대한간호학회지 제34권 제1호, 2004년 2월
J Korean Acad Nurs Vol.34 No.1, 111-122, February, 2004

재가노인의 건강문제와 보건·복지 서비스 지원 실태에 관한 연구

유 인 영[1)]

서 론

연구의 필요성

우리나라는 「2001년도 장기요양보호서비스 욕구조사」결과 노인인구의 0.4%만이 시설에서 보호를 받고 있으며, 나머지 99.6%는 일반가정에서 생활하고 있다. 또한 65세 이상 전체 노인 중에서 일상생활기능(ADL : Activity of Daily Living) 등의 저하로 인하여 장기요양서비스가 필요한 노인은 20.9%이며, 이중 재가·지역사회 보호가 필요한 노인은 18.9%, 시설서비스가 필요한 노인은 2%정도로 추계되고 있다(Sunwoo 등, 2001). 그러나 실제로 장기요양과 관련된 공적인 사회적 서비스를 받고 있는 노인은 전체노인의 1%수준으로 추정되고 있어 노인에게 제공되는 서비스는 주로 가족자원에 의해서 비공식적으로 제공되고 있는 실정이다. 더욱이 재가노인에 대한 가족의 수발 및 보호는 사회적 상황의 변화와 부양능력의 약화로 인해 더 이상 충족되기가 어렵게 됨에 따라 다양한 재가복지서비스에 대한 필요성이 높이 제기되고 있다. 재가복지서비스는 가정에 거주하는 노인이 지역사회내에서 계속 머물면서 정상적인 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 보건, 복지, 의료서비스로 다양한 서비스를 직접 가정에 제공하거나 지역사회 자원을 이용하도록 하는 것이다.

현재 우리나라 재가복지 사업의 문제점으로 Sunwoo(2000)는 서비스 제공 대상자 기준의 불명확성과 전문적 서비스의 부족, 인력의 부족을 지적하였다. 즉 재가복지 대상자의 일차 선정기준은 경제적 수준에 근거한 기초생활보장 대상자와 저소득층이다. 그러나 재가노인복지사업의 목적이 정신적, 신체적인 이유로 혼자서는 일상생활을 수행하기에 불편이 있는 노인가정에 대하여 각종 서비스를 제공함으로서 지역사회내에서 가정 및 친지와 더불어 생활하도록 하는 것이라면 그 대상자는 일상생활 수행(ADL)의 어려움이나 신체적, 정신적 기능상태가 저하된 노인을 일차적인 서비스 대상으로 하여 기준을 명확히 하고 서비스의 효율성을 높일 필요가 있다.

ADL은 옷입기, 개인위생, 이동, 화장실이용, 식사하기 등 노인이 가정에서 자립된 생활을 하는데 최저한의 필요한 능력이다. 이러한 기능평가의 목적은 장애정도를 명확히 하고 케어(care) 서비스가 필요한 정도를 판정하고, 필요한 케어의 종류를 정하며, 더 나아가 치료나 케어 서비스의 효과를 판정하기 위한 것이다(Song, 1995). 미국이나 일본의 경우 ADL이나 IADL을 기초로 한 기능상태 분류틀에 의해 노인의 상태를 분류하고 분류결과에 따라 방문간호사의 파견 등 다양한 지역사회 중심의 서비스 체계가 구축되어 제공되고 있다(Kim H. J. 등, 2000). 따라서 ADL 수준에 따라 대상자를 분류하고 건강문제를 명확히 하는 것은 케어 서비스의 필요 정도와 케어 종류를 판정하여 필요한 인력과 서비스 내용을 결정하는데 용이할 것이다.

특히 노인의 건강문제는 노화와 복합적 병인에 기인하여 타인 의존도가 높기 때문에 완치(cure)보다는 지속적 케어에 더 중점을 두고 보건, 의료 및 사회 복지 서비스를 장기간 지속적으로 병행·제공하여야 하는 특성을 보인다. 따라서 질병

주요어 : 노인, 보건, 복지, 서비스
* 이 논문은 2002년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2002-037-E00006)
1) 강남대학교 사회복지학부 박사후연구원
투고일: 2003년 8월 11일 심사완료일: 2004년 1월 16일

위주보다는 기능적 건강상태에 대한 포괄적인 사정에 의해 간호 요구와 문제를 명확히 하고, 변화에 따라 문제해결 중심으로 상응하는 서비스 형태도 탄력적으로 제공되어야 하며 의사, 간호사, 사회복지사 등의 전문인력이 서로 연계·협력하는 과정으로 접근해야 한다. 이러한 접근을 위해서는 재가노인의 문제와 요구를 표준화·객관화된 도구로 사정하여 보건 및 복지 양 영역 혹은 다분야 전문가가 공동 참여시 의사소통이 가능해야 한다. 또한 서비스 공급 내용과 정도 결정을 위한 서비스 표준화와 자원분배 및 간호 계획 역시 객관적이며 과학적으로 설정하여야 한다(Turpie 등, 1997; Ross & Wright, 1998; Yoon, 1998).

재가노인에 대한 포괄적인 건강 및 기능상태 평가도구로 국제 RAI 연구회에서는 Resident Assessment Instrument(이하 RAI)를 개발·사용하고 있다. RAI는 재가노인 대상으로 기능상태와 건강, 사회적 지원자원, 서비스 이용 등의 다양한 영역을 평가할 수 있는 최소한의 평가항목으로 이루어진 최소정보군(Minimum Data set-Home Care version; 이하 MDS-HC)과 사정내용을 통해 선정된 문제목록으로 미국과 일본 등에서는 환자의 케어요구 및 이송결정 기준으로 적용하고 있다.(Catherine 등, 1997; Antonio 등, 1997). 특히 MDS-HC는 간호사, 의사, 사회복지사 등의 보건·의료·복지 인력이 공동으로 사용할 수 있도록 개발되어 대상자를 공유하여 사정하고 계획할 수 있다는 장점이 있다(Ikegami, 1999).

따라서 본 연구의 목적은 재가노인의 건강·기능상태 평가도구인 MDS-HC 2.0을 이용하여 사정된 자료에 의해 대상자별 건강문제를 도출하고, ADL 수준별 분포와 이에 따른 건강문제, 보건·복지 서비스 지원 실태를 파악하여 문제해결 중심적인 보건·복지 서비스 제공 방안을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

구체적인 연구목표는 다음과 같다.

첫째, 재가노인의 일반적 특성에 따른 건강문제를 파악한다.

둘째, 재가노인의 ADL 수준별 건강문제를 파악한다.

셋째, 재가노인에 대한 ADL 수준별 보건·복지 서비스 지원 실태를 파악한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 재가노인을 대상으로 ADL 수준별 건강문제와 보건·복지 서비스 지원 실태를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상

본 연구에서는 서울시와 경기도에 소재하고 있는 사회복지관과 노인복지관 14개소를 편의추출하여 이 기관에 등록되어 재가복지서비스를 받고 있는 노인 중 조사를 허락한 81명을 대상으로 하였다.

