

노인대상의 서비스 욕구평가를 위한 영국의 단일평가과정의 실태와 시사점

The Single Assessment Process for the Elderly in the UK and Its Implications

오지선 한국보건사회연구원 연구원

1. 머리말

영국의 단일평가과정(SAP, Single Assessment Process)은 노인의 보건 및 사회적 보호 욕구를 평가하는 새로운 방법이다. 보건국(Department of Health)이 발간한 'NHS Plan(2000)'과 '노인을 위한 국가서비스준거틀(National Service Framework for Older People, 2001)'에 의해 지역단위의 보건 및 사회서비스기관들은 2004년 4월까지 단일평가과정을 고안하고 이행할 책임을 맡게 되었다. 단일평가과정은 지역단위의 보건 및 사회적 보호 기관들의 상호협력으로 진행되고, 평가된 정보는 대상자의 허락 하에 여러 기관의 전문가들에게 공유되어, 장기요양보호 대상자가 적절한 보호와 서비스를 적시에 받을 수 있게 한다.

장기요양보호를 보편적 대상자에 대한 사회보험방식으로 운영하는 우리나라와 달리 영국은 장기요양에 관한 보건서비스는 NHS에 의해 무료로 제공하며, 사회서비스는 자산조사

(means-test)를 거쳐 조세로 제공하고 있다. 그러나 두 나라 제도가 서로 다름에도 불구하고, 영국에서 수행되고 있는 지역단위의 보건 및 사회 서비스의 통합적 제공과 이를 위한 단일평가과정의 도입은 우리나라 장기요양보장체계에 시사하는 바가 클 것으로 여겨진다.

따라서 2004년에 단일평가과정이 도입되기까지 영국의 장기요양보호를 비롯한 노인보건복지정책의 변화와 흐름을 살펴본 후 현재 시행되고 있는 단일평가과정의 현황과 체계를 근거로 우리나라에의 시사점을 찾아보고자 한다.

2. 단일평가과정의 도입배경

1) 영국의 노인보건복지정책의 변화

현재 영국의 보건 및 사회 서비스 체계는 여전히 전후 복지국가 유물의 영향을 받은 특징을 갖고 있다. 특히, 현재의 서비스들은 주로 1940

대의 두 법률 즉, the 1946 NHS ACT 와 the 1948 National Assistance Act 에 근거를 둔 아이디어와 가정에 주요기반을 두고있다.

위의 법에 따라 질병(sick)노인과 허약(frail) 및 장애(disabled)노인에 대한 구별이 가능하다고 여겨졌다. 질병 노인은 무료로 제공되는 NHS에 의해 충족되는 건강보호욕구를 가진 사람들을 지칭했고, 허약 및 장애노인은 지역당국의 지시 아래 자산조사(means-test)를 받고 사용자부담을 지는 사회 서비스를 필요로 하는 사람들이었다. 이 당시에는 노인장기요양서비스를 포함한 포괄적인 보건의료 서비스는 자연히 조세를 통한 NHS에 의해 모든 국민에게 무료로 제공되었다.

그러나 1851년 영국에서 처음 실시된 전국적인 인구조사에서 65세 이상 노인인구가 전 국민의 4.6%를 차지하였고, 이러한 비율은 꾸준히 증가하여 1931년에 7.4%를 차지하여 인구 고령화가 진행되었다. 이러한 추세는 이후에도 계속되어 1990년에는 15.7%를 기록하였고, 2020년에는 18%이상으로 증가할 것으로 전망되었다¹⁾. 인구고령화와 가족구조의 변화²⁾ 등으로 1960년대에 이르러서야 장기요양문제가 보편적인 개념으로 인식되기 시작하였다.

뿐만 아니라 빅토리아식(Victorian style) 정신 병원에 수용되어 있었던 정신질환자의 인권유린과 처우에 대한 사회적 고발에 의해 이들을 각 지역의 소단위 시설로 분산시키는 것을 골자로 한 1960년대 지역케어(communitary care)운동

이 커뮤니티 정책으로 이어졌다. 이는 노인병동에 있는 장기노인환자들에게도 영향을 미쳐 병원 밖의 소규모 시설이나 가정으로 이전시키는 촉매역할을 하였다. 따라서 1960년대 이후 노인보건서비스에 대한 주요경향은 가급적이면 노인들이 그들의 가정이나 특별한 형태의 홈³⁾에 살 수 있도록 하는 것이었다.

이러한 운동은 또한 1970년대에 이르러 상당수의 노인보건복지업무가 의료를 담당하는 국가보건서비스(National Health Service)로부터 복지를 담당하는 지역당국(local authority)으로 넘어가는데 기여하게 되고 결과적으로 해당가족이나 지역당국이 그 지역에 거주하는 노인들에게 보건복지서비스를 제공하는 주된 역할을 맡게 되어 지역케어가 영국사회에서 뿌리를 내리게 되는 계기를 마련하였다. 그러나 1970년대 중반까지 특히 노인에 관한 장기요양보호비용에 대한 우려가 정책 논란의 우위를 차지하였고, 정부는 더 이상 지역에 거주하는 장기요양 노인들에 대한 지원을 해줄 수 없게 되었다. 결국 병원에서 지역 시설이나 특별한 형태의 홈으로 이전한 노인에 대한 지원은 지역사회에서의 (in) 보호에서 지역사회에 의한 (by) 보호로 전환되게 되었다. 그러나 이는 단지 재정과 관련된 문제만은 아니었다. 1979년 대처정부의 등장으로 개인의 사회복지에 대한 주요한 원천은 가족이라는 사상이 팽배해졌고, 서비스제공에 대한 공적영역(public sector)의 역할은 점차 줄어들었으며 이는 1990년대 초반까지 이어졌다⁴⁾.

