

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토: 건강개념의 전환과 노인케어시스템 구축

김 종 성

한려대학교 사회복지학과

(요약) 건강개념의 변화에 따라 건강보호체계는 치료의학모델에서 생활모델로의 전환이 필요하며, 생활모델에 기반한 노인건강보호체계가 지역 포괄적 노인케어시스템이다. 이 시스템의 핵심 요소는 지역성과 포괄성이다. 지역성은 지역의 건강욕구를 파악하여 지역의 특성과 관습, 가치에 따라 해결방식을 모색하여 주민참여에 의해 서비스가 제공되는 것이고, 포괄성은 서비스 유형과 제공주체, 대상의 포괄성으로 보건·의료·복지 문제를 해결하기 위한 각 전문영역의 통합적 접근을 의미한다. 본고에서는 대상자의 포괄성이라는 입장(grand & general)에서 지역 포괄적 케어시스템 구축을 위한 이론화 작업의 필요성을 정리했는데, 그와 같은 시스템 구축을 위한 과제로는 ① 지역사회의 가용가능한 자원의 개발과 조직화, ② 지원주체 간의 연계와 협력체계의 구축(네트워크), 그리고 ③ 시스템의 터미널로서 지역포괄케어센터와 같은 중간조직의 설립 운영과 외부 기술혁신의 적극적 도입의 세 가지에 초점을 맞추었다.

[Key words: 건강보호체계, 노인케어시스템, 지역 포괄적 케어]

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 545-704 전라남도 광양시 광양읍 한려대길 94-13 한려대학교 사회복지학과 김종성 교수 앞으로 하시길 바라며, 저자의 e-mail 주소는 gotop99@hanmail.net이다.

서론

우리나라는 2018년 고령사회로 진입이 예정되는 가운데 노인들의 생활문제가 복잡다양해지면서 보건·복지·의료서비스에 대한 욕구가 커지고 있다. 이러한 욕구에 신속하고 적절하게 대응하기 위해서는 지역에서 보건·복지·의료가 연계된 질 높은 통합적 포괄서비스를 제공할 수 있는 시스템의 확립이 필요하다. 특히 급격히 노인인구가 증가하면서 치매노인이나 재가요양 요보호 노인이 늘어나고 입원기간이 장기화되면서 이들의 기본생활이 유지될 수 있는 새로운 서비스전달 체계의 구축이 요구되고 있다. 이러한 필요와 요구에 따라 현재 보건·복지·의료영역에서 지역 포괄적 노인케어에 대한 관심이 높아지고 있다. 그러나 우리 실정은 아직 지역 포괄적 케어에 관한 사회이론을 충분히 논의하지 못하고 있으며, 그에 대한 이론적 연구도 미흡한 상태이다. 물론 이러한 이론적 논의의 한계에도 불구하고, 실천적으로는 이미 여러 지역에서나 여러 분야에서 이의 접근이 시도되고 있다(건강복지정책연구원, 2010).

만약 이러한 시도의 연장선상에서 바람직한 지역 포괄적 케어시스템의 구축 가능성이 높아진다면 지역 포괄적 케어의 사회이론은 실천이 불필요할 것이고, 이에 대한 연구는 오로지 학술적 차원에 머무를 수밖에 없을 것이다. 그러나 우리정부는 지역밀착형 포괄케어시스템 시범사업을 실시할 목적으로 지역의 노인재가복지센터나 노인복지사업기관을 대상으로 제안 공모사업(보건복지부, 2012)을 기획했지만 기대에 미치지 못하고 있다. 이 사업이 설령 취지대로 시범사업을 성공리에 마치고 또 그 시범사업의 경험과 지혜를 담은 기본모델을 책정하여 전국 각 지역에서 포괄적 노인케어시스템을 구축한다고 하더라도 만족할 만한 시스템 구축 가능성의 근거는 충분하다고 할 수 없다.

물론 실천가들이 노인케어에 관련된 시급한 과제들을 해결해가면서 겪는 수많은 시행착오가 지역의 포괄적 노인케어시스템을 구축해가는 하나의 방안이 될 수도 있다. 그러나 시행착오를 통한 시스템의 구축 노력에도 역시 목적이나 이념, 의미가 무엇인지를 인식하지 못하면, 그 노력의 대가는 허무할 수 있다. 전국적으로 포괄적 케어서비스

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

를 필요로 하는 노인, 장애인 등 그 수요가 날로 증가하고 있으며, 각 지역의 실천가(의사, 사회복지사, 간호사, 노인요양보호사 등)와 지자체 관계자들은 수많은 시행착오를 경험하면서 성공 사례나 지역 현장을 방문하는 등 문제해결을 위해 노력하지만, 목적이나 이념, 의미의 인식이 부족한 상태의 노력은 단순히 지식을 얻는 도구에 불과하다. 곧 실천가들의 노력과 활동이 논리 지향적이고, 보다 더 거시적 관점에서 어떤 위치를 차지하고 있는지에 관한 이론적 지식이 필요하다는 점이다. 그것은 역사적 맥락에서의 평가일 수도 있고, 혹은 전체 사회에서의 위상일 수도 있지만, 여하튼 실천가는 자신의 실천행위가 거시적 맥락에서 어떤 의미를 지니는지를 모를 수 있다.

이에 대하여 사회이론은 실천가들의 활동과 노력이 어떤 의미가 있고 어디에 위치하는지를 보여줄 수 있다. 그것은 실천가에게 ‘현재 지점’을 알려주고, 미래에 대한 방향 제시(navigator)와 같은 존재이다. 이러한 지역 포괄적 케어에 관한 사회이론이 실천가들에게 방향 제시의 기능을 하기 위해서는 다음의 세 가지 설명이 이루어져야 할 것이다. 이들은 ① 미래의 노인건강보호체계가 지역 포괄적 노인케어시스템이 될 것인지, ② 지역 포괄적 노인케어시스템은 어떤 특징을 갖춘 시스템인지, 그리고 ③지역의 포괄적 노인케어시스템을 구축할 때 해결해야 할 과제는 무엇인지에 대한 설명이다. 기존의 연구들은 지역 포괄적 노인케어나 그 외국의 사례를 소개하고 있을 뿐이며 (엄기욱, 2006; 조추용·박선애·정윤택, 2009), 그 세 가지 문제에 대한 답을 제시하지 못하고 있다. 이에 본고에서는 지역 포괄적 케어에 관한 사회이론이 설명해야 할 세 가지 논점을 의료사회학, 사회복지학, 지역보건학 분야의 국내외 문헌과 자료를 통해 검토해보고자 한다. 또 본고의 목적은 앞으로 본격적으로 진행되어야 할 지역 포괄적 케어에 관한 사회이론의 구축에 실마리를 제공하는 것이다.

지역 포괄적 노인케어를 전제로 한 건강 개념의 전환

고령사회를 앞두고 있는 우리나라에서 노인들의 생활 욕구에 대응하기 위한 노인건강보호체계가 반드시 지역 포괄적 노인케어시스템이

어야 하는지의 물음에 대한 답을 위해 우선 두 가지 측면을 고려해보아야 한다. 첫째, 노인들의 생활 터전으로 자신의 집과 입소시설로서 양로원 가운데 어느 쪽을 더 선호하는가이다. 여러 조사들의 결과에 의하면, 노인은 대체로 사정이 허락하는 한 자신의 집에서 노후를 보내고 싶어 하는 것으로 나타나고 있다. 그리고 최근 들어 ‘내 집에서 노후를 보내자’ (aging in place, 이하 AIP)¹⁾는 것이 국제적인 보편적 추세로 강조되고 있다(권순정, 2012). 부득이하게 시설기관에 입소해야 하는 사정이 아니라면 노인들은 집을 선호한다는 점을 의미한다. 그렇다면 정든 집을 중심으로 생활을 꾸려가는 노인들에 대한 건강보호는 생활의 관점에서 지역적(비시설적)으로 전개되는 것이 더 바람직하고, 그 과정에서 노인들의 개별적 욕구를 배려하는 새로운 건강보호의 방식이 요구되고 있다고 본다.

