

장기요양보험제도에 따른 케어 매니지먼트에 관한 고찰

손 용 진

부산가톨릭대학교 노인요양관리학과

(요약) 2008년부터 장기요양보험제도 실시로 우리나라도 시설 및 재가서비스가 확충되는 계기를 맞이하게 되었는데, 그동안 공공부조 대상자 중심으로 제공되던 장기요양급여가 보험적 사고가 발생할 때 중산층을 포함한 모든 피보험자에게 적용된다. 아직 우리나라 노인인구 비율이 높지 않아서 복지정책의 책임을 국가가 대신함으로써 도덕적 해이, 무임승차 현상, 가족보호체계의 와해 등으로 시행시기가 이르다고 보는 입장도 있지만, 국민들은 급속한 고령화 속도, 만성질환으로 인한 사회적 입원으로 의료비 상승, 핵가족화, 노인학대, 여성의 사회활동 확대에 의한 가정보호체계의 한계점, 중산·서민층의 시설입소 비용부담 과중 등으로 그 필요성을 인정하고 있다. 장기요양보험은 의료·보건·복지의 통합된 서비스이므로 이를 연계해 줄 케어매니지먼트의 역할이 중요하다. 본고에서는 케어매니지먼트의 이념, 등장배경, 의사소통 기술 등을 비롯하여 우리 실정에 맞는 노년기 기능평가를 위한 도구개발의 시급함을 지적하였으며, 장기요양제도 정착을 위한 정책적 제언으로 현금급여의 도입 및 연령이 아니라 기능 상태에 의한 급여제공의 필요성을 지적했다.

[Key words: 장기요양보험, 케어 매니지먼트, 평가판정척도]

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 609-757 부산광역시 금정구 부곡3동 9번지 부산가톨릭대학교 노인요양관리학과 손용진 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 yongjins@cup.ac.kr입니다.

서 론

장기요양보험에서 케어 매니지먼트(care management)는 연계(linkage), 중재(broker), 및 대변(advocacy) 등의 역할이 요구된다. 이러한 대상자의 권익을 보호하는 측면이 강하지만, 한정된 공적자원을 효율적으로 사용하기 위한 통제(control)역할도 하게 된다. 이제 우리나라도 공적 및 사적 서비스가 늘어나고 있기 때문에 제도의 복잡성, 욕구의 다양성에 의거하여 전문가로서 케어매니저의 양성이 요구되고 있다. 일본은 개호보험제도 하에 “개호지원전문원”이라 칭하면서 케어매니저의 자격을 개호보험법에 규정하고 있다¹⁾. 케어매니저는 수혜대상자의 욕구를 포괄적으로 평가하여, 이들의 욕구에 적합한 서비스 내용을 계획, 조정, 연결하는 업무를 담당한다. 이때 광범위한 욕구사정(need assessment)이 이루어지는데, 여기에는 기능적, 신체적, 정신적, 감정적, 사회적, 환경적 평가를 포함하게 된다. 또한 제공된 서비스에 대해 지속적인 점검과 재사정 및 재평가가 진행되어야 한다.

현재 우리나라의 경우 국민건강보험관리공단에서 케어 매니지먼트 인력을 선발할 예정이며, 장기요양인정을 위한 평가판정도구를 사용하여 욕구 대상자 집을 방문하여 평가업무를 담당하게 된다. 노년기의 장애는 복합적 원인에 의해 발생하므로 정확한 상태파악을 위해 전문직종들 간의 팀 위커가 요구된다. 케어매니저의 업무는 의사, 간호사, 사회복지사 등의 자격자이면서 일정기간 업무종사 경력이 있는 자에 한해 주어지는데, 이는 보건복지의 전문적 관점에서 포괄적 사정에 의한 총체적 접근이 필요하다. 지금까지 1차나 2차 시범사업에서 사용된 평가판정체계 도구를 보면, 일본개호보험 인정을 위한 욕구사정도구를 거의 그대로 수용하고 있어 향후 시행착오를 통한 많은 수정이 요구되는 부분이다.

1) 일본의 개호지원전문원은 국가자격이 아니라 보건의료인력에 관련된 자격증 소지자가, 소정의 과정을 수료하여 도·도·부·현 지사로부터 수료증을 교부 받을 수 있다. 이들은 개호보험시설, 재가서비스 사업장 등에 고용되어 요개호자와 그 가족에게 재가개호서비스 또는 시설개호서비스를 해당 관청, 재가서비스사업장, 개호보험시설 등과 연락 조정업무를 담당하고 있다 (선현규·임춘식, 2004).

