

## 서울특별시 지역사회 거주 노인의 통합돌봄 요구

김형수<sup>1</sup>, 고 영<sup>2\*</sup>, 손미선<sup>3</sup>

<sup>1</sup>건국대학교 의학전문대학원 예방의학교실 교수, <sup>2</sup>가천대학교 간호학과 교수, <sup>3</sup>건국대학교 일반대학원 간호학과 박사과정

### Needs for Integrated Care for Older Adults in Seoul

Hyeongsu Kim<sup>1</sup>, Young Ko<sup>2</sup>, Miseon Son<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Professor, Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Konkuk University

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Gachon University

<sup>3</sup>Student, Department of Nursing, Graduate School, Konkuk University

**요약** 본 연구는 65세 이상 노인의 돌봄요구군을 분류하고, 군간 특성을 확인하기 위하여 수행되었다. 한국보건사회연구원이 진행한 '2017년도 노인실태조사'의 자료를 이용한 이차자료 분석연구로, 분석대상은 2017년 노인실태조사 참여자 중 서울시 노인 999명, 가중치 부여 1,295,491명이다. 돌봄요구군의 분류를 위하여, 의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구의 특성을 파악하였다. 지원요구가 하나도 없는 일반군이 50.4%, 의료요구군이 17.9%, 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 복지요구군이 14.2%, 의료요구와 복지요구가 모두 있는 복합요구군이 17.5%이었다. 성별, 흡연, 치매검진, 지난 1년간 외래이용, 일상생활수행 도움 여부, 비동거 자녀 또는 손녀 여부를 제외한 일반적 특성, 장기요양등급 및 장애등급 현황, 경제적 부담 및 일상생활 도움 정도, 건강행태와 건강상태, 삶의 만족도에서 돌봄요구군간 유의미한 차이를 보였다( $p < .001$ ). 복합요구군에게 의료와 복지의 통합돌봄 서비스를 우선 제공해야 한다. 특히 복합요구군은 의료, 복지, 운동, 영양, 정신건강, 간호의 요구를 모두 가지고 있는 대상자로 다학제적 팀 접근이 필요하다.

**주제어** : 커뮤니티케어, 돌봄, 미충족 의료, 사회적 고립, 의존

**Abstract** The purpose of this study was to classify the care needs of the older adults aged 65 and over and to identify characteristics of care need groups. This was a secondary analysis study using data from 2017 National Survey of Older Persons in Seoul. There were 50.4% in the general group without any support needs, 17.9% in the medical needs group, 14.2% in the welfare needs group with support needs of daily living or social activity, and 17.5% in the complex needs group with both medical and welfare needs. Significant differences were shown in most variables of the general characteristics, grading of long-term care or disability, financial burden and caregiving, health behaviors, health status, and life satisfactions among groups ( $p < .001$ ). The complex care need group should be provided with integrated care service for medical and welfare through multidisciplinary team approach.

**Key Words** : Community care, Care, Unmet medical need, Social isolation, Dependence

\*This study is a part of 2019 study on development of Seoul community care model.

\*Corresponding Author : Young Ko(youngko@gachon.ac.kr)

Received March 13, 2020

Revised April 22, 2020

Accepted May 20, 2020

Published May 28, 2020

## 1. 서론

노인인구의 증가와 함께 등장한 '살던 곳에서 나이 들기(Aging in Place: AIP)'에 대한 관심이 증가하면서 우리나라도 지역사회 통합돌봄(community care, 커뮤니티 케어)이 중요한 정책으로 등장하였다[1]. 지역사회 통합돌봄이란 돌봄이 필요한 주민이 살던 곳에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 종합적으로 지원하는 지역주도 사회서비스 정책이다[1]. 이러한 AIP의 실현을 위하여 지역사회 통합돌봄 선도사업 등 다양한 시도가 이루어지고 있다. 2019년 4월 보건복지부는 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역으로 8개 지방자치단체를 선정하였고 2019년 6월부터 2021년 5월까지 2년간 시행 중이다[2]. 한편 서울특별시는 지역사회 통합돌봄을 위하여 서울케어-건강돌봄서비스, 301 네트워크 사업, 찾아가는 동주민센터 사업, SOS 센터를 운영하고 있다[3-5]. 서울특별시의 4개 사업은 모두 노인을 사업대상자로 하고 있으나, 각각의 사업은 고유의 목적을 가지고 시작하였기에, 타 사업과의 상호연계나 협력이 매우 강하지 않고, 4개 사업의 서비스 대상자 수가 많지 않아 실제 서비스를 받는 노인 인구가 적다는 문제점을 갖고 있다[6]. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 서비스 대상 노인 인구의 규모와 요구 특성을 파악할 필요가 있으며, 이를 기반으로 필요한 서비스를 확대할 필요가 있다.

노인들은 자신이 사는 집에서 나이 들어가기를 희망하지만, 노인은 나이가 들어감에 따라 나타나는 여러 가지 변화로 일상생활에서 많은 문제를 직면하게 된다. AIP는 사람과 환경이 모두 관련된 과정으로 사람과 환경의 변화함에 따른 지속적이며 연속적인 상호작용으로 볼 수 있다[7]. 노화로 인한 노인의 변화되는 요구에 노인이 사는 환경이 대응하지 못하는 경우 부적응과 부정적 결과가 나타나게 된다[7]. 그러므로 노인의 독립성을 높여 AIP를 실현하기 위해서는 노인이 사는 환경적 맥락에서 노인의 요구를 파악하는 것이 중요하다. 여기서 말하는 환경은 노인이 거주하고 있는 집과 주변관계, 지역사회를 의미한다[7]. 따라서 AIP를 실현하기 위해서는 노인에게 필요한 요구가 충족되는 환경을 조성하는 필요하다. 실제 노인에서 AIP의 의미를 조사한 결과, 자신이 거주하고 있는 집과 지역사회에서 친밀감과 안정감을 느끼는 것이 가장 중요하고, 자신이 거주

하고 있는 장소에서 돌봄 관계가 형성되고 역할수행, 그리고 독립성과 자율성을 느끼는 것과 관련이 있다고 하였다[8]. 이렇듯 AIP는 다양한 제도와 관련이 있고 단순히 집에 거주함을 의미하지는 않는다.

