도 이해 관계자들이 공통된 이해와 목적의 공유에서 출발해야 한다. 둘째, 시스템이 서로 다른 기능을 가진 여러 요소들로 구성된다는 조건이다. 예를 들면, 한 개인을 상대로 통합서비스를 제공하기 위한 전문가팀 구성을 할 때에는 필요성에 따라서 서로 다른 직종의 전문가들을 선정하는 것이다. 셋째, 상호관계의 조건이란 시스템의 구성요소들 사이에 상호관계를 규정하는 규칙이 있어야 시스템이 전체적으로 안정과 균형을 지속적으로 유지할 수 있다는 뜻이다. 지역포괄적 케어시스템의 구축에도 이 세 가지 조건이 필수적으로 수반되어야 한다(成木弘子, 2016; 山本勝, 2007).

4. 시스템의 발전과정

시스템을 구축할 때는 반드시 시스템의 발전과정을 이해해야 한다. 일반적으로 시스템은 생물처럼 성장·발전하면서 다른 시스템과 연결되거나 새로운 시스템을 구축하기도 하므로 지역포괄적 케어시스템의 구축도 이 차원에서 인식하고 이해해야 한다. 보건이나 의료복지의 통합시스템이나 지역포괄적 케어시스템 발전과정은 일반적으로 3단계로 이루어지

는데, 뇌졸중 지역통합체계를 예로 들어 설명하면 다음과 같다(김종성, 2012; 成木弘子, 2016).

제1단계의 형성기는 시스템을 구축하는 초기단계라고 할 수 있다. 여기에서는 이해 관계자 및 관계기관의 다양한 구성 요소들이 각기 개별적인 차원에서 기능을 분담하고, 수직적 관계에서도 대상 집단에 대해 개별적으로 대응한다. 뇌졸중 환자를 위한 지역통합케어의 경우, 급성기 병원과 환자, 회복기 병원과 환자, 또 방문간호와 환자라는 관계에서 각각 별개로 케어서비스를 제공해주는 것이다. 단지 정보를 필요에 따라 교환하는 정도이기 때문에 점(点) 수준의 활동이라고 할 수 있다(<Figure 1> 참조). 이 단계에서 시스템 구축의 필요성을 공감하고 조직화에 참여하기 위해서는 우선 각급 단위의 기관이나 시설에 대한 상호 이해와 적극적인 소통의 기반을 마련해 나가는 노력이 요구되며, 또한 참여 기관이나 유사 전문직 종사자에 대한 존중과 수용의 자세로 팀워크 형성을 위한 공통의 가치를 발견하려는 노력도 요구된다. 역시 정보의 교환이나 공유, 욕구조사나 자원진단과 같은 조사연구나 컨설팅, 프로그램 개발을 위한 공동 노력도 요구된다.



〈Figure 1〉 지역통합 케어시스템의 구축과정 (출처: 김종성 (2012), p. 87)

제2단계의 전개기는 구축된 시스템의 기능이 발휘되기 시작하는 단계이다. 이 단계에서 이해관계자나 관계 기관 등 다양한 구성요소들은 서로 관련을 가지면서 기능을 분담하거나 시스템을 통합하게 된다. <Figure 1>에서 짐작할 수 있듯이 병원들 간 전후방 연계나 환자 등이 서로 직접 관계있는 기관들 혹은 사람들과의 제휴가 가능하게 되는 단계이고, 제도의 통합 등도 나타난다. 점(点)에서 이계선(線)으로 바뀌는 발전이 이루어진다. 이 단계에서는 참여하는 사람들이나 기관들이 차츰 사업 활동에 대한 시스템의 조직적인 힘을 확인하면서 참여의식이나 책임의식을 성숙시킬 수 있게 된다.

제3단계의 충실기는 직접 관계가 없는 조직이나 사람까지도 시스템 내에서 서로 이해하고, 적극적인 참여를 통해 공통과제를 해결하고자 하는 단계이다. <Figure 1>에 제시한 내용으로 설명하면, 각 병원과 조직 등이 모두 각각의 역할 분담을 이해하고, 관계를 더욱 강화해 가면서 연대활동을 활성화하게 된다. 예를 들면, 뇌졸중 환자에게는 입원이나 퇴원 계획에 따라 지속적이고 일관된 의료나 요양서비스, 생활지원서비스와 같은 새로운 서비스의 제공이 가능해진다. 연계사업일 경우에는 급성기에서 재가 케어까지 원활하게 연결되므로 보다 효과적으로 기능할 수 있는데, 이는 결국 주민들에게 안심하고 요양생활을 영위할 수 있게 해주는 것이다.

Ⅲ. 지역포괄적 케어시스템의 통합적 틀

1. 연계의 의미와 특성

그렇다면 포괄적 케어시스템에서 연계는 무엇을 의미하는가? 연계는 서로 다른 분야가 하나의 목적을 위해 함께 일하는 과정에서 생기는 만남의 전문성으로 정의할 수 있다. 이러한 연계는 연락에서 통합(integration)으로까지 이어지는 단계적 발전 과정이며, 한 조직에 속하면서 다른 조직이나 전문직과 협력관계를 구축하는 과정이다. 또한 연계가 단순한 조직 간의 연락이 아닌 업무 추진을 위한 협력관계의 강화과정이라는 점에서, 협력관계가 강화될수록 업무 간 통합조정이 잘 이루어진 것으로 여긴다. 따라서 연계나 협력, 통합의 발달단계를 구체화하여 상호이해가 가능하면, 보건이나 복지, 의료의 연계로 발전할 수 있다. 이와 같은 연계로 발전하는 과정은 매우 역동적이기 때문에 연계를 단순한 구조나 형태가 아니라 움직임이나 기능으로 이해해야 한다(김옥희, 2006).