1) 1995년 한국은 65세 이상의 노인인구가 전체에서 차지하는 비율이 5.7%를 기록하였다.
2) 1962년에는 33%의 노인들만이 자식과 함께 살았고, 80년에는 16%로 비율이 감소하였다.
3) 낙성홈(nursing home)이나 노인홈(residential home)등의 시설을 말한다.

계속된 노인인구의 증가와 NHS 재정의 한계로 노인에 대한 무료서비스 제공에 대한 범위가 꾸준히 축소되었다. 뿐만 아니라 대처정부의 출범 이후 영리를 추구하는 민간기관들이 공공기관을 능가하여 장기요양서비스를 제공하기 시작하였고, 정부에서는 직접적으로 보건복지서비스를 제공하는 대신 해당 노인들에게 보조금을 지급하여 그들이 원하는 서비스기관을 이용하도록 유도하였다. 결과적으로 1981년과 1993년 사이에 대부분의 노인들이 보조금의 혜택을 받았기 때문에 <표 1>과 같이 노인홈 등의 시설에 이전하여 거주하는 노인의 수가 상당히 증가하였다.

대처정부가 계승하고 있는 지역케어도 보건복지서비스의 질을 향상하고자 한 초기 지역케어의 본질을 이어간다고 보다는 비용절약에 초점을 맞춘 것이라는 비판이 제기되기도 하였다.

이후 1990년에 국민건강서비스 및 지역케어법(NHS and Community Care Act)의 등장과 함께 1990년대 보건복지서비스의 가장 큰 변화는 지역케어의 급속한 발전과 보건복지서비스의 시장화로 요약될 수 있다.

영국은 정부가 의료서비스의 재정과 공급을 동시에 맡고 있는 국영체제로 되어 있으며, 이러한 국가독점적 체제의 비효율성이 대처정부에 의해 신랄하게 비판되는 가운데, 비용절감과 서비스의 효율화를 위해 도입된 것이 바로 구매자-제공자 간의 분리라는 방법이며 이것은 일종의 국영 의료 서비스에 준시장(quasi-market) 매커니즘을 도입하자는 제안이었다. 이러한 정책이 결국 지방사회서비스에서는 케어매니저의 역할이 중요시되는 것으로 나타났다. 즉 지방정부가 직접 서비스를 제공하는 것이 아니라, 케어 매니저가 다양하고 다원적인 기관으로부터 서비스를 구매하여 서비스 이용자에게 구매된 서비스를 욕구에 맞추어 제공한다는 것이 그 중심 아이디어였다.

그러나 국민건강서비스 및 지역케어법의 제정에도 불구하고 지역당국에 의한 보건 및 사회서비스의 제공은 여러 문제점을 안고 있었다.

실제로 1993년 지역케어 개혁의 영향으로 요양서비스에 대한 욕구평가가 더욱 엄격해졌으며, 자산조사 역시 강화되었다. 그 결과, 이전에 공공요양시설에서 생활하던 노인들이 민간요

양시설이나 가정으로 옮겨가게 되었으며, 무료 제공이었던 요양서비스가 각 지방정부의 재량에 의해 개인의 소득에 따라 차별적으로 재정 부담을 지는 형태로 변화하였다. 뿐만 아니라 NHS가 담당하고 있던 보건 영역과 지방정부가 담당하고 있던 서비스 간의 역할분담이 모호하고, 각 지방정부 간에도 서비스 이용자들을 위한 평가도구나 요금청구 방식 등에 있어서도 표준 규정을 확정짓지 못하거나 조정, 협력이 원활하게 이루어지지 못하여 일관성 없는 양상이 대두되었다.

지역케어에 있어 해결되지 않은 또 다른 주요한 이슈는 욕구와 자원간의 갈등관계라고 할 수 있는데, 1990년 국민건강서비스와 지역케어법으로 활발해진 케어매니저의 역할은 애초에 기대했던 서비스의 효율성을 높이고 소비자의 선택권을 증가시키는 효과를 타나내기 보다는 한정된 자원을 배분하는데 급급한 것으로 드러났다. 욕구 기준(criteria)을 마련 한다는 것이 실제적으로는 사회서비스가 제공되지 않을 때 위급해질 사람들을 골라내는 과정으로 전락하고, 상대적으로 욕구가 낮은 것으로 판단된 사람들이 지역케어로부터 많은 서비스를 기대하지 못하도록 기대수준을 낮추는 것으로 변질되어 갔다.

또 준시장 창출 역시 문제였다. 구매자로서 케어 매니저는 서비스 사용자의 입장을 대변하여 예산을 운영한다고 전제되고 있으나, 실제 서비스 사용자들은 자신의 의사를 제대로 반영하지 못하였다⁶⁾.

2) 단일평가체계의 도입

1990년대 국민건강서비스 및 지역케어법에 의해 지방이전 된 보건 및 복지서비스 제공의 한계를 극복하기 위해 보건국(Department of Health)은 ‘국민건강서비스 계획(The NHS Plan, 2000)’과 ‘노인을 위한 국가서비스준거틀(The National Service Framework for Older People, 2001)’을 발표하였다.

‘노인을 위한 국가서비스준거틀’은 보건국이 노인을 위한 보건 및 사회서비스를 향상시키기 위한 10년 프로그램으로 시작하였다. 준거틀은 8개의 핵심영역에 관한 일련의 국가 기준⁷⁾을 말하며 단일평가체계는 두 번째 기준인 개인중심적 케어(person-centred care)에 근거하여 제시되었다.

