

노인요양보장제도와 케어매니지먼트

김 현 실

대구한의대학교 간호학과

서 론

평균수명 연장 및 출산을 감소로 우리나라는 65세 이상 고령인구가 2000년 7.2%에서 2019년 14.4%로 고령사회에 진입할 것으로 보이며, 2026년에는 20.0%로 초고령사회에 도달할 것으로 전망된다 (통계청, 2003). 노령인구증가는 치매나 중풍과 같은 요양보호 필요노인과 만성질환을 가진 노인의 급격한 증가를 초래하여 노년 부양비와 의료비가 크게 증가할 것으로 예상된다. 이에 정부는 보건 및 복지체계의 통합시스템을 통한 노인요양보장체계를 도입하여 노인인구의 보건복지요구의 탄력적 대응과 노인가정의 부담경감 및 산업사회에서의 여성인력 활용을 꾀하고자 2000년도에 '노인장기요양보호정책기획단'을 설치·운영하였다. 그 후 2년여 동안 공적요양보호체계구축을 위한 기

이 논단에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 706-060 대구광역시 수성구 상동 165번지 대구한의대학교 간호학과 노인요양서비스 양성사업단 김현실 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 hskim@dhu.ac.kr입니다.

초연구과제를 수행했으며, 2002년 10월에는 2007년 이후 공적노인요양보장체계의 단계적 실시를 명시한 ‘노인보건복지 종합대책’을 마련하여 각계 전문가, 시민단체, 노인대표 등의 자문을 얻어 우리나라 실정에 적합한 공적노인요양보장제도의 실행모형개발을 위한 각종 연구와 정책을 개발하고 있는 실정이다 (보건복지부, 2003).

공적노인요양보장제도의 도입은 이제 우리나라가 4대 사회보험에서 5대 사회보험 체제로의 전환을 의미하며, 노인이 병에 걸리지는 않았지만 기능저하로 생활에 어려움이 있을 때 수발 비용을 충당해 주는 사회적 케어(social care)라는 점에서 다른 사회보험과 차이가 있으며, 이러한 공적노인요양보험이 시행되면, 실버산업이 발전할 수 있는 계기가 될 수 있다. 국가가 주도하는 공적요양보장시스템의 초기 정착 및 실행안정화를 위해서는 재원조달방식, 관리운영체계, 대상노인 사정기준, 급여범위 및 요양수가, 공급시설 및 인력 등에 관한 세부사항에 대한 연구가 심도 있게 이루어져야하며, 외국의 사례를 검토하여 우리나라의 적용가능성과 사업실시에 따른 문제점 및 대응방안에 대한 논의가 충분히 이루어져 국민적 합의를 도출해내는 노인요양보장체계를 실시해야할 것이다.

2007년부터 단계적으로 도입예정인 노인요양보장체계에서는 이용자중심의 서비스 제공과 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 케어매니지먼트(care management)를 구축하기 위해 대상자인 노인의 요양보호 욕구사정, 케어플랜 작성, 서비스 작성과 같은 관리자 및 조정자의 역할을 담당할 케어매니저(가칭, 요양관리요원)의 도입이 이루어질 것으로 예상된다. 특히 노인요양보장체계의 기본목표가 예방 및 재활에 중점을 둔 가정 및 재가복지를 우선순위를 두고 있으므로 케어매니저의 역할이 매우 중요해질 것으로 예상된다. 공적노인요양추진기획단(2004)에서는 케어매니저의 수요를 2007년 3,300명에서 2011년에는 10,000명 정도로 예상하지만, 아직까지 우리나라에서는 케어매니저에 대한 개념이 생소할 뿐 만 아니라 대학의 관련학과가 전무한 상황에서 케어매니저 도입으로 인한 관련 전문직종의 영역갈등 및 제도 실시에 따른 부작용을 최소화하기 위해서 신규직종에 대한 역할규정 및 자격 등에 대한 방안 등이 강구되어야할 것이다.

이를 위해 케어매니저 제도를 시행하고 있는 외국의 실태 고찰이 필요하며, 간호사의 새로운 분야 진출 모색 및 노인대상자에 대한 간호서비스제공의 효율성을 최대화하기 위해서는 케어매니저의 제도화에 따른 간호계의 적절한 대응이 이루어져야할 것이다. 따라서 본고는 노인요양보장체계에서의 케어매니저의 역할과 방향을 설정하여 케어매니저 인력양성을 위한 기초 자료를 제시하는 차원에서 정리되었다. 구체적인 연구 내용으로는 케어매니지먼트의 개요, 발달 배경, 모델, 범위, 철학 및 이념, 케어매니저 역할, 선진 외국의 현황 및 우리나라 노인요양보장제도 시범사업에서의 케어매니저 역할 등을 소개한다.

케어매니지먼트 개요

케어매니지먼트는 대상자와 사회자원을 연결하여 대상자가 지역사회 내에서 원만하게 생활하도록 돕는 것을 말한다. 고령화사회의 빠른 진입과 함께 절실하게 요청되고 있는 보건복지 욕구의 다양화, 서비스의 전문화, 공급주체의 다원화, 서비스의 효율화, 보건복지 부문의 통합화 추세에 대처할 수 있는 전문적인 실천방법이라고 할 수 있다. 케어 혹은 케이스 매니지먼트의 용어가 혼용되고 있는데, 케어(care)는 인간간의 따뜻한 관계를 내포할 뿐만 아니라 오늘날 보건복지의 주 대상인 노인, 장애인, 아동, 기타 만성질환자들이 갖는 욕구의 특징을 잘 반영하는 반면, 케이스(case)는 실천과정과 기법의 활용을 보다 잘 반영하는 측면이 있다. 즉 원조기법의 이념이 생활의 주체자인 클라이언트나 그 가족이 바라는 삶을 실현하도록 하는 케어(넓은 의미)를 관리하는 것이지 원조자가 대상자(케이스)의 삶을 관리하는 것이 아니라는 점에서 케어매니지먼트를 더 많이 사용하고 있다.

