

농촌노인을 위한 재가복지에서 사례관리 모형 개발

임병우

(한세대학교 사회복지학과)

The development of care management models in community care for elderly people in rural area

Lim, Byung-Woo

Dept. of Social Welfare, Hansei Univ.,
604-5 Dangjeng-Dong, Kunpo-Si, Korea 435-742

적 요

농촌노인들의 재가복지 서비스 욕구에서 노인들의 일상생활 능력과 도구적 생활 능력에서 전반적으로 가족에 의하여 보호되는 노인은 재가복지 서비스를 받고 있는 노인들보다 서비스 욕구가 더 강한 것으로 드러났다.

신체적/정신적 건강 측면에서 가족에 의하여 보호되는 노인은 재가복지 서비스를 받고 있는 노인들보다 건강이 좋지 않았다.

농촌 대부분의 사회복지사/방문간호사들은 사례관리의 과정에서 요구하는 역할을 수행하고 있으나 이용이 가능한 서비스는 한정된 자원만이 가능한 것으로 나타났다. 서비스 제공을 위한 의사 결정은 절반 이상의 사회복지사/방문간호사가 전적으로 결정권을 행사하는 것으로 나타났다.

서구에서 성공적인 결과를 나타낸 노인을 위한 재가복지에서 사례관리 모델 중 보건복지 통합모델은 이 가장 적격할 것으로 보이나 복지와 보건분야간의 주도권과 갈등을 어떻게 해결할 것인가가 관건으로 대두된다.

한국농촌의 노인을 위한 재가복지에서 사례관리의 개발을 위한 전략적은 중앙정부 보다는 지방정부의 주도적인 역할에 의하여 개발되어야 하며, 읍/면/동사무소, 복지관의 사회복지사와 보건소의 방문간호사는 클라이언트의 욕구 사정자로서 적격의 전문가들이다. 클라이언트의 욕구사정 결과에 따라 서비스 제공 팀의 구성원들은 다르게 구성되어야 한다. 사례관리의 추진 전략 중에 선행되어야 할 요인 중의 하나는 사례관리자의 교육과 훈련이라고 할 수 있다.

이러한 점에서 한국농촌에서 효과적인 사례관리의 개발을 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 서비스 제공 주체를 다양화시켜야 한다.

둘째, 서비스 구매자와 제공자 분리와 직무의 책임성을 증진시킬 수 있는 서비스 전달체계를 확립하여야 한다.

셋째, 소비자 중심주의를 기초로 하는 서비스에 대한 정보제공 체제와 서비스 이용자의 권리옹호 제도가 확립되어야 한다.

넷째, 사례관리에 대한 교육·훈련과 실행을 위한 지침안(서)이 마련되어야 한다.

I. 서론

1. 연구의 필요성

한국에 사례관리(케어 매니지먼트)의 개념이 소개된 역사는 어언 10여년이 되었고, 사례관리의 기법들은 노인을 위한 재가복지현장에서 많은 부분이 응용되어 사용되고 있다.

본 연구자는 농촌노인을 위한 재가복지에서 발생되고 있는 문제해결을 위한 사례관리 모형 개발에 초점을 맞추어 연구의 필요성에 대하여 진술하고자 한다. 첫째, 국내의 인구추이를 분석하여 볼 때 현재 전체인구의 7%에서 2010년에는 13%이상의 고령화 사회에 접어들 것으로 예견된다. 그러나 농촌지역의 경우 현재 전체인구의 노인은 17% 이상이며 2010년의 경우 25%를 넘어 농촌은 거대한 살아있는 양노원이 될 것으로 비유되곤 한다. 농촌노인 인구비율은 급격하게 상승하고 있으나 정부의 복지시책은 점진적 그리고 도시중심의 투자 계획을 추진중이다

둘째, 지난 40여년 동안 산업화, 도시화 과정에서 농촌은 핵가족의 증가와 가족과 노인에 대한 가치관의 변화에 따라 노인 부양이 심각한 사회문제로 대두하고 있다. 성공적인 산아제한 정책의 결과와 젊은 세대의 도시 이주로 노인을 위한 잠재적 보호자는 감소하는 추세를 보이고 있는 반면, 과학과 의학의 발달로 인한 평균수명 연장의 결과로 노인의 수와 비율은 급격하게 증가하고, 이에 따른 복합적 복지서비스를 필요로 하는 요보호 농촌노인이 급격히 증가하고 있다. 그러나 한국의 재가노인복지사업은 1992년 이후 저소득층 노인을 대상으로 한정적인 서비스를 제공하고 있다. 이러한 관점에서 효율적인 서비스의 통합관리를 통한 복합적인 욕구해결과 수혜 대상자의 확대가 요구되는 만큼 사례관리 모형 개발에 대한 필요성이 여기에 있다 하겠다.

셋째, 대인복지서비스 전달이 중앙집권에서 지역적, 기능적인 지방분권으로의 전환은 1995년 지방정부의 출범 이후라 할 수 있다. 지역의 지방분권화는 노인을 포함한 취약한 복지대상자의 고유한 욕구의

사정, 그들을 위한 서비스 프로그램의 개발, 그리고 실행에 대한 책임의 일정 부분을 지방정부가 지게 되었다. 기능적 지방화 측면에서, 비록 복지 전문가의 의사결정은 강하지 않은 직무의 책임성을 요구하지 만, 복지업무의 의사결정에 대한 지방화는 복지 현장 전문가들에게 상당한 직무의 책임성을 요구한다. 이러한 측면은 한국농촌의 재가노인복지에서 서구 여러 나라의 프로젝트 결과에서 직무의 지방화와 책임성 제고에 상당한 효과가 있는 것으로 밝혀진 사례관리 모형 개발에 대한 필요성을 뒷받침 해주고 있다.

네째, 현재의 재가노인복지 정책은 복지비용과 자원의 효율적인 이용을 위해 국가, 민간, 자원봉사, 그리고 가족 서비스의 적절한 조합을 통해 운영되는 혼합경제 서비스 개발과 보건복지 서비스의 통합에 초점을 두고 있다. 그러나 농촌지역에서 이러한 서비스들의 중복과 단편성은 복지자원의 비효율적인 이용과 서비스이용자의 욕구가 충족되지 못하는 결과를 초래하고 있다. 그러므로 철저한 욕구 사정과 구매자와 공급자의 분리를 통한 서비스의 통합 조정을 강조하는 사례관리의 모형개발이 강력히 대두된다.

다섯째, 도시지역과 마찬가지로 농촌지역의 재가노인복지 분야에서도 복지자원의 부족문제와 이에 따른 효율적인 서비스 이용이 쟁점으로 부각되고 있다. 이것은 부족한 자원내에서 서비스 이용과 비용절감의 극대화에 대한 필요성이다. 서비스 제공의 책임성과 효과성을 기초로 하여, 욕구의 정확한 사정과 케어 계획을 수행하여 서비스 전달의 효과성 개선과 서비스비용 절감에 대한 대책으로 농촌지역 재가노인복지에서 사례관리 모형 개발은 관심이 고조되고 있다.

여섯째, 지금까지 복지분야에 대한 투자의 목적이 인본주의와 조직적 이념을 수행하는데 있었다. 따라서 이러한 투자는 서비스 수혜자 그리고 그들 보호자의 욕구와 투자된 서비스 비용의 효율성에 대하여 간과되고 있다. 고령화 사회이후 한국농촌의 노인복지환경의 변화는 현재까지 변화 추이와는 다르게 나타날 것이다. 즉, 고령화사회에서 노인의 욕구와 욕구 충족을 위한 인적, 물적 복지자원이 다르게 나타날

것이기 때문이다. 특히 이것은 농촌 노인복지 분야에 엄청난 변화를 요청하게 될 것이다. 이러한 상황에서 서비스 비용의 효율성과 수혜자의 욕구가 적절하게 고려되지 않는 서비스가 제공된다면 앞으로 엄청난 사회적인 문제중의 하나로 대두될 것이다.

2. 연구의 목적

최근에 한국에서도 재가노인복지의 필요성과 중요성이 강조되고 있다. 그러나 한국의 재가노인복지의 서구의 발달과정에서 강조한 필요성과 중요성과는 다른 측면들을 보여주고 있다. 즉 한국의 재가노인복지의 시설보호 서비스의 문제와 한계를 극복하는 과정이 아닌 전통적인 가족보호 체계의 붕괴와 한계를 극복하기 위한 대안으로서 도입되었다. 이렇게 서구의 여러 나라와 한국은 재가노인복지 서비스를 도입을 위한 필요성의 출발점 다르지만 이러한 재가노인복지의 성공적인 도입을 위한 노력은 일치한다고 볼 수 있다. 서구의 노인을 위한 재가복지에서 효과적인 메카니즘인 사례관리가 문화와 복지환경이 다른 한국의 재가노인복지에서 어느 정도 성공적이라는 연구들이 보고되고 있다.

구체적으로 본 연구의 목적은 크게 두 가지로 요약 할 수 있다. 첫 번째는 농촌지역 노인들의 욕구와 사회복지사/방문간호사의 역할과 자원 이용도를 중심으로 재가노인복지환경의 실태를 파악하고, 둘째는 파악된 결과를 바탕으로 각종 외생적 환경요인을 고려한 사례관리 모형을 개발하여 농촌지역 재가노인복지에 적용하기 위함이다.

3. 연구의 방법

본 연구를 위한 연구설계는 사회과학의 한계상 공학분야에서 이용하는 컴퓨터를 이용한 고도의 시뮬레이션의 기법을 도입하지 못하고 현실적인 복지환경을 고려한 시스템의 분석, 설계, 예측을 목적으로 하는 초보단계의 시뮬레이션 기법을 도입한다.

시뮬레이션은 시행착오를 줄일 수 있으며 여러 가지 대안을 쉽게 비교할 수 있는 반면에 효율적인 모

형개발을 위하여 많은 경험과 노력이 요구되어지며 타당하지 못한 시뮬레이션으로 외곡된 모형을 구축할 수도 있는 단점이 있다. 이러한 연구설계를 위하여 후-시험 비교집단 설계를 사용한다.

본 연구에서는 농촌지역에서 재가노인복지 서비스를 수혜하고 있는 노인 100명, 가족보호 서비스에 의존하는 노인 100명, 사회복지사와 방문간호사 각 30 명씩을 표집한다. 본 연구를 위하여 무작위 방법중의 하나인 군집표집을 이용한다.

본 연구를 위한 질문지는 영국의 켄트 대학(U. of Kent)부설 연구소인 개별사회사업연구소(PSSRU)에서 만든 도구, 영국의 총인구조사설문 중 노인관련 도구(OPCS, 1991), 그리고 영국의 총인구조사 설문 중 보호자관련 도구(OPCS, 1985)를 원용하여 노인, 사회복지사와 방문간호사를 대상으로 설계한다.

II. 재가노인복지에서 사례관리

1. 재가노인복지와 사례관리 개관

1) 재가노인복지의 개념

재가노인복지의 장기치료나 요양보호를 목적으로 수용시설에 입소된 노인을 제외한 지역사회 내에서 생활하는 모든 노인을 대상으로 하며, 노인의 일상생활에 필요한 소득보장, 의료보장, 주택보장과 관련된 사회적 서비스를 포함하는 개념이다(고양곤,1997). 재가노인복지의 대상자를 광범위하게 지역사회내의 모든 노인으로 규정하고 있으나 현실적으로 일부의 노인들에게만이 서비스 혜택이 돌아가고 있다. 재가노인복지의 소득보장, 의료보장, 주택보장, 그리고 사회적 서비스 중에 주택보장을 위한 서비스는 거의 제공이 되지 않는다고 볼 수 있고 사회복지 서비스 중심으로 시행되고 있다. 고양곤(1997)은 재가노인복지를 세 개의 범위로 나누고 개념적 정의를 시도하였다. 첫째, 좁은 범위의 재가노인복지로 노인이 생활하는 집을 방문하여 노인이나 보호자에게 필요한 서비스를 제공하는 가정방문서비스(in-home service, domiciliary). 둘째, 중간적 범위의 재가노인복지는 가정방문 서비스와 지역사회내의 이용시설 포함하는

서비스를 의미한다. 셋째, 넓은 범위의 재가노인복지는 가정방문 서비스, 이용시설, 그리고 지역사회내의 개방된 주거보호시설에서 제공되는 제반 서비스를 의미한다.

이상의 논의와 한국의 현실을 고려하여 재가노인복지의 조작적 정의를 시도하면 “일정행정지역 내에서 노인과 그들 보호자의 욕구를 고려하여 소득, 의료서비스를 포함하여 복지서비스를 중심으로 하는 혼합경제 서비스의 제공으로 노인들이 가정에 머무를 수 있게 하고 그들의 보호자들에게 보호의 부담을 덜어 주기 위한 서비스 체계이다”라고 할 수 있다.

2) 사례관리의 개념

미국에서 사용하던 케이스 매니지먼트(case management)는 영국이 도입하면서 용어 ‘케어 매니지먼트’(care management)를 사용하게 되었다. 일군의 학자들은 케어 매니지먼트는 클라이언트 중심의 서비스 공급을 의미하며 케이스 매니지먼트의 매니지먼트로서 상위 개념이라고 주장한다(DoH: Challis et al. 1995). 또한 1991년 영국의 보건성은 그들의 간행물 ‘매니저를 위한 가이드’에서 케이스라는 용어는 사람을 경시하는 의미로 받아들여지고 매니지되는 것은 사람이 아니고 케어 서비스라는 근거에서 케어 매니지먼트라는 용어를 사용하였다.

