

## 농촌형 노인 주간보호시설 모형개발\*

강 경 숙\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

2003년 현재 우리나라는 65세 이상 전체 노인인구의 약 0.5%만이 노인보호를 위한 시설에 수용되어 있는데, 이는 스웨덴의 8.7%, 미국의 5.7%, 일본의 6.0%에 비해 아주 낮은 편이다(Kim, J. S., 2003). 따라서 나머지 대부분의 노인들은 질병을 가지고 있으면서도 시설이용의 혜택을 받지 못하고 있으며, 질병을 가지고 있지 않을지라도 장기간의 보호와 수발을 요하기 때문에 수발자의 부담 또한 매우 높아질 수밖에 없다(Kim, E. Y., 1998). 그러므로 만일 가정에서 노인을 돌보아줄 가족이 여의치 않은 경우에는 지역사회 내 사회적인 장(시설이나 다른 장소)이나 가족이외의 다른 사람에 의해 수행되는 사회적 지지체계가 필요하게 되었다(Choi, E. Y., 1996).

2000년 현재 우리나라 농촌지역(읍·면 지역)의 고령화율은 14.7%로 이미 고령사회인데 비해 도시지역은 5.5%를 차지하고 있어, 농촌지역이 도시지역에 비해 약 3배정도 빠른 고령화 속도를 보이고 있다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2003). 농촌지역 거주 노인의 만성질환 유병률 또한 89.1%로 도시노인의 85.3%에 비해 다소 높은 실정으로 노인인구 증가에 따른 기능장애 노인의 수 역시 증가하고 있다.

의료기관에 접근하는 교통비 등 접근비용은 농촌지역 거주노인이 11.9%로 도시지역 거주노인의 6.6%에 비해 약 2배정도 높다.

2003년 현재 우리나라의 노인주간보호시설은 155개소(국고지원시설)가 운영되고 있으며, 일 이용자 수는 2,700여명에 이르고 있으나 시설 수에 있어서 지역적으로 차이가 심하다(Ministry of Health and Welfare, 2003). 우리나라 전체 노인인구의 12.6%를 차지하고, 농촌지역이 대부분인 전라남도에는 보건복지부 공식집계 노인주간보호시설이 4개소로 우리나라 전체의 2.8%에 불과하며, 전체 이용대상자 수도 일계(日計) 141명으로 전체 이용자의 5.2%(Ministry of Health and Welfare, 2003) 밖에 되지 않아 농촌지역 노인들의 보건복지욕구는 거의 방치된 상태라고 할 수 있다.

특히 현행 노인복지법에 의한 재가노인사업에는 복지서비스가 주로 제공되고 있어 노인보건의료체계의 확립이 시급하다(Cho, Y. H., 1998).

다행스럽게도 최근에 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 공공보건의료기관에서 운영하는 노인주간보호시설이 정신장애 대상자 보호시설인 국고지원기관 7개소를 포함하여 전국에 약 30여 개소로 증가되었다.

그러나 이들 공공보건의료기관에 설치되어 있는 노인주간보호시설들은 기초생활보장 수급권자를 중심으로 하는 대상자의 선정의 제한성과 지역적 특성이 고려되지 않은 중앙 및 지방정부의 획일화된 기준에 의한 시설 및

\* 2003년 8월 박사학위 논문의 일부임

\*\* 남부대학교 간호학과 조교수(교신처자 E-mail: rkdrudtnr@hananet.net)

재정지원 정책과 공공기관 특유의 운영주체의 경직성 등의 문제를 가지고 있다. 이러한 문제들은 특정 대상자의 이중수혜, 대상자 선정기준 및 전달체계의 비체계화, 열악한 시설과 영세한 재원, 지역의 지리적·사회적·경제적·문화적 특성이 고려되지 않은 시설의 설치 및 운영, 서비스 내용의 미흡 및 전문인력의 부족 등 많은 어려움을 겪게 한다. 또 한정된 인력으로 인한 업무과다, 복지와의 연계문제 등이 제기되고 있다.

따라서 농촌지역은 지역사회의 특성 및 노인들의 욕구에 부응하는 서비스 대상, 서비스 내용, 전달체계, 시설 및 재원 그리고 인력 측면에서 새로운 노인주간보호시설 모형의 개발이 시급하다고 본다.

최근 우리 나라에서는 노인주간보호시설 모형개발과 관련된 연구가 일부 이루어지고 있으나(Choi, S. J., 1998; Jeong, S. S., 1998; Kim, M. H. et al, 1999; Whang, S. C. et al, 2001; Mo, S. H., 2002) 농촌실정을 고려한 모형개발이 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 K농촌지역의 공공보건의료기관 노인주간보호시설을 중심으로 실증적 근거를 토대(evidence-based)로 하여 효율적인 농촌형 노인주간보호시설 모형을 개발하고자 수행되었다.

본 연구의 모형개발 안에서 제시한 서비스 대상, 서비스 내용, 서비스 전달체계, 시설 및 재원, 전문인력 측면 등은 향후 농촌지역 공공보건의료기관내에 설치되는 노인주간보호시설의 설치 및 운영에 있어서 구체적인 자료로 활용될 것으로 기대된다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 농촌지역 재가노인들에게 바람직한 보건복지서비스를 제공하기 위해 우리나라 실정에 맞는 공공보건의료기관 중심의 농촌형 주간보호시설 모형을 개발하고자 함에 있으며, 궁극적으로는 농촌지역 노인들을 위한 사회적 지지와 삶의 질 향상을 위한 지역사회 보건복지서비스 기반을 조성하기 위함이다.

이를 위한 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 국내의 노인주간보호시설 운영실태를 파악한다
- 2) 국내의 일개 군 공공보건의료기관 내 노인주간보호시설의 운영실태를 파악한다.
- 3) 일개 군의 노인주간보호시설 모형을 개발한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 농촌지역인 일개 군의 지역적 특성을 고려하여 공공보건의료기관이 주체가 되어 운영하는 바람직한 노인주간보호시설 모형을 개발하기 위한 기획연구이다.

연구설계는 기존자료 및 국내외 관련 문헌고찰, 국내외 현황파악을 위한 인터넷 검색, 현지방문조사, 일개농촌지역 주민을 대상으로 하는 설문조사, 정책의사결정자를 대상으로 정보를 수집하는 주요인물 접근법(key-informants interview)등을 병행한 다단계 설계이다.

### 2. 자료수집 방법 및 연구진행 절차

1) 1단계 : 기존자료 및 국내외 관련 문헌고찰, 인터넷 검색 - 국내외 노인주간보호시설 운영실태 조사

2) 2단계 : 현지방문

일본의 노인주간보호시설 운영현황을 조사하기 위해 2000년 12월 24일부터 2001년 1월 6일 까지 약 2주간 일본 S시 인근 농촌지역에 소재한 3곳(S노인보건복지 복합시설, B노인보건시설, A노인복지시설)의 사회복지법인이 운영하는 노인주간보호시설을 방문하였다.

우리나라의 노인주간보호시설 운영현황을 조사하기 위해 2000년 3월부터 2003년 3월까지 일개 군 공공보건의료기관 내에 설치된 노인주간보호시설을 수차례 방문하였으며, 연구에 참고하기 위해 인근 농촌지역 3개 보건소 및 보건의료원과 1개 보건진료소 등에 설치된 노인주간보호시설의 방문 및 운영현황에 따른 자료를 수집하였다. 조사내용은 노인주간보호시설의 서비스 대상, 서비스 내용, 전달체계, 시설 및 재원, 전문인력들을 중심으로 인프라 구축 현황을 파악하였다.

3) 3단계 : 노인주간보호시설 인프라현황 파악 및 모형개발과 관련하여 2002년 6월부터 2003년 6월까지 약 10회에 걸쳐 일개 군 노인보건복지 서비스 관련 의사결정자들(Key-Informants: Opinion Leaders)인 군수, 보건의료원장, 주간보호담당 및 보건요원 등과 직접면담 및 전화면담을 실시하였다.

