**2019. 조사연구보고서**

# 커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델 연구

A Study on the Model of Chungbuk Senior Welfare Association in Community Care


책임연구 ¦ 조추용(꽃동네대학교 사회복지·상담심리학부 교수)
공동연구 ¦ 박진홍(충북재가노인복지협회 회장)
공동연구 ¦ 이현주(꽃동네대학교 간호학과 부교수)
공동연구 ¦ 배성훈(꽃동네대학교 사회복지·상담심리학부 조교수)



SSN 충청북도사회복지협의회

본 보고서는 충청북도사회복지협의회의 연구용역 의뢰를 받아 수행한 연구의 결과입니다. 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 충청북도사회복지협의회의 공식적인 입장이 아님을 밝혀둡니다.

# 제 출 문

---

**충청북도사회복지협의회 귀하**

본 보고서를『커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델 연구』연구용역의 최종보고서로 제출합니다.

**2019. 10. 22.**

**연구자 : 조 추 용**

**(꽃동네대학교 사회복지·상담심리학부 교수)**

---

# 2019 조사연구사업 목 차


Ⅰ. 서론 ····· 1

Ⅱ. 이론적 배경 ····· 5
1. 커뮤니티케어의 추진과정 ····· 5
1) 개념정의 ····· 5
2) 등장배경 ····· 8
3) 커뮤니티케어의 기능 ····· 9
(1) 위기안정서비스 ····· 9
(2) 성장서비스 ····· 10
(3) 생활유지서비스 ····· 10
(4) 사례운영 ····· 10
2. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 탈시설화 ····· 10
3. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 네트워크 ····· 12
1) 네트워크의 필요성과 방법 ····· 12
2) 네트워크의 문제점 ····· 13
3) 네트워크 사례: 청주행복네트워크 ····· 14
(1) 목적 ····· 14
(2) 사업내용 ····· 15
(3) 성과 ····· 18
4. 외국의 커뮤니티케어 1: 일본 ····· 19
1) 지역포괄지원센터의 근거 ····· 19
2) 지역포괄지원센터의 체계 ····· 20
3) 지역포괄지원센터의 역할 ····· 21
(1) 포괄적 지원 ····· 21
(2) 지정개호예방지원 ····· 22
(3) 기타 ····· 22
4) 지역포괄지원센터의 의의 ····· 22
5. 외국의 커뮤니티케어 2: 영국 ····· 23
1) 커뮤니티케어의 발전과정 ····· 23
(1) 전후(post-war) 합의의 정치와 커뮤니티케어(1970년대 이전) ····· 23
(2) 1970년대 경제위기와 복지다원주의 ····· 25
(3) '갈등의 정치'와 커뮤니티케어의 신자유주의적 개혁 ····· 26
2) 커뮤니티케어의 개념과 목적 ····· 29
(1) 커뮤니티케어란? ····· 29
(2) 커뮤니티케어 정책의 목적 ····· 29

(3) 커뮤니티케어 모델 시범사업의 특징 ····· 29
(4) 커뮤니티케어 모델 시범사업의 평가 ····· 31
(5) 시범사업의 함의 ····· 32
3) 커뮤니티케어 서비스의 내용과 전달체계 ····· 32
4) 커뮤니티케어의 운영구조 ····· 32
5) 커뮤니티케어의 질 관리 체계 ····· 33
6) 커뮤니티케어의 시사점 ····· 33
6. 외국의 커뮤니티케어 3: 미국 ····· 34
1) 커뮤니티케어의 도입 배경 ····· 34
(1) 의료보호(Medicare) ····· 34
(2) 의료부조(Medicaid) ····· 35
2) 미국의 가정 및 지역사회 기반 서비스의 현황 ····· 36
7. 우리나라의 커뮤니티케어 정책 ····· 37
1) 희망복지지원단(보건복지부, 2018 참고; 조추용, 2018 재인용) ····· 37
(1) 개념과 운영체계 ····· 37
(2) 통합사례관리 업무 ····· 38
(3) 희망복지지원단의 평가 ····· 39
2) 장기요양기본계획(제2차 장기요양기본계획 자료) ····· 40
(1) 정책배경과 방향 ····· 40
(2) 케어매니지먼트 ····· 40
(3) 장기요양기본계획의 평가 ····· 42
3) 지역사회중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향 ····· 43
(1) 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충 ····· 43
(2) 지역사회 중심 건강관리 체계 강화 ····· 43
(3) 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원 ····· 44
(4) 병원, 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선 ····· 44
(5) 지역사회 커뮤니티케어 인프라 강화 및 책임성 제고 ····· 45
8. 충북의 재가커뮤니티케어 및 네트워크 ····· 47
1) 재가노인복지의 발달과정 ····· 47
2) 재가노인지원서비스의 개념 및 유형 ····· 48
3) 충북재가노인지원서비스 내용 및 이용대상 ····· 49
4) 충북 재가노인지원서비스의 유형과 현황 ····· 49
5) 충북 재가노인복지시설 네트워크 기관현황 ····· 52
(1) 충북의 노인복지시설 현황 ····· 52
(2) 충북의 노인복지시설 중 재가노인복지 실시기관 네트워크 현황 ····· 52

**Ⅲ. 연구방법 ····· 55**
1. 측정 도구 ····· 55
2. 연구 대상 ····· 56
3. 연구 과정 ····· 56

4. 자료 분석 ····· 56

**Ⅳ. 결과 ····· 61**
1. 기본 사항 ····· 61
2. 커뮤니티케어에 대한 인지도 ····· 64
3. 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 ····· 65
4. 근무기관의 지역사회 관계·교류·연계 활성화 ····· 67
5. 주관적 사례관리 이해 및 수행능력정도 ····· 69
6. 자원봉사자 수 ····· 71
7. 업무 부하량 및 교육 요구도, 소속 기관의 커뮤니티케어 중요도 ····· 71
8. 케어매니지먼트의 중요도 인식 ····· 74
9. 결과 종합 정리 ····· 82

**Ⅴ. 결론 ····· 87**
1. 연구결과의 요약 및 논의 ····· 87
2. 커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델제시 ····· 88
   1) 충북재가노인복지협회 중심의 자원체계 ····· 88
   2) 커뮤니티케어를 위한 충북재가노인협회의 통합사례관리 모델 ····· 89
3. 정책적 제언 ····· 90
4. 연구의 제한점 및 후속연구 ····· 93

<참고문헌> ····· 96

[부록 1] 커뮤니티케어의 충북재가노인복지 모델 연구를 위한 설문지 ····· 98
[부록 2] 설문지 기관 리스트 ····· 102

# 표 목 차

표 1. 지역주민조직사업 ····· 17
표 2. 시봄보고서 ····· 24
표 3. 그리피스보고서 ····· 27
표 4. 정부백서 ····· 27
표 5. 영국의 커뮤니티케어 개요 ····· 28
표 6. 지역사회보호 모델의 목표와 특징 ····· 30
표 7. Canterbury와 Maidstone 홈케어 사례 ····· 30
표 8. 재가노인복지사업의 발달과정 ····· 48
표 9. 재가지원서비스 내용(예시) ····· 50
표 10. 충북재가노인복지협회 19개 회원기관 ····· 50
표 11. 충북의 노인복지시설 현황 ····· 52
표 12. 충북의 노인복지시설 중 재가노인복지 실시기관 네트워크 현황 ····· 52
표 13. 연구참여자 성별 ····· 61
표 14. 연구참여자 연령 ····· 61
표 15. 연구참여자 학력 ····· 61
표 16. 근무 연수 및 사례관리 업무 경력 ····· 61
표 19. 담당, 소속 업무 ····· 62
표 20. 역할 및 지위 ····· 62
표 21. 역할별 평균 담당 사례수 및 적당하다고 생각하는 사례수 ····· 63
표 22. 지역 ····· 63
표 23. 전체 응답자의 커뮤니티케어에 대한 인지도 ····· 64
표 24. 담당, 소속 업무에 따른 커뮤니티케어에 대한 인지도 ····· 64
표 25. 역할 별 커뮤니티케어에 대한 인지도 ····· 65
표 26. 지역별 커뮤니티케어에 대한 인지도 ····· 65
표 27. 전체 응답자들의 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 ····· 66
표 28. 담당 및 소속에 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 ····· 66
표 29. 지역 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 ····· 66
표 30. 역할에 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 ····· 67
표 31. 전체 응답자 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 ····· 67
표 32. 담당 및 소속에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 ····· 68
표 33. 역할에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 ····· 68
표 34. 지역에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 ····· 69
표 35. 전체 응답자에 대한 자신의 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 ····· 69
표 36. 담당 및 소속에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 ····· 70
표 38. 지역에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력 정도 ····· 70
표 37. 역할에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력 정도 ····· 70

표 39. 누적 자원봉사자 수 ····· 71
표 40. 담당 업무별 업무 부하량 ····· 72
표 41. 담당업무별 교육 요구도 ····· 73
표 42. 담당업무별 소속 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 ····· 73
표 43. 역할별 업무 부하량 ····· 73
표 44. 역할별 교육 요구도 ····· 73
표 45. 역할별 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 ····· 74
표 46. 지역별 업무 부하량 ····· 74
표 47. 지역별 소속 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 ····· 74
표 48. 지역별 소속 기관의 커뮤니티 교육 요구도 ····· 74
표 49. 담당업무별 케어매니지먼트 중요도 ····· 78
표 50. 역할별 케어매니지먼트 중요도 ····· 78
표 51. 지역별 케어매니지먼트 중요도 ····· 81

# 그 림 목 차

그림 1. 청주행복네트워크 통합사례관리 체계도 ····· 15
그림 2. 지역포괄지원센터의 흐름도 ····· 21
그림 3. 통합사례관리 대상자 선정과정 ····· 38
그림 4. 지역사회중심 통합적 서비스 이용체계(안) ····· 40
그림 5. 장기요양 케어매니지먼트 체계(안) ····· 42
그림 6. 읍면동 커뮤니티케어 종합안내기능 개념도 ····· 46
그림 7. 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 제공 개요 ····· 46
그림 8. 구, 가정봉사원파견시설, 방문요양, 재가노인지원서비스의 변화 ····· 48
그림 9. 충북재가노인복지협회 회원기관 지역별 분포도 ····· 50
그림 10. 연구 과정도 ····· 57
그림 11. 충북재가노인복지협회 중심의 자원체계도 ····· 89
그림 12 충북재가노인복지협회 통합사례관리 모델 ····· 90

# Ⅰ. 서론

# Ⅰ. 서론

2018년 연두업무보고(1.18)를 통하여 ‘커뮤니티케어 추진’을 발표하였고, 사람중심의 보건복지정책을 위한 지역사회 중심 보건복지서비스 제공 로드맵 마련을 추진하였다. ‘커뮤니티케어 추진본부’ 구성·운영을 보건복지부에서 3월부터 추진 운영하고 있으며, 보건복지부 내 관련 부서가 모두 참여하는 ‘추진본부‘(본부장: 사회복지정책실장)와 ‘추진단’(간사기능 수행)을 구성하였다. 여기에는 노인의료, 노인돌봄, 장애인탈시설, 지역사회 건강관리, 전달체계, 사회서비스, 아동복지 및 총괄팀 등 8개팀으로 구성하였다(보건복지부, 2018).

또한 2018년 3월에 제2차 장기요양기본계획(2018-2022)을 세워서 발표하였다. 이 계획에서 지난 10년간 한계로서 나타난 지역사회 거주를 지원하는 통합적 요양서비스 이용 지원 미흡에서 수급자 욕구에 맞는 급여를 제공하는 대신, 개별요양기관이 제공하는 개별서비스(방문요양) 중심의 분절적 급여 제공 현상이 지속되었기 때문에 정책목표에서 커뮤니티케어(지역사회 돌봄, community care)에 기반한 장기요양서비스 이용을 추진하려고 한다.

현재 정부에서는 이러한 인구 고령화의 문제를 해결하고자 독거노인 안전 확인, 노인돌봄 기본 및 종합서비스 등의 노인돌봄서비스를 통해 전국 43만 명이 대상으로 노인돌봄서비스가 제공되고 있지만 제도간의 칸막이 현상, 중복급여의 제한, 돌봄의 분절화 현상 등으로 인해 서비스의 질이 하락되면서 예방적 서비스 및 복지정책에 대한 효율성을 모색하려고 하고 있다. 특히 이러한 서비스들이 일률적인 서비스로 지방자치단체나 서비스 수행기관의 자율성을 저해한다는 비판과 함께 지역실정에 맞는 적절한 서비스 제공 및 자원연계를 통해 지역사회 돌봄기능 강화가 절실하게 요구되었다. 커뮤니티케어란 노인이 본인이 거주하던 집에서 가족, 이웃, 친구와의 관계를 유지하고 거주하던 집에서 삶의 질을 위한 안전, 건강, 보호 등의 최적의 기회를 확보하며 살다가 주거하던 집 또는 장소에서 죽음을 맞이하는 Aging in Place(AIP)라 정의할 수 있다.

현 정부부처의 통합과제인「지역사회통합돌봄사업」인 커뮤니티케어 정책은 돌봄을 필요로 하는 주민이 지역사회에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아가며, 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는 혁신적 사회서비스 체계로 보건의료, 주거 등을 포함한 복지, 지역사회생활을 위해 다양한 분야를 포괄하여 장기적으로 당사자의 삶의 질이 실질적으로 지역사회 중심으로 변화될 수 있도록 하는 방안을 포함하는 정책이다. 이러한 변화하는 환경 속에서 충북지역의 재가노인복지협회는 커뮤니티케어에 무엇을 어떻게 대응하고, 준비하고, 체계를 갖추어야 할지에 대한 조사연구가 필요하다.

커뮤니티케어 정책은 관계부처합동으로 로드맵 발표와 더불어 2019년 6월부터 커뮤니

티케어 중 노인선도사업을 광주광역시 서구, 부천시, 천안시, 전주시, 김해시 5개의 지방자치단체에서 시작한다. 이후 선도 사업을 토대로 지역특성에 맞는 통합돌봄모델을 개발하고 이를 통하여 선별적 복지에서 욕구기반(Needs Based)의 보편적 서비스로 변화하는 전환점을 도모하게 된다(보건복지부, 2019.4.4. 보도자료).

커뮤니티케어는 다양한 관점과 접근방법이 있다. 관점과 접근방법에 따라서 탈시설화, 네트워크, 케어매니지먼트 등 다양하게 이해하려고 한다. 본 연구자는 탈시설화는 나아가야 할 방향이고, 네트워크는 실제로 서비스가 전달되는 체계이고, 케어매니지먼트는 그러한 질을 높이는 방법(수단)이라고 정의한다. 따라서 외국의 사례를 분석할 때도 이러한 다차원에서 논의를 전개하고, 정책이나 제도를 분석하려고 한다. 범위를 정하고 보니 이와 관련된 연구들이 매우 많이 진척되어 있고, 다양한 국가의 정책들도 분석되어 우리나라의 커뮤니티케어 정책에 녹아들어 있다고 생각한다.

지속거주와 커뮤니티케어를 통한 노인의 삶의 질 제고를 위한 프로그램 개발은 고령화 정책의 체감도를 높이기 위한 전략 중의 하나로 개발되고 있으며, 대표적인 프로그램은 영국과 일본의 커뮤니티케어 시스템 구축이라고 할 수 있다. 영국은 노인을 위한 커뮤니티케어를 1970년대부터 준비하여 1990년대 중반에 전국적으로 실시하였고 2000년대부터는 커뮤니티케어의 질적 성장을 위하여 케어기준법(care standards act, 2002)의 제정, 케어법(care act, 2014)을 도입하여 현장 전문가의 역량강화에 초점이 맞추어져 있고, 대상자의 외로움을 해소할 수 있는 연계서비스(connector service)를 강화하고 있다. 일본의 노인을 위한 커뮤니티케어는 1970년대에 시작하여 1990년대 gold plan을 도입하면서 공적영역에서 구체화되었다고 할 수 있지만 본격적인 커뮤니티케어는 2010년대 지역포괄케어시스템 도입부터라고 할 수 있다. 2014년 의료개호종합확보추진법 공포에 따라 의료와 개호의 연계와 지역포괄케어시스템 등 네트워크강화에 초점이 맞추어져 있고, 광역자치단체(도도부현)의 역할 강화를 강조하고 있다(임병우 외, 2019).

우리나라의 2018년 6월 정부가 발표한 커뮤니티케어(Community Care) 정책은 선도사업을 토대로 지역 특성에 맞는 통합돌봄모델을 개발하고 이를 통하여 선별적 복지에서 욕구기반(Needs Based)의 보편적 서비스로 변화하는 전환점을 도모하게 된다. 따라서 본 연구에서는 충북지역의 재가노인복지센터를 중심으로 모델을 개발하는 것이 목적이다.

## Ⅱ. 이론적 배경

1. 커뮤니티케어의 추진과정
2. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 탈시설화
3. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 네트워크
4. 외국의 커뮤니티케어 1: 일본
5. 외국의 커뮤니티케어 2: 영국
6. 외국의 커뮤니티케어 3: 미국
7. 우리나라의 커뮤니티케어 정책
8. 충북의 재가커뮤니티케어 및 네트워크

# Ⅱ. 이론적 배경

## 1. 커뮤니티케어의 추진과정

1) 개념정의

커뮤니티케어(Community care, 지역사회 보호, 지역사회 돌봄)는 지역사회보호체계, 지역사회돌봄체계 등과 비슷한 용어이다. care란 돌봄, 보살핌, 보호, 개조, 개호 등의 의미인데, 우리나라의 장기요양도 영어로는 long term care이다.

보건복지부가 올 3월에 발표한 내용에 따르면 커뮤니티케어란 돌봄(care)이 필요한 주민들이 ① 자기 집이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 ② 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고 ③ 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 사회서비스 체계이다. 임병우(2018)는 노인을 대상으로 하는 커뮤니티케어란 집에서 장기적이고 지속적으로 거주하는 노인과 그들의 보호자들이 정상적인 일상생활뿐만 아니라 안정된 노후생활을 영위할 수 있도록 광범위하게 제공되는 장기요양 또는 예방적 서비스를 집 또는 지역사회 내에서 이용이 가능한 서비스 체계라고 정의하였다.

그리고 커뮤니티케어의 핵심 이념은 자신의 집(in Home)에서 또는 지역사회에서(in Community, 장소), 지역주민에 의한(by Community, 제공자), 지역주민을 위한(for Community, 대상자), 정든 지역사회에서 독립과 존엄으로(Independent & Dignity, 이념), 사람들은 가능한 한 지역사회 내에서 정상적인 생활 추구(목표)이다. 즉 노인이 본인이 거주하던 집에서 가족, 이웃, 친구와의 관계를 유지하고 거주하던 집에서 삶의 질을 위한 안전, 건강, 보호 등의 최적의 기회를 확보하며 살다가 주거하던 집 또는 장소에서 죽음을 맞이하는 Aging in Place(AIP)라 정의할 수 있다.

커뮤니티의 협의의 개념은 영국의 커뮤니티케어와 동일시하는 견해로서, 재가복지를 포함한 생활시설이 아닌 환경에서 서비스 대상자에게 각종 사회복지서비스를 제공하는 것으로 시설보호와 대치되는 개념이다. 광의의 개념으로 오하시(大橋謙策)는 커뮤니티케어란 자립생활이 곤란한 개인과 가족이 지역에서 자립생활이 가능하도록 관계망을 만들고 공사협동의 이념으로 필요한 서비스를 종합적으로 제공하는 것(조추용 외, 2018)고 하였다.

우리나라의 커뮤니티케어는 유럽 등과는 다르게 시설케어의 대안이 아닌 급격한 사회변화 과정에서 급격한 욕구의 변화로 인하여 발생하였다고 볼 수 있다. 즉, 사회변 화 과정에서 가족케어를 보완하기 위하여 대두되었다고 할 수 있다. 커뮤니티케어서비스는

비공식적인 서비스 중심으로 구성되어 있으며 공식적인 서비스를 접목하는 형태로 이루어지고 있다. 그러므로 커뮤니티케어는 일정한 커뮤니티 안에서 클라이언트(피케어자)들이 생활할 수 있도록 욕구 해결을 위해 서비스를 전달하는 적극적, 합목적적인 광의의 의미로 해석할 수 있다.

노인을 위한 커뮤니티케어의 개념적 정의도 일반적인 커뮤니티케어의 개념적 정의와 같이 커뮤니티케어의 이념 및 목적(예, 지속거주와 정상화, 탈시설화), 대상자의 범위, 서비스 내용 및 범위, 공간적 범위와 자원범위 등에 따라 다양하게 제시되고 있다.

첫째, 지속거주(AIP, aging in place)와 정상화(normalization) 측면을 강조하는 학자 들에 의하여 주장되어진 개념적 정의이다. 커뮤니티케어는 대다수의 노인들이 자신이 생활하던 익숙한 장소환경에서 필요한 서비스를 지원·제공받거나 지역사회 노인복지시설을 이용함으로서 정상적인 가정생활을 유지하도록 원조하는 서비스이다(박선태 외, 2012)라고 함으로써 노인대다수가 대상자, 지속거주환경, 재가서비스와 통원서비스, 정상적인 생활 유지의 개념이 포함되어 있다. 이와 유사하지만 좀 더 구체적인 커뮤니티케어의 개념적 정의가 보건복지부에 의하여 제시되었다(보건복지부, 1998: 최옥순 외, 2014). “정신적 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 수행하기에 곤란한 노인과 노인부양가정에 필요한 각종 서비스를 제공함으로써 노인이 가족 및 친지와 더불어 건강하고 안정된 노후생활을 영위할 수 있도록 함과 동시에 노인부양으로 인한 가족부담을 덜어주기 위한 서비스”로 규정함으로써 일상생활지원, 의존적인 노인과 노인부양자, 안정된 노후생활, 가족부담완화를 강조하였다.

둘째, 탈시설화(deinstitutionalization) 측면을 강조하는 학자들에 의하여 제시된 개념적 정의이다. 노인을 위한 커뮤니티케어는 장기치료나 장기요양을 목적으로 수용시설에 입소된 노인을 제외한 커뮤니티 내에서 생활하는 모든 노인을 대상으로 한다(고양곤, 1997). 커뮤니티케어를 대상자와 목적 측면에서 시설케어와 커뮤니티케어로 이원화하여 정의를 시도하였다. 좀 더 발전적인 관점에서 커뮤니티케어는 시설케어와 분리하여 개발하기보다 지역노인들의 장기요양보호를 위한 연속적인 케어체계의 개념으로 상호보완적인 서비스이다(최성재, 1998; 김수영 외, 2003). 시설케어에서 커뮤니티케어로의 전환을 위하여 필요한 주택지원(affordable housing service), 주거지원서비스(residential service), 지역사회생활을 위한 서비스제공(community living arrangement), 의료서비스를 포함하는 요양시설(nursing home), 사회서비스 중심의 케어홈 등이 강조된다.

셋째, 커뮤니티케어의 범위 측면에서의 개념적 정의이다. 고양곤(1997)은 노인을 위한 커뮤니티케어를 세 개의 범위로 나누고 개념적 정의를 시도하였다. 좁은 범위의 노인을 위한 커뮤니티케어로 노인이 생활하는 집을 방문하여 노인이나 보호자에게 필요한 서비스를 제공하는 가정방문서비스(in-home service, domiciliary) 중심을 의미한다. 중간적 범위의 노인을 위한 커뮤니티케어는 가정방문서비스와 커뮤니티내의 이용시설 포함하는

서비스를 의미한다. 넓은 범위의 노인을 위한 커뮤니티케어는 가정방문서비스, 이용시설, 그리고 커뮤니티내의 개방된 주거케어시설에서 제공되는 제반서비스를 의미한다. 이러한 개념적 정의에서 좁은 범위는 한국에서 가정봉사원사업을 중심으로 한 커뮤니티케어도입 단계(1980년대 후반)에 적용이 가능하고, 중간단계의 주간보호서비스와 단기보호서비스가 추가된 1990년대 초반의 커뮤니티케어에 적용이 가능하다. 넓은 범위는 향후에 도입되어져야 할 커뮤니티케어라고 할 수 있을 것이다.

넷째, 대상자 범위의 연속체계로서 커뮤니티케어를 강조하는 개념적 정의이다. 임 병우(2018)는 노인을 대상으로 하는 커뮤니티케어란 집에서 장기적이고 지속적으로 거주하는 노인과 그들의 보호자들이 정상적인 일상생활뿐만 아니라 안정된 노후생활을 영위할 수 있도록 광범위하게 제공되는 장기요양 또는 예방적 서비스를 집 또는 지역사회 내에서 이용이 가능한 서비스 체계라고 정의하였다. 커뮤니티케어 대상자범위를 장기요양대상자와 장기요양예방 대상자를 연속체계로 제시함으로서 한국에서 노인을 위한 커뮤니티케어 대상자는 사회보험인 노인장기요양보험 재정으로 서비스가 제공되는 재가장기요양 체계 대상자와 조세를 재원으로 제공되는 노인장기요양 예방체계 대상자로 구분하였다.

다섯째, 커뮤니티케어의 서비스제공 공간적 범위와 자원 범위 측면이다. 임병우(2018)는 커뮤니티케어를 “일정행정지역 내에서 노인과 그들 보호자의 욕구를 고려하여 소득, 의료서비스를 포함하여 복지서비스를 중심으로 하는 혼합경제 서비스의 제공으로 노인들이 가정에 머무를 수 있게 하고 그들의 보호자들에게 케어의 부담을 덜어주기 위한 서비스 체계이다”라고 정의하였다. 이러한 행정적 공간 범위의 개념적 정의는 장기요양보험제도가 도입되기 이전 모든 커뮤니티케어에 적용이 가능하였으나 장기요양보험제도 도입 이후에는 조세를 재원으로 하는 장기요양 예방체계의 대상자들에게 적용될 수 있다. 자원의 범위 측면에서 혼합경제서비스를 강조함으로서 다양한 유형의 서비스 제공을 통하여 대상자들의 선택권을 강조하고 있으며, 추가적으로 다양한 서비스를 다양한 욕구에 맞는 사례관리 시스템 도입을 강조하고 있다.

노인을 위한 커뮤니티케어의 개념적 정의들에 포함된 주요 개념은 대상자로서 의존적인 노인과 보호자, 장기요양 대상자와 장기요양예방 대상자, 목적으로서 정상적인 생활유지, 안정된 노후생활, 가족부담완화, 서비스내용 및 범위는 일상생활지원, 주택지원(affordable housing service), 주거지원 서비스(residential service), 지역사회생활을 위한 서비스제공(community living arrangement), 의료서비스를 포함하는 지역사회 요양원, 사회서비스 중심의 케어홈, 공간범위 및 환경은 행정지역커뮤니티와 일반커뮤니티, 지속거주 환경, 재가서비스와 통원서비스, 대상자를 연속체계, 혼합경제서비스, 사례관리시스템, 대상자의 선택권 등이라고 할 수 있다.

노인장기요양 예방체계에서 커뮤니티케어를 위한 조작적 정의로 커뮤니티케어는 기초

지자체 행정단위 내에서 노인장기요양 예방체계에 포함된 노인과 그들 보호자의 욕구를 고려하여 일상생활을 위한 사회적 돌봄서비스를 중심으로 주거주택서비스와 커뮤니티 활동서비스가 제공되고, 보건・의료서비스가 연계되어 노인에게는 독립적인 생활이 가능하게 하고 보호자들에게는 부양부담을 덜어 주기 위하여 자원연계와 사례관리 서비스 제공체계이다(임병우 외, 2019).

2) 등장배경

지역사회복지의 등장 배경(조추용 외, 2018)은 첫째 가족과 지역사회의 기능이 약화를 보완, 둘째 복지욕구가 화폐적 욕구에서 비화폐적 욕구로 변화, 셋째 정상화 이념의 대두, 시설에서 재가복지서비스로 전환, 넷째 지방자치제도의 실시로 지역사회의 중요성 인지이다. 우리나라에서는 1987년 가정봉사원파견사업이 도입・운영되었고 1993년 노인복지법 개정으로 정책사업으로 발전하였으며, 2008년 노인장기요양보험이 도입되면서 사회보험서비스 중심의 커뮤니티케어와 조세중심의 예방체계 커뮤니티케어로 이원화되었다. 2018년 1월 보건복지부는 노인, 장애인, 아동을 포함하는 커뮤니티기반의 보건복지서비스 제공을 위한 본격적인 커뮤니티케어 도입을 발표하였다. 2018년 3월 커뮤니티케어 추진본부가 설립되었고, 2019년 4월에 시범사업의 시행이 예고되었다. 우리나라 커뮤니티케어의 지향가치는 당사자의 인권과 삶의 질, 지방분권 강화, 포용적 복지의 지속가능성 확보 및 일자리 창출 및 지역사회 복원임을 주지하고 있다(황경란, 2018).

근본적으로 커뮤니티케어가 필요한 문제인식(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2018)은 첫째, 저출산・고령화 현상의 가속화에 따른 돌봄 수요 증가로 2017년 8월 노인인구가 전체의 14%를 넘는 고령사회 진입하였고(행정안전부), 2026년에는 20%를 초과하여 초고령사회에 진입할 것으로 예상되며(통계청), 베이비붐세대(1955～1963년생, 약 709.7만명, 총인구의 14%)가 본격적으로 고령인구로 진입하기 시작하는 2020년 이후 고령화 가속화할 전망이다.

둘째, 고령화에 따른 의료비 증가 등 사회보장제도의 지속가능성 저하로서 건강보험공단에서는 노인의료비가 2010년 14.1조원(총 급여비의 32.2%에서 2016년 25.0조원(38.7%)으로 급증하였으며, 열악한 주거환경, 재가돌봄서비스의 부족 등으로 의료적 필요성이 낮은 사회적 입원이 증가하고 있는데, 입원보다 외래진료가 적합한 환자인 신체기능저하군 입원환자가 요양병원 입원의 8.3%(3.5만명)로 지속적으로 증가추세로서 2009년 3.7%에서 2016년 8.3%로 증가하였다.

셋째, 획일적 서비스와 인권 침해 사례 등의 문제제기에도, 불충분한 재가서비스로 인해 시설서비스를 선택하게 된다. 유엔장애인권리컨벤션(UN CRPD), 아동인권컨벤션(CRC), 유럽인권재판소(ECHR) 등은 시설을 인권을 침해하는 열악한 정책으로 인식하고

있다.

커뮤니티케어의 추진 필요성(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2018)은 첫째, 문제의 보편성으로 고령화 등에 따른 돌봄의 문제는 대부분의 국민들이 현재 혹은 가까운 미래에 겪게 될 수 있는 문제로서 커뮤니티케어 주요 수요층(돌봄필요자)인 노인, 장애인 인구가 약 876만명(2017)으로, 전체인구의 약 17%, 2026년에는 22.9% 예상된다(통계청, 장애인개발원). 복지 선진국도 지역사회 중심의 서비스 제공을 위한 개혁을 추진하고 있는데, 영국은 커뮤니티케어법(1990) 제정, 지방정부에 지역내 포괄적 케어서비스 제공책임을 부여하였다. 일본은 '병원-시설로부터 지역-재택으로'를 목표로 지역포괄케어시스템 도입(2013.8~)하였다.

둘째, 패러다임의 전환으로 그간 마련된 기본적 사회보장 체계를 기초로 국민소득 3만불 시대에 걸맞은 선진국형 복지체계로 개편이 필요한 시점이다. 기존 복지의 틀을 확대하여 보편적 수요인 돌봄에 대해 부처간 협업 및 지역사회가 참여하는 복지를 구현하는 것이다.

셋째, 사회적 가치의 실현으로 커뮤니티케어는 포용적 복지의 구현방안이다. 커뮤니티케어의 적용대상은 지역사회에서 돌봄이 필요한 모든 대상자에 대해 커뮤니티케어를 통하여 적정 서비스를 연계, 지역사회에서 생활을 지원한다. 커뮤니티케어 정책대상으로서 지역사회 돌봄 필요한 자는 돌봄서비스 수급자로서 재가 돌봄서비스를 받고 있는 46.7만명에 대한 추가 서비스로 연계 제공 등을 통해 편익 증진한다.

