

연구보고서 2008-20-6

고령화심화 농촌지역 노인의 생활기능자립을 위한 보건복지지원체계 구축방안

A Study of Development of Community-Based Health and Social Service
System Model to Maintain Independence of Activities of Daily Living for
Older People in Rural Area

선우 덕

오 지 선

한국보건사회연구원

고령화심화 농촌지역 노인의 생활기능자립을 위한 보건복지지원체계

연구보고서 2008-20-6

발행일	2008년 12월
저자	선우 덕 외
발행인	김 용 하
발행처	한국보건사회연구원
주 소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가 격	5,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-516-9 93330

머 리 말

우리나라는 저출산 현상이 획기적으로 개선되지 않는 한, 머지않아 고령사회가 될 것이고, 일본의 경험을 보면 경제사회적으로 탄력을 잃게 될 우려도 있다. 점차적으로 고령자를 위한 각종 사회복지제도가 도입, 또는 확대되고 있다는 점은 그에 상응하는 재원도 타 분야에 대한 투입자원을 조정하지 않는 한 증가되어야 하고, 그러한 경우에는 추가된 재원만큼 국민이나 기업체의 부담은 늘어날 수밖에 없을 것이다. 즉, 국민연금제도에 의한 완전노령연금이나 기초노령연금이 2008년도부터 지급되기 시작하였고, 노인장기요양보험제도도 2008년 7월부터 시행되고 있으며, 기존의 건강보험도 급여수급자의 중심이 고령자로 이전되고 있기 때문에, 이에 대한 복지재원의 마련이 앞으로 큰 이슈가 될 것이다.

그 중에서도 무엇보다, 금년도부터 도입된 노인장기요양보험제도는 한 국가의 고령화가 심화될수록 재정지출이 늘어날 수밖에 없기 때문에, 재정의 안정화차원에서라도 대책이 필요하다고 하겠다.

본 보고서는 장기요양보험재정의 안정화 측면에서, 그리고 고령자의 삶의 질(QOL)의 향상 및 유지측면에서 일상생활기능을 가능한 한 최대한 연장시킬 수 있는 보건복지연계체계모형을 모색해 보는데 그 목적을 두고 있다. 특히, 모형의 대상은 고령화가 심화된 지역에 거주하는 고령자를 상정해 놓고 있는데, 이는 해당지역의 고령자를 도심지역으로 이주시키지 않는 한 남은여생을 살아가야 하는 계층이어서 소외계층의 해소라는 복지적 차원에서 대책이 필요하기 때문이다.

본 보고서는 선우덕 박사와 오지선 연구원에 의해 수행되었으며, 특히, 본 보고서의 작성을 위해서 설문조사를 수행해 준 문경시 조사지역 보건

소 및 보건진료소 직원에게 감사의 뜻을 전하고, 바쁜 일정 속에서도 보고서내용을 읽고 유익한 의견을 제시해 준 본원의 최정수·박세경 박사와 성결대학교 임병우 교수에게도 깊은 감사를 전하는 바이다.

끝으로, 본 보고서에 수록된 내용은 본 연구원의 공식적인 입장이 아니라 연구자 개개인의 견해를 밝히고자 한다.

2008년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 하

목 차

ABSTRACT	9
요 약	11
제1장 서론	18
제1절 연구의 배경과 목적	18
제2절 연구의 방법과 내용	21
제2장 고령자 생활기능 자립지원정책의 실태와 문제점	22
제1절 보건의료정책부문	22
제2절 복지서비스정책부문	29
제3장 고령화심화지역 농촌거주 노인의 건강 및 생활실태	35
제1절 일반지역 거주노인의 실태	35
제2절 특정지역 거주노인의 실태	51
제4장 외국의 노인보건복지서비스지원 실태	59
제1절 호주(CHC모델)	59
제2절 캐나다(SIPA모델)	66
제3절 일본(이나기시)	70
제4절 시사점	81

제5장 고령자 보건의복지지원체계 모형	83
제1절 연계적 보건의복지지원체계의 필요성	83
제2절 기본방향	87
제3절 모형내용	91
제6장 정책제언 및 결론	97
참고문헌	99
부 록	103

표 목 차

〈표 2- 1〉 연도별 요양병원 설치현황	27
〈표 2- 2〉 지역복지서비스의 주요 내용	31
〈표 2- 3〉 노인장기요양보험제도의 주요내용	34
〈표 3- 1〉 유형별 기초자치단체 분포 현황	35
〈표 3- 2〉 노인인구비율 기준별 조사구수	36
〈표 3- 3〉 양 지역간 노인연령분포	37
〈표 3- 4〉 양 지역간 노인의 거주형태	38
〈표 3- 5〉 양 지역간 노인의 주관적 건강상태	39
〈표 3- 6〉 양 지역간 노인의 운동실천	40
〈표 3- 7〉 양 지역간 노인의 식습관	42
〈표 3- 8〉 양 지역간 노인의 만성질환 유병상태	43
〈표 3- 9〉 양 지역간 노인의 만성질환 치료실태	44
〈표 3-10〉 양 지역간 노인의 구강기능	46
〈표 3-11〉 양 지역간 노인의 낙상실태	46
〈표 3-12〉 양 지역간 노인의 ADL기능	47
〈표 3-13〉 양 지역간 노인의 IADL기능	48
〈표 3-14〉 양 지역간 노인의 외출수준	50
〈표 3-15〉 양 지역간 노인의 사회활동 실태	50
〈표 3-16〉 일본후생노동성의 특정고령자 선정지표항목	52
〈표 3-17〉 경북 문경시 O리·S리 거주 노인대상 건강 및 생활기능 저하상태	54
〈표 3-18〉 경북 문경시소재 보건의료기관 현황	56
〈표 3-19〉 경북 문경시소재 노인복지관련 복지시설 현황	57

〈표 3-20〉 경북 문경시소재 비영리단체 현황	58
〈표 4- 1〉 CHC 클라이언트 프로파일	61
〈표 4- 2〉 CHC 시범사업 요약	62
〈표 4- 3〉 CHC모델 시범사업의 중심인력	63
〈표 4- 4〉 이나기시의 건강증진사업 추진내용	74
〈표 4- 5〉 이나기시의 개호예방시스템사업 내용	75
〈표 4- 6〉 이나기시의 일상생활지원서비스사업 내용	76
〈표 4- 7〉 이나기시의 가족개호지원사업 내용	77
〈표 4- 8〉 이나기시의 집안은둔생활방지사업 내용	78
〈표 4- 9〉 이나기시의 인지증고령자대책사업의 내용	79
〈표 4-10〉 이나기시의 외출지원사업의 내용	81

그림 목차

[그림 2-1] 시도별 노인인구 10,000명당 병상수 비교	27
[그림 4-1] CHC 시범 사업 모델	65
[그림 4-2] 이나기시의 고령자지원을 위한 보건복지연계서비스 내용 ...	72
[그림 4-3] 노인보호네트워크 지원체제	80
[그림 5-1] 일상생활기능의 개념과 내용	84
[그림 5-2] 비활동생활증후군의 악순환	85
[그림 5-3] 노인거주형태 및 건강수준별 보호 우선순위 구분	88
[그림 5-4] 군-지역 특화모형: 복지-보건 협력 희망복지지원담당 지정	90
[그림 5-5] 보건복지서비스 연계모형 (I)	92
[그림 5-6] 보건복지서비스 연계모형 (II)	93
[그림 5-7] 보건복지서비스 연계모형 (III)	95

Abstract

A Study of development of Community-Based Health and Social Service System Model to Maintain Independence of Activities of Daily Living for Older People in Rural Area

With the implementation of the National Long-Term Care Insurance from July this year, the financial stabilization methods of NLTCI are issued. This study is to develop the coordinated health & social service model to maintain physical and cognitive function for independent living abilities as long as possible in aged rural area.

While aged inhabitants in rural area have much difficulties in ADL & IADL or risk of low cognitive ability or depression, they don't receive properly necessary services because of shortage of welfare infrastructures or fragmental service delivery system. Therefore, policy issues are as follows. Firstly, the public community health care institution-center network system is necessary to be constructed, comprising of community welfare service institution and NGOs. Each institution delivers health promotion(for example, exercise or nutrition), personal and domestic services on the ground of continuum of care methods. Secondly, the service coordination demonstration is necessary to be performed in natural community unit.

요 약

1. 연구의 목적

- 본 연구의 목적은 장기요양보험재정의 안정화와 고령자의 삶의 질(QOL)의 향상 및 유지측면에서 일상생활기능을 가능한 한 최대한 연장시킬 수 있는 보건복지연계체계모형을 모색해 보는 것임.
 - － 모형의 대상은 고령화가 심화된 지역에 거주하는 고령자임. 고령화 심화지역은 대부분이 군단위의 농어촌 지역이나 도농복합시 중에서도 고령화비율이 높은 읍면지역으로, 이들 지역은 사회복지 및 보건의료의 인프라가 매우 부족하고 보건복지적 수혜도 떨어지는 것으로 나타나 소외계층의 해소라는 복지적 차원에서의 대책이 필요하기 때문임.

2. 주요 연구내용

- 문헌고찰에 의한 고령자 생활기능 자립지원정책의 실태와 문제점.
 - － 첫째 보건의료정책부문에 있어 건강증진사업, 건강검진사업, 질병치료 및 관리사업이 시행되고 있음.
 - 건강증진사업의 경우, 지역보건법에 의해 각 보건소가 노인건강증진사업을 수행하고 있으나, 그 중요성에 비해 아직 활성화되지 못함.
 - 치매·뇌졸중을 예방하기 위한 건강검진사업이 보건소 및 서울시 치매지원센터 등을 통해 실시되고 있음. 그러나 검사이후의 결과

를 치료나 관리로 연계시키는 절차나 경로구축이 미흡하며, 검진 도구도 일상생활에서 발병 위험성이 높은 인자를 지닌 자를 선별하는 기능하지 못함.

- 급성기 치료와 회복기 치료는 건강보험제도에 의해 이루어지고, 질병관리는 국민건강보험공단, 보건소, 일반의료기관 등에서 시행되고 있음. 만성기 치료의 기능을 수행하는 요양병원, 요양시설의 경우 무분별한 요양병원의 설립을 지양하고 요양병원과 요양시설간의 기능재정립이 필요함.
- － 둘째 복지서비스정책부문은 장기요양욕구가 있는 노인을 위한 노인 장기요양보제도와 동제도의 대상에 해당하지 않으면서 경미한 정도의 일상생활기능의 장애자에게 제공되는 서비스인 생활지원서비스가 있음.
 - 장기요양보험제도의 문제점으로는 대상자로 인정받아 서비스를 공급하는 경우 다른 서비스의 수혜대상에서 제외, 이용가능 한 서비스 범위가 규정되어 그 이상의 서비스 구매가 어려움, 주로 간병수발을 지원하는 내용을 중심으로 하고 있어 일상생활기능을 회복·유지시키는데 한계, 서비스 제공자 간 연계체계 미흡 등이 지적됨.
 - 생활지원서비스는 노인돌보미 바우처, 가사간병도무미 등 다양한 사업이 있으나 업무내용의 변별성이 보이지 않아 통합해야 할 것으로 보이며, 대상자의 기능 상태를 고려한 서비스 제공이 이뤄져야 함.

□ 고령화 심화지역 거주노인의 건강 및 생활 실태를 알아보기 위해 2004년 노인생활실태조사를 재분석하고, 특정지역(경북문경시)거주 노인의 생활실태를 조사하여 결과를 분석하였음.

- － 2004년 노인생활실태조사자료 중 고령화율 14%미만인 동지역(비고

령화 심화지역)과 고령화율 30%이상인 면지역(고령화 심화지역) 거주 노인의 생활 실태 및 복지욕구를 비교하였음.

- 가구형태는 고령화심화지역은 독거노인이나 노인부부가구 등 노인 단독가구 비율이 비고령화심화지역보다 뚜렷하게 높게 나타남.
- 건강실태는 주관적 건강상태 및 운동실천여부의 경우 고령화심화지역에 거주하는 노인의 상태가 다소 열악한 것으로 나타났으며, 운동유형 및 영양섭취와 관련해서는 양 지역 간 큰 차이가 없는 것으로 나타남. 질병상태는 고령화심화지역의 만성질환 유병율, 저작기능약화 노인 비율 및 낙상 발생율이 더 높은 것으로 나타나지만, 치료실태 및 의약품복용여부는 양 지역 간 유사하게 나타남. 일상생활기능상태 조사결과 고령화 심화지역의 노인의 생활기능상의 의존도가 낮은 것으로 보이지만, 실제로 물적·인적자원 부족에 기인하는 것으로 추측됨.
- 사회생활실태는 외출빈도는 고령화심화지역의 거주노인이 높은 반면, 사회활동 중 종교 및 사교 단체 활동은 비고령화심화지역이 다소 높게 나타남.
 - 경북 문경시 2개리(O리, S리)에 거주하는 65세 이상 노인100명을 대상으로 일본후생노동성이 개발한 특정고령자 선정지표를 이용해 건강 및 신체 기능상태를 조사함.
- 조사표는 총 25개의 문항으로 구성되어 있으며, 일본은 이 중 10문항 이상 해당하는 경우에 허약성을 보이는 고령자로 판정 하고, 개호예방서비스를 제공함. 조사지역 거주 노인 중 10문항 이상 해당하는 경우인 생활기능상의 허약노인은 O리 19%, S리 13%로 나타남.
- 양 지역 모두 영양상태는 양호한 것으로 나타났고, 신체운동기능·구강기능·사회활동허약 노인은 20~30%대로 나타난 반면, 인지기능 및 정서상의 허약노인은 50%를 초과하여 나타남. 이는 두 지역

이 도심권에서 멀리 떨어져 있고, 고령화로 인해 대부분의 일상생활을 지역 내에서 보내고 있어 타 지역, 또는 도심지역과의 사회적 교류가 부족하기 때문으로 추측됨.

- 조사지역이 위치한 문경시는 보건의료자원으로 의료기관 3개, 의원 40개, 요양병원 2개, 치과병(의)원 11개, 한의원 13개가 있고, 이외에 보건소 1개, 보건지소, 및 보건진료소가 22개가 설치 운영되고 있음. 노인복지관련시설로 경로당, 종합사회복지관 및 노인교실 등이 있으며, 4개의 요양시설과 2개의 양로시설, 2개의 재가노인복지시설, 13개의 재가 장기요양기관, 이외에도 복지욕구를 충족시키는데 활용할 수 있는 다양한 비영리 단체가 있음.

□ 외국의 노인보건복지서비스 연계지원사업의 사례를 검토함.

- 호주의 CHC(Coordinated Health Care)시범사업은 교외 지역에 거주하는 노인 약 1,500명을 선발하여 실험군·대조군으로 무작위 할당한 후 실험군에 한해 건강평가, 케어플랜 작성·실행, 모니터링 등 Coordinated Health Care를 실시하고 대조군은 일반적인 care를 받게 함.
 - 서비스 코디네이터(지역 간호사)는 건강평가·케어플랜 작성·실행, 모니터링을 주도적으로 실시하였으며, 케어 코디네이터(일반의)는 서비스 코디네이터에 의해 작성된 케어플랜에 대한 검토 및 모니터링 과정에 참여하였음. 모든 과정은 클라이언트와의 상의에 의해 당사자의 의견을 충분히 반영함.
- 캐나다는 허약고령자에 대한 다양한 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고, 각 기관의 재원조달매커니즘, 예산, 환자선택 기준 등이 달라 환자의 요구에 따른 서비스 조정이 되지 못함. 따라서 SIPA(System de services integres pour personnes agees en perte d'autonomie)라는 허약노인에 대한 통합서비스를 시도함.
 - SIPA는 서비스의 모든 범위를 포괄하는 지역사회 일차의료

(community primary health care)를 기반으로 하는 시스템이며, 일정한 지역에 거주하는 인구에 대하여 책임을 짐. 또한 통합적인 사례관리를 실시하되, 가정의와 공조하고 다학제적 프로토콜에 기반한 보건 및 복지서비스를 실시하며 즉각적 자원동원이 가능한 기관을 조직함.

- 결과적으로 SIPA를 통해 지역사회서비스의 강도가 증가되고, 빠른 진단과 중재(intervention)가 가능하였으며, 공급자 간의 연결이 원활하게 추진됨.
- 일본의 이나기시는 개호보험뿐만 아니라 이외의 서비스를 포함한 시책을 계획적으로 수립·추진하고 있음.
 - 이중 본 연구와 관련 깊은 사업내용은 건강증진추진사업, 개호예방시스템 확립, 일상생활지원서비스의 추진, 가족개호지원, 집안은둔생활방지대책 추진, 인지증고령자대책 추진, 고령자보호네트워크시스템 강화, 외출지원 추진 등이 있음.
- 호주의 CHC, 캐나다의 SIPA, 일본 이나기시의 보건복지사업은 연계방식·담당자에 따라 그 형태가 다르지만, 장기요양보장제정의 안정화는 지역사회에서의 재가생활을 지원해줄 수 있는 보건복지서비스의 효과적인 연계방식을 개발하는데 있다는 것을 시사 함.
- 고령자를 위한 보건복지지원체계 모형의 기본방향과 모형은 아래와 같음.
 - 고령자를 위한 보건복지연계사업은 첫째, 사업의 기본적인 목적을 일상생활기능의 회복, 유지 및 향상에 두어야 함. 둘째, 사업의 효율성을 제고시키기 위해 노인의 거주형태와 건강상태를 감안해야 함. 셋째, 자원의 제약성을 고려하여 사업대상의 우선순위를 두어 비용 효율적이어야 함. 넷째, 국가 단위의 사회복지서비스 전달체계 개편안을 고려해야 함.
 - 고령화심화지역의 거주노인을 상정하여 필요한 보건복지서비스를

연계·제공할 수 있는 모형을 두 가지로 제시할 수 있음.

- 보건복지서비스 연계모형(I) :
보건복지 연계적 서비스의 공급자는 보건기관으로는 보건(지)소, 사회복지기관으로는 노인복지관 또는 사회복지법인의 재가노인복지기관, 비영리단체로 구성하는 것으로 함. 여기에서 보건소 내에 TF팀의 형식으로 (가칭)노인보건복지연계센터를 설치하고, 동 센터가 중심이 되어 비영리단체 및 사회복지기관으로부터 업무협조를 요청하고 상호 필요한 서비스관련정보를 공유함.
- 보건복지서비스 연계모형(II) :
현재 정부에서 추진 중에 있는 희망복지지원단체계를 감안, 고령자의 생활기능 자립지원에서 핵심적인 역할을 담당하는 보건(지)소가 희망복지지원단과 연계되어 있는 모형임.
- 보건복지서비스 연계모형(III) :
이는 장기요양대상자뿐만 아니라 경증의 장기요양욕구를 지닌 고령자까지 통합적으로 서비스를 제공할 수 있는 소지역단위의 연계적 보호체계를 제시하고 있음.

3. 결론 및 정책적 시사점

□ 본 연구의 주요 결론 및 정책적 시사점은 다음과 같음.

- 첫째, 고령화심화지역에 소재하는 보건소, 보건지소 및 보건진료소는 상대적으로 신체적으로나 정신적인 기능상태가 취약한 고령자를 우선적으로 선별하여 사업대상으로 할 수 있는 정책목표를 수립할 필요가 있음.
- 둘째, 보건소중심의 건강증진서비스를 제공할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요함.

- 셋째, 고령화심화지역의 사회적 인프라가 부족하기 때문에 이를 보완하여 서비스를 제공해 줄 수 있는 비정부조직(NGO), 비영리조직(NPO)으로부터의 지원을 받을 수 있는 네트워크를 구축해야 함.
- 마지막으로 특정 고령화심화지역을 선정하여 소지역단위의 보건복지연계사업을 추진할 수 있는 시범사업을 추진할 필요가 있음.

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 목적

이미 주지되어 있듯이 우리나라의 고령화속도는 매우 빠르게 진행되고 있는데, 앞으로 10년 후에는 14.3%로 추계되어 고령사회로 접어들 것으로 보인다. 전국적으로는 2008년도 노인인구비율이 10.3%로 나타나고 있지만, 지역 간 격차가 매우 크게 나타나고 있다. 즉, 울산광역시 동구의 경우 4.6%수준인 반면에 전남 고흥군은 30.4%로 나타나 양 지역 간 약 7배의 격차를 보이고 있다¹⁾(통계청, 2008).

전반적으로 고령자의 건강실태를 보면, 10년 전에 비하여 6, 70대의 사망률이 현저하게 감소하였고, 사망원인으로 악성신생물(암)은 다소 늘었지만, 뇌혈관질환은 크게 감소한 것으로 나타났다. 이러한 가운데 노인 의료비지출은 지속적으로 증가하여 2002년도에 전체의료비의 19.3%이던 것이 2007년도에는 30%수준에 육박하고 있다(통계청, 2008). 그리고 노인들이 겪고 있는 가장 어려운 문제는 남성은 경제적 어려움, 여성은 건강문제를 상대적으로 더 호소한 것으로 나타나고 있다. 그렇지만, 복지서비스의 희망을 보면, 약 2/3의 노인이 건강검진과 간병서비스를 원하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이중에서 고령자가 희망하는 주요 서비스로 지적된 ‘건강검진과 간병서비스’중에서 건강검진서비스는 연령이 낮을수록, 그리고 간병서비스는 연령이 높을수록 더 많이 원하고 있는 것으로 나타나고 있다(정경희 외, 2004). 그런데, 농촌지역의 경우 농부증(어깨결림, 요

1) 2008년 6월말 현재, 고령화비율이 30%를 초과하는 지역은 경북의 의성군과 의령군도 포함되어 있다(통계청, 고령자통계, 2008.10 참조).

통, 손발저림 등)이나 비닐하우스증후군과 같은 특유의 질병·증상을 지니고 있는 노인이 많으며, 알코올중독, 우울증과 같은 정신건강관련 문제도 심각한 것으로 나타나고 있다(백화중 외, 2004). 이외에도 노인의 주거환경 개선에 대한 욕구가 상존해 있고, 이로 인한 건강상태 및 일상생활기능의 제한도 발생되고 있는 것으로 지적되고 있다(한혜경 외, 2002).

또한, 우리나라 고령자의 가족생활실태를 보면, 전체노인의 38.2%가 자녀와 동거하고 있는 것으로 나타나고 있고, 그 수준은 농촌지역에 비하여 도시지역거주 노인에게서 월등하게 높다(정경희 외, 2004; 박시현 외, 2006).

그런데, 고령자의 비율이 높은 지역은 대부분이 군단위의 농어촌지역이라 할 수 있고, 도농복합시 중에서도 고령화비율이 높은 지역은 읍면지역으로 나타나고 있다. 대체적으로 보면, 고령화비율이 높은 지역은 사회복지 및 보건의료의 인프라가 매우 부족하고, 이러한 이용 가능한 사회적 인프라의 부족으로 인한 보건복지적 수혜도 떨어지는 것으로 분석되고 있다²⁾(박시현 외, 2006; 이정화 외, 2004). 특히, 인프라의 부족 속에서도 농촌지역의 공공보건기관(보건소 외)과 복지기관과의 연계적 활용도 떨어지고 있는 것으로 지적되고 있다(박경숙, 1996; 한혜경 외, 2002).

이미 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 도입, 시행되고 있는데, 동 제도는 어디까지나 일상생활동작기능에 상당한 장애를 지니고 있는 고령자를 대상으로 하고 있기 때문에 제한적으로 운영될 수밖에 없다. 따라서 일상생활동작의 기능장애가 발생하기 이전에 신체적 및 정신적 건강수준을 유지시켜야 하는 정책적 당위성이 있다. 특히 후술하겠지만, 농촌지역의 경우에는 노인단독가구가 도시지역에 비해서 높기 때문에 누군가에 의해 생활상의 지원이나 보호를 받지 못하는 환경에 처해 있다고 볼 수 있다. 그렇기 때문에 가능한 한 생활상의 자립성을 최대한 유지시켜주는

2) 정경희 외, 고령화수준에 따른 고령친화적 지역사회발전모델 개발, 한국보건사회연구원, 보건복지가족부, 2006, 참조.

정책의 개발이 요구되고 있다는 것이다.

이상과 같이 보건복지인프라가 부족하고, 사회환경적으로나 물리환경적으로도 도심권에서 소외되어 있는 면단위의 초고령화 지역에 거주하고 있는 고령자의 경우, 독거 또는 노인부부만의 생활패턴이 크고, 일상생활 동작기능이나 인지기능이 그렇지 않은 지역의 노인에 비하여 부분적으로 취약하게 나타나고 있다는 점(정경희 외, 2006, 2008)에서 이러한 심신기능을 포함한 일상생활기능을 지속적으로 유지시킬 수 있는 보건복지연계적 지원사업이 요구되고 있다.

그러나, 대부분의 연구는 군단위의 농촌지역에 대한 대책을 강구하고 있는 것이어서 농촌지역 중에서도 초고령화된 리(里)단위나 자연부락과 같은 소지역의 지리적 특성을 고려하지 못하고 있다(박시현 외, 2006; 정경희 외, 2006, 2008; 박대식 외, 2005).

이상과 같이 도시지역과 농촌지역 간 노인실태를 비교분석한 연구결과들을 정리해 보았는데, 농촌지역의 보건의료복지의 자원인프라는 부족하고 건강상태 및 사회적 활동상태는 자원인프라의 부족으로 인하여 저조한 것으로 나타나고 있는 반면에, 농업 등 농촌생활의 특이성 때문에 무미건조한 일상생활을 지낼 수밖에 없고, 이로 인한 신체적 및 정신적 건강의 하락위험에 노출되어 있는 것으로 보인다. 그러나 이를 해결하기 위한 정책적 대안은 부족하고, 더욱이 일반농촌지역에 비해 더욱 열악한 건강상태에 빠져 있을 가능성이 높지만, 서비스제공자의 접근성의 제약으로 보건복지혜택으로부터 소외되어 있는 사각지대의 산간 오벽지지역에 거주하는 고령자에 대한 정책적 대안은 전무한 실정이다.

따라서, 본 연구에서는 초고령화 현상을 보이고 있는 산간농촌지역의 연계적 보건복지서비스지원체계를 구축하는데 그 목적을 두고 있다.

제2절 연구의 방법과 내용

본 연구의 방법은 문헌고찰과 실태조사자료를 활용하는 것으로 하였다. 먼저, 우리나라에서의 고령자 일상생활기능³⁾ 자립지원과 관련한 정책이나 외국의 사례를 검토하기 위해서는 각종 문헌을 중심으로 정리하였고, 노인생활 및 건강실태는 기존의 실태조사자료를 활용하거나 현지조사를 실시하여 파악, 정리하였다. 여기에서 농촌지역 중에서도 중심지(읍내)에서 상당히 거리가 떨어져 있는 오지에 거주하는 고령자를 분석의 대상으로 하고 있는데, 그 이유는 거의 대부분의 노인이 독거이거나 노인부부만이 생활하고 있고, 타 지역과의 접촉이 빈번하지 않아 상대적으로 건강수준이 취약해질 수 있기 때문이다.

이를 위한 분석자료는 2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사자료를 재분석하여 고령화심화지역⁴⁾의 실태를 파악하는 것으로 하였고, 본 연구를 위해서 사례조사를 실시하였는데, 이는 경상북도 문경시에 소재하는 2개리지역에 거주하는 노인 100명씩을 무작위 임의추출하여 그 결과를 분석한 자료이다. 이 때 사용한 설문내용은 신체적 및 정신적 허약상태를 파악하는데 활용되고 있는 일본 후생노동성의 특정고령자선택지표⁵⁾를 근거로 하였다.

3) 본 연구에서의 생활기능자립이란, 일상생활동작, 즉, 기본적 및 수단적 동작(basic and instrumental activities of daily living)에 있어서의 자립을 비롯한 생활 활동 및 사회참여 기능까지 포함하는 것으로 경제적 자립을 의미하지는 않는 것으로 한다.

4) 본 연구에서의 고령화심화지역이란, 노인인구비율이 30%이상에 해당하는 지역으로 정의하고, 이를 분석기반으로 하고 있다.

5) 이는 일본이 개호예방의 차원에서 지역사회 내 요개호상태에 빠질 위험성이 높은 고령자를 발굴하는데 이용하였던 것이다.

제2장 고령자 생활기능 자립지원정책의 실태와 문제점

제1절 보건의료정책부문

1. 건강증진 및 질병예방서비스

가. 건강증진사업

고령자의 일상생활기능을 유지시키기 위한 보건의료정책은 대표적인 것이 건강증진사업과 건강검진사업이라 볼 수 있다. 건강증진사업은 1995년도에 제정된 국민건강증진법에 의해 제도적으로 수행하고 있는 것으로 고령자와 관련하여 금연이나 절주사업 보다는 운동 및 영양개선사업에 중점을 두고 있다. 이는 금연이나 절주는 이미 40대 후반부터 그 비율이 높아지기 시작하여 노년기에 접어들면 중장년계층 보다 훨씬 높게 나타나, 국가정책적 사업의 우선순위에서 뒤로 밀리고 있기 때문이다. 이와는 달리 운동이나 영양개선사업은 그 중요성이 점차적으로 높아짐에도 불구하고, 우리나라는 아직 활성화 되지 못한 실정이다(선우덕 외, 2008).

이렇게 지역사회 내에서 제공되는 건강증진 및 질병예방관리는 주로 공공보건기관(보건소 등)에서 수행되고 있는 지역보건사업의 일환이다. 지역보건사업의 근간이 되는 법령이 지역보건법인데, 이 법에 의해서 지역보건의료계획이 수립되고 보건소의 사업이 추진되고 있으며, 지역보건의료계획 내용에는 반드시 ①보건의료수요 측정, ②보건의료에 관한 장단기 공급대책, ③인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리, ④보건의료의 전달체계, ⑤지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리 등이 포함되

어야한다. 이와 같은 지역계획은 사회복지사업법에 의해 수립되는 지역복지계획과 연계성을 지니고 있다고 하겠다.

지역보건법에서 제시하고 있는 보건소사업에는 ①국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, ②전염병의 예방·관리 및 진료, ③모자보건 및 가족계획사업, ④노인보건사업, ⑤공중위생 및 식품위생, ⑥의료인 및 의료기관에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑦의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑧응급의료에 관한 사항, ⑨농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등에 관한 사항, ⑩약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항, ⑪정신보건에 관한 사항, ⑫가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, ⑬지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리에 관한 사항, ⑭보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항, ⑮장애인의 재활사업 기타 보건복지가족부령이 정하는 사회복지사업, ⑯기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업이 포함되어 있다. 그러나 실제적으로 보건소에서 수행하는 사업은 지역보건법에 명시된 사업 이외에도 지방자치단체에서 위탁받은 각종 사업이 포함되어 있다.