한국에는 케이스 매니지먼트 개념 도입은 1989년 김만두 교수가 목슬레이(Moxley)의 저서 “The practice of case management”를 번역하면서 사용한 용어 사례관리라는 용어로 도입되었다. 그러나 일부 학자들은 케어 조정(carecoordination), 서비스 매니지먼트(service management), 서비스 조정(service coordination), 서비스 통합(service integration) 등의 용어를 혼용하여 사용하고 있으나 한국에서는 사례관리가 일반적으로 통용되고 있다.

이런 논쟁에도 불구하고 한국에서는 정확한 용어 정의가 되어지고 있지 않기 때문에 영국의 학자들과 정부 출판물들이 정의한 ‘케어 매니지먼트’를 소개하면 다음과 같다.

“케어 매니지먼트는 개개인의 독특한 욕구들이 인

식되어졌을 때 이용 가능한 서비스 안에서 개개인의 욕구를 파악하고 진술하기 위한 하나의 통합된 과정이다. 이러한 이유에서 케어 매니지먼트는 현존의 서비스에 클라이언트를 맞추기 보다 그들의 욕구에 서비스를 맞추는 것을 강조한다”(DoH, 1991a).

또 다른 영국의 보건성(DoH, 1994)에 의하여 정의된 케어 매니지먼트는 다음과 같다: “케어 매니지먼트는 사정에서 밝혀진 클라이언트 개개인의 욕구를 충족시키기 위하여 서비스를 그들에 맞게 재단하는 과정이다…… 지속적인 욕구의 변화에 대응하는 지속적인 과정이다”.

이상과 같은 용어정의들에서 내포하는 케어 매니지먼트의 주요한 개념은 욕구중심 접근, 혼합경제 케어, 클라이언트 선택권의 중요성, 욕구에 맞는 적절한 서비스 조정을 통한 비용절감, 직무 책임성 재고, 능력부여(empowerment) 등으로 볼 수 있다.

2 재가노인복지에서 사례관리자의 역할

1) 클라이언트 수준

협력자/실행자로서의 사례관리자: 성공적인 사례관리의 실행을 위하여 사례관리자는 클라이언트에게 실질적인 서비스의 연계에 적극적이어야 한다(Moxley, 1989). 협력자로서 사례관리자는 서비스 제공에 관련된 기관들 또는 서비스 제공자들에게 필요한 합의가 있음을 의미한다. 이러한 사례관리자는 서비스의 폐케이워 과정에서 약간의 직접적인 서비스 제공에 관여하게 된다(Huges, 1995). 실행자로서의 사례관리자는 클라이언트의 안정적인 생활을 위하여 위기개입 기술을 사용하곤 한다. 성공적인 위기개입을 위하여 사례관리자는 인지능력 회복, 심리적 지지, 그리고 환경적 변환 등의 여러 가지 역할들을 수행한다(Moxley, 1989). 이런 종류의 서비스는 주로 정신지체나 장애인으로서 일상생활을 영위하는데 스트레스를 경험하는 클라이언트들에게 필요하다. 그러나 사례관리자는 위기개입을 통한 욕구 해결자로서 또는 특정 치료자로서의 한가지 역할이 요구되지는 않는다.

카운셀러/교육자로서의 사례관리자: 사례관리

자는 클라이언트가 그들의 욕구를 계속적으로 충족할 수 있도록 카운셀링 또는 일상생활 훈련의 개발을 위한 직접적인 서비스 제공의 일반적인 역할이다 (Goldstein et al., 1980; Moxley, 1989). 카운셀러로서의 사례관리자는 클라이언트의 자기통제 능력이 높은 수준일 때 가능하다. 클라이언트는 카운셀링과 교육을 통하여 자기옹호의 인식에 영향을 주는 효과적인 의사결정을 돕기 위한 문제해결 능력을 개발할 수 있다. 그러나 카운셀링은 사례관리자의 역할이 과도하게 행정적인 면이 강조되는 위험성을 내포하므로 그들 역할 중에 일부로 수행되어야 한다(Lewis, 1997).

행동수정접근의 활용은 임파워먼트와 선택권을 보장하기 위한 수단으로서 문제해결 능력 교육(훈련)에 매우 유용한 방법이다. 이러한 기술은 긍정적 강화, 모델링, 역할극 등이 포함된다. 훈련의 효과를 높이기 위하여 사례관리자와 클라이언트는 이러한 기술의 훈련을 강의실이 아닌 실제 현장에서 이루어질 수 있도록 해야 한다(Moxley, 1989).

행정가/정보전문가로서의 사례관리자: 재가노인복지에서 사례관리자의 기본적인 역할은 클라이언트의 보편적인 욕구를 충족시키는 역할을 수행하게 된다.

행정가로서의 사례관리자의 역할은 클라이언트에게 제공되는 서비스 계획과 케어를 위한 의사결정 과정에서 전문가 팀의 조직, 운영 등과 같은 행정을 통한 서비스 조정이 강조되어 진다(Moxley, 1989). 이것은 사례관리자가 복잡한 서비스 전달 네트워크와 다양한 정보 체계에서 주요한 역할을 수행할 수 있음을 의미한다. 이러한 이유에서 사례관리자는 지역사회의 서비스 자원과 이들을 접근할 수 있는 방법에 대한 상당량의 정보를 소유할 것이 요구되어진다. 행정가로서의 사례관리자는 필요한 정보체계의 개발을 촉진하고 보다 클라이언트에게 친근한 정보의 공유를 촉진하고, 개별 욕구를 충족시키기 위한 유연성 있는 서비스 전달 과정을 개발해야 한다(DoH, 1991).

2) 체계수준

연계자로서의 사례관리자: 연계는 원활한 서비스의 활용을 위하여 이용 가능한 서비스를 클라이언

트에게 연결하기 위하여 사례관리자가 자주 사용하는 전략 중의 하나이다. 이러한 역할은 일정범위의 서비스 네트워크와 클라이언트를 연계하기 위하여 비공식적 보호자와 전문가들에게 연락하는데 필요한 수단이다(Huges, 1995). 연계의 주요한 수단 중의 하나는 의뢰이다. 효과적인 의뢰는 파악된 서비스 네트워크와 클라이언트 사이에서 사례관리자가 조정자 역할을 하는 복잡한 과정이다(Intagliate, 1982). 서비스 제공기관의 까다로운 규칙, 특정장애 클라이언트에게 서비스 제공을 거부하는 기관의 존재 등과 같은 이슈는 사례관리자가 연계자의 역할을 활성화하는데 잠재적 어려움으로 지적되고 있다. 이러한 연계의 역할은 누구를 어떤 수준에서 접촉할 것이냐 하는 조직적 기술, 어떤 서비스를 개발하고, 어떤 규정을 적용하느냐하는 지역사회 기반 기술 등이 원활한 서비스 연계를 위해 필요하다.

조정자로서의 사례관리자: 사례관리자는 클라이언트의 욕구충족에 부응하기 위하여 사례관리자에 의하여 조직되어진 서비스 네트워크와 서비스 제공자들이 조화를 이루며 효과적으로 서비스를 제공하기 위하여 고안된 복지 전달 메카니즘 중의 하나이다(Moxley, 1989). 사례관리자는 한 명의 클라이언트에게 서비스 제공기관에서 각기 다른 케어 계획을 기초로 중복서비스 제공을 방지하기 위하여 노력한다(Applebaum & Austin, 1990). 클라이언트를 위한 서비스의 조정은 사례관리자에게 서비스제공자들의 영역 조정 역할을 수행하게 된다. 사례관리자는 효과적인 서비스 조정자의 역할을 통하여 클라이언트의 욕구에 서비스 제공자의 적극적인 반응을 유도할 수 있다. 예를 들어, 여러 서비스 제공자들이 관련된 복잡한 복지환경에서 구매자와 공급자의 분리를 통한 서비스 제공은 조정자로서의 사례관리자의 역할이 무엇보다도 중요하다. 그러나 확고한 서비스 구매자와 공급자가 분리되면 사례관리자는 단지 행정적인 역할이 강하게 요구 될 수도 있다(Lewis et al., 1997).

부로커(중계자)/옹호자로서의 사례관리자: 사례관리자의 주요한 역할은 가장 적절한 서비스 계획 또는 패키지취로 구성된 서비스가 효과적으로 제공될 수 있도록 적격한 지역사회 자원이나 서비스 제

공자를 선정하는 일과 관계되어 있다. 사례관리자는 이러한 전략을 클라이언트가 충분하고 적격한 서비스를 그들의 욕구에 맞게 연결하는데 이용한다. 효과적인 서비스의 중계(부roker링)는 특정 지역사회 안에서 사례관리자의 전달 체계에 대한 지식이 어느 정도이냐에 따라 달라질 수 있다(Moxley, 1989). 효과적인 서비스 중계에 영향을 주는 다른 요인은 타 기관들과의 친근한 연계 경험에 달려있다고 할 수 있다. 이러한 경험들은 서비스 계획에 의하여 구성된 다기관통합 팀(multi-disciplinary team)의 구성원으로서 다른 서비스 제공자들과 공동으로 서비스를 제공할 때 주요한 요소이다.

옹호활동을 통하여, 사례관리자는 서비스 제공의 거부와 같은 불미스러운 일을 바로잡기 위하여 노력하는 것은 필수 불가결하다. 클라이언트 옹호는 클라이언트의 파악되어진 욕구에 부응하는 서비스가 제공되지 못할 때 개입하는 전략이다(Johnson & Rubin, 1983; Moxley, 1989).

3. 재가노인복지에서 사례관리의 주요 구성

사례관리의 다양한 모델과 실행을 위한 시도에도 불구하고, 공통적인 실천과정은 약간의 차이는 있으나 일반적으로 다음과 같은 네 단계의 과정으로 진행된다: 케이스 발견/적격심사, 사정, 케어계획과 점검/재사정.

1) 케이스 발견(Case finding)

케이스 발견은 잠재적 클라이언트 또는 보호자의 의뢰나 기타방법 즉, 양로원 또는 병원 접수 등을 통한 서비스 욕구가 있는 잠재적 클라이언트를 찾아내는 초기단계로(Cameron & Freeman, 1996) 의뢰과정이라고 한다.

케이스 발견 활동의 범위는 사례관리에서 클라이언트를 선정하기 위한 서비스 수혜 대상자 선정(targeting) 요건에 의하여 결정된다. 그래서 이 활동은 서비스 대상자와 선정기준이 일치하도록 하는 첫 번째 과정이다(Applebaum & Austin, 1986). 이 과정에서 주요한 어려움은 클라이언트의 선정을 위한 서

비스 수혜 대상자의 기준/범위를 정하는데 있다(Cambridge, 1992). 명확한 대상자 선정 기준을 사용한 프로젝트의 예를 들면, 윈체스터(Winchester)는 비공식 전업 보호자가 가정에 없기 때문에 병원에 입원은 했지만 정신적 혼란으로 어려움을 겪지 않는 신체적으로 허약한 노인을 대상으로 하였다. 달링톤(Darlington)에서는 정신은 명확하고 신체적 장애를 가진 사람으로 재활이 필요한 클라이언트를 대상으로 하였고, 캠버웰 & 세인트 헬렌(Camberwell & St. Helen)은 간호 서비스를 필요로 하지 않고 사회적 서비스만을 필요로 하는 노인이 대상이었다(Knapp *et al.*, 1992).

2) 사정(Assessment)

사정을 “어떤 것이 행하여져야 되는지의 결정과 함께 도움이 필요한 사람들을 찾고, 명확화 하여 욕구/환경을 파악하는 과정”(Devon social service department)이라고 할 수 있다.

다차원적 사정도구의 제작은 서비스 제공을 위한 적격성/적절성을 결정하기 위해 최저 기준을 정하는 과정이다(Capitmana *et al.*, 1986). 그러나 명확한 대상자 선정(targeting)기준과 케어 목표가 없는 사정은 클라이언트간의 서비스 제공에 대한 형평성의 문제를 유발하며 사례관리자의 서비스 섭외/구매를 수행하는데 상당한 어려움을 겪게된다. 약식 또는 종합적 사정의 기준은 기관에서 정한 가이드/규정에 준하여 사정도구를 만들어 실시되어져야 된다. 일반적으로 재정의 사정을 포함한 표준화된 사정도구를 사용하고 사례관리자에 의하여 사정되지만 여러 분야의 전문가와 관련 기관이 함께 하는 단일 팀 또는 다기관통합 팀(multidisciplinary team)에 의한 경우도 있다. 예를 들면 핵심전문가 팀을 구성한 볼톤과 캠버웰(Bolton & Camberwell), 선발된 배심원들이 수행한 이슬링턴(Isington), 병원사정 팀으로 구성된 섬머셋(Somerset) 등이 있다(Cambridge, 1992). 대부분 구조화된 사정 도구를 사용하나 반구조화(semi-structure)된 도구를 사용하는 경우도 있다.

3) 케어 계획(Care plan)

케어계획은 클라이언트를 위한 서비스 제공의 목적, 기간, 빈도 등을 결정하고 서비스 패키지로 이어지는 과정이다(Capitman,1986). 케어계획은 한 명의 사례관리자에 의하여 수행될 수도 있고 케어계획 팀에 의하여 수행될 수 있다. 서구에서 실행되는 사례관리의 케어계획은 팀에 의하여 이루어지는 경우가 일반적이다. 예를 들어 지역사회 재활 팀(Community rehabilitation team), 보건/복지 케어계획 팀, 다기관 통합 팀(Multi-disciplinary team) 등이 있다.

재가복지에서 한정된 재정으로 사례관리자는 요양원(nursing home)이나 병원의 비용과 비교하여 이들보다 비용이 초과되지 않는 범위 안에서 케어계획을 세울 능력이 있어야 한다. 장기적인 케어를 위한 서비스 선택과 비용에 영향을 주는 주요한 요인들을 찾아내는 것은 사례관리자의 중요한 역할 중의 하나이다(Rickard: ibid).