자료수집방법 및 분석

자료수집을 위해 연구조사원 교육을 2002년 11월 6일- 27일 4주간 실시하였고 2002년 12월 2일-10일 복지관 이용 노인 16명을 대상으로 예비 조사하여 도구 사용시 문제점과 보완사항을 검토 후 2002년 12월 11일 - 2003년 1월 25일까지 본 연구자와 조사원이 직접 가정 방문하여 대상자 및 보호자를 대상으로 관찰과 면담을 통하여 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 RAI전산프로그램에 자료를 입력하여 문제선정기준에 의해 대상자별 건강문제를 선정하였고, ADL 수준별 건강문제와 보건·복지 지원 서비스 실태를 파악하기 위해 SPSS/WIN 11.0의 백분율과 χ^2- test, t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다.

연구도구

● 재가노인의 건강문제

재가노인의 건강문제를 도출하기 위한 도구는 국제 RAI연구회(interRAI)에서 개발한 RAI 중 Home Care용을 한국 RAI 연구회에서 번역한 재가노인 기능상태 평가도구로서 MDS-HC Version 2.0을 사용하여 도출된 문제목록(CAPs:Client Assessment Protocols)을 사용하였다. 이 도구는 국제적으로 이미 타당도가 검증되어 사용되고 있으며(Morris 등, 1997), 국내에서도 자주 이용되는 사정도구들과 인지양상, 정서와 행동양상, 신체적인 기능 등에 높은 일치도를 보였고(Kim, S. M. 등, 2000; Kim, H. J. 등, 2000), 상세평가를 위한 문제목록(CAPs)별 선정기준의 민감도 검증결과 MDS-HC에 의한 문제목록과 간호사가 직접 작성한 문제목록을 비교하여 조사한 결과 Kappa치가 0.4이상으로 좋은 일치도를 보였다(Lee 등, 2000). 이 도구는 <Table 1>과 <Table 2>와 같이 대상자의 건강 및 기능상태, 사회적지지 및 서비스 이용 등의 다차원적인 영역에 대한 사항을 사정할 수 있는 300개의 스크리닝 항목으로 구성된 기초정보군 MDS와 30개의 문제목록(CAPs)으로 구성되어 있다(John 등, 1997). 문제목록(CAPs)은 MDS를 적용하여 수집된 자료를 이용하여 대상자의 문제를 판단하기 위한 문제선정기준(triggers)에 의해 선정되며, 각 문제별로 선정기준이 마련되어 있다. CAPs는 각 문제별로 목적, 정의, 간

〈Table 1〉 Domain Areas Assessed in the MDS- HC 2.0

AA Demographic	
AB referral	Section I Continence
Section A Health assessment Information	Section J Disease Diagnosis
Section B Cognition	Section K Health condition/Preventive health measures
Section C Communication/Hearing	Section L Nutrition/hydration
Section D Vision	Section M Oral hygiene
Section E Mood and Behavior	Section N Skin condition
Section F Social functioning	Section O Environmental assessment
Section G Support (Care giver)	Section P Service utilization
Section H ADL/ IADL	Section Q Medications

〈Table 2〉 Clinical Assessment Protocols(CAPs) Triggered by the MDS- HC 2.0

Functional Performance	Health Problems
· ADL rehabilitation potential	· Cardio-respiratory function
· IADL	· Dehydration
· Health promotion	· Falls
· Institutional risk	· Nutrition
Sensory Performance	· Oral health
· Communication disorder	· Pain
· Visual function	· Pressure ulcers
Mental Health	· Skin and foot conditions
· Alcohol abuse and hazardous drinking	Service Utilization
· Cognition	· Adherence
· Behaviour	· Brittle support system
· Depression and anxiety	· Medication management
· Elder Abuse	· Palliative care
· Social function	· Preventive health care measures
Continence	· Psychotropic drugs
· Bowel management	· Reduction in formal service
· Urinary incontinence	· Environmental assessment

호시 고려하여야 할 사항 등 케어 계획의 일반적인 지침을 소개하고 있다.

● ADL(Activity of Daily Living) 수준 측정

ADL의 수준 측정은 MDS-HC 2.0의 ADL 항목들을 종합적인 지표로 활용하기 위해 Morris(1999)가 제안한 ADL Self-Performance Hierarchy를 적용하여 분석하였다. ADL Self-Performance Hierarchy는 MDS-ADL 항목을 요인분석한 결과, 확인된 ADL의 저하 순서에 기초한 방법으로서 대체로 초기에 손실되는 ADL(옷입기, 개인위생), 중기에 손실되는 ADL(침상에서의 이동, 실내이동, 화장실 이용), 말기에 손실되는 ADL(식사, 침상움직임)로 구분한다(Morris, 1999) 이에 따라 도움 또는 수발이 필요한 정도에 따라 ADL의 종합적인 수준을 7단계로 구분하고 있는데 본 연구에서는 ADL 1군(독립적 수행), ADL 2군(감독, 제한적 수행), ADL 3군(상당한 도움1, 상당한 도움 2, 의존, 완전한 의존)으로 범주화하여 분석하였다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.95였다.

● 보건 · 복지 서비스 지원 실태

보건 · 복지 서비스는 비공식적 서비스(Informal service)와 공식적 서비스(Formal service)로 구분하여 조사하였는데 비공식적 서비스는 가족이나 이웃, 친구 등에 의해 제공되는 서비스이고, 공식적 서비스는 민간 혹은 공공 서비스 기관에 의해 제공되는 서비스이다(Kim & Kim, 2000).

본 연구에서 비공식적 서비스는 MDS-HC 2.0의 평가항목 중 대상자를 돌보아 주는 수발자에 의해 제공되는 5개 항목의 서비스(수발자의 유형, 수발자와의 동거여부, 정서적 지원, IADL 지원, ADL 지원)로 측정하였다. 공식적인 서비스는 민간 혹은 공공 기관에 의해 제공되는 9개 항목의 서비스(가정봉사원, 방문간호, 식사배달서비스, 자원봉사자 서비스, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 주간보호소 이용, 사회복지사 방문서비스)로 조사하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성은 <Table 3>과 같다. 성별로는 여성이 72.8%, 남성이 27.2%였고 연령별로는 65-75세 미만은 34.6%, 75-85세 미만은 48.1%, 85세 이상은 17.3%로 75세 이

상이 65. 4%로 전체의 2/3정도를 차지하였다. 배우자가 있는 경우가 25.9%, 없는 경우는 74.1%로 배우자가 없는 노인이 대부분이였고 동거가족이 없는 독거노인이 56.8%로 과반수 이상이 혼자 살고 있었다. 교육정도는 48.1%가 무학이었으며 한글해독이 가능한 경우는 67.9%였다. 의료보장 유형에 있어서는 건강보험이 40.7%, 의료보호가 59.3%를 차지하였다. 생활수준은 아주 못사는 편이 27.2%, 못 사는 편 43.2%, 보통은 24.7%, 잘 사는 편이라고 한 경우는 4.9%로 대상자의 70.4%가 못사는 것으로 느끼고 있었다. 월평균 소득은 50만원 미만이 81.5%로 경제적 수준이 상당히 낮았다.