지역사회 통합돌봄을 위한 노인의 요구를 조사한 연구는 드물다. Fausset과 동료들은[9] AIP를 위한 도시 지역 거주 노인의 요구를 조사한 결과, 노인은 일상생활 활동과 집 관리, 여가생활, 이동에서의 신체적 어려움으로 이전의 생활을 포기하거나 이를 도와줄 보완책을 찾게 되며, 이중 신체적 어려움에 대한 도움이 가장 우선 순위가 높음을 확인하였다. 노인은 기능 저하뿐만 아니라 관리해야 할 질환도 늘어나고 복잡해진다. 노인의 질환 관리능력의 저하되어 미충족 의료요구가 늘어나 결국 사회적 입원이 발생하게 된다. 만성질환을 1개 이상 보유하고 있는 65세 이상 고령자는 평균 4.1개의 만성 질환이 있고, 만성질환 보유자 중에서 70.9%가 복합 만성질환이 있다[10]. 노인의 기본 대응능력의 저하와 만성질환의 복합유병과 질병양상이 상호작용하여, 만성질환 부적절한 관리 및 합병증 발생 등의 빈도를 증가시킨다. 또한, 복합만성질환자는 다제약제 사용으로 인한 약물사용의 위험성에 추가 노출된다[11]. 체계적 문헌고찰 결과, 다제약제 처방은 부적절한 약제 처방의 위험을 증가시키고, 이로 인한 노인의 낙상과 골절 발생, 인지 기능 저하, 사망을 초래함이 보고되고 있다[12]. 그러므로 노인에서 만성질환 관리 및 다제약제 사용 및 복용 등의 통합적 관리가 필요하다. AIP의 실현을 위해서는 지역사회 내에서 보건·의료·복지의 통합적 제공이 필요하며, 이를 위해서는 노인에서 나타나는 보건·의료·복지의 요구 특성을 분류하고 복합요구 현황을 확인할 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 2017년 노인실태조사 자료 중 서울시 노인의 자료를 이용하여, 지역사회 돌봄요구군을 분류하고, 구간 특성을 파악하고자 하였다. 이는 지역사회 통합돌봄의 실증적 증거 및 통합돌봄 사업의 개발을 위한 근거자료가 될 것이다.

본 연구의 목적은 65세 이상 노인의 돌봄요구를 파악하는 것으로 구체적 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구를 파악하고, 돌봄요구군을 분류한다.

둘째, 돌봄요구군간 일반적 특성, 경제적 부담 및 일상생활 도움, 장기요양서비스 수혜여부, 건강행태와 건강상태, 삶의 만족도를 비교한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 한국보건사회연구원이 진행한 '2017년도 노인실태조사'의 자료를 이용한 이차자료 분석으로 노인의 통합돌봄요구를 파악하는 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상

분석대상은 2017년 노인실태조사 참여자 중 서울시 노인 999명, 가중치 부여 1,295,491명이다.

### 2.3 연구도구

#### 2.3.1 통합돌봄요구

돌봄요구군의 분류를 위하여, 의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구의 특성을 파악하였다.

의료요구는 미충족 의료, 특정 건강문제에 대한 의학 적 치료와 관리 정도를 이용하여 확인하였다. 미충족 의료를 경험하거나 조사 시점에서 의학적 치료가 요구 된다고 판단되는 노인을 의료요구 대상으로 정의하였 으며, 구체적으로 다음 5개 항목 중 어느 하나에 해당 하는 경우이다. ① 지난 1년간 본인이 병의원(치과 제 외) 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 경우 (미충족 의료), ② 치매선별검사(Mini-Mental State Examination for Dementia Screening: MMSE-DS)[13]를 이용한 인지기능 평가에서 인지기능 저하가 있으나, 치매 치료를 받지 않는 경우, ③ 단축형 노인우울척도(Short version of Geriatric Depression Scale: SGDS)[14]를 이용한 우울 평가에서 우울 의심 (8점 이상)이면서 우울증 치료를 받지 않는 경우, ④ 만성질환(고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 심근경색)을 진단받았 으나 미치료인 경우, ⑤ Nutrition Screening Initiative(NSI)[15,16]가 개발한 'Determine Your Nutrition Health'를 이용하여 지난 1개월간 영양관리 상태 평가에서 개선이 필요(6점 이상)한 경우.

일상생활수행 지원요구는 일상생활수행능력(Activities of Daily living: ADL)과 수단적 일상생활수행능력 (Instrumental Activities of Daily Living: IADL)의 자립여부를 이용하였으며, ADL과 IADL은 원장원 등 [17]이 우리나라 노인의 생활환경과 문화에 반영할 수 있도록 개발된 도구를 사용하였다. 즉 ADL(지난 일주일 동안 7가지 동작수행)과 IADL(지난 일주일 동안 10 가지 동작 수행) 중 어느 하나라도 완전자립이 아닌, 다

른 사람의 부분 또는 완전 도움이 필요한 경우를 일상 생활수행 지원요구가 있음으로 정의하였다.

사회적 활동 지원요구는 노인실태조사의 8개 사회활동(동호회, 친목활동, 정치사회단체 참여, 자원봉사활동, 소셜네트워크 서비스, 종교활동, 경로당, 노인복지관 이용) 중 어느 하나 이상의 참여를 통해 다른 사람과의 교류가 없는 노인을 사회적 활동 지원요구 대상으로 정의하였다.

의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구 유무를 이용하여 돌봄요구군을 분류하였다. 우선 3개의 영역에 어느 하나의 요구도 없는 노인을 일반군, 의료요구만 있는 경우는 의료요구군, 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 경우를 복지요구군, 의료요구 대상자이면서 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 경우를 복합요구군으로 분류하였다.

#### 2.3.2 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 혼인상태, 주택위치, 주택소유 형태, 동거현황, 국민기초생활수급 여부, 가족, 친·인척, 이웃과의 관계망을 조사하였다.

#### 2.3.3 경제적 부담, 일상생활 도움 및 장기요양 서비스 수혜

경제적 부담으로 경제활동 여부와 생활비, 의료비와 간병비의 지불부담을 이용하여 조사하였다. 경제활동은 경제활동에 종사한 경험으로, 경제적 부담은 생활비 지불, 의료비 지불, 간병비 지불로 나누어 실제 3개 영역의 비용을 누가 부담하는지를 조사하였다.

일상생활 수행의 도움 여부는 일상생활을 수행하는데 가족, 또는 가족 이외의 사람에게서 도움을 받는지와 그 도움의 충분함을 5점 척도(매우 충분, 보통, 부족, 매우 부족)로 조사 후, (매우) 충분, 보통, (매우) 부족으로 재분류하였다. 식사서비스 이용 경험은 지난 1년간 경로식당(복지관 식당) 또는 식사(밀반찬) 배달 서비스(정부, 복지관 등에서 배달)의 이용 여부로, 장기요양서비스 수혜 여부는 현재 서비스를 받고 있는지로 조사하였다.