둘째, 더 이상 고칠 수 없는 질병이 생긴다면 어떻게 대응해야 하는가의 문제이다. 우선 예방이 최선이지만, 질병이 발생했을 경우에는 더 이상 병세가 악화되지 않도록 치료를 받아야 한다. 또한 병이 치료되지 않은 한 그 병의 영향을 최소화하여 일상생활에 지장이 없도록 하는 ‘생활지원’ 체계를 갖추는 일도 역시 필요하다. 이러한 개념이 바로 지역 포괄적 케어를 전제로 보건(예방), 의료(치료), 복지(생활 지원)의 연계에 의한 포괄적인 질병 대책에 해당된다. 또 이러한 논의와 주장은 일반적인 상식에 해당된다. 그렇다면, 적당한 비용으로 실현가능하다면 보다 더 지역적이고 포괄적으로 전개되는 건강보호 시스템, 즉 지역 포괄적 케어시스템은 상식적 차원에서 “좋은 케어”에 부합하는 케어시스템이 된다(若狭重克, 2011).

그러나 이와 같은 상식은 역사적 관점에서 보면, 사실과 다르다. 그 이유는 상식임에도 불구하고 우리 사회에는 과거나 현재 역시 건강보호를 지역적이고 포괄적으로 실현하기 위한 시스템을 갖추지 못했기 때문이며, 또 지역의 포괄적 케어시스템의 구축을 앞으로 실현해야 할 과제로 간주하고 있기 때문이다. 즉, 건강보호와 관련된 현 시

1) AIP는 노인의 건강상태나 경제적 여건의 변화에 따라 거주지를 여기저기로 옮기는 것이 아니라 나이가 들고 건강이 악화되어도 자신이 살아왔던 집이나 거주지 내에서 지속적으로 거주하는 생활방식이다.

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

점에서 상식은 과거에는 결코 상식이 아니었다. 그렇다면 우리가 모르는 사이에 경험한 현재와 과거의 차이를 가져온 상식의 전환은 ‘건강보호체계’의 목표 개념으로 “건강”에 관한 상식의 전환이다. 과거 건강보호체계는 낡은 건강에 관한 상식에 적응하는 시스템으로 형성된 반면, 지금에 와서는 그 낡은 건강관이 다른 것으로 대체되고, 그 결과 지역 포괄적 케어시스템이 새로운 건강 상식에 맞는 시스템으로 전망되고 있는 것이다(猪飼周平, 2010).

선진국에서는 20세기 초반 치료 의학에 대한 기대가 높아지면서 건강을 의학적인 의미에서 병이 없는 상태라고 이해했다. 건강을 이렇게 이해할 경우에는 건강을 잃었을 때 그 회복 수단도 의학적 치료가 된다. 건강 회복 수단이 오로지 의학적 치료에 있다는 전제 하에 질병과 손상의 원인 파악에 초점을 둔 이 방식은 나중에 “의학 모델 = 의료보호”라는 공식으로 부르게 되었다. 또 “치료 의학적 건강관 및 의학 모델 = 의료보호체계”를 전제로 하면, 의학적으로 병이 없는 상태의 가능성을 추구하는 형태의 건강보호체계가 바람직하다는 것이다. 그것이 20세기에 병원의 시설 관리를 중심으로 하는 의료보호체계이다. 의료보호체계에서는 케어의 지역성이나 포괄성 요소인 보건 및 복지를 단순히 환자에게 부가하는 수준에서 만족할 수밖에 없었다(猪飼周平, 2010).

그렇다면 지역의 포괄적 케어에 부합하는 건강 개념은 이런 치료 의학적 건강 개념과 어떻게 다른가? 새로운 건강 개념은 치료 의학적 관점에서가 아니라 생활의 질(QOL)의 수준에 따라 정의된 것이라고 할 수 있다. 단순히 질병과 손상을 치료하여 건강을 회복하는 것이 아니라 병을 치료하고 또는 치료되지 않아도 적절한 대응으로 당사자에게 건강한 생활이 가능하도록 하는 것이 건강하다는 의미이다. 이러한 건강의 이해 방식을 “생활 모델”이라고 칭하고 있다(문창진, 1997).

의학 모델과 생활 모델의 차이를 좀 더 깊이 이해하기 위해서는 1980년에 WHO에 의해 발표되어 1981년부터 ‘국제장애인의 해’의 세계행동계획의 기본이념으로 채택된 국제장애분류(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)를 살펴볼 필요가 있다²⁾. ICIDH에서는 질병으로 인한 장애에는 3가지(기능 장애,

능력 장애, 사회적 불리)가 있고, 각각의 수준에서 해결 가능성이 있다고 예시했다. 예를 들면, 뇌졸중(질병)으로 손발이 마비(기능 장애)되어 글씨를 쓸 수 없게(능력 장애)된 결과, 사람들과의 소통에서 어려움이 생긴 경우(사회적 불리)를 말하다. 각기 다양한 수준에서의 장애는 대부분 치료 의학으로는 해결할 수 없다. 재활에 의해 기능 장애가 완화될 수도 있고, 다른 대체 방법(입을 사용하는 등)이나 다른 사람의 도움을 받아 글씨를 쓸 수도 있게 된다. 또 자조집단이나 타인의 지원을 받으면 손발의 마비에도 불구하고 사람들과의 교류도 가능하다. 꼭 우리가 질병이나 기타의 이유로 장애를 갖더라도 바람직한 생활을 영위하는 방식은 다양하다. 특히 치료로 해결되지 못한 장애를 겪고 있는 사람들에게는 생활의 질을 다양한 방식으로 개선하는 것이 불가능한 병의 치료와 치유보다 더 중요한 목표가 되어야 한다. 이런 생활 개선을 목표로 하는 사고와 관점이 생활 모델이다(上田敏, 2004).

생활 모델은 당사자가 안고 있는 문제나 욕구를 삶의 질 측면에서 해석하는 사고이자 관점에 해당된다. 그것이 당사자가 지닌 문제의 원인을 질병 등의 단일한 원인으로 환원하는 것이 아니라 당사자를 에워싸고 있는 환경, 즉 환경 속의 개인이라는 상호작용의 결과로 파악하는 것이다. 그렇게 할 때 당사자가 문제 상황에서 벗어나고자 하는 의도를 지원하거나 해당 문제 상황이 더 악화되는 것을 예방하는 등 몇 가지의 개입 초점을 찾을 수 있다. 이런 상황 인식의 방법을 체계론적 관점 혹은 생태체계적 관점이라고 하는데, 중요한 점은 치료 의학의 인식관점과 다르다는 것이다(Germain, 1984). 이 특징의 중요성은 다음 절에서 다시 논의되었다.

