

# 농촌지역 노인에 대한 보건의료서비스 개발을 위한 연구

현 인 숙 (한라전문대학 간호과)

목 차	
I. 서론	IV. 결론 및 제언
1. 연구의 필요성	1. 결론
2. 연구의 목적	2. 제언
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	영문초록

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

현대사회의 여러 변화요인중 노인인구의 증가는 사회의 커다란 문제가 되고 있으며, 전반적인 평균수명의 연장과 특히 도시화로 인한 농촌지역의 노인인구의 증가는 농촌사회에서 커다란 문제가 되고 있다.

이러한 변화와 문제에 대처하기 위하여 국가나 각 지방자치 단체는 그 지역의 노인의 특성에 맞는 복지정책의 수립을 계속적으로 실시해 나가고 있다. 그러나 실제적으로 이러한 측면에서의 정책이나 실질적 연구는 매우 모자란 실정이다. 특히 그 지역의 지역적 전반적인 여건을 고려한 지역 특성에 맞는 프로그램은 더욱 더 부족한 실정이라 할 수 있다.

제주도는 1996년에 '제주형 사회복지시책'을 통해

2005년까지 노인보건 복지계획을 마련하고 있으며, 타 시도에 비해 노인복지 예산이 비교적 높은 편이다. 그러나 제주도는 노인인구 비율이 타 시도보다 높을 뿐만 아니라 장수 노인이 많으며, 생활양상이나 건강습성, 의료기관 이용행태에서 차이가 나는 것으로 알려지고 있다. 선행연구(한창영, 1987, 1995)에 따르면 제주노인의 특성을 감소성, 근면성, 자립성, 장수성, 강인성, 온고성 등 6가지 특성을 지적하고 있다.

그러나 이러한 특성을 지녔다 하더라도 노인들에게는 건강상의 문제를 항상 내포하고 있으며, 지속적인 관리가 이루어져야 한다. 특히 노인들의 건강 문제는 고도의 전문적인 치료를 요하는 문제이거나 치료가 가능한 문제이기 보다는 지속적인 보호와 관리를 요하는 만성 퇴행성 질환의 문제가 대부분이다. 그러므로 노인들의 건강문제를 관리하기 위해서는 노인들의 제반 특성을 고려하고, 장차 예견되는 노인 의료수요를 감안한 보건의료 서비스에 대한 구체

\* 이 논문은 1996년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음.

적인 대안들이 마련되어야 한다. 특히 농촌지역인 경우 이용할 수 있는 보건의료기관이 다양하지 못하며, 거동에 불편이 많은 노인들에게는 기존에 있는 시설도 거리상으로 이용상의 문제점이 많다. 이에 가까운 거리에서 쉽게 노인들의 제반 특성을 감안한 실제적인 프로그램들이 구체화되어야 하며, 이러한 연구들이 계속적으로 이루어져야 한다. 특히 농촌지역인 경우 민간 의료기관보다는 좀 더 조직적이고, 노인의료비를 절감할 수 있는 공공보건기관의 장점을 잘 활용하여 공공보건기관의 기능을 활성화 하고, 노인에 대한 보건의료 사업계획을 구체화 하여야 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구에서는 제주도의 농촌 지역중 노인인구 비율이 가장 높은 북제주군 지역을 선정하여 65세 이상의 노인들의 건강신념과 건강행위, 생활습성, 의료기관 이용행태 등을 파악하고, 노인들의 삶의 질과 장수에 영향을 주는 요인을 파악함으로써 보다 나은 건강한 생활을 하며, 삶의 질을 보장할 수 있는 농촌지역의 보건의료서비스를 개발하기 위함이며, 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 연구대상 지역의 노인인구 변화추이를 비교분석한다.
- 2) 연구대상 지역 노인들의 의료기관 이용실태를 비교분석한다.
- 3) 연구대상 지역 노인들의 노인의 건강관리 능력 및 건강행위를 분석한다.
- 4) 연구대상 지역 노인들의 치매율 조사를 위한 지능검사를 실시한다.
- 5) 위의 결과를 기반으로 노인들의 제반 특성을 고려한 농촌지역의 보건의료 서비스를 계획한다.

## II. 연구방법

### 1. 인구변화 추이 분석

우리 나라 제주도 북제주군의 노인인구의 분석은

1970년-1995년까지의 경제기획원과 통계청에서 작성한 "1970-1995 총인구 및 주택조사보고"를 근간으로 정리 분석하였다. 이를 기반으로 하여 2000-2030년까지 노인인구 추계치를 추계공식에 의거하여 산출하였다.

### 2. 노인들의 의료기관 이용실태 파악

노인들의 의료기관 이용양상을 분석하기 위하여 1994년 지역의료보험 65세이상 피보험자를 대상으로 외래·입원 수진율, 보험급여비, 상병별 이용율을 분석하였다.

### 3. 대상노인에 대한 설문조사

#### 1) 노인들의 관리능력 및 건강행위 분석을 위한 조사

대상노인의 건강신념 및 건강행위를 분석하기 위하여 320여명에게 설문조사를 실시하였으며, 조사기간은 1997년 5월 1일부터 5월 30일 까지였다.

건강관리능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현에 관한 연구도구는 서현옥의 Walker 등(1987)이 개발한 Health Promoting Life style Profile (HPLP)를 번안한 선행연구(서현옥, 1995)와 이영자의 한국노인의 건강사정도구 개발에 관한 일 연구(이영자, 1989), 이영휘(1994) 등의 선행연구를 중심으로 본 연구목적에 맞게 연구자가 수정보완하여 작성하였다.

수집된 설문지는 부호한 후, SPSS/PC<sup>+</sup>에 의해 빈도, 평균, 표준편차 등을 구하였으며, 변수간의 유의성 검증은 t-test, Anova를 사용하였으며, 문항간의 상관성은 Pearson correlation을 이용하였다.

#### 2) 치매율 조사를 위한 지능검사

치매율 조사를 위한 지능검사를 하기 위하여 1개 보건진료소 관할 65세 이상 노인 122명 중 직접면접이 가능한 92명의 노인을 대상으로 하였고, 조사기간은 1997년 4월 7일부터 1997년 6월 9일까지였으며, 연구의 목적을 설명한 후 연구자와 보조연구자 1명이 직접 조사했다.

연구도구로는 치매진단을 위한 간이지능검사로써

미국에서 주로 사용되고 있는 것으로 M. F. Folstein 에 의해 개발된 Minimental State Scale(M.M.S)를 이용하여 측정했다. M.M.S.는 10개 항목으로 구성 되어 있으며, 만점은 30점, 정상은 19점 이상, 18점 이하이면 치매를 의심하는 것으로 측정하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 대상지역의 노인인구 실태

##### 1) 우리 나라 인구와 노인인구 변화추이

1970년-1995년까지의 우리 나라와 제주도, 우리 나라 군지역과 제주도의 군지역인 북제주군의 인구 와 노인인구의 변화추이는 <표1>과 같다.

우리 나라는 1970년 노인인구비가 전체인구의 약 3.3%였던 것이 계속 증가하여 1995년에 6.0%로 증가하였다. 제주도는 1970년에 5.6%에서 1995년 에는 6.5%로 증가하여 전국수준의 6.0%보다 높으 며, 군지역의 경우도 북제주군이 1995년을 제외하 고 우리 나라 전체의 군보다 노령인구가 많았다.

