

농촌지역 보건소 중심의 노인 통합보건의료서비스 필요도

원은숙¹⁾, 김춘배²⁾, 장세진²⁾, 박종구²⁾, 현숙정²⁾
강원도 홍천군보건소¹⁾, 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실²⁾

Need of Health Center-based Integrated Healthcare Services for the Elderly in Rural Area

Eun-Sook Won¹⁾, Chun-Bae Kim²⁾, Sei-Jin Chang²⁾,
Jong-Ku Park²⁾, Sook-Jung Hyun²⁾

*Kangwondo Hongcheongun Public Health Center¹⁾,
Department of Preventive Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine²⁾*

= ABSTRACT =

Objectives The challenge of an increasing elderly population has coupled with ever-present social concerns in Korea. A major problem in health center for the frail older people is that medical, healthcare, and welfare services are often fragmented in terms of providers and settings without appropriate coordination. The purpose of this study was to investigate the need of health center-based integrated healthcare services and its related factors for the elderly.

Methods A total of 110 elderly people who had visited at a county Health Center were interviewed using a self-administered questionnaire from November to December, 2005. The questionnaire consists of five domains according to the Program of All-inclusive Care for the Elderly.

Results Respondents had high need (total mean score with the 5-point Likert-type scale: 3.67) of health center-based integrated healthcare services including home visiting service (mean: 4.08), chronic disease care service (mean: 4.06), and transportation service (mean 4.05). According to the results of hierarchical multiple regression analysis, among three regression models the magnitude of the variance of full model that is explained by the need of welfare-domain service was significantly larger than two reduced model. Income was a significant variable in increasing the need of health care and welfare services.

Conclusions This study suggests that the health center-based integrated healthcare services for the elderly must be continuously developed and provided for the health promotion and improved the quality of life of the elderly who live in rural area in Korea.

Key words : Health center, Integrated health care service, Elderly

* 교신저자: 김춘배, 220-701 강원도 원주시 일산동 162 전화: 033-741-0344팩스: 033-747-0409
E-mail: kimcb@yonsei.ac.kr

서론

수명의 연장와 인구의 고령화는 전 세계 선진국과 개발도상국들의 전반적인 추세로서 이에 따른 만성질환의 증가는 각종 생활능력의 저하와 행동의 제한을 가져다주어 점차 노인들의 자립생활을 불가능하게 하고 있다. 이런 상황에서 노인들의 건강문제는 보건학적인 측면뿐만이 아니라 사회적, 경제적인 측면에서도 매우 중요한 의미를 가진다.

선진국과 같이 우리나라도 2005년에 노인인구가 9.1%로 급속한 노령화 사회로 변화하고 있는 가운데, 만성질환 이환자가 증가하고 있어 노인보건의 문제가 보건의료의 주요 문제로 대두되고 있다[1]. 특히 우리나라 노인의 경우 ‘행위의 수행 측면의 삶의 질’ 관리가 시급한 실정으로, 65세 이상 노인의 만성질환 유병률은 약 86%이며, 99.7%가 지역사회에서 생활하고 있는 노인이다[2]. 이러한 노령인구의 증가는 사회 전반에 걸쳐 많은 변화와 문제점을 가져오고 있으며, 노인인구의 증가에 따라 만성질환 유병률이 높아짐으로써 노인들의 삶의 질을 감소시키고 의료비용 또한 막대하리라 예상된다.

지난 1971년부터 미국 샌프란시스코주의 북부해안 중국인이 거주하는 On Lok 지역에서 노인을 위한 통합보건의료서비스 프로그램인 PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly) 모델이 시작되었다[3-10]. PACE 모델은 지역사회내 보건의료인을 중심으로 치료, 가정간호서비스, 주간 건강프로그램을 통합적으로 운영함으로써 지금까지 성공적으로 시행되고 있는 프로그램이다[11-19]. 이 결과 노인 의료비를 절감할 수 있는 재정적인 효과도 가져온 인정된 프로그램이라고 할 수 있으며 [20-24], 현재는 미국내 뿐만 아니라 영국 등 여러 국가들에도 확산, 유사한 프로그램들이 활용되고 있다[25-27].

그 동안 우리나라의 보건복지 통합서비스에 대한 프로그램은 복지를 주축으로 하되 보건

을 그 한 축에 두고 모형 개발 등을 한 연구가 대부분이었다. 그러나, 노인의 삶의 질은 이들의 만성질환관리 등 건강상태와 매우 밀접한 관계가 있어 의료의 전문성을 감안한다면 보건소를 중심으로 한 통합보건의료서비스의 제공 모형 개발이 시급히 요구된다고 본다.

따라서 이 연구의 목적은 미국에서 시행되고 있는 PACE 모형을 근거로 개발된 설문지로 강원도 내 일개 군의 노인인구를 대상으로 보건의료 영역과 복지 영역을 포함한 통합보건의료서비스의 필요도를 조사하여 노인들의 만성질환 발생을 예방하고 삶의 질을 향상시킴으로써 노후를 보다 건강하게 살 수 있는 대안을 제시하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

이 연구는 강원도 H군 보건소에 등록된 60세 이상 노인 중 편의추출방법(convenience sampling)에 의해 선정된 총 110명을 대상으로 2005년 11월부터 12월까지 2개월여동안에 걸쳐 자료를 수집하였다. 자료수집은 진료 담당 의사와 연구목적과 설문내용을 사전교육으로 충분히 훈련된 2명의 보건요원에 의해 자기기입식 설문과 면접을 통해 이루어졌다.

