

지역통합돌봄과 보건의료의 근간이 되는 일차의료

임 종 한

(인하대 의대 사회의학교실,
한국커뮤니티케어보건의료협의회
상임대표)

1. 지역통합돌봄 추진 전략과 방향

지자체의 역할: 인프라 구축, 기획, 실행.

-서비스의 연계 통합체계 구축

지역통합돌봄에 있어서 서비스 연계 중요

지역통합돌봄(Community Care)

- 인구구조의 변화, 만성질환의 증가에 따른 불가피한 선택
- 건강불평등의 증가, 일차의료의 질 저하 및 약화, 의료비의 증가
- 지역통합돌봄은 패러다임의 전환을 통해서 실현이 가능
- 병원에서 지역으로 대전환이 이루어져야 함.

한국의 지역통합돌봄 현황

- 절대다수의 민간의료기관 : 환자 유치를 통한 수익 추구 유인 강력
- 장기요양 서비스공급체계도 개인민간기관의 점유율이 압도적(재가는 80%이상)
- 요양병원 비정상적 운영
- 지역기반 일차의료체계 작동부재
- 지역기반 의료-영양-보건-복지-주거 협의 구조 취약
- 지역기반 서비스 취약

현재의 건강관리시스템과 해결책



- 대상자의 선호도 간과
- 지역사회 역할제고의 구체적 방안 미흡
- 일차의료중심의 보건의료체계 실천 방안 미흡
- 공공과 민간 협력 강화 모델 미흡
- 대상자 평가도구의 비표준화
- 통합접근 부재: 서비스간의 연계 및 조정활동 미흡 (보건▪복지간 분절화)
- 개인/가족 자가관리 영역의 구체적 전략 미흡
- 재정의 분절화

그 결과,

- 시설 집중화, 전문 진료 중심
- 제공자 중심, 서비스의 분절화
- 부적절한 서비스 제공 (과잉/과소)
- 불만족 (환자, 가족, 의료진)

해결책은?

- **지역사회-중심 통합적 서비스**
(Community-based integrated care)
(장숙량, 2014)

선진국 지역통합돌봄의 시사점 I

- 커뮤니티 케어가 발달한 국가들은 모두 지방정부를 중심으로 한 전달체계를 구성
- 우리나라와는 달리 매우 분절적인 서비스 구조를 가지고 있어 근본적인 한계를 가진 반면, 서구나 일본에서는 통합적인 서비스체계가 발달
- 영국의 경우에는 지방정부 중심의 통합적 서비스체계가 먼저 성립
- 일본의 경우 개호보험에서 지방정부가 '보험자'로 포괄지원의 제도적 환경이 먼저 마련
- 독일, 프랑스도 지방정부 책임아래 사회서비스 개발
- 미국에서도 주정부 책임하에 의료+사회서비스 개발

선진국 지역통합돌봄의 시사점II

1) 복지시설과 병원이용 증가에 따른 정부 비용부담 감소를 위해 지역화

제공책임: 중앙정부→지방정부로

서비스유형: 복지시설과 병원→재가서비스로

공급주체: 서비스 공공제공→민간제공(비영리, 영리)+비공식영역(주민조직, 자원봉사, NPO 등)

영국(민영화), 스웨덴(공적), 일본(민간: 준공공적+비공식활용), 이태리(민관협력: 사회적 경제)

계약방식: 정부↔제공자→개인↔제공자

2) 지방정부가 서비스 제공자에서 구매자로 전환

지방정부는 상담, 신청 및 지급결정, 서비스 제공 역할을 담당

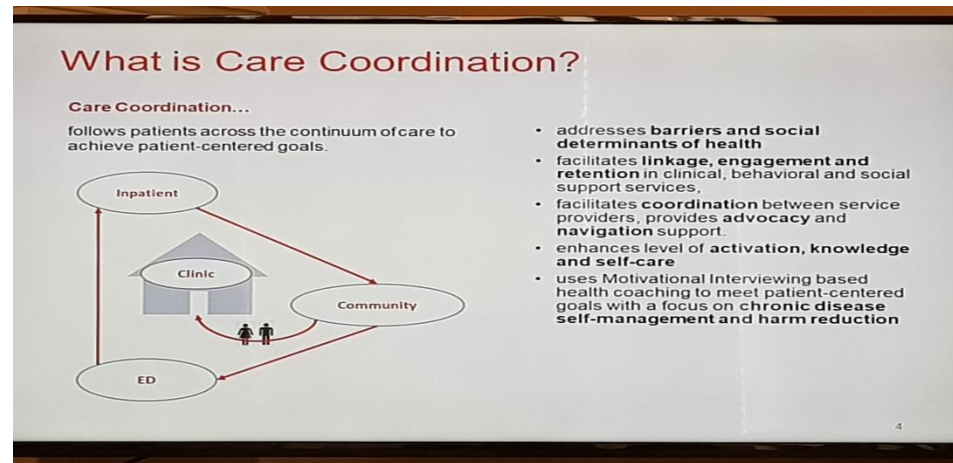
직접적인 서비스 제공(공공, 민간위탁)→서비스 구매(영리, 비영리)

3) 중앙정부는 의료-요양-돌봄-일상생활지원의 연계체계 구축

병원의 의료서비스→지역의 social care로+생활지원까지 연계를 위해 제도개혁
'사회적 돌봄'문제 해결을 위해서는 의료제도와 복지서비스제도의 부분적 통합·연계