일단, 지역보건법에 의해 각 보건소가 노인의 건강증진사업을 수행하고 있으며, 사업목적은 고령자의 기능상태를 유지 또는 증진시키는 것이다. 예를 들면, 지난 2006~2007년도에 보건소에서 수행한 노인건강증진허브보건소 시범사업에서도 신체기능의 향상을 위한 운동사업과 영양개선사업을 수행하고 이를 바탕으로 2008년도부터는 본격적으로 신체기능의 향상에 중점을 두면서 사업을 추진하기 시작하고 있다(선우덕 외, 2008). 이외에도 보건소에서 수행하고 있는 맞춤형 방문건강관리사업에서도 2008년도부터 노인장기요양보험제도권에서 벗어나 있는 일상생활기능상의 경증장애 상태의 노인을 방문하여 근력강화를 위한 운동프로그램을 실시하고 있다.

그러나, 보건소중심의 노인건강증진사업은 보건소가 수행하여야 하는 사업 중에 일부에 해당하는 것으로 사업규모나 효과성측면에서 미미한 수준이다. 특히, 대부분의 노인건강증진사업의 대상은 건강상태가 양호한 고령자이고 신체적 및 정신적 상태가 취약한 고령자가 아니기 때문에 건강증진사업의 단기간의 기대효과가 적다는 제약점을 지니고 있다고 하겠다.

나. 질병예방을 위한 건강검진사업

장기요양상태를 유발시키는 원인은 크게 질병요인과 비질병적 사고·노화로 구분해 볼 수 있고, 우리나라의 경우에는 질병요인이 더 크게 작용하고 있다. 그 중에서도 치매와 뇌졸중(중풍)이 대부분이다. 뇌졸중은 건강생활습관의 개선으로 제어가 가능하지만, 치매는 뇌혈관성보다는 알츠하이머성 치매가 더 큰 비중을 차지하고 있는 추세이기에 점차적으로 노인장기요양보험대상의 중심은 치매질환자가 될 것으로 보인다. 여기에서, 치매질환의 경우에는 보건소의 치매상담센터가 공공기관에서 수행하는 유일한 기관이고, 서울시의 경우에는 좀 더 발전하여 구별로 치매지원센터를 설치할 계획에 다. 즉, 이미 2006년도부터 서울시 광역치매센터를 설치·운영하고 있으며, 2010년까지 모든 자치구에 설치·운영할 계획으로 있으며, 아울러 인지치료센터를 부설로 운영할 예정이다. 이 기관의 사업내용을 보면, ①치매예방 홍보·교육, 상담사업 및 노인 무료 치매기초검사 실시, ②치매·우울증·뇌경색 및 뇌혈관질환 검사 등, ③지역치매지원센터 상시 검진 및 방문 검진, ④치매 정밀검진 및 감별확진 실시 등이다.

이러한 센터의 사업방법을 보면, 기초검진에서 치매 위험상태로 판정된 노인을 선별하고, 약물이나 인지치료 등 조기치료서비스를 지원하는 것으로 되어 있어서 복지적 모델이라기보다는 의료적 모델을 기반으로 하고 있다. 더욱이 서울시에 국한된 사업이기에 전국적인 모형으로 발전시키는

데 한계가 있고, 지방재정이 취약한 농촌지역의 경우에는 동 센터의 설치 가능성이 거의 희박하다는 단점을 지니고 있다.

이와 같이 치매나 뇌졸중의 위험인자인 고혈압, 당뇨병을 색출하기 위한 건강검진사업도 실시되고 있다. 이미 만65세가 되면 치매검사나 생활습관병의 발생인자 검사 등을 포함한 건강검진사업이 시행되나, 검사이후의 결과를 치료나 관리로 연계시키는 절차나 경로구축이 미흡한 실정이다. 또한 검진도구도 치매나 생활습관병의 발병여부를 측정하는 내용으로 구성되어 있어 일상생활에서 그 발병의 위험성이 높은 인자를 지닌 자를 선별하는 기능은 하지 못하고 있는 실정이다.

2. 질병치료 및 관리서비스

질병치료에는 급성기 치료와 회복기 치료 및 질병의 만성적 관리로 구분할 수 있다. 이 중에서 급성기 치료(acute care)와 회복기 치료(subacute care, rehabilitative services)는 건강보험제도에 의해 이루어지고 있고, 질병 관리는 국민건강보험공단, 보건소, 일반의료기관 등에서 시행되고 있다. 특히, 적절한 회복기치료가 제때에 이루어지는 경우에는 신체적 기능의 저하를 사전적으로 예방하고 조기에 회복시킬 수 있음에도 불구하고 현재 우리나라에는 회복기치료를 수행할 수 있는 의료기관이 거의 없는 실정이다. 그 대신에 만성기치료를 담당하는 요양병원과 같은 의료기관은 노인 장기요양보험제도의 도입을 계기로 폭증하고 있는 실정인데, 이는 이미 신체적 기능이 상당히 고착화되어 있는 상태에 있기 때문에 신체기능의 회복에 상당한 시간과 노력이 소요되는 단점을 안고 있다.

여기에서 만성기 치료의 기능을 수행하고 있는 요양병원에 대해 살펴보면 다음과 같다. 현재 치매 등 장기요양대상자를 지역에서 보호하고 있는 시설 중 하나가 요양병원이라 할 수 있는데, 과거 요양시설이 부족하거나

공공시설의 입소자격이 없었던 중산계층이 이용하던 것이 요양병원이었다. 노인장기요양보험제도가 도입되기 직전인 2008년 4월 현재, 이미 67천 병상이 확보되어 있으며, 2007년 말 기준으로 볼 때, 요양병원병상수가 요양시설병상 수(정원기준)를 초과하고 있다. 특히 시도별로 요양시설과 요양병원을 비교해 보면, 대부분의 시도에서 요양병원병상수가 많은 것으로 나타나고 있지만, 제주, 충북, 강원지역에서는 요양시설이 더 많은 것으로 나타나고 있다. 전체적으로, 2007년 12월말 기준으로 할 때, 시설보호율(요양병원+요양시설)이 전체 노인인구의 2.45%정도로 나타나, 1~2등급자가 모두 시설에 입소한다고 하더라도 남는 수치로 파악되고 있다.

그러나, 장기요양보험제도의 도입을 계기로 노인요양병원이 장기요양시설로 인정하고 있지 않기 때문에 점차적으로 장기요양대상자가 아닌 노인환자를 보호하여야 하는 입장에 서 있다. 따라서 우선적으로 요양병원과 요양시설간의 기능재정립이 필요하다. 즉, 요양병원의 위치는 급성기병원(acute care hospital)과 요양시설(nursing home)간 중간시설로 두어야 하는데, 급성기병원의 입원기간은 1개월 이내(약 2주일 정도)이고, 요양시설의 입소기간은 장기간(6개월 이상, 평균 2~3년)이라는 점을 감안하여 1~6개월 이내의 기간 동안 가능한 서비스제공기관으로 활용하는 것이다⁶⁾. 아울러 재가/지역사회거주 장기요양대상자의 의료적 지원기관으로써의 기능을 하도록 한다. 여기에서 중간시설이란 회복기치료를 중점으로 하되 중증의 장기요양대상자의 의료적 치료를 담당할 수 있는 기능을 지닌 시설을 말하는 것으로 신속한 고령자의 일상생활기능의 회복 및 유지를 위해서라도 필요하다.

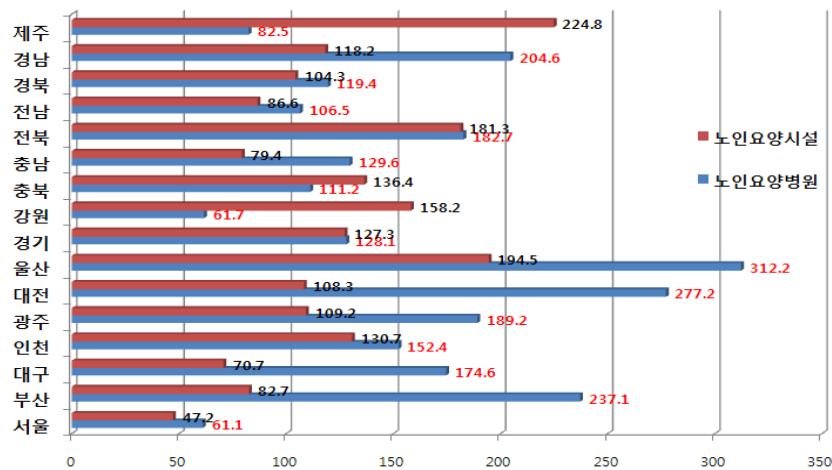
6) 의료법에 규정된 요양병원의 역할을 보면 회복기환자 또는 만성질환자의 입원관리로 되어 있다는 점을 감안한다면, 향후 요양병원은 단순한 노인환자의 입원보호가 아닌 기능상태의 회복중심의 서비스를 필요로 하는 자의 입원보호시설로 운영하여야 할 것이다.

〈표 2-1〉 연도별 요양병원 설치현황

연도	병원수(개)	병상수(개)	병원당 병상수(개)
2003	68	8,355	122.9
2004	92	10,445	113.5
2005	177	20,521	115.9
2006	363	43,336	119.4
2007	593	66,727	112.5
2008.4	619	67,007	108.3

자료: 보건복지가족부, 보건복지통계연보, 각년도.

〔그림 2-1〕 시도별 노인인구 10,000명당 병상수 비교



자료: 건강보험심사평가원 내부자료(2007.12).

반면에, 요양시설은 주거생활 장소로의 기능을 수행하도록 하는데, 이는 사망이전의 일정기간 생활을 지원하는 복지시설이기 때문이다. 요양병원의 입원기간은 6개월 이내로 하고, 요양시설의 입소기간은 장기간(6개월 이상, 평균적으로는 2~3년)이라는 점을 고려하여, 장기간 가정을 대신하여 생활할 수 있는 장소(공간)를 제공하는 서비스기관으로 활용하고 있기 때문에 장기간의 일상생활을 유지하는데 어려운 의료적 욕구가 높은 자는

선별적인 케어를 제공할 수 있는 시설에서 보호할 수 있도록 기능을 재정립할 필요가 있다. 아울러 재가/지역사회거주 장기요양대상자의 복지적 지원기관으로써의 기능을 지니게 한다.

좀 더 구체적으로는 요양병원은 질병의 병세 안정화 유도기관, 생활기능의 회복 재활 유도기관, 지역사회거주 노인주치의 중추기관으로 육성할 필요가 있다. 이는 노인요양시설 내 입소해 있는 노인의 병세가 일시적으로 악화된 경우, 이를 단기간 내에 안정화시키는 기능인데, 급성적 치료가 필요한 경우(단, 종합병원수준에서 신속한 치료가 필요한 경우에는 제외)나 예를 들면, 낙상에 의한 골절치료, 고혈압, 당뇨병의 갑작스런 병세 악화 등등이다. 그리고 급성기적 치료가 종료된 노인환자 및 일반 장애인환자 중 병세가 안정된 경우에 하락된 기능이나 잔존능력의 극대화를 위한 재활치료중심의 기관으로 기능을 정립하는 것이다. 이런 기능을 수행하는 병원은 모든 요양병원이 아니라 시도별, 진료기능특성, 노인인구규모별 등을 감안하여 담당병원을 지정하여 실시하는 것이다. 또한, 장기요양보험제도의 원활한 운영을 위해서 의사소견서 작성기관으로 지정하는 경우인데, 이는 현행 의사소견서는 노인환자진료경험 유무와 관계없이 작성되고 있기 때문에 활용성에 대한 의문이 제기되기 때문이다. 그리고 재가장기요양 지원기관(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호 등)의 경우, 의료적 케어가 취약하기 때문에 이를 지원하는 병원으로서의 기능을 지니도록 한다.

그리고 요양시설은 거주시설, 재가 장기요양기관의 지원시설로의 육성이 요구되고 있는데, 이는 질병 병세가 안정화되어 있는 장기요양대상노인을 가정과 같이 보호하는 시설로 보는 것으로 가정(home)에서 이루어지는 일상생활상의 기능을 지원하는 기관으로 활용하는 경우로, 전문적인 의료인의 지원 없이 생활하기 어려운 노인은 보호가 불가능할 것이다. 예를 들면, 질병의 불안정한 상태, 중도의 호스피스케어가 필요한 상태 등의 기준을 설정하여 요양병원과의 차별성을 제시하여야 할 것이다. 이와 같

이 지역사회 내에 역할이 분할된 노인요양시설과 노인요양병원의 설치를 통해서 재가노인의 생활안정을 유도할 필요가 있다.

제2절 복지서비스정책부문

1. 일상생활동작의 경증장애노인에 대한 생활지원서비스

생활지원서비스의 대상은 장기요양보험제도의 서비스수급대상으로 인정을 받지 못한 노인으로 장기요양과 깊은 관련이 있다. 즉, 장기요양관련 서비스는 노인장기요양보험제도가 일상생활기능에 상당한 정도의 장애를 지닌 노인에게 서비스를 제공하는 것이라고 한다면, 그 제도의 대상에 해당하지 않으면서 장기요양보호의 욕구를 지닌 경미한 정도의 일상생활기능의 장애노인에게 제공되는 서비스로 개념정의 할 수 있다. 이러한 경미한 기능장애노인은 신체적 간병수발보다는 가사지원 및 정서적·심리적 안정을 도모할 수 있는 말벗 등과 같은 서비스, 주거개선서비스 등에 대한 복지욕구가 크다고 할 수 있다.

현재, 노인장기요양보험의 제도권에서 벗어나 있지만, 경미한 장기요양서비스의 욕구를 지닌 노인에 대한 대책을 정부에서는 마련하고 있는데, 등급 외에 해당하는 자를 A, B, C형으로 구분하고, 노인돌봄미바우처사업, 가사간병도우미사업, 독거노인생활관리사사업, 보건소방문보건사업 등을 통해서 관리하고 있다. 등급 외 신청자가 이러한 서비스를 받기 위해서는 ‘지역보건복지연계 동의서’를 작성하여 공단에 제출해야 한다. 공단은 등급 외 판정을 받은 신청자에게 안내문, 동의서, 담당자 명함, 동의서를 동보한 회신용 봉투를 발송하고, 해당 노인은 지역보건복지연계서비스에 동의한다는 내용의 동의서를 공단에 발송하고, 시군구는 공단에 지역보건복지서비스 대상자의 명단 및 인정조사표를 요청·입수한 후에 그들에게 지역보건복지서비스를 우선적으로 실시하는 것으로 되어 있다.

이러한 서비스를 이용할 수 있는 노인은 저소득계층에 한정되어 있는데, 문제는 과거에는 무료의 서비스를 제공받을 수 있었지만, 이제는 일정한 비용을 부담하여야 한다는 것이다. 다시 말하면, 법적으로 차상위계층의 경우, 재가 장기요양서비스비용의 7.5%를 부담하여야 하기 때문이다. 이러한 비보험서비스를 받기 위해서 과거 간단한 기준만으로도 가능했던 것이 복잡다단한 등급판정조사를 받아야만 하는 행정절차를 거치도록 하고 있다. 그런데 노인돌보미바우처, 가사간병도우미 및 독거노인생활관리사간 업무내용의 변별성이 보이지 않기 때문에 통합하여야 할 것으로 보인다. 그 이유는 서비스대상자는 제한되어 있는데다가 각 사업주체의 실적제고로 인하여 많은 중복대상자가 발생할 것으로 보이기 때문이고, 이로 인한 비용의 낭비가 야기될 수도 있다. 특히, 이용노인의 입장에서 보면, 한 번의 면접으로 모든 욕구를 표출할 수 있고, 고도의 기술을 필요로 하는 서비스가 아니기 때문에 여러 사람의 방문은 혼란만 가중시킬 우려가 있다.

또한, 이러한 사업들은 서비스를 받는 대상자의 기능상태를 전혀 고려하고 있지 못하고 있다. 다시 말하면, 대상자가 지니고 있는 생활상 또는 신체적 기능상의 자립성을 보호하면서 서비스를 지원해야 함에도 불구하고, 이를 고려하지 않고 서비스를 제공함으로써 오히려 서비스의 제공이 자립성을 저해하고 의존성을 불러일으키는 현상이 발생한다는 것이다.

고령자에게서의 서비스는 무조건 제공하는 것이 좋은 것만은 아니고, 당사자본인이 할 수 있는 것과 하지 못하는 것을 구분하여 제3자의 지원은 후자에 국한하여 서비스를 제공하여야 한다는 것이다. 더 나아가 당사자본인이 스스로 할 수 있는 기능을 원활하게 지원할 수 있는 형태의 서비스의 개발과 보급이 필요하고, 그 중에서도 필요한 서비스의 연계적 지원체계의 구축이 요구되고 있다는 것이다.

〈표 2-2〉 지역복지서비스의 주요 내용

종 류	내 용	관련 기관 및 단체
경제적 지원	기초생활보장, 긴급지원, 기초노령연금, 결연 후원 등	읍면동사무소 민간복지기관 및 단체 등
안전 확인	무선페이징, U-안심폰, U-care 시스템, 상수도, 가스, 전기 점검기, 야쿠르트 아줌마 등	소방방재청, 읍면동사무소, 시군구 등
가사·간병도우미	가사·간병서비스	자활후견기관
노-노 케어	말벗서비스, 청소·세탁 보조	노인일자리 수행기관
노인 돌보미 바우처	가사, 간병서비스, 말벗서비스	노인돌보미 바우처 수행기관
무료급식	식사제공	무료급식 사업 수행 단체 민간복지기관 및 단체
재가노인 식사배달	도시락, 밑반찬 배달	사업수행 단체
푸드뱅크·마켓·팜	식료품, 약품, 생필품 등	민간복지기관 및 단체
주거개선 사업	도배, 전기공사 등	주거개선사업단 민간 자원봉사 및 후원
취업 알선	노인일자리 제공	노인일자리 수행기관
자원봉사	가사보조, 병원 등 외출동행, 말벗서비스 지원 등 각종 자원봉사 활동	지역 내 자원봉사단체, 종교단체, 학교, 민간기업의 사회봉사단 등
노인학대 예방사업	상담, 보호 및 지원 등	노인보호전문기관
여가·문화·교육 활동	여가·문화·교육 프로그램	노인복지관 등
기타	지역 내 민간복지 서비스	교회, 성당, 사찰 등 종교단체, 민간 기업

자료: 보건복지가족부(2008), 노인보건복지사업안내.

2. 일상생활동작의 중증장애노인에 대한 장기요양서비스

중증 기능장애의 노인을 대상으로 한 장기요양서비스는 주로 노인장기요양보험제도를 통해서 제공되고 있다. 노인장기요양보험제도는 서비스를 받을 수 있는 고령자를 제한하고 있는데, 우선 일정수준의 일상생활기능의 제한(장애)을 보여서 타인으로부터 간병수발을 받을 필요가 있어야 한다. 이는 이미 자립적인 일상생활기능의 상실이 전제가 되고 있는 것으로 기능의 회복은 상정하기 어렵고, 다만 중증화의 예방 또는 지연이 가능한 계층이라 할 수 있다.

장기요양서비스수급대상자는 기능상의 중증도에 따라서 3개의 등급으로 나누고, 필요한 서비스의 양과 종류를 사전적으로 규정해 놓고 있기 때문에 그 범위 내에서 서비스를 이용하도록 하고 있다. 서비스의 내용은 노인요양시설에서의 서비스(시설급여)와 가정(집)에서의 서비스(재가급여)로 구분하고 있는데, 후자는 가정을 방문하여 제공하는 방문형서비스(간병수발, 목욕, 간호 등)와 지역사회 내 통원시설에서 제공하는 서비스(주야간보호, 단기보호 등)로 구분되어 있다. 서비스의 비용부담은 다른 사회보험제도와 마찬가지로 이용자부담방식을 채택하고 있는데, 시설급여는 비용의 20%, 재가급여는 비용의 15%를 부담⁷⁾하면 법정서비스를 받을 수 있다. 이러한 급여비용은 서비스유형마다 상이하고, 이용하고 있는 재가서비스의 조합에 따라서 본인의 부담금은 달라지게 되어 있다.

이러한 노인장기요양보험제도의 문제점을 제시하면 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 노인장기요양보험제도에 의해 대상자로 인정받아 서비스를 수급하는 경우에는 정부예산에 의한 다른 서비스의 수혜대상에서 제외된다는 것이다. 이는 예산의 제약 하에 보다 많은 고령자에게 복지서비스를 제공하여야 한다는 근본 취지를 가지고 있다고 볼 수 있겠으나, 장기요양보험

7) 다만, 저소득계층(차상위계층)의 경우에는 각각 10%, 7.5%로 경감시켜주고 있다.

제도에서 제공하지 못하는 복지서비스욕구는 해결되지 못할 가능성이 있다는 것이다. 따라서 이로 인한 신체적 및 정신적 기능의 하락은 그렇지 않은 경우에 비해서 가속화될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

둘째, 노인장기요양보험제도에 의해서는 이용할 수 있는 서비스의 범위가 사전적으로 규정되어 있어서 그 이상의 서비스를 구매하기 위해서는 일반시장가격을 적용하고 있는 민간서비스를 이용할 수밖에 없다.

따라서, 빈곤·저소득계층에게는 장기요양보험제도에 의해 복지수혜가 줄어들 가능성이 있고, 이로 인하여 신체적 및 정신적 기능의 하락이 다른 소득계층에 비하여 더 빠르게 나타날 수 있을 것이다.

셋째, 노인장기요양보험제도에 의한 서비스는 간병수발을 지원하는 내용을 중심으로 하고 있어서 일상생활기능을 회복시키거나 유지시키는데 있어서는 한계가 있다는 것이다. 예를 들면, 독일이나 일본의 경우에는 기능재활과 관련한 서비스가 건강보험에서든, 개호보험에 의해서든지 간에 제공되고 있지만, 우리나라의 경우에는 요양시설에서 물리치료사에 의해 제공되고 있다고 볼 수 있지만, 재가급여에서는 재활관련서비스가 제공되고 있지 못하다. 따라서 일상생활의 자립을 지원하는 서비스의 부재로 의존적인 생활로 여생을 보낼 수밖에 없다는 것이다.

넷째, 노인장기요양보험제도에서는 서비스제공자간 연계체계가 전혀 구성되어 있지 못하다는 것이다. 필요한 서비스는 본인이나 가족이 장기요양 서비스시장에서 구매하여야 하나, 아직은 서비스에 대한 정보공개가 원활하지 못하다. 더욱이 서비스구매를 조정해 줄 수 있는 연계조정체계가 구축되어 있지 못해서 이용자의 입장에서는 어려움을 겪을 수밖에 없다는 것이다.

더 나아가, 자립적인 생활지원이 필요한 서비스를 적절한 시기에 제공되는 것이 바람직하기 때문에 동일업종의 서비스공급자간 상호경쟁은 필요하지만, 타 업종간의 이기적인 시설운영은 대상자의 생활기능의 자립성을 저해할 수 있다.

〈표 2-3〉 노인장기요양보험제도의 주요내용

구분	내용
근거법	2007. 4.27 법률 제8403호 2007. 9.27 대통령령 20287호, 2007.10.17 보건복지부령 418호
가입자	국민건강보험 가입자, 의료급여수급자
보험자	국민건강보험공단
보험급여 내용	- 현물급여 · 시설급여: 노인요양시설급여 및 노인요양공동생활가정급여 · 재가급여: 방문요양급여, 방문목욕급여, 방문간호급여, 주야간보호급여, 단기보호급여, 기타급여(재활, 복지용구 제공 등) - 현금급여 · 가족요양비: 도서벽지 거주, 천재지변 발생, 신체정신상의 이유 · 특례요양비: 비장기요양기관에서의 서비스수급 시 · 요양병원 간병비: 요양병원 입원 시
서비스 수급조건	- 65세 이상인 경우, 원인불문하고 장기요양 신청 가능 - 65세미만인 경우, 특정의 노인성질환(치매, 중풍 등) 보유조건 - 신체기능 등 장애정도, 비스필요도에 따른 장기요양등급(1, 2, 3등급)구분 (단, 등급 외는 복지예방등급으로 분류하여 별도의 서비스제공하고, 1, 2차에 걸쳐서 등급을 결정) - 서비스이용가능의 월 한도 급여액 설정 (노인요양시설급여액: 등급별 일일 29,020~38,310원) (노인전문요양시설급여액: 등급별 일일 38,970~48,120원) (노인요양공동생활가정급여액: 등급별일일 38,970~48,120원) (방문요양급여액: 1회당 10,680~39,500원 시간당 차등, 야간 및 휴일 삼가산) (방문목욕급여액: 1회당 39,590~71,290원, 차량이용 여부 감안) (방문간호급여액: 1회당 27,360~43,260원, 시간당 차등) (주·야간보호급여액: 등급별 일당 31,140~40,580원, 시간당 차등) (단기보호급여액: 등급별 일당 35,230~42,490원) (복지용구 연간 한도액: 1,500,000원) - 특별현금급여: 가족요양비 150,000원 - 재가급여 월 한도액: 등급별 760,000~1,097,000원 - 이용자본인부담액: 시설급여비용의 20%, 재가급여의 15% (단, 기초생활수급자는 무료이나, 저소득계층의 경우에는 1/2 경감)
재원조달	- 국고부담, 보험료 및 이용자본인부담액 등으로 재원 구성 · 국고부담: 보험료예상수입의 20%, 의료급여수급자의 급여비용 등, 관리운영비 · 장기요양보험료: 건강보험료액의 4.05%(2008년: 월평균 2,700원) (단, 법정장애인으로 급여 미수급자 결정시 보험료 전액 또는 일부 감면)
비고	- 2008년 장기요양인정자수 추계: 약 20만명

자료: 노인장기요양보험법, 시행령, 시행규칙 등, 보건복지가족부 내부자료

제3장 고령화심화지역 농촌거주 노인의 건강 및 생활실태

제1절 일반지역 거주노인의 실태

본 연구를 위해서 기존의 발표된 보고서(정경희 외, 2006)를 참고로 하였는데, 동 보고서에 의하면, 2005년 인구센서스자료를 이용하여 아래와 같이 232개의 기초자치단체(제주도 특별자치구 제외)를 지역적 특성과 고령화율을 고려한 6개의 유형으로 분류하였다. 여기에서 도시지역은 동지역으로만 이루어진 지역을 말하며, 도농복합시 지역은 동과 읍·면이 공존하는 지역을 말하고, 농어촌 지역은 읍·면으로만 이루어진 군단위 지역을 말한다. 이를 바탕으로 고령화수준을 살펴보면, 도시지역의 고령화는 노인인구비율이 14%미만이지만, 도농복합도시는 읍면지역 때문에 노인인구비율이 14%를 초과하는 지역(30.8%)이 존재하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 농어촌지역은 이미 14%를 넘어, 20%를 초과하는 지역이 전체의 64.8%나 차지하고 있다.

〈표 3-1〉 유형별 기초자치단체 분포 현황

(단위: 개)

고령화율	14% 미만	14~20%미만	20~30% 미만	30% 이상	지자체수
도시지역	유형 I (94)				94
도농복합지역	유형 II (36)	유형 III (16)			52
농어촌 지역		유형 IV (31)	유형 V (43)	유형 VI (14)	88
소계	129	42	49	14	234

자료: 정경희 외, 고령화수준에 따른 고령친화적 지역사회발전모델 개발, 정책보고서, 한국보건사회연구원, 2006.

본 연구에서는 <표 3-1>에서 초고령화 농촌지역인 유형Ⅵ지역을 연구의 대상으로 하고, 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사를 이용하여 농촌지역 노인의 생활 실태 및 복지욕구를 분석해 보았다. 동 조사는 읍면동을 기준으로 180개 조사구와 3,280명의 노인을 대상으로 조사한 결과인데, 본 연구에서는 지역적 특성을 시군구가 아닌 읍면동으로 구분하고, 고령화율이 30%이상인 면단위 지역 노인의 생활실태 및 복지욕구를 고령화율 14% 미만의 동단위 지역과 비교하였다.

〈표 3-2〉 노인인구비율 기준별 조사구수

(단위: 개, 명)

	14%미만 지역	30%이상 지역	기타	전체
동지역	118 (1,918)	1 (36)	9 (201)	128 (2,155)
읍지역	6 (155)	-	16 (224)	22 (379)
면지역	3 (142)	6 (205)	21 (399)	30 (746)
전체	127 (2,215)	7 (241)	46 (824)	180 (3,280)

먼저, 양 지역 간 연령특성을 비교해 보면, 평균연령은 고령화율이 14% 미만지역은 72.8세, 30%이상의 지역은 73.2세로 사실상 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 연령분포측면에서 보더라도 양 지역 간 큰 차이를 보이지 않는데, 이는 인구통계적으로 고령화심화지역일수록 후기고령자가 많지만, 응답자 선정 등의 설문조사방법상의 한계에도 기인하고 있는 것으로 추측된다. 결국, 양 지역 간 차이가 나지 않고 있기 때문에, 건강 및 생활실태의 차이는 연령에 의해서라기보다는 생활습관, 건강행태 등과 같이 생활환경 및 행동적 요인에서 찾아보아야 할 것이다.

〈표 3-3〉 양 지역간¹⁾ 노인연령분포

(단위: %)

	14%미만 지역 (비고령화심화지역)	30%이상 지역 (고령화심화지역)	chi-square
65~69세	38.4	36.1	0.492
70~74세	28.6	28.8	
75세 이상	33.1	35.1	
전체	100.0	100.0	
(평균연령)	(72.8세)	(73.2세)	

주: 1) 고령화율이 14%미만지역과 30%이상지역간 비교를 의미하는 것으로, 이하 모든 표도 동일함.

1. 가구형태

지역 간 노인의 가족구성을 보면, 양 지역 간 분명한 차이가 있음을 볼 수 있다. 즉, 고령화심화지역은 독거노인(28.4%)이나 노인부부가구(48.5%) 등 노인단독가구비율이 전체의 76.9%를 차지하고 있는 반면에, 비고령화심화지역의 경우에는 48.9%를 차지하고 있다. 결국, 비고령화심화지역에는 자녀와 동거하는 노인가구가 고령화심화지역에 비해서 높다는 것이다. 이는 가능한 한 농어촌지역에서 노인이 혼자 또는 부부끼리 생활하다가 자연적인 노쇠나, 장기요양상태에 빠지는 등, 더 이상 그러한 생활이 불가능하게 되는 경우에는 노인요양시설에 입소하거나 자녀와 동거하는 경향을 보이고 있기 때문인 것으로 판단된다. 따라서 자녀와 동거하는 노인의 경우에는 그렇지 않은 노인에 비해서 일상생활동작의 기능상태가 더 열악해져 있을 가능성이 높다. 더욱이 노인요양시설이 농촌지역보다 도시지역(도농복합시 포함)에 더 많이 설치되어 있다는 점은 이를 뒷받침해주고 있다.