주요한 대상자는 2017년 기준 노인요양재가(33.7만명), 노인돌봄종합(4.8만명), 장애인활동지원(7.2만명), 저소득층 가사간병서비스(0.9만명) 등이다. 사회적 입원 등으로 시설이나 병원에서 생활 중인 73.8만명 중 입원, 입소의 필요성이 낮은 사람으로 요양병원 44.2만명, 정신의료기관 6.9만명, 생활시설 22.7만명 등이며, 요양병원 등에 입원 필요성이 낮은 신체기능저하군은 8.3%이다. 시설 병원 신규입원자는 매년 시설이나 병원으로 새롭게 입소 입원하는 사람 중 재가생활이 가능한 사람이다.

커뮤니티케어의 나아갈 방향은 탈시설화이고, 실제로 서비스가 전달되는 체계는 네트워크이고, 그러한 질을 높이는 방법(수단)은 케어매니지먼트(후술함)이다.

3) 커뮤니티케어의 기능(임병우 외, 2019)

김영모(1995)는 Oklaham의 분류를 이용하여 커뮤니티케어의 기능을 위기안정 서비스, 성장서비스, 생활유지서비스, 사례운영(관리) 기능으로 분류하였다.

(1) 위기안정서비스

위기케어는 적절한 위기개입을 통하여 정서, 육체, 사회적인 기능불능을 안정시키기 위한 서비스이다. 일반 병원에서 행하여지는 진찰 조사과정이 진행되며, 커뮤니티케어 서비스 중 낮 병원 서비스가 해당된다. 위기가 지속되는 기간 동안 도움이 되는 시설에 생활하기도 한다. 케어자가 심한 스트레스를 경험하거나 건강악화 등의 사건이 발생할 경우 임시로 주거환경이 제공되는 쉼터 서비스가 제공되기도 한다.

(2) 성장서비스

커뮤니티케어서비스를 받는 만성적인 피케어자가 임파워먼트를 통하여 개인 및 사회관계의 재설정할 수 있도록 재동기화 하는데 목적이 있다. 이러한 서비스의 대표적인 예는 레크리에이션과 같은 서비스를 이용한 사회훈련과 가정에서 일일생활 유지를 위하여 필요한 일상생활 기능훈련을 들 수 있다.

(3) 생활유지서비스

커뮤니티케어서비스가 필요한 피케어자가 개인생활, 대인관계 등의 측면에서 현재 보유하고 있는 기능을 유지하는데 목적이 있다. 장기적으로 케어자로서의 역할을 수행하여 심한 기능 또는 정서장애를 경험하는 경우 케어활동을 지속적으로 수행할 수 있도록 케어적 환경을 조성하여 주는 기능을 말한다.

(4) 사례운영

커뮤니티케어서비스를 받고 있는 피케어자가 만족할 수 있는 서비스를 제공하기 위하여 여러 가지 서비스를 관련시켜 서비스 제공에 효율과 효과성을 높이는데 목적이 있다. 이러한 목적을 달성하기 위하여 사례 운영자는 커뮤니티케어서비스에 대한 적절한 정보를 보유하고 자원을 운용해야 한다. 이러한 기능이 수행되기 위하여 사례운영자는 평가, 기획, 연계, 그리고 감독 등의 다양한 역할이 요구된다.

## 2. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 탈시설화

탈시설화는 시설의 지역사회와의 격리 수용에 의한 시설병(hospitalism) 등의 부작용에 반발하여 등장했다. 즉 사회복지시설에 부적절하게 입소 보호되고 있는 대상자를 지역사회로 퇴소시키고, 지역사회 내에서 대상자에 대한 적절한 서비스를 제공하고 시설보호의 전반적인 수준을 향상시킴으로써 시설병을 예방하고자 하는 것이다(Halpern, 1980;

박태영, 1995 재인용). 따라서 모든 사회복지시설을 인정하지 않으려는 의도라기보다는, 사회복지 대상자의 경우 시설보다는 지역사회가 더욱 효과적으로 서비스 및 보호를 제공할 수 있다는 것이다. 이 점이 시설의 지역사회 내의 기능을 강조하는 시설사회화의 개념과 다르다(조추용 외, 2017).

김용득(2018)은 커뮤니티케어에 세 가지 접근이 필요하다고 한다.

첫째, 삶의 장소인 지역사회 중심의 서비스 강화(in the community), 대형시설 분리에서 지역사회 통합으로, 지역사회에서의 삶을 지원하는 지역사회서비스

둘째, 지방정부가 주도하는 서비스(decentralization)로서 이용자 참여를 위한 근거리 단위 정책 결정, 중앙과 지방의 역할분담(거시기획은 중앙정부, 실행기획과 집행은 지방정부)

셋째, 지역사회의 자발성, 주도성 강화(by the community), 지역사회의 이웃이 지원자, 옹호자가 되도록 지원, Public Support에 Natural Support를 결합하여 지역사회 통합의 삶을 실현을 말하고 있다.

이러한 커뮤니티케어를 실현하기 위하여 자립지원서비스로서 보호에서 자립으로 전환을 이야기하면서 지역사회 기반의 서비스 배치로서 거주지원서비스(residential services), 기제로서의 지역사회생활조정(community living arrangements), 우리나라에서는 획기적인 재편 필요하다고 주장한다. 따라서 탈시설화를 위하여 소규모 거주시설의 제공, 통상 5-7인으로 구성되고, 20인 내외로 정원이 제한되는 추세, 의료서비스가 포함되지 않는 care home, 의료 서비스가 포함되는 nursing home이 있어야 한다.

즉 보편적 주거지원의 제공과 적절한 주택의 제공(건물조건, 임대, 융자 등을 지원하는 Affordable Housing Service의 등장), Supportive Housing의 제공(주택과 지원서비스를 함께 제공, 지원서비스에는 주택고장의 수리, 위험상황의 대처, 지역사회의 교류 등을 포괄하는 추세)하는 추세이다.

지역사회 기반의 서비스 배치에서 첫째, 지역사회지원서비스(non-residential support services)로서 다른 종류의 서비스가 혼합되며, 사람에 맞게 잘 구성되는 것이 중요하고, 우리나라에서는 인프라 확충과 함께 서비스 혼합을 지원하는 장치가 필요하다.

둘째, 가정지원서비스(home help services)로서 가정을 방문하여 식사, 청소, 간병, 이동지원, 정서지원 등을 제공한다.

셋째, 이용(통소)형 주간활동서비스(day services, day activity services)로서 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 주간보호시설, 지역아동센터 등 활동의 장소와 서비스를 제공하는 유형이다.

넷째, 특별한 욕구에 대응하는 서비스로서 장애인 이동지원(ring and ride), 청각장애인 수화통역센터, 시각장애인 점자도서관 등이 있다.

다섯째, 고용지원서비스(보편적 주거지원의 제공)로서 장애인이나 노인을 위한 보호고

용(sheltered workshop), 지원고용(supported employment)이다.

우리나라에서 탈시설화가 추진되기 위해서는 이용자와 서비스 공급이 연결되는 제도적 구조와, 욕구를 측정하고, 서비스를 연결하는 기준과 집행하는 훈련된 인력이 필요하다.

따라서 탈시설화를 위한 세 가지 접근이 필요하다.

첫째, 이용자와 제공자의 협동생산(co-production)이다. 전문가, 이용자, 가족, 이웃의 호혜적인 관계가 있어야 하고, 협동조합 등 사회적 경제조직을 통하여 이용자와 제공자를 결합하야 한다.

둘째, 지역사회 참여촉진이다. 사회적 약자에게 필요한 일에 주민이 자발적으로 참여하여야 하며, 지역주민이 장애를 가진 사람들과 함께 하는 것이 필요하다.

셋째, 대안공동체(intentional community) 지원이다. 대안공동체를 통해서 좋은 지역사회를 만드는 것도 가능하며, 대안공동체들은 정부의 제도적 지원의 기반 위에서 공동체의 가치를 추구하고 있다.

결론적으로 커뮤니티케어를 위한 탈시설화는 사회복지서비스의 변화가 필요하다. 즉 의존적인 시설보호에서 탈시설을 통한 지역사회자립을 추구하며, 자립의 추구는 정부가 지원하는 공식서비스의 확장을 가져왔지만, 사람들과의 자연스러운 관계를 만들어 내지 못하는 고립과 외로움을 경험하며, 지역사회 포용(embracement)과 상호의존(interdependence)이 강조되는 추세이다.

커뮤니티케어는 자립의 기반 위에 상호의존을 결합하고, 표준화(standardization) 기반 위에 인간화(personalization)를 더하기 위한 “난이도 높은 복합적 과업”이다. 대형시설이 아닌 보통의 주거공간에서 살도록 돕는 다양한 주거 옵션 개발, 지역사회서비스의 실질적 확대와 서비스 이용 진입체계 정비, 이용자와 제공자의 협동적 관계 만들기, 지역사회에서 자발적인 도움이 일어나도록 촉진하기, 대안공동체가 만들어지도록 돕기 등이다.

## 3. 커뮤니티케어의 중요한 영역: 네트워크

### 1) 네트워크의 필요성과 방법

네트워크를 위한 하나의 방법으로 팀접근(team approach)(조추용, 2014)이 있다. 팀접근은 복잡한 문제나 욕구를 가진 대상자, 함께 일을 하는 사람들의 집단, 문제해결이 하나의 단일 전문직종만으로 불가능하기 때문에 구성되었는데, 팀접근의 방해 요인이 있다. ① 커뮤니케이션의 부족 ② 상호역할의 혼란 ③ 권한관계에 의한 갈등 ④ 사고방식의 차이 등이다.

즉 개별 서비스가 각각의 영역에 충실하고, 서로 의사소통이 잘 안 되고, 다른 서비스에 대해 무관심하며, 서로의 전문직에 대한 이해 부족, 자신의 전문직을 상대에게 설명・이해 못 시키고, 결과적으로 모자이크와 같은 제휴가 이루어진 것이다.

따라서 노인복지 대상자들의 조기 가정복귀・사회복귀 실현, 재가의료・재가돌봄 대폭적으로 확충, 지역포괄케어시스템 구축, 이용자의 QOL의 향상을 목표로 하였지만 실현되지 않았다. 그래서 일본에서는 전문직 실천(제휴)연계(IPW, lnter Professional Work)를 실시하였다. 이것은 질병을 가진 환자나 장애가 있는 사람들의 복잡하고 다양한 과제와 요구를 해결하기 위해서 보건의료복지의 각 분야의 전문가가 협력하는 것, 수준 높은 보건의료복지서비스를 실천하는 것, 각 전문직을 양성하는 교육단계부터 이용자에게 대한 공통의 가치관에 근거하는 이해를 공유, 각 전문직이 그 기초적 자질로서 다직종제휴를 전제로 한 기술이나 지식을 갖추어 보다 유효한 다직종의 제휴협력이 실현되는 것을 목표로 한다. 이 방법을 실현하기 위하여 각 전문직의 이수과목에 다른 전문직을 이해하는 과목을 포함시키는 등 노력을 하였다.

네트워크의 방법은 연락(contact, 점의 서비스)-조정(control, 정보의 조정)-연계(coordination, 선으로 연결)-통합(integration, 면으로 시스템화)의 네 단계 또는 과정으로 구성된다. 사업과 활동을 보다 효과적으로 운용하고, 만족도를 최대화하는 것, 중복과 누락을 없애는 것이 궁극적인 목적이다.

2) 네트워크의 문제점

김동배(1995)는 보건의료와 사회복지서비스를 통합해야 할 필요성을 다음과 같이 제시했다.

① 노인문제의 복합성이다. 노인들은 빈곤, 질병, 고독, 역할상실의 네 가지 노인문제를 적어도 한 가지 이상 갖고 있는 등 복합적인 문제를 안고 있다.

② 보건의료서비스의 완결이다. 복합적인 노인문제를 위해서는 보건의료만으로 해결하기 어렵고 필연적으로 사회복지서비스를 필요로 하게 된다.

③ 건강의 사회적 의미이다. 건강의 의미에서 노인을 기능주의 관점에서만 파악하는 것이고, 보건의료, 경제적 원조, 사회적 서비스 등을 적절하게 제공하여 사회환경적 관점에서 노인의 건강을 파악하여야 한다.

④ 인간행동과 사회환경과의 관계이다. 노인은 노령으로 사회적 환경에 적응하기가 어렵다. 사회복지서비스는 노인의 심리 내적 역동성만이 아니라 노인의 사회적 환경의 상호작용에 개입한다. 사회복지서비스와 연계된 보건의료서비스는 노인의 문제해결 능력을 적절하게 배양한다.

네트워크가 원활하게 이루어지면 다음과 같은 효과를 기대할 수 있다.

첫째, 케어를 받는 노인과 그 가족에 대한 서비스의 효율성과 효과성이 향상됨으로써 질 높은 서비스가 제공될 수 있다.

둘째, 지역사회 자원에 대한 정보가 부족한 노인과 그 가족은 다양한 자원을 원활하게 활용할 수 있다.

셋째, 병약한 노인은 장기간 자신의 집에 살면서 케어를 받을 수 있다. 이런 변화는 결과적으로 노인케어를 위한 사회적 비용을 경감시켜 줄 것이다.

넷째, 병원이나 요양원에 장기간 입원 중인 노인들의 사회복귀가 촉진되고, 대상 노인과 그 가족의 재가보호서비스 활용도가 향상될 것이다.

네트워크가 가능한 노인복지서비스의 제공주체는 의료 영역, 이용시설, 간접적 지원기관, 기타로 분류할 수 있다.

① 의료 영역에는 보건소, 병원, 응급의료기관 및 질병예방센터 등이 있다.

② 이용시설에는 행정기관이 직영하는 지역사회복지관, 주간보호, 주민자치센터 등이 있다. 또한 일반 지역사회복지관 외에도 노인복지(회)관, 장애인복지관 등이 있다.

③ 노인복지를 간접적으로 지원하는 기관에는 고용안정센터, 국민건강보험공단, 각종 연금관리공단, 장애인고용촉진공단, 소방서(응급서비스), 학교, 대한가족보건복지협회 등이 있다.

④ 이외에 공공 영역에서 매우 중요한 조직은 사회복지전담공무원이 배치되어 있는 전국의 읍·면·동사무소와 여성상담원이 배치되어 있는 시·군·구의 행정조직이다. 이들은 각각의 행정구역 내에서 다양한 문제를 안고 있는 노인들에게 서비스를 제공하고 있다.

노무현정권에서 주민생활지원서비스전달체계(2005-2008)에서는 보건, 복지, 주거, 고용, 평생교육, 생활체육, 문화, 여가 8대서비스로 규정하고, 사회보장기본법 제3조 4항. “사회서비스“의 영역과 서비스에서는 7개 영역으로 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등과 7개 서비스 내용으로 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 규정하고 있다.

3) 네트워크 사례: 청주행복네트워크(홈페이지 www.cwhappy.net 참고)

(1) 목적

청주행복네트워크는 다양하고 복합적인 문제와 욕구를 지닌 지역주민을 대상으로 보건복지기관 간 통합적 개입과 다양한 공식적, 비공식적 자원과 연결을 통해 지역주민의 복지증진과 사회적 안전망을 구축하고자 구성된 컨소시엄이다. 이는 그림 1에 제시하였다.

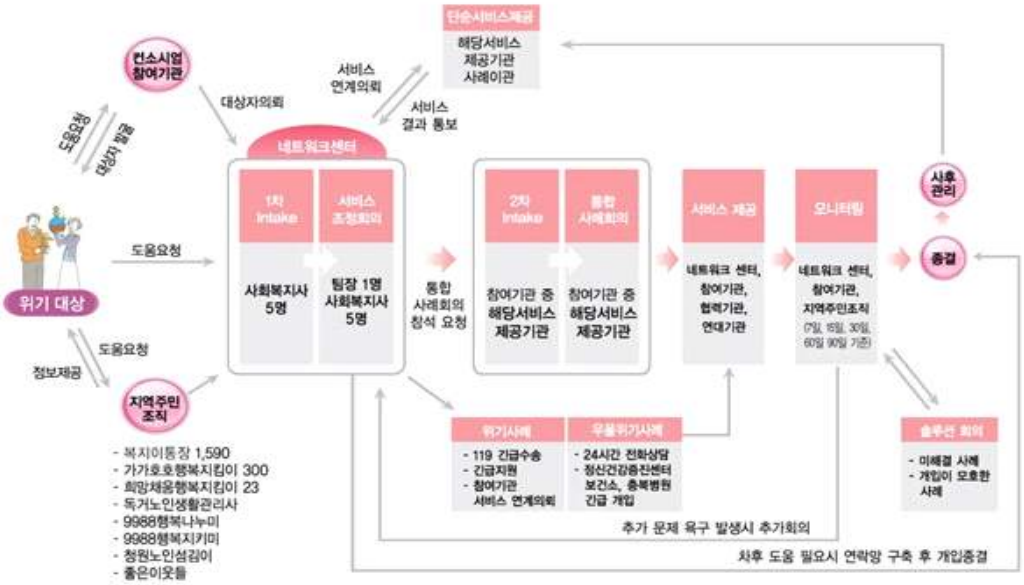



그림 1. 청주행복네트워크 통합사례관리 체계도
자료: 청주행복네트워크(홈페이지: www.cwhappy.net)

(2) 사업내용

가. 주민참여통합사례관리

청주행복네트워크는 지역주민조직인 마을 이장 및 동장과 가가호호행복지킴이 우체국 집배원, 가스검침원, 전기검침원 등 지역주민들의 참여·협력·연대 기관을 통해 의뢰되거나 스스로 도움을 요청한 지역주민들을 대상으로 사회복지·보건의료서비스 정보제공 및 연계를 한다.

사업의 대상으로는 청주시 관내 거주하는 모든 지역주민으로 초기상담, 집중사례관리, 서비스 조정회의, 통합사례회의, 서비스 연계·조정, 긴급·사례관리지원, 정보통신망운영, 솔루션회의, 공개사례발표회의 사업을 진행한다. 주민참여 통합사례관리체계는 그림 2와 같다.

나. 위기세대 발굴

청주행복네트워크는 다양한 접근방법으로 위기세대를 발굴하고 있다. 위기세대 발굴을 위해 세 가지 접근방법을 사용하고 있으며 그 세 가지는 전화(콜센터)이용한 접근방법, 지역주민을 통한 접근방법, 상담을 이용한 접근방법이다.

첫째, 전화를 이용한 접근방법은 복지관련 전화를 이용하고 있는데 청주행복네트워크,

보건복지콜센터, 청주복지콜을 통하여 위기세대를 발굴하고 있다.

둘째, 지역주민을 통한 접근방법은 복지 이·통장, 집배원, 9988행복지키미 등의 활동을 통하여 위기세대를 발굴하고 있다.

셋째, 상담을 이용한 접근방법으로는 청주시는 찾아가는 상담창구와 상담버스를 운영하고 있으며 이를 통하여 위기세대를 발굴하고 있다.

한편 청주행복네트워크는 복지사각지대의 예방 및 발굴과 궁금한 보건복지정보에 대한 문의를 위해 보건복지종합상담전화 스티커 제작 및 배포하여 위기개입 대처 및 방안을 마련하고 있다 또한, 청주시는 매년 2월부터 12월까지 찾아가는 상담버스를 운영하고 있다. 찾아가는 상담버스는 공영버스와 마을버스를 활용하여 보건복지기관 및 서비스를 안내하고 상담을 실시하고 있으며 버스 내 보건복지 안내지를 제공하고 보건복지 안내방송도 상영하고 있다.

다. 지역주민조직 사업

청주행복네트워크는 지역주민조직 사업으로 복지 이·통장 및 행복지킴이 간담회, 복지이·통장 역량강화, 읍면동 민관복지협의체 간담회, 우체국 희망복지사업을 실시하고 있다. 지역주민조직사업의 내용은 표 1과 같다.

라. 네트워크 운영

청주행복네트워크의 네트워크 사업은 대표자 운영위원회, 담당자 월례회의, 담당자 워크숍, 민관 담당자 간담회, 참여기관 및 담당자 연락망(OVJET), 소셜미디어 운영 및 활성화, 우수 참여기관 선정 및 시상으로 구분된다.

대표자 운영위원회는 네트워크 참여기관 대표자들로 구성되며 연 4회 운영된다. 사업 및 예산관련 사항, 신규 참여기관 승인 등에 대한 운영자문 실시를 활동으로 하고 있다.

표 1. 지역주민조직사업

| 구분 | 내용 |
|---|---|
| 복지 이·통장 및 행복지킴이 간담회 | 복지 이·통장 및 행복지킴이(집배원) 월례회의와 연계하여 사례관리 진행사항, 활동현황, 참여기관 사업 등을 공유하는 간담회 실시<br>대상 : 복지 이·통장협의회, 가가호호행복지킴이(청주, 서청주 우체국) |
| 복지 이·통장 역량강화 | 복지 이·통장 활동 중 지역주민에게 도움이 필요한 상황 발생 시 활용하도록 위기대처 연락체계 전화번호가 삽입된 명함 제작 및 배포<br>대상 : 복지 이·통장협의회원 |
| 읍면동 민관복지협의체 간담회 | 주민참여 통합사례관리와 과정에 대한 공유 및 지원방법 논의를 위한 간담회 실시<br>대상 : 읍면동 민관복지협의체 위원 |
| 우체국 희망복지사업 | 가가호호행복지킴이(집배원)과 함께하는 통합사례관리를 통해 복지사각지대 발굴 및 지원체계 구축, 지역내 복지안전망 강화<br>보건복지 자원연계 및 활용지원을 위해 가가호호행복지킴이 주민 참여 통합사례관리 교육, 정기 간담회, 성과보고대회 실시<br>대상 : 가가호호행복지킴이(집배원) |

담당자 월례회의는 참여기관 간 원활한 의사소통체계 운여과 사업 논의를 위해 정기적인 월례회의를 실시하며 네트워크 참여기관의 주 담당자를 대상으로 하며 매월 세 번째 목요일 연 12회 운영된다. 월례회의에서는 월간사업 현황보고 및 사업운영 논의, 참여·협력기관 사업 정보공유 등이 논의된다.

담당자 워크숍은 참여기관 간 사업 방향 모색 및 담당자 간의 유대관계 향상을 위해 상반기, 하반기 연2회 워크숍을 실시한다. 워크숍의 주 대상은 네트워크 참여기관 주 담당자이다. 민관 담당자 간담회는 청주시 43개 읍·면·동 사회복지 전담 공무원, 청주행복네트워크 실무자 등이 참여하고 있으며 연4회 운영된다. 민과 관의 협력강화 및 지역내 사회 안전망 안정화를 위한 간담회를 실시하고 있다.

참여기관 및 담당자 연락망(OVJET)은 참여기관 정보 및 담당자의 주요 업무와 연락망을 공유한다.

소셜미디어 운영 및 활성화사업은 소셜미디어를 활용하여 사업관련 공지사항, 일정안내, 효율적인 의사결정을 위한 투표, 주소록 관리, 사진첩 등을 실시간 공유한다. 우수참여기관 선정·시상 사업은 참여활동이 우수한 기관을 선정하여 12월 담당자 월례회의시 시상을 하고 있다.

(3) 성과

가. 사무국 구성 및 인력지원

행복네트워크 사무국을 개소하고 센터장, 팀장, 사회복지사, 간호사, 사례발굴요원으로 인력을 구성하여 운영하고 있다.

나. 컨소시엄 참여기관

행복네트워크는 청주시 77개 보건복지기관이 참여하고 있다. 77개 보건복지기관은 여가・문화프로그램, 일자리 15개 기관, 노인 돌봄 9개 기관, 노인요양 및 재활 18개 기관, 공공, 종합, 정신보건, 한센인 관련 16개 기관, 장애인 8개 기관, 영유아, 청소년, 여성, 가족 5개 기관, 공공서비스 자원연계 5개 기관, 행정지원 1개 기관이다.

다. 공동포럼개최

행복네트워크는 총8회의 공통포럼을 개최하였다. 공동포럼의 주제로는 지역자원활용과 네트워크, 청원노인행복네트워크 4년 성과와 앞으로의 과제, 창의적인 기획력 Skill UP, 드림구미시민 네트워크에게 묻다, 노인인권보호를 위한 지역사회네트워크의 역할, 노인장기요양의 시장화와 공공성 확립을 위한 지역케어시스템 구축, 사례관리의 이해와 적용, 우리지역 복지현안 및 과제정하기 등이다.

라. 사례관리자 전문인력 양성 및 역량강화 교육

사례관리자 양성 및 역량강화를 위해 사례관리 기초 교육과정으로 사례관리 이해와 적용을 진행하고 사례관리아카데미로 사례관리 적용기술, 위기사례 개입기술 교육 및 실습, 노인자살예방상담 전문가 교육을 진행하고 준사례관리 전문가 양성 심화교육 및 보수교육을 운영하였다.

마. 지역주민조직사업 운영

행복네트워크는 복지사각지대 해소를 위한 민간조직을 적극 활용하고자 지역주민 조직사업을 운영하였다. 이를 위하여 청주시 이・통장을 노인행복지킴이로 위촉하였으며, 청주우체국 집배원들을 대상으로 가가호호행복지킴이 사업을 시작하였다. 이후 읍・면・동 협의체 위원, 지역사회보장협의체 위원들을 대상으로 교육과 간담회도 활발하게 진행하고 있다.

바. 사회복지공동모금회 테마사업 선정

행복네트워크는 2006년 테마기획 지역사회네트워크 지원사업에 선정되어 운영되었으

며 결과보고 후 2009 테마기획 지역단위복지과제 해결지원사업에 재선정 되었다.

사. 우수사례 및 관련 자료 발간 및 배포

행복네트워크는 통합사례관리 정보통신망 사용매뉴얼과 노인보건복지서비스 안내 책자 ‘행복 DO-dream’을 발간 및 배포하였다. 특히 2009년에는 지역사회네트워크 지원사업 학술 세미나 우수사례로 발표하였다. 또, 상담가이드북 ‘행복찾기’, 노인우울 및 자살예방세미나 지침서, 통합 청주시 사회복지자원 편람 ‘통’, 청주·청원 통합 사회복지정보안내서 ‘행복나침반’, 지역주민 사례관리 활동 매뉴얼을 발간하였다.

## 4. 외국의 커뮤니티케어 1: 일본

1) 지역포괄지원센터의 근거

가정에서 뇌졸중, 치매, 병·허약 등 케어가 필요한 노인이 발생하면 상담, 케어지도, 보건과 복지 등의 연계를 목적으로 1990년부터 전국 1만개소를 목표(중학교 학구단위)로 설치하였다. 이후 2000년 4월에 개호보험을 시행하였고, 그로부터 5년 후 개호보험제도에 대한 전면적인 재검토를 시행하였다(조추용·임정미, 2012).

2005년에 전면 재검토한 결과를 2006년에 발표하였는데, 그 내용은 경증대상자의 급증과 이들을 잘 관리하여 중증 대상자를 줄이겠다는 계획으로 예방급여의 신설이 필요하게 되어 지역포괄지원센터를 설치하였다. 그 숫자는 재택개호지원센터의 절반수준인 5,000개소를 목표로 하고 있다. 산술적으로 2012년 현재 전국의 기초자치단체가 1,742개소가 있으니 1개 기초자치단체에 약 3개소 정도 지역포괄지원센터의 설치 목표로 하고 있는 셈이다.

일본의 지역포괄지원센터의 배경에는 세 가지가 있다. 첫째, 고령화인데, 일본은 2013년에 65세 이상 노인인구가 3,186만명(고령화율 25.0%)이 되었다. 노인인구는 “베이비붐세대“가 65세 이상이 되는 2015년에는 3,000만명을 넘어 ’베이비붐세대’가 75세 이상이 2025년에는 3,500만명에 도달 한 후, 2042년에 3,863만명으로 정점이 된다. 둘째, 요개호(지원)인정의 증가로 요개호(지원)인정자수는 2000년부터 10년간 123%나 증가하고 있다. 2025년에는 755만명이 될 것으로 추산하고 있다. 셋째, 치매노인의 일상생활자립도에서 Ⅱ이상 고령자[1]는 2010년에 65세 이상 인구의 7.2%이었던 비율이 2025년에는 9.3%까지 늘어날 것으로 예측되고 있다(조추용·정윤태, 2010).

1) 치매를 모두 5등급으로 나누어서 어떠한 보호가 필요한 2등급 이상을 지칭한다.

2) 지역포괄지원센터의 체계(조추용, 2014)

지역포괄케어를 실현하기 위해 다음의 5가지 관점에서의 대응이 포괄적(이용자의 욕구에 따른 ①-⑤의 적절한 조합에 의한 서비스 제공), 지속(입원, 퇴원, 재가복귀의 과정을 거친 계속되는 서비스 제공)에 되는 것이 필수이다(厚生勞働省, 2008)[2].

① 의료와의 연계 강화로 24시간 재택의료, 방문간호 및 재활의 충실강화이다.

② 개호서비스의 충실강화로 전문요양 등의 개호거점 정비, 24시간 재가서비스 강화이다.

③ 예방추진으로 가능한 요개호 상태가 되지 않기 위한 예방대책과 자립지원형 개호추진이다.

④ 보호, 급식, 쇼핑 등 다양한 생활지원서비스의 확보와 권리옹호 등으로 혼자 사는 노인부부만의 가구증가, 치매증가를 바탕으로 다양한 생활지원(보호, 급식 등의 생활지원 및 재산관리 등의 옹호서비스)서비스를 추진한다.

⑤ 고령기가 되어도 계속 살 수 있는 무장벽(barrierfree) 노인주거의 정비로 서비스가 포함된 고령자용 주택과 생활지원거점의 일체적 정비, 소유주택의 배리어프리화의 추진이다.

지역포괄지원센터는 시 · 정 · 촌 또는 지역지원사업 실시를 시 · 정 · 촌으로부터 위탁받은 자가 설치할 수 있도록 하였다(개호보험법 제115조의46제2항 및 제3항). 즉 시 · 정 · 촌이 직접사업을 수행하거나 지역지원사업을 수행하는 기관이 위탁·운영할 수 있다. 위탁처는 이 사업을 적절, 공정, 중립, 효율적으로 실시할 수 있는 법인이어야 한다. 위탁운영주체는 법인격을 가지고 있어야 하는데, 사회복지법인, 의료법인, 공익법인격을 가진 공익법인, NPO(비영리민간법인, Non-Profit Organization)법인, 이전의 노인개호지원센터(재택개호지원센터)의 설치자 등이 가능하다(厚生勞働省, 2008). 소규모 보험자(시 · 정 · 촌)의 경우는 다른 보험자와 공동으로 설치하는 것도 가능하며, 인구밀집지역(도시지역) 등의 경우는 복수의 지역포괄지원센터를 설치하거나 직원체제를 강화한 대규모 지역포괄지원센터를 설치하여 운영할 수도 있다.

설치주체와 각 기관 참여자들의 역할 등에 관해 상세하게 설명한 것이 아래의 그림 2이다. 다음의 그림을 설명하면 한 가운데는 사회복지사, 보건사, 주임 개호지원전문원(care manager) 등의 보건과 복지의 전문가로 구성하여 팀접근이라는 기본전제하에 지역포괄지원센터가 존재한다. 이 센터에 피보험자가 서비스를 신청하거나 센터가 대상자를 발굴하게 되면 처음에 종합적인 상담에서부터 시작하여 학대방지, 조기발견, 권리옹호의 서비스를 제공하고, 그 외에도 그림의 오른쪽 위에 있는 것처럼 제도의 횡단적(다

2) 지역포괄지원센터 업무매뉴얼은 2005년 12월에 후생노동성 노인보건국에서 규정하였다. 그 후에 재단법인 장수사회개발센터(2011년 4월부터 일반재정법인화)가 위탁사업 등으로 개정판을 작성하고, 현재 2012년 3월 수정된 것이다.

