
의료급여사례관리사업 우수사례

2026. 1.

목 차

I. 의료급여사례관리사업

1. 최우수상 : 충청남도 홍성군 윤향아1
2. 우수상 : 충청남도 천안시 양현희8
3. 우수상 : 광주광역시 광산구 김순아14
4. 장려상 : 강원특별자치도 화천군 김명자21
5. 장려상 : 경기도 이천시 이마리아28

II. 재가의료급여사업

1. 최우수상 : 경상남도 김해시34
2. 우수상 : 서울특별시 강동구47
3. 우수상 : 서울특별시 마포구58
4. 장려상 : 전북특별자치도 익산시67
5. 장려상 : 경기도 고양시75

* 사진은 개인정보보호를 위해 삭제함.

I. 의료급여사례관리사업

1 최우수상: 멈춰있던 시간을 다시 걷다

충청남도 홍성군 율항아 의료급여관리사

□ 사례유형

- 장기입원자 사례관리

□ 사례관리 수행기간

- 2025년 1월 20일 ~ 2025년 7월 2일

□ 사례관리 내용

- 프롤로그

처음 최OO님을 만났을 때, 그는 오랫동안 누워 지내던 요양병원 침대 위에 조용히 앉아 있었다. 창밖으로는 따스한 햇살이 비치고 있었지만, 그 빛이 그의 일상 속에는 닿지 않는 듯했다. 젊은 나이에 뇌전증과 심한 지적장애를 함께 가지고 있는 그는 말은 없지만, 열은 미소는 더 없이 해맑았다. 일 년이 넘는 병원생활 동안 보호자와의 연락은 끊기고 병원비는 체납되었으며, 침상생활이 지속되면서 근육이 약화되고 걸음은 불안정해졌다. 병실 안에서의 시간이 쌓일수록, 세상과의 거리는 더 멀어지는 듯했다.

그럼에도 불구하고 나는 그의 미소 속에서 희망을 보았다. 읽지 못하는 성경책을 넘기던 손끝, 서툴게 양치질을 배우던 모습, “친구랑 지내고 싶어요.” 라며 수줍게 웃던 그 표정 속에서였다.

- 대상자 정보

- 인구사회학적 특성

최OO님은 어린 시절 부모의 이혼으로 어머니, 누나와 단절된 채 아버지와 함께 살게 되었다. 그러나 조모의 슬하에서 어렵게 성장하였으나 2008년 조모의 건강이 악화되면서 16세의 나이에 장애인 시설에 입소하게 되었다. 선천적인 지적장애가 있는 상황에서

가족의 무관심 속에 교육이나 사회성 훈련의 기회도 얻지 못한 채 성인이 되었고, 어느덧 32세에 이르렀다. 2024년 1월 뇌전증 발작으로 0000의료원에 11일간 입원치료를 받은 후 대상자에게 관심이 없었던 아버지가 요양병원으로 강제입원을 시키는 상황이 발생되었다. 유일한 보호자였던 아버지가 요양병원에 입원시킨 후 “생계급여 등 수급비를 대신 관리하겠다” 며 통장과 카드를 가져가 처음 몇 개월간은 일부의 병원비를 납부했지만 점차 연락도, 면회도 끊었다. 결국 병원비가 밀리고 간식이나 개인이 필요한 물품조차 구입하지 못하는 상황이 되었다.

- 질병 및 건강상태

2024년 1월 최00님은 갑작스러운 뇌전증 발작으로 00의료원에 입원하게 되었다. 발작 치료 후 전원된 요양병원에서는 더 이상 발작증상이 나타나지 않았지만 병원 생활이 지속되면서 다른 문제들이 발생하기 시작했다. 장기간 침상에 누워있어 근육이 급격히 소실되었으며, 다리는 점점 더 휘어지고 보행이 불안정한 상태로 악화되었다.

뿐만 아니라, 구강 관리가 되지 않아 일부 치아가 손상되면서 음식을 제대로 씹을 수 없게 되었다. 씹고 삼키는 것조차 어려워진 최00님에게 식사는 더 이상 즐거운 일이 아니었다. 하지만 무엇보다도 가장 큰 문제는 의사소통의 어려움이었다. 지적장애로 타인과의 의사소통에 제한이 있었고, 자신의 의사를 명확하게 전달하기 힘들어했다. 단순한 반응이나 짧은 문장으로만 의사를 표현할 수 있었기 때문에, 주변 사람들과의 소통이 매우 제한적이었다.

- 의료이용 행태 및 현황 등

요양병원 입원하기 전, 2023년의 의료이용 행태는 의료기관 이용 수 7곳, 의료급여일수 783일, 기관부담금 3,436,750원 정도였으나 2024년 1월 요양병원에 입원하면서부터 월 평균 200만원 이상의 진료비가 발생되고 있었다.

○ 선정 사유

요양병원은 대체로 와상환자나 치매 어르신들이 치료를 받는 곳이다. 그러나 젊은 나이에 그곳에 머물게 된 최OO님에게 요양병원은 어울리지 않는 공간이었다. 하루 대부분을 침대에서 보내야 했고, 기저귀 착용이 일상이 되었다. 움직임이 줄어들자 몸의 감각은 점점 무뎠고, 근육은 빠르게 약해졌다. 어느새 걸음걸이는 뒤뚱 거렸고, 다리는 점점 휘어갔다. 거기에 구강관리조차 제대로 되지 않아 치아가 많이 썩어, 음식을 제대로 씹지 못하는 상황에 이르렀다. 더 안타까운 일은 가족의 부재였다. 입원초기, 아버지는 “생계 급여를 대신 관리하겠다.” 며 통장을 가져갔다. 처음 몇 달은 병원비가 납부되었지만, 어느 순간부터 연락이 끊겼다. 병원비는 밀렸고, 그에게는 간식이나 필요한 물품조차 살 여유가 없었다. 시간이 흐를수록 체납액은 늘어만 갔다. 의료급여 지출이 증가하고, 병원과의 관계도 점점 불편해졌다. 법적으로 동의해 줄 보호자도, 행정 절차를 도와줄 사람도 없었다. 마치 세상과 단절된 듯한 고립 속에서, 그는 홀로 남아 있었다.

이처럼 최OO님은 스스로 건강을 돌보기 어려운 상황에 놓여 있었고, 경제적 위기와 가족 단절, 연계 시설의 부재라는 복합적인 어려움을 동시에 겪고 있어서 그를 의료급여 사례관리 대상자로 선정하게 되었다. 단지 행정적 절차 때문이 아니라, 그는 다시 세상과 이어져야 할 사람이기 때문이다.

○ 주요문제 진단

- 요양병원 치료 한계로 인한 근육 소실 및 보행 불안정
- 지적장애로 인한 구강관리 및 치과치료 문제
- 장기 입원으로 인한 의료비 손실과 본인부담금 체납
- 보호자 연락 두절로 인한 보호자 기능 회복
- 퇴원 후 돌봄환경의 부재로 인한 입소시설 확보

○ 목표

<표1> 주요문제 진단에 따른 목표

주요문제 진단	일반적 목표	구체적 목표
신체기능 저하	재활·보행 회복 및 자립 강화	① 화장실 이용 훈련(요양보호자 협조) ② 다리 펴기·균형운동 등 운동교육 ③ 보행훈련 실시 및 자기 표현 연습
구강건강 악화	치과치료 및 위생관리 개선	① 양치 및 세면 지도, 일상관리 습관화 ② 치과치료비 지원 ③ 치과치료 후 지속적 관리 지도
의료비 누적	병원비 해결 및 경제 안정	① 병원과 협의하여 분할납부 및 감면 요청 ② 공공·민간 자원 연계로 병원비 지원 ③ 미납금 정산 및 퇴원 절차 지원
보호자 단절	가족 및 법적 보호체계 복원	① 보호자 및 친족 연락 재시도 ② 성년후견인 발굴 및 지정
성인 장애인 시설 부재	안정적 돌봄 확보 및 입소 완료	① 서비스지원종합조사 재신청 ② 공공기관 협력 통한 긴급입소

○ 계획 및 수행

- 요양병원 치료 한계로 인한 근육 소실 및 보행 불안정 완화, 자기표현 연습
최OO님은 장기 입원과 대부분의 침상 생활로 인해 근육이 약화되어 다리 힘 증상이 나타났고, 보행 시 중심을 잃는 일이 잦았다. 이에 병원과 협의하여 점진적인 화장실 이용 훈련을 계획하였다. 요양보호사의 도움을 받아 매일 침상에서 내려오도록 하고, 다리 근육을 펴는 스트레칭과 균형운동을 함께 실시하였다. “서두르지 말고 천천히 걸어요.” 라는 말을 반복하며, 주 1회 이상 방문과 유선 연락을 통해 작은 변화도 격려하였고, 담당 간호사와 단계별 치료 계획을 수립하였다. 그 결과, 기저귀를 착용하지 않아도 스스로 화장실을 이용할 수 있게 되었으며, 보행 시에도 중심을 유지할 만큼 신체기능이 회복되었다. 또한, 이전에는 감정을 표현하지 않던 그가 이제는 “싫어요”, “좋아요” 라는 말을 통해 자신의 의사를 표현할 수 있게 되었다.
- 지적장애로 인한 구강관리 및 치과치료 문제 해결
최OO님은 어린 시절부터 양치질과 개인 위생관리에 대한 연습이 이루어지지 않았고, 심한 지적장애로 인해 치아 대부분이 손상되어

있었다. 이로 인해 식사 시 통증을 느끼며 식사량이 점점 줄어드는 상황이었다. 이에 치과진료를 통해 치아 상태를 확인하고 치료 계획을 수립하였으나, 고액의 진료비 부담으로 치료 진행이 어려웠다. 그러던 중 “지성이면 감천이다” 라는 말처럼, 생활보장팀 의료급여사업에서 추진한 『고향사랑 기부금 공모사업』에 ‘65세 미만 비급여 치과치료비 지원사업’ 이 선정되어 치료비 297만 원을 지원받을 수 있었다. 그 결과 브릿지와 보철치료를 통해 통증 없이 식사가 가능해졌고, 스스로 양치질을 실천하는 습관도 형성하게 되었다.

- 장기 입원으로 인한 의료비 손실과 본인부담금 체납 해결
보호자가 미납한 500만원의 병원비를 해결하기 위해, 나는 병원 관계자와 수차례 면담을 진행하여 병원비 감액 결정을 이끌어냈다. 병원비 마련을 위해 지역사회 자원을 연계하였으며, 사회복지협의회 ‘좋은 이웃들’ 사업에서 60만원, 지역사회보장협의체에서 100만원, 대상자의 생계비 일부 40만원을 활용하여 총 200만원에 병원비를 정산하였다. 이 과정을 통해 사례관리가 지역사회와 함께할 때 비로소 완성됨을 실감할 수 있었다.
- 보호자 연락 두절로 인한 보호자 기능 회복
최OO님의 부모, 누나, 큰아버지 등 모든 가족의 연락처를 수소문 하여 연락을 시도했으나, 아버지는 연락이 두절되었고, 어머니와 누나는 관계를 원하지 않는다는 회신을 받았다. 그 사이 아버지의 사망 소식이 전해졌다. 보호자 기능이 완전히 상실된 상황에서, 성년후견인으로 지역 교회 목사님이 해주기로 하셔서, 이후 성년후견인 신청 행정절차와 시설 입소 과정이 원활히 진행될 수 있었다.
- 퇴원 후 돌봄환경의 부재로 인한 입소시설 확보
퇴원을 앞두고 가장 큰 문제는, 성인 지적장애인을 위한 입소 시설이 적고 대부분의 시설에 대기자가 많아 입소가 어려운 상황이라는 점이었다. OO 지역의 거의 모든 시설에 입소 대기

신청하던 중, 긴급입소 제도를 알게 되었고, 장애인시설 담당 부서 및 해당 시설과 협의한 결과 OO의 한 장애인시설에 입소할 수 있었다. 이를 통해 최OO님은 안정적인 보호 환경 속에서 새로운 삶을 시작할 수 있었다.

○ 결과(평가)

- 대상자 측면

2025년 7월, 최OO님은 요양병원을 퇴원하고 OO의 장애인시설에 잘 적응하며 외출, 여가활동, 프로그램 참여 등 다양한 일상을 경험하고 있다.

- 신체적 변화: 침상 중심 생활에서 벗어나 자립적 보행 가능
 - 정서적 변화: 밝은 표정과 긍정적 언어 사용, 사회적 관계 형성
 - 건강관리 변화: 위생 및 구강건강 개선, 자기관리 수행 능력 향상
 - 법적 변화: 성년후견인 지정 및 급여의 적절한 사용
- 시설 생활 중 장기자랑 초청장을 직접 전달하며 “와주세요”라고 말하는 등 스스로 관계를 맺고 표현하는 능력이 크게 향상되었다.

- 의료이용 및 경제적 측면

- 사례관리 전후 비교 결과, 기관부담금 84.7% 감소
 - 병원비 전액 해결 및 입원 진료비 0원 달성
 - 공공·민간자원 연계를 통한 경제적 자립 기반 확립
- <표2> 개입 전 후 의료비는 동일기간 비교 필요

(단위 : 원, %)

구분	사례관리 전 3개월	사례관리 후 3개월	증감액(증감률)
기관부담금	7,746,550	1,182,690	-6,563,860(-84.7%)

* 출처: 의료급여종합정보지원시스템(2024.12.)

○ 에필로그

돌이켜보면, 이 사례는 단순히 한 사람의 퇴원 지원이 아니었다. 연락이 닿지 않는 보호자를 대신해 문을 두드리고, 끊어진 관계를

대신 이어 붙이며, 병원과 지역사회, 복지기관의 도움을 엮어내는 모든 과정은 마치 한 사람의 삶을 다시 꿰매는 일이었다. 그 실한 올 한 올이 얼마나 가늘고 흔들리던지, 때로는 나도 지쳐서 멈춰 서고 싶을 때가 있었다. 그러나 그의 작은 변화들이 내게 다시 힘이 되었다. 그래서 나는 오늘도 다시, 또 다른 누군가의 회복을 향해 천천히, 그러나 멈추지 않고 걸어가려 한다.

□ 사례유형

- 신규의료급여 대상자 사례관리

□ 사례관리 수행기간

- 2022년 11월 1일 ~ 2022년 12월 11일

□ 사례관리 내용

- 대상자 정보

최OO 어르신은 남자 71세로 서울이 고향이며 15살 때부터 전기 공사 일을 시작하여 65세에 정년을 맞이하여 일을 그만두게 되었다. 과거 전기기술자로 사우디에 다녀오고 지방으로 출장이 잦아지면서 배우자와 관계가 소원해지며 이혼을 하였고, 슬하에 아들이 있었으나 전 배우자가 양육하여 연락이 두절 된 채 살고 있었다. 30년을 한집에서 살고 있으나 공사현장을 다니며 일하느라 OO지역에 연고도 없고 몇 달에 한 번 집에 와 여전히 주변 지리가 낯설고 아는 이웃들도 없다고 하였다. 은퇴 후 외로움을 견디기 어려워 죽을 생각으로 4년 동안 약 2,500병의 소주를 마셨다고 하며 거주지는 반지하로 가파른 계단으로 지상과 연결되어 있었다. 전기기술자 시절 쓰던 작업도구와 각종 집기, 냉장고 4대, 밥솥 3개 등 정리 정돈이 되어있지 않고 어수선한 상태였으며, 형광등이 있으나 전체적으로 햇빛이 들지 않아 집이 어두운 상태였다. 집과 담 사이 좁은 길, 사용하지 않는 작은방에는 소주병이 차곡차곡 박스로 방안에 가득 쌓아 놓은 상태로 얼마나 많은 술을 마셨는지 한눈에 알 수 있을 정도였다. 식사는 직접 준비하고 보름 정도는 밥을 해 먹고, 쌀이 없을 때는 라면과 비빔면 등으로 식사를 해결하고 있었다. 어르신은 그동안 모아놓은 돈과 기초연금, 폐지 수집을 하며 생활을 해왔으나 작년 집 계단에서 넘어져 어깨를 다친 후에는 일을 못하고 병원 진료도 받지 못한 채 집에서 “얼마나 많은 술을

먹어야 죽을 수 있을까” 라는 생각으로 죽지 못해 살아왔다고 한다.

○ 선정 사유

대상자는 2022.10월 의료급여 신규대상자로 유선 상담과 가정 방문 시 지속적인 만취 상태로 정상적인 일상생활 유지가 어려워 보였다. 열악한 거주환경을 보여주듯 정돈되지 않은 채 어지럽게 쌓여 있는 물건과 오랜 기간 청소가 이루어지지 않아 거미줄이 군데군데 먼지와 함께 뒤엉켜 있었다. 경제적인 문제로 어깨수술 후 핀 제거 수술을 하지 못하고 치아 또한 음식을 씹다 부러져 치료도 받아야 하나 해결되지 않은 문제를 술에 의지하고 있었다. 본인이 전기 기술자인데도 나이가 들어 아무것도 하지 못하고 쓸모없는 사람이 되어간다는 것이 슬프다고 하소연하였다. 극단적인 생각까지 든다며 “저도 고상하게 늙고 싶습니다.” 라고 혼잣말처럼 읊조렸다. “고상하게 늙어 간다는 것은 어르신이 생각하기에 어떻게 살아 간다는 것일까요?” 라며 나는 되물었다. 그것이 어르신을 돕게 되는 계기의 질문이었다. “쓸모 있는 사람으로 사람답게 살아가는 것이요” 라고 말씀하시며 어르신은 눈물을 감추었다. 노인 단독가구로 알코올에 의지하고 있는 이 환경에서 벗어나길 간절히 원하여 정신, 자살예방센터의 전문적인 치료와 상담이 필요하다고 판단되어 통합사례관리 대상자로 의뢰하게 되었다.

○ 주요 문제 진단

- 대상자의 표현된 욕구

- 우울증으로 인한 자살 위험성이 있어 상담 필요
- 알코올 중독으로 인한 전문센터의 치료 필요
- 경제적 어려움 문제(월세, 어깨수술 후 핀 제거 수술 필요)
- 열악한 거주지(반지하)로 인한 이사 문제
- 상실 치아 치료 지원 문제
- 일상생활 유지를 위한 도움과 지원 문제

○ 목표

일반적인 목표	구체적인 목표
경제적 어려움	· 소득 활동의 부재로 의료, 주거비 부족 → 통합사례관리사업비 지원
정신적 건강문제	· 알코올 금주, 우울증 치료를 위한 지원체계 연계 → 중독관리통합지원센터, 정신과 약물복용
신체적 건강문제	· OO정형외과병원, OO의료원 건강검진 등 연계
주거 문제	· 긴급주거 및 주거상향 지원연계(LH전세임대 입주)
사회적 안전망 부재	· OO종합사회복지관, 노인맞춤돌봄서비스 자원연계
일상생활 지원	· 복지정책과 맞춤형복지지원팀 통합사례관리사/ 의료급여관리사/ OO행정복지센터 집중 모니터링

○ 계획 및 수행

의료급여제도 안내를 위한 방문일(2022.11월) 다음날 통합사례관리사, OO종합사회복지관 과장·직원과 함께 어르신 집에 가서 욕구조사 및 자원연계를 위한 상담을 하였다. “어제부터 금주하고 밥을 먹고 있으나 많이 힘들다” 며 지남력은 양호하였으나 신체적 전신 통증, 수전증, 수면장애 등의 금단증세가 관찰되었고 소주병이 쌓인 방을 보여주며 4년 전부터 계속 술을 먹고 죽으려고 했는데 이렇게 여러 가지로 도와주신다고 하니 감사하다며 자신의 과거 이야기를 들려주셨다.

우리는 집에서 무료한 시간을 보내지 않고 집 근처에 있는 OO 종합사회복지관에 나와 프로그램에 참여하기를 안내하였으며 가져온 생필품을 전달하고, 추후 의료급여관리사, 통합사례관리사, OO 종합사회복지관 과장과 회의 후 어르신을 위한 어깨 수술 의료비 지원, 치아치료 지원, 밑반찬 서비스 지원, 긴급 주거지원, 알코올 중독 상담 등을 연계하여 대상자의 일상생활 자립을 돕기 위한 통합 사례회의를 하기로 하였다. 또한 어르신의 복합적인 문제를 해결하고자 관련 전문기관과 함께 위기상황을 해결하기 위해 우선 복지정책과 맞춤형복지지원팀 내부사례회의를 통해 고난도 사례 관리대상자로 선정 하였고, 다음과 같은 자원 연계를 진행하였다.

- 22. 11. 내부사례회의의 진행하여 사례관리 대상자로 선정
- 22. 12. OO정형외과 <상완골외과목의 골절, 폐쇄성> 핀 제거술 시행
- 22. 12. 주거취약계층 주거상향지원사업 신청 → 23. 4. LH전세임대입주
- 22. 12. OO치과의원에서 <치아상실> 치료 시작 → 임플란트 지원
- 22. 12. 노인맞춤돌봄서비스 신청
- 23. 04. 중독관리통합지원센터 상담 및 모니터링
- 23. 05. OO 건강가정지원센터 지원으로 주거환경개선을 위한 정리수납 실시
- 23. 05. OO종합사회복지관 프로그램 대상자 등록 및 참여

사례관리 이후 처음에는 망설이며 가기 꺼려하던 OO종합사회복지관을 생활지원사 없이 혼자 방문하여 점심식사를 하고, 프로그램을 이용하며 사람들과 어울리고, 집 주변 산책을 하며 걷기운동도 하면서 자연스럽게 음주 횟수가 줄고 어르신도 복지관 이용을 만족해하며 안정된 일상생활을 유지하고 있다.

