

수원시지역사회보장협의체 2019년 제5차 시민건강분과 회의록(5월)

일 시	2019. 05. 10.(금) 15:00 ~ 18:00	기록	임복희	확인	우태옥, 송명은	
장 소	장안구보건소 세미나실					
참석자	총 19명중 17명 참석 (참여율 89.5% - 관 6/6, 민 11/13) - 김혜경소장님 자문 참석					
	우태옥	장안구보건소 지역보건팀장	○	변남순	수원YWCA 책임간사	○
	송명은	사)케이브이엔(한국방문간호사회)대표	○	서지유	수원체육문화센터 운영지원팀장	○
	김영현	영통종합사회복지관 과장	×	공영화	장안구보건소 보건기획팀장	○
	김경아	팔달구보건소 건강증진팀장	○	박연옥	아노가녀싱홀 원장	○
	김민정	수원시중독관리통합지원센터 팀장	○	윤은상	수원환경운동연합 사무국장	○
	장명희	장안구보건소 정신보건팀장	○	이태희	영통구보건소 감염병관리팀장	○
	김유라	수원시성인정신건강복지센터 상임팀장	○	윤희숙	권선구보건소 치매관리팀장	○
	김혜란	경기도의료원 수원병원 공공사업과 대리	○	조윤희	서호재가노인복지센터 과장	○
	박미애	수원시행복정신건강복지센터 부센터장	○	좌수일	한 살림 수원생협	×
	한동근	수원의료복지사회적협동조합 이사장	○			
	김혜경	장안구보건소장 (자문)	○	임복희	수원시지역사회보장협의체 팀장-(담당)	○
회의주제 및 안건	<p>1. 교육 : 커뮤니티케어와 지역사회 건강</p> <p>1) 서울케어-건강돌봄 사례 (우선옥 / 서울시 보건의료정책과)</p> <p>2) 일본 지역포괄케어 추진현황 및 성공사례 (남상요 / 유한대학교 교수)</p> <p>2. 회의</p> <p>1) 시민건강분과 사업 논의 : 커뮤니티케어 세미나 개최 관련 논의</p> <p>2) 차기회의 일정</p>					
회의결과	<p>1. 교육</p> <p>1) 서울케어-건강돌봄사업 소개 : 우선옥 (서울시 보건의료정책과 공공보건팀장)</p> <p>○ 추진배경 : 급속한 고령화&커뮤니티케어 개념 도입(노인 88.6% 집에서 거주 희망), 건강의 사회적 결정요인(사회적 결정요인 60%), 지역사회 포괄적 건강 돌봄서비스 제공 및 관리체계 부재, 퇴원 후 지역사회 복귀 환자관리체계 미흡(만성질환 재입원을 취약계층에서 2배이상 높음)</p> <p>○ 추진방향</p> <ul style="list-style-type: none"> - 마을의사 등 전담팀에서 포괄적 건강돌봄서비스 제공, - 보건지소 확충을 통한 만성질환 포괄케어 거점으로 활용 (22년 80개소), - 의사회 약사회 병의원 등 협력 <p>※ 찾동 -> 보건지소(인구 10~15만명, 건강돌봄팀운영, 건강관리사업, 주민건강모임 등) -> 보건소 (인구 50만명이상, 보건지소 건강돌봄 총괄)</p> <p>○ 비전 : 지역에서 건강한 노후보내기</p> <p>○ 서비스대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1단계(18~20) : 복합만성질환자, 재입원고위험군 					