그런데 현재 상황이 건강보호의 생활모델을 확산시키는 초보적 단계라고 한다면, 향후 건강보호체계는 반드시 지역성과 포괄성을 갖추어야 할 것이다. 우선 건강보호의 지역성을 고려하는 이유로는 다음과 같은 4가지를 들 수 있다(猪飼周平, 2010). 첫째, 전술했듯이 노인들이 특별한 사정이 없는 한 시설보다는 집(지역 환경)을 선호한다는 점이다. 노인들의 주관적인 삶의 질 제고라는 관점에서 이는 집에서 케어

2) WHO가 2001년에 채택한 국제생활기능분류(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)는 ICIDH의 개정판이다.

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

하는 편이 시설보다 더 유리하다는 의미를 담고 있다. 둘째, 지역 환경에서는 기존의 생활환경 속에서 충족되던 생활 요소를 계승할 수 있다는 점으로 삶의 질 유지에 지역적 환경의 우위성을 보장한다는 점이다. 셋째, 삶의 질 수준에 대한 기대가 노인들마다 다르고, 생활모델에 입각한 지원 기회의 다양성에 부합하기 위해서는 지원을 위한 사회적 자원도 다양해질 필요가 있다는 점이다. 지역사회는 그런 다양성을 인정하고, 당사자들 입장에서 욕구에 부응할 수 있는 매우 친숙한 자원의 공간이다. 넷째, 생활에 관한 정보가 당사자들의 생활환경에 집중되어 있기 때문에 당사자들의 삶의 질 제고를 목표로 하는 한 지원주체도 당사자의 생활환경에 대한 충분한 정보를 가져야 한다는 점이다. 이때 지원 주체도 지역적으로 활동하는 것이 효율적이다.

건강보호체계의 포괄성에 대해서는 과거에 많은 연구자들에 의해 포괄의료(comprehensive medicine)와 전인의료(holistic medicine)의 통합이 주장되어 왔다(Leavell & Clark, 1958). 여기에서 포괄적 케어의 주장은 결코 새로운 것이 아니라 20세기 이전까지 거슬러 올라갈 수 있는데, 예전부터 의료가 일반적으로 포괄적이고 전인적인 성격을 지니고 있었다고 볼 수 있다. 이는 그동안 다양하게 존재해왔던 의료와 건강에 관한 입장과 관점에서 “치료 의학=의학 모델”이라는 모델이 지배적이었음을 의미한다. 그리고 이런 “치료 의학=의학 모델”이 지배적이면서 보건, 재활, 생활 지원 등은 치료의 보조 기능이나 부차적인 위치로 전락할 수밖에 없었으며, 인간생활에 필수적인 각 요소들이 하나의 시스템으로서 포괄적으로 작동되기가 어려웠던 것이다.

그 반면에 의학 모델의 중심에서 생활모델의 중심으로의 전환은 건강보호의 포괄성을 향한 그간의 걸림돌을 제거한다는 것을 의미한다. 다시 말하면, 무려 1세기만에 보건·의료·복지가 생활의 질이란 하나의 목표를 향해 공유되어야 하는 상황이 생긴 것이다. 물론 여기에서 의료는 여전히 중요하게 강조되어야 하지만 생활의 질을 유지하고 높이고자 하는 건강보호체계의 하위 체계로 조정·간주되어야 한다. 실천가들의 지적처럼 우리나라에서 현실적으로 보건·의료·복지 통합에 수많은 과제가 있다는 것은 분명하다(大山博·嶺学·柴田博編, 2000). 다만 장기적인 비전과 목표를 책정하여 계획적이고 체계적인

추진에 대한 주장과 지금의 상황에서 보건·의료·복지 통합의 가능성을 모색하고자 하는 노력 자체가 의료 모델의 한계와 굴레에서 벗어나고자 하는 것이다.

건강개념의 전환과 사회복지의 생활모델

이제 건강의 개념이 왜 전환되어야 하는지를 살펴보자. 기존의 사회복지정책이나 의료정책론에서는 건강 개념의 전환에 대한 당위성으로 고령사회로의 진입 및 질병 구조의 변화에 따른 사회문제의 정책적 대응만을 강조해 왔다. 좋지 않은 생활 습관이나 노화 등에 기인하는 각종 질환이나 생활 장애를 갖고 살아가는 노인인구수가 절대적으로 증가하고, 노인부양부담이 가중되면서 새로운 빈곤층이 출현하고, 또 노인 환자들의 치료 효과가 젊은 층에 비해서 한정적이라는 점만 보아도 고령사회로의 진입 및 질병 구조의 변화에 따른 사회문제 해결의 기대치는 계속 저하되고 있다. 이러한 요인과 현상들은 우리나라의 노인의료 및 노인복지·보건영역에서 정책적으로 생활모델을 기본관점으로 수용해야 하는 이유이면서 건강 개념의 전환을 요구하는 핵심 요인이 된다(猪飼周平, 2010).

이런 맥락에서 오직 고령사회로의 진입 및 질병 구조의 변화라는 이유만으로는 건강 개념의 전환을 설명하기에는 무리가 있다. 그 이유를 두 가지로 정리해보면(猪飼周平, 2010), 첫째, 국가들마다 고령화의 진행이나 질병 구조의 변화형태가 다르고, 고령사회로의 진입 시점의 시대나 속도, 사회적 상황이 크게 다르기 때문이다. 그럼에도 불구하고 건강 개념의 전환 그 자체는 우리나라를 비롯하여 여러 문화권에서 비교적 최근에 진행되고 있는 한 현상처럼 보인다. 둘째, 치료 의학이 노인들에게 반드시 필요하면서도 제한적이라고 해도 여전히 오늘날 노인들의 생활 유지와 삶의 질 제고에 기여해 왔다. 다시 말하면, 노인에 대한 치료 의학의 절대적 중요성은 시간이 흐를수록 더 커질 것이며, 이러한 인식은 질병 구조가 변하더라도 달라지지 않을 것으로 보인다. 이 두 가지 점에서 고령사회로의 진입 및 질병구조의 변화가 건강 개념의 전환에 밀접한 관련이 있어도 그 자체가 건강 개념

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

의 전환에 직접적인 요인이라기보다는 배경 혹은 촉매 요인이라고 생각된다.

여기에서 중요한 사항은 새로운 건강 개념에 입각한 생활모델이 건강보호영역에만 영향을 미치지 않는다는 점이다. 생활모델이 사회복지나 사회정책의 틀에서 지속적으로 노인인구가 급증하면서 제기되는 노인들의 생활문제에 대한 인식방법이라면, 건강보호의 생활모델은 더욱 광범위하게 또는 사회적·정책적 정통성을 획득해가는 과정 속에 자리매김을 해야 한다. 다시 말하면, 건강 개념의 전환이 왜 생겼는지에 대한 질문은 노인들의 생활을 지원하는 법과 제도가 왜 생활모델화한 것인지에 대한 질문으로 대체하는 것이 더 적절하다고 보는 것이다(猪飼周平, 2010). 이제 건강 개념의 전환에 기본이 되고 있는 사회복지 생활모델화에 대해 검토해 보고자 한다.

생활모델의 특징

생활모델은 두 가지 특징을 지닌다(Germain, 1984). 첫째, 일반적으로 노인들의 생활문제는 노인들에게 작용하는 생활 제 요소의 다양한 환경적 요인에 기인하는 것으로 파악될 수 있다는 장점을 지닌다. 여기에서 시간의 차원을 더하면 생태체계적 역동성과 그 과정에서 형성되는 노인 개인에 대한 관점이 추가될 수 있다. 이것은 노인에 대한 지원 방식이라는 점으로 보면, 체계적인 역동적 과정에서 다양한 효과적인 문제해결 방안이 강구될 수 있는 기회를 제공한다는 것이다. 앞에서 언급되었던 국제장애분류(ICIDH)는 이 생활모델의 특징을 갖춘 가장 기본적인 모델이다. 2001년에 이를 계승한 국제생활기능분류(ICF)에서는 이러한 생활모델의 특징을 더 일반화시킬 수 있도록 개정했는데, 그 내용은 삶의 질에 관련된 신체적·사회적 조건의 다양성을 더 보다 넓게 확대하려는 것으로 생활모델의 사회적·정책적 정통성을 강화한 것이었다.