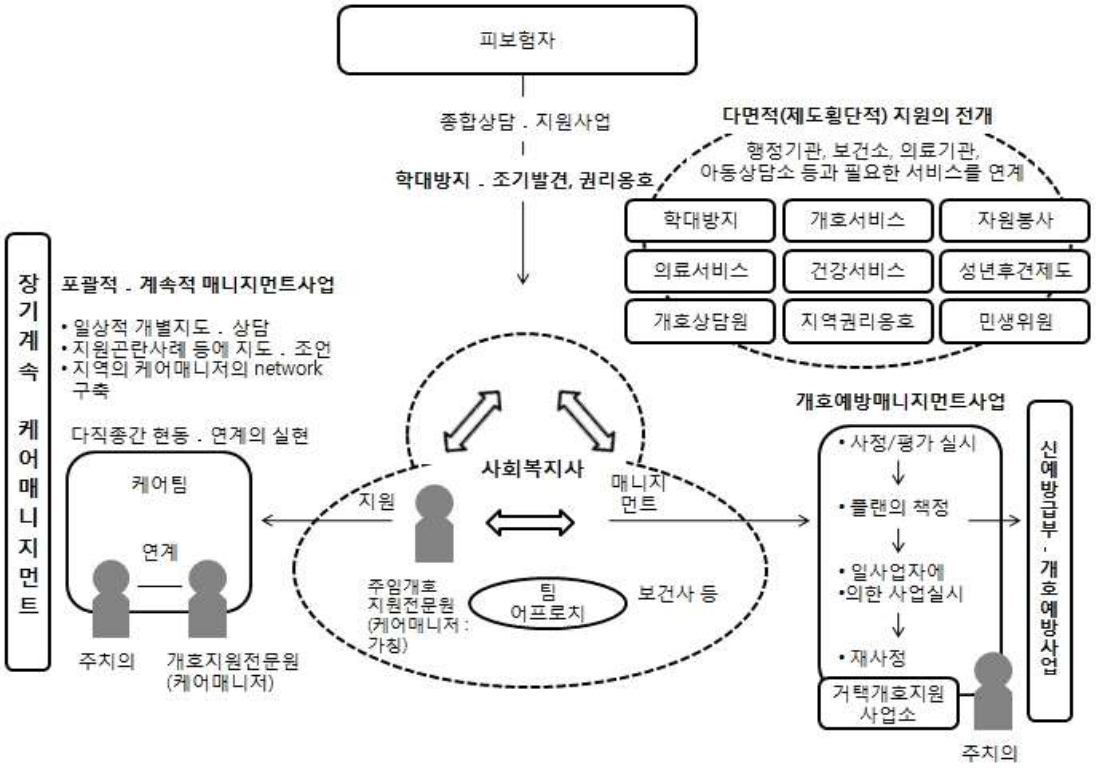



그림 2. 지역포괄지원센터의 흐름도
자료: 厚生勞働省, 2008.

적) 지원을 전개한다. 특히 이 센터의 가장 핵심사업인 신예방급여, 개호예방사업, 장기계속케어매니지먼트사업 등을 제공한다.

3) 지역포괄지원센터의 역할

지역포괄지원센터 운영통지에 의하면 수행해야 할 역할은 크게 첫째 포괄적 지원사업, 둘째 지정개호예방지원, 셋째 기타의 세 가지이다(厚生勞働省, 2008 참고). 이 운영통지에 준해서 살펴보고자 한다.

(1) 포괄적 지원

지역포괄지원센터는 지역주민의 보건의료의 향상 및 복지의 증진을 포괄적으로 지원하기 위하여 ① 개호예방케어매니지먼트사업 ② 종합상담지원사업 ③ 권리옹호사업 ④ 포괄적 계속적 케어매니지먼트지원사업을 지역에서 일체적으로 실시하는 역할을 담당하도록 중심거점으로서 설치하여야 한다. 이러한 네 가지 사업의 실시에서는 각각의 사업이 가진 기능의 연계가 중요하기 때문에 포괄적 지원사업의 실시를 위탁할 경우에는 모

든 사업을 위탁하지 않으면 안 된다.

(2) 지정개호예방지원

지정개호예방지원에서 사회복지사는 개호보험에서 예방급여의 대상이 되는 요지원자가 개호예방서비스 등을 적절히 이용하도록 노인의 심신 상황, 둘러싼 환경 등을 감안하여, 개호예방서비스계획을 작성함과 함께, 해당 개호예방서비스계획에 의해 지정개호예방서비스 등의 제공이 확보되도록 개호예방서비스 사업자 등 관계기관과의 연락조정을 한다.

이 지정개호예방지원 사업에서 사회복지사는 포괄지원센터와 동일하게 시 · 정 · 촌이 직영하거나 위탁을 받는 경우 가능하다. 업무를 실시함에 지정개호예방지원사업의 인원, 운영 등과 관련하여 개호예방을 위한 효과적인 지원 방법에 관한 기준을 엄수한다.

(3) 기타

지역포괄지원센터에서 사회복지사는 포괄적 지원사업 및 지정개호예방지원의 업무를 실시하는 것에 ① 특정고령자의 파악에 관한 사업 ② 개호예방에 관한 보급개발을 행하는 사업 ③ 개호예방에 관한 활동을 하는 자원봉사 등의 인재육성 및 개호예방에 기여하는 지역활동의 조직 육성 및 지원하는 사업 ④ 개호예방사업의 평가사업 ⑤ 기타 임의사업을 위탁받는 것으로 한다. 개호예방에 관한 보급개발 사업 및 자원봉사의 인재육성과 조직 등에 관한 것은 각 기초자치단체에서 수행하기 때문에 매우 다양하다.

4) 지역포괄지원센터의 의의

지역포괄지원센터는 노인이 정든 지역에서 자립된 생활 계속 유지하고, 생활전체를 중층적으로 지원하며, 개호・의료・생활지원서비스・지역주민 등의 비공식적 자원을 연계하는 포괄적 매니지먼트 체제의 기능강화이다.

일본의 지역포괄지원센터가 우리나라 커뮤니티케어의 시사점은 다음과 같다.

첫째, 행정과 민간의 협력체계를 강화, 지역주민의 연대를 통해 욕구와 문제에 스스로 대처 지원이다.

둘째, 사회복지사의 전문성 강화, 행정, 민간기관과의 네트워크 조직 및 서비스 연계에서 권한 강화 필요이다.

셋째, 사회복지사의 상담, 네크워크 조직업무와 관련해 내부・외부 전문가에 의한 수퍼비전 강화이다.

넷째, 문제상황에 대해 기능적으로 판단하고 대처할 수 있는 컨피던스(confidence, 신뢰), 유연성 확보이다.

## 5. 외국의 커뮤니티케어 2: 영국

1) 커뮤니티케어의 발전과정

영국은 커뮤니티케어 시스템을 최초로 도입하여 반세기 이상 이와 관련된 핵심 정책들을 시행해 온 커뮤니티케어의 본거지라 할 수 있다. 따라서 커뮤니티케어의 역사적 변화와 쟁점을 고찰하는데 매우 중요한 사례라 할 수 있기에 공선희(2015), 박정선(2018), 이규식(2019) 등의 연구를 수정・보완하여 이를 살펴보았다.

(1) 전후(post-war) 합의의 정치와 커뮤니티케어(1970년대 이전)

가. 구빈법과 자선활동

영국의 다른 사회복지서비스와 마찬가지로, 커뮤니티케어는 구빈법(Poor Law)에 그 기원을 두고 있다. 구빈법은 2차 대전 이전 노인과 장애인에게 공적으로 제공되었고, 교구(parish) 단위로 노인들에 대한 지원이 이루어졌다는 점에서 커뮤니티케어의 시초라고 볼 수 있다. 18~19세기의 자선활동은 커뮤니티케어가 탄생할 수 있는 주요한 자양분이 되었고 중세부터 지역의 노인과 장애인에게 종교 단체나 자원단체가 운영하는 빈민구호소(almshouse)와 케어시설(care institutions)을 통해서 무료 혹은 지불 능력이 있는 경우에 유료로 시설 케어가 제공되었다. 18~19세기에는 자원방문협회(voluntary visiting associations)와 자선병원(voluntary hospitals)과 같은 다양한 자원조직들이 구빈법 당국 및 지방정부와 연계하여 구제받을 자격이 있는 빈민들에게 커뮤니티 내에서 소셜케어와 헬스케어를 제공하였다. 19세기 중반에는 정부가 이러한 자선활동을 하나의 조직화된 세력으로 인정하고 정책이나 프로그램의 협상파트너로 인식하였다. 1940년대~1970년대에 노인을 위한 전국적 자원조직들(Age Concern, Help the Aged, Crossroads 등)은 지방정부의 재정 지원으로 시설 및 커뮤니티케어를 함께 발전시켜 나갔다.

나. 전후 복지국가 확립과 시설 케어

노인을 위한 본격적인 커뮤니티 기반의 서비스는 이차 대전 이후에 발달하였고, 이들을 위한 커뮤니티케어 정책의 공식적 출발점은 1971년 지방정부에 사회서비스부(SSD: Social Services Department)가 설치되고, 지방정부가 커뮤니티 내 노인들을 위한 재가서비스를 직접 제공할 수 있는 법적 책임을 갖게 되면서 시작되었다. 전쟁의 참상에서 벗

어나 국가재건과 사회변화를 위하여 베버리지(William Beveridge)의 복지국가 설계안에 따라 사회보장, 교육, 의료, 고용, 가족수당 등에 걸쳐 방대한 개혁 프로그램이 추진되었고 복지국가의 기틀이 되는 법과 제도를 수립되었다. 1946년 국민보험법(National Insurance Act)과 국민건강서비스법(NHS Act), 1948년의 국민부조법(National Assistance Act)은 노인들의 삶에 큰 영향을 미쳤다. 노인케어와 밀접히 연관된 국민부조법에서 지방정부가 케어가 필요한 노인들에게 시설케어(residential care)를 제공할 의무를 규정하였다.

다. 탈시설화 : 시설에서 커뮤니티로

1948년 국민부조법을 통해 과거 구빈원이었던 공공부조시설(PAI: Public Assistance Institution)을 지방정부 운영의 시설홈으로 변경함으로써 시설의 낙인적 성격을 탈피하고자 하였으나 큰 변화 없이 명칭만 바뀐 채 운영되었고 직원들도 재훈련 없이 투입되었다.

전후 복지국가를 확립하는 과정에서 영국의 케어서비스는 시설케어(residential care)를 중심으로 확대되었는데, 1950-60년대 시설 내 열악한 환경, 학대 문제가 보고되면서 대규모 시설에 대한 문제의식과 탈시설의 필요성에 대하여 공감하기 시작하였다. 영국에서 탈시설화는 노인보다 장애인의 처지 개선 요구로 먼저 제기되었고, 1957년 정신질환과 정신이상(Mental Illness and Mental Deficiency)에 관한 왕립위원회(Royal Commission) 보고서에서 탈시설화와 커뮤니티케어(Community care)라는 용어를 공식적으로 사용하였고, 병원으로부터 커뮤니티케어로의 전환을 권고하였다.

1968년 건강서비스 및 국민건강법(Health Service and Public Health Act)은 홈헬프를 포함한 커뮤니티케어서비스를 공공부문이 담당하도록 명시함으로써, 지방정부에 노인의 복지를 향상시킬 수 있는 전반적인 권한을 부여하였다.

라. 1970년대 포괄적 커뮤니티케어 정책

1960년대에 이르러서 health and social services의 연계(coordination)가 결여된 점에 대한 관심이 점증하였고 이에 Seebohm Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services가 구성되었고, 1968년 중앙정부에서 지방정부로 이관을 명시한 보건서비스 및 공공보건법과 지역사회중심의 대인 서비스(personal service)를 강조한 시봄보고서(Seebohm Report)가 작성되었다(표 2). 이 보고서의 제안에 따라 지방정부에 사회서비스국(SSDs: Social Services Department)을 설치하고 사회서비스 제공에 대한 지방정부의 법적 책임성을 강화(1970년 지방사회서비스법)함으로써 공공전달체계의 지역단위 조직과 지역사회의 연계성을 강조하는 지역사회 중심의 사회서비스 전달체계를 구축하게 되었다.

표 2. 시봄보고서

| ○ 시봄보고서(Seebohm Report, 1968) |
| --- |
| 시봄보고서는 1968년 영국 사회복지제도의 개혁을 지향한 지방자치단체 및 관련 대인사회서비스 위원회의 보고서로 위원장인 시봄경의 이름을 따라 명명하였다. 이전에 지방자치제에서 아동부, 복지부, 보건부로 나누어져 있던 서비스의 대부분을 사회서비스부로 통합하였다.<br>고령자이거나 핸디캡이 있는 사람들을 포함하는 거택보호 및 시설보호를 통합적으로 행한 개혁안이었으며 주요 내용은 다음과 같았다.<br>첫째, 커뮤니티케어가 오랫동안 국가정책의 방향이었음에도 재가서비스의 발달이 미진했다.<br>둘째, 흩어져있던 복지기능(아동, 교육, 정신건강서비스 등)을 통합적으로 다룰 사회서비스부의 설치가 필요하고, 이러한 거대부서의 탄생은 지역의 유력 정치인들이 복지업무에 관심을 갖게 할 수 있다고 보았다. SSD는 서비스를 직접 제공하는데 그치지 않고, 커뮤니티의 욕구와 자원을 파악하여 계획을 입안하고 비공식부문의 기여를 감안해서 이들을 지원할 책임이 있다.<br>셋째, 노인뿐 아니라 돌봄 제공자에 대한 지원도 강조하였다.<br>넷째, 커뮤니티케어의 발달이 늦어지는 것은 훈련된 사회복지사(social worker)가 부족하기 때문이라고 지적하고 사회복지업무의 질적 향상 및 체계적인 인력 양성의 필요성을 강조하였다. |

(2) 1970년대 경제위기와 복지다원주의

가. 경제위기와 복지국가 재편

1972년 지방정부법과 1973년 NHS 개편법 등으로 지방정부의 social care service와 health care service는 완전히 분리되어, 지방정부 소관이었던 공중보건서비스가 NHS로 이관되었다. 1970년대 중반의 경제위기와 복지재편은 영국에서 복지다원주의(better-regulated pluralism) 논쟁을 촉발시켰고, 1979년 대처의 집권은 시장화와 민영화를 수반한 광범위한 개혁으로 복지영역에서 국가 역할의 축소와 시장질서의 확대를 가져왔다. 영국에서 복지 다원주의 논쟁의 출발은 1970년대 중반, 저명한 사회정책연구단체인 라운트리 기념재단(the Joseph Rowntree Memorial Trust)에서 향후 20~30년간 자원조직의 역할과 기능에 대한 검토를 Wolfenden Committee에 부탁한 것에서 비롯되었으며, 이 위원회는 1978년 자원조직의 미래(The future of voluntary organizations)라는 보고서를 발행하였다.

(3) ‘갈등의 정치’ 와 커뮤니티케어의 신자유주의적 개혁

가. 1980년대 커뮤니티케어정책의 역설 : 민간 시설의 급성장

1979년 대처(M. Thatcher)가 집권한 1980년대 초 보수당 정부는 노인에 대한 일차적 케어의 원천을 비공식적 케어와 자원부문의 케어라고 못박고 1981년에 발간된 노인에 관한 정부 백서 ‘Growing Older’ 를 통해 커뮤니티케어의 새로운 정책 방향에 관한 행정당국의 입장을 발표하였다. 이 백서에서 노인을 위한 적절한 지원과 케어는 ‘전체’ 커뮤니티에서 수행되어야 하며 ‘커뮤니티 내의 케어(care in the community)’ 로부터 ‘커뮤니티에 의한 케어(care by the community)’ 로 무게중심이 변화되어야 함을 강조함으로써 케어 제공에 있어 국가 역할의 축소와 비공식부문을 확대하였다.

보수당 정부의 공공지출 감축과 민간부문 선호가 더해져서 정책지향으로서는 훨씬 강조되었으나, 여러 사회적 요인으로 인하여 실제로는 1980년대와 1990년대 초까지 커뮤니티케어 대신, 시설케어의 팽창과 부활이 나타났다.

1980년대 노인 장기체류 병원들(long-stay hospitals)의 폐쇄는 시설 홈의 잠재적 수요자 층과 시장 규모를 확대시켰다. 시설홈의 팽창되게 된 이유는 1980년대 초 정부가 사회보장(Social Security)을 통해 노인의 시설케어를 직접 지원했기 때문이며, 지방정부가 아닌 중앙정부의 공공재원을 통해 지역의 민간노인 케어시설이 급증하게 되었다.

나. 1990년대 이후 커뮤니티케어 개혁

1988년 ‘그리피스 보고서(Griffiths Report)’ 로 알려진 ‘Community care : Agenda for Action’ 이란 제명의 보고서와 1989년 ‘정부백서(Caring for People: Community care in the next decade and beyond)’ 를 토대로 1990년에 ‘국민보건서비스와 커뮤니티케어법(NHSCCA: Natioinal Health Service and Community Care Act)’ 이 제정되었고, 이 법은 Health Need와 Social Need 구분하면서 지방정부의 사회서비스국(SSD)으로 각종 서비스 제공책임을 단일화하였고 민간 Residential Care에 대한 사회보장급여를 중단하고 지방정부가 재정지출을 통제하도록 유도하였다.

그리피스 보고서(Griffiths Report)는 보수당 정부가 추진한 영국 복지국가 개혁에서 사회서비스 분야의 청사진을 마련한 것으로, 공적 서비스의 잔여화(residualisation)와 비공식적 케어의 활성화, 케어의 혼합경제를 강력히 권고하였다(표 3).

표 3. 그리피스보고서

| ○ 그리피스보고서(Griffiths Report, 1988)의 제안 |
|---|
| 첫째, 사람들이 필요로 하는 서비스를 최대한 조기에 제공해야 한다는 것이다.<br>둘째, 서비스 수혜자에게 서비스 선택권을 이전보다 더 많이 부여하도록 하는 것이다.<br>셋째, 서비스가 서비스 수혜자의 집뿐만 아니라 그들이 원하는 시설에서도 제공될 수 있어야 한다는 것이었다.<br>넷째, 건강과 사회적 돌봄서비스 시스템 각각의 영역에 종사하는 사람들이 상호 협력을 토대로 협의하며 일선에서 업무를 설정해야 한다는 것이었다.<br>다섯째, 제안은 중앙정부가 아닌 지방정부가 사회적 돌봄서비스 욕구를 평가하고 서비스를 제공해야 한다는 것이었다. |

대처 정부는 그리피스보고서의 제안 중 주로 마지막 제안에 초점을 맞춰 중앙정부의 책임을 줄이는 방향으로 보고서를 활용하였다.

정부백서(Department of Health)는 그리피스의 권고사항 가운데 지방정부가 욕구평가의 책임을 지고, 케어 패키지(care package)를 구성하며, '서비스전달의 보장'을 위한 주도적 기구가 되어야 한다고 규정하였고 여섯 가지의 목표를 제시하면서 새로운 지역사회보호 정책의 방향을 제시하였다(표 4). 1990년대 영국의 커뮤니티케어 개혁은 매우 광범위하고 복잡했지만, 이를 특징짓는 키워드는 '케어의 혼합경제'였다. 이는 이제까지의 커뮤니티케어와는 질적으로 다른 질서의 커뮤니티케어를 편성하는 원칙과 용어로

표 4. 정부백서

| ○ 정부백서(Department of Health, 1989) |
|---|
| 커뮤니티케어를 '노인이나 장애인이 커뮤니티 내 자기 집이나 "집같이 편안한" 환경에서 가능하면 독립적으로 살 수 있도록 서비스와 지원을 제공'하는 것이라고 규정하고, 정부 개혁의 6가지 원칙을 제시했다.<br>첫째, 재가서비스, 주간서비스, 휴가서비스 발달을 증진할 것<br>둘째, 서비스 제공자들은 돌봄제공자를 실질적으로 지원할 것<br>셋째, 욕구에 대한 적절한 평가, 양질의 케어의 바탕이 되는 타당한 케이스매니지먼트를 추진할 것<br>넷째, 양질의 공적부문 서비스와 함께 독립부문의 발달을 촉진할 것<br>다섯째, 기관·조직들의 책임을 명확히 하고, 이것이 그들의 활동을 설명하기 쉽게 할 것<br>여섯째, 새로운 펀딩 구조를 도입해서, 세금을 유용하게 활용할 것으로 제시되어 있다. |

정의되었다.

지방정부의 서비스제공과 구매가 분리되었고 서비스공급자와 구매자의 분리(provider-buyer split)는 복지국가의 민영화에 따른 시장질서를 서비스제공에 더욱 확대하려는 시도로서, 지방정부 SSDs의 케어매니저(care manager)에 민간과 자원부문으로 이루어진 케어서비스의 패키지를 구성하여 제공하는 케어매니지먼트(care management) 제도가 도입되었다.

다. 케어의 시장화와 커뮤니티케어의 위기

1990년대 커뮤니티케어의 신자유주의적 개혁은 여러 방면에서 새로운 쟁점과 문제를 제기했다. NHSCCA법의의 시행으로 지방정부의 SSDs는 서비스이용자 및 돌봄제공자와 접촉하여 욕구를 평가하고 커뮤니티케어 플랜(community care plan: CCP)을 작성하여 중앙정부에 제출해야 했고, 이는 건강당국과 주택당국 등 관련 기관뿐 아니라 서비스이용자와 돌봄제공자 대표 자원조직, 지역의 서비스제공기관들의 협의를 필요로 했다.

표 5. 영국의 커뮤니티케어 개요

| 구분 | 1993-1996년 | 1997-2011년 | 2012년 이후 |
|---|---|---|---|
| 법제도 | ·NHSCCA(1990년)<br>·Children Act | ·Direct Payment Act | ·Caring for our future' 백서 |
| 특징 | ·서비스제공 책임 지방이양<br>·공급주체 다원화, 시장원리<br>·케어매니지먼트 체계 구축 | ·서비스현금지급제도 시행<br>·개인예산제도 시행(2003)<br>·re-ablement | ·공식적 돌봄과 지원을 최소화<br>·커뮤니티 역량 강화<br>·자기주도지원(self-directed support) 확대 |
| 지방정부 | ·사회서비스국<br>·서비스제공 책임 | ·사회서비스국<br>·서비스 제공 책임 | ·사회서비스국<br>·서비스 제공책임 |
| 사업범위 및 내용 | ·장애인, 노인, 정신장애인 등<br>·홈케어<br>·데이케어, 식사, 단기입소시설 | ·경증장애자, 돌봄필요자<br>· 단기홈케어 서비스(6주)<br>·집중적인 재활서비스 | ·커뮤니티기반 서비스 |
| 서비스제공 | ·지방정부가 서비스 신청에 대한 사정 및 care plan ·Home care, care home, cash terms | ·개인예산제<br>·자기주도적 지원(SDS) 급증 | ·SDS서비스 이용자 60% 이상 |
| 서비스제공기관 | ·지방정부-공급자 계약<br>·개인-공급자 계약 | ·개인-공급자계약 지배적<br>·Brokerage service | ·개인-공급자 계약 지배적<br>·Brokerage service |

1990년 커뮤니티케어법’ 은 지방정부공무원이 돌봄서비스 이용자의 필요서비스를 조정·제공하는 과정에서 이용당사자의 주체성과 유연성이 부족하다는 비판에 직면하였다. ‘지방정부는 현금급여를 할 수 없도록 한 National Assistance Act의 규정’ 에도 불구하고 장애계의 요구에 따라 돌봄서비스의 총량에 해당하는 현금을 당사자에게 지급할 수 있도록 직접지불제도를 담은 1996년 Community Care(Direct Payment Ac을 시행하였다. 1996년 community care Act를 통해 18~64세 이용자들은 돌봄 필요 정도에 따라 현금지급을 받고 원하는 돌봄서비스를 구매할 수 있게 되었고, 서비스 현금지급제는 2000년부터 65세 이상으로 이용범위를 확대하였다. 2000년대에 들어서면서 케어기준법(care standards act, 2002)이 제정 및 발표되어 커뮤니티케어 서비스 수혜, 제공, 행정과 기관 운영 관련 최소기준이 마련되었다. 2014년에는 대상자 개인 예산제도 도입을 명시한 케어법(care act)이 도입되었고, 커뮤니티케어의 질적 성장을 위하여 전문 종사자들을 전문성 향상을 위하여 2년마다 경력을 HCPC(health and care professional council) 등록을 의무화하였다. 이에 대한 내용은 표 5에 제시하였다.

2) 커뮤니티케어의 개념과 목적

(1) 커뮤니티케어란?

영국의 탈수용 정책으로, 신체적 정신적으로 취약한 대상자들에게 시설 수용보다는 그들이 거주하는 가정에서 케어를 제공하는 정책이며 이러한 탈수용 케어정책은 1960년대부터 1970년대까지 많은 비판을 받았지만, 1983년 대처 정부가 커뮤니티케어 장점을 강조하는 Audit Commission의 보고서 내용을 수용한 후 중요한 지역사회의 정책으로 받아들여졌다.

(2) 커뮤니티케어 정책의 목적

커뮤니티케어 정책의 주요한 목적은 치료가 필요한 개인에게 장기간 수용하는 기관 대신 그들의 집에서 치료를 제공하는 것이다. 이러한 정책은 인간적으로 그리고 도덕적 관점에서 가장 적합한 선택이며 비용 효과적이라 할 수 있다.

(3) 커뮤니티케어 모델 시범사업의 특징

지역사회보호 모델(Community Care Scheme, CCS)은 1983년 영국 보건사회서비스부(Department of Health and Social Services, DHSS)에 의해 지원되는 다양한 시범사업 프

표 6. 지역사회보호 모델의 목표와 특징

| 사업목표 | 사업특징 |
|---|---|
| | 1. 분명하고 지속적인 사례 책임 |
| | 2. 집중화된 사례부담. 이용자 집단별 현장복지사 특화 |
| 1. 사례관리 향상 | 3. 사례부담 감축 |
| 2. 책임성 증대 | 4. 훈련되고 경험 있는 현장복지사 |
| 3. 자원활용의 효과성과 | 5. 명료한 한계가 설정된 분권화된 예산 |
| 효율성 개선 | 6. 서비스 단가에 대한 인지 |
| | 7. 서비스 묶음 비용 산정 |
| | 8. 실사와 모니터에 대한 체계적 기록 |

로젝트에 의해 개발되었다. 대표적인 프로젝트로 켄트(Kent), 게이트헤드(Gatehead), 달링턴(Dalington) 등에서의 사업이 평가연구 등으로 잘 알려져 있다. 이 모델은 자원에 대한 통제권을 탈중앙화하여 개별 현장복지사에게 위임하고, 이와 함께 책임성을 강화하기 위해서 사례 수와 예산 한계를 제한한 것을 특징으로 하며, 파편화된 서비스를 보다 통합된 일관적인 서비스 묶음으로 통합하는 것이다. 이는 표 6에도 제시하였다.

가. 켄트 사회서비스모델(Kent social service model)

1977년부터 3년간 켄트 지역 내 세닛(Thanet)에서 진행된 사례관리의 초기 실험으로, 허약노인에게 시설보호에 대한 대안으로 재가보호를 제공하기 위한 것으로, 대상자는 지역사회보호서비스가 아니면 시설에서 생활해야 하는 노인 92명에게 지역사회 교회, 재단, 병원, 그리고 사회서비스부 등을 포함하는 다양한 지역의 자원을 활용하는 지역사회보호사업가가 홈케어 서비스를 제공한 시범사업이었다.

나. 게이트헤드 모델(Gatehead model)

1980년부터 약 10년 동안 영국 북동부의 도시지역에서 그 전에 있었던 켄트 모델 위에 수립・발전되었으며, 게이트헤드 사회서비스국과 켄트 대학의 대인사회서비스연구단과의 협동적 작업으로 이루어졌다. 이 모델은 두 가지 제도로 구성되어 있는데, 그 하나는 불필요한 시설보호 입소를 예방하는 사회적 보호제도이고, 두 번째는 사회적 보호제도의 성공에 힘입어 추가자원으로 시도한 시범 보건・사회적 보호제도이다.

다. 달링톤 다기능통합모델(Darlington model)

신체적으로 허약한 노인을 대상으로 장기간의 병원 중심 보호로부터 지역중심의 서비스 제공으로 변화시키기 위한 대안으로 켄트와 게이츠헤드 지역의 사업에서 발전되었으나 켄트 및 가츠헤드 모델이 사회서비스국 중심으로 이루어진 것에 비하여 서비스가 보

표 7. Canterbury와 Maidstone 홈케어 사례

○ Canterbury와 Maidstone 홈케어 사례

- 홈케어 대상자 선정기준 : 대상자의 연령, 지지체계, 자발적 약물복용의 가능성, 행동 통제 어려움, 정서적 지원, 경제적 환경적 문제 등을 고려하여 선정한다.
- 케이스매니지먼트 :

① 사례개발 : 홈케어 팀들은 다른 단체와의 연계를 권장한다.

② 사례 선별 : 컨터베리 홈케어 사업에서는 의뢰한 사람과 담당직원 그리고 제3자(ex, 성직자)와 함께 선별작업을 실시하였으며, 제3자는 의무적으로 참석해야 한다. 대상자 선별 과정에서 대상자의 욕구와 서류상 적합성, 예산을 고려해서 결정한다.

③ 사정 : 사정은 홈케어에 신입 등록되는 대상자에게 실시하며, 서비스 효과에 밀접한 관련성을 가지기 때문에 대상자가 원하는 서비스가 없거나 혹은 제공되어도 서비스의 효과가 없다고 판단되면, 대상자의 요구사항과 상이한 서비스를 제공할 수 있다.

④ 사례 계획과 서비스 팩키지 : 케어 서비스 개발을 위해서 다른 기관과의 협력이 필요하다.

⑤ 사례 종결 : 홈케어 서비스 제공 매니저 한 명은 35명의 대상자로 제한해야 하므로, 대상자의 재평가를 통하여 다른 기관으로 연계하면서 종결하는 경우가 존재한다. 다른 경우는 노령으로 인한 사망, 그리고 대상자가 성적인 문제나, 반복적인 도벽, 기괴한 행동, 반복되는 음주로 인한 사건 혹은 서비스에 대한 비용부담을 거부할 경우 종결할 수 있다.

건·복지기관 간 연합으로 추진되었으며 한 사람의 사례관리자 밑에 다목적 재가보호워커(home care assistants)를 두고 클라이언트의 복합적 욕구에 대하여 한 사람의 다목적 워커가 보건·복지 통합적 서비스(가정봉사와 간호)를 제공하는 형태를 채택하여 의료와 사회서비스 모델을 연결토록 하는 것이 특징이다. 홈케어에 대한 자세한 사례는 표 7과 같다.

(4) 커뮤니티케어 모델 시범사업의 평가

지역사회보호 모델은 정부의 시범사업을 통해 개발된 만큼 이러한 시범사업들에 대한 평가를 통해서 그 효과에 대한 실증적 증거들이 상당수 보고되었다. 이러한 평가연구들은 보통 이용자에게서 나타나는 성과, 비용(효과성), (비공식) 수발자(carer)에게서 나타나는 성과 등에 대해서 평가하였고 그 결과 이용자의 경우보다 시설입소나 병원 입원이 감소하고, 사망율이 감소하는 등의 성과가 나타났으며, 수발자의 경우에도 스트레스가 감소하는 등의 삶의 질 개선효과가 나타났다. 비용의 측면에서 단기적으로는 비용이 감소하지만 장기적으로는 생존율이나 병원 외래이용이 많아지면서 기존 서비스와 지역사

회보호 모델간의 차이는 유의미하게 나타나지 않았다.

(5) 시범사업의 함의

실제 시범사업을 통해서 개발된 지역사회보호 모델은 다양한 평가연구를 통해서 이용자에게 있어서나 수발자에게 있어서나 뚜렷한 효과가 있는 것으로 나타났으며 비용감소 효과는 없지만 이러한 효과들이 비용증가 없이 나타났으므로 기본의 방식보다 비용 효과적인 것이 판명되었으나, 비용 효과적인 성과를 얻기 위해서 충족되어야 하는 다음의 조건들이 지적되었다.

3) 커뮤니티케어 서비스의 내용과 전달체계

영국의 지역사회보호는 조세방식에 기반을 둔 공급체계를 가지고 있으므로 노인들은 자신의 욕구에 따라 사회복지서비스와 국민보건서비스를 이용할 수 있다. 영국의 지역사회보호의 주된 보호의 형태를 보면 재가서비스, 시설서비스, 현금급여로 구분할 수 있고, 이중 거주시설(home)은 1948년 국민부조법에 근거하고 있으며, 장기요양보호가 필요한 사람이 대상이 되는 반면에 요양원(요양홈)은 상시 보호가 필요한 노인을 대상으로 하며, 관리는 국민보건서비스가 담당하고 있다.