4) 4단계 : 첫째, K농촌지역 주민의 노인주간보호시설에 대한 인식 및 요구도 조사는 K농촌 지역(1개 읍, 10개 면) 주민들 중 층화무작위집락 표본추출한 20세

이상 400명의 주민을 대상으로 1999년 K군 보건의료원이 연구자와 같이 조사하였던 내용인 일반적 특성 12문항, 노인문제 7문항, 노인주간보호시설에 대한 인식 및 요구도 10문항 등 총 29문항으로 구성된 구조화된 설문지를 이용하였으며, 2002년 8월 15일부터 9월 15일까지 약 1개월 동안 자료 수집하였고, 응답이 불성실한 9부를 제외한 총 391부를 분석에 이용하였다. 둘째, K농촌지역 노인의 건강상태, 사회적 지지와 삶의 질 조사는 K농촌 지역(1개 읍, 10개 면)에서 층화무작위 집락표본 추출한 60세 이상 노인 213명을 대상으로 2002년 8월 15일부터 9월 15일까지 약 1개월 동안 구조화된 설문지를 이용하여 조사하였으며, 총 220부를 배부하여 이중 응답이 불성실한 7부를 제외한 213부를 자료로 분석하였다. 이들 설문조사는 사전교육을 받은 간호학생 5인이 대상자를 직접 가정 방문하여 면대면 방식으로 진행하였다.

설문조사 도구로는 ① 건강상태 조사에는 인구사회학적 특성 10 문항, 기본적 일상생활 수행능력(BADL) 6개 항목과 도구적 일상생활 능력(IADL) 7개 항목에 대한 수행능력의 정도를 자립, 일부부족, 완전불능의 3단계로 구분하여 조사하였다. ② 인지기능 장애 정도는 권용철 등(1989)이 한국판으로 수정 보완한 MMSE-K를 사용하였으며, 총 30점 만점으로 24점 이상은 '확정적 정상', 20~23점은 '치매의심', 19점 이하는 '치매'로 구분하였다. ③ 사회적 지지 측정도구는 박지원(1985)의 사회적지지 척도 25문항의 5점 척도를 사용하였으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .98$ 이었다. ④ 삶의 질 측정도구는 노유자(1988)가 개발한 47문항 중 45문항을 사용하였으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .96$ 이었다. 수집된 자료는 SAS(Statistical Analysis System)를 이용하여 통계처리하였으며, 대상자의 특성과 제 변수와의 관계는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, 대상자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질 관계는 Pearson Correlation Coefficients로 분석하였다.

#### 5) 5단계 : 농촌형 노인주간보호시설 모형개발

상기 내용을 바탕으로 농촌지역 K군 노인주간보호시설 모형을 개발하였다.

### III. 연구 결과 및 논의

#### 1. 국내외 노인주간보호시설 운영실태

외국의 노인보전복지정책과 노인주간보호시설의 현황을 보면, 스웨덴은 1983년 장애인의 정상화(normalization)의 이념을 내세운 보건의료서비스법의 제정 이후, 1997년 기초자치단체에 사회복지사무소를 두어 의료와 보건복지가 통합된 노인서비스를 실시하고 있고, 영국은 1952년 주간병원을 시작으로, 미국은 1979년 주간보호연구소의 설립으로 지침과 프로그램 개발에 연계된 공공보건 및 사회복지 관련 법률을 제정하여 노인주간보호사업을 판장하고 있다(Kim, D. B., 1995). 또한 일본은 노인복지시설과 노인보전시설 2종류의 노인주간보호시설을 운영하고 있는 등 이들 복지 선진국에서는 대상자의 건강욕구와 복지욕구에 맞춰 다양한 요구별로 보건 의료와 사회복지 서비스가 통합된 다양한 서비스를 공급하는 노인주간보호시설이 설치되어 있다. 그러나 우리나라는 노인주간보호시설이 1992년 시범사업을 시작한 이후 아직도 초보단계에 있다.

특히 노인주간보호시설이 거의 전무한 농촌지역은 기존의 보건의료서비스 욕구충족을 위해 최일선에 있는 공공보건의료기관 내 노인보전복지시설의 설치 및 운영에 의존할 수밖에 없다. 따라서 농촌지역 공공보건의료기관은 보건의료서비스와 사회복지서비스 모두를 충족시켜 줄 수 있는 구심체로서 노인의 사회적 지지와 삶의 질을 증진시키기 위한 공급체계가 될 것으로 보인다.

조사 결과, 노인주간보호시설의 철학 및 목적은, 외국의 경우 건강지향적 서비스 제공인가, 사회적 서비스 제공인가를 명확히 제시하여 시설이 추구하는 철학과 목적을 분명히 하고 있는데 비해, 우리나라의 일반적인 노인주간보호시설의 철학과 목적은 첫째, 심신의 기능저하 노인을 위한 보호·유지·향상, 둘째, 노인을 지역사회에 함께 생활하게 함으로서 노인들의 고립감 방지 등 가족의 부양부담 감소로 인한 생활안정 유도, 셋째, 시설과 병원의 입소를 예방하는 완충장치의 세 가지 측면을 강조하고 있었고, 궁극적인 목적은 노인의 삶의 질 향상을 위함에 대부분 두고 있어 그 기관이 지향하는 바를 알아 내기가 어려웠다.

서비스 대상을 보면, 외국의 경우에는 55세부터 65세 이상 노인을 건강상태별 또는 프로그램의 내용별로 대상자를 선정하여 의료적 서비스와 사회적 서비스를 제공하고 있으며, 개인의 건강상태에 따라 등급을 나누어 의료적 서비스와 사회적 서비스의 비율을 고려하였다. 그러나 우리나라의 경우에는 서비스 대상자를 일차적으로 노인의 경제상태에 따라 무료, 실비, 유료 대상으로 나누어

선정하므로 건강상태가 서로 다른 대상자들이 섞여있게 되기 때문에 서비스 제공에 따른 개별 욕구반영 및 적절한 서비스가 이루어지지 않고 있다. 그러나 농촌지역 거주 노인가구는 경제상태의 측정이 불분명하고 부적합하여 대상노인의 선정에 어려움이 있으므로(Lee, H. W., 1999) 대상자를 전체 노인으로 확대시키고, 농촌 노인가구의 경제상태를 가늠할 수 있는 기준지표를 제시해야 할 것이며, 건강상태별 또는 프로그램별로 대상자를 선정하여 노인들의 욕구를 충족시킬 수 있도록 해야 할 것이다. 노인복지법의 '심신이 허약한 자', 일부 노인주간보호시설의 입소기준인 '신체적·정신적 건강문제'라는 용어 등은 대상자의 주관적 판단을 포함하고 있는 문구들로서 애매모호한 해석을 불러일으킬 수도 있기 때문에 현실적인 건강상태 지표가 제시되어야 한다(Kim, S. Y. et al., 2001). 특히 노인에 있어서 건강상태의 특성은 개별 대상자의 건강욕구 및 서비스 프로그램 계획·운영과 즉각 연결되기 때문에 대상자 선정을 위한 전문인력의 확보와 선정기준의 표준화(standard) 및 이를 전문적으로 평가할 사례관리자(Case Manager) 개발이 필요하다. 이는 보건복지 소비자들에게 신속하고 정확한 결과제시 및 지역사회에 신뢰성 있는 노인보호체계 확립에 기여할 수 있을 것이다.

특히 일본의 경우에는 시·정·촌의 위탁을 받은 사례관리자가 지역간의 이동이나 시설간의 이동시에도 시공간을 초월하여 적용 가능한 표준화된 욕구조사표를 사용하고 있는데 우리나라의 경우 운영기관의 필요에 의해 자체 제작하여 사용하고 있기 때문에 국가적인 차원에서 전국적으로 통일된 표준화된 도구의 제작이 시급하게 요구되고 있다.

미국의 건강지향적 노인주간보건복지센터(Adult Day Health Care Center: ADHCC)모형은 만성질환과 신체기능의 저하로 의존성이 높고 나이가 많은 노인인구가 많은 우리나라 농촌지역 공공보건의료기관에 적합한 모형이라고 할 수 있다. 따라서 우리나라 농촌지역은 공공보건의료기관이 보유하고 있는 기존의 인프라를 활용하여 노인주간보호시설의 서비스유형을 선건강지향적(보건의료)유형에 후사회보호적(사회복지)유형이 통합된 효율적 보건복지형 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것이다.

