

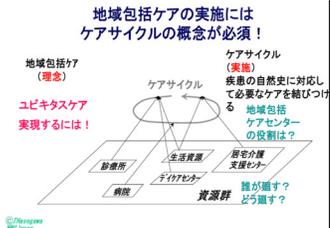
커뮤니티케어, 무엇인가?

이 건 세
건국대학교

심포지엄 : 커뮤니티케어, 무엇을 해야 하는가?

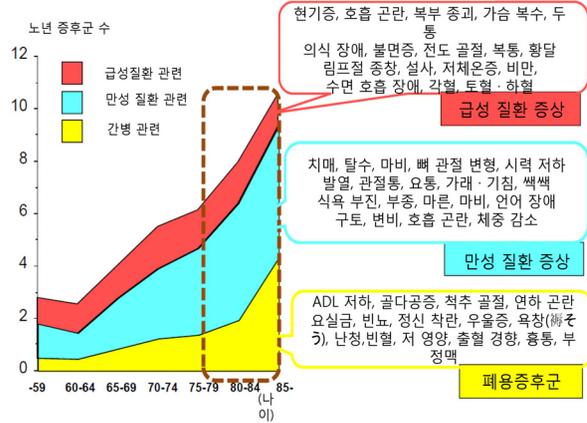
고령화 시대와 케어 사이클(care cycle) 론(論)

- 의료, 간호 서비스를 동시에 소비하는 헤비유저(heavy user) 시대의 개막
- 고령자는 급성기 케어->회복기케어->장기케어라는 순환적인 [케어 사이클]
- 65세 이하의 세대에서는 급성기 케어 단독이나 기껏해야 급성기 케어->회복기 케어뿐
- 고령자의 의료 처방전과 간호 처방전을 결합한 연구
- 고령남성은 사망할 때까지 3~5회, 고령여성은 5~7회 케어사이클을 반복

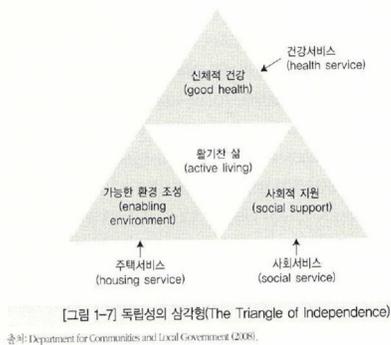


고령자의 요구가 무엇인지

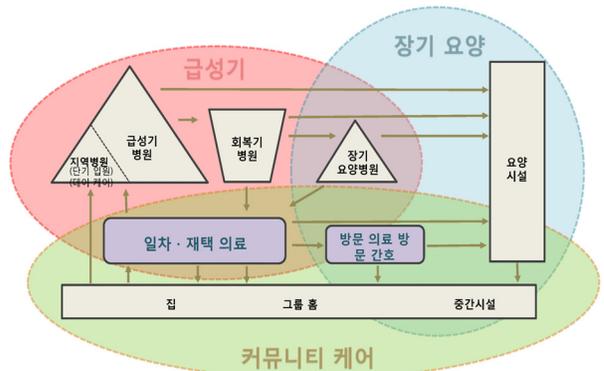
-질병 구조와 노년 증후군-



보건의료-복지-주거의 요구



커뮤니티케어와 의료



커뮤니티케어의 추진방향

- **탈병원, 탈시설 및 커뮤니티 인프라 확충**: 지역사회에서 어울려 살아갈 수 있도록 충분한 재가서비스 지원
 - (병원·시설보다는) 지역사회에서 가능한 오래 건강한 생활을 할 수 있도록 보건·복지·주거 등의 충분한 재가서비스 제공
 - **연계 조정**: 다양한 서비스를 한 곳에서 통합·연계
 - 대상자의 복합적 욕구(예방-건강관리-의료-요양-복지-주거 등)를 한 곳에서 상담, 다양한 서비스를 연계하여 통합 지원
 - 사람을 중심으로 보건의료-복지-주거 등의 서비스 전달체계를 연계·통합
 - **지방자치화**: 지역이 책임감을 발휘할 수 있도록 자율적 추진
 - 지역이 다양한 이해관계자의 참여·협력(민과 협력) 등을 통해 지역의 다양성을 살리면서 역할도 키울 수 있도록 자율적 추진
- * 중앙은 정책과 제도적 틀을 마련하고 재정을 확보·지원 지역은 주민의 욕구(needs)에 기반하여 지역 내에서 다양한 케어서비스 연계·통합 제공 책임