#### 2.3.4 건강행태와 건강상태

대상자의 건강행태는 흡연, 음주 빈도, 운동실천율, 근력상태, 비만도, 건강검진 참여여부, 치매검진 여부를, 건강상태는 주관적 건강과 만성질환 수, 지난 1개월 간의 의료기관 외래이용과 지난 1년간 의료기관 입원 이용, 자살생각을 조사하였다.

음주 빈도는 안 마심, 월 1회 이하, 월 2-3회, 주 1-3회, 주 4-7회, 운동실천율은 주 150분 이상 운동시행 여부로 구분하였다. 근력상태는 손을 사용하지 않고 앉았다가 일어서기를 5번 시행하는 것으로 '수행함', '시도했으나 수행 못 함', '수행 시도조차 못 하는 상태'로 구분하였다. 비만도는 키와 몸무게를 이용하여 체질량지수(Kg/m<sup>2</sup>)를 산출하고 이를 다시 '18.5 미만', '18.5 이상 - 25 미만', '25 이상'으로 구분하였다. 주관적 건강 인식은 매우 건강, 건강, 그저 그렇다, 나쁨, 매우 나쁨의 5점 척도로 조사 후, (매우) 건강, 그저 그렇다, (매우) 나쁨으로 재분류하였으며, 만성질환의 수는 2017년도 노인실태조사의 설문지에 제시한 32개 질환에 대하여 의사진단 만성질환 '있음'이라고 응답한 수이다.

2.3.5 삶의 만족도

삶의 만족도는 자신의 건강상태, 자신의 경제상태, (배우자가 존재하는 경우) 배우자와의 관계, (생존 자녀가 있는 경우) 자녀와의 관계, 사회여가문화 활동, 친구 및 지역사회와의 관계에 대한 만족도를 조사하였으며, 매우 만족, 만족, 그저 그렇다, 만족하지 않음, 전혀 만족하지 않음의 5점 척도 답변을 (매우) 만족, 그저 그렇다, (전혀) 만족하지 않음으로 재분류하였다.

2.4 자료수집

원자료의 연구 모집단은 2017년도 노인실태조사 조사 참여자, 만 65세 이상(2017년 기준) 999명이었으며, 조사 기간은 2017년 6월 12월부터 8월 28일까지 이었다. 표본추출 틀은 2010년 인구주택 총 조사의 90%를 이용하고, 표본추출 틀의 노후화를 보완할 수 있도록 전국 아파트조사구와 보통조사구 목록과 신축 아파트조사구 목록도 함께 활용한 자료이다. 자료조사는 조사원 방문을 통한 면접방식으로 시행되었다.

2017년 노인실태조사의 표본추출은 2단계로 이루어졌으며, 표본 1차 추출 단위는 조사구, 2차 추출 단위는 가구이다. 각 층에서 배정된 표본 조사구 수만큼 조사구 내의 가구 수에 비례하는 확률비례계통추출법으로 설계 가중치를 산출하였다. 사후층화 가중치는 설계 가중치로 계산된 가구 가중치에 지역과 노인 가구 수를 이용해 통계청 2017년 노인 가구 추계 값으로 사후 조정하였다. 최종 가중치는 설계 가중치와 사후층화 가중치를 곱하여 산출하였다.

보건복지 데이터 포털(웹 사이트)에서 데이터 사용 신청서를 작성하여 승인을 받고 개인식별정보가 삭제된 데이터를 '19년 8월에 제공받았다.

2.5 자료분석

자료의 분석은 SAS 9.4(Statistical analysis system, SAS Institute Cary, NC, USA) 프로그램을 이용하였다. 대상군에 대한 기술분석 및 대상군과 변수간 비교는 chi-square 검정을 실시하였으며, p값이 0.05이하인 경우를 통계학적으로 유의한 것으로 하였다.

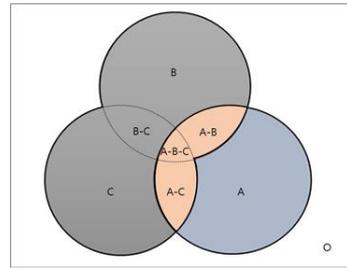
Table 1. Characteristics of Care needs (N=999)

	Variables	Categories	n	%
Medical needs	Unmet medical needs	Yes	87	8.3
		No	912	91.7
	Need to treat for cognitive impairment	Yes	148	14.5
		No	851	85.5
	Need to treat for depression	Yes	122	11.9
		No	877	88.1
	Need to treat for hypertension	Yes	2	0.4
		No	610	99.6
	Need to treat for diabetes	Yes	4	1.6
		No	237	98.4
	Need to treat for Stroke	Yes	2	3.4
		No	65	96.6
	Need to treat for myocardial infarction	Yes	1	1.6
		No	61	98.4
Need to improve nutrition management	Yes	167	16.1	
	No	832	83.9	
Total medical needs	Yes	363	35.5	
	No	636	64.5	
Daily living support needs	ADL	Independent	908	91.1
		Dependent	91	8.9
	Instrumental ADL	Independent	795	80.2
		Dependent	204	19.8
Total Daily living support needs	Yes	209	20.2	
	No	790	79.8	
Social activity support needs	Participation in society	Yes	42	4.6
		No	953	95.4
	Participation in friendship gathering	Yes	431	44.8
		No	564	55.2
	Participation in political society group	Yes	3	0.3
		No	992	99.7
	Participation in volunteer activities	Yes	38	3.8
		No	957	96.2
	Utilization of social network service	Yes	310	34.3
		No	668	65.7
	Participation in religious activity	Yes	574	57.1
		No	425	42.9
Utilization of senior citizen center	Yes	66	6.3	
	No	929	93.7	
Utilization of welfare center for senior citizens	Yes	97	9.3	
	No	898	90.7	
Total social activity support needs	Yes	196	19.1	
	No	803	80.9	

### 3. 결과

#### 3.1 돌봄요구군 분류: 의료요구, 일상생활수행 지원 요구 및 사회활동 지원요구

돌봄요구군 분류를 위하여 우선 의료, 일상생활수행, 사회적 활동 요구의 특성을 Table 1과 같이 살펴본다. 의료요구가 있는 대상자는 전체 대상자의 35.5%이었다. 미충족 의료요구가 8.3%이었으며, 특정 의료요구가 많은 영역은 영양관리 개선(16.1%), 인지저하 치료(14.5%), 우울증 치료(11.9%) 순이었다. 일상생활수행 지원요구는 전체 대상자의 20.2%이었다. 일상생활수행의 지원요구가 8.9%, 수단적 일상생활수행의 지원요구가 19.8%이었다. 사회적 활동 지원요구가 있는 대상자는 19.1%이며, 가장 참여가 많은 사회활동은 종교활동(57.1%), 친목단체(44.8%), 소셜네트워크(34.4%), 노인복지관(9.3%), 경로당 (6.3%) 순이었다.