선진국에서의 지역사회 기반 서비스가 급속도로 확장되던 1970년대부터 케어매니지먼트의 필요성에 대한 인식이 높아져, 현재는 노인, 아동, 장애인 등 거의 모든 보건복지영역에서 제도화되었다. 이러한 정책적인 뒷받침아래 각국에서는 지역사회에 거주하는 대상자들의 특수한 욕구에 가장 적절한 서비스를 계획하고 그에 따라 보다 적합한 자원을 효과적으로 조정, 공급하고 있다.

케어매니지먼트의 정의

먼저 케어매니지먼트에 대한 정의를 시대별로 살펴보면, 1980년대 이전에는 특이한 형태의 다양한 프로그램들로서 구체적인 정의가 내려지지 않은 채 많은 실천영역에서 적용되었다. 그러나 1980년대에 들어와서는 전문적인 활동으로 합의가 도출되면서 구체적인 정의가 내려지기 시작했다. John과 Rubin(1983)에 의하면, 케어매니지먼트는 케어매니저가 대상자와 서비스 공급체계를 연계하여 클라이언트가 적절한 서비스를 받게 하는 지지망 접근에 가까운 개념이며, 그 기본 원칙은 ① 케이스워크 방법의 원용, ② 재가를 기본으로 대상자에게 원조 전개, ③ 공식적, 비공식적 차원의 사회자원을 지역수준에서 파악하여 결합하여 활용하는 것이다 [장인협·우국희(2003)에서 인용].

케어매니지먼트의 정의는 1990년대에 들어와서는 보건, 사회사업, 정신보건, 재활 등 다양한 실천분야에서 공통된 요소로 인정되었다. 예를 들면, Barker(1991)는 대상자의 이익을 위해 다양한 기관과 직원들로부터 제공받을 서비스를 계획하고 검토하는 일련의 절차로서 대상자가 필요로 하는 전문적 서비스의 진전 상황을 점검하고 평가하여 재사정하는 과정이라고 했으며, Cooper(1997)는 대상자의 건강요구를 충족시키기 위해 요구되는 다양한 건강관리 및 관련 서비스를 사정, 계획, 수행, 조정, 감독, 평가하고 협력하는 과정으로서 서비스의 질과 함께 비용 효과적 결과를 추구하는 것이라고 했다. 보다 최근에는 케어매니지먼트를 대상자의 복합적인 욕구에 초점을 두고, 기관의 목적 보다는 대상자의 목적에 기반을 두며, 이미 고안된 프로그램에 기반을 두기보다는 개별화된 서비스 계획에 기반을 둔 실천이라고 정의했다 [장인협·우국희(2003)에서 인용].

이상의 정의들을 종합하면 케어매니지먼트는 ① 지역사회를 기반으로 서비스 및 지지를 제공하는 하나의 체계적인 지원방법, ② 각종 사회 자원동원, 사회적 지지망의 효율적인 연계와 조정에 관심을 두는 활동, ③ 서비스보다는 욕구 중심적, 즉 대상자의 욕구에 서비스를 융통성 있게 배정하는 중요한 활동, ④ 복합적인 욕구를 가진 대상자에 대한 지속적인 책임과 비용효과성을 강조하는 활동, ⑤ 연속적인 기능

들을 시간에 따라 순서를 두고 수행하는 문제해결과정, ⑥ 대상자에 대한 포괄적, 총체적, 장기적 보호 서비스를 제공하는 전문적인 활동이라고 할 수 있다.

케어매니지먼트 발달배경

정신질환자, 노인, 장애인등을 포괄하는 만성질환자에 대한 과거의 접근은 단절된 의료·사회·심리 서비스와 비체계적인 조정, 그리고 서비스 접근 가능성 제한, 욕구와 서비스간의 격차등과 같은 여러 문제로 안고 있었다. 이러한 서비스 체계가 1970년대 중반부터 지역사회를 중심으로 통합되어 구조화된 하나의 체계 안으로 엮여지면서 케어매니지먼트가 발달하게 되었으며, 이러한 변화를 가능하게 한 배경으로는 다음 몇 가지로 요약할 수 있다.

사회 인구학적 변화. 지난 30여 년간 거의 모든 선진국에서 정신지체, 정신질환, 신체장애, 노숙자, 에이즈 환자 등 심각한 문제를 지닌 요보호 인구가 증가하였으며, 이러한 요보호 인구의 증가 중에서도 가장 두드러진 특징은 노인인구 비율의 현저한 증가이다. 노인인구의 증가는 노인성 질환 및 장애의 발생률을 높이고 보건 및 사회적 서비스 뿐만 아니라 비공식적 보호에 대한 요구를 증대시킨다. 대부분의 노인성 질환이 단기치료가 불가능한 퇴행성 만성질환이라는 사실은 장기적 보호의 중요성을 부각시키고 병원중심의 입원치료보다는 지역사회 기반의 재가보호 발전과 시설 서비스 체계의 보다 나은 통합을 시도하게 한 계기가 되었다. 병원과 지역사회 서비스간의 연계, 지역사회 내 서비스간의 조정은 케어매니지먼트의 필요성을 증대시켰다.

복지국가의 재정적 위기. 복지국가의 주요 기반이 되던 경제성장은 전 세계적으로 불어 닥친 오일쇼크파동에 직접적인 타격을 받았으며, 그 뒤를 이은 높은 인플레이션과 실업률, 증가하는 조세저항 등의 현상은 공공지출의 확대를 더 이상 어렵게 하였다. 또한 노인인구의 급증은 노인보건서비스 비용의 증가를 초래해 국가재정을 더욱 어렵게

하였는데, 각국은 국가 지출규모를 줄이기 위해 보건정책과 사회서비스 정책의 방향을 전환해야하는 시점에 놓이게 되었으며, 그 결과 지역사회보호가 공식적인 정책과제로 대두하였다. 이때 케어의 전반적인 계획을 관리하면서 다양한 서비스 및 비공식적 지지를 조정하는 케어 관리자가 효과적인 서비스전달을 최대화하면서 동시에 비용을 절감하는 수단으로 인식되었다.