〈Table 3〉 Demographic characteristics of the subjects

Characteristics	Classification	n(%)
Gender	Male	22(27.2)
	Female	59(72.8)
Age(year)	65-74	28(34.6)
	75-84	39(48.1)
	85+	14(17.3)
Spouse existence	Yes	21(25.9)
	No	60(74.1)
Living arrangement	Living alone	46(56.8)
	Living with spouse	15(18.5)
	Living with children/spouse	18(22.2)
	Living with other individuals	2(2.5)
Hangul	Illiterate	26(32.1)
	Literate	55(67.9)
Education	No	39(48.1)
	Elementary	32(39.5)
	Middle +	10(12.3)
Health Insurance	Health Insurance	33(40.7)
	Medicaid	48(59.3)
Self-reported standard of living	Very poor	22(27.2)
	Poor	35(43.2)
	Moderate	20(24.7)
	Rich	4(4.9)
	Very Rich	0(0.0)
Income (won/month)	Less than 500,000	66(81.5)
	More than 500,000	15(18.5)
Total		81(100.0)

재가노인 건강문제

● 건강문제별 빈도 및 순위

재가노인 기능상태 평가결과를 토대로 문제로 선정된 결과는 <Table 4>와 같다. 30개의 CAPs로 선정된 건강문제 중 가장 빈도가 높은 문제는 보건예방서비스로 조사대상자 중 96.3%였고, 둘째로는 건강증진으로서 82.7%, 세 번째는 대상자의 74.1%가 문제를 가지고 있는 시각기능과 우울과 불안 문제였다. 그 다음 차순위로 의사소통 문제 71.6%, 사회적 기능 67.9%, 통증 66.7% 환경평가문제 64.2%, 구강위생 56.8%, 인지문제 53.1%, 낙상문제가 51.9%로 이상의 열한가지 문제 목록은 조사대상자의 50%이상이 갖고 있었고 특히 보건예방서비스와 건강증진문제는 80%이상이 가지고 있는 문제였다. 그 다음으로 대상자의 30%이상이 가지고 있는 문제는 IADL, 의사지시 이행, 심폐기능 순이였고 10%이상이 가지고 있는 문제는 행동, 피부 및 발 상태 ADL 재활가능성, 배변관리, 약한 지원체계, 뇨실금, 욕창, 영양, 탈수 문제 순이였다. 10%미만으로 가지고 있는 문제는 투약관리, 알콜남용 및 음주, 노인학대, 시설입소가능성, 향정신성 약물복용, 완화간호, 재가서비스 감소 순으로 나타났다.

〈Table 4〉 Frequency distribution of health problems according to CAPs (N=81)

Health problems		n(%)※	rank
Functional Performance	ADL rehabilitation potential	22(27.2)	17
	IADL	40(49.4)	12
	Health promotion	67(82.7)	2
	Institutional risk	4(4.9)	27
Sensory Performance	Communication disorder	58(71.6)	5
	Visual function	60(74.1)	3
Mental Health	Alcohol abuse and hazardous drinking	5(6.2)	25
	Cognition	43(53.1)	10
	Behaviour	24(29.6)	15
	Depression and anxiety	60(74.1)	3
	Elder Abuse	4(4.9)	26
	Social function	55(67.9)	6
Health Problems	Cardio-respiratory function	26(32.1)	14
	Dehydration	12(14.8)	23
	Falls	42(51.9)	11
	Nutrition	17(21.0)	22
	Oral health	46(56.8)	9
	Pain	54(66.7)	7
	Pressure ulcers	18(22.2)	21
	Skin and foot conditions	24(29.6)	16
Service Utilization	Adherence	28(34.6)	13
	Brittle support system	19(23.5)	19
	Medication management	8(9.9)	24
	Palliative care	2(2.5)	29
	Preventive health care measures	78(96.3)	1
	Psychotropic drugs	3(3.7)	28
	Reduction in formal service	2(2.5)	30
	Environmental assessment	52(64.2)	8
Continence	Bowel management	22(27.2)	18
	Urinary incontinence	19(23.5)	20

※ plural response

● 일반적 특성에 따른 건강문제

전체 대상자는 평균 11.28개의 건강문제를 가지고 있었다. 일반적 특성에 따라 건강문제 수를 비교하여 보면 <Table 5>

〈Table 5〉 The number of health problems by demographic characteristics

Characteristics	Classification	n	Number of health problems Mean±SD	t or F	p-value	Tukey
Gender	Male	22	11.00±3.69	-4.06	.686	
	Female	59	11.38±3.89			
Age(year)	65-74[a]	28	9.50±3.32	5.72	.005**	a*b
	75-84[b]	39	11.92±3.87			a*c
	85-94[c]	14	13.07±3.40			
Spouse existence	Yes	21	9.38±3.02	2.75	.007**	
	No	60	11.95±3.87			
Living arrangement	Living alone[a]	46	11.50±3.72	5.64	.005**	a*b
	Living with spouse[b]	15	8.66±2.66			b*c
	The others[c]	20	12.75±3.95			
Hangul	Illiterate	26	12.46±3.12	1.94	.049*	
	Literate	55	10.72±4.02			
Health Insurance	Health Insurance	33	10.87±4.31	-.789	.433	
	Medicaid	48	11.56±3.46			
Education	No	39	11.33±3.92	.133	.875	
	Elementary	32	11.40±4.05			
	Middle +	10	10.70±2.79			
Self-reported standard of living	Very poor	22	12.40±3.38	.954	.419	
	Poor	35	11.05±3.43			
	Moderate	20	10.65±4.97			
	Rich	4	10.25±2.21			
Income (won/month)	No[a]	9	13.40±4.23	6.39	.003**	a*b
	Less than 500,000[b]	57	11.24±3.53			a*c
	More than 500,000[c]	15	8.00±2.59			
Total		81	11.28±3.82			

* p<.05, ** p<.01

〈Table 6〉 The number of health problems by a level of ADL

Level of ADL	n(%)	Number of health problems Mean±SD	F 값	p-value	Tukey
ADL 1 [a] (Independence)	48(59.3)	9.87±3.21	10.12	.000***	a*b
ADL 2 [b] (Partial Independence)	19(23.5)	12.78±4.42			a*c
ADL 3 [c] (Dependence)	14(17.3)	13.73±3.24			

*** p<.001

와 같이 성별에 따라서는 유의한 차이가 없었고, 연령에 따른 비교에서는 65-74세가 9.50개, 76-84세가 11.92개, 85-94세가 13.07개로 연령이 증가할수록 건강문제 수가 많았다(F=5.72, p=.005). 배우자 유무에 따라서는 배우자가 있는 경우에 9.38개, 없는 경우에는 11.98로 유의한 차이를 보였다(t=2.75, p=.007). 동거가족의 유형에서는 배우자와 함께 사는 경우 건강문제 수가 8.66개로 유의하게 가장 적었고 혼자 사는 경우에는 11.50개, 자녀 등 다른 사람과 사는 경우에는 12.75개로 나타났다(F=5.64, p=.005). 한글해독이 불가능한 경우 건강문제 수가 12.46개, 가능한 경우에는 10.72개로 유의한 차이를 보였다(t=1.94, p=.049). 본인이 느끼는 생활수준에서는 아주 못사는 편이라고 느낄수록 건강문제 수가 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 소득에 따른 비교에서는 없는 경우에 건강문제 수가 13.40개, 50만원미만은 11.24개, 50만원 이상은 8.00개로 소득이 없는 노인이 통계적으로 유의하게 건강문제 수가 가장 많았다(F=6.39, p=.003). 그 외 의료보장 유형과 교육정도에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

ADL 수준별 건강문제

대상자 중 독립적으로 ADL을 수행할 수 있는 ADL 1군에 속하는 대상자는 59.3%, 수발자의 감독이나 제한적인 도움이 필요한 ADL 2군은 23.5%, 상당한 도움이 필요하거나 수발자에게 의존해야하는 ADL 3군은 17.3%였다. ADL 수준에 따른

건강문제 수는 <Table 6>과 같이 ADL 수준별 문제 수에 유의한 차이를 보였다. ADL 1군이 9.87개, ADL 2군이 12.78개, ADL 3군이 13.73개로 ADL 3군의 경우가 문제 수가 가장 많았다. 통계적으로 ADL 1군과 2군, ADL 1군과 3군간에 유의한 차이를 보여 독립적 수행이 가능한 군과 그렇지 않는 군간에 차이가 나타났으나 ADL 2군과 3군간에는 유의한 차이는 보이지 않았다(F=10.12, p=.000).

