

보건복지 통합사업을 위한 보건복지욕구 분석*

소애영**·홍명선***

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

보건복지 통합이나 연계는 세계적인 추세로 세계보건기구는 "보건의료와 복지의 연계보고서(Linking health and Social services)"를 1977년 발간한 바 있고 영국의 경우 "국민 보건서비스 및 커뮤니케이션법(National Health Service and Community Care Act)"이 제정된 이후 보건과 복지인력간의 협동 연계를 강조해오고 있다. 일본의 경우 매년 "보건 의료 복지의 통합 연감"을 발간해오고 있으며 시,정,촌을 중심으로 통합사업을 전개하고 있다.(Korean Health and Social Society, 2000)

우리나라의 경우 1995년에 5개 지역에서 보건복지 사무소가 문을 열어 통합사업을 전개하여 왔으며 1999년부터 공공근로사업의 일환으로 간호사와 사회복지사가 한 팀이 되어 방문간호사업을 시작한 바 있다(MOH, 2000) 지역주민들은 보건복지 서비스가 동시에 제공되는 것을 선호하고 있으며 지역사회에 노인, 장애인등의 보건복지 서비스 수요가 급격히 늘어날 것으로 예상되므로 통합적인 서비스 제공을 위한 시스템 구축이 불가피 하다. 이는 일선 사업 단위에서부터

검토되어야 하는데 무엇보다 보건복지수요에 대해 과학적이고 효율적으로 대응하기 위해 정기적으로 대상 주민의 보건 복지요구에 대한 통합적인 조사 작업이 선행되어야 한다.

W시에서는 1996부터 5년마다 주기적으로 보건복지욕구조사가 2회 이루어졌으나(Song, Kim and Back, 1996; Song and Kim, 2001) 보건영역 조사가 극히 일부 제한적으로 이루어져왔다. 따라서 추후 보건복지통합사업 전개를 위해 민관 공동의 보건복지 통합 모델 설정을 위해 W시 사회복지협의체의 기획사업으로 기존 욕구 조사에서 제한적으로 이루어진 보건영역을 강화하여 시도되었다.

본 연구 목적은 W시 주민의 보건·복지통합사업을 위한 기초자료를 수집하여 추후 추진하게 될 보건복지 통합 모델 개발을 위한 준비 작업으로 시도되었으며 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 조사 대상의 전반적인 보건영역에 대한 욕구를 파악한다.
- 2) 상병자의 일반적 특성 및 상병상태를 파악한다.
- 3) 상병자의 가족기능을 파악한다.

II. 연구 방법

* 본 연구는 2002년 W시 사회복지협의체 지원사업 일환으로 이루어진 연구의 일부임
** 원주대 간호과 교수(교신저자 E-mail: aeyoung@sky.wonju.ac.kr)
*** 가천길대학 보건행정과

1. 연구 대상 및 기간

2002년 w시 통계연보 거주 인구 275,217명의 0.25%(700명)와 기초생활보호 수급자 7148명의 4.2%(300명)로 총 1,000명을 대상으로 설문 조사하였다. 26개 전체 읍면 단위별 인구 추출은 해당읍면 거주 인구를 동일 비율로 각각 층화 추출하였으며, 대상자 선정에서 기초생활수급자를 300명으로 선택의 폭을 넓힌 이유는 이들이 보건복지서비스의 우선 대상이 되며 보건 및 복지에 대한 욕구가 높기 때문이다. 자료 수집은 가정방문을 통한 면담으로 이루어졌으며 조사원으로 사회복지학과 및 간호학과 학생 15명을 사전훈련 하였으며 조사자 훈련은 본 연구자와 사회복지협의 회 간사가 담당하였다. 조사기간은 2002년 4월 16일부터 5월 15일까지 실시되었다. 조사 대상자에게는 연구목적과 연구결과에 대해 개인관련 내용은 공개하지 않음을 설명하고 동의한 사람들을 대상으로 하였다.

2. 연구도구

본 연구도구는 보건사회연구원의 1998년 전국 노인 생활실태조사 및 사회복지욕구조사(Chung, Cho, Ou, Ha and Moon, 1988)에서 사용한 도구와 2000년 송파구, 천안시, 원주시 등에서 지역사회 보건 사업 전개를 위해 개발한 도구(Kim et al, 2000)를 본 연구목적에 맞게 수정 후 10명의 대상자에게 사전 조사 후 재 수정하여 사용하였다. 설문지 구성은 일반적 특성 3문항, 건강관련 사항 10문항, 지지자원 요구 12문항, 상병 상태 15문항 신체기능 5문항, ADL 및 IADL 15문항, 가족기능 8문항으로 총 68문항으로 구성되었다. 본 도구의 신뢰도는 사용 적도가 명목적으로 이루어져 측정할 필요가 없었다. 타당도 확인을 위해 사회복지학과 교수 2인, 방문간호사 1인, 사회복지사 1인, 간호학 교수 1인의 내용 검토를 거친 후 최종 수정하였다.

3. 자료 분석

본 연구의 자료분석은 SPSS-WIN 프로그램을 이용하여 빈도와 백분율, 상관관계 분석을 하였으며,

T-test를 통한 그룹간의 차이를 검정하였다.

III. 연구 결과

1. 보건영역 욕구

대상자의 일반적 특성은 54%가 여자이며 기혼 63.5%, 이혼 및 사별 20%, 미혼 14%로 나타났다. 교육수준은 무학이 13%이며 고졸이 33%로 가장 많았다.

1) 의료비 지출 부담 및 주관적 건강상태

지난 1년간 의료비를 지출한 820가구의 경우 과반수가 넘는 60.4%가 의료비 지출에 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 노인의 경우는 68.2%가 의료비 지출에 부담을 느끼는 것으로 나타나 조사 지역 전체 대상과 비교 시 노인이 지각하는 의료비 지출 부담이 상대적으로 크다는 것을 알 수 있다.

상병시 보건소(보건지소, 진료소 포함) 이용률은 노인이 17.5%로 전체 대상 6.5%보다 높게 나타났다.

<표 1> 의료비 지출 부담 및 주관적 건강상태

구분	전체 대상*		노인대상**	
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)
의료비 매우 부담	160(19.5)	32(29.1)		
지출부담 조금 부담	335(40.9)	43(39.1)		
건강인지 나쁜 편	219(22.0)	96(47.3)		
매우 나쁜편	67(6.7)	29(14.4)		
공공보건의료기관이용	64(6.5)	35(17.5)		

* 지난 1년간 의료비 지출이 있었던 820명 대상

** 조사지역의 199명의 노인 중 기초생활보호대상자를 제외한 1년간 의료비 지출이 있었던 110명(전체 노인의 55.3%)의 노인 대상

2) 건강상태, 연령, 소득간의 관계

건강상태 인지(점수가 높을수록 건강상태를 나쁘게 인지)와 연령, 소득과의 상관관계를 분석한 결과는 <표 2>에 제시된 바와 같이 연령은 건강과 양의 상관관계가 있는 것으로 나타나 연령이 증가할수록 자신의 건강상태를 나쁘게 인지하고 있음을 알 수 있다. 이는 또

<표 2> 건강상태, 연령, 소득과의 상관관계

구분	연령	소득
건강상태	r = 0.391*	r = -0.456*

* 유의수준: 0.01 r=spearman's rho
건강상태는 점수가 낮을 수록 좋음

한 소득의 경우는 음의 상관관계가 있어 소득이 적을 수록 자신의 건강상태에 대해 나쁘게 인지하고 있는 것으로 나타났다.