social care 부담증가로 서비스 제한발생→일상생활지원 서비스 확대

미국 일차의료의 변화

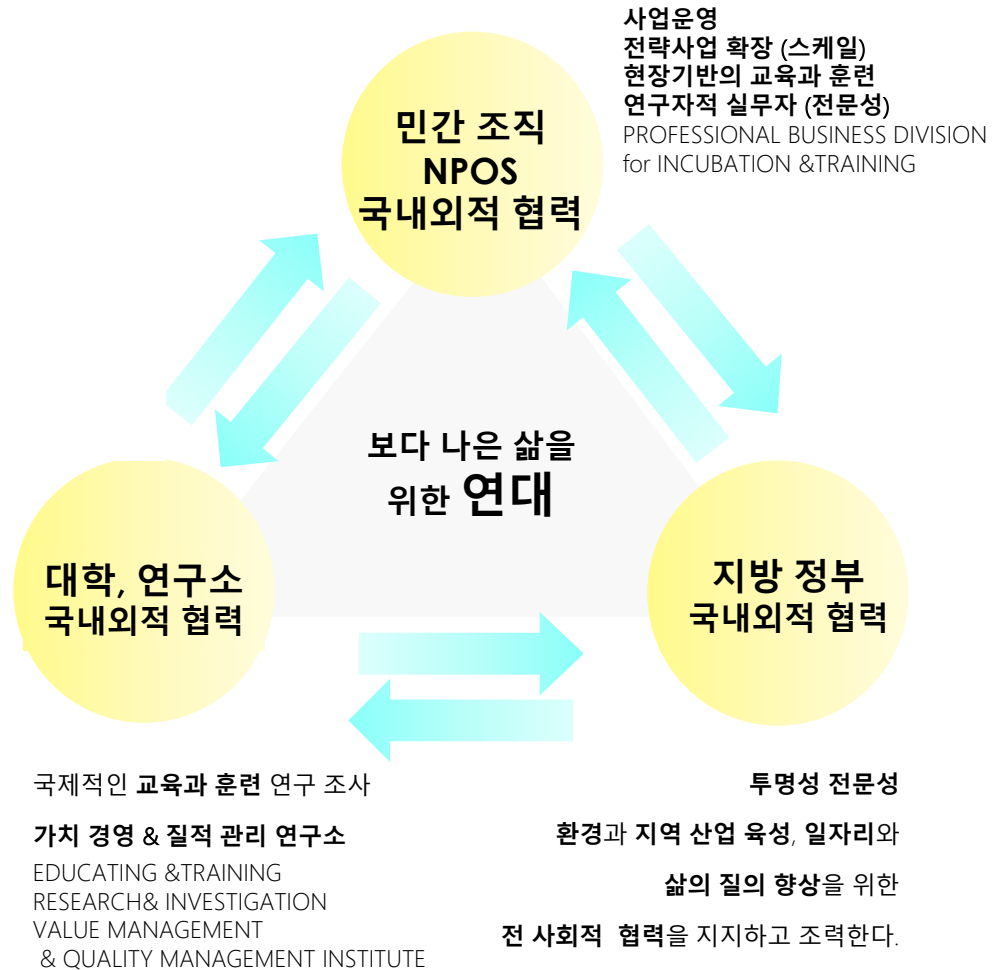




CADIAI
COOPERATIVA SOCIALE

2019.7.20 협약 체결

바람직한 민관협력 구조 (이태리 사례)



한국형 지역통합돌봄 추진 전략과 방향

- 공공성 취약, 분절화
- 지역기반 일차의료 체계 작동부재
- 지역기반 서비스 취약
시민 참여의 부재



- 지방정부의 책임과 권한 강화, 재정 지원
- 일차의료 강화 (주치의제)
일차의료전문인력의 육성 지원
중앙정부 법제도 정비
- 민간, 공공부분에서의 시민 참여 촉진
- 민관협력 거버넌스 구축