재가보호서비스에는 가정봉사원, 주간 및 단기보호, 급식배달 등이 포함되어 있는데, 복지의 혼합경제에 따라 그 공급 주체가 지방자치단체, 민간영리 및 비영리 단체들이 서비스 공급. 또한 재가간호, 방문보건 등은 NHS가 담당하고 있으며, 시설서비스도 공급주체의 다양성을 보이고 있다. 그리고 서비스 공급이 공사 혼합으로 이루어지고 있으며, 시설영역에서는 민간영리기관에 의한 급여제공이 지배적이다.

영국의 지역사회보호법은 보건서비스와 복지서비스의 재정 관리 책임은 별도분리체계로 유지하되, 서비스 제공단계에서 보건서비스와 복지서비스를 조정하기 위하여 사례관리라는 기제를 도입하고 있다. 영국에서는 의료와 사회적 서비스의 조직적 및 재정적 분리가 계속되고 있는 상황에서 두 영역은 전략적 측면뿐만 아니라 운영차원에서도 보다 밀접하게 협동하는 것이 필요하다.

4) 커뮤니티케어의 운영구조

1990년 커뮤니티케어법 하에서 영국 커뮤니티케어의 운영의 원리는 다음과 같다. 보건 수요와 사회돌봄 수요를 구분하여 보건 수요에 대해서는 NHS를 통해 GP 등 보건부문의 서비스를 제공하고, 돌봄수요를 가진 사람들에게는 사회서비스를 제공하며, 커뮤니

티케어는 지방정부의 사회서비스 부서로 단일 창구화되었다. 서비스 신청자는 본인, 보호자, 가족, 담당 주치의 등이 할 수 있고, 신청자에 대해서 지방정부가 사정절차를 진행해야 한다. 사정이 이루어지고 나면, 지방정부는 자격기준에 따라 서비스가 제공되어야 하는지를 결정해야 하며, 욕구가 부합하는 서비스를 제공할 책임을 진다. 지방정부의 재정 여건에 따라 판단 기준이 조금씩 달라지기도 한다. 신청자 개인에 대한 보호계획(care plan)이 세워지고, 이에 의거하여 서비스를 이용하게 되는데, 서비스 개시 3개월 이내와 그 후 1년 이내에 이용자의 보호계획서를 다시 점검해야 한다.

5) 커뮤니티케어의 질 관리 체계

커뮤니티케어에서 단순한 시장방식의 접근은 서비스의 질을 저하하는 위험을 직면할 수 있으므로, 이러한 위험을 견제하기 위해 영국의 사회복지서비스는 섬세하고 엄격한 서비스 질 관리 체계를 구축하고 있다. 커뮤니티케어의 질 관리 체계의 핵심적인 기제는 Care Standard Act 2000이며, 이 법은 아동과 성인에게 제공되는 케어서비스의 질을 개선하기 위하여 2002년 4월 1일부터 시행되었으며, 이 법의 시행으로 발생한 주요한 변화 중 하나는 National Care Standards Commission의 설립이다. NCSC 조직은 서비스 제공자들에 의해 제공된 케어의 수준을 향상시키는 것을 목적으로 하며, 보건과 사회적 보호서비스에 대한 등록과 감독의 권한을 가지고 있다. NCSC의 역할은 전국적으로 서비스 질에 대하여 정부에 보고, 서비스 질에 대하여 정부에 보고,) 서비스에 대한 명확한 정보를 제공하고 불만사항을 조사함으로서 이용자의 권익을 보호하는 것이다.

6) 커뮤니티케어의 시사점

영국의 커뮤니티케어의 시사점은 다음과 같이 요약 될 수 있겠다. 첫째, 효율성의 증진과 이용자의 선택을 강화하기 위한 조치로 사회적 서비스 영역에서의 시장기제의 도입 필요하여, 이 기제에 의하여 서비스 구매자와 제공자를 분리하였다.

둘째, 지방정부의 책임과 권한이 크게 강화되었으며, 지방정부의 역할도 과거의 직접 서비스 제공자에서 서비스 욕구사정, 서비스 구매, 서비스 비용의 지불 등의 역할로 변화되었다.

셋째, 사회복지서비스의 민영화로 이는 이전에는 대부분이 국가 및 지방정부에 의해서 운영되던 사회적 서비스를 점진적으로 줄여가고, 대신에 개인이나 민간 기업이 운영하는 서비스 구성 비율을 늘려가는 정책을 지칭하는 개념이라 하겠다.

넷째, 지역단위의 보편적인 사정체계의 수립과 케어매니지먼트를 통한 서비스전달, 사회복지서비스가 필요한 모든 성인은 해당 지방정부의 일원화된 창구에 사정을 신청하

며, 사정의 결과로 서비스를 받게 되는 경우 지방정부 사회서비스국이 운영하는 조직에 의해서 서비스를 일괄적으로 관리되고 있다. 이처럼 영국 커뮤니티케어 방식의 시사점은 이용자의 선택과 관련된 준시장제도의 도입(양자 관계에서 삼자관계로의 전환)이고, 제공 주체의 다원화를 위한 민간 영리조직의 서비스 공급 참여 유도, 그리고 지방정부의 권한 이양을 통한 전달체계 구축이라 하겠다.

## 6. 외국의 커뮤니티케어 3: 미국

이정연(2010), 송보라(2017), 조영민(2018), 공선희(2015)의 연구를 수정・보완하여 미국의 커뮤니티케어에 대한 개념과 가정 및 지역사회 기반서비스 현황을 살펴보았다.

### 1) 커뮤니티케어의 도입 배경

미국의 총인구 대비 65세 이상 노인인구 비율은 2000년에는 12.4%이었으나, 2040년에는 20.4%로 증가가 예상되며, 65세 이상 인구 대비 80세 이상 인구비율은 2000년에는 26.4%이었으나 2040년에는 33.3%로 증가할 것으로 예상된다. 이러한 미국의 노인보호 출발은 18세기 필라델피아의 교회가 고령층을 위한 잠자리, 식사, 의복을 제공한 것에서부터 시작되었으며, 이후 종교단체, 자선단체 등의 민간단체가 공적인 지원을 받아 적은 수의 시설을 운영하였다.

제도적 측면에서 보면 미국의 사회복지기본법이라 할 수 있는 1935년 제정된 사회보장법에 의해 처음으로 제도화되었고 1950년 힐-버톤(Hill-Burton) 입법에 따라 요양시설에 대한 연방정부의 지원이 제도화되기 시작하였다. 미국에서 의료비의 부담은 환자 본인 부담(out-of pocket money)이었다. 1965년 존슨(Lyndon Baines Johnson) 대통령은 고령자의 의료서비스를 지원하는 메디케어(Medicare)와 저소득층, 임산부, 장애인 등 취약계층을 대상으로 하는 의료지원 프로그램 메디케이드(Medicaid)를 도입하는 법안을 통과했으며, 취약한 집단의 건강을 보장하는 메디케어와 메디케이드는 사회보장법(The Social Security Act)에 추가되었고 이는 시설중심으로 발전하게 되었다. 이와 같이 65세 이상 노인을 대상으로 하는 의료보험제도는 노인 개개인에게 현금급여를 지불하는 방식을 채택함으로써 노인요양원의 병상수를 늘리는 효과를 가져왔다.

#### (1) 의료보호(Medicare)

의료보호는 65세 이상 노인의 병원 및 의료비용을 보장하기 위해 시작 되었고 국민연금의 수급권을 갖는 퇴직자나 장애인을 대상으로 한다. 의료보호의 급여에는 PartA와

PartB의 두 가지 형태로 구분되어 있는데, A의 경우 단기적인 입원치료를 제공하는 병원보험이고 B는 외래 및 보충적인 의료서비스를 제공하는 보충적 의료보험이다. 병원보험은 사회보장세를 낸 65세 이상 노인은 누구나 서비스금액의 일정액을 의료보험에 의해 공제받으면서 혜택을 받을 수 있고, 현재 미국 노인의 98%가 적용을 받고 있다. 그러나 경제력이 있는 65세 이상의 노인들은 병원보험에 가입해 기본적인 의료혜택을 받을 수 있고, 더 높은 수준의 의료서비스를 받고자 할 경우에는 자부담에 의한 보충적 의료보험에 가입하도록 되어 있으며, 또한 민간보험에 가입하기도 한다. 반면에 경제력이 없는 빈곤·저소득층 노인들은 의료부조에 의해 기본적인 의료혜택을 받을 수 있다.

급여내용에는 입원서비스, 퇴원 후 서비스, 가정건강보호서비스, 호스피스 간호 등으로 의료보호에서 소요경비 중 일정 부분을 부담하지만, 대부분의 노인이 직면하는 의료비 부담을 지불하거나 월보험료, 병원공제액, 공동지불금, 보충적 의료보험료 등 많은 비용이 여전히 수혜자의 부담을 남아있다. 따라서 매년 자산조사를 통해 자격제한적인 의료보호 수혜프로그램과 특정 저소득 의료보험수혜, 자격제한적인 개별 프로그램을 실시하고 있다.

보충적 의료보험은 선택적 프로그램을 희망하는 자에 한해 선택적 보험을 통하여 외래와 보충적 서비스에 대하여 일정부분을 제공하고 있다.

(2) 의료부조(Medicaid)

의료부조제도는 주로 부양아동가정 부조나 보충보장소득과 같은 공적 부조수급자들에게 의료보호를 제공한다. 적용대상자는 생계의 유지는 가능하나 의료비를 충당하기에는 소득과 자산이 충분하지 않은 빈곤계층을 대상으로 하고 있다. 의료부조 서비스로는 입원서비스, 외래서비스, 의사처치료, 치과진단 및 수술료, 가정건강보호서비스, 가족계획서비스, 농촌지역의 보건의료서비스, 병리 및 방사선 검사료, 모자보건서비스 등이 포함된다.

노인에 대한 적절한 소득, 건강, 안락한 주택, 건강회복 서비스, 명예로운 퇴직, 의미있는 사회적 활동, 그리고 지역사회로부터 효율적인 서비스를 받을 수 있도록 보장함과 동시에, 노인들로 하여금 자신이 삶에 대한 계획을 세우거나 일상생활에서 야기되는 문제들을 처리할 수 있는 자유 등을 보장하는 한편, 이를 위한 재정적 지원을 규정하고 있다. 노인 문제에 관한 연구의 결과가 즉시 노인복지정책에 반영되어 직접적으로 노인에게 혜택을 줄 수 있도록 명시하고 있다. 이를 실행하기 위한 정보 및 재정원조를 규정하고 노인들의 서비스를 담당하는 자문기관은 연방노인청(Administration on Aging: AoA), 주정부 노인국 (State Units on Aging: SUAs), 지역노인기관(Area Agencies on Aging:AAAs)이다. 1965년 미국노인법(Older American Act)dl 제정됨에 따라 정보와 의뢰,

접근서비스, 교통 가정봉사원파견, 재가의료지원, 주간보호 등의 서비스가 지원되었으며 이로 인해 지역사회보호서비스의 실시와 재원조달의 법률적 근거가 마련되었다.

미국은 2차 세계대전 이후 탈시설화의 영향을 받아, 1970년 정신장애인의 사회적 입원이 문제가 되어 집중적인 재가서비스를 제공하게 되었다. 그 당시 정신장애인은 주로 정신병원에 입원하였는데, 만성적인 정신장애로 인해 사회적 입원이 증가하여 이것은 사회적 문제가 되었고 이에 대한 대책으로 탈시설화 정책을 실시하여 지역사회에서 생활할 수 있도록 커뮤니티케어를 추진하게 되었다.

1980년대 이르러 미국에서는 건강관리에 대한 질과 접근성이 향상됨에 따라 국가적인 지출이 급격히 증가하였고 이에 비용절감의 목적으로 관리의료의 개념을 도입하게 되었다. 미국에서는 취약층도 자신의 집에 거주할 권리를 인정한 1999년 대법원 옴스테드(Olmstead) 판결 이후에 연방정부는 주정부가 시설입소 대신에 지역사회기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS)를 우선적으로 제공하도록 하는 다양한 조치들을 시행하였다. 대표적으로 Waiver 프로그램을 들 수 있는데, 의료기관이나 시설에 거주할 요건을 갖춘 Medicaid 대상자들에게 입소권리를 포기하는 대신 지역사회기반 서비스(HCBS)의 이용자격을 부여하는 제도이다(김용득 외, 2013).

1990년 초반에는 장기돌봄서비스 중에서 요양시설을 통한 서비스 제공이 90% 수준에 이르렀으나 최근 그 비중이 절반으로 떨어졌고 나머지는 가정과 지역사회를 기반으로 한 이용자 중심의 서비스가 차지하고 있다. 주 정부는 특히 의료보호 프로그램을 통한 가정 및 공동체 기반서비스를 제공하면서, 이용자 중심 혹은 비시설서비스의 확산에 큰 역할을 했다.

2) 미국의 가정 및 지역사회 기반서비스의 현황

지난 수십 년간 미국의 장기 요양서비스는 시설중심 모형에서 탈시설화 혹은 이용자 중심 모형으로 전환되어 왔다. 특히 메디케이드 HCBS는 수급자들이 그들의 가정이나 지역사회에서 장기돌봄서비스(Long-Term Services and Supports: LTSS)를 받을 수 있는 제도로 이는 고립된 시설이나 기관에서 서비스를 받은 것에서 벗어나는 탈시설화 경향을 반영한 것으로 당사자들이 원하는 곳에서 원하는 사람들과 함께 살아갈 수 있도록 하는 것이 목표이다.

지적 혹은 발달장애. 신체장애, 정신장애 등을 지닌 사람들과 노령층들이 주요 서비스 대상자이며, 메디케이드의 장기돌봄 관련 지출 중에서 HCBS에 사용되는 비중이 1995년 약 20% 정도에서 2014년에는 53%(800억 달러) 수준에 이르렀다. HCBS에는 자택보건서비스, 선택적 주 정부 계획서비스, 면제조건 혹은 웨이버 프로그램이 있으며 각 주 정보는 여러 웨이버들을 활용하여 이용자 중심 돌봄서비스를 확산시켜 왔다. 주 정부는 웨

이버 프로그램을 통해 메디케이드의 여러 의무규정들을 면제받을 수 있게 되었으며, HCBS의 수급자격 조건, 서비스지역, 기간, 범위 등에 대한 유연성을 확보하게 되었다. 웨이버프로그램은 사례관리, 개인 돌봄, 가정 건강보조, 재활, 일과 치료, 심리사회 재활, 만성정신질환 클리닉 등 다양한 서비스를 포함할 수 있으며, 메디케이드 HCBS 전체 지출 중에서 웨이버 프로그램을 통해 사용되는 부분이 절반 이상을 차지하고 있다.

미국의 메디케이드 HCBS는 주 정부에서 재량권을 부여하면서 전통적 요양시설 중심의 서비스 전달체계를 이용자 중심으로 전환하는데 기여했지만, 이로 인해 주별로 지역사회 장기돌봄 서비스의 양과 질의 측면에서 크게 편차가 생겼다. 최근 연구들에 따르면 미국 전체 메디케이드 HCBS 등록자 1인당 지출 평균이 1만 8000달러 수준인데, 평균 1만 달러 미만인 주가 5개이며 반대로 평균 3만 달러가 넘는 주가 7개로 나타났다. 이처럼 심각한 주별 지출격차로 인해 양질의 서비스를 받지 못하게 되는 지역이 생겨났으며, 대상자들이 더 좋은 혜택을 제공하는 주로 이주하는 문제가 나타났다. 이는 이용자 중심의 돌봄서비스 전달체계를 설계할 때 지방자치단체의 실정에 맞는 재량권을 부여하는 것도 중요하지만, 국가 전체적으로 최소 수준을 보장하기 위한 가이드라인을 마련하고 강제하는 부분도 함께 고려되어야 하겠다.

## 7. 우리나라의 커뮤니티케어 정책

### 1) 희망복지지원단(보건복지부, 2018 참고; 조추용, 2018 재인용)

#### (1) 개념과 운영체계

희망복지지원단의 운영체계는 ① 희망복지지원단 : 통합사례관리사업 총괄 수행・관리 ② 읍면동 : 통합사례관리대상 가구 발굴, 초기상담, 통합사례관리 및 서비스 연계, 종결가구에 대한 사후관리 등 수행 ③ 민간 복지기관 ④ 자활관련 사업팀 : 희망복지지원단 사례회의와 자활사례 조정회의 ⑤ 통합조사관리팀 ⑥ 지역사회보장협의체 ⑦ 보건소 ⑧ 교육청(학교) ⑨ 고용센터 ⑩ 시군구 사업팀 ⑪ 노인보호전문기관 ⑫ 아동보호전문기관으로 구성되어 있다.

통합사례관리사[3]는 통합사례관리 업무 전담・전문인력으로서, 희망복지지원단의 기능수행을 저해하지 않는 범위(최소 1인 이상 시군구 배치) 내에서 지자체의 탄력적 운영 가능하다. 2015년 하반기부터 통합사례관리가 읍면동으로 확대됨에 따라, 지역 통합사례관리 총괄・조정 기능 강화 필요하다. 기초수급자 및 차상위 계층 등 빈곤층의 탈빈

3) 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제42조의2 제2항 통합사례관리사 운영 근거 신설 (2017.9.22.시행), '사회복지통합서비스 전문요원' 명칭을 2013년부터 '통합사례관리사'로 변경

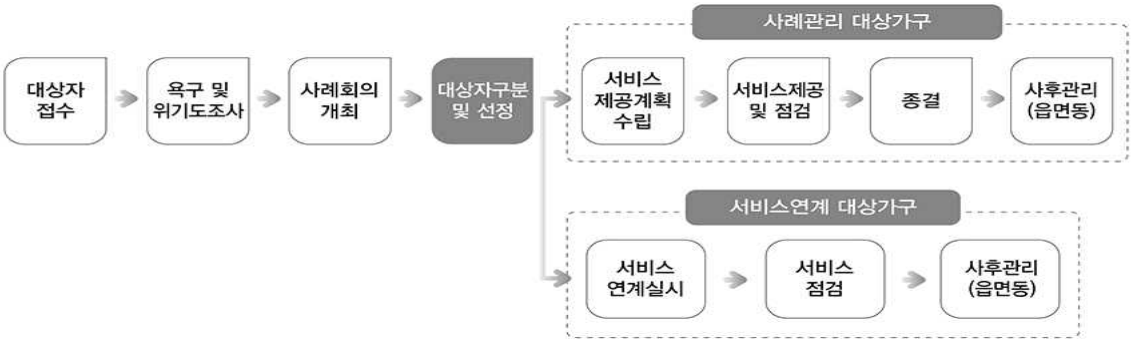



그림 3. 통합사례관리 대상자 선정과정
자료: 보건복지부, 2018.

곤·빈곤예방을 주요 목표로 하되, 전체 지역주민의 다양한 복지수요에도 능동적으로 대응한다. 그간 복지공무원 확충(7천명 2011~2014년 7천명, 2014~2017년 6천명) 등 복지 인프라 강화, 읍면동의 전달체계 개편을 전국으로 확산하기 위한 「읍면동 복지허브화 추진계획」 의결(관계부처 합동, 제12차 사회보장위원회) 및 사업추진(2016년 ~ ) 등이다.

(2) 통합사례관리 업무

희망복지지원단의 세부 사업내용은 크게 통합사례관리사업, 자원관리, 읍면동 복지사업 지원·관리, 지역보호체계 운영으로 네 가지로 나눈다. 각각에 대하여 살펴보면 다음과 같다.

가. 통합사례관리사업

통합사례관리사업의 개념은 지역 내 공공·민간자원에 대한 체계적인 관리·지원체계를 토대로 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·고용·주거·교육·신용·법률 등 필요한 서비스를 통합적으로 연계·제공하고, 이를 지속적으로 상담·모니터링 해나가는 사업이다.

읍면동 찾아가는 보건복지서비스 운영 모형에 따라 고난도 사례관리, 슈퍼비전 및 솔루션회의 운영, 자원관리, 읍면동 관리 및 지원, 교육 및 홍보 업무를 수행한다. 통합사례관리 대상자 선정과정은 다음의 그림 3과 같다.

나. 자원관리

자원관리의 필요성은 복지대상자 등 위기가구의 복합적 욕구에 능동적으로 대응하기 위해서는 공공 자원(예산, 프로그램 등)뿐만 아니라 지역사회 민간 자원을 적극 개발하고 체계적으로 관리가 필요하였다. 특히, 희망복지지원단의 통합사례관리사업 대상가구

가 필요로 하는 각종 정보 및 상담・건강・교육・일자리・주거 등의 자원을 전략적으로 발굴・관리함으로써 지역단위 찾아가는 보건복지서비스 제공체계를 적극 지원한다.

다. 읍면동 복지사업 지원・관리

희망복지지원단은 찾아가는 복지전담팀의 업무에 대해 적극적인 지원・관리를 통해 읍면동이 지역주민을 위한 공공 복지서비스 수행기관으로 정착・기능할 수 있도록 노력한다. 읍면동 복지사업 지원・관리 주요내용은 읍면동의 초기상담이 충실하게 수행되고 있는지 여부를 주기적 점검한다. 점검결과에 대한 피드백을 제공한다.

라. 지역보호체계 운영

지역보호체계는 지역 내 보호가 필요한 대상자에 대해 민관협력을 기초로 지역단위 보호망을 구축 및 운영하는 것을 의미한다. 지역사회의 보호가 필요한 사회취약계층 즉, 독거노인, 학대피해노인, 장애인가구, 소년소녀가장, 자살위험군 대상자 등을 민관협력 토대의 지역네트워크 기반으로 지역단위에서 보호해 나가기 위한 시스템 구축 및 운영 등이다.

(3) 희망복지지원단의 평가

통합사례관리사는 이명박 대통령 임기(2008-2013) 중인 2009년부터 희망복지지원단에서 일하는 ‘사회복지통합서비스 전문요원’ 명칭을 사용하다 2013년부터 ‘통합사례관리사’로 변경하였다. 통합사례관리 중점 대상자는 통합사례관리를 통해 탈빈곤 지원이 가능한 국민기초생활 수급가구 및 차상위 빈곤가구, 긴급지원 대상가구 및 국민기초생활수급자 탈락 가구 중 통합사례관리를 통해 빈곤예방 지원 가능 가구 등이다.

사례관리사는 2016년 현재 전국에 총 928명이 배치되어 있다. 그러나 아직까지 60% 인력은 기간제 근로자로서 매년 1년 단위의 계약으로 공무를 수행하고 있다 (https://www.jeju.go.kr/975732).

통합사례관리사는 공개적인 채용과정에서 공무원 임용시험을 거쳐서 채용된 것도 아니고, 사회복지전담공무원과 업무분장이나 정확한 역할 분담도 이루어지지 않은 상황에서 채용되어, 자신들의 신분보장도 제대로 이루어지지 않은 상황에서 위에서 언급한 것처럼 복지・보건・교용・주거・교육・신용・법률 등 필요한 서비스를 제공하는 업무를 수행하고 있다.

사례관리업무를 제대로 수행하기 위해서는 정당하고도 안정적인 신분상의 보장, 주어진 업무에 적절하게 수행하기 위한 위상, 행정조치에 의한 권한, 지역사회의 인정, 사례관리를 할 수 있는 자원파악・관계유지 등의 능력과 역량 등이 있어야 가능하다.

2) 장기요양기본계획(제2차 장기요양기본계획 자료)

(1) 정책배경과 방향

2008년 노인장기요양보험제도 도입 후 2012년 9월에 제1차 장기요양기본계획(2013~2017)을 수립・시행하였고, 2018년 3월에 제2차 장기요양기본계획(2018-2022)을 세워서 발표하였다. 제2차 장기요양기본계획에서는 중요한 정책여건이 변화하였다.

첫째, 베이비부머 세대(1955-63년생)의 노인인구 진입(2020년), 80세 이상 고령인구 증가(2017년 153만명에서 2025년 246만명) 등에 따라 향후 장기요양 대상 자 증가 및 욕구의 변화 예상이다.

둘째, 독거노인·노인부부가구 증가, 가족부양의식 약화로 가족 내 돌봄은 감소하고, 공적 돌봄서비스에 대한 욕구는 증가할 전망이다.

셋째, 민간기관 중심의 서비스 공급구조에 따른 왜곡현상 발생이다. 즉 영세・소규모 민간기관의 과도한 경쟁구조로 서비스 질 저하와 종사자 처우 개선에 한계를 나타냈으며, 기관 경영 투명성에 대한 낮은 사회적 신뢰는 정책방향 설정, 수가결정과정 등에서 불필요한 행정비용과 사회적 갈등 유발 등이다.

넷째, 제도 도입 10년차를 맞이하여, 그간 나타난 장기요양제도의 구조적 문제해결을 기대하는 다양한 사회적 요구가 증가하고 있는 상황이다.

다섯째, 지속되는 인건비 상승과 수가 인상, 고령화에 따른 수급자 증가 등은 장기요양보험 재정 지출 증가 요인으로 작용하고 있다.

그럼에도 불구하고 제도도입 10년간 성과도 있었다. 즉 전체 어르신의 7% 수준(50만명)으로 수급자 확대, 재가급여 활성화를 추진, 장기요양기관·인력의 양적 성장과 관리체계 개선, 회계 투명성 강화 및 부당청구·재정누수 방지 등이다.

(2) 케어매니지먼트

노인장기요양보험에서 케어매니지먼트는 기관·급여유형별로 분절된 요양서비스 제공체계, 노인의 의료와 요양의 연속성 부족에 따른 요양병원과 시설 간 기능정립 문제 등의 문제를 해결하기 위한 방안으로도 도입되었다. 특히 지난 10년간의 한계로서 나타난 지역사회 거주를 지원하는 통합적 요양서비스 이용 지원 미흡에서 수급자 욕구에 맞는 급여를 제공하는 대신, 개별요양기관이 제공하는 개별서비스(방문요양) 중심의 분절적 급여 제공 현상이 지속되었기 때문이다. 정책목표에서도 장기요양 서비스 이용의 체계적인 관리 강화에서 비롯하였다.

구체적인 내용은 지역사회 돌봄(Community Care)에 기반한 장기요양서비스 이용이다.

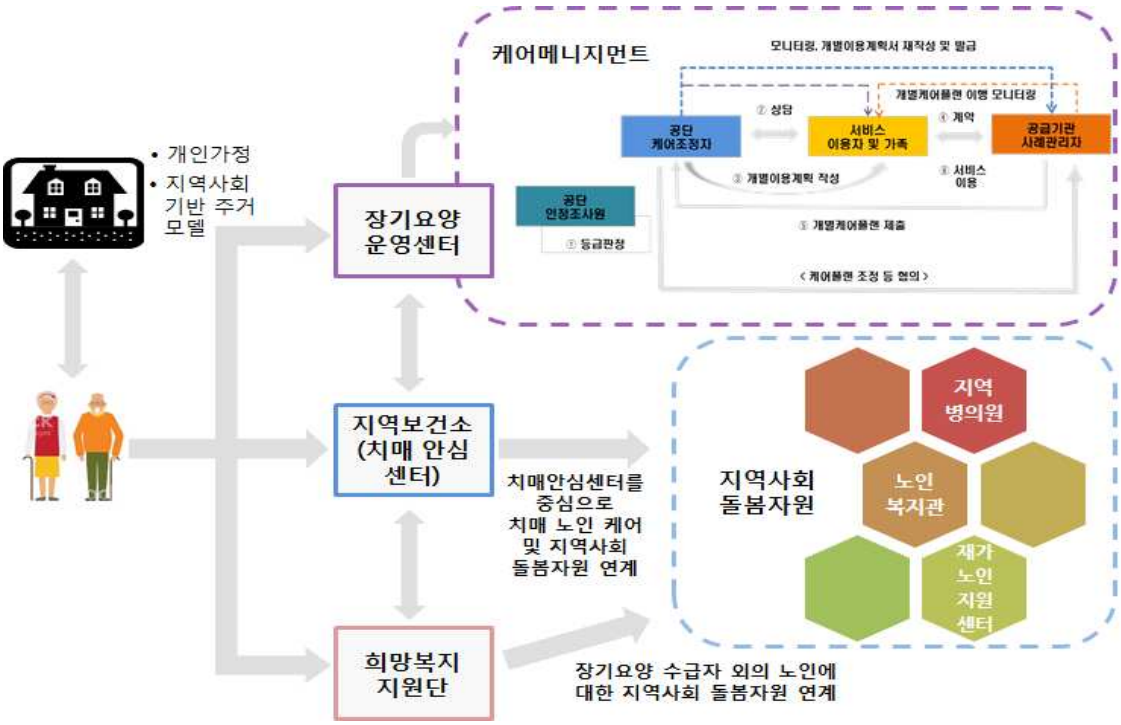



그림 4. 지역사회중심 통합적 서비스 이용체계(안)

자료: 제2차 장기요양기본계획, 2018.

이는 그림 4와 같다.

위의 그림에 의하면 현재의 이용체계 안으로서 개인가정과 지역사회 기반주거모델에서 케어매니지먼트는 건강보험공단의 장기요양센터에서 제공되는 것으로 되어 있다. 또한 지역보건소의 치매안심센터에서 지역사회돌봄자원을 활용하고, 희망복지지원단에서 지원하는 것으로 되어 있다.

장기요양서비스 이용의 체계적인 관리 강화에서 등급판정부터 사후관리까지 책임지는 케어매니지먼트를 도입한다. 즉 등급판정과 동시에 서비스 이용 전 과정을 지원하는 한국형 케어매니지먼트 도입으로 조기시설입소 방지 및 지역사회 거주 지원을 한다. 내용은 신규 및 재가수급자의 기능상태와 욕구조사에 기초하여 서비스 이용안내, 지속적인 모니터링을 통한 필요 서비스를 연계한다. 욕구조사는 개별 수급자의 건강상태, 치매, 재활기능상태 등 의료욕구뿐 아니라, 주거·생활환경, 수급자 가구의 특성과 주거지 안전성 등을 반영한 욕구조사를 말한다.

체계는 공단 '케어조정자'와 재가기관 '사례관리자'가 연계하여 수급자 욕구에 기초한 개별케어플랜 작성 및 사례관리를 수행한다. 공단 케어조정자, 기관 사례관리자가 월 1회 이상 사례관리 회의를 개최한다. '표준장기요양이용계획서'를 수급자·가족의 욕구를 충실히 반영한 '개별이용계획서'로 전환하여 기관 사례관리의 구체적 지침

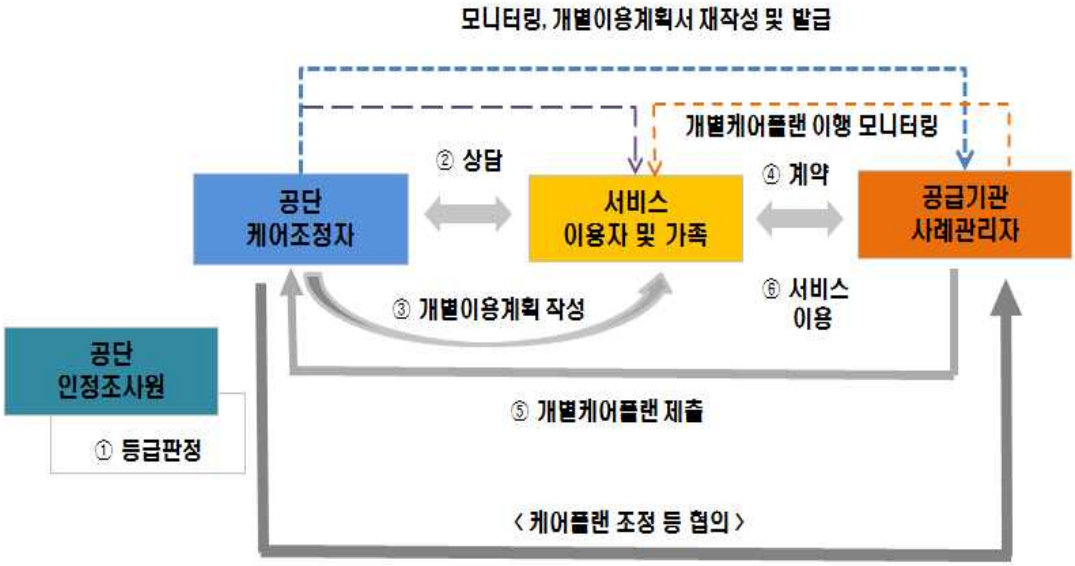



그림 5. 장기요양 케어매니지먼트 체계(안)
자료: 제2차 장기요양기본계획, 2018.