3) 의료기관 이용 시 불편 사항

대기시간이 긴 것에 대한 불만이 42.5%로 가장 많았으며 차 순위로 의료비 부담 28.4%, 의료인들의 건강관리에 대한 설명 부족 21.2%, 교통불편 18.9%로 나타났다.

노인들의 경우는 교통불편 35.0%, 거동 불편으로 인한 이용 상의 어려움 30.0%, 대기시간 25.0%, 의료비 부담 24.1%의 순으로 나타났다.

<표 3> 의료기관 이용시 불편(불만)사항 빈도(%)

구분	빈도(%)	
	전체 대상	노인 대상
의료비 부담	284(28.4)	49(24.1)
거동불편으로 인한 이용 어려움	111(11.1)	61(30.0)
의료기관이 멀리 떨어져 있음	127(12.7)	43(21.2)
교통불편	189(18.9)	71(35.0)
의료기관 종사자들의 불친절	130(13.0)	13(6.4)
대기시간	425(42.5)	52(25.0)
의료인들의 건강관리에 대한 설명 부족	212(21.2)	20(9.9)
기타	65(6.5)	23(11.3)

다중 응답임

4) 지지자원

지지자원에 대한 인지도가 가장 높은 것은 방문(가정)간호로 대상자의 44%가 알고 있었으며 가정봉사원 37.2%, 주간보호 18.2%, 단기보호 12.4%의 순으로 나타났다.

노인의 경우지지 자원에 대한 인지도 순위는 가정봉사원 서비스가 31.7%로 가장 높은 것으로 나타났다.

이용 경험의 경우 상당히 저조하여 가정봉사원 서비스의 경우 전체 대상자의 4.6%가 이용경험이 있으며 방문(가정)간호의 경우도 4.2%로 저조하였다. 주간보

<표 4> 지지 자원

구분	전체 대상			조사지역 노인		
	인	지	추후요구	인	지	추후요구
가정봉사원	362(37.2)	45(4.6)	435(45.6)	63(31.7)	21(10.6)	88(44.9)
방문·가정간호	429(44.1)	41(4.2)	539(56.0)	58(29.0)	17(8.5)	110(55.8)
주간보호	176(18.2)	13(1.3)	376(39.1)	10(5.0)	3(1.5)	71(35.5)
단기보호	120(12.4)	12(1.2)	367(38.1)	7(3.5)	1(0.5)	74(37.2)

다중 응답

호와 단기보호의 이용 경험은 1%정도로 극히 저조한 것으로 나타났다.

노인의 경우는 가정 봉사원 이용 경험이 10.6%로 다른 지지자원의 이용도 중에서 가장 높은 것으로 나타났다.

2. 상병 상태

1) 상병자의 일반적 특성

여자가 52.4%로 남자보다 많았으며 연령별 분포는 65세 이상이 상병자의 57.4%를 차지하며 75세 이상 노인의 경우가 21.1%로 가장 많았다. 상병자의 평균 연령은 63세로 나타났으며 최 빈도 연령이 65세로 W 지역 상병자들이 고령화되어 있음을 알 수 있다. 무응답을 제외한 903가구 중 노인이 있는 경우가 343가구(38%)로 나타났으며 노인 상병률은 70.8%임을 알 수 있었다.

<표 5> 상병자의 일반적 특성

구분	빈도(%)	
성별	남	205(47.6)
	여	228(52.4)
연령	65세 미만	180(42.6)
	65-69	81(19.1)
	70-74	73(17.3)
	75세 이상	89(21.1)
평균: 62.9세		최빈도 연령: 65세
기초수급자	181(41.9)	

무응답 제외

2) 현재의 상병 상태

(1) 질환별 유병률

조사대상 1000가구 중 상병이 있는 경우가 593가구로 상병 가구율은 59.3%로 나타났다. 질환별 유병률의 경우는 <표 6>에 제시된 바와 같이 관절염이 36.6%로 가장 높았으며 고혈압 23.8%, 요통

<표 6> 질환별 유병률

질환	근골격 질환				사회기 질환		내분비 대사성		순환기질환			호흡기 질환		눈,귀 질환		신장질환	사고 후유증	정신질환	빈혈	기타		
	관절염	요통	당뇨	디스크	위염·위궤양	간질환	당뇨	갑상선 질환	고혈압	중풍·뇌혈관 질환	협심증·심근경색증	결핵	만성기관지염	천식	백내장						만성중이염	
전체대상	37	61.8	17.9	16.7	32.5	8.4	6.0	3.3	3.3	0.5	1.4	4.1	1.9	4.1	3.7	3.3	0.5	1.4	4.1	1.9		
노인	4.1	56.9	27.9	12.0	18.7	2.1	21.2	0.8	34.9	6.6	6.2	0.8	2.5	7.5	7.9	0.4	2.9	2.9	1.2	1.2	6.3	3.7
유병률 %	7.6	59.6	36.7	13.2	17.6	5.5	15.4	1.1	38.5	5.5	8.8	1.1	4.4	11.0	13.2	-	3.3	5.5	-	1.1	6.6	5.4
성별 차이		**	**					*									*		**			

*<0.05 **<0.01 ***<0.001 /성별차이에 제시된 성은 해당 질환이 많은 성임
 상병자 593명을 대상, 다중응답임

17.4%, 당뇨병 15.7%, 위장질환 14.3%의 순으로 나타났다. 상병자의 61.8%가 근골격계 질환에 이환되어 있으며 순환기계 질환이 32.5%, 사회기 질환이 17.9%로 만성질환으로 보유하고 있음을 알 수 있다.

질환별 남녀 유의한 차이를 보이는 질환은 5개 질환

(관절염, 요통, 중풍 및 뇌혈관 질환, 사고후유증, 빈혈)으로 나타났으며 <표 6>에 나타난 바와 같이 남자에게 빈도가 높게 나타난 질환은 뇌혈관 질환, 사고후유증이다.

여자에게 유병 빈도가 높은 질환은 관절염, 요통,

<표 7> 상병 수 분포

구분	상병 수								평균 상병 수	
	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개	8개	남	여
전체대상	154 (36.9)	120 (28.8)	70 (16.8)	44 (10.6)	15 (3.6)	9 (2.2)	2 (0.5)	3 (0.7)	2.31	T값: -2.697 p값: 0.007
노인	66 (29.3)	68 (30.2)	40 (17.8)	35 (15.6)	9 (4.0)	3 (1.3)	2 (0.9)	2 (0.9)	2.47	T값: -2.660 p값: 0.008
기초생활수급자	58 (33.7)	44 (25.6)	32 (18.6)	21 (12.2)	11 (6.4)	4 (2.3)	-	2 (1.1)	2.45	T값: -1.675 p값: 0.09
기초생활수급노인	26 (28.6)	20 (22.0)	19 (20.9)	17 (18.7)	6 (6.6)	2 (2.2)	-	1 (1.1)	2.65 일반 노인: 2.38	T값: -1.589 p값: 0.115

빈혈로 나타났다.