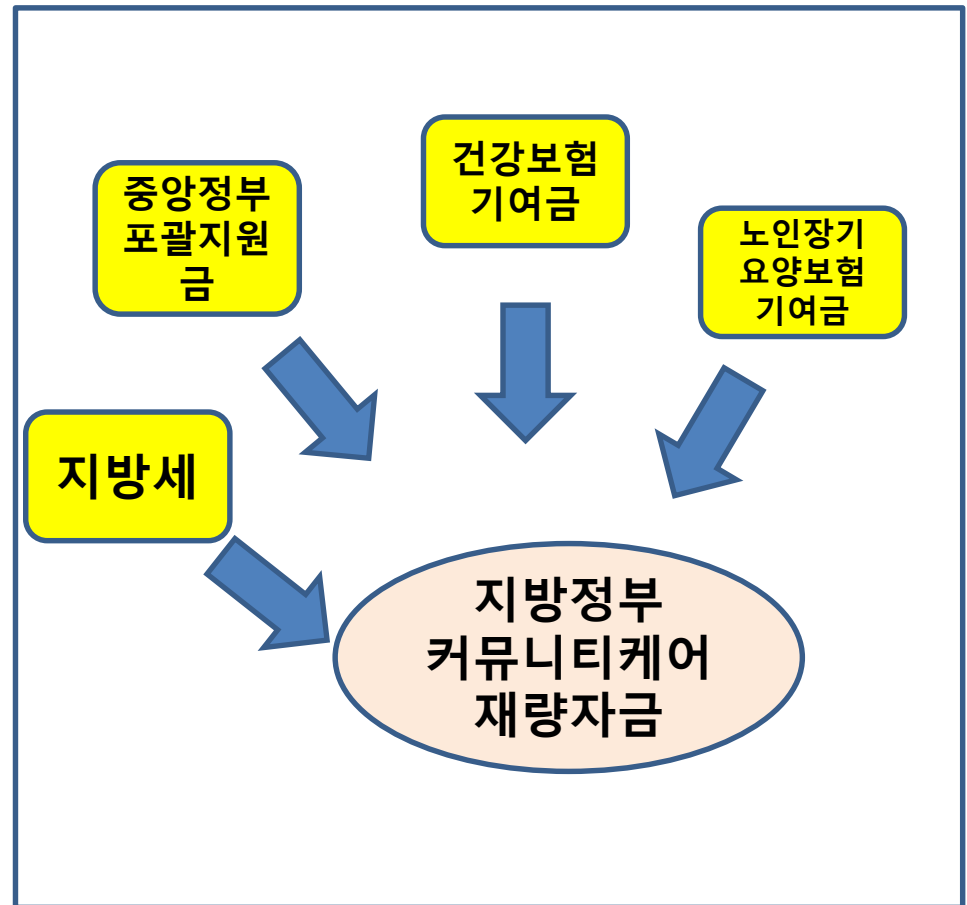
핵심 키워드

지방정부 책임하에 공공성 강화
서비스의 통합, 연계 강화
시민 참여의 촉진

지역통합돌봄 자원: 지방정부에 과감한 지원

개별 제도 재정

- 보건서비스
- 건강보험급여
- 노인장기요양
보험급여



노인장기요양보험 10년의 현황

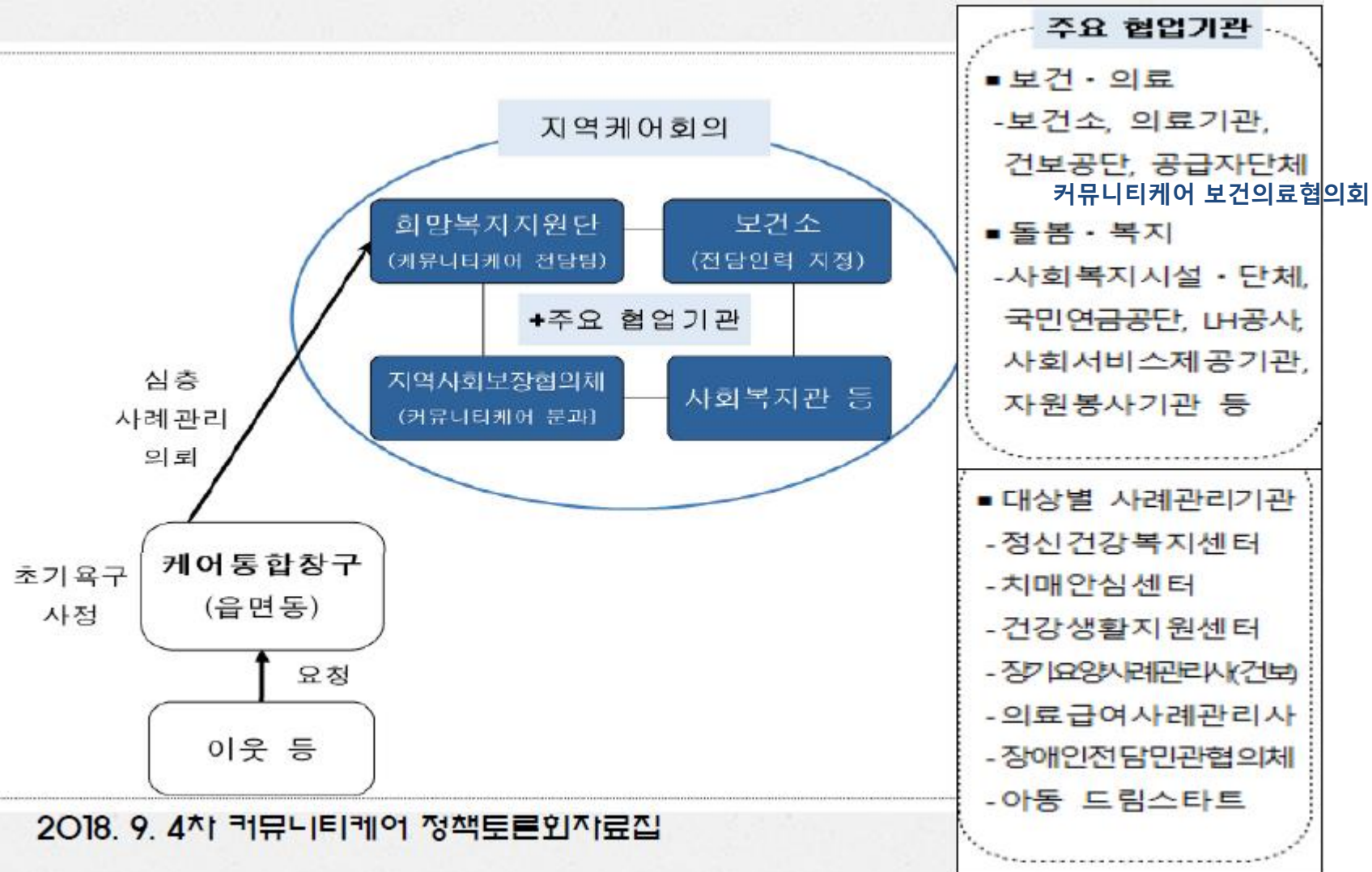
- 1) 노인의 18.2%가 기능제한 있으나(2014 노인실태조사), 7.7% 노인장기요양보험 적용(2017년 6월 말 기준)
 - 대상자 확대에도 여전히 장기요양서비스가 필요함에도 등급 인정 받지 못하여 요양병원 이용 및 사각지대 발생
 - 본인부담금 경감대상자 확대되었으나 노인 빈곤율 고려할 때 지불 어려움으로 인해 이용 못하는 이용자 존재
 - 2) 민간공급에 의존한 전달체계 문제로 인한 공공성 실종(이미진, 2017)
 - 2017년 기준 요양시설 1만8천 개소, 그 중 78%(1만4천 개소)가 개인 운영, 공공요양기관 2%, 그 중 재가요양기관의 공공비율 0.6%
 - 민간(영리)의 압도적 다수가 개인소유시설로 개인 영리 추구, 종사자들의 저임금 착취에 의존한 저비용 구조, 시설의 과잉공급, 과당 출혈경쟁 유발로 안정적인 서비스 이용 저해
 - 3) 보건의료 분야와의 연계 사실상 배제되어 분절적 서비스
 - **방문간호 등 의료가 필요함에도 방문요양/방문목욕/방문간호가 묶인 수가체계로 인해 미의뢰 => 한국의료패널 데이터(2008-2013년) 분석결과, 1등급 이용자의 방문간호 이용율은 3.6%/방문요양 이용율은 78.6%, 3등급 이용자의 방문간호 1.1%/방문요양은 80.1%에 해당함.**
 - **임종 직전 돌이킬 수 없는 상황이 되어야만 방문요양센터에서 방문간호 의뢰**
- => 이로 인해 야기된 돌봄 노동자의 인권침해 및 열악한 근로조건, 노인학대 및 방치, 서비스 질 저하, 서비스 단절과 분절 등과 같은 피해는 고스란히 이용자인 고령자와 일하는 노동자에게 돌아오고 있음

국내 장기요양서비스 개선방안

- 1) **노인장기요양보험제도 공공성 강화로 노인에게는 좋은 돌봄을, 종사자에게는 괜찮은 일자리를 제공=> 공공 통합재가요양기관 설립 및 운영 등**
- 2) **보건의료 분야와의 서비스 연계 통한 통합사례관리, 예방 및 건강증진 시스템 구축**
 - 노인요양시설 이용자 만족도 조사 결과 이용자의 만족도를 높이려면 의료서비스 연계를 통해 서비스가 지속되어야 하며, 그 서비스를 위한 급여지원이 필요함을 제안(김한덕, 2012)
 - 돌봄재가서비스는 요양병원이나 요양시설 등의 입소는 최대한 자제·지연시키고 재가에서의 건강한 삶을 유지하기 위해서는, 노인의 현재 기능을 최대한 유지하고, 질병 및 기능저하를 예방하고, 이웃과의 소통 및 지역사회 참여를 촉진하여 건강을 증진시키는 방향으로 제공해야 함
 - 그러기 위해서는 일차보건의료의 및 케어코디네이터 간호사, 치료사, 사회복지사, 요양보호사, 기관운영자 등 필요인력이 원활한 연계 체계를 구축하여 노인의 욕구를 중심으로 지속적이고 통합적으로 노인의 건강관리 및 돌봄서비스를 제공할 필요가 있음
 - 요양과 의료와의 IT 전산체계 구축
- 3) **돌봄 전문성 확보 위한 교육체계 개선 및 서비스 질 관리체계 확립**
- 4) **복지인프라 확대 통한 재가서비스 다양화 및 지역주민의 포용적 참여 확대**
=> '노인이 살던 지역사회에서 나이들어가기(aging in place)' 실현

김한덕, 「노인요양시설 이용자의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 세종대학교 대학원 박사논문, 2012
이미진. 2017. 노인장기요양보험제도 10년, 진단과 개혁과제. 참여연대 사회복지위원회 .

