

보건복지서비스 전달체계의 효율적 운영방안에 관한 연구 I: 모델 개발을 위한 사례관리 적용*

김정우** · 이주열*** · 엄명용****

다양한 사회복지와 보건의료 서비스를 체계적, 효율적으로 제공하고 관리할 수 있는 서비스 통합 기능 창출 노력의 첫 단계로서, 서울시 은평구에서 각종 보건의료 및 사회복지 서비스를 이용하고 있는 생활보호 노인 및 장애인들을 시범 사례로 선정하여 사례관리 팀 접근법을 적용 실천해 보았다. 본 연구는 사례관리 팀의 구성과정 및 실천과정을 질적으로 분석하였다. 보건소의 가정도우미 및 담당 사회복지사, 방문간호사, 사회복지관의 재가복지담당 사회복지사 등으로 구성된 사례관리 팀에서는 1) 클라이언트의 생활환경에 대한 정보 교환, 2) 각 기관에서 클라이언트에게 제공하고 있는 서비스 내용 파악, 3) 클라이언트가 필요로 하는 서비스 내용 파악, 4) 클라이언트 욕구에 대한 우선 순위 설정, 5) 단일 클라이언트에게 중복 실시되는 서비스 내용 조정, 6) 사례별 사례관리자의 지정, 7) 서비스 통합 또는 연계 체계 구축 시 고려해야할 문제점 등을 다루었다. 보건소나 사회복지관은 클라이언트에 대한 제한된 정보를 가지고 각 기관별로 부분적인 사례관리를 하여 단일 클라이언트에 대한 관리체계의 분열화가 이루어지고 있었는데 사례관리 팀을 운영함으로써 중복된 서비스 지원의 방지와 적절히 조정된 서비스를 제공할 수 있었다. 통합서비스의 효율적인 운영을 위해서는 서비스 통합 체계를 주도적으로 이끌 수 있는 주체가 중요한데 지역사회 단위에서 공공기관이 중심이 되어 민간기관의 참여와 협조를 이끌어 가는 것이 바람직한 것으로 생각된다.

I. 문제제기

우리 사회가 복잡한 산업사회로 진행되면서 일반적 복지 욕구가 사회복지 서비스와 보건의료 서비스의 복합 형태로 나타나고 있다 (송건용 외, 1993; 이두호 외, 1991). 이러한 현상은 특히 약자 계층이라 볼 수 있는 노인, 장애인, 부녀 또는 아동들의 경우에서 두드러지게 나타나고 있다 (박순일 외, 1994; 이성희 외, 1993). 약자 계층인 아동, 노인, 장애인 등의 부양 및 사회적 보

* 이 논문은 1997년도 학술진흥재단 자유공모과제 연구비 지원에 의하여 연구되었음.

** 성균관대 사회복지학과 부교수

*** 서울대학교 국민보건연구소 책임연구원

**** 성균관대 사회복지학과 조교수

호와 아울러 의료비에 대한 부담은 각종 자원 또는 능력이 제한된 저소득 계층에서 가장 심각하게 나타난다.

이러한 상황에서 필수 관심사는 경제적 부양을 위한 소득보장 서비스, 사회적 보호 서비스, 보건의료 서비스를 어떻게 통합적으로 연계하여 제공할 수 있는냐하는 것이다. 우리 사회는 아직 소득보장, 사회적 보호 서비스, 보건의료 서비스 전달 주체들 간의 연계가 원활히 이루어지고 있지 않다. 현재는 행정조직인 시, 구청 또는 동사무소, 사회복지관, 보건소 또는 민간의료기관에서 각각의 서비스를 나름대로 제공하고 있는 실정이다. 이것은 서비스의 단편화, 중복, 비연속성 등의 문제를 노출시켜 왔으며, 결과적으로 복지재정의 비효율적 지출이라는 문제를 야기했다. 이러한 문제점을 해결해 보고자 보건복지부가 1995년부터 다섯 개의 보건복지사무소를 시범적으로 운영하여 소득보장, 대인서비스, 보건의료 서비스를 하나의 조직에서 통합적으로 제공하려는 움직임을 보이고 있으나 이는 보건과 복지 서비스가 분리된 부서에서 각자의 서비스 모델에 입각해 서비스가 제공되기 때문에 공간적 개념에서의 통합일 뿐, 기능상의 통합 효과는 미흡할 것으로 우려된다.

따라서, 사회복지 및 보건의료 서비스 제공 시설들간의 연계를 통해 복합적인 문제를 가진 서비스 대상자들에게 통합적, 체계적인 서비스를 효과적, 효율적으로 제공할 필요가 절실하다. 이러한 필요를 절감하여 지역 단위 사회복지 서비스 연계 체계 구축방안에 대한 논문(조애저외, 1996)과 보건과 복지 서비스 기관들간의 연계 현황에 대한 연구(박경숙, 1996)가 있었으나 이러한 제안들을 실천에 옮기기 위한 노력은 부족했다.

본 연구는 각종 다양한 사회복지 서비스와 보건의료 서비스를 연속적, 체계적, 효율적으로 제공하고 관리할 수 있는 서비스 통합 체계의 구축을 실천에 옮기기 위한 노력의 일단계 시도이다. 이를 위해 연구자들은 기존의 국내외 관련자료를 종합하여 사례관리 팀 접근법을 구성·제시한 후 그것을 실제로 노인 및 장애인들에 대한 각종 서비스 제공 과정에서, 특히 가정도우미 사업을 중심으로 하여 현실적으로 가능한 선까지 실천해 보았다. 본 연구의 목적은 이러한 실천 과정에서 노출된 여러 가지 현실적 문제점들을 심도 있게 분석해 보고 개선을 위한 대안들을 모색한 후 이것들을 향후 후속 연구에서 제시될 보건복지 서비스 연계 체계 모형 개발에 반영하고자 하는데 있다.

II. 문헌 연구

본 연구에서 서비스 연계라 함은 책임 서비스의 구현을 위해 각종 보건 및 사회복지 서비스

를 제공하는 기관 및 시설들이 서비스 대상자를 상호 의뢰 또는 서비스 협조 요청을 통해 서비스 이용자로 하여금 통합적, 연속적으로 서비스를 받을 수 있도록 하는 노력을 의미한다. 연계 형태 측면에서는 각 보건·복지 서비스 시설 및 기관간 개별적으로 수시 또는 정기적으로 협력, 의뢰하는 경우와 서비스 이용자의 요구를 중심으로 관련된 기관이나 시설들로 구성된 지역팀 등을 통해 협력하는 경우 등을 포함한다.

이러한 개념적 범위 내에서 지금까지 우리 사회의 보건·복지 분야에서의 서비스 연계 현황에 대한 기존 연구 결과를 살펴보고 아울러 그러한 연구들을 통해 제기된 연계 체계 형태에 대해 살펴보고자 한다. 특히 연계 체계의 한 형태로서 선진국에서 적극적으로 활용되고 있는 사례관리(case management) 모형에 대한 분석을 통해 본 연구에서 사용할 사례관리 모형을 제시해 보고자 한다.

1. 보건·복지 서비스 기관 및 시설들간의 연계 현황

현재 우리 사회에서는 보건·의료 전달 체계와 사회복지 전달 체계가 별개의 제도로 운영되고 있을 뿐만 아니라 두 전달 체계 사이에 상호 협조 및 의뢰 체계도 거의 없는 실정이다. 대부분의 사회복지 대상자는 빈곤 문제뿐만 아니라 보건의료 서비스의 주요 대상임에도 불구하고 이들에 대한 보건과 복지의 통합된 서비스 전달 체계가 갖추어지지 않고 있다는 사실은 실질적이고 포괄적인 복지욕구가 충족되지 못하고 있음을 단적으로 말해준다 (조애지 외, 1996: 12). 이러한 상황에 대한 대응으로 보건과 사회복지 분야의 연계 필요성에 관한 논의(이용래, 1992; 이연주, 1993; 이주열, 1995; 황성철, 1994)가 간헐적으로 이루어져 왔으며 몇몇 연구들은(박경숙, 1996; 조애지 외, 1996) 보건과 복지 분야에서의 서비스 연계 현황을 조사 분석하였다.

165개 사회복지관의 관장 137명과 사회복지사 588명을 대상으로한 이용시설간의 연계 현황에 관한 조사연구(황성철 외, 1994: 176-177)에 의하면 사회복지관의 사회복지사들은 사회복지관에서 자체적으로 해결할 수 없는 서비스를 제공하기 위해 일부 타기관들을 접촉하여 서비스를 의뢰하거나 알선하는 것으로 나타났다. 반면에 사회복지관 관장의 경우, 사회복지관이 타 복지시설이나 관련 기관과 의뢰 또는 협력 관계를 긴밀하게 맺고 있다고 응답한 수는 전체의 21.1% 정도에 지나지 않았다. 또한 동일한 서비스 제공 기관인 타 사회복지관을 경쟁 상대로 인식하고 있는 경우가 40.9%에 달해 이들 기관들과의 연계 정도는 크지 않은 것으로 볼 수 있다.

