

케어 매니지먼트의 이론과 실제

- 일본에서의 현상과 과제 -

白澤正和*

번역 : 임효원*

I. 케어 매니지먼트의 발생과 실제

1. 케어 매니지먼트의 동향

요원호자(要援護者, 원조를 필요로 하는 대상자)의 지역생활을 지원하는 「케어 매니지먼트」는 1970년대 미국에서 출현했다. 특히 그 흐름은 정신장애인의 커뮤니티 케어를 추진하기 위해, 미국에서는 주립 정신병원의 2분의 1을 폐쇄하는 등의 수단으로 커뮤니티 케어를 추진하고자 했다. 하지만 많은 정신장애인에게 있어 재가 생활을 계속해가기 위해서는 두 가지의 조건이 필요불가결이라는 것이 그러한 커뮤니티 케어를 추진하는 가운데 밝혀졌다.

그 한가지는 주택정책의 필요성이다. 장애인이 생활을 할 수 있는 복지주택(Sheltered housing)을 어떻게 정비할 것인가가 커뮤니티 케어의 열쇠이라는 점이 명백해졌다. 살 만한 주택의 보장 없는 곳에, 커뮤니티 케어의 기본은 성립하지 않는다고 하는 것이다.

다른 한가지는 정신장애인이 재가생활을 하기 위해서는 다양한 서비스가 필요하게 되고 다양한 서비스제공 기관에 가지 않으면 안되지만, 정신장애인의 경우 그러한 서비스 이용에 도착할 수 없어 지역생활을 해 가는 데 있어 필요한 생활니드에 일치하는 서비스를 이용하

* 大阪市立大學 教授

* 오사카시립대학원 생활과학연구과 후기박사과정

지 못하고 끝나버릴 수 있다는 상황이 발생했다. 이 문제에 대해서는, 한 곳의 창구에서 모든 생활니드를 명확히 해, 그 니드에 맞는 서비스를 연결하는 원조를 이론으로서 체계화됐다. 그 수법이 미국에서 케이스 매니지먼트(Case Management)라고 불려졌다. 그리고 그러한 방법이 미국 내에 있어서는 단순히 정신장애인에의 어프러치만이 아닌, 장기적으로 케어를 필요로 하는 고령자, 신체장애인, 지적장애인, 그 위에 에이즈환자등에 대한 지역생활지원 방법으로서도 확대되어 왔다.

동시에, 이러한 케이스 매니지먼트의 이해방식이나 방법은, 미국에서부터 영국, 캐나다, 오스트레일리아 등과 같은 나라들뿐만 아니라 일본에도 도입되어, 세계의 많은 나라들 사이에 보급되어 왔다. 특히, 그러한 방법은 장기적으로 케어를 필요로 하는 고령자의 지역생활을 지원하는 방법으로서 정착되어 왔다고 할 수 있다.

영국에서는 1990년에 만들어진 커뮤니티 케어법 안에서 케어 매니지먼트라고 하는 구상을 제도화하고 있었지만, 그 때 처음으로 케이스 매니지먼트만이 아닌 「케어 매니지먼트」라고 하는 용어가 사용되었다. 그 근거가 된 이유의 한가지는 「케이스」라고 하는 용어는 차갑게 느껴지지만 그것에 비해 「케어」는 따뜻한 뉘앙스를 가지고 있다고 하는 것이다. 다른 한가지의 이유는, 매니지먼트(관리)하는 것이 케이스(사례, 이용자)가 아닌 케어라는 집에서 케어 매니지먼트를 채용하게 되었다고 한다.

이러한 영국에서의 흐름은 용어으로써 케이스 매니지먼트라고 하는 말보다도 케어 매니지먼트라고 하는 말이 보급된 한가지의 커다란 원인이 되었다고도 할 수 있다. 하지만 케이스 매니지먼트도 기본적으로는 같은 내용이며 이용자의 지역생활을 지원하는 것을 목적으로 하고 있다고 할 수 있다.

일본에의 보급에 관해서는 고령자 영역에서는 1989년에 창설된 재가개호지원센타가 케어 매니지먼트의 담당자로서 커다란 역할을 담당해 왔다. 어떤 의미에서는 이 센터가 일본 최초로 만들어진 케어 매니지먼트 기관이라고 할 수 있다. 더불어, 고령자 대상으로는 개호보험에서 요개호자·요지원자로 인정된 자에 한정되기는 하지만, 거택개호지원사업자가 케어 매니지먼트 기관으로 교대해가게 된다.

반면에 장애인 영역에서의 케어 매니지먼트는 많은 지적장애인 시설이나 신체장애인 시설에서, 치료 및 교육 등의 지원사업이나 생활지원사업을 실시하고 있다. 이것은 시설이 지역의 장애인에 대해 케어 매니지먼트 지원을 함으로서, 장애인의 재가생활을 지원해 가고자 하는 것이다. 그러한 시설에서의 생활지원사업은 어느 의미에서는 고령자의 재가개호지원센터와 같은 위치에 놓이게 되고 그것으로 주민과 가까운 곳에서 장애인의 생활지원이 전개하는

것이라고 생각되어진다.

또한 정신장애인에 있어서는 생활지원사업에 덧붙여 어느 정도 안정된 환자의 정신병원에 서의 퇴원계획(discharge plan)을 어떻게 유지하고 전개해 가느냐가 커다란 과제가 된다. 그것에 관해서는 1997년에 국가자격으로서 정신보건복지사라고 하는 제도가 창설되었는데, 그들의 중요한 기능은 어느 정도 안정된 정신장애인의 퇴원계획을 촉진하는 것이다. 더불어 퇴원계획은 정신장애인의 지역생활지원을 개시하고, 그것을 계속적으로 지원해 가는 것이며, 케어 매니지먼트의 목적을 수행하는 인재로서, 앞으로의 활약이 기대된다.

또한 아동영역에서도 아동상담소를 중심으로 해서 피학대 아동과 그 가족에 대해, 케이스 매니지먼트 모델사업이 보육소등에서는 「육아지원사업」으로서 케어 매니지먼트 원조가 실시되고 있다.

2. 케어 매니지먼트의 실제사례

일본에서는 개호를 필요로 하는 재가고령자를 대상으로 사용되어지는 경우가 많지만, 그러한 고령자에 대해서는, 보건·의료·복지·주택 등의 각종 공적 서비스뿐만이 아니라, 불런티어나 이웃의 지원까지도 정비해 재가 생활을 뒷받침하는 것을 주안으로 하고 있다. 장애인의 경우에는 그 위에 고용이나 사회참가서비스에도 연결시키는 것이 많아진다.

케어 매니지먼트는 지역에서 요원호자를 지원하기 위한 방법이고 지역복지나 지역의료가 의처지는 실정 속에서 그 필요성이 생겨났다. 시설이나 병원에서는 입소(원)자의 생활은 소(원)내에서 자기 완결하게 되지만, 재가에서는 다양한 서비스나 지원이 조합되지 않으면 생활이 이루어지지 않는다. 따라서 이용자 입장에서 필요한 사회자원을 모으는 것이 필요해지고 그 방법으로서 케어 매니지먼트가 생겨났다고 할 수 있다. 따라서 케어 매니지먼트는 기본적으로 개개인의 재가생활을 지원하기 위한 방법이라고 할 수 있다.

여기에서는 우선 케어 매니지먼트의 사례를 통해 그 실태를 알아보도록 하겠다.

다음은 어느 케어 매니지먼트 기관이 실시한 케어 매니지먼트의 사례이다.

[혼자서 생활하고 있는 S씨(남성, 80세)는 최근에 허리를 다쳐 일상생활도 맘대로 할 수 없는 상황이다. 요통 때문에 움직이는데 시간이 걸려 행동범위가 집안에 한정되고 있고, 요통이 생긴 이후 욕조에 들어가는 입용도 하지 못하고 있다. 주거는 분양 아파트 3층으로 2DK. 좌식생활을 하고 있으며 화장실은 양식, 자녀는 1남 1녀가 있고, 큰며느리가 한달에 한번 방

문하는 정도이다. 본인은 자녀들에게 불편을 끼치지 않고 생활하고 싶어한다.

어느 날 이웃의 주부로부터 연락이 와 케어 매니저가 가정방문을 했고, 우선은 긴급과제로서 요통의 진찰을 권유, 리프트가 붙은 왜건차로 이동해 진찰을 받도록 했다. 그 결과, 요추 변형으로 진단돼, 코르셋 맞춤과 통증치료를 위해 한 달간 입원하게 됐다. 퇴원을 앞두고 케어 매니저는 본인과 장남 부부와 함께 케어계획을 작성하고 퇴원과 함께 케어계획을 실시하도록 했다.

다음의 ①~⑥은 그 당시의 케어계획 내용이다.

- ① 요통 때문에 바닥에서 일어서는 게 힘드므로 전동개호용침대를 복지기기 렌탈로 이용한다.
- ② 요통 때문에 화장실에서 앉고 일어나는 게 곤란하므로 복지기기로서 높낮이를 조절 양식변기 손잡이를 10%의 자기부담으로 구입하고 작업치료사의 협력을 얻어 설치한다.
- ③ 요통 때문에 집에서의 입욕은 곤란함으로 입욕대, 미끄러짐 방지 매트, 목욕의자, 손잡이 등을 복지기기로서 10%의 자기부담으로 이용하고 작업치료사의 협력을 얻어 설치한다. 욕실에 맞는 발판은 장남이 시간을 내 만든다.
- ④ 혼자서는 조리, 청소, 세탁, 시장보기, 쓰레기 내놓기 등에 부담이 크고 곤란하기 때문에 주 2회의 홈 헬프 서비스와 볼런티어 그룹에 의한 주 2회 배식서비스를 이용한다. 또한 토요일은 장남이 돌보는 것으로 한다.
- ⑤ 주치의가 없고 치료적 대응이 불가능하므로 집근처의 진료소를 다니도록 홈 헬퍼가 통원 개조한다.
- ⑥ 독거로 안전확인이 도지 않기 때문에 이웃이 방문하도록 해 문제가 생겼을 때에는 재택개호지원센터에 연락을 하도록 한다.]

II. 케어 매니지먼트의 목적

1. 자립의 지원

케어 매니지먼트는 대상자 특성이 어떠한 지역생활을 지원하는 것을 목적으로 하고 있고, 그러한 점이 다양한 대상자가 살기 익숙해진 지역사회 안에서 생활을 계속해간다고 하는 「normalization」 이념을 실현하는 최적의 방법이라고 할 수 있다. 이러한 지역생활지원을 바

탕으로 케어 매니지먼트는 이용자와의 관계에 대해서, 종래 「의학모델」로서 총칭되어졌던 어프러치에서 「생활모델」이라고 하는 어프로치에의 전환을 방향 지운 것이 됐다. 그것은 지역생활을 지원하기 위해서는 단순히 요원호자의 신체면에서의 개선만을 목표로 하지 않고, 요원호자의 생활자체가 지역에서 혹은 가족 안에서의 어떻게 의미있는 존재로 해나가는가가 커다란 목표로 떠올라 오기 때문이다. 따라서 이러한 생활모델은 크게 세 가지의 특징을 가지고 있고 그러한 특징을 베이스로 한 케어 매니지먼트가 명확해 진다.

생활모델의 첫 번째 특징은 단순히 신체기능적인 측면에 초점을 두고 이용자를 보는 것이 아닌, 사람과 환경의 접촉면(interface), 혹은 신체기능적인 측면, 정신 심리적인 측면, 사회환경적인 측면의 관계성을 바탕으로 장애를 이해하고, 이용자의 문제현황을 파악해 이용자를 지원해가는 것이다.

두 번째 특징은 그러한 이용자의 문제상황을 어떠한 입장에서 받아들이는가로, 전문가가 문제 현황을 파악하고 이용자는 그것을 받아들인다고 하는 종래의 관점으로부터, 전문가와 이용자가 파트너로서 함께 파악하고 해결의 실마리를 끄집어내 계획을 작성하고 실시해 간다고 하는 관점에서의 전환을 의미하고 있다.

세 번째 특징은, 그러한 관점에서 지원을 하는 것에 의해, 이용자와 전문가의 관계가 상하 관계에서 대등한 관계로 이동하는 것을 의미하고 있다. 더불어, 대등한 관계 안에서 문제해결의 중심적인 상대는 이용자이고 그것을 측면적으로 지원하는 종적인 역할을 담당하는 것이 전문가라고 하는 위치의 전환을 의도하고 있다.

이상과 같은 세 가지 관점에서, 생활모델로서 이용자를 지원하는 케어 매니지먼트가 성립하고 있다. 그렇기 때문에, 케어 매니지먼트는 지역에서 가능한한 생활할 수 있도록 하는 것을 의도한 것이다. 즉, 케어 매니지먼트는 요원호자의 자기결정·선택을 존중한 원조방법이고 나아가서는 요원호자의 자립을 지원하는 것이 된다. 이러한 자립은 지금까지 다양한 관점에서 생각되어져왔다. 예를들면 생활보호에 있어서의 자립에서는 경제적인 자립이 생각되어지고, 신체장애에서의 자립에는 ADL(일상생활동작)을 높이는 것으로 생각되어진다. 그렇다고 한다면, 생활보호를 받고 ADL를 높이는 것이 불가능한 중도의 신체장애자에게는 자립이 있을 수 없는 것이 된다.