지역케어회의



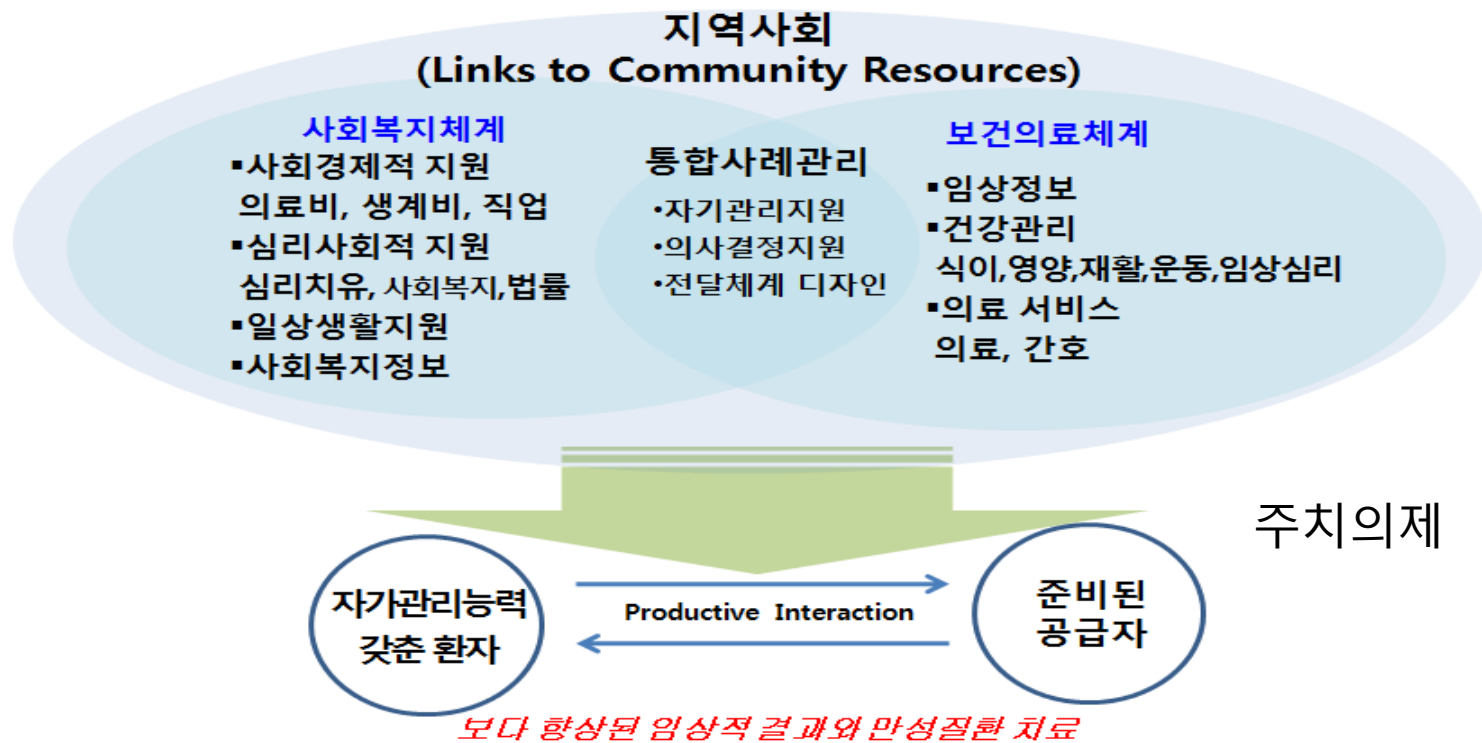
2018. 9. 4차 커뮤니티케어 정책토론회자료집

지역통합돌봄 두가지 전제

- 격리된 대형시설에서 지역사회로 이주가 좋은 삶이 되기 위해서는 두 가지 전제가 필요하다.
- 첫째, 지역사회에 사는 사람들을 위한 지원서비스가 확보돼야 한다. 의료, 복지, 주거, 이동, 일자리 등에 대한 지원이 촘촘해야 하며, 이들 기능이 유기적이고 유연하게 작동해야 한다.
- 둘째, 지역사회가 사회적 약자를 이웃으로 포섭하는 치료적 지역사회가 돼야 한다.

(커뮤니티케어의 법 제도 기반이 잘 갖추어져 있지 않고, 전문 인력의 배출 및 공공성 확보가 취약한 상태에서 시민들의 참여와 지지는 지역통합돌봄 추진의 큰 동력이다)

WHO 만성질환 관리모형 CCM(Chronic Care Model) 응용한 지역건강관리모델



한국형 지역사회중심 의료-요양통합서비스체계 구축의 이론과 실천, 양봉석, 2018. Modified Model of Wagner.
Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998;1:2-4.

3 Community와 3 care

- 한국형 커뮤니티 케어는 3 Community와 3 Care를 조합하여 종합적인 정책으로 추진

Community Care	지역사회 내에서의 돌봄 (in the Community)	지역사회에 의한 돌봄 (by the Community)	지방분권화 (Decentralized Community)
보건의료 서비스 (medical & health care)	지역사회에서 치료	치료적인 지역사회	의료의 지방분권화
장기요양 및 복지서비스 (long-term care & social care)	지역사회에서 돌봄	지역사회가 주체가 되어 돌봄 참여	돌봄의 지방분권화
자립생활 (independent living) 지원	지역사회에서 자립생활 지원	지지적인 지역사회	주민자치화

출처: 김승연박사, 2018
한국형 커뮤니티케어의 추진 방향 17

한국커뮤니티케어 보건의료협회 창립(2018. 10.25)



25단체 커뮤니티케어 추진 보건의료의 구심체 구축

II. 지역통합돌봄에서 일차의료의 역할

- 지역사회 요구 (Need) 파악
'건강의 사회적 결정요인' 이해
- 임상 일차의료서비스와 사회서비스의 연계
- 건강취약계층의 증가로 건강의 예방적 관리 중요
- 서비스의 연계, 통합을 위한 마을의사, 지역간호사, 사회복지사 등이 필요.
- 여러 커뮤니티케어 서비스의 개발이 중요
- 보편적인 서비스로서 핵심은 **“건강권 보장”**



건강이란 무엇인가?