탈 시설화. 1960년대부터 대규모시설이 수용자들을 외부 생활로부터 차단·격리하여 강제적으로 규격화되고 통제된 생활을 하게 하여 개인의 개별성을 말살시킬 뿐만 아니라 끊임없는 자기비하와 굴욕감을 겪게 한다는 많은 연구결과들이 제시되었고, 폐쇄적 통제방법에 대한 비판적 인식은 사회로부터의 격리가 아닌 사회 안에서 진료 및 재활체계를 수립해야한다는 지역사회 정신건강운동을 태동시켰다. 미국과 영국의 경우, 정신질환과 정신장애를 지닌 사람들은 주립 정신병원에서 지역사회내의 일반병원으로 이송되었고 노인들 또한 많은 수가 시설에서 퇴소했으나, 퇴소한 환자들을 위해 이 기간 동안 많은 지역사회 기반 서비스가 개발되었음에도 불구하고 그들의 다중적인 욕구가 지역사회 내에서 잘 충족되지 못한다는 문제점이 제기되었다.

서비스의 단편화. 1960년대와 1970년대는 서비스 프로그램이 급속도로 증가한 시기로 서비스의 이용가능성은 증대되었지만 서비스 전달체계는 오히려 복잡해졌으며, 심지어 조정되지 않은 채 서비스가 중복적으로 제공되었다. 미국의 경우 1970년대 초반에 보건, 교육, 복지부 사이의 서비스 조정필요성을 인식하고 법적인 변화를 도모함과 동시에 케어매니저로 하여금 서비스 통합프로그램을 책임지도록 하였다. 영국은 1980년대 중반, Griffith 보고서에 기초하여 지금까지 상이한 부서가 책임지고 있던 정신질환자, 신체 및 정신장애인, 노인 등 세부류의 대상자를 모두 지역사회 케어매니저 한사람의 책임 하에 두게 하여 보다 효과적이고도 경제적인 서비스 제공을 권고하였다.

사회적 환경에 대한 인식의 변화. 1970년대는 사회적 지원체계와

지원망의 중요성이 크게 부각된 시기이며, 사회적 환경에 대한 관심으로 사회적 지지망의 개발과 연결이 중요한 개입기법으로 등장하게 되었으며, 그 결과 대인서비스 체계 내에서 대상자 개인의 사회적 관계망을 통해 제공되는 비공식적 지지와 공식적 서비스를 통합시켜주는 적절한 기제의 필요성이 커졌다.

복지체제의 변화. 공급중심에서 욕구중심으로, 서비스와 시설에 대한 강조에서 시설에 대한 강조의 감소, 공공복지 모델에서 혼합경제모델, 중앙정부 차원의 보건서비스에서 지방정부가 제공하는 서비스로의 복지 및 서비스 체제의 변화로 인해 이러한 복지체계 및 대인적 사회서비스의 변화에 부응하여 전문적인 실천부문에서 등장한 구체적인 실천양태가 케어매니지먼트이다. 이는 치료(cure)보다는 케어에 대한 요구가 증대하기 시작하자 지역사회보호의 새로운 실천방법으로서 케어매니지먼트가 포괄적이고도 융통성 있는 장기적 보호체계의 핵심요소로 등장하게 된 것이다.

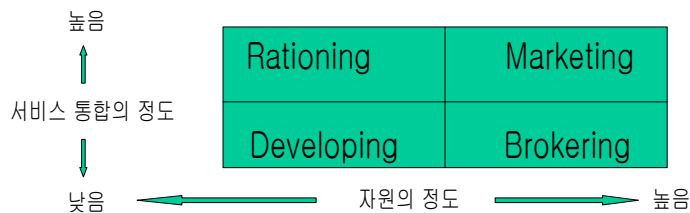
케어매니지먼트 모델

케어매니저의 역할을 규명하기 위해서는 우선적으로 관련 모델을 검토할 필요가 있다. 케어매니지먼트는 기능, 자원, 일의 성격에 따라 다음과 같이 몇 가지 특징적인 유형으로 분류된다.

기능에 따른 분류. Rose(1980)는 다양한 케어매니지먼트 모델을 고유기능에 따라 minimal model(대상자 발견, 사정, 계획, 의뢰), coordination model(대상자 발견, 사정, 계획, 대상자 옹호, 지지체계 개발, 재사정), comprehensive model(대상자 발견, 사정, 계획, 의뢰, 대상자 옹호, 지지체계 개발, 재사정, 자원개발옹호, 서비스질 평가, 공공교육, 위기개입)의 세 가지로 구분했다. 그와 같은 유형 구분은 comprehensive model이 가장 효과적임을 제안하기 위함이라기보다 케어매니지먼트 수행에서 고려할 수 있는 다양한 선택의 여지를 보여 주려는 의도에서 시도되었다 [(장인협·우국희, 2003)에서 인용].

자원의 보유정도와 서비스 통합정도에 따른 분류. Moore(1992)는 지역사회의 자원 보유정도와 지역사회 내의 서비스 통합정도에 따라 케어매니지먼트 기능이 달라진다고 했다. 자원도 많고 서비스 통합의 정도가 높을 경우 케어매니지먼트는 대상자의 욕구에 어떤 자원이 가장 적절한지를 찾아 연결하는 역할이 주가 된다. 여기서 Moore의 마케팅 개념은 시장경제원리에서 서비스 판매가 아니라 욕구에 맞는 서비스를 선택해서 연결시킨다는 의미를 함축하고 있다. 다음으로 자원은 희소하지만 서비스 통합정도가 높은 경우 자원을 가장 효율적으로 할당하는 역할이 중요하다. 한편 자원은 충분한데 서비스 통합정도가 낮은 경우 다양한 서비스 제공자로부터의 서비스를 대상자에게 중개하는 역할이 부각된다. 마지막으로 자원과 서비스 통합수준이 모두 낮은 경우 자원을 개발해서 조정하는 기능이 중요하다 ([그림 1] 참조). 이러한 Moore(1992)의 분류는 해당기관, 해당 지역사회의 특성에 맞는 적절한 케어매니지먼트 모델의 개발을 촉구한다는 점에서 의미가 있을 뿐만 아니라, 케어매니지먼트는 이미 자원이 충분히 확보된 곳뿐만 아니라 자원이 없고 서비스 통합의 정도가 낮은 곳에서도 가능하다는 것을 제시하고 있다.