서비스 내용을 보면, 외국의 경우에는 주로 건강상의 문제에 따라 주간병원, 요양원, 재활센터를 중심으로 건강지향적(의료적) 서비스를, 의존성 노인들에게는 사회적 서비스가 제공되고 있다. 건강지향적 서비스프로그램

은 간호, 건강진단, 식이요법, 물리치료, 목욕, 작업치료, 의료서비스, 언어치료, 투약에 대한 자문, 치과서비스 등을 체계적이며 전문적으로 제공한다. 사회적 서비스 프로그램은 개별관리(Care Management), 영양관리 등의 보건교육, 교통편의 제공, 급식, 이·미용 서비스, 상담서비스, 취미활동, 음악 감상, 목회서비스, 가족부양자를 위한 휴식보호서비스 등 건강지향적 서비스프로그램을 지지하여 제공한다.

그러나 우리 나라에 있는 대부분 시설의 주된 서비스는 단순 보호적 서비스를 제공하고 있으며, 서비스 내용이 어느 시설이나 거의 유사하였다. 주간보호시설에서 제공되는 각각의 서비스프로그램들은 개인의 욕구에 부응하여 프로그램 상호간에 상승적인 효과를 나타내는 통합적인 개념(Kang, H. M., 2001)이므로, 이러한 포괄적 서비스 프로그램 운영을 통해 노인의 삶의 질을 높여 주는데 기여 할 수 있다.

전달체계를 보면, 외국의 노인주간보호서비스는 중앙정부가 책임을 지고 있기는 하지만, 공급주체는 기초자치단체 중심의 공·사 혼합으로 다양하며, 서비스는 보편주의 원칙에 따라 제공되고 있다. 뿐만 아니라 공공부분과 민간부분이 공급체계로서 이용자 중심의 서비스와 이용자의 선택에 의해 보건의료서비스와 복지서비스를 종합적으로 수급해 주고 있다. 기초단체 수준에서는 스웨덴의 사회복지 사무소, 영국의 국민보건서비스 지역보건사무소, 미국의 지역노인복지사무소, 일본의 시·정·촌내의 창구 등으로 전달체계가 일원화되어 있다.

우리나라 노인주간보호사업의 주체는 각 노인주간보호 시설이며, 전달체계는 보건복지부(노인복지과)에서 특별(광역시·도(가정복지과)를 거쳐 시·군·구(가정복지과, 사회복지과)를 통한(Park, C. S., 2002) 노인주간보호 시설의 흐름을 갖고 있어 이원화된 수직적 전달체계를 가지고 있다. 따라서 지역사회의 실정에 맞는 노인보건복지서비스를 계획, 개발, 조정하기 위해 공공재원을 기초로 하여 공급주체를 다원화하고, 기초자치단체 수준에 보건복지사무소를 두어 보건의료서비스와 복지서비스를 종합적으로 공급하는 체계로 일원화 하는 변화가 절실히 요구되며, 보건복지서비스가 대상자의 삶의 터에서 조화롭게 이루어져야 할 것이다.

외국의 노인주간보호시설은 어느 공간이나 서비스 실천의 장소로서 어느 유형이나 다용도 공간과 외부 공간이 확보되어 있으며, 다목적 시설의 성격을 가지고 있다. 의료적 모델의 노인주간보호시설은 병원 부설로 운영되

거나 요양원에서 서비스가 제공되고 있었으며, 사회적 모델도 그 기관의 철학 및 목적과 부합된 시설을 갖추고 있었다. 현재 우리나라에서 운영되고 있는 주간보호시설은 Higgins(1989)의 노인이 서비스를 받기 위해 지역 사회의 시설을 이용하는 유형과 Hunter(1992)의 노인 주간사회센터에 가장 가깝다고 할 수 있으나, 지역사회 노인보호체계가 열악한 농촌지역의 공공보건의료기관에서 운영하고 있는 노인주간보호시설에 가장 합당한 유형은 Hunter(1992) 노인주간보건복지센터(adult day health care center)라고 할 수 있다(Kang, K. S., 1999).

2003년의 보건복지부 발표 자료를 보면, 전국 155개소의 노인주간보호시설 중 대도시(서울특별시와 6대 광역시)에 63.2%인 98개소가 집중되어 있고, 특히 사회적지지 체계망의 하나인 주간 및 단기보호시설은 전체의 약 26%만이 농촌지역이 대부분인 도(道)지역(중소 도시와 농촌)에 설치되어 있다(Ministry of Health and Welfare, 2003). 그러므로 대도시에 비해 상대적으로 고령화율이 높은 농촌지역은 노인을 위한 시설, 자원 및 서비스프로그램의 확보가 양적, 질적인 면에서 절대적으로 부족하여 재가노인보건복지 서비스를 거의 받지 못하고 있는 실정이다. 또한 외국의 경우와 같이 초등학교나 중학교 관할범위에 설치한다는 것은 이농현상이 심하여 인구가 점점 감소되고 있는 농촌의 현실에는 적절하지 않으므로 생활환경(지리적 여건에 따른 열악한 교통문제, 문화구조, 주민의 의식, 경제상태, 사회적 지지체계의 준비 정도)에 따라 생활단위별 시설의 설치가 시급하다고 본다.

우리나라의 노인주간보호시설의 경우, 직원배치 기준을 보면 사회복지 분야보다는 지역의료보호의 측면이 훨씬 더 가깝다. 그러므로 도시지역과는 달리 의료기관 및 보건복지시설이 턱없이 부족한 농촌지역에 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」과 같은 규정을 만들어 읍·면·동(보건의료원, 보건소, 통합보건지소, 보건지소, 보건진료소 등)의 모든 노인보호 취약지역에 접근성과 효율성을 고려하여 지역의 여건에 적합한 소규모 그룹 홈 등 다양한 유형의 노인주간보호시설을 설치할 수 있도록 강제조항화 해야 할 것이다.

시설과 재원은 노인보호를 위해 매우 중요하며 상호밀접한 관계가 있다. 외국의 재원조달방식은 기본적으로 조세방식으로 서비스 및 급여를 위한 재원은 노인인구 수 및 그 지역의 특성, 지역주민의 연령구성에 따라 필

요한 예산을 배분하며, 중앙정부가 지방정부에 지원하는 포괄적 보조금과 지방세 및 이용자 부담금으로 이루어지고 있다. 이용 노인은 서비스 이용료를 부담하며, 최대 상한선을 설정하고 있다. 일본의 경우, 재정부담은 정부에서 1/2, 도도부현과 시정촌이 각각 1/4씩 부담하고, 각 지방자치단체의 재정격차 조정을 위해 중앙정부에서 5%정도를 투입하여 원활한 운영을 도모하고 있으며, 이용자의 이용료 부담으로 일부가 충당되고 있다(Cho, Y. H., 1999).

반면에 우리 나라는 노인주간보호사업의 대상이 한정되어 있으며, 재원은 조세부담 중심이라고 할 수 있다. 또한 선별주의에 따라 서비스가 공급되고, 공급주체는 공공·민간·비공식 부분이 혼합되어 있는 형태이다. 정부의 지원비율은 중앙정부가 40%, 지방정부가 60%로 이들 재원으로는 인건비, 운영비 등 사업비 일부를 보조하고 있다. 우리 나라의 경우 군단위의 낮은 재정자립도는 질적인 노인주간보호사업에 제한을 가져오게 되므로 중앙정부의 지원비율이 일본의 수준인 50%를 넘어야 할 것으로 전망된다. 그러나 재가 노인에게 보건복지사업을 제공하는 시설이 전무한 일부 농촌지역은 특히 군(郡)계 평균 재정자립도가 13.2%인 전라남도 내 농촌지역은 지방정부의 전국 평균 재정자립도 57.6%에 비해 매우 열악하며, 지방정부의 지원에만 의지하고 있어 서비스전달 체계의 한계성을 부여하고 있다. 더욱이 이러한 보조금은 각 시설의 이용 노인 수, 제공 서비스 등 운영실적을 평가하여 차등 지원되고 있으며, 일부는 실비이용자가 부담하는 4,500~5,000원의 이용료로 충당하고 있다. 그러나 실비이용 기준의 선정기준인 도시근로자 월평균 소득이라는 기준은 애매모호할 뿐더러 농촌지역 노인들은 이를 기준에 해당되지 않는 측면이 일부 있어 어려움이 많기 때문에 원칙적으로 이용자의 부담이 없도록 사회사업법 시행령의 개정을 통해 노인인구 수 및 그 지역의 특성, 지역주민의 연령구성에 따라 필요한 예산을 배분하도록 해야 할 것이다.

