

# 간호사 역할과 간호교육의 패러다임 전환 : 커뮤니티 케어 중심으로

최귀윤

울산과학기술대학교 간호학과, 교수

## The Role of Nurses and the Paradigm Shift of Nursing Education : Focused on Community Care

Gui Yun, Choi

*Department of Nursing, Ulsan College, Professor*

### Abstract

**Purpose** : The purpose of this study was to clarify the concept of community care, community care policy and delivery system, community care model and role of nurse, community care and nursing education in order to prepare competent nurses for community care. **Methods** : The research methods were reviewing literatures focused on the main words such as ‘role of nurse’, ‘nursing education’ and ‘community care’. **Results** : Population aging and change in the health care environment ask different roles for nurses. In particular, community care policies to help and maintain healthy aging in older people’s homes provide opportunities to expand the role of nurses. In order to promote effective Korean community care, a strategy for securing the health care workforce should be established and competent professionals should be appropriately placed. Therefore, universities should innovate and shift the paradigm on nursing education in order to prepare nurses capable of carrying out community-based care. **Conclusion** : The results of this study can be used as a basis for constructing curriculum for nurse competency development for community care and setting direction of nursing education for community care.

**Key words** : Nurse’s role, Nursing education, Community care

### I . 서 론

사람들의 평균 수명 증가로 고령자가 증가함에 따라 어려움을 겪고 있으며 보건의료 비용 지출은 계속 늘어나고, 보건의료 및 돌봄 수요도 급격하게 변화하고 있다[1]. 2017년의 65세 이상 노인인구는 6,806천

명으로 전체 조사 대상자의 13.4%이며 노인인구 증가는 노인진료비 상승으로 연계된다. 2017년 노인진료비는 28조 3,247억 원으로 2010년 비하여 2배 증가하였고 12개 만성질환 진료인원은 1,730만 명이고, 이 중 고혈압은 605만 명으로 가장 많았고 다음은 관절염, 신경계질환, 정신 및 행동 질환, 당뇨병, 간질환 순

교신저자 : Gui Yun, Choi / (44022) 101 Bongsu-ro, Dong-gu, Ulsan, South Korea

Tel : +82-52-230-0735, Fax : +82-52-230-0731, E-mail : gychoi@uc.ac.kr

접수일 : 2018.11.23. / 수정일 : 2018.12.13. / 게재확정일 : 2018.12.14.

으로 나타났다[2].

노인의 만성질환은 일상생활 제한, 사회 활동 위축, 경제적 부담, 병원 입원 등을 초래하고 개인 삶의 질을 저하시킨다. 또한 만성질환으로 인한 노인의 자가 돌봄 능력 저하는 가족의 돌봄 및 경제적 부담을 유발하고 불가피한 사회적 입원 또는 시설 입소를 선택하게 만든다. 이러한 현실적인 문제는 개인과 가족이 온전히 안고 해결하기 어려우므로 지역사회와 국가가 책임감을 가지고 개인 및 가족과 협력하여 풀어나가야 한다.

2018년 정부는 ‘지역사회 중심 복지구현을 위한 커뮤니티 케어 추진 방향’을 발표했다. 이후 간호, 보건의료 및 사회복지 관련 단체 또는 기관은 지대한 관심을 가지고 커뮤니티 케어 준비 작업을 하고 있다. 최근에 정부는 2026년 초고령사회를 대비하여 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)’을 발표했다. 이는 그동안 노인 인구 증가에 따른 사회경제적 돌봄 부담 증가에 대비하여 추진해 왔던 지역사회 보건복지 정책 및 활동에 본격적인 추진력을 가동시키는 것이다.

대부분의 사람들은 가능한 안전하게 집에서 독립적으로 살기를 원한다. 그러나 노화와 함께 평생 동안 지속되는 질환 또는 장애로 인해 어려움을 겪을 수 있고 지역사회에 머물기 위한 열망을 실현하기 위해 불가적인 보살핌과 지원이 필요하다[3]. 세계적으로 인구 고령화에 따른 사회경제적 돌봄 부담 증가로 보건복지 서비스의 패러다임은 ‘살던 곳에서 노후를 보내기’로 전환되었으며 일본은 지역포괄케어를 도입하여 자조, 공조, 호조를 통해 보건, 의료, 복지 간 연계 및 협력체계 구축으로 지역의 돌봄이 필요한 사람들의 자립을 지원하고 있다[4].

건강관리체계에서 간호사의 역할은 병원간호, 지역사회 간호, 연구자, 임상전문간호사, 관리자, 리더, 실무전문가까지 다양하게 확장되었다. 다양한 간호 분야에 잘 대응하는 새롭고 다른 시각과 능력을 갖춘 간호사 양성을 준비하기 위하여 교육과 서비스의 상호 의존성을 인지하고[5] 미래 지향적인 간호교육을 열린 사고로 실시하여야 한다.

보건복지 서비스의 패러다임 변화와 함께 간호교육

의 패러다임도 전환되어야 한다. 새로운 간호교육 패러다임은 인구 구조의 변화, 보건의료 환경과 사회적 변화, 건강관리의 변화 등을 반영하여야 한다. 또한 대상자 간호 범위가 병원중심에서 지역사회 기반으로 더욱 확대됨에 따라서 대학은 간호사들이 지역사회에서도 선도적으로 역할을 할 수 있도록 교육과정을 운영하여야 한다.