농촌 지역의 사회복지 전문요원을 대상으로한, 일선 행정기관의 사회복지 전문요원, 사회복지관, 보건소간의 서비스 연계 현황에 대한 최초의 연구(박경숙, 1996a)에서도 보건과 복지 분야의 연계가 매우 미흡함을 지적하고 있다. 사회복지 전문요원이 보건소 및 사회복지관 측과 협조하는 내용을 보면, 보건소와는 전체 접촉의 약 60%, 사회복지관과는 전체 접촉의 약 68% 정도가

생활보호대상자 명단이나 건강기록 등의 신상과약에 그치고 있다. 사회복지 전문요원이 상대방으로부터 감지하는 협조적 반응 정도, 상호 사후 점검 정도, 클라이언트의 문제에 대해 서비스 제공 계획을 공동으로 세우는지 여부에 대해 보건소와는 전체의 81%가, 사회복지관과는 전체의 68%가 부정적인 반응을 보였다. 정기모임 존재 유무에 대해서, 보건소와는 전체의 86%가, 사회복지관과는 전체의 68%가 '아니오'라고 답했다. 정기 모임의 종류에 대해서도 전체의 86%는 보건소와의 모임이 없다고 했고, 사회복지관과는 전체의 61%가 친목회의 성격의 모임을 갖는다고 했으며 전체의 25%정도는 아예 정기 모임이 없다고 했다.

보다 다양한 조사 대상에 근거한 연구에서도 위의 연구(박경숙, 1996a) 결과와 비슷한 결과가 나왔다. 보건복지사무소 시범사업이 실시되고 있는 서울시 관악구를 포함한 10개 구를 표본지역으로 뽑아 동사무소의 사회복지전문요원 126명, 보건소 가정방문보건요원 35명, 사회복지관 사회복지사 37명을 대상으로 한 조사(박경숙, 1996b)는, 일부 사회복지관들이 사회복지전문요원에게 생활보호 대상자 명단이나 신상과약들의 협조요청을 하고 있으며, 반대로 일부 사회복지전문요원도 사회복지관에 결연, 후원 서비스 요청과 간병, 가사지원 등 가정방문 서비스 제공 요청을 하고 있는 등 협조 및 의뢰 활동이 이루어지고 있다고 밝히고 있다. 하지만, 공식적인 연계 체계가 없어 지역에 따라서는 협조가 거의 이루어지지 않고 있는 경우도 있으며, 심지어 대상자 관리에 상호 경쟁관계를 유지하고 있는 경우가 있음을 지적하였다.

실제 연계 활동이 원활히 이루어지지 않고 있는 현실에 반해 서비스 연계에 대한 필요성은 비교적 강하게 제기되었다. 사회복지관 사회복지사의 경우는 응답자의 93.7%가 보건소와의 서비스 연계 필요성을 제시했고, 보건소의 가정방문 보건요원의 경우 응답자의 80%가 사회복지관과의 연계가 필요하다고 응답하였다. 사회복지전문요원의 경우 응답자의 93.6%가 사회복지관과 서비스 연계가 필요하다고 하였으며 사회복지관에서는 응답자 전원이 사회복지전문요원과 연계가 필요하다고 밝혔다 (박경숙, 1996b: 44-45).

사회복지관의 사회복지사 126명을 대상으로 실시한 조사(조애저 외, 1996: 31-32)에서 자기 기관에 찾아온 서비스 이용자를 타 기관이나 시설에 의뢰한 경험이 '있다'고 답한 경우가 89.3%, '없다'고 답한 경우가 11%이었으며, 이들이 연계·의뢰한 기관으로는 병·의원이 가장 많았고, 그 외 보건소, 타(종합) 사회복지관이나 장애인 종합복지관에 의뢰한 경험이 그 다음이었다. 연계 희망 시설 또는 기관에선 병·의원이 가장 높은 비율(12.9%)을 차지하였으며, 노인병원, 보건소 등을 그 다음으로 지적하여 역시 보건의료 서비스 기관과의 연계를 제일 우선으로 희망하였다. 가정봉사원 파견사업소나 장애인 순회 재활서비스센터 등 재가복지 서비스와 관련된 기관과의 연계를 희망하는 비율이 그 다음으로 높았다.

이러한 현상은 일견 서비스 연계 활동이 부분적으로 이루어지고 있는 것처럼 보이나 연계 방법을 살펴보면 다분히 단편적임을 알 수 있다. 대부분의 경우에 나타난 연계 방법은 상대기관의

담당자와 개인적인 친분에 의해 주로 전화를 통해 비공식적으로 연계하는 경우가 가장 많았다(조애저 외, 1996: 33). 이와 관련하여 사회복지관에서 업무에 관한 협력, 의뢰 또는 타 복지관과의 정보교환을 위한 접촉빈도에서는, '자주 접촉한다'는 경우는 응답자의 19%에 지나지 않았으며, 대부분이 '가끔 접촉한다'고 응답하였고(71%), '전혀 또는 거의 접촉이 없다'는 경우도 약 10%나 되어 관련기관과의 협력, 의뢰 또는 정보교환 빈도 또한 그리 빈번하지 않은 것임을 보여주었다(조애저 외, 1996: 33).

또한 조애저 외(1996: 35)의 지적에 따르면, 지역에 따라 일부 종합사회복지관의 경우 일반 종합사회복지관과는 업무협약이 비교적 잘 이루어지고 있으나 장애인 종합복지관, 노인복지관 등 종별 복지관과는 업무 협의 및 연계가 잘 이루어지지 않아 재가복지서비스 제공에 있어 서비스 중복 현상이 나타났다. 그러나 수혜자 입장에서는 중복적으로 서비스를 받고 있다는 것을 밝히지 않고 있어 실제 중복서비스에 대한 파악도 제대로 되지 않고 있는 실정이다. 이는 각 서비스 제공기관간의 연계 미흡과 서비스 대상자에 대한 정보 교환이 제대로 이루어지지 않음으로 발생하는 결과들의 단적인 예로 볼 수 있다.

전체적으로 보아 현재까지는 지역복지 증진이나 기관간 연계 및 공동사업 추진 등을 목적으로 구성된 공식적인 모임이나 협의체는 거의 없는 가운데, 시설이나 기관간 비공식적 임기 응변식의 연계가 부분적으로 이루어져 왔다고 볼 수 있다. 지금까지 살펴본 연계 현황의 문제점들을 개선하기 위해 제안된 사항 몇 가지를 살펴보면 다음과 같다. 1) 서비스 연계가 적극적으로 이루어지도록 동기를 부여하고, 서비스 연계를 위한 사례회의 등의 정기모임이 정착되도록 일상 업무내에 시간적 할당, 공간의 제공, 재정적 지원, 상급 관리자의 이해, 권한 이임 등이 있어야 한다(박경숙, 1996a: 74), 2) (종합)사회복지관에서는 재가복지 서비스, 보건소에서는 저소득층에 대한 무료보건 의료서비스 제공과 방문간호서비스를 우선적으로 연계할 서비스로 선정하여 사회복지 전문요원의 서비스와 연계한다(박경숙, 1996a: 75-76), 3) 사회복지전문요원, 사회복지관, 보건소와의 연계를 효과적이고 효율적으로 촉진하기 위해, 그리고 서비스가 중복 제공 혹은 서비스 제공 대상자에서의 탈락 등을 방지하기 위해 서비스 대상자를 공유할 수 있는 정보 교환 체계의 구축이 필요하다(박경숙, 1996a: 76; 조애저 외, 1996: 24-25; 청소년 대화의 광장, 1993: 59-60), 4) 지역단위 복지서비스의 연계 체계 구축을 위해서는 공공 또는 민간 운영의 공식적 연계·의뢰 체계를 갖는 것이 필요하다(조애저 외, 1996: 28). 공공시설에서 제공하는 서비스와 민간 사회복지 시설에서 제공하고 있는 서비스의 내용이 유사할 경우 연계체계 구축은 더욱 필요하다. 서울시 유급 가정봉사원(가정도우미)의 경우 재가복지봉사센터 등의 무급 가정봉사원(자원봉사자)과 역할이 중복된다는 비판이 제기되고 있어 이들간의 업무협조 및 연계체계 구축이 요구되고 있다.

연계 체계의 형태와 관련하여 대부분의 연구들은 단일 기관에 의한 접근 방법을 이상적인 것

으로 보고 있지만 현실적으로는 실현 가능성이 없다고 보고 있다. 따라서, 기존의 기관, 시설에 대해서는 협의체를 통한 접근 방법을 가장 바람직한 방법으로 제시하고 있다(조애저 외, 1996:39). 문제는 사회복지 및 보건의로 관련기관들이 협의체를 구성, 운영하기 위한 실질적인 동기가 부족하기 때문에 이들을 어떻게 동기화할 수 있느냐 하는 것이다.

2. 사례관리 기법의 운영 - 연계 체계 구축의 전 단계

지역사회에 머물면서 서비스를 이용해야만 하는 노인 또는 장애인 등의 거택보호 대상자들의 경우, 그들이 이용할 수 있는 서비스가 서로 다른 기관들에 의해 부분적, 비연속적, 또는 중복적으로 제공된다. 따라서, 다양한 서비스들을 통합·조정해 줄 수 있는 장치가 마련되지 않은 상태에서는 복합적 욕구를 가진 서비스 이용자들이 여러 가지 서비스들을 연속적으로 끌고루 이용하기가 매우 어려워진다. 사례관리의 필요성은 서비스의 분열로 인해 서비스 이용을 원하는 자가 각기 다른 서비스 전달 체계에 각각 접촉해야하는 어려움이 있을 때, 또는 서비스가 여러 전달 체계에 의해 중복적으로 제공되고 있어 이것을 조정할 필요가 있을 때 등장한다.