자원의 통제정도에 따른 분류. 케어매니지먼트는 전문적 실천가가 서비스 할당(자원의 구매 및 예산)에 대해 어느 정도 직접적인 통제를 할 수 있는가에 따라 중개모델과 서비스관리모델로 분류된다.



[그림 1] 서비스 전달과 케어매니지먼트 기능

노인요양보장제도

① 중개모델(Brokering model): 케어매니저는 대상자를 제공자에게 의뢰하고 추적하는 중개자로서 기능할 뿐 서비스 구매에 대한 직접적인 통제권이 없다. 단지 기존의 프로그램을 통해 제공될 수 있는 서비스나 자원만을 연결할 수 있을 뿐이다. 예산, 프로그램 할당케이스, 실친가에게 할당된 케이스 등이 거의 고정되어 있어 아웃리치를 통한 대상자 발굴은 매우 제한된다. 이 모델에서는 스크리닝, 사정이 다른 사람에 의해 수행되기도 하며, 케어매니저가 직접서비스를 제공하지 않을 수도 있다.

② 서비스 관리모델(Service management model): 케어매니저는 대상자에게 제공할 서비스 구매를 위해 자금원에 직접 접근할 수 있다. 케어매니저는 예산 및 구매에 대한 통제권을 갖고 있기 때문에 다양한 서비스를 계획할 수 있다. 이 모델의 결정적인 특징은 케어매니저가 서비스를 구매할 권한을 갖는다는 것이다. 이 모델은 다시 순수한 행정 직원이 이 권한을 갖느냐, 아니면 전문적 실친가가 이 권한을 위임받느냐에 따라 <표 1>처럼 행정가형과 사회적 기업가형 모델로 분류할 수 있다.

<표 1> 서비스관리모델의 두 유형

	행정가형		사회적 기업가형	
	장점	단점	장점	단점
대상자	조정 효율성 명확한 책임소재	이용자와의 관계결핍 총체적 사정이 어려움 신체적·심리적 욕구를 분리할 위험 독립된 결정의 어려움	보다 폭넓은 선택 보다 적절한 보호패키지 마련	서비스 구매와 옹호기능간의 잠재적 갈등소지
기관	직원의 비용 효과적 이용 전문적 직원이 행정 업무 부담 에서 벗어남	행정직원과 전문직원 간의 신뢰성확립의 어려움 관료주의화의 위험 부적절한 서비스 제공의 가능성 수퍼비전의 수준이 높아야함	보다 비용 효과적인 자원할당 보다 반응적인 서비스 체계	구매자와 서비스 제공자의 분리 전문가들 저항의 잠재보다 전문적인 교육, 훈련 필요

케어매니지먼트 범위

사례관리의 범위를 이해하기 위해서는 어느 곳에서 care setting이 이루어지는가를 알아보는 것이 중요하며, 여러 유형 중 적절한 모델의 선택은 질적인 대상자 간호, 조직, 이용 가능한 자원, 기대되는 목적에 의해 결정된다. 그 setting에 따른 분류는 다음과 같다.

Hospital-based/Acute care models. 이 모델은 사례관리가 주로 병원에서 이루어지거나 대상자가 급성질환이 있을 때 시행되는 것으로서 케어매니저 직위가 어떤지에 따라 다음과 같이 분류할 수 있다.

① primary nurse case management: 케어매니저가 staff nurse이거나 primary nurse이며, 활력징후, 정맥 내 투여, 환자/보호자 교육과 같은 직접적인 간호뿐만 아니라 자원 활용과 조정, 퇴원계획, 자원이용에 대한 모니터, 결과 관리 등 간접적인 간호기능에 대한 책임을 진다. 이 모델에서 모든 환자가 사례관리의 대상자가 된다.

② advanced practice case management: 케어매니저가 고급학위를 가진 RN, CNS 혹은 nurse practitioner가 되며, 케어매니저는 주로 직접적인 간호보다는 care의 연속성에 초점을 두는 활동에 중점을 두며, 결과관리(outcome management)와 연구와 같은 advanced care에 많은 중점을 둔다. 퇴원 후에도 대상자를 지속적으로 관리하면서 care regimen을 잘 따르게 하며, 좀 더 긍정적인 임상결과를 얻을 수 있다.

③ social work case management: 케어매니저의 역할을 사회사업가가 담당하는 모델을 의미하며 주로 사회적, 재정적, 퇴원계획에 중점을 두고 활동한다. 이 모델은 환자의 요구가 임상적인 것 보다는 재정적 혹은 사회적 이슈와 관련이 있는 outpatient setting에 효과적이며, 환자의 생활형태, 활동, 관심, 가족지지, 거주 환경 등에 대한 평가를 포함한 사회사정과 환자의 정신 상태에 대한 평가(알코올, 담배, 약물, 정신질환력 등)와 같은 심리적 사정을 포함한다.

Outpatient case management model. 외래환자 사례관리에 두 가지 유형으로 나누어진다.

① Home care: 급성의 care setting에서의 사례관리와 같은 목표로 진행되며 케어매니저는 저비용으로 질적인 간호제공을 위해 health care team의 구성원들을 지도한다. home care manager는 대상자가 적절한 서비스를 받고 있는지와 기대되는 결과가 나타나는지를 보기 위해 가정방문을 하며, 그 방문기간 동안 케어매니저는 대상자를 의사나 다른 건강간호제공자에게 의뢰를 보내고 반대로 hospital-based care manager로부터 대상자를 의뢰받는다.

② Community-based: 이 모델은 주로 1차 간호와 예방에 초점을 두며, 지역사회 기반을 둔 프로그램이 대상자의 건강, 사회, 교육, 직업, 레크레이션 요구와 상호관련을 가지게 된다. 이 사례관리의 목표는 지역사회자원의 이용을 통해 안녕수준을 최대화하기 위해 각 개인을 지지하고 힘을 북돋아주는 것이다. 공식적, 비공식적 기전이 사례관리서비스를 제공하기 위해 이용되며, 모든 care는 간헐적이 아니라 지속적이어야 한다. community-based care manager는 지속적인 교육과 지지를 통해 대상자 질병의 악화와 재입원율을 감소시킨다.

