

## 작업 중심 지역포괄센터 모델 개발

장기연\*, 김희정\*\*, 김슬기\*\*\*, 권이영\*\*\*, 차유진\*\*\*\*, 김도훈\*\*\*\*\*, 황재영\*\*\*\*\*

\*우송대학교 작업치료학과

\*\*가야대학교 작업치료학과

\*\*\*대한작업치료사협회 정책국

\*\*\*\*세명대학교 작업치료학과

\*\*\*\*\*국민건강보험공단 부장

\*\*\*\*\*노인연구정보센터 센터장

### 국문초록

목적: 본 연구는 국내 노인보건의료 및 복지서비스 대상자의 누락 및 중복, 노인장기요양보험제도의 사각 지대, 지역사회 내 공공·민간 복지 서비스 산재 그리고 경도 장애 대상자 제외 등의 문제점을 해결하기 위한 한국형 작업 중심 지역포괄센터 모델의 구축 방안을 제시하고자 실시하였다.

연구방법: 국내외 노인복지 서비스 관련 법제도 분석, 실태현황 및 문제점 그리고 선진국의 사례를 토대로 한국 실정에 맞는 작업 중심 지역포괄센터 모델을 개발하였다. 모델의 적절성과 국내 적용 가능성 및 효과성을 확인하기 위해 전문가 내용타당도 검증과 포커스 그룹 자문을 통해 최종 모델을 개발하였다.

결과: 작업 중심 지역포괄센터 모델은 의료연계, 재가급여 강화, 건강증진, 권익증진 및 주거안전 5가지 서비스를 계속적·포괄적으로 제공하는 시스템으로 개발되었다. 내용타당도 검증결과 문항별 타당도 전체 평균은 9점 만점 중 7.16점으로 높게 나타났다.

결론: 작업 중심 지역포괄센터는 지역사회에 거주하는 노인 및 고령자가 활동 및 참여를 통해 존엄을 유지하면서 가능하면 오랫동안 정든 지역사회에서 지속적으로 생활하기(aging in place) 위해 필요한 의료, 예방, 주거 및 생활 지원 서비스를 제공해 줌으로써 삶의 질 향상에 기여할 것으로 보인다. 또한 작업치료사가 케어매니저 역할을 함으로써 지역사회재활 전문가로 인정받을 뿐만 아니라 이 분야로의 합법적인 진출의 시발점이 될 것으로 기대하는 바이다.

주제어: 건강증진, 권익증진, 노인, 삶의 질, 의료연계, 작업, 재가급여, 주거안전, 케어매니저

### I. 서론

한국사회에서 노인 돌봄은 전통적으로 가족이 담당해

왔으나, 핵가족화와 사회가치관의 변화로 경로사상이 약화되었고 여성들의 사회 참여로 가족에게만 돌봄을 의존하는 것은 기대하기 어렵게 되었다. 이에 2008년 7월부

ORCID: Chang, Ki-Yeon, <http://orcid.org/0000-0002-7653-5453>

Corresponding author: Cha, Yu-Jin ([occujin@naver.com](mailto:occujin@naver.com)/Dept. of Occupational Therapy, Semyung University)

Received 30 July 2016 Revised version received 22 August 2016 Accepted 28 September 2016

This research was supported by 2016 Korean Association of Occupational Therapists political project

터 노인장기요양보험제도가 도입되어 고령이나 노인성 질환 등의 이유로 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인들에게 요양급여, 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 제공하고 있다(Yang & Choi, 2013). 하지만 노인장기요양보험제도는 설계 및 실행에 있어서 막대한 지출이 있음에도 불구하고 사각지대에 대한 문제점이 지속적으로 제기되고 있다(Kim & Lee, 2010). 노인복지 서비스 이용자에 대한 통합적 관리체계와 공공 기관내 뿐만 아니라 공공과 민간, 민간 시설들 간의 연계체계가 미흡하고 개별적으로 복지수요에 대응함으로써 노인 복지서비스의 누락 또는 중복 문제가 발생하고 있다(Oh, Kang, Lee, & Ryu, 2007). 또한 지역사회에서의 노인복지 서비스 전달체계는 공공·민간의 복지서비스 산재로 인해 분산적으로 제공됨에 따라 서비스 체계 사이가 단절되고, 이로 인한 서비스의 접근성과 지속성의 저하 등을 가져와 수요자 중심의 복지서비스가 이루어지지 않고 있는 실정이다(Park & Min, 2008).

한국전쟁이 끝난 1955년부터 1963년에 출생한 베이비부머(baby boomer) 세대는 우리나라 총 인구의 15.0%를 차지하고 있어 베이비부머 세대의 은퇴가 최근 시작된다는 사회적 이슈에 관심을 가져야 한다(Baek, 2011). 베이비부머 세대의 특성은 80년대 후반 고도 성장기를 겪으면서 이전 세대에 비해 상대적으로 소비와 교육 수준이 높은 세대이기도 하다(Kim, 2006). 이들은 과거 우리나라의 경제발전을 선도하면서 정치적·사회적 변혁을 주도하였으나 대부분은 노후 대책뿐만 아니라 제대로 된 은퇴 준비조차 하지 않고 있는 것이 현실이다. 이러한 상황에서 은퇴한 베이비부머 세대들은 취약 계층으로 전락할 가능성이 높으므로 이들에 대한 대책이 필요하다(Baek, 2011).

국외의 통합적 노인보건 복지서비스 사례들을 살펴보면, 정든 거주 지역에서 개인의 능력에 따라 독립적인 일상생활이 가능하도록 보험 급여에 따른 보건료 및 복지서비스를 제공한다는 공통점을 보인다. 노인들은 동네를 중심으로 한 장소에 오랫동안 거주하며 생활하므로 복지서비스를 받기 위해 별도의 시설 혹은 다른 지역으로 이동하면 혼란스러워한다(Yoon, 2014). 일본, 캐나다 및 미국 등의 노인보건 복지서비스는 노인들이 시설에 집단적으로 거주하기 보다는 '가능하면 오랫동안 정

든 지역사회에서 생활하기(aging in place)'지원이 이루어지고 있다(Sheffield, Smith, & Becker, 2013). 재가 노인 보호와 생활지원, 건강한 노후를 도와주는 포괄적인 보건복지 서비스를 지역사회 내 자원 연결을 통해 제공하는 경우 노인들의 건강과 삶의 질(quality of life)이 개선될 뿐만 아니라 사회적 비용도 줄일 수 있고 살던 곳에서 계속 거주하기(aging in place)까지 가능한 의미 있는 대안이 될 수 있다(Park, 2008).

작업(occupation)은 건강한 사람에게는 건강 유지에 도움이 되고 질병이나 장애 후에는 건강 회복에 도움이 된다. 작업 중심 활동(occupation-based activities)은 클라이언트가 작업에 참여하는 것을 의미하는 것으로 예를 들어, 학생의 역할이 자신의 정체성의 중심인 경우 책을 읽고 시험을 위해 공부하고 논문을 쓰는 활동을 할 것이다. 즉 작업치료의 목적은 사람들이 의미 있는 작업으로 돌아갈 수 있도록 돕는 것으로(O'Brien, 2013) 서비스 대상(개인, 기관, 인구집단)이 작업에 참여(engagement)함으로써 건강과 참여를 증진시키는 것이다(American Occupational Therapy Association, 2014). 즉 작업 중심이란 개인에게 가치 있고 의미 있는 활동을 이용하여 건강 유지 및 회복을 돕는 것을 의미한다.

유엔에서 승인한 '2030 지속가능발전아젠다'는 전 세계적으로 인간의 수명이 연장되면서 신체적 기능에 초점을 맞추는 것이 아닌, 환경적인 요소를 고려하여 심각한 장애를 가지고 있는 사람 외에 경도 장애를 가지는 사람들을 위한 포괄적인 복지와 번영을 목표를 제시하고 있다. 또한 다양한 기회를 통해서 예방적인 건강증진을 추진할 수 있도록 지역사회에서 포괄적, 환경적 그리고 재정적 요소를 고려한 통합적 서비스에 대한 정책적 지원의 필요성에 대해 언급하고 있다(Choi, 2016).

케어매니지먼트(care management)는 재정과 전달체계의 통합에 초점을 둔 통합적 케어 체계에서 핵심적인 구성요소이다(Kim, 2014). 케어매니지먼트라는 용어는 care coordination, care management, case coordination, continuing care coordination, continuity coordination, managed care, service coordination, service integration 등 여러 가지 형태로 사용되고 있다(Jung, 2012). 케어매니지먼트의 목적은 다양하고 복잡한 클라이언트의 욕구 충족 및 사회적 기능향상을 최대화하기 위한 공식

적·비공식적 지원과 활동의 지원망을 조직하고 조정 및 유지하는 것이다(Moxley, 1989). 케어매니지먼트는 대상자의 자기결정 및 선택을 존중하여 이용 가능한 모든 지원을 찾아내고 연결하여 서비스 질을 향상시키고 이를 통해 비용을 절감함으로써 효율적인 서비스를 제공한다(Oh, 2009).