장기요양보험제도와 케어 매니지먼트

케어 매니지먼트는 노인, 아동, 장애인, 정신질환자 등의 수혜자에게 효율적인 서비스 제공을 위해 지역 사회의 자원을 효율적으로 연계해 주는 전문적 실천방법이다. 케어 매니지먼트의 기법은 미국에서 의료비나 공공재의 사용을 억제하기 위해 1970년대 의료제도의 개선을 위해 매니지드 케어(managed care)의 역할을 수행하면서 그 실효성이 더욱 커지게 되었다. 이것은 공적인 재화를 확충했을 때 일반인들이 자신의 필요한 서비스 이상을 사용함으로써 나타나는 도덕적 해이와 무임승차 현상에 대한 공공재 사용을 제한하기 위한 대안이 되고 있다. 이제 우리나라도 정부가 책임지는 사회보험제도로써 공적 장기요양제도를 운영함에 따라 다른 나라에서 제기되었던 서비스의 복잡화에 따른 단편화된(fragmented) 서비스를 연계하여 대상자들에게 효율적인 접근을 해야 할 사례관리자가 필요한 시점이 되었다. 장기요양서비스의 제공으로 인해 케어, 예방 등에 초점을 두는 재가서비스가 확장되는 전기를 맞이하게 되었고, 병원입원, 응급실 이용, 요양시설의 사용 등이 효율적으로 관리될 경우 의료비 상승을 억제할 것으로 기대되고 있다. 고위험 노년인구의 5%~10%가 의료사용의 60%~70%를 차지하는 현실을 생각할 때 매우 중요한 일이다 (Wilber, Allen, Shannon, & Alongi, 2003). 이에 본고에서는 장기요양제도의 당위성, 케어 매니지먼트의 등장배경과 이념, 의사소통 기술, 평가판정도구 개발의 중요성, 장기요양제도에 관한 정책적 제언 등을 다루고자 한다.

공적 장기요양제도의 필요성

고령인구의 증가로 인해 기존의 의료적 모델에 입각한 치료개념은 케어 모델로의 전환이 요구되고 있다 (Kane, 1999). 신체적 의존성이 높은 집단은 현행 급성기적 의료급여 체계에서는 적절한 급여를 제공받을 수가 없지만, 케어 모델에서는 사회적, 심리적, 신체적인 욕구조사를 포괄적으로 해서 지역사회 중심의 사회적 보호체계를 구축해준다. 장기요양보험은 그동안 구분 없이 사용되던 치료, 요양 및 간병을 구분함으로써 국민건강보험체계의 의료비 상승을 낮출 것으로 기대된다. 현재 건강보험의 65세 이상 노인의료비는 전체 의료비에서 차지하

는 비율이 매우 높는데, 즉 노인들의 병원사용 빈도, 평균 입원 일수, 처방약의 양이 젊은 세대와 비교할 때 높아서 의료비 상승의 요인으로 지적되어 왔다.

연령의 증가에 따라 신체적, 정신적 기능은 쇠퇴해지고 타인의 도움을 받아야 할 확률도 높아진다. 장기요양제도는 건강과 질병에 대한 생의학적 시각에서 조망하기보다는 사회 환경의 개선을 통해 삶의 질을 높여 건강의 폭을 확장시켜주는 입장이므로 건강개념을 보건복지적인 요소까지 고려하는 계기가 된다. 일부에서는 공적 장기요양제도를 실시한 그 당시의 독일과 일본의 고령인구 비율을 감안할 때 현재 우리나라의 노인인구의 비율은 그렇게 심각한 수준은 아니므로 아직 이르다고 주장한다 (김영모·김헌진, 2006). 그렇지만 현재 우리나라는 기능적 장애를 가진 고령인구들을 위한 시설 및 재가 사회보호 서비스가 매우 열악하다. 만성질환자의 대다수가 가정 내에서 공적인 지원 체계 없이 지내고 있는 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 생활시설에 노부모를 맡긴다는 것은 아직도 우리의 효 사상에 어긋나는 것으로 간주되고 있다. 실제로 더 이상 가정에서 돌볼 수 없음에도 집에서 모시는데서 오는 많은 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다 (홍선우·손행미, 2007).

장기요양제도는 필요성은 빠른 고령화 속도, 핵가족화와 단독가구의 증가, 여성의 사회적 참여 증가, 노인학대 및 방임 등의 사회문제, 사회화된 입원에 따른 의료비 상승, 그리고 노인세대의 과거 사회적 기여에 대한 보답 등이다. 우리나라의 노인인구 자체 내에서의 고령화도 심각하여 소위 후기고령인구의 증가속도가 매우 빠르게 진행 중이다. 후기고령인구는 급격한 일상생활수행능력(ADL: activities of daily living)을 경험하게 됨에도, 이들 대다수가 수발을 전혀 받지 않고 있는 것으로 나타나 향후 이들을 위한 보호체계가 요구된다 (정경희 외, 2001). 사회통계조사에 따르면, 자녀와 떨어져 살고 있는 노인이 60.1%, 생활비를 노인 본인 및 배우자가 부담하는 경우가 61.3%에 달하여 가족에 의한 노인부양은 기대하기 어렵게 되어서인지, 15세 이상 인구의 10명 중 7명이 향후 늘려야 하는 복지서비스로 ‘노인 돌봄 서비스’를 희망하는 것으로 나타났다. 가구당 가족수는 2.83명(2007년)에

장기요양보험제도와 케어 매니지먼트

서 2.35명(2030년)으로 줄어들고 또 65세 이상 고령가구의 비율은 16.3%(2007년)에서 32.3% (2030년)으로 2배 늘어날 전망이어서 공적 장기요양제도가 더욱 절실해진다 (통계청, 2007).

