

장기보호서비스에 대한 사회복지실천 체계와 전략

황 숙 연*

I. 서론

사회의 고령화는 모든 선진국들의 공통된 관심이며, 특히 만성질환이나 질병으로 인하여 기능적 제약이 있는 노인들에게 필요한 장기적 보호를 어떻게 제공하느냐 하는 것이 주요 관심사이다. 우리 나라 역시 2000년도의 65세 이상 노인인구 추계비율이 7.1%에 달하고, 65세 이상의 ADL 제한 노인의 비중이 65세-69세 노인 계층에서는 24.9%, 75세 이상 고령노인계층에서는 40.9%로 나타나(정경희 외, 1998) 노인에 대한 장기보호의 문제가 우리 나라에서도 예외가 아님을 말해주고 있다.

원래 장기요양보호는 노인에게만 한정된 서비스는 아니지만 장기보호라고 하면 일반적으로 다른 대상보다는 만성적 조건을 지닌 노인을 대상으로 한 서비스를 지칭하는 것으로 받아들여질 정도로, 노인계층은 대표적인 장기보호의 대상이다.

장기보호가 중요한 사회적 이슈로 등장하게 된 배경에서 의료적 요인은 중요한 부분을 차지한다. 즉, 현대의학과 생명기술의 획기적 발달은 인간 수명의 연장과 전염병의 감소를 가능하게 하였지만 역설적인 의미에서 보면 인구구조의 노령화로 만성질환의 종류 및 만성질환자의 수는 현저하게 증가하게 되었으며, 그만큼 더 긴 기간동안 이러한 만성질환의 부정적인 결과들을 안고 살아야 할 함을 의미한다는 것이다. 만성질환 및 장애의 증가, 의학기술의 발전으로 초래된 인구구조의 노령화, 사회적 일탈행위의 의료화, 그리고 가족구조의 변화 및 친족간 지지기능의

* 서울대학교 사회복지학과 강사

약화에 따른 의료의 사회적 책임의 증가와 같은 현상은 과거 단순히 질병의 원인을 찾아 진단하고 치료(cure)하는 전통적인 접근의 한계를 드러내게 하였고, 좀 더 포괄적이고 지속적인 보호(care)와 지지를 중심으로 한 장기적 보호의 개념이 중요하게 대두하였다고 볼 수 있다(황숙연, 2000: 243-244).

동시에 노인계층을 중심으로 한 만성질환자의 급증으로 인한 의료비의 상승은 다양한 장기 보호의 방식이 급성병원 중심의 보호에 대한 대안적 방식으로 주목을 받게 된 또 하나의 중요한 요인이라고 할 수 있다¹⁾.

장기보호에서 가장 중요한 개념은 다양한 문제와 욕구에 대한 보호의 포괄성과 지속성이지만 동시에 여러 나라에서는 이러한 서비스를 어떻게 하면 가장 비용효과적인 방법으로 제공할 것인가 하는 것이 또 하나의 초점이 되고 있다. 이에 따라 많은 나라에서 장기보호의 방향은 시설보호로부터 탈피, 재가 및 지역사회보호의 확대, 그리고 사례관리와 같은 방법을 통해 보다 복합적인 욕구 대상자들에 대한 보호조정기제의 개발로 집약될 수 있다(Challis, 1999: 181).

우리 나라에서도 장기보호에 대한 관심이 증가하면서 장기보호정책 수립을 위한 일련의 조사와 연구들이 시행되었으며, 실천분야에서도 사례관리를 중심으로 한 실천모델들이 제시되고 있지만, 장기보호라는 전체적 틀에 적합한 포괄적인 실천체계의 수립은 아직 이루어지지 못하고 있다. 장기보호의 각 수준에서 나름대로의 실천방법들이 시도되면서 개념상의 혼란이나 중복의 문제가 나타나는 것으로 보인다.

따라서 본 연구는 궁극적으로 노인장기보호에 적합한 사회복지실천의 체계를 모색하는데 그 목적을 두었으며, 먼저 다음과 같은 문제에 초점을 두고 논의를 진행하였다. 첫째, 우리는 장기보호의 어떤 수준에서의 실천에 초점을 둘 것인가 하는 문제이다. 장기보호의 실천전략의 틀은 다양한 수준의 욕구를 가진 계층을 포괄할 수 있는 것이 되어야 하기 때문이다. 둘째, 장기보호에서 사회복지실천, 그리고 그에 따른 사회복지사의 역할과 위치는 무엇인가 하는 점이다. 이것은 장기보호가 의료적 보호와 사회적 서비스가 뒤얽힌 다학문적 활동이기 때문에 장기보호에 대한 현실적인 접근을 하기 위해 반드시 다루어져야 할 요소이다. 셋째, 현재 장기보호에서

1) 미국의 경우 65세 이상의 노인 인구는 1988년에는 미국인구의 13%에 불과하였지만 평균 병원 입원의 34%, 재원일수의 45%, 세수의 48%를 차지하였다. 실제 숫자로 바꾸어보면, 1100만 병원입원, 9800만 재원일수, 한번 입원 당 8.8일, 입원 당 \$8,000, Medicare가 병원에 지불하는 액수는 \$53조, Medicare가 의사에게 지불하는 액수는 \$35조(AHA, 1989)로 나타났다(Dhooper, 1997: 98). 우리 나라 역시 노인 의료비가 급증하고 있는데, 1985년-1998년 사이 노인 의료비 구성비율이 전체의료비의 4.7%에서 15.4%로, 전체의료비 증가율이 17배인데 비하여 노인 의료비는 약 54배에 달한 것으로 나타났다(변재관 외, 2000:39). 또한 60세 이상 노인들의 1인당 연간 의료비는 1993년 현재 209,507원으로 전체 인구의 1인당 의료비 102,265원 보다 2배 정도 높은 것으로 조사되었다(이가옥, 1999b: 29).

가장 효과적인 실천방법으로 제시되고 있는 사례관리가 정말 우리 나라에도 적합한 방법이 될 수 있는가 하는 점이다. II장과 III장에서는 이러한 질문들이 외국의 경험에 대한 비판적 검토와 우리 나라의 현황을 중심으로 다루어 질 것이며, IV장에서는 이러한 논의를 토대로 우리 나라의 장기보호서비스에 대한 대안적 실천접근을 모색하고 V장에서는 이의 가능성과 시사점을 논의하고자 한다.

II. 장기요양보호에 대한 개념과 장기요양보호에서의 사회복지실천에 대한 검토

1. 장기요양보호의 정의와 대상

1) 장기요양보호에 대한 일반적 정의

장기보호(long-term care)²⁾에 대해서는 학자에 따라 나라에 따라 다양한 정의가 제시되고 있지만, 기본적으로 급성보호(acute care)에 대비되는 개념으로 사용되며, 자기관리(self-care)를 할 수 있는 개인의 기능적 무능력에 관심을 둔다. 여기서 기능적 무능력은 완전히 극복될 수 없는 성질의 것이라고 할 수 있다. 기능적 무능력 혹은 손상은 신체적, 인지적, 정서적, 및 사회적 요인들 중 하나 혹은 여러 가지로부터 비롯될 수 있으며, 보호의 목표는 환자의 기능력을 증진시킴으로써 기능손상의 정도를 감소시키고 최적의 건강과 안녕을 달성할 수 있도록 하는 데 있다고 하겠다(Dhooper, 1997: 249).

다시 말하면, 주로 만성적인 기능제약에 대해 다양한 장에서 수행되는 광범위한 서비스를 포함한다는 것이며, 이러한 서비스는 크게 의료적 서비스와 사회적 서비스(개인적 관리 서비스 포함)를 포함한다고 볼 수 있다. 그렇다면 다양한 장이란 무엇을 의미하는가?

2) long-term care를 우리 나라에서는 대체로 장기요양보호로 번역하여 사용하고 있으나 이는 엄밀한 의미에서 보면 부적절한 용어라고 할 수 있다. 처음에는 장기보호가 주로 장기요양보호와 동일시하여 사용되었으나 점차 재가 및 지역사회보호가 중요한 부분으로 자리잡음에 따라 장기요양보호는 장기보호의 한 부분으로 간주되고 있다(Garner, 1995:1625). 장기요양보호는 long-term nursing care를 의미하는 것으로, 장기보호에서 요양보호를 중심으로 한 경우를 지칭하며, 따라서 사회적 보호만이 필요한 재가 및 지역사회보호의 경우는 포함하지 않을 수 있기 때문에 장기보호가 장기요양보호에 비해 더 포괄적인 개념으로 이해될 수 있다. 그러나 이것은 또 한편 care라는 용어에 대한 적절한 우리 용어가 없기 때문에 생겨난 현상으로도 이해 된다).

장기보호는 보호가 제공되는 장에 따라 크게 시설보호와 재가보호로 나누며 이 때의 시설보호는 시설중심의 장기보호를 대표하는 요양원 및 의사시설형태로서의 지역사회거주 보호시설 (community residential care settings)을 의미하고, 재가보호란 가정 /가정과 유사한 형태로 수혜자의 가정이나 수혜자가 미칠 수 있는 범위에서 제공되는 보호를 의미한다(Dhooper, 1997: 84).

2) 장기보호 서비스의 대상

최근에는 장기보호라고 하면 일반적으로 다른 대상보다는 만성적 조건을 지닌 노인을 대상으로 한 서비스를 지칭하는 것으로 받아들여질 정도로 노인계층은 대표적인 장기보호의 대상이다. 즉 장기보호 서비스의 최다 이용자가 노인계층이며, 저출산율과 의학기술의 발달로 노인 인구의 비율이 상대적으로 크게 증가하였을 뿐 아니라 기능적 손상을 당할 가능성이나 만성적 질환도 노인계층에 상대적으로 더 많이 발생하기 때문이라고 볼 수 있다.