6

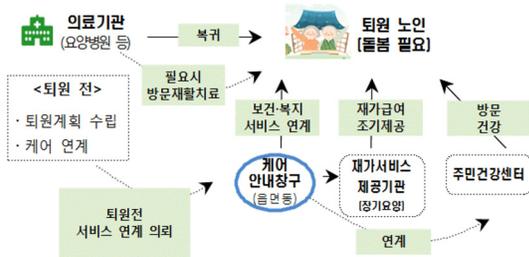
커뮤니티케어의 4대 핵심요소

4대 핵심 요소	주거	<ul style="list-style-type: none"> · 노인 맞춤형 케어안심주택 · 집수리 사업 · 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜
	건강 의료	<ul style="list-style-type: none"> · 집중형 방문건강서비스 · 방문의료 · 노인 만성질환 전담 예방·관리 · 병원 '지역연계실' 운영
	요양 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> · 차세대 노인장기요양보험 구축 · 재가 의료급여 신설 · 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스
	서비스 연계	<ul style="list-style-type: none"> · '케어안내창구' 신설(읍면동) · 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력(시군구)

7

병원에서 지역사회로

<퇴원환자 재가서비스 연계체계도>



8

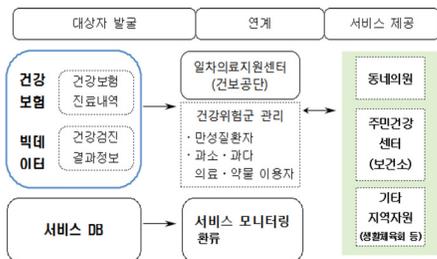
퇴원과 지역사회 연결

- ① (퇴원·지역연계) 병원과 지역(읍면동 등)이 협력하여 환자 입원 초기부터 퇴원계획 수립, 지역사회의 자원과 연계 지원
 - 병원에 '지역연계실'(사회복지팀, 사회복지사·의사·간호사 등) 설치, 퇴원 전 종합적인 환자평가-퇴원계획 수립 및 지역사회 연계
 - 건강보험 수가 보장, 암환자에 대해 퇴원 후 건강관리 등
- ② (회복재활) 재활의료기관'을 지정·운영하여 회복기 노인환자를 대상으로 집중재활을 지원하여 장애 최소화 및 조기 일상 복귀
 - 집으로 복귀한 이후에는 방문 재활치료 계속 지원
- ③ (전문요양실) 장기요양시설 내에 '전문요양실'을 설치·운영, 퇴원 노인 등(장기요양 등급자)에게 간호 및 재가복지서비스 제공(최대 90일)
- ④ (재가급여 조기 제공) 병원 퇴원 시 장기요양 재가급여를 희망하면 장기요양 인정 신청 후 등급 판정 전까지 재가급여 제공(19~)

지역사회 중심 방문형 보건·의료서비스 실시

노인 등 만성질환 관리
동네의원 의사가 노인 등 만성질환자를 지속 관리하고 지역사회 기반 케어 서비스 연계 지원(20년 본 사업)