상병이 있는 노인 243명을 대상으로 한 질환별 유병률은 관절염이 56.9%로 상병노인의 과반수 이상이 관절염이 있음을 알 수 있다. 차 순위로 고혈압 34.9%, 요통 27.9%로 나타났다. 본 조사지역의 질환별 유병률은 15개 질환(암, 관절염, 요통, 디스크, 위염, 당뇨병, 고혈압, 중풍·뇌혈관 질환, 심근 경색증, 만성 기관지염, 천식, 백내장, 치매, 빈혈)에서 노인의 경우가 유병률이 높음을 알 수 있다.

기초생활보호대상 노인의 경우 관절염 유병률이 59.6%로 가장 높고 차 순위로 고혈압 38.5%, 요통 36.7%, 위염 17.6%, 당뇨병 15.4%의 순으로 나타나 전체 상병대상과 유사한 순위를 보이고 있으나 대체로 상병률이 노인, 상병자 전체 대상 보다 높음을 알 수 있다.

(2) 상병 수 분포

상병자들이 갖고 있는 질환 수는 평균 2.31개(노인 2.47개, 기초생활수급권자 2.45개, 기초생활수급 노인 2.65개)이며 상병수의 범위는 최소 1개에서 최대 8개로 나타났다. 2개 이상 중복 질환을 갖고 있는 상병자의 비율이 63.1%(노인 70.7%, 기초생활수급자 66.3%, 기초생활수급 노인 71.4%)로 나타났다.

성별 상병 수는 유의한 차이를 보여 여자(2.47개)인 경우가 남자(2.09개)보다 높게 나타났다.

(3) 질환별 치료 상황

대상자의 상병에 대해 현재 치료중인 경우는 평균 60.2%로 나타났으며 치료를 중단한 경우가 30.6%이며 9.2%는 처음부터 치료하지 않고 있음을 알 수 있다. 현재 상병자의 30% 이상이 치료를 중단한 질환은 암, 관절염, 디스크, 위염, 뇌혈관 질환, 천식, 만성중이염, 사고후유증, 치매, 정신질환으로 나타났다. 이상의 질환 등은 장기간의 관리와 지지가 요구되는 질환들로 이들 질환들에 대한 관리 프로그램들이 개발될 필요가 있다.

(4) 질환별 일상생활 지장정도

질환별 일상생활 지장정도는 <표 9>에 나타난 바와 같다. 상병자의 31.5%가 현재 갖고 있는 질환으로 일상생활을 하는데 있어서 많은 지장을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 정도의 차이는 있으나 현재의 질환으로 대상자의 76%가 일상생활에서 지장을 경험하고 있음을 알 수 있다.

질환별로는 치매의 경우 100% 지장이 있으며 차 순위로 정신질환 75%, 중풍 66%, 디스크 63%, 사고후유증 56%, 당뇨병 45%, 관절염 43%, 암 41%의 순으로 나타났다.

(5) 신체기능상태

상병자의 신체기능 상태는 다음 <표 10>과 같다.

신체 기능상태가 아주 나쁜 경우는 하지 기능 10.1%로 나타났으며 차 순위로 치아, 상지, 시각, 청각 기능 순으로 나타났다. 노인의 경우도 유사한 순위

<표 8> 질환별 치료 상황

단위: %

치료 상황	근골격 질환		소화기 질환		내분비 대사성		순환기 질환		호흡기 질환		눈, 귀 질환		평균 비율										
	암	관절염	위염·위궤양	간 질환	당뇨병	갑상선 질환	고혈압	중풍·뇌혈관 질환	협심증·심근경색증	만성 기관지염	천식	백내장		만성중이염									
치료중	64	61	59	50	59	70	90	83	74	58	79	50	64	39	28	50	78	47	33	50	57	82	60.2
치료했으나 중단	36	30	29	41	36	20	8	17	17	42	16	50	27	35	24	50	11	47	67	33	17	18	30.6
처음부터 치료않음	-	9	12	9	6	10	2	-	9	-	5	-	9	26	48	-	11	6	-	12	26	-	9.2

<표 9> 질환별 일상생활 지장정도

단위: %

일상 생활 지장 정도	근골격 질환		소화기질환		내분비 대사성		순환기 질환		호흡기 질환		눈,귀질환		신장 질환	사고 후유증	치매	정신 질환	빈혈	기타	평균 비율				
	임	관절염	요통	디스크	위염·위궤양	간 질환	당뇨병	갑상선 질환	고혈압	중풍·뇌혈관 질환	협심증·심근경색	결핵								민성기관지염	천식	백내장	민감증·이염
많은 지장	41	43	33	63	22	37	45	33	22	66	53	16	18	11	28	17	39	56	100	75	32	70	31.5
약간 지장	36	51	64	35	56	47	37	34	51	33	37	34	46	58	24	83	56	39	-	25	59	30	44.5
별로 지장 없음	18	6	3	2	20	16	17	33	24	-	10	34	36	31	48	-	5	5	-	-	9	-	18.6
전혀 지장 없음	5	-	-	-	2	-	1	-	3	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.4

<표 10> 신체기능상태

단위: 명(%)

구분	아주 나쁨			나쁜 편			보통		좋은 편	
	전체 대상	노인	기초수급 노인	전체 대상	노인	기초수급 노인	전체 대상	노인	전체 대상	노인
시각	17(3.5)	(3.8)	(4.3)	183(37.7)	(48.3)	(60.2)	200(41.2)	(37.7)	86(17.7)	(10.2)
청각	8(1.7)	(1.3)	(1.1)	91(18.8)	(29.2)	(34.4)	208(43.1)	(45.8)	176(36.4)	(23.7)
치아	29(5.9)	(7.6)	(2.2)	225(45.8)	(55.5)	(72.0)	167(34.0)	(26.9)	70(14.3)	(10.1)
상지	26(5.2)	(3.3)	(3.2)	155(31.3)	(45.6)	(56.5)	205(41.3)	(38.5)	110(22.2)	(12.6)
하지	50(10.1)	(8.9)	(9.7)	194(39.3)	(53.6)	(59.1)	161(32.8)	(28.1)	89(18.0)	(9.4)

무응답 제외

를 보이고 있음을 알 수 있다. 기능상태가 나쁜 순위로 보면 치아기능, 하지 기능, 시각, 상지, 청각으로 나타났다. 상병자 전체와 비교 시 모든 기능상태가 나쁜 것으로 나타났다.

기초수급노인의 경우는 영역별 신체기능 상태에서 아주 나쁘거나 나쁘다고 응답한 비율이 치아 74.2%(전체 대상 51.7, 노인 63.1%), 하지 68.8%(전체

대상 49.4%, 노인 62.5%), 시각 64.5%(전체 대상 41.2%, 노인 52.1%), 상지 59.7%(전체 대상 36.5%, 노인 48.9%), 청각 35.5%(전체 대상 20.5%, 노인 30.5%)로 높게 나타나 전체 상병자 대상이나 노인보다 신체기능 상태의 모든 영역에서 기능상태가 좋지 않음을 알 수 있다.