○ 결과(평가)

- 대상자 측면
 - 아무것도 할 수도 어느 곳에서도 써주지 않는 쓸모없는 사람이라는 생각으로 하루하루를 술에 의지하며 모든 걸 포기하고 싶었으나 여러 기관에서 도와주어 새롭고 깨끗한 보금자리가 생겨 살고자 하는 의지가 생겼다.
 - 또한 해결해야 할 막막했던 문제들이 하나씩 해결되어 지역사회에서 한 사람으로서 살아갈 수 있게 되어 자신감과 삶의 질이 향상 되었다.
 - 의료급여관리사, 통합사례관리사, OO행정복지센터, OO중독관리지원센터, 종합복지관 등의 협업으로 자원 연계 및 집중 모니터링, 후원물품 지원, 정서적 지지로 심리적 안정을 찾을 수 있었다.
 - 어느 날 술을 먹으면서도 양을 조절하는 변화된 자신을 보며 감사하는 마음으로 건강관리에 더 집중할 수 있게 되었다고 한다.

- 의료급여 측면

A (개입 전 3개월 의료비)	B (개입 후 3개월 의료비)	A-B (절감액)	증감률
-	2,234,430	-	.

* 출처: 의료급여종합지원시스템 개입 전 2022.08.01.~10.31/ 개입 후 2022.11.01.~2023.01.31.

○ 성공 및 장애요인, 개선사항

예전 반지하 집은 OO종합사회복지관과 근거리에 있었고 OO행정복지센터에서 수급자 신청을 하였지만 은둔생활을 하여 발굴 사각지대에 있었던 분이다. 신규 의료급여를 취득하게 되면서 방문 상담을 통해 알콜중독 및 자살 등 상황 악화되기 전 악화되기 전 조기 상담이 이루어져 의료비 절감 효과가 발생했다고 본다. 이제는 자신이 어떠한 어려움이 생겨도 절망적이지 않고 회복할 수 있다는 자신감과 언제든 돌아갈 집이 있다는 희망이 있기에 작은 기술이나마 봉사하며 살고 싶은 욕심이 생겼다고 한다. 떠나는 순간까지 자신의 존재를 인정하고 삶을 사랑하고 싶어 하는 어르신은 “저도 고상하게 늙고 싶습니다.” 라는 말의 의미를 서서히 변하시는 어르신을 지켜보면서 조금은 알게 되었다. 일상 속 소소한 즐거움에서도 작은 행복을 느끼는 어르신의 빛나는 인생 2막은 내일도 계속될 것이라 믿으며 응원의 박수를 보낸다.

- 장애요인

- 노인맞춤돌봄서비스 신청 후 서비스 지원 시작까지 수일이 소요되었다.
- 음주로 인해 전화를 받지 못하는 상황이 많아 직접 찾아가서 상담을 했다.
- 처음에 중독관리 상담을 거부하며 본인 스스로 금주를 해 보겠다고 노력하였으나 번번이 실패하여 상담받기까지 설득과 기다림의 시간이 길었다.
- OO종합사회복지관에서 배부하는 도시락을 직접 수령하도록

복지관을 이용할 수 있게 하였으나 주위 시선을 의식하여 두 번 이용 후 중단하였고 복지관에서 직접 도시락을 배달해주는 번거로움이 있었다.

광주광역시 광산구 김순아 의료급여관리사

□ 사례유형

- 의료급여 장기입원사례관리 대상자의 지역사회 복귀를 위한 공공 부문 통합 사례관리 실천사례

□ 사례관리 수행기간

- 2024년 12월 10일 ~ 2025년 6월 12일

□ 사례관리 내용

- 프로로그

하루 종일 햇볕 한 번 들지 않는 어둡고 컴컴한 요양병원 6인실의 구석진 침상을 거주지로 등록하고 3년을 장기 입원 중인, 왕년에 잘나가던 수학학원 원장님은 뇌졸중 후유증으로 우측 편마비 증상이 있어 휠체어가 없으면 꼼짝없이 침상에 누워 있는 신세가 되었다. 약간의 구음장애는 있었지만 의사소통은 가능하였다. 요양병원에 주소를 두고 장기 입원 중인 대상자 사례관리 차 방문했던 그날, 켄한 시선으로 “살 집만 있으면 집에서 살고 싶어요. 학원비가 없어 수학학원을 못 다니는 어려운 아이들을 위해 재능기부도 하고 싶어요.” 라며 어렵게 퇴원의 의지를 보인 것이다. 지금껏 요양병원에서 죽을 것이며 제발 더 이상 본인을 만나러 오지 말아 달라고 당당하게 말했던 것과 다르게, 오늘의 의지는 내 집에서 행복한 삶을 살고 싶은 간절한 외침으로 들렸다.

- 대상자 정보

- 인구사회학적 특성

차OO님은 남자 73세로, 과거 수학학원 사업 실패와 이혼으로 고액 부채가 생긴 후 가족 간의 단절로 혼자 살던 중 집주인으로부터 뇌졸중으로 쓰러진 채 발견되었다. 급성기 병원에서 수술한 후 2021년 5월부터 요양병원에 주소를 두고 장기입원이 시작되었다.

학원 사업 실패로 통신료 미납, 건강보험료 미납, 16건 가량의 소송이 진행되었고, 압류가 추정되었다. 영구임대주택 신청 후 집 계약까지 완료하였지만 통신료 미납으로 휴대전화 개통할 수 없었고, 건강보험료 미납으로 노인장기요양보험 신청이 어려웠다. 퇴원 후 안전을 위해 휴대전화 준비, 돌봄 제공 등 기본적인 서비스부터 막혀버렸다.

- 질병 및 건강상태

2020년 1월 뇌경색으로 쓰러진 후 급성기 병원에서 수술 후 요양 병원에 전원되어 상세불명의 편마비, 뇌경색증, 대뇌동맥류, 대퇴골 전자부위의 골절(폐쇄성), 당뇨병 등으로 입원 치료 중이었다. 발등부터 다리까지 코끼리 다리처럼 부종이 심하여 발을 휠체어에 옮기기가 힘들어졌다고 하였다. 담당 의사와 간호사실에 이야기 하였지만 검사 등 별도의 조치는 시행하지 않았다고 한다. 요양 병원에 전원한 후 침대에서 떨어져 대퇴골전자부위의 골절(폐쇄성)을 입은 날부터 거동이 안 되어 휠체어를 타게 되었다. 골절로 인해 수술을 원했지만 타 병원으로 전원될 경우 보호자 동행 및 주소 이전을 안내받아 수술 시기를 놓쳐버렸다고 하였다.

- 의료이용 행태 및 현황 등

2021년 5월 의료급여 1종을 취득하고, 5월부터 요양병원에 주소를 두고 장기 입원하였다. 2025년 6월 요양병원 퇴원 5개월 전 입원 진료비 기관부담금은 16,141,770원으로 월평균 입원비가 320만 원 발생하였다.

○ 선정 사유

우리 구는 매년 초 요양병원에 주소를 둔 수급자 실태조사를 우선 실시하고, 의학적 소견과 퇴원 의지를 종합하여 퇴원 전 거주지 마련과 퇴원 후 재가 의료급여대상자로 선정한다. 이후 의료, 요양, 돌봄 등 통합서비스를 제공하여 병원이 아닌 본인의 집에서 충분히 행복한 삶을 누릴 수 있도록 통합돌봄서비스를 지원하였다.

'24년 지역 특화사업으로 만난 차OO 님은 요양병원이 아닌 본인 집에서 자유롭고 건강한 삶을 꿈꾸고 있었으며, 오랜 병원생활에 지쳐 있었다.

결국 하루를 살더라도 집에서 살다가 죽고 싶다는 결단으로 도움을 요청하였다. 우선 영구임대주택을 신청하여 2024년 12월 본인 명의의 영구 임대아파트를 계약하였다. 차OO 님은 퇴원하여 집에서의 행복한 일상생활과 학원비가 없어 학원을 다니지 못하는 아이들에게 수학을 가르치는 재능기부의 꿈도 꾸게 되었다.

○ 주요 문제 진단

- 의료급여제도 이해 부족으로 인한 부적정 장기입원 지속
- 거주지 부재로 인한 지역사회 복귀 지연
- 퇴원 계획 수립을 위한 지역사회서비스 자원연계
- 돌봄 지지체계 부재로 인한 퇴원 후 생활불안정 우려
- 재입원 및 건강 악화 가능성으로 인한 다학제적인 접근 필요
- 안정적인 지역사회 복귀 위한 자원연계 부족

○ 목표

- 일반적 목표, 구체적 목표

일반적인 목표	구체적인 목표
1)장기입원사례관리 제도를 이해한다	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 부적정 장기입원의 문제점을 인지하고 퇴원 결정한다.
2)거주지 마련하여 퇴원한다.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 영구임대주택 신청하여 거주지를 마련한다.
3)퇴원 계획 수립한다.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 퇴원 전 공공부문 통합사례관리 「고난도사례관리」 의뢰하여 복지서비스 연계한다. ▪ 우측편마비,하지근력부족,손목,손가락관절 구축으로 인한 일상 운동능력 개선위해 재활요양병원 재활치료 연계한다. ▪ 안전, 가구, 가전, 이불 등 복지서비스 연계하여 거주지 정착을 돕는다.
4)성공적인 지역사회 정착위해 돌봄인프라 구축한다.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 장기노인요양보험 신청하여 주3회 요양보호사를 연계한다. ▪ 긴급돌봄 신청하여 돌봄공백 메꾼다. ▪ 주말 돌봄 공백 위해 재가의료급여사업 돌봄 연계한다.
5)건강악화와 재입원 방지 위해 다학제적인 접근으로 연계한다.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 재가의료급여사업 대상으로 선정하여 합리적인료이용 및 건강 관리 가능하게 한다. ▪ 재가의료급여사업 협력의료기관 연계하여 정확한 질병진단,

	<p>건강악화를 예방한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 장애인주치의제도 연계하여 방문의료간호 가능하도록 한다. ■ 다학제주치의 연계하여 자가건강관리능력을 향상시킨다.
6)안정적인 지역사회 복귀 위해 지역자원과의 지속적인 연계, 협력 구축한다.	<ul style="list-style-type: none"> ■ 응급안전서비스(응급벨,미끄럼방지매트,화재경보기,119안심콜, 비상호출버튼 등), 교통약자 이동지원서비스 새빛콜, 주거환경 개선지원사업 안심도어락설치, 안전바, 문턱제거 등 지역사회 연계.협력 통하여 안정적인 지역사회 복귀 돕는다.

○ 계획 및 수행

- 의료급여제도 이해 부족으로 인한 불필요한 장기입원 지속 요양병원에 주소를 두고 장기입원 중인 대상자에게 치료 목적이 아닌 단순 거주 및 숙식 목적으로 입원하는 것은 부적정 장기입원임을 인지시켰다. 대상자가 퇴원의사를 보이자 거주지 신청 및 안정적인 생활 유지를 위한 자원연계와 다양한 정보를 제공하여 퇴원을 유도하였다.
- 거주지 부재로 인한 지역사회 복귀 지연
퇴원 결정을 내린 후 영구임대주택을 신청하여 일반세대 계약을 완료하였으며, 임대보증금 부족분은 공공임대 무이자 임대보증금 지원사업을 통해 50% 지원받아 4년 상환으로 갚기로 하였다. 차OO님에게 아파트 계약이 이루어지고 가구와 가전, 살림이 채워지는 모습을 사진으로 보며 퇴원을 서둘렀다.
- 퇴원 계획 수립을 위한 지역사회서비스 자원연계
우측 편마비, 하지 근력 저하, 손목·손가락 관절 구축으로 인해 일상생활 수행이 어려워 퇴원이 어려운 상황이었다. 이에 공공 부문 통합사례관리 고난도사례 의뢰를 통해 지역사회 정착을 위한 사전 퇴원계획을 수립하였다. 사례회의 결과, 담당의사는 “2개월 정도 재활치료 후 스스로 우측 다리에 힘이 생기면 퇴원을 고려하자” 고 제안하였고, 재활요양병원 전원을 결정하였다. 그러나 입원과정에서 피부질환(음)이 확인되어 1~2주간 격리치료가

필요했고, 대상자는 불만을 표하며 치료를 거부하고 폭언·폭행 시도를 하는 등 문제행동을 보였다. 결국 담당의사는 치료 중단을 선언하였고, 대상자는 이전 요양병원으로 재전원되었다.

전원 후 다시 만난 차OO님은 “선생님, 고생시켜드려 죄송합니다.” 라며 진심으로 사과하였다. 오랜 장기입원으로 인한 부적응행동임을 이해하며, 다시 공공부문 통합사례관리 연계·협력회의를 가동하였다. 퇴원 전 화장실·거실 안전바 설치, 가전·가구·생필품 지원, 통신비 체납 해소, 건강보험료 납부등을 점검하며 퇴원계획을 구체화하였다.

- 돌봄 지지체계 부재로 인한 퇴원 후 일상생활 불안정 우려
퇴원 전 가장 우려된 부분은 돌봄 부재였다. 대상자는 혼자서는 일상생활 수행이 불가능하였기에 노인장기요양등급을 신청했으나 ‘등급외 A’ 판정을 받았고, “건강보험료 체납 등 답변을 받았다. 금융복지 상담센터에 연계하여 체납 문제를 해결 하였다. 차OO님은 돌봄 준비가 안 된 상태로 갑자기 퇴원을 통보하였고, 자원봉사자, 통장, 주거복지센터 직원이 24시간 대기하며 화장실 이용을 도왔다. 이후 긴급돌봄을 신청하고 협력의료기관을 통해 장기요양등급을 재신청하여 3등급(재가) 판정을 받았다. 주 3회 요양보호사가 방문하며, 주말 돌봄은 재가의료급여사업비를 활용해 돌봄 공백 없이 지원하였다.
- 재입원 및 건강 악화 가능성으로 인한 다학제적인 접근 필요
퇴원 후 재가의료급여대상자로 선정되어 정확한 질병 진단 및 치료, 건강 악화에 따른 재입원 예방을 위해 협력의료기관에 OO을 의뢰하였다. 장애인주치의 제도와 연계하여 방문의료·방문간호 서비스를 제공하였으며, 관절 구축과 하지 근력저하로 인한 일상기능 회복을 위해 작업치료 및 만성질환 자가건강관리 지원을 병행하였다. 다학제 주치의 연계를 통해 우울감이 감소하고, 대상자는 서서히 삶의 희망을 되찾고 있다.

- 안정적인 지역사회 복귀 위한 자원연계 부족
영구임대주택 계약 시 일반용 주택으로 입주하였으나, 이후 한국토지주택공사(LH)의 협조로 휠체어 접근이 가능한 화장실이 구비된 주거약자용 동호수를 변경하여 재입주하였다. 이사비용 지원, 응급안전서비스(응급벨·미끄럼방지매트·화재경보기·119안심콜·비상호출버튼 등) 설치, 안심도어락, 새빛콜(교통약자 이동지원) 연계, 안전바 및 문턱 제거 등 안전한 주거환경 조성을 지원하였다. 퇴원 전부터 시작된 차OO님 맞춤형 공공부문 고난도사례관리팀은 단체 채팅방을 통해 실시간 정보를 공유하며, 연계·협력을 바탕으로 문제를 하나씩 해결해 나가고 있다.

○ 결과(평가)

- 대상자 측면
지역사회 다양한 지지체계를 통해 영구임대주택 일반세대에서 주거약자형 세대로 재입주하여 휠체어 이용 및 화장실 이동이 가능한 안전한 주거환경과 생활환경이 조성되었다. 민·관 협력체계를 통해 지역사회 내 촘촘한 돌봄망을 형성하여 일상생활을 회복하였다.
- 의료이용 측면
차OO님은 퇴원 전 5개월 동안 총 의료비가 16,141,770원에서 퇴원 후 의료비는 3,294,100원(-79.6%)으로 대폭 감소되었다.

<표1> 의료급여 의료비 이용내역

A (퇴원 전 5개월 의료비)	B (퇴원 후 5개월 의료비)	A-B (절감액)	증감률
16,141,770원	3,294,100원	12,847,670원	-79.6%

※ 출처: 의료급여종합정보지원시스템

○ 에필로그

요양병원 주소지 장기입원 과정에서 치료 기회가 상실된 차OO님을

지속적인 의료급여 장기입원사례관리로 “집에서 살고 싶다”는 욕구를 실제 행동변화로 이끌어냈다. 퇴원 전부터 민·관 통합 사례관리 체계를 구축하고 퇴원 후에도 고난도사례관리 연계·협력을 통한 개입과 모니터링으로 단순 퇴원지원뿐 아니라 퇴원 후 안정화단계까지 지속적으로 관리·지원함으로써 성공적 지역 사회 통합돌봄 실현의 모델이 되었다.

차OO님은 말한다.

“선생님 저 이제는 요양병원 절대안가요 오늘 죽더라도 후회없어요”

강원특별자치도 화천군 김명자 의료급여관리사

□ 사례유형

- 장기입원 사례관리

□ 사례관리 수행기간

- 2022년 4월 26일 ~ 2022년 11월 16일

□ 사례관리 내용

- 대상자 정보

- 인구사회학적 특성

대상자는 77세 남성이며 심한 청각장애와 더불어 학습 경험이 전무한 문맹으로, 제한적 글자 이해로 의사소통에 어려움을 겪고 있었다. 영구 기도개방 기관루를 가진 형이 의료기관을 찾아주는 유일한 가족이었으나, 2014년 형마저 세상을 떠나면서, 가족의 부재 속에 형의 사망 소식조차 전달받지 못하고 13년째 병원 생활을 이어오고 있었다.

대상자의 장애와 문맹은 사회적 관계 형성 과정에서 고립감을 유발하는 주요 요인이었고 고향마을 이름이 쓰인 글자를 보여 주었을 때, 환한 표정으로 자신의 고향임을 알아보는 모습에서 고향에 대한 강한 향수를 엿볼 수 있었다.

- 질병 및 건강상태

대상자는 기초생활 수급자로, 개 사육으로 생계를 이어가던 중 2008년 경운기 사고로 인해 뇌내출혈으로 입원 치료를 시작했다. 다행히 신경계 손상이 크지 않아 보행 가능하며 일상생활이 가능한 수준이었다. 이외에도 담낭염과 탈장으로 수술 병력 있으며, 알츠하이머 치매와 전립선증식증의 진단으로 입원 치료를 진행하고 있었다. 다만, 진단에도 불구하고 인지 기능 및 행동 면에서의 뚜렷한 문제는 확인되지 않았고 병실 환자들과 장기를 두고 흡연이 유일한

소일거리였다.

- 의료이용 행태 및 현황 등

2008년 뇌내출혈 진단 후, 대상자는 후유증 관리와 담낭염, 탈장 수술, 알츠하이머치매, 전립선증식증 등의 복합 질환으로 인해 약 13년간 한두 곳의 의료기관을 오가며 입원 생활을 이어왔다. 의료급여수급자로서 의료비 부담이 거의 없다는 점과, 가족 부재로 인한 사회적 상황이 맞물려 장기 입원이 가능했던 것으로 판단된다. 이는 대상자가 의료기관을 삶의 중심으로 삼아 고립된 병원 생활을 이어나갈 수밖에 없는 현실을 만들었고 약 3억 원이라는 의료비가 소요되었다. 이는 의료급여제도가 한 개인의 생애에 미치는 영향을 보여주는 단면이라 할 수 있다.

○ 선정 사유

대상자는 인구사회학적 취약 속에 사회적 고립을 겪고 있고, 63세에 시작된 13년 장기 입원 생활은 고령화와 맞물려 복합 만성 질환의 건강 악화를 가속시키는 주된 요인이 되었다. 활동량 감소가 또 다른 건강 문제로 이어지는 악순환의 고리가 형성되어 대상자의 독립적인 삶을 위협하고 있다고 판단된 바, 건강하고 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 통합적인 지원을 제공하고자 사례관리 대상자로 선정하게 되었다.

○ 주요 문제 진단 및 목표 설정

2020년 장기입원 실태조사에서 문제가 발견된 대상자 사례관리는 인구사회학적 취약성으로 6개월 내 건강 변화 유도에 한계가 있어, 장기간 신뢰형성 및 지속적인 개입이 필수적이므로 공식 수행 기간을 넘어선 추가 개입이 이루어졌음을 밝히는 바이다.

<표1>

주요문제	일반적 목표	구체적 목표
돌봄제공자 부재 등으로 인한 부적정 장기입원	지역사회 돌봄 전환을 위한 환경을 구축한다.	- 대상자 신뢰 관계 형성 - 지역사회 복귀 준비 및 퇴원
의료기관 중심의 삶과 고립으로 인한 자원연계 부족	병원 중심의 생활에서 벗어나 지역사회 자원과 사회적 네트워크를 강화하여 고립감을 완화한다.	- 노인장기요양 등급 신청 - 시설 적응 훈련 - 지역사회 유관기관 협업을 통한 지역사회 보호로 정서적 고립 지원
장기입원으로 인한 활동 감소와 연결된 건강 악순환	신체적·정신적 활동성을 점진적으로 회복시켜 만성질환 악화를 예방하고 일상생활 자립도를 향상시킨다.	- 생활습관 개선(금연) - 제한된 건강 지식으로 인한 잘못된 건강 신념 변화 유도

○ 계획 및 수행

- 초기 라포 형성

대상자는 청각장애와 문맹으로 언어적 상호작용이 제한되며, 장기입원과 고립으로 낯선 사람에 대한 경계심이 높은 상태였다. 대상자가 고향이라는 단어에 긍정적 반응을 보인 점을 바탕으로, 동일 고향 출신의 공공기관 직원 배정을 통해 친숙함과 안정감을 유도하고 초기 신뢰를 형성하고자 하였다. 또한 소소한 물질적 보상(포장된 사탕·과자 제공)으로 방문 경험을 긍정적으로 각인시키는 보조수단으로 활용하여 향후 효과적인 욕구 파악 등의 토대를 마련했다.

