

보건소 중심의 방문보건·재가복지 통합시범사업 성과*

안 양 희** · 장 세 진*** · 최 균****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

1990년대에 들어 지역사회와 복지증진을 위한 '지역사회보호(communitary care)'의 개념이 도입되면서 우리나라 공공보건·복지전달체계가 지역주민의 다양한 욕구에 대응하지 못하고 있다는 문제가 제기되기 시작하였다. 즉 사회복지대상자들은 현재 빈곤문제 뿐만 아니라 동시에 신체적, 정신적 건강문제 발생 가능성이 높은 집단으로 보건의료서비스를 절실히 필요로 하고 있지만 통합된 서비스 체계가 갖추어져 있지 못하였고 또한 기초생활수급자를 우선으로 하는 보건소 사업은 그 대상이 사회복지 대상과 중복됨에도 불구하고 기존의 보건소 기능과 역할의 차원을 벗어나지 못하였다. 즉 이 두 사업은 중복되는 목표인구계층을 대상으로 각기 다른 행정체계에서 상호 독립적으로 서비스를 제공하고 있는 것이 현실이었다. 이에 따라 두 전달체계 간의 상호협조 및 의뢰체계가 구축되지 않은 채로 서비스가 공급되었기 때문에, 서비스 전달과정에서 중복과 누락 현상으로 서비스 제공의 단편성(fragmentation)과 연속성(continuity) 문제가 제기되었다. 즉 상이한 공급주체에 의해 공급기관에서의 특

수 서비스(institute specific service)가 제공됨으로써, 서비스 전달에서의 종합성(comprehensiveness)이 결여되는 문제점을 낳았다. 이러한 문제점들은 결국 서비스 전달과정에서의 운영효율성을 저하시키고, 서비스 결과 산출에서의 효과성을 극대화하는 데에 상당한 한계를 발생시켰던 것이다. 따라서 이러한 한계를 극복하기 위한 방안의 하나로 보건복지부는 지역보건·복지의 체계적이고 효율적 운영을 위한 모형개발을 하고자 보건복지사무소 시범사업을 추진하였다. 이 시범사업은 기존 보건소에 복지전달체계를 접목시킨 새로운 시도로서 대도시 2개 지역(서울특별시 관악구, 대구광역시 달서구)과 중소도시 1개 지역(경기도 안산시), 농어촌 2개 지역(강원도 홍천군, 전라북도 완주군)의 총 5개 지역을 대상으로 1995년 7월 1일 착수되어 2000년까지 실시되었다. 3차 년도에 걸쳐 실시한 시범사업의 평가결과(Lee & Gang, 1997), 제시된 문제점으로 복지행정조직의 이원화, 접근성의 감소, 보건 및 복지 전달체계 통합의 상승효과가 발생되지 않은 점 등을 들고 있다. 그 중에서 기존 방문간호 인력의 부족, 보건·복지부문의 사업대상의 차이, 보건·복지 연계프로그램 개발 미흡 등이 보건·복지 연계사업이 부진한 이유라고 지적하였다. 반면에 나타난 성과는 보건·복지부문간 사업이 정착되어가고, 방문보건요원

* 이 글은 2000년~2002년 강원도 방문보건·재가복지 통합시범사업의 일환으로 연구되어진 것이다

** 연세대학교 원주역대 간호학과(교신저자 E-mail: ahn57@yonsei.ac.kr)

*** 연세대학교 원주역대 예방의학교실

**** 한림대학교 사회과학대학 사회복지학과

과 사회복지전문요원 간의 상호이해와 연계 필요성에 대한 인식이 제고되었다는 점이다. 따라서 제기된 문제점을 극복하고 보완하기 위한 대안으로서 첫째 보건복지사무소 설치(안), 둘째 사회복지사무소 설치(안), 셋째 현 복지행정체제 유지하되 직접 복지서비스를 제공하는 조직을 설치하고 보건소는 별도 운영하는(안), 넷째 시, 군, 구청 사회복지 관련과는 현행 유지하되 보건소를 보건복지센터 형태의 대인 서비스조직으로 개편하는(안) 등 여러 가지 형태의 모형이 제시되었으며(Gang, 1998), 조직을 새로 구성하는 기관통합의 접근보다는 기능통합 접근이 보다 현실적으로 유용하다는 주장이 대두되었다(Cho, 1997; Lee, Kim, & Um, 1998; Gang, 1998).

이에 강원도에서는 보건소 방문보건사업과 사회복지분야의 재가복지사업을 통합하는 시범사업을 수행하였다. 즉 지역보건의 중심체가 되는 보건소는 지역보건법 제9조에 의해 방문보건담당 인력이 지역주민이 거주하는 가정을 직접 방문해서 대상자의 사정 및 진단, 질병관리, 질병예방 및 건강증진, 재활관리, 환경관리, 상담, 자원개발 및 활용, 의뢰활동 등의 포괄적인 보건의료서비스를 방문보건사업에 의해 제공하도록 되어 있으며(Ministry of Health and Welfare, 2004), 한편 사회복지분야에서 재가복지사업은 2003년 사회복지사업법 개정에 의해 법정서비스로 지정되었고, 이 사업은 가정에서 보호를 요하는 장애인, 노인, 소년·소녀가장, 편부·편모가정 등 가족기능이 취약한 저소득 소외계층에게 가사 및 개인 활동을 지원하거나 정서활동을 지원하는 등의 가정봉사서비스를 제공하는 것(Law on Social Welfare Service, 2005)이다. 따라서 보건소 방문보건사업의 우선순위 대상은 독거노인이며 기초생활수급자로서 이들은 곧 재가복지사업 대상이라는 점에 기초하여 통합시범사업을 실시하였고, 이는 방문보건사업과 재가복지사업의 연계구조구축에 의하여 서비스 공급주체 간 상호협력으로 지역주민의 복합적 요구를 보다 효율적으로 충족시킴으로서 지역건강에 기여하기 위함이었다. 이 시범사업은 보건복지사무소와 같은 기관통합이 아닌 기능적 통합을 이루어 서비스제공의 종합성 및 연속성 제고에 의해 지역사회 중심의 보건·복지서비스 전달체계의 개선이라는 측면에서 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다.