ADL 수준별로 건강문제가 있는 대상자의 빈도를 살펴보면 <Table 7>과 같다. ADL 1군에서는 30개의 문제 중 50%이상을 차지하는 것으로 보건예방서비스가 93.8%로 가장 많았고, 차순위로 건강증진 91.4%, 우울과 불안 66.7%, 의사소통 장애, 시각, 사회적 기능, 통증이 64.6%, 구강위생, 환경평가가 54.2%로 나타났다. ADL 2군에서는 보건예방서비스가 100%, 우울과 불안, 시각, 환경평가가 89.5%, 의사소통장애, 통증이 84.2%였다. ADL 3군에서는 보건예방서비스가 100%, 시각이 85.7%, 우울과 불안, 의사소통장애가 78.6%, 건강증진, 구강위생, 환경평가가 64.3%, 통증이 50%의 순으로 나타났다.

ADL 수준별 유의한 차이를 보인 건강문제는 기능상태 영역에서 ADL 재활가능성, 건강증진, 시설입소가능성 문제였고, 정신건강 영역에서는 인지, 행동, 우울과 불안, 노인학대 문

〈Table 7〉 Comparison of health problems by the level of ADL

health problems		Categories	ADL 1 n(%)	ADL 2 n(%)	ADL 3 n(%)	Total n(%)	χ^2	p-value
Functional Performance	ADL rehabilitation potential	Yes	4(8.3)	9(47.4)	9(64.3)	22(27.2)	22.27	.000***
		No	44(91.7)	10(52.6)	5(35.7)	59(72.8)		
	IADL	Yes	22(45.8)	12(63.2)	6(42.9)	40(49.4)	1.92	.382
		No	26(54.2)	7(36.8)	8(57.1)	41(50.6)		
	Health promotion	Yes	44(91.7)	14(73.7)	9(64.3)	67(82.7)	7.10	.029
		No	4(8.3)	5(26.3)	5(35.7)	14(17.3)		
	Institutional risk	Yes	0	1(5.3)	3(21.4)	4(4.9)	10.60	.005**
		No	48(100.0)	18(94.7)	11(78.6)	77(95.1)		
Sensory Performance	Communication disorder	Yes	31(64.6)	16(84.2)	11(78.6)	58(71.6)	2.98	.225
		No	17(75.4)	3(15.8)	3(21.4)	23(28.4)		
	Visual function	Yes	31(64.6)	17(89.5)	12(85.7)	60(74.1)	5.58	.061
		No	17(35.4)	2(10.5)	2(14.3)	21(25.9)		
Mental Health	Alcohol abuse & hazardous drinking	Yes	3(6.3)	2(10.5)	0	5(6.2)	1.54	.462
		No	45(93.7)	17(89.5)	14(100.)	76(93.8)		
	Cognition	Yes	17(35.4)	15(78.9)	11(25.6)	43(53.1)	14.77	.001***
		No	31(64.6)	4(21.1)	3(21.6)	38(46.9)		
	Behaviour	Yes	8(16.7)	12(63.2)	4(28.6)	24(29.6)	14.12	.001***
		No	40(83.3)	7(36.8)	10(71.4)	57(70.4)		
	Depression and anxiety	Yes	32(66.7)	17(89.5)	11(78.6)	60(74,1)	3.86	.145
		No	16(33.3.)	2(10.5)	3(21.4)	21(25.9)		
	Elder Abuse	Yes	0	2(10.5)	2(14.2)	4(4.9)	6.36	.042*
		No	48(100.0)	17(89.5)	12(85.8)	77(95.1)		
	Social function	Yes	31(64.6)	14(73.7)	10(71.4)	55(67.9)	.61	.736
		No	17(75.4)	5(26.3)	4(28.6)	26(32.1)		
Health Problems	Cardio-respiratory function	Yes	14(29.2)	7(36.8)	5(35.7)	26(32.1)	.46	.791
		No	34(70.8)	12(63.2)	9(64.3)	55(67.9)		
	Dehydration	Yes	8(16.7)	2(10.5)	2(14.3)	12(14.8)	.41	.814
		No	40(83.3)	17(89.5)	12(85.7)	69(85.2)		
	Falls	Yes	23(47.9)	13(68.4)	6(42.9)	42(51.9)	2.84	.242
		No	25(52.1)	6(31.6)	8(57.1)	39(48.1)		
	Nutrition	Yes	11(22.9)	1(5.3)	5(35.7)	17(21.0)	4.77	.092
		No	37(77.1)	18(94.7)	9(64.3)	64(79.0)		
	Oral health	Yes	26(54.2)	11(57.9)	9(64.3)	46(56.8)	.46	.793
		No	22(45.8)	8(42.1)	5(35.7)	35(43.2)		
	Pain	Yes	31(64.6)	16(84.2)	7(50.0)	54(66.7)	4.47	.107
		No	17(35.4)	3(15.8)	7(50.0)	27(33.3)		
	Pressure ulcers	Yes	7(14.6)	6(31.6)	5(35.7)	18(22.2)	4.05	.132
		No	41(85.4)	13(68.4)	9(64.3)	63(77.8)		
	Skin and foot conditions	Yes	11(22.9)	9(47.4)	4(28.6)	24(29.6)	3.91	.141
		No	37(77.1)	10(52.6)	10(71.4)	57(70.4)		