〈표 3-4〉 양 지역간 노인의 거주형태

(단위: %)

	14%미만지역	30%이상 지역	chi-square
노인독거가구	18.4	28.4	57.943***
노인부부가구	30.5	48.5	
자녀동거가구	43.6	19.1	
기타가구	7.5	3.9	
합계	100.0	100.0	

주) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

2. 건강실태

가. 주관적 건강상태

주관적 건강상태를 살펴보면, ‘약간 나쁘다’와 ‘매우 나쁘다’라고 응답한 고령자의 비중이 고령화율 14%미만지역에서는 37%인 반면에, 30%이상 지역에서는 44.3%로 나타나, 고령화심화지역에 거주하는 고령자의 주관적 건강상태가 다소 열악한 것으로 보인다. 이러한 결과는 본 연구분석자료에서는 통계적 유의성이 떨어지기는 하지만, 대체적으로 만성질환의 유병이 높을수록 주관적 건강수준이 낮게 나타나고 있다는 연구논문의 결과(오영희 외, 2006; 이운환 외, 1998)를 볼 때, 농어촌지역의 고령자가 도시지역 노인에 비해서 만성질환 유병률이 높게 나타나고 있는 점을 감안하면 이해할 수 있을 것이다. 이러한 주관적인 건강의식수준을 제고시키기 위해서는 기본적으로 만성질환의 예방 및 안정적인 질병관리가 요구되고, 더 나아가 규칙적인 운동 등을 통한 일상생활동작 기능의 유지 등이 필요하다는 것이다.

〈표 3-5〉 양 지역간 노인의 주관적 건강상태

(단위: %)

	14%미만지역	30%이상 지역	chi-square
(동년배와 비교한 자신의 건강상태)			
매우 좋다	9.0	4.6	7.331
약간 좋다	25.5	22.2	
보통이다	28.6	28.9	
약간 나쁘다	25.3	31.4	
매우 나쁘다	11.7	12.9	
합계	100.0	100.0	

나. 건강증진행위

일반적으로 건강증진행위에는 금연, 절주, 운동, 균형적인 영양섭취 등이 있는데, 고령자에게서의 금연이나 절주는 비노인의 성인계층보다도 그 비율이 높게 나타나고 있어서 다른 형태의 건강증진프로그램이 권고되고 있다.

운동실천여부를 보면, ‘아주 규칙적으로 운동한다’라고 응답한 비중이 고령화율 14%미만지역에서는 33.4%인 반면에, 30%이상 지역에서는 19.0%로 나타나 고령화심화지역 노인의 실천율이 떨어지는 것으로 나타났다. 이는 고령화심화지역일수록 논밭일과 같은 일거리가 있기 때문에 별도의 운동이 필요하다고 하는 의식이 결여되어 있거나, 상대적으로 운동시설의 부족 또는 운동을 권유하는 단체 등이 부족하여 운동의 유인책이 없거나, 또는 만성질환과 같은 질병이환자가 많기 때문인 것으로 보인다. 실제적으로도 도심지역인 경우에는 운동을 유도할 수 있는 노인복지관이나 보건소 등의 접근성이 양호하기 때문에 상대적으로 운동실천노인비중이 전자 지역에서 높은 것으로 보여 진다.

〈표 3-6〉 양 지역간 노인의 운동실천

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
운동실천여부			
전혀 안한다	54.7	77.6	41.044***
가끔 한다	11.9	3.4	
아주 규칙적으로 한다	33.4	19.0	
합계	100.0	100.0	
운동실천유형			
걷기	67.4	69.6	44.907***
등산	14.4	10.9	
체조	5.8	4.3	
게이트볼	0.1	6.5	
배드민턴	1.2	0.0	
수영	0.6	0.0	
달리기	0.8	2.2	
헬스	1.2	2.2	
에어로빅	0.3	0.0	
탁구	0.7	0.0	
요가	0.9	0.0	
기타	6.7	4.3	
합계	100.0	100.0	

주) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

그리고 운동 실천노인을 대상으로 운동의 유형을 조사한 결과, 거의 대부분이 걷거나 등산을 제시하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 양 지역 간 큰 차이를 볼 수 없다. 그런데, 걷기운동부문에서 고령화심화지역에 거주하는 고령자에게서 그 비중이 더 높게 나타나고 있는데, 이는 의도적인 운동이라기보다는 논밭일 등과 같은 일상생활 속에서 이루어지는 신체활

동으로 보여지고, 별도의 운동차원에서 이루어지고 있는 형태는 아닌 것으로 생각된다.

한편, 영양섭취와 관련된 건강증진행위를 살펴보면, 먼저 식습관행태에서 하루 3식을 모두 먹는 노인의 비중은 고령화심화지역이나 비고령화심화지역 모두 큰 차이를 보이고 있지 않은 것으로 나타나고 있다. 이는 어떠한 음식이든지 간에 하루에 세끼는 챙겨먹는 것으로 볼 수 있다.

그런데, 하루 세끼를 먹지 않는 고령자만을 대상으로 그 원인을 분석하면, 지역 간 차이를 볼 수 있다. 즉, 고령화심화지역에서는 “식욕이 없어서” 식사를 거른 경우가 전체의 70%, “밥하기가 싫어서”가 10%, “소화가 잘 안돼서”가 6.7%를 차지하고 있는 것으로 나타났으며, 비고령화심화지역에서는 “식욕이 없어서” 식사를 거른 경우가 전체의 43.5%, “소화가 잘 안돼서”가 10%, “습관이 되어서”가 7.7%, “돈이 없어서”가 6.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 다만, 통계적 유의성은 없는 것으로 나타났다. 이는 고령화심화지역의 노인일수록 규칙적인 운동의 행태가 상대적으로 낮기 때문에 그로 인한 식욕부진이 나타날 수 있다고 보여진다.

그리고 균형적인 영양섭취노력의 정도를 보면, 비고령화심화지역의 노인에게서 “매우 그렇다”와 “그런 편이다”라고 응답한 경우가 전체의 37%인 반면에 고령화심화지역의 경우는 24.7%로 나타나(통계적 유의성 존재), 고령화심화지역의 거주노인에게서 균형적인 영양섭취노력을 기울이지 않는 것으로 보여진다.

이로 인하여 농촌지역 노인의 열량 및 영양소섭취상태가 노인의 권장량에 비해 크게 미달되고 있는 것으로 나타나고 있으며(백지원 외, 2000), 전반적인 농촌노인의 영양불량상태는 도시지역노인에 비해서 높은 것으로 분석되고 있다(강명희, 1994; 박혜련, 1996; 한경희 외, 1999).

〈표 3-7〉 양 지역간 노인의 식습관

(단위: %)

	14%미만지역	30%이상지역	chi-square
1일3식 실천여부			
예 ¹⁾	85.9	84.8	0.172
아니오	14.1	15.2	
합계	100.0	100.0	
1일3식 미실천이유			
늦잠을 자서	1.5	0.0	12.994
식욕이 없어서	43.5	70.0	
소화가 잘 안돼서	10.0	6.7	
간식을 먹어서	6.2	3.3	
체중을 줄이기 위해서	5.8	3.3	
돈이 없어서(절약하기 위해서)	6.5	0.0	
시간이 없어서	6.2	0.0	
습관이 되어서	7.7	0.0	
아파서	3.5	3.3	
밥하기 싫어서	5.0	10.0	
기타	3.8	3.3	
종교적 이유 때문에	0.4	0.0	
합계	100.0	100.0	
균형적 영양섭취 노력정도			
매우 그렇다	7.7	3.1	37.494***
그런 편이다	29.3	21.6	
그저 그렇다	21.9	17.0	
그렇지 않다	33.6	39.7	
매우 그렇지 않다	7.5	18.6	
합계	100.0	100.0	

주: 1) 2일전과 1일전 모두 3식을 한 경우

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

다. 질병상태

<표 3-8>의 지역 간 만성질환의 유병상태를 살펴보면, 고령화심화지역의 만성질환유병률이 더 높은 것으로 나타나고 있다. 즉, 만성질환을 전혀 가지고 있지 않은 노인은 전체의 5.4%로 비고령화심화지역의 9.6%에 비하여 상당히 낮은 실정이고, 3개 이상의 만성질환을 복합적으로 지니고 있는 노인은 고령화심화지역에서 62.4%인 반면에 비고령화심화지역은 53.8%로 나타나고 있다(통계적 유의성이 다소 존재).

〈표 3-8〉 양 지역간 노인의 만성질환 유병상태

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
만성질환 유병상태			
없다	9.6	5.4	7.151
1개	17.1	15.6	
2개	19.4	16.6	
3개이상	53.8	62.4	
합계	100.0	100.0	
만성질환 유형(복수응답)			
악성신생물	2.9	3.4	0.158
근골격계 질환	63.0	73.2	8.260**
소화기계질환	17.0	26.3	11.005***
내분비대사성	16.0	8.8	7.458**
순환기계질환	50.4	43.9	3.144
호흡기계질환	12.1	15.6	2.100
눈, 귀질환	20.3	18.0	0.602
기타 ¹⁾	26.8	32.7	3.226

주: 1) 만성신장질환, 빈혈, 피부병, 골절후유증 및 기타

* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

이러한 질병유병률의 차이는 고령화심화지역의 거주노인으로 하여금 자신의 건강상태가 좋지 않다는 의식으로 작용하고 있다는 것이다. 또한, 만성질환의 복합유병률이 높을수록 일상생활기능의 장애비율이 높기 때문에 장기요양보호의 욕구도 높아질 수밖에 없다고 보여 진다.

〈표 3-9〉 양 지역간 노인의 만성질환 치료실태

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
의료기관 이용여부			
아니오	19.4	18.6	0.086
예	80.6	81.4	
합계	100.0	100.0	
이용의료기관 유형			
병의원	88.8	80.4	17.000**
한방병원	4.5	6.3	
보건(지)소/보건진료소	5.1	12.7	
약국	1.4	0.6	
기타	0.1	0.0	
합계	100.0	100.0	
의약품복용여부 ¹⁾			
아니오	20.4	19.0	0.229
예	79.6	81.0	
합계	100.0	100.0	
복용의약품 유형(복수응답)			
의사처방약	87.5	88.0	0.030
일반약	19.1	18.0	0.120
건강보조식품	21.0	12.6	6.684**
한약	11.7	17.4	4.436*
기타	0.9	1.2	0.205

주: 1) 건강식품 포함.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

한편, <표 3-9>의 지역 간 만성질환의 치료실태를 살펴보면, 의료기관의 이용실태는 양 지역 간 유사하게 나타나고 있지만, 이용 의료기관의 유형을 비교해 보면, 고령화심화지역의 경우 상대적으로 보건(지)소 등 공공보건기관의 이용률이 월등하게 높음을 알 수 있다(통계적 유의성 존재). 그만큼 고령화심화지역일수록 민간의료기관의 설치, 운영이 어렵다는 것을 보여주고 있으며, 공공보건기관의 역할이 중요함을 알 수 있다. 특히, 고령화심화지역의 경우 가장 접근성이 좋은 보건(지)소인 보건진료소인데, 다만 보건진료소가 자체수익비용으로 운영하여야 하기 때문에 지역사회 내 가정의 방문을 통한 보건교육지도 등의 사업은 활발하지 않고, 감기와 같은 경증치료의 진료사업이 보다 활성화되어 있는 것으로 보인다. 반면에 양 지역 모두 병의원의 이용률이 가장 높게 나타나고 있는데, 이는 과거와 달리 고령화심화지역이라도 도로교통의 편리성으로 도심지역에 소재하는 의료기관을 이용하는데 교통상의 장애는 별로 느끼지 않고 있다는 것을 의미한다.

지역 간 의약품복용여부를 살펴보면, 양 지역 간 거의 차이가 없는 것으로 보인다. 그리고 복용하고 있는 의약품의 유형을 살펴보면, 의사처방약이나 일반의약품에서는 양 지역 간 큰 차이를 볼 수 없으나, 건강보조식품은 비고령화심화지역에서, 그리고 한약은 고령화심화지역에서 상대적으로 복용하고 있는 비율이 더 높은 것으로 나타나고 있다(통계적 유의성 존재). 이는 고령화심화지역의 농촌지역에서는 가공된 건강보조식품보다는 비가공된 상태에서의 한약재료를 구입하기 쉽기 때문에 그만큼 복용율이 더 높을 것으로 생각되어진다.

그리고 <표 3-10>의 구강기능상태를 보면, 저작기능의 약화가 고령화심화지역에 거주하는 노인에게서 더 높게 나타나고 있다(통계적 유의성 존재). 그렇지만, 틀니와 같은 보조기구를 사용하고 있는 비율은 양 지역 간 유사하게 나타나고 있어 일상적인 생활을 하는 데에는 양 지역 간 차이가 없을

것으로 보인다. <표 3-11>의 낙상발생율의 경우, 고령화심화지역의 거주노인에게서 상대적으로 높게 나타나고 있지만, 통계적 유의성은 없다.

<표 3-10> 양 지역간 노인의 구강기능

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
저작능력 상태(보조기미착용상태)			11.228*
매우 좋다	2.4	1.0	
좋은 편이다	11.4	7.8	
보통이다	15.0	9.3	
나쁜 편이다	38.0	41.7	
아주 나쁘다	33.2	40.2	
합계	100.0	100.0	
저작보조기 사용여부			0.004
미사용	30.8	30.5	
사용	69.2	69.5	
합계	100.0	100.0	

주) * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

<표 3-11> 양 지역간 노인의 낙상실태

(단위: %)

		14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
낙상발생여부	없다	84.3	86.3	0.586
	있다	15.7	13.7	
	합계	100.0	100.0	
낙상발생장소	가정 내	24.9	14.3	1.587
	가정 외	75.1	85.7	
	합계	100.0	100.0	
낙상발생원인	환경적	98.9	97.6	2.766
	비환경적	1.1	2.4	
	합계	100.0	100.0	

라. 일상생활기능상태

<표 3-12>의 지역 간 일상생활상의 기능상태를 살펴보면, 일상생활동작의 유형에 따라서 차이를 나타내고 있다. 이를 다시 세부적으로 보면, 고령화심화지역의 거주노인의 경우, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨타기, 대소변조절하기 등과 같은 동작에서는 도움을 필요로 하는 노인이 상대적으로 더 많고, 비고령화심화지역에서는 옷 벗고 입기, 세수하기, 목욕하기 등과 같은 동작에서 도움을 필요로 하는 노인이 상대적으로 더 많은 것으로 보인다. 다만, 통계적 유의성이 없는 것으로 나타나, 실제적으로는 일상생활동작에 있어서의 지역 간 차이는 없는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-12〉 양 지역간 노인의 ADL기능

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
옷 입고 벗기	4.1	2.4	1.375
세수하기	2.5	2.4	0.003
양치질하기	2.4	2.4	0.001
목욕하기	6.7	4.4	1.662
식사하기	1.9	2.0	0.006
체위변경하기	1.3	1.5	0.066
일어나 앉기	1.7	2.0	0.088
옮겨 타기(앉기)	1.9	2.0	0.000
방밖으로 나오기	2.6	2.4	0.021
화장실사용하기	2.8	2.4	0.073
대변 조절하기	2.8	2.9	0.011
소변 조절하기	4.1	4.4	0.049

주: 부분도움과 완전도움이 필요한 노인의 비중임.

그러나, 농촌노인과 도시노인간 일상생활동작의 기능 간 차이를 분석한 연구논문에 의하면(지용석 외, 2007), 도시노인이 상대적으로 더 의존적인 상태에 있는 것으로 나타나고 있다. 이 같은 현상은 농촌지역에 거주하던 노인이 기능상의 저하로 타인의 도움을 필요로 하는 경우, 도시지역에 거주하는 자녀에 의해 보호를 받거나 노인복지시설에 입소보호를 받게 되기 때문인 것으로 보이고, 또한, 농촌지역에 거주하는 80세 이상의 초고령자는 도시지역 거주노인에 비하여 건강상태가 더 양호하고, 농촌지역의 중기고령자(70~79세)는 비록 건강상태가 다소 도시노인에 비해 열악할지라도 타인의 신체수발지원이 용이하지 않기 때문에 스스로 자립적 활동을 하지 않으면 안되기 때문에 나타나고 있다고 보여 진다.

한편, <표 3-13>의 수단적 일상생활상의 기능상태를 살펴보면, 고령화심화지역에 거주하는 노인이 기능상태가 대체적으로 더 양호한 것으로 나타나고 있기는 하지만, 통계적 유의성은 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 양 지역간 노인의 IADL기능

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
몸단장하기	4.4	2.4	1.736
집안일하기	9.5	6.8	1.564
식사준비	10.3	6.3	3.280
빨래	10.1	5.9	3.761
근거리 외출하기	8.4	5.9	1.602
교통수단 이용하기	9.8	11.7	0.748
물건사기	5.0	4.9	0.002
금전관리하기	12.9	16.6	2.217
전화사용하기	10.0	11.7	0.584
약챙겨먹기	4.4	3.9	0.115

그러나 지용석 외(2007)의 연구결과에 의하면, 모든 수단적 일상생활동작에서 도시거주노인이 상대적으로 농촌노인에 비하여 더 의존적인 상태를 보이고 있는 것으로 나타났다(통계적 유의성 존재). 이는 농촌노인의 경우 타인의 지원이 쉽지 않기 때문에 기본적 일상생활동작의 기능이 있는 한 가사활동 등과 같은 수단적 동작을 스스로 하지 않으면 안되는 데에 기인하고 있다.

다시 말하면, 고령화심화지역과 비심화지역간 환경의 차이를 보면, 교통수단, 은행, 전화 등과 같은 생활수단의 차이가 있는 것만은 틀림이 없는 사실이고, 또한 고령화심화지역일수록 독거노인이나 노인부부세대가 중심이기 때문에 스스로 생활할 수밖에 없다는 것이 작용하여 집안 내에서 이루어지는 일상생활동작기능에서 타인의 의존도가 상대적으로 적을 수도 있겠다. 결국, 고령화심화지역의 거주노인이 생활기능상의 의존도가 높아져서 타인의 간병수발 욕구가 크지만, 실제적으로 의존할 수 있는 물적·인적자원이 부족하여 마지못해 스스로 생활하여야 하는 상태에 놓여 있는 것으로 추측된다.

3. 사회생활실태

<표 3-14>의 지역 간 사회생활실태는 외출빈도와 사회단체의 활동측면에서 검토해 보았다. 먼저, 외출빈도를 보면, 외출의 목적을 불문하고 고령화심화지역의 거주노인의 18%가 거의 매일 외출하고 있는 반면에, 비고령화심화지역의 거주노인은 외출이 거의 없거나(85.5%), 월1회 정도의 외출(9.1%)이 더 높게 나타나고 있다. 여기에서 외출은 집안에서의 고립적 생활습관의 유무를 구별하는 중요한 사회적 지표인데, 일반적으로 주 1회 미만의 외출빈도를 보이고 있는 노인을 고립적 생활습관 노인으로 분류하고 있다. 그렇게 볼 때, 비고령화심화 지역의 거주노인이 고령화심화지역 노

인에 비하여 약 4배 이상의 고립적 생활습관을 지니고 있다고 볼 수 있다.

<표 3-15>의 사회활동의 유형을 보면, 비고령화심화지역의 거주노인에 게서 상대적으로 각종 단체가입활동이 많은 것으로 나타나고 있다. 이를 보면, 양 지역 간 외출의 형태가 다르다는 것을 알 수 있는데, 고령화심화 지역의 거주노인의 외출의 목적은 농사일이나 이웃집의 방문(마실)이 중심적일 것으로 생각된다. 이러한 결과는 농촌 및 도시지역 노인간 사회관계망 차이를 분석한 연구논문에 의하면, 농촌지역의 거주노인이 상대적으로 더 양호한 이웃과의 사회관계망을 형성하고 있는 것으로 나타나고 있다는 점을 고려한다면 이해할 수 있을 것으로 보인다(지용석 외, 2007).

<표 3-14> 양 지역간 노인의 외출수준

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
거의 매일	2.0	18.0	126.385***
주 1회 이상	3.4	6.0	
월 1회 이상	9.1	7.1	
기타(전혀 없음, 연 1회 이상)	85.5	68.9	
합계	100.0	100.0	

주: 1) '지난 1년간 친척, 이웃, 친구의 만남횟수'를 기준으로 함.

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<표 3-15> 양 지역간 노인의 사회활동 실태

(단위: %)

	14%미만 지역	30%이상 지역	chi-square
종교단체	35.0	18.5	22.525***
문화활동단체	0.9	1.0	0.003
운동단체	3.6	1.0	4.042*
사교단체	25.8	15.6	10.230***
정치단체	0.7	0.5	0.102

주) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

제2절 특정지역 거주노인의 실태

본 연구를 위해서 경북 문경시 2개리(O리, S리)에 거주하는 65세 이상의 고령자를 대상으로 무작위 임의추출표집방식으로 100명을 선정하여, 건강 및 신체기능상태를 조사해 보았다. 상기 2개리는 문경시 도심권에서 대중교통으로 2~30분정도 소요되는 거리에 위치해 있으며, O리는 비교적 교통이 편리한 지역이나 고령화비율은 20%를 초과하는 지역이고, S리는 교통이 다소 불편하고 산과 인접한 오지에 해당하는 지역이다.

설문조사에 사용한 조사표의 내용은 신체적 및 인지·정신적 상태를 파악하기 위한 것이라기보다는 그러한 기능상의 장애를 보일 수 있는 위험요소(가능성)를 지닌 고령자를 선별하기 위해서 일본후생노동성이 개발한 것이다. 이는 이들을 제대로 관리하는 않는 경우에는 생활기능상의 장애를 일으켜 장기요양보호의 대상자로 빠르게 전락하고, 그 대신에 보건복지적 서비스가 제공된다면 자립적인 생활기능을 지속적으로 장기간 유지할 수 있다는 관점에서 개발된 것이다(표 3-16 참조).

참고로 이 조사표를 설명하면, 총 25개의 문항으로 구성되어 있으며, 1~5번 문항은 일상생활상의 기능, 6~10번 문항은 신체적 운동기능의 허약성, 11~12번 문항은 영양상태의 허약성, 13~15번 문항은 구강기능상태의 허약성, 16~17번 문항은 사회활동의 취약성, 18~20번 문항은 인지기능상태의 허약성(인지능력저하), 21~25번 문항은 정신상태의 허약성(우울증)을 일으킬 수 있는 자(허약고령자)를 선별하기 위해 적용되는 문항이다. 전반적으로 1~20번 문항 중에서 10문항 이상 해당하는 경우에는 허약성을 보이는 고령자로 판정을 하고 있고, 일본에서는 이 결과를 바탕으로 개호예방서비스를 해당자에게 제공하고 있는 실정이다.

〈표 3-16〉 일본후생노동성의 특정고령자 선정지표항목

번호	질문내용	응답	
1	버스나 지하철(전철) 등, 교통수단을 이용해서 혼자 외출할 수 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
2	슈퍼마켓이나 동네가게에서 잘못이나 실수 없이 제대로 물건(생필품)을 구입합니까? (※주문배달하는 경우에는 ‘아니오’)	☐ 예	☐ 아니오
3	은행이나 농협, 우체국 등에서 예·적금 등의 금전관리를 스스로 하고 있습니까? (※남에게 맡겨서 하는 경우는 ‘아니오’)	☐ 예	☐ 아니오
4	이웃이나 친구의 집에 마실(방문)하러 다닙니까? (※가족이나 친척 집에 아님)	☐ 예	☐ 아니오
5	가족이나 친구에게 생활상의 문제에 대해 상담이나 조언을 해줍니까? (※전화를 통한 상담·조언도 포함함)	☐ 예	☐ 아니오
6	계단을 올라갈 때, 손잡이나 벽을 짚지 않고 올라갑니까? (※처음부터 습관적으로 잡는 경우는 ‘아니오’이고, 올라가는 중간, 중간에 잡는 경우는 ‘예’)	☐ 예	☐ 아니오
7	의자에 앉은 상태에서 남이 부축하지 않거나, 지팡이 없이도 일어납니까?	☐ 예	☐ 아니오
8	15분 정도(약 1~2km 정도) 쉬지 않고 걸어 다닙니까? (※실내·외를 불문)	☐ 예	☐ 아니오

〈표 3-16〉 계속

번호	질문내용	응답	
9	지난 1년간에 넘어진 적(낙상한 적)이 있습니까? (※미끄러지거나, 무언가에 걸려서)	☐ 예	☐ 아니오
10	넘어지는 것(낙상)에 대한 걱정이나 염려가 큼니까?	☐ 예	☐ 아니오
11	지난 6개월간 몸무게가 2~3 kg 이상 빠졌습니까? (※고의적인 체중감량은 제외함)	☐ 예	☐ 아니오
12	신장(cm) 체중(kg) BMI(=체중/신장 ²)가 18.5미만인가? (※키를 잴 때에는 똑바로 선 채로 재고, 굽은 경우는 줄자로 재야 함)	☐ 예	☐ 아니오
13	지난 6개월 전에 비해 딱딱한 음식을 먹기가 어려워졌습니까?	☐ 예	☐ 아니오
14	음료수나 국물을 드실 때 목이 멘 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
15	자주 입이 말라서 신경이 쓰입니까?	☐ 예	☐ 아니오
16	1주일에 한번 이상 외출(나들이)합니까? (※1~2주에 한번 정도도 ‘예’)	☐ 예	☐ 아니오
17	작년에 비해서 외출횟수가 줄어들었습니까?	☐ 예	☐ 아니오
18	주위사람이 ‘항상 똑같은 말을 되풀이 한다’는 등, 건망증이 있다는 말을 듣습니까? (※건망증이 있어도, 그런 말을 듣지 않으면, ‘아니오’)	☐ 예	☐ 아니오
19	혼자서 전화를 걸 수 있습니까? (※누군가가 걸어주면 ‘아니오’)	☐ 예	☐ 아니오
20	오늘이 몇 월 며칠인지를 모를 때가 있습니까?	☐ 예	☐ 아니오
21	(최근 2주간) 매사에 의욕이 없다	☐ 예	☐ 아니오
22	(최근 2주간) 지금까지 즐겨왔던 취미가 싫증이 났다 (※그래서 그만둔 경우도 ‘예’)	☐ 예	☐ 아니오
23	(최근 2주간) 예전에는 쉽게 했던 일들이 이제는 어려워져서 겁이 난다	☐ 예	☐ 아니오
24	(최근 2주간) 자신이 쓸모있는 사람이라고 생각하지 않는다	☐ 예	☐ 아니오
25	(최근 2주간) 아무 이유도 없이 피곤함을 느낀다	☐ 예	☐ 아니오
(가) 1~20번까지 항목 중에서 음영부분의 개수 (개)			
(나) 6~10번까지 항목 중에서 음영부분의 개수 (개)			

1. 건강 및 생활실태

두 지역의 건강 및 생활실태는 아래 <표 3-17>과 같다.

<표 3-17> 경북 문경시 O리·S리 거주 노인대상 건강 및 생활기능 저하상태

구분	O리	S리
생활기능상의 허약노인	19명(19.0%)	13명(13.0%)
신체운동기의 기능의 허약노인	21명(21.0%)	37명(37.0%)
영양상태의 허약노인	1명(1.0%)	1명(1.0%)
구강기능의 허약노인	39명(39.0%)	27명(27.0%)
사회활동의 허약노인 (집안은둔증상)	29명(29.0%)	28명(28.0%)
인지기능의 허약노인 (치매증상)	52명(52.0%)	52명(52.0%)
정서상의 허약노인 (우울증상)	52명(52.0%)	52명(52.0%)
합계	100명(100.0%)	100명(100.0%)

먼저, 생활기능상의 허약상태를 보이고 있는 노인(25개 문항 중 10문항 이상 해당되는 노인)은 O리와 S리 간 큰 차이가 없지만, O리 거주 노인에게서 허약고령자가 약간 더 많은 것으로 보인다.

운동기능상태를 보면, O리 지역에서는 21명이나, S리 지역은 이 보다 많은 37명이 허약상태를 나타낸 노인으로 조사되었다. 지역환경 상 O리는 교통이 비교적 편리하여 활동성이 높은 지역이기 때문으로 보인다.

영양상태를 보면, 양 지역 모두 양호한 것으로 보이는데, 이는 농어촌지역의 거주노인에게서 영양의 불균형적 섭취가 있을지언정 결식 등의 음식물섭취자체의 결여는 미미하다는 것을 보여주고 있다.

구강기능상태를 보면, O리 지역은 노인에게서는 39명인 반면에 S리 지역은 27명으로 O리 지역의 거주노인의 구강기능상태가 다소 열악한 것으로 보인다. 특히, 구강기능의 약화는 우울증의 발생과 상관관계가 있다는 연구논문을 감안한다면(장종화 외, 2007), O리의 거주노인의 정신건강이

상대적으로 더 열악할 가능성이 있는 것으로 보여 진다.

사회활동상의 상태를 보면, O리 지역은 29명의 노인, S리 거주지역은 28명으로 허약상태가 유사한 것으로 보인다. 이는 외출이라는 사회활동을 나타내는 내용으로 설문한 것으로 약 30%에 육박하는 이들 고령자는 집밖의 활동이 거의 없이 집안에서만 지내는 소위 고립생활습관자로 볼 수 있다.

그리고 인지적 및 정신적 상태를 보면, 양 지역에 거주하는 고령자의 약 절반정도가 허약한 상태에 있는 것으로 조사되었다. 이러한 결과는 농촌노인에게서 중증의 우울증을 앓고 있는 경우가 도시노인에 비해서 높다는 연구논문이 이를 뒷받침해주고 있다(지용석 외, 2007). 다시 말하면, 경도의 인지장애(mild cognitive impairment)를 보일 수 있는 고령자, 그리고 우울증상을 보일 수 있는 고령자가 각각 전체 조사대상자의 절반수준에 이르고 있다는 것을 의미한다. 이와 같은 현상은 도심권에서 멀리 떨어져 있고, 거주자의 고령화로 지역사회 내에서만 대부분의 일상생활을 보내고 있어 타 지역, 또는 도심지역과의 사회적 교류가 부족하기 때문에 나타나고 있는 것으로 추측된다.

특히, 우울증은 일상생활동작의 기능저하로 발생하고 있기는 하지만(김미혜 외, 2000), 그 반대로 우울증으로 인하여 타인과의 접촉을 피하고 집안에만 지내려는 성향으로 다시 일상생활동작의 기능을 약화시키는 악순환을 거듭하게 만드는 주요요인이라는 것이다(김원경, 2001).

2. 보건복지자원의 실태

문경시 보건복지자원의 현황을 살펴보면, 크게 보건의료기관, 노인복지관련시설 및 비영리단체로 구분할 수 있다.

먼저, 보건의료자원을 보면, 종합병원 및 일반병원급 의료기관이 3개, 요양병원이 2개, 의원급이 40개 이외에 보건기관으로 보건지소 및 보건진

료소가 설치, 운영되고 있다. 문경시가 도농복합시이므로 오·백지에 해당하는 지역에 보건진료소가 설치되어 있다. 노인복지관련시설은 여러 가지의 유형이 있지만, 생활시설 및 장기요양시설을 제외한 이용시설로써는 여가복지시설의 경로당, 노인교실 및 종합사회복지관 등이 있는데, 노인복지관은 설치되지 않았다. 그리고 복지자원은 아니지만, 복지욕구를 충족시키는데 활용할 수 있는 비영리단체가 존재해 있는데, 그 중에서 노인복지욕구의 해소에 기여할 수 있는 단체로 YMCA, 자원봉사회, 사랑실은 교통봉사대, 한사랑봉사회, 수지침봉사회, 늘푸른모임 등을 거론할 수 있겠다.

