

사회복지사의 보건소 노인보건복지사업 참여를 위한 사회복지사 역할개발연구

조 소영 (강남대학교 노인복지학과)

목 차

- I. 서 론
- II. 문헌고찰 및 연구모형
- III. 연구결과

- IV. 토론 및 결론
- 참고문헌
- 영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 배경

보건소의 기능은 주요질병과 건강문제의 양상변화와 더불어 현대의 지역사회주민요구에 맞는 기능으로 요구되고 있다. 지역사회주민 요구는 인구구조와 질병양상의 변화로 직접적 요구의 변화가 결정되며 지역사회의 풍습과 사회경제적 제여건 등이 종합적으로 영향을 미친다.

전염병과 영양부족, 그리고 모자보건의 문제가 만연한 40-60년대의 한국실정으로는 보건소의 가장 주요한 기능이 방역과 예방접종, 가족계획 및 모자보건사업, 그리고 영양공급과 관리 등의 문제가 가장 중요한 보건소 기능이었다. 70-80년대를 거쳐 경제적 안정기를 이루면서 한국은 그동안 주요질병 양상과 주민의 생활수준이 크게 변화되었고, 보건의료시장 또한 그 체계와 운영방침이 변화되었다. 90년대 이 후 선진제국에 진입하는 한국의 보건소는

이제 세계의 공동보건의료시장에 대한 대응적 체계로서 선진형 보건소 기능을 이루지 않을 수 없는 실정에 있다.

세계의 보건의료시장은 이제 선진국형과 개발도상국가형 그리고 후진국형으로 완연히 그 형태가 분리되어 해당국가에서의 보건소 기능 또한 큰 차이를 보이고 있다. 선진국형 보건의료체계를 지닌 국가에서는 노인인구의 증가와 만성퇴행성 질병, 사고와 행태성 질환, 그리고 사회, 산업 및 환경문제와 연관된 건강문제 등으로 국가의 국민건강보호 책임이 부과되고 있다. 국가의 보건의료기능은 국공립 의료기관과 보건의료시장 조정기능으로 국가의 국민건강보호의무를 달성할 수 있는 데, 특히 보건소는 정부가 직접 보건의료서비스를 생산공급하여 국민의 절대보건의료요구를 해결하는 기관이다. 따라서 한국의 보건소도 선진정부의 국민건강보호기능을 실현할 수 있도록 그 사업의 범주와 참여인력 또한 개선이 필요한 시점에 있다.

선진국형 보건소 기능실현을 위하여 한국 보건소

본 연구는 '96년도 강남대학교 일반연구비 지원과제로 수행되었음.

기능에 우선적 개선이 필요한 영역은 노인인구를 위한 만성퇴행성 질병관리사업을 정착하고 관련 세부 사업 및 프로그램을 구체화하는 것이다. 노인질병관리는 포괄적 서비스로 장기간 지속적 관리함이 중요하다. 특히 포괄적 서비스 중 의료인력에 의한 의료 서비스와 사회복지사에 의한 사회서비스는 필수요소로 포함된다.

사회서비스 제공을 위한 사회복지사의 참여가 한국에서는 부분적으로 3차의료기관을 중심으로 이루어지고 있으나,实로 지역사회활동을 중심으로 한 보건소 활동영역에는 사회복지사의 참여가 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다. 보건소 기능강화를 위한 사회복지사 참여를 도모하기 위하여 보건복지부에서는 1995년 이 후 전국에 3개 지역을 설정하여 시범 보건복지사무소를 운영하고 있다. 정부의 시범사업은 1997년에 일차적 평가가 이루어지리라고 계획되어 있으나, 시범사업 전개에 앞서서 우선적으로 필요한 사회복지사의 사업영역을 연구계획한 바 없이 직접 사업수행으로 진행되었으며, 사회복지사가 보건서비스 생산에 대한 연결개념이 없는 상태에서 지역사회 활동을 위주로 하는 '구'단위 사회복지사 전원을 보건소 내 사무소 접합근무하게 함으로서 진정된 지역사회 과전활동사업에 대한 의문과 제한성이 발생되리라고 예상된다.

따라서 본 연구에서는 보건소 사업영역 중 사회복지사 참여를 가장 필요로 하는 노인보건복지사업을 중심으로 실제 사회복지사가 보건서비스 생산과정에 참여할 수 있는 역할을 개발하여 직접 인력투입에 앞서서 노인보건복지사업개발과 인력훈련을 위한 근거자료로 활용하고자 수행되었다.

본 연구의 구체적 목표는 다음과 같이 설정되었다.

- (1) 보건소 노인보건복지사업의 구성요소를 규명한다.
- (2) 보건소 노인보건복지사업 영역 중 사회복지사의 참여영역을 설정한다.
- (3) 보건소 노인보건복지사업 수행을 위한 사회복지사 역할을 제시한다.

2. 연구방법

본 연구는 관련자료와 문헌을 통하여 노인보건복지모형과 사회복지사 역할개발영역을 설정하였고, 개발모형은 보건복지서비스에 대한 접근성이 가장 제한되어 있으며 보건소서비스에 대한 요구도가 높아서 사회복지사의 참여도를 높일 수 있는 농촌형 모형을 개발과제로 하였다. 모형의 타당성을 검증하기 위하여 지역사회 노인을 대상으로 한 면접설문조사를 병행하였다.

조사지역은 노인인구 비율이 총 인구의 10% 이상인 7개 지역을 경기농촌지역에서 선정하였고, 조사대상자는 선정지역의 55세 이상자 전원을 대상으로 하였다. 조사대상자는 총 350명을 면접하였으나 불량자료를 제외한 322사례를 본 조사분석자료로 활용하였다.

조사내용은 노인의 주요질병과 건강문제, 보건의료기관 이용양상, 기능장애 정도와 해결양상, 가족의 지원정도, 사회복지사 참여희망 영역 등으로 구분되었다. 노인의 신체적 기능은 일상생활활동능력 (Activity of Daily Living)을 중심으로 측정하였으며, ADL은 1965년 Mahoney와 Barthel(1965)이 개발하고 Granger에 의하여 서열적도화된 Barthel Self-Care Ratings을 적용하였다. 총 100점 만점으로 식사하기, 침대나 의자에서 옮겨가기, 개인위생, 화장실 이용하기, 목욕하기, 걷기, 충계오르기와 내려오기, 옷입고 벗기, 소변조절, 대변조절의 10가지 항목으로 구성되었다. 일상생활활동능력(ADL)의 Cronbach's alpha 값은 0.7489였다. 본 연구에서 사용된 가족관계 만족도에 관한 문항은 신은영(1993)이 구성한 도구를 수정하여 5개의 문항으로 구성하였다. 5개의 문항은 2문항의 객관적 결속도(가족간의 대화, 가족간 도움 주고받기)와 3문항의 주관적 결속도(가족간 이해, 가족의 존경, 가족에 대한 애정)으로 구성되었다. 사회복지사 참여를 위한 노인보건복지사업 영역은 이론적 본 연구모형의 영역을 적용하였으며, 면접조사과정에서 본 연구모형의 영역 필요성을 검증하였다.

자료분석은 SAS program을 이용한 기술분석과 이론모형 적용을 위한 matching 및 Delphi 기법을

적용하였다.

II. 문현고찰 및 연구모형

1. 보건소 기능

보건소 기능 중 가장 대표적인 것은 지역사회 전체를 대상으로 주민의 사회경제적 수준에 관계없이 누구나 필요로 하는 보건의료요구를 접근용이하게 지역내에서 해결하고자 함이며, 또한 보건행정 측면으로는 한 지역사회의 건강문제를 모두 포괄적 책임 하에 관리되도록 하는 것이다(조소영, 1996). 주민의 보건의료요구 해결 중 보건소 기능으로 강화되어 져야 할 영역은 저렴한 비용으로 일차보건의료서비스를 제공한다는 기능 이외에 의료보험과 의료보호로서 충족되지 못하는 비의료영역의 요구를 지원하는 것이다.

일반적으로 보건소를 병·의원 기능과 분리시켜서 병·의원은 질병이 있는 환자개인을 대상으로 하여 질병치료를 위한 의료서비스를 제공하는 기관으로 정의하고, 나머지 개인을 대상으로 하기보다는 지역사회 전체를 단위로 하여 광범위하게 접근되어야 하는 일반주민집단을 대상으로 한 예방적 건강관리사업을 보건소 사업으로 구분하기도 한다. 그러나 한국을 포함한 선진제국과 세계보건기구에서 추구하는 보건소는 포괄적인 보건의료서비스 전달체계상에서 가장 기초단위인 일선적 기능을 맡아 질병치료를 포함하여 예방적 사업까지, 그리고 개인을 대상으로 한 건강관리에서 지역전체를 단위로 한 광범위한 보건사업까지 모두 포괄하여 제공하되, 단지 그 취급 범위를 일차적 보건의료요구와 건강관리 및 증진을 위한 기능업무까지 한정시킨 단위를 보건소라고 칭한다. 따라서 후자의 경우, 보건소는 의원과 같이 일차보건의료서비스를 제공하기도 하지만, 의료기관에 관한 행정업무 및 의원에서 제공하지 않는 방역, 건강증진을 포함한 지역사회 보건사업까지도 부가하여 제공하는 업무를 맡게 된다.

보건소 기능은 주로 예방보건사업과 저소득자를 대상으로 한 부조적 보건서비스 사업을 위주로 수행

하여 왔으나, 향후 우리나라를 포함한 전세계적 추세는 보건소를 지역사회내의 '포괄적 보건의료서비스'를 제공하는 '기능 다양화'를 모색하고 있다.

보건소 서비스를 대분하면 진료서비스와 보건서비스로 구별되고, (1) 진료서비스는 일차보건의료서비스를 제공하며 ① 일상질병과 상해, 풍토병, 법정 전염병 등의 진단과 치료, ② 만성 전염병 및 비전염성 질환관리 : 결핵, 성병, AIDS와 각 만성퇴행성 질병 진단과 치료, ③ 치과진료서비스 등을 포함한다. (2) 보건서비스는 ① 방역 및 예방사업 (예방접종 포함), ② 모성보건사업 및 산전, 분만, 산후관리, 기타 여성보건서비스, ③ 영유아 보건사업 및 관련 서비스, ④ 가족계획사업 및 관련서비스, ⑤ 방문간호사업 및 관련서비스, ⑥ 보건교육 및 계몽사업, 교육기자재 및 도구 대여, 공급, ⑦ 건강증진서비스, ⑧ 물리요법 및 관련서비스, ⑨ 영양지도 및 위생지도사업, ⑩ 각종 임상검사, ⑪ 특수사업 : 자궁경부암, 선천성 유전질환 검사, 이동진료서비스, ⑫ 보건행정 및 지도, 관리사업 등을 포함한다.

미국에서의 보건소(neighborhood health center)는 과거 "대중을 대상으로 한 보건사업 수행을 위한 행정조직"이라는 정부조직의 하부체계로 정부보건사업의 일선업무수행기능을 맡는 것으로 정의되었으나, 80년대 후반 "지역사회내의 질병관리 및 건강관리 요구를 지닌 가족의 문제와 다양한 요구를 질병치료에서부터 예방까지 건강관리의 연속선상에서 필요한 일련의 서비스를 제공하는 통합적 보건의료시설"이라고 정의하고 있다(Williams S.J. & Torrens P.R., 1984).

미국에서 보건소 기능은 전염병 만연시대인 전국 초기무렵 전염병의 원인과 전파기전 파악과 전파기전 차단사업을 목표로 개발되기 시작하였다(Williams S.J. & Torrens P.R., 1984). 1920년경, 전 세계적으로 범람하는 전염병 문제는 사회 전체를 단위로 관리하지 못하여 발생되는 것이라고 인식되고 이후부터는 의학보다는 사회적 접근에 치중하게 되었다. 사회전체적 차원에서 소외된 계층, 자신의 건강관리를 할 수 없는 계층에 대하여는 국가가 책임을 지고 기본적 보건서비스를 제공하여야 국민의 권리보호 및 사회질서 유지라는 민주의식으로 보건소 사업을

시대적 상황변화에 따른 국민의식 및 시민의식을 반영하여 발전된 것이다.

80년대 이후 미국 보건소의 주요공통기능은 ① 지역사회 보건사업 기획 및 행정, ② 보건통계 자료 개발 및 보고, ③ 전염병 관리, ④ 만성병 관리, ⑤ 재활서비스, ⑥ 영양지도, ⑦ 모자보건서비스, ⑧ 구강보건서비스, ⑨ 정신보건서비스, ⑩ 환경보건사업, ⑪ 임상검사, ⑫ 보건교육 및 의료정보, ⑬ 관련 연구개발, ⑭ 관련 인력훈련 및 관리, ⑮ 지역 보건의료기관 감독 및 행정 등을 포함하고 지역적 특성은 주정부에서 반영한다(Roemer, M.I., 1985).