2. 연구목적

이 연구는 일 지역을 대상으로 수행한 3차년 방문보건·재가복지 통합시범사업의 성과를 조사하기 위함이며, 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 시범사업 년차별 대상자의 건강수준의 변화를 검증한다.
- 2) 시범사업 년차별 대상자의 사회복지 요구도 변화를 검증한다.
- 3) 시범사업 년차별 대상자의 삶의 질 변화를 검증한다.

3. 용어 정의

1) 방문보건·재가복지 통합시범사업

이 연구에서의 방문보건·재가복지 통합시범사업은 H 군 보건소가 중심이 되어 보건소의 방문보건사업과 H 읍사무소의 재가복지사업의 기능적 통합에 의한 서비스제공을 말한다. 즉 두 사업간 동일 대상에 대하여 보건소와 읍사무소간의 행정적으로 유기적 관계를 형성하고, 사례관리 접근으로 대상자 접촉의 통합을 이루며, 내·외적 서비스의 지원·연계·협력 등으로 통합된 서비스를 제공하는 것이다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

이 연구는 시범사업기간동안 대상자의 건강수준, 사회복지 요구도 및 삶의 질 변화의 추세를 파악함으로써 시범사업의 성과를 검증하기 위해 반복측정(사전, 중간, 사후)을 가진 단일군 전·후 설계(one group pretest-posttest design)이었다. 시범사업기간은 2000년 7월부터 2002년 12월까지이었으며, 준비단계(1차년도)를 거쳐 통합서비스제공이 2,3차 년도에 실시되었고 시범사업의 중간 및 총평평가가 역시 2,3차 년도에 실시되었다. 이 연구에서는 시범사업 평가의 일부분이 되는 대상자에게 나타난 성과만을 다루었다.

2. 연구 대상

연구 대상은 건강관리서비스와 복지서비스가 동시에 요구되는 최우선 대상자를 기준으로 선정한 결과, H읍 32개리에 주민등록이 되어 있는 독거노인 75명이었으며, 이들은 모두 국민기초생활보장법에 의한 수급권자이었다.

3. 시범사업 준비

1) 조직구성

시범보건소는 방문보건·재가복지 통합 사업을 위한 거점보건소로 하고, 자문단, 운영위원회, 실무위원회, 사업담당 팀을 구성하였다. 운영위원회는 군 단위의 지역지도자들로 구성하였고, 실무위원회는 보건소와 읍사무소의 행정단위의 기능적 연계를 위하여 보건소장과 읍장 등을 포함하여 구성하였으며, 사업 담당 팀은 통합서비스 제공을 위한 보건간호사, 사회복지사, 공중보건의 등의 7명으로 구성하였다.

2) 도구개발

서비스 요구도 설문지, 시범사업 전·후 평가도구, 통합시범사업을 위한 각종 기록지(서비스제공자 및 자원봉사자) 등을 개발하였다.

3) 통합서비스 프로그램개발

대상자의 서비스요구도 조사결과와 각 프로그램별 이론적 기틀을 기반으로 8개의 통합서비스 프로그램을 개발하였다. 이 시범사업 수행 중간에 개발된 통합프로그램의 타당성이 검증되었으며(Ahn, 2003), 이는 건강관리프로그램과 사회복지서비스를 연계, 통합한 것이었다: 울동동작프로그램·오락서비스; 원예프로그램·말벗서비스; 영양프로그램·도시락서비스; 자가 호흡 조절 프로그램·목욕 및 이 미용 서비스; 건강한 이웃 프로그램·안부전화서비스·실버파티; 주거환경프로그램·가사서비스·개보수서비스; 구강관리·무료검진/진료서비스·결연; 호스피스·조문서비스.

4) 대상자 분류기준 개발

대상자 분류기준은 Jung, Kim, Jung과 Lee (2002)가 제시한 한국노인의 보건·복지지표를 참고로 하여 분류기준 변수를 선정하였다. 이 시범사업에서

는 일상생활수준, 우울수준, 가족 간호자 유무, 기타(질병 유무 등)를 분류기준의 변수로 하여 매우 의존도가 높은 군(I군)~의존도가 매우 낮은 군(IV군)의 4군으로 분류하였다. 따라서 가정방문 횟수는 군별 횟수를 정하였으며, 이는 우리나라 보건복지부의 방문보건사업지침(Korea Ministry of Health and Welfare, 2000)을 참고하였다: I 군, 1회/주; II군, 1회/2주; III군, 1회/3주; IV군, 1회/4주.

5) 서비스제공자 교육

보건간호사와 사회복지사를 대상으로 기초교육 17시간(1차년도)과 계속교육(2,3차년도)이 제공되었다.

6) 자원봉사자 관리

지역 내 거주하고 있는 지역주민 중에서 자원봉사자 선발기준에 합당한 39명을 면담, 선발하여 교육(기초교육 13시간, 1차년도; 계속교육, 2,3차년도) 후 배치, 관리하였다.