연구자나 실천가들이 연계라는 용어를 사용할 때 통일성을 요하는데, 그 이유는 특정사안에 대하여 인식을 같이 하면서 집중해야 하기 때문이다. 지역포괄적 케어시스템의 구축에서도 통일된 용어를 사용해야 시스템에 대한 공통된 이미지를 갖도록 해줄 수 있다. 역시 시스템을 구축할 때 목적의 공유도 필수적인데, 통일된 용어의 사용은 공통의 목적을 설정하기 위한 것이다. 여기에서 연계와 통합의 용어를 사용할 때 그 관련성에 세심한 주의를 요한다. 연계는 통합과정으로 “같은 목적을 가진 주체들이 서로 정보를 교환하고 연락을 교환하면서 협력하여 함께 일을 하는 것”

이라면, 통합은 “복수의 여러 요소가 서로 결합하여 단일 전체성을 획득하는 과정”으로 설명된다. 다시 말하면, 연계는 다른 조직기구와 합체를 하지 않은 상태에서 이루어지는 협력 관계인 반면, 통합은 서로 다른 조직이 조직 기구의 일부를 통합시키는 것으로 결합의 강도와 방법에서 연계와 다르다(岩下基, 2014).

2. Leutz의 통합 틀

Leutz는 통합 강도와 대상 범주의 기준에 따라 시스템을 통합할 때의 틀을 ① 연계(linkage), ② 조정·협조(coordination), 그리고 ③ 완전한 통합(full integration)의 세 가지 수준의 통합으로 제시하고 있다(Leutz, 1999; Masso & Owen, 2009). 통합과정은 일반적으로 ① → ② → ③이라는 일련의 과정을 통해 실현해 가지만, 목적을 가지고 행하는 의도적 행위로서 통합의 실천은 처음부터 ②나 ③의 통합형태를 지향할 수 있다. 통합에 필요한 통합 틀의 선택은 대상자의 욕구가 복잡하면 복잡할수록 높은 수준의 통합 틀이 요구된다. 앞에서 언급한 세 가지 수준의 세부적인 내용은 아래와 같다(大野賀政昭·筒井孝子, 2016).

1) 연계

세 개의 통합 틀 가운데 가장 낮은 수준의 통합 상태가 연계(linkage)이다. 이 수준의 통합은 여러 조직들 간에서 이루어지지만, 통합의 책임은 참여하는 각 조직이나 단체가 맡게 된다. 점(点) 수준에서 정보의 공유라든가, 유선 연락 등이 이 수준에서 이루어지며, 시스템 내에서 개인이 개별적으로 자신의 욕구에

대응하는 경우이다. 다시 말하면, 서로 대면적인 관계에서 일상생활을 영위해 가는 저급한 수준의 공동노력이다. 이러한 이유로 인해 케어가 적절히 제공되지 않거나 능력을 극대화할 수 있는 기회가 많지 않은 편이다.

2) 조정·협조

조정·협조 수준에서의 통합은 연계보다 더 구조화된 형태를 취한 것으로 여러 기관이나 조직들이 참여하여 문제해결능력을 어느 정도 갖추고 있는 상태이다. 각 조직이나 관계 기관은 별도의 독자적인 활동을 하면서 기존 조직 내에서 조정의 책임을 가지게 된다. 예를 들면, 재가 상태의 케어 대상자 노인에게 제공되어야 할 서비스가 방문을 통한 의료 서비스, 방문간호 및 요양서비스, 입욕이나 청소 등의 생활지원서비스라면, 그 서비스 제공이 가능하기 위해서는 의료나 보건, 복지영역의 전문직 간의 협력이 있어야 하고 또 대상 노인에게 대한 임상적 정보를 공유해야 한다. 즉, 의사나 간호사, 사회복지사 등이 협력하는 차원의 개입이나 지원이 필요하다. 역시 지원을 필요로 하는 자에게는 다른 서비스를 제공할 수 있는 조직으로 의뢰·이송시키거나 정기적으로 개최되는 사례회의 등의 지역케어회의에서 임상 정보를 서로 교환·공유하는 정도의 통합 수준이다.

3) 완전한 통합

이는 일의 처리가 계획적이고, 시스템적으로 이루어지고, 결합강도가 가장 강하고, 또 대상범위가 포괄적인 통합 수준이다. 이는 보건이나 의료, 간호, 주거 분야의 하위체계에서

여러 요소(관계 기관과 관계자)가 한 장소에 모여서 새로운 프로그램이나 상위체계로서의 시스템을 창출하는 것을 말하는데, 예를 들면, 관계하는 모든 기관이나 조직이 하나의 시스템으로 결합된다. 이는 개별화나 파편화된 케어의 분절을 막으면서 포괄적인 서비스를 개발하여 제공하는 등 새로운 조직을 만들어내는 유효한 통합형태이다. 완전한 통합 수준에서는 서비스를 필요로 하는 장기케어 대상 노인이 현재의 신체적 조건에서도 건강한 생활이 보장되고, 일상의 케어뿐만 아니라 급성기 상황에서도 신속하게 대응할 수 있는 체제로 정비된다. 또 가족의 케어를 기대할 수 없는 경우에도 일상적인 공동의 전자정보시스템에 의해 케어가 가능해진다. 그러나 기존의 제도나 조직을 과감히 해체하거나 재구조화해야 할 필요성이 있으며, 이해관계자 간의 조정이 어렵다는 단점이 있다.

IV. 지역포괄적 케어시스템 구축에 필요한 통합유형

지역포괄적 케어시스템을 구축하기 위해서는 통합 틀의 3가지 수준의 하위시스템으로 무엇을(what) 그리고 어떻게(how) 통합할 것인지의 과제가 중요하다. 아래에서는 무엇을, 어떻게 통합할 것인지를의 과제와 시스템의 범위에 따른 통합 종류를 살펴본다.