노인을 대상으로 한 보건의료서비스 및 복지서비스는 대상자 개별 중심으로 이루어져야 한다. 이는 서비스 대상자의 욕구와 목표를 확인하여 계획하고 서비스 대상자의 기대에 민감하게 반응하며, 서비스 대상자들이 선택한 환경에 그들이 최대한 참여할 수 있도록 적절한 것이어야 한다. 작업(occupation) 중심 지역포괄 프로그램은 개별 중심으로 각 개인에게 가치 있고 의미 있는 활동을 이용하여 건강 유지 및 회복을 돕는 것을 의미한다. 이를 통해 서비스 대상자들은 그들의 삶에 영향을 미치게 될 서비스를 결정하고 계획하는데 참여한다. 작업치료사는 서비스 대상자 개개인의 욕구(needs)를 파악하고 평가를 통해 일상생활활동의 유지 및 개선을 위한 훈련을 실시하며 작업 중심 활동을 통한 건강 증진 케어매니저(care manager)로써 적합한 전문가이다.

본 연구의 목적은 선진국의 사례를 토대로 노인보건의료 및 복지서비스의 통합적인 제공을 위한 한국형 작업 중심 지역포괄센터 모델의 구축 방안을 도출하여, 노인들이 가능하면 오랫동안 정든 지역사회에서 생활이 가능한(aging in place) 개별 맞춤형 의료·예방·간병·주거 및 생활지원 서비스를 계속적·포괄적으로 지원하는 시스템을 개발하고자 함이다. 작업 중심 지역포괄프로그램은 지역사회에 거주하는 노인 및 고령자가 존엄을 유지하면서 익숙한 지역에서 정든 사람들과 함께하는 활동(activity) 및 참여(participation)를 통해 삶의 질 유지 및 향상에 기여할 것이다.

## II. 연구 방법

### 1. 작업 중심 지역포괄 서비스 모델 개발 연구 과정

국내외 노인복지 서비스 관련 법제도 분석, 실태현황 및 문제점 그리고 선진국의 사례를 토대로 2015년 6월

부터 2016년 4월까지 한국 실정에 맞는 개별 맞춤형 작업 중심 지역포괄센터 모델 개발에 대한 구체적인 연구 절차는 아래와 같다(Figure 1).

#### 1) 국내외 노인복지 관련 문헌조사 및 법·제도 분석

국내외 노인복지서비스 관련 문헌조사 및 법·제도를 분석하였다. 또한 지역사회 및 작업 관점의 일본, 미국 및 유럽 등의 노인 복지 서비스 관련 제도를 비교 분석하였다.

#### 2) 국내 노인복지에 대한 실태현황 및 문제점 도출

국내 노인복지서비스 전달체계를 종합 비교하여 노인복지에 대한 실태현황 및 문제점을 파악하였다.

#### 3) 국내외 케어매니지먼트 현황

국내 노인장기요양보험 제도에서의 케어매니지먼트에 대해 알아보고 일본, 독일, 호주 및 영국의 케어매니지먼트 관련 제도와 케어매니저 역할에 대해 조사하였다.

#### 4) 모델 제안

1, 2, 3 단계를 토대로 전문가 집단 회의를 거쳐 한국 실정에 맞는 개별 맞춤형 작업 중심 지역포괄센터 모델을 도출하였다.

#### 5) 전문가 타당도 조사

작업 중심 지역포괄센터 모델의 적절성과 국내 적용 가능성 및 효과성을 확인하기 위해 전문가 내용타당도(content validity) 검증을 실시하였다. 전문가는 5년 이상의 작업치료 임상 경력 또는 지역사회재활 관련 전공자이면서 석사 이상의 학위를 소지한 자로 기준을 정하였다. 작업 중심 지역포괄센터 모델 및 세부내용에 대해 '적절성', '적용 가능성', '효과성'의 3개 항목으로 각 9점 척도로 구성하였고, 적절성은 응답자의 지식 및 경험을 바탕으로 모델의 세부내용에 대해 1~9점 중 '적절함' 정도가 높을수록 높은 점수에 낮을수록 낮은 점수를 부여하였다. 적용 가능성은 응답자의 임상 경험을 바탕으로 모델의 세부내용에 대해 1~9점 중 실행 가능성의 정도가 높을수록 높은 점수에 낮을수록 낮은 점수에 부여한다. 효과성은 응답자의 임상 경험에 비추어 모델의 세부내용

을 적용할 경우 나타날 효과가 크다고 예상되면 1~9점 중 높은 점수에 낮은 것으로 예상되면 낮은 점수를 부여하도록 하였다. 전문가 내용타당도에 대한 검증은 평균과 표준편차를 구하였다.

#### 6) 포커스 그룹 자문

전문가 9명에 의한 내용타당도 조사를 통해 도출된 작업 중심 지역포괄센터 모델 초안에 대해 6명의 포커스 그룹 자문을 통해 심도 있게 논의하였다. 포커스 그룹 자문(Focus Group Interview; FGI) 참석자는 건강보험공단 장기요양보험 담당 공무원, 노인연구정보센터 소장, 지역사회재활 근무 작업치료사 2명, 작업치료학과 교수 2명으로 구성하였다.

#### 7) 최종 모델 구축

포커스 그룹 자문 내용을 토대로 최종 모델을 구축하였다.

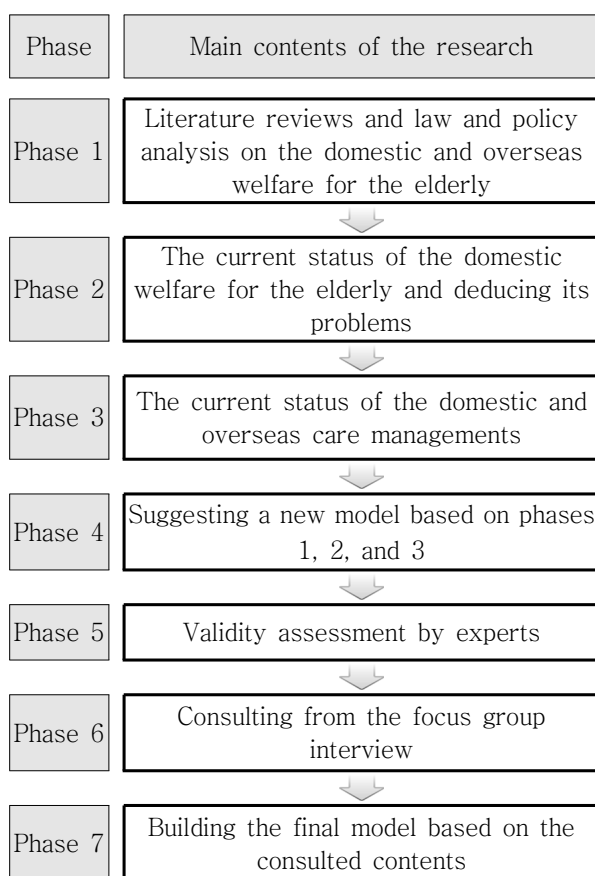


Figure 1. Research Procedures

### Ⅲ. 국내외 노인복지 실태현황 및 문제점

#### 1. 국내외 노인복지 관련 법제도

국내 노인복지 관련 법제도는 헌법, 노인복지법, 노인장기요양보험법, 치매관리법 그리고 저출산·고령사회 기본법이 있다. 헌법은 노인의 보건복지와 관련한 입법 정책의 기본이념과 헌법 제34조 제1항과 제2항, 제4항에서 노인의 인간다운 생활을 보장하고 있고 사회적·경제적 약자인 노인을 특별히 보호하기 위하여 국가가 각종 사회보장제도를 확립하고 이를 실시하도록 의무화하는 규정을 두고 있다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016b). 노인복지법은 노인의 질환을 사전 예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여하기 위한 목적을 지닌다. 이 법은 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하기 위한 법적 규정을 제시하고 있다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016f). 노인장기요양보험법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질 향상을 목적으로 한다. 노인장기요양보험법상 장기요양보호 대상 노인을 위한 급여와 가족요양보호 제공자를 위한 급여로 분류하고 있고 전자는 재가급여와 시설급여로 분류된다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016a). 치매관리법은 치매의 예방 치매환자의 진료·요양 및 치매퇴치를 위한 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민 건강증진에 이바지함을 목적으로 한다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016c). 저출산·고령사회기본법은 국가 및 지방자치단체는 연령 단계별 건강상의 특성과 주요 건강위험요인을 고려하여 국민의 건강증진을 위한 시책을 강구해야 한다고 규정하고 있으며 국

가 및 지방자치단체는 노인을 위한 의료·요양제도 등을 확립·발전시키고 필요한 시설과 인력을 확충하기 위하여 노력하여야 한다고 규정하고 있다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016d). 이러한 노인보건 및 복지 관련법 중에서도 2008년 이후 시행되고 있는 노인 장기요양보험법과 노인복지법의 역할이 특히 중요하다.