- 퇴원 유도를 위한 의료기관과의 협력

13년간의 병원 생활은 대상자로 하여금 의료기관 중심의 삶이 유일한 대안으로 여기게 했고, 병원 밖 세상을 위협하게 인식하는 듯했다. 개입 초기, 고향 행정지를 보여주며 귀환을 권유했으나, 대상자는 고개를 저으며 병원 생활을 선호했다. 그러나 3년간의 라포 형성을 통해 쌓인 신뢰를 바탕으로 시도한 요양원 적응 프로그램은 비록 2시간에 그쳤지만, 새로운 환경 탐색의 귀중한 기회가 되었다. 의료기관과 수시로 소통하여 주치의에게

퇴원 가능 소견을 받아 시설 입소라는 새로운 여정을 시작하려 했다. 그러나 일부 노인장기요양시설장들은 흡연 이력과 장애로 인한 부적응 가능성을 이유로 입소를 거부하는 안타까운 상황에 직면했다. 이는 책으로만 알던 낙인과 선입견이 현실로 다가와 충격을 주었지만 동시에 나를 성찰하고 지혜를 얻는 소중한 계기가 되었다. 다행히 대상자의 지역사회 보호를 긍정적으로 검토해준 시설장과의 논의 끝에 사회복지 담당 공무원과 퇴원 절차를 순조롭게 진행할 수 있었다.

- 안정적 지역사회 보호를 위한 자원연계 및 유관기관과의 협업 지지체계가 전무한 대상자의 지역사회 보호 방법은 시설 입소 뿐이어서 장기입원 사례관리를 시작으로 노인장기요양등급을 신청한 결과 재가 및 시설 4등급 판정을 2022년 7월 통보 받았다. 당시 코로나 팬데믹 상황을 고려하여 안전한 시설 입소를 위해 건강 검진, 코로나 음성 확인 검사를 진행하고 주민등록증 재발급 신청 후 임시 신분증을 발급받으며 행정적 준비에도 만전을 기하였다. 오랜 병원 생활로 인한 지역사회와의 고립 현상을 회복하고 안정적인 시설 적응을 돕기 위해, 시설 관계자와 논의하여 일정 기간 시설 적응 훈련을 거친 후 정식 입소 절차를 진행하기로 했고, 마침내 11월, 고향 마을 노인장기요양복지시설에 정식으로 입소하게 되었다.
- 자가관리 및 건강행동 변화 지원
 대상자의 장기 입원은 활동 감소와 삶의 잔존 능력을 저하시켰으며, 정서적 어려움을 달래려던 흡연은 만성질환 악화와 안전을 위협했다. 이에 퇴원 전 의료기관 협조로 시도한 금연은 현재까지 성공적으로 유지되어 안정된 시설 생활을 이어가고 있다. 비록 근력 회복에 한계가 있었지만, 매일 걷기 운동과 시설 프로그램(화투, 장기, 민요듣기 등)에 적극 참여하고 있다. 이는 병원 생활과는 다른, 시설의 세심하고 진정성 있는 노력과 함께 지역사회의

따뜻한 관심, 맞춤형 서비스가 삶의 의지를 공고히 함에 작용한 결과라고 생각된다.

○ 결과(평가)

- 대상자 측면

- (건강행동 변화와 자가관리 증진) 만성질환 악화 요인이었던 흡연을 중단하고 현재까지 금연을 유지하였고, 걷기 운동과 프로그램 참여로 건강을 관리하고 있다.
- (사회적 관계 및 상호작용 증진) 지역사회 통합 맞춤형 서비스를 받으며 취약성과 경계심이 신뢰로 바뀌었고, 관계망 확장과 소통을 통해 고립감이 효과적으로 완화되었다.
- (자율성 증진 및 삶의 의지 고취) 병원 중심 삶에서 벗어나 시설 생활에 적응하며, 지역사회의 지원 아래 삶의 의지를 확고히 하고 있다.

- (의료이용 측면) 대상자는 2022년 11월, 13년간의 병원 생활을 마무리하고 퇴원했다. 대상자의 제한적인 의지와 환경 속에서도 지역사회 유관기관과의 협력을 통해 설정했던 목표를 달성했다. 13년간 총 3,005,001,890원에 달했던 진료비는 퇴원 후 2025년 현재까지 15,583,050원으로 감소하였으며, 퇴원 3년이 지난 현재 진료비는 <표2>와 같이 동일 기간 대비 53,408,810원(77.4%)의 감소 효과가 있었다.

<표2> 개입 전·후 의료비 동일 기간 비교

A 개입 3년 전 의료비/ 월평균	B 개입 3년 후 의료비/ 월평균	A-B (절감액)	증감률
68,991,860원/ 1,916,440원	15,583,050원/ 432,860원	53,408,810원	-77.4%

○ 성공 및 장애요인, 개선사항

- 성공요인

- (지속적이고 섬세한 라포 형성을 통한 신뢰 구축) 장기간 관계 형성으로 쌓은 신뢰는 대상자의 마음을 열게한 변화의

초석이 되었다.

- (다각적인 유관기관 협력과 장벽 극복을 위한 노력)
의료기관, 시설장과의 협력으로 퇴원 및 사회적 낙인 장벽을 극복하고, 지역사회 자원 연계 및 통합적 접근으로 지역사회 보호를 가능하게 했다.
- (대상자의 내재된 삶의 의지와 맞춤형 동기부여 지원)
통합적 맞춤형 지원과 시설·지역사회의 진정성 있는 노력은 대상자 장기 병원생활 및 질병적 제약을 극복하고 능동적 주체로 성장하는 근간이 되었다.

- 장애요인

- (윤리적 딜레마) 지지체계 부재와 소통의 어려움 속에서 대상자의 눈빛과 행동으로만 대상자 의지를 헤아리고, '최선이 아닌 차악'을 선택해야 했던 윤리적 딜레마는, 감정 소진과 두려움, 심리적 부채의식으로 담당자로서 정체성 혼란과 자괴감으로 목표 설정에 회의적으로 작용하기도 했다.

- 개선사항

- (입원 대상자 조기 개입 및 예방 시스템 강화) 장기입원으로 인한 고립 심화 전 조기 발굴 및 개입 시스템 강화가 필요하다
- (객관적 의사결정 지원 도구 도입) 대상자 영향을 다각도로 평가하는 객관적 지표와 체크리스트로 담당자 의사결정 부담을 지원하는 도구 개발 및 도입을 제안하는 바이다.

○ 사례를 통한 개인적 소회

의료급여 수급은 의료비 경감이라는 소중한 혜택을 안겨주지만, 그 이면에는 관리와 통제라는 현실이 자리하고 있으며, 이는 종종 외면되기도 한다.

장기입원 사례관리는 복합적인 건강 문제와 돌봄 부재에 기인한

대상자를 보듬는 과정이다. 사례관리 수행 과정 중에 통합적 관리와 지원이 수반되지만, ‘오직 퇴원만을 목표로 대상자의 건강권을 침해한다’는 오해와 사회적 편견은 의료급여 관리사들의 마음을 멍들게 하고 정신을 지치게 한다. 그 결과 업무 소진은 물론, 우울감과 직업에 대한 회의감마저 생길 때가 있다.

그럼에도 우리는 나이팅게일 선서에서 “나는 세상을 의롭게 살며...”라 맹세하며 이 소명을 시작했다. 한 분의 불이익도 허용치 않는 의로움을 위해 존재하는 나는, 오늘도 의료급여 수급자 한 분 한 분의 마음속 깊은 목소리에 귀 기울이며, 그 어떤 존엄과 권리도 놓치지 않기 위해 흔들림 없이 발걸음을 이어가고 있다.

□ 사례유형

- 다빈도 외래이용자

□ 사례관리 수행기간

- 2024년 6월 17일 ~ 2024년 9월 19일

□ 사례관리 내용

- 대상자 정보

- 인구사회학적 특성

대상자는 73세로 과거 대리운전을 했으나 건강이 악화되면서 일을 못하게 되었고 배우자와 이혼하여 현재 혼자 살고 있다. 아들이 있으나 모두 부양능력이 없고 고령과 만성질환으로 생활이 어려워지면서 2023년에 의료급여 자격을 취득하게 되었다. 대상자는 00시 00동 산속에 있는 민간주택에 월세로 혼자 살고 있었으며 20년된 경차를 타고 다녔다. 실내는 가구와 식기도구가 단출하고 잘 정리되어 있었으며 거동이 가능하고 식사와 청소는 스스로 잘 하고 있었다. 친구가 많아서 자주 만나고 계시고 성격도 밝은 편이었다.

- 질병 및 건강상태

2024년 6월 사례관리 전 3개월 동안 대상자는 당뇨약을 규칙적으로 복용하고 있었다. 쉽게 허기가 저서 폭식을 자주 하고, 야간에 소변이 마려워서 3회 정도 깨어 화장실을 가야했으며, 밤에 입이 말라 물을 마시는 전형적인 당뇨증상이 있었다. 친구들과 밤에 폭식을 한 후 아침에 병원에 가서 혈당을 측정하면 공복시 혈당이 300mg/dl 까지도 나온다고 하였다. 또한 대상자는 척추협착, 무릎 관절염 및 대퇴신경병변으로 인한 요통과 다리당김 증상도 있었다. 매일 1시간 이상 걷기운동을 열심히 하고 있었지만 별다른 차도는

없었다. 대상자는 각종 염증이 구강 편도선, 타액선 등에 생겨서 항생제 치료를 받고 있었다. 이 또한 고혈당과 관련이 있다고 생각되었다.

- 의료이용 행태 및 현황 등

대상자는 당뇨병 치료를 위해서 매달 규칙적으로 한 곳의 병원을 방문하여 당뇨약을 처방받았다. 다른 질환으로도 하나의 의료기관만 이용하였다. 그러나 문제는 요통으로 인한 과다의료이용이었다. 대상자는 한의원, 신경외과의원, 정형외과의원 등 4개 의원을 번갈아 가며 주 3회 물리치료를 받았지만 통증이 계속 지속되어 의료기관을 계속 이용하고 있었다.

○ 선정 사유

우리시는 최근 급증하는 당뇨병수급자들에게 도움을 주고자 2024년부터 3년간 의료급여 특화사업으로 60세 이상 당뇨병 수급자 30명에게 ‘당뇨병환자의 자가건강관리’ 라는 주제로 집합교육과 개별 맞춤형 교육을 추진했다. 2024년에는 질환관리, 식이요법, 운동요법, 스트레스관리요법을 주제로 총 4차에 걸쳐 전문가가 강의하는 집합교육을 실시했다. 1차 교육은 내과전문의를 초빙하여 5월에 이루어졌으며 사례관리 대상자도 그 교육에 참석했다. 2차 집합교육 전 당뇨 맞춤형 개별교육을 수행하기 위해 의료기록을 검토하던 중 대상자가 요통으로 4개 의료기관을 이용하면서 주 3회 물리치료를 받는 등 과다하게 의료 이용 중임을 발견했고 다빈도 외래이용자 사례관리 대상으로 선정하게 되었다.

○ 주요 문제 진단 및 목표

진단명	일반적 목표	구체적 목표
당뇨병과 관련된 자가건강관리 부족	당뇨병 자가건강관리능력 향상	- 의료급여 특화사업 ‘당뇨병 환자의 식이요법’ 집합교육에 참석 - 당뇨병 자가건강관리 설문지의 식이와 발 관리의 평균을 5점 이상 향상

요통과 관련된 과다의료이용	요통 과다의료이용 감소	<ul style="list-style-type: none"> - 요통으로 이용하는 의료기관의 수를 4개에서 2개 이하로 감소 - 요통으로 의료기관을 이용하는 횟수를 주3회에서 주2회 이하로 감소
-------------------	-----------------	---

○ 계획 및 수행

- 당뇨병 건강관리능력 향상

대상자에게 우선으로 의료급여 사례관리 대상임을 안내하고, 당뇨병 증상 여부를 파악하고, 자가건강관리 설문지를 이용하여 사전 자가관리 상태를 확인하였다. 부족한 영역에 대해서는 집합교육과 개별방문상담을 통해 교육한 후 자가건강관리 설문지를 한 번 더 하기로 하였다.

설문지는 Toobert와 Glasgow(2000)가 개발한 도구를 장선주와 송미순(2009)가 번역한 당뇨병 자기관리측정도구를 참고하여 수급자 실정에 맞게 자체 개발하였다. 사례관리 전 설문지를 사용하여 대상자의 식이, 운동, 검사, 발관리, 투약, 생활습관, 우울에 대한 자가관리를 최근 일주일동안 몇 일 수행했는지 확인한 결과 식이, 검사, 발관리 영역에서 낮은 점수가 나왔다. 사례관리 후에도 다시 설문지를 하여 비교하였다. <표 1 참고>

대상자는 2차 집합교육에 참석하여 00시 생태미식연구소의 000소장의 ‘당뇨환자의 전통음식을 이용한 식이요법 및 조리법’ 강의를 듣고, 여러 가지 콩과 야채를 이용한 샐러드를 직접 만들어 시식하는 시간도 가졌다.

부족한 식이요법과 발관리에 대한 자가관리역량을 강화시키기 위하여 가정을 방문하여 보건복지부에서 받은 리플릿과 자체 개발한 250여 가지 음식 재료의 GI지수에 대한 리플릿으로 대상자를 교육하고 설문지를 제공하여 일주일에 한 번씩 설문지에 체크하며 혈당관리를 잘 하는지 스스로 확인하도록 하였다.

- 요통 과다의료이용 줄이기

대상자에게 연장승인 및 선택의료급여기관제도에 대해 안내하였다.

또한 여러 의료기관을 이용하게 되면 진료의 연속성이 없고 약물을 이중으로 복용하게 되어 부작용이 생길 수 있음을 설명하고 요통으로 이용하는 의료기관의 수를 4개에서 2개 이하로 줄이도록 안내하였다. 또한 주 3회 요통 치료를 위해 의료기관을 방문하던 것을 증상이 호전되면 주 2회 이하로 줄이도록 권유하였다.

요통의 자가관리방법에 대해서 허리를 바로 펴는 자세를 유지하고, 집에서 찜질을 하는 방법으로 급성기 냉찜질과 만성기 온찜질에 대해 설명하였다. 걷기운동 및 근력운동을 계속 열심히 하도록 권유하였으며, 홍보용 파스를 제공하고 집에서 통증 관리를 먼저 시도하도록 안내하였다.

○ 결과(평가)

- 대상자 측면

대상자는 의료이용 절차, 연장승인, 선택의료급여기관 제도에 대해 잘 이해하였으며, 친구 분들과 만나더라도 과식은 자제하기로 하셨다. 사례관리 후 의료기관에서 측정된 간이 공복혈당은 3월 초 300mg/dl에서 9월 말 190mg/dl 으로 감소되었다. 또한 밤에 3번씩 화장실에 가던 것도 거의 없어지고, 다리에 쥐가 나는 증상도 사라지는 등 건강이 많이 호전되었다.

자가건강관리를 설문한 결과 식이와 발관리를 매일 실천하며, 주 5.9일 자가 건강관리를 하는 것으로 나타났다. 식사는 잡곡밥, 채소, 두부, 생선, 계란을 자주 드시고 알레르기로 인해 산양우유를 마시는 등 식단에 신경을 많이 썼다. 발도 매일 씻고 잘 말렸다. 혈당측정기기는 2025년에 특화사업으로 예산을 세워서 지급하였으며 2025년 현재 공복혈당은 112mg/dl까지 떨어졌다.

<표 1> 당뇨병 자가관리 사례관리 사전 사후 측정 결과

(단위: 일)

지난 7일 동안	사전		사후	
	수행 일수	유형 (평균)	수행 일수	유형 (평균)
1. 과식을 하지 않은 날은 며칠입니까?	0	식이 (1.7)	7	식이 (7)
2. 과일, 야채를 3번 이상 드신 날은 며칠입니까?	3		7	
3. 고기, 생선, 우유, 계란 등 단백질 식품을 드신 날은 며칠입니까?	2		7	
4. 집안일을 포함하여 최소한 30분 이상 육체적 활동을 한 날은 며칠입니까?	7	운동 (7)	7	운동 (7)
5. 집안일을 제외한 특정한 운동(산책, 등산, 수영, 조깅, 자전거 타기 등)을 한 날은 며칠입니까?	7		7	
6. 혈당을 검사한 날은 며칠입니까?	0	검사 (0)	1	검사 (0.7)
7. 혈압을 검사한 날은 며칠입니까?	0		1	
8. 의사 혹은 간호사가 권유한 횟수만큼 혈당검사를 한 날은 며칠입니까?	0		0	
9. 발에 상처가 있는지 확인한 날은 며칠입니까?	7	발관리 (3)	7	발관리 (7)
10. 신발을 신기 전 뒤집거나 털어서 안에 이물질 제거한 날은 며칠입니까?	0		7	
11. 발을 씻은 날은 며칠입니까?	5		7	
12. 발을 씻은 후, 발가락 사이를 말린 날은 며칠입니까?	0		7	
13. 당뇨약을 복용한 날은 며칠입니까?	7	투약 (7)	7	투약
14. 시간에 맞추어 약을 복용한 날은 며칠입니까?	7		7	
15. 담배를 흡연하지 않은 날은 며칠입니까?	7	생활 습관 (7)	7	생활 습관
16. 술을 마시지 않은 날은 며칠입니까?	7		7	
17. 긍정적인 생각을 한 날은 며칠입니까?	7	우울증 (7)	7	우울증 (7)
총 평균		3.9		5.9

- 의료이용 측면

대상자는 사례관리 후 3개월간 요통으로 이용하던 의료기관을 4개에서 1개로 줄이고, 주3회 이용하던 것을 주 1회로 줄였다. 당뇨가 조절되니 허리도 덜 아파졌다고 하였다. 이로 인해 총진료비가 2,853,850원(60.7%) 절감되었으며 내원일수는 39일(58.2%) 감소하였다.

<표 2> 개입 전 후 총진료비

A (개입 전 3개월 총진료비)	B (개입 후 3개월 총진료비)	A-B (절감액)	증감률
4,699,550	1,845,700	2,853,850	-60.7%

<표 3> 개입 전 후 내원일수

A (개입 전 3개월 내원일수)	B (개입 후 3개월 내원일수)	A-B (절감일수)	증감률
67	28	39	-58.21%

* 출처: 의료급여종합정보지원시스템

○ 성공 및 장애요인, 개선사항

- 성공요인

개별교육과 집합교육을 병행한 것, 지속적인 모니터링을 실시한 것, 정서적으로 지지한 것 그리고 계획, 예산수립, 수행시 적극적인 팀원의 협력이 성공요인이다.

- 장애요인

대상자가 물리치료에 과도하게 의지하거나 의료기관에서만 혈당을 측정하는 등 의료기관 의존도가 높았다.

- 개선사항

2024년 3차 집합교육(운동요법) 및 4차 집합교육(스트레스관리)에 참여를 독려하고 2025년 특화사업 시 혈당측정세트 지급 및 측정 방법 교육을 하였으며, 구강관리와 약물관리에 대한 집합교육도 하였다. 향후 2026년 특화사업에도 대상자를 참여시켜 당뇨병 자가관리를 잘 수행하도록 도울 것이다.

II. 재가의료급여사업

1

최우수상: 집에서 누리는 건강한 삶, 김해시 재가 의료급여!

경상남도 김해시

□ 사업 수행기간

○ 2022년 1월 ~ 2025년 10월

□ 추진 체계

○ 총괄부서 : 복지국 생활보장과 생활보장팀

김해시 재가의료급여 사업 추진 체계



○ 지역 내 자원 구성현황

구 분	재가 의료급여	기존 자원
의료서비스	***재활요양병원, **병원	보건소(방문건강관리,치매관리,찾아가는마을주치의사업) 통합돌봄(방문 의료지원,보건의원단체방문의료사업, ICT건강돌봄센터) 건보공단(일차의료 만성질환관리시범사업, 요양병원 퇴원환자지원사업)
돌봄지원	김해시종합재가센터	노인장기요양, 장애인활동지원, 일상생활지원,가사간병, 노인맞춤돌봄, 통합돌봄(퇴원환자 재가복귀지원,병원 동행지원)
식사지원	밑반찬, 죽 지원- 6개소	통합돌봄(영양도시락(밑반찬)배달)
이동지원	교통비 지원	교통약자이동지원
주거지원	LH김해권 주거복지센터 -공실 우선 배정	LH임대주택, 김해돌봄지원센터(중간집), 간단지수리사업, 클린버스사업

○ 인프라 확충 방안

- 지역 내 자원망 구축 강화

- 보건소, 치매안심센터, 정신건강복지센터 등과 연계체계 수립 및 정기 (분기별, 반기별) 운영
- LH 김해권 주거복지지사와의 정기적인 간담회 실시로 재가 의료급여사업 협조 강화

- 퇴원환자 연계지원 체계 정비

- 협력의료기관 2개소 ⇒ 4개소
- 읍면동 찾아가는 보건복지팀과 사례회의 실시 및 지역사회 복귀 대상자 지원을 위한 퇴원연계 프로토콜 수립
- 지역통합돌봄 사업과 지속적 연계 추진 및 활성화

○ 기관 간 협력체계 제도화: 통합돌봄협의체에 재가의료급여 포함

- 인적 인프라 확충 및 역량강화

○ 통합돌봄 간담회, 연계 교육 등 실무자 역량 강화

□ 추진 계획

○ 환경 및 지역여건 분석

- 사회적 특성

- 인구구조 : 김해시 총인구 545,046명, 고령화지수 128.3명(한국 199.9명)

* 출처: KOSIS. 2025년3월

- 의료급여 수급자 현황

2025.10.월 기준 (단위: 명)

계	1종	2종
16,368	12,479	3,889

… 65세 이상은 6,880명으로 전체 의료급여수급자의 42.0%에 이룸.