1. 무엇을, 어떻게 통합할 것인가?

Leutz(1999)는 통합의 전개과정에서 ‘무엇’

에 관계되는 내용으로 7개의 작업 내용을 설정했다. 첫째, 스크리닝 작업으로 케어 대상자의 진단과 사정(assessment)의 결과에 따라서 어느 수준의 통합된 케어가 필요한지, 그리고 상황의 변화에 따라 개입이 필요하다고 판단되는 대상자지 누구인지를 결정할 필요가 있다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 광범위한 스크리닝을 토대로 긴급도가 높은 욕구를 정하며, 조정·협조 수준의 통합에서는 퇴원할 경우 등을 중점적으로 고려하여 사후관리가 필요한 대상자까지 함께 결정하며, 완전한 통합 수준에서는 다양한 전문직종으로 구성된 팀이 상시적으로 대상자의 욕구를 파악한다.

둘째, 케어의 종류나 유형, 실천방법을 검토하는 일이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 요보호자의 특수한 욕구를 파악하는 일에 해당되며, 조정·협조 수준의 통합에서는 퇴원계획 작성자 등을 충분히 활용하여 의료와 요양, 복지의 간극을 메꾸는 일이며, 완전한 통합 수준에서는 다양한 전문직종으로 구성된 팀이 모든 케어를 담당하는 일이다.

셋째, 실질적인 서비스의 제공인데, 다양한 서비스를 유효하게 제공하는 방법에 관한 것이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 서비스의 소개와 사후관리에 해당되며, 조정·협조 수준의 통합에서는 여러 국면에서 이행이나 전환을 원만하고 부드럽게 해주는 일이며, 완전한 통합 수준에서는 상시적으로 모든 것을 관리 시스템 아래에 두는 것이다.

넷째, 이용자와 가족이 필요로 하는 정보는 무엇인지 또는 다른 기관의 전문직종 전문가

의 참여가 필요하다는 정보를 어떻게 공유할 것인지에 관한 것이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 중요한 정보를 제공하고 필요한 것을 확인하는 것이며, 조정·협조 수준의 통합에서는 정기적으로 정보를 제공하고 수집하는 것이며, 완전한 통합 수준에서는 공통의 기조를 일상적으로 활용하는 일이다.

다섯째, 케이스 매니지먼트의 범위와 내용을 관리하는 일이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 해당사항이 없지만, 조정·협조 수준의 통합에서는 케어 매니저를 중심으로 연계·제휴를 원만하게 진행하는 일이며, 완전한 통합 수준에서는 다양한 전문직종으로 구성된 팀이나 곤란한 사례를 담당하는 자가 모든 사례를 관리하는 일이다.

여섯째, 누가 비용을 지불할 것인지 그리고 앞으로 필요하다고 판단되는 경비는 어떻게 확보할 것인지에 관한 일이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 누가, 무엇을 지불할 것인지에 대해서 이해하는 것이며, 조정·협조 수준의 통합에서는 개별 사례에 대해 가이드라인에 따라서 누가, 무엇을 지불할 것인지를 결정하는 것이며, 완전한 통합 수준에서는 사업자로부터 새로운 서비스를 제공하듯 재원을 모두 가동하는 일이다.

일곱째, 급여에 관한 일로 누가 서비스의 양을 결정하고 관리할 것인지 또 어떤 기준으로 급여를 책정할 것인가를 검토하는 일이다. 예를 들면, 연계 수준의 통합에서는 급여기준을 이해하고 또 그 기준에 따라서 급여를 제공하는 것이며, 조정·협조 수준의 통합에서는 효율적인 수준에서 최대한으로 급여를 제공해주는 것이며, 완전한 통합 수준에서는 급

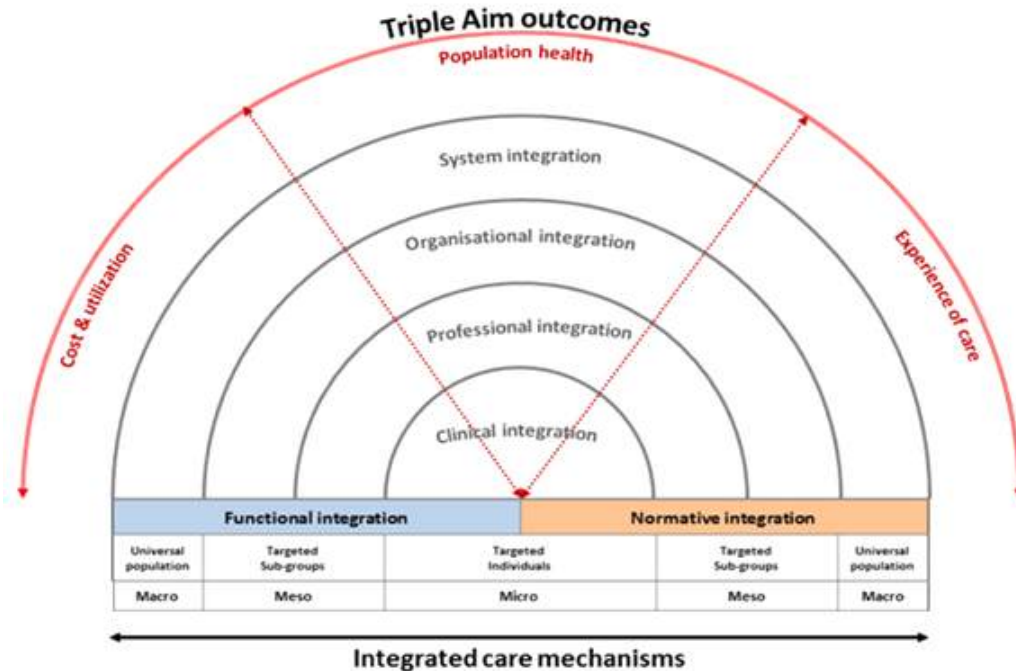
여를 통합하는 일인데, 경우에 따라서는 급여 기준의 변경이나 다시 정의하는 일이다.