사례관리의 효과적인 업무 수행을 위해서는 사례관리자가 지역사회의 인적, 물적 자원을 동원할 수 있는 능력 또는 권위가 인정되어야 하고 지역사회에 동원 가능한 자원이 존재해야 하나 우리 사회에서는 이러한 복지 토양 또는 환경이 마련되어 있지 못한 것이 사실이다(황성철, 1995: 282). 따라서, 사례관리의 전면적 도입을 무조건 주장하기보다는 현실적으로 실천 가능한 형태를 도입하여 시범적으로 운용해 볼 필요가 있다. 본 연구에서는 보건의료와 사회복지 서비스를 중재할 수 있는 권위가 사회복지관 또는 보건소의 어느 쪽에도 인정되지 않는 우리 사회의 현실을 고려하여 어느 한 기관에 소속된 한 명의 사례관리자가 책임을 지고 수행하는 사례관리 형태보다는 보건 및 복지 관련 기관들이 합동의 팀을 구성하여 공동으로 협의하여 수행해 가는 사례관리 팀 접근법에 관한 문헌을 살펴보았다.

신체적, 정신적 기능이 쇠퇴해 가는 노인에게 대한 사례관리 기법의 한 형태로서 팀접근법(team approach)이 미국에서 제안되어 실험적으로 실시된 바 있다(Collier & Early, 1995). 이 사례관리 팀은 의사, 간호사, 지역방문간호사, 사회복지사로 구성되어 지역방문간호사를 중심으로 모든 구성원들이 역할을 분담하여 노인 환자의 신체, 정신, 사회적 욕구를 해결해 나갔다. 환자의 일반적 의료와 관련된 사항은 지역방문간호사가 담당하였고, 사회적 보호, 지역사회 자원의 발굴 및 연결 등과 관련된 것은 사회복지사가 담당하였으며, 의사와 간호사는 지역방문간호사가 파악한 정보에 따라 적절한 처지와 간호를 유기적으로 담당하였다.

Test (1979: 15-23)는 팀접근법 구조의 장점으로써, 1) 보다 연속적인 서비스 범위의 확보와 조정, 2) 여러 전문인들로 구성되어 다양한 관점에 바탕을 둔 보다 합리적인 계획, 3) 개인 사례관

리자의 소진에 기여할 수 있는 고립 문제의 해결 등을 들었다. 덧붙여, 사례관리가 성공하기 위해서는 해당 서비스 행정 담당자들과 지역사회 조직들의 지원이 필수적이며 사례관리자들 입장에서는 지역사회 서비스 기관들이 갖고 있는 자격기준 등에 대해 이해하고 있어야 하는데 탐 접근법이 이점에서 유리하다고 하였다.

Roberts-DeGennaro (1993: 107-109)도 어떤 한 사례에 관한 포괄적 책임이 개인 사례관리자에게 보다는 여러 분야의 서비스 제공자로 구성된 사례관리팀 (interdisciplinary team)에게 주어지는 팀 형태의 사례관리 모델을 제안하였다. 제안된 모델에서는 각 사례에 대한 사례관리 추진은 사례에 따라 지정된 한 개인이 주도하되 총체적 책임은 사례관리팀에 주어진다. 그 절차와 그에 따른 장점들을 살펴보면 다음과 같다.

- 1 단계 : 자원망의 개발. 서비스의 연속성을 보장하는데 필요한 각종 지역사회 자원을 찾아냄에 있어 여러 기관들이 관련되는 것이 유리하다. 또한 기관 및 시설들간의 협조를 이끌어 내고 서비스의 조정을 원활히 하기 위해서도 여러 분야의 서비스 제공자들로 구성된 팀이 좋다. 팀 접근이 유리한 또 하나의 이유는 서비스와 서비스 사이의 틈 (service gap)을 확인해 내고 각자 갖고 있는 정보나 기술을 교환하기가 용이하다는 것이다. 자원망 개발에서 특히 유의해야 할 것은 서비스 이용자들이 갖고 있는 비공식적 지원망 (예: 가족, 친지, 친구, 이웃 등)을 파악하고 필요할 경우 적극적으로 활용하는 것이다.
- 2 단계 : 서비스 이용자의 확보. 사례 발견, 서비스 이용자의 모집, 이용 가능한 지역사회 자원 및 서비스에 대한 오리엔테이션, 자격조건에 관한 교육 등에서도 여러 분야의 전문가들로 구성된 팀 접근법이 유리하다.
- 3 단계 : 서비스 이용자의 욕구 및 장점 사정. 문제 자체에 집착하기보다는 서비스 이용자의 욕구와 그들이 갖고 있는 장점을 파악하여 활용한다. 중복 욕구가 발견되면 욕구의 우선 순위를 정한다.
- 4 단계 : 서비스 계획의 수립. 서비스 제공의 목적에 대해서 사례관리자와 서비스 이용자 사이의 합의가 필수적이다. 사례관리팀 구성원들, 서비스 이용자 자신, 서비스 이용자의 가족이나 친지 또는 친구, 이웃 등이 담당해야 할 일들을 분명히 하고 기록해야 한다.
- 5 단계 : 계약의 작성. 여기에는 주(主)계약과 부(副)계약이 있을 수 있다. 주계약은 사례관리팀과 서비스 이용자 사이에, 부계약은 사례관리팀과 서비스 제공자들 사이에 이루어진다.
- 6 단계 : 개별화된 자원망의 구성. 이용 가능한 자원의 범위 내에서 클라이언트의 욕구를 충족시키는데 적합한 서비스를 선정한다. 이때 클라이언트 측면의 특성을 충분히 고려해야 한다. 예를 들어, 클라이언트가 현재 갖고 있는 가용 자원, 서비스를 이용하고자하는 클라이언트의 의지와 동기, 클라이언트가 자연적으로 소지하고 있는 자연적 지지망(예: 친구, 이웃, 주요 타인 등)의 동원 가능성 등을 고려한다.

- 7 단계 : 서비스 계획의 이행. 다양한 서비스 자원을 이용하여 서비스를 제공하되 클라이언트가 갖고 있는 자원을 동원하는 것이 중요하다. 다양한 서비스들의 제공을 총지휘, 조정하기 위해 서비스 제공자들, 클라이언트, 클라이언트의 자연적 지지망과 수시로 의사소통 노력을 하며, 정기적인 사례관리팀 회의를 갖는다.
- 8 단계 : 서비스의 모니터링(monitoring). 체계적이고 합리적으로 계획된 서비스가 계획대로 제공되고 있는지를 확인하고 기록한다. 이행 여부에 대한 확인은 앞서 작성된 계약 내용에 기초한다. 여기서는 어떤 서비스가 언제 어떻게 제공되고 있는지를 확인해야 한다. 공식적인 서비스 제공자들로부터 뿐만 아니라 비공식적, 자연적 지지망으로부터 지원되는 내용과 파악해야 한다.
- 9 단계 : 평가. 서비스 제공의 목적이 달성되었는가의 여부, 예기치 않은 서비스 결과의 발생 여부 등을 사례관리팀 내부, 서비스 제공자들, 클라이언트 등의 세 가지 관점에서 파악한다. 모든 종류의 사례관리 체계 운영에서 핵심 원리는 클라이언트로 하여금 자기의 복지 여건 향상에 대한 책임을 스스로 질 수 있도록 도와주는 것이다. 훌륭한 사례관리 실천은 클라이언트의 자기 결정의 원리를 존중해 주는 것이어야 한다.
- 10 단계 : 사례의 종결. 사례관리팀 내 협의에 의하여 사례의 종결 여부를 결정한다. 이때 서비스를 제공한 기관 및 시설 또는 자연적 지지망 등에게 지금까지 일어난 긍정적 변화, 부정적 변화 또는 무변화 등의 사실을 통보한다. 비공식적 지지망에게는 향후 지속적인 지원을 당부한다.
- 11 단계 : 사후 관리(follow-up). 문제의 재발 또는 개입을 요하는 새로운 문제의 출현 여부를 알아보기 위해 클라이언트와 접촉하고 그 정보를 팀 구성원들과 공유한다.

본 연구자들은 보건과 사회복지 서비스의 연계 체계 모형을 구축해 가는 과정의 과도기적 형태로서 위에 제시된 모형과 유사한 사례관리팀 접근법을 실천에 옮겨보고자 시도하였다. 하지만, 위의 모델의 여러 단계 또는 구성 요소들 중 우리나라의 실정에 적용할 수 없는 부분들, 또는 우리 여건상 미처 준비되지 않은 부분들이 발견되었다. 따라서, 본 연구는 우리 현실에서 실천 가능한 데까지 최대한 위에 제시된 사례관리팀 접근법을 실천해 보고 그에 따른 부족한 점 또는 문제점을 파악하고자 하였다.