지역사회를 기반으로 일차의료기관에서 노인 등 만성질환자를 지속적·포괄적으로 관리하는 체계 구축·확산



지역사회 방문의료

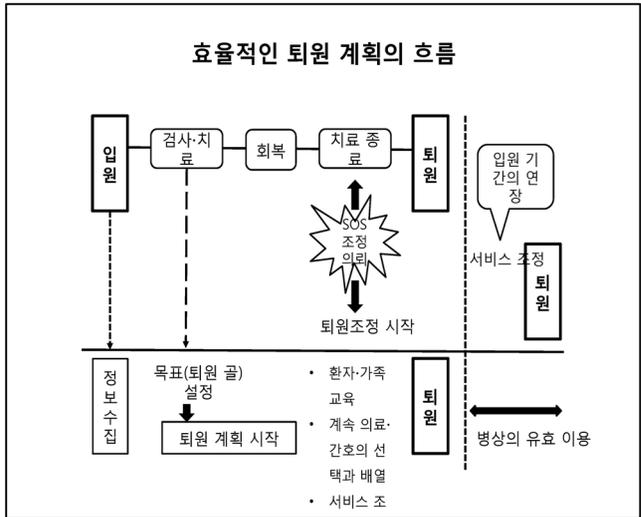
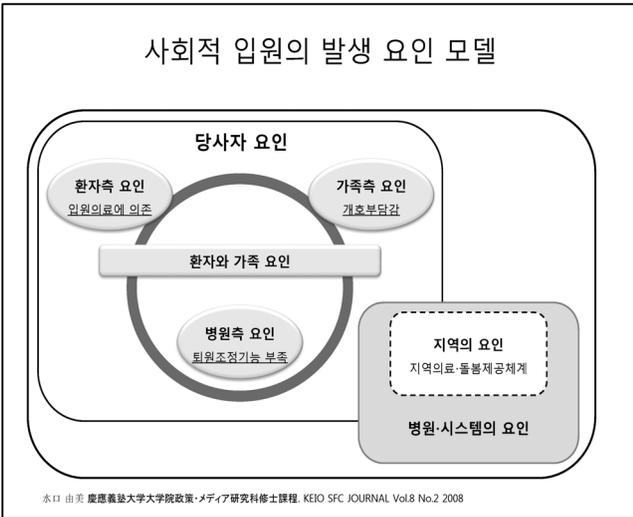
환자 유형	주요 대상자	서비스 내용
급성기	· 수술 후 회복기에 있는 골절 환자 등	· 의료인 등 방문, 직접 치료 · 드레싱 등 처치, 재활치료 등
만성중증	· (중증환자) 악성종양, 심장질환 등 · (호흡치료) 인공호흡기 사용, 기도유지 등	· 의료 등 방문, 직접 치료 · 드레싱 등 처치, 각종 장비 점검·사용법 교육, 재활치료, 투약 등
만성관리	· (자가 처치) 복막투석, 자가 도뇨 등 · (정신질환) 폐쇄병동 퇴원 후 일상적응 · (기타만성노인질환) 요양병원 퇴원 후	· 의료인 등 방문, 주로 교육 · '자가처치교육, 투약 등
호스피스 (임종기)	· 사망에 임박하여 적극적 치료보다는 편안한 임종을 원하는 말기환자	· 의료인과 사회복지사 방문하여 상담·처치 · 통증 조절, 심리 안정, 상담서비스 등

11



커뮤니티케어의 추진 동력

- 제도 개혁의 Drive
 - Push & Pull.
- 병원, 시설의 개혁과 커뮤니티케어
 - 건강보험, 장기요양보험의 개혁
 - 병원 및 요양병원, 요양시설의 개혁
 - 지역사회 돌봄 체계의 구축과 연계



퇴원관리모형 설계

• 설계 시, 고려사항

- 대상자, 평가, 언제, 누가, 어떻게

구분	퇴원관리대상자	
퇴원관리대상	65세 이상 or 노인성질환자	(65세 이상 or 노인성질환자) 그 외 환자
입원 시	건강수준평가(+), 사회경제적환경평가(+)	건강수준평가(+), 사회경제적환경평가(+)
사회복지사 초기 상담	-	선별된 환자-사회경제적환경평가(+) 퇴원지원대상자 그 외 환자
퇴원계획 수립 및 이행	시기	입원료 제입재 시행 2개월 전, 예정일
	평가	건강수준평가(+)
지역사회 지원연계	수령	의사, 간호사, 사회복지사
	지원연계	지원파악 및 연계활동 (주거, 돌봄 지원)
퇴원 시	환자와 가족 및 의사결정대리자에게 서면으로 작성된 퇴원 후 지시사항에 대해 교육	
퇴원 후 관리	퇴원 후 2개월 간에 퇴원 시 교육인 내용에 대해 모니터링 및 연계된 지역사회지원의 만족도 평가	