- 연령차별 근절(rooting out age discrimination)
- 개인중심적 케어(person-centred care)
- 중간적 케어(intemediate care)
- 일반 병원케어(general hospital care)
- 뇌졸중(stroke)
- 낙상(falls)
- 노인의 정신건강(mental health in older people)
- 노년기 건강증진과 활동적 생활촉진 (the promotion of health and active life in older age)

영국보건국(Department of Health)은 지역 보건 및 사회 보호 기관(agency)들이 2002년 4월

표 1. 장기요양시설에서 요양서비스를 받는 노령인구의 증감⁵⁾, 영국, 1980~1990

	1980년	1990년	증감(%)
장기요양병원(명)	112,200	89,600	-20.1
너싱홈(Nursing Home)(명)	19,600	100,800	+414.3
노인홈(Residential Home)(명)	182,600	270,300	+48.0
합계(명)	315,400	460,700	

자료: 권순정(1998).

4) John Baldock, Nick Nanning, Sarah Vickerstaff, 2007, *Social Policy*, pp. 443~444.

5) 권순정(1998), 영국의 노인보건복지서비스 유형과 시설특성, 건축 제42권 2호, pp. 41~46.

6) 이상일(2004), 영국 공공복지서비스 전달체계의 재조직화, 사회복지 정책, vol. 18, pp. 167~168.

7) Jon Glasby, (2004), Social services and the Single Assessment Process: early warning signs, *Journal of Interprofessional Care* Vol, 18, NO 2, p.129.

까지 단일평가체계를 이행할 것을 요구하였다. 이러한 요구는 정부(2000년 보건국)의 NHS plan에서도 언급되었으나, 국가서비스준거들은 단일평가체계가 운영되어야할 방법에 대한 더 세부적인 것을 제공하였다. 2002년 1월에 발간된 정부의 안내장(government circular)은 단일평가체계에 관한 더 상세한 안내서(guidance)와 주요 관계자를 위한 정책적 의미, 사회적 보호 기관(agency)과 지역NHS로부터 요구되어지는 조치에 대한 요약, 그리고 정책과제에 대한 이행과 실행범위의 강조 등 단일평가과정과 관련된 내용을 지역당국에 제공하였다⁸⁾. 이어 2002년 2월에는 지역 기관들이 사용을 고려해 볼 수 있는 일련의 판정도구와 척도에 관한 내용의 안내문을 발행하였고 지역 기관의 단일평가체계 이행날짜는 2004년 4월로 연기되었다⁹⁾.

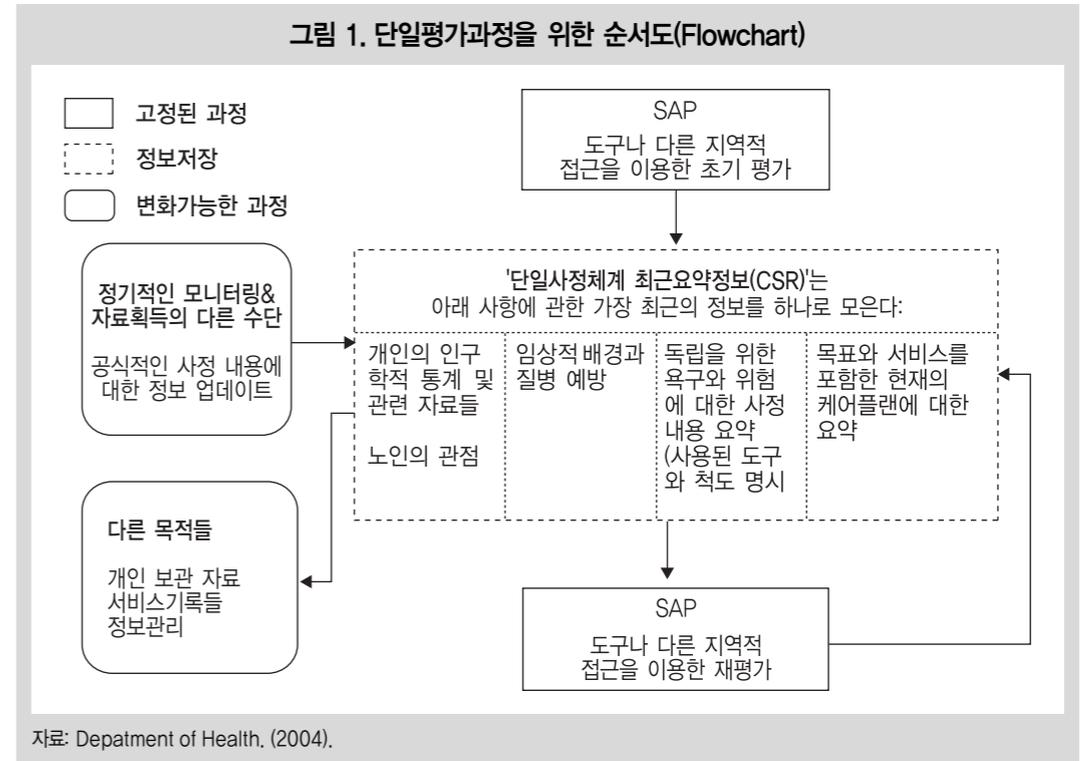
3. 단일평가과정의 체계 및 현황

1) 개요

단일평가과정은 평가과정을 통해 정보를 수집하고 평가하여, 보건 및 서비스 접근성을 높이고 지역적 편차 없는 서비스를 제공하려는 목적을 가지고 있다. 이를 위해 보건국은 개인중

심의 접근·표준화된 접근·결과중심 접근의 세 가지 원칙에 근거하여 지역을 거쳐 공통적으로 수집되어야 할 최소한의 정보의 질과 양을 제시하는 예로 최신요약정보(CSR, Current Summary Record)를 개발하였다. 최신요약정보는 노인에 대한 서비스제공여부나 제공되어야 할 서비스 종류를 결정하는 판정기준을 제시해주는 것은 아니지만, 이를 결정할 근거정보와 서비스제공을 위한 전문가들 간의 정보공유를 통해 노인의 욕구가 노인입장에서 전달되도록 하는데 공헌하고 있다¹⁰⁾.