2. 연구도구 및 측정방법

연구도구는 통합보건의료서비스에 관한 국내·외의 선행연구 및 문헌고찰을 토대로 고안한 구조화된 설문지로 하였으며, 2005년 11월 초순에 예비조사를 거쳐 보완·수정하였다. 이는 크게 5개 영역으로 분류하되 68개 문항으로 최종 구성하였다. 이 연구에서 선정한 각 변수들의 측정을 위해 이용된 여러 항목들의 신뢰성을 검정하기 위하여 신뢰도 분석을 한 결과, Cronbach's alpha는 주관적인 신체기능상태 0.748 건강행태 0.449 보건의료영역의 서비스 필요도 0.679 복지영역의 서비스 필요도 0.853으로 건강행태를 제외하고는 비교적 만족

할 만한 수준이었다.

1) 건강상태

건강상태는 만성질환 이환율, 주관적인 신체 기능상태로 나누어 측정하였다. 만성질환 이환율은 (과거에 보건의료기관부터 진단받아) 설문조사 당시 현재 (의사로부터 확인되어) 알고 있는 만성질환이 있는지를 17개 문항으로 구분하여 측정하였다. 주관적인 신체기능상태는 시력, 청력, 음식먹기, 대/소변보기, 걷기, 정신상태, 전체적인 건강상태의 5개 항목을 평가하였다.

2) 건강행태

건강행태는 충분한 수면, 규칙적 운동, 균형 있는 식사, 금연, 금주, 정기검진, 건강식품 섭취 여부의 7개 항목으로 측정하였으며, '반드시 한다' 5점에서 '전혀 못한다' 1점으로 된 5점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 각각의 건강행위를 실천하고 있는 것으로 판단하였다.

3) 보건소의 서비스 만족도

보건소의 서비스 만족도는 조사 당시 해당 서비스를 받은 경험이 있던 노인을 대상으로 진료서비스, 건강상담, 보건교육, 물리치료, 방문간호서비스의 5개 항목으로 나누어 측정하였다. 각 항목은 '매우 만족한다' 5점에서 '매우 불만족한다' 1점으로 된 5점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 보건소 서비스에 만족하는 것으로 판단하였다.

4) 노인 통합보건의료서비스 필요도

연구대상자의 통합보건의료서비스에 대한 필요도를 알아보기 위하여 보건의료 영역과 복지 영역으로 크게 구분하여 문항을 구성하였다. 보건의료 영역은 직접진료서비스(3개 문항), 건강상담 및 보건교육서비스(4개 문항), 건강증진서비스(2개 문항), 지역의료기관 연계(1개 문항)의 4개 하위영역으로 측정하였다. 복지 영역은 생활지원서비스(3개 문항)와 여

가지원서비스(3개 문항)으로 나누어 측정하였으며, 요구정도에 따라 '매우 필요하다' 5점에서 '전혀 필요하지 않다' 1점으로 된 5점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 해당 서비스에 대한 필요도가 높은 것으로 판단하였다.

5) 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성을 성, 연령, 교육정도, 종교, 의료보장형태, 가족사항, 소득의 문항으로 측정하였다.

3. 분석방법

이 연구에서는 수집된 자료의 통계분석을 위해 SPSS PC* (Version 12.0)를 이용하였다. 빈도분석을 통하여 연구대상자의 인구사회학적 특성, 만성질환의 이환상태, 보조식품 및 보조기구 사용여부, 건강행위 등을 파악하였다. 노인 통합보건의료서비스에 대한 전체적인 필요도, 보건의료 및 복지 영역의 서비스 필요도에 미치는 제 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 t-test, 분산분석 및 상관분석 단계에서 유의한 인구사회학적 특성 등의 독립변수들을 중심으로 위계적 다중회귀분석을 실시하였다.

결 과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

조사대상 노인들의 인구사회학적 특성에서 총 대상자 110명 중 남자가 40명(36.4%), 여자가 70명(63.6%)이었다. 노인들의 평균연령은 72.4세(표준편차 6.3세)로서 70세에서 79세까지가 54.5%였고, 60-69세 32.7%, 80세 이상은 12.7%였다. 교육 수준은 대부분인 47.3%가 무학이었고, 36.4%가 초등학교 졸업 순이었다. 종교는 무교가 48.2%였고, 다음이 기독교(19.1%), 천주교(17.3%) 순이었다.

의료보장은 건강보험이 85.5%였고, 가족사항에서 독신이 10%, 배우자가 있는 노인이 10%, 자녀에 의존하는 노인이 36.4%, 배우자 및 자

4 농촌지역 보건소 중심의 노인 통합보건의료서비스 필요도

녀와 함께 생활하는 노인이 41.8%였다. 월 평균 소득수준은 20-49만원이 32.7%였고, 50-99만원 18.2%, 10-19만원 16.4% 순이었다(표 1).

2. 연구대상자의 만성질환 이환 및 건강상태
대상자의 만성질환 이환상태는 고혈압이 84명(76.4%)으로 가장 많았고, 당뇨병이 31명(28.2%), 관절염이 28명(25.5%), 골다공증이 25명(22.7%) 요통이 21명(19.1%) 순이었다. 노인 치매, 알레르기, 안과 질환, 이비인후과 질환은 단 한명도 없었다(표 2). 이들 중 대부분인 84

명(76.4%)은 2개 이상의 만성질환에 이환되어 있어 전체 대상자의 이환된 평균 만성질환 수는 2.1(표준편차 0.80)이었다.