왜냐하면 노인복지법 제39조는 국가나 지방자치단체는 시장, 군수, 구청장에게 신고 후 재가노인복지시설을 설치할 수 있다고 하였으며, 동법 제47조에서는 위의 시설의 설치·운영에 필요한 비용을 대통령령이 정하는 바에 의하여 보조를 받을 수 있다고 하였다. 그러나 사회복지사업법 시행령 제20조 보조금에 관한 내용에는 대통령령이 정하는 자를 사회복지법인, 사회복지사업을 수행하는 비영리법인, 사회복지시설 보호대상자를 수용하거

나 보육·상담 및 자립지원을 하기 위하여 사회복지시설을 설치·운영하는 개인이라고 한정하고 있어 국비지원을 받을 수 없는 현실적인 법적 제한을 가지고 있다. 그러므로 사회복지사업법 제34조의 ①항에 해당하는 국가 또는 지방자치단체는 사회복지시설을 설치·운영할 수 있다는 조항에 걸맞는 내용이 동법 시행령 내에 삽입되어야만 공공보건의료기관이 주간보호시설의 운영주체가 될 수 있기 때문이다.

전문인력을 보면, 영국의 경우 사회적 서비스보다 건강지향적 서비스의 제공에 인력이 더 소요되며, 대상 노인의 건강상태가 중증일수록 더 많은 인력이 배치되었다. 특히 건강지향적 서비스를 제공하는 주간병원의 직원으로는 노인병 상담의사, 치과 의사, 간호사, 발치료사, 작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 사회복지사, 그리고 보조원들로 구성되어 있다. 일본에서의 직원의 배치는 대상노인의 건강상태가 중증에 접근할수록 그 수가 많아지고 경중에 가까울수록 인력이 감소된다고 하였으며, B형(기분형)의 인력구성은 간호사, 생활지도원, 부모, 급식보조원, 운전기사로 되어 있다.

우리나라의 경우 현재 노인주간보호시설을 담당하는 공무원들은 대부분 공공보건의료기관의 업무를 겸임하고 있기 때문에 업무량이 과중하다. 그러므로 노인의료서비스에 필요한 인력확보와 관리체계의 정비를 통하여 전문적인 노인보건과 복지를 통합하여 수행할 수 있는 보건 의료분야와 사회복지분야의 전문요원을 양성해야 한다. 특히 사례관리자로 선정된 자의 역할이 노인의 복합적인 요구에 부합되도록 전문적인 교육과 훈련이 요구된다.

## 2. 국내 일개군 노인주간보호시설의 운영실태

K농촌지역 노인주간보호시설은 공공보건의료기관에 설치되어 있으므로 최대의 장점인 공공보건조직을 통한 건강지향적 서비스 제공과 사회복지서비스를 통합하여 포괄적 서비스를 지향하며 저소득층인 농촌노인은 누구나 보호받을 수 있는 보편적 서비스를 지향하고 있다.

시설의 철학 및 목적은 국내 여타 노인주간보호시설과 마찬가지로 심신의 기능저하 노인을 위한 보호·유지·향상, 고립감 방지, 가족의 부양부담 감소 및 지역사회 노인보호시설의 완충장치로서 노인의 삶의 질 향상에 궁극적인 목표를 두고 있다.

서비스 대상은 대상자 선정기준의 기본을 경제상태에 두고 구체적으로 건강상태, 가족 및 부양자 등의 지지자

유무 등에 의해 선별하고 있다. 본 연구의 조사결과에 의하면, K농촌지역 노인의 91.2%가 만성질환을 앓고 있으며, 58.7%의 노인이 월 평균 20만원 미만의 수입으로 생활하고 있고, 조사대상 노인의 89.2%가 도시근로자 1인당 월평균 소득에 못미치는 80여 만원 미만의 수입인 차상위 계층의 생활을 하고 있어 거의 모든 노인이 기초생활수급보장 대상 또는 그에 준하고 있음을 알 수 있다(Table 1).

또한 2002년도 K군 노인주간보호시설의 입소대상은 단기보호가 553명이 이용하여 7.2%를 차지한 반면에, 주간보호는 399명으로 전체 노인 7,729명의 4.4%에 불과하여 전국 최초로 공공보건의료기관 내 노인주간보호시설 설치하는 등의 열정적인 노력에 비해 낮은 수급율을 보이고 있다. 2003년 5월 현재에도 1일 입소자 20여명 중 단기보호는 일 12~15명이 입소함에 비해 주간보호는 일 2~5명만이 입소하여 있었다(Table 2, Table 3).

그러나 이는 1998년 보건복지부가 주간보호시설 31개소와 단기보호시설 15개소를 대상으로 한 서비스 현황 조사에서 시설 당 1일 평균보호인원이 주간보호 17명,

(Table 1) General characteristics of subjects (N=390)

item	class	frequency(%)
age(years)	20-29	27( 6.9)
	30-39	38( 9.7)
	40-49	47(12.1)
	50-59	65(16.7)
	60-69	103(26.4)
	70-79	72(18.5)
	80-89	36( 9.2)
	over 90	2( 0.5)
gender	male	173(44.5)
	female	217(56.5)
dwelling pattern	own house	347(89.0)
	lease	25( 6.4)
	lease(monthly)	13( 3.3)
	others	5( 1.3)
family living with elderly	yes	135(34.6)
	no	213(54.6)
number of family members(person)	alone	60(15.4)
	2-4	277(71.0)
	over 5	53(13.6)
economic status (10,000won/month)	no	98(20.3)
	- 99	192(49.2)
	100 - 199	68(17.4)
	200 - 299	21( 5.4)
	over 300	11( 2.8)

<Table 2> Subjects of each disease, economic status(2002)

disease		admission contents	Day Care	Short Stay
			frequency(%)	frequency(%)
chronic disease	truth person		327( 82.0%)	258( 46.7%)
	the total number of man-days		327( 82.0%)	2,010( 45.1%)
disability	truth person		2( 0.5%)	56( 10.1%)
	the total number of man-days		2( 0.5%)	546( 12.3%)
dementia elderly	truth person		-	8( 1.4%)
	the total number of man-days		-	27( 0.6%)
handicapped	truth person		4( 0.1%)	28( 5.1%)
	the total number of man-days		4( 0.1%)	236( 5.3%)
others	truth person		66( 16.5%)	203( 36.7%)
	the total number of man-days		66( 16.5%)	1,636( 36.7%)
계	truth person		399(100.0%)	553(100.0%)
	the total number of man-days		399(100.0%)	4,455(100.0%)

  

subjects		admission contents	Day Care	Short Stay
			frequency(%)	frequency(%)
National Basic Livelihood Security person	truth person		399(100.0%)	552(99.8%)
	the total number of man-days		399(100.0%)	4,452(99.9%)
others	truth person		-	1( 0.2%)
	the total number of man-days		-	3( 0.7%)

data : K county public health center, 2003

<Table 3> Service Utilization

(unit: person, won)

item	use of person	use of day	service fee			
			National Basic Livelihood Security person	others		
Day Care	2~5	as a rule 3times/week	free	5,000		

\* 단, 이용일수는 주간보호이용자 현황을 파악하여 조정

단기보호 6명으로 보고된 결과와는 너무나 대조적인 현상이다. 이는 K농촌지역의 지리적 특성 및 교통수단의 불편에 의한 것으로 사료되며, 앞으로 급증하는 노인인구에 대비하기 위해서는 노인들이 이용하기 편리한 장소(읍·면의 사회복지관, 보건지소, 보건진료소 등) 또는 주요 교통편의 제공을 갖추어야 할 것이다. 여기에 대상

자를 전체 노인으로 확대시키고, 농촌 노인가구의 경제상태를 가늠할 수 있는 기준지표를 제시해야 할 것이며, 건강상태별 또는 프로그램별로 대상자를 선정하여 노인들의 욕구를 충족시킬 수 있도록 해야 할 것이다. 대상자 선정을 위한 욕구조사표 또한 시설의 필요에 의해 자체 제작되어 사용하고 있었으며, 조사 결과는 K농촌지역

<Table 4> Need for day care center services\*

(N=273)

item	so need(%)	need(%)	not need(%)
medical services	78.4	21.3	0.3
oriental medical services	80.1	19.7	0.2
physical therapy	85.1	13.8	1.2
creativity training	7.4	45.6	41.0
meal services	55.1	42.4	2.5
living services	21.8	68.5	9.7
group activities services	27.9	60.7	11.4
family education	17.7	56.7	25.6
health education	34.1	58.9	7.0
traffic convenience services	66.7	29.5	3.8
recreation and leisure activities	29.7	62.8	7.5

\* double response

을 벗어나면 무용지물이 되어버리고 있어 지역적 특성을 고려한 표준화된 조사도구의 개발이 요구된다.