##### 2) 우리 나라 군지역과 북제주군의 65세 이상 노 인인구

우리 나라 군지역인 경우 1970년 노인인구의 비 가 4.2%에서 1995년에 무려 11.9%로 아주 급상승 하였다. 그 요인은 첫째, 군지역의 절대 인구수가 매 우 감소하였는데 이는 군지역의 주민들이 도시로 이 동한 결과와 행정개편 등으로 인하여 군지역이 시지 역으로 개편되면서 군지역의 절대인구수가 감소하여 상대적으로 노인 인구비가 급상승한 요인이며, 또 다른 하나는 실제로 노인들이 장수하여 실제 노인인 구수가 증가하였기 때문이라 볼 수 있다.

우리 나라 전체 군지역과 제주도 군지역인 북제주 군을 비교하여 볼 때, 1990년까지는 북제주군 지역 이 노인인구비가 높게 나타나고 있으나 1995년에는 전국 군지역 11.9%에 비해 북제주군이 10.6%로 낮 게 나타나고 있다.

그러나 제주도 군지역의 노인인구의 특징은 65세 이상의 노인인구중 고령자가 많다는 것이다. 1995 년의 경우 고령자 비율은 현저하게 차이나 80세이상 의 고령노인이 우리 나라 전체 군지역이 14.8%에 비해 북제주군 지역이 24.4%를 차지하고 있다<표2

<표1> 우리 나라와 제주도, 전국의 군지역과 북제주군의 노인인구추이

구 분	년도	1970	1975	1980	1985	1990	1995
우리나라 전국자료	전체인구수	31,434,356	35,280,725	38,123,775	40,805,744	42,869,283	44,551,183
	65세이상인구수	1,040,124	1,217,447	1,456,033	1,741,849	2,144,338	2,692,406
	노인인구비(%)	3.3	3.5	3.8	4.3	5.0	6.0
제주도 전도자료	전체인구수	365,137	411,486	462,609	488,300	514,436	519,394
	65세이상인구수	20,433	21,788	23,702	25,438	29,832	33,756
	노인인구비(%)	5.6	5.3	5.1	5.2	5.8	6.5
전국의 군지역 자료	전체인구수	18,504,312	17,905,538	15,997,362	14,001,680	11,099,819	9,561,985
	65세이상인구수	773,238	824,437	897,213	956,647	1,003,669	1,140,951
	노인인구비(%)	4.2	4.6	5.6	6.8	9.0	11.9
제주도의 북제주군 자료	전체인구수	115,157	116,661	122,361	114,118	108,801	98,328
	65세이상인구수	8,674	8,884	9,404	9,294	10,110	10,443
	노인인구비(%)	7.5	7.6	7.7	8.1	9.3	10.6

자료 : 1970-1995 총인구 및 주택조사보고, 경제기획원, 통계청, 1970-1995.

참조>. 우리 나라 전체 군지역은 65세 이상중 젊은 노인층이 많은 반면, 북제주군은 고령 노인층의 분포가 타 지역에 비해 점차 증가하는 장수지역으로 이들 고령노인들에 대한 보건의료 대책이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

3) 북제주군의 노인인구 추계

북제주군의 노인인구는 1980-1995년 노인인구수를 기반으로 2030년까지 추계치를 산출하였다 <표3 참조>. 추계결과에 의하면 2000년에 12.0%에서 2030년에는 23.0%까지 증가할 전망으로 중위추계에 의하면 노인인구수가 약 2만7천명, 고위추계에 의하면 약 3만 3천명 정도까지 증가할 것으로 예측되어 이들 노인에 대한 구체적인 대안과 정책이 매우 필요하다.

2. 노인들의 의료기관 이용실태 파악

1) 지역의료보험조합 노인의 외래·입원 수진율

노인인구의 보건의료기관이용 실태파악은 지역의료보험 65세이상 피보험자를 대상으로 하였으며, 자료는 1994년을 기준으로 산출하였다.

65세이상 지역의료보험 피보험자 비율은 전체 노인중 우리나라 시지역이 39.5%, 군지역이 약 41.6%이며, 제주시가 33.5%, 북제주군이 44.5%였다.

진료건수에 대하여 피보험자 1인당 어느 정도의 진료를 받았는 가를 나타내는 지표를 수진율이라 하며, 각 지역별 외래·입원진료에 대한 피보험자의 연간 일인당 수진율을 분석하였다<표4 참조>.

외래수진율을 우리 나라 시지역과 군지역, 제주도

<표2> 군지역의 65세 이상인구의 연령별 구성비 (단위:%)

구 분		1970	1975	1980	1985	1990	1995
65-69세	우리나라군지역	40.8	43.6	41.5	40.3	40.3	38.1
	북제주군	33.2	34.3	32.5	29.9	33.0	31.6
70-74세	우리나라군지역	30.4	26.9	29.1	28.2	27.4	29.4
	북제주군	33.1	26.0	27.5	27.4	23.4	25.7
75-79세	우리나라군지역	17.3	17.6	16.4	18.2	17.8	17.4
	북제주군	18.0	21.4	18.9	21.1	20.3	18.2
80세 이상	우리나라군지역	11.5	11.9	14.0	12.3	14.5	14.8
	북제주군	17.8	18.0	21.4	21.7	23.3	24.4
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료:1970-1995 총인구 및 주택조사보고, 경제기획원, 통계청, 1970-1995.

<표3> 북제주군 노인인구 추계

구 분	1980년	1985년	1990년	1995년	2000년	2010년	2020년	2030년
노인인구비	7.7	8.1	9.3	10.6	12.0	15.0	18.0	23.0
중위추계				10,443	10,666	12,679	17,655	27,499
고위추계				10,443	10,941	13,674	19,516	32,709

\* 추계공식 :  $P = P_0(1+r)^n$

<표4> 지역의료보험 65세이상 피보험자의 외래, 입원 수진율

단위:건수

	외 래				입 원			
	우리나라		제주도		우리나라		제주도	
	시지역	군지역	시지역	군지역	시지역	군지역	제주시	북제주군
연령								
65-69	5.53	4.36	5.73	6.46	0.13	0.13	0.12	0.17
70-74	5.27	4.12	6.24	7.23	0.15	0.14	0.15	0.18
75이상	3.80	2.72	4.25	4.58	0.14	0.11	0.15	0.16
성별								
남	4.58	3.56	5.16	5.16	0.17	0.16	0.21	0.24
여	5.07	3.85	5.36	6.10	0.13	0.11	0.11	0.15
계	4.90	3.74	5.31	5.89	0.14	0.13	0.14	0.17

수진율:년간 진료건수/년평균 피보험대상

의 군지역과 시지역으로 분류하여 각 지역별 차이를 보면 우리 나라 시지역인 경우 4.90건, 군지역인 경우 3.74건 제주시가 5.31건, 북제주군이 5.89건 등으로 나타나 북제주군 노인들이 의료기관을 가장 자주 이용하였다. 입원을 역시 북제주군 지역이 일인당 0.17건으로 가장 높았다.

이러한 보건의료기관 이용수준은 건강수준과 평균수명에도 영향을 주는 요인으로서, 타 지역보다 북제주군 지역이 농촌지역이라는 특성을 감안하더라도 노인인구의 비율이 높고 고령자가 많은 요인중의 하나라고 본다.