System models. 이 모델은 사례관리가 연속선을 따라 지속적으로 수행되기 위해 개발된 것으로서 care의 연속성은 건강, 정신건강, 사회적 서비스의 광범위한 배열을 통해 대상자를 안내할 수 있는 통합적인 대상자중심의 시스템으로 정의를 내릴 수 있다. 케어매니저는 7가지 access points(primary, ambulatory, acute, tertiary, home, long-term, hospice care)중 한 곳에서 대상자를 할당받게 된다. 주로 케어매니저는 대상자가 건강간호 연속선에서 어느 곳에 있든지 간에 책임을 지며, primary care manager는 대상자가 현재에 위치해 있는 setting에서의 care manager와 의사소통할 수 있다.

Chronic care case management. 이 모델의 주요 대상자는 frail elderly, 뇌졸중, 사고피해자, 정신허약자, 선천적 이상을 가진 어린이와 영아가 되며, 만성질환을 가진 대상자는 급성간호에서부터 사회서비스, 정신건강, 가정간호, 아 급성간호에 이르기까지 넓은 범위의 서비스에 접근하게 된다. 만성질환 위험이 높은 집단은 frail elderly이

며, 이 집단은 복잡한 건강요구와 잠재적인 신체적 혹은 사회적 복잡성을 지니고 있기 때문에 다 학제적 접근이 필요하다.

Long-term care case management. 이 모델은 long-term care setting에서 대상자 결과를 개선시킬 뿐만 아니라 간호제공자의 직무 만족을 향상시키기 위한 기전으로 이용되며, 케어매니저는 주로 시설에서 근무하는 간호사가 되며 간호사가 부족하면 LPN이 그 역할을 대신한다. 케어매니저는 거주자의 건강진행사항에 따른 지속적인 모니터링과 평가를 시행하고 건강진행사항은 대상자의 의학적 문제, 기능, 사회지지, 심리사회적 안녕에 대한 사정으로 측정된다.

Managed care model. Managed care란 건강관리 전달체계를 재조직화한 하나의 기업 경영적 틀로 비용절감을 위한 인센티브의 제공과 시장경제원칙을 기반으로 한 건강관리 서비스이며, 케어매니저가 다양한 기능을 수행하기 위해 고용된다. 한편, 건강관리에 대한 접근성과 질이 향상됨에 따라 건강관리 서비스의 제공으로 인한 국가적인 지출이 급격히 증가되어, 최근 건강관리 체계 개혁의 주요 초점은 비용절감(cost-containment)으로써 보건의료 서비스 질은 유지하면서 비용절감 효과를 창출하기 위한 방편으로 1980년대부터 Managed care 개념을 도입하여 적용하기 시작하였다. 미국에서 Managed care는 건강재정과 서비스 전달체계를 통합한 형태로 급속도로 확산되어 1996년 미국 직장인들의 75%가 HMO(health maintenance organization)나 Preferred provider organization 또는 Point of service plan에 가입하고 있다 (Jenson, Morrissey, Graffney, & Liston, 1997).

케어매니저(care manager) 철학 및 이념

사례관리의 핵심구성요소인 케어매니저의 역할은 매우 중요하다. 특히 일본에서는 16개의 실무표준을 만들어 케어매니저가 자신의 업무를 적절히 수행하도록 돕고 있는데 주요 골자는 케어매니저가 케어매니지먼트의 주요 역할을 담당하고, 대상자의 욕구사정과 이용 가능

한 서비스 자원의 활용, 케어플랜 작성, 조정자 역할, 다른 관련 전문가의 의견수렴 및 자문, 대상자와 그의 가족에 대한 자세 등에 관한 내용이 포함되어있다 (厚生勞働性, 2004).

미국에서는 다른 전문직의 선택과정과 마찬가지로 GCM(geriatric care manager) 선택과정도 그들의 인격과 서비스를 노인이 얼마나 편안하게 느낄 수 있는지 뿐만 아니라 전문적인 지위와 경험을 책임질 수 있는가에 따라 결정하게 된다. 비록 GCM에 대한 공식 면허과정 없이도 “National Association of Professional Geriatric Care Managers”는 GCM을 위한 질적인 면의 기준과 윤리강령을 마련하고 있다. 또 그 단체는 능력 있는 서비스 제공자에 의한 상담, 치료와 구체적인 서비스 전달을 통한 사회적, 심리적 건강간호의 발달과 증진을 목표로 하는 전문 practitioner 단체이다. 이 단체의 실무표준과 윤리강령의 주요내용으로는 GCM은 교육, 옹호, 전문적인 실무표준을 통해 노인과 가족을 위한 질적인 간호를 수행하기 위해 최선을 다해 일해야 한다는 내용이 포함되어있다. 또한 모든 구성원들은 GCM으로서의 권리와 의무를 지니고 있으며, 전문적인 활동과 관련한 중대한 과실이 없어야 하며, 과실이 있는 경우 회원으로서의 권리와 특권이 사건이 해결될 때 까지 보류될 수 있다는 내용을 명시하고 있다. 또한 구성원들은 자신의 상황에 대해 단체에 즉시 보고해야하는 의무를 지니고 있다. 단체의 실무표준이나 윤리강령의 개정은 투표를 통해 대다수 구성원들이 찬성할 경우에 시행할 수 있도록 하고 있다.

이 단체의 회원이 되기 위해서는 노인대상자가 있는 실무에서 최소 2년간의 실무를 경험하면서 간호학이나 사회복지분야에서 전문적인 학위를 가지고 있는 케어매니저를 회원으로 등록하여 관리하고 있으며 (www.caremanager.org), 유능한 케어매니저가 되기 위한 요건을 종합하여 요약하면 다음과 같다.

① 인격적인 자질: 개성에 근거한 에너지, 최고를 추구하는 의욕, 자기 동기화 및 주도성, 열성, 긍정적이며 낙천적임, 창의적이고 혁신적임, 지속적이며 확고함, 철저하나 강박적이지 않음.

② 가치: 윤리적이고 도덕적임, 정직하며 신뢰할 만함, 비심판적이며 수용적임, 공정함, 헌신적이며 충성스러움, 공손함.