을 제시한다.

또한 전문적인 케어매니지먼트 인력 양성을 위한 교육체계 마련하고, 사례관리 업무를 수행할 공단의 케어조정자, 기관의 사례관리자에 대한 자격기준을 마련하고 체계적인 양성과정·교육방안을 정립한다. 공단 케어조정자는 노인 건강·기능상태 이해 및 지역사회 보건복지자원 분석·연계 등 일차의료 및 요양서비스 핵심인력으로 양성, 전문성 강화한다. 기관 사례관리자는 사회복지사·간호사 등 전문인력 중 장기요양기관 실무경력이 3년 이상, 사례관리교육을 이수한 자 등에게 자격부여를 검토한다.

중장기적으로는 치매안심센터, 읍면동 주민센터 등 지역사회 내 사례관리 및 자원전달체계와 연계하여 케어매니지먼트를 운영한다. 지역사회 내에서 사람 중심(Person-centered)의 서비스를 적정하게 제공하는 커뮤니티케어 체계의 일환으로 기능한다. 구체적인 체계 안은 그림 5와과 같다.

(3) 장기요양기본계획의 평가

제2차 장기요양기본계획에 의하면 케어매니지먼트 제도를 도입한 것은 크게 변화한 것이고, 바람직하다고 볼 수 있다. 이러한 변화는 이미 10년전에 장기요양보험 제도 도입 당시부터 언급되었던 것을 10년간의 시행착오를 거친 후에 실시하게 된 것이다.

그런데 장기요양기본계획의 “지역사회중심 통합적 서비스 이용 체계(안)”에 의하면 케어매니지먼트를 장기요양센터 안에서 실시하는 것으로 되어 있다. 그리고 케어매니지먼트의 내용도 거의가 개별케어플랜 작성·제공으로 한정하고 있으며, 현재 제공되고

있는 맞춤형(표준형) 케어플랜 제공에서 약간 진일보한 느낌이다. 일반적인 케어매니지먼트의 내용과 절차인 대상자 발굴, 욕구사정, 관련자(전문가) 케어컨퍼런스, 자원(서비스)개발과 연결, 케어플랜, 케어플랜의 제공과 모니터링, 평가 등의 전반적인 것들이 보이지 않는다. 또한 장기요양센터 내에서 케어매니지먼트를 실시하게 되면 지역사회의 다양한 자원, 민간의 활력, 각종 전문직의 연계·통합 등이 어렵게 되며, 거의 작성된 내용(케어플랜)을 강요하게 되는 결과를 초래하게 되고, 어쩔 수 없이 노인장기요양서비스로 한정된 서비스로 케어플랜을 작성하게 된다.

3) 지역사회중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향

가장 최근에 보건복지부 커뮤니티케어추진단에서 발표한 “지역사회중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향(2018.6.7.)”의 검토과제안으로 다음과 같은 것을 제안하고 있다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2018).

(1) 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충

가. 장기요양보험의 보장성 강화 및 돌봄 사회서비스 확충

① 장기요양 수급자를 ‘17년 전체 노인의 8.0%에서 ‘22년 9.6%로, 이후 재가서비스를 중심으로 OECD 선진국 수준으로 확대이다. 주요국 장기요양 수급률: 프랑스 10.3%, 핀란드 11.4%, 독일 13.4%, 일본 18.6%이다.

② 장기요양이 커버하지 못하는 등급외자, 장애인 등에 대해서는 사회서비스의 단계적 확충을 통하여 지역사회 생활 지원이다.

나. 지역사회에서 안심생활을 지원하는 안부확인 등 서비스 확충 추진

① 사회서비스 R&D를 통한 영역별(생활지원, 안전, 정서 등) 서비스 발굴, 지역사회서비스 투자사업 표준모델 반영 추진한다.

(2) 지역사회 중심 건강관리 체계 강화

가. 재가 취약계층 건강권 보장

① 장애인 건강주치의제도로 지역내 의사가 중증장애인의 만성질환 및 장애 관련 건강상태 등을 포괄적 계속적 관리이다.

② 중증소아환자 재택의료로서 중증소아환자 대상 상담관리 서비스, 의사 또는 간호사의 방문진료 및 간호서비스를 제공한다.

③ 가정형 호스피스로서 말기 환자를 대상으로 환자 가정에서 호스피스를 제공하는 가정형 호스피스를 확대 추진한다.

④ 정신건강 사례관리 강화로서 정신의료기관·요양시설 등 퇴원 퇴소자에 사례관리 강화 및 보건복지통합서비스를 제공한다.

나. 지역사회 중심의 보건의료서비스 강화

① 만성질환 관리 강화로서 고혈압 당뇨 등 합병증 예방을 통한 불필요한 입원 방지 등 동네의원 중심 만성질환 관리를 추진한다.

② 통합 건강관리로서 보건소의 맞춤형 건강관리 서비스 확대 추진, 방문건강관리 등 지역사회 거주를 위해 수요가 높은 서비스를 확충한다.

(3) 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원

가. 병원 등에서 지역사회로 복귀를 지원하는 경로 설정

① 퇴원지원 의료서비스보다 돌봄이 필요한 사회적 입원환자 대상 퇴원계획을 수립하고, 지역사회 돌봄연계를 강화한다.

② 중간시설 모형 도입으로 퇴원 정신질환자의 지역사회 거주 훈련 등 사회복귀 지원을 위한 중간시설(halfway house) 시범사업 추진한다.

나. 주거연계 등 지역사회 정착 지원 강화

① 공공임대주택을 활용한 탈시설 장애인 주거공간 제공, 공공 실버주택 등 확대를 통한 주거 및 서비스 연계 제공, 지역내 유휴공간 등을 활용한 노인 공동거주 모델 개발 등이다.

② 지역사회 정착지원을 위한 커뮤니티케어 선도사업 모델 마련 및 시범사업 추진이다.

(4) 병원, 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선

가. 의료관리체계 개선

① 의료적 필요성이 낮은 불필요한 입원에 대한 관리 강화이다.

② 만성 중증환자 치료가 제대로 되도록 중증환자 수가는 인상, 감염예방, 환자안전 등과 관련된 수가 등은 현실에 맞게 개선한다.

③ 장기입원자 사례관리 확대, 장기입원자 다수 의료기관은 지자체 심평원 방문관리 등 의료급여 수급자 사례관리 강화이다.

나. 적정이용 유도를 위한 평가체계 개선

① 적정 기능정립 유도 및 질 향상을 위해 요양병원 적정성 평가 결과를 수가와 연계하고, 평가지표에 입원 적정성 지표 신설이다.

② 복지시설 평가사업 등에 대상자의 지역사회 복귀 및 자립지원 노력 평가 반영방안 검토이다.

(5) 지역사회 커뮤니티케어 인프라 강화 및 책임성 제고

가. 커뮤니티케어를 위한 지역사회 민관 협력체계 구축

① 사회복지협의회(‘좋은 이웃들’ 등), 종합사회복지관 등 지역사회 복지자원의 기능 및 연계 강화 추진이다.

② 지자체와 사회복지관 등 복지기관 간 사회보장정보시스템의 복지대상자 사례관리 및 복지자원 정보공유 활성화이다.

③ 지역사회 돌봄 전문인력 질 제고를 위한 연수 등 강화이다.

나. 커뮤니티케어의 주체로서 지자체의 역할 강화

① 지역사회보장계획(지역사회보장협의체)에 커뮤니티케어 추진계획 등을 포함하여 커뮤니티케어 추진을 내실화한다.

② 지자체의 우수한 자체사업들의 적극적 발굴과 홍보 확산을 지원하고, 커뮤니티케어 관련 지표를 지방자치단체 평가에 반영하여 추진한다.

다. 읍면동 케어통합창구를 통한 서비스 안내 연계 기능수행

① 지역사회 돌봄 필요 대상자에 대한 종합적 안내 및 서비스 연계를 위해 읍면동에 커뮤니티케어 담당인력을 배치한다.

② 대상자에 대한 케어통합이용안내서 작성, 장기요양, 주거서비스 등 관련 서비스 신청대행, 정보제공 등을 연계한다(gateway 역할).

그림 6은 읍면동 커뮤니티케어 종합안내기능 개념도이다. 커뮤니티케어 통합창구를 각 읍면동에 설치하고, 담당인력을 배치하여 서비스에 대한 맞춤형 종합안내를 제공하고, 장기요양, 주거서비스 등 관련 서비스 신청업무를 대행하는 새로운 게이트웨이 전달체계의 설치가 필요하다.

커뮤니티케어의 4대 핵심요소의 제공개요는 그림 7와 같다(보건복지부 2018. 11.20 보도자료). 커뮤니티케어의 4대 핵심요소별 중점과제를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 주거지원 인프라 확충을 위해 어르신 맞춤형 케어안심 주택을 대폭 확충하고

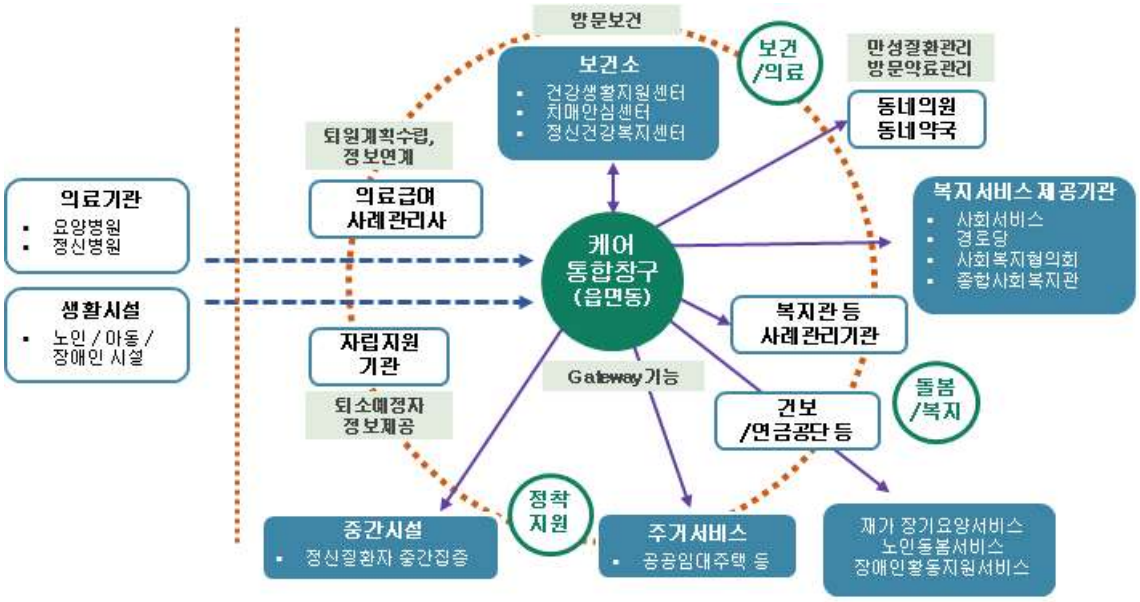



그림 6. 읍면동 커뮤니티케어 종합안내기능 개념도
자료: 보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2018

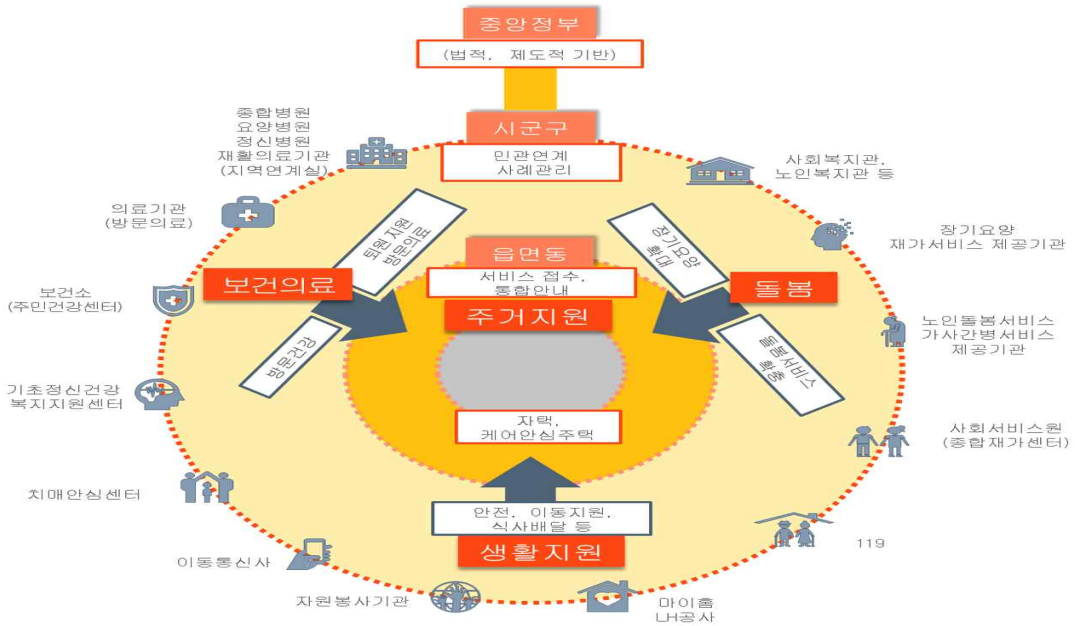



그림 7. 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 제공 개요
자료: 보건복지부, 2018.11.20.

어르신 독립생활 및 낙상 예방을 위한 주택개조를 함께 실시하며, 이와 더불어 커뮤니티케어와 도시재생 뉴딜 사업의 융합으로 마을 소멸을 대응하고자 하는 것을 내용이다.

둘째, 노인 집으로 찾아가는 방문건강 및 방문의료 실시는 노인 집으로 찾아가 건강관리를 하는 주민건강센터를 대폭 확충하고 방문의료를 본격 제공한다.

셋째, 재가 장기요양 및 돌봄서비스 획기적 확충과 종합재가센터를 설치하여 서비스 통합제공 및 품질을 제고한다.

넷째, 사람 중심의 민·관 서비스 연계 및 통합제공은 공급자 중심의 분절적인 서비스 칸막이 해소와 지역사회 민·관 협력으로 사람중심의 서비스 연계 및 사례관리 인력 대폭 확충을 내용으로 하고 있다.

## 8. 충북의 재가커뮤니티케어 및 네트워크

1) 재가노인복지의 발달과정

한국에서는 1970년대 이후 노인문제가 단순한 가족 문제가 아니라 사회 문제로 인식되기 시작하였고 1980년대 들어서면서부터는 가족 가치관의 변화와 고령화로 인한 노인인구의 증가로 단독세대 노인의 증가 현상이 두드러지게 되었다. 1980년대 중반부터는 시설보호중심의 노인보호에서 지역사회보호중심의 노인에 대한 보호와 지원으로 전환할 필요성을 인식하기 시작하였고, 이러한 범주의 노인을 재가노인·재택노인·거택노인 등으로 지칭해 왔다.

한국의 노인복지사업은 1980년대 중반 서울시에서 시작하였다. 1987년 한국노인복지회 및 은천노인복지회에서 가정봉사원 파견사업을 시범 실시하였고, 1989년 12월 제1차 노인복지법 개정시 “가정봉사사업”, “재가노인”이라는 용어를 처음 사용하게 되었다. 1991년부터 가정간호사업, 1992년부터 주간보호사업, 단기보호사업 등 여러 가지 형태의 재가노인복지사업을 시작하게 되었다. 따라서 1992년에는 정부가 사회복지관 부설 재가복지봉사센터를 설치하는 사업에 예산을 지원하게 되었다. 1993년 12월 제2차 노인복지법 개정 시 “재가노인복지”라는 용어를 명시하게 되었다. 1997년 노인복지법의 개정으로 노인복지시설의 종류를 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 노인여가복지시설, 재가노인복지시설로 세분하여 재가노인복지시설을 명문화함으로서 본격적으로 재가노인복지사업을 실시할 수 있게 되었다. 이는 그림 8과 표 8에 제시하였다.

2) 재가노인지원서비스의 개념 및 유형

재가노인복지사업의 목적은 정신적·신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 수행하기 곤란한 노인과 노인부양가정에 필요한 각종 서비스를 제공함으로써, 노인이 가족 및 친지와 더불어 건강하고 안정된 노후 생활을 영위할 수 있도록 함과 동시에 노인부양으로

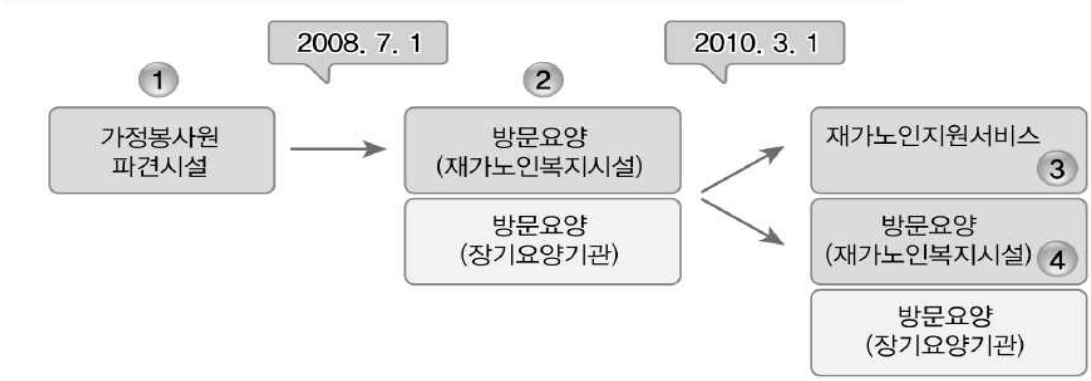



그림 8. 구, 가정봉사원파견시설, 방문요양, 재가노인지원서비스의 변화
자료: 보건복지부, 노인보건복지사업안내 (2019)

표 8. 재가노인복지사업의 발달과정, 자료: 보건복지부, 노인보건복지사업안내(2019)

| | |
|---|---|
| 1980년 중반~ | 노인에 대한 시설보호중심에서 가정에 있는 노인에 대한 보호와 지원으로 전환 필요성 인식 |
| 1987년 | 한국노인복지회에서 최초로 가정봉사원파견사업 시범실시, 이후 은천노인복지회 등으로 시범사업 확대 |
| 1989년 12월 | 제1차 노인복지법 개정시 “가정봉사원”, “재가노인” 용어 사용 |
| 1991년 | 가정간호사업시작, 92년부터 다양한 재가노인복지사업 시작(주간보호, 단기보호 등) |
| 1992년 | 정부가 사회복지관 부설 재가복지봉사센터를 설치하는 사업에 예산 지원 |
| 1993년 12월 | 제2차 노인복지법 개정시 “재가노인복지” 명시 |
| 1997년 | 재가노인복지시설 규정 및 가정봉사원 교육훈련의무, 교육기관설치 명시, 시설평가제 도입 |
| 2003년 1월 | 중산·서민층 노인보호를 위한 “실비주간보호사업” 실시 |
| 2005년 | 재가노인복지사업 운영을 “지방이양사업”으로 추진 |
| 2008년 4월 | 재가노인복지시설로 명칭 통일, 서비스 종류로 구분<br>*재가노인복지시설(가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설)<br>⇒재가노인복지시설(방문요양서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문 목욕서비스) |
| 2010년 | 재가노인지원서비스 신설 |
| 2016년 7월 | 재가노인복지시설이 제공할 수 있는 서비스에 방문간호서비스 추가 |

인한 가족의 부담을 덜어주기 위함이다. 즉, 재가노인복지서비스는 재가노인이 경제적, 신체적, 정서적인 문제로 인해 소외받지 아니하고 사회구성으로부터 생활해 나갈 수 있도록 도와주는 사회의 노력이며 서비스대상인 노인이 병원이나 어떠한 입소시설이 아닌 자기의 주거시설이나 지역사회 내에서 제공받는 사회적 통합서비스라고 말할 수 있다.

재가노인지원서비스는 노인복지법 시행규칙 제26조의2 제1호에서 재가노인에게 노인

생활 및 신상에 관한 상담을 제공하고, 재가노인 및 가족 등 보호자를 교육하며 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 서비스로 정의하고 있다(노인복지법 시행규칙 제26조의2).

재가노인지원서비스는 2010년 「노인복지법 시행규칙」 개정으로 신설되었는데, 경제적・정신적・신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 복지 사각지대 노인들에게 일상생활지원을 비롯한 각종 필요서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 건강한 생활을 영위하는 데에 어려움이 없도록, 예방적 복지 실현 및 사회 안전망 구축을 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2019).

재가노인지원서비스(일상생활지원, 정서지원, 주거환경개선지원, 여가활동지원, 상담지원, 지역사회자원개발), 사회안전망 구축사업(연계지원, 교육지원, 지역사회네트워크지원), 긴급지원사업(긴급지원) 등의 서비스를 제공하도록 명시하고 있다(보건복지부, 2019).

3) 충북재가노인지원서비스 내용 및 이용대상

재가노인복지서비스는 예방적 복지와 안전망 구축을 실현하기 위하여 영역별 프로그램(중분류) 계획을 수립하고 프로그램 안에서 다양한 자료(보건복지부, 2019 서비스 소분류)를 개발하여 제공하는 것을 원칙으로 하며, 방문요양서비스 내용과 중복이 불가하다. 긴급지원사업은 필요시 장기요양서비스 및 노인돌봄서비스 여부와 관계없이 제공가능하다. 서비스 내용 중 교육지원프로그램은 이용대상자, 보호자 및 지역주민(자원봉사자 포함)을 대상으로 다양한 내용으로 실시하여 안전망 및 긴급지원네트워 구축에 활용하고, 재가노인지원서비스센터에서는 지역협의체 구성 및 사례관리를 통하여 유사 서비스(지역사회자원연계 등)의 중복을 방지하고, 필요서비스의 즉각 지원을 도모한다. 이는 표 9에 제시하였다.

이용대상으로는 재가장기요양급여 이용자로서 기타 서비스를 필요로 하는자, 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 서비스의 제공이 필요하여 시・군・구청장이 의뢰한 자, 2008.7.1. 이전에 국가 및 지방자치단체로부터 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 실비 이용자, 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인(장기요양서비스 이용자 포함)이 대상이 된다(보건복지부, 2019).

4) 충북 재가노인지원서비스의 유형과 현황

현재 충청북도는 재가노인지원서비스 제공 기관이 10개의 시・군・구에 총 19개소(청

표 9. 재가지원서비스 내용(예시)

| 대분류<br>(사업) | 중분류<br>(프로그램) | 소분류(서비스)<br>※하단의 서비스 내용은 각 영역별로 제공할 수 있는 서비스 내용을 예시한 것임<br>※다양한 서비스 제공을(자원봉사활동 등)위한 각 시설에서 추가로 서비스를 개발하여 제공할 수 있음 | |
|---|---|---|---|
| 예방적사업<br>(직접서비스) | 일상생활지원<br>(※방문요양서비스내용 제외) | • 무료급식 및 밑반찬 서비스<br>• 행정지원서비스<br>• 김장서비스 | • 이·미용 서비스<br>• 명절-생신서비스<br>• 차량이송서비스<br>• 정보기서비스 |
| | 정서지원 | • 심리지지서비스 | |
| | 주거환경 개선지원 | • 도배서비스<br>• 장판교체서비스<br>• 전기수리서비스<br>• 방역서비스 | • 보일러 수리서비스<br>• 변기수리서비스<br>•편의시설개보수(문턱제거 등)<br>• 집수리서비스 |
| | 여가활동지원 | • 나들이서비스 | • 문화체험서비스 |
| | 상담지원 | • 상담서비스 | |
| | 지역사회자원개발 | • 후원·결연 서비스 | • 자원연계서비스 |
| 사회안전망<br>구축사업<br>(간접서비스) | 연계지원 | • 안전확인서비스<br>• 생활교육서비스<br>• 노-노케어서비스<br>• 보청기, 틀니제작 의뢰서비스<br>• 장수사진서비스<br>• 노인장기요양보험 | • 개안수술서비스<br>• 건강검진서비스<br>• 의료연계서비스<br>• 전-월세 자금지원서비스<br>• 노인돌봄기본<br>• 노인돌봄종합 |
| | 교육지원 | • 임종교육<br>• 보호자교육<br>• 응급처지교육<br>• 낙상예방<br>• 치매예방 | • 사기예방<br>• 대인관계기술<br>• 자살예방<br>• 이성교육 |
| | 지역사회 네트워크 지원 | • 지역재가협의체구성 | • 사례관리 |
| 긴급지원사업(긴급서비스) | 긴급지원 | • 위기지원서비스<br>• 무선페이징서비스 | • 응급호출서비스<br>• 화재, 가스유출감시서비스 |

주 7, 충주 1, 제천시 3, 보은군 1, 옥천군 1, 영동군 1, 진천군 1, 괴산군 1, 음성군 2, 단양군 1)가 운영되고 있으며, 각 기관 당 100명 정도 전체 2,000여명의 대상자에게 사례관리를 통한 서비스 및 프로그램이 제공되고 있다. 이는 그림 9과 표 10에 제시되어 있다.

그림 9. 충북재가노인복지협회 회원기관 지역별 분포도

표 10. 충북재가노인복지협회 19개 회원기관

| 지역 | | 기관명 | 지역 | 기관명 |
|---|---|---|---|---|
| 청주시 | 서원구 | 산남노인복지센터 | 음성군 | 음성군재가노인지원서비스센터 |
| | | | | 음성카리타스<br>재가노인지원서비스센터 |
| | 흥덕구 | 현양노인복지센터 | | |
| | | 우암소규모노인종합센터 | 단양군 | 단양노인보금자리 |
| | 상당구 | 청주노인복지센터 | 보은군 | 보은군재가노인지원서비스센터 |
| | | 청주상당재가노인지원센터 | 진천군 | 생거진천노인복지센터 |
| | | 영운카리타스<br>소규모노인종합센터 | 영동군 | 수가성재가노인복지센터 |
| | 청원구 | 초정노인복지센터 | 옥천군 | 옥천노인복지센터 |
| 제천시 | | 제천노인복지센터 | 괴산군 | 재가노인지원센터 무지개마을 |
| | | 제천재가노인지원센터 | 충주시 | 충주카리타스노인복지센터 |
| | | 제천카리타스재가노인지원센터 | | |

5) 충북 재가노인복지시설 네트워크 기관현황

(1) 충북의 노인복지시설 현황

표 11. 충북의 노인복지시설 현황

| | 시설현황 | 개소 |
|---|---|---|
| 1 | 노인주거복지시설 | 38 |
| 2 | 노인요양시설 | 262 |
| 3 | 재가노인복지시설<br>(재가노인지원서비스) | 58<br>(19) |
| 4 | 노인여가복지시설 | 21 |
| 5 | 노인보호전문기관 | 2 |
| 6 | 노인일자리지원기관 | 10 |

자료: 충청북도사회복지협의회 2019년 충청북도사회복지가이드

(2) 충북의 노인복지시설중 재가노인복지 실시기관 네트워크 현황

표 12. 충북의 노인복지시설 중 재가노인복지 실시기관 네트워크 현황, 충청북도사회복지협의회 2019년 충청북도사회복지가이드

| | | |
|---|---|---|
| 청주시 | 노인복지관(6) | 충북노인종합복지관 |
| | | 청주가경노인복지관 |
| | | 청주내덕노인복지관 |
| | | 청주상당노인복지관, 미원분관 |
| | | 청주서원노인복지관 |
| | | 청주시노인종합복지관 |
| 괴산군 | 노인복지관(1) | 괴산군노인복지관 |
| 단양군 | 노인복지관(1) | 단양노인복지관 |
| 제천시 | 노인복지관(3) | 명락노인종합복지관 |
| | | 제천시노인종합복지관 |
| | | 제천시노인회관 |
| 보은군 | 노인복지관(2) | 보은군노인장애인복지관 |
| | | 보은군실버복지관 |
| 영동군 | 노인복지관(1) | 영동군노인복지관 |
| | | 수가성재가노인복지센터 |
| 옥천군 | 노인복지관(1) | 옥천군노인장애인복지관 |
| 음성군 | 노인복지관(1) | 음성군노인복지관 |
| 증평군 | 노인복지관(1) | 증평군노인복지관 |
| 진천군 | 노인복지관(1) | 진천군노인복지관 |
| 충주시 | 노인복지관(1) | 충주시노인복지관, 남부분관 |

# Ⅲ. 연구방법

1. 측정 도구
2. 연구 대상
3. 연구 과정
4. 자료 분석

# Ⅲ. 연구방법

## 1. 측정 도구

본 연구에서는 대학교 교수 3인과 재가노인서비스 전문가 1명이 함께 제작한 설문지를 사용하였다. 설문지는 성별, 연령, 학력, 기관 근무연수, 사례관리 업무 경력, 소속 및 업무, 역할, 담당 사례수, 담당 사례 적정량, 기관 위치, 커뮤니티케어에 대한 주관적 인지도, 커뮤니티케어에 대한 주관적 핵심 키워드, 근무 기관의 주관적 지역사회 관계·교류·연계 활성화 정도, 주관적인 케어 및 사례관리의 전반적인 이해 및 수행능력 정도, 해당 기관의 누적 자원봉사자 수, 주관적 업무 부하정도, 교육 필요성, 해당 기관의 주관적 커뮤니티케어 중요도, 케어매니지먼트에 대한 주관적 중요도 내용이 포함되었다. 성별이나 학력, 기관 근무연수나 사례관리 업무 경력 등을 제외한 인지도, 활성화 정도, 주관적 판단이 필요한 문항들은 대부분 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'의 리커트 5점 척도가 사용되었다.

영역별로는 성별, 연령, 학력, 기관 근무연수, 사례관리 업무 경력, 소속 및 업무, 역할, 담당 사례수, 담당 사례 적정량, 기관 위치, 커뮤니티케어에 대한 주관적 인지도, 커뮤니티케어에 대한 주관적 핵심 키워드, 근무기관의 주관적 지역사회 관계·교류·연계 활성화 정도, 주관적인 케어 및 사례관리의 전반적인 이해 및 수행능력 정도, 해당 기관의 누적 자원봉사자 수와 관련된 내용이 총 15문항, 주관적 업무 부하정도 6문항(최저점 6점, 최고점 30점) , 교육 필요성 7문항(최저점 7점, 최고점 35점), 해당 기관의 주관적 커뮤니티케어 중요도 4문항(최저점 4점, 최고점 20점), 케어매니지먼트에 대한 주관적 중요도 21문항(최저점 21점, 최고점 105점)으로, 총 53개 문항으로 구성되었다. 케어매니지먼트에 대한 주관적 중요도 문항은 초기면접 영역 2문항, 신뢰관계형성 영역 2문항, 생활사 파악하기 영역 1문항, 신체욕구파악하기 영역 1문항, 사회경제적 욕구파악하기 영역 1문항, 심리욕구파악하기 영역 1문항, 환경파악하기 영역 1문항, 가족사정 영역 1문항, 케어회의 개최 영역 1문항, 서비스내용 선정 영역 1문항, 권리옹호 활동 영역 1문항, 대상자 모니터링 영역 1문항, 재사정 영역 1문항, 목표달성 확인 영역 1문항, 인력관리 영역 2문항, 기획 및 재무관리 영역 1문항, 홍보 및 마케팅 영역 1문항, 정보관리 영역 1문항으로 구성되어 있다. 케어매니지먼트에 대한 주관적 중요도에 대한 문항은 보건복지위원회에서 발주하여 연구된 '경기도형 커뮤니티케어 시스템 구축 및 운영방안 연구'의 '케어매니저(Care Manager) 직무 분석' 설문지를 참고·요약하였다. 요약을 한 이유는 '케어매니저(Care Manager) 직무 분석' 설문지가 총 85문항 정도로 많아서 연구 참여자 평균 연령(50대 이상)을 고려할 때 설문 피로도가 매우 높아져 설

문 결과의 신뢰도가 떨어지는 것을 방지하기 위해서였다.