노인들의 주관적인 신체기능상태는 ‘시력이 좋다’가 49명(44.5%), ‘좋지 않다’가 23명(21.9%)이었다. 청력은 67명(50.9%)에서 좋다, 23명(20.9%)은 좋지 않다고 하였다. 식사는 72명(65.4%)이 잘하였고, 12명(10.9%)이 잘못한다고 응답하였다.

대/소변보기는 53명(48.2%)에서 잘하였고, 34명(30.9%)은 좋지 않았다. 걷기는 41명

표 1. 대상자의 인구사회학적 특성

특성	구분	수(명)	%
성	남자	40	36.4
	여자	70	63.6
연령(세)	60-69	36	32.7
	70-79	60	54.6
	80 이상	14	12.7
교육수준	무학	52	47.3
	초졸	40	36.4
	중졸	7	6.4
	고졸	8	7.3
	대졸 이상	3	2.6
종교	무교	53	48.2
	불교	16	14.5
	기독교	21	19.1
	천주교	19	17.3
	기타	1	0.9
의료보장	건강보험	94	85.5
	의료급여(1종)	13	11.8
	의료급여(2종)	3	2.7
가족(동거)사항	독신	11	10.0
	배우자	11	10.0
	자녀	40	36.4
	배우자 및 자녀	46	41.8
	기타 동거인	2	1.8
소득(만원)	없음	11	10.0
	10 미만	11	10.0
	10-19	18	16.4
	20-49	36	32.7
	50-99	20	18.2
	100 이상	14	12.7
계		110	100.0

표 2. 대상자의 만성질환 이환상태(N= 110)

질병명	있 음	없 음
	수 (%)	수 (%)
고혈압	84 (76.4)	26 (23.6)
당뇨병	31 (28.2)	79 (71.8)
관절염	28 (25.5)	82 (74.5)
골다공증	25 (22.7)	85 (77.3)
요통	21 (19.1)	89 (80.9)
암	8 (7.3)	102 (92.7)
위장질환	7 (6.4)	103 (93.6)
간질환	5 (4.5)	105 (95.5)
중풍	5 (4.5)	105 (95.5)
심장질환	4 (3.6)	106 (96.4)
호흡기질환	3 (2.7)	107 (97.3)
갱년기장애	1 (0.9)	109 (99.1)
비뇨기질환	1 (0.9)	109 (99.1)
기타	8 (7.3)	102 (92.7)
계	8 (7.3)	102 (92.7)

*중복응답 가능하게 설문 구성하였으며, 노인치매, 알레르기, 안과질환, 이비인후과질환에는 1명도 응답하지 않았음.

표 3. 대상자의 주관적인 신체기능상태

신체기능	매우 양호함	양호함	보통	양호하지 못함	매우 양호하지 못함	평균
시력	24(21.8)	25(22.7)	38(34.5)	22(20.0)	1(0.9)	3.5
청력	46(41.8)	21(19.1)	20(18.2)	19(17.3)	4(3.6)	3.8
음식먹기	46(41.8)	26(23.6)	26(23.6)	12(10.9)	0(0.0)	4.0
대/소변 보기	31(28.2)	22(20.0)	23(20.9)	33(30.0)	1(0.9)	3.5
걷기	16(14.5)	25(22.7)	20(18.2)	40(36.4)	9(8.2)	3.0
정신상태	19(17.3)	31(28.2)	35(31.8)	23(20.9)	2(1.8)	3.4
전체적인 건강상태	13(11.8)	23(20.9)	35(31.8)	36(32.7)	3(2.7)	3.1
계(평균± 표준편차)						3.44± 0.72

(37.2%)에서 문제 없었으나, 49명(44.6%)에서 거동하기가 불편하다고 하였고, 정신 상태는 50명(45.5%)에서 건강하였고, 25명(22.7%)은 건강하지 않았다. 노인들의 전체적인 건강상태는 36명(32.7%)의 노인은 건강하였으나, 39명(35.7%)이 건강하지 않았다. 연구대상자의 주관적인 신체기능상태에서 음식 먹기가 4.0으로

가장 높았으며, 걷기가 3.0으로 가장 낮아 보행의 어려움이 가장 큰 것으로 파악되었다(표 3).

조사대상 노인들의 건강행태에서 충분한 수면을 하는 노인은 58명(52.7%), 그렇지 못한 경우가 39명(35.5%)이었으며, 규칙적인 운동을 하는 경우는 47명(42.7%), 운동을 하지 못하는

6 농촌지역 보건소 중심의 노인 통합보건의료서비스 필요도

노인은 49명(44.6%)이었다. 균형 있는 식사를 하는 노인은 42명(38.2%), 식사를 하지 못하는 노인은 25명(22.7%)이었고, 금연을 하는 노인은 76명(69.1%), 흡연을 하는 노인은 28명(25.4%)이었다. 음주하는 노인은 67명(60.9%), 금주하는 노인은 21명(18.1%)이었다. 정기적으로 건강검진을 받는 노인은 54명(49.1%), 검진을 받지 못하는 노인이 48명(43.6%)이었다. 노인들이 건강식품을 섭취하는 경우는 25명(22.8%), 건강식품을 섭취하지 못하는 노인은 69명(62.7%)이었다. 노인들의 건강행태는 금연이 평균 3.9로 가장 높았으며, 건강보조 식품의 섭취가 2.1로 가장 낮았다.

건강관심도는 관심이 있는 노인은 69명(62.7%), 보통이 29명(26.4%), 건강에 관심이 없는 노인은 12명(10.9%)이었다(표 4).