케어계획에서 가장 중요한 사례관리자의 역할은 사정에서 파악된 욕구에 대하여 가능하고 적절한 개입 목표 설정을 할 수 있다는 것이다. 개입목표가 설정되면 그 목표를 달성하기 위하여 클라이언트를 위한 서비스 제공의 목적, 기간, 빈도 등이 결정되고 서비스 패키지로 이어진다.

4) 점검과 재사정(Monitoring and Reassessment)

점검의 일반적인 목적은 케어계획의 진행과 그것의 목표 수행을 유지하기 위함이다. 이것은 케어계획에서 세워진 목표를 유지 및 지지하도록 한다. 또한, 클라이언트에게 환경변화가 필요할 경우 그 변화가 적용(고려)될 수 있도록 클라이언트의 욕구에 초점을 맞출 수 있도록 도와준다. 이러한 점검은 사례관리자가 클라이언트의 욕구변화에 빠르게 대처할 수 있게 하는 기회를 제공한다.

점검의 빈도는 제공되는 서비스의 종류나 클라이언트 욕구의 강도에 의하여 결정된다(Applebaum & Austin,1990). 통상 6개월 간격의 점검이 이루어지는 것이 정상적인 것으로 간주되나 모델에 따라 차이가 있다: 그러나 실제 많은 케어 매니저먼트 서비스에서 1년에 한번 정도 시행하는 것으로 나타났다(Audit

Commission, 1989).

재사정은 어느 특정 시점에서 서비스 제공 과정과 분리되어 시행되어지며 서류상으로 진행되며 공식적/비공식적, 지속적/일정간격, 다양한 빈도 등 다양하게 실행되는 계획된 클라이언트의 환경에 대한 사정이다. 즉, 케어계획의 변화가 요구되는지를 사정하며, 제공되어지는 서비스에 대한 클라이언트/보호자의 선호도/욕구 그리고 이러한 욕구에서 서비스의 효율성에 초점이 맞추어진다.

재사정은 일반적으로 사정에서 발견된 문제가 해결되었거나 악화되었거나 또는 다시 규정되었거나 할 경우 즉, 서비스 제공자/클라이언트에 의하여 서비스가 중단되었을 경우 등에 시작되어야 된다(Applebaum & Austyin(1990)).

4. 재가노인복지에서 사례관리 모델

1) 사회적 서비스 모델(The Social Care Model)

이 모델은 단일 기관(예, 사회 서비스국)에 소속한 사회복지사가 사례관리자의 역할을 담당하였으며 이 사례관리자는 사례관리의 모든 과정을 수행하는 책임이 주어졌다(Challis *et al* 1990). 사례관리자는 비교적 적은 케이스 로드(25~30)를 가졌으며(Challis *et al*, 1993) 모든 사회적 서비스의 매니저먼트와 홈헬퍼(가정봉사원)의 고용과 같은 서비스 구매를 위한 예산 집행권을 가지고 있다(Dant & Gearing, 1990). 그러나 사례관리자가 개별 클라이언트를 위한 예산집행을 할수 있는 일주간의 비용은 시설 케어를 위하여 사용되는 케어 비용의 2/3가 넘지 않도록 한정하였다(Challis, 1993).

케이스 발견과 적격심사: 이 모델은 장기적 시설 케어가 요구되어지는 허약한 두 부류의 노인들을 대상으로 하였다. 첫째는 일반적인 시설 케어 서비스보다 욕구수준이 높은 노인이 대상이며, 두 번째는 전통적인 서비스로 대처가 불충분한 기능적 정신장애로 고생하는 노인을 대상으로 하였다(Challis & Davies, 1985). 잠재적 클라이언트를 위한 서비스 의뢰는 지역 사회복지사, 보건소 의사, 또는 보건소 간호사에 의하여 이루어졌다(Dant & Gearign, 1990).

클라이언트의 평균나이 80세 그리고 2/3는 여자이며, 이들은 모두 일일생활에 기능장애를 겪고 있으며, 1/3은 실blind, 2/3는 낙상의 위험이 있다(Challis, 1993).

사정: 사례관리자가 수행한 케어계획으로부터 사정의 분리는 관례적으로 사회사업에서 수행하던 클라이언트의 욕구 사정을 피하기 위하여 이 모델에서도 도입한 필수적이고 특이한 특징 중의 하나이다(Challis & Davies, 1985b). 사정은 클라이언트의 욕구와 그들의 건강회복뿐만 아니라 변화/성취에 방해되는 요인의 발견에 초점을 두었다(Challis & Davies, 1986). 그러므로 이러한 사정은 기존 서비스의 적격성과 관계된 클라이언트의 사정이라기보다 욕구 중심적 접근이라 할 수 있다(Challis & Davies, 1985).

케어 계획: 세 분야의 자원 즉, 지역사회 간호사(community nurse)와 홈헬프 서비스(home help service)는 케어 패키지에 가장 빈번하게 이용되는 서비스들이다(Challis & Chesterman, 1985). 기존에 제공되던 서비스와의 조정을 위하여 사례관리자의 예산 집행에 의하여 구매되는 새로운 자원은 기존의 서비스로 제공할 수 없다든지 또는 제때에 서비스를 제공할 수 없을 때 이용되었다. 이때 이용되었던 주요한 서비스는 지역사회 주민이 제공되는 홈헬프 서비스였다(Challis, 1993).

홈헬퍼(home helper)의 직무는 전문가에 의하여 제공되는 사회적 또는 치료적 서비스 개입이 불가능할 때, 일일생활의 즉각적/실질적 욕구 충족을 위한 대체 서비스로 제공되어졌다. 이러한 예외적 서비스의 제공은 공식적/비공식적 보호자와 여러 서비스 관련 기관들의 활동을 통합하는 전반적인 케어계획의 일부로서 수행되어졌다(Challis & Davies, 1985).

점검 & 재사정: 사례관리자는 케어 서비스가 패키지 되면 점검과 재 사정까지 지속적인 책임을 진다(Challis, 1993). 케어 서비스의 네트워크가 복잡한 경우의 점검을 돕기 위한 간단한 도구를 이용하였다. 이것은 수직축을 중심으로 일주일 동안의 주요변화와 서비스 욕구 그리고 수평축은 하루 동안의 중요한 변화와 욕구 등을 일으키는 기간을 매트릭스 차트로 표시하였다(Challis Davis, 1985b). 전통적인 서비스 제공 방법으로 사용되지 않았던 문제의 해결과

매니지먼트의 추가적인 전략이 팀에 의하여 개발되어졌음은 큰 의미가 있다(Challis & Davies, 1985).

결과: 사례관리자가 클라이언트의 욕구충족을 위한 서비스 구매를 위한 예산 집행권의 사용은 허약한 노인을 위한 사회적 서비스의 효율성 제고에 큰 역할을 하였다(Challis & Davies, 1986; Challis et al, 1993). 전통적 사회복지 서비스를 받은 통제집단(64%)보다 사례관리 서비스를 받은 실험집단(31%)에 속한 클라이언트는 시설 케어기관의 입소비율이 보다 적게 나타났다(Challis Davies, 1985). 4년 후의 지속적인 평가 결과에서도 사례관리 서비스를 받은 클라이언트의 시설케어 입소율이 전통적인 사회복지 서비스를 받은 클라이언트보다 현저하게 낮게 나타났다(Challis, 1993). 클라이언트와 그들 보호자의 삶의 질은 전통적 서비스보다 증진된 것으로 나타났다. 비용의 효율성 면에서는 전통적 서비스에 비하여 약간 높은 것으로 드러났다(Challis et al, 1993). 그러나 클라이언트의 보건/의료 욕구에 대한 서비스 제공의 어려움은 가장 큰 문제점으로 드러났다.

2) 보건/복지 통합모델(The Primary Health & Social Care Model)

사회적(복지)서비스 모델이 성공적인 결과를 보여주었음에도 불구하고 매우 허약한 기능장애 클라이언트의 보건/의료욕구의 충족을 위한 의료, 간호, 위생적 서비스와 사회적인 서비스간의 연계/통합의 필요성이 대두되었다(Challis et al, 1993).

사회복지사(3), 간호사(1), 시간제 의사(1), 그리고 물리치료사(1)가 한 팀을 구성하였고 추가적 자원은 필요할 때 융통성 있게 동원하였다. 보건복지 서비스 통합 팀에 의하여 구매되어 지는 서비스의 비용은 보건/복지 서비스간에 공평하게 분배되어졌다(Challis, 1993). 이 팀은 지방정부의 사회적 서비스국에 소속되었으며 사회복지사와 간호사가 사례관리자의 역할을 수행하였으며 의사와 물리치료사는 사정과 점검을 주로 담당하였다(Challis et al, 1993).

케이스 발견과 적격심사: 보건복지 서비스 통합 팀에 의뢰된 대부분의 잠재적 클라이언트는 사회적 서비스 모델의 클라이언트보다 일일 생활을 위한 활

동이 의존적이며 그들의 보호자들은 심한 스트레스와 일일생활에 어려움을 경험하고 있었다(Challis et al 1990). 대부분의 의뢰는 보건소 의사와 지역 간호사(16), 지방정부의 사회적 서비스국(11), 기타(2)에 의하였으며 의뢰의 주요 기준은 클라이언트가 보건/복지의 다중적 욕구가 있는 경우와 그들의 보호자가 노인들의 케어의 부담으로 인하여 심한 스트레스를 경험하고 있는 케이스이다(Challis et al 1993).

사정: 클라이언트의 욕구에 따라 간호사 또는 사회복지사가 사례관리자로서 첫 번째 방문을 하고 6주에 걸쳐 팀의 각 멤버에 의하여 지속적으로 사정되어졌다. 사례관리자는 사정의 완결과 비공식 케이스 미팅에서 검토될 초기 케어계획의 수립을 책임진다(Challis et al 1990). 사정은 사회적 서비스 욕구를 기초로 하여 시행되고 추가적으로 의료/보건욕구를 사정했다(Challis et al 1993).

케어 계획: 복지서비스 이외의 다른 분야와 기관으로부터 서비스와 전문가의 사례관리팀 합류는 클라이언트에게 보건과 복지 서비스 자원의 광범위한 이용을 가능하게 하였다. 케어계획과 함께 이 모델은 가능한 한 클라이언트의 선호도와 융통성의 원리를 적용하고 서비스 제공의 가변적 속도 조절 메카니즘의 도입에 따른 명백한 욕구의 서열화가 반영/시도되어졌다(Challis et al 1990). 일주일에 한번 공동집합 장소에서 식사시간을 전후하여 물리치료사에 의하여 사회적 활동 그룹이 조직되어 음악에 맞추어 간단한 운동을 하였다. 이러한 과정은 클라이언트의 이동성을 증진하고 케어 매니저에게 클라이언트를 점검하는 기회를 제공하였다(Challis et al 1993).

점검 & 재사정: 사례관리에서 클라이언트의 안녕과 욕구만족도, 보호자의 서비스 대처능력, 그리고 서비스의 효율성에 대한 정기적 점검은 중요한 과정이다. 이 모델에서 사례관리자는 흡혈퍼와의 밀접한 관계를 형성하여 클라이언트의 상황을 효과적으로 점검하였으며 필요한 경우에 사례관리자는 클라이언트의 방문과 서비스 개입 과정에서 보충적 점검이 이루어졌다(Challis et al 1993).

결과: 프로젝트 실행 1년 후에 사례관리 서비스를 받은 실험집단의 62%와 전통적 서비스를 받은 통제

집단의 21%가 시설 케어를 위한 기관에 입소하지 않았다. 이것은 사례관리가 불필요한 시설케어 입소를 방지할 수 있다는 것을 보여 주었다(Challis et al 1993). 이 모델은 특히 매우 허약한 클라이언트의 시설입소 대안으로서 개발 가능성을 보여주었으며, 비용면에서도 전통적 서비스보다 적게 소요됨을 보여주었다(Challis et al 1990).

3) 다기관 통합 모델 (The Multidisciplinary Team Model)

이 프로젝트의 주요한 목적은 게이트 헤드 (Gateshead)에서 실행된 보건/복지 통합모델에서 발생한 서비스간의 중첩성 문제를 해결/완화하기 위하여 개발된 다기관 통합 팀(multi-disciplinary team)에 의한 서비스 제공에 있다(Challis, 1993). 이 프로젝트의 구체적인 목적은 다양한 욕구를 가진 클라이언트가 서비스 제공과정에 적극적인 참여를 통하여 그들의 서비스에 대한 통제와 선택권의 증진, 보건과 복지 통합 서비스에 대한 직무의 책임성을 명확화하고, 서비스 수혜의 중복방지와 유연성 제고를 시험하고자 했다(Challis et al 1991). 이 프로젝트는 지방정부의 사회적 서비스국에 의하여 고용된 프로젝트 매니저(1), 사례관리자(3), 홈케어 보조 팀으로 구성되었다. 사례관리자는 한 명의 클라이언트가 병원 입원 케어에 소요되는 비용의 2/3의 예산을 재가복지에서 사례관리 서비스 제공을 위하여 자유롭게 예산을 집행할 수 있도록 하였고 홈케어 보조 팀 운용과 케어 계획의 점검에 대한 책임이 부여되어졌다(Challis et al 1988). 의뢰, 사정, 그리고 재 사정은 사례관리자, 사회복지사, 병원과 지역 간호사, 의사, 응급처치요원으로 구성된 다기관통합 팀에 의하여 수행되었다(Challis et al 1991).

케이스 발견과 적격심사: 다기관통합 팀에 의하여 케이스는 발견되며 사례관리자의 주요한 역할은 초기사정인 클라이언트 적격심사이다(Challis et al 1991). 클라이언트의 평균연령은 80세, 남자 36명과 여자 65명이 사례관리 서비스를 받기 위해 노인병원에서 퇴원하였다. 실험집단의 90%와 통제집단의 96%는 병원에서 2년 이상 입원했던 사람들이며 가장 일반적인 클라이언트는 중풍(1/3)으로 이동과 스스로

케어가 불가능하며 클라이언트의 2/3는 실금을 경험하였다(Challis et al 1993).