케어 매니지먼트(care management)의 등장배경

케어 매니지먼트²⁾는 서비스의 단편화(fragmentation), 다원화, 탈시설화, 과도한 복지비 지출에 따른 경제성장의 둔화 등으로 자원의 효율적 분배를 위하여 탄생하게 되었는데 (김만두 1993; 장인협·우국희, 2001), 우리나라도 1990년대에 간호학이나 사회복지학 분야 등으로부터 사용되기 시작했다. 장기요양보호제도 하에서도 케어 매니지먼트의 필요성은 더욱 중요하게 부각되었는데, 그 이유는 만성질환을 지닌 후기노인인구 증가로 인하여 치료(cure)보다 지속적인 관리(management)가 필요하기 때문이다. 케어 매니지먼트의 개념은 지나친 복지지출로 경기를 둔화시킨다는 비판에 대해 자원의 효율적 사용을 위해 1970년대 미국에서 처음으로 논의되기 시작했는데, 그 후 미국의 정신건강연구소 등에서 장기요양시범사업을 실시하여 공공재의 절감에 대한 연구도 활발히 논의되기 시작했다 (장창호, 2001). 케어 매니지먼트 용어 자체는 영국에서 1990년 시행된 국민보건서비스 및 지역사회케어법(National Health Service and Community Care Act)에서 처음으로 언급되면서 사용하게 되었다. 케어 매니지먼트를 통한 욕구의 극대화는 생애 주기에 위기에 처한 복지욕구 대상자이면 누구나 필요할 것이고, 우리나라도 1997년부터 정신보건사회법이 시행되어 정신보건전문요원이 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 케어 매니지먼트를 할 수 있게 되어 있다.

케어 매니지먼트는 생소한 개념이 아니며 사회복지의 초기 역사에서 비롯되었다. 사회사업 전문화를 시도했던 개별사회사업(case work)의 창시자 Mary Ellen Richmond(1861-1928)의 케이스 조정모델이 지

2) 미국에서는 케이스 매니지먼트(case management), 영국, 일본에서는 케어 매니지먼트라고 하며 케어조정(care coordination), 관리된 케어(managed care), 서비스조정(service coordination) 등으로 사용되고 있고, 우리나라에서는 '사례관리'로 많이 사용하고 있다.

금의 케어 매니지먼트의 초기 의미와 같다. 초기 개별사회사업가들은 어려움에 직면한 대상자의 집을 찾아다니면서 우애방문원(friendly visitor)으로 활동했는데, 이들은 케이스 조정을 통해 문제를 가진 개인들에게 자원을 연결시켜 주는 중재적 기능을 담당하였다. 이들이 몸담고 있었던 자선조직협회(Charity Organization Society)나 지역사회복지관의 효시가 되었던 인보관(Settlement House) 등도 욕구 대상자들을 협회나 기관에 등록시켜 대상자를 찾아내어 서비스를 연결시켜 주고, 서비스를 개발하여 중복구호나 구호누락을 방지함으로써 서비스의 효율화를 시도하였다. 하지만 사회복지의 효시가 되고 있는 초기 개별사회사업의 활동과 지금 응용되고 있는 케어 매니지먼트는 보다 복잡해진 전달체계, 다양한 욕구계층의 출현 등의 시대적 요청에 의해 그 모습이 상당히 변했다.

케어 매니지먼트의 개념적 접근

케어 매니지먼트의 용어 자체에 대한 개념적 정의는 여러 가지로 정리할 수 있으나, 본고에서는 복합적인 니드를 지닌 사람들의 기능화와 복지를 위해 공식 및 비공식적 자원과 활동의 네트워크를 조직·조정·유지하는 것으로 정의하고자 한다 (Moxley, 1989). 케어 매니지먼트의 개념적 접근을 생태체계적, 임파워먼트, 및 사회적 지지망 관점에서 논의하고자 한다 (김영숙, 2006; 정순돌, 2006; 장인협 1999; 장창호, 2001).

생태체계적 관점은 인간이 살아가면서 주변 환경과 상호작용을 하는 과정에서 스트레스 등 인간과 환경 사이의 불일치를 경험하게 되며, 문제의 규명과 해결을 단순한 인과관계가 아니라 복잡한 상호교류(transaction)에 초점을 두고 있다. 임파워먼트 관점은 클라이언트의 내·외적 해결능력을 중시하여 능동적인 주체로서 스스로 자립할 수 있도록 케어매니저와 파트너적인 관계를 통해 자립생활을 지원하고자 하는 것이다. 사회적 지지망 관점은 전문가에 의한 공식적인 자원체계보다 가족, 친지, 이웃, 자조집단, 자원봉사집단 등의 비공식적인 연결망을 활용하여 원조 네트워크의 중요성을 강조한다.