최근에는 자립개념을 넓게 보고, 「자신의 삶의 방식을 자신이 책임을 지고 결정해가는 것」으로 이해하는 경향이 강해지고 있다. 그 결과, 생활보호제도에 의존하고 있더라도, 혹은 ADL이 회복할 기미가 보이지 않더라도, 자립은 가능하고 반대로 다양한 사회자원에 의지함으로써 자립이 가능해진다고 생각되어진다. 또한, 신체면이나 경제면에서의 자립은 결과적으로

로서의 자립이라고 할 수 있다.

스스로의 삶의 방식을 자신이 결정해간다. 즉 자기결정은 해나가는 것에 자립의 본래의 의미가 있으며, 그것은 「경제모델」에서의 생활보호에 의한 자립도 「의학모델」에서의 신체적 자립도 아니다. 그 사람이 생활을 자신이 방향 조절해 간다고 하는 의미에서, 「생활모델」에서의 자립이라는 것이 된다. 케어 매니지먼트의 목적은, 그러한 의미에서의 자립을 지원해가는 것이고, 요원호자의 자립지원은 케어 매니지먼트 실천을 통해서 가능하게 된다.

구체적으로 케어 매니지먼트 과정에서 생각해보면 요원호자와 함께 케어 계획을 작성하고 실시해 가는 것에 의해, 다양한 사회자원과 연결시키는 것이 가능하다.

그 때에, 요원호자와의 공동작업과정에 있어서도 최종적으로 케어계획을 인정해가는 것을 요원호자이고 케어 매니저는 본인이 케어계획을 결정해 가는 과정을 지원하는 사람에 불과할 뿐이다. 따라서 케어 매니저가 가져야만 할 가치로서 「요원호자의 존중」과 「요원호자의 자기결정」이라고 하는 원칙이 생겨난다.

2. 생활의 질 향상

케어 매니지먼트의 목적이 요원호자의 지역생활을 지원하는 것이라고 하는 것은 분명하지만, 그 결과, 이용자의 생활의 질을 어떻게 향상시켜갈 것인가가 중요한 포인트가 된다.

생활의 질에 관한 연구는 심리학이나 사회학, 사회복지학을 포함한 다양한 영역에서 연구되고 있지만, Flanagan은, 이용자의 생활의 질에 영향을 주는 분야로서는 ①신체적/물질적인 행복, ②대인관계, ③사회·지역시민활동, ④개인의 성장과 만족, ⑤레크레이션의 5가지의 카테고리가 있으며, 매우 폭넓은 영역이 생활의 질을 구성하고 있다고 제시하고 있다¹⁾. 이러한 다양한 영역까지도 포함하면서 케어 매니지먼트를 통해 어떤 식으로 이용자의 생활의 질을 향상시켜 가는가라는 것이 커다란 과제가 된다. 이를 위해서는 지역생활을 해 나가는데 있어서의 니드가 어떻게 해서 생겨나는가라고 하는 점을 확실히 할 필요가 있다.

일반적으로 생화니드는 사람과 환경과의 접촉면에서의 장애로서 받아들여질 수 있다. 예를 들면, 휠체어 보행자가 환경으로서 현관에 단사가 있다고 하는 상황과의 접촉면에서 외출이 가능하지 않다고 하는 생화니드가 제시되어진다. 이러한 생활니드에 대해서 해결방법을 끄집어내는 것이 케어 매니지먼트의 내용이지만, 이때에 생화의 질을 향상시킨다고 하는 어프로

1) 스ーザン・F. アイムソン 「地域支授と地域統合-クライアントに与する效果研究の新しい方向性」 ステファン・M. 로즈著, 自澤政和他監譯 「ケースマネジメントと社會福祉」 マネルウェア書房, 1997, 331-332 頁.

치는 어떻게 하면 가능하게 되는가를 이해하지 않으면 안된다.

예를 들면, 저술한 예에서 단순히 이용자의 휠체어 보행이라고 하는 ADL 상황과 현관의 단차와의 접촉면에서 생활니드를 이해하는 것만으로는 하나의 기본적인 생활니드가 해결된 다해도 생활의 질을 향상시킨다고는 입증되지 않을 것이다.

하지만 이러한 접촉면에서 요원호자측에게 본인이 외출하는 것을 좋아한다고 하는 특성이 더해진다면 생활니드는 분명 외출이 되지 않아 곤란하다는 접이지만, 그 위에 밖에 나가는 것을 좋아한다고 하는 심리상황속에서부터 외출을 하지 못해서 곤란하다는 니드도 발생한다. 그러한 때에는 아마도 생활과제에 대한 원조목표로서 단순히 외출이 되도록 한다는 것을 넘어 가능한 한 외출의 기회를 확보한다는 것이 아닌 설정이 되고, 구체적인 케어계획의 내용은 단순히 주택개조에서 끝내는 것이 아닌 외출 동행동이 추가적으로 케어계획에 포함 되어질 것이다.

이러한 이해방식은, 생활의 질을 높이는 지원을 하기 위해서는 외출을 좋아한다고 하는 본인의 강점(Strength)을 이해하고 지원하는 것이 포인트이다. 또한 요원호자측에서가 아닌 사회환경면에서 외출보조의 블런티어가 옆집에 살고 있다라고 하는 경우에도, 원조목표는 변화하고 생활의 질이 높아지는 지원이 가능하게 된다. 이 경우에는 본인의 사회환경의 강점(Strength)을 이해해 지원한 것이 된다. 이와 같이 공식화된 사정 항목을 바탕으로 생활과제를 끄집어낸다고 하는 관점만이 아닌 케어 매니저가 이용자와 밀접한 커뮤니케이션을 가지는 것에 의해 본인이나 사회환경의 강점을 자발적으로 끄집어내는 것에 의해서도 생활의 질을 높이는 케어 매니지먼트가 가능하다, 이러한 것은 사정에서는 공식화되어있지 않은 자유기술부분이 중요하다는 것을 의미하고 있다²⁾.

이상, 지역생활지원안에서 이용자의 생활의 질을 높이기 위해서는, 케어 매니저에게는 커뮤니케이션 능력을 높여, 본인이나 그 환경에서의 강점을 끄집어내는 원조가 필요 불가결해진다.

케어 매니지먼트를 실시하는 것으로 요원호자는 지역사회에서 질을 높여 가면서 생활해 갈 수 있도록 지원해 가는 것을 목적으로 하고 있지만 그러한 원조를 통해, 한편으로는 사회를 개발해 가는 기능과 다른 한편으로는 요원호자 자신의 자기개발 기능이 케어 매니지먼트의 일부로서 전개되어지게 된다.

전자의 사회개발기능이라고 하는 것은 사회자원을 수정한다든지 새로운 사회자원을 창설

2) C. A. 랍프著, 江-敬介監譯 「精神障害者のためのケースマネジメント」 金剛出版, 1998参照.

하는 것, 후자의 자기개발기능이라고 하는 것은 요원호자가 가지고 있는 잠재적인 능력 등을 활용하는 것에 의해 다양한 문제에 대해서 스스로의 힘으로 해결을 해 가는 능력을 활용하는 것에 의해 다양한 문제에 대해서 스스로의 힘으로 해결을 해 가는 능력을 개발하는 것을 의미한다.

3. 케어 매니지먼트의 부수적 목적

케어 매니지먼트의 목적은 전술한 것과 같이 요원호자의 지역생활을 지원하고 나아가서는 생활의 질을 높이는 동시에 자립을 지원하는 것임에 틀림없지만, 케어 매니지먼트를 실시하는 것에 의해 부수적인 목적을 달성하게 된다.

그 첫 번째는 케어 매니지먼트를 행하는 것에 의해 시설이나 병원에 입원/입소하는 사람들을 억제하고 혹은 퇴원이나 퇴소로 유도하는 것이 가능하다. 재정적인 관점에서 보게되면, 시설입소나 입원하는 것이, 현상에서는 재가보다도 재정적인 비용이 든다고 한다. 이러한 지역생활지원을 하는 것으로 인해, 결과로서 재원컨트롤이 가능하게 되고 현재의 의료비나 복지재정의 고양을 억제하는 것으로 공헌할 수 있다고 한다.

다만 이러한 시설비용과 재가 비용의 비교에 관해서는 반드시 재가쪽이 싸고 시설쪽이 비싸다고는 잘라 말할 수 없다는 논의도 있어 해외의 연구에서도 케어 매니지먼트 실시에[따라 재원이 억제되고 있다고 하는 논의와, 재정에 변화가 없다고 하는 논의의 양자가 있어 반드시 비용컨트롤에 공헌할 수 있는지에 대해서는 입증되어있지 않다.

더욱이 미국 등에서 현재 실시되고 있는 Managed Care 에 있어서는, 케어 매니지먼트가 일부기능으로서 도입되어 그것이 의료비 억제에 효과를 보이고 있다는 것이 실증과도 있다. 이 매니지드 케어라고 하는 것은, 민간 보험자가 이용하는 병원을 미리 결정해 두어 그 보험자와 계약을 하고 있는 병원을 이용자가 활용하는 것으로, 거기에는 처음부터 확정된 의료비 안에서 치료를 받게된다. 따라서 입원기간이 짧아지고, 더욱더 그러한 것을 지원하기 위해서 재가복귀를 위한 케어 매니지먼트 원조를 매니지드 케어 안에서 도입하고 있다. 이것을 매니지드 케어의 틀 안에서의 케어 매니지먼트이지만 그러한 것에 의해 의료비 컨트롤에 공헌할 수 있다고 되어있다.

Ⅲ. 케어 매니지먼트에서의 초점

1. 생활지원의 입장

케어 매니지먼트에서는 요원호자의 「생활을 원조한다」고 되어있지만 여기에서 보고있는 생활이라는 것은 도대체 어떠한 것을 의미하는 것인가.

생활에는 다양한 측면이 있다. 예를 들면, 건강상의 문제, 고용문제, 주택문제, 개호문제, 혹은 교육문제, 이것들 각각의 측면에서 생활을 바라볼 수 있다. 케어 매니지먼트에서는 이러한 문제들에 대해 아래와 같은 4가지의 관점에 초점을 두고 있다.

첫 번째는, 생활의 문제를 전체성에서 바라본다. 현실 속의 생활상의 문제는 건강상황, 개호자 상황 등이 서로 밀접하게 관련해 생활전체에 파급하고 있다고 하는 의식 위에서 니드를 이해하고 해결의 방법을 생각해 간다.

두 번째는, 생활의 개별성이라는 관점이다. 건강 상황, 주택 상황, 개호자 상황 등이 서로 관계하고 있다는 것을, 생활문제를 고정관념적으로 파악해 케어계획을 세우는 것은 불가능하다. 개개인의 생활문제는 다양한 현황속에서 역동적인 상호관계속에서 타인과 다른 개별의 생활문제 내지는 니드를 형성하고 있어 그것에 맞는 케어계획을 작성해 가지 않으면 안된다. 그러한 의미에서는 생활의 개별성이라고 하는 관점이 필요하다.

세 번째로는, 생활의 계속성이라고 하는 관점이다. 고령자의 현시점에서의 건강상황, 주택 상황, 개호자 상황등은, 과거의 생활과의 관련에서 생겨 나 또한 앞으로 계속될 것으로 받아들여질 수 있다. 그 위에 어떻게 생활문제 내지는 니드가 변질되고 나아가서는 케어 계획이 어떻게 변할가의 관점이 필요하다. 과거의 현황이 현재에 어떻게 영향을 끼쳐 나아가서는 장래에 걸쳐 어떻게 영향을 끼쳐갈 것인가를 내다보는 생활의 연속성의 시점에서 파악하는 것이 된다.

네 번째는, 생활의 지역성이라는 관점이다. 지역에서 생활을 해 나가는 경우에 건강 상황, 주택 상황, 개호자 상황 등은 각각의 지역의 특성에 의해 생활문제 내지는 니드 파악방법, 문제의 해결방법인 케어계획 작성법은 다르게 되다. 예를 들면, 의료기관이 충분히 갖추어져 있는지, 개호를 제공할 수 있는 사회자원이 있는지, 혹은 서비스 이용에 대한 권리성을 가질 수 있는 지역사회가 정비돼 있는지 등의 지역사회가 정비돼 있는지 등의 지역 특성의 차이

가 생활문제 내지는 니드 파악에 있어서 차이를 꼬집어내어, 나아가서는 작성되어 있는 케어 계획이 달라지게 된다.

케어 매니저가 생활의 전체성, 개별성, 계속성, 지역성을 포함하고 있는 생활자에 초점을 맞춘 원조를 실시하는 것에 의해, 케어 매니지먼트는 「생활장애를 니드」라고 하는 것이 된다. 이것을 종해의 의료등의 전문직이 받아들여 온 니드의 이해 방식과는 약간 다르다. 단순히 본인의 신체적인 Impairment(기능장애/형태장애), 혹은 Impairment 와 Disability(능력장애)에 관련해서 생활문제 내지는 니드를 파악하는 것은 아니다. 구체적으로 말하면 뇌졸중으로 부분마비가 되었다고 하는 신체적 결손으로서의 Impairment 와 그것에 의해 보행이 곤란하게 된다고 하는 Disability 만으로 눈을 돌려 니드를 받아들이는 것이 종래의 의료였다. 거기에서의 계획은 가능한 치료를 통해 Impairment를 개선해, 혹은 재활훈련에 의해 ADL인 보행능력을 증진/유지시키려는 것을 목적으로 했다.

그러나 케어매니지먼트가 받아들이는 생활장애로서의 니드는, 그러한 관점에서 덧붙여 요원호자가 가지고 있는 Handicap(사회적 불리)라고 하는 관점에서 받아들이는 것이 된다.