이 밖에도 고령친화산업진흥법, 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률, 교통약자의 이동편의증진법, 사회복지사업법, 장애인고용촉진 및 직업재활법, 장애인복지법 그리고 장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 등이 있는데, 이들 법률은 복지 수요의 유형에 따라 개별적이고 단편적으로 규정하고 있으며 다양해지고 있는 추세이다. 이러한 현행 국내 노인 복지 관련 법률들은 현재의 고령화·저출산·핵가족화를 둘러싼 사회적 현실과 노인의 다양한 욕구를 충분히 반영하지 못하면서 노인 보호의 한계성을 보이고 있으며 개별법들이 산재해 있어 제도간의 연계성이 부족할 뿐만 아니라 전체노인의 새로운 복지수요에 효과적으로 대응하기 위한 보편적·포괄적 복지를 따라가지 못하고 있다(Kim & Ko, 2013).

## 2. 국외 노인복지 관련 법제도

일본의 경우 노인의 보건의료복지는 노인복지법과 노인보건법에 근거해 각종 노인보건사업과 개호보장 정책을 실시하고 있다. 또한 「고령자의 의료 확보에 관한 법률」이 별도로 제정되어 있는데 이 법은 고령기(advanced age) 국민의 적절한 의료 확보를 위하여 적정 의료비 사정을 위한 계획 수립과 건강진단 실시 등에 관한 대책을 세우며 전기 고령자(younger-old)의 보험 비용 부담을 조정하고 후기고령자(older-old)에 대한 적절한 의료급부(medical benefit) 등을 행하기 위해 필요한 제도를 마련하였다. 우리나라의 고령화 속도, 보험료 부담 인구의 감소 그리고 만성질환진료비 급증 등의 환경요인을 고려 할 때 일본의 「고령자의 의료 확보에 관한 법률」은 많은 시사점을 주고 있다(Noh & Ko, 2013).

미국의 포괄적 노인관리 프로그램(Program of All Inclusive Care for the Elderly; PACE)은 지속적인 보호가 필요한 노인과 그 가족들의 욕구(needs)와 안녕

(welfare)이 지역사회에서 채워질 수 있다는 믿음에 기반을 두고, 노인의 모든 종류의 욕구를 한 장소에서 제공한다(National PACE Association, 2016). PACE는 각 개인에 맞는 보호서비스를 건강전문가들로 구성된 다학제간 팀으로부터 제공받을 뿐만 아니라 개인이 원하는 프로그램 제공자로부터 서비스를 받을 수도 있다. PACE는 메디케어(medicare)와 메디케이드(medicaid) 대상자들이 포괄적인 장기요양 및 지원서비스를 요양원보다는 집에서 받을 수 있도록 도와주고 있다. PACE는 가정간호, 건강검진, 교통, 병원 치료, 요양원 보호서비스, 의사 진료 및 약 처방까지 폭넓은 서비스를 제공한다(Poku, 2015). 주로 노인주간보호센터에서 서비스를 제공하며, 대상자의 필요에 따라 가정서비스와 연계서비스가 추가될 수 있으며 PACE의 주요한 초점은 서비스 대상자들이 가능한 지역사회에서 살 수 있도록 돕기 위한 예방차원의 돌봄 서비스에 집중한다. 이는 PACE 대상자들 모두가 요양원 입소 자격을 갖추었지만, 단지 7.0%의 대상자만 요양원에 거주하고 있다는 것을 통해 알 수 있다(Cacchione, Eible, Gill, & Huege, 2016; Lee, Lee, Seo, Kim, & Hwang, 2014).

독일은 4대 사회보험 이외에 1995년 개호보험(pflegeversicherung)이 도입되면서 기존의 의료보험과 사회부조(social assistance)의 취약점을 극복하는 통합적인 사회보험 체계망을 갖추게 되었다. 독일의 개호보험은 재가급여와 시설급여 및 요양서비스 제공자에 대한 3가지 급여로 나뉘고 재가급여가 우선이고 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에만 단기보호급여를 청구할 수 있다. 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에는 시설에 입소시켜 시설급여를 받는 것이 독일장기요양 보험제도의 원칙이다(Ko, 2012; Noh & Ko, 2013).

프랑스 노인의 재가복지 서비스는 의료서비스 및 간병보호를 목적으로 하는 의료사업 정책과 의료서비스 이외의 일상생활지원 서비스를 목적으로 하는 사회사업 정책 2가지로 구분된다. 의료사업의 경우 의료서비스이기 때문에 의사의 진단에 따라 서비스가 제공된다(Noh & Ko, 2013).

### 3. 국내 노인복지 현황 및 문제점

노인장기요양보험통계연보(2014)에 따르면, 65세 이상 노인 가운데 11.4%가 요양급여를 신청했으며 신청자 가운데 57.6%인 절반 정도만 요양급여를 받고 있다. 이는 전체 노인인구 가운데 6.0% 수준으로 일본이 17.0%(2010년), 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development; OECD) 국가가 평균 10.0%대인 것에 비하면 매우 낮은 수치이다. 또한 매년 신청자와 적용자가 늘어나고 있기는 하지만 비율은 그다지 변화가 없다. 또한 급여 종류별 이용률을 살펴보면 재가급여에서는 방문요양이 조금씩 줄어들고 있는 있으나 여전히 절반 이상을 차지하고 있다. 다음으로 복지용구 대여, 방문목욕의 순이고 방문간호와 단기보호, 주야간 보호는 거의 없거나 미미한 수준이다. 시설급여 가운데에는 노인요양시설이 다수이며 일부 노인요양 공동생활가정이 있다. 이렇게 급여에서는 재가급여를 이용하는 사람들이 절대 다수이지만 방문요양에 편중되어 있다(National Health Insurance Service, 2015).

현재 노인복지서비스 전달체계의 가장 근본적인 문제는 서비스 제공기관의 연계부재로 인해 서비스 공급의 파편화(fragmentation) 현상이 나타난다는 점이다. 서비스 공급자인 노인복지관, 보건소, 사회복지관, 장기요양기관 등이 서비스를 분산적으로 제공하고 있어 서비스 이용자 입장에서도 본인에게 맞는 서비스가 무엇이며 얼마나 존재하고 있는지 파악하기 어려운 구조이다(Lee et al., 2014). 국내 노인복지서비스 대상의 경우 Table 1과 같이 건강상태 또는 건강수준과 소득수준 2가지를 동시에 기준으로 선정하였거나, 서비스를 중복 제공하였거나 또는 제공 주체가 각기 다르다. 따라서 지역사회 노인에게 제공되는 서비스의 통합적 운영체계 구축이 시급하다.

### 4. 국내외 케어매니지먼트 현황

세계적으로 고령화 사회가 되면서 OECD국가들이 직면한 장기요양과 관련된 가장 중요한 이슈인 서비스 질 보장과 재정지출 억제를 위해 통합적 장기요양제도 구축은 핵심적인 아젠다가 되고 있다(Kim, 2013). 이에 국내외 복지 및 의료서비스 전달체계에 대한 케어매니지먼트

트를 살펴보고자 한다.

#### 1) 국내 케어매니지먼트 현황

국내 노인장기요양보험 체계에서는 케어매니지먼트 시스템 구축을 통해 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공과 이용자 중심의 서비스 제공을 위한 장기요양관리자의 역할이 중요하게 대두되고 있다(Yoo, 2007). 노인 장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트는 구체적으로 조직이나 센터를 명시하지 않고 건강보험공단 직원이 요양보호대상자의 상태 및 욕구 조사, 서비스 수급자의 신체적·정신적 상태에 의거한 요양서비스 필요여부 및 수준 평가, 판정도구를 활용한 방문조사, 지역 요양보호 대상자 및 가족에 대한 상담 및 조언 등의 업무를 수행한다. 하지만 건강보험공단 직원에 의한 케어매니지먼트는 복지 욕구의 다변화에 대한 대응이 미흡하고 중앙행정기관, 지방자치단체 및 민간기관이 각기 제공하는 복지 서비스들이 증가되고 있으나 이에 맞는 원스톱(one-stop) 통합 서비스 제공은 미흡한 실정이다(Jung, 2015).

#### 2) 국외 케어매니지먼트 현황

일본의 케어매니지먼트는 개호 서비스의 질 향상과 개호 비용의 절감이라는 목적으로 2000년 개호보험제도를 통해 시스템화 되었다. 개호보험은 사회보험방식, 수익자부담 및 민간 활력(civil vitality) 도입을 특징으로 하고 있으며, 사회연대에 의한 이용자의 '독립적인 생활 지원과 삶의 질 향상'이 목표이므로 이를 반영하는 케어매니지먼트체도가 도입되었다(Hwang, 2008). 케어매니저는 보건, 의료, 복지 분야에서 5년 이상 실무경험을 가진 자 중 개호지원전문원 실무연수 수강시험에 합격하고 6일 간의 실무연수 과정을 수료하여 도도부현 지사의 개호지원 전문원명부에 등록되어 있는 자를 말한다(Lim, Choi, & Kim, 2011).