본 연구는 정부의 커뮤니티 케어 정책 발표에 따라서 역량 있는 간호사 배출을 대비하기 위하여 커뮤니티 케어의 개념, 커뮤니티 케어 정책과 전달체계, 커뮤니티 케어 모델과 간호사 역할, 커뮤니티 케어와 간호교육에 대하여 고찰하고자 한다. 이러한 연구 결과는 커뮤니티 케어를 위한 간호사 역량 개발에 필요한 간호교육과정 구성과 간호교육 방향 설정에 근거 자료를 제공할 수 있을 것이다.

## Ⅱ. 문헌고찰

### 1. 커뮤니티 케어의 개념

‘커뮤니티(지역공동체)’는 물리적 공간을 강조하는 지역기반의 공동체 또는 공동 유대감을 가진 사회조직 등 강조하려는 개념에 따라 다양한 의미를 가질 수 있고[6], 용어 ‘커뮤니티 케어’는 빈번하게 널리 사용해 왔기 때문에 의미를 정확하게 간단히 표현하기는 어렵다.

지역사회 보살핌의 목표는 도움이 필요한 노인과 다양한 장애 유형을 가진 사람들이 기관이 아닌 자신의 집에서 살 수 있도록 하는 것이다. 커뮤니티 케어는 삶의 연속선에서 이루어지는 환자 케어를 통합하는 것이고, 다양한 기관에 의해 집에서 지원과 서비스를 제공받는 것이다[7]. 또한 커뮤니티 케어는 공공과 민간 등 다양한 주체들이 역할을 분담하여 돌봄 사각지대를 해소하고 서비스 접근과 통합성을 향상시키고, 사회적 유대 강화를 지향하는 것이다[6]. 커뮤니티 케어의 핵심 원칙은 관련 정책, 대상자 중심 케어, 혁신 및 가치, 접근 및 유연한 자금 지원과 관리, 치료와 양질의 케어 및 기준 등을 포함한다. 케어를 통해 이

러한 원칙을 관철시켜 나가면 가치 있고 지속가능한, 대상자 친화적인 서비스를 창출할 수 있다[7].

커뮤니티 케어는 전화상담, 가정간호, 원격진료 및 개인관리와 같은 다양한 형태로 이루어진다. 또한 장소와 사회적 관리와 같은 폭넓은 분야를 포함한다. 그리고 효율적인 공급 서비스를 개발하기 위해서는 새로운 도구, 절차 및 프로토콜이 필요하므로 혁신을 촉진시키는 동기부여에 영향을 받는다. 커뮤니티 케어는 비용 절감과 대상자 증가에 대한 단순한 대응책이 아니라 현재 시스템에서 제기되는 문제점 중 일부를 극복하고 환자의 치료 결과를 극대화하기 위한 공급 서비스 형태이고, 점차적으로 더 많이 이용되고 있다.

인구 고령화에 따라 가정 및 커뮤니티 케어가 특히 중요해지고 있으며 주민들은 가정에서 독립적으로 생활할 수 있는 건강관리 시스템을 원하고 있다. 혁신적인 커뮤니티 케어는 계획과 일정이 분명하고 케어의 일관성을 높이고, 이용할 수 있는 서비스에 대해 잘 이해하고, 돌봄 제공자에게 더 많은 지원을 제공하고, 궁극적으로는 가장 필요로 하는 사람들을 적절하게 보살펴야 한다[8].

그러므로 커뮤니티 케어는 기관이나 제공자 중심이 아닌 대상자 중심이어야 하며 가능한 오랫동안 자신의 집에서 살기를 원하는 사람들을 위한 실제적이고 서비스이고 건강전달 체계이다.

## 2. 커뮤니티 케어 정책과 전달체계

다양한 만성 건강문제, 신체 및 인식 장애, 정신적 건강문제와 사회적 취약성으로 인한 복합적인 건강 및 사회복지 요구를 가진 대상자들은 늘어나고 있다. 그러나 건강시스템은 주로 한 번에 한 가지 질환에 중점을 두거나 질환 및 증상관리에 집중하는 치료와 삶의 질, 사회적 지지에 대한 관리에 치중하고 있다. 따라서 사회 결정 요인을 다루기 위해 전통적인 보건의료 서비스를 뛰어 넘는 건강 및 사회복지 통합이 필요하다. 캐나다 온타리오의 토론토에서 건강 및 사회복지 분야에서 일하는 24명의 케어 제공자로 구성된 전문가 패널 포커스 그룹을 대상으로 연구한 결과, 건강

및 사회복지가 필요한 대상자와 가족 요구를 충족시키기 위해서는 1) 케어의 기본이 되는 진정한 관계를 발전시키고, 2) 바람직한 케어 과정과 구조를 만들어 가고, 3) 케어 제공자가 실무에 개입하는 장벽을 해결할 시간이 필요한[9] 것으로 나타났다.

커뮤니티 케어를 위한 로드맵은 대상자와 가족을 최우선적으로 생각하며 케어를 받는 사람들의 경험에 초점을 맞추어야 한다. 이는 시스템 기반 변경보다는 의도적으로 대상자 중심으로 운영하며 시스템 구조와 거버넌스에 대한 변경은 필요에 따라 자연스럽게 진행될 수 있다[8].

국내외 선행연구를 통한 종합적인 커뮤니티 케어에 대한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 지역 인구의 사회학적 및 지리적 특성과 사회복지기관과 사회서비스 제공에 따라 복지 요구와 정책 구상에 있어 지역사회마다 차이가 있을 수 있다. 둘째, 중앙과 지방정부의 복지전달체계에서 광범위한 사각지대가 나타날 가능성이 있고, 지역사회 복지는 단순한 서비스 제공보다는 시민 참여형 지역복지를 함께 추구하는 방향으로 진행되고 있다. 셋째, 지역사회 공동체를 통하여 시민이 지역사회의 여러 사업에 참여하는 것도 중요하지만, 사업들을 주관하는 공공 역할과 다른 행위자들과 적절한 역할 분담을 고려할 필요가 있다[6].