그러나 기본적으로 장기보호의 대상은 크게 노인과 노인이 아닌 성인 및 아동의 세 집단으로 분류될 수 있다. 기능적 제약의 위험성이 가장 큰 노인은 장기보호의 주요 이용대상이며, 이러한 유형의 보호를 필요로 하는 비 노인 대상층으로는 a)척수손상과 같은 사고, b)심장마비와 뇌졸중 c)다발성경화증, d)뇌성마비 e)발달장애 및 f)만성정신질환 등으로 인한 장기적 장애를 지닌 사람들을 들 수 있다. 장기보호를 필요로 하는 대부분의 아동들은 발달장애가 있는 아동들이다(Dhooper, 1997: 250).

장기보호의 대상선정은 기능력(functional ability)에 의해 결정된다. 기능의 범주에는 신체적, 인지적, 정서적 및 사회적 영역이 있을 수 있고 신체적 기능력은 주로 일상생활수행능력을 측정하는 ADL과 IADL에 의해 측정된다. 즉, 이러한 지표는 의존성을 나타내고 있고 의존성의 수준은 완전, 부분적, 최소한 및 전무와 같이 여러 수준으로 나타낼 수 있다. 따라서 대체로 장기보호노인은 1)일상생활능력(ADL)과 도구적 일상생활능력(IADL), 정신건강의 측면에서 기능적인 능력이 제한을 받거나, 2) 외상 노인이거나 집안에서만 활동가능한 노인 등 기동력에 제한을 받는 노인으로 정의되고 있다(이가옥, 1999a: 6).

2. 장기요양보호 서비스에서 사회복지실천의 역할과 위치

1) 시설보호를 중심으로 한 서비스

(1) 배경과 현황

시설보호는 시설중심의 장기보호를 대표하는 요양원 및 의사시설형태로서의 지역사회거주 보호시설(community residential care settings)을 의미하며, 요양시설들은 기본적으로 요양보호(nursing care: 구강 및 주사를 통해 약품을 제공, 영양보급관, 도뇨법 및 상처관리(wound care), 또한 물리치료, 작업치료, 및 언어치료서비스), 개인적 관리(personal care: 보행, 목욕, 옷입기 및 식사상의 원조), 주거 서비스(residential services: 보호환경, 지도감독 및 적절한 사회적 서비스를 제공), 의료보호(medical care: 투약, 특별식이, 및 회복과 재활절차를 지시하고 감독하는 의사의 방문을 포함)의 4가지 유형의 서비스를 제공한다(Dhooper, 1997: 84).

미국의 경우 요양시설은 노인에 대한 관심의 급증에서 비롯되었다고 볼 수 있지만(주) 더 직접적인 계기는 탈시설화 이후 보호를 필요로 하는 노인에 대한 시설의 필요성과 비용이 엄청나게 많이 드는 급성병원에 대한 대안으로 볼 수 있다. 1961년 이후 탈시설화의 영향으로 여러 주들이 노인들을 정신병원에서 지역사회로 퇴원시키기 시작하였지만, 지역사회 서비스는 증가하는 요구에 부적합하였으며, 많은 퇴원한 환자들은 24시간 보호를 필요로 하였다. 요양원의 로비 역시 요양원 사업의 확장을 돕는 데 큰 힘을 발휘하였다(Vladeck, 1980). 1939년과 1979년 사이 요양원 병상 수를 비교해보면 요양원이 얼마나 극적으로 팽창했는지 알 수 있다. 1939년에는 25,000병상이었으나 30년만에 1970년에는 100만 병상으로 급증하였다. 현재 19,700개의 요양원이 있으며, 1,624,000병상에 다양한 수준의 보호를 필요로 하는 사람들이 수용되어 있다(Dhooper, 1997: 84).

종종 장기보호가 요양보호와 동일시될 정도로 중요한 위치를 차지하고 있지만, 사실상 미국에서 65세 이상 노인 2900만 가운데 150만 명(약 5%)만이 요양원에 거주하며, 85세 이상노인들 중에서는 약 2/3가 외부의 원조 없이 스스로 자신을 돌보는 능력이 심각하게 제한되어 있지만 이 연령대의 15%만이 요양원에 거주한다. 그러나 주의를 기울여야 할 부분은 요양원에 거주하는 노인들의 비율은 낮지만 노인의 36-45%가 사망하기 전 요양원을 이용하게 된다고 추정되며, 현재 요양원에 입소하는 사람들의 75%는 1년 이하 거주, 66%는 3개월 이하 거주자이다. 그러므로 가장 전형적인 요양원 이용자는 자신의 집에서 필요로 하는 원조가 주어지거나 아니면 스스로 돌볼 수 있을 때까지 일시적 시설보호를 위해 입원하는 사람들이라고 할 수 있으며, 요양원 퇴원 이후에도 지속적인 원조를 필요로 하는 사람들의 일차적인 장기보호기제는 지역사회 중심의 서비스와 가족 및 친구들과로부터의 원조라고 할 수 있다(Garner, 1995: 1625).

미국의 경우 요양원에 의해 제공되는 보호의 질은 매우 다양하며, 요양원들이 서비스의 질보다는 이익에 더 관심이 있고, 대부분의 보호가 제대로 수련받지 않고, 과도한 업무, 저임금의 사

람들에 의해 제공되며, 많은 인권유린이 일어나고 있다고 비판받고 있다(Dhooper, 1997: 86).

우리 나라의 경우 시설보호 서비스에는 장기요양관련 병원시설, 요양시설 및 주거복지시설이 포함된다. 1995년 1월 현재 전국 140개 노인복지시설에 7,563명이 입소되어 있지만 이는 65세 전체 노인의 0.3%에 불과하다. 노인복지시설은 입소자의 부담정도에 따라 무료, 실비, 및 유료시설로 구분되며 입소자의 건강상태에 따라 양로시설과 요양시설로 구분된다. 현재 117개의 무료노인복지시설과 17개소의 실비노인시설, 6개소의 유료노인복지시설로 구분될 수 있으며, 90개소의 양로시설과 50개소의 양로시설로 구분된다(이가옥, 1999b: 39-40). 그러므로 우리 나라의 전형적인 요양시설이용자는 저소득층 노인이라고 할 수 있으며, 대부분의 장기보호노인에게 요양시설은 급성병원에서의 퇴원 이후 재가보호가 부적절한 경우에도 전혀 대안이 되지 못한다고 볼 수 있다. 따라서 병원입원을 대체할 수 있는 요양시설이 부족하기 때문에 상당수의 장기환자들이 병원에서 입원치료를 받고 있으며, 이로 인하여 대학병원을 비롯한 3차 병원에서는 UR이나 퇴원계획을 통하여 장기환자에 대한 개입이 적극적으로 이루어지고 있으며, 병원 사회복지사들은 지역사회 의 1,2차 병원을 요양시설의 대안으로 간주하고 퇴원계획을 수립하는 경우가 많다(황숙연, 1994). 따라서 우리 나라의 경우에는 급성병원이 장기요양환자의 시설 입소 수요를 충족시켜주는 역할을 수행하기 때문에 시설보호에 병원시설과 요양시설을 포함시키는 것이 현실적이라고 할 수 있다(변재관 외, 2000: 52).

(2) 시설보호에서의 사회복지실천의 역할과 위치

미국에서 사회복지사들은 사실상 장기보호의 모든 측면에 개입하고 있다. 이들은 요양원, 병원 장기요양 프로그램, 재가보호, 주간보호 및 지역사회의 장기보호프로그램에서 일한다. 그러나 Medicare나 Medicaid와 같은 상환규제들(reimbursement rules)은 장기보호에서 사회복지실천에 큰 제약으로 작용하고 있다(Kane, 1987: 68).

요양원에서의 사회복지서비스의 제공은 3가지 방법에 의해 제공될 수 있다. 즉 i)사회사업석사학위를 가진 사회복지사에 의해 혹은 ii)사회사업학사학위자에 의해 제공되거나 iii)사회사업석사학위가 있는 자문의 수퍼비전 하에 사회사업기능을 수행할 책임을 지도록 시설이 임명한 사람에 의해 제공될 수 있다(영리시설인 경우에는 1달에 4시간). 현재 메트로폴리탄 지역의 요양원에는 적어도 한사람의 전일제 유자격 사회복지사가 스텝으로 있지만, 대부분의 지역 특히 농촌의 경우에는 MSW 자문의 지도감독 하에 소위“피임명자(designee)”를 두는 모델이 대부분이다(Garner, 1995:1630).

사회복지서비스 피임명자(social service designee)는 보통 사회사업분야의 공식교육이나 훈

련을 받지 않았으며 다른 직무를 겸임하고 있는 경우가 많다. 물론 겸직이 작은 시설에서는 문제가 되지 않을 수 있지만 중, 대규모 시설에서는 두 가지 역할과제를 수행하는 것이 불가능하다. 따라서 조직 및 지도적 활동이 사회사업기능보다 우위를 차지하며, 이러한 경우 즉, 사회사업 서비스가 하위기준일 때, MSW 자문이 궁극적인 책임을 진다.

NASW(1981)의 '장기보호시설에서의 사회복지실천에 대한 기준'에는 다음의 책임이 포함되어 있다.