독일 케어매니지먼트는 2008년 수발개혁법이 제정되면서 수발보험에 사례관리가 공식적으로 도입되어, 수발지원센터를 주거지역에 설치하고 수발필요자에 대한 수발상담이 시작되었다. 수발지원센터는 수발상담가의 상주 하에 상담요청자의 희망에 따라 개별 상황에 맞는 수발보호계획을 시작으로 사례관리가 중점적으로 이루어지고(Lim, Choi, & Kim, 2011) 수발대상자와 가족에게

Table 1. The Overview of Social Welfare Service for the Elderly in Korea

| Project name                                                      | Subjects                                                                                                                      | Main contents                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Who provides the service                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Long-term care service                                            | Classes 1, 2, and 3 among over 65 years old or patients with disease related to the elderly who are younger than 65 years old | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefits in housing</li> <li>• Benefits in facility</li> <li>• Special benefits in cash</li> </ul>                                                                                                                                                                              | Long-term care institution                                                                                             |
| Basic care service for the elderly                                | Who need protection among single-family elderly over 65 years old                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic care service</li> <li>• Emergency safety keeper</li> <li>• Loving link with single family elderly</li> <li>• Short-term domestic</li> <li>• Service supporting</li> <li>• Supporting service for funeral for single-family elderly without family or relatives</li> </ul> | Comprehensive supporting center for single-family elderly and local government's institution (social welfare facility) |
| Comprehensive care service for the elderly                        | 200.0% or less than in average housing income among the elderly over 65 years old(long-term care protection class)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visiting service</li> <li>• Day protection service</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   | Local government's institution (social welfare facility)                                                               |
| Welfare facility service for the elderly who live in their houses | Who receives long-term care service or who are mentally and physically weak or with disability over 65 years old              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visiting service</li> <li>• Day and night protection service</li> <li>• Short-term protection service</li> <li>• Supporting service for the elderly in house</li> </ul>                                                                                                         | Welfare center for the elderly who reside in house                                                                     |
| Welfare service for the elderly who lives in their houses         | Who need protection among the elderly who reside in local society                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventative service</li> <li>• Project safety network service</li> <li>• Emergency supporting service</li> </ul>                                                                                                                                                               | Welfare center for the elderly                                                                                         |
| Protection service for the elderly                                | The elderly who are abused                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergency protection service</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | Elderly protection institution                                                                                         |
| Service for care management by visit                              | The elderly who are assessed as weak in health in the circumstance of lower income group                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direct service</li> <li>• Linked service</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             | Public health center                                                                                                   |
| Dementia management service                                       | The elderly suspicious with or evaluated as dementia                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventing, diagnosing, and curing dementia</li> <li>• Consulting and counseling for dementia(individual, family)</li> </ul>                                                                                                                                                    | Regional dementia center(hospital)<br>dementia counselling center(public health center)                                |

적합한 요양원 또는 관련 시설에 관한 정보를 제공한다(Kim, 2010). 케어매니저는 포괄적인 사정, 케어플랜과 자신의 집에서 지속적으로 거주하기 위한 서비스 중심으로 장기요양보호서비스를 제공하며 케어매니저 자격은 수발전문인력, 의료수발인력, 아동수발인력, 사회보험전문인력, 직업교육이수자 또는 사회복지졸업 등의 자격이 있어야 하며 또는 다른 적합한 직업교육 및 사회교육, 치료교육 등 학업이수 자격을 가진 인력, 그리고 최소한 3년 이상 수발금고(pflegekasse)에서 수발상담에 종사한 인력 등도 가능하다. 뿐만 아니라 방문서비스기관에서 1주간, 부분입소시설에서 2일간의 실습을 해야 하며 감독(supervision)을 통해 검증을 받는다(Lim et al., 2011).

호주의 케어매니지먼트는 노인보호법 「The Aged Care Act」과 가정 및 지역사회 보호법 「The Home and Community Care Act」으로 구분된다. 노인보호법은 노인 케어와 관련하여 호주정부에서 법규를 제정하였으며 보건과 지역사회 서비스의 효율적인 제공을 위해 케어

플랜과 서비스 전달체계를 통합하였다(Noh & Ko, 2013). 호주는 노인케어사정팀(Aged Care Assessment Team: ACAT)이 구성되어 다학제적인 접근을 할 수 있는데 ACAT는 건강전문인력으로 구성이 되어 있고, 클라이언트의 초기사정, 질적 보장 메커니즘 제도, 사정을 통한 케이스 지정, 케어플랜의 적절성과 클라이언트의 만족도를 위해 추적 조사하는 등의 역할을 수행하고 있다. 케어매니저는 대부분 양성학교 자격증을 소지하고 있고 ACAT는 주로 노인 전문 의사, 간호사, 작업치료사, 사회복지사 및 물리치료사가 포함되어 있다(Sunwoo, 2003).

영국 케어매니지먼트는 1990년에 제정된 지역사회보호법 「The Community Care Act」에 의해 지역사회 요양 시설은 지방정부의 관리 하에 두고 중앙정부로부터 성과급 및 예산 지원을 받아 운영에 대한 책임을 진다(Challis & Davies, 1985). 영국은 케어매니저(care manager)와 임상가(practitioner)가 케어매니지먼트의 핵심인력으로서 정보의 제공, 사정수준의 결정, 욕구의 사정, 케어

Table 2. Factors of Regional Comprehensive Centers Focusing on Occupation

| Factors                                                                   | Contents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Linking with medicine:<br>Preventing grave diseases                       | Using assignment of facility to prevent worsening of disease, using part-time doctors, invigorating to link visiting rehab(occupational, linguistic, and physical therapies), MOU with public and private healthcare institutions, and developing and linking with medical services, etc.                                                                                            |
| Strengthening benefits in house:<br>Invigorating day and night protection | Supplementing small scale multi-functional infra for day and night protection, extending items for welfare, invigorating both benefit and non-benefit services for long-term care in house, and supporting volunteer works, materials and cash, etc.                                                                                                                                 |
| Improving health:<br>Regular health management                            | In order to prepare ongoing healthcare management system for promoting health, linking oral, nutrient, and rehab services in public health center and introducing treatment boucher(occupational therapy, physical therapy, and cognitive therapy, etc.) developing individualized occupational engagement program, and supporting local society activities and participations, etc. |
| Promoting rights and benefits:<br>Preventing abuse and protecting rights  | In order to improve the elderly's quality of life, preventing abuse, developing family support program to protect rights, educating and extending promotion, introducing ombudsman, concluding MOU with facilities for house-residents and aged-protecting facilities, and human right lecturer for the disabled, etc.                                                               |
| Housing safety:<br>Preventing safety accident                             | In order to prevent safety accidents in advance, supporting the elderly to live safely in local society by making barrier-free living environment, supporting vehicles for the elderly's transportations, and providing emergency safety helper system, etc.                                                                                                                         |

MOU: Memorandum Of Understanding

Table 3. Content Validity Index of Model for Regional Comprehensive Center Focusing on Occupation

| Factors                         |                                                                                |                 | $M \pm SD$        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| Linking with medicine           | Use of part-time doctors                                                       | Appropriateness | $6.67 \pm 1.66$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.33 \pm 1.80$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $5.89 \pm 1.62$   |
|                                 | Invigorating to link visiting rehabilitation                                   | Appropriateness | $8.22 \pm 0.83$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $6.89 \pm 1.76$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $8.11 \pm 1.36$   |
|                                 | MOU with public and private healthcare institutions                            | Appropriateness | $6.00 \pm 2.55$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $5.67 \pm 1.50$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $4.56^* \pm 1.74$ |
|                                 | Developing and linking with medical services                                   | Appropriateness | $7.11 \pm 1.05$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $6.11 \pm 1.17$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $6.22 \pm 1.48$   |
| Strengthening benefits in house | Supplementing small scale multi-functional infra                               | Appropriateness | $7.89 \pm 0.93$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $6.78 \pm 1.09$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $7.22 \pm 1.09$   |
|                                 | Extending items for welfare                                                    | Appropriateness | $7.89 \pm 1.45$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.44 \pm 1.94$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $7.89 \pm 1.45$   |
|                                 | Invigorating both benefit and non-benefit services for long-term care in house | Appropriateness | $6.22 \pm 2.22$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $5.56 \pm 2.35$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $5.22 \pm 2.11$   |
|                                 | Supporting volunteer works                                                     | Appropriateness | $6.89 \pm 2.03$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.11 \pm 2.03$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $7.11 \pm 2.09$   |
|                                 | Supporting materials and cash                                                  | Appropriateness | $5.56 \pm 2.01$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $4.78^* \pm 1.09$ |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $4.78^* \pm 2.33$ |
| Improving health                | Linking oral, nutrient, and rehab services in public health center             | Appropriateness | $8.11 \pm 1.05$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.78 \pm 1.30$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $8.22 \pm 0.83$   |
|                                 | Introducing treatment boucher                                                  | Appropriateness | $7.33 \pm 2.35$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $6.11 \pm 1.76$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $7.11 \pm 1.96$   |
|                                 | Developing individualized occupational engagement program                      | Appropriateness | $8.44 \pm 1.01$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.33 \pm 1.32$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $8.44 \pm 1.01$   |
|                                 | Supporting local society activities and participations                         | Appropriateness | $7.78 \pm 1.30$   |
|                                 |                                                                                | Feasibility     | $7.00 \pm 2.06$   |
|                                 |                                                                                | Effectiveness   | $7.44 \pm 1.88$   |

