

노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰

김 찬 우
(가톨릭대학교)

본 연구의 목적은 시행 4년이 지난 노인장기요양보험제도의 실행에서 지속적으로 제기되고 있는 케어매니지먼트 도입과 서비스 관리에 대한 문제점을 파악하고 실질적인 한국형 케어매니지먼트 모델 도입 방안을 모색해 보는 것이다. 특히, 장기요양보험관련 재정의 압박을 받고 있는 OECD 국가들의 장기요양제도 하에서의 케어매니지먼트구축에 관해 종합적인 고찰을 해보고 우리나라 장기요양제도 실행에 케어매니지먼트 도입관련 정책적 제언을 제시하는 데 있다. 제도 실행 후 대상자 및 등급외자들에게 발생하는 상당한 문제점이 케어매니지먼트 도입부재에 있음에도 불구하고 도입방안에 대한 필요성, 실제 적용에서의 중앙 및 지방자치단체, 관리운영주체 및 서비스 제공자 간의 이견들을 짚어보았다. 이를 토대로 기본 방향 설정과 도입방향 등에 대해 지난 4~5년간의 문헌들을 중심으로 적용성을 살펴보았다. 본 연구결과 케어매니지먼트의 구성요소별로 적절한 사례 수를 70~80인 정도로 하고 소속주체별 대안으로 현재 인정조사가 건강보험공단에서 이루어진다는 제도 규정 안에서 지자체 및 서비스 공급자들 별 소속주체를 확립하여 표준이용계획서와 서비스 이용 및 모니터링 간의 실질적인 연계체계를 구축하는 케어매니지먼트 도입이 필요한 것으로 나타났다.

주요용어: 장기요양, 통합적 케어, 케어매니지먼트, 돌봄 서비스, 인정조사

본 연구는 가톨릭대학교 2010년 교비연구비 지원으로 이루어졌음.

본 연구는 2011년 한국케어매니지먼트 주제 발표 자료를 기초로 구성되었으나 최근 제도 변화에 맞게 수정하고 학술지 투고논문의 형식에 맞추어 재 수행되었음.

■ 투고일: 2013.1.31 ■ 수정일: 2013.3.13 ■ 게재확정일: 2013.3.26

I. 서론

노인장기요양보험제도와 케어매니지먼트에 대한 논의는 제도도입 직전에 활발히 제기되었으나 이후 정책개선 논의에서 점차 배제되었다. 2012년에 보건복지부에서 발표한 중장기 기본계획에서도 케어매니지먼트 도입에 대한 부분은 제외되어있다. 제도의 보다 안정적 발전을 위해서는 본격적인 논의가 다시 진행되어야만 한다. 본 연구는 특히 학계에서 자취를 감추고 있는 한국형 장기요양 케어매니지먼트에 대한 본격적인 재논의를 위해 진행되었다.

2008년 7월부터 실시된 노인장기요양보험제도는 제도 초기 3등급 이내 인정자의 비율이 큰 폭으로 증가하였으나 2010년 후반부터 2012년 7월까지 전체 노인인구의 5.7~5.8% 정도로 안정세를 보이고 있다. 2012년 7월 말 현재 전체 인정자는 329,941 명이고, 그 중 실제 이용자 수는 29만 명 정도로 나타나고 있다(국민건강보험공단, 2012). 전체 이용자의 37.5%(재가급여 이용자 186, 357명, 시설급여 이용자 111, 611명)는 요양시설을 이용하는 것으로 나타났다. 장기요양제도의 성과를 평가한 연구에서는 2011년까지 제도 이용자의 만족도나 사회적 성과부분에서는 대략 85% 이상이 전반적 서비스 수준에서 만족하고 있는 것으로 나타났고, 제도 실행 이후 수발자의 90% 가량이 기존에 노인수발로 제한된 시간을 여러 사회활동으로 바꾸고 있는 것으로 응답했다(박노옥 외, 2011).

문제는 이러한 외형적 수치상으로만 볼 때는 제도가 점차 정착되어 가는 추세로 볼 수도 있으나, 실제 국민의 노후 대비를 위한 사회적 돌봄 기능과 이용자 지원을 충실히 보장하고 있는가에 대해서는 지속적 비판이 있어왔다는 점이다(제갈현숙, 2009; 임정기 외, 2011). 현 제도에서는 케어매니지먼트 체계가 독립적으로 존재하지 않고 등급판정을 받은 경우 '표준장기요양이용계획서'를 제공하는 정도로만 그쳐 실제 이용지원이 부실하다는 평가를 받고 있다. 특히, 표준장기요양이용계획서의 작성을 위한 충분한 욕구 조사에도 부족하고, 계획서 이행 자체가 의무조항이 아니어서 이용자나 서비스 제공자의 활용도가 크게 낮다고 볼 수 있다. 이에 반해 일본의 개호보험제도에서는 케어매니저가 케어 플랜을 작성하여 보험자에게 의무적으로 보고하고, 이 케어플랜의 내용을 토대로 서비스가 제공 및 이용되고 있다(오세영, 2009).

특히 장기요양 제도는 그 제도의 특성상 의료, 보건, 간호 인력 중심의 의학적 케어

(medical care)와 사회복지와 비공식적 인력을 중심으로 한 수발적 케어(social care)의 통합적 노력이 전제되어야 함에도 불구하고 제도운영과 관리 및 전달체계에 대한 논의에서 케어매니지먼트 도입이 배제되어 이와 관련된 통합적 케어에 관한 학문적 논의가 부족하게 진행되어 왔다고 볼 수 있다. 케어매니저의 소속 및 행정적 지원 비용, 활용 체계 등에 대한 부담으로 인해 제도 초기부터 케어매니지먼트제도 도입이 점차 미루어져 왔으나 효율적 제도관리라는 측면에서는 케어매니지먼트를 중심으로 한 전달체계 및 이용체계의 개편이 절실한 상황이라 하겠다.

이러한 문제점에도 불구하고 제도 도입 이후 케어매니지먼트 관련 선행연구는 제도에서 케어매니지먼트가 배제됨으로 인해 점차 줄어들고 있다. 제도 출범 직전이나 도입 초기에는 케어매니지먼트 도입가능성을 염두에 두고 OECD 주요국의 사례에 대한 케어매니지먼트 연구(유재남, 2008)와 일본 개호보험에 대한 연구들이 다수 등장했었다(오세영, 2009; 김미숙, 2006; 김옥희 2006). 이러한 연구들은 선형국의 경험과 제도설계에 입각한 케어매니지먼트를 소개한 연구들이 대부분이었으며, 제도 출범 후 케어매니지먼트가 제도에서 제외되자 후속연구들은 제한되어 왔다. 임정기 외(2011)는 건강보험공단의 장기요양업무 종사자들의 케어매니지먼트에 관한 인식에 관한 연구를 통해 케어매니지먼트 관련 '표준장기요양이용계획서'의 현실적 활용에 대한 부분을 강조했으나 궁극적 대안으로 보기는 어렵다. 전반적으로 제도 출범 이후 케어매니지먼트 부재로 인한 정확한 문제점을 지적하고 한국형 대안을 제시하는 연구는 거의 전무한 실정이다.