III. 연구방법 및 연구배경 현황

1. 연구방법

본 연구가 의도하는 바는 보건의료와 사회복지서비스를 동시에 이용하고 있는 클라이언트들

에 대한 서비스가 제공되는 과정에서 서비스의 중복은 없는가를 파악한 후, 이를 바탕으로 효율적인 서비스 운영방안을 모색하는 것이다. 이러한 연구 목적 달성을 위해 본 연구는 서울시 은평구에서 현재 각종 서비스를 받고 있는 생활보호 노인 및 장애인들을 대상으로 사례관리팀 접근법을 적용, 실천해 보면서, 그 과정을 질적으로 분석하였다. 본 연구의 관심 초점은 사례관리팀의 시험적 운영 과정의 심층적 기술과 아울러 그 과정에서 나타나는 문제점들에 대한 분석 및 개선 방안 제시에 있다.

이를 위해 먼저 사례관리 팀의 구성원으로서 사회복지전문요원, (종합)사회복지관의 사회복지사, 서울시의 유급 가정도우미 운영주체, 보건소의 방문간호사 등을 선정하였다. 이러한 과정에서 서울시 은평구에서는 서울시의 유급 가정도우미가 보건소 책임하에 운영되고 있다는 점을 착안하여 이곳에서의 보건 서비스와 복지 서비스의 연계 체계 구축이 타 지역에 비해 수월할 것이라고 임의 판단, 서울시 은평구를 연구 대상지역으로 선정하였다.

서울시 은평구에서 보건소의 가정도우미와 방문간호사, (종합)사회복지관의 사회복지사, 동사무소의 사회복지전문요원으로 구성된 사례관리팀의 구축 및 실천의 기반 조성을 위해 본 연구의 연구자들은 1997년 11월부터 은평구 보건소, 은평구 관내 (종합)사회복지관, 지역 동사무소 등의 관계 요원들과 직, 간접적으로 접촉하면서 서비스 연계 체계 구축의 필요성에 대한 홍보 및 설득 작업을 하였다. 그 결과 보건소의 가정도우미와 방문간호사, 종합사회복지관의 사회복지사가 우선적으로 사례관리 팀에 참여 의사를 밝혀 사회복지 전문요원을 제외한 모든 구성원들이 한자리에 모이게 되었다. 구성원들은 주로 보건소와 서울YMCA 녹번복지관에서 사례관리팀 구축을 위한 사전 회의를 수시로 가졌다. 사례관리 팀의 핵심 구성원으로 간주되어 참여를 유도했던 사회복지전문요원은 자체 업무의 과중으로 인하여 근무시간중에는 참여가 사실상 불가능 했고 자체 업무가 마감된 후 참여 의사를 밝혀왔으나 다른 구성원과의 회의 시간 조절에 실패하여 끝내 참여하지 못했다. 하지만, 사례관리에 필요한 각종 클라이언트 정보들이 사회복지전문요원들로부터 보건소의 가정도우미나 방문간호사, 또는 종합사회복지관의 복지사들에게 이미 전달된 경우가 많아 사회복지전문요원의 팀 불참이 사례관리의 실질적 운영에 큰 지장을 초래하지는 않았다.

사례관리팀의 운영을 위해 연구자들은 1998년 2월부터 1998년 7월 중순까지 매주 1회씩 현장을 방문하여 사례관리팀에 합류하였다. 이러한 사례관리 팀 회의 장소는 주로 보건소 측에 의해 마련되었으며 상황에 따라서는 서울YMCA 녹번복지관에서 회의가 열리기도 하였다. 사례관리팀 구성원들은 주어진 사례에 대해 공동의 책임을 갖고 있으나 연구자들이 사례관리 팀 회의를 주도적으로 이끌었다. 사례의 성격에따라서는 개별적으로 더욱 많은 책임을 갖고 사례관리를 해나갈 사람을 연구자들이 판단 조정하여 지정하기도 하였다. 본 연구 결과 서술에 필요한 주요

자료는 사례관리팀에 참여한 기관의 관련 전문인은 물론 서비스 이용자와의 공식적, 비공식적인 면접과 전화통화, 각 기관의 관련 자료, 사례관리팀 운영 기록 등을 포함한다.

2. 연구배경 현황

1) 은평구의 복지관련 현황

서울시 은평구는 인구가 51만 3천명으로 행정구역상 20개동으로 구성되어 있다. 1997년 현재 생활보호대상자는 1,359가구에 1,986명이며 내용별로 거택보호자는 757가구에 850명, 자활보호자는 602가구에 1,136명이다. 한편, 의료보호대상자는 1,576가구에 6,297명이며 2,637명의 장애인이 등록되어 있다.

복지시설로는 은평천사원, 선덕원, 박애재가노인복지원 등이 있으며 사회복지기관으로는 인덕원노인종합복지관, 서부장래인종합사회복지관 등이 있고 1998년 12월중에 진관외동 지역에 노인종합사회복지관 1개소가 개관할 예정이다. 일반종합사회복지관은 1989년에 문을 연 태화종합사회복지관과 1996년에 개관한 서울YMCA 녹번복지관과 학교법인 환원학원의 신사종합사회복지관이 있다. 일반종합사회복지관인 태화, 신사, 녹번사회복지관은 월1회 관장 모임을 갖고 있으며 보건소는 복지관장들의 모임인 은평구 사회복지협의회에 참여하고 있다. 그러나, 이러한 모임을 통해서 기관간 연계나 공동사업 추진이 공식적으로 이루어지고 있지는 않다. 한편, 현재 11개 동사무소에 11명의 사회복지전문요원이 근무하고 있다.

2) 가정도우미 사업

(1) 연혁

가정도우미 사업의 운영목적은 신체적 정신적으로 일상생활이 어려운 노인 및 일정 소득이하의 저소득층 장애인을 직접 가정 방문하여 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공함으로써, 지역사회 안에서 안정된 생활을 할 수 있도록 하는 것이다(서울시, 1996). 이 사업을 담당하는 인력의 정확한 명칭은 유급가정봉사원이며 통상적으로 가정도우미라 칭하며 소정의 활동비를 지급받으면서 거택보호대상자들의 가정을 방문하여 서비스를 제공하고 있다.

가정도우미 사업은 1996년 1월말에 서울시가 사회복지사업의 일환으로 중구와 은평구에서 시범사업을 운영하기로 하고 구청 가정복지과에서 2월부터 3월까지 가정도우미와 수혜대상자를 접수하였다. 은평구의 경우는 구청의 가정복지과가 아닌 보건소 의약과 가족복지계에서 이 업무를 담당하기로 하고 4월 1일부터 사업을 운영하였다.

은평구의 경우 보건소에서 가정도우미 사업을 운영하게 된 동기는 보건소 방문간호실에서 맡고 있는 지역내 생활보호대상자 및 저소득 가정들이 의료서비스와 더불어 지속적인 재가복지서비스를 필요로 할 것이라는 판단 때문이었다. 이러한 상황에서 복지행정의 일원화 방안으로 방문간호사와 가정도우미 운영의 연계를 통한 사업의 효율성을 높이기 위하여 가정도우미사업을 보건소에서 1996년 4월부터 시작하였다(서울특별시 은평구, 1998). 일년 후인 1997년 4월에는 가정도우미 사업을 담당할 사회복지사 2명이 의약과 가족복지계에 배치되어 이 사업을 전담하게 되었다. 또 한편으로는 가정도우미의 정원도 24명에서 27명으로 확충되었다.

<표 1> 서울시 은평구 가정도우미 사업의 연혁

1996년 1월 29일	서울시로부터 사업계획을 통보 받음
2월- 3월	가정도우미 및 수혜대상자 접수
3월 19일	주관 부서 변경(구청 가정복지과 → 보건소 의약과)
4월 1일	가정도우미 활동시작
1997년 4월 1일	전담요원(사회복지사) 2명배치 가정도우미 정원확충(24명 → 27명)

(2) 제공되는 서비스 내용

가정도우미가 제공하는 서비스는 크게 일반서비스와 특별서비스로 나눌 수 있다. 일반서비스는 비교적 수월하게 제공할 수 있는 것으로 개인활동, 가사, 사회적, 우애, 의료보조 서비스가 포함된다. 특별서비스는 중풍, 치매 등의 중증 환자에 대한 대소변 수발, 목욕, 간병 등으로 보건의료서비스가 필요한 수혜자와 관련되어 있다.

1997년 12월말 현재 가정도우미가 제공한 서비스를 내용별로 살펴보면, 전체 서비스내용중에서 말벗이 25.9%로 가장 높았으며 청소 및 세탁이 19.8%, 잔심부름이 16.0%, 거동동행이 7.9%, 취사 및 반찬 만들기 6.9%, 시장보기 5.2%, 식사수발 5.1% 순으로 많았다. 이를 서비스 항목별로 보면 가사지원서비스(38.1%)의 내용이 가장 많았고 그 다음으로 우애서비스(25.9%), 사회적 서비스(18.3%)가 많았다(서울특별시 은평구, 1998).

3) 방문간호사업

재택 환자를 위한 방문의료서비스는 보건소의 보건간호사가 가정을 방문하여 제공 한다. 방

문간호 사업은 주로 생활보호대상자 및 저소득층 노인을 대상으로 가정이나 노인시설을 방문하여 간호를 제공하며 비용은 무료이다. 대부분 의사의 지시서에 의해서 의료서비스가 제공되며, 투약, 주사, 각종 검사 및 측정, 일반적인 보건교육 등이 실시된다(이선자 외, 1982: 108-115).