단일평가과정은 노인의 상태에 따라 초기·종합·전문가·포괄적 평가의 4가지 종류가 있으며, 수집된 정보는 IT형태로 저장되고, 대상자의 동의를 구한 뒤 지역의 각 기관 전문가들에 의해 공유된다. 최종 평가된 정보는 케어플랜으로 이어지고, 대상자에 대한 정보에 변화가 있으면 해당 전문가에 의해 즉시 업데이트 된다. 이처럼 단일평가과정은 초기평가에서부터 케어플랜 및 모니터링까지 보건 및 복지서비스가 일괄적으로 관리되는 시스템이다. 단일평가과정을 순서도¹¹⁾로 나타내면 다음과 같다.



2) 평가 종류¹²⁾

단일평가체계는 노인의 상태에 따라 기초평가(contact assessment), 종합평가(overview assessment), 전문가평가(specialist assessment), 포괄적 평가(comprehensive assessment)의 서로 다른 네 단계가 있다.

(1) 기초평가

① 목적: 기초평가는 노인과 보건 및 사회서

비스의 접촉을 의미하며, 노인들의 중요한 욕구가 처음으로 기술되고 측정된다. 이것은 일반의(GP)사이의 모든 접촉을 의미하는 것은 아니다. 기초평가에서는 기본적인 개인정보들이 수집되며 또한 현재 나타나는 문제(problem)의 상태와 보건 및 사회적 보호에 대한 잠재된 욕구를 탐색한다.

② 기본적인 개인정보 : 수집된 개인정보는 아래 항목들을 모두 포함해야 한다. 이러한 정보는 노인의 가족이나 사회력(social history)에 있어서 욕구와 관련된 정보들이 수집되는데 사

8) Department of Health. (2002). *Guidance on the Single Assessment Process*, HSC 2002/2001: LAC(2002)1.
 9) Department of Health. (2002). *The Single Assessment Process: Assessment Tools and Scales*. Available online via www.doh.gov.uk/scg/sap.
 10) 임정기(2005). 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정 도구에 관한 고찰: 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로. 보건사회연구, 제25권 2호, 한국보건사회연구원.
 11) http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/SingleAssessmentProcess/DH_079509?dcService=GET_FILE&dID=28014&Rendition=Web.

12) Department of Health. (2004). *Single Assessment Process Guidance for Local Implementation: Annexes*, London, Department of Health.

용 될 것이다. 평가와 케어플랜을 목적으로 하더라도 많은 정보를 모을 때는, 정부기관은 명시적 동의와 관련 법률 및 지시에 따라야 한다.

- 이름
- 현재 주소와 우편번호
- (위와 다를 경우) 영구적 주소
- 전화번호
- 주거형태
- 주택보유상태
- NHS 번호
- 생년월일
- 성별
- 민족
- 종교
- 사용언어
- 가족 구성
- 직업이력
- 가장 가까운 사람의 이름, 주소, 전화번호
- (위와 다를 경우) 주 보호자의 이름, 주소, 전화번호
- 개입담당자의 이름
- 치과의사 이름

③ 주체: 기본적인 개인정보는 전문적 자격은 갖추지 않았지만 훈련받은 직원에 의해 평가될 수 있지만, 그 외 다른 욕구에 대한 평가는 전문적 자격을 갖춘 직원에 의해 수행된다.

(2) 종합평가

① 목적: 전문가들이 노인에 대한 더 광범위

한(rounded)한 평가가 필요하다고 판단할 때 수행할 수 있다. 종합평가에서는 “개인적 보호와 육체적 안녕”, “감각” 그리고 “정신건강” 등 단일평가과정의 모든 영역이 조사되기도 하고 일부가 조사되기도 한다. 종합평가를 위한 욕구는 즉시 식별할 수 있으며, 기본적 개인정보가 수집되면 바로 평가해야 한다. 경우에 따라서는, 기초평가만 수행될 수도 있고, 특별한 문제가 있는 경우 전문가 평가가 있는 후에 종합평가가 이뤄지기도 한다.

② 평가영역¹³⁾의 범위: 평가영역의 범위를 정하는데 있어서, 전문가들은 기초평가에서 문제 시 되었던 보건 및 사회 서비스에 대한 서비스 이용자의 욕구와 희망을 고려하여 판단한다. 확실한 근거에 바탕하고, 내부적 지침이 있는 평가도구들은 전문가들이 평가영역의 범위를 결정하는데 도움을 줄 수 있다. 예를 들면, 요실금이 있는 노인은 이동성, 의료 그리고 화장실 출입에 대한 더 많은 욕구가 평가되어야 한다. 어떤 노인들에게는 강도 있고 지속적인 지원이나 가정에서의 중간적서비스나 추가적인 보호패키지가 필요할 수 있다. 이런 경우 종합평가의 모든 영역과 관련된 하위 영역들까지 모두 평가해야 하며, 대개 전문가평가가 함께 수행된다. 이는 포괄적 평가와 같다. 종합평가나 포괄적 평가를 수행할 때, 전문가들은 해당 노인과 함께 논의해야 하며, 예방적 접근을 위해 수행하는 광범위한 범위의 욕구평가가 갖는 장점에 대해서도 설명해야 한다.

③ 도구와 척도: 평가도구는 구체적인 평가 목적을 위해 영인 척도, 질문, 체크리스트의 집합으로, 정확하고 믿을 만하며 문화적으로 잘 맞을 때(sensitive) 전문가의 판단을 도울 수 있다. 따라서 노인의 욕구를 평가하는데 사용되는 척도는 보건국의 인증을 받아야 한다. 현재 보건국의 인증을 받은 평가도구는 6개가 있다.

④ 주체: 종합평가는 NHS나 사회서비스의 전문가에 의해 수행될 수 있다. “임상적 배경”과 “질병 예방”과 같은 영역은 특별한 건강테스트를 필요로 하지 않는다. 종합평가가 자격이 있는 전문가에 의해 수행되는 것이 필수적인 것은 아니지만, 그럼에도 불구하고 지역 기관들은 누가 종합평가를 수행할 것인가에 대한 명확한 동의를 받아야 한다.