〈표 3-18〉 경북 문경시소재 보건의료기관 현황

구분	개소
종합병원	1
병원	2
의원	40
요양병원	2
치과병(의)원	11
한의원	13
보건소	1
보건지소	9
보건진료소	13
합계	92

자료: 문경시청 내부자료(2008. 11월 말 기준)

〈표 3-19〉 경북 문경시소재 노인복지관련 복지시설 현황

구분	개소	시설명	비고
여가복지시설	322	읍·면·동 경로당	-
	1	종합사회복지관	-
	7	노인교실	-
주거(2)·의료 복지시설(4)	의료복 지시설 (4)	문경어르신마을	요양시설
		노인전문간호센터	요양시설
		인효마을	요양시설
		봄마을	요양시설
	주거(2)	농암쉼터	양로시설
		효도마을	양로시설
재가노인복지시설	2	로템노인복지센터	방문요양·방문목욕
		문경노인복지센터	방문요양·방문목욕
재가 장기요양기관	13	문경나누리노인복지센터	방문요양·방문목욕
		사랑노인복지센터	방문요양·방문목욕
		시민노인복지센터	방문요양
		문경자활노인복지센터	방문요양·방문목욕·방문간호
		점촌노인복지센터	방문요양·방문목욕
		늘푸른복지센터	방문요양·방문목욕·방문간호
		예담노인복지센터	방문요양·방문목욕
		양지노인복지센터	방문요양·방문목욕
		한솔노인복지센터	방문요양·방문목욕
		효도마을 단기보호센터	단기보호
		신우메디칼	복지용구
		한독의료기	복지용구
		동양의료기상사	복지용구
기타	2	노인취업알선센터	-
		문경지역자활센터	-

자료: 문경시청 내부자료(2008. 11월 말 기준)

〈표 3-20〉 경북 문경시소재 비영리단체 현황

시설명	시설구분
바르게살기운동 문경시협의회	시민의식개혁청소년선도
문경 YMCA	청소년문화 및 육성사업, 시민권익 보호사업 사회교육사업
새마을운동중앙회 문경지사회	새마을운동의 계획수립 및 시행
문경시자원봉사회	자원봉사활동
문경청소년문제상담소	비행청소년교육상담
문경시발전협의회	
사랑실은교통봉사대 문경지대	지역사랑가꾸기운동
문경한사랑봉사회	사랑나눔활동 및 장학사업
JCI KOREA-점촌	정치, 경제, 사회, 문화의 향상에 관한 조사, 연구
한국자유총연맹 문경시지부	-
(사)한국아마추어무선 연맹경북지부	-
문경시수지침봉사회	수지침 봉사활동
문경청년회의소	지도역량 개발관한 조사연구 및 활동
(사)한국예절문화원 문경지부	청소년 인성 교육
문경시민환경연대	환경현황 및 환경문제 사연구, 교육홍보사업
자연환경보호경북본부	천연기념물 보존에 관한 조사
늘푸른모임	노인대학 및 청소년 공부방 운영
대한민국유공자 환경봉사단	지역환경보존 활동
경상북도태권도시범단	국내외 초청시범
(사)경북시각장애인연합회 문경지회	시각장애인 교육 및 생활훈련
문경시 환경녹색회	환경오염행위 감시 및 홍보활동
문경가정·성폭력 통합상담소	각종 폭력 통합상담
(사)한국농아인협회 경북협회문경지부	농아인 권익보호사업

자료: 행정안전부, 비영리민간단체 등록현황(2008. 9. 30. 기준)

제4장 외국의 노인보건복지서비스지원 실태

제1절 호주(CHC모델)

호주는 1997~1999년, 2002~2005년 두 차례에 걸쳐 CHC(Coordinated Health Care)시범사업을 실시했다. 여기서는 2차 CHC시범사업을 시작할 시기의 주요한 특징, 주요 목적과 목표, 시범사업 모델과 클라이언트 그룹 등 시범사업에 대해 간략히 소개하였으며, 시범사업의 시스템, 구조 그리고 과정에 대한 평가 결과에 대해서는 부록에 자세히 설명되어 있다.

1. CHC모델 시범사업의 개관

CHC 시범사업은 멜버른시의 북쪽에 위치해 있는 교외지역을 중심으로 실시된 것으로 이 지역은 여러 마을이 모여 있는 곳이고, 도시적 특징과 농촌적 특징을 모두 지니고 있다. CHC는 중증재가노인케어센터(Extended Care Centre)가 설치, 운영되고 있는 Bundoora 지역에서 수행되었다.

그리고 북부보건(Northern Health)당국은 CHC 시범사업을 재정적으로 후원하였으며, 북부지역의 병원, broadmeadows의 보건서비스당국, Bundoora 지역의 중증재가노인케어센터 운영의 책임을 맡고 있다. CHC는 북부보건의 단위사업으로 Bundoora의 중증재가노인케어센터의 시범사업관리팀에 의해 수행되었다.

CHC 시범사업은 공동의 재원에 다양한 방법으로 조달되고 있는데, 다음의 기관들과 조직들이 시범사업 클라이언트를 위한 서비스 제공에 필요한 재정을 지원하는 것으로 하고 있다. 즉, Medicare Australia⁸⁾(MBS and PBS을 통한), 급성기와 아급성기 병원, HACC 프로그램(지방정부, 지역보

건센터, RDNS⁹⁾를 통해 운영됨) 등이 포함되어 있다. 이러한 CHC의 재원은 케어코디네이터비용 그리고 시범사업 참여자들에게 제공될 서비스의 비용을 지불할 능력이 있는 기관으로부터 조달받고 있다. 이는 또한 실험군 클라이언트에 대한 서비스 제공과 관련한 단일 예산(single budget)지원에 기여하고 있다. 실험군의 클라이언트들은 기관에서 제공하는 서비스 종류와 상관없이 자신의 욕구에 맞는 서비스를 받을 수 있으며 이러한 서비스에 대한 비용은 시범사업에 의해 지불되었다.

클라이언트 그룹은 시범사업 지역에 거주하는 만성적이고 복합적인 욕구를 가진 허약노인, 반복적인 병원입원이나 복합적인 지역사회서비스를 요구하는 노인, 또는 이와 같은 욕구를 가진 만성질환의 비노인들이다. 시범사업은 클라이언트를 모집한 후에 실험군과 대조군의 수가 2:1의 비율이 되도록 무작위로 추출, 할당하였다¹⁰⁾. 동 시범사업에 참여한 전체 클라이언트의 프로필에 대한 요약은 <표 4-1>과 같다.

한편, CHC 시범사업은 통합된 건강보호(Coordinated Health Care)가 기본적으로 일반적인 건강수준, 삶의 만족도 및 복지 상태측면에서 만성적이고 복합적인 케어욕구를 가진 사람들에게 어떤 영향을 주고, 그것이 재정적으로 얼마나 실용적인지를 확인하려는 시도에서 시작되었다. 이 사업의 목적은, 첫째, 복잡하고 다양한 영역의 서비스욕구를 가진 자에게 개인별 케어를 제공하기 위해 이와 관련된 모든 기관의 통합가능성을 검토하고, 둘째, 재정적 실용성을 달성하고, 통합된 건강서비스시스템을 장기적으로

8) 공식적으로 건강보험위원회(Health Insurance Commission)이라고 알려져 있다.

9) RAND: Royal Distric Nursing Services

10) 원래 5,300명의 클라이언트를 모집할 계획이었으나, 이후 3,600명을 모집하는 것으로 계획이 변경되었으며, 최종적으로는 1,525명이 모집되었다. 이중 1,108명이 실험군에 해당되고(재고안 추정치 약 46%), 417명이 대조군(재고안 추정치 약 35%)에 해당된다. 실험군으로 모집된 11,08명의 클라이언트 중 68.3%가 여성이었으며, 31.7%가 남성이었고 대조군에서는 65.7%가 여성이었으며 34.3%가 남성이었다. 2005년 7월 30일 현재 실험군의 클라이언트 평균연령은 74.1세였으며, 대조군은 74.6세였다.

유지할 수 있는 가능성을 검토하며, 셋째, 참여자의 건강상태와 삶의 질(QOL)의 향상수준을 검토하는 것이다.

〈표 4-1〉 CHC 클라이언트 프로필

(단위: 명, 세, %)

		실험군	대조군
초기 추정 클라이언트 수		2,400	1,200
등록한 클라이언트 수 (총 클라이언트 대비 비율)		1,108 (72.7)	417 (27.3)
성별	남성	31.7	34.3
	여성	68.3	65.7
원주민비율		0.3	0.0
평균연령(2005년)		74.1	74.6
기혼자비율		46.7	49.2
보호자 보유비율		47.2	45.8
보호자 동거비율		34.8	34.9
평가(assessment)시 지역사회서비스 수급자비율		88.1	84.1
취업 상태	은퇴	96.9	98.5
	취업	2.6	1.2
	가사	0.2	0.0
	미취업	2.4	1.0
	기타	0.4	0.2

〈표 4-2〉 CHC 시범사업 요약

구분	내용
지역	· 빅토리아 주 멜버른 시의 북부 대도시 근교 · 케어센터가 설치된 1개 지역(single site)
1차 시범사업	· 북부의 건강케어네트워크(나중에 북서부 건강케어네트워크에 의해 대체됨)에 의해 관리됨
참여인프라	· 4개 병원(입원환자) · 재가 및 지역사회보호(HACC: Home and Community care with state) · 의료급여제도(MBS: Medicare Benefits Scheme)/약제급여제도(PBS: Pharmaceutical Benefits Scheme)
클라이언트 그룹	· 만성적이고 복잡한 보호욕구를 가진 노인들, 병원입원 및 다양한 지역사회서비스를 필요로 하는 노인, 또는 이들과 유사한 욕구를 가진 만성질환자
조정과 개입	· 실시
조정과 개입 결과에 대한 비교	· 코호트집단(cohorts) 구축운영
신규모집 방법	· 다양한 경로로 접근; 일반의, 서비스제공자, 연구보조원
케어 코디네이트 모델	· 건강사정에 기반한 케어플랜(Health assessment care planning), 실행 및 평가(review) · 건강 평가 도구 (RAI-HC: Resident Assessment Instrument-Home Care), 일반의와 케어코디네이터간 협력(partnership)
기간	· 25개월
후원	· 북부보건(Northern Health)¹¹⁾

11) 우리나라의 보건소와 같은 개념의 기관으로, 정부에서 관리하는 의료시스템의 하나이다.

2. CHC시범사업모델의 중심내용

케어제공에 있어서 CHC모델의 핵심은 클라이언트, 수발자, 서비스제공자 및 케어코디네이터 간 동등한 협력관계를 유지하고 있다는 것이다. 이러한 케어협력은 유연한 케어시스템 내에서 작동되고, 이는 클라이언트의 케어를 관리하는 보건의료전문가들 간의 정보공유에서 매우 중요하다.

케어플랜팀은 클라이언트(보호자), 케어 코디네이터(일반의), 그리고 서비스제공자로 구성되어 있으며, 케어 코디네이터는 해당 클라이언트의 일반의(general practitioner)가 담당하고 있다. 케어 코디네이터는 만성질환에 대한 자가관리, 건강평가, 강화된 일차케어(EPC: Enhanced Primary Care), MBS(Medicare Benefits Scheme) 내용, 케어플랜 작성, 그리고 케어 컨퍼런스 등과 관련된 훈련을 수행한다. 그리고 서비스제공자는 해당지역에 거주 하면서 전일제 근무가 가능한 자인데, 동 시범사업을 위해서 고용된 자들이다. 이들은 케어 연계에 대한 책임을 지는데, 전반적인 평가(holistic assessment), 케어플랜 작성, 만성질환의 자가관리 및 예산계획 작성, 시범사업에 대한 교육과 지원 등에 관련된 영역을 담당하는 것으로 되어 있다.

〈표 4-3〉 CHC모델 시범사업의 중심인력

구분	주체	장소	역할
케어 코디네이터	클라이언트의 일반의	개업지역	일반의는 케어연계의 의학적 요소를 제공하고 향상된 케어플랜 제공
서비스 제공자	건강 전문가, 미리 등록된 4등급(grade)의 간호사	시범사업 지역에 위치하는 개업 일반의와 책임 기관	서비스공급자로부터 제공되는 서비스의 계획 및 조정, 포괄적인 건강 평가(assessment)수행, 케어 코디네이터로부터 작성된 클라이언트의 케어플랜 재검토, 사업 진행과정 중 발생하는 클라이언트의 요구사항에 대응

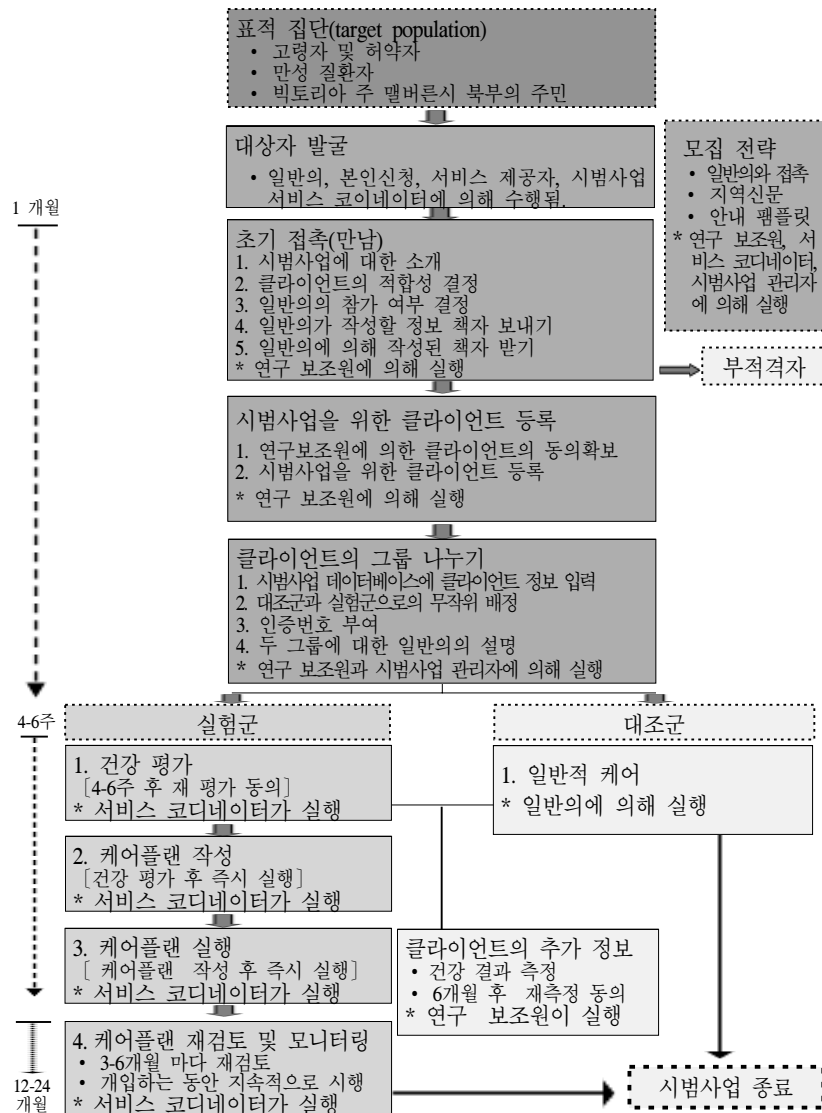
시범사업의 케어모델을 설명하면 다음과 같다(그림 4-1 참조). 클라이언트는 일반의·병원의 의뢰, 또는 본인신청으로 참가한다. 이 때, 클라이언트가 시범사업에 적합한지, 자신의 일반의가 동 사업에 참여할 의사가 있는지를 알아보기 위해 초기 평가를 실시하고(initial assessment), 이들을 다시 실험군과 대조군으로 무작위 선정한 후, 최종적으로 실험군의 건강상태를 평가하였다. 이를 바탕으로 일반의, 서비스제공자, 클라이언트, 그리고 관련된 건강 전문가와 상담 후에 케어플랜을 작성하였다.

시범사업의 실험군을 위한 세 가지의 핵심적조치가 있는데, 이는 첫째, 클라이언트와 수발자를 위한 케어플랜을 작성, 수행하고, 둘째, 클라이언트의 상태에 대한 지속적인 관리 및 서비스가 클라이언트의 욕구에 적절하게 제공되었는지를 확인하며, 사후에 추가적인 평가(assessment)를 수행하고 케어플랜을 재검토하는 것으로 되어 있다.

그리고 케어플랜의 작성에 있어서의 연계적 내용을 보면 다음과 같다. 먼저, 실험군의 경우, 무작위로 배정한 이후에 서비스코디네이터에게 할당되었다. 서비스코디네이터는 클라이언트의 의료적 및 관련정보를 얻기 위해 그들의 케어 코디네이터와 클라이언트와 면담하고, RAI-HC 평가 도구를 이용하여 포괄적인 건강평가를 측정하였다. 여기에서 건강평가의 내용은 클라이언트의 강점과 욕구 파악, 다음 단계의 평가 필요여부, 기능수준 측정, 시간에 따른 기능변화 측정, 정보수집, 위험수준의 정의 등이 포함되어 있다. 일단 건강평가가 수행되면, 서비스 코디네이터들은 평가결과를 케어코디네이터들에게 알리고, 케어코디네이터와 클라이언트 간 논의를 거쳐 케어플랜이 제안되면, 서비스제공자는 제안된 케어플랜과 그 소요예산에 대해 케어 코디네이터와 협의하였다. 이와 같이 케어플랜에 대한 재검토는 서비스 코디네이터에 의해 수행되며, 그들은 케어 코디네이터 및 관련된 서비스공급자들과 함께 클라이언트의 변화를 협의하였다. 이러한 케어플랜 및 시행에 관한 재검토 과정은 3~6개월 이내에 수행되었다. 그

리고 대조군은 그들의 일반의에 의해 과거와 동일한 일상적인 수준의 케어를 계속해서 받는 것으로 하였다.

[그림 4-1] CHC 시범 사업 모델



제2절 캐나다(SIPA모델)

1. 도입배경

캐나다에서 제공되고 있는 허약고령자대상의 서비스가 지니고 있는 특징을 말한다고 하면 우선적으로 분절적으로 제공되고, 이로 인하여 고비용의 급성기 일반병상과 장기요양시설을 적절하지 못하게 이용하게 하는 방향으로 유도하였다는 것이다. 캐나다에서는 병원치료비용은 건강보험의 급여대상이 되지만, 지역사회나 장기요양시설에서 이루어지고 있는 지속적인 치료비용에 대해서는 지역마다 그 보험적용의 범위가 다른 실정이다.

현재 허약고령자(the frail elderly persons)에 대한 서비스는 홈케어 및 자원봉사기관, 주간보호센터, 주간병동, 급성기 병원 및 재활병원, 장기요양시설, 의사 등에 의해 다양하게 제공되고 있다. 각 기관은 재원조달메카니즘, 예산, 환자선택 기준 등이 다르기 때문에 환자의 요구에 따라서 서비스가 조정되지 않고 있다. 또한 노인인구의 절대수가 증가하고 있으며, 허약노인에게서는 보건 및 복지서비스를 복합적이고 연계적으로 제공하여야 하는데, 허약고령자에 대해서 치료 및 케어의 유효성에 대한 근거가 발표되어 노인을 대상으로 하는 케어의 패러다임이 바뀌어야 하는 시점에 있다는 주장이 제기되었다. 이러한 배경하에서 SIPA(System de services integers pour personnes agees en perte d'antonomie)라는 서비스가 시도되었던 것이다.

2. SIPA의 내용

SIPA의 개념은 퀘벡주에서 개발되었다. 다시 말하면, 1995년 맥길 대학과 몬트리올 대학의 연구팀이 허약 노인에 대한 통합서비스(System de services integers pour personnes agees en perte d'antonomie: SIPA)에 대한 아이디어를

제안하였는데, 장애가 있는 노인은 전반적으로 75세 이상이고, ADL이나 IADL의 장애를 가지고 있으며, 급성 및 만성질환을 앓고 있고, 사회적 네트워크(social network)이 필요하기 때문에 의료 및 복지 서비스가 복합적으로 제공되어야 한다는 점에 착안하였던 것이다.

SIPA는 이러한 통합을 용이하게 하기 위해서 기존의 지역사회서비스센터(Community Local Service Center: CLSC)에 접목시켰고, 또한 건강이전기금(Health Transition Fund), 캐나다보건서비스연구재단(Canadian Health Service Research Foundation: CHSRF), 캐나다보건연구소(Canadian Institute of Health Research: CIHR) 등 다양한 기관에서 재정 지원을 받아서 실시되고 있다.

SIPA가 가지고 있는 몇 가지 특징을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 서비스의 모든 범위를 포괄하는 지역사회 일차의료(communitary primary health care)를 기반으로 하는 시스템이라는 것이다. 즉, 보건 및 복지서비스, 급성 및 장기요양 서비스를 지역사회, 병원 및 유관기관에서 제공하고 있다. 둘째, 일정한 제한지역내에 거주하는 한정된 인구에 대하여 책임을 진다는 것이다. 셋째, 통합적인 사례관리를 실시하되, 전 영역의 서비스가 가능하도록 임상적 책임을 가지는 가정의(family doctor)와 공조하고 다학제적 프로토콜에 기반한 근거 중심의 보건 및 복지 서비스를 내용으로 한다는 것이다. 넷째, 요구를 충족시키고 부적절한 자원의 사용을 막기 위해서 유연하고 즉각적으로 자원을 동원할 수 있는 대응기관을 조직하였다는 것이다. 이를 통하여 지역사회서비스의 강도가 증가되고, 빠른 진단과 중재(intervention)가 가능하였으며, 공급자간의 연결이 원활하게 추진되었다는 결과가 있다.

그 결과를 소개하면 다음과 같다. 예비연구를 보면, 1995년부터 1998년까지 몬트리올주의 2개 지역에서 1,230명의 허약 노인을 대상으로 22개월간 SIPA 시스템에 대한 RCT를 실시하였다.

우선적으로 중앙정부 및 주정부의 의사결정자, 병원, 재택간호 및 너싱홈

매니저, 의사, 대학의 연구자의 파트너십, 자문위원회, 임상치료에 있어 다 학제 간 위원회를 구성하였다. 중재는 각 지역 당 2개의 다학제팀을 구성하였고, 각 팀당 160명의 환자를 할당하였다. 다학제팀은 사례 관리자 4명, 지역사회 간호사 2명, 사회복지사 0.5명, 작업치료사 0.5명, 물리치료사 0.5명, 가정방문자 15명, 자문약사 0.5명, 반일근무 의사로 구성되었다. 다학제팀은 요구를 사정하고, 일차의료 의사와 협력하여 지역사회 보건복지 서비스를 조정하고 제공한다. 서비스 시작 시점에서 통합적으로 노인사정을 실시하고 영양, 낙상, 치매, 우울, 투약 등 다양한 분야에 대해서 근거 중심으로 프로토콜을 개발하였다. 의사의 지원 하에 간호사가 24시간 대기시스템을 갖추었다. 또한 사례관리를 위해서 환자와 수발자에 대한 중재를 실시하였고, 가정의 및 전문의와 협력하였다. 이 서비스 실시 후에 병원입원과 응급실 방문이 감소하였다는 효과가 발표되었다.

SIPA는 허약 노인의 요구에 맞추어 고안된 환자 중심의 지역사회 일차의료시스템으로 관련된 모든 전문가와 기관이 가용한 모든 서비스의 통합과 서비스의 연속성을 보증한다. 일차, 이차 의료, 복지 서비스, 예방, 재활, 기술적 보조기구, 장기요양서비스를 제공한다.

SIPA는 모든 허약 노인이 만약 다음과 같은 영역 중 하나의 심각한 장애를 가지거나 두 개의 경미한 혹은 중등도의 장애가 있다면 서비스를 받을 자격이 된다고 간주한다. 평가는 일상생활수행능력(ADL), 기능적 일상생활수행능력(IADL), 이동, 정신건강상태, 실금의 5개 영역에 대하여 실시한다. SIPA에 등록된 모든 노인은 다음 단계의 평가를 받게 된다.

한편, Quebec¹²⁾주에 대한 사업내용을 정리하면 다음과 같다. 즉, 허약노인에 대한 보건의료서비스 시스템은 의료적 서비스와 장기요양 서비스를 포함한다. 후자는 신체적, 사회적, 심리적 장애로 귀결되는 만성질환을 가지

12) 이는 Trahan L, Caris P., "The system of care and services for frail older persons in Canada and Quebec", Aging Clinical and Experimental Research, 14, 2002, pp. 226-232를 중심으로 정리하였다.

고 있는 노인을 대상으로 한다.

퀘벡주의 장기요양 시스템의 장점 중 하나는 이러한 서비스를 받는 자격 결정시스템에 있다. 대상 노인의 수입 및 장애정도에 관계없이 생리, 심리, 사회학적 요구에 대한 임상적 사정을 하도록 되어 있다. 이러한 노인의 요구에 대한 서비스는 가능한 자원에 기초하여 조절된다. 또한 장기요양기관에 체계적으로 입소하는 기전도 마련되어 있다.

한편 공공시스템 하에서 제공되는 가정 지원 서비스의 종류는 가정에서의 이동, 옷 갈아입기, 식사준비, 세탁 등 기능제한을 보충해주기 위한 개인적 가정내 도움, 치료, 일반적 재활서비스 등을 포함한 특수화된 치료 서비스, 외출 시 동행, 방문 등으로 다양하다.

현재 65세 이상 노인의 약 50% 정도가 재가지원서비스를 필요로 한다. 연령에 관계없이 신체적, 사회적, 심리적 이유로 단기 혹은 장기 장애를 가진 노인은 가정 지원 서비스를 받을 수 있으며, 또한 이러한 장애인노인의 수 발자도 그 대상이 된다. 가정 서비스의 제공자는 다양하지만, 진료, 재활 등의 전문적 서비스 제공에 있어서는 지역사회서비스센터(CLSC: Community Local Service Center)가 주 제공자이다. 이러한 센터에서는 집안일과 관련된 서비스는 거의 관여하지 않으며, 이러한 서비스에 대해서는 관련 기관과 계약을 체결하기도 한다. CLSC가 모든 요구에 적합한 서비스를 제공하기에는 자원이 부족하기 때문에 더 많은 노인에게 서비스를 제공하기 위해서 서비스의 범위나 강도를 조절한다.

단기 거주 프로그램은 저렴한 비용으로 휴식 및 요양 서비스를 제공한다. 낮 프로그램은 주간보호센터나 낮 병동에서 제공한다. 모든 CLSC에 주간보호센터가 설치되어 있으며, 건강증진, 예방, 치료, 교육, 사회화 활동을 제공한다. 서비스는 무료이지만 이용자는 식사비와 교통비를 지불해야 한다.

제3절 일본(이나기시)

1. 고령자실태

이나기시는 동경도에 속해 있는 도농복합시로 볼 수 있는데, 2006년도의 노인인구비율은 14.7%이고 2009년도에는 17.2%가 될 것으로 예측하고 있다. 일상생활권은 3~4개 권역으로 구분하고 있는데, 각 권역별 고령화율의 차이가 심한편이다.

고령자의 가구형태를 보면, 독거노인이 전체노인의 22.1%(2004년기준)이고, 개호보험제도의 요개호(요지원)인정자비율은 2000년도 전체노인의 10.1%에서 2004년도에는 12.5%로 늘어났으며, 특히 요지원 및 요개호1등급에 해당하는 경증자가 크게 늘어난 것으로 집계되어 있다¹³⁾.

여기에서 이나기시에서 실시한 설문조사결과¹⁴⁾ 중, 몇 가지 특징적인 결과를 제시하면 다음과 같다. 즉, 고령자의 세대에서 독거노인과 노인부부만의 세대를 합하면 전체의 52%를 차지하고 있어 고령자를 위한 안전, 안심, 도모할 수 있는 지원서비스가 중요한 것으로 지적하고 있다. 일상생활상의 자립도는 교통수단이나 근거리의 외출이 가능한 노인이 전체의 91%로 나타나 활동적으로 생활하고 있는 것으로 보인다. 다만, 절반정도의 노인이 하루 일과 중의 생활양식이 신문, TV, 가사일 등과 같이 가정 내에서 지내고 있으며, 친구나 이웃마실 또는 취미활동은 약 30%정도의 노인이 수행하는 것으로 나타나고 있다. 여기에서 외출빈도는 거의 매일하는 경우가 약 40%정도를 차지하고 있고, 1주일에 2일 이상 외출하는 노인까지 포함하면 약 80%의 노인이 1주일에 이틀이상은 외출하는 것으로 보인다.

13) 만약에 요지원과 요개호1등급자를 제외하면, 전체노인의 4.8%로 나타나고 있다.

14) 이는 2004년 12월에 실시한 이나기시 보건복지종합계획 책정을 위한 양케이트조사 <고령자>이다.

이러한 고령자가 앞으로 수행하고 싶은 활동으로 건강증진활동이나 취미생활을 거론하고 있으며, 참여하고 싶은 단체로도 건강증진단체, 학습·교양·취미모임과 같은 단체를 거론하고 있는 것으로 나타나 건강증진에 대한 관심이 매우 높음을 알 수 있다.

2. 이나기시의 보건복지사업의 실태

가. 기본방향

고령자가 안심하게 생활할 수 있는 지역사회조성을 위해서 개호보험뿐만 아니라 개호보험제도 이외의 서비스를 포함한 시책을 계획적으로, 수립 추진하고 있는데, 이에 는 생활지원서비스, 삶의 질 향상서비스, 건강증진, 사회참여조성 등을 포함하고 있다. 고령자의 대부분은 장애가 없는 건강한 자이기 때문에 건강유지나 삶의 질적 생활의 지소, 지역사회구성원으로써의 의식을 제고시키기 위한 지원대책을 추진하고 있다는 것이다. 그런 반면에 독거노인이나 노인부부만의 세대가 증가하고 있다는 점을 감안하여 요개호상태(장기요양상태)에 빠지지 않도록 건강하게 생활할 수 있도록 적절한 예방서비스대책을 추진하고 있기도 하다. 따라서, 이러한 실정을 기반으로 하여 기본적인 방침은 “고령자라면 누구든지 건강하고 활발하게 활동을 하고, 풍부한 마음을 언제까지라도 안심하고 지낼 수 있는 마을”을 조성하는데 두고 있다.

나. 중심적 내용

크게 4개 분야로 나누어 서비스를 실시하고 있는데, 이는 ①고령자가 건강하고 활발하게 지낼 수 있는 마을조성, ②개개인이 삶의 보람을 갖고 지역사회에서 활발하게 활동할 수 있는 마을조성, ③지역주민이 서로 돕고 안심하면서 생활할 수 있는 마을조성, ④마음이 풍부한 마을조성 등이

고, 이를 달성하기 위해 제공되는 서비스내용은 다음 [그림 4-2]와 같다.