4. 중재: 통합서비스 제공 및 관리

중재는 총 20개월(2차년도와 3차년도)동안 보건간호사의 사례관리접근(case management approach)에 의해 보건간호사 4명, 사회복지사 1명, 공중보건의, 치과 의사, 자원봉사자 37명에 의해 제공되었다. 중재 원리는 Kretzman 과 McKnight(1993)의 자산기반 서비스(asset-based services)가 적용되어 자가 관리 역량(self-care capability) 증진에 초점을 두고, 대상자 분류군별 가정방문에 의한 보편적 서비스 또는 맞춤형 서비스가 제공되었다(표 1. 참조). 서비스 내용은 기존 서비스(예: 사정, 검사, 투약 등) 외에 개발된 8개의 보건복지 통합프로그램이었고, 통합프로그램의 특성에 따라 서비스단위는 개별 또는 그룹단위로 제공되었다. 서비스관리를 위하여 연구팀과 실무담당 팀은 1회/주 정기적 모임을 통하여 서비스관련 제반 문제들을 해결하였다.

5. 연구도구

이 시범사업을 통해 대상자에게 나타난 성과를 측정

〈표 1〉 대상자 군별 서비스 제공 횟수

구 분	대상자 수	총 서비스 횟수	1인당 서비스 제공 횟수
I 군			
2차년도	7	607	86.7
3차년도	5	835	167.0
II 군			
2차년도	31	2,099	67.7
3차년도	22	2,732	124.2
III 군			
2차년도	30	2,112	70.4
3차년도	19	2,154	113.4
IV 군			
2차년도	17	933	54.9
3차년도	29	2,540	87.6
계			
2차년도	85	5,751	67.7
3차년도	75	8,261	110.1

하기 위하여 보건·복지통합평가표, 삶의 질 척도를 사용하였다.

1) 보건·복지 통합 평가표

보건·복지 통합 평가표는 이 시범사업의 성과를 측정하기 위하여 보건·복지 요구도 설문지(Ahn, & Kim, 2004) 내용을 기반으로 연구대상자들의 건강수준(신체적, 정신적, 사회적, 환경) 및 사회복지요구의 변화를 총체적으로 평가하기 위하여 연구팀이 개발한 것이다(Ahn, Jang, Choi, 2000, 2001, 2002). 이 평가표는 각 영역별 각 도구에 의해 측정된 점수를 재분류하여 점수화한 것으로, 각 영역별 점수가 높을수록 문제의 심각도 또는 요구도가 높음을 의미한다. 각 영역별 측정은 다음과 같다.

(1) 신체적 영역

신체적 영역은 질병문제 유무, 기능수준(보행능력 및 일상생활능력), 영양수준을 포함하였다. 질병문제는 신체사정에 각 신체기관별 증상 유(2점) 무(1점)로 측정하였고, 보행능력은 ①앉은 자세 균형, ②앉은 상태에서 일어날 때의 이동상태, ③걸음걸이의 안정성과 걷는 속도, ④비틀거림 없이 돌아 설 수 있는지 여부, ⑤ 의자에 앉기 등에 대해 정상(1점)과 비정상(2점)으로 측정하였으며(내적 신뢰도 알파는 0.9038), 일상생활 능력은 총 15개 항목(내적 신뢰도 알파는 0.9803)에 대하여 수행능력의 진단기준에 의거하여 수행능력집단을 “전 영역 도움 필요 없음”(1점) ~ “전 영역 도움필

요”(7점)로 재분류 점수화했다. 영양상태는 각 항목별 가중치가 주어진 10개 항목에 대한 초기 영양선별검사에 의했으며, 평가기준 점수에 의해 분류하고 정상(1점), 중증도 영양불량(2점), 고도의 영양불량(3점)으로 점수화했다.

(2) 정신적 영역

정신적 영역은 인지장애 수준과 정서상태를 포함하였다. 인지장애수준은 표준화된 노인용 한국어판 인지검사(Cho, Cho, & Bae, 1999)를 활용하여 평가기준 점수에 의해 분류하고 정상(1점), 주의요함(2점), 인지장애(3점)으로 점수화했고, 정서 상태는 표준화된 노인용 한국어판 단축 우울척도(Cho et al., 1999)를 활용하여 평가기준 점수에 의해 분류하고 정상(1점)과 비정상(2점)으로 점수화했다.

(3) 사회적 영역

사회적 영역은 가족 및 친척, 이웃, 지역사회 영역의 사회적 지지지원에 대한 만족도를 3점 척도(만족, 1점; 중간, 2점; 불만족, 3점)로 측정하였다.

(4) 환경영역

환경영역은 노인의 주거건강과 관련된 시력, 청력, 체온유지, 응급장치, 노 실금예방, 기억상실예방, 안전사고, 재활요구, 체력유지의 9 건강생활영역에서 문제유(2점) 무(1점)로 측정하였다.

(5) 사회복지요구도

사회복지요구는 신체, 심리 및 경제, 문화, 오락분야에서의 요구수준을 3점 척도(불필요 1점; 보통 2점; 필요 3점)로 측정하였다. 본 연구에서의 내적 신뢰도 알파는 0.9139를 나타냈다.

2) 삶의 질 척도

삶의 질 척도는 Ro(1988)가 개발한 도구를 이 사업에 적합하도록 수정하여 사용하였다. 척도는 노인의 신체적, 정신적, 사회경제적 및 환경영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미하는 것으로 총 15문항으로 구성되었으며, 자기보고식 5점 척도로서 점수가 높을수록 삶의 질의 정도가 높음을 나타낸다. 본 연구에서의 내적 신뢰도 알파는 0.8409를 나타냈다.