일본은 2009년 개호보험 개정으로 지역포괄케어시스템 개념을 도입하고 지방분권을 바탕으로 커뮤니티 케어를 발전시켜 왔다. 지역포괄케어시스템은 지역의 다양한 자원을 활용하여 의료 및 복지 서비스를 제공하는 것이며 지방 분권을 기반으로 한다[10]. 예를 들면 도쿄도의 보건소와 지역포괄지원센터에서 생애주기별 업무 분장을 통해 전 주민에게 서비스를 제공하고 있으며 의료, 간호, 개호 및 주거 서비스를 제공하는 법인을 설치하고 활발한 정보공유 등을 통해 효율적으로 서비스를 전달하고 있다. 하치오지시의 경우, 의료 및 개호 서비스의 네트워크화를 도모하는 의료법인 영생회가 하치오지시 지역포괄시스템의 큰 영역을 차지하고 있다. 영생회의 지역포괄케어시스템 실천 방향은 급성기 치료 및 치료 후 재활과 요양 서비스가 필요한 노인을 대상으로 재택의료, 방문간호, 방

문개호, 시설개호 등 다양한 서비스를 제공하는 것이다. 영생회는 5개의 방문간호 스테이션을 운영 중이며 스테이션당 약 6명의 간호사가 150~200여명의 대상자에게 24시간 방문간호 및 재활서비스를 제공하며, 방문간호스테이션 관련 행정업무 등을 보조해준다. 방문간호 스테이션의 인력 구성은 스테이션별로 지역 사회 현장 대응에 필요한 인력으로 구성되므로 인력의 연령 및 경력 등이 다양하다[4].

네덜란드의 장기요양보호에 대한 최근의 전환 정책은 지역사회의 노인 돌봄에 주요한 영향을 미친다. 노인들은 가능한 오랫동안 집에 있어야 하고 보살핌에 대한 책임은 건강관리 시스템으로부터 사회적 네트워크와 함께 고령자 자신에게 옮겨가고 있다. 새로운 패러다임은 노인들이 자신의 보살핌과 지원을 관리하고 준비하며 필요한 경우, 사회적 네트워크가 지원하는 것을 지향한다[11]. 또한 영국의 커뮤니티 케어는 복지다원주의와 복지혼합경제의 흐름 속에서 다양한 지역 자원의 연계를 통한 사회서비스 체계로서 우리에게 시사점을 보여준다. 그러므로 성공적인 커뮤니티 케어를 위하여 지역사회와 시민을 참여시킬 수 있는 중앙 및 지방정부의 지원과 지역사회 자원을 구축하는 것이 주요한 과제가 될 것이다[6]. 온타리오 주는 커뮤니티 케어의 성공을 보장하기 위해 긍정적이고 협력적인 관계를 구축하고 환자를 우선적으로 케어하고 주민과 가족 모두를 위해 더 나은 보살핌을 제공하기 위해 지속적으로 나아가고 있다. 커뮤니티 케어를 강화시키기 위한 10단계는 다음과 같다[8].

- 1) 커뮤니티 케어의 가치에 관한 진술서 개발
- 2) 케어 수준에 대한 기틀 창안
- 3) 커뮤니티 케어를 위한 기금 조성
- 4) 통합 케어 접근
- 5) 자기 주도적 케어 제공
- 6) 돌봄 제공자 지원 확대
- 7) 케어 인력에 대한 지원 향상
- 8) 간호 서비스 증대
- 9) 완화 및 생애말기 케어를 위한 선택권 증대
- 10) 공급 역량 계획 개발

일본은 한국 제도와 유사한 점이 있다는 것에 의미가 있다. 일본은 지자체가 3년 주기로 지역 의료기관과 인력 등 지역 자원을 활용하도록 지역포괄케어계획을 수립하며 거점 역할을 하는 지역포괄지원센터를 중심으로 이용자, 지역주민, 간병서비스 제공자, 의료관계자, 유관기관, 권리보호 및 상담관계자 등 다양한 지역주체가 참여할 수 있도록 규정하고 있다. 지역포괄케어시스템은 지역주민 전체를 대상으로 수행하는 서비스이며 주민 등 민간의 역할에 있어 개호보험 대상자와 교류, 방문 등 간병서비스 제공자, 상담자 등으로 연계되어 있다. 이 시스템은 주거, 생활지원, 복지서비스, 의료, 간호, 개호, 재활, 보건, 예방 등 다양한 측면의 통합지원체계를 의미한다. 따라서 커뮤니티 케어는 고령화의 핵심적인 정책 아젠다로 이러한 문제들을 풀어가야 하는 과제를 안고 있다. 그러나 커뮤니티 케어의 토대가 되는 사회경제, 정치제도 맥락에 대한 성찰이 부족하다면 한국형 커뮤니티 케어를 모색하기 어렵다[6].