생태체계적 관점

초기 사회사업은 프로이드의 심리역동이론에 영향을 받아 문제를 심리내적인 것으로 국한시키는 경향이 있었다. 그러나 이러한 단선론적인 설명에서 벗어나 인간과 환경 간의 상호작용을 중시하기 시작하였다. 생태학과 일반체계이론을 기반으로 하여 파생된 개념이 생태체계적 관점이다. 인간은 사회 환경 속에서 다양하게 상호작용하는 체계 속에서 살고 있다. 생태학은 유기체와 환경 사이의 상호작용 현상을 중시한다. 체계이론은 부분들 간에 관계가 상호의존적이며 상호작용하는 부분들로 구성된 체계를 강조하는 이론이다. 부분들의 집합은 단순한 물리적 집합 그 이상으로 보고 있으며, 이들 간의 상호작용을 일으켜 양방적인 상호교류의 관점을 중시한다.

문제해결의 대상이 되는 클라이언트는 그 자신을 둘러싸고 있는 가족, 집단, 공식적 및 비공식적 지원체계, 광범위한 지역사회와 연계를 맺고 있으며 이들과의 지속적인 상호교류 속에서 존재하고 있다. 따라서 클라이언트와 환경은 서로가 불가분의 관계이며 사회적, 심리적, 문화적 환경을 제대로 파악함으로써 보다 많은 도움을 줄 수 있게 되는 것이다. 전체성의 원칙에 입각하여 클라이언트와 환경을 분리하여 보거나, 클라이언트와 환경을 독립된 요소로서 합산하는 것이 아니며, 클라이언트와 환경을 통합된 하나의 체계로 보기 때문에 신체·심리·사회적 부분은 서로가 영향을 주고받으면서 새로운 형태를 만들어 가며 하나로 통합된 전체로서 기능한다고 본다. 따라서 하위체계 한 부분의 변화나 모습은 다른 하위체계에 영향을 주게 되어 전체 체계에 그 효과가 파급된다. 만성질환으로 외부의 도움이 필요한 노인 가족의 경우를 생태체계적 관점 평가할 수 있을 것이다. 케어 매니저는 만성질환 노인 가족에게 개방체계의 특징을 가질 수 있도록 적극적인 역할을 하여야 한다. 가족체계 내·외부로부터 간병, 의료 정보와 다원을 자유롭게 교환하고 받아들임으로써 긍정적 환류를 유도할 수 있을 것이다. 즉, 가족스트레스의 발생시 대처능력을 발휘하여 가족의 항상성 기능을 유지하게 해야 한다.

임파워먼트 관점

임파워먼트(empowerment)는 힘을 주고, 자신의 삶에 대한 통제력을 갖게 하고, 억압받아온 사람들의 힘을 증진하기 위한 정치적인 의미로서 출발하였다 (최명민, 2007). 장기요양보호 제도 하에서 기능적 장애를 갖고 있는 클라이언트는 자율성을 손실하여 타인의 관점에서 보호체계에 놓이게 되는 경우가 많을 것이다. 수혜자를 수동적인 존재로 취급하여 스스로 해결할 수 있는 문제까지도 보호대상자의 권한 영역에 놓이는 경우가 발생할 수가 있다. 따라서 장기요양서비스는 수혜자의 자율성을 침해할 가능성이 높다.케어매니저는 서비스 수혜자가 지닌 강점이 무엇인지 또 스스로 결정을 내릴 수 있는 영역이 무엇인지 등을 평가하여 임파워먼트 과정을 공유하여야 한다. 욕구 사정, 서비스 계획과 조정 과정에서 수혜자 가족까지 포함하여 협력하여 스스로의 선택권을 실현할 수 있도록 격려하여야 한다. 개인, 집단, 조직들 간의 영역의 연결을 최대화하여 상황에 수동적인 선택을 하는 것이 아니라 스스로 권한을 갖고 도전한다는 힘을 부여하여야 한다. 임파워먼트 관점은 사회체계이론, 자기 결정의 원리, 강점관점 등과 매우 밀접한 관계에 있고 각 영역에서 대상자의 적극적이고 협력적인 참여가 요구된다.