〈Table 7〉 Comparison of health problems by the level of ADL(continued)

	health problems	Categories	ADL 1 n(%)	ADL 2 n(%)	ADL 3 n(%)	Total n(%)	χ^2	p-value
Service Utilization	Adherence	Yes	14(29.2)	9(47.4)	5(35.7)	28(34.6)	2.00	.367
		No	34(70.8)	10(52.6)	9(64.3)	53(65,4)		
	Brittle support system	Yes	15(31.3)	3(15.8)	1(7.1)	19(23.5)	4.32	.115
		No	33(68.7)	16(84.2)	13(92.9)	62(76.5)		
	Medication management	Yes	4(8.3)	2(10.5)	2(14.3)	8(9.9)	.44	.801
		No	44(91.7)	17(89.5)	12(85.7)	73(90.1)		
	Palliative care	Yes	0	0	2(14.3)	2(2.5)	9.81	.007**
		No	48(100.0)	19(100.0)	12(85.7)	79(97.5)		
	Preventive health care measures	Yes	45(93.8)	19(100.0)	14(100.0)	78(96.3)	2.14	.343
		No	3(6.2)	0	0	3(3.7)		
	Psychotropic drugs	Yes	1(2.1)	0	2(14.3)	3(3.7)	5.48	.065
		No	47(97.9)	19(100.0)	12(85.7)	78(96.3)		
	Reduction in formal service	Yes	1(2.1)	1(5.3)	0	2(2.5)	1.00	.607
		No	47(97.9)	18(94.7)	14(100.0)	79(97.5)		
	Environmental assessment	Yes	26(54.2)	17(89.5)	9(64.3)	52(64.2)	7.38	.025*
		No	22(45.8)	2(10.5)	5(35.7)	29(35.8)		
Continence	Bowel management	Yes	9(18.8)	7(36.8)	6(42.9)	22(27.2)	4.36	.113
		No	39(81.2)	12(63.2)	8(57.1)	59(72.8)		
	Urinary incontinence	Yes	5(10.4)	7(36.8)	7(50.0)	19(23.5)	11.93	.003**
		No	43(89.6)	12(63.2)	7(50.0)	62(76.5)		
	Total		48(100.0)	19(100.0)	14(100.0)	81(100.0)		

※ plural response, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

제, 서비스 이용상태 영역에서는 완화간호, 환경평가 문제, 실금 관리 영역에서는 뇨실금 문제가 유의한 차이를 보였다. ADL 재활가능성은 ADL 3군에서 가장 높아 대상자의 64.3%로 나타났고, 건강증진은 ADL 1군에서 91.7%, 시설입소가능성은 ADL 3군에서 21.4%로 나타났다. 인지문제는 ADL 2군에서 78.9%로 가장 많았고, 행동문제 또한 ADL 2군에서 63.2%로 가장 많았다. 노인학대 문제는 ADL 3군에서 14.2%로 가장 많았고 ADL 2군에서는 10.5%, ADL 1군에서는 한명도 없어 의존상태가 심해질수록 노인학대의 문제가 발생하는 것으로 나타났다. 완화간호는 ADL 3군에서 14.3%로 가장 많았고, 다른 2군에서는 한명도 없었다. 환경평가 문제는 ADL 2군에서 89.5%로 가장 많았고, 뇨실금 문제는 ADL 3군에서 대상자의 50%가 나타났다.

ADL 수준별 보건 · 복지 서비스 지원 실태

〈Table 8〉 Informal services of care giver by the level of ADL

Informal services	Categories	ADL 1 n(%)	ADL 2 n(%)	ADL 3 n(%)	Total n(%)	χ^2	p-value
Living with care giver	Together	16(33.3)	10(52.6)	8(57.1)	34(42.0)	4.18	.382
	Separated	25(52.1)	8(42.1)	5(35.7)	38(46.9)		
	No care giver	7(14.6)	1(5.3)	1(7.2)	9(11.1)		
Kind of care giver	Children	16(33.3)	9(47.4)	3(21.4)	28(34.6)	8.10	.231
	Spouse	18(37.5)	2(10.5)	5(35.7)	25(30.9)		
	Relatives	3(6.3)	0	1(7.2)	4(4.9)		
	The others/volunteers	11(22.9)	8(42.1)	5(35.7)	24(29.6)		
Emotional Support	Receiving	31(64.6)	15(78.9)	10(71.4)	56(69.1)	1.35	.507
	Not receiving	17(35.4)	4(21.1)	4(28.6)	25(30.9)		
IADL support	Receiving	22(45.8)	14(73.7)	13(92.9)	49(60.5)	11.83	.003**
	Not receiving	26(54.2)	5(26.3)	1(7.1)	32(39.5)		
ADL support	Receiving	21(43.8)	14(73.7)	13(92.9)	48(59.3)	12.96	.002**
	Not receiving	27(56.2)	5(26.3)	1(7.1)	33(40.7)		
Total		48(100.0)	19(100.0)	14(100.0)	81(100.0)		

** p<.01

〈Table 9〉 Formal health and welfare services by the level of ADL

Formal services	Categories	ADL 1 N(%)	ADL 2 N(%)	ADL 3 N(%)	Total N(%)	χ^2	p-value
Home helper	Yes	14(29.2)	9(47.4)	8(57.1)	31(38.2)	4.46	.108
	No	34(70.8)	10(52.6)	6(42.9)	50(61.8)		
Home visiting	Yes	0	1(5.3)	2(14.3)	3(3.7)	6.37	.041*
	No	48(100.0)	18(94.7)	12(85.7)	78(96.3)		
Meals of Wheel	Yes	21(43.8)	4(21.1)	8(57.1)	33(40.7)	4.79	.091
	No	27(66.2)	15(78.9)	6(42.9)	48(59.3)		
Volunteer's service	Yes	5(10.4)	2(10.5)	1(12.5)	8(9.9)	.142	.931
	No	43(89.6)	17(89.5)	13(87.5)	73(90.1)		
Physical therapy	Yes	10(20.8)	2(10.5)	1(12.5)	16(19.6)	1.74	.418
	No	38(79.2)	17(89.5)	13(87.5)	65(80.4)		
Occupational therapy	Yes	2(4.2)	1(5.3)	0	3(3.7)	.697	.706
	No	46(95.8)	18(94.7)	14(100.0)	78(96.3)		
Speech therapy	Yes	1(2.1)	1(5.3)	0	2(2.5)	1.00	.607
	No	46(97.9)	18(94.7)	14(100.0)	79(97.5)		
Day care center	Yes	1(2.1)	7(36.8)	2(14.3)	10(12.3)	15.25	.000***
	No	46(97.9)	12(63.2)	12(85.7)	71(87.7)		
Social welfare worker's visiting	Yes	7(14.6)	5(26.3)	5(35.7)	17(21.0)	3.34	.188
	No	41(85.4)	14(73.7)	9(64.3)	64(79.0)		
Total		48(100.0)	19(100.0)	14(100.0)	81(100.)		

* p<.05, *** p<.001

● 수발자에 의한 비공식적 서비스

수발자와 같이 사는 재가노인의 경우는 42.0%였고, 같이 살고 있지 않는 경우는 46.9%, 수발자가 없는 경우도 11.0%로 나타났다. 수발자는 자녀 또는 며느리가 34.6%로 가장 많았고, 그 다음으로 배우자가 30.9%, 기타 이웃이나 자원봉사자가 29.6%, 친척이 4.9%였다. 특히 ADL 2군과 ADL 3군과 같이 다른 사람의 도움을 필요로 하는 경우 수발자가 가족이 아닌 친척이나 이웃, 자원봉사자인 경우가 각각 42.1%, 42.8%였고, 앞으로 수발을 계속할 수 없는 경우도 8.6%로 나타났다. 수발자로부터 도움을 받고 있는 영역 중 정서적지지 부분에서 도움을 받는 경우는 69.1%였고 IADL과 ADL 측면에서는 각각 60.5%, 59.3%로 도움을 받고 있다고 응답하였는데 특히 ADL 3군에서 도움을 받는 경우가 92.9%로 다른 군에 비해 응답 빈도가 많았다<Table 8>.