<표 11> 전체 대상자의 IADL(수단적 일상생활) 상태

단위: 빈도(%)

구분	영역	IADL(수단적 일상 생활)		전적으로 의존	해당하지 않음
		혼자서 할 수 있음	도움 받아 할 수 있음		
IADL (수단적 일상 생활)	식사준비	395(72.4)	43(7.9)	33(6.1)	74(13.6)
	일상적 가사일	387(70.6)	54(9.9)	32(5.8)	75(13.7)
	돈 관리	417(76.4)	29(5.3)	29(5.3)	71(13.0)
	투약관리	448(81.9)	21(3.8)	21(3.8)	57(10.4)
	전화사용	471(85.9)	15(2.7)	13(2.4)	49(8.9)
	물건사기	434(79.2)	39(7.1)	21(3.8)	54(9.9)
	교통수단 이용	425(77.7)	53(9.7)	21(3.8)	48(8.8)

(6) IADL(수단적 일상생활) / ADL(일상생활)

상태

① IADL(수단적 일상생활) 상태

도움이 가장 많이 필요한 영역은 일상적 가사일로 대상자의 15.7%가 도움이 필요하다고 응답하였다. 차 순위로 식사준비 14%, 교통수단 이용 13.6%, 물건사기 10.9%로 나타났으며 대상자의 10.6%는 돈 관리 시 도움이 필요하며 투약관리는 7.6%로 가장 의존도가 낮음을 알 수 있다<표 11>.

특히 노인의 경우 <표 12>에서 보는 바와 같이 전적으로 의존해야 하는 경우는 식사준비가 9.9%로 가

장 많고 차순위로 일상적 가사일 9.5%로 나타났다. 계가 노인 복지를 위해 지역사회 상병노인의 경우 외부 도움이 필요한 경우는 교통수단 이용이 21.5%로 가장 높고 차 순위로 도움이 필요한 것은 일상적 가사일 20.6%, 식사준비 20.2%로 이상의 항목들은 상병노인의 20%이상에서 외부 도움이 요구되는 분야이다.

② ADL(일상생활) 상태

개인이 매일의 일상생활에서 반드시 경험하는 기능 중 가장 도움이 필요한 영역은 목욕으로 대상자의 13.9%로 나타났으며 가장 도움이 필요하지 않은 영역은 먹기로 스스로 먹을 수 없는 경우가 3%로 나타났다.

<표 12> 노인의 IADL(수단적 일상생활) 상태

단위: (%)

구분	영역	혼자서 할 수 있음	도움 받아 할 수 있음	전적으로 의존		해당하지 않음
		조사지역노인	조사지역노인	조사지역노인	우리나라전체 노인 *	조사지역노인
IADL (수단적 일상 생활)	식사준비	70.0	10.3	9.9		9.9
	일상적 가사일	69.5	11.1	9.5	2.1	9.9
	돈관리	78.2	7.4	7.8		6.6
	투약관리	88.8	2.9	5.8		2.5
	전화사용	92.6	3.7	3.3	1.5	0.4
	물건사기	80.2	11.1	6.2	2.5	2.5
	교통수단 이용	78.5	14.5	7.0	4.8	-

*보건사회연구원, 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사

<표 13> 전체 대상의 ADL(일상생활) 상태

단위: 빈도(%)

구분	영역	혼자 할 수 있음	도움 받아 할수있음	전적으로 의존	
		빈도(%)	빈도(%)	조사지역노인	우리나라전체 노인 *
ADL (일상생활)	침상에서 움직임	467(94.5)	18(3.6)		9(1.9)
	이동(눕거나 앉았다 일어나기)	470(94.8)	18(3.6)		8(1.6)
	집에서의 이동	474(95.6)	14(2.8)		8(1.6)
	옷 입기	474(95.6)	12(2.4)		10(2.0)
	식사하기	482(97.0)	8(1.6)		7(1.4)
	화장실 이용	475(95.7)	13(2.7)		8(1.6)
	개인 위생	476(95.7)	13(2.7)		8(1.6)
목욕	428(86.1)	51(10.3)		18(3.6)	

<표 14> 노인의 ADL(일상생활) 상태

단위: 빈도(%)

구분	영역	혼자 할 수 있음	도움 받아 할 수 있음	전적으로 의존	
				조사지역노인	우리나라전체 노인 *
ADL (일상생활)	침상에서 움직임	90.2	4.9	2.5	
	이동(눕거나 앉았다 일어나기)	93.8	4.5	1.7	0.5
	집에서의 이동	94.6	3.3	2.1	
	옷 입기	93.8	3.3	2.9	0.4
	식사하기	96.7	1.6	1.6	0.2
	화장실 이용	94.6	3.3	1.7	0.6
	개인 위생	94.2	3.7	2.1	
목욕	79.4	14.8	5.8	1.0	

*정경희외, 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원

노인의 경우 ADL(일상생활) 기능은 전적으로 의존해야 하는 비율이 전국 자료보다 높는데 이는 본 연구에서는 상병자를 중심으로 한정했기 때문으로 판단된다.

영역별로 보면 도움이 필요한 경우가 목욕 20.6%로 가장 많고 식사하기에 대한 의존도가 3.2%로 가장 낮음을 알 수 있다.

3) 가족기능

(1) 간호제공자 유무

집에 간호를 제공할 사람이 있는가에 대한 조사에서는 <표 15>에 나타난 바와 같이 전체 대상의 35.4%, 기초수급노인의 경우 56.5%가 없다고 응답하였다.

(2) 수발 요구

수발 요구가 있는 경우가 전체의 61.2%로 나타났으며 수발 요구 분야로 병간호가 전체 상병자의 11.6%로 가장 높게 나타났으며 차 순위로 가사지원 6.4%, 의논 및 말상대 4.4%, 병원이용 및 외출시 동행 4.2%, 행정업무 대행 2.5%, 목욕서비스 2.4%, 대소변수발 1.2%로 나타났다.

수발요구는 노인의 경우는 전체 상병 대상과 다른 양상을 보여 가사지원에 대한 요구가 27.6%로 가장 많음을 알 수 있다. 차순위로 병원 이용 및 외출시 부축·동행 23.9%, 의논 및 말상대 22.6%, 병간호 18.5%로 나타났다.

기초생활 수급 노인의 경우 수발요구는 66.7%로 전체 상병자 보다 높게 나타났으며 가장 요구도가 높은 영역은 가사지원 32.3%로 나타났으며 차 순위로 의논 및 말상대 24.7%, 병원 이용 및 외출 시 부축 23.7%, 병간호 17.2%로 나타나 전체 상병자의 요구 순위와는 다른 양상을 보여주고 있다.

(3) 수발에 대한 가족이외의 도움

수발에 대해 가족이외에 도움을 받고 있는 가에 대한 조사 결과는 <표 17>에 나타난 바와 같이 대상자의 3.9%(노인 5.2%, 기초생활수급노인 12.6%, 기초생활수급자 10.0%)가 도움을 받고 있었으며 28.4%(노인 26%, 기초생활수급노인 39.2%, 기초생활수급자 36.2%)가 도움을 받고 싶은 것으로 나타났다.