- 의료급여 현황

- 의료기관 현황

2025.10.월 기준(단위: 개)

병원	요양병원	한방	치과	의원	보건기관
30	26	115	148	259	10

- 의료급여수급자 입원 현황

2025.10.월 기준 (단위: 명)

구 분	요양병원	병원
계	1,053	476

- 정책적 환경

- 지역통합돌봄 시범사업의 활성화
- 지역통합돌봄 시범사업으로 지역내 연계 자원 풍부

○ 사업 목표 설정

- 의료급여관리사 1인이 연간 재가 의료급여대상자 5명씩 발굴(총 25명)
- 25명 중 90% 이상이 스스로 안정된 재가생활 유지

○ 수행인력 역할 및 업무내용

구분	현황	업무 내용
의료급여 담당	1명	- 시범사업 계획 수립 및 성과보고 - 시범사업 수행 및 예산 집행 - 서비스 제공기관 발굴 및 협약체결·관리 - 시범사업과 지역사회 자원연계를 위한 협력체계 구축
의료급여 관리자	5명	- 재가의료급여 대상자 발굴 - 필요도 평가 및 케어플랜 수립 · 협력의료기관과 협력하여 대상자의 건강 및 사회적 상태평가, 욕구 조사, 퇴원 후 적합한 서비스 지원계획 마련 - 재가의료급여대상자 퇴원 준비 및 재가 생활을 위한 서비스 지원 · 유관기관, 협력의료기관 및 서비스 제공기관과 연계협력 - 건강상태 및 재가생활 모니터링 - 건강관리를 위한 교육 및 상담

○ 수행 절차

구분	제공주체	내용
1단계 대상자 발굴 및 선정	·의료급여 관리자 ·요양병원 환자지원팀	전산시스템(DW, 행복e음) 활용, 병원 협조를 통한 입원자 정보 확인 → 대상자 발굴 및 선정
2단계 필요도 평가 및 케어플랜 수립	·의료급여 관리자 ·요양병원 환자지원팀 ·협력의료기관 환자지원팀	방문 상담을 통한 재가생활에 필요한 의료, 주거, 돌봄 식사 지원 등 필요도 조사 → 재가 서비스 지원계획 수립 (서식4 대상자 케어플랜 통합서식) ※ 지원계획 수립 시 협력의료기관으로 외래 방문하여 주치의 상담 실시
3단계 서비스 연계 및 제공	·의료급여 관리자 ·읍면동 찾아가는보건복지팀	사례회의 실시로 필요서비스 연계 및 대상자 상태 공유, 재가 의료급여 지원서식7 재가 의료급여사례회의 기록지)
4단계 모니터링	·의료급여 관리자 ·읍면동 찾아가는 보건복지팀 ·협력의료기관	제공서비스 현황 대상자 욕구충족 여부 지속관리 (서식8 모니터링기록지(협력의료기관))

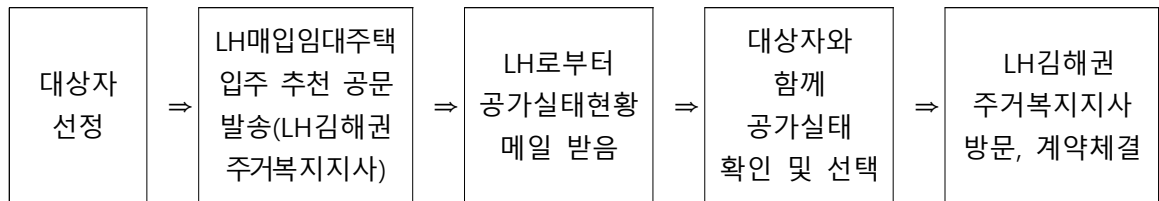
□ 추진 내용

○ 서비스 제공체계 구축

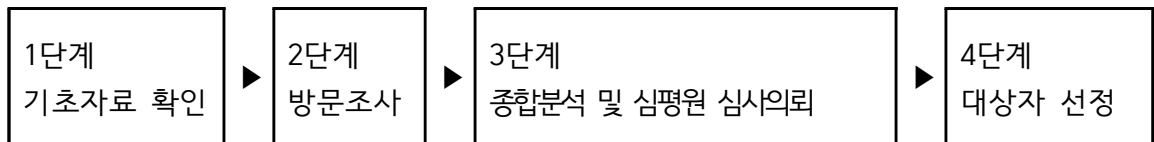
- 현황

구분	기관	최초 협약체결일
의료	**병원	2023. 3.
	**재활요양병원	2024. 3.
돌봄	김해시종합재가센터	2020. 7.
식사	푸드***	2020. 4.
	죽**	2022. 4.
	죽****	2022. 9.
	작은**	2025. 3.
	**반찬백화점	2025. 9.
주거	LH김해권 주거복지지사	

- LH김해권 주거복지지사 : 재가 대상자에게 매입임대(무보증 공실) 우선 배정



- 대상자 발굴 및 선정 절차·방법



• 1단계

- … DW시스템 진료내역 등 전산자료를 이용한 기초자료 확인
- … 관내 요양병원에 퇴원자 및 퇴원예정자 현황 파악(분기별)

• 2단계

- … 요양병원 방문하여 대상자 및 주치의 면담 후 건강상태, 퇴원 가능여부 등 확인

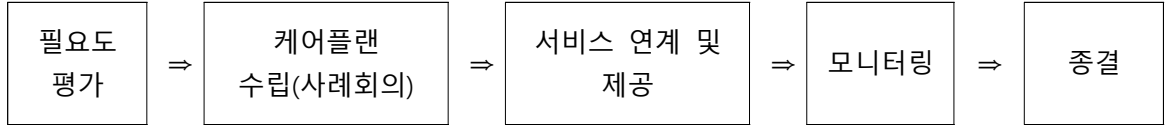
• 3~4단계

- … 전산자료 및 수집한 자료 분석 후 질환대비 장기입원자,

반복입퇴원자 등 심사평가원 심사 의뢰 및 대상자 선정

○ 수행 절차 및 단계별 유관기관, 협약기관, 민간자원 등 협력 현황

- 수행 절차



- 유관기관, 협약기관, 민간자원 등 협력 현황

- 유관기관(돌봄팀(지역통합돌봄), 읍면동 찾아가는보건복지팀): 사례회의 38회
- 지역사회 통합돌봄 시범사업 통합지원회의 참석 : 5회
- 협력의료기관 케어플랜 수립 : 4회
- LH 김해권 주거복지지사 : LH매입임대주택(무보증 공실) 연계 2회

- 읍면동 찾아가는 보건복지팀과의 사례회의

회의 횟수	38회(2022년~ 2025년 10월)
참석자	- 생활보장과 생활보장팀(의료급여 담당, 의료급여관리사) - 읍면동 복지팀 담당, 찾아가는 보건복지팀 담당
회의내용	- 재가 의료급여 사업 홍보 - 대상자 사례발표 - 연계 가능 서비스 검토 - 통합돌봄 대상 연계 검토

- 협력의료기관 케어플랜 수립

회의 횟수	4회(2022년~ 2025년 10월)
참석자	- 생활보장과 생활보장팀(팀장, 의료급여 담당, 의료급여관리사) - 협력의료기관(담당의사, 간호사, 사회복지사)
회의내용	- 재가 의료급여 사업 설명 - 대상자 사례발표 - 외래진료, 방문진료 등에 대한 지원 검토 - 외래진료(재활치료 등) 스케줄 수립

○ 서비스 제공 업체 모니터단 운영

- 모니터링: 의료급여관리사 5명
- 주 기: 월 1회
- 방 법: 대상자 방문 또는 유선 확인
- 내 용: 서비스 제공 시간, 수행 과정, 친절도 등

○ 대상자 건강수준 향상도, 재가 생활의 안정적 정착, 만족도 조사 결과 등

- 재가 대상자(중도종결 제외) 39명 중 건강수준 측면에서 82.1%(32명)에서 퇴원 후 건강상태가 훨씬 더 향상되었다고 느끼고 있음
- 재가 생활의 안정적인 정착에서는 대체로 잘 적응하고 있고, 87.2%(34명) 에서는 매우 안정적으로 생활하는 것으로 조사됨 일부에서는 환경적 요인으로 자가에서의 불편감, 그리고 혼자 생활하면서 외로움을 많이 느껴 그렇지 못한 것으로 조사되었음
- 자원연계 측면에서는 LH주거지원의 만족도가 가장 높았고, 그 다음으로는 돌봄서비스에 대한 만족이 높은 것으로 조사됨

□ 추진 성과(실적)

○ 양적 측면

- 대상자 발굴 실적

(단위: 명)

구 분	발 굴	종결자		관 리 중
		일반종결	중도종결	
재가의료급여 대상자	65	26	22	17

- 중도종결 : 자격상실, 전출, 사망, 재입원 등

- 서비스 제공 및 연계 실적

(단위: 명)

필수급여				선택급여	주거지원 (LH무보증공실연계)
의료	돌봄	식사	이동		
25	67	46	28	총 72 · 주거개선(8) · 냉난방(41) · 안전(12) · 복지용구(7) · 가전가구(4)	2

○ 비용 측면 : 투입(서비스 비용) 대비 산출(의료비 절감효과성)

(단위: 천원, %)

A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
	소계	의료비	재가 사업비		
490,200	181,463	115,703	65,760	308,737	63.0

□ 성공 및 장애요인, 개선사항

○ 주요 성공요인

- 지역통합돌봄 시범사업 시행으로 풍부한 민·관 서비스 자원 확보
- 읍면동 찾아가는 보건복지팀과의 협조체계 구축
 - 사례회의 실시로 서비스 연계 및 정보공유, 다함께 모니터링
- LH김해권 주거복지지사와의 협조체계 구축
 - LH매입임대 무보증 공실 우선 배정
- 적시에 필요서비스 제공: 대상자별 맞춤형 필요서비스 제공
- 의료급여관리사의 역할 강화

○ 장애 요인

- 대상자 발굴의 어려움
- 관내 요양병원이 상대적으로 많은 상황
- 요양병원 퇴원환자지원제도 인식 부족
- 퇴원 직후 신체적, 정신적 건강상태의 변화
 - 초기 재가생활 적응이 어려움
- 지리적인 여건으로 서비스 접근성의 불평등 초래

○ 개선 사항

- 지역사회 연계 강화: 읍면동 찾복팀, 보건소, 복지관 등 지역 내 협력 체계를 제도적으로 마련
- 지역통합돌봄사업 대상자 유형에 재가 의료급여 대상자를 포함 시켜 서비스 연계가 원활하게 이루어질 수 있도록 함
- 요양병원 퇴원환자지원제도 활성화를 위해 시스템 간소화와 매체를

이용한 적극적 홍보 필요

- 의료급여종합정보시스템의 요양병원 퇴원가능대상자 조회 항목 활성화

□ 재가 의료급여사업 대표 개인 우수 수범사례

[제목] “두려움이 행복으로, 재가 의료급여가 선물한 새로운 일상”

○ 대상자 선정

- 재가 의료급여 사업을 시행한 후로는 요양병원 장기입원사례관리 시 대상자의 나이, 진단명, 입원기간, 거동 정도를 더 꼼꼼히 살피게 되었다. 최00님을 만나게 된 것은 24년 봄 장기입원자 사례관리를 하면서였다. 22년 10월 뇌출혈로 쓰러진 후 급성기병원에서 41일 치료 후 재활전문병원으로 전원되어 22년 11월부터 입원 중이었다. 왼쪽 편마비가 있었고 스스로 보행이 힘든 상태였지만 상담 시 퇴원에 대한 욕구가 강했다. 재가 의료급여 사업에 대해 자세히 설명하고 퇴원 후 필요 서비스를 지원할 수 있다는 점을 강조했더니 “나도 대상이 될 수 있을까요?” 라며 다소 긴장된 모습으로 되물었다. 물론 가능하다라는 답변을 하며 건강상태가 좀 더 호전된 후 퇴원이 결정되면 알려달라고 연락처를 남겼다. 24년 7월 한창 더위가 시작될 즈음, 사무실로 연락이 왔다. 지인의 도움으로 어제 퇴원했다고 했다.

서둘러 대상자의 집으로 향했다.

건강상태를 살피고 재가에서의 불편한 점을 확인하고 대상자의 욕구와 필요도를 조사하였다.

· 대상자 일반정보

	입원 경로	입원 기간	주 진단명	의료기관 유형
입원현황	급성기 병원에서 전원	2022.11.~2024.7. (605일)	대뇌반구피질의 뇌내출혈	재활전문병원
일반사항	자격유형	성별.연령	세대구성	거주지 유무
	의료급여1종	여/65세	단독	유

· 필요도 평가

구분	서비스별 필요도
필수급여	의료) ■필요(경구약물처방, 재활치료) □불필요 돌봄) ■필요(가사·일상생활 지원) □불필요 식사) ■필요(일반식 또는 밀반찬지원) □불필요 이동) ■필요(외래방문 시) □불필요
선택급여	주거개선) ■필요(문턱제거 등) □불필요 냉난방지원) ■필요(에어컨 등) □불필요 안전관리) ■필요(응급안전서비스) □불필요 복지용구) ■필요(안전봉, 안전바, 미끄럼방지매트 등) □불필요 필수가전·가구) □필요() ■불필요 생활용품) □필요() ■불필요

○ 케어플랜 수립

- 대상자는 재활전문병원에서 퇴원한 후, 치료의 효과에 만족하지 못하고 병원 변경을 원했다. 그동안의 치료과정에서 회복에 대한 불안감이 커졌고, 보다 전문적이고 자신에게 맞는 치료를 받을 수 있기를 간절히 바랐다. 때마침 우리시와 협약을 맺은 재활전문 요양병원이 있어 해당 병원을 소개하였더니 거리가 가깝고 교통이 편리한 점이 마음에 들어하며 협약된 병원으로 가기로 결정하였다. 대상자의 안정적인 재가 생활을 지원하기 위해 우선 읍면동 찾아가는 보건복지팀과 사례회의 일정을 잡고, 또한 새로운 병원에서 치료를 시작할 수 있도록 돕기 위해 협력의료기관과의 케어플랜수립 일정을 잡았다.

협력의료기관에서의 케어플랜 수립은 대상자도 직접 참여해 담당 의사가 대상자의 건강 상태를 면밀히 진찰하고, 향후 치료 계획을 세웠다. 이렇게 체계적인 접근은 대상자가 치료에 대한 신뢰를 갖게 했고, 재활에 대한 긍정적인 기대감을 심어주었다.

또한, 케어팀에게 재가 의료급여사업의 중요성을 설명하며, 이 사업이 대상자에게 얼마나 큰 도움이 될 수 있는지에 대해 적극적으로 홍보했다. 대상자의 안정적인 재가 생활을 지원하기 위한 첫걸음으로, 사업의 필요성과 중요성을 강조한 것이었다. 이 과정은 단순히 서비스 제공을 넘어서, 대상자가 스스로 건강을 관리하고 재활에

적극적으로 참여할 수 있도록 이끄는 중요한 계기가 되었다. 그렇게 재활치료와 지역사회 자원의 연계를 통해 대상자가 새로운 환경에서 안정적인 재가 생활을 영위할 수 있도록 돕는 여정이 시작되었다.

· 사례회의 실시(읍면동 찾아가는 보건복지팀)

수립일	2024. 8. 20.
참석자	생활보장과 3명(의료급여담당, 의료급여관리사2명) 행정동 복지팀 담당1명, 찾복팀 담당 3명
서비스 연계	복지팀 - 양곡신청, 장애등급신청, 교통약자콜택시 신청 지원 찾복팀 - 통합돌봄 도시락 지원, 응급안전안심서비스 지원, 후원물품 지원, 저소득 에너지효율개선사업 대상 추천(에어컨설치), 모니터링 실시 재가의료급여 - 돌봄지원(장기요양등급 전), 의료지원(협력의료기관 케어플랜 필요시 이동지원)

· 협력의료기관 케어플랜 수립

수립일	2024. 8. 29.
참석자	· 생활보장과 5명(팀장, 의료급여담당, 의료급여관리사3명) · 협력의료기관 케어팀3명(신경과 의사, 간호사, 사회복지사) · 대상자
치료계획 결정	· 의료적 문제 - 뇌내출혈 후유증으로 인한 왼쪽 편마비 - 기저질환(고혈압, 고지혈증, 협심증)의 정기진료 및 약물치료 · 의료지원 계획 : 월2회 신경과 및 재활의학과 진료 및 약물처방 주2~3회 재활 치료 실시(작업요법, 운동요법, 기구치료) · 전화 모니터링 실시 : 주1회

○ 서비스 제공 및 모니터링

- 매월 1회 이상 직접 방문하여 퇴원 후 재가 생활에서의 건강상태 변화와 환경적 요소를 세심하게 확인하고, 특히 대상자가 일상에서 느끼는 불편감이나 필요한 서비스가 있는지 꼼꼼히 살펴 보았다. 대상자는 왼쪽 편마비로 여전히 거동에 많은 불편함이 있어 스스로 보행하기 어려운 상태였고, 집 안에서는 지팡이를 사용하고 있었다.

낙상의 위험에 대해 주의를 주며 안전에 더욱 신경쓰도록 강조

하였다. 이를 위해 안전바와 안전봉을 추가로 설치하고, 미끄럼방지 매트를 깔아 보행에 도움이 될 수 있도록 하였다.

읍면동 찾복팀과 사례회의를 통해 저소득에너지효율사업 대상자로 추천되어 에어컨이 설치되었고, 유난히 무더웠던 올 여름의 폭염 속에서 매우 중요한 서비스가 되었다. 또한 찾복팀에서 인공지능 돌봄기기(스마트약상자) 시범사업 대상자로 선정하여 스마트 약상자를 제공하였으며, 이 기기는 복약여부를 인지하고 복약 미이행이나 과다복용 등을 방지하는데 도움을 주며 치매예방 콘텐츠 및 건강 정보 제공 기능이 포함되어 있어 대상자가 매우 만족해 하고 있다.

대상자의 영양개선을 위해 통합돌봄팀에서 도시락을 지원하였고, 이후 재가의료급여에서 밑반찬을 제공하고 있다. 대상자는 식사 지원에 대해 매우 만족하고 있으며, 음식의 질과 양 모두 긍정적인 반응을 보이고 있다.

협력의료기관의 재활치료에 대한 만족도 또한 높았고 주치의에 대한 신뢰가 확고하였다. 이러한 통합적인 서비스 지원으로 대상자는 점차 안정적인 재가생활을 이어가고 있으며, 개선된 생활환경 속에서 긍정적인 변화를 경험하고 있다.

· 서비스 제공

(의료지원) 협력의료기관 케어플랜 수립 및 모니터링

(돌봄지원) 재가 의료급여 돌봄서비스 우선 제공 ⇒ 장기요양 재가4등급 판정 후 노인장기요양서비스(2024. 11. 1. ~ , 인공지능 돌봄기기(스마트 약상자) 제공

(식사지원) 통합돌봄 도시락 제공 ⇒ 이후 재가 의료급여 밑반찬 제공

(이동지원) 재가 의료급여 택시비 지원, 교통약자콜택시

(선택급여) 주거개선: 창틀샷시(읍면동), 안전바·안전봉(타사업)
냉·난방지원: 선풍기&온열매트(재가의료급여), 에어컨설치
복지용구: 이동침대, 미끄럼방지 매트, 안전바·안전봉(타사업)
필수가전·가구: 서랍장(재가의료급여)

○ 결과(평가)

- 이 사례는 서비스가 통합적으로 연계되어 대상자의 재가 생활에 긍정적인 변화를 가져온 것으로, 퇴원 후 초기 불안정했던 상태에서 점차 안정적인 생활을 이어가는 데 재가 의료급여사업이 중요한 역할을 했음을 보여준다. 현재 재입원 없이 485일 동안 재가 생활을 잘 유지하고 있다.

특히 협력 의료기관과의 재활 치료와 읍면동 찾복팀을 통한 스마트 약상자 제공 및 맞춤형 영양지원 등 다양한 서비스가 통합적으로 연계되어 대상자의 삶의 질과 재가 생활에 대한 만족도가 높아지고 있다.

“ 처음엔 막막하고 너무 두려웠어요 하지만 지금은 정말 행복해요 ”
 환하게 웃으며 조금씩 자신의 삶을 되찾아 가는 대상자에게서 우리는 오늘도 한 걸음 더 나아갈 수 있는 힘을 얻는다.