- 2단계(21) : 장애인, 여성 및 아동
 - 3단계(22~) : 장기요양탈락자 등, 간병가족
 - 서비스제공체계
 - 발굴의뢰 -> 평가계획수립 -> 서비스제공, 필요서비스 연계 -> 지속 관리
 - 1단계 : 방문보건사업(방문간호사 -> 건강돌봄팀) / 의료기관 (시립병원 등 -> 건강돌봄팀)
 - 2단계 : 건강평가, 케어플랜 수립
 - : 사전검토(방문전) - 마을의사, 방문간호사, 간호사, 사회복지사
 - : 건강평가(가정방문) - 접수일 1주일 이내. 마을의사, 방문간호사, 사회복지사
 - : 케어플랜(방문후) - 방문일로부터 1주일 이내. 마을의사, 간호사, 사회복지사, 방문간호사
 - : 포괄적 건강평가 : 신체적, 정신적, 사회적, 종합소견 문제목록, 대상자 요구도
 - : 관리계획 수립 : 목표설정, 케어연계, 케어서비스,
 - 3단계 : 케어서비스 제공, 케어 연계
 - : 전문의료 / 자가관리 기능유지 / 건강관련 복지서비스 욕구
(서울시 돌봄SOS센터 하반기 시범운영)
 - 4단계 : 재평가, 지속관리
 - : 재평가 (서비스제공 3개월 도래) - 문제해소군 -> 지역사회 복귀
- 문제 미해소군 -> 건강돌봄팀 지속관리 (3개월 추가)
 - ※ 전산프로그램 활용 이력관리 : 생활복지통합정보시스템 시민맞춤형 건강돌봄서비스
 - 건강돌봄팀 운영 : 전문인력 5~10명으로 구성,
19년 10개구(10팀) -> 22년 25개구(105팀)로 확대
- 필수(5) : 마을의사, 간호사, 정신건강전문요원, (의료)사회복지사, 방문간호사
선택(5) : 약사, (영상)영상사, 물리(작업)치료사, 보건교육사(행정요원), 운전원
- 보건지소 확충 및 기능 확대 : 기존(지역밀착형 건강관리사업) + 신규(건강돌봄기능 추가)
※ 인구 10~15만명, 자치구별 4~5개 보건지소 (19년 33개 -> 22년 80개)
 - 민간자원 발굴 및 참여 활성화 방안
 - 서울시 의사회와 MOU체결 : 방문(85천원), 회의(70), 의뢰(20), 결과회신(20) 등
 - 시민건강포인트 참여의원 확대, 야간휴일 진료의기관 및 세이프 약국 등 확대
 - 지역사회 자원 발굴
 - 돌봄 SOS센터와 연계 협력 강화

○ 돌봄 SOS 센터와 연계 협력 강화
 - 건강욕구 큰 경우(건강돌봄팀), 돌봄욕구 큰 경우(돌봄SOS센터)에서 접수 및 관리
 - 두 서비스 간 정보공유 및 유기적 연계



○ 질의응답

- 돌봄SOS센터 기능 : 신청접수, 정보제공, 케어플랜수립, 서비연계, 사후관리 등
- 타 영역과의 연계 : 네트워크 구축함
- 건강보험 대상자 관리, 지원 : 병원 퇴원후 지역사회 관리 어려움 해결하기 위한 목적, 건강 고위험군이 주 대상
- 건강돌봄 한팀에서 관리하는 사람수 : 작년 11월부터 시범사업, 의뢰된 사례 분석을 통해 매뉴얼, 관리체계 등 보완, 올해 1월부터 본격 시작, 사례수로 접근하지 않으려고 함. 한사람에게 제공되는 서비스의 양이 많기 때문에 사례수로 접근하지 않고 있음.
- 지역사회 복귀후 일상생활지원, 주거지원 필수이나 서울시에서는 커뮤니티케어에서 건강 돌봄을 먼저 시작함. 돌봄SOS센터 7월부터 운영되면서 타영역과의 연계
- 가정간호 욕구로 가정 방문시 주거, 복지 욕구 문제 보임. : 지역사회에 개원한 외과의사가 참여하여 가정방문하여 처치하는 계획
- 보건소 의사의 역할 : 치료를 직접적으로 하지 않고 소견을 가지고 환자가 다니던 병원에 연계하여 치료하고 있음
- 건강돌봄팀이 동별 고위험군의 현황에 대비해서 계획 수립된것인지? 전문인력으로 구성된 건강돌봄팀 운영과 관련하여 질의 : 대상은 65세 노인 중 건강 고위험군
- 찾동의 경험의 축적으로 현재의 건강돌봄도 운영된다고 생각. 이정도 활동비로 활동이 가능한지? : 대승적인 관점에서 협의. 보건소에서 진료를 적게하는 형태에 대한 합의- 보건소는 예방과 건강검진 접근, 병원은 치료 진료 중심에 대한 합의 통해 가능. 각자가 무엇을 원하는지 명확한 내용을 가지고 협의를 했기에 가능.
- 지역사회보장협의체 보건과 복지의 연계 : 건강은 한사람의 질환이나 행태의 문제가 아니라 건강과 관련된 사회적 욕구가 중요. 건강과 보건만 가지고 지역사회 돌봄의 전부가 되지는 못할 것임. 건강과 관련된 사회적 욕구는 무엇인가? 당뇨 약 뿐 만 아니라 사회적구조를 찾는 스크리닝 틀을 적용하여 사회적 구조와 욕구를 찾아내고자 함. 서울시 복지와 연계가 잘 안되고 있으나 복지와 건강과 연결하는 고리를 잘 풀어서 하면 더 잘 추진될 것이라고 생각됨.

