

## 재가와상노인 서비스제공 모델 개발을 위한 연구\*

김금순\*\* · 서문자\*\*\* · 조남옥\*\*\* · 김인자\*\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

2000년들어 65세 이상 인구가 7.1%로 본격적인 고령화 사회로 접어들어 현재 높은 만성질환유병률과 기능저하로 인한 장기요양보호대상 노인의 증가로 대표되는 노인집단의 건강문제 해결은 우리나라 보건복지분야의 가장 중요한 문제 중 하나로 대두되었다.

노인들에게 있어서 3개월 이상 지속되는 만성질환유병율이 조사대상 노인의 85.9%이고 60~64세가 84%인데 반해 75세 이상은 89.7%로 나이가 많을수록 유병률도 증가하고 있다(Suh, 1995). 현재 전체 시설에서 수용보호받고 있는 노인을 제외한 재가노인인구의 18.9%에 해당하는 63만 5천명이 노인의 건강상태와 가족 간병수발 정도를 고려했을 때 장기요양보호대상으로 나타났으며 2010년에는 백만명에 육박할 것으로 추정되고 있다(Sunwoo, 2001).

장기요양보호대상의 대부분을 차지할 것으로 예상되는 외상노인의 문제는 노인인구 증가와 가족의 노인부양능력 약화로 인해 사회적 문제로 대두되면서 다양한 지역사회 중심의 서비스 제공이 요구되고 있다. 이들 노인

을 위한 서비스는 크게 시설입소와 가정간호로 구분할 수 있다. OECD통계자료에 의하면 1995년 기준으로 이미 65세 이상 노인인구가 전체의 12.7%를 차지한 미국이나 14.1%인 일본의 경우 ADL 과 IADL을 기초로한 기능상태 분류틀(Morris, Fries & Morris, 1999; Crimmins 등, 1996)에 의해 노인의 상태를 분류하고 분류결과에 따라 방문간호사 파견을 위시한 다양한 지역사회중심의 서비스체계가 구축되어 제공되고 있다(Kim, June, Kim, So, Lee, Kim & Park, 2000).

65세 이상 노인의 시설입원 비율도 미국이 4~5%인데 비해 우리나라의 경우 0.32%에 불과하며(Song, Kim & Oh, 1997) 재가환자를 대상으로 가정간호가 시행되면서 그 효과가 일부 인정되었으나 가정방문시간의 제한으로 재가노인의 요구를 충분히 충족시키지 못하는 상태이다. 외상노인의 주원인으로 나타난 뇌졸중환자를 대상으로 한 Suh, et al.(1999)의 연구결과에서도 퇴원후 뇌졸중 환자들은 대부분 병원의 외래방문에서 만나는 담당의사에 지역사회 중심의 전문가의 도움을 받는 경우가 거의 없기 때문에 치료방법을 찾아다니면서 여러 가지 근거없는 방법들을 적용하여 건강문제가 확대됨은 물론 비용효과면에서도 부정적인 결과가 초래되었

\* 본 논문은 1999년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF 99-042-F00150)  
\*\* 서울대학교 간호대학 교수  
\*\*\* 순천향대학교 간호학과 교수, 교신저자  
\*\*\*\* 대전대학교 간호학과 교수  
투고일 2001년 4월 16일 심의일 2001년 5월 9일 심사완료일 2001년 7월 24일

다고 하였다. 이러한 점을 고려할 때 재가와상 노인을 위한 체계적인 서비스제공을 위한 정부 차원의 정책적 노력과 연구의 필요성이 높다.

노인장기요양보호정책기획단 단장인 장석준보건복지부 차관은 2000년 10월 24일에 있는 ‘노인 장기요양보호 정책안 공청회’에서 2015년까지 현재 65세 이상 노인인구의 0.3%가 이용할 수 있는 노인장기요양 보호시설을 OECD 주요 선진국 수준인 3%까지 확대설치할 것임을 밝혔으며(The Korean Nurses Association News, 2000. 10. 26) 관련연구의 보고도 있다라고 하였다.

재가노인의 신체적 기능상태와 관련요인(Lee & Choi, 1999; Kim et al., 2000), 재가노인의 서비스 이용실태 및 서비스내용을 조사한 연구(Kim et al., 2000)가 보고되었으며 재가노인의 기능상태와 가족수발상태를 기초로 노인장기 요양보호서비스 공급량을 설정(Seuk, 2001)하였다. 그러나 이들 연구는 전체노인을 모집단으로 일부노인을 표본추출하였거나, 노인에 대한 서비스공급량의 설정 역시 이상적인 수준으로 추제한 것으로 현재 우리나라의 재가와상노인의 상태와 이들이 받고 있는 서비스의 현황 및 서비스제공체제를 제대로 이해하는 데는 한계가 있다.

이에 본 연구는 보건소 중심의 방문간호서비스를 받고 있는 대상자 중 와상상태에 있는 서울과 충남 지역 노인들을 대상으로 ADL 과 IADL을 중심으로 이들의 기능상태를 분류하고, 기능상태별로 이들이 받고 있는 간호 및 복지서비스의 내용과 서비스제공체제를 조사함으로써 현재 우리나라 재가노인서비스사업의 현황을 파악하여 향후 발전적인 재가와상노인 중심의 건강서비스 제공 모델의 기초자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 지역별 와상노인의 ADL, IADL상태를 조사한다.
- 둘째, ADL과 IADL 상태를 기초로 와상노인의 기능상태를 분류한다.
- 셋째, 기능상태별로 노인들이 받은 간호 및 복지서비스 수혜내용을 조사한다.
- 넷째, 대상 보건소의 재가와상노인 서비스제공체제를 조사한다.

## 2. 연구의 제한점

서울의 일개 구보건소와 충남의 2개시 보건소 및 이들 보건소에서 담당하고 있는 재가와상노인들을 대상으로 조사된 결과이므로 전체 보건소 및 재가와상노인에게 확대해석할 수 없다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계 및 절차

본 연구는 우리나라의 특성에 맞는 재가와상 노인을 위한 간호서비스 제공모델 개발을 위한 기초연구로 다음의 3단계로 진행되었다.

- 1) 문헌연구를 통해 노인의 기능분류체계 및 선진노령화 국가의 재가노인 서비스제공체제를 분석하였다.
- 2) 서울과 충남지역 보건소의 방문간호 대상자의 ADL, IADL 상태를 기초로 노인의 기능상태를 분류하였다.
- 3) 서울과 충남지역 재가와상노인에게 제공된 간호 및 복지서비스의 내용과 서비스 제공체제를 조사하였다.

### 2. 대상자

본 연구의 연구대상자는 서울의 일지역 보건소와 충남의 2개시 보건소의 방문간호 대상자 중 연구목적에 이해하고 참여해준 노인들 중 자료가 불충분한 충남지역 6명을 제외하고 서울에서 100명과 충남지역에서 91명을 합한 총 191명이다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 일상활동도구(ADL, IADL)

본 연구에서의 일상활동과 도구적 일상활동은 OASIS(outcome and assessment information set)에서 발췌하여 사용하였다. OASIS(2000)는 미국에서 가정간호대상자를 사정하기 위하여 만든 표준화된 도구이다. 각기 3에서 7점척도로 이루어진 8문항의 일상활동과 6문항의 도구적 일상활동으로 구성되었으며 점수가 높을수록 의존도가 높은 것이다. 본 연구에서 ADL의 Cronbach  $\alpha$ 값은 .9493이고 IADL의 Cronbach  $\alpha$ 값은 .8389이다.