(3) 전문가평가

① 목적: 전문가평가는 특별한 욕구를 탐색하기 위해서 사용하며, 초기평가나 종합평가에 의해 결정된다. 전문가평가의 결과로서, 전문가들은 건강상태, 문제, 사회적 보호 욕구의 정도, 원인, 발전가능성을 명확히 하고, 다른 조건, 문제, 욕구와 연결시킬 수 있어야 한다.

② 전문가적 판단: 어떤 상황에서든지, 전문가 평가는 직업치료사, 물리치료사, 사회복지사, 공인간호사, 노인병 전문의, 노인정신병의 학자, 족병(足病)전문, 치과의사 등 유능한 전문가의 판단의 질에 좌우된다. 또한, 이를 지원 하는 평가 척도의 사용에 따라서도 달라진다. 전문가들은 초기평가나 종합평가에서 수집된 정보를 가지고 평가하며, 여기서 평가된 정보의 일부는 비교적 상세하다.

③ 주체: 전문가평가는 가장 적합한 자격을 가진 전문가에 의해 수행되어야 한다. 기관은 앞서 종합평가를 수행했던 전문가들이 구체적인 전문가평가를 수행하는 전문가에게 쉽게 접근할 수 있게 보장해야 한다.

(4) 포괄적 평가

① 목적: 포괄적 평가는 다양한 방법으로 수행될 수 있다. 예를 들면, 의사나 다른 자격을 갖춘 전문가들에게는, 그들의 전문적 판단에 근거하여 노인의 욕구나 상황과 관련된 단일평가과정의 모든 영역에 대해서 전문가평가를 포함한 포괄적평가가 수행되어야 한다는 것은 당연한 것이다. 이런 상황에서 종합평가는 불필요할 수 있고, 노인에 대한 합리적인 도움을 주는 것이 지연될 수도 있다. 대신, 최초의 접촉에서 종합평가가 평가 범위를 측정하기 위해 실행될 수 있다. 종합평가에서 모든 영역이 조사되면, 전문가 평가는 그에 대한 모든 것에 대해서 자세히 실행되며, 그 결과가 또한 포괄적 평가¹⁴⁾가 된다.

② 주체: 포괄적 평가는 서로 다른 종류의 기술과 지식을 가진 전문가 및 전문의 팀을 포함

13) 단일평가과정의 영역은 크게 9가지로 구성되는데 이용자의 관점, 임상적 배경, 질병 예방, 개인적 보호와 육체적 안녕, 감각, 정신 건강, 관계, 안전, 인접환경과 자원이다.

14) DH의 안내문에는 포괄적평가(comprehensive assessment)라는 용어를 사용하고 있다. 하지만 몇몇 지방에서는 포괄적 노인 병 평가(comprehensive geriatric assessment)라는 용어를 사용하고 있으며, 특히 포괄적 노인 평가(comprehensive old age assessment)라는 용어가 전통적으로 사용되고 쉽게 이해되기도 한다. 지역 안에서는 해당기관(agency)들이 모두가 공통으로 사용하는 승인된 용어를 정하고 동의해야 한다.

할 것이다. 보통 노인병 전문의나 노인정신병전문과의 그들 팀이 포괄적 평가에서 주도적인 역할을 해야 한다. 이런 구성은 정확하고 시의적절한 진단과 건강을 위해서 중요하다. 따라서 전문적 자격을 갖춘 다양한 주체에 의한 전문가 평가가 상호협력적으로 이뤄져야 할 것이다.

에서 욕구에 대한 종합평가를 할 때 국가적으로 사용될 측정도구를 위한 인증과정을 수립하였다.

(2) 인증결과

도구 인증을 위한 기간은 2004년 5월까지였으며, 2004년 7월 마감되었다. 인증을 신청한 10개의 도구 중 총6개의 측정도구가 보건국의 인증을 받았으며 종류는 아래와 같다.

3) 측정도구와 인증¹⁵⁾

(1) 종합평가(overview assessment)에 필요한 도구 인증

2003년 보건국은 노인을 위한 단일평가체제

표 2. 평가 도구에 대한 보건국의 인증 결과

구분	종류	내용
인증	CAT Electronic Version	캠브리지셔(Cambridgeshire)지방의 평가도구, 캠브리지셔의 의회와 NHS bodies에 의해서 개발
	EASYcare Version 2004	유럽의 parter들과의 협력으로 영국의 셰필드(Sheffield)대학에 의해 개발
	FACEfor Older People V.3	노인을 위한 보호환경에 대한 기능 평가(Functional Assessment of the care Environment for Older People), FACE Recording and Management Systems에 의해 개발
	MDS Home Care Version 2.3	the Minimum Data Set for Home Care, 켄트(kent)대학에 의해 발전
	NOAT	노샘프턴셔(Northamptonshire)지방의 종합평가도구, 지방의회와 노샘프턴셔대학의 지원을 받은 협력기관들에 의해 개발
	STEP	유럽의 일차진료(primary care)에서의 노인을 위한 표준화된 (Standardised) 평가, 일차진료에서 노인을 평가하기 위한 근거중심접근 (evidence-based approaches)을 발전시킨 유럽 파트너십의 결과
비 인증	CANE	Camberwell Assessment of Needs for the Elderly
	CAT Paper Version	-
	MANCAS	the Manchester Care Assessment Schedule
	SAT	the Suffolk Assessment Tool

15) Department of Health. (2004). *Single Assessment Process For Older People: Assessment Tool and Accreditation*, London, Department of Health.