그것은 요원호자가 어떠한 가족환경이나 지역환경안에서 불리한 장애 현황속에 있는가의 관점에서 이해하게 된다. 케어계획으로서 만일에 Impairment 와 Disability 에서의 개선이 무리라고 하더라도, 가족이나 지역의 환경을 바꾸는 것에 의해, 구체적으로 스포트를 만든다던지 혹은 주민의 요원호자를 보는 차별적인 시선을 바꾸어서 지역에서의 생활을 가능하게 한다.

이와 같이 Impairment, Disability, Handicap 이라고 하는 세 가지의 시점을 포함해 니드를 보고, 해결방법을 생각해 가는 것에 생활장애의 초점이 있다.

이러한 것은 전술한 니드를 단순히 신체적·생리적인 것으로서 받아들이는 것만이 아닌, 심리적·사회적인 것을 포함해 받아들이는 것을 의미한다. 예를 들면 니드는 Impairment 나 Disability라고 하는 신체적인 원인에 의해 생기는 것만이 아닌 신체적·정신적·사회적이라고 하는 생활공간전체로서의 니드를 받아들이는 것만이 아닌 시간적인 프로세스로서도 받아들이는 것이 필요하다. 현재의 Impairment, Disability, Handicap 이라고 하는 니드는 현재의 니드가 앞으로 어떠한 영향을 끼쳐왔는지, 또한 현재의 니드가 앞으로 어떠한 영향을 끼칠 것인지에 관해서도 생각하지 않으면 안된다. 예를 들면 현시점에 있어서의 보행이 불가능하다는 현황이 과거에 있어서는 어떠했는지, 혹은 미래에 대해 본인이 어떠한 마음을 가지고 있는지에 관한 것이 니드를 파악하는데 있어, 그리고 케어계획을 작성하는 데 있어 영향을 끼친다.

이상, 가장 중요한 것은 케어 매니지먼트는 위에서 기술한 것과 같이 다양한 팩터가 어떻게 관련해 있는가 라고 하는 능동적인 관점에 서서 생활장애로서의 니드를 파악해 요원호자가 스스로 책임을 가지고 결정해 가는 것을 측면적으로 지원해 가는 것이다. 그 때의 생활의 다양한 측면을 능동적인 관점에서 본다고 하는 것은 「생활의 전체적·개별적·계속적·지역적 관점에 선다」고 하는 것을 구체화한 것이다. 그러한 관점에 서서야 말로 요원호자의 생활상에서 자립을 지원하고 생활의 질을 높인다고 하는 것이 가능하게 된다고 할 수 있다.

2. 생활니드의 파악

그 외에 케어 매니지먼트가 생활니드를 구체적으로 파악하는 절차를 명확히 해보겠다. 생활니드를 파악하기 위해서는 사정에서의 개인의 신체기능적인 상황, 정신심리적인 상황, 사회환경적인 상황에 대해 이해·정리하고 거기에서 「생활을 수행하는 데 있어 곤란한 상태」와 다음에 「그 상태를 해결하는(때로는 유지한다) 목표·결과」를 끄집어 내 간다. 예를 들면 요원호자가 ① 「뇌경색의 후유증으로 왼손발에 마비가 있어 재활훈련이 필요하다」, 「지팡이 보행으로 일부개조를 필요로 한다는」의 신체기능현황에서 「(신체적으로 피곤하므로) 외출을 하고싶지 않다」와 같은 심리적 현황에서 「독거」, 「계단이 있는 문화주택의 2층에 거주」와 같은 사회현황에 있어 ② 「시장보기가 되지 않는다」 나 「통원이 되지 않는다」라고 하는 「사회생활수행상에서의 곤란한 현황」이 생겨나 있는 것을 끄집어낼 수 있다. 그것에 관해서는, 다시 요원호자의 신체기능적 상황, 정신심리적 상황, 사회환경적 상황을 바탕으로 ③ 「일상생활용품을 포함한 모든 시장보기를 누군가 해 주길 바란다」, 「방문치료(재활훈련)를 받고싶다」 등과 같은 「원조의 목표와 결과」가 설정된다.

여기에서 「시장보기가 되지 않는다」 때문에 「일상생활용품을 포함한 모든 장보기를 누군가가 해 주길 바란다」, 또한 「통원이 되지 않는다」 때문에 「방문진료(재활훈련)를 받고싶다」가 생활니드가 된다. 즉, 생활니드는 「사회생활을 수행하는데 있어 곤란한 상황」과 「그 현상을 해결하는 목표·결과」를 포함한 두 가지의 측면에서 구성된다. 이상의 흐름을 나타내면, 그림 1과 같다. 이 그림에서 이해할 수 있듯이 요원호자의 신체기능적·정신심리적·사회환경적인 상황들이 관련현황이 조금이라도 다르다면 생활 니드는 완전히 달라지게 된다는 것을 의미한다.

이상의 생활 니드의 파악방식은 융(Jung)의 성좌(constellation)에 대한 생각과 거의 일치하는 것이다. 여기에는 그림 1에 나타난 「생활상의 곤란한 현상」은 신체기능적 상황, 정신심

리적 상황, 사회환경적 상황의 삼자간에서 원인과 결과가 있고 생활니드가 생겨난 게 아니라 삼자간에서의 전체적(holistic)인 관련으로 생활니드가 발생해 있다고 할 수 있다. 음은, 인생에 있어서 만나게 되는 사건들 각각에 의미를 부여하고 연결시켜서 그 사람 자신의 이야기를 만들로 마음속을 정리하는 것으로 치료에 효과를 보고 있다. 케어 매니지먼트에 있어서도, 심리적 문제만이 아닌 생활 문제에서이지만 비슷한 해결방법을 취하고 있다고 할 수 있다. 그림 1을 성과에 예를 들어 설명하면 요원호자의 신체기능적 상황, 정신심리적 상황, 사회환경적 상황으로서 다섯 가지를 들고 있다 그것들은 각각의 별에 해당한다. 그 다섯 개의 별을 연결시켜 성과로서의 생활 니드를 구성하고 있다. 그러한 의미에서는 생활니드는 케어 매니저가 요원호자와 함께 성과찾기를 할 수 있고 상징적으로 설명할 수 있다. 이러한 성과는 다수의 요원호자에 따라서는 여러개가 발견되어질 수도 있고 하나만 발견되어지는 쪽이 드물다(그림 2). 더불어 사정항목에서 꼬집어 낸 생활 니드는, 그림 3과 같이 정리해 설명하는 것이 가능하다.

그림1 생활 니드 파악의 흐름

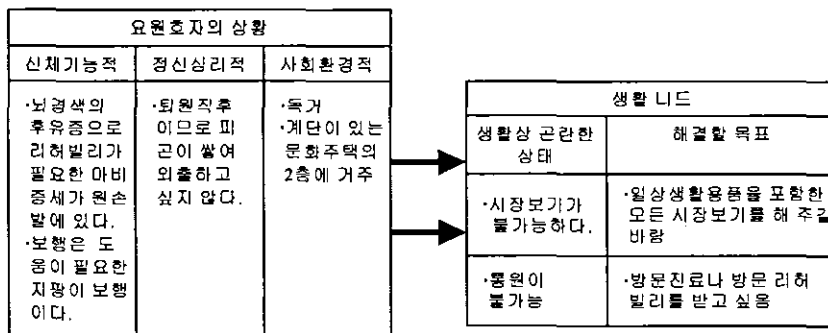


그림 2 생활 니드의 예

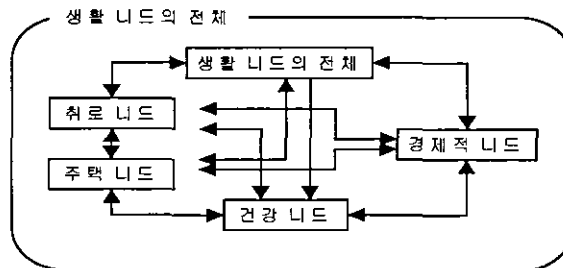
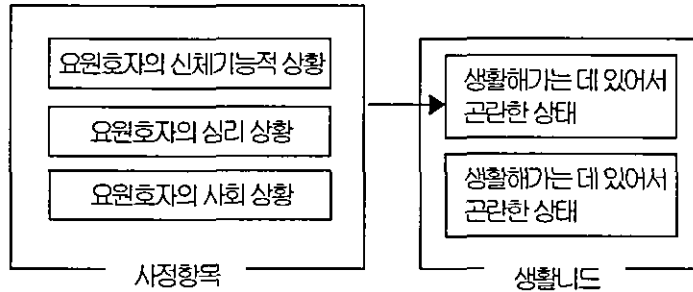


그림 3 사정항목에서 생화 니드의 추출 법



3. 생활니드의 견해가 끼치는 영향

생화니드에 대한 위와 같은 이해 방식은, 케어 매니지먼트의 방법에 대해서 일정방향을 정하는데 영향을 끼치게 된다. 여기에서는 2가지의 관점에서 케어 매니지먼트의 바람직한 형태에 시사를 주게 된다. 구체적으로 ①생활니드를 파악하기 위해 사정표에는 어떠한 내용이 포함되어야만 하는가, ②생활니드에서 어떻게 케어계획을 작성해야 하는가이다.

① 사정 표의 바람직한 형태

요원호자의 생활니드를 이해하기 위해서는 요원호자의 신체적기능적 상황만이 아니라 정신심리적 상황, 사회환경적 상황에 대해서도 파악해두어야만 한다. 구체적으로 신체기능적 상황으로서는 건강상태, 치료·약물투여, ADL이나 I(수단적)ADL, 정신심리적 상황으로서는 주증상이나 희망, 가치관이나 의지, 사회환경적 상황으로서는 개호자 및 가족현황, 주환경, 취로(학)이나 사회참가가 포함된다. 하지만 이러한 사정표에 포함된 항목은 요원호자의 특성에 따라 달라지게 된다. 예를들면 정신장애자, 요개호고령자, 피학대아동에 따라 각각 사정표에 포함되어야 할 내용이 달라지지만 어느 쪽이라도 신체적 기능 상황, 정신심리적 상황, 사회환경적 상황이 반드시 포함되어져야 한다. 다만, 이것들 중에서 대상자 특성에 따라 밸런스는 달라지게 된다.

한편으로는 요원호자의 신체기능적 정신심리적 사회환경적 상황이 모두 포함된 사정표를

사용한다고 해서 금방 생활니드가 완전하게 파악되는 것은 아니다. 사정표에서는 요원호자의 생활 전체에서의 개략을 파악하는 것에 불가하다.

따라서 요원호자의 생활 전체를 사정표에서 전부 파악할 수 없는 이상, 케어 매니저는 요원호자와의 관련속에서 사정표를 채워가는 것으로 생활니드를 상세하게 파악해 가게 된다고 할 수 있다.

사정표에서의 사정항목만으로 우선은 케어계획 작성이 가능하다 하더라도 거기에서부터 요원호자의 생활니드를 전부 파악할 수는 없다는 것, 그 외에 사정표는 생활니드를 끄집어내는 만능약이 아니라 하나의 도구(tool)에 지나지 않는다는 것을 인식해 두어야 한다.

그러한 것을 생각하면 사정표는 신체기능적·정신심리적·사회환경적 상황이 포함되어져 있는 것만이 아닌 요원호자와의 면접시간이 한 시간이나 한시간 반정도로 파악할 수 있는 것이 아니어야만 한다. 왜냐하면 사정표만으로는 요원호자 전체상을 완전히 붙잡을 수 없는 이상 면접에서의 요원호자의 육체적 정신적 허용 범위내 (1~2회의 면접으로 1회 한시간에서 한시간 반 정도)에서 멈춰야 하기 때문이다. 다만, 케어 매니저는 요원호자와의 관련을 계속적으로 쌓아 가는 것으로 요원호자의 신체기능적 상황, 정신심리적 상황, 사회환경적 상황에 대해 보다 이해할 수 있다.