#### 2) 기능분류체계

- ① 제층적 기능상태 척도 : Crimmins등(1994, 1996)이 개발한 제층적 척도로 운동능력과 ADL

및 IADL의 3가지 기능상태에 활동적 상태, 운동제한, 경증장애 및 중증장애의 4단계로 분류한 것이다. 독립적 상태로 분류되는 활동적 상태는 운동능력, IADL, ADL수행에 전혀 어려움이 없는 상태이고 운동제한은 운동능력 7개 항목 중 1개 이상 수행에 어려움이 있으나 IADL과 ADL수행에는 어려움이 없는 상태이다. 의존적 상태로 분류되는 경증장애는 IADL 3개 3항목 중 1개 이상을 도움없이는 전혀 할 수 없으며 ADL은 수행할 수 있다. 중증장애는 ADL 5개 항목 중 1개 이상을 도움없이는 전혀 할 수 없는 상태이다.

② 일상생활자립도 판정기준표: 노인에게 제공할 서비스의 수준을 결정하기 위해 일본의 후생성에서 개발한 기준표로 노인의 기동, 이동능력에 따라 재가노인의 기능상태를 독립상태(J급), 준와상상태(A급), 와상상태(B급, C급)의 4단계로 분류한 척도이다(Kim, 1999). ADL이 가능하고 혼자 외출이 가능한 경우 자립상태로, 실내 생활은 거의 가능하지만 도움없이 외출을 못하는 경우는 준와상상태로 분류하며 실내생활과 침상에서 주로 지내지만 주체적으로 좌위를 유지할 수 있고 휠체어의 이동이 가능한 경우는 와상상태(B)로, 그리고 하루종일 침상에서 지내는 경우는 와상상태(C)로 분류한다.

3) 서비스이용 조사지

재가 노인들에게 주로 제공되는 서비스내용과 가정간호시 주로 제공되는 서비스내용을 포함하여 모두 20개 영역 31문항으로 구성되었다.

4) 재가와상노인 서비스제공체계 조사지

Lee and Kim(2000)이 개발한 보건소 방문보건사업의 재가노인 서비스 제공 현황조사 설문지를 기초로 본 연구자들이 수정하여 개발하였다. 방문간호사업 담당 간호사 1인당 담당 노인수, 1일 방문 기구수, 한 번 방문시 머무는 시간, 등록절차 및 우선대상자 선정원칙, 노인의 기능상태분류기준 유무, 타서비스와의 의뢰체계, 가정간호사 자격유무 및 교육체계, 그리고 사업평가의 8 문항으로 구성되었다.

4. 자료수집 방법 및 분석방법

자료수집은 2000년 5월부터 8월까지 해당 보건소

간호사들이 가정방문하여 와상노인과의 직접 면담과 관찰을 통해 수집하였으며 추후 전화를 통해 추가자료수집을 수행하였다. SPSS Win 10.0을 이용하여 노인의 신체적 상태, 기능상태 및 간호서비스와 제공체제는 빈도와 백분율로, 지역별 일반적 특성 차이는 Chisquare test로, 지역과 기능상태에 따른 재가간호서비스 정도는 t-test나 ANOVA로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 와상 노인의 인구학적 특성 및 질병 특성

1) 인구학적 특성

<Table 1>에 제시된 바와 같이 대상자들의 나이는 60세에서 97세까지의 분포를 보였으며 평균 75.2세였다. 지역별로는 서울이 평균 75.6세로 충청지역의 74.8세보다 약간 높았다. 성별로는 여자가 68%, 남자가 32%로 여자가 남자의 약 2배정도 많았다. 지역별로는 서울지역에서 여자가 77%로 충청지역의 58.2%보다 크게 많은 것으로 나타났으며, 남자의 비율은 서울에 비해 충청지역에서 높게 나타났다. 전체의 24.2%(46명)가 독거노인이었으며 75.8%(149명)은 1명 이상의 가족과 함께 살고 있었으며 지역간 차이는 나타나지 않았다.

학력은 전체의 79.2%가 무학과 국졸이었으며 지역별로는 서울지역이 76.8%, 충청지역이 83.6%로 서울지역의 학력이 다소 높은 것으로 나타났다. 유배우자율이 전체의 38.7%로 2/3정도가 사별후 혼자인 경우로 나타났다. 지역별로는 서울이 33.3%이나 충청지역은 47.1%에서 배우자가 있어 유배우자율이 높은 것으로 나타났다.

의료보호와 의료보험 대상자는 44%가 보험이고 56%가 보호였으며 이는 지역별로도 유사하게 유사하게 나타났다. 의료비 지불지는 본인 혹은 배우자가 지불하는 경우가 51.2%였다. 지역별로는 서울지역에서 본인 혹은 배우자가 지불하는 경우가 60.2%였으나 충청지역에서는 34.1%로 서울의 약 반정도인 것으로 나타났으나 자녀가 지불하는 경우는 서울이 37.3%였으나 충청지역은 65.9%로 서울에 비해 2배의 비율로 높게 나타났다.

2) 질병 특성

대상자들이 현재 가지고 있는 질병을 7기관 24질환과 기타 3질환의 총27가지로 분류하여 조사하였다

<Table 1> Characteristics of the elderly

variable	total (n 191)		seoul (n 100)		chungnam (n 91)		compare test	
	N	%	N	%	N	%	p value	
age	60-69	54	28.3	25	25.0	29	31.9	.54
	70-79	77	40.3	42	42.0	35	38.5	
	80 over	59	30.9	33	33.0	26	28.6	
	no response	1	.5	0	0.0	1	1.1	
gender	male	61	31.9	23	23.0	38	41.8	.00
	female	130	68.1	77	77.0	53	58.2	
living arrangement	single	46	24.2	27	27.0	19	20.9	.34
	with family	149	75.8	73	73.0	72	79.1	
education level	no	82	53.2	47	47.5	35	38.5	.19
	pri. sch	40	26.0	29	29.3	11	12.1	
	mid sch	12	7.8	10	10.1	2	2.2	
	high sch college	14 6	9.1 3.9	8 5	8.1 5.1	6 1	6.6 1.8	
marital status	married	74	38.7	33	33.3	41	47.1	.10
	widowed	101	52.9	58	58.6	43	49.4	
	others	11	8.4	8	0.8	3	3.4	
health insurance	med.insurancemedi caid	84 107	44.0 56.0	43 57	43.0 57.0	41 50	45.1 54.9	.44
	self/spouse	65	51.2	50	60.2	15	34.1	
medical fee	children	60	47.2	31	37.3	29	65.9	.01
	relatives	2	1.6	2	2.4	0	0.0	

(Table 2 참조). 시스템별로는 심맥관계와 신경계가 전체의 43.9%(84명)와 42.9%(82명)으로 가장 많았으며 다음이 30.9%(59명)의 근골격계, 19.3%(37명)의 대사장애순이었으며 호흡기계, 감각계, 비노기계가 각각 10% 미만의 발생율을 보였다. 질병별로는 고혈압과 뇌졸중이 각각 42.4%(81명)와 41.4%(79명)으로 가장 많았으며 다음이 23%(44명)의 관절염과 18.8%인 당뇨병의 순이었으며 기타군의 위궤양과 암도 각각 4.7%(9명), 4.2%(8명)에서 있었으며 폐렴, 폐기종, 부정맥, 팔초혈관질환, 녹내장은 한명도 없는 것으로 나타났다.