둘째, 생활모델로 문제를 파악하고 생활지원을 하는 경우 복지국가 성립이후 국민생활 최저선(national minimum)이라는 국가에 의한 최소한의 생존권 보장을 지탱해 준 개념을 포기해야 한다는 것이다. 생

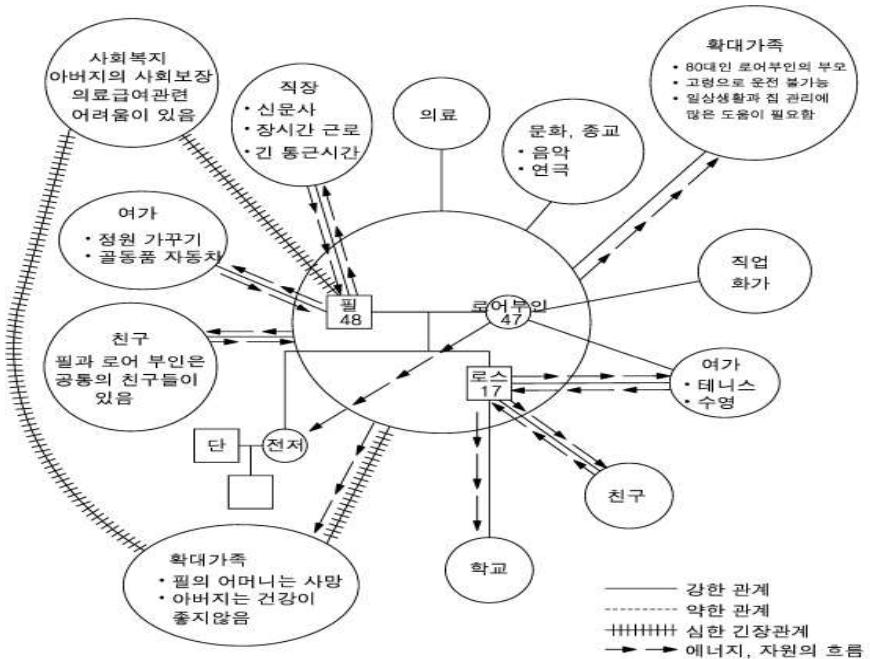
활모델에서 삶의 질에 관련된 요소는 자원의 유무 혹은 많고 적음에 초점이 맞춰진 것이 아니라 자원으로써 어떻게 기능하느냐에 초점이 맞춰져 있다. 그리고 그 기능은 다른 요소와의 관계 속에서 결정된다는 의미에서 환경 의존적이다. 즉, 생활모델에서 최소한의 생활요소의 투입은 특별한 경우에 불과하며, 생활모델에 따른 생활의 지원은 생활 자원환경의 상호 의존적 기능을 이해하는 것이 필수적이다. 따라서 욕구적절성으로 볼 때 한계치를 기준으로 하는 것이 아니라 충족치나 기대치를 기준으로 한다는 점에서 생활모델에 근거한 생활지원은 생존권 보장 차원에서의 문제가 아니라는 것이다(猪飼周平, 2010).

사회복지영역에서 생활모델의 도입

지금까지 생활모델에 대한 설명은 주로 국제장애분류(ICIDH)나 국제생활기능분류(ICF)의 기준에 따라 건강보호와 장애인복지를 연관시켜 이루어져왔다. 건강보호라는 측면에서 생활모델의 도입은 주로 노인들이 안고 있는 생활상의 어려움을 하나의 장애로 규정하기 때문에 그렇게 설명하고 있다. 그렇지만 여기에서 중요한 사항은 장애인복지영역에서의 생활모델의 도입이 비단 장애인에게만 한정해서 적용되는 것이 아니라는 점이다. 즉 노인, 장애인, 아동 등 사회복지 일반 영역에 발전적으로 확대 적용되어왔다는 것이다(上田敏, 2004).

사회복지실천론. Germain와 Gittermann(1980)이 방법론적인 통합 모델을 제시한 이래 사회복지실천(social work) 영역은 그동안 특정한 생활 문제를 전문적으로 다루는 세분화 경향에서 벗어나 클라이언트의 환경 전체를 고려하는 생태체계적 관점으로 각 전문적 지원을 통합하는 경향을 바뀌고 있다. 오늘날 널리 이용되고 있는 생태도(ecomap)는 생태체계적 관점의 사회복지실천 통합방법이 어느 정도 생활 모델에 기반하고 있는지를 보여준다(<그림 1> 참조). 이 생태도의 활용은 클라이언트의 생활 문제를 클라이언트를 둘러싼 환경 전체의 인과적 네트워크로 파악하려는 것이고, 그 초점은 클라이언트의 생활이 개선되는 사회적 관계의 구축이나 기존의 여러 생활자원의 접근을 가

<그림 1> 생태도의 실례



능하도록 하는 것이다. 이런 의미에서 생태도를 활용한 생활지원은 앞에서 언급했던 생활모델의 두 가지 특징을 지향하는 지원하는 방식이다(김종성, 2010).

사회복지정책론. 사회복지정책 영역에서의 사회복지 패러다임 전환, 즉 “선택적 복지”에서 “보편적 복지”로의 전환에서도 사회복지실천론이 1980년대에 경험한 생활지원의 생활모델화의 흐름을 공유하고 있다. 사회복지 패러다임의 전환을 주창자들은 “복지국가 패러다임”이 “복지사회 패러다임”으로, 혹은 “화폐적 욕구”에서 “비화폐적 욕구”로의 전환을 정식화했는데(김종성, 2012), 비화폐적 욕구의 특성으로는

① 수요의 개별성 및 다양성, ② 수요의 상황적 의존성, ③ 만족할만한 수준의 목표설정의 어려움 등이 있다. 비화폐적 욕구의 충족은 기존의 국민생활 최저선 보장으로 충족되지 않는다고 보는 점이다(足立正樹, 2001). 이러한 사회복지의 패러다임 전환에 따른 생활지원은 생활모델이 전제하고 있는 생활지원에 관한 입장과 일치한다. 물론 사회복지의 패러다임 전환은 생활문제를 파악의 방법에 머무르지 않고, 사회복지의 서비스 대상이나 상정되는 서비스 주체의 확대를 포함한 내용을 지닌다는 점에서 보편적 복지를 생활 모델과 직접적으로 연결시킬 때에는 신중해야 한다. 그럼에도 불구하고 사회복지학계에서 대체로 수용하고 있는 패러다임 전환에는 생활모델을 그 내용으로 분명하게 포함시키고 있다.

상기의 논의를 정리하자면, 1970년대 후반 복지국가의 위기 이래 생활모델은 사회복지의 모든 영역에서 광범위하게 실질적으로 수용되어 왔으며, 이는 건강보호의 역사적 변화에 관한 대응이고, 인류사의 보편적 가치의 실천이라고 할 수 있다. 건강보호의 건강 개념의 전환이 단순히 노인문제라면, 건강보호의 생활모델화는 노인의료 영역에 한정된다. 그렇다면 지역 포괄적 케어시스템은 오직 노인을 위한 건강보호인 셈이다. 그러나 앞의 논의에서는 생활모델이 단순히 노인을 장애인으로 규정하는 것을 부정하는 논거를 제시하였다. 그것은 우리 사회가 전체적으로 생활이나 그 어려움에 관한 인식과 대응 방법을 변화시켜가고 있음을 보여주고 있는 것이고, 건강보호는 그 사회 전체의 변화에 적응하도록 요구하고 있는 다양한 사회서비스 영역의 하나로 존재하고 있다는 것이다.