서울시의 25개 보건소에서는 가족보건계 또는 방문보건계를 설치하여 방문간호사업을 실시하고 있다. 서울시 은평구의 경우 가족보건계에서 방문간호실을 운영하고 있다. 방문간호실은 의사 1인 간호사 5인으로 구성되어 있고, 간호사 1인당 4개동을 담당하며 관리대상 인원은 대략 400명 정도이다. 관리대상 인원 에 비하여 근무중인 간호사가 부족하여 클라이언트의 의료서비스에 대한 욕구를 충분히 파악하는데 다소 문제가 있었다. 따라서, 방문간호사업은 중증환자나 전화로 방문을 요청하는 클라이언트를 중심으로 실시되었었다. 그러던 중 서울시의 가정도우미 사업을 보건소의 가족보건계에서 운영하게 됨에 따라 방문간호사가 가정도우미와 팀을 구성하게 되었고 그로인해 클라이언트에 대한 정보 수집이 보다 수월해졌다. 가정도우미는 의료서비스를 필요로 하는 클라이언트를 방문간호실에 연결할 수 있었으며, 방문간호실은 필요한 경우 가정도우미가 클라이언트의 건강상태를 확인하여 통보하도록 하였다(이주열 외, 1998).

4) 재가복지사업

재가복지라는 말은 포함되는 서비스의 범위에 따라 다르게 사용되고 있다. 가장 넓은 의미로는 시설이 아닌 가정에서 생활하는 노인을 위한 제반복지 서비스라고 할 수 있으며, 소득보장, 주거보장, 의료보장 및 사회서비스 보장까지 다 포함하는 것으로 볼 수 있다(한국노인복지회, 1977: 77). 노인복지법상의 재가노인복지 프로그램에는 가정방문 간호를 포함시키지 않고 있으나 여기서 의료보장은 클라이언트에게 의료서비스를 제공하는 간호활동을 의미한다고 보아야 할 것이다. 종합복지관의 재가복지센터에서 운영하고 있는 무료 가정봉사원 파견사업의 일차적 대상은 거택보호가구 및 자활보호가구의 65세 이상의 노인이다. 가정봉사원이 제공하는 서비스로는 말벗 등 정서적 지지가 가장 많으며 다음으로 취사, 반찬배달, 세탁, 청소 등의 가사원조 서비스로 무료 가정봉사원이 제공하는 서비스는 대체로 우애방문의 성격이 강하다.

IV. 연구결과

1. 경험적 사례관리 체계

1) 관리운영 형태

서울시 은평구 보건소의 가정도우미 사업은 보건과 사회복지 연계방안에 있어 하나의 긍정적

인 모형이 될 수 있다고 본다(이주열 외, 1998). 그러나 현재의 가정도우미 사업은 보건소내의 사업으로 국한되어 있어 실질적 의미의 보건과 사회복지의 연계 사업을 위해서는 사회복지관의 재가복지사업과의 연계가 필요하다. 복합적인 서비스 욕구를 가진 클라이언트를 위해서는 지역사회 자원을 효율적으로 이용하는 것이 필요한데, 그러기 위해서는 각 서비스 제공자들이 한 곳에 모일 수 있는 사례관리 팀을 구성하여 클라이언트를 관리하는 것이 바람직하다.

본 연구에서는 보건소의 가정도우미 서비스, 방문간호 서비스, 그리고 복지관의 재가복지서비스를 복합적으로 받고있는 클라이언트를 대상으로 사례관리 팀을 운영하기 위하여 은평구 보건소와 은평구 관내 2개 관련 종합사회복지관(녹번, 신사복지관)으로부터 협조를 얻어냈다. 또한, 사례관리 대상으로 선정된 클라이언트들에게 가장 합당한 서비스 내용과 서비스 제공자를 확인해 내는 작업을 위해 보건소와 각 사회복지관의 관련 업무담당자가 매주 1회 사례관리 팀 모임을 가졌다. 이 모임에서는 1) 수혜자의 생활환경에 대한 정보를 교환, 2) 각 기관에서 수혜자에게 제공된 서비스 내용을 파악, 3) 수혜자가 필요한 서비스 내용을 파악, 4) 중복되는 서비스내용을 조정, 5) 기타 사례관리와 관련된 사항 등을 다루었다.

2) 사례관리 대상자의 선정

보건과 사회복지의 통합서비스 운영이 가장 필요한 노인과 장애인을 우선 순위대상자로 하여 현재 은평구에서 진행중인 재가복지, 가정도우미, 방문간호 등의 복합서비스를 이용하고 있는 클라이언트들 중에서 가급적 욕구 상황이 다양하도록 임의로 시범 사례관리 대상자를 선정하였다. 일차로 50명의 대상자가 파악되었으며 방문간호사, 복지관의 재가복지서비스 담당자, 가정도우미 담당자 등이 회의를 통하여 5명을 최종 사례관리 대상자로 선정하였다.

3) 사례관리를 위한 모임

각 수혜자에 관련된 제반사항을 사례관리를 위한 모임에서 결정하기 때문에 모임 참석자와 회의진행 및 업무조정자 역할을 누가 담당하느냐 하는 것은 중요하다. 본 사례관리에는 보건소에서 5명, 복지관에서 3명 그리고 연구자 3명 등 총 11명이 참석하였다.

그런데 모임진행 및 업무조정자 역할은 시범적 사례관리 단계에서는 본 연구자들이 담당하기로 했으며 사례에 대한 충분한 정보가 공유된 후 각 사례별로 책임 사례관리자를 선정하여 운영하도록 하였다. 아직까지 우리 나라에서 보건과 사회복지서비스가 복합적으로 연계된 수혜자에 대한 사례관리 경험이 없음으로 어느 특정 기관이나 특정 직종인을 지정하는데는 다소 무리가 있을 것으로 생각되었기 때문이었다.

<표 3> 사례관리를 위한 모임참석자

담당 역할	소 속 기 관	인 원(명)	비 고
모임진행 및 업무조정	대학교	3	연구자
연락담당	보건소 의약과	1	모임일정 연락
방문간호	보건소 의약과	2	간호사
가정도우미 관리	보건소 의약과	2	사회복지사
재가복지 관리	종합복지관	3	사회복지사

2. 사례관리 과정

1) 사례관리 모임에서 확인된 정보

(1) 관리대상자의 특성

사례관리 대상자로 선정된 5명의 특성은 아래와 같다. 성별로는 여자가 4명, 남자가 1명이었으며 1명은 장애인(장애 4급)이고 4명은 65세이상의 노인이었다. 의료보호 1종(거택보호)이 3명, 의료보호 2종(자활보호)이 2명으로 외부의 후원기관으로부터 경제적 지원을 받고 있었다. 대부분 만성퇴행성 질환을 가지고 있어 병원이나 보건소를 이용하고 있었으며 신체장애로 거동이 불편한 경우(사례1, 사례2)와 알콜리즘 증상을 보이는 경우(사례5)도 있었다.

사례 1 : 일반적 특성 : 여, 고졸, 72세, 의료보호 1종, 월세, 사별, 무의탁 노인.

건 강 상 태 : 당뇨, 대퇴부 척추손상으로 거동이 불편.

기 타 : 방안에서 대소변 해결

성격이 이해 타산적이고 너무 의존적임

사례 2 : 일반적 특성 : 여, 무학, 51세, 의료보호 1종, 월세, 이혼, 장애 4급.

건 강 상 태 : 38세부터 당뇨, 좌측 하퇴부 절단.

기 타 : 게을러서 스스로 움직이려 하지 않음

언니가 도움을 주고 있음

사례 3 : 일반적 특성 : 여, 무학, 80세, 의료보호 1종, 전세, 20년전 남편과 사별, 자식 없음.

건 강 상 태 : 청력이 약함, 허리 통증, 대체로 양호한 상태.

기 타 : 여러 교회를 다니면서 점심해결

조카가 도움을 주고 있음

거주환경이 대단히 열악한 상태

사례 4 : 일반적 특성 : 남, 중졸, 72세, 의료보호 2종, 전세, 이혼후 자녀(아들:3, 딸:2)들이 호적

을 분리시켜 서류상 독거노인이 됨.

건강 상태 : 폐결핵, 간경화, 십이지장궤양, 척추염증(거동불편), 치아상태 불량

기 타 : 심한 알콜리즘 증세를 보임,

여성 봉사원(가정도우미, 자원봉사자)에게 부적절한(?) 서비스를 요구함

사례 5 : 일반적 특성 : 여, 초졸, 69세, 의료보호 2종, 친구집에서 무의탁거주, 이혼한 상태, 아들은 인도네시아에 거주.

건강 상태 : 중풍, 고혈압, 협심증, 지역 병원을 이용.

기 타 : 지역단체나 이웃들로부터 많은 도움을 받고 있음,

성격이 강하여 자원봉사원나 가정도우미와 마찰을 자주 일으킴.

(2) 후원기관

사례관리 대상자는 매주 가정도우미나 복지관의 재가서비스를 받고 있으며 건강상태와 관련하여 방문간호사와 빈번히 접촉하고 있었다. 첫 번째 사례관리 팀 모임에서 확인된 사실은 각 수혜자들이 보건소 및 복지관 이외의 기관들로부터 후원을 받고 있다는 사실이었다. 이것은 당초 사례관리 선정단계에서는 몰랐던 것으로 다수의 후원기관이 수혜자에게 관련되어 있다는 사실은 수혜자의 생활환경에 대한 정보를 교환하는 과정에서 밝혀졌다(표4 참고).