시스템별로 본 지역별 질병 발생 유형 차이를 비교한 결과에서는 신경계는 충청지역에서 많았으며, 심맥관계, 근골격계, 대사장애 및 호흡기계 질환은 서울지역에서 많은 것으로 날나충청 지역의 대상자들의 뇌졸중 발생률이 높았으며 암의 경우는 서울 지역의 대상자들에서 발생률이 높은 것으로 나타났다. 질병별로도 유사한 양상을 보였는데 뇌졸중은 충청지역 노인들에게서 많았으나 고혈압, 관절염, 당뇨병, 천식은 서울지역 노인에서 많았다. 기타에서 본 위궤양과 암도 충청지역보다는 서울지역노인에서 많은 것으로 나타났다.

대상노인들이 현재 가지고 있는 질병의 수는 전체

평균 2개였으며 최대 7가지 질병을 가지고 있었고 서울 지역노인들이 많게는 7개까지이고 평균 2.13개, 충청지역 노인들이 많게는 4개까지 평균 1.86개로 서울지역 노인들에게 조금 더 복합적인 질병양상을 보이는 것으로 나타났다.

## 2. 신체적 상태와 기능상태

### 1) 신체적 상태

ADL과 IADL로 본 신체적 상태를 평가하였다. 일상활동은 최고 64점으로 14점인 경우 다른 사람의 도움 없이 14 영역의 일상활동을 수행할 수 있다는 것을 의미한다. 40%이하이면 비교적 장애가 적은 것으로, 그리고 70% 이상이면 장애 정도가 심한 것으로 판단할 때 본 연구결과 전체대상자의 신체적 기능상태는 16점에서 63점의 분포이고 평균 38.67로 60% 수준이어서 기동성 장애 정도가 높은 것으로 나타났다.

<Table 3>에서 보는 바와 같이 영역별로 살펴보면 각 영역별 가능 점수의 70% 이상의 점수를 받아 장애가 심한 것으로 나온 영역은 ADL 중에서는 전신을 씻는 능력을 측정 한 '목욕'이었으며 IADL 중에서는 간단한 음식준비 및 조리된 음식을 보온하는 능력으로 측정

<Table 2> Characteristics of disease

system	disease	total N(%)	seoul (n 100) N(%)	chungnam (n 91) N(%)	compare test p value
neurologic sys.	Stroke	79(41.4)	35(35.0)	44(48.4)	.04
	Parkinson dis.	2( 1.0)	0( 0)	2( 2.2)	.14
	Brain trauma	1( 0.5)	0( 0)	1( 1.1)	.14
	total	82(42.9)	35(35.0)	47 (51.7)	
respiratory sys.	Asthma	13( 6.8)	10(10.0)	3( 3.3)	.07
	COPD	2( 1.0)	1( 1.0)	1( 1.1)	.95
	Pul. Tb	2( 1.0)	0( 0)	2( 2.2)	.14
	total	17( 8.8)	11(11.0)	6( 6.6)	
car-vascular sys.	Hypertension	81(42.4)	52(52.0)	29(31.9)	.01
	CHD	2( 1.0)	1( 1.0)	1( 1.1)	
	Coronary Art. dis.	1( 0.5)	1( 1.0)	0( 0)	.34
	total	84(43.9)	54(54.0)	30(33.0)	
muscular sys.	Asthritis	44(23.0)	26(26.0)	18(19.8)	.31
	Osteoporosis	8( 4.2)	3( 3.0)	5( 5.5)	.39
	Hip fx.	3( 1.6)	2( 2.0)	1( 1.1)	.62
	multiple sclerosis	1( 0.5)	1( 1.0)	.	.34
	others fx.	3( 1.6)	2( 2.0)	1( 1.1)	.62
	total	59(30.9)	34(34.0)	25(27.5)	
sensory	cataract	8( 4.2)	8( 8.0)	.	.01
	total	8( 4.2)	8( 8.0)	.	
urinary	CRF	1( 0.5)	1( 1.0)	.	.34
	UTI	1( 0.5)	.	1( 1.1)	.29
	total	2( 1.0)	1( 1.0)	1( 1.1)	
metabolic	DM	36(18.8)	21(21.0)	15(16.5)	.43
	Thyroid dis.	1( 0.5)	1( 1.0)	.	.34
	total	37(19.3)	22(22.0)	15(16.5)	
others	Gastric ulcer	9( 4.7)	7( 7.0)	2( 2.2)	.12
	cancer	8( 4.2)	7( 7.0)	1( 1.1)	.04
	Psychotic dis.	5( 2.6)	3( 3.0)	2( 2.2)	.73
	total	22(11.5)	17(17.0)	5( 5.5)	

한 ‘간단한 음식 준비’, 자동차, 택시, 대중교통 수단을 안전하기 이용할 수 있는 신체적 정신적 능력을 측정한 ‘교통 수단 이용’, 세탁기를 사용하여 자신의 옷을 세탁 할 수 있는 능력으로 측정된 ‘세탁’, 가벼운 집안일과 힘든 청소를 안전하고 효과적으로 할 수 있는 능력으로 측정된 ‘가사일’, 사려고 하는 물건을 사러 갈 수 있는 능력을 평가한 ‘시장보기’에서 가장 높은 점수를 얻어 IADL 6영역 중 5영역에서 장애가 심한 것으로 나타났다. 반면 가능점수의 40% 이하를 받아 비교적 장애가 적은 영역으로 나타난 활동은 ADL 중 ‘음식 섭취나 먹기’ 한 영역 뿐이었으며 IADL 중에서는 한영역도 없는 것으로 나타났다.

이를 다시 지역별로 보면 ADL 중에서는 8영역 모두 서울지역 노인들의 기능이 충청지역 노인들에 비해 좋은 것으로 나타났으며 특히 개인위생 능력은 통계적으로 유

의한 차이를 보인 것으로 나타났다. IADL 에서는 간단한 음식준비, 세탁, 가사일과 전화사용이 서울노인에서 높고 시장보기와 교통수단이용은 충청지역 노인들에서 평균적으로 높게 나타났으며 이 중 세탁능력과 가사일 영역에서 유의하게 서울지역노인이 충청지역노인에 비해 좋은 것으로 나타났다.