- General group (Group 0): 50.4% (n=492)
- O: without any support needs (n= 492, 50.4%)
- Medical needs group (Group 1): 17.9% (n=182)
- A: with medical needs (n=182, 17.9%)
- Welfare needs group (Group 2): 14.2% (n=144)
- B: with support needs of daily living (n=69, 6.9%)
- C: with support needs of social activity (n=51, 5.0%)
- B-C: with both B and C (n=24, 2.3%)
- Complex needs group (Group 3): 17.5% (n=181)
- A-B: with both A and B (n=47, 4.6%)
- A-C: with both A and C (n=78, 7.6%)
- A-B-C: with A, B, and C (n=56, 5.3%)

Fig. 1. Classification of the Care Needs Group

Table 2. General Characteristics according to Care Needs Group(N=999)

Variables	Categories	Total		General		Medical needs		Welfare needs		Complex needs		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gender	Male	379	40.5	197	43.0	70	40.4	57	42.0	55	32.0	5.49	.139
	Female	620	59.5	295	57.0	112	59.6	87	58.0	126	68.0		
Age (years)	65-69	242	30.7	159	40.1	42	29.4	22	19.7	19	13.9	141.57	<.001
	70-74	272	25.6	161	30.1	53	27.9	28	18.7	30	16.0		
	75-79	261	21.5	112	18.4	53	24.5	37	21.6	59	27.6		
	80-84	151	13.5	48	8.5	27	13.4	38	23.8	38	19.0		
	85 or more	73	8.7	12	2.9	7	4.8	19	16.2	35	23.5		
Marital status	Single/divorced /widowed	66	7	25	5.4	18	10.3	5	3.5	18	10.9	69.65	<.001
	Married	605	62.0	352	73.2	101	57.2	82	57.9	70	38.2		
	Bereavement	328	31.0	115	21.5	63	32.5	57	38.6	93	50.9		
House Type	Basement, semi-basement, or rooftop house	105	10.2	35	6.9	26	14.5	10	6.6	34	18.4	23.91	<.001
	Ground floor	894	89.8	457	93.1	156	85.5	134	93.4	147	81.6		
Housing tenure	Owning a house	607	61.2	350	71.8	99	54.3	81	54.5	77	42.9	69.05	<.001
	Lease	166	16.3	69	13.6	33	17.8	35	24.8	29	15.7		
	Monthly rent	153	15.4	50	10.1	31	17.6	22	16.5	50	27.8		
	For free	69	7.1	23	4.4	19	10.3	6	4.2	21	13.6		
Living arrangement	Alone	245	23.2	86	16.1	57	29.7	29	19.3	73	40.4	57.78	<.001
	Spouse	403	41.1	230	47.2	72	40.2	58	41.3	43	24.4		
	Child	322	32.7	161	33.4	51	28.9	54	37.5	56	30.4		
	The others	29	3.0	15	3.3	2	1.3	3	1.9	9	4.8		
Non-living together children	Have	930	95.8	467	95.6	167	95.1	137	96.5	159	96.7	3.07	.800
	Haven't	36	4.2	18	4.4	8	4.9	4	3.5	6	3.3		
Non-living together grandchildren	Have	863	88.5	437	88.9	151	85.0	129	90.9	146	88.6	2.82	.420
	Haven't	103	11.5	48	11.1	24	15.0	12	9.1	19	11.4		
Brothers and sisters	Have	852	85.8	436	89.3	162	89.2	114	79.3	140	77.5	16.29	.001
	Haven't	143	14.2	56	10.7	20	10.8	30	20.7	37	22.5		
Relatives	Have	490	49.4	279	57.1	87	48.2	65	45.6	59	31.5	32.14	<.001
	Haven't	509	50.6	213	42.9	95	51.8	79	54.4	122	68.5		
Friend, neighbors, or acquaintance	Have	607	61.4	361	73.3	106	59.6	80	56.8	60	32.7	92.83	<.001
	Haven't	392	38.6	131	26.7	76	40.4	64	43.2	121	67.3		

Table 3. Financial Burden, Daily living Support, and Long-term care according to Care Needs Group (N=999)

Variables	Categories	Total		General		Medical needs		Welfare needs		Complex needs		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Economic activity	Work	202	21.4	126	26.9	30	17.0	29	21.4	17	9.8	24.82	<.001
	Have worked, but not now	663	66.4	303	61.3	132	72.6	93	64.5	135	76.7		
	Haven't worked	130	12.2	63	11.8	20	10.5	22	14.1	25	13.5		
Burden of living expenses	With spouse	593	60.1	353	73.7	100	55.6	68	47.9	62	35.1	109.38	<.001
	Mostly children	317	30.7	121	22.8	57	30.5	64	44.5	75	42.5		
	Mostly relatives	95	9.3	18	3.5	25	14.0	12	7.7	40	22.4		
Burden of medical care expenses	Not applicable	22	2.4	11	2.4	6	3.9	0	0.0	5	3.0	104.71	<.001
	With spouse	674	68.5	392	80.6	115	63.2	90	63.0	77	43.3		
	Mostly children	189	18.3	65	12.3	35	18.5	39	26.9	50	28.5		
Burden of care expenses	Mostly relatives	110	10.8	24	4.7	26	14.5	15	10.0	45	25.2	74.71	<.001
	Not applicable	944	95.0	487	99.1	180	98.8	125	86.9	152	85.9		
	With spouse	19	1.8	3	0.5	1	0.7	6	3.9	9	5.2		
Daily living support	Mostly children	25	2.5	2	0.4	0	0.0	11	8.0	12	6.7	2.54	.468
	Mostly relatives	7	0.6	0	0.0	1	0.5	2	1.2	4	2.2		
	No	60	25.5	4	51.7	2	27.6	20	25.5	34	23.9		
Sufficient of support (n=169)	Yes	169	74.5	4	48.3	5	72.4	56	74.5	104	76.1	11.69	.069
	Good	87	58.9	2	45.0	2	56.5	33	67.7	50	54.8		
	Fair	24	16.0	2	55.1	1	43.5	9	18.4	12	12.3		
Utilization of senior citizen center or meals on service	Poor	38	25.1	0	0.0	0	0.0	7	13.9	31	32.9	12.27	.007
	Yes	70	6.5	24	4.3	19	9.6	7	4.4	20	11.2		
Receive the long-term care	No	947	95.1	492	100	182	100	129	89.9	144	80.0	130.10	<.001
	Yes	52	4.9	0	0.0	0	0.0	15	10.1	37	20.0		

의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구가 있는 대상자를 이용한 돌봄요구분의 분류는 Fig. 1과 같았다. 어느 하나의 지원요구가 없는 일반군(Group 0)은 전체 노인의 50.4%이었고, 의료요구만 있는 의료요구군(Group 1)은 17.9%, 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 복지요구군(Group 2)은 14.2%, 의료요구가 있으면서, 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 복합요구군(Group 3)은 17.5%이었다.