2012년에 보건복지부에서 발표된 제1차 장기요양기본계획(보건복지부, 2012) 역시 대상자 확대, 서비스 품질 개선 및 전달체계 개편이라는 다소 추상적 중장기 목표만 제시되었을 뿐 케어매니지먼트 도입과 관련된 부분은 전혀 찾아볼 수 없다. 또 이용지원과 관련된 세부 내용에서도 기존의 '표준장기요양이용계획서'의 내실화 및 활용도 증가에만 초점을 두고 있어 이미 제도 실행 후 부실하게 운영되는 이용지원 및 표준장기요양이용계획서에는 큰 변화가 없을 것으로 예상된다. 대상자 규모 확대나 서비스 개발 및 보급이 이루어진다고 하더라도 이용자를 위한 서비스 간의 연계 및 통합 장치로서의 케어매니지먼트가 부재하다면, 현 제도의 근본적 문제점 개선 없이 재정만 확대되어 오히려 사회보험 기여층의 불신만 증가하게 할 뿐이다.

케어매니지먼트의 부재는 제도 대상자의 이용 뿐 아니라 등급외자 또는 등급탈락자 등에 대한 전반적 돌봄 서비스 지원에도 심각한 문제점을 보이고 있다. 제도 초기부터

3등급이외의 판정을 받은 등급A/B 판정자에게는 지방자치단체 차원의 돌봄 서비스를 제공하여 장기요양제도의 사각지대를 보완하는 방식(지역보건복지연계 사업)으로 운영 되어 왔다. 그러나 건강보험공단과 지자체 간의 연계를 실질적으로 담당할 인력 및 체계의 부재로 인해 노인이 장기요양등급을 받지 못하거나 기존 등급에서 탈락하면 필요한 돌봄 서비스가 바로 단절되는 현상이 발생한다.

이러한 맥락에서 본 연구에서 특히 다음 네 가지 사항에 대해 집중적인 논의가 이루어 지겠다. 첫째, 케어매니지먼트 도입 논의의 배경을 위해 노인장기요양제도의 환경과 케어매니지먼트 관련 제도의 현 적용 상황을 살펴보았다. 둘째, 케어매니지먼트의 실질적 부재로 인한 등급 내 대상과 등급외자의 돌봄 문제에 대해 진단해보았다. 셋째, OECD 국가의 장기요양제도 관련 케어매니지먼트 체계의 중요 영역을 살펴보았다. 케어매니지먼트 도입과 관련 주요 쟁점영역인 욕구조사방식, 사례 수, 소속기관 및 케어매니저의 영향력 등에 대해 부분별로 고찰해보았다. 이러한 고찰은 이상적인 케어매니지먼트 제공과 관련된 서비스 통합체계의 논의에 필수적인 이론적 근거 틀을 제시해 준다. 결론으로 이러한 문제 진단과 실제 제도의 환경에 맞는 장기요양보험제도의 실행에서 적합한 케어매니지먼트 도입방안을 검토해보았다.

II. 장기요양제도에서 케어매니지먼트 개념과 주요 구성 영역

1. 장기요양 관련 케어매니지먼트의 개념과 내용

케이스/케어매니지먼트는 장기요양제도의 통합적 케어의 논의에 있어 핵심적인 구성 요소이다. 특히 서비스 의뢰 및 조정을 중심으로 한 중계형 모델에 기반을 둔 전통적 케이스매니지먼트의 개념에서 재정과 전달체계의 통합에 초점을 둔 통합형 모델(consolidated model)인 케어매니지먼트로의 변화는 최근 OECD 국가의 통합적 케어 체계의 주요전략이다(김찬우, 2006).

장기요양 제도에서 케이스/케어매니지먼트는 1970년대에 이르러 사정, 케어 플랜 작성, 조정 및 연계 등을 통해 재가 요양 서비스를 클라이언트의 욕구에 맞추어 적절히 공급하는 프로그램으로 사례관리가 이용되면서 등장한다(Diwan, 1999). 미국 사례관리

협회(Case Management Society of America)는 사례관리를 클라이언트의 의료 및 요양 욕구에 맞추어 질 높고 비용효과적인 서비스를 가능한 자원들을 활용하여 제공하기 위한 사정, 계획 수립, 실행, 조정 및 평가 등의 총체적인 과정(collaborative process)으로 정의하였다. 또, White 와 Lubkin(1998)은 사례관리를 각 사례별(case-by-case)로 개인에게 적절하며 지속적인 서비스 제공을 보장하기 위해 현존하는 자원을 연결해주는 서비스 기능(service function)으로 정의하였다.

전통적인 사례관리의 개념과 사례관리보다 한층 복잡한 일련의 과정으로서의 케어매니지먼트 개념을 구분하려는 노력은 영국에서 본격적으로 논의 되었다. 양 개념의 정의에 대한 논의는 1990년대 초 Griffiths 보고서와 연이어 발간된 백서(White Paper)를 통한 영국정부의 의료 및 사회 복지 서비스 개혁의 중심 이슈 중 하나였다(Challis et al., 1995). 영국의 사회복지 감독청(Social Service Inspectorate) 및 복지 서비스 관할 당국(Social Work Services Group)에 의하면 케어매니지먼트는 클라이언트의 다양한 욕구에 부응하기 위한 케어 과정 및 케이스매니저에 의한 개입행동들을 포함하는 체계적인 대응으로서 정의된다(SSI/SWSG 1991). Challis 외(1995)는 사례관리가 케어 제공 전 지역의 서비스 제공자 간의 케어 연계를 강조하고 있는 반면, 케어매니지먼트는 한 지역 안의 케어 전달 수준과 관련된 개념으로 보았다. 이러한 개념상의 논의 등을 통해 영국 장기요양 정책에 명시된 케어매니지먼트의 개념을 정리하면 다음과 같다(Challis, 1995 재인용).

첫째, 주요 기능은 케어 서비스들의 연계 및 조정에 있다. 둘째, 기본 목적은 지속적이고 통합적인 케어 제공, 재가요양 기회의 증가 및 클라이언트의 복지증진 자원의 효율적 활용에 있다. 셋째, 핵심 업무 과정은 사례 발굴 및 검토, 사정, 케어 계획 작성, 모니터링 및 평가, 사례 종결로 볼 수 있다. 넷째, 케어매니지먼트의 주요대상은 의료·복지 서비스 및 장기요양 욕구를 가진 클라이언트이다. 다섯째, 주요 특성으로는 집중적인 개입, 서비스 폭의 확장, 장기간에 걸친 개입, 실천수준의 개입과 기관수준의 접근을 연계하는데 있다는 것이다.

이러한 개념에 대한 정의와 특성을 정리해보면 병원이나 시설 위주의 요양서비스와 대비되는 재가요양의 실천에 있어, 전통적인 사례관리 모형은 현 장기요양체계의 한 구성요소(a component)로서의 역할이 강조된 반면 케어매니지먼트는 케어 연속망 전체를 대상으로 하는 하나의 체계(a system)로 볼 수 있겠다(김찬우, 2005). 따라서 케어매

니지먼트 모델은 효과적이며 효율적인 통합적 장기요양 체계를 구축하기 위한 중심 요소 중의 하나로 인식되어지고 있음을 알 수 있다.

2. OECD 주요국의 장기요양 제도 케어매니지먼트 체계의 핵심영역

1990년대 이후 많은 OECD 국가들이 당면하는 장기요양과 관련된 가장 중요한 이슈인 재정지출 억제와 서비스 질 담보를 위한 비용 효율적 장기요양 서비스 제도에 대한 논의에서 통합적 장기요양제도 구축은 핵심적인 아젠다가 되었다(WHO, 2003). 장기요양제도와 관련된 케어매니지먼트는 여러 국가들에서 기존의 복지 및 의료 서비스 전달 체계에 맞춰 다양하게 진행되고 있다. 1990년대 이후 서비스의 탈시설화 및 재가요양의 강조로 장기요양 재정의 안정화에 주력해온 많은 OECD 국가들은 의료적 특성이 강한 요양서비스와 사회복지적 특성이 강한 요양서비스들 간의 연계 또는 통합 방식에 주목해 왔다. 본 연구에서는 특히 WHO 등에서 제시하는 통합적 케어의 한 축으로서의 케어매니지먼트를 구성영역별로 살펴보고 대안들을 짚어 보기로 하겠다.