또한 현행 서비스 내용은 여가활동, 결연, 상담이나 교육, 재활훈련 등을 선정하고 있으나 서비스프로그램의 창의적인 개발과 전문화를 이루지 못하여 대상자들이 단 순보호 차원에서 머무르고 있다. 본 연구의 설문조사 결과 K농촌지역 주민들의 주간보호시설에서 제공을 원하는 서비스 내용으로 양·한방 의료서비스(99.7%·99.8%)를 비롯한 물리치료(98.97%)가 제일 높아 노인들이 건강문제에 가장 관심이 있음을 시사하고 있다(Table 4).

구체적으로 유병률이 높은 질환은 근골격계 질환(41.8%), 순환기계(16.0%), 소화기계(15.5%) 질환 순이었다(Table 5). 기본적 일상생활 수행능력 중 가장 어려움을 느끼고 있는 것은 보행(13.1%)이었다. 또한 도구적 일상생활 수행능력 조사에서는 시장보기(13.5%), 외출하기(10.3%)에 어려움을 보여(Table 6) 노인들이 주간보호시설을 이용하는 동안에는 일본과 같이 노인 기능재활훈련 등 재활요법을 중심으로 하는 건강지향적 서비스를 제공하고, 주간보호시설을 이용하지 않는 기간동안에는 가사지원서비스, 에스코트(보행안내) 서비스에 대한 수요가 높아 노인의 욕구에 따라 서비스를 제공해야 함을 제시해 주고 있다.

따라서 민간주간보호시설에 비해 K농촌지역 공공보건의료기관에 설치된 노인주간보호시설은 입소 시 서비스 대상의 건강상태의 경중과 건강상태별 유형에 따라 서비

<Table 5> Prevalency status (N=213)

item	frequency	%	
prevalence	yes	194	91.2
rate	no	19	8.8
	total	213	100.0
chronic disease pattern*	cancer	2	0.9
	musculoskeletal	89	41.8
	digestive	33	15.5
	endocrine&metabolic	15	7.0
	cardiovascular	34	16.0
	respiratory	25	11.7
	ears & eyes	30	14.1
	chronic urinary tract	11	5.2
	fracture, dislocation, complication of accident	20	9.4
	total	452	121.6

\* double response

스 내용을 차별화해야 하며, 건강 지향적(의료) 서비스를 우선으로 해야 하고, 퇴소 시에는 가정봉사원 파견사업 및 방문간호서비스가 병행되어야 할 것이다. 특히 방문간호사와 보건진료원은 대상자를 사정하는 역할을 전담하고 있어 앞으로 노인보건복지 사업에 있어서 사례관리자(Case Manager)로서의 역할이 기대된다. 따라서 보건진료원은 향후 지역사회 노인을 위한 보건복지사업의 중심체로서 보건지소, 보건진료소의 상위체계로서 질병진단 및 치료, 물리, 언어, 작업치료 등을 제공하여 긴밀한 보건복지 기반조성을 주도(Song, M. S., 1999)해

<Table 6> BADL and IADL

(N=213)

BADL			
item	frequency(%)		
	independence	partial dependence	complete dependence
1.walking	165(77.7)	31(14.5)	17(7.8)
2.dressing	179(84.0)	24(11.3)	10(4.7)
3.toileting	179(84.3)	23(10.7)	11(5.0)
4.bathing	160(75.1)	36(16.8)	17(8.1)
5.eating	189(88.8)	15( 7.1)	9(4.1)
6.individual hygiene	179(84.3)	23(10.7)	11(5.0)
IADL			
item	frequency(%)		
	independence	partial dependence	complete dependence
1.room cleaning	193(90.6)	10(4.7)	10(4.7)
2.meal preparation	192(90.2)	9(4.2)	12(5.6)
3.phone use	195(91.6)	8(3.7)	10(4.7)
4.managing medication	198(93.0)	5(2.3)	10(4.7)
5.managing finance	193(90.7)	6(2.8)	14(6.5)
6.going out	191(89.7)	11(5.1)	11(5.2)
7.shopping	184(86.5)	10(4.7)	19(8.8)



(Table 7) Correlations of social support and quality of life

S. S	Q of L	status			relationship			
		emotional	economic	self-esteem	physical	neighbor		family
	emotional	0.785**	0.891**	0.763**	0.607**	0.724**	0.652**	r = .696**
	appraisal	0.730**	0.427*	0.571**	0.261	0.256	0.501**	
	informational	0.339	0.586*	0.520**	0.330	0.358	0.470*	
	material	0.545**	0.969**	0.910**	0.108	0.227	0.642**	

\* p<.05 \*\* p<.001. r<sup>2</sup>=48.6

나가야 할 것으로 사료된다. 이들 서비스프로그램들은 개인의 욕구에 부응하여 프로그램 상호간에 상승효과를 나타내는 통합적인 개념(Kang, H. M., 2001)으로 노인의 삶의 질을 높여 주는데 기여 할 수 있을 것이다.

본 연구의 결과에서도 사회적 지지와 삶의 질 간에는 높은 순상관관계가 있었는데(Table 7), 삶의 질에 영향을 미치는 요인 중 사회적 지지가 상당한 영향을 미치는 변수라고 보아 대상자들에게는 노인주간보호시설에서의 서비스프로그램은 사회적 지지 역할을 할 수 있다는데 그 중요성을 부여할 수 있다.

더불어 K농촌지역의 경우 전달체계는 역시 보건의료와 복지부문이 확연히 분리되어 있었다. 그러나 지역사회의 실정에 맞는 노인보건복지서비스를 계획, 개발, 조정하기 위해 공공재원을 기초로 하여 공급주체를 다원화하고, 기초자치단체 수준에 보건복지사무소를 두어 보건복지서비스가 대상자의 삶의 터에서 조화롭게 이루어질 수 있도록 변화를 꾀해야 할 것이다. 또한 노인주간보호시설의 운영주체를 공공부분으로 하여 이용자 중심의 서비스와 이용자의 선택에 의해 보건의료서비스와 복지서비스를 종합적으로 공급하는 체계로 일원화하는 변화가 절실히 요구된다.

특히 K농촌지역의 경우, 2개의 산을 중심으로 3개의 권역으로 나뉘어져 있어 노인주간보호시설이 소재 해 있는 읍권역을 제외한 나머지 2개 권역은 지리적으로 읍권역과는 접근성이 매우 낮으며, 교통 또한 매우 불편하다. 따라서 공공보건조직이 병원과 가정의 중간시설로서의 역할을 담당하는 것이 더 적절할 것으로 본다(Cho, Y. H., 1999). 특히 앞으로 재가노인보건복지사업의 확대라는 점에서 보건의료원(보건소)을 비롯해 각 면 단위에 소재 해 있는 하부조직인 보건지소 및 통합보건지소, 보건진료소에서 재가노인보건복지사업의 실시가 불가피할 것으로 예측되어진다. 따라서 이들 보건의료 기관들을 보건복지통합서비스를 제공하기 위한 일선조직으로 조성하여 보건의료에 대한 의존성이 상당히 큰 노인들의 재

활, 치료위주의 건강지향적 서비스에 더하여 가능한 사회복지서비스를 가미하여야 할 것으로 본다. 특히 통합보건지소에는 의사, 물리치료사 등의 인력이 배치되어 있어 보건진료소의 보건진료원과의 연계적 기능을 하면 충분한 기능을 할 수 있을 것으로 기대되며, 보건복지사무소와 같은 구심점으로서의 보건의료원의 역할이 있어야 한다고 보며, 보건과 복지가 통합된 노인보건복지전달체계의 개선이 시급히 이루어져야 할 것이다.