[그림 4-2] 이나기시의 고령자지원을 위한 보건복지연계서비스 내용

목표	시책	사업내용
○	○ 건강증진 추진	- 건강증진정보의 제공 - 식생활개선 추진 - 건강증진활동의 지원
	○ 개호예방시스템 확립	- 생활기능저하자의 조기파악시스템 확립 - 지역포괄지원센터 설치 - 개호예방프로그램 강화 - 개호예방추진원 활동지원 - 개호예방에 관한 정보제공
	○ 일상생활지원서비스 추진	- 홈헬프서비스 추진 - 데이서비스 추진 - 단기보호서비스 추진 - 일상생활용구 급여 - 위생재료지급 추진 - 배식서비스 이용촉진 - 이미용서비스, 입욕서비스 추진 - 침구건조서비스 추진
	○ 가족개호의 지원	- 가족개호자 지원 - 개호기술 향상 - 개호자상담 추진
	○ 집안은둔생활방지대책 추진	- 우애방문 추진 - 노인의 전화 추진 - 고령자교류회 추진
	○ 인지증고령자대책 강구	- 인지증예방 추진 - 배회고령자 등 위치탐색시스템 추진 - 인지증예방 자주집단 지원사업
	○ 시설정비	- 특별양호노인홈 정비 - 개호노인보건시설 정비 - 기타 시설서비스 정비

[그림 4-2] 계속

목표	시책	사업내용
○	○ 학습, 취미, 스포츠활동 추진	- 평생학습 추진 - 생애스포츠 추진
	○ 취업 지원	- 취업상담, 정보제공 추진 - 실버인재센터 지원
	○ 사회참여촉진	- 고령자자원봉사활동 지원 - 자원봉사환경 정비 - 고령자환경단체 지원
○ ○ ○ ○	○ 노인보호네트워크시스템 강화	- 고령자지역자립지원네트워크사업 추진 - 지역포괄지원센터 활용 - 사회복지협의회간 연계 - 민생위원, 아동위원간 연계 - 실태조사 실시
	○ 고령자주거환경 추진	- 고령자주택 계획추진 - 주택개선 지원 - 거주지원
	○ 외출이 용이한 마을조성	- 고령자외출지원서비스 추진 - i버스 이용촉진 - 유니버설 디자인 추진
	○ 고령자 안전, 안심 확보	- 긴급통보시스템 추진 - 피난, 구조네트워크 정비 - 안전교육 추진
○	○ 정보제공, 상담체제 강화	- 정보제공 강화 및 의식개발 촉진 - 지역포괄지원센터 정비 - 고령자지역자립지원네트워크협력원과의 연계
	○ 고령자 권리옹호 추진	- 인권의식 개발, 보급 - 권리옹호사업 추진 - 성년후견인제도 이용지원 - 고충처리체제 정비 - 고령자학대방지체제 확립

이 중에서 본 연구와 깊은 관련성이 있는 사업내용을 간추려서 제시하면 다음과 같다.

(1) 건강증진추진사업

생애의 건강증진을 위해서 자신의 건강은 자신이 지킨다는 것을 기본으로 영양·식생활, 신체활동·운동, 휴양, 흡연, 음주 등의 생활습관을 청년기부터 개선시켜 건강을 증진시키고 질병을 예방시키는 것으로 하고 있다. 고령자의 건강증진 및 질병예방을 촉진시킴과 동시에 시민조직이나 지역조직으로 건강증진활동을 추진하는 것으로 하고 있다.

주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-4〉 이나기시의 건강증진사업 추진내용

사업	사업내용
건강증진정보 제공	· 시민의 주체적인 건강증진 실천을 촉진시키기 위해 건강증진에 관한 각종 정보를 제공 - 관련사업: 시 홍보, 홈페이지, 건강축제, 강연회
식생활개선 추진	· 건강한 고령자의 생활습관을 확립한다는 관점에서 고령자의 식생활개선사업을 추진 - 관련사업: 식생활개선사업, 회식교류회
건강증진활동 지원	· 건강증진활동을 수행하고 있는 각 집단별 필요한 지원 - 관련사업: 자주집단지원사업

(2) 개호예방시스템 확립

개호예방을 도모하기 위해 예방의식을 제고시키고 효과적인 개호예방프로그램의 제공을 도모함과 동시에 노화의 진행에 따른 낙상, 인지증, 외상을 방지하고 일상생활능력을 유지시켜가는 것으로 하고 있다. 보건, 의료,

복지의 연계를 도모하면서 근력향상훈련 실시, 낙상방지, 식생활개선 등 이외에 생활기능의 저하를 유발시키는 집안은둔생활의 예방, 고립방지 등 종합적인 개호예방시책을 추진하는 것으로 되어 있다.

주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-5〉 이나기시의 개호예방시스템사업 내용

사업	사업내용
생활기능저하자의 조기파악시스템 확립	- 노인건강검진에서 생활기능저하체크를 실시하고 다양한 경우에서의 개호예방검진을 추진 - 관련사업: 개호예방검진, 노인검진
지역포괄지원센터 설치	- 대상자의 적절한 파악, 효과적인 개호예방플랜의 작성 등을 실시하기 위해 지역포괄지원센터 설치 - 관련사업: 지역포괄지원센터 정비
개호예방프로그램 확충	- 각종 개호예방프로그램 강화 - 관련사업: 근력향상훈련, 낙상골절예방사업, 고령자식생활 개선사업, 개호예방교실, 구강기능 개선, 방문지도사업
개호예방추진원의 활동지원	- 지역에서 활동하는 개호예방추진원 양성을 도모하고 그 활동을 지원 - 관련사업: 가칭, 개호예방추진원 양성
개호예방관련 정보제공	- 개호예방과 관련한 정보제공을 추진 - 관련사업: 개호예방관련 강연회, 이벤트 개최, 개호예방사회자원맵 배포

(3) 일상생활지원서비스의 추진

개호를 필요로 하는 고령자의 증가에 대비한 서비스제공체제를 정비하고 재택개호보험서비스와의 연계 및 개호보험제도를 보완하는 서비스를 추진하는 것으로 하고 있다.

주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-6〉 이나기시의 일상생활지원서비스사업 내용

사업	사업내용
홈헬프서비스 추진	· 개호보험에 해당되지 않은 허약고령자에 대해 가사원조 등을 중심으로 한 홈헬프서비스 추진 - 관련사업: 생활지원 홈헬프서비스사업
데이서비스 추진	· 요개호인정을 받지 않은 고령자, 비해당의 고령자에 대해 삶의 질 조성 및 심신기능의 유지향상, 일상동작훈련 등의 주간보호사업을 추진 - 관련사업: 고령자재택서비스센터사업
단기보호 추진	· 사회적 이유에 따라 일시적으로 보호를 필요로 하는 고령자에 대해 시내의 시설에서 단기보호를 추진 - 관련사업: 단기보호사업
일상생활용품 급여	· 개호보험에 해당되지 않은 고령자에 대해 개호예방과 생활지원을 위해서 욕구를 급여 - 관련사업: 고령자 자립지원일상생활용품 급여, 고령자백내장안경 지급
위생재료지급 추진	· 외상노인에 대해 종이거저귀를 지급 - 관련사업: 외상노인위생재료지급사업 보조
배식서비스 이용촉진	· 배식서비스의 홍보와 서비스이용 촉진 - 관련사업: 배식서비스사업 지원
이미용서비스, 입욕서비스 추진	· 재택고령자의 이미용서비스 및 입욕서비스 추진 - 관련사업: 고령자이미용권 및 입욕권 배부
침구건조서비스 추진	· 독거노인 및 외상노인에 대해 침구의 건조서비스를 추진 - 관련사업: 침구건조서비스

(4) 가족개호 지원

핵가족화에 따른 가정에서의 개호력 저하는 시설입소를 유발시키고 고령자가 고령자를 개호하는 사례의 증가가 예상되어 재택서비스의 강화가

필요하다. 특히, 가족개호자의 교류 및 개호자상담, 개호자의 개호기술 향상은 가족개호자의 정신적 부담경감이나 삶의 질 향상에서 중요하다고 보여진다. 이를 통하여 개호자에게 친근한 서비스를 제공하여 개호부담을 경감시키고 개호자의 원기회복이나 건강유지를 촉진시키는 것으로 하고 있다. 주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-7〉 이나기시의 가족개호지원사업 내용

사업	사업내용
가족개호자의 지원	· 가족개호자에 대한 지원을 도모하고 가족개호자의 교류사업을 강화 · 개호자의 정신적, 신체적인 건강유지를 촉진 - 관련사업: 가족개호지원사업
개호기술 향상	· 고령자를 개호하는 가족에 대해 개호방법, 개호예방, 개호자의 건강증진 지식, 기술습득을 위한 교실 운영 - 관련사업: 가정개호교실 등
개호자상담, 카운슬링 추진	· 재택 요개호자를 개호하는 개호자에 대한 개호자상담 및 카운슬링을 추진 - 관련사업: 가족개호지원사업

(5) 집안은둔생활방지대책 추진

독거노인이나 노인부부세대만의 고령자가 집안은둔생활로 지역사회와의 접촉을 잃고 고립되는 것은 정신적으로 건강하고 풍요로운 생활을 상실하게 되는 계기가 되어 경우에 따라서는 요개호상태에 빠질 수도 있다. 그래서 이나기시에서는 우애방문원을 설치하고 독거노인을 비롯하여 은둔생활의 가능성이 높은 고령자를 방문하거나 노인클럽을 통해서 우애리더가 독거노인을 방문하는 등 사업을 실시하는 것으로 하고 있다.

주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-8〉 이나기시의 집안은둔생 활방지사업 내용

사업	사업내용
우애방문 추진	• 독거노인, 은둔생활위험노인에 대해 방문원에게 방문하게 하고 고령자의 고독감을 해소, 안부확인, 사고의 미연방지를 도모 - 관련사업: 우애방문원파견사업, 우애리더 방문
후레이아이전화, 복지전화 추진	• 정기적인 전화로 안부확인을 추진하고 전화가 없는 독거노인에게는 전화기 대여 등을 지원 - 관련사업: 독거노인후레이아이전화사업, 노인복지선전화 사업
고령자교류회 추진	• 고령자가 지역에서 고립되지 않도록 회식이나 체조 등을 통해서 고령자 상호교류를 촉진 - 관련사업: 회식교류회

(6) 인지증고령자대책 추진

인지증고령자는 소규모의 거주공간속에서 가정적인 분위기와 익숙한 인간관계를 유지시키고 현거주지역에서의 생활을 지속시킴으로써 안정된 삶을 영위할 수 있도록 하는 것으로 하고 있다. 인지증고령자의 인간다움과 존엄을 배려하고 심신의 힘을 최대한 끌어내면서 편안한 생활을 보낼 수 있도록 환경을 개선하고 보건, 복지, 의료 등의 관계기관, 단체, 시설에 의한 다양한 서비스를 제공 하는 등, 종합적인 인지증케어를 추진한다.

주요사업으로는 다음과 같다.

〈표 4-9〉 이나기시의 인지증고령자대책사업의 내용

사업	사업내용
인지증예방 추진	· 인지증을 예방하기 위해 인지증발증지원그룹 활동을 지원 - 관련사업: 경도인지증예방사업
배회고령자 등 위치탐색시스템 추진	· 배회습관이 있는 인지증고령자를 대상으로 안전확보 및 개호자의 부담경감을 위해서 배회고령자의 탐색시스템사업을 추진 - 관련사업: 배회고령자가족지원서비스사업
인지증예방자주그룹 지원사업	· 인지증예방을 위해서 운동이나 여가활동을 하는 소그룹 구성을 지원하고 그룹활동을 강화 - 관련사업: 자주그룹지원사업

(7) 고령자보호네트워크시스템 강화

이나기시에서는 독거노인이나 병약하고 불안정한 고령자를 안심하게 생활할 수 있도록 지역에서 보호해주는 고령자지역자립지원네트워크사업을 실시하고 있다. 이 사업은 지역주민이 네트워크 협력원이 되어 지역포괄지원센터와의 연계를 맺으면서 지역고령자를 보호해주는 것이다. 여기에서 협력원이나 협력기관은 민생위원, 아동위원, 노인클럽, 부인회, 후레아이센터 이외에 지역에서 활동하고 있는 NPO 단체, 자치회 등이 포함되어 있다.

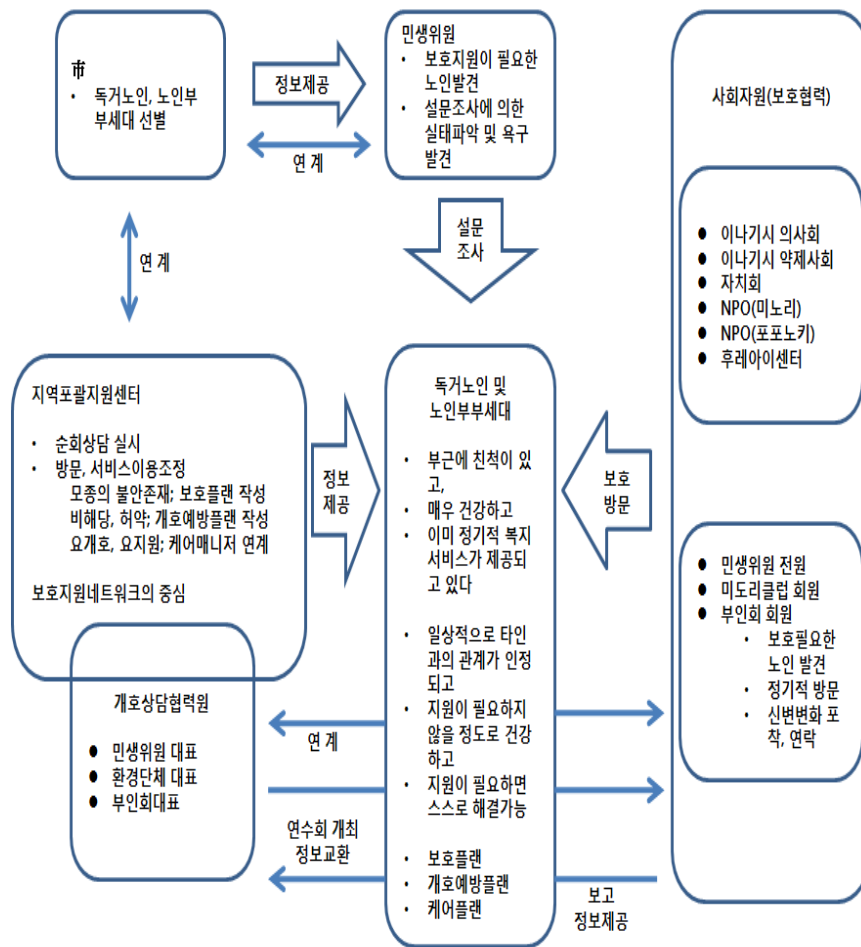
(8) 외출지원 추진

고령자의 일상생활을 확보해 주기 위하여 아이(i) 버스¹⁵⁾ 운행편수의 증편, 민간교통기관의 증대, 복지이송서비스의 유도 등을 추진하고 있으며, 외출하기 쉬운 도로의 환경정비, 찾기 쉬운 안내판 설치 등 유니버설 디

15) 이는 이나기시(稻城市)의 영문첫자를 따서 i로 표기한 것으로 「주민들이 순환버스를 애정을 갖고 이용하도록 유도한다는 의미를 지닌 아이(愛)」, 그리고 「순환버스를 타고 사람들을 만난다는 의미를 지닌 아이(逢い)」 등의 이름에서 따온 것이다.

자인에 입각한 도시조성을 추진하고 있다.
주요사업으로는 다음과 같다.

[그림 4-3] 노인보호네트워크 지원체제



〈표 4-10〉 이나기시의 외출지원사업의 내용

사업	사업내용
고령자외출지원서비스 추진	· 사회복지협의회에서 실시하고 있는 이송서비스를 지원 - 관련사업: 핸디캡사업
아이(i) 버스 이용촉진	· 아이(i) 버스 이용 촉진 - 관련사업: 아이(i)버스사업
유니버설 디자인 추진	· 공공시설의 디자인을 포함하여 장애제거관점에서 추진된 것으로 모든 사람이 이용하기 쉬운 제품, 환경, 정보 디자인을 목표로 하여 행정으로 추진하는 사업

제4절 시사점

보건복지서비스의 연계방식은 국가마다 다른데, 그 연계의 중심적 역할을 누가 담당하느냐에 따라서 형태가 다양하다는 것이다. 호주의 CHC모델의 경우에는 의사(개업의 GP)가 케어 코디네이터의 역할을 담당하고 있기 때문에 주요 시범사업의 참여자는 질병을 지니고 있는 자를 대상으로 하고 있으며, 캐나다의 SIPA모델은 질병 이외에 일상생활상의 수행능력에 장애를 지니고 있는 자를 대상으로 하고 있다. 일본의 이나기시에서는 지자체(시)가 중심이 되어 사업을 수행하는 것으로 되어 있어 정부주도형의 보건복지서비스 연계사업을 시행하고 있는 것으로 보여 진다.

어떻든 간에 각 사업의 대상자들은 장애고령자 이외에도 신체적으로나 정신적으로 기능이 허약한 고령자도 포함하고 있다는 점은 가급적이면 생활상의 기능을 최대한 유지시키기 위한 서비스나 관리체계를 개발하려고 하였다는 점이다. 특히, 일본의 경우에는 우리나라와 같이 장기요양보험제도가 시행되고 있는 국가로써 우리나라가 참고할 수 있는 것은 장기요양보험제도에 의해 서비스를 공급하지 못하는 경증 또는 허약고령자를 대상

으로 예방적 서비스를 제공할 수 있는 체제가 갖추어져 있다는 것이다. 전반적인 예방정책의 결과는 미흡하지만, 지자체가 나름대로 장기요양보험제도의 비혜당자에 대한 보건복지서비스를 마련하여 제공하고 있다는 것이다. 그리고 호주의 CHC모델이나 캐나다의 SIPA모델의 경우는 그 주요목적이 재가생활을 장기간 지속시켜주기 위한 방안을 모색하기 위해서 시행되고 있는 것으로 이로 인한 노인요양시설의 입소를 지연시켜 전체적인 장기요양서비스재정의 절감 내지는 완화의 효과를 기대하고 있다는 것이다.

따라서, 우리나라에 시사해주고 있는 점은 장기요양보험재정의 안정화는 지역사회에서의 재가생활을 지원해줄 수 있는 보건복지서비스의 효과적인 연계방식을 개발하는데 있다고 말할 수 있겠다.

제5장 고령자 보건복지지원체계 모형

제1절 연계적 보건복지지원체계의 필요성

일반적으로 보건복지서비스의 연계적 지원체계를 구축하기 위해서는 우선적으로 그 목적을 명시하여야 할 것이다. 고령자를 대상으로 한 보건복지서비스의 제공목적은 자립적인 일상생활기능의 유지 및 증진에 있고, 이를 통하여 노년기의 삶의 질을 향상시키는데 있다는 것이다. 여기에서 일상생활기능의 의미와 그 구성요소를 살펴볼 필요가 있다.

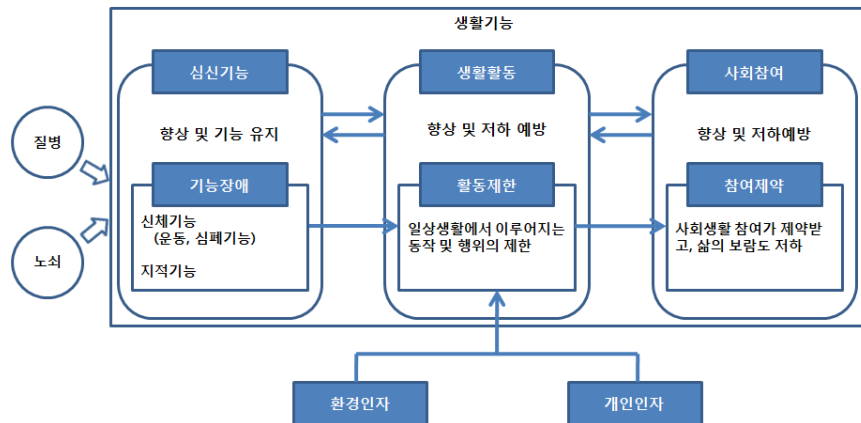
일상생활기능(functioning)은 WHO의 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)에 의해 확립된 개념으로 건강상태(질병뿐만 아니라 가령, 스트레스 등도 포함)가 생활이나 인생에 미치는 영향에 관한 세계적인 인식의 제고에서 발생되었고, 그 중요성이 점차적으로 증대하고 있다. 특히, 고령자에게는 질병뿐만 아니라 어떠한 형태의 생활기능저하를 지니고 있는 경우가 대부분이고 향후 노인의료 및 장기요양, 보건부문에 있어서 중요하게 다루어질 것으로 보인다.

구체적으로 일상생활기능이란, 일상적으로 생활하는데 필요한 기능을 말하는데, 이는 단순한 신체적 기능만을 의미하는 것이 아니라 가정내외에서 이루어지는 모든 동작 및 사회참여활동까지 내포하고 있다. 다시 말하면, 심신기능은 신체 및 정신의 신체구조상의 작동성, 생활활동은 걷거나 개인위생처리동작, 가사활동과 같은 생활행위, 참여는 일, 가정 내 역할, 지역사회에서의 참여 및 역할을 수행하는 행위로 설명되고 있다.

이와 같은 일상생활기능은 3개 부문 간 상호 영향을 끼치고 있고, 또한 건강상태이외에도 환경인자 및 개인인자에 의해서도 영향을 받고 있다고

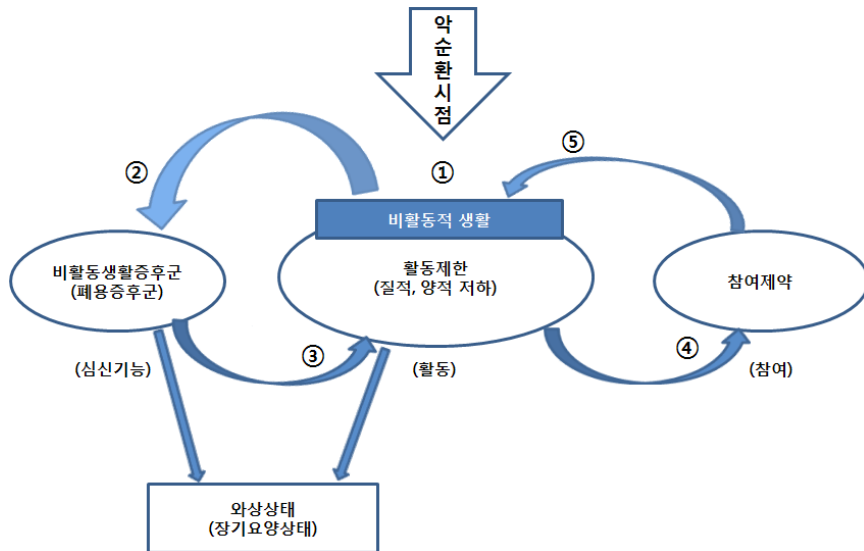
하겠다. 여기에서 건강상태는 질병, 부상, 고령 및 스트레스 등을 말하고, 환경인자는 건물, 복지용구, 사회제도 등, 개인인자는 연령, 성별, 생활습관, 가치관 등을 말한다.

[그림 5-1] 일상생활기능의 개념과 내용



이러한 생활기능을 저하시키는데 기여하고 있는 것이 폐용증후군(disuse syndrome)이라 할 수 있는 비활동생활증후군이 크게 작용하고 있는 것으로 지적되고 있다. 폐용증후군의 악순환과정을 보면, 경증질환이나 부상, 또는 생활습관으로 인하여 정적인 생활을 하게 되고, 안정된 상태로 유지되는데, 이것이 일차적인 폐용증후군을 발생시킨다. 이로 인하여 신체적 기능이 저하되어 일상생활동작의 능력저하로 비활동적인 생활과 사회참여의 제약으로 나타나게 되어 다시 정적인 생활이 지속되어 2차적인 폐용증후군을 발생시키는 악순환 현상이 나타난다. 이와 같이 폐용증후군은 기능을 저하시켜 외상상태에 빠지게 하거나, 기능의 저하를 발생시키기도 이전에 질병의 합병증이나 장애를 악화시켜 그대로 외상상태에 빠지게 하는 경우도 있다.

[그림 5-2] 비활동생활증후군의 악순환



따라서, 이러한 비활동생활증후군을 억제시키고 선순환관계로 회복시키기 위한 대책이 필요한데, 그림에서 볼 수 있듯이 보건의료서비스만으로는 효과성을 극대화시킬 수가 없다는 것이다. 특히 농촌지역에서는 보건복지자원의 인프라가 부족하고, 지역의 광활성으로 연계적 제공도 부족한 것으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 보건의료서비스 및 복지서비스 간 연계적 지원체계의 효과성은 여러 논문에서도 밝혀지고 있다. 비록 일상생활작(ADL, IADL)의 기능향상은 기초체력의 증강이 선결되어야 이루어질 수 있는 것이고, 노인간 기능의 격차가 심하기 때문에 그 효과를 보기가 어려운 점이 있기는 하지만, 삶의 질이나 인지기능은 연계적 서비스의 제공에 의해 개선되는 것으로 나타나고 있다. 그 연계적 방법에 대해 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 사회복지인력과 간호인력 간의 연계적 사례관리를 통해 부분적으

로 사업의 효과성을 제고시킬 수 있다는 것이다(한혜경 외, 2002). 즉, 사례관리를 통한 서비스량의 증가를 통해서 삶의 질, 인지기능을 개선시킬 수 있었지만, 일상생활동작의 기능은 개선되지 못한 것으로 나타났는데, 이는 근력강화훈련서비스를 전제로 하지 않았기 때문으로 보인다. 그러나 대체적으로 연계적 프로그램은 농촌노인의 건강수준을 유지하는데 효과가 있었고(이정화 외, 2006), 특히, 일상생활동작의 기능상태는 농촌노인의 삶의 만족도에 영향을 미치고 있는 것으로 나타나고 있어(권중돈 외, 2000; 강희숙 외, 2007), 일상생활동작의 기능을 향상시켜줄 수 있는 프로그램의 개발이 필요하다.

둘째, 보건복지연계적 지원서비스에서 주거환경개선 및 사회적 참여활동서비스가 중요하다는 것이다(권중돈 외, 2000; 양점도 외, 2004; 양순미, 2005; 주상현 외, 2006). 즉, 노인의 욕구가 다양하지만, 농촌지역의 거주 노인이 접근할 수 있는 서비스는 보건(지)소 또는 보건진료소의 보건의료서비스나, 복지교육 및 단순오락프로그램위주의 복지서비스가 대부분이어서 이들 보건복지기관의 주요 사업에서 벗어나 있는 서비스에 대한 욕구는 해결되지 못하고 있는 것으로 보인다. 특히, 그 중에서도 사회적 활동참여를 통해서 정신건강을 유지할 수 있고, 일상생활동작의 기능도 유지할 수 있다는 점(이정화, 2006)에서 그 중요성이 부각되고 있다.

셋째, 농촌지역의 경우에는 연계적 서비스의 제공범위를 면이나 리(里)단위보다는 작은 자연촌락(마을)단위로 설정하는 것이 효과적이라는 점이다(양순미, 2005). 이는 농촌지역의 지리적 요인 등으로 인하여 서비스제공자의 접근성이나, 마을간 거주노인의 생활습관의 이질성 등이 내포되어 있기 때문인 것으로 보인다.

제2절 기본방향

고령화심화지역의 대부분은 군단위의 농촌지역이며, 그 중에서도 도심지역에서 최소한 30분 이상 떨어져 있는 지역이라 할 수 있다. 이러한 지역의 특성은 지역사회가 정체되어 있고, 사회를 활성화시킬 수 있는 인프라도 부족한 상태를 보이고 있다. 그러나 최소한 농사일 같은 소일거리가 있고, 노인복지기관과 같은 사회적 인프라는 없지만, 이웃과의 왕래를 통해서 사회적 관계를 맺고 있는 지역공동체적 성격을 지니고 있어서 도심지역의 거주노인과는 다른 특성을 지니고 있다. 이미 노인생활실태조사자료의 분석을 통해서도 알 수 있었듯이 신체적 기능상태에서는 전반적으로 도시지역거주 노인에 비하여 양호한 것으로 보이지만, 인지·정신적 기능상태 면에서는 오히려 취약한 것으로 보인다는 점을 유념하여야 할 것이다.

그런데, 일상생활의 기능을 유지하는 하고 있지만, 언제든지 환경의 변화 및 생활기능의 장애로 장기요양보호를 받을 위험에 빠질 수 있는 고령자가 도심지역의 거주노인에 비해서 상대적으로 높은 것으로 예상되고 있다.

본고에서는 일상생활기능의 유지 및 향상에 기여할 수 있는 보건복지서비스연계모형을 개발, 제시하는 데 있다. 그 이유는 고령자는 가급적이면 남은여생을 타인의 신체적 도움 없이 자립적으로 생활할 수 있도록 지원 받아야 하고, 보건의료적 욕구뿐만 아니라 사회적 욕구도 동시에 지니고 있어서 양 욕구해결을 위한 보건의료 및 복지부문이 분절적이지 않고 상호협조 하에 서비스가 연계적으로 제공되어야 하기 때문이다. 따라서 보건복지서비스연계사업은 첫째, 기본적인 목적은 일상생활기능의 회복, 유지 및 향상에 두어야 할 것이다.

두 번째는 보건복지서비스연계사업의 효율성을 제고시키기 위해서는 노인의 거주형태와 건강상태를 감안하여야 할 것이다. 다시 말하면, 고령화심화지역에 거주하는 고령자의 경우, 자녀와 동거하는 경향이 적기 때문에

독거상태나 노인부부를 대상으로 한 사업모형이 필요하고, 건강수준도 이질적이기 때문에 유형화시킬 필요가 있다. 따라서 거주형태별로는 독거노인, 부부노인 및 자녀동거노인으로 구분할 수 있고, 건강형태별로는 일상생활기능을 토대로 건강한 노인, 허약한 노인 및 장애인노인으로 구분할 수 있다. 여기에서 장애인노인은 노인장기요양보험제도로부터 서비스수급이 필요한 상태를 보이고 있는 노인이지만, 그러한 상태를 보이거나 서비스를 이용하지 않는 노인도 현실적으로 존재하고 있다는 것을 고려하여야 한다.