WHO(2003)는 여러 가지 케어매니지먼트 관련 연구들에서 다양성을 보이는 7가지 요소들 - 대상자 선정(targeting), 케어매니저 일인당 사례 수(caseload size), 케어매니지먼트 담당기관(location of case management), 케어매니지먼트 실천유형, 케어매니저의 서비스 제공자에 대한 영향력, 케어매니지먼트 실천의 질 관리 및 표준, 케어매니지먼트 실천 과정상의 논리성 및 일치성 - 에 대해 제시하였다. 본 연구에서는 7가지 요소들 중 현재 한국의 노인장기요양보험제도와 특히 관련이 높은 다섯 가지 요소를 중점으로 논의해 보겠다. 특히 이 영역들은 각 국가별로 쟁점이 되는 부분으로 한국의 케어매니지먼트 도입 관련 논의에서도 핵심적 영역이라 할 수 있다.

가. 대상자 선정방식과 기준

케어매니지먼트의 대상에 대한 다양한 논의는 지속적으로 이루어져왔다. 우리나라의 장기요양보험제도는 일본, 독일과 유사하게 등급판정제도를 거쳐 그 대상을 선정하도록 되어 있고, 이 중 재가서비스를 받는 경우가 케어매니지먼트의 우선 대상이 된다. 영국의 경우 Audit Commission(1992)은 케어매니지먼트의 주요 대상을 네 집단으로 구분

했는데, 첫째, 입소시설서비스의 위험이 높은 집단, 둘째, 수발부담으로 인한 스트레스가 높은 수발자와 거주하는 집단, 셋째, 장기 시설입소로부터 재배치(지역사회복귀 포함)를 원하거나 필요한 집단, 마지막으로 와상이나 증상의 일시적 악화로 인한 집중적인 재가의료 및 요양서비스가 필요한 집단을 들 수 있다(김찬우, 2006). 또 미국에서의 20개 장기요양 시범사업에 대한 연구에서는 클라이언트의 대상자 선정기준이 크게 기능제약(functional impairment, 14개 사업), 요양시설 입소 위험(10개 사업), 요양시설에서 퇴소 가능성(8개 사업), 퇴원환자(7개 사업)으로 나타났다(National Institute on Community Based Long-term Care, US, 1988).

일본이나 독일과 같은 장기요양보험제도를 갖고 있는 국가에서는 평가판정 체계를 통해 일차적으로 대상자의 위험(욕구수준)을 정하고 케어매니지먼트(일본)나 서비스 지원체계로의 진입(독일) 대상자로 선정되고 있다(윤문구, 2005). 전반적으로 다양한 기준들이 케어매니지먼트에 적용되고 있으나 대상자 선정기준은 제도의 재정과 관련된 중요한 변수이므로 점차 많은 국가들이 장기요양서비스를 보다 공식적인 단일 체계로 가져가는 현 상황에서 대상자에 대한 평가판정 기준의 표준화에 관심을 갖고 있다. 따라서 어느 국가나 주요 대상은 시설입소 정도의 고위험 군이면서 재가서비스를 받고 있는 대상을 정하고 있다.

나. 사례 수(caseload size)

사례 수는 케어매니지먼트의 질과 실천유형에 핵심적인 요소이다. 케이스 수는 대상자 집단의 특성, 지속 기간 및 강도, 지리적 특성 등에 따라 다양해 질 수 있다(Challis et al., 1994) 특히 다음과 같은 다섯 가지 기준이 사례 수를 정하는 중요한 항목들로 볼 수 있다(National Institute on Community Based Long-term Care, US, 1988). 이 기준들로는 ①대상자 집단의 특성, ②케어 플랜의 복잡성이나 지역적 특성 (도시/농어촌 등), ③행정적 지원 정도, ④가능한 재가요양 서비스의 정도 및 책임성 및 ⑤재정지원에 대한 통제정도 들로 제시되어있다.

영국의 Thanet, Gateshead, Darlington 시범사업의 케어매니지먼트에서는 한 케어매니저 당 25~30인에 대한 케어매니지먼트가 이루어졌으며, 미국의 워싱턴 주에서는 고령자 케어 프로그램(aged care program)에서 50인 정도에게, 위스콘신 주의 Wisconsin Community

Option Program에서는 40인에게 실행되었다. 미국의 Applebaum과 Austin(1990)의 연구에서는 장기요양 서비스를 위해 35~38인 정도가 적당하다고 제시되었으며, follow-up, 모니터링 및 재평가 등의 강도에 따라 대략 30~50인 사이가 가능하다는 것이 케어매니저들의 서베이로 나타났다.

대체적으로 사례수와 효과적인 케어매니지먼트 실천과는 높은 관련성이 있음을 알 수 있으나 정확한 사례 수는 각 국가의 행정지원별로 차이가 클 수밖에 없다. 따라서 국가별로 장기요양 제도의 재원과 전달체계에 따라 탄력적인 적용을 해나가야 할 것이다.

다. 케어매니지먼트 담당기관(location of case management)

각 국가들의 케어매니지먼트 담당 기관은 차이가 크다. 또 한 국가 안에서도 케어매니지먼트의 유형에 따라 다양한 담당기관이 존재하고 있다. 담당기관들로는 공적 부서(지방자치단체의 복지 및 보건 담당 부서), 병원, 정신건강 팀, 일차진료기관, 독립 조직 및 개인자격의 케어매니저 등이 다양하게 나타난다. 의료체계까지 포함하는 경우 일차진료기관(국가별로 GP 또는 PHC 등)에서 담당하는 경우도 있다.

또한 담당기관은 서비스 모니터링, 질 관리, 서비스 수요관리 및 재정관리 등이 한 조직에서 가능한 체제인지 아니면 다양한 기관들이 개입하고 있는 지에 따라 국가별로 또는 제도별로 차이점을 보이고 있다. 한국의 노인장기요양보험제도에서는 관리운영주체로 국민건강보험공단을 두고 있지만 독일은 지방자치단체가 관리운영주체이므로 이러한 주체에서 케어매니저를 고용하여 관리하거나 별도의 단체(독일의 수발금고)를 두고 있으며, 일본처럼 개별주체로 특별한 소속이 없이 활동하게 하는 경우도 있다.

라. 케어매니지먼트 실천유형

학자나 실천대상에 따라 유형의 구분은 다양하나 장기요양과 관련된 케어매니지먼트에서는 앞서 언급되었듯이 사례관리유형을 크게 중계체계 모델(brokered system model)과 통합체계 모델(consolidated delivery model)로 구분할 수 있다(Estes & Close, 1998).

중계체계 모델은 앞서 언급되었던 전통적인 사례관리 모델을 의미하며 특히 케어조정과 연결기능에 초점을 둔다. 즉 산재한 자원들을 효과적 및 효율적으로 대상에게

연결시키는 지가 중요 관심사가 된다. 이 중계체계 모델은 key worker 또는 책임 사례관리자를 어떻게 구성하는 가에 따라 단일사례관리(single case management)와 팀 사례관리 모형으로 구분되기도 한다.

Key worker 중심의 사례관리는 영국의 사례관리제도에서 많이 나타나는 데, key worker의 주요역할로는 첫째, 지명된 key worker에 의한 개별화된 케어 플랜(individual plan of care) 작성 및 제공, 둘째, 클라이언트의 케어에 대한 책임성 강화, 마지막으로 클라이언트의 상황과 연계된 그들의 의사결정에 도움을 준다는 점이다(Mallison, 1995).