많은 사람들에게 심각한 질병 치료는 건강관리와 사회적 지지의 조화가 필요하다. 대부분의 사회서비스는 장애에 적응할 수 있는 주택과 이동 수단, 가정 배달 음식과 같은 공유 자원에 대한 지역사회의 준비에 고착되어 있다. 대부분의 공동체는 무수히 많은 보건의로 단체가 제공하는 의로서비스를 지역사회 기관이 제공하는 사회서비스와 연계하여 계획하고 조정하는 효과적인 프로세스가 부족하다[12]. 이러한 현실적인 상황을 고려하여 지역사회 통합 돌봄 전달체계를 구축하고 상황에 따라서 유연성 있게 변화될 수 있는 문을 열어두어야 한다.

우리가 행하는 간호의 중심에 대상자와 가족이 있도록 커뮤니티 케어 방향을 전환하면 더 나은 케어, 일관된 케어 접근, 제공자간 통합, 대상자와 가족 경험으로부터 더 나은 결과를 가져올 것이다[8]. 따라서 커뮤니티 케어는 공급자 측면에서의 수동적 제공이 아니라 수요자가 능동적으로 자기를 돌볼 수 있도록 힘을 북돋아 주는 방향으로 전개되어야 한다.

### 3. 커뮤니티 케어 모델과 간호사 역할

주요 건강문제를 해결하고 케어의 질과 접근을 개선하고, 소요비용을 줄이기 위한 창의적이고 혁신적인 건강관리 진입에 대한 관심이 증가하고 있다[13]. 대부분의 사람들은 보살핌을 받기 위해 가정을 선택할 여지가 있다. 따라서 보살핌을 가장 필요로 하는 사람들에게 병원이 아닌 다른 곳에서도 적절한 서비스를 제공하여야 한다. 포괄적인 지역사회 및 가정 기반 건강관리(comprehensive community and home-based health care; CCHBHC) 모델은 질 높은 지역사회 건강 관리에 용이하게 접근할 수 있도록 개발되었다. 이 모델은 파트너십과 지역 환경을 기반으로 하여 자기관리와 자기의존을 위하여 개인, 가족 및 지역사회에 힘을 부여하고, 개인, 가족 및 지역사회와 건강관리 시스템 간의 가교 역할을 한다. 이 모델이 구현되려면 현재의 보건관리 시스템은 건강관리 기관에서 벗어나야 한다[14].

커뮤니티 케어를 위한 건강 우선 유럽모델은 새로운 케어 모델에 대한 가치와 힘을 구현하는데 필요한 실질적 변화를 위한 로드맵이다. 이 모델은 건강 시스템에서 결정을 내리는 것을 의미하며 지역 차원에서 내리는 의사결정은 자원 확보, 업무 패턴, 의료기술 사용, 케어 및 환자 개입에 영향을 미친다. 투명성, 책임 및 파트너십은 국가와 지역 정책결정자(병원, 주치의, 간병인, 간호사, 지역사회 전문가, 사회복지사 및 공급 업체)의 모든 실행수준에서 검증되어야 한다[7]. 실행수준에서 건강관리 서비스는 지역사회와 합의하여 지역 건강 요구를 충족시키기 위해 재설계되어야 한다. 지역사회는 관리 계획, 실행, 모니터링 및 평가에 적극적으로 참여해야 한다. 개인, 가족 및 지역사회가 자신의 건강을 보호하고 증진하는 데 적극적으로 참여함으로써 효과가 개선되는 것으로 증명되었고 개인, 가족 및 지역사회에 권한을 부여하면 양질의 의료 서비스에 대한 인식과 요구가 높아질 것이다[14].

지역사회 기반 프로그램의 목표는 사람들이 원하는 만큼 자신의 집에 머무르는 것을 허용하는 것이지만, 이것이 항상 가능한 것은 아니다. 중병이 있는 사람들

은 케어 장소를 자주 전환할 가능성이 높고, 갑작스러운 사건은 응급실 또는 병원 방문이나 일차 지역사회 기반 프로그램 외의 전문 외래 진료로 이어질 수 있다. 심각한 질환이 있는 사람들의 케어는 의사, 간호사, 사회복지사, 재활전문가, 군목, 가정관리보조자, 지역사회 보건종사자 등 여러 분야가 포함된 다학제간 팀기반 관리를 필요로 한다. 성공적인 관리 팀의 핵심 구성원은 아픈 사람과 가족 돌봄 제공자이며 이들을 지원하기 위하여 팀은 우선적으로 자기관리, 회복력 및 서로 배우는 것에 대해 관심을 가져야 한다. 고품질 프로그램은 일차 진료와 전문 진료를 조정하고 의사소통을 통해 진료간의 전환을 강화하고 향상시킨다. 중증 질환을 앓고 있는 대부분의 사람들은 식량, 주거, 개인위생, 교통 및 재정 지원과 같은 건강관리 및 사회적 지원이 모두 필요하다. 질병 중심의 의료 서비스 외에도 대부분의 사람들은 증상 경감, 시간과 장소에 관계없이 의료 조정 및 의사소통, 어려운 결정을 내리는 데 필요한 정보 및 지원이 필요하다[12]. 비용 측면에서 2009년 미국 온타리오 주는 커뮤니티 케어 시스템을 가동하는 경제적 가치 프로젝트를 통해 비용 절감을 입증했다. 직접적인 경제적 가치 관점에서 볼 때, 이 모델은 커뮤니티 케어 관리가 다른 환경에서 보다는 비용 증가를 피할 수 있음을 보여 주었다[3].