지역 포괄적 노인케어의 특징과 과제

전술한 바처럼 건강보호체계의 지역성과 포괄성은 건강 개념의 전환이 이루어진 역사적 방향에 따라 건강보호체계를 구축하는 과정에서 수반되었다. 그런 의미에서 지역 포괄적 노인케어시스템의 구축은 시대적 과제이다. 물론 지역 포괄적 노인케어시스템이 구축되더라도 모든 노인들이 건강하게 살아가는 것을 보장하지 않는다. 그러므로 지

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

역 포괄적 노인케어시스템의 원칙이 무엇이며, 또 그것을 바람직한 시스템으로 구축하고 유지하기 위해서는 어떤 과제를 책정하면서 수반되는 문제들을 극복해야 하는지의 실천이 매우 중요하다.

지역 포괄적 노인케어시스템의 양극성

앞에서 살펴본 바처럼 건강개념의 전환 때문에 의료체계에 커다란 변화가 예상되고 있다. 건강개념의 전환에 따라 포괄적 노인케어시스템이 구축되어야 하고, 또 치료의학이 의학적 발전뿐만 아니라 사회문화적 맥락에서 그 기능과 역할이 더 시스템적으로 발전해 가야 한다. 즉, 향후 구축해야 할 지역 포괄적 노인케어시스템은 치료의학의 전통 및 그것이 더 시스템적으로 진화된 영역을 포함시켜야 한다는 것이다. 고도의 전문적·첨단적 의료 기능으로 특화를 서두르는 일반 병원들의 경우에 치료 필요도가 낮은 환자의 입원은 장기적으로 볼 때 오히려 병원 운영의 효율이나 의료 종사자의 기능 향상을 저해하는 요인이 된다. 이런 병원에서는 집중적인 치료가 필요한 중증 환자만 입원시키고 급성기를 벗어났을 때에는 가급적 빨리 퇴원시키는 것이 바람직하다. 그리고 일차적으로 만성기 환자를 병상에 있게 하고, 그 다음 급성기의 환자를 입원시키는 것이다. 이때 병원에서의 진료는 집중적인 치료와 케어가 지속되어야 한다.

이러한 치료의학 발전이 건강보호체계에 미치는 영향은 상호 보완의 관계에 있어야 한다. 그 이유는 병원이 오직 급성기 환자에 대응하는 경향을 강화할 때 집중 치료서비스를 요하지 않는 환자는 급성기 병원 외부(주택, 시설 등)로 밀려나게 되는데, 이는 환자나 노인·장애인을 재택 상황으로 유인하는 포괄적 케어시스템의 방향과 기본적으로 일치하기 때문이다. 여기에서 유의해야 할 사항은 이 두 가지 흐름의 목적이 다르다는 점이다. 한편으로는 삶의 질 제고를 위해 시설에서 멀어지는데 반해 다른 한편으로는 환자의 삶의 질에 관계없이 병원의 고도화를 달성하기 위해 환자를 시설로부터 멀리하기 때문이다.

이렇게 지역 포괄적 노인케어시스템이 양극성을 가진다면, 거기에 어떤 정책적 과제와 영역이 형성될 수 있을 것인가? 첫째, 의료·간호

· 간병 · 복지 등 각 전문직 종사자가 클라이언트의 생활 전반에 걸쳐 사회적 기능을 회복하여 정상화되도록 지속 가능한 전문직종 간 협업이 어떻게 가능하게 될 것인가라는 과제이다. 현행 건강보호체계에서는 1차 보호와 2차 보호라는 2층의 기능 영역으로 나뉘어 있지만, 이용자 측면에서 볼 때 이러한 구분마저도 명확하지 않다. 병원의 응급실과 외래는 특히 가난한 사람들에게 1차 보호를 담당하는 곳으로 이용자가 급증하고 있는 반면, 요양시설과 재가시설은 만성도 말기도 아닌 상태에 있는 손상과 외과적 처치 후의 건강문제를 해결하려는 사람들의 수가 증가하고 있는 실정이다(강홍구, 2004). 향후 구축해야 할 지역 포괄적 노인케어시스템에서 의료와 의료 영역의 전문직 종사자는 시스템 전체의 분야 간 협업의 한 영역으로 간주되어야 한다.

둘째, 지역 포괄적 노인케어시스템의 양극성은 중간에서 주로 시설케어서비스를 공급하는 영역의 존재를 과소평가할 가능성을 지니고 있다(조혜정, 1998). 이렇게 되면, 이 영역에서는 인적 · 재정적 자원을 투입할 정당성을 확보하기가 어려워진다. 예를 들면, 오랜 기간의 장기 대기자 명단이 있음에도 불구하고 노인양로나 요양시설에서는 시설의 확충이라는 정책적 대응만을 요구하게 된다. 즉 노인양로나 요양시설의 존재 이유를 적극 옹호하는 사회적 가치가 존재하지 않는다는 점이고, 역시 이러한 문제는 중소 도시의 도 · 시립 병원이나 중소 규모의 요양 병상 중심의 일반 병원 등도 안고 있다.

셋째, 앞의 둘째 과제와 밀접히 관련된 포괄적 과제를 생각해볼 필요가 있다. 둘째 과제에는 시설의 종류마다 공급하는 케어 내용이 다르다는 전제조건이 따른다. 이것은 현행 의료법 및 노인장기요양보험법, 노인복지법상의 시설 기준에 따른 규제를 전제로 한다. 그렇지만 동일한 시설에 의료 욕구나 생활 욕구가 동일한 사람들을 입소시켜 케어를 한다는 것이 합리적인지를 생각해야 하고, 합리적이라면 급성기 의료 일부에만 한정될 수 있을 것이다. 그 이유는 최소한 두 가지이다. 하나는 기본적으로 시설 간 기능 분리는 규모의 경제가 실현할 만한 욕구의 크기가 없으면 효율적이지 못하다는 것이다. 생활권 단위의 소커뮤니티에서 지역케어를 실시하고자 하는 경우 보건 · 의료 · 복지를 통합한 형태의 하나의 시설이 더 효율적일 수 있다. 다른 하나는

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

노인건강보호의 목표가 생활의 질에 따라 정의되는 건강을 전제한다면, 아주 특별한 경우를 제외하면 병원이나 케어시설, 재택에서이든 생활의 지원이라는 성격을 떨 수밖에 없다는 것이다. 다시 말하면, 어떤 시설은 의료시설인 반면, 다른 시설은 생활시설이라는 구분 자체가 생활모델의 사고에 반하기 때문이다(신미경, 2003).

목적을 외부에 의존하는 시스템으로서 지역 포괄적 노인케어시스템

지역 포괄적 노인케어시스템은 건강이라는 건강보호시스템의 목적과 목표를 차용하듯이 시스템의 외부에 의존하고 있다. 이를 특히 강조하는 이유는 의료시스템에서 건강이 시스템 내부 요소인 치료 의학에 의해 정의되어 왔기 때문이다. 이러한 점이 역사적으로 건강보호체계의 작동 방식에 근본적인 차이를 가져다주었다. 미국의료협회의 강령을 보면, 의사에게 ‘사회구성원으로서 공동체의 개선에 기여하는 활동에 참가하라’는 책임을 요구하는 항목이 있다. 이 항목은 의료전문직이 국민보건을 위해 다른 전문직 종사자(사회복지사, 간호사, 노인요양보호사 등)들의 재능을 활용하도록 요청받고 있다는 것이다(조혜인 역, 1993).