## 2. 연구 대상

연구 대상은 충청북도에 소재한 26개의 노인 복지 관련 기관에 종사하고 있는 440명의 전문인력들이었다. 이들은 재가노인지원서비스, 노인돌봄종합, 노인돌봄기본, 기타 지역사회연계사업, 사례관리자 및 기관장 등의 역할을 하는 사람들이다. 본 연구는 연구에 대해 설명을 듣고 설문 참여에 자발적으로 동의한 사람들에 대해서만 설문지를 제공, 수거 하였다. 더불어 본 연구에서 발생될 수 있는 다양한 불쾌한 경험과 그에 대한 방지책에 대한 내용도 설문지 제공 과정에서 충분히 설명하였다.

참여기관을 구체적으로 살펴보면, 재가노인복지센터 19개 기관 97명, 노인돌봄기본서비스기관 7개 기관 250명, 노인돌봄종합서비스기관 8개 기관 91명, 기타 지역사회자원연계기관 1곳 2명이 본 연구에 참여하였다.

## 3. 연구 과정

본 연구는 2019년 3월에 처음 기획되었고, 연구원으로 충청북도 청주 소재 K대학의 교수 3인과 재가노인서비스 전문가 1인이 선정되어 연구를 진행하였다. 재가노인서비스 전문가 1인과 K대학의 교수 1인이 연구 전체를 설계, 기획하였고, 이후 재가노인서비스 전문가 1인이 각 노인복지 관련 기관을 섭외하였다. 이후 2019년 4월경에 첫 설문지를 제작, 수정, 예비검사를 수행하여 재수정한 끝에 최종 설문지를 완성, 2019년 6월~7월에 배포 및 수거하였다. 제공된 설문지는 440개였고, 모두 적절히 응답하여 제외되는 것 없이 440개 설문지가 모두 분석에 사용되었다. 수거된 설문지는 통계 프로그램을 사용하여 분석되었고, 이는 현상 결과와 충청북도 커뮤니티케어 모델을 제작, 논의를 도출하는데 사용되었다. 이에 대한 자세한 내용은 그림 10에 제시하였다.

## 4. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 통하여 분석하였다. 먼저 수거된 설문지에 결측값이 없는 지 확인하였고, 발견된 결측값은 SPSS 프로그램을 통해 보정하였다. 문항들은 빈도 분석과 평균 분석, 교차 분석으로 분석되었다.

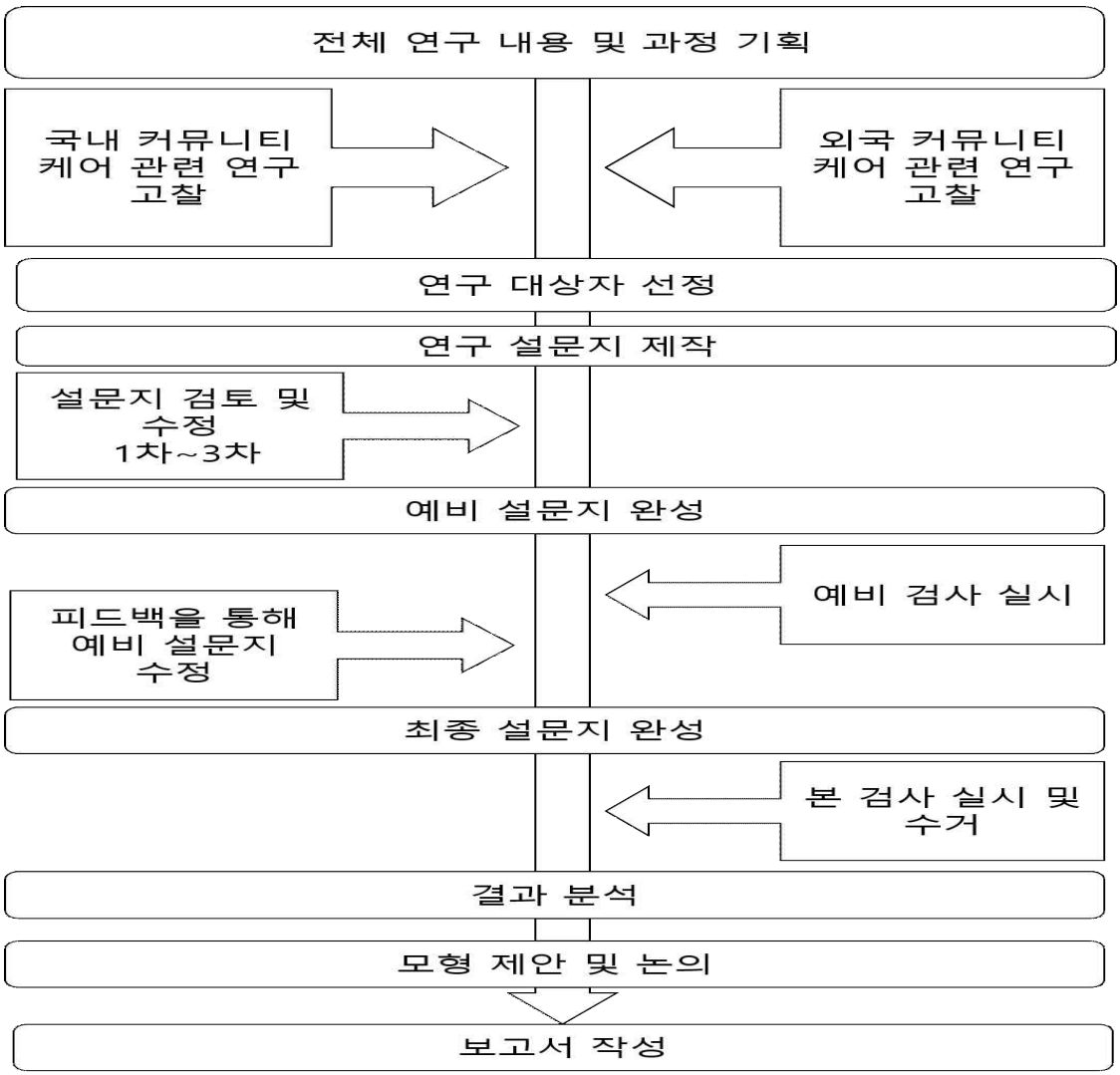

전체 연구 내용 및 과정 기획
국내 커뮤니티 케어 관련 연구 고찰
외국 커뮤니티 케어 관련 연구 고찰
연구 대상자 선정
연구 설문지 제작
설문지 검토 및 수정 1차~3차
예비 설문지 완성
예비 검사 실시
피드백을 통해 예비 설문지 수정
최종 설문지 완성
본 검사 실시 및 수거
결과 분석
모형 제안 및 논의
보고서 작성

그림 10. 연구 과정도

# Ⅳ. 결과

1. 기본 사항
2. 커뮤니티케어에 대한 인지도
3. 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드
4. 근무 기관의 지역사회 관계・교류・연계 활성화
5. 주관적 사례관리 이해 및 수행 능력 정도
6. 자원봉사자 수
7. 업무 부하량 및 교육 요구도, 소속 기관의 커뮤니티케어 중요도
8. 케어매니지먼트의 중요도 인식
9. 결과 종합 정리

# Ⅳ. 결과

## 1. 기본 사항

먼저, 기본적인 응답자의 정보를 살펴보면 다음과 같다. 총 응답자 440명 중 남자는 23명(5.2%), 여자는 417명(94.8%)으로 응답자의 대부분은 여자가 많은 것으로 나타났다. 더불어 응답자의 대부분은 50대(64.5%)였고, 그 다음으로는 40대(24.8%), 30대(8.4%), 10대(2.3%)였다. 응답자들의 학력을 살펴보면, 응답자의 대부분은 고졸(43.6%)이었다. 그 다음으로는 전문대를 졸업한 사람(26.6%)이 많았고, 그 다음으로는 4년제 대학을 졸업한 사람(25%), 대학원 이상을 나온 사람(4.8%) 순이었다. 이를 보았을 때, 응답자의 56.4%는 초대졸 이상의 학력을 가진 사람으로 나타난다. 응답자의 평균 근무 연수는 5.96년이다. 그리고 사례관리 업무를 했던 사람들의 평균 사례관리 업무 경력은 3.89년으로 나타난다. 이에 대한 내용은 표 13 ~ 표 16에 자세히 기술하였다.

표 13. 연구참여자 성별 (단위: 명) n = 440

| | 남(%) | 여(%) |
|---|---|---|
| 성별 | 23(5.2) | 417(94.8) |

표 14. 연구참여자 연령 (단위: 명) n = 440

| | 20대이하 (%) | 30대 (%) | 40대 (%) | 50대이상 (%) |
|---|---|---|---|---|
| 연령 | 10(2.3) | 37(8.4) | 109(24.8) | 284(64.5) |

표 15. 연구참여자 학력 (단위: 명) n = 440

| | 고졸 (%) | 전문대졸 (%) | 대학졸 (%) | 대학원 이상 (%) |
|---|---|---|---|---|
| 학력 | 192(43.6) | 117(26.6) | 110(25) | 21(4.8) |

표 16. 근무 연수 및 사례관리 업무 경력 (단위: 년) n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 근무 연수 | 5.96 | 4.40 |
| 사례관리 업무 경력 | 3.89 | 3.74 |

다음으로, 응답자들의 업무 관련 내용들을 살펴보면 다음과 같다. 응답자들은 대부분 노인돌봄기본(소득, 건강, 사회적 관계 등이 취약한 독거노인의 고독사 예방 및 정서지원을 위해 생활관리사가 정기적 안전 확인, 생활교육 및 복지서비스 연계 실시, 노인돌보미가 주1회 방문, 주 2 ~ 3회 전화, 도시락배달 등 지역복지서비스 연계 및 지원) 서비스를 제공하는 사람이었다(59.5%). 그 다음으로 많은 응답자들은 재가노인지원서비스(가사・일상생활지원, 신변 및 활동 지원)를 하는 사람(21.1%)이었고, 다음으로는 노인돌봄종합(혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사 및 활동지원 또는 주간보호서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회, 경제적 활동기반 조성하는 서비스)를 하는 사람(18%) 이었다. 응답자들 중에는 노인 관련 기관에서 기타 업무(행정일, 단순 서비스 일)를 하는 사람(1.4%)도 있었다. 그러나 노인돌봄 기본 및 종합, 재가노인지원서비스의 업무 특성상 서로 겹치는 경우가 있어서, 본 설문지에 응답한 사람들 중에는 자신이 하는 일을 모두 체크하여 선택을 중복으로 하는 경우도 3명이 있었다. 그리고 이들은 재가노인지원서비스와 노인돌봄기본서비스를 동시에 하고 있었다.

한편, 응답자들의 지위를 보면, 생활관리사(51.8%)가 가장 많았다. 그 다음으로는 요양보호사(23.4%), 사례관리자(14.3%), 최고관리자・기관장(4.3%)순으로 많았다. 기타 업무로 사무원이나 사무보조를 하는 경우가 있었고 이들은 전체 응답의 6.1%를 차지하였다. 이를 보았을 때, 본 응답자들의 대부분은 노인 복지 서비스의 최전선에서 일하는 실천가들로 파악된다. 이는 표 19 ~ 표 20에 자세히 기술하였다.

표 19. 담당, 소속 업무 (단위: 명) n = 440

| | 재가노인지원서비스 (%) | 노인돌봄기본 (%) | 노인돌봄종합 (%) | 기타 (%) |
|---|---|---|---|---|
| 담당업무・소속 | 93(21.1) | 265(59.5) | 80(18) | 6(1.4) |

주1. 중복 답변 가능

표 20. 역할 및 지위 (단위: 명) n = 440

| | 최고관리자・기관장(%) | 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사(%) | 생활관리사(%) | 요양보호사(%) | 기타(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 역할 및 지위 | 19(4.3) | 63(14.3%) | 228(51.8) | 103(23.4) | 27(6.1) |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장

응답자들이 맡고 있는 평균 사례 수는 사례관리자가 가장 많은 것으로 나타났다. 이들은 평균 92명에 달하는 사례를 맡고 있는 것으로 나타났다. 그러나 표준편차가 매우 크다는 것을 고려해 보았을 때, 사례 수 평균은 기관이나 지역마다 매우 큰 차이가 있는 것으로 파악된다. 그 다음으로 많은 사례를 관리하는 것은 최고관리자・기관장이었다. 그러나 이 역시 큰 표준편차에 의해 사례관리 수의 차이는 기관이나 지역마다 큰 것으로 사료된다. 반면 기타 역할을 하는 사람들도 사례를 관리하는 것으로 나타났다. 이들은 노인 복지 업무의 보조를 담당하지만, 상황에 따라 사례를 직접 만나서 관련 서비스를 제공, 연결하는 역할을 하는 것으로 여겨진다. 이들 역시 높은 표준편차를 보이고 있다. 요양보호사는 상대적으로 가장 낮은 사례관리수를 맡고 있는 것으로 나타났지만 이들의 표준편차도 크게 나타나고 있다. 반면, 상대적으로 생활관리사는 가장 낮은 표준편차를 보이고 있다. 이는 지역이나 기관에 상관없이 생활관리사들은 대부분 약 26명 정도의 사례를 맡고 있다고 볼 수 있다.

반면, 이들이 응답한 실제 적당한 사례수는 실제 자신이 맡고 있는 사례수의 반 정도로 나타났다. 특히 이는 최고관리자・기관장, 사례관리자에서 두드러지게 나타났다. 그러나 생활관리사와 요양보호사는 현재 맡고 있는 사례수에서 크게 떨어지지 않는 수치를 보였다. 이는 현재 맡고 있는 사례수와 주관적으로 생각하는 적당량의 사례수가 일치하고 있다는 의미이다. 따라서 보다 나은 서비스와 양호한 서비스 안정도를 제공하기 위해서는 사례관리자와 최고관리자들의 인력 충원 또는 사례수 조정이 필요할 것으로 생각된다.

한편, 응답자들의 대부분은 시지역(58%)에서 일하는 사람들이었다. 응답자의 42%는 군지역에서 일하는 사람들이었다. 상기 내용들은 표 21 ~표 22에 제시하였다.

표 21. 역할 별 평균 담당 사례수 및 적당하다고 생각하는 사례수(단위: 명) n = 440

| | 평균 사례수 | | 적당량 | |
|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD |
| 최고관리자・기관장 | 63.20 | 72.56 | 37.63 | 34.66 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 92.22 | 234.06 | 44.96 | 84.55 |
| 생활관리사 | 26.24 | 1.39 | 21.64 | 3.63 |
| 요양보호사 | 7.30 | 14.67 | 7.43 | 10.65 |
| 기타 | 42.30 | 36.90 | 30.81 | 21.20 |

표 22. 지역 (단위: 명) n = 440

| | 시지역(%) | 군지역(%) |
|---|---|---|
| 지역 | 255(58) | 185(42) |

## 2. 커뮤니티케어에 대한 인지도

응답자들의 커뮤니티케어에 대한 전반적인 인지도에 대해 알아보았다. 그 결과 평점 3.91(최고점수 5점, 최저점수 1점)로 나타나 보통 수준보다 약간 더 많이 알고 있는 것으로 나타났다. 담당 및 소속 업무에 따라 살펴보면, 노인돌봄종합서비스를 하고 있는 응답자들이 평균 4.11점으로 가장 많이 알고 있는 것으로 나타났고, 그 다음으로는 노인돌봄기본서비스 3.95점, 그 다음으로는 재가노인지원서비스(평균 3.62점)와 기타업무(평균 3.67점)에 종사하고 있는 사람이 많이 알고 있는 것으로 나타났다.

역할 별 커뮤니티케어에 대한 인지도는 요양보호사(평균 4.15점)가 가장 많이 알고 있는 것으로 나타났고, 그 다음으로는 생활관리사(평균 3.94점), 최고관리자・기관장(평균 3.63점), 사례관리자(평균 3.62점), 기타(평균 3.59점) 순으로 나타났다. 이를 보았을 때, 커뮤니티케어에 대한 내용은 노인 복지 서비스 최전선에서 직접 서비스를 제공하는 전문 인력이 가장 커뮤니티케어를 잘 알고 있는 것으로 파악된다.

한편, 지역 별 차이는 시지역(평균 3.91점), 군지역(평균 3.90점)으로 대동소이한 것으로 나타났다. 상기 내용들은 표 23 ~ 표 26에 제시하였다.

표 23. 전체 응답자의 커뮤니티케어에 대한 인지도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 인지도 | 3.91 | 1.05 |

① 전혀 모른다. = 1점
② 약간 알고 있다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 조금 많이 알고 있다. = 4점
⑤ 아주 잘 알고 있다. = 5점

표 24. 담당, 소속 업무에 따른 커뮤니티케어에 대한 인지도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 3.62 | 0.97 |
| 노인돌봄기본 | 3.95 | 1.06 |
| 노인돌봄종합 | 4.11 | 1.07 |
| 기타 | 3.67 | 0.81 |

① 전혀 모른다. = 1점
② 약간 알고 있다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 조금 많이 알고 있다. = 4점
⑤ 아주 잘 알고 있다. = 5점

표 25. 역할 별 커뮤니티케어에 대한 인지도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 3.63 | 1.21 |
| 사례관리자:<br>슈퍼바이저, 사회복지사 | 3.62 | 0.90 |
| 생활관리사 | 3.94 | 1.06 |
| 요양보호사 | 4.15 | 1.04 |
| 기타 | 3.59 | 1.01 |

① 전혀 모른다. = 1점
② 약간 알고 있다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 조금 많이 알고 있다. = 4점
⑤ 아주 잘 알고 있다. = 5점

표 26. 지역별 커뮤니티케어에 대한 인지도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 3.92 | 1.07 |
| 군지역 | 3.90 | 1.02 |

① 전혀 모른다. = 1점
② 약간 알고 있다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 조금 많이 알고 있다. = 4점
⑤ 아주 잘 알고 있다. = 5점

## 3. 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드

응답자들의 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드가 무엇인지에 대한 주관적 인식을 조사하였다. 그 결과 응답자 전체를 대상으로 한 조사에서는 연계(39.3%)가 가장 많았고, 그 다음으로는 돌봄(31.11%), 효과성과 효율성(22%), 행정(5.2%), 사례관리(2.3%) 순으로 나타났다. 이는 응답자들이 커뮤니티케어에 있어 가장 중요한 요인이 연계서비스에 있다는 것을 의미한다.

다음으로, 각 담당 및 소속 업무에 따른 핵심 키워드도 알아보았다. 그 결과 재가 노

인 지원서비스를 담당하는 응답자들에서는 행정이 가장 핵심 키워드로 선정되었고, 노인돌봄기본과 노인돌봄종합을 담당하는 응답자들에게서는 사례관리가, 기타 업무를 담당하는 응답자들에게서는 행정이 선정되었다.

더불어 역할에 따라 핵심 키워드를 살펴보면, 최고관리자·기관장들에게서는 행정이, 사례관리자와 생활관리사, 요양보호사 및 기타 역할에서는 모두 사례관리가 핵심 키워드로 나타났다. 이는 지역에 따른 핵심 키워드 선별에서도 마찬가지였다.

이상의 내용은 노인복지실천가들에게 있어 사례관리와 연계가 가장 중요한 커뮤니티케어의 요인이라는 것을 의미한다. 이는 표 27 ~표 30에 제시하였다.

표 27. 전체 응답자들의 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 n = 440

| | 사례 관리 (%) | 행정 중심 (%) | 돌봄 (%) | 효율성 및 효과성 (%) | 연계 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 키워드 | 10(2.3) | 23(5.2) | 137 (31.1) | 97(22) | 173 (39.3) |

표 28. 담당 및 소속에 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 n = 440

| | 사례 관리 | 행정 중심 | 돌봄 | 효율성 및 효과성 | 연계 | 총합 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 35 | 39 | 6 | 10 | 3 | 93 |
| 노인돌봄기본 | 114 | 38 | 26 | 6 | 78 | 262 |
| 노인돌봄종합 | 51 | 20 | 2 | 2 | 4 | 79 |
| 기타 | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| 총합 | 201 | 101 | 34 | 19 | 85 | 440 |

표 29. 지역 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 n = 440

| | 사례 관리 | 행정 중심 | 돌봄 | 효율성 및 효과성 | 연계 | 총합 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 시지역 | 141 | 38 | 7 | 11 | 58 | 255 |
| 군지역 | 60 | 63 | 27 | 8 | 27 | 185 |
| 총합 | 201 | 101 | 34 | 19 | 85 | 440 |

표 30. 역할에 따른 커뮤니티케어에 대한 핵심 키워드 n = 440

| | 사례 관리 | 행정 중심 | 돌봄 | 효율성 및 효과성 | 연계 | 총합 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 5 | 6 | 1 | 4 | 3 | 19 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 27 | 25 | 3 | 5 | 3 | 63 |
| 생활관리사 | 94 | 39 | 20 | 5 | 70 | 228 |
| 요양보호사 | 63 | 22 | 7 | 2 | 9 | 103 |
| 기타 | 12 | 9 | 3 | 3 | 0 | 27 |
| 총합 | 201 | 101 | 34 | 19 | 85 | 440 |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장

## 4. 근무 기관의 지역사회 관계・교류・연계 활성화

응답자들의 각 근무 기관에 대한 지역사회 관계・교류・연계 활성화 정도에 대한 인식을 알아보았다. 그 결과, 전체 응답자들의 평균이 2.90점으로, 상대적으로 근무 기관이 지역사회와 적절히 교류하거나 관계를 맺거나 연계하고 있지 않다고 생각하고 있는 것으로 나타났다.

특히 담당 및 소속 별로 이를 알아보면, 노인돌봄기본서비스를 제공하고 있는 응답자가 평균 2.79점으로 가장 낮게 응답하였고, 그 다음으로는 기타 응답자 평균 3.00점, 재가노인지원서비스 응답자 평균 3.04점, 노인돌봄종합서비스 응답자 평균 3.10점 순으로 나타났다.

역할별로는 생활관리사가 가장 낮게 연계 활동을 하고 있다고 지각했고(평균 2.78점), 그 다음으로는 사례관리자(평균 3.00점), 요양보호사(평균 3.05점), 최고관리자(평균 3.74점) 순으로 나타났다. 기타 역할들에서는 평균 2.59점으로 나타났다. 이를 볼 때, 상대적으로 고위직으로 갈수록 자신의 기관이 적절하게 지역사회와 연계하고 있다고 지각하는 것으로, 업무 일선에 근접할수록 그렇지 않은 것으로 지각하는 것으로 사료된다.

지역별로는 시지역이 평균 2.84점, 군지역이 평균 2.98점으로 대동소이하였다. 그러나 전체 평점이 2점대라는 것을 고려해 본다면, 전반적으로 각 기관 종사자들이 지각하는 지역사회 연계 활성화 정도는 낮은 것으로 평가된다. 이러한 내용들은 표 31 ~ 표 34에 자세히 기술하였다.

표 31. 전체 응답자 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 활성화 | 2.90 | 1.10 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

표 32. 담당 및 소속에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 3.04 | 0.99 |
| 노인돌봄기본 | 2.79 | 1.07 |
| 노인돌봄종합 | 3.10 | 1.26 |
| 기타 | 3.00 | 0.63 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

표 33. 역할에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 3.74 | 0.87 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 3.00 | 0.86 |
| 생활관리사 | 2.78 | 1.08 |
| 요양보호사 | 3.05 | 1.18 |
| 기타 | 2.59 | 1.15 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

표 34. 지역에 따른 근무기관에 대한 연계 활성화 정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 2.84 | 1.01 |
| 군지역 | 2.98 | 1.19 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

## 5. 주관적 사례관리 이해 및 수행능력정도

응답자의 사례관리에 대한 주관적 이해도 및 수행능력정도를 알아본 결과, 전체 응답자들의 경우 평균 3.26점으로, 사례관리에 대해 보통보다 약간 더 많이 알고 있다고 보고되었다.

담당 및 소속 업무에 따라서는 기타 업무를 제외하고 노인돌봄기본(평균 3.38점)이 가장 많이 이해하고 있는 것으로 나타났고, 그 다음으로는 노인돌봄종합(평균 3.20점), 재가노인지원서비스(평균 2.94점)점 순으로 사례관리에 대해 알고 있고 스스로 수행능력이 있다고 생각하는 것으로 나타났다.

역할별로는 기타를 제외하고 생활관리사가(평균 3.44점)가 가장 많이 사례관리에 대해 알고 있고 스스로 능력이 있다고 보고했으며, 그 다음으로는 요양보호사(평균 3.20점), 최고관리자・기관장(평균 3.01점), 사례관리자(평균 2.93점) 순으로 나타났다. 아이러니하게도 사례관리자가 사례관리에 대해 상대적으로 가장 적게 알고 있고 효능감도 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 결과가 사례관리자의 겸손에 의한 것인지, 다른 요인에 의한 것인지 더 자세한 연구로 알아보아야 할 것 같다.

한편, 지역 평균을 고려해 보면, 군지역(평균 3.34점)이 시지역(평균 3.21점)에 비해 더 사례관리에 대한 이해 및 효능감이 높은 것으로 나타났다. 이는 표 35 ~ 표 38에 제시하였다.

표 35. 전체 응답자에 대한 자신의 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 이해도 | 3.26 | 1.19 |

① 매우 뛰어나지 않다. = 1점
② 뛰어나지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 뛰어나다. = 4점
⑤ 매우 뛰어나다. = 5점

표 36. 담당 및 소속에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 2.94 | 1.58 |
| 노인돌봄기본 | 3.38 | 1.07 |
| 노인돌봄종합 | 3.20 | 0.93 |
| 기타 | 3.83 | 0.75 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

표 38. 지역에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 3.21 | 1.07 |
| 군지역 | 3.34 | 1.33 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

표 37. 역할에 따른 주관적 케어 및 사례관리 이해와 수행능력정도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 3.01 | 1.60 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 2.93 | 1.50 |
| 생활관리사 | 3.44 | 1.08 |
| 요양보호사 | 3.20 | 0.92 |
| 기타 | 3.00 | 1.49 |

① 매우 그렇지 않다. = 1점
② 그렇지 않다. = 2점
③ 보통이다. = 3점
④ 약간 그렇다. = 4점
⑤ 매우 그렇다. = 5점

## 6. 자원봉사자 수

응답자들이 각자 종사하고 있는 기관의 누적 자원봉사자 수를 살펴보았다. 그 결과 31-50명(61.3%)이 가장 많았고, 그 다음으로는 51-100명(26.1%), 101명 이상(7.5%), 11-30명(4.1%), 10명 이하(0.9%) 순으로 나타났다. 이는 표 39에 제시하였다.

표 39. 누적 자원봉사자 수 n = 440

| | 10명 이하 (%) | 11-30명 (%) | 31-50명 (%) | 51-100명 (%) | 101명 이상 (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 누적 자원봉사자 | 4(0.9) | 18(4.1) | 270 (61.3) | 115 (26.1) | 33(7.5) |

## 7. 업무 부하량 및 교육 요구도, 소속 기관의 커뮤니티케어 중요도

담당 업무에 따른 업무 부하량을 살펴보면 다음과 같다. 가장 업무 부하량이 많다고 지각하는 서비스는 제가노인지원서비스인 것으로 나타났다. 그 다음으로는 기타 업무였는데, 이는 각 서비스를 지원하는 행정 서비스 등을 의미한다. 노인돌봄기본서비스와 노

인돌봄종합서비스는 서로 대동소이하였는데, 상대적으로 재가노인지원서비스 보다는 낮았다. 더불어 역할에 따른 부하량을 살펴보면, 초고관리자・기관장이 가장 업무 부하량을 많이 느끼는 것으로 나타났다. 그 다음으로는 사례관리자, 그 다음으로는 생활관리사와 요양보호사였다. 그러나 기타(사무원, 사무 보조원 등) 역할들도 생활관리사나 요양보호사보다 업무를 과중하다고 느끼는 것으로 나타났다. 지역별로는 시지역이 군지역보다 더 업무 부하량이 많다고 보고하였다.

담당 업무에 따른 교육 요구도를 살펴보면 다음과 같다. 가장 교육 요구도가 높은 것은 제가노인지원서비스였다. 그 다음으로는 기타 업무, 그 다음으로는 기타 업무였다. 노인돌봄종합과 노인돌봄기본은 대동소이하였다. 기타 업무의 경우 행정 처리와 법 등에 대한 여러 가지 부수적인 정보들이 많이 필요해서였던 것으로 짐작된다. 또한 역할별 교육 요구도의 경우 최고관리자・기관장이 가장 높았고, 그 다음으로는 기타 역할, 사례관리자, 생활관리사, 요양보호사 순으로 높게 나타났다. 최고관리자・기관장의 경우 실제적 업무와 함께 행정적, 경영적 업무를 모두 고려해야하는 상황에서 여러 정보를 얻고 운용하는 교육이 필요했던 것으로 짐작된다. 지역별로는 시지역이 군지역보다 더 많은 교육이 필요하다고 보고하였다.

담당 업무별 소속 기관의 주관적 커뮤니티케어 기여 중요도를 살펴보면 다음과 같다. 가장 자신의 기관이 커뮤니티케어에 중요한 역할을 한다고 생각하는 응답자는 기타 업무를 담당하는 응답자였다. 그리고 그 다음으로는 재가노인지원서비스, 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스 순이었다. 그러나 재가노인지원서비스, 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스는 서로 대동소이하였다. 역할 별 소속 기관의 주관적 커뮤니티케어 기여 중요도를 살펴보면, 최고관리자・기관장이 가장 자신의 기관이 커뮤니티케어에 중요한 역할을 한다고 지각하는 것으로 나타났다. 그 다음으로는 사례관리자, 요양보호사, 생활관리사, 기타 역할 순이었다. 그러나 사례관리자, 요양보호사, 생활관리사가 지각하는 중요도는 서로 크게 다르지 않았다. 지역별로는 시지역이나 군지역 모두 유사한 정도로 자신의 기관이 커뮤니티케어에 중요한 기관이라고 보고하였다. 상기 내용들은 표 40 ~ 표 48에 자세히 기술하였다.

표 40. 담당 업무별 업무 부하량 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 20.48 | 3.97 |
| 노인돌봄기본 | 18.45 | 2.84 |
| 노인돌봄종합 | 18.37 | 3.43 |
| 기타 | 20.16 | 1.83 |

표 41. 담당업무별 교육 요구도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 27.89 | 5.37 |
| 노인돌봄기본 | 21.97 | 4.45 |
| 노인돌봄종합 | 22.30 | 5.56 |
| 기타 | 27.83 | 4.62 |

표 42. 담당업무별 소속 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 재가노인지원서비스 | 17.55 | 3.03 |
| 노인돌봄기본 | 17.26 | 2.77 |
| 노인돌봄종합 | 17.46 | 3.18 |
| 기타 | 18.33 | 1.96 |

표 43. 역할별 업무 부하량 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 20.85 | 3.23 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 20.36 | 2.92 |
| 생활관리사 | 18.50 | 2.63 |
| 요양보호사 | 18.27 | 4.36 |
| 기타 | 19.74 | 3.26 |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장

표 44. 역할별 교육 요구도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 28.36 | 4.99 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 27.73 | 5.09 |
| 생활관리사 | 22.06 | 4.04 |
| 요양보호사 | 21.58 | 5.63 |
| 기타 | 27.44 | 6.64 |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장

표 45. 역할별 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 최고관리자・기관장 | 18.00 | 2.26 |
| 사례관리자: 슈퍼바이저, 사회복지사 | 17.92 | 3.00 |
| 생활관리사 | 17.20 | 2.79 |
| 요양보호사 | 17.43 | 3.04 |
| 기타 | 19.88 | 3.20 |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장

표 46. 지역별 업무 부하량 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 19.15 | 2.96 |
| 군지역 | 18.99 | 3.31 |

표 47. 지역별 소속 기관의 커뮤니티케어 기여 중요도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 17.65 | 2.99 |
| 군지역 | 17.47 | 2.76 |

표 48. 지역별 소속 기관의 커뮤니티 교육 요구도 n = 440

| | M | SD |
|---|---|---|
| 시지역 | 24.10 | 5.33 |
| 군지역 | 23.26 | 5.61 |

## 8. 케어매니지먼트의 중요도 인식

담당업무별, 역할별, 지역별에 따른 케어매니지먼트 활동의 중요도 인식을 알아보았다. 먼저 케어매니지먼트의 전체적인 중요도를 알아보았고, 그 다음으로는 케어매니지먼트의 하위 영역들에 대한 중요도를 알아보았다. 하위 영역에는 초기면접 영역, 신뢰 관계 형성 영역, 생활사 파악하기 영역, 신체 욕구 파악하기 영역, 사회・경제적 욕구 파악하기 영역, 심리욕구 파악하기 영역, 환경 파악하기 영역, 가족 사정 영역, 케어회의 개최 영역, 서비스 내용 선정 영역, 권리 옹호 영역, 대상자 모니터링 영역, 재사정 영역, 목표달성 확인 영역, 인력관리 영역, 기획 및 재무 관리 영역, 홍보 및 마케팅 영역, 정보 관리 영역이 포함된다. 이 영역들은 기술된 순서대로 케어매니지먼트를 시행하기

위한 서비스 순서가 된다.