다음으로 통합체계 모델은 주관 서비스 기관 중심으로 다양한 서비스의 통합체를 구성하여, 이곳에 가입한 대상이 다양한 케어를 자신의 기능상태(또는 욕구정도)에 따라 통합적으로 제공받을 수 있는 제도이다. 통합체계 유형은 단지 기능적이나 물리적 통합 이상의 전달체계와 비용관리가 통합된 정도를 말한다. 지역사회에서 이 통합모델의 발달은 미국 PACE(Programs for All-Inclusive Care for Elders)경우 고 단위 비용의 시설 중심 장기요양 서비스의 비용절감 전략으로 대두되었다. 시설입소 정도의 중증 대상을 재가서비스 통합체계에서 관리하여 상대적으로 비용절감 효과를 볼 수 있게 되었다. 또, 케어의 만족도나 서비스 제공의 질 관리가 용이하다는 장점이 있다. 그러나 통합체계는 통합을 통해 연계 되는 인센티브가 낮을 경우 통합주체인 제공자가 운영의 위험을 갖게 된다는 단점이 있다.

통합체계 모델의 비용통제 전략은 인두제 방식의 예산집행 및 재정운영과 사례관리자나 케어매니저가 갖는 예산집행의 유연성(budget flexibility)을 들 수 있다. 인두제 방식에 의한 사례관리모형의 특징은 사례관리자의 담당 대상자 수만큼의 예산을 편성 받아 그 한도 안에서 사례관리를 통한 서비스 구입을 대상자의 욕구에 맞게 유연하게 집행해 나가는 것이다. 통합체계 모델의 핵심사항은 케어매니지먼트의 실천이 전통적 중계적 기능만을 담당해서는 안된다는 점이다(Applebaum & Austin, 1990). 특히 오늘날 중요시 되는 재정관련 케어매니저의 역할은 중요한 케어매니지먼트의 기능으로 여겨진다.

마. 케이스/케어매니저의 서비스 제공자에 대한 영향력

케어매니지먼트에 관련된 연구들은 케어매니저가 서비스 전달과정이나 제공된 서비스에 대한 영향력이 어느 정도인가에 따라 그 효과성이 다르다는 점을 보여준다(Challis

et al., 1990; McDowell et al., 1990). 즉, 전통적 중계모형의 경우 서비스에 대한 영향력이 부재하여 케어매니저가 세운(또는 케어매니지먼트 과정에서 세워진) 케어 플랜들이 제대로 실행되어지지 못하고 있는 것으로 비판되어 진다(Applebaum & Austin, 1992).

즉 서비스에 필요한 자원에 대한 케어매니저의 통제 부재는 클라이언트에게 필요한 서비스를 제공하는 측면보다 서비스 제공자와 서비스 대상 간의 협상을 통한 중계의 역할만이 존재하게 된다. 서비스 구매자와 제공자간의 역할 구분은 서비스 제공에 있어 중요하다. 영국의 케어매니저의 발달과정을 보면 케어매니저가 서비스 구매자 역할을 하면서 통합적 서비스를 클라이언트에게 제공할 수 있도록 해나감을 알 수 있다.

전반적인 케어매니지먼트 실천과정에서 서비스 제공자와의 관계를 어떻게 형성하는가는 장기요양 서비스 전달의 효과성, 효율적 재정운영 및 서비스 만족도 등을 결정짓는 중요한 요소이다. 케어매니저가 제공자에게 너무 엄격한 수퍼비전을 제공하거나 감시하는 관계는 오히려 제공자들의 서비스 제공저항 및 대상자에게의 비용부담 전가라는 역효과를 낼 수 있으며, 단순한 조정 및 의뢰 역할은 질 및 비용관리에 도움을 주지 못한다. 따라서 현재 논란이 되고 있는 한국의 노인장기요양보험제도 실행과 관련된 케어매니지먼트 도입에서도 이러한 서비스 구매자와 제공자, 케어매니저라는 3자간의 역할을 어떻게 결정해야할지를 우선적으로 고려해야한다.

Ⅲ. 케어매니지먼트 부재로 인한 장기요양제도의 문제점 진단

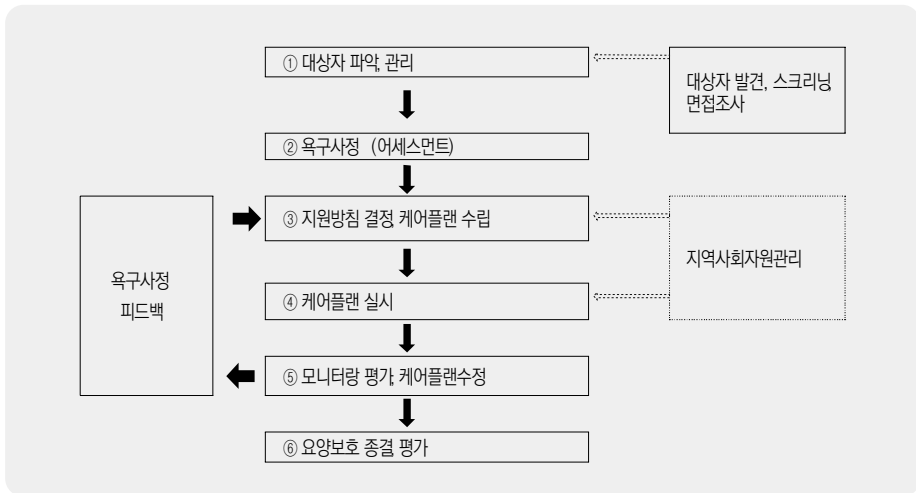
1. 현재 제도 실행에서의 케어매니지먼트 과정

우리나라의 노인장기요양보험제도에서 케어매니지먼트 도입관련 논의가 전혀 없었던 것은 아니다. 2005년부터 실시된 노인장기요양제도 시범사업 초기에는 건강보험공단 소속의 '장기요양인정요원'이 일정한 절차를 거쳐 지역사회 서비스 제공자들과 케어매니지먼트의 과정을 시도한 적이 있다(그림 1).

이러한 일련의 과정은 앞에 문헌고찰에서 살펴본 케어매니지먼트의 일반적 과정과 유사하다. 특히 건강보험공단과 지역사회의 자원 간에 논의과정을 거쳐서 최종 케어플

랜을 수정 보완 한다는 과정은 실제 수요자의 욕구에 보다 충실한 케어플랜 작성과 활용에 대한 논의가 있었다는 점을 알 수 있다. 이러한 케어매니지먼트 과정은 실제 제도 설계 논의와 2차 및 3차 시범사업을 거치면서 거의 존재가 사라지게 된다.

그림 1. 1차 시범사업 실행기간에 논의된 케어매니지먼트 과정



자료: 한국보건사회연구원(2005). 공적노인요양보장제도 평가판정 체계 및 급여수가 개발.

다만 건강보험공단이 전반부 과정을 담당하는 인정조사와 이후 등급판정에서 인정자가 된 경우에 ‘표준장기요양이용계획서 작성’이라는 과정을 담당하게 된다(노인장기요양보험법 48조). 반면에 급여제공 이행여부 확인, 급여조정, 수급자지원업무 및 모니터링, 서비스제공에 대한 피드백 등에 대한 부분이 서비스 전개과정에서 명확히 제시되지 못하는 것이다. 이 과정은 건강보험공단, 지방자치단체, 개별서비스 공급자간의 연계 체계 부재로 전혀 기능이 작동되지 않아 서비스 전달과 이용의 체계 아닌 체계로 변하게 되었다.