미국의 연방정부는 주정부에서 각출한 공동기금을 쓰게 되면서 (the State and Local Fiscal Assistance Act of 1972), 전반적 건강관리 요구를 사회보장 및 환경보호, 그리고 형평성 보장을 위한 사업으로 보건소 서비스 영역을 확대하였다 (Snoke AW, 1969). 이후 사회복지의 각 주체별 관련기관과 기금이 형성되면서 상대적으로 보건소 기능은 약화되었고, 보건서비스 법규 (Public Health Service Act, Title XIX)에 일차보건의료사업 기금 등 6개 기본서비스 기금을 보장하였으나, 레이건 이후 기본기금과 연구 및 훈련비용을 제외하고는 주정부를 위한 기금을 거의 중단시켰다. 연방정부를 위한 소득세 부담도 감소시키고, 대신에 주정부 자금을 더욱 융통성있게 활용하게 하여 각 주단위로 주민은 주 실정에 맞는 지방자치제에 따른 보건사업을 수행하고 있으며 노인보건복지사업은 지방자치제 기금에 따라 다양하다(Williams S.J. & Torrens P.R., 1984).

일본의 보건소는 1937년 보건소법을 최초 공포하고 설치되어 위생사상 계몽, 결핵사업, 모자보건사업, 영양개선 등을 포함하여 후진국형 전염병 관리 위주의 예방보건사업으로 시작하였다. 1947년 보건소법 전면개정으로 보건소 체제를 구축하였고, 1960년에는 인구밀도에 따라 ① 도시형, ② 중간형, ③ 농촌형, ④ 인구희박지역형, ⑤ 지소형 등으로 분류하고 기능을 차별화하여 사회구조 및 지역경제 발전수준에 호응하도록 하였다. 보건소 사업은 '팀' 접근법으로 실시되며, 의료인을 포함하여 사회복지사 및 다양한 전문가가 공동참여하고 있다. 노인보건복지

사업은 일본 보건소 사업중 주요영역으로서 사회복지기관과의 연계운영으로 지역사회접근이 활성화되고 있다.

미국과 일본에 비하여 한국의 보건소 사업과 관련 서비스 내용은 아직도 전염병 만연시대의 업무를 중심으로 이루어져 왔다.

한국의 보건소 사업은 8.15 해방 직후 미군정에 의하여 도입되어 예방보건사업을 중심으로 하여 발전되어 왔다. 미군정은 1945년 9월 24일 군정법령 제 1호를 공포하여 예방보건사업 위주의 보건소 사업을 추진하였다. 우리 정부의 최초 '보건소법'을 1956년 제정, 공포하고, 당시 보건소 기능을 긴급격리 및 전염병 퇴치사업을 위주로 구성되었다. 1962년 보건소법이 전면 개정으로 보건소의 운영주체를 종래의 시.도에서 시.군으로 전환하고, 보건소의 13개 업무를 보건소법 제 4 조 규정으로 구체화하고, 이어서 1976년 보건소 및 보건지소 조직단위 설정, 1975년 위생 및 환경 업무분류, 1977년 의료보험 및 보호지정기관으로 진료기능 설정, 1982~1986년 동안 보건소의 진료기능을 위한 시설 및 장비를 보강하고, 1990년 11월 보건소법 개정으로 보건소를 일차보건의료기관으로 지정하여 의료보험과 의료보호지정진료기관으로서의 기능을 부여하였다. 부가적 업무로는 보건의료정보의 관리, 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건업무, 장애인의 재활업무 등이 포함되었다.

1995년 보건복지부 계획에 의하면, 지역의 특성과 변화된 요구를 반영하기 위하여 도시-농촌 보건소 유형을 지역 특성에 의거 분류하고, 만성질환 증가와 지속적 포괄적 서비스 공급 필요성, 농촌보건복지 요구 지원 등의 시대적 요구해결과제를 반영하였다. 발전계획에 의하면, 농촌지역의 보건소는 보건의료원형으로 활성화될 계획이 반영되어 있다.

노인의 만성질환관리 요구는 1990년대에 들어서면서 보건소 사업으로 반영하여 가정간호사업과 물리치료실을 신설하기 시작하였으나, 현재까지도 아직 활성화되지 못하고 이용자도 극히 한정되어 있는 실정이다. 사회의 변화와 만성 및 퇴행성 질환자 증가는 이들의 보건의료요구를 순수의료서비스만으로 해결되는 것이 아님을 반영하여, 1995년 이 후

보건소는 보건복지서비스 및 건강증진서비스를 제공 할 수 있도록 강화되었으나 역시 현실화되지 못하고 있는 실정이다.

2. 사회복지사의 보건활동 참여

노인보건복지서비스의 요구도는 기하학적으로 증가하고 있으며, Holosko와 Feit(1991)는 그 증거로 미국의 Medicare와 Meicaid 기금 중 노인을 대상으로 한 지급부분이 급상승하고 있고, 보건의료시장에는 노인을 대상으로 한 보건복지프로그램이 지속적으로 증가하고 있는 현상을 지적하였다. 이러한 노인의 보건복지서비스 요구는 사회의 재정기금소비 정도로 그 비중을 알 수 있는데, AARP(1989)는 미국전체 인구의 13%를 이루는 노인들이 전체 사회 기금의 30% 이상을 소비하고 있다고 보고하였다.

사회서비스의 필요성은 급발전되는 사회에 비하여 정서적, 사회적 적응부진이 고립과 생활력 부진, 그리고 소득부진과 신체건강 상실 등의 문제로 발생되며, 사회서비스 공급은 노인의 삶의 질에 직접적 영향을 미치게 된다. 노인이 필요로 하는 사회서비스의 종류로는 개인위생관리(목욕, 의복관리, 화장실 사용, 식사, 침대 및 의자 등으로 이동), 주거환경관리, 일반가사업무(장보기, 가사잡무, 식사준비, 가정 재정관리 등), 여가선용 및 레크레이션 등을 포함한다.

III. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

선정된 노인의 성별 및 연령별 분포는 <표 1>과 같았고, 남성노인이 171명(53.1%)으로 여성노인 151명(46.9%)보다 많아서 우리나라 1995년 65세 이상 노인의 평균성비 59.4(보건복지부 1995)와 비교하여, 오히려 남성이 많은 노인인구구조를 보였다.

연령별 분포는 75세 이상자가 조사대상 남성노인의 63.8%로서 고령층으로 편중되어 여성노인의 집 중년령계층인 60-64(57.4%)에 비하여 고령화 현

상을 보이고 있다.

학력 상태는 조사대상 노인의 86.1%가 6년 이하의 학습기간을 보였다 : 무학 155명(48.1%); 초등학교 116명(36.0%); 중등학교 22(6.8%); 고등학교 13(4%); 전문대학 이상 16명(5.0%). 한국인구 보건연구원(1985년)의 농촌노인 인구의 84%가 무학이라는 조사결과에 비하여, 본 연구대상 노인 중 무학의 비율은 매우 저조하였다.

직업에 대하여는 147명(45.7%)의 노인이 농업으로 표시하였으며, 나머지 175명(54.3%)의 노인은 현재 직업이 없는 상태라고 응답하였다. 여성노인의 경우에는 거의 대다수가 가정주부로서 농업과 집안 일을 돋고 있었다. 농사를 짓는 노인들의 대개는 가구내에서 농사를 지을 일손이 부족하여 일을 하거나, 용돈 마련을 위해 농사를 짓는 경우 및 소일거리로 하는 경우가 대부분을 차지하고 있다. 농축임수산업에 종사하는 대상자를 연령별로 분석해보면, <표 1>과 같았다.

소득수준은 조사대상 노인 중 7.6%가 월 10만원 이하의 극히 적은 소득을 보였고 상대적으로 전 조사대상 노인 중 39.5%는 51만원 이상의 안정된 소득수준을 보였다. 특히 <표 1>에서는 구분되지 않았으나, 51만원 이상 소득자 중 55-64세 연령계층 중에는 100만-130만원 소득자가 63명으로 전 조사대상자의 30%를 포함하였고, 55-19세 연령자의 57.9%를 보였다. 51만원 이상 소득자의 경우는 연령 증가와 더불어 그 비율이 감소함을 보였는데, 60세 - 69세 연령계층에서 소득의 변화현상이 뚜렷하여 50대 대상자의 거의 90%가 월 51만원 이상의 소득수준을 보였으나 60세대에는 50%로 그리고 70세 이후에는 약 5% 정도로 현저하게 감소됨을 보였다.

의료보장은 조사대상 노인 전원이 의료보장 혜택을 받고 있으며, 대상자의 3.7%는 의료보호 대상자이었다. 농촌지역적 특성에 맞추어, 가장 많은 노인들이 (60.9%) 지역의료보험 피보험자이었는데, '월소득 수준이 저조한 노인들의 경우 보험료 미납으로 자격 상실에 노출될 위험이 많은 노인들에게서 보인다고 할 수 있다. 직장의료보험 피보험자 역시 대상자의 30.1%로서 지역의료보험 다음으로 가장 높은 비율

을 보였는데, 노인들의 직업수준을 반영하면, 공교의
료보험 혜택자(5.3%)와 더불어 이들은 주로 피부양
자 자격으로 보험혜택을 받고 있는 것으로 판단된다.

2. 노인의 질병관리를 위한 사회복지사 참여

1) 질병양상

사회복지사가 의료팀 구성원으로 보건소 업무에
참여할 때 대상자의 주요질병과 건강문제를 파악하
고 치료에 협조할 수 있어야 하므로 우선적으로 보

건소 이용자의 질병 및 건강문제를 파악하였다.

노인의 질병 및 건강상태는 <표 2>와 같이, 조사
대상자의 74.8%가 질병이 있고, 8.7%는 허약상태
그리고 16.5%는 건강상태라고 응답하였다. 연령증
가에 따라 유병상태는 증가를 보이지 않았으나 허약
한 상태라고 응답한 노인의 비율은 연령증가와 더불
어 비례적 증가를 보였다. 따라서 노인을 대상으로
한 사회복지사의 접근시에는 임상적 진단명이나 동
통을 호소하지 않더라도 전신허약 증세를 보일 노인
의 비율이 연령증가와 더불어 증가됨을 반영하여야

<표 1> 조사대상 노인의 일반적 특성

단위 : 명 (%)

	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
성 별						
남	17(58.6)	23(42.6)	27(43.6)	53(54.6)	51(63.8)	171(53.1)
여	12(41.4)	31(57.4)	35(56.5)	44(45.4)	29(36.3)	151(46.9)
교육 수준						
무학	5(17.2)	15(27.8)	34(54.8)	47(48.5)	54(67.5)	155(48.1)
국(퇴)졸	13(44.8)	27(50.0)	20(32.3)	39(40.2)	17(21.3)	116(36.0)
중(퇴)졸	4(13.8)	2(3.7)	3(4.8)	9(9.3)	4(5.0)	22(6.8)
고(퇴)졸	1(3.5)	5(9.3)	3(4.8)	2(2.1)	2(2.5)	13(4.0)
전문대(퇴)졸	6(20.7)	5(9.3)	2(3.2)	0(0.0)	3(3.8)	16(5.0)
직업						
전문기술직	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)	1(1.0)	2(2.5)	4(1.2)
축임수산업	12(41.4)	32(59.3)	26(41.9)	50(51.6)	27(33.8)	147(45.7)
행정사무직	5(17.2)	1(1.9)	1(1.6)	1(1.0)	4(5.0)	12(3.7)
판매서비스업	2(6.9)	0(0.0)	1(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(0.9)
생산·단순노무직	2(6.9)	0(0.0)	3(4.8)	0(0.0)	3(3.8)	8(2.5)
주 부	3(10.3)	4(7.4)	7(11.3)	3(3.1)	4(5.0)	21(6.5)
무직 및 기타	5(17.3)	17(31.5)	23(37.1)	42(43.3)	40(50.0)	127(39.5)
월소득수준						
10만원 이하	0(0.0)	10(7.9)	10(7.9)	24(14.5)	16(1.9)	60(7.6)
11만~20만원	2(10.5)	7(10.5)	12(18.4)	19(19.4)	12(15.1)	52(15.7)
21만~50만원	4(0.0)	9(21.1)	12(18.4)	24(27.4)	27(37.7)	76(24.8)
51만원 이상	23(89.5)	28(50.0)	9(47.3)	13(25.9)	9(24.6)	47(39.5)
의료 보장						
공 교	2(6.9)	6(11.1)	2(3.2)	6(6.2)	1(1.3)	17(5.3)
직 장	12(41.4)	15(27.8)	15(24.2)	29(30.0)	26(32.5)	97(30.1)
지 역	14(48.3)	32(59.3)	41(6.1)	60(61.9)	49(61.3)	196(60.9)
의료 보호	1(3.5)	1(1.9)	4(6.5)	2(2.1)	4(5.0)	12(3.7)
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

할 것이다. 65~75세는 약 9% 정도, 그리고 75세 이상자는 12%가 허약한 상태이며, 유병노인은 70~80%로 반영할 수 있을 것이다. 그리고 75세 이상 노인에게서는 단 10%만이 건강한 상태라고 할 수 있다.