③ 대인관계 기술: 민감하며 이해심이 많음, 보살피려 하며 온정적임, 온화하며 품위 있음, 자기 인식과 고른 균형을 유지함, 유머 감각이 있고 재미있음, 말이 잘 통함, 자신감이 있음.

④ 인지 기술: 창의적이고 수평적 사고를 지향함, 분석적이며 문제 해결 지향적임, 조직적이고 체계적임, 논리적이며 명료함, 융통성이 있으나 일의 추진에는 단호함.

⑤ 기초 지식: 육체와 정신에 관한 지식, 장애에 관한 지식, 사정 방법에 관한 지식, 지역사회 자원에 관한 지식, 기관의 조직과 행정 절차에 관한 지식, 집단 활동의 과정에 관한 지식, 상담 기법에 관한 지식, 특정 분야의 실천에 관한 지식.

케어매니저 역할

케어매니저의 역할은 각각의 모델에 따라 차이가 있지만 공통적인 역할을 검토하면 다음과 같다. 케어매니저는 대상자의 욕구를 사정하며, 적절한 서비스, 기회 또는 급여를 확인하고, 포괄적인 서비스 계획을 개발하며, 대상자의 서비스 접근과 이용을 위한 옹호(advocacy)를 제공하고, 적절하고 효과적인 서비스 전달을 점검·평가하고, 대상자와 가족을 교육하며, 대상자의 욕구를 충족시키도록 업무를 수행한다. 즉, 이것은 대인서비스, 기회 또는 급여의 조정을 증진시키는 대상자 수준의 전략으로서 서비스의 통합과 보호의 연속성을 달성하는 것을 목적으로 한다. 이를 위하여 케어매니저는 대상자에게 접근성과 책임성을 보장하면서 그들이 적절하게 조정된 연속적인 보호를 받을 수 있도록 하기 위해 옹호자, 퇴원계획자, 촉진자, 자원관리자, 손실-이득 분석가, 협상가, 임상전문가, 비평적사고자, 문제해결자, 다 학제간 대상자 돌봄 촉진자, 관리자, 갈등 해결자, 위기 중재/슬픔 상담자, 계획자, 평가자, 교육자, 지도감독자, 행정가 등의 역할을 수행한다.

외국의 현황

케어매니저의 본격적인 도입은 미국에서 출발하여 영국, 일본 등으

로 확산되었고, 각 나라마다 제도와 행정의 특수한 여건에 따라 케어매니저의 역할 및 교육이 다양하게 전개되어져 왔다. 케어매니저 제도가 시행된 대표적인 국가들의 현황을 살펴보자.

미 국

케어매니지먼트 활동은 1900년대 시작했으나, Care Manager란 용어는 1970년대 Medicaid와 Medicare제도가 도입되면서 본격적으로 사용되었다. 이 제도의 원활한 운용을 위해서는 저소득층, 정신지체, 노인을 대상으로 서비스를 조정하고 촉진 및 평가할 수 있는 케어매니저가 필요하게 되었다. 당시 보건교육 복지부(Department of Health, Education & Welfare)는 서비스 통합프로그램을 증진시키기 위한 일련의 시범사업을 지원하였으며, 정신보건분야에서 시작된 대부분의 시범사업에서 서비스 조정을 담당할 케어매니저의 필요성 때문에 케어매니저는 보건복지 통합 서비스 모델에서 개인의 욕구에 적합한 서비스를 고안해 나가는 전문가로서 활동하게 되었다.

한편 건강관리에 대한 접근성과 질이 향상됨에 따라 건강관리 서비스의 제공으로 인한 국가적 지출이 급증하여, 최근 건강관리 체계 개혁의 주요 초점은 보건의료 서비스의 질을 유지하면서 비용절감의 효과를 창출하기 위한 방편으로 1980년대부터 Managed care 개념을 도입하여 적용하였다. 미국에서 Managed care는 건강재정과 서비스 전달체계를 통합한 형태로 급속도로 확산되고 있는데, Medicare나 Medicaid 해당자들의 가입도 점점 증가해 1997년에는 medicare 해당자의 15%와 medicaid 해당자의 48%가 managed care 보험에 가입한 것으로 보고되었고, 미래 건강관리 시장을 주도할 것으로 예측되고 있다 (HCFA, 1997).

Kersbergen(2000)는 “Managed care란 건강관리 전달체계를 재조직화한 하나의 기업경영 틀로 비용절감을 위한 인센티브의 제공과 시장경제원칙을 기반으로 한 의사결정을 통해 건강관리 서비스 자원이용을 통제한 것이 그 초점이다.”고 설명하여 미국의 케어매니지먼트 현주소를 대변하였다. Managed care하에서의 사례관리는 특정사례에

대한 효율적인 자원 활용과 지속적인 관리를 통해 특정기간 내에 기대된 결과에 도달하려는 목적을 추구한다. 사례관리의 가치는 환자가 장기간동안 복잡한 문제를 가지고 내·외과적인 다양한 종류의 서비스를 필요로 할 때(high-risk), 치료비용이 많이 소요될 때(high-cost) 그 중요성이 커진다.

Managed care 하에서는 특별히 교육·훈련된 케어매니저가 환자에게 제공되는 모든 서비스를 모니터하고 조정해야 할 책임이 있다. 케어매니저는 의사나 사회복지사 등의 다른 건강관리 관련 제공자들과 함께 대상자에게 가장 적절하고 비용효과적인 치료환경이 무엇인지를 결정하고 조율한다. 케어매니저는 또한 환자와 그 가족에게 지지와 정보를 제공하며, 환자에게 제공되는 서비스에 대하여 적절성과 효율성에 대한 평가를 주기적으로 검토한다. 케어매니저의 능동적이고 적극적인 관리는 환자치료의 긍정적인 성과를 도출함과 동시에 건강관리비용 절감에 중요한 역할을 하고 있다 (이태화, 2001).