② 생활니드에서 케어 계획 작성

생활니드는 전술한 것과 같이 신체기능적·정신심리적·사회환경적 현황의 관련성에서 이해하는 것을 지적했으나 이것은 전문가인 케어 매니저가 요원호자나 가족과의 관련 속에서 이해하게 되는 니드이다. 이러한 니드는 사회적 규범이나 전문적인 지식으로부터 판단 (professional judgement)되고 밝혀지는 것이며 「규범적 니트(normative need)」라고 한다면 「normative need」와 「felt need」가 언제나 일치한다고는 할 수 없고, 반대로 일치하지 않는 경우가 많은 것이 사실이다. 그러한 의미에서는 케어 매니저는 요원호자와의 면접을 계속 해가는 가운데 신뢰관계를 쌓고 사정내용을 깊이 있게 살피는 것으로 실제니드인 「리얼니즈」를 형성해 가게 된다. 이러한 것은 케어 매니지먼트 과정에서의 사정과 케어계획의 작성은 단순한 직선으로 진행되어가는 것이 아닌 그러한 양자기 시간적인 경과속에서 반복해 가는 과정을 의미하고 있다. 이상과 같은 리얼니즈를 명확히하는 과정은 구체적으로 「생활을 수행하는 데 있어 곤란한 상태」와 「그 상태를 해결하는(때에 따라서는 유지하는)목표나 결과」가 케어 매니저와 요원호자가 일치시켜 가는 것이다. 때에 따라서는 요원호자가 충분하

게 니드를 표출하지 못하는 경우가 있거나 혹은 케어 매니저가 요원호자의 신체기능적, 정신심리적, 사회환경적 상황을 일부 파악하지 못하고 있다는 등의 이유로 니드를 일치시키는데 시간이 걸리는 경우도 있다. 다만, 양자가 니드를 파악하기 위해서는 상호의 커뮤니케이션을 중시하고 신뢰관계를 형성하는 것이 필요해진다. 덧붙여 두고 싶은 것은 처음 단계에서 실시된 케어계획은 요원호자의 「felt need」에 주로 근거해 들 수밖에 없지만 그 때 케어 매니저가 「normative need」를 가지는 것으로 양자간의 대화가 가능하게 되며 일부의 「normative need」도 포함시킬 수 있게 된다. 지금까지 말한 것과 같이 케어계획 작성에 있어서는 「어떠한 서비스(사회자원)을 이용하는 가」에 앞서 「어떠한 생활 니드를 가지고 있는가」가 검토되어진다. 이것을 니즈 우선 어프러치라고 하는데 한편, 어떠한 서비스를 이용하는가를 먼저 묻는 것을 서비스 우선 어프러치라고 한다. 케어 매니지먼트는 종래의 주류를 잡아온 서비스 우선 어프러치에서 니즈 우선 어프러치로의 전환을 의도한 것이다. 이것은 영국에서 케어 매니지먼트가 도입된 때의 기본적인 이해방식이지만, 미국에서는 케어 매니지먼트를 클라이언트 주도 어프로치와 서비스 제공기관 주도 어프로치로 분류하는 이해방식도 보여진다. 이것은 영국의 이해방식과 거의 비슷하지만 기존의 서비스 상황을 바탕으로 케어플랜을 작성하는 것이 아닌 요원호자의 생활니드를 바탕으로 전개해 갈 것을 케어 매니저에게 요구하는 것이다. 이러한 확정된 생활니드에 맞추어 요원호자와 함께 생활니드를 만족시킬 사회자원을 확정시켜나가는 것이 된다. 그러한 때에 신체기능적 상황, 정신심리적 상황, 사회환경적 상황이 관련하고 있는 이상 각종 전문직을 포함해 공식 서비스와 비공식적 자원을 포함한 자원이 요구되어진다. 여기에서 케어 매니지먼트는 많은 전문직을 포함한 팀어프러치로서 요원호자를 지역사회에서 지원하게 된다.

IV. 케어 매니지먼트의 구조

케어 매니지먼트는 새로운 개념이고 명확한 정의가 정착되어 있지는 않다. 남캘리포니아대학 앤드류스 노년학연구소의 1977년부터 1980년까지의 4년간에 걸친 노인에 대한 케어 매니지먼트(아메리카에서는 일반적으로 케이스 매니지먼트라고 불려지는 경우가 많지만 인용문헌으로 사용되어지는 경우이외에는 케어 매니지먼트라고 한다)에 관한 조사연구 결과에서도 「케이스 매니지먼트에 공통하는 어떤정의도, 또한 여러 종류의 케이스 매니지먼트의 프로그

램 중에서 최고의 모델도 존재하지 않는다」³⁾고 한다.

개략적인 정의로서 존슨 등(Peter Johnson et al.)은 「케이스 매니지먼트 접근의 기본원칙은 한명의 워커인 케어 매니저가 클라이언트와 복잡한 서비스 공급 시스템(delivery system)을 연결시켜 클라이언트가 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 확보하는데 대한 책임을 가지는 것」⁴⁾이라고 되어있다. 또한 파커(Robert Parker)는 「클라이언트를 위해 모든 원조활동을 조정하는(coordinate)절차」⁵⁾라고 정의하고 있다. 즉 케어 매니지먼트의 기본적 요건은 요원조자와 적절한 서비스를 접합하는 것이다. 그렇기 때문에 케어 매니지먼트는 대상자와 서비스의 접합서비스(linkage service), 내지는 정보제공 송영서비스(information and referral service)를 고도화시킨 것, 인테이크 부문을 독립강화시킨 것이라고도 이해할 수 있다. 여기에 서는 케어 매니지먼트를 「대상자의 사회생활상에서의 니즈를 충족시키기 위해 적절한 사회자원과 연결시키는 절차의 총체」⁶⁾로 정의해 두겠다.

이러한 케어 매니지먼트의 내용은 크게 네가지 영역으로 나뉜다. 첫째 영역은 요원호자의 각종 니드를 사정하는 것이다. 둘째 영역은 사정한 것을 기반으로 요원호자와 제공되어야할 서비스나 지원과의 연결을 계획하는 케어계획의 작성이다. 셋째 영역은 케어계획의 실행으로 요원호자와 서비스나 지원이 연결되도록 수배하는 것이 된다. 넷째 영역은 요원호자와 서비스 연결 현황을 감시(monitoring)하고 요원호자의 변화등에 따라 생기는 니드와 서비스가 합치하지 않는 경우에는 재사정을 하고 케어계획의 변경을 시도하게 된다.

케어 매니지먼트를 구성하는 기본적인 요소로서는 최소한 다음의 것들이 필요하다. 평면적으로 케어 매니지먼트를 파악해보자면 기본적 요소는 ① 케어 매니지먼트를 필요로 하는 요원호자, ② 요원호자의 니즈를 충족시키는 사회자원, ③ 케어 매니지먼트를 실시하는 기관에 배치되어있는 케어 매니저이다. 그 위에 케어 매니지먼트를 입체적으로 파악하자면 ④ 케어 매니지먼트를 실시해가는 과정이 기본적요소에 추가된다.

케어 매니지먼트의 구성요소를 평면적으로 표시하면, 그림 4와 같다.

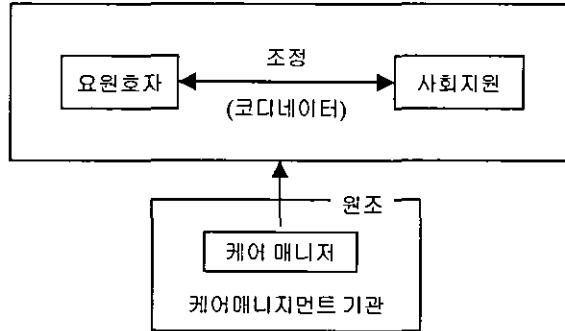
3) Raymond M.steinberg & Genevieve W.carter, case management and the Elderly, Iwinton Books, 1983, p.x.

4) Peter Johnson & Allen Rubin, "case Management in Mental Health : A Social Work Domain? " Social Work Vol.28 No.1, 1983, p.49.

5) Robert Parker, social Work dictionary, National Association of Social Workers, 1987, p.20.

6) 白澤正和 「케이스매니지먼트의 이론과 실제」 중앙法規出版, 1992, 11頁. 시라사와 마사카즈, 조추용/권현주 역 「사례관리의 이론과 실제」, 유평출판사, 2000.

그림 4 케어 매니지먼트의 평면적 구성요소



1. 요원호자

첫 번째 요소인 케어 매니지먼트 원조를 필요로 하는 대상자는 니드가 중복하거나 복잡하기 때문에 하나 이상의 사회자원을 필요로 하고 있는 사람이 제 1조건이 된다. 다른 조건으로서는 사회자원의 이용방법을 알지 못하는 사람이 된다. 그러한 특징을 가진 사람들의 구체적인 예로서는 ① - ⑬과 같은 사람들이 생각되어진다.7)

- ① 복수의 또는 복잡한 신체적 정신적 결함을 안고 있는 요원호자
- ② 복수의 서비스를 필요로 하거나 혹은 받고 있는 요원호자
- ③ 시설입소가 검토되고 있는 요원호자
- ④ 서비스가 충분하게 제공되고 있지 않은 요원호자
- ⑤ 받고 있는 서비스가 부적절한 요원호자
- ⑥ 보살펴줄 가족원이 없거나 충분히 보살핌을 받을 수 없는 상황에 있는 요원호자
- ⑦ 가족만으로 돌보고 있는 요원호자
- ⑧ 행정서비스 이외의 비공식적인 지원(예를들면, 이웃이나 볼런티어)를 필요로 하는 요원호자
- ⑨ 행동이나 태도가 타인이 감당할 수 있는 한도를 넘김 요원호자
- ⑩ 몇 번씩 입퇴원을 반복하고 있거나 자기자신의 건강관리가 되지 않는 요원호자
- ⑪ 자신의 문제점이나 니드에 대한 판단력이 애매한 요원호자
- ⑫ 금전관리가 되지않거나 행정 서비스를 신청하는데 있어 도움이 필요한 요원호자
- ⑬ 개인적인 대변인이 필요한 요원호자

7) これらの特徴は, Raymond M. Steinberg & Genevieve W. Carter. op. cit, pp.51-61. および Leonard E. Gottesman et. al. "Service Management-Plan".

이상 제시된 이러한 대상자의 특성에서 케어 매니지먼트는 요원호고령자나 심심장애자와 같이 장기 케어가 필요한 사람에게 특히 적절하다고 할 수 있다.

2. 사회자원

케어 매니지먼트의 두 번째 요소인 요원호자의 니즈를 충족시킬 사회자원으로 광범위한 것이 생각되어진다. 사회자원을 분류하는 하나의 시점으로서 누가 그러한 사회자원을 제공하는가라고 하는 공급주체에 따른 분류가 가능하다. 이것들에는 가족성원, 친척, 친구나 동료, 이웃, 몰런티어등과 같은 비공식 섹터(sector), 행정, 법인, 기업등의 공식 섹터가 있다. 이러한 다양한 공급주체에 의한 사회자원을 요원호자가 활용하고, 각각의 사회자원이 가지고 있는 장점을 살려 니즈를 만족시키는 것이 케어 매니지먼트의 특징의 하나가 된다.

이러한 사회자원 이외에도 요원호자 본인의 능력, 의욕이나 자산과 같은 내적자원까지도 활용하는 것이 된다. 따라서, 케어매니지먼트는 사회자원으로서 공적 지원과 비공식적 지원 뿐만 아니라 스스로의 지원까지도 활용해 진행되어진다.

3. 케어 매니저

셋번째 요소인 케어매니저는 이들 사회 자원과 요원호자의 니즈의 조정을 실시한다. 케어 매니저는 가능한한 전문가인 것이 바람직하지만, 종래에는 가족이나 본인이 케어 매니지먼트를 스스로 행하는 경우도 많았다. 하지만 지금과 같이 각종의 사회자원이 다원적으로 공급되는 시대에 있어서는 가족이 케어 매니저로서 충분히 역량을 발휘하기가 힘들게 되었다고 할 수 있다.

미국이나 캐나다에서는, 주로 사회복지사나 간호사, 때에 따라서는 물리치료사(PT)나 작업치료사(OT)가 케어 매니저의 역할을 수행한다. 스탠버그등의 조사에 의하면 미국전역에서 케어 매니저의 4 분의 3 은 사회복지사이지만 나머지의 4 분의 1 은 간호사, 보건사, 작업치료사등이 담당하고 있다⁸⁾. 또한 캐나다의 브리티쉬 콜롬비아(British Columbia)주의 각지의 보건부 연속케어과에 배치되어 있는 케어매니저는 압도적 다수가 보건사(간호사)이고 반대로 사회복지사는 소수였다. 같은 캐나다에서도 마니토바(Manitoba)주의 보건부 연속케어과에서

8) Raymond M. Steinberg &Genevieve W.Carter.op.cit.,p.197.

는 사회복지사와 보건부(간호부)가 페어가 되어 케어 매니지먼트가 이루어지고 있다. 보건부(간호부)는 원조 대상자의 건강이라는 시점으로부터 사회복지사는 사회생활을 지원한다는 관점으로부터 케어 매니지먼트를 실시하고 있다. 또한 영국에서는 자치체의 쏘셜 서비스부에 있어서 사회복지사가 중심이 되어 케어 매니지먼트를 실시하고 있다.

이상적으로는 보건부나 사회복지사등이 다양한 시점에서 협동해 실시하는 것이 바람직하다. 이와 같이 케어 매니저는 혼자서 실시하는 경우도 여러명의 전문가에 의해 실시하는 경우도 있으며 직종의 반드시 한정되어 있는 것은 아니다.

4. 요원호자나 가족성원의 위치

그림 4의 케어 매니지먼트의 평면적 구성요소를 바탕으로 세가지의 구성요소에 대해 개설해왔다. 이번엔 요원호자자신이나 가족성원은 어디에 위치하는가를 밝혀 보도록 하겠다.

일반적으로 요원호자는 원조대상자가 되지만 동시에 요원호자 자신의 내적자원을 활용하는 것을 생각하면 사회자원에 위치하게 된다. 그 위에 요원호자 스스로가 케어 매니저가 되어 케어 매니지먼트를 실시하는 것도 가능하게 된다. 이것은 셀프 케어 매니지먼트라고 불리어 이용자야말로 스스로의 니드를 가장 잘 알고 있다고 하는 이점을 살릴 수 있게 된다. 이와같이 요원호자는 세가지의 구성요소안에서 원조대상자인 것이 분명하지만 다른 두가지의 요소가지도 구성한다고 하는 위치에 놓여질 수 있다.