3. 연구대상자의 보건소내 기존 서비스에 대한 만족도

보건소내 기존 서비스를 받은 경험에 대한 만족도 조사 결과, 진료서비스는 84명(78.5%)이, 물리치료는 16명(66.7%)이 만족한다고 응답하였다. 방문간호서비스는 5명(71.4%), 건강상담은 2명(1.8%), 보건교육은 6명(85.7%)이 만족한다고 응답하였으나, 서비스를 받은 경험이 없는 사람이 90% 이상으로 서비스 받은 경험자 수가 매우 적었다(표 5).

4. 노인 통합보건의료서비스에 대한 필요도

통합보건의료서비스 16개 항목에 대한 필요도는 전체 평균이 3.67이었으며, 이중 보건의료영역 관련해서 방문간호서비스가 평균 4.08로 가장 높았으며, 만성질환관리(평균 4.06), 정신보건상담(평균 3.95), 복지 영역 관련해서는 운송서비스(평균 4.05), 목욕서비스(평균 3.79) 순이었다. 서비스가 가장 낮은 항목은 성상담서비스(평균 2.08)로 필요하다고 응답한 사람이 12명(10.9%)이었으며, 그 다음은 요가(평균

표 4. 대상자의 건강행태

건강행태	반드시 한다	가능하면 한다	보통이다	별로하지 못한다	전혀 못한다	평균
충분한 수면	44(40.0)	14(12.7)	13(11.8)	31(28.2)	8(7.3)	3.5
규칙적인 운동	24(21.8)	23(20.9)	14(12.7)	28(25.5)	21(19.1)	3.0
균형있는 식사	10(9.1)	32(29.1)	43(39.1)	23(20.9)	2(1.8)	3.2
금연	74(67.3)	2(1.8)	6(5.5)	2(1.8)	26(23.6)	3.9
금주	60(54.5)	7(6.4)	22(20.0)	3(2.7)	18(16.4)	3.8
정기 건강검진	26(23.6)	28(25.5)	8(7.3)	16(14.5)	32(29.1)	3.0
건강보조식품 섭취	8(7.3)	17(15.5)	16(14.5)	10(9.1)	59(53.6)	2.1
계(평균±표준편차)						3.22±0.70

표 5. 보건소내 기존 서비스에 대한 만족도

서비스	매우 만족	만족	보통	불만족	매우 불만족	서비스 받지 않음
진료서비스	5(4.7)	79(73.8)	22(20.6)	1(0.9)	0(0.0)	3(2.7)
물리치료	7(29.2)	9(37.5)	7(29.2)	1(4.2)	0(0.0)	86(78.2)
방문간호서비스	0(0.0)	5(71.4)	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	103(93.6)
건강상담	0(0.0)	2(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	108(98.2)
보건교육	0(0.0)	6(85.7)	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	103(93.6)

표 6. 노인 통합보건의료서비스에 대한 필요도

서비스	매우 필요함	필요함	보통	필요하지 않음	전혀 필요하지 않음	평균
보건의료 영역						3.68± 0.33
직접진료서비스						4.00± 0.36
물리치료	9(8.2)	82(74.5)	13(11.8)	6(5.5)	0(0.0)	3.85
방문간호서비스	20(18.2)	83(75.5)	4(3.6)	2(1.8)	1(0.9)	4.08
만성질환관리	9(8.2)	99(90.0)	2(1.8)	0(0.0)	0(0.0)	4.06
보건상담 및 보건교육서비스						3.34± 0.46
정신보건상담	9(8.2)	88(80.0)	11(10.0)	2(1.8)	0(0.0)	3.95
구강검진 및 상담	8(7.3)	77(70.0)	17(15.5)	8(7.3)	0(0.0)	3.77
성상담서비스	1(0.9)	11(10.0)	7(6.4)	68(61.8)	23(20.9)	2.08
건강교실	9(8.2)	62(56.4)	19(17.3)	20(18.2)	0(0.0)	3.55
건강증진서비스						3.85± 0.52
영양지도	3(2.8)	90(82.6)	9(8.3)	6(5.5)	1(0.9)	3.81
운동지도	2(1.8)	84(76.4)	18(16.4)	6(5.5)	0(0.0)	3.75
지역의료기관 연계						3.97± 0.34
후송의뢰체계	4(3.6)	94(85.5)	7(6.4)	5(4.5)	0(0.0)	3.88
복지 영역						3.67± 0.59
생활지원서비스						3.85± 0.52
운송(차량지원)서비스	15(13.6)	88(80.0)	4(3.6)	3(2.7)	0(0.0)	4.05
식사배달서비스	7(6.4)	76(69.1)	14(12.7)	13(11.8)	0(0.0)	3.70
목욕서비스	6(5.5)	84(76.4)	11(10.0)	9(8.2)	0(0.0)	3.79
여가지원서비스						3.50 ± 0.81
레크리에이션	9(8.2)	67(60.9)	16(14.5)	17(15.5)	1(0.9)	3.60
생활체조/댄스	9(8.2)	66(60.0)	18(16.4)	17(15.5)	0(0.0)	3.61
요가	8(7.3)	40(36.4)	37(33.6)	25(22.7)	0(0.0)	3.28
전체(평균± 표준편차)						3.67± 0.39

3.28), 건강교실(평균 3.55) 순이었다(표 6).