MOU: Memorandum Of Understanding

Table 3. Content Validity Index of Model for Regional Comprehensive Center Focusing on Occupation (Cont.)

| Factors                       |                                                                                   |                 | $M \pm SD$      |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Promoting rights and benefits | Developing family support program                                                 | Appropriateness | $8.00 \pm 1.00$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $7.22 \pm 1.20$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $7.33 \pm 1.22$ |
|                               | Educating and extending promotion                                                 | Appropriateness | $7.78 \pm 1.30$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $7.78 \pm 1.39$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $7.22 \pm 1.86$ |
|                               | Introducing ombudsman                                                             | Appropriateness | $7.22 \pm 1.30$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $6.56 \pm 1.51$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $6.78 \pm 1.48$ |
|                               | Concluding MOU with facilities for house-residents and aged-protecting facilities | Appropriateness | $6.89 \pm 1.05$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $6.89 \pm 0.78$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $6.78 \pm 1.39$ |
|                               | Human right lecturer for the disabled                                             | Appropriateness | $7.11 \pm 1.76$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $6.67 \pm 2.35$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $6.56 \pm 2.30$ |
| Housing safety                | Making barrier-free living environment                                            | Appropriateness | $8.33 \pm 1.00$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $7.78 \pm 1.39$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $8.22 \pm 1.09$ |
|                               | Supporting vehicles for the elderly's transportations                             | Appropriateness | $8.00 \pm 1.32$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $7.78 \pm 1.30$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $7.67 \pm 1.87$ |
|                               | Providing emergency safety helper system                                          | Appropriateness | $8.22 \pm 1.09$ |
|                               |                                                                                   | Feasibility     | $7.56 \pm 1.74$ |
|                               |                                                                                   | Effectiveness   | $7.67 \pm 1.50$ |

MOU: Memorandum Of Understanding

플랜의 작성, 케어 플랜의 실행, 모니터링 그리고 재점검에 관여하여 실질적인 도움을 제공하고 있다(Chon, 2012). 케어매니저 자격명칭은 CSS(Certificate in Social Service), PCSC(Preliminary Social Care) 그리고 ICSC(In-service Courses in Social Care)를 사용한다(You, 2009).

### 3) 모델 제안

작업 중심 지역포괄센터는 앞에서 언급한 노인장기요양보험제도 사각지대, 지역사회 내 공공·민간 복지 서비스 산재, 노인복지 서비스 대상자의 누락과 중복 그리고 경도 장애를 가진 사람들 제외 등의 문제점을 해결하기 위한 포괄적 운영체제이다. 이는 지역사회에 거주하

는 노인 및 고령자가 활동 및 참여를 통해 존엄을 유지하면서 가능하면 오랫동안 정든 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있도록(aging in place) 필요한 의료, 예방, 주거 및 생활 지원 서비스를 계속적·포괄적으로 제공하여 삶의 질을 유지·향상하는 시스템 구축을 목표로 한다. 작업 중심 지역포괄센터의 구성요소 5가지는 다음과 같다(Table 2).

케어매니지먼트는 다양한 욕구를 가진 클라이언트를 대상으로 선별 및 평가를 실시하고 사회자원과 연결시켜 포괄적 지원 서비스를 제공하며, 지속적인 모니터링과 평가를 통해 클라이언트에 대한 작업 중심 지역포괄센터 서비스의 연속성, 효과성 그리고 효율성을 보장할 수 있도록 서비스를 개별적·연속적으로 관리하게 된다.

#### 4. 전문가 타당도 조사

9명의 전문가 타당도 결과 문항별 타당도 점수 전체 평균은 9점 만점 중 7.16점이며, 5점미만의 항목은 의료연계의 공공보건의료기관 및 민간의료기관의 MOU (Memorandum Of Understanding), 재가급여 강화의 현금 및 물품지원 2문항이었다(Table 3). 기타 의견은 연구진이 1차 수정 작업을 거쳐 완성된 수정본을 포커스 그룹 자문에서 집중 논의하였다.

#### 5. 포커스 그룹 자문

전문가 9명에 의한 내용타당도 조사를 통해 도출된 작업 중심 지역포괄센터 모델 초안에 대해 2016년 2월에 6명의 포커스 그룹 자문 워크숍을 통해 심도 있게 논의하였다. 참석자는 건강보험공단의 장기요양보험 담당 공무원, 노인연구정보센터 소장, 지역사회재활 근무 작업치

료사 2명, 작업치료학과 교수 2명으로 구성하였다. 본 포커스 그룹 자문을 통해 도출된 내용을 반영하여 3차 수정을 거쳐 작업 중심 지역포괄센터 모델의 최종안이 결정되었다.

### IV. 최종 작업 중심 지역포괄센터 모델

#### 1. 「작업 중심 지역포괄센터」의 정의

작업 중심 지역포괄센터는 국내 노인들에서 제공되는 다양한 공공·민간의 복지서비스에서 대상자의 누락과 중복을 예방하고, 복지업무 운영의 효율성을 높이고자 지역사회 내의 서비스 내용을 조정하여, 여러 서비스를 연계하는 보건·복지의 통합적 운영체계이다. 작업 중심



Figure 2. Concept Map of Model for Regional Comprehensive Center Focusing on Occupation

지역포괄센터는 통합적 원스톱(one-stop) 서비스를 제공하여 신체적·정신적·경제적인 이유로 독립적인 일상생활이 어려운 노인 뿐만 아니라 복지 사각지대에 있는 노인 및 고령자가 활동 및 참여를 통해 존엄을 유지하면서 가능하면 오랫동안 정든 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있도록 의료연계, 재가급여 강화, 건강증진, 권익증진, 주거안전 등의 공공 종합 상담·서비스를 제공한다(Figure 2).

## 2. 작업 중심 지역포괄센터 중장기적 목표

작업 중심 지역포괄센터는 한국형 노인통합지원센터로서 2030년 구축을 목표로 익숙한 지역에서 정든 사람들과 함께하는 활동(activity) 및 참여(participation)를 통한 삶의 질 유지·향상이 궁극적인 목표이다. 지역사회 밀착형 작업 중심 지역포괄센터는 노인관련 질환이 심각하지 않은 경증 노인(특히, 경도인지장애 및 치매 고위험군)에 대한 포괄적인 지역사회 서비스를 제공함으로써 보건과 복지의 통합적 서비스, 예방 서비스, 권익증진 서비스 제공 등의 구체적인 목표를 지닌다. 작업 중심 지역포괄센터 시스템 내에서 작업치료사는 서비스 대상자를 선별하거나 평가를 실시하고 개개인의 욕구(needs)를 파악한 후 사회자원과 연결시켜 포괄적 지원 서비스를 제공할 뿐만 아니라 작업 중심 활동을 통한 기능 장애를 예방하거나 건강을 증진시키는 개별적·연속적인 모니터링과 평가를 통해 케어매니저로서 역할을 수행하게 된다.

## 3. 케어매니저로서 작업치료사의 역할

Jung과 Kim (2008)은 현재의 노인장기요양보험제도를 성공적으로 수행할 수 있도록 케어매니저에게 요구되는 주요 역할은 계획자, 교육자, 사정 및 평가자, 상담자, 옹호자, 점검자, 조정자, 중개자로 제시하였고 일본의 케어매니저먼트의 전개과정을 살펴보면 1) 케이스 발견, 2) 평가, 3) 케어계획 작성, 4) 케어계획 실시, 5) 모니터링·재평가의 5단계로 나눌 수 있다(Jang, 2008).

Kielhofner (2009)는 인간은 작업적인 존재이므로 클라이언트가 주어진 활동과 의미 있는 활동에 참여함으로써

스스로에 대한 가치가 달라지며, 이러한 작업 활동을 통해 만족감을 얻을 수 있어 클라이언트의 건강유지와 회복에 충분한 가치가 있다고 하였다. 이에 각 과정에 따른 역할에 맞게 인간-환경-작업 모델(Person-Environment-Occupation model; PEO model)을 적용하여 케어매니저로서 작업치료사의 역량을 고취시키고자 한다. PEO 모델은 일상생활에서의 수행능력에 대한 대상자의 강점과 문제점을 파악하고 수행요소, 활동, 과제 및 환경적인 요소를 평가하여 대상자-환경-작업(person-environment-occupation)을 통합적으로 파악한 근거 하에, 의미 있는 작업수행능력을 향상 시킨다(Law et al., 1996; Strong et al., 1999).