<표 4> 사례관리 대상자별 후원기관 및 방문회수

번호	성별	연령(만)	가정도우미	방문간호사	재가서비스	기타 후원기관	비고
1	여	72세	주 3회방문	방문요구시	주 2회방문	이북5도민회 종교단체	
2	여	51세	주 3회방문	정기적으로	월 2회방문	장애인복지관 종교단체,친척	장애인
3	여	80세	주 3회방문	방문요구시	주 2회방문	종교단체 친척	
4	남	72세	주 1회방문	수시로	주 2회방문	종교단체 이웃	
5	여	69세	주 2회방문	수시로	주 2회방문	지역단체	중풍

(3) 제공되고 있는 서비스내용

수혜자에게 제공되고 있는 서비스를 내용별로 살펴보면 <표 5>와 같다. 가정도우미가 모든 사례관리 대상자에게 제공하고 있는 서비스는 가사지원이었으며 특별서비스는 사례1에 한정되어 있었다. 사례 2(장애인)의 경우는 특별서비스가 필요함에도 불구하고 대소변수발, 목욕, 간병 등의 서비스를 제공하지 않는 것은 다른 후원기관(S 장애인복지관)에서 관련 서비스를 제공하고 있었기 때문이다.

방문간호에서는 정기적 혹은 수시로 수혜자의 가정을 방문하여 건강상태를 확인하였으며 적극적인 수혜자의 경우 수시로 방문간호실로 전화를 하는 경향이 있었다. 방문간호팀에서 의료 서비스를 제공하지 않고 있었는데 이는 본 사례관리 대상자의 경우 질병과 관련해서는 일반병원을 이용하고 있었기 때문이었다.

복지관의 재가복지서비스 부문으로부터 대상자에게 공통적으로 제공되는 서비스의 내용은 반찬제공이었다. 사례2를 제외하고는 제공되는 서비스에 큰 차이가 없었다. 사례 2의 경우는 처음 S 장애인복지관으로부터 S 종합복지관에 의뢰된 경우로 S 장애인복지관에서 후원금 지급, 병원동행, 말벗방문 등의 서비스를 제공하고 있기 때문에 S 종합복지관에서는 자원봉사원에 의한 반찬제공만을 담당하였다.

<표 5> 사례관리 대상자에게 제공되고 있는 서비스내용

	사례1	사례2	사례3	사례4	사례5
가정도우미					
-우애방문	○		○		○
-가사지원	○	○	○	○	○
-거동지원	○	○	○		○
-특별지원	○				
방문간호					
-건강상태확인	○	○	○	○	○
-약품제공	○		○		○
-의료서비스					
-전화상담	○	○	○		
재가서비스					
-후원금지원	○			○	
-간식제공	○				
-반찬제공	○	○	○	○	○
-말벗방문	○		○	○	○
-물품제공	○		○	○	○
-생일상	○		○	○	○

2) 사례관리 팀 모임에서 조정된 내용

재가복지와 가정도우미가 제공하는 서비스가 상당부분 유사하기 때문에 서비스의 중복가능성이 높을 것으로 생각되어 우선 각 사업별로 수혜자에게 제공된 서비스의 내용을 확인한 후 중복된 서비스를 조정하기로 하였다. 그러나 사례관리 모임에서 서비스의 중복은 확인되지 않

았다. 다만 수혜자 가정을 방문하는 일정이 각 사업별로 결정되어 있어 동일한 날짜에 서비스 제공이 겹치거나 특정요일에 편중되어 있음을 확인할 수 있었다. 각 사례관리 대상자별로 사례 관리 모임에서 조정된 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

사례 1: 가정도우미가 매주 월, 수, 금요일에 수혜자를 방문하여 가사지원서비스를 제공하며 사회복지관에서는 매주 월요일에 가정봉사원이 반찬을 제공해 주고 토요일에는 말벗 서비스를 제공하고 있었다. 사례관리 모임에서는 우선 사례1에 제공되는 가정도우미의 가사지원서비스의 내용을 구체적으로 확인하였는데, 취사 및 반찬 만들기과 청소 그리고 빨래였다. 매주 월요일에는 가정도우미 측에서도 반찬 만들기 서비스가 제공되고 사회복지관에서도 반찬을 제공하는 것으로 나타났다. 그래서 서비스 제공 날짜를 조정하기로 하였는데 매주 토요일 사회복지관에서 반찬서비스를 제공하고 말벗 서비스는 화요일에 하도록 하였다. 그리고 방문간호실은 사회복지관의 가정봉사원에 게도 수혜자의 건강상태에 관한 정보를 제공하여 필요한 경우 서로 협력할 수 있도록 하였다.

사례 2: 이 사례의 경우 S 장애인복지관이 부분적으로 사례관리를 하고 있는 것으로 확인되어 보건소 측의 가정도우미 담당자가 장애인복지관의 재가복지팀과 접촉하여 협력방안을 모색하기로 하였다. 특히 가정도우미가 제공하는 거동지원의 경우 목욕 동행만 해당될 뿐 병원동행은 종교단체의 전도사나 S 장애인복지관에서 도움을 주고 있었다. 향후 이 사례에 대해서는 주3회 방문하는 가정도우미의 방문날짜를 사회복지관이나 종교단체에서 방문하는 날짜로 다르게 조정하도록 하였으며 방문간호실에서는 현재와 같이 정기적으로 가정을 방문하여 건강상태를 확인하도록 하였다.

사례 3: 이 사례에서 가장 큰 문제점으로 지적된 것은 현재의 거주환경이 열악하다는 것이었다. 여름철에는 덥고 특히 겨울철에는 난방을 가동하지 않아 가정봉사원들조차도 추위를 느껴 서비스제공에 어려움을 지니고 있었다. 여러 차례 가정도우미나 사회복지관의 사회복지사가 방문하여 겨울철에 난방 장치를 가동하도록 클라이언트를 설득하였으나 전혀 변화가 없었다. 사례모임에서는 이 대상자의 거주환경개선을 위해서 복지관측이 대상자의 친척과 연락을 통하여 해결방안을 모색하기로 하였다. 이 대상자는 결핵을 앓은 경험이 있기 때문에 방문간호실에서 이 부분에 대해서 관심을 가지고 건강상태를 확인하도록 하였다.

사례 4: 이 사례의 문제점은 알코올리즘 증상을 보이는 것과 여성 봉사원들에게 부적절한(?) 서비스를 요구함에 따라 봉사원들이 기피한다는 점이었다. 이에 대해 방문간호실에서는 음주를 줄일 수 있도록 하기 위하여 우선 일일 주량을 알아보기로 하였으며 사회복지관에서는 적절한 영양을 공급하기 위하여 도시락을 제공하기로 하였다. 가정도우미와 사회복지관의 자원봉사원에게는 이 대상자의 불필요한 요구를 거절하도록 교육을 시키기로 하였다.

사례 5: 이 대상자는 자원봉사원이나 가정도우미와 마찰을 자주 일으키고 각 서비스 담당자에게 자주 전화를 하여 지나친 서비스제공을 요구하는 경향이 있었다. 방문간호실에서

제공하는 혈압 약을 타서 본인이 복용하는 것이 아니라 이웃에 나눠주고 있었다. 대처 방안으로써, 사회복지관이나 보건소의 담당자에게 전화가 오면 양쪽 모두 지나친 요구를 강하게 거절하기로 하였으며 혈압 약은 방문간호사가 직접 확인하여 필요한 경우에 지급하기로 하였다. 또한 가정도우미나 가정봉사원이 혈압 약의 복용상태를 확인하도록 하였다.

3. 사례관리 운영에서 나타난 문제점

1) 수혜자에 대한 중복지원

사례관리팀 운영에서 나타난 첫 번째 문제점은 각 클라이언트에게 동일종류 서비스의 중복이 발생하기 보다는 여러 기관들의 개별적 서비스들이 특정 클라이언트에게 집중적으로 제공되는 것이었다. 각 기관에서 제공하고 있는 서비스의 내용은 조금씩 차이가 있었으나 한 대상자에게 관련된 후원기관이 보통 다섯 곳 이상인 것으로 나타났다. 아울러 파악되지 않거나 일시적으로 후원하는 단체나 개인까지 고려한다면 관련 후원기관은 더 증가할 것으로 보인다.

2) 정보교류 체계의 부족

기존의 보건소나 사회복지관에서 각각 보유하고 있는 사례관리 대상자에 대한 정보는 부분적으로 제한되어 있었다. 이러한 상황에서 수혜자의 요구에 따라 적절한 서비스를 충분히 제공하는 것은 어렵다. 그 동안 보건소나 사회복지관 나름대로 사례관리를 하였으나 이것은 각 서비스 기관에서 소유한 정보에 한정된 사례관리였다. 이번 사례관리 팀 모임에서 각 대상자에 대해서 다양한 정보를 얻게되어 각 수혜자에게 필요한 서비스가 무엇인가를 알 수 있는 기회가 제공되었다.