4) 케어플랜실행(Care Planning)¹⁶⁾

(1) 목적

케어플랜실행은 적합한 욕구를 가장 잘 충족시킬 수 있고 합의된 목표를 성취시킬 수 있는 지원과 치료를 함께 논의한 이용자와 전문가가 모두 포함된다. 케어플랜실행은 서비스 이용자의 나이, 생활환경, 지리적 지역, 장애, 성별, 문화, 신념, 개인적인 관계들과 생활스타일에 맞아야 한다. 케어플랜실행은 개인의 강점과 능력 그리고 표현된 욕구에 근거해야 한다. 또한 욕구가 일어나게 한 원인이나 잠재된 욕구에 대한 해결책을 방해할 수 있는 외부의 환경적 요소들도 나타내야 한다. 케어패키지(package)의 일부인 서비스를 제공하는 모든 기관(agency)들은 케어플랜을 실행하는데 포함되어져야 한다.

(2) 케어플랜

케어플랜실행은 적절한 단일케어플랜을 작성해야 하며, 아래 사항들을 포함해야 한다.

- 적절한 욕구에 대한 개요
- 케어플랜에 대한 서비스 이용자의 동의 여부와 동의하지 않을 경우 그에 대한 이유
- 관련기관들 사이에 공유될 케어플랜 정보에 대한 이용자의 동의여부와 동의하지 않을 경우 그에 대한 이유

- 이용자에 대한 도움제공과 예상되는 결과에 대한 목표
- 어떤 서비스가 대상자의 욕구 및 그에 관련된 위험에 영향을 미칠지에 대한 개요
- 강점과 능력을 포함하여 이용자가 표현한 욕구와 회복시켜야 할 부분
- 적합한 위기관리에 대한 세부사항
- 욕구, 지원과 관련된 보호자의 세부사항
- 서비스 지원기관에 대한 언급과 제공되는 도움의 수준과 빈도에 관한 기술
- 이용자가 부담해야 할 본인부담금에 대한 세부사항
- 적절한 간호계획
- 간호보호(nursing care)를 제공하는 케어홈(care homes)에 대한 인정을 위한 공인간호사보호(RNCC, Registered Nurse Care Contribution)의 수준
- 케어플랜에 협력한 사람의 이름과 접촉할 수
- 모니터링과 재심사 날짜

케어플랜¹⁷⁾은 서비스를 받는 모든 노인을 대상으로 작성해야 한다. 케어플랜에 대한 자세한 내용은 주로 적절한 욕구와 제공된 서비스에 관한 것이다. 매우 기본적인 성질의 치료를 받는 노인들을 위해서, 서비스 전달과 목적에 대한 단순한 설명서가 필요하다. 서비스 이용자들은 케어플랜에 대한 복사본을 소유하고 있어야 한

16) Department of Health. (2004). *Single Assessment Process Guidance for Local Implementation: Annexes*, London, Department of Health.

17) 최근에 일부 보건전문가들은 "케어플랜(care plan)"이란 용어 대신 "서비스플랜(service plan)"이란 용어를 사용하고 있으며, 이는 기관과 전문가들이 보건국의 안내문(guidance)에 나온 정의를 사용하는 것을 동의하는데 유용할 것이다.

다. 지불의 적합성여부에 대한 심사도케어플랜 단계에 포함된다.

5) 정보공유

이용자에 관한 정보를 공유하는 것을 다루는 법률과 원칙이 있다. 지역당국은 대상자의 동의 없이는 누구에게도 정보를 노출하지 않아야 한다. 그러나 법률은 특별한 경우에 해당대상자의 정보를 다른 지방당국에게 보고하도록 요구할 수 있다¹⁸⁾. 대상자에 대한 정보를 공유 받은 관계자 역시 이상과 같은 규칙을 따라야한다. 또한, 대상자는 당국이 다른 서비스와 관련하여 대상자의 개인적 정보를 공유하는 것에 대해서 거절할 수 있는 법적 권리가 있다. 그러나 당국이 더 많은 정보를 공유하면 할수록 전문가들 간의 협동적 서비스를 제공받기가 쉬워진다.

끝으로, 지역당국은 대상자의 카드 기록과 함께 정보가 하나의 파일에 보관될 수 있도록 하는 양식을 사용하며, 대상자는 이 양식에 서명할 것을 요청받게 된다. 이후의 모든 정보는 컴퓨터에 저장되는데, 이는 대상자에 관한 모든 기록이 정확하고 안전하게 보관됨으로써, 엄격한 'need to know'에 기초하여 접근할 수 있다는 것을 보증하기 위한 목적에서 이다¹⁹⁾.

18) 예를 들면 다른 사람들에게 영향을 미칠 수 있는 전염병을 발견했을 때이다.

19) www.devon.gov.uk/sap.

20) CSR은 단일평가개요(the Single Assessment Summary)라고 불렸는데, 이는 몇몇 지역당국과 전문가들이 단일평가과정을 가장 최근의 평가정보에 관한 간략한 개요로 인식하는데서 비롯되었으며 이는 정책적 의도는 아니었다. 한 시점에 고정된 평가와 달리, CSR은 가장 최근에 업데이트된 정보를 보여줘야 한다.

Department of Health. (2004). *Single Assessment Process For Older People: Current Summary Record (formerly Known as the Single Assessment Summary)*, London, Department of Health.

21) 김찬우(2004). 공적노인요양보장체계 평가·판정도구 개발. 한국보건사회연구원, p. 96.

6) 최신요약정보 CSR(Current Summary Record)²⁰⁾

(1) 개요

CSR은 지역 국민보건서비스기관이 지역노인의 상황을 파악하고 보호계획을 세울 수 있도록 자료를 확보하기 위한 단일평가과정을 집행할 수 있도록 보건국에서 견본으로 설계한 것이다. 대상자인 노인에 관한 정보가 종합적으로 파악되고 이를 기반으로 보호계획을 세울 수 있는 조사개요표이다. 관련된 정보는 일반 실천, 지역건강, 병원, 사회서비스 등으로부터 자료가 모아지며 다양한 전문가에 의해서 공유될 수 있도록 IT형태로 저장된다.