- 재가생활 유지기간 : 2024. 7. ~현재(485일)
- 의료급여 이용 현황

(단위 : 천원, %)

A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
	소계	의료비	재가 사업비		
21,540	4,609	1,401	3,208	16,931	78.6

□ 사업 수행기간

○ 2024년 7월 1일 ~ 2025년 10월 31일

□ 추진 체계

○ 재가 의료급여 사업 추진 조직

복지가족국						
복지정책과	생활복지과	보육지원과	가족정책과	어르신복지과	장애인복지과	아동청소년과
복지기획	생활보장	공공보육	양성평등정책	어르신복지	장애인정책	아동친화
복지지원	기초복지조사	민간보육	출생정책	어르신시설	장애인지원	청소년지원
희망복지지원	안심복지조사	공공형놀이시설	1인가구지원	어르신일자리	장애인시설	아동돌봄
돌봄지원	복지자격관리	어린이회관				아동보호
자원봉사센터	자활주거					드림스타트

생활보장팀장(행정6급): 재가 의료급여 업무 총괄

<p>의료급여관리사(공무직)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 재가 의료급여 사례관리 (강일동 등 4곳) • 의료급여 사례관리 총괄 • 진료비 청구 관련 업무 	<p>의료급여관리사(공무직)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 재가 의료급여 사례관리 (명일동 등 2곳) • 의료급여 연장승인 총괄 • 장기입원자 사례관리 총괄 	<p>의료급여관리사(공무직)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 재가 의료급여 사례관리 (고덕동 등 3곳) • 의료급여 상해요인 총괄 	<p>일반직(복지7급)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 재가 의료급여 예산 총괄 • 의료급여 특별회계 총괄 • 의료급여관리사 지원
--	---	--	---

○ 지역 내 자원 구성현황

- 강동구 보건·의료기관 현황

연번	구분	시설명	연번	구분	시설명
1	보건의료기관	강동구보건소	6	보건기관	강동구치매가족지원센터
2	보건의료기관	강동구보건지소	7	보건기관	국민건강보험공단 강동지사
3	보건의료기관	강동구보건지소	8	종합병원	**병원
4	보건기관	강동구청신건강복지센터	9	종합병원	*****대학교병원
5	보건기관	강동구치매안심센터	10	종합병원	**병원

- 강동구 복지시설 현황

총 계	종합사회 복지 관	이동성년 복지시설	노인복지 시설단체	장 애 인 복지시설	가족및여성 복지시설	노 숙 인 터	보 훈 단 체	영 유 아 보육시설	구 직 연계시설
615	2	60	246	60	7	1	12	226	1

○ 인프라 확충 방안

- 재가 의료급여 연계 가능한 대상자의 주 단골병원과의 협약 모색 및 협력 의료기관으로 활용
- 관내 복지시설과의 수시 간담회 추진으로 재가 의료급여 사업 홍보와 대상자 연계 및 돌봄·식사·이동 서비스 제공기관으로 확대
- 재가 의료급여 대상자 선정을 위한 초기 가정방문 시 동주민센터와의 동행 방문으로, 대상자에 대한 넓은 사정 및 동주민센터의 자원 연계

□ 추진 계획

○ 강동구 현황

- 행정조직: 6국 1담당관, 37과 1센터, 1소 4과, 19동
 - 2024.7월 강동구 재가 의료급여 사업 시행(생활보장과 생활보장팀)
- 최근 3년간 사회보장급여 대상 현황

(2025.9.30. 기준 / 단위: 가구)

구 분	2022년	2023년	2024년	2025년	비 고
계	51,967	54,745	57,592	60,959	
국민기초생활보장	13,080	13,909	14,862	15,730	<2022년 대비 증감률> ▶ 전체 사회보장대상가구 17%▲ ▶ 국민기초생활수급가구 20%▲ (2024년 대비 5.8% 증가) ↳ **시 25개 자치구 중 7위 ↳ 선정기준 상향, 제도개선 등으로 매년 기초생활수급가구 증가
기초연금	31,458	33,220	34,964	37,090	
차상위*	3,941	4,160	4,293	4,610	
한부모지원	1,083	1,107	1,098	1,121	
장애인연금	2,405	2,349	2,375	2,408	

* 차상위: 차상위본인부담경감, 차상위계층확인, 차상위장애, 차상위자활 (출처: 차세대사회보장정보시스템)

○ 기초생활보장 급여별 지원 현황

(2025.9.30. 기준 / 단위: 가구, 백만 원)

총 계(누 계)		생계급여		의료급여*		주거급여		교육급여		기타급여*	
가구	금액	가구	금액	가구	금액	가구	금액	인원	금액	인원	금액
222,792	155,666	91,526	55,744	11,301	62,988	95,103	35,780	1,727	128	23,135	1,026

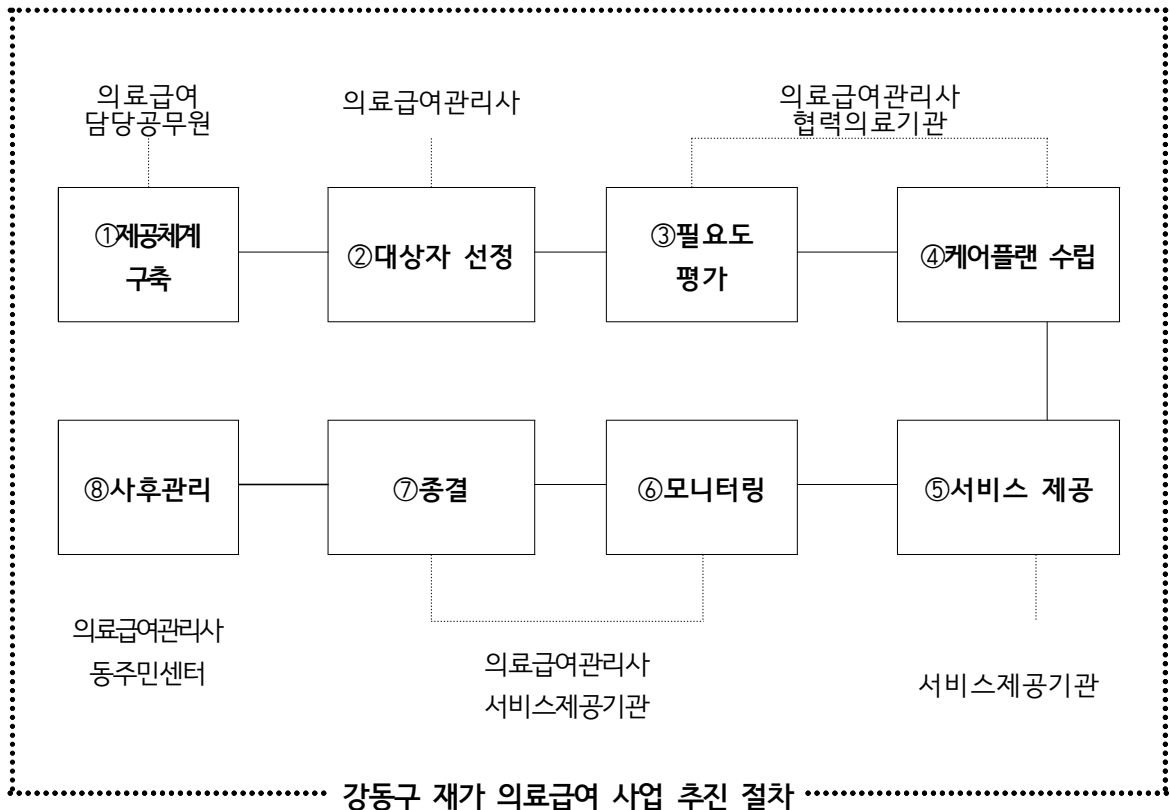
* 의료급여: 요양비, 건강생활유지비, 재가의료급여, 건강보험기금예탁 등

* 기타급여: 해산·장제급여, 명절 위문품비, 월동대책비, 교통비 (출처: 차세대사회보장정보시스템)

□ 추진 목표: 의료급여 퇴원자의 지역사회로의 원활한 복귀 및 정착 지원

○ 강동구(생활보장팀)의 역할

- 재가 의료급여 계획 수립 및 실적보고
- 서비스 제공기관 발굴 및 협약, 사업 수행, 예산 집행
- 지역사회 연계 및 협력체계 구축, 지역 협의체 참여·자체 운영 등



□ 추진 내용

○ 재가 의료급여 제공체계 구축 현황: 총 10곳 협약체결(의료6, 돌봄2, 식사, 이동)

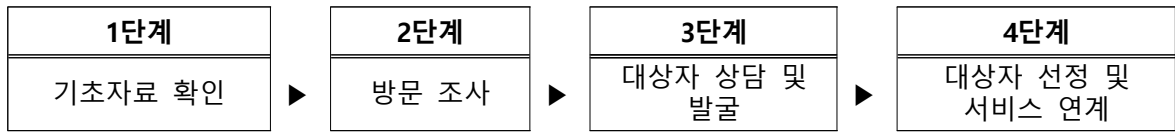
필 수 급 여	
의 료(6)	돌 봄(2)
2024.7. **내과의원	2024.7. ****재가복지센터
2024.7. *정형외과의원	2025.6. **사랑방문요양센터
2024.7. ***정형외과의원	
2024.9. *소아과의원	
2025.1. ***가정의학과의원	
2025.1. ***산부인과의원	
식 사(1)	이 동(1)
2024.7. **반찬한식부페	2025.7. 사단법인****서비스협회
선 택 급 여(2)	
2025.6. 냉난방 지원 [품목 에어컨]	
2025.7. 복지용구 지원 [품목 안전손잡이]	

○ 서비스 자원 확보 노력

- 2025.6월: 이동 지원을 위한 차량 운영 가능 업체에 참여 안내 공문 발송
* (주)****, 사단법인 ****서비스협회, (주)*****, ***** 주식회사
- 2025.6월~7월: 업체 2곳 인건비 문제로 참여 의사 어려움 밝힘
- 2025.7월: 사단법인 ****서비스협회와 간담회 2회 실시
 - 재가 의료급여 사업 이동 지원 서비스 운영방안 논의
 - 재가 의료급여 이동지원서비스 협력관계 구축 및 협약서 교환
- 2025.7월~현재: 총 30회 서비스 지원(지원금액 570천원)
 - [기본] 의료급여관리사와 대상자간 사전 협의한 이동 지원방법 및 제공 주기에 따라 이동지원서비스 제공
 - [긴급] 갑작스런 택시 이용 대상 발생 및 특수차량(휠체어 탑승 가능) 지원 필요시 수시 협의·지원 가능
 - 대상자와 협회 지원차량이 매칭되면 협회측에서 대상자에게

이동 지원 서비스 안내문자 발송

○ 대상자 선정 절차 및 방법



- (1단계) 기초자료 확인

- 의료급여 종합정보지원시스템 전산자료 및 의료기관 협조 등 기초자료 확보
- '25. 4. 의료급여 장기입원 내역 제출 요청 공문 발송(****요양병원 등 11개 기관)
- '25. 8. 하반기 의료급여 장기입원 내역 제출 요청 공문 발송(****요양병원 등 21개 기관)

- (2단계) 방문조사

- 의료기관을 방문하여 입원중인 의료급여 수급자 현황 조사
- '25. 5. 2025년 장기입원 입퇴원 관련 사례회의 개최(참석기관 *****한방병원)
- '25. 6. 의료급여 장기입원 사례관리-심사연계 합동방문 실시(방문기관 *****한방병원)

- (3단계) 대상자 상담 및 발굴

- 퇴원(가능)한 의료급여 수급자를 대상으로 상담 실시
- 2025년 찾아가는 강동 의료급여관리사 방문상담 실적 총 332건(2025.09.30. 기준)
- 대상자 발굴을 위한 노력
- '25. 4. / 25. 6. 재가 의료급여 사업 운영 안내 및 협조요청 공문 주민센터 발송
- '25. 3. 2025년 제1차 지역사회보장실무협의체 통합사례관리분과 회의 참석
- '25. 10. 2025. 1차 돌봄 통합지원회의 참석

- (4단계) 대상자 선정 및 서비스 연계

- 재가 의료급여 대상자 선정기준 부합 + 참여 의사 있는 대상자로 선정
- 의료급여 사례관리 회의 정례화: 총 13회 개최
- (정기) 매월 첫째주 수요일 / (수시) 긴급 사안 발생시
- 재가 의료급여 대상자 선정 및 서비스 연계 논의, 대상자 재평가 등
- 케어플랜 토대로 공공민간자원 연계 + 재가 의료급여 협약기관 중심의 서비스 지원
- 자원연계 의뢰: 총31건(노인맞춤돌봄서비스1, 방문건강관리사업30)
- '25. 6. 공공부문 사례관리 연계 회의 개최: [안전]재가 의료급여 선택급여 지원여부 결정

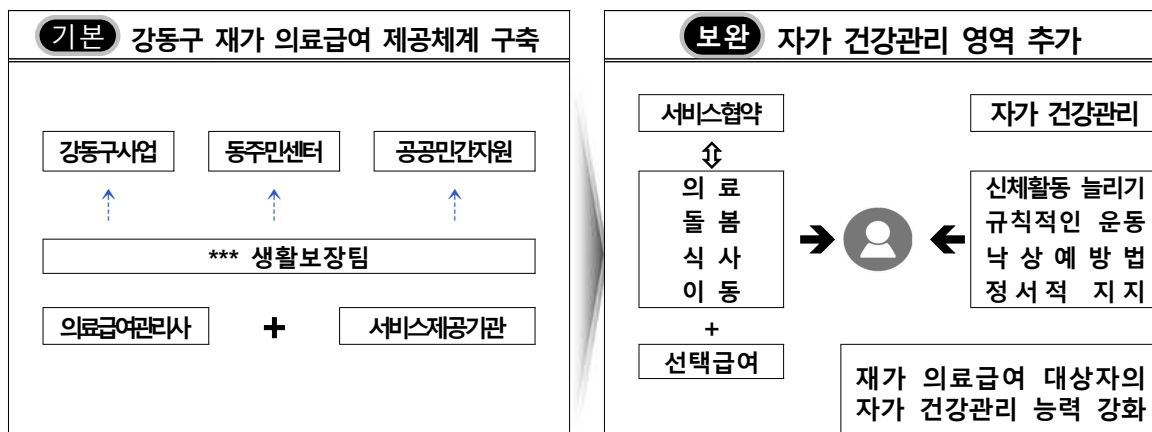
□ 추진 성과(실적)

- 2025년 재가 의료급여 지원현황: 총 18명(2025.9.30.기준)
- 투입(서비스 비용) 대비 산출(의료비 절감효과성): 총 12명 (2025.9.30.기준)
 - * 재가 의료급여 대상자 총 18명 중 퇴원 후 3개월 발생비용 확인되는 대상자 12명으로 산출

A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
	소계	의료비	재가 사업비		
147,287천원	25,313천원	18,455천원	6,858천원	121,974천원	82.8%

* 출처: 의료급여종합정보지원시스템

□ 성과 및 개선사항



○ 주요 성과

- 재가 의료급여 필수급여(의료·돌봄·식사·이동) 전 분야 협약체결 완료
- 대상자 욕구에 부합하는 서비스 제공 및 연계로 안정적인 재가 생활 지원
- 서비스 제공현황 및 대상자의 환경, 욕구 변화 등을 주기적으로 점검하여 즉시 서비스 제공사항 등을 변경 조치

○ 개선사항

- 의료·돌봄·식사·이동 서비스는 의료급여 퇴원자의 안정적인 재가 생활을 위한 기본적인 지원 요소
- 지역사회 정착을 지원하면서 대상자 스스로가 건강한 삶을 영위할 수 있는 자가 건강관리 능력 향상에 대한 지원은 미비
 - * 규칙적인 운동과 식이요법의 경우 자아존중감, 자기효능감, 자기간호행위 및 삶의 질을 향상시키는 장점이 있음 (출처 근관절건강학회지 제23권 제1호)
 - * 대상자들의 신체적 기능을 최대화하고 자기간호역량을 향상시킬수 있도록 대상자의 건강요구를 반영한 내용의 프로그램화한 교육이 효과적 (출처 지역사회간호학회지 제28권 제4호)

보완 의료급여 퇴원자의 안정적인 재가 생활
건강한 삶의 질 향상
자가 건강관리 영역 지원 강화

- 2025년 지역주도형 특화사업 「우리동네 산책동행」 시범사업 추진
 - * 대 상: 다빈도 외래 이용자 및 장기입원 퇴원자 등
 - * 방 법: 개인 봉사자와 의료급여대상자 1대1 매칭
 - * 내 용: 동네 산책 및 마을사진 촬영하기 → 활동사진으로 다음해 달력 제작

【 2026. 강동구 찾아가는 건강매니저 】

- 대 상: 다빈도외래이용자 및 장기입원자 등 운동 재활치료가 필요한 수급자
- 방 법: 간호사(의료급여관리사)+운동재활치료사가 팀 단위로 1대1 방문 건강관리
- 내 용: 대상자별 1개월간 월 4회 맞춤형 운동 프로그램 진행 [총 10명, 40회]

- * 향후계획: 2026년 지역주도형 특화사업 신규 사업으로 발전

□ 재가 의료급여사업 대표 개인 우수 수범사례

[제목] 문 밖 세상으로, 한 걸음 한 걸음!

○ 대상자 선정 과정

어릴 때부터 혼자였고, 성인이 되어서도 혼자의 삶을 이어가고 있는 이00님의(만60세) 단 한가지 소원은 스스로 현관문 밖을 나가는 것이었다. 남들에게는 당연하고, 아주 평범한 일도 고도비만의 이00님에게는 아주 버겁고, 시도조차 할 수 없는 일들의 연속이었다.

이00님은 6살 때 부모와 헤어져 고아로 지냈으며 여러 집에서 식모생활을 하며 어렵게 생계를 유지해 왔다. 32세에 상경하여 00종교단체에서 주방일을 하며 숙식을 해결하셨다고 한다. 그러나 종교시설의 도움만으로 생계를 이어가기엔 어려움이 많아 기초생활보장을 신청하였고 기초생계, 의료, 주거급여 대상자로 보장받게 되었다. 이00님의 삶에 조금씩 숨통이 트이기 시작하였지만, 오랜 삶의 고단함이 결국 몸의 병으로 나타난 것일까, 상세불명의 다발성 관절증과 당뇨, 협착증 등으로 일상생활이 어렵다는 의사의 진단은 이00님의 삶을 다시 비좁게 만들었다. 결국 좌측 하퇴부, 족관절 족부 연조직염으로 일상생활이 어렵다는 진단으로 긴급히 수술을 받았고, 수술 이후 전염성 바이러스 감염으로 3개월 가량 요양병원에서 입원치료를 이어나갔다.

퇴원 후 거동이 불편하여 더 이상의 공동생활을 할 수 없어 00종교단체 시설에서의 생활을 끝내고, 00종교단체 시설에서 보증금을 지원받아 홀로 독립 생활을 시작하게 되었다. 이00님과의 만남은 의료급여 종합정보시스템을 통해 장기입원 사례관리 대상자로 확인함으로써 시작되었다.

○ 케어플랜 수립 및 서비스 제공·연계

구분	서비스명 (서비스 제공내용)	서비스 제공횟수	서비스 제공주체		서비스 제공기관명
			재가 의료급여	기존자원	
의료	케어플랜 수립	1회	√		*****의원

돌봄	돌봄SOS 병원 동행서비스	월1회		√	**방문요양센터
식사	밑반찬 지원	주2회	√		**반찬한식부페
이동	필요시		√		****서비스협회

이00님은 병원에 입원하면서 당뇨의 위험성을 인지하게 되었고, 퇴원 후 일어서면 **발 속을 침으로 찌르는 듯한 통증과 디딜 때 자갈을 밟는 듯한 증상**으로, 화장실 가는 것조차 힘들어 하셨습니다. 주거는 마련이 되었지만 이외 의료과 돌봄, 식사 문제는 지원이 필요하여 재가 의료급여 대상자로 선정하고 분야별 맞춤형 케어 플랜을 수립하였습니다.

의료는 이00님의 **단골병원을 활용**하여 협력 의료기관으로 협약을 체결하였고, 건강(영양·복약)상담 및 질환 관리 등에 지속성을 높였습니다.

돌봄은 돌봄SOS 사업의 병원 동행서비스를 연계하여 월평균 1회 정도 서비스를 이용할 수 있게 되었다. 식사 역시 돌봄SOS 사업을 먼저 연계하였고, 돌봄SOS 지원 종료 후에는 재가 의료급여 식사 지원 대상자로 선정하여 서비스 제공의 일관성을 높였습니다. 더불어 화장실 문 앞 손잡이 설치와 건강관리의 필요성이 새롭게 발굴됨에 따라 동주민센터와의 협업을 지속적으로 이어나갔다.

○ 모니터링

구 분	횟 수		내 용
	대면	비대면	
퇴원(24.4.)~3개월까지	3		케어플랜 수립 및 타서비스 연계
3개월 이후~퇴원 1년차(25.4.)	9	1	케어플랜에 따른 서비스 지원 현황 점검 대상자 건강수준 및 생활실태 등 수시 확인
퇴원 1년차 이후	8	1	추가적인 질환관리 확인, 우선순위 재설정
총 계	20	2	

퇴원 후부터 석 달 동안은 이00님의 건강 상태를 세심하게 살폈다. 집중적으로 모니터링을 하며 질병 치료와 관리가 잘 이뤄지고 있는지, 일상 속 불편은 없는지 하나하나 꼼꼼히 체크했다. 그

과정에서 가장 중요하게 여긴 건, 이00님께서 집에서의 생활에 조금씩 적응해 나가는 모습이었다.