2) 기능상태

운동능력과 ADL 과 IADL을 기준으로하여 활동적 상태, 운동제한, 경증장애 및 중증장애로 분류한 Crimmins등(1994)의 계층적 기능상태 척도로 분류한 결과 본 연구대상자는 190명이 중증장애이고 단지 1명만이 경증장애로 분류되었다.

노인의 기동, 이동능력에 따라 자립상태, 준와상상태, 와상상태(B급, C급)의 4단계로 구분하는 일상생활 자

<Table 3> Level of ADL & IADL

type	total(n 191)	seoul(n 100)	chungnam(n 91)	Com. test	
	M±SD	M±SD	M±SD	p	
A D L	grooming	2.53±1.17	2.17±1.20	2.93±0.99	.00
	abil. to dress upp.	2.30±1.24	1.93±1.22	2.70±1.14	.44
	abil. to dress low	2.39±1.26	1.99±1.23	2.82±1.14	.27
	toileting	2.29±1.17	2.02±1.15	2.59±1.12	.31
	ambulation	3.35±1.59	3.17±1.53	3.54±1.64	.21
	bathing	4.75±2.13	4.36±2.07	5.19±2.12	.66
	transferring	2.73±1.63	2.38±1.60	3.12±1.60	.87
	feeding or eating	1.92±1.10	1.65±1.04	2.21±1.09	.70
	planning & preparing meals	2.25±0.71	2.17±0.75	2.33±0.65	.31
I A D L	laundry	2.54±0.62	2.45±0.70	2.64±0.50	.00
	shopping	3.55±0.73	3.59±0.73	3.51±0.73	.36
	transportation	2.44±0.51	2.48±0.50	2.40±0.51	.59
	housekeeping	3.70±1.34	3.49±1.43	3.93±1.19	.00
	abil. to use telephone	2.46±1.56	2.26±1.52	2.68±1.59	.33
total score	38.67±13.61	36.04±13.45	42.02±13.14	.92	

<Table 4> Distribution of functional status of elderly by JABC

functional status	total	seoul	chungnam	chi-square	Sig
semi bed-ridden	53(27.9)	41(41.0)	12(13.3)	18.539	.000
bed-ridden(B)	104(54.7)	43(43.0)	61(67.8)		
bed-ridden(C)	33(17.4)	16(16.0)	17(18.9)		

립도 판정 기준표에 따라 분류한 결과 전체 대상자의 27.9%(53명)가 준와상상태, 54.7%(104명)이 와상상태 B급, 17.4%(33명)이 와상상태 C급인 것으로 나타났다. 이를 다시 지역적으로 살펴보면 서울의 경우 41%(41명)이 준와상상태인데 반해 충청지역은 13.3%(12명)만이 준와상상태이고 B, C급을 합쳐 와상상태는 서울이 59%(59명)인데 반해 충청지역은 86.7%(78명)으로 충청지역 노인들의 와상상태가 통계적으로 유의하게 더 심한 것으로 나타났다<Table 4>.

### 3. 서비스 수혜 상태

#### 1) 제공된 간호서비스 내용

연구대상 노인들이 받은 간호 및 복지서비스 수혜상태를 조사하기 위하여 문헌에서 와상환자들에게 시행하는 서비스로 보고된 30가지 행위에 대하여 조사하였다. 간호서비스 중 가장 많이 받고 있는 것은 방문간호사가 83.8%로 가장 높았으며 그 다음으로 10% 이상에서 서비스를 받는다고 응답한 내용은 구강약물 치료가 17.3%였다. 복지서비스 중에서는 가정 도우미가

15.7%, 이동 목욕의 13.1% 순이었다<Table 5>.

가정간호사는 단지 4명(2.1%)만이 이용하였고, 가사업무지원도 2명(1%), 자원봉사서비스는 8명(4.2%), 피부약물치료가 9명(4.7%), 피하 약물치료가 2명(1%), 근육약물치료가 5명(2.6%), 수액요법이 탈초와 중심정맥관을 합쳐 5명(2.6%), 물리치료가 2명(1%), 욕창간호가 6명(3.1%)인 것으로 나타났다. 특히 피내 약물치료, 구강항암치료 및 배뇨관간호는 각각 1명(0.5%)만 받은 것으로 나타났다. 조사는 하였지만 서비스를 받은 대상자가 한명도 없었던 서비스는 피부 항암치료, 피내 항암치료, 수액(탈초) 항암치료, 수액(중심) 항암 치료, 근육 항암치료, 복막 투석, 인공항문 간호, 산소요법, 냉, 온요법, 호흡간호, 기관지 삽관 간호, 상처치료이다.

이들 서비스의 월 이용횟수는 가장 많은 대상자가 응답한 방문간호사가 1개월에 1회에서 많게는 4회까지 있었으나 한달 평균 1.49회였으며 가정도우미의 서비스를 받는 노인들의 경우 월 8.5회로 1주일에 두 번꼴이었으며, 이동목욕을 이용한 노인의 경우 평균 15.2회로 한 달에 한 번 받은 것으로 나타나 극히 미미한 수준으로

<Table 5> provided visiting nursing and social welfare service

	type of service	yes	N(%)	frequency/month		cost/one time	satis. level
				M±SD	range	M±SD	M±SD
n u r s i n g	visiting nursing	yes	160(83.8)	1.49±0.64	1-4	0	1.10±0.30
		no	31(16.2)				
	home nursing	yes	4(2.1)	3.25±0.96	2-4	0	1.33±0.58
		no	187(97.9)				
	oral medication	yes	33(17.3)	13.38±13.72	1-30	30657.58 (46343.43)	1.53±0.52
		no	158(82.7)				
	topical medication	yes	9(4.7)	9.11±5.88	1-20	1600.00 (2302.17)	1.50±0.71
		no	182(95.3)				
	sub cutaneous injection	yes	2(1.0)	15.50±20.51	1-30	55000.00 (63639.51)	.
		no	189(99.0)				
	intra dermal injection	yes	1(0.5)	8.0±0.0	8	160000.00 (0.00)	.
		no	190(99.5)				
	intra muscle injection	yes	5(2.6)	2.40±1.52	1-5	0	1.0±0.00
		no	186(97.4)				
	IV(peripheral)	yes	3(1.6)	1.33±0.58	1-2	7500 (15000.00)	.
		no	188(98.4)				
	Central line	yes	2(1.0)	2.00±0.00	2	0	.
		no	189(99.0)				
	Oral chemo.	yes	1(0.5)	1.00±0.00	1	.	.
		no	190(99.5)				
Physical therapy	yes	2(1.0)	22.5±10.61	15-30	0	.	
	no	189(99.0)					
bed sore care	yes	6(3.1)	6.0±7.01	1-15	0	1.50±.71	
	no	185(96.9)					
Urinary drain	yes	1(0.5)	1.00±0.00	1.0	.	.	
	no	190(99.5)					
w e l f a r e	House keeping	yes	2(1.00)	16.00±19.80	2-30	0	1.0
		no	189(99.0)				
	home help	yes	30(15.7)	8.5±5.88	1-20	0	1.18±0.39
		no	161(84.3)				
	volunteer service	yes	8(4.2)	1.63±0.74	1-3	0	1.00±0.00
		no	183(95.8)				
	mobile bathing service	yes	25(13.1)	1.52±0.85	1-4	0	1.0±0.00
		no	166(86.9)				

나타났다.