최신 요약정보에서 얻어지는 정보는 최소한의 것으로 지방정부에서는 최신요약정보 이외의 상세한 정보나 다른 형태의 자료를 더 첨가할 수는 있어도 최신요약정보에 포함된 내용을 삭제할 수는 없다²¹⁾.

(2) 구성 및 내용

최신요약정보는 표준화된 평가 정보인 기본 개인정보, 욕구와 건강, 보호계획의 개요 등 3가

지 세트로 구성되며 보건국이 제시한 예시²²⁾는 아래와 같다.

표 3. 최신요약정보 CSR의 구성 및 내용

평가 및 계획	구분	내용
초기 평가	개인 기본 정보	NHS 번호, 기관코드, 해당지역 환자여부, 지역당국 코드, 사례번호
		이름
우편번호와 전화번호를 포함한 현 주소, 방문 전문가에 대한 안전성 및 접근성 여부		
우편번호와 전화번호를 포함한 영구적 주소, 영구적 주소의 형태, 영구적 주소의 소유형태, 집주인		
관련자	관련자	독거 상태, 생년월일, 성별, 직업, 인종, 종교
		통역자 필요여부, 제1언어
종합 평가	현재의 욕구상태	응급상황에서 노인과 주로 접촉하는 사람, 노인의 친척, 노인의 수발재위의 사람들과 다른 경우에 관한 내용; 성, 이름, 노인과의 관계, 보호보호자인지 여부, 우편번호와 전화번호를 포함한 주소
	임상적 배경	일반의(GP), 변호사, 케어매니저/케어 코디네이터, 다른 케어 전문가에 관한 내용; 이름, 기관이름과 코드, 전화번호, 이메일
		노인 자신의 언어로 욕구와 이슈 소개(환경적 요인, 관계, 최근의 생애사건과 다른 외부요인), 욕구의 내용 및 보유기간, 기대와 의지·능력과 동기를 포함한 노인에 의해 확인된 잠재적 해결책들
		욕구의 영구적인 영향에 대한 평가 일
		육체적 장애, 청력손상, 시력손상, 언어손상, 학습장애; 약간/보통, 학습장애; 심함
	질병 예방	병원 퇴원일(discharge date)
		낙상한 날짜, 낙상 내용, 낙상 여부 측정일
		처방 의약품, 최근 투약 재검토일, 일반의약품, 자가복용 능력
		혈압, 혈압측정 일
		체중, 체중 측정일, 체중변화 인식도
		노인에 의한 알레르기 경험, 알레르기 일으키는 물질, 알레르기 반응, 노인에 의해 경험된 알레르기 반응, 알레르기 반응 측정일
		최근의 감기·폐렴 예방 접종일
		흡연상태, 하루흡연 양, 금연 시기, 흡연상태 측정일
	신체적 간병	알콜섭취량, 알콜섭취 측정일
운동상태, 운동상태 측정일		
신체적 간병	자궁경부암 측정일, 자궁경부암 검사 결과	
	유방암 측정일, 유방암 검사 결과	
	세탁, 목욕, 화장실, 몸단장, 몸치장, 통증, 구강건강, 먹기, 마시기, 삼키기, 호흡 곤란, 발관리, 피부변화도, 이동성, 대·소변 실금	

22) version 0.7 of the dataset is accessed at http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/SingleAssessmentProcess/DH_079509?IdcService=GET_FILE&dID=29118&Rendition=Web.

〈표 3〉 계속

평가 및 계획	구분	내용
종합 평가	감각	시각, 청각, 의사소통
	정신건강	방향감 상실, 기억 상실, 우울증, 다른 정신건강문제들, 배우자 사별, 정서적 어려움
	관계들	사회적 접촉, 대인관계, 일반적 관계, 취미, 작업과 학습에 대한 참여, 수발지원
	안전	학대와 방임, 기타 개인적 안정 상태, 타인가해 위험여부
	직접적인 환경과 자원	음식준비, 집안일과 청소, 쇼핑, 지역과 주거, 집안의 즉각적인 접근, 주거의 쾌적성, 주거난방, 재산규모, 재산관리, 지역 편의시설과 가게의 접근성
	자립저해 요인	최근 욕구로부터 오는 독립에 대한 문제: 자주, 선택, 통제, 건강과 안전, 일과, 수발자 지원을 포함한 서비스개입, FACS와 연관된 위험의 수준 기재, 위험의 예측, 도움필요시기, 가까운 미래에 예측 가능한 욕구 세부사항 평가; 욕구와 위험을 평가한 전문가의 성명, 욕구와 위험 평가 일
	평가에 사용된 도구와 척도	평가도구 도구/척도를 사용하여 (ADL, 인지기능과 기억, 우울과 의욕, 수발자의 영향)을 평가한 날짜, 평가 척도, 평가 점수
현재의 케어 플랜 정보	목표	자유롭게 기재
	방법	도구를 통해 평가된 욕구와 위험에 대한 지원 방법
	지원과 서비스	가족이나 다른 보호자로부터의 원조
		방문요양, 단기주간케어, 완화 케어, 연계적 케어
		재가보호, 간호사 방문, 식사배달, 복지옹구, 주거에 대한 적응과 개선, 주차우선권
		물리치료, 언어 치료, 작업 치료, 식이요법가, 발 치료, 치아 관리
		주간보호, 주간(낮)병원, 교통, 외래 진료
케어홈 방문요양, 주간보호, 병원이나 케어홈에서의 완화케어, 병원이나 케어홈에서의 연계케어		
상담, 정신과 치료, 기타 서비스		
급여	수발자 ¹⁾ 수당(Attendance Allowance), 장애보호수당, 장애이동수당	
추가 정보	추가적인 개인정보	개인적 성취, 정신적 성취, 대인 관계, 생활양식의 선택, 애완동물 가족구성원과 비공식 보호자의 인식
	행정적인 세부사항	평가 개요를 위한 첫 번째 평가 날짜, 가장 최근의 평가 날짜 최종업데이트 전문가 성명, 재평가 날짜