① 시설거주자, 가족 및 중요한 타자들에 대한 직접적인 사회사업 서비스를 제공 ②거주자, 가족 및 중요한 타자들이 서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 원조하여 이들이 시설 및 지역 사회중심의 건강 및 사회적 서비스로부터 최대한의 혜택을 받을 수 있도록 함 ③거주자와 가족, 중요한 타자 및 직원들간의 의사소통을 강화 ④최적의 생활의 질과 주민의 독립적 기능수행을 증진시키기 위해 필수적인 치료적 환경을 시설이 제공할 수 있도록 원조. 여기에는 주민들이 활동과 정책을 계획하는데 전적으로 참여할 수 있도록 하는 것이 포함. ⑤시설과 지역사회간의 상호작용을 증진시킨다. 이러한 기준과 책임은 사회사업 서비스 제공자의 자격과 상관없이 적용된다(Garner, 1995:1630).

우리 나라의 경우 주거복지시설 및 요양시설의 경우 시설의 장은 사회복지사 2급 이상으로 규정하고 있지만 현재 시설 중 사회복지사 3급 이상 자격증 소지자는 전체 직원의 19%에 불과하여(변재관 외, 2000: 110), 요양시설에서 사회복지실천은 거의 이루어지지 못하고 있다고 할 수 있다.

2) 재가 및 지역사회중심 보호서비스

(1) 배경과 현황

가정중심/근가정중심보호는 광범위하게 그 사람이 쉽게 미칠 수 있는 범위 내의 보호 뿐 아니라 그 사람의 집에서 제공되는 보호를 포함하여 사용되는 범주이다. 서비스의 목표는 주로 개인의 기능과 독립성을 개선, 회복 혹은 유지시키는데 두며, 이러한 서비스는 그 개인과(혹은) 가족 수발자에 대한 것이다. 서비스의 제공은 건강 및 인간서비스전문직과 조직으로부터의 공식 수발자 및(혹은) 개인의 사회망으로부터의 비공식적 수발자에 의해 제공될 수 있다(Dhooper, 1997:90).

재가보호서비스의 예를 들자면 의료적 진단과 치료; 영양보호; 투약; 물리, 작업 및 언어치료; 정신건강보호; 의료기구와 장비의 제공; 건강보조원 및 가정봉사원 원조; 집안 수리 및 유지서

비스; 성인주간보호; 휴식보호(respite care); 및 사회적 동반자 프로그램(social companionship)에 이르기까지 다양하다(Kane & Kane, 1987).

1965년의 미국 노인법(the Older American Act of 1965)은 노인들에 대한 많은 지역사회 서비스에 연방정부가 개입한 초석이 되었으며, 노인법과 사회보장법의 Title XX는 다양한 프로그램 및 서비스에 대한 재정을 지원한다. Medicare 및 Medicaid 역시 노인 및 장애인들을 위한 많은 장기보호 서비스에 대한 자금원이 되어왔다(Dhooper, 1997:90).

미국에서는 재가건강보호가 재가보호와 동일시 될 정도로 재가보호에서 큰 부분을 차지한다. 재가건강보호는 1800년대 후반에 시작되었는데 방문간호사 조직과 같은 자발적, 비영리 기관들이 모성 및 아동보호의 형태로 공식적인 재가보호서비스(가족이나 친구에 제공되는 것이 아닌)를 제공하기 시작하였다. 가정방문간호사의 개념은 1800년대 중반에 대두하였으며, 현재 재가건강보호의 선구라고 할 수 있다. 최초의 방문간호사협회는 1885년 뉴욕주의 버팔로에서 조직되었다. 공중보건간호라는 개념이 처음부터 정부의 재정지원이나 서비스와 관련된 것은 아니었으며, 후에 점차 시, 주, 마지막으로 연방정부에 의해 공적 세금을 의해 지원되는 서비스로 받아들여지게 되었다. 1955년 미국 보건서비스국은 의사 간호가 및 사회복지사의 최소한으로 구성된 전문가 집단을 통해 가정에서 환자들에게 의료적, 사회적 서비스를 제공하도록 고안된 임상 의 지향적인 재가보호 프로그램을 승인하게 되었다(Cowles, 2000:160).

어떻게 보면 20세기초 무렵, 건강보호의 장이 가정에서 병원으로 옮겨간 반면, 지금 21세기에 진입하는 시점에서 그 경향은 다시 건강보호가 가정에서 다시 지역사회로 옮겨가고 있다고 볼 수 있다(Simmons, 1994).

가정보호기관의 조직과 전체적인 질은 다양하며, 미국에서 15,027개의 가정보호기관이 운영되고 있다는 사실을 감안하면 이러한 차이는 이해할 만하다(National Association for Home Care, 1994). 단절적인 서비스의 전달에 대한 비판이 제기되고 있으며, 사실상 장기재가보호의 70-80%는 개인적 보호보조원(personal care aids), 가정건강보조원, 가정봉사원 및 개인적 관리수발자와 같은 준 전문가에 의해 제공되고 있는 것으로 나타났다(Applebaum & Phillips, 1990).

Medicare를 통한 재가건강보호는 하루 24시간 제공되는 것은 아니며, 대신 가족 성원이나, 친구, 혹은 다른 보호제공자가 반드시 있어야 한다. 이러한 제약의 결과 Medicare는 현존하는 재가보호의 극히 일부만을 지불해주고 있다고 할 수 있다. 이러한 서비스에 대해 본인이 직접 부담할 수 있는 부유한 사람들만이 24시간 재가건강보호를 받을 수 있다. 따라서 이중수준의 제도가 만들어지게 되었으며, 여기서 제공되는 서비스는 서비스에 대한 욕구보다는 개인의 경

제적인 능력에 따라 결정된다(Cowles, 2000: 163)

이상적으로는 재가보호는 가정에 머물기를 원하는 경우 그리고 이들의 욕구에 대해 자원이 가정에 적절하게 제공될 수 있을 경우, 대부분의 사람들은 가정에 머무를 때 더욱 안전하고 편안하게 느낀다는 점을 고려하면(Garner, 1995), 이는 적어도 이론적으로는 이들의 잠재적인 안녕감을 최적화하고 따라서 건강상의 지위도 최적화하게 된다. 그러나 사실은 만약 가족, 친구 혹은 이웃이 기본적인 지지적 보호서비스를 자원한다면 재가건강보호는 부분적인 공식적인 재가보호에 의해 보충되므로 요양보호에 비해 덜 비싼 방법이 될 수 있다. 예를 들면, 1996년 기준으로 평균 하루 재가보호 방문은 \$88인 반면 숙련된 요양보호시설에서는 하루 \$334, 병원에서의 하루는 \$1872가 드는 것으로 조사되었다(Cowles, 2000: 166-167). 따라서 재가건강보호에 대한 분명하고 합리적 근거는 없지만 미국의 재가건강보호제도에 반영된 가치와 목표에는 1)가족의 수발제공을 장려하여 비용을 통제 2)의료전문직 및 영리에 대한 정치적 양보를 환자와 가족의 욕구와 희망에 대해 관심 혹은 사회적 정의나 인간적인 보호제공의 문제에 대한 관심으로 고양시킴 3)경제적 지위(즉 이것이 서비스의 적절성을 결정한다고 봄)에 따라 두 수준의 의료제도를 영속화라는 비판을 받는다(Cowles, 166).

미국에서의 재가건강보호는 소위 “사회문제의 의료화”의 대표적인 예라고 할 수 있다. 물론 많은 노인들이 소위 “숙련된 보호”를 필요로 하는 건강상의 문제를 가지고 있긴 하지만 더 많은 사람들이 이동이나 옷갈아 입기, 목욕, 식사 및 지시된 대로 약 복용하기와 같은 기능적 손상에 대한 지지적 서비스를 필요로 하고 있다. 1986년과 1987년에 수행된 재가건강보호기관들에 대한 두 번의 서베이 결과(Binney, Estes, and Ingman, 1990)는 사회적/지지적 서비스가 가장 많이 요청되면서 제공될 수 없었던 서비스인 반면, 실제로 증가한 서비스는 의료서비스인 것으로 나타났다(Cowles, 2000: 163에서 재인용). 이것은 사회적이고 지지적인 서비스의 경우, 요양원이든 가정이든 Medicare에 의해 상환되지 않기 때문인 것으로 추정된다(Garner, 1995: 1629).

우리 나라에서는 현재 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업, 방문간호사업 등이 재가보호서비스로 제공되고 있으나, 가장 큰 문제점은 노인 재가서비스 이용노인이 65세 이상 노인의 0.8%(1998년 현재)에 불과하며, 서비스 대상자가 거의 생활보호 노인이라는 점, 또한 훈련을 충분히 받지 못한 자원봉사자들이 가정봉사원 서비스를 제공하고 있어 서비스의 질적 문제가 제기되는 점, 그리고 기본적인 생활관리 서비스와 보호수준의 사회적 서비스로 제한되어 있고 재가의료 서비스가 거의 제공되고 있지 못하다는 점을 들 수 있다(이가옥, 1999b: 42; 김미혜, 1999:50; 변재관 외, 2000: 51). 특히 재가 의료서비스의 제공체계가 없기 때문에 환자들

은 개원의와 병원을 자신의 선택에 따라 이용하며, 일차의료를 담당하는 의사가 문지기(gatekeeping mechanism)의 역할을 전혀 수행하고 있지 못하다. 현실적으로 재가건강서비스에는 극소수를 대상으로 이루어지는 방문간호 서비스와 호스피스 가정방문서비스를 들 수 있다. 가정간호 서비스의 제공은 병원중심, 보건소 중심, 비영리기관 중심으로 나누어볼 수 있으며, 병원 중심의 가정간호 서비스의 경우에는 그 병원에서 퇴원하는 환자 중에서 퇴원 후 가정간호 욕구가 있는 대상자이며 주치의의 처치명령이 있어야 제공될 수 있다. 보건소 및 비영리기관은 저소득층을 대상으로 하고 있다(변재관 외, 2000:59-67). 호스피스 서비스는 대부분이 병원을 근거로 이루어지며 가정방문 호스피스는 전체 호스피스 서비스 제공 59개 기관 중 20개에 불과하다. 결국 우리 나라의 재가 및 지역사회보호는 가족 수발자에 의한 보호가 대부분이라고 할 수 있다.