사정: 사례관리자, 사회복지사, 병원과 지역 간호사, 의사, 응급처치요원으로 구성된 다기관통합 팀에 의하여 사정이 실시되며 사례관리자는 이 팀의 전문가들의 사정 결과를 통합/조정하며 잠재적 지원 네트워크와 가족의 사정을 책임진다. 또한 가정방문을 통하여 클라이언트의 환경이 사정되어진다(Challis et al 1993).

케어 계획: 각 사례관리자는 할당된 20여명의 클라이언트에 대한 예산 집행권을 가지며 대부분의 예산은 홈헬프 서비스 구매에 이용된다. 추가적 지역사회 서비스와 보건/복지서비스의 구매에 이용되기도 하였다(Challis, 1993). 홈케어 보조자들은 여러 간단한 임무들의 수행 즉, 홈헬프 서비스, 간호 보조, 작업치료의 보조 등을 위하여 여러 전문가에 의하여 지시 및 사용되어 졌다(Challis et al 1993).

점검 & 재사정: 사례관리자의 기본적 임무는 다기관통합 팀의 자문을 통하여 각 분야로부터 모든 필요 자원을 연계하고 케어 패키지를 정기적으로 재 사정하고 조정하는데 있다. 또한 사례관리자는 점검, 조정뿐만 아니라 케어 네트워크간의 갈등을 해결, 홈케어 보조자의 활동을 실행시키고 클라이언트와 그들의 보호자의 감정을 지지하는 역할을 담당한다(Challis et al 1993).

결과: 통계적으로 클라이언트의 서비스에 대한 만족도는 유의할 만큼 증진되었다(Challis et al 1991b). 케어의 질적인 측면에서 통계집단에 비하여 클라이언트 참여도의 증가와 추가적 욕구가 유의할 만큼 감소하였다(Challis et al 1993). 앞의 두 모델과 다르게 상당한 비용의 효율성이 증명되었다(Challis, 1993).

III. 농촌지역의 재가노인복지

1 농촌 지역의 재가노인복지 실제

1) 농촌 지역재가노인복지 서비스

(1) 가정봉사원 파견 서비스

가정봉사원 파견서비스는 '신체적, 정신적 장애로

일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 사업'(노인복지법 제38조(1)).

가정봉사원 파견서비스는 노인복지법(1989)을 근거로 1990년부터 정부의 공식적인 정책으로 되었다. 무료서비스로만 운영되던 가정봉사원 파견서비스는 노인복지법(1993)에 의하여 영리를 추구하는 개인/단체에서 유료 서비스를 제공하게 되었다.

가정봉사원 파견 시설은 시장, 군수, 구청장에게 신고하여 필증을 취득한 후에 서비스를 제공할 수 있고, 신고된 가정봉사원 파견시설 이외의 노인종합복지관과 재가복지봉사센터에서 서비스를 제공한다.

대상인구: 노인을 위한 가정봉사원 파견 서비스 대상자는 해당 지역사회에 거주하는 65세 이상 저소득 노인 그리고 바깥 거동이 불편한 노인이 대상자가 된다. 구체적인 대상자 범위는 저소득 노인 층으로 서비스가 필요하다고 인정된 자, 생활보호 대상노인, 무인가 시설 수용 노인, 가정봉사원 파견 서비스를 원하는 지역노인 등으로 볼 수 있다.

대상노인 선정 요령은 일반적으로 지역사회내의 보호대상 노인 후보자 명단을 행정기관과 협조하여 획득하거나 대상노인의 방문 상담은 주요한 방법이다.

대상자 관리를 위하여 관리카드를 전산에 입력하여 자원봉사자 관리 카드와 연계하여 활용한다. 공적부조 대상자를 전체 수혜 대상노인의 70% 이상으로 하며, 지역의 특성에 따라 기관이 별도 선정 기준을 정할 수 있다.

전달체계: 보건복지부(노인보건과)-특별시·도(가정복지과)-시·군·구(가정복지과)-재가노인복지관-노인.

인력과 재정: 사회복지관의 관장은 재가복지봉사센터의 장을 겸직하고 업무를 총괄 지휘한다. 효율적인 운영을 위해 전담인력을 사회복지사 2명(과장급1인), 운전기사 1명을 두게 된다. 직원의 채용은 기관의 정관에 의하여 법인대표이사/관장이 채용할 수 있고 전담직원의 보수지급에 관한 규정을 정하여 시

행한다.

가정봉사원 파견서비스 기관 재정은 중앙정부와 지방정부가 40:60의 비율로 분담하며, 현재 78개소가 정부의 지원 대상이며 1개소당 평균 7,650만원인데 기관의 사정에 따라 차등 지원한다.

서비스 내용:

- ① 가사원조서비스- 집안청소, 식사준비 및 취사, 시장보기
- ② 간병서비스- 안마, 병수발, 잠자리정돈, 병원안 내 및 동행
- ③ 정서적 서비스- 말벗, 상담, 잔심부름, 책읽어 주기, 여가지도, 취미생활
- ④ 결연서비스- 재정적 후원 지원연결, 의형제, 부모연결
- ⑤ 알선서비스- 가정방문 서비스 받도록 알선
- ⑥ 자립지원서비스- 탁아, 기능훈련, 취업알선
- ⑦ 교육서비스- 대상자 보살피는 요령, 복지관이용 요령 등 .

(2) 주간보호

노인복지법 제 38조에 주간보호 사업이란 “부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활 안정과 심신기능의 유지 향상을 도모하고 그 가족의 신체적 정신적 부담을 덜어주기 위한 사업”이라고 규정하고 있다. 한

대상자: 주간보호 서비스의 일반적인 대상자 선정 기준은 가정봉사원 서비스 대상과 같으며, 노인복지법 시행규칙 제 27조에 의하면 주간보호서비스 이용자 기준이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안에 보호가 필요한 60세 이상인자로 규정하고 있다. 다만 국가/지방자치단체의 보조를 받는 재가노인복지시설(무료,실비) 이용자의 경우에는 동법 시행규칙 제 14조에 정하는 생활보호 대상자나 생활보호 대상은 아니나 56세 이상인 자로서 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 사람 및 65세 이상의 실비 보호 대상자에 한한다.

전달체계: 노인복지법에 의하여 보건복지부(노인

보건과)-특별시/도(가정복지과)-시/군/구(가정복지과)-주간보호시설-서비스 대상 노인에게 전달된다.

인력 및 재정: 2000년 현재 주간보호시설은 서울을 제외한 지방 34개소가 국비나 지방비를 지원 받아 운영되고 있다.

정부지원은 무료, 실비 이용노인 대상으로 한 주간보호 시설로 인건비, 운영비 등 사업비를 일부 보조하는 것이며 2000년부터 이용 노인수, 제공서비스 등 운영실적 평가로 시설별로 세 개로 분류하여 차등지원하고 있다. 최우수시설이 5,250만원이고 단계별로 지원을 200만원씩 삭감하고 부족분은 운영 주체가 부담하도록 하고 있다. 국가와 지방자치단체간의 지원비율은 서울의 경우 지방비50:국비50, 지방의 경우 지방비60:국비40으로 지원하고 있다.

주간보호시설 이용부담금은 대상자 선정 기준과 서비스 내용에 따라 추가비용이 추가된다. 65세 이상 생활보호대상자는 무료로 이용할 수 있고 저소득가구 즉 도시근로자 가구 월 평균 소득미만(4인 가족 2,248,300원)인 노인의 경우 실비를 지불하게 된다. 유료이용의 경우 60세 이상으로 규정되어 있으며 주간보호 시설비용과 서비스 비용을 본인이 부담하게 된다.

서비스 내용: 서비스는 이용자와 제공기관의 계약에 의하여 유료·무료로 제공된다. 서비스 내용은 다음과 같다. 목욕 서비스, 여가지도 서비스, 기능회복 훈련, 노인가족 위한 교육 및 상담 서비스, 교통서비스, 급·간식 서비스

(3) 단기사업

노인복지법 20조에 따르면 단기보호사업의 목적을 “부득이한 사유로 가정의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애인을 시설에 단기간 입소시켜 보호하고 필요한 각종 서비스를 제공하며 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하는 것”이라고 명시하고 있다.

대상자: 65세 이상의 모든 고령자를 대상으로 하나, 치매 등의 질환으로 타인의 도움이 필요하거나 중풍 등으로 인한 거동 불편으로 수발을 필요로 하는 노인과 가족에게 우선적으로 서비스를 제공한다.

입소사유는 관혼산제, 입학, 졸업식 등의 사회적 사유, 보호자의 휴식이 필요할 때와 같은 가족적인 사유, 입소자 본인이 요양을 목적으로 하는 이용자 개인의 욕구의 개인적인 사유, 주기적으로 단기 보호소를 이용함으로써 가족이 간병으로부터 오는 부담을 경감시켜 지속적으로 노인이 가정에 머물 수 있도록 하는 예방적인 사유 등으로 분류한다.

단기보호시설 이용신청은 이용 대상자, 보호자 등이 해당기관, 보건소, 또는 읍·면·동사무소의 사회복지 담당자를 통하여 신청하게 되며, 이용신청을 받은 사회복지사는 대상노인에 대한 조사를 위하여 가정방문을 원칙으로 한다.

입소기간의 45일 이내를 원칙으로 하며 1년에 2회 이용이 가능하며, 기간의 연장이 필요할 때는 가족의 상황이나 입소자의 상태에 따라 입소기간을 융통성 있게 연장할 수 있다.

전달체계: 보건복지부(노인보건과)-특별시·도(가정복지과)-시·군·구(가정복지과)-주간보호시설-노인

인력 및 재정: 단기보호시설은 2000년 현재 전국에 3개소 경기도 2개소와 기타 도에 1개소씩이며 전국에 21개소의 매우 적은 수의 단기보호소가 있다.

단기보호 서비스 사업은 유료로 하는 것을 원칙으로 하고 개인이나 단체가 참여할 수 있다. 정부는 개소당 6,150만원을 지원하여 주고 있다. 중앙정부와 지방정부의 재정부담은 60:40으로 하고 있다.

서비스의 종류: 이용비용은 시설에 따라 다소 차이가 있으나 식사와 간식, 물리치료, 프로그램비용 등을 포함한 기본서비스가 5,000이며, 목욕/용변서비스 등 특별서비스는 1회당 1,000원을 추가한다.

단기보호소에서 제공하는 보편적인 서비스는 다음과 같다: 거동불편노인을 위한 목욕서비스, 노인들의 건전한 여가 활동을 통해 건강하고 안정된 생활을 지원하는 여가지도서비스, 육체적 기능회복에 중점을 두며 물리치료 기구 및 작업치료기구 이용, 일상생활 기능훈련 등의 기능회복훈련 서비스, 노인가족을 위한 교육 및 상담서비스, 시설이용시 노인의 거동에 편리를 위한 교통서비스, 그리고 노인의 건강·영양 관리에 도움을 드리는 급·간식서비스 등이 있다.

(4) 방문간호 서비스

방문간호는 현행 노인복지법에 재가복지 사업으로 규정되고 있지 않으나 중요성은 점차 강조되고 있다. 방문간호서비스는 의사나 간호사가 대상자의 집에 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위를 말한다.

방문간호 서비스는 보건소와 병원중심으로 이원화 되어있다. 보건소 중심의 방문간호 서비스는 국민이면 누구나 포괄적인 보건의료의 형평성과 동등한 접근도를 유지, 삶의 질을 유지하기 위함이 목적이다. 기본방향은 주민의 건강유지 증진으로 건강을 보장하기 위하여 지역사회 진단으로 사업 우선 순위 선정하고 환자/질병 중심이 아닌 가족 중심접근이다. 타 기관과의 서비스 연계체제 확립하고 자발적인 주민참여 유도하여 지역사회 자원 활용에 주안점을 두고 있다.

대상인구: 방문간호는 서비스가 필요한 전 주민을 대상으로 하지만 주요 대상자 중의 하나가 노인이라고 할 수 있다. 방문간호 서비스는 대상자와 서비스의 종류, 비용의 유무, 그리고 서비스 제공 기관에 따라 4가지 유형으로 분류되는데 대상자는 생활보호대상자(방문간호), 병원 의뢰자/저소득층(가정간호), 지역주민(지역사회의료사업), 그리고 병원의뢰 환자(병원중심 가정간호)이다.

구체적으로 병원중심의 가정간호 대상자는 만성 폐질환자, 뇌졸중/뇌손상 등의 재활환자, 수술 후 조기퇴원환자, 고혈압/당뇨의 만성 질환자, 암환자, 제왕절개 산모/신생아, 그리고 기타 가정간호 서비스가 필요하다고 의뢰하는 자 등으로 한정한다.

전달체계: 방문간호 서비스의 전달체계는 공급주체에 따라 다양하다. 지역사회의료 사업과 가정간호 서비스는 서비스 제공기관의 자체 계획에 의하여 진행되고 방문간호사업 역시 보건소의 자체 계획으로 실행된다. 병원중심 가정간호는 보건복지부 지역의료정책과에서 36개 병원을 대상으로 시범사업으로 수행되고 있다. 보건소의 방문간호와 병원중심의 가정간호 서비스 전달체계의 예를 통하여 방문간호 서비스의 전달체계를 예시하고자 한다. 보건소 중심의 방문간호는 보건복지부(지역의료정책과)-특별시/도(의약과)-보건소(지역보건과, 지역지도과)-노인에게 서

비스가 제공된다(조유향, 2001).

인력 및 재정: 연세의료원 세브란스병원의 가정간호 사업소의 인력 배치: 소장 1명, 수간호사 1명, 방문간호사 5명(조유향, 2001).