3) 사례별로 사례관리자를 지정하는 문제

앞에서도 지적했듯이 본 연구에서는 연구자들이 사례관리 팀 모임에 참석하여 사례관리 팀을 이끌고 조정하는 가운데 각 사례의 특성에 따라 적절한 책임 사례관리자를 지정해 가는 방법을 사용하였다. 이것은 사례관리의 기본적 의의인 서비스의 책임성과 관련지어 문제를 내포하는 부분이다. 복합적 서비스 욕구를 가진 클라이언트에게 가능한 모든 서비스가 제공되도록 서비스를 조정하고 사후 관리하는 것이 사례관리자의 책임이라고 볼 때, 그에 상응하는 권한이 주어져야만 할 것이다. 본 연구에서는 연구자들이 개입하여 책임 사례관리자에게 무형의 권위를 부분적으로 부여함으로써 사례관리 팀의 협조가 어느 정도 보장되었으나 향후 자체적인 팀을 구성하였을 때 사례별로 누가 책임 사례관리자를 지정할 것이며 또한 지정된 사례관리자의 권위

가 어느 정도 존중을 받을 것인가에 대한 의문이 남는다. 이것은 후속 연구를 수행하면서 합의 를 도출해 내야 할 부분이다.

4) 사회복지전문요원과 연계미비

사례관리 팀의 운영을 통해 보건소와 사회복지관과의 연계는 어느 정도 이루어졌으나 동사무 소의 사회복지전문요원과의 협력 체계 구축은 이루어 내지 못했다. 대부분의 경우 생활보호대 상자를 주로 한 클라이언트 발굴이 사회복지전문요원에 의하여 이루어지고 있음을 고려할 때 연계의 범위를 동사무소의 사회복지 전문요원에게 까지 확대하는 것은 필수 과제이다. 특히 본 연구에서 처럼, 클라이언트에 대한 정보가 이미 보건소나 복지관에 전달되어 복합적인 서비스 들이 제공되고 있는 경우에 대한 사례관리가 아닌, 서비스 대상자 확인에서부터 출발하는 실제 적인 사례관리의 경우엔 사회복지전문요원의 참여가 반드시 요청된다. 현실적으로 사회복지 전 문 업무와 무관한 기타 행정보조 업무에 시달림으로 인해 바쁜 사회복지 전문요원을 사례관리 팀에 어떻게 합류시킬 것인가는 사례관리 팀 운영을 계속해 가는 과정에서 지속적으로 탐색해 볼 과제이다.

5) 클라이언트의 참여 부족

좋은 사례관리란 사례관리 서비스를 계획하고 실행하는 과정에 클라이언트를 효과적으로 참 여시키면서, 그들의 서비스 이용 동기를 유발하고 동원 가능한 자연적 지지망을 활용하는데 있 다고 했으나(Cohn & DeGraff, 1982: 30), 본 연구에서는 그렇지 못했다. 이는 사례관리팀이 먼 저 계획되고 실행된 것이 아니라 이미 각종 서비스가 클라이언트에게 제공되고 있는 가운데 사 례관리팀이 조직되고 운용되었기 때문이었다.

4. 효율적 운영방안

첫째, 통합서비스의 효율적인 운영을 위해서는 주도적으로 사업을 이끌 수 있는 주체가 중요 한데 지역사회 단위에서 공공기관이 중심이 되어 민간기관의 참여와 협조를 이끌어 가는 것이 필요하다. 공공시설과 지역단위 민간 이용시설과의 연계·의뢰 체계는 공공기관이 갖기 쉬운 운영의 경직성이나 폐쇄성 등으로 인해 현실적으로 시설간의 협조나 연계가 용이하지 않는데 (조애저 외, 1996:28), 서울시 은평구의 경우 보건과 사회복지의 연계와 복합서비스에 대한 사례 관리가 가능할 수 있었던 가장 큰 이유는 공공기관인 보건소가 적극적으로 사업을 지지하면서 민간기관인 사회복지관의 참여와 협조를 이끌었기 때문이다. 이러한 점은 사례관리 팀의 성공

적인 운영과 관련하여 또다른 공공 기관인 지역사회 동사무소 역할이 갖는 중요성이 지대함을 암시한다. 사회복지 전문요원이 사례관리 팀의 일원으로 참여하기 위해서는 일선 행정기관 책임자의 적극적인 이해와 배려 또는 독려가 있어야 할 것이다.

둘째, 단일 수혜자에 대한 관련기관의 중복, 분열 지원을 방지하기 위해서는 보건복지기관간에 정보가 교류되어야 한다. 현재는 동일 대상자에 대해서 가정도우미, 방문간호, 재가복지 부문이 각각의 정보 서식을 작성하여 관리하고 있는 실정이다. 정보교류를 위한 기초작업으로 보건소와 사회복지관에서 관리하고 있는 대상자에 대한 데이터베이스 구축이 필요하다. 이를 위해 통합서비스가 제공되는 대상자에 대해 상호 통일된 단일문서를 작성하여 관리하는 것이 필요하다. 이것을 실천에 옮기기 위한 작업이 현재 연구팀에 의해 진행중에 있으며 후속 연구에서는 이를 토대로 체계적인 정보교류를 시도할 예정이다. 이것이 실현될 경우 사례관리 팀 또는 팀 내 책임 사례관리자라는 단일창구를 통해 작성된 접수 정보(Intake Information)가 공유, 분석됨으로써 중복, 분열 서비스가 방지되고 다양한 서비스가 합리적이고 체계적으로 조정, 연계, 통합되어 제공될 수 있는 기반이 마련될 것이다.

셋째, 클라이언트 선정시 차별화가 필요하다. 중복지원 서비스가 일어날 수 있었던 가장 큰 원인은 가정도우미나 재가복지의 대상자선정 기준에 큰 차이가 없다는 점이다. 현재 가정도우미가 유급인 점을 고려할 때 가정도우미는 현재와 같이 생활보호대상자중에서 노인과 장애인을 중심으로 서비스를 제공하고 사회복지관의 자원봉사원은 생활보호대상자가 아닌 저소득층을 대상으로 필요한 서비스를 제공하는 방안을 생각할 수 있다. 생활보호대상자가 아닌 저소득층이 생활보호대상자 못지 않은 생활상 고통을 호소하고 있는 경우가 많은 현실을 고려할 때 각 구청별로 관련 조례를 작성하여 비생활보호대상자 클라이언트를 발굴해 내는 일을 사례관리 팀에 맡기는 것을 생각해 보아야 할 것이다. 또 다른 운영방안은 가정도우미는 주말이나 야간서비스를 담당하고 사회복지관의 가정봉사원은 현재와 동일하게 운영하는 것이다. 이상의 두 방안은 기본적으로 방문간호와 연계를 계속 갖는다.

넷째, 성공적인 사례관리를 위해 꼭 필요한 것 중의 하나가 사례관리팀에 포함된 각 구성원들이 각자의 역할을 정확히 인식하는 것이다. 이러한 팀에 필수적인 요소가 클라이언트 자신과 그 가족, 친지 또는 이웃들이다. 클라이언트는 사례관리의 목적을 분명히 이해해야 하고 전반적 사례관리 과정에 능동적으로 협조해야 하며 그 결정에 순응해야 성공적 사례관리가 실현될 수 있다(Collier & Early, 1995: 68). 물론 사례관리팀은 클라이언트에게 가능한 최대한의 자율과 책임을 아울러 갖게 해야 할 것이다 (Doty et al., 1993: 133). 본 연구에서는 클라이언트의 참여가 없었다. 향후 모든 계획 단계에서부터 클라이언트가 참여해야 할 것이다. 그래야만 적극적인 참여와 협조를 기대할 수 있을 것이다. 클라이언트는 모든 의사결정 과정과 사례관리 실시 과정 전반에 대해 질문, 요청, 제안 및 의견 개진을 해야할 권리와 책임이 있고 사례관리에 대해 수

용, 거부 등의 의사 표시를 할 수 있어야 한다. 이러한 상황들은 사례관리 팀 회의에서 미리 논의되고 클라이언트 자신, 그의 가족, 친지들과 상의되고 동의가 얻어지도록 해야 할 것이다.

다섯째, 사례관리팀 운영의 평가 및 종결과 관련된 사항이다. 현재 우리 나라에서는 서비스 이용자가 생활보호대상자인 관계로 이러한 과정이 생략될 수밖에 없다. 하지만 앞서 언급한, 클라이언트의 장점 활용 및 적극적 참여 유도, 사회복지 의식 고취를 위해서 클라이언트와 사례관리팀이 함께 사례관리의 전과정에 대한 평가를 시도해 보아야 할 것이다. 사회복지전문요원에 의해 생활보호대상자로 일단 선정되면 공적부조는 물론 서울시 가정도우미 서비스, 기타 생활보호대상자 명단에 기초한 여러 기관들로부터의 다양한 서비스가 무기한, 무조건적으로 제시됨으로써 파생되는 클라이언트의 나태현상 또는 서비스의 악용으로 인한 의존심의 배양 내지는 영속화를 방지하기 위해서는 매년 또는 쉰년으로라도 실질적인 서비스 적격 심사를 제도화하는 것이 바람직할 것이다. 이것은 국민으로부터의 세금 또는 모금을 전체 클라이언트의 복지 향상을 위해 가장 효율적으로 사용해야할 책임을 맡은 복지인의 의무인 것이다. 사실상 (종합)사회복지관에서는 재가복지 서비스의 경우 1년 단위로 서비스를 재계약하고 있어 이러한 것이 어느 정도 실천되고 있다. 사회복지 서비스 제공의 목적은 궁극적으로 클라이언트의 의존성을 영속화하는 것이 아니라 자기결정의 원리를 최대한 보장함으로써 독립생활 능력 향상에 있음을 상기할 때 서비스와 관련하여 지나친 특권 의식을 갖고 무조건 요구만하는 클라이언트에게는 사례관리 팀 회의를 통해 서비스제공 기간 또는 서비스 내용을 제한할 수 있는 장치가 마련되어야 할 것이다.