질병내용은 주로 근골격계 및 결합조직 질환(43.7%)이 가장 높은 유병율을 보였으며, 다음으로 순환기계질환(24.7%)과 소화기계 질환(8.7%), 내분비계 질환의 순이었다. 임종권(1985)의 전국 60세 이상 노인의 질병조사에 의하면, 신경계 및 감각기계 질환이 40.3%, 근골격계 및 결합조직질환자가 15.9%로서 지역사회 거주 노인에 비하여 보건소 서비스는 질병으로 인한 통증과 불편감 호소가 높은 환자집단을 대상으로 제공됨을 보였다.

연령별 비교로는 거의 전 연령 계층의 보건소 방문환자 중 40%이상이 근골격계 및 결합조직 질환을 호소하여, 질병관리 시 가장 우선순위 과제임을 보였다. 연령이 가중화되어 가면서 순환기계 질환과 소화기계 및 내분비계 질환 비율이 증가하여 고연령

자에게서는 퇴행성 질환과 더불어 병리적 질병치료와 관리를 필요로 함을 보였다.

따라서 사회복지사는 노인대상 중재를 위하여 근골격계 질환 및 순환기계, 소화기계, 그리고 내분비계 질환관리를 위한 기초지식과 관련프로그램을 확보하고, 이러한 질병을 가진 노인들에게서 발생되는 건강 및 생활상의 사회적 문제를 해결할 수 있어야 할 것이다.

2) 질병관리

질병관리 실태는 사회복지사로 하여금 대상자에 대한 접근법과 대상자 관리를 수행하기 위하여 필요로 하는 정보이다. 대상자에게 필요로 하는 보건의료서비스를 연결하고 관련 전문가 팀과의 연결을 이루어 조정가의 기능을 하고자 할 때 대상자의 질병관리실태를 파악하여야 한다. 또한 사회복지사가 노인들의 질병치료와 관리를 지속하지 못하는 노인특성적 취약성을 관리하기 위하여도 노인의 질병관리실태를 파악하고 사회복지사 업무에 반영하여야 한다.

<표 2> 노인의 연령별 질병상태

단위 : 명 (%)

질 병 \연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
주관적 건강상태						
건강노인	3(10.3)	7(13.0)	12(19.4)	20(20.6)	8(10.0)	53(16.5)
허약노인	2(6.9)	2(3.7)	6(9.7)	8(8.3)	10(12.5)	10(8.7)
유병노인	21(72.4)	45(83.3)	44(71.0)	69(71.1)	62(77.5)	241(74.8)
총 계	29(100.0)	54(100.0)	62(100.0)	97(100.0)	80(100.0)	322(100.0)
유병노인의 질병내용						
근골격계 및 결합조직 질환	12(57.1)	19(42.2)	19(43.2)	34(49.3)	27(43.5)	111(46.1)
순환기계 질환	13(14.3)	15(33.3)	8(18.2)	15(21.7)	16(25.8)	57(23.7)
소화기계 질환	1(5.3)	3(7.0)	6(14.0)	7(10.6)	3(5.0)	20(8.7)
내분비계 질환	-	1(2.3)	5(11.6)	5(7.6)	3(5.0)	14(6.1)
호흡기계 질환	-	-	3(7.0)	3(4.6)	3(5.0)	9(3.9)
신경계 및 감각기계 질환	3(15.8)	2(4.7)	-	-	2(3.3)	7(3.0)
비뇨생식기계질환	1(5.3)	2(4.7)	-	-	3(5.0)	6(2.6)
손상 및 중독	1(5.3)	-	1(2.3)	2(3.0)	1(1.7)	5(2.3)
정신장애	-	-	-	1(1.5)	1(1.7)	2(0.9)
피부 및 피하조직 질환	-	-	1(2.3)	-	1(1.7)	2(0.9)
혈액 및 조혈기의 질환	-	-	-	1(1.5)	1(1.7)	2(0.9)
신생물	-	2(4.7)	-	-	-	2(0.9)
증상, 정후 및 불명확한 병태	-	1(2.3)	1(2.3)	1(1.5)	1(1.7)	4(1.7)
유병노인 계	21(100.0)	45(100.0)	44(100.0)	69(100.0)	62(100.0)	241(100.0)

노인질병관리의 지속성은 <표 3>과 같이 유병노인의 66%만이 질병치료를 지속하였으며, 치료 중단 혹은 전혀 치료를 받지 못한 노인이 각각 17.4%와 16.6%로 조사되었다. 치료중단 및 비치료 이유는 치료효과 문제(35.7%)와 치료비용 문제(21.4%)가 주요 이유로 지적되었다. 연령별로는 '효과가 없어서'가 65~74세가 가장 높았고, '치료비가 없어서'에서는 55~59세 노인집단(25%)과 75세이상 노인집단(25%)에서 높은 분포를 보였다. '치료비가 없어서' 치료를 받고 있지 못하는 연령집단은 65~69세 집단은 42.9%로 거의 절반에 달했다. 60~64세 집단도 22.2%가 '치료비가 없어서' 치료받고 있지 못하였으며, 75세 이상에서도 21.4%나 차지하였다. 그리고 '견딜만해서'(16.7%)라는 이유도 높은 비율을 보였는데, 노인성 질병의 특성을 전형적으로 반영하고 있는 조사결과였다고 할 수 있다. 즉, 농촌지역 노인질환자의 34%는 적절한 치료를 받을 수 있도록 그리고 그 치료를 지속할 수 있도록 사회복지사의 중재와 조정 기능이 필요하다고 할 수 있다.

연령별 비교에 의하면, 치료중단은 65세 미만계층에서 그리고 치료를 전혀 받지 못한 계층은 60세 이상에서 높은 것으로 발견되었다. 65세 미만계층의 치료중단은 치료효과나 사회경제활동시 질병치료 불편감 등이 작용하였으리라고 판단된다. 60세 이상의 노인 중 전혀 질병치료를 받지 못한 계층은 사회경제적 이유와 보건의료기관에 대한 접근성 등 사회복지사의 중재를 절실히 필요로 하는 계층이라고 할 수 있다.

치료기관으로는 종합병원 (29.6%), 개인의원 (18.2%), 그리고 보건소 (12.6%) 등의 순이었다. 연령별로는 55~59세 노인의 경우 종합병원에 가는 경우가 43.8%, 서울, 경기도내 종합병원으로 가는 경우가 25.0%로서 종합병원에 대한 선호도가 68.8%나 되었다. 60~64세의 경우는 한의원에 대한 선호가 20%로 다소 높은 편이었으며, 75세이상의 경우에는 보건소에 대한 선호가 20%로 역시 높은 편이었다. 개인의원을 가장 선호한 연령집단은 65~69세로 25%를 보였다.

치료병원 선정 이유는 '치료를 잘해서'가 44.7%로 양질의 의료서비스에 대한 선호가 매우 높았으며, 다음은 '집에서 가까워서'(30.2%)였다. '집에서 가

까와서'를 선호한 이유중에는 보건소나 보건진료소와 같이 접근성이 높은 이유도 있겠으나, 병원선호도에서 보여준 바와 같이 안성의료원의 경우 자리적 접근성이 높을 뿐만 아니라, 종합병원이라는 양질의 의료서비스를 어느정도 보장받을 수 있기 때문이 것으로 판단된다.

연령별 비교시에도 '양질의 의료서비스(Quality Care Service)'와 '자리적 접근성(Accessability)의 편이성'에 의한 이유가 대부분을 차지하였다.

사회복지사는 대상자의 비용과 접근성 장애로 치료를 전혀 받지 못하거나 중단한 노인들에게 보건소 이용을 중재함으로서 질병관리 지속을 위한 역할 이행을 실현할 수 있다.

원거리 치료는 치료중단이나 투약중단의 문제를 유발하는 주요원인으로 작용하리라고 추정되며, 원거리 치료를 하여야 하는 이유로는 지역 의료기관에 대한 신뢰감 저조의 문제라고 판단된다. 종합병원이 가장 많이 이용되는 질병치료 기관이라고 응답하였으며 서울의 종합병원 이용율도 높은 것은 역시 이들의 의료기관 선정기준으로 신뢰성이 높게 적용되는 것임을 보여주고 있다.

중·노년자의 질병관리 요구는 지속성이 가장 중요하며, 고도의 기술과 집중적 단기치료를 필요로 하는 비중이 저조하다는 사실을 반영한다면, 사실 이들은 지역의료기관에 대한 불신임 문제로 불필요한 불편치료를 감수하여야 하였고 결과는 치료의 중단이라는 부정적 결과를 보게 되었다. 따라서 노인 질환자를 위하여 효율적이며 지속적 효과를 도모할 수 있는 질병관리는 우선 지역의료기관에 대한 신뢰성 회복으로부터 시작된다고 할 수 있다. 신뢰도 높은 기관과의 연계운영이나 기술이전 등으로 질병치료에 대한 효과도를 높이고, 이용자의 편리도모를 위한 서비스와 프로그램을 제공함으로서 노인 질환자들에게 지역의료시설을 이용하도록 동기와 신뢰감을 조성할 수 있을 것이다.

질병치료를 지속하고 있는 66.0%의 노인 질환자에게는 향후 재정적 지지와 가족의 정서적 지지가 지속적으로 제공되어 질병관리가 중단되지 않도록 관리함이 필요할 것이다. 이들을 위한 우선적 관리방침으로는 이들의 자신의 건강관리에 관한 높은 관

심도에 호응할 수 있도록 신뢰도와 편리함에 대한 만족감을 고무시키는 것이 가장 중요하다고 판단된다. 또한 건강증진 프로그램 및 방문진료 등의 서비스와 병용하여 질병-건강의 연속선 상에서 질병의 상태의 변화에 따라 적절히 치료서비스와 관련프로그램이 변화 적용되도록 관리되어야 할 것이다.

의료기관 선정기준은 '치료 효과에 대한 만족감(44.7%)과 거리적 접근성이성(28.9%), 진료비용(7.5%) 그리고 주변인의 권유(6.3%) 등이 주요 선택 기준인 것으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 <표 3>의 의료기관 중 종합병원 및 타지역 의료기관 이용자는 '치료 효과'에 대한 기대감 때문이라고 할 수 있으며,

보건소 이용자는 거리적 접근성이성과 비용 및 이용 편리성 등의 기준으로 선택하였으리라고 판단된다.

질병치료를 중단하거나 사절한 노인환자 중 가장 높은 비율을 보인 절대 이유도 역시 '치료 효과에 대한 회의감'이라고 할 수 있다 : 중단자와 사절자에게서 각각 65%와 34.1%로 효과에 대한 회의감이 원인이었다고 응답하였다. 치료 비용에 대한 지지도는 사절자에게서 더욱 중요한 변수로 작용하였지만, 중단자에게도 역시 높은 비율을 보이는 이유로서 제기되었다. 따라서 질병 치료 효과에 대한 신뢰감과 치료비용에 대한 적절성은 질병치료의 지속성에 영향을 미치는 중요 요인이며, 이러한 두 요인이 조정

<표 3> 노인의 질병관리실태

단위 : 명 (%)