### 1) 케이스의 발견 - 평가

케어매니저로서 작업치료사는 대상자를 직접 방문하여 가족의 보호능력과 생활수준, 서비스 이용 경험, 신체적·정신적 건강상태, 인지적·정서적 기능, 일상생활 기능수준 등을 파악하고 재가서비스나 시설 서비스와 관련하여 장기적인 욕구, 요양서비스의 필요여부와 수준, 요양서비스제공기관과 서비스 유형, 장기요양에 필요한 보건의료용품, 가족의 당면 문제 및 부양부담 정도를 종합적으로 평가하는 사정자 및 평가자 역할을 한다. 여기서 작업치료사는 사람(person)에서는 세계보건기구에서 제시한 국제기능·장애·건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)에서 신체적 기능(body functioning)을 보고 환경(environment)에서는 가정에서 지역사회, 시간적, 문화적인 요소 등을 파악하며, 작업(occupation)에서 ICF에서의 활동 및 참여 수행을 보고 PEO에 통합이 될 수 있도록 포괄적인 평가를 시행한다.

### 2) 평가-케어계획 작성

케어매니저는 정확한 욕구사정(needs assessments)에 근거하여 제공할 서비스 목적, 내용 등에 관련하여 케어계획을 작성하고, 관리기관과 시설 및 재가서비스 사업자 등과의 연계 및 조정업무를 담당하는 계획자이자 조정자 역할을 수행해야 한다. 작업치료사는 2015년 개정된 「의료기사 등에 관한 법률 시행령」에 고시한 업무범위에는 신체적·정신적 기능장애에게 감각·활동훈련,

작업적 일상생활훈련, 인지재활치료, 삼킴장애재활치료, 상지보조기 제작 및 훈련, 작업수행분석 및 평가, 그 밖의 작업 요법적 훈련·치료 업무를 포괄적으로 수행할 뿐만 아니라 케어계획자 및 조정자로서 다학제적 팀 접근 하에 평가 및 케어계획을 작성한다(Korea Ministry of Government Legislation, 2016e).

### 3) 케어계획 실시

케어과정 중 계획실시는 이미 작성된 계획을 바탕으로 대상자를 선정하고 적절한 서비스를 제공하도록 하는 중재자 역할을 요한다. 작업치료사는 PEO모델에 입각하여, 사람의 개인적인 요인을 파악하고 환경적인 접근을 고려하여, 의미 있는 작업수행이 이루어 질 수 있도록 체계적이고 지속가능한 목표를 두고 케어계획에 따라 실시한다. 그 예로 최근 각 보건소, 보건지소 및 관련 기관에서 치매를 포함한 노인들에게 예방, 건강증진, 사후관리를 체계적으로 관리하는 프로그램(인지재활프로그램, 생활운동프로그램 등을 포함)을 작업치료사가 지속적으로 구축하여 시행하고 있다.

### 4) 케어계획 실시-모니터링

케어매니저는 대상자에게 적시에 적절한 서비스를 지속가능 하도록 보장하기 위해 서비스 전달과 실행을 점검하고 다른 서비스로 전환에 대한 필요성 여부를 결정하는데 직접 질문, 전화, 케어컨퍼런스(care conference) 등을 통하여 재점검을 하는 점검자 역할을 한다. 또한 케어매니저는 모니터링하면서 서비스를 받거나 수행하는데 어려움을 파악하기 위하여 대상자 혹은 가족 등 보호자에 대한 상담이 적절하고 타당한 서비스가 제공되는지 파악하는 상담자 역할을 수행한다. 작업치료사는 대상자만을 고려하는 것이 아닌 현장방문, 인터뷰, 설문조사 등을 통해 시설, 관련 기관장, 사회복지사, 요양보호사 등 다학제적 접근이 될 수 있도록 환경적인 조성을 위한 이해가 빠르고 협력적인 관계를 조성할 수 있는 역량을 가지고 있다. 또한 서비스를 제공받을 수 있는 환경적인 이해 하에 대상자가 작업을 수행할 수 있도록 활동 유도하는 역할을 한다.

### 5) 모니터링 - 평가

케어매니저는 앞서서 언급한 일련의 과정을 포괄적으

로 이해해야 한다. 다양한 대상자의 욕구를 파악하여 실무에서 적절하게 연계될 수 있는 프로그램 실행과 사후 관리가 필요하다. 이에 케어매니저는 교육자 역할로서, 잠재 인력의 전문역량을 교육을 통해 개발시켜 정보제공, 건강관리 및 보건교육을 담당할 수 있는 인력으로 양성한다. 케어매니저로서 작업치료사는 작업 중심 지역포괄센터 내에서 의사, 간호사, 재활전문가들의 팀 협력(team approach) 및 연계를 통해 지역 이용자 및 서비스 사업자, 관계 단체, 지역주민 및 자원봉사와 인적 네트워크를 구축해 사회자원을 유기적으로 연계시키며 지역 사회에 어떠한 서비스가 있는지 또는 본인이 어떠한 서비스를 이용해야 하는지 정확히 모르는 고령자를 대상으로 원스톱(one-stop)상담가로서 역할을 담당해야 한다(Jung, Kim, Han, & Kim, 2009).

## V. 결론 및 제언

작업(occupation)에 관한 연구는 단지 인류의 생존에만 범위를 두는 것이 아니라 삶의 질에 영향을 미치는 목표 지향적인 면과 개개인에게 중요한 “의미 있는 작업”적인 면에 초점을 맞추어 그 범위를 확장시켜오고 있다. 베이비부머 세대의 은퇴와 한국의 초고령 사회로의 진입이 예상되는 시대적 흐름에 비추어 작업 중심 지역포괄센터 모델 개발은 성공적 노화(successful aging)를 이룰 수 있다는 측면에서 학문적 의의가 있다. 이에 본 연구에서는 노인장기요양보험제도 사각지대, 지역사회 내 공공·민간 복지 서비스 산재, 노인복지 서비스 대상자의 누락과 중복 그리고 경도 장애를 가진 사람들 제외 등의 국내 노인복지 서비스의 문제점들을 개인에게 가치 있고 의미 있는 활동인 작업을 이용해 해결방안을 찾는 작업 중심 지역포괄센터 모델을 개발하였다.

국외의 통합적 노인보건 복지서비스 사례들은 “aging in place” 즉, 살던 곳에서 계속 거주하기 지원에 초점이 맞춰져 있다. Occupation의 동사 occupy는 시간, 장소를 차지한다는 뜻으로 해석되며 이는 작업이 “자기가 살던 집에서 노년을 즐기고자 하는(aging in place)” 노인들의 삶에 반드시 고려되어야 할 요소이다. 작업 중심 지역포괄센터 모델은 노인들이 작업적 존재(occupational

being)로서 지역사회에 지속적으로 생활할 수 있는 (aging in place) 지원 시스템을 마련하고자 하였다.

작업(occupation)은 인간 존재에 있어서 중요한 것이며, 우리의 삶을 형성하고 건강과 웰빙(well-being)에 도움을 줄 수 있다. 또한 작업은 자기표현을 가능하게 해주며 개인의 정체성을 유지시켜줄 수도 있다. 주택, 수입, 지역사회의 지원 및 즐거움을 제공하기 위해 우리 모두가 작업에 의존한다는 점에서 작업은 분명 건강과 관련이 있다. 국외의 경우 노인들의 건강과 복지를 증가시키기 위해 노인건강증진프로그램 연구(well elderly study)를 오래 전부터 시행하여 작업과 노년, 건강과 삶의 질의 상호 관계를 규명해 왔다(Clark et al., 2012; Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998; Jackson et al., 2009). 노인건강증진 프로그램에서 진행되었던 생활양식 재설계 프로그램(lifestyle redesign program)은 작업과학(occupational science)의 원리를 기반으로 작업 환경에서 의미 있는 작업을 경험하는 능력이 성공적인 노화에 중요한 요소가 된다고 보고하고 있다(Scott et al., 2001).

기존 노인복지 정책 대부분은 제도적인 큰 틀 안에서 형태는 갖추고 있으나 사업간 연계부족으로 인한 서비스 공급의 파편화 현상, 각 분야별 전문성 결여 등의 이유로 노인 또는 사회적 약자로 분류되는 장애노인의 삶의 질 향상에 도움이 되지 못하고 있어 통합적 서비스 운영체계 구축이 시급한 실정이다.

작업 중심 지역포괄센터 모델 구축 과정에서 도출된 결론은 다음과 같다. 첫째, 작업 중심 지역포괄센터는 서비스 대상자 개인의 욕구(needs)를 파악하고 작업(occupation) 중심 활동을 통해 보건의료 향상을 도모하고, 원스톱(one-stop) 통합 복지서비스를 포괄적으로 지원하는 역할을 수행함으로써 지역사회에 거주하는 노인의 신체적·정신적 건강 유지 및 생활의 안정을 도모한다. 이와 함께 시설 촉탁의 활용, 방문재활(작업치료, 언어치료, 물리치료) 연결 활성화, 공공보건의료기관 및 민간의료기관 MOU, 의료서비스 개발 및 연계를 통해 중증화를 예방하고 건강 증진에 필요한 지원을 제공한다.