사회적 지지망 관점

사회적 약자로서의 수혜자들은 친숙한 환경에서 보호받을 권리가 있다. 복지재정의 악화로 인해 사회복지서비스의 공급 주체가 다양하게 되었다. 민간차원의 복지자원 발굴 필요성이라는 시대적 변화에 따라 서비스 제공 장소가 시설에서 재가서비스로 이동하게 되었다. 기능장애를 경험하는 수혜자들에게 친숙한 환경에서 늙어가게(aging in place) 함으로서 인간-환경 간의 상호작용과 상호호혜를 활발하게 해 줄 것이다. 사회적 지지는 정서적, 정보, 도구적 지지 등을 포함하며 (장인협, 1999), 사회적 지지망 체계가 높은 수혜자일수록 서비스 지역

장기요양보험제도와 케어 매니지먼트

으로 원활한 이동, 공공시설의 빈번한 이용 등 지역사회와 밀착도와 이용가능성이 높을 것이다. 환경적 사정, 기능적 사정, 사회적 지지망 구축 등은 매우 중요하게 노인들이 지역사회에서 독립적으로 거주할 수 있는 정도를 가늠하게 된다. 케어매니저는 사회적 지지망을 평가하기 위해 생태도(eco-map), 가계도(genomap), 사회적 관계망 격자(social network grid) 등을 사용하여 체계적인 사정이 필요하다 (김영숙, 2006).

평가판정 척도

장기요양보험제도에 해당되는 수혜자 선정은 의료적 도움을 필요로 하는 자가 아니고 일상생활기능 장애여부에 따른 생활자립도에 의해 결정된다. 케어 매니저가 집을 방문하여 주어진 시간 안에 평가판정 용지 내용을 작성했을 때 기능 상태는 ‘악화-안정-회복’의 주기를 반복하고 있기 때문에 어느 정도 일관성과 신뢰성을 갖춘 평가가 될 수 있을지 의문이다. 기능상의 장애 유무는 향후 장기서비스의 향방을 가늠하는 중요한 요소임에도 우리나라의 경우 이에 대한 이론적 접근이나 실증적 연구가 축적되어 있지 않다. 욕구사정(need assessment) 척도가 우리 실정에 맞게 개발되어야 함에도 불구하고 1차와 2차 시범사업에 사용된 척도는 일본 개호보험 판정도구를 거의 그대로 사용하고 있으며³⁾ 2001년 보건사회연구원 조사보고서와 비교할 때 내용이 다르다.

일상생활 활동(ADL) 척도

아침에 자리에서 일어나 화장실 사용, 씻기, 옷 갈아입기, 하루를 계획하기 등은 일상생활에 기초이자 평범한 일들에 불과하다. 나이가 들어감에 따라 생활에 틈새가 보이기 시작하고 이러한 일들이 어려워

3) 우리나라 평가 판정도구는 1차 시범사업의 경우 요양욕구 5영역, 즉, 신체기능(12항목), 인지기능(8항목), 문제행동(10항목), 간호처치 욕구(11항목), 재활욕구(10항목)로 구성되어 있다. 수단적 일상생활능력에 대한 질문은 평가항목에는 들어가지 않지만, 케어플랜을 위해 초기 방문사정 시 조사를 하고 있다.

손 용 진

지기 시작한다. 대상자의 자가 생활능력에 대한 기능적 사정은 독립적인 생활여부를 판단하게 하는 중요한 요소이다. ADL척도는 1960년 개발된 이래 여러 가지 형태로 측정되고 있다 (Katz, Down, Cash, & Grotz, 1970; Mahoney & Barthel, 1965). ADL의 독립성은 지역사회에서 독립적인 생활을 가능하게 하여 요양원 등의 입소를 늦추므로 매우 중요한 요소이다. 즉, ADL의 의존성은 장기요양보호시설의 입소자 수의 증가를 의미하며 보다 많은 사회적 재원의 사용을 말할 것이다 (Tanner, 1998).

우리나라의 1차와 2차 시범사업에서 기능평가 항목은 12가지로 구성되어 있다. 즉, 옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 타거나 앉기, 방밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변 조절하기, 소변 조절하기 항목이다. 각 항목은 ‘완전자립,’ ‘부분도움,’ 및 ‘완전도움’의 세 영역으로 구분하여 각각 채점하도록 되어 있다. 2001년 보건사회연구원이 조사한 보고서에서는 총 7가지 항목이었는데, 보건사회연구원의 ADL척도는 세수하기와 양치질은 머리 감기와 함께 하나의 질문을 형성하고 있다. 또 시범사업에서 3가지 항목(즉, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 타기)은 보건사회연구원에서는 ‘이부자리에 누웠다가 일어나 방문 밖으로 나오기’ 하나의 단일 능력으로 평가하고 있다. 보건사회연구원 조사에서는 대변과 소변을 하나의 질문으로 하여 대소변 조절능력에 관하여 평가하고 있다. 또한 시범사업에서는 응답항목을 ‘자립,’ ‘도움’의 상태로 체크하게 되어 있거나 보건사회조사에서는 각 응답항목이 질적인 서술을 하고 있어 동일한 객관적인 기능상태일지라도 매우 다르게 조사될 가능성이 높다.