약물 치료를 제외하고 대부분의 서비스를 무료로 받고 있었으며 받고 있는 서비스에 대한 만족도는 높았다.

2) 지역별, 기능상태별 간호서비스 내용

대상 노인들의 지역별, 기능상태별 서비스 분석은 전체적으로 10%이상의 대상자가 받은 것으로 나타난 방문간호사, 구강약물 치료, 가정 도우미, 이동 목욕 서비스의 월 평균 이용횟수로 분석하였다.

지역별 서비스 제공횟수를 분석한 결과는 <Table 6>에서 볼 수 있는 바와 같이 방문간호, 가정도우미, 구강 및 목욕서비스 모두 충청지역의 평균이 서울지역보다 높

은 것으로 나타났으나 이 중 방문간호서비스, 가정도우미서비스, 목욕서비스는 지역별로 유의한 차이를 보이지 않았으며 구강 약물치료만은 충청지역이 서울지역에 비해 유의하게 많이 받은 것으로 나타났다.

기능상태별 서비스 제공은 <Table 7>에서 보는 바와 같이 4가지 서비스 모두 기능상태별 제공횟수에 통계적인 유의성이 없는 것으로 나타났을뿐 아니라 준와상상태에서 와상상태로 기능은 더 나빠졌음에도 방문간호서비스와 목욕서비스는 월평균 서비스 제공횟수의 평균이 도리어 감소하였으며 가정도우미와 구강약물 치료의 경우에도 준와상상태에 비해 와상상태에서 제공횟수가 늘었으나 와상상태 C급은 와상상태 B급에 비해 평균 제공

<Table 6> comparison of service between urban and rural in Korea

service	area				t	Sig
	metropolitan		province			
	N	M±SD	N	M±SD		
visiting nursing	89	1.47±.57	71	1.51±.73	.342	.733
oral medication	7	1.86±.69	26	16.62±13.89	2.778	.009
home help	4	5.50±4.96	26	9.04±5.93	1.294	.206
mobile bathing service	9	1.22±.44	16	1.69±.95	1.383	.180

<Table 7> comparison of service between functional status of the elderly by JABC

service	functional status						F	P
	semi bed-ridden		bed-ridden(B)		bed-ridden(C)			
	N	M±SD	N	M±SD	N	M±SD		
visiting nursing	50	1.54±0.71	84	1.46±0.65	25	1.49±0.65	.218	.805
oral medication	7	10.43±1.43	19	14.32±14.07	7	14.29±14.71	.209	.812
home help	7	6.43±5.74	19	10.00±6.04	4	5.00±2.94	1.869	.174
mobile bathing ser.	6	1.67±0.82	15	1.40±0.63	4	1.75±1.50	.390	.681

횟수가 감소하는 등 노인의 상태가 나빠짐에 따라 서비스가 더 많이 제공되는 것으로 나타나지 못하였다.

4. 재가노인 서비스제공체계

Lee and Kim(2000)이 개발한 보건소 방문보건사업의 재가노인 서비스 제공 현황조사 설문지를 기초로 3개의 보건소에서 조사된 8항목의 결과는 <Table 8>에서 제시된 바와 같다.

방문간호사업을 담당하는 간호사 1인의 대상자수는

<Table 8> nursing service delivery system of public health center for elderly

	Metropolitan		Province	
	J ward	A city	K city	
total No. of assigned elderly / one visiting nurse	115	85	107	
No. of elderly visited /day	5	10~15	6~8	
mean time stayed/visit(min)	30	30	0 -40	
entry for nursing service	· no entry *priority to solitary, extreme poverty and frailed elderly	· no entry *priority to solitary, extreme poverty and frailed elderly	· no entry *priority to solitary, extreme poverty and frailed elderly	
standadized classification for functional status	· none *classification with disease	· none *classification with disease	· none *classification with disease	
referred facility	medical service	· public health center physician *Seoul City Home Nursing Association	· public health center physician	· public health center physician
	home help service	· home help	· none	· none
	long-term care	· none	· none	· none
certification home care nurse/visit nurse and continuing education	· 2 / 4 nurse · formal & informal education for home nursing	· no / 3 nurse · attendance at variety education program	· no / 2 nurse · attendance at variety education program	
quality assurance	· audit of Seoul City · Inside evaluation	· Inside evaluation	· Regular audit of Chungnam province and city · Inside evaluation	



85명에서 115명까지로 평균 102명을 담당하고 있는 것으로 나타났으며 하루 평균 방문하는 노인(가정)수는 5집에서 많게는 15집까지였으며 대부분 한 번 방문에 평균 30분 정도 체류하는 것으로 나타났다.

등록절차에서는 어느 곳도 단일등록체계가 마련되지는 못하였으며, 주로 동사무소의 사회복지사의 추천으로 통하거나 방문간호사업 수행 중 간호사가 직접 발견하거나 주위의 추천으로 소개되며 이 중 서울과 충남 모두 거동불능자, 독거노인, 영세민을 우선 순위로 두고 사업 대상에 포함시키는 것으로 나타났다. 노인의 분류는 기능상태 보다는 질병으로 분류하며, 기능상태별 분류는 아직 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다.

의료서비스, 가정봉사원서비스 및 장단기보호시설과 의 의뢰체계에서는 서울지역의 보건소가 충남지역 보건소보다는 더 다양한 연계가 가능한 것으로 나타났는데 서울지역 보건소의 경우 보건소 방문간호계에 가정도우미 제도가 운영되고 있어 가정봉사원의 도움이 필요한 가정에 파견하고 있으며 가정간호서비스가 필요한 노인에게는 서울시 가정간호사업에 의뢰할 수 있는 것으로 나타났다. 그러나 서울과 충남의 3 보건소 모두 의료서비스는 보건소의사에게 의뢰하고 다른 의료서비스를 필요로 하는 경우에는 영세민으로 의료보호 해당자인 경우 지역의료기관을 찾아가도록 권유하는 수준이었다. 장단기 보호시설과도 공식적인 의뢰체계는 없었으며 해당행정구역의 사회복지자에 문의 또는 의뢰하는 것으로 나타났다.

방문간호사업을 수행하는 간호사들 중 가정간호사 자격증 소지여부를 조사한 결과 서울의 J구 보건소는 실제 방문간호업무를 수행하는 실무자 4명 중 2명(1명은 취득, 1명은 교육받고 있는 중임)이 있었으나 충남의 2 보건소에서는 한명도 없는 것으로 나타나 아직까지 방문간호를 담당하는 간호사를 위한 별도의 자격기준이 설정되어 있지 않은 것으로 나타났으며 교육체계도 방문간호사를 위한 별도의 교육과정이 있는 것은 아니며 다양한 교육기회에 참여하고 있는 것으로 나타났다.