보건소 방문간호 서비스는 보건소 자체 재정으로 실행되고 있으며 병원중심 가정간호 서비스는 현행 의료보험법상으로 의료보험의 혜택이 인정되고 있지 않으나 의료보험급 지급을 인정하는 방식으로 지원하고 있다.

서비스 내용: 세브란스병원(연세의료원)의 가정간호 서비스(조유향, 2001).

- ① 환자 상태의 관찰과 기록 ② 질병과 관련된 전반적 관리
- ③ 의사 처방에 의한 특수 처치 및 치료 ④ 의사 처방에 의한 약물 투여
- ⑤ 검사물 수집과 의뢰 ⑥ 이동 기능검사
- ⑦ 마비환자 위한 관절 운동 ⑧ 욕창/수술부위 등 치료 관리
- ⑨ 말기 암환자의 영양 및 통증관리 ⑩ 환자교육과 질병상담
- ⑪ 의료기기 및 가정간호 용품에 대한 상담

2 농촌노인의 욕구

1) 노인의 욕구

(1) 노인의 일반적인 특성

본 연구를 위한 표집 농촌노인의 평균 나이는 가족보호 서비스 수혜 노인집단 77.5세와 재가노인복지 서비스 수혜 노인집단 78.5세이었다. 기대했던 것처럼 여자노인이 남자노인보다 많이 표집되었다.

가족보호 노인집단(80%)은 재가노인복지대상노인(35%)보다 혼인 상태에서 이혼/사별에 현저하게 높게 나타나고 있다. 가구구조에서는 재가노인복지 대상자는 독거(47%)로 가장높게 나타났으며 가족보호의 경우 배우자/장남(45%)와 배우자(35%) 순으로 나타났다.

자기의 집을 소유는 가족보호노인집단(83%)이 가장 높게 나타나고 있다. 이것은 재가노인복지 대상자(21%)보다 훨씬 높은 비율이다. 전·월세의 측면에

서는 재가노인대상 집단 농촌(51%)이 가족보호대상자(17%)보다 높게 나타나고 있다. 전반적으로 농촌 지역 노인들은 자기 소유의 집에서 도시지역의 노인들은 전·월세 집에서 생활하고 있다(참고 표 1).

표 1. 노인의 일반적 특성

단위 : %

		가족보호	재가복지	유의도
평균나이		77.5	78.5	
성별	남	39	42	
	녀	61	58	
혼인상태	결혼	60	13	0.05
	미혼	5	7	
	사별/이혼	35	80	
가구구조	독거	00	47	0.07
	배우자와 함께	35	10	
	배우자,장남,결혼자녀	45	00	
	친척	00	15	
	타인	00	18	
주택 소유 현황	자가	83	21	0.01
	사글세	00	39	
	전세	17	14	
	임대주택	00	6	
	기타	00	20	

(2) 노인의 일상생활과 도구적 생활 능력

농촌의 노인들에게 일일생활을 위한 활동, 즉 스스로 자신을 돌보기, 집안 밖의 이동, 기타 개인적 활동에 대하여 질문이 주어졌다. 또한 도구적 생활 능력에 대한 질문, 식사 준비를 포함한 집안 일과 외부활동인 시장보기를 중심으로 한 질문이 주어졌다.

표 2에서 나타나 있듯이 가족보호노인집단은 노인 스스로 자신을 돌볼 수 있는 신체적인 능력에서 재가복지대상노인 집단보다 낮은 수준으로 나타나고 있다.

집안에서의 거동에 있어서 재가노인복지대상 집단은 가족보호노인 집단에 비하여 도움을 적게 필요로 하는 것으로 나타나고 있다. 집밖의 이동능력에 대하여 모든 집단의 노인들이 도움을 필요로 한다고 응

답하고 있다. 이러한 결과로 대부분의 노인들은 다른 사람들의 도움 없이 시장보기에 어려움을 겪고 있는 것으로 응답하고 있다.

표 2 노인의 일상생활 능력(ADL) & 도구적생활 능력(IADL)

단위 : %

	가족보호	재가복지
가. 일상생활 능력		
세면	44	12
목욕	51	11
옷입기	42	10
외출	89	80
잠자리 일어나기	41	11
화장실사용	43	21
집안거동	59	30
손/발톱깎기	41	11
우편수집/전화 받기	38	20
나. 도구적 생활 능력		
가벼운 집안일	59	21
간식/음료준비	65	29
식사준비	60	21
고된 집안일	96	98
장보기	81	75
빨래하기	62	30

집안에서의 이동능력은 잠자리에서 일어나기와 화장실 이용하기를 기준으로 한다. 이 두 항목에 대하여 재가노인복지대상집단과 가족보호노인집단 모두 같은 비율로 응답하였다.

기타의 설문, 우편물수거와 손/발톱 깎기에서는 가족보호노인집단은 재가노인복지대상집단에 비하여 많은 도움이 요구되어지고 있는 것으로 나타났다.

일상생활 능력과 더불어 노인들의 도구적 생활 능력에 대하여 질문이 주어졌다. 질문에 대한 응답의 범위는 간편한 집안 일의 도움필요(약20%)에서 시장보기는 노인 모두가 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다.

재가노인복지대상집단은간식/음료수 준비와 같은

가벼운 집안일 수행하는데 있어서 가족보호집단보다 다른 사람들의 도움을 적게 필요하다고 느끼고 있는 것으로 나타났다.

농촌의 노인들의 대부분은 시장보기와 힘이 드는 집안 일을 수행하는데 있어서 다른 사람들의 도움을 대부분 필요로 하는 것으로 나타나고 있다. 빨래하기의 항목에서는 가족보호노인(약60%)집단은 재가노인 복지대상집단(약30%)에 비하여 두 배의 노인들이 도움을 필요로 하는 것으로 응답하였다.

(3) 신체와 정신 건강

농촌의 가족보호노인집단과 재가노인복지대상집단에 대해 정신과 육체건강에 관한 12개 항목의 설문이 주어졌다. 본 논문에서 건강문제는 정상적인 일상생활을 제한하는 질병, 장애 등을 의미한다. 노인의 건강에 대한 측정은 노인자신에 의하여 이루어졌으며 이것은 와병의 기간 또는 정도와 노인들의 건강에 대한 기대수준에 따라 변화를 가져올 수 있음을 의미한다.

표 3에서 볼 수 있듯이 시력장애에 관한 설문에서 재가노인대상집단은 가족보호노인집단에 비하여 어려움을 적게 겪고 있는 것으로 응답하였다.

표 3. 육체/정신건강 단위

단위 : %

	가족보호	재가복지
가. 육체건강		
시력장애	49	68
청력장애	32	42
언어장애	47	22
소변장애	41	10
대변장애	29	09
낙상위험	78	31
숨가쁨	32	32
나. 정신건강		
우울함	30	80
외로움	33	62
혼란	31	50
기억상실	41	68
일반화	13	30

청력장애정도에 대한 질문에 재가노인복지대상집단이 가족보호대상 집단보다 장애를 더 많이 느끼고 있는 것으로 관찰되었다.

언어 장애에서는 가족보호노인집단(47%)이 다른 집단은 1/4정도의 노인들이 장애를 겪고 있다고 응답하고 있다.

요실금에 대하여 가족보호노인집단은 재가노인복지대상집단에 비하여 약간 높게 어려움을 겪고 있다고 응답하였다.

농촌지역의 노인들이 도시지역의 노인들에 비하여 낙상의 위험에 많이 노출되어 있음이 드러났다. 특히 농촌지역의 가족보호노인집단(78%)은 재가노인복지대상 집단들이 비하여 월등하게 위험성이 높게 나타났다.

정신건강과 관련된 질문(표 3)에서 농촌 가족보호대상집단은 재가노인복지대상집단에 비하여 우울함과 외로움을 더 많이 느끼는 것으로 조사되었다. 그러나 일반화의 어려움, 기억 상실 등에 대한 질문에는 농촌과 도시지역 공히 재가노인복지대상 집단이 가족보호노인집단에 비하여 약간 높은 비율로 나타났다.

(4) 욕구만족과 복지서비스에 대한 가치관

표 4에서 볼 수 있듯이 공식적인 복지 서비스 수혜에 과반수의 노인들이 만족하고 있는 것으로 응답하고 있다. 농촌지역 노인의 약 50%가 공식적으로 제공되는 재가노인복지 서비스에 대하여 만족하고 있으며 가족에 의하여 제공되어지는 수발 서비스에 대하여 약 60%가 만족하고 있다고 응답하였다.

공공기관이나 타인들로부터 보전/복지 서비스의 수혜에 대한 가치관에 대한 질문에 농촌의 가족보호노인집단(59%)과 재가노인복지노인집단(70%)가 부정적으로 인식하고 있다. 이러한 서비스에 대한 부정적인 태도를 보인 이유에 대하여 서비스를 받는 것에 대한 “부담과 자존심이 상해서” 라는 응답이 주류를 이루었다. 현재 재가노인복지 서비스를 받고 있는 노인집단이 가족보호노인집단 보다 부담을 느끼기 때문이라는 응답이 많았다. 가족에 의하여 서비스가 제공되는 노인집단이 재가노인복지서비스를 수혜하는 노인보다 공식적인 기관이나 타인으로부터 서비

표 4. 욕구만족과 복지 서비스에 대한 가치관

단위 : %

	가족보호	재가복지
A. 공식적인 서비스		
민족		51
그저 그렇다		49
불만족		00
B. 비공식적인 서비스		
만족	63	
그저 그렇다	37	
불만족	00	
C. 타인/기관으로부터의 서비스 수혜		
긍정적	41	30
부정적	59	70
D. C에서 부정적이라면 그 이유는		
불필요	11	10
수혜에 대한 부담	20	38
가족이 실어함	28	00
자존심 상해서	00	22
기타	00	00

스 받는 것에 대한 필요성을 적게 느끼고 있는 것으로 드러났다.

3 사회복지사의 역할과 지역사회 자원

(1) 사회복지사의 일반적 특성

농촌과 표집된 사회복지사와 방문간호사의 평균연

표 5. 사회복지사의 특성 단위

단위 : %

	사회복지사	방문간호사
평균연령	34.1	39.3
경력기간	8.65	13.6
성별		
남	17(56)	00(00)
녀	13(43)	30(100)
자격증		
사회복지사	30(100)	30(100)
무자격/기타	00(100)	00(100)

령은 각각 34.1세와 39.3세였다. 사회복지사의 근무연한은 8.65년으로 간호사의 13.6년에 비해 상당한 낮은 것으로 나타났다.

사회복지사의 성별에서는 남성(17명 57%), 여성(13명 43%)에 비하여 방문간호사는 여성(30명 100%)의 비율이 절대적이라고 할 수 있다. 표집 대상사회복지사와 방문간호사 모두가 자격증을 소지하고 있다.

(2) 사회복지사/방문간호사의 클라이언트 관련 업무

체계적 수준에서 농촌지역 사회복지사/방문간호사의 주요한 업무는 인테이크, 사정, 그리고 케어계획인 것으로 나타났다. 특히 농촌지역의 사회복지사들이 방문간호사에 비해 점검 및 리뷰 방문에 대하여 중요시 생각하고 있는 것으로 나타났다. 사회복지사들은 할당된 사례에 대하여 지속적인 관리책임이 강하게 부여되고 있다고 볼 수 있다. 이것은 방문간호사에 비하여 노인 클라이언트의 사례수가 적은 데서 기인한 하나의 현상이라고 볼 수 있다.

사회복지사들이 카운셀링, 정보제공, 그리고 행정지원에 방문간호사들보다 많은 시간을 할애하고 있는 반면에 그룹웍 활동에서 사회복지사(13%)이 방문간호사(56%)에 비하여 현저하게 낮게 나타나고 있다.

표 6. 사회복지사/방문간호사의 노인 관련 업무

단위 : 빈도(%)

	사회복지사	방문간호사
인테이크	27(90)	12(40)
사정	22(73)	24(80)
케어계획	20(66)	24(80)
점검	25(83)	18(60)
리뷰방문	18(60)	17(56)
자원조정	16(53)	14(46)
자원연계	23(76)	22(73)
카운슬링	27(90)	20(66)
정보제공	24(80)	26(86)
사회적기술 교육	7(23)	06(20)
어드버커시	10(33)	12(40)
그룹웍	4(13)	17(56)
행정/재정서류 지원	26(86)	24(80)

(3) 사회복지사/방문간호사의 보호자관련업무

사회복지사/방문간호사의 보호자관련 주요 업무는 정보교환, 어드버커시, 감정적 지원과 카운셀링, 그리고 보호자의 욕구사정이다(표 7). 특히 사회복지사(63%)와 방문간호사(80%) 모두에게 카운셀링이 강조되고 있으며 이것은 노인보호의 과정에서 보호자들은 스트레스를 많이 경험하기 때문으로 분석된다.

정보교환에 있어서 방문간호사(60%)가 사회복지사(50%)보다 보호자들과 빈번한 접촉이 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 위에서 언급하였듯이 어드버커시는 농촌지역에서 활동하는 방문간호사의 주요한 활동 중의 하나이다. 사회복지사(23%)에 비하여 방문간호사(43%)이 현저하게 높은 빈도로 나타나고 있다. 이러한 차이는 전통적인 문화에서 기인한다고도 볼 수 있다.

표 7. 사회복지사/방문간호사의 보호자 관련 업무

단위 : 빈도(%)

	사회복지사	방문간호사
정보교환	15(50)	18(60)
어드버커시	07(23)	13(43)
정서지원/카운셀링	19(63)	24(80)
수발자욕구사정	16(53)	14(46)
수발자 교육/훈련	04(13)	20(66)
기타	03(10)	03(10)

사회복지사에 비하여 방문간호사에 대하여 보호자들은 전문성 측면에서 더 많이 인정하기 때문으로 해석된다. 보호자의 욕구사정 활동에 대하여 사회복지사(53)와 방문간호사(46%)이 비슷하게 강조되었다. 그러나 농촌지역의 사회복지사/방문간호사 모두 보호자의 교육/훈련은 거의 이루어지지 않고 있음이 드러났다.