분류\연령	55~59세	60~64세	65~69세	70~74세	75세이상	총 계
유병노인의 치료지속정도						
치료지속	16(76.2)	25(55.6)	32(72.7)	46(66.7)	40(64.5)	159(66.0)
치료 중단	4(19.0)	11(24.4)	5(11.4)	12(17.4)	8(12.9)	40(16.6)
치료 받지 않음	1(4.8)	9(20.0)	7(15.9)	11(15.9)	14(22.6)	42(17.4)
유병노인 계	21(100.0)	45(100.0)	44(100.0)	69(100.0)	62(100.0)	241(100.0)
$\chi^2=7.60$, p=0.473						
질병치료 지속 노인이 이용하는 병원						
종합병원	7(43.8)	7(28.0)	9(28.1)	15(32.6)	9(22.5)	47(29.6)
개인의원	2(12.5)	2(8.0)	8(25.0)	9(19.6)	8(20.0)	29(18.2)
한의원	1(6.3)	5(20.0)	1(3.1)	4(8.7)	2(5.0)	13(8.2)
보건기관	2(12.5)	1(4.0)	7(21.9)	10(21.7)	13(32.5)	33(20.8)
대도시 종합병원	4(25.0)	6(24.0)	4(12.5)	6(13.0)	3(7.5)	23(14.5)
기타	0(0.0)	4(16.0)	3(9.4)	2(4.3)	5(12.5)	14(8.8)
치료지속노인 계	16(100.0)	25(100.0)	32(100.0)	46(100.0)	40(100.0)	159(100.0)
질병치료 지속 노인의 병원선택 기준						
근접거리	5(31.3)	7(28.0)	8(25.0)	13(28.3)	15(37.5)	48(30.2)
치료효과	8(50.0)	14(56.0)	18(56.3)	20(43.5)	17(42.5)	77(48.4)
친절해서	0(0.0)	0(0.0)	2(6.3)	2(4.3)	1(2.5)	5(3.1)
진료비 저렴	0(0.0)	0(0.0)	3(9.4)	6(13.0)	3(7.5)	12(7.5)
시설 및 장비	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.3)	2(5.0)	4(2.5)
가족, 친지권유	3(18.7)	4(16.0)	1(3.1)	2(4.3)	2(5.0)	12(7.5)
기타	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	1(0.6)
치료지속노인 계	16(100.0)	25(100.0)	32(100.0)	46(100.0)	40(100.0)	159(100.0)
치료중단 및 비치료 이유						
바빠서	0(0.0)	4(20.0)	1(8.3)	1(4.3)	0(0.0)	6(7.3)
치료비가 없어서	1(20.0)	3(15.0)	3(25.0)	3(13.0)	5(22.7)	15(18.3)
효과가 없어서	3(60.0)	8(40.0)	6(50.0)	13(56.5)	7(31.8)	41(50.0)
심하지 않아서	1(20.0)	5(25.0)	2(16.7)	4(17.4)	4(18.2)	16(19.5)
교통수단 및 정보부족	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(8.7)	2(9.1)	4(4.9)
중단 및 비치료노인 계	5(100.0)	20(100.0)	12(100.0)	23(100.0)	22(100.0)	82(100.0)

될 때 중, 노년자의 질병치료가 신뢰감을 바탕으로 지속될 수 있을 것이다.

만성, 퇴행성 질병의 가장 대표적인 특성이라고 할 수 있는 자연적 병세지속은 질환자들에게 '나았다'는 생각이 들게 하거나 '견딜 수 있을 만큼 가끔 아파서' 질병치료를 지속하지 못하거나 소홀히 하게 되는 이유로 작용하게 된다.

노화나 만성질병은 일정시기내에 질병치료효과가 현저하게 진전된다고 기대하기 어려우므로, 사회복지사는 장기간 노인질환자가 가시적 치료효과가 없거나 그리고 못견딜 정도의 고통이 없더라도 질병관리를 지속할 수 있는 저렴한 비용과 접근성이 보장된 질병치료기관을 연계하고, 질적 관리에 대한 만족감을 도모할 수 있는 사회복지사의 기능반영이 있어야 할 것이다.

사회복지사의 노인 질병관리를 위한 보건교육 및 상담 프로그램 참여는 치료비용 제공원 확보와 적정 의료기관 선정에 대한 지도와 안내, 접근성 장애시 대체수단 파악과 조정, 제공 등으로 노인질환자의 지속적 질병관리를 지원할 수 있을 것이다. 그리고 보건소 진료사업에 사회복지사가 공동참여함으로서 저렴하고 지역사회에서 접근성 도모를 위한 1차보건 의료를 활성화할 수 있으며, 특히 건강생활 실천을 위한 건강증진사업과 연계될 때 노인의 지속적 질병 관리를 위한 사회복지사는 더욱 적극적인 활동으로 참여할 수 있으리라고 판단된다.

3) 약물관리

조사대상 노인 중 질병이 있다고 응답한 노인 중 약물을 복용하고 있는 노인은 93.1%로서 유병노인의 약물관리는 사회복지사에게도 중요한 업무의 일환으로 포함되어야 함을 보여주었다.

약물복용 노인 중 10.8%는 불규칙적 복용으로 약물관리시 전문가나 가족의 지속적 복용을 위한 지원이 필요함을 보였다. 질병이 있으면서도 약물을 중단한 노인의 81.8 %는 모두 60세 이상 연령계층으로 그 이유는 '약물의 효과를 보지 못하였기 때문'이라고 응답하였다. 역시 고연령계층의 만성퇴행성 질환의 장기적 관리로 인한 약물중단 현상을 보이고 있으며, 그 지속적 관리를 위한 사회복지사의 역할 참여 또한 필요한 부분이다.

특히 노인계층에서는 의사의 처방에 따르지 않은 약물 오, 남용의 문제를 더불어 관리하여야 할 것이다. 본 조사 결과에 의하면, 의사처방에 의하지 않은 약물복용은 17.6%로 조사되었고 3가지 이상 약물복용자는 10.1%이었다. 양약과 한약에 대한 선호도는 각각 64.2%와 18.2% 그리고 병용자는 17.6%이어서 한약과 양약을 혼합복용하는 경우, 약효에 대한 상쇄 혹은 강화작용과 부작용 등에 대한 염려가 따른다.

사회복지사는 만성퇴행성 노인 질환자를 대상으로 기능할 때, 연령이 많을수록 가족과 환자를 대상으로 의사의 투약 지시 확인과 노인의 복용확인에 대한 업무를 이행하고, 가족의 지지와 노인의 자발적 관리로 투약지속을 위한 관련 교육과 지지를 제공할 필요가 있다.

사회적 지원체계를 구성하여 환자에 대한 밀착관찰과 태도변화를 지원하도록 하여야 할 것이다. 특히 가족이 없는 단독노인이거나 노인세대의 환자에게는 투약시간에 대한 건망증과 불신이 높이 작용할 수 있으므로 사회복지사는 밀착관찰을 중재할 필요가 있다. 더하여 약물에 대한 과잉의존양상을 보이는 노인질환자에게는 운동 및 건강증진, 영양지도 그리고 사회활동 프로그램 등을 중재하여 약물 의존성 문제를 개선하고 생활습관 변화를 유도하여야 할 것이다.

3. 노인의 건강행위 실천을 위한 사회복지사 참여

1) 식습관 관리

노인의 94.1% 이상이 규칙적인 식사를 실천하여 전반적으로 양호한 실태를 보였으나, 연령별 비교시 고연령계층에서 규칙적 식사 이행이 어려운 문제를 보이고 있다.

55-59세 연령층에서는 96.6%가 규칙적 식생활을 실천하였으나 75세 이상 노인계층에서는 91.3%로 그 비율이 저조하게 조사되었다. 이유는 고령자의 소화기계 기능저하 및 저작기능장애로 인한 식욕부진을 들 수 있으며, 또한 가족 보조가 어려운 경우 독립적 식생활 관리가 어려워 발생된 현상으로 볼 수 있다. 특히 향후 핵가족화 및 여성의 사회참

<표 4> 약물관리 실태

단위 : 명 (%)

분 류 \연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
치료약물 복용실태						
약물 복용	15(93.8)	22(88.0)	30(93.8)	43(95.0)	38(93.1)	148(93.1)*
약물 비복용	1(6.3)	3(12.0)	2(6.3)	3(6.5)	2(5.0)	11(6.9)
비 해 당	5(23.9)	20(44.4)	12(27.3)	23(32.3)	8(35.5)	40(34.0)
유병노인 계	21(100.0)	45(100.0)	44(100.0)	69(100.0)	62(100.0)	241(100.0)
	$\chi^2=1.28$, p=0.865					
약물복용의 지속정도						
규칙적 지속복용	14(93.3)	21(95.5)	26 (86.7)	39(90.7)	32(84.2)	132(89.2)
불규칙적 복용	1(6.7)	1(4.6)	4 (13.3)	4(9.3)	6(15.8)	16(10.8)
복용자 계	15(100.0)	22(100.0)	30(100.0)	43(100.0)	38(100.0)	148(100.0)
	$\chi^2=2.35$, p=0.671					
약물 비복용 환자의 비복용 이유						
바빠서	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)
돈이 없어서	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(9.1)
효과가 없어서	0(0.0)	3(100.0)	2(100.0)	2(66.7)	2(100.0)	9(81.8)
비복용자 계	1(100.0)	3(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	2(100.0)	11(100.0)
	$\chi^2=13.85$, p=0.086					

* : 약물복용자 중 의사처방된 약물복용은 82.4%; 1가지 약물복용은 69.8 & 3가지 이상 약물 복용은 10.1%; 양약만 복용하는 경우는 64.2%, 한약은 18.2%, 병용은 17.6%로 조사되었음

여 증진으로 고연령 계층의 규칙적 식사 이행곤란 문제는 더욱 가중화되리라고 예상된다.

2) 흡연 및 음주 관리

조사대상자의 59.6%가 금연을 실천하여, 노인계 층의 건강관리 의식이 금연 실천에 반영되고 있음을 보였다.

비흡연자는 65-69세 연령층에서 71%로 가장 높았고, 60-64세 계층에서 63%로 그 다음으로 높은 비율을 보여 연령증가와 더불어 금연 실천율의 증가를 보였다. 흡연자 중에도 55-59세 연령계층에서 27.6%가 '하루 한갑 이상-두갑 미만'의 흡연량을 보였음에 반하여, 65세 이상의 흡연자는 '하루 반갑 미만'의 흡연량으로 연령 증가와 더불어 흡연량의 감소 경향을 보였다.

조사대상자의 2주간 음주횟수를 조사한 결과는 <표 5>와 같았다. 금주 실천율은 조사대상자의 60.3%로 높은 금주율을 보였으며, 60세 이상 연령 계층에서 높은 금주율을 보여 역시 금연과 같이 고연령계층에서 건강관리의 중요성을 인지하고 있는 결과라고 해석된다.

음주자인 대상자의 39.7% 중 매일 음주자는 전체의 19.4%로 가장 높았고, 특히 75세 이상의 노인이 가장 높은 27.6%를 보여서 이들은 자가조정이 어려운 대상자로 가족과 사회복지사의 중재가 필요한 대상으로 판단된다.

3) 운동 관리

조사대상자 전체 중 82%가 규칙적 운동을 실천하지 않아서 사회복지사의 참여가 가장 많이 요구되는 영역으로 판단된다.

특히 75세 이상의 노인은 87.5%가 운동을 하고 있지 않아서 이들의 독립적 활동제한 현상과 연관됨을 알 수 있다. 특히 농촌의 생활양식으로 좌식생활과 농업위주의 경제활동으로 별도의 운동 필요성을 절감하지 못할 뿐만 아니라, 높은 근골격계 질환 유병율과 연관하면 이들이 활동 제한성이 운동곤란 문제를 유발함을 추정할 수 있다.

따라서 사회복지사는 실제 노인이 지속적으로 참여할 수 있는 운동프로그램을 운영, 관리할 필요가 있으며, 운동 중요성 인지 향상을 위한 보건교육기회 역시 자주 제공하여야 할 것이다.

<표 5> 노인의 연령별 건강행위 실천정도						단위 : 명 (%)
흡연량/연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
식사습관						
규칙적 식사	28(96.6)	51(94.4)	59(95.2)	92(94.9)	73(91.3)	303(94.1)
불규칙적 식사	1(3.5)	3(5.6)	3(4.8)	5(5.2)	7(8.8)	19(5.9)
$\chi^2=1.719$, p=0.787						
흡연습관						
반갑미만	2(6.9)	4(7.4)	8(12.9)	17(17.5)	17(21.3)	48(14.9)
반갑~한갑미만	3(10.3)	7(13.0)	3(4.8)	11(11.3)	12(15.0)	36(11.2)
한갑~두갑미만	8(27.6)	8(14.8)	5(8.1)	13(13.4)	8(10.0)	42(13.0)
두갑이상	0(0.0)	1(1.9)	2(3.2)	1(1.0)	0(0.0)	4(1.2)
전혀 피우지 않음	16(55.2)	34(63.0)	44(71.0)	55(56.7)	43(53.8)	192(59.6)
$\chi^2=21.746$, p=0.152						
음주습관						
매 일	6(20.7)	5(9.3)	9(14.5)	20(20.6)	22(27.5)	62(19.4)
2-3일에 한번	5(17.2)	11(20.4)	4(6.5)	8(8.3)	5(6.3)	33(10.3)
1주일에 한번	4(13.8)	6(11.1)	5(8.1)	12(12.4)	6(7.5)	33(10.3)
전혀 없음	14(48.3)	32(59.3)	44(71.0)	57(58.8)	47(58.8)	194(60.3)
$\chi^2=19.402$, p=0.079						
운동습관						
규칙적인 운동	6(20.7)	11(20.4)	10(16.1)	21(21.7)	10(12.5)	58(18.0)
불규칙적인 운동	23(79.3)	43(79.6)	52(83.9)	76(78.4)	70(87.5)	264(82.0)
$\chi^2=3.008$, p=0.556						
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

4. 노인의 기능지원 및 관리를 위한 사회복지사 참여

1) 노인의 일상생활활동능력(ADL) 관리

노인의 일상생활활동능력(ADL)은 <표 6>과 같이 전반적으로 약 5% 정도의 상실을 보이며, 특히 '걷기', '총계 오르내리기' 등의 하지 사용과 관련된 독립성 상실을 보였다.