K농촌지역 노인주간보호시설은 기존의 공공보건의료원 시설을 이용하여 설치되어 있기 때문에 동선이 길고, 서비스 제공을 위한 시설들이 한정이 되어 있어 외국의 경우처럼 다용도로 활용할 수 있는 공간이 적다. 그러므로 기존의 병실을 그대로 사용하고 있는 현재의 시설을 리모델링하여 일조·채광, 환기 등 보건위생과 재해방지 등을 고려하여 쾌적한 일상생활을 하는데 적합한 규모 및 구조설비를 갖추어야 할 것이다.

시설과 재원을 보면, 연구결과에서도 보았듯이 K농촌지역 노인주간보호시설 경제상태에 따른 입소자의 100%가 국민기초생활보장 수급자인 점이 농촌의 현실을 잘 반영해 주고 있는데, 실비나 유료 등의 이용료를 지불하는 대상자가 없으므로 재원에 전혀 도움이 되지 않고 있다. 따라서 공공기관도 민간기관과 동등하게 정부의 보조를 받을 수 있도록 관련법의 개정이 시급하다.

현재 K농촌 지역은 노인의 24.9%가 가족으로부터 지지를 받을 수 없는 독거노인으로, 이들은 나이가 점점 들어갈수록 소득은 점점 낮아질 것으로 예측되어 진다. 주민 요구도 조사에서도 노인주간보호시설을 이용하지 않을 이유가 비용문제(22.5%) 때문이었으며, 1일당 적정희망 비용이 5,000원 미만인 83.0%를 차지하고 있었다(Kang, K. S., 1999). 더욱이 K군은 대도시와는 달리 2003년 현재 지역사회 내에 노인을 위한 시설이 한 군데도 없으며, 민간참여의 의지도 없기 때문에 공공보건의료기관이 운영주체가 될 수밖에 없다. 때문에 정부는 노인주간보호시설을 운영할 수 있는 주체를 다양하게

County Chief

Public Health and Welfare Office

disabled level	mild	moderate	severe
providing service place components	Day Club	Day Care Center	Adult Day Health Care Center
subject of service (classification of health condition - generalized service)	· over 65 years old, small group (below 5 person) · inclusive of IADL 7 items (Dementia elderly: no)	· over 65 years old (below 5~10 person) · 1~3 items of ADL 6 items (Dementia elderly: mild, 1/3 of regular personnel)	· over 65 years old (below 10~20 person) · 4~6 items of ADL 6 items (Dementia elderly: mild, 1/3 of regular personnel)
contents of service (health oriented service + social welfare service)	· twice a week-service use · health oriented service 50% + social welfare service 50%	· 3-4 times a week -service use · health oriented service 60% + social welfare service 40%	· 5-6 times a week-service use · health oriented service 70% + social welfare service 30%
delivery system	mutual reference  case management(home visiting nurse or community health practitioner)		
facility	· 500~1,000 elderly person per 1place · 50m <sup>2</sup> per 5person · arrangement: livingroom (combined use of dining room, training room), bath room, toilet, combined use for clinic etc.	· 1,500~3,000 elderly person per 1place · 100m <sup>2</sup> per 10person · arrangement: livingroom (combined use of dining room, training room), bath room, toilet, combined use for clinic and physiotherapy room etc.	· public health center(hospital per 1place · 200m <sup>2</sup> per 20person · arrangement: livingroom (combined use of dining room, training room), bath room, toilet, combined use for clinic and physiotherapy & occupational therapy room, family education room etc.
funding	subsidy of Central and Local government, budget of local self-government(basic level)		
human resources	· exclusive duty: home visiting nurse or community health practitioner 1 · concurrent: rural health sub-center nurse 1, nurse-aid 1, physiotherapist 1, care worker 1, social worker 1	· exclusive duty: nurse 2, social worker 1, nurse-aid 1, care worker 1 · concurrent(rural health sub-center): physiotherapist or occupational therapist 1, employee 1, care worker 1, driver 1, licensed cook 1	· exclusive duty: nurse 2, social worker 2, nurse-aid 2, care worker 2, driver 1, licensed cook, physiotherapist 1 · concurrent(public health center): physiotherapist or occupational therapist 1, employee 1, care worker 1, driver 1, licensed cook 1



**The Philosophy of Administration & Goal**

- P.A: To ensure the old people who are handicapped physically and mentally in view of health for the stable and healthy life, maintaining their functional order through the health care and ensure them against their physical and mental failing function.
- Goal: To arrange and run proper programs that enable the old people to sustain self-supporting ability and at the same time to lighten the expense of health care imposed on their families by making the most of effective health care, by offering them the health-oriented service along with the ones from the public health center(hospital), unified health sub-center, rural health sub-center, rural public health center.



<The improvement of the quality of life in the old age>

<Figure 1> A model of day care center for elderly people in K county

인정하여 K농촌지역 유일의 노인주간보호시설 활성화를 위해 중앙정부의 지원액의 범위를 지역의 특성에 따라 50~100%로 지원하는 것이 바람직하다.

시설은 단일 유니트로 가능하면 1층에 소재하도록 하며, 노인 대상자 편의에 따른 시설확충과 각 권역별 또는 읍면별 공공보건의료기관(보건지소, 보건진료소 등)에 적절한 노인 주간보호시설모형을 만들 수 있도록 충분한 중앙정부의 재원지원을 유도해 나아가 할 것이다.

전문인력의 경우 K군 노인주간보호시설은 공공보건의료원에 설치되어 있기 때문에 주간보호담당 1인과 보건요원(간호사) 2인의 협조체제로 운영되고 있어 아쉬운 대로 건강지향적 서비스는 제공하는데 무리가 없으나, 사회복지 서비스 전문인력이 보완되어 있지 않다. 최근에는 주간보호 담당인력이 보건의료원 업무결적을 하지 않게 하여 업무과중에서 벗어나는 등 바람직한 방향으로 나아가고 있으나 건강지향적 의료복지의 성공비결이 훈련받은 전문요원의 확보에 달려있음을(Son, H. S., 2001) 볼 때, 노인의 특성을 고려한 다양한 서비스 프로그램의 제공을 위한 다학제적인 전문인력의 확보가 시급하다. K군 보건의료원에는 다행스럽게도 사회복지사 자격을 가진 4명의 간호사가 사회복지 업무의 전문성을 갖추고 있어 보건의료서비스 제공과 더불어 사회복지서비스를 통합하여 제공할 수 있을 것이라 사료되며, 그에 따른 적절한 인력의 배치가 요구된다. 현재 중점적으로 시행하고 있는 기존 인력들의 각종 전문화교육은 물론 지속적인 보수교육 및 단기과정의 전문가 양성 등에 관심을 기울여야 할 것이다.

K농촌지역의 지역적 특성을 고려한 또 다른 부분으로 보조원(운전기사)의 선정은 중요하다. 보조원은 프로그램 보조자로서 서비스 대상의 건강상태에 따라 기본적인 보호 기술과 안전한 운행에 대해 숙지하고 있어야 하며, 노인의 욕구에 민감하도록 훈련을 받거나 또는 승객을 돕는 훈련을 받은 사람이 바람직하다(Korea Association in Community Care for The Elderly, 1999). 그밖에 준전문인력(자원봉사자 등) 개발에도 박차를 가해야 할 것이며, 재원이 허락한다면 농번기와 농한기에는 농촌지역의 특성을 고려하여 운영시간을 탄력적으로 운용하는 등 재가노인보건복지활성화를 위한 다각적인 측면의 정책적 재정립이 필요할 것으로 보인다.

### 3. 농촌형 노인주간보호시설 모형개발

이상의 결과를 토대로 K농촌지역 노인주간보호시설의 모형을 제시하고자 한다(Figure 1).

농촌형 주간보호시설의 모형은 군의 보건복지사무소 산하에 설치하며, 보건복지사무소는 주간보호시설에 관한 모든 사항을 총괄하게 되며, 구체적인 주간보호시설의 모형은 기능제한 정도에 따라 경미한 제한, 중간적 제한, 심한 제한 정도로 3단계로 나누어진다. 또한 서비스 제공장소에 따라 보건진료소·보건지소에 병설하는 노인주간활동센터(Day Club), 권역별 통합보건지소에 병설하는 노인주간보호센터(Day Care Center), 보건의료원에 병설하는 노인주간보건복지센터(Adult Day Health Care Center)등으로 구분한다. 하부구조는 주간보호시설의 구성요소인 서비스 대상, 서비스내용, 서비스 전달체계, 시설, 재원, 전문인력 등이다.