### 3.2 돌봄요구군의 특성비교

돌봄요구군간 일반적 특성의 비교 결과는 Table 2와 같았다. 군간 성별 차이는 없었으나 연령, 혼인상태, 주택위치 및 소유, 동거현황, 생존 형제자매 수와 친인척, 친구, 이웃 및 지인 유무와는 유의한 차이가 있었다. 복합요구군에서 연령이 많거나 배우자가 없는 경우, 지하 또는 반지하, 옥탑 등에 거주하거나 월세 또는 사글세 등으로 주거가 불안정한 경우, 노인이 혼자 또는 노인부부가 많았으며, 생존 형제자매, 친인척, 친구, 이웃, 지인이 없는 경우가 많았다.

돌봄요구군간 경제적 부담, 일상생활도움 정도, 장기

요양서비스 수혜 여부를 비교한 결과는 Table 3과 같다. 경제활동을 하는 노인은 전체 21.4%이었으나 복합요구군 9.8%, 의료요구군 17.0%, 복지요구군 21.4%, 일반군 26.9%로 돌봄요구군간 유의미한 차이가 있었다(p<.001). 생활비 부담, 의료비 부담, 간병비 부담에는 돌봄요구군간 유의미한 차이가 있었으며(p<.001), 생활비 부담은 복합요구군, 복지요구군에서 자녀, 자녀의 친인척이 부담하는 경우가 50% 이상이었으며, 의료비 부담은 복합요구군에서 자녀 또는 친인척이 부담하는 경우가 50% 이상이었다. 간병비 부담은 지불상황이 있는 경우가 5.0%이었으며, 복합요구군과 복지요구군에 대부분 포함되어 있었다. 간병비 역시 본인이나 배우자가 부담하는 경우보다는 자녀, 친인척이 부담하는 경우가 더 많았다. 일상생활수행에 도움 유무, 도움의 충분성은 돌봄요구군간 유의미한 차이를 보이지 않았다. 전체 노인의 6.5%가 경로당 또는 식사서비스 이용하며, 돌봄요구군간 유의미한 차이가 있었다(p<.001). 장기요양보험에 신청하여 등급판정을 받은 대상자는 모두 복지요구군과 복합요구군이었다(p<.001).

돌봄요구군간 건강행태와 건강상태의 비교 결과는 Table 4와 같았다.

Table 4. Health Behaviors and Health Status according to Care Needs Group (N=999)

Variables	Categories	Total		General		Medical needs		Welfare needs		Complex needs		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Smoking	Yes	84	9.2	44	9.6	16	10.2	15	11.6	9	5.2	3.75	.290
	No	915	90.8	448	90.4	166	89.8	129	88.4	172	94.8		
Drinking	Never drinking	753	73.9	346	68.8	129	69.5	120	82.2	158	86.5	40.66	<.001
	1/month or below	84	8.4	45	8.8	20	11.1	6	4.1	13	7.8		
	2-3/month	34	3.6	18	4.0	8	4.6	3	2.3	5	2.6		
	1-3/week	85	9.4	60	13.3	12	7.1	10	7.6	3	2.1		
Exercise Behavior	4-7/week	43	4.7	23	5.2	13	7.7	5	3.8	2	1.0	3.36	<.001
	Yes	799	80.2	399	81.3	139	77.2	120	83.1	141	77.7		
	No	200	19.8	93	18.7	43	22.8	24	17.0	40	22.3		
Status of muscle strength <sup>§</sup>	Pass	788	80.2	444	91.5	154	85.6	95	67.2	95	52.9	147.49	<.001
	Try but fail	66	18.6	15	8.5	05	14.4	14	31.3	43	41.5		
Body Mass Index	Untestable	0	1.2	0	0.0	0	0.0	2	1.5	10	5.6	34.21	<.001
	Underweight	50	5.0	13	2.6	4	2.2	11	8.4	22	12.0		
	Normal	650	65.2	328	66.6	119	64.9	100	69.1	103	58.1		
Health screening	Obesity	299	29.9	151	30.8	59	32.9	33	22.5	56	29.9	45.48	<.001
	Yes	819	82.3	439	89.5	149	82.5	107	73.3	124	68.5		
Screening of dementia	No	180	17.7	53	10.5	33	17.5	37	26.7	57	31.5	4.85	.183
	Yes	446	42.7	231	44.5	86	45.2	56	37.0	73	39.9		
Suicidal ideation	No	553	57.3	261	55.5	96	54.8	88	63.0	108	60.1	50.68	<.001
	Yes	74	7.4	11	2.1	22	12.6	11	8.3	30	17.6		
Subjective health status	No	904	92.6	481	97.9	158	87.4	126	91.7	139	82.4	208.30	<.001
	Good	359	37.6	252	51.87	59	34.1	35	26.0	13	7.6		
	Fair	233	24.4	141	29.0	41	23.0	29	21.7	22	13.8		
	Poor	386	38.0	99	19.2	80	42.9	73	52.3	134	78.6		
Number of chronic disease	None	99	10.6	74	15.7	13	8.0	8	5.9	4	2.2	108.21	<.001
	1	140	14.5	82	17.4	24	13.7	24	16.3	10	5.4		
	2	226	22.8	131	26.7	32	17.0	27	19.1	36	20.2		
	3	200	19.6	96	18.9	42	22.6	28	19.6	34	18.6		
	4	180	17.5	700	13.8	41	22.4	30	20.8	39	20.8		
Outpatient utilization last 1 month	5 or more	154	15.0	39	7.5	30	16.2	27	18.4	58	32.8	2.44	.487
	Yes	728	72.7	349	70.4	134	73.1	106	74.7	139	77.1		
Hospitalization last 1 year	No	271	27.3	143	29.6	48	26.9	38	25.3	42	22.9	31.16	<.001
	Yes	149	14.6	60	12.1	19	10.1	19	14.1	51	27.1		
	No	850	85.4	432	88.0	163	89.9	125	85.9	130	72.9		

<sup>§</sup>It is measured by sitting and standing up five times without using hands.