여섯째, 본 연구의 사례관리 팀에는 팀의 핵심 구성원이어야 할 사회복지전문요원이 참석하지 못했다. 현재의 대부분의 보건 복지 서비스 대상자들이 생활보호대상자인 점과 생활보호대상자들과의 최초의 접촉이 대부분 사회복지전문요원에 의해 이루어진다는 점을 고려할 때, 초기 서비스 계획 단계에서부터 운영될 사례관리 팀에는 사회복지전문요원의 합류가 필수적이다. 본 연구의 사례관리는 이미 서비스 공급이 진행되고 있는 상황에서 팀이 가동된 관계로 사회복지전문요원의 참여 없이도 어느정도 가능했었다. 앞서 지적했듯이 사례관리 팀에 사회복지전문요원이 합류하기 위해서는 일선 행정 책임자가 서비스 통합 및 연계 체계의 필요성을 공감하고 그의 실천을 위해 적극적으로 지원할 의사가 있어야 할 것이다.

V. 맺음말

보건의료와 사회복지 서비스 통합의 필요한 이유는 클라이언트가 다양하고도 복합적인 복지

욕구를 지니고 있기 때문이다(서상목 외, 1988). 특히 이들 욕구를 동시에 가지고 있는 노인과 장애인의 인구가 점차 늘어남에 따라 이러한 필요성은 더욱 증가되고 있다. 그간 저소득층, 노인 및 장애인에 대한 각종 서비스는 개별적으로 공급되기보다는 상호연계성을 갖고 통합되어 공급되어야 한다는 논의가 계속 있었다(김규수, 1985; 이성기 외, 1995; 이주열 외, 1996; 박경숙, 1996). 그러나, 상호연계성을 갖고 통합적으로 제공되어지는 서비스란 어떤 것이며, 어떤 과정을 거쳐 클라이언트에게 제공될 것인가에 관한 연구는 이론적이든 실증적이든 이렇다 할 게 별로 없었다(김동배, 1994).

본 연구는 지금까지 제기되었던 서비스 연계 체계 구축의 필요성을 인정하고 그를 실천에 옮겨보기 위한 일단계 노력이었다. 실천적인 노력의 일환으로 서울시 은평구에서 각종 서비스를 받고있는 생활보호 노인 및 장애인 다섯 사례를 임의로 선정하여 사례관리팀 접근법을 적용하였다. 보건소의 가정도우미, 방문간호사 사회복지관의 재가복지담당 복지사 등이 매주 한자리에 모여 사례관리팀 모임을 갖고 클라이언트에 대한 정보를 공유함으로써 클라이언트가 필요한 서비스 내용을 파악하여 그 제공자를 결정하고 실천하였다는데 본 연구의 성과와 의의가 있다. 보건소나 사회복지관은 지금까지는 클라이언트에 관한 나름대로의 정보를 가진 각 기관들이 부분적인 사례관리를 함으로써 단일 클라이언트를 둘러싼 관리체계에 분열이 있었는데 사례관리팀을 운영함으로써 중복된 서비스 제공을 방지하면서 적절한 서비스를 제공할 수 있었다.

본 연구가 가능했던 것은 연구자들이 개입한 가운데 공공기관인 보건소가 보건의료 및 사회복지 서비스간의 연계에 깊은 관심을 갖고 그 필요성을 받아들임과 동시에 민간기관인 사회복지관의 참여와 협조를 이끌었기 때문이었다. 이점은 서비스 연계 및 통합 체계의 구축 및 운영을 위해 어느 측이 주도적인 노력을 해야하는가와 관련해 시사하는 바가 크다. 본 연구의 결과를 바탕으로 사례관리팀 운영의 모델을 구축하여 보다 많은 사례들에게 적용해 보고 평가해 봄으로써 일반적인 사례관리팀 모형을 제공하는 것이 본 연구자들의 궁극적인 목적이다.

참 고 문 헌

- 김규수. 1985. "우리날 의료사회사업의 현황과 활성화 방안". 사회복지연구. 13(1). pp. 51-82.
- 김동배. 1994. "노인보건의료와 사회복지 서비스의 연계방안". 노인보건의료 관리모델을 위한 워크샵 자료집. pp. 39-53.
- 박강원, 이주열. 1995. "보건복지사무소의 운영방안". 최신의학. 38(3). pp. 80-86.
- 박경숙. 1996a. "사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스연계에 영향을 미치는 요인들 - 중·소 도시, 농촌의 사회복지전문요원을 중심으로 -". 한국사회복지학. 30. pp. 48-76.
- _____. 1996b. "도시 저소득층을 위한 사회복지서비스와 보건의료서비스간, 사회복지서비스내 서비스 연계실태". 성곡학술문화재단.
- 박순일 외. 1994. 저소득층의 의료복지 연구 - 의료서비스 수요분석을 중심으로. 한국보건 사회 연구원.
- 서상목, 최일섭, 김상균. 1988. 사회복지 전달체계의 개선과 전문인력 활용방안. 한국개발연구원.
- 서울특별시. 1996. 가정도우미운영지침.
- 서울특별시 은평구. 1998. '97 서울가정도우미 사업평가 및 사례집.
- 이선자, 정문희, 이명숙. 1982. 지역사회간호학. 신광출판사.
- 이성기, 김성희. 1995. 보건복지사무소 모형개발 및 1차년도 운영평가. 한국보건사회연구원.
- 이성기, 강혜규. 1996. 보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 이성희, 권중돈. 1993. 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구. 서울특별시 북부노인종합복지 관.
- 이연주. 1993. "공공 보건의료전달과 사회복지전달체계 통합에 관한 연구". 석사학위논문. 중앙대학교.
- 이용래. 1992. "보건소의 사회복지서비스제도 도입을 위한 연구". 석사학위논문. 서울대학교.
- 이주열, 김정우, 엄명용. 1998. "보건과 사회복지의 연계방안(2), 가정도우미 운영사례". 대한보건협회지. 24(1). pp. 110-117.
- 이주열, 박강원. 1996. "보건과 사회복지의 연계방안(1)". 대한보건협회지. 22(2). pp. 13-20.
- 조애저, 이상영, 배화옥. 1996. 지역단위 사회복지서비스 연계체계 구축방안. 한국보건사회연구원 정책연구자료 96-07.
- 청소년대화의 광장. 1993. 청소년상담정책연구.
- 한국노인복지회. 1997. 재가노인복지사업. 서울: 홍익제.
- 황성철, 강혜규. 1994. 사회복지관 운영평가 및 모형개발. 한국보건사회연구원.

- 황성철. 1995. "사례관리(Case Management) 실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구". 한국사회복지학. 통권 제27호. pp. 275-304.
- Collier, P. and A. Early. 1995. "A Team Approach to Geriatric Case Management." *Journal of Case Management*. 4(2). Summer. pp. 66-70.
- Doty, L., K. M. Heilman, J. T. Stewart, D. Bowers and L. J. G. Rothi. 1993. "Case Management in Alzheimer's disease." *Journal of Case Management*. 2(4). Winter. pp. 130-136.
- Roberts-DeGennaro, M. 1993. "Generalist Model of Case Management Practice." *Journal of Case Management*. 2(3). Fall. pp. 66-70.
- Test, M., 1993. "Continuity of Care in Community Treatment." In *Community Support Systems for the Long-term Patient*. edited by L. Stein. San Francisco, CA: Jossey-Bass. pp. 15-23.

Abstract

**The Health and Welfare Service Delivery System and It's Effectiveness:
Operation of An Interdisciplinary Team Approach for Model
Deveopment.**

Kim, Jung Woo · Lee, Ju Yul · Um, Myung Yong

This study tried to formulate and operate an interdisciplinary case management team in Eun-Pyung Gu, Seoul. This was a part of an effort to promote efficiency of service delivery system for low-income elderly or the handicapped by linking, coordinating, and integrating various health and human services providers. In-depth qualitative analysis described the process of which the interdisciplinary case management team was formed, along with the process of the team operation. The interdisciplinary team consisted of home helpers, visiting nurses, and social workers from Health Center and Social Welfare Centers. Issues dealt with by the team include: 1) information exchange of clients' social, economic, and medical situations; 2) identification of types of service provision to clients; 3) clients' needs assessment and its prioritization; 4) assignment of a leading case manager for each case; 5) identification of problems and issues regarding integration of service delivery system. The team approach to case management contributed to the systematic delivery of services to the elderly and the handicapped by avoiding service duplication and fragmentation. This study argued that public agency played a key role in constituting and operating the interdisciplinary case management team. Suggestions for further studies were presented.

<u>김 정 우</u>	<u>엄 명 용</u>
Tel : 760-0635 Fax : 760-0636 E-mail : jwkim@yurim.skku.ac.kr	Tel : 760-0636 Fax : 760-0630 E-mail : myum@yurim.skku.ac.kr 천리안 ID: myum