네덜란드는 노인을 지원하기 위한 온라인 플랫폼의 필요성에 대한 연구를 수행하였다. 이러한 요구에 따라 기존 플랫폼을 수정하여 관리, 건강 및 통신 기능으로 구성된 온라인 커뮤니티 케어 플랫폼을 탄생시켰다. 이 플랫폼의 목적은 자기관리를 자극하고 신뢰할 수 있는 정보, 제품 및 서비스를 제공함으로써 허약한 노인들의 독립과 기능을 지원하는 것이다. 이 플랫폼은 허약한 노인들의 사회적 참여와 자기관리 역량에 기여할 수 있고 지역사회에서의 사회적 응집력과 관련이 있다. 플랫폼은 11가지 기능 즉 긴급 통화, 서비스, 연락처, 시계, 달력, 약물 알림, 뉴스, 메시지 송수신, 커뮤니티 정보, 지방자치단체 및 게임 정보 기능으로 구성되었다[11].

일차의료 실무를 재설계한 환자중심 일차의료 모델

을 적용한 연구는 환자 치료 결과의 개선, 환자 만족도 증가, 의료비용 절감에 있어서 간호의 역할이 입증되었다. 관리팀의 구성요소 중 하나인 사례관리자는 치료 및 케어의 분절을 줄이고 퇴원 후 연계(관리 전환)를 강화하고 가장 복잡한 환자 관리 조정에 기여하는 것으로 나타났다[15]. 웰빙 성취를 위하여 협력해야 할 종사자들을 위한 새로운 커뮤니티 케어 모델은 제공자(가족, 간호사, 일반의, 지역사회, 원격 서비스, 만성 관리자, 단기 관리자), 혁신(개별관리 및 치료, 경제 활동, 인적 자본, 사회적 활동, 질병 진행 예방, 정보관리, 질병 조절을 위한 안정, 만성적 치료), 시민(생활양식, 순응 및 치료, 책임 있는 환자)을 포함하며, 이중 혁신이 가장 중요한 요소이다[7]. 그리고 대상자와 돌봄 제공자, 옹호자뿐만 아니라 가정 및 커뮤니티 케어에서 일하는 파트너들의 중요한 기여에 의존해야 한다. 정부는 성공을 보장하기 위해 긍정적이고 협력적인 관계를 구축하여야 하며 환자를 우선적으로 하여 주민과 가족과 협력하여야 한다[8]. 따라서 복합적인 케어가 필요한 대상자 요구를 충족시키기 위하여 간호사는 커뮤니티 케어 모델의 중요한 요소인 혁신하려는 의지와 함께 대상자, 가족 및 협력 팀원들과 지속적인 의사소통과 확실하고 일관된 관계 유지가 필요하다.

혁신과 변화를 위한 워크숍에 참여한 실무종사 간호사 125명을 대상으로 반구조적 질문지를 이용하여 참여 경험에 대하여 조사하였다. ‘혁신과 변화’를 실천하려는 현장 간호사를 지원하는 조건은 7가지 주제로 나타났다. 즉 문제해결을 위한 개인적인 필요성, 의미 있는 목적을 가진 도전, 명확한 목표와 자원 관리, 적극적인 실험, 진행 상황을 나타내는 경험, 긍정적인 격려와 자신감, 심리적인 안전 제공이었다[13]. 현장 간호사를 지원하는 내외적 조건과 함께 간호를 조정하고 통합 관리를 위한 혁신적인 리더십을 사용하여 전문직 간호사의 역할을 최적화할 수 있다[16].

사례관리 또는 케어관리는 통합케어의 핵심적인 구성요소이다. 특히 서비스 의뢰와 조정 중심의 중계형 모델에 기반을 둔 전통적 사례관리 개념에서 재정과 전달체계의 통합에 초점을 둔 통합모델(consolidated

model)인 케어관리의 변화는 최근 OECD 국가의 통합 케어 체계 관련 주요전략이다. 케어관리는 확장된 사례관리 모델의 기능과 통합된 재정 운용, 일련의 서비스 패키지 등을 특징으로 하며 오늘날 통합적 장기요양제도의 핵심요소로 논의되고 있다. 케어관리는 통합적 재정 운용, 대상자 선정의 명확성, 개입의 지속성, 과정상의 논리성이 절실히 요구된다[17]. 사례관리는 대부분의 사람 중심 통합서비스에서 중심적인 역할을 한다. 한 연구에서 사례관리자들은 사례관리를 통해 노인과의 관계 변화가 있었고 때로는 스트레스가 많았지만 만족스럽고 도전적인 새로운 역할을 발견했다고 진술했다. 또한 간호사와 사회복지사가 사례관리자로서, 새로운 역할은 ‘초점 변화, 사람 중심 접근 방식으로의 전환, 고령자와의 관계 변화’이었고 이런 역할에서 ‘신뢰관계 구축’이 중요한 것으로 나타났다. 이는 사례관리자가 신체적, 정신적, 사회적 및 환경적 건강문제를 해결하는 돌봄 및 지원을 조직하는 노년층의 관점, 가치 및 선호도를 채택하는데 도움이 될 수 있다[1]. 그동안 실무에서 사례관리를 적용한 연구가 많이 이루어졌으나 케어관리를 간호 분야에 적용한 연구는 미흡하므로 추후 연구가 요구된다. 또한 ‘케어관리’ 용어는 아직 보편적으로 사용하고 있는 실정은 아니므로 커뮤니티 케어에서 간호사의 역할이 ‘케어관리자’로 구축되어 가기를 기대한다.

또한 심각한 질환이 있는 사람들에게 지역사회 기반 관리 모델을 적용한 결과, 유용한 것으로 나타났으며 모델에 포함된 다섯 가지 요소는 아래와 같다[12].