*건강수준평가는 매월 수행하는 요양병원환자평가표 작성으로 갈음함

사람 - 지역 - 미래를 잇는 2019년 권역 공공의료 협력 및 퇴원 환자 연계를 위한 워크숍

2부 권역 및 질환별 퇴원 환자 프로토콜 개발 워크숍

시간	주요 내용	주최/참석
13:30-13:40 (10분)	권역별 공공의료 협력 홍보 계획	임준 (국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 (센터장))
13:40-14:10 (30분)	권역 국립대학교병원 사업계획 발표 II (분당서울대병원 · 강원대병원 · 전북대병원 · 전남대병원)	국립대학교병원
14:10-14:40 (30분)	원내외 협의체 및 공공의료협력 모델 전체 논의	전체 참석자
14:40-16:40 (120분)	그룹별 토의 및 결과 도출	국립대학교병원 · 자문위원
16:40-17:00 (20분)	토의 결과 발표 및 마무리	국립대학교병원 · 자문위원

그룹명	참여 병원
1 실명	분당서울대병원 · 부산대병원 · 경상대병원
2 뇌질환	충북대병원 · 충남대병원 · 경북대병원 · 제주대병원 · (전남대병원)
3 호흡기	부산대병원 · 강원대병원 · 전북대병원
4 노인	전북대병원 · 경상대병원 · 제주대병원
5 암	충북대병원 · 경상대병원

보건의료분야 과제 : 재택의료

- 재택의료의 기반 조성
 - 재택의료의 개념 재설정
 - 재택의료 가능한 공급자 조성
 - 현재 일부 의원, 보건소, 공공병원의 수준으로 불가능
 - 다양한 공급자, 팀 접근이 가능해야 함.
 - 법적 근거 확보 및 건강보험 수가 개정 필요
- 의료법 개정
 - 의료, 진료 제공의 장소에 대한 규정
 - 의료시설을 개설에 대한 규정 등
- 건강보험 및 장기요양보험 수가
 - 급성기뿐 아니라 만성질환 관리, 요양 및 돌봄 급여에 대한 수가 필요

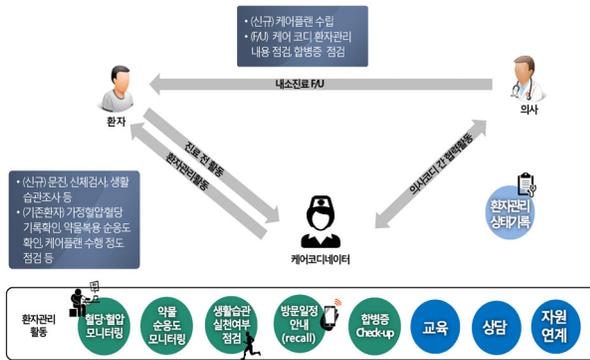
18

보건의료분야 과제 : 재택의료

- 재택의료의 기반 조성
 - 커뮤니티케어 시대의 재택의료. 노인, 독거노인, 초고령자 등을 대상으로 한 진료, 장애인, 중말기 의료 포함
 - 다직종협력(수평연계), 병원입원과 재택의료, 방문의 연계(수직연계), 재택의료의 거버넌스 구축(보건소, 지역의사회, 자치체 등)
- 일차의료 및 개업의사의 개편 필요. 의료체계의 공급체계 재편성 필요. 현재의 solo practice로는 불가능.