각 지역별 피보험자 1인당 외래진료비를 보면 우리나라가 60,423원, 제주시가 67,467원이며, 북제주군이 80,738로 가장 많았다. 1인당 입원진료비를 보면 우리나라 전체 피보험자가 84,794원으로 가장 많았으며, 북제주군은 73,197원 이었다.

#### 2) 65세 이상 노인의 17대 분류의 의한 상병별 이용실태

상병에 대한 의료보험자료는 입원과 외래가 구별되지 않고 지역의료보험 피보험자들의 보건의료기관을 상병별로 이용된 자료를 분석하였다. 원래 의료보험자료의 상병분류는 1994년까지는 59대 분류, 현재는 299대 분류를 하고 있다. 본 연구에서는 59대 분류를 다시 17대 대분류로 묶어서 상병별 통계를 분류하였다.

각 지역별 65세 이상 노인의 상병별 연간이용율

을 다시 월간 평균이용율로 나타내었다<표5 참조>. 우리나라 전체의 경우를 보면 소화기계 질환이 17.2%, 근골격계 및 결합조직의 질환이 17.1%의 순이며, 제주시는 근골격계 및 결합조직의 질환이 17.1%로 가장 많으며, 북제주군은 근골격계 및 결합조직 질환이 28.6%로 매우 높고, 호흡기계 질환이 18.7%, 소화기계 질환이 13.5%의 순이었다. 질환에 따른 의료기관 이용의 지역별 차이를 보면 제주시와 우리나라는 별 차이가 없으나 북제주군의 경우 근골격 및 결합조직의 질환이 매우 높게 나타나고 있다. 이는 아마 북제주군 지역이 다른 지역보다 장수 고령 노인인구의 비가 높고, 농촌지역이기 때문에 일을 많이 해서 생길 수 있는 질병의 하나인 근골격계 질환이 많은 것이라 사료된다.

### 3. 대상노인에 대한 결과

#### 1) 노인들의 건강관리 능력 및 건강행위 분석을 위한 조사결과

##### (1) 조사대상자의 일반적 특성

총 조사대상자 310명중 남자가 31.9%, 여자가 68.1%이며, 평균연령은 72.9세 였으며, 의료보험은 지역의료보험이 48.4%로 가장 많았다. 교육정도는 48.2%에서 1년이하의 교육을 받았고, 61.0%가 혼자 살고 있었으며, 52.1%가 종교를 가지고 있었다.

##### (가) 건강상태 및 질병이환 상태

<표5> 지역의료보험 65세이상 피보험자의 질병별 이용율

단위:건수

질 환 명	우리나라	제주시	북제주군
	총건수(%)	총건수(%)	총건수(%)
01. 감염성 질환	25,107( 2.6)	137( 7.1)	939( 3.9)
02. 신생물	13,030( 1.3)	21( 1.1)	235( 1.0)
03. 내분비·영양·대사질환과 면역장애	3,189( 0.3)	18( 0.9)	224( 0.9)
04. 혈액 및 조혈기 장애	41,188( 4.2)	63( 3.2)	492( 2.1)
05. 정신장애	28,097( 2.9)	58( 3.0)	691( 2.9)
06. 신경계 및 감각기 질환	100,948(10.4)	233(12.1)	2224( 9.3)
07. 순환기계 질환	119,926(12.3)	198(10.3)	1687( 7.0)
08. 호흡기계 질환	165,253(17.0)	312(16.6)	4479(18.7)
09. 소화기계 질환	167,024(17.2)	321(16.6)	3238(13.5)
10. 비뇨생식기계 질환	19,223( 2.0)	36( 1.8)	383( 1.6)
11. 임신·분만·산욕기의 합병증	108( 0.0)	0( 0.0)	14( 0.1)
12. 피부 및 피하조직의 질환	42,450( 4.4)	82( 4.2)	892( 3.7)
13. 근골격계 및 결합조직의 질환	166,343(17.1)	323(16.7)	6856(28.6)
14. 선천이상	1,111( 0.1)	3( 0.2)	28( 0.1)
15. 주산기에 관련된 일정한 병태	12( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)
16. 증상·징후 및 불명확한 상태	16,619( 1.7)	22( 1.1)	255( 1.1)
17. 손상 및 중독	61,395( 6.3)	81( 4.2)	1169( 4.9)
18. 기타	645( 0.1)	26( 1.3)	133( 0.6)
계	971,668(100.0)	1932(100.0)	23,939(100.0)

조사대상자들의 주관적인 건강상태는 아주 건강하다고 생각하는 사람은 5.8%이며, 건강하지 않다고 생각하는 경우가 36.5%로 가장 많았다. 제주도 노인들의 장수요인 특성에 대한 물음에는 마음을 편안하게 갖기 때문이라고 응답한 경우가 50.0%로 가장 많았으며, 좋은 영양상태 10.7%의 순이었다.

현재 급만성 질환의 유병율은 급성 질병을 앓고 있는 경우가 22.7%였고, 만성질병은 55.2%에서 현재 질병을 앓고 있었다. 급성질병으로 가장 많이 앓고 있는 질병은 근골격계 질환으로 20.6%이며, 만성질병 역시 37.6%로 근골격계 질환이 많아 이에 대한 적절한 관리대책이 마련되어야 한다고 본다.

(나) 대상자의 사회 경제적 특성

대상자의 한달 평균 생활비는 약 346천원 정도이며, 한달에 병원비, 약값, 보약값 등 건강관리를 위해서 쓰는 비용은 평균 87천원 정도였다. 조사대상 노인들중의 48.4%정도가 현재 일을 하고 있었으며, 일을 하는 가장 큰 이유는 역시 생활비를 본인들 스

스로 해결하기 위한 것으로 약 69.9%였다. 대상노인들의 용돈은 45.3%가 자신이 스스로 해결하고 있었고, 자식이 용돈을 주는 경우는 34.8%였다.

(다) 대상자의 돌봄형태 및 보건의료 이용형태

현재 가족과 함께 살고 있는 경우는 73.5%이며, 이중 38.3%는 배우자와 살고 있었으며, 아들과 살고 있는 경우도 37.0%였으며, 63.8%가 자기집에서 살고 있었다. 아팠을 때 가장 자주 이용하는 곳은 병·의원으로 66.8%, 약국이 23.9%의 순이었으며, 아플 때 가장 도움을 많이 받는 사람은 46.6%가 자녀로, 아직도 가족중심 간호의 양상을 보여주고 있어 노인보건의료 서비스도 이를 중심으로 구축되어야 한다.

(라) 대상자의 공공 보건의료에 대한 견해

공공보건기관을 이용해 본 경험은 35.8%였으며, 가장 많이 이용한 서비스는 60.0%로 치료서비스였다. 대상노인들이 가장 원하는 노인 보건사업으로는 가정방문사업 확충으로 31.4%였으며, 근거리에 보

건의료시설을 설치할 요망하는 사항이 23.1%의 순이었다. 노인들에게 있어서 가장 문제가 되는 운동성의 저하로 인해 근거리에서 필요한 서비스를 받을 수 있는 행정적 보완과 대책이 필요한 실정이다.