다른 한편으로 가족성원에 대해서는 분명히 사회자원의 하나이며 비공식적 섹터의 중심이 되지만 동시에 요원호자와 함께 원조 대상자가 되기도 한다. 이것은 가족전체(family as a whole)를 원조의 대상으로 하는 것으로서 설명이 가능하다. 그위에 가족성원이 과거에 있어 케어 매니저의 역할을 담당해 온 경우도 있고 앞으로도 케어 매니저적인 기능을 일부 담당해 가는 것으로 생각되어진다. 그 결과 가족성원은 단순히 사회자원으로서의 위치에 놓여지는 것만이 아닌 원조 대상자나 케어 매니저로서의 위치에도 서게된다. 이상 요원호자 본인이나 가족성원은 케어 매니지먼트의 세가지의 구성요소의 어디에든 놓여지는 것으로 설명했지만 그 결과 케어 매니저와 요원호자 본인이나 가족성원의 전문적인 관계가 명확해진다. 요원호자 본인이나 가족성원은 케어 매니저 기능을 가지고 있으며 본인이나 가족성원이 케어 매니저가 되는 것도 당연히 있을 수 있다. 다른 한편 전문가로서의 케어매니저가 중심이 되어 케어 매니지먼트를 진행시키는 경우도 있다. 여기에서는 본인이나 가족, 케어 매니저중의 어느 한쪽이 실시하는 것이 아닌 양쪽이 협력해가며 케어 매니지먼트를 진행시켜가는 것을 의

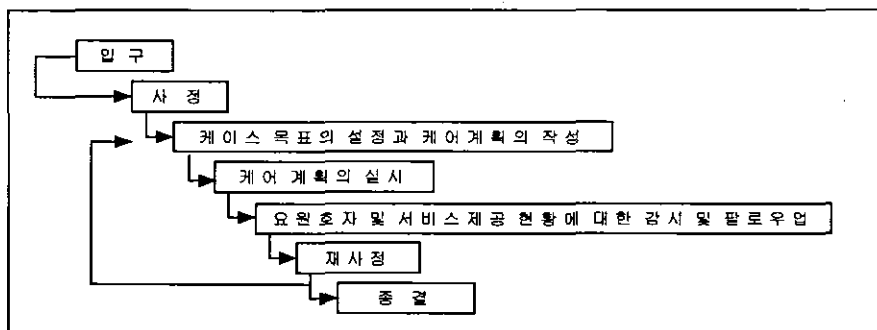
미한다. 그러므로 케어 매니지먼트의 주요한 담당자가 전문가로서의 케어 매니저가 되는가, 혹은 본인이나 가족성원이 되는가는 개개의 사례에 따라서 그 정도가 달라지는 것을 의미하고 있다.

V. 케어 매니지먼트의 과정

평면적으로 이해한 케어 매니지먼트를 시간적으로 전개해 가는 요소가 케어 매니지먼트 과정이다. 이것은 케어 매니지먼트에서의 요원호자와 사회자원을 조정해가는 과정이라고 할 수 있다. 케어 매니지먼트를 과정의 관점에서 보면, 7가지의 국면에서 전개된다. 즉 ①입구(entry), ②어세스먼트, ③케이스목표의 설정과 케어계획의 작성, ④케어계획의 실시, ⑤요원호자 및 케어제공현황에 대한 감시 및 팔로우업, ⑥재사정, ⑦종결이다. 이것은 그림으로 나타내면 그림 5와 같다.

이러한 케어매니지먼트 과정에 나타나 있는 것과 같이, 일단 시행되고 있는 케어계획에서 요원호자의 사회생활기능을 유지할 수 없게 되면 재사정에 근거한 케어계획을 수정해가는 순환과정을 밟게 된다.

그림 5 케어 매니지먼트의 과정



1. 입구

입구 단계에서는, 주로 케이스 발견, 스크리닝(screening), 인테이크(intake)가 행해진다. 케

이스발견이라는 것은 케어 매니저 자신에 의한 아웃 리치(outreach)를 포함해 요원호자를 얼마나 조기에 발견 하는가이다. 요원호자가 스스로 케어 매니지먼트 기관을 찾아내 방문하는 건 드문일이다. 그 결과 많은 요원호자는 문제나 니즈를 가지고 있으면서도 서비스 이용을 포기하거나 여기저기 찾아다니게 되는 문제가 발생한다. 다만 상시 지역에서 생활하고 있는 셈이 아닌 케어 매니저가 이러한 모든 요원호자를 자력으로 발견하는 것은 곤란한 일이다. 따라서 자치회 임원, 민생위원, 개업의원등이 지역주민이 케어 매니지먼트가 필요한 요원호자를 발견했을 경우에 즉각 케어 매니저에게 연락을 하는 케이스 발견 시스템도 중요하다. 그러하기 때문에 케어 매니저 내지는 케어 매니지먼트 기관은 지역의 자치회, 민생위원협의회, 의사등과의 연계를, 또한 한편으로는 병원이나 노인보건시설과의 연례를 확립해두는 것이 필요하게 된다.

스크리닝은 복잡한 니즈를 가지고 있는 자에게 케어 매니지먼트를 제공하거나 혹은 긴급의 니즈를 가지고 있는자에게 재빨리 그 니즈에 대응하도록 하거나 혹은 단순 니즈이므로 간단한 정보제공만으로 해결되기에 충분한 케어매니지먼트를 받을 필요가 없는 자등으로 분류하는 것이다. 이 때에 Face Sheet인 원조용지등을 활용해 요원호자의 케어 매니지먼트의 필요성을 이해해 보다 정확하게 요원호자를 분류하게 된다.

케어 매니지먼트 원조가 필요한 요원호자에 대해 케어 매니지먼트 원조의 내용을 알기쉽게 상세히 설명하고 요원호자가 그러한 케어 매니지먼트를 받을것인가에 대한 승인, 계약을 하는 인테이크도 이 단계에 속한다. 이러한 인테이크에서 케어매니저는 적어도 다음과 같은 세가지 사항을 설명해 요원호자로부터 이해를 얻지 않으면 안된다.

- ① 다음의 사정 단계에서는 프라이버시에도 관련되는 많은 것을 묻게되지만 그것은 요원호자가 바라고 있는 원조를 함께 생각할 때 필요불가결한 작업이 된다.
- ② 사정 단계 다음에는 재가생활을 하기 위해서 필요한 케어계획을 함께 작성하고 실시해간다.
- ③ 앞으로는 케어 매니저가 상시상담을 하게 되고, 케어 매니저가 상담에 있어 키퍼슨(Keyperson)이 된다.

덧붙여 여기에서 주고받은 내용에 대해서는 요원호자로부터의 승인 없이는 다른 사람에게 세지 않는다는 비밀엄수의 의무를 약속한다.

미국 등의 일부 케어 매니지먼트 기관에서는 인폼드 컨센트(informed consent, 상세히 설

명하고 승인을 얻는 것)의 용지가 준비되어 있고 인테이크 후에 요원호자와 케어 매니저 양자가 앞으로 함께 케어 매니지먼트를 진행하는 것에 대해 승인하고 동의, 서명을 하는 경우가 있다.

2. 사정(assessment)

제 2 단계의 사정은 요원호자를 사회 생활상의 전체적인 관점에서 파악하여, 현시점에서의 여러 가지의 문제점이나 니드를 평가하게 된다. 평가의 방법에는 페이스 시트(face sheet)와 같은 정형화된 질문항목일람을 이용하는 경우와 정형화되어 있지 않은 면접만이 기초한 경우가 있으며 양자의 병용이 가능하다. 정형화된 용지를 이용한다면 사정은 루틴(routine)화되고 용이하게 된다. 하지만 루틴화가 진행된다하더라도 케어 매니저는 요원호자와의 신뢰관계를 확립해가며 사정을 전개하지 않으면 안된다. 그러기 위해서 케어 매니저는 대인관계에 관한 기능뿐만 아니라 요원호자에 대한 존경, 요원호자와의 대등한 관계와 같은 가치관을 가지는 것이 필요하게 된다.

사정의 내용에는 주로 현재의 문제상황, 신체적·정신적 건강상태, 일상생활동작, 심리·사회적기능, 경제상황, 요원호자의 사기, 가치관 및 대인관계, 가족·이웃·친구에 대한 정보, 세대구성, 거주현황, 요원호자의 자조능력이나 프로그램에 대한 적극성, 지금 이용하고 있는 서비스나 서포트, 서비스의 자격요건과 관련하는 경제상황이나 거주지등이 포함되어진다. 예를 들면 미국의 요원호고령자를 대상으로 한 케어 매니지먼트기관에서 사용하고 있는 사정용지를 보면, 사회생활에서의 문제, 가족상황, 경제상황등의 입구단계에서의 사정을 덧붙여 ①건강상태, ②사건에 대한 심리사회적 사정, ③심리현상에 대한 심리사회적 사정, ④정신상태, ⑤ADL 및 LADL(수단적 ADL) 사정, ⑥투약에 관한 사정, ⑦각종서비스의 이용현황의 용지로 나누어져 있다. 영국정부에 의한 케어 매니저용의 『케어 매니지먼트와 사정·실무자 가이드』에서는 사정항목을 다음의 15 항목으로 분류하고 있다. 그것들은 ①본인의 기본정보, ②자기케어의 상태, ③신체적 건강, ④정신적 건강, ⑤의료 현황, ⑥능력·태도·라이프스타일, ⑦인종·문화, ⑧생활력, ⑨개호자 니즈, ⑩소셜 네트워크의 지원, ⑪케어 서비스의 현황, ⑫주택현황, ⑬소득현황, ⑭이송상황, ⑮위기상황이다⁹⁾. 이러한 사정을 통해 사회생활상에서 어떠한 문제가 있는가를 이해해 가게 된다.

한편으로 미국에서 다수 개발되어 있는 공적 사정용지로서, 고령자용으로는 듀크대학이 개발한

9) Department of Health, Care management and Assessment : Practitioners'Guide,1992,pp.58~59.

평가시간이 한시간 정도인 OARS(Older American Resources and Services)가 유명하다. 이 외에는 비교적 심리적인 요소가 강한 Gurland 등에 의해 개발된 CARE(Comprehensive Assessment and Referral Evaluation)나, Lawton 등의 MAI(Multilevel Assessment Instrument)이 사정의 틀로서 개발되어있다.

3. 케이스 목표 설정과 케어계획의 작성

제 3 단계는 요원호자와 함께 설정하게 되는 케이스 목표의 설정과 케어계획의 작성이다. 이 단계야말로 케어 매니지먼트의 내용을 가장 특징지을 수 있는 부분이라고 할 수 있다. 그것은 케어 매니지먼트에 있어서 케어계획을 「구상하는」 과정이며 케어 매니지먼트가 가지고 있는 「계획성」을 발휘하기 때문이다. 또한 이 단계에서야 말로 케어 매니지먼트의 특징인 팀 어프러치의 추진이, 케어계획안에서 서비스제공자들 간의 공통 목표와 역할분담을 준비하는 것에 실행가능하게 된다.

① 케이스 목표 설정

케이스목표는 일반적으로 「대목표」라고 하고 요원호자가 어떠한 지역생활을 해나가는가라고 하는 커다란 목표를 설정하는 것이다. 케이스 목표에서는 요원호자측의 목표와 케어 매니저측의 목표를 일치시킨다고 하는 것도 목표이며 구체적으로 요원호자가 어디서 어떠한 재가생활을 해나가는가를 명확히 하는 것이다.

특히 중요한 「어떠한 생활을 하는가」라고 하는 내용을 케어 매니저가 요원화와 일치시킬 때에는 요원호자가 가지고 있는 잠재적인 능력이 충분히 발휘되고 생활의 질을 향상시키는 것, 자립을 촉진시키는 것, 잔존기능을 살리는 것, 심신기능의 향상을 도모하는 것, 사회참가등을 기본적인 시점으로 요원호자와 이야기를 나누는 것이 중요하다.

더불어 그러한 때에 당연한 것이지만, 케어 매니지먼트의 기본인 요원호자와 케어 매니저가 대등한 입장에 서서, 혹은 케어 매니저가 측면적인 입장에 서서 요원호자 본인이나 가족의 희망을 충분히 배려한 위에서 케이스 목표의 설정이 이루어지도록 해야 한다.

여기에서 결정한 케이스 목표 결정은 요원호자의 지역생활지원에 있어서 요원호자와 관련된 서비스 제공자가 공통의 원조목표로서 공유하는 부분이다. 그러한 의미에서 케이스 목표 설정은 한 요원호자에 대해서 다수의 서비스 사업자가 관련을 맺을 때, 각각의 서비스 제공자가 대응하는 안내의 역할을 하게 된다.

그러므로 케어 매니지먼트에 있어서의 케어 목표 설정은, 케어 매니저가 요원호자 혹은 그 가족과 함께 충분한 시간을 가지고 대화를 해 나갈 필요가 있다. 동시에 케이스 목표는 때로는 본인의 신체기능면에서의 변화나 심리면에서의 변화, 나아가서는 개호자나 주환경등의 환경면에서의 변화에 의해 수정해 가는 것도 요구되어진다. 그러하기 때문에 한번 결정된 케이스 목표가 계속해서 영원히 고정된 목표는 아니라는 것도 이해해 두지 않으면 안된다. 때문에 요원호자의 ADL에 커다란 변화나 개호자와 같은 사회환경면에서 커다란 변화가 있다면, 다시 충분한 시간을 들여 케이스 목표에 대해 대화를 나눌 기회를 가지는 것이 중요하다.

② 케어계획 작성의 기본원칙

이러한 케어계획 작성의 기본원칙으로서 Barbara Schneider는 7가지를 들고 있는데 그것들에 대한 설명을 덧붙이도록 하겠다¹⁰⁾.