[그림 5-3] 노인거주형태 및 건강수준별 보호 우선순위 구분

		독거노인	노인부부	자녀동거
건강한 고령자		A1	A2	A3
		B1	B2	B3
장기 요양 인정 자	서비스미이용자	C1	C2	C3
	재가서비스이용	D1	D2	D3
	시설서비스이용	(불필요)		

세 번째는 보건복지자원의 제약성 때문에 사업대상의 우선순위를 설정하는 것이 비용효율적일 것으로 생각된다. 지역사회에서 고령자에게 서비스를 제공할 수 있는 공공사업은 보건(지)소, 보건진료소 등의 보건기관에서의 건강증진사업 및 맞춤형건강관리사업, 지자체에 의한 노인돌보미서

비스 및 독거노인생활관리사업, 국민건강보험공단에 의한 장기요양서비스 사업으로 구분하여 볼 수 있다. 이 중에서 장기요양서비스사업을 제외한 보건소 자체사업과 지자체 자체사업은 일부의 국고와 더불어 지자체의 예산을 동원하여 추진하여야 하는 사업이므로 상호간 협조·연계체계가 구비될 필요성이 있다는 것이다.

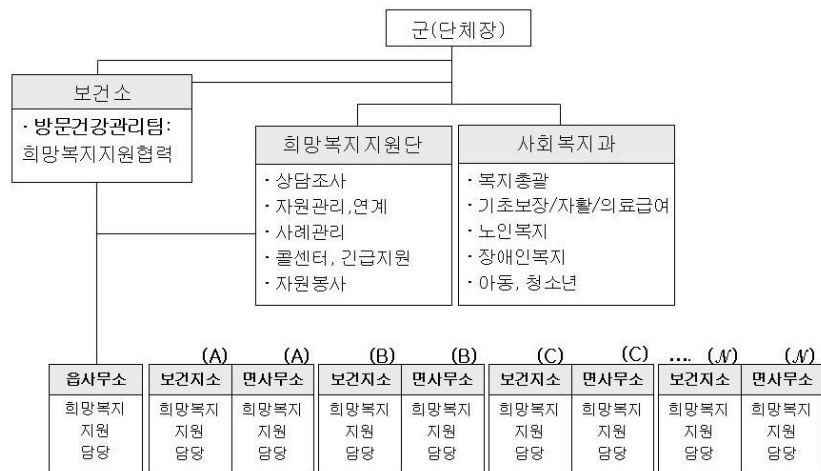
이러한 관점에서 볼 때, 우선적인 사업대상은 B계층이고, 이중에서도 B1> B2> B3계층의 순으로 우선도를 두는 것이 요구되고, 그 다음으로 A 1> A2> A3계층, C1> C2> C3계층의 순으로 우선도를 두는 것이 요구된다. 만약에 A3, B3, C3계층에 대한 별도의 가족지원대책이 준비되어 있지 않은 경우에는 가족의 해체가 발생할 우려도 있기 때문에 A2=A3, B2=B3, C2=C3계층을 동일한 우선도를 두는 것이 필요할 것이다.

넷째, 농어촌 고령자를 위한 보건복지지원체계모형은 국가단위의 사회복지 서비스 전달체계 개편안을 고려하여 모색되어야 한다고 생각한다. 보건복지가족부는 2008년 11월에 복지서비스 제공의 효율화와 수요자 중심의 통합적 서비스 제공이라는 목표 하에 사회복지서비스 공공 부문·민간부문의 전달체계 개편과 사회복지통합관리망 구축을 기본 내용으로 하는 시군구 단위 ‘희망복지지원단’설치 방안에 대해 발표한 바 있으며, 이를 토대로 2009년 시범사업을 추진할 계획에 있다.

특히, 읍면 지역의 경우 지역복지 자원이 매우 취약하고, 고령화율이 상대적으로 높으며, 특히 기초수급·차상위계층가구의 상당수가 65세 이상 노인비율이 높아서, 공공영역에서의 복지-보건 연계서비스 제공이 희망복지지원단 설립의 핵심적 과제가 되고 있다. 기초보장 수급자 중 기초노령연금수급자 비율을 파악한 결과, 동지역은 인원기준 27.2%(세대기준 41.7%)인데 비해, 면지역은 인원기준 53.6%(세대기준 70.1%), 읍지역은 인원기준 39.2%(세대기준 54.5%)로서, 읍면 지역은 전체 기초보장 가구의 2/3가량이 노인 세대로 조사되었다. 따라서 보건복지가족부는 [그림 5-4]와

같이 군 지역 특화모형을 제시하였다.

[그림 5-4] 군-지역 특화모형: 복지-보건 협력 희망복지지원담당 지정



자료: 강혜규, 사회복지서비스 공공전달체계 개선방안, 보건사회연구원, 2008.

본 모형은 군지역의 보건·복지 연계서비스 수요를 감안하여 읍·면의 희망복지지원 기능을 강화하는 것으로, 읍·면사무소의 사회복지직과 보건소 및 보건지소의 방문건강관리인력을 희망복지지원담당으로 함께 지정하여, 사회복지직과 방문건강관리인력을 중심으로 상시적인 사례관리 협업체계를 구축하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 군청 내 희망복지지원단을 구성하여 다음과 같은 기능을 강화하되, 도시 지역보다는 읍·면 희망복지지원담당을 중심으로 찾아가는 서비스, 사례관리를 중점적으로 시행한다. 희망복지지원단을 통해 강화되는 기능은 첫째, 서비스 연계인력을 보강하여 읍면단위 사례관리 강화를 위한 연계기반 조성, 보건소 방문건강관리팀, 국민건강보험공단 장기요양보험운영센터 등과 상시적인 사례관리 협업체계 구축, 둘째, 콜센터에 최

소인원 배치, 셋째, 읍·면사무소에 ‘복지도우미’, 독거노인생활지도사를 적극 활용하여 현장방문 등 복지업무의 강화이다.

제3절 모형내용

고령화심화지역의 거주노인을 상정하여 필요한 보건복지서비스를 연계적으로 제공할 수 있는 모형을 제시하면 다음과 같다.

본 모형의 배경에는 기존 보건소의 노인건강증진사업의 참여대상자가 보건소 소재지역과 교통이 상대적으로 편리한 지역주민이 대부분이어서 소외지역이라 할 수 있는 오벽지 거주고령자에게는 보건소나 지자체에서 제공하는 서비스의 접근이 용이하지 못하다는 점을 고려하고 있다.

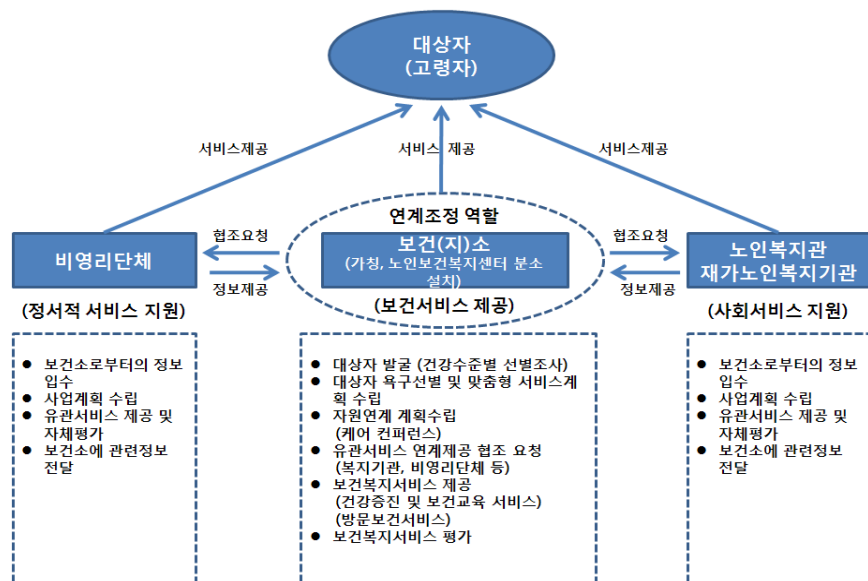
1. 공공보건기관(보건소 등) 중심의 보건복지서비스 연계모형

먼저, [그림 5-5]의 경우, 보건복지 연계적 서비스의 공급자는 보건기관으로는 보건(지)소, 사회복지기관으로는 노인복지관 또는 사회복지법인의 재가노인복지기관, 비영리단체로 구성하는 것으로 한다.

여기에서 보건소 내에 TF팀의 형식으로 (가칭)노인보건복지연계센터를 설치하고, 동 센터가 중심이 되어 비영리단체 및 사회복지기관으로부터 업무협조를 요청하고 상호 필요한 서비스관련정보를 공유하는 것으로 한다. 보건소에서는 맞춤형건강관리팀으로 하여금 고령자의 건강수준 및 거주형태별 특성에 대한 정보(서비스욕구)를 수집할 수 있도록 하고, 이를 바탕으로 하여 고령자개인별 맞춤형 보건복지서비스계획을 수립한다. 이때 서비스계획은 가능한 한 연계기관과의 업무연락, 정보협조 등을 통해서 수립하도록 하고, 계획에 따른 서비스를 제공, 평가하는 것으로 한다. 사회복지기관(노인복지관 및 재가노인복지기관)에서는 보건의료서비스 이

외의 사회적 서비스를 제공하도록 하되, 보건소로부터의 협조요청에 부응할 수 있도록 담당자를 배정해 놓아야 할 것이다. 그리고 비영리단체에서는 단체의 성격에 따라서 협조를 받을 수 없는 단체도 있기 때문에 사전적으로 욕구해결에 필요한 단체명을 선별하여 협조요청을 할 필요가 있다. 문경시의 경우 비영리단체 중에서 노인복지욕구의 해소에 기여할 수 있는 단체로 YMCA, 자원봉사회, 사랑실은 교통봉사대, 한사랑봉사회, 수지침봉사회, 늘푸른모임 등이 있기 때문에 이들 기관과의 연계협조가 요구된다.

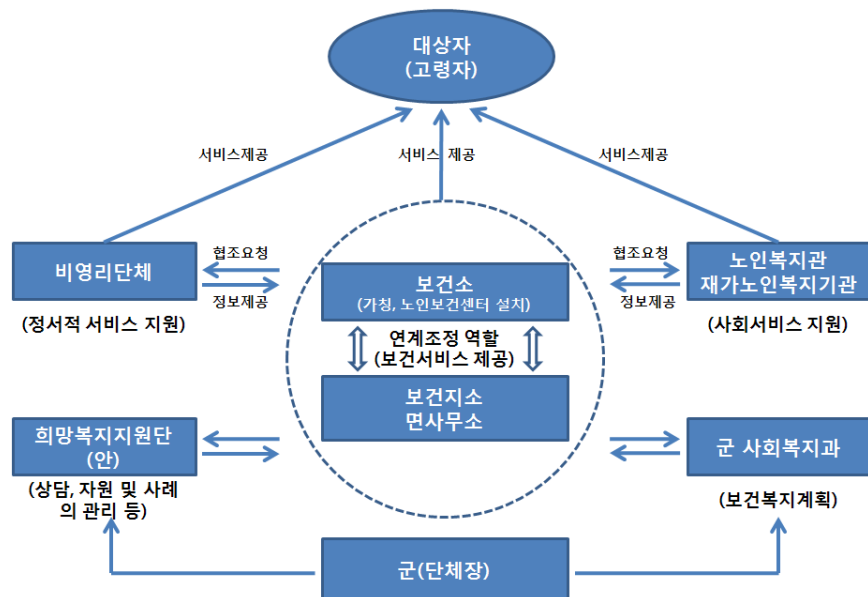
[그림 5-5] 보건복지서비스 연계모형 (I)



그리고 [그림 5-6]의 경우, 현재 정부에서 추진 중에 있는 희망복지지원단체계를 감안하여 제시해 본 것이다. [그림 5-3]과 약간 다르기는 하지만, 고령자의 생활기능 자립지원에서 핵심적인 역할을 담당하는 보건(지)소는 희망복지지원

단과 연계되어 있는 모형이다. 이러한 희망복지지원단은 지자체(군)장의 산하에 존치하는 조직으로 기존의 사회복지과의 업무와 중복되지 않는 선에서 고유업무를 수행하는 것으로 되어 있다.

[그림 5-6] 보건복지서비스 연계모형 (Ⅲ)



두 번째로 보건복지서비스의 유형으로는 연계기관의 특성을 고려하여 설정한다.

보건(지)소에서는 건강증진서비스와 맞춤형건강관리서비스를 중점적으로 제공하여야 할 것인데, 전자의 건강증진서비스는 ① 허약노인을 대상으로 한 신체 및 인지기능의 강화를 위한 근력운동프로그램(부록 2 참조)과 영양개선프로그램(부록 3 참조)이 중심이고, ② 건강한 노인을 대상으로 한 걷기(walking)프로그램과 영양개선프로그램이 중심이며, ③ 장애노인을 대상으로 한 기능재활운동프로그램과 영양개선프로그램이 중심이며

야 할 것이다. 이외에 구강기능을 강화하기 위한 구강운동프로그램도 보건소를 기준으로 제공할 필요가 있다. 그리고 후자의 맞춤형건강관리서비스는 건강한 노인 및 허약노인을 대상으로 질병관리교육 및 약물복용교육 등의 건강교육프로그램이 중심이어야 할 것이다.

사회복지기관에서는 신체적 기능의 강화보다는 인지기능 등의 개선을 도모할 수 있는 사회적 서비스를 중심으로 제공하여야 할 것이다. 이를 위한 서비스로는 외출지원을 통해서 집안 고립적 생활에서 벗어나도록 유도할 수 있는 복지프로그램이 필요한데, 이는 전문적인 사회적 서비스를 통하여 인지기능의 저하예방 및 우울증발생예방의 효과를 가져 올 수 있기 때문에 중요하다.

NPO 등 비영리단체에서는 정서적·심리적 안정을 도모할 수 있는 서비스를 지원하도록 하여야 할 것이다. 상대적으로 전문인력을 동원하여야 하는 보건의료서비스나 사회복지서비스보다는 자원봉사차원에서 손쉽게 제공할 수 있는 서비스를 담당하게 하는 것이 바람직한데, 이에선 안부안전화인, 말벗해주기(커뮤니케이션 보조), 이미용서비스 등이 있다.

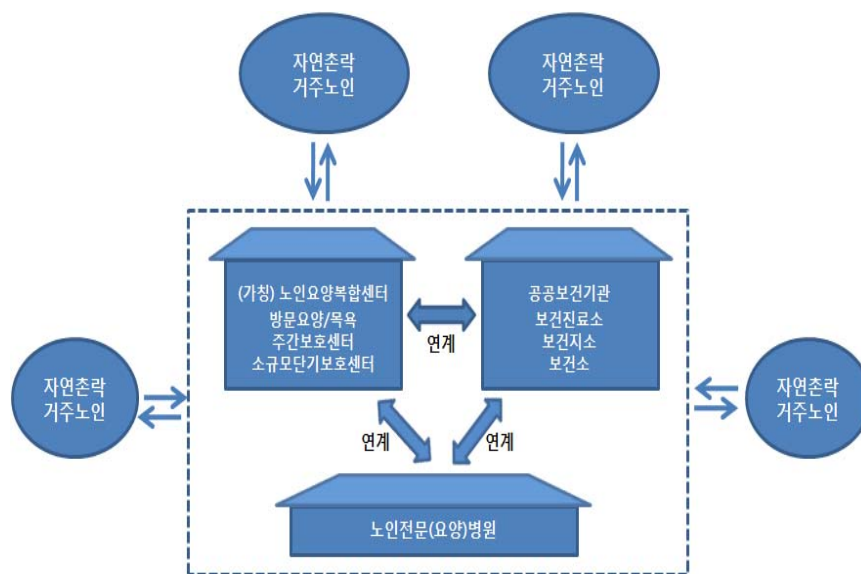
세 번째로 지자체단위별로 노인보건복지서비스재원의 통합관리체계를 구축하여야 할 것이다. 보건소와 사회복지기관의 사업예산은 대부분이 지자체예산으로 충당되기 때문에 조정이 가능할 것으로 보인다. 사업의 효과성을 향상시킨 기관에게는 인센티브차원에서 연계사업으로 인하여 절감된 예산을 추가로 지원할 수 있는 체계를 갖출 필요가 있다.

2. 장기요양시설 중심의 보건복지서비스 연계모형

전술한 연계모형이 장기요양상태에 놓여 있기 이전 단계에 해당하는 취약한 고령자를 비롯한 일반고령자를 주 대상으로 하고 있다면, [그림 5-7]은 장기요양서비스의 욕구를 지니고 있는 특정고령자를 주 대상

으로 하고 있다는 것이다. 다만, 일반 장기요양시설과 다른 점이 있다고 한다면, 복합기능을 지니고 있는 장기요양기관이라 할 수 있다.

[그림 5-7] 보건복지서비스 연계모형 (Ⅲ)



첫째, 4~5개의 자연촌락으로 형성된 마을(里)중심으로 (가칭)노인요양복합센터를 1개소씩 설치하고, 재가요양서비스의 중심기관으로 운영한다. 재가요양서비스에는 방문요양 및 방문목욕, 주간보호, 단기간(2주일 이내)의 단기보호서비스를 복합적으로 포함하고, 복지서비스를 담당한다.

둘째, 보건소 등 공공보건기관은 방문간호서비스를 주로 담당하는 것으로 하고, 장기요양급여에는 포함되어 있지 않으나, 고령자의 욕구가 높은 방문물리치료서비스를 제공하는 것으로 한다.

셋째, 장기요양서비스는 의사 이외의 보건의료전문직 및 요양보호사가

제공하는 것이기 때문에 의료적 서비스가 부실해질 우려가 있다는 점을 감안하여 군단위에 소재해 있는 국공립 노인전문병원 의사로 하여금 순회 방문진료서비스를 제공하는 것으로 한다. 이 때, 의사는 반드시 공공보건 기관(방문간호담당)과 (가칭)노인요양복합센터과의 업무협조를 받는 것으로 하고, 재가에서의 생활이 가능하도록 유도하여야 한다.

마지막으로, 모형 III은 생활시설이 아닌 재가·지역사회보호의 위주로 운영하기 위한 것으로 장기요양대상자를 중점으로 하되, 장기요양대상에 해당하지는 않으면서 재가복지서비스의 욕구를 지닌 경증의 장애인에게도 특정의 서비스를 제공하게 하여 지역주민이 상호 지원하는 형태이다. 따라서 노인요양시설이나 노인요양병원으로의 유도를 지양하고 현재 살고 있는 장소(가정)에서 지속적으로 생활할 수 있도록 방문형 및 체제형 서비스의 활성화를 지향하여야 할 것이다.

제6장 정책제언 및 결론

노인인구비율이 높은 고령심화지역에 거주하는 고령자의 특성은 독거 또는 노인부부가구가 높다는 점, 전반적인 건강상태가 좋지 못함에도 불구하고 타인의 의존 없이 일상적인 생활을 수행할 수밖에 없다는 점, 사회적 인프라의 접근성이 취약하여 상대적으로 단조로운 생활을 할 수밖에 없다는 점 등으로 집약할 수 있다. 여기에다 특정지역 거주노인에 대한 사례분석 결과이기도 하지만, 치매나 우울증 발생의 위험인자를 지닌 고령자가 많다는 점을 고려한다면, 도시지역에 거주하는 고령자와 달리 서비스지원정책도 차별되어야 할 것으로 생각되었다.

이러한 고령화심화지역의 고령자는 노인장기요양보험제도상의 신체적 기능측면에서의 장기요양대상자 인정범주에서 제외될 가능성이 커서 생활 지원서비스를 받지 못할 수 있겠고, 그 대신에 치매나 우울증과 같은 경미한 정신질환으로 인하여 생활상의 불편을 겪을 수 있다는 것은 조만간 장기요양대상자로 전락 가능성이 높다는 것이다.

고령자라면, 최대한 자립적으로 생활하다가 사망하기를 원할 것이기 때문에 고령화심화지역에는 돌보아줄 수 있는 공식적 및 비공식적 자원도 부족한 것만은 사실이어서, 장기요양보험재정의 안정화뿐만 아니라 사회적 보호부담의 경감에 따른 사회비용의 증대억제를 위해서라도 어떠한 형식이든지 간에 연계적인 보건복지서비스지원체계가 필요하다고 생각된다.

이러한 연구결과를 바탕으로 정책적 제언을 요약한다면 다음과 같다.

첫째, 고령화심화지역에 소재하는 보건소, 보건지소 및 보건진료소는 상대적으로 신체적으로나 정신적인 기능상태가 취약한 고령자를 우선적으로 선별하여 사업대상으로 할 수 있는 정책목표를 수립할 필요가 있다. 이와

관련해서는 무엇보다도 장기요양예방차원에서의 정책수립이 요구되고 있다.

둘째, 보건소중심의 건강증진서비스를 제공할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요하다. 이는 보건(지)소에서 맞춤형 건강관리사업의 일환으로 취약계층을 비롯한 모든 고령자에 대한 건강상태의 자료가 확보되어 있어서 건강수준을 유지 및 향상시킬 수 있는 서비스제공에 강점이 있기 때문이다. 이러한 건강증진서비스에는 무엇보다도 다양한 형태의 운동프로그램을 보건소에서 제공할 수 있으며, 더 나아가 국민건강보험공단에서도 노인운동사업을 전개하고 있기 때문에 양 기관이 상호연계성을 갖고 서비스를 줄 수 있다.

셋째, 고령화심화지역의 사회적 인프라가 부족하기 때문에 이를 감안하여 서비스를 제공해 줄 수 있는 비정부조직(NGO), 비영리조직(NPO)으로부터의 지원을 받을 수 있는 네트워크를 구축할 필요가 있다. 본문에서도 검토한 바 있듯이 아무리 인구가 적은 군단위지역일지라도 최소한 활용할 수 있는 3~4개 유형의 비정부조직, 시민단체 등이 존재해 있기 때문에 저렴한 비용으로 연계적 서비스를 효과적으로 제공해 줄 수 있다.

마지막으로 특정 고령화심화지역을 선정하여 소지역단위의 보건복지연계사업을 추진할 수 있는 시범사업을 추진할 필요가 있다. 지금까지의 보건복지연계사업은 시군구의 행정단위를 중심으로 하고 있어서 소요비용이 크고 네트워크 조성에도 상당한 시간이 걸리는 반면에 리(里) 단위 또는 자연부락(마을)단위의 소지역을 중심으로 할 때 공식적 및 비공식적 자원을 동원하기가 용이하다는 측면이 있다.

참고문헌

- 강명희, “한국노인의 영양상태”, 『한국영양학회지』, 제27권 제6호, 1994.
- 강주희·윤순덕, “노인복지시설 유형별 지역적 편차에 관한 연구”, 『한국지역사회생활과학회지』, 제18권 제3호, 2007.
- _____, “노인복지 수요와 자원의 지역별 비교분석”, 『농촌사회』, 제18권 제1호, 2008.
- 강희숙·이진현, “농촌노인의 건강과 생활만족도와의 관계”, 『보건과 사회과학』, 제21권, 2007.
- 권중돈·조주연, “노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인”, 『한국노년학』, 제20권 제3호, 2000.
- 김미혜·이금룡·정순돌, “노년기 우울증 원인에 대한 경로분석”, 『한국노년학』, 제20권 제3호, 2000.
- 김원경, “노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과”, 『한국노년학연구』, 제10권, 2001.
- 박경숙, “사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스 연계에 영향을 미치는 요인들-중소도시, 농촌의 사회복지전문요원을 중심으로”, 『사회복지학』, 제30권, 1996.
- 박대식·마상진·신은정, 『도시와 농촌의 삶의 질지수 측정방안 연구』, 한국농촌경제연구원, 2005.
- 박대식·마상진·심재만, 『농촌사회의 양극화 실태와 정책과제』, 한국농촌경제연구원, 2006.
- 박시현 등, 『농촌의 미래모습, 농촌공간 2020』, 한국농촌경제연구원, 2006.

- 박혜련, “연령추이별 영양상태”, 『지역사회영양학회지』, 제1권 제2호, 1996.
- 백화중 외, 『중장기 농어촌 보건복지증진방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 보건복지가족부, 『노인보건복지사업안내』, 2008.
- 선우덕 외, 『노인건강증진허브보건소 시범사업 평가연구』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 양순미, “농촌노인의 사회역할 활동 모델과 사업화 방안개발 연구”, 『노인복지연구』, 제27권 봄호, 2005.
- 양점도·김춘택, “농촌노인의 욕구 분석을 통한 생활 만족도에 관한 연구”, 『복지행정농촌』, 제14권 제1호, 2004.
- 오영희·김윤신·배화옥, “우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구”, 『한국노년학』, 제26권 제3호, 2006.
- 윤순덕, “농촌노인의 신체적 건강과 자기부양행동과의 관련성: 가구유형별 차이를 중심으로”, 『한국지역사회생활과학회지』, 제17권 제1호, 2006.
- 이운환·최귀숙·강임옥·김한중, “노인의 주관적 건강평가에 영향을 미치는 요인”, 『한국노년학』, 제18권 제2호, 1998.
- 이정화·송미영, “농촌노인의 지역사회 복지서비스 이용실태”, 『한국지역사회생활과학회지』, 제15권 제3호, 2004.
- 이정화, “농촌노인의 성과 연령에 따른 신체적·정신적·사회적 건강의 상호관계”, 『한국지역사회생활과학회지』, 제17권 제2호, 2006.
- 장종화, 김숙향, “노인의 구강건조증과 우울과의 관계”, 『보건교육건강증진학회지』, 제24권 제3호, 2007.9.
- 정경희 외, 『2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 정경희 외, 『고령화수준에 따른 고령친화적 지역사회발전모델 개발』, 한국

- 보건사회연구원, 보건복지가족부, 2006.
- 정경희 외, 『초고령지역의 보건복지 모형설계를 위한 세부지침 개발: 고령친화적 지역사회 설계를 위한 지침개발』, 한국보건사회연구원, 2008.
- 주상현·최낙관·김근식, “지방정부 노인복지욕구 실태와 정책과제”, 『지방정부연구』, 제10권 제4호, 2006.
- 지용석·구창모, “농촌과 도시지역 노인의 신체활동력, 사회관계망 및 우울증의 차이”, 『코칭능력개발지』, 제9권 제2호, 2007.
- 통계청, 『고령자통계』, 2008.10
- 한경희, “노인의 영양상태와 생활습관”, 『대한지역사회영양학회지』, 제4권 제2호, 1999.
- 한혜경·이정애·정은경, “사례관리를 통한 보건·복지 통합프로그램이 농촌노인의 기능과 삶의 질에 미치는 영향”, 『한국사회복지행정학』, 제8호, 2002.
- 日本千葉縣, 『新しい健康づくりモデル千葉縣健康生活コーディネート』, 中間報告書, 平成19年3月版.
- 日本千葉縣, 『介護予防推進サポートブック』, 平成20年3月版.
- 日本千葉縣, 『千葉縣高齢者保健福祉計画』, 平成18年3月版.
- Australian Government Department of Health and Ageing, *The National Evaluation of the Second Round of Coordinated Trials, Final Report*, 2007.
- Trahan L, Caris P., “The system of care and services for frail older persons in Canada and Quebec”, *Aging Clinical and Experimental Research*, 14, 2002, pp. 226-232.

부록

1. 호주의 CHC 모델사업의 구조 / 105
2. 보건소 노인건강증진사업의 사례: 건강운동 하나, 둘, 셋(근력강화 운동)_기초판 / 128
3. 보건소 노인건강증진사업의 사례: 건강밥상프로그램(영양개선사업) / 137

[부록 1] 호주의 CHC모델사업의 구조

1. 환경적 틀

가. 장소(place)

시범사업지역은 빅토리아 주의 멜버른의 북부 교외지역이다. 이 지역은 시범사업이후로 늘어난 HACC 재원으로 인해 인구 및 주택이 어느 정도 발전되었다. 그러나 시범사업 지역 안에서도 변두리에 거주하는 주민들은 교통수단의 결핍으로 중앙 지역에 있는 서비스에 쉽게 접근하지 못했다. 하지만, 이러한 접근성 문제에 관해서는 시범사업 기간 동안 어떠한 중요한 변화도 일어나지 않았다.

나. 현재의(existing) 보건 시스템(Health system)

1) 서비스의 종류와 수준

시범사업이 운영되는 지역의 보건(health)서비스 시스템은 매우 복잡했다. 급성기, 아급성기, 지역사회 수준에 있어서 공공과 민간의 건강 서비스가 매우 다양하게 나타났다. 이러한 복잡성은 근원적인(inherent) 문제들을 가지고 있는데, 특히 중요한 문제는 서비스 이용자들이 보건 서비스 시스템을 탐색하는데 어려움을 느낀다는 것이다. 시범사업 초기에는 이러한 문제들이 보건 시스템을 검색하기 어렵다고 호소하는 클라이언트와 보호자들에 의해 지지되었다(supported). 문화적·언어적으로 다양한 배경을 가진 클라이언트와 그들의 보호자들은 언어에 대한 장벽이 서비스에 대한 접근성을 방해한다고 보고했다. 하지만 서비스 코디네이터와 일반의들은 시범사업이 운영되는 동안에 번역서비스와 같이 참가자들에게 이익을 주

지만, 쉽게 이용할 수 없는 서비스들이 많았다고 보고했다.

2) 보건 서비스에 대한 접근성

초기 시범사업에서, 클라이언트와 그들의 보호자들은 서비스 접근이 어려운 이유가 긴 대기 리스트와 서비스 비용, 이동 수단의 결여, 이용 가능한 서비스에 대한 정보 부족 등이라고 지적했다.

초기 시범사업에서, 서비스에 대한 의뢰는 주로 일반의, 병원 응급실, 클리닉, HACC 서비스를 포함한 다양한 자원을 통해 이뤄졌으므로, 서비스 제공자들에 대한 정보의 수준이 매우 다양했다. 그러나 이러한 다양성은 선택 가능한 서비스의 풍부함으로 인해 서비스 접근을 용이하게 하기도 했으나, 한편으로 여러 서비스가 난립하는 복잡성으로 인해 서비스 접근을 방해하기도 하였다.

시범사업 후반부에는, 일반적으로 대조군의 클라이언트들은 그들이 받은 서비스에 대해서 매우 불만족 했다. 반면, 실험군 클라이언트들 자신이 필요로 하는 보건시스템을 찾는데 복잡하거나 어렵지 않았다고 보고했다.

다. 문화

1) 클라이언트/ 잠재적 클라이언트

클라이언트의 문화적 특징은 스스로의 욕구를 표현하고 옹호할 수 있는 능력이 어떠한가에 따라 달라졌다. 한 그룹은 케어와 관련하여 스스로의 결정권을 행사할 능력이 매우 뛰어난 반면, 다른 그룹은 보호 욕구를 표현하는데 서비스 제공자와, 특히 일반의에 매우 의존적이었다. 심지어 시범사업의 최종 후반부에는 몇몇 실험군의 클라이언트들은 서비스 코디네이터의 역할을 완전히 이해하지 못하는 것으로 나타났으며, 그 결과 그들

의 역할을 적절히 이용하지도 못했다.

2) 후원자

북부 보건(Northern Health)은 CHC의 1차·2차 시범사업의 후원자로서, 1차 시범사업에서 얻은 경험과 지식을 2차 시범사업에 적용했으며, 시범사업계획단계에서 이미 병원 및 일반의들과 강한 업무유대를 이루고 있었다.