<표 15> 간호제공자 유무

구분	전체 대상	빈도(%)	
		노인 대상	기초생활수급 노인
있음	380(64.6)	181(66.5)	40(43.5)
없음	208(35.4)	81(33.5)	52(56.5)
총계	588(100.0)	242(100.0)	92(100.0)

무응답 제외

<표 16> 수발이 요구되는 분야

구분	필요함	빈도(%)			
		전체 대상		기초생활수급 노인	
수발요구	대상자	조사지역 전체	조사지역 노인	기초생활수급노인	우리나라 전체 노인*
		328(61.2)		62(66.7)	
수발요구 분야	병간호	69(11.6)	45(18.5)	16(17.2)	(24.1)
	가사지원	38(6.4)	67(27.6)	30(32.3)	(41.3)
	의논, 말상대	26(4.4)	55(22.6)	23(24.7)	(5.8)
	대소변 수발	7(1.2)	10(4.1)	4(4.3)	(12.0)
	행정업무대행(동사무소 등)	15(2.5)	33(13.6)	11(11.8)	(2.5)
	병원 이용 및 외출시 부축, 동행	25(4.2)	58(23.9)	22(23.7)	(11.3)
	목욕 서비스	14(2.4)	26(10.7)	11(11.8)	(12.0)
	기타	1(0.2)	1(0.4)	1(1.1)	(0.5)

다중 응답

* 정경희외, 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원

<표 17> 수발에 대한 가족이외의 도움

구분	빈도(%)			
	조사지역 전체	조사지역 노인	기초생활수급 노인	기초생활 수급자
도움 받고 있음	19(3.9)	12(5.2)	11(12.6)	17(10.0)
받고 싶음	138(28.4)	60(26.0)	34(39.2)	52(36.5)
필요 없음	324(66.7)	158(68.4)	41(47.1)	88(51.8)
기타	5(1.0)	1(0.4)	1(1.1)	3(1.7)
총계	486(100.0)	231(100.0)	87(100.0)	170(100.0)

무응답 제외

<표 18> 주 수발자(가족구성원)의 경제활동

구분	빈도(%)				
	전체 상병자	노인	기초생활 수급노인	기초생활 수급자	일반 상병자
	131(27.1)	51(22.5)	13(15.5)	28(17.0)	68(41.8)

무응답 제외

(4) 주수발자(가족구성원)의 경제활동

주수발자인 가족구성원이 현재 경제활동을 하고 있는가에 대한 조사 결과 <표 18>에 나타난 바와 같다.

전체 상병자의 27.1%가 경제활동에 종사하고 있으며 노인의 경우는 22.5%(기초생활수급노인 15.5%)가 수발을 하면서 경제활동을 하고 있음을 알 수 있다. 상병자중 기초생활수급자(17.0%)를 제외한 일반인의 경우는 41.8%가 수발자가 경제활동에 종사하고 있는 것으로 나타났다.

(5) 수발로 인한 주 수발자의 경제활동 영향

상병자에 대한 수발로 인해 수발자의 경제활동에 지

장을 받고 있는가에 대한 조사 결과는 <표 19>에 나타난 바와 같이 상병자 전체의 19.1%가 영향을 받고 있으며 7.5%(노인 3.5%, 기초생활수급 노인 4.8%, 기초생활수급자 7.8%)는 상병자 수발로 인해 경제활동이 완전히 중단 된 것으로 나타났다.

6) 이차 수발자 상태

수발자가 잠시 없을 경우 다른 사람이 수발기능을 할 수 있는 경우에 대한 조사 결과 <표 20>에 나타난 바와 같이 환자가 직접 할 수 있는 경우가 34.8%(노인 32.6%, 기초수급노인 27.9%)이며 이차 수발자가 없는 경우가 19.7%(노인 19.1%, 기초생활수급 노인

<표 19> 수발로 인한 주 수발자의 경제활동 영향

구분	빈도(%)			
	조사지역 전체	노인	기초생활수급 노인	기초생활수급자
영향 받지 않음	119(24.6)	60(26.4)	19(22.6)	32(19.3)
지장 받음	92(19.1)	32(14.1)	9(10.7)	27(16.3)
경제 활동 완전 중단	36(7.5)	8(3.5)	4(4.8)	13(7.8)
미해당	235(48.8)	127(55.9)	52(61.9)	94(56.6)
총계	482(100.0)	227(100.0)	84(100.0)	166(100.0)

무응답 제외

<표 20> 이차 수발자 상태

구분	빈도(%)			
	조사지역전체	노인	기초생활 수급 노인	기초생활 수급자
대상자(환자)가 직접 할 수 있다.	168(34.8)	75(32.6)	24(27.9)	57(33.9)
이차 수발자 있다.	38(7.9)	17(7.4)	3(3.5)	9(4.8)
이차 수발자 없다.	95(19.7)	44(19.1)	21(24.4)	40(23.8)
미해당	182(37.6)	94(40.9)	38(44.2)	63(37.5)
총계	482(100.0)	230(100.0)	86(100.0)	168(100.0)

<표 21> 이차 수발자 요청의 용이성 무응답 제외

구분	빈도(%)				
	대상전체	노인	기초생활수급노인	기초생활수급자	일반 상병자
매우 쉬움	20(4.2)	10(4.4)	1(1.2)	1(0.6)	12(5.1)
쉬운 편임	61(12.7)	28(12.2)	7(8.1)	15(8.9)	42(17.9)
그저 그렇다	122(25.4)	56(24.5)	16(18.6)	40(23.7)	68(29.1)
어려운 편임	94(19.5)	43(18.8)	25(29.1)	48(28.4)	24(10.3)
매우 어려움	29(6.0)	14(6.1)	7(8.1)	12(7.1)	11(4.7)
미해당	155(32.2)	78(34.1)	30(34.9)	53(31.4)	77(32.9)
총계	481(100.0)	229(100.0)	86(100.0)	169(100.0)	234(100.0)

24.4%)로 나타났다.

7) 이차 수발자 요청의 용이성

<표 21>에 나타난 바와 같이 25.5%(노인24.9%, 기초생활수급노인 37.2%, 기초생활수급자 35.5%, 일반 상병자 15.0%)가 타인에게 도움 요청이 어렵다고 응답하였다.

IV. 논 의

지방자치단체의 특성에 맞는 보건복지서비스를 제공하기 위해서는 무엇보다 지역사회 주민의 보건 복지요구에 대한 통합적인 욕구 조사가 선행되어야 한다. 본 W시의 보건복지 통합사업 모델개발의 기초자료 제공을 위해 보건부문의 조사된 내용에 대한 논의는 다음과 같다.

본 조사에서는 대상자 전체를 분석하는 이외에 보건복지 통합사업 전개 시 주 사업 대상이 되는 취약계층의 분석이 요구되므로 노인, 기초생활수급대상자를 구분하여 분석하였다.

보건영역의 경우 의료비는 노인의 경우는 29.1%로 부담을 느끼는 것으로 나타나 우리나라 전체 노인 대상 연구 결과(Chung et al., 1998) 18.4%로 나타난 것과 비교 해볼 때 W시 지역 노인들이 의료비 지출에 상당히 부담을 느끼고 있음을 알 수 있다. 이는 조사대상자의 기초생활보장수급자(이하 기초수급자) 비율이 높은 것이 일부 원인으로 작용한 것이라고 판단된다.