6. 자료수집절차

자료 수집은 8명의 보건간호사가 직접 가정방문에

의하여 3차(2000년, 2001년, 2002년)에 걸쳐 측정되었으며, 8명의 자료수집자간 신뢰도는 98%이었다.

7. 자료 분석

자료 분석은 Window용 spss 12.0 version에 의해 분석되었으며, 시범사업 년차별 차이변화는 t-test를 이용하였다. 보건·복지평가표에 의한 각 영역에서의 명목변수는 서열변수로 처리하여 분석하였다. 연구대상자 75명중 3명은 조사가 불가능하여 총 72명에 대하여 자료를 분석하였다.

8. 연구의 제한점

이 연구 설계에서 시범사업지역의 특성과 유사한 대조 지역선정의 어려움으로 시범사업지역에 대한 철저한 통제가 이루어지지 못했으며, 지역사회 의 개방체계 특성으로 3차년에 걸친 시범사업기간동안에 다양한 보건·복지 서비스 환경에의 노출에 대한 통제가 불가능하였다. 또한 결과분석에서 지역사회 특성이 대상노인의 건강수준, 사회복지 요구도 및 삶의 질 변화에 미치는 영향과 통합서비스 제공에 의한 경제적 효율성 측정은 제외하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로 성별은 남자가 6명, 여자가 66명으로 약 92%가 여자였으며 연령은 평균 75.0세(표준 편차 6.8세)였다. 연령대별 분포를 보면 70-74세 군이 19명으로 전체의 약 26%를 차지하였고, 그 다음은 75세-79세 17명(24%), 65-69세 17명(20%), 80-84세 10명(14%) 순이었다. 또한, 최소연령은 67세였고 최고 연령은 91세였다. 결혼상태는 모두 사별이라고 응답하였으며, 교육수준은 90%가 무학이었고, 국졸 7%, 중졸이상은 3%에 불과해 교육수준은 매우 낮았다. 종교는 약 59%가 갖고 있다고 응답하였으며, 가장 높은 분포를 보인 종교는 기독교(26명)였고, 그 다음은 불교(10명), 천주교(6명) 순이었다. 중

교 활동 참여여부에 대해선 49%가량이 적극적으로 참여한다고 응답하였다. 의료보장형태로는 의료보호 1종이 64명으로 91%를 차지하였고 2종은 9%였다.

가족현황을 알아보기 위해 형제, 자녀, 손자 손녀, 며느리, 사위의 수를 알아보았다. 형제가 있다고 응답한 노인은 9명으로 약 13%를 차지하였다. 자녀는 52명이 1명 이상 있다고 응답하였다. 손자 손녀는 총 29명이 있다고 응답하였고 며느리는 18명, 그리고 사위는 23명이 있다고 응답하였다. 대상자의 한 달 평균 생활비는 약 164,000원, 용돈은 약 19만원이 지출된다고 하였으며, 생활비와 용돈의 출처 모두 기초생활수급자 지원금에 대부분(생활비: 99%, 용돈: 93%)의

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성 n=72

특 성	수	%
성	남자	6 8.3
	여자	66 91.7
연령	65-69	17 23.6
	70-74	19 26.4
	75-79	17 23.6
	80-84	10 13.9
	85-	9 12.5
교육수준	무학	65 90.3
	국졸	5 6.9
	중졸이상	2 2.8
종 교	무교	28 38.9
	불교	10 13.9
	기독교	26 36.1
	천주교	6 8.3
	기타	2 2.8
의료보장형태*	의료보호(1종)	64 91.4
	의료보호(2종)	6 8.6
결혼상태	사별	72 100.0
	기타	-
형 제	있다	9 12.5
	없다	63 87.5
자 녀	1-2명	33 45.9
	3-4명	15 20.9
	5명이상	4 5.6
	없다	20 27.8
손자손녀	1-2명	11 15.2
	3-4명	4 5.6
	5명이상	14 19.4
	없다	43 40.3
며느리	있다	18 25.0
	없다	54 75.0
사 위	있다	23 31.9
	없다	49 68.1

* 무응답 제외

존하고 있었다. 자녀로부터 지원을 받는 경우는 생활비의 경우 1.4%, 용돈의 경우 3.3%로 가족에 의한 경제적 지원은 매우 낮았다.

〈표 3〉 대상자의 경제수준(생활비, 용돈)과 경제지원 현황 n=72

항목	수*	%
생활비(만원)		
-9	9	13.2
10-14	17	25.0
15-19	13	19.1
20-	29	42.6
생활비출처		
자녀	1	1.4
생활보호대상자지원금	68	98.6
기타	-	-
용돈(만원)		
-9	7	17.9
10-14	7	17.9
15-19	3	7.7
20-	22	56.4
용돈출처		
자녀	2	3.3
생활보호대상자지원금	57	93.4
기타	2	3.3

* 무응답 제외

2. 대상자의 건강수준 변화

〈표 4〉는 연구 대상자의 건강수준과 복지요구수준 변화를 거시적 차원에서 년차별로 나타낸 것으로 각 세부영역에 대한 구체적 내용에 대한 설명은 시범사업 보고서에 의한 것임을 밝힌다.