둘째, 작업 중심 지역포괄센터는 주야간 보호 활성화를 통해 사회적, 심리적, 신체적으로 취약한 환경에서 살아가는 노인들에게 복지용구 및 대상자의 평가, 대상자

에게 생활환경에서 사용방법 훈련, 사용 환경을 정기적으로 평가하는 등의 업무를 수행하여 삶을 보다 행복하고 의미 있게 살 수 있게 도와준다. 보건의료 전문인들에 의해서 운영되는 건강관리 주간보호센터의 활성화는 만성질환을 갖고 있는 노인들의 삶의 질에 큰 영향을 주기 때문에 반드시 필요하다. 현재 운영 중인 주야간 보호기관이 단순 보호의 목적 보다는 대상 노인의 사회화 및 가족 지원 통합, 지역사회 내 건강유지라는 목적을 달성할 수 있도록 서비스 개선이 필요한 실정이다. 이는 서비스 표준 및 질적인 수준 평가 체계 개발과 함께 의사, 작업치료사, 물리치료사, 가정간호보조원, 사회복지사 등의 총체적인 노인보건 의료서비스를 제공할 수 있는 인력개발 및 관리체계의 구축이 필요하다(Lim, 2003).

셋째, 작업 중심 지역포괄센터는 건강증진을 위한 상시적이고 지속적인 건강관리 체계 마련을 위해 보건소, 치료바우처, 장애인복지관, 사설 재활치료 센터 및 병의원 등의 각 서비스 기관 간 정보의 공유와 의뢰 등을 하나로 연결하는 통로로서의 역할을 수행한다. 이때 케어매니저는 면담을 통해 클라이언트의 욕구를 파악하고 작업 분석을 실시 한 후 작업참여 프로그램을 개발한다. 개별화된 작업 참여를 통해 클라이언트의 수행도, 참여도 그리고 만족도를 향상시킨다.

넷째, 작업 중심 지역포괄센터는 재가 장기요양기관과 노인보호기관의 MOU체결, 가족 상담 및 가족지원 프로그램 등을 통해 노인 및 장애인의 학대를 예방하고 권리를 보호해 삶의 질을 향상시키고, 케어매니저는 고립되었거나 학대 받는 노인들의 사례를 발견하여 해결하는 역할을 한다. 이러한 권익증진 서비스를 통해 노인 및 장애인 인권 의식향상 및 인식개선 더 나아가 우리 사회에 올바른 인권의식이 자리 잡는데 일조할 수 있다.

다섯째, 주거환경 개선을 통해 기존의 주거환경에서 이동할 필요 없이, 최소의 변경으로 최대의 효율을 가지고 올 수 있으며 이를 통해 일상생활의 기능적 의존을 줄이고, 기능 저하로 인한 사망률을 감소시킬 수 있다(Weeks, Lamb, & Pickens, 2010). 또한 변경된 환경 내에서 안전하게 의미 있는 활동을 할 수 있는 기회를 제공해줌으로써 노인들에게 긍정적인 유익을 가져다 줄 뿐만 아니라 익숙한 환경에서 정든 사람들과 함께하는 활동 및 참여를 통해 삶의 질 향상과 인간의 존엄성을 확립

할 수 있다.

케어매니지먼트는 다양한 욕구를 가진 클라이언트를 대상으로 선별 및 평가를 실시하고 사회자원과 연결시켜 포괄적 지원 서비스를 제공하며, 지속적인 모니터링과 평가를 통해 클라이언트에 대한 작업 중심 지역포괄센터 서비스의 연속성, 효과성 그리고 효율성을 보장할 수 있도록 서비스를 관리하게 된다. 케어매니저로서 작업치료사는 대상자를 직접 방문하여 포괄적인 평가를 통해 케이스를 발견하고, 개개인의 욕구(needs)에 근거하여 케어계획을 작성 한 후 관리기관, 시설 및 재가 서비스 사업자 등과의 연계 및 조정 업무를 담당한다. 케어계획을 실시할 때 작업치료사는 이미 작성된 것을 바탕으로 대상자를 선정하고 적절한 서비스를 제공하도록 하는 중개자 역할을 하고, 적시에 적절한 서비스를 지속가능 하도록 보장하기 위해 점검하는 점검자 역할을 한다. 마지막으로 다양한 대상자의 요구를 파악하여 실무에서 적절하게 연계될 수 있는 프로그램을 실행하고, 사후 관리를 위해 잠재 인력을 교육을 통해 전문가로서의 역량을 개발시키거나 사회자원을 유기적으로 연계시켜 본인이 어떠한 서비스를 이용해야 하는지 정확히 모르는 고령자를 대상으로 윈스톱 상담가로서 역할을 담당하게 된다.

작업 중심 지역포괄센터를 조성해 나가기 위해 필요한 정책들을 다음과 같다. 첫째, 작업 중심 지역포괄서비스가 실행되기 위해서는 보건과 복지 영역의 기관, 인력 등의 직접적 영역(내부요인)과 작업 중심 지역포괄서비스 제공을 위한 제도적 지원 영역(외부요인)을 포괄하는 연계 구조 즉, 정책이 형성되어야 한다. 내부적으로 작업 중심 지역포괄센터는 다양한 노인관련 보건복지서비스 연계와 기관 간 협조를 통해 독거노인, 저소득층, 장애인 등을 대상으로 하는 작업 중심 지역포괄서비스를 개발하고 제공해야 한다. 외부적으로는 작업 중심 지역포괄센터 모델을 구축하기 위한 조례제정 등 법·제도적 지원이 이루어져야 하며, 향후 관련 모델이 안정적으로 운영될 수 있도록 장기적인 재원이 유입되어야 한다. 노인복지 관련 사업 진행시에 필요한 각각 전문 인력의 배치와 명확한 역할 규명을 확립하는 것 또한 필요하다. 이를 위해 「의료법」, 「의료기사법」을 근거로 하여 각 서비스 대상의 주요 문제점을 파악하고 해결할 수 있는 전문 인력 공급에 대한 구체적 명시가 필요하다.

둘째, 작업 중심 지역포괄센터 모델의 성공적인 운영을 위해 작업치료분야 인력에 대한 보수교육, 전문교과과정 개발, 연계서비스 강화 교육 등 관련 교육이 내·외부에서 지원되어야 한다.

셋째, 서비스의 전문성을 확보하기 위해 의사, 간호사, 작업치료사, 물리치료사 및 사회복지사 등의 다학제간 팀접근이 필요하다.

넷째, 최근 선진국의 경우 주간보호센터에서의 건강관리의 필요성을 제기하고 있는데, 우리나라 노인장기요양보험제도 역시 지역사회 내 노인의 건강관리를 위한 체계적인 주야간 보호기관의 서비스 운영이 필요하다. 이를 위해 노인과 그 가족을 대상으로 한 구체적인 체계적인 욕구 파악을 기반으로 한 한국형 주야간 보호모형의 개발이 필요하다. 또한 건강한 노인, 사회적 약자로 분류되어지는 장애 노인 등이 지역사회 내에서 작업적 존재로 살아가기 위해 향후 국내 노인들을 대상으로 생활양식 재설계 프로그램(lifestyle redesign program)을 개발하고 적용해야 할 필요가 있다.

작업 중심 지역포괄센터는 지역사회에 거주하는 노인 및 고령자가 활동 및 참여를 통해 존엄을 유지하면서 가능하면 오랫동안 정든 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있도록(aging in place) 필요한 의료, 예방, 주거 및 생활 지원 서비스를 계속적·포괄적으로 제공하여 삶의 질을 유지·향상하는 시스템이다. 케어매니저로서 작업치료사는 다양한 욕구를 가진 클라이언트를 대상으로 선별 및 평가를 실시하고 사회자원과 연결시켜 포괄적 지원 서비스를 제공하며, 지속적인 모니터링과 평가를 통해 클라이언트에 대한 작업 중심 지역포괄센터 서비스의 연속성, 효과성 그리고 효율성을 보장할 수 있도록 서비스를 관리하게 된다. 이를 통해 국내 작업치료사들이 지역사회재활 영역에서 전문가로 인정받을 뿐만 아니라 합법적인 진출의 시발점이 될 것으로 기대하는 바이다.