방문간호사업의 질향상을 위한 평가과정은 보건소마다 다소간의 차이를 보였는데 서울의 J구 보건소는 서울시에 보고하고, 정기적인 내부 보건소 평가가 있다고 하였다. 충남의 K시 보건소는 정기적인 충남도와 시의 감사를 받고 있으며, A시 보건소는 자체평가를 하는 것으로 나타났다.

#### IV. 는 의

본 연구는 재가와상노인을 위한 간호서비스 제공 모델의 개발을 위해 서울과 충청지역의 보건소에서 방문간호를 받고 있는 노인들 중 와상노인을 대상으로 ADL과 IADL을 기준으로 한 노인의 신체적 상태와 기능상태 및 이들이 받고 있는 재가간호서비스의 종류와 정도를 조사하였다.

본 연구결과 노인의 평균 연령은 75.2세였으며 여자가 68%, 남자가 32%로 여자가 남자의 약 2배 정도 많았다. 이러한 결과는 여성의 평균연령이 남성보다 높은 것으로 인한 결과로 이해된다. 특히 유배우자들이 서울이 33.3%이나 충청지역은 47.1%에서 배우자가 있어 유배우자들이 높게 나타난 점과 의료비 지불자가 서울지역에서는 본인 혹은 배우자가 지불하는 경우가 60.2%였으나 충청지역에서는 34.1%로 서울의 약 반정도였으며 자녀가 지불하는 경우는 서울이 37.3%였으나 충청지역은 65.9%로 서울에 비해 2배의 비율로 높은 것 등은 아직까지 서울지역에 비해 충청지역에 전통적인 가족구조와 의식이 강하게 남아있는 것으로 해석된다.

Jung, et al(1998)의 조사에서도 와상기구원이 지각한 와상원인으로는 질병이 83.6%, 사고와 노화가 각각 6.6%와 8.8%로 나타났으며 질병 중에서는 순환기계 질환이 41.1%로 가장 많으며, 다음이 정신 및 행동장애의 24.9%, 근골격계 및 결합조직질환이 13.3%, 신생물이 8.5% 순으로 높은 비율을 차지하였다. 본 연구결과에서도 심혈관계와 신경계가 전체의 43.9%(84명)와 42.9%(82명)으로 가장 많았으며 다음이 30.9%(59명)의 근골격계, 19.3%(37명)의 대사장애 순으로 나타나 유사한 양상을 보였으나 알은 4.2%(8명)에서만 있는 것으로 나타나 차이를 보였다. 특히 전국 2,048명의 60세 이상 노인을 대상으로 한 조사결과를 분석보고한 Suh(1995)의 연구에 의하면 가장 많은 유병률을 보인 것은 관절통(56.6%), 만성요통(31.2%), 소화기계 만성질환(19.8%), 고혈압(19.3%)의 순으로 본 연구결과와 매우 다른 양상을 보였는데, 이러한 차이는 본 연구의 대상자가 질병상태가 심각한 중증 노인이며, 특히 와상상태의 주원인이 뇌졸중인데서 초래된 것으로 이해된다.

본 연구결과 ADL과 IADL로 본 전체대상자의 신체적 상태는 평균 38.67로 기동성 장애 정도가 높은 것으로 나타났으며 ADL 중에서는 목욕만이 심한 장애가 있는 것으로 나타났으나 IADL은 6영역 중 5영역에서

장애가 심한 것으로 나타나 IADL이 ADL보다 더 장애 정도가 심한 것으로 나타났는데 이는 노화로 인해 IADL이 먼저 손상받고, 진행되면서 ADL까지 손상되는 현상을 반영한 것으로 이해된다.

미시간대학교 연구팀이 개발한 MI-CHOICE Logic에 의해 도시, 통합시, 농촌지역 노인들의 간호필요수준을 조사한 연구결과(Kim et al., 2000) 452명의 도시, 농촌 및 통합시의 452명의 노인들 중 75세 이상의 연령층에서 가정간호와 간병에 대한 지원, 가사돌봄에 대한 요구는 높았으나 요양원 수준의 간호가 요구되는 노인은 단지 1명 뿐인 것으로 나타났다.

그러나 Crimmins 등(1994)의 계층적 기능상태 척도로 분류한 결과 본 연구대상자는 190명이 중증장애이고 단지 1명만이 경증장애로 분류되었으며 일상생활 자립도 판정 기준표(Kim, 1999)에 따라 분류한 결과 전체 대상자의 27.9%(53명)가 준와상상태, 54.7%(104명)이 와상상태 B급, 17.4%(33명)이 와상상태 C급인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자가 모두 보건소의 방문간호를 받는 대상자들임을 전제하더라도 매우 높은 수준으로 판단된다. 특히 병원의 가정간호 서비스를 이용한 60세 이상 노인 196명을 대상으로 평가한 결과 가정간호 서비스를 받는 사람의 44%에서 86%가 간호요양원에서 집중적인 서비스를 받아야 할 것으로 조사된 Kang(1999)의 연구결과에서와 같이 본 연구대상자의 72%정도는 기본적으로 누워서 지내는 노인들로 보다 집중적인 재가간호나 요양원의 입소가 필요할 것으로 판단된다.

이를 다시 지역적으로 살펴보면 서울의 경우 41% (41명)이 준와상상태인데 반해 충청지역은 13.3%(12명)만이 준와상상태이고 B, C급을 합쳐 와상상태는 서울이 59%(59명)인데 반해 충청지역은 86.7%(78명)으로 충청지역 노인들의 와상상태가 통계적으로 유의하게 더 심한 것으로 나타났는데 이는 본 연구에서 ADL 중에서는 8명역 모두 서울지역 노인들의 기능이 충청지역 노인들에 비해 좋은 것에서도 원인을 찾을 수 있었지만 서울지역과 충청지역노인들의 경제력, 보건의료시설과의 관련성을 보는 연구가 필요할 것으로 판단된다.

미국 노인환자들의 ADL의존도에 따른 가정간호와 요양원에서의 건강관리비용효과를 분석한 Lee(1998)의 연구는 의존도가 심한 노인의 경우 드러난 비용은 가정간호가 적게 들지만, 가족들이 제공하는 간호가 주당 30-37시간에 이른다는 점을 고려한다면 의존도가 심한 노인은 가정간호를 받는 것보다는 요양원에서 치료를 받

는 것이 비용면에서 더 효율적이라고 보고하고 있다. 이러한 결과는 가족이 함께 살면서 노인간호로 자녀세대의 부담이 큰 경우를 전제로 한 것이나 본 연구에서 노인들은 대부분 독거노인이거나 노인부부만 살며, 저소득계층으로 자녀세대와 함께 살아도 거의 낮에는 일하러 나가 노인들이 혼자 있는 현실과 시설에 대한 부정적인 이미지가 때문에 시설입소를 꺼리고 있다. Jung, et al. (1998)의 조사에서 주간보호시설이나 단기보호시설을 이용한 노인은 한명도 없었으며 가사지원서비스를 희망하는 노인이 41.3%로 나타난 것과 같이 노인들의 시설에 대한 부정적인 태도를 고려할 때 시설을 증가시켜 이들 노인을 모두 시설에 입소시키는 것만이 최선은 아니라고 판단된다.