3) 재가보호에서 사회복지실천

보통 재가보호라고 하면 간호, 물리치료, 언어치료와 같은 숙련된(skilled) 서비스와 ADL에 대한 원조를 제공해주는 집안일 서비스 및 가정봉사원 서비스와 같은 소위 “비숙련된(unskilled)” 서비스를 포함하는 개념으로 사용된다. 의료세팅에서 사회사업에 대한 NASW의 기준을 보면(Cowles, 2000:159):

재가보호는 의료적 서비스로만 볼 수 없다. 재가보호에는 개인이 최고 수준의 건강, 활동 및 독립성을 성취하고 유지할 수 있도록 원조하는 간호, 재활치료, 사회사업, 개호(personal care), 가정봉사와 같은 다양한 서비스를 포함한다(NASW, 1987: 27).

Medicare에 의해 재정지원되는 재가보호를 통한 사회복지서비스는 의료적 조건과 직접적으로 관련된 욕구라는 근거 하에서 의사가 지시할 때만 제공될 수 있다. 1992년에는 미국의 모든 분야에 고용되어 있는 사회복지사들의 약 26%가 건강서비스에 종사하고 있으며, 약 1% 이하의 사회복지사들만이 재가보호서비스 분야에 고용되어 있는 것으로 보고되었다. Medicare는 사회복지사가 Medicare에 의해 인가 받은 호스피스 프로그램에 반드시 참여하도록 하고 있지만, 의사가 필요하고 의학적으로 관련되어 있다고 생각할 경우에만 사회복지서비스가 이용될 수 있도록 하고 있다. 이는 의사에게 그러한 욕구를 보고하는 주치간호사에 크게 의존함을 의미한다(Cowles, 2000:162).

그러므로 현재 재가보호에서의 사회복지사의 역할은 Medicare의 제약 때문에 다소 제한적이라고 할 수 있으며, 사회복지사는 이차적 전문서비스로 간주되고 있다. 상황이 되는 가정방문은

횟수가 제한되며, 더구나 재가건강분야에서는 정신 간호사가 직원으로 있을 경우에만 재가건강 기관의 정신건강서비스에 대해 상환이 가능하다. 그럼에도 불구하고 사회복지사들은 재가보호의 다양한 프로젝트 및 사례관리에 개입하여 그 영역을 확장해나가고 있으며, 특히 장기보호 서비스 수혜자의 가족들을 지지하는 다양한 프로그램의 개발과 실행을 통해 그 역할을 인정받고 있다(Kane, 1987:68).

재가보호 사회복지사는 주로 사례관리자로 활동하며, 이 때 일차적 역할은 중개자의 역할이라고 할 수 있다. 클라이언트 및 가족과 필요한 지역사회 자원들을 연결시켜 주는 역할을 한다(Garner, 1995: 1632).

주로 재가보호에서 사회복지 서비스는 클라이언트 문제들 중 서비스나 시설 입소에 대한 장애/ 서비스나 시설에 적응하는 문제/ 진단, 예후 혹은 치료 및 보호계획에 대한 적응상의 문제 / 충분한 정보에 의한 결정을 내리기 위한 정보의 부족/ 필요한 자원의 부족/ 서비스나 시설로부터 퇴원하는데 대한 장애에 초점을 두도록 되어 있다(NASW, 1981; Cowles, 2000:176에서 재인용)

이렇게 보면 미국의 재가보호서비스는 재가건강서비스가 일차적 영역이고 따라서 의사 및 간호사가 중심이 되고 있고, 사회복지사는 이차적 역할을 담당하는 반면, 우리 나라는 재가건강 서비스는 거의 전무하고 주로 가정봉사원 파견을 중심으로 한 사회적 서비스 위주로 되어 있기 때문에 제대로 된 재가 서비스라고 할 수 없으며, 이로 인해 역설적으로 사회복지사가 오히려 일차적 역할을 담당하고 있다고 볼 수 있다.

Ⅲ. 장기보호에서 사회복지실천 대안으로서의 사례관리에 대한 검토

1. 사례관리의 개념과 배경

사례관리는 복합적이고 다중적 문제와 장애를 가진 클라이언트가 필요로 하는 모든 서비스를 적기에 적절한 방식으로 받을 수 있도록 하기 위한 서비스 전달에 대한 접근방법으로 알려져 있다. 사례관리는 다양한 실천분야에 사용되어 왔으며, 그 중에서도 특히 만성정신장애인에 대한 정신건강분야에서, 그리고 노인 및 신체적 혹은 발달장애가 있는 사람들의 장기적 보호에 그리고 아동복지분야에서 사용되어왔다. 그리고 앞으로도 사례관리는 계속해서 다양한 전달체

계로 확대될 전망이다(Rubin, 1987: 212).

문제는 이미 사례관리가 모든 분야에 확산되어 제도적으로 시행되고 있는 미국의 경우에서조차 명확한 정의가 부족한 상태라고 할 정도로, 너무나 다양한 정의와 유형들이 존재하고 있는 것이 사실이며 자칫 사례관리가 돈을 더 들이지 않고서도 이러한 문제들에 대해 가장 효과적으로 대처할 수 있는 방안의 하나로 인식되는데 대한 우려라고 할 수 있다. 학자에 따라 사례관리를 협의 혹은 광의로 보기도 하며, 따라서 비용과 접근을 통제하는 문지기의 기능이 될 수도 있고 서비스에 대한 접근을 증진시키고 다양하고 혼동스러운 서비스를 찾아다닐 수 있도록 하는 변호의 기능이 될 수도 있으며 또한 진단적이고 처방적인 기능이 될 수도 있다(Williams, 1993:7).

사실상 사례관리라고 하는 용어가 최근에 발달하였지만, 이것이 완전히 새로운 개념은 아니다. 이미 직업재활, 공공 보건간호, 및 사회복지실천의 지식기반에 그 선례들이 있으며 사회복지실천분야에서는 일반주의 사회복지실천의 이론과 가장 흡사하다고 할 수 있다(Rubin, 1987: 213). 학자에 따라서는 사례관리가 완전히 새로운 개념인 것처럼 주장하기도 하고 반대로 전혀 새로울 것이 없는 기존의 사회복지실천에 새로운 옷을 입힌 것이라고 하기도 한다(Moore, 1990: 444). 사실 1970년대 중반까지만 해도 사례관리는 거의 알려지지 않았었다. 그렇다면 왜 사례관리가 최근 다양한 사회복지실천분야에서 그렇게 중요한 개념으로 등장하게 되었는가? 사례관리의 역사적 배경에 대해서는 많은 문헌들이 이미 다루고 있지만³⁾, 우리가 여기서 특히 관심을 두어야 할 부분은 사례관리가 왜 오늘날 장기보호서비스 전달방법의 문제를 해결해줄 수 있는 해결책으로 등장했는가 하는 맥락이다.

첫째, 탈시설화의 영향으로 지역사회보호가 중심이 되었으나 기존의 전달체계는 너무나 광범위하게 분산되어 있고 단편화되어 있어서 클라이언트가 지속적이고 효과적인 서비스를 받을 수 없다는 점이다. 따라서 다양한 지역사회의 자원을 클라이언트의 욕구와 연계시켜 적절한 시기에 적합한 서비스가 주어지고 있는지를 점검하는 지속적이고 종합적인 클라이언트 관리자가 필요하게 된 것이다. 사례관리가 전통적 개별사회사업이나 사회복지실천과 구별되는 점은 기관의 서비스와 프로그램에 기초한 서비스의 제공이라기보다는 클라이언트의 욕구에 초점을 두어

3) 사례관리가 발달하게 된 요인들은 1. 서비스 전달체계상의 분절, 2. 안전하고 구매가능한 주택, 및 보건의료의 지속성과 같은 생명유지영역에서 자원의 심각한 결핍, 3. 시설보호에서 지역사회보호로 전이하는데 사람들을 지지시켜주고 재입원을 감소시키기 위한 적절한 자원이 개발되지 못함, 4. 증가하는 의료 및 정신의료의 비용통제, 5. 재정지원기관의 운영에서 발견된 한계로 요약될 수 있다(Rose & Moore, 1995: 336).

기관의 범위를 넘어서 지역사회 차원의 보다 적극적이고 전향적인 서비스 제공과 점검을 강조한다는 것이다(황성철, 1995: 279-280).

둘째, 보다 더 중요한 요인으로 사례관리가 주는 비용효과를 들 수 있다. 사례발견(outreach), 사회적 진단(사정), 서비스와 치료에 대한 계획의 수립; 의뢰(연계); 사후보호를 확인(점검); 재정적 원조를 획득하는 활동들을 수행하였던 1910년대에는 이러한 인식이 없었다. 사례관리의 중요성과 효율성에 대한 이러한 태도의 변화는 비용감축을 강조하는 의료상환제도와 직접적으로 관계가 있다. 정부 및 다른 제3자에 의한 행위별 수가 상환방식으로 모든 비용이 커버되었던 2차 대전이후의 시기와는 판이하게 다른 의료제도들이 운영되고 있는 것이다. DRG에 다른 의료비 지불방식(PPS)의 변화, 1980년대 1990년대의 통합의료(corporate medicine)의 주도 등은 전혀 다른 의료환경을 창출하였고 비용절감은 가장 중요한 이슈로 등장하였으며 이에 대한 가장 효과적인 방법으로 의료관리제도(managed care)를 포함한 다양한 사례관리의 방법들이 시도된 것이다(Keigher, 2000: 227-228).