영 국

영국에서는 처음 Kent대학의 PSSRU(the Personal Social Services Research Unit)를 통해 미국의 케이스 매니지먼트 개념이 도입·사용되다가 지역사회 보호가 공식 정책으로 채택되면서, Griffith 보고서에 의해 1989년 정부백서가 발간되었다. 또 서비스 제공과 구매 기능을 분리하여 다양한 서비스 부문간의 경쟁을 유도하였는데, 이러한 변화체제에 적절한 전달체계로서 케어매니지먼트가 제안되었다. 영국은 케이스 매니지먼트(Case management)라는 용어에는 대상자를 관리하는 의미가 있으므로 이를 지양하고 서비스 관리 개념의 케어매니지먼트(Care management)로 일관되게 사용하였다.

사례관리접근을 주축으로 하는 지역사회 중심 서비스제공 모델 개발을 위한 Darlington Community Care Project를 실시했는데, 이 프로젝트의 목표는 인지장애는 없으면서 신체장애가 있는 노인에게 재가서비스를 제공하여 노인들이 집에서 지내도록 하는데 있었다. 재가서비스 제공의 주요 대상 집단은 입원 가능성이 있거나 병원에서 장

노인요양보장제도

기 입원중인 노인을 대상으로 하였으며, 케어매니저는 대상자에게 상담, 조언 및 사회적 지지, 서비스의 연결과 조정을 하였으며, 사회복지사나 간호사 중에서 케어매니저로 선발하여 재가서비스를 제공하는 보조 인력에 대한 통제, 예산 관리도 이들의 업무에 포함시켰다.

일 본

2000년부터 노인복지와 의료제도의 일환으로 개호보험제도를 도입하면서 이용자와 복잡한 서비스 제공체계를 연결하여 이용자가 적절한 서비스를 받을 수 있도록 하는 것에 초점을 두고 케어매니지먼트를 본격적으로 적용하고 있다. 개호보험 제도 도입은 노후의 불안인 개호를 사회전체가 지지하고, 부담과 급부의 관계를 명확히 하며, 고령자에게도 보험료를 징수해 세대간의 공평한 부담을 도모하고, 이용자의 선택으로 보건, 의료, 복지의 종합적인 서비스를 이용하며, 노인의 자립지원을 목적으로 하고 있다. 케어매니저는 개호보험제도에 의해 대상자에게 급부를 제공하기 위해 대상자의 요개호정도 및 상태를 평가하여 등급을 인정하고 이에 따른 서비스 제공계획을 케어매니저가케어플랜을 작성하여 청구하는 절차를 밟고 있다. 개호보험제도내에서의 이용 가능한 서비스 내용을 살펴보면, 재택서비스(홈 헬퍼, 방문목욕, 방문간호, 방문 재활, 주간보호, 단기생활개호, 단기요양개호, 주택개선, 복지용구대여, 구입비의 지급, 거택요양관리지도, 치매성고령자 그룹홈, 특정시설 입소개호)와 시설서비스(특별양호노인홈, 노인보건시설, 개호요양형의료시설)가 있다.

개호보험시설(특별양호노인홈, 노인보건시설, 요양병상 등) 및 거택개호지원사업자(케어플랜 작성기관)는 케어매니저를 배치하여야하며, 지정재택개호지원사업소당 상근자 1명 이상을 배치하고 상근 케어매니저의 배치기준은 이용자수 50명당 1명을 표준으로 하고 있다. 2001년 일본 개호보험서비스에서 케어매니저 1인당 관리하는 대상자 수는 시설은 65.0명, 재가 대상자는 45.3명을 관리하는 것으로 나타났다(공적노인요양보장추진기획단, 2004). 일본은 케어매니저를 국가자격시험을 통해 배출하고 있으며, 자격시험은 1998년부터 지금까지 6회 실시

하여 모두 30여 만 명을 배출했다 (厚生労働省, 2004). 직종별 합격자를 살펴보면, 간호사 및 준간호사가 37.5%로 가장 많으며, 그 다음으로 개호복지사 및 사회복지사가 약 24%, 보건사 6.6%, 의사 및 치과 의사 5.7%, 약제사 5.3%, 영양사 2.2%, 치과위생사 2.0% 등이었다. 일본 케어매니저 시험의 합격률은 약 30-40%이다.

일본에서의 케어매니저의 지원자격으로는 사회복지사, 정신보건복지사, 개호복지사, 간호사, 보건사, 조산사, 이학요법사, 작업요법사 등의 다양한 직종의 사람들이 후생성에서 시행하는 시험에 합격하면 일정기간의 실무연수를 거쳐 자격을 수여받고 있다. 이 제도가 시행된 지 4년이 지난 현재 많은 문제점들이 제기되고 있으며, 그중 특히 대상자의 욕구를 파악하여 케어플랜을 대상자와 함께 작성하는 케어매니저의 역량과 관련된 문제들이 많이 노출되어 이들의 역량을 높이기 위한 과제를 지니고 있다 (Shirasawa, 2004).

우리나라 노인요양보장제도 시범사업과 케어매니저 역할

우리나라 노인요양보장제도 시범사업에서의 케어매니저(가칭: 요양 관리요원)의 역할도 대상자의 욕구를 사정·계획하여 가장 적절한 서비스가 비용 효과적으로 수행되도록 조정·감독·평가의 역할을 하고자 노력한다는 측면에서는 앞에서 제시한 케어매니저 기본 역할에서 크게 벗어나지 않는다. 그러나 지역사회에 기반을 둔 서비스를 체계적으로 지원하고 복합적 욕구를 가진 대상자에 대한 포괄적, 총체적, 장기적 보호 서비스 제공만이 아니라 서비스 창출이라는 전문적 활동을 하기 위해서는 지속적인 관련 분야 전문가의 노력이 필요할 것이다. 노인요양보장제도 시범사업에서의 케어매니저의 역할을 [그림 2]처럼 단계별로 다음과 같이 간략히 기술해본다 (보건복지부, 2005. 8.).

요양 대상자의 욕구 사정

① 목적: 요양인정자의 신체적, 정신, 인지적, 사회, 환경적 기능 상태를 포괄적으로 파악하여 개인의 욕구 및 문제를 객관적으로 분석한다. 분석 결과를 토대로 대상자 및 가족과 함께 목표를 명확히 함과

③ 조사원: 정확한 조사를 위해 요양관리요원과 동 양성교육을 이수한 공단 직원 등 2인 1조로 구성한다.