본 연구결과 가장 많이 받고 있는 간호서비스는 방문간호사가 83.8%로 가장 높았으며 그 다음으로 10% 이상에서 서비스를 받는다고 응답한 내용은 구강약물 치료가 17.3%, 가정 도우미가 15.7%, 이동 목적의 13.1% 순이었다. 이들 서비스의 월 이용횟수는 가장 많은 대상자가 응답한 방문간호사가 1개월에 1회에서 많게는 4회까지 있었으나 한달 평균 1.49회였으며 가정도우미의 서비스를 받는 노인들의 경우 월 8.5회로 1주일에 두 번꼴이었다. 이동목적의 노인들의 경우 평균 15.2회로 한달에 한 번 받은 것으로 나타나 극히 미미한 수준으로 나타났다. 특히 문제가 되는 것은 기능상태별로 노인의 상태가 나빠짐에 따라 서비스가 더 많이 제공되는 것으로 나타나지 못하였다.

이러한 결과는, 본 연구결과 실제로 한명의 방문간호사가 담당하는 노인수가 85명에서 115명에 이르는 중증의 요양보호 노인들이며, 하루에 평균 5집 이상을 방문하고 있는 방문간호사들의 열성적인 노력과 헌신이 있음에도 불구하고 현재의 서비스체계가 절대적으로 부족하고 미비한 상태를 반영하는 것이다.

특히 재가노인을 위한 서비스를 포괄적이고 연속적으로 충족하기 위해서 미국, 일본 등의 선진국에서는 노인이 단일한 경로를 통해 시스템에 들어오는 체계의 구축과 노인의 기능상태에 따라 필요한 서비스의 종류를 결정하고 조정하는 사례관리자의 역할을 중시하고 있다. 그러나 본 연구결과 아직 우리나라는 등록체계가 병원중심의 방문간호사업, 보건소 중심의 방문간호사업 및 지역사회 방문의료사업 등으로 분산되어 따로 제공되고 있다(Kim, et al., 2000; Kim, 1999). 서비스 제공의 우선순위 선정 원칙만 있을뿐 노인의 기능상태를 분류하는 기준이나 기능상태별 제공해야할 서비스내용의 틀이

파편되어 있지 못하고 병원중심의 가정간호사업을 제외하고는 방문간호사업을 담당하는 간호사의 자격기준이나 보수교육안이 파편되어 있지 못한 상태이다. 또한 방문간호서비스뿐 아니라 가정봉사원, 주간보호소, 장단기 시설 이용과 의료기관의 연계를 총괄하는 사례관리자의 역할을 수행하는 전문인이 없을뿐 아니라 이들 서비스가 유기적으로 연결되어 있지 못하였으며 가정봉사원 파견 기관이나 요양원과 같은 시설이 해당 지역에 있는 경우 제외하는 것으로 나타났다.

이러한 상황을 요약하면 아직 우리나라의 장기요양보호서비스를 포함한 노인보전복지 수준이 결음마 단계임을 고려하더라도, 1970년대 후반부터 체계를 갖춘 재가간호사업과 1990년부터 설립된 재가개호지원센터에 의해 장애가 있는 노인들의 경우 노인의 기능상태와 질병에 따라 홈헬퍼의 파견, 방문간호, 데이서비스, 장단기 노인시설입소와 같은 노인에게 필요한 다양한 서비스를 제공하고 있는 일본(Kim, 1999)이나 미국(Kim, et al., 2000)에 비해 자원, 제도, 인력등 모든 면에서 턱없이 부족한 수준이다.

이들 나라가 1960년대부터 대략 40년에 걸쳐 노인보전복지에 관심을 기울인 것에 비해 우리는 불과 20년이 지난 2020년이면 현재 이들 나라의 65세 이상 노인의 비율과 거의 비슷한 13% 수준이 됨을 전제할 때 향후 20년 동안 재가와상노인을 위한 간호서비스제공 모델은 재가간호를 담당하고 있는 간호사를 위한 교육자료 개발과 교육기회의 제공을 포함한 간호의 질 향상방안의 마련이 필요하다. 방문간호의 수가체계정비, 복지분야와의 연계를 통한 통합적인 관리체계의 마련에 간호계가 주도적인 역할을 담당하여야할 것이다.

이를 위해서는 2000년 10월 노인 장기요양보호정책안 공청회에서 조혜숙 가정간호사회 제 1부회장이 제시한 보건소 중심의 노인보건의료서비스를 위한 방문간호센터의 기능강화와 지역사회내 가정간호센터의 설립(The Korean Nurses Association News, 2000.10.26)과 같이 재가와상노인의 기능상태에 맞는 다양한 지역사회 간호서비스의 제공을 유기적으로 할 수 있는 제도의 마련 역시 매우 중요하다고 생각된다.

또한 전화를 이용한 자동화시스템이 사례관리자가 가정방문을 해서 얻은 사정결과에는 못미치지만 사람과의 전화면담에서 얻은 정보와 유사한 것으로 나타난 Mahoney, Tennstedt, Friedman 과 Heeren(1999)의 연구결과는 우리사회의 정보화와 함께 사이버정보제공과 사이버를 통한 와상노인 간호자들 간의 의사소통망

형성이 중요함을 일깨워준다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 재가와상노인을 위한 간호서비스 제공 모델의 개발을 위해 서울과 충청지역의 보건소에서 방문간호를 받고 있는 노인들 중 191명의 와상노인을 대상으로 2000년 5월부터 8월까지 보건소 간호사들이 가정방문을 하여 면담과 관찰을 통해 노인의 신체적 및 기능상태와 이들이 받고 있는 재가간호서비스의 종류와 정도를 조사하였다.

주요 일반적 특성 중 연령, 학력, 의료비 지불형태는 지역간 차이를 보이지 않았으나 성별과 의료비 지불자에서 차이를 보였다. 서울지역에는 남자가, 그리고 충청지역에는 여자가 유의하게 많았으며 의료비 지불을 서울지역에서는 본인 또는 배우자가 지불하는 비율이 높았으나 충청지역에서는 자녀가 하는 경우가 유의하게 많았다.

노인들의 질병은 심혈관계와 신경계가 43.9%와 42.9%로 가장 많았으며 단일 질병으로는 고혈압과 뇌졸중이 42.4%와 41.4%로 가장 많은 것으로 나타났고 뇌졸중은 충청지역에서, 그리고 고혈압은 서울지역에서 유의하게 높은 것으로 나타났다.

ADL 과 IADL로 본 신체적 상태는 전체적으로 장애 정도가 높았으며 특히 ADL 중에서는 '목욕'만 심한 장애가 있었으나 IADL 에서는 '전화사용'을 뺀 나머지 5영역 모두에서 심한 장애가 있는 것으로 나타났다.