(2) 대상노인의 건강관리능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현과의 관계

건강관리 능력은 10개항목을 측정하였으며, 대상노인의 건강관리 능력은 50점 만점중 약 34.73으로 비교적 양호한 것으로 나타났다. 건강통제능력은 6개항목을 측정하였으며, 30점 만점중 23.40으로 역시 높았다. 자기효능성은 6개항목을 측정하였으며, 30점 만점중 17.83이었다. 자아실현정도는 6개 항목을 측정하였으며, 30점 만점중 21.14였다. 이들 4개 영역중 상대항목 평균치로 환산하였을 때 건강통제 능력이 3.90으로 가장 높고, 가장 낮은 항목은 자기효능력으로 약 2.97이었다<표7 참조>.

위의 결과로 볼 때, 조사대상 노인들의 건강관리 능력이나 건강통제 능력이 비교적 우수하기 때문에 본 연구지역의 노인들이 장수하는 요인중의 하나라고 사료된다.

대상노인의 일상생활 능력(Activity of Daily Living, ADL)은 기본적인 6개 항목을 측정하였으며, 12점 만점중 11.95로 일상생활 능력이 매우 좋은 것으로 나타나 일상생활에서 대부분의 일들을 본인 스스로가 할 수 있고, 특히 제주도 노인의 자립성을 기반으로 집안잡일에서 농사일까지 본인 스스로 하는 경우가 많았다.

대상노인의 건강행위 실천능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현과 일상생활능력의 상관관계는 <표 8>과 같다.

건강관리 능력과 건강통제능력( $p < 0.01$ ), 자기효능성( $p < 0.05$ ), 자아실현( $p < 0.01$ )과는 양의 상관관계

를 이루고 있으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 일상생활능력과도 통계적으로 유의하였다( $p < 0.01$ ). 건강통제력은 자기효능성과 일상생활능력에는 별다른 상관관계가 없었으나 자아실현과는 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ). 자기효능력은 자아실현과 양의 상관관계로 통계적으로 유의하였으며( $p < 0.01$ ), 자아실현정도가 높은 사람이 역시 일상

<표 6> 대상자의 일반적 특성

특 성	인 수	%
<b>성별</b>		
남자	99	31.9
여자	211	68.1
<b>연령</b>		
64-69세	128	41.3
70-74세	73	23.5
75-79세	53	17.1
80세 이상	56	18.1
<b>의료보장형태</b>		
공교의료보험	31	10.1
직장의료보험	69	22.4
지역의료보험	149	48.4
의료보호	59	19.2
<b>결혼상태</b>		
유배우	121	39.0
무배우	189	61.0
<b>교육정도</b>		
1년이하	132	48.2
1-6년	77	28.1
7-9년	45	16.4
10년이상	20	7.2
<b>종교유무</b>		
있다	160	52.1
없다	147	47.9

<표 7> 건강행위 실천능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현의 정도

분류영역	문항수	측정점수	최고점수	평균±표준편차	상대항목평균치
건강관리 능력	10	1-5점	50	34.73 ± 5.42	3.47
건강통제 능력	6	1-5점	30	23.40 ± 2.97	3.90
자기효능 능력	6	1-5점	30	17.83 ± 2.00	2.97
자아실현 정도	6	1-5점	30	21.14 ± 3.91	3.52

생활능력이 양호한 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ).

일반적 특성에 따른 건강실천력, 통제성, 자기효능성, 자아실현, 일상생활능력과의 관계는 <표 9>와 같다.

성별에 있어서는 자아실현정도가 남자가 여자보다 높아 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p < 0.01$ ). 연령과는 건강실천력( $p < 0.01$ ), 자아실현정도( $p < 0.01$ ), 일상생활능력( $p < 0.01$ )에 유의한 차이가 있

<표 8> 대상노인의 건강행위 실천능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현과의 관계

특 성	T1	T2	T3	T4	T5
건강관리능력(T1)	1.0000	.3220**	.1580*	.4943*	.1651*
건강통제능력(T2)		1.0000	.0920	.5006**	.0931
자기효능력(T3)			1.0000	.2552**	-.0180
자아실현정도(T4)				1.0000	.1911**
일상생활능력(T5)					1.0000

<표 9> 일반적 특성과 건강실천력, 통제성, 자기효능성, 일상생활능력과의 검증

특성	평균					t or F				
	T1	T2	T3	T4	T5	T1	T2	T3	T4	T5
<b>성별</b>										
남자	34.26	23.83	18.14	22.11	11.97	1.099	3.084	3.571	9.143**	0.580
여자	34.95	23.20	17.68	20.69	11.95					
<b>연령</b>										
65-69세	36.51	23.67	17.87	22.04	11.99	12.133**	2.479	0.037	6.570**	10.208**
70-74세	34.27	23.35	17.78	20.81	12.00					
75-79세	34.41	23.77	17.79	21.28	12.00					
80세이상	31.60	22.45	17.81	19.36	11.73					
<b>결혼상태</b>										
유배우	35.62	23.73	17.82	22.08	11.99	5.355*	2.317	0.008	11.659**	3.301
무배우	34.16	23.19	17.84	20.54	11.92					
<b>건강상태</b>										
아주건강	39.83	23.67	17.83	24.61	12.00	8.478**	0.472	1.296	8.486**	14.770**
건강	35.57	23.57	18.18	22.04	12.00					
보통	34.19	23.10	17.53	20.70	11.95					
불건강	34.02	23.51	17.79	20.41	11.96					
아주불건강	28.63	22.63	17.25	17.50	11.13					
<b>급성질환</b>										
유	32.76	21.74	17.56	19.22	11.90	10.305**	31.923*	1.506	22.987**	1.907
무	35.27	23.92	17.90	21.70	11.96					
<b>만성질환</b>										
유	33.84	23.36	17.90	20.31	11.90	11.921**	0.102	0.434	17.912**	5.992*
무	35.81	23.46	17.75	22.15	12.00					

T1:건강관리능력 T2:건강통제력  
T3:자기효능력 T4:자아실현정도 T5:일상생활능력

\*\*  $P < 0.01$  \*  $P < 0.05$

였으며, 주로 연령이 낮을수록 전반적인 능력이 좋았다.

결혼상태는 건강실천력( $p < 0.05$ ), 자아실현정도( $p < 0.01$ )에 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 주로 유배우인 경우가 이러한 능력들이 상승된 것으로 나타났다.

건강상태와는 건강실천력( $p < 0.01$ ), 자아실현정도( $p < 0.01$ ), 일상생활능력( $p < 0.01$ )에 유의한 차이가 있었으며, 건강할수록 건강실천능력이나 일상생활능력이 좋았다.

급성질환의 이환유무에 따라서는 건강실천력( $p < 0.01$ ), 건강통제력( $p < 0.05$ ), 자아실현정도( $p < 0.01$ )에 유의한 차이가 있었으며, 질환이 없는 경우가 역시 전반적인 능력이 좋았다. 만성질환의 이환유무에 따라서는 건강실천력( $p < 0.01$ ), 자아실현정도( $p < 0.01$ ), 일상생활능력( $p < 0.05$ )에 유의한 차이가 있었으며, 만성질환이 없는 경우가 건강실천능력이나 일상생활능력이 좋았다.