2. 케어매니지먼트 부재로 인한 제도의 문제점

케어매니지먼트 부재로 인한 제도의 문제점은 장기요양제도 포함대상자와 관련된 문제와 등급외자(요양등급 A/B)에 대한 돌봄 문제로 크게 구분될 수 있다. 물론 정책의 구성요소별 상호 영향이 있으므로 모든 문제를 단지 케어매니지먼트의 부재에 의한 것으로 보기는 어려우나 서비스 질 관리 및 인력관리, 이용자 지원에 관련하여서는 가장 큰 원인으로 볼 수 있다.

가. 노인장기요양제도 포함 대상자 관련 문제점

케어매니지먼트 부재로 인한 장기요양제도 자체의 문제점은 크게 지역자원연계, 서비스의 질, 서비스 이용체계라는 세 가지 영역으로 볼 수 있다. 첫째, 지역자원연계의 부재로 의료서비스, 기타사회복지서비스 및 비공식수발기능 등간의 의뢰, 정보제공 등이 전혀 작동하지 못해 저소득층 요양대상자, 수발가족이 없는 요양대상자, 의료욕구가 강한 대상들은 장기요양제도의 사각지대로 여전히 남아있게 된다. 특히 요양시설에 입소하지 않은 재가노인들의 경우 본인들의 상태변화와 수발환경의 변화에 대한 심각한 문제가 발생하게 된다.

둘째, 서비스 질과 관련하여 재가 서비스의 질에 대한 모니터링이 전혀 이루어지지 않고 중점관리를 통해 요양시설의 입소를 늦추어야하는 제도 목표는 전혀 고려하지 못하고 있는 실정이다. 특히 요양인력의 관리라는 측면에서 이용자와 요양보호사간의 중간 역할을 해야 하는 재가요양기관들에 대한 모니터링은 전혀 작동하지 않아 이용자는 서비스 이용의 불만이나 정보제공 등에 대해 직접 건보공단과 일일이 접촉해야하는 비효율적인 제도 운영이 이루어지고 있는 실정이다.

셋째, 이용체계와 관련하여 건보공단의 현재 인력이 주로 평가판정 및 기관평가 등에 투입되다보니 이용자 및 제공자에 대한 상담은 극히 제한적이며, 표준장기요양이용계획서의 현실성에 대한 부분은 여전히 해결해야할 과제가 되고 있다. 특히 이용자권리 강화라는 측면에서는 현재 표준장기요양이용계획서 중심의 이용지원 방안은 전반적으로 개편해야한다.

표 1. 케어매니지먼트 부재로 인한 장기요양제도의 쟁점 및 평가(재가중심)

영역	영역별 쟁점	진단 및 평가	
지역사회 자원연계	의료서비스와 의 연계	- LTC특성상 각 영역의 연계는 필연적 - 연계강화로 인한 효율적 재정기제 개발이 향후 건보공단의 필수과제 - 보건의료체계와의 단절성, 요양병원간의 연계 문제가 심각함	
	타 사회복지 서비스와의 연계	- 사회보장제도로서의 책임성 - 전달체계의 분절성 - 케어매니지먼트 부재	- 전체 사회보장의 체계에서 요양제도의 위치를 정하고 타 제도와의 연계가 필요함 (특히 저소득층 노인) - 현재는 너무 분절적, 단편적 - 타 보건복지기관과의 파트너십 부재
	비공식 수발(자)에 대한 지원	- 가족의 활용 문제	- 가족수발의 활용을 위한 기제 필요 - 시설입소 억제와 삶의 질 측면에서 가족지원이 필요함 - 비공식적 케어와 공식적 케어의 연결기제 필요
서비스 질	재가	- 목표 불명확 - 서비스 수준	- 요양시설의 진입시점을 최대한 늦추는 것이 관건임 - 오남용을 막는 장치가 필요함
	요양인력	- 인력의 질과 보상체계 - 요양보호사 인력	- 요양보호사 인력의 질은 상품의질로 소비자의 평가를 반영하되 교육과정의 변화를 통해 개선이 필요함
서비스 이용	이용자 편의 및 정보, 상담제공 등	- 서비스 선택 - 정보의 비대칭성	- 서비스 급여의 선택의 폭이 적음 - 이용지원이 행정중심으로 실제 이용자의 편의 지원(상담, 정보제공 등)이 약함
		- 케어매니지먼트 실행여부	- 이용의 편의 증진과 비용관리라는 측면에서 고려해볼 필요가 있음 - 이용자 권리 강화의 차원과 비용관리라는 상반되는 입장을 어떻게 줄릴 것인가가 관건으로 보임
	- 이용 관리 및 모니터링	- 표준장기요양이용계획서의 권한정도	- 이용자권리를 구속해서는 안 되나 이용의 오남용을 막는 장치는 필요함

나. 등급외자 및 등급변경자(3등급에서 탈락)에 대한 지역보건복지연계 사업의 단절

노인장기요양보험제도의 출범은 ‘등급외자’라는 용어를 만들었다. 이 등급외자는 크게 보면 ‘장기요양욕구가 거의 없는 자’와 ‘장기요양욕구는 있으나 제도 내에 포함되지

못하는 자를 의미한다. 노인돌봄서비스의 주요 대상인 등급외자는 후자를 지칭한다고 할 수 있다. 장기요양제도는 이 등급외자에 대한 노인돌봄서비스 변화에도 중요한 영향을 끼치고 있다. 제도 실시이후 보건복지가족부의 지침은 등급외자에 대해 “장기요양수급자로 판정받지 못한 분은 지역에서 적합한 복지·예방서비스를 제공받을 수 있도록 연계한다”라는 언급이 있다. 이러한 연계활동과 관련하여 크게 네 가지 사항을 살펴볼 수 있다(김찬우, 2009). <표 2>에는 이러한 연계활동이 주제별로 정리되어있다.

표 2. 지역보건복지연계사업의 단계 및 내용

단계		해당 주체 및 주요 역할		
		건강보험공단		기초자치단체
지역 사회 보건 복지 연계	건보공단의 등급판정결과 지자체 통보	건보공단은 장기요양보험 신청자를 판정하여, 장기요양수급자로 판정받지 못한 분을 시군구에 통보	케어 매니지 먼트 부재로 인한 분절	공단으로부터 자료(등급구분명단 및 장기요양인정조사표)를 통보받도록 지자체 관할 공단지사에 요청
	지자체의 돌봄서비스 실행	정보 및 관련업무 협조		심신상태에 맞게 지역 보건복지서비스를 연계
	등급외자에 대한 서비스 모니터링	정보 및 관련업무 협조		- 건보공단과 자료교환의 접점역할과, 여러 부서에서 시행하는 지역보건복지서비스의 연계, 관리 등을 총괄하는 역할 - 요양등급외자에 대한 전반적인 돌봄 서비스를 모니터링
	건보공단의 보완사업	‘만성질환자관리사업’과 ‘노인건강사업’실시		정보 및 관련업무 협조

1단계로 건보공단은 장기요양보험 신청자를 판정하여, 장기요양수급자로 판정받지 못한 분을 시군구에 통보해야하는 것으로 되어있고, 2단계로 시군구는 등급외자에게 심신상태에 맞게 지역 보건복지서비스를 연계하도록 되어있다. 현 시점에서 노인 돌봄 서비스 개념을 적용할 수 있는 등급외자에 대한 대표적인 돌봄 서비스는 <표 3>에 제시된 노인돌봄종합서비스 및 독거노인 돌봄기본, 응급안전, 사랑잇기 서비스들이다. 우리나라 노인돌봄서비스는 <표 3>에서 나타난 바와 같이 사회보험과 조세가 혼합되어 제공된다. 지방자치단체의 종합 돌보미 서비스 및 기타 독거노인돌보미 서비스가 장기요양서비스와 조정

과 연계가 이루어질 때 전반적인 노인돌봄 체계가 구축 됨에도 불구하고 실제 담당 인력이나 케어매니지먼트의 부재로 양 제도가 분절되고 있는 것이 가장 큰 문제점이다.