2. 시스템의 범위수준에서 통합의 대상과 유형

Valentijn(2015)은 통합의 5개 유형을 시스템의 범위수준에서 분석하고, 그 범위를 인간 중심의 케어인 미시체계의 범위에서 임상적 통합, 전문직이나 조직의 통합인 중간범위 시스템의 범위, 시스템적 통합인 거시체계의 범위, 그리고 미시체계에서 거시체계까지의 광역 범위에 규범적 통합과 기능적 통합을 설정하고 있다(<Figure 2> 참조). 거시체계 수준에서 통합의 어려움과 불안은 미시체계의 범위에서도 그대로 나타나고, 반대로 미시체계 수준에서 통합의 불안과 어려움은 거시체계의 범주에서의 통합을 어렵게 한다고 주의를 촉구하고 있다. 그 세부적인 특성을 살펴보면, 다음과 같다.

첫째, 임상적 통합(clinical integration)은 인간을 중심으로 한 미시적 차원, 가장 좁은 차원의 통합이다. 예를 들면, 병원에 입원한 환자에게 같은 병원 내에서 다양한 영역의 전문의, 전문직이 협력하여 치료하는 경우이다.

둘째, 전문직 통합(professional integration)은 다양한 전문직 직종 간의 통합에 해당된다. 대상 집단에게 지속적이고 일관성 있는 포괄서비스를 제공하기 위해서는 전문직 간의 역할과 책임, 그리고 대상자에 대한 설명책임 등 역할을 조직 내적으로나 외적으로 분담하여 수행해야 한다. 어떠한 수준으로 통합이 이루어지더라도 다양한 전문직 직종 간의 통



〈Figure 2〉 시스템의 범위 수준에서 통합의 대상과 유형 [출처: Valentijn (2015), p. 160]

합은 필수적이다.

셋째, 조직적 통합(organizational integration)은 다른 조직하고 케어의 통합을 뜻한다. 예를 들면, 병원이나 지역포괄케어센터, 방문간호팀이나 사업단, 보건소, 사회복지시설이나 기관, 자원봉사단체 등이 협동으로 포괄 서비스를 제공하면서 조정하는 수준의 통합이다.

넷째, 시스템 통합(system integration)은 정부나 지방자치단체가 지역을 구분하여 전략적이고 계획적으로 계획을 수립하고, 재정 할당 및 자금 자원관리, 프로그램의 유효성 증진, 평가에 관한 사항을 통합하는 것이다. 즉 정부 및 지방자치단체의 정책이 여기에 해당된다.

다섯째, 기능(운영)적 통합(functional integration)은 재무관리나 인사, 전략계획, 정

보관리나 서비스 품질향상 등 중요한 지원기능의 조정이 포함되며, 실행기관이나 전문가, 참여조직에게 시스템 통합을 지원하는 통합유형이다. 다양한 조직이나 기관이 파트너십 관계를 형성하여 운영해 가는 것이 중요하다고 판단되지만, 어느 한 부분에 집중한다거나 일률적으로 표준화할 필요는 없다고 본다.

여섯째, 규범적 통합(normative integration)은 서로 다른 개인이나 조직, 전문직 집단의 가치관이나 문화, 관점을 공유하는 것을 말한다. 이와 같은 공유는 시스템의 통합이나 구축의 기반이 된다. 그러나 이를 위해서는 우선 공감대 형성이 될 수 있도록 다양한 홍보와 교육 등이 전제되어야 하는데, 실제로는 상당한 시간이 소요된다. 지역포괄적 케어시스템의 구축을 위한 지역사회 기반조성과 관련해서는

지방자치단체를 포함한 다양한 주민조직의 적극적 참여가 중요하다.

3. 수직적 통합과 수평적 통합

어떻게 통합할 것인지에 관련된 통합 유형은 수평적 통합과 수직적 통합으로 구분된다. 이들을 의료나 케어, 복지 간의 연계(통합)에 적용시킬 때는 세 가지 경우를 상정할 수 있다. 첫째, 급성기 병원과 지역의 병원(회복기, 만성기 병원) 사이의 의료와 케어 간의 통합, 그리고 급성기 병원으로부터 지역의 병원이나 요양시설, 재가로 이어지는 과정에서 지속적이고 일관된 케어서비스가 제공되도록 하는 통합이다. 여기에서 핵심 사항은 퇴원계획에 따른 의료와 케어의 통합서비스의 제공이기 때문에 주로 전문기관 간 연계(통합)인 수직적 통합에 해당된다. 둘째, 장기케어과정이 요구되지만 자기 집에서 일상적인 지역생활이 가능하도록 하는 급성기 병원의 의료와 재가케어의 연계(통합)인데, 이 경우도 주로 전문기관 통합에 해당된다. 셋째, 지역사회에서 일상생활을 영위하기 어려운 사람들에 대해서 이웃이나 가족 등 비공식 부문의 서비스와 공식적인 부문의 서비스 간 연계이다. 여기에서 둘째와 셋째의 경우는 수평적 통합에 해당된다.