(a) 케어계획은 전 단계에서 실시한 요원호자의 포괄적인 기능적 사정 결과에 기초한다. 그러기 위해 당연하지만 사정결과와 케어계획 작성에는 연속성이 요구되어진다. 하지만 사정결과로부터 요원호자의 생활의 전체성이 파악되었다고 해도 거기에서부터 생활니드(문제점)를 추출해가는 것은 쉽지 않다. 그러하기 때문에 생활니드를 사정에서 추출 해가는 원리가 명확히 되어야 할 필요가 있으며 사정에서 명확해진 요원호자의 신체기능상황, 정신심리상황, 사회환경상황의 관련성안에서 생활니드는 생겨나게 된다.

(b) 케어계획에는 요원호자 내지는 가족성원 등의 대리인이 그 과정에 참가한다.

케어계획의 작성에는 요원호자나 가족이 스스로 곤란한 점을 밝힐 수 있도록 지원하는 것이 필요하다. 그 결과, 한편으로는 이용자 본위의 케어계획작성이 가능하게 되어, 또 다른 한편으로는 케어 매니저와의 조정을 바탕으로 적절한 생활니드를 끄집어내는 것이 가능하게 된다. 케어계획작성에 요원호자나 가족의 참가가 약하면 작성된 케어계획에 대한 불만이 남을 뿐만 아니라 실제로 케어계획의 수행을 중단해버리게 되는 수도 있다.

(c) 케어계획은 전에 경정해 둔 케이스 목표에서 출발되어진다. 전술한 대목표라고 할 수 있는 케이스 목표와 케어계획은 표리일체이며 한쪽이 변경되면 다른 한쪽도 수정하게 된다. 따라서 이들 양자의 작성은, 원칙적으로는 케이스 목표설정후에 케어계획의 작성이 이루어지

10) Babara Schneider, "Care Planning: The Core of Case Management", Generations Vol.12 No.5,1988,p.16.

게 되지만, 실제로는 일체적인 측면이 강하다고 할 수 있다.

(d) 케어계획은 영속적인 것이 아닌 특정기간의 계획이다.

당연하겠지만, 요원호자와 케어 매니저 사이에서 결정된 특정기간에서의 케어계획이며 팔로우 업의 결과, 생활니드의 변화 유무에 따라 새로운 케이스 목표 설정이나 케어계획 작성이 이루어지게 된다. 또한 요원호자나 사회환경의 급격한 변화에 따라서는 요원호자와 약속하고 있던 특정기간내 일지라도 케어계획의 변경이 요구되어지는 경우가 있다.

(e) 케어계획에는 공적 서비스와 비공식적 지원의 양쪽이 포함되어있다. 케어계획 작성에 있어서는, 각각의 사회자원이 가지고 있는 특성을 활용할 필요가 있다.

전자는 공평하고 표준적인 것인데 반해 후자는 유연하게 미니멈을 초월한 지원이 가능하다고 하는 차이점이 있다. 그러한 차이점을 활용해서 케어계획을 작성하는 것으로 요원호자의 생활의 질을 높아진다고 할 수 있다.

(f) 케어계획은 요원호자 내지는 가족의 부담액을 고려하여 작성한다. 제도적으로는 개개의 서비스에 자기부담액이 정해져 있든지, 서비스 총체로서 이용 가능한 한도액이 정해져 있다. 다른 한편으로 요원호자나 그 가족은 경제상황이나 자신들의 가치관에 따라 어느 정도의 경제적인 자기 부담을 하는가에 대한 이해 방식도 달라진다. 케어 매니저는 그러한 요원호자 본인이나 가족의 자기보담 가능성을 고려해서 케어계획을 작성하고 최종적으로 지불하게 되는 자기 부담액에 대해서는 본인이나 가족으로부터의 동의를 얻는 것이 불가결하다.

(g) 케어계획의 내용은 정형화된 계획용지로 문서화된다. 작성된 케어계획에 대해서 요원호자나 그들의 대리인으로부터의 동의를 얻기 위해서는 구두에 의한 합의 보다는 문서에 의한 합의가 바람직하다. 왜냐하면, 요원호자에게는 자기부담액을 동반하는 것이며 또한 케어계획이 문서화되는 것에 어떠한 서비스가 어떠한 문제에 대처하기 위해 실시되는가를 언제라도 요원호자나 그들의 가족에게 명확히 할 수 있기 때문이다.

③ 케어계획의 작성 방법

케어계획은 일반적으로 다음과 같은 단계를 거쳐 작성되게 된다¹¹⁾.

11) Ibid.,pp.16~17參照.

(a) 생활 니드를 명확히 한다.

사정항목을 바탕으로 그러한 사정항목안에 신체기능상황, 정신심리상황, 사회환경상황의 관계속에서 생겨난 생활니드를 끄집어 낸다. 그러한 생활니드는 전문가인 케어 매니저가 끄집어 내는 니드와 요원호자가 표출하는 니드를 일치하도록 대화를 해가야만 한다.

(b) 원조목표를 명확히 한다.

(a)에서 명확히 한 몇 가지의 일치한 생활니드에 대해서 어떠한 방향에서 그러한 니드를 해결하는가라고 하는 원조의 목표, 내지는 결과를 제시 해야만 한다.

그 때에 이러한 원조의 목표나 결과는 실현가능한 것이 아니면 안되지만 이용자와의 사이에서 가능한 한 가시적으로 수적인 기준을 사용해 구체적인 목표를 정하는 것이 바람직하다. 그렇게 되면 요원호자도 서비스 제공자도 그 목표를 향해 활동 할 수 있기 때문이다.

(c) 서비스 내용과 어디에서 서비스를 제공하는 가를 명확히 한다.

원조목표에 맞추어 어떠한 서비스 내용을 어떤 기관이 제공하는 가를 명확히 한다. 이때에도 활용하는 서비스는 당연 각각의 지역을 고려해서 생각해야만 하고 단지 공적서비스만 활용하는 것이 아니라 비공식적인 서포트인 가족, 볼런티어, 이웃과 같은 사회자원도 활용해서 서비스 내용을 명확히 한다.

(d) 빈도와 시간수를 명확히 기입한다.

빈도와 시간수가 필요한 서비스에 대해서는 일주일 또는 1개월 단위로 빈도와 시간수를 명확히 기입한다. 서비스의 내용을 실시하기 위해 횟수나 시간을 일주일이나 1개월 이라고 하는 단위로 바꾸어 빈도나 시간수를 명확히 하는 것은 중요하다.

(e) 자기 부담액을 책정한다.

다음에는 자기부담액을 책정한다. 자기부담액은 개호보험제도와 같이 토탈로서 얼마까지 사용할 수 있다고 하는 전체에 대해 지급한도액이 정해지는 가운데 자기부담액을 책정하는 방법도 있고 개개의 서비스에 대한 빈도의 제한, 더불어 이용액이 정해져 있는 것도 있다. 이러한 지급한도액이나 자기부담액과의 관계에서 요원호자의 의향에 의해 서비스 내용이 최종적으로 결정된다.

이상의 (a)부터(e)단계에서 이러한 케어계획의 결정은 전문가인 케어 매니저와 요원호자가

일체가 되어 이루어지는 것이라는 원리를 잊어서는 안된다. 그리고 최종적으로는 이용자가 승낙하는 것이며 그러한 최종적인 케어계획 내용이 케어 매니저와의 하나의 합의방법이라는 것도 이해를 해둘 필요가 있다.

④ 케어계획 작성의 의의

케어계획 작성에 있어서는 서비스 우선 어프로치가 아닌, 니드 우선 어프로치의 입장을 취해야만 한다. 즉 요원호자가 재가에서 생활을 해가는 데 있어 어떠한 생활니드를 가지고 있는가를 우선 명확히 하고 그러한 니드에 대해 어떠한 사회자원이 최적인지를 계획하는 것이다.

종래의 서비스 우선 어프로치의 원조에 있어서는 생활니드를 확정해 그것에 대해 서비스를 연결시킨다고 하는 수법을 취하는 경우가 드물었다. 그 이유로서는 종래의 상담원조에서는, 요원호자의 생활전반에서 해결되어야 할 니드를 전부 파악해버리면 자신들의 기관이 제공할 수 있는 서비스를 넘어 다양한 기관에 서비스 제공을 의뢰하지 않으면 안되는 상황이 발생한다. 하지만 현실의 서비스 제공 시스템은 개개의 서비스에 대해 각각 다른 기관이 서비스 제공 결정권을 가지고 있기 때문에 작성한 케어계획을 실시할 수 없는 상황이 발생한다. 따라서 서비스 우선 어프로치라고 하는 자신들의 기관에서 어떤 서비스를 제공할 수 있는가라고 하는 관점에서 상담을 듣고 그러한 서비스를 제공할 수 있는 것이 결정된 단계에서 자신들 기관의 서비스를 제공하는 니드 우선 어프로치와는 반대의 어프로치를 실시해 온 것이다.

그러한 의미에서 케어계획 작성의 의미는 이용자의 생활전체를 파악해 생활니드를 바탕으로 한 케어계획을 작성하고 서비스를 제공하는 것으로 당연하게 그러한 결과로서 요원호자가 지역에서 생활을 해 가는 데 부닥치게 되는 다양한 생활문제에 대처하게 된다. 종래의 서비스 우선 어프로치는 요원호자의 생활문제에 대해 단편적(fragmental)으로 대응하는 것이며 생활전체의 문제 해결에 도착하지 못하고 요원호자의 생활의 질을 향상시키는 것은 불가능하다. 때문에 니드 우선 어프로치야말로 재가 생활을 가능하게 하는 기본적인 견해라고 할 수 있다.

처음에 제시한 S씨의 사례에 대해 케어계획 작성을 보면 표 1와 같이 케어계획 용지를 사용해 실시하면 용이하다. 우선 S씨와 함께 「문제점/니드」를 사정내용에서 추출해 일람한다. 다음은 개개의 「문제점/니드」에 대해 「바람직한 목표나 결과」를 나타내고 그 위에 그것들은 목표나 결과를 구체화한 각각의 케어계획을 S씨와 함께 결정해 간다.

때에 따라서는 문제점/니드, 바람직한 목표 및 결과, 구체적인 케어계획에 대해 의견이 일치하지 않을 경우도 많다. 케어 매니저는, 요원호자, 요원호자의 가족구성원사이에, 케이스

목표와 현실의 케어 계획 내용 또는 당해지역사회의 가치관사이에서, 요원호자를 둘러싼 서비스 제공기관 사이에서도 그러한 불일치는 있을 수 있다. 그러한 경우 케어 매니저는 합의된 타당성이 있는 문제점/니드를 제시, 바람직한 목표나 결과를 설정, 케어계획 작정을 위한 다양한 사람들이나 기관과 관계를 가지고 조정하는 역할을 하게 된다. 더불어 최적인 해결법이나 대행안에 대해 요원호자와 대화를 하게 된다.

어느 미국의 케어 매니지먼트 기관에서는 수장의 용지를 사용하는 것으로 케어계획 작성을 보다 루틴화하고 있다. 여기에서 사용되고자 하는 용지로서는, ①케어계획 용지(요원호자의 개개의 문제점/니드에 대응한 서비스내용이나 제공자가 제시된 것), ②투약계획서(의사가 재택에서의 투약에 대해 지시한 것), ③케어 계획 승낙서(케어 계획의 내용이 구체적으로 정리되어있어 그것에 요원호자 내지는 그 대리인이 동의/서명을 한 것)이 있다. 사정에 근거한 케어계획을 원활하게 진행시키기 위해서 앞으로 이러한 용지는 한층 중요성을 늘려갈 것으로 예상된다.

4. 케어계획의 실시

네 번째 단계는, 요원호자가 원활하게 질 좋은 서비스를 제공받을 수 있도록 케어계획을 실시하는 단계이다. 케어 매니저는 서비스나 서포트의 제공 주체와 관련을 가지고 요원호자가 적절하게 서비스를 이용할 수 있도록 한다. 이 제공주체는 비공식적인 서포트와 공적 서비스로 구분되며 전자는 가족, 친척, 친구, 이웃, 불런티어, 제도화 되어있지 않은 자조단체 등이 있다. 후자에는 행정, 사회복지법인, 제도화된 자조단체, 지역의 자주적인 유상서비스 제공단체, 기업 등이 있다. 그 때에 요원호자에 관한 정보를 타 기관에게 전달하는 것에 대한 동의를 요원호자나 가족으로부터 얻어 둔다. 그것은 요원호자로부터 얻은 정보를 케어 매니지먼트 기관으로부터 헬퍼, 데이터서비스, 불런티어 등을 제공해 줄 서비스 제공 기관에 필요최대한 전달하지 않으면 적절한 서비스를 받을 수 없기 때문이다. 그 때문에 요원호자의 정보를 타기관에 제공하는 것에 대해 동의서로서 받아들 필요가 있다. 그러한 경우 동의서에는 요원호자의 건강상태, 경제상황, 정신상태, 각종 서비스 이용상황등의 정보중에서 요원호자에게 있어 정보가 개시되서는 곤란한 정보가 있는지, 더불어 정보제공동의 기간은 몇 년이 유효한지를 명확히 나타내는 것도 가능하다.

케어계획의 실시에 있어 계획한 서비스나 서포트를 이용하는 것이 어떻게 해도 불가능한 경우가 생긴다. 그러한 경우 요원호자의 대변이나 옹호를 통해 케어 매니저는 노력하게 되지

만 그래도 불가능한 경우에는 요원호자와 함께 케어계획을 일부 수정하게 된다. 케어계획이 실시된 시점에서 몇가지의 용지에 요원호자의 사회자원 이용상황을 정리한다. 용지에는 우선은 일주일 또는 일개월 단위로 해서 요원호자의 서비스 이용의 스케줄을 작성한 케어계획관리표, 개개의 서비스 제공자의 서비스 내용이나 빈도를 정리한 서비스 기록표가 있다.