- 1) 현재 대부분의 지역사회에 분산되어 있는 사회적 지원, 기본 및 전문 서비스, 호스피스 서비스를 통합한다.
- 2) 완화 치료 범위를 병원뿐만 아니라 대상자 가정, 간호시설 및 사무실 등으로 확대한다.
- 3) 원격 진료를 활용한다.
- 4) 의료 관리와 함께 지원하는 사회서비스의 역량과 조정을 확대한다.
- 5) 가족 돌봄 제공자를 지원한다.

위에서 언급한 지역사회 기반 관리 모델에 포함된 다섯 가지 요소는 간호사가 케어관리자로서 역할을 할 때, 근거 자료로 활용할 수 있을 것이다.

조정과 통합을 강조하는 지역사회 기반 통합 건강 관리 시스템은 향후 서비스의 비용 효율성과 삶의 질 향상을 가져올 것이다. 또한 개인과 사회 자원을 최대한으로 활용하는 통합적인 건강관리 접근법은 대상자 특히 복잡한 만성질환을 앓고 있는 고령자를 위한 케어전달에 효과적일 것이다. 정보 및 통신기술, 가정기반 치료, 환자의 권한 부여, 치료 조정, 지역사회 건강 네트워크 및 거버넌스를 통한 건강증진 같은 건강관리 추세는 건강을 극적으로 개선할 수 있는 가능성을 보여준다[18].

따라서 성공적인 한국형 커뮤니티 케어 모델 개발 및 정착을 위하여 정부, 지자체, 지역주민의 협업적 거버넌스 체계를 공공의 역할로, 특히 재정 분권적 측면에서 구축하는 것이 필요하다[10]. 간호사는 건강증진, 질병예방 및 만성질환관리 서비스를 제공하기 위한 역량 및 기술을 갖추고 있다. 그러므로 간호사는 건강관리전달 체계에서 지속 가능한 간호사 주도 일차건강관리 실무를 수립하고 확장하기 위하여[19], 커뮤니티 케어에서 실무를 통합하고 전문 직종간의 책임을 공유하는 케어관리자 역할을 수행하여야 한다.

#### 4. 커뮤니티케어와 간호교육

변화하는 보건의료 환경에서 새롭게 요구되는 간호사 역할은 고등교육을 요구하며 완화간호, 인구 고령화, 인종 및 문화의 다양성으로 인한 인구 통계학적 변화 등 신생 건강관리 수요에 의해 결정된다[5]. 보건의료인력 부족, 인력 불균형 및 역량 문제를 해결하는 것은 보편적인 건강보험을 포함한 모든 건강관련 목표를 향해 나아가는 과정에서 필수적이다[20]. 따라서 변화하는 보건의료 환경 특히 커뮤니티 케어를 감당할 수 있는 간호사 인력을 효과적으로 확보하기 위하여, 대학은 다양하고 지속 가능한 역량을 갖춘 간호사를 배출할 수 있도록 교육과정을 구성하여야 한다.

4년제 간호학과 81개 대학의 교과과정을 분석한 연

구 결과를 보면 간호학 전공교과과정 총 학점은 다소 감소하였으나 과거에 비해 큰 변화가 없었다. ‘간호와정과 비판적사고’, ‘간호정보학’ 등의 교과목은 증가하였고 자연분야에서 ‘미생물학’, ‘생화학’ 교과목은 감소 추세이며 ‘해부학’, ‘생리학’, ‘병리학’ 등 과목의 실습비율은 현저히 감소하였다. 인문사회과학에 해당되는 과목은 총 13개이고, 그 중 ‘인간관계’와 ‘의사소통’이 가장 많은 대학에서 개설되었으며, 다음으로 ‘간호윤리 및 철학’, ‘성장과 발달’ 순이었다. ‘문화와 간호’ 또는 ‘다문화 간호’, ‘인간행동’, ‘건강과 문제’, ‘성과건강’은 비교적 적은 대학에서 개설되어 있었다[23].

교육과정 운영을 통해 간호대학생의 간호수행 능력을 향상시킬 수 있는 핵심간호역량은 간호지식, 간호술기, 관계 및 협력, 문제해결, 전문직관, 간호관리와 지도력 및 연구능력이고[25], 리더십 역량은 ‘개인의 성실성을 지닌 행동’, ‘효과적으로 의사소통하기’, ‘전문직 윤리 가치를 지닌 행동’, ‘탁월성 추구’, ‘관계형성 및 유지’, ‘비판적 사고’ 등을 포함한다[21]. 그리고 병원의 가치기반 자원관리를 위한 간호 리더십을 통해 저비용으로 최고의 간호를 끌어내기 위한 기술기반 경영 프로세스를 적용한 연구는 간호사 초과 근무수당은 감소되고 환자 만족도와 비용 절감은 증가하였음을[22] 나타내었다. 그리고 전문직간 교육은 간호대학생을 비롯한 보건의료 전공 학생들의 전문직 정체성, 팀워크와 협력, 의사소통 기술을 효과적으로 향상시키며, 더 나아가 대상자 중심의 보건의료 서비스를 가능하게 해주는 원동력이 될 수 있을 것이다[24].

따라서 대학은 실효성 있는 리더십, 간호가치를 표출할 수 있는 간호수가, 다양한 전문 직종 간의 협력 등을 이해하고 실천할 수 있는 이론 및 실습 교과목을 적극적으로 개발하고 운영할 필요가 있다.