2. 장기보호에서의 사례관리

1) 장기보호에서 사례관리의 대두배경

미국에서는 특히 1980년대 이후 장기보호가 의료 및 사회서비스 전달체계의 중요하고도 비용이 많이 드는, 그러면서도 완전히 이해되지 못한 요소로 인식되어 왔다. 이것은 장기보호와 다른 서비스부문 즉, 일차의료(primary health care), 응급병원보호(acute hospital care), 성인 사회서비스, 정신건강 등과의 적절한 경계가 불분명하기 때문이라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 대부분의 전문가들은 장기요양보호가 다음의 세 가지 문제를 가진 것으로 간주한다 :1) 서비스에 대한 접근이 불공평하고 부적절하며, 2) 보호의 질이 낮고 잘 개선되지 않으며, 3)공/사적 비용 모두가 높고 계속 상승하고 있다는 점이다(Kane, 1987: 59). 이에 따라 노인을 위한 장기보호는 시설중심에서 지역사회중심으로, 동시에 사례관리와 같은 방법을 통해 보호조정기제를 개발하려는 노력들이 제시되었다(Challis, 1999:181).

현대사회에서 장기보호에서의 사례관리의 직접적인 기원은 1970년대 초반에 시작된 일련의 재가보호 시범사업으로 거슬러 올라갈 수 있겠다. 그 이후 사례관리의 활용은 거의 폭발적으로 이루어졌는데, 20개 이상의 재가보호시범사업들을 통해 사례관리된 재가보호의 활용이 시험되

었다. 의회에 의한 Section 2176 Medicaid waivers의 통과로 여러 주들이 전통적인 Medicaid 프로그램을 이용하여 재가보호의 재정재원을 할 수 있게 되었고 이러한 waivers는 급여를 배정하고 점검하는데 사례관리를 이용할 것을 요구사항으로 하였다. 이에 따라 주에서 재정 지원하는 여러 재가보호 프로그램과 함께 사실상 모든 주는 일정 수준 이상의 사례관리된 재가 장기보호를 제공하게 되었다(Applebaum & Mayberry, 1996: 701)

따라서 장기보호에서의 사례관리는 1970년대 후반이후 두드러지기 시작했으며, 그 자체로 하나의 서비스로 간주되기도 하고 서비스 체계를 관리하기 위한 기제로 생각되기도 한다. 최소한 사례관리는 사례발견, 포괄적 사정, 보호계획수립, 및 서비스 점검들 포함한다. 경우에 따라 조정이란 연계의 역할만이 포함되기도 하고, 사례관리자가 문지기로서 역할하여 서비스에 대한 환자의 자격과 욕구를 결정하고 유자격 대상자들에게 서비스의 지불을 인가하기도 한다. 특히 개인개업의 경우 사례관리자(주로 사회복지사)들이 늘어나는 추세이다(Kane, 1987: 62).

2) 장기보호에서 사례관리에 대한 평가 및 관련된 논점들

미국의 지배적인 장기보호사례관리모델은 포괄적인 사정과 공식적, 비공식적 체계를 포함하는 보호계획과정을 포함한다. 현재까지 많은 시범사업들을 통해 다양한 모델의 사례관리가 시도되었으며 전형적으로 모든 재가보호수혜자들은 사례관리를 받도록 되어 있다. 지금까지 채택된 사례관리개입은 노동집약적(제시된 모델을 수행하는데 필요한 클라이언트 당 사례관리자의 낮은 비율)이고, 장애인구의 소수만 대상으로 하고 있으며, 사정 이후에 계획이 실행되는데 몇 주씩 걸린다는 비판을 받는다.

따라서 사례관리개입에 대해서는 상반된 견해가 제기되고 있다(Applebaum & Mayberry, 1996: 702). 첫째, 전통적으로 기존의 건강 및 장기보호체계에서는 분절되어 있던 다양한 서비스, 제공자들 및 활동들을 조정해주는 중요한 기제로 간주. 즉 이는 특정 욕구나 서비스영역에 초점을 두기보다 광범위한 개인의 욕구를 체계적으로 사정하고, 보호계획의 개발에 소비자와 그 가족을 포함시킨다는 것이다. 개입에는 재가보호의 질을 보증하기 위해, 또한 건강 혹은 사회지지체계상의 변화로 초래된 클라이언트의 위기를 확인하기 위해서도 점검을 중요한 구성요소로 포함한다.

둘째, 이와는 반대로 클라이언트 당 한 달에 약 \$100의 비용으로 이루어지는 노동집약적 개입이라는 비판이다. 이것은 사례관리가 비용효과적인 방법으로 평가되고 있는 이유가 서비스

제공의 질적 향상에 초점을 맞추었다기 보다는 낮은 급료에 일정한 서비스를 제공하는 인력을 제공할 수 있기 때문이라는 해석(황성철, 1995:280)과도 일맥상통한다.

따라서 미국에서의 사례관리정책은 제도개혁에 대한 책임을 정부나 제공자의 수준에서 개별 사례관리자와 클라이언트의 관계 혹은 서비스 차원으로 전가하고 있다는 비판이 제기될 수 있다(Rose & Moore, 1995: 338). 사례관리가 장기보호에서 인기가 있는 이유는 이것이 기존의 구조적 관계를 변화시키지 않고서도 서비스 전달체계에 통합될 수 있다고 보기 때문이다(Austin, 1983: 17). 그러나 이 비판에 따르면 즉 사례관리가 기존의 서비스 전달체계의 문제를 해결할 수 있는 대안(독립변수로 보는 시각)이 아니라 사례관리의 기능과 구조는 오히려 서비스 전달체계의 통합수준과 자원의 수준에 의해 결정되며(사례관리를 종속변수로 보는 시각), 이의 수준에 따라서 사례관리의 역할이 달라지게 된다는 것이다(Moore, 1992: 418).

이러한 사례관리에 대한 상반된 평가에 이어 두 번째로 고려해야 될 점은 사례관리자와 사례관리의 기능에 대한 혼동에 대한 비판이다.

사례관리자라고 불리는 사람이 핵심적인 사례관리기능의 대부분을 수행하는 것은 아니며, 반대로 사례관리기능을 수행한다고 해서 모두 사례관리자라고 불리는 것은 아니다. 어떤 프로그램은 “사례관리자”를 아무런 권위 없이 일상적인 활동들로 일차적인 임상을 돕거나 구체적인 서비스 혹은 연계를 제공하기 위해 고용하기도 하고, 또 어떤 프로그램들은 각각의 클라이언트의 일차적인 임상이 동시예 사례관리자의 역할을 하도록 하여 모든 임상을 사례관리자라고 부르며 모든 클라이언트가 사례관리자를 가지는 것으로 인식되기도 한다(Rubin, 1987: 219).

이에 따라 사례관리나 사례관리자에 대한 많은 혼동이 있는 것이 사실이다. 즉 사례관리는 사회사업에 대한 새로운 명칭일 뿐(Kurtz, Bagarozzi, & Pollane, 1984)이라거나, 모든 인간서비스기관들은 사례관리를 수행하고 있다(Lourie, 1978), 좋은 치료는 반드시 사례관리를 포함한다(Lamb, 1980) 등이 그 예이다(Rubin, 1987: 219에서 재인용). 이론상으로 일반주의 사회사업실천가들도 경제조정 맥락 내에서 사정, 계획, 연계, 중개 및 변호의 기능을 수행하도록 되어 있다. 따라서 Bachrach(1983:100)는 단순히 스태프성원을 사례관리자로 임명한다고 해서 사례관리의 목표가 달성되는 것은 아니며, 만약 보호체계가 만성정신질환자의 욕구에 진정으로 부합한다면 이것은 소위 사례관리자라고 하는 사람이 있든 없든 사례관리가 존재한다는 명백한 증거라고 날카롭게 지적하고 있다.

이것은 세 번째 사례관리자의 권위와 지위에 대한 문제로 연결된다. 사례관리자는 사례에 대

한 궁극적인 권위를 가지며 이론적으로는 이러한 권위가 직접적 서비스제공자가 수행하는 의뢰, 연계 및 조정의 기능과 진정한 사례관리를 구별시켜준다고 보는 것이다. 이렇게 보면 사례관리자는 소비자를 위해 협상할 수 있는 권한을 부여받았다는 점(empowerment)에서 구별된다고 할 수 있다(Rubin, 1987: 216-217). 특히 사례관리자의 권위는 사례관리의 효과성에 가장 중요한 요인으로 제시되기도 하였다. 그러나 원래의 지역사회서비스 체계의 개념에 구현된 것만큼 실제로 사례관리자의 권한이 부여되어 있는 것은 아니다. 사례관리자가 갖는 권위의 수준은 지역에 따라 서비스 전달체계에 따라 매우 다양하다고 할 수 있다. 이에 따라 사례관리자의 권위를 분명히 하기 위해 회원조직을 설립하거나 자격증을 만들어 사례관리자의 역할을 합법화하려는 노력들이 생겨났다. 1989년 급성보호의 간호사들이 주축이 된 “학제간, 국제적 회원기구”인 CMSA(Case Management Society of America)는 The Journal of Care management를 창간하였고, 1995년에는 사례관리자들을 위한 실천지침(Standards of Practice for Case Management)을 개발하였다. 나아가 사례관리를 전문화하려는 이러한 활동들은 NACCM(National Academy of Certified Case Managers)을 수립하게까지 이르렀고 여기서는 국가시험을 통해 광범위한 사례관리 과제들을 수행할 수 있는 개인적 역량을 확인함으로써 보호관리서비스의 질을 향상시키려 했다. NACCM은 사회사업, 상담, 간호, 심리학 및 노인학분야의 학위가 있는 사례관리자들에게 자격을 부여하고 있다. 그런데 문제는 사회복지사는 여기서 아직 결정적 역할을 하지 못하고 있다는 것이다(Keigher, 2000: 227-228). 사례관리가 여러 전문직간의 경쟁의 장이 되고 있다는 점은 사례관리자의 권위의 문제와 함께 또 다른 문제를 던져주고 있다.