- Health is a state of complete **physical, social and mental** well-being and not merely the absence of disease.
- 건강은 단순히 질병이 없는 것만을 의미하는 것이 아니라 **육체적, 사회적, 정신적**으로 완전한 안녕 상태
- WHO 알마타선언(1978)
 - 일차의료(primary health care)는 의료체계의 근간

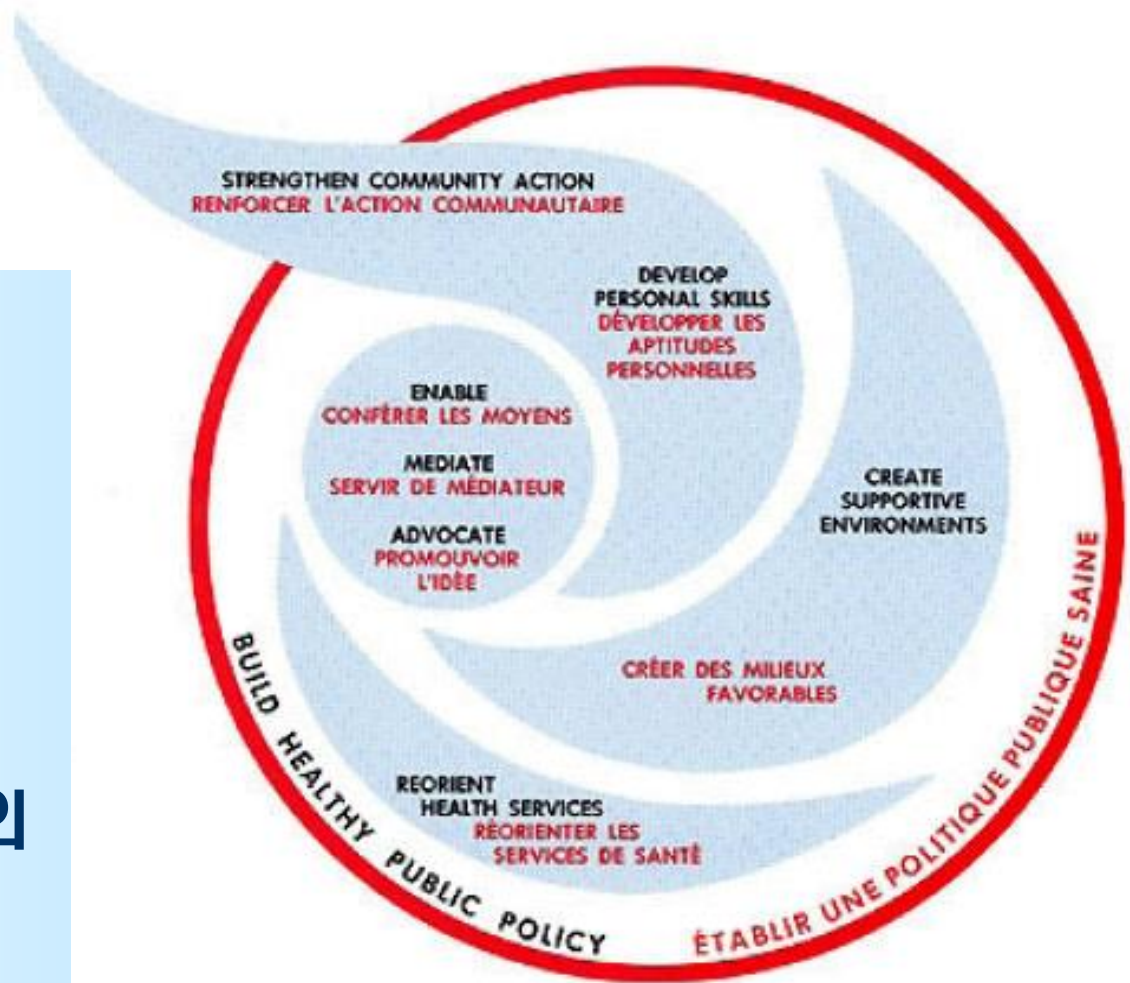
일차의료

- 일차진료: first contact/primary medical care
- 일차의료: primary care
- 일차보건의료: primary health care (WHO, 1978)
 - 국가보건체계의 중심적 기능
 - 국가보건 및 사회경제 분야의 핵심 부분 구성
 - 국가 보건체계에 개인이 처음 접촉하는 단계
 - 보건의료를 사는 곳과 일하는 곳에 가깝게 함
 - 지속적 보건의료과정의 첫 번째 요소
 - 사회정의, 평등, 자기 책임성, 국제 연대, 건강 개념

오타와 헌장

건강증진의 주요활동영역

- 개인의 건강관리 기술 개발
- 지역사회 활동강화
- 지원적 환경 조성
- 국가 보건의료 서비스의 재정립
- 건강지향적 공공정책



OECD 권고: 일차의료의 강화

- 일차의료에 대한 투자강화
 - 국민건강보험이 일차의료를 발전시키기 위해서 예산을 배분해야 함
 - Value가 높은 일차의료서비스를 제공하려는 동기를 부여하기 위해 더 많은 보수지불을 함
- 일차의료 인력 강화와 정보화
 - 일차의료시설에서의 교육 의무화
 - 일차의료 질 지표를 개선하고 기존의 자료를 더 잘 활용함

<< Previous article

Apr 15, 2019 Issue

Next article >>

Editorials

Social Determinants of Health: Family Physicians' Leadership Role

 PDF  PRINT  COMMENTSSHARE   

KEVIN SHERIN, MD, MPH, FAAFP, FACPM, Florida State University College of Medicine, Tallahassee, Florida, and University of Central Florida College of Medicine, Orlando, Florida
TOLULOPE ADEBANJO, MD, MPH, FAAP, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, and Orlando Health and Florida Department of Health in Orange County, Orlando, Florida
ASIM JANI, MD, MPH, FACP, Orlando Health, Orlando, Florida
Am Fam Physician. 2019 Apr 15;99(8):476-477.

Family physicians have a leadership role in identifying and addressing issues that affect patients beyond the clinical setting. A previous editorial in *American Family Physician* explained how community vital signs can be used in patient care to address social determinants of health (SDOH).¹ SDOH are contextual environmental factors that can give rise to health inequity; they include poverty, educational quality, food insecurity, access to transportation, affordable housing, unemployment, maintenance of basic utilities, violence, and public safety.² Data show that most family physicians agree they should identify key SDOH that trigger interventions; engage and empower communities to address health disparities; and advocate for public policies.³ Incorporating an assessment tool for SDOH into patient care is an important first step.