현재 흡연에는 돌봄요구군간 차이를 보이지 않았으나, 음주와 운동실천은 차이를 보였다(p<.001). 근력상태 측정에서 수행하지 못함은 복합요구군(41.5%), 복지요구군(31.3%)에서 의료요구군(14.4%), 일반군(8.5%)에 비해 상대적으로 높았다(p<.001). 비만도는 저체중인 경우가 복합요구군(12.0%), 복지요구군(8.4%), 일반군(2.6%), 의료요구군(2.2%) 순으로 나타났다(p<.001). 건강검진에 참여는 돌봄요구군간 차이를 보였으나(p<.001), 치매검진 참여는 군간 차이를 보이지 않았다(p=.183). 자살생각은 돌봄요구군간 유의미한 차이를 보였다(p<.001). 주관적 건강인식은 건강하다는 비율이 일반군에서 51.9%, 의료이용군(34.1%), 복지요구군(26.0%), 복합요구군(7.6%) 순이었다(p<.001). 만성질환은 5개 이상인 경우가 전체의 15.0%이었으며, 복

합요구군에서 32.8%, 복지요구군에서 18.4%, 의료요구군에서 16.2%이었다(p<.001). 돌봄요구군간 지난 1개월간 외래이용은 차이를 보이지 않았으나, 지난 1년간 입원이용은 입원이 복합요구군에서 27.1%, 복지요구군에서 14.1%, 일반군 14.6%, 의료요구군에서 12.1%로 나타났다(p<.001).

돌봄요구군간 만족도의 비교 결과는 Table 5와 같았다. 건강상태, 경제상태, 배우자 관계, 자녀와의 관계, 사회, 여가, 문화활동, 지역사회와의 관계 만족에서 돌봄요구군간 유의한 차이가 있었다(p<.001). 건강상태, 지역사회 관계 만족에서 만족하는 비율은 일반군, 의료요구군, 복지요구군, 복합요구군 순이었으며, 경제상태, 배우자 관계와 자녀와의 관계, 사회, 여가, 문화활동에서 만족하는 비율은 일반군, 복지요구군, 의료요구군, 복합요구군 순이었다.

Table 5. Life Satisfaction according to Care Needs Group

(N=999)

Variables	Categories	Total		General		Medical needs		Welfare needs		Complex needs		X <sup>2</sup>	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Satisfaction of health status	Satisfied	364	38.7	246	51.0	64	37.4	39	30.5	15	9.3	196.31	<.001
	Neutral	236	24.1	147	29.8	40	22.0	27	18.1	22	13.6		
	Dissatisfied	378	37.2	99	19.3	76	40.6	71	51.4	132	77.1		
Satisfaction of economic status	Satisfied	284	29.5	187	38.0	39	22.1	36	27.3	22	13.0	108.39	<.001
	Neutral	322	33.1	183	37.8	55	30.2	50	36.0	34	19.1		
	Dissatisfied	372	37.5	122	24.1	86	47.6	51	36.8	113	67.9		
Satisfaction of relationship with spouse	Satisfied	413	70.0	251	71.7	72	72.5	56	72.5	34	52.6	24.44	.004
	Neutral	130	22.0	76	21.9	20	20.8	20	24.0	14	21.7		
	Dissatisfied	49	8.0	24	6.4	7	6.6	3	3.6	15	25.7		
Satisfaction of relationship with children	Satisfied	697	73.7	406	83.9	108	62.8	98	72.5	85	53.2	73.04	<.001
	Neutral	169	17.9	60	12.6	43	24.2	24	18.4	42	27.9		
	Dissatisfied	83	8.5	19	3.5	22	13.0	12	9.1	30	18.9		
Satisfaction of social, leisure, and cultural activities	Satisfied	480	49.4	314	63.7	89	49.0	48	34.5	29	18.0	149.44	<.001
	Neutral	285	28.8	124	25.0	54	30.4	46	33.4	61	34.9		
	Dissatisfied	213	21.8	54	11.3	37	20.6	43	32.1	79	47.1		
Satisfaction of relationship with community	Satisfied	563	58.0	355	72.1	96	53.8	64	47.4	48	28.1	142.11	<.001
	Neutral	262	26.4	109	22.2	55	30.0	39	27.2	59	34.9		
	Dissatisfied	153	15.6	28	5.7	29	16.2	34	25.4	62	37.0		

#### 4. 논의

본 연구는 지역사회 통합돌봄의 실현을 위하여 지역 사회 거주하는 노인의 통합돌봄의 규모와 요구를 파악하는 것을 목적으로 수행하였다. 통합돌봄의 요구를 파악하기 위하여 의료요구, 일상생활수행 지원요구, 사회적 활동 지원요구를 파악한 결과, 전체 대상자의 35.5%가 의료요구, 19.8%가 일상생활수행 지원요구, 19.1%가 사회적 활동 지원요구가 있었다. 이를 의료요구군과 복지요구군, 그리고 의료와 복지요구를 모두 가지고 있는 복합요구군으로 나누었을 때, 의료요구군은 전체 대상자의 17.9%, 복지요구군은 14.2%, 복합요구군은 17.5%이었다. 의료와 복지의 복합적 요구를 가진 대상자가 전체 노인 인구의 17.5%로, 복합요구군의 요구충족을 위해서는 의료와 복지서비스의 의뢰·연계망을 갖춘 사업체계가 구축되어야 한다. 서울특별시에서 실시하고 있는 의료·보건·복지 서비스 연계사업인 301 네트워크 사업, 서울케어-건강돌봄서비스 사업, 돌봄 SOS 사업은 특정지역에서의 시범사업으로 주된 사업대상자를 취약계층 노인이나 돌봄이 필요한 노인으로 정하고 있다[6]. 찾아가는 동주민센터 사업은 서울특별시 전체

지역에서 실시하고 있는 사업으로 대상자의 요구 및 위기 정도를 파악하고 필요한 요구가 있는 경우, 보건과 복지서비스에 연계하는 사업을 추진하고 있다[4]. 4개의 사업에서 관리할 수 있는 대상자 수가 많지 않아 실제 통합서비스를 받는 대상자는 복합요구군에 비해 적다. 노인을 접하는 모든 사업에서 노인의 통합돌봄 요구를 사정하고, 필요한 서비스를 직접·연계하여 제공할 수 있도록 4개 사업간에 제공가능한 서비스 범위설정 및 상호간의 원활한 의뢰체계를 우선 구축하고, 대상자 규모에 맞추어 사업을 확장할 필요가 있다.