3. 한국에서 사례관리의 적용: 가능성과 한계

사실상 심각한 장애를 입은 시민을 사회가 제대로 보호하지 못한 것을 더 이상의 큰 공공자원의 지출 없이 서비스 통합전략으로 극복할 수 있다는 것은 이러한 지출을 반대하는 사람들에게는 유혹적인 개념이 될 수 있다. 사실 자원의 양이나 서비스 전달의 통합수준이 극도로 낮은 우리 나라의 장기보호서비스에서 사례관리는 기존체계의 큰 수정 없이도 서비스의 효과를 높일 수 있는 방안으로 받아들여질 가능성이 높다.

현재 사례관리는 그 개념의 불명확성에도 불구하고 다양한 분야의 다양한 수준에서 다양한 모형이 개발되고 또 실행되고 있으며, 지역사회복지관의 사회복지사들은 자신이 사례관리를 수행하고 있으며, 사례관리자라고 생각하기도 한다. 황성철(1995)은 우리 나라에서 사례관리 실천

을 위한 모형을 개발하면서, 탈시설화나 사회적 서비스 전달체계의 측면에서, 또한 전문직으로서의 사회복지실천의 위상과 발전이라는 관점에서는 사례관리의 방법을 도입할 만한 충분한 환경이 마련되지 않았지만, 1980년대 이후 다양한 사회복지관련법에 다른 사회복지서비스 및 특히 재가복지 서비스의 확대, 복합적인 욕구를 가진 장애인과 노인의 증가에 다른 기존 서비스 프로그램의 연계와 조정의 업무의 중요성의 증가, 정부의 비공식적 지원체계에 대한 강조 등은 사례관리를 도입하고 적용해 볼 가능성을 시사해 준다고 평가하였다.

우리가 여기서 덧붙여 고려해야 할 점은, 첫째, Moore(1992)의 주장대로라면, 자원의 수준과 서비스 통합의 수준이 모두 절대적으로 낮은 우리 나라에서 사례관리의 역할은 자원의 개발(developing)과 조정에 한정되며, 더구나 아직 사례관리기구를 통한 사례관리자의 권위가 전무한 상태에서 사례관리가 할 수 있는 기능은 매우 제한적이라는 것이다. 이것은 다시 말하면 정책과 제도를 통한 일정 수준의 자원과 서비스 전달체계의 수립없이 순수한 사례관리의 효과만을 기대하기는 어렵다는 것이다.

둘째, 우리 나라의 장기보호 서비스에서 사례관리의 방법을 활용한다면, 단순히 기존의 사회복지사들에게 사례관리의 기능과 다양한 기법들을 수행하게 함으로써 사례관리를 이용할 것인가 아니면 정식 권위를 가진 사례관리자를 둬으로써 사례관리를 수행할 것인가 하는 점을 짚고 넘어갈 필요가 있다. 더구나 장기보호의 서비스가 다학문적 활동으로 이루어진 점을 고려하면 누가 사례관리자가 되어야 하는가 하는 것도 고려해야 한다.

셋째, 장기보호에서 보호의 포괄성과 지속성을 유지하면서 비용효과를 거두기 위해서는 장기보호의 수준에 따라 어떤 사례관리의 모델을 활용할 것인가를 고려해야 할 것이다. 이것은 장기보호 대상자들의 욕구 및 보호의 수준에 대한 고려가 이루어져야 하며, 각각의 수준에 따라 낭비나 중복이 없이 적절한 수준의 개입실천이 이루어져야 함을 의미한다.

IV. 대안적 접근의 틀: 장기보호노인의 욕구와 보호의 연속성에 기반한 실천전략

1. 장기보호노인의 욕구와 보호의 연속성의 개념

이상과 같이 장기보호에서 시설과 지역사회를 중심으로 한 사회복지실천은 어떻게 이루어지

고 있으며, 대안으로 제시된 사례관리의 가능성과 한계는 무엇인지를 살펴보았다. 장기보호에서 가장 중요한 개념은 보호의 포괄성과 연속성이며, 이것을 어떻게 하면 비용효과적인 방법으로 제공할 것인가가 핵심이라고 하였다. 그러나 현재의 우리 나라의 장기보호 서비스는 살펴본 바와 같이 보호의 수준에 따른 대상자의 욕구가 전혀 고려되지 않고 있어서 보호의 포괄성과 연속성을 달성하기가 기본적으로 어려운 것으로 보인다.

여기서 우리는 장기보호에 적합한 사회복지실천을 모색함에 있어 우선, 장기보호라는 전체적인 틀 안에서 실천을 바라보는 관점을 견지할 필요가 있다. 즉, 기존의 시설과 지역사회라는 보호의 장(setting)을 중심으로 한 서비스 접근에서 벗어나 장기보호노인의 욕구라는 관점에서 사회복지실천의 가능성을 바라볼 필요가 있다는 것이다.

장기보호노인은 그 보호의 욕구 측면에서 여러 수준으로 대별할 수 있으며, 이것은 상호 배타적인 수준이라기보다는 연속선상에 위치해 있다고 할 수 있다. 대상집단을 필요한 보호의 수준에 따라 분류하고 일차적으로 필요한 서비스를 제시해보면 다음과 같다.

- 1) 급성보호의 장에서 만성보호의 장으로 전이하는 후급성 노인환자들- 의료적 관리와 보호
- 2) 복합적이고 변화하는 의학적 욕구와 장기보호의 욕구가 있는 노인환자들- 사회적/건강 관리와 보호
- 3) 의학적으로는 안정이 되었으나 자기관리 및 사회적 보호욕구가 있는 노인들 -사회적 관리와 보호

여기서 분류의 기준이 되는 것은 일차적 보호욕구가 의료적 측면에 더 많이 있는가 아니면 사회적 측면에 있는가 하는 것이며, 급성병원에서 아급성병원 및 시설을 통해 지역사회 및 가정에 이르기까지의 연속적인 보호의 개념이 포함되어 있다.

장기보호 대상노인을 이와 같이 분류하게 되면, 장기보호가 시설에서 제공되느냐 아니면 가정이나 지역사회에서 제공되느냐보다는 욕구에 따라 어떤 서비스가 제공되어야 하느냐를 중심으로 실천전략을 구상할 수 있다. 예를 들면 급성보호 이후의 단계로 재가보호를 선택했지만 여전히 의료적 관리가 필요한 클라이언트의 경우에는 두 번째의 범주로 분류하고 여기에 적합한 서비스를 제공할 수 있다는 것이다. 현실적으로 의학적 관리와 사회적 관리가 동시에 필요한 노인들 중 지역사회에 거주하는 노인이 많지만, 현재 제공되고 있는 장기보호서비스는 가정봉사원을 중심으로 한 사회적 보호서비스에 불과하기 때문에 이전의 재가보호 대 시설보호의 개념으로는 이러한 노인들에게 적합한 서비스를 제공하기가 어렵다는 점이다. 혹은 의학적으로

는 안정이 되었지만 일상생활상의 지지가 필요한, 양로시설에 거주하는 노인의 경우에는 비록 시설에 거주하지만 세 번째의 범주로 분류하여 필요한 사회적, 개인적 관리에 필요한 서비스를 제공할 수 있다.

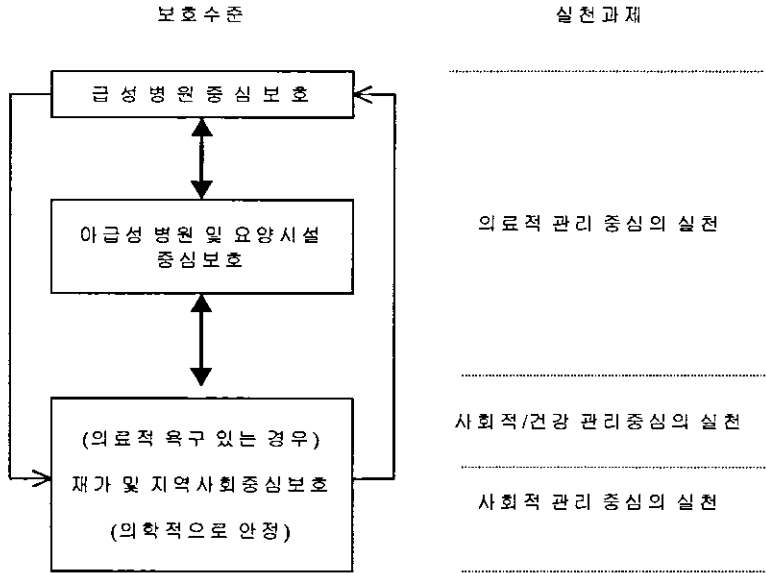
따라서 장기보호에서 대상자의 욕구 및 보호의 연속성이라는 개념을 중심으로 한 사회복지실천의 틀을 그림으로 표시하면 <그림1>과 같다.