완치만큼이나, 이00님이 새로운 보금자리에서 다시금 일상을 살아가실 수 있도록 곁에서 마음을 다해 지켜보았다.

지속적으로 이00님의 일상을 살피면서, 기본적인 의식주는 어느 정도 해결된 것처럼 보였다. 하지만 가장 중요한 문제가 남아 있었다. 바로 혼자서는 외출을 할 수 없어 집 안에서만 생활해야 한다는 점이었다. 지역사회로 돌아오긴 했지만, 정작 집 밖으로 나갈 수 없는 현실이 참으로 아이러니하게 느껴졌다. 이대로는 온전한 회복이라 할 수 없다는 생각에, 이00님만을 위한 새로운 목표를 세우는 일이 무엇보다 시급했다.

마침 우리 구에서는 의료급여 대상자들을 위한 2025년 지역주도형 특화사업, ‘우리동네 산책동행’이 추진되고 있었다. 이 사업은 자원봉사자와 의료급여 대상자를 1대1로 연결해, 일주일에 한 번씩 동네를 함께 산책하며 걷기 운동을 할 수 있도록 돕는 프로그램이다. 이00님처럼 집 밖으로 나가기 어려운 분들에게 따스한 바람과 햇살 속 작은 변화를 선물해 줄 수 있다는 생각이 들었다. 뜻밖의 행운이 찾아왔다. 이00님과 연결된 자원봉사자는 운동 치료 관련 자격증을 가진 데다, 평소 어르신들을 대상으로 헬스 트레이너로 활동하고 있는 분이었다. 이00님께 이보다 더 알맞은 인적자원이 있을까 싶을 정도로 안성맞춤이었다. 게다가 이00님 역시 새로운 일상에 대한 의지가 남달라, 자원봉사자와 함께 걷기 운동에 누구보다 열성적으로 참여하셨다. 두 분의 만남이 이00님께 작은 기적처럼 다가왔다.

○ 결과(평가)

6월부터 시작된 ‘우리동네 산책동행’ 프로그램은 주1회 한 시간씩, 자원 봉사자분과 함께 산책을 하며, 건강을 다지는 소중한 시간이 되었다. 하지만 자원봉사자의 개인 일정으로 인해 아쉽게도 8월까지만 진행할 수밖에 없었다. 그럼에도 불구하고 이00님의 굳은 의지를

느끼셨던 자원 봉사자분은, 프로그램이 끝난 뒤에도 몇 차례 전화로 운동 지도를 이어가주셨다. 직접 곁에서 함께하지 못하는 상황에서도, 이00님을 향한 따뜻한 관심과 응원이 계속 되었다.

이00님의 이야기를 가까이에서 지켜보며 많은 생각을 하게 되었다. 처음에는 재가 의료급여 사업을 통해 필수급여만 제공하면 충분하다고 생각했다.

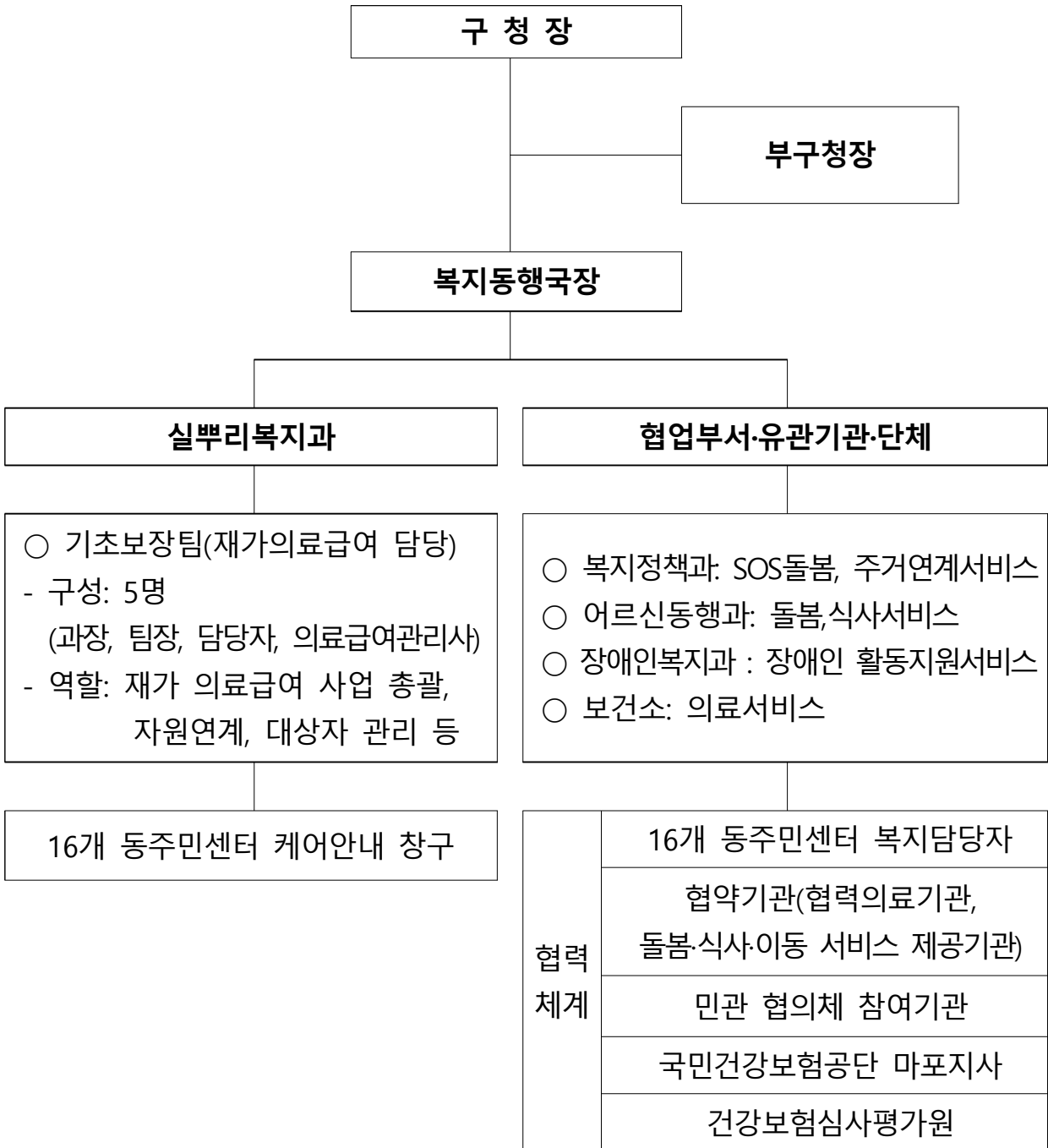
하지만 시간이 지날수록, 그리고 이00님이 지역사회에서 삶을 이어가는 모습을 보면서 깨달았다. 안정적인 재가생활이란 단순히 지원을 받는 것에 그치는 것이 아니며 무엇보다 중요한 것은, 스스로 자신의 건강을 관리하고 지키려는 힘이었다.

마치 아무리 좋은 거름과 햇살, 바람이 갖춰져 있어도 나무 스스로 뿌리를 내리고 영양분을 흡수하려는 힘이 없다면 울창하게 자랄 수 없는 것처럼 말이다. 지원도, 환경도 물론 중요하지만, 그러나 결국 주체적으로 자신을 돌보는 힘이 있어야만, 진정한 의미의 건강하고 행복한 재가생활이 가능하다는 사실을 다시금 깨달았다. 이런 생각 끝에, 우리는 이00님 사례를 바탕으로 2026년도 *** 찾아가는 건강 매니저 사업을 새롭게 구상하게 되었다. 이번 사업은 대상자들이 스스로 건강을 돌보고, 자가 운동 능력을 기를 수 있도록 돕는 데에 초점을 맞추었다. 앞으로도 이00님처럼, 한 사람의 작은 변화와 성장이 지역사회 안에서 더욱 안정적인 삶을 이끌어낼 수 있기를 진심으로 소망해본다.

□ 사업 수행기간

○ 2024년 7월 1일 ~ 2025년 11월 11일

□ 추진 체계



총괄	실뿌리복지과장 기초보장팀장	2명	- 재가 의료급여 사업 총괄
현장 추진	의료급여 담당자	1명	- 재가 의료급여 사업 계획 수립 및 성과 보고 (제공체계 구축현황, 케어플랜 등 월 1회 시도를 통해 건강보험공단으로 자료 제출) - 재가 의료급여 사업 수행 및 예산 집행 (예산집행 내역 EBDW시스템 입력) - 재가 의료급여 사업 제공기관 발굴 및 협약체결·업체 관리 - 지역사회 자원 연계를 위한 협력체계 구축
	의료급여 관리사	2명	- 재가 의료급여 대상자 발굴 및 선정 - 재가 의료급여 대상자 필요도 평가 및 케어플랜 수립 - 재가 의료급여 대상자 퇴원 준비 및 재가 생활을 위한 서비스 연계 및 지원 - 재가 의료급여 대상자 건강상태 및 재가 생활 모니터링 - 재가 의료급여 대상자 건강관리를 위한 교육 및 상담
내부 협력	복지정책과		- 사회복지서비스 현황 공유 및 연계협력 - 주거현황 공유 및 연계협력
	어르신동행과		- 노인맞춤형돌봄서비스 등 돌봄서비스 연계협력 - 노인복지센터 등 각종 서비스 현황 공유 및 연계협력
	장애인복지과		- 장애인 활동지원서비스 등 돌봄서비스 연계협력
	보건소		- 방문건강관리사업, 만성질환자 관리사업 연계협력 - 치매안심센터 연계협력
외부 협력	국민건강보험공단 마포지사		- 노인장기요양보험 등 의료,요양,돌봄 서비스 연계협력
	건강보험 심사평가원 지원		- 장기입원자 실태조사 간담회 동행상담 등

□ 추진 계획

○ 대상자

- 동일상병으로 31일 이상 입원자 중 의료적 필요도가 낮고, 퇴원 시 주거가 있거나 주거연계가 가능하여 퇴원이 가능한 의료급여 수급자
- 동일상병으로 1일 이상 반복 입·퇴원하는 수급자

○ 지원내용: 대상자 욕구 및 필요도에 따라 생활에 필요한 서비스 제공

- 급여유형 및 1인당 지원액 : 연 8,598,000원 이내

○ 지원방법

- (우선) 지역사회 통합 돌봄서비스, 민간자원 복지서비스 우선 연계
- (추가) 부족시 재가 의료급여 한도 내에서 추가 서비스 발굴·제공

○ 관리인원: 총 15명 (2025년 재가의료대상자)

○ 추진절차

구분		주요내용	수행주체
1.	제공체계 구축	· 지자체 유관부서 및 유관기관과 협력하여 서비스 제공에 필요한 지역사회 자원 연계·확보	· 의료급여담당공무원
▼			
2.	대상자 선정	· 장기입원자 현황 파악 및 대상자 선정	· 의료급여관리사
▼			
3.	필요도 평가	· 대상자 평가하여 서비스에 대한 대상자 욕구와 전반적인 필요도 조사	· 의료급여관리사 · 협력의료기관
▼			
4.	케어플랜 수립	· 필요도에 따라 구체적인 서비스 제공 및 적정 관리를 위한 케어플랜 수립	· 의료급여관리사 · 협력의료기관
▼			
5.	서비스 연계 및 제공	· 케어플랜을 토대로 대상자에게 필요한 서비스 제공	· 의료급여관리사 · 읍·면·동 · 협력의료기관 · 서비스 제공기관
		· 서비스 제공 내역에 따라 예산 집행	· 의료급여담당공무원
▼			
6.	모니터링	· 재가 생활 대상자의 건강수준 및 생활실태 전반을 주기적으로 확인, 서비스 지원현황 점검	· 의료급여관리사 · 협력의료기관 · 서비스 제공기관
▼			
7.	종결	· 서비스 지원기간 종료 또는 대상자 스스로 재가 생활 가능한 경우, 타 사업 이관된 경우 관리종결	· 의료급여관리사 · 협력의료기관

□ 추진 내용

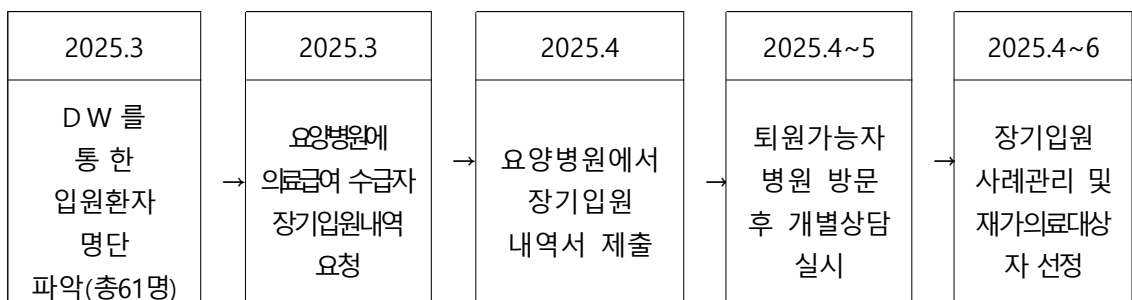
○ 서비스 제공체계 구축

구분	서비스제공기관명	재가의료대상자 의뢰현황	서비스제공방법	협약기간
협약 기관	**노인복지센터	1명	돌봄서비스	'25.10. ~ '현재
	**축산	3명	식자재지원	'25.7. ~ 현재
	***내과의원	0명	의료지원	'25.6. ~ 현재
	*****의원	14명	의료지원	'24.7.~ 현재
	의료복지 사회적협동조합 *의원	1명	의료지원	
	****돌봄센터	4명	돌봄서비스	
	**시니어클럽	1명	식사서비스	

○ 대상자 발굴 및 선정 절차방법(대상자 발굴을 위한 지자체 노력도 등)

- 25년 의료급여 장기입원대상자 실태조사 실시

- ****요양병원 외 11개소(입원자 총 61명)실태조사 실시
- 해당 요양병원에서 적정입원여부 서면제출
- 퇴원가능자 병원 방문하여 재가의료급여 사업 홍보 및 재가대상자 선정



- 요양병원 방문하여 재가의료사업 홍보 및 홍보물 제공
- 의료기관 및 관계기관 간담회 및 사례회의 실시
 - 의료기관 사례회의: 15회 개최
 - 기관 간담회: 15회 개최
- 재가 기간 연장 대상자 적정평가 실시

- 의료기관 사례회의 및 평가표 작성: 3회
- 평가대상자: 3명
- 협력의료기관 및 관계기관과 단톡방 개설을 통해 실시간 대상자 정보 공유 및 서비스 요청

□ 추진 성과(실적)

○ 대상자 발굴 실적 서비스 제공 및 연계 실적, 예산 집행실적

재가대상자 발굴현황		사업목표인원	목표달성율
24년 선정대상자	25년 선정대상자		
3명	12명	10	150%달성

(※ 사업목표인원 : 의료급여관리사 1인당 5명)

○ 적극적인 사업추진을 위해 세 차례 예산변경으로 추가 사업비 확보함

- 25. 10월 말 기준, 본예산의 27% 초과 집행

※ 24년 지원시작 대상자 3명 , 25년 지원시작 대상자 12명

○ 비용 측면 : 투입(서비스 비용) 대비 산출(의료비 절감효과성)

- 개입 전 후 의료비는 동일기간 비교 필요

※현 재가대상자 15명 동일기간 재가의료사업 개입 후 58% 비용절감

A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
	소계	의료비	재가 사업비		
138,696,680	58,045,145	34,148,180	23,895,965	80,652,535	△58%

□ 성공 및 장애요인, 개선사항

○ 성공요인

- 장기입원 실태조사 실시를 통해 재가사업 취지에 맞는 재가의료 지원 대상자 선정
- 개입 후 협력의료기관과 사례회의 및 가정방문등을 통해 케어 플랜수립
- 케어플랜 수립 후 대상자 건강체크를 위한 방문진료를 빠른 시일 내에 진행

- 퇴원 후 3개월 이내에 자택에서 잘 적응할 수 있도록 필수급여 (의료·식사·돌봄·이동) 및 선택급여를 적시에 제공하여 병원 퇴원 후 불편사항이 없도록 함
- 협력기관과 단톡 및 메일, 사례회의, 간담회를 필요시마다 수시로 개최하여 의사소통을 활성화 함

□ 재가 의료급여사업 대표 개인 우수 수범사례

마포구는 2024년 7월부터 재가의료 사업을 시작하였으며, 이OO님을 장기입원 실태조사 후 2025년 재가의료급여사업 대상자로 선정하였다. 중장년의 1인 단독가구로 임대아파트에 거주하였고, (심하지 않은) 뇌병변장애, 당뇨병성 족부궤양으로 양측 엄지발가락 절단 상태였으며, 외부와의 일체 연락을 피하시는 대상자였다. 왼쪽 팔·다리 편마비 증상이 심한 관계로 거동이 불편하고 자주 넘어지시면서 상해를 입고 24, 25년 ***요양병원에서 31일 이상 장기입원을 하셨다.

사업 참여를 유선으로 설명하고, 자택으로 방문하였으나 집에 계시지 않았고 전화약속도 매번 지키지 못하셨다.

실태조사를 위한 가정방문 당시, 저장 강박증이 의심될 정도로 자택에 쓰레기가 쌓여있고, 바퀴벌레가 방안 곳곳 돌아다니고 있었다. 첫 번째 발가락은 절단 상태이고, 두 번째 발가락 염증이 진행되고 있었으며, 방에서 보일러를 틀고 내복을 입고 멍하니 앉아계셨다.

스스로 자택 청소 및 건강관리가 전혀 이루어지지 않는 상태로, 재가의료 사업지원이 이루어지지 않을 경우 당뇨합병증의 악화 및 요양병원 반복 입·퇴원이 계속될 수밖에 없는 상황이었다.

곧바로 협력의료기관(*****의원)과 사례회의를 실시하여 재가의료 대상자로 선정 후 케어플랜을 수립하였다. 사례회의 시 대상자의 안전한 질병치료 및 퇴원 후 일상생활 복귀를 위하여 필수급여(의료·식사·돌봄지원) 및 선택급여(주거개선, 냉·난방지원, 가전 및 가구) 지원을 계획하였다.

첫 번째로 주거개선을 위하여 2025. 6. **돌봄센터에서 청소를 진행하였다. 재가의료사업 선택급여(환경개선, 집청소)로 진행하였다.

돌봄SOS에서는 수차례 방역서비스를 하기로 하였다. **돌봄센터에서 청소를 진행하는데 온갖 벌레들이 가득하여 청소가 순조롭지 않았다. 세탁기 내에 벌레가 많고 쓰레기가 산더미 같아 빨래도 불가능한 상태였기에 2차 청소 추가지원이 들어가 겨우 청소를 마칠 수 있었다. 처음 청소를 거부하던 대상자도 깨끗해진 집을 보며 매우 만족해하셨다. 두 번째로는 25. 6. 부터 방문 진료를 시작하였다. 저장강박증이 의심되어 협력의료기관(**의원)에서 정신 심리상태 평가 및 필요시 처방 진행하기로 하였다. 사례회의 과정에서 담당 의사 선생님께서 성인 ADHD가 의심된다고 하시며, 정신검사 후 약물복용을 하면 대상자의 삶의 질이 달라질 것이라고 하셨다. 기초검사 및 혈액검사 실시하셨는데 피검사 결과 다행히 혈액투석이 필요한 상황은 아니라고 하셨다. 세 번째로는 주 5회 식사지원을 하였다. 대상자는 당뇨환자로 식사 조절은 매우 중요한 부분이었고, 관내 협약기관(**시니어클럽)의 주 5회 식사 지원을 통해 균형잡힌 식사를 할 수 있도록 도왔다. 집 청소 후에 쓰레기와 깨진 유리 방역 등을 하고나니, 얼마 지나지 않아 다시 이불과 옷이 쌓이는 상황이 발생하였다. 거동이 불편한 대상자를 위해 침대와 정리정돈을 위한 서랍장을 지원하고 더운 여름을 나기 위하여 에어컨 지원 설치 해드렸음에도 전기요금 걱정에 아껴 사용하고 계신다고 하였다.

청소 2회 후 재방문시 다시 쓰레기를 쌓아놓기 시작하셨고, 협력의료기관 담당의사 선생님의 정신과 치료를 받기 전까지는 청소해도 다시 쓰레기집이 될 거라는 소견에 낙담이 되기도 하였다.

이후 재방문하였을 때 이미 당뇨로 절단된 엄지발가락의 두 번째 마디에도 외상이 발생하여 피가 묻은 상태로 방치되고 있음을 발견하였고, 즉시 병원외래에 연락하여 상처소독 및 약 처방 받도록 도와드렸다.

**의원 사례회의 실시하여 이OO님 정신건강과 발가락 외상상태에 대하여 전달드렸고, ADHD검사를 위하여 정신과의원에 의뢰하시겠다고 하였다

이OO님 발가락 외상사진을 메일로 전송해 드렸고, 방문진료팀에서

계속적인 모니터링 및 진료계획을 세웠다.