복합요구군은 기본적으로 의학적 치료가 요구되면서(의료요구군과 공통점), 일상생활 기능지원이 필요하거나 사회적 활동이 제한되어(복지요구군과 공통점) 있는 노인으로 본 연구에서 정의하였다. 두 가지 요구를 복합적으로 갖고 있기에 일반 노인군, 의료요구군, 복지요구군에 비해 거주환경이 열악하고 가족과 사회적 지지가 취약한 것으로 나타났다. 또한, 노인이 혼자 또는 노인 부부가 거주하는 경우에서 복합요구군의 비율이 높다는 점은 만성질환 관리뿐만 아니라 일상생활 유지가 어려워 자신의 집에서 사는 것을 포기할 가능성을 크다는 점을 시사한다. 요양병원에 입원하는 환자의 40%가

연간 180일 이상 입원하는 장기입원환자이며 여성, 80세 이상, 혼자 거주하는 경우, 2개 이상의 질환이 있는 경우에서 장기입원을 할 가능성이 크다는 연구결과[18]도 복합요구군에서 입소 또는 입원할 가능성이 크다는 점을 지지한다. 그러므로 AIP 실현을 위해 복합요구군에게 우선 통합돌봄 서비스를 제공해야 한다.

복합요구군은 생활비, 의료비 또는 간병비 부담이 크지만, 본인이 모두 부담할 능력이 없어 자녀나 친인척 등이 해당 노인의 돌봄 비용을 함께 또는 모두 부담하고 있었다. 이러한 복합요구군은 주변과의 관계가 취약하여 의료 및 복지요구를 충족시키기 어렵다. 취약계층 노인에서 보건·의료·복지의 각 영역 및 영역간 서비스가 분절적으로 존재하여 연계가 매우 미흡하다[19]는 점은 지속해서 제기된 이슈이다. 노인의 복합적 요구 해결을 위해서는 수요자 중심의 통합 서비스 제공이 이루어져야 한다.

복합요구군은 저체중, 근력저하, 자살생각, 낮은 주관적 건강감, 복합만성질환 보유의 보건의료 요구가 있고, 1년간 입원도 다른 요구군에 비해 많았다. 특히 복합요구군은 만성질환 관리를 위한 의료적 접근성 향상, 영양관리 개선을 위한 접근이 요구된다. 대상군의 특성에서 보유하고 있는 만성질환이 많고 영양, 운동, 정신건강 등 복합적 요구 해결을 위해서는 다학제적 팀 접근이 필요하다. 허약노인의 피할 수 있는 시설화를 줄이기 위한 다학제간 중재의 효과를 살펴본 체계적 문헌고찰 연구에서 충분한 과학적 근거가 확보되지 못함을 문제점으로 지적한 바 있다[20]. 그러므로 시범사업을 통해 다학제간 팀 접근에 대한 효과 검증이 선행될 필요가 있다. 의료요구군에서는 영양관리 개선에 대한 미충족 요구가 다른 의료요구에 비해 상대적으로 컸다. 불량한 영양관리는 기능저하, 이동능력저하, 사회적 고립과 빈곤으로 나타나며[21], 이는 영양관련 질환발생, 낙상, 의료이용 증가, 사망률 증가로 이어진다[22]. 노인의 영양위험에 대한 사정을 통해, 불량한 영양으로 위험을 줄이기 위한 보건사업 추진이 요구된다.

일상생활수행이나 수단적 일상생활수행에서 지원요구 또는 사회적 활동 요구가 필요한 노인은 전체 인구의 14.9%이었다. 사회적 활동 저하로 나타나는 사회적 고립은 신체기능[23], 정서기능[24] 및 인지기능[25] 저하를 초래한다. 또한, 불건강한 건강행태를 늘리고[26], 적절한 의료이용을 하지 않는[27], 요인이 된다. 신체기

능이 저하되어 일상생활수행에서 지원이 필요한 대상자의 돌봄에서는 대상자가 자립적이고 존엄성을 유지할 수 있도록 하는 서비스 제공이 중요하다. 이를 위해서는 돌봄 지원뿐만 아니라 기능훈련 지원이 함께 제공되어야 하며, 나아가 집 밖으로 나와 다른 사람과 어울려 생활할 수 있도록 해야 한다. 서울특별시 노인 대부분은 종교활동 또는 친목 단체를 통한 사회적 교류를 하고 있으나 경로당이나 노인복지관 이용자는 전체 노인의 10% 미만이었다. 사회적 연계망이 취약한 노인을 대상으로 한 사회활동 증진방안 마련이 필요하다.

또한 복합요구군은 건강상태, 경제상태, 배우자 관계, 자녀와의 관계, 사회, 여가, 문화활동, 지역사회와의 관계에 대해 만족도가 상대적으로 낮았다. 오랜 고립, 충분하지 않은 지원으로 건강상태나, 경제상태, 지역사회와의 관계 등에 대한 매우 낮은 만족도는 노인들에게 접근하는 지역사회 통합돌봄 사업팀이 노인들과의 신뢰도 형성에 매우 큰 장애가 될 것이라 예상된다.

본 연구는 2017년 노인실태조사 자료를 이용하여 대규모 자료를 분석하였다는 점에서는 장점이 있다. 본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 원자료에서 조사되지 않은 주거, 요양, 독립생활에 관한 자료를 포함하고 있지 않았다는 점에서 지역사회 통합돌봄 요구를 모두 확인하였다고 보기 어렵다. 이는 이차자료 연구의 한계로 일차자료 연구를 통해 극복되어야 할 부분이다. 둘째, 원자료가 가구방문을 통한 면접조사로 이루어졌기에, 가구에 거주하지 않은 대상자, 즉, 의료기관에 입원한 노인, 요양시설에 입소한 노인 등에 대한 조사가 이루어지지 않았기에 이 연구에서 이들의 현황이나 통합돌봄 요구를 반영하지 못하였다.

## 5. 결론

본 연구는 65세 이상 노인의 돌봄요구군을 분류하고, 군간 특성을 확인하기 위하여 수행되었다. 본 연구 결과, 전체 서울시 노인 중에 지원요구가 하나도 없는 일반군 50.4%, 의료요구군 17.9%, 일상생활수행 지원요구 또는 사회적 활동 지원요구가 있는 복지요구군 14.2%, 의료요구와 복지요구가 모두 있는 복합요구군이 17.5%이었다. 복합요구군이 다른 군에 비해 사회경제적 수준이 낮고 생활비나 의료비에 대한 경제적 부담이 컸으며, 일상생활 도움 정도, 건강행태와 건강상태, 삶의 만족도가 다른 군에 비해 낮았다. 본 연구결과를

토대로 다음의 제언한다. 첫째, 복합요구군은 AIP 실현을 위하여 우선 관리해야 할 대상자로, 다학제 팀 접근을 통한 문제해결과, 의료와 복지의 통합돌봄 서비스를 제공해야 한다. 둘째, 취약계층 노인을 대상으로 한 사회적 연계망 구축이 필요하다. 이러한 취약계층 노인은 가족, 지역사회, 사회와의 관계에 대한 만족도가 낮으므로 노인들과의 신뢰도 형성을 위한 노력이 우선 요구된다. 셋째, 본 연구는 이차자료에 포함된 자료의 한계로 주거, 요양을 포함한 지역사회 거주를 위한 요구를 모두 조사하지 못하였다는 제한점이 있다. AIP 실현을 위한 지역사회 노인의 요구를 파악하는 심층적인 조사연구를 수행할 필요가 있다.