2) 일본의 지역포괄케어 추진현황 및 성공사례 (유한대학교 남상요 교수님)

○ 지역포괄케어 : 보건의료 복지와 통합된 모형

- 의료법, 의료보험법(의료서비스), 노인보건법 1982년(건강진단 건강증진), 개호보험 2000년(노인케어, 거주 및 일상생활) -> 고령자의료제도 2008년 -> 사회보장개혁(2025모델) 2012년 / 의료개호종합확보추진법 2014년 / 지역포괄케어 강화 법안 2017년

○ 일본의 의료법 개정 및 노인관련 제도 변천 : 8차 개정 - 1993년 종합병원제도 없어짐
※ 우리나라 없었음

- 개정의 이유는 급속한 고령화의 문제 해결임.

2012년 사회보장개혁 2025모델 : 베이비 붐 세대가 모두 노인이 되는 2025년을 상정한 새로운 노인의료 요양 모델을 발표

○ 일본의 2025모델, 왜 2025년인가?

- 향후 75세 이상의 노인 증가, 고령화는 도시에 큰 영향을 주어 위기감을 불러옴, 고령자의 급증으로 병원에 가려고 해도 가기가 어렵게 됨. 초고령사회 새로운 사회보장제도 모델 필요

○ 일본의 보건, 의료, 요양 공급체계

- * 세부적으로 제도가 발달되어 있음. 개호보험시설도 다양하고, 지역포괄케어 병원도 다양함.
- 개호의료원 : 일본 노인병상 과잉현상, 병원 노인병상을 없애고 노인요양원으로 바꾸려는 방향을 의료서비스 제공을 위해 개호의료원 만들. 의료+요양+케어 가 결합된 새로운 모델(병원은 아닌데 의료와 서비스 제공)

○ 시설에서 지역으로, 의료에서 개호로

○ 2007년 요양병상의 재편 계획

- 현행 요양병상 38만상(의료형 24만, 개호형 14만) -> 감축 23만상 -> 향후 2011년 의료형 15만상, 개호형은 폐지

○ 노인들의 다양한 욕구에 따라 다양한 시설 필요. 선택

- 커뮤니티케어는 인프라 기반, 제도 구축 필요. 다양한 서비스를 선택해서 이용할 수 있는 구조
- 제도가 자리를 잡기 위해서는 그 직종에 맞는 전문가가 필요. 일본 개호복지사 제도.

○ 지역에서의 의료공급체계에 관한 지역의료계획

- 지역단위로 의료공급체계를 구축하기 위한 3개년 단위 지역의료계획 수립. 커뮤니티케어와 양립해야 잘 작동될 수 있음.

<p>○ 지역포괄케어 시스템의 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 지역실정에 따라 노인들이 가능한 한 정든 지역에서 자신이 가진 능력에 따라 자립생활을 누릴 수 있도록 의료, 영양, 개호예방, 거주와 자립적인 일상 생활의 도움을 포괄적으로 보장하는 체제. -> 지역에 따라 계획하여 운영할 수 있도록 중앙정부의 지침은 최소화 - 지역포괄지원센터 : 케어매니저 - <u>지역포괄시스템은 대체적으로 30분 이내로 필요한 서비스를 제공되는 일상생활권역(중학교권)으로 제공</u> <p>○ 지역포괄시스템의 5가지 구성요소와 비용부담에 대한 철학</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>거주환경확보 / 생활지원 및 복지서비스 / 의료 간호 /개호 재활 / 보건 예방</u> - 철학 : 자조, 호조, 공조 <p>○ 지역을 중심으로 한 포괄케어의 실천</p> <ul style="list-style-type: none"> - 병원 -> 시설 -> 재가 <p>○ 성공사례 ※일본은 모델을 만드는데 50년이 걸림. <u>하드웨어-공급체계가 갖춰져야 함</u></p> <p>1. 일본 지역포괄케어 시스템의 원형 : <u>산촌모델-미츠기시스템</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>공립병원을 중심으로 종합 의료복지시설 복합체 구현</u> - 시설케어 중심에서 재가케어 서비스로 전환(의료서비스의 가정배달을 실현) - 보건의료복지 서비스 창구의 일원화 실현 (시의 복지부문이 병원으로 흡수) - 보건복지센터는 병원과 행정기관인 주민과 후생과 사회복지가 하나로 통합 - 병원내 보건복지센터 설치 <p>=> 와상노인 감소</p> <p>* 커뮤니티 살롱활성화 - 지역 공동체, 교류활동</p> <p>2. 대도시 도심모델 - 세타가와 모델</p> <p>3. 대도시 교외모델 - 카시와모델</p> <ul style="list-style-type: none"> - 목표 : Ageing in place - 지역포괄케어체계, 보람있는 취업의 창조 - <u>카시와시 재택의료추진 기반 : 시가 사무국이 되어 재택의료 추진을 위한 협의기구와 사회 협력 필요</u> - <u>직종간의 연계, 단체간의 연계가 핵심</u> - 주민들은 생의 최후를 집에서 맞고 싶어 함 - 의료연계 센터 : 1층 시 보건복지부, 2층에는 치과의사회 약사회 의사회가 입주 : 상담, 주치의가 결정되지 않은 환자 방문하여 상담, 케어매니저 상담, 행정-기관 연계 - 서비스제공 고령자주택 시범 (자립동, 개호동, 서비스제공 기관, 지역) - 지역포괄케어 정보시스템 : 각 체계에서 가지고 있는 서비스의 정보 공유 - 보람있는 취업의 창조 : 5영역 9사업 개척, 총 230명 취업