상병 시 보건소등의 공공보건의료기관 이용은 6.5%로 저조한 것으로 나타났으며 노인의 경우 17.5%로 우리나라 전체노인의 보건소 이용률 8.4%(Chung et

al., 2005)보다 높은 것으로 나타나 연령이 증가 할수록 보건(지)소/ 보건진료소 이용률이 높아지는 것을 알 수 있다. 따라서 노인대상의 보건사업 전개 시 보건소 중심의 프로그램 강화는 이용 접근도를 높일 수 있는 하나의 방안이 된 다고 판단된다.

자신의 건강상태를 나쁘다고 인식한 비율도 노인의 경우 61.7%로 일반 주민의 2배 이상으로 높음을 알 수 있으며 우리나라 전체 노인의 59.8%(Chung et al., 1998)보다 다소 높게 나타났다. 이는 기존연구에서도 노인들의 과반수 이상이 자신의 건강상태를 나쁘게 인식하고 있는 것과 유사함을 알 수 있다(Chung et al., 1998; Lee,1996; Lee, Lee et al., 1994; So and Chang, 2000; So and Paek, 2000; So and Kim, 2000; Lee, Nari, Kim, Lee, Kang, Kim, 2004). 자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가 결과는 객관적인 질병유무 또는 일상생활 수행의 어려움과는 별도로 자신의 건강을 어떻게 인지하고 있는가를 나타내는 지표로서 중요한 의의가 있으며 지각된 건강상태가 질환 이환과 건강행위 실천에 영향을 준다(Puyn and Kim,1995)고 보고되고 있다.

건강상태와 연령, 소득간의 관계는 상관성이 있어 연령이 증가할수록 건강상태를 나쁘게 인지하고 있었으며 이는 2004년 전국노인대상의 조사와 동일한 결과로 나타났다(Chung et al., 2005). 또한 소득이 낮을수록 주관적인 불건강 인지가 높은 것으로 나타났는데 이는 타 연구에서도 동일한 결과를 보이고 있다(Ministry of Health and Welfare,2003). 이는 건강의 결정요인인 연령, 소득등의 사회적 조건에 대한 고려없이 특정 질환, 특정 행동요인 중심의 보건사업으로는 건강 형평성에 도달할 수 없음(Kim, 2004, Marmot and Wilanson, 1999)을 보여준다고 하겠다.

조사지역 노인 상병률은 70.8%임을 알 수 있었는데 이는 우리나라 전체 노인의 상병률 86.7%(Chung et al., 1998)보다 낮음을 알 수 있다.

의료기관 이용 시 불편사항으로 노인의 경우는 65% 이상이 교통 및 거동 불편으로 나타나 노인대상의 보건사업 운영 시에는 접근도를 높일 수 있는 방안이 우선적으로 고려되어야 한다고 판단되며 보건소의 경우 만성질환자 관리사업의 경우 진료중심의 앉아서 기다리는 방식(sit and wait approach)에서 방문 사업 위주의 접근방식(reach out approach)을 택하는 것이 대상자 참여를 이끌어 낼 수 있는 전략이라고 판단된다.

지지자원에 대한 내용은 방문·가정간호가 대상자들이 가장 많이 알고 있는 제가서비스 유형이며 추후요구도 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 W시의 경우 우리나라에서 가정간호사업이 가장 먼저 실시된 곳여서 인지도가 높은 것으로 판단되며 높은 요구도에 비해 현재 병원중심 가정간호사업과 보건소의 방문간호사업간의 연계체계가 이루어지지 않은 상황이므로 지역주민의 요구에 부응하기 위한 연계체계 확립이 요구된다.

상병상태의 경우 상병자의 평균 연령은 63세로 노령화 되어있음을 알 수 있다. 가장 유병률이 높은 만성질환은 관절염이 36.6%, 고혈압 23.3%로 나타났다. 특히 노인의 경우는 관절염 유병률이 56.9%로 가장 높고 차순위로 고혈압 34.9%로 나타나 우리나라 전체 노인의 관절염 유병률 43.1%보다 높고 고혈압 유병률 40.8%(Chung et al., 2005) 보다는 낮음을 알 수 있다. 성별에 따라 질병발생에 차이를 보여 여자의 경우 남자에 비해 관절염, 요통등의 유병률이 높고 남자의 경우는 뇌혈관 질환, 사고후유증이 높음을 알 수 있다.

상병수 분포를 보면 기초생활보장수급노인(이하 기초수급노인)이 2.65개, 노인 2.47개, 기초수급자 2.45개. 전체 대상자 2.31개로 나타났으며 노인의 경우 중복질환 상병자의 비율이 70.7%로 특히 연령이 많고 경제적 여건이 어려운 계층의 경우 상병으로 고통을 받고 있음을 알 수 있다. 빈곤이 여러 측면의 불건강이 초래되는 데에 직접적인 원인이 된다는 것은 여러사회, 여러 집단에서 경험적으로 명확히 밝혀져 있다(Kim, 2000). 따라서 이런 취약계층에 대해서는 공

공보건의료체계를 통한 접근강화가 필요한데 한 예로 방문보건사업의 확대는 이들의 지리적 접근성과 경제적 접근성을 높이는데 크게 기여할 수 있다.

성별 상병수는 유의한 차이가 있어 여자의 경우 2.47개로 남자 2.09개보다 많은 것으로 나타났다. 상병수가 가장 높은 계층은 기초수급 여자 노인으로 2.82개로 나타났다. 여성의 상병수가 높은 것은 여성들이 남성들에 비해 수명이 길지만, 노년기에 질병을 가지고 있을 확률이 더 높아 보건의료적 욕구가 더 클 수 있음을 의미한다(Chang and Park, 2002)

질환별 치료 상황은 대상자의 1/3이 만성질환에 대한 관리가 소홀히 이루어지고 있는 것으로 나타나 주요 만성질환에 대한 관리프로그램이 개발될 필요가 있다.

상병자의 신체기능상태를 보면 하지 기능이 10.1% 장애를 보이고 있으며 노인의 경우 가장 나쁜 경우는 치아 기능 63.1%로 나타났다. 특히 기초수급 노인의 경우는 치아 기능에 문제가 있는 경우가 74.2%로 다른 대상자보다 높으며 모든 신체 기능상태가 좋지 않음을 알 수 있다. 이는 빈곤과 장애와의 관련성이 나타난 결과(Park, 2000)와 일치한다. 전반적으로 기능상태가 나쁜 것으로 10명중 6명 노인은 치아 및 하지기능, 5명은 시각 및 상지기능, 3명은 청각 기능에 문제가 있는 것으로 나타났다.

IADL(수단적 일상생활) 상태는 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있는 기능을 판별하는 중요한 지표이다. 이는 일상생활에서 기본적인 것 외에 약간 복잡한 적응능력이 있거나 스스로 생활을 유지할 수 있는 기능을 나타내는 것으로 제가 노인 복지를 위해 지역사회 상병노인의 경우 외부 도움이 필요한 경우는 교통수단 이용이 21.5%로 가장 높아 의료기관 이용상의 접근도 강화를 위한 방문보건사업이 절실히 요구된다. ADL의 경우 전체 대상자와 노인 모두에게서 목욕 서비스에 대한 도움이 가장 필요한 것으로 나타났다. 특히 목욕 서비스의 경우 보건소에서 교통봉사자의 도움으로 월 1회 목욕시설에서 서비스를 받고 있고 거동 불능자의 경우 W시에서 활용 가능한 이동목욕 차량은 2대 밖에 없어 수요를 충족시키지 못하고 있는 실정이다.