2. 장기보호에서 사회복지실천의 틀

지금까지의 논의를 정리하면, 장기보호에서 서비스 전달체계와 사회복지실천은 밀접히 관련되어 있어서, 장기보호에서의 실천체계는 이 두 가지 요소가 동시에 반영된 것이어야 한다는 점이다. 위에서 제시한 장기보호대상자의 욕구와 보호의 연속성이라는 개념을 사용하여 대상자를 분류하고 나면 각각의 보호의 수준에 적합한 실천의 체계가 구성된다. 즉 의료적 관리중심의 실천, 사회적/건강 관리중심의 실천 및 사회적 관리 중심의 실천이 그것이다. 사회복지실천의 체계를 이렇게 구성하고 나면, 기존에는 분리되거나 중복되어 있던 보호의 수준과 개입이 체계적으로 통합될 수 있고, 각 수준에서 제공될 수 있는 자원을 효과적으로 활용할 수 있다. 예를 들면 병원에서 제공되는 만성질환의 관리와 재활을 위한 다양한 프로그램을 활용함으로써 부족한 지역사회 자원을 대신할 수 있고, 또한 병원을 중심으로 한 사회복지사의 전문성을 활용할 수 있으며, 이들과 지역사회중심의 사회복지사간의 역할 중복 또한 줄일 수 있다.

한편, 현재 서비스 수혜자 뿐 아니라 장애의 서비스에 대한 욕구를 가진 계층에 대한 실천전략이 필요하다. 예를 들어 저소득층 뿐 아니라 중산층 노인의 장기보호 욕구에 대해서도 사회적 정책적 관심이 증대되고 있는 점을 고려하면(최성재 외, 2000), 현재 제공되고 있는 서비스 이외에 다양한 가능성을 고려해야 하는데 이 실천의 틀은 제공되는 서비스 중심이 아닌 대상자의 욕구를 중심으로 하고 있기 때문에 하나의 실천체계에서 통합이 가능하다. 단지 대상자의 경제적 특성에 다른 구체적인 기술과 기법상의 변화가 필요할 수 있다.

자료에 의하면 현재 60세 이상 노인의 유병률은 전체인구의 2배 정도 높게 나타나고 있으며, 전체노인(60세 이상)의 60.9%가 3개월 이상 지속되는 만성질환을 1개 이상 지니고 있는 것으로 나타나(이가옥, 1999b: 28), 노인의 경우 만성질환으로 인한 입원, 퇴원 후의 후급성 보호 및 안정의 단계를 반복적으로 경험할 가능성이 높다고 할 수 있다. 따라서 이러한 일련의 단계에 대한 보호의 연속성이 보장이 중요하게 고려되었다.



<그림 1> 장기보호에서 대상자의 욕구 및 보호의 연속성에 따른 실천체계

각 실천의 체계와 특징을 간략하게 제시하면 다음과 같다.

1) 의료관리 중심의 실천

병원이 지역사회로 점차 확대되고 있는 현상을 고려하면(황숙연, 2001), 의료세팅은 장기보호에서 활용할 수 있는 중요한 자원이 된다. 의료관리 중심의 실천은 급성병원에 입원 후 퇴원하여 급성 후 만성단계로 전이하는 환자들을 대상으로 하며, 개입의 목표 역시 급성에서 만성 단계로의 순조로운 이전을 원조하는데 있다. 팀 접근에 의한 병원의 퇴원계획이 이에 해당하며, 퇴원계획에서 활용되는 지식과 기술들이 적용된다. 퇴원 후 보호의 대안들로는 요양시설이나 아급성병원(지역사회의 1,2차 의료기관), 및 가정을 들 수 있다. 이전에는 병원에서만 사용할 수 있었던 의료장비와 기구들(예: IV, 도뇨관, 휴대용 산소기, 환기장치 등)의 발전으로 가정에서도 환자들을 돌볼 수 있게 됨에 따라 심리적으로 편안한 가정을 보호의 장으로 선택할 가능성이 더 높아지고 있다. 이 경우 사회복지사는 가정으로의 전이가 순조롭게 이루어지도록 심리적 원조를 제공함과 동시에 연계의 기능도 수행하게 되며, 의료적 관리에 대한 요구로, 상대

적으로 가정방문간호사의 역할과 위치가 중요하다고 할 수 있다.

특히 이 실천체계에서는 다양한 사정도구의 활용이 요구되며, 정서적 상태(GDS, BDI)/ 인지 능력(MMSE-K, Mattis)/ 기능수행능력(ADL, IADL)/ 사회적 지지(가계도, 생태도, 사회적 관계망 그리드)의 영역에 대한 다양한 사정도구를 활용할 수 있어야 한다.

개입의 기간은 상대적으로 단기간으로 퇴원 후 점점에 필요한 1달 정도가 적합하며, 과중한 업무량이나 사례 수를 고려할 때 병원의 사회복지사는 다양한 업무에 대해 우선 순위를 둬으로써 시간을 관리할 수 있다. 우선 순위를 두는 기준은 앞에서 제시한 다양한 사정도구를 활용하여 사례관리의 대상을 선택하는 것이다. 여기서 가능한 선택의 기준은 1)신체적, 인지적 손상을 입었거나 가족의 지지가 없어서 고위험인 경우 2)복합적인 보호욕구를 지닌 환자 3)요양원(nursing homes) 수준의 보호를 받아야 하지만 지역사회중심의 보호를 선택한 경우(예, 가정) 4)퇴원 후 단기적 보호욕구가 있는 경우 5) 높은 비용이 드는 보호욕구 6)반복되는 입원으로 인한 고위험 환자를 들 수 있다(Williams, 1993).

2) 사회적/건강 관리중심의 실천

사회적/ 건강 관리 중심의 실천은 현재 미국에서 시행되고 있는 S/HMO의 사례관리전략(Capiman et al., 1991)과 흡사한 면이 많다고 할 수 있다. 이 실천체계는 급성보호의 단계에서 만성보호의 단계로 전이하였지만 아직 복합적이고 변화하는 의학적 욕구와 장기보호의 욕구가 있는 노인환자들을 대상으로 하며, 개입의 목표는 클라이언트에게 후급성 보호와 지역사회보호와의 연계와 통합을 제공하는데 있다고 할 수 있다. 어떻게 보면 이 실천체계는 장기보호에서 가장 핵심이 되는 실천체계라고 할 수 있으며, 사회복지사는 의료적, 사회적 서비스의 연계기능으로 이 실천에서는 중추적 역할을 할 수 있다. 앞으로의 노인의 보호 욕구를 고려하면 이 범주에 속하는 노인의 비율이 상대적으로 가장 많을 것이라고 예견할 수 있으며, 재가복지분야의 확대로 건강과 사회적 관리가 필요한 노인이 지역사회에 거주하는 비율이 더 증가함에 따라 이 실천체계가 지배적인 실천전략으로 자리잡을 것으로 예상된다.

따라서 사회복지사는 소위 포괄적 의미에서의 사례관리자의 기능들을 수행하며, 포괄적인 재가보호에 대한 사정의 실시, 대상노인 및 가족과 함께 보호의 계획을 개발하고 지역사회 및 재가 서비스를 결정하고 점검하는 기능을 수행하게 된다. 다시 말하면 요양시설이나 아급성시설에서 퇴원하여 의학적으로 안정된 상태로 지역사회에 복귀할 수 있도록 원조하거나, 지역사회 및 재가 서비스 분야에서 지역사회에 복귀하였으나 여전히 의학적 욕구가 있는 노인들에게

재반 재가의료서비스와 사회적 서비스를 제공할 때 사회적/건강 관리 중심의 실천을 적용한다. 그러므로 보호의 장에 따라 실천체계가 결정되는 것은 아니라고 할 수 있다.

개입의 기간은 클라이언트가 의학적으로 안정되어 사회적 관리 실천의 대상이 될 때까지이며 대체로 약 3개월에서 6개월 정도를 예견할 수 있다. 이 실천에서 주로 제공되는 서비스는 요양보호, 지지적 의료서비스, 개인적 유지 서비스, 상담을 포함한 개별 계획 수립(퇴원계획) 및 연계 서비스라고 할 수 있으며, 특히 재가보호를 결정하기 위한 욕구사정이 중요하다.

3) 사회적 관리중심 실천

사회적 관리중심의 실천의 대상은 의학적으로는 안정되었으나 독립적 생활하는데 원조가 필요한 노인들, 즉 재가 및 지역사회보호에서 사회적 원조와 서비스를 필요로 하는 노인들 이라고 할 수 있다. 다른 실천에 비해 전문성이 덜 요구되며, 사회적/건강 관리중심의 실천의 사회복지사의 수퍼비전 하에 준전문가가 그 기능을 수행할 수 있다. 특히 우리 나라나 미국의 경우에 재가보호 서비스 중 가장 많이 이용되는 서비스가 가정봉사원의 연결임을 고려하면 준전문가가 이 기능을 수행해도 무방하리라 본다. 따라서 미국의 사회복지서비스 피임명자와 같은 방안을 검토해 볼 수 있다.