5. 노인 통합보건의료서비스의 필요도에 대한 위계적 다중회귀분석

이변량 분석 및 상관분석 과정에 의해 도출된 통계적으로 유의한 독립변수들을 중심으로 노인 통합보건의료서비스에 대한 전체적인 필요도, 보건의료 및 복지 영역의 서비스의 필요도에 각각 미치는 제 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 위계적 다중회귀모형을 구축하였다. 모형 I 은 인구사회학적 특성인 연령, 학력(무학/국졸이상), 가족유무, 소득 구분(10만원 미만/10-49만원/50만원 이상)을 독립변수로 하였으며, 모형 II는 상기 변수에다 건강관

심도, 신체기능상태, 건강행태를 추가하여 독립변수로 사용하였으며, 모형 III은 모형 II의 변수에 진료만족도를 추가하였다.

위계적 다중회귀분석 결과, 모형 I 인 인구사회학적 특성이 보건의료 영역 서비스의 필요도의 총변량중 4.0%, 복지영역 서비스의 필요도의 총변량중 7.2%, 전체적인 서비스의 필요도의 총변량중 6.5%를 설명하였고, 이들 특성 중에서 소득만이 유의하게 각 필요도에 영향을 주었다.

모형 II는 보건의료 영역 서비스의 필요도의 3.4%, 복지 영역 서비스의 필요도의 총변량중 10.9%, 전체적인 서비스의 필요도의 총변량중 8.3%를 설명하였다. 이 모형에서 보건의료 영

표 7. 분석모형별 노인 통합보건의료서비스의 필요도에 대한 위계적 회귀분석 결과

항 목	보건의료 영역			복지 영역			전 체		
	모형 I	모형 II	모형 III	모형 I	모형 II	모형 III	모형 I	모형 II	모형 III
연령	-.038	-.018	-.007	-.139	-.139	-.124	-.098	-.089	-.074
학력(1=국졸 이상)	.047	.023	.023	.017	-.009	-.004	.031	.004	.004
가족유무(1=가족있음)	.069	.059	.058	.126	.100	.098	.108	.088	.086
소득1(1= 10-49만원)	.146	.125	.097	.292	.309	.274	.238	.236	.199
소득2(1= 50만원 이상)	.335	.291	.297	.342	.314	.320	.368	.330	.338
건강관심도		.080	.061		.212	.187		.161	.135
신체기능상태		-.052	-.045		-.133	-.121		-.104	-.095
건강행태		.128	.136		.078	.089		.111	.122
진료만족도			.165			.223			.219
상 수	3.677	3.415	2.968	4.286	3.995	2.907	3.906	3.640	2.928
Adjusted R ²	.040	.034	.053	.072	.109	.152	.065	.083	.124
F	1.868	1.465	1.649	2.638	2.615	3.103	2.455	2.190	2.648
p값	.107	.180	.112	.028	.012	.003	.038	.035	.009

*p<.05

역과 전체적인 서비스의 필요도에 있어 소득이 51만원 이상인 그룹이 그렇지 않은 그룹보다 유의하게 필요도가 높았으며, 복지 영역에서는 소득이 많을수록, 건강관심도가 높을수록 그 서비스의 필요도가 유의하게 높았다.

모형III은 보건의료 영역 서비스의 필요도의 5.3%, 복지 영역 서비스의 필요도의 총변량중 15.2%, 전체적인 서비스의 필요도의 총변량중 12.4%를 설명하고 있다. 보건의료 영역에서 소득이 51만원 이상인 그룹의 서비스 필요도가 유의하게 높았고, 복지 영역에서도 소득이 21만원-50만원인 집단이 그렇지 않은 그룹보다, 소득이 51만원 이상인 집단이 그렇지 않은 그룹보다 그 서비스 필요도가 높았고, 또한 진료만족도가 높을수록 필요도가 유의하게 높았다. 전체적인 서비스의 필요도에서는 소득(51만원)과 진료만족도가 유의하게 영향을 주었다.

회귀분석의 적합도 모형 검정결과, p값이 전체적인 서비스의 필요도(모형I: 0.038, 모형II: 0.035, 모형III: 0.009)와 복지 영역의 서비스의 필요도(모형I: 0.028, 모형II: 0.012, 모형III: 0.003)에서만 유의하였다(표 7).

고 찰

이 연구는 지역사회 내 보건소를 중심으로 시행되고 있는 치료와 건강교육, 건강진단, 보건지도, 물리치료, 방문간호 사업의 제한점을 지적하고 이를 해결하기 위한 대안으로서 강원도 내 일개 군의 노인인구를 대상으로 노인 통합보건의료서비스의 필요도를 조사하고 이에 영향을 미치는 관련 요인을 구명하고자 하였다.

연구대상자의 인구사회학적 특성은 우리나라 농촌의 전형적인 노인의 특성을 그대로 반영하고 있다고 볼 수 있다. 즉, 지역사회 특히 농촌의 노인 인구의 특성은 여자가 남자보다 많으며, 70대의 연령층이 대부분을 이루고 있으며, 그 외에도 저학력, 낮은 의료보장의 수혜 그리고 낮은 소득수준 등의 양상을 보이고 있다. 이들 대상자 중 84명은 2개 이상의 만성질환에 동반 이환되어 있어 노인들에서의 높은 만성질환 이환과 함께 2개 이상의 동반 상병률(comorbidity) 비율이 높음을 알 수 있었다. 이러한 질병 양상은 노인들의 보건의료서비스 정책에 주요한 시사점을 제공한다고 볼

수 있다. 즉, 노인들의 질병관리는 고혈압, 당뇨병이나 관절염 등과 같이 개별적인 질병관리의 개념보다는 노인병 전체에 대한 통합관리가 절실히 요청되어야 함을 시사하며, 보건 의료서비스의 입안과 실행 시에도 이러한 문제점에 초점을 두어 우선순위가 결정되어야 할 것이다.