ADL의 경우 침상에서 움직임을 전혀 할 수 없는 노인 상병자(와상)의 비율이 25%임을 알 수 있다.

이는 우리나라 노인의 외상 비율인 2.9%(Chung et al., 1998)보다 다소 낮음을 알 수 있다. 영역별로 보면 도움이 필요한 경우가 목욕이 20.6%로 가장 많고 식사하기에 대한 의존도가 3.2%로 가장 낮음을 알 수 있다. 이는 우리나라 전체 대상 노인의 경우 목욕 15.4%, 식사하기 3.9%로 나타난 것과 유사한 양상을 보임을 알 수 있다.(Chung et al., 1998)

가족기능에 대한 파악을 위해 간호제공자 유무, 수발요구, 수발자 경제활동, 수발자 요청의 용이성등을 파악하였으며 그 내용은 다음과 같다.

전체대상자의 35.4%가 상병 시 간호 제공자가 없다고 응답하였으며 기초수급 노인의 경우는 56.5%가 없다고 응답하여 상병상태로 인해 ADL이나 IADL 기능 유지를 위해 지역사회의 지지자원의 공급 체계 정비와 활용 우선순위가 마련되어야 한다고 본다.

수발요구는 일반인과 기초수급노인 모두 61% 이상으로 높은 것으로 나타났으나 요구 분야는 대상자별로 차이를 보여 전체 대상의 경우 병간호 요구가 가장 높고 노인의 경우는 가사지원에 대한 요구가 가장 높음을 알 수 있다. 수발에 대한 가족이외의 도움이 필요한 경우는 기초수급노인이 39.2%로 가장 높고 주 수발자가 다른 사람에게 도움을 요청하는 것이 용이한가에 대한 조사결과도 기초수급자 35.5%로 어려움을 겪고 있어서 기초수급노인의 경우에 지역사회 자원의 연계를 통한 수발자 지원사업이 타 계층보다 우선적으로 요구된다고 볼 수 있다.

이자 수발자가 없는 경우가 19.7%(노인 19.1%, 기초수급 노인 24.4%)로 나타나 이에 대한 대안적 조치가 지역사회에서 마련되어야 하며 특히 기초생활 수급노인의 경우 우선순위가 주어져야 한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 W시의 보건복지통합사업 모델설정을 위한 기초자료 제공을 위한 보건복지요구조사이다. 2002년 W시 거주 인구 275217명의 0.25%(700명)와 기초생활 수급자 7148명의 4.2%(300명)로 총 1,000명을 대상으로 설문 조사하였다. 26개 읍면 단위별 인구 추출은 해당지역 거주 인구를 동일 비율로 각각 층화 추출하였다.

자료수집은 가정방문을 통해서 이루어졌으며 조사원은 사회복지학과 및 간호학과 학생 15명을 사전훈련 하였으며 2002년 4월 16일부터 5월 15일까지 실시되었다.

조사된 내용의 결론은 다음과 같다.

1. 보건영역육구

지출한 의료비에 대한 부담이 대상가구의 19.5% (노인 29.1%)로 노인이 지각하는 의료비 지출 부담이 상대적으로 크며 자신이 인지하고 있는 건강상태의 경우도 노인의 부정적 응답률이 61.7%로 더 높았다.

건강상태 인지와 연령, 소득과는 상관관계가 있는 것으로 나타나 연령이 증가할수록, 소득이 적을수록 자신의 건강상태를 나쁘게 인지하는 것으로 나타났다.

상병 시 보건의료기관 이용도는 노인의 경우가 17.5%로 일반대상 6.5%보다 높음을 알 수 있다.

의료기관 이용 시 불편 사항은 대기시간이 긴 것에 대한 불만이 42.5%로 가장 많았으나 노인의 경우는 교통편 이용 및 이동상의 어려움 호소가 65%로 접근 용이성에 대한 불편감을 가장 많이 호소하였다.

4가지 지지 자원중 인지도가 가장 높은 것은 방문(가정)간호로 나타났고 노인의 경우 가정봉사원 서비스가 31.7%로 가장 인지도가 높은 것으로 나타났다. 상대적으로 지지자원의 이용경험은 5%미만으로 상당히 저조함을 알 수 있다. 추후 요구도는 방문(가정)간호 56%(노인 55.8%), 가정봉사원 45.6%, 주간보호 39.1%, 단기보호 38.1%로 나타났다.

2. 상병 상태

상병자의 일반적 특성은 여자가 52.4%로 다소 많고 노인 상병자가 57.4%로 나타났다. 노인 상병률은 70.8%로 우리나라 전체 노인의 상병률보다 다소 낮음을 알 수 있다.

상병 가구율은 50.3%이며 관절염 유병률이 36.6%로 가장 높음을 알 수 있다.

질환별 남녀 유의한 차이를 보이는 질환은 5가지로 남자에게 빈도가 높게 나타난 질환은 뇌혈관 질환, 사고후유증인 반면 여자의 경우 관절염, 요통, 빈혈로 나

타났다.

기초생활보호대상 노인 상병률은 노인, 상병자 전체 대상 보다 높은 것으로 나타났다.

상병자들이 갖고 있는 평균 질환 수는 231개로 기초생활 수급 노인의 경우가 2.65개로 가장 많고 차 순위로 노인 2.47개로 나타났다. 중복 질환을 갖고 있는 비율은 전체 대상 63.1%, 노인 70.7%, 기초생활수급자 66.3%, 기초생활 수급 노인 71.4%로 나타났다.

현재 앓고 있는 만성질환에 대한 치료가 이루어지지 않고 있는 경우가 39.8%로 나타났다.

신체 기능상태가 나쁜 순위는 하지, 치아, 상지, 시각, 청각으로 나타났으며 기초생활 수급 노인은 전체 상병자 대상이나 노인보다 신체기능 상태의 모든 영역에서 좋지 않음을 알 수 있다.

수단적 일상생활양식(IADL) 에서 노인의 경우 전적으로 의존해야 하는 경우는 식사준비 9.9%, 일상적 가사일 9.5%이며 상병노인의 20%이상이 외부 도움이 필요한 경우는 교통수단 이용 21.5%, 일상적 가사일 20.6%, 식사준비 20.2%로 나타났다.

일상생활양식(ADL)에서 가장 도움이 필요한 영역은 목욕으로 전체 대상의 13.9% 노인의 경우 20.6%로 나타났다.

3. 가족기능

가족 간호제공자가 없는 경우는 전체 상병자의 35.4%, 기초생활수급 노인; 56.5%로 나타났다.

수발 요구는 61.2%로 전체대상의 경우는 병간호가 가장 높고 노인의 경우 가사지원 요구, 병원 이용 및 외출 시 동행 순으로 나타났다. 기초생활 수급 노인의 경우 수발요구는 66.7%이며 가장 요구도가 높은 영역은 가사지원으로 나타났다.

가족이외의 도움이 필요한 경우는 기초생활수급 노인이 가장 많고 차순위로 기초생활수급자로 나타났다.