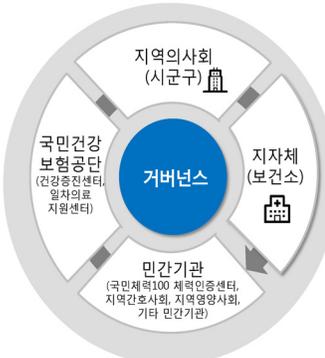
19

“케어 코디네이터의 역할”



“일차의료 만성질환관리를 위한 지역 거버넌스 개요”

시군구 단위 만성질환관리 거버넌스 체계 구축



- 지역의사회 만성질환관리 운영위원회 구성 및 지속 운영
- 지역의사회 만성질환관리 Control Tower
- 만성질환관리를 위한 지역자원 발굴연계
- 케어-코디네이터 서비스 활성화 지원 등

OPINION | Korean Med Assoc 2018 October; 41(10):596-598



커뮤니티케어는 어떻게 볼 것인가?

Health care perspectives on community care

특 집 | 커뮤니티케어에서 의사의 역할

커뮤니티케어에서 의사의 역할이 왜 중요한가?

‘지역사회 통합 돌봄’ 위해 의료·보건·복지 철저히 준비해야

지역통합케어 적용 가능한 ‘가rian’ 필요 - 지속가능성 위해 제도화해야



22

일본재택의료 : 재택요양 진료소

在宅医療支援診療所

2018年7月6日 更新

地区	医療機関名	住所	電話番号
南	芝山通院	金森2-25-30	042-722-7420
	岩崎クリニック駒田	金森3-23-1	042-795-2810
	ふみふみ診療所	小川2-25-14	042-796-8768
	町田南ホームクリニック	南町田5-3-28	042-788-2581
	はなひな内科	鶴間1-19-35 南町田クリニックビル3F	042-786-1111
町田南はなクリニック	鶴間4-5-1 アネックス南町田IF	042-799-5900	
東川小児科内科医局	つくり野2-18-18	042-795-4465	



診療科目 内科、高齢者心療内科
診療時間

	午前	午後
月	9:00~12:00(※)	13:00~17:00(※)
火	9:00~12:00	13:00~17:00(※)
水	9:00~12:00	13:00~17:00(※)
木	9:00~12:00	13:00~17:00(※)
金	9:00~12:00	13:00~17:00(※)
土	休診日	
日	休診日	
祝	休診日	

• (※)印は訪問診療中心です

町田南ホームクリニック

医師名 田中 啓介 |
住所 〒194-0005 町田市南町田5-3-28
電話番号 042-788-2581
FAX 042-788-2582

特長
• 訪問診療中心のクリニックです。
• 外家のご希望者は電話にてご予約ください。
• 在宅医療

23

이 건 세. 커뮤니티케어, 무엇인가?

在宅患者訪問栄養食事指導 (医療保険)

訪問栄養食事指導の仕組み (介護保険)

指導時間・料金価格

単位(時間): 30~45分/回
回数 月1~2回(保険の種類により)

【在宅】
医療保険 530円 (一割負担の場合)
介護保険 533円

【居住(グループホーム・有料施設など)】
医療保険 450円 (一割負担の場合)
介護保険 454円

【その他(保険外)】
自費 10,000円

地域における訪問栄養食事指導ガイド

管理栄養士によるコミュニティワーク

嚥下障害	336
食事の準備が困難	315
食事摂取量の低下	304
治療食の調理が必要	277
褥瘡	239
筋力低下、体重減少	186
低栄養に該当	170
脱水の繰り返し	151
摂食障害	108
PEG等の経管栄養管理	101
挙がることはない	16
その他	24

主治医の指導・助言	425
訪問介護事業所	311
配食・食事サービス	275
訪問看護の指導・助言	268
通所施設	185
管理栄養士	179
地域包括支援センター	42
保健所(保健師)	30
訪問介護福祉士	15
挙がることはない	15
介護予防関係事業所	12
その他	23

●図1 ● 食事や栄養の課題がケアプランに挙がるのは、具体的にどのような課題か (複数回答)

●図2 ● 栄養ケア・マネジメントにおいて食事や栄養の課題がある場合、どちらと調整を図るのか (複数回答)