먼저 신체의 9 기관 계별 질병문제 유무의 종합결과는 1차 년도(평균 13.9, 표준편차 1.9)에 비해 2차년도(평균 12.8, 표준편차 1.9)와 3차년도(평균 13.3, 표준편차 1.9)가 다소 건강수준이 향상되었다고 볼 수 있으나 2차년도에 비해 3차년도는 질병문제의 유무는 차이를 보이지는 않았다. 구체적으로 1차년도에 비교하여 2차년도 및 3차년도에 증상의 호전을 나타낸 항목을 살펴보면 눈, 귀, 심혈관, 소화기계, 신경계, 심리상태이었으며, 그 중에서 신경계와 심리상태의 호전율이 가장 높게 나타나 신체적 증상보다는 심리적 안정의 향상이 두드러졌다. 반면, 입, 비노생식계, 근골격계는 1차년도 및 2차년도에 비하여 3차년도에 증상이 악화된 경향을 보였다.

기능차원에서의 보행능력은 1차년도(평균 1.3, 표준편차 0.5)와 2차년도(평균 1.3, 표준편차 0.5)에 비해 3차년도(평균 1.2, 표준편차 0.4)에 약간 향상된 것으로 나타났다. 구체적으로 보행능력은 1, 2차년도는 거의 변화를 보이지 않았으나 3차년도에 와서 모든 항목에서 보행능력수준이 향상되었다. 특히 '비틀거림 없이 돌아 설 수 있는지 여부' 항목은 다른 항목과 비교할 때 1차년도와 2차년도에 비해 3차년도에 가장 많이 향상된 것으로 나타났다. 일상생활수행능력은 총 15개 항목에 대하여 수행능력의 진단기준에 의거한 7개의 수행능력집단으로 구분하여 분포를 본 결과, 통계적으로 년차별 유의한 차이를 보이지 않았다(1차년도 평균 1.5 표준편차 1.3; 2차년도 평균 1.5 표준편차 1.1; 3차년도 평균 1.3, 표준편차 0.5). 그러나 구체적으로 살펴보면 "모든 영역에서 혼자 할 수 있다"가 1차년도 50명(72.5%), 2차년도 45명(69.2%), 3차년도 54명(75%)으로 나타나 일상수행능력이 향상되는 경향을 보여주었고, 반면에 "모든 영역에서 도움이 필요하다"의 경우에서도 1차년도 및 2차년도에서 각각 4.3%, 3.1%이었으나 3차년도에서는 한 명도 없어 일상수행능력이 전체적으로 호전되는 경향을 보여주었다.

영양문제는 1차년도(평균 2.5, 표준편차 0.6)에 비해 2차년도(평균 2.3, 표준편차 0.6) 및 3차년도(평균 2.3, 표준편차 0.8)가 각각 호전되었으나 2차년도에 비해 3차년도는 유의하게 호전되지는 못하였다. 구체적으로 영양상태의 평가 기준에 의거할 때, 중등도 이상의 영양불량자의 비율은 1차년도 66명(94%), 2차년도 65명(92%), 그리고 3차년도 58명(81%)으로 점차 감소하였다.

정신적 건강상태는 인지상태의 경우 2차년도(평균 1.0, 표준편차 0.2)와 3차년도(평균 1.1, 표준편차 0.4)에만 측정되었으며, 통계적 차이를 보여주지 않았으며, 정서상태의 경우 1차년도(평균 1.9, 표준편차 0.3)에 비해 2차년도(평균 1.6, 표준편차 0.5)가 그리고 2차년도에 비해 3차년도(평균 1.4, 표준편차 0.5)가 유의하게 향상되었다. 즉 우울수준이 통계적으로 유의하게 감소하여 정서상태는 서비스제공이후 호전되었음을 나타냈다.

사회적지지 만족도는 1차년도(평균 5.4, 표준편차 1.7)에 비해 2차년도(평균 3.9, 표준편차 1.1)가, 2

차년도에 비해 3차년도(평균 3.6, 표준편차 1.0)가 통계학적으로 유의하게 향상되었으며, 주거환경상태는 1차년도(평균 11.7, 표준편차 1.7)와 2차년도(평균 11.7, 표준편차 1.5)에 비해 3차년도(평균 11.1, 표준편차 1.1)가 유의하게 호전되었다.

이상을 종합해 보면, 2차년도부터 서비스가 제공된 이후 2, 3차년도에서의 대상자의 건강수준은 비교적 향상되었음을 알 수 있다.

3. 대상자의 사회복지요구도 변화

사회복지서비스에 대한 요구도는 1차년도에 비해 2차년도가 2차년도에 비해 3차년도가 점차 높아지는 양상을 보였으며 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(표 4. 참조). 즉 대상자의 사회복지서비스 요구도는 1차년도에 4.9(표준편차 2.1)이었던 반면 2차년도에는 5.5(표준편차 1.8)로, 그리고 3차년도에는 7.0(표준편차 1.7)으로 나타나 1차년도에 비해 2차년도, 그리고 2차년도에 비해 3차년도에 유의하게 서비스 요구도가 높았으며, 항목별 서비스 요구도 역시 신체적 서비스, 경제·심리적 서비스, 문화오락서비스 모두에서 1차년도 및 2차년도에 비해 3차년도의 서비스 요구도가 높았다.

이처럼 대상자들의 사회복지서비스 요구도의 증가는 통합서비스제공 이후 노인들에게 다양하고 지속적인 서비스가 제공되면서 서비스에 대한 필요성이 제기되었고, 또 다른 면에서는 대상 노인들이 지금까지 가지고 있었던 서비스에 대한 인식의 변화로 서비스 요구

가 증가된 것이라 할 수 있으며, 이는 통합서비스제공이 노인들에게 효과적으로 작용했다는 것을 암시한다.