● 공식적 보건·복지 서비스

MDS-HC 평가항목 중 최근 일주일간 보건·복지 서비스를 이용한 경험은 <Table 9>와 같다. 전체적으로 가정봉사원이 31명(38.2%), 방문간호/가정간호 3명(3.7%), 급식서비스 33명(40.7%), 자원봉사자서비스 8명(9.9%), 물리치료 16명(19.6%), 작업치료 3명(3.7%), 언어치료 2명(2.5%), 주간보호소 이용 10명(12.3%), 사회복지사 방문이 17명(21.0%)이었다. ADL 군별로 유의한 차이를 보이는 서비스는 방문간호/가정간호와 주간보호소 이용 서비스였는데 방문간호/가정간호 서비스는 ADL 3군에서 14.3%(χ^2=6.37, p=.041), 주간보호소 이용은 ADL 2군에서 36.8%로 가장 많이 이용하였다(χ^2=15.25, p=.000). 가정봉사원, 급식서비스, 자원봉사자 서비스, 사회복시자 방문은 ADL 3군에서 가장 많았고, 물리치료는 ADL 1군에서 가장 많았지만 통계적으로 유의하지는 않았다.

논 의

재가노인 서비스는 여러 가지로 도움이 필요한 노인을 시설에 수용하지 않고 가정에 거주하게 하면서 지역사회 내의 다양한 보건·복지 자원으로 일상생활을 위한 서비스와 자립할 수 있는 프로그램을 제공하는 것이다. 이를 위해서는 우선 노인의 다차원적인 요구와 문제를 평가하여 적정한 인력과 서비스가 연계되어야 하며 일상생활동작의 제한정도에 따라 필요한 서비스의 양도 달라져야 할 것이다.

본 연구에서는 재가노인의 포괄적인 건강 및 기능상태를 MDS-HC 2.0 도구로 사정하여 건강문제를 선정하였다. 연구대상자는 30개의 건강문제 중 평균 11개의 문제를 가지고 있었다. InterRAI팀에서 언급한 10개 수준(interRAI, 1999)과 선행연구와 비교하여 비슷한 문제빈도를 나타냈고(Paek. 2000; Kim, 2001, Nam 등, 2002), 농촌지역 노인을 조사한 Ritchie 등(2002)의 8개 문제 수보다는 많아 재가노인은 복합적인 문제를 가지고 있고 이는 다양한 서비스 요구를 지니고 있음을 의미한다.

일반적 특성에 따라서는 연령이 증가할수록, 소득수준이 낮을수록, 배우자가 없는 경우에 건강문제 수가 많았는데 이러

한 결과는 Kim, H. J. 등(2000)과 Paek(2000)의 결과와 일치하여 고령화될수록 더욱 문제는 증가할 뿐 아니라 배우자의 지지가 중요함을 알 수 있었다. 또한 Seok 등(2000)은 우리나라 노인의 월평균 소득은 61만 8천원이고 보건의료비에 대한 소비지출이 많아 우리나라 노인의 경제적 문제가 심각하다고 보고한 바와 같이 본 연구에서도 50만원 미만이 81.5%로 조사되어 노인의 빈곤상태가 상당히 심각하였다. 소득수준과는 상관없이 적정한 수발, 보호서비스가 제공될 수 있는 사회적 대응이 요청된다.

구체적으로 30개의 건강문제 중 대상자의 절반이상이 가지고 있었던 문제는 보건예방서비스와 건강증진, 시각, 우울과 불안, 의사소통 문제, 사회적 기능, 통증, 환경평가문제, 구강위생, 인지, 낙상문제로 Paek(2000), Kim(2001), Nam 등(2002)의 연구결과와도 일치하여 이들 문제에 대한 우선적인 관리가 필요하다. 이 중 보건예방서비스와 건강증진 문제는 문제선정기준(trigger)에 의해(Kim & Kim, 2000) 우리나라 재가노인은 대부분 지난 2년간 혈압측정, 독감예방접종, 대변 잠혈 혹은 내시경 검사, 여성의 경우는 자궁암 검진을 포함하여 하나 이상의 예방적인 조치를 하지 않은 것을 의미하는데 이것은 Kim, H. J. 등(2000)이 지적한 바와 같이 현재 노인복지사업의 일환으로 노인건강검진을 하고 있지만 그 사업의 양이 절대적으로 부족함을 확인해준다. 한편 외국의 경우 Ritchie 등(2002)의 연구에서는 대부분 낙상, 사회적 기능, 통증, IADL에 관한 문제를 많이 가지고 있었다.

이와 같이 복합적인 문제를 가지고 있는 재가노인에게 서비스를 제공하기 위해서는 독립적인 활동 여부와 도출된 건강문제에 따라 지원 서비스의 공급 양과 내용을 결정해야 할 것이다.

본 연구 대상자 중 독립적으로 ADL을 수행할 수 있는 ADL 1군에 속하는 대상자는 59.3%, 수발자의 감독이나 제한적인 도움이 필요한 ADL 2군은 23.5%, 상당한 도움이 필요하거나 수발자에게 의존해야 하는 ADL 3군은 17.3%로 나타나 대상자의 40.7%정도는 독립적인 일상생활 활동이 불가능하여 다른 사람의 도움이 필요한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 Paek(2000)의 39.1%와 비슷하였고, Chung 등(2001)의 전국 노인 실태조사에서 ADL 항목중 한가지 이상의 어려움을 겪는 노인의 비율이 11.8%로 나타난 결과와 비교하여 많았는데 이는 본 연구가 재가복지 서비스를 받고 있는 노인을 대상으로 하였기 때문으로 생각된다. ADL 수준별 건강문제 수는 ADL 1군이 9.87개, ADL 2군이 12.78개, ADL 3군이 13.73개로 독립적 수행이 불가능해짐에 따라 건강문제 수가 많아져 다양한 서비스 요구가 있음을 시사하였다. 이는 Ko & Choi 등(2001)이 일상생활기능 수준이 낮은 노인일수록 서비스 요구도가 높다는 결과를 지지하였다.

ADL 1,2,3군 모두에서 50%이상의 빈도를 보여 보다 중점적인 서비스를 제공해야할 건강문제는 보건예방서비스, 우울과 불안, 의사소통 장애, 시각, 통증, 구강위생, 환경평가 등이였다. 이러한 결과는 Kim, H. J. 등(2000)과 Paek(2000), Kim(2001)의 연구와도 일치하고 있어 ADL 의존성과 문제에 따라 서비스의 양과 내용을 결정할 필요가 있다. ADL 수준별로 차이를 보인 건강문제로 ADL 1군에서는 건강증진 문제, ADL 2군에서는 인지, 행동, 환경평가 문제, ADL 3군에서는 ADL 재활가능성, 시설입소가능성, 노인학대, 완화간호, 뇨실금 문제가 다른 군에 비해 많은 빈도를 나타냈다. ADL 1군의 경우 ADL 2군이나 3군으로 악화되는 것을 방지하기 위한 건강증진의 노력이 필요함을 시사한다. Zhao 등(1993)은 주거환경이 노인의 일상생활과 생존율에 미치는 영향은 매우 크다고 지적하였듯이 ADL 2군의 경우 부분 독립적으로 생활이 가능하기 때문에 행동과 주거환경의 개선을 지원한다면 더 이상 의존상태로 진행되는 것을 예방할 수 있을 것이다. ADL 3군의 경우는 의존상태를 개선하기 위한 ADL 재활서비스가 필요하고, 시설입소 가능성이 높은 것으로 나타나 시설입소 대상 판정시 유용한 판단 기준으로 활용될 수 있을 것이다. 또한 노인학대 문제는 의존상태가 심해질수록 노인학대의 문제가 발생 빈도가 높아 대상자의 보호와 수발자에 대한 지원 정책이 요구된다.