Crimmins등(1994)의 계층적 기능상태 척도로 분류한 결과 99.5%(190명)이 중증장애이고 단지 0.5%(1명)만이 경증장애로 분류되었으며 일상생활 자립도 판정 기준표에 따라 분류한 결과 전체 대상자의 27.9%(53명)가 준와상상태, 54.7%(104명)이 와상상태 B급, 17.4%(33명)이 와상상태 C급인 것으로 나타났다. 지역별로는 충청지역 노인들의 와상상태가 통계적으로 유의하게 더 심한 것으로 나타났다.

문헌에서 와상환자들에게 시행하는 간호서비스로 보고된 30가지 간호행위를 중심으로 대상 노인들이 지난 1개월동안 받은 간호서비스를 조사한 결과 방문간호사가 83.8%로 가장 높았으며 그 다음으로 구강약물 치료, 가정 도우미와 이동 목욕서비스만이 10% 이상에서 서비스를 받았다고 하였다. 특히 노인의 기능상태가 나빠짐에 따라 서비스가 더 많이 제공되지는 않는 것으로 나타났다.

본 연구결과를 요약하면 질병에 따른 분류보다는 노

인의 기능상태와 지지체계의 수준을 포괄적이면서 간단하게 사정할 수 있는 기능분류체계와 서비스요구사정기준표의 개발이 필요하다. 또한 방문간호사의 기준과 이들의 질적 수준향상을 위한 교육자료의 개발과 인터넷망을 이용한 정보제공체계에서부터 선진노령사회에서 그 필요성과 효율성이 인정되고 있는 단일등록체계 및 서비스제공체계의 개발까지를 포함하는 재가와상 노인을 위한 서비스제공체계의 개발과 이를 위한 구체적인 연구가 절실히 요구되는 시점이라고 판단된다.

이상의 결과를 토대로 다음의 연구를 제언하고자 한다.

첫째, 노인의 기능상태에 영향을 미치는 요인규명을 위한 연구와 재가와상 노인의 기능상태 판별을 위한 도구의 개발 및 요양원수준의 간호가 요구되는 노인들을 위한 실제적인 간호제공체계의 개발을 위한 연구가 있어야 할 것이다.

둘째, 노인들의 요양원에 대한 태도조사와 방문간호사업을 담당하고 있는 간호사들의 교육요구 조사가 필요하다.

Reference

Crimmins, E. M., Hayward, M. D., & Saito, Y. (1994). Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. *Demography*, 31, 159-175.

Crimmins, E. M., Hayward, M. D., & Saito, Y. (1996). Differentials in active life expectancy in the older population of the United States. *J Gerontol: Soc Sci*, 51B, S111-S120.

Jung, K. H., Cho, Y. Y., Oh, Y. H., Byeun, J. K., Byeun, Y. R., & Moon, H. S. (1998). 1998 National elderly life survey and welfare need assessment Korea Institute for Health and Social Affairs Report, 98-04.

Kang, I. O. (1999). The need of nursing home services for frail elderly people receiving home care nursing services. *J Korean Nurs Admn*, 5(3), 415-424

*The Korean Nurses Association News*, 2000, October 26.

Kim, J. I. (1999). A study on home care and home visiting nursing in Japan. *J Korean Comm Nurs*, 10(1), 106-120.

Kim, W. J., June, K. J., Kim, H. G., So, A. Y., Lee, K. M., Kim, E. Y., & Park, E. O. (2000). Need assessment and content development of Public health·medical·welfare service for the elderly in the community. In S. H. Lee(Ed.), *Development of services delivery model for the elderly in the community*. Ministry of Public Health and Welfare of Korea. Policy Research Report(HMP-99-P- 0010).

Lee, S. H., & Kim, S. M. (2000). Development of services delivery system for the elderly in the community. *Development of services delivery model for the elderly in the community*. Ministry of Public Health and Welfare of Korea. Policy Research Report (HMP-99-P-0010).

Lee, T. W. (1998). The cost of long-term care alternatives for the elderly. *J Korean Nurs Admn*, 4(2), 351-361.

Lee, W. H. & Choi, K. S.(1999). Factors associated with physical functioning among community-dwelling older adults. *Korean J Prev Med*, 32(3), 325-332.

Mahoney, D., Tennstedt, S., Friedman, R., & Heeren, T. (1999). An automated telephone system for monitoring the functional status of community-residing elders. *The Gerontologist*, 39(2), 229-234.

Morris, J. N., Fries, B. E., & Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol: Med Sci*, 54A(11), M546-M553.

OASIS (2000). *Tender Loving Care*, Staff Builders, TLC123(08/00)

Seuk, J. E. (2001). Estimation of long-term care for elderly. *Health and Welfare Policy Forum*, 51, 21-36.

Song, M. S., Kim, S. M., & Oh, J. J. (1997). *Research and perspectives of gerontological nursing*. Seoul National University Press. p

325.

Suh, M. J., Noh, S. M., Devins, G. M., Kim, K. S., Kim, K. G., Song, J. Y., Cho, N. O., Hong, Y.S., Kim, I. J., Choi, H. J., Jung, S. H., & Kim, E. M. (1999). Readjustment and social support of the post hospitalized stroke patients. *J Korean Acad Nurs*, 29(3), 639-655.

Suh, M. K. (1995). Health states of the elderly and policy implications. *J Korea Gerontol Soc*, 15(1), 28-39.

Sunwoo, D. (2001). Estimation of bed-ridden elderly population who needs long-term care. *Health and Welfare Policy Forum*, 51, 12-20.

- Abstract -

Development of an Urban  
Community Based Comprehensive  
Service Model for Bed-Ridden  
Elderly\*

*Kim, Keum-Soon\*\* · Suh, Moon-Ja\*\*  
Cho, Nam-Ok\*\*\* · Kim, In-Ja\*\*\*\**

Purpose: This study aims to identify the ADL and IADL of bed-ridden elderly. Also it is used to show functional status, and to

investigate the content and the level of nursing services provided. Method: The subjects were 191 elderly who received visiting nurse service through public health centers in the Seoul Metropolitan and Chungnam Province. Data collection was conducted by public health center nurses during four months in 2000. Result: As for daily living activities, 100% of subjects had at least one difficulty in ADL and IADL. Among them, only 0.5% had moderate disabilities and 99.5% had severe disabilities by HFS, 27.9% were in a semi bed-ridden state and 72.1% were completely bed-ridden by JABC.

The major service provided was a visiting nurse service which was preferable to the social welfare service. In the visiting nurse service, there was no significant difference according to the elderly's functional status.

In addition there was no standardization about the qualification of the visiting nurse, and single entry point for the nursing service. Conclusion: The researchers urgently suggest that a community based comprehensive service model has to be developed to respond to the needs of the elderly in Korea.

Key words : Bed-ridden elderly, ADL, IADL, Functional status, Nursing service

---

\* This work was supported by Korea Research Foundation Grant(KRF 99 042 F00150)  
 \*\* Seoul National University, College of Nursing  
 \*\*\* Soonchunhyang University, Dep. of Nursing, Correspondence  
 \*\*\*\* Daejeon University, Dep. of Nursing