또한 의료 사회학자 Freidson(1986)에 따르면, 의료 전문직종사자로서 의사의 핵심적인 특징은 그 자율성(autonomy)이고, 치료 의학에 따른 건강의 정의는 의료 사회학적 맥락에서 자율성의 한 측면이다. 그러나 Freidson 이후의 의료 사회학의 흐름은 비교적 최근까지 대부분 이 같은 의료 전문직의 자율성에 대해 강한 경계심을 가지고 있다. 그것은 의사들의 자율성이 의사들에게 사회의 이익보다 자신의 이익을 위해 건강 개념·치료 대상·치료 수단을 조작할 기회를 주는 것이 있었기 때문이다. 이러한 의사들의 의도가 어느 정도인지 파악할 수는 없지만 적어도 현재 상황에서 의사와 환자 관계가 갑을 관계임은 부정할 수 없다. 그런 의미에서 건강 개념의 정의가 치료 의학으로부터 생활의 질로 전환된다는 것은 일단 이러한 의료 사회학이 경계했던 의사에 의한 환자의 억압, 의료에 의한 사회의 부정의의 가능성을 방어하고 그 구도를 깬다는 것을 의미한다.

한편, 지역 포괄적 노인케어시스템이 생활의 질에 근거하여 건강을 정의하는 것은 우리가 구축해야 할 지역 포괄적 노인케어시스템이 강력한 자기결정에 의존하는 노인건강보호시스템이 되어야 하는 것이다. 앞에서 살펴보았듯이 생활모델에 기초한 지역 포괄적 노인케어시스템은 지원 방법의 관점에서 볼 때 최소한의 생존권 보장이라는 한계에서 벗어난다. 적어도 복지국가의 성립 이후 사회보장은 국가에 의한 최저한의 생활보장서비스가 자주적으로 확보된다는 것이다. 현재 우리나라에서는 생활에 대한 자기 책임 원칙이 대전제로 깔려있고, 최저를 넘어서는 생활 부분은 어디까지나 각자가 그 임의적인 자조활동을 통해서, 즉 자유권이나 노동권을 행사하면서 자체적으로 생활문제를 해결해가도록 되어 있다. 따라서 사회(복지)정책의 생활 지원에 대한 기본 원칙이나 이념이 변하지 않는 이상 우리가 기대하는 지역 포괄적 노인케어시스템도 자유권에 근거한 건강보호체제로 한정될 가능성이 크다. 이러한 자유권을 기반으로 한 노인건강보호체계에 대해서 신중해야 할 사항은 노인건강보호 시스템의 성립 요건이 사람들에게 자기 결정권을 요구한다는 점이다(猪飼周平, 2010).

기본적으로 자기결정(권)은 하나의 능력 개념이지만, 자기결정을 할 수 없을 경우도 있다. 중증 질환이나 정신장애, 치매 상태가 심한 노인환자 등은 자기결정이 쉽지 않지만, 원래 건강보호는 그런 어려움을 광범위하게 다루는 사회적서비스이다. 그렇다면 지역 포괄적 노인케어시스템을 원활하게 작동시키려면 성년후견제도와 같이 자기결정을 지원하는 제도를 필요로 할 것이다. 여기에서 중요한 점은 이런 식의 자기결정의 일반화를 사람들이 원해서가 아니라 시스템이 요청한다는 것이다. 과거에는 자기결정에 관한 논의가 그 능력을 가진 자가 어떤 사회적 장벽 때문에 능력 행사가 어려운지에 초점이 맞추어져 있었다. 그와 같은 자기결정권의 요구 및 그 성과에 대해서 부정할 의도는 없지만, 지역 포괄적 노인케어시스템의 자기결정은 단지 사람들이 원해서만이 아니라 그와 상관없이 시스템이 요청하는 측면을 지니고 있음을 이해할 필요가 있다. 최근 우리나라에서도 성년후견제도와 같은 자기결정을 돕는 제도 도입이 이루어졌다. 기본적으로 그러한 제도들이 사람들의 권리를 옹호하는 것이지만, 한편으로는 체계적인 요

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

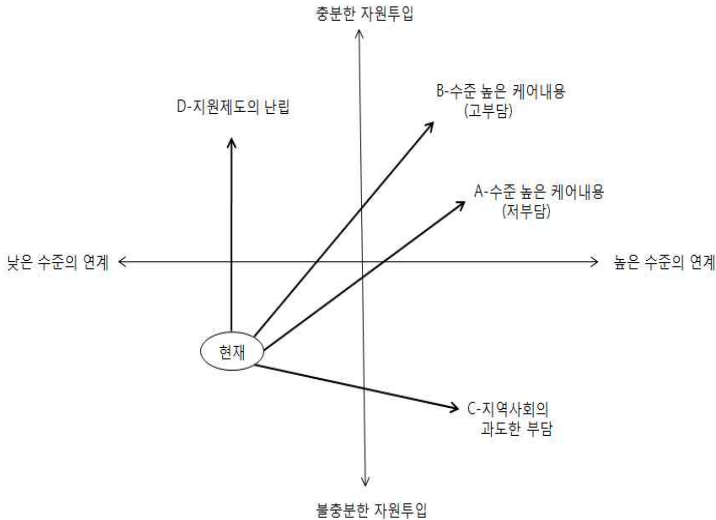
칭이기도 하다. 여기에서 고려해야 할 사항은 그런 시스템적 요청이 우리의 자기결정권을 더욱 확장시키는 반면 자기가 결정한 것을 어떤 방법으로든 제시하지 않는 한 지원 여부를 결정할 수 없다는 한계가 있다. 여하튼 자기결정의 중요성을 강조함으로써 사람들이 자신의 일을 스스로 결정하고 일상생활을 할 수 있도록 지원하는 시스템의 요소이자 제도인 것이다.

바람직한 노인건강보호체계로서 지역 포괄적 노인케어시스템

지역 포괄적 노인케어시스템의 또 다른 특징은 현재의 의료 및 요양체계보다 더 바람직하다는 점이다. 지역사회는 시설에서 감당할 수 없는 욕구에 대한 대응이 가능하기 때문에 적어도 비용 부담이 적은 곳에서 케어가 이루어질 수 있다는 사실을 부인할 수 없다. 따라서 만족할 만한 수준의 서비스를 제공하는 지역 포괄적 노인케어시스템이 구축된다면 경제·사회적 비용 부담이 줄어들 가능성이 크다. 물론 역으로 충분한 자원 투입이 이루어지지 않을 경우, 지역 포괄적 노인케어시스템은 지역사회에 더 많은 부담을 가중시킬 수 있다. 과거의 경험처럼 가족에게 육아와 케어 부담을 지도록 함으로써 심각한 저출산화를 초래했던 것과 같은 맥락에서 그렇다. 이상의 논의를 바탕으로 지역 포괄적 노인케어시스템이 지향해야 할 목표는 <그림 2>으로 설명할 수 있다. 지역 포괄적 노인케어에 관해 이론적으로 지향해야 할 주요 논점은 <그림 2>의 B, C, D로 가는 것을 피하면서 어떻게 A 지점에 도달할 수 있느냐이다. A를 향해 가려면 다음과 같은 세 가지 장애 요소를 극복해야 할 필요가 있다(김중성, 2007).