2) 치매을조사를 위한 지능검사 결과

(1) 조사 대상자의 일반적 특성

<표10> 지능평가 조사표에 의한 치매 결과

영역	점수	인수	%
치매의심	18점 이하	23	25.0
정 상	19점 이상	69	75.0

총 조사 대상자 92명중 남자가 31명, 여자가 61명이며, 평균 연령은 74.3세였다. 학력은 69.6%가 무학이었으며, 두부외상에 대한 경력은 없는 경우가 71.7%, 현재 약물복용은 56.5%에서 복용하지 않고 있었다. 32.6%가 음주를 하고 있었으며, 27.2%에서 담배를 피우는 것으로 나타났다.

(2) 조사대상자의 Minimental State Scale (M.M.S)의 결과

M.M.S는 11개 영역 22개 항목으로 구성되어 있다. 언어성 검사는 주로 인식력, 기억과 주의력 등을 측정하는 것이며, 만점이 21점이 되고, 동작성 검사는 물품이름을 말하는 능력, 언어와 글씨를 읽는 능력, 지시를 따르는 능력, 문장을 쓰는 일 등으로 최고점은 9점이며, 총 만점은 30점이 된다.

조사대상자의 M.M.S의 결과는 <표 10>와 같다. 가장 점수가 높은 영역은 언어능력으로 2점 만점중 2점이며, 가장 낮은 영역은 묘사능력으로 1점 만점중 0.06이었다. 전체 평균은 30점 총 만점중 20.90이었다.

(3) Minimental State Scale(M.M.S)에 의한 치매 결과

지능평가 조사표에 결과에 의하면 총 30점 만점에서 18점 이하의 치매 의심자로 규정하였을 경우 25.0%가 치매를 의심할 수 있는 상태였고, 75.0%는 정상인 것으로 나타나 치매의심자에 대한 보건학적 관리가 매우 필요한 것으로 사료된다<표11 참조>.

<표11> 일반적 특성에 따른 M.M.S의 지능조사 결과의 차이

특 성	평 균	t or F	p value	특 성	평 균	t or F	p value
<b>성별</b>				<b>학력</b>			
남	23.51	13.9390	.0003*	무학	19.11	18.1217	.000*
여	19.57			국졸이상	25.19		
<b>나이</b>				<b>두부손상</b>			
65-69세	24.81	15.7172	.000*	있다	19.35	3.4421	.668
70-74세	20.53			없다	21.52		
75-79세	19.30			<b>흡연</b>			
80세이상	17.18			피운다	21.32	0.2270	.6349
<b>음주</b>				안피운다	20.75		
한다	21.83	1.4823	.2266				
안한다	20.25						

\* $p < 0.01$

<표12> 북제주군 노인보건의료 특별시설공급 계획

( )은 총 수용인원

구 분	2010년	2020년	2030년
전체노인인구수	12,679	17,655	27,499
전체 노인의 약 5.0%의 인구수	634	882	1,374
널싱홈(개)	2(100)	4(200)	4(200)
노인보건시설(개)	1(100)	1(100)	2(200)
노인병원(개)	1(100)	1(100)	2(200)
노인복지센터(개)	1(100)	1(100)	2(200)
낮요양시설(개)	3(300)	4(400)	6(600)
노인특별시설 수용시설 및 인원	8(700)	12(900)	16(1,400)

(4) 일반적 특성에 따른 M.M.S의 지능조사 결과의 차이

일반적 특성에 따른 지능조사 결과의 차이는 <표 12>과 같다.

성별에 있어서는 남자가 23.5 점이고 여자는 19.5 점으로 남자가 여자보다 약 4점 높아 성별에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $P < 0.01$ ). 연령이 많을수록 지능점수가 낮았으며( $P < 0.01$ ), 학력 역시 고학력일수록 점수가 높아 통계적으로 유의하였고( $P < 0.01$ ), 두부손상유부, 음주, 흡연은 지능평점에 별다른 영향을 주지 않았다.

## IV. 결론 및 제언

### 1. 결론

#### 1) 대상지역의 노인인구 실태

제주도 노인인구는 1995년에 6.5%였으며, 북제주군 지역은 10.8%였다. 제주도 군지역의 노인인구의 특징은 65세 이상의 노인인구중 고령자가 많아 80세이상의 고령노인이 전체 노인의 24.4%를 차지하고 있었으며, 1980-1995년 노인인구수를 기반으로 2030년까지 북제주군 노인인구를 추계한 결과 2000년에 12.0%에서 2030년에는 23.0%까지 증가할 것으로 전망된다.

#### 2) 노인들의 의료기관 이용실태 파악

노인인구의 보건의료기관 이용실태 파악은 지역의

료보험 65세이상 피보험자를 대상으로 조사한 결과 1인당 외래이용율은 5.89건으로 북제주군이 가장 높았으며, 입원을 역시 북제주군 지역이 0.17건으로 가장 높았다. 질병별 이용률을 보면 근골격계 및 결합조직 질환이 28.6%로 매우 높아 다른 지역보다 장수 고령노인인구의 비가 높고, 농촌지역이기 때문에 노동으로 인한 질병의 하나인 근골격계 질환이 많은 것이라 사료된다.

### 3) 대상노인에 대한 결과

(1) 노인들의 건강관리 능력 및 건강행위 분석을 위한 조사결과

총 조사 대상자 310명중 남자가 31.9%, 여자가 68.1%이며, 평균 연령은 72.92세 였으며, 제주도 노인들의 장수요인 특성에 대한 물음에는 마음을 편안하게 갖기 때문이라고 응답한 경우가 50.0%로 가장 많았다. 급성질병으로 가장 많이 앓고 있는 질병은 근골격계 질환으로 20.6%이며, 만성질병 역시 37.6%로 근 골격계 질환이 많은 것으로 나타나 이에 대한 적절한 관리 대책이 마련되어야 한다고 본다.

아팠을 때 가장 자주 이용하는 곳은 병·의원으로 66.8%였고, 공공보건기관에서 노인들이 가장 원하는 노인보건사업은 가정방문사업으로 31.4%였다.

대상노인의 건강행위 실천능력, 건강통제능력, 자기효능성, 자아실현과 정도를 보면 이들 4개 영역중 건강통제능력이 3.90으로 가장 높았고, 조사대상 노인들의 건강관리능력이나 건강통제 능력이 비교적 우수한 것으로 나타났다.

(2) 치매율조사를 위한 지능검사 결과

총 조사대상자는 92명이며, 평균연령은 74.32세였다. 치매율조사를 위해 Minimental State Scale를 이용하여 간이지능평가를 하였다. 그 결과 총 30점 만점에서 18점 이하는 치매의심자로 규정하였을 경우 25.0%가 치매를 의심할 수 있는 상태에서 치매의심자에 대한 보건학적 관리가 매우 필요한 것으로 사료된다

2. 농촌지역 보건의료서비스 개발

위의 연구결과를 기반으로 노인들의 건강정도, 건강관리능력 등 제반요건을 고려하여 이에 알맞는 보건의료서비스를 구체화 한다.

1) 노인 건강관리를 위한 관리체계 전산망의 구축

각 읍면·리별로 65세 이상의 노인들에 대한 단계별 관리체계를 전산화 해야 한다. 전산화하기 위해서는 각 리단위별로 노인들에 대한 사전조사가 선행되어 이를 건강상태, 질병이환상태, 활동능력정도, 경제정도, 가족동거여부, 주거형태, 사회활동 등에 따라 단계별로 세밀하게 분류되어야 한다. 이를 위해서 군단위에서 이를 진단하기 위한 일정 서식을 개발하여 관계공무원, 지역사회 이용가능한 인적자원을 동원하여 모든 노인에 대해 정보를 수집하고, 분석하여 각 노인들마다의 관리 카드를 작성하고, 노인들의 제반상태에 따라 관리할 수 있는 지역사회 내의 노인관리 체계망을 구축해 나간다.