(4) 사회복지사/방문간호사의 공식적/비공식적 네트워크 관련 업무

사회복지사/방문간호사들은 공식적 네트워크와의 관계에서 정보의 교환과 클라이언트의 욕구가 변화될 경우 서비스의 변화에 대하여 주로 활용하는 것으로

나타났다(표 8). 클라이언트의 서비스 변화에 대한 사회복지사의 공식적 네트워크와의 협의는 사회복지사(66%)가 방문간호사(43%)에 비하여 활발하게 이루어지고 있다. 이것은 사회복지사가 방문간호사에 비하여 사회적 서비스 연계와 클라이언트의 욕구변화에 따른 서비스 변화를 원활하게 대처하고 있음을 의미한다.

사회복지사/방문간호사들의 비공식적인 네트워크에 관련한 업무에서는 비공식 지원의 연계가 가장 활발하며, 다음으로는 새로운 서비스 자원의 개발에 적극적이었다. 그러나 자원봉사자 교육과 훈련에 관한 활동은 미미한 것으로 파악되었다. 농촌지역에서는 새로운 자원개발이 가장 강조되어지고 비공식지원의 연계가 다음으로 활발하게 추진되었다.

표 8. 사회복지사/방문간호사의 공식/비공식 네트워크 업무

	단위 : 빈도(%)	
	사회복지사	방문간호사
A. 공식 네트워크		
정보교환	19(63)	22(73)
서비스 변경 위한 협의	20(66)	13(43)
기타	04(13)	07(23)
B. 비공식네트워크		
새로운 자원개발	13(43)	07(23)
비공식지원의 연계	21(70)	25(83)
자원봉사자교육/훈련	06(20)	10(33)
기타	02(06)	05(16)

(5) 사회복지사/방문간호사의 지역사회자원 동원

서구의 경험으로 볼 때 사회복지 관련 위커의 원활한 지역사회자원의 동원은 재가노인복지의 성과가 달려있다고 해도 과언이 아니다. 특히 지역사회 자원을 원활하게 이용하기 위하여 사회복지관련 위커는 서비스 환경변화를 위한 지식과 기술이 요구되어진다.

표 3-9에서 볼 수 있듯이 재가노인복지에서 사회복지사가 농촌지역에 동원할 수 있는 주요한 서비스는 국가에서 제공하는 자원봉사자(63%), 반찬서비스

표 9. 동원가능 지역사회복지자원

	단위 : 빈도(%)	
	사회복지사	방문간호사
가정봉사원	07(23)	14(46)
유급봉사원	02(06)	04(13)
유급간호사	00(00)	03(10)
야간수발자	04(13)	07(23)
자원봉사자	19(63)	22(73)
밀반찬서비스	17(56)	17(65)
빨래서비스	07(23)	11(36)
작업치료	01(03)	01(03)
교통서비스	04(13)	09(30)
물적지원	09(30)	06(20)
점심/사회적 클럽	06(20)	05(16)
이/미용서비스	10(33)	21(70)
기타	01(03)	05(16)

(56%), 그리고 머리깎기(33%) 등이다.

영리영역에서 사회복지사/방문간호사들이 이용할 수 있는 서비스는 유료 가정봉사원 서비스와 유급간호사 서비스의 이용은 미미한 상태이다. 기타의 서비스에서는 교통서비스, 점심서비스, 그리고 개선서비스를 비슷하게 20%-30%수준에서 사회복지사/방문간호사가 동원할 수 있다고 응답하였다.

일반적으로 사회복지사는 방문간호사에 비하여 모든 서비스 자원 동원에서 어려움을 겪고 있는 것으로 드러났다. 단지 두 가지의 서비스(점심지원, 물적지원)에서 사회복지사가 방문간호사보다 높은 이용율로 나타났다.

작업치료와 유료봉사원의 경우 농촌지역에서는 전혀 이용할 수 없는 서비스로 드러났다.

표 10은 재가노인복지에서 사회복지사/방문간호사가 자주 이용하는 NHS와 주거서비스 자원을 요약한 것이다. 가장 자주 이용하는 주거서비스 자원은 무료 양로원(사회복지사 16%, 방문간호사 30%)인 것으로 드러났다. 무료 요양원과 양로원을 제외하고는 농촌지역에서 사회복지사/방문간호사는 동원할 주거서비스 자원은 거의 없는 것으로 나타났고, 이 가지 서비스를 제외하고는 10%대의 사회복지사/방문간호사만

이 기타의 주거서비스를 이용한다고 답하고 있다.

농촌에서 가장 중요한 NHS 자원은 보건소 의사(사회복지사 76%, 방문간호사 86%)와 지역(방문)간호사인 것으로 나타났다. 병원 서비스는 사회복지사 30%, 방문간호사 56%가 이용한다고 답하였다. 그러나 이 세 가지 이외의 서비스는 농촌지역에서 거의 이용하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

표 10. 동원가능 주거 및 보건/의료자원

	단위 : 빈도(%)	
	사회복지사	방문간호사
A. 주거자원		
그룹 홈	01(03)	02(06)
단기 보호소(쉼터)	02(06)	05(16)
유료 요양원	03(10)	03(10)
유료 양로원	02(06)	02(06)
무료 양로원	05(16)	09(30)
무료 요양원	05(16)	05(16)
주간 보호소	05(16)	05(16)
기타	05(16)	05(16)
B. 보건/의료자원		
보건소 의사	23(76)	26(86)
지역(방문)간호사	16(53)	27(90)
병원	09(30)	17(56)
기타	03(10)	04(13)

(6) 정보수집과 의사결정 수준

표 11는 사회복지사/방문간호사의 서비스 제공을 위한 정보 수집 경로와 의사결정의 정도를 질문하여 얻은 결과이다. 농촌지역에서 근무하는 사회복지사(50%)/방문간호사(66%)는 서비스 제공을 위한 정보 수집을 노인들의 방문/전화 또는 사회복지사(26%)/방문간호사(23%)들의 가정방문을 통하여 얻는 것으로 나타났다. 단지 한 명의 농촌지역 사회복지사만이 비공식적 자원을 이용한 사례발견을 한 것으로 나타났다. 본 응답의 결과로 노인들은 다른 사람을 통한 서비스 요청보다는 본인이 직접하기를 원하는 것으로 드러났다.

표 11. 관련 정보수집방법과 의사결정수준

가. 서비스 의뢰를 위한 가장 유용한 정보 수집 경로는 ?	단위 : 빈도(%)	
	사회복지사	방문간호사
Ct.전화/방문	15(50)	20(66)
가정방문	08(26)	07(23)
다른 기관	02(06)	03(10)
비공식 자원	04(13)	00(00)
기타	01(03)	00(00)
나. 서비스 제공 위한 주요한 의사 결정자는 ?		
본인의 의사결정 정도는 ?	사회복지사 방문간호사	
100%	05(16)	04(13)
75%	18(60)	16(53)
50%	04(13)	07(23)
25%	03(10)	03(10)
0%	00(00)	00(00)

사회복지사/방문간호사의 직접적인 의사결정은 자원 이용에 있어서 효율성을 높일 것이다. 이러한 취지에서 표 11 나의 질문이 주어졌다. 전반적으로 사회복지사와방문간호사의 의사결정 자율권은 비슷하게 확보하고 있는 것으로 나타났다. 이들 모두 의사결정에 있어서 50% 이상을 확보하고 있는 것으로 응답하였다.

IV. 농촌 노인을 위한 재가복지에서 사례관리 모형 개발

제 1 절 사례관리 모형 개발

서구에서는 노인을 위한 재가복지에서 현존하는 서비스 형태의 변형을 위한 노력의 일환으로서 사례관리를 발전시켰다. 그러나 이러한 성공적인 사례관리 모델들을 문화, 경제/사회상황, 그리고 복지 인프라가 전혀 다른 한국의 노인을 위한 재가복지에 적용시키면 어떤 결과가 나타날까? 본 절에서는 서구에서 성공적인 결과를 산출한 세 개의 사례관리 모델의 시뮬레이션을 통하여 농촌지역 노인을 위한 사례관리 모형을 개발하고자 한다.

1. 사회적(복지)서비스 모델

본 연구의 제 2 장 사례관리 모델에서 언급하였듯이, 사회적 서비스 모델은 사회복지 서비스를 담당하는 단일 기관에 소속한 한 명의 사례관리자가 사례관리의 전 과정을 수행하는 것이 특징이다. 사례관리는 클라이언트가 필요로 하는 사회적 서비스를 직접적으로 관리한다. 그러나 사례관리자에게 주요한 어려움은 다른 분야의 서비스, 특히 보건/의료서비스의 획득에 어려움이 있다. 노인을 위한 재가복지에서 사회복지사/방문간호사의 역할은 일반적으로 전통적인 개별 사회복지 서비스를 이용한 자원을 연계하는 책임을 지고 있다. 노인들을 위한 현금/현금 제공과 같은 직접적인 서비스 제공은 가장 자주 행해야 하는 역할 중의 하나이다(참고 제2장). 사회적 서비스 모델은 노인에게 서비스 전달과정에서 직무의 책임성이 강조되어진다. 사례관리자로서 한 명의 워커가 지정된다는 것은 이 워커는 서비스전달 체계의 직무에 대한 책임이 주어지고 만약 적격하고 효과적인 서비스가 클라이언트에게 제공되어지지 못한다면 이에 대한 모든 책임을 다른 워커에게 전가하지 못한다(Miller, 1993; Robert-Degennaro, 1993). 만약 이 모델이 한국에서 농촌노인을 위한 재가복지에 도입이 된다면, 클라이언트의 사례에 대한 일반적인 책임은 의료체계의 위계질서로 구성된 기관장, 팀장, 워커가 포함된 재가복지 서비스 팀에 주어져야한다는 것은 본 설문조사 연구에서 나타나고 있다(참고 제3장). 또한 이 모델은 어드버커시를 강하게 강조하는 것이 특징이다. 한국의 읍/면/동/복지관에서 근무하는 사회복지사는 어드버커츠로서의 역할이 주요한 역할 중의 하나로 강조되어진다. 사회복지사는 노인과 그들 보호자의 권리를 보호하고 보다 양질의 서비스를 제공하기 위하여 클라이언트나 보호자를 대신하여 많은 역할들을 수행하고 있다(참고 제3장). 이러한 모델은 클라이언트에 대한 예산권의 분권화로 서비스 제공의 유연성을 제고하고 있다. 일반적으로 사례관리자는 한 클라이언트의 서비스 제공에 소유되는 예산의 2/3를 관리하며 민간, 자원봉사 영역 등에서 서비스를 클라이언트의 욕구에 따라 구매와 조합화(package)하여 제공하게 된다. 한국의 농촌지역 사회

적 서비스 전달체계에서 재정에 대한 직무의 책임성을 고려하여 볼 때, 이와 같이 현장 워커에게까지 재정의 분권화제도의 일반화는 현명한 처사가 아니라고 판단된다. 확고한 재정에 대한 직무의 책임성과 수퍼비전에 대한 교육과 체계가 확립되지 않은 현실 상황에서 사회복지사들의 재정적인 권력의 남용이 심각하게 드러나게 될 것이다. 만약 이러한 체계가 도입이 되려면 클라이언트에서 서비스 제공을 위한 욕구사정과 이러한 욕구에 따른 서비스의 구매가 다른 워커에 의하여 실행되는 서비스의 구매자와 공급자가 분리되는 체계를 형성하면 가능하리라고 여겨진다. 농촌지역의 재가복지 서비스 전달체계에서 서비스 구매자와 공급자의 분리는 명확하지 않다. 사회복지사는 단지 서비스의 구매자 역할보다는 공급자로서의 역할을 주로 수행하고 있다. 만약 혼합경제 보호 서비스의 개발이 가속화된다면, 앞으로 재가노인복지에서 사회복지사의 역할은 서비스 계약자/구매자의 역할이 강조되게 될 것이다.

읍/면/동사무소 중심의 사회적 서비스 모델이 구축된다면 사회복지사는 보건/의료 서비스의 직접적인 지원보다는 행정적 지원을 받는 서비스 구매자의 역할이 강조되게 될 것이다. 실질적으로 사례관리는 클라이언트의 문제보다 욕구에 초점이 맞추어지는데 노인들의 복합적인 욕구, 특히 보건/의료서비스를 고려해야 한다. 이러한 점에서 다음은 보건복지 통합 모델에 대하여 논의하기로 한다.

2. 보건/복지 통합서비스 모델

개인간, 조직간, 그리고 전문가간의 통합은 서비스 중복 비용의 낭비 없이 보편적인 서비스의 질을 담보하기 위한 선결 조건으로서 인식하여왔다. 노인을 위한 재가복지에서 보건과 복지서비스의 통합에 대한 주요한 관심은 노인들의 욕구를 종합적으로 파악되어지고 그리고 욕구를 충족시키고자 하는 노력으로서 일관되어왔다(Noccon, 1994). 일반적으로 보건복지 통합 모델은 보건과 복지 서비스를 주무(관장)하는 두 기관의 통합에 의하여 운영되어진다.