1. 운영철학 및 목적은 건강지향적 서비스 제공을 우선으로 하며, 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 신체적·정신적인 건강상 장애가 있는 노인을 낮 동안 시설에 입소시켜 심신기능의 약화 예방·기능유지·노후생활안정을 기하는 사회적 서비스를 통합하여 제공함으로써 삶의 질을 향상시키는데 있다.
2. 서비스 대상으로 노인주간활동센터는 65세 이상의 노인 5인 이하 -IADL 7개 항목의 경미한 기능제한이 있는 자(치매대상자는 없음)-를 대상으로 한다. 노인주간보호센터는 65세 이상의 노인 5~10인 이하 -ADL 6개 항목 중 1~3개의 중간적 기능제한이 있는 자로서 치매대상자의 경우에는 치매가 의심되는 수준에서 정원의 1/3이하-를 선정한다. 노인주간보건복지센터는 65세 이상의 노인 10~20인 이하 -ADL 6가지 중 4~6개의 심한 장애가 있는 자로서 치매대상자의 경우는 노인주간보호센터와 같음-를 선정한다.
3. 서비스 내용은 선건강지향적 서비스와 후사회보호적 서비스가 통합된 주간보호서비스 프로그램을 제공하며, 무엇보다도 지역사회 노인보호체계의 짐을 경감시키는데 노인주간보호시설의 보건의료측면의 역할과 기능을 강화한다. 즉, 노인주간활동센터는 주 2회 이용하도록 하며 건강지향적 서비스 50%와 사회적 서비스 50%를 지원 받을 수 있다. 또한 월 1회 보건지소 의사가 각 노인주간활동센터를 방문하여 진료서비스를 실시한다. 노인주간보호센터는 주 3~4회 이용하도록 하며 건강지향적 서비스 60%와 사회적 서비스 40%를 지원 받을 수 있으며, 필요시 즉시 의사의 진료가 가능하다. 노인주간보건복지센터는 주

5~6회 이용할 수 있도록 하며 건강지향적 서비스 70%와 사회적 서비스 30%를 지원 받을 수 있으며, 필요시 즉시 의사의 진료, 단기입소 및 입원이 가능하다. 즉, 노인주간활동센터에서 노인주간보호센터, 노인주간보건복지센터로 진행이 될수록 기능제한정도가 증증일수록 서비스프로그램은 건강지향적으로 진행되어야 할 것이다.

4. 서비스 전달체계를 보면, K농촌지역의 노인주간보호 시설은 운영주체를 다양화하여 공공보건의료기관(보건의료원, 통합보건지소, 보건지소, 보건진료소, 공공기관 부설 요양원, 재활센터 등)에 병설할 수 있도록 하며, 서비스 공급전달체계 역시 기초자치단체 중심으로 전환하여야 한다. 또한 현재 대상자의 건강상태를 가장 정확하게 사정하고 있는 인력인 보건진료원 또는 방문간호사를 사례관리자로 육성해야 한다. 이들은 대상자 선정을 위해 표준화된 사정도구를 이용해 욕구조사를 실시하고, 그 결과는 보건의료 팀으로 이루어진 욕구판정 심사회(적어도 2~5인으로 구성)를 통해 욕구단계를 판정하여 입소할 시설의 종류를 결정한다.
5. 시설 및 재원은 K농촌지역의 경우, 지리적 한계와 경제적 어려움으로 인해 읍권역의 공공보건의료기관에 설치된 건강지향적 노인주간보호시설에의 접근이 어렵다. 노인주간활동센터의 경우 노인 인구 500~1,000명 당 1개소, 노인주간보호센터는 1,500~3,000명당 1개소, 노인주간보건복지센터는 보건의료원 내에 1개소를 설치한다. 따라서 비영리성을 지닌 지방자치단체가 공공보건의료기관(보건의료원, 통합보건지소, 보건지소, 보건진료소 등)에 지역의 상황에 적합한 재가노인보건복지시설을 설치했을 경우에는 국비지원(전액보조)이 되어야 한다. 시설은 1층에 소재하게 하며, 의료재활서비스형 유니트를 지향한다. 시설의 설비는 대상자의 건강상태에 따라 달라져야 하며, 낙상방지, 문턱이나 모서리 없애는 등 보호시설의 설치로 안전을 도모하고, 편안하고 안락한 실내환경의 조성 및 서비스의 중복이나 단절이 되지 않도록 한다.
6. 전문인력면에서는 건강지향적 서비스를 중심으로 운영하게 됨에 따라, 대상자의 건강상태와 장애의 정도에 따라 인력의 배치가 효율적으로 이루어져야 한다. 일반적으로 기본적인 서비스 제공에는 최소한 전문인력과 대상자의 비율이 1 : 6, 기능손상이 심할 때는

1 : 4, 20명 이상 프로그램 이용으로 인해 집중서비스가 필요할 때는 전체직원과 이용자의 비율이 1 : 5가 되어야 한다(Korea Association in Community Care for The Elderly, 1999). 특히 건강지향적 서비스 제공 시에는 전문인력이 1 : 2.5가 되어야 한다. 따라서 시설장은 가능한 간호사를 포함한 의료인은 물론 사회복지사 등의 전문인력을 반드시 배치하여야 한다.

또한 전문인력의 확보는 대상자의 사회적 지지체계를 공고히 하여 노인들의 삶의 질을 높이기 위한 초석이 되기 때문에 시설 입소자를 위한 전문적이고 질 높은 프로그램의 개발 및 서비스 제공을 위해서는 동일 부서에서 3~5년 이상 장기근무가 요구된다. 이는 대상자와의 신뢰관계 구축을 가능하게 하며 업무의 숙련성, 노하우, 지속성 등을 유지하게 한다. 또한 농촌지역의 특성을 고려하여 보조원(운전기사)의 노인간호 교육은 필수적이며, 자원봉사자를 포함한 준전문인력 개발 또한 중요하다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 기존자료 및 문헌고찰, 국내의 현황파악을 위한 인터넷 검색, 현지답사 및 현황조사, 설문지를 이용한 조사연구 및 중심인물로부터 정보를 수집하는 주요인물 접근법을 통해 국내의 노인주간보호시설의 운영실태를 파악하여 이를 토대로 농촌 지역의 현 상황을 고려한 농촌형 노인주간보호시설의 모형을 개발하고자 시도되었다. 국내의 노인주간보호시설에 대한 조사는 국내지역인 K농촌지역의 지역적 특성을 고려하여 공공보건의료기관이 주체가 되어 운영하는 바람직한 노인주간보호시설 모형으로 개발을 하기 위하여 국내 5개소, 국외 3개소의 노인주간보호시설을 방문하여 인프라(Infrastructure-서비스 대상, 서비스 내용, 전달체계, 시설 및 자원, 전문인력)의 구성요소를 중심으로 개발되었으며, 요약하면 다음과 같다.

1. 운영철학 및 목적 - 심신기능에 건강상의 장애를 지닌 노인에게 보건의료 기능을 최대한 활용하여 건강지향적 서비스의 제공함으로써 노인과 그 가족의 삶의 질을 향상시키는데 있다.
2. 서비스 대상자 - 65세 이상 노인으로 확대하여 보편적 서비스를 제공한다.
3. 서비스 내용 - 지금까지는 단순보호차원에 불과하였

으나 공공보건의료기관의 특성을 최대한 고려하고, 노인의 다양한 보건의료와 복지욕구를 통합하여 충족시켜줄 수 있는 건강지향적 서비스를 우선으로 하며, 여기에 사회복지적 서비스를 통합한다.