표 3. 우리나라 현행 노인돌봄 서비스 관련 복지제도 (노인돌봄 서비스 + 노인장기요양제도)

제도명칭	노인장기요양 보험제도		노인돌봄 종합서비스	독거노인 돌봄기본서비스	독거노인 응급안전돌보 미서비스	독거노인 사랑잇기 서비스
	제도포함		등급외자(요양등급A형/B형) 우선			
대상	장기요양인정등급 3급 이상자	케어매니지먼트 부재로 인한 단절	월가구소득 전국평균 150%이하 및 등급의 A, B형)	독거노인중 우선서비스 대상자 등급의 A,B형 (타사업대상외)	만 65세이상 독거노인으로 보호필요자	기본서비스 예비대상자 중 일부
내용	요양시설 방문요양 주간 및 단기보호 방문목욕 등		가사 및 활동지원 방문서비스 주간보호서비스 서비스 이용 바우처 지원	가정방문 및 전화상담 독거노인 생활안전 점검 및 보건복지서비스 연계 등	주택내 시스템을 통한 24시간 안전 확인 등 예방서비스	민간의 자원봉사 안부전화 및 말벗서비스 후원품 등
주요재원	노인장기요양보험 + 본인부담(시설 20%, 재가 15%)		조세 중앙정부 70% 지자체 30% (서울 50:50) 본인부담 (48,000상한)	조세 (본인부담 없음)	조세 (본인부담 없음)	조세 (본인부담 없음)
상대적기능 상태	최중증	-----	경증	-----	양호	

출처: 2012년 보건복지부, “노인돌보미 바우처사업안내” 및 국민건강보험공단, 2012년 “노인장기요양 보험제도 안내” 등

3단계로 기초지자체는 건보공단과 자료교환의 접점역할과, 여러 부서에서 시행하는 지역보건복지서비스의 연계, 관리 등을 총괄하는 역할을 ‘노인복지 주무과’에서 일괄적으로 담당하여 건보공단에 연계상황을 통보하도록 되어 있다. 건보공단에 통보된 자료를 활용하여 요양등급외자에 대한 전반적인 돌봄서비스를 모니터링하는 것이 기본 구상이나 현실적으로 이원화된 관리체계가 제대로 작동할 수 있는 조직이나 인력의 지원이 부재해 연계상황의 통보는 미비한 실정이다.

4단계로 지자체의 지역보건복지서비스에 대한 보완차원에서 건강보험공단은 '만성질환자관리사업'과 '노인건강사업'을 실시하도록 되어있다. 만성질환자관리사업은 등급외자 중 특히 고혈압, 당뇨, 관절염 등 만성질환이 있는 노인에게 3~6개월간의 사례관리와 더불어 건강정보교육, 생활습관 개선 등의 보건 및 상담 서비스를 제공하는 것을 골자로 하고 있다. 이러한 사업은 아직 초기단계로 사업에 대한 지원이 미미하여 실효성을 평가하기는 이르나 장기적으로 중요한 서비스로 볼 수 있다.

IV. 한국형 케어매니지먼트 도입관련 제언

지금까지 살펴본 현 제도의 문제점과 OECD국가들의 케어매니지먼트에 대한 논의들을 정리해보면 제도전반 재정 및 서비스 관리, 조직, 서비스 전달체계, 실천적 수준 등에서 통합을 위한 케어매니지먼트를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 동시에 핵심적 기제인 케어매니지먼트의 활용을 요소별로 비교정리 함으로써 한국의 현 상황에서도 영역별로 한국형 케어매니지먼트 체계를 고려해 볼 수 있으리라 사료된다.

1. 우리나라 제도에서의 케어매니지먼트 영역별 쟁점과 적용과제

가. 대상자 선정방식

우리나라의 대상자선정은 장기요양제도의 등급판정체계를 통해 발생한다고 볼 수 있다. 문제는 이 평가판정이 등급기준(자격선정 및 기능상태에 대한 자원할당기준)에 의한 기본적 욕구사정만을 실행함으로써 케어매니지먼트를 위한 실질적 욕구조사의 기능과 역할에는 크게 미흡하다는 점이다.

따라서 등급내에 선정된 경우 추가조사를 명확히 하여 등급판정에서 배제되는 수발관련 현황, 소득, 자원, 의료적 질환 등에 대한 욕구(가정환경, 가족관계, 주거, 주조력자 등 확인)가 포함되어 케어플랜 작성의 실효성이 확보되어야겠다. 또, 등급외자로 판정이 난 경우에는, 읍·면·동(시·군·구) 사회복지사, 보건기관 방문간호사 및 지역복지기관의 인력 등의 활용을 통한 욕구조사가 추가로 이루어져야 하겠다. 분명한 것은 신청자

에 대한 등급판정만을 기초로 실행되는 현재의 등급판정과는 별도의 추가적인 욕구조사가 없이는 실질적인 케어매니지먼트가 전혀 작동할 수 없다는 점을 정책당국이나 관리운영주체가 충분히 인지해야한다는 점이다.

나. 케어매니저 1인당 사례 수

표 4. 케어매니지먼트 체계의 영역별 적용과제

	현 노인장기요양보험제도	케어매니지먼트의 적용 과제
대상자 선정 방식	<ul style="list-style-type: none"> • 등급판정도구 사용 (기본 54개 항목, 3등급이내자인 경우 추가 조사) 	<ul style="list-style-type: none"> • 추가 욕구파악을 통한 정확한 보건 및 복지 욕구 사정 • 등급외자 지원을 위한 별도욕구 명확화
사례수 (케어매니저 1인당)	<ul style="list-style-type: none"> • 130~170인 - 건보공단 장기요양 총인력기준(지사인력만 고려시 180인)¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • 50~80인 이하로 개선 필요 • 등급외자 포함시 지자체 재정여건에 따라 차이가 있을 수 있음
케어매니저 담당 (소속)기관	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험공단 (인정관리요원을 케어매니저로 가정할 경우) 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험공단 (다만 등급내의 경우 주 서비스 기관명시) • 지자체와 건보공단 협력체 • 제3의 기관(주서비스 제공기관중심)
실천모형	<ul style="list-style-type: none"> • 인정관리 및 표준장기요양이용계획서만 제공 - 중계형모형의 일부만 실행 	<ul style="list-style-type: none"> • 장기적으로 통합적 케어 제공 모형으로의 변화가 필요함
서비스 제공자에 대한 영향력	<ul style="list-style-type: none"> • 보험자로서 서비스제공자에 대한 비용 지원능력 • 대상자 결정능력 	<ul style="list-style-type: none"> • 장기요양보험제도 내에서는 보험자의 영향력이 기본 전제임 • 이용자 옹호의 역량은 부재 • 파트너십 구축에 대한 보험자의 태도 변화

¹⁾ 이 수치는 2011년도 7월 현재 국민건강보험공단 노인장기요양업무종사자(본부직원 + 지사직원) 대비 총 이용자(29만 명)를 기본으로 하여 구성된 것이나, 실제 평가판정업무는 총신청자에게 다 해당되며, 판정이후 재가대상만을 케어매니지먼트 대상으로 볼 경우는 수치가 달라질 수 있어 정확하게 파악하기 어려운 점이 있다.