걷기는 15점 만점에 평균 13.71이었으며, 연령별로는 65세 이상 집단에서 현저히 감소됨을 보였고 연령별 ADL의 점수차이는 99% 유의수준으로 인정되었다. 총계 오르내리기는 10점 만점으로 평균 8.61로서 '걷기'와 더불어 가장 많은 상실성을 보였다. 연령별 비교는 55-59세 노인집단이 9.38로 가장 높은 점수를 보였고, 60세 이후 감소하기 시작하여 75세이상에서는 8.08로 가장 낮은 점수를 보였

다.

다음으로는 '소변조절'과 '목욕하기'에서 심한 상실을 보였고, 연령증가와 더불어 상실도는 증가되었다. 사회복지사의 '걷기'와 '총계 오르내리기'를 중심으로 한 기능지원이 가장 주된 활동역할이 되리라고 판단된다. 그리고 '소변조절'과 '목욕'을 위한 지지적 역할실현이 필요하다. 특히 이러한 일상생활활동은 60세부터 상실을 보이기 시작하여, 70세 이후 현저하게 증가되므로 50대 후반부터 예방을 위한 조절운동을 시작하여야 하며, 70세 이후의 지지적 서비스 제공을 위한 역할이 필요하다고 판단된다.

2) 노인의 일상생활 기능지원자 관리

노인의 신체, 정신적 기능장애를 지원하는 주요인력은 우선적으로 배우자(45.7%)가 가장 높은 비율을 보였으며, 다음은 자녀(30.8%)이었다. 일상보조

<표 6> 노인의 일상생활활동상태 (Activity of Daily Living)

단위: 평균점수

ADL (만점) \ 연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	평균	F-value
식사하기 (10점)	9.83	9.87	9.90	9.93	9.75	9.86	0.64
자리 옮겨가기(15점)	14.48	14.46	14.13	14.43	13.99	14.27	0.97
개인위생 (5점)	4.86	5.00	5.00	4.95	4.85	4.93	1.25
화장실 이용 (10점)	9.90	10.00	9.87	9.87	9.91	9.90	0.44
목욕하기 (5점)	4.86	4.93	4.84	4.75	4.68	4.79	0.92
걷 기 (15점)	14.14	14.19	13.65	14.03	12.91	13.71	3.79**
층계오르,내리기(10점)	9.38	8.94	8.45	8.73	8.08	8.61	2.47*
옷입고 벗기 (10점)	9.76	9.98	9.81	9.85	9.64	9.80	0.82
소변조절 (10점)	9.76	9.59	9.40	9.27	9.36	9.42	0.75
대변조절 (10점)	9.69	9.93	9.89	9.84	9.61	9.79	1.62
총 계	96.66	96.89	94.94	95.64	92.78	95.09	2.90*

* : 95% 유의도, ** : 99% 유의도

원이 없는 경우도 14.3%나 되어, 이들에 대한 일상 활동보조서비스가 문제가 될 것이다.

연령별로는 생활보조원이 없는 경우 65-69세 집 단에서 가장 높은 것으로 나타났으며, 60-64세 집 단도 14.8%를 보여주었다.

<표 7>에서는 표시가 생략되었으나, 연령별 분석 결과, 65세 이상자에게서는 아들,딸의 일상생활보조 비율이 60세 미만이 20% 이하임에 비하여 65세 이상자에게서는 30% 이상으로 특히 70-74세에는 34%, 75세 이상은 38.3%를 보였다. 그리고 65세 이상자 중 보조원이 없다고 호소한 경우도 55-59 세는 6.9% 임에 비하여 60세 이상자에게서는 14% 이상의 높은 비율을 보였다.

현재 일상생활 보조자가 없거나 보조가 필요하지 않은 노인들은 자녀(28.3%)로부터 지원받은 것을 가장 우선적으로 희망하고 있으며, 배우자나 의료 전문가로부터 희망하는 비율도 각각 8.7%로 높은 비율을 보였다. 실제 도움을 받는 비율은 배우자의 경우가 가장 높는 데 비하여 희망율은 자녀에 대한 기대치가 더욱 높은 반응을 보인 것은 노령가 배우자 상실과 자녀에 대한 전통적 기대치가 작용하기 때문이라고 판단된다. 며느리에 대한 희망정도는 4.4%로 비교적 저조한 반응을 보였다.

보조원이 없는 경우 '필요없다'고 한 경우가 32.3%로 매우 높았는데, 연령별로는 55-59세가

50%로서 가장 높았으며, 70-74세가 42.9%로 다음으로 높았다. 원인으로 60세 이하에서는 자신의 건강수준으로 필요하지 않다고 판단하였으나, 60 세 이상 연령층에서는 삶의 연장에 대한 단념이 전제된 반응임을 조사과정에서 확인되었다.

노인들은 신체적 혹은 정신적인 고통을 겪을 때 대체로 배우자(45.7)와 아들, 딸(30.8)로부터 원조를 받고 있는 것으로 나타났다.

노인들은 배우자에 대한 의존도가 상당히 높았다. 따라서 배우자 사망시 원조자의 부채상태가 도래한다는 것을 예측해볼 수 있다. 이에 대한 대책으로 독거노인 및 부부동거노인들에게 다른 원조자의 연과 그에 대한 교육이 강구되어져야 한다.

한 원조자로부터 받고 있는 주 원조 내용은 병원 이용시 도움이 전체의 37.0%로 가장 높게 나타났으며, 질병이 있는 경우의 원조내용이기 때문에 그 관계는 상당히 유의한 것으로 보고되었고, 76.9%가 원조에 대해 만족하고 있다고 응답했다.

주 원조대상자가 없는 경우 질병발생시 도움을 필요로 하는 원조대상자는 자녀(28.3%)로 가장 높게 나타났고, 이것은 질병이 있는 경우와 유의한 차이가 나타나지는 않았다. 또한 받고 싶은 원조의 내용은 의료처치와 병원왕래, 시중(52.9%) 등으로 주로 의료적 원조를 필요로 하는 것으로 보고되었다.

<표 7> 건강상태별 가족지원 실태

단위 : 명(%)

내 용	질병상태	허약한상태	건강한상태	총 계
가족지원상태				
지원 없음	34(14.1)	4(14.3)	8(15.1)	46(14.3)
지원받음	207(85.9)	24(85.7)	45(84.9)	276(85.7)
총 응답자	241(100)	28(100)	53(100)	322(100)
주 원조자				
배우자	112(54.1)	15(62.5)	20(44.4)	147(53.3)
아들, 딸	74(35.7)	6(25.0)	19(42.2)	99(35.9)
며느리	18(8.7)	2(8.3)	3(6.7)	23(8.3)
의료전문가	1(0.5)	1(4.2)	-	2(0.7)
이웃	1(0.5)	-	3(6.7)	4(1.4)
기타	1(0.5)	-	-	1(0.4)
지원받음계	207(100)	24(100)	45(100)	276(100)
$\chi^2=17.374$, p=0.136				
원조의 내용				
보행	5(2.4)	-	2(4.4)	7(2.5)
식사/세수	25(12.1)	2(8.3)	4(8.9)	31(11.2)
병원 이용	78(37.7)	5(20.8)	19(42.2)	102(37.0)
의료처치	37(17.9)	2(8.3)	5(11.1)	44(16.0)
맞사지	31(15.0)	3(12.5)	8(17.8)	42(15.2)
일상생활 전반	19(9.2)	10(41.7)	3(6.7)	32(11.6)
심부름 시중	2(1.0)	-	-	2(0.7)
필요없다	5(2.4)	2(8.3)	4(8.9)	11(4.0)
정서적 안정	1(0.5)	-	-	1(0.4)
기 타	4(1.9)	-	-	4(1.5)
지원받음계	207(100)	24(100)	45(100)	276(100)
$\chi^2=34.357$, p=0.011				
원조의 만족정도				
만족	157(75.8)	19(79.1)	36(80.0)	212(76.9)
보통	40(19.3)	5(20.8)	8(17.8)	53(19.2)
불만족	10(4.8)	-	1(2.2)	11(4.0)
지원받음계	207(100)	24(100)	45(100)	276(100)
$\chi^2=1.863$, p=0.761				

3) 일상생활 지원내용

노인들이 받고 있는 일상활동 지원내용은 '병원 통원'이 45.6%, 병수발 (15.9%), 그리고 안마보조 (15.2%)로서 질병관리를 위한 가족지원이 가장 높은 사실을 보였다. 특히 통원보조는 70-74세 노인 집단이 44.6%로 가장 높았으며, 병수발은 65세 이후 연령계층에서 높은 지원율과 희망율을 보였다.

'안마보조(18.5%)'와 '일상시중, 심부름(25.9%)'은 60세 이하 계층에서, 그리고 '식사/세수보조(20.3%)'

와 '보행보조(5.8%)' 등은 모두 70세 이상에서 높은 의존도를 보였다. 특히, 식사/세수보조와 보행보조는 연령 증가와 더불어 의존도 역시 증가됨을 보였다.

가족 중 기능지원을 받을 수 없는 노인들도 희망 보조내용으로 '병수발'(22.9%) 요구가 가장 높았으며, 다음은 '병원 통원'과 '안마시중'이 그리고 '보행 보조' 등이 각각 17.1%와 14.3%로 높은 요구를 보였다. 보조원이 없는 노인들의 경우에 있어서도 보조원이 있는 노인의 보조내용과 유사한 요구를 가지

고 있음을 보였다. '의료처치'와 '병원보조', 그리고 '병수발'과 같은 경우는 65세이상의 노인집단에서 주로 희망하였고, 55~59세 노인집단은 '보행보조'와 '식사/세수보조'를 주로 희망하였다.

가족의 일상생활 지원정도와 그 내용은 산업화와 핵 가족화로 인한 생활양식변화현상과 더불어 우리나라에서도 향후 현저한 감소현상을 보이리라고 판단된다. 특히 기존의 주된 지원항목인 통원과 병수발, 식사/세수 및 보행보조 등은 그 필요로 하는 빈도가 거의 매일의 생활과 더불어 일일 중에도 여러번 필요로 하는 것이므로 지원의 빈도와 요구도를 반영하면, 가족의 지원은 향후 거의 지원이 어려워지리라고 예상된다.

따라서 사회복지사 역할로 질병관리와 더불어 요구되는 통원 및 질병 수발, 그리고 일상생활활동 능력을 중심으로 한 지원프로그램의 운영과 기능지원자 조달을 수행할 필요가 있다.

4) 일상생활 지원 만족도

노인의 의존성으로 가족과 이웃으로부터 제공받는 일상생활 지원내용과 정도에 대한 만족도는 <표 9>에서와 같이 전반적으로 만족스러운 편이다. 만족한다는 응답율은 전 대상자의 76.8%이었으며, 불만족은 4.0%에 해당되었다.