분석결과에 따라 보건, 복지 측면에서 단계별로 노인들을 관리하는 기관과 단체가 달라져야 하며, 노인상태에 변화가 왔을 때 이용가능한 자원에 대한 관리정보 체계까지 구축해야 하며, 이러한 사업이 성공적으로 수행되기 위해서는 지역사회의 협조, 지역내 이용할 수 있는 인적자원의 활용, 과학적인 관리체계, 지속적인 운영체계가 뒷받침되어야 한다.

2) 건강상태에 및 건강관리 능력에 따른 보건의료 서비스 계획

본 연구 조사결과 대상지역인 경우 건강관리 능력과 건강상태가 매우 양호하였으나 병원이용율이나 질병이환율은 높은 것으로 나타났다. 특히 근골격계 질환으로 인한 병·의원 이용율이 높아 이에 대한

새로운 접근이 요망된다. 이들 병·의원을 이용하는 37.6%이상의 근골격계 질환인 경우 치료내용 역시 물리치료서비스가 가장 많은 것으로 나타나 근거리에서도 이러한 시설을 이용할 수 있는 제도적 뒷받침이 필요하다. 본 연구지역인 경우 각 지역마다 노인당이나, 경로당, 노인복지회관 등이 있고, 현재 어느 정도의 기구나 장비는 보유하고 있는 실정이므로 이들 기존 시설들을 잘 활용하고, 관리할 수 있는 인적자원과 추가되는 장비에 대한 구체적인 계획을 세워야 한다.

건강상태가 좋은 경우 보건교육을 통한 자기건강관리 능력의 증진과 운동요법 등을 통한 체력관리 방법 등을 지속적으로 교육함으로써 본인 스스로가 계속적인 관리가 이루어 지도록 하며, 현재 건강상의 문제가 있는 경우 이용할 수 있는 이용체계를 구체화 시켜주어야 한다. 특히 농촌의 경우 일손이 부족하기 때문에 건강상태가 좋은 노인으로 하여금 간단한 찜질 등의 물리치료 요법을 교육하여 허약한 노인들을 돕도록 하는 지역사회내의 노인관리 체계를 구축해 나가도록 한다.

병의원을 이용해야 하는 허약한 노인 경우 현재 본 연구 지역은 이용할 수 있는 일반 병·의원은 제주시를 근간으로 충분하나 노인만을 위한 노인병원 등이 없기 때문에 이에 대한 대책이 있어야 하며, 노인 병·의원에 대한 보건의료를 계획할 때 1개 시군을 중심으로 계획하기 보다는 제주도 전체를 하나의 단위로 생각하는 것이 바람직 하며, 이러한 시설을 위해 민간자본을 적극 유치하여 설치하는 것도 매우 바람직한 일이라 하겠다.

3) 건강상태에 따른 다양한 노인보건의료 특별시설 공급계획

여러 선진국의 경우 노인들의 건강수준이나 경제수준에 따라 이용할 수 있는 시설이 매우 다양하다. 그러나 우리나라인 경우 주로 병·의원에 의존하고 있다. 특히 제주도인 경우 시설입소 등을 매우 기피하고 있기 때문에 재가중심의 특별시설공급 계획의 원칙을 세워야 하며, 시설입소인 경우 선진국의 경우 전체 노인의 약 5%내외를 이용하고 있었다. 그러나 현재 우리나라는 재가중심 노인보건 사업을 추진하더라도 기본적인 노인입소시설에 대한 계획도

병행하여 추진되어야 한다.

본 연구에서 활용된 자료는 일본의 노인보건의료 체계를 기본으로 하여 시설공급에 대한 수요를 예측 하였다. 장래 증가되는 노인인구를 추계하여(중위추 계를 중심으로) 너싱홈인 경우 정원을 50명, 나머지 시설은 시설당 정원을 약 100명으로 하여, 노인특별 시설의 수용인원을 전체 노인의 약 5-6%로 이용할 것으로 산정하여 노인보건의료 특별시설을 <표12> 와 같이 공급계획을 세울 수 있다. 또한 복계주군이 노인들의 휴양지로 매우 적절한 곳이어서 타시도(복 계주군이외의 제주도민이나 육지의 기타 지역주민) 의 노인들이 많이 이용할 것으로 예측되어 이러한 점까지 감안한다면 이러한 시설들은 좀 더 늘어나야 된다고 본다. 그러나 공공보건기관에서 어느 정도 노인보건사업을 활성화하고, 방문간호사업이 활성화 된다면 이러한 노인보건의료 특별시설들이 다소 줄 수 있는 상황도 예견할 수 있다.

이러한 노인특별시설은 제주시를 중심으로 동서에 각각 1개지역에 실버종합 복지 타운형태의 노인보건의료 특별시설로 종합적으로 운영하도록 조직화하는 것도 바람직하다. 그러므로써 노인들의 건강상태나 자활상태에 따라 근거리에서 모두 이용할 수 있게 되며, 노인들의 건강관리를 보다 효율적으로 할 수 있다고 본다.

#### 4) 노인들을 위한 지역사회 단위의 실제적인 프로그램의 구체화

노인들의 포괄적인 서비스를 관리하기 위해서는 대상노인의 관리 체계가 단일화되어야 한다. 현재 우리나라의 관리체계는 보건과 복지업무가 이원화되어 통합적인 관리체계가 되지 못해 자원의 인적, 물적, 시간적 낭비를 초래하고 있다. 이를 개선하기 위해서는 앞서 지적한 것처럼 노인관리 체계 전상망을 구축하여 노인들의 현재의 건강상태, 경제상태, 일상 생활능력에 따라 각 기관에서 알맞는 프로그램들을 중복 지원됨이 없이 효율적으로 추진되어야 한다. 관할 지역의 모든 노인들에 대한 건강기록부를 전산화하여 노인들의 제반상태에 따라 관리영역을 구분 하는 것이 매우 필요하다. 예를 들면 건강하고 경제 능력이 있고 가족과 함께 동거하는 경우, 독거노인 이면서 와병상태에 있는 노인, 가족과 살고 있지만

경제여력이 부족하여 남이 도움을 받아야 하는 노인, 혼자살면서 사회적 활동 프로그램만을 지원하여 주어야 하는 노인 등 여러 단계로 아주 세밀하게 전 산·분류하여 각각의 상황에 알맞는 구체적인 지원 체제가 구축되어야 하고, 이를 관리하는 기관도 기관의 역할과 기능에 따라 관리대상자가 달라져야 한다. 그래서 각 노인의 상태마다 월별, 주별 서비스 프로그램에 노인과 그들 가족들도 참여할 수 있도록 지원되어야 한다<표13, 표14 참조>.