먼저 담당업무별 케어매니지먼트에 대한 중요도를 살펴보면 다음과 같다. 케어매니지먼트를 가장 중요하다고 생각하는 업무는 재가노인지원서비스였다. 구체적인 영역별로 살펴보면, 초기면접영역에서는 재가노인지원서비스가, 신뢰 관계 형성 영역에서는 기타 업무가, 생활사 파악하기 영역에서는 재가노인지원서비스가, 신체 욕구 파악하기 영역에서는 노인돌봄기본이, 사회·경제적 욕구 파악하기 영역에서는 노인돌봄기본이, 심리욕구 파악하기 영역에서는 노인돌봄기본이, 환경 파악하기 영역에서는 노인돌봄기본이, 가족 사정 영역에서는 재가노인지원서비스가, 케어회의 개최 영역에서는 재가노인지원서비스가, 서비스 내용 선정 영역에서는 재가노인지원서비스가, 권리 옹호 영역에서는 재가노인지원서비스가, 대상자 모니터링 영역에서는 재가노인지원서비스가, 재사정 영역에서는 재가노인지원서비스가, 목표 달성 확인 영역에서는 재가노인지원서비스가, 인력관리 영역에서는 재가노인지원서비스가, 기획 및 재무 관리 영역에서는 재가노인지원서비스가, 홍보 및 마케팅 영역에서는 재가노인지원서비스가, 정보 관리 영역에서는 재가노인지원서비스로 나타났다. 모든 영역에서 중간점수 이상으로 각 활동들이 중요하다고 보고되었지만, 재가노인지원서비스에서는 특히 많은 영역에서 케어매니지먼트의 각 활동이 더 중요하다고 보고되었다. 이는 재가노인지원서비스를 제공하는 전문인력들이 케어매니지먼트에 대한 필요성을 높이 평가하고 있다는 것도 의미한다.

다음으로 역할별 케어매니지먼트에 대한 중요도를 살펴보면 다음과 같다. 케어매니지먼트를 가장 중요하다고 생각하는 역할은 최고관리자·기관장이었다. 구체적인 영역별로 살펴보면, 초기면접영역에서는 최고관리자·기관장이, 신뢰 관계 형성 영역에서는 최고관리자·기관장이, 생활사 파악하기 영역에서는 최고관리자·기관장이, 신체 욕구 파악하기 영역에서는 사례관리자가, 사회·경제적 욕구 파악하기 영역에서는 최고관리자·기관장과 사례관리자가, 심리욕구 파악하기 영역에서는 최고관리자·기관장이, 환경 파악하기 영역에서는 최고관리자·기관장이, 가족 사정 영역에서는 최고관리자·기관장이, 케어 회의 개최 영역에서는 사례관리자가, 서비스 내용 선정 영역에서는 사례관리자가, 권리 옹호 영역에서는 최고관리자·기관장이, 대상자 모니터링 영역에서는 사례관리자가, 재사정 영역에서는 사례관리자가, 목표 달성 확인 영역에서는 최고관리자·기관장과 사례관리자가, 인력 관리 영역에서는 최고관리자·기관장이, 기획 및 재무 관리 영역에서는 최고관리자·기관장이, 홍보 및 마케팅 영역에서는 최고관리자·기관장이, 정보 관리 영역에서는 최고관리자·기관장이 높은 점수를 주었다. 모든 영역에서 중간점수 이상으로 각 활동들이 중요하다고 보고되었지만, 최고관리자·기관장과 사례관리자는 특히 많은 영역에서 케어매니지먼트의 각 활동이 더 중요하다고 보고하였다. 이는 사례관리를 주 업무로 하거나 이 체계 내에서 서비스 전체를 바라보고 있어야 하는 기관장이 케어매니지먼트에 대한 중요성을 크게 인식하고 있다는 것을 시사한다.

마지막으로 지역별 케어매니지먼트에 대한 중요도를 살펴보면 다음과 같다. 케어매니지먼트를 가장 중요하다고 생각하는 지역은 시지역이었다. 그러나 군지역 역시 시지역과 유사한 점수로 케어매니지먼트에 대한 중요함을 인식하고 있었다. 구체적인 영역별로 살펴보면, 초기면접영역에서는 시지역이, 신뢰 관계 형성 영역에서는 시지역이, 생활사 파악하기 영역에서는 시지역이, 신체 욕구 파악하기 영역에서는 시지역이, 사회·경제적 욕구 파악하기 영역에서는 시지역이, 심리욕구 파악하기 영역에서는 시지역이, 환경 파악하기 영역에서는 시지역이, 가족 사정 영역에서는 군지역이, 케어 회의 개최 영역에서는 군지역이, 서비스 내용 선정 영역에서는 시지역이, 권리 옹호 영역에서는 군지역이, 대상자 모니터링 영역에서는 시지역과 군지역이 같은 점수로, 재사정 영역에서는 시지역이, 목표 달성 확인 영역에서는 시지역이, 인력 관리 영역에서는 시지역이, 기획 및 재무 관리 영역에서는 시지역이, 홍보 및 마케팅 영역에서는 시지역이, 정보 관리 영역에서는 시지역이 높은 점수를 받았다. 모든 영역에서 중간점수 이상으로 각 활동들이 중요하다고 보고되었지만, 시지역이 특히 많은 영역에서 케어매니지먼트의 각 활동이 더 중요하다고 보고하였다. 이상의 내용은 표 49 ~ 표 51에 제시하였다.

표 49. 담당업무별 케어매니지먼트 중요도 n = 440

| | | M | SD |
|---|---|---|---|
| 케어매니지먼트 중요도 총점 | 재가노인지원서비스 | 86.98 | 11.57 |
| | 노인돌봄기본 | 81.96 | 9.52 |
| | 노인돌봄종합 | 80.74 | 12.51 |
| | 기타 | 81.50 | 10.27 |
| 초기 면접 영역 | 재가노인지원서비스 | 9.25 | 1.30 |
| | 노인돌봄기본 | 9.31 | 1.12 |
| | 노인돌봄종합 | 9.00 | 1.53 |
| | 기타 | 8.83 | 0.98 |
| 신뢰 관계 형성 영역 | 재가노인지원서비스 | 9.16 | 1.21 |
| | 노인돌봄기본 | 9.19 | 1.11 |
| | 노인돌봄종합 | 8.73 | 1.59 |
| | 기타 | 9.33 | 0.82 |
| 생활사 파악하기 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.41 | 0.78 |
| | 노인돌봄기본 | 4.37 | 0.79 |
| | 노인돌봄종합 | 4.22 | 1.05 |
| | 기타 | 4.17 | 0.75 |
| 신체 욕구 파악하기 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.66 | 0.65 |
| | 노인돌봄기본 | 4.71 | 0.55 |
| | 노인돌봄종합 | 4.46 | 0.75 |
| | 기타 | 4.50 | 0.55 |
| 사회·경제적 욕구 파악하기 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.41 | 0.75 |
| | 노인돌봄기본 | 4.24 | 0.86 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 노인돌봄종합 | 4.03 | 1.11 |
| | 기타 | 4.33 | 0.52 |
| 심리욕구 파악하기 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.53 | 0.68 |
| | 노인돌봄기본 | 4.55 | 0.64 |
| | 노인돌봄종합 | 4.46 | 0.76 |
| | 기타 | 4.17 | 0.75 |
| 환경 파악하기 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.52 | 0.68 |
| | 노인돌봄기본 | 4.63 | 0.59 |
| | 노인돌봄종합 | 4.51 | 0.73 |
| | 기타 | 4.00 | 0.63 |
| 가족 사정 영역 | 재가노인지원서비스 | 3.97 | 0.90 |
| | 노인돌봄기본 | 3.39 | 1.12 |
| | 노인돌봄종합 | 3.68 | 0.97 |
| | 기타 | 3.50 | 1.05 |
| 케어 회의 개최 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.44 | 0.76 |
| | 노인돌봄기본 | 4.07 | 0.80 |
| | 노인돌봄종합 | 4.10 | 0.99 |
| | 기타 | 4.33 | 0.52 |
| 서비스 내용 선정 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.40 | 0.74 |
| | 노인돌봄기본 | 4.24 | 0.81 |
| | 노인돌봄종합 | 4.16 | 0.90 |
| | 기타 | 4.00 | 0.63 |
| 권리 옹호 영역 | 재가노인지원서비스 | 3.78 | 0.91 |
| | 노인돌봄기본 | 3.23 | 1.05 |
| | 노인돌봄종합 | 3.63 | 1.23 |
| | 기타 | 3.33 | 1.37 |
| 대상자 모니터링 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.26 | 0.87 |
| | 노인돌봄기본 | 3.82 | 0.84 |
| | 노인돌봄종합 | 3.94 | 0.94 |
| | 기타 | 3.67 | 0.82 |
| 재사정 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.54 | 0.70 |
| | 노인돌봄기본 | 4.17 | 0.78 |
| | 노인돌봄종합 | 3.81 | 1.05 |
| | 기타 | 4.17 | 0.98 |
| 목표 달성 확인 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.28 | 0.76 |
| | 노인돌봄기본 | 4.00 | 0.82 |
| | 노인돌봄종합 | 3.86 | 1.03 |
| | 기타 | 4.00 | 0.89 |
| 인력 관리 영역 | 재가노인지원서비스 | 8.27 | 1.73 |
| | 노인돌봄기본 | 7.25 | 1.83 |
| | 노인돌봄종합 | 7.39 | 2.30 |
| | 기타 | 7.67 | 1.51 |
| 기획 및 재무 관리 영역 | 재가노인지원서비스 | 3.95 | 0.96 |
| | 노인돌봄기본 | 3.12 | 1.13 |
| | 노인돌봄종합 | 3.32 | 1.31 |
| | 기타 | 3.67 | 1.03 |
| 홍보 및 마케팅 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.08 | 0.90 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 노인돌봄기본 | 3.22 | 1.13 |
| | 노인돌봄종합 | 3.42 | 1.25 |
| | 기타 | 4.50 | 0.55 |
| 정보 관리 영역 | 재가노인지원서비스 | 4.13 | 0.90 |
| | 노인돌봄기본 | 3.67 | 1.10 |
| | 노인돌봄종합 | 3.46 | 1.38 |
| | 기타 | 3.83 | 0.75 |

표 50. 역할별 케어매니지먼트 중요도 n = 440

| | | M | SD |
|---|---|---|---|
| 케어매니지먼트 중요도 총점 | 최고관리자・기관장 | 88.62 | 10.18 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 87.30 | 10.14 |
| | 생활관리사 | 81.52 | 9.61 |
| | 요양보호사 | 81.50 | 12.00 |
| | 기타 | 83.85 | 13.12 |
| 초기 면접 영역 | 최고관리자・기관장 | 9.38 | 1.21 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 9.33 | 1.15 |
| | 생활관리사 | 9.30 | 1.13 |
| | 요양보호사 | 9.03 | 1.44 |
| | 기타 | 9.11 | 1.50 |
| 신뢰 관계 형성 영역 | 최고관리자・기관장 | 9.32 | 1.11 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 9.14 | 1.05 |
| | 생활관리사 | 9.18 | 1.13 |
| | 요양보호사 | 8.85 | 1.50 |
| | 기타 | 9.22 | 1.42 |
| 생활사 파악하기 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.54 | 0.69 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.44 | 0.71 |
| | 생활관리사 | 4.38 | 0.75 |
| | 요양보호사 | 4.17 | 1.08 |
| | 기타 | 4.30 | 0.87 |
| 신체 욕구 파악하기 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.61 | 0.68 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.68 | 0.53 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 생활관리사 | 4.71 | 0.56 |
| | 요양보호사 | 4.50 | 0.73 |
| | 기타 | 4.67 | 0.73 |
| 사회・경제적 욕구 파악하기 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.49 | 0.77 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.49 | 0.69 |
| | 생활관리사 | 4.24 | 0.84 |
| | 요양보호사 | 3.99 | 1.10 |
| | 기타 | 4.41 | 0.75 |
| 심리욕구 파악하기 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.61 | 0.68 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.59 | 0.59 |
| | 생활관리사 | 4.56 | 0.63 |
| | 요양보호사 | 4.45 | 0.76 |
| | 기타 | 4.33 | 0.83 |
| 환경 파악하기 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.66 | 0.58 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.51 | 0.67 |
| | 생활관리사 | 4.65 | 0.57 |
| | 요양보호사 | 4.51 | 0.71 |
| | 기타 | 4.33 | 0.83 |
| 가족 사정 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.19 | 0.80 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 3.90 | 0.87 |
| | 생활관리사 | 3.31 | 1.08 |
| | 요양보호사 | 3.75 | 1.09 |
| | 기타 | 3.78 | 1.01 |
| 케어 회의 개최 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.38 | 0.68 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.52 | 0.72 |
| | 생활관리사 | 4.02 | 0.80 |
| | 요양보호사 | 4.14 | 0.95 |
| | 기타 | 4.33 | 0.83 |
| 서비스 내용 선정 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.28 | 0.65 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.43 | 0.71 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 생활관리사 | 4.22 | 0.82 |
| | 요양보호사 | 4.22 | 0.86 |
| | 기타 | 4.30 | 0.82 |
| 권리 옹호 영역 | 최고관리자・기관장 | 3.97 | 0.83 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 3.76 | 0.89 |
| | 생활관리사 | 3.15 | 1.04 |
| | 요양보호사 | 3.67 | 1.20 |
| | 기타 | 3.52 | 1.01 |
| 대상자 모니터링 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.05 | 1.03 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.24 | 0.82 |
| | 생활관리사 | 3.78 | 0.85 |
| | 요양보호사 | 4.05 | 0.89 |
| | 기타 | 4.04 | 0.94 |
| 재사정 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.48 | 0.69 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.57 | 0.67 |
| | 생활관리사 | 4.14 | 0.79 |
| | 요양보호사 | 3.95 | 1.01 |
| | 기타 | 4.37 | 0.84 |
| 목표 달성 확인 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.37 | 0.49 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.37 | 0.60 |
| | 생활관리사 | 3.98 | 0.82 |
| | 요양보호사 | 3.92 | 1.01 |
| | 기타 | 3.96 | 1.06 |
| 인력 관리 영역 | 최고관리자・기관장 | 8.97 | 1.23 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 8.29 | 1.42 |
| | 생활관리사 | 7.19 | 1.86 |
| | 요양보호사 | 7.40 | 2.18 |
| | 기타 | 7.63 | 2.17 |
| 기획 및 재무 관리 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.12 | 0.79 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 3.94 | 0.97 |
| | 생활관리사 | 3.08 | 1.12 |
| | 요양보호사 | 3.34 | 1.25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 기타 | 3.63 | 1.18 |
| 홍보 및 마케팅 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.18 | 0.73 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.02 | 0.85 |
| | 생활관리사 | 3.18 | 1.13 |
| | 요양보호사 | 3.45 | 1.23 |
| | 기타 | 3.96 | 1.16 |
| 정보 관리 영역 | 최고관리자・기관장 | 4.20 | 0.72 |
| | 사례관리자 (슈퍼바이저, 사회복지사) | 4.10 | 0.91 |
| | 생활관리사 | 3.64 | 1.10 |
| | 요양보호사 | 3.56 | 1.31 |
| | 기타 | 3.93 | 1.14 |

주1. 기타 내용: 전담인력, 사무원, 사무보조, 서비스관리자, 과장,

표 51. 지역별 케어매니지먼트 중요도 n = 440

| | | M | SD |
|---|---|---|---|
| 케어매니지먼트 중요도 총점 | 시지역 | 83.25 | 10.31 |
| | 군지역 | 82.11 | 11.37 |
| 초기 면접 영역 | 시지역 | 9.28 | 1.18 |
| | 군지역 | 9.16 | 1.33 |
| 신뢰 관계 형성 영역 | 시지역 | 9.16 | 1.12 |
| | 군지역 | 9.02 | 1.38 |
| 생활사 파악하기 영역 | 시지역 | 4.36 | 0.84 |
| | 군지역 | 4.33 | 0.84 |
| 신체 욕구 파악하기 영역 | 시지역 | 4.71 | 0.55 |
| | 군지역 | 4.57 | 0.69 |
| 사회・경제적 욕구 파악하기 영역 | 시지역 | 4.27 | 0.89 |
| | 군지역 | 4.20 | 0.89 |
| 심리욕구 파악하기 영역 | 시지역 | 4.53 | 0.68 |
| | 군지역 | 4.52 | 0.67 |
| 환경 파악하기 영역 | 시지역 | 4.61 | 0.62 |
| | 군지역 | 4.52 | 0.67 |
| 가족 사정 영역 | 시지역 | 3.56 | 1.06 |
| | 군지역 | 3.57 | 1.09 |
| 케어 회의 개최 영역 | 시지역 | 4.10 | 0.85 |
| | 군지역 | 4.23 | 0.83 |
| 서비스 내용 선정 영역 | 시지역 | 4.27 | 0.80 |
| | 군지역 | 4.24 | 0.83 |
| 권리 옹호 영역 | 시지역 | 3.38 | 1.06 |
| | 군지역 | 3.46 | 1.13 |
| 대상자 모니터링 영역 | 시지역 | 3.93 | 0.86 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 군지역 | 3.93 | 0.92 |
| 재사정 영역 | 시지역 | 4.22 | 0.80 |
| | 군지역 | 4.14 | 0.92 |
| 목표 달성 확인 영역 | 시지역 | 4.06 | 0.85 |
| | 군지역 | 4.01 | 0.88 |
| 인력 관리 영역 | 시지역 | 7.61 | 1.80 |
| | 군지역 | 7.33 | 2.10 |
| 기획 및 재무 관리 영역 | 시지역 | 3.39 | 1.15 |
| | 군지역 | 3.27 | 1.19 |
| 홍보 및 마케팅 영역 | 시지역 | 3.53 | 1.15 |
| | 군지역 | 3.34 | 1.16 |
| 정보 관리 영역 | 시지역 | 3.80 | 1.10 |
| | 군지역 | 3.62 | 1.17 |

## 9. 결과 종합 정리

이상의 내용을 종합하면 다음과 같다. 설문 참여자의 대부분은 여성이었고 50대 이상의 연령이 많았다. 응답자에는 대학교 이상(초대졸 포함)의 학력을 가진 사람이 많았고 근무 연수는 평균 5.96년, 사례관리 업무 경력은 평균 3.89년이었다. 응답자들 중에는 노인돌봄기본 서비스를 제공하는 사람이 가장 많았고 역할별로는 생활관리사가 가장 많았다. 그리고 사례관리자는 평균 92사례라는 매우 많은 수의 사례를 관리하고 있었고, 이들이 생각하기에 적당한 수는 약 45명 정도로 나타났다. 반면 요양보호사는 평균 7명으로 가장 적은 사례를 담당하고 있었고 이들이 생각하는 적당한 사례수도 약 7명 정도로 보고되었다. 한편, 응답자들은 시지역에서 근무하고 있는 사람들이 많았다.

커뮤니티케어에 대해 주관적으로 가장 많이 알고 있다고 생각한 사람은 노인돌봄종합서비스를 제공하는 사람들이었다. 역할별로는 요양보호사가 가장 커뮤니티케어에 대해 많이 알고 있다고 보고하였다. 지역별로는 모두 보통 수준으로 대동소이하였다.

커뮤니티케어의 핵심 키워드로는 연계와 돌봄이 선정되었다. 그러나 각 담당 업무, 역할, 지역으로 볼 때는 사례관리와 행정이 커뮤니티케어의 핵심 키워드로 선정되었다.

자신이 근무하는 기관의 지역사회 관계・교류・연계 정도에서는 전체 응답자나 담당업무별, 역할별, 지역별 모두 보통이나 보통 수준 이하의 점수를 보고하였다. 즉, 각 서비스 제공자 들은 자신의 기관이 지역사회에 평균보다 덜 연계, 교류하고 있다고 지각하였다.

주관적인 사례관리 이해 및 수행 능력 정도에서는 기타 업무를 제외하고 노인돌봄기본 서비스를 제공하는 응답자가 가장 높게 나타났다. 역할별로는 생활관리사가, 지역별로는 군지역이 높게 나타났다.

각 기관의 누적 자원봉사자 수는 31-50명이 가장 많이 보고되었다.

업무 부하량에서는 담당 업무별의 경우 재가노인지원서비스 제공자가, 역할별로는 최고관리자・기관장이, 지역별로는 시지역이 높은 것으로 나타났다.

교육 요구도에서는 담당 업무별의 경우 재가노인지원서비스 제공자가, 역할별로는 사례관리자가, 지역별로는 시지역이 높은 것으로 나타났다.

소속 기관의 커뮤니티케어 중요도에서는 담당 업무별의 경우 기타 업무자가, 역할별로는 최고관리자・기관장이, 지역별로는 시지역이 높은 것으로 나타났다.

케어매니지먼트의 중요도 인식의 경우, 업무별로는 재가노인지원서비스가, 역할별로는 최고관리자・기관장 및 사례관리자가, 지역별로는 시지역이 중요함을 크게 인식하고 있는 것으로 나타났다.

# Ⅴ. 결론

1. 연구결과의 요약 및 논의
2. 커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델제시
3. 정책적 제언
4. 연구의 제한점 및 후속연구

# Ⅴ. 결론

## 1. 연구결과의 요약 및 논의

본 연구에서는 충북지역의 재가노인복지센터를 중심으로 모델을 개발하는 것이 목적이다. 본 연구의 목적을 달성하기 위하여 연구내용의 결과를 종합하면 다음과 같다.

첫째, 설문 참여자의 대부분은 여성이었고 50대 이상의 연령이 많았다. 응답자에는 대학교 이상(초대졸 포함)의 학력을 가진 사람이 많았고, 근무연수는 평균 5.96년, 사례관리 업무 경력은 평균 3.89년이었다. 응답자들 중에는 노인돌봄기본서비스를 제공하는 사람이 가장 많았고, 역할별로는 생활관리사가 가장 많았다. 그리고 사례관리자는 평균 92사례라는 매우 많은 수의 사례를 관리하고 있었고, 이들이 생각하기에 적당한 수는 약 45명 정도로 나타났다. 반면 요양보호사는 평균 7명으로 가장 적은 사례를 담당하고 있었고, 이들이 생각하는 적당한 사례수도 약 7명 정도로 보고되었다. 한편, 응답자들은 시지역에서 근무하고 있는 사람들이 많았다.

둘째, 커뮤니티케어에 대해 주관적으로 가장 많이 알고 있다고 생각한 사람은 노인돌봄종합서비스를 제공하는 사람들이었다. 역할별로는 요양보호사가 가장 커뮤니티케어에 대해 많이 알고 있다고 보고하였다. 지역별로는 모두 보통 수준으로 대동소이하였다.

셋째, 커뮤니티케어의 핵심 키워드로는 연계와 돌봄이 선정되었다. 그러나 각 담당 업무, 역할, 지역으로 볼 때는 사례관리와 행정이 커뮤니티케어의 핵심 키워드로 선정되었다.

넷째, 자신이 근무하는 기관의 지역사회 관계・교류・연계 정도에서는 전체 응답자나 담당 업무별, 역할별, 지역별 모두 보통이나 보통 수준 이하의 점수를 보고하였다. 즉, 각 서비스 제공자 들은 자신의 기관이 지역사회에 평균보다 덜 연계, 교류하고 있다고 지각하였다.

다섯째, 주관적인 사례관리 이해 및 수행능력정도에서는 기타 업무를 제외하고 노인돌봄기본서비스를 제공하는 응답자가 가장 높게 나타났다. 역할별로는 생활관리사가, 지역별로는 군지역이 높게 나타났다. 각 기관의 누적 자원봉사자 수는 31-50명이 가장 많이 보고되었다.

여섯째, 업무 부하량에서는 담당 업무별의 경우 재가노인지원서비스 제공자가, 역할별로는 최고관리자・기관장이, 지역별로는 시지역이 높은 것으로 나타났다. 교육 요구도에서는 담당 업무별의 경우 재가노인지원서비스 제공자가, 역할별로는 사례관리자가, 지역별로는 시지역이 높은 것으로 나타났다. 소속 기관의 커뮤니티케어 중요도에서는 담당 업무별의 경우 기타 업무자가, 역할별로는 최고관리자・기관장이, 지역별로는 시지역이

높은 것으로 나타났다. 케어매니지먼트의 중요도 인식의 경우, 업무별로는 재가노인지원 서비스가, 역할별로는 최고관리자·기관장 및 사례관리자가, 지역별로는 시지역이 중요함을 크게 인식하고 있는 것으로 나타났다.

## 2. 커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델제시

1) 충북재가노인복지협회 중심의 자원체계

충북지역 재가노인의 커뮤니티케어 활성화를 위하여 민·관의 협력이 필요할 뿐만 아니라 구심점 역할을 하는 기관의 선정 및 협력기관과의 네트워크 체계를 강화할 필요가 있다. 따라서 충북재가노인복지협회가 재가노인을 돌보는 현장 중심의 체계를 구축하면 현장을 뒷받침하는 꽃동네대학교는 이와 연계하여 대학교 본래의 기능인 연구기능, 교육기능, 재학생들의 봉사, 연수, 실습 등을 활용한 대상자별 맞춤돌봄서비스를 제공할 수 있겠다. 이는 그림 11에 제시되어 있다.

충북재가노인복지협회가 중심이 되는 자원체계는 협회가 중심이 되어 노인복지 프로그램 지원, 인지향상 프로그램 지원, 이용(통소)형 주간보호 가족담당, 푸드뱅크 전문상담서비스 지원, 건강증진서비스 등을 핵심적으로 지원한다. 이러한 프로그램을 지원하는 데에는 꽃동네대학교의 연구, 교육, 학생 참여 등이 지원되어야 한다.

법적인 체계로는 노인복지법과 장기요양보험법이 있으며, 지원체계로는 공공과 민간으로 구분하여 제공한다. 공공과 민간의 구분은 제도적인 것이냐 실천적인 것이냐로 구분할 수 있다. 즉 공공은 주거환경개선, 요양원, 성년후견인 등의 서비스가 있으며, 민간은 각종 상담, 안전확인, 자원봉사자 지원 등이 있다.

이러한 체계가 유기적으로 작용하면서 충북재가노인복지협회가 원만한 자원체계를 구축하여 커뮤니티케어를 지원할 수 있다고 생각한다.

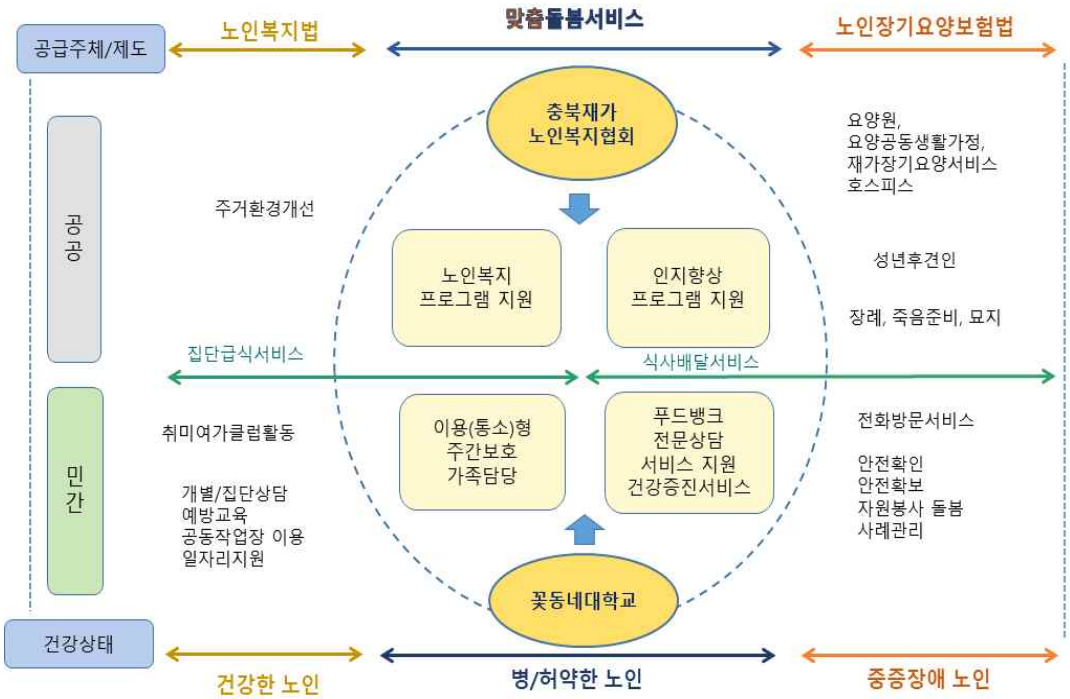
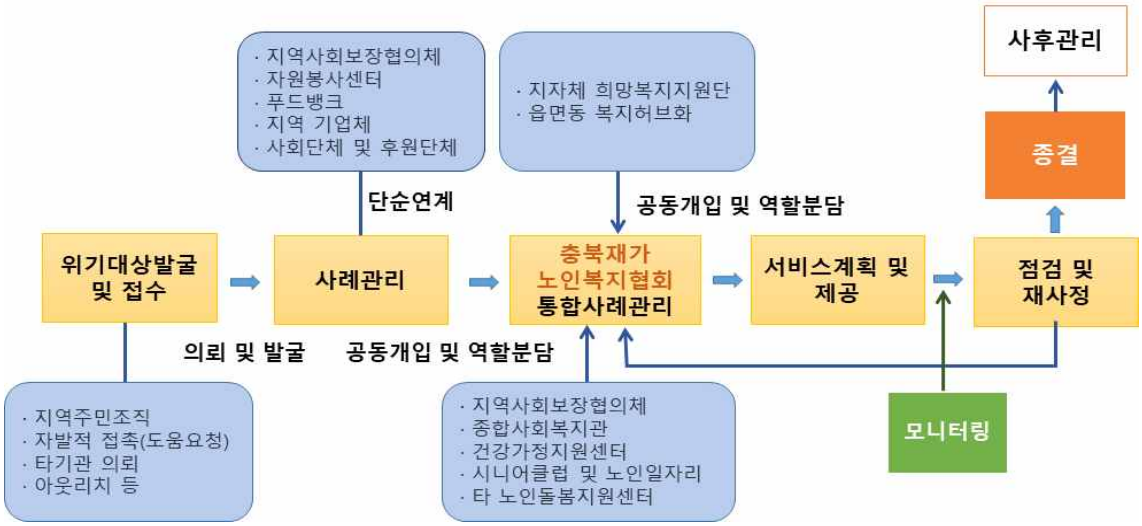



그림 11. 충북재가노인복지협회 중심의 자원체계도

2) 커뮤니티케어를 위한 충북재가노인협회의 통합사례관리 모델

커뮤니티케어를 위한 통합사례관리는 어느 정도, 어디까지, 어떤 방법으로 활용하느냐에 따라서 충북지역의 커뮤니티케어 성공여부를 알 수 있을 것이다. 사실은 지금까지 각 지역사회의 사례관리를 재가노인복지협회가 지속적으로 담당해 왔다. 다만 사례관리를 하기 위해서는 그에 상당하는 서비스의 연계(Network), 지원(Support), 조정(coordinate) 등 어느 정도의 권한을 가져야 하며, 이러한 권한을 통하여 사례관리를 원활하게 할 수 있다. 즉 재가노인복지센터는 실질적으로 사례의 발견(발굴)과 접수, 개별사례관리, 이것을 모두 합한 통합사례관리, 서비스제공 계획 및 제공, 점검 및 재사정의 과정을 거친다. 조사결과에서 나타난 응답자들은 학력, 경력 등에서는 문제가 없을 것으로 판단하지만 평균 92사례는 너무 많은 사례이며, 지역사회 관계・교류・연계 정도에서는 보통이나 보통 수준 이하의 점수를 나타냈다. 물론 이러한 체계를 거치면서 전체적으로 외부와 협력과 협치를 통하지 않으면 원활하고 질 높은 서비스의 제공이 어렵게 된다. 아래의 그림 12는 이러한 체계를 전체적으로 개념화한 것이다.