연령별 비교로는 55~59세 집단이 7.4%로 불만이 가장 높았고, 60~64세 연령계층에서 6.5%의 불만율을 보여서 연령이 젊을수록 지원에 대한 불만율이 높은 것으로 나타났다. 신세대 자녀와의 효도에 대한 기대치 차이로 불만정도가 높은 것으로 판단된다. 단, 75세 이상의 노령계층에서 5.8%의 높은 불만율을 보이는 것은 실제적으로 이들 계층에서 필요로 하는 지원요구를 해결하지 못하기 때문에 발생되는 불만이며, 고령자의 기능지원 요구해결을 위한 제도적 대행지원체계와 관련서비스가 확보되어야 할 것이다. 또한 만족스럽다고 응답한 가족지원자도 사회복지사가 관련행위에 대한 훈련과 정보제공으로 기능지원을 위한 효율적 지원이 이루어질 수 있도록

<표 8> 노인의 일상생활 지원내용

단위 : 명(%)

활동보조내용\연령	55-59세 수혜 희망	60-64세 수혜 희망	65-69세 수혜 희망	70-74세 수혜 희망	75세이상 수혜 희망	총 계 수혜 희망
보행보조	1 1 (3.7)(50.0)	- 1 (-)(16.7)	- - (-)(-)	2 2 (2.4)(20.0)	4 1 (5.8)(10.0)	7 5 (2.5)(14.3)
식사/세수보조	2 1 (7.4)(50.0)	4 1 (8.7)(16.7)	4 - (7.8)(-)	7 - (8.4)(-)	14 - (20.3)(-)	31 2 (11.2)(5.7)
병원 통원	8 - (29.6)(-)	18 - (39.1)(-)	16 2 (31.4)(28.6)	37 3 (44.6)(30.0)	23 1 (33.3)(10.0)	105 6 (45.6)(17.1)
병 수발	4 - (14.8)(-)	10 1 (21.7)(16.7)	12 3 (23.5)(42.9)	12 4 (14.5)(40.0)	6 3 (8.7)(30.0)	44 11 (15.9)(31.4)
안마보조	7 - (25.9)(-)	3 1 (6.5)(16.7)	10 2 (19.6)(28.6)	14 - (16.9)(-)	8 3 (11.6)(30.0)	42 6 (15.2)(17.1)
일상시중, 심부름	5 - (18.5)(-)	8 - (17.4)(-)	5 - (9.8)(-)	8 - (9.6)(-)	8 - (11.6)(-)	34 - (12.3)(-)
경제생활지원	- - (-)(-)	- 1 (-)(16.7)	- - (-)(-)	- - (-)(-)	- 2 (-)(20.0)	- 3 (-)(8.6)
상담, 정보, 기타	- - (-)(-)	3 1 (6.5)(16.7)	4 - (7.8)(-)	3 1 (3.6)(10.0)	6 - (8.7)(-)	16 2 (5.8)(5.7)
총 계	27 2 (100)(100)	46 6 (100)(100)	51 7 (100)(100)	83 10 (100)(100)	69 10 (100)(100)	276 35 (100)(100)

하여야 할 것이다. 65~69세 노인들의 경우에는 가족의 기능지원이 시작된 기간이 비교적 75세 이상자에 비하여 짧기 때문에 아직은 만족스럽다는 반응을 보였으나, 노인의 기능지원 요구는 시작된 이 후 소멸되지 않고 장기화되는 요구이며, 기능지원을 하는 가족의 경우에는 변화되는 사회생활양식에 호응하려면 기능지원을 지속할 수 없는 상태이기 때문에 현재 만족스럽다고 응답한 노인들의 경우에 불만으로 전환될 확률은 더욱 높아지리라고 예상된다. 따라서 기능지원자가 없는 노인을 위하여 대행자 확보와 기존의 지원자 교육 및 관리, 시간 활용 등에 대한 관리를 사회복지사가 제공할 필요가 있다.

5) 노인 가정방문봉사사업 관리

조사대상자중 가정방문 봉사사업을 제공받는 비율은 <표 10>과 같이 13.4%로 조사되었고, 제공받지 못하는 전 대상자의 86.7% 중 필요하다고 응답한 노인은 72.8%로 높은 필요도에 비하여 봉사원 과견이 부족한 실정을 보이고 있다.

연령별 비교로는 75세이상의 노인집단이 16.3%로 가장 높았으며, 다음이 70~74세로 14.4%였다. 가정봉사사업을 받지 못한 75세 이상 고령자 계층에서도 필요하다는 응답율이 82.1%로 높은 부족상태를 보였다.

필요 희망은 고령층 뿐만 아니라 전연령층에서 높은 희망도를 표시하였으나, 공급력 제한으로 고령자 우선 지원이 되는 것으로 판단된다. 연령이 고령화되지 않더라도 질병의 중증도에 따른 가정방문간호 및 봉사자 지원량을 증대하고, 비혜택자를 위한 관리를 사회사업가의 역할로 추가하여야 할 것이다.

농촌사회에서 고령층 노인의 증가와 질병 혹은 기능장애 노인의 증가는 향후 가정봉사사업에 대한 요구도를 더욱 증대시키리라고 예상되며, 기존의 가정봉사사업 수혜경험이 없거나 정보부족으로 혜택을 받지 못하는 노인계층에서도 그 요구도는 더욱 증대되리라고 예상된다. 따라서 보건소의 가정방문 사업의 활성화와 방문봉사자 증대가 절실히 필요하고, 기존

<표 9> 노인의 일상활동보조 만족도

단위 : 명(%)

만족도 \연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
만 족	20(74.1)	33(71.7)	40(78.4)	66(79.5)	53(76.8)	212(76.8)
보 통	5(18.5)	10(21.7)	10(19.6)	16(19.3)	12(17.4)	53(19.2)
불 만	2(7.4)	3(6.5)	1(2.0)	1(1.2)	4(5.8)	11(4.0)
총 계	27(100)	46(100)	51(100)	83(100)	69(100)	276(100)

$\chi^2=4.80$, p=0.779

<표 10> 노인의 가정방문 봉사사업 요구도

단위 : 명(%)

분 류 \연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
가정방문 봉사실태						
방문봉사 받음	4(13.8)	6(11.1)	6(9.7)	14(14.4)	13(16.3)	43(13.4)
방문봉사 받지못함	25(86.2)	48(88.9)	56(90.3)	83(85.6)	67(83.8)	279(86.7)
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)
가정방문봉사 요구희망정도						
필 요	17(68.0)	38(79.2)	35(62.5)	58(69.9)	55(82.1)	203(72.8)
불 필 요	8(32.0)	10(20.8)	21(37.5)	25(30.1)	12(17.9)	76(27.2)
총 계	25(100)	48(100)	62(100)	83(100)	67(100)	279(100)

의 비수혜자의 요구증가와 응급사고 및 질병, 그리고 접근성 불편 및 장애노인들간의 요구도 증가에 대한 보건소 사업증대와 사회사업가의 조정 및 연계 기능이 필요할 것이다.

5. 노인의 사회생활 지지 및 관리를 위한 사회 복지사 참여

1) 노인의 가족관계 중재 및 관리

노인의 가족관계 만족도는 <표 11>과 같이 전반적으로 만족한 현상을 보였다. 특히 가족간의 도움, 상호이해, 존경 등에 높은 만족도를 보였으며, 대화와 애정은 만족자 비율이 약 60% 정도로 한국의 표

현절제 풍습과 연관된 현상으로 해석된다. 연령별로는 70세이상의 노인이 약 20%의 대화 불만족을 보여 70세 미만 노인보다 높은 비율을 나타내었다.

가족간의 대화는 67.5%가 만족하였으며, 20%는 불만족을 보였다. 농촌 노인가족들은 흔히 자녀 출가와 이농현상으로 노인단독가구를 이루는 경우가 많으며, 노인단독 거주는 자녀와의 충분한 대화나 애정표현이 더욱 어렵게 하는 지역적 특성이 반영되었다고 할 수 있다. 보사연의 85년도 조사(임종권, 공세권, 1985)에서 노인들의 의논 대상자가 없는 비율이 남자노인 11.5%, 여자노인 23.3%로 저조한 현상을 보인것과 연관되는 현상이라고 판단된다.

<표 11> 노인의 가족관계 만족도

단위 : 명 (%)

가족관계만족도\연령	55-59세	60-64세	65-69세	70-74세	75세이상	총 계
가족간의 대화						
불량	4(13.8)	9(16.7)	10(16.1)	19(19.6)	16(20.0)	58(18.0)
보통	6(20.7)	19(35.2)	11(17.7)	17(17.5)	10(12.5)	63(19.6)
양호	19(65.5)	26(48.2)	41(66.1)	61(62.9)	54(67.5)	201(62.4)
$\chi^2=12.16$, p=0.144						
가족간 도움을 주고 받는 일						
불량	5(17.2)	4(7.4)	8(12.9)	13(13.4)	11(13.8)	41(12.7)
보통	5(17.2)	8(14.8)	5(8.1)	17(17.5)	10(12.5)	45(14.0)
양호	19(65.5)	42(77.8)	49(79.0)	67(69.1)	59(73.8)	236(73.3)
$\chi^2=5.47$, p=0.707						
가족간의 상호이해						
불량	2(6.9)	7(13.0)	7(11.3)	14(14.4)	13(16.3)	43(13.4)
보통	8(27.6)	7(13.0)	9(14.5)	13(13.4)	14(17.5)	51(15.8)
양호	19(65.5)	40(74.1)	46(74.2)	70(72.2)	53(66.3)	228(70.8)
$\chi^2=5.63$, p=0.688						
가족의 존경						
불량	0(0.0)	2(3.7)	4(6.5)	4(4.1)	9(11.3)	19(5.9)
보통	3(10.3)	8(14.8)	6(9.7)	10(10.3)	12(15.0)	39(12.1)
양호	26(89.7)	44(81.5)	52(83.9)	83(85.6)	59(73.8)	264(82.0)
$\chi^2=9.15$, p=0.330						
가족에 대한 애정						
불량	9(31.0)	8(14.8)	12(19.4)	20(20.6)	19(23.8)	68(21.1)
보통	4(13.8)	8(14.8)	10(16.1)	12(12.5)	9(11.3)	43(13.4)
양호	16(55.2)	38(70.4)	40(64.5)	65(67.0)	52(65.0)	211(65.5)
$\chi^2=8.17$, p=0.417						
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

가족간 도움을 주고 받는 일에 있어서 노인의 12.7%가 불만족을 보이고 있었으며, 연령별로는 55~59세 집단(17.2%)에서 가장 높은 불만을 보여 세대간의 기대치 차이에 따른 불만현상으로 해석된다.

가족간의 상호이해는 노인의 13.4%가 불만을 보였으며, 연령별로는 75세 이상이 16.3%, 70~74세 노인집단이 14.4%로 타연령의 노인집단보다 높은 불만을 보였다.

가족의 존경은 노인의 5.9%만이 불만을 보여, 비교적 높은 만족을 보였다. 전통적 유교이념에 따른 부모나 연장자에 대한 존경심은 농촌풍습이 여전히 유지됨을 보여 주었다. 연령별로는 55~59세 노인집단에서 가장 높은 만족율을 보였으며, 75세이상 노인집단은 11.3%로 타노인집단에 비해 비교적 높은 불만을 보여 고연령 계층의 생활불편에 따른 가족간의 갈등적 요소가 작용된다고 해설할 수 있다.

자녀들에 대한 친근감을 묻는 가족의 애정항목은 노인의 21.1%가 불만을 보여, 가족관계에 관한 5개의 설문문항중 가장 많은 불만을 나타내었다. 연령별로는 55~59세 집단에서 31%로서 가장 높은 불만을 보였고, 60세이상 집단에서는 연령이 높아질수록 점차 높아짐을 보여주었다.

사회복지사의 역할은 산업사회에서 핵가족화 되는 사회현상을 반영하여, 가족간의 대화와 애정표현을 강화할 수 있는 프로그램 개발과 중재적 기능이 필요하다고 할 수 있다.

2) 노인의 사회활동 관리

(1) 노인의 외출 지원 및 관리

노인의 외출수단으로 독립외출율은 88.5%로 조사되었다 <표 12>. 가족 의존외출과 외출 불가능 정도는 각각 9.0%와 2.5% 이었고, 연령의 증가와 더불어 그 비율도 증가되었다. 75세 이상의 고령자 계층에서는 15%가 가족의존 외출을 하며, 6.3%는 외출을 단념한 생활을 하고 있었다.

조사과정 중 외출 불가능 노인은 병원이용과 약물 구입도 본인의 이송이 어려우므로 자녀를 통한 간접 친료를 받고 있는 상태이고, 생활필수품은 전적으로 가족지원에 의존하고 개인적 필요물품과 희망활동 및 사회참여는 거의 단념한 생활로 유지되고 있다고

파악되었다.

가족의존 외출노인 또한 가족의 사회참여율 증가로 외출 기권 노인으로 전락될 가능성이 높으므로 사회사업가는 노인의 사회활동 참여율 감소와 고령 방지를 위한 외출 및 이송수단을 사회적으로 지원할 수 있는 지역사회 자원 확보와 이송 지원을 위한 자원봉사자 활용프로그램 등을 개입할 필요가 있다. 또한 외출 불가능 노인을 위하여 '가정방문 봉사자 파견사업 확대와 말벗 봉사사업 등에 대한 사업사업 가의 참여와 조정 및 중계 역할이 이루어져야 할 것이다.

(2) 노인의 가사활동 지원 및 관리

노인의 청소와 세탁 등의 가사활동 독립율은 38.5%이었으며, 59.8%가 가족이 해결한다는 것으로 가장 높은 반응으로 조사되었다. 이웃 의존율은 1.2%, 그리고 0.8%는 해결방안이 없는 것으로 반응하였다.

연령별로는 70세 이후 가족 의존율과 미해결율이 현저하게 증가됨을 보이며, 노인 가사활동의 독립 해결은 70세 이전에 가능함을 보였다. 가족 의존율은 75세 이후 81.3%로 가장 높았으며, 70세 이상자 중 미해결 비율이 증가함은 사회문제화 될 가능성을 보여주고 있다.