2. 시범사업 틀

시범사업 틀은 아래의 <부록 표 1-1>에 있는 구성요소와 관련 성분으로 이뤄졌다.

<부록 표 1-1> 시범사업의 틀 내용

구성요소(components)	성분(elements)
케어	· 마케팅과 모집 · 케어 코디네이터 · 건강 평가 · 케어 플래닝 · 서비스 구입 · 자가 관리
시범사업 네트워크 /관계 관리	· 클라이언트/ 참여자/가족 · 지역사회 · 주와 지방정부 · 연방정부 · 시범사업 직원(staff) · 후원자 · 책임자(stakeholder)
계속된 향상/학습	· 클라이언트/참여자 · 지역사회 · 시범사업 요원 · 책임자
내부 관리/조직의 구조	· 조직의 설계 · 관리(governance) · 운영 · 정책 및 진행절차 · 인적 자원 · 사회적 자본/문화
인프라	· IT 인프라 · 시설 인프라 · 인프라 구매
재원	· 재원

가. 케어

1) 마케팅과 모집

CHC는 일반의, 광범위한 보건(health) 서비스 제공자 그리고 1차 시범사업의 클라이언트에 초점을 맞춘 세 가지 방식의 마케팅 접근법을 사용했다. 처음의 두 가지 접근법은 간접적으로 모집하는 것이며 세 번째는 더 직접적인 것이다.

시범사업 초기에 CHC는 시범사업의 마케팅을 도와줄 상담가와 공공 연계 공무원(public relations officer)을 고용하였다. 하지만 마케팅의 대상은 적절하지만, 적용 전략은 그렇지 않다는 것이 점점 분명해졌다. 결과적으로 상담가와 공공 관계 공무원은 짧은 기간만 고용되었다.

일반의들은 참가자 의뢰의 주요한 원천으로 간주되었기 때문에 초기 시범사업에서 마케팅 전략의 주요 포커스로 관심을 받았다. 마케팅 전략은 일반의에 대한 교육, 시범사업 연구자들과 서비스 코디네이터가 일반의의 클리닉을 개인적으로 방문하는 것 등이 포함되었다.

2) 케어 코디네이션

케어코디네이션 모델은 참여자, 케어 코디네이터 그리고 서비스 코디네이터 사이의 협력을 기반으로 한다. 케어 코디네이터들이 클라이언트의 건강에 우선 초점을 맞추는데 반해서 서비스 코디네이터는 참여자의 서비스를 협력하고 조정(coordination)할 책임이 있다.

CHC 시범사업의 초기단계에서 케어 코디네이터의 주요역할은 다음과 같다.

- 초기 의뢰
- 의학적 관리
- 환자와 관련한 정보 제공

- 서비스 코디네이터, 참여자, 보호자와 함께 케어 플랜에 대한 모니터링 및 적용
- 적절한 시기에 케어플랜 재검토
- 위기에 대한 대응

서비스 코디네이터의 역할은 아래와 같다.

- RAI-HC를 이용한 참여자들의 요구에 대한 포괄적인 평가 시행
- 참여자/보호자 그리고 케어 코디네이터와 함께 적절한 케어플랜의 작성
- 임상적 서비스 관리자와 함께 케어플랜의 원가계산(costing)
- 케어 코디네이터, 참여자/보호자와 함께 케어플랜 재검토
- 참여자/보호자에게 1:1 교육 제공

시범사업의 초기단계에, CHC는 4단계(grade)로 구분된 지역사회 간호원으로 구성된 서비스 코디네이터들을 고용했다. 그들은 지역사회 보건 영역에 대해 자세히 이해하고 있기 때문에 보건 시스템을 잘 탐색(navigate)할 수 있었다.

케어 코디네이션 과정은 아래의 활동들로 구성된다.

- 건강 평가
- 케어 플래닝
- 케어 플래닝 수행
- 서비스 구매
- 사후 평가 및 케어플랜 재검토

결론적으로, 케어 코디네이션은 1차 시범사업 동안에 잘 발전된 서비스 모델로서, 2차 시범사업 과정에서는 큰 변화가 없었다. 하지만, 과정에 있어서 케어 코디네이터와 서비스 코디네이터의 역할과 관계는 다양한 방법으로 변화되었으며 그 내용은 아래와 같다.

- 시범사업을 진행하면서 일반의들이 서비스 코디네이터가 클라이언

트를 위해 제공하는 서비스 및 급여(benefit)을 중요성을 인정하였기 때문에 시간이 갈수록 서비스 코디네이터와 일반의와의 관계가 향상되었다.

- 2004년 12월에 시범사업의 임상적 서비스 관리자가 사퇴하면서 그들이 담당하던 역할의 일정 부분이 서비스 코디네이터에게 전환됨으로써 서비스 코디네이터의 역할과 책임에 변화가 있었다.
- 직원(staff)의 사임은 업무의 양을 증가시켰다. 시범사업의 끝으로 가면서, 클라이언트: 서비스코디네이터의 비율이 1:130으로 증가하였고, 이것은 서비스 코디네이터의 업무 수행 능력에 과중한 부담을 준 것으로 파악되었다.

3) 건강 평가

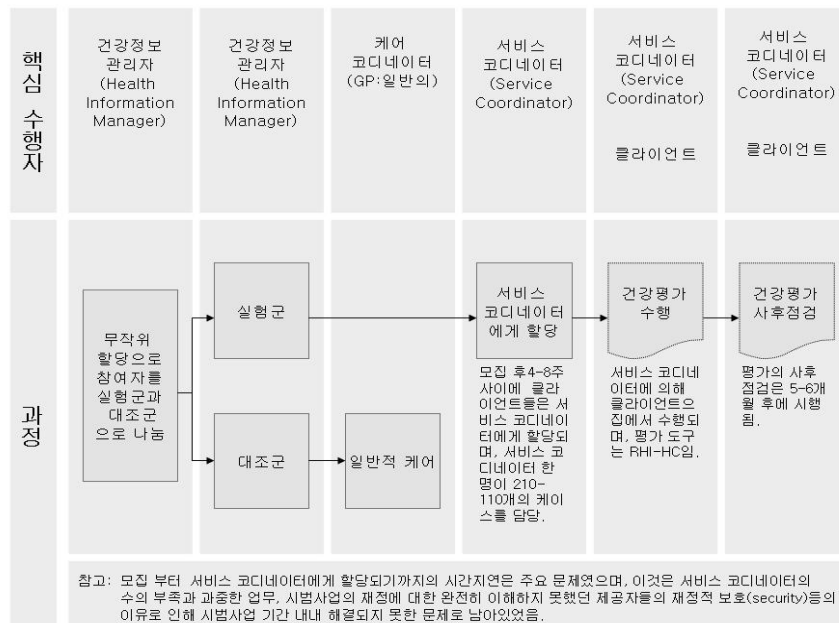
시범사업을 위한 대상자 모집이후에, 시범사업의 건강 정보 관리자가 참여자들을 대조군이나 실험군으로 무작위 할당한다. 실험군 클라이언트들은 건강평가를 수행할 서비스 코디네이터에게 할당된다. 이 건강 평가는 참여자의 집에서 실시된다. 초기 시범사업에서, 참여자 모집에서부터 클라이언트를 서비스 코디네이터에게 할당하는데 걸리는 시간은 4주에서 8주 정도가 걸렸다. 이런 시간적 지체는 시범사업 초기에 고용된 서비스 코디네이터의 수와 이 시기동안 시범사업에 의뢰되거나 모집된 클라이언트의 수준에 영향을 받았다.

건강평가의 주요 촉진제는 RAI-HC였다. 이것은 지역사회에 거주하는 노인의 욕구, 강점, 선호를 평가하기 위한 포괄적이고 표준적인 도구이며, 집에서 거주하는(in a home-based environment) 클라이언트의 케어플랜을 작성하는데 이용되는 클라이언트-중심의 평가 도구이다. 시범사업 초기에는 문서로 된 도구를 사용하였으나 나중에 전자 버전이 도입되었다. 이것은 평가 과정의 효율성을 향상시키고 사용하기 쉽다고 보고되고 있다. 서

비스 코디네이터들은 이 도구가 지역사회的重要한 위험요소를 포괄적으로 고려하여 케어플랜을 작성하는데 도움을 준다고 보고했다.

건강평가를 수행하는 도구가 시범사업 기간 동안 변하지 않은 반면, 평가과정의 시간은 지속적인 도전을 받아왔다. 이것은 클라이언트에 대한 서비스 코디네이터의 할당(allocation)과 추후의 평가에 대한 시간 지연 등을 포함한다. 시간지연을 야기하는 핵심 요소는 시범사업이 끝날 때까지도 충원되지 않은 서비스 코디네이터의 결원으로 인해 야기된 업무의 과중이었다.

[부록 그림 1-1] CHC 시범사업 말기의 건강평가과정 순서도(map)



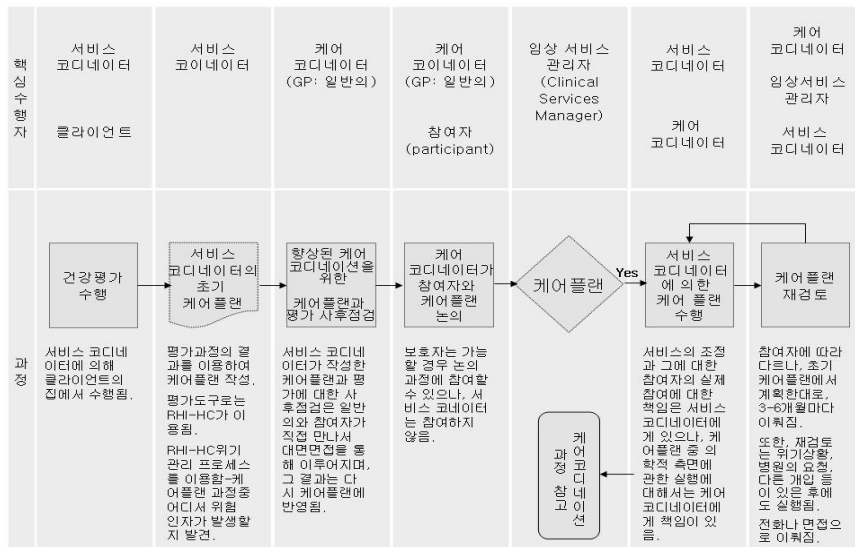
시범사업은 추가적인 서비스 코디네이터 모집, 서비스 코디네이터사이의 클라이언트 재분배와 같은 시간 지연을 완화시키기 위한 많은 전략들을 시도하였으며, 평가와 케어플랜을 도와줄 시간제 서비스 코디네이터를

고용한 것도 이에 포함된다.

4) 케어플래닝

서비스 코디네이터들은 사후 평가 이후에 케어플랜 과정을 주도한다. RAI-HC에 의한 평가 결과를 이용하여 서비스 코디네이터들은 초기 케어플랜을 작성한다. 이것은 첫 번째 건강평가 방문기간 동안 일어난다. 케어플랜은 승인을 얻기 위해 참여자의 케어 코디네이터에게 제출된다. 재검토 결과자료는 케어플랜에 다시 반영되었다.

[부록 그림 1- 2] CHC 시범사업 초기의 케어플래닝 과정 순서도(map)



참여자의 케어 코디네이터로부터 승인이 있는 후에, 서비스 코디네이터들은 그 케어플랜을 참여자나 보호자와 논의한다.

케어플랜의 수행은 서비스 코디네이터들의 의무(responsibility)이며, 서비

스에 대한 의뢰까지 포함된다. 클라이언트가 서비스 예약을 정리하지 못하는 경우, 서비스 코디네이터가 이를 돕는다.

케어코디네이션 과정에서, 케어플래닝 과정은 시범사업 기간 동안 큰 변화가 없었다. 이것은 1차 시범사업 기간 동안 잘 발달된 케어 모델이기 때문이다. 서비스 코디네이터들은 RAI-HC를 이용한 건강평가 결과를 바탕으로 케어플랜을 계속해서 발전시켜 나갔다. 최종 케어플랜은 시범사업의 임상적 서비스 매니저의 승인보다 우선하는 의학적 요소(items)에 관한 승인을 얻기 위해서 클라이언트의 케어 코디네이터에게 전송된다. 케어코디네이션 지표는 평가와 케어플랜을 포함한 케어코디네이션 활동에서 일반의의 개입(involve) 수준이 매우 다양함을 보내주었다. 케어플랜 전개 과정에서 체계적인 의사소통 과정이 있었으나, 일반의와 서비스 코디네이터의 협력은 주로 자율적이고 구조화되지 않은 의사소통을 통해 이루어졌다.

일반적으로 클라이언트들은 케어플랜의 복사본을 받지 못했다. 그보다는 서비스 코디네이터들이 어떤 것들이 케어플랜에 포함되어 있는지 요약본을 구두로 전달했다. 이것은 케어플랜이 무엇인지에 대한 클라이언트의 이해부족을 야기했으며, 결국 건강평가와 케어플랜 사이에서 약간의 중복이 서비스 제공자와 시범사업 사이에 발생했다. 예를 들면, 서비스 제공자가 클라이언트가 서비스 코디네이터의 관리를 받고 있다는 것, 혹은 시범사업 대상자라는 것을 알지 못해서 업무의 중복이 일어나기도 했다.

재검토 과정은 위에서 논의한 평가 및 케어플래닝 과정과 동일했다. 초기 케어플래닝 단계에서 결정되는 재검토 기간은 참여자의 질병의 수준에 따라 매 3~6개월 마다 진행되었다. 시범사업기간동안의 케어 코디네이션 지표는 그 기간에 클라이언트의 욕구 변화가 발견되지 않았다는 것을 보여주었다.

5) 서비스 구매

CHC는 지역사회의 다양한 보건복지자원으로부터 서비스를 구매했다.

서비스 구매과정은 시범사업을 위한 서비스를 제공하기로 하고 미리 선 지급 받은 기관의 책임자 모두가 포함되었다. 이 과정은 시범사업 기간 동안 큰 변화가 없었다. 재원의 풀은 서비스 구매자가 직접 청구하는 비용을 지불하기도 했으며, 개인이 직접 서비스를 구매할 수 있게도 하였다.

6) 자가 관리

초기 시범사업 단계에서, CHC는 공식적인 교육이나 훈련 프로그램이 제공되지 않을 것이라고 공지했다. 서비스 코디네이터들은 클라이언트들에게 실제 교육을 제공하는 것보다는 케어나 교육을 제공할 적절한 서비스를 의뢰하는 역할을 했다. 시범 사업기간 동안, 서비스 코디네이터들은 클라이언트를 적절한 교육을 받을 수 있도록 외부 전문가에게 의뢰했으며, 클라이언트와 그의 보호자들에게 다양한 서비스와 치료적 선택에 관한 정보를 자주 제공했다. 문화(culture)에서 논의되었듯이, 두 가지 타입의 참여자가 공존하는데, 자신의 이익을 효과적으로 대변할 수 있는 사람들과 그렇지 못한 사람들이다. 이런 대상자간의 문화의 차이는 일반의를 통한 전형적인 케어 모델에 의존하는 것을 선호하고, 자기관리에는 관심이 없는 일부 클라이언트를 통해서도 반영되었다.

7) 케어 코디네이션 지표

케어 요소를 보고 할 때, 케어 코디네이션 지표는 시범사업의 의해 달성된 케어 코디네이션 영역을 측정하는 종합적인 척도로 사용되었다. 다음은 CHC에서 케어코디네이션 지표의 작용 결과에 대한 접근, 분석, 논의 등에 대한 설명이다.

가) 개괄

케어코디네이션 지표를 이용한 CHC 시범사업 평가는 2003년 9월, 2004년 7월, 2005년 6월에 세 차례에 걸쳐 수행되었고, 다음의 것을 측정한다.

- 통합된 케어 네트워크 안에서의 연계 정도
- 서비스 제공자, 시범사업 케어/서비스 코디네이터, 케어 플래닝, 평가 그리고 다른 구성원들 사이의 통합의 정도

지표는 케어 코디네이션의 중요한 6가지 영역의 케어 프로그램을 측정하고 수치화한다. 각각의 영역은 하나 또는 그 이상의 기준으로 구성된다.

- ① 초기 평가(assessment) 및 케어 플래닝
- ② 평가(evaluation) 및 모니터링
- ③ 서비스의 조정(arrangement)
- ④ 지역사회 교육의 참여
- ⑤ 일반의의 참여
- ⑥ 다른 서비스 제공자들의 참여

모든 영역의 점수는 각 영역을 구성하는 기준 점수의 평균값이며, 총점은 6개의 영역별 점수를 합한 값으로 계산된다. 총점은 지표가 나타내는 점수에 따라 아래와 같이 ‘높음’, ‘보통’, ‘낮음’으로 나타내며 이는 케어 코디네이션의 수준을 나타낸다.

〈부록 표 1-2〉 케어 코디네이션 지표 점수

총점	케어 코디네이션 과정 수준
14점 이상	높음
11-13점	보통
10점 이하	낮음

나) 결과

영역별 점수는 아래 표와 같다.

〈부록 표 1-3〉 CHC를 위한 케어 코디네이션 지표 점수

영역	첫 번째 평가	두 번째 평가	세 번째 평가
초기 평가 및 케어 플래닝	3	3	3
평가 및 모니터링	3	3	2.7
서비스 조정	3.3	3.3	3.3
지역사회 교육 참여	2.3	2.3	2.3
일반의의 참여	2.3	2.3	2.3
다른 서비스 제공자들의 참여	2.7	2.3	2.3
총 점	16.6	16.2	15.9

위에 나타난 점수는 CHC 시범사업이 시범사업 기간 동안 높은 점수를 받았다는 것을 보여준다. 점수는 첫 번째와 두 번째 사업평가 사이에서 다른 서비스 제공자들의 참여 영역, 평가 및 모니터링 영역에서 다소 감소하였다.

다) 논의(discussion)

케어코디네이션 지표의 세 번의 사업평가기간 동안의 종합적인 변화와 영향은 다음과 같다.

첫째, 시범사업기간 동안, CHC는 체계적인(systemic) 초기 평가와 케어 플래닝 과정을 유지하였다. 서비스 코디네이터들은 평가를 수행하는데 있어서 포괄적인 도구를 사용하였으며, 개인적인 케어 플랜을 준비하여 제공

하였다. 일반의와 클라이언트들이 케어플래닝 과정에 참여하는 등 긍정적인 결과를 보였지만, 클라이언트의 케어코디네이터에게의 할당이후 실제 평가 사이에 걸리는 시간의 지연이 시범사업 기간 동안 문제가 되었다.

둘째, CHC는 구조적인(structured) 평가와 모니터링 활동을 수행하였다. 첫 번째와 두 번째 사업평가에서는 매 3달~6달마다 정기적인 평가가 이뤄졌고, 세 번째 사업평가에서는 매 5달~6달마다 이뤄졌다. 모든 과정에서 클라이언트의 욕구 변화는 감지되지 않았다. 시범사업 기간 내내 임상적 서비스 매니저들은 클라이언트의 평가와 케어플랜을 재검토 하였다.

셋째, CHC는 세 차례에 걸친 사업평가 기간 동안, 서비스 조정(arrangement)을 수행하는 체계적인 과정을 유지하였다. 시범사업기간동안, 서비스의 조정은 클라이언트의 종합적인 케어플랜과 일치하여 수행되었으며, 이후에 모든 서비스들이 적시에 적절하게 전달되었는지를 확인하였다. 클라이언트의 욕구에 변화가 발견되지 않았기 때문에, 서비스 조정이 변화된 클라이언트의 욕구를 항상 충족시키도록 요구되진 않았다.

넷째, CHC에 의해 제공된 지역사회 구성원 교육에의 참여 수준은 시범사업기간동안 변화가 없었다. 하지만, 공식적인 교육이나 훈련 프로그램들이 없었고, 어떤 교육은 개인적으로 제공되기도 하였다.

다섯째, 시범사업 기간 동안 일반의들의 참여 수준은 매우 다양했다. 일반의와 서비스 코디네이터 사이의 의사소통은 평가(assessment)와 초기 케어 플랜작성 후에 이뤄졌다. 일반의와 서비스 코디네이터 사이의 다른 모든 만남은 임시적이거나 구조화되지 않은 것이었다.

여섯째, 다른 서비스 제공자들의 참여 수준은 서비스 코디네이터가 클라이언트의 환경 변화에 대해 알고 있는지의 여부에 영향을 받았다. 서비스 코디네이터들은 클라이언트가 병원으로 옮길 때마다 클라이언트의 상황을 항상 알지는 못했다. 그러나 그들이 그것을 안 이상에는 병원 팀과 협력하였다. 서비스 코디네이터들은 또한 일반의와 함께 클라이언트의 환

경 변화에 대해 논의하였다.

라) 결론

CHC는 케어코디네이션 지표를 통한 세 번의 시범사업 평가 모두에서 매우 높은 점수를 보여주었으며, 특히 초기 평가(assessment)와 계획, 평가(evaluation) 그리고 모니터링과 서비스 조정을 잘 수행하였다. 케어 코디네이션에 있어 CHC의 성공은 기본적으로 포괄적이고 체계적인 초기 평가와 케어플래닝 과정에 있으며, 이것은 서비스를 조정하고, 클라이언트를 평가(evaluating)하고 모니터링 하는데 있어서의 시범사업이 갖는 효과성의 기초가 되었다.

나. 시범사업의 네트워크/관계 관리

1) 클라이언트/참여자 그리고 그들의 가족과 지역사회

시범사업에서 클라이언트와의 관계를 관리하는 것은 주로 서비스 코디네이터에 의해서였다. 시범사업 초반부터 중반까지-대략 12개월-서비스 코디네이터와 클라이언트와의 관계는 긍정적이었다고 평가된다.

하지만, 서비스 코디네이터들은 2005년 2월에 시행된 인터뷰에서, 클라이언트와의 관계가 ‘친밀’에서 부터 ‘적대’에 이르기까지 매우 다양하다고 밝혔다. ‘적대’적인 관계의 원인은 서비스 코디네이터 대비 클라이언트의 비율이 너무 높았기 때문이었다.

서비스 코디네이터들에 의해 밝혀진 문제 중 하나는 많은 클라이언트와 그 가족들이 시범사업에 대해 혼란스러워한다는 것이었다. 시범사업 기간에 이뤄진 많은 설명과 클라이언트의 참여 동의에도 불구하고, 그들은 시범사업을 시행하는 이유나, 목적, 장점 등에 대해서 이해하지 못했다.

클라이언트와 케어 코디네이터(일반의)와의 관계는 서비스 코디네이터와

의 관계와는 다른 것으로 나타났다. 클라이언트들은 개인적인 고민과 관련해서는 서비스 코디네이터를 더 신뢰하는 것으로 보였다. 전체적으로, 시범사업이 전개되면서 클라이언트들은 서비스 코디네이터의 장점, 케어 코디네이터와의 역할 차이 등에 대해 점점 더 이해하게 되었다.

2) 주와 지방 정부

1차 시범사업에서 CHC는 단순히 공식적인 케어 코디네이션을 향상시키는 것이었기 때문에 DHS의 지원을 받았다. 하지만 2차시범사업이 시작되면서, DHS하의 시범사업의 내용(profile)을 감소시키는 HARP와 같은 주 제도(Initiatives)들이 나타나기 시작했다.

하지만, 시범사업을 진행하는 동안 주정부와의 관계는 점차 향상되었다. 시범사업과 DHS와의 관계는 의사소통이나 관심의 정도와 관련하여 크게 향상되었다. 이러한 의사소통의 증가는 빅토리아의 만성질환자의 증가와 복잡한 케어 프로그램 때문이었으며, 이것은 2차 시범사업의 일반적인 사업 원리에도 적용되었다. 시범사업 후반부로 가면서, DHS는 HARP를 포함하는 CHC의 시범사업의 요소들을 모두 책임지게 되었다고 보고했다.

3) 연방정부

DoHA(Department of Health and Ageing)는 1차 시범사업을 통해 CHC와 오랫동안 관계를 유지했다. 이런 관계는 주로 시범사업 관리자(Manager)들에 의해서였다. 2차 시범사업 후반기에는 DoHA와 시범사업과의 관계는 의사소통 부분에서 특히 계속된 향상을 보였다.

4) 시범사업 직원(staff)

1차 시범사업의 관리자가 2차 시범사업 관리자로 복귀되지는 않았다.

2002년 12월에 시범사업 직원들을 상대로 한 조사에 의하면, 직원들은 다음과 같은 것을 느끼고 있었다.

- 시범사업이 추구했던 방향에서 이탈
- 시범사업이 발전하기 위한 팀접근의 부재와 직원들의 의견이 관리자에게 반영되지 않음
- 직업 안정성 수준
- 위계적이고 계급적인 접근이 시범사업이 진행되는 동안 적용됨

2차 시범사업의 시작 및 시범사업 총책임(Director)의 부임과 함께 위의 4가지 불확실성은 해결되었으며 근무환경이나 직원 관리 등이 향상되었다고 보고되었다. 나머지 시범사업 기간 동안 직원들과의 관계는 관리자의 이직률, 과중한 업무, 시범사업 종료 등과 관련된 다양한 요인에 의해 영향을 받았다.

5) 후원자

앞서 언급한 바와 같이 북부보건(Northern Health)이 시범사업의 후원자였다. CHC가 북부보건의 개별사업으로 운영되면서 시범사업은 IT, 지원인력, 급여지급 서비스(payroll services)와 같은 조직자원(network resources)들을 공유했다. 인력자원관리는 북부보건의 시범사업에 제공한 중요한 서비스였다. 시범사업 중반기에는 적극적인 시범사업 책임자(acting trial director)가 주단위의 정책에 관한 정보를 시범사업에게 무료로 제공하였다.

6) 책임자(stakeholders)

시범사업에 관계된 많은 책임자들에게 시범사업 참여에 관한 걱정은 재원 풀과 계산된 할당률(capitation rates)이었다. 책임자들은 시범사업에 관한 재정적 책임이 있었으며, 재원 풀 모델이 그들의 기여를 충분히 보상(cover)해 주지 못할 거라는 염려가 있었다.

시범사업 관리자는 2004년에 책임자들로부터의 피드백이후에 그들과의 관계를 향상시킬 중요한 투자가 이뤄졌다고 보고했다. 이 당시, 책임자들은 시범사업과 관련하여 좀 더 개방된 의사소통의 욕구를 보였다. 결론적으로 모든 책임자들이 자주 만날수록 서로 협력할 기회가 많아졌다.

다. 지속적인 향상(improvement)/학습

1) 클라이언트/참여자 그리고 지역사회

CHC 시범사업은 공식적인 학습 활동이나 훈련 프로그램을 계획하지 않았다. 비공식적인 교육이나 훈련 프로그램이 시범사업에 의해 참여자들에게 제공되었다. 시범사업 참여자들에게 교육은 CHC 사업참여(평가, 케어 플래닝과 그것의 수행)의 부산물이었다. 하지만, 평가와 케어플래닝 과정에서 서비스 코디네이터들은 클라이언트에게 만성질환관리의 원리나 이에 대한 자가관리 등에 대해서 자주 가르쳐 주었다. 그러나 시간적인 제약으로 인해 서비스 코디네이터들은 시범사업 참여자에게 제공해야할 추가적인 교육을 하지 못했다. 케어 플래닝 과정의 일부로서, 교육과 훈련을 제공하는 서비스를 소개하고 클라이언트를 의뢰하는 것이 이뤄지기도 했으며, 이로 인해 서비스 중복의 가능성은 줄어들었다.

실험군에 속한 참여자와 보호자 모두 일반의와 서비스 코디네이터에 의해 이용가능 서비스의 목록 및 조정에 관해 많은 것을 배울 수 있었다고 했다.

하지만, 대조군에 속한 참여자와 보호자들은 어떤 서비스가 이용가능한지에 대해서 혼란스러웠다고 보고했다. 결국 두 집단의 모든 참여자들이 일반의와 서비스 코디네이터와의 1:1대화를 통한 교육을 선호하는 것으로 나타났다.

서비스 코디네이터들은 클라이언트와 보호자에게 교육을 제공하는 것이 그들의 매우 중요한 역할 중 하나임을 알았다. 교육은 클라이언트의 욕구

및 학습 능력에 따라 개인적으로 제공되었다. 하지만, 서비스 코디네이터들은 시간 제약이 그들이 서비스 클라이언트에게 제공할 교육에 대한 효과성을 떨어뜨린다고 보고했다.

대부분의 일반의들은 서비스 코디네이터들이 클라이언트에게 개인적으로 효과적인 교육을 제공한다고 생각했으며, 이것은 클라이언트에게 이용 가능한 서비스를 설명하는 것을 포함한다.

2) 시범사업 직원

CHC 서비스 코디네이터들은 시범사업에 대한 만성질환 및 자가 관리의 이해를 촉진시켰다. 초기 시범사업에서, 임상적 서비스 관리자들은 서비스 코디네이터들이 그들의 역할을 잘 이해하고 사례관리를 할 때 혼동을 느끼지 않고 싶은 욕구가 있다는 것을 발견하고, 그들에게 조언을 해주었다. 하지만 시범사업 후반부로 가면서 임상적 서비스 관리자들이 점점 사임하기 시작하면서, 이러한 활동은 중단되었다.

서비스 코디네이터들은 RHI-HC 평가도구에 관한 교육을 받았다. 뿐만 아니라, 다양한 종류의 세미나, 회의, 워크숍 등에도 참가하였다.

3) 책임자

핵심 책임자들에 대한 지속적인 향상과 교육은 1년에 4번 있었던 시범사업 모니터링 그룹 모임(TMG: Trial Monitoring Group Meeting)과 같은 과정을 통해서 이뤄졌다. 이들 그룹에 대한 공식적인 교육은 없었다. 일반의들은 시범사업에 있어서 중요한 책임자로 간주되었으므로, 이들을 위한 정보 교육(information session)이 시범사업 초기에 이뤄졌다. 일부 일반의들은 훈련과정에 적극적인 참여를 보이기도 하였으나, 참석률 부진으로 인해 이후 계획된 교육들은 모두 취소되었다.

일반의들을 위한 교육은 시범사업의 목적, 목표, 시범사업 모델, 일반의

들의 역할, 그리고 서비스 코디네이터가 일반의를 지원하는 방법 등에 관한 것이었다. 일반의들은 그들이 이미 많은 책임감과 역할에 대한 압력을 받고 있다고 생각했다.

일반의들로 인해 시범사업이 지연되었음에도 불구하고, 시범사업 후반부로 가면서 일부 일반의들은 시범사업을 통해 보건 시스템 및 서비스 코디네이터들과의 협업을 통한 심리사회적 이슈에 대한 관리방법 등에 대해서 많은 것을 배웠다고 보고했다.

결론적으로, 시범사업은 정기적인 간행물, 클라이언트 그룹이나 개인과의 만남에서 얻어지는 정보 등을 통해서 시범사업과 책임자들 사이의 정보교환과 의사소통을 향상시키는 것을 목적으로 하고 있었다. 책임자들은 서비스 코디네이터와의 상호작용이 그들에게 지역사회에 대한 중요한 정보를 제공하고 시범사업을 원활히 진행하게 하는데 기여했다고 보고했다.