④ 조사내용: 신체적, 정신적 건강상태, 일상생활 동작 능력, 인지·정신적 기능, 심리·사회적 기능, 가족의 욕구, 사회 경제적 상황 및 주거 환경, 지원 서비스 내용, 요양 인정자와 가족이 직면하고 있는 문제 등을 포괄적으로 조사한다.

요양 서비스 계획 작성

① 작성 대상: 욕구 사정이 완료된 재가 서비스 대상자를 말하며, 시설 입소 대상자는 시설의 자체 전문 인력이 작성하도록 권유한다.

② 작성 방향: 전 단계에서 실시한 포괄적인 사정을 기반으로 욕구 우선 및 서비스 이용자 주도 원칙을 지향하고, 요양인정자와 그 가족 등의 비공식적 수발자도 서비스 계획 과정에 참여시키며, 요양인정자가 해결해야 할 과제의 방향과 목표를 명확히 하며, 요양인정자의 한계나 능력·장점 등을 토대로 지원 목표 하에 서비스 제공의 우선순위를 종합적으로 결정하고, 제도 내에서 제공하는 공식 서비스와 지역사회에서 이용 가능한 보건·의료·복지 서비스 등 비공식 서비스를 모두 포함시키며, 요양인정자와 그 가족, 케어매니저, 서비스 제공자가 팀이라는 인식을 갖고, 각기 책임을 명확히 하여 통합적 서비스 제공을 지향하며, 요양인정자와 그 가족의 비용부담액 등 경제 상황을 고려하여 서비스 종류별 제공 빈도, 횟수, 비용을 명확히 하며, 서비스가 계획대로 제공되고 있는지 등 효과측정을 용이한 방향으로 작성한다.

서비스 조정 및 계약 지원

① 방문 간병/수발 서비스: 서비스 제공자(요양보호사)가 요양인정자의 거주지를 방문하여 신체 수발(개인위생, 옷 갈아입히기, 목욕하기, 배설보조, 식사보조, 체위변경, 이동, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용하기 등) 또는 일상 생활지원(가사 지원, 개인 활동, 정서지원 등) 서비스 등을 제공한다.

② 주간보호 서비스(노인복지법 제38조 제1항 제2호): 요양인정자를 낮 시간 동안 시설에서 보호하는 서비스로 사례관리를 통해 신체

노인요양보장제도

수발 및 일상 동작 훈련 등 심신기능을 유지·향상시키기 위한 서비스를 제공한다.

③ 단기보호 서비스(노인복지법 제38조 제1항 제3호): 요양 서비스 제공자가 요양인정자를 일정 기간 동안 시설에서 보호하는 서비스로 사례관리를 통해 목욕, 식사, 개인위생 등 일상생활에 필요한 요양 서비스를 제공(이용기간은 45일 이내를 원칙으로 하되, 연간 90일 이내로 제한함)한다.

④ 방문간호 서비스(시범사업 실시계획에 의함): 기본간호로는 요양인정자의 신체 사정, 활력증후 측정, 체위 변경, 개인위생 관리, 온·냉찜질 등이 있고, 요양관련 서비스로는 알코올 마사지, 상처관리, 감염관리, 배뇨관리, 배변 관리, 욕창예방 관리, 통증 관리, 마비환자 관리 등이 있다.

⑤ 요양 서비스 계획 작성 서비스: 시범 사업 지역 국민건강보험공단 지사(시범 사업 운영팀) 소속 요양관리요원이 요양인정자의 심신상태, 가정형편, 가족 상황 등 욕구 사정 결과에 따라 요양 서비스 계획을 작성하고, 서비스 종류나 내용 등을 명시한 월간 단위의 요양 서비스를 계획을 작성한다.

서비스 모니터링 및 평가

① 요양 서비스의 효율성, 계속성 등을 보장하기 위해 서비스 제공과정 및 결과(서비스 질)에 대한 모니터링을 실시한다.

② 요양 서비스 제공의 장·단기 목표를 달성하기 위하여 모니터링 결과를 반영하여 요양 서비스 계획의 수정·보완을 실시한다.

참 고 문 헌

공적노인요양보장추진기획단 (2004). *공적노인요양보장체계개발연구*

(I). 보건사회부 공적노인요양보장추진기획단.

보건복지부 (2003). *공적노인요양보장제도 추진 기본 방향 및 기획단 설치·운영계획(안)*. 보건복지부 노인보건과.

- 보건복지부 (2005. 8). 노인요양보장제도 시범사업 요양 서비스 지원관리 체계 세부운영지침. 보건복지부 노인요양보장과.
- 이태화 (2001). Managed care: 간호에 미치는 영향. *간호학탐구*, 10 (1), 7-19.
- 장인협 · 우국희 (2003). *케어 · 케이스 매니지먼트*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 통계청 (2003). *고령자 통계*.
- 厚生労働省 (2004). *介護保険制度*. 日本 厚生労働省.
- Cooper, S. (1997). Role and function within managed care organizations: Opportunities for nurse. *Seminars for Nurse Managers*, 5 (3), 129-132.
- HCFA (Health Care Financing Administration) (November 20, 1997). *Managed care in medicare and medicaid* (Fact Sheet). Baltimore: The Author.
- Jenson, G., Morrissey, M., Graffney, S., & Liston, D. (1997). The new dominance of managed care: Insurance trends in the 1990s. *Health Affairs*, 16, 125-136.
- Kersbergen, A. (2000). Managed care shifts health care from an altruistic model to a business framework. *Nursing & Health Care perspectives*, 21 (2), 81-83.
- Moore, S. (1992). Case management and the integration of services: How service delivery systems shape case management. *Social Work*, 7 (5), 18-42.
- Shirasawa, M. (2004). *International trends and issues*. 대구한의대학교 NURI 사업단 & 삼육대학교 수도권특성화 사업단 국제학술세미나 자료집.
- <http://www.caremanager.org>

(원고접수일: 2005년 9월 30일)

(수정원고접수일: 2005년 10월 28일)

(원고게재승인일: 2005년 11월 22일)