첫째, 지역사회 자원의 동원으로 가용가능한 자원의 파악과 잠재적 자원의 개발과 조직화이다. 최근 건강 및 요양보호에 한정하지 않고, 협동하는 지역사회 혹은 협동조합 지역사회의 실현 등 바람직한 지역사회의 미래에 대한 관심이 높아지고 있다. 지역주민들의 자발적인 참여와 호혜적인 지역생활을 활성화하고자 하는 노력과 함께 기존 행정서비스의 한계를 극복해야 한다는 인식이 확산되고 있는 것이다(김중성, 2005). 거기에서 ‘새로운 공공’의 담당자로서 사회적 경제조직, 즉

<그림 3> 바람직한 지역 포괄적 노인케어시스템의 방향성



의료생활협동조합, 고령자협동조합, 지역노인케어협동조합 등이 설립되고 있다. 이러한 긍정적인 움직임은 동시에 지역사회의 상호부조 기능은 사람들의 일상생활 속에서 그 중요성이나 관심이 희박해져 가는 현실과 표리 관계에 있는 것이기도 하다.

즉, 지역적 공공성의 필요성이 인식된다고 해도 오히려 지역사회의 방향은 공공적 호혜적 관계가 약화되는 방향으로 진행되고 있으며, 이를 반전시킨다는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 다시 말하면, 지역사회에서 ‘새로운 공공’의 창출을 위한 기제로서 구체적인 수단의 확보가 어렵고, 이의 필요성에 대한 지역주민들의 이해와 인식 수준이 매우 미흡하다. 또한 행정 영역에서는 경영효율화, 재정난 해소라는 명분으로 민간영역에 떠넘기려는 경향이 커지고 있다. 현재 지역사회의 상황은 지역주민들의 협동과 연대를 꾸릴 수 있는 수단과 방법을 갖지 못한 채 지역주민을 이용하려는 방법과 생각만 존재하는 상황이다. 전술

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

했듯이 지금의 지역사회의 상황은 세계 최고 수준의 저출산과 같은 불명예스러운 경험이 지역사회에서도 반복될 가능성을 시사하고 있다.

따라서 지역 포괄적 노인케어시스템을 구축하기 위한 우선 과제는 지역사회의 문제해결역량과 지역복지력을 강화하고, 지역주민들 사이의 관계 강화에 건강보호를 이용할 수 있어야 한다는 것이다. 사회관계 자본의 형성은 건강보호 뿐만 아니라 바람직한 지역사회 형성에 매우 중요하다. 이를 단순히 건강보호체계의 구축에만 응용하더라도 그 외부 효과는 상당히 크다. 그렇지만 건강보호, 방법, 재난, 레포즈, 교육 등 기타 다양한 공공서비스나 사회서비스가 하나같이 지역사회의 강화에 목표를 두는 것이고, 그 결과로서 사회관계 자본은 지역사회의 이용 가능한 서비스 총량의 확대에 크게 기여하게 된다.

건강보호를 수단으로 지역사회가 강화되는 예로 개업조산사의 조산사와 임산부의 연결을 들 수 있다. 사람들은 큰 어려움을 함께 극복하면서 서로 긴밀하게 연결될 수 있으므로 임신부터 출산에 이르는 과정에서의 호혜적 관계는 임산부와 조산사 사이에 두터운 신뢰관계를 형성할 수 있다. 그리고 그렇게 형성된 여성과 조산사의 강한 유대는 여성이 엄마가 되어 가는 것을 지원함으로써 소중한 사회관계 자본이 형성될 수 있다. 오늘날 여성들의 불안과 고독의 문제는 육아에 대한 상담창구의 미비에서 오는 문제가 아니라 상담자에게 자신의 어려움을 말할 수 없다는 점에 있다. 이 때 사람들에게 말할 수 없는 고통과 어려움을 여성이 임신부터 출산에 이르는 동안 도움을 받았던 조산사를 떠올릴 수만 있다면, 조산사의 존재는 여성의 생활지원자로서 충분히 가치가 있다. 여기에서 개업 조산사 사례가 의미하는 것은 건강보호의 인적 자원이 단순히 당사자의 요구를 충족시키는 기능만이 아니라 지역사회를 강화하는 기능까지 가능하다는 점이다. 따라서 두 말할 나위 없이 지역 포괄적 노인케어시스템에서는 많은 인원과 다양한 유형의 직종이 지역사회에서 함께 일을 하게 된다. 그들에게 조산사와 같은 기능과 역할을 설계할 수 있다면, 건강보호체계 구축을 통해 전술한 바의 내용과 의미에서 지역사회를 강화해 낼 수 있다.

둘째, 유연성이 높은 지원주체 간의 연계와 협력체계의 구축이다. 지역 포괄적 노인케어시스템의 중요한 특징은 점과 선의 수준이 아니

라 면의 측면에서 확대되어야 한다는 것이다. 따라서 지역 포괄적 노인케어시스템은 과거의 의료 시스템에 비해 훨씬 유연성이 높은 지원 주체 간의 연계·협력·협동이 전제되어야 효과적으로 작동될 수 있다. 이를 이해하기 위해서는 생태체계적 관점의 사회복지실천이 직면하고 있는 어려움을 생각해 보면 된다. 사회복지실천 현장에서 사정도구로서 자주 사용되는 생태도를 보면, ① 다양한 생활문제의 해결에 있어서 개별 사례마다 다른 사회복지사, 사회복지사 간 역할분담 지원 네트워크가 구축되며, ② 하나의 사례에 대해서도 지원네트워크의 형태는 시시각각 변화할 수 있다(김종성, 2010a, 2010b). 사회복지사는 생활지원을 위해 네트워크에 편입되지만 미리 고정된 역할을 정해 두지 않고 상황에 따라 역할은 변할 수 있다. 이러한 시스템 내 요소의 부정형성과 유연성은 기존 의료시스템에서는 확인할 수 없는 요소임이 분명하다. 또한 이러한 요소의 부정형성과 유연성을 기초로 하는 지역 포괄적 케어시스템에서 행정서비스의 역할이 어디에 어떻게 관계해야 하는 것도 역시 중요한 과제이다. 현재 상황에서 보면, 행정서비스는 이러한 부정형성과 유연성에 대응하는 것이 상당히 어려운 상태이지만, 행정서비스가 어디까지 유연성을 획득할 수 있을지에 대한 연구 검토는 충분하게 이루어지지 못하고 있다.

셋째, 시스템의 티미널로서 지역포괄케어센터³⁾와 같은 중간조직의 설립운영과 기술혁신의 적극적 도입⁴⁾이다. 시스템 구축의 지역 기반을 조성하고, 노인을 포함한 지역주민의 건강생활의 유지와 삶의 질 제고를 목적으로 보건, 복지, 의료의 통합과 생활지원, 전문인력의 양성 and 지원업무 등 지역의 종합적인 케어매니지먼트를 담당할 중간조직의 설립운영을 검토해야 한다(대구한의대학교, 2005). 또 일반적으로 노인건강보호체계는 인적 자원이 노동 집약적인 특징이 있다. 이러한

3) 일본은 2005년 개호보험법 개정을 통해 지역포괄케어센터의 설립운영을 제도화하고 있으며, 초등학교 3개 정도의 소지역에 하나씩, 현재 4000여개의 센터가 설립되어 지역포괄케어 지원 업무를 수행하고 있다.