## References

- American Occupational Therapy Association.  
(2014). *Definition of occupational therapy practice for the AOTA model practice act.*

- Retrieved from <http://www.aota.org/>
- Baek, E. Y. (2011). Determinants of retirement preparation and the types of preparation of the baby boomers. *Korean Social Security Studies*, 27(2), 357.
- Cacchione, P. Z., Eible, L., Gill, L. L., & Huege, S. F. (2016). Person-centered care for older adults with serious mental illness and substance misuse within a program of all-inclusive care for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(5), 11. doi:10.3928/00989134-20160413-04
- Challis, D., & Davies, B. (1985). Long term care for the elderly: The community care scheme. *British Journal of Social Work*, 15(6), 563-579.
- Choi, E. J. (2016). A look at WHO's work toward sustainable development goals 2030. *Health and Welfare Policy Forum*, 232(2), 64-71.
- Chon, Y. H. (2012). A study on the experience of management and development of care management system in the U.K. *Korean Journal of Care Management*, 7, 1-24.
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., ... Granger, D. A. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the well elderly 2 randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790.
- Hwang, K. R. (2008). Care management and long-term care insurance system in Japan. *Korean Journal of Care Management*, 1, 167-186.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.
- Jackson, J., Mandel, D., Blanchard, J., Carlson, M., Cherry, B., Azen, S., ... White, B. (2009). Confronting challenges in intervention research with ethnically diverse older adults: The USC well elderly II trial. *Clinical Trials*, 6(1), 90-101.
- Jang, C. H. (2008). The training curriculum and subject of care management as professional jobs. *Korea of Academy Care Management*, 1(1), 143-165.
- Jung, H. S. (2015). Community welfare resource management system and improvement. *Health and Social Affairs Issue and Focus*, 282(2), 1-8.
- Jung, H. Y., Kim, Y. J., Han, C. Y., & Kim, H. K. (2009). A care system of old people in regional communities in Japan-prospects of regional comprehensive support center-. *Korea of Academy Care Management*, 2, 164-183.
- Jung, J. H. (2012). *Care management status and challenges for business support activities for handicapped*. Paper presented at the Fall 2012 Conference, Buchon.
- Jung, Y. M., & Kim, H. S. (2008). The overview and subject of care manager in Korea. *Korea of Academy Care Management*, 1(1), 77-103.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Philadelphia, PA: FA Davis.
- Kim, C. W. (2013). A study on a model of prospective care management system aligning with current National Long-term Care Insurance(NLTCI) policy for elders. *Health and Social Welfare Review*, 33(2), 219-242.
- Kim, C. W. (2014). Elderly study on the blind spot and identify ways of eliminating long-term care insurance for the elderly in Korea. *Korean Policy Studies Review*, 23(2), 121-144.

- Kim, S. Y., & Lee, J. J. (2010). *Policy issues for improvement of beneficiary system in long-term care insurance for the elderly*. Busan, Korea: Busan Social Welfare Development Institute.
- Kim, T. H., & Ko, Z. K. (2013). Problems and improvement devices of normative system on welfare of the aged act according to the aging society. *Inha Law Review*, 16(1), 167-198.
- Kim, W. (2010). Eine analyse der pflegereform 2008 der deutschen pflegeversicherung und implikationen auf koreanische long-term care insurance. *Zeitschrift der Koreanisch-Deutschen Gesellschaft fuer Sozialwissenschaften*, 20(3), 87-110.
- Kim, Y. H. (2006). *Babyboom rally*. Goyang, Korea: Iremedia.
- Ko, Z. K. (2012). Legal problems and proposal on long-term care insurance act for the aged. *Dong-A Law Review*, 57, 289-317.
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016a). *Act on long-term care insurance of the aged*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#liBgcolor0>
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016b). *Constitution of the republic of Korea*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#undefined>
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016c). *Dementia management act*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#liBgcolor0>
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016d). *Framework act on low birth rate in an aging society*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#liBgcolor0>
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016e). *Medical technicians, etc. act*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#liBgcolor0>
- Korea Ministry of Government Legislation. (2016f). *Welfare of older persons act*. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&query=%ED%97%8C%EB%B2%95#liBgcolor0>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lee, M. H., Lee, J. J., Seo, B. K., Kim, K. M., & Hwang, J. Y. (2014). *Study on integrated care system for seniors installation and operation in Busan, Korea*. Busan Social Welfare Development Institute.
- Lim, J. G., Choi, M. M., & Kim, W. (2011). The perception types for role of care management on long-term care insurance. *Korea Social Policy Review*, 18(3), 191-222.
- Lim, S. J. (2003). *Current state of home visiting nursing services and clients satisfaction with the services*. Dong-A University, Busan.
- Moxley, D. P. (1989). *Practice of case management* (vol. 58). Newbury Park, CA: Sage.
- National PACE Association. (2016). *What is PACE?* Retrieved from <http://www.pacenation.us/about-pace>
- National Health Insurance Service. (2015). *2014 long term care insurance statistical yearbook*. Seoul, Korea: National Health Insurance Service.
- Noh, J. C., & Ko, Z. K. (2013). Improvement devices on the law and institution and current situation of health and medical treatment for the aged. *Journal of the Korea Contents Association*, 13(4), 170-186.
- O'Brien, J. C. (2013). *Introduction to occupational therapy*. St. Louis, MO: Elsevier Inc.

- Oh, S. H., Kang, J. S., Lee, Y. A., & Ryu, S. W. (2007). A study on the improvement in social welfare services delivery system. *Korean Public Management Review*, 21(1), 155–181.
- Oh, S. Y. (2009). A study on the care management under the long-term care insurance system in Japan: The viewpoint of the right security to the user. *Journal of Welfare for the Aged Institute*, 44, 253–277.
- Park, K. S. (2008). Network structure of the health and social service organizations for the elderly –Among the groups of the public welfare offices, private social service organizations and public health offices–. *Social Welfare Policy*, 35, 245–269.
- Park, N. H., & Min, S. Y. (2008). An exploratory study on the delivery system of social welfare service: Focusing on the community care services for the elderly. *Journal of Korean Social Welfare Administration*, 10(2), 57–83.
- Poku, M. (2015). The program of all-inclusive care for the elderly model: Lessons for the medicare-medicare coordination office. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2223–2224. doi:10.1111/jgs.13671
- Scott, A. H., Butin, D. N., Tewfik, D., Burkhardt, A., Mandel, D., & Nelson, L. (2001). Occupational therapy as a means to wellness with the elderly. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(4), 3–22.
- Sheffield, C., Smith, C. A., & Becker, M. (2013). Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate aging in place. *Gerontologist*, 53(6), 907–918.
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the person-environment-occupation model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 122–133.
- Sunwoo, D. (2003). The functional assessment process in long-term care system for older persons. *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, 7(2), 108–118.
- Weeks, A. L., Lamb, B. A., & Pickens, N. D. (2010). Home modification assessments: Clinical utility and treatment context. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(4), 396–409.
- Yang, N. J., & Choi, I. H. (2013). The impact of the Korean long-term care insurance system on its family caregivers: Focusing on family caregiving arrangement. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 44(3), 31–56.
- Yoo, J. S. (2007). *A study on the role of care manager and training* (Master's degree). Kyunghee University, Seoul.
- Yoon, H. Y. (2014). A study on the support system of the elderly in Japan for the realization of aging in place. *Journal of the Korean Housing Association*, 25(2), 99–107.
- You, J. N. (2009). A comparative analysis of care management system in long-term care for the elderly in U.K Germany and Australia. *Journal of Welfare for the Aged Institute*, 43, 381.

## Abstract

### A Study on the Development of a Model for Regional Comprehensive Center Focusing on Occupation

Chang, Ki-Yeon\*, Ph.D., O.T., Kim, Hee-Jung\*\*, Ph.D., O.T.,  
Kim, Seul-Gee\*\*\*, M. Sc. O.T., Kwon, Yi-Young\*\*, M.P.H.,  
Cha, Yu-Jin\*\*\*, Ph.D., O.T., Kim, Do-Hoon\*\*\*\*, Ph.D. Candidate,  
Hwang, Jae-Young\*\*\*\*\*, Ph.D. in Social Welfare

\*Dept. of Occupational Therapy, Woosong University

\*\*Dept. of Occupational Therapy, Kaya University

\*\*\*Policy Bureau of Korean Association of Occupational Therapists

\*\*\*\*Dept. of Occupational Therapy, Semyung University

\*\*\*\*\*National Health Insurance Service Director

\*\*\*\*\*Elderly Information Center CEO

**Objective:** This study aimed at suggesting how to build a Korean model for a regional comprehensive center focusing on occupation in order to solve such problems as omissions and overlaps in the healthcare and social welfare for elderly patients in Korea, gaps in long-term care for the elderly, scattered services in both public and private sectors of local communities, and the exclusion of patients with mild disabilities.

**Methods:** Based on an analysis of the laws and policies related to social welfare services in Korea and abroad, their current status and problems, and case studies from developed countries, a model for a regional comprehensive service focusing on occupation suitable to the Korean circumstances was developed. To confirm the model's appropriateness, its feasibility in Korea, and its effectiveness, content validations by experts and consultations by focus group interview (FGIs) were conducted, and the final model was then developed.

**Results:** The regional comprehensive model focusing on occupation was developed as a system to provide five services continuously and comprehensively. The result of the content verification shows that the average validity per question was 7.16 out of 9, which is a higher score.

**Conclusion:** A regional comprehensive center focusing on occupation will contribute to enhancing the quality of life by providing medical, preventative, housing, and living support services required for the aging in one place for as long as possible, allowing the elderly to maintain their dignity through activities and participation in local society. In addition, occupational therapists will play the role of a care manager and be recognized as regional social rehabilitation experts, which is a legitimate entry into this particular sector.

**Key words:** Benefits in house, Care manager, Housing safety, Improving health, Linking with medicine, Occupation, Older, Promoting rights and benefits, Quality of life