<표 1> S씨의 케어계획 용지

문제점 (니드)	공적 민간 서비스에 의한 케어	가족 친척 이웃 친구등에 의한 케어	케어계획 담당기관 담당자
원초의 목표			
① 요통 때문에 바닥에서 일어서는 게 곤란. 안전을 위해 침대가 필요 손잡이가 붙은 전동개호침대를 이용	일상생활용구급부제도를 이용해 전동개호침대를 급부		지역복지과 CW
② 요통으로 인해 화장실에서의 동작이 곤란 안전을 위해 화장실 환경정비가 필요 본인이 안정하게 사용할 수 있는 화장실 환경을 정비	PT의 협력을 얻어 본인의 동작을 확인한 후 높이 조절이 가능한 양식변기와 적절한 위치에 손잡이를 설치한다. 일상생활용구급부제도, 주택개조비조성제도를 활용.		데이서비스센터 PT 지원센터 SW 지역복지과 CW
③ 요통으로 인해 자택 욕실에서 입욕이 곤란. 안전을 위해 욕실환경의 정비가 필요 본인이 안정하게 사용할 수 있도록 욕실 환경을 정비해 자택에서 입욕함		장남이 시간을내어 욕실에 맞는 발판을 만든다.0	데이서비스센터 PT 지원센터 SW 지역복지과 CW 홈헬퍼
④ 혼자서는 조리, 청소, 세탁에 부담이 있음 배식서비스, 홈헬퍼의 이용과 가족의 지원	주2회정도 홈헬퍼와 주2회의 불런티어그룹에 의한 배식 서비스를 이용한다. 공적 서비스와 가족의 자원을 조정한다.		지원센터 SW 지역복지과 CW 홈헬퍼 배식 불런티어
⑤ 혼자서는 당분간 외출이 힘드므로 장보기, 쓰레기내기가 불가능 홈 헬퍼의 이용. 가족, 이웃의 지원	주 2회정도, 홈 헬퍼를 이용한다.		지원센터 SW 지역복지과 CW 홈헬퍼 이웃주민
⑥ 주치의가 없다. 주치의를 둔다.	건강진단을 계기로 자택 근처의 진료소에서 진료를 받음. 처음은 지원센터가 통원을 돕고 그 뒤는 홈헬퍼에게 의뢰		지원센터 SW 지역복지과 CW 홈헬퍼 주치의
⑦ 본인은 데이서비스센터등 사람들이 모이는 곳을 좋아하진 않지만 독거로 인한 고독감은 느끼고 있다. 또한 안부확인 필요 이웃주민과의 양호한 관계계속	이웃주민으로는 대응하기 힘든사태가 발생했을 경우에는 지원센터에 연락하도록 함.	지금까지와 같게 이웃 주민이 말을 걸고 방문해 지원을 계속하도록함	지원센터 SW 이웃주민

5. 감시 및 팔로우업

다섯 번째 단계에서는 요원호자 및 서비스 제공 상황에 대한 감시 및 팔로우업이다. 우선은 케어 계획을 바탕으로 각종 서비스나 서포트가 원활하게 개시되었는지 점검/확인을 한다. 그 위에 이단계에서는 케어 매니저는 두가지의 측면에서의 역할을 한다. 하나는 요원호자 자신의 일상생활동작이나 사회상황의 변화에 의해 생활니드가 변화해 있지 않을까를 감시하고 계속적으로 체크하는 것이다. 다른 하나는 서비스를 제공하고 있는 자가 저절로 내용의 서비스를 지속하고 있는데 대한 체크이다. 팔로우업의 빈도가 높은 것이 바람직한 것은 당연하지만 특히 본인의 기능면에서 변화가 심한 터미널 케어에 있는 요원호자와 같은 경우에는 더욱 빈번하게 팔로우업을 실시해야만 한다. 팔로우업의 빈도에 대해서는 요원호자의 상황에 의해 개별적인 것이지만 미국이나 캐나다에서는 3개월 내지는 6개월에 한번을 기준으로 하고 있는곳이 많다. 이러한 팔로우업에 대해서는 케어 매니저 자신이 수행하는 동시에 요원화와 상시로 관련하고 있는 사람으로부터 케어 매니저가 정보를 얻는 방법이 중심이 된다.

이러한 정기적인 팔로우업등에서 새로운 문제상황이 명확해진다면 여섯번째 단계의 재사정을 수행한다. 또한 서비스 제공자로부터 요원호자나 사회상황에 변화가 생겨 생활니드가 충족되어지지 않는 등의 정보를 얻은 경우에도 재사정을 실시한다. 이렇게 요원호자의 사오하생활상의 니즈가 충족되지 않고 생활상의 곤란이 생겨나 있는 것이 명확해진 경우에는 세번째 단계의 케이스 목표의 설정과 케어 계획의 작성으로 돌아가 케어 매니지먼트의 과정을 반복하게 된다.

또한 감시 및 팔로우업에 있어서 케어계획이 앞으로도 순조롭게 실시 · 계속되어 요원호자의 사회생활이 장래에도 문제없이 유지될 수 있다는 것이 확인된다면 종결이 된다. EH한 종결에서는 요원호자가 재차 상담하러 올 수 있도록 관계를 유지해두고 재방문에 대한 배려를 해 둘 필요가 있다.

6. 정리

지금까지 케어 매니지먼트 과정을 순서에 따라 설명해 왔는데, 그중의 어느 단계를 강조하는가에 따라 개개의 케어 매니지먼트 내용에 차이가 생긴다. 어느 케어 매니지먼트에서는 케이스 발견에 역점이 두기도 하고, 케어계획 작성 및 실시에 초점을 맞추는 케어 매니지먼트도, 케어계획 작성에 주안을 두는 케어 매니지먼트도 있다.

여기에서는 케어 매니지먼트의 기능을 어디까지 넓힐 것인가에 관해 로스의 견해를 제시 하겠다. 로스는 표 2와 같이 케어 매니지먼트를 3가지 모델로 정리하고 있다¹²⁾. 최소한 모델에서는 한번의 케어계획 작성과 실시에 그쳐있고 코디네이션 모델에서는 케어 매니지먼트의 기관으로서 클라이언트를 위한 어드보커시를 추가하고 있다. 그 결과, 케어 매니지먼트의 모델의 차이에 의해 요원호자에 대한 변호나 사회개발기능을 어디까지 포함시킬 것인가가 달라지게 된다. 동시에 어느 모델에 있어서도 그 중핵 사정을 하고 케어계획을 작성해 서비스 제공자에 의로, 케어계획을 실시하는 것에 있는 것을 알 수 있다.

표 2, 케어 매니지먼트 프로그램의 세가지 모델

최소한 모델	코디네이션 모델	포괄적 모델
<ul style="list-style-type: none"> · 아웃리치 · 클라이언트 사정 · 케어계획 · 서비스제공자에의 송치 	<ul style="list-style-type: none"> · 아웃리치 · 클라이언트 사정 · 케어계획 · 서비스제공자에의 송치 · 클라이언트를 위한 어드보커시 · 직접 케이스 워크 · 자연지원시스템의 개발 · 재사정 	<ul style="list-style-type: none"> · 아웃리치 · 클라이언트 사정 · 케어계획 · 서비스제공자에의 송치 · 클라이언트를 위한 어드보커시 · 직접 케이스 워크 · 자연지원시스템의 개발 · 재사정 · 자원개발을 위한 어드보커시 · 서비스 품질의 감시 · 시민교육 · 위기개입

VI. 개호보험에서의 케어 매니지먼트의 현황과 문제점

개호보험은 2000년 4월 1일에 실시되어 거택개호지원이라고 하는 명칭으로 케어 매니지먼트

12) Ross, H., Proceedings of the Conference on the Evaluation of Case Management Programs, March 5-6, 1979, Los Angeles, Volunteers for Services to Older Persons, 1980.

트가 실시되고 있지만 그러한 현황과 문제점을 정리해 보겠다.

1. 개호보험의 틀

개호보험은, 40세이상인 자가 내는 보험료를 재원으로 하고 있다. 구체적으로는, 원칙적으로 40세부터 65세미만의 「제 2호 피보험자」는 의료 보험료와 함께 징수하며, 65세 이상의 「제1호 피보험자」는 대체로 연금에서 원천징수 된다. 이러한 보험료를 1/2로 하고 나머지의 1/2를 공비로 해 개호보험의 재원이 된다. 공비는 국가·도도부현·시정촌이 2:1:1로 분담한다.

이러한 재정을 사용해, 재가와 시설 서비스가 급부된다. 거기에는 의료·재활·간호 복지·주택등의 다양한 서비스가 제공된다. 개호보험은 장기케어(long term care)를 필요로 하고 있는 자에게 보건·의료·복지·주택등의 생활 전체를 지원하는 다양한 서비스의 급부라고 할 수 있다.

이들 서비스 이용자는 40세 이상에서 상시개호를 필요로하는 「요개호자(要介護者)」와 개호를 필요로 하지는 않지만 일상생활에 지장이 있는 「요지원자(要支援者)」이다. 단 65세미만의 제2호피보험자는 초로기치매나 파킨슨병등의 노화에 기인하는 병이 원인으로 개호나 지원이 필요하게 된 자로 제한되어 있다. 따라서 40세이상 65세미만의 경우에는 암환자의 재가 터미널케어나 교통사고등에 의한 신체장애자에 대해서는 개호보험이 적용되지 않는 문제를 가지고 있다.

보험자(시정촌, 時町村)가 설치하는 「개호인정심사회(介護認定審査会)」에서 요원호자가 결정되는데, 본인에게 필요한 개호기산을 바탕으로 6단계로 요개호도를 나누고 있다. 재가 서비스에 대해서는 요개호도의 단계별로 지급한도액이 달라지며 그 범위내 10%가 자기부담이 된다. 시설서비스에 대해서는 개개의 고령자의 요개호도에 따라, 동시에 특별양호노인홈이나 노인보건시설등의 입소시설에 따라 한 사람당 일개월의 단가가 결정되어지며 그것의 10%가 자기부담이 된다. 단 시설입소의 경우에는 식사비등은 전액자기부담이 된다.

후술하는 케어계획 작성은 이용자에게는 무료이다. 하지만 재가의 케어계획을 작성한 기관에는 작성료가 들어오지만 시설내에서의 케어계획은 이용료 내에 포함되어져 있어 작성료가 설정되어 있지 않다. 또한, 요개호도가 가장 낮은 요지원은 시설 서비스 이용이나 치매대응 공동생활개호(그룹 홈)의 이용이 불가능하다.

개호보험에서 요개호·요지원자가 서비스를 공급받는 과정은 그림6에 나타내고 있다. 피보험자가 개호나 지원이 필요하다면 보험자(시정촌)가 설치한 요개호인정 심사회에 신청한다. 이 심사회는 의료·보건·복지의 전문가로 구성되어 있고 여기에서 급부 결정과 요개호도의 결정을 한다.

요개호도가 결정되면 본인이나 가족이 거택개호지원사업자인 케어 매니지먼트기관에서 요개호·지원자의 니드에 맞는 케어계획을 작성해 받게 된다. 케어 매니지먼트 기관에서는 「개화지원전문인 (케어매니저)」가 배치된다. 이전문원은 사회복지사, 개호복지사, 정신보건복지가, 의사, 치과 의사, 약제사, 보건부, 간호부, 물리치료사 등의 국가 자격을 가지는 자로 시험·실무연수를 거쳐 도도부현지사들이 인정한 자가 된다. 여기에서는 케어 매니지먼트의 수행 즉 요개호·지원자나 그가족의 현황을 파악하기 위해 사정을 실시하고 니드에 맞춘 케어계획을 작성해 실시한다.

여기에서 작성된 케어계획에서는 지급한도액을 넘은 서비스를 이용하는 것도 가능하다. 이러한 경우 한도액을 넘은 부분은 전액자기 부담이 된다. 또한 개호보험의 급부서비스이외의 이송서비스나 급식 서비스 등의 서비스도 케어계획에 포함해 이용하게 되어있다.

이상의 과정에서 서비스이용해 가는데 긴급하게 서비스가 필요한 경우에는 먼저 케어계획을 작성해 빠른 서비스이용이 가능하다. 그 다음 30일 이내에 요개호인정을 받는다면 이용에 대한 비용은 상환된다.