한국에서 농촌노인을 위한 재가복지에서 보건복지 통합모델의 필요성은 여러 가지 이유에서 설명되어

진다. 현장 조사 결과의 분석(제3장)에서 볼 수 있듯이 상당량의 직무들이 보건/복지서비스 주무기관에서 중복되게 시행되고 있으며 노인의 욕구 역시 보건과 복지의 통합된 서비스 욕구로 나타나고 있다. 연구결과의 분석을 바탕으로 보면 한국에서 농촌노인을 위한 재가복지에서 이러한 모델이 노인들에게 보편적이고 효과적인 서비스를 제공하는데 적격하다고 판단되어진다. 그러나 외국과 국내의 경험으로 볼 때, 보건복지 통합서비스 모델은 전혀 다른 두 기관의 설립목적과 문화, 철학 등에 의하여 많은 어려움이 예상되어진다. 웹(Webb, 1991)은 재가복지에서 이러한 어려움을 극복하기 위한 광범위한 전제조건 4가지를 제시하고 있다. 첫째, 상호교환을 위한 기초로 기관/개인 이기주의의 유연성 확보. 둘째, 광범위한 목적과 목표의 법률적인 규정. 셋째, 광범위한 조직간의 관계 규정. 그리고 넷째, 신뢰를 바탕으로 하는 역할과 역할관계의 인식이다.

1995년부터 시작된 보건복지 사무소를 통한 보건과 복지서비스의 통합화 노력은 현실화되는 듯 했다. 이 프로젝트가 실패로 결론이 났지만, 보건과 복지를 담당하는 워커간의 잦은 미팅을 통하여 서로간에 이해의 폭을 넓히는 계기가 되었고 통합된 서비스를 통하여 재가복지 서비스의 수준을 한 단계 높였다고 보고되고 있다(Lee et al., 1995). 그러나 서비스 통합을 위한 의견의 조정과 조율 과정에서 개선을 위한 긍정적인 면보다는 때때로 서로가 불신하는 부정적인 측면도 무시하지 못할 만큼 나타나기도 했다. 보건복지 서비스의 통합은 명백하게 두 가지의 주요 약점이 드러났다. 첫째, 클라이언트에게 주요한 서비스 제공에 있어서 목적들에 대한 탐색과정에서 보건과 복지 영역간의 합의를 도출하지 못하였다. 둘째, 어떠한 종류의 보건/복지 서비스가 통합되어야 하는지에 대한 명확성의 결여를 들 수 있다.

베빙톤 & 찰레이(Bebbington & Chamley, 1987)의 주장에 따르면, 보건복지서비스 통합모델의 주요한 이슈는 통합서비스 계획의 수립과 수행을 하는데 있어서 명확한 책임을 어느 영역에서 질 것인가 하는 것이다. 노인을 위한 재가복지에 보건복지 서비스 통합모델의 도입은 서비스 제공 현장에서 큰 변화를

감수해야 될 것이다(Sargeant, 1979). 궁극적으로 현장워커의 전문적 직무의 책임성은 서비스 조정자에게 부여될 것이며 이러한 역할은 사회복지사 또는 방문간호사가 담당하게 될 것이다. 그러나 전문적 또는 관리적 직무의 책임성은 보건복지 서비스를 조정하는 역할을 하는 사회복지사 또는 방문간호사 중 한 워커에게 부여될 것이다. 클라이언트의 욕구 충족을 위한 서비스는 우선적으로 클라이언트와 협의되고 다른 서비스 기관, 즉 복지 또는 보건서비스 제공기관과 협의되어야 한다. 보건복지서비스 제공기관간의 밀접한 관계는 클라이언트의 상태 및 욕구의 변화, 서비스제공 과정, 또는 각각의 서비스 특성에 대하여 서로간의 이해가 합의되어질 때 형성될 수 있다. 성공적인 보건복지 통합서비스 모델의 도입은 단순히 새로운 서비스 전달체계의 도입이나 기존 전달체계의 개선으로 이루어지는 것은 아니다. 보건복지 통합 서비스 제공에 관계된 기관과 전문가들에 관한 환경, 관심, 가치들 사이의 상호 작용에 대하여 관심을 기울여야 한다(상계서). 위스토우(Wistow, 1988)는 보건복지통합 서비스 모델의 원활한 실행을 위하여 다음과 같은 조건을 제시했다. 첫째, 서비스는 구조중심이 아닌 과정중심으로 제공되어야 한다. 둘째, 지역사회보호 서비스의 목적과 가치가 명확하게 클라이언트의 관점에서 시작되어야 한다. 또한 보건복지통합 서비스 모델의 정제를 위하여 사회복지사와 방문간호사는 상대방의 역할을 인식하기 위한 교육과 훈련이 선결되어야 한다.

3. 다기관통합 서비스 모델

일반적으로 다기관통합 팀의 접근은 신체적, 심리적, 사회적 서비스가 복합적으로 필요한 클라이언트의 개입이 필요할 경우에 적용된다. 대부분 정신적으로 또는 신체적으로 매우 연약한 클라이언트를 대상으로 하며, 둘 또는 셋 이상의 전문가 내지 준 전문가들이 복합적으로 팀을 구성하게 된다. 영국의 달링톤(Darlington)은 재가노인복지에서 정신적/신체적으로 연약한 노인을 위한 다기관통합 서비스 팀 구성원이 의사, 지역간호사, 케어 매니저, 사회복지사, 발관리사, 가정봉사원, 물리치료사, 작업치료사, 그리고

언어치료사로 구성되었다(Challis *et al.* 1991). 한국의 사회복지사 또는 방문간호사를 사례관리자로 하는 다기관통합 팀을 구성할 경우 비교적 지역적으로 안배가 잘 되어있는 전문가 그룹인 보건소의사, 방문간호사, 사회복지사, 가정 봉사원, 작업치료사 등이 될 것이다. 그러나 한국농촌에서 기존의 복지서비스 전달 체계를 이용한 다기관통합 팀 접근이 이루어진다면, 다기관통합 팀 운영과 전문가 그룹에 대한 많은 양의 훈련이 요구되어지며 정상적인 팀 운영을 위하여 많은 시간이 필요할 것이다. 기존의 복지서비스 전달체계에 다기관통합 팀 접근이 수행된다면 다음과 같은 이슈들이 드러날 것이다. 누가 팀 리더와 사례관리자가 될 것인지? 팀에 대한 책임은 누구에게 부여될 것인지? 서비스 제공에 참여한 각 전문가들의 직무의 책임에 대한 범위와 규정은? 클라이언트의 욕구에 따라 팀 리더를 바꿀 것인지? 케어 계획과 수행에 대한 책임은 누가 질 것인지? 다른 기관/전문가의 연계를 위한 책임은 누가 질 것인가? 등(Gaitz, 1987).

앞에서 언급한 영국의 달링톤의 노인을 위한 다기관통합 팀에서는 사회복지사가 사례관리자의 역할을 담당하였다. 다른 전문가 그룹에 비하여 사회복지사는 심리적 개입뿐만 아니라 사회적 개입과 지역사회에 대한 지식과 조직관리에 대한 광범위한 훈련을 동시에 받았기 때문이다(Challis *et al.* 1991).

한국농촌에서도 영국과 유사하게 사회복지사 양성 과정에서 심리적, 신체적, 그리고 사회적 서비스 개입을 위한 지식을 습득하며 직무훈련과정에서 조직관리와 리더십에 대한 교육을 받게된다. 그러나 한국농촌의 노인을 위한 재가복지의 다기관통합팀 접근에서 사회복지사가 사례관리자의 역할을 담당한다면 보건/의료에 대한 기본적인 훈련/교육이 선행되어야 할 것이다. 예를 들어 정신적인 측면에서 서비스가 필요한 노인을 대상으로 하는 다기관통합 팀이 구성된다면 사례관리자는 보건/의료 전문가 중심의 팀을 구성하게 될 것이고 서비스 조정을 위하여 보건/의료에 대한 지식이 요구되게 될 것이며, 그렇지 않으면 사례관리자는 보건/의료 전문가들의 지원에 어려움을 겪게될 것이다(CCETSW, 1989).

서구에서 다기관통합 팀 접근은 보건복지 서비스 통합의 영역에서 이루어지며 다양한 전문가 그룹으로의 구성이 어려울 경우 일본의 개호사와 같이 보건/복지 서비스를 동시에 제공할 수 있는 다목적 현장위커를 고용한다. 한국농촌에서 기존전달 체계중심의 다기관통합 접근에 다목적 현장위커를 고용할 경우 사회복지사와 방문간호사의 기능 약화를 가져오고, 다목적 현장위커의 전문성에 대한 의문이 제기될 것이다. 또한 다목적 현장위커에 과도하게 의존하게 되어 다기관통합 팀 접근의 본래 목적이 희석되어 비효율적인 접근이 될 것이다.

다기관통합 팀이 보건과 복지 전문가 중심으로 운영이 된다면 복잡한 재정지원체계, 전혀 다른 전문직의 철학과 목적, 그리고 팀 구성원간의 임금차이 등으로 팀내의 긴장과 갈등이 유발될 것이다(상계서).

제 2 절 사례관리의 추진 전략

지금까지의 연구 결과를 토대로 여러 가지 사례관리 모델 중에 몇 개의 모델은 한국 농촌노인을 위한 재가복지에 사례관리의 모델 적용 가능성이 있다고 이야기할 수 있다. 그러나 수행되어진 연구 결과를 사회복지 현장에 적용시키는데는 또 다른 어려움이 존재한다.

연구결과를 사회복지현장에 적용시키는데는 연구자가 연구과정에서 고려 또는 통제하지 못했던 여러 요인들이 있기 때문이다(Bradley, 1977). 혁신으로서 사례관리를 한국사회에 어떻게 적용하느냐에 대한 방법론과 예상되는 문제점들에 대한 논의는 연구 방법론에서 제시되었다.

본 절에서는 한국농촌 노인을 위한 재가복지에 사례관리의 효과적인 적용을 위한 주요한 여러 이슈들, 즉 어떻게, 언제, 누구에 의하여 적용되어야 하는지에 대한 전략적인 측면에 관하여 논의하기로 한다.

정책개발의 측면에서 중앙정부는 지금까지 한국복지정책의 계획자로서 중요한 역할을 담당해오고 있다. 이러한 측면에서 중앙정부에서 사례관리의 필요성에 대하여 인식하고 사례관리에 관한 목표와 표준 가이드를 만들어야 한다. 그러나 지방정부 수준에서

실행되어지는 사례관리의 적용에 대하여 중앙정부에서 과도한 통제나 실행 결과에 대한 간섭은 현명하지 않은 것으로 사료된다. 각 지역의 인적·물적 자원이 다른 환경에 고려하지 않고 중앙정부에 의하여 일괄적으로 사례관리 프로그램이 적용된다면 과거의 많은 복지서비스 프로그램들과 같이 실패의 결과를 양산할 것이다.

클라이언트의 욕구 사정과 사례관리 팀(모델) 선정의 측면에서 사례관리 프로그램을 적용하기 전에 클라이언트에 대한 체계적인 욕구사정은 재가복지의 실천과정에서 필수 불가결하다. 그러므로 정확하고 적격한 정보를 수집하기 위하여 지방정부차원의 욕구사정이 이루어져야 한다. 한국농촌의 노인을 위한 재가복지에서 읍/면/동사무소의 사회복지사와 보건소의 방문간호사는 클라이언트의 욕구 사정자로서 적극적인 전문가들이다(참고 3장).

사례관리 팀은 기존의 재가복지 서비스 제공에 참여하고 있는 보건소 의사, 사회복지사, 방문간호사, 가정 봉사원, 물리치료사 등으로의 구성이 적격한 것으로 보여진다. 그러나 클라이언트의 욕구사정 결과에 따라 서비스 제공 팀의 구성원들은 다르게 구성되어져야 한다.

사례관리의 추진 전략 중에 가장 선행되어야 할 요인 중의 하나는 사례관리자의 교육과 훈련이라고 할 수 있다. 사례관리자의 교육과 훈련을 위하여 기존의 사회복지사/방문간호사 양성과정의 교과목에 사례관리의 이해와 실행을 위한 많은 새로운 지식과 훈련이 요구되어진다. 기본적으로 지역사회 내에서 인적/물적 자원의 개발과 동원을 위한 기술과 이들 자원들을 적절하게 클라이언트의 욕구를 위하여 분배하는 기술이 요구되어진다. 또한 효과적인 자원의 분배를 위하여 사례관리의 각 과정에 대한 지식과 기술이 요구되어진다. 사회복지관련 교육기관(대학과 전문대학)에서 사례관리의 개념과 일반적 특성에 대한 지식은 제공되고 있으나 구체적인 적용기술과 지식에 대한 교육은 이루어지고 있지 않다. 효과적인 사례관리의 교육과 훈련을 위한 훈련원의 설치나 지정훈련 교육기관이 지정되어야 한다. 이러한 훈련기관에서는 사례관리과정의 수행을 위한 기술, 서비스

개발과 네트워킹과 같은 체계수준에서의 복지환경의 조성에 대한 지식과 기술, 그리고 보건/사회적 케어와 같은 클라이언트 환경에 관한 지식 등이 교육/훈련되어져야 한다.

위에서 언급되어진 여러 선행 조건들의 조성은 지방정부의 의지와 노력에 의하여 좌우될 것으로 판단된다. 특히 중요한 것은 적절한 수준의 사례관리자가 양성되기 전에는 사례관리자의 실행은 유보되어야 될 것이다.

V. 요약, 결론 및 제언

지금까지 본 연구의 수행을 위하여 농촌노인을 재가복지와 사례관리 서비스와 관련된 개념, 이론 및 선행 연구들을 분석하고, 한국농촌에서 노인의 욕구와 사회복지사/방문간호사의 역할과 자원동원 실태에 대하여 파악하였다. 이러한 자료분석을 바탕으로 한국농촌 노인을 위한 재가복지에서 사례관리의 모형과 추진전략을 제시하였다.

재가복지는 일정한 지리적 영역을 공유하는 지역사회내에서 성원들의 공동 유대감을 바탕으로 복지서비스를 필요로 하는 지역사회 구성원들에게 서비스 제공을 목적으로 행하여지는 일반적인 보호활동이라고 볼 수 있을 것이다.