4) 고령화와 함께 테크놀로지의 급속한 발전이 진행되면서 스마트 에이징이 화두다. 노년 공학에서는 테크놀로지가말로 노인에게 자립과 자유를 안겨줄 수 있는 진정한 중재자라고 말한다. 첨단 기술로 노인의 능력을 확장해줄 스마트 하우스, 스마트 휠스, 케어로봇 등이 있다. 그리고 행정안전부에서 2010년 시행하는 “U-안심서비스” 도 하나의 사례이다.

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

특징은 지역 포괄적 노인케어시스템의 비용에 큰 영향을 미치기도 한다. 역으로 말하면, 경제적으로 볼 때 지역 포괄적 노인케어시스템의 지속가능성에 기여 할 기술혁신(innovation)은 이동성(mobility)에 관한 것이다. 이동성이란 에너지문제의 해결과 자동운전이 가능한 교통시스템의 실현의 문제인데, 이들은 노인건강보호체계 외부에서의 혁신이 되지만 지역 포괄적 노인케어시스템에 막대한 영향을 미친다. 그 이유는 이 두 가지 과제가 어느 정도 해결되느냐에 따라 우리가 어느 정도의 지리적 격차를 줄일 수 있을지를 가늠할 수 있고, 이것이 지역 포괄적 노인케어 공급조건에도 영향을 미치게 되기 때문이다.

맺는 말

본고에서는 새로운 건강개념의 도입으로 고령사회를 극복하기 위한 지역의 노인건강보호체계는 반드시 지역 포괄적 노인케어시스템이어야 함을 그리고 이 시스템의 구축 과제를 살펴보았다. 우리나라에서 노인인구 수가 급격히 증가하면서 제기되는 사회문제를 해결하는 방안 중의 하나로 노인들의 생활의 질을 유지 및 향상에 필요한 사회적 및 재정적 부담, 세대갈등 등을 해결할 수 있는 생활모델의 적용이 바람직하다고 판단되기 때문에 그리고 역사적으로 보더라도 생활모델 그 자체는 어디까지나 모든 생활 지원의 국면에서 활용되는 것으로서 발달해 왔기 때문에 그 시스템 구축을 강조하였다.

향후 지역 포괄적 케어에 관한 이론 형성을 위한 논의에서는 지역 포괄 케어의 한 요소인 포괄성의 의미와 해석을 확장할 필요가 있음을 강조하고 싶다. 즉, 지역 포괄적 케어의 한 요소인 포괄성을 노인 에 대한 다양한 생활지원 서비스의 통합적 포괄적 지원(서비스의 포괄성)으로 한정할 것이 아니라 대상의 포괄성이라는 측면에서 지역의 노인뿐만 아니라 장애인, 홀로 여성 등 모든 지역주민들의 정상생활 유지 및 생활의 질 보장이라는 차원에서 해석될 필요가 있다는 것이다. 그렇다면 본고에서 강조한 노인건강보호체계는 지역의 건강보호체계로, 그리고 지역 포괄 노인케어시스템은 지역포괄 케어시스템으로 확장하여 이해되며, 거시적 맥락에서 시스템 구축의 목표는 지역의 모

든 사람들이 자립 가능하고 장벽이 없는 사회가 구현될 것이다.

앞으로도 우리나라에서 인구고령화는 빠른 속도와 폭으로 진행될 것이고, 이러한 현상에 대처하고자 하는 시스템과 별개로 더 광범위하고 일반적인 지역 포괄적 케어시스템 구축을 위한 이론화 작업이 필요하다. 물론 지역 포괄적 케어에 관한 사회이론은 생활모델에 기반한 이론으로 구성되어야 하며, 또 생활모델의 사회이론은 건강보호 뿐만 아니라 사회복지실천 영역, 더 나아가 사회혁신을 위한 이념적 정책적 전환의 배경이론으로 까지 확장되어야 한다.

참고문헌

- 강홍구 (2005). *의료사회복지실천론*. 경기도 파주: 학현사.
- 건강복지정책연구원 (2010). *지역밀착형 서비스체계 구축방안*. 보건복지부 연구용역보고서.
- 권순정 (2012). 한국 노인주거복지시설의 공급방향. *의료·복지·건축*, 18 (4), 101-102.
- 김종성 (2005). *NPO와 복지사회: 협동조합과 사회적 기업의 역할*. 광주: 심미안.
- 김종성 (2007). *광양시 지역사회복지계획 (2007-2010년)*. 전남 광양: 한려대학교 산학협력단.
- 김종성 (2010a). *사회복지실천론*. 전남 순천: 도서출판 다컴.
- 김종성 (2010b). *복지와 경제의 통합 공간*. 전남 순천: 도서출판 다컴.
- 대우한의대학교[노인요양서비스전문인력(케어매니저)양성사업단] (2005). *케어 매니저론*. 서울: 정문각.
- 문창진 (1997). *보건의료사회학*. 서울: 신광출판사.
- 신미경 (2003). *노인환자의 중간요양시설 이용욕구에 대한 연구*. 한려대학교 대학원 석사학위논문.
- 엄기욱(2006). “일본의 수요자 중심 노인보건복지서비스전달체계: 개호보험제도 개혁과 지역포괄지원센터신설을 중심으로. *국제사회보장동향* (한국보건사회연구원 2006년 12월 발간), pp. 2-12.
- 조추용·박선애·정윤태 (2009). 일본개호보험제도의 평가와 논쟁. *GRI연구논총*, 11 (2), 179-206

지역 포괄적 노인케어에 관한 이론적 검토

- 조혜인 (1993). *의료의 사회학* (번역: The sociology of medicine by R. C. Fox). 경기도 파주: 나남.
- 조혜정 (1998). *우리나라 노인의료 중간시설 확보방안에 관한 연구*. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 大山博・嶺学・柴田博編 (2000). *保健・医療・福祉の総合化を目指して*. 東京: 光生堂.
- 猪飼周平 (2010). *病院の世紀の理論*. 東京: 有斐閣.
- 若狭重克 (2011). *地域包括ケアにおけるネットワーク構築*. 藤女子大学QOL 研究所紀要, 6, 81-89.
- 上田敏 (2004). *リハビリテーションの思想: 人間復権の医療を求めて* (第2版 増補版). 東京: 医学書院.
- 足立正樹 (2001). *福祉国家の転換と福祉社会の展望*. 大阪: 高学出版.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Germain, C. (1984). *Social work practice in health care: An ecological perspective*. New York: The Free Press.
- Germain, C., & Gitterman, A. (1980). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Leavell, H., & Clark, E. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community an epidemiologic approach* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

김종성

Theoretical Review of the Comprehensive Regional Care for
the Older Adults: Health Concept and Care System

Jong Sung Kim
Department of Social Welfare
Hanlyo University
Gwangyang, Korea 545-704

This paper was to review the theoretical tasks of the comprehensive regional care. There is a need to convert the health care and protection system from medical model treatment to daily life model in accordance with the adoption of new health concepts. The daily life model understands health as that allows the elderly people to lead normal daily life and the comprehensive care system for elderly is the health care and protection system based on this daily life model. Comprehensive regional care for the elderly refers to provision of overall and integrated services including cure and care services, support for daily life including residences to all the elderly people within the unit region. The core elements of this support system include regionality and comprehensiveness. In the level of service a greater objects, theoretical foundation should be consolidated for the establishment of grand and generalized comprehensive care system from the perspective of the comprehensiveness of the subjects and pursued this Study under this theme.

(논문접수일: 2014년 10월 1일)

(수정논문접수일: 2014년 11월 3일)

(논문게재승인일: 2014년 11월 10일)