한편, ADL 수준별 건강문제를 가지고 있는 재가노인이 제공 받는 서비스를 수발자에 의한 비공식적 서비스와 공식적인 보건 · 복지 서비스로 나누어서 서비스 이용 실태를 살펴보았다. 대상자에 대한 수발자의 수발율은 88.9%로서 수발자와 같이 사는 경우는 42.0%, 같이 살지 않는 경우는 46.9%였다. 이러한 결과는 Chung 등(2001)의 연구에서 전체적인 수발율 77.9%와 비교하여 높은 편이였다. 그러나 수발자와 같이 살고 있지 않는 경우가 46.9%로 Chung 등(2001)의 비동거 수발율 12.9%와 비교하여 상당히 많았다. 특히 ADL 2군과 ADL 3군과 같이 다른 사람의 도움을 필요로 하는 경우 수발자와 비동거하거나 없는 경우가 각각 42.1%, 42.8%로 나타났다. 이러한 결과는 가족자원과 같은 비공식적 지원이 아닌 공식적인 재가 지원 서비스가 더욱 요청됨을 예상할 수 있다. 또한 ADL과 IADL에 대한 지원은 도움 받는 정도가 ADL 수준이 1군에서 3군으로 갈수록 많아져 일상생활기능정도에 따라 ADL 1군과는 차별화되게 서비스의 양과 내용을 결정하여 제공해야함을 시사한다.

공식적인 보건 · 복지 서비스 제공 실태를 보면 전체적으로 급식서비스, 가정봉사원, 사회복지사 방문, 물리치료, 주간보호소 이용, 자원봉사자서비스, 방문간호/가정간호, 작업치료, 언어치료 순으로 이용경험 빈도가 많았다. 가정봉사원과 급식서비스는 ADL 1군과 2군에 비해 ADL 3군의 경우 대상자의

50%이상에게 서비스가 제공되고 있었지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 특히 방문간호/가정간호 서비스는 ADL 3군에서, 주간보호소 이용은 ADL 2군에서 다른 군에 비해 서비스 제공 빈도가 많았다. 그러나 본 연구에서 도출된 건강문제로서 보건예방서비스, 우울과 불안, 의사소통 장애, 시각, 통증, 구강위생, 환경평가 문제 등과 비교하여 볼 때, 의료적 문제를 해결하기 위한 가정간호의 이용율이 상당히 낮은 등 전체적으로 공급된 서비스의 양과 내용은 극히 적고 대상자의 문제해결중심의 서비스 제공보다는 기관내 서비스를 중심으로 획일적으로 공급되고 있는 것으로 추정된다. Woo(2002)은 재가복지봉사센터의 서비스 대상자가 의료적 욕구가 높은데 비해 의료 서비스 제공율은 매우 낮은 반면, 경제적 서비스와 생활가사 서비스는 요구정도에 비해 상대적으로 많이 제공된 것으로 나타나 서비스 요구에 따른 적절한 자원 배분이 이루어지지 않는다고 지적하였다. Kim, H. J. 등(2000)과 Paek(2001), Ko & Choi(2001)의 연구에서도 재가서비스의 이용율이 상당히 낮은 것으로 나타나 우리나라의 재가복지 서비스에 대한 적극적인 개발과 체계적 지원이 필요함을 시사한다.

이와 같이 MDS-HC 2.0을 사용하여 재가노인의 건강문제를 도출하고 일상생활 능력의 독립성 정도에 따른 대상자의 분류와 건강문제 규명 및 지지 자원의 사정은 재가 서비스의 요구와 필요를 추정하고 서비스 제공의 판단 기준으로 유용할 것이다. 또한 서비스 제공 계획을 세우고 자가수행 능력의 변화에 따라 서비스의 양과 내용을 조정하여 자원을 효율적으로 배분할 수 있을 것으로 생각된다.

결론 및 제언

본 연구에서는 재가노인에 대한 건강문제를 도출하고, ADL 수준별 분포와 이에 따른 건강문제, 보건·복지 서비스 지원 실태를 파악하여 대상자의 문제 중심적인 보건·복지 서비스 제공 방안을 위한 기초자료를 제시하고자 한다.

연구대상자는 서울시와 경기도에 소재하고 있는 사회복지관과 노인복지관 14개소를 편의 추출하여 재가복지서비스를 받고 있는 노인 81명을 대상으로 2002. 12.11 -2003. 1. 25까지 자료를 수집하였다. 연구도구는 MDS-HC Version 2.0을 사용하여 RAI 전산프로그램과 SPSS/WIN 10.0을 사용하여 분석하였다.

재가노인의 건강문제는 평균 11.28개로 보건예방서비스, 건강증진, 시각기능과 우울·불안 문제, 의사소통 장애, 사회적 기능, 통증, 환경평가, 구강위생, 인지기능, 낙상 순으로 대상자의 50%이상이 갖고 있는 문제였다. 독립적으로 ADL을 수행할 수 있는 ADL 1군에 속하는 대상자는 59.3%, 수발자의 감독이나 제한적인 도움이 필요한 ADL 2군은 23.5%, 상당한 도움이 필요하거나 수발자에게 의존해야하는 ADL 3군은 17.3%로 40.7%정도는 독립적인 일상생활 활동이 불가능하였다. ADL 수준별 건강문제 수는 ADL 1군이 9.87개, ADL 2군이 12.78개, ADL 3군이 13.73개로 독립적 수행이 불가능해짐에 따라 건강문제가 많아 다양한 서비스 요구가 있음을 시사하였다. ADL 수준별로 차이를 보인 건강문제로 ADL 1군에서는 건강증진 문제, ADL 2군에서는 인지, 행동, 환경평가 문제, ADL 3군에서는 ADL 재활가능성, 시설입소가능성, 노인학대, 완화간호, 뇨실금 문제가 다른 군에 비해 많은 빈도를 나타냈다. 이상과 같은 건강문제를 가지고 있는 재가노인이 수발자와 같이 사는 경우는 42.0%로 절반 이상이 같이 살고 있지 않거나 수발자가 없었다. 공식적인 재가서비스로서 보건·복지 서비스를 이용한 경험은 전체적으로 급식서비스 40.7%, 가정봉사원이 38.2%, 사회복지사 방문이 21.0%, 물리치료 19.6%, 주간보호소 이용 12.3%, 자원봉사자서비스 9.9%, 방문간호/가정간호 3.7%, 작업치료 3.7%, 언어치료 2.5% 순이었다. 특히 방문간호/가정간호 서비스는 ADL 3군에서, 주간보호소 이용은 ADL 2군에서 가장 많이 이용하였다.