報 文

ケアマネジメントにおける訪問栄養食事指導の現状および問題点 - 栄養ケア・ステーションの今後の展開 -

前田佳予子、手嶋直美子、中村育子、田中洋生
全国訪問介護栄養指導研究会

図2. 高齢者の介護が必要となった主な原因 (平成28年)³⁾

認知症	18.7%
脳血管疾患	15.1%
高年齢による衰弱	13.8%
骨折・転倒	12.5%
関節疾患	10.2%
心疾患	4.7%
その他・不明	24.9%

表1 転倒に伴う医療・介護費用は年間約7,300億円

A) 大腿骨頸部骨折の発生数 (2002年, 人/年)	117,900人
B) 骨折に伴う医療費 (132万円/人)	1,556億円
C) 骨折由来寝たきり高齢者 (13.6%)	16,034人
D) 在宅要支援・介護者 (330万人/402万人の比率)	13,162人
E) 在宅介護費用 (要介護1)/年 (165,800円×12)	198.96万円

林泰史, 高齢者の転倒防止. 日老医誌2007; 44: 591-594

健康 운동 지도사가 되려면? 업무 내용・ 주요 업무 등

2017년 12월 21일 / 2019년 9월 13

健康運動指導士

주요 업무 내용

대상자의 심신 상태에 따라 점차적 생활받을 수 있도록 운동 프로그램 지도 계획을 조정하는 것이 주된 일입니다.

구체적으로는 다음과 같은 업무가 있습니다.

- 노년 운동지도
- 생활 습관병이나 비만 예방위한 운동지도
- 운동과 식욕을 맞춘지도

介護予防運動指導員 講習課程

老年学	講義
介護予防概論	講義
地域づくりによる介護予防論	講義
高齢者の社会参加と介護予防	講義
介護予防・日常生活支援総合事業と介護予防コーディネーション	講義
高齢者筋力向上トレーニング特論	講義
高齢者筋力向上トレーニング実習	実習
転倒予防特論	講義
転倒予防実習	実習
尿失禁予防特論	講義
尿失禁予防実習	実習
高齢者栄養改善活動特論	講義
口腔機能向上特論	講義
口腔機能向上実習	実習
フレイル・サルコペニア予防特論	講義

외부체계 구축 병원, 보건소간 쌍방향 네트워크 구축

정보교류 및 공동 모니터링

정보연계 내용: 퇴원 기록지, 퇴원시 가능 및 영양평가 내용

정보연계 방법: 영양양 담당자 지정하여 보인까지 이메일 발송

*반기별 민원인 회의로 프로그램 요청 검토, 사업 모니터링 및 피드백

건강문제 발생시 진료 편익 제공

지역시의 건강관리 중 의료 서비스 필요시 협력 병원 원스톱 진료 연계

〈10월까 연계시〉

분산되어 있던 건강정보 공유

영양과 수분(Nutrition and Hydration)

- 환자의 영양과 수분 중 음식을 섭취에 있어, 입원 시 보다 퇴원 시 조금 회복되었다가 퇴원 1달 후 어려웠다는 응답이 증가함.
- 의도치 않은 체중 감소, 식욕부진 모두 퇴원 1달 후까지 증가하다가 퇴원 3달 이후 점차 감소하는 경향을 보임.

음/음식 섭취 어려움	3.5	1.8	3	5.3
의도치 않은 체중 감소	3.5	21.2	36.8	23.7
식욕부진으로 식사섭취 감소	7.9	25.7	30.7	21.1

■ 입원 ■ 퇴원 ■ 퇴원 1달 후 ■ 퇴원 3달 후

• 기능적 이동능력(Functional Mobility)

- 환자의 기능적 이동 능력을 살펴보면, 퇴원 당시에 비해 퇴원 후 낙상 경험이 증가함.
- 침대에서 의자로 이동할 경우 도움이 필요한 비율, 화장실 이동의 불편함, 계단 이동의 불편함은 퇴원 시 보다 퇴원 1달 후, 퇴원 3달 후에서 감소함.