4. 대상자의 삶의 질의 변화

〈표 5〉에 제시된 노인들의 전반적인 삶의 질은 1차년도에 평균 39.4점(표준편차 6.1)이었으나, 2차년도에는 평균 47.4점(표준편차 8.1)으로 증가하였고 다시 3차년도에서는 평균 53.1점(표준편차 8.2)으로 유의하게 높아졌으며, 삶의 질의 하위 영역을 구성하는 6개 영역(신체상태, 관계형성, 경제생활, 정서상태, 환경, 자아존중)에서 1차년도에 비해 2차년도, 그리고 2차년도에 비해서 3차년도의 삶의 질이 통계학적으로 유의하게 향상되었다. 〈표 5〉에는 제시되지는 않았지만 구체적 항목별 비율분포에서도 1차년도 경우, 전반적으로 만족도가 매우 낮음을 나타냈고, 2차년도에는 1차년도에 비하여 만족비율이 비교적 상승한 결과를 나타내고 있으며, 집과 주변 환경, 정서 상태 등에서 두드러지게 향상된 결과를 보였다. 그러나 경제생활에 대해서는 2차년도에도 가장 낮은 만족비율을 나타냈다. 3차년도는 이러한 양상이 좀 더 두드러지게 나타났다. 즉 정서 상태와 주변 환경에 대한 삶의 질의 만족도가 증가하였고, 경제 상태에 대한 불만족 비율도 3차년도에 와서 다소 완화된 양상을 보였으나 여전히 삶의 질을 떨어뜨리는 요인으로 작용한 것으로 보였다. 이러한 결과는 경제부문에 대한 서비스가 보다 적극적으로 제공되어야 할 필요성을 시사하고 있다.

이처럼 노인들의 삶의 질 향상은 서비스 제공에 따

〈표 4〉 대상자의 건강·복지요구수준 변화

n=72

구분	항목	1차년도	2차년도	3차년도	p	a*b	a*c	b*c
		M(SD)	M(SD)	M(SD)				
건강 신체적:	질병문제	13.9(1.9)	12.8(1.9)	13.3(1.9)	***	*		
	보행능력	1.3(0.5)	1.3(0.5)	1.2(0.4)		**		**
	일상생활수행능력	1.5(1.3)	1.5(1.1)	1.3(0.5)				
정신적:	영양문제	2.5(0.6)	2.3(0.6)	2.3(0.8)	*	*		
	인지상태	-	1.0(0.2)	1.1(0.4)				
사회적:	정서상태	1.9(0.3)	1.6(0.5)	1.4(0.5)	***	***	***	***
	사회적지지 만족도	5.4(1.7)	3.9(1.1)	3.6(1.0)	***	***	***	*
주거환경적:		11.7(1.7)	11.7(1.5)	11.1(1.1)		*		**
사회복지		4.9(2.1)	5.5(1.8)	7.0(1.7)	***	***	***	***

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

a: 1차년도, b: 2차년도, c: 3차년도

〈표 5〉 대상자의 삶의 질

n=72

영역	1차년도	2차년도	3차년도	a*b	p a*c	b*c
	M(SD)	M(SD)	M(SD)			
신체상태	10.1(2.4)	12.2(3.0)	13.8(2.8)	**	**	**
관계형성	9.2(1.7)	10.6(1.8)	12.2(2.2)	**	**	**
경제생활	4.3(1.5)	5.0(1.4)	5.9(1.6)	*	**	**
정서상태	7.9(1.9)	10.1(2.0)	10.4(2.2)	**	**	**
환경	2.8(0.6)	3.4(0.9)	4.1(0.7)	**	**	**
자아존중	5.1(1.2)	6.0(1.3)	6.9(1.1)	**	**	**
총점	39.4(6.1)	47.4(8.1)	53.1(8.2)	**	**	**

*p<0.01 **p<0.001

a: 1차년도, b: 2차년도, c:3차년도

른 사회적 지지의 증가와 함께 정신건강 수준의 향상을 초래하였고 이러한 측면이 노인들의 삶의 질 향상에 기여하였다고 볼 수 있다.

IV. 논 의

이 장에서는 시범사업 성과로서 나타난 연구대상노인들의 건강수준, 사회복지 요구도 및 삶의 질 변화 그 자체에 대한 논의보다도 그러한 변화를 유도한 방법론적 측면에 초점을 두었다. 왜냐하면 방법론적 측면이 기존 서비스체계와 다른 특성 및 차별성을 나타내고, 이 차이가 대상 노인들의 건강 및 복지 증진을 유도한 것으로 판단되었기 때문이다.

이 시범사업의 방법론을 논함에 앞서 연구결과로서 나타난 성과를 간략히 살펴보고자 한다. 이 시범사업에서 대상노인들의 신체적 기능적 차원의 건강수준의 변화가 미미하게 나타난 결과는 노인들의 특성에 기인한 것으로 볼 수 있다. 즉 이들은 농촌지역의 독거노인이며 기초생활수급자로서 경제적 어려움과 함께 대부분이 신체적으로 복합적 질병을 가지고 있으며, 정서적으로 우울한 편이었고, 영양 상태와 주거환경 상태가 불량한 편인 반면에, 보행능력과 일상생활수행능력을 포함한 기능적 수준은 비교적 양호한 특성을 가지고 있었다(Ahn, & Kim, 2004). 일반적으로 노인들의 신체적 건강문제는 대부분 만성적 질병이며 복합적으로 질병증상 및 증후에 대한 완치가 거의 불가능하므로 시간의 흐름에 따라 더 이상의 악화를 방지하는 것이 일차적 관리의 목적이기 때문이며, 보행 및 일상생활에서의 기능 수준은 연구대상 노인들이 비교적 양호한 상태이었기에 중재를 통한 변화의 차이가 크지 않을