평가판정 척도

미국과 일본의 욕구사정 척도

미국의 경우, 공적장기요양제도의 부재로 국가가 공인하는 표준화된 기능상태평가도구는 없다. 그렇지만 그들은 1991년부터 평가도구로

장기요양보험제도와 케어 매니지먼트

RAI(Resident Assessment Instrument)를 주로 사용하고 있는데, 이는 외국에도 널리 번역·사용되고 있다 (전경자 등, 2004). 보건의료재정청(HCFA: Health Care Financing Administration)으로부터 Medicare 급여를 받는 요양시설은 이 도구를 의무적으로 사용하고 있다. RAI는 기초 정보를 그룹으로 평가하는 MDS(Minimum Data Set), 평가결과를 활용하기 위한 재가용(Home Care) CAP(Clinical Assessment Protocol), 및 시설용(Facility Care) RAPs(Resident Assessment Protocols) 등 하위영역으로 구분되어 있으며, 또 자원이용의 효율을 높이기 위한 RUG(Resource Utilization Group)를 포함하고 있다. RUG는 기능상태에 따라 자원 이용량이 비슷한 대상자들을 같은 그룹으로 묶어 컴퓨터가 자동으로 대상자의 중증도(case-mix)를 파악하게 해주는 것인데, 이는 7개의 대분류와 44개의 소분류로 이루어져 있다.

일본의 경우, 욕구사정척도의 이론에 따라 개발된 대표적인 것으로 KOMI차트 시스템을 들 수 있다. KOMI이론은 일본이 21세기에 케어 대국이 된다는 현실에서 출발했는데, 이는 나이팅게일의 간호사상에 입각하여 카나이 교수가 제시되었다 (김병순·윤금희, 2001). KOMI이론에 의하면, 케어복지와 간호는 그 내용이 유사한 면이 많아 이들 간의 합일점을 통해 보다 더 대상자의 욕구에 부응할 수 있다고 본다. 케어는 다섯 가지 척도에서 판단되어야 한다고 강조하는데, 이들은 1) 생명의 유지과정을 촉진하는 원조, 2) 생명체에 해를 주지 않는 원조, 3) 생명력의 소모를 최소로 하는 원조, 4) 생명력의 폭을 넓히는 원조, 5) 가지고 있는 건강한 힘을 활용하고 향상시키는 원조이다.

KOMI이론의 핵심요소는 목적론, 대상론, 방법론, 질병론 등이며, 케어의 목적은 ‘생활원조행위’가 되어야 한다고 본다. 간호와 케어복지는 이념적 기반의 공통성 때문에 공유할 수 있는 업무가 많은데, 원래 간호의 의미는 베드사이드 돌봄이므로 신변처리와 주변의 일상생활을 정돈해주는 케어복지와 그 임무가 같다. 목적론은 개개의 대상자에게 심신이 건강하지 못하거나 손상(장애) 등으로부터 초래되는 일상생활상의 불편, 제한 또는 소모를 제거해 주기 위한 도움을 주는 것이 케어의 목적이라고 한다. 대상론은 케어의 대상은 인간이며 생명이 있다는 것은 그 생명체의 내부에서 신진대사가 이루어지므로 존재하게 된

다는 입장이다.

KOMI이론은 KOMI차트 시스템에 의해 구체화되고 있다. 신체는 세포들이 모여 조직을 형성하고, 세포 하나하나에는 주어진 역할과 활동이 다르며, 또 끊임없는 신진대사 작용과 세포들의 소멸과 재생을 반복하는 현상이 생명과정이다. ‘신체면’을 파악하는 생명과정은 생명을 유지하기 위해 먹고, 마시고, 배설, 수면 등의 과정을 거치는데, 이러한 생명과정을 위한 활동이 바로 생활과정이다. 즉, 생명과정과 생활과정에 의해 대상자의 상태를 파악하고 있는데, 대상자가 가지고 있는 힘(잔존능력)에 눈을 돌리고 또 그 힘을 빌리는 케어의 실현을 중요시하고 있다. 어떤 대상자의 생활상태는 그 사람의 신체, 인식, ‘행동’의 측면을 파악하기 위한 ‘생활과정 평가 차트’를 작성하는 것인데, 즉 이는 5가지 척도 원칙에 입각하여 그랜드 어세스먼트 차트에 서비스 플랜을 작성하는 것이다. 그랜드 어세스먼트는 사령부, 두뇌에 해당되고, 신체, 인식, 행동 상태 파악은 심장에 해당된다는 설명이다.

의사소통 기술

케어 매니저가 서비스신청자의 집을 방문하여 당사자와 가족과의 언어를 사용한 의사소통은 서비스자격 여부와 서비스 계획을 세우기 위한 정보를 수집하기 위해 매우 중요한 기술이다. 의사소통은 개인의 성별, 교육수준, 나이, 사회적 배경 등에 따라서 다르게 인식되는 경우가 많기 때문에 효과적인 의사소통이 이루어지기 위해 여러 가지 주의가 필요하다. 비언어적 언어의 이해와 활용도 필요하며, 이를 위해 특히 적극적인 경청(반응하기) 기술을 습득해야 한다 (장인협·우국희, 2001). 적극적인 경청이란 질문하고 대답을 들어보는 두 가지 방법이 결합된 것으로 대상자가 좀 더 원활하게 자신의 입장을 표현할 수 있도록 격려해주는 일종의 피드백이다. 예를 들면, 대상자의 말을 케어 매니저가 다른 말로 표현하여 대상자가 말한 내용을 다시 듣도록 하면서 실제로 의도했던 내용이었는가를 파악하는 것이다. 그밖에 의사소통을 위한 기술로 간결성, 명확성, 신뢰성, 감정의 확인 등도 익혀야한다.