지역포괄적 케어시스템은 상기의 세 가지 경우의 두 통합 유형의 통합구성체이고, 이 시스템은 통합케어(integrated care)와 지역사회 기반 케어(community-based care)의 의미를 전제로 하는 것이다. 통합 케어라는 전제에서는 급성기 병원으로부터 지역의 병원(회복기, 만성기 병원)으로 이어지는 장기케어과정의 의

료와 케어로서 수직적 통합에 해당되고, 통합 케어와 지역사회 기반 케어라는 전제에서는 재가상태의 일상생활 속에서 장기케어가 이루어질 수 있도록 하는 지역차원의 의료와 케어 간의 통합과 비공식 서비스와 공식적 서비스와의 통합이라서 수평적 통합에 해당된다.

예를 들면, 정신 질환 및 대퇴골 경부 골절의 신체 질환을 함께 지닌 치매노인에게 정신과 의사와 외과 의사가 협력하여 치료하거나 또는 재택에서 방문간호와 방문재활, 재가요양서비스를 포괄적으로 제공하려면 수평적 통합이 요구된다. 이와 같이 각 시설이나 기관의 전문직 종사자 간 통합, 동일한 시설이나 기관 간 통합, 팀 접근, 지역사회회의, <Figure 2>에서의 임상적 통합이나 전문적 통합은 수평적 통합에 해당한다. 그러나 대퇴골 경부 골절 때문에 구급차로 이송되어 급성기 병원에 입원하여 외과적 치료를 받은 후 회복기 병원이나 병동으로 이동하여 재활과정을 거치고, 다시 지역의 노인요양시설에 단기간 입소하거나 퇴원하여 집에서 방문 진료를 받게 하기 위해서는 수직적 통합이 필요하다. 전문기관이나 시설 간 통합으로 장기케어와 사회적 케어, 국민건강보험과 의료보험, 의료와 케어 간 통합으로 <Figure 2>에서의 조직적 통합은 수평적 통합에 해당된다.

V. 주요 선진국의 동향

우리 실정에 맞는 지역포괄적 케어시스템 구축 및 발전방향의 모색을 위해서 선진국의 동향을 살펴볼 필요가 있다. 보건, 의료, 및

복지의 통합서비스 제공을 위한 포괄적 케어 제도에 대한 주요 국가들의 정책적 대응의 공통점은 ‘장기케어’에 대한 보편적 원칙에 따라 국가들마다 자국의 역사, 전통, 경제 및 사회적 환경, 정치적 이념 등에 따라 서로 다른 특성을 가지고 있다는 점이다. 지난 1990년대 이후 주요 국가들에서는 의료, 보건(케어), 복지의 통합서비스 제공을 위한 포괄적인 시스템을 구축하고 있으며, 이들 국가들의 정책적 대응에서 나타나는 공통점은 ‘장기케어’에 대한 보편적 원칙에 의해 국가마다 자국의 역사, 전통, 경제 및 사회적 환경, 정치적 이념 등에 따라 서로 다른 특성을 가지고 있다는 점이다. 본 장에서는 주요 국가들의 시스템과 그 내용을 개략적으로 살펴보고, 통합 케어와 지역사회 기반 케어 개념을 기준으로 시스템의 구축방향, 통합에 대한 Leutz(1999)의 세 수준, 그리고 일본의 지역포괄 케어연구회(地域包括ケア研究会, 2008, p. 7)의 자조, 호조(互助), 공조(共助), 및 공조(公助)의 역할 분담이라는 네 측면에서 우리나라의 시스템 구축 과제와 발전방향의 시사점을 찾고자 한다.

먼저 통합케어를 기반으로 완전통합 수준의 모형을 갖춘 미국의 통합케어시스템인 PACE(Programs of All-inclusive Care for the Elderly)와 Guided Care의 특성을 살펴본다. PACE는 1970년대 초반 San Francisco에서 몸이 불편하고 경제적으로 취약한 중국 이민자들의 지역사회를 보호하기 위해 ‘온-락(On-Lok)’이라는 프로그램을 기반으로 발달한 고령자들을 위한 모든 돌봄 서비스 프로그램이다. 현재 PACE의 대상자는 Medicaid에서 PACE 프로그램을 제공하는 주(State)에 거주

하는 55세 이상인 자 중에서 요양시설(nursing home) 수준의 돌봄이 필요하다고 인정받은 사람이다(Hirth, Baskins, & Dever-Bumba, 2009). 또 Guided Care는 통합의료프로그램으로 담당자는 정보기술을 활용해서 환자의 상태와 선호도를 사정한 후, 포괄적인 증거기반(evidence-based) 케어플랜을 작성하고 대상자를 돌보는 보건의료전문가들 간의 조정자 역할을 수행한다. Guided Care의 대상자는 65세 이상 노인이며, 치매환자도 포함된다. 제공되는 서비스는 포괄적 건강평가, 맞춤형 케어계획 수립, 최신 만성질환 관리기법 적용, 환자 자기관리, 건강증진 프로그램, 보건복지서비스 조정·연결·가족교육, 지역사회자원 연계 등이다(유용식, 2011). 기본적으로 미국의 사회보장제도는 자조를 기초로 하는 통합케어서비스 제공시스템을 갖추고 있지만, 이용 시 발생하는 비용은 개인이 부담하는 방식이다.