In traditional medical care, screening promotes health by allowing for earlier diagnosis of diseases so that treatment can begin promptly to prevent poor outcomes.⁴ Similarly, screening for SDOH

CME QUIZ

5.00 CME Credits Available

CME expires 04-14-2020

Take the CME Quiz

MORE IN AFP

Editor's Collections

[Health Maintenance and Counseling](#)

Related Content

[Counseling](#)

MORE IN PUBMED

- [Citation](#)
- [Related Articles](#)

MOST RECENT ISSUE



Jun 1, 2019

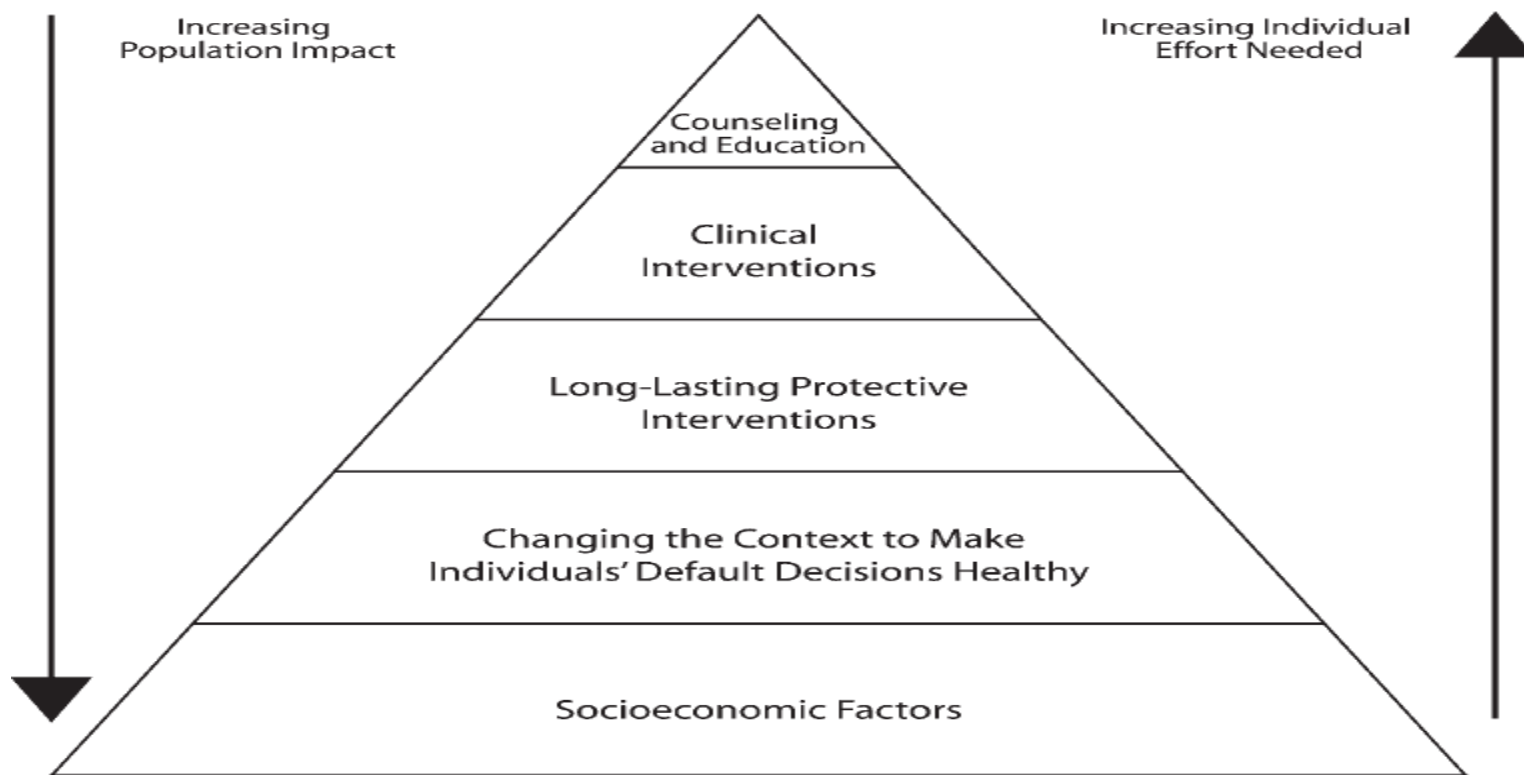


FIGURE 1—The health impact pyramid.

출처: **A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid**
Am J Public Health. 2010 April; 100(4): 590–595.

지역사회 중심 보건의료의 근간이 되는 일차의료

- 의료전달체계 확립
 - 급성기 병원은 중증/급성 질환 입원, 일차의료는 일상적이고 흔한 질환, 만성질환 외래 관리
- 일차보건의료: 지속적이고 포괄적인 건강관리, 방문간호사, **주치의 팀 접근**
 - 팀접근, 포괄적인 만성질환관리: 케어 계획 수립, 연계, 조정, 교육상담
 - 가정중심의료: 방문진료, 방문간호, 방문재활
- 보건기관: 공공보건의료에 의한 조정 및 통합
 - 보건소: 시군구 단위 보건의료 기획 및 질병관리 총괄, 행정기능, 인구집단 대상 보건사업, 커뮤니티케어 거버넌스 운영 또는 참여
 - 건강생활지원센터: 읍면동 단위 이용자 필요 중심 케어 제공 기능, 사례관리, 소생활권에서 일차의료기관 및 재가서비스 제공기관과 협력체계 구축

만성질환 통합 관리와 예방 국외 사례

통합제공체계 성공요인

요인	내용
단일창구	대상자 접근 용이 안정적 운영 요양계획(care plan)의 효율적 수립
평가도구	검증된 포괄적 단일 평가도구
사례관리	보건, 의료, 장기요양, 복지 욕구 충족 서비스간 연계, 조정 재정적 책임
전문협력팀	의사, 간호사, 사회복지사, 의료기사 등
재원	공공재정 지원 기관간의 통합 용이 효과적인 대상자 관리
재정안정화 기전	지불보상 상한제

통합의 수준

연계(Linkage)

- 협조기관별 독자적 운영(자격기준, 재정, 급여범위)
- 공급주체 밖의 기관들에 도움 요청
- 정보 공유
- Refer & follow-up

조정(Coordination)