정책적 제언 및 향후 방향

정부가 2008년 7월부터 시행하기로 되어 있는 노인장기요양보험은 보건, 간호, 재활, 복지 등을 포괄하는 사회적 서비스를 주축으로 하는 사회보험제도이다. 주로 개가복지사업에 급여를 늘여서 불필요한 사회적 입원에 따른 의료적 재화의 손실을 줄여 현행 건강보험급여를 줄이자는 방안이다. 이미 우리나라는 1981년 노인복지법을 통해 생활보호대상자를 중심으로 한 수용(생활)시설의 보호체계에서 재가서비스 중심으로 바뀌었다. 특히 1993년 2차 개정에서 재가노인복지사업의 종류를 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업으로 명시하고 사업실시의 법적 근거를 마련하였다. 이것은 사회복지의 탈시설화정책의 이념에 따라 시설보호에서 재가 및 지역사회보호로 전환하고자 하는 정부의 시책에 의거하여 재가노인복지사업을 구체화하고 그에 대한 정부의 재정지원에 대한 법적 근거를 제공한 데 그 의미가 크다.

그렇지만 유료, 단기 및 주간보호사업이 허가제에서 신고제로 전환되는 등 제도적 뒷받침이 이루어졌음에도 불구하고 수익성이 낮아 민간 유료사업으로서 각광받고 있지 못하다. 역시 현재의 노인복지법에도 장기요양에 관한 내용이 명시되어 있지만, 선언적 의미에 불과하다. 이러한 맥락에서 장기요양보험법은 이러한 법적 근거를 구체화시키는 계기가 될 것이다. 노인복지법 제30조 1항의 노인재활요양사업에 관한 내용을 보면, ‘국가 또는 지방자치단체는 신체적, 정신적으로 재활요양을 필요로 하는 노인을 위한 재활요양사업을 실시할 수 있다’고 규정되어 있다. 지금 우리나라에 타인의 도움을 필요로 하는 만성질환 노인을 위한 시설보호나 재가서비스는 국민기초생활대상자를 중심으로 극히 한정된 서비스가 제공되어 일반계층에게는 제한적이었다. 또한 대상자의 기능상태에 따라 시설을 분류하기보다 재정적 부담능력에 의해 무료, 유료, 실비 양로 및 요양시설로 구분되어 운영해 왔다.

장기요양보험이 실시되면 노인복지법에서 규정한 무료, 실비, 유료 시설의 개념이 없어지고, 보험적 사고가 발생할 때 보험가입자가 급여를 제공받게 되기 때문에 부담 능력에 따른 구분도 없어질 것이다. 이

에 본고에서는 장기요양제도의 정착을 위하여 다음의 두 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 법이나 제도는 우리나라의 부모공양을 중시하는 가족문화를 대체하기보다 보완해 주기위한 역할을 해야 한다. 가족체계를 보완하기 위한 지원 대책을 세워야 한다. 독일의 경우 요양보호의 결과로 인한 가족의 빈곤 방지, 가족의 간병, 돌봄을 장려하기 위해서 사회연금 보험료를 지불하여 간병기간을 가입기간으로 인정하고 있다. 즉, 다른 공식적 직업 없이 간병대상자를 주당 최단 14시간에서 최장 30시간 내에서 간병을 하는 가족이 이러한 혜택을 받고 있다 (강영실 외, 2005; 안홍순, 2007). 간병 가족에게 금전을 직접적으로 주는 것은 소비 선택의 자유를 보장하기 때문에 수급자 중심의 복지를 추구하는 국가에서 선호되고 있다. 돌보아 주고 있는 가족이 현금을 가지고 자기결정권을 행사할 수 있기 때문이다. 수혜자의 욕구에 적합한 간병인 또는 서비스를 선택하게 함으로서 경제적이며 개인의 소비자효용을 극대화가 가능하다. 독일도 한정된 재원 때문에 서비스비용을 줄이기 위해 고심하고 있다. 가족이나 친구에게서 간병서비스를 받게 하는 것도 비용절감차원에서 실시된 것이다. 독일의 재가요양급여는 3단계로 하여 등급에 따라 급여의 한도액을 정해 놓고 있다. 재가서비스의 단가는 매 서비스마다 상한선이 정해져 있고 이용자는 사업자와 계약을 하여 서비스를 받으며, 급여상한을 초과한 경우는 초과한 서비스 급여의 전액이 본인부담이 된다.