복용 중인 약을 쓰레기봉투에 모두 담아놓고 있어 약상자를 지원하여 약정리 및 복약지도 실시하였고, 그동안 서비스를 거부하던 보건소 방문간호사 동행을 통해 대상자가 지속적인 방문간호도 받을 수 있도록 도왔다.

하루 종일 집에서 혼자 계시는 이OO님을 위해 중장년 1인 가구 돌봄통합서비스(***) 프로젝트) 신청과 관련하여 설명드렸고, 이OO님도 자조모임 등에 관심을 많이 보이셨다. 동 주민센터 담당주임님과 통화 후 이OO님께 사업참여 안내하여 드렸고, 대상자분께서 ***서비스를 동 주민센터 방문하여 신청하시겠다고 하였다.

3차 사례회의를 실시 후 **의원에서 **정신건강센터나 협력 정신과 의원에 대상자 의뢰하시겠다고 하였고, 성인ADHD검사를 8월 중에 계획하였다. 이후 종합정신심리검사 및 ADHD검사 진행하기로 하였고, **정신보건센터에서 15만원정도 검사비 지원 및 ***사업에서는 100만원까지 지원하기로 하였다.

25. 9월 OO정신과의원으로 의뢰되어 정신관련 검사 진행하기로 하였고, 대상자가 혼자서 병원가시기 힘들 것 같아 긴급돌봄에서 병원동행 서비스 연계하였다. 이OO님 정신과 진료당일 전화 드렸고, 오후에 잘 챙겨서 병원 다녀오시겠다고 하셨다. 검사결과 이OO님은 중증도 우울증 진단을 받으셨고 우울증 약물을 복용하기 시작하셨다. 정신과 진단을 통해 자기건강을 관리할 수 있는 능력이 향상되었고, 자조모임 등을 참여하면서 다른 사람들과의 소통할 수 있는 시간을 가질 수 있게 되었다.

이OO님의 경우 재가의료 지원을 받지 못하였다면 당뇨합병증 관리가 이루어지지 못하고 중장년층인 대상자가 장기 입·퇴원을 반복하는 상황이 되었을 것이다.

협력의료기관과의 사례회의를 통해 이OO님의 숨겨진 정신과적 문제까지 파악하게 됨으로써 보다 효과적인 접근을 할 수 있었다. 대상자의 건강호전은 물론, 외부와의 소통의 통로가 마련되었음에 안도와

보람도 느낄 수 있었다.

재가의료급여 지원이 순조롭게 이루어질 수 있었던 것은 협력의료기관과의 원활한 소통과 관계기관과의 협조 덕분이라고 생각한다.

2024년 7월 재가의료급여 지원사업을 시작할 때는 막막하기도 하였지만, 관계기관과의 소통을 통해 협력체계를 만들어가는 과정에서 힘을 얻었다. 대상자가 재가 의료급여사업 지원을 통해 병원이 아닌 자택에서 안정적인 치료와 생활을 누릴 수 있다는 희망을 보았다.

□ 사업 수행기간

- 2023년 6월 ~ 2025년 11월

□ 추진 체계

○ 조직 구성

- 의료급여 전담조직 ‘의료보장계’ 별도 설치
 - 타 업무와 분리된 독립 운영체제로 신속한 의사결정 및 사업 집중도 제고
 - 의료급여관리사의 사례관리 전문성 극대화로 현장 대응력 향상
- 행정 효율성과 현장 전문성을 갖춘 인력 배치로 사업 추진 기반 확립
 - 복지업무 경력 30년 이상 담당계장 중심의 리더십 운영
 - 의료보장계 직원: 공무원 3명, 공무원(사무관리) 1명, 의료급여관리사 6명

○ 운영 체계 및 협업

- 역할 분담을 통한 체계적 협업 구조
 - 공무원(행정지원·연계조정) + 의료급여관리사(현장관리·사례조정) 간 전문성을 살린 명확한 역할 구분
 - 의료보장계 전용 단톡방 운영으로 실시간 정보 공유 및 소통으로 행정 효율성과 대응력 향상
- 부서 간 통합지원 네트워크 구축
 - 치매안심센터·방문건강관리·정신건강복지센터 등과의 협업을 통한 다각적 서비스 지원
 - 사례별 통합사례회의 수시 개최로 중복지원 방지 및 복지효율 극대화

○ 지역 내 자원 구성현황

- 민·관 협력 기반의 자원망 구축
 - 의료(6개소), 식사(3개소), 이동(1개소), 돌봄(1개소) 필수급여 분야별 협약 체결

- 서비스 제공체계의 안정성 · 지속성 · 접근성 강화

○ 자원 연계 강화 방안

- 협력기관 정기 간담회(연 2회/상·하반기) 개최
 - 기관별 성과 및 사례 공유, 피드백을 통한 서비스 만족도 향상
 - 역할 · 책임 분담 체계 명확화로 협력 효율성 제고
- 신규 협약기관 발굴 및 서비스 다각화
 - 식사이동 외 정신건강, 주거개선, 문화활동 등으로 서비스 영역 확장 추진
 - 지역 복지 인프라 확충 및 민·관 상생 기반의 지속가능한 사업 추진

□ 추진 계획

○ 추진 배경 및 필요성

- 우리 시는 2021년 2월 이미 65세 이상 인구 20%를 초과한 초고령사회 진입
 - 돌봄 공백, 장기입원 증가, 의료비 부담 등 사회적 비용 가중
- 장기요양등급 외 노인·독거노인 등 돌봄 사각지대 해소를 위한 재가 중심 의료·복지 통합지원체계 구축 필요성 대두

○ 사업 목표 설정

- 의료급여 퇴원자 및 수급자의 개별 욕구 반영한 맞춤형 통합 서비스 체계 구축
- 의료·돌봄·식사 등 통합서비스 연계로 지역사회 복귀 및 삶의 질 향상 도모
- 유관 부서·기관 협업과 실시간 내부 소통체계를 기반으로 효율적 추진 및 재정 안정화

○ 사업 수행 인력 현황 및 역할(총 8명)

※ 전문성과 현장성이 결합된 인력 구성으로 체계적 사례관리 실현

- 총괄(담당계장 1명 / 리더십 중심 총괄 운영)
 - 복지업무 30년 경력으로 현장경험과 슈퍼비전 중심의 리더십 발휘
 - 의료급여관리사 현장 동행, 협력기관 의견 조율, 사업 방향·

의사결정 총괄

- 행정·연계 지원(주무관 1명 / 행정·복지 연계 허브 역할)
 - 행복e음 시스템 활용으로 복지서비스 누락자 발굴 및 연계
 - 예산·보고자료·홍보 등 행정지원 및 내부 소통창구 역할 수행
- 현장·사례관리(의료급여관리사 6명 / 의료전문 기반 사례관리)
 - 장기입원자 실태조사 및 퇴원 유도, 재가생활 지원
 - 건강관리·돌봄욕구 평가 및 지속 모니터링으로 맞춤형 케어 실행

○ 수행 절차

- 제공체계 구축: 유관부서·기관 협력으로 자원 연계 기반 마련
- 대상자 선정·평가: 장기입원자 현황 및 욕구·건강상태 분석
- 케어플랜 수립: 평가 결과기반 맞춤형 서비스 계획 수립
- 서비스 연계·제공: 계획에 따른 통합서비스 시행 및 협력기관 관리
- 모니터링: 지원현황 점검 및 서비스 품질 관리
- 종결 및 사후관리: 재가생활 유지 확인 후 종결, 필요시 타 사업 연계

○ 예산 집행 계획

- 협력기관 및 지역 내 기존 자원 활용을 통한 비용 절감과 재정 효율화 강화
- 대상자 욕구에 따른 균형적 예산 배분으로 지원 형평성 확보

□ 추진 내용

○ 서비스 제공체계 구축

- 필수급여(의료)
 - 요양병원 6개소 협약, 퇴원환자별 케어플랜 수립·상담·모니터링 체계 확립
 - 장기입원 수급자의 재입원 방지를 위한 집중상담, 기관 간 정보 공유
- 필수 / 비의료급여(식사·돌봄·이동)
 - 식사: 자활센터, 시니어클럽, 아동급식업체와 협약, 밑반찬식재료 가정 배달
 - 이동: 지체장애인협회 협력, 병원 이동 지원·택시 실비 정산
 - 돌봄: 돌봄·가사서비스 등 일상 복귀 지원 중심 구성

※ 의료·돌봄·식사·이동'4대 필수급여 지원체계 구축'으로 편의성·지속성 강화

○ 협약 및 연계 과정

- 2023. 8.~2024. 5. 단계별 협약 체결 완료
- 기관별 역할 분담 체계 확립, 서비스 중복 방지, 자원 배분 효율화 체계 확립

○ 대상자 발굴 및 선정 절차·방법

- 적극적인 홍보 및 접근성 강화 노력 : 접근성·참여율·인지도 상승
 - 리플릿·스티커·전단지 등 다채널 홍보물 활용으로 사업 인지도 제고
 - 간호사실·병동 방문시 홍보물품에 사업 안내 스티커 부착·배부로 환자 접근성 강화
 - 의료진 대상 사업 설명, 포스터 게시 및 리플릿 비치로 병원 내 홍보망 구축
- 요양병원 장기입원 실태조사 및 취약계층 중점 발굴
 - 매년 초 실태조사 계획 수립 및 병원 협조 요청
 - 2~5월 의료진 브리핑 및 환자 면담으로 장기입원자 실태 파악
 - 의료 경도 퇴원가능자 중심으로 재가 복귀 가능자 우선관리
 - 공무원과 의료급여관리사 병동 방문 상담 및 사업 안내
 - 독거·주거취약 등 사회적 입원자 중점 발굴 → 재가복귀 유도
- 전화상담 기반 대상자 발굴
 - 요양병원 8개소에서 퇴원자 명단 월별 공유 받아 대상자 관리
 - 전화상담을 통해 건강상태·생활환경·돌봄지원 여부 등 종합 파악
- 현장 중심 욕구조사 및 가정방문
 - 재입원 위험군 합동 가정 방문(담당계장, 의료급여관리사)으로 주거·건강·돌봄을 비롯한 실제 생활 실태 확인
 - 욕구조사 결과에 따라 맞춤형 통합서비스 제공 및 지속적인 모니터링
 - 위기 징후 발생 시 즉각 개입으로 재가 정착률 향상 및 지역 사회 내 안전망 효과

□ 추진 성과(실적)

○ 대상자 발굴 실적 현황

(단위: 명)

등록자	관리중	종결
72	46	26

- 연도별 발굴 현황(신규/종결): 23년(16/0) 24년(23/10) 25년(33/16)

○ 투입(서비스 비용) 대비 산출 (의료비 절감효과성)

(단위: 천원, %)

A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
	소계	의료비	재가사업비		
728,976	205,586	152,385	53,201	△523,390	△72

- 자료 출처: 의료급여종합정보지원시스템

□ 성공 및 장애요인, 개선사항

○ 성공요인

- 노인일자리·자활사회적기업 연계로 서비스 제공과 지역경제 활성화 달성
 - 식사: 노인일자리 사업 활용 → 어르신 소득 보전+식사지원
 - 돌봄: 지역자활센터 연계 → 인력 공백 해소+자활 일자리 창출
 - 선택급여: 사회적기업(중고매장)활용 → 필수가전·가구지원+ 지역경제 선순환

※지역자원 활용을 통한 자원 재분배의 합리성·재정 효율성 극대화

※취약계층 일자리·소득 창출로 복지와 경제의 동반성장 모델 구축

○ 장애 요인(현장에서 실제 부딪힌 어려움)

- 장기입원 후 돌봄이 필요한 대상자 중 65세 이상 장기요양등급 등외자(노인장기요양등급판정에서 인정점수 미달되어 등급 받지 못한 경우) 존재
- 지역 내 돌봄자원 발굴 시도했으나 법·운영상 제약으로 연계 실패
 - 장기요양기관은 장기요양 등급자 외에는 요양보호사 파견 불가

- 인력사무소를 통한 파견도 시도했으나 협조 불가

○ 개선 및 극복사항

- 자활계와 업무 교류 중 지역자활센터 수익사업(두부판매)추진 소식 파악으로 해당 센터 돌봄 파견 가능성 확인
- 익산시-지역자활센터 협력으로 법인승인·정관변경, 세무서 수익사업 승인 등 절차를 거쳐 협약 체결
- 돌봄이 필요한 65세 이상 장기요양 비등급자의 돌봄까지 지원하며 돌봄 사각지대 해소

□ 재가 의료급여사업 대표 개인 우수 수범사례

[제목] 다시 걷기 시작한 젊은 아버지의 이야기

의료급여관리사로 근무한 첫해의 늦여름이었다.

일을 하며 여러 사연을 만났지만, 그중에서도 박OO씨의 이야기는 유독 마음에 남았다.

○ 대상자 선정

봄이 시작이 되는 무렵, 의료급여관리사 채용공고를 통해 입문한 나의 첫 행정업무는 장기입원자 실태조사로 시작되었다. 그는 서른아홉 살의 젊은 남성으로 퀵 배달 일을 하던 중 교통사고로 머리와 쇄골을 크게 다쳐 요양병원에서 회복중이었는데 많이 우울해 보이며 퇴원이 불가하다는 말만 반복하고 현실을 외면하였다. 그런데 그가 퇴원했다는 연락을 받고 가정 방문을 갔으나 그 젊은 남자는 집 근처 요양병원에 재입원해 있었다.

넓은 옥탑방에는 60대 중년 부모와 세 살배기 아들이 함께 살고 있었다. 그는 교통사고를 당해 뇌병변 장애로 남았고, 아버지 또한 뇌졸중으로 근로 능력이 없는 상태로 수급자로 보호받는 가구원이었다. 어머니는 60대 초반이었으나 역시 정상적인 근로가 불가능한 상태라고 했고, 설상가상 아들이 낳은 자녀까지 맡아 양육하고 있었다. 실질적인 양육은 부모님 집에서 이뤄지고 있었지만, 돌봄·재활·경제 어느 것 하나 안정적인 게 없었다.

대상자는 한 달가량 집 근처 요양병원에서 재활치료를 이어가며 조금씩 회복 중이었으나, 퇴원을 앞두고 불안감이 커졌다. “이렇게 나가면 다시 못 걸을까 봐 두렵습니다.”

그의 말에는 한 부모로서 아이를 지켜야 하는 두려움이 담겨 있었다. 의료진을 찾아가 확인해보니 이미 기계 치료가 필요 없는 단계로 회복되어 있었다. 그래서 집에서도 연하 재활을 지속할 수 있음을 설명하였다. 나는 꾸준한 운동과 일상 속 재활로 충분히 회복이 가능하다고 격려했다. “병원보다 집이, 치료보다 일상이 더 큰 힘이 될 거예요.” 그는 잠시 망설이다 고개를 끄덕였다. (2024. 11. 퇴원결정)

○ 케어플랜: 다시 회복을 향한 길

대상자의 주요 문제는 신체적 제약, 미성년 자녀의 돌봄 부재, 식생활 취약, 복지 서비스 이해 부족이었다. 이에 ‘기능회복과 자립적 재가생활 유도’를 목표로 의료·돌봄·식사·이동의 네 영역으로 계획을 세웠다.

- 의료지원

협력의료기관으로 집 근처의 요양병원을 지정해 주 1회 이상 유선모니터링을 실시하고, 남부 건강생활지원센터 재활운동 프로그램에 등록하여 매일 1시간씩 운동할 수 있도록 했다.

- 활동지원 및 육아지원

이동이 어려운 점을 고려해 장애활동지원서비스를 신청하여 운동 동행을 지원하고 자녀는 드림스타트 사업과 연계해 영양식 지원과 부모교육 등, 아동발달 프로그램에 참여시켜 미혼부의 육아 공백을 최소화했다.

- 식사지원

저작·연하곤란으로 식사에 어려움이 있었던 대상자에게 밀반찬 대신 식자재로 지원해 영양 불균형을 예방하고, 식사 시간 또한 재활의 일부로 삼을 수 있도록 제안했다.

- 이동지원

또한, 재활운동 및 외래진료 시 이동이 원활하도록 적극 지원하였다.

○ 서비스 제공 및 모니터링: 멈추지 않는 관심

퇴원 후에도 손가락과 입 주변 근육 등 소근육 훈련을 생활 속에서 실천하도록 안내하고, 집에서도 할 수 있는 연하훈련(얼음물로 인두 자극, 글 소리 내어 읽기)을 교육했으며, 입원 이력이 있는 협력의료기관 연계를 통해 의료적·생활적 변화를 주 단위로 모니터링했다. 활동지원사의 도움으로 대상자는 규칙적인 재활운동을 이어갈 수 있었다.

○ 결과(평가): 다시 집으로, 다시 삶으로

그로부터 1년이 지난 지금, 그는 매일 재활운동을 꾸준히 이어가고 있다.

의사소통은 느리지만 명확해졌고, 식사 시 흡인이 줄어들어 등 기능회복이 뚜렷하다. 무엇보다 큰 변화는 ‘가정의 회복’이었다. 아이와 함께 식사하고 대화를 나누는 지금의 모습은 불과 몇 달 전과는 사뭇 달랐다. 그는 “이제는 병원이 아닌 집에서 가족과 함께 살 수 있어서 행복하다”고 웃으며 말했다.

이 사례는 단순한 의료비 절감이 아닌, 의료급여제도를 중심으로 지역 돌봄 자원을 통합 연계하여 대상자의 자립과 가족의 회복을 이끌어 낸 사례로 내게 남긴 가장 큰 배움이었다.

5 장려상: ‘치료를 넘어 삶에 더 가까이’, 재가의료급여를 통한 삶의 회복

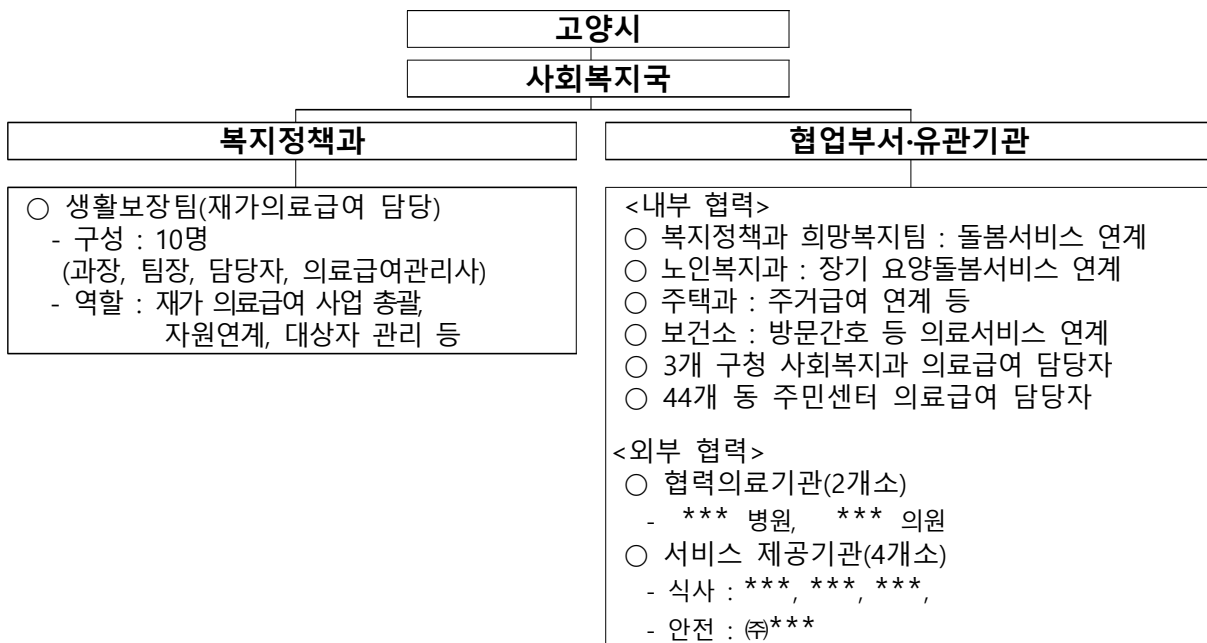
경기도 고양시

□ 사업 수행기간

- 2024년 1월 1일 ~ 2025년 현재 (10월말 작성 기준)