이상과 같이 노인의 일상생활능력의 독립성 정도에 따라 대상자를 분류하여 ADL 수준별로 복합적인 건강문제와 지지자원을 규명하는 것은 대상자의 문제해결 중심의 보건·복지 서비스 제공 계획을 마련하는데 유용할 것이다.

앞으로 MDS-HC 2.0을 사용한 보건·복지 다분야 영역에서 반복연구가 필요하며, ADL 수준 뿐 아니라 IADL 능력 정도를 포함한 분류에 근거하여 문제 파악과 서비스 제공 계획에 따른 효율성을 평가하는 추후연구가 필요하다.

References

Antonio, A., John, N. M., Brant, E., Gunnar L., & Palmi, V. J. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age Ageing, 26-S2*, 27-30.

Catherine, H., John, N. M., Charles, D. P., Brant E. F., Katherine, M., & Vincent M. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument In the USA. *Age Ageing, 26-S2*, 19-25.

Chung, K. H., Cho, A. J., Oh, Y. H., Sunwoo D. (2001). *The Status of Elderly Care: Welfare Needs of the Elderly and Care givers*. Korea Institute for Health and Social Affairs.

Ikegami, N. (1999), Revision and Meaning of MDS-HC. *J Japan Visiting Nursing. 4*(11), 873-878.

InterRAI Overview Committee. (1999). *RAI-Home Care(RAI-HC) assessment manual of version 2.0*. Washington: InterRAI Corporation.

John, N. M., Sue, N., Katharine, M., Catherine H., Brant, E.,Vincent, M. & Charles, P. (1997). A Commitment to

Change: Revision of HCFA's RAI. *J Am Geriatr Soc, 45*(8), 1011-1016.

Kim, C. Y., & Kim, S. M. Translation. (2000). *RAI-HC Assessment Manual Version 2.0 ; MDS-HC 2.0*. Korea Medical Consulting CO. Ltd., Seoul.

Kim, H. G. (2001). *Development of Case Management Model for the Bed-Ridden Elderly at Home and its Evaluation.* Unpublished doctoral Dissertation, The Chung-Ang University of Korea, Seoul.

Kim, H. J., June, K. J., Kim. H. G., So, A. Y., Lee. K. M. Kim, E. Y. & Park E. O. (2000). *Need assessment and content development of Public health·medical·welfare service for the elderly in the community*. Ministry of Public Health and Welfare of Korea.

Kim, S. M., Bae, S. S., Kim, D. H., June, K. J., Kim, C.Y., Yoon, J. L. (2000). Validity of Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set Home Care Version in Korea. *J Korean Geriatr Soc, 4*(1), 63-75.

Ko, J. J. & Choi, E. J. (2001), The Actual Benefit State and Level of Needs on the Social Welfare Service in the Aged at Home. *J DongA Life & Science, 12*, 51-90.

Lee, S. H., & Kim, S. M. (2000). *Development of services delivery system for the elderly in the community.* Ministry of Public Health and Welfare of Korea.

Morris, B. E., & Fries, S. A. (1999). Scaling ADLs Within the MDS. *J Gerontol, 11,* 546-553.

Morris, J. N., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami N. Bernabei, R., Carpenter, G .I., Gilgen, R., Hirdes, J. P., & Topinkova, E. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc. 45*(8),1017-1024.

Nam, J. H., Choi, B. Y., Shin, Y. J. You, W. W., Lim, M, K., Hwang, N. S. (2002). *Development of Public Health Service for Health Promotion in Yang-pyung Province Elderly of Korea.* Research Institute of Community Health of Hanyang University.

Paek, S. L. (2001). *A Study on the Evaluation of the health and the functional State Using MDS-HC 2.0*. Unpublished master's dissertation, The Yonsei University of Korea, Seoul.

Ritchie, C., Wieland, D., Tully, C., Rowe, J., Sims, R., & Bodner, E. (2002). Coordination and advocacy for rural elders (CARE): a model of rural case management with veterans. *Gerontologist, 42*(3), 399-405.

Ross, M., & Wright, M. (1998). Long-term Care For Elderly Individuals and Methods of Financing. *J Community Health Nurs, 15*(2), 77-89.

Seok, J. E. & Kim T. W. (2000). *Analysis of Income Sources and Income Maintenance Schemes for the Elderly in Korea.* Korea Institute for Health and Social Affairs.

Sunwoo, D. (2000). State and Policy Issues of Home aged welfare service. *J Korean Geriatr Soc. 4*(2), 29-33.

Sunwoo, D. (2001). Estimation of bed-ridden elderly population who needs long-term care. *Health and Welfare Policy Forum. 51*, 12-20.

Turpie, I., Strang, D., Darsins, P., & Guyatt, G. (1997), Health Status Assessment of the Elderly. *Pharmacoeconomics, 12*(5), 553-46.

Woo, S. M. (2002). *A Study on Result Evaluation Model of Community Care Service.* Unpublished master's dissertation, The Song-Kong-Hoe University of Korea, Seoul.

Yoon, J. Y. (1998). Screening of Functional Assessment of the Elderly in the Out Patient Service. *J Korean Geriatr Soc. 2*(2), 7-17.

Zhao, L., Tatara K., Kuroda K., Takayama Y. (1993). Mortality of Frail Elderly People Living at Home in relation to Housing condition. *Epidemiol Community Health, 47*(4), 298-302.

Health Problems and Support from the Health & Welfare Service in the Elderly at Home

Yoo, In-Young[1)]

1) Post-doctoral researcher, Dept. of Social welfare Kangnam University

Purpose: This study was conducted to identify health problems and support received from the health and welfare service using MDS-HC(Minimun Data Set for Home Care) in the aged living at home. **Method:** Eighty-one elderly persons were selected from those listed in community-welfare service centers in Seoul and Kyunggi Province between December 2002 and January 2003. **Result:** Eleven health problems per elderly person on average were identified, and the frequent care needs were in order: preventive health measure, health promotion, visual function, depression & anxiety, communication disorders, social function, pain, environmental assessment, oral health, cognition and falls. The number of health problems by the level of ADL was 'ADL

1(Independence)' 9.87, 'ADL 2(Partial independence)' 12.78, 'ADL 3(Dependence)' 13.73. Utilization of formal health & welfare services among the elderly was 'meals on wheels' 40.7%, 'home helper' 38.2%, 'visiting of social welfare worker' 21.0%, 'physical therapy' 19.6%, 'day care center' 12.3%, 'volunteer's service' 9.9%, 'home visiting care' 3.7%, 'occupational therapy' 3.7%, and 'speech therapy' 2.5%. **Conclusion :** The results suggest that using the MDS-HC 2.0 is applicable to help decide criteria for both health and welfare service supplied to the elderly.

Key words : Elderly, Health, Social Welfare, Services
** This research was supported by Korea Research Foundation Grant(KRF-2002-037-E00006)*

• *Address reprint requests to : Yoo, In-Young*
Post-doctoral researcher, Dept. of Social welfare Kangnam University
Pospark APT 101-407, Amsa-3dong, Kandonggu, Seoul 134-855, Korea
Tel: +82-2-3013-2523 Fax: +82-2-2295-2074 E-mail : yooinyoung99@hotmail.com