<그림 12> 충북재가노인복지협회 통합사례관리 모델

## 3. 정책적 제언

본 연구결과를 바탕으로 새롭게 추진되고 있는 치매국가책임제, 사회서비스원, 커뮤니티케어 추진과 함께 노인돌봄체계 개편에 따른 노인맞춤돌봄서비스를 2020년에 시행이 준비되고 있는 시점에서 충북재가노인을 위한 커뮤니티케어에 대한 내용들에 대한 정책제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 충북지역 커뮤니티케어 네트워크 구축을 위한 지역공동체 실현이 필요하다. 지역공동체 실현은 이웃이 이웃을 돌볼 수 있는 것이 무엇보다 중요하다. 이를 위한 재가노인과 밀접한 주민, 직능단체, 통장, 집배원, 보호자, 공무원, 복지기관, 학교와 같은 다양한 대표적인 기관과 단체들을 통한 인식개선과 홍보와 교육을 강화해 나감으로써 이웃이 이웃을 돌보는 전통적인 지역공동체 실현을 강화해 나가야 한다. 그리고 공동체 인식개선에 대한 부분에서 특히, 도지사, 시장, 군수, 기관 단체장 등의 리더들이 앞장서서 공동체 실현에 대한 인식개선과 홍보를 할 수 있도록 하여야 하며, 지역공동체 실현을 위한 교육을 더욱 강화해 나가야 할 것이다.

둘째, 충북재가노인을 위한 커뮤니티케어를 위한 지역별 전체적인 흐름도에 따른 시스템구축 강화를 위한 점검이 필요하다. 이를 통해서 각 시·군별 민·관 협력 및 기존 기관에서의 통합사례관리 협력 시스템구축이 강화되어야 한다. 각 시·군별 민·관의 중·장기적인 역할들에 따른 시스템 구축의 강화가 필요하며, 중심 역할 기관과 각 기관의 역할과 정보 및 자원조사를 통해서 시군별 네트워크 조직을 보다 세밀하게 점검하여 협력체계를 강화해 나가야 할 것이다. 청주시를 예를 들면 청주행복네트워크를 중심으로 직능단체별 협회와 기관별 네트워크 조직과 협력체계 점검이 필요하다. 이를 토대

로 민·관 협력의 청주행복네트워크의 구심점 역할을 점검하고, 협의회, 협의체, 복지재단과의 청주시 전체에서의 역할과 기능을 나누어 협력체계를 구성하여야 한다. 아울러 민·관협력 하에 민과 관의 기관들의 역할을 명확히 구분하여 유기적 협력체계를 구성하여 운영하여야 한다. 즉 각 시·군 지역도 협의회, 협의체, 지역별 네트워크 조직의 구심점 역할 기관을 중심으로 각 기관별 연계 흐름도에 따른 시스템 구축을 강화해 나가야 한다.

셋째, 충북지역 커뮤니티케어의 중·장기적인 방향과 안정적인 제도 정착화를 위한 조례를 제정하여야 한다. 재가노인복지의 진화로서 커뮤니티케어의 개념은 다양하지만 동일한 개념으로 기존사업에서의 확대 및 개편을 통한 재가노인이 지역사회에 거주하면서 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활지원의 서비스들에 대한 확대 및 개편을 통한 민·관의 협치 및 통합체계를 만들어 나가야 한다. 그리하여 앞으로의 방향에서 영국, 미국, 일본의 사례와 같은 구체적인 통합이 되는 마을 공동체 시스템을 구축해 나가는데 따른 예산지원과 충북지역의 특성을 반영한 로드맵을 단계적으로 진행할 수 있도록 하여야 한다.

즉 보건복지부에서 반영되지 못하는 지역별 고유성이 강조되는 특화사업과 필요한 인력충원 및 종사자 처우개선 부분과 기존의 협력 네트워크 조직을 더욱 강화하는 예산지원과 사업 지원을 도모하여야 하겠다. 또한, 충북지역 재가노인 생활실태 조사를 정례화하며, 사례관리를 진행하는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 사회복지기관들과 재가노인지원서비스기관과 장기요양기관과의 연속성이 있는 통합사례관리시스템 구축이 조례에 반영되어야 하겠다. 아울러 30여년간 재가노인이 지역사회에서 함께 살 수 있도록 복지사각지대가 없도록 예방적 복지와 통합사례관리를 수행하고 있는 충북재가노인복지협회 재가노인지원 수행기관의 전문성을 더욱 강화하기 위한 합리적인 시·군 조례 제정이 필요하다. 이를 통해서 노인맞춤돌봄서스와의 협력체계를 구축하여, 노인돌봄통합의 시너지 효과와 함께, 더욱 촘촘한 복지사각지대가 없는 민·관통합사례관리 체계 구축을 강화하여, 충북지역 재가노인을 위한 커뮤니티케어가 제대로 정착되도록 하여야 한다.

넷째, 맞춤돌봄 통합서비스의 다각화와 통합사례관리를 통한 재가노인 연계프로그램을 활성화 해 나가야 한다. 돌봄서비스의 다각화를 위해서는 각 사회복지기관들의 지역별 권역과 인프라에 따른 서비스제공의 양적 질적 차이 및 농촌지역의 서비스가 부재할 우려가 있다. 서비스 제공의 상향평준화를 도모하기 위한 보건의료 영역과 주거복지와의 연계체계를 강화하는 민·관 통합사례관리 및 연계를 통한 서비스 제공이 이루어져야 한다. 아울러 재가노인지원서비스와 노인맞춤돌봄서스 및 지역별 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 통합사례관리를 하고 있는 기관들의 연계 프로그램 활성화와 효율적인 서비스 제공이 이루어져야 한다. 이를 바탕으로 기관별 전문성이 있는 다양한

프로그램과 자원을 연결하여 서비스의 다각화와 재가노인을 위한 기관의 특성을 반영한 맞춤프로그램을 개발해 나가야 한다. 또한, 지역별 시설인프라 및 자원에 대한 서비스 제공과 농촌지역의 재가노인서비스를 강화하는 인프라 구축과 프로그램을 다양하게 개발하여야 할 것이다. 이를 위해서는 대상자 분류 기준이 명확하게 제시되어야 하고, 노인돌봄통합 서비스의 사례관리에 대한 가족돌봄, 경제, 건강, 보건의료, 주거, 환경 등의 종합적인 서비스가 제공되도록 하여야 한다. 또한 노인돌봄 민·관통합사례관리에 대한 부분을 먼저 서비스 다각화 이전에 좀 더 면밀하게 검토하여 조례나 지침, 매뉴얼 등에서 제시되어야 한다. 그리하여 보건복지 수요파악과 공적서비스나 민간복지자원의 발굴과 연계를 활성화하여 맞춤돌봄 통합서비스 제공을 위한 통합사례관리에서의 서비스가 다양하게 연계되어야 한다.

다섯째, 팀 접근 통합사례관리에 대한 전문기관으로서의 역할과 전문역량 강화를 위해 노력하여야 한다. 사례관리가 핵심인 기관들에서 사례관리 대상자에 따른 통합사례관리를 강화하기 위해서는 행정기관과 사업수행기관과 지역대학과의 협력이 무엇보다 중요하다. 아울러 민·관 통합사례관리의 한계를 뛰어넘는 지속적인 동기부여와 행정기관과 지역대학의 협력을 통한 교육 매뉴얼 개발들을 통해서 기관에서의 사회복지 가치실현과 복지마인드 강화와 함께, 사례관리자 특성을 반영한 교육을 체계화 해 나가야 하겠다. 통합사례관리를 위한 이론적 현장기술 실천에 있어서, 현장경험이 풍부한 슈퍼바이저와 지역대학의 사회복지학과와 연계한 교육 및 스터디 학습 조직을 통한 전문적인 역량강화를 위해 노력하여야 하겠다. 이를 바탕으로 민·관 통합사례관리의 기반을 다지고, 팀 접근 통합사례관리의 중요성과 기관별 연계성 및 신속성을 강화하기 위한 전문역량 강화를 위해 더욱 노력하여야 한다. 아울러 지역대학 사회복지학과의 산학협력을 더욱 강화하여 사회복지 현장에 대한 연구가 더욱 활성화될 수 있는 장을 마련하고, 예비사회복지사들의 현장중심의 전문역량 강화를 위한 사회복지실습과 봉사활동 및 연수 프로그램을 함께 모색하여야 한다. 이를 통해서 지역사회 기관들과의 교류를 더욱 활성화하여 현장에 대한 교육프로그램을 함께 개발하고, 예비사회복지사로서 전문적 자질 함양을 사전에 도모하도록 하여야 한다.

여섯째, 충북지역 재가노인의 복지사각지대가 없는 노인돌봄통합서비스의 예방적 체계구축이 되어야 하겠다. 커뮤니티케어를 새로운 개념이나 신규기관을 신설하고, 사업을 확대해 나가는 것이 아니라, 시·군별 기존기관에 대한 사업 확대 및 통합사례관리 구축을 통해서 사각지대 및 누락, 서비스 중복, 서비스 분절이 되지 않도록 하여야 하겠다. 이를 위해 충청북도 및 시·군별 중·장기 계획에 대한 실행계획을 구체화하고, 앞으로 시행될 노인맞춤돌봄서비스의 안정적 정착화를 위한 기존 기관과의 역할정립을 위한 네트워크 협력을 강화해 나가야 하겠다. 아울러 커뮤니티케어 정착화를 보완하기 위한 4차 산업혁명의 도구 적용 및 정보통신 기술을 활용한 장비 등으로 노인돌봄통합관

리시스템 구축도 적극적으로 모색하여야 하겠다. 또한 충북지역 재가노인 사업수행 기관들에 대한 지속적인 모니터링을 실시하고, 사업의 성과와 평가를 통해서, 기관의 서열에 대한 부분보다 기관별, 권역별, 지역별 서비스의 상향평준화를 위한 컨설팅을 적극 추진하여야 하겠다.

본 연구는 충북지역 재가노인을 통합사례관리 체계에서 예방적 복지를 통한 기관과의 협력방안과 복지사각지대를 예방하고 커뮤니티케어의 실현을 위한 연구로서 노인돌봄통합의 지역공동체 형성을 위한 연구에 의의가 있다. 앞으로 고령친화 커뮤니티 분위기 조성 방안과 함께 충북지역의 재가노인 커뮤니티케어 정착화를 위해 사회복지기관들과 민·관 협력방안 및 역할과 기능에 대해 좀 더 세부적인 연구가 필요하다.

## 4. 연구의 제한점 및 후속연구

본 연구에서의 제한점 및 제언은 다음과 같다.

첫째, 충청북도 소재 26개 노인복지 관련 기관 종사자 440명을 대상으로 연구했지만 대부분이 노인돌봄기본서비스를 제공하는 기관이 많아 노인복지 관련 종사자 전체를 대표하는 연구로 보기 어려운 부분이 있다. 노인 돌봄 기본과 노인돌봄종합서비스가 노인복지서비스의 가장 직접적이고 작은 단위임을 고려할 때, 본 연구의 결과가 실질적 서비스 제공자들의 사정을 적절히 대변했다고 볼 수도 있지만, 충청북도의 매니지먼트 케어 시스템 전체를 조망하는 입장에서는 이들의 대변만으로는 다소 연구 참여자나 기관의 폭이 좁다고도 볼 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 노인복지관 및 재가노인시설 등으로 더 연구 참여자를 확대 모집해야 할 것으로 사료된다.

둘째, 본 연구에서 가장 많은 수를 차지했던 노인 돌봄 기본 및 노인돌봄종합서비스 제공자들의 연령과 그에 따른 집중력을 고려할 때, 많은 수의 문항이 설문지에 사용되지 못하였다. 자세하고 구체적인 상황 및 욕구 등을 파악하기 위해서는 서비스 제공 과정의 세분화와 그것에 대응하는 문항이 필요하다. 이를 위해서 본 연구자들은 세분화된 문항을 만들고 이를 예비 설문지로 만들었는데, 이를 받아본 대다수의 서비스 제공자들로부터 문항 수가 많고 내용이 어렵다는 피드백을 들어 이를 부득이하게 단순화 시켜야 했었다. 서비스 제공자의 학력 역시 고졸이 가장 많은 상황에서 케어매니지먼트에 대한 학문적 의견과 서비스 제공에 대한 자세한 의견을 묻는 것이 그들에게 다소 어렵게 느껴졌던 것 같다. 이에 케어매니지먼트의 시행 과정에 대한 자세한 탐색과 그에 따른 제언이 제공되지 못했던 것이 본 연구의 한계라 할 수 있다.

셋째, 케어매니지먼트에 대한 논의가 비교적 오래전부터 있어왔지만, 이에 대한 연구는 실질적으로 전국적으로 그리 많지 않은 상황이다. 최근 ‘경기도형 커뮤니티케어 시스템 구축 및 운영방안 연구’가 있었지만, 그 전에는 그 정도 수준의 연구를 한 지역

이 없었다. 이는 국내 선행 연구나 자료의 부족을 의미한다. 즉, 학술적 연구가 아닌, 지역의 특성을 활용한 실증적 연구가 부족하다. 따라서 본 연구는 전무하다시피 한 커뮤니티케어 실증 연구 중 하나가 될 것이고, 이는 추후 연구의 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다. 이는 본 연구가 보다 구체적인 후속 연구의 예비 연구적 속성을 갖는다는 것으로도 볼 수 있다.

본 연구 결과를 고려해 볼 때, 다음과 같은 것도 권유한다.

첫째, 충청북도만의 커뮤니티케어 시스템을 정착시킬 때 각 하위 기관의 분명한 역할 정립이 필요해 보인다. 재가 노인 기관이나 노인 돌봄 기본, 노인돌봄종합서비스 기관 등의 유기적인 연관과 효율적인 서비스 제공 프로세스가 필요하므로, 이들의 서비스 내용 역할 정립과 서로 도움을 받을 수 있는 인프라의 구성 등이 명확하게 명문화되고 시험 서비스를 통해 검증되어야 할 것이다.

둘째, 관례 조례제정이 필요해 보인다. 서비스 제공시 공공기관과 유사 지역 기관의 협력, 알력이 발생할 수 있는데, 이에 대한 분명한 역할 정립과 효율적 서비스 제공을 위해서는 관련 조례나 규정, 법규의 제정이 필요할 것으로 보인다.

셋째, 충청북도 커뮤니티케어 형태에 적합한 사례관리 업무 과정과 그것의 구체적 시행 매뉴얼의 제작, 교육이 필요할 것으로 보인다. 본 연구 결과에서도 나타난바와 같이 서비스 제공자들은 교육에 대해 높은 수요를 보이고 있다. 더불어 지역사회의 역할이 커지는 만큼 지역의 자원을 더 개발하여 사례관리에 적용할 수 있게 하는 것도 필요해 보인다. 또한 현장 사례관리자들의 사례관리 업무 보수교육을 강화하고 업무 시 발생할 수 있는 여러 윤리적, 실무적 어려움에 대한 대처 매뉴얼의 제작도 커뮤니티케어 시스템의 안정적 정착에 도움을 줄 것으로 사료된다.

넷째, 공공기관과 지역사회 민간기관의 유기적 연계와 역할 재정비가 필요할 수 있겠다. 공공기관에서 모든 서비스를 제공하지 못하므로, 지역사회 민간기관을 재검증하고 그중 건전성이 높은 기관을 중심으로 서비스 제공의 유기적 협력과 그에 따른 상승효과를 기대해야 할 것이다. 이러한 의미에서 공공기관 역시 커뮤니티케어에 대한 집행체계 재정비가 필요할 것으로 사료된다.

다섯째, 효과적 의료서비스 제공에 대한 직무 개발이 필요해 보인다. 연령이 증가할 경우 그만큼 클라이언트의 병원 방문 빈도가 높아질 것이므로, 클라이언트들의 상태에 기민하게 맞추어 의료서비스를 제공하는 전문 의료서비스 전달 직무를 개발하는 것이 필요하겠다.

여섯째, 커뮤니티케어에 대한 단일 연구가 아닌, 보다 긴 계획과 구체적인 목표, 전략을 실현시키기 위한 중장기 커뮤니티케어 연구가 필요할 것으로 보인다. 이는 시·도, 시·군·구 등에 따라 구체적으로 시행되어야 하겠고, 이들의 유기적 연결 시스템에 대한 연구 또한 독립적으로 시행되어야 하겠다. 그리고 이 과정에서 각 공공기관 및 지역

단체의 관계자, 담당자들의 의견 수렴 및 논의 과정도 필요할 것으로 사료된다.

일곱째, 성과지표에 대한 개발도 필요할 것으로 보인다. 보다 객관적인 사업 달성 및 시스템 운영의 건정성 파악을 위해 커뮤니티케어에 대한 각 지표를 개발하여 이들만으로도 직관적으로 상태를 파악하고 쉽게 평가 및 진단할 수 있게 하는 것이 필요하겠다. 이는 시스템의 비효과적, 비효율적 운영 파악과 빠른 대처에 도움이 될 것으로 사료된다.

여덟째, 커뮤니티케어 시스템 운영에 대한 감독 체계가 있어야 할 것으로 보인다. 충청북도의 커뮤니티케어 시스템은 이제 연구 단계를 거쳐 시범 사업 단계로 넘어갈 상황이기에, 커뮤니티케어의 운영 상태, 구체적인 사안 등을 조사, 감시하여 당초 계획대로 시스템이 잘 작동하고 있는지 등을 알려 줄 기구가 있어야 할 것으로 판단된다.

아홉째, 커뮤니티케어에 대한 인식개선과 홍보 활동이 필요할 것으로 보인다. 커뮤니티케어를 성공적으로 운영하기 위해서 지역사회의 인프라 강화, 공공 보건 및 의료의 연계, 서비스에 대한 적극적 알림이 필요해 보인다. 따라서 관련 기관의 노력과 함께 지역주민, 지역사회기관, 공공기관의 인식 개선과 지역사회주민들을 대상으로 한 홍보 및 교육이 필요할 것으로 사료된다.

열 번째, 커뮤니티케어는 단순 사례관리를 넘는 더 유기적이고 복잡한 서비스 전달과 제공 시스템을 요구한다. 따라서 각 상황에 따른 보건, 복지 수요를 파악하여 공공서비스나 민간 서비스의 기민한 연계, 맞춤형 서비스 제공을 위해 서비스들과 제공 과정에 대한 전산화가 필요해 보인다. 즉, 서비스가 더 효과적으로 운영될 수 있도록 하는 데이터베이스의 개발과 이 데이터를 효과적으로 사용할 수 있게 하는 전산 프로그램이 필요하겠다.

# <참고문헌>


공선희 (2015). 영국의 커뮤니티케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로. 한국노년학, 35(1), 79-98.

김동배 (1995), “노인 보건의료와 사회복지서비스의 통합”, 박재간 외편, 『고령화사회의 위기와 도전』, 나남출판.

김용득 (2005). 영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서비스에 대한 함의. 한국사회복지학, 57(3), 363-387.

김용득 (2018). “자립과 상호의존 융합의 커뮤니티케어”, 경기복지재단 콜로키움 발표자료.

경주희망나눔센터 (홈페이지 www.ssngj.or.kr)

박용순 등(2007). “노인장기요양보험제도가 사회복지서비스에 미칠 영향”, 보건복지부 연구보고서.

박정선 (2018). 영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제. 사회복지법제학회, 9(3), 182-208.

보건복지부 커뮤니티케어추진단 (2018). “지역사회중심 복지구현을 위한 커뮤니티케어 추진방향”, (2018.6.7.).

보건복지부 (2018). “2018 노인복지시설 현황”(2017.12.31.기준)

보건복지부 (2018). “2018년 희망복지지원단 업무안내”

보건복지부 (2018). “제2차 장기요양기본계획”

송보라 (2017). 외국의 노인복지 제도 비교를 통한 우리나라 노인복지 발전방안 연구. 가천대학교 사회정책대학원 석사학위 논문.

오정수 (1994). 영국에서의 커뮤니티케어의 발전과 평가. 한국사회복지학, 24, 199-219.

이규식 (2019). 커뮤니티케어 1 기본이론. 건강복지정책연구원 Issue paper, 41(1), 1-23.

이정연 (2010). 노인복지정책이 개선방안에 관한 연구. 한양대학교 산업경영디자인 대학원 석사학위 논문.

조영민 (2018). 미국의 가정 및 지역사회 기반서비스 현황. 복지이슈 Today, 64, 12.

조추용 (1997), “보건복지의 연계・통합에 관한 고찰”, 한국노년학회, 『한국노년학』, 17(1), 74-93.

조추용 (2014), “일본의 지역포괄지원시스템 운영과 케어매니지먼트”, 『사회과학연구』, 한남대학교 사회과학연구소, 23, 67-97.

조추용 (2018). “장기요양기본계획과 인재양성방안에 관한 연구”, 한국케어매니지먼트학회 춘계학술대회발표. 143-168

조추용, 김양이, 윤은경 (2015). 노인복지론, 창지사.

조추용, 김양이, 황미경 (2017), 지역사회복지론, 양서원.

조추용, 임정미 (2012). “일본 지역포괄지원센터에서 사회복지사의 역할에 관한 연구”, 복지행정논총, 한국복지행정학회, 22(1), 1-41.

조추용, 정윤태 (2010). “일본 개호보험의 개혁과 예방급여로서 지역포괄지원센터의 역할”, 한국케어매니지먼트연구, 5(1), 23-56.

청주행복네트워크 (홈페이지 www.cwhappy.net)

鎌田ケイ子 (1993). “看護と介護”, 佐藤智・古瀬徹 編, 『長壽社會のトータルケアく長壽社會總合講座⑤>』, 第一法規.

運營通知 (2007).“地域包括支援センター設置運營について“, 厚生勞働省老健局計劃課長.

厚生勞働省 (地域包括支援センター運營の手引編集委員會) (2008). 『地域包括支援センター運營の手引』, 中央法規.

Burau, V. & Kroger, T. (2004). The local and the national in community care. *Social Policy and Administration, 38*(7), 793-810.

[부록 1]

## 커뮤니티케어의 충북재가노인복지 모델 연구를 위한 설문지

안녕하십니까?

본 조사연구는 “커뮤니티케어의 충북재가노인복지 모델 연구”로서 충북사회복지협의회와 꽃동네대학교의 지원으로 추진하는 것입니다.

본 조사연구의 목적은 충북지역의 재가노인복지센터를 중심으로 모델을 개발하는 것입니다.

따라서 설문은 비교적 정확하고 상세하게 적어주시면 감사하겠습니다. 혹시 궁금하시면 충북재가노인복지협회나 저에게 전화, 문자, 이메일 등으로 연락주시면 상세하게 안내해 드리겠습니다. 바쁘시더라도 잠시 시간을 내어서 응답해 주시면 감사하겠습니다.

설문의 내용은 설문하신 개인에게 통계법상 어떠한 불이익도 없으며, 설문에 응해주신 것으로 본 연구에 동의해 주신 것으로 간주합니다. 더운 여름에 건강에 유의하시고, 늘 하시는 일들이 만사형통하시기 바랍니다. 감사합니다.

2019.07.15.

연구책임자 조추용 드림
연락처: 010-2460-1188, 043-270-0127, ccy1315@naver.com

1. 귀하의 성별은 무엇입니까?
① 남 ② 여

2. 귀하의 연령은 무엇입니까?
① 20대 이하 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 이상

3. 귀하의 학력은 무엇입니까?
① 고졸 ② 전문대졸 ③ 대학졸 ④ 대학원 이상

4. 귀하의 사회복지 기관 총 근무연수를 적어주세요.
( 년 개월)

5. 귀하의 사례관리 업무 경력을 적어주세요.
( 년 개월)

6. 귀하가 담당하는・소속된 업무는 무엇입니까(중복 체크 가능)?
① 재가노인지원서비스 ② 노인돌봄기본 ③ 노인돌봄종합 ④ 기타( )

7. 현 부서의 역할(지위)은?
① 최고 관리자・기관장 ② 사례관리자(슈퍼바이저, 사회복지사) ③ 생활관리사
④ 요양보호사 ⑤ 기타( )

8. 귀하가 담당하고 있는 사례 수는 몇 명입니까?
( )명

9. 귀하가 생각하시기에 몇 명의 사례가 적당하다 생각하십니까?
( )명

10. 귀 기관의 위치는 ① 시지역 ② 군지역

11. 귀하는 '커뮤니티케어'에 대해 얼마나 알고 계십니까?
① 전혀 모른다. ② 약간 알고 있다. ③ 보통이다
④ 조금 많이 알고 있다. ⑤ 아주 잘 알고 있다.

12. 귀하는 커뮤니티케어와 관련된 핵심 키워드가 무엇이라고 생각합니까?
① 사례관리 ② 행정중심 ③ 돌봄 ④ 효율(효과)성 ⑤ 연계

13. 귀하가 근무하시는 기관은 지역사회와 관계・교류・연계 등이 활발하다고 생각합니까?
① 매우 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통이다.
④ 약간 그렇다. ⑤ 매우 그렇다.

14. 주관적으로 생각하기에 귀하는 '케어 및 사례관리의 전반적인 이해와 수행능력'이 어느 정도라고 생각합니까?
① 매우 뛰어나지 않다. ② 뛰어나지 않다. ③ 보통이다.
④ 뛰어나다. ⑤ 매우 뛰어나다.

15. 귀 기관에서 최근 한 달간 활동한 누적 자원봉사자는 몇 명입니까?
① 10명 이하 ② 11-30명 ③ 31-50명 ④ 51-100명 ⑤ 101명 이상

Ⅰ. 다음 문항 내용을 읽고 귀하의 의견과 일치하는 곳에 ‘V’ 표 해 주시기 바랍니다.

| 번호 | 내용 | 전혀 그렇지 않다 | 약간 그렇지 않다 | 보통이다 | 약간 그렇다 | 매우 그렇다 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 내가 통상적으로 하는 업무의 양은 많은 편이다. | | | | | |
| 2 | 내가 하는 행정 업무는 많은 편이다. | | | | | |
| 3 | 전반적으로 이 일을 하는데 일손(인력)이 부족한 편이다. | | | | | |
| 4 | 업무 중에 이용자의 가족들과 갈등이 많이 발생한다. | | | | | |
| 5 | 슈퍼바이저(관리자)는 나를 충분히 슈퍼비전·지도·관리·감독을 해준다. | | | | | |
| 6 | 서비스를 제공 할 때 안전하다고 느낀다. | | | | | |
| 7 | 이 일을 하는데 있어 재무회계교육이 필요하다. | | | | | |
| 8 | 이 일을 하는데 있어 상담교육이 필요하다. | | | | | |
| 9 | 이 일을 하는데 있어 프로포절 작성법 교육이 필요하다. | | | | | |
| 10 | 이 일을 하는데 있어 모금방법 교육이 필요하다. | | | | | |
| 11 | 이 일을 하는데 있어 안전관리 교육이 필요하다. | | | | | |
| 12 | 이 일을 하는데 있어 보장구활용 교육이 필요하다. | | | | | |
| 13 | 이 일을 하는데 있어 사례관리 교육이 필요하다. | | | | | |
| 14 | 우리 기관은 커뮤니티케어를 실현시키는데 중요한 기관이다. | | | | | |
| 15 | 우리 기관은 커뮤니티케어와 관련하여 노인복지서비스 제공의 핵심 기관으로써 중요하다. | | | | | |
| 16 | 우리 기관은 커뮤니티케어와 관련하여 노인돌봄의 파수꾼 역할로써 중요하다. | | | | | |
| 17 | 우리 기관은 커뮤니티케어와 관련하여 사례관리의 중심 역할로써 중요하다. | | | | | |

Ⅱ. 본 내용은 케어매니지먼트(사례관리) 사업에 대한 내용입니다. 문항을 읽어보시고 중요하다고 생각하는 정도에 V표 해 주시기 바랍니다.

| 번호 | 내용 | 전혀 그렇지 않다 | 약간 그렇지 않다 | 보통이다 | 약간 그렇다 | 매우 그렇다 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 대상자의 기본정보 파악 | | | | | |
| 2 | 문제 확인하기 | | | | | |
| 3 | 대상자와 관계 형성하기 | | | | | |
| 4 | 문제 해결 과정 설명하기 | | | | | |
| 5 | 대상자의 과거력 및 생활습관 확인하기 | | | | | |
| 6 | 질병 및 신체 기능상태 파악하기 | | | | | |
| 7 | 사회적 지지 자원 파악하기 | | | | | |
| 8 | 심리 및 인지기능, 심리적 욕구 파악하기 | | | | | |
| 9 | 안전위험 요인 확인하기 | | | | | |
| 10 | 가족의 욕구 확인하기 | | | | | |
| 11 | 클라이언트에게 필요한 정보 제공하기 | | | | | |
| 12 | 서비스 제공 방법 선정하고 설명해 주기 | | | | | |
| 13 | 대상자 및 가족 대변하기 | | | | | |
| 14 | 서비스 계획 수정에 대한 의견 확인하기 | | | | | |
| 15 | 대상자 상태 및 욕구변화 사정하기 | | | | | |
| 16 | 서비스 계획 목표달성 확인하기 | | | | | |
| 17 | 직원 교육하기 | | | | | |
| 18 | 업무수행 평가하기 | | | | | |
| 19 | 서비스 비용 관리하기 | | | | | |
| 20 | 홍보 및 마케팅 하기 | | | | | |
| 21 | 업무 관련 문서 작성하기 | | | | | |

[부록 2]

**설문지 기관 리스트**

| 기관명 | 재가 | 돌봄 기본 | 돌봄 종합 | 기타(지역사회 자원연계사업) | 총 |
|---|---|---|---|---|---|
| 산남노인 | 5 | | | | 5 |
| 영운 | 5 | | | | 5 |
| 우암 | 5 | | | | 5 |
| 청주노인 | 5 | | | | 5 |
| 상당 | 5 | | | 2 | 7 |
| 초정 | 5 | | | | 5 |
| 현양 | 5 | | | | 5 |
| 생거진천 | 5 | | | | 5 |
| 수가성 | 8 | 2 | | | 10 |
| 음성카리타스 | 5 | | | | 5 |
| 제천재가 | 5 | | | | 5 |
| 제천카리타스 | 5 | | | | 5 |
| 단양 | 4 | | | | 4 |
| 옥천 | 3 | 3 | 9 | | 15 |
| 제천노인 | 4 | | 1 | | 5 |
| 충주 | 6 | | | | 6 |
| 무지개 | 5 | | | | 5 |
| 보은군재가 | 6 | 33 | | | 39 |
| 삼보종합복지관 | | 21 | | | 21 |
| 청주시독거노인통합지원센터 | | 109 | 2 | | 111 |
| 충주카리타스 | | 57 | 8 | | 65 |
| 음성군재가 | 6 | | 18 | | 24 |
| 음성군복지관 | | 25 | | | 25 |
| 증평지역자활센터 | | | 12 | | 12 |
| 휴먼케어 | | | 37 | | 37 |
| 제천노인복지센터 | | | 4 | | 4 |
| 합계 | 97 | 250 | 91 | 2 | 440 |

**2019 충북사회복지 조사연구**

■ 인 쇄 일 : 2019년 10월 22일
■ 발 행 일 : 2019년 10월 27일
■ 발 행 인 : 김 영 석
■ 발 행 처 : 충청북도사회복지협의회
■ 주　　소 : 충북 청주시 흥덕구 공단로 87 충북종합사회복지센터 3층
■ 전화·팩스 : T. 043)234-0840 F. 043)234-0849
■ 홈페이지 : www.cwin.or.kr
* 판권소유 : 충청북도사회복지협의회
* 본 보고서의 내용은 저자의 서면 동의가 없이는 복제나 전제가 불가능함

# 2019. 충북사회복지 조사연구보고서

커뮤니티케어에서 충북재가노인복지협회의 모델 연구

www.cwin.or.kr

SSN 충청북도사회복지협의회