특정한 '케어매니저'라는 직군이 존재하지 않은 이상 사례 수를 논의하는 것이 무의미할 수 있으나, <표 4>에서는 건보공단의 관련업무 종사자를 케어매니저로 가정하여 사례수를 추산해보았다. 문제는 현재의 업무량 자체가 케어매니지먼트를 논하기에는 너무 방대하고 재가서비스 이용자로 국한 한다고 해도 실제 서비스 모니터링이 이루어지지는 못하고 있다. 특히 현재의 모든 직원이 다 투입되어도 사례수가 150~180인 정도라면 기본 업무(평가판정, 평가 등)만 수행하기에도 부담이 상당하다고 볼 수 있다. 따라서 케어매니지먼트를 실행한다면 최소 대체로 70~80인을 유지하는 것이 바람직하다고 본다.

다. 케어매니저 담당(소속기관)

이미 관리운영주체가 국민건강보험공단인 이상 별도의 소속기관을 설치하는 것은 현실적으로 어렵다. 하지만 현 제도 여건상 케어매니지먼트가 한계가 있다면, 우선적으로 일부 과정은 재가 서비스 중 주서비스기관을 지정하여 실행하는 것이 바람직하다고 하겠다.

노인장기요양보험제도는 사회서비스에 대한 지원방식을 공급자에서 수요자 중심으로 바꾸었기 때문에 주서비스기관 지정이 힘들 수 있으나, 재가기관 중심으로 주서비스기관을 지정하여 그 기관이 케어플랜을 작성하게 함으로써 건보공단의 부담을 덜고 보다 실질적인 모니터링이 이루어지도록 할 필요가 있다. 또 급여제공에 있어서도 현재 89%에 달하는 방문요양중심에서 주야간보호를 혼합 이용하도록 하여 주야간보호센터의 주서비스기관으로 지정을 높이는 방안이 적극 강구되어야 한다. 동시에 주서비스 기관에서 제공하지 못하는 서비스는 서비스 구매를 기관에서 하고 수가를 지불하는 방식을 모색할 수도 있다. 주서비스 기관의 key-worker가 중심이 되어 케어매니지먼트를 수행하도록 한다면 케어매니저에 대한 고용부담을 줄이고 케어매니지먼트의 실효성을 높일 수 있겠다.

등급외자의 경우는 지자체나 제3의 기관에서 담당하여 지역보건복지연계 사업의 활성화를 도모하도록 하고, 돌봄 서비스 역시 기본 관리는 지자체에서 하되 운영 방식은 장기요양제도와 동일하게 주서비스기관에서 사례관리 업무를 실행하는 것이다.

다. 케어매니저 실천모형

현재도의 여건을 고려한다면 중계 모형을 기본형으로 유지하여 실천하되 장기적으로는 통합적 모형을 대안으로 고려하는 방안을 검토해볼 수 있겠다. 일각에서 요양-치료-복지 통합 모델 등이 검토 되고 있으나 실제 적용에서 여러 관련 법령을 고쳐야 하고 전달체계의 대대적 변화가 요구됨으로 단기적으로는 중계 모형이 적합하다고 본다. 그러나 앞서 검토되었듯이 통합적 케어모형에 대한 시범사업들이 지속적으로 실시되어야 한다고 본다. 통합적 모형의 장점은 한 대상자에게 제공되는 다양한 의료, 요양 및 복지 서비스의 남용을 억제하고 보다 효율적인 대상관리가 이루어진다는 것이다. 따라서 고령사회의 의료 및 요양비용의 증가를 대비하기 위해서는 중요한 과제라 할 수 있겠다.

바. 서비스 제공자에 대한 영향력

제도 출범이후 건보공단의 제도 관리운영에 대한 서비스 제공자들의 인식을 보면, 서비스 제공 기관을 감독하는 역할과 표준적인 서비스 제공을 지나치게 강조하는 경향이 있음을 알 수 있다. 따라서 케어매니지먼트가 건보공단 중심으로 실행될 때 그 전반적인 과정에서 새로운 부담을 가중시킬 수 있다.

따라서 서비스 제공자들에게 어느 정도의 서비스 조정역할을 부여하고 파트너십 체계를 구축하는 방향으로 정책이 전개되어야 하겠다. 건보공단 역시 제공자에 대한 영향력 강화보다 소비자에 대한 질 관리와 장기요양 시장에서의 도덕적 해이 방지책으로 케어매니지먼트의 필요성을 주장하는 것이 필요하겠다.

사. 한국형 장기요양제도 케어매니지먼트 모델

지금까지의 논의를 종합하여 우리나라의 현실에 맞게 초기에 고려해 볼 수 있는 케어매니지먼트 모형을 제안하면 다음과 같다. 우선 보험자가 국민건강보험공단인 점을 감안할 때 장기요양업무 담당 케어매니저들을 건강보험공단 소속으로 고용하여 기본적인 업무의 흐름(인정조사 - 케어플랜작성·표준장기요양이용계획서 - 케어플랜의 모니터링 및 이용자 지원업무)이 원활하게 작동 할 수 있도록 할 필요가 있다. 둘째, 케어플랜의 작성

에 필요한 다양한 정보의 수집과 이용자 의견의 반영을 위해서는 등급판정 시점에 등급을 판정하는 기준과는 별도로 추가적인 사회 환경 및 복지 욕구 등에 대한 조사가 필요하다. 셋째, 케어매니저 1인당 사례가 50~80인 정도를 원칙으로 하고 인정조사이외의 케어플랜 모니터링 업무에 치중할 필요가 있다. 넷째, 케어매니저가 공단의 직원이기는 하나 지방자치단체의 돌봄서비스 업무에도 일부 관여하여 전반적인 노인돌봄체계가 단절되지 않도록 파견 및 협조 등의 업무형태를 충분히 고려하여 운영해야한다. 즉 소속은 건강보험공단이라 할지라도 노인돌봄서비스와의 업무조정을 위해서는 지자체 복지조직과 연계하는 팀 구성으로 활동하는 것이 노인장기요양의 사각지대를 감소시킬 수 있다고 생각된다. 마지막으로, 케어매니저의 영향력을 견제하거나 조정할 수 있는 지방자치단체별 감사위원회(audit committee) 등이 구성되어 케어매니저 업무상의 영향력이 서비스 제공자 또는 이용자에게 과도하게 미치지 않는 장치를 마련해둘 필요가 있겠다.

2. 노인돌봄 서비스와 장기요양서비스의 연계를 위한 케어매니지먼트 도입 정책 환경의 변화

케어매니지먼트는 전달체계 전반적 단계와 밀접한 관련이 있으므로 이를 도입하기 위해서는 케어매니지먼트 체계 자체만의 설계와 실행으로 도입될 수는 없다. 특히 장기요양대상자와 등급외자를 동시에 고려할 때야 비로소 노인돌봄 및 장기요양 전반적 체계가 구축될 수 있다. 본 연구에서는 정책적 환경의 변화를 위해 통합적 전담부서, 통합의 수준의 두 가지 측면에서 논의해보겠다.

한국의 노인돌봄 및 장기요양 서비스 제공의 현실을 고려할 때, 등급내외자를 포괄하는 전담부서의 부재는 건보공단과 기초자치단체간의 업무 분절화로 지속적인 케어제공의 단절을 가져올 수 밖에 없다. 따라서 케어매니지먼트를 통한 양주체간의 보다 긴밀한 연계 혹은 시군구단위에서의 ‘공단중심의 파견형’을 먼저 시범실시하면서 중장기적으로 ‘노인요양업무 통합센터’등의 통합적 전담부서를 고려할 필요가 있다. 이때 중앙정부는 건보공단과 함께 행·재정지원 및 전체업무에 관한 모형개발 등 제도 전반의 설계 등을 담당하며, 시·도는 노인요양 및 돌봄관련 실질업무의 지원 및 총괄을 담당함을 원칙으로 하는 것이 업무의 효율성을 높이리라 본다.