보건소 내 기존 서비스의 만족도 조사에서는 진료서비스와 물리치료에 84명(78.5%)과 16명(66.7%)이 각각 만족한다고 응답하여 불만족 비율보다는 높았지만 많은 부분은 시정되어야 할 필요성이 요청된다. 보건소와 보건지소 이용자 459명을 대상으로 한 만족도 연구[28]에서는 평균만족도가 3.8로 비교적 만족하는 결과를 보여, 이 연구에서의 진료만족도 3.8과 유사한 수준이었다. 또한, 이성순[28]의 연구에서 보건소와 보건지소·진료소의 만족도 비교결과, 보건소보다 보건지소·진료소에서 만족도가 더 높았는데, 보건소는 신뢰성과 대응성 차원에서, 보건지소·진료소는 공감성 차원에서 각각 높은 만족도를 보였다. 특히, 보건지소·진료소의 제한된 서비스와 미미한 환경에서 관심과 경청, 상호교감에 의한 만족도가 높았으며, 외형성 차원의 만족도는 낮았다. 일개 보건소 60세 이상 이용자 180명을 대상으로한 노희숙[29]의 연구에서는 보건소의 서비스에 대한 만족도가 평균 72.8로 전반적으로 만족스러운 결과를 보였으며, 소득수준이 적은 노인이 소득수준이 많은 노인보다 불만족하고 있었다. 3차 예방에 주로 치중하여 관리 운영되던 과거의 보건소의 역할이 지역사회 주민의 건강증진의 확대로 점차 확대되면서 보건소 중심의 지역사회 건강증진사업의 중요성이 대두되고 있으며, 특히 최근의 노령화 현상으로 인한 노인보건의 문제들이 보건소 건강증진사업의 주요 사업으로 인식되고 있음을 감안할 때, 노인들을 대상으로 한 진료 서비스 개선이 절실히 요청된다.

현재 우리나라 전국 보건소에서는 노인보건 사업을 위해 다양한 사업을 시행하고 있지만

이런 노인보건영역이 복지영역과 직접 연계되어 있지 않다. 즉, 동일 대상인 노인에 대한 보건의료와 사회복지가 별개의 영역으로 다루어지는 경향이 있고, 실무에서도 보건의료전달체계와 사회복지전달체계가 별도로 운영되고 있을 뿐만 아니라 두 전달체계 사이에 상호 협조 및 통제 체제도 미비하여 서비스 제공에 있어서 비효율과 낭비를 가져오고, 서비스 수혜자인 지역주민의 입장에서 본다면 효과적인 서비스의 전달을 방해하는 요소가 될 수도 있다[30]. 이런 특성을 감안하여 한 농촌지역사회내 노인의 건강증진과 삶의 질 향상을 위해 대안으로 제시된 노인 통합보건의료서비스에 대한 필요도는 전체 평균이 3.67점이었고, 보건의료 영역의 방문간호서비스(평균 4.08), 만성질환관리(평균 4.06), 그리고 복지 영역의 운송서비스(평균 4.05) 순으로 그 필요도가 높았다. 즉 노인들은 다른 서비스보다도 거동의 불편함과 노인병 등의 문제로 인한 통합서비스 제공의 필요성을 가장 높게 요구하고 있음을 알 수 있다.

대구시의 보건소와 노인종합복지회관, 보건복지센터의 65세 이상 이용자 288명을 대상으로 한 심묘옥[31]의 연구에 의하면 보건서비스와 복지서비스가 통합된 시설에서의 만족도가 분리된 시설에서보다 높았다. 이영숙[32]의 연구에 의하면, 보건소서비스 중 주민이 가장 선호하는 서비스는 환자진료(71.1%), 만성퇴행성질환관리(23.9%)였으며, 영양개선사업, 정신보건사업, 각종 실험 및 검사사업, 재활보건사업에서 낮은 관심을 보였다. 이렇게 노인의 실제 필요를 반영한 보건의료와 복지에 대한 수요를 충족시키기 위해 사회 각 분야에서 노인 보건의료서비스와 노인복지 문제를 다각도로 검토하여 보다 체계적이고 효율적인 시스템에 의한 종합적인 관리가 필요하다. 한 예를 들면, 정기적인 방문 간호서비스의 확대 시행과 함께 거동 불편 노인들을 위한 지역 내의 무료 셔틀 버스의 운행 등을 적극적으로 시행할 필요성이 요청된다.

노인 통합보건의료서비스에 대한 필요도 관련 요인을 구명하기 위해 위계적 다중회귀분석을 시행한 결과, 노인의 통합보건복지서비스에 영향을 주는 요인으로는 소득수준과 건강관심도, 그리고 진료만족도 등이며, 무엇보다도 안정적인 소득수준이 제공되어야 할 것으로 본다. 즉 노인들로 하여금 건강이란 자신의 노력과 관심 여하에 따라 얼마든지 좋아질 수 있다는 신념을 갖도록 유도하여야 하며, 노인들의 건강문제를 해결해 줄 수 있는 적절한 보건의료의 시행과 함께 경제적인 지원이 병행되어야 할 것으로 본다.

이 연구는 강원도 'H군'보건소를 실제로 이용하는 노인을 대상으로 만족도를 측정하고, 보건의료영역뿐만 아니라 복지영역의 필요도를 파악함으로써 향후 보건소 중심의 노인 통합보건의료서비스를 개발하는데 기초자료를 제공할 수 있다는 점에서 종전의 유사 연구와 비교하여 볼 때, 연구대상 및 연구방법에서 선행연구의 제한점을 극복한 연구로 평가될 수 있을 것이다.