일반적으로 노인을 위한 재가복지의 범위는 크게 가정봉사원 파견사업, 단기보호, 그리고 주간보호가 제공되는 협의의 재가노인복지와 방문간호를 포함하는 광의의 재가노인복지로 구분하였다.

재가노인복지에서 효과적인 서비스 전달 메카니즘 중의 하나로 알려진 사례관리는 1960년대 미국에서 시작되었으며, 이것은 급격한 복지서비스의 개발 및 확장에 따른 문제를 해결하기 위하여 다양한 복지영역에서 서비스 전달 메카니즘으로 개발되었다. 이러한 사례관리는 욕구사정에서 밝혀진 클라이언트 개인의 욕구를 충족시키기 위하여 서비스를 그들에 맞게 재단하여 지속적인 욕구의 변화에 대응하는 지속적인 과정이라고 할 수 있다.

이상과 같은 용어정의에서 내포하는 사례관리의 주요한 개념은 욕구중심 접근, 혼합경제 케어, 클라이

언트 선택권의 중요성, 욕구에 맞는 적절한 서비스 조정을 통한 비용절감, 직무 책임성 재고, 능력부여 등으로 볼 수 있다.

사례관리는 다양한 모델과 실행을 위한 시도에도 불구하고, 공통적인 실천과정은 약간의 차이는 있으나 일반적으로 케이스 발견/적격심사, 사정, 케어계획과 점검/재사정, 종결의 다섯 단계이다. 이러한 과정에서 사례관리자는 클라이언트 수준에서 협력자/실행자, 카운셀러/교육자, 그리고 행정가/정보 전문가역할을 수행한다. 체계수준에서는 서비스 연계자/조정자, 그리고 중계자/옹호자 등의 역할을 수행하게 된다.

사례관리는 사회적 서비스 모델, 보건복지통합 모델, 그리고 다기관통합 모델로 이루어진 실행모델이 있다.

농촌노인을 위한 재가복지 서비스는 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하는 가정봉사원 파견사업, 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하는 주간보호, 그리고 부득이한 사유로 가정의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호하는 단기보호가 있다.

농촌노인들의 재가복지 서비스 욕구에서 노인들의 일상생활 능력과 도구적 생활 능력에서 전반적으로 가족에 의하여 보호되는 노인은 재가복지 서비스를 받고 있는 노인들보다 서비스 욕구가 더 강한 것으로 드러났다.

신체적/정신적 건강 측면에서 가족에 의하여 보호되는 노인은 재가복지 서비스를 받고 있는 노인들보다 건강이 좋지 않았다.

농촌 대부분의 사회복지사/방문간호사들은 사례관리의 과정에서 요구하는 역할을 수행하고 있으나 이용이 가능한 서비스는 한정된 자원만이 가능한 것으로 나타났다. 특히 주거를 위한 서비스의 이용은 아주 미약한 것으로 나타났다. 서비스 제공을 위한 의사 결정은 절반 이상의 사회복지사/방문간호사가 전

적으로 결정권을 행사하는 것으로 나타났다.

서구에서 성공적인 결과를 나타낸 노인을 위한 재가복지에서 사례관리 모델 중 사회적 서비스 모델, 보건복지 통합 모델, 그리고 다기관통합 모델을 시물레이션을 통하여 적용 가능성에 대하여 알아보았다. 사회적 서비스 모델에서는 사회복지사가 주요한 사례관리자로 활동할 수 있으면 서비스 조정에 대한 대부분의 역할과 직무에 대한 책임이 지워질 것이다. 특히 클라이언트의 어드버커시가 강조될 것이나 보건·의료 서비스의 구매에 상당한 어려움을 겪게 될 것이다. 노인의 케어를 위하여 가장 이상적인 모델로 여겨지는 보건복지 통합모델은 복지와 보건분야간의 주도권과 갈등을 어떻게 해결할 것인가가 관건으로 대두된다. 또한 재가복지 서비스 제공을 위한 서비스 전달 메카니즘의 획기적인 변화가 요구되어진다. 다기관통합모델은 매우 이상적이거나 인적/물적 자원의 부족과 조직 운영의 비효율성을 고려하여 볼 때 아직은 한국농촌의 상황에 적용하는 데는 무리가 있는 것으로 판단된다.

한국농촌의 노인을 위한 재가복지에서 사례관리의 개발을 위한 전략적은 중앙정부 보다는 지방정부의 주도적인 역할에 의하여 개발되어져야 하며, 읍/면/동사무소, 복지관의 사회복지사와 보건소의 방문간호사는 클라이언트의 욕구 사정자로서 적절한 전문가들이다. 클라이언트의 욕구사정 결과에 따라 서비스 제공 팀의 구성원들은 다르게 구성되어야 한다. 사례관리의 추진 전략 중에 선행되어야 할 요인 중의 하나는 사례관리자의 교육과 훈련이라고 할 수 있다.

요약 및 결론에서 암시하듯이 사례관리 모델의 개발은 인간 중심주의와 효율과 효과성을 강조하는 조직적 목적을 동시에 달성하기 위한 수단으로 개발되었다고 할 수 있다. 이러한 점에서 한국농촌에서 효과적인 사례관리의 개발을 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 서비스 제공 주체를 다양화시켜야 한다.

한국농촌에서 공공 서비스를 중심으로 하는 재가복지 서비스의 질적/양적 확대는 요양 보호 대상노인의 수적 증가를 따라가기에는 한계가 있을 것이다. 이런 한계를 극복할 수 있는 대안으로 유사시장경제

원리를 근간으로 하는 민간과 자원봉사영역 중심의 혼합경제 케어 서비스 개발을 위한 적극적인 전략이 필요하다. 단, 이러한 형태의 서비스 개발은 요양보호 대상노인 또는 노인을 보호하는 케어러(보호자)들이 일정규모의 서비스를 구매할 수 있는 경제력이 뒷받침된다는 전제하에 가능하다.

둘째, 서비스 구매자와 제공자 분리와 직무의 책임성을 증진시킬 수 있는 서비스 전달체계를 확립하여야 한다.

현재 재가복지 서비스를 제공하는 주요한 전문인력인 간호사와 사회복지사는 다양한 복지자원의 확보를 통한 서비스의 조정과 같은 간접적인 개입보다는 대인관계 기술을 기반으로 하는 직접적인 개입을 통한 서비스 제공에 주력하고 있는 실정이다. 즉, 재가복지 서비스 제공 전문인력은 서비스 구매자의 역할보다는 제공자의 역할이 강조되고 있다. 앞으로 사례관리자의 역할을 수행할 전문가는 한정된 복지자원으로 서비스간의 조정을 위한 구매자 역할에 한계가 있다할지라도 서비스간의 연계를 통한 간접적 개입으로 서비스 제공자가 아닌 구매자로서의 역할 전환을 시도할 수 있을 것이다. 또한 클라이언트가 필요로 하는 적절한 시기에 서비스를 제공하기 위하여 매니저 역할을 담당하는 전문가는 서비스 제공에 대한 상당수준의 의사 결정권과 이에 따른 직무의 책임성이 요구되어지는 서비스전달 체계의 개발을 노력하여야 한다.

셋째, 소비자 중심주의를 기초로 하는 서비스에 대한 정보제공 체제와 서비스 이용자의 권리옹호 제도가 확립되어야 한다.

욕구중심의 서비스가 제공되기 위하여 클라이언트에게 서비스에 대한 기초정보가 제공되어야 한다. 서비스에 대한 기초 정보의 제공은 클라이언트가 서비스 제공 과정에 참여하여 자기결정권을 행사할 수 있는 기회를 제공할 수 있다. 또한 제공되는 서비스에 대하여 만족하지 못할 경우 불만을 토로할 수 있는 제도적/법적 장치가 마련되어야 한다.

넷째, 사례관리에 대한 교육, 훈련과 실행을 위한 지침안(서)이 마련되어야 한다. 한국에 사례관리의 개념이 소개된 역사는 어언 10여년이 되었고, 사례관

리의 기법들은 지역사회보호의 현장에서 실험적으로 많은 부분이 응용되어 사용되고 있다. 그러나 사례관리에 대한 구체적인 교육과 훈련이 전무한 상태라고 해도 과언이 아니며 기법들을 정확히 이해하고 있는 현장 전문가는 그렇게 많지 않은 것으로 판단된다.

참고 문헌

1. 고양곤(1997), 재가노인복지의 개념과 서비스방안: 한국노인복지회(1997), 재가노인복지사업, 서울, 홍익제.
2. OPCS(1991), General Household Survey: People aged 65 and over, London, HMSO.
3. OPCS(1985), General Household Survey: Informal carer, London, HMSO.
4. Applebaum, R. & Austin, C.(1990), Long-term care case management: Design and evaluation, NY, Springer Publishing Company.
5. Audit Commission(1989), Caring for people, London, HMSO.
6. Cambridge, P.(1992), Case management in community services: Organisational responses, British Journal of Social Work, Vol.22, pp.495-517.
7. Cameron, L. & Freeman, I.(1996), Care management: Meeting different needs: in Cleak, C. & Lapsley, I(ed)(1996), Planning and costing community care, London, Pennsylvania, Jessica Kingsley Publishers.
8. Capitman, JA., Haskins, B., & Bernstein, J.(1986), Case management approaches in coordinated community - oriented long-term care demonstrations, The Gerontologist, Vol.26(4), pp.389-404.
9. Challis, D. & Chesterman, J.(1985), A system for monitoring social work activity with frail elderly, British Journal of Social Work, Vol.15, pp.115-132.
10. Challis, D., Chesum, R., Chesterman, J., Luckett,

- R. & Traske, K.(1990), Case management in social and health care, England, PSSRU, The University of Kent.
11. Challis, D., Darton, R., Johnson, L., & Stone, M.(1988), Services, resource management, and the integration of social care in the Darlington Project for elderly people: in Cambridge, P. & Knapp, M.(1988), Demonstrating successful care in the community, England, PSSRU, The University of Kent.
 12. Challis, D., Darton, R, Johnson, L., Stone, M. & Traske, K.(1991), An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: Model of care, Age & Ageing, Vol.20, pp.236-244.
 13. Challis, D., Darton, R, Johnson, L., Stone, M. & Traske, K.(1991b), An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: Costs and effectiveness, Age & Ageing, Vol.20, pp.245-254.
 14. Challis, D. & Davies, B.(1985), Long-term care for the elderly: The community care scheme, British Journal of Social Work, Vol.15,pp.115-132.
 15. Challis, D. & Davies, B.(1985b), Long term care for the elderly: The community care scheme, British Journal of Social Work, Vol.15, pp.563-579.
 16. Challis, D. & Davies, B.(1986), Case management in community care, England, Gower.
 17. Challis,D., Traske, K., Darton, R., & Chertenman, J.(1993), Case management in the care of aged: The provision of care in different settings: in Bornat, J. et al.(1993), Community care a reader, London, MacMillan.
 18. Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. & Traske, K.(1995), Care management and health care of older people: The Darlington community care project, England, Arena.
 19. Dant, T. & Gearing, B.(1990), Key workers for elderly people in the community: Case managers and coordinators, Journal of Social Policy, Vol.19(3), pp.331-360.
 20. DoH(1991a), Care management and assessment: Managers' guide, London, HMSO.
 21. Intagliatia, J.(1982), Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management, Schizophrenia Bulletin, Vol.8(4), pp.655-674.
 22. Knapp, M.,Cambridge, P., Thomason, C., Beecham, J., Allen, C., & Darton, R.(1992), Care in the community: Challenge and demonstration, England, Arena.
 23. Lewis, J., Bernstock, P., Bovell, V., & Wookey, F.(1997), Implementing care management: Issues in relation to the new community care, British Journal of Social Work, Vol.27, pp.5-24.
 24. Lewis, J.(1997), Our collective responsibilities, Community Care, Jan.,19-26, pp.12-16.
 25. Lewis, J., Bernstock, P., Bovell, V., & Wookey, F.(1997), Implementing care management: Issues in relation to the new community care, British Journal of Social Work, Vol.27, pp.5-24.
 26. Moxley, DP.(1989), The practice of case management, London, Sage Pub.
 27. 조유향(2001), 연세의료원 신촌세브란스병원 가정간호사업소, 한재협 연구회발표원고.
 28. Challis, D., Darton, R, Johnson, L., Stone, M. & Traske, K.(1991), An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: Model of care, Age & Ageing, Vol.20, pp.236-244.
 29. Bebbington, A.C. & Charnley, H.(1987), Joint health and social care for elderly-rhetoric and reality, Discussion paper 561, PSSRU, The University of Kent.
 30. Beresford, P. & Trevillion, S.(1995), Developing skills for community care: A collaborative approach, England, Arena.

31. Bradley, G.,(1977), Translating research into practice, *Social Work and Social Sciences Review*, 7(1),pp,3-12).
32. Central Council for Education and Training in Social Work (1989), *Multidisciplinary team work: Models of good practice*, London, CCETSW.
33. Gaitz, C.M.(1987), Multidisciplinary team care of the elderly: The role of the psychiatrist, *The Gerontologist*, Vol,27(5), pp,553-555.
34. Lee, SK., Kim, SS., & Park, YJ.(1995), *The first year evaluation report of the Health and Welfare Centre*, Seoul, KIHWA.
35. Nocon, A.(1994), *Collaboration in community care in the 1990s*, England, Business Education Publishers.
36. Sargeant, T.(1979), Joint care planning in the health and personal social service; in Booth TA.(1979), *Planning for welfare: Social policy and the expenditure process*, Oxford, Basil Blackwell.
37. Webb, A.(1991), Coordination: A problem in public sector management, *Policy and Politics*, Vol,19(4), pp,229-241.