또한 통합의학에 대한 지속적인 대중의 관심과 함께 통합의학 서비스는 상담, 독립형 클리닉 또는 기본 서비스 형태로 진행될 수 있고, 미국의 주요 병원에서 지속적으로 수요가 증가하고 있다. 관련 연구를 보면 입원 시 통합의학을 적용한 환자는 서양의학만 적용한 환자보다 약간 높은 비용이 발생하였으나 향후 입원으로 인한 추가 비용 발생을 방지할 수 있었다. 유

사하게 텍사스 지역에서 실시한 후향적 연구도 통합 의학을 적용한 환자의 통증과 약 4%의 병원비 감소를 보였다[26]. 통합의료가 병원비용을 절감시키고 환자 치료 결과를 개선할 가능성을 보이는 점들을 고려하여, 커뮤니티 케어에서 간호사는 전통적인 의료 행위 뿐만 아니라 대상자가 사용하고 있는 보완대체요법을 포함한 통합의학에 대한 수용 및 준비가 필요하다.

지역사회 기반 일차 건강관리를 통합하기 위한 모델은 여러 분야의 총체적인 접근이 필요하다. 다양한 분야의 전통적인 학문에서 나온 이론적 기틀과 접근 방식은 다른 시각과 의미, 가치와 추진력을 직종 간에 서로 조정하며 관계를 구축하는데 시너지 효과를 줄 수 있다[27]. 지역사회 기반 통합케어는 세계보건기구의 지역사회 기반 조정 허브 개념과 유사하며 지역사회 차원에서 질병 치료 및 건강증진을 위한 노력을 통합하는 것을 의미한다. 지역사회 기반 통합케어는 지역사회 네트워크를 통해 지역사회 수준에서 제공될 수 있도록[26] 정부와 지자체는 지원하고, 대학은 간호교육과정에 통합케어 개념을 반영하여 역량을 갖춘 인력을 배출하여야 한다.

급속한 정보통신기술(ICT) 발전은 새로운 이점을 주지만 새로운 도전도 가져온다. 긍정적인 면에서 ICT 도구는 환자의 자율성과 삶의 질을 향상시키고 케어제공 기관의 비용 효율성을 향상시키며, 기관간의 협력 및 대중 참여 문화를 촉진시킬 수 있다. 특히 ICT를 활용한 도구는 만성질환을 앓고 있는 노년에서 발생할 수 있는 복합적이고 다차원적인 문제와 합병증을 가진 환자에게 많은 이점을 줄 수 있다[18].

간호교육에 ICT를 활용한 e-러닝 환경조성으로 학생들은 하루 24시간, 일주일 7일, 수업 자료에 접속할 수 있다. 이러한 학습방법으로 학생들은 학업에 대한 책임과 가정에서의 학습 환경을 관리할 수 있다. 그리고 급속히 변화하는 보건의료 환경에 적응할 수 간호인재 양성을 위하여 교수학습법에 하이브리드 전략을 포함시켜야 한다. 하이브리드 교수학습법은 전통적인 강의실과 온라인 교육 방법을 혼합한 것이다[5].

## 5. 결론 및 제언

인구 고령화에 대비하는 국가정책은 생애주기를 거치면서 노후를 준비하는 사람들과 이미 노년기에 접어들면서 케어를 받아야 하는 사람들의 건강관리 접근 방식에 직간접적으로 영향을 미친다. 최근에 정부가 발표한 노인 커뮤니티 케어 중심 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)’이 실효성 있게 추진되려면 정부와 지자체, 각 관련 단체와 기관은 소요 재정과 인프라, 담당 전문인력, 케어가 필요한 사람과 케어를 담당하는 실무자들의 의견을 충분히 반영하여 시간을 두고 점차적으로 추진하여야 한다.

향후 한국형 커뮤니티 케어의 성공적인 안착을 위해 지방자치 활성화, 정보 공유, 연계 및 협력을 강화할 수 있는 거버넌스 구축이 필요하다[4]. 현재의 건강관리 추세는 커뮤니티 기반 건강관리 시스템을 보완하는 길을 열어주고 있다. 이로 인하여 건강관리 전달체계와 만성질환 예방은 향상될 것이다. 앞으로는 만성질환에 영향을 미치는 다원적 요인을 다루기 위한 효과적인 접근법, 케어 및 관련 기관 종사자와 대상자 간의 협력이 강화될 것이고 이러한 요소를 다루기 위한 최신 정보통신기술(ICT) 활용의 적정성이 규명될 것이다. 혁신적인 e-헬스 거버넌스 접근법은 예방, 치료 및 삶의 질 향상, 특히 만성질환을 가진 노인질환자에게 새로운 혁명을 가져올 것이다[18]. 특히 재정 자원이 부족하고 돌봄 제공자와 옹호자 역할을 담당할 가족이 없는 사람들을 위해 안전하고 수준 높은 의료서비스를 보장하는 최선의 방법에 대해 더 깊이 생각해야 한다[12].

간호사는 지금까지의 전통적인 역할 이외에 다양한 인구, 변화하는 인구 통계 및 새로운 건강요구에 대처하기 위한 역량 및 기술을 갖추어야 한다. 따라서 간호교육도 건강관리 재정 가용성, 지역사회 및 공중보건, 리더십, 대상자 중심의 양질의 의료, 연구와 근거 기반 실무[5], 조정과 협력, 리더십 등의 내용을 다루어야 한다[28].