그러나 본 연구의 결과를 일반화하는 데에 다음과 같은 제한점이 제기될 수 있다.

첫째, 일개 지역사회의 보건소 이용자를 대상으로 하였으므로 우리나라 전체 노인을 대표한다고 할 수 없다. 또한 비교적 비슷한 사회경제적 특성을 갖는 노인들을 대상으로 조사되었기 때문에 이 연구에서 도출된 결과를 가지고 우리나라 전체 노인의 보건소 중심의 통합보건서비스에 대한 필요도라고 해석하는 데에는 다소 무리가 따른다. 향후 대도시 및 중소도시 거주 노인들에 대한 심층적인 연구가 수행되어야 할 것이다.

둘째, 연구 분석에 필요한 자료를 주로 노인들의 주관적인 응답에 의존하였기 때문에 그 당시의 건강상태나 개인적 상황에 따라 과대과소 평가되어질 개연성을 안고 있다. 이러한 문제점의 해소를 위하여 2명의 의사가 진단을 통하여 적절한 평가를 하려고 하였지만 여전히 그 객관성의 문제점이 도출될 수 있을

것이다.

셋째, 이 연구에서는 노인 통합보건서비스 필요도에 관여할 수 있는 개연성 있는 예측인자들이 연구 초기단계에서부터 철저히 검토되지 못하였고, 따라서 회귀분석 결과에서 볼 수 있듯이 독립변수들의 낮은 설명력은 제한점으로 남게 되었다. 또한 주관적인 신체기능 상태나 건강행태 등이 회귀분석에서 유의한 요인으로 파악되지 않은 이유로는 짧은 연구기간으로 인한 연구대상자의 수(110명)가 적었거나 7개의 건강행태 설문문항간 상관성이 서로 약해서인지 내적 신뢰도를 반영하는 Cronbach's alpha 값(0.449)이 낮은 점 등을 들 수 있다. 향후 이러한 문제점들을 보완한 연구 설계방법에 의한 유사 노인보건연구를 통해 관련 요인들이 구명되기를 바란다.

이 연구에서의 연구결과를 기반으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 보건소의 노인들을 대상으로 한 서비스는 대상자의 필요도를 반영하여 보건의료영역과 복지영역이 통합되어 포괄적으로 공급되어야 한다. 이를 위해 보건소의 주축이 되는 의료진은 물론 일선기관, 지역복지센터, 지역사회, 정부 등 모든 서비스 전달의 주체는 끊임없이 효과적인 통합프로그램을 개발하여야 한다.

둘째, 보건의료영역의 요구도가 학력 및 소득에 따라서 유의한 차이를 보인 점을 감안할 때, 보건소의 통합보건의료서비스 선정시 지역주민의 학력과 소득을 고려하여 필요한 서비스를 선택적으로 시행할 필요가 있다.

셋째, 보건소의 서비스 시행시 복지영역의 요구도가 고령이 될수록 낮아지는 점을 주지하여 지역주민의 연령분포를 고려하여 지역보건의료계획을 수립할 필요가 있다.

요 약

한 농촌지역의 일부 노인인구를 대상으로 통합보건의료서비스의 필요도와 그 관련 요인

을 파악하고자 시행한 이 연구대상은 2005년 11월부터 2개월여동안 강원도 'H'군보건소를 내원한 60세 이상 노인으로 진료담당 의사와 보건요원(2명)에 의해 설문조사가 실시되었는데, 총 110명이 참여하였다. 연구도구인 설문지는 노인 통합보건의료서비스에 대한 국내외 선행연구의 문헌고찰을 토대로 개발한 후 예비조사를 거쳐 5개 영역의 68개 문항으로 수정, 보완하였다. 수집된 자료는 SPSS PC* (Version 12.0)를 이용하여 데이터베이스를 구축하여 대상자의 인구사회학적 특성, 만성질환의 이환상태 등을 파악하였고, 영향요인 구명을 위해 위계적 다중회귀분석을 시행하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 만성질환 이환율로는 고혈압이 76.4%(84명)로 가장 높았으며, 대상자 중 84명은 2개 이상의 만성질환에 동반 이환되어 있었다.

둘째, 보건소내 기존 서비스의 만족도조사에서는 진료서비스와 물리치료에 84명(78.5%)과 16명(66.7%)이 각각 '만족한다'고 하였다. 노인 통합보건의료서비스에 대한 필요도는 전체 평균이 3.67점이었고, 보건의료 영역의 방문간호 서비스(평균 4.08), 만성질환관리(평균 4.06) 및 복지 영역의 운송서비스(평균 4.05) 순으로 그 필요도가 높았다.

셋째, 영역별 서비스 필요도의 영향 요인을 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과, 모형 I (인구사회학적 특성)에서 복지 영역 서비스의 필요도(수정 $R^2=7.2\%$)와 전체 (보건의료+복지) 영역 서비스의 필요도(수정 $R^2=6.5\%$)에 소득 변수만이 통계적으로 유의하였다. 모형 II (인구사회학적 특성에 건강관심도, 신체기능상태와 건강행태 포함)에서도 복지 영역 서비스의 필요도(수정 $R^2=10.9\%$)가 적합하였고, 소득이 많을수록, 건강관심도가 높을수록 통계적으로 유의하였다. 진료만족도가 추가된 모형 III에서는 보건의료 영역 서비스(수정 $R^2=5.3\%$), 복지 영역 서비스(수정 $R^2=15.2\%$) 및 전체 영역 서비스(수정

$R^2=12.4\%$)의 필요도가 모두 적합하되 소득 변수만이 각각 통계적으로 유의하였다.