수 있다고 생각한다. 또한 영양 상태는 시범사업에서 제공된 영양프로그램은 도시락서비스와 연계된 것으로 일일 1회의 도시락서비스가 대상노인들의 영양 수준을 변화시키기에는 무리가 따를 수 있다고 본다. 그러나 이러한 제한된 상황에서도 결과적으로 대상노인들은 삶의 질이 향상되었고, 한편 대상 노인들의 사회복지서비스에 대한 요구도가 증가된 결과를 초래하였다. 특히 사회복지서비스에 대한 요구도 증가 결과는 복지서비스에 대한 인식과 신뢰의 증가에 의한 이 시범사업에서 제공된 서비스의 실질적 효과성을 나타냄으로 중요한 의미를 갖는다. 한국보건사회연구원이 전국노인을 대상으로 한 연구결과 재가복지서비스에 인식강화를 주요 정책제안의 하나로 제시하였음은(Jung, Jo, Oh, & Sunwoo, 2001) 이를 뒷받침한다. 결론적으로 이 시범사업은 소기의 목적을 효과적으로 달성하였다고 본다.

이 시범사업을 성공적으로 이끌 수 있었던 것은 무엇보다도 공공기관의 기능적 통합, 대상자 접근의 통합 및 통합서비스제공, 지역사회 내 민간기관 및 자원과의 협력을 통해 지역사회역량을 구축(Ahn, 2003) 했기 때문으로 생각한다. 특히 공공기관 간, 즉 보건소와 읍사무소간의 기능적 연계는 그동안 제기되어 왔던 서비스 종합성과 연속성의 문제를 해결하고 효율적 서비스 전달체계를 구축하는 기초를 마련하였다고 평가할 수 있다. 이는 사회취약계층의 복합적인 건강문제 해결을 위해서는 보건·복지가 통합된 포괄적 서비스 제공 체계가 필수적으로 요구(So, & Hong, 2005)됨을 반영한 것으로 실제 방문보건간호사와 사회복지사를 대상으로 연구한 Yoo(2003)의 연구에서도 이를 뒷받침하고 있다. 미국에서는 농촌지역의 노인들이 보건

의료시설에 대한 접근성, 유용성, 수용성 측면에서 취약성을 보이기 때문에 노인들의 비용-효율적 건강관리 정책으로 지역사회의 장기지원체계를 강화하기 위한 지역사회역량구축을 강조하고 있다(USA Department of Health and Human Service/Centers for Medicaid, and Medicare, 2002). 지역사회 역량구축이 건강한 지역사회 그리고 지역주민의 삶의 질 향상과 직결되기 때문이다(Kretzman, & McKnight, 1993; Human Resources Development Canada, 1999; Chaskin, 2001). 따라서 지역사회역량 구축은 지역사회 내의 개인, 조직, 기관 등의 관계 망이 연합으로 기능하여 이루어지는 다차원적이며 역동적 과정이며, 지역사회건강을 위한 전략(Chaskin, Brown, Venkatesh, & Vidal, 2001)으로 활용된다. 지역사회역량구축을 위해서 동반자적 관계수립, 지역사회조직화, 리더십 등의 활동을 강조하고 있다. 이 시범사업에서는 행정차원의 군 보건소와 읍사무소 간에 그리고 서비스차원의 지역사회 자원들 간에 동반자적 관계를 수립하여 지역사회 내 독거노인들의 건강과 복지 문제에 대하여 공통된 관심을 갖고 책임을 공유하도록 하였다. 또한 지역사회 내 민간자원 및 자원봉사자들의 조직화를 통하여 주민들의 자발적이고 적극적인 참여 유도과 자원봉사의식을 제고시키게 되어 결과적으로 지역사회조직화 활동의 실질적인 가능성을 정착시키는 데에 기여하였다고 본다. 왜냐하면 지역사회 내에 존재하는 자원의 양에는 일정한 한계가 있을 수밖에 없기 때문에 자원을 개발하고 이를 활용할 수 있는 지역사회조직화 활동이 필요하다는 인식에는 오래전부터 모두 함께 해 왔으나, 지금까지 지역사회건강사업을 위해서는 그 실용성이 매우 낮았기 때문이다. 그리고 서비스제공자들과 자원봉사자들을 대상으로 한 체계적 교육과 지속적 모니터링은 지역사회 역량의 기초가 되는 건강관련 지식과 기술을 습득하도록 한 것이었으며, 이를 통해 서비스제공자들의 지도력이 발휘되고 궁극적으로 사업대상 노인들의 건강수준, 사회복지요구도, 그리고 삶의 질 수준의 변화를 초래한 것이라 할 수 있다. 따라서 이 시범사업에서 제공한 접근방법은 이 시범사업의 강점이자 또한 이 연구의 강점이라 할 수 있다.