간호에서 ‘혁신’과 ‘혁신적’이라는 용어는 특히 개인이나 집단이 새로운 것을 개발하거나 현재의 실무



를 향상시킬 때 자유롭게 사용한다. 혁신이 간호 실무에 통합되고 시간이 지남에 따라 유지되려면 수평적(기본) 및 수직적(글로벌) 인프라와 프로세스가 필요하다[29]. 교육과정 혁신은 과거의 분절적인 교육방식에서 통합적인 교육방식으로 나아가야 함을 의미한다. 따라서 커뮤니티 케어 역할을 감당할 수 있는 간호사 역량 개발을 위하여 간호교육과정 개발을 위한 혁신적인 아이디어가 필요하고 이러한 아이디어가 효과적인지를 검증하고 보급 및 확산을 촉진하는 역할을 간호 교육자와 지도자는 수행해야 한다.

본 연구는 한국적인 커뮤니티 케어를 준비하는 단계에서 현실적인 간호정책 과제를 풀어가는 실마리를 찾기 위한 시도로 수행하였다. 따라서 체계적인 문헌고찰 측면에서는 제한점이 있으므로 연구 결과를 일반화할 수는 없다. 그러나 커뮤니티 케어 준비를 위한 간호교육 내용 구성과 간호정책 방향에 근거 자료를 제공할 것으로 기대한다.

## References

1. Ronald JU, Sijrike FM, Karin S, Sijmen AR, Klaske W. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the chronic care model: A qualitative study on embrace. *PLOS One*. 2018;Nov. 15.
2. National health insurance statistical yearbook. Health Insurance Review & Assessment Service/National Health Insurance Service. 2017.
3. VanderBent S, Kuchta B. Valuing home and community care. *Community Providers Association Committee*. 2010;Nov.
4. Yu EJ. Korean community care and Japanese comprehensive community care: Focused on Tokyo, Japan case. *Khealth Issue*. 2018;53 Sep. 27.
5. Jacqueline D. The future of nursing education. *Canadian Medical Education Journal*. 2013;4(1): e113-e114.
6. Kim YY, Yoon HY. Case study of community care: Policy implications from Japan and UK. *Journal of Critical Social Welfare*. 2018;60:135-168.
7. Model for community care. *Health First Europe*. 2012.
8. Patient First: A road map to strengthen home and community care. Ministry of Health and Long-Term Care Office of the Minister. Ontario;2015.
9. Kerry KI, Julia WH, Parminder KH, Michelle LAN. Community care for people with complex care needs: Bridging the gap between health and social care. *International Journal of Integrated Care*. 2017;17(4):2.
10. Welfare Issue Today. *Seoul Welfare Foundation*. 2018;64.
11. Sarah W, Ger C, Yan PM, Erik VR, Marieke S, Luc DW. Development and testing of an online community care platform for frail older adults in the Netherlands: A user-centred design. *BMC Geriatrics*. 2018;18:87.
12. Jeffrey C, Janet C, Joanne L, Diane M, Jeri M, Joseph S, et al. Community-based models of care delivery for people with serious illness. *National Academy of Medicine*. 2017;Apr. 13.
13. Zuber CD, Moody L. Creativity and innovation in health care tapping into organizational enablers through human-centered design. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42(1):62-75.
14. Comprehensive community and home-based health care modeli. *World Health Organization*. 2004; EARO Regional Publication No.40.
15. Tomcavage J, Littlewood D, Salek D, Sciandra J. Advancing the role of nursing in the medical home model. *Nursing Administration Quarterly*. 2012; 36(3);194-202.
16. Steaban RL. Health care reform, care coordination, and transformational leadership. *Nursing Administration Quarterly*. 2016;40(2);153-163.

17. Kim W. A comparative study on establishment of integrated long-term care systems in OCED countries. *Journal of Korean Social Welfare Administration*. 2006;8(2):65-102.
  18. Miguel ÁG, Nandu G. Merging current health care trends: innovative perspective in aging care. *Clinical Interventions in Aging*. 2018;13:2083-2095.
  19. Link DG, Perry D, Cesarotti E. Meeting new health care challenges with a proven innovation: Nurse-managed health care clinics. *Nursing Administration Quarterly*. 2014;38(2):128-132.
  20. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. World Health Organization. Printed in Switzerland. 2018;12-19.
  21. Charles WH, Joseph PD, Jennifer NH, Allison MBW, Steven HC, Nicholas ET, et al. Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal of Healthcare Leadership*. 2017;9:6978.
  22. Caspers BA, Pickard B. Value-based resource management: A model for best value nursing care. *Nursing Administration Quarterly*. 2013;37(2):95-104.
  23. Kim MW, Park JM, Han AK. Analysis of curriculum of 4-year nursing schools. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2011;17(3):414-423.
  24. Park HY, Cho, JY, Chu SH. Interprofessional education programs for nursing students: A systematic review. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2018;24(3):235-249.
  25. Park YI, Kim JA., Ko JK, Chung MS, Bang KS, Choe MA, et al. An identification study on core nursing competency. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2013;19(4):663-674.
  26. Paul T, Amrit S, Andrew P, Alison W, Chris B, Chris M, et al. Evaluating case studies of community-oriented integrated care. *London Journal of Primary Care*. 2018;10(4):73-81.
  27. Carolyn SG, Walter PW, Ross B, Peter C, Tim K, Ann M, et al. Mapping for conceptual clarity: Exploring implementation of integrated community-based primary health care from a whole systems perspective. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(1):14, 1-12.
  28. Knight CC, Hamilton SH. Getting students to value leadership early in the nursing curriculum: Innovation makes it possible. *Nursing Education Perspectives*. 2018;Jun 09.
  29. Albert NM. Operationalizing a nursing innovation center within a health care system. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42(1):43-53.
-