따라서 보건의료의 측면에서 노인들에 대한 효과적이고 다양한 보건의료서비스의 제공이 시급하게 요구되고 있으며, 이를 충족시킬 수 있는 통합적인 공급체계를 확립해야 할 것이다. 더욱이 고령화가 더욱 심화될 농촌지역은 노인 개인의 필요도 중심에서 출발하되 이들이 거주하는 가족환경 및 사회환경을 포괄하는 차원에서의 지역보건, 만성질환의 치료와 신체 기능의 회복을 위한 의료, 경제적 지원과 가용자원의 활용을 도와주는 복지 개념이 연계된 통합보건의료서비스를 다학제적 팀접근에 의해 지속적으로 제공할 필요가 있다. 특히, 우리나라의 경우 예방보다 치료 중심의 의료 전달체제로 되어 있어 다발성의 만성퇴행성 질환에 이환된 노인들에게 종합적으로 수용할 수 있는 장기간의 간호나 재활서비스를 제공할 수 있는 프로그램이 우선적으로 제공되어야 한다고 본다.

참고문헌

1. 통계청. 장래인구추계(<http://meta.nso.go.kr/metaSearch/>). 2006
2. 정경희, 조애정, 오영희, 변재관, 변용찬, 문현상. 1998년도 전국 노인 생활실태 및 복지욕구 조사. 한국보건사회연구원, 1998
3. Kane RL, Illston LH, Miller NA. Qualitative analysis of the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *Gerontologist* 1992; 32(6): 771-780
4. Shen J, Iversen A. PACE: a capitated model towards long-term care. *Henry Ford Hosp Med J* 1992; 40(1-2): 41-44
5. Eng C. The On Lok/PACE model of geriatric managed care: an interdisciplinary approach to care of frail elderly. *Curr Concepts Geriatr Care*

- 1996; 2(9): 4-24
6. Kane RL. PACE: a model of integrated acute and long-term care. *Hosp Pract* 1997; 32(4): 23-24, 27, 30
 7. Lee W, Eng C, Fox N, Etienne M. PACE: a model for integrated care of frail older patients. Program of All-inclusive Care for the Elderly. *Geriatrics* 1998; 53(6): 62, 65-66, 69, 73
 8. Greenwood R. The PACE model. *Issue Brief Cent Medicare Educ* 2001; 2(10): 1-8
 9. Keough ME, Field TS, Gurwitz JH. A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly. *Acad Med* 2002; 77(9): 936
 10. Kodner DL. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(4): 307-313
 11. Levesque RF. The PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) model-success in cooperation. *Caring* 1993; 12(10): 62-66
 12. Branch LG, Coulam RF, Zimmerman YA. The PACE evaluation: initial findings. *Gerontologist* 1995; 35(3): 349-359
 13. Irvin CV, Massey S, Dorsey T. Determinants of enrollment among applicants to PACE. *Health Care Financ Rev* 1997; 19(2): 135-153
 14. Branch LG. Evidence-based evaluations of PACE. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(1): 115-116
 15. Hansen JC. Practical lessons for delivering integrated services in a changing environment: The PACE model. *Generations* 1999; 23(2): 22-28
 16. Lee MA, Brummel-Smith K, Meyer J, Drew N, London MR. Physician orders for life-sustaining treatment (POLST): outcomes in a PACE program. Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(10): 1219-1225
 17. Wieland D, Lamb VL, Sutton SR, Boland R, Clark M, Friedman S. Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): rates, concomitants, and predictors. *J Am Geriatr Soc* 2001; 48(11): 1373-1380.
 18. Larson L. A better way to grow old: the PACE model. *Trustee* 2002; 55(7): 10-14, 19
 19. Gross DL, Temkin-Greener H, Kunitz S, Mukamel DB. The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Q* 2004; 82(2): 257-282
 20. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(2): 223-232
 21. Rich ML. The PACE model: description and impressions of a capitated model of long-term care for the elderly. *Care Manag J* 1999; 1(1): 62-70
 22. Robinson J, Karon SL. Modeling medicare costs of PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) populations. *Health Care Financ Rev* 2000; 21(3): 149-170
 23. Temkin-Greener H, Meiners MR, Gruenberg L. PACE and the medicare+choice risk-adjusted payment model. *Inquiry* 2001; 38(1): 60-72
 24. Nadash P. Two models of managed

- long-term care: comparing PACE with a medicaid-only plan. *Milbank Q* 2004; 82(2): 257-282
25. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* 1999; 77(1): 77-110, iv-v
26. Mui AC. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *J Aging Soc Policy* 2001; 13(2-3): 53-67
27. National PACE Association. Available at <http://www.npaonline.org/website/article.asp>
28. 이성순. 공공보건기관의 보건의료서비스 제 공자와 수혜자 간의 서비스 만족도 연구. 아주대학교 공공정책대학원 석사학위논문, 2004
29. 노희숙. 노인의 보건의료서비스 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-광명시 보건소를 중심으로-. 경기대학교 행정대학원 석사학위논문, 2003
30. 김경미. 노인 보건의료와 복지서비스의 연계 방안에 관한 연구(고양시 덕양구 보건소를 중심으로). 상명대학교 정치경영대학원 석사학위논문, 2003
31. 심묘옥. 노인보건복지서비스의 통합관리에 관한 연구. 영남대학교 행정대학원 석사학위논문, 2004
32. 이영숙. 농어촌 보건소 의료서비스 개선방안에 대한 연구. 순천향대학교 경영행정대학원 석사학위논문, 2003