4. 전달체계 - 기초자치단체가 운영주체가 되고 공공보건의료기관이 중심이 된 보건복지사무소를 운영한다. 가장 일선조직은 보건진료소와 보건지소로 하고 중간조직은 권역별 통합보건지소, 상위 보건의료조직은 보건의료원으로 하며 사회복지 및 사회적 지지체계는 군, 면단위 행정조직과 연계하여 민간자원의 가용화를 최대화한다. 보건과 복지가 통합된 서비스의 제공을 위해 노인주간보호시설의 입소절차와 기준을 확립하고, 보건복지 서비스를 제공받는 소비자의 입장에서 신속하고 신뢰감 있는 전달체계를 수립한다.
5. 시설 - 농촌지역 노인주간보호시설의 운영주체를 공공보건의료기관(보건의료원, 통합보건지소, 보건지소, 보건진료소)에서도 지리적 접근이 용이하게 하며, 노인의 건강상태에 적합한 시설을 설치한다.
6. 재원 - 사회사업법 시행령의 시행령 제20조 보조금에 해당되는 조항의 개정으로 지방자치단체에서 설치한 노인주간보호시설에 대해서도 중앙정부의 국비지원이 가능하도록 하며, 추가적으로 국비의 5%정도는 지방자치단체의 재정력 격차의 조정을 위해 투입 한다.
7. 전문인력 - 보건진료원 및 방문간호사는 노인의 건강상태 및 장애의 정도를 사정하고 관리하는 사례관리자의 기능을 한다. 그리고 노인복지법 시행규칙 제29조 제1항과 관련하여 간호사, 사회복지사, 생활지도원, 및 보조원(운전자), 조리원을 기본단위로 선정한다.

본 연구의 결과를 통하여 새롭게 구축된 농촌형 노인주간보호시설의 모형은 농촌거주 노인들에게 보건, 의료, 복지가 통합된 노인보건복지 서비스를 제공함으로써 가족을 대신하는 사회적 지지체계로서의 역할을 충분히 할 수 있는 방향을 제시하였다고 본다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 개발한 농촌형 노인주간보호시설 모형은 시범사업을 통한 검증이 필요하다.
2. 서비스 대상자와 전달체계 측면에서 노인주간보호시설 입소대상자의 평가기준의 표준화를 위한 연구가 필요하다.

3. 공공의료기관 내에 설치된 노인주간보호시설이 국비 지원을 받을 수 있도록 하기 위해서는 사회복지사업법 시행령이 개정되어야 한다.

## References

- Cho, Y. H. (1999). A Study on The Health and Living Status of The Rural Elderly People. *Korean Association of Agricultural Medicine and Rural Health*, 24(1), 165-179.
- Cho, Y. H. (1998). *The Plan for activating of Health Care Services for the eldly in Korea*. International Seminar of Korea · China · Japan, 29-43.
- Choi, S. J. (1998). *The Practical Model of Day Care and Short Stay Services Program: The Workshop data of Graduate School of Social Welfare at Hanrim University*, 38-48.
- Choi, E. Y. (1996). *A Study on The Welfare Services for Elders care Service: The Case of U.K and U.S.A*. Korean Women's Development Institute, 146.
- Higgins, J. (1989). Defining Community Care: realities and myths. *Social Policy & Administration*, 23(1).
- Hunter, S. (1992). Adult Day Care: Promotion Quality of Life for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(3).
- Jeong, S. S. (1998). *A Study on The Free-Based Model Development of Day Care Centers for The Elderly*. A Master's Thesis of Graduate School of Social Development at Jungang University.
- Kang, K. S., Kim, S. Y.(1999). A Study on the Degree of Satisfaction at Day Care Centers Service among Elderly Clients. *The J. of Korean Community Nursing*, 10(2), 422-434.
- Kang, H. M. (2001). *A Survey of at Day Care Centers Service among Elderly Clients-in Daegu-*. A Master's Thesis of Graduate School of Social Welfare at Daegu Catholic University.

- Kim, D. B. (1995). *Integrating of Health Care and Social Welfare Services for Elderly* Nanam Press, 381-398.
- Kim, E. Y. (1998). *A Study on the Health Conditions at Day Care & Short Stay Centers Service among Elderly Clients*. A Master's Thesis of Graduate School of Health at Seoul National University.
- Kim, J. S. (2001,3). *Welfare Service Policy of Needs for Frail Older Persons*. 27th academic congress of the Korean Geriatrics Society and 9th workshop(springtime), 31-34.
- Kim, M. H., Yoon D. S., Cho, Y. H. (1999). *Future Direction on The Welfare Services for The Domiciliary Elders in Korea: Development of Elderly Services Delivery Model in Gangjin Area*. 89-117. Gangjin County.
- Kim, S. Y., Seong, M. O., Kim, K. H., Cho, C. Y. (2001). *The Protection for Elders and Community*. Yangsuwon.
- Korea Association in Community Care for The Elderly (1999). *The Survey and Services Management of The Facilities for Domiciliary Elders*. Saved Data.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2003). *The Policy Issues For The Solving on The Elders Welfare Services of Level Difference between Urban and Rural Area*.
- Kwon, Y. C., Park J. H. (1989). A Study of Standardization for Korean Elderly Mini-mental State Examination(MMSE-K): 1st Session MMSE-K Development. *Neuro-Psychiatric Medicine*, 28(1), 125-135.
- Lee, H. W. (1999). *Home care service program for the frail elderly : Current issues of home helper service program in Japan*. Korea Association in Community Care for The Elderly. Dongin.
- Ministry of Health and Welfare (2003). *The Number of Welfare Facilities for Elders*. Dept. of Welfare for The Aged. saved data.
- Mo, S. H. (2002). A Study on the Management of Elderly Day Care Center. *Elderly Welfare Research(Summer)*.
- Park, J. W. (1985). *A Study of Scale Development of Social Support*. Doctoral dissertation, Yonsei Univ. of Korea, Seoul.
- Park, C. S., Kim, O. H., Bae C. J., Eum, G. W., Lee, K. N., Jeong S. Y. (2002). *Welfare for Elders in Korea*. Hakjisa.
- Ro, Y. J. (1988). *A Study on Middle-Aged People's Life Quality in Seoul*, Doctoral dissertation, Yonsei univ. in Korea, Seoul.
- Son, H. S. (2001). *Theory and practice for home care service*. Yangseowon.
- Song, M. S. (1999). Future Direction on The Education and Activities of Gerontological Nurse Specialist in Korea. *Korean Gerontological Nursing Society*, Spring Academy Conference, 29-36.
- Whang, S. C., Han, H. K., Won, J. W., Kim, J. H. (2001). The Welfare Services for The Domiciliary Elders and Model Development. *Korea Social Welfare Administration Society*, vol. 5.

- Abstract -

## Development of a Model of a Day Care Center for Rural Elderly People

Kang, Kyung Sook\*

**Purpose:** The purpose of this study is to develop a day care center model focused on public health institutions for the elderly residing in their homes. **Method:** Research design for this study was a multi-level research, which

---

\* Assistant Professor, Department of Nursing Science, Nambu University

consisted of a related literature review, an Internet search for knowledge of the current situation at home and abroad, on-site interviews, questionnaires collected from a sample of residents in a rural area, and a key-informants approach. **Results:** 1) The subjects of service - Generalized service should be provided to the elderly, 65 years and older, regardless of their assets. 2) The contents of service - Providing pre-health oriented and post-social welfare service that can integrate and satisfy a wide variety of public health and welfare needs of the elderly would strengthen the health care service of a day care center for the elderly. 3) Delivery system - Basic-level local self-governments should become a central operating body, and establishing a properly adjusted delivery system to a rural area after considering the efficiency and the access of vulnerable rural areas is needed based on modification of 'a Special Law for Agricultural and Fishery Areas' (rural public health center) rural health sub-center → unified health sub-center → public health hospital (public health center) → public welfare office). 4) Facility - Public health facilities such as public

health centers and sub-centers should be located in areas that can easily access the facilities. 5) Funding - For day care center for the elderly in local self-government, the central government should modify a relevant implementation of subsidy in and provide some facilities and service regardless of the degree of self reliance of local self-government. 6) Human resources - It is needed to guarantee the period of workers of a day care center for the elderly, at least 3 to 5 years, with considering their specialty on aged care and avoiding circulation based positions. Furthermore, appropriate specially trained personnel such as medical workers and social workers should be placed to take care of both health service and welfare through strengthening of "rules of law of elderly welfare." **Conclusion:** future research is needed to test the model through a demonstration study using a model which may be developed in the future and to standardize the appraisal criteria of people hoping to enter a day care center for the elderly.

**Key words :** Model development, Day care center for rural, Elderly people