#### 5) 자원봉사자의 개발 및 활용

연구결과 대상노인들의 건강관리능력, 통제력, 자아실현정도, 일상생활 활동능력이 매우 양호해 이들 노인들내에서 자원봉사자 팀을 구축하는 것을 원칙으로 하고, 필요에 의해 젊은 층의 자원봉사자를 활용하도록 한다. 일본의 경우도 노인보건사업이 활성화되는 요인중의 하나가 자원봉사 지원 프로그램의 활성화이다. 특히 장수촌인 경우 대부분의 자원봉사자의 연령이 50대 후반에서 60대 70대인 것으로 나타났다. 우리나라의 경우도 재가복지센터를 중심으로 운영하기도 하고, 종교단체나 기존단체의 활용, 서울의 가정도우미 제도의 도입 등 다양한 방법으로 활용되고 있다. 농촌 지역은 일손이 부족하기 때문에 젊은 사람들을 활용하는 것도 바람직 하지만 60-70대 노인들이 사회활동에서는 일선에서 후퇴 하였지만 생활능력이나 건강상태가 양호한 젊은 층의 노인을 자원봉사자로 적극 활용하도록 방안도 중요하다. 이들을 제대로 활용하려면 자원봉사자로 활용할 수 있는 교육과 기술지원이 선행되어야 한다.

또한 노인이 있는 가정을 중심으로 가족들이 공동체적인 팀웍을 이루어 자원봉사팀을 구성하여 순차적으로 자원봉사를 지원함으로써 서로의 시간적, 정신적 부담을 줄일 수 있는 방안도 바람직 하다.

#### 6) 치매예방을 위한 프로그램의 개발

농촌지역의 고령인구가 증가되면서 치매문제가 현실화 되고 있다. 본 연구의 지능검사 결과에서도 약 25%가 치매가 의심되는 것으로 나타나 이에 대한 각 지역마다의 프로그램이 지원되어야 한다. 특히 경로당이나 노인회관을 중심으로 예방수칙에 대한 활동들이 선행되어야 한다. 우선 관련전문가를 초빙하여 기초적인 사항을 먼저 교육을 받고 마을내의

<표13> 외병상태 노인의 서비스 프로그램의 예

요일	월	화	수	목	금	토	일
사업내용							
가정봉사원서비스 (노인복지센터)	-		-			-	-
낮요양시설이용		-			-		
단기요양시설이용	년 6-9회						
노인방문간호 (공공보건기관)			-				

<표14> 허약노인 서비스 프로그램의 예

요일	월	화	수	목	금	토	일
사업내용							
가정봉사원서비스 (노인복지센터)			-				-
낮요양시설이용	-					-	
단기요양시설이용	년 1-2회						
기능훈련(마을내 노인회관이용)		-			-		
노인방문간호(공 공보건기관)				-			

인적 자원을 활용하여 적어도 1주 1회이상 이에 대한 교육, 운동, 영양프로그램을 지원하며, 계속적인 관리가 이루어 져야 한다. 이러한 인적 자원도 물론 젊은 노인층을 활용하는 방안이 적극 검토되어야 한다. 재교육이 가능한 지역주민을 참여시켜 치매에만 국한 시킬 것이 아니라 전반적인 '노인건강활성화' 등의 명제로 '노인 건강교실' 혹은 '노인 사랑방 교실' 등으로 운영하되, 운영의 주체를 노인들의 적극적인 참여하여 운영되도록 한다. 또한 지역내 학생들을 활용하여 교육자료를 개발하고, 마을단위 노인 관련 협의회 등을 구성하여 지역사회내의 노인문제에 대해 관심을 높이고 경로효친의 사상을 구축해 간다. 또한 공공보건기관에서 가정방문을 통해 각 지역마다 치매진단을 위한 지능검사를 해야 하며, 그 결과에 따라 치매의심자에 대한 지속적인 관리를 통해

치매예방 활동을 해야 한다.

또한 이미 치매에 있는 노인들을 가정내에 방치할 것이 아니라 일정한 시설을 설립하여 이에 대한 대책도 마련되어야 한다. 현재까지 제주도는 치매를 하나의 질병으로 인정하기 보다는 나이가 들면 자연히 하게 되는 노망으로 간주하여 관리가 전혀 안되고 있는 실정이므로 치매가족에 대한 교육과 더불어 치매환자 관리시설에 대한 대책도 구체화되어야 한다.

#### 7) 노인공동작업장과 취업알선센터 운영

조사결과 제주도 노인의 가장 큰 장수요인이 마음을 편안하게 가지기 때문이라고 하였다(50.0%). 이러한 뜻의 이면에는 제주노인들의 근면성과 강인함의 특성에서 거의 죽을 때까지 일손을 놓지 않고, 마음을 다스리는 것 자체를 일을 하고 삶에 대한 능력을 가지는 것이라 것이라 믿고 있으며, 제주 노인들에게 있어서 일은 생명과도 같다고 할 수 있다. 그러나 건강상태나 일상생활능력이 떨어지면서 노인들의 적성과 능력에 맞는 일거리를 찾아, 여가선용 및 소득의 기회를 가지기를 원하나 이에 대한 적절한 대책이 없는 실정이다. 현재 제주도내에도 각 지역마다 공동작업장을 설치·운영하고 있으나 매우 미비한 실정이므로 이를 리단위별로 그 지역의 특성에 맞게 운영할 필요성이 있다. 노인에게 있어서도 적절한 노동은 질병을 예방하고, 특히 치매예방 효과가 있으며, 노인들의 삶에 윤희적 역할을 할 수 있기 때문에 각 지역마다 노인관련 협의회 등에서 노인을 위한 공동작업장과 취업알선의 센터 운영에 대해 구체적인 계획을 세워야 한다.

#### 8) 공공보건기관에서 노인 건강중진 프로그램의 개발 및 운영

농촌지역의 증가되는 노인인구에 대비하여 노인병 관리나 만성질환 관리를 위한 포괄적인 서비스를 제공하기 위해서는 공공보건기관이 핵심적인 역할을 수행해야 한다. 즉, 보건소, 보건지소, 보건진료소의 네트워크를 좀 더 체계적으로 조직화 해야 하며, 노인보건 업무를 담당하는 계를 보건소에 조직하여 노인건강상담실, 노인물리치료실, 중풍, 치매노인을 관리할 수 있는 관리체제를 마련하여 보건소-보건지소-보건진료소로의 노인보건의료 전달체계가 이

루어 지도록 한다.

공공보건기관의 노인보건사업도 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 구체적인 건강증진 프로그램들을 지원하여야 한다. 건강체조교실, 노인성 질병예방과 관리를 위한 노인건강교실, 영양상담교실 등 월별, 주별 주제를 정하여 정기적으로 운영하며, 수시로 소내진료나 가정방문을 통하여 필요한 건강교육이나 건강상담 등을 제공하여야 한다. 또한 노인들이 쉽게 볼 수 있도록 홍보물을 제작하여 언제든지 볼 수 있도록 해야 한다.

이러한 건강증진 프로그램들을 효과적으로 추진하기 위해서 노인보건담당자들은 과거의 일상적 업무에서 대상자 중심의 역할변화를 과감히 단행해야 하며, 이를 위해 계속적인 연구의 자세와 대민봉사의 자세가 길러져야 한다.

#### 9) 공공보건기관에서의 노인보건의료를 위한 시설 장비의 지원

최근에 복제주군 보건소는 한방진료, 물리치료실의 신설, 목욕서비스를 포함한 종합진료차량의 제작·지원, 보건소의 개보수 등을 통하여 과거보다 공공보건기관의 서비스가 매우 향상되고 있다. 그러나 이러한 시설과 장비가 보건소에만 한정되어 있기 때문에 보건지소나 보건진료소의 주민은 쉽게 이용할 수가 없다.