캐나다의 통합케어시스템으로는 SIPA (Services intégrés pour les personnes âgées fragiles; Integrated Services for Frail Elders)와 PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy)가 있다. SIPA는 독립적 생활능력에 장애가 있는 노인을 위한 통합서비스체제로 취약 노인을 대상으로 재가, 급성병원, 요양시설에서 포괄적인 보건의료와 복지서비스를 제공하는 프로그램이다. SIPA에 대한 평가는 재가서비스 이용률 증가, 응급의료이용 감소, 예방서비스 강조 등의 효과가 있는 것으로 평가되고 있다. 또 PRISMA는 의료, 보건(케어), 및 복지기관들이 참여한 공동운영위원회를 통해 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 중증장애인이며, 서비스는 사례관리자를 중심으로 구성된 다학제팀이 대상자의 필요도를 사정한 후 서비스를 제공하게 된다(유용식, 2011; Hébert, Durand, Dubuc, & Tourigny, 2003). 캐나다의 PRISMA는 기본적으로 통합케어에 충실한 시스템으로 관계기관 간의 조정·협력을 강조한 모형이고, SIPA는 통합케어와 지역사회 기반 케어를 기반으로 하는 완전한 통합 수준의 모형이다. 캐나다의 시스템도 일본처럼 자조와 호조, 공조(共助)시스템을 통합시키는 통합케어시스템이라고 볼 수 있다.

일본에서는 지역포괄 케어시스템의 구축이 지자체의 법정업무인데, 그 시스템의 거점 역할을 수행하는 중간조직으로는 지역포괄 지원센터가 있다. 2006년도의 지역포괄 지원센터의 설치운영은 개호보험 전반기의 재정 건전화 및 효율화를 도모하기 위하여 추진된 개혁정책이라고 할 수 있는데, 지역사회에서 개호서비스 이외에 다양한 서비스를 연계함으로써 이용자들에게 효과적인 서비스를 제공하고, 예방적인 개입을 강화시키는 목적을 지닌다. 또 이 센터는 2015년 포괄적인 케어시스템 구축이 지자체의 법정업무가 되면서부터 시스템 구축을 위한 핵심적인 역할을 담당하고 있는데, 그 주된 역할은 종합적인 상담창구의 기능, 개호예방관리 수행, 케어매니저들에 대한 수퍼바이저 역할이다. 일본에서의 지역포괄 케어시스템의 구축은 통합 케어와 지역사회

기반 케어를 통합하는 방향으로 대부분의 지자체에서 진행하고 있으며, 조정이나 협력 수준에서 완전한 통합 수준으로의 이행과정에 있다. 그리고 자조와 호조시스템 중심의 지역사회 기반 케어를 기본으로 하면서 공조(共助)시스템을 지역포괄 케어시스템에 통합해 가는 전략으로 추진되고 있다(川越雅弘, 2008).

최근 유럽은 의료, 보건(케어), 복지의 통합 케어에 대한 논의가 활발하게 진행되고 있다. 특히 유럽 9개국(오스트리아, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 이탈리아, 네덜란드, 영국)이 참여하는 PROCARE(Providing Integrated Health & Social Care for Older Persons)라는 프로젝트는 노인들의 케어 향상에 필요한 새로운 의료, 보건(케어), 복지의 통합케어 서비스의 모델에 대한 논제를 세우고, 통합케어에 대한 각국의 경험을 비교하고, 연구를 위한 데이터베이스를 만들고, 평가를 위한 타당한 연구 방법을 제공하는 것 등을 목적으로 하고 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(Leinchsering, 2004). 유럽의 통합케어에 대한 특성을 아래와 같이 정리할 수 있다.

첫째, 영국은 1960년대 말부터 지역사회보 호시스템의 구축과 관련된 정책적 대응을 강조해 온 역사와 문화의 영향으로 지역사회 기반의 케어를 기반으로 하는 조정과 협력 수준의 통합케어시스템, 또 자조와 호조시스템 중심으로 발달해 있다. 네덜란드는 통합케어와

지역사회 기반의 케어가 통합된 완전한 통합 수준으로 자조, 호조, 공조(共助)시스템에 공조(公助)시스템이 통합되어 있는 가장 발달한 통합케어시스템이라고 할 수 있다. 또 독일은 일본과 같이 자조와 호조를 중심으로 하면서 공조(共助)시스템을 통합하는 통합케어 중심의 조정과 협력수준의 통합케어시스템으로 평가되고 있다(筒井孝子, 2012).

둘째, 제도 개선의 추세는 장기케어를 지역 케어로 다시 조직화하는 것이다. 이를 위해 지역을 통합하거나 분리시키면서 지자체의 기능을 강화하고 있으며, 서비스 조정은 새로운 중간조직(예, 캐나다 또는 일본의 지역케어지원센터)을 설립하여 대응하고 있다는 점이다(高橋紘士, 2008).

셋째, 입원 일수 감소와 의료비 증가에 대한 억제 방안으로 지역케어를 수용하고 있다는 점이다. 캐나다의 중간조직인 지역케어센터는 이런 점에서 설립되었고, 핵심적 기능을 수행하고 있다. 지속적이고 일관성있는 통합 서비스를 제공하고 집중적으로 케어매니지먼트를 실현할 목적으로 도입한 프랑스의 재가 입원제도도 역시 이런 취지에서 도입된 방안이다(篠田道子, 2008).

넷째, 노인들의 삶의 질 향상을 위해 재가 생활 중심의 지역케어로 전환되고 있다. 예를 들면, 지역포괄적 케어의 실현을 목표로 덴마크는 지속성, 자기결정, 및 자기자원의 활용의 세 가지 원칙을 설정했는데, 이는 삶의 질이라는 관점에서 시스템을 구축하는 노력에 해당된다(関龍太郎, 2008).

다섯째, 진단과 사정(assessment)단계, 서비스 제공, 평가 등에 이르는 모든 과정에서 의사,

간호사, 노인요양보호사, 사회복지사, 건강코디네이터 등 다양한 전문직종 간 통합이 진행되고 있다는 점이다. 의료케어에서 간호사의 역할과 권한이 강조되고 있는 점도 협동의 차원에서 주목받고 있는데, 영국에서는 간호사에게 처방권을 부여하고 있으며 또 프랑스에서는 간호사도 개업을 하고 있다(高橋紘士, 2008).