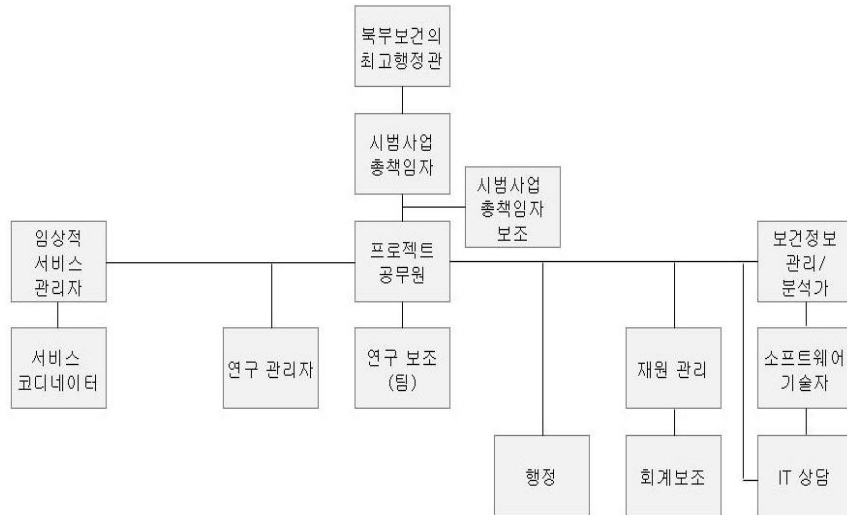
라. 내부 관리/조직 구조

1) 조직 구조

시범사업 초기의 조직구조는 다음과 같은 특징이 있었다.

서비스 코디네이터는 임상적 서비스 관리자의 지시를 받았다. 연구나 IT, 재정과 같은 다른 서비스 관계자들은 그들 방식의 프로토콜에 의해 운영되었으며, 나머지 일상적인 프로토콜은 후원자인 북부 보건으로부터 적용되었다. 그러나 시범사업 후반부로 가면서 초기의 조직 구조는 많은 변화가 있었다. 시범사업의 후반기에는 많은 직원들이 이직했을 뿐만 아니라, 시범사업 동안의 관리인원도 많이 변화되었다. 계속된 조직구조의 변화로 인해 직원들은 그들의 역할과 책임에 대해서 혼란과 불안을 느낀 것으로 조사되었다.

[부록 그림 1-3] 시범사업 초기의 CHC 조직 구조



2) 조직 운영과 관리

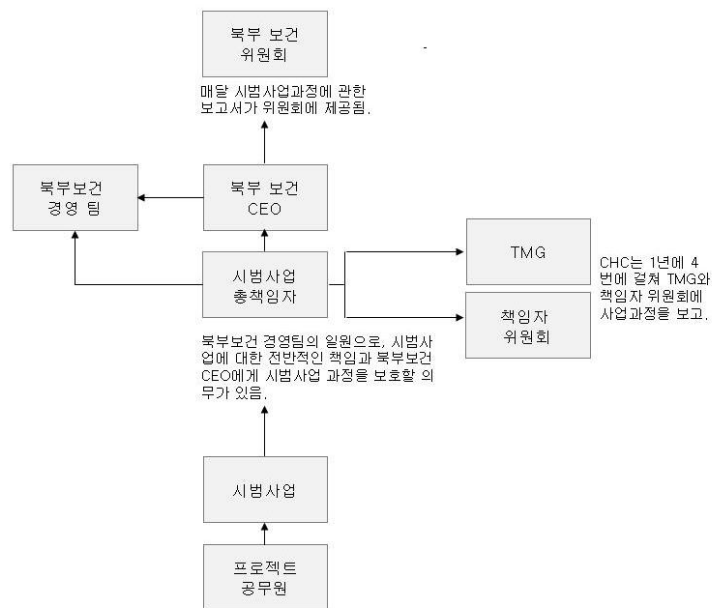
CHC 시범사업 초기단계에서는 시범사업 총 책임자가 시범사업의 관리에 관한 전반적인 책임을 졌다. 시범사업 총 책임자는 Bundoora의 중증재가케어센터의 직원들을 기반으로 하고 있으며, 북부보건 CEO에게 시범사업에 대해 보고할 의무가 있고, 북부보건 행정팀의 구성원이었다.

시범사업 총책임자가 처음 임명되었을 때, 직원들은 시범사업의 사회적 환경과 운영방식에 있어서 매우 만족했었다고 보고된다. 많은 직원들이 초기 시범사업에서는 조직이 위계적이지 않고 매우 민주적이며, 자신들의 요구와 의견이 잘 반영되었다고 설명했다.

시범사업은 일상적인 행정 문제들은 내부적으로 관리하면서 높은 수준의 자율성을 갖고 운영되었다. CHC는 TMG와 책임자들의 활동 과정과 1년에 4번 개최되는 회의 결과, 그리고 매달 제공되는 시범사업 보고서를 북부

보건 위원회에 보고했다. CHC 시범사업이 조직구조에 변화를 겪으면서, 운영과 관리 체계에도 많은 변화가 동반되었다.

[부록그림 1-4] CHC 시범사업 초기단계의 조직 운영과 관리 도해



3) 정책과 절차(procedure)

시범사업 초기에, 서비스 코디네이터들은 시범사업에 의한 임상적 프로토콜의 지시를 받았다. IT, 재정과 같은 다른 서비스 직계조직은 그들만의 프로토콜 아래 운영되었는데 이는 대부분 북부보건으로부터 적용된 것이다. 하지만, 클라이언트의 집에서 행해지는 서비스 코디네이터의 역할에 관해서는 북부보건의 가이드라인에 한계가 있었다.

4) 인적 자원

인적자원은 북부보건에 의해 중앙에서 관리되었다. 북부보건 구조의 이용은 CHC 시범사업을 운영하는 데 있어 중요한 요소로 간주되었다. 직원 모집은 주로 외부 인채매체와 함께 북부보건의 웹사이트를 통해 이뤄졌다. 시범사업 초기 단계에서는 직원의 수가 꾸준히 증가하였으나, 중반에서 후반으로 가면서, 직원 모집은 결원을 보충하고 현재의 직원을 유지하는데 집중됐다. 하지만, 자격을 갖춘 직원을 보유하는 데는 한계가 있었기 때문에, 결원을 보충한다는 것은 매우 어려운 일이었다.

마. 인프라(infrastructure)

1) IT 인프라

사업 초기에, 시범사업은 데이터베이스를 구축하고 평가 및케어플랜 도구(RHI-HC)를 컴퓨터 버전으로 바꾸는데 많은 투자를 했다.

사업 초기에 서비스 코디네이터들에게 노트북이 제공되었다. 서비스코디네이터들은 평가를 수행하는 동안 문서로 작업하는 것보다 노트북을 사용하는 것이 작업수행시간을 더 효율적으로 촉진시키는지 조사했다.

시범사업에서 IT 시스템에 대한 종합적인 투자는 긍정적인 결과를 가져왔다. 시범사업의 중간 단계에서 IT시스템을 통해 중요한 데이터베이스를 구축할 수 있었다. 예를 들면, 시범사업 직원들은 그들의 클라이언트 그룹 및 서비스 이용 등에 관한 기록들을 추적할 수 있었다.

2) 시설 인프라

CHC는 Bundoora의 중증재가케어센터를 거점으로 독립적이고 이동가능한(portable) 건물에 의해 운영되었다. 그 건물은 상대적으로 규모가 작았

으며, 최적의 근무 환경이 구비되지는 않았다. 시범사업은 주로 서비스 코디네이터들이 이용하는 직원차를 가지고 있었다.

모든 서비스 코디네이터들은 주로 Bundoora의 중증재가노인케어센터에 의해 운영되었으며, 서비스 코디네이터 사이의 정보 공유와 학습은 팀단위로 이루어졌다.

3) 인프라의 구매(purchasing)

구매의사를 결정하는 과정에서 핵심적인 역할을 하는 사람은 시범사업 초기에는 총책임자(the Trial Director)였다. 사업 후반부에는 \$5,000이상을 구매할 때 the Acting Trial Director의 승인을 받아 시범사업 매니저가 결정하였다. 인프라구매에 관한 사항은 시범사업 기간 내에 큰 변화가 없었다.

바. 재원모델(fund model)

재원 풀에 대한 기여자는 사업기간동안 큰 변화가 없었다. 기여자는 MBS와 PBS기금, 병원입원환자 기금, HACC였으며, 대인서비스(personal service)는 이러한 재원 풀로부터 받은 기금으로 제공되었다.

이러한 재원모델은 매우 복잡하고 책임자들이 이해하기 어려운 것으로 보고되었다. 서비스가 재원모델에 의해 불이익이 있는지 여부에 대한 불확실성은 서비스 제공자를 고용하는 과정을 매우 어렵게 만들었다. 반면에 서비스 코디네이터들은 재원 풀에 대한 접근 가능성이 유연한 서비스 제공과 개인적인 서비스 구매를 가능하게 했다고 평가했다.

[부록 2] 보건소 노인건강증진사업의 사례: 건강운동 하나, 둘, 셋(근력강화 운동)_기초판

1. 운동내용

가. 운동시작이전의 건강상태 확인사항

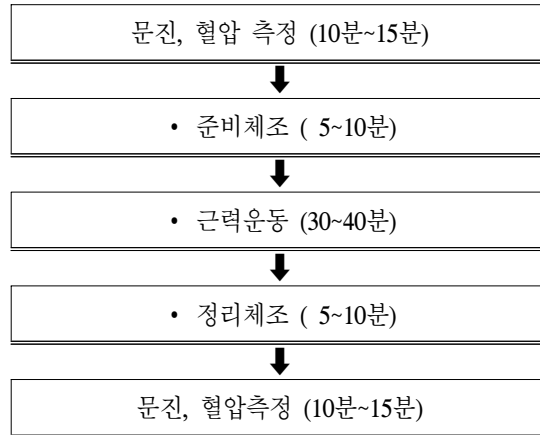
- 현재 건강하고 치료받고 있는 질병이나 통증이 없는지를 확인하고, 만약에 지병이 있어서 의사로부터 특별하게 운동하지 말 것을 권유받은 자는 제외한다.
- 최근 6개월 이내에 심근경색(협심증)이나 뇌졸중(중풍)을 일으킨 자는 제외한다.

나. 운동의 절차

- 운동은 기초기(1주째~3주째)와 강화기(4주째 이후)로 구분하여 실시하되, 강화기에는 운동량을 증가시키거나 운동부하량을 증가시키는 것으로 한다.

운동기간	참가자	직원
준비기 (1주째~3주째)	훈련효과의 이해, 동기부여, 체조 숙지 등	안전성 확인, 초기사정평가
훈련기 (4주째 이후)	점진적으로 부하량을 증가	개별 문제점 파악, 중간/최종사정평가

- 1회의 운동시간 배분은 다음과 같이 대략적으로 설정한다.



다. 운동유형별 효과

운동명칭	단련되는 근육부위
① 팔을 앞에서 들어 올리는 운동동작	삼각근(三角筋)
② 팔을 옆에서 들어 올리는 운동동작	삼각근(三角筋)
③ 의자에서 일어나는 운동동작	복근(腹筋), 대퇴사두근(大腿四頭筋), 대전근(大殿筋) 등
④ 무릎을 펴는 운동동작	대퇴사두근(大腿四頭筋)
⑤ 다리를 옆으로 들어 올리는 운동동작	중전근(中殿筋)

2. 운동순서 (※ 구체적인 내용은 별도의 제작된 CD를 참고로 함)

- ☐ 건강백세 하나, 둘, 셋 운동은 의자에 앉거나 이용해서 실시하는 것으로 준비체조, 근력운동, 정리체조로 구성된 운동이다.
- 체조운동 중에는 하나, 둘, 셋, 넷과 같이 구령을 붙인다.
 - 근력운동 중에 숨을 멈추면, **혈압이 급격하게 올라갈 수 있기 때**

문에 소리를 내면서 숨이 멈추어지지 않도록 한다.

- **절대로 무리하지 말 것이고, 체조가 원활하지 못하거나 운동 중에 관절에 통증을 느끼는 경우에는 운동을 멈추거나 통증이 오지 않는 범위에서 실시한다.**

- | | |
|--------------|-----------------|
| ① 심호흡 | ② 어깨와 옆구리 펴는 운동 |
| ③ 앉아서 제자리 걷기 | ④ 무릎관절운동 |

가. 준비체조 (4종류)

① 심호흡

- 코로 숨을 들이마시면서 양팔을 들어올린다.
- 입으로 숨을 내쉬면서 양팔을 내린다.
- 계속해서 한번 더 실시한다.

② 어깨와 옆구리 펴는 운동

- 오른손을 위로 하고, 왼손을 허리에 댄 후, “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 왼쪽으로 몸을 기울이고, “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 돌아온다.
- 위로 올리는 손을 왼손으로 바꾸고, “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 오른쪽으로 몸을 기울이고, “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 돌아온다.
- 계속해서 한번 더 실시한다.

③ 앉아서 제자리 걷기

- 의자에 앉은 자세에서 제자리걷기를 한다

- 양손과 양발을 크게 좌우로 번갈아가면서 흔든다.
- 계속해서 한번 더 실시한다.

④ 무릎관절운동

- 인공관절을 하고 있는 노인에는 실시하지 않는다.
- 양손으로 오른쪽 무릎을 잡고 가슴 쪽으로 잡아당긴다.
- 똑같이, 양손으로 왼쪽 무릎을 잡고 가슴 쪽으로 잡아 당긴다.

나. 근력운동 (5종류)

□ 아래의 운동을 각각 10회 실시한다.

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ① 팔을 앞으로 들어 올리는 운동 | ② 팔을 옆으로 들어 올리는 운동 |
| ③ 의자에서 일어나는 운동 | ④ 무릎을 앞으로 펴는 운동 |
| ⑤ 다리를 옆으로 들어 올리는 운동 | |

① 팔을 앞으로 들어 올리는 운동

(※ 효과: 물건을 집어 들거나, 침대(침상)에서 일어나는 동작이 수월해짐)

- 손목에 샌드밴드(모래주머니)를 차고 양손을 가볍게 흔든다
- “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 어깨 높이만큼 팔을 들어 올린다.
- “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 팔을 내린다.
- 동일한 동작을 총 10회 반복한다.

② 팔을 옆으로 들어 올리는 운동

(※ 효과: 물건을 집어 들거나, 침대(침상)에서 일어나는 동작이 수월해짐)

- 손목에 샌드밴드(모래주머니)를 차고 양손을 가볍게 흔든다.

- “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 어깨 높이만큼 팔을 들어 올린다.
- “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 팔을 내린다.
- 동일한 동작을 총 10회 반복한다.

③ 의자에서 일어나는 운동

(※ 효과: 계단을 오르내리고 화장실이나 자리에서 일어나는 동작이 수월해짐)

- 발 뒷꿈치가 완전히 바닥에 닿도록 의자에 앉는다.
- “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 천천히 일어난다.
- “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 천천히 의자에 앉는다.
- 동일한 동작을 총 10회 반복한다(총 2세트 실시).

④ 무릎을 앞으로 펴는 운동

(※ 효과: 계단을 오르내리고 화장실이나 자리에서 일어나는 동작이 수월해짐)

- 발목에 샌드밴드(모래주머니)를 찬다
- “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 오른쪽 무릎을 앞으로 들어 올리듯이 편다
- 발끝을 자기 앞쪽으로 향하게 꺾듯이 세운다.
- “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 내려 놓는다.
- 왼쪽 무릎도 똑같이 실시한다.
- 오른발, 왼발 모두 동일한 동작을 총 10회씩 반복한다(총 2세트 실시).

⑤ 다리를 옆으로 들어 올리는 운동

(※ 효과: 균형유지능력이 향상되고, 낙상발생이 예방됨)

(※ 주의사항: 몸이 옆으로 기울어지지 않도록 하고, 폭은 30cm 이내로 발끝은 정면을 향함)

- 발목에 샌드밴드(모래주머니)를 찬다
- 의자를 잡고 서서 “하나, 둘, 셋, 넷” 구령을 붙이면서 오른발을 옆으로 들어올린다.
- 발끝을 정면을 향하도록 한다
- “다섯, 여섯, 일곱, 여덟” 구령을 붙이면서 제자리로 내려 놓는다.
- 왼발도 똑같이 실시한다.
- 오른발, 왼발 모두 동일한 동작을 총 10회씩 반복한다.

다. 정리체조 (3종류)

① 손목, 팔 스트레칭 ② 넓적다리 뒤쪽 스트레칭 ③ 목 운동

① 손목, 팔 스트레칭

- 오른팔을 앞으로 펴고 왼손으로 오른 손가락을 잡고 아래로 잡아당기면서 편다(약 15초 동안)
- 반대의 팔을 똑같이 실시한다.

② 넓적다리 뒤쪽 스트레칭

- 의자 중간까지만 앉고 오른발을 앞으로 편다(이 때, 의자의 앞쪽으로 너무 내려앉으면, 앞으로 떨어질 우려가 있기 때문에 주의를 요한다).
- 양손을 겹쳐지게 하고 오른발 엄지발가락을 향하면서 몸을 앞으로 굽힌다(약 15초간)
- 반대의 발을 똑같이 실시한다.

③ 목운동

- 천천히 목을 오른쪽으로 두 번 돌린다.
- 왼쪽도 똑같이 두 번 돌린다.

3. 운동방법

가. 운동기간

- 1주일에 2회씩 3개월간 실시하는 것을 기준으로 하고 있으며, 실시기간은 상반기(1차)와 하반기(2차)로 나누어 실시하되, 시작월은 각 보건소의 실정에 따라서 결정하도록 한다.

나. 운동부하량 결정방법

- 운동시작한 후 8주째에는 부하량을 조정하도록 하는데, 그동안 운동이 편하고 힘이 안 들었다는 느낌을 받은 경우에는 운동량을 증가시키는 것으로 한다.

다. 준비물

- 휴대용 악력측정도구
- 간이 접이의자
- 모래주머니(1Kg, 2Kg)(그림 참조)

(참고: 모래주머니)



라. 운동 시의 주의사항

- 운동당일에 몸의 상태나 혈압상태를 체크하여 강제로 운동을 시키지 않는 것으로 한다.

[참고] 운동전 문진

- 아래의 항목 중에서 어느 1 가지라도 이상이 있는 경우에는 가급적 운동을 시키지 않는 것으로 함.

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ 몸이 나른하다 | ☐ 어지럼증이 있다 | ☐ 밤에 잘 자지 못했다 |
| ☐ 열이 있다 | ☐ 기침이나 가래가 나온다 | ☐ 두통이 있다 |
| ☐ 가슴이나 배가 아프다 | ☐ 숨이 차다 | ☐ 설사나 심한 변비가 있다 |
| ☐ 다리나 허리에 통증이 있다 | ☐ 기타 (_____) | |

- 혈압이 아래와 같은 경우에는 운동을 중지하는 것으로 함.

- | | |
|---------|--------|
| ① 수축기혈압 | 180 이상 |
| ② 확장기혈압 | 100 이상 |
| ③ 맥박 | 100 이상 |

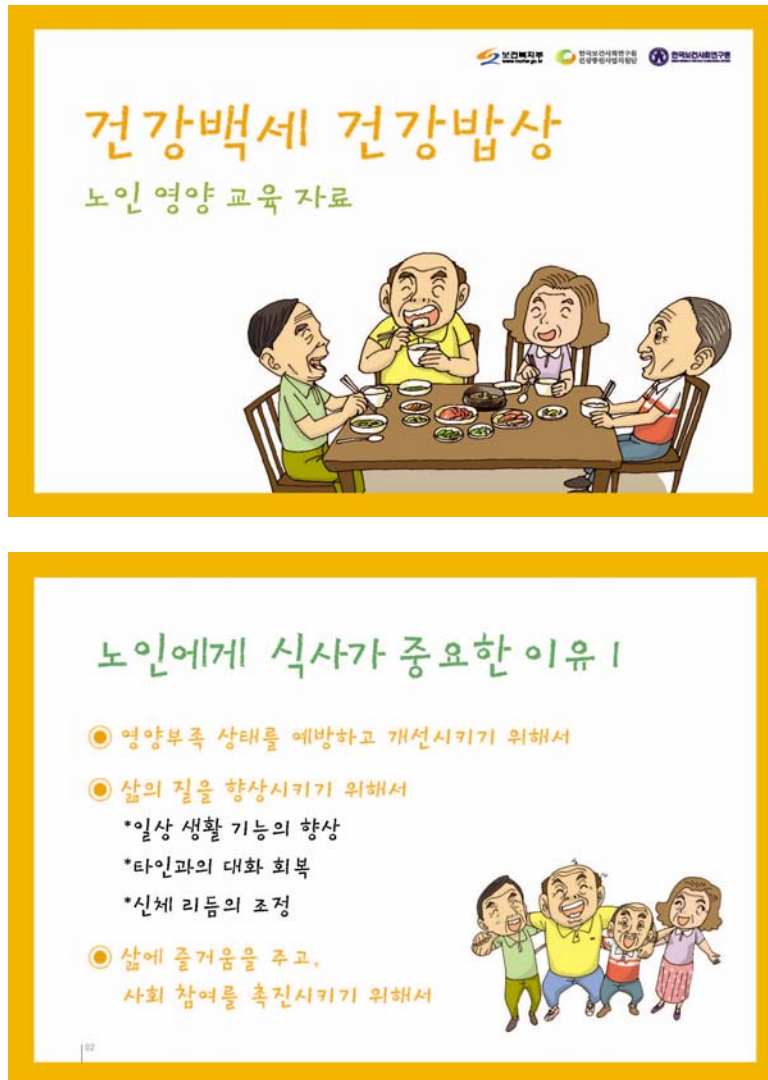
- 운동 중에는 안전사고를 미연에 방지하기 위해서 운동지도자는 다음과 같이 유도한다.
 - ① 운동자간에 서로 경쟁하지 않도록 하고, 자기의 수준에서 무리하지 않도록 유도한다.
 - ② 모래주머니를 떨어뜨려서 다치지 않도록 주의시킨다.
 - ③ 갑자기 몸 상태가 좋지 않을 때에는 곧바로 운동지도자에게 말하도록 한다.
 - ④ 운동속도를 확실하게 조정하도록 하는데, 운동속도가 너무 빠르면, 타성이 붙어서 다칠 우려가 있고, 운동효과도 적어진다.
 - ⑤ 근력운동 중에 호흡이 멈추면 혈압이 급격하게 상승하기 때문에 운동 중에는 숨이 멈추어지지 않도록 소리를 내면서 숫자를 세면 숨이 멈추지 않는다.
 - ⑥ 근력운동 중에 목, 허리, 팔, 다리의 관절에 통증이 심할 때는 무리하지 않도록 한다. 다시 말하면, 운동을 멈추게 하거나, 통증이 없는 부위를 중심으로 실시하도록 한다. 예를 들면, 목이나 허리에 통증이 있으면, 목이나 허리를 이용하는 운동을 쉬게 하고, 다리관절에 통증이 있으면, 다리를 이용하는 운동을 쉬게 한다.

[부록 3] 보건소 노인건강증진사업의 사례: 건강밥상프로 그램(영양개선사업)

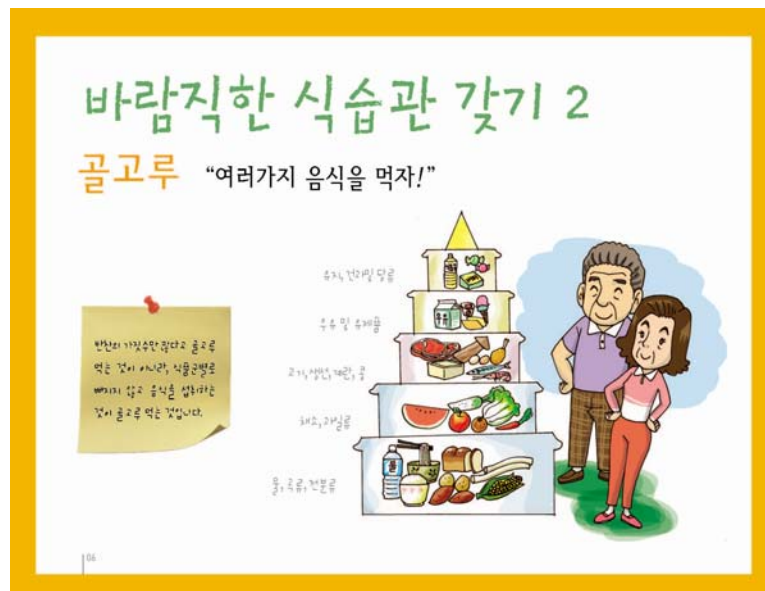
1. 교육자료 내용

- 우리나라 노인을 대상으로 한 영양개선사업을 위해서는 일차적으로 교육자료의 개발이 시급하고, 이차적으로는 노인들이 실제로 조리실습을 통하여 바람직한 영양섭취의 방법을 습득하게 하는 것이 요구됨.
 - 따라서, 영양개선사업의 방향은 [영양개선교육의 실시] ⇨ [조리실습의 실시] ⇨ [바람직한 영양섭취의 생활화]로 설정하여야 할 것임.
 - 여기에서 영양개선교육을 위한 자료는 3단계의 관점을 기준으로 함. 즉, 1단계에서는 바람직한 식습관을 갖도록 유도하고, 2단계에서는 바람직한 영양섭취방법을 인식시키는 것으로 하며, 3단계에서는 영양교육내용에 근거한 실제적인 조리실습방법을 교육시키는 것으로 함. 3단계의 자료는 현재 보건소의 여건상 양호한 일부 보건소에 한하여 자율적으로 수행하는 것으로 함.
- 1단계와 2단계에서의 사용될 영양개선 교육자료의 내용은 다음과 같음.
 - 즉, 1단계에서는 바람직한 식습관을 갖도록 하는 것으로, ① 제때에, ② 알맞게, ③ 골고루, ④ 싱겁게, ⑤ 다함께 식사하기를 내용으로 하였고, 2단계에서는 바람직한 영양을 섭취하는 습관을 갖도록 하는 것으로, ① 칼슘, ② 섬유소, ③ 비타민(D, B6, B12), ④ 단백질, ⑤ 단순당 및 유지류의 영양소를 중심으로 한 내용으로 함.

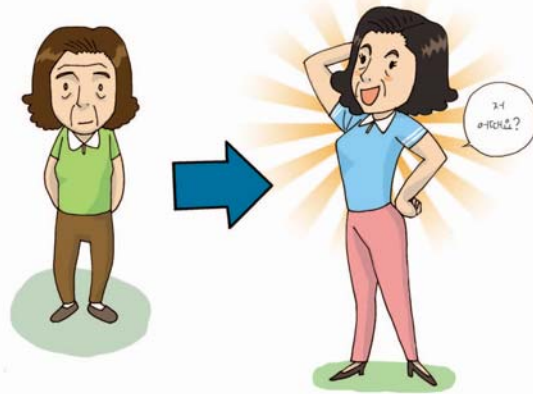
[부록 그림 3-1] 영양개선교육자료





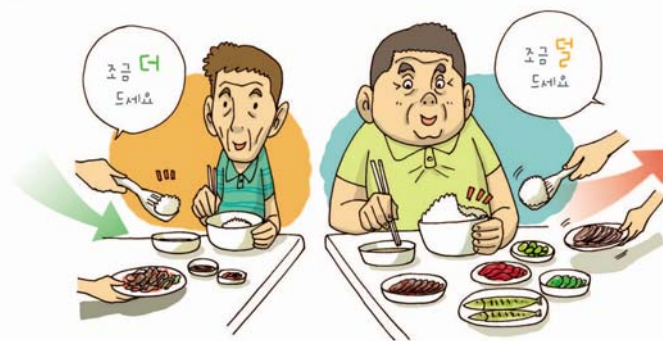


골고루 식사하면 ➡ “균형잡힌 몸을 가질 수 있습니다”



바람직한 식습관 갖기 3

알맞게 “적당하게 먹자!”





짜게 먹으면 ➡ “건강에 위험신호가 옵니다”



11

바람직한 식습관 갖기 5

함께 식사하기 “모여서 즐겁게 먹자!”



12



바람직한 영양섭취 하기 2

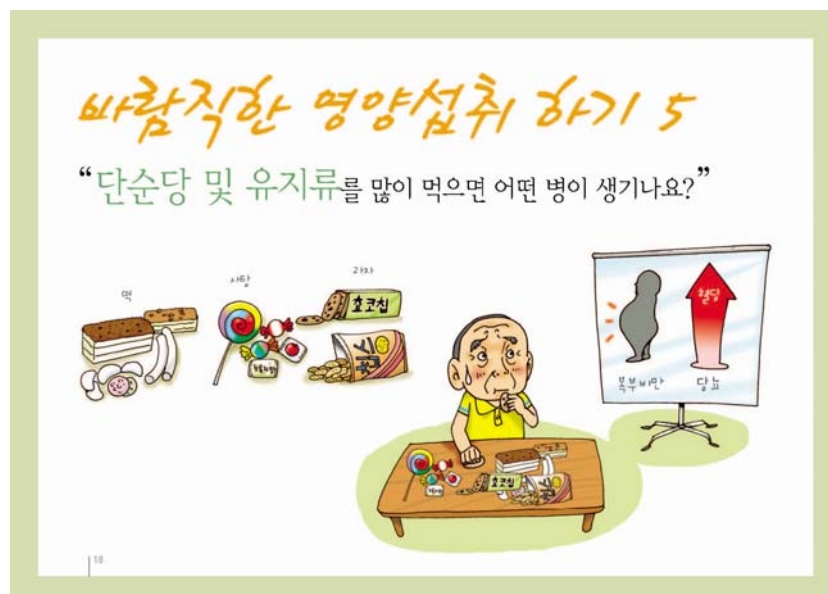
“섬유소가 부족하면 어떤 병이 생기나요?”



바람직한 영양섭취 하기 3

“비타민(D, B6, B12)은 어떤 좋은 점이 있나요?”





간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 살비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 100,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	미정
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	미정
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	미정
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	미정
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	미정
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	미정
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	미정
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	미정
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	미정
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	미정
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	미정
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안	김유경	미정
연구 08-15	아동·청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	미정
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	미정
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	미정
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	미정
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	미정
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	미정
연구 08-18-5	의료급여 선택병원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	미정
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	미정
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	미정
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	미정
연구 08-20-1	저출산·고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-2	저출산·고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	미정
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산·고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤정	미정
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	미정
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	미정

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	미정
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	미정
연구 08-22	의료이용 및 의료비패널 구축(2년차)	정영호	미정
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-23-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	미정
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	미정
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	미정
연구 08-24-1	건강영향평가제도 시행방안	최은진	미정
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	미정
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	미정
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	미정
연구 08-24-5	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	미정
연구 08-25	보건기자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	노동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	미정
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	노동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	미정
연구 08-27-4	노동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	미정
연구 08-27-5	노동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	미정
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료육구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼·출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산·고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구 07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000