조사결과에서도 현재 가장 많이 이용하고 있는 서비스는 치료서비스이지만 가장 원하는 사업은 물리치료인 것으로 나타났다. 앞서 지적한 것처럼 노인들의 질병은 고도의 전문인들을 필요로 하고, 급성 질병보다는 계속적인 관리가 요구되는 만성질환이다. 그중 제주도 농촌지역인 경우 근골격계 질환이 가장 많아 보건소를 포함한 읍면단위인 보건지소, 리단위의 보건진료소에 간단한 물리치료방, 찜질방 형태의 운영을 할 수 있는 최소한의 장비를 지원하는 대책이 마련되어야 한다. 또한 공공보건기관이 없는 마을에 기존의 노인관련시설에 간단한 장비를 지원하여 관할지역의 노인보건담당자로 하여금 교육·관리하게 하는 방안을 마련함으로써 지역간에 균형을 이루고 근거리에서 노인들이 이러한 시설을 쉽게 이용할 수 있도록 한다.

#### 10) 농촌지역에서의 공공보건기관을 중심으로 한 방문간호사업의 활성화

조사결과에서 나타났듯이 노인보건사업을 활성화하기 위한 필수 요건중의 하나가 방문간호사업이며, 제주도 노인들인 경우는 시설에 입소하여 간호를 받기보다는 가정에 거주하면서 필요한 간호를 받기를 원하고 있다. 최근에 각 보건소마다 방문간호계를 신설하고, 보건소내의 조직개편 등을 통하여 노인과 저소득층 환자를 위해 가정방문을 통한 노인보건사업을 실시하고 있으나, 역시 인력의 부족, 인력의 자질문제, 과도한 업무 등으로 보건소망을 통한 방문간호사업이 원활하게 이루어지지 않고 있다.

그러나 앞으로 방문간호는 전체 노인을 대상으로 만성퇴행성 질환에 대한 간호, 건강상담, 보건교육, 간단한 검사의 실시, 운동요법지도, 영양지도, 개인 위생지도, 대상자발견 및 상태파악, 유사증상 발견자의 추후관리, 고위험 환자에 대한 전문의료기관 의뢰 등을 실시하여야 하며, 필요한 경우 자원봉사자와의 지원체제를 구축할 수 있다. 앞으로도 계속 보건소의 방문간호사업의 활성화를 통하여 노인의료비 절감 등 많은 효과를 기대할 수 있다.

방문간호사업을 활성화시키기 위해서는 앞서 지적한 것처럼 방문간호나 노인보건을 전담할 수 있는 계가 보건소에 신설되어야 하고, 방문간호 인력이 확충되어야 한다. 그러나 인력의 확충은 장기간을 요하는 문제이기 때문에 보건소내의 전면적인 조직개편과 전문인력의 효율적인 활용을 통하여 그 효과를 거둘 수 있다.

### 참 고 문 헌

경제기획원(1970-1995), 1970-1995 총인구 및 주택조사보고

김영숙(1994), 노인복지시설 장기요양서비스 유형 설정 및 프로그램 개발에 관한 연구. 서울대학교 대학원 보건학 박사학위논문

김정남(1992), 보건소 중심의 노인보건의 사업개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문

- 김진순(1996), 노인가정간호사업의 실태, 문제점, 개선방안. 한국노년학회지, 16(1):150-162
- 문옥륜(1995), 노인보건제도와 노인간병요양원 제도 개발의 과제와 전망. 한국노년학회지, 15(1): 187
- 북제주군 지역의료보험조합(1994), 내부자료
- 서현옥(1995), 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위 논문
- 오진주(1995), 치매 노인 보건 관리에 관한 연구. 서울대학교 보건학 박사학위 논문
- 의료보험연합회(1994), '94의료보험통계연보, 제17호
- 이선자(1994), 노인의료관리 모형. 한국보건간호학회지, 8(2):71-82
- 이영자(1989), 한국노인의 건강도구 개발에 관한 일 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문
- 이영휘(1994), 효능기능증진 프로그램이 자기효능과 자가간호행위에 미치는 영향. 연세대학교 박사학위 논문
- 정영일, 정문호, 강성홍 등(1995), 우리나라 농촌지역(시군 통합모형)의 노인보건자원 수급계획에 관한 연구. 대한보건교육학회지, 12(1):22-45
- 제주시 지역의료보험조합(1994), 내부자료
- 山口縣東和町(1995), 日本 一の 長壽郷. 大月書店, 33-172
- Meredith Minkler & Carrol L. Estes(1984), Reading in the Political Economy of Aging, Baywood pushinh company, Inc.
- Robert H.B., Linda K.G., Victor W.M., et al.(1996), Handbook of Aging & the social sciences. San Diego, Academic press, 97-103
- Robert L.K., Evans J.G., David M.(1990), Improving the Health of Old people: a World View, Oxford, Oxpord university press, 3-37
- Robert N. Butler, M.D., Myrna I. Lewis, Acsw(1982), Aging Mental Health, The C. V. Mosby Company
- Dept. of Health(1994), esidential Accomodation for Elderly people & People with Physical and/or Sensory Disabilities, U.K. 8-19

=ABSTRACT=

## **A Study on Development of Health Care Service for the Elderly**

**- Focus on Rural Community -**

**In-Sook Hyun** (Dept. of Nursing, Hanla Junior College)

The objectives of this study are : 1) To understand self-care ability, living habits, utilization patterns of medical facilities for the elderly in Puk-Cheju county which has the highest percent age of senior citizens among Cheju rural community : 2) To identify factors which influence living quality and long life for the elderly 3) To develop health care service with a view to guaranteeing living quality

The elderly population of Puk-Cheju county was 10.8% in 1995. It will be increasing and is projected 23.0% by 2030. The result indicated that utilization rate by out-patient were 5.89 claims and utilization rate by in-patient were 0.17 claims per person. The highest disease among respondents were disease of musculoskeletal system and connective tissue.

A total of 310 elderly were responded to analyze self-care ability and health behavior. The most important factors of long life were to have peaceful mind(50.0%). The common disease of acute and chronic disease was musculoskeletal system disease. 66.8% of respondents went to hospital and local clinic when they got sick. The most needed health care service was home visiting service among public health center, representing 31.4%.

The respondent's self-care ability and self-efficacy were relatively superiority. A total of 92 elderly were conducted the intelligence test for the rate of dementia and their average age was 74.3. The result of Minimal State Scale indicated that 25% of respondents were suspected to be dementia.

The followings are recommendations based on the survey result.

1) Considering every conditions of self-care ability and health status for elderly. It is important to embody appropriate health care service.

2) Considering concrete method, it is necessary to establish health service, which match health status and self-care ability, and various planning for special facilities for the elderly.

3) It is desirable to make actual programs for the elderly in each community level.

4) It must be develop the better use of volunteers and programs for prevention of dementia.

Finally, Concerning the organization of public health center, community health center need to be reorganized for health service for the elderly. It is important to develop and operate health promotion for the elderly, and it is necessary to form the foundation for the support of facilities equipments. This contribute to promote health status for the rural elderly.