농촌을 대상으로 한 사회적 상호지원과 도움의 미덕으로 가사활동을 가족과 이웃에게 의존하지만, 이들의 의존실태가 장기화 되고 산업화의 발달로 가사지원을 하던 가족과 이웃의 이탈은 고령노인가정의 가사활동 해결관련의 문제를 유발하는 계기가 될 것이다. 사회사업가는 자원봉사자 및 사회적 지원체계에서 질병노인과 기능장애 노인의 신체기능 지원은 물론 가사활동지원을 위한 서비스 연계 및 조정 역할을 수행하여야 할 것이다.

(3) 노인의 요리활동 지원 및 관리

노인의 식사준비와 요리활동을 독립적으로 할 수 있는 정도는 조사 대상노인의 36%이며, 가족 의존율은 62.1%이었다. 이웃 의존하거나 미해결자는 각각 1.2%와 0.6%이었다.

연령별 비교로는 연령증가와 더불어 독립해결정도가 감소하며, 70세 이후 급격히 감소하고 75세 이상자 중에는 18.8%만이 독립해결이 가능하였고,

<표 12> 노인 생활지원 실태

(단위: 명, %)

식사준비 \ 연령	55~59세	60~64세	65~69세	70~74세	75세이상	총 계
외출 수단						
독립 외출	27(93.1)	50(92.6)	54(87.1)	91(93.8)	63(78.8)	285(88.5)
가족 의존외출	1(3.5)	3(5.6)	7(11.3)	6(6.2)	12(15.0)	29(9.0)
외출 불가능	1(3.5)	1(1.9)	1(1.6)	0(0.0)	5(6.3)	8(2.5)
$\chi^2=14.8$, p=0.063						
집안청소 및 세탁						
독립 해결	10(34.5)	30(55.6)	32(51.6)	38(39.2)	14(17.5)	124(38.5)
가족 의존	17(58.6)	24(44.4)	29(46.8)	57(58.8)	65(81.3)	192(59.6)
이웃 의존	2(6.9)	0(0.0)	1(1.6)	1(1.0)	0(0.0)	4(1.2)
미 해결	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)	1(1.3)	2(0.6)
$\chi^2=37.1$, p=0.000						
식사준비						
직접 요리	10(34.5)	27(50.0)	30(48.4)	34(35.1)	15(18.8)	116(36.0)
식구 의존	17(58.6)	27(50.0)	31(50.0)	61(62.9)	64(80.0)	200(62.1)
이웃 의존	2(6.9)	0(0.0)	1(1.6)	1(1.0)	0(0.0)	4(1.2)
해결 곤란	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)	1(1.3)	2(0.6)
$\chi^2=30.06$, p=0.003						
총 응답자	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

80.0%가 가족의존 그리고 1.3%는 해결방법이 없어서 식사문제에 처하여 있음을 보였다. 이웃 의존자 1.2% 역시 미해결자로 전락될 가능성이 높으며, 미해결자의 식사문제에 대한 사회적 지원체계가 필요함을 절실히 보였다.

기존의 사회풍습으로 노인의 식사문제를 가족과 이웃이 지원하지만, 산업화 및 가족구조의 변화로 노인의 식사준비와 식사행동 보조문제는 더욱 가중화되리라고 예상된다. 사회사업가는 보건소 사업이 지역사회 접근법을 위주로 하므로 병원이나 시설요양과 달리 가정에서 식사해결이 어려운 노인들에게 자원봉사자나 사회서비스 지원체계를 확보하여 문제 해결을 위한 인력공급과 조정 및 중계 역할이 필요하다.

3) 노인의 사회활동참여 관리

노인의 사회활동 참여는 사회고립을 방지하고, 신체 및 정신, 사회적 건강증진을 위하여 중요한 관리 항목이다. 기존의 보건소 사업영역에는 사회활동 프로그램이 결여되어 있으나 사회복지사의 참여로 가

장 가시적 효과를 기대할 수 있는 영역이다. 특히 노인에게 있어서는 사회활동이 더욱 더 정신 및 사회적 건강에 미치는 영향이 크기 때문에, 노인들을 대상으로 한 사회활동참여 관리는 보건소 사업에 필수적으로 활성화되어야 할 것이다.

노인의 사회활동 참여실태는 <표 13>과 같이 조사 대상자의 95.3%가 사회활동에 참여하고 있다고 응답하였으나, 그 내용으로는 '이웃집 마실' (67.1%)과 '노인정'(54.7%) 그리고 '친목회' (41.3%)가 주종을 이루어 활동의 질적 면에서 건강관리나 사회적응을 위한 지원이 없는 것으로 조사되었다. 지역사회 공공단체활동과 취미활동의 참여율은 각각 2.2%와 3.4%로 저조하여 전문적 활동과 생산적 활동 참여율은 극히 저조하였다. 조사과정에서 기존의 사회활동 참여실태와는 달리 여행, 오락 그리고 취미활동 등에 대한 참여 희망도가 높은 것으로 파악되었다.

고연령자 계층에서는 '이웃집 마실과 친목회 등의 주종 사회활동 참여율도 감소함으로 보였고, 상대적으로 '가족친지 모임'과 '노인정' 참여활동이 증가하였

<표 13> 노인의 활동모임참여 실태

단위 : 명 (%)

참여여부\연령	55~59세	60~64세	65~69세	70~74세	75세이상	총 계
사회활동 참여정도						
참여자	28(96.6)	53(98.2)	56(90.3)	94(96.9)	76(95.0)	307(95.3)
비참여자	1(3.5)	1(1.9)	6(9.7)	3(3.1)	4(5.0)	15(4.7)
$\chi^2=5.13$, p=0.275						
사회활동 참여종류(중복응답)						
친목회 $\chi^2=23.17$, p=0.000	20(69.0)	31(57.4)	23(37.1)	39(40.2)	20(25.0)	133(41.3)
지역사회 공공기관 $\chi^2=11.72$, p=0.020	3(10.3)	2(3.7)	0(0.0)	1(1.0)	1(1.3)	7(2.2)
자원봉사단체 $\chi^2=20.87$, p=0.000	5(17.2)	1(1.9)	3(4.8)	2(2.1)	0(0.0)	11(3.4)
종교단체 $\chi^2=4.17$, p=0.383	14(48.3)	18(33.3)	16(25.8)	31(32.0)	24(30.0)	103(32.0)
각종취미활동모임 $\chi^2=13.34$, p=0.010	4(13.8)	3(5.6)	1(1.6)	3(3.1)	0(0.0)	11(3.4)
이웃집 마실 $\chi^2=9.89$, p=0.042	14(48.3)	38(70.4)	44(71.0)	71(73.2)	49(61.3)	216(67.1)
가족,친지,모임 $\chi^2=2.94$, p=0.567	8(27.6)	15(27.8)	22(35.5)	37(38.1)	25(31.3)	107(33.2)
노인정 $\chi^2=18.70$, p=0.001	7(24.1)	26(48.2)	31(50.0)	61(62.9)	51(63.8)	176(54.7)
총 계	29(100)	54(100)	62(100)	97(100)	80(100)	322(100)

다.

따라서 사회복지사의 사회활동 및 사회건강관리는 가족친지 모임과 노인정을 이용한 프로그램으로 접근되어야 할 것이다. 보건소의 방문 혹은 이동진료 사업을 노인정과 연계하고 노인을 대상으로 한 보건 교육 및 사회교육은 가족친지 모임을 활용한 소집단 중심의 비공식적 교육접근을 하는 것이 효과적이라고 판단된다.

특히 우리나라의 노인정 프로그램이 개발되어 있지 않은 실정을 고려하면 노인들의 궁정적이며 질적 사회활동 참가를 위한 사회복지사의 관리자 역할이 필요하다.

4) 노인의 보조장구 관리

노인의 신체적 질병과 기능장애는 보조장구의 필요성으로 연관되며, 보조장구의 지급은 노인생활의 질적 수준과 직접적 연관되는 특성을 보인다. 사회복지사는 노인이 질병과 기능장애를 극복하고 보조

장구의 지원으로라도 활동의 독립과 안전을 보장하도록 사회적 지원을 제공하여야 하는 데, 우리나라 보건소 사업으로 점차 물리치료실 확보가 강화됨으로서 노인의 기능장애 영역을 사업화하고 있으므로 노인의 보조장구 확보와 지원을 위한 사회복지사의 참여가 더욱 요구될 것이다.

보조장구의 활용실태를 보면, 질환노인 중 63.5% 가 보조장구가 필요하다고 응답하였으며 이 비율은 전 조사대상자의 47.5%에 상당한다.

희망 장구의 내용으로는 돋보기(44.4%), 헬입계(38.6%), 보청기(34.3%) 등의 순으로 필요도를 보였다. 돋보기와 보청기는 노인에게 있어서 필수품으로서 미국과 구미제국에서 이러한 보조장구 지급을 사회보장제도로 지급하는 항목임을 고려하면 우리나라의 요구 미해결정도가 1/3 이상이라는 실태는 극히 생활의 질적 저하수준을 보이는 항목이라고 지적할 수 있다.

<표 14> 치료상태에 따른 보조기구 사용에 대한 욕구와 종류				단위 : 명(%)
내용\질병관리 상황	치료 지속	치료 중단	치료 못함	총 계
보조장구 요구				
비희망자	57(35.9)	16(40.0)	15(35.7)	88(36.5)
희망자	102(64.6)	24(60.0)	27(64.3)	153(63.5)
질환노인 계 $\chi^2=3.192$ P=0.074	159(100)	40(100)	42(100)	241(100)
보조기구 종류				
보청기	38(37.3)	6(25.0)	7(25.9)	51(33.3)
돋보기	47(46.1)	8(33.3)	13(48.1)	68(44.4)
틀니	26(25.5)	3(12.5)	4(14.8)	33(21.6)
휠체어	19(18.6)	3(12.5)	3(11.1)	25(16.3)
헬압계	36(35.3)	11(45.8)	12(44.4)	59(38.6)
운동기기	12(11.8)	1(4.2)	1(3.7)	14(9.2)
찜질기	6(5.9)	-	-	6(3.9)
희망자 계	102(100)	24(100)	27(100)	153(100)

휠체어의 필요도는 16.3%의 응답율을 보였으나 응답한 노인들의 기능장애와 장구의 필수성을 반영 하면, 16.3%의 필요자에게는 사회적 해결이나 지원을 필수적으로 요구하는 상태라고 할 수 있다.

우리나라에서 보조장구 지원을 위한 사회보장제도가 확보되어 있지 않으나 보건소에서 휠체어와 운동기, 헬압계, 찜질기 등은 공동확보하고 사회복지사의 중재와 관리 역할로 필요자의 사용방안을 관리케 할 수 있다. 보청기, 틀니, 돋보기 등의 사적 소유와 사용만이 가능한 보장구는 사회복지사가 가족과 친지 그리고 후견인 등간의 조정개입으로 요구해결을 위한 접근을 할 수 있을 것이다.

IV. 토론 및 제언

1. 노인의 질병관리와 일상생활활동장애 방지를 위한 사회복지사 역할

노인의 질병관리를 위하여 사회복지사가 반영하여야 하는 변수는 <표 15>와 같이 건강상태의 결정 요인을 포함하여야 할 것이다. <표 15>는 본 조사 자료의 모든 변수를 독립변수로 하고 노인건강상태

를 종속변수로 하여 설명모형을 분석한 결과이다. 즉, 노인의 건강상태는 '질병치료의 지속성'과 '건강 보조제 복용'과는 음의 관계로 설명되고, '가족관계 친화도' 그리고 '운동 실천' 등의 변수와는 양의 관계로 설명된다.

따라서 사회복지사는 질환노인에게는 지속적인 질병치료와 약물 및 영양제 복용을 위한 관찰 및 확인 역할을 수행하고 질환노인에게서 치료중단과 투약중단 등의 행위가 발생되면, 보건소 의료진에게 보고 및 중단 원인파악과 문제해결을 위한 사회복지사 중재 및 개입에 필요할 것이다.

그리고 가족관계가 친목한 상태에 따른 운동실천율이 높을수록 양호한 건강상태를 보이므로 일반노인을 대상으로 한 건강증진프로그램에서의 사회사업가 활동은 가족 및 사회관계 개선, 그리고 운동실천 지원을 위한 중재 및 관리자역할을 수행하여야 할 것이다.

특히 일상생활활동 장애 방지를 위한 사회복지사의 역할은 <표 16>와 같이 신체운동범위 향상과 정신건강증진을 위한 활동개입이 필요하다. 즉, 노인의 일상생활활동기능은 '신체운동범위'와 '정신건강'에 의하여 양의 관계로 설명되었고, '소득수준', '운동실천', '약물/영양제 복용' 등의 변수에 의하여 음

의 관계로 설명되었다. '운동실천 정도'와 '약물/영양제 복용'의 변수가 노인의 건강상태 영향요인이며 (<표 16>), 동시에 일상생활활동 기능도 설명하므로 노인의 외상 생활방지를 위하여는 운동실천으로 평소의 신체운동범위를 최대한 유지하며, 정신 건강을 긍정적으로 관리할 필요가 있다.