둘째, 케어매니지먼트를 통한 서비스 급여의 통합 수준은 크게 세 가지 차원에서의

검토가 필요하다. 첫째, 재가요양시설의 통합과 관련하여 방문요양기관과 주야간보호기관의 통합이 가장 효과적으로 볼 수 있으며, 이 경우 주야간보호기관을 거점으로 재가요양 전반적인 케어플랜 수립과 실행을 점검해나가는 것이 용이해진다. 둘째, 요양시설과 통합재가요양시설(가칭)간의 연계 및 조정이 필요하다. 현 제도 실행 후 요양시설과 재가시설간의 대상자 이동이 크게 증가되고 있는 데 이에 따른 연계 및 조정 전담 조직이 케어매니저 중심으로 이루어져야하며 동시에 연계 및 조정에 따른 비용이 수가체계에서 고려되어야한다. 마지막으로 종합병원, 요양병원 및 요양시설간의 연계 및 조정을 통해 요양과 의료 체계의 보다 실질적인 연계가 이루어져야한다. 이러한 다양한 서비스간의 연계와 통합을 위해서는 케어매니지먼트가 필수불가결한 요소라 하겠다.

추가적인 케어매니지먼트와 관련한 정책적 변화로는 통합적 재정운용, 대상자 선정의 명확성, 개입의 지속성, 과정상의 논리성이 절실히 요구된다. 통합적 재정(integrated funding)은 케어 계획 수립과 서비스 제공에 있어 재정적 압박을 감소시킬 수 있으며, 대상자 선정의 명확성은 평가판정체계와 더불어 케어매니지먼트 서비스의 중복성이나 비용손실을 절감할 수 있다. 또 케어매니지먼트 개입의 각 단계별 책임소재와 재정지원의 명확성을 통해 지속성이 보장되어하고 프로그램 목표, 실천 환경과 실천에 대한 유인책(incentive)들 간의 논리적 연관성이 전반적인 서비스 목표달성에 필수적으로 나타나야 하겠다. 다만, 비용과 관련된 통합재정방식에 대해서는 보다 실증적인 비용분석이 가능한 자료를 토대로 후속연구가 필요하다고 하겠다.

본 연구에서 논의한 케어매니지먼트 체계의 도입은 우리나라 장기요양제도의 현재 문제점을 실질적으로 개선할 수 있는 핵심적 정책 수단으로 보여 진다. 특히 제도 출범 5년 이후의 현실적 여건을 충분히 고려한 케어매니지먼트에 대한 영역별 쟁점을 제시하여 도입 시기를 앞당기려고 하는 데 중요한 의의가 있겠다. 현 시점은 정책결정자나 행정당국에서도 서비스 소비자의 편의성 및 안정적 제도 관리라는 차원에서 케어매니지먼트의 도입을 긍정적으로 검토해야 할 시기라고 생각한다.

김찬우는 미국 Univ of Washington에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 가톨릭대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 연구분야는 노인장기요양, 노인복지 등이다.

(E-mail: chanwoorang@hanmail.net)

참고문헌

- 국민건강보험공단(2012). 노인장기요양보험통계월보. 서울: 국민건강보험공단.
- 김미숙(2006). 일본의 케어매니지먼트 분석을 통한 한국 케어매니지먼트에 대한 시사. 정신문화연구, 29(3), pp.91-120.
- 김옥희(2006). 일본의 지역포괄케어시스템에서의 케어매니저 역할에 관한연구. 사회복지연구, 22(4), pp.191-225.
- 김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구, 사회복지연구, 26(4), pp.91-122.
- 김찬우(2006). OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교연구, 한국사회복지행정학, 8(2), pp.65-103.
- 김찬우(2009). 노인장기요양보험제도 등급의자의 현황과 관련 정책방향. 2009 춘계 전국 노인복지관대회 및 한국지역복지학회 춘계학술대회 자료집. 2009.4.7.
- 보건복지부(2012). 장기요양기본계획. 보건복지부.
- 오세영(2009). 일본의 개호보험제도와 케어매니지먼트: 이용자권리보장의 관점. 노인복지연구, 44, pp.253-278.
- 유재남(2008). 영국, 독일, 호주의 노인장기요양보호에서의 케어매니지먼트 체계 비교분석. 노인복지연구, 43, pp.381-406.
- 윤문구(2005). 일본 개호보험제도의 실태와 문제점 및 정책제언 연구. 서울: 한국보건사회연구원
- 임정기, 최명민, 김옥(2011). 노인장기요양보험에서의 케어매니지먼트 기능과 운영에 대한 인식연구. 한국사회정책, 18(3), pp.191-222.
- 박노옥, 이태화, 김찬우 외(2011). 노인장기요양보험제도 운영에 따른 성과분석. 서울: 한국조세연구원.
- 스웨덴 보건복지부(2001). Policy for the elderly. Stockholm, 스웨덴 보건복지부.
- 제갈현숙(2009). 노인장기요양보험 1년평가. 시장화 비판과 제도정착을 위한 과제. 서울: 공공사회연구소.
- 한국보건사회연구원(2005). 공적노인요양보장제도 평가판정 체계 및 급여수가 개발. 서울: 한국보건사회연구원.

- Applebaum R., Austin, C. (1990). *Long-term care case management: Design and evaluation*. New York, Springer.
- Challis, D., Darton, R., et al. (1995). *Care management and health care of older people: The Darlington community care project*. Aldershot, England, Arena Ashgate Publishing Ltd.
- Estes, C. L., Close, L. (1998). *Organization of health and social services for the frail elderly. Living in the community with disability: Service needs, use, and systems*. S. M. Allen. New York, Springer Publishing Company: Ch.4.
- Kane, R. L., Kane, R. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York, Springer Publishing Company.
- Kane, R. L., Kane, R., Ladd, R. (1998). *The Heart of long-term care*. New York, Oxford University Press.
- Lee, D. T .F., Mackenzie, A. E. (1998). Case Management: A review of the definitions and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), pp.933-939.
- Mallinson, I. (1995). *Key-working in social care: A structured approach to provision*. London, Whiting & Birch Ltd.
- Morris, R., Caro, F. G., Hansen, J. E. (1998). *Personal assistance; The future of home care*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.
- OECD (2005). *Long-term care for older people*. OECD.
- OECD (1996). *Caring for frail elderly people*. OECD.
- WHO (2003). *Key policy issues in long-term care*. Geneva, World Health Organization.

A Study on a Model of Prospective Care Management System Aligning with Current National Long-term Care Insurance(NLTCI) Policy for Elders

Kim, Chan-Woo

(Catholic University of Korea)

This study explores a care management system model in National LTC Insurance(NLTCI). Current Korean NLTCI has shown several problems without the care management system for last four years, particularly regarding service quality, monitoring and utilization. In the first section, this article diagnoses the current problems without care management in the NLTCI. Those problems includes the lack of coordination among LTC services, medical services and welfare services. The fragmentation between social care and LTCI services are also derived from the lack of care management. In the second section, this study discusses five components of the care management system based on the LTC policies in some OECD countries; assessment system, case loads, employer of care managers, care management models, and the influence of care managers to the service providers. Lastly, the study discusses the model of a care management system to fit for current NLTCI. Under the NLTCI, the care management system can better play by the partnership among NHI, local governments, and key-service providers. The conclusion of this study suggests several alternatives and implications of care management to National Long-term Care Insurance in Korea.

Keywords: Long-term Care, Care Management, Public Long-term Care Policy, Social Care, Integrated Care