주: 1) 영국은 수발자를 지원하기 위해 수발자 수당이라고 하는 현금 급여를 제공한다. 이 수당을 받을 자격이 되려면, 수발자는 제한적인 고용 소득이 있어야 하고 요양보호 수혜자에게 1주일에 35시간 이상의 요양보호를 제공해야 한다. 2002년까지 수발자 수당은 65세 이하의 수발자에게만 적용이 되었으나, 65세 이상에 대해서도 자격이 주어졌다. 이는 국가 연금을 받을 권리가 제한되어 있는 수발자에게 혜택을 준다(OECD, (2005). The OECD Health Project. Long-term Care for Older People, p.138).

7) 향후 개선방안

영국은 노인을 위한 국가서비스준거들에 따

라 서비스의 표준화를 추구하여 질을 향상시키고 지역 간 서비스 서비스의 편차를 줄이려는 노력을 하고 있다. 이에 대한 실행은 단일평가

과정을 통해 성취하고자 하였고, 실질적 평가정보 수집을 위해 지방정부에서기본으로 사용할 수 있는 견본인 최신요약정보 CSR을 만들었다. 현재의 최신요약정보 CSR은 완전히 개발된 것이 아니고 지방정부의 활용을 통해 10년 동안 수정되면서 지방정부에서 공통적으로 사용할 수 있도록 개발될 예정이다.

최신요약정보 CSR이 만들어 내는 정보에 대한 공유가 가능하도록 까지 정보체계가 시간이 있어야 자리를 잡을 것이고, IT기반의 관리체계가 지역정보체계의 모든 부분을 지원할 수 있게 되어야 하므로 당분간 수작업이 중요할 것이다.

중장기 발전은 통합된 전자보호기록의 기초를 제공할 것이고 결국 효과적이고시의 적절하게 최신요약정보 CSR에 접근할 수 있게 할 것이다²³⁾.

4. 맺는말: 시사점

노인장기요양보험제도가 지난 7월부터 본격적으로 시행되고 있다. 동 제도로부터 서비스를 받기 위해서는 수급대상자로 인정을 사전적으로 받아야 하는데, 이 때 신체적 및 정신인지적 기능상태와 함께 당사자가 지닌 장기요양관련 일반적 욕구수준을 방문조사를 통해서 평가받도록 하고 있다. 우리나라의 노인장기요양보험 제도에서의 평가도구의 특징은 종합적이고 포괄적인 평가라기 보다는 축약된 기능욕구평가를 위한 도구라는 것이다. 이는 행정절차상의

시간 및 비용적 절약과 깊은 관련성이 있기 때문인데, 이로 인한 서비스도 장기요양보험제도에서 제시하고 있는 서비스에 국한되어 있다.

그러나, 지역사회에 거주하고 있는 장기요양상태의 노인은 실제적으로 보면, 장기요양보험 제도에서 제시하고 있는 서비스 이외에도 다른 지역보건복지서비스에 대한 욕구도 아울러 지니고 있을 것이고, 비록 동 제도로부터 수급대상자로 인정을 받지 못한 노인의 경우에는 장기요양보호서비스와 다른 형태의 서비스를 필요로 할 것으로 생각된다. 이러한 경우에는 다양한 욕구를 종합적으로 평가하는 것이 필요할 것으로 보이고, 현행 장기요양서비스만을 고려한 기능욕구평가도구로는 한계가 있을 것이다.

이러한 관점에서 보면, 영국의 단일평가과정들은 향후 지역노인의 장기요양서비스 및 기타 지역보건복지서비스를 제공하는데 참고가 될 것으로 생각된다. 다시 말하면, 지역노인이 어떠한 서비스가든지 간에 필요한 서비스를 지자체에 요구하면, 지자체는 해당노인이 지니고 있는 모든 욕구를 일목요연하게 평가하여, 지역자원을 동원하여 해당욕구를 해결하는데 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 하는 체계를 구축할 때 활용할 수 있다는 것이다.

아직까지는 노인장기요양보험제도가 시행 초기이고, 노인의 욕구를 해결하는데 필요한 자원이 지역에 충분히 구축되어 있지도 않은 상태이기 때문에 영국식의 단일평가과정체제는 당장 도입하기에는 어려울 것이다. 따라서, 어느 정도의 지역자원이 구축되어 있고, 노인의 욕구

23) 김찬우(2004). 공적노인요양보장체계 평가·판정도구 개발. 한국보건사회연구원, p. 108.

에 대한 종합적이고 포괄적인 평가에 대한 필요성이 제기될 때 영국식의 도구는 신중하게 고려해볼 필요가 있다.

아울러 영국식에서 볼 수 있는 특징 중에 하나가 지역노인의 욕구를 파악하고, 케어플랜을 작성하여 서비스를 연계조정하는 역할을 지닌 케어매니저제도를 도입, 시행하고 있다는 것이다. 우리나라는 아직 케어 매니지먼트체계를 도입하고 있지 않은 상태이지만, 지역노인의 욕구를 포괄적으로 평가한다고 할 경우에는 반드시

각종 서비스를 연계조정해주는 코디네이터의 기능을 담당할 수 있는 전문인력의 양성도 필요할 것이다. 아무리 이용자(소비자)중심 장기요양서비스 또는 지역서비스를 지향한다고 하더라도 이용자의 욕구를 제대로 해결할 수 있도록 각종 서비스정보를 제공하고, 연계할 수 있는 매개자가 지역마다 존재하는 것이 제한된 자원(비용, 예산)을 효율적이고 효과적으로 활용할 수 있는 방안으로 생각된다. **국문**