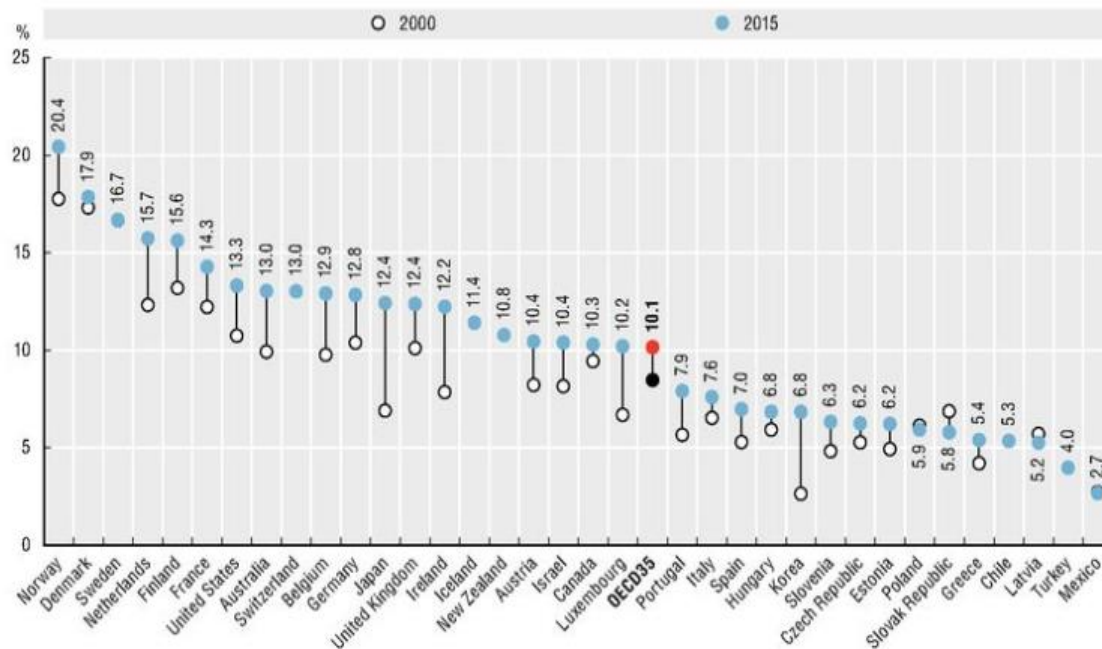
- 연속적인 서비스를 위한 체계 구축
- 포괄적 기능평가, 사례관리, 공동 요양계획 수립, 다학제적 팀 접근, 통일된 환자 의무기록 양식
- Case/care management

통합(Full integration)

- 단일 기관 하의 포괄적 서비스 제공
- 자원과 재정의 통합
- 통일된 서비스 네트워크 구축
- Joint practice/management

의료 및 사회서비스인력 수요

8.1. Employment in health and social work as a share of total employment, 2000 and 2015 (or nearest year)



Source: OECD National Accounts; OECD Annual Labour Force Statistics for Iceland and Turkey.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604533>

가정방문 일차의료의 대상은?

노인주치의 서비스 모색

- 심각한 기능저하자
- 허약 또는 고립노인
- 임종환자
- 돌봄을 제공하는 환자가족 및 보호자

우리나라에서 칩거노인 유병률 추산

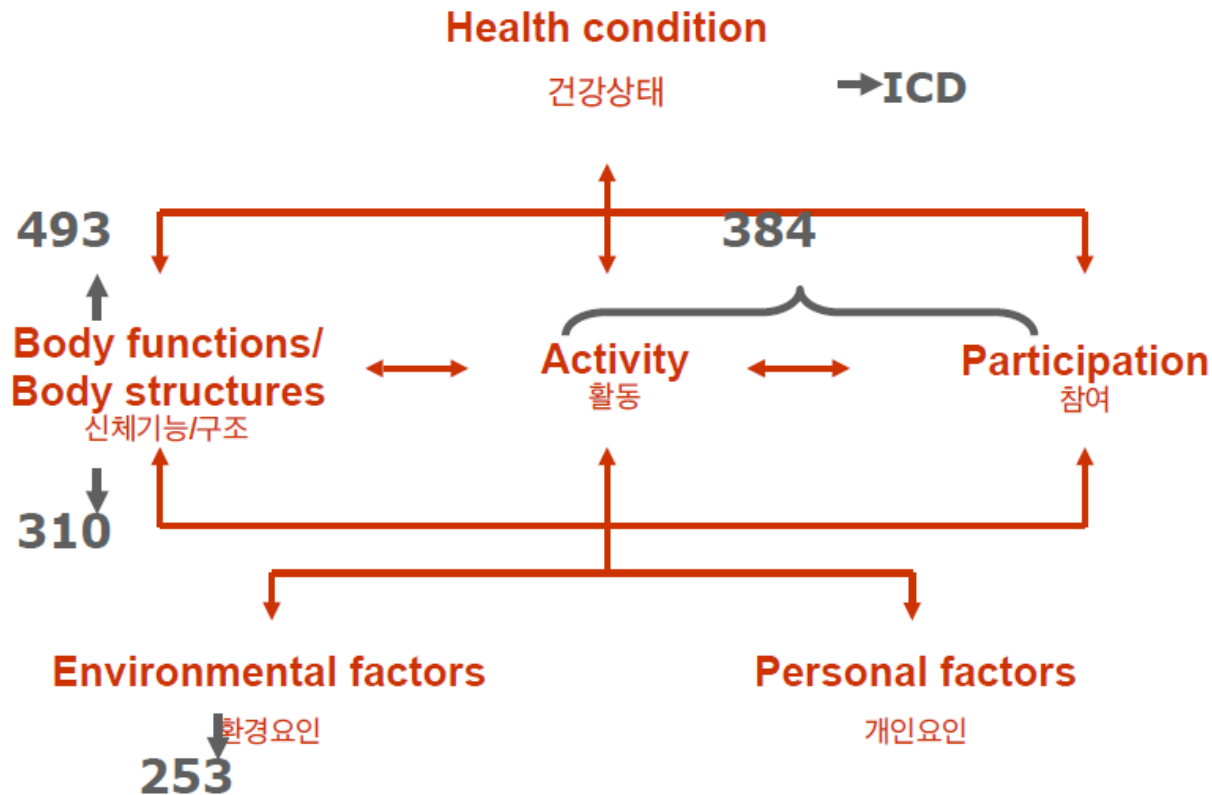
	심각한 기능저하 노인	허약노인	고립노인
해당 노인인구 수	57만명 ¹⁾	60만명 ²⁾	130만명 ³⁾
가중치	0.9	0.5	0.33
유형별 칩거노인 수	51만명	30만명	44만명
칩거노인 수	124만명		
칩거노인 유병률	$17.7(\%) = (125\text{만명}/708\text{만명}) \times 100$		

1) 노인장기요양보험제도 등급판정자로 생존자 수(국민건강보험공단, 2017.9)