둘째, 연령에 따른 요양급여는 기능상의 나이를 고려해서 연령과 무관하게 신체적 장애로 일상생활을 영위하는 데 어려움을 가진 자에게 요양급여가 제공되어야 한다. 독일의 경우 요양보험은 전 국민을 대상으로 하고 있다. 나이와 상관없이 요양보호 상태가 되면 보험을 이용하여 서비스를 받을 수 있다. 또한 장기요양대상자로 선정이 되면 개가서비스를 우선으로 하고 상당한 정도의 장애상태가 아니면 시설 요양서비스를 받을 수 없게 하여 지역사회에서 자립적 생활지원을 원칙으로 하고 있다.

향후 신체적, 정신적, 사회적 욕구에 따른 대상자 니드에 대한 사정이 중요해질 것이다. 기능상태 평가척도 개발을 위한 실증적 연구가

장기요양보험제도와 케어 매니지먼트

활발하게 진행되어야 한다. 이러한 포괄적 사정에 입각해서 욕구진단, 서비스계획, 수행 평가를 통해 욕구 극대화가 가능하기 때문이다. 장기요양제도의 도입으로 보건, 복지, 의료의 통합과 연대가 되는 계기가 되기를 기대한다. 보건, 복지, 의료에 관한 전문지식이 있어야 생활 실태를 판정하는 능력을 갖고 있다고 본다. 케어 매니지먼트는 반드시 다 학제간의 교류에 의해 발전할 것이며 진정한 Total Care가 이루어질 것이다. 장기요양제도가 기능장애를 가진 노인인구의 삶의 질 향상을 이루기 위해 향후 많은 실증적 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강영실 외 (2005). *독일사회복지론*. 서울: 엠에드.
- 김만두 (1993). *효과적인 복지서비스를 위한 사례관리실천론*. 서울: 홍익제.
- 김병순·윤금희 역 (2001). *KOMI이론과 KOMI차트 시스템*. 서울: 대왕사.
- 김영모·김현진 (2006). *한국사회보험개혁론*. 서울: 한복연출판부.
- 김영숙 (2006) *노인수발보험제도와 재가노인케어매니지먼트*. 서울: 교육과학사.
- 선현규·임춘식 (2004). *일본의 개호보험제도*. 서울: 학현사.
- 안홍순 (2007). *사회복지정책: 실천이론과 제도*. 서울: 서현사.
- 장인협 (1999). *사회복지실천론(중)*. 서울: 서울대학교출판부.
- 장인협·우국희 (2001). *지역사회기반 사회복지실천: 케어, 케이스매니지먼트*. 서울: 서울대학교출판부.
- 장창호 (2001). *케어 매니지먼트 실천론*. 서울: 아시아미디어리서치.
- 전경자 외 5인. (2004). *RAI-HC를 이용한 재가노인 사례관리 방법과 실제*. 서울: 군자출판사.
- 정순돌 (2006). *강점모델*. 서울: 집문당.
- 정경희 외. (2001). *장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 최명민 (2007). *임파워먼트와 사회복지실천*. 서울: 나남.

- 통계청 (2007). *사회통계조사*.
- 홍선우 · 손행미 (2007). 장기요양 노인환자의 노인전문요양시설 입소를 결정한 돌봄 제공자의 경험. *대한간호학회지*, 37 (5), 724-735.
- Kane, R. (1999) A new model of chronic care. *Generations*, 23, 35-37.
- Katz, S., Down, T., Cash, H., & Grotz, R. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10, 20-30.
- Mahoney, F. L., & Barthel. D.W. (1965) Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-51.
- Moxley, D. (1989). *The practice of case management*. Monterey, CA: Sage.
- Tanner, D. (1998) Empowerment and care management: swimming against the tide. *Health and Social Care in the Community*, 6, 447-457.
- Wilber, K., Allen, D., Shannon, G, & Alongi, S. (2003). Partnering managed care and community-based services for frail elders: The care advocate program. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 807-812.

**A Study on the Importance of Care Management
under the Long-Term Care System**

Yong-Jin Son

Department of Elderly Care Management

Pusan Catholic University

Pusan, Korea 609-757

The elderly long-term care insurance in Korea will be enacted in 2008. It is expected to extend both institutional and home care benefits which are currently limited to public assistance to poor individuals. Since it is a government-led public insurance, older individuals in functional limitations will benefit regardless of their socioeconomic status. The reasons for introducing the long-term care insurance are the rapidly growing older population, higher usage of health insurance among elders, lack of caregiving family members due to low-fertility rates, elder abuse reports, higher levels of female labor participation, and expensive nursing home admission rates for both low and middle income families. The role of care management will be in great importance since the long-term care system is an integration of medicine, public health, and social welfare. Thus, the concept, emergence and communication skills for care managers are discussed in this paper. This paper also points the importance of developing a fully adopted Korean version of assessment tool.

(논문접수일: 2007년 10월 11일)

(수정논문접수일: 2007년 11월 16일)

(논문게재승인일: 2007년 11월 29일)