소득 수준이 저조한 노인은 고령화와 더불어 일상생활활동 기능을 상실할 위험요인에 노출될 확률이 높으므로 저소득 계층의 노인을 대상으로 한 생활위기 관리와 정신건강 지원 프로그램 등을 통하여 신체, 정신, 사회적 건강을 포괄적으로 관리할 수 있는 접근이 이루어져야 할 것이다.

2. 보건소 노인보건복지사업을 위한 사회복지사 역할

Holosko 와 Taylor(1994)는 사회복지사가 건강관련 분야에서 수행하게 되는 역할 및 책임 항목을

① 환자 및 가족 간병인 접촉, ② 관계 형성, ③ 신체, 정신, 사회, 재정, 및 환경적 상황진단, ④ 사업 활동 계획, ⑤ 수행계획, ⑥ 활동계획 모니터링 등으로 분류하였다. 그리고 각 활동영역에 대하여 사회복지사는 콘설턴트, 조정자 및 관리자로서 역할하여야 한다고 제시하였다. 보건소 노인보건복지 사업을 수행하려면 수행과정에서 Holosko 와 Taylor가 제시하는 역할을 과정 이행의 경과에 따라 적용할 수 있을 것이다. 특히 보건소 사업은 지역사회를 중심으로 접근하므로 관계형성과 상황진단, 수행계획 및 모니터링 등에 지역적 요소를 적용하고 거시적 영향요인을 반영하여야 할 것이다.

콘설턴트의 역할(Tonti & Silverstone, 1985)로는 지역사회의 노인 중 보건소 질병치료를 위하여 연계, 조정하거나 이들이 추후 양로원 결정, 간병을 위한 주거환경 적응, 습관 및 정서문제 해결, 환자와 간병인간의 질병관리 방식에 따른 의견차이 및 갈등, 알콜중독과 치매 등의 정신장애 등에 대한 상담과

<표 15> 건강상태 결정의 영향요인

내 용	Partial R2	Model R2	b	S.E.(b)	F	Prob>F
질병치료지속성	0.0757	0.0757	-0.119	0.021	32.25	p<0.01
가족관계친화도	0.0726	0.1482	0.290	0.061	22.90	p<0.01
약물/영양제복용	0.0228	0.1710	-1.164	0.389	9.08	p<0.01
운동실천	0.0119	0.1829	0.508	0.243	4.39	p<0.05
R-square of the Model=0.1829 F=17.74 p<0.01 C(p)=6.761						

<표 16> 일상생활활동 기능의 영향요인

내 용	Partial R2	Model R2	b	S.E.(b)	F	Prob>F
신체운동범위	0.3595	0.3595	0.333	0.056	35.43	p<0.01
정신건강	0.0586	0.4182	0.125	0.056	4.93	p<0.05
소득수준	0.0279	0.446	-0.078	0.033	5.54	p<0.05
운동실천	0.0364	0.4825	-0.068	0.031	5.07	p<0.05
약물/영양제복용	0.0258	0.5084	-0.148	0.086	2.94	p<0.10
R-square of the Model=0.5084 F=11.58 p<0.01 C(p)=-3.267						

전문지식 및 기술을 제공하는 것이다. 의료인 및 참여전문가들과 공동작업에 임한다.

조정가의 역할은 질병관리과정에서 발생되는 환자와 간병인간의 갈등적 요소를 해결, 조정하는 것이다. 사회복지사의 정기방문으로 환자와 간병인의 스트레스, 우울증, 고충 등을 조정할 수 있다. 사회복지사의 조정기능은 ①환자와 가족, ②가정보건의료, ③동료봉사자 집단, ④방문사업, 그리고 ⑤간병인 지원프로그램 등으로 지원한다. 조정가의 역할로 사회복지사는 재정문제가 있는 노인들에게 정부기금이나 독지가의 후원금으로 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 연계조정한다.

관리자의 역할은 가족들이 환자를 간병할 수 없거나 충실히 못할 때, 관련 전문인과 보조인력을 투입하여 실제 간병의무를 대행하도록 관리하는 역할을 포함한다. 이러한 경우는 대부분 환자들이 의료기관이나 관련단체와 연결되어 있어서, 사회복지사는 그동안 간병업무를 맡아온 기관 혹은 인력으로부터 충분한 정보를 전사정하고, 환자자신이 호소하는 요구를 반영한 이 후 사회복지사가 독단적으로 상황 진단을 내려 필요한 요구와 업무를 결정하고 관리하게 된다. 관리자로서 사회복지사 역할 중 가장 중요한 것은 환자가 지역사회에서 독자적으로 생활하고 기능할 수 있도록 관리하고, 필요로 하는 서비스의 종류와 양을 결정하는 일이다. 관리자로서의 역할은 ①환자요구에 대한 포괄적 사정, ②간병계획, ③보건의료 및 사회서비스 공급관리, ④제공서비스에 대한 모니터링 등을 포함한다. 특히, 관리자로서의 역할 중 사회복지사는 계획된 서비스들이 적절하게 공급되었고 이 후 환자의 상태를 파악하는 정기모니터링이 매우 중요하다.

관리자 역할로는 참여 격려 및 인도, 신체기능장애에 대한 보조기구 지원, 프로그램 진행, 프로그램 참여자의 신체 및 정신기능상태 관찰과 조치, 비참여자에 대한 추구관리 등을 포함한다. 그리고 프로그램은 개인별 프로그램과 집단용프로그램을 모두 포함하도록 한다.

이상의 역할을 수행하기 위하여 본 연구결과를 중심으로 사회복지사가 보건소 노인보건복지사업에 참여할 수 있는 영역은 아래와 같이 요약할 수 있다.

1) 질병관리 영역 : ①질병 관찰 및 의료팀의 진단 및 치료를 위한 정보제공 ; ②환자의 지속적 질병치료와 관리를 위한 중재 및 환자교육 ; ③환자의 약물관리를 위한 관찰 및 중재, 정보 제공

2) 건강행위 실천관리 영역 : ①식생활의 균형적 영양섭취와 규칙적 식사를 위한 관리자 및 중재자 역할 ; ②흡연 및 음주 관리를 위한 사회활동 프로그램 운영과 환자 교육 ; ③환자의 운동관리 프로그램 운영과 지속적 참여를 위한 중재 및 관리자 역할

3) 기능지원 및 관리 영역 : ①일상생활활동 기능증진과 지원관리 ; ②노인의 일상생활기능 지원자 관리 ; ③노인의 가정방문봉사사업 조정, 연계 및 지원, 관리자 역할

4) 사회생활 지지 및 관리 영역 : ①가족관계 중재 및 관리자 역할 ; ②사회활동 지원 및 중재, 관리자 역할 (외출, 가사, 요리 영역포함) ; ③사회활동 참여를 위한 조정 및 중개, 정보 제공, 관리자 역할 ; ④보조장구 지원을 위한 조정 및 중개, 관리자 역할 등

각 영역별 활동을 수행하기 위하여 사회복지사는 지역사회 활동프로그램의 종류를 ①집단치료, ②작업치료요법 ③활동치료요법 ④사회생활기술훈련 ⑤그림요법 ⑥개인치료 ⑦퇴원 후 추구관리 등으로 적용할 수 있다. 특히 보건소 노인보건복지사업은 지역사회에 분포되어 있으며 사회참여를 거부하는 노인들을 최대한 참여시키도록 고무 및 중재자 역할을 수행하여야 하는 데, 접수단계 작업으로는 ①초기면접 및 사정, ②프로그램 배정, ③초기オリエン테이션, ④등록 및 계약, ⑤활동프로그램 계획 및 관리 : 운동 및 체조, 음악요법, 토론팀 접근법, 교육 및 훈련, 개인별 요구, 성장파지, 존경심 성장 등 지원 등을 포함하여야 한다.

그리고 사회복지사의 역할을 수행하면서 ①단체활동사업의 참여와 참가노인의 관찰 및 지원, ②프로그램 배정 효과 및 적절성 평가와 재배정, ③노인의 활동기능 정도와 독립성 평가, ④가족면담 및 집단관리, ⑤가정방문봉사사업 지원과 관리, ⑥환자의 생활환경보장을 위한 옹호기관과 연계활동 및 옹호자 대행 등의 활동을 병행하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

김광일, 김재환, 원호택(1984), 간이정신진단검사
실시요강. 중앙적성출판사
건설부(1992), 건설통계편람
경기도(1994), 경기도 통계연보, 제34호
교육부(1993), 교육통계연보
교통부(1992), 교통통계연보
보건사회부(1994), 보건사회통계연보, 제40호
서울시(1994), 서울시 통계연감
송건용, 김웅석(1978), KHDl 시범사업평가를 위한
1976년 기초조사보고. 한국보건개발연구원
-----, 김홍숙(1982), 우리나라 의료요구 및
의료이용에 관한 조사연구보고. 한국보건개발연
구원
신은영(1993), 농촌 노인의 건강상태와 생활만족에
관한 연구. 서울대학교 대학원
안성균(1994), 안성군 통계연보, 제34호
임종권, 공세권외(1985), 한국노인의 생활실태. 한
국인구보건연구원
조소영(1996), 건강과 의료, 복지정책의 논점. 학문
사
통계청(1993), 한국의 사회지표
통계청(1991), 인구추계
통계청(1990), 인구주택총조사
통계청(1994), 한국통계연보
American Association of Retired Persons(1989),
Prospectives i Health Promotion and Aging,
4(3), Washington, D.C.
Derogatis, LR. & Rickels, K. & Rock A.F.(1976),

The SCL-90 and the MMPI: A step in the
validation of a new self-report scale. Brit.
J. Psychiat., 128:280-289.
Holosko, M.J. & Feit, M.D.(1991), *Social
Work Practice with the Elderly* (Toronto :
Canadian Scholar's Press), pp.1-14.
Holosko, M.J. & Taylor, P.A.(1994), *Social
Work Practice in Health Care Settings* (2nd
ed.), (Toronto : Canadian Scholar's Press),
, pp. 529-552
Mahoney, F.I. & Barthel, D.W.(1965)
"Functional Evaluation : The Barthel Index,
"Maryland State Medical Journal, 14:
Roemer, M.I.(1985), "An Introduction to the
U.S. Health Care System", 2nd ed., (N.Y. :
Springer Publishing Company), pp. 57-61
Sherwood, S.J., Morris, J., Mor, V., and Gutkin,
C.(1977), "Compendium of Measures for
Describing and Assessing Long Term Care
Populations. "Boston: Hebrew Rehabilitation
Center for Aged, (Mimeographed)
Tonti, M & Silverstone, B.(1985), Services to
families of the elderly. In A. Monk(Ed.),
Handbook of Gerontological Services, New
York : Van Nostrand, pp.211-239.
U.S. Public Health Service Act, Title XIX.
Williams & Torrens ed.(1984), *Introduction to
Health Services*, 2nd ed. (New York : A
Wiley Medical Publication), p. 94

= ABSTRACT =

A Study on Role Development for Social Workers Providing Health Center-based Health and Welfare Services for the Elderly in Community

So-Young Cho (Kangnam University, Dept. of the Elderly's Welfare)

This study was conducted to develop the social workers role participating health and welfare services production of health centers. The sharp increase rate on the elderly population in Korea lead the social issues as that health and social services are not developed enough to cope with the increase on the elderly's health care needs. The priority in the elderly's care service development should be put on public sectors, so that could prevent financial catastrophe of the elderly's care. The public sector was concerned with health center services : as health center in Korea provide mainly medical-oriented services, this study focused on to combine the existing health center's services into social services.

The study method was based on needs survey with 322 patients aged over than 55 in rural area. The needs survey include general health and disease care needs and daily life caring needs. The latter was applied with ADL and IADL with modification for the use of Korea environment.

The findings were as follows :

Social workers should be able to care diseases of muscular and skeletal, circulatory, digestive and general chronic disease in social service needs aspect. Mostly the chronic patients quit their care services because of shortage of financial support(18.3%) and transportation problem(19.5%), but still prefer to be cured and cared from general hospitals and at least clinic and health centers in community. The invisible dramatic effect of health care services also should be concerned and cared by social workers.

The ADL and IADL shown the most needs on transportation needs and problems caused by weaken legs. Mostly daily activities were supported by family members (53.3% spouses and 35.9% children), and the most demands were shown on helps for transportation visiting hospitals(37%) and getting similar care services for health care needs (31.2%) and daily hygienieal needs (11.2%).

Social workers' role should include health care participation with social and health promotion approach as well as socio-economic supports during health care receiving. Social workers also should provide social services for the elderly's daily needs solving for these are not in available family supporters.