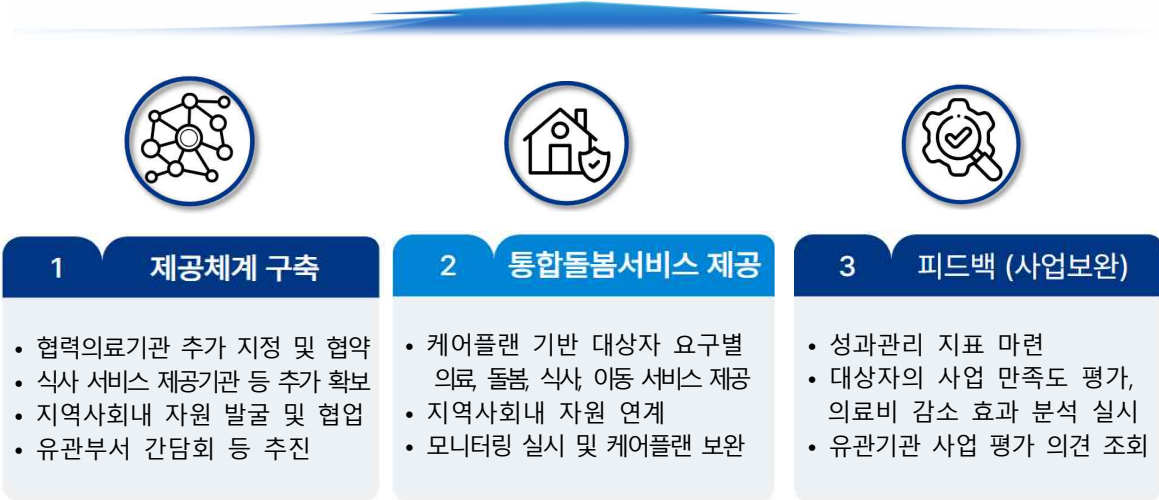
□ 추진 체계

- 추진 체계도



- 추진 전략 체계도

목적 의료급여수급자의 퇴원 후 지역사회 정착 도모, 의료급여 재정 건정성 확보

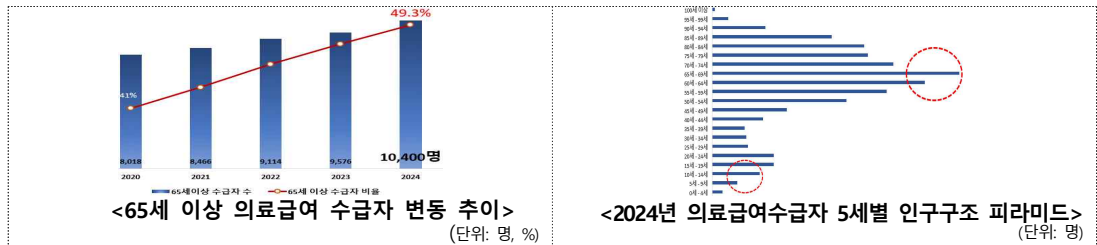


□ 추진 계획

○ 추진배경

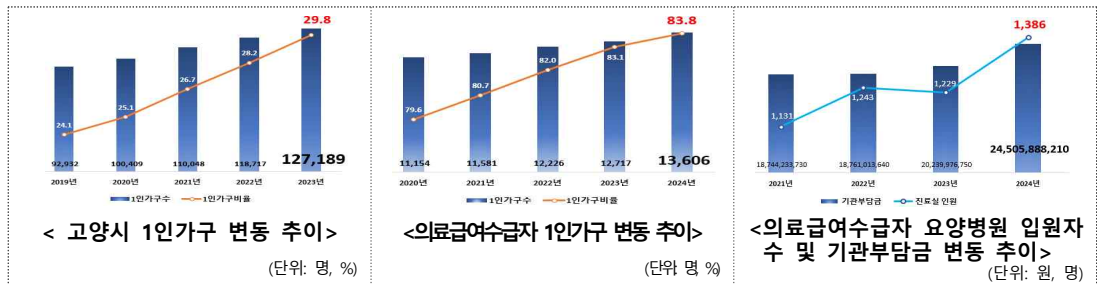
- 고령화에 따른 노인의 의료·돌봄 대응책 마련 시급

- 고양시 노인 인구수는 '24년 17.2%(184,451명)이고, '28년에는 20.6%로 초고령사회 진입 예상
(고양시청연구원 정책브리프 VOL7, 고양특례시 고령자 생산지표개발, 2024. 7. 26. 발간)
- 수급자 선정기준의 특성 상(근로능력 평가 등) 고령인구비율이 높으며(24년 10,400명/49.3%) 해마다 증가
- 5세별 인구피라미드는 65세 이상 고령인구가 많고 14세 이하 유소년 인구가 적은 역표주박형



- 퇴원 시 가족들의 돌봄 부담 야기로 불필요한 사회적 입원 발생

- 가족부양의식 변화 및 1인가구 증가 등 가족돌봄 기능 약화
- 노부모 돌봄이 가족책임이라는 견해는 '02년 70.7%⇒ '22년 19.7% 크게 감소, 가족과 정부사회의 공동책임이라는 견해는 '02년 18.2%⇒ '22년 62.1%로 크게 증가(「한국의 사회동향」 통계청, 2022년 발간)
- 의료급여수급자 1인가구수는 점차 증가 추세
- 재가의료급여 주요대상 요양병원 입원자 '24년 기관부담금 전년대비 4,265,911천원(21%) 증가



○ 목표 및 세부 추진 계획

- (목표 인원) 총 30명(의료급여관리사 당 5명)
- (내용) 대상자 욕구 및 필요도에 따라 재가 생활에 필요한 서비스 제공
 - 기존 자원 우선 연계, 필요시 재가 의료급여를 통해 보완
 - 불필요한 과다이용 방지를 위하여 서비스별 이용한도 내에서 지원
- 2025년 중점 추진 내용
 - (제공체계 구축) 대상자 목표량 및 예산액 증대로 협력의료기관, 서비스 제공기관 추가 지정
 - (객관적 평가 방안 마련) 협력의료기관과 공동 성과지표 마련
 - (재가의료급여 서비스의 양적·질적 향상) 워크숍 및 간담회 실시, 식사 제공기관 대상 위생 교육 및 정기 현장점검 실시, 자원연계 활성화

□ 추진 내용

○ 협약기관 협력 현황

- 간담회 및 사례회의 개최

년도	협약기관	개최실적	내용
2024	***병원	간담회 2회	재가의료급여사업 안내(목적, 의료기관 역할 등) 및 참여 독려 등
		사례회의 3회	신규 대상자 케어플랜 수립 재가생활 모니터링 결과 공유 및 조치사항 논의
2025	***병원	간담회 5회	'24년 사업 평가 내용 공유, 공동 성과지표 마련, 워크숍 추진 관련
		사례회의 5회	신규 대상자 케어플랜 수립 재가생활 모니터링 결과 공유 및 조치사항 논의
	***의원	간담회 1회	재가의료급여사업 안내(목적, 의료기관 역할 등) 및 참여 독려 등
		사례회의 6회	신규 대상자 케어플랜 수립 재가생활 모니터링 결과 공유 및 조치사항 논의

○ 서비스 제공체계 구축 현황

- 기존 지역사회 서비스 우선 연계, 필요시 재가의료급여 사업을 통해 보완

구분	협약기관	협약기관 연계 과정
의료	*** 병원	<ul style="list-style-type: none"> · 공공의료 사업추진 기관(공공의료 책임 의료기관)이며 방문진료 등 케어팀 역할 수행 가능 · 간담회를 개최하여 사업안내(사업 목적, 협력의료기관 역할 등) 및 참여를 독려하여 협약 추진
	*** 의원 2025년 추가 지정	<ul style="list-style-type: none"> · 공공의료 사업추진 기관(재택의료센터 시범사업)이며 방문진료 등 케어팀 역할수행 가능 · 간담회를 개최하여 사업안내(사업 목적, 협력의료기관 역할 등) 및 참여를 독려하여 협약 추진
필수 급여	○○○	<ul style="list-style-type: none"> · 지역내 적합한 식사서비스 제공기관을 발굴하여 지정 · 즉석판매제조로 신고된 업체 중 <ul style="list-style-type: none"> - **시에서 1년이상 영업 - 매일 식단을 달리하여 주기적으로 가정집 개별배달 가능 - 맞춤형 식사 제공 가능 - 재가의료급여 예산 및 통상적인 단가 고려하여 제공 단가 합의 가능 여부 - 배상책임보험 가입 업체를 대상으로 ⇒ 현장점검으로 위생 등 관리상태 점검 후 지정
	*** 2025년 추가 지정	
	△△△	
돌봄	장기요양보험 방문요양서비스, 가사간병지원사업, 일상돌봄 등 타 돌봄 서비스 연계	
이동	고양시 교통약자 이동지원센터, 일상돌봄 병원 동행 서비스 등 타 서비스 우선 연계 및 실비정산	
선택급여 (안전관리)	(주) ***	<ul style="list-style-type: none"> · 관내 비상호출벨 서비스 제공 기관 단가비교(3개업체) · 간담회를 개최하여 장비별 특징 확인 및 단가 최종 합의 후 협약 추진

- 협력 의료기관과 사업 공동 성과지표 마련

구분	고양시	OO병원	공동 목표 및 성과지표 수립
목표	I. 장기입원 후 퇴원한 의료급여 수급자의 안정적인 지역사회 복귀 및 건강 삶의 질 향상 II. 의료급여 재정 건전화	○ 지역주민의 건강 증진 ○ 의료비 재정 건전화	√ 지역주민의 건강 증진 √ 불필요한 진료비 발생 감소로 재정 건전화
중요시하는 성과	I-1. 장기입원자 요구 성과 지표 수치 개선 I-2. 사업 만족도 설문조사 결과 높은 점수 II. 퇴원 후 의료급여 비용 절감	○ 대상자 관리 지표 향상 - 독감, 65세 이상 폐렴 등 예방접종 완료 여부 - 건강검진수행, 사전연명 등록 여부 - 우울지수 향상(산별도구 PHQ-9)	
데이터 수집 및 분석 방법	I-1. 장기입원자 요구 성과 지표 전후 비교 I-2. 만족도 설문 실시 II. 의료급여정보종합시스템을 통한 의료급여 비용 추출	○ 내부 통계 분석 - 노선 데이터베이스 활용	√ 연말 기관별분석 내용 공유
2025년 성과 지표 달성 목표 설정	I-1. 건강 삶의 질 향상 수치 개선(우울정도, 통증정도, 일상생활 수행 정도) I-2. 만족도 평균점수 4점이상 II. 퇴원 후 의료급여 이용 비용 감소	○ 성인 필수 예방접종 완료 ○ 건강검진 수검률 향상 ○ 사전연명 등록률 향상 ○ 우울지수 개선	√ 건강 삶의 질 평가 수치 개선 ① 장기입원자 요구 성과지표 평가 공유 ※ 「Ⅲ. 건강삶의 질 영역 -2. 우울 정도 평가」시 PHQ-9 도구 활용 ② 만족도 설문조사 평가 √ 대상자 관리지표 향상 ① 양 기관 건강검진 및 접종 격려 지속 ② 달성률 확인방법 추후 논의

○ 협력 의료기관과 워크숍 개최

- 행사명

- 치료를 넘어, 삶에 더 가까이
- 지역사회 기반 일차의료 건강돌봄 워크숍

- 참여자 : 시청, 보건소, 농업기술센터, OO병원 등 유관기관 관계자 42명

- 내용

- OO병원 공공의료사업, 책임의료사업, 일차의료개발센터 사업 등 부서별 사업 소개

- 재가의료급여사업 개요 및 우수사례관리 발표
 - 지역사회 복지자원 연계 특강, 지역사회내 유관기관 사업별 안내 및 협업사항 논의
- 하절기 대비 재가의료급여 식사제공업체 위생점검 및 교육
- 대상 : 재가의료급여 식사제공업체 3개소
 - 내용 : 시설위생, 개인위생, 배달관리 등 현장점검표에 따른 위생관리 점검 식중독 예방교육 자료* 활용 계절별 식중독 예방법, 위생관리 등 교육

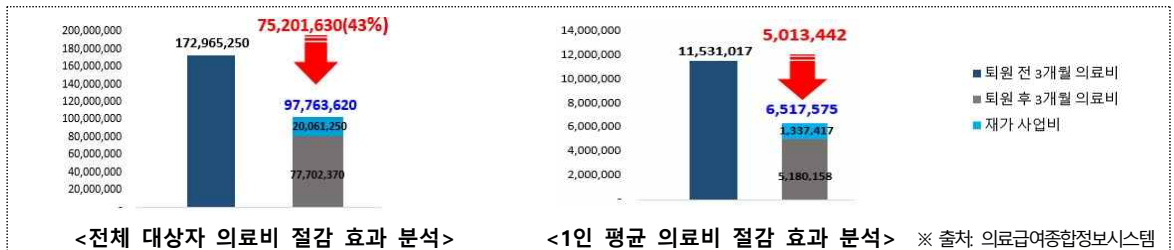
*자료 출처: 식품의약품안전처 식품안전나라(www.foodsafetykorea.go.kr)

□ 추진 성과

- 서비스 제공 실적 : 2,902건/15명
- 의료비 절감 효과(2024년 ~ 2025년 10월 지원 대상자)

(단위: 원, %)

구분	A (퇴원 전 3개월 의료비)	B (퇴원 후 3개월 발생비용)			A-B (절감액)	증감률
		소계	의료비	재가 사업비		
전체	172,965,250	97,763,620	77,702,370	20,061,250	75,201,630	43% 절감
1인 평균	11,531,017	6,517,575	5,180,158	1,337,417	5,013,442	



- 건강한 일상복귀 지원
 - 양질의 영양섭취 지원



⇒ 대상자 욕구 사정 시 식사지원에 대한 필요를 가장 많이 호소하였으며 재원투자 역시 식사지원 부분에 가장 큰 비율인 71%가 집행됨.

⇒ 대상자의 치아 등 건강상태, 기호도를 반영한 맞춤식이 제공

- 맞춤형 서비스 제공: 케어플랜 시 확인된 대상자별 주요 문제 상시 관리하고 연계

영역	상세내용
질환 및 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> . 투석 관리, 유치도뇨관 관리 등 대상자의 질환별 관리 상담.교육 . 우울증, 망상 등 정신질환 악화여부 확인 및 치료권유 등 . 환절기 전염병관리 교육, 독감 예방접종 독려, 사전연명제도 안내
영양 및 건강 증진	<ul style="list-style-type: none"> . 영양.실내 근력운동.금연 등 건강증진 관련 교육 . 텃밭 가꾸기 등을 통한 야외활동 증진
가정환경 개선 및 생활지원	<ul style="list-style-type: none"> . 119 똑딱 연계(방충망 수리), 주거사다리.임대주택 제도 통한 거주지 이전 . 생계급여, 주거급여, 신용회복센터 연계를 통한 경제적 어려움 해결 지원 . 비상호출 서비스 제공, 난방물품 지원
자원 연계	<ul style="list-style-type: none"> . 보건소 방문간호, 정신보건센터, 동행정복지센터 사례관리 등 연계

○ 건강 삶의 질 및 자가건강관리 능력 향상(장기입원자 요구 사정 측정기준표 활용 사전사후 점수 비교)

- 건강 삶의 질 영역(30점 만점) : 사전 평균 17.1점 ⇒ 사후 평균 20.6점으로 3.5점 상향
- 자가 건강관리능력(25점 만점) : 사전 평균 12.3점에서 ⇒ 사후 평균 15.8점으로 3.5점 상향

○ 대상자의 사업에 대한 만족

- '24년 만족도 조사 실시 결과'(25년은 11월말 조사 시행 예정) 평균점수 44점 (5점 만점)으로 만족

- 대상자 인터뷰(권0민/남, 75세)

병원에 오래 있을 땐 이려고 살아 뭐하나 생각 들며 포기하는 마음이 있었다. 지금은 아직 불편한 부분이 있지만 아침을 먹고 나와 활동하다 보니 뇌가 회복되며 생각도 돌아오고 듣는 것도 좋아지고 있다. 처음엔 전철 방송도 못 들었지만 지금은 다 들리며 걷는 것도 많이 좋아져서 지팡이 없이 잠깐씩 걸을 수도 있다.

□ 성공 및 장애요인, 개선사항

- 성공요인

- (안정적인 협력체계 구축) 신규기관 발굴·선정, 워크숍·간담회 등을 통한 협력과 소통 강화
- (담당인력 역량 강화) 워크숍을 통한 타 돌봄사업 및 협력기관 간 역할 이해도 향상, 직무교육을 통한 건강관리 지도능력 강화
- (성과관리 및 사업 평가 체계화) 협력기관과 공동의 성과지표를 마련하여 효율적·체계적으로 사업을 추진하고 장기적 협력체계를 마련

○ 장애요인

- (대상자 선정의 어려움) 자택이 없는 수급자는 한정된 자원 및 주거연계의 장기화로 대상자 선정이 어렵고, 전산시스템만으로 사업제공 선정기준을 충족하는 명단 발취가 어려운 상황
- (인력 부족) 고양시는 수급자 수가 많아 신규 수급권자 상담, 연장승인, 상해요인 조사 등의 업무량이 많은 상황

○ 개선사항

- (건강 삶의 질 향상 객관적 평가 시행) 건강 삶의 질 향상의 객관적 평가 부재하였던 문제점을 개선하여 '25년에는 장기입원자 요구 사정측정표를 활용하여 건강 삶의 질 향상에 대하여 객관적인 평가를 시행함

□ 대표 개인 우수 수범사례

[제목] 재가의료급여로 세상과 다시 이어진...삶의 회복 이야기

○ 첫만남, 간절한 소망을 듣다

“내 다리로 다시 걸을 수만 있다면 더 바랄게 없어요” ...처음 뵈었을 때 병실 침대에 누워 김OO님(75세 남성)이 간절한 목소리로 나에게 하셨던 말이다. 김OO님은 2015년 10월 뇌출혈 발병으로 급성기 치료를 받으셨고 돌봐줄 가족이 없어 요양병원에서 장기 입원을 반복 중이었다. 뇌출혈 후유증으로 생긴 좌측편마비와 고혈압, 고지혈증, 전립선비대증, 사업실패·가족과의 단절 등으로 우울과 불안장애가 있으셨다. 이렇게 좋지않은 상황 속에서도 전동휠체어를 사용하여 외래진료도 혼자 보시며, 다시 걷고자

하는 마음이 커 재활에 대한 의지가 강해 보였기에 재가의료급여를 통해 김00님의 간절한 소망을 이루어드릴 수 있을거란 확신이 들어서 대상자로 선정하였다.

○ 다분야 전문가가 모여 함께 길을 찾다

협력의료기관인 00병원의 의사, 간호사, 운동처방사, 영양사 등 다학제 전문가로 이루어진 케어팀과 사례회의를 통해 대상자의 영역별 필요도를 평가하고 케어플랜을 수립하였다. 확인된 건강 문제인 기저질환과 요실금, 만성 중이염, 우울 등은 정기적으로 이용하고 있던 거주지 주변 의원 외래를 통해 치료받고 00병원 케어팀에서 월 4회 모니터링, 년 4회의 집중교육 및 상담을 제공하기로 하였다. 일상생활수행능력 10점으로 자립적인 일상이 가능하나 고령, 좌측편마비, 한시적 동거자인 조카 외 지지자가 없는 점을 고려하여 노인장기요양서비스에 연계하여 주5회/3시간씩 가사 및 돌봄 지원을 받도록 하고, 재가의료급여 식사제공업체를 통해 밑반찬을 지원하기로 하였다. 또한 재가 생활 중 위험상황 발생 시 신속한 응급구조대와의 연결을 위해 재가의료급여 선택 급여로 비상호출서비스 제공을 계획하였다.

○ 병실문을 닫고, 세상을 열다

김00님의 퇴원 후 안정적인 재가생활을 위하여 00병원 케어팀과 함께 정기적인 모니터링을 통해 건강상태가 악화되거나 새로운 질환이 발병하지는 않았는지 확인하였다. 근력운동을 주도적으로 지속하여 더 오랜기간 일상생활 수행능력을 유지할 수 있도록 지원하여 재입원 가능성을 낮추고, 우울이나 불안이 더 악화되지 않는 것을 주요 관리 방향으로 정하여 운동 및 재활활동을 격려하고 정서적 지지를 수시로 제공하였다. 더불어 00병원 운동처방사가 실내 밴드 활용 근력운동법 교육, 힐링근력운동 교실 참여를 통해 올바른 운동법을 여러차례 교육하였다. 칼륨함량 예시 식품을 알려드리며 섭취를 권장하는 등 올바른 영양관리법에 대한 교육이

이루어졌고, 내몸에 물주고 텃밭가꾸기 사업, 자조모임 참석 등 활발한 외부활동을 통해 삶의 활력감을 가질 수 있도록 도왔다. 주 3회 반찬배달을 통해 양질의 영양섭취를 지원하였고, 독감 등 주요질환 예방 접종 및 정기건강검진 수검 격려·동절기 호흡기 질환 예방 등 건강관리에 대한 상담·사전연명의향서 작성을 통한 인생 말기 계획 지원 등 대상자의 건강관리능력을 향상시켰다.

○ 이제, 다시... “삶을 걷다”

수개월간 꾸준한 재활치료와 근력운동으로 지팡이 없이도 몇걸음 걸을 수 있게 되었고, 더 놀라운 것은 퇴원 직후에는 골전도 보청기를 사용해야 할 정도로 청력이 감퇴된 상태였는데 골전도 보청기를 떼고도 의사소통이 가능해졌다. 보행능력 개선이 가시적으로 나타나자 우울감이 완화되고 자신감을 되찾는 것이 확연하게 보였다. 우울 척도(BDI) 8점에서 3점으로 많이 호전되었고 자조모임에서 주도적인 모습과 더불어 타 참여자들과 상호작용을 통해 협업하는 모습을 보이는 등 몸 뿐 아니라 마음의 회복까지 이어져 삶의 의욕을 되찾아 갔다. 이 과정에서 담당자, 협력병원 케어팀 뿐 아니라 요양보호사, 자조모임 동료 등 다양한 주변 사람들의 지지가 중요한 역할을 하였다. 한 사람의 삶이 존엄성을 회복해가는 여정을 함께하며, 돌봄의 본질이란 결국 사람에 대한 깊은 존중과 다정함임을 가슴 깊이 느낄 수 있었다. 앞으로도 취약한 시민들이 자신의 집으로, 이웃의 곁으로 돌아가 자신만의 평범한 오늘을 살아갈 수 있도록 동료들과 함께 최선을 다할 것이다.