여섯째, 지역포괄케어의 실현을 위한 다양한 서비스 및 통합방법의 개발이 지속적인 과제가 되고 있다. 캐나다에서는 중간조직인 지역케어센터로 하여금 서비스 실천 현장에서 연수와 교육 등 전문성 제고를 위해 즉각적인 조치를 취하도록 하고 있다. 지역통합 케어시스템의 구축과 지속적이고 일관된 통합서비스의 제공을 위해서 이해당사자와 이해관계자들의 태도와 자세 및 사회적 미션의 확립, 직무의 개편 및 협동 방식에 대한 연구 개발이 활발히 이루어지고 있다(高橋紘士, 2008).

일곱째, 대다수 선진국들은 앞으로도 장기간에 걸쳐서 저출산 및 고령화 추세가 병행될 것으로 예상하면서 장기케어에 대응할 수 있는 자원의 할당과 분배 방식에 제도개혁을 통해서 대응책을 지속적으로 모색하고 있다는 점이다. 의료나 보건, 복지 제도와 해당 영역의 전문직 종사자들이 개혁에 있어서 다소 보수적인 태도를 가지고 있을지라도 의식 전환과 제도개혁, 장기 케어의 욕구충족에 대응할 수 있는 새로운 조직을 만들고, 또 방법적인 측면에서의 혁신과 개혁을 동시에 진행되고 있는 것이다.

VI. 지역포괄적 케어시스템의 발전 방향과 과제

우리나라의 지역포괄적 케어시스템에 관한 정책적 환경이나 사회적 성숙도는 현재 어떠한 수준인가? Leutz(1999)의 결합 강도에 따른 세 가지 통합수준에 의하면, 필자는 연계(linkage)에서 조정·협조(coordination)수준으로의 이행, 또 시스템 발전과정을 도표로 표현한 <Figure 1>에서 볼 때 1단계에서 2단계로 통합되는 수준에 불과하다고 말할 수 있다. 우리나라도 국가 주도로 일본이나 네덜란드처럼 통합케어 및 지역사회 기반의 케어를 통합하는 방향으로 접근할 필요가 있다. 이를 위해서 국가 정책에 포함시켜야 할 내용 및 이해관계자 집단이 수행해야 할 과제와 발전 방향에 대하여 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 국민건강보험과 노인요양보험법의 개정 그리고 제도 운영상의 통합이 필요하다. 보건이나 의료, 복지 통합의 경우, 단순히 서비스의 통합이 아니라 서비스를 제공하는 조직 간의 통합에서 시스템의 구축방향을 설정하고, 지역포괄적 케어시스템을 공식적인 의료와 요양(케어), 복지서비스의 통합전달체제로 일반화해야 한다. 이와 같은 통합의 실현을 위해서는 우선 의료법이나 사회복지사업법, 국민보건서비스법, 지역보건법을 비롯한 국민건강보험법과 노인장기요양보험법 등이 모두 지역통합케어를 전제로 개정되어야 한다.

둘째, 공사(公私) 관련 담당기관과 직원들의 인식전환과 전문성 제고가 필요하다. 보건이나 의료, 복지 서비스의 통합과 조직의 통합

을 위해서는 기본적으로 의사나 간호사, 사회복지사 등 전문직 집단을 비롯해서 정부나 지자체 정책담당자, 다양한 실천 현장의 이해관계자 집단의 시스템에 대한 기본적인 이해와 공감대 형성이 필요하다. 그리고 의료케어에서 지역통합케어로의 전환, 서비스 통합에서 조직의 통합으로의 전환 등 새로운 패러다임에 대한 수용과 인식전환이 수반되어야 한다. 역시 무엇보다도 중요한 사항은 통합 실천현장에서 요구되는 전문성 확보이며, 지역단위의 보건 복지 의료 행정을 통합할 수 있는 조직적 조건을 갖추는 일이다.

셋째, 지역사회의 역량강화와 사회자본의 형성, 및 협치체계를 구축해야 한다. 지역포괄적 케어시스템의 구축과 발전은 보건이나 의료, 복지 영역의 전문기관이나 전문직 종사자, 행정기관의 노력만으로 일정한 수준의 성과를 내기 어려울 수 있다. 성과를 내기 위해서는 시스템의 특성 상 지역통합 케어시스템의 통합 형태나 방향, 추진방법 등에서 지역적 조건을 절대적으로 고려해야 한다. 곧 지역통합 케어시스템의 구축과 발전을 위해서는 지역사회의 역량을 강화시키고, 사회적 자본의 형성을 위한 실천이 필요하다.

넷째, 지역주민들의 의식전환과 함께 주체적인 참여를 요한다. 시스템을 구축할 때 통합 대상으로 비공식 부문은 매우 중요하다. 지역통합 케어시스템이 지역을 기반으로 하기 때문에 장기케어 대상인 노인은 자신의 집에서 생활을 유지할 수 있도록 하기 위해서는 대상 노인의 특성에 따라 다양한 생활지원서비스가 필요하다. 그러므로 사회복지사나 자원봉사자, 이웃, 주민자치회와 같은 지역주민

조직들도 체계적으로 정비되어야 한다.

다섯째, 다양한 전문직종들을 대상으로 하는 통합교육(연수)이 이루어지고, 건강코디네이터와 같은 통합전문인력을 양성해야 한다. 우리나라 정부가 지금까지 실시해오고 있는 각종 보건복지연계사업이나 2012년 시범사업으로 실시한 지역밀착형 포괄 케어시스템 지원사업은 특정한 노인에게 제공하는 서비스 통합의 형태에 불과했다. 그 동안 보건, 의료, 및 복지 영역의 전문직 종사자의 각종 교육(연수, 보수, 재교육 등)이 영역별로 제각기 실시되어졌기 때문에 향후 통합실천 현장에서 요구되는 기능과 역할, 타 전문직에 대한 이해 부족 등의 많은 한계를 보이고 있다. 그러므로 조직의 통합을 전제로 다양한 전문직종을 통합한 교육이나 연수가 실시되어야 하고, 전문직종 간, 전문가와 대상 노인 간, 전문가 관 간의 업무나 역할 등의 조정이 이루어져야 하고, 또 통합서비스의 질 향상을 위한 전문가로서 건강코디네이터와 같은 전문인력이 양성되어야 한다.