V. 결론 및 제언

일 군 지역을 대상으로 수행한 방문보건·재가복지 통합시범사업 결과, 대상 노인들의 신체적 기능적 차원의 건강수준의 변화와 영양수준의 차이가 유의하지는 않았지만 호전되는 경향을 나타냈고, 정서적 사회적 환경차원의 건강수준은 보다 향상된 것으로 나타났으며, 사회복지 요구도 수준이 증가하였다. 그리고 대상자들의 삶의 질의 각 영역, 즉 신체상태, 관계형성, 경제생활, 정서 상태, 환경, 자아존중 영역에서 유의한 변화를 나타냈으며, 이러한 변화는 보건·복지의 통합적 서비스제공이 가져온 구체적 성과라 할 수 있다. 결론적으로 방문보건·재가복지 통합시범사업의 실시는 기존의 보건 및 복지서비스 전달체계가 안고 있었던 서비스 제공의 단편성 및 연속성 문제를 해결할 수 있는 가능성을 제시해 주었다고 하겠다. 이 방문보건·재가복지 통합시범사업 성과에 기초하여 재가노인들의 건강증진을 위해 지역사회역량구축 접근방법에 의한 보건·복지통합 사업을 제안하며, 추후 보다 철저한 통제에 의한 연구방법으로 경제적 효율성을 입증하는 연구를 제안한다.

참 고 문 헌

- Ahn, Y. H. (2003). Community capacity building and community health. *Nurse news*, No. 1255. July 26, 2003.
- Ahn, Y. H. (2003). A community-based integrated preventive program of depression and its effectiveness in caring for vulnerable elderly. *Journal of Korean Community Nursing*, 14(2), 287-298.
- Ahn, Y. H., & Kim, M. J. (2004). Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Public Health Nursing*, 21(2), 153-161.
- Ahn, Y. H., Jang, S. J., & Choi, G. (2000, 2001, 2002). Demonstration project report on integration of home visiting health care and social welfare services. Gangwon-do.
- Chaskin, R. J., Brown, P., Venkatesh, S., & Vidal, A. (2001). A Building Community

- Capacity. New York: Aldin De Gruyter.
- Chaskin, R. J. (2001). Building community capacity. *Urban Affairs Review*, 36(3), 291-323.
- Cho, C. H., Cho, K. H., & Bae, C. Y. (1999). *Geriatric assessment: practical guide*. Seoul: Medical Publications.
- Cho, C. Y. (1997). A study on the coordination of health -welfare at the home care support center in Japan. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 17(1), 74-93.
- Gang, H. K. (1998). Trends and issues on changes of social welfare delivery system. in *Issues of Social Welfare in Korea*. Human and Welfare.
- Human Resources Development Canada (1999). *Community Capacity Building*. Retrieved May 15, 2002 from the World Wide Web: <http://www.hrdc-drhc.gc.ca>
- Jung, K. H., Jo, A. J., Oh, Y. H., & Sunwoo, J. (2001). Caregiving for the frail elderly and welfare needs of the frail elderly and family caregivers. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Jung, K. H., Kim, M. H., Jung, S. D., & Lee, Y. K. (2002). Study on development of Korean elderly welfare indicator. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kretzman, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building Communities from the Inside Out*. Chicago: Kretzman, J.P., McKnight, J.L.
- Korea Ministry of Health and Welfare (2000). *Home Visiting Health Care Manual in 2000*. MOHAW.
- Law on Social Welfare Service (2005). Retrieved March 14, 2006, from World Wide Web: <http://www.gangseosenior.or.kr>
- Lee, J. Y., Kim, J. W., & Um, M. Y. (1998). Policies to link public health and social welfare. *Journal of Korean Public Health Association*, 24(1), 110-117.
- Lee, H. S., & Gang, H. K. (1997). Evaluation of demonstration project on health and social welfare post. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Ministry of Health and Welfare (2004). *Home Visiting Health Care Manual in 2004*. MOHAW.
- So, A. Y., Hong, M. S. (2005). Analysis of health and social needs for the establishment of coordinated health and social service. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 19(2), 188-203.
- USA Department of Health and Human Service/Centers for Medicaid, and Medicare. (2002). Administration on aging. Retrieved October 12, 2002, from the World Wide Web: <http://www.aoa.dhhs.gov/aoa/STATS/AgePop2050.html>.
- Yoo, I. Y. (2003). A study on link of health and welfare service and barrier's factors of visiting nurses and social welfare workers. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(1), 113-121.

ABSTRACT

Outcome Assessment of a Demonstration Project on Integration of Home Visiting Health Care and Social Welfare Services

Ahn, Yang Heul(Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University)

Jang, Sei Jin(Wonju College of Medicine, Yonsei University)

Choi, Gyun(College of Social Science, Hallym University)

Purpose: The objectives of this study was to measure the outcomes of interventions on the health and social welfare of the elderly in a rural community in Korea. The project involved integrating services of one public health center with that of one social welfare agency, which were under different administrative structures. **Method:** A single group pretest-posttest design was used for this research. Seventy-five elderly residents living alone in a rural community participated in the study. All of them had coverage of free basic medical care and social welfare services by the government. Major activities for the intervention included: developing partnerships among community leaders/institutes; forming committees of community residents; educating care providers and volunteers; developing 8 integrated service programs and instruments; and organizing the networks. The 20-month intervention was care-managed by a public health nurse whom collaborated with social worker, and was assisted by volunteers. The t-test was utilized to analyze the outcome variables including the elder's health, social welfare and quality of life. A major limitation of this study was the lack of a control group. **Results:** The outcome of the intervention was shown by improved elder's health, social welfare needs, and quality of life. Integrating the services of public health centers with those of social welfare agencies is an effective way to improve the health of the elderly in the community. **Conclusion:** Developing community capacity with such integrated services will pay an important role in improving the health of the elderly who live alone.

Key words : Outcome assessment, Home visiting health care, Social welfare services