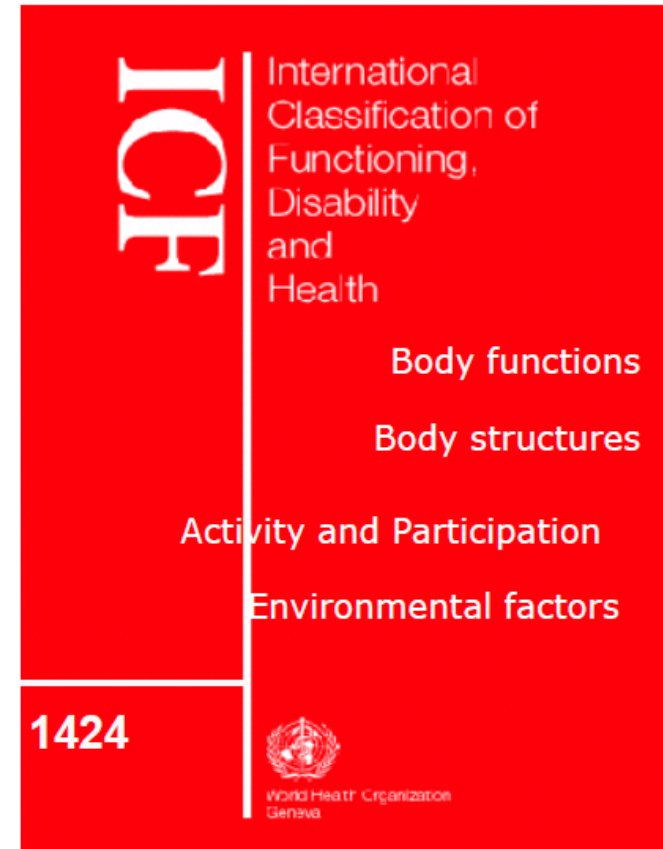
2) Fried Criteria에 따른 허약노인 유병률 8.3% 적용(2008년 노인실태조사)

3) 지난 한 달 동안 아무런 정기모임에 참여하고 있지 않다고 응답한 자 비율 18.9% 적용(2008년 노인실태조사)

ICF: 기능수행, 장애, 건강에 대한 국제 분류 (일본: 국제생활기능분류)



기능(functioning)을 이해하기 위한 모델



기능(functioning)을
설명하기 위한 도구

from Dr. Alarcos Cieza

지역사회중심 재활(CBR)

- 은평구는 2017년부터 시행한 '중도장애인 퇴원연계 시스템'을 구축하여 퇴원하는 장애인의 지역사회 정착을 위한 다양한 프로그램을 진행했고, 국제보건기구에서 개발한 평가도구 WHODAS를 자치구 최초로 도입, 근거를 바탕으로 한 재활 치료를 선보이며 주목을 받았다.



방문 약료-의약품의 오남용방지

- 약사의 역할

- 환자가 의약품을 안전하고 효과적으로 사용할 수 있도록 도와 줌으로서, 환자 복지에 기여할 뿐만 아니라 자국민의 건강상태를 개선하는데 기여해야 한다.
- 의약품제조 및 의약품이 적절하게 처방되고 조제가 이루어지게 할 뿐만 아니라 환자에 의해 올바르게 사용될 수 있도록 도와주는 역할을 수행해야 한다.

한국인 영양 섭취기준

권장섭취량		남자			여자		
		19~29 (세)	30~49 (세)	50~64 (세)	19~29 (세)	30~49 (세)	50~64 (세)
다량 영양소	에너지 (kcal/일) ¹⁾	2,600	2,400	2,200	2,100	1,900	1,800
	단백질 (g/일)	55	55	50	50	45	45
	식이섬유 (g/일) ²⁾	25	25	25	20	20	20
	수분 (mL/일) ²⁾	2,600	2,500	2,200	2,100	2,000	1,900
	에너지적정비율	55~70%(탄수화물) : 7~20%(단백질) : 15~25%(지질)					
지용성 비타민	비타민 A (μg RE/일)	750	750	700	650	650	600
	비타민 D (μg/일) ²⁾	5	5	10	5	5	10
	비타민 E (mg α-TE/일) ²⁾	12	12	12	10	10	10
	비타민 K (μg/일) ²⁾	75	75	75	65	65	65
수용성 비타민	비타민 C (mg/일)	100	100	100	100	100	100
	티아민 (mg/일)	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1
	리보플라빈 (mg/일)	1.5	1.5	1.5	1.2	1.2	1.2
	엽산 (μg DFE/일)	400	400	400	400	400	400
다량 무기질	칼슘 (mg/일)	750	750	700	650	650	700
	인 (mg/일)	700	700	700	700	700	700
	나트륨 (g/일) ²⁾	1.5	1.5	1.4	1.5	1.5	1.4
	칼륨 (g/일) ²⁾	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
미량 무기질	철 (mg/일)	10	10	9	14	14	8
	아연 (mg/일)	10	9	9	8	8	8
	요오드 (μg/일)	150	150	150	150	150	150
	셀레늄 (μg/일)	55	55	55	55	55	55

주치의와 연계된
지역사회 영양서비스의
필요

1) 필요추정량: 에너지균형을 이루어 체중 증가를 일으키지 않는 상태의 에너지 섭취량

2) 충분섭취량: 권장섭취량을 산출하기 어려울 경우 제시되며 그 기준은 건강한 사람들의 영양소 섭취량의 중앙값

자료 : 한국영양학회(2010), 한국인 영양섭취기준

만성질환 통합관리모형

- 복합적 건강 요구가 있는 환자(Patients with complex health needs)
 - 전체 의료 비용의 불균형적인 비율을 차지하거나 가까운 미래에 지출이 높아질 가능성 높음
 - 대부분 복합 만성 질환(multiple chronic health conditions)있거나 기능 제한 있음
 - 사회적 요구가 불충족 될때 health care needs 가 더 심화됨.
 - 현재의 의료 체계에서 적절한 조정 케어(coordinate care) 제공받지 못함.
- ▶ 이러한 복합적 건강 요구가 있으며, 많은 의료 이용이 있는 환자를 관리하기 위한 케어 모델 개발 및 시행.

Models of Care for High-Need, High-Cost Patients:
An Evidence Synthesis, The commonwealth Fund, 2015

- ▶ 이러한 모델을 국내에서 실행하기 위해선 **주치의 기반의 팀** 구성이 중요



2019년 5월 23일. 대한가정의학회, 대한소비자연맹, 대한녹색소비자연대, 전국협의회가 국민주치의 선포식을 가졌습니다.

일차의료 강화하여 지역통합돌봄
기반을 구축합니다.

감사합니다!