여기서 제공되는 서비스는 재가보호에서 제공되는 다양한 개인적 관리 및 사회적지지 서비스와, 가족 수발자에 대한 서비스가 포함된다. 이 실천에서 요구되는 사회복지사 혹은 준전문가의 역할은 주로 중개자로서, 지역사회 연계와 관련된 중개의 다양한 전략과 기술들을 활용할 수 있다. 개입의 기간은 중,단기로 서비스의 연결과 이후의 점점에 필요한 2-3개월 정도가 적합한 것으로 생각된다.

특히 이 실천에서 그리고 사회적/ 건강관리 중심의 실천에서 중요하게 고려해야 할 클라이언트 체계로는 가족을 비롯하여 비공식적 수발자로서, 사회복지사나 준전문가는 보호노인이나 장애인을 돌보는 가족들의 욕구와 상황에 특별히 민감해야 한다. 가족 수발자가 가질 수 있는 다양한 문제와 부담에 관해서는 이미 많은 연구들이 제시되어 있으며, 따라서 이들에 대한 여러 가지 집단 프로그램(예: 치매 환자가족 수발자를 위한 집단 프로그램, 휴식보호 서비스 등)들을 계획하고 실행할 수 있다.

마지막으로 이 실천체계에 있는 사회복지사는 보호받는 노인의 확대 가능성에 대해 민감하게 반응하고 대응할 수 있어야 한다. 최근의 연구들은 노인확대가 더 이상 다른 나라의 문제가 아님을 지적하고 있으며(우국희, 2000), 재가 및 지역사회복지관은 이러한 문제에 대한 접근성

이 상대적으로 높다고 할 수 있다. 그리고 다양한 자원봉사자의 관리 및 훈련 역시 중요한 기능 중의 하나이다.

V. 결론 및 제언

우리 나라에서 장기보호 서비스의 필요성은 누구나 주지하고 있는 사실이지만 현재 제공되고 있는 서비스는 장기보호대상노인의 극히 일부에게만 제공되고 있다. 따라서 본 연구에서는 미국과 우리 나라에서의 장기보호에 나타난 사회복지실천과, 가장 효과적인 대안으로 제시된 사례관리에 대하여 검토하고, 장기보호 노인의 욕구와 보호의 연속성의 개념에 기반하여 대안적 사회복지실천전략을 모색하여 보았다. 이 전략을 사례관리체계라고 부를 수 있는지에 관해서는 분명하지 않지만, 사례관리에서 강조되는 지식과 기술들이 활용되고 있는 것은 사실이다.

정책과 실천간의 연계는 아무리 강조해도 지나침이 없을 것이다. 무엇보다 이 실천전략이 효과적으로 기능하기 위해서는 장기보호 정책과 제도의 뒷받침이 있어야 하며, 현재 추진되고 있는 지역사회연계망이 체계적으로 수립되어야 할 것이다. 그 이외에도 대상자의 욕구 뿐 아니라 선호도에 대한 조사가 실시될 필요가 있다. 특히 중요한 것은 실천체계간에 클라이언트의 욕구에 대한 사정도구의 통일이라고 할 수 있다. 클라이언트의 인지적, 정서적, 신체적 기능수행능력과 사회적 지지에 대한 사정도구가 서비스 전달체계간에 통일될 수 있다면, 클라이언트가 보호의 장을 옮길 때마다 구태여 사정을 처음부터 모두 반복할 필요가 없으며 변동된 사항만을 기록하게 되어 다양한 수준의 사회복지사간에 원활한 의사소통과 연계가 가능할 뿐 아니라 점검 및 평가도 훨씬 용이할 수 있다. 따라서 앞으로 우리 나라에 맞는 사정도구의 개발이 요청된다고 하겠다. 단지 이 경우 유의할 점은 클라이언트의 기록이 여러 기관을 오감에 따른 비밀보장과 관련된 윤리적 문제라 할 것이다.

사실상 이 연구는 장기보호에 대한 사회복지실천의 방법에 대한 해답이라기보다는 논의의 시작이며, 이를 계기로 앞으로 장기보호에서의 사회복지실천의 구체적인 모델이나 기술들에 관한 많은 연구와 평가가 진행되기를 바란다.

참고문헌

- 김미혜(1999), "재가노인복지사업의 사례관리실천모형", 한림대학교 사회복지대학원 제14회 workshop 자료집; 49-60.
- 변재관 외(2000), 노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구, 보건사회연구원.
- 양옥경(1996), 지역사회정신건강, 나남출판.
- 우국희(2000), "노인학대와 사회복지실천", 조홍식 외 공저, 사회복지실천분야론, 나남출판; 143-169.
- 이가옥(1999a), "장기요양보호노인의 욕구와 가족의 부양부담", 장기요양보호노인의 현황과 정책적 대안, 제5회 세계노인의 날 기념세미나 자료집, 성공회대학교.
- 이가옥(1999b), "2000년대를 대비한 한국 노인복지의 정책과제", 이가옥 편저, 노인복지의 현황과 과제, 나남출판; 17-58.
- 장인협(1995), 지방화시대의 지역복지실천방법론: 케어/케이스 관리, 서울대학교출판부.
- 정경희 외, 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원, 1998.
- 최성재 외(2000), 중산층 노인복지사업 활성화 방안, 서울대학교 사회과학연구원.
- 황성철(1995), "사례관리실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구", 한국사회복지학, 27; 275-304.
- 황숙연(1994), 만성질환자에 대한 의료사회사업가의 퇴원계획과정에 관한 연구, 서울대학교 박사학위논문.
- 황숙연(2000), "의료문제와 사회복지실천", 조홍식 외 공저, 사회복지실천분야론, 나남출판; 243-267.
- Applebaum, R. & Phillips, P., (1990), "Assuring the Quality of In-Home Care: The "Other" Challenge for Long-Term Care", *The Gerontologist*, 30: 444-450.
- Austin, C.D.(1983), "Case Management in Long-Term Care: Options and Opportunities", *Health and Social Work*, 8; 16-30.
- Bachrach, L.L (1981), "Continuity of Care for Chronic Mental Patients: a Conceptual Analysis", *American Journal of Psychiatry*, 138(11); 1449-1456.
- Bachrach, L.L.(1980), " Is the Least Restrictive Environment Always The Best? Sociological

- and Semantic Implications", *Hospital and Community Psychiatry* 31(2); 97-103.
- Capitman, J.A., MacAdam, M.A. & Abrahams, R.(1991), "Case Management Roles in Emergent Approaches to Long-Term Care", in Katz, P.R., Kane, R.L. & Mezey, M.D.(eds.), *Advances in Long-Term Care(vol.1)*, New York: Springer Publishing Company; 124-146.
- Challis, D.(1999), "Effective Care Management", in J.C.Campbell & N. Ikegami(eds.), *Long-Term Care for the Frail Older People: Reaching for the Ideal System*, Tokyo: Springer (Keio Univ. symposia for Life Science& Medicine, vol.4).
- Cowles, L.A.F.(2000), *Social Work in the Health Field: A Care Perspective*, New York: The Haworth Press.
- Degenholtz, H., Kane, R.A., & Kivnick, H.Q.(1997), "Care-Related Preferences and Values of Elderly Community-Based LTC Consumers: Can Case Managers Learn What's Important to Clients?", *The Gerontologist*, 37(6); 767-776.
- Dhooper, S.S.(1997), *Social Work in Health Care in the 21st Century*, London: SAGE Publication.
- Dhooper, S.S., "Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: A Review of the Literature", *Journal of Gerontological Social Work*, 18; 19-37.
- Garner, J.D.(1995), " Long-Term Care", in *Encyclopedia of social Work(19th ed.)*, Silver Spring, MD: NASW; 11625-1634.
- Gwyther, L.P.(1995), "When the Family is Not One Voice: Conflict in Cargiving Families", *Journal of Case Management*, 4(4);150-155.
- Intagliata, J.(1982), "Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: the Role of Case Management", *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 655-674.
- Keigher, S.M.(2000), " Communication in the Evolving World of Case Management", *Health & Social Work*, 25(4):227-231.
- Kirk, S. a. & Terrien, M.E. (1975), "Community Mental Health: Myths and the Fate of Former Hospitalized Patients", *Psychiatry*, 38(3), 209-217.
- Lamb, H.R.(1980). "Therapist-Case Managers: More Than Brokers of Service", *Hospital and Community Psychiatry*,31(11): 762-764.

- Moore, S. T.(1990), "Social work Practice Model of Case Magement: The Case Management Grid", *Social Work* 35(5).
- Moore, S.(1992), "Case Management and the Integration of Services: How Service Delivery Systems Shape Case Management", *Social Work*, 37(5); 418-423.
- Quinn, J.(1993), *Successful Case Management in Long-Term Care*, New York: Springer Publishing Company.
- Rose,S.M. & Moore, V.L.(1995) "Case Management", in *Encyclopedia of Social Work*(19th ed.), Silver Spring, MD: NASW; 335-340.
- Rubin, A.(1987), "Case Management" in *Encyclopedia of Social Work*(18th ed.), Silver Spring, MD: NASW; 212-222.
- Simmons, J. "Community Based Care: The New Health Social Work Paradigm", *Social Work in Health Care*, 20(1): 35-46.
- Volland, P. J.(1996), "Social Work Practice in Health Care: Looking to the Future with a Different Lens", *Social Wok in Health Care*, 24(1): 35-51.
- Williams, J.K.(1993), " Case Management : Opportunities for Service Providers" *Home Health Services Quarterly*, 14; 5-40.
- Yip, A.M., Gorman, M.C., Stadnyk, K., Mills, W.G., Macpherson, K.M. & Rockwood, K.(1998), "A Standardized Menu for Goal Attainment Scaling in the Care of Grail Elders", *The Gerontologist*, 38(6); 735-742.