4. 지방도시모델 - 샷테모델

- 주민들이 상부상조하는 시스템을 만들고 의료, 행정에서는 서포트
- 행정중심 보다는 주민들이 인식하고 참여해야 성공적으로 지속 가능
- 정보시스템 구축
- 샷테시 보건복지 종합센터 : 저출산 고령화 사회에 대응한 시의 보건복지 서비스의 중추를 담당하는 보건복지종합센터 운영
- 하나의 지역을 다층적으로 억제해가는 어프로치 : 커뮤니티 디자이너, 요소별 주요인물(리더) : 근린관계형, 어소시에이션형, 지역연결형
- 지역살롱 (생활보건실) : 지역 고령화에 따른 빈집, 가게 지원받아 지역살롱, 일일 사용료 100엔, 음식재료 가져와 같이 식사 등
- 샷테단지 커뮤니티 카페 프리즘
- 주민-지역에 의한 상호돌봄 네트워크
- 토넷 협의회 : 의사회장, 동네 병원장, 보건소 등 참여
- 주치의 카드 : 원 카드, 원 레코드 - 하나의 카드로 모든 병원 이용 가능
- 스마트폰 통지

* 지역포괄케어를 구성하는 요소

- 1) 하드웨어- 의료/ 요양/ 복지/ 생활문화
- 2) 소프트웨어 : (1)제도, 정책, 수가 (2) 운영시스템의 개발 (3) 휴먼웨어 (4)재정

* 보건의료복합체 구성이 필요

* 복합체와 거리만들기

* 예방급여의 내용 (조기발견과 대응)

* 종합 크리티컬 패스 : 분절되지 않고 종합 맵

* 재가 서비스 확대

* 세부적인 재가서비스에 대한 수가체계

* 양 뿐 만 아니라 질 확보

* 서구에는 와상환자가 없다. 서양은 독립적인 생활

* 의료법인 제도의 개혁 필요(2006년)

* 케어 플랫폼 구축

* 패러다임의 변화

* 주민주체 주민중심의 계획만들기

○ 질의응답

- 커뮤니케이션, 연계가 중요. 정부가 전반적 로드맵과 마스터플랜이 필요함
- 보건복지연계, 타영역과의 연계 방안 질의 : 각 분야의 전문가가 모일 수 있는 자리 마련하고 거기에서 해결책 찾기. 우리나라는 복지가 중심이 되는 부분 있음. 보건과 복지가 커뮤니티케이션이 잘되어야 함.
- 사회복지 전달체계, 보건영역 전달체계 : 제도적인 그림과 체계가 있어야, 복지부 논의

	<p>는 하나 결정이 잘 안되는 느낌.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일본은 오랫동안 고민을 통해 시범사업, 제도를 도입했음. 우리도 일본의 사례를 통해 개선보완하여 실천 필요. - 보건복지부도 각 부서간 소통 부족. <p>2. 회의</p> <p>1) 커뮤니티케어 세미나 개최 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2차 실무협의체회의시 건의사항 : 커뮤니티케어를 고민하는 3개분과(전달체계분과, 장애인분과, 시민건강분과) 각자 세미나를 개최하는것보다 각 분과에서 고민한 내용을 함께 모아내어 시너지효과를 극대화 하는 방안이 제안됨 ⇒ 시민건강분과에서는 내부 세미나를 통해 지금까지의 내용을 공유 ⇒ 타 분과와 연대하여 향후 통합 세미나 개최에 동의 <p>2) 차기회의 일정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일시 : 2019. 6. 14.(금) 15:00
--	--