수발로 인해 전체의 19.1%가 경제활동에 영향을 받고 있으며 7.5%는 상병자 수발로 인해 경제활동이 완전히 중단된 것으로 나타났다.

이차 수발자 요청의 어려움은 전체 상병자의 1/4, 기초수급 노인 37.5%가 경험하고 있는 것으로 나타났다.

이상의 연구 결과를 기초로 다음을 제언한다.

1. 상병수의 양적인 크기는 기초생활 수급 노인의 경우가 가장 크고 다음이 노인, 기초생활 수급권자 이므로 보건복지사업을 위한 대상자 선별 시 현재 적용하고 있는 노인, 기초생활 수급권자에게 우선 순위를 두는 것은 타당하다고 판단된다.
2. 대상자들이 갖고 있는 질환 등은 장기간의 관리와 지지가 요구되는 것으로 만성질환 관리 프로그램 개발과 보건·복지분야 지지자원들의 연계가 필요하다.
3. 대상자의 1/3이상이 가족 간호제공자가 없는 것으로 나타나 상병상태로 인해 ADL이나 IADL 기능 유지 및 악화 방지를 위해 지역사회 지지자원의 공급 체계 정비와 활용에 대한 우선순위가 요구되며 대안적 조치로 단기보호 또는 낮 동안 보호 프로그램 등의 공급체계가 지역사회에서 마련되어야 한다.
4. 지역주민 대상의 보건 사업은 성별, 기초생활보호수급대상여부, 연령에 따른 건강문제와 가족기능의 차이에 대한 고려가 필요하다.
5. 노인의 경우 의료기관 이용 상의 낮은 접근도를 보완할 수 있는 방안으로 방문간호, 재가 복지 서비스 등의 reach out program 활성화가 요구된다.
6. 지역주민의 저하된 기능상태 지지와 질병관리, 수발 기능 보완을 위한 보건, 복지 영역을 포괄하는 통합적인 서비스가 개발되어야 함
7. 지역사회 복지네트 워크(communitry welfare network)을 구축하여 지역사회가 갖고 있는 인적·물적 자원을 조직화하고 이들의 효율성을 극대화할 수 있는 체계를 마련하여야 한다. 이를 위해 W시 사회복지협의회가 중심이 되는 보건복지실무자협의회 회의가 정례화 되어야 한다.

참 고 문 헌

Chang, Ha Jin, Park, Young Ran (2002). *Women's policy in aging society, longterm social developmental strategy in aging society*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Korea Labor Institute, Korean Women's development Institute.

- Chung, Kyung Hee, Cho, Ae Jju, Ou Young Hee, Ha Je Kwan, Moon Hyun Sang (1988). *Survey on the National Eldely welfare need and life style in 1988, Policy Report*, Ministry of Health and Welfare.
- Chung, Kyung Hee, Ou, Young Hee, Suck, Jae Eun, Do, Sae Ruck, Kim, Chan Woo, Lee Youn Kung, Kim, Hee Kyung (2005). *Survey on the National elderly welfare need and life style in 2004*, Policy Report 2005-3, Ministry of Health and Welfare.
- Kim Chang Up (2004). *Socio-economic status, health, and health risk behavior*, *Public Health Forum*, Jun, 18-25.
- Kim Chang Up (2000). *Health Policies for securing basic level of welfare in social low level population*, Health Right Network symposium.
- Kim, Hwa Jung, Chun, kyung Ja, Kim, Heu Gul, So, Ae Young, Lee, Ghot Maei, Kim, Eung Young, Park Eun Oak (2000). *Need assessment and contents development of public health · medical · social welfare service; Model development of home care service for bed-ridden elderly at home, research and development paper*, Ministry of Health and Welfare, Korea Health Industry Development Institute, Graduate School of Public Health, Seoul National University.
- Korean Health and Social Society (2000). *Social change and welfare policy, Social change and health-welfare*, Taeil Company.
- Mannot, M., Wikinson, R. G. (1999). *Social determinants of health*, Oxford University Press, 215-6.
- Ministry of Health and Welfare (2000). *Regional reports on Public job affair's visiting nursing services in 1999*, Public Job Affair Visiting Nurse Association.
- Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs (2003). *Analysis of korean major disease pattern and health behavior*, 469-506.
- Park, Neung Whoo (2000). *Cause and Policy of Poverty*, *Public Health Forum* Feb. 43.
- Puyn Jong Wha, Kim Hae Ruyn (1995). *Health Promotion goal and strategies*, research paper, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- So, Ae Young, Chang, Bok ruy (2000). *Health need assessment of Wonju city-focused on public health risk area-nursing department of Wonju National college (Reports I)*, SanHyen Primary Health Care Post, Wonju health center.
- So, Ae Young, Paek seoung Lee (2001). *Health need assessmenr of Wonju city-focused on public health risk area- nursing department of Wonju National college (Reports II)*, Pandae Primary Health Care Post, Wonju health center.
- So, Ae Young, Kim, Myung Cheun (2001). *Health need assessmenr of Wonju city-focused on public health risk area-nursing department of Wonju National college (Reports III)*, SaJei Primary Health Care Post, Wonju health center.
- Song, Chung Bou, Kim, Yun Myung and Back, Sun Hee (1996). *Study on Client need assessment of welfare problem in Wonju city*, 96-1, Wonju Council on Social Welfare.
- Song, Chung Bou, Kim, Hyung Bang (1996). *Study on welfare need assessment in Wonju community*, 01-01, Wonju Council on Social Welfare.
- Lee, Ga Oek etc (1994). *Elderly life style analysis and policy development*, Korea Institute for Health and Social Affairs.

Lee, Kyu Sik, Nam, Eun woo, Kim, Ju
Kyeong, Lee Dong Hyun, Kang Jeong kyu,
Kim, Min Kyung (2004). *Wonju City
Health Profiles*, Wonju City, 12-13.

Lee, Joo Young (1996). *Study on elderly
public health service development*, Graduate
School of Public Health, Seoul National
University, dissertation of M.Ph.

ABSTRACT

Analysis of Health and Social Needs for the Establishment of Coordinated Health and Social Service

So, Ae Young(Nursing Faculty, Wonju National College)

Hong, Myung Sun(Department of Health Administration, Gachongil College)

Purpose: The study was performed to provide basic data for developing a coordinated health and social service model. **Method:** The subjects consisted of 1000 residents in Wonju city. The sampling process was randomized stratified into 26 geographical areas. The data was collected from Apr. 16nd, to May. 15nd, 2002 by using a structured questionnaire that included general characteristics, the patterns of disease, the family function and the community support systems. The collected data was analyzed by the SPSS windows program via descriptive statistics, correlation testing and t-tests. **Result:** 61.7% of the elderly perceived their health status as being poor. There were correlations among age, income and the way clients perceived their health status. The prevalence rate of chronic disease was 70.8% in the elderly. The prevalence rate for arthritis was the highest (36.6%). The average number of diseases in the target populations was 2.31; it was 2.65 in the deprived elderly group and 2.47 in the elderly group. 35.4% of residents did not have any family care giver. 61.2% of the clients needed support by the health and social services. **Conclusions;** Coordinated health and social services need to be allocated by priority to the elderly and to the socially and economic deprived clients.

Key words : Health and social needs, Coordinated health and social service