여섯째, 지역통합케어를 지원하는 중간조직이 신설·운영되어야 한다. 주요 선진국에서 장기케어를 지역케어로 전환하기 위한 시스템을 구축할 때 통합서비스 조정기능을 담당하는 새로운 중간조직을 설립하여 대응했다는 점이다. 예를 들면, 캐나다나 일본의 지역케어지원센터와 같은 중간조직이다(高橋紘土, 2008). 우리나라에서도 2012년 실시한 지역밀착형 포괄 케어시스템 지원사업을 통해 재가장기요양센터의 설치운영을 검토한 바 있는데(보건복지부, 2012), 지역통합케어를 전제로 조직의 통합이라는 관점에 준하는 새로운 중

간조직의 신설·운영을 검토해야 한다.

일곱째, 다 학제 간 연구지원이나 통합수준별 및 지역별로 추진방법이 다양하게 개발되고 지원되어야 한다. 우리나라는 현재 연계나 통합이 무엇을 의미하는지, 시스템 구축에는 무엇이 필요한지 등 다학제간 공통된 인식이나 시스템 구축을 위한 절실함이 부족한 실정이다. 이러한 상황을 탈피하기 위해서는 다양한 학문의 전문가 집단이 참여하는 공동연구작업의 활성화나 특별지원이 마련되어야 한다. 또한 지역포괄적 케어시스템은 지역의 역사나 문화, 사회적 자본, 지역주민의 성숙도 등 다양한 지역적 특성이 반영된 형태로 구축되어야 목적에 부합하는 성과를 낼 수 있기 때문에 관이 주도하여 표준화 모델을 만들어서 획일적으로 적용하는 일이 생기지 않아야 한다.

참고문헌

- 강창현 (2013). 지역 보건복지 통합접근의 연 계수단: 영국의 커미셔닝을 중심으로. **보 건사회연구**, 33(1), 417-450.
- 김옥희 (2006). 일본의 지역포괄케어시스템에 서의 케어매니저 역할에 관한 연구: 보 건·의료·복지 연계역할을 중심으로. **사 회보장연구**, 22(4), 191-225.
- 김종성 (2010). **사회복지실천론**. 전남 순천: 도 서출판 다컴.
- 김종성 (2012). 지역아동돌봄 협동조합 설립 및 운영방안. **녹색전남**, 10(통권 제 75호), 59-91.

- 김종성 (2014). 지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토: 건강개념의 전환과 노인케어시스템 구축. *한국노년학연구*, 23, 79-101.
- 보건복지부 (2012). **지역밀착형 포괄케어시스템 시범사업 운영지침** (보건복지부 요양보험운영과).
- 유용식 (2011). 노인 통합케어 시스템 구축을 위한 사례분석. *한국콘텐츠학회논문지*, 11(2), 367-375.
- 장인엽 (1989). **사회복지학개론**. 서울: 서울대학교 출판부.
- 통계청 (2016). **2016 고령자 통계**. (통계청 사회통계기획과 보도자료, 2016. 09. 29.).
- 高橋紘士 (2008). 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向. *海外社会保障研究*, 162, 2-3.
- 関竜太郎 (2008). デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの. *海外社会保障研究*, 162, 53-66.
- 大須賀政昭・筒井孝子 (2016). 日本における医療介護連携の課題と展望: Integrated careの理論をもとに. *保健医療科学*, 65(2), 127-135.
- 筒井孝子 (2012). 地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向. 高橋紘士 編, *地域包括ケアシステム* (pp. 38-56). 東京: オーム社.
- 山本勝 (2007). **保健・医療・福祉の私捨夢(システム)づくり**. 東京: 篠原出版社.
- 西村周三(監修) (2013). *地域包括ケアシステム-‘住み慣れた地域で老いる’社会をめざして* (国立社会保障・人口問題研究所研究叢書). 東京: 国立社会保障・人口問題研究所.
- 成木弘子 (2016). 地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. *保健医療科学*, 65(1), 47-55.
- 岩下基 (2014). *システム方法論*. 東京: コロナ社.
- 篠田道子 (2008). フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向: 在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に. *海外社会保障研究*, 162, 29-42.
- 地域包括ケア研究会 (2008). *地域包括ケア研究会報告書: 今後の検討のための論点整理(平成20年度老人保健健康増進等事業)*. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社.
- 川越雅弘 (2008). 我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題. *海外社会保障研究*, 162, 4-15.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3(1), 1-8 (3 March 2003).
- Hirth, V., Baskins, J., & Dever-Bumba, M. (2009). Program of all-inclusive care (PACE): Past, present, and future. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), 155-160.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4(3), 1-15 (3 Septemebr 2004).
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Masso, M., & Owen, A. (2009). Linkage,

coordination and integration: Evidence from rural palliative care. *Australian Journal of Rural Health*, 17(5), 263-267.

Valentijn, P. (2015). *Rainbow of Chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care*. Doctoral Dissertation, Tilburg University, The Netherlands (ISBN: 978-94-91602-40-5).

원고접수일: 2016. 10. 04.

수정원고접수일: 2016. 10. 28.

원고게재승인일: 2016. 11. 07.