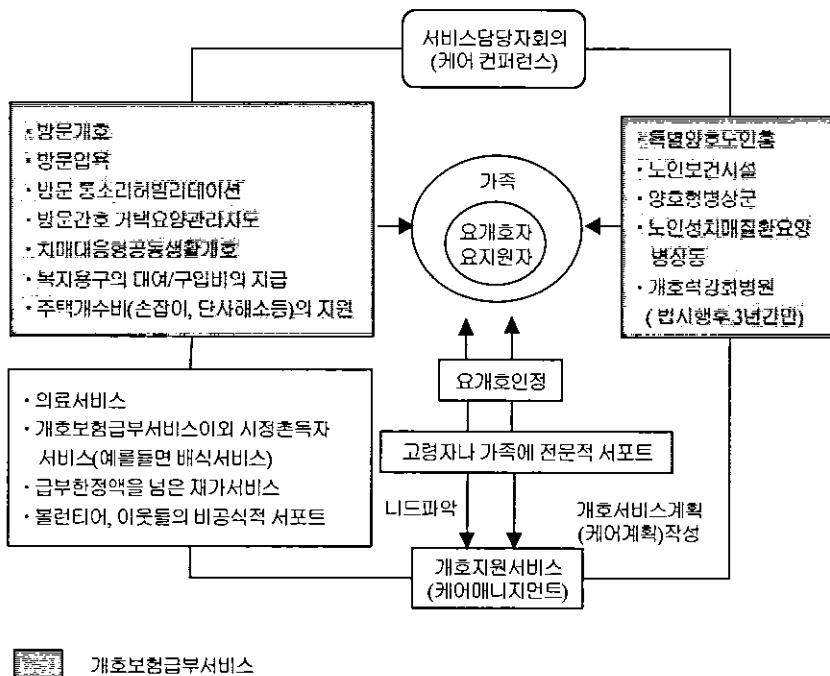
케어계획의 작성·실시후 케어 매니저는 최저 6개월에 한번 가정방문을 실시하고 재사정을 실시해 케어계획을 변경해 간다. 그 때에 요개호인정의 항목에 변화가 확인되면 케어매니저는 요개호인정심사회에 연락해 요개호도의 변경을 하게된다. 이상의 과정을 계속해가는 것으로 요개호·지원자가 케어 매니지먼트 기관이나 서비스제공기관을 선택하고 서비스 내용도 스스로 선택해 가는 것을 측면적으로 지원해 가는 것이 된다.

2. 개호보험과 케어 매니지먼트의 관계

개호보험 제도와 케어 매니지먼트의 관계는 그림6 과 같이 나타낼 수 있다. 즉 장기케어를 필요로 하는 요개호/지원자는 요개호인정에서 개호보험 대상자에 해당하는지 아닌지, 나아가 해당하는 경우에는 보험으로 이용할 수 있는 서비스 한도를 결정하는 요개호도를 인정받고 개호보험의 급부해당이 된다. 즉 장기케어가 필요한 요개호자 내지는 그러한 가능성이 강한

요지원자는 각종의 보험 급부서비스를 이용하는데 있어 케어 매니지먼트 기관에서 케어 매니지먼트를 통해 계획적인 생활설계의 지원을 받을 수 있다. 여기에서 케어 매니저는 생활니드를 명확히 해 그 니드와 사회자원을 연결시키므로써 요개호·지원자의 생활의 질(QOL)을 높이고 자립을 지원하는 것을 목적으로 하고 있다.

그림 6. 개호보험과 케어 매니지먼트의 관계



개호보험과 케어 매니지먼트의 도입이 동시에 제창된 결과, 양자를 일심동체처럼 받아들이기 쉽다. 하지만 독일에서는 개호보험 제도는 있지만 케어 매니지먼트의 틀은 기본적으로 없다. 그러나 영국이나 캐나다에서는 제도로서 케어 매니지먼트의 틀은 존재하지만 개호보험은 실시되고 있지 않다. 이상과 같이 양자는 본래 별개의 것이며, 개호보험에서 논의하자면 케어 매니지먼트는 인정범위내의 급부 서비스와 연결시키는 것 외에도 다른 니드에 일치한 사

회자원과도 연결시키는 것이다.

이러한 것을 강조하는 것은 미국에서는 민간의료보험내의 급부를 한정해서의 혹은 메디케어(Medicaid)에서 일정금액내에서의 케어 매니지먼트도 일부 존재하기 때문이다. 이것들은 매니지드 케어로 불리어 재정억제를 위해 케어 매니지먼트를 활용하는 측면이 강하다. 케어 매니지먼트는 내정억제를 위해서도 요개호·지원자의 QOL을 높이기 위해서도 활용할 수 있는 양면성을 가지고 있다.

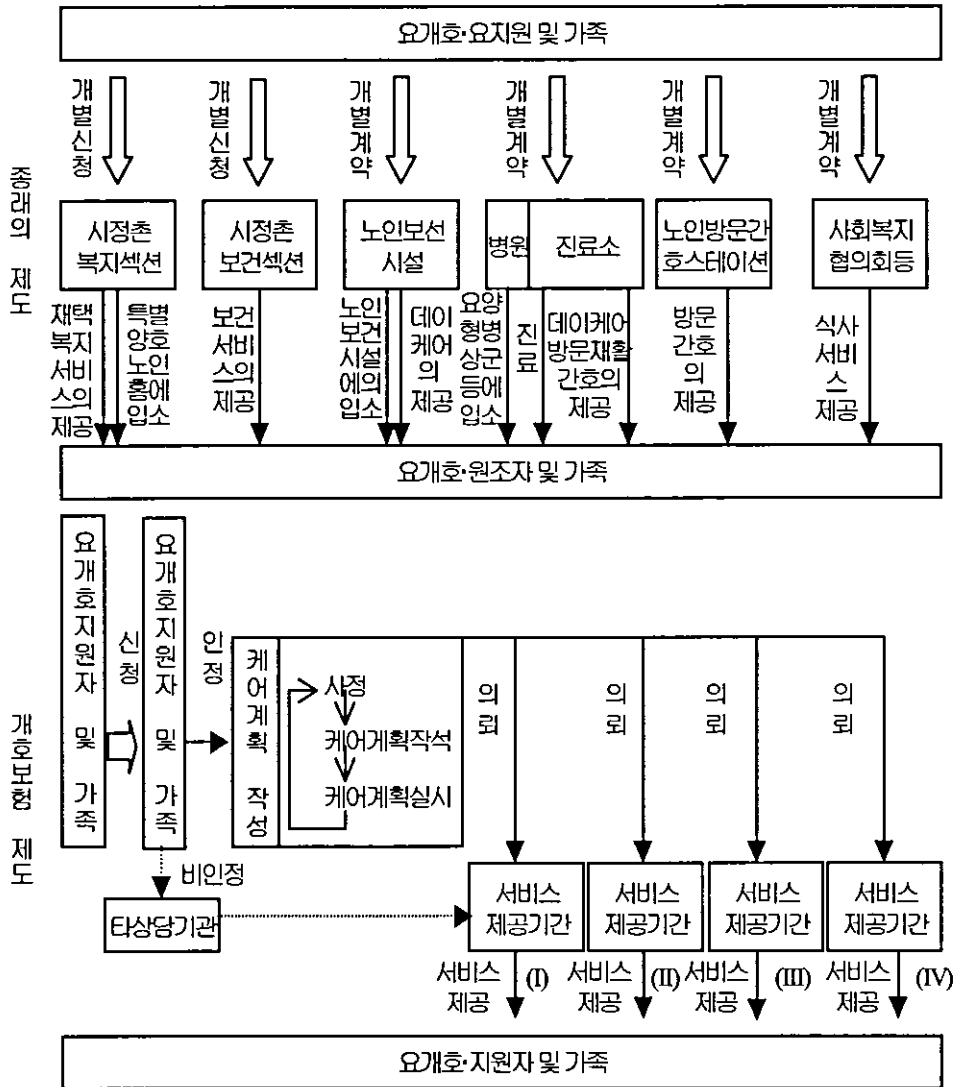
그러한 의미에서는 요개호자들의 자립을 촉진하고 재가생활의 질은 높인다고하는 입장에서 케어 매니지먼트를 확립해 개호보험과 케어매니지먼트를 잘 맞물릴 필요가 있다.

개호보험에서 케어 매니지먼트가 도입되 장점으로서는 무엇보다도 케어 매니지먼트에 대한 견해가 국가 차원에서 방향을 제시, 구체화한 것이다. 여기에는 몇가지 과제는 있다. 하더라도 미래에 있어서 케어 매니지먼트 전개 가능성의 크기를 크게 남겼다고 하는 것이 된다.

구체적으로 케어 매니지먼트 기관에서 케어 매니지먼트가 실시되기 때문에 일원적·총체적으로 서비스 제공이 가능하게 되어 요개호자들은 한군데서 생활문제를 해결하게 되어 원활한 서비스 이용이 가능하게 됐다. 여기가 가장 평가 할 수 있는 점이며 개호보험 제도에서는 그림 7 과 같이 종래의 종적 행정의 상담에서 일변한 일원적인 원조과정이다. 상담원조의 내용도 「서비스 우선 어프로치」에서부터 「니드 우선 어프로치」로 변환이 요구되어진다. 종래의 종적 행정에서의 상담원조에서는 자신의 기관에서 제공가능한 서비스를 적당히 나누는 원조밖에 되지 않았지만, 개호보험 제도에서의 케어 매니지먼트는 케어 매니지먼트 기관에서 무엇 때문에 곤란하고 그것을 어떻게 하길 원하는가라고 하는 니드를 바탕으로 상담을 듣고 사회자원과 연결시켜가는 것이 가능하게 된다.

이러한 케어 매니저도 요원호자등으로부터 선택되어지며 케어 매니저들 사이에서의 경쟁 원리가 생겨나 당연 케어 매니저가 되기 위한 연수가 활발해지고 대량의 케어 매니저가 육성되어 케어 매니지먼트는 하나의 전문성을 가진 기능으로서 위치할 수 있다. 처음에는 대량생산의 측면이 강했지만 장래적으론 전문성이 높은 케어 매니저가 육성되는 것에 의해 나아가서는 요개호·지원자를 지원하는 팀 어프로치를 가능하게 한다. 이러한 의미에서는 개호보험에 케어 매니지먼트가 도입된 것으로 평가 할 수 있는 부분이 크지만 또한 검토되어야 할 과제도 몇가지가 있다. 다음에는 그것들을 명확히 하고 해결방법을 제시하도록 하겠다.

그림 7 종래의 서비스 이용과 개호보험에서의 서비스 이용 경로



① 케어 매니지먼트 기관(거택개호지원사업)

개호보험에서는 재가개호지원센터, 방문간호스테이션, 헬퍼 스테이션, 특별양호노인홈, 노인보건시설, 병원, 진료소와 같은 서비스 제공기관이 케어 매니지먼트 기관이 된다. 여기에서의 논점은 케어 매니지먼트를 조건 정비적(enablingstate) 기능으로 된다. 여기에서의 논점

은 케어 매니지먼트를 조건 정비적 기능으로 하는가, 서비스 제공기능의 일부로 하는가이며 어느쪽을 선택하는가에 따라 커다란 차이가 생겨난다. 개호보험에서는 주로 직선서비스 제공기관이 케어 매니지먼트 기관이 되는 것에서 케어 매니지먼트 기관이 되는 것에서 케어 매니지먼트는 후자의 서비스 제공기능에 가까운 위치에 놓이게 된다.

이러한 장점은 케어 매니지먼트 기관이 적극적으로 요원호자들을 발견해 가는 인텐티브가 생겨 잠재화되어 있는 요개호자가 감소하고 더불어 자기관의 서비스 재빨리 대응할 수 있는 체제가 정비된다. 그러나 케어 매니지먼트 기관이 요개호자들의 자기결정을 바탕으로 서비스 선택을 지원하는 공정 중립적인 기능을 할 수 있는지의 문제가 남는다.

그래서 케어 매니지먼트 기관이 요개호자들의 자기결정이나 서비스선택에 대해서 적절하게 기능하고 있는가에 대한 체크기능이 요구되어진다. 이에 대해서는 개개의 보험자로 구성된 제3자 평가기관의 창설이나 의사표시가 곤란한 자를 위한 권리옹호기관의 창설이 필요하겠다.

② 케어 매니저(개호보험전문원)

개호보험에서는 케어 매니지먼트를 사회복지사, 정신보건복지사에 제한하지 않고 다직종이 담당하게 되어 있다. 또한 개개의 케어계획 작성에 대해서 케어 매니지먼트 기관에 보수가 들어오게 된다. 다양한 직종이 케어 매니저가 되기 때문에, 케어 매니지먼트 연수가 중요하게 된다. 그 때에 단순히 개개의 전문성으로 니드를 이해하는 것이 아닌 요개호자들의 생활 전체를 바탕으로 한 니드를 파악하는 것, 또한 케어 매니저와 요원호자들의 대등한 관계에서의 신뢰관계 확립이 반드시 요구되어진다. 그래서 케어 매니저를 인정하는 데 있어서 연습을 중심으로 한 연수를 충분히 거듭하는 것이 요구되어지며 동시에 지속적인 교육이 불가결하다. 또한 일본에서는 국가자격 가진 전문가를 재교육해서 케어 매니저를 육성해가는 것을 의도하고 있지만 각각의 전문가의 교육 커리큘럼에 RK지 반영해 케어 매니지먼트가 가능한 대인원조전문직의 학생을 교육해 육성해 가는 것이 요구되어진다. 그 중에서도 쏘설위크교육에서 케어 매니지먼트가 중요한 교과목이 된다고 할 수 있다.

③ 원호대상자

개호보험의 대상자는 65세이상의 장기케어가 필요한 자와 40세이상 65세미만에서 초노기치매나 파킨스병등 특정 질병으로 장기 케어가 필요한 자에 제한되어져 있다. 개호보험에서

는 연령을 제한하고 있더 모든 장기케어 니드를 사지는 자가 케어 매니지먼트는 물론 보험 급부 서비스를 이용할 수 있다고는 할 수 없는 문제를 사지고 있다. 그 때문에 앞으로는 장애인을 포함한 보험대상을 어떻게 넓혀갈 수 있는가가 과제이다. 현재로서는 특정질병 범위를 가능한 한 넓히는 것에 의해 40세이상의 대상자를 확대하는 것이 필요하며 케어 매니지먼트를 필요로하는 보험비해당자에 대해서도 케어 매니지먼트 원조가 가능한 상담기관을 어떤 위치에 놓을 것인가가 요구되어진다.