## REFERENCES

- [1] Ministry of Health and Welfare. (2018.03.12). *Initiation of social service focused on home and community*(press release). Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- [2] Ministry of Health and Welfare. (2019.04.04.). *Community integrated care, first step in eight municipalities*(press release). Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- [3] Seoul North Municipal Hospital. (2016.10). *The 3<sup>rd</sup> 301 network and public health symposium: the present and future of the network project*. Seoul: Seoul North Municipal Hospital.
- [4] Seoul Metropolitan Government. (2018). *Guide of visiting health care service in Seoul metropolitan government*. Seoul: Seoul Metropolitan Government.
- [5] Seoul Metropolitan Government. (2019). *Manual of 2019 Visiting community service center*. Seoul: Seoul Metropolitan Government.
- [6] H. Kim, K. S. Lee, Y. Ko & E. Y. Shin. (2019). *Study on development of Seoul community care model*. Seoul: Seoul Metropolitan Government.
- [7] S. M. Golant. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: a pair of old issues deserving new thought. *The Gerontologist*, 43(5), 638-648.
- [8] J. L. Janine, A. Leibing, N. Guberman, J. Reeve & R. E. Allen. (2011). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.  
DOI : 10.1093/geront/gnr098
- [9] C. B. Fausset, A. K. Mayer, W. A. Rogers & A. D. Fisk. (2009). Understanding aging in place for older adults: a needs analysis. *Proceedings of Human Factors of Ergonomics Society Annual Meeting*, 53(8), 521-525.  
DOI : 10.1177/154193120905300808
- [10] Y. H. Jang. (2013). Analysis of multimorbidity in the older adults: focusing on outpatient utilization. *Health Welfare Issue & Focus*, 196 (7), 1-8.
- [11] M. E. Tinetti, S. T. Jr. Bogardus & J. V. Agostini. (2004). Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *The New England Journal of Medicine*, 351(27), 2870-2874.
- [12] H. Park, H. S. Sohn & J. Kwon. (2018). Reviews on the current status and appropriate management of polypharmacy in South Korea. *Korean Journal of Clinical Pharmacy*, 28(1), 1-9.  
DOI: /10.24304/kjcp.2018.28.1.1
- [13] G. W. Kim et al. (2009). *Standardization of diagnostic tools for dementia*. Research Report(Report No.: 11-1351000-000). Seongnam: Bundang Seoul National University Hospital.
- [14] B. S. Kee. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- [15] M. A. Boyle & D. H. Morris. (2003). *Community nutrition in action: an entrepreneurial approach*. Belmont. CA: Wadsworth.
- [16] Y. M. Jung & J. H. Kim. (2004). Comparison of cognitive levels, nutritional status, depression in the elderly according to living situations. *Journal of Korean Academic Nursing*, 34(3), 495-503.
- [17] C. W. Won et al. (2002). The development of Korean activities of daily living(K-ADL) and Korean instrumental activities of daily living(K-ADL) Scale. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 6(4), 107-120.
- [18] B. Jeon, H. Kim & S. Kwon. (2016). Patient and hospital characteristics of long-stay admission in long-term care hospitals in Korea. *Health Policy and Management*, 26(1), 39-50.  
DOI: 10.4332/KJHPA.2016.26.1.39
- [19] Y. Chon. (2018). The use and coordination of the medical, public health and social care services for the elderly in terms of continuum of care. *Health and Social Welfare Review*, 38(4), 10-39.  
DOI: 10.15709/hswr.2018.38.4.10
- [20] L. Sempre, J. Billings & P. Llody-Sherlock. (2019). Multidisciplinary interventions for reduction the

avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review. *BMC Open*, 9, e020687.

DOI : 10.1136/bmjopen-2019-030687

- [21] H. Holder. (2020). Malnutrition in the elderly: a public health concern. *British Journal of Nursing*, 29(2), 118-119.  
DOI : 10.12968/bjon.2020.29.2.118
- [22] A. Reed Mangels. (2018). Malnutrition in Older Adults: An evidence-based review of risk factors, assessment, and intervention. *AJN American Journal of Nursing*, 118(3), 34-43.  
DOI: 10.1097/01.NAJ.0000530915.26091.be
- [23] E. Courtin & M. Knapp. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.  
DOI : 10.1111/hsc.12311
- [24] A. R. Teo, H. Choi & M. Valenstein. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PLoS One*, 8(4), e62396.  
DOI : 10.1371/journal.pone.0062396
- [25] I. E. M. Evans, D. J. Llewellyn, F. E. Matthews, R. T. Woods, C. Brayne & L. Clare. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS One*, 13(8), e0201008.  
DOI: 10.1371/journal.pone.0201008
- [26] L. C. Kobayashi & A. Steptoe. (2018). Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: longitudinal cohort study. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of Society of Behavioral Medicine*, 52(7), 582-593.  
DOI : 10.1093/abm/kax033
- [27] C. Hand, M. A. McColl, R. Birtchistle, J. A. Kotecha, D. Batchelor & K. H. Barber. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian Family Physician*, 60(6), e324-329.

김형수(Hyeongsu Kim)

[정회원]



- 1995년 2월 : 한림대학교 의학과 (의학사)
- 1999년 2월 : 서울대학교 보건대학원(보건학석사)
- 2002년 2월 : 고려대학교 대학원 (의학박사)
- 2002년 3월 ~ 현재 : 건국대학교 예방의학교실 교수
- 관심분야 : 지역사회의학, 만성질환관리, 건강증진
- E-Mail : mubul@kku.ac.kr

고영(Young Ko)

[정회원]



- 1997년 2월 : 서울대학교 간호학과(학사)
- 2003년 2월 : 서울대학교 일반대학원(석사)
- 2010년 2월 : 서울대학교 일반대학원(박사)
- 2011년 3월~2012년 8월 : 을지대학교 간호학과 전임강사
- 2012년 9월 ~ 현재 : 가천대학교 간호학과 교수
- 관심분야 : 지역사회간호학, 노인보건
- E-Mail : youngko@gachon.ac.kr

손미선(Miseon Son)

[정회원]



- 2010년 2월 : 전북대학교 간호학과 (학사)
- 2016년 8월 : 건국대학교 일반대학원(석사)
- 2017년 3월 ~ 현재 : 건국대학교 일반대학원(박사수료)
- 관심분야 : 지역사회간호학, 커뮤니티케어
- E-Mail : mi-sun626@hanmail.net